

Sat. Jun 30, 2018

第5会場

指定演題

指定演題1

事例セッション 退院支援

座長:鵜田 猛(学校法人 鉄蕉館 亀田医療技術専門学校), 座長:箱崎

恵理(千葉県こども病院 副看護局長)

3:40 PM - 4:40 PM 第5会場 (2階 平安)

[指定1-1] 今求められる救命救急センターのあり方～退院支援調整を通して～

○山中 雄一 (日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター)

[指定1-2] 退院支援は意思決定支援…とはいっても何をすれば？

○宮崎 聡子 (東海大学医学部付属病院 看護部 特別病棟)

[指定1-3] 高度救命救急センターにおける脊椎・脊髄損傷患者の退院支援

○安彦 武 (東北大学病院 高度救命救急センター)

[指定1-4] 誤嚥性肺炎で入院中の90歳代高齢患者への退院支援 家族間で意見の相違があった事例

○山崎 千草 (東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程)

Sun. Jul 1, 2018

第4会場

指定演題

指定演題2

CNSが介入に難渋した事例

座長:松本 幸枝(公益財団法人日本心臓血圧研究振興会附属 榊原記念病院 看護管理室), 座長:富岡 小百合(大阪府立中河内救命救急センター 看護部)

9:05 AM - 10:05 AM 第4会場 (2階 福寿)

[指定2-1] 急性重症肺炎の腹腔内圧コントロールにおける看護介入

○島内 淳二 (日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)

[指定2-2] 多職種連携による意思決定支援

○福田 ひろみ (徳島赤十字病院 ICU)

[指定2-3] 術後、呼吸不全を併発し ICUに入退室を繰り返した患者に対する病棟看護師と協働した看護実践

○町田 真弓 (前橋赤十字病院)

[指定2-4] 重症肺炎患者の ECMO離脱にむけた看護介入の支援

○村上 香織 (近畿大学医学部附属病院 救命救急センター)

[指定2-5] 経過が長期化しゴールがみえない外傷による高度侵襲術後患者の受け入れに不安があるチームへの調整

○二藤 真理子 (地方独立行政法人りんくう総合医療センター 大阪府泉州救命救急センター集中治療室)

[指定2-6] CNSが介入に難渋した事例

○古厩 智美 (さいたま赤十字病院 高度救命救急センター-HCU)

第5会場

指定演題

指定演題3

救急外来の安全管理

座長:坂田 久美子(愛知医科大学病院), 座長:石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター)

1:40 PM - 2:40 PM 第5会場 (2階 平安)

[指定3-1] 救急外来で待ち時間に転倒・転落した事例を振り返って

○和田 孝 (大垣市民病院 救命救急センター 救急外来)

[指定3-2] 救急外来の安全管理体制

○島 美貴子 (市立砺波総合病院 HCU/救急室)

[指定3-3] 多職種で行う救急外来での安全管理

○吉次 育子 (神戸大学医学部附属病院 救急・放射線部)

[指定3-4] 他職種連携の構築から考えた救急外来の安全管理

○後小路 隆 (独立行政法人 労働者健康安全機構 九州労災病院 救急部)

[指定3-5] 救急外来の安全管理

○上川 智彦 (山梨県立中央病院 救急看護認定看護師)

指定演題

指定演題1

事例セッション 退院支援

座長: 鴫田 猛(学校法人 鉄蕉館 亀田医療技術専門学校), 座長: 箱崎 恵理(千葉県こども病院 副看護局長)

Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第5会場 (2階 平安)

[指定1-1] 今求められる救命救急センターのあり方～退院支援調整を通して～

○山中 雄一 (日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター)

[指定1-2] 退院支援は意思決定支援…とはいっても何をすれば？

○宮崎 聡子 (東海大学医学部付属病院 看護部 特別病棟)

[指定1-3] 高度救命救急センターにおける脊椎・脊髄損傷患者の退院支援

○安彦 武 (東北大学病院 高度救命救急センター)

[指定1-4] 誤嚥性肺炎で入院中の90歳代高齢患者への退院支援 家族間で意見の相違があった事例

○山崎 千草 (東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程)

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第5会場)

[指定1-1] 今求められる救命救急センターのあり方～退院支援調整を通して～

○山中 雄一（日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター）

2025年問題に向けて、医療界では地域包括ケアシステムとして「病院から地域医療、在宅」で高齢者をケアする政策にシフトチェンジする取り組みなどが提示され、看護界でも特定看護師育成のための対策等が取られている。

当院では、過去には寝たきりの高齢者の救急搬送は、「救命救急センターの役割ではない」と積極的に受け入れる風土ではなかった。

しかし、現在65歳以上の割合は、総人口の27.3%(平成29年度版高齢社会白書 内閣府)、65歳以上の単独および夫婦のみの世帯は56.9%(平成29年度版高齢社会白書 内閣府)となり、救命救急センターにおける役割の変容は必須となっている。

今回、当救命救急センターの以下の役割を踏まえて、高齢者患者に対する取り組みについて紹介する。

救命救急センターの役割⇒トリアージとしての役割も

1. 重症患者

⇒高度急性期を当院が担当し、安定したら療養型の病院または在宅へ

2. 状態が安定しているが入院を希望している

⇒一旦当院で入院、もしくは直接療養型の病院へ転院

3. 生活がまともに送れていなかった患者

⇒当院で社会福祉支援を調整し、地域へ

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第5会場)

