

教育講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育講演

[EL1] 教育講演 1

[EL1-01] JRC蘇生ガイドライン2020 ー編集委員の思いとともに改定内容をお伝えしますー

○西山 知佳¹ (1. 京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 先端中核看護科学講座 クリティカルケア看護学分野)

教育講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育講演

[EL2] 教育講演2

[EL2-01] COVID-19パンデミック下の看護へのスフィア基準の応用

○原田 奈穂子¹ (1. 宮崎大学医学部看護学科統合臨床看護科学講座精神看護学領域)

教育講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育講演

[EL3] 教育講演3

[EL3-01] 変化する時代の救急看護シミュレーション教育

○増山 純二¹ (1. 学校法人巨樹の会 大学設置準備室)

教育講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育講演

[EL4] 教育講演4

[EL4-01] 私が考えるできる救急看護のリーダーナース論

○道又 元裕¹ (1. Ctitical Care Reseach Institute (CCRI))

教育講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育講演

[EL5] 教育講演5

[EL5-01] 人工呼吸器離脱の第一歩

ー人工呼吸器の非同調を見極めようー

○尾野 敏明¹ (1. 東海大学看護師キャリア支援センター)

2021年10月22日(金)

ライブ1

シンポジウム | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | シンポジウム

[SY3] [シンポジウム3] “ with-corona” “ post-coronaを見据えた看護教育の展望 ー急性期領域の看護基礎教育および急性期病院の新人看護師教育に関する課題と工夫ー

座長:城丸 瑞恵(札幌医科大学保健医療学部看護学科)、神田 直樹(北海道医療大学)
14:10 ~ 15:40 ライブ1

[SY3-01] コロナ禍における大学教員の経験と課題

○吉田 澄恵¹ (1. 東京医療保健大学 千葉看護学部)

2021年10月22日(金)

ライブ1

会長講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 会長講演

[PL] 大会長講演

09:50 ~ 10:20 ライブ1

[PL-01] 救急看護の継承と革新

○菅原 美樹¹ (1. 札幌市立大学看護学部)

09:50 ~ 10:20

オンデマンド開催

特別講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 特別講演

[ISL] 海外招聘特別講演

松下 博宣 (東京情報大学 看護学部)

[ISL-01] [海外招聘特別講演] 救急看護 ー変化の時代に連携で挑む

○Carol Orchard¹ (1. Arthur Labatt Family School of Nursing, University of Western Ontario, London, ON, Canada)

2021年10月22日(金)

ライブ1

特別講演 | 合同セッション | 【合同】基調講演

[SL1] [基調講演] 救急看護の DXと AI化

座長:樋之津 淳子(札幌市立大学 看護部)、菅原 美樹(札幌市立大学看護学部)

10:30 ~ 11:30 ライブ1

[SL1-01] 救急看護の DXと AI化

○中島 秀之¹ (1. 札幌市立大学学長)

10:30 ~ 11:30

ライブ2

特別講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 特別講演

[SL2] [特別講演] 新型コロナウイルス感染症の制御のこれまでと今後の見通し

座長:山勢 博彰(山口大学大学院医学系研究科)

13:00 ~ 14:00 ライブ2

[SL2-01] 新型コロナウイルス感染症の制御のこれまでと今後の見通し

○西浦 博¹ (1. 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻)

13:00 ~ 14:00

オンデマンド開催

14:10 ～ 14:35

[SY3-02] コロナ禍におけるクリティカルケア看護学代替実習

○船木 淳¹ (1. 神戸市看護大学)

14:35 ～ 15:00

[SY3-03] 「聞いてください」ウィズコロナ時代に学ぶ看護学生の声 -看護学生の学びの現状と問い-

○谷口 桃香¹ (1. 北海道医療大学看護福祉学部看護学科4年)

15:00 ～ 15:20

[SY3-04] コロナ禍での急性期病院における新人教育の実践～POSTコロナに向けた検討～

○葛西 陽子¹ (1. 手稲溪仁会病院)

15:20 ～ 15:40

ライブ2

シンポジウム | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | シンポジウム

[SY1] [シンポジウム1] 救急救命士の医療機関での活用を巡る諸問題

ファシリテーター:三上 剛人(吉田学園 医療歯科専門学校 救急救命学科)、福土 博之(JA 北海道厚生連帯広厚生病院)

15:40 ～ 17:10 ライブ2

[SY1-01] 病院において救急救命士を活用するためのポイント -救急看護師と救急救命士の ERでの連携の重要性-

○田中 秀治¹ (1. 国士舘大学大学院 救急システム研究科)

15:40 ～ 16:05

[SY1-02] 救急救命士養成施設における教育課程の現状と課題

○植田 広樹^{1,2} (1. 一般社団法人全国救急救命士教育施設協議会、2. 国士舘大学大学院 救急システム研究科)

16:05 ～ 16:30

[SY1-03] 救急外来に所属する救急救命士の活動の現状と今後の課題

○菊武 正彦¹ (1. 福岡青洲会病院)

16:30 ～ 16:50

[SY1-04] 『先生には、病院救命士の労務管理は任せられません』

○田口 大¹ (1. 勤医協中央病院 救急センター)

16:50 ～ 17:10

ライブ1

シンポジウム | 合同セッション | 【合同】シンポジウム

[SY] [シンポジウム] AI・ITを活用した救急医療・救

急看護の現状と今後の展望

座長:浅香 えみ子(東京医科歯科大学 医学部附属病院)、川口 孝泰(医療創生大学 国際看護学部)

16:00 ～ 17:30 ライブ1

[SY-01] AI・ITを活用した救急医療・救急看護の現状と今後の展望

ーベッド上からの転倒・転落の予兆を AIで予測するー

○川口 孝泰

16:00 ～ 16:25

[SY-02] AI・ITを活用した救急医療・救急看護の現状と今後の展望～筑波大学の取り組みを例にして

○浅野 美礼

16:25 ～ 16:50

[SY-03] AI・ITを活用した救急医療・災害医療をつなぐ・支える取り組みと今後の展開

○武田 聡¹、挟間 しのぶ¹、竹下 康平¹、高尾 洋之¹ (1. 東京慈恵会医科大学)

16:50 ～ 17:10

[SY-04] 初期治療室における音声入力システムを用いた看護の展望

○中田 哲也¹ (1. 獨協医科大学病院 救命救急センター)

17:10 ～ 17:30

2021年10月23日(土)

ライブ2

シンポジウム | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | シンポジウム

[SY2] [シンポジウム2] 「コロナ禍における救急対応と今後の課題ー臨床現場と保健所の協働による挑戦ー」

座長:洲本 雅昭(東邦大学医療センター大森病院)、芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター 看護管理室)

11:20 ～ 12:50 ライブ2

[SY2-01] 当院における COVID-19の取り組み ～臨床看護師が行う救急対応の現状～

○小野澤 圭子¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院)

11:20 ～ 11:45

[SY2-02] コロナ禍における臨床現場のマネジメントと今後の課題

○川谷 陽子¹ (1. 愛知医科大学病院 高度救命救急センター)

11:45 ～ 12:10

[SY2-03] 保健所における救急看護実践

○石川 幸司¹ (1. 北海道科学大学)

12:10 ～ 12:30

[SY2-04] 臨床と保健所が手をつないだ札幌の医療提供体制の確保

○水野 浩利^{1,2}、石川 幸司³、田口 裕紀子^{4,2}、上村 修二^{1,2}、成松 英智^{1,2} (1. 札幌医科大学 医学部救急医学講座、2. 札幌医科大学 北海道病院前・航空・災害医学講座、3. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科、4. 札幌医科大学 保健医療学部看護学科看護学第一講座)
12:30 ～ 12:50

2021年10月22日(金)

ライブ2

パネルディスカッション | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | パネルディスカッション

[PD1] [パネルディスカッション2] 救急外来看護の革新 — 救急外来における帰宅時支援システム —

座長:箱崎 恵理(看護協会ちば訪問看護ステーション)
14:10 ～ 15:30 ライブ2

[PD1-01] 救急外来帰宅時支援システムにおける看護師への期待～医師の視点より～

○長野 広之¹ (1. 京都大学大学院医療経済学分野博士後期課程)
14:10 ～ 14:40

[PD1-02] 初期・二次救急外来における帰宅する患者への看護の必要性

○山口 真有美¹ (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻博士後期課程)
14:40 ～ 15:10

[PD1-03] 救急搬送帰宅患者に対する電話訪問実施への取り組み

～電話訪問の定着と安心・安全な医療の提供を目指して～
○宮里 典子¹ (1. 沖縄中部徳洲会病院 集中治療室)
15:10 ～ 15:30

2021年10月23日(土)

ライブ1

パネルディスカッション | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | パネルディスカッション

[PD] [パネルディスカッション] PPEによる皮膚への影響と対策の現状

座長:紺家 津子(石川県立看護大学看護学部)、佐藤 恵明(日本医科大学付属病院 看護部)
09:00 ～ 10:40 ライブ1

[PD-01] PPEによる有害事象-問題提起

○卵野木 健
09:00 ～ 09:20

[PD-02] コロナ時代のケア — PPEから医療従事者の皮膚を護る —

○志村 知子¹ (1. 日本医科大学付属病院)
09:20 ～ 09:40

[PD-03] PPEによる皮膚への影響と対策の現状「皮膚保護の塗布剤」

○吉田 英二
09:40 ～ 10:00

[PD-04] PPEから皮膚を守る皮膚保護材

○増川 美加子
10:00 ～ 10:20

[PD-05] マスクの構造、その性能評価について

○林 明史
10:20 ～ 10:40

パネルディスカッション | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | パネルディスカッション

[PD1] [パネルディスカッション1] 守れ！新型コロナウイルス感染患者と対応に従事する医療者のメンタルヘルス

座長:守村 洋(札幌市立大学)、立野 淳子(小倉記念病院看護部クオリティマネジメント科)
11:00 ～ 12:30 ライブ1

[PD1-04] コロナ禍における救急隊員のメンタルヘルス

○日詰 妙子¹ (1. 札幌市消防局警防部救急課)
11:00 ～ 11:25

[PD1-05] 正解のない問題に対処する医療者のために～ネガティブ・ケイパビリティに着目して～

○上村 恵一¹ (1. 国家公務員共済組合連合会 斗南病院 精神科)
11:25 ～ 11:50

[PD1-06] COVID-19重症患者とその家族をケアする看護師の立場から

○津田 泰伸¹ (1. 聖マリアンナ医科大学病院 救命救急センター)
11:50 ～ 12:10

[PD1-07] 新型コロナウイルス感染患者と対応に従事する医療者のメンタルヘルス～精神看護専門看護師の視点から～

○東谷 敬介¹ (1. 市立札幌病院看護部)
12:10 ～ 12:30

パネルディスカッション | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | パネルディスカッション

[PD3] [パネルディスカッション3] 東京オリン

ピック・パラリンピックにおける救急医療体制の構築と今後の課題

座長:佐藤 恵明(日本医科大学付属病院 看護部)、山勢 博彰(山口大学)

大学院医学系研究科)
15:10 ～ 16:50 ライブ1

[PD3-01] Afterコロナ時代のマスギャザリング感染症対策
○菅原 えりさ¹ (1. 東京医療保健大学大学院医療保健
学研究科 感染制御学)

15:10 ～ 15:30

[PD3-02] 東京2020大会 競技会場での活動について
○平井 英一¹ (1. 東京消防庁)

15:30 ～ 15:50

[PD3-03] 東京2020オリンピック競技大会 地方会場の対
応～札幌会場～

○田口 裕紀子^{1,2} (1. 札幌医科大学保健医療学部看護学
科、2. 札幌医科大学北海道病院前・航空・災害医学講
座)

15:50 ～ 16:10

[PD3-04] オリンピック・パラリンピック指定病院の役割と
現状

○溝江 亜紀子¹ (1. 東京医科歯科大学病院 集中治療
部・救命救急センター)

16:10 ～ 16:30

[PD3-05] 東京オリンピック・パラリンピックに備える特定
機能病院（救急・集中治療）の取り組み

○瀧本 雅昭¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院 救命
救急センター)

16:30 ～ 16:50

2021年10月22日(金)

ライブ3

ワークショップ | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | ワークショ
ップ

[WS1] [ワークショップ1] これからの救急電話相談
を考える ―新型コロナウイルス感染症に関連
した電話相談の現状と課題

座長:平柳 和奈(公立昭和病院)、印東 真奈美(特定非営利活動法人
ジャパンハート)

13:00 ～ 14:30 ライブ3

[WS1-01] これからの救急電話相談を考える
―新型コロナウイルス感染症に関連した電話相談
の現状と課題―

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

13:00 ～ 14:30

ワークショップ | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | ワークショ
ップ

[WS2] [ワークショップ2] 救急初療看護の問題解決

のための体系的アプローチを学ぼう～救急初療
看護に活かすフィジカルアセスメント～

座長:石川 幸司(北海道科学大学保健医療学部看護学科) ファシリ
テーター:市村 健二(獨協医科大学病院 ICU)

14:40 ～ 16:10 ライブ3

[WS2-01] 救急初療看護の問題解決のための体系的アプ
ローチを学ぼう～救急初療看護に活かすフィジカ
ルアセスメント～

セミナー 委員会¹、石井 恵利佳¹、○石川 幸司¹、市村
健二¹、田戸 朝美¹、中野 英代¹、吉次 育子¹、○増山
純二¹ (1. セミナー委員会)

14:40 ～ 16:10

交流集会 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 交流集会

[1L303-03] [交流集会1] 外傷看護教育における将来
構想

司会:小池 伸享(前橋赤十字病院)

16:20 ～ 17:50 ライブ3

[1L303-03-01] 外傷看護教育における将来構想

外傷看護 委員会、小池 伸享^{1,10}、○笠原 真弓^{2,10}、○山中 雄一^{3,10}、○苑田 裕樹^{4,10}、富岡
小百合^{7,10}、和田 孝^{5,10}、後小路 隆^{9,10}、小越
優子^{6,10}、佐藤 恵明^{8,10} (1. 前橋赤十字病
院、2. 浜松医療センター、3. 京都大学医学部附
属病院、4. 日本赤十字九州国際看護大学、5.
大垣市民病院、6. 滋賀医科大学医学部附属病
院、7. 大阪府立中河内救命救急センター、8.
日本医科大学付属病院、9. 小波瀬病院、10.
日本救急看護学会 外傷看護委員会)

16:20 ～ 17:50

2021年10月23日(土)

ライブ2

交流集会 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 交流集会

[EM2] [交流集会2] 緊急搬送時における救急外来と
訪問看護間の情報連携について

司会:鵜田 猛(学校法人鉄蕉館亀田医療技術専門学校) ファシリ
テーター:山本 恵子(アトラ訪問看護ステーション)、土倉 万代(土倉
内科循環器クリニック)

09:00 ～ 10:00 ライブ2

[EM2-01] 緊急搬送時における救急外来と訪問看護間の情報
連携について

○在宅救急看護 委員会¹、箱崎 恵理、鵜田 猛、土倉
万代、直井 みつえ、山本 恵子、浅香 えみ子 (1. 日本
救急看護学会 在宅救急看護委員会)

09:00 ～ 10:00

ライブ3

交流集会 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 交流集会

[EM3] [交流集会3] コロナ禍におけるトリアージの課題とその対策

座長:吉田 栄里(豊田厚生病院)、横田 由佳(杏林大学医学部付属病院)
09:00 ~ 10:30 ライブ3

[EM3-01] コロナ禍におけるトリアージの課題とその対策

トリアージ 委員会、○中島 史博¹、○八田 圭司²、○武藤 博子³、○吉川 英里⁴、吉田 栄里⁵、黒田 啓子⁵、西塔 依久美⁵、佐藤 加代子⁵、林 幸子⁵、村上 香織⁵、横田 由佳⁵、吉川 英里⁵、芝田 里花⁵ (1. 伊勢原市消防本部、2. 市立ひらかた病院、3. 公立大学法人福島県立医科大学附属病院、4. 飯塚病院、5. 日本救急看護学会トリアージ委員会)
09:00 ~ 10:30

交流集会 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 交流集会

[EM4] [交流集会4] ドクターカーナースの暫定的教育プログラムの将来構想～今求められるドクターカーナースの役割～

座長:佐々 智宏(日本救急看護学会プレホスピタル委員会)、神谷 弥生(半田市半田病院)
10:40 ~ 12:10 ライブ3

[EM4-01] ドクターカーナースの暫定的教育プログラムの将来構想

～今求められるドクターカーナースの役割～
プレホスピタルケア 委員会、○佐々 智弘¹、大瀧 友紀¹、大山 太¹、神谷 弥生¹、城田 智之¹、福士 博之¹、福田 ひろみ¹、佐藤 恵明¹ (1. 日本救急看護学会 プレホスピタルケア委員会)
10:40 ~ 10:50

[EM4-02] ドクターカーナースの暫定的教育プログラムの将来構想～今求められるドクターカーナースの役割～

○佐々 智宏^{1,3}、神谷 弥生^{2,3} (1. 広島大学病院 高度救命救急センター・ECU、2. 半田市立半田病院、3. 日本救急看護学会プレホスピタルケア委員会)
10:50 ~ 11:10

[EM4-03] 中山間地救急二次病院の乗用車型ドクターカー看護師業務の紹介

プレホスピタルケア 委員会、○間瀬 則文¹ (1. 中津川市民病院 病院前診療科部長)
11:10 ~ 11:30

[EM4-04] 時代の変化を捉えたドクターカーの役割とドクターカーナースの教育

～2025年問題を見据えて～

プレホスピタルケア 委員会、○美馬 美保¹ (1. 大阪府済生会千里病院 救急看護認定看護師)

11:30 ~ 11:50

[EM4-05] 今、地方中規模病院ドクターカーナースに求められる役割～ドクターカーナース教育プログラムの必要性～

プレホスピタルケア 委員会、○福士 博之¹ (1. JA北海道厚生連帯広厚生病院 救急看護認定看護師)

11:50 ~ 12:10

ライブ2

交流集会 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 交流集会

[EM5] [交流集会5] 救急看護のこれからの学び方～コロナの経験から効果性・効率性の再考に向けて～

司会:浅香 えみ子(東京医科歯科大学病院)、川原 千香子(愛知医科大学)、平尾 明美(金蘭大学)
13:00 ~ 14:30 ライブ2

[EM5-01] 救急看護のこれからの学び方～コロナの経験から効果性・効率性の再考に向けて～

○教育 委員会¹、坂田 久美子、有澤 文孝、川原 千香子、久間 朝子、平尾 明美、源本 尚美、浅香 えみ子 (1. 日本救急看護学会 教育委員会)
13:00 ~ 14:30

交流集会 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 交流集会

[EM6] [交流集会6] 新たなファーストエイドシナリオを学ぶ ～2020院外イベント対応特別バージョン～

司会:清水 克彦(株式会社T-ICU) ファシリテーター:三上 剛人(吉田学園 医療歯科専門学校 救急救命学科)、田村 富美子(聖路加国際病院)、山田 恵子(新潟県立看護大学)、高野 千佳(岩手県立中央病院)、藤井 美幸(国立国際医療研究センター病院)、藤崎 隆志(小倉記念病院)、中村 香代(災害医療センター)
14:40 ~ 15:40 ライブ2

[EM6-01] 新たなファーストエイドシナリオを学ぶ ～2020院外イベント対応特別バージョン～

○清水 克彦¹、中村 香代¹、上川 智彦¹、高野 千佳¹、田村 富美子¹、藤井 美幸¹、藤崎 隆志¹、山田 恵子¹、三上 剛人¹ (1. 日本救急看護学会ファーストエイド委員会)
14:40 ~ 15:40

ライブ3

交流集会 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 交流集会

[EM7] [交流集会7] わかる！できる！ー国際学会発表

のポイントとコッー

座長:小島 善和(東京情報大学)、中村 美鈴(東京慈恵会医科大学 医学部看護学科)
14:40 ～ 16:10 ライブ3

[EM7-01] わかる！できる！ー国際学会発表のポイントとコッー

国際交流 委員会、○鹿野 浩子¹、国際交流 委員会²、上澤 弘美²、古賀 雄二²、榊 由里²、中村 美鈴²、渡邊 好江²、剣持 功²（1. 自治医科大学看護学部、2. 日本救急看護学会 国際交流委員会）
14:40 ～ 16:10

オンデマンド開催

教育セミナー | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育セミナー

[ES1] 外傷看護委員会主催 教育セミナー1

[ES1-01] 外傷看護委員会主催 教育セミナー

外傷診療の最新の知見（頭部外傷編）と家族看護を深掘りする！
○外傷看護 委員会

2021年10月23日(土)

ライブ3

教育セミナー | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育セミナー

[ES2] プレホスピタルケア委員会 教育セミナー2

司会:福土 博之(JA 北海道厚生連帯広厚生病院)
13:00 ～ 14:30 ライブ3

[ES2-01] プレホスピタルケア委員会主催 教育セミナー

病院前救急診療とドクターカー
プレホスピタルケア 委員会、○小橋 大輔²、○後小路 隆³、福土 博之^{1,4}（1. 日本救急看護学会 プレホスピタルケア委員会、2. 日本赤十字社 原町赤十字病院 救急科副部長、3. 社会医療法人 陽明会 小波瀬病院診療看護師/救急看護認定看護師、4. JA北海道厚生連 帯広厚生病院）
13:00 ～ 14:30

オンデマンド開催

教育セミナー | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育セミナー

[ES3] 災害看護委員会 教育セミナー3

[ES3-01] 日本救急看護学会 災害看護初期対応セミナー

23th JAENオンデマンド版
○災害看護 委員会¹、黒崎 祐也、小笠原 恵子、川谷 陽子、清末 定美、田口 裕紀子、中嶋 康広、泥谷 朋子、宮崎 博之、箱崎 恵理（1. 日本救急看護学会

災害看護委員会)

2021年10月22日(金)

ライブ2

共催セミナー | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 共催セミナー

[SS] 共催セミナー

11:40 ～ 12:40 ライブ2

[1L2-1140-1add] 共催セミナー

11:40 ～ 12:40

ライブ1

開会式 | 合同セッション | 【合同】その他

[OP] 合同開会式

09:00 ～ 09:10 ライブ1

[1L1-0900-1add] 開会式

09:00 ～ 09:10

2021年10月23日(土)

ライブ1

閉会式 | 合同セッション | 【合同】その他

[CL] 合同閉会式

17:00 ～ 17:10 ライブ1

[2L1-1700-1add] 閉会式

17:00 ～ 17:10

2021年10月25日(月)

ライブ4

その他 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | その他

[C1] [研究・論文投稿相談]「看護研究なんでも相談室2021」

17:30 ～ 18:30 ライブ4

[C1-01] 看護研究なんでも相談室2021

編集委員会 調査研究委員会^{1,2}、○江川 幸二¹、○江口 秀子²、○岩切 由紀²、○大江 理英¹、○清村 紀子²、○角 由美子²、○徳山 博美²、○林 みよ子¹、○本田 可奈子¹、○三橋 睦子¹、○佐々木 吉子¹、○明石 恵子^{1,2}（1. 編集委員会、2. 調査研究委員会）
17:30 ～ 18:30

オンデマンド開催

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 1. 救急外来看護①

[OD101] 1. 救急外来看護①

- [OD101-01] ER型救急外来における夜勤帯入院患者の
ER滞在時間に影響を与える要因に関する研究
○吉岡 優佑¹ (1. 洛和会音羽病院 救命救急セン
ター・京都ER)
- [OD101-02] A病院救急外来受診後の患者への救急外来看護
師による帰宅時支援の実際
○木村 恵美¹、牧 和久¹、堀 克也¹、早川 由紀美¹、黒崎 祐也¹、東條 紀子² (1. 長岡赤十字病院、2.
新潟県立看護大学)
- [OD101-03] 医療過疎地域に隣接する2次救急医療機関の
救急外来看護師が抱える困難に対する介入課
題の検討
○神田 直樹^{1,5}、牧野 夏子^{2,5}、田口 裕紀子^{4,5}、源本
尚美^{3,5}、内田 裕美^{2,5}、城丸 瑞恵^{4,5} (1. 北海道医療
大学看護福祉学部、2. 札幌医科大学附属病院看護
部、3. 市立札幌病院、4. 札幌医科大学保健医療学
部、5. 札幌医科大学クリティカルケア看護研究会)
- [OD101-04] 救急外来受診後に再受診し入院の転帰を
とった患者の再受診防止のための介入方法
○佐野 貴実子¹、近藤 来未¹、赤川 友貴¹ (1. 徳島
赤十字病院)
- [OD101-05] 救急外来におけるせん妄予測スケールの効果
○栢谷 晴香¹、竹之内 絵美¹、幸坂 まなみ¹、峯 ひと
み¹、村上 奈美¹、桜井 政純¹ (1. 札幌徳洲会病院
救急センター)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 1. 救
急外来看護②

[OD102] 1. 救急外来看護②

- [OD102-01] 救急外来における帰宅患者への看護実践
ー帰宅支援による救急外来受診後3日以内の再
受診率の変化ー
○山根 英子¹、清水 公子¹ (1. 東京都立多摩総合医
療センター)
- [OD102-02] 近隣高齢者施設におけるアドバンスケアプラ
ンニングの現状調査と救急看護師のかかわり
道端 育子¹、○塚原 竜太¹、池田 綾¹、渡辺 岳人¹、増山 純二² (1. 福岡和白病院、2. 学校法人巨樹
の会大学準備室)
- [OD102-03] アナフィラキシーに対する看護実践報告～
COVID-19ワクチン接種による副反応事例を通
して～
○増田 望¹、小堀 侑美香¹、藤井 満貴¹、橋口 尚幸²
(1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護部 救
急PCセンター、2. 順天堂大学医学部附属順天堂医院
救急科)

- [OD102-04] 小児搬送における薬剤の携帯 ー薬剤バッグの
作成ー
○藤田 友紀¹ (1. 国立成育医療研究センター)
- [OD102-05] 高齢者のセルフ・ネグレクトに関する文献検
討 ーセルフ・ネグレクト患者に対する救急看
護師の示唆ー
○八田 圭司¹、前田 晃史¹、佐藤 美奈¹、宮本 いずみ² (1. 市立ひらかた病院、2. 久留米大学 医学部
看護学科)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 1. 救
急外来看護③

[OD103] 1. 救急外来看護③

- [OD103-01] 帰宅時支援において救急外来看護師が抱く不
安と課題
○堀 克也¹、木村 恵美¹、牧 和久¹、早川 由紀美¹、黒崎 祐也¹、東條 紀子² (1. 長岡赤十字病院 救
急外来、2. 新潟県立看護大学)
- [OD103-02] A病院救急外来で重症外傷患者のエンゼルケア
に従事する看護師の思い
戸田 伽菜子¹、吉岡 小百合¹、○井芹 有希¹ (1.
熊本赤十字病院救命救急センター)
- [OD103-03] 当院救命救急センターへ搬送された患者の初
期バイタルサインとICU・SCU入室との関連
○城田 麻記¹、荻沼 明美¹、高山 陽平²、茂木 圭介²、川上 あかね²、伊藤 歩美³ (1. 群馬大学医学部附
属病院 救命・総合医療センター、2. 群馬大学医学
部附属病院 北2階病棟、3. 高崎健康福祉大学 保
健医療学部 看護学科)
- [OD103-04] 2次救急病院における入院となった患者の救
急室滞在時間の調査からみえたこと
○倉持 幸代¹ (1. 横浜新緑総合病院)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 1. 救
急外来看護④

[OD104] 1. 救急外来看護④

- [OD104-01] 救急外来における生活困窮者への看護介入の
必要性に関する文献検討
○伊澤 綾子¹、橋本 詩織²、永田 絵理香³、伊能 美和⁴、吉田 澄恵⁴ (1. 医療法人伯鳳会東京曳舟病院、2.
武蔵野赤十字病院、3. 東京歯科大学市川総合病
院、4. 東京医療保健大学千葉看護学部)
- [OD104-02] 突然死での看取り看護に関する救急看護師の
レジリエンス
○須田 果穂¹、山勢 博彰¹、田戸 朝美¹、山本 小奈実¹ (1. 山口大学大学院医学系研究科)

[OD104-03] 緊急心臓カテーテル前の患者の心境

○山田 竜也¹、成瀬 朱理¹、西川 静香¹、比嘉 祥之¹
(1. 浦添総合病院 救急外来)

[OD104-04] 急性冠症候群患者の発症から受診までのプロセスー早期受診を促す教育プログラムの構築を目指してー

○大串 晃弘¹、野村 宜伸²、平野 絵美²、作田 裕美³
(1. 四国大学、2. 大阪府済生会千里病院、3. 大阪
市立大学)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 1. 救急外来看護⑤

[OD105] 1. 救急外来看護⑤

[OD105-01] 救急医療におけるストレス要因ー医師、看護師、医療事務の比較ー

○馬原 恵美¹ (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院)

[OD105-02] 急性心筋梗塞で搬送された危機的状況にある患者に対する救急看護師の認識

○岸本 沙希¹ (1. 聖皇大学看護学部)

[OD105-03] 救命救急センターの救急外来における熟練看護師の原動力

○坂井 笑美¹ (1. 旭川医大病院)

[OD105-04] 救急外来看護師の小児患者への看護実践の認識・行動ー検査・処置の心理的準備に焦点を当ててー

○比嘉門 強志¹ (1. 淀川キリスト教病院)

[OD105-05] 自傷患者に対する救急看護師の継続的支援に関する看護実践と認識の実態

○植岡 敬紹¹、山勢 博彰²、田戸 朝美²、山本 小奈美²
(1. 日本赤十字社 京都第二赤十字病院、2. 山口大学大学院 医学系研究科)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 2. プレホスピタルケア

[OD201] 2. プレホスピタルケア

[OD201-01] 倒れた人に遭遇した大学生において他者の存在が緊急事態の認識および救命行動へ与える影響

○吉田 緋那¹、西山 知佳²、佐藤 隆平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 先端中核看護科学講座 クリティカルケア看護学分野)

[OD201-02] ドクターカー導入1年後のカーナースの教育支援についてーアンケートによる実態調査から教育内容を考えるー

○岩井 美由希¹、石上 八重子¹ (1. 総合病院国保旭中央病院)

[OD201-03] 道南ドクターヘリ・フライトナースに対する研修会の効果の検討

○井下田 恵¹、笠谷 亜沙子²、田口 裕紀子^{6,7}、内田 裕美^{4,7}、神田 直樹^{3,7}、牧野 夏子^{4,7}、源本 尚美^{5,7}、城丸 瑞恵^{6,7} (1. 市立函館病院救命救急センター、2. 函館五稜郭病院、3. 北海道医療大学看護福祉学部、4. 札幌医科大学附属病院、5. 市立札幌病院、6. 札幌医科大学保健医療学部、7. 札幌医科大学クリティカルケア看護研究会)

[OD201-04] 惨事ストレスに対するストレスマネジメントの検討ードクターカーナースに対するマインドフルネスの導入ー

○宇野 翔吾¹、齊藤 朋恵² (1. 株式会社日立製作所 日立総合病院 救命救急センター、2. 株式会社ポルトクオーレ)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 3. トリアージ①

[OD301] 3. トリアージ①

[OD301-01] 嘔気・食欲不振を主訴で救急外来を受診した高齢者のトリアージに関する一症例

○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)

[OD301-02] 救急部門での Emergency Severity Index導入効果の検証：前後比較研究

○小野 雅也¹、高岡 宏一² (1. 済生会兵庫県病院、2. 関西福祉大学看護学部)

[OD301-03] 院内トリアージにおける現状調査

○五十嵐 佑也¹、武藤 博子¹ (1. 福島県立医科大学附属病院)

[OD301-04] 院内トリアージ教育における段階的教育を導入した結果と課題について

○田代 梨恵子¹、今西 佳代¹ (1. 岐阜市民病院 救急診療部)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 3. トリアージ②

[OD302] 3. トリアージ②

[OD302-01] 院内トリアージの質向上を目指したトリアージポスター作成とその効果

○増田 彩奈¹、藤崎 隆志¹ (1. 小倉記念病院)

[OD302-02] COVID-19感染管理におけるトリアージ看護師の役割

○堀川 梓¹、大軒 理恵¹ (1. 医療法人沖縄徳洲会湘)

南鎌倉総合病院救命救急センター)

[OD302-03] A病院救急外来における緊急度判定に伴う困難因子の抽出

○松田 浩樹¹ (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

[OD302-04] 発熱患者のトリアージにおいて、年齢が入院予測に与える影響

○堀之内 香奈子¹、竹下 諒¹、中島 真寿美¹、西元 千草¹、佐藤 勇司¹、田辺 夏奈¹、飯田 京介¹、富山 絢子¹ (1. 横浜労災病院 救命救急センター)

[OD302-05] 救急センター看護師の電話対応への取り組み～時間外の電話対応マニュアル作成と導入の効果～

○増川 美智子¹、小島 朗²、石井 裕也¹ (1. 一般財団法人 大原記念財団 大原総合病院 HCU・救急センター、2. 一般財団法人 大原記念財団 大原総合病院 看護部)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 3. トリアージ③

[OD303] 3.トリアージ③

[OD303-01] 救急車トリアージ導入後の現状と課題

○佐藤 亜紀江¹、矢田 恵明¹、高井 三枝¹ (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 救急外来)

[OD303-02] A病院における JTASへの移行と課題

○河村 恵子¹、山西 正巳¹、萱野 恭代美¹、依積田 慶子¹ (1. 清恵会病院救急医療センター)

[OD303-03] A病院の救命救急センターにおける院内トリアージ歴3年未満の看護師がトリアージを判断する困難について

○原田 伸吾¹、小山 順子² (1. 豊川市民病院救命救急センター、2. 豊橋創造大学保健医療学部看護学科)

[OD303-04] gradually onsetの ACS患者についての調査

○西北 浩敏¹、村岸 敦子¹ (1. 洛和会音羽病院救命救急センター・京都ER)

[OD303-05] 非接触での院内トリアージの安全性～ペット用ドアを活用したウォークイン COVID-19疑似症患者対応～

○渡邊 晶子¹、山田 美穂¹、小林 泰子¹、阿部 由美¹、東海林 千賀¹ (1. みやぎ県南中核病院救命救急センター)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 4. 災害看護・終末期医療

[OD401] 4.災害看護・終末期医療

[OD401-01] 救急外来看護師の災害初期対応に対する実態調査

～備えに対し強化を必要とするカテゴリーを明らかにする～

○小俣 聖子¹ (1. 仙台市立病院救急外来)

[OD401-02] 呼吸器疾患患者における意思決定支援の現状調査

○内海 由加里¹ (1. 国家公務員共済組合連合会 高松病院)

[OD401-03] COVID-19流行下における終末期患者の家族に対する救急看護師の看護実践と葛藤

○伊東 由康¹、椿 美智博² (1. 兵庫県立大学看護学部、2. 北里大学看護学部)

[OD401-04] 災害時アクションカードの使用率向上を目指した取り組み ～災害発生報告書の活用を通じた実践報告～

○蒲池 祥¹、山本 みく¹ (1. かわぐち心臓呼吸器病院)

[OD401-05] DMTA隊員育成プログラム作成のためのレディネスの実態

○阿部 美香¹ (1. 自治医科大学附属病院)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 5. 重症患者看護①

[OD501] 5.重症患者看護①

[OD501-01] 高度管理医療機器装着中の患者の早期リハビリテーション実施を阻害する看護師の心理的要因

○佐々木 祥子¹、中西 吉人¹、辰野 綾¹、佐藤 吟子¹ (1. 日本大学病院救命救急センター)

[OD501-02] 重症患者のリハビリテーションに対する看護師の意識調査

～日常生活援助をリハビリとして意識しているか～

○小畑 優作¹、博多屋 静香¹、北里 勇起¹、石山 亜耶¹ (1. 独立行政法人国立病院機構九州医療センター)

[OD501-03] 疼痛管理に難渋した重症熱傷患者の ADL拡大に向けた関わり

○永野 貴子¹、岡本 佳枝¹、村上 香織¹、佐野 実加¹ (1. 近畿大学病院 救命救急センター)

[OD501-04] 高度救命救急センター HCUにおける排便障害患者に対する看護介入の実態調査

○高石 桃子¹、山崎 佳織¹、濱野 由紀子¹、今野 唯¹、中澤 萌花¹ (1. 埼玉医科大学総合医療センター)

[OD501-05] COVID-19患者に対する16時間の腹臥位療法～スキントラブル・口腔内トラブルの分析と対策の検討～
○鋤納 芽衣¹、三宅 千鶴子¹（1. 大阪府三島救命救急センター）

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 5. 重症患者看護②

[OD502] 5.重症患者看護②

[OD502-01] 人工呼吸器使用中の患者に対する下気道の適正な加湿環境の維持に向けたケアとその効果について
山田 君代¹、○西谷 稜介¹（1. 医療法人 渡辺医学会 桜橋渡辺病院）

[OD502-02] 重症患者に対する健康支援介入の臨床的効果：システマティックレビューとメタ解析
○石貫 智裕¹（1. 札幌医科大学保健医療学研究科）

[OD502-03] ICUにおけるせん妄予防の有用性～第2報～
○元川 直哉¹、濱田 悦子¹、藤田 真侑子¹（1. 独立行政法人 労働者健康安全機構 中国労災病院）

[OD502-04] 重症外傷患者におけるシミュレーション教育を用いた取り組み
○臼方 静華¹、眞中 彩希¹、原 沙也加¹、川西 茉旺¹、藤本 礼也¹、堀内 奈美¹、斉藤 伊都子²（1. 順天堂大学医学部附属浦安病院救命救急センター外来、2. 順天堂大学医学部附属浦安病院看護部）

[OD502-05] ICU入室中の新型コロナウイルス感染症重症患者における便秘の現状
○大内 心晴¹、中村 香代¹（1. 独立行政法人国立病院機構災害医療センター）

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 5. 重症患者看護④

[OD504] 5.重症患者看護④

[OD504-01] **高度救命救急センターに勤務する看護師が捉えた重症熱傷患者の看護援助とその困難**
○村中 沙織¹、牧野 夏子²（1. 札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター病棟、2. 札幌医科大学附属病院 ICU病棟）

[OD504-02] 救命救急センターにおける COVID-19患者受け入れへの取り組みと課題
○中村 咲¹、松浦 誠史¹、齋藤 美香子¹、石森 あゆみ¹、三浦 崇子¹（1. 独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 救命救急センター）

[OD504-03] 小児重症患者対応のシミュレーション教育の効果

○柳谷 愛里¹、岩山 朋裕¹、岩村 瑞紀¹、堀内 奈美¹、斉藤 伊都子²（1. 順天堂浦安病院看護入院業務課救命救急センター外来、2. 順天堂浦安病院看護入院業務課）

[OD504-04] 救命センター看護師への嚙下評価表の導入と実践課題
○吉野 沙織¹、伊藤 杏子¹、山下 将志¹、中本 亜也¹（1. 聖マリアンナ医科大学病院救命センター）

[OD504-05] 当院救命救急病棟におけるせん妄予防パンフレットの効果と有用性の検討
○大屋 勇人¹（1. 足利赤十字病院）

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 6. 家族看護①

[OD601] 6.家族看護①

[OD601-01] 救命救急センターにおける自殺未遂患者の家族に対する熟練看護師の看護実践
○梅田 みゆき¹、船越 明子²（1. 神戸市立医療センター中央市民病院、2. 神戸市看護大学）

[OD601-02] 救急外来で亡くなる患者の家族とのコミュニケーション場面で看護師が抱く困難と対処
○中村 公彦¹、菅原 美樹²（1. 札幌東徳洲会病院、2. 札幌市立大学看護学部）

[OD601-03] 重症・救急患者家族のニーズが CNS-FACEでは顕在化しなかった一例
○平家 歩美¹、西本 麻衣子²、笠井 有希²（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集中治療室、2. 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救命救急センター）

[OD601-04] 救急搬送された患者家族の生活変容と心理的变化のプロセス
○大西 敏美¹、市原 多香子¹、曾根 綾乃²（1. 香川大学医学部看護学科、2. 香川大学医学部附属病院）

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 6. 家族看護②

[OD602] 6.家族看護②

[OD602-01] COVID-19感染拡大防止に伴う面会禁止時の家族と看護師のニーズの相違検証
○箸中 友美¹、河島 佳美²、堅元 美咲¹（1. 奈良県立医科大学附属病院高度救命救急センターHCU、2. 奈良県立医科大学附属病院B棟7階病棟）

[OD602-02] 新型コロナウイルス感染症重症患者を亡くした家族の体験の1例
○松本 亜矢子¹、山口 彩¹、又村 恵¹、谷田 明美¹、堀口 智美²（1. 金沢大学附属病院、2. 金沢大学

医薬保健研究域保健学系)

[OD602-03] COVID -19による面会制限下での面会口
ボットの試験的運用を試みて

○石井 咲樹¹、吉岡 容子¹、山田 春奈²、内田 和成¹
(1. 佐賀大学医学部附属病院 高度救命救急セン
ター、2. 佐賀大医学部看護学科)

[OD602-04] テキストマイニングを用いた熱傷における家
族看護に関する国内文献の動向
○牧野 夏子¹、村中 沙織¹、伊藤 美智子² (1. 札幌
医科大学附属病院看護部、2. 名古屋学芸大学看護学
部)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 7. 看
護教育

[OD701] 7.看護教育

[OD701-01] 手動式除細動(DC)院内認定看護師制度の設立
ー教育プログラム受講前後の看護師の思いの
変化ー
○押山 孝子¹、嶋崎 明美¹ (1. 地方独立行政法人新
小山市市民病院)

[OD701-02] 在宅療養生活における療養者急変時の訪問看
護師の抱える不安と対応について-心肺蘇生法
修得の必要性とは-
○後藤 陽子¹、迫田 典子² (1. ケアメイト訪問看護
ステーション品川、2. 東京医療学院大学)

[OD701-03] 2年課程の看護学生が有する患者の急変時対応
に関する不安感の調査研究 ー一次救命処置
講習 受講前後の比較ー
○高野 直美^{1,2}、小野澤 清美^{3,2} (1. 日本医療科学大
学保健医療学部 看護学科、2. 前大宮医師会看護専
門学校、3. 国際医療福祉大学大学院 医療福祉研究
科)

[OD701-04] 救急研修で習得した知識及び救命救急処置技
術の定着に向けての検討
○田安 晴香¹ (1. 福井県立病院救命救急センター)

[OD701-05] A病院に従事する看護師が行う呼吸の観察と記
録の実態
○惣田 隆之亮¹、川村 竜²、中武 弾²、佐土根
岳¹、金浜 英介³ (1. 医療法人涇仁会手稲涇仁会病
院 看護部 集中治療室、2. 医療法人涇仁会手稲涇
仁会病院 看護部 救命救急センター、3. 医療法人
涇仁会手稲涇仁会病院 看護部 心臓血管セン
ター)

[OD701-06] 救急外来における外傷初期看護の統一化に向
けた取り組み
○篠原 花織¹、新垣 仕言¹、兼本 愛美¹、屋宜 鮎美¹

(1. 社会医療法人ハートライフ病院)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 8. 感
染管理

[OD801] 8.感染管理

[OD801-01] 群馬県における COVID-19による高齢者施設
クラスター対応
○小池 伸享¹、城田 智之¹、萩原 ひろみ¹、伊藤 恵美
子¹、矢内 健太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)

[OD801-02] 当院の COVID-19に対応した救急看護実践ガ
イド活用についての現状調査
○松尾 直樹¹、稲田 真由美¹、石山 鮎美¹ (1. 独立
行政法人国立病院機構呉医療センター)

[OD801-03] COVID-19患者エアロゾル回避のための頭位被
覆 BOXの改良
○生田 正美¹、濱田 幸一¹ (1. 神奈川県立足柄上病
院)

[OD801-04] 発熱外来に COVID-19患者と救急外来患者に
対応する救急処置室設置の成果
ー認定看護師の協働ー
○伊藤 真早代¹、高橋 涼子¹ (1. 名古屋市立大学医
学部附属西部医療センター)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 9. 医
療安全①

[OD901] 9.医療安全①

[OD901-01] Eコール対応を迅速に行うための、一般病棟救
急カート見直しへの取り組み
○多月 奈々絵¹、橋本 さやか¹、中田 淳史¹、後藤
亜希子¹、瀬川 瑛莉香¹、坂本 有世¹ (1. 社会医療法
人 製鉄記念広畑病院)

[OD901-02] RRS起動機会を増加させるためには ー 院内
緊急コールの分析から ー
○久保田 忍¹ (1. 高山赤十字病院 救命救急セン
ター)

[OD901-03] 院内緊急コールシステムの現状とその課題
○田村 麻衣¹、表 佳代¹、松島 圭吾¹、阿部 雅美¹、
芝田 里花¹ (1. 日本赤十字社和歌山医療セン
ター)

[OD901-04] Rapid Response Systemの現状と今後の課題
○表 佳代¹、田村 麻衣¹、松島 圭吾¹、阿部 雅美¹、
芝田 里花¹ (1. 日本赤十字社和歌山医療セン
ター)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 9. 医
療安全②

[OD902] 9.医療安全②

- [OD902-01] 転倒・転落看護計画の評価内容と実践した対策の実態調査
○鈴木 規予子¹、久保島 明枝¹、稲田 希美¹（1. 埼玉医科大学総合医療センター）
- [OD902-02] 大学病院における迅速対応システム（Rapid Response System：RRS）の6年間の現状分析
○堀 智恵¹（1. 九州大学病院）
- [OD902-03] 呼吸器関連の特定行為に相当する有害事象の法的責任とリスク要因の検討
○山田 君代¹、石原 啓之²（1. 医療法人 渡辺医学会 桜橋渡辺病院、2. 滋慶医療科学大学大学院 医療管理学研究科）
- [OD902-04] A施設における院内救急対応システムの導入成果
○須田 貴之¹、新名 朋美¹（1. 大阪赤十字病院 救命救急センター）
- [OD902-05] A病院における看護部 Rapid Response Systemチーム会活動と看護師の行動の変化
○小笠原 美奈¹（1. 秋田赤十字病院）

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 10. チーム医療

[OD1001] 10.チーム医療・看護管理

- [OD1001-01] フライトナースの職務と行動特性
○作田 裕美¹、上野 寿子¹、新井 直子²、新井 龍³、大串 晃弘⁴（1. 大阪市立大学、2. 帝京大学、3. 湘南鎌倉医療大学、4. 四国大学）
- [OD1001-02] COVID-19を対応する救命救急センタースタッフの心理的ストレスについて
○田牧 晴香¹、國田 わかな¹、佐藤 夢¹、室岡 知世¹（1. 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院救命救急センター）
- [OD1001-03] 急性冠症候群に対する初期対応ワークフローの導入
○澤邊 梨香¹（1. 筑波大学附属病院高度救命救急センター）
- [OD1001-04] 看護部に所属する院内救命士の実践内容
田口 諒¹、○関 隆裕¹（1. 海老名総合病院救命救急センター）
- [OD1001-05] 緊急入院し一般病棟へ転棟した患者と転棟後ICU・HCUへ計画外入室した患者のMEWSと基礎疾患の実態
石橋 恵美¹、○梅木 夏帆¹、高橋 美沙子¹、神谷 恵¹（1. 島根県立中央病院看護科）

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 11. その他①（地域連携）

[OD1101] 11.その他①（地域連携）

- [OD1101-01] CAM-ICU・ICDSCのせん妄ツール導入による身体抑制時間の変化について
○高村 未那子¹（1. 東京都立多摩総合医療センター HCU病棟）
- [OD1101-02] 学校管理下における一次救命処置に対するA高校教職員の思いを知る
○岩田 綾佳¹、三井 まゆみ¹、滝口 明子²（1. 公益社団法人 有隣厚生会 富士小山病院、2. 一般財団法人 神山復生会 神山復生病院）
- [OD1101-03] 認定・専門看護師による救急患者・家族への意思確認に関する認識と実態
○柏 雅子¹、山勢 博彰²、田戸 朝美²、山本 小奈実²（1. 元山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程、2. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学講座）
- [OD1101-04] クリティカルケア領域に従事する看護師の倫理的感受性および倫理的行動の実態調査
○黒河 俊伸¹、嶋岡 征宏¹、相楽 章江¹、阿部 朋美¹、藤田 優子¹（1. 山口大学医学部附属病院先進救急医療センター）
- [OD1101-05] 救命救急センター ICUにおける自動運動リハビリの効果の検討
○白上 哲平¹、内藤 綾¹、江口 秀子²（1. 済生会千里病院、2. 鈴鹿医療科学大学）

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 11. その他②

[OD1102] 11.その他②

- [OD1102-01] 男性患者の尿道留置用カテーテル挿入に伴う尿道口の医療機器関連圧迫損傷（MDRPU）の予防について
○浜田 侑里¹、三宅 千鶴子¹（1. 大阪府三島救命救急センター）
- [OD1102-02] PCPS挿入のためのカート整備とその取り組み
○加藤 麻美¹（1. 医療法人社団浅ノ川 心臓血管センター金沢循環器病院）
- [OD1102-03] 新型コロナウイルス患者に対応する看護師が抱えるストレス～第一波と第二波の心理的変化～
○菅井 悠¹、石川 茉弓¹、夜部 かおり¹、山田 侑弥¹、中村 裕子¹、立松 美和¹（1. 公益社団法人日本

海員掖済会 名古屋掖済会病院)

- [OD1102-04] 脳卒中急性期におけるせん妄予防への取り組み～せん妄スクリーニングツールを導入して～
- 寺下 弥生¹ (1. 藤田医科大学病院)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 11. その他③

[OD1103] 11.その他③

- [OD1103-01] 病棟入院患者急変時における看護師の臨床推論プロセス～VR視聴による場面想定法を用いて～
- 園田 拓也¹、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)
- [OD1103-02] 痰詰まりリスク評価表導入への取り組みと今後の課題
- 大浦 敦美¹ (1. 医療法人徳洲会 野崎徳洲会病院)
- [OD1103-03] 脳死下臓器提供における看護師の役割ガイドラインの難易度からみた実行可能性
- 山本 小奈美¹、山勢 博彰¹、田戸 朝美¹、須田 果穂¹、立野 淳子² (1. 山口大学、2. 小倉記念病院)
- [OD1103-04] 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)受け入れ専門病棟に勤務する看護師の思いと対応策の検討
- 木村 朱里¹ (1. 藤田医科大学病院)
- [OD1103-05] 高齢者施設における事前指示書の課題と看護職員の活用実態—高齢者施設で働く看護職員の役割—
- 桐野 郁子¹ (1. 帝京大学 福岡医療技術学科)

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 5. 重症患者看護③

[OD13] 5.重症患者看護③

- [OD13-01] チューブ類の自己抜去に対する ICDSC導入後の効果
- 北村 智¹、中島 明子¹、大野 彩霞¹、木下 翔太¹ (1. 埼玉医科大学総合医療センター)
- [OD13-02] 気管切開やせん妄によりコミュニケーションが困難な患者への看護を振り返る
- 本橋 秀和¹、辻 守栄¹、三枝 香代子² (1. 千葉県救急医療センター、2. 千葉県立保健医療大学)
- [OD13-03] 妄想的記憶が生じなかった長期人工呼吸器装着患者の一例

○石山 亞耶¹ (1. 国立病院機構九州医療センター)

- [OD13-04] 集中治療室の患者特性を考慮した人工呼吸器離脱プロトコルの作成

○井頭 健一¹、宮本 遼¹、中沢 誠¹、高 直輝¹、井川 洋子¹、上澤 弘美¹ (1. 総合病院土浦協同病院)

- [OD13-05] 救命病棟における行動制限開始時の判断に関する分析

○加藤 恵¹、三ヶ田 桃子¹、今井 育実¹、佐藤 絢子¹、古舘 周子¹、三上 佳澄²、富澤 登志子² (1. 弘前大学医学部付属病院、2. 弘前大学大学院保健学研究科)

会長講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 会長講演

[PL] 大会長講演

2021年10月22日(金) 09:50 ～ 10:20 ライブ1

[PL-01] 救急看護の継承と革新

○菅原 美樹¹ (1. 札幌市立大学看護学部)

09:50 ～ 10:20

09:50 ～ 10:20 (2021年10月22日(金) 09:50 ～ 10:20 ライブ1)

[PL-01] 救急看護の継承と革新

○菅原 美樹¹ (1. 札幌市立大学看護学部)

キーワード：救急看護、継承と革新

今、わが国は少子高齢化、自然災害、新型コロナウイルス感染症の蔓延、AIや科学技術の著しい普及など、これまでに経験したことのない変化の著しい時代に直面しています。人は変化に直面すると、不安な気持ちになります。好ましい変化であればよいのですが、それが不確かで複雑な変化となれば、不安は増幅するでしょう。不確かで複雑かつ激しい変化の中で、救急医療・看護に携わる私たちは、国民のいのちを守り、不安を軽減し、最善の看護を提供し続けるためには、新たな知見や技術を評価し、どう活用していくかを考える力が求められているのではないのでしょうか。

今回、本学術集会のメインテーマを「救急看護の継承と革新－変化の時代に挑戦する看護と理工学の連携－」としたのは、こうした時代にあるからこそ、救急看護の本質をあらためて共通認識し、連携を通して変化に挑戦していく必要があると強く感じたためです。継承とは文字どおり「受け継いでいくこと」であり、革新とは「新たに革（あらた）めること」を意味し、既存のものをより適切と思われるものに変更することを意味します。今、まさに救急医療現場、看護教育の現場は、連続的な革新と継承の真っ只中にあると実感しています。

新型コロナウイルス感染症のパンデミックを契機に、加速度的に変化する状況に対応する中で、救急看護はどのように変化していく必要があるのか、この先に何を継承していくべきなのか、これまでの経験と私見を含めて述べてみたいと思います。

特別講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 特別講演

[ISL] 海外招聘特別講演

松下 博宣（東京情報大学 看護学部）

[ISL-01] [海外招聘特別講演] 救急看護 – 変化の時代に連携で挑む

○Carol Orchard¹ (1. Arthur Labatt Family School of Nursing, University of Western Ontario, London, ON, Canada)

[ISL-01] [海外招聘特別講演] 救急看護－変化の時代に連携で挑む

○Carol Orchard¹ (1. Arthur Labatt Family School of Nursing, University of Western Ontario, London, ON, Canada)

キーワード：Emergency Nursing、collaboration

Emergency Nursing -Challenging times of change through collaboration

救急看護 -変化の時代に連携で挑む

仲間である看護師、特に救急外来で働く皆さんに向けて、このような発表の機会をいただいたことを光栄に思います。私は、多職種によるクライアント中心の協働実践に関する自身の研究プログラムを通じて、皆さんが仕事で直面する課題に焦点を当てるように依頼されました。

20年間の理論化と調査の中で私が発見したことをお伝えすることで、救急外来での専門的な看護実践に日々挑戦し続けている皆さんのお役に立てれば幸いです。

本発表の位置づけを明確にするため、まず、私たちの職業について、次に考え方の変化が必要とされる点について、また、パンデミックによってもたらされたいくつかの機会が、真にチームベースの協働実践を生み出す変化のための能力を開花させる可能性について言及します。

特別講演 | 合同セッション | 【合同】基調講演

[SL1] [基調講演] 救急看護の DXと AI化

座長:樋之津 淳子(札幌市立大学 看護部)、菅原 美樹(札幌市立大学 看護学部)

2021年10月22日(金) 10:30 ～ 11:30 ライブ1

[SL1-01] 救急看護の DXと AI化

○中島 秀之¹ (1. 札幌市立大学学長)

10:30 ～ 11:30

10:30 ～ 11:30 (2021年10月22日(金) 10:30 ～ 11:30 ライブ1)

[SL1-01] 救急看護の DXと AI化

○中島 秀之¹ (1. 札幌市立大学学長)

キーワード：AI（人工知能）

DX(デジタル・トランスフォーメーション)とAI(人工知能)技術によって看護がどう変わるか/変えられるかについて考察したい。DXにおける「デジタル」というのは本質ではない。たとえば最近随所に使われている深層学習はアナログデータを扱う。DXの本質はデータをオンライン化することにより、現在行っているプロセスが効率化できるという点にある。オンライン化しただけではダメで、そのデータを効率良く、かつ高水準で処理する機能を担うのがAI技術である。この講演ではその具体例を考えてみたい。技術的には数年以内に実現できるものを想定しているが、それらが実際に実装できるか否かは技術以外の様々な社会的要因に依存しているので、AI研究者としては可能性を示唆するにとどめ、その社会的価値の判断は看護の専門の方々の判断を待ちたい。特に看護理工学会の方々は日頃こういう議論をなさっているのだと思う。

救急看護学会のWEBページには本集会の扱う範囲として「救急外来看護、プレホスピタルケア、トリアージ、災害看護、重症患者看護、終末期医療、家族看護、精神的ケア、看護教育、感染管理、医療安全、チーム医療、地域連携、看護管理」が列挙されているので、これらのうちから幾つかを選んで可能性を示したい。たとえば、救急外来看護における情報獲得の支援や搬送ルート最適化、トリアージにAIが介入することの倫理的問題、感染対策シミュレーション、チーム医療におけるコミュニケーション支援、地域連携としてのポジティブヘルス増進の提案、健康測定データのシェアリングによる健康維持への示唆、などについて触れる。

特別講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 特別講演

[SL2] [特別講演] 新型コロナウイルス感染症の制御のこれまでと今後の見通し

座長:山勢 博彰(山口大学大学院医学系研究科)

2021年10月22日(金) 13:00 ~ 14:00 ライブ2

[SL2-01] 新型コロナウイルス感染症の制御のこれまでと今後の見通し

○西浦 博¹ (1. 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻)

13:00 ~ 14:00

13:00 ~ 14:00 (2021年10月22日(金) 13:00 ~ 14:00 ライブ2)

[SL2-01] 新型コロナウイルス感染症の制御のこれまでと今後の見通し

○西浦 博¹ (1. 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻)

キーワード：新型コロナウイルス感染症、数理モデル、医療提供体制

新型コロナウイルス感染症の流行時には数理モデルを活用した現状分析、評価と予測が頻用された。本講演ではこれまでの制御における考え方と今後の見通しについて共有する。以下の点などを中心に構成する予定である。1. 現状認識： 感染者数の推定、実効再生産数、ナウキャスト²2. 流行対策の評価： はじめての緊急事態宣言。後ろ向き評価、リアルタイム評価3. 短期的予測： 延伸だけのナウキャスト、夜間滞留人口と気温を活用したフォーキャスト4. 中長期予測 再帰性のある流行メカニズムの捕捉、プロジェクション、必要病床数予測 世界中で数理モデルを活用して現在の疫学的状況を理解し、また、今後の見通しを得つつ未来を切り開くという点で、客観的見解を導くためにデジタルツールが欠かせない方法論として頻用される契機となった。ただし、制御は日ごとに困難になりつつあり、その実態について紹介する。

教育講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育講演

[EL1] 教育講演 1

[EL1-01] JRC蘇生ガイドライン2020 ー編集委員の思いとともに改定内容をお伝えしますー

○西山 知佳¹ (1. 京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 先端中核看護科学講座 クリ
ティカルケア看護学分野)

[EL1-01] JRC蘇生ガイドライン2020 ー編集委員の思いとともに改定内容をお伝えしますー

○西山 知佳¹ (1. 京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 先端中核看護科学講座 クリティカルケア看護学分野)

キーワード：心肺蘇生、ガイドライン

国際蘇生連絡委員会（International Liaison Committee On Resuscitation: ILCOR）から発表される心肺蘇生ガイドラインの科学的根拠の集大成（心肺蘇生と救急心血管治療の科学についての国際コンセンサスと治療推奨【Consensus on Science with Treatment Recommendations: CoSTR】）を元に、各国がその国の実情、医療体制に合わせて心肺蘇生のガイドラインを作成しています。日本は2006年に ILCORに加盟し、日本の実情に合わせた JRC（日本蘇生協議会【Japan Resuscitation Council: JRC】）蘇生ガイドラインを2010年から5年毎に作成しています。JRC蘇生ガイドライン2020は、2020年10月に発表予定でしたが、ガイドラインの作成を担っている多くのメンバーが COVI-19患者への懸命な治療にあたり、当初の予定より遅れ2021年7月に正式に発表された。

本教育講演では、① CoSTRを元に JRC蘇生ガイドライン2020ができるまでのプロセス、②一次救命処置（Basic Life Support: BLS）、二次救命処置（Advanced Life Support: ALS）、普及・教育のための方策（Education, Implementation, and Teams: EIT）などについて JRC蘇生ガイドライン2015からの変更点、③医療従事者や市民への心肺蘇生講習で指導するさいに際に知っておいていただきたいポイントなどを紹介します。ILCORの BLS Task Force memberであり JRC蘇生ガイドライン2020 BLS編集委員として、JRC蘇生ガイドライン2020を読むだけでは伝わらない編集委員の（熱い）思い（裏話?）も一緒にお届けできればと思っています。

教育講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育講演

[EL2] 教育講演2

[EL2-01] COVID-19パンデミック下の看護へのスフィア基準の応用

○原田 奈穂子¹ (1. 宮崎大学医学部看護学科統合臨床看護科学講座精神看護学領域)

[EL2-01] COVID-19パンデミック下の看護へのスフィア基準の応用

○原田 奈穂子¹ (1. 宮崎大学医学部看護学科統合臨床看護科学講座精神看護学領域)

キーワード：COVID-19、スフィア基準、災害時の医療

私は昨年から COVID-19対応のフロンランナー達を対象として、彼らのストレス要因とその緩和策を明らかにする研究に取り組んでいます。救急領域の看護師にもご協力頂いた研究ですが、その中で興味深かったのは、もちろん全ての協力者が大きなストレスを感じられながら医療の最前線を守ってくださっていたのですが、救急領域の看護師と歯科医師は、他の保健医療者と比較して感染症予防対策に対するコントロール感を維持されていたことでした。他の保健医療者は日頃感染症スクリーニングが済んだ患者を対象とするのに比べ、普段からファーストコンタクトされる際の感染防御に関する知識と技術を持たれているからだと推察します。本大会のテーマでの一部である「変化の時代に挑戦する看護」、という点では、知識と技術を持つ救急看護だからこそそのレジリエンスが顕著に示されたと言えるのではないのでしょうか。

本講演では、災害支援における世界基準であるスフィア基準についてお話しさせていただきますが、この基準の中でもレジリエンスは重要なキーワードです。レジリエンスは、医学、自然科学、社会科学、工学等で幅広く使われる用語ですが、共通することは「変化に対処する能力」を示している点です。スフィア基準は世界中の国や地域に関わらず発生する感染症アウトブレイク、紛争、自然災害等に、より包括的に、より迅速かつ効果的に支援を行う際の、ガイドラインです。SARS-COV-2との共生の中で、質の高い医療を提供する責任のある看護職の中で、早期からレジリエンスを示されている救急看護師は、リーダーシップが期待されている存在ではないでしょうか。

スフィアは COVID-19パンデミック発生後初期に、スフィア基準をこの状況でいかに活用するかガイドラインを公開しました。講演ではそのガイドラインに基づいて、救急看護師が発揮し得るリーダーシップについて考えていきたいと思います。

教育講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育講演

[EL3] 教育講演3

[EL3-01] 変化する時代の救急看護シミュレーション教育

○増山 純二¹ (1. 学校法人巨樹の会 大学設置準備室)

[EL3-01] 変化する時代の救急看護シミュレーション教育

○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：シミュレーション教育、救急看護

2019年12月、武漢市で発生し世界中に猛威をふるった新型コロナウイルス（COVID19）は、今日においても収束する気配はなく、学習環境を変化せざるを得ない状況となっている。看護学生の実習、院内の研修、そして本学会が主催する研修においても、web学習を中心にした学習形態の変更を強いられている。このような状況の中、変化する時代の一つとして、際立つ学習方法に ICT(Information and Communication Technology)の発展から AI(artificial intelligence)や AR(Augmented Reality)、そして、VR(Virtual Reality)といった教材の開発が進められている。私たちはこれらの教材をどのように活用していくか、どのように開発していくか考えていかなければならない。

このような状況の中、シミュレーション教育は困難であり実施できない教育手法となってしまったのだろうか。AIや AR、VRを活用することで、これまでに期待されてきた能力開発が可能になるのだろうか。私たちが救急看護における臨床実践の質向上を目指すためには、どのような能力が必要であり、どのように開発していくか。変化する時代の中での学習環境をどのように整備していくか。これらを一つ一つ丁寧に分析し、その能力を開発するためのインストラクショナルデザインが必要となる。

シミュレーション教育には、全体タスクとして実施する「シナリオ(シチュエーション)・ベースド・トレーニング」がある。そのトレーニングは高機能シミュレーターを活用し、知識、技術、態度の統合が可能であり、問題解決力、臨床判断力、批判的思考力などの学習効果が高いとされている。また、一次救命処置などの「アルゴリズム・ベースド・トレーニング」や看護技術を習得する「タスク・トレーニング」がある。これらのトレーニングは手順を基本としたトレーニングである。全体タスクとして実施する「シナリオ(シチュエーション)・ベースド・トレーニング」については、忠実性の高さが学習効果につながるとされている。忠実性とは、心理的、機能的、物理的があるとされており、模擬病室内で高機能シミュレーターを使用するシミュレーション教育では、臨床と同じ環境で学習することができるため、心理的、物理的忠実性は高く、また、受講生が介入したケアについての反応として、バイタルサインの変化を作ることができるため、機能的忠実性も高い環境で学習ができる。

これらのシミュレーション教育は、学習手段であることを認識しておかなければならない。あくまでも、学習目標が重要であり、その目標を達成するために、学習効果が期待できるコンテンツを選択していく。そのコンテンツとして、ICTや VR教材の活用、paper patient(紙上患者(事例))の使用、臨床実践後の振り返り（OJT; On-The job training）も含めて考えていかなければならない。やはり、シミュレーション教育という結論になるのか、インストラクショナルデザインを中心に論じていく。

教育講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育講演

[EL4] 教育講演4

[EL4-01] 私が考えるできる救急看護のリーダーナース論

○道又 元裕¹ (1. Ctitical Care Reseach Institute (CCRI))

[EL4-01] 私が考えるできる救急看護のリーダーナース論

○道又 元裕¹ (1. Ctitical Care Reseach Institute (CCRI))

キーワード：リーダーナース

数十年前の海馬にある記憶を何とか呼び覚まし、新人看護師の頃を切り取って、抄録ペーパーの上にペーストしてみました。そうすると、PCのキーボードには、こんな風にキータッチされました。私は新人看護師からリーダーという役割を担うまでは、おそらくはリーダーと言われる役割を担っている諸先輩看護師に業務の報告、相談することばかりで、実はリーダーなんていう役割に関しては、辛辣な表現かも知れませんが、他人事、よそ事、無関心であったように思えます。そう言えば、私が最初に働いた心臓外科のICUには、コーナーリーダーの上(?)にトップリーダーなんて名前、役割を担う、神様のような方もいましたね(笑)。

その後、新人を卒業すると、明確な時期は海馬から引き出せませんでした。が、「来月からリーダーやってもらからね」という、言わば天からのおことば(お告げ)よりも影響力のあるトップダウン的業務命令を頂き、初めてリーダーという役割について意識するようになったように思います。

しかし、リーダーということばは、看護師になる前だって、何らかのリーダーを任されたりなどしてきた経験もあり、つまり生まれて初めて聞いたわけでもなく、その役割だって何となく理解しているつもりだったはずですが、看護という仕事の場面、いわゆるその時々の勤務帯のチームリーダーの役割とあるべき姿を考え、その実際を遂行するためには、それなりの経験と学習が必要なんだと認識した次第です。

さて、そのリーダーということばは、この世の中で多用されていることは、皆さんも周知していることかと思います。この多用言語は、多様言語とも言えるかも知れません。何故ならば、リーダー (leader) とは、辞書に掲載されている意味だけでも指導者、先導者、首領 (ドン) という、とても幅広い、深い意味があります。おまけにリーダーにシップを付けたリーダーシップ (leadership) : 指導者としての地位または任務。指導権、指導者としての資質・能力・力量。統率力、なんてことばもあります。

これらのことばと現実的なはたらき (作用、役割、立場、姿など) について深掘すると結構、難しいけれども、一方ではとても興味深いのです。

今回の教育講演では、私が考える組織、現場におけるリーダー、リーダーシップ論について述べさせて頂き、皆さんと共学できれば考えています。

教育講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育講演

[EL5] 教育講演5

[EL5-01] 人工呼吸器離脱の第一歩

～人工呼吸器の非同調を見極めよう～

○尾野 敏明¹ (1. 東海大学看護師キャリア支援センター)

[EL5-01] 人工呼吸器離脱の第一歩

～人工呼吸器の非同調を見極めよう～

○尾野 敏明¹ (1. 東海大学看護師キャリア支援センター)

キーワード：人工呼吸器、非同調、人工呼吸器グラフィック

人工呼吸の目的は、換気量の維持、酸素化の改善、呼吸仕事量の軽減である。しかし、この目的は、患者状況に合わせ、適切な呼吸管理が行われていなければ果たすことができない。そして呼吸管理においては、人工呼吸器からの早期離脱が図れるよう、安全管理を十分に行い、合併症予防に努めることが重要である。人工呼吸管理の長期化は、合併症のリスクを増し、さらなる人工呼吸期間の延長をきたし、予後にも影響することになる。

近年、人工呼吸器グラフィックの普及とともに、人工呼吸器の非同調が注目されている。人工呼吸器の非同調は、人工呼吸器の呼吸サポートと患者の呼吸要求との間にミスマッチが起こることによって生じる。非同調は、人工呼吸の目的の一つである呼吸仕事量の軽減と逆行する状況を招き、近年では死亡率との関連も示唆されている。

そこで今回は、この人工呼吸器の非同調の種類やその原因、人工呼吸器グラフィック、対処法を解説する。さらに近年3学会合同で作成され、多くの施設で導入されている人工呼吸器離脱プロトコルについて、あらためてその内容を整理したい。

シンポジウム | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | シンポジウム

[SY3] [シンポジウム3] “ with-corona ” “ post-corona ”を見据えた看護教育 の展望－急性期領域の看護基礎教育および急性期病院の新人看護師 教育に関する課題と工夫－

座長:城丸 瑞恵(札幌医科大学保健医療学部看護学科)、神田 直樹(北海道医療大学)

2021年10月22日(金) 14:10 ～ 15:40 ライブ1

[SY3-01] コロナ禍における大学教員の経験と課題

○吉田 澄恵¹ (1. 東京医療保健大学 千葉看護学部)

14:10 ～ 14:35

[SY3-02] コロナ禍におけるクリティカルケア看護学代替実習

○船木 淳¹ (1. 神戸市看護大学)

14:35 ～ 15:00

[SY3-03] 「聞いてください」ウィズコロナ時代に学ぶ看護学生の声 -看護学生の学 びの現状と思い-

○谷口 桃香¹ (1. 北海道医療大学看護福祉学部看護学科4年)

15:00 ～ 15:20

[SY3-04] コロナ禍での急性期病院における新人教育の実際 ～ POSTコロナに向けた検討～

○葛西 陽子¹ (1. 手稲溪仁会病院)

15:20 ～ 15:40

14:10 ~ 14:35 (2021年10月22日(金) 14:10 ~ 15:40 ライブ1)

[SY3-01] コロナ禍における大学教員の経験と課題

○吉田 澄恵¹ (1. 東京医療保健大学 千葉看護学部)

キーワード：Cocvid-19、遠隔授業、オンライン実習

本学部は、東京医療保健大学5学部（医療保健学部、東が丘看護学部、立川看護学部、和歌山看護学部、千葉看護学部）の1学部として、地域医療機能推進機構（JCHO）との提携関係をベースに、一日約30万人の利用がある西船橋駅を最寄り駅として、2018年に開設し、2021年度の今、カリキュラムの完成年度を迎える。筆者は、成人看護学に相当する「臨床看護学」の領域責任者であり、COVID-19対応では、合計13科目（医師等に依頼する講義系の5科目、学内演習を行う2科目、臨床看護学関連の2科目、5週間1クールの内科系・外科系を一括する臨床看護学実習、複数領域で統合的に対応する3科目）を中心に担当し、運営している。これらから、筆者自身の経験と課題を整理してみた。シンポジウムでは、各項目から急性期看護教育に関わる内容を抜粋して情報提供したいと思う。

1. 教員としての遠隔授業運営（オンデマンド、リアルタイム）
 - 動画作成スキルの獲得と工夫
 - 授業資料の電子配信に関わる工夫
 - オンデマンド授業における双方向性の確保
 - リアルタイムのグループ学修のメリットの活用とデメリットのカバー
2. 遠隔と対面のハイブリッド型授業運営
 - 対面を必須とする内容のセレクト
 - 遠隔のメリットの活用
 - 学生生活への配慮
3. 学生への遠隔授業の学修支援
 - 対面ネットワーク・非公式交流の重要性の再認識
 - 遠隔授業スキルの支援
 - メンタル・ヘルスへの配慮
4. オリジナル教材とロールプレイを併用したオンライン臨地実習
 - 教材作成に係る事例監修者の確保
 - オリジナル模擬電子カルテの作成
 - リアル実習に近づけるための工夫
 - グループ学修による相乗効果
 - 不測の事態が生じないことのメリット・デメリット
5. 臨地実習を補う対面でのシミュレーションベースの実技演習
 - タスクトレーニングとシチュエーショントレーニングの組み合わせ
 - 既存のシミュレーション教材の活用
6. 対面の教育でなければえられないもの
 - 看護学教育における「関わる」「関わり」の重要性

14:35 ~ 15:00 (2021年10月22日(金) 14:10 ~ 15:40 ライブ1)

[SY3-02] コロナ禍におけるクリティカルケア看護学代替実習

○船木 淳¹ (1. 神戸市看護大学)

キーワード：クリティカルケア代替実習、実習目標到達、協働

本学では、クリティカルケア看護学実習（必修・1単位）がカリキュラムに組み込まれている。実習目的は「クリティカルケアの場（ER、E-ICU／G-ICU、OPE室の3部署）における生命維持のための看護のあり方、および患

者の人権擁護と家族に対する支援を考慮した看護のあり方を学ぶ」である。

クリティカルケア看護学実習は、3年生後期9月～4年生前期6月にかけて行われ、対象となる学生は約100名となる。本学では同時期に8領域で実習が展開されており（6～7人／G：合計16G）、クリティカルケア看護学実習では最大2Gの学生が3部署を3日でローテーションする。実習期間中は毎日各部署で3～4人の学生を受け入れていただき、実習指導者も配置されている。クリティカルケア領域では、学生が患者・家族に対して実践できることが限られていることも踏まえ、実習目標を「クリティカルケアの場を見学することで、特殊な環境における看護のあり方を考える」としている。主に見学実習のスタイルとなっているが、学生は実際のクリティカルケアの場に触れることで多くの学びや気づきを得ることができている。しかし、コロナ禍に伴い、2020年度は臨地の実習受け入れが停止となり、学生はクリティカルケアの場で実際の看護に触れ、特殊な環境の雰囲気を感じ取ることができなくなってしまった。2021年度も、緊急事態宣言令等に伴い、臨地での実習制限が生じ、コロナ禍以前のような実習ができるまでには戻っていない。

看護基礎教育の教員は、“before-corona”と“With-corona”の学生間で学びの差を生じさせてはならないと考え、コロナ禍以前と同等の教育や実習ができるように思考錯誤を繰り返している。コロナ禍に伴い、基礎教育の環境も変化を強いられ、柔軟に対応することが求められているが、全てのことを基礎教育側で担うことには限界がある。

シンポジウムでは、実習目標到達に向けて、臨床・企業・大学院生と協働しながら実現できたクリティカルケア看護学代替実習の設計について紹介する。そして、“With-corona”の今を看護学生として生活している学生の強みと共に“post-corona”を見据えた看護教育について考えていく。

15:00～15:20（2021年10月22日(金) 14:10～15:40 ライブ1）

[SY3-03]「聞いてください」ウィズコロナ時代に学ぶ看護学生の声 -看護学生の学びの現状と問い-

○谷口 桃香¹（1. 北海道医療大学看護福祉学部看護学科4年）

キーワード：看護学生、COVID-19

新型コロナウイルス感染症の拡大により、これまでの学生生活が一変した。私の通っている大学は、3年前期までに学内の学習を終了し、3年後期から4年生にかけて領域別実習を行うカリキュラムとなっている。今回そのほとんどがオンラインでの講義や演習となり、実習も学内実習やオンライン実習に取り組むことを余儀なくされた。

