

Sat. Jun 15, 2019

メイン会場

Oral presentation

[SY1] クリティカルケア領域のその人らしい最期を問  
う

座長:木下 佳子(NTT東日本関東病院)、杉野 由起子(九州看護福祉大  
学)

2:20 PM - 3:30 PM メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[SY1-1] SY1-1

○大野 美香<sup>1</sup> (1. 名古屋学芸大学 看護学部 看護学科)

2:20 PM - 2:35 PM

[SY1-2] SY1-2

○安心院 康彦<sup>1</sup>、三宅 康史<sup>1</sup>、坂本 哲也<sup>1</sup> (1. 帝京大学医  
学部救急医学講座)

2:35 PM - 2:50 PM

[SY1-3] SY1-3

○伊藤 真理<sup>1</sup> (1. 川崎医科大学総合医療センター 看護管  
理室)

2:50 PM - 3:05 PM

Oral presentation

[SY2] クリティカルの臨床指標を PDCAサイクルに載  
せる

座長:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学)、中田 諭(聖路加国際大学)

4:50 PM - 6:00 PM メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[SY2-1] SY2-1

○濱本 実也<sup>1</sup> (1. 公立陶生病院)

4:50 PM - 5:05 PM

[SY2-2] SY2-2

○櫻本 秀明<sup>1</sup> (1. 茨城キリスト教大学 看護学部看護学  
科)

5:05 PM - 5:20 PM

[SY2-3] SY2-3

○柳澤 八恵子<sup>1</sup> (1. 聖路加国際病院 救命救急センター)

5:20 PM - 5:35 PM

## Sun. Jun 16, 2019

## メイン会場

Oral presentation

## [SY4] クリティカルケアにおける倫理的ジレンマ

座長:明石 恵子(名古屋市立大学大学院看護学研究科)、岡田 彩子(日本赤十字看護大学)

10:10 AM - 11:50 AM メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

## [SY4-1] SY4-1

○藤岡 智恵<sup>1</sup>、竹田 智子<sup>1</sup> (1. 飯塚病院集中治療室)

10:10 AM - 10:25 AM

## [SY4-2] SY4-2

○津田 泰伸<sup>1,2</sup> (1. 東京純心大学看護学部看護学科、2. 聖マリアンナ医科大学病院)

10:25 AM - 10:40 AM

## [SY4-3] SY4-3

○乾 早苗<sup>1</sup> (1. 金沢大学附属病院 救急部)

10:40 AM - 10:55 AM

## [SY4-4] SY4-4

○岡林 志穂<sup>1</sup> (1. 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 救命救急センター)

10:55 AM - 11:10 AM

Oral presentation

## [SY6] 近未来のクリティカルケア看護を創造する

座長:芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター)、佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

2:20 PM - 3:50 PM メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

## [SY6-1] SY6-1

○宇都宮 明美<sup>1</sup> (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻)

2:20 PM - 2:35 PM

## [SY6-2] SY6-2

○箱崎 恵理<sup>1</sup> (1. 千葉県看護協会 ちば訪問看護ステーション)

2:35 PM - 2:50 PM

## [SY6-3] SY6-3

○塚原 大輔<sup>1</sup> (1. 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)

2:50 PM - 3:05 PM

## [SY6-4] SY6-4

○木澤 晃代<sup>1</sup> (1. 日本大学病院)

3:05 PM - 3:20 PM

## 第1会場

Oral presentation

## [SY5] PADISガイドラインの概要と現場活用

座長:小池 伸享(前橋赤十字病院)、古厩 智美(さいたま赤十字病院)

10:40 AM - 11:50 AM 第1会場 (2F レセプションホール)

## [SY5-1] SY5-1

○吹田 奈津子<sup>1</sup> (1. 日本赤十字社和歌山医療センター 集中治療室)

10:40 AM - 10:55 AM

## [SY5-2] SY5-2

○古賀 雄二<sup>1</sup> (1. 川崎医療福祉大学保健看護学科)

10:55 AM - 11:10 AM

## [SY5-3] SY5-3

○伊藤 聡子<sup>1</sup> (1. 公立大学法人神戸市看護大学事務局教務学生係)

11:10 AM - 11:25 AM

Oral presentation

## [SY7] 現場教育の実践と課題

座長:江口 秀子(鈴鹿医療科学大学)、田村 富美子(聖路加国際病院)

2:20 PM - 3:50 PM 第1会場 (2F レセプションホール)

## [SY7-1] SY7-1

○苑田 裕樹<sup>1</sup> (1. 日本赤十字九州国際看護大学)

2:20 PM - 2:35 PM

## [SY7-2] SY7-2

○中村 香代<sup>1</sup> (1. 独立行政法人国立病院機構 災害医療センター)

2:35 PM - 2:50 PM

## [SY7-3] SY7-3

○有田 孝<sup>1</sup> (1. 小倉記念病院)

2:50 PM - 3:05 PM

## [SY7-4] SY7-4

○石川 幸司<sup>1</sup> (1. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

3:05 PM - 3:20 PM

## 第2会場

Oral presentation

## [SY3] 多彩なキャリアデザインを描く

座長:原田 千鶴(大分大学)、益田 美津美(名古屋市立大学大学院看護学研究科)

9:00 AM - 10:30 AM 第2会場 (3F 国際会議室)

## [SY3-1] SY3-1

○小林 裕美<sup>1</sup> (1. 株式会社在宅看護実践研究所)

9:00 AM - 9:15 AM

## [SY3-2] SY3-2

○森安 恵実<sup>1</sup> (1. 北里大学病院 集中治療センター R ST・RRT室)

9:15 AM - 9:30 AM

[SY3-3] SY3-3

○濱元 淳子<sup>1</sup> (1. 国際医療福祉大学 成田看護学部 成人看護学 急性期領域)

9:30 AM - 9:45 AM

[SY3-4] SY3-4

○後小路 隆<sup>1</sup> (1. 独立行政法人労働者健康安全機構 九州労災病院)

9:45 AM - 10:00 AM

Oral presentation

## [SY1] クリティカルケア領域のその人らしい最期を問う

座長:木下 佳子(NTT東日本関東病院)、杉野 由起子(九州看護福祉大学)

Sat. Jun 15, 2019 2:20 PM - 3:30 PM メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

---

### [SY1-1] SY1-1

○大野 美香<sup>1</sup> (1. 名古屋学芸大学 看護学部 看護学科)

2:20 PM - 2:35 PM

### [SY1-2] SY1-2

○安心院 康彦<sup>1</sup>、三宅 康史<sup>1</sup>、坂本 哲也<sup>1</sup> (1. 帝京大学医学部救急医学講座)

2:35 PM - 2:50 PM

### [SY1-3] SY1-3

○伊藤 真理<sup>1</sup> (1. 川崎医科大学総合医療センター 看護管理室)

2:50 PM - 3:05 PM

---

2:20 PM - 2:35 PM (Sat. Jun 15, 2019 2:20 PM - 3:30 PM メイン会場)

## [SY1-1] SY1-1

○大野 美香<sup>1</sup> (1. 名古屋学芸大学 看護学部 看護学科)

Keywords: 終末期ケア

クリティカルケア領域の終末期は、急性期から終末期への移行時期が曖昧であり、また短期間であることが多い。クリティカルケア看護師は、曖昧で短い終末期にその人らしい死を迎えてもらうためにどのようなケアをしたら良いかと、日々悩みながら実践している。しかし、十分な終末期ケアができないまま看取りとなり、不全感を感じることも少なくない。救急看護においては、さらに短期間での終末期ケアが求められ、環境・時間・スタッフ・教育の不足により終末期ケアが困難であるという報告もある。

その人らしい最期を考える際に、良い死とは何かを考える必要がある。宮下(2008)は、Good death Inventoryとして、日本におけるがん患者の望む終末期のQOL(望ましい死)を示している。望ましい死として①身体的、心理的な苦痛がないこと、②人として尊重されること、③落ち着いた環境で過ごすことなど10項目が挙げられている。これは、がん患者が望ましい死とする項目であり、クリティカルケア領域の終末期ケアにおいても参考にできるが、患者により良い死とする状況は当然異なる。ゆえに、その人らしい最期を迎えてもらうためのケアでは、患者の人生、価値観、信念などや患者とともにいる家族についての情報収集・アセスメントが重要である。けれども、救急看護においては、短時間で十分な情報収集とアセスメントをするのは難しい。

厚生労働省は「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」において、人生の最終段階における医療・ケアはAdvanced Care Planning(以下、ACP)を行いながら決定することを推奨している。現在、終末期にどのような医療やケアを受けたいか、ACPを行っている患者は少ないが、今後はクリティカルケア領域でもACPを行ってきた患者の終末期ケアの実施が予測される。終末期ケアを行う際は、患者がACPを行ってきたか、行っている場合はどのような意思をもっているかを汲み取る必要がある。ACPが普及すると、救急看護においても患者の意思を短時間で知ることができるようになる可能性があり、普及が望まれる。

日本救急看護学会の終末期ケア委員会では、日本クリティカルケア看護学会の終末期ケア委員会と合同で、「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」(案)(以下、ガイド)を作成している。ガイドは、クリティカルケア領域の看護師がどのように終末期ケアを患者と家族へ提供したらよいか、実践場面で活用できるものである。このガイドを多くの看護師が使用して、クリティカルケア領域の終末期ケアが促進されると、その人らしい最期を迎えてもらうためのケアが多くの患者に提供されることに繋がると考える。

本シンポジウムでは、ガイド作成に携わり、救急初療や救命救急センターで終末期ケアを行ってきた立場から、事例をもとにその人らしい最期を迎えてもらうためのケアと今後の課題について考える。