[指定1-2] 退院支援は意思決定支援…とはいっても何をすれば？

○宮崎 聡子（東海大学医学部付属病院 看護部 特別病棟）

退院支援とは、「意思決定支援」と「自立支援」が柱である。患者自身は退院後にどこでどのような療養生活を送りたいと考えているか、医療者には患者の自律的な決定を支援し、それを実現可能とする視点が必要である。

救急・重症集中の場にいる患者・家族は、予期せぬ発病や外傷などにより重篤で身体的にも精神的にも危機的な状態となっていることが多い。自立支援として機能的回復の促進のため、せん妄予防やその対応、早期リハビリに関して積極的に援助している報告は聞かれる。では意思決定支援はどうであろうか。患者・家族の意見が対立する、患者・家族の意見と医療者の見解が対立する、代理意思決定などの倫理的ジレンマや葛藤にたいし、それを察知しチームで検討することが大切であるという認識はある。しかし、入院していったん落ち着いたようにみえても、急激に変わる状況の中で精神的ダメージを受けているであろう患者や家族のことを考えると、すぐに退院についてなんて言い出せない…、また、退院支援加算が導入され入院7日以内に面談をしなければならないが、詳しいことは病状が落ち着いてから一般病棟で考えてもらおう…、と考えるクリティカルケアに携わる看護師もいるのではないかと。また一般病棟でも、患者が退院することがゴールと考えていないだろうか。

意思決定を支援するにあたり、やはりタイミングは大切である。救急・重症集中の場でのみで退院支援を検討することは難しい。意思決定支援では、患者の意思を過去・現在・未来の時間軸で捉え、医学的そして看護的判断として適切、適時な病状説明を行い、家族や周囲が話合う、という視点を持ちチームで合意形成を図っていく。クリティカルケアに携わる医療者が、患者の生活をイメージすること、そして患者・家族が入院治療・退院後の生活を考える動機づけを行うことができるように外来・病棟、そして地域と連携し、組織化した学習を発信していくことが必要である。

本セッションでは、救急・重症集中の場面における患者・家族に対して退院支援を考えると、どのような対応

が求められているのかを事例を検討しながら皆さんとともに学んでいきたい。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第5会場)

[指定1-3] 高度救命救急センターにおける脊椎・脊髄損傷患者の退院支援

○安彦 武（東北大学病院 高度救命救急センター）

ーはじめにー

脊椎・脊髄損傷（以下、脊損）は外傷の中でも最も重症度の高い疾患の一つである。脊損患者は重篤な神経学的損傷のために、呼吸器系をはじめとした種々の合併症を併発する可能性があるばかりでなく、生命に直接影響を受ける危機的な状況に陥る場合もある。よって、初期治療は手術や集中治療への対応も可能な救命センターなどの施設がのぞまれる。また、脊損患者は全身状態が安定した後も長期のリハビリが必要であり、麻痺などの障害を残したまま療養生活を送らざるを得ない。救急加算が獲得できる期間を超えて入院を継続することは有効な病床管理と言い難く、本来の施設機能を果たせなくなる可能性もでてくる。よって、退院支援による調整が必要であるが、脊損患者においては全身状態が安定しても介護が煩雑などの理由で受け入れ先がなく、長期入院を余儀なくされているのではないだろうか。

ー当院の現状ー

当救命センターは宮城県の三次救急施設の一つとして、ICU12床、HCU8床を有している。2017年1月～12月の患者受け入れ状況は、救急車受け入れ件数2847件、総受診数7591名、総入院数762名（内因性：406名、外因性：356名）であった。外因性疾患のうち外傷患者数は220名であり、脊損患者数は40名、約18%であった。平均入院期間は内因性疾患7.8日、外因性疾患8.8日であり、脊損患者のみでは13.6日とやや延長していた。

当救命センターでは入院時から退院支援のハイリスク患者をスクリーニングし、早期にメディカルソーシャルワーカーへつなげる対策を取っている。2017年の退院支援件数は296件であり、疾患別にみると、外因系123件、脊損26件であった。平均支援日数は全体で19.4日、外因系19.9日と変わらなかったが、脊損のみでは約26日と延長していた。

坂井らの報告では脊損患者の受け入れ困難な理由として、「スタッフ（専門医等）不足」、「設備が対応していない」、「診療報酬上の問題」、「合併症の対応が困難」、「転院先がない」などがあげられており、短期間では解決困難な問題が山積しているため、脊損医療を縮小せざるを得ない状況にあることがうかがえた。一般的に脊損患者の後方支援として、「物理的環境：家屋の改修、福祉機器の設置など」、「制度的環境：障害者福祉法、障害者自立支援法、自動車損害賠償法、労働者災害補償法など」、「人的環境：脊損への理解」、「社会・文化的環境：復学、職業復帰、イベントへの参加」などの環境調整があげられるが、急性期にどの項目をどのレベルまで解決するかは一樣ではない。急性期～慢性期のいずれの時期を担当する医療機関も、責任をもって次のステップにつなぐことが重要である。

セッションでは事例をもとに救命センターにおける脊髄損傷患者の退院支援の在り方を考えたい。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第5会場)

[指定1-4] 誤嚥性肺炎で入院中の90歳代高齢患者への退院支援 家族間で意見の相違があった事例

○山崎 千草（東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程）

【事例紹介】誤嚥性肺炎で3次救急搬送された90歳代男性 A氏。初期治療で全身状態が安定し、ICUへ入室となった。ICU入室後のA氏の意識レベルはJCS 1-1～2、痰の自己喀出が行いきれず、痰が貯留してくるとSpO₂の低下があり、その度に気管支鏡による気管内吸引の実施が1～2回/日で続いていた。家族構成は、妻はす