オンライン講義では大きな不便さは感じなかったが、接続の不具合によるトラブルや授業の一方通行さを感じた。一方でオンライン授業では対面授業よりもチャットにて即座に質問することが出来るというメリットもあった。演習科目もほとんどがオンライン講義と課題作成となり、実技を練習する機会が例年と比べて無いに等しかった。そのため実技面で、実習時や就職後への不安が非常に大きかった。

学内実習では主にペーパーパシエントの事例を用いた看護過程の展開を行った。しかしそれは3年前期で履修した演習授業の内容と類似していたため、自分の成長をあまり感じる事ができなかった。また、看護過程の展開では援助の方向性までを考えることは出来たが、具体的にどのように実践するか、どのような言葉をかけるのかは考えられなかった。学内実習では実際の患者とのコミュニケーションがとれないため、基本的なコミュニケーション技法や適切な言葉遣い、患者の反応の捉え方に対する指導を受けることができない。看護技術やコミュニケーションスキルがないまま病院実習や就職することへの不安があり、実際に病院実習で困る場面があった。さらに、臨地実習に行けなかった領域への興味や関心が薄くなり、自分が向いている領域や分野を見つけることへの制限や就職活動の際の施設選定にも影響していると感じた。

一部の領域の実習（成人看護実習と老年看護実習）では実習施設の協力もあり、臨地に赴き患者を受け持つこと

ができた。臨地実習に行くことが決まった時は緊急事態宣言下であったこともあり、自分自身の感染リスクと患者にうつしてしまうかもしれないことへの不安で、行くのが嫌というのが正直な思いだった。また実習施設によって対応が異なり、学生によって実習内容が違っていたことにも不公平感を抱いた。コロナ禍での実習は患者との対面時間や行える援助行為に制限が多く、看護計画を立案してもそれを自ら実行することができなかった。そのため、学生が計画した援助を臨床指導者に実施してもらう形で実習を進めたが、指導看護師も多忙であるため代行を頼みづらかったり、時間的に行えなかったりした。このような限られた実習経験では視点の偏りが生じ、新たな看護観の形成や視野の広がりを感じ取ることが難しかった。しかしながら、感染対策の面でいつもより厳重に行わなければならなかったため、働く上での感染対策の学びや意識付け、知識の獲得ができたと思う。また、自分の看護観や目指す看護師像などは、現場の看護師の考え方を見聞きする中でも発展していくため、改めて臨地での実習の機会の重要性に気づくことができた。

現在も戸惑いや不安、葛藤を抱えながら学生生活を送っているが、本シンポジウムではこの1年間を振り返り、看護学生である自分自身がどのように感じていたのか今後の展望を踏まえ述べたいと思う。

15:20 ～ 15:40 (2021年10月22日(金) 14:10 ～ 15:40 ライブ1)

[SY3-04] コロナ禍での急性期病院における新人教育の実践 ～ POSTコロナに向けた検討～

○葛西 陽子¹ (1. 手稲溪仁会病院)

キーワード：新人看護師、リアルな体験の減少、職業選択への迷い、育成に必要な要素

毎年何人かの新人看護師から「私は看護師に向いていないのではないだろうか」という声を聞く。少しずつ自立に向かっていく過程において、役割や責任を痛感し課題に直面する中で自身の職業選択に迷いが生じる瞬間である。それでも、周囲のサポートを得ながら課題を克服し、看護師として一皮むけて成長していく。しかし、今年はこの「職業選択に対する迷い」の声が入職早々から聞かれていた。この原因の一つには、実習の制限による「リアルな体験の減少」が影響していると考えられる。

看護学生にとって、臨地実習はリアルな医療現場を体験する場所である。実習の機会があることは看護学生にとっては当たり前であり、実習が無い基礎教育など誰しも想像できなかっただろう。受け入れる臨床側も、新人看護師が様々な実習を経験し入職してくることは当たり前、まさか実習を体験できない看護学生が入職してくるとは予想もしてこなかった。しかし新型コロナウイルス感染拡大で、この当たり前が覆されてしまった。このような状況の中で、どの施設も新人教育に関して模索しながら取り組んでいるのではないだろうか。

当院では例年90名余りの新人を受け入れ1年8ヶ月の教育プログラムの中で育成を行っている。コロナ禍での新人教育においては、これまで以上にリアリティショックへの対策が重要視されていた。そこで改めて、これまでの新人教育の課題をふまえ、新たな教育プログラムを企画し実践している。その中心となるのは「教える」のではなく「育つ環境を整える」ことである。これらの取り組みは、新人看護師を育成する上で重要なことは何かを考える機会となった。また、新人教育を進めるうえで、コロナ禍だからこそ必要な支援が見えてきた。

今回、シンポジウムを通してコロナ禍で得られた様々な経験について、基礎教育の現場の方々と意見を交えながら、これからの新人教育について考えていきたい。

シンポジウム | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | シンポジウム

[SY1] [シンポジウム1] 救急救命士の医療機関での活用を巡る諸問題

ファシリテーター:三上 剛人(吉田学園 医療歯科専門学校 救急救命学科)、福士 博之(JA 北海道厚生連帯広厚生病院)

2021年10月22日(金) 15:40 ～ 17:10 ライブ2

[SY1-01] 病院において救急救命士を活用するためのポイント -救急看護師と救急救命士の ERでの連携の重要性-

○田中 秀治¹ (1. 国士舘大学大学院 救急システム研究科)

15:40 ～ 16:05

[SY1-02] 救急救命士養成施設における教育課程の現状と課題

○植田 広樹^{1,2} (1. 一般社団法人全国救急救命士教育施設協議会、2. 国士舘大学大学院 救急システム研究科)

16:05 ～ 16:30

[SY1-03] 救急外来に所属する救急救命士の活動の現状と今後の課題

○菊武 正彦¹ (1. 福岡青洲会病院)

16:30 ～ 16:50

[SY1-04] 『先生には、病院救命士の労務管理は任せられません』

○田口 大¹ (1. 勤医協中央病院 救急センター)

16:50 ～ 17:10

15:40 ~ 16:05 (2021年10月22日(金) 15:40 ~ 17:10 ライブ2)

[SY1-01] 病院において救急救命士を活用するためのポイント -救急看護師と救急救命士の ERでの連携の重要性-

○田中 秀治¹ (1. 国士舘大学大学院 救急システム研究科)

キーワード：病院救急救命士、生涯教育、メディカルコントロール体制

日本は新型コロナウイルス感染蔓延により大きく、医療と社会の基本構造が大きく揺らいでいる。その根本が医師の業務過剰と人材不足である。これを解決する策として医師タスクを看護師・救急救命士などにシフトすることが求められた。救急医療では、救急外来において救急救命士を活用するために、救急救命士法の一部が改正され、10月1日から法施工が予定されている。これまで、救急救命士は、国民の生命を守るため医療資格として主にプレホスピタルの現場で知識・技術を研鑽してきた。しかし今回の法改正で病院又は診療所に勤務する救急救命士は（以下、病院救命士と略）救急救命処置を、入院するまでの間、病院内で実施することが認められた。しかし、その要件として、医療機関で業務を行う前に、厚生労働省から発出されたガイドラインに従って、一定の研修の実施と、院内のメディカルコントロール体制の構築が必要となった。本講演では病院に雇用される救急救命士を活用するための以下の4つのポイントを提案する。

1. メディカルコントロール体制

今回の病院救命士についての法改正で最も重要な点は、救急救命士は円滑な活動を行うために、救急看護師と協同して円滑な救急医療を展開することである。医師の指示を受け、処置を代行するのは、看護師・救急救命士いずれにも共通した事項である。病院救命士に必要な研修・事後検証などのプロセスはすでに、看護師のラダー型育成法の中で確立しており、この大枠を活用して、救急救命士の年次育成計画を立てていくべきである。

2. 「専門性の維持と生涯教育体制の構築」

病院救命士はその知識・技術を維持するため、自己研鑽を継続する医療従事者でなければならない。今後、救急医療の重要な担い手となるべく生涯自己研鑽し続ける環境と認定体制構築が重要である。

3. 「病院救命士活動状態の把握と情報共有」

病院又は診療所に勤務する救急救命士の活動の実態は相互に把握される情報共有体制が必要である。学会の構築はその情報交換の場として重要であり、当面は日本臨床救急医学会などが恰好の場となることが想定される。

4. 「職位の確立と将来設計」

病院救急救命士が、専門職としての救急救命処置における高い技術や知識を提供できるよう、生涯にわたり安心して働き続けられる職位を医療機関内に設置することが重要である。雇用保障体制や賃金制度は将来の安定した雇用を病院管理者が理解し明確化することが重要である。

以上のような病院救命士が内包する問題点を一つずつ救急看護師と一緒に解決することが重要と考える。

16:05 ~ 16:30 (2021年10月22日(金) 15:40 ~ 17:10 ライブ2)

[SY1-02] 救急救命士養成施設における教育課程の現状と課題

○植田 広樹^{1,2} (1. 一般社団法人全国救急救命士教育施設協議会、2. 国士舘大学大学院 救急システム研究科)

キーワード：救急救命士

全国救急救命士教育施設協議会（JESA）は1996年に民間救急救命士養成施設の協議団体として設立されました。以来25年が経過し、現在 JESAに加盟している施設は、大学機関が17施設、2・3年制専門学校等が23施設の合計40施設が登録されており、学生定員数で年間1,370名（全救急救命士育成の65%超）の救急救命士を輩出し救急救命士養成の主軸を担っております。

日本は今、新型コロナウイルス感染症の蔓延により、かつてない医療と社会の変化に直面しています。さらに少子高齢化という人口構造の急激な変化、及びその社会保障については「安定財源の確保と継続」「平等性のある受益者負担」に「働き方改革」という新たな方向性も加わりました。医療の一端を担う我々の救急医療の現場においても、この方向性の脈絡のなかで医師のみに負担をかけるのではなく、医療関係者へのタスクシフトによる協力と相互連携構築が必要となります。

そのような背景を受けて、2021年5月28日に救急救命士法の一部改正がなされ、2021年10月1日から病院又は診療所に勤務する救急救命士が医療機関内で診療の補助業務ができるようになりました。

JESA加盟施設全体の卒業生の就職状況は、例年、消防機関への就職者数が全体の約6割を占めており、2019年度は56.7%（813名）、2020年度は57.8%（838名）でした。そのため多くの加盟校の教育課程は消防機関への就職を前提に行なわれており、特に実習内容は、救急隊の現場活動を中心に行われています。

しかしながら、昨今、医療機関への就職者数が、2019年度は9.5%（136名）、2020年度は10.4%（151名）と増加傾向であり、今後、教育課程の見直しの検討が必要であると考えます。

今回は、民間救急救命士養成施設の教育課程の現状と今後の課題についてご報告いたします。

16:30～16:50（2021年10月22日(金) 15:40～17:10 ライブ2）

[SY1-03] 救急外来に所属する救急救命士の活動の現状と今後の課題

○菊武 正彦¹（1. 福岡青洲会病院）

キーワード：救急救命士法、院内救急救命士、教育体制、タスクシフト

【はじめに】救急患者の救命率向上を目的に救急救命士法が1991年に制定された。主な就職先は消防機関ではあるが、医療機関に就職する救急救命士も多く存在する。しかしながら、これまでの救急救命士法では救急救命処置を実施できる場所に制限が設けられている。わが国は高齢化社会の進展に伴い救急医療の需要が増大しており、その担い手となる医師や看護師等の医療スタッフ不足が指摘されている。このような中で、厚生労働省の救急・災害医療体制の在り方に関する検討会において議論され、救急救命士法改正を含む医療法改等改正法案が提出され、令和3年5月に成立10月1日より施行となる。今後救急救命士による救急救命処置の実施場所の制限が緩和され活動範囲が拡大される。当院は救急医療を担う病院として、社会医療法人の認定を受けた地域医療の中核を担う二次救急医療機関である。年々増加する救急患者に対応する医師や看護師の業務負担の緩和及び診療効率の向上を目的に、2015年に院内救急救命士2名を採用した。業務内容は救急外来での診療の補助や処置介助等に関連する業務、看護補助業務、ラピットレスポンスカーの運用等を主な業務としている。また、DMAT隊員として災害派遣や救急救命士の資格を活かした院内外の救命講習で活躍している。院内救急救命士導入から6年が経過した今、法改正により今後医療機関での救急救命処置が拡大されることで、救急外来での活躍がますます期待される。そこで今回、当院における院内救急救命士の現状と課題を明らかにするために救急救命士の現状の活動に関する調査を実施した。【目的】当院で勤務する院内救急救命士の現状を把握し、今後の取り組むべき課題を明らかにする。【方法】当院で勤務する救急外来の医師1名、看護師17名、院内救命士2名にアンケート調査及びインタビュー調査を実施した。【結果】医師・看護師へのアンケートでは、診療ケア等の業務負担の軽減に

なっている」「救急隊との連携がとりやすい」などの回答が多かった。一方で「院内救急救命士の教育課程や就職後の教育体制・業務内容や責任の所在・所属部署・存在位置（地位）」など不安や疑問の回答も多くあった。院内救急救命士へのアンケートでは、「保険等の整備が不十分で自分が行う行為に対して不安」「院内で出来る業務（処置）が限られているため資格を十分に発揮できていない」「院内救急救命士としての存在位置が不明確」などの回答があった。希望することとして「院内救急救命士の増員・院内教育体制の確立」等の回答があった。【考察】今回の調査において、院内救急救命士は医師や看護師の業務負担の緩和及び診療効率の向上に寄与することがわかった。しかし、院内救急救命士の業務に関しては整備すべき問題点も多く、今後院内救急救命士としての立場の確立や業務内容及び教育体制を明確にし、チーム医療の一員として救急救命士の資格を発揮できるような体制作りが重要と考える。今回、医療機関で勤務する救急救命士の運用と体制作りについて皆様と検討したい。

16:50 ～ 17:10 (2021年10月22日(金) 15:40 ～ 17:10 ライブ2)

[SY1-04] 『先生には、病院救命士の労務管理は任せられません』

○田口 大¹ (1. 勤医協中央病院 救急センター)

キーワード：労務管理、所属、看護助手

病院救命士の体制整備を話し合っていた際に、院長と事務次長から突きつけられた台詞である。時間外労働を厭わず、労働組合にも加入していない救急医に委ねる懸念が伺えた。北海道でトップレベルの救急車搬入台数を誇る当院救急センターの看護業務軽減化を目的に、2014年8月より道内専門学校の救急救命士学科卒業直後で、救急救命士資格を有した20代の若者を、看護部所属の看護助手として採用してきた歴史がある。彼（彼女）らは、救急センター内で救急救命士としての技能を活かせることを期待して入職するも、業務は、物品補充・病院内での患者移送・検体搬送・モニター装着・HCUでの食事介助など、救急救命士の仕事とは程遠い業務が主となり、薄給とパートタイム扱いの雇用形態も相まって、約1～2年で消防組織へ転職してゆくことが常態化した。何とか病院救命士の退職を食い止めるべく、2021年8月に正職員化が実現したものの、看護部所属の雇用形態と業務内容は、これまでと変わっていない。彼（彼女）らは、普通の看護助手とは異なり、救急領域での阿吽の息とその貢献度への期待の高さは、2019年9月に開催された第13回北海道メディカルラリーで当院病院救命士を中心としたチームの優勝が物語っている。近年、当院救急センターからの病院間搬送を出来るだけ当院の搬送車を使用するよう徹底した結果、年間約200件の病院搬送車による緊急転院搬送が生じた。医師や看護師の同乗を回避できる観点から、今後、病院間搬送における病院救命士の利活用が期待されている。彼（彼女ら）に、救急救命士としての技能維持研修を保障し、検証および指導体制の整備は、医師が責任を持って行うことが望ましく、現行の看護部所属から救急センター所属へ改組し、彼（彼女ら）が胸を張って、やりがいを実感しながら、当院救急センターで活躍出来るよう、様々な問題を解決して行かなければいけない。

シンポジウム | 合同セッション | 【合同】シンポジウム

[SY] [シンポジウム] AI・ITを活用した救急医療・救急看護の現状と今後の展望

座長:浅香 えみ子(東京医科歯科大学 医学部附属病院)、川口 孝泰(医療創生大学 国際看護学部)

2021年10月22日(金) 16:00 ～ 17:30 ライブ1

[SY-01] AI・ITを活用した救急医療・救急看護の現状と今後の展望 —ベッド上からの転倒・転落の予兆を AIで予測する—

○川口 孝泰

16:00 ～ 16:25

[SY-02] AI・ITを活用した救急医療・救急看護の現状と今後の展望～筑波大学の取り組みを例にして

○浅野 美礼

16:25 ～ 16:50

[SY-03] AI・ITを活用した救急医療・災害医療をつなぐ・支える取り組みと今後の展開

○武田 聡¹、挟間 しのぶ¹、竹下 康平¹、高尾 洋之¹ (1. 東京慈恵会医科大学)

16:50 ～ 17:10

[SY-04] 初期治療室における音声入力システムを用いた看護の展望

○中田 哲也¹ (1. 獨協医科大学病院 救命救急センター)

17:10 ～ 17:30

16:00 ~ 16:25 (2021年10月22日(金) 16:00 ~ 17:30 ライブ1)

[SY-01] AI・ITを活用した救急医療・救急看護の現状と今後の展望 —ベッド上からの転倒・転落の予兆をAIで予測する—

○川口 孝泰

本研究は、「転倒・転落」がベッドを起点として発生するものとし、その原因とされる特徴量を設定し、転倒・転落に繋がる動作を予測・検知する手法の開発を目指して検証を行った。開発した手法は、ベッドの脚下4点に工業用の圧力センサを設置し、各点にかかる荷重の時系列変化を記録し、その荷重重心点の時系列変化から、ベッド上での対象者の体動を予測するものである。

本研究は、AIによる機械学習法である Support Vector Machine (SVM) を用いた。予測の実施にあたっては、ベッド上からの転倒・転落の前兆と考えられる体動変化の特徴量を決める必要がある。この研究では、特徴量を構成する基本データを2つの基本特徴量を設定した。一つ目は、ベッド4脚にかかる圧の変化を重心点の1点の軌跡変化を捉え、その点の時系列変化をFFT解析し、スペクトル密度の変化により求めた。二つ目は、信号の統計的自己相関性を決定する方法である、トレンド除去変動分析 Detrended Fluctuation Analysis (DFA) により重心の変化をとらえた。この2種類のデータを危険動作の予兆判定とした。とくにスペクトル密度は、細分化し、Sp-power、Sp-Peak、Sp-Sharpの3点を特徴量として設定した。また、DFAによって得られた値である fractal index値、重心点の軌跡面積、単位時間の軌跡長、単位面積の軌跡長、の合計7点を特徴量として設定した。

危険動作として「Reach out」, 「Bed rail」, 「Active」の3種類の動作を Support Vector Machine (SVM) を用いて教師データとして学習させた。信頼性を確認するために3種類の動作を組み合わせた一連の動きを未知の試験データ (Test data) として実施し、その適中率、再現率をSVMにて解析することで、システムの信頼性評価を行った。これらの過程を経て、予め設定した転倒・転落に繋がる予兆可能性のある「危険動作」の判別を試みた。

今回の研究では、設定した特徴量で、動作時の判別が可能であることが示された。とくに Test data を SVM で判定した結果では、適中率、適合率、再現率は、ともに高い値を示し、高い判別可能性が示された。また、この研究から、転倒・転落に繋がる動作特徴量の組み合わせの違いで、SVMの適中率が97.5%と高い値を示したケースもあり、ベッド上の姿勢・動作における判別可能性が高いことが示された。文献によって指摘された危険動作の判別結果では、特徴量からDFAを省いた6項目で適中率が64.9%、さらに「軌跡面積」の項目を除去し5項目にすると適中率が79.8%と向上した。これは軌跡面積の時間単位での数値変動の幅が大きく、的中率を妨げる要因になっていたとも考えられ、特徴量の設定が判別に大きく影響を及ぼすことも示唆された。

16:25 ~ 16:50 (2021年10月22日(金) 16:00 ~ 17:30 ライブ1)

[SY-02] AI・ITを活用した救急医療・救急看護の現状と今後の展望～筑波大学の取り組みを例にして

○浅野 美礼

人工知能 (artificial intelligence: AI) は苦手とする領域を着々と小さくしているようだが、教師データがすでにたくさんある問題、結論があいまいではなく数値で出力できる問題が得意で、疲れ知らずで高速かつ大量の処理ができるのが利点だ。これを最大限活用するため、大規模災害が起きた際の医療資源の最適配分を考えるという課題を考えてみたい。

厚生労働省の直近の資料によれば、茨城県は人口10万人当たりの医師数が全国ワースト2位、医師偏在指標は全47都道府県中42位と下位である。一方で335ある二次医療圏中でつくばが4位、水戸が79位と上位三分の一に入っている。医師の分布が大きく偏っていると言える。そこで筑波大学の井上貴明教授を中心とする救急・集中治療医学グループは筑波大学附属病院を基地局とした遠隔期急性期医療支援システムの構築を提案した。Tele-ICUシステムを基盤として、茨城県内主要医療施設のER/ICUと生体情報を含む患者情報、施設の空床状況などの

医療情報をリアルタイムで交換し、ホスト施設となる筑波大学で専門医・専門看護師・専門技師が直接各施設の現場に指示・助言を与える医療支援システムを構築しようというものである。

構想では、通常時1チーム3人（医師1名、看護師1名、医療事務1名）で管理するとしているが、大規模あるいは広域にわたる自然災害・同時多発事故などが発生した場合にはおそらく人間では人手を増やしたところで困難が発声すると予想される。医療資源としての施設、人、材料、器械、動線と移動手段、時間などの量と分布をAIに把握させておき、その配分を最適化問題としてとらえて高速、大量、持続的に判断できる仕組みを作ることが非常時に役立つ。また、シミュレーションをすることで、偏在している医師をはじめとした医療資源の配置を改善する方策も立てることができると思う。

16:50 ～ 17:10 (2021年10月22日(金) 16:00 ～ 17:30 ライブ1)

[SY-03] AI・ITを活用した救急医療・災害医療をつなぐ・支える取り組みと今後の展開

○武田 聡¹、挟間 しのぶ¹、竹下 康平¹、高尾 洋之¹ (1. 東京慈恵会医科大学)

キーワード：AI・IT、救急医療、災害医療

救急医療や災害医療の現場での情報技術を用いる取り組みは目覚ましい進化を遂げている。東京慈恵会医科大学には情報技術を医療で活用するための基礎研究から臨床応用までを幅広く取り扱う研究部門である「総合医科学研究センター先端医療情報技術研究部」があり、医療系モバイルアプリ開発とAIやITを活用したアプリの実証研究を実施している。今回の講演では、我々が救急医療・災害医療で実践している情報技術の用いた、つなぐ・支える取り組みの一部をご紹介します。

一刻を争う救急医療現場における情報技術の活用

急性虚血性脳卒中（脳梗塞）や急性冠症候群（心臓発作）などの救急医療の現場は一刻を争う。我々はCloud ERプロジェクト「Medical Cloud ER System (図)」の実証研究や実践を始めている。アルム社の、MySOS、JOIN Triage、そしてJOINという3つのアプリを使用していて、その実例をご紹介します。一刻を争う救急医療現場では、このような情報技術を用いた患者情報の共有は極めて有効であり、今後もさらなる進化発展が予想される。

心停止事例における情報技術活用の試み

さらに重症な心停止事例ではさらに一刻を争う事態となる。現場での一般市民によるバイスタンダー CPRとバイスタンダー AEDをいかにして増やすかが課題となる。情報技術により、倒れた人の位置情報を共有して、周辺にいるバイスタンダー CPRのできる人と、周辺にあるAEDの位置情報とバイスタンダー AEDのできる人をつなぐことが可能となれば、さらに多くのバイスタンダー CPRがおこなわれるようになり、さらに多くのバイスタンダー AEDもおこなわれるようになるはずである。実際に展開されている実例をご紹介します。

災害時の情報技術の活用

災害時の医療機関は患者が押し寄せ、また夜間などの場合には医療者も少なく、大混乱に陥る可能性がある。情報技術を使用して、災害現場のどこで何名の医師や看護師などの医療者が活動しており、今後何名の医療者がこの現場にサポートに入れるかを把握できることは、災害時の医療体制を構築するためにも非常に有用と考えられる。さらに患者に使用するトリアージタグを電子化して、どこに何名のどのような重症度の患者がいるかを把握する取り組みも進められている。また火災時に救助に入る消防隊員の位置情報はもちろん、現場に取り残された傷病者がどの部屋に何名いるのか、などを把握するシステムの開発も進められている。その試みをご紹介します。

さらに働き方改革としての情報技術の活用や、在宅の見守りとしての情報技術、さらにウェアラブルデバイスを活用した今後のさらなる展開など、もご紹介したい。本シンポジウムで、AI・ITを活用した救急医療・災害医療をつなぐ・支える取り組みと今後の展開、を共有させていただき、共に歩んでいけたら幸いである。

17:10 ～ 17:30 (2021年10月22日(金) 16:00 ～ 17:30 ライブ1)

[SY-04] 初期治療室における音声入力システムを用いた看護の展望

○中田 哲也¹ (1. 獨協医科大学病院 救命救急センター)

キーワード：音声入力システム、初期治療室記録

救急看護師が活動する場所には、プレホスピタル、初期治療室、救命救急病棟などがある。このような場所で対象となる患者は、緊急度や重症度が高く、救急看護師に求められる役割は、バイタルサイン測定や身体所見の観察、検査や処置の介助、患者や家族の苦痛や不安への介入、患者の状態や行なった処置内容を正確に記録するなど多岐にわたる。そのため救急看護師は、緊迫した場面で多くの役割を適切な時間内に限られた人数で行なっていく必要がある。

獨協医科大学病院の救命救急センターでは、三次救急適応となる患者を初期治療室で受け入れており、数名の医師と1～2名の看護師で対応している。また複数の患者を同時に診療する場面でも、同様の人数で対応している。そのため、看護師にかかる負担は大きく、特に患者の状態や処置内容を正確に記録することに多くの時間を要し、タイムリーに記録できないという問題点も抱えている。

救命救急センターでは、2016年から重症経過表システム（Mirrel®）を導入し、バイタルサインはモニタリングしているデータが直接経過表に反映されるようになった。これにより経過表にバイタルサインを記載する時間が省略され、誤入力の防止になった。しかし、検査や処置内容を記録するためには、パソコンに向かって作業する必要があり、患者への関わりが少なくなりやすい状況がある。この課題への対応として、2021年度から一部の病棟で導入している音声入力システム（AmiVoice®）を初期治療室でも使用する予定となった。AmiVoice®はキーボードを使わずに記録をすることができるシステムであり、行なった処置と時間、患者の反応などを簡単に記録に残すことができる。

AI・ITを活用するために、これからの看護師にはコンピュータを使う能力と「情報を使う能力」が求められる。この度のシンポジウムでは、救急看護師が抱える課題と看護を充実させるAI・ITの活用について共有していきたいと考える。

シンポジウム | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | シンポジウム

[SY2] [シンポジウム2] 「コロナ禍における救急対応と今後の課題 – 臨床現場と保健所の協働による挑戦 –」

座長: 瀧本 雅昭(東邦大学医療センター大森病院)、芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター 看護管理室)

2021年10月23日(土) 11:20 ~ 12:50 ライブ2

[SY2-01] 当院における COVID-19の取り組み ~臨床看護師が行う救急対応の現状~

○小野澤 圭子¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院)

11:20 ~ 11:45

[SY2-02] コロナ禍における臨床現場のマネジメントと今後の課題

○川谷 陽子¹ (1. 愛知医科大学病院 高度救命救急センター)

11:45 ~ 12:10

[SY2-03] 保健所における救急看護実践

○石川 幸司¹ (1. 北海道科学大学)

12:10 ~ 12:30

[SY2-04] 臨床と保健所が手をつないだ札幌の医療提供体制の確保

○水野 浩利^{1,2}、石川 幸司³、田口 裕紀子^{4,2}、上村 修二^{1,2}、成松 英智^{1,2} (1. 札幌医科大学 医学部 救急医学講座、2. 札幌医科大学 北海道病院前・航空・災害医学講座、3. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科、4. 札幌医科大学 保健医療学部看護学科看護学第一講座)

12:30 ~ 12:50

11:20 ~ 11:45 (2021年10月23日(土) 11:20 ~ 12:50 ライブ2)

[SY2-01] 当院における COVID-19の取り組み ～臨床看護師が行う救急対応の現状～

○小野澤 圭子¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院)

キーワード：救急対応、COVID-19

当院では2020年3月上旬に帰国者・接触者外来が設置され、帰国者・接触者相談センターを介し多くの患者を受け入れてきた。その後、感染拡大によって第2波を迎えた昨年の夏から秋にかけて施設の改修を行いながら、受け入れ体制を整備してきた。2021年8月現在、コロナ中等症患者用病棟：25床、コロナ重症患者用集中治療室：9床を COVID-19専用病床とし、保健所からの受診・入院要請をはじめ、他医療機関で療養している患者の転院搬送、救急隊からの要請等により1次～3次救急対応を行っている。看護師は軽症者対応、2次および3次救急の初療対応を行えるように配置し、コロナ禍以前より増員体制をとっている。

救急看護師は緊急度・重症度の判断、診療の補助、患者の状態に合わせて臨機応変に看護介入を行うことが求められる。また、関連部門と円滑な連携がとれるよう調整することや危機的状況にある患者および家族の精神的支援など、様々な役割を担っている。しかし、このような役割を認識しながらも、患者の心身の安楽・安寧を図ることを優先したケアより、医療者や他患者への影響を考慮し安全を優先せざるを得ない状況によって、患者・家族対応を十分に行えないジレンマが生じている。また、診療経過の中で状態悪化することへの緊張感や看護師自身の感染リスクに対する不安・ストレスを抱えながら対応している。さらに、感染者増加により診療や待機場所の確保が困難になってきており、その調整にも苦悩している状況にある。

新たな変異ウィルスが確認され、さらなる感染拡大が懸念されるなかで、課題や今後の展望について考える機会にしたい。

11:45 ~ 12:10 (2021年10月23日(土) 11:20 ~ 12:50 ライブ2)

[SY2-02] コロナ禍における臨床現場のマネジメントと今後の課題

○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：マネジメント、COVID-19

【目的】 A大学病院高度救命救急センター EICUでは、COVID-19流行に伴い、EICU6床を陰圧室へ改修し2020年4月から陽性者を受け入れた。COVID-19流行は災害に類似した状況と感じ、管理者として危機的状況に対するマネジメントをする必要があると考えた。コロナ禍における臨床現場のマネジメントについて振り返り報告する。

【方法】 COVID-19に係る臨床現場で実践した取り組みについて、日本看護協会が示す看護管理者に求められる6つの能力である、①組織管理能力②質管理能力③人材管理能力④危機管理能力⑤政策立案能力⑥創造する能力を活用し分析する。本研究はA病院看護部研究倫理審査会(簡2021-20)の承認を得た。

【結果】 ①組織管理能力では、COVID-19受け入れに関する病院および看護部の方針や救命センターの責務を目標管理に掲げ部署全体に浸透させた。②質管理能力では、COVID-19プロジェクトチームを発足し、感染対策、環境整備、看護実践について最新のガイドラインをもとに整備した。③人材管理能力では、患者の増加時の人員確保の仕組みを整えた。④危機管理能力では、スタッフの心身の健康状態を把握するため2020年3月から健康管理のアンケートを導入した。毎月スタッフ個人と部署全体の変化を把握し、必要時臨床心理士と連携した。⑤政策立案能力、⑥創造する能力に該当するマネジメントは実践できなかった。

【考察・結論】 COVID-19受け入れ当初は、未知のウィルスに対する不安や体制・環境に対して不平不満を感じ、管理者もスタッフも危機的状況に陥った。COVID-19重症患者を看護するという責務があるという目標を掲げ共有し、COVID-19に関する看護の質確保の体制を整えたこと、人員確保の仕組みを整えたこと、スタッフの健康状態を把握する仕組みを整えたことは、危機に立ち向かうマネジメントの一助になったと考える。今後は

ウィズコロナの日常を受容し、日本の看護の動向を踏まえた上で、新たなものを創り出そうと挑戦し、さらなる対応力を培うことが課題と考える。

12:10 ～ 12:30 (2021年10月23日(土) 11:20 ～ 12:50 ライブ2)

[SY2-03] 保健所における救急看護実践

○石川 幸司¹ (1. 北海道科学大学)

キーワード：COVID-19

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は2019年12月に発し、爆発的な勢いで全世界に拡大している。重症化する患者は1割程度であり、多くは軽症～中等症であるが、爆発的な感染者数によって入院病床はひっ迫しており、全国各地で“医療崩壊”といわれている。指定感染症となったことで、COVID-19患者は保健所への届出が必要であり、原則入院対応となる。しかし、全患者が入院できるほどの病床は確保できず、優先度を判定する救急対応が病院だけではなく保健所にも求められたのである。さらに、軽症者を収容する宿泊療養施設、自宅療養となった方への健康観察も必要となり、保健所はいわゆる“パンク状態”であった。

保健所は地域住民の健康を支える専門的機関であるが、全患者が入院できない状況下において、電話で健康観察を行い、その所見から緊急度を判定して入院調整を行う業務には困難を極めていた。そこで、救急や災害に関する経験を有する医師、看護師、消防による外部支援を行い、入院調整や患者搬送などを協働した。電話による健康観察、宿泊療養施設における看護師業務などのマニュアルについて、救急看護の経験を活用しながら保健師と協働した。

いまだ世界的にも感染の終息がみえない状況であるが、今回、保健所での活動について報告するとともに、臨床現場との協働する医療体制における課題について検討していきたい。

12:30 ～ 12:50 (2021年10月23日(土) 11:20 ～ 12:50 ライブ2)

[SY2-04] 臨床と保健所が手をつないだ札幌の医療提供体制の確保

○水野 浩利^{1,2}、石川 幸司³、田口 裕紀子^{4,2}、上村 修二^{1,2}、成松 英智^{1,2} (1. 札幌医科大学 医学部救急医学講座、2. 札幌医科大学 北海道病院前・航空・災害医学講座、3. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科、4. 札幌医科大学 保健医療学部看護学科看護学第一講座)

キーワード：covid-19、保健所、医療提供体制

新型コロナウイルス感染症対応の鍵は保健所にある。

検査体制を確保して流行を把握し、疫学調査によって感染経路を特定・遮断、受け入れ医療機関を確保することで十分な治療につなげていく。病床が不足する場合には、宿泊療養施設や入院待機ステーションを開設、活用して医療を提供するなど、多岐にわたる対応が迫られる。感染拡大に伴って保健所の体制は拡充されるものの、人的資源はひっ迫し、これらの感染症対応は困難を極めることになる。

一連の感染拡大の波の都度、臨床側の医師・看護師が札幌市保健所の支援に入り体制整備に協働した。

主な支援：

- 1) 入院調整 多数患者の入院調整を可能とするため、医療機関と保健所間で空床状況を共有するシステム（Covid-chaser）を開発・運用した。情報共有強化にはメーリングリストを活用した。
- 2) 宿泊療養 ホテルに医師を派遣し処方や点滴可能な体制を確保した。管理者不在の現場に対してマネジメント体制の構築に協力した。入院待機者が積みあがる事態となった第4波ではステロイドや酸素投与を実施した他、臨時的に入院待機ステーション機能も提供した。

行政による医療提供体制の確保の実際を紹介するとともに、これまで1年半以上の支援の取組みについて報告する。

パネルディスカッション | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | パネルディスカッション

[PD1] [パネルディスカッション2] 救急外来看護の革新－救急外来における帰宅時支援システムー

座長:箱崎 恵理(看護協会ちば訪問看護ステーション)

2021年10月22日(金) 14:10～15:30 ライブ2

[PD1-01] 救急外来帰宅時支援システムにおける看護師への期待～医師の視点より～

○長野 広之¹ (1. 京都大学大学院医療経済学分野博士後期課程)

14:10～14:40

[PD1-02] 初期・二次救急外来における帰宅する患者への看護の必要性

○山口 真有美¹ (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻博士後期課程)

14:40～15:10

[PD1-03] 救急搬送帰宅患者に対する電話訪問実施への取り組み ～電話訪問の定着と安心・安全な医療の提供を目指して～

○宮里 典子¹ (1. 沖縄中部徳洲会病院 集中治療室)

15:10～15:30

14:10 ~ 14:40 (2021年10月22日(金) 14:10 ~ 15:30 ライブ2)

[PD1-01] 救急外来帰宅時支援システムにおける看護師への期待～医師の視点より～

○長野 広之¹ (1. 京都大学大学院医療経済学分野博士後期課程)

キーワード：帰宅時支援システム

救急外来帰宅患者の再受診、予定外入院などのリスクを軽減するために救急外来で働く看護職などに重要な役割が期待されます。本演題では救急外来患者の帰宅後のケアでどのような介入が有効なのか、看護師に何を期待するかなどについて病院総合診療医、在宅診療医としての経験から語ります。

14:40 ~ 15:10 (2021年10月22日(金) 14:10 ~ 15:30 ライブ2)

[PD1-02] 初期・二次救急外来における帰宅する患者への看護の必要性

○山口 真有美¹ (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻博士後期課程)

キーワード：初期・二次救急外来、帰宅患者、帰宅支援

5年前にまとめた修士論文では、救急専門とする医師や看護師の配置が少ない初期・二次救急外来において、患者の健康回復と患者を元の生活に戻すことに責任を負った救急看護認定看護師たちの実践を明らかにしました。そこには、医師が診察したあとでも継続される看護師としての観察とアフターフォロー、自宅での生活のイメージ、重症化のリスクへの備えといった看護師の目と力が含まれていました。

皆さんもご存知のとおり、AI技術の発展は目覚ましく、アメリカ救急看護学会 Emergency Nursing Association インターナショナルカンファレンスではすでに AIを用いた ER患者管理システムが紹介されています。トリアージシステムでは、来院時の患者状態を入力すると数分後の急変予測がなされ医師の診察順が AIの判定により決定されるようになっています。

しかしながら、救急外来受診後に帰宅する患者さんの場合は、症状変化が分かりにくく見つけにくいという特徴があります。高齢者も多く、さらに背景にある慢性疾患や障害、自宅環境、家族関係等が複雑に絡んでくるため、応用編の看護が求められます。救急外来から受診後帰宅する患者さんへの看護は、私たち個々の看護師が常にオーダーメイドの看護を創り上げていかねばなりません。こうした救急外来帰宅時支援をシステム化できるのかどうか、今回、最新の国内外の関連研究をもとに話題提供し、皆さんと一緒に考えていきたいと思います。

15:10 ~ 15:30 (2021年10月22日(金) 14:10 ~ 15:30 ライブ2)

[PD1-03] 救急搬送帰宅患者に対する電話訪問実施への取り組み ～電話訪問の定着と安心・安全な医療の提供を目指して～

○宮里 典子¹ (1. 沖縄中部徳洲会病院 集中治療室)

キーワード：救急搬送後帰宅患者、電話訪問

【はじめに】

2015年10月より「医療事故調査制度」が開始され、医療に関わる事故やトラブルが頻繁に報道されている。その中に、救急搬送帰宅後に予期せぬ急変で重篤な状態に至った事例や、急変したことで医療訴訟に発展する事例も発生している。

当院においても、救急対応の患者が多くその危険性も高いと思われる。救急搬送された患者は通常より極めて不安状態に置かれており、帰宅した患者のなかには医療従事者が想像する以上に不安を抱えているケースも多く、病院側の細やかな心配りに安心し、信頼を寄せることも多いと聴く。

今回、救急搬送帰宅患者に対する電話訪問実施への取り組みを通して、電話訪問が患者の無事を確認するだけの病状把握にとどまらず、患者が安心して自宅療養ができる支援と継続診療に繋げることの重要性を認識できた。患者の不安を解決するため電話訪問の実施は必要であり、その取り組みから得たことを報告する。

【方法】

対象：救急搬送後帰宅された患者（2488名）

調査方法：救急搬送搬入後帰宅患者への「電話訪問調査用紙」より把握

対象期間：平成28年4月1日～平成29年3月31日

計算方法：

$$\frac{\text{電話訪問実施件数（電話に出た実数）}}{\text{電話訪問実施件数（電話訪問対象除外を除く）}} \times 100$$

電話訪問実施率目標：60%

【倫理的配慮】

当院の倫理委員会にて承認を得た。

【結果・考察】

開始当初は電話訪問の流れが定まっておらず電話訪問を忘れてしまったり、業務が増え仕方なく行っていた。また、電話訪問するが電話番号が間違っていたり、不在で連絡がつかない場合や対象者の選定が不明確なことにより混乱を招いていた。そこで、医事課での電話番号確認の徹底と電話訪問フローの作成、対象除外項目の統一、電話訪問時間の設定など基準を設けた。基準を設け方法の統一化を図ったことで、自主的に電話訪問を実施、継続することができ電話訪問が定着してきた。帰宅後の状況を確認することで患者、家族からは疑問や不安に思っていたことを直接質問でき安心感が得られると感謝の声が多く聴かれた。感謝の声を頂くことで看護師のモチベーションも徐々に高まっていった。一方で患者、家族からの要望も聴かれることもあった。患者の要望を聞くことで、自分たちの説明不足や対応を振り返る良い機会になった。帰宅後の患者の状況や意見を確認することで患者、医療者の双方に安心感が得られ、安全な医療の提供と継続した医療に繋がると言える。

【結論】

救急搬送帰宅した患者の状態を把握することは、医療者の責務である。電話訪問実施率は当初20～30%だったが、改善後は58.8%と上昇し、看護師の電話訪問に対する意識改革へ繋がった。電話訪問による継続看護を通して、患者の不安を少しでも軽減することは患者の安心・安全につながる。

【参考・引用文献】

- ・看護研究の進め方 論文の書き方
(医学書院 早川和生)

パネルディスカッション | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | パネルディスカッション

[PD] [パネルディスカッション] PPEによる皮膚への影響と対策の現状

座長: 紺家 津子(石川県立看護大学看護学部)、佐藤 憲明(日本医科大学付属病院 看護部)

2021年10月23日(土) 09:00 ~ 10:40 ライブ1

[PD-01] PPEによる有害事象-問題提起

○卯野木 健

09:00 ~ 09:20

[PD-02] コロナ時代のケア – PPEから医療従事者の皮膚を護る –

○志村 知子¹ (1. 日本医科大学付属病院)

09:20 ~ 09:40

[PD-03] PPEによる皮膚への影響と対策の現状「皮膚保護の塗布剤」

○吉田 英二

09:40 ~ 10:00

[PD-04] PPEから皮膚を守る皮膚保護材

○増川 美加子

10:00 ~ 10:20

[PD-05] マスクの構造、その性能評価について

○林 明史

10:20 ~ 10:40

09:00 ～ 09:20 (2021年10月23日(土) 09:00 ～ 10:40 ライブ1)

[PD-01] PPEによる有害事象-問題提起

○卯野木 健

新型コロナウイルスにより、個人用防護具（PPE）の着用が増えたことは言うまでもない。今までは、その装着は非常に短時間であることが多かったが、新型コロナウイルスのパンデミックでは長時間の装着が必要となり、様々な有害事象が発生していることがパンデミックの初期から報告されていた。

少なくとも、2020年春の段階では、諸外国と比較し、一回あたりのPPE装着時間は短く、皮膚の損傷や圧痕よりも暑さが最も強い有害事象であった。特に看護職には暑さを訴えるリスクが高く、これは働き方（作業量が多い）ことが関連していると考えられた（Unoki, et al., 2020）。その他、口渇、発声障害、疲労、呼吸困難、頭痛などが皮膚の圧痕や損傷の他にも有害事象として報告されている。（Unoki, et al. 2021）。皮膚の圧痕や損傷は、半数以上が訴えており、PPEに対するコンプライアンスに関わる問題であることは間違いない。PPEの有害事象に関して、どのような問題があるのかを幅広く概説しようと思う。

09:20 ～ 09:40 (2021年10月23日(土) 09:00 ～ 10:40 ライブ1)

[PD-02] コロナ時代のケア — PPEから医療従事者の皮膚を護る —

○志村 知子¹ (1. 日本医科大学付属病院)

キーワード：COVID-19、医療従事者、皮膚

2019年12月、中国湖北省武漢市ではじめて確認された新型コロナウイルス感染症（coronavirus disease 2019:COVID-19）は瞬く間に世界中に拡大した。多くの国では既にワクチンの供給が開始されているが、ウイルス変異株の広がりによって今も世界中で感染者が増え続けている。

新型コロナウイルスは強い感染力を持つため、ウイルスへの暴露を防ぐことを第一とした対応が求められる。医療従事者は患者の治療やケアを行いながら、他の患者へのウイルス感染予防だけでなく自分自身への感染予防にも努めなければならない。そのためには標準予防策や手指衛生を徹底し、個人防護具(PPE; Personal Protective Equipment)を適切に選択して着用する必要がある。COVID-19の主な感染経路は「飛沫感染」と「接触感染」である。とくに気管挿管や抜管、気管支鏡検査など一時的に大量のエアロゾルが発生しやすい状況下ではN95マスクの着用が推奨されているが、COVID-19のパンデミック初期には、このN95マスクを長時間使用し続けることによって医療従事者に医療関連機器圧迫創傷（MDRPU; Medical Device Related Pressure Ulcer）が発生する事態が散見された。

MDRPUの発生は、靴擦れのような擦過傷が生じた時と同様に非常に強い痛みを伴う。そのため頻繁にマスクを触ったりずらしたりしがちとなるが、このような行為はマスクの密着性を損ないウイルスへの曝露のリスクを高めるため避けなければならない。そこでPPEから医療従事者の皮膚を確実に護る対策が必要となる。

このパネルディスカッションでは、COVID-19患者の治療やケアにあたる医療従事者の皮膚を護る対策について、臨床で実施している具体例を紹介したい。

09:40 ～ 10:00 (2021年10月23日(土) 09:00 ～ 10:40 ライブ1)

[PD-03] PPEによる皮膚への影響と対策の現状「皮膚保護の塗布剤」

○吉田 英二

COVID-19感染流行の長期化に伴い、サージカルマスクや手袋をはじめとした個人用防護具（PPE）の長期着用に伴う医療者の皮膚疾患が報告されている。

これら PPEによる皮膚トラブルへの対策として効果が期待されるものとして、N95マスクに代表されるサージカルマスク着用時の被膜剤による予防である。非アルコール性で速乾性の被膜剤を使用することで皮膚上にミクロン単位の被膜を形成することができる。

顔面の皮膚厚さは、傾向として瞼や目尻などの目の周囲は薄く、顎、口の周りで厚いと言われている。また加齢と共に皮膚の菲薄化もあるとされている。これらのことから被膜剤の使用はマスク等の摩擦から皮膚を保護するのに役立つとされている。

一方、当社調査においても看護師の方の約7割が自身への保湿ケアを実施していると回答されているが、日常的な保湿ケアにより皮膚トラブルが軽減することも報告されている。また、接触皮膚炎診療ガイドライン2020によると「刺激性接触皮膚炎では、バリアクリーム、保湿剤の予防的外用は効果がある」とされている。

スキンケアの大原則は「保清／保湿／保護」であり、被膜剤などの保護に注目しがちだが、それだけに頼らずに日頃の保湿と、保湿と保護を効果的に行うための保清を心がけていただくことが皮膚のトラブルを未然に防ぐことに繋がると考える。

10:00 ～ 10:20 (2021年10月23日(土) 09:00 ～ 10:40 ライブ1)

[PD-04] PPEから皮膚を守る皮膚保護材

○増川 美加子

Covid-19感染爆発の中、最前線の医療従事者の悲鳴としてネット、TV、新聞の記事に、N95マスクによるものと思われる発赤や創傷を発生した顔面写真が掲載され、医療現場の悲惨な現状を医療従事者でなくても知ることとなった。

N95マスクを適切に使用するには、ウイルスの侵入を防ぐため顔面に確実に密着させる必要がある。N95マスク以外にゴーグル、キャップ、全身の防護服を着用し長時間勤務することは、マスクと接している皮膚に圧力と摩擦、さらに発汗による蒸れも加わり、医療従事者自身に医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）が発生したと考えられる。

臨床現場における MDRPUケアは、褥瘡管理者である皮膚・排泄ケア認定看護師により予防及び治療目的で圧力や摩擦を生じる部位に創傷被覆材や皮膚保護材を貼付する方法が選択されることがある。これらの材料は薄く粘着性で製品によっては静菌作用、緩衝作用を兼ね備え、創傷部へは適切な治癒環境、健常皮膚には安全な皮膚保護環境を提供することが可能である。

皮膚・排泄ケア認定看護師はなぜ創傷被覆材や皮膚保護材を選択するのか、その材料の組成及び作用と歴史を知っていただき、また PPEから皮膚を守るためにどのように使用されたのか報告する。

10:20 ～ 10:40 (2021年10月23日(土) 09:00 ～ 10:40 ライブ1)

[PD-05] マスクの構造、その性能評価について

○林 明史

新型コロナウイルス（COVID-19）の世界的な流行を受け、日本国内においてはほぼすべての国民がマスクを着用するようになり、生活スタイルが変わってきています。

大王製紙株式会社では、2020年の流行初期に、皆さんが安全で安心して過ごせる生活環境に貢献することを目的に、マスクの国内生産を開始しました。

一方、新型コロナウイルス流行前は、SARSなどの感染症流行に伴って一時的に使用が増大したこともあります
が、ほぼすべての方がマスクを着用する習慣はなく、マスクに関する知識が一般的になっているとは言えない状
況です。

今回はマスクメーカーとして、一般的なマスクの構造について解説します。併せて各種性能評価の手法、各種マ
スク関係する規格について、簡単に説明させていただきます。

パネルディスカッション | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | パネルディスカッション

[PD1] [パネルディスカッション1] 守れ！新型コロナウイルス感染患者と 対応に従事する医療者のメンタルヘルス

座長: 守村 洋(札幌市立大学)、立野 淳子(小倉記念病院看護部クオリティマネジメント科)

2021年10月23日(土) 11:00 ～ 12:30 ライブ1

[PD1-04] コロナ禍における救急隊員のメンタルヘルス

○日詰 妙子¹ (1. 札幌市消防局警防部救急課)

11:00 ～ 11:25

[PD1-05] 正解のない問題に対処する医療者のために ～ネガティブ・ケイパビリティに着目して～

○上村 恵一¹ (1. 国家公務員共済組合連合会 斗南病院 精神科)

11:25 ～ 11:50

[PD1-06] COVID-19重症患者とその家族をケアする看護師の立場から

○津田 泰伸¹ (1. 聖マリアンナ医科大学病院 救命救急センター)

11:50 ～ 12:10

[PD1-07] 新型コロナウイルス感染患者と対応に従事する医療者のメンタルヘルス～精神看護専門看護師の視点から～

○東谷 敬介¹ (1. 市立札幌病院看護部)

12:10 ～ 12:30

11:00 ~ 11:25 (2021年10月23日(土) 11:00 ~ 12:30 ライブ1)

[PD1-04] コロナ禍における救急隊員のメンタルヘルス

○日詰 妙子¹ (1. 札幌市消防局警防部救急課)

キーワード：救急隊員、メンタルヘルス

救急隊員を含む消防職員のメンタルヘルスクアは、阪神・淡路大震災や地下鉄サリン事件、新宿歌舞伎町雑居ビル火災といった大規模災害に伴う「惨事ストレス対策」を中心に調査、研究がすすめられてきた。一方、医療職特有のストレスも抱える救急隊員に着目した研究はほとんどされていなかった。今回、コロナ禍における救急活動におけるストレスに関する先行研究と、当局救急隊員のメンタルヘルスの現況について紹介する。

11:25 ~ 11:50 (2021年10月23日(土) 11:00 ~ 12:30 ライブ1)

[PD1-05] 正解のない問題に対処する医療者のために

～ネガティブ・ケイパビリティに着目して～

○上村 恵一¹ (1. 国家公務員共済組合連合会 斗南病院 精神科)

キーワード：メンタルヘルス、COVID-19感染症、ネガティブ・ケイパビリティ

COVID-19パンデミックは悲しみの通常を経験を混乱させ、医療者が悲しみを支援するためのアプローチの修正を余儀なくされた。多くの入院患者では、COVID-19の診断にかかわらず、面会は制限あるいは禁止されている。遺族は、葬儀を延期、大切な家族との別れを遠隔地で行うことを余儀なくされるなどの影響がある。また、家族の存在を感じることが無いまま亡くなっている患者が多くいる。

本セッションでは、医療者がパンデミックに関連した悲しみの重要な側面、アドバンス・ケア・プランニング(以下、ACP)、質の高いコミュニケーション、提供者のセルフケアの重要な実践がどのように悲しみを軽減するのかを概説したい。

予期悲嘆とは、死が予想されたときに患者や家族に起こる通常の喪に関連した現象である。しかし、現在、医療従事者は前例のない速度で死を経験する。病院やその他の施設では、訪問者の物理的な立ち会いを制限、禁止している。全国調査では、死が迫った患者が生前に家族に「さよなら」を言うことができないことはより多くの複雑性悲嘆を家族に生じさせてしまうことが報告されている。さらに、死への準備不足が複雑性悲嘆と死亡後のうつ病を予測していることが示されているが、まさに COVID-19パンデミックにおいて直面する状況と一致していると考えられる。

本パンデミックにおいて医療者は、正解のない問題に対処する場面を多く経験する。ネガティブ・ケイパビリティとは、「論理を離れた、どのようにも決められない、宙ぶらりんの状態を回避せず、耐え抜く能力」と定義されている。私たちは、困難な課題に直面すると正解を求めようと不安になる。不確定で正解がわからない問題に、安直に正解を求めようとうせず、つき合っていく能力が必要になる。専門家でも意見が割れており、何が正解かわからないこの状況では、まさにネガティブ・ケイパビリティが必要であることは間違いない。病院内においても、正解を突き詰めることを追求しすぎることで不和を生むことは効率的ではないことが明らかにされているだろう。

一方で、ネガティブ・ケイパビリティを手軽に身につける方法は存在しない。同名タイトル書籍の著者である帚木は「この宙ぶらりんの状態をそのまま保持し、間に合わせの解決で帳尻を合わせず、じっと耐え続けていくしかありません。耐えるとき、これこそがネガティブ・ケイパビリティだと、自分に言いかけます。すると、耐える力が増すのです。」と書いている。辛い鍛錬になるが、このような概念を知ることこそがレジリエンスに大

きく影響し、結果として医療者のメンタルヘルスにとって重要な視点であると推測される。

11:50 ～ 12:10 (2021年10月23日(土) 11:00 ～ 12:30 ライブ1)

[PD1-06] COVID-19重症患者とその家族をケアする看護師の立場から

○津田 泰伸¹ (1. 聖マリアンナ医科大学病院 救命救急センター)

キーワード：COVID-19、看護師、メンタルヘルス

新型コロナウイルス感染症重症患者の受け入れを開始してから、早くも1年半が経過した。この抄録を書いている2021年8月の時点では、第5波真っ只中にあり患者数は増加の一途をたどっている。大学病院としての社会的責務に応じるかたちで増床の決断がされ、救命センターは全てコロナ病床へと様変わりした。陰圧管理ができるよう改修工事がされ、増床されたのも束の間ベッドは1日で埋まった。救急車で搬送されてきたが満床で入院できないコロナ患者は、外来ブースで腹臥位をおこないながら一晩過ごす。そんな日々が続いている。何をもって医療崩壊というのかは分からないが、通常おこなうことができた治療やケアがおこなえず、活用できる資源が不足しているという意味であれば、その状態にあるのかも知れない。

コロナ患者の入院は、緊急搬送の後の受入れ時と状態悪化時の処置が一番忙しく、ある程度処置がひと段落つけば、あとは通常と大きな違いはない。PPEの装着はだいたい慣れた。しかし、受入れと転院出しという繰り返しの作業は、「私たちは何をしているのだろうか」、「いつまで続くのだろうか」と虚無感を募らせる。数週間経てば落ち着くに違いない、そう経験を重ねてきたが、第1～5波のように、繰り返す波が次第に大きくなるにつれ、その波の振れ幅が大きかつ長くなるにつれ、精神的加重は大きくなり心が擦り切れてしまいそうになる。いつものその人らしさや性質が変わってしまうスタッフもいる。また、変異株の到来で、自分と近い年齢の患者が挿管され、ECMOが装着される姿を目の当たりにしながら、不安や恐怖といった言葉では表しきれない、自己存在を脅かす状況にさらされているのも事実である。

患者やご家族がうけるコロナの影響も甚大であり、様々な感情を抱きながら耐えることが強いられている姿を目の当たりにする。隔離と孤立、看取りの問題、沢山のジレンマが患者・家族と医療者の両者につきまとっている。看護師は背負い過ぎているという人類学者の声もあるが、だけれどやはり看護にこだわりたく割り切れない人が多い。

文書を書き進めながら、かなり悲惨な状況で仕事をしているのではないだろうか、とはっとさせられるが、なんとかやってこれている。同僚や他職種を守り切れているのかは自信がないが、一緒に対話を重ねながら対応にあたってきた。決して成功事例として語れる程立派な活動をしてきているわけでもなく、また、私自身、先日返送されてきたストレスチェックにひっかかっているような人間である。そんな私ではあるが、コロナ重症病棟の看護師の立場からこれまでの自施設の活動を振り返りつつ、メンタルヘルスについて考えてみようと思う。

12:10 ～ 12:30 (2021年10月23日(土) 11:00 ～ 12:30 ライブ1)

[PD1-07] 新型コロナウイルス感染患者と対応に従事する医療者のメンタルヘルス～精神看護専門看護師の視点から～

○東谷 敬介¹ (1. 市立札幌病院看護部)

キーワード：メンタルヘルス、新型コロナウイルス

2020年の1月に、海外で報じられている新型コロナウイルス関連のニュースを目にしたときは、正直なところ「対岸の火事」といった認識であり、世の中がここまで激変するとは想像もしていなかった。しかし、その現実はずぐに身近なものとなった。2020年1月28日に、北海道内で初めて新型コロナウイルス感染者が確認されて以降、市立札幌病院では病棟編成を繰り返し、2021年8月現在までに、延べ約1400名の新型コロナウイルス感染患者の入院を受け入れてきた。そして、現在もこの体制は続いており、医療者を取り巻く環境も日々変化している。

筆者は、2014年から看護部と協働しながら看護職のメンタルヘルス支援を行ってきた。主な内容として、メンタルヘルス面談、新規採用職員を対象とした GHQ-12（General health questionnaire-12）を用いたスクリーニング、セルフケアやラインケアについての研修会の開催などである。しかし、新型コロナウイルスの影響により、今まで経験したことがないメンタルヘルスの問題が出現した。時期によって内容は異なるが、未知の感染症への恐怖、自粛生活等によるストレス対処行動方法の制限、医療者への差別、度重なる病棟再編による環境変化などがあげられる。これらは程度の差はあれ、すべての人に起きていることであり、職場だけの問題では完結せず、私生活への影響も大きいことも特徴である。

特に、筆者が主に支援をしている新卒看護師や看護経験年数が2、3年目の看護職については看護教育への影響も大きく、今後、新たな問題が顕在化してくることも考えられる。そして、未だゴールが見えず、日々、倫理的な葛藤を生じる場面を繰り返し経験することは、全医療職にとって燃え尽き症候群などの新たな問題を引き起こす可能性が高いことが予測される。このような不安定な状態が続く中で、どのようなメンタルヘルス支援が効果的なのか、皆さんでディスカッションを重ね明らかにしていきたい。

パネルディスカッション | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | パネルディスカッション

[PD3] [パネルディスカッション3] 東京オリンピック・パラリンピックにおける救急医療体制の構築と今後の課題

座長:佐藤 憲明(日本医科大学付属病院 看護部)、山勢 博彰(山口大学大学院医学系研究科)

2021年10月23日(土) 15:10 ~ 16:50 ライブ1

[PD3-01] Afterコロナ時代のマスギャザリング感染症対策

○菅原 えりさ¹ (1. 東京医療保健大学大学院医療保健学研究科 感染制御学)

15:10 ~ 15:30

[PD3-02] 東京2020大会 競技会場での活動について

○平井 英一¹ (1. 東京消防庁)

15:30 ~ 15:50

[PD3-03] 東京2020オリンピック競技大会 地方会場の対応～札幌会場～

○田口 裕紀子^{1,2} (1. 札幌医科大学保健医療学部看護学科、2. 札幌医科大学北海道病院前・航空・災害医学講座)

15:50 ~ 16:10

[PD3-04] オリンピック・パラリンピック指定病院の役割と現状

○溝江 亜紀子¹ (1. 東京医科歯科大学病院 集中治療部・救命救急センター)

16:10 ~ 16:30

[PD3-05] 東京オリンピック・パラリンピックに備える特定機能病院（救急・集中治療）の取り組み

○瀧本 雅昭¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)

16:30 ~ 16:50

15:10 ～ 15:30 (2021年10月23日(土) 15:10 ～ 16:50 ライブ1)

[PD3-01] Afterコロナ時代のマスギャザリング感染症対策

○菅原 えりさ¹ (1. 東京医療保健大学大学院医療保健学研究科 感染制御学)

キーワード：マスギャザリング、感染症

パンデミック下そして緊急事態宣言下の東京で行われたオリンピック・パラリンピック（東京2020大会）。その準備は東京での開催が決まった時から前例に倣って行われてきたはずであった。

感染症対策においては、国内に持ち込まれる可能性のある感染症に注目し対応策を検討してきたが、2020年1月COVID-19による思いもよらないパンデミックにより一変した。そもそも、パンデミックの最中にマスギャザリングイベントを開催していいものなのか。感染制御を担っているものの立場として釈然としないものがあった。

このような中生まれたのが、「バブル方式」という新たな智慧である。関係者を見えない「泡」に包み込み、泡の外とは接触をさせない方式で、東京2020大会前からパンデミック下でのスポーツ世界大会で実施されはじめ、東京2020大会でも行われた。その結果、オリンピック関係者の陽性者は546名（2021年8月19日現在）と公開されている。このバブル方式はCOVID-19の感染対策としては理にかなっており、厳格に管理されれば有効なシステムで、今後も引き継がれる感染対策のモデルとなるだろう。しかし、イベントに集まる関係者以外の人々の感染対策に関しては大きな課題が残っており、私たちにとってはバブル方式の厳格な管理もさることながら、それに影響される一般市民への感染対策がより重要と考えている。

マスギャザリングイベントでの注意すべき感染症はパンデミック前と現状では変わりはない。2025年の大阪万博が次の世界的マスギャザリングイベントになるが、その時の世界がどのような状況になっているか、樂觀せず、課題を共有していきたい。

15:30 ～ 15:50 (2021年10月23日(土) 15:10 ～ 16:50 ライブ1)

[PD3-02] 東京2020大会 競技会場での活動について

○平井 英一¹ (1. 東京消防庁)

キーワード：オリンピック、パラリンピック

小職は2018年より（公財）東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会（以下、「組織委員会」）に派遣され、大会の準備段階では事務職として担当競技会場における医療サービス提供の準備業務を行った。また大会期間中は担当会場における会場医療事務責任者(MOM)として、会場医療責任者(VMO)及び選用手用医療統括者(AMSV)の補佐及び会場内医務室の運営に関係する事務を行った。

計画段階から組織委員会内の他部署及びIOC・IPCをはじめとした様々なステークホルダーとの多岐にわたる調整があり、多くの課題が発生した。その後コロナ禍において大会が1年延期となり計画の見直しが発生した。また大会直前に大半の会場が無観客となるなど、直前まで実施に関する方針に変更が生じた中で開催となった。

開催都市要件、IOC・IPCの定めるオリンピック・パラリンピックでのサービスレベルなど、東京2020大会特有の要件を踏まえて準備を行い、大会期間中に活動した内容を報告する。

15:50 ～ 16:10 (2021年10月23日(土) 15:10 ～ 16:50 ライブ1)

[PD3-03] 東京2020オリンピック競技大会 地方会場の対応～札幌会場～

○田口 裕紀子^{1,2} (1. 札幌医科大学保健医療学部看護学科、2. 札幌医科大学北海道病院前・航空・災害医学講座)

キーワード：東京2020オリンピック、札幌、救護

東京2020オリンピックは、マラソン・競歩とサッカー競技の一部が札幌会場で開催された。大会に先駆け、札幌では2021年5月にマラソン競技のテストイベントが開催された。自身はこのテストイベントと、大会中のサッカー試合会場およびマラソン・競歩会場の関係者救護に携わった。また、サッカー練習会場やドーピング検査に対応する看護師の確保にも協力した。

大会前には各競技会場の医務室の設営や救護動線、医療資機材の確認を救急医とともに行った。また、本大会の救護においては過去のスポーツイベントでは経験してこなかった COVID-19対策も必要となり、発熱患者専用隔離室の準備や疑似症傷病者の診療動線などを事前に確認した。

大会期間中の札幌は、18日間連続で30度以上の真夏日となる例年にない猛暑が続き、屋外競技となるマラソン・競歩の大会期間は湿度も高く、熱中症警戒アラートが発令される状態であった。そのため、コース上給水所の氷袋やゴール後のアイスバス等の準備が強化され、女子マラソンの開始は1時間前倒しされたが、女子マラソンでは出場選手88人中15人、男子マラソンでは106人中30人が途中棄権する過酷なレースとなった。

大規模スポーツイベントにおいて医療スタッフは、大会運営者との連携の他、傷病者の搬送を想定した消防との連携、指揮命令系統および連絡系統の確立、救護スタッフ内のチームビルディング等を行なうことが重要となる。また、各種競技による特徴的な傷病やマスギャザリングを想定した多数傷病者への対応スキルも必要となる。このような多職種連携やチームのマネジメント、傷病者対応において、その能力を発揮できるのは救急看護師であると実感しており、救急看護師がイベント救護に携わる意義は大きい。しかし、病院内での救急看護活動とは異なるスキルも要求されるため、安全・安心な大会を支える救護の実践には、各種イベント救護に対応できるスキルを身につけるための教育の構築が必要であると考えます。

16:10 ～ 16:30 (2021年10月23日(土) 15:10 ～ 16:50 ライブ1)

[PD3-04] オリンピック・パラリンピック指定病院の役割と現状

○溝江 亜紀子¹ (1. 東京医科歯科大学病院 集中治療部・救命救急センター)

キーワード：オリンピック・パラリンピック、指定病院、COVID-19

当院は東京都文京区に位置する大学病院で、断らない救急を目指し年間7～8000件の救急搬送を受け入れている。しかし COVID-19の流行とともに、2020年4月より陽性の重症、中等症患者を積極的に受け入れる病院として体制が変化した。そのため救急病棟の病床数が半以下になったことに加え、救急搬送自体が疑い扱いとなるために搬入自体を激減せざるを得なくなり、さらに一般診療にも多大なる影響を及ぼしている。現在は都の要請レベルに合わせ、その都度病床数を変化させ受け入れ体制をとっている。

今回、東京2020オリンピック・パラリンピック受け入れ指定病院として依頼されたステークホルダーは、選手及び選手団役員【NOC/NPC】国際競技連盟【IF】、期間はオリンピック・パラリンピック開村期間を含む2021年7月7日(選手村プレオープン)～9月8日(選手村閉村日)、対象は入院加療、特殊検査を要する患者とされている。東京都の緊急事態宣言が発令されている中で COVID-19陽性患者数が増加し、オリンピック関連患者の受け入れや病床確保だけでなく、院内の一般診療や予定手術の維持が必要とされており、病床や人員のバランスを取って行くことが求められる。しかし直接関係しない部門や部署との熱量の違いは否めない。病院全体で受け入れる体制をとることができるかが課題であると推察される。そのため、院内の新型コロナ対策室、ベットコントロールセンターなど複数の部門からなるチームで協議を行なっていた。

①患者受け入れと病床確保

COVID-19の受け入れに伴い圧迫されている一般診療に影響を与えず、受け入れ体制をどう整えていくか準備を行なった。指定されたルートではないオリンピック関連の搬送や、そこから COVID-19陽性者が発生する可能性

など、様々なことを踏まえる必要があり、オリンピック関連の院内対応フロー・病床対応フローを繰り返し検討し、それに則り実施することとなった。

②多言語対応

COVID-19流行以前から様々な国の患者が搬送されていたため、困難な場合は MERON(医療通訳システム)やボケトークを使用していた。また国際医療部を中心に多言語化した病院内案内図や診断書を準備し、医療費の相談など対応していた。そのため特別な準備は必要ないことを確認した。

③テロ対策

病院全体でテロ対策訓練を実施し、webclassで全職員が視聴できるようにした。さらに ER医師と看護師で実働的な部分を詰め再確認し備えた。

実際にどのような患者が搬送されどのように対応したのか、また見えた問題点や対策などを踏まえて紹介させていただきたい。

16:30 ～ 16:50 (2021年10月23日(土) 15:10 ～ 16:50 ライブ1)

[PD3-05] 東京オリンピック・パラリンピックに備える特定機能病院（救急・集中治療）の取り組み

○瀧本 雅昭¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)

キーワード：特定機能病院、MCI、受け入れ準備

2021年に1年遅れで開催された東京オリンピック・パラリンピックでは、各国の関係者や観客等が多数訪日するため開催期間中の医療救護体制の整備が求められた。多数傷病者事故（以下、MCIとする）は、地域の救急医療体制において通常業務の範囲では対応できないような多数の重症傷病者を伴う事故災害のこととされている。オリンピック・パラリンピックは、最も有名な大規模国際イベントであり、会期中には典型的なマスギャザリングとなる。マスギャザリングイベントでは、一般的に大規模交通事故や大規模火災などがMCIとして懸念され、各開催地域の医療機関はMCIが発生した場合は、当該地域内の医療対応計画に基づいてその受け入れを行う。しかし、一般的にMCIでは短時間で収束は見込めるものの、通常診療で対応できない医療需要が発生し、医療機関では緊急度や重症度、発生要因によっては除染などの特殊な対応も必要となる。また、今大会の開催時期は7月下旬から9月初旬の夏場の開催であり、多数傷病者の発生によるマスギャザリングに加えて、多くの熱中症患者などに対応する必要も検討された。熱中症を代表とする急性症状への対応、MCIとテロによる銃創・爆傷患者への対応、感染症対策、外国人対応、重症患者のICU管理など多岐に渡った。これら、診療にあたる、医師、看護師らには、会場現場だけでなく受け入れる病院でも適切な対応が要求された。

当院においても今大会の開催を契機に、マスギャザリング災害によるMCI対応について検討がなされた。基本的な対応方針は、①通常診療を継続した状態での対応、②大規模災害時同様の対応の2パターンを検討した。今回、MCI対応の方針決定したことで、診療体制・患者情報の共有方法、薬剤準備と請求方法、医療事務とは事前IDの準備や患者情報の共有など多職種との調整や再確認ができた。また、この検討過程が、改めて部署全体およびスタッフ個々の備災につながったとも考える。

ワークショップ | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | ワークショップ

[WS1] [ワークショップ1] これからの救急電話相談を考える ―新型コロナウイルス感染症に関連した電話相談の現状と課題

座長:平柳 和奈(公立昭和病院)、印東 真奈美(特定非営利活動法人 ジャパンハート)

2021年10月22日(金) 13:00 ~ 14:30 ライブ3

主催:救急電話相談トリアージ委員会

[WS1-01] これからの救急電話相談を考える ―新型コロナウイルス感染症に関連した電話相談の現状と課題―

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

13:00 ~ 14:30

13:00 ～ 14:30 (2021年10月22日(金) 13:00 ～ 14:30 ライブ3)

[WS1-01] これからの救急電話相談を考える

ー新型コロナウイルス感染症に関連した電話相談の現状と課題ー

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

キーワード：救急電話相談、トリージ、新型コロナ感染症

新型コロナウイルス感染症は国内外で感染の拡大が収まらず、市民や医療従事者も感染への不安を抱えている。医療体制も日増しに逼迫し、発熱患者が受診できないケースも珍しくなく、医療機関を受診すること自体が難しくなっている。

現在、救急電話の窓口として、医療機関のみならず、帰国者・接触者相談センターや、保健所等の行政によるコロナワクチン副反応に関する相談、感染の拡大に伴う自宅療養者への相談窓口などが増設されている。新型コロナウイルス感染症の終息の予測がたたない現在、電話医療相談がゲートキーパーとしての役割を担う可能性があり、今後、電話医療相談における看護の役割が極めて重要になると予測される。

そこで、救急電話相談トリージ委員会では、新型コロナウイルス感染症に関連した救急電話相談の現状報告から、救急電話相談に携わる医療者の抱える問題点や課題を共有していくことで、逼迫している医療体制下においても、適切な救急電話相談により受療行動へのアドバイスを行い、医療機関への負担や市民の不安を軽減させていくことにつながると考える。

このセッションでは、新型コロナウイルス感染症に関連した救急電話相談で活躍する方々にそれぞれの視点から救急電話相談の現状と課題をお話いただき、問題点の解決に向けて意見交換を行う。ご発表いただいた現状と意見交換により得られた内容は、救急電話相談の更なる可能性や救急電話相談に携わる全ての方の教育を考えていく糸口となることを期待する。

ワークショップ | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | ワークショップ

[WS2] [ワークショップ2] 救急初療看護の問題解決のための体系的アプローチを学ぼう～救急初療看護に活かすフィジカルアセスメント～

座長:石川 幸司(北海道科学大学保健医療学部看護学科) ファシリテーター:市村 健二(獨協医科大学病院 ICU)

2021年10月22日(金) 14:40 ～ 16:10 ライブ3

主催: セミナー委員会

[WS2-01] 救急初療看護の問題解決のための体系的アプローチを学ぼう～救急初療看護に活かすフィジカルアセスメント～

セミナー 委員会¹、石井 恵利佳¹、○石川 幸司¹、市村 健二¹、田戸 朝美¹、中野 英代¹、吉次 育子¹、○増山 純二¹ (1. セミナー委員会)

14:40 ～ 16:10

14:40 ～ 16:10 (2021年10月22日(金) 14:40 ～ 16:10 ライブ3)

[WS2-01] 救急初療看護の問題解決のための体系的アプローチを学ぼう～救急初療看護に活かすフィジカルアセスメント～

セミナー 委員会¹、石井 恵利佳¹、○石川 幸司¹、市村 健二¹、田戸 朝美¹、中野 英代¹、吉次 育子¹、○増山 純二¹
(1. セミナー委員会)

キーワード：救急初療看護、フィジカルアセスメント、体系的アプローチ

初療で行われるアセスメントは、フィジカルアセスメントが重要であり、また、系統的に情報収集することにより、患者の状態を悪化させる危険性があるため、迅速的なアセスメントが求められます。初療では一次評価といわれる生理学的徴候のアセスメント、二次評価として重点的アセスメントを行います。アセスメントの目的は、呼吸不全、循環不全、脳神経障害に関連した看護問題が、顕在的であるか潜在的であるかをアセスメントし、緊急度の判断や看護問題を抽出することです。これらの看護実践について「救急初療看護の問題解決のための体系的アプローチ」として、救急初療看護コースを構築しました。

今回、日本救急看護学会セミナー委員会では、アセスメント力を高めることを目的に、「救急初療看護の問題解決のための体系的アプローチ」について解説するとともに、この体系的アプローチをもとにしたワークショップを行います。本ワークショップでは、「救急初療看護に活かすフィジカルアセスメント～e-ラーニングコース～」を再設計し、救急初療看護に必要なフィジカルアセスメントを学習します。フィジカルアセスメント、病態アセスメントの知識を活用し、救急初療特有の看護過程展開を学び、緊急度の判断や救急処置、緊急検査、治療の準備の根拠を明確にしていきます。「胸痛」事例を用いてクイズ形式で楽しく学べるように設計しています。「設問」「回答」「解説」を繰り返し、実際の看護過程の展開を疑似体験していただきます。そして、正常・異常の判断だけでなく、「なぜ異常なのか？」を考え、アセスメントを深めていきます。