---

2:35 PM - 2:50 PM (Sat. Jun 15, 2019 2:20 PM - 3:30 PM メイン会場)

## [SY1-2] SY1-2

○安心院 康彦<sup>1</sup>、三宅 康史<sup>1</sup>、坂本 哲也<sup>1</sup> (1. 帝京大学医学部救急医学講座)

Keywords: 救急・集中治療、終末期医療、コミュニケーション

平成26年に日本救急医学会、日本集中治療医学会、および日本循環器学会は、合同で救急・集中治療における終末期医療に関するガイドラインを発表した。このガイドラインは、救急・集中治療における終末期を定義し、医療スタッフが患者の意思に沿い、意思不明な場合は患者にとっての最善の選択、そしてその後の判断や対応を支援する筋道を示された。これらの判断や対応には、主治医を含む多職種医療チームの総意、終末期に対する患者や家族の理解、意思の変化への対応が重要とされ、施設倫理委員会での検討も含む。

救急・集中治療における終末期の定義は、集中治療室等で治療中の急性重症患者に対し適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断される時期とされ、不可逆的な全脳機能不全や現行以上の治療法がなく近いうちに死亡が予測されるなどが含まれる。終末期と判断した後、医療チームは、患者および家族や関係者(以下家族等)の理解を得て以下を判断する：(1)患者の意思決定能力あるいは事前指示がある場合はそれを尊重、(2)患者の推定意

思のみで推定意思を尊重、(3)上記(1)、(2)とも不可なら家族総意の意思を確認。この後以下対応する：①積極的な対応を希望：患者の状態を伝え家族等の意思を再確認し、その後も継続して状況の理解を得る努力をする。②延命措置の中止を希望：延命措置の減量、終了の方法を選択する。③医療チームに判断を委ねる：患者にとって最善の対応を検討し、家族等と合意の形成をはかる。(4)本人の意思が不明で家族等と接触できない場合患者にとり最善の対応を判断する。すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などへの対応として、現在の治療を①維持、②減量、③終了する、④これらを条件付きで選択、などがある。苦痛軽減等は継続し、筋弛緩薬投与等で死期を早めない。

医療チームには、その専門性に基づき、医療倫理に関する知識や問題対応に関する方法の修得が求められる。かつ終末期の事実を告げられた家族等の心情を理解し、患者にとって最善となる意思決定ができ、患者がよりよい最期を迎えるように支援することが重要である。そのために医療チームは、家族等との良好な信頼関係を維持し、適宜情報提供を行い、また悲嘆への支援が必要となる。高度に専門化された救急・集中治療の場において、医師は専門的知識を用いて、主に客観的な医学的判断により対応を進める傾向にあるが、患者本人や家族等への支援においては、医療者側の一員として多職種により対応すること、患者、家族とはもちろんのこと、医療者間においても対等な立場での円滑なコミュニケーションにより、個々の意見や多様な考え方を共有することが重要であると考えられる。また、医療者は一般市民の考え方を理解した上で専門的知識を有していると考えがちだが、学生時代を通して専門的な知識を習得し職について経験を重ねる中で次第に一般市民の心情や考え方を失っている可能性がある。「その人らしい最期を問う」、つまり患者自身の人格を理解し、家族に寄り添い苦悩を共有するためには、治療内容や患者の状態について詳細な情報を提供する一方で、非医療従事者の心情や考え方を学ぼうとする謙虚な姿勢が問われているように思われる。

---

2:50 PM - 3:05 PM (Sat. Jun 15, 2019 2:20 PM - 3:30 PM メイン会場)

### [SY1-3] SY1-3

○伊藤 真理<sup>1</sup> (1. 川崎医科大学総合医療センター 看護管理室)

Keywords: その人らしさ、延命医療

日本看護協会は、看護の目的を「健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最期まで、その人らしく生を全うできるように援助を行うこと」と言明している（日本看護協会、看護者の倫理綱領より）。『その人らしく』という用語は、看護の核となるもののようだ。しかし、クリティカルケア領域において、患者自身に「あなたらしさとは何ですか？」と問うことは、多くの場合不可能である。例え、意識が保たれていたとしても、80歳を超える高齢者に「延命医療を受けますか？やめますか？それはあなたらしい選択ですか？」と尋ねても、その問いに答えられる人が何人いるだろうか？

私がシンポジウムのテーマに選んだ「延命医療の継続がその人らしいのか、やめるのがその人らしいのか？」は、2018年11月に放映されたNHKスペシャルの中で会田薫子先生が発した言葉である。クリティカルケア領域において、人工呼吸器を含む延命医療を継続するか否かが問われる時代がやってきた。いやその前に救急初療の現場では、人生の最終段階を迎えている高齢者に積極的治療を始めるか否かという選択が、ある日突然ご家族に突き付けられる時代がやってきたのである。このような時代を迎える前から、2009年以降、世の中には「終活」ブームが到来している。この「終活」とは、人生の終わりについて考える活動であり、①エンディングノートを書く、②遺言を書く、③お墓を決めるが3大ポイントとなる。エンディングノートには自分の延命医療に関する考えを書くこともできる。しかし、自分の人生の最終段階に受ける医療について、事前指示書の作成に賛成する人（一般国民の69.7%）であってもその指示書を実際作成している人は8%に過ぎない（厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」平成29年度）。

つまり、延命医療を受けるか、受けないかについて、詳しく本人とは話したことがないけれどもご家族が決めなければならないケースがほとんどである。時間も切迫している。代弁する家族が存在しないケースもある。こ

のような難題にクリティカルケア領域の看護師はどう対処していくのか。「ご家族で決めて下さい」と言い放ち、自分を蚊帳の外に置いてしまっていていいのか。出会って間もない患者さんの『その人らしさ』を、何を手掛かりに捉えていくのか。そもそも『その人らしさ』の正体とは何なのか？ 本シンポジウムでは、筆者が体験した事例を通して皆さんと考えていきたい。

Oral presentation

## [SY2] クリティカルの臨床指標をPDCAサイクルに載せる

座長:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学)、中田 諭(聖路加国際大学)

Sat. Jun 15, 2019 4:50 PM - 6:00 PM メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

---

### [SY2-1] SY2-1

○濱本 実也<sup>1</sup> (1. 公立陶生病院)

4:50 PM - 5:05 PM

### [SY2-2] SY2-2

○櫻本 秀明<sup>1</sup> (1. 茨城キリスト教大学 看護学部看護学科)

5:05 PM - 5:20 PM

### [SY2-3] SY2-3

○柳澤 八恵子<sup>1</sup> (1. 聖路加国際病院 救命救急センター)

5:20 PM - 5:35 PM

---

4:50 PM - 5:05 PM (Sat. Jun 15, 2019 4:50 PM - 6:00 PM メイン会場)

## [SY2-1] SY2-1

○濱本 実也<sup>1</sup> (1. 公立陶生病院)

Keywords: PDCA

PDCAサイクルの実践と定着には、いくつかの壁がある。例えば、臨床で「何かを改善したい」と思ったら、まず必要になるのは「現状評価」である。それは、実施に対する評価を行う上でも重要であるが、なにより「そもそも改善が必要なのか（その改善が最優先なのか）」を判断する必要がある。逆に、評価ができなければ必要性に気づくことが難しいだけでなく、無駄なケアを提案してしまうリスクもある。最初の壁は、私たちが評価に必要な指標をどれだけ持ち、また日常的にデータを蓄積できるかという問題である。次に、課題が見え対策を検討・実施する際には、スタッフの実践力を可能な限り高めることが重要となる。スタッフ自身が必要性を感じ、確実に実施することが理想であり、スタッフの実践力なくしてアウトカムは得られない。スタッフをどう巻き込むかが、二つ目の壁である。ところで、改善に寄与したケアや対策がいつの間にか途絶えるという事態を経験することがある。研究発表まで行い成果を得ているにもかかわらず、そのケアが消えてしまうのは何故だろう。それが3つ目の壁である。PDCAサイクルを回し成果を得たならば、それを継続するための維持管理を行わなければ臨床での定着は難しいといえる。

当ICUでは、せん妄、疼痛、睡眠状況、ADLなどの患者の状態から鎮痛・鎮静管理、身体拘束などの管理データを各勤務態で集積している。また、「安全管理」「感染管理」「褥瘡管理」「リハビリテーション」など、継続的に実施・評価すべきものは担当者（あるいは担当グループ）を割り当て、スタッフ主導で実践・評価、そして標準化に努めている。

今回、臨床での具体的な実施状況や問題点を紹介する中で、臨床指標の効果的な活用や課題などについて、会場の皆様と検討する機会としたい。

---

5:05 PM - 5:20 PM (Sat. Jun 15, 2019 4:50 PM - 6:00 PM メイン会場)

## [SY2-2] SY2-2

○櫻本 秀明<sup>1</sup> (1. 茨城キリスト教大学 看護学部看護学科)

Keywords: 医療の質改善、Quality Improvement

近年、膨大な量の論文が作成され、エビデンスはガイドラインとしてまとめられ活用されている。とはいえ、現在の集中治療は、未だ不確実なデータでつくられた、つり橋をわたっている最中にあるのではないかと。例えば、アメリカの循環器学会である American Heart Association:AHAのガイドラインでは、2006年の発表時に最も高い推奨を受けた治療が、2013年のアップデート時に、合わせて2割も変更をされている（推奨度を下げられたか、全く逆の推奨、はたまた削除）<sup>1)</sup>。AHAは循環器系、内科系のデータを多く扱う集中治療のような臨床よりも研究データを蓄積しやすい土壌にあると言える。ときをへて時代が変われば、より確実な医療を提供できるだろうが、少なくとも現在はAHAですら20%も推奨が変わる時代に生きている。さらに、ガイドラインが作られた年には十分な研究結果が揃っていないことも多く、あるケア・治療方法の本当の効果はわからないといった事も多くおこる。特に、看護に関連した事柄であればなおさらではないだろうか。

