会 長 講 演

10月21日（金）9：00～10：25

第1会場

救急医療・看護の過去、現在、未来

講師●松月みどり（第13回日本救急看護学会学術集会会長、公益社団法人日本看護協会）

司会●中村美鈴（自治医科大学看護学部（成人看護学））

救急医療・看護の過去、現在、未来

松月みどり（まつづき　みどり）
第13回日本救急看護学会学術集会会長、公益社団法人日本看護協会

30年以上昔の、私が20歳代の若いころの話ですが、主に麻酔科の医師たちと民間病院で初期救急病院の医師たちが集まって、東京で開かれた救急学会の懇親会の様子が記憶にある。その頃私は、中央手術室で勤務していた。麻酔科教授が会長をすることになり、若かった私は、お手伝いに駆り出されて、文句を言いながらでも断れずに参加したのだと思います。大学病院には、まだ救急医学講座は存在しない時代の話である。そのころは、集中治療医も、救急を専門にしている医師もいなかった。救急外来では患者の病状に合わせて、看護師が診療科を決め、医師をコールして診察が終わると病棟に帰っていく診療体制であった。救急隊は傷病者の搬送だけを行っていた。

その後、核家族化、少子化、高齢化が顕著になり、心筋梗塞や脳卒中、小児救急疾患が増加した。そして重症救急患者収容施設の不足や救急患者の診療拒否「たらい回し」という重大な社会問題を引き起こした。1977（昭和52年）には救急医療対策事業が開始され、初期、2次、3次に救急医療施設を分類して、人口100～150万人を1医療圏として整備されていった。

プレホスピタルケアは平成3年に救急救命士法が制定され、医師の指示で重症患者の救急搬送途上に救命救急処置が行えるようになった。電気的除細動、静脈路の確保、器具による気道確保などの高度な処置をおこなえるようになった。その結果救命率や社会復帰率は向上した。救急医療の発展に伴って、看護師は1981年（昭和56年）に救急医学会のなかに看護部会が発足し、看護師教育の質向上や学問体系の確立に取り組み事になった。1997年（平成9年）には、日本の認定看護師制度の第1号として、救急認定看護師が誕生して彼ら彼女らは成長を続けている。

そしていま、特定看護師（仮称）が制度化の終盤戦にあり、業務拡大のなかでの看護界に対立する内側の議論がある。昭和の時代にあった救急センターに配属になった救急看護師が「医師のお手伝い」、ICUの看護師が「ミニドクター」と批判されていた時代にあったことが繰り返されている。

救急医療は社会と時代の要請にすばやく反応し変化していくことが求められている医療の領域であり、社会性が必要である。ドクターヘリ、ドクタートレイン、社会に広めるトリアージの検討など、これからさらに進む高齢人口の急激な増加では医療者も、施設も2025年にはこのままでは大幅に不足することが予想されている。わたしたち救急看護師ができる私案を提案する。

特　別　講　演

10月21日（金）14：10～15：10
第1会場

落語と講演

講師●笑福亭たま（落語家）

司会●松月みどり（公益社団法人日本看護協会）

笑福亭 たま（しょうふくてい たま）

本名：辻　俊介
血液型：B 型
生年月日：昭和 50 年 1 月 6 日

大阪府貝塚市生まれ。
平成 10 年、京都大学経済学部卒業後、笑福亭福笑に入門する。
現在、新作と古典をやる“本格派”！…になるべく修業中。

〈受賞歴〉
平成 15 年度　大阪舞台芸術新人賞
平成 16 年度　文化庁芸術祭新人賞
平成 16 年度　大阪文化祭賞奨励賞
平成 20 年度　第 2 回繁昌亭輝き賞
平成 21 年度　第 4 回繁昌亭創作賞
平成 22 年度　咲くやこの花賞
平成 19 年度　第 1 回東西若手落語家コンペティション優勝
平成 21 年度　「第 46 回なにわ芸術祭」新進落語家競演会新人奨励賞
平成 23 年度　「第 48 回なにわ芸術祭」新進落語家競演会新人賞、大阪市長賞、大阪府知事賞、大阪製紙賞
平成 23 年度　第 1 回 ZABUTON CUP 準優勝

教 育 講 演 Ⅰ

10月21日（金）10：30～11：55
第2会場

認知症高齢者の世界を知る－救急看護に生かすために

講師●阿保順子（長野県看護大学）

司会●中村惠子（札幌市立大学看護学部看護学科）

認知症高齢者の世界を知る－救急看護に生かすために

阿保　順子（あぼ　じゅんこ）
長野県看護大学

どんな病気でもそうですが、病気にはプロセスがあります。認知症は一つの状態像ですが、その状態像は時々刻々変化していきます。すべてが一気にわからなくなるわけではありません。周囲の環境が見知らぬ世界に変貌していきます。突然病院に連れて行かれたりした場合はもちろん、これまで暮らしてきたはずの自宅でさえ、「ここはどこ？」になっていきます。アニメ「ドラえもん」の「どこでもドア」を開けてしまったような感覚なのだと思います。ドラえもんの場合は、希望の国や夢の世界へ行けるのでしょうが、認知症の場合は、全くなじみのない見知らぬ世界が目の前に広がってしまうのです。ですから、そこでは、決して油断してはいけないのです。過度に緊張したり、周囲の人を寄せ付けなかったりします。あるいは、早くその場から逃げだそうとするかもしれません。見知らぬ世界で油断すれば、どんな怖い目に会うかしれないのです。だから、彼らは自衛します。悲しいことに、その自衛が周囲の人たちからは暴力とみなされるのです。

いま、認知症高齢者の人々から見えている世界と、その世界に放り出された時の彼らの対処行動の一端を述べてみました。だからといって、認知症高齢者は常に怖い状況に置かれているわけではありません。見知らぬ怖い世界を、豊かな世界にうまく創り変えていく力をもっているのです。認知症の進行に伴い、見当識が障害され、言葉が失われていき、生活行動能力も低下していった場合でも、彼らは、他者と上手にかかわります。たとえ、仮であれ虚構であれ、彼らは夫婦だと思って生活していたり、親子や兄弟、あるいは親密な友人関係を作って過ごしています。そしておしゃべりを楽しみます。さらに、本当のような嘘の話も創作できるのです。言葉が失われていき、おしゃべりが不可能になっても、彼らは身体の底から湧きがってくる直観に似た感応能力とでも言えるような感覚で心の交流をするのです。

話は変わりますが、岸恵子さんという女優さんをご存知でしょうか。彼女はあるテレビ番組で、「日本人は死ぬときはコロっと逝きたいとよくおっしゃいますが、私は死ぬ間際まで自分の死と向き合って生きたい」とおっしゃっていました。自己意識とか個人主義の成熟している社会で長い間暮らしてきた人ならではの死への向き合い方だと思いました。しかし最近では、日本人のなかでも、岸恵子さんのように考える人が増えてきていると思います。そういう方々が異口同音に唱えるのが、「がん」になっても「認知症にはなりたくない」です。自分で自分をコントロールできなくなることに対する恐怖なのだと思います。しかし、事態は逆です。彼らはとても豊かな世界を創り上げています。

今回の講演では、彼らがどのような世界を創造しているのかをお話させていただきます。救急看護にどれくらいお役に立てるかわかりませんが、少なくとも、彼が何に困って、どんな力をもって対処しているのか、ということについてはお伝えできると思います。

教 育 講 演 Ⅱ

10月21日（金）16：30～18：00
第2会場

看護とデザイン

講師●横井郁子（東邦大学看護学部）

司会●牧野恵子（社団法人大阪府看護協会）

看護とデザイン

横井　郁子（よこい　ゆうこ）
東邦大学看護学部

2008年10月に医療施設での使用を前提とした医療看護支援ピクトグラム（図）を開発しました。これは社団法人日本サインデザイン協会の推奨を得ています。「いのちを見守るコミュニケーションデザイン」第1号です。概要は以下のようになります。

【目的】

療養生活支援を円滑にするコミュニケーションツールそのベッドに横たわる患者さんが、治療しながら、できるだけいつもと同じ生活を送ることができるために、そこに集まる人たちが、何らかの支援をしやすくする、したくなるツール

【対象となる情報】

日常生活に関する情報を基本とします。そのピクトグラムが表示されることで、たまたま通りかかった人でもその方への配慮ができ、それが安全・安心につながるものとしました。

■看護師が把握している情報を使いこなしていない

－「もったいない」－

急性期病院で患者の生活支援情報を把握しているのは看護師です。正確にはその日の受け持ち看護師です。しかし、ほとんどの看護師にとって治療に関する業務の方が優先度が高く、精神的負担感も大きいと思います。作業手順の確認の他、起こりうるリスクを想定するなど、頭と手足はフル稼働です。そのような過程と同時進行で、食事や排泄、離床を患者に合わせて進めるのですが、前者で精一杯という看護師が多くいることは事実です。実際、把握している生活支援情報を十分に使いこなしていない事実に、ある調査で知ってしまいました。

■支援とは

「飲食禁止ですね、おつらいですね。」「車いすから杖マークになりましたね」というまなざしや声かけも支援だと思います。であれば、家族や面会の方々、ベッドまわりを清掃に来た職員や会計書類を持参した事務員の方々も、同室患者さんも支援者になれると思います。急性期病院でも入院期間が長かった時代は、そんな支援が自然に生まれました。そのような雰囲気、環境に患者も私たち看護師も助けられていたことを思い出しました。それを今の状況で作り出すためにはどうすればよいのだろうか。そんなときに出会ったのがピクトグラムです。「言語の違いというコミュニケーションの壁や教育や年齢や経験の差を超えて、国際的、即時的にわかること、さらに楽しくわかるということ」を可能にするピクトグラムという情報の形、デザインに魅力を感じたのです。

■色や形の前にやるべきこと

デザインと聞いただけで、おしゃれな色、形に期待が膨らみます。しかし、出来上がりを期待する前にしなければならないことがあります。それは「どうしたいのか」に明確に答えられる準備です。それも、その場しのぎの「どうしたいのか」では、だめだということを、デザイナーの方々の質問攻めに合って学びました。そして、その作業過程でデザイナーの方からいただいたコンセプトが「いのちを見守るコミュニケーションデザイン」です。このコンセプトによって開発の意図がぶれないことを今、実感しています。

多く複雑な情報、作業から、「どうしたいのか」そして「看護の役割とは」がぶれやすくなっているように思います。看護職たちはそれぞれ、さまざまな機会を得て、そのぶれを調整しています。私にとってはデザインとの共同作業がそうでした。そのような作業の成果物である医療看護支援ピクトグラムについて、運用の現状も含めてお話できたらと思っています。

教 育 講 演 Ⅲ

10月21日（金）16：30～18：00
第４会場

「攻めの医療」が患者を救う！～地域救命救急医療におけるドクターヘリの有効活用～

講師●小林誠人（公立豊岡病院但馬救命救急センター）

司会●中谷茂子（医療法人マックシール巽病院）

「攻めの医療」が患者を救う！
～地域救命救急医療におけるドクターヘリの有効活用～

小林　誠人（こばやし　まこと）
公立豊岡病院但馬救命救急センター

自治体、行政の枠を越えた兵庫、京都、鳥取の３府県共同運航ドクターヘリ（以下、豊岡ドクターヘリ）が 2010 年 4 月 17 日より導入された。基地病院となる公立豊岡病院但馬救命救急センターを中心に、半径 100km 圏内に複数の救急医を有する救命救急センターは他に存在しない。このような地域こそ重症患者の救命率向上、後遺症軽減にはドクターヘリよる早期の医療介入・「攻めの医療」が必要となる。豊岡ドクターヘリは 2010 年度 847 件（現場 744 件、施設間搬送 103 件）の出動があり、内因性、外因性ともにバランス良く出動している。要請地域の割合では兵庫県 74.8%、京都府 21.3%、鳥取県 3.9%とそれぞれの地域医療状況（病院までの搬送時間など）に応じたものとなっている。救急覚知からドクターヘリ要請までの平均時間は約８分、また救急覚知から治療開始までは、特殊な状況を除くと約 24 分となっている。その結果、予測生存率 50%以下の重症外傷の救命率向上を認めている。消防職員、運航管理士の理解と協力により成立するキーワード方式による要請基準の導入、行政主導で実現した基地病院を中心とした同心円状の出動範囲、次世代の医師、看護師を実践で育てるために導入した 2 flight doctor 制による「質」の管理、基地病院としてのコメディカルを含めた診療体制・能力の改善、地域住民の方々の理解と協力によるランデブーポイントの増設などが豊岡ドクターヘリの有効活用と有用性につながっているものと考察される。ドクターヘリ事業は医療、ヘリ運航会社、病院事務、消防、警察、行政、地域住民などがチームとして機能しなければ成り立たない。「攻めの医療」の成果とともに課題を抽出し、今後さらなる事業展開と可能性について述べる。

図：東日本大震災におけるドクターヘリを用いた DMAT 活動

教　育　講　演　Ⅳ

10月22日（土）9：00～10：30
第2会場

「医食同源」～病は気から～

講師●岩田弘三（株式会社ロック・フィールド　代表取締役社長）

司会●藤原正恵（宝塚大学看護学部）

「医食同源」～病は気から～

岩田　弘三（いわた　こうぞう）
株式会社ロック・フィールド　代表取締役社長

■ 概要

「食育」のキーワードの一つに、『医食同源』があります。『医食同源』とは、日頃からバランスの取れた美味しい食事を取ることで、心身から病気を予防し、健康を維持しようとする考え方です。

食卓を通して生まれるコミュニケーションが、人と人との絆を育みます。アーティストの音楽や芸術が人々に感動や勇気、元気を与えるように、楽しく美味しい食事は心身を健康に、元気にします。

デパ地下で圧倒的な人気を誇るサラダを中心としたそうざい店「RF1（アール・エフ・ワン）」を展開する㈱ロック・フィールド。90kg あった体重を 68kg（△ 22kg）まで落とした社長の岩田弘三が、自ら体現した健康管理と会社の取り組み事例から「食育」について語ります。

■ コンテンツ

(1) 序章

⇒そうざいが未知の時代から、理念・価値観を深耕しながら「日本の SOZAI」を創ってきた過程

① 中食（ミールソリューション）の可能性（そうざいが求められる時代へ）

② 当社の歩み（デリカテッセンに閃き、サラダを通したビジネスモデルを構築）

(2) 本論　～食育拠点～

⇒社内の働く環境をデザイン、食を通したコミュニケーション（想いを共有）、ロイヤリティの向上

① 静岡ファクトリー（理念・価値観を、デザインを通して具現化したランドマーク）

→ 人に、自然に、地球にやさしい工場

② 社員食堂（静岡ファクトリー、神戸ヘッドオフィス / ファクトリー）

→ 一等地にロケーション、午後の活力源ランチ（サラダバー、VEGETERIA ジュース）

③ 東京オフィス「ハーベスト」（朝食、食育ランチ）

→ 社員教育の場（自社商品を顧客の立場で体感）

(3) 結び

① 食事の持つ価値創造（震災をきっかけにパラダイムシフト、『医食同源』～病は気から～）

② 岩田弘三の健康管理（酒・食事・運動バランス）

メディカル・デザイン・アワード 2010
奨励賞・観客賞　受賞者講演

10 月 22 日（土）13：10 ～ 13：40
第 2 会場

Drip Adjuster

講師●田中範佳（東海大学医学部付属病院看護部、
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程）

司会●寺師榮（西南女学院大学認定看護師教育課程）

Drip Adjuster

田中　範佳（たなか　のりよし）
東海大学医学部付属病院看護部、大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程

近年の高度医療は、最新ロボティクス技術などICTを駆使して提供される。もちろん高度医療ではない治療も日々行われており、看護師は両者においてともに治療の円滑化を図り速やかな回復と安全かつ安楽な治療環境の提供を行っている。腹腔鏡手術をしている手術室の隣で火傷のための植皮手術を行っている、そのような医療現場において看護師の五感による臨機応変の患者見守りと治療支援はますます重要となっている。ICT技術の導入も進んでいるが、基本かつ日常的に行っている業務の中にはまだまだ多くの「五感」作業が残っている。その一つが輸液療法関連の業務である。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構では医薬品・医療機器に関する医療安全対策のための最新情報を提供し、誰もが安心して受けられる質の高い医療の提供を目指している。しかしながら現在、多様化する治療から輸液療法に関連した多くのインシデント･アクシデントが報告されている。確かに、輸液の過剰・過少投与などは程度によるが問題となるようなケースにはならないものがほとんどであり、劇薬の使用や重傷患者などへの投与には輸液･輸注ポンプを使用して過剰･過少投与を回避することが一般的とされている。しかし、薬液を機械的に送り出すこれらの場合では、血管外に漏出した場合などでは対応に遅れが生じる場合がある。また、目視により点滴筒を確認しながらローラークレンメを操作し滴下数を調節する方法では、技量に依存するため、特に経験の浅い看護師への心身の負担が極めて大きく、対応に苦慮することも少なくない。基本的かつ日常的な重要な技術でありながら、目視による方法への支援は今までなかったといえる。