コロナ禍で以前のように集合してのワークショップは開催困難となりました。しかし、リモートでも効果的に楽しく学べるよう企画しております。是非、ご参加ください。

交流集会 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 交流集会

[1L303-03] [交流集会 1] 外傷看護教育における将来構想

司会:小池 伸享(前橋赤十字病院)

2021年10月22日(金) 16:20 ~ 17:50 ライブ3

主催: 外傷看護委員会

[1L303-03-01] 外傷看護教育における将来構想

外傷看護 委員会、小池 伸享^{1,10}、○笠原 真弓^{2,10}、○山中 雄一^{3,10}、○苑田 裕樹^{4,10}、富岡 小百合^{7,10}、和田 孝^{5,10}、後小路 隆^{9,10}、小越 優子^{6,10}、佐藤 憲明^{8,10} (1. 前橋赤十字病院、2. 浜松医療センター、3. 京都大学医学部附属病院、4. 日本赤十字九州国際看護大学、5. 大垣市民病院、6. 滋賀医科大学医学部附属病院、7. 大阪府立中河内救命救急センター、8. 日本医科大学付属病院、9. 小波瀬病院、10. 日本救急看護学会 外傷看護委員会)

16:20 ~ 17:50

16:20 ～ 17:50 (2021年10月22日(金) 16:20 ～ 17:50 ライブ3)

[1L303-03-01] 外傷看護教育における将来構想

外傷看護 委員会、小池 伸享^{1,10}、○笠原 真弓^{2,10}、○山中 雄一^{3,10}、○苑田 裕樹^{4,10}、富岡 小百合^{7,10}、和田 孝^{5,10}、後小路 隆^{9,10}、小越 優子^{6,10}、佐藤 憲明^{8,10} (1. 前橋赤十字病院、2. 浜松医療センター、3. 京都大学医学部附属病院、4. 日本赤十字九州国際看護大学、5. 大垣市民病院、6. 滋賀医科大学医学部附属病院、7. 大阪府立中河内救命救急センター、8. 日本医科大学付属病院、9. 小波瀬病院、10. 日本救急看護学会 外傷看護委員会)
キーワード：外傷看護、外傷看護教育、将来構想、JNTEC

外傷看護委員会は、外傷看護を幅広く普及し、PTD回避を目的とした JNTECプロバイダーコースを2007年より開始しました。半日を座学、2日目を「受け入れ準備」「気道・呼吸管理」「循環管理」「GCS・切迫するD」「移動・体位管理」「家族対応」の6つのブースで実技としていました。2011年には概論座学をeラーニング学習とし、対面1.5日すべてをスキルの習得を中心としたシミュレーション方法に変更しました。さらに2014年には外傷初期看護ガイドラインを改訂し、2015年より新たに「蘇生処置」と「チーム医療」を加えた8つのスキルブースに変更し、コースを運営しています。

現在までにプロバイダーコース開催数は225回を超え、全国に外傷初期看護を実践する看護師を約7000人輩出してきました。しかし、昨今の新型コロナウイルス感染症の猛威により2020年2月より従来の対面コースを中止している状況が続いていましたが2021年4月よりオンライン会議ツールを用いた WEB版外傷初期看護セミナーを展開しております。また、外傷看護委員会は、前身である JNTEC委員会から、JNTECプロバイダーコースを運営するだけでなく、外傷看護を探究する目的で現在の委員会に名称変更をしました。昨年にはコース受講後の外傷初期看護実践の変化を明らかにし、JNTECプロバイダーコースが救急医療現場での外傷初期看護実践にどのような成果をもたらしているのか検証し、今後の課題を検討することを目的とした調査を実施しました。

今年度の交流集会では、集合型の対面実技コースの調査研究の結果を発表し、現在実施している WEBセミナーの成果と課題、そして今後の外傷看護教育の将来構想をテーマとして皆様と情報共有し、外傷看護教育の今後を見据えたディスカッションを行いたいと考え企画しました。オンライン会議ツールでの交流集会となりますが是非とも、多くの皆様にご参加いただき、JNTECプロバイダーコース、そして外傷看護教育の今後を考える機会とさせていただきたく存じます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

【司会】

小池 伸享 前橋赤十字病院

【演者】

調査研究：笠原 真弓 浜松医療センター

WEBセミナー：山中 雄一 京都大学医学部附属病院

将来構想：苑田 裕樹 日本赤十字九州国際看護大学

【コメンテーター】

後小路 隆 小波瀬病院

富岡 小百合 大阪府立中河内救命救急センター

和田 孝 大垣市民病院

小越 優子 滋賀医科大学医学部附属病院

【担当理事】

佐藤 憲明 日本医科大学付属病院

交流集会 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 交流集会

[EM2] [交流集会 2] 緊急搬送時における救急外来と訪問看護間の情報連携 について

司会: 鵜田 猛(学校法人鉄蕉館亀田医療技術専門学校) ファシリテーター: 山本 恵子(アトラ訪問看護ステーション)、土倉 万代(土倉内科循環器クリニック)

2021年10月23日(土) 09:00 ~ 10:00 ライブ2

主催: 在宅救急看護委員会

[EM2-01] 緊急搬送時における救急外来と訪問看護間の情報連携について

○在宅救急看護 委員会¹、箱崎 恵理、鵜田 猛、土倉 万代、直井 みつえ、山本 恵子、浅香 えみ子
(1. 日本救急看護学会 在宅救急看護委員会)

09:00 ~ 10:00

09:00 ～ 10:00 (2021年10月23日(土) 09:00 ～ 10:00 ライブ2)

[EM2-01] 緊急搬送時における救急外来と訪問看護間の情報連携について

○在宅救急看護 委員会¹、箱崎 恵理、鴫田 猛、土倉 万代、直井 みつえ、山本 恵子、浅香 えみ子 (1. 日本救急看護学会 在宅救急看護委員会)

キーワード：救急外来、訪問看護、情報連携

他学会における高齢者における在宅医療と救急のディスカッションをみると、「救急」というよりも「地域」に視点が行きがちのように見える。しかし、訪問看護ステーションの現場では、A C PやB S Cの内容が入ってきた。

救急の現場に焦点を合わせると、救急外来は地域特性に合わせた連携が必要である。救急外来と在宅の連携が上手くいくケースと、そうで無いケースなどをみると解決策が見出せるかも知れない。

以上のことから、今回の交流集会では、①調査報告、②救急外来側からの情報提供、③訪問看護側からの情報提供により、地域特性に関連した連携の実際をディスカッションしたい。

交流集会 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 交流集会

[EM3] [交流集会 3] コロナ禍におけるトリアージの課題とその対策

座長: 吉田 栄里(豊田厚生病院)、横田 由佳(杏林大学医学部附属病院)

2021年10月23日(土) 09:00 ~ 10:30 ライブ 3

主催: トリアージ委員会

[EM3-01] コロナ禍におけるトリアージの課題とその対策

トリアージ 委員会、○中島 史博¹、○八田 圭司²、○武藤 博子³、○吉川 英里⁴、吉田 栄里⁵、黒田 啓子⁵、西塔 依久美⁵、佐藤 加代子⁵、林 幸子⁵、村上 香織⁵、横田 由佳⁵、吉川 英里⁵、芝田 里花⁵

(1. 伊勢原市消防本部、2. 市立ひらかた病院、3. 公立大学法人福島県立医科大学附属病院、4. 飯塚病院、5. 日本救急看護学会トリアージ委員会)

09:00 ~ 10:30

09:00 ～ 10:30 (2021年10月23日(土) 09:00 ～ 10:30 ライブ3)

[EM3-01] コロナ禍におけるトリアージの課題とその対策

トリアージ 委員会、○中島 史博¹、○八田 圭司²、○武藤 博子³、○吉川 英里⁴、吉田 栄里⁵、黒田 啓子⁵、西塔 依久美⁵、佐藤 加代子⁵、林 幸子⁵、村上 香織⁵、横田 由佳⁵、吉川 英里⁵、芝田 里花⁵ (1. 伊勢原市消防本部、2. 市立ひらかた病院、3. 公立大学法人福島県立医科大学附属病院、4. 飯塚病院、5. 日本救急看護学会トリアージ委員会)

キーワード：トリアージ、緊急度判定、COVID19

COVID19とは、新型コロナウイルス感染症のことであり、COVID19の流行によって引き起こされた災害や危機的状況をコロナ禍と呼んでいる。COVID19は2019年12月に中華人民共和国の湖北省武漢市で報告され、短期間に全世界に広がった。日本では2021年8月の時点で変異株の置き換わりが進んでおり、新規陽性者数が急速に増加している。それに伴い入院治療を必要とする患者数、重症患者数も増加し、入院医療の確保病床の使用率は全ての都道府県でステージⅢからⅣとなっている。重症者病床の使用率についてもステージⅢからⅣとなっている都道府県もある。

救急外来においては、受診時の患者情報が限られているということから新型コロナウイルスの暴露の恐れがある。そのため、トリアージの際の標準予防策と各施設の構造を考慮して感染経路別予防策を行い、さらに、COVID19のスクリーニングを行った上で、多様な患者の緊急度を判定していることが推測される。また、自宅療養者が急速に増加している地域では、救急外来で COVID19の病状が悪化した患者のトリアージと対応を行っている施設もある。そのため、COVID19を踏まえた緊急度判定に関する取り組みや、ピットフォールになりうる事例などを、各施設や連携する職種との間で経験していると思われる。

そこでトリアージ委員会では、COVID19の対策を踏まえた緊急度判定や、トリアージのピットフォールとその対策など、経験した事例や施設での取り組みを共有し、コロナ禍におけるトリアージの課題と対策を検討することを目的とした交流集会を企画した。この企画により、コロナ禍においても、適切なトリアージを実施するための示唆を得ることができるのではないかと考えている。

交流集会 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 交流集会

[EM4] [交流集会4] ドクターカーナースの暫定的教育プログラムの将来構 想～今求められるドクターカーナースの役割～

座長:佐々 智宏(日本救急看護学会プレホスピタル委員会)、神谷 弥生(半田市半田病院)

2021年10月23日(土) 10:40 ～ 12:10 ライブ3

主催：プレホスピタルケア委員会

[EM4-01] ドクターカーナースの暫定的教育プログラムの将来構 想～今求められるドクターカーナースの役割～

プレホスピタルケア 委員会、○佐々 智弘¹、大瀧 友紀¹、大山 太¹、神谷 弥生¹、城田 智之¹、福士
博之¹、福田 ひろみ¹、佐藤 憲明¹ (1. 日本救急看護学会 プレホスピタルケア委員会)

10:40 ～ 10:50

[EM4-02] ドクターカーナースの暫定的教育プログラムの将来構想～今求められるドク ターカーナースの役割～

○佐々 智宏^{1,3}、神谷 弥生^{2,3} (1. 広島大学病院 高度救命救急センター・ECU、2. 半田市立半田病
院、3. 日本救急看護学会プレホスピタルケア委員会)

10:50 ～ 11:10

[EM4-03] 中山間地救急二次病院の乗用車型ドクターカー看護師業務の紹介

プレホスピタルケア 委員会、○間瀬 則文¹ (1. 中津川市民病院 病院前診療科部長)

11:10 ～ 11:30

[EM4-04] 時代の変化を捉えたドクターカーの役割とドクターカーナースの教育 ～2025年問題を見据えて～

プレホスピタルケア 委員会、○美馬 美保¹ (1. 大阪府済生会千里病院 救急看護認定看護師)

11:30 ～ 11:50

[EM4-05] 今、地方中規模病院ドクターカーナースに求められる役割～ドク ターカーナース教育プログラムの必要性～

プレホスピタルケア 委員会、○福士 博之¹ (1. JA北海道厚生連帯広厚生病院 救急看護認定看護
師)

11:50 ～ 12:10

10:40 ～ 10:50 (2021年10月23日(土) 10:40 ～ 12:10 ライブ3)

[EM4-01] ドクターカーナースの暫定的教育プログラムの将来構想 ～今求められるドクターカーナースの役割～

プレホスピタルケア 委員会、○佐々 智弘¹、大瀧 友紀¹、大山 太¹、神谷 弥生¹、城田 智之¹、福士 博之¹、福田 ひろみ¹、佐藤 憲明¹ (1. 日本救急看護学会 プレホスピタルケア委員会)

キーワード：ドクターカーナース、教育プログラム

司会

佐々 智宏 (広島大学病院 高度救命救急センター・ECU)

演者

「中山間地救急二次病院の乗用車型ドクターカー看護師業務の紹介」

○間瀬 則文 (中津川市民病院 病院前診療科部長)

「時代の変化を捉えたドクターカーの役割とドクターカーナースの教育～2025年問題を見据えて～」

○美馬 美保 (千里救命救急センター 救急認定看護師)

「今、地方中規模病院ドクターカーナースに求められる役割～ドクターカーナース教育プログラムの必要性～」

○福士 博之 (帯広厚生病院 救急認定看護師)

10:50 ～ 11:10 (2021年10月23日(土) 10:40 ～ 12:10 ライブ3)

[EM4-02] ドクターカーナースの暫定的教育プログラムの将来構想～今求められるドクターカーナースの役割～

○佐々 智宏^{1,3}、神谷 弥生^{2,3} (1. 広島大学病院 高度救命救急センター・ECU、2. 半田市立半田病院、3. 日本救急看護学会プレホスピタルケア委員会)

キーワード：ドクターカーナース、教育プログラム

全国の救命救急センターの有するドクターカーの年間運用件数は2007年度が11,390件に対し2016年度は32,198件と年々増加しています。病院前救急診療により救命率の向上に成果が認められていることから、今後もドクターカー運用件数の増加が予測されています。そのような背景のなか、ドクターカーナースは、特別な知識やスキルを身につけ、医師と協働し限られた資機材・人員の中、安全管理や迅速な判断能力が求められます。また、危機的状態にある患者や家族の看護介入や時間管理、記録などの多重業務も行います。

2019年に当委員会で実施した全国のドクターカー運用施設に実施した調査では、施設間の教育内容に差が認められ、ドクターカーナースに必要な基礎知識8項目が抽出されました。現在、ドクターカーナースに特化したガイドラインやセミナーなどは開催されておらず、病院前救急診療で活動できる看護師の育成が急務と考えられています。

今回の交流集会では、ドクターカーナースの教育体制と求められる役割、教育プログラムの構想を取り上げます。医師、看護師のそれぞれの立場・経験から様々な議論を交わし、病院前救急診療に看護師が赴く役割・意義を再認識しながら、今後のドクターカーナースの教育体制、教育プログラム、今後の展望について検討していきます。

11:10 ～ 11:30 (2021年10月23日(土) 10:40 ～ 12:10 ライブ3)

[EM4-03] 中山間地救急二次病院の乗用車型ドクターカー看護師業務の紹介

プレホスピタルケア 委員会、○間瀬 則文¹ (1. 中津川市民病院 病院前診療科部長)

キーワード：二次救急医療、乗車型ドクターカー、看護師業務

病院前救急診療を行う場合のツールはドクターヘリとドクターカーによる場合がほとんどであるが、全国で公的な運用がされているヘリに比べてドクターカーは運用医療機関ごとに様々な形態があり、例えば対象事案を急性冠症候群に特化したもの、重症外傷専門チーム、小児ドクターカー、あるいは開業医家が消防の求めに応じて緊急往診に出場する場合もある。運用時間についても365日24時間というチームも増えては来ているが、平日日中のみであったり、反対にヘリチームが日没後にドクターカーを走らせている病院もある。そのような状況の中で、ドクターカー看護師の業務は、運用形態により実にさまざまであることが予想されるが、その全体像はまだ明らかになっていないのが現状と思われる。

当院のドクターカーは、病院前救急診療科として独立したチームで常時運用している。医師2名、特定看護師3名で、看護師は月に15日は当直として休日夜間も同乗している。ルーチン業務は毎朝の始業点検（車両と医療資器材、無線通信）、運用体制の消防との調整連絡、週に二日、一名は当科医師の麻酔業務の支援となっている。出場時業務は、車両の運転（一般緊急自動車運転技能者）、あるいは消防各隊との通信担当（第三級陸上特殊無線技士）、安全確保の広報業務、収容先病院との連絡調整（事前管制、かかりつけ、既往などの確認）、現場到着後には、最先着の場合には安全確保業務、複数傷病者がいる場合にはトリアージ、医師の診療補助、家族や関係者、他組織からの情報収集、傷病者や家族の精神援助、特定行為（医行為）の実施、診療録（情報提供書）の作成、収容病院への医師間情報以外の追加提供、など多岐にわたる。収容病院到着後は看護師の申し送りを行うが、当院に収容した場合には初療の応援看護業務も行っている。

当科では休日夜間の一部で看護師同乗のない医師のみのワンマンオペレーションも行っており、看護師支援有無の比較についても一部データを供覧して有用性を指摘したい。

11:30 ～ 11:50 (2021年10月23日(土) 10:40 ～ 12:10 ライブ3)

[EM4-04] 時代の変化を捉えたドクターカーの役割とドクターカーナースの教育

～2025年問題を見据えて～

プレホスピタルケア 委員会、○美馬 美保¹ (1. 大阪府済生会千里病院 救急看護認定看護師)

キーワード：ドクターカー、2025年問題

当院のドクターカーは1993年1月、日本で初めて24時間365日稼働するドクターカーとして運行を開始しました。「救急医療は現場から始まる！」の精神は四半世紀経った今も変わることなく、これを合言葉に医師、看護師、救急救命士、専従運転士がチーム一丸となって活動しています。

ドクターカーの要請は、「意識がない」「息が苦しい」「胸痛」「心肺機能停止」などの内因性疾患を疑うキーワードから、「高所からの墜落」「閉じ込め事故」など外因性疾患に繋がるキーワードなど多岐に渡っています。当院周辺には、空港・鉄道会社・高速道路・教育機関が密集しており、2001年に大阪府池田市で発生した小学校での無差別殺傷事件や2005年の JR福知山線脱線事故にも出動しました。これらのドクターカー活動には、外傷や災害、多数傷病者に対応できる能力が求められました。

一方で、千里ニュータウンの開発に伴い、若年層の核家族が集中して当院周辺の住宅に入居した時代から約60年経った今では、初期入居世帯の高齢化が進み、内因性疾患を疑うキーワードでの出動が増加しています。更には新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、慢性期患者や終末期患者の治療の場が在宅に移行したことや、数

年後に待ち受けている2025年問題である超高齢化社会など、ドクターカー活動に求められる「救急医療」も救命だけを目的とした活動から「患者の人生観」に寄り添う医療に変化しています。

このような医療の変化を捉え、ドクターカー看護師には「救急医療」が展開できる看護実践能力・組織役割遂行能力はもちろんですが、新型コロナウイルス感染症や慢性期、終末期患者に対応できる能力も求められています。今までの救急医療に特化した教育ではなく、在宅医療、終末期医療、時代の変化を捉えたドクターカーナースの教育について、この場をお借りして意見交換していきたいと思います。

11:50 ～ 12:10 (2021年10月23日(土) 10:40 ～ 12:10 ライブ3)

[EM4-05] 今、地方中規模病院ドクターカーナースに求められる役割～ドクターカーナース教育プログラムの必要性～

プレホスピタルケア 委員会、○福士 博之¹ (1. JA北海道厚生連帯広厚生病院 救急看護認定看護師)

キーワード：ドクターカーナース、地方中規模病院、ドクターカーナース教育

プレホスピタルにおける看護活動は、ドクターヘリをはじめ、ドクターカーや訪問診療、また有事の際、DMATや災害支援ナース等多岐にわたり実践されています。本学会プレホスピタルケア委員会では、ドクターカーナースに関する様々な調査・報告をし、ドクターカーナースの活動が明らかになりつつあります。しかし、本学会や日本臨床救急医学会・日本病院前救急診療医学会等で示唆されていますように、ドクターカーにおける運用形態は、各施設により運用時間・運用方法など多様性があります。そのような中で、ドクターカーナース教育においては、各施設、独自教育されているのが現状と推察しております。ドクターカーナース教育は、運用形態が様々な中、標準化できる共通部分と運用形態ごとに分ける部分が存在します。つまり、都市部でのドクターカー運用と地方中規模病院のドクターカーでは運用形態も異なる部分も存在し、標準化できない部分の教育プログラムの作成が急務と考えております。そのような背景から2021年に本学会プレホスピタルケア委員会の主催でドクターカーナースの教育セミナーが開催されましたが、標準化されたドクターカーナース教育の作成途上にあります。地方中規模病院において、救急専従医の有無・病院前救急医療体制の問題・ドクターカーナースの専従体制の有無により、ドクターカーナースの活動に制約がある施設もあります。現場活動においてドクターカーナースの存在は必要で、本学会プレホスピタルケア委員会や関連学会でもドクターカーナースの必要性が述べられています。

本交流集会では、地方中規模病院ドクターカーナースに求められる役割として、ドクターカーナースの教育プログラムの必要性とし、ドクターカーナースに必要な①知識（言語情報・知的技能）②運動技能③態度の項目で考えていきます。

交流集会 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 交流集会

[EM5] [交流集会 5] 救急看護のこれからの学び方～コロナの経験から効果性・効率性の再考に向けて～

司会: 浅香 えみ子(東京医科歯科大学病院)、川原 千香子(愛知医科大学)、平尾 明美(金蘭大学)

2021年10月23日(土) 13:00 ～ 14:30 ライブ2

主催: 教育委員会

[EM5-01] 救急看護のこれからの学び方～コロナの経験から効果性・効率性の再考に向けて～

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

13:00 ～ 14:30

13:00 ～ 14:30 (2021年10月23日(土) 13:00 ～ 14:30 ライブ2)

[EM5-01] 救急看護のこれからの学び方～コロナの経験から効果性・効率性の再考に向けて～

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

キーワード：新たな教授方法、効果性、効率性

演者

阿内剛 (東金九十九里地域医療センター東千葉メディカルセンター)

佐藤央 (東京医科歯科大学医学部附属病院)

山下直美 (東京医科歯科大学医学部附属病院)

大沼郁乃 (市立札幌病院)

新型コロナウイルス感染症によって、臨床実践における学び方が大きく変わった。人との距離感が変わり、膝をつき合わせた対話が消え、肌感を感じてはならない環境となった。しかし、このような環境下にあっても、私たちは様々な工夫を凝らすことで、学びを止めることなく今に至っている。苦肉の策だと思った、その中から新たな教授技法を見出すことも経験してきた。

過去に経験のない事態だからこそ、思い切った変更も可能であった。この感染対応の中で得た学習経験の事例を通して、今後の学び方、学びへの支援に新たな視座を得てみたいと思う。

今まで当然と思っていた方法論を見直し、学びの効果性、効率性を再考する機会ととらえ、新たな気づきを共有する交流集会としたい。

交流集会 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 交流集会

[EM6] [交流集会6] 新たなファーストエイドシナリオを学ぶ ～2020院外イベント対応特別バージョン～

司会:清水 克彦(株式会社T-ICU) ファシリテーター:三上 剛人(吉田学園 医療歯科専門学校 救急救命学科)、田村 富美子(聖路加国際病院)、山田 恵子(新潟県立看護大学)、高野 千佳(岩手県立中央病院)、藤井 美幸(国立国際医療研究センター病院)、藤崎 隆志(小倉記念病院)、中村 香代(災害医療センター)

2021年10月23日(土) 14:40 ～ 15:40 ライブ2

主催：ファーストエイド委員会

[EM6-01] 新たなファーストエイドシナリオを学ぶ ～2020院外イベント対応特別バージョン～

○清水 克彦¹、中村 香代¹、上川 智彦¹、高野 千佳¹、田村 富美子¹、藤井 美幸¹、藤崎 隆志¹、山田 恵子¹、三上 剛人¹ (1. 日本救急看護学会ファーストエイド委員会)

14:40 ～ 15:40

14:40 ～ 15:40 (2021年10月23日(土) 14:40 ～ 15:40 ライブ2)

[EM6-01] 新たなファーストエイドシナリオを学ぶ ～2020院外イベント 対応特別バージョン～

○清水 克彦¹、中村 香代¹、上川 智彦¹、高野 千佳¹、田村 富美子¹、藤井 美幸¹、藤崎 隆志¹、山田 恵子¹、三上 剛人¹ (1. 日本救急看護学会ファーストエイド委員会)

キーワード：ファーストエイド、シナリオ、s

ファーストエイド委員会は、場所や状況を問わずに発生した傷病者に、専門的な救急処置が開始されるまでの間、看護師として適切な緊急・応急処置ができる看護職を育成することを目標に取り組んでいます。ファーストエイド実技コースも今年度で10年目を迎えることができました。ファーストエイドに携わっていただいている皆様には心より感謝申し上げます。本委員会では、社会のニーズに応じたファーストエイド実技コース内容のブラッシュアップに努めてまいりました。これまでのファーストエイド実技コース内容は、医務室など室内で発生するなど比較的に医療資源が揃った環境で実践するシナリオが多い傾向にありました。しかしファーストエイドは場所や状況を問わずに発生した傷病者に対して、限りある資源で工夫をしながら緊急・応急処置を行うことが求められています。そこで2020年の東京オリンピックに向けて屋外など室内より医療資源が限られている環境などで実践するシナリオを「～2020 院外イベント対応特別バージョン～」と題して作成しました。しかし新型コロナウイルスの蔓延により次々とコースが中止となりインストラクターからも本コースに対する不安の声が上がっております。この交流集会では、オリンピックが終了後も必要とされる「～2020 院外イベント対応特別バージョン～」の病院外中心のシナリオとキーポイントなどを解説、お伝えしたいと考えています。

例題) 患者：20歳代 男性

友人が抱えこんで支えながら、スタジアムの救護所に来ました。

全身の皮膚が紅潮し、ゼイゼイと呼吸をしながら、友人に抱えられて救護所に来た20歳代の男性です。のどのあたりを掻きむしるような動作をしながら、ぐったりとしています。

→ ①患者役に何を表現してもらえば良い？

②どのような環境をイメージしてもらう？

③このシナリオメッセージは何？

交流集会では、質疑応答の時間を設けていますので、参加していただいた皆様とディスカッションできればと考えております。ぜひ、この機会に新たなシナリオを知っていただき、様々な環境でも対応できる看護職の育成にご協力を頂ければ幸いです。ご参加をお待ち申し上げます。

対象：ファーストエイドコースインストラクター

交流集会参加によりインストラクター更新要件である実技コース1回の参加と登録されます

交流集会 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 交流集会

[EM7] [交流集会7] わかる！できる！－国際学会発表のポイントとコツー

座長:小島 善和(東京情報大学)、中村 美鈴(東京慈恵会医科大学 医学部看護学科)

2021年10月23日(土) 14:40 ～ 16:10 ライブ3

主催：国際交流委員会

[EM7-01] わかる！できる！－国際学会発表のポイントとコツー

国際交流 委員会、○鹿野 浩子¹、国際交流 委員会²、上澤 弘美²、古賀 雄二²、榊 由里²、中村 美鈴²、渡邊 好江²、劔持 功²（1. 自治医科大学看護学部、2. 日本救急看護学会 国際交流委員会）

14:40 ～ 16:10

14:40 ～ 16:10 (2021年10月23日(土) 14:40 ～ 16:10 ライブ3)

[EM7-01] わかる！できる！－国際学会発表のポイントとコッー

国際交流 委員会、○鹿野 浩子¹、国際交流 委員会²、上澤 弘美²、古賀 雄二²、榊 由里²、中村 美鈴²、渡邊 好江²、
、劔持 功² (1. 自治医科大学看護学部、2. 日本救急看護学会 国際交流委員会)

キーワード：国際学会発表

演者：鹿野浩子先生（自治医科大学看護学部）

講演内容

新型コロナウイルス感染症の収束の兆しが見えない中でも、救急看護学の発展は続いています。

国内外を問わず、学術集会やカンファレンス、meetingをWEB上で開催される機会が増え、開催地まで赴き、演者と参加者が会場で直接の質疑応答を行う機会は減りましたが、Web会議により、移動の手間や録画(オンデマンド)を観ることで参加することも可能になりました。

交流集会では、国際学会での発表(口演・ポスター)に焦点を当てて、準備から発表までのポイントとプロセスについて、自治医科大学看護学部の鹿野浩子先生お話しいただくことを企画しました。

国際学会での発表は、共通の研究テーマを持つ看護師と知り合い、ともに研究を深め合う機会を得る上で、貴重な体験と考えます。

多くの方々の参加をお待ちしています。

教育セミナー | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育セミナー

[ES1] 外傷看護委員会主催 教育セミナー1

[ES1-01] 外傷看護委員会主催 教育セミナー

外傷診療の最新の知見（頭部外傷編）と家族看護を深掘りする！

○外傷看護 委員会

[ES1-01] 外傷看護委員会主催 教育セミナー

外傷診療の最新の知見（頭部外傷編）と家族看護を深掘りする！

○外傷看護 委員会

キーワード：外傷診療、頭部外傷、外傷患者家族看護

司会：小池伸享（外傷看護委員会 委員長/前橋赤十字病院）

第1部

「①救急医療における家族看護の理論と看護の実践—家族看護・関係者対応ブースの目指すところ—」45分

講師：小越 優子（滋賀医科大学医学部附属病院 看護師長/救急看護認定看護師）

「②外傷看護における終末期ケアのあり方、目指すべき方向性を考える」45分

講師：福島綾子（日本赤十字九州国際看護大学 クリティカルケア・災害看護領域助教
急性・重症患者看護専門看護師）

第2部

「救急初期診療における重症頭部外傷患者の評価と治療戦略— JATEC第6版より—」60分

講師：横堀 将司（日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野 教授

日本医科大学付属病院 高度救命救急センター 部長）

教育セミナー | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育セミナー

[ES2] プレホスピタルケア委員会 教育セミナー2

司会:福士 博之(JA 北海道厚生連帯広厚生病院)

2021年10月23日(土) 13:00 ~ 14:30 ライブ3

主催: プレホスピタルケア委員会

[ES2-01] プレホスピタルケア委員会主催 教育セミナー

病院前救急診療とドクターカー

プレホスピタルケア 委員会、○小橋 大輔²、○後小路 隆³、福士 博之^{1,4} (1. 日本救急看護学会 プレホスピタルケア委員会、2. 日本赤十字社 原町赤十字病院 救急科副部長、3. 社会医療法人 陽明会 小波瀬病院診療看護師/救急看護認定看護師、4. JA北海道厚生連 帯広厚生病院)

13:00 ~ 14:30

13:00 ～ 14:30 (2021年10月23日(土) 13:00 ～ 14:30 ライブ3)

[ES2-01] プレホスピタルケア委員会主催 教育セミナー 病院前救急診療とドクターカー

プレホスピタルケア 委員会、○小橋 大輔²、○後小路 隆³、福士 博之^{1,4} (1. 日本救急看護学会 プレホスピタルケア委員会、2. 日本赤十字社 原町赤十字病院 救急科副部長、3. 社会医療法人 陽明会 小波瀬病院診療看護師/救急看護認定看護師、4. JA北海道厚生連 帯広厚生病院)

キーワード：病院前救急診療、ドクターカー、看護師の役割

司会：福士 博之（JA北海道厚生連 帯広厚生病院）

テーマ1「命を繋ぐ病院前救急診療の意義」 60分

講師：小橋 大輔（日本赤十字社 原町赤十字病院 救急科 副部長）

テーマ2「病院前診療における看護師の役割」 30分

講師：後小路 隆（社会医療法人 陽明会 小波瀬病院診療看護師/救急看護認定看護師）

教育セミナー | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 教育セミナー

[ES3] 災害看護委員会 教育セミナー3

[ES3-01] 日本救急看護学会 災害看護初期対応セミナー 23th JAENオンデマンド版

○災害看護 委員会¹、黒崎 祐也、小笠原 恵子、川谷 陽子、清末 定美、田口 裕紀子、中嶋 康広、泥谷 朋子、宮崎 博之、箱崎 恵理（1. 日本救急看護学会 災害看護委員会）

[ES3-01] 日本救急看護学会 災害看護初期対応セミナー 23th JAENオンデマンド版

○災害看護 委員会¹、黒崎 祐也、小笠原 恵子、川谷 陽子、清末 定美、田口 裕紀子、中嶋 康広、泥谷 朋子、宮崎 博之、箱崎 恵理（1. 日本救急看護学会 災害看護委員会）

キーワード：災害、初期対応、看護師

近年、国内における自然災害は、地球環境の変化により季節を問わず起こるようになってきました。日常生活において、「災害への備え」を行う事は自助・共助にも繋がり、必要不可欠となっています。皆さんは病院勤務中に災害が起こった時に、どのような思考で対応するのがよいかをご存知ですか。災害発生直後は、外部からの応援は直ぐには得られず、応援がくるまでは施設内の勤務者が、まず対応することになります。

日本救急看護学会災害看護委員会では、この災害発生直後の状況で、日常診療から災害モードへ思考をシフトし、対応するスキルを学ぶセミナーを開催しています。そのポイントをご紹介します。

共催セミナー | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | 共催セミナー

[SS] 共催セミナー

2021年10月22日(金) 11:40 ～ 12:40 ライブ2

演者：菊谷 麻璃菜

(北海道大学病院 ICUナースセンター 集中ケア認定看護師)

共催：株式会社名優

[1L2-1140-1add] 共催セミナー

11:40 ～ 12:40

11:40 ～ 12:40 (2021年10月22日(金) 11:40 ～ 12:40 ライブ2)

[1L2-1140-1add] 共催セミナー

開会式 | 合同セッション | 【合同】その他

[OP] 合同開会式

2021年10月22日(金) 09:00 ～ 09:10 ライブ1

第23回日本救急看護学会学術集会

会長：菅原 美樹（札幌市立大学看護学部）

第9回看護理工学会学術集会

会長：樋之津 淳子（札幌市立大学看護学部）

[1L1-0900-1add] 開会式

09:00 ～ 09:10

09:00 ～ 09:10 (2021年10月22日(金) 09:00 ～ 09:10 ライブ1)

[1L1-0900-1add] 開会式

閉会式 | 合同セッション | 【合同】その他

[CL] 合同閉会式

2021年10月23日(土) 17:00 ～ 17:10 ライブ1

第23回日本救急看護学会学術集会

会長：菅原 美樹（札幌市立大学看護学部）

第9回看護理工学会学術集会

会長：樋之津 淳子（札幌市立大学看護学部）

[2L1-1700-1add] 閉会式

17:00 ～ 17:10

17:00 ～ 17:10 (2021年10月23日(土) 17:00 ～ 17:10 ライブ1)

[2L1-1700-1add] 閉会式

その他 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [指定演題] | その他

[C1] [研究・論文投稿相談]「看護研究なんでも相談室2021」

2021年10月25日(月) 17:30 ～ 18:30 ライブ4

主催：調査研究委員会、編集委員会

[C1-01] 看護研究なんでも相談室2021

編集委員会 調査研究委員会^{1,2}、○江川 幸二¹、○江口 秀子²、○岩切 由紀²、○大江 理英¹、○清村 紀子²、○角 由美子²、○徳山 博美²、○林 みよ子¹、○本田 可奈子¹、○三橋 睦子¹、○佐々木 吉子¹、○明石 恵子^{1,2} (1. 編集委員会、2. 調査研究委員会)

17:30 ～ 18:30

17:30 ~ 18:30 (2021年10月25日(月) 17:30 ~ 18:30 ライブ4)

[C1-01] 看護研究なんでも相談室2021

編集委員会 調査研究委員会^{1,2}、○江川 幸二¹、○江口 秀子²、○岩切 由紀²、○大江 理英¹、○清村 紀子²、○角由美子²、○徳山 博美²、○林 みよ子¹、○本田 可奈子¹、○三橋 睦子¹、○佐々木 吉子¹、○明石 恵子^{1,2} (1. 編集委員会、2. 調査研究委員会)

キーワード：看護研究、相談、研究計画

長引く新型コロナウイルス感染症への対応において、救急看護師はずっとフロントラインに立ち、医療や患者さんの療養生活を支えてきました。何度も医療の危機的状況に直面し、新型コロナウイルス感染症の患者さんへの対応のみならず、非コロナ患者さんの医療や看護実践、現場および基礎教育にも多くの問題や課題が生じました。そのような中でも生じていることを観察し、ケアを見直したり、新たなことに取り組んだりされてきたと思います。これらの経験は、広く共有・伝承されることで、これからの医療、看護、教育の発展に貴重な示唆を与えてくれるものとなります。経験されたことを、実践報告や事例研究、さらにはより洗練された研究論文としてまとめてみませんか。

調査研究委員会と編集委員会では、前回に引き続き、「看護研究なんでも相談室」を、LIVE（非公開）で開催いたします。ご相談内容は、看護研究に関することでしたら、なんでも大丈夫です。「こんなことでも研究になりますか？」という素朴な質問から、論文執筆の考察の方向性についてなど、なんでもご相談ください。前回、相談者からは「これで一步踏み出せそう」という声もいただきました。是非、一緒に考えてみませんか！
ご相談いただいた内容のうち、個人情報や研究内容に関することは秘匿としますので、安心してご参加ください。

★開催日時：2021年10月25日、26日、27日、28日、29日（5日間）の各日において

①17：30～18：00、②18：00～18：30の各30分枠で個別相談を実施

★申込方法：10月21日(木)17：00までに、日本救急看護学会ポータルサイト

<https://www.jaen.or.jp/portal/>から、

①相談者のお名前、②ご所属、③相談内容、④希望日時（複数 ご提示いただけると助かります）をご入力ください。

追って、当方より連絡を差し上げます。相談は、お一人でも複数人でも結構です。

以上、皆さまのご参加を委員一同、心よりお待ちしております。

[OD101] 1. 救急外来看護①

[OD101-01] ER型救急外来における夜勤帯入院患者の ER滞在時間に影響を与える要因に関する研究

○吉岡 優佑¹ (1. 洛和会音羽病院 救命救急センター・京都ER)

[OD101-02] A病院救急外来受診後の患者への救急外来看護師による帰宅時支援の実際

○木村 恵美¹、牧 和久¹、堀 克也¹、早川 由紀美¹、黒崎 祐也¹、東條 紀子² (1. 長岡赤十字病院、2. 新潟県立看護大学)

[OD101-03] 医療過疎地域に隣接する 2 次救急医療機関の救急外来看護師が抱える困難に対する介入課題の検討

○神田 直樹^{1,5}、牧野 夏子^{2,5}、田口 裕紀子^{4,5}、源本 尚美^{3,5}、内田 裕美^{2,5}、城丸 瑞恵^{4,5} (1. 北海道医療大学看護福祉学部、2. 札幌医科大学附属病院看護部、3. 市立札幌病院、4. 札幌医科大学保健医療学部、5. 札幌医科大学クリティカルケア看護研究会)

[OD101-04] 救急外来受診後に再受診し入院の転帰をとった患者の再受診防止のための介入方法

○佐野 貴実子¹、近藤 来未¹、赤川 友貴¹ (1. 徳島赤十字病院)

[OD101-05] 救急外来におけるせん妄予測スケールの効果

○枘谷 晴香¹、竹之内 絵美¹、幸坂 まなみ¹、峯 ひとみ¹、村上 奈美¹、桜井 政純¹ (1. 札幌徳洲会病院 救急センター)

[OD101-01] ER型救急外来における夜勤帯入院患者の ER滞在時間に影響を与える要因に関する研究

○吉岡 優佑¹ (1. 洛和会音羽病院 救命救急センター・京都ER)

キーワード：ER滞在時間、ER型救急外来、夜勤帯入院患者

【目的】

ER型救急外来では様々な患者を受け入れ、いつ患者が搬送されても適切なケアを提供する必要がある。今後も増加が予想される救急搬送に対し、ER滞在時間の短縮は不可欠である。ER滞在時間が短縮できれば、新たな患者の受け入れが可能となり、早期に病棟へ入院することは患者自身の安楽に繋がる。よって本研究ではスタッフが少なくなる夜勤帯での入院患者のER滞在時間を調査し滞在時間に影響を与える要因を明らかにする。

【方法】

調査期間は2020年3月9日から5週間。対象はERを受診し夜勤帯に入院した患者。対象のER滞在時間、来院した時間帯、ER混雑状況、ER入室から病棟へ入院候補伝達にかかった時間、検査項目、重症度、入院病棟を調査した。またERリーダー看護師へ対象の診療において、ER滞在時間に影響を与えた要因に関するアンケートを実施。

測定された項目間の関連を χ^2 検定、Wilcoxon/Kruskal-Wallis順位和検定、Spearmanの順位相関係数を用いて分析し、P値は両側0.05未満を統計学的な有意差ありとした。

本研究は当該施設の倫理審査委員会で承認を得て行った。研究参加への同意はオプトアウトを行い調査にあたり個人が特定されないように記号化し個人情報保護した。

【結果】

調査期間中の夜勤帯入院患者は211人。ER滞在時間の最大値は387分、中央値150分、最小値は27分。

ER入室時間帯別のER滞在時間の中央値は、日勤帯186分、準夜帯145分、深夜帯122分。ER入室時間帯とER滞在時間の関係性は $P=0.0001$ であり、ER滞在時間は日勤帯が有意に長かった。

患者来院時の時間帯別ER混雑状況は $P=0.0001$ であり日勤帯で有意に混雑していた。

入院病棟別のER滞在時間の中央値は、ICU128分、救急病棟154分、SCU128分、小児科病棟119分、一般病棟150分。入院病棟とER滞在時間の関係は $P=0.03$ で有意差あり。ICU・SCU・小児科病棟入院患者のER滞在時間が有意に短かった。

重症度別のER滞在時間の中央値は救急車143分、蘇生118分、緊急145分、準緊急192分、低緊急156分と重症度が高い患者のER滞在時間は短かった（ P 値0.0007）。

入院候補伝達時間とER滞在時間の関係は $P=0.0001$ であり有意な正の相関があり【ER滞在時間＝124分＋0.7×候補で伝えた時間】という式が得られ、入院候補を早く病棟に伝えれば、それだけ早くERを退室出来ることがわかった。

ERリーダー看護師へのアンケートの結果は、要因「なし」122件、「あり」89件。そのうち42件が「医師の方針・診断待ち」であった。

検査項目ではCT、ECG、MRI、エコーを行うと27-37分ER滞在時間が延長し、対象患者の80%以上で採血・点滴・XP・CT・ECGが実施されていた。

【考察】

日勤帯でERが混雑するため日勤帯入室患者のER滞在時間が長かった。日勤帯の混雑により対応が夜勤帯にずれ込んでいるためと考える。よって遅出勤務の医師・看護師の配置が必要である。

病棟別ER滞在時間ではICU・SCU入院患者、重症度別ER滞在時間では重症度が高い患者のER滞在時間が短かった。これは緊急を要するため医師、看護師のマンパワーが集中すること、検査が優先して行われるためER滞在時間が短縮したと考える。

入院候補を早く病棟に伝えれば、それだけ早くERを退室出来ることがわかった。このことからER滞在時間の短縮のために、ER看護師は緊急度・重症度に対する判断力と主体的に行動する力が必要であると示唆された。

[OD101-02] A病院救急外来受診後の患者への救急外来看護師による帰宅時支援の実際

○木村 恵美¹、牧 和久¹、堀 克也¹、早川 由紀美¹、黒崎 祐也¹、東條 紀子²（1. 長岡赤十字病院、2. 新潟県立看護大学）

キーワード：帰宅時支援、救急外来、救急外来看護師

【目的】救急外来では、来院方法を問わず搬送患者の約8割は受診後に帰宅している現状がある（厚生労働省2015）。しかしながら医学的には救急外来から帰宅できる状態であっても、患者個々の社会背景が異なり、様々な状況に応じる必要があり、帰宅時の支援は救急外来看護師の個々の力量に任されている。本研究は救急外来受診後の患者への救急外来看護師による帰宅時支援の実際を明らかにする。

【方法】調査対象：A病院救急外来勤務の同意を得た看護師、研究デザイン：質的帰納的方法、調査期間：2020年4月から2021年2月、調査内容：自記式質問紙調査及び半構面面接調査を1人30分程度行った。研究対象者が過去の経験を想起するのには時間を要すると考えられたため、自記式質問紙により研究対象者にあらかじめ記述してもらった。インタビューの内容を質問紙に示すことで、研究期間に研究対象者が体験する指導内容についても、整理をしてもらう期間とした。さらにインタビューにより帰宅時支援の実際を詳細に話してもらった。分析は、事例の概要・状況等を整理し、インタビューは逐語録に起こし、帰宅時支援の内容に関する部分を抜き出して研究者間で類似性と相違性に基づいてカテゴリー分類を行った。

【倫理的配慮】調査対象者へ研究目的、自由意思による調査への参加や拒否、匿名とすること等を文書と口頭で説明し、同意を得た。各データの匿名性および機密性保持を遵守した。なお、研究実施者の所属施設の病院倫理審査（第200610号）及び看護部倫理委員会（2020-1-②）の承認を得た。

【結果】救急外来看護師15名よりデータを得られた。帰宅時支援に難渋した事例は、34事例で内訳として高齢患者が23事例、うち17事例は後期高齢患者であった。患者の主疾患は内因性疾患8、骨折7、頭部外傷5、精神疾患4、等であり、患者の急激なADLの低下と介護の対応に労力を費やす事例がみられた。

インタビューの分析からは、198コード、53サブカテゴリー、16カテゴリーが抽出された。

以下、カテゴリーは《 》で示す。

抽出されたカテゴリーは《診療補助に有効な情報をカルテや社会背景から収集》《病態を予測し患者の状況を医師に説明》《今後起こりうることを予測し帰宅の可否を評価》《帰宅可能となった患者・家族へのインフォームドコンセント》《患者の症状に応じた帰宅方法を提案》《帰宅に向けて問題が解決されるよう調整》《帰宅に向けて関連機関と連携》《帰宅後に出現が予測される症状の対処方法を説明》《対象に適切と思われる媒体での説明》《自宅での医療処置・医療管理方法の説明》《実際の活動状況や処置内容を家族に見せながら説明》《自宅療養のためにキーパーソンとなり得る人を見つけ協力を依頼》《家族へ自宅療養を可能にする方法や社会資源を説明》《症状増悪時の受診継続の必要性を説明》《帰宅時および帰宅後の安否確認》《継続した医療・看護が提供できるようスタッフ間や他部門と協力》であった。

【考察】救急外来看護師は、限られた時間の中でアセスメントし、次の受診までの療養に対する患者家族の生活を予測して指導・教育を行っていた。さらに社会資源を活用して他機関・多職種へつなげて帰宅時支援をしていることが明らかになった。1. 救急外来看護師は帰宅後を見据えた患者および介護力等の社会的背景をふまえたアセスメント能力を有すること2. 社会資源の知識をもとに速やかに他機関・多職種と協働できるシステムを構築する必要性が示唆された。

本調査は、2020年度新潟県立看護大学看護研究交流センター地域課題研究助成を受けて行った研究の一部である。

[OD101-03] 医療過疎地域に隣接する2次救急医療機関の救急外来看護師が抱える困難に対する介入課題の検討

○神田 直樹^{1,5}、牧野 夏子^{2,5}、田口 裕紀子^{4,5}、源本 尚美^{3,5}、内田 裕美^{2,5}、城丸 瑞恵^{4,5}（1. 北海道医療大学看護福祉学部、2. 札幌医科大学附属病院看護部、3. 市立札幌病院、4. 札幌医科大学保健医療学部、5. 札幌医科大学クリティカルケア看護研究会）

キーワード：過疎地域、救急外来、困難

背景

我々の研究グループは、2019年に北海道 A市にある B総合病院の救急外来を担当する看護師（以下、参加者）を対象に救急患者対応の中で抱く困難について調査を行った。その結果、【電話対応での状況把握と対応の難しさ】【救急患者の多様性がもたらす対応の難しさ】【救急患者受け入れ体制・教育の不十分さがもたらす難しさ】【同一医療圏内の他施設の救急医療体制に対する困惑】の4つの困難が明らかとなった¹⁾。

対象となった B総合病院は4市5町で構成される第2次医療圏の中核医療機関である。しかし、専属の救急外来看護師は存在せず、各科の外来看護師が輪番制で救急外来を担当しており、救急外来をサポートするリソースナースが不足していると考えられた。よって、これらの困難を解決するためには、アクションリサーチの手法を用いた介入が効果的と考え本研究に取り組んだ。

目的

アクションリサーチによる介入内容を検討するため、B総合病院が抱えている困難から介入課題を明らかにする。

研究方法

研究デザイン：アクションリサーチ

研究対象：介入課題を検討するためのアクションリサーチへの参加者は、B病院救急外来看護師3名と研究者7名。

分析方法：先行研究¹⁾で明らかになった4つの困難を形成する30コードを分析対象とし、2次元展開法を用いて分析した。2次元展開法は、優先度を決定する方法の1つであり、縦軸に緊急度、横軸に重要度を取り研究者で議論を重ねコードを分布した。その分布から患者対応への影響が大きく、研究者が介入可能な課題を抽出し、参加者へ内容を提示し最終的な介入課題を明らかにした。本研究は研究者が所属する施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

結果（図参照）

分析の結果、「知識・技術」「連携(院内・地域)」「教育」「電話対応スキル」「マンパワー不足」「患者の特徴」に関する6つ課題が明らかになった。これらの課題を参加者に提示し、課題内容や課題解決の優先順位について合意形成を図った。その過程で「電話対応スキル」と「連携(院内・地域)」を構成していた内容より「電話対応業務の煩雑さ」が新たな課題として明らかになった。この結果を踏まえ介入可能な優先順位の高い課題を改めて検討した結果、受診相談や不定愁訴、不安の訴えなど電話対応と並行して業務を行わなくてはならない「電話対応業務の煩雑さ」、重症患者対応や経験の少ない疾患に対する判断などの看護実践上の「知識・技術」に関する課題、医師や救急隊との情報交換や他施設とのやり取りの中で生じている「連携(院内・地域)」に関する課題、経験の浅い看護師に対する「教育」に関する課題の4つが最終的な介入課題となった。

考察

我々の3次救急施設を対象に行ったアクションリサーチ研究¹⁾と比較すると、看護師教育や患者対応の知識や技術に関連する課題は同様であったが、電話対応業務の煩雑さのように異なる課題も抱えていた。背景には対応を必要とする患者の特徴や施設特性による救急医療体制が異なることが影響していると考えられた。また、アクションリサーチ法を用いて対話を重ねることにより、研究者の分析を深化させ、より現実的かつ重要な課題の抽出につながったと考える。

1) 神田直樹, 田口裕紀子, 門間正子, … 城丸瑞恵 (2019). 北海道地方都市の救急看護師が抱える困難に対するアクションリサーチを用いた介入の効果と影響. 北日本看護学会誌, 22(1), 9 - 20.

[OD101-04] 救急外来受診後に再受診し入院の転帰をとった患者の再受診防止のための介入方法

○佐野 貴実子¹、近藤 来未¹、赤川 友貴¹（1. 徳島赤十字病院）

キーワード：救急外来、再受診、帰宅前アセスメント

【はじめに】 A病院は全次型救急医療体制をとり、救急患者受け入れを行っている。厚生労働省調査で「救急医療機関で診察の結果8割程度が帰宅、2割程度が入院」との結果がある。A病院2019年度の救急外来受診者20,660名のうち、帰宅転帰の患者は14,824名（約71%）存在した。救急外来からの帰宅患者は、帰宅後ADL低下・30日以内の死亡・救急外来再受診のリスクが高く、3日以内の再受診のうち、37%は予防可能であったとも言われている。A病院救急外来では、帰宅判断は医師のみで行われている場合が多く、実際に再受診・入院転帰の患者に接し、初回受診時の対応について悩む事もある。また、看護師による再受診を減らすための支援方法は開発されていない。そこで再受診防止のための介入方法名を明らかにする必要があると考えた。

【研究目的】 救急外来受診後に再受診・入院転帰の患者に必要であった介入方法を明らかにする。

【方法】 A病院救急外来受診から帰宅後72時間内に再受診・入院転帰の成人患者をランダム抽出し母数を100件とした。電子カルテより後ろ向きに以下の情報を調査・分析した。対象患者の処遇を3パターン（初診時診断が『決定』・『推定』・『不明』）に分類、再受診理由と必要であった介入方法をカルテ記載内容より質的にコード化、カテゴリー分析を行った。また、患者特性をアンダーソンのサービス利用行動モデルを基に素因・利用促進因子・ニーズ要因を調査、重症群（ICU及び救命センター入院・死亡）と一般群（一般病棟入院）に分類、Excelによる集計を行った。

【倫理的配慮】 本研究はA病院の倫理審査委員会の承認を得て行った。本研究に必要な患者の電子カルテ情報のみ使用、情報漏洩の無い様にデータ管理に配慮した。

【結果】 患者特性では一般群は70名、重症群は30名であった。一般群の平均年齢65±18歳に対し、重症群は75±13歳となり、高齢者は重症化しやすい側面がある。また、初回受診時に症状消失がなく帰宅した患者は一般群で91%、重症群で86%であった。初回受診時と再受診時で症候の関連があったのは一般群88%、重症群82%であり、高比率で同症候での再受診・入院の転帰をとっている。症状残存は将来的に入院の転帰を辿るサインと言える。その中でも両群ともに消化器系・神経系症候の再受診が多かった。質的分類の結果、全患者処遇において介入カテゴリーに《帰宅前アセスメント》、理由コードで<初回受診時より症状改善せず>が抽出された。また、再受診理由コード総数100件中53件は看護師の帰宅前アセスメント実施で再受診防止可能であったと考えられる。前述の患者特性と照らし合わせてみると消化器系・神経系症候で、帰宅前アセスメントが必要である件数が最も多かった。

【考察】 再受診防止のため、来院時・診察時・患者処遇決定後に介入が必要である。主要キーパーソンを見極め、理解度・生活背景・服薬指導・医療アクセス等を含めた帰宅前の症候別アセスメントが必要である。

【結論】 1.全患者処遇で帰宅前アセスメントは必要であり、実施により再受診防止可能と思われる件数は100件中53件であった。2.高齢で症状が残存している患者には入院希望の確認が必要である。3.来院時から患者処遇決定まで、症候から重篤な疾患を推量し、主要キーパーソンを含めた理解度・生活背景・服薬指導・医療アクセス等を含めた全人的な症候別アセスメントが必要である。今回の研究では消化器系・神経系症候でのアセスメントが必要とされた。

[OD101-05] 救急外来におけるせん妄予測スケールの効果

○栢谷 晴香¹、竹之内 絵美¹、幸坂 まなみ¹、峯 ひとみ¹、村上 奈美¹、桜井 政純¹（1. 札幌徳洲会病院 救急センター）

キーワード：せん妄、せん妄予測スケール、E-PRE-DELIR、救急

【はじめに】近年、高齢化を背景として救急需要が増大し、救急出動件数は年々増加している。A病院でも平成30年度高齢者救急搬送件数は全体の49.4%を占めていた。A病院では多岐にわたる科が混在し、患者の対応に追われ、せん妄症状が出現した高齢者への対応に悩む場面がある。救急の場でせん妄を予測することが出来れば、迅速な治療や看護介入を行い、入院後の継続看護にも繋げられるのではないかと考えた。先行研究より救急外来におけるせん妄を予測するスケールはないが、ICU入床時に評価を行う E-PRE-DELIRICというせん妄予測スケールはある。これを救急外来で使用し効果が明確になるとせん妄の予測が可能になるのではないかと考え研究を行った。

【目的】 E-PRE-DELIRICを使用しせん妄の予測の効果を検証した。

【方法】研究期間：2020年4月～2020年11月末日まで

救急搬送された65歳以上の患者を無作為に抽出し、E-PRE-DELIRICを使用しせん妄発症リスクを予測した。救急看護師が各病棟へ訪室し、CAM-ICUの評価、1日2回を3日間実施しせん妄発症の有無を明らかにした。

【倫理的配慮】倫理審査委員会の承認を得て、個人が特定されないよう実施した。

【結果】症例数300症例のうち、有効症例数165症例、せん妄発症64症例で発症率38.7%であった。年齢正規分布図は平均値83.0歳、標準偏差値8.98で左右対称の山グラフとなった。SPSSを用いてROC曲線を算出しAUC面積0.665であった。カットオフ値10%では感度100、特異度98、20%では感度84、特異度75.2、35%では感度60.9、特異度37であり、感度とカットオフ値10%、20%の特異度は先行研究を上回った。

【考察】救急搬送され病棟へ入院した3人に1人はせん妄を発症している現状が明らかとなった。カナダのICUで行われた先行研究ではSPSSを用いてROC曲線を描きE-PRE-DELIRICの鑑別能力を評価し、AUC面積は0.76であった。今回の研究では0.665であり先行研究よりは能力が劣るが、類似した研究結果になったと言える。E-PRE-DELIRICのリスク分類に合わせカットオフ値を算出しても、感度・特異度ともに高く、病態識別値は高いと判断することが出来る。結果としてE-PRE-DELIRICは救急外来で使用でき、せん妄の予測ができる可能性がある。これらをもとに、救急外来でせん妄のリスク度を算出することでせん妄への予防的介入と早期介入ができ、病棟での継続看護につながると考える。

【結論】今回の研究結果より、救急外来における限られた情報でもE-PRE-DELIRICを使用しせん妄発症リスク度を評価することができる可能性がある。病棟に情報提供することでせん妄が発症する可能性があることの意識づけとなり、せん妄の早期介入や病棟の継続看護へ繋げることができる。また、患者にとって安全な医療を提供することにもなる。今回、無効症例が多くあり、研究結果の見直しと研究方法を改良し、統一した評価で研究を進めていくことが課題である。

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 1. 救急外来看護②

[OD102] 1. 救急外来看護②

[OD102-01] 救急外来における帰宅患者への看護実践

ー帰宅支援による救急外来受診後3日以内の再受診率の変化ー

○山根 英子¹、清水 公子¹ (1. 東京都立多摩総合医療センター)

[OD102-02] 近隣高齢者施設におけるアドバンスケアプランニングの現状調査と救急看護師のかかわり

道端 育子¹、○塚原 竜太¹、池田 綾¹、渡辺 岳人¹、増山 純二² (1. 福岡和白病院、2. 学校法人巨樹の会大学準備室)

[OD102-03] アナフィラキシーに対する看護実践報告～ COVID-19ワクチン接種による副反応事例を通して～

○増田 望¹、小堀 侑美香¹、藤井 満貴¹、橋口 尚幸² (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護部 救急PCセンター、2. 順天堂大学医学部附属順天堂医院 救急科)

[OD102-04] 小児搬送における薬剤の携帯 ー薬剤バッグの作成ー

○藤田 友紀¹ (1. 国立成育医療研究センター)

[OD102-05] 高齢者のセルフ・ネグレクトに関する文献検討 ーセルフ・ネグレクト患者に対する救急看護師の示唆ー

○八田 圭司¹、前田 晃史¹、佐藤 美奈¹、宮本 いずみ² (1. 市立ひらかた病院、2. 久留米大学 医学部 看護学科)

[OD102-01] 救急外来における帰宅患者への看護実践

ー帰宅支援による救急外来受診後3日以内の再受診率の変化ー

○山根 英子¹、清水 公子¹ (1. 東京都立多摩総合医療センター)

キーワード：救急外来、帰宅支援、再受診

【はじめに】 A病院救急外来は2次救急患者を受け入れ、年間総受診患者約3万人のうち8割が帰宅患者、3日以内の再受診率は8.9%である。再受診患者を減らすことは医療費の削減、より重症な患者の応需、地域の救急医療を守る一助となる。今回、看護師が実践する救急外来受診患者への帰宅支援による受診後3日以内の再受診率の変化を検証した。

【目的】 救急外来を受診後帰宅する患者へ看護師が介入することで、3日以内の再受診率の変化を明らかにする。

【方法】 2020年10月21日～同年11月30日に A病院救急外来を受診後帰宅する全患者に、独自に作成した帰宅支援シートを利用して帰宅支援の必要性のスクリーニングを実施。その結果と実施した支援内容を帰宅支援シートへ記載、その後救急外来を3日以内に再受診した患者の診療録、帰宅支援シートから調査内容を抽出、3日以内の再受診率を算出した。

【倫理的配慮】 A病院倫理委員会の承認を受けた。救急外来待合・各診察室に研究概要、カルテ閲覧に同意がない場合は調査対象から外し、不利益が被ることはないことを明記したポスターを掲示した。

【結果】 分析対象は帰宅支援シートを利用した1315名、帰宅支援シート利用率77%、入院率19.6%、救急外来受診患者・3日以内の再受診患者とも過半数が高齢者であった。帰宅支援シートによるスクリーニングではかかりつけ医に関する項目が半数以上を占め、かかりつけ医の必要性を説明し、かかりつけ医の受診を促した。その他、診察・処方内容や再受診のタイミング等補足説明の実施、独居等社会的問題、介護や経済的問題に対し、総合患者支援センター・地域包括支援センターの介入を依頼した。

帰宅支援シートを利用した患者の3日以内の再診率は3.0%、帰宅支援シートを利用していない患者の3日以内の再診率は4.6%で、いずれも帰宅支援実施前の再診率(8.9%)と比べ減少し、帰宅支援シートを利用した患者の再診率は減少した。

【考察】 救急外来患者の大半は帰宅患者で、帰宅後は自宅でのけがや疾患の管理が委ねられる。そのため帰宅後の時間経過とともに変化する症状を患者や家族が理解し、対応することが必要になる。救急外来看護師は帰宅患者を軽症な患者と単純に判断せず、診察終了後積極的に関わることで、患者や家族が現在と帰宅後の状況も理解できるよう支援したことで、再受診患者減少につながった。また、かかりつけ医の受診促進や総合患者支援センター・地域包括支援センター等との連携、介護・福祉サービスの利用により、医学的に不要な再受診を防ぐことが可能であると考えられる。初回受診時から患者の問題を捉え、地域医療と連携することが再受診減少につながる有効な帰宅支援である。

救急外来で看護師が実践する帰宅支援は、再受診患者の減少に繋がり、今後さらに加速する高齢化や救急患者増加に対し、救急医療と地域医療を守るうえで有効な方策であると考えられる。今後、救急外来患者への帰宅支援が標準化されることで、救急医療を守り、かつ患者や家族の精神的負担の軽減、適切な地域の医療・福祉サービスの利用や住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることが可能になると推察する。

【結論】 帰宅支援シートを利用し、看護師が帰宅患者と関わることで再受診率は減少した。

【研究の限界】 感染管理上 COVID-19による感染症外来患者を研究対象から除外したため総受診患者数、再受診患者数ともに例年と比して減少し、正確な比較検討が困難であった。

[OD102-02] 近隣高齢者施設におけるアドバンスケアプランニングの現状

調査と救急看護師のかかわり

道端 育子¹、○塚原 竜太¹、池田 綾¹、渡辺 岳人¹、増山 純二² (1. 福岡和白病院、2. 学校法人巨樹の会大学準備室)

キーワード：アドバンスケアプランニング

目的

近年、人生会議としてアドバンスケアプランニング(以下 ACP)が推奨されている。しかしながら、厚生労働省が行っている「人生最終段階における医療に関する意識調査」では ACPの認知度は低く、普及率も高いことが現状である。

A病院救急科においても ACPの取り組みは重要であると考え、近隣施設での ACP普及の現状と終末期に関する医療ニーズの調査を行い、救急看護実践について検討した。

方法

1.A地域の施設入居中の65歳以上の高齢者(要介護3以上は除外)144名(有効回答率71.6%)を対象に、アンケートを実施。

2.ACPの現状調査結果にある3項目に関して4段階のリッカート尺度と「要介護・支援なし」「要支援1・2」「要介護1・2」3群間の比較検討(Bonferroni検定)を行い有意水準は5%とした。

倫理的配慮

A病院の倫理委員会へ研究計画書を提出し承諾を得た。

結果

アンケートの結果、男性27.1%、女性72.9%、平均年齢82.7歳(±7.65)であった。「人生最終段階における医療・療養について考えたことがあるか」「死が近い場合の受たい医療・療養や受けたくない医療・療養について話し合ったことがあるか」「ACPについて知っているか」は、要介護1・2を受けている高齢者が他の2群と比較して有意に低かった。

「終末期の医療についての書面作成について賛成か」は 3.38 ± 0.82 、「代理意思決定者を決めることについて賛成か」は 4.0 ± 0.00 、「代理意思決定者を決定している」は 1.63 ± 0.48 、「ACPの取り組みについて賛成か」は 3.52 ± 0.68 であった。

終末期を迎える場所は、医療施設70.1%で、容態が変化した時に救急車を要請する質問については75.8%で要請する回答を得た。しかし、胸骨圧迫を希望しない80.6%、人工呼吸器の装着を希望しない85.4%、昇圧剤を希望しない79.9%であった。また、疼痛、苦痛緩和に対する医療行為においては、86.8%は希望すると答えている。

考察

平成30年に実施された厚生労働省の意識調査報告の内容と比較しても、同じような傾向を示していた。ACPの取り組みについては基本的に賛成であるが、代理意思決定者の決定や人生会議の実際、書面の作成など積極的な行動には移っていない状況であった。要介護を受けている高齢者は、「人生最終段階における医療・療養についての関心」が低く、「家族や介護職員との話し合い」についても行っていないことが示唆された。

今回調査対象を施設入所中の高齢者にしたためか、終末期を迎える場所の質問に対し、病院との回答が多く、容態の変化時の対応として救急車を要請する回答が多かった。しかし、救命処置は希望せず、疼痛や苦痛の緩和を希望する医療ニーズが高いことを示唆された。このように、ACPが普及しない状況下での高齢者の搬送があることが今回の調査でもわかり、特に、介護認定を受けている高齢者がこのような状況に陥る可能性が高いことがわかった。そのため、救急外来で受け入れる救急看護師の役割として、代理意思決定への支援は非常に重要となってくる。また、厚生労働省は救急医療、消防、在宅医療機関が、患者の意思を共有するための連携ルール等の策定を提案している。これからは、救急看護実践の一つとして、施設の介護職、在宅医療を担う訪問看護師との連携を図り、患者の意思を共有するための連携ルールを具体化していき、ACP普及への取り組みを積極的に行っていかなければならない。

[OD102-03] アナフィラキシーに対する看護実践報告～ COVID-19ワクチン接種による副反応事例を通して～

○増田 望¹、小堀 侑美香¹、藤井 満貴¹、橋口 尚幸² (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護部 救急PCセンター、2. 順天堂大学医学部附属順天堂医院 救急科)

キーワード：アナフィラキシー、COVID-19ワクチン接種、副反応

【はじめに】当院では、3月よりファイザー社のコミナティを医療従事者に対し3週間の間隔をあけ、のべ約7000人の職員が2回の接種を行った。ワクチン接種は、体内に異物を投与し、免疫反応を誘導し、感染症に対する免疫を付与することが目的として行われるため、効果とともに副反応が起こり得る。当院では、副反応を発症し受診に至った職員の受入れ先として、救急PCセンターで対応した。今回、副反応に対してのケアを振り返り、統一した看護を提供できるように勉強会やパスの作成を実施したことで明らかとなった、副反応(アナフィラキシーを含む)に対する看護の課題についてここに発表する。

【目的】ワクチン接種で生じた副反応により受診した職員の症例を振り返り、今後、受診した患者に対する看護について活用できるように検討することを目的とする。

【方法】2021年3月から2021年4月にかけてワクチン接種した職員のべ約7000人のうち、副反応により救急PCセンターを受診した職員の症例を振り返り、今後の看護を検討する。

【倫理的配慮】患者個人を特定しないよう配慮し、使用した内容は本研究以外では使用せず保管庫にて管理した。

【結果】当初、ワクチン接種による副反応を起こした職員の受入れは、既存の救急PCセンターで運用されている看護記録を元に対応していた。しかし、想定を上回る0.3%の職員のアナフィラキシーを疑う受診があった。そこで救急PCセンターの看護師全員への現時点でのアナフィラキシーに対する知識を確認した上で、統一した観察・看護を提供できるようアナフィラキシーに関する勉強会を実施した。さらに、上記に加えて看護記録の簡易化を図るためにアナフィラキシー用のパスを新規に作成し運用した。勉強会実施前後、2回における調査を集計し比較したところ、アナフィラキシーショックによる症状がより具体的になり、アナフィラキシーの発症時間の理解に関する分散が小さくなった。しかし、アナフィラキシーショックの患者に対する看護については、いずれの調査においても処置対応に関する事が多く、看護が少ない状態であった。また、新規に作成したパスにはアナフィラキシーに関する主要な観察項目や処置内容があらかじめ記載されており、必要に応じて個々で追加して記載できるようにした。必要事項が記載されている事により、アナフィラキシー患者が来院した際にどの看護師もそのパスに則り対応する事ができた。

【考察】日本国内におけるアナフィラキシーの発生割合は0.0005%と示されていた。しかし、想定を上回る職員の受診数であったことで、アナフィラキシーに対する看護を見直す必要があると考え、勉強会を実施した。それにより、どのような症状がアナフィラキシーに値するのか、またアナフィラキシーショックを起こした患者は迅速に対応をしなければいけない、という知識の定着に繋がったと考えられる。また、簡便にアナフィラキシー患者に対して対応することができるパスを用いることで、速やかに対応し、観察できるようになったことで、看護師の経験年数やスキルによる差を少なくし、統一した看護の提供に繋がったと考える。処置対応においては、当初と比較し対応が改善されたが、看護の視点で考えると、どの看護師も乏しい状態であった。今後、職員だけでなく一般市民が副反応(アナフィラキシーを含む)で受診することを想定し、迅速な対応ができるように看護師への教育を継続していく必要がある。

[OD102-04] 小児搬送における薬剤の携帯 –薬剤バッグの作成–

○藤田 友紀¹ (1. 国立成育医療研究センター)

キーワード：小児の搬送、搬送薬剤

【はじめに】国立成育医療研究センター(以下当センター)では小児重症患者の施設間搬送を24時間対応しており、依頼元となる医療機関から要請を受けて搬送チームが重症小児患者を迎え搬送している。搬送時に薬剤の携行は必須であるが、小児の場合は体重に合わせて薬剤量を調整しなければならない。当センターでは搬送時に使用する可能性のある薬剤は、搬送出発前に患者の体重に合わせて調整し、いつでも使用できるように1回使用量毎

に準備している。しかし、これらの準備した薬剤を搬送中でもすぐに使用しやすく、携帯できる物がなかった。今回、準備した薬剤を搬送中でも使用しやすいよう携帯できる薬剤バッグを作成したので報告する。【目的】小児患者の迎え搬送時に、準備した薬剤を使用しやすいように携帯できる薬剤バッグを作成する。【方法】薬剤バッグ作成前の搬送時の薬剤携帯の課題をあげ、これらの課題を解決できる薬剤バッグを作成した。1. 課題 準備した薬剤類はトレイにまとめて搬送バッグの中に入れていたが、これでは①搬送中にバッグの中からトレイを取り出さなくてはならない②トレイでは揺れる車内では安定せず使用しづらい③使用したい薬剤をトレイの中から探さなくてはならない。④小児特有の問題で、体重で薬剤量を調整しなくてはならないため、1回使用量のシリンジの大きさが違いトレイからシリンジの一部がはみ出したり、搬送中にトレイ内でシリンジが動いて調整した薬剤量にならなくなる危険性があり、携行に注意しなければならない。以上4点があげられた。2. 薬剤バッグの作成 作成した薬剤バッグは、軽量に携帯できるようにし、バッグを開けると両開きになり、準備した薬剤類が全てわかるようにした。揺れる車内でもすぐに使用できるよう、バッグを両開きにしたままストレッチャーの横にかけられるようにし、調整したシリンジ類は個別に収納できるようにした。幅広い年齢層に対応できるよう1 ml~50mlの6種類のシリンジがフレキシブルに対応できるようにした。また、汚れても清拭、洗浄できるよう、素材はプラスチック製のものをできる限り選択した。【結果と考察】作成した薬剤バッグを携行して搬送した件数は（コロナ対応を除く）、2019年1月~2020年12月まで125件で、年齢は月齢1か月未満から19歳、疾患は呼吸不全、痙攣重積、心停止後症候群等様々であった。作成した薬剤バッグは、小児の幅広い年齢層に対応が可能になった。また、搬送中は、準備された薬剤が使用しやすいよう展開できるようにしなければならないが、これも可能になった。搬送について19人のスタッフへ、「薬剤の取り出しやすさ」「バッグの展開のしやすさ」「携帯のしやすさ」「使用感」を口頭質問し、薬剤が整理されて展開・携帯しやすく、以前の携帯方法と比べ使用しやすいという意見を得られた。薬剤バッグ作成前の搬送時の薬剤携帯の課題は、薬剤バッグ作成により解決できたと考える。今回、調整した薬剤シリンジをフレキシブルに対応・収納できるようにした。そのため、スタッフによってバッグ内の薬剤配置が違っていた。搬送時のリスクマネジメントを考える上で、準備する薬剤配置の統一が今後の課題である。【倫理的配慮】個人が特定される情報が含まれないよう配慮した。利益相反なし。

[OD102-05] 高齢者のセルフ・ネグレクトに関する文献検討 -セルフ・ネグレクト患者に対する救急看護師の示唆-

○八田 圭司¹、前田 晃史¹、佐藤 美奈¹、宮本 いずみ²（1. 市立ひらかた病院、2. 久留米大学 医学部 看護学科）
キーワード：セルフ・ネグレクト、高齢者、救急外来

【目的】 救急現場において、セルフ・ネグレクトの高齢者と遭遇する頻度は増加しており、救急看護師はセルフ・ネグレクトに関する知識を身につけて看護実践することが求められる。本研究の目的は、高齢者セルフ・ネグレクトの定義や特徴、救急外来でのセルフ・ネグレクトの実態などを文献検討で明らかにすることである。

【方法】 医学中央雑誌 web版医中誌（Ver.5）と Pub Medをデータベースとして用いて、「救急医療サービス andセルフネグレクトまたはセルフ・ネグレクト」「救急医療サービス and高齢者虐待」「高齢者虐待 andセルフ・ネグレクトまたはセルフネグレクト」「elderly patients」 and 「emergency medicine」「elderly patients」 and 「emergency departement」「selfneglect」 and 「elderly patients」「selfneglect」 and 「emergency medicine」を検索語にし、発表年数を指定せず検索した。

【倫理的配慮】 倫理的配慮は、文献検討にて審査受けていない。

【結果】 検索した結果、174件の文献が抽出され、目的にあう33件で文献検討した（7月5日時点）。多くが社会福祉分野の文献であり、セルフ・ネグレクトを National Center for Elder Abuse(NCEA)の定義する自分自身の健康または安全を脅かす行為に特徴づけられ、「十分な食事、水、衣服、住居、安全、個人衛生及び必要とされる医療の提供を拒否もしくはこれらが不足している」が用いられていた。セルフ・ネグレクトの要因として、認知症、精神障害、身体障害に加えて、身体や環境の不衛生、近隣や親族とのトラブル、福祉サービスの利用や医療施設の受診拒否などがあり、これらの要因が一つではなく、複数有している特徴があった。セル

フ・ネグレクトを引き起こすプロセスは、貧困やアルコールをはじめとする依存症など個人要因に配偶者の死などの危機的なライフイベントが加わり、社会的な孤立とセルフケア能力の低下が生じた結果、セルフ・ネグレクトになっていた。

救急外来の実態は、セルフ・ネグレクトが重度になるほど救急の利用率が高かった。救急の医療従事者は潜在的高齢者虐待やセルフ・ネグレクトの特定する立場にあるが、特別な訓練を受けていない、ソーシャルワーカーとコミュニケーションが十分でないなどの理由でセルフ・ネグレクトが放置されていた。

【考察】 高齢者の身体や環境の不衛生や近隣とのトラブルなどがきっかけとなり、セルフ・ネグレクトが問題となっている。医療分野においてはセルフ・ネグレクトの高齢者は医療機関の受診を拒否するため、地域住民や福祉事所職員からの通報で搬送され、救急外来で発見されるケースが多い。救急外来の医療者は、セルフ・ネグレクトと接触する機会が多く、正確にセルフ・ネグレクトを拾い上げ、介入しなければいけないが、医療分野での定義や概念分析は十分でないため、セルフ・ネグレクトへの介入ができていない現状がある。そのため社会福祉分野の先行研究を参考に、セルフ・ネグレクトを発見できるスクリーニングツール開発や、医療や看護を拒否するセルフ・ネグレクトへ実践できる看護を構築していく必要があると考える。