したがって、この不確実な時代、我々が行う医療は、本当に効果があるのか半信半疑で実践する必要があるように思う。このとき、もっとも大事なものは介入を取り入れた結果、臨床はどう変わったのか（効果があるのか、害はないのか）よく観察して評価することであると考えている。いわゆる Quality indicator(または Improvement :QI)は、各施設における実践の根拠（エビデンス）であるとも言える。

さらに、我々の最終目標はより効果的に臨床のアウトカム（死亡率からQOLまで様々）を改善することにある。これは何も自施設に限った事柄ではない。したがって、臨床改善活動での工夫や得られたQIデータを学会などで他の施設の人と共有・比較し、日本全体で質の改善を目指す、そうした取り組みが必要ではないだろうか。例えば、米国クリティカルケア看護学会などでは研究の発表とは別に、クリエイティブソリューション

(creative solutions)と呼ばれるこうした臨床での質の改善活動やちょっとした工夫を共有し合う場や、医療の質指標などを使った各医療施設のICUを表彰する仕組みが存在する。こうした臨床の質改善活動やそこでの工夫は、研究というには大げさであるが、論文にはならない生きた知識が眠っている場合が多く、実践活動の役に立つことが多いのではないかと思う。したがって、今後、多くの施設でPDCAサイクルをまわせるようなサポートを組織的に提供する仕組みや、行われたQI結果や臨床での工夫を学会で共有する場所作りなどが重要ではないかと考えている。このシンポジウムのお借りして、こうしたことに関して考えてみたい。

1) Neuman, M.D., et al., Durability of class I American College of Cardiology/American Heart Association clinical practice guideline recommendations. JAMA, 2014. 311(20): p. 2092-2100.

5:20 PM - 5:35 PM (Sat. Jun 15, 2019 4:50 PM - 6:00 PM メイン会場)

## [SY2-3] SY2-3

○柳澤 八恵子<sup>1</sup> (1. 聖路加国際病院 救命救急センター)

Keywords: VAE、手指消毒実施

### 【背景】

2013年米国疾病対策センター医療安全ネットワークによるVAEサーベイランス定義の発表を受け、当院では2014年4月よりそれまでのVAPからVAEのうちIVAC、PVAPのサーベイランスへと移行した。さらに2015年7月からはVACを含めたVAEサーベイランスを開始した。当院では、米国看護認証センターによるマグネットホスピタルの認証に向けて取り組んでおり、VAEの予防は集中治療領域において、重要な位置づけとなっている。また、VAE予防として、「VAP予防バンドル」を実施し対策を行っている。当院には集中治療室が3部署（ジェネラルICU：以下ICU、救命救急センターICU、心血管センターICU）と準集中治療室が2部署（救命救急センターHCU、心血管センターHCU）計5か所存在する。2016年度より「VAP予防バンドル」実施率・入力率もVAEサーベイランスと共に各部署にフィードバックされるようになった。このフィードバックにより現状と課題が明らかになり、新たな予防策の計画へと進んでいる。

### 【方法】

PDCAサイクルによって実践された当院のVAEサーベイランスの結果を示すと共に、ICU内での取り組みを紹介する。

### 【結果】

2016年4月より、VAE発生率、「VAP予防バンドル」実施率・入力率のモニタリングとフィードバックを行っていった。2016年度のVAE発生率は1000人工呼吸器装着期間あたり6.4と目標値2.0を上回っていた。詳細を見てみると、2016年は集中治療領域16件VAEが発生しており、そのうちICUは3件であった。ICUの「VAPバンドル」実施率は80.1%（目標値95%）、入力率89.4%と5部署中最下位であった。2017年には「VAPバンドル」実施率70.9%、入力率78.1%とさらに低下している。VAEの発生率は全体で11件、（100人工呼吸器装着期間あたり3.8）と低下しているが、ICUは3件と変化は見られなかった。ICUでも「VAP予防バンドル」がなされていないわけではないが、大きな要因として、始業時前に電子カルテに「VAP予防バンドル」テンプレートを立ち上げはするが、記録を後回しにすることによる入力漏れが入力率と実施率の低下の要因と考えられた。また、2017年には「VAP予防バンドル」が始業時点検チェックテンプレートから、感染アセスメントテンプレートに移行したことも、入力漏れの要因であったとも考えられた。そこで、毎月のフィードバックや周知活動を行うことで、2018年度には「VAP予防バンドル」入力率・実施率とも上昇していった。

また、ICUは「VAP予防バンドル」の一つである手指消毒実施率が低く、実施率向上が課題であった。手指衛生実施率は、手指衛生5つのタイミングを元に、四半期ごと各部署モニタリングされた結果が報告される。2016年度院内の手指衛生実施率目標値は80%であったが、ICUは52%であった。看護師の要因としては、処置中やケアの入退室時に手指衛生を忘れることが多かった。その他の要因としては、医師の手指衛生忘れがあげられた。当ICUの管理はセミオープンであるため、多くの医師がICUに訪れる。特に回診時に手指衛生を

忘れ入退室をされるため、ICUでの手指衛生実施率が改善されずにいた。そこで、医師始め多職種で構成される感染予防委員会でICUの現状と、取組みを発表し、医師からも「手指衛生を行しやすい環境づくり」のための提案をいただいた。その提案を生かした環境改善をおこなった結果、2017年度は68%と改善がみられた。

Oral presentation

## [SY4] クリティカルケアにおける倫理的ジレンマ

座長:明石 恵子(名古屋市立大学大学院看護学研究科)、岡田 彩子(日本赤十字看護大学)

Sun. Jun 16, 2019 10:10 AM - 11:50 AM メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

---

### [SY4-1] SY4-1

○藤岡 智恵<sup>1</sup>、竹田 智子<sup>1</sup> (1. 飯塚病院集中治療室)

10:10 AM - 10:25 AM

### [SY4-2] SY4-2

○津田 泰伸<sup>1,2</sup> (1. 東京純心大学看護学部看護学科、2. 聖マリアンナ医科大学病院)

10:25 AM - 10:40 AM

### [SY4-3] SY4-3

○乾 早苗<sup>1</sup> (1. 金沢大学附属病院 救急部)

10:40 AM - 10:55 AM

### [SY4-4] SY4-4

○岡林 志穂<sup>1</sup> (1. 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 救命救急センター)

10:55 AM - 11:10 AM

10:10 AM - 10:25 AM (Sun. Jun 16, 2019 10:10 AM - 11:50 AM メイン会場)

**[SY4-1] SY4-1**○藤岡 智恵<sup>1</sup>、竹田 智子<sup>1</sup> (1. 飯塚病院集中治療室)

Keywords: 倫理的悩み、重症患者、クリティカルケア看護師

近年、医療の進歩に伴って治療の選択肢が広がり、従来は救えなかった生命も救うことが出来るようになった。一方で、人々の人生観・死生観は多様化し、患者自身が治療を選択するという考えが広まっている。終末期医療のあり方や人工的な延命という人間の尊厳に関わる新たな問題は、治療選択の「自己決定」という側面で議論が行われるようになった。重症患者の終末期医療についても各学会でガイドラインが作成された。いずれも「本人の尊厳を追求し、自分らしく最後まで生きる」ことの重要性が軸となり、その人らしい生き方を支える倫理的なケアの実践が求められるようになっていく。

クリティカルケア領域では、生命の危機状態にある患者と家族への医療が実施される。そこで勤務する医師や看護師を含む医療スタッフは、生命の危機に直面した患者を目の前にし、「患者の命を救いたい」という一つの大きな目標に向かって治療に取り組む。しかし患者の病態の経過によっては、ある時期からスタッフそれぞれが治療に対する考え方に相違や疑問を感じるようになることがある。

看護師が臨床で体験する倫理的問題とそれにより抱く思いには、倫理的な不確実さ (moral uncertainty) や倫理的ジレンマ (moral dilemma) がある。Jametonは、それらと共に看護師が体験する不快な感情や思いを倫理的悩み (moral distress) と定義した。その後 Corleyらによって看護師の倫理的悩みを測定するスケールが開発された。これは後に職種を超えた「改訂倫理的悩み測定尺度 (the Moral Distress Scale Revised: MDS-R)」として改訂され使用されている。MDS-Rを日本語に翻訳・検証されたものが、日本語改訂版倫理的悩み測定尺度 (JMDS-R) である。

実際に臨床の場でも、倫理的問題に関する悩みと思われる発言を耳にしたり、相談を受ける場合がある。最近ではその発言が増加しているように感じ、スタッフ自身がそれをどのように受け止めているのか、対処法はどうか、スタッフ自身の悩みとして残っているのではないかという問題を感じるようになった。その内容としては、大きく次の3項目に分類される倫理的悩みが存在するのではないかと予測した。

①患者の病態についてのジレンマ：多臓器不全や低酸素脳症などの不可逆的な病態に陥ったとしても、治療が継続され続ける症例も少なくない。医療者は患者の回復は望めない状態であることを感じたり、痛々しく変化していく容姿をみることに、患者・家族が望む医療を提供できているのかと葛藤する。②患者・家族へ提供される、治療やケアについてのジレンマ：「なぜこの状況の患者に、この薬剤 (生命維持装置) を投与し続けなくてはならないのか」「患者に優先されるべきケアであるのに、なぜ継続することが許されないのか」③医療チーム間のコンセンサスについてのジレンマ：患者・家族の思いに関する情報を共有できなかったり、多角的に議論することができないまま治療が続けられる。