でに他界し息子 B氏（60歳代）と二人暮らしだが、出張が多くほとんど不在。娘も2人おり（C氏、D氏、共に60歳代）、それぞれ近くに住んでいる。D氏が週に数回自宅へ通い、A氏の身の回りの世話をしている。キーパーソンはB氏。医師から家族へ救急搬送された意識障害は、誤嚥性肺炎が原因の一つであること、痰の量も多く毎日気管支鏡で痰の吸引を行っており、治療の選択肢の一つとして経口挿管の説明があった。B氏は「できる治療は全部やってできるだけ父さんに長生きしてほしい。」と話した。同席していたC氏は無言だったが、D氏は「いつも父さんを見ているわけじゃないのになんてことを言うの。父さんは延命になることはしたくないと言っていた。家で過ごしたいはず。」と強い口調で話した。【対応を要した課題】本人の意思を尊重した治療方針の決定を支援することで、家族間での意見の合意が行え、今後の療養先が決定できる。【看護実践内容】A氏の意思が明らかではなかったため、A氏の意識レベルのよい時間帯を選び、医師からの説明に対する家族の反応を伝えるとともに、A氏はどうしたいと思っているのか尋ねた。A氏は「辛いから口に管なんか入れたくない。それよりも早く家に帰って過ごしたい。」と話した。同日、面会にきたB氏へA氏が挿管はしたくない、家に帰りたいと言っていることを伝え、同時に、家族間での意見の相違があるのに、話し合いをせずに自分の考えを押し通そうとするのは何故か率直にぶつけてみた。B氏は、他界した母親を数年間在宅介護していたがもっと何かできたのではと心残りがあること、今の仕事が軌道に乗り始めており、父親にも自分が成功しているところを見てもらいたいと思っていると話した。B氏の思いを理解できたところで、今後のことはA氏の意思も考慮した上で、家族で話し合って決めてほしいと伝えた。翌日B氏から「昨日看護師さんに話して自分の1人よがりだったかなと思った。妹たちとも話して挿管はせずに、本人の言うように家に連れて帰りたいと思う。」と話した。自宅退院が可能かどうかを含め多職種カンファレンスを実施し、自宅への退院調整を行い3日後に退院となった。【考察】ICUでは、特に治療方針の決定を含め退院調整を行うまでの時間的余裕が少ないことが多い。限られた環境下の中でも本人や家族への理解を深める努力を行いながら、治療の可否にとらわれずに本人が“どう生きたいか”を家族と医療者が共に見出すことが重要であると考え。

指定演題

指定演題2

CNSが介入に難渋した事例

座長:松本 幸枝(公益財団法人日本心臓血圧研究振興会附属 榊原記念病院 看護管理室), 座長:富岡 小百合(大阪府立中河内救命救急センター 看護部)

Sun. Jul 1, 2018 9:05 AM - 10:05 AM 第4会場 (2階 福寿)

[指定2-1] 急性重症脾炎の腹腔内圧コントロールにおける看護介入

○島内 淳二 (日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)

[指定2-2] 多職種連携による意思決定支援

○福田 ひろみ (徳島赤十字病院 ICU)

[指定2-3] 術後、呼吸不全を併発し ICUに入退室を繰り返した患者に対する病棟看護師と協働した看護実践

○町田 真弓 (前橋赤十字病院)

[指定2-4] 重症肺炎患者の ECMO離脱にむけた看護介入の支援

○村上 香織 (近畿大学医学部附属病院 救命救急センター)

[指定2-5] 経過が長期化しゴールがみえない外傷による高度侵襲術後患者の受け入れに不安があるチームへの調整

○二藤 真理子 (地方独立行政法人りんくう総合医療センター 大阪府泉州救命救急センター集中治療室)

[指定2-6] CNSが介入に難渋した事例

○古厩 智美 (さいたま赤十字病院 高度救命救急センターHCU)

(Sun. Jul 1, 2018 9:05 AM - 10:05 AM 第4会場)

[指定2-1] 急性重症膵炎の腹腔内圧コントロールにおける看護介入

○島内 淳二（日本医科大学付属病院 高度救命救急センター）

急性重症膵炎は、血管透過性亢進により体液が血管内から非機能的細胞外液層に移行する3rd.space lossが特徴的な病態であり、高度浮腫が1～2週間以上の長期にわたってみられ病態を複雑にする。その中でも、腹腔内圧コントロールには難渋するケースが多く、2次合併症に移行するリスクも高いと言われている。今回、腹水・胸水貯留にて腹腔内圧コントロール、呼吸状態の安定化に難渋し、それに対するケア管理を行い回復に至った事例を経験したので報告する。

倫理的配慮：

個人が特定されるデータに注意し、匿名性の保持を遵守した。

事例紹介：

A氏20代男性。急性重症膵炎（Graide 2, 予後因子4点）の診断にて、輸液療法・膵局所動注療法・CHDFによる治療目的にてICU入室となった。第2病日、呼吸状態悪化および腹腔内圧管理目的にて人工呼吸管理・筋弛緩薬の開始となった。その後もIAHの状態が続き、腹水ドレナージを繰り返し実施していた。また、呼吸状態は、胸水貯留・無気肺形成に伴い酸素化・換気能ともに低下し、連日の胸水ドレナージ施行と高圧での人工呼吸管理にて経過中であった。第10病日、血液データは、膵酵素・炎症所見共に改善傾向にて経過中であった。