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 1. 救急外来看護③

[OD103] 1. 救急外来看護③

[OD103-01] 帰宅時支援において救急外来看護師が抱く不安と課題

○堀 克也¹、木村 恵美¹、牧 和久¹、早川 由紀美¹、黒崎 祐也¹、東條 紀子² (1. 長岡赤十字病院 救急外来、2. 新潟県立看護大学)

[OD103-02] A病院救急外来で重症外傷患者のエンゼルケアに従事する看護師の思い

戸田 伽菜子¹、吉岡 小百合¹、○井芹 有希¹ (1. 熊本赤十字病院救命救急センター)

[OD103-03] 当院救命救急センターへ搬送された患者の初期バイタルサインと ICU・SCU入室との関連

○城田 麻記¹、荻沼 明美¹、高山 陽平²、茂木 圭介²、川上 あかね²、伊藤 歩美³ (1. 群馬大学医学部附属病院 救命・総合医療センター、2. 群馬大学医学部附属病院 北2階病棟、3. 高崎健康福祉大学 保健医療学部 看護学科)

[OD103-04] 二次救急病院における入院となった患者の救急室滞在時間の調査からみえたこと

○倉持 幸代¹ (1. 横浜新緑総合病院)

[OD103-01] 帰宅時支援において救急外来看護師が抱く不安と課題

○堀 克也¹、木村 恵美¹、牧 和久¹、早川 由紀美¹、黒崎 祐也¹、東條 紀子² (1. 長岡赤十字病院 救急外来、2. 新潟県立看護大学)

キーワード：帰宅時支援

【目的】救急外来では、年齢や診療科を問わず、多くの搬送患者を受け入れており、救急外来看護師には多様な患者への看護実践能力が求められている。なかでも、搬送患者の約8割は受診後に帰宅している現状（厚生労働省2015）があり、救急外来では帰宅時の支援が多くを占めている。A病院の帰宅時の支援は、救急外来看護師の経験値に関わらず個々の力量に任されている。帰宅時に渡す規定は一部存在するが、多くは限られた時間の中で、困難な事例も個別性に沿ったかたちで支援している。本研究はA病院においてこのような状況下においての帰宅時支援にかかわる救急外来看護師が抱く不安と課題を明らかにする。

【方法】調査対象：A病院救急外来勤務の同意を得た看護師、研究デザイン：質的帰納的方法、調査期間：2020年4月から2021年2月、調査内容：半構成面接調査により、救急外来受診後に帰宅する患者への帰宅時支援について事例を想起してもらい、不安に感じたこと、課題に思っていることについて自由に話してもらった。分析は、インタビューを逐語録に起こし、帰宅時支援のかかわりでの不安、課題に関する部分を抜き出して研究者間で類似性と相違性に基づいてカテゴリー分類を行った。

【倫理的配慮】調査対象者へ研究目的、自由意思による調査への参加や拒否、匿名とすること等を文書と口頭で説明し、同意を得た。各データの匿名性および機密性保持を遵守した。なお、研究実施者の所属施設の病院倫理審査（第200610号）及び看護部倫理委員会（2020-1-②）の承認を得た。

【結果】救急外来看護師15名よりデータを得られ、経験診療科は1～7診療科であった。帰宅時支援で想起された事例は、34事例で内訳として高齢患者が23事例、うち17事例は後期高齢者であった。インタビューの分析から、不安に関して56コード、12サブカテゴリー、4カテゴリーが抽出された。課題に関して85コード、14サブカテゴリー、5カテゴリーが抽出された。

以下、カテゴリーは《 》で示す。

不安として抽出されたカテゴリーは《医師の帰宅指示に対して帰宅させて良いのか不安》《入院適応にならない患者を帰宅させる葛藤》《治療拒否や受診行動継続が得られない患者への帰宅時介入の不安》《個々の看護師に帰宅時の介入を任される不安や戸惑い》であった。

課題として抽出されたカテゴリーは《帰宅時支援への救急外来スタッフ間の共通認識とサポート体制の確立》《他職種・他機関へ時間外に連携できるシステムの構築》《介護サービス等、専門機関に迅速につなぐ方策の検討》《限られた時間と人員で個別性を考慮した帰宅時支援の実践》《様々な患者や家族に対応できるよう自己研鑽と経験の活用》であった。

【考察】救急外来看護師は帰宅時支援において、診療を行った医師の指示、個々の看護師の裁量による介入に対して不安や戸惑いを感じていることが明らかになった。一方で、課題においては、救急外来看護師が自己研鑽していくことに加えて、帰宅時支援を個々の看護師の実践と捉えるのではなく、スタッフ間や他職種・他機関連携など、チームで共有してかかわっていく必要性が示された。救急外来看護師の不安が軽減されるよう、チームアプローチとしてシステム構築や新規パンフレット作成など、帰宅時支援について共有できる媒体の開発の必要性が示唆された。

[OD103-02] A病院救急外来で重症外傷患者のエンゼルケアに従事する看護師の思い

戸田 伽菜子¹、吉岡 小百合¹、○井芹 有希¹ (1. 熊本赤十字病院救命救急センター)

キーワード：重症外傷、エンゼルケア、看護師の思い

I. 目的：A病院救急外来では重症外傷による死亡例があり、病棟より重症外傷患者のエンゼルケアを実施することが多い。外傷症例でのエンゼルケアは損傷や治療痕による外見の変貌が目立つことに加え、基礎教育や病棟経験と異なることが多く、看護師は様々な思いを抱えてエンゼルケアを行っていると思われ、先行研究は少ない。そこで、救急外来の看護師がどのような思いを抱きながらエンゼルケアに従事しているのかを明らかにすることを目的とした。

II. 方法：質的研究デザインとし、新人看護師以外で重症外傷患者のエンゼルケアの経験がある看護師3名に半構成的面接を実施。分析は逐語録を作成、コード化、共通性を検討しながらカテゴリー化を行った。また、A病院の研究倫理審査委員会の承認を得た。

III. 結果：A病院救急外来で重症外傷患者のエンゼルケアに従事する看護師の思いとして、181コード、28サブカテゴリー、8カテゴリーが抽出された。カテゴリーは、《患者・家族への戸惑いと後悔》《亡くなった患者の年齢により感じる死の受け止め方の差異》《患者・家族へのつらい気持ち》《外傷の経験・技術不足によるケアへの不安》《時間的余裕がなく感じるケアや家族対応の困難さ》《家族の心情をくみ取りたいという気持ち》《死を受け入れられるような支援をしたいという気持ち》《看護師としての役割と信念の自覚》から構成された。

IV. 考察：通常、一般病棟では、患者・家族との関係性が構築されている場合が多く、気持ちに寄り添いながらエンゼルケアを行うことが可能である。しかし、本研究においては患者の死に対する喪失感や悲しみといった感情よりも、エンゼルケアが単なる業務になってしまい、患者・家族との関係性が築けていないまま行うケアに対して戸惑いや後悔を感じていることが分かった。

A病院救急外来に搬送後、死亡した外傷患者の中には、開胸・開腹後の手術痕だけでなく、四肢の開放骨折や顔面損傷など整備が困難な例も多く、処置が難しいと感じたり、エンゼルケアの正解が分からないと悩んだりする思いも抽出された。立野ら（2008）の調査では、我が国の看護師は外傷患者への対応に必要な知識と技術のなさを感じていること、外傷患者の対応に関する専門教育の受講経験はいまだに少なく、外傷看護学として専門的な教育をほとんど受けていないことが報告されている。外傷の処置方法など求められる知識や技術は多いにもかかわらず、それらを学ぶ機会は少ない状況が、看護師の困難感や不安を助長させ、エンゼルケアに対して葛藤を抱く結果となっているのではないかと考える。

また、年齢を問わず《患者・家族へのつらい気持ち》というカテゴリーが抽出されたが、中には、事故による若年層の死に遭遇することがあり、若い患者への外傷に対する抵抗や、若年層の死に対するつらい気持ちが増強されるといった思いが聞かれた。看護師はその人が元気なまま生きていた場合のその後の人生に思いを馳せて、つらい気持ちや居た堪れない気持ちを抱いており、その後の人生を想起させやすい小児や若年層であると、つらい気持ちが増強されると考えられる。

一方で、身体の損傷が激しい場合は、対面する家族の衝撃を軽減するために、初療で家族と対面させるタイミングの調整や、そのための環境調整などを行い、家族と患者が静かな時間を過ごせるようにしていた。このように、外傷による容姿の変化に対して家族が受ける心的外傷に配慮する気持ちに関しては、重症外傷例のエンゼルケアの特徴的な思いであると考えられる。

[OD103-03] 当院救命救急センターへ搬送された患者の初期バイタルサインとICU・SCU入室との関連

○城田 麻記¹、荻沼 明美¹、高山 陽平²、茂木 圭介²、川上 あかね²、伊藤 歩美³（1. 群馬大学医学部附属病院 救命・総合医療センター、2. 群馬大学医学部附属病院 北2階病棟、3. 高崎健康福祉大学 保健医療学部 看護学科）

キーワード：救命救急センター、バイタルサイン

【目的】バイタルサインは、看護技術により得られる臨床診断上でも重要な数値である。バイタルサインと死亡率の関連を調査した先行研究は多いが、救命を第一目的とする救急初療において、バイタルサインとICU・SCU入室との関連が明らかになれば、患者死亡の回避に有効であると考えられる。救急患者の到着と同時に初期バ

イタルサインを測定する看護師が、集中治療の可能性を判断できることは、予測性・準備性・即応性を持った看護実践の動機付けにつながる。以上から今回、当院救命救急センターへ搬送された患者の初期バイタルサインとICU・SCU入室との関連を調査した。

【方法】2017年4月～2018年3月に当院救命救急センターへ搬送された18歳以上の患者を対象とした。対象者の電子カルテから、ICU・SCU入室の有無・バイタルサイン・年齢・性別・病因分類を収集した。対象者のICU・SCU入室と初期バイタルサインや対象者属性との関連性をロジスティック回帰分析により解析した。本研究は、群馬大学倫理審査委員会の承認を得て実施し、オプトアウトにより研究への不同意の意思を確認した。患者個人が特定されないよう配慮した。

【結果】対象期間に搬送された18歳以上の患者は2922名であった。来院時心肺停止（102名）、呼吸回数の記録不備（661名）などを除外し、解析対象者を1917名とした。ICU・SCU入室との関連について、各々のオッズ比（95%信頼区間）は、前期高齢者：2.32(1.33-4.05)、内因性疾患：1.49(1.01-2.20)、GCS13以下：1.89(1.20-2.99)、GCS8以下：5.11(2.95-8.85)、心拍数110-120/min：2.13(1.13-4.05)、収縮期血圧90mm Hg未満：3.92(1.89-8.12)、収縮期血圧180mm Hg以上：2.92(2.00-4.25)、酸素投与あり：2.38(1.58-3.59)だった。呼吸回数26回以上、酸素投与下でSpO₂値89%以下では、単変量解析でICU・SCU入室に関連を認めたものの、多変量解析により調整を行うと関連は認めなかった。

【考察】初期バイタルサインとICU・SCU入室との関連は、GCS・心拍数・収縮期血圧で関連を認めた。SpO₂値での関連は認めなかったが、酸素投与下でSpO₂値が89%以下となる症例、呼吸回数26回以上の症例でICU・SCU入室リスクが高い傾向があった。救急患者における1日死亡率はSpO₂値、収縮期血圧、体温、意識、呼吸回数、脈拍数、年齢と関連があるとの既存の報告と同様に、初期バイタルサインの異常の多くがICU・SCU入室との関連を認めていた。医療チームの中で最も患者の身近にいる看護師が、初期バイタルサインからリスクを予測し発信者となることで、「救命」という共通目標のもと、集中治療開始までの時間短縮に向けた協働につながると考えられる。患者急変予測に呼吸回数の増加が関連している報告がある一方で、本研究では有意な関連を認めなかった。呼吸回数はショックや発熱など、他の因子に左右されること、本研究では他の数値と比較し、呼吸回数の記録不備が多かったことなどが影響を与えた可能性がある。SpO₂値は、酸素投与の影響を受けるため、吸入酸素濃度と共に再検討を行う必要があることが示唆された。

本研究は、初期バイタルサインとICU・SCU入室との関連を見たものであり、患者の病態や疾患を考慮したものではない。看護師として、バイタルサインや患者属性を意識的に捉え、患者の身体所見や各検査結果を活用しながら看護実践していくことが重要であると考ええる。

[OD103-04] 二次救急病院における入院となった患者の救急室滞在時間の調査からみえたこと

○倉持 幸代¹（1. 横浜新緑総合病院）

キーワード：救急室滞在時間

目的

A病院の2020年3月から2021年4月までの年間救急搬送数は2232件で入院1041件、不応需は1356件であった。救急外来の体制は、日中、内科・外科・整形外科・脳外科、他各科診療医師とし、夜間は内科・外科系・脳外科の3科で対応している。発熱対応の陰圧室を2床、一般用2床で稼働している。救急外来看護師は日当直で対応する「相乗り型」である。救急搬送受け入れ要請は脳卒中ホットライン以外看護師が対応、受け入れ可否については担当医師に一任している。A病院でも断らない救急をかけた、全ての患者を受け入れることが理想ではあるが、対応困難事例、救急室満床時、人員不足時は断らざるを得ないなど、理想と現実の間には大きな乖離がある。限られた救急室を有効に活用することを目的に、救急室滞在時間を調査し、何に時間がかかっているのか、原因はあるのか、救急看護師として取り組むべき課題を明らかにすることとした。

倫理的配慮

看護部倫理委員会の承認を得た。収集したデータは個人が特定されることがないよう厳重に管理する。

方法

地域連携救急応需データ、外来医師記録、看護記録より入院となった年齢、各科（消化器内科・消化器外科・整形外科・内科・脳外科）の滞在時間の調査と検査内容（超音波・造影CT・MRI・手術出棟）に関連があるのか、また長時間滞在の原因を調査した。

調査期間：2021年1月～2021年3月

対象：救急搬送され入院した患者250名

分析方法：診療科の滞在時間の差をみるためにt検定を行った。滞在時間は2.5時間をカットオフとし診療内容に差があるのかフィッシャーの直接確率検定にて分析した。

結果

2021年1月から3月までの救急搬送された患者は518件であり、その内入院になった患者は250名。患者の平均年齢は74歳（±15）。滞在時間：消化器内科中央値1時間36分、平均1時間39分、消化器外科中央値1時間42分、平均1時間42分。整形外科中央値1時間47分、平均1時間59分、内科中央値1時間47分、平均2時間1分、脳外科中央値1時間48分、平均1時間50分。診療科の滞在時間の短い消化器内科を基準にt検定を行った結果、診療科の滞在時間の差は認めなかった。

滞在時間の分布をみると、2時間以内に63%、2時間30分以内に83%であることが分かった。2時間30分をカットオフ値とし、2時間30分以内の群と2時間31分以上の群を比較すると、2科併診（ $P=0.0249$ ）、MRI（ $P=0.0402$ ）で有意差がみられた。

長時間滞在する原因として、検査結果が全てそろってから病状説明をしていることや、整形外科は外来兼務で救急対応しているため医師の診察待ちが発生していた。また、肺炎所見があり内科併診となることなど、数科併診の場合、一科が終了してから他科への依頼となることなどがあげられた。他、症状改善がみられず経過観察後入院や病棟の受け入れ準備が間に合わず待機の時間があることが分かった。

考察

救急看護師はまだ診断されていない状況下で、速やかな医療の働きかけを必要としている患者へのケアを限られた時間の中で行っている。今回入院患者の救急室滞在時間を調査し、ばらつきはあるものの長時間の滞在となっていることが分かった。初療対応は複数看護師が関わるが、その後は他の救急患者をみながら看護師が2時間30分も対応している現状が明らかになった。

今後不応需を減らし応需件数を増やすために現在の滞在時間を短縮することが必要である。そのためには、緊急検査以外は入院後に実施すること、併診や経過観察患者に対して看護師が調整役となり他職種、特に医師との連携強化を図ることが必要であると考えた。

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 1. 救急外来看護④

[OD104] 1. 救急外来看護④

[OD104-01] 救急外来における生活困窮者への看護介入の必要性に関する文献検討

○伊澤 綾子¹、橋本 詩織²、永田 絵理香³、伊能 美和⁴、吉田 澄恵⁴（1. 医療法人伯鳳会東京曳舟病院、2. 武蔵野赤十字病院、3. 東京歯科大学市川総合病院、4. 東京医療保健大学千葉看護学部）

[OD104-02] 突然死での看取り看護に関する救急看護師のレジリエンス

○須田 果穂¹、山勢 博彰¹、田戸 朝美¹、山本 小奈実¹（1. 山口大学大学院医学系研究科）

[OD104-03] 緊急心臓カテーテル前の患者の心境

○山田 竜也¹、成瀬 朱理¹、西川 静香¹、比嘉 祥之¹（1. 浦添総合病院 救急外来）

[OD104-04] 急性冠症候群患者の発症から受診までのプロセス—早期受診を促す教育プログラムの構築を目指して—

○大串 晃弘¹、野村 宜伸²、平野 絵美²、作田 裕美³（1. 四国大学、2. 大阪府済生会千里病院、3. 大阪市立大学）

[OD104-01] 救急外来における生活困窮者への看護介入の必要性に関する 文献検討

○伊澤 綾子¹、橋本 詩織²、永田 絵理香³、伊能 美和⁴、吉田 澄恵⁴（1. 医療法人伯鳳会東京曳舟病院、2. 武蔵野赤十字病院、3. 東京歯科大学市川総合病院、4. 東京医療保健大学千葉看護学部）

キーワード：救急外来看護、生活困窮者、セルフケア

目的

救急外来を繰り返し受診する患者には、生活困窮者自立支援法という生活困窮者、即ち『現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持できない恐れのある者』が一定数存在する。しかし、彼らに対する救急外来看護は明らかにされていない。そこで本研究では生活困窮者に関する原著論文から、救急外来での看護介入の必要性を考察した。

方法

医中誌 Web版にて「生活困窮者」で2015年～2020年の原著論文を検索し該当した18文献を全て精読した。生活困窮者の状況を示す表現を抽出し、オレムのセルフケア要件（以下＜ ＞で示す）で分類した。その後このような生活困窮者が救急外来を受診した際に、その状況にどう介入するか考察した。倫理的配慮として、文献レビューにあたり著作権侵害のないよう配慮した。

結果

18文献から、生活困窮者の状況を示す表現として「望ましくない栄養状態にある」「ストレスに脆弱」「精神疾患を伴わないひきこもりに関してはひきこもりそのものが生活困窮である」等73の記述が抽出された。これらをオレムのセルフケア要件で分類したところ、＜普遍的セルフケア要件＞には「独居または頼れる親族が不在」「路上生活者」等＜孤独と社会的相互作用のバランスの維持＞や＜正常さの促進＞に該当する内容が含まれた。＜発達のセルフケア要件＞には「制度や空間、家族・職域等さまざまな『つながり』から排除された人々」「経済的困難」「最低限のライフラインが保障されていない世帯」等が含まれた。＜健康逸脱に対するセルフケア要件＞には「適切な健康管理が必要な慢性疾患を抱えている」「好ましくない健康習慣をもつ者」「救急車の頻回利用」等が含まれた。そこから生活困窮者が救急外来を受診した際の看護介入を検討した結果【救急外来での介入】【入院等の介入】【専門的な介入】【医療介入非該当】に分類できた。【医療介入非該当】が大半だったが、【救急外来での介入】には救急外来で問題を把握したり指導的に関われる内容が含まれた。

考察

＜普遍的セルフケア要件＞及び＜発達のセルフケア要件＞に分類された生活困窮者の状況から、彼らは社会との関わりに希薄さを抱えているとわかった。このような生活困窮者にとって救急外来受診は社会と関わる為のセルフケアの1つと捉えられる。＜健康逸脱に対するセルフケア要件＞に分類された状況で【救急外来での介入】に該当するものには「生活習慣の乱れなど健康問題がある」「疾病予防の必要なハイリスクアプローチの対象」等救急外来で医療ニーズを掴めるものや、「好ましくない健康習慣をもつ者が多い」「慢性疾患を悪化させる可能性が高い」等療養指導を行えるものもあるが、「公的支援の認知度が低い」等ソーシャルワーカーとの連携を不可避とするものもみられた。ただし、緊急度や重症度を優先させる救急外来の限られたマンパワーで密な関わりを持ち具体的に介入する事は困難を伴う。しかし今回の文献検討で、生活困窮者はオレムのセルフケア要件に分類できる看護ニーズを有する事が明らかとなった。ソーシャルワーカーが救急外来に出向き援助を実施した事例における援助内容は「家族（親族）探し」「医療費の問題解決」「地域の保健医療福祉機関との連携」等福祉的支援を含み（天野2012）、これら援助は看護師も行える事から、救急外来看護では福祉への橋渡しの実践が必要である。

「援助を必要としている患者を見捨てない最後の砦」（山口2018）として生活困窮者へ看護ケアを検討し、継続的に関わろうとする事は彼らに不足したセルフケアへの介入であり、救急外来看護として意義があるといえる。

[OD104-02] 突然死での看取り看護に関する救急看護師のレジリエンス

○須田 果穂¹、山勢 博彰¹、田戸 朝美¹、山本 小奈実¹（1. 山口大学大学院医学系研究科）

キーワード：レジリエンス、看取り、突然死

【目的】

レジリエンス（心的回復力）とは、ストレス耐性・コーピングに関する個人内・環境要因を活用し、ストレス状況に適応する特性である。救急看護師は、救命に尽力しながらも患者の突然死と直面する機会が多くストレスフルな状況にあるため、経験を積む中でレジリエンスを強化していると考えられる。本研究の目的は、救急看護師の突然死での看取り看護に関するレジリエンスを明らかにすることである。

【方法】

半構成的面接法による質的記述的研究デザイン。救命救急センターで勤務経験のある急性・重症患者看護専門看護師13名及び救急看護認定看護師7名の計20名を対象に、2021年2月～3月に面接を実施した。面接は、Web会議システムまたは対面で1人1回60分程度行い、内容を録音した。調査内容は、救命救急センターで突然死した患者の看取り看護に関する①救急看護師として未熟な時の看護実践と対処方法、②救急看護師として熟練してからの看護実践と対処方法、③レジリエンスを養った過程についてである。面接内容から逐語録を作成し、コード化した。その後、意味内容が類似するコードをまとめカテゴリー化を行い、各カテゴリーを救急看護師としての成長過程に当てはめた概念図を作成した。本研究は、所属大学の研究倫理審査の承認を得て実施した。

【結果】

質問内容毎に抽出されたカテゴリーを〔 〕で示す。

①救急看護師として未熟な時の看護実践と対処方法では、〔自己の看護実践と感情の言語化〕〔第三者的な立場での対応〕という2つのカテゴリーが抽出された。未熟な時は、先輩看護師に看護実践を振り返ってもらうことや気持ちを聞いてもらうこと、死への恐怖心から現実と切り離れた思考をしていた。②救急看護師として熟練してからの看護実践と対処方法では、〔客観的評価〕〔看護実践の意味づけ〕〔肯定的思考〕〔合理的思考〕〔チームメンバーの連携〕〔共有の場の設定〕〔患者家族への感謝〕という7つのカテゴリーが抽出された。熟練してからは、自己で看護実践を客観的に振り返り意味づけをしながらも、肯定的かつ合理的に考えていた。また、医師や他看護師等とコミュニケーションをとり負担を軽減しながらケアすることや、他スタッフと感情を共有する場を設けること、患者家族へ感謝をしていた。③レジリエンスを養った過程では、〔自己の目標設定〕〔自己研鑽〕〔経験の蓄積〕という3つのカテゴリーが抽出された。看取り看護に対する不全感や目指す先輩像から自己の目標設定を行い、理論などのエビデンスの学習と経験を積むことでレジリエンスを養っていた。

【考察】

救急看護師は、経験を積む中でレジリエンスを強化・獲得していくことが明らかとなった。救急看護師として未熟な時は他者からの援助により対処していたが、熟練してからは自己で対処することが可能となるだけでなく、他者をも巻き込み医療チームで対処を促進していた。

救急看護師のレジリエンスの強化・獲得過程は、未熟な時は主に情動中心型コーピングであったが、熟練した時は問題中心型コーピングへ変化すると考えられる。また、レジリエンスはコーピングだけでなくストレス耐性に関する個人内及び環境要因の役割も大きく、経験を積む中で思考過程や医療チーム等の要因を獲得していると考えられた。

以上を踏まえ、救急看護師の成長過程における突然死での看取り看護に関するレジリエンスを概念図に示す。熟練した救急看護師のレジリエンスにはストレスを対処するための思考過程や医療チームでの対処促進等があり、目標設定と自己研鑽を行いながら経験を積むことで強化・獲得されることが明らかとなった。

[OD104-03] 緊急心臓カテーテル前の患者の心境

○山田 竜也¹、成瀬 朱理¹、西川 静香¹、比嘉 祥之¹（1. 浦添総合病院 救急外来）

キーワード：救急外来、緊急心臓カテーテル

I はじめに

救急外来（以下、ER）では、ST上昇型心筋梗塞（以下、STEMI）患者の対応時は Door-To-Balloon-Time（以下、DTBT）短縮を念頭において行動している。その一方で来院直後の患者を医師、看護師が取り囲み、医療処置や同意書取得などを同時進行で慌ただしく行なっている現状がある。そうした状況に患者は不安や不快感を抱きながら治療を受けているのではないかと疑問に思い、本研究に取り組むこととした。

II 目的

緊急心臓カテーテル（以下、心カテ）前の患者の心境を分析し、心カテ前の適切な看護介入を明らかにする。

III 研究方法

期間：平成31年3月～令和2年11月

対象：ERを受診し当院に入院した STEMI患者のうち、意識清明であり同意を得られた患者。

方法：インタビューガイドをもとに半構造化面接を実施し、内容分析を行った。

IV 倫理的配慮

当院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。また対象者にはインタビューの目的、自由意思による参加であることを書面に沿って説明し同意を得た。

V 結果

本研究の対象者は11名（男性10名、女性1名）であり、平均年齢は65歳であった。インタビューより抽出されたコードは108、サブカテゴリーは25（《》で示す）、コアカテゴリーは6（【】で示す）であった。心カテ前の心境の多くは、《疾患への不安》《軽微な疼痛》《激しい痛み》《疼痛以外の症状》のサブカテゴリーより構成される【疼痛】であった。《説明不要》《説明内容失念》などで構成される【説明】、《処置検査の記憶なし》《処置検査の記憶あり》などで構成される【ERでの処置検査】では、ERでの説明や処置・検査に関する不安や不快感はほとんど挙げられなかった。《医療者への遠慮》《医療者への信頼》から構成される【医療者への感情】からは、医療者への信頼や遠慮があることがわかった。《心カテの知識》《心カテの受容》などから構成される【カテーテル検査の知識】、《心筋梗塞の予感》《心筋梗塞の知識》などから構成される【心筋梗塞】では病前から疾患に関する知識があったことがわかった。

VI 考察

結果より、心カテ前の患者は、事前の予想ほど処置への不安や不快感を感じていないとわかった。その要因の一つとして、《医療者への信頼》があったことが挙げられる。受診時の速やかな対応や丁寧な声かけ、落ち着いたチームワークにより安心できたという発言が多く聞かれており、医療者への信頼感が患者の不安を軽減したと考えられる。また、【カテーテル検査の知識】【心筋梗塞】から、患者は病前からマスメディアや親族・友人を介して心筋梗塞に関する知識を有していることが多く、それも処置への不快感を軽減した一つの要因だと考えられる。

患者の心境の多くを占めていたのは【疼痛】であった。STEMI対応では救命のためにDTBTの短縮を最優先にしており、根治術ではない鎮痛は後手に回ることが多かった。しかし、速やかな鎮痛を行うことで患者の安全の二ードを充足させ、より安寧な状態で心カテに臨めるよう計らう必要があると再認識した。

VII 結論

心カテ前の患者は、処置に対する不安や不快感よりも疼痛による苦痛が強い。迅速なカテーテル室出棟と並行し、早期に鎮痛を行うことが患者の二ードの充足につながる。

[OD104-04] 急性冠症候群患者の発症から受診までのプロセス—早期受診を促す教育プログラムの構築を目指して—

○大串 晃弘¹、野村 宜伸²、平野 絵美²、作田 裕美³（1. 四国大学、2. 大阪府済生会千里病院、3. 大阪市立大学）
 キーワード：急性冠症候群、早期受診、教育プログラム

【目的】急性冠症候群（以下 ACS）は、発症から再灌流までの時間（総虚血時間）を短縮することで生命予後が改善することが報告されている。特に、総虚血時間の多くを占める ACS発症から受診までにかかる時間を短縮することは、啓発活動を行う上で非常に重要である。海外における先行研究では、ACS患者の受診遅延の実態は明らかにされつつあるが、医療システムの異なる日本では十分検討されておらず、啓発活動の方向性は不透明なままとなっている。そこで本研究は、ACS患者の発症から受診までのプロセスを明らかにすることを目的とし、ACSを発症した患者1名に対し面接調査を実施した。発症から受診までのプロセスが明らかになることで、早期受診を目的とした啓発活動や ACSハイリスク因子を持つ患者に対する教育の基礎資料になると考える。

【方法】ACS患者1名に対しインタビューガイドを用いて半構造化面接を行った。インタビューでは、発作が起きるまでの経過、発作が起きた時の状況、発作が起きてから受診までの経過などを研究対象者に確認した。研究対象者の語りはICレコーダーを用いて録音し、その内容を基に逐語録を作成しデータとした。データは研究者が数回読み返し、研究目的である ACS発症から受診までのプロセスに関連する部分を抽出し、質的帰納的に分析を行った。本研究は研究者の所属機関および研究対象施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】A氏、60代男性、独居、喫煙中。ST上昇型心筋梗塞と診断され入院となり、責任血管である#7に対して経皮的冠動脈インターベンション（PCI）が施行された。基礎疾患は高血圧症、脂質異常症、前立腺肥大症、狭心症があり、狭心症に対するPCIの入院歴があった。入院8日目に面接調査を実施した。A氏はACS発症の数か月前から歩行時に胸部の違和感を自覚していたが、休憩により症状が治まるため気にしていなかった。発症前日の夕方には、家から駅までの距離を歩行することで、疼痛とは異なる押さえつけられるような症状が胸部に出現していた。家に帰宅し休憩すると症状は軽減したが、胸部の違和感は継続していた。症状は持続していたが自制内と考え、いつも通りの時間に就寝していた。入院当日の朝は、仕事が休みであったため自宅で休んでいたが、症状が徐々に強くなっていることを自覚していた。その際、以前に経験した狭心症の症状と似ていることを思い出し、狭心症が再発したと考え、昼過ぎに自ら救急車を要請し救急搬送となった。ACS発症から病院到着までの時間は21時間41分であった。

【考察】安静により症状が治まる経験はA氏の受診の判断を遅らせていたと考えられた。また、疼痛ではない胸部の違和感も同様に、受診の判断を妨げる要因になっていたと考えられた。A氏の場合、狭心症で入院した際に患者指導が行われていると思われるが、医療従事者の説明が十分伝わっていない可能性も考えられた。ACS発症時における受診の判断は症状の性質や経時的変化の影響を受けるため、A氏の様にハイリスク因子を持つ患者でも発症時に適切な行動をとることは難しいと思われる。そのため、患者がACS発症から可能な限り早期に受診の判断をするためには、胸痛や重圧感といった典型的な症状を説明することも重要であるが、「普段の生活と異なる違和感」といったレベルで多様な症状が出ることを説明する必要性が示唆された。

【結論】ACS発症時の症状の性質や経時的変化は、患者が受診を判断する際に影響を及ぼす要因の1つとして考えられた。患者がACS発症時に適切な行動を取るためには、ACSの症状の特徴を強調して説明する必要性が示唆された。

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 1. 救急外来看護⑤

[OD105] 1. 救急外来看護⑤

[OD105-01] 救急医療におけるストレス要因――医師、看護師、医療事務の比較――

○馬原 恵美¹ (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院)

[OD105-02] 急性心筋梗塞で搬送された危機的状況にある患者に対する救急看護師の認識

○岸本 沙希¹ (1. 聖泉大学看護学部)

[OD105-03] 救命救急センターの救急外来における熟練看護師の原動力

○坂井 笑美¹ (1. 旭川医大病院)

[OD105-04] 救急外来看護師の小児患者への看護実践の認識・行動―検査・処置の心理的準備に焦点を当てて―

○比嘉門 強志¹ (1. 淀川キリスト教病院)

[OD105-05] 自傷患者に対する救急看護師の継続的支援に関する看護実践と認識の実態

○植岡 敬紹¹、山勢 博彰²、田戸 朝美²、山本 小奈実² (1. 日本赤十字社 京都第二赤十字病院、2. 山口大学大学院 医学系研究科)

[OD105-01] 救急医療におけるストレス要因——医師、看護師、医療事務の比較——

○馬原 恵美¹ (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院)

キーワード：ストレス、救急医療、医師、看護師、医療事務、比較

研究目的

救急医療では、予期せぬ疾患や突然の外傷で、昼夜を問わず重症患者が搬入されてくる。そのため、現場のスタッフは緊急時の状況把握と判断力、救急処置能力、あらゆる年齢や疾患の患者をケアする能力、患者・家族心理の理解と配慮、患者のプライバシーの保護などを考えながらチーム医療が展開される。このような状況にいる医療従事者は常にストレスを抱えている。先行研究もそれぞれの職種のストレスに関する研究はあるものの、そのストレスを比較している研究はあまり目に触れない。そのため、医師、看護師、医療事務ではどのようなストレスを感じているのか、共通性があるのかなどを検討したいと考え本研究に取り組むこととした。

方法

第一に2施設の救急医療に勤務する医師25名(20代～60代)、看護師105名(20代～50代)、医療事務25名(20代～60代)を対象とし、厚生労働省「職業性ストレス簡易調査票」を用い調査を実施した。結果は一元配置分散分析を行った。なお、逆転項目については、数字を入れ替えたうえで統計処理を行った。第二に、第一研究の一元配置分散分析の結果の高群、低群各職種より2名のインタビューの同意を得ているものに対し、半構造化面接を実施した。インタビューはボイスレコーダーに録音され逐語記録としてデータ化した。そのデータはトレンドリサーチ2015(社会情報サービス株式会社)、AIテキストマイニング(ユーザーローカル社)を用いてキーワード分析を行った。

<倫理的配慮> 本調査は個人の回答がそのままの形で公開されることはないこと、途中で止めることもできること、個人のプライバシーが漏れることはないこと、調査への参加は強制されるものではないこと、回答するか否かは自身の自由意志で決められること、また、調査に回答したことで同意いただいたとみなすこと等を記入した。

結果と考察

質問紙から、3群に共通する事として、「人間関係」「感情のコントロールができて」「ストレスコーピングが有効に実施できていること」「救急の特性」であった。また、それぞれの特徴として、医師は俯瞰で物事をみており、体力があり、同僚との関係性がよいことであった。看護師は、仕事量が多いこと、また、緊急検査での環境の違い、看護技術・知識不足感などによるストレス(以下、配置転換に似たストレスとする)があり、上司との関係性がよいことが分かった。医療事務は、医師、看護師と比べるとストレスは少ないが、職場での人間関係を作り辛く、家族との関係性が強いことが明らかとなった(図1参照)。

インタビューからは、3群ともに多くのストレスを受けているが、ストレスコーピングもできていることが推察された。それぞれの特徴として、医師は、俯瞰で物事をみていること、判断の負担、怒りに関する事であった。看護師は、仕事量が多いこと、配置転換に似たストレスがあることであった。医療事務は、医療専門職につなぐジレンマ、職場スタッフとの人間関係の困難さであった(図2参照)。

質問紙、インタビューに共通している事として、医師は俯瞰であった。職業柄、俯瞰で診察など行わなければいけないことが要因として考えられる。看護師は、仕事量の多さ、配置転換に似たストレスであった。看護師のストレスは、仕事量の多さが大きく影響していることが推察される。医療事務は、職場での人間関係の困難さや家族との結びつきであった。これは、年齢に関連することが考えられた。年齢による特徴は、医師、医療事務の人間関係関や、医師は怒りに関することについて表れていたと推察される。

[OD105-02] 急性心筋梗塞で搬送された危機的状況にある患者に対する救急看護師の認識

○岸本 沙希¹ (1. 聖泉大学看護学部)

キーワード：急性心筋梗塞、危機的状況、救急看護師、認識、看護実践

【目的】急性心筋梗塞の患者に対し救急看護師は、切迫する中で無意識に重要な看護実践を行っている。本研究では、急性心筋梗塞で搬送された患者の危機的状況下で救急看護師が認識している看護実践を明らかにする。【方法】研究デザイン：質的記述的研究。対象：A県の二次三次救急指定病院13病院の救急看護師。選定条件：救命救急センター・救急外来で現在勤務する救急経験5年～10年の看護師。データ収集方法：半構造化面接。面接内容：急性心筋梗塞事例を提示し研究参加者が搬送直後から再灌流治療までの看護実践内容を、以下質問した。事例：「救急搬送された患者は60代の男性、苦痛様表情で胸痛を訴えている。意識は清明である。急性心筋梗塞と診断され、緊急カテーテル治療の説明の後、準備をすすめる。」①搬入直後から緊急カテーテル治療に向けて、あなたは何を考え、どのような看護をしますか。②急性心筋梗塞の患者の危機的状況に対して自分自身で心がけている事はどんなことですか。分析方法：Berelson,Bの方法論を参考に看護教育学における内容分析の手法を用いた。【倫理的配慮】所属施設の研究倫理審査委員会の承認（承認番号：020-001）を得て実施した。【結果】救急看護師10名、救急看護経験年数は5～10年（SD±2.0）、面接時間：平均40.2分（SD±6.19）、逐語録より276記録単位、43同一記録単位、13サブカテゴリ、6カテゴリを抽出した。急性心筋梗塞で搬送された危機的状況にある患者に対して救急看護師が認識している看護実践は【最優先は急性心筋梗塞の重症度の判断、急変予測・チームでの情報共有】【生命の危機的状況で前向きに安心して治療を受けられる援助】【死の恐怖や胸痛の軽減のためには自分に余裕を持ち患者の代弁者となること】【救急現場の倫理を考え最善のケアを模索すること】【家族と患者情報を共有しケアへの参加の提供】【個別性を見極めた急ぎつつも患者が納得いく説明】であった。【考察】救急看護師は、常に最悪な状況を予測して対応可能な準備を整えることが、患者の命を救う事に繋がる。そのためには救急現場での限られた情報を基に、重症度をアセスメントする総合的な判断力が求められる事、搬入後は1分1秒が患者の予後を左右するため医療チームで協働して早急にカテーテル治療につなげることが重要であると認識していたと考える。そして救急看護師に求められる実践力には看護の視点から患者の安全や安心を考え、救命や治療が優先される中でも、患者のそばを離れない事で患者が不安を表出し、心筋梗塞による死の恐怖を軽減させ、安心して治療を受けられる環境をつくる必要があると考える。そうすることで患者が落ち着き、患者が治療に前向きに望めることができ、結果として命を救う事に繋がるという認識が示唆される。またどうしても救命処置を優先せざるを得ない状況下で患者のプライバシーへの配慮や処置に伴う倫理的問題に対しての葛藤を抱えながら患者との関わりを持っていることが伺える。家族については、急性心筋梗塞でいつ急変するかわからないため、タイミングを図り患者との面会の時間を設けることで、患者状況を共有し、家族も治療に参加できるように整える必要があるという認識が考えられる。【結論】救命のためには、重症度のアセスメントや急変の予測をしながら患者の安全を考えたチーム医療が重要であること、患者に寄り添い不安を表出できるように安心できる環境をつくること、救命の中でも看護倫理を考えて最善のケアを模索しながら実践をし、患者・家族の意向を含めた援助をすることが重要であること、を認識していた。

[OD105-03] 救命救急センターの救急外来における熟練看護師の原動力

○坂井 笑美¹ (1. 旭川医大病院)

キーワード：救命救急センター、救急外来、熟練看護師、原動力

【目的】救命救急センターの看護師は、救急患者の生命を救う一方で、危機的な状況や死の場面に数多く遭遇しており、心的外傷となるような出来事にも直面している。このような状況の中、救命救急センターの救急外来で働く熟練看護師は、さまざまな困難を乗り越え、成長し、職務に適応していると考えられる。こうした熟練看護師が、日々高度な看護実践に取り組むためには、もととなる力やエネルギーとなる“原動力”が必要であるといえる。そこで、救命救急センターの救急外来における熟練看護師の体験の語りから、看護実践に取り組む熟練看護師の原動力を明らかにする。

【方法】質的記述的研究デザイン。研究対象者：日本救急医学会に登録されている北海道内の救命救急セン

ターの救急外来で、看護実践経験が5年以上あり、ドクターカーやドクターヘリに乗務する、優れた臨床判断能力と卓越した看護実践能力がある看護師。またはそれと同等の能力があると職場の上司から推薦された看護師。データ収集方法：研究協力の承諾の得られた病院の救命救急センターの看護師長に、研究対象者の選定を依頼し、研究協力の同意の得られた研究参加者に面接を行った。データ分析：面接内容の逐語録をコード化し、抽象度を上げてサブカテゴリ化、カテゴリ化した。真実性の確保のため、逐語録の確認と分析結果のメンバーチェックを行った。分析の妥当性を高めるために、分析の全過程において質的研究者のスーパービジョンを受けた。

【倫理的配慮】研究の趣旨、参加の自由、個人情報保護、データ管理方法、データ破棄方法などについて研究参加者へ文書と口頭で説明を行い、同意書の署名をもって承諾を得た。所属施設の倫理委員会の審査を受け、承認を得て実施した。

【結果】研究協力の承諾が得られた救命救急センター2施設、合計6名の熟練看護師より研究参加の同意を得た。研究参加者の年齢は30代から50代、看護師経験年数は10.9年から33.5年、救急看護師経験年数は6.6年から13.5年、救急外来経験年数は4.6年から13.5年であった。研究参加者が語った内容を分析した結果、214コード、51サブカテゴリが抽出され、【自分の理想である救急看護を提供するという自負】【救命救急センターの救急外来で培ってきた自分自身の実践力の確信】【救急の現場の進化を促す存在であるという自信】【人との関わりを通じて実感できる救急看護のやりがい】【救急外来で努力し成長してきた自分自身の受容】の5カテゴリが見出された。

【考察】救命救急センターの救急外来で働く熟練看護師は、配属されてから実践を続ける中で、【救急外来で努力し成長してきた自分自身の受容】という原動力を得ていた。そこから、より良い救急看護を提供できるよう、自らを研鑽できる【自分が理想とする救急看護を提供するという自負】や、自分自身の実践力への自信を積み重ねた【救命救急センターの救急外来で培ってきた自分自身の実践力の確信】という原動力につながっていた。さらに、さまざまな救急の現場で、高度な看護実践を維持、推進し発揮できる【救急の現場の進化を促す存在であるという自信】という原動力となっていた。これらの原動力は、周囲に対する感謝の気持ちや謙虚な姿勢、救急看護に対するポジティブな感情である【人との関わりを通じて実感できる救急看護のやりがい】という原動力にも影響していた。この5つの原動力は、全てが相互に影響し合い、原動力をさらに強化しながら、救命救急センターの救急外来における熟練看護師として、さらなる成長を促していると考えられる。

[OD105-04] 救急外来看護師の小児患者への看護実践の認識・行動－検査・処置の心理的準備に焦点を当てて－

○比嘉門 強志¹（1. 淀川キリスト教病院）

キーワード：救急外来、小児救急、小児患者の権利

【はじめに】救急外来では命を守ることが優先されるなかで、小児患者の権利を尊重することは難しい。しかし、救急外来看護師（以下、看護師）の検査・処置を受ける小児患者への看護援助の認識や行動については明らかにされていない。

【目的】救急外来で検査・処置を受ける小児患者への心理的準備に対する看護援助を実践する看護師の認識と行動を明らかにし、救急外来における小児患者の権利を尊重した看護援助に取り組むための看護師支援への示唆を得る。

【方法】研究デザイン：無記名自記式質問紙調査票を用いた量的記述的研究。

対象者：全国自治体協議会に登録され小児病棟と救急外来が併設している151施設のうち、協力が得られた40施設の救急外来で小児患者に看護実践をしている看護師とした。

調査方法：協力が得られた施設に質問紙を郵送し、無記名で個別郵送法にて回収した。

質問紙の概要：先行研究を参考に、看護師の検査・処置を受ける小児患者への看護援助の認識と行動について検査・処置の前7項目、中7項目、後5項目の計19項目と看護師自身や各施設の工夫に関する質問を作成した。

分析方法：質問項目ごとに記述統計を行い、関連をみるため SPSS. 23と EZR1.41にて統計処理を行った。有意水

準は5%未満とした。

【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。

【結果】40施設259名から回答を得た（回収率38.9%）。有効回答数は259名であった。参加者の属性は、年齢は40歳以上が140名（54.0%）、看護師の経験年数は11年目以上が195名（74.9%）、救急外来の経験年数は6年目以上が100名（38.6%）であった。自身に小児看護の経験がある者は71名（27.4%）、施設に小児救急看護認定看護師や小児看護専門看護師（以下、小児看護の専門家）がいる者は100名（38.6%）であった。1-4点で点数化した検査・処置前・中・後における認識の平均値（ $\pm$ SD）は、前 $3.43 \pm .67$ 、中 $3.58 \pm .54$ 、後 $3.71 \pm .47$ で、行動の平均値は、前 $3.18 \pm .91$ 、中 $3.32 \pm .77$ 、後 $3.58 \pm .62$ であった。また、認識と行動の各19項目の中で、認識の1項目と行動の5項目以外では、約8割の者が必要性を認識し、行動していた。小児看護の専門家の有無と検査・処置における看護師の認識・行動との関連では、「小児患者へ自己紹介をすること」（ $p=.028$ ）、「親が検査・処置に付き添うこと」（ $p=.015$ ）の認識の2項目、また、「親の付き添いについて小児患者に確認をすること」（ $p=.018$ ）、「親が検査・処置に付き添うこと」（ $p=.009$ ）、「小児患者の希望を聞くこと」（ $p=.022$ ）の行動の3項目において、小児看護の専門家が施設にいる者の方が、いない施設の者より有意に高くなっていた。

【考察】検査・処置における小児患者の権利を尊重した看護師の必要性の認識と行動は、検査・処置前の項目が低く、検査・処置中と後の項目が高くなっていた。これは、救急外来では、迅速に検査・処置を行うことが求められることから、検査・処置中と後に重点を置いていること、検査・処置前の小児患者に対する説明や関わり方への知識が不足していることが考えられる。また、施設内に小児看護の専門家がいることで、小児患者への権利を尊重した看護援助が実践しやすい環境になっていた。このことから、小児患者の発達段階やプレパレーションなど小児看護に関する知識や技術を学ぶ機会を作ったり、小児看護の専門家への相談体制や施設内に専門家を配置したりすることが有効であると考えられる。

[OD105-05] 自傷患者に対する救急看護師の継続的支援に関する看護実践と認識の実態

○植岡 敬紹¹、山勢 博彰²、田戸 朝美²、山本 小奈実²（1. 日本赤十字社 京都第二赤十字病院、2. 山口大学大学院 医学系研究科）

キーワード：自傷患者看護、継続的支援、救急看護師

【目的】

自傷患者への救急看護師の継続的支援に関する看護実践と認識の実態を明らかにすること。

【方法】

①研究デザイン：自記式質問紙による実態調査研究(記述的研究デザイン)

②期間：2020年6月29日～9月14日

③対象者：全国の二次救急病院、三次救急病院で救急対応する救急看護経験年数3年以上の看護師1650名

④調査内容：「自傷患者の継続的支援」のカテゴリーを【アセスメント】【身体精神的ケア】【ケースマネジメント】【家族ケア】とし、実施頻度、継続的支援の意識、継続的支援への必要性の認識を5件法(最大値5、最小値1)で回答を求めた。「調査対象者の背景」を救急看護経験年数、対応する患者の重症度、精神科勤務、自傷患者看護教育受講とした。

⑤分析：基本統計量を算出し、カテゴリー間で多重比較した。自傷患者看護教育受講での違いを t検定、実施頻度と継続的支援への必要性の認識の関係性を相関分析し、有意水準は $p<0.05$ とした。

【倫理的配慮】

A大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には研究目的、方法、参加は自由意志であることを書面で説明し、同意を得て回答してもらった。

【結果】

有効回答数は245部(有効回答率14.8%)であった。救急看護経験年数は6年以上11年未満が101名(41%)で最も多かった。三次救急対応は58名(23.9%)、初期または二次救急対応は185名(76.1%)であった。精神科勤務歴は、あ

り29名(11.9%)、なし214名(87.7%)であった。自傷患者看護教育受講は、あり44名(18.1%)、なし198名(81.5%)であった。実施頻度は【アセスメント】平均値 $3.4 \pm$ 標準偏差 1.7 (以下同)【身体精神的ケア】 3.0 ± 1.8 【ケースマネージメント】 1.7 ± 1.9 【家族ケア】 2.0 ± 1.9 であり、【アセスメント】が最も高く、【ケースマネージメント】が最も低かった($p < 0.01$)。継続的支援の意識は【アセスメント】 3.5 ± 1.0 【身体精神的ケア】 3.5 ± 1.1 【ケースマネージメント】 3.9 ± 0.9 【家族ケア】 3.6 ± 0.9 であり、【ケースマネージメント】が最も高く、【アセスメント】【身体精神的ケア】が最も低かった($p < 0.01$)。継続的支援への必要性の認識は【アセスメント】 4.1 ± 0.9 【身体精神的ケア】 3.9 ± 1.0 【ケースマネージメント】 4.2 ± 0.9 【家族ケア】 4.0 ± 0.9 であり、【ケースマネージメント】が最も高く、【身体精神的ケア】が最も低かった($p < 0.01$)。自傷患者看護教育受講ありは、なしより全てのカテゴリーで実施頻度が有意に高かった($p < 0.01$)。実施頻度と認識の関係性は【アセスメント】で弱い相関を認めた($r = 0.36, p < 0.01$)。

[考察]

実施頻度で【アセスメント】が高く、【ケースマネージメント】が低かったことから、救急看護師は自傷患者を多角的にアセスメントしているが、多職種での連携や救急部門から導入できる社会資源が不足していることがわかった。継続的支援の意識、継続的支援への必要性の認識で【ケースマネージメント】が高かったのは、救急看護師は救急部門で社会資源の導入や精神的サポートは困難であり、再自傷予防には地域・精神医療との連携が必要だと思っているためだと考える。自傷患者看護教育受講ありは、なしより全カテゴリーで実施頻度が高く、継続的支援には自傷患者看護教育が重要であることが示唆された。アセスメントの実施頻度と継続的支援への必要性の認識に関連があり、アセスメントしている看護師ほど継続的支援が必要だと考えていることがわかった。

[OD201] 2. プレホスピタルケア

[OD201-01] 倒れた人に遭遇した大学生において他者の存在が緊急事態の認識および救命行動へ与える影響

○吉田 緋那¹、西山 知佳²、佐藤 隆平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 先端中核看護科学講座 クリティカルケア看護学分野)

[OD201-02] ドクターカー導入1年後のカーナースの教育支援について～アンケートによる実態調査から教育内容を考える～

○岩井 美由希¹、石上 八重子¹ (1. 総合病院国保旭中央病院)

[OD201-03] 道南ドクターヘリ・フライトナースに対する研修会の効果の検討

○井下田 恵¹、笠谷 亜沙子²、田口 裕紀子^{6,7}、内田 裕美^{4,7}、神田 直樹^{3,7}、牧野 夏子^{4,7}、源本 尚美^{5,7}、城丸 瑞恵^{6,7} (1. 市立函館病院救命救急センター、2. 函館五稜郭病院、3. 北海道医療大学看護福祉学部、4. 札幌医科大学附属病院、5. 市立札幌病院、6. 札幌医科大学保健医療学部、7. 札幌医科大学クリティカルケア看護研究会)

[OD201-04] 惨事ストレスに対するストレスマネジメントの検討 ―ドクターカーナースに対するマインドフルネスの導入―

○宇野 翔吾¹、齊藤 朋恵² (1. 株式会社日立製作所日立総合病院 救命救急センター、2. 株式会社ポルトクオーレ)

[OD201-01] 倒れた人に遭遇した大学生において他者の存在が緊急事態の認識および救命行動へ与える影響

○吉田 緋那¹、西山 知佳²、佐藤 隆平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 先端中核看護科学講座 クリティカルケア看護学分野)

キーワード：院外心停止、緊急事態認識、傍観者効果、大学生、救命行動

【目的】人は自分の他に誰かがいる場合、責任の分散が生じるため率先して行動を起こしにくい（以下、傍観者効果）と言われている。心停止に陥った患者を救命する鍵は、偶然そばに居合わせた人（以下、バイスタンダー）が、迅速に心肺蘇生（cardiopulmonary resuscitation, CPR）を始める事であるが、バイスタンダーが緊急事態と認識し CPRを行うことと他者の存在との関係について十分な研究はなされていない。本研究は大学生を対象に、自分以外の他者の存在の有無が、倒れている人に遭遇した際の緊急事態の認識および救命行動に影響するかを調査した。

【方法】2019年4月8日から4月16日に行われた学生健康診断を受診した A大学2年生から4年生を対象に、横断研究を実施した。対象者の基本属性、倒れた人に遭遇した際の状況、CPRに関わる項目を含んだアンケートを健康診断会場で配布しその場で回収した。「遭遇時の他の人の有無」において、「はい」と回答したもの（他者の存在あり群）と、「なし」と回答したもの（他者の存在なし群）の2群に分けて、緊急事態の認識および救命行動に関して群間比較を行った。主要評価項目は、緊急事態の認識の有無とした。倫理的配慮として、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】健康診断を受けた7,339名のうち4,979名（67.8%）からアンケートを回収した。そのうち大学に入学後人が倒れた場面に遭遇した275名を、他者の存在あり群242名、他者の存在なし群33名に分けて解析を行った。緊急事態認識の有無は、他者の存在あり群（179名[74.3%]）と他者の存在なし群（26名[78.8%]）で差はなかった（ $p=0.575$ ）（表1）。何らかの救命行動を行った人の割合は、他者の存在なし群（23名[76.6%]）に比べ、他者の存在あり群（107名[46.9%]）で低かった（ $p=0.002$ ）。大学入学以降の CPR講習会の受講経験は、他者の存在あり群（156名[64.7%]）と他者の存在なし群（25名[75.8%]）であった（ $p=0.210$ ）。

【考察】大学生において、主要評価項目である緊急事態の認識には、他者の存在の有無は影響を与えなかった。その理由として、次の3つが考えられる。1点目は、人は突然人が倒れた場面に遭遇すると動揺することが報告されており、他者の存在の有無よりも心理的な動揺のほうが強く影響していたのかもしれない。2点目は、本研究の対象者の CPR講習会の受講歴が他者の存在あり群・なし群ともに高く、緊急事態認識に対する感覚が両群とも高かったことが要因かもしれない。3点目は、他者の存在あり群では他のバイスタンダーが救命行動をとっている一連の様子を見て緊急事態認識に至った対象者がいた可能性があるが、倒れた人を見た瞬間に緊急事態を認識したかを今回のアンケートでは評価することができていなかった。副次評価項目である何らかの救命行動について、他者の存在あり群の方が他者の存在なし群よりも何らかの救命行動をとった人が少なかった理由は、傍観者効果が働いたのかもしれない。今後は対象者の基本属性をより広く設定し、本研究の結果の妥当性を確認することが必要である。

[OD201-02] ドクターカー導入1年後のカーナースの教育支援について～アンケートによる実態調査から教育内容を考える～

○岩井 美由希¹、石上 八重子¹ (1. 総合病院国保旭中央病院)

キーワード：ドクターカー、看護師教育

【はじめに】

A病院では2019年11月ドクターカー運行を開始し2020年11月現在、11名がドクターカーナース（以下

カーナース）として同乗している。A病院のカーナース基準は4年以上の救急関連部署の臨床経験があり日本看護協会に準拠したラダー3以上となっている。また、トリアージ、リーダー業務が自立しており、他職種と連携がとれる看護師としている。カーナース11名のうち初期メンバー6名はドクターカー運行に向けて携わっており1年間かけて事前準備が出来た。2020年4月から同乗開始となった新規メンバー5名は、事前のオリエンテーションと資料配布、ペアリングを3回実施後、自己評価と他者評価を行い自立としている。自己学習は個人に委ねられていること、ペアリング中に3回の出勤機会がない場合でも評価を用いて判断し自立となっている現状がある。教育内容に関して同乗開始前から支援をしていく必要があり、新規メンバーに聞き取りを行い現状の把握と課題を抽出することを目的に研究を行った。

【目的】

新規メンバーを対象に1年後の現状を把握し、今後の教育体制の課題の抽出をする

【倫理的配慮】

A病院の看護局倫理審査委員会の承認を得た。対象者に向けて研究の説明後、同意を得た。

【方法】

対象：新規メンバー5名

方法：教育内容について自作アンケートへの回答を求め、それをもとに記述内容に対して半構造化インタビューを実施した。

分析方法：アンケートとインタビューをもとに帰納的にカテゴリー分析した。

【結果】

5名からアンケート回収と、インタビューには4名の協力を得られた。救急外来での看護経験歴は平均9年だった。現在のオリエンテーションで十分だと回答した人が1名、どちらとも言えないと回答した人が4名、不十分であると回答した人はいなかった。

分析結果は①教育体制②コミュニケーション③感染④看護実践⑤健康管理の5つのカテゴリーに分けることができた。その中でも教育体制、コミュニケーションに関することが半数以上を占めていた。教育体制に関しては資料の配布だけではなく、シミュレーションなどの訓練を求めていることが分かった。また、コミュニケーションについては、オリエンテーションに含まれていない看護師間の情報共有や待機スタッフとの連絡方法を支援内容として求めていることが明らかになった。

【考察】

事前のオリエンテーションと資料配布についてどちらとも言えないと4名が回答している。これは救急外来において一定のスキルが備わっている看護師であり、ドクターカー同乗の際には過不及なく対応出来ていたため、新しい意見には発展しなかったと考える。また、出勤の機会が3回なくとも自立としたが、新規メンバーは院外や救急車内という環境下での実践に則したシミュレーションを求めているため教育内容を検討する必要がある。そのシミュレーション教育の中に待機スタッフとの連絡方法や、看護師間での情報共有などの実践的な行動訓練を加え教育内容を検討していく必要がある。

[OD201-03] 道南ドクターヘリ・フライトナースに対する研修会の効果の検討

○井下田 恵¹、笠谷 亜沙子²、田口 裕紀子^{6,7}、内田 裕美^{4,7}、神田 直樹^{3,7}、牧野 夏子^{4,7}、源本 尚美^{5,7}、城丸 瑞恵^{6,7}（1. 市立函館病院救命救急センター、2. 函館五稜郭病院、3. 北海道医療大学看護福祉学部、4. 札幌医科大学附属病院、5. 市立札幌病院、6. 札幌医科大学保健医療学部、7. 札幌医科大学クリティカルケア看護研究会）
キーワード：ドクターヘリ、フライトナース研修会、脳血管疾患看護

目的：道南ドクターヘリは、基地病院である A病院と圏域内12医療機関のフライトナース（以下、FN）で構成されており、交代で搭乗している。2018年に実施した調査（井下田他、2018）（笠谷他、2018）において、FNはドクターヘリ内での活動に対する不安を抱え、効果的な研修の必要性が示唆された。そこで、我々は、ドクターヘリで搬送される機会が多い脳血管疾患患者に対する看護ケアについて研修会を実施した。本研究は、その

効果について検討することを目的とする。

方法：調査期間、2020年7月～8月。**調査対象**、研修会に参加した17名。内、救急領域以外に通常勤務している看護師9名。**研修内容**、意識障害を呈する疾患について、聴取すべき情報および観察項目、看護上の問題点について座学を実施した。**調査内容および回答方法**、①脳血管疾患看護に対する興味・自信・知識・技術・実践について「そう思わない」から「そう思う」まで多項回答方式で回答を得た。②事例を提示して研修前後に予測される病態と観察項目、③研修から得た事について自由記述で求めた。**分析方法**、量的データは記述統計を行い全体の概要を把握した。言語データは Text Mining Studio 6.2.0を用いて単語頻度分析を行った。**倫理的配慮**、市立函館病院の倫理委員会で承認後に実施した。

結果：対象の看護師経験は 21.5 ± 6.7 年（最大31、最小7）、FN経験は 3.2 ± 1.4 年（最大5、最小0.5）、勤務先は基地病院が5名、基地病院以外が12名であった。脳血管疾患看護に関する考えについて「どちらかといえばそう思う」「そう思う」を合算した結果、「脳血管疾患看護に興味がある」が11名、「脳血管疾患看護に自信がある」は3名、「脳血管疾患看護の知識がある」は4名、「脳血管疾患看護の技術がある」は3名、「ドクターヘリ搭乗時に脳血管疾患看護が実践できる」は7名であった。予測される病態において研修前は「意識障害」「低血糖」「脳梗塞」が上位で、研修後は「大動脈解離」「脳卒中」「感染性心内膜炎」が追記された。情報収集項目において研修前は「既往歴」「アレルギー」「バイタルサイン」「意識レベル」が上位にあり、研修後は「SAMPLE」「ABCDE」が追記された。研修で得た事として「自分の知識の再確認、不足していた点を補うこと」「振り返りは大切」などの回答があった。

考察：脳血管疾患看護に11名が「興味がある」と回答したが、「自信がある」「知識がある」「技術がある」の回答が少ないのは、回答者の中には救急分野以外の看護師が9名おり、日常の看護実践の中で脳血管疾患患者に関わる機会が少ないこと、またドクターヘリ内での看護判断が搭乗 FN 一人に委ねられることによる不安も影響していると考えられる。一方で7名が「ドクターヘリ搭乗時に脳血管疾患看護が実践できる」と回答していることから、不安があっても現場ではある程度の実践ができていることが伺えた。予測される病態に関して、研修後に「大動脈解離」「感染性心内膜炎」が追記されたのは、研修会を通して意識障害の直接的原因となる疾患の他に、二次的に意識障害を引き起こす疾患についても想起する必要性を理解できたためと考える。情報収集項目においても、研修後に「SAMPLE」「ABCDE」が追記されていることから、意識障害の原因検索や適切な治療を提供するための系統的な観察、情報収集を行う必要性が研修会を通して理解でき、研修会が知識の再確認などに有効であることが示唆された。

[OD201-04] 惨事ストレスに対するストレスマネジメントの検討 ドクターカーナースに対するマインドフルネスの導入ー

○宇野 翔吾¹、齊藤 朋恵²（1. 株式会社日立製作所日立総合病院 救命救急センター、2. 株式会社ポルトクオーレ）

キーワード：ドクターカーナース、セルフメンタルヘルス、マインドフルネス、惨事ストレス

<背景>プレホスピタルケア現場では、様々な環境要因が誘引し、活動に従事するか困惑する者や不快な思いをする者が少なくない。ドクターカーに従事する看護師が抱くストレスや PTSD 症状を呈する惨事ストレスに関連する研究は多い。しかし、その文献の多くは、“支援者に対する支援は必要である”としながらも、未だに実践可能といえるメンタルヘルスケアの明確な指標となるような研究や資料はない。

<目的>本研究では、ドクターカーナース（以下、DCN）への惨事ストレスマネジメントとして、マインドフルネスを導入し、その有効性について検討した。

<方法>1. 対象：A病院に所属している、DCN11名、今後 DCN 教育プログラムを開始しドクターカーに同乗予定の看護師（以下、Pre-DCN）2名。2. 調査期間：2020年9月～11月。3. 具体的な方法や手順：1）ビデオ会議システム（ZOOM）を用いて、メンタルヘルス研修を全員に1回実施（初回60分）。2）DCN、Pre-DCN向けに、メンタルヘルス研修を全3回（2部/回、同様の内容を9月から1か月毎に、計6回。90分/回）実施。3）対象者は、9月から3か月間、可能な限り毎日マインドフルネスを実施。4. データの分析方法：初回

メンタルヘルス研修実施前と、3部目の研修終了時に質問紙を使用し心理測定尺度を用いて評価を実施。心理尺度は以下の3つを使用した。① BDI-II 抑うつ心理尺度、② POMS2 日本語版、③ 6因子マインドフルネス尺度 (FMS) を使用した。統計処理は、SPSSで実施し、対応のあるt検定を用いて分析した。

<倫理的配慮> 研究対象者には、あらかじめ研究の趣旨について文章で説明し、個人情報保護に配慮した。また、参加は自由意志であり拒否における不利益はないことを説明した。A病院倫理委員会で承認した後に実施した。

<結果> POMS2日本語版では下位尺度のAH「怒り－敵意」($t=-2.37(10), p=0.04$)、CB「混乱－当惑」($t=-2.63(10), p=0.02$)において有意差が認められた。また、FI「疲労－無気力」($t=-1.93(10), p=0.08$)、TA「緊張－不安」($t=-2.02(10), p=0.07$)、VA「活気－活力」($t=-2.05(10), p=0.07$)、TMD「総合的気分状態」($t=-1.91(10), p=0.09$)については、有意水準が5%においては有意な差が見られなかったが、10%水準において有意傾向が認められた。6因子マインドフルネス尺度、BDI-2の平均値については、研修前後で有意な変化は認められなかった。

<考察> 本研究の結果から、マインドフルネス研修を行い、日常的にマインドフルネスを実践することで気分の変化がある可能性が示唆された。特に「怒り－敵意」、「緊張－不安」といった、ドクターカーが必要とされる現場において必要だと考えられる要因に対して変化があったことは、今後の実践継続による効果を期待させるものであると考えられる。しかしながら本研究においては、被検者数が少ないこと、実践期間が短いなどの問題がある。被検者数をさらに増やすこと、実践期間をさらに長期にする、研修内容、測定内容をさらに精査するなどが今後の課題であると考えられる。

<結語> DCNに対するマインドフルネスの導入は一定の効果があったといえる。今後、マインドフルネスを用いたセルフストレスマネジメントが定着できるよう、長期的な感情の変化などの調査を継続し、導入方法や継続方法についても検討が必要である。

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 3. トリアージ①

[OD301] 3.トリアージ①

[OD301-01] 嘔気・食欲不振を主訴で救急外来を受診した高齢者のトリアージに関する一症例

○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)

[OD301-02] **救急部門での Emergency Severity Index導入効果の検証：前後比較研究**

○小野 雅也¹、高岡 宏一² (1. 済生会兵庫県病院、2. 関西福祉大学看護学部)

[OD301-03] 院内トリアージにおける現状調査

○五十嵐 佑也¹、武藤 博子¹ (1. 福島県立医科大学附属病院)

[OD301-04] 院内トリアージ教育における段階的教育を導入した結果と課題について

○田代 梨恵子¹、今西 佳代¹ (1. 岐阜市民病院 救急診療部)

[OD301-01] 嘔気・食欲不振を主訴で救急外来を受診した高齢者のトリアージに関する一症例

○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：トリアージ、心筋梗塞、高齢者

I. 目的

急性心筋梗塞は、見逃してはならない院内トリアージレベルが高い疾患である。その多くは、胸痛を主訴として救急外来を受診する。しかし、高齢者では非典型的な症状が出現することがあり、全身倦怠感、食欲不振などが唯一の症状になることもある。そのため、高齢者の院内トリアージでは、その特徴を踏まえ、緊急度を判定していく必要がある。

今回、嘔気・食欲不振を主訴とし救急外来を受診した高齢者の症例を振り返り、緊急度の判断について検討した。

II. 倫理的配慮

A病院看護部の承諾を得ており症例は個人が特定されないよう配慮した。

III. 事例

70歳代男性。数日前からの嘔気・食欲不振を主訴に救急外来を受診。

【院内トリアージ判定】 第1印象 問題なし。意識：清明、呼吸：18回/分、血圧：103/66mmHg、脈拍：134回/分、SPO2：97%、体温：36.6度。

【SAMPLE：病歴聴取】 S：数日前、突然の嘔気、食欲不振。 A：なし。 M：抗凝固薬、高血圧薬、糖尿病薬。 P：脳梗塞、高血圧、糖尿病、脂質異常症。 L：受診当日朝にお粥。 E：嘔気のみ。

【嗜好品】喫煙歴10本/日、飲酒歴なし。

【成人用 JTAS】【消化器系】の『食思不振』『全身状態良好』で院内トリアージレベル4（低緊急）、【消化器系】の『嘔吐および嘔気』『慢性的な嘔気・嘔吐、バイタルサイン正常』で院内トリアージレベル5（非緊急）。総合的に判断し院内トリアージレベル4と判定。

【臨床経過】来院30分後医師診察開始。

検査データ：Na134。K6.6。CRP5.86。AST42。ALT49。T-cho133。NT-proBNP6554。Glu115。LDH430。BUN53.5。CRE2.25。CRP5.86。CK273、CK-MB27。

トロポニン T+。12誘導心電図検査：ST上昇。心エコー：下壁の壁運動異常。

緊急で冠動脈造影検査し右冠動脈狭窄があり PCIを施行。

IV. 考察

本事例を緊急度判定から振り返る。心筋梗塞における嘔気の原因機序は、冠動脈閉塞あるいは左室壁に広く分布する迷走神経反射の一端であるとされており、下壁梗塞の随伴症状である。本事例は、主訴は嘔気、食欲不振のみであり、嘔気が出た数日前から心筋梗塞が起こっていた可能性が高い。主訴から消化器疾患が想定し院内トリアージを行ったが、急性冠症候群の25%は胸痛以外が主訴で来院するといわれている。60歳以上の男性は感度47～74、特異度54～68、尤度比1.5でリスク要因である。坂本らは、65歳以上の患者では、糖尿病・高血圧・喫煙・高コレステロール血症・冠動脈疾患家族歴の中の4つ以上の危険因子がある場合の正の尤度比は1.09でそれほど高くないため診断寄与に影響を及ぼさないが高齢者では他のリスク因子がないからといって安心できず、高リスク群であると心得る必要があるとしている。一般的に、「嘔気」は消化器疾患にとらえられやすく、当院の院内トリアージシステムでも「消化器系」を選択しやすい現状があり、本事例のように緊急度を低くする可能性がある。しかし、高リスク群に当てはまる場合は冠動脈疾患の可能性を念頭に置き、緊急度を判定する必要があることがわかった。そのため、当院では「嘔気」「食欲不振」のみでもリスク因子を考慮し、緊急度判定のために早期に心電図検査をし、また、院内トリアージ検証で非典型的な心筋梗塞に対しての症状も検討している。そのことで、非典型的な症状の心筋梗塞も早期に治療介入できている。本事例を踏まえ、非典型的な症状であっても高齢者の特徴やリスク因子から早期に心電図をとるなどし、広い目線で院内トリアージをできるようにしていく必要がある。

[OD301-02] 救急部門での Emergency Severity Index導入効果の検証：前後比較研究

○小野 雅也¹、高岡 宏一²（1. 済生会兵庫県病院、2. 関西福祉大学看護学部）

キーワード：緊急度判定、救急外来、院内トリアージ

【目的】救急部門では、受診患者の重症化や急変を予防するために、緊急度に応じて診察の優先順位を判断する院内トリアージ（緊急度判定）が重要視されている。本研究の目的は、この判定を補助する緊急度判定支援システム（トリアージツール）の一つである Emergency Severity Index（ESI）を救急部門に導入し、この効果および有用性を検証することである。

【方法】本研究は教育介入前後比較研究で実施した。A病院は病床数268床の救急診療を受け入れている地域の中核病院であり、1日約540人程度の患者が外来を利用している。A病院はこれまで統一した緊急度判定を導入しておらず、各看護師の判断で優先順位を判断している。本研究の対象は、研究同意の得られたA病院の救急外来でトリアージ業務に従事する救急看護師11名とした。具体的な介入内容は、まず、ESIハンドブックを参考にした教育介入の前後に緊急度判定確認テストを受講してもらい、その判定精度の差を検証した。教育介入はESIハンドブックを参考にした講義と緊急度判定場面の動画視聴を組み合わせた全5時間のプログラムとし、緊急度判定確認テストは全30問で構成された。緊急度判定精度の検証は、評価者間一致の指標であるκ係数を用いて判定した。また、両群のオーバートリアージ（OT）およびアンダートリアージ（UT）を算出し、両群をPearsonのカイ二乗検定で分析した。さらに、課題開始から終了までの判定時間、トリアージツールの使い易さをVisual Analog Scale（VAS）で評価した。倫理的配慮としては、B大学倫理審査委員会の承認の上、A病院長ならびに所属長の許可を得た。また、研究対象者には研究参加により不利益がないことを口頭と書面で説明し同意を得て実施した。

【結果・考察】研究対象者として11名のトリアージナースが参加した。介入前後での評価者間一致は、介入前 = 0.26（Fair）、介入後 = 0.46（Moderate）であり、全体的な評価者間一致の上昇を認めた。次に、各緊急度別の評価者間一致において、レベルI（介入前 = 0.47、介入後 = 0.50）、レベルII（介入前 = 0.19、介入後 = 0.39）、レベルIII（介入前 = 0.20、介入後 = 0.42）、レベルIV（介入前 = 0.20、介入後 = 0.41）、レベルV（介入前 = 0.38、介入後 = 0.67）であり、レベルIIからVで一貫率の上昇を認めた。さらに、UTは介入前 = 22.1%、介入後 = 11.2%、OTは介入前 = 34.8%、介入後 = 20.9%であり、両群間に有意な差があった（ $p < 0.01$ ）。すなわち、ESIによる緊急度判定は、全体的な緊急度判定精度の上昇ならびに緊急を要する患者群への判定精度が高いこと、およびUTやOTに減少によって、隠れた緊急患者の病状悪化の防止、重症患者の待機時間減少に貢献することが示唆された。一方、VAS、判定時間は有意差を認めなかった。

【結語】救急部門へのESIを用いた緊急度判定の導入は、緊急度判定精度の上昇を認め、特に判定に難渋する緊急度の高い患者への臨床判断に有効であることが明らかになった。

[OD301-03] 院内トリアージにおける現状調査

○五十嵐 佑也¹、武藤 博子¹（1. 福島県立医科大学附属病院）

キーワード：トリアージ、救急外来

【はじめに】A病院救急外来を受診する walk-in患者には、トリアージナースが緊急度判定支援システム JTAS2017(以下 JTASとする)に準じた緊急度判定を実施している。緊急度はレベルI～Vの5段階に、看護師が患者に接触出来なかった場合など、様々な理由により緊急度判定が出来なかった「トリアージできず」を加えた計6段階に分類している。A病院で行われた先行研究では、トリアージナースが判断した緊急度が実際よりも低く判

定されるアンダートリアージ症例が全体の29%、トリアージできず症例が全体の21%であったと報告している。そのため JTASレベル早見表の作成や、救急外来受付との協同等により、これらの症例は減少傾向にあるが、現在もアンダートリアージやトリアージできず症例は発生している。今回、更なる改善策を講じるべく、それぞれの背景要因について明らかにするため調査を行った。

【目的】院内トリアージの質向上のため、アンダートリアージやトリアージできず症例の背景要因を明らかにする。

【方法】2019年5月～2019年6月までの2ヶ月間に、救急外来を受診した患者の情報用紙から来院時間・来院時主訴（JTASに準じて計17カテゴリーに分類）・緊急度を抽出し、Excelを用いてデータベースを作成する。来院時間・来院時主訴別の症例数とアンダートリアージ・トリアージできず症例数の相関については Spearmanの順位相関係数を算出し、 p 値 <0.05 を有意差ありとした。

【倫理的配慮】本調査で作成したデータベースに含まれる情報は匿名化しており、公表に当たっては数値化し個人が特定されないよう配慮した。本調査の実施については、A病院の倫理審査委員会で承認された。(No一般 2019-189)

【結果】調査期間内に来院した患者総数は827名であり、アンダートリアージ43件（患者総数のうち5%）、トリアージできず73件（同9%）だった。患者来院時間帯別では、1時間毎の来院患者数は17時台～21時台で多く、各時間帯の来院患者数とアンダートリアージ件数の間には、有意な正の相関が認められた($r=0.66$ $p<0.001$)。同様に来院患者数総数とトリアージできず件数の間にも、有意な正の相関が認められた($r=0.61$ $p<0.01$)。患者主訴別では、アンダートリアージが多い主訴は薬物乱用で、トリアージできずと判定される割合が多い主訴は薬物乱用、メンタルの主訴であった。