これらの積み重なりは次第にジレンマとしてのしかかり、バーンアウトや離職へとつながる恐れがある。ここでは日常の中で見聞したスタッフの言動や意見から、実際に看護師が感じている倫理的問題を考察し、今後の課題を考える。

10:25 AM - 10:40 AM (Sun. Jun 16, 2019 10:10 AM - 11:50 AM メイン会場)

**[SY4-2] SY4-2**○津田 泰伸<sup>1,2</sup> (1. 東京純心大学看護学部看護学科、2. 聖マリアンナ医科大学病院)

Keywords: 倫理的ジレンマ、教育、専門看護師

誰しものが臨床のなかで、「これでいいのだろうか?」と違和感をもったり、ジレンマを感じたりしたことはあるだろう。例えば、「患者が辛そうなのに医師はオピオイドを使いたくないと考え、症状緩和が十分にはかかっていない」状況や、「患者は望んでいなかったのに、家族が希望するため / 医師が治療を諦めきれないために生命維持機器を用いた積極的治療が続けられる」状況などは、よく遭遇しジレンマを生じやすいのではないだろう

か。このように本人の意思が分かりづらい中、治療方法や生命の終焉にかかわる意思決定が求められる場面は、ドラマチックであり領域の特徴でもある。しかし、それ以外にも「不要な身体拘束」や「プライバシーの配慮」「患者への情報提供や声かけ」「清潔ケアの方法選択」等といった日々の療養場面にも、倫理的に重要な瞬間はたくさんある。経験を積み看護師としての社会化を深めたせいだろうか、患者の人としての尊厳をなおざりにしてしまう看護師も中にはいる。そのような状況においても、否定的な感情と個人的な見解が呼び起こされ、倫理的ジレンマは生じやすい。

目の前にいる患者の最善を考え、ジレンマを解きほぐしていくためには、一人でモヤモヤしているだけでは足りず、アクションが必要になる。倫理的な視点で事象を捉えること、他者と対話を通しながら、関わり合う人の価値を明らかにしていくこと、方策や代替案をもちチームに働きかけること等、力が求められる。私は、専門看護師や認定看護師、一部の管理者にだけその能力が必要なわけではなく、各看護師が成長過程において素養を高め、倫理的問題に対応できる能力を発展させていく必要があると考えている。倫理的な組織風土の醸成と倫理的問題の予防には、看護師個々の成長は欠かせない。

倫理的ジレンマや倫理的問題に対応でき、チームを牽引できる人材をどう育成することができるのか。倫理的感受性をどう高めていくことができるのか。私からは、教育的側面に着目しながら、自身の実践例を振り返りつつ考えてみたいと思う。

10:40 AM - 10:55 AM (Sun. Jun 16, 2019 10:10 AM - 11:50 AM メイン会場)

### [SY4-3] SY4-3

○乾 早苗<sup>1</sup> (1. 金沢大学附属病院 救急部)

Keywords: 救急外来、終末期ケア、デスカンファレンス

救急患者は、突然の事故や疾病、慢性疾患の増悪などで搬送される。手術を受ける、蘇生処置を中止するなど生命に直結する重大な治療方針を決定する際、時間的余裕がなく、患者自身が意思決定できない状況の中で、家族などの代理者により意思決定されることが多い。こういった救急患者に生じる倫理的課題として、「救急医療領域における看護倫理」ガイドラインでは、①意識障害等で自己決定できない、②突然のことで動揺している家族間での意思決定が困難である、③緊急治療が重い障害が残るが救命率が低い場合、家族が治療を拒否することがある、④ターミナル期など本人が尊厳死を希望し救命し治療を拒否することがある、⑤自殺企図患者の本人と医療者間での治療選択に関する意見の対立、⑥警察などの第三者の介入時に本人のプライバシーの保護・保障が担保できない、⑦脳死患者の臓器提供移植医療に伴う諸問題をあげている<sup>1)</sup>。

平成29年度の高齢化率は27.7%と上昇を続け、超高齢化社会に突入し、救急搬送される患者における高齢者の割合も増加しており、平成28年度では57.2%であった<sup>2)</sup>。高齢者の救急搬送では、独居高齢者で代理意思決定者がいない場合の治療方針の決定や、DNAR指示や治療の終了、差し控えなどについて、倫理的ジレンマが生じる場面がある。日本集中治療医学会会員看護師の蘇生不要指示に関する現状・意識調査によれば、終末期であること以外に、高齢、認知症、身寄りがない、日常動作が制限されているなどの要素でDNARを検討する状況となっており、適応を超えたDNR指示に問題提起されている<sup>3)</sup>。過度な救命治療をしても、不適切な治療の差し控えをしても患者の利益にはならず、実際の診療現場では、倫理的ジレンマを感じている。

救急領域では、患者や家族と初対面であることが多いうえ、本人の意思が確認できない中で、患者の意向に沿った、患者に最善のケアを行うことは容易ではなく、スタッフの不全感にもつながる可能性がある。

そういった様々な課題がある中でも、個々の要素が強い場面でもある、人生の最終段階での看護ケアを検討する目的で、デスカンファレンスを導入した。当院は、入院ベッドを持たないER型の救急外来であるため、院外心停止の患者でのデスカンファレンスとなる。カンファレンスを開始し、患者個々の状況に合わせた看取りのためのケアについて医師・看護師で検討し、今後のケアに役立てることとした。このシンポジウムでは、この当院での取り組みを通じて、救急領域における終末期ケアについてみなさんと共に考えたいと思っている。

1) 一般社団法人日本救急看護学会：「救急医療領域における看護倫理」ガイドライン、

[http://jaen.umin.ac.jp/pdf/nursing\\_ethics\\_guideline20130827ver.pdf](http://jaen.umin.ac.jp/pdf/nursing_ethics_guideline20130827ver.pdf) 2019年3月14日閲覧

2) 厚生労働省：救急・災害医療に係る現状について、第8回救急災害医療提供体制等の在り方に関する検討会参考資料2、

<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000360987.pdf> 2019年3月14日閲覧

3) 日本集中治療医学会倫理委員会：日本集中治療医学会会員看護師の蘇生不要指示に関する現状・意識調査、日集中医誌、24、244-53、2017

---

10:55 AM - 11:10 AM (Sun. Jun 16, 2019 10:10 AM - 11:50 AM メイン会場)

## [SY4-4] SY4-4

○岡林 志穂<sup>1</sup> (1. 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 救命救急センター)

Keywords: 倫理的感受性の向上

当院は、がん・救命救急・総合周産期母子医療・循環器病・こころのサポート・地域医療の特徴的な6つのセンター機能を有する高度急性期を担う自治体病院です。病院全体で倫理的課題としてよく挙がる事例は、医療者の知識や認識不足、医療者間の対立などを中心とした終末期に関する事例が多くあります。

私の所属する救命救急センターは、年間約13,000人（救急搬送総数約4,000人、ヘリ搬送総数約500人）の救急患者を受け入れています。救命救急センターへの入院患者の疾患は、重症外傷、重症脳血管障害、重症敗血症が上位を占めており、年齢別では、80歳以上が半数以上を占めています。クリティカルケア領域特有の倫理的課題に加え、患者さんが高齢化していることがより複雑に絡み、倫理的課題の本質が見えにくくなってしまっています。

2016年度から救命救急センターの倫理的感受性の向上を目的とした取り組みを行っています。しかし、倫理的感受性の向上といっても、「倫理って何?」、「倫理って答えがないから難しい」、「倫理とか興味ない」などの言葉が多く聞かれる中からの取り組みの開始でした。また、倫理的課題は、1+1=2といった簡単なものではなく、正解があるものでもないこと、医療者個々の内的価値に左右されてしまうことなどから、倫理的感受性を向上させていくことは棘の道でした。

今年で取り組みも4年目となりました。倫理を考えるための基盤作りから始まり、繰り返し倫理的課題に関する事例検討を行いながら視点を広げていきました。また、倫理的にもやもやすると気軽に声を出せるような環境作りを行いました。数値的な評価としては難しいですが、「倫理的にもやもやする」と声に出し、そのもやもやする事例を Jonsenの4分割表を用いてチームで検討することなど主体的に行う変化がみられるようになっており、感覚的に倫理的感受性が向上してきている印象があります。

これまでの取り組みから倫理的課題が生じる要因として大半を占めているのは、患者・家族・医師・看護師間での十分な対話が不足していることが見えてきました。また、医療者として部署として組織として、倫理的感受性を向上させ、倫理的課題に取り組んでいくためには、標題にしているように、小さなことからコツコツと倫理の花を咲かせていくことに尽きるのではないかと考えます。

今回、4年間の取り組みについて紹介させていただき、皆様とのディスカッションを通して、倫理的感受性をさらに向上させていくためのヒントを得たいと思います。

Oral presentation

## [SY6] 近未来のクリティカルケア看護を創造する

座長: 芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター)、佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

Sun. Jun 16, 2019 2:20 PM - 3:50 PM メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

---

### [SY6-1] SY6-1

○宇都宮 明美<sup>1</sup> (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻)

2:20 PM - 2:35 PM

### [SY6-2] SY6-2

○箱崎 恵理<sup>1</sup> (1. 千葉県看護協会 ちば訪問看護ステーション)

2:35 PM - 2:50 PM

### [SY6-3] SY6-3

○塚原 大輔<sup>1</sup> (1. 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)

2:50 PM - 3:05 PM

### [SY6-4] SY6-4

○木澤 晃代<sup>1</sup> (1. 日本大学病院)

3:05 PM - 3:20 PM

---

2:20 PM - 2:35 PM (Sun. Jun 16, 2019 2:20 PM - 3:50 PM メイン会場)