今回、輸液管理の合併症対策としてDrip Adjusterを開発したので、そのデザインのプロセスを報告する。ISO13407に基づく人間中心設計プロセスを参考に5つの段階、人間中心設計の必要性の特定、利用の状況の把握と明示、ユーザーと組織の要求事項の明示、設計による解決案の作成、そして要求事項に対する設計の順にデザインを進めた。まず、輸液療法の何をデザインすべきか、あるべき姿を見出そうとした（人間中心設計の必要性の特定）。そして、現状とのギャップを測ることで輸液管理の方法に問題があることを明確にし（利用の状況の把握と明示）、求められる条件のリストアップ（ユーザーと組織の要求事項の明示）を行った。各種機能を完全に満たすまで3DCGソフトにて最適な形へ向けて試作を繰り返し、可視化することで（設計による解決案の作成）、新しい輸液管理方法を形として提案するに至った（要求事項に対する設計）。Drip Adjusterは輸液管理をスピーディーに行い、ストレスなく正確で安全に輸液投与ができることに主眼を置いた。輸液筒にDrip Adjusterを装着し、投与量と同期するLEDの点滅に合わせてクレンメを動かして滴下を調節することで、従来行っていた時計の秒針を用いた方法に比べて短時間で目的の輸液投与量に調節ができる。滴下筒がLEDの点滅で照らされることで、輸液投与量の確認を夜間等の明るさの足りない状況においても容易に輸液管理ができるため、療養者の睡眠を妨げることがない利点がある。また、輸液ポンプなどが使えない災害時などのクリティカルな状況下でも適切な輸液管理ができると期待できる。作品であるDrip Adjusterを通して、看護のあるべき姿、自己の看護について問う機会になればと願う

シンポジウム

10 月 22 日（土） 13：30 ～ 15：30
第 1 会場

救急看護の未来を読む

座長●山勢善江（日本赤十字九州国際看護大学）

明石惠子（名古屋市立大学）

座長の言葉

○明石　恵子（あかし　けいこ）[1)]、山勢　善江[2)]
名古屋市立大学[1]、日本赤十字九州国際看護大学[2]

救急看護の未来をよむ－救急看護を取り巻く現在の状況から将来のことを推測する－非常に難しい課題をいただいた。学術集会長から示されたねらいには「救急看護のコアになるものを明確にし、多くの人が納得できる、明るい救急看護の未来の模様を明らかにしたい」と書かれている。ますます難しい。

ヒントを得るために、昨年12月に刊行された「日本救急看護学会10周年記念特集号」を読み直した。特に注目したのは、日本の救急医療・救急看護を最も熟知しておられる方々による「10周年記念座談会Part1　学会誕生の歴史－救急医療・看護の今昔－」である。救急看護師のアイデンティティが議論され、社会に認められる救急看護師像が語られていた。多くの救急認定看護師や急性・重症患者専門看護師がスペシャリストとしての役割を発揮しているなか、医療行為を実施する特定看護師（仮称）の育成が開始され、救急救命士のさらなる役割拡大が議論されている。小児救急の院内トリアージ体制の診療報酬加算が新設され、成人のトリアージ体制の診療報酬化が期待されている。すなわち、一方で救急看護の立場が脅かされ、他方で救急看護の役割拡大への大きな期待が寄せられている今こそ、救急看護の使命を明らかにし、それを行動に移す時機と言える。

しかし、救急看護を実践している看護師の多くはジェネラリストであり、目前の救急患者と家族、そして自分の身の安全を守るのが精一杯というのが実状ではないだろうか。また、日本は未曾有の大震災を経験し、組織的な災害対応の一環として救急看護師は不可欠である。患者・家族にとって非日常的な出来事である救急場面に加えて、社会にとって非日常的な災害場面で、スペシャリストとしての救急看護師、ジェネラリストとしての救急看護師、双方の存在価値は大きい。

シンポジストの皆様には、それぞれのお立場で、昨今の救急看護を取り巻く状況をどのようにとらえておられるか、そして、「明るい救急看護の未来」をどのように考えておられるのかを語っていただきたい。

なお、シンポジウムは、特定のテーマについて複数の講演者が意見を述べ、参加者とともに質疑応答や討論を行う形式の討論会であるので、救急看護の未来について結論を出すつもりはない。しかし、本シンポジウム終了後、ご参加くださった皆様が「救急看護って、こういうことなんだ」、「社会のなかでこんな役割を担っているんだ」、「こんな可能性があるんだ」・・・・・と感じ、にっこり笑って神戸国際会議場を後にしていただければ幸いである。

災害看護学の充実とスペシャリストの育成に向けて

臼井　千津（うすい　ちづ）
愛知医科大学看護学部

Key　word：災害看護、高齢化、アセスメント、マネージメント

未来とは“現在を基準としてこれから先、将来”といえましょう。ここでは救急看護の極、近い将来の可能性、発展性を論じ皆様から沢山の御意見をいただきたく存じます。

論じる機会を与えて下さいましたことに感謝を申しあげます。

本邦において災害の発生は確実に増加しています。しかも発生の予測はますます困難となり、他方、被害の様相は複雑、甚大と化し、人々のいのちや暮らしが脅かされています。

災害といえば2011（平成23）年3月11日に発生した東日本大震災は本邦の災害観測史上最悪の事態となりましたことはご存じの通りです。被害の実態は半年を経た今も不明であり、かつ、さまざまな調査も開始されたばかりです。さらに、被災地以内・外においても震度5以上の余震・地震の続発と台風・集中豪雨の発生などで降雨量の記録更新が短期間に塗り替えられているといっても過言ではありません。結果、“せきとめ湖の発生”は被災地の人々にとって暮らし・環境・健康では深刻な事態といえます。看護の視点による被害の実態と対応および課題については詳細な調査が不可欠であり今後に期待されます。

災害が発生するたびに看護職は公的機関やNGO・NPOなどといったさまざまな組織の一員として活動し、評価を得ています。災害看護の経験は看護職にとって貴重な財産といえます。しかし、東日本大震災の看護報告・事例などからも発災初期から救急看護に従事している看護職が多数、派遣されています。実に厳しい環境のもとで地域や経時・期や場により看護のアセスメントや方法について不安や戸惑いながら、忸怩たる思いにかられながら経験している看護職も少なくないのではないでしょうか。このことは未曾有の大災害でありこれまでの経験知とはことなる、新たな課題を見せつけられ、考えなければならない状況が突き付けられています。課題としなければならないことの一部ですが紹介します。

・　複合災害・なかでも原子力災害に対する急性期から中・長期的な看護
・　広域災害と多数の被災者に対するアセスメントに必要な情報の入手

⇒アセスメント力、情報関連学

・　被災地・被災地外との人・物の調整のあり方⇒ニーズとマッチングの調整能力
・　医療機関の被害と医療危機⇒格差、看護への期待、社会と医療
・　災害医療⇒新たなありかたの検討・企画・マネージメント力

などです。

アセスメント･連携･マネージメント･指揮などを考え得るに際し、情報技術をどのようにしたら使いこなし、活かすことができるのか、いえ、活かさなくてはならないことの一つです。

今、皆、1､000年に一度の発生と称されている大震災を共に見て、聞いて、感じています。恐らく生涯に二度と経験することがないこの時期に看護職一人一人が看護の基本概念である人間・環境・健康・看護を軸に災害看護における救急看護領域が担う役割と責務および他領域との連携や教育について検討していきたいと考えています。

被災地では現在も、医療機関や地域で懸命なる活動が続けられておりますことに敬意を表します。

特定看護師（仮称）の役割からみる救急看護師の将来像

浅香えみ子（あさか　えみこ）
獨協医科大学越谷病院

看護師の教育背景は大学化が進むとともに、専門看護師・認定看護師といった専門家教育も進められてきた。医療の需給バランスの不均衡が問題視され久しい中で、チーム医療の在り方が検討される過程で、高い実践力をもつ看護師を積極的にチーム医療において役割を拡大させることが提案された。それが、特定看護師（仮称）のスタートであり、ここでいう役割とは医行為とされる内容であることが大きな意味を持っている。H22年度よりこの養成と実施の施行事業が開始された。

救急看護業務の中で医行為の範疇にある実践をおこなうことを想定することで、救急医療の対象者がどのようなメリット・デメリットを受けるのかを話題の基軸に置き、社会情勢の変化の予測をふまえて私見を述べる。また、その実践に際して、救急看護師に必要とされる能力はどのようなものであり、どのようなシステムの可能性があるのかなど今後の期待を含めていきたい。

発言の立場としては、前年度の施行事業が開始され、救急看護認定看護師の有資格者が一定の条件のもとに特定看護師（仮称）事業を試行したプロセスの一部に関わった経験から話を進める。

ここでは、この制度そのものの是非を問うことはしない。このように看護師の役割が社会のニーズによって拡大していくという事実と可能性から、救急看護師の役割を現在の規制にとらわれずに再考することによって見えてくる未来像を考えてみたい。

救急看護の未来を担う私たちがすべきこと

森田　孝子（もりた　たかこ）
横浜創英大学設置準備室

日本救急看護学会が13回を数える本学術集会において『救急看護の未来をよむ』のテーマでシンポジウムが開かれるのはとても意義深いことと思う。未来をよむためには過去から現在をふまえて、社会の動向を捉える必要がある。

本学会は1998年秋11月に任意の学術団体として誕生し、2009年11月に法人格を持つ一般社団法人になった。

1999年の第1回学術集会では「日本救急看護学会の21世紀に期待するもの」のテーマで学術集会長講演が行われた。昨年の第12回までの学術集会長講演は、本学会が何を見据え、その年に何が問題として捉えられているか、救急看護の課題が何かを受け止めたテーマで講演が行われている。シンポジウムでは、医療事故防止対策、家族看護のエビデンス、救急看護の質保証、専門性、メンタルアセスメント、救急医療・救急看護における格差是正に向けた提言、グリーフケア、救急医療に従事する看護師の役割機能、トリアージなどが取りあげられている。学術集会は社会の動向、看護への社会のニーズをとらえて、本学会の流れを作ってきているといえよう。

学会誌から、各回の学術集会でのメインテーマや会長講演、シンポジウム、パネルディスカッションの方向付けをよみ、本学会が歩いてきた道を振り返り、「救急看護とは」「救急看護がどこに向かって歩みを進めてきたか」について考えたい。

この10年間に救急看護は大きく発展してきたが、本年3月の東日本大震災に代表される災害対応、救急看護師の業務拡大に関すること、トリアージ等救急看護に求められることも多様多岐になり、同時により高い看護の質も求められている現状がある。

本学会の定款第3条に「当法人は、国民の保健・医療・福祉に寄与するため、救急看護の進歩、発展、普及を図ることを目的とし、・・・」と謳われている。危急の状態から命を救うかかわりと生命の質をよりよく維持する看護を行うことに、本学会会員の皆さんが日々心血を注いでおられるのは疑う余地もないと考える。そのありようをどのように発展させていくのか、これは私たち看護職自体に問われている部分でもあろう。

救急看護はこのような人たちに対しこんなかかわりをすることで生命の維持増進、健康の回復、苦痛の緩和を図るというように救急領域の看護者自身が法と倫理に基づいて自分たちの考え・役割・機能、その範囲を定め、あるいは提言していかなければならないと考える。

私たち救急医療に携わる看護職は未来をどう先読みし、行動計画を立てて歩みを進めていけばよいか参加者の皆さんと討論し、行動につながる方向付けができればいいなと考えている。

救急看護の未来を読む

木澤　晃代（きざわ　あきよ）
筑波メディカルセンター病院救命 ICU

近年の救急医療においては、年々増加する需要に対して供給が追い付かず、社会的な問題となってきている。また、「救急患者」の概念も時代とともに変化し、医療者にとっての「救急」と利用者にとっての「救急」の概念が異なってきている現状がある。これは、医療施設の救急体制や地域のニーズによっても同様である。すなわち、「救急患者」というのは、医療者だけが決めるものだけではないといえる。救急外来には、Common disease が中心のプライマリーケアを必要とする患者が多く訪れることも珍しくない。そのような中で、必要とされる救急医療サービスは今までとは異なるため、救急医療のパラダイムシフトであるともいえる。加えて、救急医療に関わる専門職も多くなってきていることから、それぞれの職種の専門性を十分に発揮したチーム医療が重要となってきている。救急医療は、短時間に患者の状態が変化することがあるため、予測性をもって対応することが必要であり、多職種の調整役として救急看護が果たすべき役割は大きい。また、多様なニーズをもった救急患者に対応するためには、救急患者固有の特徴を十分理解したうえで、迅速かつ的確に判断し対応することが求められる。すでに状態の悪い患者を判断することは、困難ではないが、時間的猶予がない状況下で短時間に患者の緊急度・重症度を判断し初期対応を行うことは、救急看護の高い専門性であるといえる。さらに、患者の緊急度・重症度の判断には、経験則だけではなく、判断プロセスが言語化でき自立的に実践することが求められている。そのような高い救急看護の専門性を活用して専門職として患者家族に対応することにより、救急医療サービスに寄与することが可能になるといえよう。また、このような臨床実践活動を学術的に集積していくことで、救急看護学の発展に貢献することに繋がる。

救急医療は、地場産業であるとも言われている。「救急」の概念は様々であるが、救急看護を専門とする看護師が、社会の動向に関心を持ち、それぞれの地域の特性を十分に理解し、多職種のチーム医療の推進者として活動することがこれからの救急看護に求められていると思われる。

救急看護の未来を読む－急性・重症患者看護専門看護師の立場から

田村富美子（たむら　ふみこ）
聖路加国際病院救急救命センター

急性・重症患者看護専門看護師は、2011年9月現在、全国で62名登録されているが、関連領域の救急看護認定看護師622名、集中ケア認定看護師646名の1/10程度であり、広く国内の臨床現場への貢献という視点ではまだまだ不十分な数である。

日本看護協会、専門看護師認定制度による専門看護師は、当初、欧米のCNS（Clinical　Nurse Specialist）とNP（Nurse Practitioner）の双方の役割を果たすことが期待された日本独自の認定制度ともいわれる。高度実践看護師として目指すところは、拡大された看護の役割を通じて、キュアとケアとを統合し患者のQOLの向上に対して、働きかけることができる専門職である。当領域でも、患者のキュア領域に踏み込んだ看護を直接実践することで、医療の効率化と質に寄与することが期待され、また、患者家族に対する直接的な看護ケアを行う一方で、看護師はじめケア提供者へのコンサルテーションを行い、医療チーム・医療全体のケアの底上げを担う。今後は、このような専門看護師の活動を基盤に、チーム医療の推進、特定看護師養成事業等においても、注目、検討されている「高度実践看護」が救急医療を受ける患者家族、ケア提供者、組織に理解され、活用されるために、行っている高度実践を可視化し、世間に伝え、診療報酬への反映などを通して、承認を得ていく必要があり、専門看護師の実践のエビデンスを示し、積み重ねる研究活動は、救急看護の質の向上のためにも、必須、急務である。

救急医療に携わる専門看護師の主な活動内容を次に記す。「看護実践」では、初療・集中治療・後方病棟に限らない重症・急性期患者、家族に対する直接的または間接的看護実践によって、問題点の明確化、ケア計画の立案や指標を用いた評価を支援し、安全な早期離床、安全な人工呼吸器からの離脱、治療に対する意思決定（患者と家族への説明、治療の選択）、緩和ケア、家族ケアなどに関わる。「看護師や他職種からのコンサルテーションへの対応」として、看護ケアの相談（重症患者のフィジカルアセスメント、倫理調整、他職種間の調整など）、看護研究支援、「教育」場面として、蘇生教育・重症患者ケアを中心とした院内看護及び他職種の現任教育などがあがり、関連する院外活動も多岐に渡る。昨今では、院内のチーム医療の促進・支援体制の構築（呼吸ケアサポートチーム、栄養サポートチーム、せん妄ケアチーム、RRT；Rapid Response Team、DMATなど）の中心的役割を果たす専門看護師も増えている。

本学術集会、日本専門看護師協議会、急性・重症患者看護専門看護師企画によるワークショップにおいても「蘇生チーム」「倫理調整」「呼吸ケア」に関する高度看護実践事例として紹介させていただく。また、多施設及び複数の専門看護師によって「譫妄ケア」「呼吸ケア」「終末期の倫理調整」「早期離床に向けたケア」をキーワードに、研究活動をすすめているところである。その具体的な取り組みも紹介しながら、救急看護における専門看護師の機能、役割を再考してみたい。

パネルディスカッションⅠ

10月21日（金）14：10～16：10
第2会場

実践的トリアージシステムの定着に向けた政策的課題

座長●渡邊淑子（東京医科大学病院）
佐藤憲明（日本医科大学付属病院高度救命救急センター）

座長の言葉

○渡邊　淑子（わたなべ　よしこ）[1)]、佐藤　憲明[2)]
東京医科大学病院[1]、日本医科大学付属病院[2]

昨今、社会事情の変化に伴い時間外診療を希望する患者は増加の一途を辿り医療供給体制の不均衡が社会問題となっている。病院に直来する救急患者は、ウォークイン症例に限らず、救急車の利用率もそれに相関し増加の傾向にある。こうした背景は病院内の環境を確実に変化させ、救急診療体制の整備が急務とされている。

2007年12月厚生労働省医政局は各都道府県に対し「医師及び医療関係職と事務職員との間などでの役割分担の推進について」通達した。その内容の一部に救急診療を担う役割の具体例として、専門的知識と技術を持つ看護職員が診察の優先順位を判断していくことが記述されている。これは病院に来院する救急患者の緊急度および重症度の選別を看護師が担うことで安全な医療を推進し、かつ質の高い医療サービスを提供することにつながるという成果が期待されるものと解釈できる。その先駆けとして2010年度診療報酬改定では、地域連携小児夜間・休日診療に「院内トリアージ加算」が新設された。救急医療におけるトリアージが初めて診療報酬に評価された事は、社会的にトリアージへの期待た高まっていると言える。一方、本学会においては、看護系学会等社会保険連合（看保連）及び中央社会保険医療協議会（中医協）に対し、看護師における病院内トリアージの成果の仮設として、心筋梗塞患者の緊急度の判断や、アンダートリアージ率の改善を指標とした資料を提出し、次期診療報酬改正時の新設に向け戦略的な取り組みがなされており、今後の政策に期待されるところである。