ICU入室後から繰り返す腹水・胸水の貯留は、重症膵炎による3rd.space lossにより血管透過性亢進状態が続いていることが考えられた。これにより腹腔内圧は、筋弛緩薬を使用せずには、適切に維持できない状況であった。また、筋弛緩薬の使用やIAP管理に伴う体位制限により、気道クリアランスも悪く、さらなる呼吸状態の悪化やCARSに伴う感染リスクも高く呼吸状態の悪化が引き金となり、全身状態悪化の可能性があった。そこで適切な体液管理を行うことができ、腹腔内圧コントロールが維持できることを目標に以下の看護介入を担当医と検討し実施した。適切な水分管理：血管内水分量の指標は、尿量の厳密な観察に加え、循環動態モニター、血液データにて評価し、腹水・胸水ドレナージの検討指標とした。腹腔内圧管理：IAP指標を用いた体位管理の実施。筋弛緩薬終了は、血液データを考慮した。適切な呼吸管理：体位ドレナージ施行は、IAP管理を考慮した。

結果：

IAPを一定に維持でき、第12病日IAP低下し、筋弛緩薬投与終了となった。その後、第13病日以降は、腹水・胸水ドレナージ実施なく経過できた。また、呼吸状態の悪化を招くことなく管理ができ第18病日抜管し、ICU退室となった。

考察：

今回は、体液管理に必要な指標を担当医と検討し、適切なタイミングで腹水・胸水ドレナージの実施やリフィリング期まで筋弛緩薬の投与を継続したことで腹腔内圧を一定に管理できた。また、腹腔内圧の上昇が生じやすい状況における体位ドレナージは、IAPを経時的に測定することにより安全で効果的に実施できたと考える。さらにリフィリング期を見極めた筋弛緩薬の投与終了は、人工呼吸器離脱の鍵となったと考える。

(Sun. Jul 1, 2018 9:05 AM - 10:05 AM 第4会場)

[指定2-2] 多職種連携による意思決定支援

○福田 ひろみ（徳島赤十字病院 ICU）

当院は徳島県南部医療圏に位置し、救急医療を中心とした急性期に特化した施設である。「断らない医療」である病院の基本理念を軸に、県下全域の救急重症患者の最後の砦として機能してきた。そして重症患者を治療・看護する中核部署となるICUでは、2016年以降、多職種連携が更に強化されてきた。従来の体制では不在であった理学療法士や薬剤師の専従化、集中治療医師の増員などマンパワーも強化され、これら多職種が一同に介し、患者の治療方針や看護問題について検討・協議できる場を設定できるようになった。現在ではウォーキングカンファレンスとして部署内の業務の一環となり定着してきたという背景がある。このような体制は、クリティカル

ケアに従事する全国の多くの施設において通常実施されていることであろうが、当院がここまでの体制に強化されたことは、ICUとしても地域医療連携においても大きな進歩でもあった。クリティカルケア看護の対象となる患者・家族には、多くの専門職が関わり、難渋する課題について各々の専門性を発揮しながら問題解決にむけて検討を重ねている。当院が歩んできたこれらの背景を軸に、従来以上にクリティカルケア看護の対象となる患者・家族への全人的支援を強化できる機会が得られたことで、看護スタッフ一丸となって多職種連携による大きな成果も経験することができている。

一方、多職種が介入することで課題の明確化が困難となり、患者と家族のゴール設定を支援し、関連職種全体で共有することに難渋した事例もある。この事例の一つとして今回、重症呼吸不全によりICUで治療を継続した患者の看護を振り返る機械を得た。CNSとして患者の意思決定支援を行う上で複雑に絡み合う課題を冷静に分析し、介入の方策を検討できたのか、多職種連携を効果的にコーディネーションすることができたのか、本事例を通して改めて検討した。結果、CNSの立場、そして病棟管理者の立場と双方の視点からの課題が明確となった。

最後に、本事例を話題提供として、本大会のメインテーマである「安全と安心を信頼に繋ぐ」ことについて、クリティカルケア看護に従事する皆さまと共に意見交換させていただきたい。

(Sun. Jul 1, 2018 9:05 AM - 10:05 AM 第4会場)

[指定2-3] 術後、呼吸不全を併発しICUに入退室を繰り返した患者に対する 病棟看護師と協働した看護実践

○町田 真弓（前橋赤十字病院）

A病院では開心術後の患者は術後、人工呼吸器離脱し全身状態が安定して一般病棟での管理に移動し、自宅退院に向けリハビリテーションを進めている。今回大動脈弁置換術とメイズ手術を施行され、術後呼吸不全となり長期間ICU入室した患者を人工呼吸器装着のまま一般病棟へ転棟した患者に対し、病棟看護師と共にリハビリテーション転院に向けた看護を実践した。

患者はICUへ2回再入室した経緯があり、病棟看護師と情報共有を密にし、患者および家族に対する看護方針や患者の状態について慎重に検討した。人工呼吸器装着離脱に向けて主治医やCE、リハビリテーションスタッフと情報共有や治療・看護の方針を確認した。患者や家族と人工呼吸器離脱とセルフケアの拡大という目標を共有し、療養意欲の維持できるよう支援しながら、病棟看護師に対しても看護実践への意欲維持へ働きかけた。患者は3度目のICU入室を回避し、無事紹介病院へ転院することができた。