【考察】救急外来は緊急度や重症度を問わず、複数の患者が同時に来院することが多い。来院患者数が多い時間帯と、アンダートリアージ件数・トリアージできず件数の間には正の相関関係があることがわかった。とくに混雑時は、実際に緊急度の高い患者が低く判定されるだけでなく、緊急度の低い患者が高く判定されるといったドリフト現象も生じやすい。混雑している救急外来では問診やフィジカルアセスメントをするための十分な時間確保が出来ず、結果として正確な緊急度判定が出来なかった症例が増えたと推測する。主訴別のアンダートリアージとトリアージできずの上位には薬物乱用などの精神的問題が影響する病態が含まれていた。来院時正常なバイタルサインを示す患者でも、希死念慮を抱く患者には具体的な計画性の有無や、安全が確保できるかどうかの評価も緊急度に大きく影響する。フィジカルアセスメントを短時間でいい記録する訓練や、主訴毎に聴取すべき病歴や訴えなどをチェックリスト化することで、より適切な緊急度判定が行える可能性がある。

[OD301-04] 院内トリアージ教育における段階的教育を導入した結果と課題について

○田代 梨恵子¹、今西 佳代¹（1. 岐阜市民病院 救急診療部）

キーワード：トリアージ、トリアージ教育、段階的教育、ロールプレイ

【はじめに】A病院では JTAS（Japan Triage and Acuity Scale: 緊急度判定支援システム）2017を基準とし院内トリアージを行っている。勉強会を定期開催していたが現場の JTAS活用率は低く、批判的思考や臨床推論に基づき、明確な根拠のある緊急度判定を行うまでには至っていない。そこで今回、救急看護学会トリアージインストラクターコースで行われた教育課程を参考に全課程教育（基礎編・プロセス編・実践編）の年間スケジュールを立て、教育を進めた。

【目的】段階的に教育を進め院内トリアージの質の向上と今後の課題を明確にする。

【方法】研究デザイン：調査研究 対象：A病院救急外来看護師23名 期間：2021年4月から2021年6月 データ収集方法：全課程教育前後アンケート調査（多項選択法・自由回答）実施 データ分析方法：アンケート結果は単純集計し、記載された理由に関して分析する

【倫理的配慮】A病院倫理審査委員会の承認を得た

【結果】 A病院救急外来看護師19名に全課程教育前アンケート実施、回収率は95%① JTAS活用方法は知っているか「はい」100%②トリアージプロセスは理解できているか「はい」67%「いいえ」0%「どちらでもない」28%未回答1名③主訴や第一印象で疾患を想起しているか「はい」83%「いいえ」0%「どちらでもない」17%④想起した疾患を否定する問診は行えているか「はい」56%「いいえ」0%「どちらでもない」44%⑤想起した疾患を肯定するフィジカルはとれているか「はい」28%「いいえ」16%「どちらでもない」56%⑥SBARの意味はわかるか「はい」50%「いいえ」17%「聞いたことがある程度」33%⑦トリアージに臨床推論は必要か「はい」89%「いいえ」0%「どちらでもない」11%⑧トリアージに不安はあるか「はい」67%「いいえ」5%「どちらでもない」28%であった。全課程教育終了後アンケートを看護師13名に実施、回収率は92%であった。①想起した疾患を否定する問診は難しいか「はい」25%「いいえ」25%「どちらでもない」42%未回答1名 ②想起した疾患を肯定するフィジカルは必要か「はい」92%「いいえ」0%「どちらでもない」0%未回答1名③ SBARは今後活用可能か「はい」83%「いいえ」0%「どちらでもない」17%④トリアージに臨床推論は必要か「はい」92%「いいえ」0%「どちらでもない」8%⑤ロールプレイで学べたか「はい」100%⑥継続的にロールプレイ学習したいか「はい」92%「いいえ」0%「どちらでもない」8%⑦全課程教育は現場で役立ったか「はい」92%「いいえ」0%「どちらでもない」8%⑧不安は軽減したか「はい」83%「いいえ」0%「どちらでもない」17%という結果であった。

【考察】教育前アンケートでは JTASの仕組みや機序について90%以上活用できていると回答した。「基礎編・プロセス編」での段階的教育が理解度を深め基盤ができたと考える。教育後アンケートで全員がロールプレイで学びがあったと回答した。改めて系統立て振り返ることができたことや自身に不足していた部分を知ることによって学びにつながったと考える。また、全課程教育は現場のトリアージに役立つと92%が回答した。段階的教育方法が有用であったと考える。今後は教育を継続していくためにトリアージナースの育成を視野に入れ、質の向上に努めていく必要がある。【結論】1段階的な教育は理解度に合わせて進めることができ有効的であった2ロールプレイ教育は振り返りと自己課題を抽出できた3院内トリアージナースの育成を行い、質の向上を図る必要がある。

[OD302] 3. トリアージ②

[OD302-01] 院内トリアージの質向上を目指したトリアージポスター作成とその効果

○増田 彩奈¹、藤崎 隆志¹ (1. 小倉記念病院)

[OD302-02] COVID-19感染管理におけるトリアージ看護師の役割

○堀川 梓¹、大軒 理恵¹ (1. 医療法人沖縄徳洲会湘南鎌倉総合病院救命救急センター)

[OD302-03] A病院救急外来における緊急度判定に伴う困難因子の抽出

○松田 浩樹¹ (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

[OD302-04] 発熱患者のトリアージにおいて、年齢が入院予測に与える影響

○堀之内 香奈子¹、竹下 諒¹、中島 真寿美¹、西元 千草¹、佐藤 勇司¹、田辺 夏奈¹、飯田 京介¹、富山 絢子¹ (1. 横浜労災病院 救命救急センター)

[OD302-05] 救急センター看護師の電話対応への取り組み～時間外の電話対応マニュアル作成と導入の効果～

○増川 美智子¹、小島 朗²、石井 裕也¹ (1. 一般財団法人 大原記念財団 大原総合病院 HCU・救急センター、2. 一般財団法人 大原記念財団 大原総合病院 看護部)

[OD302-01] 院内トリアージの質向上を目指したトリアージポスター作成とその効果

○増田 彩奈¹、藤崎 隆志¹ (1. 小倉記念病院)

キーワード：トリアージ

【はじめに】

A病院では2012年より JTAS緊急度判定システムを用いて、院内トリアージを実施している。2018年はトリアージ対象患者3770名に対してトリアージ件数376件（21%）、2019年はトリアージ対象患者3602名に対しトリアージ件数222件（9%）と低下がみられた。トリアージ件数減少の要因の一つとしてトリアージナース別のトリアージ実施率件数のバラつきがみられた。そのため、院内トリアージ実施率向上を目的に月別トリアージポスター作成・掲示を行った結果、院内トリアージの実施率などの向上につながったので、ここに報告する。

【目的】

トリアージポスター掲示前後の院内トリアージの効果を検証する。

【方法】

1. ポスター作成・掲示

2018年度と2019年度の院内トリアージ分析から院内トリアージチームにてトリアージポスター内容を検討し、トリアージ対象患者数、トリアージシート記入数、JTASレベル記入数、前月比、トリアージ実施看護師ランキング、トリアージに関する豆知識についての内容掲載を行った。

ポスター掲示は2020年1月から1か月毎にポスター作成を行い、救急看護認定看護師にレビューを受けた後、修正等を行ない休憩室に掲示した。

2. 調査対象・データ集計

調査対象は2019年1月～12月 2020年1月～12月までの院内トリアージ対象患者数11,441名。

データは2019年度と2020年度の院内トリアージ対象患者と院内トリアージ実施・未実施件数、救急外来トリアージ表からトリアージナース別のトリアージ件数、トリアージ時間、トリアージ判定結果、オーバー・アンダートリアージ件数を集計し比較検討した。

【倫理的配慮】

A病院看護部倫理委員会の承認を得た。データは匿名化し個人が特定できないように配慮。研究参加の有無によって不利益は生じない。

【結果】

2019年トリアージ対象患者3602名に対しトリアージ件数301件（トリアージ率12%）

2020年トリアージ対象患者2911名に対しトリアージ件数253件（トリアージ率16%）

受付からトリアージ完了時間2019年、2020年ともに平均12分

アンダートリアージ2019年16件（1%）2020年18件（1%）オーバートリアージ2019年6件（0%）2020年11件（1%）

2020年の月別トリアージ実施率1月2月8%に対し3月～12月の平均19%

【考察】

ポスターに毎月のトリアージ実施数や前月比、トリアージ実施数上位3名をランキング形式で記載したことが、意識向上に繋がりトリアージ実施率上昇に効果があったのではないかと考える。月別トリアージ率をみると1月2月は8%に対し3月～12月は平均19%に上昇した。毎月のトリアージデータの分析・ポスター作成・掲載を出来る限り早期に行い、トリアージナースへ迅速なフィードバックができたことが、早期実施率向上に繋がったのではないかと考える。

受付からトリアージ完了時間の平均は12分であり、緊急度判定で迷いやすい症例を豆知識として掲載したこと

で、トリアージ現場での迷いが軽減できた可能性があり、JTASの成人トリアージプロセスに準じた行動ができていたといえる。

アンダー・オーバートリアージはポスター掲示前後で発生率に差はみられなかった。トリアージナースが熟練を重ねていること、発生しやすい症例をポスター内容に取り入れたことが、トリアージの正確性確保に繋がったのではないかと考える。

【結論】

トリアージポスターは院内トリアージ実施率向上、トリアージの正確性確保に繋がった。

ポスターの評価だけでは限界があり、今後は様々な視点で院内トリアージの検証を行うことが必要である。

[OD302-02] COVID-19感染管理におけるトリアージ看護師の役割

○堀川 梓¹、大軒 理恵¹（1. 医療法人沖縄徳洲会湘南鎌倉総合病院救命救急センター）

キーワード：院内トリアージ、JTAS、感染管理、COVID-19

I. はじめに

新型コロナウイルス（COVID-19）流行後、当院は2020年4月に院外に発熱外来を設置した。当院救急外来では、受診患者全てに対しJTAS(Japan Triage and Acuity Scale)を用いて看護師が院内トリアージを行い、感染が疑われる患者の待合隔離を行うことで、院内における水平感染予防を含めた感染管理の役割も担っている。

II. 目的

トリアージ看護師が院内トリアージを行うことで、COVID-19陽性者の隔離が適切にできていたか、緊急度の高い患者への診察・治療の早期介入が実施できていたか検証する。

III. 方法

1. 研究デザイン

本研究は単施設後方視的観察研究である

2. 施設の背景

新型コロナウイルス流行後、ERの感染対策として、トリアージブースへアクリル板設置、ER初療室へHEPAフィルター設置し陰圧環境を整備した。ER待合エリアは感染が疑われる患者とその他受診患者でイスの色分けを行い、患者案内をした。また、発熱外来案内のフローチャートを作成（表）し、フローに沿って発熱外来・ERエリアへ患者案内を行った。COVID-19流行状況を考慮し、隔離エリアを適宜拡充し運用ルール・フローチャートを5回改訂した。

当院の発熱外来の特性として本院とは離れた別棟であり、ソーシャルディスタンスが保てている、車いす・ストレッチャー患者の搬入が困難である、検査や処置などに制限があるなどが挙げられる。

3. 調査対象者

2020年4月～2021年3月までの救急外来受診者のうちCOVID-19陽性者数を対象とした。

4. 調査期間

2020年4月1日～2021年3月31日

5. 倫理的配慮および利益相反

本調査で作成したデータベースに含まれる情報は匿名化しており、公表にあたっては数値化し個人が特定されないよう配慮した。本稿のすべての著者に規定された利益相反はない。

6. 研究方法

研究対象者の緊急度判定・診察場所・案内理由をカルテレビューで特定した。トリアージ終了した時間～診察開始時間に要した時間の平均を調査した。

IV. 結果

調査期間中に当院を受診した患者のうち COVID-19陽性者は622名だった。ER隔離エリアに案内したのは53名(8.5%)、ER待合へ案内したのは39名(6.3%)だった。ER待合へ案内した患者の内訳は、緊急度レベル3は29名、緊急度レベル4は10名であった。緊急度レベル4の患者は車椅子患者が5名、その他5名は発熱外来案内ルール以外の主訴であった。

トリアージ後の診察開始時間は緊急度レベル1・2に関してはトリアージ場所から移動しER初療室入室後ただちに診察を開始していたため、平均値2分となっている。緊急度レベル3は平均値11分、緊急度レベル4は平均値23分となっていた。

V. 考察

ER待合に案内した患者以外、全てのCOVID-19陽性者を発熱外来・ER隔離エリアへ案内できており、トリアージ看護師が感染管理の面でも役割を果たしていたと考える。また、COVID-19流行状況を考慮しその都度フローチャートを改訂しフレキシブルに対応できていたため、COVID-19陽性者の隔離を行っていたと考える。

緊急度レベル3はER待合への案内になり十分な隔離状況ではなかったが、緊急度判定別の診察開始時間を比較してみても、緊急度が高い患者の診察時間は短く早期に診察・治療介入が行えていた。

VI. 結論

トリアージ看護師は感染管理・緊急度判定を両立し患者に適切な医療を提供できていた。感染状況に合わせフローチャートの改訂を実施しフレキシブルに対応し感染管理を行っていく必要がある。感染症に対しての知識もトリアージ看護師育成に重要となる。

[OD302-03] A病院救急外来における緊急度判定に伴う困難因子の抽出

○松田 浩樹¹ (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

キーワード：緊急度判定、スタッフ教育

【はじめに】

A病院ではトリアージナースが専従せず、看護師や医師、救急救命士が連携し緊急度判定を行っている。しかし、A病院のスタッフが緊急度判定時に抱く困難について、調査・言及するには至っていない。A病院における緊急度判定に伴う困難因子を明らかにすることは、緊急度判定の教育体制やシステム再考の一助となり、ひいては救急外来受診患者の診察開始までの安全を担保し、患者家族の満足向上へとつながるものと考えられる。

【目的】

A病院の救急外来における緊急度判定に伴う困難因子を明らかにする。

【研究方法】

1. 研究デザイン：質的研究 関連因子探索研究
2. 研究対象者：昨年度 A病院の救急外来に入職した看護師および救急救命士7名
3. 研究期間：令和2年11月1日～12月31日
4. 研究場所：A病院救急外来
5. データ収集方法
 - 1) インタビュー方法は半構造化面接法。
 - 2) インタビュー時間は業務時間内の30分を原則とし、別室にて研究者と研究対象者それぞれ1名で行う。
 - 3) インタビュー内容はICレコーダーへ録音し逐語録を作成する。
6. 分析方法

ICレコーダーに録音したインタビュー内容から作成した逐語録から緊急度判定における困難因子と考えられる内容をコード化し、KJ法を用いてカテゴリー化を行った。

7. 倫理歴配慮

当院看護研究倫理委員会の承認を受け、本研究を実施した。

【結果】

1. 有効回答7名/7名（看護師4/4名、救命士3/3名）、回答率100%
2. 基本属性：救急外来勤務経験2.2年（1～5年）、緊急度判定経験者1/7名（14.2%）、JTAS取得者なし
3. インタビュー調査より困難因子と成り得ると考えられる20個のコードを抽出し、【現行の緊急度判定基準（システム）に対する疑問のため、患者の緊急度判定に悩む】、【自身が行う緊急度判定と医師の臨床診断との間に大きな乖離を感じる】、【緊急度判定に基づいた適切な患者誘導（ベッドの選択）が分からない】、【緊急度判定を行うに当たって、部署内での教育体制が不足していると感じ、自身の緊急度判定に自信が持てず不安がある】、【緊急度判定中に求められるスキルの問題】の5つにカテゴリー化された。

【考察】

A病院では「患者の通常血圧」を基準に循環動態に関する緊急度判定を行っているが、受診患者の中には自身の血圧を把握していない場合や、認知症・酩酊状態などの理由から基準となる患者の通常血圧を聴取できず、緊急度判定に難渋する事態に陥っている。さらには、厚生労働省が定義する高血圧基準（収縮期血圧140mmHg以上）を用いたケースも混在していることから、緊急度判定における血圧評価に関連するコンセンサスの統一が急務である。

調査対象者の大半は緊急度判定の経験が無く、入職時に緊急度判定に関するオリエンテーションを部署内教育として導入したが、現行の教育システムの不足が本調査結果から明らかとなった。特に事後検証を行う体制が不十分であったため、スタッフへ不安や疑問が生じていた。今後は多忙な業務内であっても、可能な限りタイムリーに事後検証を行うシステムを確立し、緊急度判定経験の少ないスタッフが自信を持ち、緊急度判定に臨むことのできる環境を目指していく。

A病院における緊急度判定後の患者誘導に関しては、緊急度判定結果に加え、患者の安全面や感染制御の情報などを医師やリーダー看護師と共有したうえでを行っている。医師やリーダー看護師が適切な患者誘導を判断するためには、緊急度判定を行ったスタッフのプレゼンテーション能力が不可欠であり、多職種との情報共有や交渉術といったスキルの底上げも緊急度判定に関連した部署内教育の要素として重要と考えられた。

[OD302-04] 発熱患者のトリアージにおいて、年齢が入院予測に与える影響

○堀之内 香奈子¹、竹下 諒¹、中島 真寿美¹、西元 千草¹、佐藤 勇司¹、田辺 夏奈¹、飯田 京介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、SIRS

【背景】

若年層の多い都市型医療圏において1-3次救急医療を提供する当院では、適切なトリアージを行うことは円滑で安全な救急医療の提供のために重要である。

緊急度判定支援システム Japanese Triage and Acuity System(以下 JTAS)では、発熱患者のトリアージにおいてSIRS基準が用いられている。発熱患者は、SIRS基準2項目を満たすとJTAS上トリアージレベル2(緊急)と判定される。これは敗血症の早期発見・治療のためであるが、その中に感冒など若年の軽症者が多く含まれ、年齢により入院割合が大きく異なることが指摘されている。当院の先行研究において、インフルエンザなどの流行期となる冬季には若年層の入院割合が著しく低く、その中に重症な敗血症患者が極めて少ないことから、冬季に65歳未満のトリアージレベルを1段階下げることの妥当性・安全性を示した。しかし、年間を通しての妥当性や、適切な年齢のcut offは

明らかではない。

【今回の研究】

1年間に発熱(>38℃)を主訴に独歩で来院し、心拍数・呼吸数から SIRS $\geq$ 2項目を満たした患者を対象とし、65歳を cut off として若年群と高齢群の2群に分けて入院割合を比較した。さらに、対象となった患者の入院に対する年齢の ROC 解析を行い、適切な年齢を評価した。

【方法】

研究期間：2019年4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

JTASの基となる Canadian Triage and Acuity System 導入時に定められたトリアージレベルごとの予測入院割合を基に、65歳未満(若年群)と65歳以上(高齢群)の2群に分けて入院割合を比較した。また、SIRS $\geq$ 2項目を満たす患者に入院に対する年齢の ROC 解析を施行し、適切な年齢 cut off を調べた。統計解析には EZR を用いた。

【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】

高齢群の入院割合が48.8%(62/127人)に対し、若年群は5.3%(25/472人)であった。性別・SpO₂・収縮期血圧・診察開始時間を説明変数として多変量解析を行うと、高齢群に対する若年群のオッズ比：0.067と有意に低かった。また、入院に対する年齢の ROC 解析では、AUC：0.848と入院予測に有用である可能性があり、52歳を cut off とすると感度・特異度の和が最大となった。

【考察】

先行研究同様、年間を通して発熱患者の入院割合は若年群で有意に低く、高齢群はトリアージレベル2、若年群はトリアージレベル5の予測入院割合に相当し、年齢によりトリアージレベルを調整することは適切と考えられる。また、年齢の cut off は前期高齢者の65歳としてきたが、ROC 曲線からは52歳が最適 cut off と考えられた。入院に対する感度・特異度・陽性的中率を比較すると、52歳(Sn:0.839, Sp:0.786, PPV:40.1%)に対し65歳(Sn:0.713, Sp:0.873, PPV:48.8%)であった。トリアージレベル2の予測入院割合は40-70%であることから、感度・陽性適中率から52歳を cut off とすることは妥当であると言える。

【結論】

発熱患者のトリアージにおいて若年の患者はオーバートリアージとなっている事が示された。52歳以下の発熱患者のトリアージレベルを下げることは妥当であり、円滑で安全な救急医療に繋がると考えられる。

[OD302-05] 救急センター看護師の電話対応への取り組み～時間外の電話対応マニュアル作成と導入の効果～

○増川 美智子¹、小島 朗²、石井 裕也¹ (1. 一般財団法人 大原記念財団 大原総合病院 HCU・救急センター、2. 一般財団法人 大原記念財団 大原総合病院 看護部)

キーワード：トリアージ、時間外電話対応

【はじめに】

救急センター看護師は、救急車の受け入れだけでなく、時間外の患者や家族からの受診・診療相談を受けている。当院は2次救急指定病院であり、夜間限られた医療資源(医師、看護師)の中で、多くの患者に対応しなければならない。

当院の現状として看護師は、電話の内容から症状を聞き応急処置や来院方法の指導を行っている。これらの電話対応により救急患者の対応を中断せざるを得ない事象も発生している。椎葉ら(2003)は、救急における電話対応に対して「電話に関する業務量が32%を占め、そこにいる患者にとって背を向ける行為となっている」と述

べている。当院では、具体的なマニュアルやプロトコルがないため、個人の経験や技術に頼っている。実態調査の結果から、対応に個人差があり標準化の必要性を感じた。時間外電話対応について看護師が対応する必要性について電話内容により「受診相談」「診療相談」「問い合わせ」に振り分けを行い、対策を立て取り組んだのでここに報告する。

【目的】

業務の標準化により時間外における電話対応時間が短縮する

【方法】

- 1、期間 令和2年9月18日から令和2年12月22日
- 2、データ収集：実態調査を行い、時間外電話対応時間と内容を把握する
データ分析：エクセルにて単純集計
時間外電話対応マニュアルを作成する
マニュアル作成後、再度時間外電話対応時間と内容の実態調査を行う

【倫理的配慮】

当院研究倫理委員会にて承諾を得た

【結果】

作成した救急電話対応マニュアルにて、振り分けしたことにより、事務対応と看護師対応を分けることができ、看護師の対応件数が23%減少した。電話での緊急度判定は、白川（2019）（編）「救急看護 電話でトリアージ すぐ使える問診表31」を参照し来院方法を指導した。更に、以前は時間外勤務の5名のスタッフが対応していた電話対応を2名に絞り、救急患者を優先するようにした。電話対応の目標時間を5分以内に設定し、時間管理の強化を行った。しかし、時間外電話対応時間は、平均的に5.8分から7.3分と延長した。

【考察】

救急患者対応を優先するため電話対応は5分以内で終了するという目標時間を設定したことにより、時間管理の意識付けができたが、時間の延長が見られた原因としては、看護師が電話対応する必要性がある患者・家族対応のために時間が延長した可能性も考えられる。マニュアルの効果は、指標になるツールができることで、今後の救急対応を可視化でき、評価が可能になると考える。総務省消防庁は「令和3年度 救急業務のあり方に関する検討会」が発足及び開催され「救急業務の円滑な実施と質の向上」等について検討予定である。このことから、質の向上が救急医療の喫緊の課題とも言える。

電話対応により救急患者対応の中断が減ることで看護に専念でき、看護ケアの質が向上する可能性が高いと考える。

[OD303] 3. トリアージ③

[OD303-01] 救急車トリアージ導入後の現状と課題

○佐藤 亜紀江¹、矢田 憲明¹、高井 三枝¹ (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院救急外来)

[OD303-02] A病院における JTASへの移行と課題

○河村 恵子¹、山西 正巳¹、萱野 恭代美¹、依積田 慶子¹ (1. 清恵会病院救急医療センター)

[OD303-03] A病院の救命救急センターにおける院内トリアージ歴3年未満の看護師がトリアージを判断する困難について

○原田 伸吾¹、小山 順子² (1. 豊川市民病院救命救急センター、2. 豊橋創造大学保健医療学部看護学科)

[OD303-04] gradually onsetの ACS患者についての調査

○西北 浩敏¹、村岸 敦子¹ (1. 洛和会音羽病院救命救急センター・京都ER)

[OD303-05] 非接触での院内トリアージの安全性～ペット用ドアを活用したウォークイン COVID-19疑似症患者対応～

○渡邊 晶子¹、山田 美穂¹、小林 泰子¹、阿部 由美¹、東海林 千賀¹ (1. みやぎ県南中核病院救命救急センター)

[OD303-01] 救急車トリアージ導入後の現状と課題

○佐藤 亜紀江¹、矢田 憲明¹、高井 三枝¹（1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 救急外来）

キーワード：救急車トリアージ

<はじめに> A病院救急外来（以下 A病院）は1次から3次の全救急患者を受け入れている。救急車搬入台数は年々増加傾向にあり、2020年度の救急車搬送患者数は11,532名である。超高齢社会を迎え、今後も救急車搬入の増加が予測される。このため増え続ける救急搬送患者を応需するための対策が必要である。解決すべき問題として入院病棟との調整による救急外来滞在時間短縮などもあるが、救急外来における対策として2019年より救急車トリアージの導入を開始した。

<目的> A病院における救急車トリアージの実践を振り返り、課題を明らかにする。

<倫理的配慮> 得られたデータは本調査の目的以外では使用せず、個人が特定されないように匿名加工をおこない、データの漏洩がないように管理した。また、A病院看護研究倫理委員会の承認（承認番号：202110）を得た。

<方法> 調査対象は2019年4月から2021年4月において、A病院に救急搬送され、救急車トリアージを実施した77名。患者の救急車トリアージシート、院内トリアージシートから、トリアージ内容、トリアージ後の診療経過・転帰・診断名を調査した。救急車トリアージは2段階に分けたトリアージ後に院内トリアージを実施し、低緊急以下を診察待機としている。図参照。

<結果> 2段階目トリアージで ABCDの異常があった症例は12例あり、全て救急治療室に入室してモニタリングと診察が開始されていた。診察までの待ち時間は平均27分。最短0分、最長1時間39分。待ち時間5分以内は15件、1時間以上は8件。転機は帰宅72件、入院5件のうち1件は救急病棟への入院であった。この症例は、救急車トリアージの2段階目トリアージで意識障害があり、院内トリアージへ進まずに直ちに診察開始としていた。院内トリアージの結果は準緊急であったのに、診察待ちとした症例が1事例あった。救急車トリアージの手順に沿っていれば直ちに診察開始とする必要があった。また、救急車トリアージシートの必要事項が全て記載されていない、院内トリアージの記載がない症例もあった。救急車トリアージ記録が電子カルテ内に残っていないため、カルテ上からは救急車トリアージが実施されたことが分からない症例が多かった。

<考察> 2段階に分けて救急車トリアージを行うことで、繰り返し ABCDの評価が可能であった。それにより緊急度が高い患者がロビーで待機することなく、安全に救急車トリアージを実施できていた。また、本来の手順であれば直ちに診察すべき患者をロビー待機していた症例は、手順を分かりやすくスタッフへ提示することで解決可能であると考え。来院から診察までの待ち時間が1時間以上の症例も多かった。可能であれば救急隊から電話の時点で診察待ち時間があることを伝えてもらい、承諾を得たうえ応需できると良い。A病院において、救急車トリアージの対象症例は毎月約150件であると予測されるため実施件数は少ないと言える。救急車トリアージは救急外来診療ベッドが満床時に実施されることが多い。また救急車トリアージを実施しているリーダー看護師にも偏りがある。満床時でなくてもリーダー看護師が救急車トリアージを実施できる取り組みが必要である。

<おわりに> 77件の救急搬送患者トリアージをおこなった。トリアージを2段階で実施することで、繰り返し評価することができ、アンダートリアージは1件のみだった。今後はより安全に救急車トリアージを実施するために、手順の再周知と統一された記録が課題である。さらに救急車トリアージ件数を増やすことで救急外来の空床ベッドを確保し、救急患者不応需に繋げていきたい。

[OD303-02] A病院における JTASへの移行と課題

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

キーワード：トリアージ、JTAS、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の全患者にトリアージを行っているが、2020年7月まで A病院独自の4段階トリ

アージを行っていた。しかし4段階トリアージ判定には詳細な判定基準がない為評価が困難な状況が生じていた。そこで JTASを基に5段階評価を採用した事で緊急度判定における内容の変化と課題が明らかとなったため報告する。

【目的】

A病院のトリアージを4段階から5段階評価へ移行した事による判定結果の変化を分析し課題を見出す

【方法】

期間：2020年4月～2021年4月

対象：2020年4月～7月と2020年8月～11月のトリアージ判定

方法：

1. 4月～7月と8月～11月のオーバートリアージ（以下、OT）、アンダートリアージ（以下、UT）率、原因を抽出
2. 結果を比較し課題を考察

【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】

4月～7月の4段階トリアージにおいて、対象2072件、OT=7%、UT=7%であった。OTの原因として COVID-19関連（22%）、疼痛過大評価（16%）、病名によるもの（14%）、慢性症状の過大評価（7%）、創傷過大評価（7%）、その他であり、UTの原因は疼痛過小評価（37%）、創傷過小評価（30%）、バイタルサイン異常値の過小評価（9%）等であった。

8月～11月の5段階トリアージでは、対象2393件、OT=9%、UT=7%であった。OTの原因として疼痛過大評価（17%）、創傷過大評価（17%）、慢性症状の過大評価（14%）、COVID-19関連（11%）、病名によるもの（4%）、その他であり、UTの原因は疼痛過小評価（21%）、バイタルサイン異常値の過小評価（21%）、創傷過小評価（11%）等であった。

【考察】

4月～7月の適正判定は86%であったが8月～11月では84%であり2%の低下を認めた。4段階から5段階評価に変更する事で適正範囲が縮小される事から適正率が低下したと考えられる。

OTの最大変化項目は COVID-19関連-11%である。A病院では PCR検査目的の受診は全て予約制であり感染症スクリーニングの為にトリアージレベル引き上げの必要はない。COVID-19についての認識不足からトリアージレベルが引き上げられ OTに繋がっていたが、JTAS導入時に5段階評価についての教育を行う事で OTが減少したのではないかと考える。同様に他院からの紹介等により事前に病名が判明している患者に対する項目が-10%であり、病名にとらわれず JTASの基準に則り症状やバイタルサインに重点を置き、病名による重症度より緊急度を判断した結果であると考えられる。

一方で創傷過大評価が10%、慢性症状の過大評価が7%増加している。これらは第1補足因子である疼痛スケールを基に判断されるべきであるが、疼痛とは主観的な感覚であり正確な評価が困難である。「軽度な外傷」項目においても打撲・捻挫・軽度な挫創、捻挫・骨折・挫創の判断は困難な場合がある。数値的評価尺度や身体所見から判断できる教育が必要である。

UTの最大変化項目は創傷過小評価-19%、疼痛過大評価-16%であり、OT増加の原因と比例していると考えられる。バイタルサイン異常値の過小評価は12%増加している。JTASでは ABCDEの判定には詳細な数値設定があり、それらを正しく認識する事でバイタルサイン異常値の過小評価は減少する事ができるのではないかと考える。

今後は OT、UT減少のためには患者の全体像を把握し、各自が JTASが指標としている各々の基準数値の意味を理解することが課題である。

[OD303-03] A病院の救命救急センターにおける院内トリアージ歴3年未満の看護師がトリアージを判断する困難について

○原田 伸吾¹、小山 順子²（1. 豊川市民病院救命救急センター、2. 豊橋創造大学保健医療学部看護学科）

キーワード：院内トリアージ、3年未満の看護師、困難

〈目的〉

地方の中規模病院である A病院は2012年より院内トリアージを導入している。トリアージナースの対象は看護師歴3年以上とし、救急看護認定看護師によるトリアージに関する学習会への参加は任意としている。また、夜間帯においては救命救急センターに所属していない診療科の看護師も、看護師歴3年以上であればトリアージを実施している。先行研究ではトリアージナース歴3年未満の看護師はストレスを強く感じ、ストレスラーとして「トリアージの困難さ」を明らかにしている。そこで、A病院におけるトリアージ歴3年未満の看護師がトリアージを判断する困難について明らかにし、今後の課題の一助としたい。

〈方法〉

- 1.研究期間：2020年11月～2021年3月
- 2.研究デザイン：質的帰納的研究
- 3.対象：A病院の院内トリアージ歴3年未満の看護師
- 4.調査方法：半構造化面接法
- 5.分析方法：インタビュー内容の逐語録を作成し、トリアージの判断の「困難さ」を示す文脈ごとにコード化した。コード間の類似性を検討しサブカテゴリーを抽出した。さらに、抽象化したものをカテゴリーとした。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。

〈倫理的配慮〉

本研究を実施する前に A病院看護局倫理委員会の承諾を得た。

〈結果〉

6名の看護師の協力が得られた。看護師の平均年齢は24.1歳、トリアージナース歴11.8か月であった。インタビューの結果、144のコードから12のサブカテゴリーが抽出され、3つのカテゴリー「判断力を高める教育・経験不足」「失敗経験や責任への重圧感から生じる情緒」「救急外来特有の環境」が生成された（表1）。

〈考察〉

1.【判断力を高めるための教育・経験不足】

トリアージの方法が理解できていないことや、バイタルサインなど数値の指標と患者の訴えの項目がガイドラインに当てはまらないことなどから、ガイドラインを活用して評価している人が少ないことがわかった。トリアージナースの条件として看護師歴のみとしているため、トリアージに関する研修会参加を必須としていないことも理解不足の要因と考える。また、トリアージは瞬時に患者を多面的に捉え判断するため、疾患の学習会だけでなく症例検討会などの実践的な教育や、教育体制の見直しが必要であることが示唆された。

2.【失敗経験や責任への重圧感から生じる情緒】

自分の判断よりも重症であったことや、急変している場面に遭遇した経験からアンダートリアージの判断に対しての精神的負担があること、また自分の判断で患者の処置が遅れることや、状態が悪化した患者への再トリアージが怖いという感情が語られた。オーバートリアージをすると他の患者の待ち時間が増えることや、他スタッフの反応などの圧迫感があることもわかり、アンダートリアージの判断になると推察される。アンダートリアージを失敗として捉えずその内容を明らかにすることで、判断の困難さの要因を具現化することができ、教育に反映できると考える。

3.【救急外来特有の環境】

待合室にトリアージを実施した人と未実施の人が混在することや、患者が多いとトリアージの時間が十分に取れないこと、病棟のように触診や可動域の評価などができないことが語られ、待合室の配置やトリアージ室の検討が必要であることがわかった。トリアージの知識を十分に活かすための環境が整っていないことも困難さの要因

ではないかと考える。トリアージ業務の支援体制や他部門の協働体制を整え、システムの整備をしていくことも必要である。

[OD303-04] gradually onsetの ACS患者についての調査

○西北 浩敏¹、村岸 敦子¹ (1. 洛和会音羽病院救命救急センター・京都ER)

キーワード：トリアージ、ACS

【はじめに】急性冠症候群（以下、ACS）は、主に胸痛を主訴として急性心筋虚血を呈し、最悪の場合死に直結する病態である。そして、血流障害であるため一般的にその発症様式は数秒以内に起こる突然発症（以下、sudden onset）である。また、walk in受診患者に対する院内トリアージにおいて用いられる院内緊急度判定支援システム（以下、JTAS）によると、心原性胸痛の場合には15分以内の再評価や診察が必要とされる JTASレベル2 緊急という判断になる。しかしながら、ACSであった場合に、15分待っていると致死的不整脈や心原性ショックなどにより生命の危機につながる可能性が高まる。そのため、すみやかに心電図を始めとした検査や医師の診察をはじめることが必要である。そして、同じ胸痛であっても日単位での発症様式（以下、gradually onset）の場合は血流障害よりも感染症や腫瘍などが疑われやすい。だが、A病院では1年間に gradually onsetの ACSが5件あった。そこで gradually onsetの患者の内、ACSの診断となった患者（以下、ACS患者）とACSの診断とならなかった患者（以下、非ACS患者）の違いについて検討した。

【目的】 gradually onsetで胸痛を主訴とした walk in患者の中で ACS患者と非 ACS患者の背景を調査し、精度の高いトリアージ問診へとつなげていく。

【倫理的配慮】本研究は、個人が特定されないように配慮し、A病院の倫理委員会の承認を得た。

【方法】2018年4月1日から2019年3月31日に胸痛を主訴としてA病院に walk in受診した患者が対象である。その内、発症24時間以上経過したものを gradually onsetとして設定し、ACS患者と非 ACS患者を比較した後ろ向き研究を実施した。内容は電子カルテに記載された年齢、急性冠症候群ガイドラインに記載された冠危険因子（高血圧、糖尿病、喫煙、家族歴、高コレステロール）と、随伴症状（失神、呼吸困難感、悪心、放散痛、冷汗、外観不良）といった患者背景を調査し、 χ^2 乗検定で比較した。

【結果】期間中、gradually onsetの胸痛患者は125名であった。その内 ACS患者は5名であった。患者背景において、 χ^2 乗検定で比較すると P値は0.319～0.886であり、いずれの項目でも有意差を認める事はできなかった。

【考察】1施設の1年間の統計であり限界はあるが、患者背景において有意差は認められなかった。今回の研究結果を踏まえると、トリアージ問診において、胸痛が主訴の場合には患者背景を聴取することに意味はないと考えられる。むしろそれに時間をかけることは、ACSであった場合の治療への時間をかけることにつながるためデメリットでしかないと言える。もちろん明らかな筋骨格系疼痛の除外は必要だが、胸痛が主訴であれば JTASレベル2 緊急以上と速やかに判断し、以後の適切な検査治療へとつなげていくことが必要である。また、ACS患者が gradually onsetであった理由については元々冠動脈が狭窄しており、狭心症発作がたびたび起こっていた可能性が考えられる。その他にも認知症により症状の表現が曖昧になった場合でも gradually onsetと受け取られた可能性がある。他にも鎮痛剤内服などによる症状のカバー、ACS以外の疾患が同時に発症することで gradually onsetとつながった可能性もある。そのため、今後症状をカバーしてしまうような認知機能や内服や既往も含めた調査も必要である。

[OD303-05] 非接触での院内トリアージの安全性～ペット用ドアを活用したウォークイン COVID-19疑似症患者対応～

○渡邊 晶子¹、山田 美穂¹、小林 泰子¹、阿部 由美¹、東海林 千賀¹（1. みやぎ県南中核病院救命救急センター）

キーワード：院内トリアージ、COVID-19、救急外来

【はじめに】 A病院は医療圏唯一の救命救急センターで、2020年度救急外来受診者数は13000名で約70%がウォークイン患者である。ウォークインのCOVID-19感染症疑似症患者（以下コロナ疑似症）に対する感染対策として、隔離室待合のドアに市販のペット用ドアを設置した。これにより非接触での受診会計手続きと院内トリアージが可能となり、当時不足していたPPEの大幅節約やスタッフの感染リスク低減、さらには看護業務の大幅な負担軽減に成功した。今回は、このコロナ疑似症に対する非接触での院内トリアージシステム（以下新システム）の安全性を検証したのでここに報告する。

【用語の解説】 1. ペット用ドア：猫や犬などが自由に通り抜けられるドアと窓がついた市販の製品。引き戸に挟むだけで簡単に設置できる。A病院では救急外来から隔離待合に入るドアに設置し、アクリル窓越しの患者観察や事務手続き、書類や処方薬をドア部分から渡すことができる。2. 院内トリアージシステム：A病院では、JTASを基にした独自の3段階（赤・黄・緑）院内トリアージシステムを運用している。

【研究目的】 A病院救急外来のコロナ疑似症に対する院内トリアージシステムの安全性を検証する。

【研究方法】 1. 2020年12月のコロナ疑似症に対する院内トリアージ件数と実施率、トリアージ結果と来院からトリアージまでの時間、アンダートリアージと診察までの待機時間の急変事例の件数を調査する。2. 上記のうち非接触でトリアージが完了した件数を調査する。

【倫理的配慮】 研究に使用したデータは個人が特定できないように匿名化し、A病院看護研究倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】 1. 2020年12月にトリアージしたコロナ疑似症は76名で赤（緊急群）0名、黄（準緊急群）13名、緑（低緊急群）63名であった。来院後すぐにトリアージを施行でき実施率は100%、診察までの待機中の急変、アンダートリアージ症例はなかった。2. 緑（低緊急群）63名、黄（準緊急）8名が非接触でトリアージが完了した。

【考察】 COVID-19対策開始当初は、看護師がPPEを装着し自家用車内で待機するコロナ疑似症のトリアージを行っていたが、使い回しのPPE着脱や自家用車内でのトリアージ、さらには受付業務代行など、看護師の業務負担と感染リスクが大きかった。来院からトリアージまでに15分以上かかる事や、トリアージ未実施のままの長時間待機となる等安全性に問題があり、本格流行時の多数患者来院に対応困難となる危険性があった。しかしこの新システム導入により、調査期間内に来院した76名全員に来院後すぐにトリアージが実施され、流行期の多数患者来院に対応することができた。また、新システムではトリアージ判断に観察窓が有用であり、情報が不十分な場合にはPPE装着下での対面トリアージや、オーバートリアージとするなどの工夫もみられ、アンダートリアージや診察までの待機時間の急変事例はなかった。このことから、非接触による患者への悪影響は低く、多数患者来院にも対応可能であったことから患者側の安全性は向上したと考えられる。また、コロナ疑似症の多くは緑（低緊急）であり、観察窓やナースコールを活用するなどの環境を整えることで、71名（92%）の患者に非接触でトリアージを完結させることができた。これにより、看護師のPPE装着や患者接触の回数が大幅に減ったことから感染リスクが低減し看護師側の安全性も向上した。

【結論】 ペット用ドアを活用した非接触での院内トリアージシステム導入により、COVID-19疑似症患者対応における患者・看護師双方の安全性を向上させることができた。

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 4. 災害看護・終末期医療

[OD401] 4.災害看護．終末期医療

- [OD401-01] 救急外来看護師の災害初期対応に対する実態調査
～備えに対し強化を必要とするカテゴリーを明らかにする～
○小俣 聖子¹ (1. 仙台市立病院救急外来)
- [OD401-02] 呼吸器疾患患者における意思決定支援の現状調査
○内海 由加里¹ (1. 国家公務員共済組合連合会 高松病院)
- [OD401-03] COVID-19流行下における終末期患者の家族に対する救急看護師の看護実践と葛藤
○伊東 由康¹、椿 美智博² (1. 兵庫県立大学看護学部、2. 北里大学看護学部)
- [OD401-04] 災害時アクションカードの使用率向上を目指した取り組み ～災害発生報告書の活用を通じた実践報告～
○蒲池 祥¹、山本 みく¹ (1. かわぐち心臓呼吸器病院)
- [OD401-05] DMTA隊員育成プログラム作成のためのレディネスの実態
○阿部 美香¹ (1. 自治医科大学附属病院)

[OD401-01] 救急外来看護師の災害初期対応に対する実態調査

～備えに対し強化を必要とするカテゴリーを明らかにする～

○小俣 聖子¹ (1. 仙台市立病院救急外来)

キーワード：災害初期対応、トリアージ、原則

<目的>

A病院は災害拠点として重要な役割を担っており、院内災害マニュアルの見直しや DMAT 隊員の育成、年 1 回の大規模災害を想定した訓練を行い突然の非常事態に備えている。救急外来看護師が災害初期対応に関する知識や興味、関心をどのくらい持っているのかアンケートと院内マニュアルや災害初期対応のテストを行い、DMAT 隊員看護師と比較し調査し災害初期対応の備えの強化が必要なカテゴリーを明らかにする。

<研究方法>

対象は救急外来看護師（以下 A 群）25 名と DMAT 隊員看護師（以下 B 群）12 名。テストは院内マニュアルや災害初期対応研修会資料に基づき作成した独自のテストを使用。災害看護、CSCATTT、トリアージタグ装着部位、災害トリアージの特色、要配慮者からなる「原則」と参集方法や物品の場所を問う「院内マニュアル」、START 法と PAT 法を使用する「一次・二次トリアージ症例」のカテゴリーそれぞれの得点をマンホイットニーの U 検定を用いて比較した。

<倫理的配慮>

看護部の承認を得たのち、対象者へ研究協力は個人の自由であり、いつでも中断できることを書面で説明し倫理的配慮を十分に行った。

<結果>

B 群が A 群より平均点が高く、標準偏差が小さかった。また A 群と B 群との比較ではテスト内容の「原則」と「一次トリアージ症例」で有意差が認められ、A 群が「原則」の中でも CSCATTT の得点が低いことが分かった。

<考察>

有意差が認められた災害医療の 7 つの要素である CSCATTT（C:災害現場の指揮 S:安全性 C:情報の共有化 A:状況判断 T:トリアージ T:応急処置 T:搬送）の考え方は急性期の災害医療において原則であるが、災害研修以外では触れることが少ないワードである。そのため、今後は CSCATTT の意味を知り災害時にどのような行動をとるべきか理解し知識を高めるための機会を作る必要があると考える。また、「一次トリアージ症例」ではどのトリアージ方法を使用するか認識が乏しく通常、救急外来で使用している JTAS に近いトリアージの考え方をういたと考えられる。START 法は一次トリアージに使用される多数の傷病者を短時間で生理学的所見から重症度を大きく篩い分けるもので、PAT 法は一次トリアージで大きくふるい分けられた患者を解剖学的所見と合わせて評価し、緊急度の高い患者から治療の優先順位を決定するものである。医療資源と傷病者のバランスが崩れる災害現場では必要になってくる知識であるが災害現場でその都度 START 法を説明しながらトリアージを行うことは現実的ではない。しかし災害に対する「備え」としてトリアージを担当する可能性が高い救急外来看護師は START 法の必要性を理解し、行動に移せるようにする必要がある。これらのことから災害初期対応に対する「原則」を中心にトリアージ方法を学ぶことで備えの強化につながると考えた。いつ発生するか分からない災害ではあるが、病院の看護現場では災害初期対応の知識は必須である。DMAT が救急外来看護師へ講義やシミュレーションなど部署内での学習機会を増やすことがひとつである。また実際に災害の現場でトリアージを行う際に確認しながら実施できるように START 法と緊急性の高い患者から治療の優先順位を決める PAT 法の評価項目を記載したカード作成し院内災害訓練で使用し評価したいと考える。

[OD401-02] 呼吸器疾患患者における意思決定支援の現状調査

○内海 由加里¹ (1. 国家公務員共済組合連合会 高松病院)

キーワード：呼吸器疾患患者、リビングウィル、意思決定支援

【はじめに】

高齢化社会の到来と慢性疾患患者の増大に伴い、がん患者だけでなく非がん患者の終末期ケアの重要性が認識されている。2018年厚生労働省より、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂がなされ、最期まで本人の生き方を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であると明示されている。また、医療・ケアを受ける本人が医療・ケアチームと十分話し合い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則であると示されており、その中で、意思決定支援を行うことは重要な課題である。しかし、呼吸器疾患の終末期患者は、予後予測が困難なため、終末期医療に関する意思決定に困難が伴う。患者本人や家族が望む意思決定支援への介入を行うことを目的に現状調査及び考察を報告する。

【目的】

呼吸器疾患患者の意思決定の現状を明らかにし、意思決定支援の取り組みについて考察する。

【方法】

期間・対象・方法：2019年度院内死亡患者のうち呼吸器疾患で死亡した患者76名に対して、意思決定の現状を後方視的調査。

【倫理的配慮】

本研究は個人が特定しないよう留意し、所属病院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

2019年度の院内死亡患者のうち呼吸器疾患で死亡した76名に対して意思決定の現状調査を行った結果、非がん性疾患71%、がん性29%であった。非がん性疾患は、肺炎・誤嚥性肺炎・間質性肺炎の順であった。年齢は、非がん性疾患81.2±13.9歳、がん性78.3±15.7であった。患者本人が延命治療を希望しないことが書面記載されていたのは非がん性・がん性1名ずつのみであった。終末期医療の方針についての話し合いを行なったのは非がん性疾患68%、がん性27%が臨死期であり、代理意思決定者へ行われていた。また、代理意思決定者はほぼ全員が配偶者や子供であった。心肺蘇生・呼吸管理・鎮静に対しては、本人・代理意志決定者の意思通りに実施されていた。

【考察】

終末期治療の方針についての話し合いの時期は、がん性は当院通院中が多く、予後予測可能であり比較的早期に可能であった。非がん性は救急搬送・紹介などの増悪期に関わるため信頼関係の構築や病状回復を目指して治療を行うことや、予後予測困難なことから臨死期に多いことが要因考えられる。また、患者本人の自己決定を確認できなかったのは、回復に向けての期待を臨死期間際までもっていることや日本人として「死へのタブー視」があることが要因と考える。呼吸器疾患患者における意思決定支援への介入として、予後予測可能な評価ツールなどを用いて病状安定しているときからの病状理解や急性増悪に対する事前の準備や意思決定が行えるシステムを構築する必要がある。まずは意思決定しやすい環境づくりが必要と考え、判断材料となる一般的な終末期の状態、治療に関する情報(人工呼吸、緩和ケア、栄養療法について)の利点と短所の情報提供が行えるように写真や挿絵などを用いて、イメージできるような資料を作成し、運用を開始した。今後は、資料運用後のアンケート調査を行い、ブラッシュアップを行う必要がある。

[OD401-03] COVID-19流行下における終末期患者の家族に対する救急看護師の看護実践と葛藤

○伊東 由康¹、椿 美智博² (1. 兵庫県立大学看護学部、2. 北里大学看護学部)

キーワード：COVID-19、終末期看護、家族

【目的】本研究では、COVID-19流行下において救急看護師の終末期患者の家族に対するどのような看護実践が阻害されているのかを明らかにするとともに、看護実践の阻害と葛藤との関連について検討することを目的とした。

【方法】全国の救命救急センターを有する医療機関から無作為抽出した施設のうち、調査協力が得られた30施設に所属する看護師計720名を対象に Webアンケート調査を行った。研究対象者には Webアンケートの URLおよび QRコードを記載した説明文書を配布し、アンケートへの回答を求めた。アンケート項目には、対象者の基本属性に加え、先行研究に基づき独自に作成した「COVID-19流行による終末期患者の家族への看護実践頻度の変化（以下、看護実践頻度の変化）」28項目、「COVID-19流行による看護実践への葛藤（以下、葛藤）」1項目が含まれ、「看護実践頻度の変化」は「以前よりもしている」から「以前よりもぜんぜんしていない」の5件法、「葛藤」は Visual Analog Scale（VAS）を用いて左端を「まったく感じていない」、右端を「極めて強く感じている」とし回答を得た。得られたデータは記述統計量を算出し、回答の分布について分析した。また、「看護実践頻度の変化」28項目については探索的因子分析から構成因子を抽出し、各因子および基本属性を説明変数、「葛藤」を目的変数とした重回帰分析を行った。統計処理には、IBM SPSS 26.0 J for Windowsを使用、本研究は所属大学の研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】分析対象は222名（有効回答率30.8%）であり、女性180名（81.1%）、平均看護師経験年数15.3±7.9年、平均救急看護経験年数6.4±4.7年、認定・専門看護師21名（9.5%）であった。看護実践頻度の変化として、「以前よりもぜんぜんしていない」と回答した者の割合が高い項目は「家族の他に、他の家族や友人が来院できるようにすること」（54.1%）、「家族と患者だけで過ごす十分な時間をつくること」（37.8%）であった。一方で、「以前よりもしている」と回答した者の割合が高い項目は「家族が患者の状況や様子を知らることができるようにすること」（14.9%）、「家族の体調や心情を気遣うこと」（17.1%）であった。看護実践頻度の変化28項目の探索的因子分析では3因子17項目を採用し、第Ⅰ因子「家族の現状理解を促す看護実践」、第Ⅱ因子「患者と家族で過ごせる環境をつくる看護実践」、第Ⅲ因子「患者と家族の尊厳を尊重する看護実践」と命名した。重回帰分析の結果、救急看護経験年数（ $\beta=.162, t=2.233$ ）、患者と家族で過ごせる環境をつくる看護実践（ $\beta=.188, t=2.367$ ）が「葛藤」に関連する因子として抽出された。

【考察】COVID-19流行下において救急看護師は、これまで実践してきた終末期患者と家族とが一緒に過ごすことができるようにするという看護実践が阻害され、実践したくとも実践できない葛藤を生じていた。また、救急看護経験年数の高い看護師ほど葛藤が大きいことが明らかとなり、終末期での家族看護に対する役割認識や価値・信念が葛藤と関連することが示唆された。一方、患者と家族とが一緒に過ごすことができない状況に対し、救急看護師はこれまで以上に家族が患者の状況や様子を知らることができるよう実践しており、葛藤を抱えながらも状況に応じた望ましい看護実践を積極的に展開している実態が明らかとなった。

[OD401-04] 災害時アクションカードの使用率向上を目指した取り組み ～災害発生報告書の活用を通じた実践報告～

○蒲池 祥¹、山本 みく¹（1. かわぐち心臓呼吸器病院）

キーワード：災害、アクションカード

災害時アクションカードの使用率向上を目指した取り組み
～災害発生報告書の活用を通じた実践報告～

【目的】

災害時の初期行動は多岐に渡る。様々な役割を果たすには、日頃から災害対応手順の周知し初期行動を各自が把握しておく事が重要である。

当院の災害看護チーム会（以下、チーム会）では、2020年度より部署別、災害別の初期行動アクションカード（以下、アクションカード）を導入した。しかし、その認知度は低く、地震や停電発生時にアクションカードが活用されていない事が明らかとなった。

アクションカードの使用率を向上させる事を目的に、災害発生報告書（以下、報告書）を活用し意識付けを行う

ことで、アクションカード使用率が向上したかを調査する。また、報告書を元に現在のアクションカードの内容がより実践的なものとなるよう、課題を検証する。

【方法】

1) 調査、実践方法

2020年12月、これまで中等度災害^{a)} から義務付けていたアクションカードの使用と報告書提出を、軽度災害^{b)} から行うよう周知した。2021年1月1日から6月30日までの6ヶ月間に発生した災害に対する報告書の内容から、アクションカード使用率を調査した。また、アクションカード使用した場合は、「内容の不明確な点」や「行動を行う上で判断に困った事」を調査した。使用していない場合は、災害時に使用する意義を再度説明し、軽度災害でも使用するようフィードバックした。

語彙の定義： a) 中等度震災：震度3以上の地震、火災、浸水、長時間停電、長時間のシステムトラブル

b) 軽度災害：震度2以下の地震、短時間停電、短時間のシステムトラブル

2) 倫理的配慮

当院の倫理審査委員会にて承認。

【結果】

調査期間中に発生した災害は6件、それに対し報告書は100%提出されていた。アクションカード使用率は調査当初は0%だったが6ヶ月後には66%まで上昇し、後半にかけて使用率が高くなった。

また、報告書を通してアクションカードへの意見が複数あげられた。内容は、「避難経路図が見づらい」「エレベーターを使用できるか迷った」「ME機器対処方法の明記がない」であった。それらをもとに、避難経路図の色別化と図の拡大、被災直後のエレベーターの使用禁止、ME機器のストッパーを必ず1箇所かけることをアクションカードに追加した。浸水災害はなかったが「浸水時は、どこまで水が来るかイメージできない」との意見があったため、浸水時の最低浸水ラインがわかるよう1階フロアに置いてある処置ワゴン床から50cm部分に黄色テープで目印を付けアクションカードに明記した。

【考察】

研究対象期間に発生した災害の発生件数が少なく、報告書での意識付けがアクションカードの使用率増加と関連したか言及するには限界がある。しかし、アクションカードの使用率は後半になるに従い増加していた。そのことから、報告書を毎回記載し、その都度アクションカードの使用の有無や、修正点の洗い出しを行う事が、アクションカードへの意識を高めることに繋がったのではないかと推測する。

また今回、アクションカードの内容を複数項目で改訂することができた。現場の初期行動につながるより実践的なものとなるよう修正するためには、実際に活用しながら修正点を見出すことが効果的であったと思われる。また、アクションカードへの関心が高まったことにより、実際には発生していない災害への意識も高まり、未然に内容修正できたことも評価できる。

報告書提出の義務化とそれに対するフィードバックを今後も続けることにより、アクションカードの使用率上昇と内容のさらなる質向上が期待できると考える。

[OD401-05] DMTA隊員育成プログラム作成のためのレディネスの実態

○阿部 美香¹ (1. 自治医科大学附属病院)

キーワード：DMAT、災害医療、訓練

目的

当院は災害拠点病院に指定されており、災害急性期において質の高い医療を提供する義務があり、栃木県DMATに登録されている。当院のDMAT隊員看護師の7割が救命救急センターに在籍しており、災害看護の質が高いとされている。災害拠点病院である当院のDMAT隊員看護師の災害医療に対するスキルを維持、向上させるために必要なレディネス（災害医療に対する知識や経験、出動に向けての準備状況、モチベーション維持のために行っている行動、努力していること）の実態を調査する。

方法

研究デザイン：質的記述的研究

研究対象：当院に勤務する DMAT 隊員 7 名

データ収集内容

同意の得られた対象者に個別にインタビューを行う。インタビューは半構造化インタビューとした。

データの分析方法

インタビューの内容は逐語録を作成しコード化する。類似性を考慮してカテゴリーに変換した上で、それらの関連性を検討し、比較、分析した。分析過程において信頼性を確保するために、KH coder を使用してテキストマイニングを行った。また、質的研究に精通したスーパーバイズを受けた。

結果

研究参加者の9割が DMAT 取得の動機は災害医療への興味関心であり、JPTEC、JNTEC 受講済であることが分かった。個別に特別な学習はほとんどしていないが日々の業務の中での経験や学びを振り返っていることが多かった。被災地での出動経験のある隊員は全体のおよそ3割程度であることがわかった。全員が今後も DMAT 活動の継続の意思を示しており、被災地への出動を望んでいる。そのためには日頃の訓練が重要であり、チームでの定期的な体験型訓練が必要であると考えていることが明らかになった。

考察

当院の DMAT 隊員看護師の過半数が救急病棟に所属しており、今回の研究参加者のほとんどが Dr car 乗務を兼任している。従って、院外救護活動に有意な JPTEC や外傷初期診療の要である JNTEC などの講習を自主的に受講しているスタッフが多かった。また、救急部での業務の一環として初期診療に携わる機会が多い。個別に特別な学習をしているということはないが、日常の業務の中での学びや経験を振り返ることで知識やスキルを定着させていると考えられる。DMAT 隊員としての被災地への出動経験がない隊員が過半数を超えるが、日常業務を災害時に活かせるようイメージトレーニングしていることがわかった。精神面においては元より、DMAT を志願する上で被災地での過酷な活動に対する覚悟が備わっていることがわかった。従って、出動経験の有無に関わらず、出動後の PTSD に悩まされることも、出動前の不安に苛まれることもないことがわかった。今後、DMAT 隊員のスキルの維持、向上に向けた学習方法に関しては、机上学習に加え、体感型学習が効果的であると考えていることがわかった。また、忘却を防ぎ、出動時の即戦力となるためには、反復学習が必要だと考えていることが多数であった。全員が DMAT 隊員としての活動の継続意思があり、その理由として、使命感や人の役に立ちたいと言う強い意思によるものであり、そのことが自発的に学習することにつながっていると考えられる。

倫理的配慮

自治医科大学附属病院臨床研究等倫理審査委員会の承認を受けた。

[OD501] 5.重症患者看護①

[OD501-01] 高度管理医療機器装着中の患者の早期リハビリテーション実施を阻害する看護師の心理的要因

○佐々木 祥子¹、中西 吉人¹、辰野 綾¹、佐藤 吟子¹ (1. 日本大学病院救命救急センター)

[OD501-02] 重症患者のリハビリテーションに対する看護師の意識調査 ～日常生活援助をリハビリとして意識しているか～

○小畑 優作¹、博多屋 静香¹、北里 勇起¹、石山 亜耶¹ (1. 独立行政法人国立病院機構九州医療センター)

[OD501-03] 疼痛管理に難渋した重症熱傷患者の ADL拡大に向けた関わり

○永野 貴子¹、岡本 佳枝¹、村上 香織¹、佐野 実加¹ (1. 近畿大学病院 救命救急センター)

[OD501-04] 高度救命救急センター HCUにおける排便障害患者に対する看護介入の実態調査

○高石 桃子¹、山崎 佳織¹、濱野 由紀子¹、今野 唯¹、中澤 萌花¹ (1. 埼玉医科大学総合医療センター)

[OD501-05] COVID-19患者に対する16時間の腹臥位療法～スキントラブル・口腔内トラブルの分析と対策の検討～

○鋤納 芽衣¹、三宅 千鶴子¹ (1. 大阪府三島救命救急センター)

[OD501-01] 高度管理医療機器装着中の患者の早期リハビリテーション実施を阻害する看護師の心理的要因

○佐々木 祥子¹、中西 吉人¹、辰野 綾¹、佐藤 吟子¹ (1. 日本大学病院救命救急センター)

キーワード：高度管理医療機器、早期リハビリテーション、阻害要因

【目的】

救命救急センターにおいて、高度管理医療機器装着中の患者の早期リハビリテーションの実施を阻害する看護師の心理的要因を明らかにする。

【方法】

- 1.対象者：救命救急センターに勤務する、経験年数の構成割合に基づき層化無作為抽出した看護師10名
- 2.データ収集期間：2019年12月～2020年1月
- 3.データ収集方法：半構造的インタビュー（個室で一人30分程度で実施）
- 4.インタビュー内容：
 - ①早期リハビリテーション実施前・実施中・実施後の時期で心理状態に違いはあるのか
 - ②高度管理医療機器の種類の違いで心理状態に違いはあるのか
 - ③看護師の背景
- 5.データ分析方法：得られたインタビュー内容を録音した ICレコーダーから逐語録を作成した。そしてデータをコード化、ラベルを抽出しカテゴリーを生成した。カテゴリーの関連性から実態を導き出した。
- 6.用語の定義：高度管理医療機器とは、日本医療機器産業連合会が示す医療機器クラス分類Ⅲ・Ⅳの機器を指す。

【倫理的配慮】

日本大学病院看護部研究審査委員会の承認を受け実施し、プライバシー保護を厳守した。

【結果】

看護師の背景は、看護師平均経験年数8.6年、救急領域での平均経験年数6.2年、早期リハビリテーション平均実施数5.2回/月であった。インタビュー結果から、54個のラベルを抽出でき、7個のカテゴリーが生成された。早期リハビリテーション実施時期及び高度管理医療機器の種類との関連性についてカテゴリーを<>、ラベルを<<>>で示し結果を述べる。

まず、実施時期による違いについて、早期リハビリテーション実施前・中・後の全ての時期に<高度管理医療機器屈曲リスク><患者の状態悪化リスク><早期リハビリテーションの効果が不明で意義自覚困難><人員確保困難>が生成された。リハビリテーション実施前・中の時期には<高度管理医療機器抜去リスク><時間確保困難>が生成された。リハビリテーション実施前の時期のみには<早期リハビリテーションへの無抵抗感>が生成され、実施時期により心理状態に違いがあった。

高度管理医療機器の種類による違いでは、経皮的心肺補助装置、大動脈内バルーンポンピング駆動装置には<患者の状態悪化リスク>が関連し、人工透析装置には<高度管理医療機器屈曲リスク>が関連し、人工呼吸器には<高度管理医療機器抜去リスク><早期リハビリテーションへの無抵抗感>が関連した。更に、ラベルを見ると<<補助循環装置中のリハビリテーション時の急変が怖い>>に対し、<<人工呼吸器装着時のリハビリテーション実施慣れによる無抵抗感>>が抽出されたことから、高度管理医療機器の種類の違いにより心理状態に違いがあった。

【考察】

補助循環装置を装着している患者は循環動態が不安定で、リハビリテーションが循環動態に影響した場合の患者の状態悪化リスクに対し心理的負担がある。また、実施時のアラーム対処の知識不足による漠然とした不安と、知識不足のため対応を他者に要請する状況が発生する可能性がある事、及びその業務的負荷への心理的負担があった。更に、デバイス屈曲による血管損傷や、デバイス抜去リスク等の不安や恐怖による心理的負担があった。また、<早期リハビリテーションの効果が不明で意義自覚困難>が生成された事は、鎮静下で意思疎通が図られない場合、リハビリテーションの効果が実感できず、意義を見出せない事による心理的負担があった。以上の心理的負担が、早期リハビリテーションの実施を阻害する心理的要因であることが示唆された。

[OD501-02] 重症患者のリハビリテーションに対する看護師の意識調査 ～日常生活援助をリハビリとして意識しているか～

○小畑 優作¹、博多屋 静香¹、北里 勇起¹、石山 亜耶¹ (1. 独立行政法人国立病院機構九州医療センター)

キーワード：重症患者、リハビリテーション、日常生活援助、PICS、ICU-AW

【目的】

近年、PICS(集中治療後症候群)・ICU-AW(ICU在室中に生じる急性のびまん性筋力低下)といった概念が提唱され、それらを予防する介入方法として、重症患者のリハビリテーション(以下リハビリ)が重要視されている。A病棟は救命救急センター・ICUであり、早期リハビリテーションチームにより、リハビリ介入を行っている。日本集中治療医学会は、早期リハビリテーション実施に際する看護師は、患者のニーズに応じた日常生活動作も早期リハビリテーションの一部として支援する役割があると述べている。しかし、日常生活動作向上に向けたリハビリに関する看護師の意識調査を行った研究は少なく、看護師が日常生活援助とリハビリをどのように関連づけて考えているかは不明瞭である。そこで、日常生活動作向上に向けたリハビリに関する看護師の意識調査を行うことで実態を明らかにする。

【方法】

A病棟看護師43名に質問紙調査を実施した。ICU-AWの診断で用いられるMRC筋力スコアを参考に、日常生活動作を15項目抽出し、動作毎にリハビリに対する意識について質問紙調査を行った。

「リハビリと認識しているか」と「リハビリとしてセルフケアを促しているか」の設問に対して、4段階評価尺度で評価し、両群を比較するため、ウィルコクソンの順位和検定を行った。

さらに、リハビリに対する弊害を自由に回答してもらい、その結果を同一内容ごとに単純集計した。

【倫理的配慮】

調査の目的、方法、自由意思による参加、プライバシー保護に関して文書にて説明を行った。質問紙調査の提出をもって同意が得られたものとした。A病院倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

各日常生活動作において、「リハビリと認識しているか」の設問に対し、15項目中12項目で90%以上の看護師が「とても思う、少し思う」と回答した。しかし、「リハビリとしてセルフケアを促しているか」の設問では、15項目中6項目で90%以上の看護師が「いつも行う、時々行う」と回答した。また、項目別でウィルコクソンの順位和検定を用いて検定した結果、「浴衣の紐を結ぶ」($p<0.0001$)と「スプーン・茶碗・箸を保持する」($p<0.0001$)で有意に差がみられた。一方で、「ヒップアップする」($p=0.0134$)は他の項目よりも有意差が低かった。

A病棟看護師が考えるリハビリを行う事に対する弊害は、「患者の病状」が全回答中55.8%と最も多く、次いで「リハビリに対しての知識不足」が41.5%だった。

【考察】

質問紙調査の結果、各日常生活動作において、「リハビリと認識しているか」の設問に対し15項目中12項目で90%以上の看護師が「とても思う、少し思う」と回答しており、日常生活動作をリハビリと認識できていたと考える。その背景には、リハビリチームの介入や多職種とのリハビリカンファレンスの実施等が影響していると考えられる。しかし、リハビリとして認識しているが、患者にセルフケアを促せていなかった弊害として、患者の病状を挙げている看護師が55.8%であった。患者の全身状態が不良であることや安静度の制限などがリハビリを促せなかった理由として考えられる。その中でも有意に差がみられた日常生活動作は主に手関節屈曲を使用する項目であった。ヒップアップ等の動作は、下肢・体幹を使うことでリハビリとしてイメージが付きやすいが、手先などの細かい動作はリハビリとしての重要性が低く捉えられてしまう傾向にあるのではないかと考える。

今後はリハビリチームと協働し、リハビリに関する知識や技術、手先を動かすような作業療法にも視点を向け、教育を行っていくことが課題である。

[OD501-03] 疼痛管理に難渋した重症熱傷患者の ADL拡大に向けた関わり

○永野 貴子¹、岡本 佳枝¹、村上 香織¹、佐野 実加¹（1. 近畿大学病院 救命救急センター）

キーワード：重症熱傷、疼痛管理、ADL拡大

【はじめに】

重症熱傷は治療や処置が長期にわたり、感染や瘢痕拘縮など様々な障害を残すことが多い。そのため、瘢痕拘縮や廃用による筋力低下や ADL低下が問題となり、早期離床や瘢痕拘縮予防、ADL低下予防の関りが重要となる。

【目的】

疼痛管理に難渋した重症熱傷患者の ADL拡大に向けた看護ケアを振り返り、検討する。

【研究方法】

事例研究

事例紹介：40歳代男性、廃油が入っている容器からでた火が引火し、両下肢・右上肢のⅢ度熱傷をおった。

分析方法：カルテから経時的な身体・精神的な苦痛の変化、リハビリ状況、看護援助内容を収集し、最終植皮術後から退院までの期間を3期に分け実践した看護を振り返る。

【倫理的配慮】

A病院看護研究委員会の倫理審査の承認を得た後、実施した。

【結果】

植皮術後（病日20～27日）、創部の浸出液多量、包帯交換は2日に1回、鎮痛剤投与下 NRS9～10、安静時も身の置き所のない様子であった。拘縮・褥瘡予防のためポジショニングと体位変換を実施していたが、「痛いから何もしないでほしい」と拒否的な発言が多く、医療者間でカンファレンスを行い、患者の訴えや疼痛の程度、リハビリ状況を共有した。疼痛により離床が進まないことを課題とし、患者の訴えに合わせた疼痛管理を行った。病日30～35日、浸出液は多く臭気あり、疼痛増強に伴う恐怖心や不安、頻回な処置への疲弊感がみられた。自動運動はみられず、下肢に軽度拘縮出現。安静時 NRS5、動作時 NRS9、鎮痛薬の効果がきれると苦悶表情がみられた。「動いたら痛みがひどくなるから動きたくない」と訴え、リハビリも消極的であった。医療者間のカンファレンスは週1回行い、鎮痛薬の効果は一時的で、恐怖心が芽生え、離床が進まないことを課題とし、現行の対策に加え鎮痛剤の予防投与を行い、患者の意向を確認し、病状と必要な治療・ケアについて伝え対応した。また希望時の創部冷却、十分な休息確保も行った。病日36～40日、創部は乾燥し浸出液減少、掻痒感が出現。NRS3、処置に伴う疼痛や疲弊感は軽減し、表情も穏やかで鎮痛剤の追加も行わなくなった。恐怖心は和らぎ、リハビリも10分程度の座位保持を目標に自ら取り組み端坐位まで可能となった。「動く痛みがでるのは怖いけど、座れるようになったのはうれしい」と離床が進んだことに喜びを感じる言動や笑顔が増えてきた。同時に「仕事に戻れるか心配」と社会復帰に対する発言も聞かれたため、カンファレンスで社会復帰への不安があることを共有し、患者とともにリハビリ目標を設定、目標達成の喜びを自ら感じ離床が進むように関わった。また疼痛は軽減傾向にあり、鎮痛剤の予防投与は中止し、今後の不安が表出できるよう環境を整え、思いを傾聴した。

【考察】

痛みの評価は、患者の自己申告が重要とされている。疼痛を主観・客観的に医療者間で評価・共有し疼痛管理を行ったことは患者の疼痛緩和につながったと考える。また、熱傷患者は疼痛を和らげるために四肢を屈曲内転する傾向にある。訪室毎に行ったポジショニングや下肢の関節可動域訓練は、筋緊張を和らげ可動域・筋力低下を最小限にすることができた。精神的苦痛は「患者の訴えを聞きストレスを最小限に抑えることが重要で、恐怖心や不安による疼痛は看護師が落ち着いた態度でケアにあたる必要がある。本事例では傾聴により患者の恐怖心に早期に気づくことができた。しかし、処置やケアを拒否する患者への対応に困難性を感じ、薬剤管理やポジショニングを優先してしまい精神的な苦痛緩和への関わりが十分でなかったことが今後の課題と考える。

[OD501-04] 高度救命救急センター HCUにおける排便障害患者に対する看護介入の実態調査

○高石 桃子¹、山崎 佳織¹、濱野 由紀子¹、今野 唯¹、中澤 萌花¹（1. 埼玉医科大学総合医療センター）

キーワード：脊髄損傷、排便コントロール、HCU

目的

A病院 HCUに転入する患者の4割は、脊髄を損傷した患者であり、様々な合併症を来す。中でも自律神経や直腸機能が傷害されている患者は、便秘になりやすい傾向にある。患者の疼痛コントロールや創部管理に優先順位を置き、介入が遅れ転院直前まで気づかず、対処が遅れる事例や、イレウスを発症し治療が必要となった事例を経験した。治療と同時に排便に対する看護介入を行い、個別の患者に合った排便管理の確立を目指す必要がある。そのため本研究では、脊髄損傷患者の生活の質の向上を目指し、看護介入の実態や排便管理に対する課題を明確にすることを目的とした。

方法

期間：2020年1月1日～2020年6月30日

対象：調査期間中 A病院 HCUに入院・転入した排泄のセルフケアができない脊髄損傷患者

方法：入院中の排便の有無を、看護介入状況（摘便、浣腸、温罨法実施、腹部マッサージ実施、医師への処方依頼の有無、食事・飲水の促し）と患者のデータ（排便回数、便性状、薬剤の使用、腸蠕動音、食事量）を収集し調査する。

倫理的配慮：A病院倫理委員会の承認を得て、診療録から取得した情報は統計的な処理を行い、目的以外には使用しない。

便秘の定義：本研究では3日以上排便がない状態とした。

結果

対象者は35人で、「便秘あり」20人のうち「看護介入あり」は15人、「便秘なし」15人のうち「看護介入あり」は10人であった。看護介入の内容は「摘便」13人、「薬剤の依頼（内服、浣腸）」3人、「飲水促し」3人、「離床」3人であった（重複あり）。看護介入開始日は、便秘1日目は0人、2・3日目は各1人、4・5日目は各2人、6日目は4人、7日目は5人であった。対象者の AISA機能障害尺度(以下 ASIA)による便秘の内訳は、A：3人/7人中（43%）、B：1人/1人中(100%)、C：5人/9人中（56%）、D：10人/12人中（83%）、その他：1人/6人（17%）であった。便秘で「看護介入あり」の15人は、ASIA：A～Cは100%、ASIA：D7人70%、その他：0%であった。排便管理に対する看護介入の有無をオッズ比で表記(表1)した。便秘ありの患者に関して、看護介入のある患者はオッズが3であった。

考察

AISAの重症度に関わらず、便秘に対し看護介入していることが分かり、HCU看護師の排便障害リスクを意識した行動ではないかと考えられた。しかし、便秘に対しての看護介入では、介入のタイミングや患者へのアプローチの仕方が異なっていることがわかった。早く介入した場合でも排便のない状態から5日目、最長で11日目で介入していた。A病院 HCUに入院・転入してから6日以上排便がないと、スタッフが看護介入を始めるケースが多かった。介入が遅くなるほど合併症による入院生活延長に繋がることが示唆された。このことより、複数ある看護介入の方法から、患者の個別性にあった排便コントロールを模索し、スタッフと知識や情報を共有し、最適な選択を HCU転入時から行うことが求められる。2日間排便の確認ができていなければ3日目で看護介入を開始できるようなスタッフ教育やシステムの構築が課題である。

[OD501-05] COVID-19患者に対する16時間の腹臥位療法～スキントラブル・口腔内トラブルの分析と対策の検討～

○鋤納 芽衣¹、三宅 千鶴子¹（1. 大阪府三島救命救急センター）

キーワード：COVID-19、腹臥位療法、スキントラブル

【はじめに】

米国集中治療学会から発表された COVID-19の治療に関する診療ガイドラインでは、人工呼吸器を装着した患者に対して12時間から16時間の腹臥位療法が推奨されている。長時間の腹臥位による合併症は、圧迫による褥瘡が最も多くみられている。当救命センターでは、重症 COVID-19患者のなかでも入院時の P/F150以下の患者を目安に16時間の腹臥位療法を実施しているが、重大な合併症は発生していない。