## [SY6-1] SY6-1

○宇都宮 明美<sup>1</sup> (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻)

Keywords: 看護教育、看護管理

クリティカルケア領域において、2005年に専門看護師が誕生し、まもなく15年を迎える。現在はそのサブスペシャリティも、集中治療・救急・周術期にとどまらず、様々に活動の幅を広げている。つまり、専門看護師の6つの役割は変わらず、有機的に対象、施設、医療（社会）状況に応じて、役割発揮しているのだと推察する。

私は2018年から京都大学大学院医学研究科と京都大学医学部附属病院が共同しての大学改革プロジェクトとして、日本で初めてのダブルアポイントメント教員として、活動を開始している。クリティカルケア看護が近未来に向けて発展していくためには、この領域で優秀な実践者と研究者、教育者を育成していくことが急務と考える。私自身の活動の実際も交えながら、今後の専門看護師のあり方についても検討したい。

---

2:35 PM - 2:50 PM (Sun. Jun 16, 2019 2:20 PM - 3:50 PM メイン会場)

## [SY6-2] SY6-2

○箱崎 恵理<sup>1</sup> (1. 千葉県看護協会 ちば訪問看護ステーション)

Keywords: クリティカルケア看護、在宅、地域包括ケア、医療の継続性

救命救急や重症集中治療に携わる多くの看護師が、患者家族の尊厳を守りながら、医療の質を上げるためにクリティカルケア看護を学び、研鑽を重ねている。しかし、近年の医療体制の変化を受け、救急外来や集中治療室だけでは、十分な看護ができないと気付いている。医療・看護の対象は生活を営んでいる人々であり、その一生が病院施設の中だけで完結することはないからである。

私が所属した高度救命救急センターでは、当時の在院日数短縮の流れを受けて看護師が退院調整をしていた。その中で割り切れない思いを経験している。例えば、有料老人ホームに入居中の90歳代の人が、フレイル（frail）を超えて老衰に至る過程の中で、心不全による呼吸困難を併発し、第三次救命救急センターに搬送されたケースがあった。Living Willがなく、親族の強い希望があって高度救命処置を実施した。また、事故で広範囲熱傷を受傷し、気管切開をして車いす生活ができるようになった70歳代のケースでは、在宅につなげるために、呼吸管理と摂食嚥下、精神面への支援が必要であった。かかりつけ医では対応しきれないとのことで、近隣で入所できる施設をあたったが、見つけることが出来ず、180km以上離れた県外の病院に転院した。結果、自宅へ帰るきっかけを失った。多くの人々の救命を使命とした病院施設であるが、傷病者を受け入れる際は入口を大きく開けているものの、退院という出口に、患者家族の尊厳や生活の質の担保が添えられなかった反省があった。

平成29年の全国メディカルコントロール協議会連絡会「救急医療に関わる医療計画の見直しについて」の報告では、高齢者の搬送割合が増加傾向にあり、平成27年度には5割以上を占めていた。そして、二次及び三次救急医療機関において救急搬送された後、来院方法に関わらず、8割程度が帰宅し2割程度が入院していた。救急搬送人員の伸びは、高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多かった。従来急性期と慢性期という枠組みだけではとらえきれず、ホリスティックな看護の提供が求められている。

この社会情勢の中で、病院施設内のクリティカルケア看護ができることは、重篤な状態にある患者家族へ意思決定支援に加え、病院施設の円滑な受け入れ体制の整備や退院問題に対応するため、かかりつけ医や介護施設等の看護関係者と連携・協議をする体制を構築することであると考える。これらを展開する前提には、看護師が患者の身体や精神状態、社会的背景、臨床判断を正確に把握し、包括できる高いアセスメント能力とマネジメント能力を持つ必要がある。

また、今後発展していく地域包括ケアシステムでは、在宅での医療依存度の高い人々に介入することが期待できる。医療機器が在宅で使用され、身体状況を把握し生活の支援をするために有用である。

在宅とクリティカルケア看護には共通点が多い。患者の身体状況を総合的にアセスメントし自らの行動を判断すること、臨機応変の対応が求められることなどがその例である。救命救急医療の偏在が指摘され、医療計画の

見直しが行われている中、看護師自身もその政策に遅れず看護供給体制を考えたい。

私たちは医療者の思い込みを患者・家族に押し付けていないだろうか。病院は治療優先であり、患者・家族が病院の仕組みに合わせるが、在宅ではその人の身体に合わせてチームが編成される。そして家族がチームの中心にいる。病院から在宅への医療・看護の継続性と生活の統合が、これからの私自身の課題である。

2:50 PM - 3:05 PM (Sun. Jun 16, 2019 2:20 PM - 3:50 PM メイン会場)

### [SY6-3] SY6-3

○塚原 大輔<sup>1</sup> (1. 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)

Keywords: 集中ケア認定看護師

近未来の日本の医療はどうなっているのでしょうか。日本は2020年の東京オリンピック・パラリンピック後には、急速に高齢化が進み、国民の3人に1人が65歳以上に、6人に1人が75歳以上となる。高齢化の進行に伴い認知症高齢者や単身高齢世帯等の増加し、医療や介護サービス以外にも、在宅生活を継続するための日常的な生活支援を必要とする高齢者の増加が見込まれる。そのため、現在地域包括ケアシステムの構築が推進されており、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるような環境の整備が進められている。

本シンポジウムでは、近未来がどのようなクリティカルケア看護を必要とするのかについて考え、集中ケア認定看護師（1175名：2019年3月現在）が新たな価値の創造に向けてどのような看護に価値を見出し、どのように実践・指導・相談の役割を發揮していくのか？また、そのためには現在の働き方をどのように変えていくのかについて述べる。

3:05 PM - 3:20 PM (Sun. Jun 16, 2019 2:20 PM - 3:50 PM メイン会場)

### [SY6-4] SY6-4

○木澤 晃代<sup>1</sup> (1. 日本大学病院)

Keywords: クリティカルケア 臨床判断 特定行為研修

クリティカルケアは医療の高度化に伴い、侵襲的治療が多く、医療スタッフには様々な知識や技術が要求されている。1995年には日本看護協会により救急看護認定看護師の分野特定がされ、1997年には重症集中ケア認定看護師（現集中ケア認定看護師）の分野特定がされた。また2004年には、クリティカルケア看護専門看護師（現急性・重症患者看護専門看護師）の分野が特定され、より複雑で解決困難な看護問題の解決のために活躍することが求められている。ここ20年以上の人材育成の過程で、クリティカル領域の看護の質が向上したのは明白であり、より専門性の高い知識と技術をもった看護師が全国で活躍している。2011年には、厚生労働省の「チーム医療の推進会議」において、チーム医療のキーパーソンとなる特定看護師（仮称）の創設が検討されたが、最終的に「看護師の特定行為に係る研修制度」となり、資格認定制度ではなく、「手順書に基づいて特定行為を実施する看護師は、所定の研修を受けなければならない。」とされている。特定行為研修では、臨床推論といった診断プロセスを学ぶことが規定されており、高度な臨床実践に医学的知識を付与し、医師と同じ思考プロセスで患者を評価する看護師を育成することを目的としている。特定行為研修の内容は、本来、臨床看護師に必要な基本的知識であり、専門職として責任をもって患者を診るために備えておくべき技術でもある。展望も含めて言えば、本制度は、現任教育に留まらず看護の基礎教育にも大きな影響を及ぼすものとなるであろう。クリティカルケア領域の医療では、患者を単独の疾患別、臓器別に診るのではなく、全身を総合的に評価し、患者家族のケアなど社会的な背景を考慮して介入することが必要である。医師の負担軽減、働き方改革の中、臨床現場で医師が少なくなることが予想されるため、クリティカル領域の看護師には、より高い臨床判断能力や調整能力のほかに、侵襲的な手技を安全に行うこと、患者家族への丁寧な説明を行うことが求められている。医師と協働し、医

学的判断を行い、治療ケアの質を担保することが、患者が安全に早期回復することにつながることは理解できるが、資格認定制度以降、看護師の臨床実践は大きく変化しているとはいえない。私達看護師が自覚と責任を持って患者のために必要な新たなスキルを模索する段階にきているのではないだろうか。そのために必要な教育、臨床実践、組織体制のあり方について検討する。

Oral presentation

## [SY5] PADISガイドラインの概要と現場活用

座長:小池 伸享(前橋赤十字病院)、古厩 智美(さいたま赤十字病院)

Sun. Jun 16, 2019 10:40 AM - 11:50 AM 第1会場 (2F レセプションホール)

---

### [SY5-1] SY5-1

○吹田 奈津子<sup>1</sup> (1. 日本赤十字社和歌山医療センター 集中治療室)

10:40 AM - 10:55 AM

### [SY5-2] SY5-2

○古賀 雄二<sup>1</sup> (1. 川崎医療福祉大学保健看護学科)

10:55 AM - 11:10 AM

### [SY5-3] SY5-3

○伊藤 聡子<sup>1</sup> (1. 公立大学法人神戸市看護大学事務局教務学生係)

11:10 AM - 11:25 AM

10:40 AM - 10:55 AM (Sun. Jun 16, 2019 10:40 AM - 11:50 AM 第1会場)