また全国数万人にも及ぶ救急医療施設の看護師への教育は更なる課題ではあるが、本学会を中心に日本救急医学会、日本臨床救急医学会等の協力を得て開始され始めた。実働的な教育プログラムの策定及んだカナダのCTAS(CanadianTriage and AcuityScale)は、現在、日本版緊急度判定支援スケールとして開発されているが、このトライアルについての結果は随時公表され救急医療に携わる我々も知り得る必要がある。

まだまだこのプロジェクトはスタートしたばかりであるが、全国の救急外来で看護師によるトリアージが定着し、その成果を評価するために戦略的な取り組みは重要不可欠である。このセクションでは、今、このプロジェクトに携わる第一人者らにその現状を報告して頂き、トリアージが本領域に定着するための今後の課題とその取り組みについて皆様と共有したいと考えている。

トリアージの質向上と普及について

渡邊　淑子（わたなべ　よしこ）
東京医科大学病院

「トリアージコース導入とこの後の政策的戦略」

日本救急看護学会では、平成16年から教育委員会で全国のトリアージの現状について調査しトリアージナース育成に向けて取り組んできた。平成20年にはトリアージナース育成検討特別委員会が設置され、トリアージナース育成の為のコースの企画に取り組み平成22年よりトリアージナース育成トライアルコースを開催した。コースは、救急外来においてトリアージを行う看護師に必要な資質の教育を企画しトリアージナース育成コースを策定する事を目的に第1回目で30名・第2回で35名を公募し開催した。同時に日本救急看護学会医療政策委員会では、救急外来における看護師によるトリアージを診療報酬に算定できるよう平成22年診療報酬改訂において医療技術評価提案書を提出した。しかし当時は、①日本におけるトリアージのガイドラインがないこと②トリアージに関す論文が少ないこと③トリアージ教育が確立していない事などの理由から救急外来におけるトリアージが診療報酬に算定されることが見送りとなってしまった。小児トリアージに関しましては、小児領域においてPCTASの翻訳により小児トリアージガイドラインがあるとの理由から算定されてるようになった。現在、日本救急看護学会・日本臨床救急医学会・日本救急医学会3部会合同でCTASをJTASとしてガイドラインの確定を行いトリアージ教育システム構築および論文の作成に取り組んでいる。

日本救急看護学会トリアージナース育成検討特別委員会および医療政策委員会では、平成22年に指摘された課題の達成に向けてコースの開催・および救急外来におけるトリアージに関する論文作成を行い平成24年診療報酬改訂に向けて、救急外来におけるトリアージに関して要望書を提出した。トリアージが診療報酬に算定されることで各施設が救急外来に専任のトリアージナースを配置して下さるのではないかと期待している。

また日本救急看護学会開催のトリアージナース育成コースは、日本臨床救急医学会JTAS委員会で開催しているCTASプロバイダーコースとの整合性があるように、コースに本プロバイダーコース内容を網羅したプログラムに変更し第2回目を開催予定である。

パネルディスカッションでは、診療報酬改訂に提案した救急外来における看護師によるトリアージの要望内容及びトリアージナース教育コース概要について報告し、トリアージの質向上と普及について意見を頂き今後の活動の一助としたい。

実践的トリアージシステムの定着に向けた政策的課題　―わが国におけるトリアージの歴史的背景とトリアージシステム構築の取り組み―

西塔依久美（さいとう　いくみ）
武蔵野赤十字病院救命救急センター

わが国では1990年代後半から救急医療資源の需要と供給のアンバランスという深刻な問題を抱え，救急外来看護師などによる「救急外来トリアージ」が注目されるようになり，近年，救急外来トリアージの実態・ニーズ調査の先行研究などで救急外来トリアージの重要性について報告されている。「救急外来」，「トリアージ」をキーワードに医中誌やメディカルオンラインなどで文献検索すると約270件がヒットするが，国際的な救急外来のトリアージ研究数に比べると，まだまだ少ないのが実情である。

世界的に見れば救急外来におけるトリアージに関する研究やシステム開発は，1960年代からアメリカに始まり，1980年代後半～1990年代以降各国で盛んに行われるようになって来ている。1960年代当初のトリアージスケール（トリアージ区分）は3段階（赤：緊急，黄：準緊急，緑：低緊急）であったが，その後，救急外来トリアージの疫学データに基づく研究がなされ，国際的なトリアージスケールは5段階区分が大半を占めている。

わが国でも1990年代後半から救急外来トリアージに関する取り組みは，各施設の自助努力で行われていたが，国策として，もしくは地方自治レベルといった行政単位での取り組みは行われてこなかった。わが国で救急外来トリアージの問題が大きく取り上げられたのは，2004年の第6回日本救急看護学会学術集会のパネルディスカッション「救急医療の現場で看護師が抱える問題」で本邦におけるトリアージの課題が議論されたことに始まり，その後，各学会などでトリアージナース制度の導入やトリアージナースの業務整備，トリアージシステムの整備などの検討が行われてきた。そして2010年6月，カナダのトリアージシステム「CTAS：Canadian Triage and Acuity Scale」を参考にしたわが国の標準的なトリアージシステムを開発し，「緊急度判定支援システム　CTAS/JTASプロトタイプ」（へるす出版）の発刊に至った。

しかしながら，わが国におけるトリアージナースの位置づけや法的整備，業務内容の整備といった検討がまだ十分とは言えない中で，トリアージシステムを推進するには課題も多くある。まずは，トリアージナースの必要性を理解してもらうために，各施設が救急外来トリアージの実態を調査・報告しトリアージの疫学的なデータを出すこと，トリアージシステムが法的に理解されるものであること，そして，トリアージ実践者の教育を充実させ，救急外来トリアージがどこの医療施設でも標準的に行われるような人材育成を早急に行うことが喫緊の課題である。

最後に，救急医療現場における人員不足は今後も（10年程度は）継続するものと考えられており，わが国の救急医療体制についても再考する時期に来ているのではないかと考える。しかしながら，これは救急医療全体の問題であるため一朝一夕の問題として解決するものではない。となれば，トリアージシステムの推進によって，現状の限りある医療資源の有効活用が促進され，最低限の救急医療の質が確保されるのではないかと期待している。

看護師による院内トリアージシステムの現状と今後の展望

○内田　里実（うちだ　さとみ）、木澤　晃代、鴻巣　有加
筑波メディカルセンター病院看護部

近年、看護師による院内トリアージが多くの施設で開始されているが、当院では、院内トリアージに関心が高まる以前から看護師によるトリアージシステムの運用に取り組んできた。組織的な院内トリアージを実施する以前にも、救急外来を受診するWalk inの患者に対して、看護師が簡単な問診やバイタルサインの測定により、緊急度・重症度の判断を行い、治療の優先順位を選定していたが、マニュアルや基準が整備されていなかった。そのため、緊急度の判断は各自の主観によることが多く、トリアージプロセスも系統的なものではなかったため、看護師によるトリアージシステムの構築に着手した。

看護師によるトリアージシステムを導入するにあたり、トリアージマニュアルとトリアージ票を作成し、医療スタッフに対してトリアージシステム開始の周知と協力要請を行った。看護師には妥当性のあるトリアージが実施できるよう必要な教育を行った。トリアージのデータ管理は、医事課アシスタントを配置して業務改善を行い、多職種が院内トリアージに関わるようになったが、適切なデータ管理のためトリアージナースがデータ不備の修正を行っている。これまでのトリアージデータから、緊急度が高いと判断した患者の治療開始までの時間が短縮できていることや緊急度の高い患者の入院率が高いことなどから、院内トリアージシステムの有用性と妥当性が検証されている。トリアージナースの育成としては、様々な教育内容や教育手法に関する試みを積み重ねて、教育プログラムを標準化し、継続できることを最重要課題として工夫を重ねているところである。また、検証医による検証会以外に、看護師による一次検証を実施することによって、トリアージ区分は妥当であるが、判断根拠や思考プロセスが不明瞭で、判断に必要な情報が不足している症例があることが明確になった。このため、系統立てた思考プロセスや根拠のある判断ができるような教育方法の工夫が必要であり、現在教育内容の再検討を行っているところである。

院内トリアージシステムを開始して6年が経過したが、試行錯誤しながらも常にトリアージの質を保持し、さらなる向上に努めてきた。実施したトリアージをデータベースから分析する度に様々な課題が明確になり、その課題の解決方法を検討・実践し、評価する事を継続してきたことが、トリアージナースの質の担保につながっているといえる。

現在、CTASやJTASといったシステムが導入、検討されており、院内トリアージへの関心が全国的に高まっている状況である。今後、標準化した指標を用いて妥当性のあるトリアージを実施していくためには、これまで当院が実施してきた院内トリアージとの整合性を検討、評価し、新たな課題に積極的に取り組むことが必要であり、院内トリアージが救急医療に携わるナースの能力として評価されることに貢献できるよう努力しているところである

救急外来トリアージにおける協働と地域連携を目指した取り組み

黒田　啓子（くろだ　けいこ）
東海大学医学部付属病院高度救命救急センター

昨今、救急医療への国民の高いニーズに反し、専門医や病床数不足による受け入れ困難から、救急患者のたらい回し等が社会的問題となる中、救急医療における医師不足へ寄与する上でも、治療優先度に応じた診療介入の促進、待ち時間における患者の安全保障、患者満足の向上をもたらすトリアージナースによる役割が求められるようになった。

本看護学会のみならず日本臨床救急などの医学会組織との協働は、救急医療に携わる看護師・医師間にカナダ緊急度判定支援システム（以下、CTAS）のような一貫した指標の普及を促進する上で重要であった。

A 施設では、近隣救急施設との隔たりのない連携、地域住民にも精通するケアレベルの指標提示、国内における一貫したシステム導入に基づく実践に即したベンチマーク作りを重要視し、施設長の了承を得て米国の ESI に代わって CTAS を導入した。また、施設内の看護師や救急医のみならず、受診件数の多い総合内科医とも協働して、トリアージプロセスにおける時間管理や主訴別リストの使用率、緊急度などのデータ集積から分析・JTAS への改訂に向け、研究的視野を持って目的を明示し共に取り組んでいる。1・2 次救急外来受診患者は、月平均 900 余名、うち約 9 割が準･低･非緊急で、7 割以上が A 施設近隣 4 市在住である。更に、院内から近隣施設へと一貫した指標の理解･普及を図るべく、今年 2 月には県内において CTAS プロバイダーコースを開催し、9 月には同コースに加え実践レベルでの習得に重きを置いて OSCE を取り入れた 2 日間のコースを開催した。プログラムの中には、救急外来トリアージを今後導入予定である施設を含め、実践している施設の現状や問題についてディスカッションを行い、事後検証を通した質の担保や、メディカルコントロール下での初期対応と治療促進の必要性など話し合われた。2 月のコースには、A 施設近隣 4 市を含む救急施設の看護師および医師 19 名、全国より計 69 名の看護師・医師が受講した。また 9 月には県の助成を受けて、県内の救急施設の医療職者を対象に行い、計 30 名が受講した。年度内はさらに 2 回のコースを予定しており、参加歴のある近隣施設の看護師や医師と共にベンチマーク作りを念頭とした普及活動を行っていければと考えている。これらの取り組みの最終目標は、地域住民に精通する指標提示であり、看護週間でのポスターやちらしを配布したり、救急外来での実践を通して理解を求めている状況である。今後、国内において形作られた指標として国民に提示できる救急外来トリアージのシステム作りが求められていると考える。

パネルディスカッションⅡ

10月21日（金）16：00～18：00
第1会場

東日本大震災の支援の実際と（現場で感じた）課題

座長●阿久津功（財団法人温知会会津中央病院看護部）

石井美恵子（公益社団法人日本看護協会）

座長の言葉

石井美恵子（いしい　みえこ）
公益社団法人日本看護協会、看護研修学校認定看護師教育課程、救急看護学科主任教員

この度の東日本大震災で亡くなられた皆様のご冥福をお祈りし、被害にあわれた皆様、今なお困難の中にある皆様に心からお見舞い申し上げます。

2011 年 3 月 11 日 14 時 46 分、日本は未曾有の大震災に見舞われました。DMAT、日本赤十字社や日本医師会、医療機関の医療救援チームとして、または日本看護協会の災害支援ナースや NGO メンバーとしてなど、救急医療に従事する多くの医療者が救援活動を目的として被災地へ向かいました。

阪神淡路大震災以降、災害医療・災害看護の事前対策や教育・訓練は、トリアージやクラッシュシンドロームなどの防ぎ得た外傷死（PTD: Preventable Trauma Death ）を最小にすることなどが中心をなしてきました。その成果は、被災地内の医療機関でのトリアージの実施、DMAT による広域搬送の成功などにみられると思います。

しかし一方では、津波災害の特徴をふまえた災害急性期医療・看護に関する事前対策の不足、またはロジスティックや連携、避難所のあり方ということに課題を残したという報告もなされています。

今回、さまざまな立場で医療支援に携わった皆様の経験や現場で感じた課題を共有し、ディスカッションを深めて、今後の教訓を導き出すセッションとしていきたいと思います。

届け！藤田保健衛生大学病院から東日本への思い

眞野　惠子（まの　けいこ）
藤田保健衛生大学病院

平成23年3月11日と言えば、誰もが東日本大震災を思い浮かべるほど、衝撃が走った日であった。愛知県でもかなり大きな揺れを、身体に長く感じ、患者の安否を気遣うほどであった。

その後、何とも信じがたい事態がテレビの映像から映し出され、現実の事なのか、つくられた映画を見ているのだろうかと、何度も自問自答を繰り返した。しかし、これは現実であり、直ちに病院としての行動が開始された。

3月11日 ～3月13日　DMAT出発、水戸協同病院にて転院搬送活動
3月16日 ～3月26日　医師会の医療支援チームが第1陣から5陣までの5チームが被災地にて活動
3月24日 ～4月30日　日本看護協会派遣の災害支援ナースとして宮城県・岩手県・福島県の医療施設、避難所にて支援活動　21チーム57名の看護師が災害支援に赴いた
5月23日 ～5月29日　愛知県健康福祉局障害福祉課による「心のケアチーム」が宮城県にて活動
6月21日 ～6月25日　6大学医療支援チームとして被災地にて活動
7月　2日 ～7月　8日　愛知県健康福祉局障害福祉課による「心のケアチーム」が宮城県にて活動

被災地に直接赴き、災害支援ナースとして活動できた看護師は70名にのぼった。実際に支援に出かけた看護師以外にも、支援活動を申し出た看護師は大勢いた。要請がなく支援活動に行くことができなかった看護師たちは、出かけた看護師の分まで、病院で一生懸命看護することが支援に繋がると考え、患者に寄り添った。

今は、映像を通してリアルタイムに現場の様子を目にすることができ、誰もが「何とかしなければ‥」「何かしたい・・」「でも、どうしたら・・」と思ったであろう。

医療現場にいる私たちは、組織があるから動けると強く感じる。DMAT・医師会・日本看護協会・愛知県看護協会など組織があってこそ活動ができた。そうでなければ、被災地に向う事さえできないであろう。何とかしたい思いで被災地に向った看護師、そして行かせてやりたいと思った管理者、そして行く方法や手配をしてくださった方々の熱い思いが支援活動を支えた。

この看護師たちの熱い思いを実現させることができた背景には、当院の看護体制は昭和58年から12時間の2交替勤務を実施しており、4から5日間の連休を取得することが容易であり、通常でも、毎月4日間の連休は1ケ月の中で1回は必ず取得するというルールがある。したがって、被災地に向うために休みを取得するというより、予定に入っていた休みを災害支援ナースとして活動にあてた看護師が多くいた。看護協会の災害支援ナースとして登録していた看護師もいたが、災害支援ナースとして活動してきた看護師の報告を聞いて、自分も是非といって新たに登録した看護師も多くいた。そして、活動終了時には、疲労感をはるかに超えた、言葉に表すことのできない熱い思いをもちながら帰ってきた。それは看護師として一回りも二回りも大きく成長させる結果となった。

被災地の様子は、映像で見るよりはるかに復興が遅れているようであるが、人々の心に忘れていた何かを思い起こさせ、温かい心をもたらせていると感じる。

そして、看護師たちは1日も早い復興を願いつつ、今日も目の前の患者さんを大切に思いながら看護を行っている。

東日本大震災時、被災地ではない病院で何が起こっていたのか？
－都内 A 災害拠点病院の調査結果からの分析－

木野　毅彦（きの　たけひこ）
日本医科大学付属病院看護部

1995 年 1 月 17 日、阪神淡路大震災が発生し、その教訓を得て各研究会から「阪神淡路大震災における医療に関する主な教訓」が報告された。それらを受け厚生省から「災害時における初期救急医療体制の充実強化」9 項目（表 1）が示され、現在の災害医療は発展する事となった。またそれと並行し日本 DMAT 構想が提案され、訓練・強化・編成が進められた。日本 DMAT の活躍は、災害急性期のスペシャリストの集団として、今回東日本大災害では目覚ましい結果を出せるまでになり、災害医療の成果がみられている。

我が国の災害拠点病院は、厚生省の下記（表 1）通知を受け阪神淡路大震災発生から現在に至るまで個々に整備を行い、訓練を行ってきた。

東京都 23 区の中心に位置する約 1000 床規模の災害拠点病院である A 病院においても、同様の整備が行われてきた。A 病院では、整備・訓練と並行して 1995 年・2006 年に「大規模災害発生時の看護職員参集に関する調査」を行い、災害マニュアルの見直しを行ってきた。