本事例での経験から専門看護師として行えた役割、また課題が見出された。同時に自施設における活動の可能性と限界をあらためて感じることもあった。

(Sun. Jul 1, 2018 9:05 AM - 10:05 AM 第4会場)

[指定2-4] 重症肺炎患者のECMO離脱にむけた看護介入の支援

○村上 香織（近畿大学医学部附属病院 救命救急センター）

クリティカルケア領域では重症な疾病や外傷による過大な侵襲から生体機能に障害をきたしている患者が多い。患者の状態は変化しやすく、わずかな刺激でもその刺激が生体に影響を及ぼし、治療や患者の予後に左右することもある。また、患者は多くのデバイスや生命維持装置に囲まれ、非日常的な環境下での生活を余儀なくされ身体・精神的に危機的状态の中大きなストレスを受けている。クリティカルケア領域の看護師には、このような患者の状態を常に観察し、生体侵襲を配慮しながら安全で効果的な看護を提供することが求められている。患者の状態を観察し生体情報を中心とした患者情報を集約しアセスメントを行い、看護問題を抽出する。そして、問題解決のための看護計画を立案し実践・評価を行う中、自身の価値観で看護ケアを実践し、治療の停滞や

看護ケア効果がみられず様々なジレンマや不安を抱えることがある。

今回、ECMOが導入された重症肺炎患者のECMO離脱に向け看護ケアを提供する中で、患者の治療が停滞し医師との間でジレンマが生じた看護師に関わった。担当看護師は、治療効果がみられない患者の様々な生体反応や治療・看護ケア介入の効果を整理し、患者の状態改善や増悪予防のために必要なケアを考え実践を試みようとしたが、医師との意見の相違からジレンマが生じた。またジレンマが生じる中、デバイス類のトラブルから患者の状態が変化し、その変化に過剰な責任を感じた看護師は自身のケアに不安を覚え、罪悪感や不全感を引き起こした。ジレンマや不全感を抱えた看護師へ関わりながら、重症肺炎患者のECMO離脱に向けた看護介入を支援した症例を振り返り、ジレンマや不全感を解くことに繋がった実践を考察する。

(Sun. Jul 1, 2018 9:05 AM - 10:05 AM 第4会場)

[指定2-5] 経過が長期化しゴールがみえない外傷による高度侵襲術後患者の受け入れに不安があるチームへの調整

○二藤 真理子（地方独立行政法人りんくう総合医療センター 大阪府泉州救命救急センター集中治療室）

【諸言】

外傷により高度侵襲を受け、後方病棟へ転床後もしばしば敗血症により集中治療室と後方病棟を行き来する事例を経験した。ケアが複雑で所謂「手間がかかる」、また、変容した身体と向き合えない患者に対し、後方病棟の看護師達は複雑な思いを抱いており、転床受け入れに不安があった。これまでの入院プロセスを振り返り、目標を患者と多職種で共有し、看護のあり方を見直した。結果、患者の行動変容を認め、集中治療室から後方病棟へ移行できたので報告する。

【倫理的配慮】個人が特定できないよう配慮し、学会発表以外の目的で情報を用いないようプライバシー保護に努めた。また、所属病院看護局の倫理審査を受け承認を得た。

【事例】

A氏、40歳代男性。

病名：外傷性脾・左腎・横行結腸・上腸間膜静脈損傷。

入院期間：892日、CNS介入期間：648～835病日目

現病歴：脾・十二指腸全摘、左腎摘、回腸人工肛門造設、胃空腸吻合と内瘻化拡張術を繰り返し施行。206病日目に後方病棟へ転床したが、胃・結腸断端縫合不全部に皮膚瘻を形成、食事が瘻孔から漏出し胆管炎併発、敗血症により集中治療室と後方病棟を行き来していた。648病日目に尿路感染による敗血症で集中治療室管理となった。

【結果・考察】

(1)主治医・看護師（集中治療室、後方病棟、各々の管理者）・理学療法士（以下、関係者と略す）と経過を振り返り問題点と課題を抽出、A氏の体重増加と気持ちの変化を待った時期：皮膚瘻の根治術を行うために、低栄養改善が必要であるという見解を主治医から得て、手術待機期間中に本人の現実認知を促進し、低栄養改善に取り組んだ。また、人工肛門は恒久的なものであるが、皮膚瘻根治術後は退院が見込めることを主治医から説明してもらった。また、関係者間でカンファレンスを持ち、複雑な管理が簡素化するまでは、集中治療室で経過をみることに合意形成を得た。A氏は「自己管理とか無理」と述べていたが、「将来ジーパンとか履けるかな」等の新たな自己をイメージする発言をするに至った。A氏に現状と希望、課題を伝え、手術待機期間中に支持的態度で認識が徐々に変化する過程を待ったことは、A氏の成長を促したと考えられる。

(2)根治術後、状態が安定しコントロール感覚を高めるための介入を強化した時期：体重が増加し瘻孔閉鎖、大腸・胃幽門部切除術、回腸人工肛門再造設を施行した。状態安定後は、糖尿病の自己管理、離床、ストマ管理を主軸とした自己管理能力を強化するために集中治療室看護師間でカンファレンスを重ね、ステップアップで

きるよう段階的に目標を立案、達成できるよう支援的に関わった結果、A氏はストマ管理以外目標達成できた。また、転床のために関係者間でカンファレンスを複数回重ね、835病日目に転床できた。A氏の経過を関係者で共有し、問題を皆で検討しながら進めたことでA氏だけではなく、チームの気運を高めたと考える。