**[SY5-1] SY5-1**○吹田 奈津子<sup>1</sup> (1. 日本赤十字社和歌山医療センター 集中治療室)

Keywords: 痛み、鎮痛、PADISガイドライン

痛みに関するケアで2013年のPADガイドラインを受けてのJ-PADガイドライン、そして2018年9月に公開されたPADISガイドライン全てに共通して強調されているのは、「成人ICU患者の痛み管理は、日常的な痛みの評価に従って鎮静薬を考慮する前に痛みを治療すべきである」ということである。そして、痛みは個人が主観的に感じるものであり、自己申告がゴールドスタンダードであるが、自己申告できないからといって痛みがないとは言えず（IASP）、自己申告できない場合には妥当性および信頼性が証明された痛みの評価スケールを用いた客観的な評価を行い、痛みに対してなんらかの介入を行わなければならない、ということである。

そしてその介入には薬理的・非薬理的の両方があり、薬理的介入の第一選択がオピオイドであることも共通している。ただ、PADISガイドラインの特徴としては、オピオイドの使用量を最小限にするための工夫として、補助薬に何を使用するのが良いかなどを具体的に提案していること、非薬理的介入についても、マッサージや音楽療法、冷却両方、リラクゼーション療法が推奨され、サイバーセラピー（バーチャルリアリティ）や催眠術といった日本ではなかなか実際的ではないと思われるものは非常に低いエビデンスの質で条件付きで行わないことを勧めている、ということがある。

痛みの評価に関してPADISでは、自己申告できない場合の行動学的評価ツールとしてBPS、BPS-NI、CPOTを示しているが、代理報告者として家族なども疼痛評価に関与しても良いことが述べられていることも興味深い。さらにバイタルサインなどを痛みの評価の開始を判断する手掛かりにしたり、客観的に痛みを測定するテクノロジーの開発と適応の可能性についても述べられている。

J-PADガイドラインからPADISになり、痛みの領域に関してはなにか劇的に変わったかということそうではなくて、痛みの管理に関する考え方は継続しつつ、もっと患者さんの痛みを知ってもっと介入して痛みを管理することはできないか、その可能性を模索しているように感じる。今回は、J-PAD→PADISの流れの中で変わらないもの、今後考えていかなければならないことを中心に述べたいと考えている。

10:55 AM - 11:10 AM (Sun. Jun 16, 2019 10:40 AM - 11:50 AM 第1会場)

**[SY5-2] SY5-2**○古賀 雄二<sup>1</sup> (1. 川崎医療福祉大学保健看護学科)

Keywords: せん妄

米国集中治療医学会が示したPADガイドライン（2013年）とPADISガイドライン（2018年）の違いは、大きく2つある。1つ目は不動（Immobility）と睡眠障害（Sleep disturbance）の要素が追加されたことであり、2つ目は全ての要素に対して非薬理ケアが具体化し重要性が強調されたことであり、これらがPADISガイドラインの新規性と考える。しかし、J-PADガイドライン（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,日本集中治療医学会,2013年）に対するPADISガイドラインの新規性は、さほど多くはないとも考える。

PADISの不穏とせん妄の項目について概説するが、PADISガイドラインを参考にする上で留意すべき点として、薬剤使用に関する項目については日本の用法・用量に基づくJ-PADガイドラインの推奨事項も参照しながら、各施設の運用に参考にするるとよいと考える。不穏（Agitation）については、Light sedation（浅い鎮静）が推奨されるとの方向性は変わらず、鎮静薬の種類に関する推奨もあった。せん妄（Delirium）については、妥当性のあるツールでのせん妄評価に関する推奨、せん妄予防薬の使用法に関する推奨、せん妄治療薬に関する推奨、せん妄予防に高照度療法を行わないことに関する推奨などがあった。また、多角的介入として調整可能なせん妄リスクファクターの低減、認知機能改善、睡眠の最適化、不動の低減、視聴覚の維持・改善なども推奨例として示された。そして、特筆すべきは、多角的介入とは、PADISガイドラインに今回示した項目だけではないと

明記されていることである。

多角的介入は PAD の枠組みに限らず、睡眠（Sleep）の最適化、不動（Immobility）の低減も含めており、PADIS の各要素を包括的に管理することを求めている。そして、包括的管理のためには PAD ガイドラインから続く Patient centered（患者中心）の概念をもとに、個別性をもって PADIS 管理を阻害する因子を追及することであると考える。特に看護師は、生活という枠組みで介入可能な阻害因子を追及することが大切であり、その因子が PADIS ガイドラインでは「睡眠を阻害すると患者が報告した因子」としてまとめられている。それらは、環境因子、病態生理因子、ケア関連因子、精神的因子に分けられているが、そのすべてに看護師は日常的に関わっている因子であり、多角的介入の対象となり得る。

また、個別性とは、「あらゆる刺激は快（comfort）にも不快（discomfort）にもなる」ということであると考える。あらゆる刺激は医原性リスクになり得るという、ABCDEバンドルの基本概念に則り、患者のニードを捉えるために全人的（身体的・精神的・社会的・霊的）な関心を患者・家族に寄せること（holistic interest bundle: HIバンドル）が大切であり、各施設の状況において実行可能性の検討を行うことが、結果として不穏・せん妄ケアになり得ると考える。

---

11:10 AM - 11:25 AM (Sun. Jun 16, 2019 10:40 AM - 11:50 AM 第1会場)

### [SY5-3] SY5-3

○伊藤 聡子<sup>1</sup>（1. 公立大学法人神戸市看護大学事務局教務学生係）

Keywords: PADIS、不動化、睡眠混乱

2018年、米国集中治療医学会は、ICUにおける成人患者に対する Pain,Agitation,Delirium（PAD）ガイドラインを改定した。これは、PADISガイドラインと呼ばれ、PADを最新のものに修正し、Immobility（不動化）、Sleep Disruption（睡眠混乱）を追加した。今回のシンポジウムでは、2018年のPADISガイドラインの全体像を簡単に紹介し、さらに追加された不動化、睡眠混乱の概要について述べる。また、不動化、睡眠混乱については、ガイドラインで紹介されているケア内容をクリティカルケア領域の現場で看護師がどのように活かせることができるかについて述べたい。

Oral presentation

## [SY7] 現場教育の実践と課題

座長:江口 秀子(鈴鹿医療科学大学)、田村 富美子(聖路加国際病院)

Sun. Jun 16, 2019 2:20 PM - 3:50 PM 第1会場 (2F レセプションホール)

---

### [SY7-1] SY7-1

○苑田 裕樹<sup>1</sup> (1. 日本赤十字九州国際看護大学)

2:20 PM - 2:35 PM

### [SY7-2] SY7-2

○中村 香代<sup>1</sup> (1. 独立行政法人国立病院機構 災害医療センター)

2:35 PM - 2:50 PM

### [SY7-3] SY7-3

○有田 孝<sup>1</sup> (1. 小倉記念病院)

2:50 PM - 3:05 PM

### [SY7-4] SY7-4

○石川 幸司<sup>1</sup> (1. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

3:05 PM - 3:20 PM

---

2:20 PM - 2:35 PM (Sun. Jun 16, 2019 2:20 PM - 3:50 PM 第1会場)

## [SY7-1] SY7-1

○苑田 裕樹<sup>1</sup> (1. 日本赤十字九州国際看護大学)

Keywords: シームレス、自己調整学習者、看護教育

新人看護職員研修は、2010年に努力義務化され、新人看護職員研修ガイドライン（2014年改訂）の推進や基礎と臨床の連携強化を通して、新人看護師の臨床実践能力の向上に向けた体制整備が進みつつある。看護教育は、多様化する社会・時代のニーズに適切に対応できる看護師の育成を効果的、効率的に行っていく必要がある。そのためには、養成教育のスタートラインである看護基礎教育と看護職としてのスタートラインである新人看護職員研修が、それぞれの制約条件がある中で、一本化しシームレスな教育のあり方を検討し、質の高い看護職の育成を目指す必要がある。本学はAP（Acceleration Program for University Education Rebuilding：大学教育再生加速プログラム）の採択校として、生涯学び続け、成長し続ける看護人材を育成するために、学士課程教育と就職先での現任教育とをシームレスに接続する「看護職キャリアパス基礎スケール〈仮称〉」と「ディプロマ・サプリメント（学位証明書補足資料）」を開発している。これにより、卒業時の学修成果を社会から評価することを可能にし、適切な現任教育に繋げることができ、看護基礎教育からエキスパートナース育成までの一貫した教育システムの確立に貢献することを目指している。

また、近年「自己調整学習」理論が教育分野で注目されている。「高等教育の主要な目標は、生涯学習者（lifelong learners）を育てることである。それは、自ら新しい知識を獲得、保持、検索できる、意図的、自立的、自己主導的な学習を意味する」と（学生を自己調整学習者に育てる：L・B・ニルソン著、美馬のゆり・伊藤崇達監訳）述べられているように、単に表面的な知識や技術を教え込むのではなく、「自ら学ぶ力」を育成することが大学教育の義務と記されている。本学のクリティカルケア科目（2018年度開講）では、この理論を参考とし、「動機付け」「学習方略」「メタ認知」（伊藤崇達：「学ぶ力を育む」方略）の3要素を踏まえた授業を設計し、「自ら学ぶ力」の育成を目指して取り組んでいる。

これらの本学の取り組みについてまだ成果は明らかに示していないが、シームレスな教育に向けた看護大学の取り組み、そして自己調整学習者を育成する授業方略の取り組みとして紹介する。

---

2:35 PM - 2:50 PM (Sun. Jun 16, 2019 2:20 PM - 3:50 PM 第1会場)

## [SY7-2] SY7-2

○中村 香代<sup>1</sup> (1. 独立行政法人国立病院機構 災害医療センター)