今回、震災では、A 病院は震度 5 弱～強の地震に見舞われ、参集規定にみたなかったが看護職員が病院に参集するなどの姿が見受けられた。

これを受け A 病院では震災後看護職員に対し「震災時何があったのか」を分析するため、今回、以前行った調査に「看護職員の行動・思い」の項目を追加し調査を行った。

そこで今回行った調査結果と、以前行われた 2 回の調査結果を比較検討し、震災地から離れた災害拠点病院では何が起こっていたのか、何が問題だったのかを報告し、今後の課題について議論したい。

表 1　災害時における初期救急医療体制の充実強化

1. 地方防災会議等への医療関係者の参加の促進
2. 災害時における応援協定の締結
3. 広域災害・救急医療情報システムの整備
4. 災害拠点病院の整備
5. 災害医療に係わる保健所機能の強化
6. 災害医療に関する普及啓発、研修、訓練の実施
7. 病院防災マニュアル作成ガイドラインの活用
8. 災害時における消防機関との連携
9. 災害時における死体検案体制の整備

（平成 8 年 5 月 10 日付厚生省健康政策局長通知）

東日本大震災におけるDMATの活動と課題

○小井土雄一（こいど　ゆういち）[1)]、近藤　久禎[1)]、市原　正行[1)]、大友　康裕[2)]、本間　正人[3)]、
中山　伸一[4)]、森野　一真[5)]、阿南　英明[6)]、辺見　弘[7)]
国立病院機構災害医療センター臨床研究部[1]、東京医科歯科大学救命救急センター[2]、
鳥取大学医学部災害救急医学救命救急センター[3]、兵庫県災害医療センター救命救急センター[4]、
山形県立救命救急センター救命救急センター[5]、藤沢市民病院救命救急センター[6]、
国立病院機構災害医療センター名誉院長[7]

東日本大震災においては、DMATは全国から380隊（1,816名）が出動し、12日間（3月11日～3月22日）の活動を行った。今回の震災の特徴を医療面から考えると、第一に被災地域が東日本沿岸部400キロ以上に及び甚大広域であり、医療支援がいきわたるのに困難を極めたこと、第二には死者数に対して負傷者数が少なく、重症外傷患者がほとんどいなかった一方で、亜急性期以降に慢性疾患の悪化、感染症等の医療ニーズが高まったこと、第三に多数の病院が機能不全に陥り孤立し、入院患者の救出移送が必要であったこと、第四に福島原発事故が起こり複合災害となったことがあげられる。阪神・淡路大震災の教訓を基に、重症外傷の防ぎえた災害死（Preventable Disaster Death）を如何にゼロにするかに焦点を当ててきたDMATにとっては、多種にわたる医療ニーズに対して臨機応変な対応を求められる活動となった。DMAT事務局は、発災後4分後14：50にDMAT本部を立ち上げ、15：10に全DMAT隊員へ待機要請をEMIS（広域災害救急医療情報システム）を通じて発信した。16：00に宮城県は仙台医療センター、福島県は福島県立医大を参集拠点に指定して派遣要請を発信、17：15に岩手県は岩手医科大学、茨城県は筑波メディカルセンターを参集拠点に指定し派遣要請を発信した。DMATは、迅速に県災害対策本部DMAT調整本部、活動拠点本部等の指揮命令系を確立し、遠隔地から自衛隊機により82チーム/404名の隊員を被災地へ投入するなど、初動はほぼ計画通り行うことができた。実際の活動においては、病院支援を計20か所の病院（岩手8、宮城6、福島3、茨城3）で行った。支援病院には主に陸路で入ったが、花巻空港の活動拠点本部からは、DMAT18チームをヘリで岩手県沿岸部の3病院へ病院支援のため搬送した。病院支援に入ったDMATは支援病院および周辺地域の状況を災害対策本部へ調査報告するとともに、実際の診療支援および域内搬送の支援を行った。また、広域医療搬送に関しては、花巻空港、霞目基地、福島空港にSCUを設置し、19例と数は少ないが初めての広域医療搬送を行った。一方で、画一的な活動任務に囚われることなく入院患者避難移送支援、放射線サーベイ支援など様々な医療ニーズに対しても、臨機応変に対応し被災地に貢献した。今後の課題として、他組織との連携を含む指揮調整機能の更なる強化、通信インフラの充実を含む情報共有の仕方、急性期から慢性期へのシームレスな医療支援体制の構築、派遣DMATへのロジスティックサポートの充実等があげられた。

超急性期から慢性期まで継続した医療の提供
～大阪赤十字病院の体制と活動報告～

弘川　摩子（ひろかわ　まこ）
大阪赤十字病院国際救援部看護部

災害時において、日本赤十字社は災害救助法などにより、医療救護や救援物資の配付、義捐金の受付などについて、国･地方公共団体と協力することとされている。今回の大震災においても医療班の出動、病院支援、こころのケア活動、福祉施設への介護チーム派遣など超急性期から慢性期まで幅広く活動を展開した。8月12日現在、救護班の派遣状況として818班、取扱患者数約80,000人、こころのケア要員派遣数582名、関わった人数約14,000人となっている。赤十字は全国を6つのブロックに分け、現地対策本部と本社対策本部そして各ブロックの代表支部との連携を図りながら組織的に活動を展開している。

大阪赤十字病院は、震災直後より医療救護班を派遣し、宮城・岩手と医療ニーズに合わせて活動拠点を移動しながら6月16日まで活動を実施していった。その後はこころのケア班として7月16日まで岩手で活動を継続した。その中で私は、初動班として3月11日～3月16日まで現地で活動し、その後病院では国内救援課長として派遣調整、派遣前後の対応・現地への医療資機材の調整などを行い、7月にはこころのケア班として再度、現地で活動を行った。

初動班は、発災直後30分で班編成を完了し、45分後に出動準備が出来、派遣依頼を待つ状態となった。このスピードは、平時でのハード面・ソフト面の準備が左右されると考える。また初動における現地の活動は情報の混乱している中でいかに医療ニーズが多い地域をアセスメントするかで限られた人員を有効に活用できるかにつながる。一番困難を感じたのは、地元の医療の復旧状況と保健師との連携を通して、どの状況で撤退計画を進めていくかということであった。

これらの経験より1)初動派遣までの体制2)自己完結力　3)医療ニーズのアセスメント4)情報の引き継ぎ5)支援体制6）撤収時期の決定など多くの課題を感じることができた。

今回、上記の視点を踏まえて、大阪赤十字病院の体制と現地での活動を報告する。

日本看護協会災害支援ナースとしての災害支援活動と今後の課題

西村　聖子（にしむら　せいこ）
JA 三重厚生連松阪中央総合病院

はじめに

日本看護協会は、大規模災害時に都道府県看護協会と連携し、被災地へ災害支援ナースを派遣している。私は、現在三重県看護協会の災害看護委員として県内の災害看護研修の教育計画や、支援ナースの派遣に関するシステム作りに携わっている。今回の大震災では、自分自身も災害支援ナースとして宮城県での支援活動に二度、参加した。役割は現地コーディネーターで、活動場所は宮城県看護協会内に設置された現地災害対策本部を拠点に県内の避難所であった。今回の活動とそこから感じた今後の課題について述べる。

現地コーディネーターとしての活動

一度目の活動は 3 月 26 日～ 4 月 1 日であった。私は現地コーディネーターとして支援ナースの派遣に同行し、各避難所の代表者に話を聞き、実際に現地を見て情報収集した。また、支援ナースの安否・健康確認やコンサルテーションと、支援ナースが把握した被災者のニーズや情報をとりまとめ、日本看護協会の代表者や災害対策本部へ報告していった。支援ナースが活動する避難所は、数百人もの人々が生活をしていた。避難所のほとんどは学校であったが、発災後二週間以上経過していても瓦礫や汚泥の除去は不十分で、ライフラインは途絶えたままのところも多かった。そのような中、最初に派遣されていた支援ナースは、コーディネーターのアドバイスのもと避難所での生活になじむことから開始していた。派遣期間を被災者とともに生活することで情報を獲得し、被災者に寄り添っていた。そうすることで後続の支援ナースは被災者に受け入れられ、環境整備への提案や被災者の健康管理ができるようになっていた。看護師は、現地に入ったその時点から自分の行動すべてが介入であるということを改めて認識した。しかし、すべての支援ナースが同様に活動できていたわけではなかった。何かしなくてはならないと気負ったり、災害看護の特殊性に混乱する支援ナースからのコンサルテーションもあった。

二度目の活動は 4 月 23 日～ 4 月 27 日であり、この時期には避難所は縮小傾向にあった。市では看護協会の働きかけを受け、避難所で生活せざるを得ない医療や福祉の介入が必要な要支援者・要介護者が入所できる福祉避難所の新たな設置を計画していた。そこで、私はその福祉避難所の立ち上げに携わった。まず、市の保健師とともに各避難所を回り、そこで生活する要支援者・要介護者を把握した。その後、トレーニングセンターの体育館を 4 人の支援ナースと協力し、居住空間へと整備していった。この活動は、現地の人々がこれから避難所を運営し、活動しやすいよう、市の保健師や市立病院代表の看護師に相談して考えるよう努めた。

今後の課題

災害支援ナースは、現地で被災者に頼られ円滑に看護ケア活動を行っていた。しかし、中には、支援ナースから非日常的な環境に混乱していると思われる相談や意見を聞くこともあった。そのため、今後、災害看護研修の企画内容を検討していく必要があると考える。具体的には、災害時どのような状況にあっても看護を見失うことなく、創意工夫してケアを展開できる能力を身につけることである。また、被災者は、すでに災害時という特殊な状況においての集団生活の中で、自分たちで互いを気遣い、倫理的な判断をして行動していると感じた。そのため、支援ナースは被災者一人ひとりに配慮しつつ、集団のニーズを優先していく観点を持つことも重要であると考える。

パネルディスカッションⅢ

10月22日（土）9：00～11：00
第1会場

特定看護師（仮称）の役割からみる救急看護師の将来像

座長●山勢博彰（山口大学大学院医学系研究科保健学専攻）

冨岡小百合（大阪府立中河内救命救急センター）

座長の言葉

山勢博彰（やませ　ひろあき）
山口大学大学院医学系研究科保健学専攻

救急医療では、医師の直接指示がないままに、看護師が救急処置を実施することがある。法的には、緊急避難として保助看法で認められている行為ではあるが、その行為の侵襲性が高ければ高いほど、看護師の技術力が求められる。重症救急患者の場合は、より高度な技術を要求されるケースもある。現状では看護師は実施していないものの、看護師が行うことによって救命率を上げ、Preventable Death（防ぎ得た死）を少しでも減少させることができる医療技術もあるだろう。

今回取り上げたテーマのキーワードになっている「特定看護師」（仮称）は、高度実践看護師として国民の健康と福祉に寄与できる高い医療技術力を持つ看護師である。その制度の是非は別として、高度な実践力を持つ救急看護師の存在は、救急医療にとってはPreventable Deathの減少に貢献できるのではと期待する。

このパネルディスカッションでは、その「特定看護師」（仮称）についての進捗状況を厚生労働省の専門官から報告していただき、日本放射線技師会からの発言もお願いしている。また、「特定看護師」（仮称）の教育を受けた看護師から活動の現状も報告してもらう予定である。参加者の皆さんと共に、議論を深めていきたい。

特定看護師（仮称）の検討状況

島田　陽子（しまだ　ようこ）
厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室

現在、チーム医療推進会議とチーム医療の推進のための看護業務検討ワーキンググループにおいて特定看護師（仮称）に関して検討が進められており、本シンポジウムではこれまでの検討状況について説明させていただきます。

【第15回チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ資料より】
●特定看護師（仮称）の考え方（案）（抜粋）

平成23年6月28日
チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ座長
有賀　徹

2. 特定看護師（仮称）制度の枠組みの考え方

看護師は、保健師助産師看護師法上の定義のとおり、患者に対し、患者の状態を総合的かつ継続的に把握・評価しながら、「診療の補助」と「療養上の世話」とを統合した看護サービスを提供する役割を担っている。今後、患者の高齢化や医療の高度化・複雑化が進む中で、従来よりも質の高い医療を提供するためには、あくまで看護師本来の職能を基盤としつつ、従来「診療の補助」の範囲に含まれるか否かが必ずしも明確でなかった医行為について検討を加え、その成果を適切に取り込みながら「診療の補助」と「療養上の世話」とを統合し、看護サービスを提供できるようにする必要がある。

こうした観点から、専ら侵襲性の高い医行為を行う新たな職種を創設するのではなく、看護師の能力に応じ、医療機関等において医療安全を十分に確保することを条件としつつ、医療現場のニーズを踏まえ、適切かつ効率的に看護業務を展開する枠組みを構築することとする。

(1) 業務に関する枠組み

医療現場の実態に配慮し、いわゆる「業務独占」とはしない。一方で、十分に医療安全を確保することができる枠組みを構築することとする。

一定の要件を満たした看護師に限り特定の行為の実施を認める内容（いわゆる「業務独占」）の法整備を行う場合には、その他の看護師は当該行為を実施することができなくなり、昨年の看護業務実態調査において、調査対象とした業務・行為のほとんどについて、少数ながらも「現在看護師が実施している」との回答がなされたことにかんがみれば、医療現場に混乱をもたらすおそれがある。

一方で、現行法の下、通知等により「診療の補助」の範囲を明確化する場合には、法律上実施することが認められる業務はすべての看護師について同一である以上、その範囲については、看護師全体の平均的な能力を前提に検討する必要がある。その結果、明確化できる範囲は限定的なものにならざるを得ない。

このため、新たな枠組みとしては、いわゆる「業務独占」ではなく、幅広い医行為（診療の補助）を含めた看護業務について、専門的な能力を備えていると公的に認められた看護師（いわゆる「特定看護師（仮称）」）が医師の「包括的指示」の下で実施することができることとしつつ、その他の看護師は、医療安全を確保できる十分な体制が整備された状況において、これを医師の具体的な指示の下に実施することができるものとすべきである。

(2) 名称に関する枠組み

看護師と異なる新たな職種の創設と誤解されないよう配慮し、いわゆる「名称独占」とはしない。一方で、医師や患者が容易に識別することができるよう「見える化」を図ることとする。

一定の要件を満たした看護師に限り一定の名称（例えば､「特定看護師」等）を名乗ることを認める内容（いわゆる「名称独占」）の法整備を行った場合には、従来、業務範囲が医学的専門性・独立性を有している場合に新たな職種として同様の法整備が行われてきたことにかんがみ、看護業務の在り方に関する検討であるにもかかわらず､「看護師」と異なる新たな職種（「特定看護師」等）の創設と誤解される可能性がある。

このため､新たな枠組みとしては､いわゆる「名称独占」ではなく､患者の安心や医療安全の確保､医療スタッフ間の円滑な連携を推進する観点から、専門的な能力を備えている看護師について、医師や患者が容易に識別することができるよう、公的に「見える化」を図るものとすべきである。

3. 制度の骨子（案）

(1) 認証の方法等

○ 以下の要件を満たした看護師は、その専門的な能力について、厚生労働大臣の認証を受けることができることとする。

① 看護師の免許を有すること

② 実務経験５年以上であること（③のカリキュラムの修業開始前）

③ 厚生労働大臣の指定を受けたカリキュラムを修了すること

④ 厚生労働大臣の実施する試験に合格すること

○ 厚生労働大臣の認証には、２年間のカリキュラムを経て修得した能力の認証と８ヶ月程度のカリキュラムを経て修得した能力の認証を設けることとする。（８ヶ月程度のカリキュラムの修了者については、２年間のカリキュラムの修了者に比べ、より限定的な分野に関連した能力の認証を受けることとなる。）

○ 認証を受けた看護師は、医師や患者が容易に識別することができるよう、「特定能力認証証」（仮称）を着用することとする。

○ 試験及び認証の実施事務は、厚生労働大臣が指定する第三者機関に委託することとする。

(2) 業務の実施方法

○ (1) の認証を受けた看護師は､「診療の補助」のうち侵襲性の高い一定の医行為（以下「特定行為」という。）について、その他の「診療の補助」と同様、医師の「指示」を受けて実施することを可能とする。

○ (1) の認証を受けていない看護師が特定行為を実施する際には、医療安全の確保の観点から、平時・緊急時のいずれも一定の組織的な安全管理体制等が整備されている状況において、医師の「具体的な指示」（実施の可否や実施方法に関する詳細な指示）を受けることとする。

【第14回チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ資料より】

【参考３】特定行為を含めた看護業務の具体的なイメージ

○ 次のページ以降の11枚の図は、特定行為を含めた看護業務の具体的なイメージについて、一例を示したものである。特定行為に該当するものと想定される業務・行為については、図中において*赤字斜字体*で記載している。

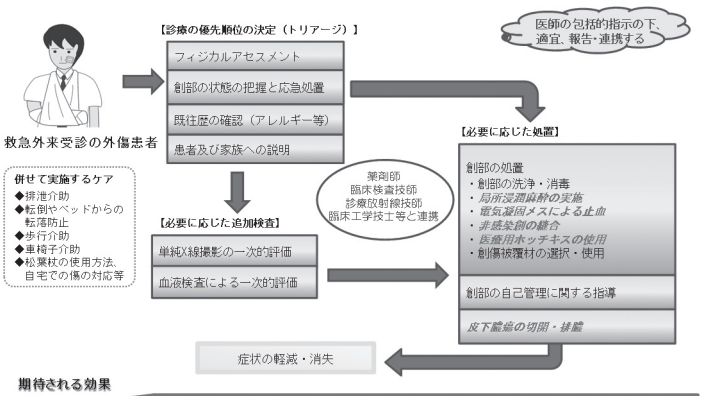
○ 厚生労働大臣の認証を受けた看護師であれば、標準的プロトコールやクリティカルパス等の文書を活用した医師の事前の指示に基づき、必要に応じて医師や他の医療スタッフと連携しながら、図に記載された業務全体を実施することが可能となる。