(Sun. Jul 1, 2018 9:05 AM - 10:05 AM 第4会場)

[指定2-6] CNSが介入に難渋した事例

○古厩 智美（さいたま赤十字病院 高度救命救急センターHCU）

私たちクリティカルケア領域に携わる看護師は、病態の複雑化かつ重症化した患者を対象にケアを提供していきます。医療の進歩は、日進月歩で、次々と新しい薬品や医療機器が出てきます。次々と新たなエビデンスが提示されて行き、目まぐるしく変化して行く潮流に身を置いていることをみなさんも日々感じられているのではないのでしょうか？

一方で、患者の状態が短時間で大きく変化する時期にある患者に医療を提供する際は、多職種スタッフと一緒に連携しつつ進めて行くことが多いと思います。チーム医療の重要性が叫ばれるようになって早くも数年が経ようとしています、やはり依って立つ学問が異なるということは、同じ現象を見ても視点が異なったり表現する言葉の意味が異なったりするということがあり、互いに理解をする姿勢が必要となります。

このような中で、私たち専門看護師（以下 CNS）は、6つ役割：1.実戦、2.相談、3.調整、4.倫理調整、5.教育、6.研究を使用して行きますが、医療提供する際は、CNS一人で全て介入するわけではありません。特にクリティカルケア領域では、「もたれ合い型チーム医療」と表現されるように、導入されるリソースが一同に会することが多いため、CNS単独での介入が成果を生み出すことはほとんどありません。様々な職種やその部署のスタッフ全員と協力をして一定程度の医療を絶え間無く提供することが重要となります。そのような状況を目指すために CNSは上記6つの役割やそのほかの知識などを利用してもらうように活動しているわけです。

今回は、当院の事例をご紹介しますが、病院の立地や役割が変化することによって、全職種スタッフの配置なども大きく変わって行く中で生じた出来事が、看護師の困りごととなり、CNSとして介入するという事例がありました。Ongoingの困難事例のため、学会当日に経緯をご紹介します、皆様からのご意見も機会があれば伺いたいと思います。

指定演題

指定演題3

救急外来の安全管理

座長:坂田 久美子(愛知医科大学病院), 座長:石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター)

Sun. Jul 1, 2018 1:40 PM - 2:40 PM 第5会場 (2階 平安)

[指定3-1] 救急外来で待ち時間に転倒・転落した事例を振り返って

○和田 孝 (大垣市民病院 救命救急センター 救急外来)

[指定3-2] 救急外来の安全管理体制

○島 美貴子 (市立砺波総合病院 HCU/救急室)

[指定3-3] 多職種で行う救急外来での安全管理

○吉次 育子 (神戸大学医学部附属病院 救急・放射線部)

[指定3-4] 他職種連携の構築から考えた救急外来の安全管理

○後小路 隆 (独立行政法人 労働者健康安全機構 九州労災病院 救急部)

[指定3-5] 救急外来の安全管理

○上川 智彦 (山梨県立中央病院 救急看護認定看護師)

(Sun. Jul 1, 2018 1:40 PM - 2:40 PM 第5会場)

[指定3-1] 救急外来で待ち時間に転倒・転落した事例を振り返って

○和田 孝（大垣市民病院 救命救急センター 救急外来）

【はじめに】

患者の高齢化や在院日数の短縮に向け在宅医療へ移行することで、外来通院に介護の必要な患者が増加している。救急外来においても転倒・転落など患者安全が脅かされる状況にある。過去2年間における転倒・転落の発生件数は8件であった。今回、救急外来を受診して経過観察中に転倒・転落した事例をもとに今後の対策について報告する。

【事例】

1. 80代男性、主訴：ふらつきと嘔吐、経過：22時入浴後にふらつきと嘔吐を認めたため救急要請する。観察室で家族付き添いのもと点滴治療となった。1時間後トイレに行こうと自らストレッチャーから降りる際に転倒する。このとき家族は、電話連絡のため席を外していた。

2. 40代女性、睡眠薬を大量服薬して救急搬送となる。統合失調症で近医に通院中である。JCS100、家族付き添いのもと点滴治療で覚醒するまで様子観察となる。4時間後、突然覚醒してストレッチャーの柵を乗り越え床に転落する。家族は付き添っていたが、対応できなかったと言う。

【考察】

事例1：多くの先行研究において、転倒・転落の要因で多いのが排泄行為に関連した事象であり、危険予知の向上に努める必要がある。対策として、(1)「転倒・転落アセスメントスコア」をもとに危険度に応じた予防策を講じる、(2)家族に席を外す場合は、看護師に伝えるように説明をする、(3)家族がいない時は、離床検知装置を考慮する。

事例2：服薬した薬剤や量に応じては救急外来で覚醒を待つケースがあるが、いつ覚醒するか予測できないことが危険である。付き添い家族に協力を依頼するとともに、突然覚醒する事を予知して、(1)柵が高いストレッチャーを選択する、(2)離床検知装置の使用、(3)身体的拘束が必要か協議する、(4)家族に転落の説明と協力要請する、を対策として周知していく。

法的側面から転倒の可能性のある患者に対しては、施設側には回避手段をとる義務が生じる。対策がなされること無く転倒・転落による傷害が発生した場合は、安全配慮義務違反の責任が問われる。医療裁判では、「証拠」により「事実」を認定し、「過失」などの要件を満たすかが争われる。いかに事実を記録に残すかが重要になる。当院では、転倒・転落の予防策を講じたら、容易に看護記録に記載できるようにテンプレートを作成した。今後は、監査を行い記載率の向上を図っていく。