Keywords: 若手看護師 中堅看護師 看護の見える化

看護師長として私が大切にしていることは、自分自身がクリティカルケア看護に対する挑戦を続け、より多くの看護師にその魅力と一緒にとりつかれてもらえるように力いっぱい伝える、という意識です。そのためにはあらゆる情報をいち早く仕入れ、適切なタイミングで看護師それぞれのキャリアニーズに合った、場や機会を提供することができるよう努力しています。病棟の中で、一人の看護師がやる気に満ちて輝くと、周囲の看護師もまた刺激を受けて求めるようになったり、同僚に負けまいと頑張ったりする様子が伝播するのを感じます。それぞれのスタッフが、特性を生かして活躍できるように支援するためには、スタッフをよく知り理解すること、信頼しあうことが絶対条件です。看護師長として、看護師一人一人との会話を大切に、個々のキャリアニーズと一緒に確認し、現実的に計画を立てるプロセスを大切に、丁寧に行うように心掛けています。

ICUは、日常的に重症患者を短いサイクルで受け入れるという病棟の特徴から、重症患者の病態アセスメント力をつけること、速い展開に業務が追い付くことに優先度を置いた教育計画を立てています。当病棟は、スタッフの半数が1～3年目看護師で構成されており、患者さんを受け持ち、一日の患者さんのスケジュールを調整、管理するのがこの若手看護師中心となります。そのため、できるだけ早く実践能力を身につけることが期待され、中堅看護師は若手看護師の知識、技術習得を支援することがOJT教育の中心となります。

若手看護師は、知識・技術は未熟でありながらも、日々、ベッドサイドで患者さんとの時間を一番多く持

ち、実にたくさんの情報を得て、患者さんとともに笑い、泣き、精一杯看護をしています。この一つ一つの関りを埋もれさせず「見える化」させたいと考えて、2～3年目の若手看護師の課題の一つである重症患者病態アセスメント学習をもとに、その後中堅看護師から教育を引き継いで、ケーススタディとしてまとめるための指導に取り組むことにしました。若手看護師たちは、問いを繰り返すと素直に自分の言葉で看護を表現することができる、ということに驚かされます。一つ一つの関りが、その患者さんにとってどのような意味があったのか、若手看護師たちと何度もやり取りをしていくと、ケーススタディとして看護の「見える化」が実現していきます。

若手看護師の知識、技術の教育を中心に担当している中堅看護師たちが、重症患者の全人的個別患者アセスメント力を向上させ、さらにはそれを若手看護師に伝える力を高められれば、ICUの看護の質が向上することは間違いありません。中堅看護師のリーダーシップ課題への取り組みのグループディスカッションをみると、他者の話を聞き困っているメンバーを助ける能力が高いことに感心します。これは、リーダーとしてカンファレンスを運営したり、スタッフの意見を聞いたりする役割を通して身につけた能力であると考えます。一方、自身の実践を語り看護を言葉で表現することには、難しさを感じているということも分かりました。クリティカルケアを受ける患者さん一人一人を、生活者として個別にとらえ、その人の最善を支えることができるチームとしてスタッフ同士が学び合い、患者さんとの関りから看護を高めることができるといった、相乗効果を得ることができる病棟づくりが課題であると考えています。

2:50 PM - 3:05 PM (Sun. Jun 16, 2019 2:20 PM - 3:50 PM 第1会場)

### [SY7-3] SY7-3

○有田 孝<sup>1</sup> (1. 小倉記念病院)

Keywords: 現場教育、教育方法

クリティカルケアを必要とする患者は、病態が複雑であるとともに家族も含めて心理・社会的にも危機の状態にさらされる。そのため、全人的に患者・家族の状態を捉える必要があり、そこには多くの知識と迅速な判断力が求められる。臨床現場では、教育によって必要な看護実践能力を高めていくことが必要とされ、様々な手法によって看護師への教育が行われている。

自施設では、所属する部署での教育プログラムやチェックリストが活用され、定期的に勉強会やセミナーの開催を行っていた。しかし、勉強会やセミナーは講義形式が中心となることや、OJT (on the job training) でも知識を学習者に伝えるという教育者主導になることで、十分に教育効果が得られないこともしばしば経験した。

そこで、専門看護師・認定看護師を中心にインストラクショナルデザインについての学習を深め、教育方法も講義形式であったものからシミュレーション教育も取り入れながら、参加者が中心となって学習できるよう教育方法を見直した。現在は、組織分析を取り入れた教育方法の検討について、専門看護師・認定看護師を中心としたコアメンバーで検討を行うようにしている。クリティカルケア領域における看護実践の問題点についての洗い出しを行い、出てきた問題に対しては、医療者側や患者側、または組織におけること等様々な角度から現在の状況と対応策について分析していくこととした。そこに、教育的な働きかけが必要であったものについては、問題解決となるような教育目標と計画を立案し、教育を実践するように働きかけている。

実施する教育が、臨床現場及び学習者にとって必要な教育となるように取り組んでいる教育方法とその課題について発表する。

3:05 PM - 3:20 PM (Sun. Jun 16, 2019 2:20 PM - 3:50 PM 第1会場)

### [SY7-4] SY7-4

○石川 幸司<sup>1</sup> (1. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

Keywords: 継続教育、臨床研究

クリティカルケア看護は、生命が危機的な状況にある患者を対象としており、急性期だけに限らず終末期まで病期を問わず、生活の再構築ができるように提供する看護である。集中治療のように場に規定されたものではない。また、疾病そのものを扱うのではなく、患者に出現する呼吸や循環の反応、身体および精神的苦痛などを扱うものといわれている。クリティカルな状況にある患者は、生命が危機的な状況にあり重症度が高いため、療養上の世話よりも診療の補助が優先されることも少なくない。この領域で日々実践している看護ケアの専門性とは何であろうか。臨床現場では、この問いに対する答えを新卒者や他部署からの異動者に教育しなくてはならない。そのためには、教育する側は実践している看護の特徴を理解し、言葉で説明することが望まれる。しかし、重症患者に対する看護ケアは、医療処置の介助や身体的な観察が多く、生活の再構築を目指した療養支援とは何かと自問自答している方も多いのではないだろうか。

多くの疾患や幅広い病期を対象するクリティカルケア領域において、疾患別看護や病態生理の把握などの研修を受ける機会は多い。しかし、「クリティカルケア看護とは何か」、という研修や臨床現場での教育機会は少ないように感じている。現場では、この専門性こそ教育していくべき内容であると考えられる。そのためには、部署のなかで教育的な役割を担うスタッフに対する教育が必要かもしれない。現在、水準の高い看護ケアを効率よく提供する急性・重症患者専門看護師（CCNS）がその役割を担うべく現場で実践、教育、研究活動などで活躍している。CCNSは、緊急度や重症度の高い患者に対して集中的な看護を提供し、患者本人とその家族の支援、医療スタッフ間の調整などを行い、最善の医療が提供されるよう支援するものとされている。CCNSのように専門的な教育を受けた実践者は、水準が高い実践について可視化し、現場で教育していくことが求められている。

近年、さまざまな看護師ラダーが改訂されており、基盤となる能力から専門的な能力を客観的に判断できるようになりつつある。しかし、看護ケアの根拠となると、臨床現場における看護研究を積み重ねることが望まれる。臨床研究を実施するには、メンター（指導者）が必要であり、実施したくてもできないという状況も少なくない。クリティカルケア領域では、たとえメンターがいても、勤務時間内で研究として取り組む暇がない、患者が重症であるため同意取得が難しいなど研究として取り組みにくいという悩みが多く聞かれる。最初から大規模な研究をする必要はなく、事例研究であっても実践した看護を振り返ることには有用である。臨床疑問は現場に多く存在しており、その解決は現場教育に大きく役立つものである。

本セッションでは、クリティカルケア領域の臨床現場において、専門性をどのように教育していくのか、日々の臨床実践を研究として明らかにしていく取り組みについて検討していきたい。

Oral presentation

## [SY3] 多彩なキャリアデザインを描く

座長:原田 千鶴(大分大学)、益田 美津美(名古屋市立大学大学院看護学研究科)

Sun. Jun 16, 2019 9:00 AM - 10:30 AM 第2会場 (3F 国際会議室)

---

### [SY3-1] SY3-1

○小林 裕美<sup>1</sup> (1. 株式会社在宅看護実践研究所)

9:00 AM - 9:15 AM

### [SY3-2] SY3-2

○森安 恵実<sup>1</sup> (1. 北里大学病院 集中治療センター RST・RRT室)

9:15 AM - 9:30 AM

### [SY3-3] SY3-3

○濱元 淳子<sup>1</sup> (1. 国際医療福祉大学 成田看護学部 成人看護学 急性期領域)

9:30 AM - 9:45 AM

### [SY3-4] SY3-4

○後小路 隆<sup>1</sup> (1. 独立行政法人労働者健康安全機構 九州労災病院)

9:45 AM - 10:00 AM

9:00 AM - 9:15 AM (Sun. Jun 16, 2019 9:00 AM - 10:30 AM 第2会場)

**[SY3-1] SY3-1**○小林 裕美<sup>1</sup> (1. 株式会社在宅看護実践研究所)

Keywords: 在宅看護実践研究

現在、クリティカルケア看護に特に携わっていない私ですが、このような発表の機会をいただいたことを深く感謝いたします。今回、自分自身のキャリアを振り返り、その軸となったものは何だったのか、少し整理することができました。これらを紹介することで参加する方のキャリア形成に少しでもヒントになればと存じます。

私は、1985年に千葉大学看護学部を卒業し、新卒で東京都にある「国家公務員等共済組合連合会 虎の門病院」に就職しました。最初の配属先はCCUで、看護職としてのキャリアがスタートしました。新卒看護師時期の環境は看護実践の基本になるため、病院の教育体制や医療レベルの高さなどの点で恵まれた環境でのスタートだったと言えます。そうは言っても、最初の半年間は苦悩に満ちた毎日でした。その後の仕事では、看護実践の場で約15年、教育・研究の場（大学教員）で約16年を経て、今年4月より、株式会社 在宅看護実践研究所を設立し、新たな仕事を踏み出したところです。これらすべての仕事を看護のフィールドと考えていますが、説明上、以下の5つに分けて紹介します。

