

One-off sessions

教育講演

[EL1] 混沌とした臨床現場の実態把握と論理の発見～質的統合法（KJ法）を用いた研究の取り組み～

演者:山浦 晴男（情報工房、千葉大学大学院看護学研究科）

[EL1] 混沌とした臨床現場の実態把握と論理の発見～質的統合法（KJ法）を用いた研究の取り組み～
○山浦 晴男¹（1. 情報工房、千葉大学大学院看護学研究科）

教育講演

[EL2] シミュレーション教育法を活用したクリティカルケア多職種連携教育の可能性

演者:駒澤 伸泰（大阪医科大学医学教育センター）

[EL2] シミュレーション教育法を活用したクリティカルケア多職種連携教育の可能性
○駒澤 伸泰¹（1. 大阪医科大学医学教育センター）

教育講演

[EL3] ICUから始める早期リハビリテーション

演者:玉木 彰（兵庫医療大学大学院医療科学研究科）

[EL3] ICUから始める早期リハビリテーション
○玉木 彰¹（1. 兵庫医療大学大学院医療科学研究科）

教育講演

[EL4] 終わりなき挑戦～人はどこまで救えるのか？そして救えない時、私たちに何ができるのか？～

演者:鹿野 恒（鹿児島市立病院）

[EL4] 終わりなき挑戦～人はどこまで救えるのか？そして救えない時、私たちに何ができるのか？～
○鹿野 恒¹（1. 鹿児島市立病院）

教育講演

[EL5] 再生医療の倫理一求めたい看護の存在と力、生命倫理の視点からー

演者:有江 文栄（国立精神・神経医療研究センター、上智大学生命倫理研究所、文部科学省研究振興局）

[EL5] 再生医療の倫理一求めたい看護の存在と力、生命倫理の視点からー
○有江 文栄^{1,2,3}（1. 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 臨床研究支援部 倫理相談・教育研修室、2. 上智大学生命倫理研究所、3. 文部科学省研究振興局 ライフサイエンス課 生命倫理・安全対策室）

教育講演

[EL6] 敗血症の治療方針と各職種の連携

演者:向井 啓（摂南大学）

[EL6] 敗血症の治療方針と各職種の連携

○向井 啓¹（1. 摂南大学）

教育講演

[EL7] 医療政策の観点からクリティカルケア看護への提言

演者:太田 凡（京都府立医科大学大学院医学研究科）

[EL7] 医療政策の観点からクリティカルケア看護への提言
○太田 凡¹（1. 京都府立医科大学大学院医学研究科 救急・災害医療システム学 救急医療学教室）

教育講演

[EL1] 混沌とした臨床現場の実態把握と論理の発見～質的統合法（KJ法）を用いた研究の取り組み～

演者:山浦 晴男（情報工房、千葉大学大学院看護学研究科）

[EL1] 混沌とした臨床現場の実態把握と論理の発見 ～質的統合法（KJ法）を用いた研究の取り組み～

○山浦 晴男¹（1. 情報工房、千葉大学大学院看護学研究科）

[EL1] 混沌とした臨床現場の実態把握と論理の発見

～質的統合法（KJ法）を用いた研究の取り組み～

○山浦 晴男¹（1. 情報工房、千葉大学大学院看護学研究科）

Keywords: 質的研究法、質的統合法（KJ法）

患者個人を対象にケアを提供する看護学分野でも、従来科学的の名のもとに「量的研究」が主流を占めていました。日本質的心理学会が発足して16年が経過するなかで、看護学の研究領域でも「質的研究」が多くなってきました。

しかし実際の研究の現場では、量的研究者からは、「質的研究は主観的で科学的でない」との批判がなされてきました。最近では状況がずいぶん違ってきているように思いますが、その見方は依然として根強いのではないかと思います。

臨床現場では患者一人ひとりの実態を、量と質の両面から把握しケアを提供しているのが実際の姿です。その意味で、両面のアプローチがセットになって初めて科学的だといえます。

教育講演では、文化人類学者川喜田二郎氏が創案した KJ法に準拠した質的統合法（KJ法）を用いて混沌とした臨床現場の実態把握と論理の発見の道筋を、事例を介して解説します。加えて、実態把握と考察の関係と考察法についても補足します。そして、質的研究も科学的なアプローチの仕組みを持つことが可能なことお話しします。