○ 厚生労働大臣の認証を受けていない看護師も同様に、医師の事前の指示に基づき、図に記載された業務全体を実施することが可能である。ただし、特定行為（*赤字斜字体*）の実施に際しては、医師に対して、判断を下すために必要な情報を伝えた上で、医師から「具体的な指示」（医事法制上の法律用語。参考２を参照。）を受けて実施しなければならない※。

※ 併せて、一定の組織的な安全管理体制等が整備されていることが条件となる。

○ なお、特定行為に該当するものと想定される業務・行為は、現時点において確定したものではない。今後、「看護業務実態調査」の結果、「特定看護師（仮称）養成 調査試行事業」や「特定看護師（仮称）業務試行事業」の実施状況、学会・職能団体の意見等を踏まえながら、引き続き検討を行うものである。

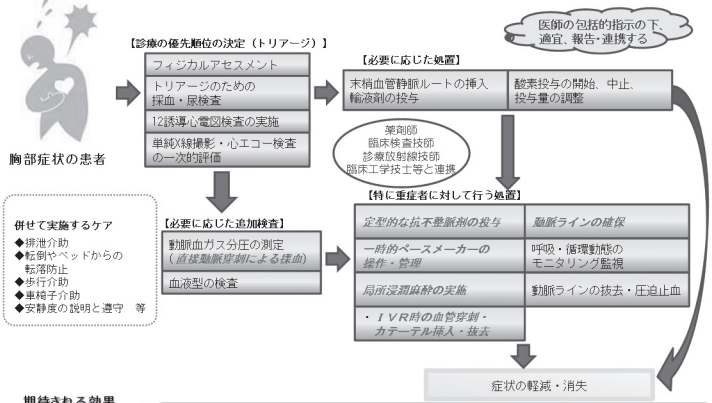
帰宅可能な外傷患者への対応に関連した業務



期待される効果

来院時に正確なトリアージを行い、必要な検査や初期対応を実施することが可能となり、患者の待機時間の短縮や重症化の防止につながる。患者にとっては、診察と処置・治療との間の待機時間等が短縮され、患者の負担が軽減される。また、複数の患者を同時並行的に診察・治療することが求められる救急現場において、医師の負担軽減を図ることができる。

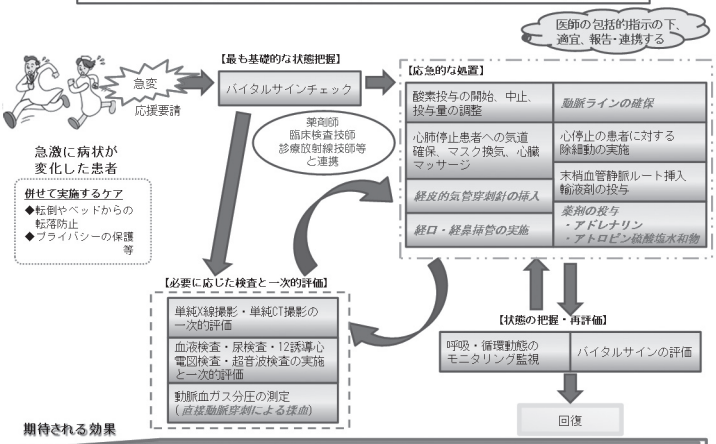
胸部症状の患者への対応に関連した業務



期待される効果

来院時に正確かつ迅速なトリアージを行い、必要な検査や初期対応を医師と連携して速やかに実施することが可能となり、治療開始まで時間の短縮等により重症化の防止につながる。また、患者の状態を的確に把握してマネジメントを行うことにより、治療の流れが円滑になり、多職種が能力を最大限発揮して良質な医療を提供することが可能となる。

急激に病状が変化した患者への対応に関連した業務



期待される効果

患者の急変時に、医師と連携して迅速に必要な検査や初期対応を実施することが可能となり、重大な生命の危機の回避、更なる重症化の防止につながる。

特定看護師（仮称）の制度化・法制化について

洪　　愛子（こう　あいこ）
公益社団法人日本看護協会

超高齢および少子社会の医療提供体制を支え、より良い医療を実現するための新たな枠組みとして、「特定看護師」についての議論が、厚生労働省「チーム医療推進会議」で進められている。これは「チーム医療の推進に関する検討会報告書」を受け、医療全体の改革の一環として、さまざまな立場の有識者で構成された会議である。同会議の下、2つのワーキンググループ（チーム医療推進のための看護業務検討 WG、チーム医療推進方策検討 WG）が設置され、同報告書で提言された具体的方策の実現に向け検討が行われている。

「特定看護師（仮称）養成調査試行事業」は、先導的な試行を実施し、想定される医行為や必要な教育カリキュラムおよび実習の実施状況などに関する情報収集を目的に実施されている。2010 年度の本試行事業実施施設として 16 大学院 32 教育課程および 1 研修機関 3 教育課程が指定された。本会も養成調査試行事業に参加することで、早期制度化・法制化を推進する立場を表明し、実証的データを報告するとともに、検討の基礎資料として活用している。

2011 年度から開始された「特定看護師（仮称）業務試行事業」は、「特定看護師（仮称）養成調査試行事業実施課程」を修了した看護師およびその従事する施設などに幅広く協力を得て先導的な試行を実施し、当該看護師の活用状況や業務の実施状況に関する情報を収集するものである。特定看護師の業務範囲や要件などを検討する際に必要となる情報や実証的なデータを収集することを目的として実施されており、これまでに 18 施設が実施施設として指定されている（表参照）。本会は、特定看護師という新たな枠組みは、医師の包括的指示のもとに比較的侵襲性の高い医行為なども行うと想定されていることから、患者の安全と実施者である特定看護師の安全を守るための仕組みとして、教育の充実と制度化・法制化が不可欠であると考えている。また、本制度が、従来以上に患者中心の医療を実現し、看護師の士気を高めチャレンジできる役割となるよう、今後の具体的な検討に際して、引き続き、制度化・法制化に向けた取り組みを進めていく。業務試行事業を通して、特定看護師への期待は、医療のアクセス性や効率性を高めるだけにとどまらない。実施に際しては、看護管理者が中心となり、施設長とともに組織全体の取り組みとして、職員全体の理解を得られるよう活動環境を整え、サポートをしてくださっている。このことが事業の実現につながる重要な鍵となっている。救急領域におけるニーズとイメージ像については、本シンポジウムでの活発な議論に期待している。多くの看護職がチャレンジしたいと思えるモデルとなり得るのか、一緒に考えていきたい。

大学院修士課程ナースプラクティショナー（NP）養成課程を修了した特定看護師（仮称）業務実証事業の現状と課題　―新しい役割とチーム医療―

塩月　成則（しおつき　しげのり）
医療法人小寺会佐伯中央病院

日本は医療の高度化に伴う医療費の高騰、超高齢社会の到来によるマンパワー不足や医療財源確保の困難など様々な問題により、現在の医療水準の維持が困難な時代が来る。海外でもこのような状況を打開する様々な方策が行われてきたが、その選択肢の一つが診療の一部を担うナースプラクティショナー（以下、NPとする）の導入である。NPは大学院で教育されるが、医療へのアクセスを容易にし、ケアの視点を診療に取り入れ、医療の高度専門分化の影にある様々な利用者にとって必要不可欠である（David Litaler et. al. 2003）。

NPの役割は、対象者を疾患だけで理解するのではなく「ひと」として包括的にとらえ、「看護哲学を生かした診療」を行うことにある（緒方 2008）。NP導入を検討している日本においても、医学と看護学を統合したNP独自の学問的基盤が必要である。

大分県立看護科学大学では、これからのチーム医療、新しい選択肢の一つとしてNPを提唱し、日本におけるNPコースのカリキュラム開発を行い（藤内 他 2008）、大学院修士課程にてその養成を開始した。私は京都大学を卒業し関西で臨床経験を積んだ後に大学院へ進学し、高度先進医療から地域医療の実際までこの目で見てきた。現在、大分県佐伯市のへきち医療拠点病院として地域の医療を一手に担う佐伯中央病院において、厚生労働省の行う特定看護師（仮称）業務実証事業の一環で様々な生活背景を持つ対象者に対して診療を経験している。

現在まで直面し臨んできた課題は多義にわたる。例えば「安全な特定医行為実践のためのクライテリア」、「高度な臨床判断能力構築のための経験体制と研修医との相違」、「新しい役割の構築と周囲の理解と周知」、「他職種が感じる特定看護師（仮称）に対する理解と考えの幅」、「医師の文化と看護師やコメディカルの分化の違い」などが挙げられる。全ての医行為は、各学会の診療ガイドラインやUp to Date、レジデントマニュアル、クリニカルパスなどを基盤に検査項目の選択や画像診断、臨床推論や薬剤の選択を中心に行うが、それらは全て担当医（指導医）の最終的なチェックとサインにより安全性が担保されている。NP課程修了生の特定看護師（仮称）としての役割は、単に従来の看護業務に加えてグレーゾーンとされてきた処置的医行為を行う「処置看護師」となるのではなく、看護の視点を生かして診療の一部を担いチームで医療を展開することである。学術的場における業務実証事業の実際の報告を通して、新しい看護職の役割と展望、可能性について議論できればと考える。

David Litaler, Lorraine C. Mion, Loretta Planavsky, et. al.（2003）. Physician-nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on cost, clinical effectiveness, and patients'perception of care. Journal of Interprofessional Care 17（3），223-237.
藤内美保 他（2008）. 大学院修士課程におけるナースプラクティショナー養成教育－大分県立看護科学大学の取り組み－. 看護展望，33（4），377-382.
緒方さやか(2008). 米国の医療システムにおけるナースプラクティショナーの役割及び日本での導入にあたっての考察. 日外会誌，109（5），291-298.

特定看護師（仮称）の役割からみる救急看護師の将来像

中山　法子（なかやま　のりこ）
財団法人田附興風会医学研究所北野病院

急性期病院で外来糖尿病患者の疾病管理を中心とした特定看護師（仮称）業務試行事業を８月から開始した。初めての取り組みということもあり、事業対象の看護師や施設側が事業のイメージがつきにくいことや、裁量権がどこまで認められるのかなどもわからず、戸惑いながらの申請手続きだったため受理されるまでに４ヶ月を要した。厚労省での当事業の検討と同時進行で私達の活動が進められており、まさに手探り状態の真っ只中にいる。

当事業に申請するまでの経緯は、糖尿病看護認定看護師としての５年間の活動から、更に糖尿病患者のニーズに沿うために医学モデルを学びたくて、大学院教育が開始されたばかりのナースプラクティショナー養成コースに進学したことから始まった。大学院の入試の頃は特定看護師（仮称）という言葉もまだ存在しておらず、特定看護師（仮称）になることを想定していたわけではない。しかし、進学して１年が経過しようとする頃に当事業に先行して特定看護師（仮称）養成試行事業が開始され、その養成試行事業の修了生として当事業に申請することとなった。

当事業での具体的な活動は、病状の安定している外来糖尿病患者に対し、問診、身体診察、検査オーダー、検査結果説明、生活指導、治療計画の立案、薬剤の選択・調整などの疾病管理を行っている。少しでもわからないことが発生すると、自分で調べたり医師に確認するなどしており、外来での限られた時間はどんどん経過していく。もたもたしたときには「こんな頼りない特定看護師（仮称）が診るより、医師に診てもらいたいと思っているのではないか」などと不安を抱いていたが、ほとんどの患者さんが「こんなに丁寧に診察とわかりやすく説明してもらって安心した。これはいい、早く制度化してほしい。」と好意的なフィードバックをいただいている。活動を通して、患者さんのニーズがあることを感じたことが、今後の期待とわずかながらの自信につながっている。

当事業の申請準備を開始した頃は、指導医の包括指示の下であれば、段階的に裁量権の拡大につながり、事業の最終段階では状態の安定している外来患者の診察は特定看護師（仮称）が行い、指導医には後でまとめて報告という形をとれば、患者は医師の診察を待たずとも帰宅できるのではないかと期待をしていた。しかし、当事業では薬剤の選択・調整はできても、処方箋の発行ができないという裁量権であるため、患者は指導医の診察室に入って処方箋を発行してもらって帰宅する状況となっている。認定看護師として専門看護外来を開設した際に、すでに薬剤の調整や提案は医師に行っていたため、そのときよりも前進したと大きく実感することは、プロトコールの範囲内であれば、私が問診・身体診察の結果で、必要な検査や対診依頼が医師に事前に一々確認しなくてもオーダーできたり、他科に紹介ができたりするということである。また、定期受診の折に感冒・腹痛・頭痛などの診察や、別の疾患を合併した折には一次トリアージの役割を担うこともあり、問診・身体診察・検査オーダー、その結果医師に確認しながら、治療計画や必要時専門科にも紹介している。しかしながら、裁量権の拡大に伴い、リスクも引き受けることが必須であり、私の意図しない残念な結果を招いた症例があることも事実である。現在の活動をありのままご報告させていただき、今後の特定看護師（仮称）の活動について皆様と一緒に考えたい。

特定看護師（仮称）に病院・看護部組織で期待する事

高橋久美子（たかはし　くみこ）
日本医科大学武蔵小杉病院

平成23年度4月に特定看護師（仮称）が法制化されないまま誕生しました。
当病院には、慢性課程の修士課程を終了した特定看護師（仮称）が誕生しています。当院の特定看護師（仮称）は師長の立場にあり病棟管理・教育担当しておりましたが、現在は実習習の時から指導医だった医師と共に内科外来で糖尿病の患者さまと関わって、外来・病棟と医師と業務を行っております。師長の役職ではありますが実際の管理業務は行っておりません。

時からの指導医特定看護師（仮称）の修士課程に行くことを薦めたことを少し説明いたします。あるセミナーに私が参加しました時に「NP」の教育課程の開校が目に止まりました。これからのNPの看護の分野があっていいと思っておりましたので、私の中にスッと入ってきました。そして直ぐにこの師長にと迷わず決めて本人に話しました。彼女もその前の年にハワイの研修でNPの方とお話していて興味を持っていたので、気持ちが一致いたしました。この時、私が考えておりましたのは「看護師のフィジカルアセスメントのプログラムのレベルがアップする。訪問看護ができる。看護師が判断して初診の患者さまのトリアージすることが出来たなら、待ち時間の短縮に繋がる。チーム医療の調整の役割が充実する。看護師のモデルとなる」などと色々と頭を廻りました。大学院で学んでいた彼女は、初めてのことだらけで大変そうでしたが、私の出来ることは勤務調整と同僚に理解を得る、さらに院長に、医師達に理解してもらう為、事あるごとに説明をしてきました。留学の経験のある医師は直ぐに理解していただけました。一番大変だったことは、2年時になって実習の計画を立案し、指導医師を決めて実習内容を進めることだったと思います。その部分はかなり時間をかけて本人が進めました。この時感じたことは、医師の看護師に対する信頼です。彼女は新人の時から現在まで当病院で看護師として色々な努力をしながら仕事続け、看護師として人としても信頼関係を築けていたと実感しました。

卒業までも勉強は大変だったと思いますが、無事に卒業してくれました。しかし、卒業前から、卒業したらどうなるのかという不安があったと思います。管理者として私も同じ思いでしたが、私自身の最初の考えはどうだったかと考えました。それで名称はどうでもよく、学んできたことをどうしたら実践できるかを考えて行く事、内容・彼女の立場は病院で具体的に考えればいいのではないかと思い直しました。正直こんなに特定看護師（仮称）が大ごとになるとは想像していませんでした看護管理者として、今は狭い発想だったと感じています。今は1日でも早く法制化して仮称をとってほしいと。その為に今実際に行っている業務の充実・拡大をしていく、結果を残していく、まずは当院の職員に理解と信頼を得る、そして患者さまからも信頼を得られるよう努力していく事だと思います。

現在は、業務試行事業実施病院として許可が得られました、病院の組織として院長も特定看護師（仮称）を認めていただき協力していただいております。今後業務拡大することに院内で許可を取っていくシステムもできました。どのように進んでいくのか楽しみでもありますが、新しく育成していくことも考えています。これから高齢者が増え、治療を受けたなら早めに在宅に戻すことが課題になると思います、それには医学知識をもち、全人的にとらえることができる、患者さまの立場に立てる看護師が重要になると思います。これから特定看護師（仮称）に期待すると共に支援していきたいと思います。

特定看護師（仮称）の役割からみる救急看護師の将来像
－診療放射線技師の業務の実態－

原口　信次（はらぐち　しんじ）
東海大学医学部付属病院診療技術部

チーム医療は今に始まったわけではなく、医療現場では以前より行われてきたと言われる。しかし、今までは、グループ医療であったのかもしれない。やはりチーム医療が騒がれているのはここ１～２年であり、始まったばかりともいえる。しかし昨今の医療現場、医療行政を考えると、待ったなしなのかもしれない。そのような中、特定看護師（仮）の取り組みに対しては、期待が大きい。一方、危惧する声も聞く。厚生労働省の「特定看護師業務試行事業」の結果が楽しみである。