<看護のフィールド>

1. 都会の大病院（CCU,循環器科病棟, 看護教育部） 5年 ; 東京
2. 地域の病院（泌尿器科病棟, 内科病棟） 約5年 ; 福岡
3. 在宅看護の実践（在宅医療部, 訪問看護ステーション） 約5年 ; 福岡
4. 大学（学士課程, 修士課程, 博士課程の）教育と研究 約16年 ; 福岡
5. 株式会社（在宅看護実践者に対する教育・在宅看護の実践を研究） 起業したばかり ; 福岡

このような自分の経歴を俯瞰してみると、大きな流れとしては、急性期の看護→慢性期の看護→在宅看護→教育・研究による看護といった感じで、その中に細かな自分のライフイベントが組み込まれていたと思います。さらに、自分のキャリアに関する目標は何であったか、現時点で考えてみたところ次の3つであったと思います。

「1 一人前の看護婦になる」「2 結婚した看護婦になり、自分のライフイベントと調整しながら最大限、看護を続ける」「3 看護実践に役立つ研究ができることを最終目標とする」

3つ目の目標も20歳代で立てたものですが、達成に近づけるかどうかは、今後にかかっています。16年という最も長い期間、働いた大学教員の仕事では、当初「看護実践、特に在宅看護実践の面白さを学生に伝えること」に力を注いできました。しかし学士課程の学生の変化などから、数年前から、実践的な看護の手前の教育つまり、学修のしかたや生活面の調整などの重要性が増してきた現状がありました。大学院の研究指導では、修士、博士の院生が看護実践で抱いたリサーチクエストを研究テーマとすることが多く、それをサポートすることは看護実践に役立つ研究に少しだけ近づけたように思います。このような経緯から、3つ目の目標の達成に向けて、在宅看護実践を研究にしたいという思いをそのまま「在宅看護実践研究所」という会社を作りました。まだ実績もありませんが、在宅看護・訪問看護は、発展途上で将来性があり、また質の高い看護を実践している事業所が多くあるので、その看護をたくさん公表していける事業を実現していきたいと思っています。

以上より、私のキャリアの軸となったものは、「ライフイベントの流れに沿いながら最大限の看護をすること」「自分の向上心を満たしていくこと」と考えます。クリティカルケア看護は、在宅看護と決して遠くはなく隣りあわせにいますので、今後、皆さまとも一緒に研鑽していければ幸いです。

9:15 AM - 9:30 AM (Sun. Jun 16, 2019 9:00 AM - 10:30 AM 第2会場)

**[SY3-2] SY3-2**○森安 恵実<sup>1</sup> (1. 北里大学病院 集中治療センター RST・RRT室)

Keywords: キャリアデザイン、RRS、クリティカルケア

## 【はじめに】

今回、自分が指定演者となったことに、自身ではいささか不思議な感覚を感じている。自身のキャリアデザインを計画的に意識し歩んできたわけではなく、振り返ればこのような道を歩いてきたというのが正直なところと感じているからかもしれない。ゆえに、今回、論述的・学術的にも示すことは到底できそうもない。この歩みに影響を及ぼしたと思うことを振り返ってみたいと思う。

## 【経歴】

神奈川県鎌倉市出身、県立高校卒業、北里大学看護学部看護学科卒業、北里大学病院入職、脳神経外科病棟3年、ICU・CCU12年、RST・RRT室専従となり現在9年目。  
2004年集中ケア認定看護師取得、2018年特定行為研修終了、現在、大学院在籍中。

## 【現在組織内で行っていること】

2011年、Rapid Response System[RRS]を院内に導入し、現在そのシステムのマネージメント及び対応要素として専従として在籍している。Rapid Response Team[RRT] 要請の場面では、病棟チームと協働し、認定看護師としてクリティカルケアを実践し、内容によって、特定行為を実践している。また、その場面ではOJTとしてフィジカルアセスメントの教育の場としている。また、要請件数を増やすための周知活動・教育は、認定看護師としての役割と合致しており、院内への役割は無限に広がっている。病院で生活する患者がより安全に、早期に退院を目指せるという当たり前の事について、組織全体として取り組むRRSというシステムの構築・成長をサポートできればと考えている。

## 【キャリアデザインとはなにか】

キャリアデザインとは、キャリアゴールと現実のギャップをいかに埋めるかの筋道を描くものであり、個人の価値観のみならず、現在の保有能力の棚卸しが必要であるとされる。また、道筋を考える上では、自分の能力、自分の価値、自分の欲求の3つの問に向き合い、考えていくことで開けてくるとされている。そしてこれがキャリア・アンカーとなる。しかし、このキャリア・アンカーがどうだったかを振り返ると、自分は人との出会いや繋がりに多くの影響を受けていると感じている。いろいろな価値・動機を考えたときに、ロールモデルとなっていた少し前を歩く先輩の存在や自分自身では考えもつかなかった認定看護師を勧めてくれた感謝の思いが絶えない大先輩の存在がある。また、患者を通しての経験も大きい。ICUの治療やケアを施すことによりやっとの思いで病棟退出した患者が数日後に重症肺炎で再入室し助けられなかった事や、もう少し早くICUに入室したらと思う命に対して、どうにかしなければと感じたこともキャリア・アンカーの要素になっている。

私は、小さい頃から看護師になりたかったということでもなく、大学時代も就職してからも看護師とはなにかと自問自答していた。多くの医療者や患者を通じて思うことから何かを考え、組織のタイミングとなんらかのきっかけで流れ着いた今がある。

はやり、私のキャリアデザインは、先々まで計画することでできたものではなく、歩んできた道という結果に過ぎないのかもしれない。

9:30 AM - 9:45 AM (Sun. Jun 16, 2019 9:00 AM - 10:30 AM 第2会場)

## 【SY3-3】 SY3-3

○濱元 淳子<sup>1</sup> (1. 国際医療福祉大学 成田看護学部 成人看護学 急性期領域)

Keywords: キャリアデザイン

看護師としての「キャリア」について改めて関心を向けたとき、「キャリア」とは、単に自分自身のスペシャリティをどこに置くかといったことではなく、より長期的なスパンからなる生涯を見据えた生き方そのものであることに気づいた。このように「キャリア」を捉えたうえで、今回は、以下の3つの視点で自らの考えについて述べ

たい。

一つ目は、自分にとっての仕事の価値について、二つ目は、生涯学習とキャリアについて、三つめは生涯設計としてのキャリアデザインについてである。これまでキャリア目標を明確に設定し進んできたわけではないが、振り返ると、そこには歩んだ道があるため、キャリアデザインという視点で振り返りたい。

---

9:45 AM - 10:00 AM (Sun. Jun 16, 2019 9:00 AM - 10:30 AM 第2会場)

## [SY3-4] SY3-4

○後小路 隆<sup>1</sup> (1. 独立行政法人労働者健康安全機構 九州労災病院)

Keywords: キャリアデザイン、救急看護認定看護師、Nurse Practitioner

当院は、年間約12000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。救急部門は独立した部署ではなく、外来部門の1単位として配置されている。私は2009年に救急看護認定看護師資格を取得し、それから当院の救急外来で勤務している。現在は常勤の救急医が在籍しているが、救急外来に配属された当初は、救急医は不在で、各科の医師が当科の業務の傍に当番制で救急患者の対応を行っていた。各科の医師は専門外の病態に対しては苦手意識があり、該当する専門家の選択、必要とされる検査、治療など、タイムリーに患者に提供することができず、十分な医療を提供できていない現状があった。

認定看護師の役割は「実践」、「指導」、「相談」である。その中の「実践」とは救急患者への看護実践や多職種との調整・連携などがある。その調整・連携とは、搬送される救急患者に適切な医療を提供できるよう調整、連携することが求められる。救急看護認定看護師として業務する中で、各科の医師が、専門外の病態の患者に対して困惑し、適切な医療を提供できていない現状を目の当たりにし、いつも自分自身の調整力不足に対して葛藤があった。

この病院で救急看護を実践する上でもっと自分にできることはないのか、救急看護認定看護師を3年過ぎたあたりからそのように考えるようになった。その時に、救急看護認定課程の教員より「二次救急医療施設の救急看護師には必要な技術ではないか」との助言を得て、「特定行為研修制度」を知った。私が医学的知識と技術を少しでも身につけることができれば、今以上の調整能力が付き、患者に対して適切な医療がタイムリーに提供できるのではないかと、その思いから私はこの制度を利用したいと考えるようになり、NP（Nurse Practitioner）課程が行われている大学院への進学を決意した。

大学院の教育課程では、病態生理学、薬理学その他臨床に必要な医学知識を1年間学び、2年次より手術や診察などを行う実習が行われた。その実習で知識や技術を得ることはもちろんであるが、私が一番実習で学んだことは医師の目線から見た患者であった。必要十分な検査、処置を行う重大さ、診断することの決断力、これらのことを知ることは、今後、看護師として救急医療の現場で働く上で大きな財産となった。

現在は、救急外来で、Nurse Practitionerと救急看護認定看護師の2つの役割を持ちながら業務している。その2つの役割を十分に果たしているとは言い難いが、様々な医療ニーズに対して適宜、使い分けながら担っていくことが今の私に求められている調整・連携することではないかと考えている。

今回、演者の皆様と意見交換しながら、自分自身のキャリア形成を再考するとともに、多くの皆様のキャリア形成に寄与することができれば幸いである。