スキントラブル予防としてはメディカルパッドの馬蹄タイプを頭部、ドームタイプを体幹、四肢にはソフトナース[®]と体圧分散式クッションを使用、1時間に1度、四肢・頭部を15秒程度挙上し除圧を実施した。またアンカーファスト[®]を使用し、腹臥位時には気管チューブを口角へ移動させた。しかしスキントラブルと口腔内トラブルは多くの患者に合併していたことから、その要因を分析したので報告する。

【目的】

16時間の腹臥位によるスキントラブル・口腔内トラブルとその要因を明らかにし、今後の対策を検討する。

【方法】

1. 対象

2020年11月から2021年4月に当救命センターに入院した重症 COVID-19患者のなかで、気管挿管を行った36名のうち16時間の腹臥位療法を1度でも実施した25名。

2. 方法

①スキントラブルと口腔内トラブルの発生状況をカルテから情報収集した。

②スキントラブルと口腔内トラブルが発生しなかった患者を A群、1～4カ所発生していた患者を B群、5カ所以上発生していた患者を C群と3群に分け、各群と性別・年齢・BMI・血液検査データ・栄養状態・腹臥位施行時間との関連性をマンホイットニー検定にて分析した。

【倫理的配慮】

当救命センターの倫理委員会の審査を受け承認を得た。演題発表に関連し開示すべき COI関係にある企業などはありません。

【結果】

スキントラブルまたは口腔内トラブルは21名に生じており顔面から頸部が10名、体幹が6名、四肢が2名、口腔内トラブルは13名であった（重複あり）。スキントラブルにより腹臥位継続困難であった症例は2名であった。スキントラブルや口腔内トラブルなどを全く起こさなかった患者は4名（A群）、1～4カ所以上起こした患者は16名（B群）、5カ所以上起こした患者は5名（C群）であり、A・B・C群と予測される要因との関連性を分析した。結果、有意差を認めたのは腹臥位合計実施時間のみであり、長時間になるとスキントラブルと口腔内トラブルが有意に多く発生していた。

A群の平均腹臥位時間は 33.5 ± 6.2 時間、B群の平均腹臥位時間は 108.4 ± 56.6 時間、C群の平均腹臥位時間は 150.4 ± 63.1 時間であった。体幹のスキントラブル予防として使用したオプサイト[®]では水泡を形成し、白色ワセリン塗布では予防効果はなかった。手術時に使用されるリモイス[®]パッドを発赤部に貼付したところ、症状の悪化はみられなかった。

【考察】

メディカルパッドは局所圧迫を最小限に抑え、身体を均一な圧力で支えることから腹臥位に有用と考える。しかし顔面はメディカルパッドと接する面積が局所的であり、かつ顔面は突出部が多く、重力が集中して加わるためスキントラブルを生じやすいと考える。

体幹の発赤部位に貼付したリモイス[®]パッドは悪化を防いでいたことから、腹臥位を繰り返し実施する可能性がある患者に皮膚保護剤を貼付することで、摩擦やズレを予防しスキントラブルの予防効果が期待できると考えられた。

口腔内トラブルは気管チューブによる同一部位の圧迫や、ヘパリン持続投与の影響によるものと考えられる。頸部から顔面のスキントラブルと口腔内トラブルへの対策は今後の課題である。

[OD502] 5.重症患者看護②

[OD502-01] 人工呼吸器使用中の患者に対する下気道の適正な加湿環境の維持に向けたケアとその効果について

山田 君代¹、○西谷 稜介¹ (1. 医療法人 渡辺医学会 桜橋渡辺病院)

[OD502-02] 重症患者に対する健康支援介入の臨床的効果：システムティックレビューとメタ解析

○石貫 智裕¹ (1. 札幌医科大学保健医療学研究科)

[OD502-03] ICUにおけるせん妄予防の有用性～第2報～

○元川 直哉¹、濱田 悦子¹、藤田 真侑子¹ (1. 独立行政法人 労働者健康安全機構 中国労災病院)

[OD502-04] 重症外傷患者におけるシミュレーション教育を用いた取り組み

○臼方 静華¹、眞中 彩希¹、原 沙也加¹、川西 茉旺¹、藤本 礼也¹、堀内 奈美¹、斉藤 伊都子²
(1. 順天堂大学医学部附属浦安病院救命救急センター外来、2. 順天堂大学医学部附属浦安病院看護部)

[OD502-05] ICU入室中の新型コロナウイルス感染症重症患者における便秘の現状

○大内 心晴¹、中村 香代¹ (1. 独立行政法人国立病院機構災害医療センター)

[OD502-01] 人工呼吸器使用中の患者に対する下気道の適正な加湿環境の維持に向けたケアとその効果について

山田 君代¹、○西谷 稜介¹ (1. 医療法人 渡辺医学会 桜橋渡辺病院)

キーワード：人工呼吸器回路断熱コーティング、加温加湿器使用基準、痰粘稠度評価尺度

<序論>

人工気道を介した人工呼吸器使用中の患者は、生理的な加湿機能が低下するため、人工的な加湿が必要である。その手段として加温加湿器があるが、回路内結露が生じやすく、誤嚥リスクを高めることが懸念される。そこで今回、下気道の適正な加湿環境の維持を目的として、痰の粘性度の評価尺度を明確にしたうえで加温加湿器の使用基準を設定し、さらに加温加湿器使用中の回路内結露の予防に向けたケアを実施した。その結果、一定の効果を認めたのでここに報告する。

<方法>

急性大動脈解離の手術後で連日38度以上の高熱がある人工呼吸器管理中の1事例(73歳、男性)に以下のケアを実施した。すなわち、下気道の適正な加湿環境の維持に向けたケアとして、①痰粘稠度の評価尺度の開発、②加温加湿器の使用基準の明確化、③加温加湿器使用中の回路内結露の予防を行った。4/29～7/29の3か月間で①から③のシステム開発を行った。まず①では先行文献の「喀痰粘調度スケール」の「粘調度低い」の部分で「チューブ内に痰が残存するか否か」でさらに2つに細分化し、4段階のスケールとした。次に②③に関しては、加温加湿器の使用および回路への断熱コーティング実施の開始・中止を判断できるフローチャートを作成した(図参照)。そして、断熱コーティングは次に示す1から5までの方法で実施した。1.アルミホイルを吸気および呼気回路の口元フレキシブルチューブ手前までの長さ程度にカットする、2.上記のアルミホイルを吸気および呼気回路に巻く、3.アルミホイルの剥離を予防するためにその上から食品用ラップフィルムでコーティングする、4.食品用ラップフィルムを固定するために10cm程度の間隔でセロハンテープを巻く、5.口元のフレキシブルチューブは結露の貯まりや痰の吹き出しなどが観察しやすいようにアルミホイルは使わず食品用ラップフィルムを5周程度巻く。ケア前後の回路内の結露によって生じた水分量と痰の性状変化を評価指標として、中枢温、室温、空調設定が統一された連続した6時間でその効果を判断した。また、断熱コーティングの実用性については、コーティングする作業時間を評価指標とした。なお、研究に先立ち病院倫理委員会の承認を得た。

<結果>

対象患者の痰粘稠度スコアはケア前3であったが、②③に基づいて加温加湿器の使用および回路への断熱コーティングを行った結果、スコアは1に移行した。また、回路内の結露は断熱コーティング前後で19ml/hrから9ml/hrと約50%の減少を認めた。さらに断熱コーティングの作業時間は初回経験者で8分であった。

<考察>

本事例のように、クリティカルケア領域における患者は体温異常を呈することがあり、その状況では室温と回路内温度の較差が増大する。そのため、回路内結露が生じやすく、結露による誤嚥が人工呼吸器関連肺炎の重篤なリスクファクターとなりうる。そこで、断熱コーティングによる結露予防に努める必要がある。本研究の①により、痰の粘調度の評価が客観化された。また、②③によって、痰の至適粘調度の調整と結露による誤嚥予防を図ることができた。さらに今回の断熱コーティングの方法は安価で簡易に実施できるため、実用性が高いと考えられる。以上の結果を踏まえて、本ケアの標準化に努め、その成果判定に繋げたい。

[OD502-02] 重症患者に対する健康支援介入の臨床的効果：システムティックレビューとメタ解析

○石貫 智裕¹ (1. 札幌医科大学保健医療学研究科)

キーワード：健康支援介入、精神的介入、身体的介入

【目的】

重症患者に対する救命率は向上したが、ICU退室後の集中治療後症候群 (Post Intensive Care Syndrome :PICS) は、QOL (Quality of Life) 低下の要因になっている。PICS予防のために様々な精神的・身体的支援が行われ、RCTによる報告はあるものの、その効果は一定の見解が得られていない。さらに、精神面と身体面の双方による包括的な支援 (Health Support Intervention :HSI) の有効性も不明である。本研究の目的は、重症患者に対する身体的・精神的・包括的な支援によって QOLの改善に効果があるかエビデンスを創出することである。

【方法】

システマティックレビューは PRISMA声明に準拠し独立した2人の研究者で実施した。エンドポイントは HADS・EQ-5D-5L・SF-36とした。メタ解析には Review Manager Software 5.4を使用し、フォレストプロット・ファンネルプロット・バイアス評価を行った。研究は PRSPEROにレジストリーした (#CRD42020198973)。

【結果】

採用文献は14件で、計2,167名が対象とされた。全ての文献で実行バイアスと症例減少バイアスが大きかった。HADSに関して、HSIは不安 (95% CI [0.13-1.74]、P = 0.02) およびうつ病 (95% CI [0.07-0.90]、P = 0.02) を軽減した。SF-36に関して、身体的支援は PCS (95% CI [0.81-3.87]、P = 0.003) および MCS (95% CI [1.48-5.07]、P = 0.0003) を改善した。EQ-5D-5Lは有意差を認めなかった。

【考察】

不安や抑うつは精神的・身体的な反応の双方に影響されており、包括的な支援 (HSI) は QOL向上に有用と考えられた。一方で運動療法はストレス反応を集合的に改善するとされており、身体的支援が精神的反応にも効果的であった。重症患者の QOL評価には EQ-5D-5Lは感度が低く使用できない可能性が明らかとなった。

【結論】

包括的な支援 (HSI) は重症患者の不安とうつ病を改善し、身体的支援のみでも QOLを改善することが明らかとなった。一方で、HSIは重症患者の EQ-5D-5Lに影響を与えなかった。

[OD502-03] ICUにおけるせん妄予防の有用性～第2報～

○元川 直哉¹、濱田 悦子¹、藤田 真侑子¹ (1. 独立行政法人 労働者健康安全機構 中国労災病院)

キーワード：せん妄、せん妄予防ケア、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の維持に繋がると考え研究に取り組んだ。しかし、対象患者数が少なく、統計的な結果が不十分であったため、研究期間を延長し予防ケアの有用性を検討したため、ここに報告する。

【方法】

期間：令和元年8月1日～令和2年6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43名、比較対象としてせん妄予防ケア非介入群80名

方法：1) 対象者の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) 対象者の入室時にリスク因子のスクリーニングを実施

4) 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43名、非介入群は80名であった。介入群では、せん妄発症者は6名、ICUの平均入室期間は3.0日であった。各因子のうち、「肝機能障害の有無」と「腎機能障害の有無」の2項目で有意差を認めたが、各ケアと、せん妄発症の間に有意差はなかった。非介入群では、せん妄発症者は10名であり、各因子のうち、せん妄の既往とせん妄発症の間に χ^2 検定にて有意差を認め、さらに「年齢」と「入室期間」の2項目においてU検定で有意差を認めた。

【考察】

ケア介入群において「肝機能障害」「腎機能障害」の項目で、せん妄発症において有意差を認めたことから、患者の重症度がせん妄発症に影響していることが示唆されたが、ICUにおけるせん妄予防ケアの有用性を明らかにすることはできなかった。しかし、ケア非介入群では「入室期間」「年齢」の項目で有意差を認めたことから、せん妄予防ケアが、入室期間の長期化した患者や高齢患者のせん妄予防に効果があった可能性があると考えられる。また、ICUのような非日常的な環境で、患者の個別性に合わせた環境整備は、その人らしく療養生活を送る上で重要な関りの一つであると考えられるため、継続していく必要がある。

次にケア非介入群において、「入室期間」「年齢」の項目で有意差を認めており、高齢、入室期間の長期化が、せん妄発症に影響していることが明らかとなった。入室期間と重症度が常に比例しているとは言えないため、入室期間は独立している因子と考えることができる。

せん妄発症のハイリスク因子を明らかにすることができたため、入院時の状況や患者の持つ因子をスクリーニングすることでせん妄発症のハイリスク患者を選定し、せん妄発症の可能性が高い患者として対応することで、せん妄による危険行動の回避につなげることが可能と考えられる。

[OD502-04] 重症外傷患者におけるシミュレーション教育を用いた取り組み

○白方 静華¹、眞中 彩希¹、原 沙也加¹、川西 茉旺¹、藤本 礼也¹、堀内 奈美¹、斉藤 伊都子²（1. 順天堂大学医学部附属浦安病院救命救急センター外来、2. 順天堂大学医学部附属浦安病院看護部）

キーワード：シミュレーション教育、外傷看護

I. 目的

重症外傷患者に対する処置のシミュレーション教育（以下、教育）による、看護師の不安の軽減と患者受け入れ体制の円滑化について検討する。

II. 方法

当院救命救急センター外来に所属する看護師に対して、2020年4月から2020年12月に勉強会と教育を実施した。勉強会参加者は1回目20名中17名、2回目は19名だった。実際に搬送された事例を参考に、受傷機転、バイタルサイン、症状を示した3事例についてランダムに事例を選択し、5分間で受け入れに必要な物品を実際に準備ができるように教育を行った。1回目の教育参加者は13名中7名、2回目が6名、3回目4名であった。例えば、「20代女性、ビルの4階から墜落し皮下気腫、顔面外傷を認めレベル3桁、血圧は測定できず、ショックバイタルである」という事例に対し、輪状甲状靱帯切開、胸腔ドレーン、REVOA、鼠経シースなどの準備ができるように教育した。師長・主任・外傷チームメンバーを除き研究に同意を得られた13名を対象に、実施前後での外傷看護に対する印象や活動状況の変化についてアンケート調査を用いて比較した。倫理的配慮として本研究への参加の可否は自由意志であり拒否による不利益はなく、同意の撤回も可能であること、及び個人情報の保護について書面にて説明し同意を得た。また、研究に同意しなかった場合も教育には参加できることを説明した。

III.結果

アンケート調査では、外傷のイメージについて「処置介助が煩雑に感じる」「苦手、怖いと感じる」などの意見が多く挙げられた。救急隊の情報から ABCDの異常の有無の評価について「できた」と回答した割合は全ての項目が3回目には100%に上昇した。また ABCDの管理に必要な物品が準備できたかについては A、B、Dにおいて3回目には100%に上昇した。Cは「できた」と回答したのは1回目が14%であったが、2・3回目には50%に上昇した。外傷に対する意識の変容については「受け入れに対する準備や不安が無くなった」に関して、1回目は「当てはまる」「やや当てはまる」が67%、3回目は100%であった。「外傷事例の対応をすることが怖いと感じる」に関しては、1回目は「当てはまる」が67%、「やや当てはまる」が16%、「やや当てはまらない」が17%であるのに対し、3回目では「やや当てはまる」が100%であった。

IV.考察

来院前の ABCD評価ができていないにも関わらず、処置物品に過不足があることは外傷処置に不慣れであることが原因であると考え。教育を重ねるごとに不安や焦りを感じるスタッフは減少しており、繰り返しの実施が円滑な患者受け入れ体制の準備や安全な処置介助、看護の実践に繋がると考える。一方で、恐怖心の軽減を図ることはできなかった。しかし、重症外傷患者に対する不安や焦りは減少傾向であり、処置の流れを理解することで治療の流れを見据えることができたからではないかと考えられ、教育は有意義であると考え。

V.結論

重症外傷教育の実施により恐怖心はなくならなかったが不安や焦りを感じるスタッフは減少傾向であった。教育を通して救急隊の来院前情報から ABCDの評価ができ、重症外傷患者に必要な物品、処置内容や処置介助の流れなどが想起できるようになったことで、今後はより円滑な患者の受け入れが期待できると考える。今後も定期的な教育を実施し、看護師の不安の軽減や患者受け入れ体制の円滑化に努めることが必要であると考え。

[OD502-05] ICU入室中の新型コロナウイルス感染症重症患者における便秘の現状

○大内 心晴¹、中村 香代¹（1. 独立行政法人国立病院機構災害医療センター）

キーワード：便秘、新型コロナウイルス感染症重症患者、鎮痛・鎮静薬、筋弛緩薬

はじめに

ICU入室中の新型コロナウイルス感染症重症患者は、気管挿管や腹臥位療法等の治療や処置に伴い、鎮痛・鎮静薬や筋弛緩薬の使用、離床の遅延等が生じる。臨床的特徴として、鎮静薬に対する抵抗性や肺傷害の原因となる吸気努力の亢進が観察され、深鎮静で管理を行うことがある。そのため、鎮痛・鎮静薬の投与は高容量に至り、それらの複数の因子は、消化管運動の低下を招く。特に気管挿管中便秘を生じた患者に抜管後頻回な排便が見られると、更なる酸素需要の増加やせん妄発症の誘因となっていることを臨床で見受ける。また便秘は、腸管内での便の貯留により、横隔膜が挙上し運動の制限を起こすことや腸管蠕動の停滞による嘔吐等様々な合併症の原因にもなる。このように便秘は、患者予後に関わる二時的合併症発症の原因となるため、ICU入室の早期より介入が必要である。今回、ICUに入室した新型コロナウイルス感染症重症患者の排便と患者状況について調査したことを報告する。

目的

ICUに入室した新型コロナウイルス感染症重症患者の便秘の現状調査。

方法

2021年2月～2021年5月の間、A病院 ICUに鎮痛・鎮静薬を投与し気管挿管を行った状態で入室した患者の排便状況とそれに影響する因子の分析・検討を行う（排便回数、排便量・性状、麻薬性鎮痛薬投与量、鎮静薬投与量、筋弛緩薬投与量、経腸栄養投与量、RASS、CPOT、IN-OUTバランス、腸管蠕動改善薬・緩下剤使用量、離床状況、年齢、性別、各種採血データ等）。また便秘は、日本内科学会が示している、「3日以上排便がない状態、または毎日排便があっても残便感がある状態」と定義した。

倫理的配慮

報告するにあたり個人が特定されないように配慮することを説明し、患者本人より了承を得た。著者は、eAPRIN研究者コースを修了している。（修了者番号：AP0000206910）

結果

対象患者は12名。全患者入室24時間以内の早期に経腸栄養を開始し、腸管蠕動改善薬・緩下剤を投与した。気管挿管中の離床は、看護師がヘッドアップと他動的な関節可動域訓練を施行。経日的に腹部レントゲン撮影を行い腸管内ガスや便の蠕動、腹部膨満、腸蠕動音等の評価を行った。対象患者12名のうち全患者がICU入室中3日以上の排便がなく、平均で 8.54 ± 2.51 日であった。また、全患者が気管挿管中にフェンタニル塩酸塩、プロポフォールを投与。9名がデクスメトミジンを投与。9名が腹臥位療法施行に伴い、ロクロニウムを投与していた。5名の患者が麻薬性鎮痛薬・鎮静薬を投与終了し抜管または気管切開後、平均で 0.92 ± 0.77 日以内に排便があり、その後1-3回/日と良好な排便コントロールがついた。

考察

ICUに入室した新型コロナウイルス感染症対象患者全例で便秘が生じていた。気管挿管や腹臥位療法施行に伴い、麻薬性鎮痛薬や鎮静薬、筋弛緩薬を入室直後より使用していることやそれに伴う身体活動性の低下は消化酵素の分泌抑制や消化管の蠕動低下に影響し、便秘を生じる一因であったと考えられる。抜管または気管切開後48時間以内に5名の患者に排便があった。抜管に伴う麻薬性鎮痛薬等の投与終了や身体活動性が向上し自動運動が可能になることは、消化管蠕動を促進し排便コントロールを行う上で必要であると考ええる。それらのことから、気管挿管中から不要な鎮痛・鎮静薬投与を避けることや、早期離床に自動運動を組み込むこと等の良好な排便コントロールへの介入について検討することが、今後の課題である。

[OD504] 5.重症患者看護④

[OD504-01] 高度救命救急センターに勤務する看護師が捉えた重症熱傷患者の看護援助とその困難

○村中 沙織¹、牧野 夏子² (1. 札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター病棟、2. 札幌医科大学附属病院 ICU病棟)

[OD504-02] 救命救急センターにおける COVID-19患者受け入れへの取り組みと課題

○中村 咲¹、松浦 誠史¹、齋藤 美香子¹、石森 あゆみ¹、三浦 崇子¹ (1. 独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 救命救急センター)

[OD504-03] 小児重症患者対応のシミュレーション教育の効果

○柳谷 愛里¹、岩山 朋裕¹、岩村 瑞紀¹、堀内 奈美¹、斉藤 伊都子² (1. 順天堂浦安病院看護入院業務課救命救急センター外来、2. 順天堂浦安病院看護入院業務課)

[OD504-04] 救命センター看護師への嚥下評価表の導入と実践課題

○吉野 沙織¹、伊藤 杏子¹、山下 将志¹、中本 亜也¹ (1. 聖マリアンナ医科大学病院救命センター)

[OD504-05] 当院救命救急病棟におけるせん妄予防パンフレットの効果と有用性の検討

○大屋 勇人¹ (1. 足利赤十字病院)

[OD504-01] 高度救命救急センターに勤務する看護師が捉えた重症熱傷患者の看護援助とその困難

○村中 沙織¹、牧野 夏子² (1. 札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター病棟、2. 札幌医科大学附属病院 ICU病棟)

キーワード：熱傷看護、看護援助、困難

【目的】重症熱傷患者は治療の複雑性や多くの診療科の介入が必要なことから高度救命救急センター等の高度医療機関に搬送される。重症熱傷患者の看護援助は、熱傷の生理学的変化に対応する専門的知識を土台とし、複合的な臨床判断や熱傷処置等に伴う多職種連携、熱傷による障害受容の過程を理解した精神的援助等が求められる。そのため、重症熱傷患者の看護援助は熟練した経験知が必要であり困難を抱きやすいことが推察される。本研究の目的は高度救命救急センターに勤務する看護師が捉えた重症熱傷患者の看護援助とその困難を明らかにすることである。

【方法】2020年9月、高度救命救急センターの看護師6名を対象にフォーカス・グループ・インタビュー(以下、FGI)を行った。FGIに先立ち研究協力者には基本属性を紙面で確認した。FGIの内容は重症熱傷患者の看護援助とその困難で構成した。データ分析は逐語録から熱傷看護患者の看護援助とその困難についてそれぞれ抽出し意味内容ごとに要約した後、テキストマイニング(KH Coder 3)を用いて上位頻出語、共起ネットワーク分析を行った。倫理的配慮として研究者が所属する施設の看護研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した。研究協力者に文書で研究趣旨・目的、研究参加の自由意思、研究協力諾否の自由、匿名性と守秘義務の遵守、データの保管・廃棄方法、FGIで得られた情報の守秘義務、結果の公表方法等を説明し同意を得た。

【結果】研究協力者の背景は男性3名、女性3名、看護師経験年数は 8.8 ± 3.2 年、救急看護経験年数は 5.3 ± 1.4 年であった。テキストマイニングの上位頻出語の結果は、看護援助は「患者」47が最も多く、「家族」36、「処置」25と続き、困難は「患者」46が最も多く、「熱傷」36、「難しい」28と続いていた。共起ネットワーク分析の結果から重症熱傷患者の看護援助(図)は【治療の説明やリハビリテーションなどのケアの必要性などの判断と安静度の確認】【患者の全身状態の観察と熱傷創部の管理と工夫】【変化や異常への対応】【形成外科医師との痛みの情報共有と経験を活かした被覆方法の提案】【終末期と感じた際の見た目を考慮した創処置と家族面会の調整】の5つのカテゴリー、困難は【治療が長期に渡ることへの思い】【患者が自分の姿と対面するタイミング】【不十分なルート固定による事故回避の管理】【ボディイメージのケアと便に対応する熱傷創管理の大変さ】【熱傷処置と精神的ケアの知識不足】【重症患者の鎮静鎮痛薬管理と急性期における予後を含めた家族アプローチの難しさ】の6つのカテゴリーが抽出された。

【考察】熱傷患者の看護援助は、全身管理と安全管理を含めた熱傷創管理、家族の精神的なケアが支柱であった。高度救命救急センターの看護師は主に重症熱傷患者の急性期ケアを担うことから、異常の早期発見と対応、熱傷創の管理、被覆管理などに配慮と工夫を行い、終末期には患者の容姿に配慮した処置と家族ケアを行っていた。一方で熱傷創部でのルート固定などの安全管理、排便管理、回復期の受傷後の患者の自己との対面やボディイメージの変容に対する看護援助の難しさを感じていることが明らかとなった。熱傷看護の看護援助と困難の結果は対応しており、患者個々に創管理や事故回避、苦痛緩和のための配慮や複雑な精神的ケアを必要とし、治療が長期にわたるため病期に応じた患者及び家族へのケア実践となることから、知識や経験の不足を強く感じたと考える。今後の重症熱傷患者ケアの充実のため、知識や経験不足を補う実践に基づく教育体制の整備が必要と考える。

[OD504-02] 救命救急センターにおける COVID-19患者受け入れへの取り組みと課題

○中村 咲¹、松浦 誠史¹、齋藤 美香子¹、石森 あゆみ¹、三浦 崇子¹（1. 独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 救命救急センター）

キーワード：COVID-19、マニュアル、救命救急センター

【はじめに】

A病院救命救急センター（以下、救急センター）は3次救急医療機関として役割を担っており、COVID-19感染者数の増加に伴い、2020年4月より入院協力医療機関として重症患者の受け入れを開始した。感染対策室の指導のもと ICTリンクナースを中心とし、ゾーニングの設定などの病床整備を行うと同時に、患者搬送経路や挿管時の使用物品・薬剤、介助方法といった一連のシミュレーションを重ね、マニュアルを作成し幾度も修正してきた。2020年度後期は、重症患者の受け入れ数が増加してきたことに伴い、外部研修（厚生労働省 ECMOチーム等養成研修事業 人工呼吸・ECMO講習会）に参加したスタッフによる V-V ECMO治療や看護ケアについての伝達講習を病棟内で企画したり、理学療法士から指導を仰ぎ、看護師が実践できるリハビリテーション方法を提示したりするなどスタッフの教育に努め、安全にそして可能な限り患者に安楽な看護を提供できるよう取り組んできた。また、3次救急対応も継続しており、COVID-19患者に対応できるスタッフが限定されるため担当回数の均等化を図り、担当表を作成し提示するなど、様々な取り組みを行ってきた。その経過を振り返り今後の課題が見出されたのでここに報告する。

【目的】

救急センターにおける COVID-19患者受け入れへの取り組みを振り返り、今後の課題を見出す。

【方法】

COVID-19患者を担当した救急センター看護師49名に対し、「マニュアルが参考となったか」「マニュアルにより前年度と比較し業務において効果があったか」「重症患者についての外部研修を受講したスタッフからの伝達講習に対する意見」「担当回数表の提示後、担当回数に変化はみられたか」の5項目について質問紙による調査を実施し単純集計を行った。

【倫理的配慮】

質問紙調査への回答をもって調査への同意とし、調査の回答は個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

質問紙調査の結果、「マニュアルが役に立った」91.8%、「マニュアルにより当初よりスムーズに動いている」63.2%、「スムーズに動いていない、または変わらない」28.5%、「伝達講習が参考になった」100%であった。「スムーズに動いていない、または変わらない」との回答への理由としては、検体や物品の取扱いなどの業務面がマニュアルに記載されていない医師と共有されていない場面があった等が挙げられた。COVID-19患者における「担当回数に変化がみられたと思う」は55.1%という結果であった。

【考察】

救急センターの取り組みとして「マニュアルを参考にできた」という意見が9割に上り、マニュアル作成により担当スタッフが統一した方法で対応できるという効果があったと言える。また、実際にスムーズに動いているという回答が6割に留まったのは「使用する薬剤の指示がマニュアルと異なった」、「細かなルールがタイムリーに更新されていないことがあった」などが要因と考える。受け入れ当初は、COVID-19患者に対して感染対策等の不安が聞かれたが、マニュアルの作成・伝達講習・スタッフ教育の実施や、スタッフの負担に配慮し、担当回数の均等化をしたことで、患者・看護師双方にとって安心・安全な体制づくりを築くことができたと言える。今後は、予測できない患者数の動向に対し柔軟な対応と、スタッフの精神的負担に配慮していく必要があるため、これらの取り組みを継続し、マニュアルの更新やスタッフへの伝達をどのように進めていくかが課題であると考え

[OD504-03] 小児重症患者対応のシミュレーション教育の効果

○柳谷 愛里¹、岩山 朋裕¹、岩村 瑞紀¹、堀内 奈美¹、斉藤 伊都子²（1. 順天堂浦安病院看護入院業務課救命救急センター外来、2. 順天堂浦安病院看護入院業務課）

キーワード：シミュレーション教育、小児看護、救急外来

I. 目的

シミュレーション教育を定期的開催することで、小児重症患者の受け入れに対する看護師の不安が軽減し、受け入れ準備をスムーズに行うことができ、シミュレーション教育効果を明らかにする。

II. 方法

2020年10月31日～11月30日の期間に救命救急センター外来の看護師19名に前年度作成した「重症小児対応チェックリスト」を用いてシミュレーション教育を実施した。受け入れ準備時間の計測や終了後に評価の振り返りを行った。シミュレーション後にアンケートを実施し、小児患者の対応に関する不安を6段階評価、シミュレーション教育の感想や前回との比較、受け入れに関する不安の変化についてアンケートを実施し、シミュレーションの評価結果、アンケート結果を単純集計した。倫理的配慮として本研究への参加の可否は自由意志であり、対象者への意義・目的、中断・撤回が任意にできることを書面で説明した。また、研究に同意しなかった場合も教育には参加できることを説明した。収集したデータは研究以外に使用せず、質問紙は無記名で行った。

III. 結果

本研究の対象者に、対象者19名全員に同意を得ることができ、前年度のシミュレーション教育の実施者は19名中14名（73.7%）だった。受け入れ準備にかかった時間は平均6分59秒だった。前年度シミュレーションで低評価だった項目のうち今年度改善が見られていたのは「PATの観察項目」「体型に合った薬剤や使用物品」「骨髄針の位置」「ジャクソンリースの準備」「挿管チューブのサイズ確認」だった。「保温、更衣、オムツの準備」「挿管時の肩枕の準備」「聴診器の準備」は前年度と変わらず低評価のままだった。

アンケートの回収率は19名中16名（84.2%）だった。小児患者の対応に関しての不安を0（不安はない）～5（不安が強い）の尺度で示してもらった結果、不安がある（3～5）と回答した看護師は8割以上いた。シミュレーションの感想や前回との比較では、「不安が軽減された」「思い出した」などほぼ全ての回答で肯定的な意見が聞かれた。受け入れに関する不安の変化については「受ける前より少し不安は軽減された」「不安は常を感じる」「実際に来ると怖いと思った」などが挙がった。

V. 考察

前年度シミュレーション教育で低評価だった項目のフィードバックを行い、各々が意識することが出来、大幅な評価の上昇があったと考えられる。しかし、低評価のままであった項目もあり、物品の収納場所が原因の一つだと考えられるため収納場所の検討を行う必要がある。小児患者の対応に関して、8割以上の看護師が不安を持っている。シミュレーションの感想や前回との比較では、肯定的な意見が多く聞かれたこと、前回より総合的にシミュレーションの評価が上がっていたためシミュレーション教育の効果はあったと考えられ、定期的開催する意義があると考えられる。受け入れに関する不安の変化についてシミュレーション後、不安が軽減している意見もあったが、一方で不安に変化はなく、実際に想定して怖くなったという意見も聞かれ、必ずしも不安が軽減するとは言えないことが分かった。しかし、シミュレーション教育を継続し経験を重ねることにより、不安の軽減に繋がる効果が期待される。

VI. 結論

小児重症患者対応には多くの看護師が不安を感じていることが分かった。シミュレーション教育のみですべての看護師の不安を取り除くことは難しいが、シミュレーション教育を繰り返し行うことで受け入れ準備がスムーズとなり、知識や技術の確認ができ、結果として自信がつくことが不安の軽減に繋がると考えられるため、今後も定期的にシミュレーション教育行っていきたい。

[OD504-04] 救命センター看護師への嚥下評価表の導入と実践課題

○吉野 沙織¹、伊藤 杏子¹、山下 将志¹、中本 亜也¹（1. 聖マリアンナ医科大学病院救命センター）

キーワード：早期経口摂取、嚥下評価、急性期

【目的】

当院救命センターでの嚥下評価は、言語聴覚士（Speech Language Hearing Therapist以下 ST）が行うことが多かった。しかし、専属の STは配置されていないため、嚥下評価が遅れることがあった。さらに、COVID-19感染症患者に対する嚥下評価は看護師が行っているが、個々の知識や経験に左右されている。そこで、看護師が安全かつ統一した嚥下評価を実施し、急性期患者が早期に経口摂取を開始できることを目的とした嚥下評価表を作成した。嚥下評価表の導入を行った結果、実践課題が明らかになったので報告をする。

【方法】

医師、STと嚥下評価の導入基準と評価表を作成した。導入基準は、意識レベル、抜管後の経過時間、循環動態、姿勢、咳嗽反射の5項目を設定した。対象は救命センター入院患者で、導入基準を満たし、医師と嚥下評価を実施することの共通認識が得られた患者とした。口腔機能の評価し、評価方法を改訂水飲みテストと1%とろみ水を使用したスクリーニングテストに振り分けた。評価結果に対する食形態はST指示のもと設定した。評価を実施する看護師は、STによる嚥下のメカニズムに関する講習を受けて、実際の評価を学習したものとした。2020年11月から2021年2月までに実施された嚥下評価について、後ろ向きに調査し、検討を行った。

【倫理的配慮】

個人情報管理者を立て適切に管理し、研究終了後は破棄した。本研究は、研究者が所属する生命倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：第5276号）。

【結果】

実施された嚥下評価66件中、48件で評価後に食事開始した。うち47件は、食事開始後も有害事象は認めず経過し、1件は既往に認知症のある患者で食事開始後にむせ込みを認め絶食管理となった。評価結果と実際に開始された食形態で相違があった件数は10件で、患者希望1件、医師判断2件、歯の問題4件、結果より食形態を下げて開始していた。他3件は、気管切開患者、嚔声を認める患者、認知症のため空嚥下が確認できない患者で、評価表では判断が困難な点があり、STに相談し食形態を決定した。食事開始出来なかった18件の内訳は、病態により欠食6件、誤嚥のリスクありと評価された9件、看護師の判断で欠食となった3件であった。看護師の判断で欠食となった3件の判断理由は3つあり、①意識レベル②嚥下評価後に SpO₂の低下を認めた③評価後時間をおいてムセと湿性咳嗽を認めたことであり、誤嚥のリスクが高いと判断していた。

【考察】

食事開始後48件中47件で有害事象を認めなかったことから、看護師の嚥下評価により安全に経口摂取を開始することができたと考える。食事開始後に誤嚥を認めた1件は認知症患者であり、認知症の程度によっては嚥下障害の程度が異なり、評価自体が困難な場合もある。そのため、認知症患者においては、STと協働した嚥下評価の実施と食事開始後も継続した観察を行う必要があることを示唆する。評価表では経口摂取可能と判断できるものの、看護師が判断し欠食となった事例が3件あった。急性期患者において、意識レベル、呼吸状態に懸念がある場合の経口摂取は、全身状態悪化を招く恐れがある。全身状態を考慮して看護師が欠食を判断した3例は、これらを回避できたと考える。また、嚥下評価時のみならず、ベッドサイドで継続した観察ができる看護師が評価を実践することで、より安全に経口摂取の可否を判断できたと考える。今回、安全を考慮して嚥下評価を行なう看護師を限定した。今後は多くの看護師が日常的に評価を行えるよう、教育を充実することが課題である。

[OD504-05] 当院救命救急病棟におけるせん妄予防パンフレットの効果と有用性の検討

○大屋 勇人¹（1. 足利赤十字病院）

キーワード：せん妄

【目的】

日本集中治療医学会から示されている『日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン』では、せん妄発症に関連した患者側の危険因子に、年齢、重症度、感染（敗血症）、既存の認知症の4つをあげている。また、せん妄患者への介入は非薬理的介入を推奨している。当院救命救急病棟ではせん妄予防に向けた、統一した対策を講じていなかった。当病棟に入院・転入する患者もせん妄の危険因子を有することが多く、せん妄発症の可能性が高いと考えられた。そのためせん妄発症率を明らかにし、発症予防を図る必要があると考えた。

そのような背景により2018年8月から intensive care delirium screening checklist（ICDSC）を用いたせん妄スクリーニングを開始した。また、せん妄患者への非薬理的介入として、2019年8月から患者家族にせん妄予防パンフレットでの説明を開始した。

本研究の目的は、ICDSCを用い当院救命救急病棟におけるせん妄発症率を明らかにするとともに、せん妄予防パンフレットの有用性を検討することである。

【方法】

2018年8月～2019年1月、2019年8月～2020年1月に当院救命救急病棟に入棟した患者のうち①15歳未満の小児、②在棟期間中のICDSCでの評価がすべて（－）である患者を除外例とした。2018年8月～2019年1月を非介入群721名、2019年8月～2020年1月を介入群759名の2群に分類した。

介入群の家族に対して以下の内容でせん妄予防パンフレットを作成し実施した。

- ①患者家族に対してせん妄予防のための情報提供を行う。
- ②患者に対して見当識に関する情報提供と認知機能への刺激を与えることを目的として、補聴器や眼鏡、家族の写真やカレンダー、時計などの準備を患者家族に依頼する。

検討項目は年齢、性別、入院時 sequential organ failure assessment（SOFA）score、入院前認知症有病率、リハビリテーション科介入率、死亡率、救命病棟入棟中のせん妄発症率、急性期在院日数として、後方視的に2群間を比較した。各項目を χ^2 検定、Mann-WhitnyのU検定で統計解析し、有意水準5%未満とした。

【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】

性別とリハビリテーション科介入率では有意な差を認めなかった。年齢、認知症有病率、SOFA scoreは介入群で有意に高かった。せん妄発症率は非介入群（27.3%）と介入群（21.10%）で介入群が有意に低かった。死亡率は非介入群（9.40%）と介入群（9.70%）で有意な差を認めなかった。急性期在院日数は非介入群（25.49±27.85日）と介入群（24.79±27.77日）で有意ではないが低い傾向があった。

【考察】

介入群は非介入群と比較し、年齢、認知症有病率、SOFA scoreが有意に高く、せん妄を発症しやすい背景であった。このような患者背景の中でも、せん妄予防パンフレットを用いた介入の結果、せん妄発症率は有意に低下し、急性期在院日数に関しては有意な差を認めなかった。せん妄予防パンフレットを用いた介入は、せん妄発症率を低下させることが示唆された。

[OD601] 6.家族看護①

[OD601-01] 救命救急センターにおける自殺未遂患者の家族に対する熟練看護師の看護実践

○梅田 みゆき¹、船越 明子² (1. 神戸市立医療センター中央市民病院、2. 神戸市看護大学)

[OD601-02] 救急外来で亡くなる患者の家族とのコミュニケーション場面で看護師が抱く困難と対処

○中村 公彦¹、菅原 美樹² (1. 札幌東徳洲会病院、2. 札幌市立大学看護学部)

[OD601-03] 重症・救急患者家族のニーズが CNS-FACEでは顕在化しなかった一例

○平家 歩美¹、西本 麻衣子²、笠井 有希² (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集中治療室、2. 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救命救急センター)

[OD601-04] 救急搬送された患者家族の生活変容と心理的变化のプロセス

○大西 敏美¹、市原 多香子¹、曽根 綾乃² (1. 香川大学医学部看護学科、2. 香川大学医学部附属病院)

[OD601-01] 救命救急センターにおける自殺未遂患者の家族に対する熟練看護師の看護実践

○梅田 みゆき¹、船越 明子² (1. 神戸市立医療センター中央市民病院、2. 神戸市看護大学)

キーワード：自殺未遂患者、家族看護、熟練看護師、救命救急センター

【はじめに】

自殺未遂者は、1年以内に60%以上の人が再企図しており、再企図率は高い(衛藤ら,2012)。自殺未遂患者が搬入される救命救急センターは、再企図予防に対して大きな役割を担っている。また、再企図予防には家族が与える影響が大きいと言われている(Sun et al, 2012)。しかし、救命救急センターの看護師による自殺未遂患者の家族に対する看護の詳細については明らかにされていない。

【目的】

本研究の目的は、救命救急センターにおける自殺未遂患者の家族に対する熟練看護師の看護実践を明らかにすることである。

【方法】

研究対象者は、精神科があり、複数の救急看護認定看護師のいる近畿の救命救急センターに勤務する、当該分野の臨床経験年数が5年以上の熟練看護師で、救急看護認定看護師または急性重症患者看護専門看護師、管理者からの推薦者の、いずれかを満たすものを対象とした。半構造化インタビューを実施し、逐語録を質的帰納的に分析した。本研究は、神戸市看護大学の倫理審査の承認を得て実施した。倫理的配慮として、研究への参加は自由であり、研究の途中でも参加を中止できること、個人が特定されないようにすることを、文書と口頭で説明し、同意書を取得した。

【結果】

研究対象者は、女性8名、男性1名で、平均年齢は39.4歳、平均臨床経験年数は17.2年、救命救急センターでの経験年数は14.2年であり、専門看護師または認定看護師の資格を有するものは7名だった。分析の結果、4つのカテゴリ、15のサブカテゴリが抽出された。熟練看護師は、患者の搬入直後から関係性を創ろうと家族の心情に添って関わっていた。そして、治療中の患者を心配する家族の中で、一番冷静で精神状態が安定している家族を見極めて患者の身体状況や治療への理解を促していた。また、患者に対する家族の気持ちや、自殺未遂前の家族との関係性を予測して、家族と患者に対して、できるだけ悪影響のないような状況を意図的に作り自殺未遂によって患者との関係性が悪化しないように気を配っていた。さらに、家族の状況を捉えて、必要になりそうな社会資源を導入するなどの調整を行い、退院後に患者の変化に家族が対応できるように整えていた。

【考察】

熟練看護師の看護実践は、家族の精神状態を安定させ、家族と患者との関係性を良好に保ち、再企図予防に繋がっていた。また、限られた時間の中で、行すべき看護を見極めて、看護を組み立てながら家族に関わるものだった。本研究の結果は、家族に行うべき具体的なケアが行動レベルで示されており、自殺未遂患者の家族への関わり方が分からなかった看護師の看護実践に活用できると考えられる。今後は、自殺企図の背景要因による看護実践の特徴や、自殺未遂患者の家族が看護師のケアを受けて感じた主観的ニーズを明らかにする研究が必要と考える。

【引用文献】

衛藤、喜多村、田中、石倉、西村. (2012). 救命救急センターに搬送された自殺企図者の特徴-自殺予防に向けた初回自殺企図及び自殺企図の再発に関する後方視的研究, 福岡大医紀要, 39(2), 179-189.

Sun Fan-Ko, Ko Chen-Ju, Chang Shing-Ling, Chiang Chun-Ying.(2012).Comparison Study of Post discharge Care Provided to Suicide Patients by Family Members in East and South Taiwan. Journal of Nursing Research,20(1),53-65.

[OD601-02] 救急外来で亡くなる患者の家族とのコミュニケーション場面で看護師が抱く困難と対処

○中村 公彦¹、菅原 美樹² (1. 札幌東徳洲会病院、2. 札幌市立大学看護学部)

キーワード：救急外来、家族看護、コミュニケーション、困難、対処

I. はじめに

二次救急外来の看護師は、独歩や救急搬送される患者と家族に限られた人員で対応している。救急外来で死を迎える患者への対応は三次救急外来に比べて少ないことから、その家族とのコミュニケーションに困難を抱き、解決されない現状が課題となっている。三次救急外来に焦点をあてた研究はあるが、二次救急外来を対象とした研究は少ない。

II. 目的

救急外来で亡くなる患者の家族とのコミュニケーション場面で看護師が抱く困難と対処を明らかにすることを目的とした。

III. 方法

質的記述的研究デザインとした。調査期間は2020年9月～11月であった。研究対象者は、救急外来の業務を担ってから2年未満の看護師3名とした。インタビューガイドを用いた半構成的面接によりデータ収集を行った。質的記述的分析の手法として谷津(2015)の分析方法を参考に内容分析を行った。

倫理的配慮は、札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会の承認を得た後に実施した。研究対象者に対し、研究目的と意義、研究方法、参加の自由意志と撤回について、プライバシーの保護、個人情報の保護、研究結果の公表について文書を用いて口頭で説明し、同意書の署名をもって承認を得た。

IV. 結果

救急外来で亡くなる患者の家族とのコミュニケーション場面で看護師が抱く困難は、【家族に対応する時間がとれない状況】【激しい動揺・混乱している家族にどう声をかけたらよいかわからない】【関係性に配慮した関わりと悲しみの表出ができない】【安易に返答できない】【関わりの評価ができない】【死を受け止めることで精一杯】【看護師1人に対応することの限界】の7つのカテゴリーが見出された。対処は、【ゆっくり話せる時間をできるだけ作る】【そばにいる・とにかく傾聴することしかできない】【タッチングを促し悲しみを和らげるよう声をかける】【家族がわからないことを説明するよう心がける】【他の医療者の協力を得て情報を共有する】【家族の思いを汲んだ対応をしたい】の6つのカテゴリーが見出された。

V. 考察

看護師は激しい動揺や混乱などの家族の反応による影響を受けて、どう声をかけたらよいかわからず、死を受け止めるだけで精一杯になりストレスを受けていることが考えられる。そして、【激しい動揺・混乱している家族にどう声をかけたらよいかわからない】【関係性に配慮した関わりと悲しみの表出ができない】困難と【ゆっくり話せる時間をできるだけ作る】【そばにいる・とにかく傾聴することしかできない】対処は、救急外来の特徴であると考えられる。困難を軽減するためには、教育的な介入や看護師の思いを表出できるよう介入し、看護師の対処を強化していく必要があると考える。

VI. 結論

看護師が抱く困難は7つのカテゴリー、困難への対処は6つのカテゴリーが明らかになった。看護師への支援策として、ロールプレイやシミュレーション教育の実施、事例を共有する場の提供をしていく必要がある。

[OD601-03] 重症・救急患者家族のニードが CNS-FACEでは顕在化しなかった一例

○平家 歩美¹、西本 麻衣子²、笠井 有希² (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集中治療室、2. 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救命救急センター)

キーワード：CNS-FACE、家族援助

I. 目的

重症・救急患者家族も持つ家族は、精神的な危機的状態に陥りやすい。家族が危機を回避または乗り越えられるようにするためには、家族の持つニーズに着目して家族援助を行う必要がある。今回、看護師は患者家族の安楽・安寧のニーズが高いと予測したが、CNS-FACEで分析した結果、安楽・安寧のニーズは顕在化しなかった。本事例を振り返り、ニーズが顕在化しなかった要因を明らかにする。

II. 方法：事例検討

2020年1月にくも膜下出血 gradeVで入室したA氏、40歳代の男性。入室時には脳死状態であった。A氏は、B県に転勤したばかりで独居である。家族構成は、遠方のC県に母親が在住しており、父親は他界している。入院中は、母親と父親の妹にあたる叔母が2人で付き添いをしていた。

本事例では、家族との関わりを振り返り、重症・救急患者家族のニーズを明らかにするためCNS-FACEにより分析を行った。倫理的配慮として、データ分析は個人が特定されることのないよう配慮し、プライバシーの保護に努めた。家族へは研究の目的、方法、研究の実施と公表について文書を用いて説明し、自由意思による同意を得た。また自施設の倫理審査委員会の承認を得た。

III. 結果

入院当日の夜、母親と叔母が来院し、放心した様子でA氏に付き添っていた。母親は疲労感が強いように見えたが、休息について確認しても「大丈夫です」と答えるのみで、看護師からの声掛けに対しては言葉少なに話す程度だった。母親に話しかけても叔母が答える場面が多く、医療者に質問するのは常に叔母からだった。

ニーズを明らかにして家族援助を実践するためにCNS-FACEにより分析した結果、安楽・安寧のニーズは0だった。しかし、母親が遠方から来院していることや、知人のいない見知らぬ地で付き添いをしていることなどから、看護師は安楽・安寧のニーズが高いと予測し、付き添い環境が整えられるように家族援助を行った。その後、その他のニーズは変化がみられたが、安楽・安寧のニーズは0で推移した。

IV. 考察

今回の事例では、看護師の予測した安楽・安寧のニーズが、CNS-FACEの安楽・安寧のニーズの推移に反映されていなかった。その要因として、叔母が母親の気持ちを代弁したり、質問することで、母親のニーズが充足されていたことが考えられる。これは社会的サポートのニーズや情緒的サポートのニーズが上昇しなかったことから言える。また、潜在的な安楽・安寧のニーズに早期に介入したことで、ニーズが顕在化しなかった可能性もある。CNS-FACEは看護師としての鋭い観察力と的確な判断力を発揮し、意図的に関わることで、より精度の高い行動評価を行うことができる。この意図的な関わりが少なかったことも、要因のひとつと考えられる。母親と叔母は常に一緒に付き添っており、双方のニーズを個別に分析することができていなかった。互いに遠慮しあい、本当の気持ちが言動や行動に現れなかった可能性もある。互いのニーズを明らかにすることで、より多角的な視点から援助することができたと考える。

CNS-FACEによりニーズを効果的に分析し家族援助を実践するには、家族への意図的な関わりが重要であり、そのためには高いコミュニケーション能力や深い洞察力、多くの知識や経験が求められる。潜在的なニーズにも着目し、顕在化させるよう意図的な関わりをしていくことが今後の課題である。

[OD601-04] 救急搬送された患者家族の生活変容と心理的变化のプロセス

○大西 敏美¹、市原 多香子¹、曾根 綾乃²（1. 香川大学医学部看護学科、2. 香川大学医学部附属病院）

キーワード：救急看護、救命救急センター、家族看護

【研究目的】

本研究の目的は、救急搬送され救命救急センターに入院となった成人患者をもつ家族が、患者の状況が著しく変化する中で、どのような心理的变化によって生活に適応するのかを明らかにすることである。

【研究方法】

2017年7月から2019年7月の期間において、A大学病院の救命救急センターに救急搬送された患者の家族で、患者が生命の危機を脱し、医師の許可が出た後、看護師長から紹介されたインタビューに同意の得られた家族6名を研究対象とし、研究責任者が半構造化面接インタビューを行った。インタビュー内容は、「患者が救急搬送された時の状況とその時に感じたこと」、「救急搬送後初めて面会した時に感じたこと」、「患者が救急搬送されたことでどのような変化があったのか」、「現在の患者の様子をみてどのような気持ちでどのように過ごされていたのか」などで、研究対象者から得た語りは、逐語録におこした。それをデータとして、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ法を用いて分析した。質的分析の信頼性を高めるために、データの抽象化は研究者間で行い、ディスカッションを重ね常にデータと確認し合いながら抽象化を進めた。また、分析結果は、急性期看護の経験のある研究指導者に提示し、スーパーバイズを受けることによって、真実性と妥当性を確保した。

【倫理的配慮】

所属施設の倫理審査委員会で承認を受けた。参加者には研究の趣旨と同意を書面で確認した。面接はプライバシーの保持できる個室で行った。また、面接中は心身の苦痛に細心の注意を払った。個人が特定されないよう対象者は匿名で表記した。本研究における利益相反はない。

【結果】

対象者は、配偶者3名、母親1名、子供2名の6名であった。インタビューで得られたデータを分析した結果、28の概念が見出され、意味内容から14個のサブカテゴリ、8個のカテゴリが生成された。8カテゴリは、【救急搬送されたことにより緊張状態にある】【患者の状態に対して不安が生じている】【患者の現在の状態を受け止めようとしている】【他者からの支援により不安が軽減していく】【自分が中心となって支えていかなければならないという責任感が現れる】【回復していくことで安心感や希望を持つようになる】【緊急入院による動揺や不安から生活に変化がもたらされている】【今後変化する生活への不安が新たに芽生える】であった。救急搬送されたことによる不安や衝撃等の家族の心理状態の変化や介護・面会などの生活に適応しようとする姿勢が見られた。

【考察】

救急搬送された患者家族は、搬送直後の緊張状態から徐々に不安が軽減し、患者の状態を受け止めようとする心理的变化がみられた。これは、身内や医療従事者からのサポート、患者の状態を受け止めようとする覚悟の現れと考える。また家族は、患者の回復と共に、安心感や希望を持つ一方で、自分自身が患者を支えていかなければならないという責任感が生じることにより、家族の生活にも変化がもたらされた。

【結論】

救急搬送された患者をもつ家族は、患者の状態が変化し時間が経過していくことで、不安や責任感、安心感といった複雑な心理的变化を起こした。また、これまでの生活から患者の入院後の生活に適応しようと自らの生活も変容させていることが明らかとなった。

[OD602] 6.家族看護②

[OD602-01] COVID-19感染拡大防止に伴う面会禁止時の家族と看護師のニーズの相違検証

○箸中 友美¹、河島 佳美²、豎元 美咲¹（1. 奈良県立医科大学附属病院高度救命救急センターHCU、2. 奈良県立医科大学附属病院B棟7階病棟）

[OD602-02] 新型コロナウイルス感染症重症患者を亡くした家族の体験の1例

○松本 亜矢子¹、山口 彩¹、又村 恵¹、谷田 明美¹、堀口 智美²（1. 金沢大学附属病院、2. 金沢大学医薬保健研究域保健学系）

[OD602-03] COVID-19による面会制限下での面会ロボットの試験的運用を試みて

○石井 咲樹¹、吉岡 容子¹、山田 春奈²、内田 和成¹（1. 佐賀大学医学部附属病院 高度救命救急センター、2. 佐賀大医学部看護学科）

[OD602-04] テキストマイニングを用いた熱傷における家族看護に関する国内文献の動向

○牧野 夏子¹、村中 沙織¹、伊藤 美智子²（1. 札幌医科大学附属病院看護部、2. 名古屋学芸大学看護学部）

[OD602-01] COVID-19感染拡大防止に伴う面会禁止時の家族と看護師のニーズの相違検証

○箸中 友美¹、河島 佳美²、豎元 美咲¹（1. 奈良県立医科大学附属病院高度救命救急センターHCU、2. 奈良県立医科大学附属病院B棟7階病棟）

キーワード：COVID-19、クリティカル領域、面会禁止、家族看護

【目的】 COVID-19感染拡大防止の為に2020年3月末より面会禁止の状況が続く中、急性期領域における面会禁止下で家族の必要とする患者情報と、看護師が提供している患者情報の相違を明らかにすることで家族の想いや家族に対する看護師の関わり方を検討した。

【方法】 1、研究方法：アンケートを用いた量的研究。アンケートは Molter の「重症患者家族の45項目のニーズ」を参考に独自で作成。2、対象者： A病院高度救命救急センター HCU（以下救急 HCU）看護師27名。救急 HCU入院中の患者の家族27名。3、期間：2020年11月～2020年12月。4、データ分析方法： Excelで集計し情報提供の優先順位を1人6点満点で平均値を比較分析。5、倫理的配慮：本研究は、奈良県立医科大学医の倫理審査委員会の承認を得た(承認番号：2811)。

【結果】 アンケート回収率は家族85%(23/27名)、看護師96%(26/27名)であった。面会禁止下での情報提供の優先順位、上位3つは両者で「身体状況」（家族：看護師=2.35：2.58）、「精神面」（0.65：1.04）、「今後について」（0.7：0.78）であった。看護師の方が低かった情報提供内容の項目は「命の危機」（家族：看護師=0.48：0.14）、「経済面」（0.13：0）、「処置内容」（0.48：0.12）であった。理想とする情報提供の頻度は、家族は「1回/週」35%（7/21名）、看護師は「家族の希望に合わせて」65%(15/23名)であった。家族の自由記載では「声が聞きたい」や「顔が見たい」との意見が多かった。

【考察】 限られた時間で患者の状態を共有する際、両者共に「身体状況」「精神面」「今後について」を重要視する傾向がある。「命の危機」では、家族の情報提供の優先順位は看護師より高く、急性期疾患により命の危機に直面している患者が多い救急 HCUにおいて優先的に把握したい内容であると推察される。そして家族は一番身近な看護師から情報を得たいという想いがあると考えられる。「処置内容」も同様に外傷などの多い救急病棟において、患者にどのような処置が行われているのか、疼痛の軽減が図れているのかは家族にとって重要な内容であると思われる。しかし、これらは医師主体で説明する為、看護師の順位が低いと推察される。「経済面」では救急 HCUは緊急入院が多く、家族は予測し得ないものである。家族としては入院費や今後必要となる医療費について確認したいという想いがあると考えられる。しかし、看護師から詳細な説明は難しく重要視されていない。今後統一した情報提供をする為には看護師、医師、コメディカルの多職種間で連携を取り情報提供の内容や手段を考えていく必要がある。情報提供の頻度では看護師は「家族の希望に沿って」という意見が多く、希望に沿うことで家族の不安を軽減したい想いが読み取れる。家族が「1回/週」を1番に選択した理由は、家族と意思疎通が図れない患者も多い為、定期的に看護師から情報提供を希望する傾向が考えられる。日永田らは「患者が入院となる救命救急センターは一般的に重症患者が入院する場所であり、家族は、救命センターという名称だけで生命の危機や重症であろうということを想像している」と述べている。これより定期的に情報提供を求める家族の心理は救急科特有の意見であると考えられる。自由記載欄の意見から、家族は患者の様子を直接感じる事を重要視していると考えられる。その為には患者と家族に対して非対面式面会方法などを検討していく必要がある。

[OD602-02] 新型コロナウイルス感染症重症患者を亡くした家族の体験の1例

○松本 亜矢子¹、山口 彩¹、又村 恵¹、谷田 明美¹、堀口 智美²（1. 金沢大学附属病院、2. 金沢大学医薬保健研究域保健学系）

キーワード：新型コロナウイルス感染症、重症患者、死別、家族、体験

<目的>

新型コロナウイルス感染症(coronavirus disease 2019；COVID-19)に対する治療薬は未だ開発段階にあり、患者は重症化して死に至ることがある。感染対策の面から面会が制限され、家族は患者と直接会うことはできず、患者の病状などを知る手段が限られている。そのような中で、患者が重症化した際には、人工呼吸器やECMO(体外式膜式人工肺)の使用を始めとする代理意思決定をしなければならない。また、一般的な病死とは異なり、望むような看取りができないこともある。そのため、一般的な重症患者の家族に対する支援では十分でない可能性があり、COVID-19重症患者の家族を理解した上での支援を充実させていくことは重要な課題である。そこで、本研究はCOVID-19重症患者を亡くした家族がどのような体験をしたかを明らかにすることを目的とした。

<方法>

対象はCOVID-19にて亡くなった重症患者の家族（患者の配偶者）1名とし、本研究に関する説明を書面にて行い同意を得た。研究方法は質的因子探索研究であり、「ご家族がCOVID-19と診断された時のお気持ちをお話しくございますか」という言葉を皮切りにして非構造化面接を行った。録音した面接内容を逐語的に書き起こし、面接時に観察された研究参加者の雰囲気や表情、仕草を記録しデータとした。分析方法はGiorgiによって示された現象学的アプローチを参考に行った。参加者の体験に関する意味単位を取り出し、それを特徴づける参加者の言葉で表した。参加者の言葉を抽象化し研究者の言葉や概念に置き換えながら意味単位ごとに記述を行い、それぞれの中心的テーマを見出した。体験全体とテーマ間の本質的な関係を洞察しながら、現象の全体構造を統合し、ストーリーとして記述した。本研究は所属施設の医学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

<結果>

COVID-19重症患者を亡くした家族の体験は10個の中心的なテーマ（【】内に示す）からなり、【実態がわからない現実に否応なしに引き戻され日常生活もままならない】【良くない推測から少しでも解放されたい】【目まぐるしい生と死の想定に消耗する】【情報を得たい気持ちと医療従事者への気兼ねに葛藤する】【感染者家族であることに引け目を感じ鬱々する】【家族に気を遣い家族と距離をおく】【心がついていけないままに求められていた代理意思決定に確信がもてない】【患者への思いが入り交じる】【コロナによる死を認める怖さに1人耐える】【コロナによる死をどうにか受け入れられたらと藻掻く】であった。家族は患者に関する限られた情報から患者を思い浮かべ思索し、患者の急激な状態変化により疲弊していた。そして、COVID-19という特殊性のために医療者・家族・周囲の人々に遠慮し、分断された中で様々な思いを一人で抱え苦悩していた。

<考察>

COVID-19重症患者を亡くした家族は、患者と入院中に直接会うことができず、電話連絡などによる医療者や患者からの僅かな情報のみで患者の状態を想像せざるを得ず不安が絶えることはなかった。さらに、COVID-19ではその特殊性から医療者や家族、周囲の人々と物理的距離があるゆえに、それが心理的距離ともなり様々な思いを一人で抱え苦悩していた。そして、一般的な病死ではないために患者の死を受け入れ難くさせていることが明らかになった。医療者は、COVID-19重症患者を亡くした家族が限られた情報による想定の中で疲弊し、家族や周囲からも分断された中で一人苦悩しているという体験を十分理解し、患者の入院中だけでなく死後も家族へのケアを行っていくことの重要性が導き出された。

[OD602-03] COVID -19による面会制限下での面会ロボットの試験的運用を試みて

○石井 咲樹¹、吉岡 容子¹、山田 春奈²、内田 和成¹（1. 佐賀大学医学部附属病院 高度救命救急センター、2. 佐賀大医学部看護学科）

キーワード：COVID -19、面会ロボット

目的

高度救命救急センターは、様々な疾患により生命の危機にさらされている患者が入院している。そのような状況の患者家族は、家族メンバーの急激な出来事によって、精神的な危機状態に陥りやすい。

COVID-19の拡大を受けて、多くの病院で家族の面会を禁止・制限しているため、面会による患者家族のニーズを充足することができない状況にある。A病棟では試験的に面会ロボットを運用し、遠隔での面会を実施した。そこで、面会ロボットでの面会に対する患者家族の客観的反応と看護師の評価を調査し、新たな支援方法を確立するための一助とすることを目的とする。

方法

対象は、A病棟看護師（師長、副師長、新採用者、異動者を除く35名）とし、独自で作成した自記式質問紙調査、計8項目に関して意識調査・単純集計を実施した。

倫理的配慮

佐賀大学医学部附属病院看護師臨床研究倫理審査委員会の承認を得た。（承認番号2020-020）

結果

A病棟看護師35名へアンケート調査を実施し、回収率は26名（74%）であった。看護師経験年数に関しては、1～3年目が6名、4～6年目が6名、7～9年目が5名、10年目以上が9名であった。面会ロボット使用経験の項目に関しては、「実際に使用したことがある」、「使用した家族と関わったことがある」と回答した人が22名（62%）であった。全く関わった事がない人が4名であった。面会ロボット使用は家族のニーズ充足するために役立つかに関しては、「そう思う」と回答した人が16名、「ややそう思う」と回答した人が10名、「あまりそう思わない」と「そう思わない」を回答した人は0名であった。

自由記載の項目に関して、面会ロボットを使用した家族の反応は、「顔を見られて安心した」、「また使用したい」など前向きな回答が殆どであった。また、面会制限中、面会における家族のニーズを充足するための工夫という項目に関しては、「もう少し簡単に使用出来る機器が良い」などの回答があった。面会制限中に、家族のニーズを充足するのは難しいという回答もあった。

考察

調査結果により、使用した頻度と経験年数に大差はなく、どの年代も使用した事がある、使用した家族と関わったことがあるという結果となり、経験年数に関わらず、患者と面会できない不安などを充足する必要性を感じていたからだと考える。

自由記載の項目では、「顔を見られて安心した」や「また使用したい」など前向きな意見が多かった。また、回答者全員が、患者家族のニーズ充足に役立つと回答していた。

鈴木ら(1999)は、危機的状況にある患者家族は、患者を助けたい、何もできなくても側にいたい、会いたい時にいつでも会いたいと望むのが一般的であると述べている。

看護師は、患者家族の安心した、また面会ロボットを使用して面会したなどの発言や反応を側で感じ、患者家族のニーズを充足するのに役立ったと客観的に評価した結果と考える。そのため、面会制限が続く中、少しでも患者家族のニーズを満たすためのツールとして有用ではないかと考える。

工夫の項目では、もう少し簡単に使用できる機器が良いなどハード面に関する内容が見られた。今後、面会制限が継続する可能性もあり、患者家族が面会できるような方法・ツールを検討していく必要がある。

[OD602-04] テキストマイニングを用いた熱傷における家族看護に関する国内文献の動向

○牧野 夏子¹、村中 沙織¹、伊藤 美智子²（1. 札幌医科大学附属病院看護部、2. 名古屋学芸大学看護学部）

キーワード：熱傷、家族看護、テキストマイニング

【目的】熱傷の治療過程は長期間に及ぶため患者のみならず家族への影響も大きい。熱傷病期に応じた家族看護の実践は患者を含めた家族全体の機能維持向上に繋がるが、熱傷における家族看護に関する研究は非常に少ない。本研究はテキストマイニングを用いて熱傷における家族看護に関する国内文献の動向を明らかにすることを目的とする。

【方法】医学中央雑誌 Web版を用いて期間は定めず「熱傷」「家族」「看護」をキーワードとし原著論文を検索した（最終検索：2021年3月14日）。論文言語は日本語とした。その結果52件が抽出され、看護学生を対象とした文献、熱傷に関連していない文献8件を除外、ハンドリサーチによる1件を追加し45件を分析対象とした。分析方法は、①文献の出版年、掲載雑誌、研究手法、研究対象の発達段階を確認した。②タイトルをテキストマイニング（KH Corder,2012）を用いて上位頻出語、共起ネットワーク分析を行った。③熱傷における家族看護について記述されている箇所を文脈単位ごとに抽出し②と同様に上位頻出語、共起ネットワーク分析を行った。倫理的配慮として公表されている文献のみを対象とし著作権に留意した。

【結果】対象文献は1978年～2020年に出版されており、最も多かったのは2004年の6件であった。掲載雑誌は「熱傷」が11件と最も多く、次いで「小児看護」6件であった。研究手法は「事例研究」が29件と最も多く、次いで「量的研究」9件であった。研究対象の発達段階は小児が最も多かった。タイトルの上位頻出語は、「熱傷」35が最も多く、「看護」23、「患者」16、「援助」11、「家族」11と続いていた。特に共起関係の強い共起ネットワークは、「熱傷」を中心に「看護」「患者」「重症」「自殺企図」が結びついていた。その他、「幼児」を中心に「入浴」「急性」「管理」等、「事故」を中心に「防止」「子ども」等のネットワークが確認された。熱傷における家族看護の記述があった文献は28件で187文脈単位が抽出され、上位頻出語は、「家族」77が最も多く、「説明」31、「面会」27、「患児」21、「母親」19、「医師」17と続いていた。特に共起関係の強い共起ネットワークは「治療」を中心に「疲労」「長期」「入院」「多い」が結びついていた。その他、「ショック」を中心に「聞く」「生命」「心配」等、「時期」を中心に「方法」「対処」「内容」等のネットワークが確認された。

【考察】熱傷における家族看護に関する文献は2004年をピークに下降し横ばいであった。研究手法は事例研究が多く、タイトルのテキストマイニングでは重症熱傷患者の看護や家族援助、小児の事故調査における熱傷予防などの取り組みが明らかとなった。家族看護の記述からは長期間の入院治療による疲労へのケア、衝撃を受けた家族への対処や受容への支援、多職種連携などが明らかとなった。熱傷は自殺企図による受傷やボディイメージの変容により精神的ケアが重視される。更に重症熱傷では終末期ケアが求められる場合もあるため、危機介入等の一定時期における家族ケアについて事例を丁寧に考察した研究が多かったものと推察される。小児の熱傷では、特徴として10歳未満の受傷が多いことから事故予防が重要であり虐待の可能性も視野に入れる必要がある。そのため、小児を対象とした事故調査が多く家庭内での予防的視点での研究がなされていた。熱傷はガイドラインが策定されているが、実践の統合や受傷から退院までを通した看護に関する文献は少なく、長期におよぶ療養に応じた家族看護の研究を蓄積する必要があると示された。

[OD701] 7.看護教育

[OD701-01] 手動式除細動(DC)院内認定看護師制度の設立

ー教育プログラム受講前後の看護師の思いの変化ー

○押山 孝子¹、嶋崎 明美¹ (1. 地方独立行政法人新小山市市民病院)

[OD701-02] 在宅療養生活における療養者急変時の訪問看護師の抱える不安と対応について-心肺蘇生法修得の必要性とは-

○後藤 陽子¹、迫田 典子² (1. ケアメイト訪問看護ステーション品川、2. 東京医療学院大学)

[OD701-03] 2年課程の看護学生が有する患者の急変時対応に関する不安感の調査研究ー一次救命処置講習 受講前後の比較ー

○高野 直美^{1,2}、小野澤 清美^{3,2} (1. 日本医療科学大学保健医療学部 看護学科、2. 前大宮医師会看護専門学校、3. 国際医療福祉大学大学院 医療福祉研究科)

[OD701-04] 救急研修で習得した知識及び救命救急処置技術の定着に向けての検討

○田安 晴香¹ (1. 福井県立病院救命救急センター)

[OD701-05] A病院に従事する看護師が行う呼吸の観察と記録の実態

○惣田 隆之亮¹、川村 竜²、中武 弾²、佐土根 岳¹、金浜 英介³ (1. 医療法人涇仁会手稲涇仁会病院 看護部 集中治療室、2. 医療法人涇仁会手稲涇仁会病院 看護部 救命救急センター、3. 医療法人涇仁会手稲涇仁会病院 看護部 心臓血管センター)

[OD701-06] 救急外来における外傷初期看護の統一化に向けた取り組み

○篠原 花織¹、新垣 仕言¹、兼本 愛美¹、屋宜 鮎美¹ (1. 社会医療法人ハートライフ病院)

[OD701-01] 手動式除細動(DC)院内認定看護師制度の設立

ー教育プログラム受講前後の看護師の思いの変化ー

○押山 孝子¹、嶋崎 明美¹ (1. 地方独立行政法人新小山市市民病院)

キーワード：手動式除細動、院内認定看護師制度

I.目的

A病院は、24時間ホットライン(循環器・脳卒中)を実施している二次救急指定病院である。2019年度の心臓カテーテル検査実施件数は498件、そのうち経皮的冠動脈インターベンション(以下 PCIとする)は328件、PCI中に致死性不整脈を起こし電氣的除細動を実施した件数は8件であった。A病院において、PCI中の致死性不整脈出現時、医師から看護師へ手動式除細動(以下 DCとする)を指示されることがある。しかし、その体制が整備されておらず、看護師は躊躇し対応できていない。医師が DC施行することで治療が中断され、冠動脈再還流を遅らせている可能性があるため、看護師が DC施行するための体制づくりが必要であると考えた。

先行研究において、看護師が DC施行を躊躇する理由が明らかにされている。そこで、看護師が躊躇なく安全に DC施行するために院内認定看護師制度を設立し、必要な教育プログラム(以下プログラムとする)の構築と実践を行い、プログラム実践前後での看護師の思いの変化についてまとめたので報告する。

II.方法

1.研究期間：2020年4月～2021年1月

2.対象者：A病院の卒後5年目以上の看護師で、プログラム参加を希望した39名。

3.実施方法

1)プログラム実施前後で、プログラム参加者へ「看護師による DC施行に対する思い」について半構成面接法によるインタビューを実施

2)インタビュー結果から、看護師の思いの変化を分析。インタビュー内容からコードを抽出し、カテゴリ、サブカテゴリに分類した。分類手順は KJ法を参考にし、主観的分類とした。

4.倫理的配慮

研究対象者へ、研究への協力は自由意志に基づくものであり、同意しない場合であっても何ら不利益を被らず、いったん同意した場合でもいつでも途中で取りやめることができ、それにより不利益を被ることはないことを口頭で説明し、同意を得た。

III.結果

1.プログラム修了者は4名。看護師経験年数平均は21.5年、救急・集中ケア領域看護経験年数平均は5.1年。

2.プログラム修了者における受講前後での「看護師による DC施行に対する思い」を比較。

カテゴリにおいて、プログラム受講前に最も多かったのは【不安感】であり、受講後も【不安感】が2番目に多かった。【不安感】のサブカテゴリは、受講前は「患者に与える影響」、「法律上の解釈」、「マンパワー不足」などが挙げられたが、受講後は「焦りによる手技失敗」、「DC院内認定看護師の業務拡大」などが挙げられていた。受講後、【抵抗感】が明らかに減少し、【達成感】【肯定的変化】【安心感】などの肯定的な思いが生じていた。【肯定的変化】のサブカテゴリは、「多職種協働の重要性への気づき」「職種の壁を越えた柔軟な思考の気づき」などが挙げられた。

IV.考察

受講前後で【不安感】の内容が変化したのは、プログラムを修了したことで将来を見据え、「DC院内認定看護師の業務拡大」を懸念し、不安材料が増したためと考える。受講前後で【抵抗感】が減少したが、これは、多職種で患者の救命に携わる必要性を、受講者が認識したためと考える。DC院内認定看護師であれば、必ず看護師が DCを施行するというのではない。患者の救命のために最善の蘇生行為を実施するには何が必要かという柔軟な思考をすることで、【抵抗感】が減少したものとする。今後緊急時に対応可能な知識・技術を担保するための訓練を継続するとともに、DC院内認定看護師の業務拡大においては、スタッフの思いを尊重しながら慎重にすすめていく必要がある。

[OD701-02] 在宅療養生活における療養者急変時の訪問看護師の抱える不安と対応について-心肺蘇生法修得の必要性とは-

○後藤 陽子¹、迫田 典子² (1. ケアメイト訪問看護ステーション品川、2. 東京医療学院大学)

キーワード：在宅看護、急変時対応、訪問看護師

【目的】

在宅療養生活を送る療養者は年々増加傾向にある。とくに高齢者や末期がん療養者の在宅療養の人口はますます増えている現状である。在宅で終末期を迎える療養者に対し、訪問看護師は常に急変と背中合わせといったリスクを抱えながら日々対応を行っている。急変に直面した看護師は、「何が起きているかわからない」「どう対応していけばよいかかわからない」と迷い、混乱し、不安な心理状況へと陥りやすい。それは、急変した場面では、基本的に訪問看護師一人での対応となることが要因であると考えられる。そこで、在宅療養サポートチームの看護師を対象としてアンケート調査を行い、訪問看護師が抱える不安と、急変時の対応して何が必要であるのかを明確にした。

【方法】

訪問看護師5名に対して、療養者の急変時の認識について自記式質問紙調査を実施した。

【倫理的配慮】

研究対象者には、研究目的・意義・方法・データ管理・プライバシーの保護、研究参加の拒否や途中撤回が可能であり、看護に全く影響しないことについて口頭と書面で説明し文書で同意を得た。また、本調査は社内審査で承認を得た上で実施した。

【結果】

対象看護師5名は女性であり、年齢は23～64歳（平均年齢41.2歳）、看護師経験年数は、0～44年（平均19.0年）、訪問看護の経験年数は0～8年（平均2.6年）であった。0年目の看護師以外は、外科・内科とも実際に療養者の急変の場面に遭遇したことがあるスタッフが3名で、「事前に対応方法が分かっていた場合は冷静に対応できるが、突然の急変には困惑することが多い」との回答が多数であった。少数であるが「医師への連絡中に状態が更に悪化したら対応が困難になることが予想され不安だ」という回答がされていた。また急変時の対応は、経験した看護領域での知識・技術を活用しているとの回答が多数であった。さらに心肺蘇生法の研修の必要性について、ほぼ全員が必要であると回答していた。