一方、日本放射線技師会が今年行った「診療放射線技師の業務実態調査」では、我々診療放射線技師の業務も同じようなことがいえる。

我々診療放射線技師は、診療放射線技師法第２条第２項で、「この法律で『診療放射線技師』とは、厚生労働大臣の免許を受けて、医師又は歯科医師の指示の下に、放射線を人体に対して照射（撮影を含み、照射機器又は放射性同位元素（その化合物及び放射性同位元素又はその化合物の含有物を含む）を人体内に挿入して行なうものを除く。以下同じ。）することを業とする者をいう。」と謳われているが、それ以外の医療行為について言及はない（画像診断装置を用いた検査の業務を除く）。しかし、現行の医療法では明らかに医行為と呼ばれているものや、本来看護師が行う診療の補助行為、さらには医療機器管理、事務作業など、どのモダリティでも多くの業務を診療放射線技師が行っている現状が、業務実態調査で明らかになった。それらは、医師、看護師不足により、行わざるを得ない環境におかれているが故に実施していると推測されるものや、日常の医療行為の効率化により行われているものなど、さまざまな理由が推測される。問題はその施設の考え方、個人の考え方で実施されたり、実施されなかったりする“あいまいさ”である。昨今の医療行政の問題、医療技術の進歩などを鑑みれば、決して明確な線引きができるものではなく、多職種が協働してチーム医療を行っていくべきだと思うが、現状を見直さず、過去の流れのまま“あいまいさ”で今後も業務を行うようなことがあれば、法律に抵触するのではと不安を抱きながら、また、積極的に教育にも取り組めないジレンマなど、今後、我々がチーム医療に積極的に参加する環境が得られない。

したがって、早急に行政と相談し、少しでも“あいまいさ”の業務をなくすようにしなければならないと思っているところである。

今回は、日本放射線技師会が行った「診療放射線技師の業務実態調査」の結果を示しながら、他職種も、看護師と同じような状況におかれていることを紹介すると共に、今後チーム医療を推進させるために、日本放射線技師会の取り組みを述べたい。

ワークショップ

10月21日（金）16：30～18：00
第3会場

救急領域における急性・重症患者看護専門看護師が行う高度看護実践とは

座長●井上潤（独立行政法人国立病院機構南和歌山医療センター）
平尾明美（神戸市看護大学）

座長の言葉

○井上　潤（いのうえ　じゅん）[1)]、平尾　明美[2)]
独立行政法人国立病院機構南和歌山医療センター[1]、神戸市看護大学[2]

我が国における専門看護師制度は、1994年日本看護協会資格認定制度として制度化され，2005年に急性・重症患者看護専門看護師が誕生した。2011年現在62名が活動しているが，急性・重症患者が医療を受ける施設数からすればまだまだ需要には応じられていない。専門看護師は、特定の専門看護分野の卓越した看護実践能力をもち、実践、相談、調整、倫理調整、教育、研究の役割を担う。日本専門看護師協議会は「専門看護師による高度看護実践の提言」として、患者を統合された人間としてとらえ包括的なアセスメントに基づき、治療（キュア）とケアを統合させた高度看護実践、専門的知識･技術を活用した看護スタッフ支援、ケースマネジメントなど多様なアプローチを通して医療に貢献していくことを提言している。しかし、先述の通り活動者数はまだまだ少なくその活動の実際を間近に感じ知る機会は未だ少ない。

このワークショップでは、特に救急領域で活動する専門看護師から，高度看護実践の活動の実際として紹介を受け参加者の方と活発な意見交換を行いたい。4名の専門看護師の方々の実践活動としてチーム医療としての実践、救急領域に特徴的な倫理的問題の調整事例のほか、専門看護師と看護管理者を兼務しての活動、研究成果を看護実践にどのように活用するかといった専門看護師からの視点を提示いただく。これら視点を基に救急領域における急性･重症患者専門看護師が行う高度看護実践とは何か、そして効果的な活用やニーズ、課題について議論を深めたいと考えている。

蘇生チームにおける活動報告

堀　友紀子（ほり　ゆきこ）
国立病院機構京都医療センター

当院は、三次救急を行う北米型ERを行っている。救急外来の看護師は16名で、三交替勤務であり、救急外来での看護の他、日勤帯・夜勤帯での予定・緊急カテーテル業務を行っている。当院でのこれまでの心肺停止に関する治療は、心拍再開後に心原性の心肺停止の可能性がある症例に対し、カテーテル治療による血行再建を行った後に低体温療法を開始していたが、神経学的予後の改善が困難であった。

そこで昨年より心肺停止症例に対してPCPSによる補助循環装置を利用した侵襲的な心肺蘇生法（Extracorporeal cardiac arrest resuscitation：E-CPR）を開始し、血行再建および脳保護に対する治療を導入した。AHAガイドラインでも自己心拍再開後の生存率向上のためには、包括的、体系的、かつ統合され、複数の専門分野にわたる心停止後のケアのシステムが一貫した方法で実施されること、心停止後の治療の適応のある場合は低体温療法と経皮的冠動脈インタベーションの実施が推奨されている。

当院の診療体制は、救命科医師7名、循環器医師10名、臨床工学技士、7名、救急外来看護師は5名が平日の日勤帯に勤務、夜勤帯では救命科医師、循環器医師は各1名、臨床工学技士はオンコール体制であり、救急外来看護師2~3名である。またERは研修医5名が交替で担当している。夜間では限られた人員の中で心肺停止の初期対応とカテーテル室への搬送、E-CPRを実践する。

そのような中で救急外来看護師は、初療から緊急カテーテル対応、ICUまでの入室までのケアと観察、診療の補助、家族ケアに関して、主体的な行動と判断が必要とされる。救急隊の情報の段階で心肺停止の初療準備と緊急カテーテルへの準備のため、人員調整を行うことは可能である。しかし、心肺停止である患者の移動や緊急カテーテルはリスクが高く、緊急度重症度が高く迅速な対応を要し救急外来看護師の緊張や不安も生じる。そのような中で、救急外来看護師は蘇生チームとしてのマネジメントも実践しなければならないため、急性重症患者看護専門看護師として支援を開始した。

今回、E-CPRの実践にむけて、導入症例に関しての検証と各担当での課題や疑問について確認し、救急外来看護師、循環器医師、臨床工学技士、救命科医師、研修医、放射線科技師とのカンファレンスを開催した。その後カンファレンス内容は議事録を作成し、経験がないまたカンファレンスに参加できないスタッフに対して情報提供を行った。

心肺停止の患者の搬入にあたり早期にPCPSの装着を目指すことを目標とし、役割分担、実施すべき処置の項目を決め、初療での滞在時間を短くするようにした。また、当院は救急外来から血管造影室まで移動を要するため、患者の受け入れから血管造影室までの搬送シミュレーションも実施した。

数回の症例の検証後に循環器医師によりE-CPR症例については適応基準を決めるとともにその後も実施症例については全例検証とカンファレンスを行い、課題の明確化と改善した内容についてフィードバックを行っている。

チーム医療の推進に関する検討会報告書によれば、チーム医療とは「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と定義している。特に蘇生チームは短時間で判断され実践すること、各スタッフとの連携と協働が必要とされる。医療現場において、チーム医療のキーパーソンとして看護師の役割は期待されている。今後も看護師一人一人が患者にとって最善の治療の実施と効果を発揮できるようさらに取り組んでいきたいと考える。

チーム医療の推進者としての急性・重症患者看護専門看護師の活動
病棟管理者と専門看護師を兼務している立場から

木澤　晃代（きざわ　あきよ）
筑波メディカルセンター病院救命 ICU

急性・重症患者看護専門看護師（Critical Care Certified Nurse Specialist, CCNS 以下 CCNS とする）としての活動は、現在、病棟管理者と専門看護師を兼務していることから、直接的な看護実践よりも間接的な看護実践、および多職種間や、患者家族と医療者のコーディネーション、倫理調整、専門的な教育が主である。

臨床場面においては、通常の看護ケアは看護スタッフが行っているが、問題が複雑であるケースや、部署や職種を超えて調整が必要なケースに関わることが多い。特に超急性期といわれる状況では、短時間での的確な状況判断と、タイミングを逸さず介入することが非常に重要なポイントとなる。そのような特殊性から、スタッフが問題点に気が付きにくいことがあるため、CCNS としてのコンサルテーションとしては、コンサルティからの依頼を待つよりも、問題を顕在化させスタッフの意識を高め、自ら介入の糸口を模索していく作業が必要である。医療スタッフの専門性が向上し、患者に対してそれぞれが個別に関わる機会が多くなったことで効果的な医療の提供が可能になった一方、問題がより複雑になる場合があるなど、患者と医療者間の調整の必要性が生じてきている。チームの専門性を最大限に活用するためには、多職種とのコミュニケーションを促進し、チームダイナミクスを最大限に引き出す調整役としての役割が CCNS に期待されているところである。このような複雑な問題を解決するためには、現象を広く深く洞察することが必要である。私自身が CCNS として活動する際に最も大切にしていることとしては、この問題はどうして起こっているのか、どの部分が問題なのか、どのような方法だったら効果的に解決できるのかを冷静に熟考し、戦力的思考をもって対応することである。現在、CCNS と病棟管理者双方の役割を担うことになったことにより、CNS が円滑に活動するためには、病棟管理者との関係が非常に重要であることが再認識できた。CNS は、成果責任はあるが裁量と権限を持ちにくい場合がある。CCNS が病棟管理を兼務することには、様々な制約やジレンマが伴う場合があるが、専門的な技術をもった CNS が病棟管理者としての裁量と権限を持って行うマネジメントには、スタッフとの関係性、職場環境の整備、他部署との調整などが円滑に行える利点もある。また、組織の一員としての CCNS の活動を考える機会となっている。CNS は、高度看護実践者であることを目標としているが、CNS の資格を取得したからといって高度看護実践者となるわけではなく、CCNS 自身が組織におけるポストで自ら役割を模索し、自律的に行動し、独自の方法で機能することが重要であるため、組織力を向上させ成果につなげることを目標に活動しているところである。

救急領域における急性・重症看護専門看護師が行う倫理調整の実際について

迫田　典子（さこだ　のりこ）
昭和大学病院集中治療部

1. はじめに

急性・重症患者看護専門看護師はクリティカル領域における困難で複雑な健康問題を抱えた患者及び家族に対して卓越した看護実践行う専門看護師である。活動内容として6項目あり、「実践」「コンサルテーション」「コーディネーション」「倫理調整」「教育」「研究」である。特に「倫理調整」は専門看護師に求められている特徴的な活動である。

救急領域における倫理的問題は状況が複雑で解決が困難なものが多いとされている。問題解決に当たり急性・重症患者専門看護師の高度看護実践は、患者、家族に対してケアを担う看護師の実践の基盤になりケアへ有効作用する。今回、救急領域に生じる倫理的調整の実際について事例を通じて、急性・重症患者専門看護師の活動方向性や課題について述べていく。

2. 倫理調整の実際

救急領域における倫理的問題の特徴として、

①患者本人に意識障害がある、意思決定が出来ないため「自己決定」を基本としたインフォームド・コンセントが成立しない。

②　①の場合には、家族等が患者の代わりに意思決定を行うが、突然の出来事により意思決定が困難になる。

③患者に重度の障害が残る場合、救命率が低い場合には、患者の心身の侵襲が大きく家族等が治療を拒否することがある。

④終末期など、患者本人が尊厳死を希望し救命治療を拒否することがある。

⑤自殺企図や自傷行為を繰りかえす患者の場合、患者本人と医療者間で治療選択に関する意見が対立することがある。

⑥虐待、ドメスティックバイオレンス等の事件性が疑われる場合には、警察やマスコミ関係者を始めとした第3者が介入することが多い。患者のプライバシーの保護については施設に任されている。

⑦脳死患者及び家族等では、臓器提供、移植医療に伴う諸問題を抱えている。

以上の問題より実際に行った倫理調整の事例について紹介する。

また救急領域の倫理的問題を解決するためには、患者の特性を理解してケアの原則に沿った看護実践を行っていく必要である。倫理的問題に対する基本姿勢について理解して上で実践への活用が行われるように、スタッフへの教育が必要であり、病院内及び病棟内における倫理教育とコンサルテーションを行っている。この結果、倫理的視点を日々のケアの中において向けられるようになることは実践能力の向上に結び付く。院内での倫理教育活動の実際について紹介する。

3. 活動の方向性及び課題

今後、さらに救急領域における倫理的問題に対して、急性・重症患者看護専門看護師は複雑で解決困難な諸問題に直面することが多いと考えられる。そのため倫理調整に関わる機会が増える可能性が高く、高度実践能力を展開することが考えられる。また看護スタッフの倫理的視点を高めるためにも倫理調整に対する活動内容をさらに明確化していくことは、救急領域での倫理的問題に対する看護師の実践力の向上に結び付くと考えられる。その結果として急性・重症患者看護専門看護師の高度看護実践のニーズが求められ、展開していく必要がある。

ABCDEバンドルにおける看護師の自律性について
～鎮痛・鎮静・せん妄管理における課題から～

古賀　雄二（こが　ゆうじ）
山口大学医学部附属病院集中治療部

人工呼吸管理指針としては、米国の医療の質改善研究所（IHI）によるバンドルケア（ヘッドアップ、毎日の鎮静休止、毎日の抜管評価、消化性潰瘍予防、深部静脈血栓症予防）が有名であり、集中治療医学会でもこれに準拠した「人工呼吸器関連肺炎の予防策」を推奨している。これは、VAPバンドルとも呼ばれるなど人工呼吸管理中に主眼が置かれている。一方、Pandharipandeら（2010）は、ABCDEバンドル（A：毎日の鎮静覚醒トライアル、B：毎日の呼吸器離脱トライアル、C：鎮静・鎮痛剤の選択またはAとBのコーディネーション、D：せん妄モニタリングとマネジメント、E：早期離床）を示した。これは、人工呼吸管理中に加えて抜管後、さらにはICU退室後も含めた周術期管理を包括した概念であり、人工呼吸管理指針というよりも人工呼吸患者管理指針と呼ぶべきであろう。また、Vasilevskisら（2010）は、クリティカルケア領域における医原性リスクとしてのICUせん妄と機能低下（Weakness）の関係および、ABCDEバンドルを用いたそれらのリスク低減戦略を示した。

VAPバンドルとABCDEバンドルの両者を組み合わせた周術期管理の概念理解を行うことは、患者の状態を「良くするケア」だけでなく、「悪化させないケア」および「回復のベースを整えるケア」としての看護ケアの位置づけを明確にし、ゴール評価のあり方にも影響を与えると考える。周術期患者のゴールおよびICU医療・看護のゴールは、患者のICU退室ではない。ICU退室後の患者評価を行い、ICU入室中の医療・看護について評価していくことが重要であろう。

次に、ABCDEバンドルの医原性リスク低減戦略を実施する上での鎮痛・鎮静・せん妄管理を取り巻く問題について考察を行った。まず、鎮痛・鎮静に関する当院の状況としては、客観的スケールと鎮痛・鎮静指示書の導入により、明確な鎮静深度の共有化は進んだが、刻々と変化しやすい鎮痛・鎮静管理目標・目的を共有することが課題である。また、せん妄においては、せん妄モニタリング体制の整備と原因検索を推進する必要がある。当院では、CAM-ICU評価のタイミングやせん妄構成要因（特に注意力欠如）の理解不足による評価の偏りなどから、せん妄発症の見逃しが生じ、ICUから一般病棟へ移行した可能性も示された。また、せん妄発見後のマネジメントに関しても、せん妄の原因検索とそれへの対応というよりも、せん妄であること自体や、それに伴う問題行動（特に医療安全上の問題）への対応としての薬剤鎮静や身体抑制に終始しがちである。周術期全体としてのせん妄モニタリング体制の構築と、おそらく完全に特定することはできないであろうせん妄原因の検索と早期対応が遅れることがないよう、せん妄マネジメントの流れを確認する必要があると考える。そして、この鎮痛・鎮静およびせん妄管理の課題に立ち向かうには、刻々と変化しやすい患者に「今、何が必要か」をアセスメントしつづける看護師の自律的姿勢が不可欠だろう。

ABCDEバンドルの枠組みは幅広い。しかし、A・B・C・D・Eのいずれにおいても、看護師の自律性なくしての成功はない。わが国のチーム医療は、看護師の自律性を後押しする教育と制度を求めているのではないだろうか。

交 流 セ ッ シ ョ ン Ⅰ

（東海救急看護研究会主催）

10月21日（金）14：50～16：20

第3会場

救急医療現場における社会的・倫理的問題への対応能力向上に向けた方略
事例で考えよう学会交流第2弾

代表●山口弘子（東海救急看護研究会第7回事例検討会代表、名古屋大学医学部附属病院）

救急医療現場における社会的・倫理的問題への対応能力向上に向けた方略
事例で考えよう学会交流第２弾

○山口　弘子[1)]（やまぐち　ひろこ）、明石　惠子[2)]、臼井　千津[3)]
東海救急看護研究会第７回事例検討会代表　名古屋大学医学部附属病院[1]、名古屋市立大学看護学部[2]、
愛知医科大学看護学部[3]

【趣旨と方法】救急医療現場では、様々な社会的・倫理的問題が発生する危険性を常にはらんでいます。患者の意思決定や尊厳に関わること、プライバシーの侵害など救急医療を取り巻く様々な問題に直面することが多々あります。患者の救命に最大限の力を尽くしながらもそのような場面を経験すると、なんとなくやり残したような思いや後悔など重たい感情にとらわれてしまいます。それが蓄積することで精神的ストレスは多大なるものとなり、離職などを考えることにもなりかねません。そこで私たち東海救急看護研究会では、救急現場で感じた苦しい思いや気づき、日頃疑問に思うことなどを共有し、解決への糸口を一緒に考えてみる機会を持ちたいと事例検討会を開始しました。本研究会は、少しずつバージョンアップしつつ継続させ、昨年の救急看護学会での交流集会を含めてこれまでに６回開催されました。毎回、救急現場で実際に体験した事例についてグループワークを行い、法律や倫理学などの学識経験者からご助言をいただいています。多くの方々と意見を交わすことで自分たち看護師としての思いを整理するだけでなく、深い 学びを得る機会となっていることを実感しております。通常は東海地区の施設に勤務する方々と一緒に事例検討を行っておりますが、学術集会で検討することによって、全国の方々の思いや考えを聞き、救急看護、ひいては救急医療を考える機会となるのではないかと考えております。そこで、昨年に続く学会交流集会第２弾として、社会的・法律的な問題をもつ事例を提示し、グループワークを行い、グループで話し合った意見を共有し、アドバイザーからの意見をいただきながらまとめていきたいと考えております。なお、今回のアドバイザーは、中京大学法科大学院教授　稲葉一人氏を予定しています。是非多くの方々のご参加をお待ちしております。