【結語】

国際患者安全目標（IPSG）では、「転倒・転落による患者の傷害を低減するための対策を実施している」という項目が掲げられている。これは、入院患者のみならず外来患者にも適用される。当院は、入院患者に対してはマニュアル化して予防策を講じているが、外来では個々の経験値から対応しているのが現状である。今後は、勤務開始時にペアナースとともに危険予知ラウンドを実施して情報共有する。また、病棟との連携の一環として、救急外来から転倒・転落の評価と予防策を引き継ぐ必要があると考える。

(Sun. Jul 1, 2018 1:40 PM - 2:40 PM 第5会場)

[指定3-2] 救急外来の安全管理体制

○島 美貴子（市立砺波総合病院 HCU/救急室）

当院は富山県の西側に位置し、人口約13万人の二次救急医療圏の中核病院である。休日、夜間の救急車受け入れは当院を含め3病院で輪番制をとっているが、原則救急車とドクターヘリは断らない方針のため、三次対応に相当する重症外傷も受入れている。しかし救急当番医が専門領域外の受け入れを判断するのは困難な現状から、救急隊からの連絡は救急看護師が対応し受け入れ側の状況を判断している。受け入れのマネジメントには、救急隊の情

報から患者の緊急度や重症度を評価し必要物品を準備する一方、病院側の状況を把握し、必要な医師や薬剤師、関連するメディカルスタッフにも同時に対応できる調整や情報の共有を図る必要がある。当院ではこのような重症患者を受け入れる場合、現場安全の「スイッチ」を入れると言っている。このスイッチとはできるだけ早い段階から人員確保や物品準備の体制を整備し、安全に患者を受け入れる認識を持ち行動することを言う。患者安全の第一は、患者の生命を救うことである。救急外来ではトリアージを実施することや、院内急変には、Rapid Response System（以下 RRS）が導入され患者安全に努めている施設もある。RRSには、(1)患者急変の認識や発見、(2)患者急変に対応するチーム作り、(3)急変対応システムの検証作業とフィードバック、(4)システム運営の管理体制作りなどが挙げられる。当院の救急外来で患者安全に取り組む内容の一つに、重症外傷の受け入に、外科、整形外科、脳神経外科、麻酔科、及び臨床工学技士で構成された救急サポート「外傷チーム」を起動している。このチームのスイッチを押すのは救急看護師である。スイッチを押すタイミングや搬送されてきた患者状況から診療内容を予測しチームで対応し、業務が終了した後は安全に対応できたか症例を振り返り研鑽するよう心がけている。また、当院の救急体制は専門医師が常時院内にはおらず必要な時にコールするため「心筋梗塞」「クモ膜下出血」「大動脈解離」など緊急かつ重症疾患と診断された場合、専門医師が到着するまでに実施しておく「初期治療プロトコル」により早期診療の補助を実践している。限られた人員や物品、治療の制限がある中で多職種が協働しチーム医療を実践していくには、人員を確保する「スイッチ」を早く入れチームのコマンドーを決定し対応する必要がある。最近ではコマンドーが救急患者の全身管理を行い、同時にIVRなどの専門治療を実践するハイブリッド治療にも取り組み患者安全をチームでサポートすることが可能となった。また、組織で患者安全に取り組む内容として、昨年から院内の医療安全委員会に「BLS部」を立ち上げ急変患者対応の検証や再発防止をサポートする部門を設置した。これは急変患者を検証する組織の管理体制部門として位置づけられ、患者の安全管理ならびにスタッフの急変患者の「気づき」を高め、危機に備えた管理体制の整備につながっている。

(Sun. Jul 1, 2018 1:40 PM - 2:40 PM 第5会場)

[指定3-3] 多職種で行う救急外来での安全管理

○吉次 育子（神戸大学医学部附属病院 救急・放射線部）

医療の現場では、患者誤認や誤薬などが発生しないように安全管理として様々なシステムなどが導入されています。例えば、注射薬については、オーダーされると薬剤部で処方箋が発行され、薬剤部のダブルチェック、病棟に搬送後、看護師同士、または医師とダブルチェックされ、最終的に患者のもとで、ネームバンドと照合するなどの方法がとられ、多数の医療者がかかわり安全管理を行っています。

しかし、救急外来に搬送されてくる患者は、生命の維持が困難な状態で検査・治療に時間的猶予がないことが多い状況です。患者の状態から、医師による口頭指示を緊迫した状況から看護師は受け実施を行っています。そのような現場では、患者への影響レベルに関係なくヒヤリハットが出易い状況であるといえます。今回、当院で起こったヒヤリハット報告内容とその対応策などをご紹介します、それぞれ救急外来での安全管理について考えたいと思います。

また、緊急治療を要する状況では、患者の救命だけでなく、社会復帰も見据え多職種で連携を行っています。外傷分野では、JATECやJNTECなどのガイドラインから初期診療を各施設でどう行うか検討したりしていると考えます。今回は、当院で現在取り組んでいることとして、脳卒中初期診療ガイドライン（ISLS）から「脳血管治療に対する院内業務フロー」を多職種で作成し、血管造影検査室まで安全にかつ迅速に行えるよう検討をしている内容についてご報告させていただきます。