【考察】

訪問看護師は、病院や施設と異なり療養者の急変時の状況判断や対応が一人であるため、心身共に負担を感じていることが今回の調査により明らかになった。このため、在宅療養者の急変時の対応方法が事前に明確になっている場合は、訪問看護師の混乱や不安の程度は小さくなく、適切な対応が実施できると推測される。一方で予期せぬ急変時には、一人に対応することの不安や混乱が生じていると考えられる。訪問看護師は、多くの場合一人で対応するため、急変時にはまず人員の確保、療養者の身体面でのアセスメント等の役割や多くの判断を短時間で実施しなければならないことが、心理的負担になることが明らかになった。このことより、心肺蘇生法のスキルの習得が、急変時に遭遇した時の不安を緩和し迅速な救命対応を可能にすることができると考えられる。またそのためには、心肺蘇生法の研修の必要性が明らかになり、早急に一時救命措置法や心肺蘇生法に関する研修等を受講しスキルの習得が求められていることが示唆された。

[OD701-03] 2年課程の看護学生が有する患者の急変時対応に関する不安感の調査研究 ―一次救命処置講習 受講前後の比較―

○高野 直美^{1,2}、小野澤 清美^{3,2} (1. 日本医療科学大学保健医療学部 看護学科、2. 前大宮医師会看護専門学校、3. 国際医療福祉大学大学院 医療福祉研究科)

キーワード：2年課程、看護学生、患者急変対応、不安感、BLS講習

【研究目的】新人看護師の心的ストレスとして、「患者の急変」が指摘されており、看護学生にとっても不安要因であると考えられる。そこで、2年課程（昼間定時制 修業年限3カ年）A看護専門学校3年生を対象に、一次救命処置（以下 BLS）の受講前後で、急変時対応の具体的状況を想定した質問紙調査を実施し、BLS受講が急変時対応の不安感を軽減できるのかを明らかにすることを目的とした。

【方法】2016年8月に BLS受講した A看護専門学校の3年生43名に対して、独自に作成した質問紙を用いて、BLS受講前後に患者の急変時対応の不安感について比較検討した。調査内容は、BLSを行うことを想定した患者の状態に対する不安感の強さを順位付けさせた。また、急変時対応に必要とされる項目の不安の程度を「0：最も不安を感じない」～「10：最も不安を感じる」の10件法で回答を求めた。さらに「将来、救急看護領域に就きたいか」を、長さ10cmのビジュアル・アナログ・スケール(VAS)を用いて、左端「0：絶対に就きたくない」、右端「10：絶対に就きたい」と定義し、現在の気持ちに印をつけることを求めた。VAS は印がつけられた点0のポイントからの距離(mm)を定規で計測した。受講前後の比較は SPSS Statistic(ver.27)にて Wilcoxon の符号付順位検定($P<0.05$)を用いた。

【倫理的配慮】日本救急看護学会倫理委員会にて承認を得た。研究の趣旨、研究の参加は自由意思に基づくこと、成績には一切関係せず不参加によって不利益を被ることはないことを成績に関与しない研究者が文書と口頭で説明した。質問紙は個人が特定できないよう番号をつけ無作為に配布し、誰が投函したかわからない場所に回収箱を設置した。

【結果】35人(81.3%)から回答を得た。BLSを行うことを想定した患者の状態では、受講前が、窒息>交通事故>ショック状態>急性中毒>溺水>痙攣発作>意識障害>呼吸障害>外傷>不整脈の順であった。受講後は、交通事故>溺水>ショック状態>急性中毒>痙攣発作>意識障害>呼吸障害>窒息>外傷>不整脈の順であった。急変時対応に必要とされる項目に対する不安の比較では、「夜間帯の急変に対応できるか($P=0.00$)」「迅速に適切な判断ができるか($P=0.00$)」「病態についての知識不足($P=0.00$)」「急変時対応の技術力不足($P=0.00$)」「医療機器の取扱い方法($P=0.00$)」「医療事故($P=0.00$)」「対処したことによる症状の悪化($P=0.00$)」「適切な応援要請($P=0.01$)」の不安が受講後に有意に減少した。「バイタルサインの正確な把握」の不安は有意差は認められなかった($P=0.28$)。「将来、救急看護領域に就きたいか」のVASは、受講前は平均42.2(SD±28.2)、受講後は平均45.7(SD±27.0)であり、統計学上、受講後が有意に高かった($p=0.02$)。

【考察】BLS受講は「窒息時の対応」の不安感を減少させた。急変時対応に必要とされる項目では、受講した項目の不安が軽減され、「バイタルサインの正確な把握」は、講習に含まれていなかったために有意差が認められなかったと考えられる。BLS受講は、将来の救急看護領域に就く気持ちに肯定的な影響を与えられる可能性が示唆された。【結論】2年課程の看護学生が有する患者の急変時対応に関する不安感において、BLS受講は、患者の急変時対応への不安を軽減させ、「将来、救急看護領域に就きたいか」の気持ちを肯定的にする可能性があるとし唆された。

[OD701-04] 救急研修で習得した知識及び救命救急処置技術の定着に向けての検討

○田安 晴香¹ (1. 福井県立病院救命救急センター)

キーワード：救急研修、救命救急処置技術、救命救急センター

【はじめに】

A病院では、就職2年目の看護師を対象に急変時の対応や、基本的な救命救急処置技術（以下救命技術）を学ぶことを目的に救急研修を実施している。救急研修では、厚生労働省のガイドラインで定められた救命技術が全て学べる体制を取っている。また、院内コードブルー体制が導入され、看護師の救命技術が求められる機会が増え

ている。しかし、救急研修の評価は研修直後にしか行われていない。そこで、救急研修で習得した知識・救命技術がどの程度定着しているか明らかにし、今後救命技術定着の一助にしたいと考え本研究に取り組んだ。

【目的】

救急研修終了1年後に救急研修で習得した知識及び救命技術がどの程度定着しているかを明らかにする。

【方法】

対象：平成30年度 救急研修に参加した看護師41名

データ収集期間：研修後（令和元年5月）と1年後（令和2年5月）に調査用紙・テストを施行。

データ収集方法：研究者独自に無記名自記式調査用紙とテストを作成。調査用紙は、急変時対応回数・技術経験回数の項目を選択式と自由記載式に設定。テストは、迅速・一次評価、救命技術の中から25題設問。

分析：選択式の調査項目・テストは単純集計。自由記載項目は、類似するものはまとめて集計。

【倫理的配慮】

A病院倫理委員会の審査を受け承認を得た。

【結果】

調査用紙・テストの回収数は41名中研修後31名、1年後32名。すべて有効回答であった。調査用紙の結果では、急変時対応回数は研修までに平均1.4回、研修後1年間で平均1.7回だった。迅速・一次評価、応援を要請するという一連の流れを実施した回数は研修までに平均0.5回、研修後1年間で平均0.8回だった。患者異変時、なにかいつもと違うと気づくことが出来たとの意見もあった。救命技術（用手換気・胸骨圧迫・挿管介助）の経験回数は研修までに平均0.2回、研修後1年間で平均0.3回だった。院内コードブルーに参加する機会はあったが、自ら積極的に行えないとの意見もあった。テストの全問正解率は研修後59%、1年後53%だった。胸骨圧迫と人工呼吸の優先度を問う設問に対し研修後と1年後ともに正答率100%であった。しかし、胸骨圧迫する位置の正答率は研修後38%、1年後34%、深さの正答率は研修後45%、1年後15%と最も低かった。モニター波形や除細動の適応を問う設問に対し正答率は研修後77%、1年後81%と高くなった。

【考察】

看護実践の中で、急変時対応や救命技術を経験する機会は少ない。院内コードブルー体制が導入され、急変時対応の機会は増えたが、救命技術の経験回数の増加には繋がっていない。そのため、経験を共有し振り返りを行う機会が必要であると考え。テスト結果から胸骨圧迫の優先度は理解しているが、位置や深さの正答率が最も低いことが明らかになった。しかし、急変する前の患者状態を意識的に評価しており、研修後より1年後の正答率が高い項目もある。それらのことから、救急研修は学習の動機づけになっており、急変時初期行動を意識させる一手段となっている。高木らは、「特に急変時の対応、身体侵襲を伴う重症ケア、救急救命処置に関する看護技術は経験できる機会が少ないため、意図的に段階を追って学習できるよう計画し経験させなければならない」¹⁾と述べている。今後、研修後も継続的に胸骨圧迫を各病棟で学習できる支援体制を築く必要があると考える。

【引用文献】

1) 高木詠子,大友友美,佐藤真紀子：新人看護師の基本的な看護技術を習得するためのローテーション研修導入の効果,日本看護学会論文集 看護管理,11,P20-28,2012

[OD701-05] A病院に従事する看護師が行う呼吸の観察と記録の実態

○惣田 隆之亮¹、川村 竜²、中武 弾²、佐土根 岳¹、金浜 英介³（1. 医療法人溪仁会手稻溪仁会病院 看護部 集中治療室、2. 医療法人溪仁会手稻溪仁会病院 看護部 救命救急センター、3. 医療法人溪仁会手稻溪仁会病院 看護部 心臓血管センター）

キーワード：呼吸の観察、看護記録、急変察知

【背景と目的】

院内心停止を事前に察知し予防するためには、呼吸数の観察を日常的に行うことが重要である。しかし、ICUへの予定外入室患者の急変前予兆察知の現状と課題に関する先行研究において、呼吸数の記載率は異常察知前18.9%、異常察知後32.6%であり、呼吸数の観察および記録に課題があることが示唆された。そこで、A病院に

所属する看護師の呼吸数の観察と記録に関する実態を明らかにすることを目的とし本研究を行った。

【方法】

対象は、A病院において2021年3月に成人患者を対象とした病棟に配属されている正看護師とした。調査期間は2021年5月として、呼吸数の観察に関する質問紙調査を行なった。調査内容は、定時および急変時における呼吸数の測定の有無、呼吸数の観察方法、呼吸数の電子カルテへの記載、呼吸様式の観察の有無、観察した呼吸数や呼吸様式の情報共有の有無とした。また、呼吸数の測定の有無についての回答を呼吸数測定群と呼吸数非測定群の2群に分類し、呼吸様式の観察の有無を比較した。分析方法はカイ二乗検定を行った。本研究はA病院倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

質問紙の回収率は60.7%であり、310の対象者から回答が得られた。看護師経験年数は、5（3-10）年、所属部署の割合は、内科系一般病棟56名（18%）、外科系一般病棟176名（57%）、ユニット系病棟78名（25%）であった。呼吸数の測定は、定時の観察では「毎回している・たいていしている」142名（46%）対「あまりしていない・していない」167名（54%）であったが、急変時の観察では、272名（88%）対35名（11%）であった（ $p<0.01$ ）。呼吸数を観察した際に電子カルテへ記載するかでは、定時では「毎回している・たいていしている」282名（91%）対「あまりしていない・していない」27名（9%）であったが、急変時では293名（95%）対14名（4%）であった（ $p<0.01$ ）。呼吸様式の観察は、定時では「観察して記録に残している・観察しているが異常がある時のみ記録している」300名（97%）対「観察しているが記録に残していない・観察していない」9名（3%）であったが、急変時は、302名（98%）対4名（1%）であった（ $p<0.01$ ）。また、対象者を呼吸数測定群と非測定群に分類し、呼吸様式の観察の回答の分布を見たところ、定時の観察では、「観察している」と回答した者が、呼吸数測定群141名（100%）対呼吸数非測定群165名（98.8%）であった（ $p=0.502$ ）。急変時では、呼吸数測定群269名（100%）対呼吸数非測定群34名（97.1%）であった（ $p=0.115$ ）。観察結果の共有を「毎回している・たいていしている」と回答した人数は、呼吸数の測定156名（50%）、呼吸様式190名（61%）であった。

【考察】

呼吸数の測定および電子カルテへの記載は、定時と比較し急変時に上昇する傾向にある。また、呼吸数の測定を行っていない場合でも、呼吸様式の観察は行っていることから、状況に合わせて独自の判断で呼吸状態の観察方法を選択していることが示唆された。昨今、急変予兆の察知には早期警戒スコアなどの定量的なツールが使用されるようになっており、早期対応チーム（RRS）の導入と合わせて急変の予兆を察知することに一定の効果を有していることが報告されている。今後は、呼吸状態の共有を徹底することで定量的な評価を可能にし、急変予兆の早期察知を強化していくことが重要である。さらに、臨床で活用されている定性的な呼吸の観察が急変察知に与える影響についても検討を進める必要がある。

[OD701-06] 救急外来における外傷初期看護の統一化に向けた取り組み

○篠原 花織¹、新垣 仕言¹、兼本 愛美¹、屋宜 鮎美¹（1. 社会医療法人ハートライフ病院）

キーワード：救急外来、外傷、教育

【はじめに】A病院は、年間約3,000件前後の救急搬送を受け入れている二次医療機関である。2016年～2020年の統計では、外傷患者の搬送は年間約600件と全体の2割程度で、そのうちロード＆ゴー症例は年間40～50件程度となっている。現在A病院の救急外来に勤務する看護師は24名で、新人看護師から救急業務未経験の看護師も配置され、救急業務の経験年数は平均約3.3年である。救急業務の経験が浅い看護師が多く、救急看護における知識や技術が十分でないことが問題としてあげられた。また、救急搬送の統計から内因性疾患の患者と比較し外傷患者の搬送件数が少ないため、特に外傷患者の対応の未熟さが課題であった。これらの現状から、外傷患者の受け入れ準備からプライマリーサーベイ（以下PS）までの知識・技術の習得に向けた介入を行った結果を報告する。

【方法】期間：2020年6月～2021年6月 対象：A病院の救急外来所属看護師17名 方法：1、外傷初期看護ガ

イドラインの内容に沿って作成した筆記テストを実施。2、外傷初期看護ガイドラインを参考にした PSシミュレーションを実施。3、外傷初期看護についての学習資料を配布し勉強会を実施。4、筆記テスト、PSシミュレーションの再評価を実施し知識・技術取得率を点数化して評価した。

【倫理的配慮】 A病院の倫理審査委員会の承認を受け実施した。また、個人が特定できないよう配慮した。

【結果】作成した外傷初期看護ガイドラインの内容に沿った筆記テストでは、記述式、記号選択式の問題を30点満点で採点を実施。勉強会前の平均点24.7点から勉強会後は28.6点と上昇した。PSシミュレーションでは、「ホットライン対応」「受け入れ準備」「第一印象～処置室移動」「A：気道」「B：呼吸」「C：循環」「D：意識」「E：体温と保温」の大項目に加え、小項目に院内の取り決め事項等の内容を追加し作成し「達成できた」「達成できなかった」の項目で評価した。結果として、全体として「達成できた」の評価が73%から90%へ上昇した。項目としては、小項目の「プライバシーの配慮ができる」を除く全ての項目で評価が上昇した。勉強会前、特に評価の低かった「B:呼吸」の小項目「打診」については「達成できた」の評価が6%から94%へ上昇した。「第一印象～処置室移動」の小項目「プライバシーの配慮ができる」については、勉強会前後ともに「達成できた」が12%と変化がなかった。

【考察】今回、体系化された外傷初期看護ガイドラインの内容に沿い、外傷患者の受け入れ準備から PSまでの知識と技術を習得することを目的として介入を行った。筆記テストと PSシミュレーションの勉強会前後の評価の結果から、救急業務の経験年数が浅いスタッフも、受け入れ準備から PSまでを実際に評価しながら行ったことで、外傷患者の受け入れ準備や観察方法のイメージができ、勉強会で学習資料の配布と説明を行うことで更に外傷の知識を深められたと考える。PSシミュレーションで評価が上昇しなかった「プライバシーの配慮」については、シミュレーション用の人形で行ったことが原因のひとつと考えられるが、カーテンのみで仕切られた初療室において、実際にプライバシーの配慮が行われているか評価をしていく必要がある。対象者からは「復習になって良かった」「わかっていなかった部分が沢山あった。」といった意見が聞かれた。その為、継続した勉強会の開催が必要であると考え。今後、勉強会の内容の見直し、PS以外の外傷初期看護ガイドラインの内容の勉強会の開催、教育できる側の人材育成が必要である。

[OD801] 8.感染管理

[OD801-01] 群馬県における COVID-19による高齢者施設クラスター対応

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

[OD801-02] 当院の COVID-19に対応した救急看護実践ガイド活用についての現状調査

○松尾 直樹¹、稲田 真由美¹、石山 鮎美¹ (1. 独立行政法人国立病院機構呉医療センター)

[OD801-03] COVID-19患者エアロゾル回避のための頭位被覆 BOXの改良

○生田 正美¹、濱田 幸一¹ (1. 神奈川県立足柄上病院)

[OD801-04] 発熱外来に COVID-19患者と救急外来患者に対応する救急処置室設置の成果

～認定看護師の協働～

○伊藤 真早代¹、高橋 涼子¹ (1. 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)

[OD801-01] 群馬県における COVID-19による高齢者施設クラスター対応

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

キーワード：COVID-19、クラスター、高齢者施設

【はじめに】群馬県は、2020年4月に高齢者施設での大規模クラスターを経験した。そのクラスターを教訓に県としてクラスター防止対策チーム（C-MAT）を創設し活動を行っているため、その意義について報告する。

【倫理的配慮】所属機関の倫理委員会の承認を得た

【事例】2020年4月某日、高齢者施設から発熱を主訴に医療機関に救急搬送された患者2名が新型コロナウイルス陽性であること、さらに同施設に発熱をしている方が10名以上いることが判明した。その後、PCRの結果に関わらず、有症状者、高年齢、基礎疾患有の方を優先して医療機関への入院を調整した。この高齢者施設の入居者および職員、家族で合計68名の陽性者、16名の死亡者が発生した。

【C-MAT創設】群馬県は、この高齢者施設でのクラスター発生に伴い、迅速な初動対応が課題であると考え、C-MATを創設した。業務は、高齢者施設や医療機関などでの新型コロナウイルスのクラスター発生を防ぐため、感染拡大防止措置、PCR検査対象者の検討、濃厚接触者の特定、検体採取、搬送経路の確認、搬送先の調整などである。DMATと保健所が個別に対応するよりも迅速で効率的な対応が期待できる。実際、C-MAT創設後に21回の出動があるが、高齢者施設等の陽性患者発生より24時間以内に同施設に保健所職員などの行政職員に加えて専門知識を持つ医師、看護師、事務員が訪問し、その後に続く陽性患者の発生を未然に防いでいる。

【まとめ】高齢者施設等では、普段から感染管理には十分に配慮しているものの、いざ陽性者が発生した場合の対応には不慣れである。そのため、施設にあった支援が必要である。C-MATの活動は、新たな陽性者の発生を防ぐことだけでなく施設に関わる方々の精神的なサポートも行っているのではないかと考える。

[OD801-02] 当院の COVID-19に対応した救急看護実践ガイド活用についての現状調査

○松尾 直樹¹、稲田 真由美¹、石山 鮎美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：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）、救急看護実践ガイド、救急外来看護

I. 目的

COVID-19（以下、新型コロナウイルス感染症）は世界的に猛威をふるっている感染症である。救急外来の看護に関して、2020年4月22日に日本救急看護学会が「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対応した救急看護実践ガイド」を発表した。A病院でも2020年3月に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れることになり、一般的な症状で救急外来を受診する患者と新型コロナウイルス感染症疑いで救急外来受診する患者が混在する状況で稼働することとなった。患者の治療が感染症患者と混在せず通常に実施できること、職員の感染を防ぐことを目標に同年5月1日に「救急看護実践ガイド（以下ガイド）」を独自に作成した。内容は写真付きで視覚的にとらえ、フローチャートですぐに実践できる内容とした。そこで今回、ガイドの活用について現状調査し、その評価と課題を明らかにすることを目的に本研究に取り組んだ。

II. 倫理的配慮

本研究は個人が特定されないように配慮し、A病院倫理委員会の承認を得て実施した。

III. 方法

1. 研究対象

A病院における救急外来勤務を行う看護師 39名

2. 調査期間・方法

2020年12月1日～12月14日。研究者間で検討を重ね独自で作成した5段階評価のアンケートをインターネット上の無記名質問フォームに入力し調査した。

3. 分析方法

得られたデータは項目毎に割合を求め、単純集計し百分率を算出した。

IV. 結果

アンケートの回収率、回答率は82%であった。【ガイドを用いての実践】3:少しできた19%、4:できた72%、5:かなりできた9%【患者対応】（スクリーニング）2:あまり自信がなく対応できない44%、3:少し自信があり対応できる40%、4:自信があり対応できる16%（トリアージ）2:あまり自信がなく対応できない41%、3:少し自信があり対応できる47%、4:自信があり対応できる12%【ガイドが看護実践に役立つか】3:少し役に立った22%、4:役に立った59%、5:かなり役に立った19%【提示時期の適切性】2:あまり適切でなかった3%、3:少し適切であった25%、4:適切であった56%、5:全く適切であった16%【ガイドに対する意見】ガイドのタイムリーな更新が必要。

V. 考察

【ガイドを用いての実践】は81%、【ガイドが看護実践に役立つか】は78%、【提示時期の適切性】は72%が高く評価している。このことより、日本救急看護学会のガイドに基づき、早期に独自の写真やフローチャートでガイドを作成したことは、適切な時期に実践の中で役立てることができたと考える。【患者対応】（スクリーニング）については、自信があり対応できるが16%、少し自信があり対応できるが40%であった。スクリーニングについては、日本救急看護学会のガイドでも重要とされている。現在、当院の救急外来ではスクリーニングは、救急外来のリーダースタッフが問診票を用い実践している。そのため、実践経験のないメンバースタッフへの理解が乏しいことが考えられる。今後、感染を防ぐ上で誰もが理解して実践できるように問診票の改定やリーダースタッフとともにメンバースタッフも実践していく必要がある。

未知の感染症である新型コロナウイルス感染症の最新情報は常に更新、周知することが重要であり、ガイドに対する意見にあるようにガイドのタイムリーな更新が重要である。そのため、今後、独自のガイドを更新する担当チームを決め、感染拡大することなく救急外来を運用していくためにガイドを効果的に活用していく必要があると考える。

[OD801-03] COVID-19患者エアロゾル回避のための頭位被覆 BOXの改良

○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

A病院は中等症の COVID-19患者の入院加療を行うよう求められており、救急外来では発熱を伴った患者が数多く受診する。医療者は患者の口鼻腔吸引によってエアロゾルに曝露しやすい状況にある。感染リスク軽減のため、患者の頭位を被覆する BOXを、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作成した。エアロゾルの飛散飛沫による感染リスクの軽減が図れたが、いくつかの問題点が明らかとなった。そこで今回、問題点を踏まえ改良版を作成した。

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

頭位被覆 BOXの改良は、大きさを縦33cm、横52cm、高さ45cmと変更した。BOXを頭位被覆した場合、患者の観察をBOXどの方向からも可能とするため、段ボールは支柱のみを残して各辺をカットし90ℓの透明ビニールで覆った。更に吸引操作を容易にするためビニール袋の辺にスリットを入れた。使用後は90ℓ透明ビニール袋を交換することで再利用を可能とした。支柱のみを残したことでBOXの軽量化も実現した。

IV 研究期間

2021年3月～5月

V 結果・考察

2020年度作成した頭位被覆 BOXでは、頭部の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とした。また被覆した時、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。使用した結果、エアロゾルによる飛沫の飛散を防止する効果があった。しかし患者の観察がBOX上部のみしかできない、手を挿入する場所が患者体側のビニールカーテン部のみであり吸引操作が難しい、患者の頭部を保持しにくい、などの意見が挙がった。そこで本研究では、更なる改善を目指し改良版を作成した。2021年4月から口鼻腔吸引が必要なCOVID-19感染疑いの患者10例に対し、改良した頭位被覆BOXを装着し口鼻腔吸引を実施した。BOXを使用し口鼻腔の吸引操作を実施することは、エアロゾルへの曝露を物理的に防ぐことが可能である。改良型BOXは、全面を透明ビニール袋で覆うことによって、患者の顔色、口唇色、表情の観察、吸引物の性状を容易かつ速やかに観察可能となった。従来型のBOXでは、吸引操作を行うためには、看護師二名が患者体側のビニールの二重カーテンから手を挿入し一人が患者の頭位を保持し、もう一人が吸引操作を実施する必要があった。しかし改良型BOXでは、ビニールにスリットを入れることによって、吸引を実施する看護師の手がどの方向からも容易に挿入可能になり、看護師一人で患者の観察を行いながら、片手で患者の頭部を保持し吸引操作も可能となった。さらに段ボールの支柱をビニール製のテープで覆うことによって、消毒・清拭を行うことが可能となり90ℓの透明ビニール袋を患者ごとに交換することによって、簡便に再利用することを可能とした。BOXを再利用することで新たに作成する業務の削減にもつながり利便性も向上した。

BOXは、段ボールとビニール袋の身近な材料で作成できることも重要であり、大災害時などの時、物資の配給を待たずに作成し使用できる点では、Business Continuity Plan（BCP）の観点から観ても有効的であると考えられる。更に口鼻腔吸引操作にとどまらず、心肺蘇生などのエアロゾルが多く発生する場面での活用の可能性も示唆される。

VI 結語

COVID-19患者のエアロゾル回避のための頭位被覆BOXを改良することによって、口鼻腔吸引による生じたエアロゾルへの曝露を物理的に防ぐことができると同時に、操作性の向上、患者の観察を確実に行うことが可能となった。

[OD801-04] 発熱外来に COVID-19患者と救急外来患者に対応する救急処置室設置の成果 ～認定看護師の協働～

○伊藤 真早代¹、高橋 涼子¹（1. 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター）

キーワード：COVID-19、ゾーニング、発熱外来、救急外来

【はじめに】

病院 Aはがん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センターの役割を担う500床の中規模総合病院であり、厚生労働省の定める第二次救急医療として、平時は救急外来で年間約3000台の救急車搬送を受け入れてきた。2020年4月に新型コロナウイルスの市中感染増加を受け、発熱外来の運用が開始となった。病院の構造上、救急外来の一部を発熱外来に転用し、救急外来の機能維持、及びCOVID-19（以下COVID）が疑われる患者の動線の検討と待合スペースや診察室の確保が求められた。また、COVID疑い患者の診療エリアのゾーニングや、担当する医師及

び看護師等がこの未経験のウイルス感染症に対する院内感染予防策の確実な実施を求められる状況であった。感染管理認定看護師と救急看護認定看護師が協働し、それぞれの知識を生かすことが有用であったため実践内容を報告する。

【目的】

救急外来と発熱外来の患者及び医療スタッフを感染から守り、かつ、患者を適切に緊急度トリアージすることができる救急処置室の開設と運用における、救急看護認定看護師と感染管理認定看護師との関わりを評価する。

【方法】

発熱外来開設時の各事柄につき、救急外来認定看護師と感染管理認定看護師の関わりを評価した。

【倫理的配慮】

本発表は病院 A の感染対策室長と看護部から承認を得て、データから個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

感染管理認定看護師は、院外に発熱外来用のプレハブ（待合室、診察室、スタッフ室）を設置する際の施設整備担当者に助言を行った。救急外来と発熱外来のゾーニングを行い患者と医療スタッフの動線の整理と変更、標準化を徹底した。また、个人防护具（personal protective equipment：PPE）の物品の設置と医療スタッフが運用を理解し実行できる装着方法を視覚的に示した。そして診療場面に立ち合い、適切な PPE 装着状況を確認した。

救急看護認定看護師は、感染症スクリーニングの問診票を作成し、適切に救急外来と発熱外来に患者を振り分け、緊急度トリアージを行う仕組みを構築し、看護師が実践できるように教育を行った。また、発熱外来の待合室と診察室に遠隔カメラを設置し、救急外来内で患者の来院状況、患者状態、検査の進捗、医師、看護師の動きを把握、限られた人員での効率的な配置を調整した。また、発熱外来必要物品をセット化し効率化を図った。両認定看護師は協働して、救急外来と発熱外来患者にいずれも対応できる機能を持った救急処置室をプレハブと救急外来の間に設置、COVID が疑われる重症患者を判別し、安全に診察を行った。患者と医療スタッフの動線が整い、安全な感染対策ができる環境とし、重症患者に対応できるようにシミュレーションを企画し実施した。2020 年 4 月から 2021 年 1 月の間、救急車で来院した患者を 2238 件受け入れた。同期間 COVID 疑い患者と COVID 患者を 979 件受け入れた。内、救急処置室で、重症患者を 72 件診察した。救急外来と発熱外来での COVID 院内発生は 0 件であった。

【考察】

発熱外来の開設と運用、医療スタッフの教育には、認定看護師が協働し対応していく必要性があった。救急看護認定看護師と感染管理認定看護師が協働することにより、救急外来機能を維持し COVID 患者に対応する発熱外来を開設できた。また、救急外来と発熱外来の重症患者に対応する機能を持った救急処置室を設置し、体制を構築したことで、すべての医療スタッフが、医療の質を維持し安全に運用することができた。

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 9. 医療安全①

[OD901] 9.医療安全①

[OD901-01] Eコール対応を迅速に行うための、一般病棟救急カート見直しへの取り組み

○多月 奈々絵¹、橋本 さやか¹、中田 淳史¹、後藤 亜希子¹、瀬川 瑛莉香¹、坂本 有世¹ (1. 社会医療法人 製鉄記念広島病院)

[OD901-02] RRS起動機会を増加させるためには ― 院内緊急コールの分析から ―

○久保田 忍¹ (1. 高山赤十字病院 救命救急センター)

[OD901-03] 院内緊急コールシステムの現状とその課題

○田村 麻衣¹、表 佳代¹、松島 圭吾¹、阿部 雅美¹、芝田 里花¹ (1. 日本赤十字社和歌山医療センター)

[OD901-04] Rapid Response Systemの現状と今後の課題

○表 佳代¹、田村 麻衣¹、松島 圭吾¹、阿部 雅美¹、芝田 里花¹ (1. 日本赤十字社和歌山医療センター)

[OD901-01] Eコール対応を迅速に行うための、一般病棟救急カート見直しへの取り組み

○多月 奈々絵¹、橋本 さやか¹、中田 淳史¹、後藤 亜希子¹、瀬川 瑛莉香¹、坂本 有世¹（1. 社会医療法人 製鉄記念広畑病院）

キーワード：院内急変、救急カート、急変対応

I.はじめに

A病院では、Emergency call（以下 Eコール）時は、指定された医師がコマンダーとなり、救命センターと当該病棟の看護師が急変対応にあたる。救急カートは医療安全が主導で内容を取り決めているが、一般病棟と救命センターでは内容が異なる。Eコール時、救命センター看護師が救命処置を担うが、一般病棟の救急カートの中身を把握しておらず、急変対応に遅れが生じていた。急変対応が遅れることは救命率の低下に繋がるため、救命センター看護師と各病棟看護師・医療安全メンバーが合同で救急カートの見直しを行い、問題点を明確にすることで、より迅速な対応に繋がるのではないかと考えた。ただし、薬剤は見直しを行ったばかりのため、今回は除外する。

II.研究の目的

一般病棟で使用している救急カートの問題点を明らかにする。

III.研究方法

1.研究対象

Eコールに対応した A病院救命センターに勤務する看護師（救急病棟2名・ICU2名）と一般病棟看護師（各病棟1名）、各病棟医療安全メンバー計20名

2.調査期間

2021年2月～2021年12月

3.調査方法・内容

方法は、1グループ5～6名とし、インタビューガイドを用いて60分程度のグループインタビューを実施。調査内容は、「一般病棟の救急カートを使用した際の使い勝手や、物品・配置の見直しをすることについて感じる事」である。

IV.データの分析方法

グループインタビューで得られたデータを、帰納的に分析を行う。分析は一般病棟で救急カートが使用される状況、Eコール時に看護師が困ったと感じた内容に注目し、実践での問題点を抽出する。

V.倫理的配慮

個人情報の保護に配慮し個人が特定できないよう処理を行う。また、研究協力者には同意が得られない場合でも不利益が生じないことを約束した。

VI.結果

調査の結果、327コードを抽出し、48サブカテゴリーと、【Eコールシステムについて】【感染対策】【救急カートの改善】【救急カートの作業スペース】【救急カートの使用状況】【救急カートの使用方法】【救急カートの知識不足】【急変対応の経験不足】【急変に対する認識の低さ】【人的要因】【設備・物品の設置場所の問題】の11カテゴリーに分類できた。

VII.考察

カテゴリーの中で、【救急カートの改善】【急変に対する認識の低さ】が特に問題であると考えた。

【救急カートの改善】では、急変時に気管挿管の物品を救急カート内から集めるため、対応に遅れが生じている。物品配置の統一や物品のセット化をすることで問題解決でき、迅速な対応に繋がると考えた。

【急変に対する認識の低さ】では、日々救急カートの点検を実施しているが、物品の使用目的を理解できていない、急変時に物品の不具合があるといった問題点が認められた。また、急変の経験が少なく、救急カートに触れるのは点検の時だけである。救急カートに触れ、知識・技術の習得と急変に対する意識づけには、共に見直しをした救急カートを使用し、一緒に急変シミュレーションを実施することが必要ではないかと考えた。

IX. 結論

分析の結果【救急カートの改善】【急変に対する認識の低さ】など11カテゴリーに分類された。

迅速な対応を行うためには、救命センターと一般病棟の看護師が相互理解し、協力して一般病棟の救急カートの物品配置を検討していく必要がある。いつでも急変対応ができるように物品のセット化をできるものは行い、特に気管挿管の物品のセット化は必要である。その他のカテゴリーに対しても改善していくことが今後の課題である。

[OD901-02] RRS起動機会を増加させるためには — 院内緊急コールの分析から —

○久保田 忍¹ (1. 高山赤十字病院 救命救急センター)

キーワード：院内緊急コール、RRS、NEWS

【目的】当院における院内緊急コール（以下 HC）症例を分析し、Rapid Response System(以下 RRS)構築に必要な課題を見出す。

【方法】1. 2013年1月～2020年12月までの HC報告書をカルテより後方視的に、年齢、性別、要請原因、バイタルサイン等を検索した。2. 救命救急センター（以下 ICU）で急変した23件を早期警戒スコア：National Early Warning Score（以下 NEWS）を用いて点数化した。3. NEWSから急変リスクを低、中、高リスクに分類し分析した。

【倫理的配慮】個人情報データベース化し、院内倫理委員会において学会発表の承認を得た。

【結果】HC件数は112件で男性71件、女性41件、平均年齢68.7歳であった。70歳以上が全体の69%を占めていた。要請場所は一般病棟が66件（59%）、次いでICUが28件（25%）、CT室7件（6%）、その他と続いた。20歳以上の院内全体のHC要請原因は、心肺停止（以下 CPA）28件、循環不全・致死的不整脈27件、呼吸不全26件、意識障害15件、痙攣5件であった。24時間以内に死亡に至ったのは51件（49%）、24時間以上生存したのは54件（51%）だった。一般病棟のデータでは情報不足しており、NEWSを用いリスク分類することは困難であった。

そのためICUでHCされた20歳以上の患者23件に限定し分析した。HC要請原因は呼吸不全、循環不全、痙攣の順で、CPAで発見された院内全体の要請原因と順位が異なった。更に急変8時間前までのNEWSでリスク分類した結果、高リスク患者14件（61%）、中リスク患者4件（17%）、低リスク患者5件（22%）だった。HC要請後24時間以内に死亡したのは7件で、5件が高リスク、2件が中リスクに該当した。低リスク患者は5件全て24時間以上生存した。また高リスク患者のうち循環器疾患（心疾患の既往を含む）を有していた患者は6件。そのうち5件（83%）が1週間以内に死亡した。5件の高リスク患者のうち4件は、循環器疾患（心疾患の既往を含む）を有していなかった。

【考察】一般的に病棟や外来では頻回にバイタルサイン測定が行われていないため、巡視時に異変に気づきCPAで発見されることが多い。呼吸数の異常は早期に異変に気付くための重要な指標となることから、当院では昨年からRapid Response System（以下 RRS）を本格稼働し、呼吸数測定率（記載）に力を入れてきた。今回一般病棟でHCされた患者の呼吸数測定率は17%と低く、NEWSでのスコア化が困難であった。そこでICUに限定し分析を行った。ICUでは重症な患者が多く、NEWS高リスク患者に該当する人工呼吸管理中、循環動態不安定な患者の割合が高かった。一般病棟と比較し、ICUは常にモニタリングしているため呼吸不全、循環不全・致死的不整脈を早期に認識し、適切な蘇生処置を行えた事が、急変後24時間以上生存できた患者が多かった可能性がある。

【結論】 HCは一般病棟、その他（外来やCT室）ではCPA、ICUでは呼吸不全で要請されることが多かった。NEWSで高・中リスクの患者は低リスク患者と比較し死亡率が高かった。ICUでHCされた患者のうち、循環器疾患（既往歴を含む）患者の死亡率は高い傾向にあった。ICU以外で急変兆候を早期に発見するためには、呼吸数、呼吸様式などの観察が必要であり、必要時RRSを起動できる教育が重要であると考えられた。

[OD901-03] 院内緊急コールシステムの現状とその課題

○田村 麻衣¹、表 佳代¹、松島 圭吾¹、阿部 雅美¹、芝田 里花¹（1. 日本赤十字社和歌山医療センター）

キーワード：緊急コールシステム、救急コール、急変の前兆、DNAR

【目的】

救急コールの現状分析を行い、今後の院内の急変対応の質の向上・救命率の向上を目指すことを目的とする。

【研究方法】

1) 対象

2020年4月から2021年3月までの救急コール21事例

2) 調査内容

患者の年齢 主疾患 入院から急変までの期間 術後の急変であったかどうか 急変から救急コールまでの時間 急変の前兆があってから救急コールまでの時間 主治医へのコールの有無 Do Not Attempt Resuscitation(以下DNAR)の周知状況

①～⑧の内容から、A病院の救急コールに関する傾向をカテゴリー化し、問題点を抽出した。

3) 用語の定義

急変の前兆：A病院のRapid Response Systemの起動基準とする。

DNAR：「尊厳の概念に相通じるもので、癌の末期、老衰、救命の可能性がない患者などで、本人または家族の希望で心肺蘇生法を行わないこと」とし、日本救急医学会救命救急法検討委員会からの定義を引用する。

【倫理的配慮】

事例は、個人の特定はされないよう匿名化し、データは本研究の目的以外に使用することはない。また研究終了後、本件全ての分析結果を破棄する。本研究は倫理委員会の承認を得た。

【結果】

1) 患者背景

患者の年齢については20歳代・30歳台代・50歳代がそれぞれ4.7%、60歳代が23.8%、70歳代が38.0%、80歳代が14.2%、90歳代が9.5%であった。主疾患は消化器内科疾患が14.2%、消化器外科疾患が33.3%、整形外科疾患が19.0%、循環器内科疾患が14.2%、呼吸器内科疾患が9.5%、脳神経外科疾患が9.5%であった。入院してから救急コールまでの期間は約3～7日であった。21事例の52.3%が術後に急変しており、術後3日以内の救急コール事例は18.1%であった。

2) 救急コールについて

急変を発見してから救急コールまでの時間は平均5.4分であり、急変の前兆があってから救急コールまでの時間は平均4.9時間であった。急変の前兆があった事例は52.3%であり、これらの全事例に救急コールの平均4.9時間前に何らかの急変の前兆があったことが明らかとなった。急変の前兆は頻呼吸が54.5%、頻脈・虚脱がそれぞれ18.1%、冷感が9.0%であった。急変の前兆があった事例の45.4%は、救急コール時心停止または呼吸停止となっており、心肺蘇生法実施後に心拍が再開した事例は20.0%であった。急変の前兆があった11事例中5件(45.4%)が急変の前兆に気付いており、6件(54.5%)が「おかしい」と思ったが急変の前兆と判断しきれていなかった。急変の前兆は継続的に観察し、主治医から何らかの指示を得て様子観察を行っていた。21事例の中で救急コールより先に主治医に連絡している事例が57.1%あった。DNARに関しては全ての事例においてDNARの周

知が不十分であった。

【考察】

21事例の52.3%が術後に急変しており、術後3日以内に急変した事例は手術侵襲が急変の要因のひとつであったと考える。しかし、術後の侵襲と急変の関連については診療録に書かれている情報からの分析が困難であった。

「おかしい」と思ったが急変の前兆と判断しきれなかった事例が54.5%あったことから、急変の前兆を周知し、指導を行っていく必要があると考える。また、救急コールより先に主治医に連絡している事例に関しては、救急コールの要請基準の理解が不十分であった可能性が考えられ、救急コールの要請基準を周知することが必要である。

DNARに関しては DNARの周知が不十分であることが明らかとなり、DNARを周知できるシステムの構築が課題となると考える。

[OD901-04] Rapid Response Systemの現状と今後の課題

○表 佳代¹、田村 麻衣¹、松島 圭吾¹、阿部 雅美¹、芝田 里花¹（1. 日本赤十字社和歌山医療センター）

キーワード：Rapid Response System、緊急コールシステム、急変の前兆

1 目的

A病院は平成20年10月から、「心肺停止またはそれに準じた緊急事態」を対象とした院内緊急コールシステム（以下救急コール）を24時間対応で行っている。救急コール事例を検証した結果、看護師は心肺停止以外の要請基準に迷いを生じていると考えられた。会議や研修では、急変の前兆を含めて救急コールの要請ができると啓発してきたが、急変の前兆に対する基準が不明瞭であり、看護師全体への浸透には至らなかった。そのため、Rapid Response System（以下 RRS）の必要性を検討し、2020年9月から開始となった。RRS開始後の事例を分析し、今後の課題を検討する。

2 研究方法

1) 対象

2020年9月から2021年5月までの救急コール事例18件と RRS事例8件を対象とした。

2) 検証内容

救急コールと RRS要請があった事例の診療録を遡り、救急コール・RRSを要請した時刻、RRSの要請基準を満たした時刻、要請したのは誰か、急変の前兆や RRSの要請基準を満たすバイタルサインの異常がいつから出現していたかについて検証を行った。

3) 倫理的配慮

すべての事例は、個人情報を匿名化した状態でデータ処理を行った。データは研究が終了した時点で消去する。本研究は、所属施設の倫理委員会の承認を受けた。

3 結果

1) 救急コールについて

救急コール事例18件中、救急コールまでの間に、急変の前兆やバイタルサインが RRSの要請基準を満たしている事例は66.6%あり、すべての事例において、RRSの要請基準を満たす異常が夜間や休日に出現していた。急変の前兆がみられてから救急コールをするまでの平均時間は7時間30分であった。

2) RRSについて

RRS要請事例8件中、担当医師からの要請が5件、看護師からの要請が1件、担当医師以外の医師からの要請が2件であった。これらの事例は、RRS要請基準を満たしてから RRS要請まで、平均約9時間15分を要していた。

4 考察

予測ができないと判断した心肺停止以外の12件（66.6%）の救急コール事例では、約9時間前には RRSの要請基準を満たし、継続した観察が行われていた。しかし、患者のバイタルサインの異常や急変の前兆があった時点では夜間・休日であり、RRSを要請することは困難であり、結果的に救急コールを要請したと考えられた。ただ、状態が悪化したために救急コールを要請したのか、RRSの代わりに救急コールを要請したのかは、看護記録からは判断できなかった。

一方、RRSを要請したすべての事例が、要請までに時間がかかっていた。これらの事例は、患者の異変に気付いており、観察の継続や担当医師へ報告し指示を受けていたため、RRSの要請は不要と考えていた可能性がある。看護師からの RRS要請は1件であったが、その理由として、RRSのシステムを理解できていなかった可能性、また、以前、救急コール事例で「なぜこの事例で救急コールを要請したのか」と言われ、RRSの要請を躊躇した看護師がいる可能性がある。

RRSが開始になり、まだ9ヶ月の経過であり、救急コールと RRSの関連性は明確となっていない状況である。現在、ファーストコールは医師になっており、連絡しづらいという意見があるため、看護師にも連絡・相談することができることを伝えた。看護師の気づきで RRSの要請が増えれば、患者の重篤化を予防し、急変を予防することができると思われる。

5 今後の課題

RRSの要請基準を周知することが喫緊の課題である。同時に、病態のアセスメント能力の向上と、RRS要請の時期を逸せず要請できることが課題となる。

[OD902] 9.医療安全②

[OD902-01] 転倒・転落看護計画の評価内容と実践した対策の実態調査

○鈴木 規予子¹、久保島 明枝¹、稲田 希美¹ (1. 埼玉医科大学総合医療センター)

[OD902-02] 大学病院における迅速対応システム (Rapid Response System : RRS) の6年間の現状分析

○堀 智恵¹ (1. 九州大学病院)

[OD902-03] 呼吸器関連の特定行為に相当する有害事象の法的責任とリスク要因の検討

○山田 君代¹、石原 啓之² (1. 医療法人 渡辺医学会 桜橋渡辺病院、2. 滋慶医療科学大学大学院 医療管理学研究科)

[OD902-04] A施設における院内救急対応システムの導入成果

○須田 貴之¹、新名 朋美¹ (1. 大阪赤十字病院 救命救急センター)

[OD902-05] A病院における看護部 Rapid Response Systemチーム会活動と看護師の行動の変化

○小笠原 美奈¹ (1. 秋田赤十字病院)

[OD902-01] 転倒・転落看護計画の評価内容と実践した対策の実態調査

○鈴木 規予子¹、久保島 明枝¹、稲田 希美¹（1. 埼玉医科大学総合医療センター）

キーワード：転倒・転落、看護計画、HCU

【目的】

A病院 HCU病棟（以下 HCU）は、A病院独自の転倒・転落アセスメントスコアシート（以下スコアシート）を用い、転倒・転落の危険度を判断している。運用方法は診療基本マニュアルで示され、評価時期・方法など手順に従い実践している。転倒・転落の危険度が高い患者に対し、看護計画書（以下計画書）で立案し実践・共有をしているが、2020年度までの5年間で HCUの転倒・転落の発生件数は年々増加した。計画書を立案しただけで実践が伴わず、転倒・転落が増加したのではないかと予測された。そのため本研究では、計画書で立案した対策が実践されているか、実態を明らかにすることを目的に調査した。

【方法】

期間：2018年1月1日～2020年7月31日

対象：調査期間中、HCUに入院・転入し、転倒・転落を発生した52症例

方法：スコアシート、計画書、転倒・転落発生時の要因分析シート（以下要因分析）の項目を症例ごとに集計し、計画書で立案した対策が実践されているか、診療録への記載の有無で調査した。

倫理的配慮：本研究は A病院、倫理委員会の承認を得た。

【結果】

「履物」「離床センサー」「メンタル受診」の対策は100%、「離床援助」の対策は75%で診療録への記載がなかった。「マーク装着」の対策は73%が診療録へ記載されていた。スコアシートでチェックがあった項目は、「記憶・記憶力障害や認知力の低下がある」26件、「今までに転倒・転落を起こしたことがある」20件であった。要因分析でチェックがあった項目は「時間帯」で日勤27件（52%）、準夜18件（35%）、深夜7件（13%）であった。「履物」で素足11件、靴下1件、スリッパ19件、靴14件、サンダル1件、記載なし6件であった。「場所」でベッドサイド29件、廊下3件、トイレ6件、浴室2件、車椅子11件、洗面所1件であった。診療録で記載が多かったのは「不明言動がある」24件、「危険行動がある」19件、「無断離床がある」10件であった。

【考察】

「危険行動あり」の評価が計画書では14件だったが診療録では19件と、正しく評価できていないことが分かった。計画書で立案したが診療録には記載がなく実践されていない項目が82%で、計画立案したほとんどの項目で実践されていなかった。逆に計画書では立案せず診療録に記載し実践されていた症例があり、計画と実践が伴っていないことが明らかとなった。診療録に記載された「観察強化」とした対策の48%は、看護師の人数が少ない夜間帯で転倒・転落したこと、対策が不十分だったことが考えられる。「マーク装着」の対策は73%が診療録へ記載されていたが、これは日常業務の中に「マーク装着」の確認を毎日行っていることが、実践率を高めている要因だと考えられる。計画書の立案や評価は個人で行い、意識的に計画書を見ない限りそれを共有する機会がない。今後はせん妄や危険行動がある患者に、計画書で立案された対策を実践できるよう看護師の業務内容の環境を整え共有することで転倒・転落発生の予防につなげていけるのではないかと示唆された。

[OD902-02] 大学病院における迅速対応システム（Rapid Response System：RRS）の6年間の現状分析

○堀 智恵¹ (1. 九州大学病院)

キーワード：緊急対応システム、病院死亡率、勤務時間帯

【目的】

入院患者の緊急時における迅速対応システム（RRS）は、病院死亡や予期せぬ死亡を減少するなどのエビデンスが海外で確立しており、導入が広がっている。本邦においても2008年以降、多くの病院でRRSの導入が広がった。しかしながら、本邦におけるRRSについてのエビデンスは少ない。本研究ではA大学病院におけるRRS導入後の6年間の現状を調査するとともに、RRS要請患者の特徴や転帰について明らかにする。

【方法】

対象は、2012年4月から2020年3月までの調査期間中に、A大学病院入院中に緊急招集を要請した患者293名及びRRS要請患者487名とした。アウトカムは、RRS要請患者の要請後24時間以内の死亡と要請後30日以内の死亡とし、RRS要請時の要請理由、要請時間帯との関連を評価した。統計学的手法としては、要請理由カテゴリ別の要請後24時間以内の死亡、要請後30日以内の死亡の頻度を比較し、ロジスティック回帰分析を用いて、要請理由別のアウトカムのオッズ比（95%信頼区間）を求めた。調整モデルには、性、年齢、要請時間帯、発見から要請までの時間カテゴリーを用いた。より重篤な指標と考えられる要請理由カテゴリーについては、その理由を多く有することがアウトカムと関連するかについて検討した。また、要請時間帯別の要請後24時間以内死亡、要請後30日以内死亡との関連についても検討した。解析にはJMP pro15（SAS Institute Inc,Cary,NC）を用い、統計学的な有意水準は5%とした。

【倫理的配慮】

九州大学医系地区部局臨床研究倫理審査委員会の承認を得た。研究対象者に対しては、個人が特定されないこと、また不利益を回避するための配慮を実施した。

【結果】

RRS要請件数は調査期間中に年間179件へ増加し、病院死亡率は2012年度の1.1%から2019年度0.83%へ減少した。6つの要請理由カテゴリーの頻度は、「SpO₂低下」が58.5%、「意識悪化」が40.9%、「血圧異常」が39.0%、「脈拍数異常」31.4%、「呼吸数異常」27.7%、「その他」41.5%であった。このうち、「意識悪化」、「SpO₂低下」、「血圧異常」は要請後24時間以内の死亡または要請後30日以内の死亡と関連していた。要請後30日以内の死亡のオッズ比〔95%信頼区間〕は、「SpO₂低下」が2.55〔1.51-4.29〕、「意識悪化」が2.46〔1.55-3.91〕で、それぞれ有意に上昇した（表1）。またこの3つの要請理由カテゴリーを多く有すると、死亡のリスクも上昇した。日勤帯と比べた深夜帯の要請後30日以内の死亡のリスクは、1.83〔1.08-3.08〕と有意に上昇した。3つの要請理由カテゴリーの全てを有する割合は深夜帯が最も多かった。一方で、要請時間帯別の発生から要請までの時間カテゴリーでは、日勤帯では21.8%が即時に要請しているのに対し、深夜帯では11.0%であった。

【考察】

A大学病院においてRRS要請件数は増加し、病院死亡率は漸減していた。病院死亡率は1%前後であり多施設と比較しても低く、要請件数もこれまでの研究報告と比べると少ない。そのためRRSの導入効果があったとはいえない。要請理由カテゴリー「意識悪化」、「SpO₂低下」、「血圧異常」を有すると死亡リスクが上昇することから、患者急変を発見するための予見と、発見後の迅速な対応が必要であることが示唆された。また、日勤帯に比べると深夜帯の死亡のリスクが上昇し、深夜帯では発生から要請までに時間を要していた。

[OD902-03] 呼吸器関連の特定行為に相当する有害事象の法的責任とリスク要因の検討

○山田 君代¹、石原 啓之² (1. 医療法人 渡辺医学会 桜橋渡辺病院、2. 滋慶医療科学大学大学院 医療管理学研究科)

キーワード：advanced nurse、特定行為、呼吸器関連、法的責任、有害事象

<目的>特定行為研修を修了した看護師（以後 advanced nurse;AN）の誕生は、医療の役割構造に変化をもたらし、医療の安全性という新たな問題発生の可能性が示唆されている。そこで、1)ANが特定行為を実施するうえでの法的責任のあり方、2)医療安全上の問題点とその解決策の検討を目的として本研究を行った。特に、生命に影響を及ぼす可能性が高く、有害事象が発生しやすい「呼吸器関連の特定行為」に分析対象を絞り、再発防止に向けたANの役割を考察した。なお、本制度が始まってまだ日が浅く、ANに起因する有害事象の報告は見当たらないため、ここでは、医師に関連した報告をANが今後行う可能性の高い場面と想定し、その傾向を調査した。

<方法>38行為21区分に分類された特定行為のうち、呼吸器関連の「区分1 気道確保」「区分2人工呼吸療法」「区分3長期呼吸療法」を対象とした。これらの有害事象について、(1)医療裁判例、(2)日本医療機能評価機構および(3)日本医療安全調査機構の報告書から情報を収集し、(a)絶対的医行為、(b)特定行為、(c)看護ケアの3つの医行為に分類した。そのうえで、医行為別にみた患者の死亡率を比較した（比率の差の検定）。さらに、(b)の有害事象については、患者の転帰と有害事象に至った要因を明らかにし、その再発防止策について検討した。また、裁判事例の分析に当たっては、被告（人）の職種とその有罪（責）率を算出した。なお、研究に先立ち倫理委員会の承認を得た。

<結果>有害事象数は区分1で32件(裁判例17、報告書15)、区分2で80件(裁判例27、報告書53)、区分3で47件(裁判例7、報告書40)の計159件であった。(b)に相当する有害事象は区分1でチューブ位置調整による右片肺挿管など3件、区分2では鎮静薬関連および人工呼吸器設定モード不備が4件、区分3では気管切開チューブ挿入・交換時のトラブルが9件の計16件あり、死亡率は62.5%であった。なかでも、区分3は9件中7件(78%)が死亡もしくは高度障害残存という重篤な状態に至っており、その内4件(57%)は気管切開術から一週間以内の発生であった。また、全有害事象における死亡率をそれぞれの医行為別に比較すると、区分1では(b)66.7%、(c)17.6%、区分2では(b)50%、(c)52.2%、区分3では(b)66.7%、(c)25.7%であり、区分1と3で(c)よりも(b)の方が高く、区分3では有意差（ $p=0.042$ ）を認めた。さらに、裁判事例の分析では、呼吸器関連の刑事裁判23件のうち、看護師が被告人となった事例は15件(65%)と全職種の中で最多であり、全例が有罪判決を受けていた。

<考察>特定行為に相当する有害事象における患者の死亡率や、刑事裁判における看護師の有罪率からANが法的責任を問われるリスクは高いと考えられる。本研究で抽出した有害事象は、医師が実施したことにより発生したものであるが、特定行為として看護師が実施する場合は、より一層のリスク管理を行い、有害事象の発生予防に努めなければならない。なかでも、気管切開チューブ交換時のトラブルは致死率が高いため、初回交換は2週間以降で気管切開孔の瘻孔化を待ってからとし、それ以前に交換を必要とする場合は、集中治療室や手術室等で熟練した医師の立ち会いのもとで行う事が望ましい。また、常に挿入困難例を想定して医師との連携を図り、かつ「Difficult Airway Managementカード」を60秒以内に利用可能な状態に準備しておく等の危機管理も重要である。

[OD902-04] A施設における院内救急対応システムの導入成果

○須田 貴之¹、新名 朋美¹（1. 大阪赤十字病院 救命救急センター）

キーワード：院内救急対応システム、RRS

【背景】院内心停止は、異常所見の時点で適切に対処すれば心停止は回避可能とされており、院内救急対応システム（以下、RRS）が普及しつつある。A施設では2020年7月よりRRSを導入し活動を開始した。A施設のRRSはクリティカル系の専門看護師と認定看護師が要請時の窓口となり主科と対応し、対応困難な場合はRRS担当医がバックアップをする体制で運営としている。また、RRS看護師は病棟をラウンドし、生体モニターの装着患者の状態確認と病棟看護師の懸念に対する介入を担う。

【目的】 RRS導入前後の院内急変を比較し、活動成果を検証する。

【方法】 2020年7月～2021年3月の RRS介入患者を対象とし、診療録から年齢、性別、主病名、主科、要請手段、起動基準項目、介入内容、患者転帰のデータを収集し記述統計を行った。次に、RRS導入前の2019年7月～2020年3月の期間とRRS導入後の2020年7月～2021年3月において、入院患者数、死亡数、院内急変件数、救命率、予期せぬ死亡数、入院1000人当たりの予期せぬ死亡について比較した。統計解析には χ^2 検定を用い、有意水準は0.05を採用した。

【倫理的配慮】 集積データは個人情報と連結できないよう記号化し、施設外に持ち出さず鍵のかかる場所で管理した。集積データは分析終了後に破棄した。尚、本内容は所属施設の看護研究倫理審査委員会の承認を得ている。

【結果】 RRS介入患者は130名であり、年齢 70.3 ± 14.1 歳、男性80名、女性50名、主科は外科25名、循環器18名の順に多かった。要請手段は病棟ラウンドが110件、電話要請が20件であった。起動基準は病棟ラウンドでは看護師の懸念が35件と最も多く、不安定な循環15件、不安定な呼吸12件の順であった。電話要請では不安定な呼吸・循環、意識レベルの変調が各7件で緊急を要する内容であった。介入内容は、病棟ラウンドでは主にフィジカルアセスメントの助言、主治医への検査依頼があり、電話要請では輸液や昇圧剤の管理、酸素投与、検査介助、人工呼吸器の調整などを実施した。患者転帰はICU入室9件、死亡1件であった。一方、RRS導入前の院内急変は37件であり、平日夜間の急変は13件（35.1%）であった。応援要請はCPAが31件、非CPAが6件、救命率は37.8%であった。DNARの取得のない予期せぬ死亡は19件、入院1000人当たりの予期せぬ死亡は1.04であった。RRS導入後の院内急変は30件であり、平日夜間の急変は11件（36.7%）であった。応援要請はCPAが22件、非CPAが8件、救命率53.3%であった。DNARの取得のない予期せぬ死亡13件、入院1000人当たりの予期せぬ死亡は0.90であった。RRS導入後、院内急変の救命率は向上し、入院1000人当たりの予期せぬ死亡は低下した。

【考察】 RRS導入後、院内急変の救命率が向上し、入院1000人当たりの予期せぬ死亡は低下した。これは、RRSの活動が各部署の急変リスクに対する意識を向上させ早期対処に繋がった結果と考える。しかし、平日夜間の急変が36.7%と多くリスク患者の取りこぼしを低減させることが課題である。また、病棟看護師の懸念が要請理由に多くなる要因は、看護師が懸念事を言語化できていないことや電話要請への心理的抵抗などが考えられる。今後はリスク患者の抽出と看護師のフィジカルアセスメントを高める教育に取り組み、院内急変の低減に努めたい。

【結語】 RRS導入後、入院1000人当たりの予期せぬ死亡は低下し RRSの活動成果を認めた。

[OD902-05] A病院における看護部 Rapid Response Systemチーム会活動と看護師の行動の変化

○小笠原 美奈¹（1. 秋田赤十字病院）

キーワード：Rapid Response System

【目的】

A病院では、急変徴候に気づき介入する Rapid Response System（以下 RRS）構築が急務となり2017年に発足された。「気づき」の主役である看護師の状況認識力を磨くためには座学では限界があり、8名のインストラクターを養成し2018年からシミュレーションを開始した。2019年からは医療安全推進室と協力し看護部 RRSチーム会（以下チーム会）が発足された。RRSコール事後検証の結果、チーム会発足前後を比較し

RRSコール発生件数増加と初期対応する看護師の行動に変化がみられた。今回は、RRSコール発生件数増加や看護師の行動の変化に繋がったチーム会活動内容は何か検証した。

【方法】

事後検証方法

1. RRSコール発生部署で、チーム会メンバーを含めた看護師と共に事後検証をする。
2. 事後検証内容と電子カルテの情報をまとめる。
3. 内容は、要請日時、部署、患者 ID、要請時間、要請者職種、要請から医師到着までの時間、要請理由、介入した内容、患者の予後、事後検証でのフィードバック内容を記録した。

研究方法

1. 2018年～2020年の RRS発生件数を集計する。
2. 看護師の判断による介入があった事例数を集計し、実践した行為を抽出、その件数を集計した。

【倫理的配慮】

患者に関する情報は「診療情報閲覧の許可」を提出した上で個人を特定されないように処理し、目的以外には使用せず、その情報収集のために使用する電子カルテは特定した場所で閲覧した。看護部倫理委員会の審査を受け承認された。

【看護部 RRSチーム会発足と活動内容】

2019年医療安全推進室と協力しチーム会が発足された。活動目的は、RRS発動により、入院患者の予期しない心停止を減らし、一般病棟での状態悪化から ICU入室までの時間短縮-ICU緊急入室患者の予後改善に向けて啓発活動を継続的に実施することとし、各部署に1～2名のメンバー（以下リンクナース）を置き現在24名で活動している。

チーム会ではシミュレーションを毎月2回開催し、啓発活動・教育など4つの活動グループを設け毎月1回開催されるチーム会で活動報告している。リンクナースは、チーム会で共有した RRSコールや事後検証内容を部署内報告し、インストラクター養成も並行している。現在では学習会や事後検証のファシリテーターとしての役割を担っている。

【結果】

RRSコール発生件数は2018年度2件、2019年度2件、2020年度29件で要請者職種は全て看護師だった。

RRSコール後医師が到着する前に看護師の判断による介入があった事例が、2018年度0件、2019年度0件、2020年度23件で79%を占めていた。実践した行為は、モニター装着17件、酸素投与開始または流量変更12件、静脈路確保または流量変更6件だった。他に下肢挙上2件、12誘導心電図検査と簡易血糖測定が各1件だった。

【考察】

RRSコール発生件数は増加し、要請者職種の全てが看護師だった。シミュレーション開催と、リンクナースからの事後検証内容報告は、看護師が RRSを知る機会となった。それが啓発活動になり発生件数増加に繋がった。RRSコールの79%で看護師の判断による介入があった。実践した行為は、シミュレーションに含まれる ABCDアプローチや、事後検証内容に含まれるもので、シミュレーションや事後検証でフィードバックを受け行動できた。チーム会発足後、シミュレーション参加要件をリンクナースによる事前講義受講とし、参加者のレディネス形成により学習効果が上がった事も、看護師の行動の変化に繋がった。各部署に配置されたリンクナースの存在は、看護師の行動の変化に寄与していると考ええる。

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 10. チーム医療

[OD1001] 10.チーム医療. 看護管理

[OD1001-01] フライトナースの職務と行動特性

○作田 裕美¹、上野 寿子¹、新井 直子²、新井 龍³、大串 晃弘⁴ (1. 大阪市立大学、2. 帝京大学、3. 湘南鎌倉医療大学、4. 四国大学)

[OD1001-02] COVID-19を対応する救命救急センタースタッフの心理的ストレスについて

○田牧 晴香¹、國田 わかな¹、佐藤 夢¹、室岡 知世¹ (1. 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院救命救急センター)

[OD1001-03] 急性冠症候群に対する初期対応ワークフローの導入

○澤邊 梨香¹ (1. 筑波大学附属病院高度救命救急センター)

[OD1001-04] 看護部に所属する院内救命士の実践内容

田口 諒¹、○関 隆裕¹ (1. 海老名総合病院救命救急センター)

[OD1001-05] 緊急入院し一般病棟へ転棟した患者と転棟後 ICU・HCUへ計画外入室した患者の MEWSと基礎疾患の実態

石橋 恵美¹、○梅木 夏帆¹、高橋 美沙子¹、神谷 恵¹ (1. 島根県立中央病院看護科)

[OD1001-01] フライトナースの職務と行動特性

○作田 裕美¹、上野 寿子¹、新井 直子²、新井 龍³、大串 晃弘⁴ (1. 大阪市立大学、2. 帝京大学、3. 湘南鎌倉医療大学、4. 四国大学)

キーワード：フライトナース

目的：フライトナースの職務と高い成果を上げるフライトナースの行動特性を明らかにし、フライトナースのコンピテンシーの特徴を検討することである。

方法：デルファイ法を用いて、日本看護協会ホームページで氏名と所属が公開されている救急看護認定看護師1096名を対象に質問紙調査（フライトナースが果たすべき職務について70項目、高い成果を上げるフライトナースの行動特性について96項目）を3回行った。コンセンサスを示す同意率は81%とした。なお、研究に先立ち、所属施設の倫理審査委員会の承認を得た。

結果：第1ラウンド調査53名、第2ラウンド調査32名、第3ラウンド調査17名から返信があり、フライトナースが果たすべき職務については10職務68項目でコンセンサスを得た。その内、高い同意を得た職務は『チーム作り』、『病院前救急看護実践/精度の高い臨床推論』、『病院前看護実践/医師との協働』であり、高い成果を上げるフライトナースの行動特性については、17の行動特性90項目でコンセンサスを得た。その内、高い同意を得た行動特性は、『問題発見・解決力』、『予見・予測性』、『率先行動力』、『誠実さ』、『コミュニケーション力』、『関係構築力』であった。

結論：高い成果を上げるフライトナースの行動特性は、フライトナースが果たすべき職務に対応して発揮されており、高い同意を得た行動特性はフライトナースの特徴的なコンピテンシーであることが示唆された。今後は、今回見いだされた結果を洗練させフライトナースのコンピテンシー尺度を開発し、信頼性と妥当性を実証的に確認することである。

[OD1001-02] COVID-19を対応する救命救急センタースタッフの心理的ストレスについて

○田牧 晴香¹、國田 わかな¹、佐藤 夢¹、室岡 知世¹ (1. 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院救命救急センター)

キーワード：COVID-19、ストレス、救命救急センター

【はじめに】A病院は2017年に神奈川県県央医療圏で唯一の救命救急センターを開設した。2020年2月にCOVID-19が日本で全国規模の市中感染へと拡がりを見せた。A病院でもCOVID-19の受け入れを開始し、次第にスタッフの肉眼的な疲弊、不安の声が増加した。全国的にもCOVID-19に関わる看護師のストレスが注目され、各学会、病院でもスタッフの心のケアの必要性を述べている。A病院では立ち上げ当初から救命救急センターに従事するスタッフに対しストレス調査のアンケートを実施している。今回COVID-19感染拡大によるストレスに対して下記に示す時期別のストレス推移と対策後の変化について結果を明らかにした。

【方法】①平時2019年12月、②COVID-19感染拡大初期2020年3月、③COVID-19感染拡大1年後2020年12月、④現在2021年3月にA病院救命救急センターに従事するスタッフを対象に、厚生労働省から発行されている職業性ストレス簡易調査票を用いたストレス調査の実施。①②の比較を(1)、②③の比較を(2)、③④の比較を(3)とする。厚生労働省の職業性ストレス簡易調査票は、A仕事について17項目(以下A)、B最近1ヵ月間のあなたの状態について29項目(以下B)、C周りの方々について9項目(以下C)、D満足度について2項目(以下D)で構成されている。2点以上の増減をストレスの変動とし、評価していく。【倫理的配慮】本研究は、A病院の倫理審査の承認を得て実施した。

【結果】(1)平時とCOVID-19感染初期を比較しA1名、B5名、C1名の増加。(2)COVID-19初期と1年後を比較しA7名、B14名、C3名、D1名の増加。この期間に医師からCOVID-19に関する最新の情報を含んだ学習会をはじめ、伝達内容のファイリングや、ゾーニングの明確化等の対応を行った。(3)については

A 7名, B 9名, C 2名, D 2名の増加が確認され、また、ストレスの減少者については、A 8名, B 10名, D 2名とストレスの増減の結果が反転した。

【考察】(1)の期間COVID-19感染拡大時のストレスが、未知のウイルスに対する漠然とした不安があり、最も多いと予測していた。しかし、(2)の比較が全期間を通してストレス増加を最も確認できる結果とはならなかった。救命救急センターの看護師のストレスについて宇田ら¹⁾は「人の生死にかかわる極限状況に対応することによって引き起こされるストレスがあり、ストレスフルな状況にある」と述べている。救命救急センターに従事するスタッフは常に患者の生死に緊急に関わることを必要とされており、平時よりストレスフルな状態なため増加が著しいものではなかったと考えられる。(3)の増加については、先の見えない不安が継続していくことに対し、ストレスの増加に繋がった可能性がある。しかし(3)では(2)で行った対策、また物資の流通の安定化やCOVID-19の医学的な明確化により、ストレスが増加しているスタッフと減少しているスタッフの数値逆転に繋がっていることが考えられる。山勢ら²⁾は「感染防護具着脱を含めた患者受け入れシミュレーション訓練の実施や、個々の看護師のストレス耐性の強化とフォローアップ体制設備が必要と考える」と述べている。COVID-19の拡大は現在も継続している。今後もこの調査を継続し、スタッフのストレス推移を把握し個別にフォローアップ体制を強化していくことが必要であると考えられる。

[OD1001-03] 急性冠症候群に対する初期対応ワークフローの導入

○澤邊 梨香¹ (1. 筑波大学附属病院高度救命救急センター)

キーワード：急性冠症候群、ワークフロー、チーム医療

<目的>

A病院救急外来（以下 ER）では、夜間帯は2～3人の看護師で勤務しており重複業務が多く、2020年より高度救命救急センターと位置づけられ救急車応需件数が増加している。とくに循環器内科ホットラインの設置に伴い、急性冠症候群（以下、ACS）が疑われる症例を受け入れ、循環器医師1名がオンコール対応で、患者・家族への説明や再灌流療法に必要な人員の召集等煩雑な業務を担っている。そこで、治療開始時間を短縮し質の高いケアを提供できるよう、医療者の役割を明確にした ACS初期対応にあたるワークフローの導入を試みたので報告する。なお学会発表にあたり、患者および医療者に対して不利益のないように配慮した。

<方法>

2019年1月1日～2020年12月31日の間、「胸痛」「胸部圧迫感」「絞扼感」を主訴とする患者を対象に、ACS初期対応ワークフローを用いて対応した。患者接触時には、ACS診療専用のチェックリストを用いて診察を開始し、限られた人員と時間の中で、検査や関係する部門への連絡を漏れがなく速やかに対応できるように医療者の役割を定めた。チェックリストに記録された時刻をもとに12誘導心電図、採血、ライン確保、カテーテル室入室までの所要時間を算出した。また、対応した医療者からフィードバックを得て、ワークフローとチェックリストの修正を随時行った。

<結果>

カテーテル室入室までの所要時間は、ワークフロー導入前は67分であったが、ワークフロー導入後は61分であり6分短縮した。検査までの時間には大きな差はなかったが、カテ室入室までの時間は6分の短縮となった。医療者からのフィードバックでは、業務整理ができたことへの肯定的な意見が多かった。とくに医師においては負担となっていた連絡作業が減ったことで本来の業務に集中して臨めるようになった。一方、医療者が集まるまでに急変となった事例や、連絡順の誤りがあったために臨床工学技士（以下 ME）の集合が遅れた事例があったことから、連絡先の優先順位を強調した。また看護師がMEへ連絡するときは緊急の治療を伝えるだけではなく、到着後の連絡を貰えるように伝える内容を追加した。さらにチェック項目を明文化し、短時間で複数のことを同時に行うことによる実施漏れがないよう改善した。

<考察>

ワークフローの導入により医療者の役割が明確となり、再灌流療法までの時間も短時間ではあるが短縮できた。カテーテル室に入室するまでのさらなる時間短縮には、当直 MEの配置や夜間・休日の緊急カテーテルの実施場所など構造面での調整が望まれる。チーム医療において、役割分担とそれに伴う綿密なコミュニケーションが重要である。

[OD1001-04] 看護部に所属する院内救命士の実践内容

田口 諒¹、○関 隆裕¹（1. 海老名総合病院救命救急センター）

キーワード：院内救命士、救急外来、看護部所属

[はじめに]

わが国では1991年に救急救命士法が制定されて以来、救急救命士は年々増加傾向にある。2020年度は64954人の救急救命士が登録されている。救急救命士の主な就職先は消防機関であるが近年では医療機関で従事する者も少なくない。A病院は救急救命士（以下救命士）が看護部所属として2004年度から救急外来で従事している。厚生労働省は2020年度の救急救命士法の改正で現状認められている33項目の救急救命処置を院内の重症度傷病者に対して行う方針で協議されている。現状、病院に所属する救命士が行う業務内容は病院によって大きく異なる。院内で活躍する救命士による文献では現場での現状と課題として救命士の有用性を明らかにしているものもあるが院内救命士に着目した文献は少ない。

そこで A病院で働く看護部に所属する院内救命士が救急搬送患者に行う実践内容をあきらかにすることは、救急救命士の行う業務の実態を明らかにすることだけでなく、看護師と救命士の個性の違いを知り、救急医療の中で専門性に応じたより安全で確実な医療提供に繋がるのではないかと考えた。

[目的]

A病院で働く院内救命士の実践内容をあきらかにする

[研究方法]

質的記述的研究。

本研究では対象を4名選定し、半構造的面接によるインタビューを行った。対象は A病院で働く救急救命士であり、消防署での救命士経験はなく、院内救命士としての社会人経験のみの者とした。

インタビューの内容を逐語録におこし、コード化、カテゴリ化し分析を行った。分析時には質的研究の経験者にスーパーバイズを受けた。

[倫理的配慮]

A病院の倫理委員会の承諾を得て行った。[受付番号261]

[結果] A病院で従事する救命士4名に半構造的面接を行った4名の経験年数はそれぞれ1年目1名、2年目1名、4年目1名、20年目1名であった。面接を行った時間はそれぞれ60分程度でありトータル243分であった。分析の結果11のサブカテゴリと以下の5つのカテゴリが抽出された。1搬送業務への意識では、〈患者を安全に指定された場へ運ぶ〉〈患者の変化に注意する〉などのサブカテゴリで構成された。2危機的状況にある家族への配慮では〈第一声で患者・家族の不安を探る〉〈家族の置かれている状況に近づく〉などのサブカテゴリで構成された。3状況に応じた他者尊重では〈理解しやすい言葉かけや方法を実施する〉〈社会人としてのマナーを意識する〉などのサブカテゴリで構成された。4院内の他職種との連携では〈院内職種の立場を理解する〉〈役割や考え方の違いにとまどう〉というサブカテゴリで構成された。5外傷疾患に対する専門的スキルでは〈学校で学んだ知識を発揮する〉で構成された。

[考察]

A病院看護部所属の救命士は救命士独自の業務として搬送が重大な役割と認識しており、常日頃から院内のみならず、院外への患者搬送に対し業務を遂行している事が今回明らかとなった。また、看護師が院内での教育に携わる機会が多い為、家族や患者の背景にも着目し患者・家族対応への意識が意図せず根付いていることが考えら

れる。救命士教育の中では、プレホスピタルでの CPA患者や外傷患者に対する教育に力を注いでいる。しかし、院内規定の中で自身等が学んできた知識や技術を活かしきれていないと予測されたが、外傷患者対応や CPA患者の蘇生対応で、固定法や質の高い CPRといった知識や技術を発揮していた。今後、救命士法の改正に伴い、院内役割の幅が広がる可能性が高い。救急外来に従事する看護師と救命士は互いに得意分野を尊重し、医療チームとして患者の最善を担保する姿勢が必要となる時が目の前にきているのだろう。

[OD1001-05] 緊急入院し一般病棟へ転棟した患者と転棟後 ICU・HCUへ計画外入室した患者の MEWSと基礎疾患の実態

石橋 恵美¹、○梅木 夏帆¹、高橋 美沙子¹、神谷 恵¹（1. 島根県立中央病院看護科）

キーワード：MEWS、急変予測、緊急入院

【目的】

高度救命救急センターを有する A病院では、時間外の緊急入院は特定の病棟（以下、B病棟とする）で受け入れ、翌日以降一般病棟へ転棟している。その中で転棟後に病状が悪化し、ICU・HCUへ計画外入室となる状況が発生しているが、その患者は転棟前からバイタルサインに異常をきたしていたのではないかと推測した。そこで、状態変化の兆候を早期に捉え、転棟後の病状悪化を防ぐため、転棟後一般病棟で入院継続した患者と、ICU・HCUへ計画外入室患者の違いを明らかにすることを目的として MEWSと基礎疾患について調査した。