交 流 セ ッ シ ョ ン Ⅱ

（倫理委員会主催）

10月22日（土）9：00～10：00

第3会場

ともに考えよう救急看護実践の倫理

日本救急看護学会倫理委員会●森田孝子（横浜創英大学設置準備室）
臼井千津（愛知医科大学）
瀬川久江（元財団法人大阪看護協会）
高山裕喜枝（福井大学医学部附属病院）
冨岡小百合（大阪府立中河内救命救急センター）
長谷川正志（佐賀大学医学部附属病院）
松本幸枝（榊原記念病院）

ともに考えよう救急看護実践の倫理

日本救急看護学会倫理委員会：森田　孝子（横浜創英大学設置準備室）
臼井　千津（愛知医科大学）
瀬川　久江（元財団法人大阪看護協会）
高山裕喜枝（福井大学医学部附属病院）
冨岡小百合（大阪府立中河内救命救急センター）
長谷川正志（佐賀大学医学部附属病院）
松本　幸枝（榊原記念病院）

【はじめに】

皆さんは治療の場面、ケアをおこなっている場面、後輩にケアを指導する場面で、倫理的なジレンマを感じたことはありませんか。また倫理的な課題について、納得できないことや、解決できないこと、答えが出ないことで、何を基準にして倫理的な問題を考えればよいのか困ったことはありませんか。救急領域では、救命処置を優先にしながらも、尊厳死や脳死、臓器提供などを含む様々な倫理的課題に対して向き合わなくてはなりません。患者の権利や自己決定権を大切にしたいと考えながらも、意識障害や鎮静によってインフォームド・コンセントが成立しにくいことや、代理意志決定が家族に委ねられることの難しさ、その意思決定に費やす時間的に余裕がないことなど、多くの問題を含んでいます。私たち看護師は、患者や家族の権利を擁護するアドボケイターとしての役割を果たすと共に、看護実践を行う上での倫理的な考えの基盤について考えてみることが必要なのではないでしょうか。

そこで今回、身近にある倫理的問題を、自律尊重、善行、無危害、無危害という倫理原則を基にしながら参加者と一緒に考え、現場で活用できる倫理的意志決定力を養えないかと企画しました。

【プログラム】

1. 事例報告
   1）患者の意志と家族の意志が相反する中での治療決定
      ～薬物中毒患者の精神科継続加療をめぐる相違～
      プレゼンテーター：冨岡
   2）代理意志決定による治療中止の決定
      ～意識が回復しなかった患者の代理意志決定で、家族が治療の中止を要望されたケース
      プレゼンテーター：高山
2. 倫理原則をもとに、事例をグループディスカッションする
3. 全体での情報交換
4. まとめ

【参加方法】

1. 当日、参加受付にお申し込み下さい。
2. 事前の申し込みはありません。
3. 参加は無料です。

たくさんの方の参加をお待ちしています。

交 流 セ ッ シ ョ ン Ⅲ

（災害看護委員会主催）

10 月 22 日（土）10：10 ～ 11：50

第 3 会場

東日本大震災経験から学ぶ
～救急ナースの災害初期対応経験を語らう～

座長● 鴇田猛（医療法人鉄蕉会亀田総合病院救急救命センター）

阿久津功（財団法人温知会会津中央病院看護部）

東日本大震災経験から学ぶ　～救急ナースの災害初期対応経験を語らう～

日本救急看護学会 災害看護委員会
委 員 長：鴇田　　猛（医療法人鉄蕉会亀田総合病院救急救命センター）
担当理事：阿久津　功（財団法人温知会会津中央病院看護部）
登 壇 者：金子　　拓（岩手医科大学附属病院岩手県高度救命救急センター）
　　澁谷多佳子（石巻赤十字病院救命救急センター）
　　後藤えり子（東北大学病院高度救命救急センター）
　　佐々木健一（いわき市立総合磐城共立病院救命救急センター）
　　小林　誠一（財団法人温知会会津中央病院救命救急センター）
　　西　　奈緒（東京医科歯科大学医学部附属病院救命救急センター）

平成 11 年（1998）日本救急看護学会発足時から、災害看護委員会が設置されました。当委員会では、救急看護領域が担う災害看護のあり方を検討し、災害初期看護を普及させる又、災害看護の役割を検討するとともに、支援システムを構築することで運営して来ました。

その活動は、①災害における救急看護師の役割～全国の救命救急センターへのアンケートと文献検索から～（H13 年～ 16 年）②淡路・阪神大地震体験者からの聞き取り調査～インタビューと文献検索から～（H15 ～ H17）③災害看護初期対応セミナーを第 1 回学術集会から第 5 回までセッションを頂き実施した。第 6 回より学術集会から離脱し、災害看護初期対応セミナーを有料で実施しました。その後、継続開催としています。（H16 ～継続中 2 回 / 年）以上を施行し、学術集会・機関誌等で発表して来ました。このあゆみは、災害が発生した際の初期対応の領域にあります。災害発生時、医療施設や災害現場において、多数傷病者の受入を、より円滑に対応でき、治療効果をあげるための領域にあります。従って、当委員会では、災害看護の中でも、災害発生時の初期対応にあり、看護師として何をすべきか？そのためには、どのような知識・技術が必要であるのか？を追求し、継続的に検討、研究して行くことにあります。

これが、『災害看護』に対する当委員会の捉え方であり、他学会との違いでもあります。よって、当委員会では、災害が発生した際、医療施設や災害現場において初期対応ができる看護師を育成する。又、そのために必要な知識・技術を提示し、教育・訓練を提供することにあります。その一つの手段として、災害看護初期対応セミナーがあり、当学会員以外でも、その知識･技術を習得しようとする看護師も対象に継続施行しています。そこで今回、去る 3 月 11 日 14 時 46 分、東日本大震災発生時、被災地（福島県・宮城県・岩手県）の医療施設で建造物等の被害を受けながら、避難誘導にあたられた方の経験や多数傷病者の受入経験、そして、災害現場へ救護出動された救急ナースに登壇して頂き、どのような状況で、何をしていたのか？ その時、何を考えていたのか等、その時の思いをお話しして頂きます。更に、会場へお集まりの方々へ発災時の経験についてインタビュー方式でお話しを伺い、登壇者、会場の方々と語り合いたいと思います。

最後に、今回、東日本大地震で被災された方々へ心よりお見舞い申し上げます。又、ご支援頂いた方々へ被災地の一人として御礼申し上げます。被災から半年以上、経過しましたが、複雑な又、生活の落ち着か無い日々を過ごしています。その様な中ではありますが、是非、会場にお集まり頂き、皆様の貴重な経験をお話し頂ければ幸いで御座います。ご協力、ご理解、宜しくお願い申し上げます。

交 流 セ ッ シ ョ ン Ⅳ

10月22日（土）10：40～11：40

第2会場

実践例から学ぶ臨床看護実践力を高める教育方法

座長●剱持功（東海大学医学部付属病院）

交流セッションⅣ「実践例から学ぶ臨床看護実践力を高める教育方法」

座　　長：剱持　　功（東海大学医学部付属病院）
話題提供者：臨床看護継続教育での取り組み：教育パス、ポートフォリオ
西尾　治美（日本大学医学部附属板橋病院救命救急センター）
各地で行われている救急看護研究会や研修（仮称）への話題提供
救急医療現場における社会的・倫理的問題への対応能力向上に向けた事例検討会
明石　惠子（東海救急看護研究会代表、名古屋市立大学）
看護基礎教育における取り組み：模擬患者を活用した授業の実践例
渕本　雅昭（札幌市立大学看護学部看護学部看護学科模擬患者養成講座）
看護基礎教育における取り組み：看護実践力を高める「育てる OSCE」実践例
菅原　美樹（札幌市立大学看護学部）

企画趣旨

「救急看護」を実践するには、様々な疾病・外傷の病態や治療に関する基本的知識・技術を、その時々の場面や状況の中で統合し、倫理的側面を考慮しながら適切かつ効果的に実践する能力が必要とされます。こうした救急看護に必要な看護実践能力を育成するために、臨床では試行錯誤しながら様々な教育方法に取り組んでいます。本セッションでは、看護基礎教育や臨床での看護教育に関わり、臨床看護実践力を高める教育に取り組んでいる方々から、具体的な教育方法の実践例について話題提供をしていただき、そこからヒントを得て、臨床での看護教育に活用して欲しいと考えています。

臨床看護実践力を高める教育方法
～救急看護クリニカルラダーと教育パスの活用～

西尾　治美（にしお　はるみ）
日本大学医学部附属板橋病院

救急・集中領域で勤務する看護師には、的確かつ迅速な観察力と状況判断能力が要求され、その能力を看護実践の場で発揮するためには幅広い知識・技術の習得が必要不可欠となる。2004年に厚生労働省が提示した「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」には、新人看護師のほとんどが、配属部署の専門的な知識・技術の不足、医療事故発生に対する不安、基本的看護技術の不足などの不安や悩みを抱えているとまとめられている。当センターにおいても、以前は、救命救急センターを希望して入職しても、救急現場の現状に直面し、リアリティショックを受け、就業継続ができなくなるケースも少なくなかった。また、たとえ1年目を乗り越えたとしても、経験を重ねてもなお学習することが求められ、中堅レベルに達した頃には疲弊し、退職を選択するケースも見受けられた。

当救命救急センターは、114名（平成23年9月）の看護師が1看護単位で構成されており、毎年4月には25名前後の新入職者を迎え、本年4月に入職した28名のうち、22名が新卒新人看護師であった。また、全看護師の救急看護領域の平均経験年数が4年前後であり、新入職者に対する教育はもちろん、全スタッフ個々のモチベーションを維持し、救急看護師としてキャリアアップをしていけるような教育システムが求められている。そのような組織環境にある当センターでは、2011年より「救急看護クリニカルラダー」を活用した教育システムを導入している。このラダーは、救急看護学会が示している「救急看護クリニカルラダー」をアレンジしたもので、当センターで実践すべき業務や役割をラダーごとに示すとともに、独自の教育プログラムの達成によりラダーが上がっていくように設定されている。教育プログラムは、救命救急センターで勤務するうえで必要となる知識・技術63項目を3年でクリアできるように分類した既存の「教育パス」をもとに、自主的に受講選択をしてすべての項目を3年間で自分のペースでクリアしていくような方式をとっている。指導にあたる看護師は、全スタッフからの推薦制度で選出し、全スタッフを5チームに分けて、プリセプターチームを構成している。そして、1年目看護師には、臨床実践指導基準をもとにICU看護の実践を、2～3年目看護師には、初療看護・アンギオ・手術看護の実践を目標に、チームメンバーで指導、支援を行っているとともに、看護師全員体制で指導、支援を行っている。

このように、救急看護ラダーと教育パスを連動させ、救急看護師としてキャリアアップしていくための学習の場を提供するとともに、キャリアアップするための道標を示すことで、看護師個々が主体的に学習していくような組織風土に変化しつつあるのではないかと感じている。その結果、日々の業務に対する疲弊や、学習に対する不安などを理由に離職する看護師は激減している。

今回の交流集会では、現在、当救命救急センターで実践している教育システムについて情報を提供するとともに、組織風土の変化や看護師の教育システムに対する思いなどについても紹介したいと思う。

各地で行われている救急看護研究会や研修（仮称）への話題提供
救急医療現場における社会的・倫理的問題への対応能力向上に向けた事例検討会

明石　惠子（あかし　けいこ）
東海救急看護研究会代表、名古屋市立大学

【東海救急看護研究会の趣旨】

救急医療の現場では社会的・倫理的な問題に遭遇することが多い。具体的には、医療行為に対する患者の意思確認の困難さ、傷病者の尊厳やプライバシーの侵害、救急患者の搬送を制限せざるを得ない現実などであり、救急医療に携わる者は様々な問題に直面している。また、そのような体験に伴う心の問題も内在する。本研究会は、救急医療現場で生じやすい諸問題について事例を通して学び、質の高い実践を検討することを趣旨としている。参加者は、看護職のみならず、医師、救急救命士などに及び、毎回、医療倫理や法律または心のケアに精通するアドバイザーの助言を得て、学びを深めている。

【実績】

これまでに6回の研究会を開催し、のべ300人以上の参加者を得た。研究会で検討した事例の概要は以下の通りである。

・小児のネグレクト
・高齢者のDNAR
・「輸血免責同意書」と緊急手術
・離院した患者とその家族への対応
・CPA患者の家族のこころのケアとそれに対応する看護師のこころのケア
・モラルハラスメントを受けた高齢患者の心理・社会的問題
・急性呼吸循環不全の治療に対する意思決定

【研究会の評価】

研究会への参加者を対象とした無記名による質問紙調査を行った。質問項目は、参加者の背景（職業・年代・所属）、研究会への参加動機、今後の仕事への有用性、研究会の運営方法、研究会への希望などである。質問紙は、研究会開始時に配布し、終了後に回収した。なお、研究会参加者には、研究会の成果や今後のあり方を検討するための調査であり、質問紙への無記名による回答と提出によって調査への同意を得たものとする旨を説明し、協力を依頼した。

質問紙調査への回答213名の結果を分析した。職業は看護師193名、医師4名、救急隊員8名、その他・無回答8名であった。参加動機は、レベルアップ（59.6%）、意見交換（27.2%）、疑問の解決（13.6%）などであった（複数回答）。また、今後の仕事への有用性、研究会の運営方法については、いずれも95%が肯定的な回答であった。自由記述欄には、「他施設の人・他職種の意見を聞くことができて参考になった」、「事例をグループで検討しわかりやすかった」、「類似した状況が多々あるので、今後に生かせる」、「アドバイザーの助言がわかりやすかった」、「検討の時間が短かった」、「検討のテーマを具体的に示した方が良い」など多くの記述があった。

【今後の課題】

救急医療の現場で生じる諸問題について、事例を通して学ぶという本研究会の方略は、参加者にとって有意義であることが判明した。事例検討の方法を工夫して、研究会を継続することが重要である。

看護基礎教育における取り組み：模擬患者を活用した授業の実践例

○渕本　雅昭（ふちもと　まさあき）、渡邉由加利、山本　勝則、吉川由希子、工藤　京子、
中村　惠子
札幌市立大学看護学部看護学部看護学科模擬患者養成講座

模擬患者（Simulated Patients）を導入した看護学演習に関する研究では、模擬患者との相互作用から得る学びの高さに注目した報告や、模擬患者を活用した演習は、学生が適正に他者評価・自己評価できる能力を育成するのに活用価値が高いとの報告などがあり、模擬患者を活用した授業や演習が増加している。

本学では、看護実践能力の向上を目的として、OSCE とともに模擬患者参加型授業（演習）を導入している。2007 年度から一般市民を模擬患者として養成を開始、現在 26 名が模擬患者として授業や OSCE に参加している。模擬患者参加型授業を実施する科目は、年々増加し 2010 年度では授業で 7 科目（9 単元）、科目の実技試験としては 3 科目で模擬患者の協力を得ている。

授業の内容は、問診のやりとりにおけるコミュニケーションを中心とした内容から、清拭、車椅子への移乗、手術後の離床など日常生活援助に至るまで多岐にわたっている。参加する模擬患者の数は、授業によって異なるが、昨年度は延べ 99 名の模擬患者が授業に参加した。

成人看護学における授業では、身体侵襲を伴う検査（血管造影）を受ける人への看護技術、周手術期にある人を支援する看護技術として術前オリエンテーションの相談？？および指導技術、術直後のモニタリング技術や術野別ドレーン・チューブ管理の技術、離床支援技術など、成人看護学の基本となる科目および既習の関連科目の知識と臨床実習における実践での学びを統合させながら、臨床実習で遭遇する機会が多い場面を、模擬患者を活用し演習を行っている。演習後の模擬患者のフィードバックは、学生の事後評価によると、学生同士、教員とは違う第 3 者からの意見として、学生の実践力の向上に繋がっていることが伺える。また、模擬患者を活用することは、人間（患者）に対する関心や観察力、異世代の相手の言葉遣いや気遣い、さらに相手から見られている自分を意識して振る舞うことの必要性を学ぶ機会にもまっている。

今回、看護実践能力を高める一教育方法として、本学における模擬患者を活用した授業の具体的な取り組みや教育の成果について報告する。

看護基礎教育における取り組み：看護実践能力を高める「育てるOSCE」実践例

○菅原　美樹（すがわら　みき）、中村　惠子
札幌市立大学看護学部

医療技術の進歩・革新、高齢化によって変化する社会の中、看護に対するニーズも質的・量的に高くなっている。このような状況の中で看護基礎教育は高等教育化が進み、各大学は学士課程において看護の基礎となる看護実践能力について、何をどこまでどのように修得させるのか明確にすることを求められている。

札幌市立大学（以下、本学）では、2006年開学当初より学部の教育目的･教育目標に「実践的に看護を学ぶ」をキャッチフレーズとし、学生が1年ごと具体的に、どのような看護実践能力を修得していくのかについて、「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標」（文部科学省、2004年3月）を基盤に学内で検討してきた。それらを4年間の学修過程に沿って本学の学年別到達目標として設定し、学生と教員間で公開・共有している。この学年別到達目標に向かって、学生は1年次から4年次にかけて9つの看護専門領域で「概論」「援助論」「技術論」「実習」を通して段階的に学修し、教員は到達目標を意識しながら、看護実践力を高める教授法に試行錯誤を重ねている。