このように救急外来では、救命、治療までの時間との戦いの中、迅速かつ安全に救急患者の対応できるよう、日々多職種で考えることが重要であると考えています。

(Sun. Jul 1, 2018 1:40 PM - 2:40 PM 第5会場)

[指定3-4] 他職種連携の構築から考えた救急外来の安全管理

○後小路 隆（独立行政法人 労働者健康安全機構 九州労災病院 救急部）

A病院は、二次医療機関に位置し、年間約15000人（救急搬送約3600台）の救急患者を受け入れている病床数450床の急性期病院である。私は、2009年に救急看護認定看護師を取得し、2016年に特定行為研修（21分野38項目）を修了し診療看護師の資格を取得した。現在は、救急部に所属し、救急外来で活動を行っている。

A病院の救急外来は、救急医が1名在籍し、日中は救急専門医が初期診療を行っているが、夜間・休日は救急専門医が不在で、各科の医師が内科系、外科系に分かれ、診療を行っている。また、看護体制も夜間・休日では一般外来の看護師が救急外来の看護師とともに業務を行っている。

救急外来経験の浅い看護師や日当直を行っている医師にとって、専門外の急性心筋梗塞や脳卒中、消化管出血などの初期診療は難しいとの意見があり、専門医の来院までの時間は搬送された患者の安全を十分に担保できていないと考えられた。そこで、救急科医師、各科診療科部長と診療の谷間を生じさせないことも目標に「各科オンコール医師が来院するまでの30分～1時間の間に実施できる治療の明確化を目的」にプロトコルの作成に取り組んだ。このプロトコルを救急外来内に明示することで、当直する医師や看護師が、夜間・休日の救急患者へ患者の安全を確保し、質の高い医療を提供することができると考えた。

特に近年では、急性期脳梗塞の患者に対して、血栓溶解療法やカテーテルを用いた血栓回収療法も実施されている。これらの治療は、発症から治療までの時間に制約があり、早期であればあるほど患者の予後は良好となる。A病院でも急性期脳梗塞患者に対して、血栓溶解療法および血栓回収療法は行っており、この治療を行うためには、医師、看護師への血栓溶解療法やカテーテルを用いた血栓回収療法のプロトコル作成と別に、臨床検査部、放射線科、薬剤部などの迅速な対応も求められる。

これらの部門との連携を図るために各部門と協議を重ね、臨床検査部門へは、提出された対象患者の検体の優先度を上げ、検査結果を検査担当者から提出医師へ口頭での連絡、放射線科部門へのCTやMRIの撮影条件のテンプレート化と対象患者の優先撮影、薬剤部へは使用する薬剤のセット化することを実施した。その結果、対象患者来院から治療開始まで平均61.7±25分で治療を開始できるようになった。

このようにA病院の救急外来の安全管理を考えた場合、搬送される患者へ提供する医療・診療の谷間を生じさせないSeamlessな体制の取り組みが必要であり、その取り組みの1つに、患者を取り巻く他職種との連携が重要であると考えた。

(Sun. Jul 1, 2018 1:40 PM - 2:40 PM 第5会場)

[指定3-5] 救急外来の安全管理

○上川 智彦（山梨県立中央病院 救急看護認定看護師）

救急外来では、様々な患者や家族、職種が往来し煩雑な環境になることは少なくない。煩雑な環境では、普段起きないようなミスが起きてしまうことや、単独では害を及ぼさない程度の小さなミスが重なり、大きな過誤（＝エラー）が起きてしまう可能性がある。米国、Institute of Medicineの「医療の質に関する委員会」は1999年に、「人は誰でも間違える」「医療は過誤（＝エラー）という呪縛からは決して逃れることができない」と、報告した。また、年間44000人の患者が米国内で予防可能な医療事故のために死亡しているとも報告している。しかし、「医療における安全確保の取り組みは、他のハイリスク産業（航空産業など）と比べて10年以上遅れている」とも報告し、医療界の安全管理に警鐘を鳴らしている。日本国内においても医療過誤訴訟がこの30年で数倍に増加し、医療事故防止、リスクマネジメントへの関心が高まっている。そこで、日本では医療の安全に対する意識の普及の一つとして、医療安全全国共同行動においてM&M（Morbidity&Mortality）の導入について報告している。

M&Mカンファレンスとは、「重大事象が起きたときに事実関係を明らかにし、原因を究明すべく関係者でディスカッションし、未来に活かすために個人かつシステムとして学習するプロセス」と言われるカンファレン

ス方法の一つである。

当院の救命救急センター（以下、当救命センター）では、救急外来の医療の安全・質を追求するために2015年度より医師・看護師合同の M&Mを導入した。2014年度までの当救命センターでは、救急外来での死亡症例の事象の把握や確認を研修医や指導医のみで行う「デス」カンファレンスを月に一度行なっていた。「デス」カンファレンスでは、死亡症例から医師各個人の修練・知識・技術などの習得、予期せぬ死亡症例を減少させることに努められていた。しかし、2015年度より医師だけではなく看護師もカンファレンスへ参加し、医療の安全・質の追求をチームで行うようにした。また、対象事例を死亡症例だけではなく、全ての有害事象に変更した。頻度は、有害事象が発生した場合に開催を行うようにしたため、1 から 3 ヶ月に一度程度であった。今までに開催した M & Mの内容は、人工呼吸器装着患者の呼吸管理、再挿管患者の抜管時期・判断、DVT予防方法について、輸血投与についてなどであった。