【方法】

電子カルテ及び後利用システムを利用した後方視的調査を行った。緊急入院患者の年齢、性別、ICU・HCUへの計画外入室の有無、入院時の主病名、基礎疾患の有無、救急外来での MEWSの合計点、B病棟から一般病棟へ転棟する直前のバイタルサインを MEWSへ変換した。MEWSの5項目ごとの点数及び合計点について一般病棟で入院継続した患者（以下、状態安定群）と ICU・HCUへ計画外入室した患者（以下、状態悪化群）の2群間で t 検定を行った。基礎疾患と状態変化の関連については χ^2 検定を行った。分析には統計ソフト SPSS ver21を使用し有意水準は5%未満とした。

【倫理的配慮】

島根県立中央病院臨床研究・治験審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 中臨 R 20—045）。

【結果】

調査対象者は1,428名で、そのうち状態安定群は1,382名、状態悪化群は46名だった。救急外来での MEWS合計点の平均は、状態安定群が 1.72 ± 1.41 点、状態悪化群が 1.52 ± 1.49 点だった。一般病棟転棟前の MEWS合計点の平均は、状態安定群が 1.48 ± 1.00 点、状態悪化群が 1.72 ± 1.26 点だった。項目別の平均点は、呼吸数は状態安定群が 1.10 ± 0.47 点、状態悪化群が 1.09 ± 0.41 点、心拍数は状態安定群が 0.11 ± 0.37 点、状態悪化群が 0.35 ± 0.77 点、収縮期血圧は状態安定群が 0.11 ± 0.33 点、状態悪化群が 0.09 ± 0.28 点、意識状態は状態安定群が 0.10 ± 0.39 点、状態悪化群が 0.11 ± 0.31 点、体温は状態安定群が 0.07 ± 0.37 点、状態悪化群が 0.09 ± 0.41 点であり、心拍数で有意差があった。また、基礎疾患を有する割合は状態安定群52.1%、状態悪化群78.3%で有意差があった。基礎疾患別では、「心疾患」「脳血管疾患」「糖尿病」「高血圧」に有意差があった。

【考察】

今回の調査では、MEWSの合計点のみでは状態悪化の前兆を捉えることができなかったが、心拍数スコアには有意差があり、項目ごとのスコアを評価することで、状態悪化の前兆に気づくことができるのではないかと考えた。状態悪化群は救急外来での MEWSより、転棟前の MEWSが高かったことから、状態が悪化傾向にありながらも転棟していたことが分かった。救急外来だけでなく、病棟でも MEWSを用いて観察し点数化することで、状態の変化を捉えやすくなり、一般病棟への転棟時期を検討するなど ICU・HCUへの計画外入室の予防に活かすこと

ができると考える。また、基礎疾患のうち「心疾患」「脳血管疾患」「糖尿病」「高血圧」が状態悪化のリスク因子であることも分かった。MEWSと併せて、これらの基礎疾患の有無も情報共有することで急変リスクを早期に察知し、看護ケアにつなげることが可能となると考える。

[OD1101] 11.その他① (地域連携)

- [OD1101-01] CAM-ICU・ICDSCのせん妄ツール導入による身体抑制時間の変化について
○高村 未那子¹ (1. 東京都立多摩総合医療センター HCU病棟)
- [OD1101-02] 学校管理下における一次救命処置に対する A高校教職員の思いを知る
○岩田 綾佳¹、三井 まゆみ¹、滝口 明子² (1. 公益社団法人 有隣厚生会 富士小山病院、2. 一般財団法人 神山復生会 神山復生病院)
- [OD1101-03] 認定・専門看護師による救急患者・家族への意思確認に関する認識と実態
○柏 雅子¹、山勢 博彰²、田戸 朝美²、山本 小奈実² (1. 元山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程、2. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学講座)
- [OD1101-04] クリティカルケア領域に従事する看護師の倫理的感受性および倫理的行動の実態調査
○黒河 俊伸¹、嶋岡 征宏¹、相楽 章江¹、阿部 朋美¹、藤田 優子¹ (1. 山口大学医学部附属病院 先進救急医療センター)
- [OD1101-05] 救命救急センター ICUにおける自動運動リハビリの効果の検討
○白上 哲平¹、内藤 綾¹、江口 秀子² (1. 済生会千里病院、2. 鈴鹿医療科学大学)

[OD1101-01] CAM-ICU・ICDSCのせん妄ツール導入による身体抑制時間の変化について

○高村 未那子¹ (1. 東京都立多摩総合医療センター HCU病棟)

キーワード：CAM-ICU,ICDSC,せん妄,身体抑制

I.研究目的

A病院における CAM-ICU・ICDSC導入前後で、身体抑制時間が減少するか明らかにする。

II.研究方法

1.研究デザイン：前後比較研究

2.研究期間:非介入群2018年6月～11月 介入群2019年6月～11月

3.研究対象：救命救急科の患者

非介入群：CAM-ICU・ICDSC導入前入院患者（以下 A群とする）

介入群：CAM-ICU・ICDSC導入後入院患者（以下 B群とする）

4.調査方法：カルテより A群・B群の以下データを収集した。

1) 対象者の背景：年齢、性別、RASS、入室時間、人工呼吸器使用の有無、鎮静・麻薬使用の有無、脳器質性疾患の有無、呼吸不全の有無、循環不全の有無、感染症の有無

2)A群・B群の身体抑制時間

5.分析方法：A群・B群の患者背景の均等性を明らかにするために χ^2 検定を実施した。

A群・B群の身体抑制時間を算出し、Mann-Whitney 検定を実施した。さらに、CAM-ICU・ICDSC導入後、それぞれのスケールで陽性あるいは、陰性と判断された二者間で入室時間に占める抑制時間割合の差を Wilcoxonの符号付き順位検定で分析した。なお、検定における有意水準は $P<0.05$ とした。

III.倫理的配慮

本研究は、院内の倫理審査会にて審議したのち、規定に従い研究を施行した。研究対象者は連結可能匿名化し、個人が特定できないようにした。

IV.結果

1.患者の背景

本研究で対象となった患者は、A群24名、B群38名の計62名であった。平均年齢は A群61.67歳、B群63.68歳と患者の年齢に有意差はなかった。抑制合計時間に関して、A群118.7時間、B群52.6時間と有意差がみられた。そこで入室時間に占める身体抑制時間の割合を算出し、A群・B群の比較を行った。

2.CAM-ICU・ICDSC導入前後の身体抑制時間の割合の差異

CAM-ICU・ICDSC導入前後で、身体抑制時間の割合を比較した。その結果、時間割合の平均は A群52.13%、B群38.61%と CAM-ICU・ICDSCの導入後、抑制時間の割合は減少した。しかし、有意差は認められなかった。

3. CAM-ICU・ICDSC導入後の身体抑制時間の割合の差異

CAM-ICU・ICDSC導入後、測定対象となった患者38名中、陽性19名、陰性13名である。6名は評価の記載がないため除外した。CAM-ICU・ICDSCで陽性と判断された患者の身体抑制実施平均値は47.70%、陰性と評価された患者の身体抑制実施平均値は23.47%であった。陰性と評価された患者の平均抑制時間は減少しており、有意差が認められた。

V.考察

今回、身体抑制時間が減少した理由として、CAM-ICU・ICDSCを導入したことにより客観的にせん妄の評価ができたため、身体抑制解除の判断へと繋がったと考えられる。その一方で、陰性と評価された患者に、身体抑制が実施されていた事例もあった。桑原らは「マンパワーが不足することで、複数の重症患者の管理から予防的に身体抑制を行っている」¹⁾と述べている。本研究でも看護師の人数が減少する夜間帯に、身体抑制が実施される傾向にあった。

坂木らは、「チームでの情報共有を行い、チームの責任として協力し合える環境が重要である」²⁾と述べている。A病院においても身体抑制以外の安全管理が実施できるような環境づくりが必要である。

引用文献・参考文献

- 1) 桑原美香：ICU患者の身体抑制に影響する看護師の判断要因,日本クリティカルケア看護学会誌,Vol.11, P57～65,2015
- 2)坂木孝輔:クリティカルケア領域における身体抑制と看護の実際,看護技術,P63～70,2017

[OD1101-02] 学校管理下における一次救命処置に対する A高校教職員の思いを知る

○岩田 綾佳¹、三井 まゆみ¹、滝口 明子²（1. 公益社団法人 有隣厚生会 富士小山病院、2. 一般財団法人 神山復生会 神山復生病院）

キーワード：教職員、一次救命処置

目的

日本スポーツ振興センターは、平成11年から平成20年まで、学校管理下の突然死を567件報告している。一方、現場近くにいた教職員が直ちに行った心肺蘇生法により、子どもが蘇生された事例が報告されており、教職員が一次救命処置（胸骨圧迫と自動体外式除細動器：以下 AED）を実施できることの重要性が伺える。本研究は教職員の一次救命処置に対する思いを知ることで今後の一次救命処置指導の充実化への課題を見出すことを目的とする。

方法

A高校教職員に一次救命講習前にアンケートを依頼、一次救命講習後に回収。結果を分析し今後の課題を検討した。

倫理的配慮

本研究は、A病院倫理委員会の承認を得た。対象者に研究の趣旨、調査への協力は自由意志によるもので協力の有無で不利益は生じないこと、途中辞退の権利の保障、匿名性の厳守、個人のプライバシーの保護、データの管理および結果の公表について文書にて説明した。さらに、得られた調査内容は、本研究の目的以外には使用しないことを説明し同意を得た。なお、本研究において開示すべき利益相反関係にある企業はない。

結果

アンケートは A高校教職員72名に配布し回収率は45.8%。一次救命講習受講歴の質問に対し「ある」と回答した教職員は28名（84.8%）、「ない」と回答した職員は5名（15.2%）。「ある」と回答した教職員のうち、前回受講をしたのは、1～5年前が15名（53.6%）で最も多く、10年以上前が7名（25%）、5～10年前が1名

(3.5%)で不明は5名(17.9%)。

学校内 AED設置場所の質問に対し「設置場所を知っている」が29名(87.8%)「学校内に設置されていることは知っている」が4名(12.2%)。一次救命処置の必要な場面に遭遇し、実施したことがありますか？に対し「はい」と答えたのは1名。

自由記述で得られた教職員の思いをコード化し、カテゴリー化した。結果を表1に記す。

考察

学校内で、一次救命処置をする危機的場面は、稀な現象と考えられ不安、恐れ、放心に関わる<<畏怖>>のコードが多く抽出されると想定していた。しかし、<<生徒の命を守るために救命の知識と技術が必要>>という思いが<<畏怖>>を上回り、〔救命すべく最善を尽くしたい〕〔死なせない〕という強い思いが明らかとなった。教職員は突然死に対する教育指導がされており、責務と使命感から<<生徒の命を守るために救命の知識や技術が必要>>という思いを持っていると考えられた。

<<畏怖>>は、命を守れるか否かへの不安からでた思いであり、一次救命処置の内容を記載できている教職員でさえ、〔学んではいるが実際に処置ができるのか不安〕という思いを綴っていた。教職員にとって危機的場面に遭遇時の精神的負担や不安は大きいことが明らかとなった。

今回の結果から畏怖の中にも必死に助けたいという葛藤があることが分かる。その思いとは裏腹に前回の一次救命処置講習歴は、5年以上前、もしくは不明との回答が46.4%にも上り、実際に救命体験をしたことがあるという教職員も前回の一次救命講習歴は不明であった。加えて AEDが校内にあることを知りながらも、設置場所が分からないという教職員もあり、講習会を受講する機会がなかったことや AEDの設置場所の認識の不足があることが示唆された。

生徒の生命を守るためには、一次救命処置の知識・技術が必須であり、救命体験や救命講習の不足がより畏怖を助長している可能性が伺えた。私たちは、その不安を軽減させ救命活動に必要な知識・技術の向上を図る活動を継続する必要がある。教職員が一次救命講習を繰り返し学ぶ環境の支援が必要と考える。

[OD1101-03] 認定・専門看護師による救急患者・家族への意思確認に関する認識と実態

○柏 雅子¹、山勢 博彰²、田戸 朝美²、山本 小奈実² (1. 元山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程、2. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学講座)

キーワード：意思確認、救急患者・家族、認定・専門看護師

【目的】救急医療に高い専門性をもつ認定・専門看護師が、救急患者・家族への意思確認にどのような認識を持ち実践しているかを明らかにする。

【方法】1.調査期間：2020年9-10月 2.調査方法：救急患者・家族への意思確認に関する認識と実態に関するアンケートをインターネット上で行った 3.調査対象者：救急患者・家族直接ケアを実践している救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師 4.調査内容：調査カテゴリーは「情報収集・アセスメ

ント」「情報提供」「意思確認のための調整」「意思確認に影響を与える背景」とした。これらをもとに調査項目を作成し、選択法または記述法にて回答を求めた 5.データ分析：単純集計、各調査項目間での比較、患者・家族への意思確認の実践と「意思確認に影響を与える背景」の各調査項目間での相関分析を行った

【倫理的配慮】所属施設の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】1517名に依頼を行い279名から回答が得られ、回収率は18.4%だった。「情報収集・アセスメント」の調査項目では、治療開始前の事前に患者に対して意思確認するものは78.2%で、家族に対しては86.6%であった。また、治療経過中に患者に対して意思確認するものは48.1%、家族に対しては54.8%であった。「意思確認に影響を与える背景」の調査項目では、病院独自の意思確認に関するマニュアルは、ないが47.3%、あるが36.4%、わからないが16.3%で、医療倫理の知識を81.2%が活用していた。患者・家族への意思確認の実践と医療倫理の知識の活用の相関係数は0.519($p<0.001$)、患者・家族への意思確認の実践とガイドラインの参考の相関係数では0.405($p<0.001$)と中程度の相関がみられた。患者・家族への意思確認の実践頻度は、急性・重症患者看護専門看護師が救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師より高く($p<0.001$)、病院独自のマニュアルがある・ないと回答した群がわからないと回答した群より有意に高かった($p<0.05$)。

【考察】事前の意思確認実践の頻度が70%を超えていたのは、救急患者に関わる看護師が、治療の開始時期より救命できない可能性や意思確認の機会を逃す可能性を踏まえているためと考えられた。経過中において事前より低い頻度を示しているのは、救急の特徴である時間的猶予がないことによると推測された。施設での整備としては、意思確認に関するマニュアルがあったのは36%で、十分でない現状が明らかになった。その様な状況下であっても、調査対象者が認定・専門看護師資格を保有する集団であり、臨床において救急患者・家族と関わるスペシャリストとして、81.2%が医療倫理の知識を活用し、意思確認と医療倫理のつながりを認識し意思確認の実践につなげていた。また、ガイドラインの参考が意思確認の実践に中程度の相関があった理由として、救急患者は、状況が刻々と変化し個別の対応が必要であるため、ガイドラインに沿った対応の可否がわかれることが考えられる。さらに、病院独自のマニュアル有無の把握は意思確認への関心を示しており、それが意思確認の実践に繋がっていた。専門看護師は最も意思確認を行っており、教育課程において倫理的知識を学習する機会によるものと推測される。意思確認の実践の頻度を上昇するために、医療者が意思確認に関心をもてるきっかけや学習機会が必要と考えられる。

[OD1101-04] クリティカルケア領域に従事する看護師の倫理的感受性および倫理的行動の実態調査

○黒河 俊伸¹、嶋岡 征宏¹、相楽 章江¹、阿部 朋美¹、藤田 優子¹（1. 山口大学医学部附属病院先進救急医療センター）

キーワード：クリティカルケア領域、看護の倫理観、実態調査

I.目的

クリティカルケア領域に勤務する看護師の倫理的感受性および倫理的行動の実態を明らかにする。

II.方法

1. 研究対象者

A病院の救命センターおよびICUの看護師103名（看護師長は除く）を対象とした。

2. 調査期間

2021年1月14日～2021年2月28日

3. 調査方法

倫理的感受性尺度および倫理的行動尺度改訂版を用いて質問紙調査を実施した。

調査内容は年代、性別、基礎教育、資格の有無、看護師経験年数、クリティカルケア領域の経験年数、倫理研修の受講経験、受講した倫理研修の種別、倫理カンファレンスで事例提供者になった経験、クリニカルラダーの取得状況である。また、倫理的感受性尺度19項目、倫理的行動尺度改訂版15項目を尋ねた。

4. 分析方法

各基本属性の種別による各尺度の合計値の比較、各尺度における各下位尺度の平均値の比較を行うために、t検定、一元配置分散分析を行った。また、倫理的感受性尺度と倫理的行動尺度に関係を明らかにするため、Spearmanの順位相関係数を算出した。統計解析には、SPSS ver.19を用いた（ $P < 0.05$ を有意水準とした）。

5. 倫理的配慮

本研究は、A病院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

III. 結果

103部の質問紙を配布し、回収は81部であり、回答の不備を除いた79部を分析の対象とした。年代は、20歳代が44.3%、30歳代が46.8%であった。性別は、女性が81.1%であった。クリティカルケア領域の経験年数は、1年未満～3年目が36.7%、4～6年目が31.6%、7～9年目が20.2%であった。

倫理的感受性尺度の合計点と各基本属性で、t検定、一元配置分散分析を行った結果、有意差はなかった。また、「尊厳の意識」、「専門職としての責務」、「患者への忠誠」の3群の下位尺度の平均値を比較すると、「尊厳の意識」は2.85、「専門職としての責務」は4.01で有意差があった（ $p < 0.05$ ）。

倫理的行動尺度の合計点と各基本属性で、t検定、一元配置分散分析を行った結果、有意差はなかった。また、「リスク回避」、「善いケア」、「公正なケア」の3群の下位尺度の平均値を比較すると、「リスク回避」は4.58、「公正なケア」は3.74で有意差があった（ $p < 0.05$ ）。

倫理的感受性尺度と倫理的行動尺度の合計点の相関係数は、 $r = .391$ （ $p < 0.05$ ）であった。

IV. 考察

A病院救命センターおよびICUでは、倫理的問題に直面することが多く、日々倫理カンファレンスを行い、多くのスタッフとディスカッションし、対応している。各基本属性と各尺度の合計点に差がないことは、カンファレンスにより、倫理的問題の解決だけでなく、個々の倫理観を養うことに繋がっていると考ええる。

クリティカルケア領域の患者の多くは、生命の危機的状況にあり、デバイス類の計画外抜去や転倒転落は患者の治療過程に影響を与える。そのため、患者の「尊厳の意識」を考えてはいるが、計画外抜去や転倒転落の危険性から患者を守るために「リスク回避」を優先せざる負えない場合がある。そのような状況を日常的に経験した結果、「リスク回避」の意識が高くなり、患者の安全を守る「リスク回避」を重視した回答が多くなったと考える。「尊厳の意識」の項目に関して、実際には倫理的問題に直面している患者の尊厳を守るために、カンファレンスを定期的に行い、解決に向け検討している。ここには看護師が抱えるジレンマが隠されている可能性があるが、質問紙の結果だけでは推測の域を出ない。そのため、質的な調査や単施設だけでなく、多施設における検証も必要であると考ええる。

[OD1101-05] 救命救急センター ICUにおける自動運動リハビリの効果の検討

○白上 哲平¹、内藤 綾¹、江口 秀子²（1. 済生会千里病院、2. 鈴鹿医療科学大学）

キーワード：ICU、自動運動、早期リハビリテーション、離床

【研究目的】

ICUにおける早期からのベッドサイドでのリハビリテーションや離床は、集中治療後症候群のリスクや様々な合併症を低減する可能性があると言われている。しかし、患者自身に等張性、等尺性収縮運動を利用した筋力増強運動をしてもらう自動運動リハビリテーション（以下、自動運動リハビリ）の効果に関する研究は見当たらない。本研究の目的は救命救急センター ICUにおける自動運動リハビリの効果の検討と、より安全な実施方法を検討

することである。

【研究方法】

研究デザインは複数事例研究とし、自動運動リハビリを実施した群（以下、介入群）と自動運動リハビリを実施していない群（以下、非介入群）をそれぞれ5事例ずつ選定、カルテから後ろ向きにデータを収集し、自動運動リハビリの効果について2群間で比較検討を行った。また、介入群の中で効果を発揮できたと考えられる1事例、中止基準を満たした1事例から、介入による効果や影響を検討した。

【倫理的配慮】

データ収集はA病院の取り決めに従い、個人情報収集・取扱届出書を施設長に提出し、許可を得た後に実施した。データは、個人が特定されないように匿名化し、プライバシーの保護に努めた。

【結果】

全事例が緊急入院であり、外傷、呼吸器疾患や循環器疾患の急性増悪などの理由でICUに入室し、持続鎮静下で侵襲的人工呼吸器管理を実施されていた。介入群における年齢の範囲は42~76歳、平均ICU在室日数は10.4日間だった。非介入群における年齢の範囲は52~83歳、平均ICU在室日数は11.4日間だった。介入群では安静度制限がベッド上の時期から実施できる低負荷の運動として、手指の掌握運動、上肢の挙上運動、足関節の底背屈運動などを選択し、患者自身に実施を促していた。低負荷の運動を安全に実施できたら、少し負荷を強めた抵抗運動を実施していた。安静度制限が歩行開始可能となってから、実際に歩行するまでの期間は介入群では中央値0.5日間、非介入群では2日間であり、2群間の中央値の差は1.5日間であった。侵襲的人工呼吸器管理期間や鎮静剤の持続投与終了から意思疎通が可能になるまでの期間の比較検討では明らかな差はなかった。

自動運動リハビリの効果を発揮できたと考えられる事例では、鎮静深度を調整し日中の自動運動リハビリを連日実施していた。胃穿孔の治療のため、開腹術後で腹部開放管理中であり、ギャジアップは30度まで、腹筋を使用する運動は禁止など、厳しい運動制限があったが、実施可能な足関節の底背屈運動などを連日実施していた。ベッド上の安静度制限が22日間あったが、歩行開始可能と指示が出た翌日に歩行できた。また、AMIによる難治性VFをみとめた事例では、V-A ECMO、IABP挿入中から可能な上肢や足関節運動などを実施していた。患者は、清潔ケアを受ける際の刺激等で一過性の心房細動が出現することがあった。自動運動リハビリ実施時の労作に伴い血圧上昇や不整脈、呼吸促拍が生じた際は、中止基準に沿ってリハビリを中止、安静にすることで5分以内に状態は改善し、倦怠感や疲労感などの自覚症状の改善を認めた。

【考察】

自動運動リハビリの介入は、歩行時に使用される筋群（腓腹筋や前脛骨筋など）の廃用性変化を予防でき、安静度制限が歩行可能となってから歩行開始までの期間を短縮した可能性があると考えられる。また、自動運動リハビリ中に中止基準に該当した事例の分析から、不整脈の出現やバイタルサインの変動に先行して倦怠感や疲労感などの自覚症状が生じることもあり、中止基準には客観的情報に加え患者の主観的情報の指標を検討する必要性が示唆された。

オンデマンド配信講演 | 第23回日本救急看護学会学術集会 [一般演題] | 11. その他②

[OD1102] 11.その他②

[OD1102-01] 男性患者の尿道留置用カテーテル挿入に伴う尿道口の医療機器関連圧迫損傷（MDRPU）の予防について

○浜田 侑里¹、三宅 千鶴子¹（1. 大阪府三島救命救急センター）

[OD1102-02] PCPS挿入のためのカート整備とその取り組み

○加藤 麻美¹（1. 医療法人社団浅ノ川 心臓血管センター金沢循環器病院）

[OD1102-03] 新型コロナウイルス患者に対応する看護師が抱えるストレス～第一波と第二波の心理的变化～

○菅井 悠¹、石川 茉弓¹、夜部 かおり¹、山田 侑弥¹、中村 裕子¹、立松 美和¹（1. 公益社団法人日本海員救済会 名古屋救済会病院）

[OD1102-04] 脳卒中急性期におけるせん妄予防への取り組み ～せん妄スクリーニングツールを導入して～

○寺下 弥生¹（1. 藤田医科大学病院）

[OD1102-01] 男性患者の尿道留置用カテーテル挿入に伴う尿道口の医療機器関連圧迫損傷（MDRPU）の予防について

○浜田 侑里¹、三宅 千鶴子¹（1. 大阪府三島救命救急センター）

キーワード：MDRPU、スキントラブル、尿道留置用カテーテル

【はじめに】

尿道留置用カテーテル（以下カテーテル）挿入に伴う合併症には尿道損傷、外尿道での潰瘍形成、尿道下裂がある。個体要因としては皮膚の菲薄化、循環不全、浮腫、低栄養、感覚・知覚・認知の低下がある。当救命センターは三次救急施設であり重症患者が多く、カテーテル挿入により男性患者の尿道口に医療機器関連圧迫損傷（以下 MDRPU）が発生していた。排尿バックの重みや体動などでカテーテルに生じる張力や摩擦を軽減すれば尿道口の MDRPUが軽減すると考え、尿道口とカテーテルをシリコンテープで固定したところ良好な結果が得られたため報告する。

【研究目的】

尿道口にシリコンテープを1周巻き付けてカテーテルを固定して管理することで MDRPUが減少するか検証する。

【研究方法】

実施場所：ICU及び救急病棟

方法

①尿道口の MDRPUとシリコンテープ貼付方法、ケア方法についてスタッフに説明

②シリコンテープ貼付前の患者を A群、貼付後の患者を B群とし、両群の MDRPU発生件数、年齢、Apachell点数を t検定を用いて比較し $P<0.05$ で統計学的有意と判定した。

実施期間：2019/1/1～2020/12/31

A群：2019/1/1～2020/5/14

B群：2020/5/15～2020/12/31

対象：尿道留置用カテーテルを留置した男性入院患者全員

各群の具体的なケア

A群：解剖学的特徴に基づいて男性は腹部にカテーテル専用固定テープで固定していた（検査や手術創で腹部に貼付できない場合は大腿部に固定）。毎日、陰部洗浄を実施し清潔を保つと共に観察を行った。必要であれば固定位置を調整していたが基本的には1週間ごとに固定テープを交換していた。

B群：従来の固定に加えて尿道口に3M社のシリコンテープを1周巻き付けてカテーテルを固定した。毎日陰部洗浄実施する際に観察、貼り換えを行った。

【倫理的配慮】

演題発表にあたり、所属施設の倫理審査委員の承認を得た。

【結果】

①年齢は $P=0.66$ 、Apachell点数は $P=0.053$ で、年齢に有意差はなかった。Apachell点数は B群のほうが低い傾向にあったが有意差はなかった。

A群：309名 平均年齢：64.6±18.4歳 平均 Apachell点数：15.7±10.6点

B群：130名 平均年齢：65.3±16.2歳 平均 Apachell点数：13.7±12.2点

② A群は MDRPU発生件数：潰瘍形成：8件、粘膜剥離：6件、持続する発赤：4件、裂傷：1件の計19件であった。一方、B群は0件であった。

【考察】

両群の年齢と、Apachell点数に有意差はない中、B群の全ての患者に MDRPUが発生していなかったことから、尿道口にシリコンテープを1周巻き付けてカテーテルを固定し管理したことが、男性患者のカテーテル挿入に伴う尿

尿道口の MDRPU 予防に効果があったと推察できる。日本褥瘡学会が出している MDRPU ベストプラクティスには尿道口の MDRPU の発生のケア要因として①外力低減ケア、②スキンケア、③栄養管理、④患者教育が挙げられている。今回、われわれはバルーン刺入部をシリコンテープで固定したことで①に積極的に介入したことになり良好な結果を得られたのではないかと考える。また毎日陰部洗浄をしたときにシリコンテープを張り替えていたため観察強化と②の介入にも繋がったことも要因と考えられる。

【結論】

尿道口にシリコンテープでカテーテルを固定することは尿道口の MDRPU 予防に効果があると考えられる。

[OD1102-02] PCPS 挿入のためのカート整備とその取り組み

○加藤 麻美¹ (1. 医療法人社団浅ノ川 心臓血管センター金沢循環器病院)

キーワード：PCPS

目的

当院は循環器専門病院であり救急病棟がなく HCU 直通で救急搬送を受け入れている。今回、当院 HCU で経皮的心臓補助装置（以後 Percutaneous Cardio Pulmonary Support：PCPS とする）挿入が行われる際、挿入まで時間を要してしまうことや、症例が少ないため PCPS 挿入介助や管理について知識が乏しいという問題があった。また、救命処置に並行して PCPS 挿入介助を行うためマンパワー不足の問題や多重課題による精神的負担が大きいという問題があった。そこで、迅速かつ安全に PCPS 挿入の準備と介助が行えるように、必要な物品を一つにまとめたカートを作成し、使用後問題点を明確にしたので報告する。

方法

期間：2020年4月～2021年4月の1年間の当院の PCPS 使用件数

PCPS 挿入セットを外科・内科それぞれを医師と協働し作成。その使用状況を調査、評価を実際に対応したスタッフから聞き取り調査を実施し問題の明確化した。

倫理的配慮：当院、倫理委員会の承認を得た。利益相反はない。

結果

PCPS 挿入時のスタッフの能力の差異や器械出しの効率化を目指し、医師と協働し必要物品を外科的、内科的に分けて PCPS 挿入セット作成した。カットダウン法にまず先立って必要な物品を三つのセットに分けて滅菌パックを作成、シース挿入法ではシース挿入セットを出すのみとした。使用時に順番にトレーを開くだけで挿入準備がされるため手順や人員を削減する事ができた。また、シミュレーション研修では経験年数に関係なく必要物品を5分以内に用意ができた。準備段階での所要時間が大幅に短縮された。

カート使用開始後、当院の PCPS 使用例は7件。PCPS 挿入となった経緯は救急搬送2件、院内5件の内、HCU 発症2件、HCU 外発症3件であった。そのうち PCPS 挿入カート使用例は4件あり、カットダウン法は3件、HCU でのシース挿入後心臓カテーテル室で PCPS 開始が1件であった。HCU 内で PCPS 開始となる場合はほぼカットダウン法であった。残り3件は心臓カテーテル中の急変による PCPS 挿入例であった。

PCPS 挿入決定から PCPS 駆動開始までの所要時間は、日勤帯では3件の平均29分、夜間帯1件の25分でありその差はほとんどなかった。PCPS 挿入カートを使用することによりマンパワー不足にも対応できる事が分かった。

聞き取り調査から勉強会で PCPS 挿入時に準備する内容の意識づけや、物品があらかじめセット化されており準備に時間を要さなくなったとの意見が聞かれた。また、カットダウン例ではマンパワー不足解消に看護師を配置しないために必要物品をセット化したトレーを作成したが、医師が器械出しを希望するため、手術室を兼務している看護師に交代している現状もみえてきた。

考察

PCPS挿入カートは必要物品がまとめられており有効に活用できる。

症例が少なく未経験のスタッフがいる背景には、当院では HCU看護師は兼務者が多くほぼ同じスタッフが PCPS挿入場面に遭遇する状況にある。

HCUで PCPS挿入になる場合はカットダウン法による挿入のため手術室スタッフに依存している。これは兼務の強みではあるが一方では HCU看護師の経験不足の要因ともなっている。HCU看護師で PCPS挿入に2回以上経験した看護師は22名中6名だが PCPS挿入介助に不安があるとの声もあり、数回の経験では身につかない現状があることがわかった。必要物品に関しては通常点検を繰り返す事で意識付けを実施、ACLSを含めシミュレーション勉強会を繰り返し臨床知となるように働きかけ、不安の軽減を目指す。

[OD1102-03] 新型コロナウイルス患者に対応する看護師が抱えるストレス～第一波と第二波の心理的变化～

○菅井 悠¹、石川 茉弓¹、夜部 かおり¹、山田 侑弥¹、中村 裕子¹、立松 美和¹（1. 公益社団法人日本海員救済会 名古屋救済会病院）

キーワード：新型コロナウイルス、ストレス

【目的】

新型コロナウイルス感染症流行（第一波～第二波）に伴い、看護師がどのようなことにストレスを感じたのか、またその変化と要因を明らかにする。

定義:第一波2020年2月～4月 第二波2020年7月～9月

【方法】

対象者：新型コロナウイルス感染症患者に対応する病棟看護師12名

調査期間：2020年11月～2021年3月

データ収集方法：インタビューガイドを基に半構成的面接法を実施し、対象者の許可を得て録音した。

分析方法：面接内容を逐語録にし、コード化・カテゴリ化した。コード化した内容を類似性・関連性・相違点に基づいて検討し、サブカテゴリ、カテゴリに分類し分析した。

【倫理的配慮】

匿名性を確保すること、諾否によって不利益を被らないことを紙面で説明し同意を得た。A病院倫理審査委員会の承認を得た。（承認番号：2020-041）

【結果】

研究対象者12名、看護師経験年数平均7.6年、病棟経験年数平均4.0年であった。面接時間は7分～37分（平均19分）であった。半構成的面接の内容から逐語録を作成し、分析した結果、267コード、17サブカテゴリから、以下の3カテゴリが抽出された。《自分を取り巻く環境》のカテゴリは、〈マンパワー不足〉〈補償が明示されていない〉〈マニュアルの有無〉〈病棟稼働率の増減〉〈物品不足〉〈物品配置の度重なる変更〉〈風評被害〉〈PPE着脱の煩わしさ〉〈レッドゾーンでの動きづらさ〉〈院内での抗原 PCR検査導入の遅れ〉の10サブカテゴリから、生成された。

《未知の感染症》のカテゴリは、〈知識不足〉〈情報不足〉〈治療方針が確立されていない〉の3サブカテゴリから、《看護師の思い》は、〈ケアが充分に行えないことへのジレンマ〉〈自分や周りの感染に対する不安〉〈理想と現実の乖離〉〈レッドゾーンで働く疎外感〉の4サブカテゴリから生成された。第一波と第二波で比較すると、《自分を取り巻く環境》では〈マンパワー不足〉は減少した。《未知の感染症》では、〈知識不足〉が減少した。《看護師の思い》では、〈ケアが充分に行えないことへのジレンマ〉が減少し、〈理想と現実の乖離〉が第二波で新たに抽出された。

【考察】

第一波では、一般患者の受け入れも並行し、かつ未知の感染症であるため対応する看護師を最小限としていた。そのため一人の受け持ち看護師が抱える負担が大きく、ストレスの要因となっていた。第二波では一般患者の受け入れを停止し看護師を増員したことで、一人で受け持つことでのストレスは軽減したが、重症度の高い患者や病床数の増加により、相対的なマンパワー不足が発生しストレスは持続した。

また、未知のウイルスに対する有効な治療法が確立されておらず、感染経路が明らかになっていない状況で、患者に関わることへのストレスが大きかった。しかし感染対策室による勉強会や PPE着脱訓練が実施され、第二波到来時にはウイルスに対して明らかになったことも多かった。さらに看護師も確実な感染予防策の実施により感染しないという自信が付きストレスが軽減したと考える。

新たに、第二波では経験を重ね環境も整ってきた中で、治療・看護に取り組むが、期待する結果が得られないことや、新型コロナウイルスへの周囲の関心の低さから〈理想と現実の乖離〉が抽出されたと考える。

今後もさらなる流行が予測されており、感染者数や重症度に合わせてフレキシブルな人員配置の検討や、変異し続けるウイルスに対し必要な知識を継続的に更新していくことが必要である。また、理想と現実の乖離を感じた看護師に対し思いを共有する場を設けストレスの軽減に繋げていきたい。

[OD1102-04] 脳卒中急性期におけるせん妄予防への取り組み ~せん妄スクリーニングツールを導入して~

○寺下 弥生¹ (1. 藤田医科大学病院)

キーワード：せん妄、ICDSC、脳卒中

<目的> NCUでは急性期の脳卒中患者を管理している。脳器質性疾患の既往がせん妄の準備因子として挙げられるが、せん妄症状が疾患と他の環境因子とのどちらに由来するかは鑑別が困難であり、これまでせん妄ケアに難渋していた。せん妄の発症率は70歳以上の入院患者の約30%、術後では50%以上で合併し、せん妄の持続期間の延長は死亡のリスクを高め、入院期間の延長や入院医療費の増加、退院後の認知症発症率が高いといわれており生命予後に影響を与える。特に低活動性せん妄は主観的な評価では見逃がされることも多く、客観的なせん妄スクリーニングツールを用いて評価することが必要であると考え。そのため、全スタッフが同じ指標で評価が出来るようにせん妄の早期発見を目的として、言語や視覚障害のある重症患者でも評価可能でせん妄の重症度を評価できる IntensiveCareDeliriumScreeningChecklist (以下 ICDSCとする) を導入した。

<方法>導入にあたりマニュアルを作成し病棟においてせん妄対策チームを発足、全スタッフ対象に評価方法について勉強会を開催した。その後、受持ち看護師による ICDSCの評価を日勤・夜勤帯の1日2回実施した。患者のデバイス・身体抑制・安静度・離床状況も含め、ICDSCスコアを電子カルテ内に入力出来るようにした。

<倫理的配慮>藤田医科大学病院看護部看護研究倫理審査会の承認を得た。

<結果>20XX年4~5月の期間に評価されていた全307件を集計した。そのうち、昏睡・昏迷状態のため評価対象外が3件あった。ICDSC0点が186件と一番多く、次に1点が43件、2点が37件、3点が12件、せん妄とされる4点以上が9件であった。入力漏れや不備があったのは17件であった。ICDSC項目別に見ると注意力欠如にポイントが加算されている患者が多かった。患者の状態としては身体抑制が常時施行されていた患者は80件あり、挿入物は末梢点滴が96件と一番多く、次いで末梢点滴に加え、経鼻胃管、尿道カテーテルの3つが挿入されている患者が51件であった。

<考察>今回せん妄スクリーニングツールとして ICDSCを用いて評価をしたことによって、スタッフが経験年数に関わらず共通の認識で評価出来るようになり、せん妄予防に対する意識向上に繋がったと考えられる。せん妄症状の出現頻度として、注意障害・睡眠覚醒リズム障害が97%を占めていると報告があり、当病棟の結果とも一致

していた。せん妄の早期発見には注意障害の存在に気付けるかが重要であると考えられる。今回スクリーニングツールとして ICDSCを用いたことで、一時点でのせん妄の有無だけではなく24時間以内の状態評価を行い経時的な観察が出来た。結果、当病棟ではせん妄予備軍と判定される1～3点の患者が多く、促進因子であるデバイス類の挿入や身体抑制率が高いことも分かった。今後の課題はせん妄に気付くための着眼点を知ることができるようにスタッフへの教育を行い、正しく ICDSCを評価できることである。また、脳卒中患者の急性期においては意識レベルの変動を観察するために睡眠剤や鎮静薬の使用を控えることが多いため、非薬理的ケアとして促進因子をいかに除去できるか対策を検討していく必要がある。スクリーニングツールを使用せず臨床経験に基づく主観的な評価を行った場合、約75%でせん妄は見逃され、特に低活動性せん妄に多いといわれている。スクリーニングツールを用いて正しく評価し、多職種とも連携しながら医療チーム全体でせん妄リスクファクターを低減することで、患者の安全とともに尊厳も守れるよう今後も努めていきたい。

[OD1103] 11.その他③

[OD1103-01] 病棟入院患者急変時における看護師の臨床推論プロセス ～ VR視聴による場面想定法を用いて～

○園田 拓也¹、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)

[OD1103-02] 痰詰まりリスク評価表導入への取り組みと今後の課題

○大浦 敦美¹ (1. 医療法人徳洲会 野崎徳洲会病院)

[OD1103-03] **脳死下臓器提供における看護師の役割ガイドラインの難易度からみた実行可能性**

○山本 小奈実¹、山勢 博彰¹、田戸 朝美¹、須田 果穂¹、立野 淳子² (1. 山口大学、2. 小倉記念病院)

[OD1103-04] 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)受け入れ専門病棟に勤務する看護師の思いと対応策の検討

○木村 朱里¹ (1. 藤田医科大学病院)

[OD1103-05] 高齢者施設における事前指示書の課題と看護職員の活用実態—高齢者施設で働く看護職員の役割—

○桐野 郁子¹ (1. 帝京大学 福岡医療技術学科)

[OD1103-01] 病棟入院患者急変時における看護師の臨床推論プロセス ～ VR視聴による場面想定法を用いて～

○園田 拓也¹、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)

キーワード：患者急変、臨床推論

【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、形式的/非形式的の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。

【目的】病棟に入院する患者が急変した際における、看護師の臨床推論の認知プロセスを明らかにする。

【方法】スクリプト理論を基盤とした認知プロセスを仮説モデル化し、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 Virtual Reality(VR)で作成、それを対象者が視聴した後で、患者急変時の認知プロセスや対応について質問紙調査を行った。対象者は、一般病棟、救急部に勤務している1年以上の看護実務経験を有する看護師とした。動画は仮説モデルに基づき《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部構成とした。質問紙はシーン毎に『直感的初期予測』『直感的/分析的仮説形成』『直感的/分析的仮説検証』等を測定する項目で作成し、複数回答法および5件法、自由記述で回答を求め、データは単純集計または内容分析後、統計的分析を行った。

【倫理的配慮】本研究は A大学倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】対象者は「病棟看護師」31名、「救急看護師」31名の計62名であり、それぞれ看護師経験年数別に「1年以上5年以内群」「5年以上10年以内群」「10年以上群」の3群を抽出した。《急変患者の第一印象から初期予測する認知プロセス》では、捉えた視覚的情報数(全29項目)に有意な差こそ認めないものの、「10年以上群」が平均13.9項目と多かった。『直感的初期予測』は、「10年以上群」が得点平均4.0($p<0.01$)で有意に高かった。また、初期予測後の行動については388の自由記述内容が抽出され、1人あたりの平均データ数は「応援要請(1.34個)」「初期対応(1.26個)」のカテゴリーが多かったが、「10年以上群」は、「身体診察(1.41個)」「周辺観察(1.29個)」のカテゴリーで多かった。《患者の情報収集から仮説形成に至る認知プロセス》では、『分析的仮説形成』よりも『直感的仮説形成』が得点平均3.6($p<0.05$)と有意に高かったが、「1年以上5年以内群」内の「病棟看護師」のみ『分析的仮説形成』が得点平均3.6で『直感的仮説形成』よりも高かった。《追加情報から仮説検証を行う認知プロセス》では、『直感的仮説検証』よりも『分析的仮説検証』が得点平均3.5($p<0.01$)と有意に高かった。

【考察】経験年数が高い看護師は、第一印象の場面で得られる視覚的情報数も多く、直感的に緊急度や重症度を初期予測することができるため、推論した内容によっては、更なる情報を得てから初期対応や応援要請を行うというスクリプトが活性化されていることが示唆された。看護師経験・急変経験の少ない病棟看護師は、数少ないパターン認識で疾患スクリプトを活性化しつつも、網羅的な問診やバイタルサインの測定、身体診察を必要としており、探り探りの推論を展開する傾向であることが示唆された。想起した疾患スクリプトをどのように適合させていくかについては、できうる限り情報収集し吟味して最終的な意思決定を行おうとしている傾向が示唆された。

[OD1103-02] 痰詰まりリスク評価表導入への取り組みと今後の課題

○大浦 敦美¹ (1. 医療法人徳洲会 野崎徳洲会病院)

キーワード：痰詰まり、呼吸ケア、人工呼吸器

I.はじめに

A病院では平成29年度より呼吸ケアサポートチームを立ち上げ、人工呼吸器からの早期離脱と呼吸ケアの質の向上を目標に院内ラウンドを実施してきた。しかし、今回痰詰まりによる呼吸状態の悪化や急変に結びついたと思われる事例を経験した。月1件のペースで数か月間続いており、早急な対策が必要であると考えた。原因として、呼吸状態のアセスメント不足から吸引などの呼吸ケアが不十分となり痰詰まりとなっていたこと、吸引が必要な患者の把握が病棟全体で行えていなかったことが考えられた。看護師のボトムアップが早急に必要であったが、幅広い経験年数の看護師をボトムアップするには短期間での計画は難しく、時間を要することが考えられた。そのため、呼吸状態が悪化する可能性がある患者を可視化するための評価表を作成することとなった。人工呼吸器装着率の高い2病棟で1か月間の試験運用を行い、その後各病棟へ導入となったためここに報告する。

II.目的

痰詰まりリスク評価表の高リスク群と評価された患者が、本当に高リスク群に値するのかを調査し今後の課題を明らかにすること

III.方法

対象者：人工呼吸器装着率の高い2病棟に入院した患者204名

期間：2020年10月1日～10月31日の1か月間

評価方法：主項目と副項目に分けて評価し、主項目は痰量、痰の粘性、自己喀痰可能かどうかを0～2点で評価する。主項目で4点以上あれば高リスク群とし4点以下の場合は副項目の評価へ移る。副項目は年齢、意識レベル、ADL、人工呼吸器装着、抜管後、気管切開、BiPAP・NHFを0点か1点で評価する。主項目と副項目を合わせて8点以上であれば高リスク群とした。1か月間の試験運用後、高リスク群と評価された患者が本当に高リスク群に値するのかについて後方視的調査を行った。

IV.倫理的配慮

A病院倫理委員会の審査後許可を得て実施し、得られた情報は個人が特定されないように配慮した。

V.結果/考察

試験運用期間の評価対象者は204名であった。そのうち、A病棟は77名中7.7%（約6名）が高リスク群で、B病棟は127名中5.3%（約7名）が高リスク群であった。1か月でみると6～7名であったが、1日でみると各病棟に平均2～3名の割合で高リスク群の患者がいるという結果となった。高リスク群と評価された患者は、身体所見や採血・画像などのデータから考えても痰詰まりのリスクが高い患者であった。試験運用期間に高リスク群と評価された患者は13名であるため、痰詰まりリスク評価表の内容が妥当かどうかは、今後もデータを取っていく必要があるが、今回の試験運用期間で得た症例に関しては高リスク群と評価したことに間違いはなかったと考える。

今後の課題として、試験運用で高リスク群と評価された件数が少数であったため、本当に高リスク群に値する患者が抽出できているかは引き続き調査していく必要がある。もう一つの課題としては、高リスク群と評価された患者を病棟内で共有出来ていない部署があった。今回、痰詰まりリスク評価表を導入したのは、呼吸状態の評価の一つとして年数が違う看護師が同じように評価でき、呼吸状態が悪化するリスクのある患者を抽出し、病棟全体で情報共有ができることを目指して導入となっている。そのため、痰詰まりリスクの高リスク群に入っている患者を、視覚的に捉えることができるような表示方法などを検討していく必要がある。

[OD1103-03] 脳死下臓器提供における看護師の役割ガイドラインの難易度からみた実行可能性

○山本 小奈実¹、山勢 博彰¹、田戸 朝美¹、須田 果穂¹、立野 淳子²（1. 山口大学、2. 小倉記念病院）

キーワード：脳死下臓器提供、看護実践の難易度、ガイドライン

<目的>

我々は、これまでに脳死下臓器提供における看護師の実践を調査し、脳死下臓器提供における看護師の役割に関するガイドライン（以下ガイドライン）を策定した。本研究の目的は、ガイドラインに示した看護師の役割が、難易度の視点から実行可能であるかを検証することである。

<研究方法>

研究デザイン：場面想定法による意識調査研究。調査期間：2021年2月～3月。

対象：日本臓器移植ネットワークに脳死下臓器提供施設として登録している393施設で脳死下臓器提供に関わる看護師。

調査方法：模擬事例を用いた場面想定法として、ガイドラインに示す役割の看護場面の動画を作成した。WEB上でその動画を対象者が視聴した後、WEBアンケートに回答してもらった。

調査内容：臨床経験年数、脳死下臓器提供の看護経験などの基本情報と、ガイドラインに示す看護師の役割に関する難易度とした。役割の難易度は、ガイドラインに示す9カテゴリーである【脳死の告知】、【選択肢提示】、【代理意思決定】、【法的脳死判定】、【臓器保護】、【看取り】、【基本的対応】、【悲嘆ケア】、【尊厳の遵守】毎に設定した。回答は、「困難である：5点」～「容易である：1点」までの5段階で、困難と評価されるのは3点以上である。

分析方法：データは、項目毎に単純集計し、各カテゴリーの平均得点を比較した（Friedman検定）。

<倫理的配慮>

研究者が所属する施設の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。無記名調査、動画及びWEBアンケートサイトはアクセス制限のあるサーバとし、個人の特定と情報漏洩が無いようにした。

<結果>

241名から回答を得た。対象者の臨床経験年数は、20年以上が106名（44%）で最も多かった。脳死下臓器提供に関わったことがある者は164名（68%）であった。看護師の役割における難易度は、平均得点の高い順に【臓器保護】2.91±0.92点（平均±SD）、【脳死の告知】2.77±0.76点、【悲嘆ケア】2.76±0.76点、【選択肢提示】2.71±0.77点、【基本的対応】2.70±0.72点、【代理意思決定】2.63±0.72点、【尊厳の遵守】2.50±0.67点、【法的脳死判定】2.43±0.72点、【看取り】2.40±0.79点であった。【臓器保護】は、難易度が最も高かった（ $p<0.05$ ）。【法的脳死判定】と【看取り】は、難易度が低かった（ $p<0.05$ ）。

<考察>

【臓器保護】の難易度が高かったのは、日頃実践している重症患者管理に加え、主治医や移植医と連携しドナー管理をすること、摘出チームの診察の介助を行うことなど、日常的な看護実践では無い脳死下臓器提供に特有な役割であったためと思われる。【法的脳死判定】の難易度が低かったのは、看護師が直接実践するというよりは、医師の介助者としての役割であるためと考える。【看取り】の難易度が低かったのは、臓器提供に関係なく看護師が日頃から実践しているケアであるためと考える。今回の調査から、全ての項目の平均得点は3点以下であり、困難と評価されないレベルであることから、ガイドラインに示した役割は臨床で実践可能なものと考えられた。

[OD1103-04] 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)受け入れ専門病棟に勤務する看護師の思いと対応策の検討

○木村 朱里¹（1. 藤田医科大学病院）

キーワード：新型コロナウイルス感染症

【はじめに】A病院では、2020年8月に高度救命救急センターの一部署全8床を中等症以上(ECMOを除く)の患者の受け入れ専門病棟として看護を行ってきた。当時を振り返り、COVID-19患者の受け入れ専門病棟（以下、専

門病棟)の看護師の思いを調査し、対応策を検討した。

【倫理的配慮】藤田医科大学病院看護部倫理審査会の承認を得た。

【方法】専門病棟に勤務する看護師13名に聞き取り調査を行った。質問内容は、専門病棟になり①辛かった時期と理由、②よかった事とした。聞き取りした内容を①は、慣れない業務の増加、感染への不安、応援看護師との連携、人員不足、慢性疲労、介入が必要な精神状態、自分の業務以外のフォロー、長期の自粛、他人からの目・意見、医師との連携、患者の重症化や死と直面、超過勤務、PPE装着の手間、治療への知識不足、その他、②は、人工呼吸器や処置の経験、手当の補助、感染対策の意識向上、社会からの応援、他科の経験、スタッフの結束力向上、何ものなしの項目に分けて集計した。

【結果】対象看護師の経験年数は10年目以上2名、2～10年目10名、1年目2名の計13名であった。①2020年12月から1月を挙げるスタッフが10名と最も多かった。理由は、慣れない業務の増加10件、感染への不安9件、応援看護師との連携9件、人員不足8件、慢性疲労8件、介入が必要な精神状態8件、自分の業務以外のフォロー7件、長期の自粛6件、他人からの目・意見6件、医師との連携6件、患者の重症化や死と直面4件、超過勤務4件、PPE装着の手間4件、治療への知識不足3件、その他25件であった。②人工呼吸器や処置の経験10件、手当の補助3件、感染対策の意識向上3件、社会からの応援2件、他科の経験1件、スタッフの結束力向上1件、何ものなし1件であった。

【考察】2020年11月より第3波の到来で患者数が増加し、専門病棟でも挿管管理や腹臥位療法を行う重症患者が増加した。2020年12月から1月が辛かったと認識され、理由に慣れない業務の増加や感染への不安が上位に挙げられたことは、第3波の影響があったと考える。また、この時期に応援看護師が導入されたが、体制が整っておらず連携不足が生じた。宇田らの報告では救命センターに勤務する看護師は、内科看護師に比べ、ストレス要因として仕事の困難さ、人命にかかわる仕事内容、患者・家族との関係、患者の死との直面、医師との関係、技術革新が優位に高かったとされている。専門病棟で理由として挙げられたものもあり、ストレス要因が多く存在したことが伺える。

辛かった理由から改善策を検討した。医師や応援看護師との連携不足に関しては、治療方針や業務範囲・依頼する業務などの情報共有の時間を確保することで業務の円滑化、超過勤務や疲労の軽減となったのではないかと考える。

次に、介入が必要な精神状態に関しては、感染への不安や自粛のストレスを抱えたまま患者の重症化や死と直面し、精神的負担が大きかったと考える。感染の流行は先が見えず、今後は管理者と相談し、Web会議ツールなどを使用し気分転換ができる環境作りも必要と考える。

辛いこともあったが、人工呼吸器や他科の経験ができたなど前向きに感じていることもあった。診療看護師の協力で人工呼吸器に関する自己学習用の資料を配布したことで、知識がつき自信に繋がったと考える。早期に人工呼吸器に触れて勉強会ができれば、より自信をもち看護ができたと考える。

【まとめ】専門病棟に勤務する看護師は様々な理由で辛いと感じていた一方、よかったこともあった。それらを踏まえ、看護師の負担を軽減できる働きかけを検討し実施する必要がある。

[OD1103-05] 高齢者施設における事前指示書の課題と看護職員の活用実態—高齢者施設で働く看護職員の役割—

○桐野 郁子¹ (1. 帝京大学 福岡医療技術学科)

キーワード：高齢者施設、事前指示書、看護の認識

1.はじめに

2020年総務省統計局では「総人口が減少する中で、高齢者人口は3617万人と過去最多」と述べている。厚生労働省の2035年を見据えた保健医療政策ビジョンでは、その人にあった医療効果を提供、高齢者が尊厳を保ちながら暮らし続けることができる社会を目指している。

高齢者が住み慣れた地域で、人生の最期まで自分らしい生活を送れるよう、高齢者の意思を尊重する関わりとして、アドバンス・ディレクティブ（Advance Directive:AD 事前指示書以下「AD」という）の存在がある。これは、自らが判断を失った際に自分に行われる医療行為に対して、意向を前もって意思表示するための文章である。

高齢者は、身体機能及び認知の低下により自力での生活は難しく自宅での介護が困難となった際に、他者からの支援が必要となるなかの一つ特別養護老人ホーム（以下、「特養」とする）は終の住処としての役割が期待されている。そこに入居している高齢者の ADの実態および活用と看護職の関りについて研究を行った。

2. 目的

特養での ADの活用の実態、そこに勤務する看護職の ADに関わりから ADの活用に向けた課題を抽出し検討すること。

3. 方法

A県内の特別養護老人ホーム378施設に ADの活用有無を確認したうえで6名の看護職員の協力が得られた。現象を理解するのに適した半構造化面接による質的記述研究法を用いた。研究期間は2020年4月1日から8月31日、協力者2名は ZOOMでのオンライン、4名は対面にて実施した。内容は、研究参加者の基本属性、施設の概要、ADの活用・管理について約60分程度とした。インタビューで得られた録音及びデータから逐語録を作成し、記述データとした。各コードを比較検討し、類似した意味を持つものをまとめ表題を付けサブカテゴリーとした。データ分析の信頼性を高めるために全分析課程の段階において、内容の妥当性と信頼性を確保するために質的研究の教員2名によりスーパーバイズを受け実施した。

4. 倫理的配慮

本研究は学校法人帝京大学福岡キャンパス倫理審査委員会での承認を得て、ヘルシンキ宣言に基づく倫理的原則および研究に関する倫理的指針に従い、本計画書を遵守して実施した。

5. 結果

調査依頼書の回収状況は97施設（25.7%）であった。97施設のなかで ADを活用している施設は38施設（39.2%）、活用していない施設は51施設（52.6%）、未記入8施設（8.2%）であった。ADを活用している38施設のなかで、協力できる施設は10施設で6名の看護職にインタビューした。結果、逐語録から関係する文節563より、190のコード、44のサブカテゴリー、20のカテゴリーを生成した。生成されたカテゴリーは、1. 特養における ADの現状、2. 本人と家族の現状（意向確認）3. ADの活用と課題、4. 看護師としての役割から構成されデータが飽和化されていることを確認した。

6. 考察

本研究は特養に勤務する看護職に対して、ADの活用からデータを分析したものである。この研究の結果から認知症と看取りと介護度の高い施設で勤務する看護職が、入居者及び家族から得た ADを施設内や連携病院で活用するための関りがある。また、今後 ADを効力ある入居者の意思表示として活用するための課題が考えられる。研究結果を踏まえてADに対して1) AD作成に対して入居時に関わる際の施設の現状と課題2) 効力のある書類にするための課題3) 入居時から入居中にかけて関わる入居者と、その家族の現状4) ADに関する施設職員への教育と連携病院との繋がり、今後増加する高齢者が望む生活に対して看護職の関りが示唆された。

[OD13] 5.重症患者看護③

[OD13-01] チューブ類の自己抜去に対する ICDSC導入後の効果

○北村 智¹、中島 明子¹、大野 彩霞¹、木下 翔太¹ (1. 埼玉医科大学総合医療センター)

[OD13-02] 気管切開やせん妄によりコミュニケーションが困難な患者への看護を振り返る

○本橋 秀和¹、辻 守栄¹、三枝 香代子² (1. 千葉県救急医療センター、2. 千葉県立保健医療大学)

[OD13-03] 妄想的記憶が生じなかった長期人工呼吸器装着患者の一例

○石山 亞耶¹ (1. 国立病院機構九州医療センター)

[OD13-04] 集中治療室の患者特性を考慮した人工呼吸器離脱プロトコルの作成

○井頭 健一¹、宮本 遼¹、中沢 誠¹、高 直輝¹、井川 洋子¹、上澤 弘美¹ (1. 総合病院土浦協同病院)

[OD13-05] 救命病棟における行動制限開始時の判断に関する分析

○加藤 恵¹、三ヶ田 桃子¹、今井 育実¹、佐藤 絢子¹、古舘 周子¹、三上 佳澄²、富澤 登志子² (1. 弘前大学医学部付属病院、2. 弘前大学大学院保健学研究科)

[OD13-01] チューブ類の自己抜去に対する ICDSC導入後の効果

○北村 智¹、中島 明子¹、大野 彩霞¹、木下 翔太¹ (1. 埼玉医科大学総合医療センター)

キーワード：ICDSC

【目的】

A病院救命 HCU病棟（以下救命 HCU）は、埼玉県における外傷患者の多くを収容しており集中治療室を経て救命 HCUに入室する。患者は、高齢者、精神疾患を基礎疾患に有する方、侵襲の大きい手術を経た患者が多く、せん妄を誘発する因子が多く存在する。せん妄による患者への悪影響は、外傷やチューブ類の自己抜去などが挙げられる。とりわけチューブ類の自己抜去は救命 HCUでも 2 番目に多いインシデントで、他施設でも同様の傾向が見られる。Intensive care delirium screening checklist(以下 ICDSC)はせん妄のモニタリングツールとして PADガイドラインでも推奨されている。救命 HCUでは2020年8月1日より ICDSCを導入し各勤務帯で評価し、4点以上の患者をせん妄と判断し看護介入を行なった。我々は客観的な評価ツールを用いることで導入前よりも適切な看護介入が行われ、自己抜去のインシデントは減るという仮説を立てた。ICDSCを用いた看護介入がチューブ類の自己抜去に与える影響を報告した研究はない。ICDSC導入前と導入後で自己抜去件数を比較し、ICDSCの評価をする事とチューブ類の自己抜去との関連について検討したので報告する。

【方法】

単施設後方視的観察研究。2020年5月1日～10月31日までの6ヶ月間に救命 HCUに入院した372人のうち、経管栄養チューブ、末梢静脈路、中心静脈路、創部陰圧ドレーン、胸腔ドレーン、膀胱留置カテーテル、挿管チューブのいずれかを留置していた患者303人を対象とした。ICDSC導入前の自己抜去群（E群）21人、ICDSC導入後自己抜去群（L群）16人に分けて比較を行った。各群の年齢、性別、Glasgow Coma Scale（GCS）、入院の原因となった疾病、精神疾患の有無、自己抜去時点での入院日数、ICDSCの判定結果（L群のみ）、抜去されたデバイスを観察・評価した。各群についての比較はマン・ホイットニーの U検定、カイニ乗検定を用いた。

【倫理的配慮】

本研究は、患者の診療録をもとに分析を行う後方視的研究であり、患者の診療等に影響を及ぼすことはない。個人情報すべて匿名化し、個人情報が外部に漏れることはない。また、本研究は A病院の倫理審査委員会の承認を得ている。またオプトアウトでの同意を得ている。

【結果】

E群とL群の間に救命 HCUに入院していたデバイス留置されていた患者はそれぞれ143人と160人であった。E群とL群の自己抜去率は14.7% vs9.9%（p値：0.214, 95% CI）で低下したが有意差はなかった。E群とL群で有意差があったのは精神疾患の有無の割合（p値：0.096, 95% CI）と入院の契機となった疾病の割合（頭部外傷）であった（p値：0.065, 95% CI）。L群において精神疾患を有する患者は2人（E群は0人）で、頭部外傷の患者は5人（E群は13人）であった。

【考察】

本研究における比較された各群は、ほぼ同等の集団である。しかし自己抜去に影響を及ぼすと推測されるような精神疾患、頭部外傷の割合に差があったことは交絡因子を調整できていないため、結果の正確性に影響を与えている可能性がある。ただし、本来ならば精神疾患、頭部外傷を有すれば自己抜去の割合は増えると予想されたが本研究では逆の関係になっていた。ICDSCを評価するということ自体が介入であり、盲検化されていないため、検者バイアスにより自己抜去の絶対数が減った可能性はある。本研究では単変量解析であり項目毎の相互関係について多変量解析を行っていないので症例数を蓄積し多変量解析を行うことが課題である。

[OD13-02] 気管切開やせん妄によりコミュニケーションが困難な患者への看護を振り返る

○本橋 秀和¹、辻 守栄¹、三枝 香代子²（1. 千葉県救急医療センター、2. 千葉県立保健医療大学）

キーワード：せん妄、コミュニケーション、気管切開

I.目的

ICUに入院する患者は、人工呼吸器装着や気管切開、術後合併症等による長期経過に伴い言語的コミュニケーションが障害されていることが多く、筆談や文字盤等の代替え手段を用いて意思疎通を図ることもしばしば見られる。A氏は、大動脈解離術後に合併症を発症し、気切チューブ・人工呼吸器管理中であった。A氏は、全身状態の増悪と改善を繰り返し、せん妄も遷延化していた。A氏は苦渋表情を浮かべ、落ち着かない時も多く、訴えが捉え切れないことに葛藤を抱いた。少しでもA氏が安楽になるようにとA氏の反応を見ながらケアを実施した。また、A氏の嗜好に合うと考えられた看護ケアを追加し継続的に行った結果、せん妄が改善し、徐々にコミュニケーションが図れるようになった。本事例を通し、患者のニードを捉えたケアの重要性が示されたためここに報告する。

II.方法：事例検討。

III.倫理的配慮：公表にあたり施設の看護局研究倫理審査の承認を得た。氏名は個人と関係のないアルファベットを用い、年齢は年代で表示を行うことで個人が特定されないよう配慮した。

IV.結果

患者：A氏70歳代女性。診断名：急性大動脈解離、腸管虚血、潰瘍性大腸出血

看護介入時期：2019年度の3ヶ月間

看護の実際：急性大動脈解離術後に腸管虚血を発症し、創傷治癒遅延を生じていた。感染が遷延し、敗血症の悪化と軽快を繰り返していた。気管切開が施行され、人工呼吸器が装着されていた。せん妄も遷延化した。口唇術で何かを訴えようとしており、文字盤や筆談を用いたが、筋力低下により文字板の指差しや書くことができず、易怒的となりA氏の訴えを読み取ることができなかった。Intensive Care Delirium Screening Checklist(以下、ICDSC)は7点であった。長期人工呼吸器管理や床上安静により呼吸補助筋の緊張や全身の筋緊張も見られた。A氏の呼吸補助筋の筋緊張緩和とリラクゼーションを目的とした上半身の温罨法、足浴、腰背部のマッサージを定期的に行った。A氏は保清ケアを好み、洗髪は隔日で実施した。A氏からは口唇術で「さっぱりした」「気持ち良い」と話され、ケア後は、表情も穏やかになった。過活動せん妄も出現していたため身体拘束を実施していたが、見守れる時間帯は抑制帯を外し、抑制を解除する時間を延長していった。家族より入院前の生活や趣味などについて情報収集を行った。A氏の趣味は、花を見たり、登山や孫と遊ぶこと、写真を撮ることであった。そのため、院内の庭にある桜や花を見るために、ベッドでの散歩をケアに取り入れ、孫や桜の写真を病室の見える位置に飾るなどした。A氏は口唇術で「(桜の写真を見ながら)綺麗、ありがとう」と話され、笑顔も見られるようになった。継続的にケアを実施し、ICDSCは4点まで改善され、文字盤や指文字等を用いて意思表示ができるようになり言語的コミュニケーションも図れるようになった。

V.考察

A氏に少しでも安楽になってもらいたいという思いで、患者の反応を見ながら安楽ケアを実施し、家族から入院前の生活や趣味に関する情報収集を行い、ケアを追加修正し実施したことで、患者のニードに沿った個別性を考慮したケアへとつながった。患者のニードに沿ったケアの提供が、患者のストレスを緩和させ、せん妄の改善につながり、言語的コミュニケーションの改善につながったと考える。言語的コミュニケーションが困難な患者のニードを捉えるためには患者の表情や言動等の反応を注意深く観察し、看護ケアを提供すること、患者の入院前の生活や嗜好を早期からケアに導入することを検討し実施することが重要であると考ええる。

[OD13-03] 妄想的記憶が生じなかった長期人工呼吸器装着患者の一例

○石山 亜耶¹（1. 国立病院機構九州医療センター）

キーワード：PICS、ICUメモリーツール、妄想的記憶

【はじめに】

ICU滞在中の患者の記憶は、事実の記憶、感情的記憶、妄想的記憶に分類される。妄想的記憶は人工呼吸器管理の患者の三分の一に見られ PICS（集中治療後症候群）の症状であるうつや PTSDなどの精神障害に関連するとされている。

A病院では早期離床リハビリテーションチームを中心に、ABCDEバンドルの実践による PICS予防を目指し、ICUメモリーツールを使用して患者の記憶を整理するよう努めている。多くは先行文献の通り記憶の欠如や妄想的記憶が生じる事が多いが、今回16日間 ICUに滞在した長期人工呼吸器装着患者で記憶の欠如や妄想的記憶が生じなかった事例を経験した。

【倫理的配慮】

個人情報保護と学会発表について対象者に口頭、書面で説明し承認を得た。また、個人が特定できないよう十分な配慮を行った。

【症例と介入の実際】

40歳代男性、肺炎、ARDSで入院し人工呼吸器を装着した。APACHEIIスコア20点。

7病目までは RASS-4、8病日目より鎮痛を徹底し RASS0で管理した。この頃から早期離床リハビリテーションチームが介入し、段階的に離床に取り組んだ。コミュニケーションは筆談で、患者とケアの時間を調整し、鏡を用いてルート類の説明を行った。その中で入院から現在に至る状況を説明し、必要時は医師に現状の説明を依頼した。ルート類に対する理解が得られていたため、抑制帯は行っていない。日中はテレビの視聴や、リハビリチーム介入以外も自発的に下肢の運動を行った。睡眠は、薬剤調整を行い熟睡感が得られていた。14病日目に気管チューブを抜管し、15病日目に ICUを退室した。せん妄はなかった。

【ICUメモリーールの結果】

ICUに滞在していたこと、ICU入室中の出来事について「覚えている」と回答した。覚えている内容は、事実の記憶9項目、妄想的記憶0項目、感情の記憶0個、ICUから一般病棟に移った時の記憶「はっきりある」と回答した。

【考察】

妄想的記憶は、「ICU滞在日数」「人工呼吸器管理日数」「若い年齢」などがリスク因子となり、患者は妄想的記憶出現のハイリスクであった。一日一回鎮静を中断する鎮静管理となり不必要な鎮静剤投与がなかったことが記憶の欠如を防いだ可能性がある。一方で、浅鎮静は患者のストレス経験が強くなるリスクもあったが、早期にコミュニケーション方法を確立したことは患者のストレスを軽減させる一因となったと考える。多くの患者は重症な状態から回復する際に記憶を再構築するといわれる。コミュニケーションの確立により、入院までの経過や現状を知り、正しい記憶の再構築が可能となったのではないかと考える。

睡眠の確保や疼痛管理、テレビやカレンダーなどを使用したリアリティオリエンテーションはいずれも PADISガイドラインに沿ったベストな介入であったといえる。しかし、これらはあくまでも ICUでの生活を整えるための前提に過ぎない。本患者は、1日何十枚もの筆談用紙でコミュニケーションをとっていた。患者に合わせたケアの提案や、処置に対する疑問、冗談など細かなコミュニケーションをとることで、患者の背景や人柄が把握できるようになっており、これが ICUという環境での患者の不快を減少させ、快の提供を可能にしたのではないかと考える。

【おわりに】

これまで、ABCDEバンドルや PADISガイドラインを参考にした介入を実践してもなお妄想的記憶が出現した症例を複数経験した。

今回の症例を経験し、バンドル等は ICUでの生活を整える前提であり、これらを実施した上でさらに患者に寄り添う介入が妄想的記憶の予防につながることが考えられた。

[OD13-04] 集中治療室の患者特性を考慮した人工呼吸器離脱プロトコルの作成

○井頭 健一¹、宮本 遼¹、中沢 誠¹、高 直輝¹、井川 洋子¹、上澤 弘美¹（1. 総合病院土浦協同病院）

キーワード：離脱プロトコル

【背景】

A病院救急集中治療室（以下、EICU）では、人工呼吸期間短縮を目的に「覚醒トライアル（SAT）」、「自発換気トライアル（SBT）」を実施している。しかし、看護師によってSATでの覚醒時間、SBTでの人工呼吸器設定変更後の評価時間に差異があることが課題であった。そのため、看護師が人工呼吸器離脱に向けたSATやSBTを標準的に実施できるよう、人工呼吸器離脱プロトコル（以下、離脱プロトコル）を作成したので報告する。

【目的】

EICUにおける人工呼吸器離脱に関する課題解決に向け離脱プロトコルを作成する。

【倫理的配慮】

離脱プロトコルは診療プロトコルに該当するため、A病院の医療安全管理委員会にプロトコル作成について承諾を得たのち、臨床倫理委員会の承認を得た（承認番号：2021CE001）。

【方法】

1. 離脱プロトコル作成メンバー選出

プロトコル作成メンバーは、EICU看護師の中から、3学会合同呼吸療法認定士の資格を有する看護師1名、経験年数3～8年目の看護師3名の構成とした。

2. 離脱プロトコル原案作成

日本クリティカルケア学会、日本集中治療医学会、日本呼吸療法医学会の3学会により作成されたプロトコル（3学会合同プロトコル）と Agency for Healthcare Research and Quality（AHRQ）のプロトコルに示されているSAT・SBT開始基準と成功基準など、離脱プロトコルに必要な項目および内容についてメンバーと共に検討し原案を作成した。

3. 原案を基に医師との検討

救急科医師と検討の際に、EICU入室患者の背景情報を共有した。2019年度のEICU患者背景は、入室患者902名中27%に当たる245名が人工呼吸患者であった。人工呼吸患者を疾患別の割合では、消化器外科、脳外科、心臓血管外科の術後などの外科系患者が（46%）で最多であった。人工呼吸期間が長くなる傾向がある疾患として、心肺停止後患者（11%）、敗血症患者（2%）が挙げられた。この背景を基に、救急科医師と共にSAT、SBTの基準を検討した。

人工呼吸患者では、外科系の手術後患者や敗血症患者の発熱症状が多く認められる。そのため、SBT中止基準の「発熱」に該当してしまうことで離脱プロトコルの進行への影響を考慮しSBT中止基準から除外した。また、心肺蘇生後患者は、持続鎮静下で平熱療法が行われる。平熱療法は、発熱による代謝亢進を抑制することを目的に深鎮静での全身管理となるため、SATの進行は患者への不利益となる。そのため、人工呼吸器患者のSAT適応の判断材料として心肺蘇生後の平熱療法患者を中止基準として追加した。

【考察】

病棟特性に沿ったプロトコルは、ケアの標準化に繋がりSAT、SBTの際に統一された介入が可能となると考える。そのため、今後は離脱プロトコルの使用状況や人工呼吸期間や抜管成功率などのアウトカムを評価していく必要がある。また、Girardらは、医師以外の他職種による訓練された専門チームが、人工呼吸離脱に参画しプロトコルに則って離脱を進めれば人工呼吸期間が短縮する（Girard et al, 2008）と述べている。このことから、離脱プロトコルを看護師以外の職種と共に実践していくことは重要であり、離脱プロトコルを多職種と共有できるよう働きかけていくことが課題である。

[OD13-05] 救命病棟における行動制限開始時の判断に関する分析

○加藤 恵¹、三ヶ田 桃子¹、今井 育実¹、佐藤 絢子¹、古舘 周子¹、三上 佳澄²、冨澤 登志子²（1. 弘前大学医学部付属病院、2. 弘前大学大学院保健学研究科）

キーワード：行動制限＝身体抑制、J-PADガイドライン、リムホルダー＝抑制帯、Text Mining

【目的】

救命病棟に入室する患者の中には安全確保のため行動制限する場合があるが、当院高度救命センターでは、集中治療室における成人重症患者の痛み、不穏、せん妄をより総合的に管理することを目的としてつくられた J-PADガイドラインを取り入れたフローチャートを作成し、不要な行動制限がないように努めている。実際には行動制限開始時の迷いが存在する状況があるため、行動制限開始時どのように判断したのか明らかにする必要があると考えた。そこで本研究では救命病棟看護師が、患者の状態をどのようなアセスメントにより患者に行動制限を開始しているのかを明らかにする。

【方法】

2020年4月から6月までの3か月間、A病院高度救命救急センター病棟に入院した20歳以上の患者を対象とし行動制限開始時の看護記録より調査した。フローチャートは、集中治療室における J-PADガイドラインを取り入れ作られており、患者の痛み、不穏、せん妄によって行動制限の開始を判断するものである。看護記録は Text Mining Studio 5.0 for Windowsを用いてテキストマイニングの手法で単語の出現頻度、係り受け、ことはネットワークの解析をした。

【倫理的配慮】

研究者が所属する A病院倫理委員会の承認を得て実施し、得られたデータは個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

対象者は29名（男性20名、女性9名）で平均年齢は 69.7 ± 15.7 歳、意識レベルは Japan Coma Scale(以下,JCS)1桁5名、2桁11名、3桁13名だった。看護師の判断で行動制限を開始した時の看護記録の言語解析の結果、出現頻度が高かった単語は「リムホルダー」「開始」「動作」「両手・両上肢」「リスク」「ルート類」「抑制」「指示」などであった。また、頻度が2回以上の係り受けを抽出したところ「リムホルダー・開始・動作」「指示」「危険行動」などを中心としたグループであった。「リムホルダー・開始・動作」を中心としたグループは「行動制限」「継続」「抑制」や「リスク」と「両手・両上肢」が抽出された。「動作」は「リスク」とも関連性が見られた。「指示」を中心としたグループの中では「診療上」「療養上」、「応じる＋できない」「応ずる＋ない」と関連が見られた。また、係り受け頻度解析では、「診療上－指示」は JCS2桁の場合に多かった。

【考察】

単語頻度や係り受け頻度の多さからなんらかの「動作」が「リスク」として認知されるとき、また「診療上」「療養上」、「指示」に「応じる＋できない」「応ずる＋ない」の患者の状態を行動制限開始の判断にしていると考えられる。患者が診療上必要な指示に応じるか、応じないか、また意識レベルの程度により行動制限を開始していると考えられる。今回の状況分析により明らかになったことをふまえ、今後の運用を含め救命病棟行動制限フローチャートの改訂を検討する。