看護実践能力について松谷ら[1]は、「知識や技術を特定の状況や背景の中に統合し、倫理的で効果的な看護を行うための主要な能力を含む特質であり、複雑な活動で構成される全体的統合的概念である」と定義づけている。本学では、こうした看護実践能力を学年別到達目標として設定し、2007年から学生の看護実践能力を育成することを目的に「育てるOSCE」の取り組みを開始し、現在に至っている。（本取り組みは2008年度の文部科学省「質の高い大学教育推進プログラムに（教育GP）」に採択された。）「育てるOSCE（Objective Structured Clinical Examination: 客観的臨床能力試験）」の特徴は、学生の看護実践をOSCEで評価して成績に反映させるということではなく、学生の自己学修を促し実践力を育成するためにフィードバックを重要視していることにある。OSCE直後に学生が自分の実践を振り返るとともに、教員と模擬患者から実践に対するフィードバックを受けることで学生は自己の傾向に気づき、それを意識した自己学修へとつなげていくことが可能になると考えている。

本セッションでは、成人看護学領域における「育てるOSCE」の具体的な取り組みと今後の課題について報告する。

[1] 松谷美和子、三浦友理子、平林優子他：看護実践能力：概念、構造、および評価、聖路加看護学会誌、14（2）、18-28、2010

交 流 セ ッ シ ョ ン V

（編集委員会主催）

10 月 22 日（土） 11：00 ～ 12：00

第 1 会場

看護研究のテーマ絞り込みと研究計画書作成において陥りやすい問題とその対策

講師●黒田裕子（北里大学看護学部）

看護研究のテーマ絞り込みと研究計画書作成において陥りやすい問題とその対策

日本救急看護学会編集委員会委員
黒田　裕子（くろだ　ゆうこ）
北里大学看護学部

1. はじめに

看護研究に取りかかろうとする時、どのような研究テーマで研究しようかと思い悩むだろう。研究はテーマの選定が最も大切であり、研究テーマを決めるまでが勝負であると言っても過言ではない。それほど看護研究の場合、テーマを絞り込んでいくプロセスは難しいのである。さらに、研究テーマがある程度定まってきたら、次は研究計画書を作成する必要がある。研究計画書は研究の全プロセスを導いてくれるバイブルのような働きをする。

2. 研究テーマの絞り込みって何だろう

研究動機は看護の現場に潜んでいる。看護の現場は研究の宝庫である。我々が日々看護実践を行っている際に気づいた疑問や問題が言わば研究のはじまりであり、これが非常に重要である。その気づいた疑問や問題を、とにかく書くことが重要である。書いていく作業抜きにしては、研究テーマは見えてくることはないだろう。最近ではワードプロフェッサーがあるので、書いていく作業はさほど難しいことではないと考える。我々が“おかしい”と感じたり、“問題だ”と思ったりしたその体験を、事実に即して立体的に書いていくのである。この作業を著者は、“研究テーマの絞り込み”と呼んでいる。なぜ、何を目指して、どのように研究していけばよいのかを考えていく際に、まずは、この“研究テーマの絞り込み”のプロセスを踏んでいくことをお勧めする。この作業は、臨床現場の看護師であっても、看護学生であっても、大学院生であっても、必ず通らなければならないのである。この作業は、最低でも３カ月、最高１年以上はかかるだろう。この作業には、文献検索や文献検討が当然含まれる。研究テーマが決まってこなければ、次段階の研究計画書を作成することはできない。

3. 研究テーマの絞り込みで陥りやすい問題と対策―研究事例を通して

著者は看護研究指導を長く担当してきた。そのなかで多くの者が同じような問題に出くわしているのを見てきた。講演の際に具体的な研究事例を取り上げてわかりやすく解説し、どうすればこれらの問題を克服できるのかを考えていこうと思う。

4. 研究計画書作成においてで陥りやすい問題と対策

研究計画書段階においては、この研究をなぜ行おうと考えたのかという研究動機、この研究を行うことによって何を成し遂げようとするのかという目的、そしてこの研究を行うことによって看護実践のどの領域にどのような貢献を具体的に成し遂げようとしているのかという研究動機、つまり、研究の動機、目的、意義を成文化することが基礎作業として重要である。もちろん、当該研究の背景として、研究しようとする追究現象に潜んでいる問題状況を文献的に、あるいは経験的に徹底的に描写することも重要である。そしてこれらを土台として研究方法を具体的に考えるのである。

本交流集会では、研究計画書作成プロセスにおいて陥りやすい問題と対策について研究事例に基づいて解説したいと思う。

交 流 セ ッ シ ョ ン Ⅵ

（日本臨床救急医学会「学校への BLS 教育導入検討委員会」主催）

10 月 22 日（土） 13：10 ～ 14：40

第 3 会場

学校への BLS 教育導入について

座長●石見　拓（京都大学）

交流セッションⅥ「学校へのBLS教育導入について」

学校へのBLS教育導入検討委員会
担当理事：田中　秀治（国士舘大学院救急システム研究科）
委 員 長：石見　　拓（京都大学）

平成20年4月一般社団法人日本臨床救急医学会において、「学校へのBLS教育導入検討委員会」が設立された。

本委員会は、小学校・中学校・高等学校などで心肺蘇生法の理解を深め実践する能力を育成するために、生徒の集中力や、学年による学習形態の特性、さらには教員に対しての心肺蘇生法教育指導方法の確立を見据え、学校の授業時間を勘案した学校内における心肺蘇生法教育のあり方を検討することを目的に設置された。

本学会は医師のみならずあらゆる医療者が参加する学会であるため、委員会では日本救急看護学会はもちろんのこと心肺蘇生法教育を普及しているあらゆる医療者・救急関係者・教育関係者の参加をお願いした。

その理由は学校教育内において心肺蘇生の指導を行っているのは地域の消防が担っていることも多いためである。また総務省消防庁、文部科学省スポーツ・青少年局、厚生労働省医政局の主要関係省庁にオブザーバーとして関与していただいた。さらに現場の声をより反映させるため小委員会を設置し、全国学校安全教育研究大会、関係教育委員会委員、ライフセービング協会にも参加をいただいている。

委員会の設置以来、約3年間、今後学校教育における心肺蘇生教育のあり方を常に見据え、また消防機関の合意や心肺蘇生法指導者、さらに学校専門家の意見を取りまとめ、ようやく45分または90分程度で心肺蘇生法を実践できる指導コンセンサス案2010の作成に至った。（詳細は学会HP　http://jsem.umin.ac.jp/about/school_bls.htmlをご覧いただきたい）

この学校へのBLS指導コンセンサス2010の最終到達目標は、子どもたちに心肺蘇生法の指導を通じて「命を大事にする」ことを根付かせることである。各教育機関において心肺蘇生法教育導入をはかり、将来的に国民に広く心肺蘇生法を普及するための基礎となることを目指している。

そのためには、従来のBLS講習の枠組みにとらわれず、学校の授業時間に合わせ、さまざまな教材や指導上の工夫、とくに学校の生徒の発育発達段階に合わせた心肺蘇生法到達目標を作成した。いざという時、自分ひとりではなく、周りにいるみんなで協力して人を助けられることを最終目標にしている。学校という場所において、命を題材とした教育を行うことで、より一層の蘇生率の向上や、将来、救急医療へ寄与出来ると考える。国の将来を見据え、日本臨床救急医学会と日本救急看護学会は、広く国民にその必要性を問いていきたいと考えている。

今回の日本救急看護学会における交流集会では、BLS教育導入検討委員会議論の方向性、学校でのBLS具体的な時間例、さらには学年別の到達目標などについて示し、救急看護学会会員の意見を拝聴する場としたい。また今回初めての取り組みとして、松月大会長のご配慮によって学校で行っている心肺蘇生の授業をそのまま会場に持ち込み、会員のみなさまに見ていただく予定である。直接担当をいただいた山口智鶴子委員には格別のご配慮に対してこの場を借りて御礼を申し上げる。

この交流集会では、我々救急医療従事者が、心肺蘇生法を通じて社会に何が貢献できるかの機会として考えていただければ幸いである。

交 流 セ ッ シ ョ ン Ⅶ

（協力：レールダル メディカル ジャパン株式会社）

10 月 22 日（土） 14：00 ～ 15：00

第 6 会場

BLS 普及のために ～ハンズオンして考えよう！！

講師● 野見山泰子（近畿大学医学部附属病院）

藤田享子（関西医科大学附属滝井病院）

交流セッションⅦ「BLS 普及のために　～ハンズオンして考えよう！！」

【日　　時】10 月 22 日（土）　14 時～ 15 時
※応募多数の場合は、第 2 回を 15：15 ～ 16：15 に実施。
【会　　場】神戸国際会議場　403 会議室
【講　　師】野見山泰子（近畿大学医学部附属病院）
藤田　享子（関西医科大学附属滝井病院）
【協　　力】レールダル メディカル ジャパン株式会社
【参 加 費】お一人につき教材費として ￥2,000
【使用教材】CPR・AED 学習キット「ミニアン」（終了後にお持ち帰り頂けます）
【参加方法】学会 HP にて近日中に事前申込開始
【ご 注 意】BLS 実習を行いますので、ミニスカート・ハイヒール等は避け、動き易い服装でご参加下さい。

【セッション概要】
本セッションではレールダル社製の CPR・AED 学習キット「ミニアン」を使用し、DVD を「見ながら実習」するスタイルで行われる講習の体験を通じて、病院内外における BLS 指導に活かすための新たな講習のあり方を学んでいただきます。
JRC（日本版）ガイドライン 2010 の確定版が 6 月から順次公表されていますが、今回新たに設けられた『教育・普及のための方策』という章では、“BLS・ALS の知識と技術は 3 ～ 6 ヶ月経つと減衰し得る”といわれており、スキル維持の為には繰り返しの学習がますます重要視されてきます。また同時に従来の講習の置き換えとして“ビデオ教材などを用いた自己学習”が推奨されており、このミニアンを使用した講習スタイルは、増加する講習需要への解決策として有用と考えられます。
※なお本セッションは、レールダル メディカル ジャパン株式会社「復興支援プロジェクト」とのコラボレーション企画となっており、セッションで使用されたのと同じ数のミニアンが、BLS 講習を希望する東日本大震災被災地の学校や避難所に寄贈され、レールダル社社員およびボランティアによる講習会が行われます。

【プログラム】
0：00 ～ 0：10　講師自己紹介、セッション目的・コンセプトの説明（PPT にて）
0：10 ～ 0：45　ミニアンを用いての BLS トレーニング実践
0：45 ～ 0：50　振り返り … ガイドライン 2010 とミニアン現行 DVD との相違点に触れる
0：50 ～ 1：00　震災復興支援プロジェクトご紹介

教育セミナー

10月21日（金）10：30～11：55
第3会場

侵襲と生体反応

－呼吸・循環動態をどのようにアセスメントし、どのようにケアする？－

講師●大槻勝明（土浦協同病院救命救急センターICU）

侵襲と生体反応
－呼吸・循環動態をどのようにアセスメントし、どのようにケアする？－

大槻　勝明（おおつき　かつあき）
土浦協同病院救命救急センター ICU

クリティカルな患者は、種々の疾患や続発する臓器障害、侵襲の大きな手術や外傷などさまざまな原因により、呼吸、循環、代謝系を中心とする身体の生理・機能が障害・傷害されています。このような状況下において、生体は恒常性を維持しようと種々の反応が起こります。一般に侵襲を受けた患者の回復過程は、代謝変化を基本としたMOORが提唱した4相（傷害期、転換期、同化期、脂肪蓄積期）によって説明することができます。ここでは、呼吸・循環・代謝変動が著しい傷害期および転換期に焦点をあて解説します。

傷害期（injury phase）は、生体が侵襲を受けた直後から48~72時間程度の時期を示します（ショック相からショック離脱前まで）。侵襲の影響による循環動態の変化から交感神経の賦活が起こり、ストレスホルモンの分泌が促進されます。体液変動としては、体液喪失、不感蒸泄の増加などによって機能的細胞外液が減少します。さらに、種々のケミカルメディエータの影響により血管透過性の亢進を来たし、血管内体液はナトリウムと共に血管外へ移動します。その結果、非機能的細胞外液としてサードスペースに移行し、循環血液量の減少が起こります。臨床的症状としては、循環血液量減少に伴う血圧低下、尿量減少、サードスペースへの移行に伴う浮腫など観察されます。

転換期（turning point phase）は、傷害期に続く48~72時間から1週間程度の時期で、臨床的には利尿期（refilling：再分配）と言われます。この時期はサードスペースに移行していた非機能的細胞外液が血管内へ戻り、急激に循環血液量が増加します。その結果、血圧や中心静脈圧の上昇などが観察されます。また、この変化に相応する心・腎機能であれば、尿量の増加が認められます。一方、侵襲時における呼吸不全の病態的特徴としては、大きく2つに分けられます。1）肺毛細血管内圧の上昇を伴う急性肺水腫、2）急性発症で全身性炎症反応症候群（SIRS）と肺血管透過性亢進を特徴とし、肺動脈楔入圧の上昇を伴わない急性低酸素血症（P/F ＜ 300 or 200）であるALI（acute lung injury）／ARDS（acute respiratory distress syndrome）があります。

以上のように、侵襲に伴う急激な循環動態変化から生体反応として、体液変動や呼吸状態へ種々の変化をもたらし、恒常性を維持するための反応そのものが、生命を脅かすことさえあります。そのため、クリティカルケア領域において、呼吸・循環管理は重要なケアとして位置付けられます。そこで本講演では、侵襲時における呼吸・循環動態のアセスメントとケアについて焦点をあて解説します。

フィジカルアセスメントセミナー

【呼吸】

10 月 22 日（土）13：50 ～ 14：50

第 2 会場

講師● 中村香代（国立国際医療研究センター病院）

【循環】

10 月 22 日（土）15：00 ～ 16：00

第 2 会場

講師● 小笠原由佳（東海大学医学部付属八王子病院）

救急搬送された患者の呼吸のフィジカルアセスメント

中村　香代（なかむら　かよ）
国立国際医療研究センター病院

呼吸の評価で基本となるのはフィジカルアセスメントです。 特に、救急搬送された患者の呼吸状態を評価する場合、検査データやレントゲン写真の結果を待っている余裕はない場合がほとんどです。そして、ようやく手元に届いたそれらの結果は今現在の状態とは、すでに時間的なずれが生じています。一方、生体モニターから得られた情報は、患者の状態を正しく反映しているか、意味があるかどうかといった判断が必要となります。救急搬送患者を受け入れた場合、ぱっと見た感じのファーストインプレッション、迅速評価から一次評価、二次評価と状態評価をしていくにあたって、絶対に必要なのが呼吸の評価であり、呼吸のフィジカルアセスメントは救急患者の対応には必要不可欠な技術です。

ただ、正しいフィジカルアセスメント技術によってたくさんの情報を得たところで、その情報をその先の状態アセスメントに活用して、看護介入の方法を見出すという 看護過程に活用しなければ、宝のもちぐされになってしまします。 フィジカルアセスメント技術によって得られた情報や所見が意味するのは、いったいどんなことなのでしょうか？何が起きていて、どうするべきなのでしょうか？得られた情報からアセスメントして、予測される異常に対してできるだけ早く先回りをして対応をすることができれば、状態の悪化や急変を防ぐことも可能になります。

呼吸のメカニズムを理解したうえで、現れている症状を手がかりにしてフィジカルアセスメントをすすめ、その症状を引き起こす原因となることを考えてみれば、呼吸障害の原因が見えてきます。そして、その症状の先に起こりうる状態を予測して、さらなる悪化を防ぐための看護や処置へと先回りをして対応することが可能となります。今回は、呼吸の基本的なメカニズムを復習し、救急搬送される患者に見られる呼吸の異常をフィジカルアセスメントする視点について、皆様と双方向にコミュニケーションをとりながら学習したいと思います。主に、これから救急外来で勤務を始める新人看護師や、救急外来で勤務を始めたばかりの２～３年目看護師を対象とした基礎的なセミナーです。

救急搬送された患者の循環のフィジカルアセスメント

小笠原由佳（おがさわら　ゆか）
東海大学医学部付属八王子病院

救急医療の現場で勤務する看護師にとって、フィジカルアセスメントを行う事は、とても自然な事であるといえます。「大丈夫ですか？」と患者さんに声を掛け、返ってくるその反応を見ながら、さまざまな観察を行うことと思います。

しかし、今やその能力をフルに発揮せずとも、循環器領域には心電図モニターをはじめ患者さんの状態を把握するための様々な医療機器が存在し、また侵襲の少ない検査が可能となってきた事もあり、多くの情報が手軽に入手できるようになっていると思います。そのような環境下で勤務する私達ですが、“それらの結果”に頼りすぎてしまってはいませんか。患者さんを正しく理解するためには、フィジカルアセスメントを行い確認した情報と、“それらの結果”を統合させる事が大切です。特に、循環器領域では患者さんが来院し、その姿を見たその時から『循環不全』を早期に察知できるかが重要です。

今回のセミナーでは、「息苦しさ」を訴える患者さんが受診の為に救急外来へ来院した場面を想定し、どのようなポイントでフィジカルアセスメントを行い、『循環不全』を察知し、看護ケアへ活かしていくのかを一緒に考えていきたいと思います。基本に基づいた内容で、看護経験２～３年目の方を対象に内容を絞っています。

２日間の学会の中でも最後のプログラムに入っていますが、もうひとつ学会へ参加した事のお土産になるような知識をお持ち帰りいただけたらと思います。どうぞふるってご参加ください。