【話題】

1. 研究のプロセス構造：書齋科学・実験科学・野外科学
2. 混沌とした臨床現場の実態把握の方法
 - ・ ヒントは「ジグソーパズル」にある
 - ・ データを統合する方法はいたって単純なルールである
 - ・ 実態の論理の発見の意味：アブダクション
 - ・ 実態把握の実例
 - ・ 「学術スキル」を研く
3. 主観性の発揮と客観性の担保の仕組み
 - ・ データの構造：現象の映り込みと問題意識の映り込み
 - ・ 主観性の発揮が質のよいデータをもたらす
 - ・ 主観性の排除が実態の論理を浮上させる＝客観性の担保
4. 実態把握と考察の峻別
 - ・ 考察の技術：ロジカル・ブレスト法
 - ・ 考察の3つの着眼点
 - ・ 考察の実例
5. 臨床現場での応用：見える化チームマネジメント

【参考文献】

山浦晴男『質的統合法入門 考え方と手順』（医学書院、2012年）

教育講演

[EL2] シミュレーション教育法を活用したクリティカルケア多職種連携教育の可能性

演者: 駒澤 伸泰 (大阪医科大学医学教育センター)

[EL2] シミュレーション教育法を活用したクリティカルケア多職種連携教育の可能性

○駒澤 伸泰¹ (1. 大阪医科大学医学教育センター)

[EL2] シミュレーション教育法を活用したクリティカルケア多職種連携教育の可能性

○駒澤 伸泰¹ (1. 大阪医科大学医学教育センター)

Keywords: シミュレーション、クリティカルケア、多職種連携教育

シミュレーション教育法は「模擬的に経験を行い、その経験で得られた気づきを熟考し、新たな学びを得る」という経験型学修論理に基づいている。シミュレーション教育法は医学領域だけでなく、法曹・防衛・航空領域でも盛んに行われている。医学領域のシミュレーション教育法は、獲得目標であるテクニカルスキルおよびノンテクニカルスキルが複雑であることが多い。しかし、基本的な教育工学を理解すれば、必ず効果的なシミュレーション教育が可能である。シミュレーション教育法は必ずしもシミュレーターを用いる必要はなく、机上における施行も可能である。

本講演では、シミュレーション教育法の原理から、①事前学習と準備、②ブリーフィング、③シナリオ実行、④デブリーフィングの基本的な流れをまず解説する。その後、クリティカルケアにおける多職種連携を目指した組織内シミュレーション講習会の意義と産科緊急対応に関する実践例を報告する。

多職種連携教育の必要性は高いが、倫理的問題、参加人数制限、教育空間確保が問題となる。シミュレーション教育法は、多職種連携教育に大きく貢献できると筆者らは考えている。本講演が、皆様の施設におけるクリティカルケア領域の多職種連携教育におけるシミュレーション教育法活用に寄与できれば幸いである。

教育講演

[EL3] ICUから始める早期リハビリテーション

演者: 玉木 彰（兵庫医療大学大学院医療科学研究科）

[EL3] ICUから始める早期リハビリテーション

○玉木 彰¹（1. 兵庫医療大学大学院医療科学研究科）

[EL3] ICUから始める早期リハビリテーション

○玉木 彰¹ (1. 兵庫医療大学大学院医療科学研究科)

Keywords: リハビリテーション、早期離床、 ICU

集中治療室 (Intensive Care Unit; ICU) におけるリハビリテーションは、本邦では1990年頃からごく一部の施設で実施されるようになったが、当時は呼吸器合併症の予防や改善を目的とした排痰や呼吸練習などの介入が中心であった。また実際の介入開始時期についても主治医によって異なっていたため、早期リハビリテーションという考え方が強調されてきたのは比較的最近の事である。その背景には、ICUにおける早期からのリハビリテーション介入はせん妄の発症を抑制し、人工呼吸器装着期間を短縮し、さらに身体機能の改善を促進することなどが Schweickertら (2009) によって明らかにされたことが影響している。これらを受けて本邦でも早期からのリハビリテーションへの取り組みが徐々に浸透し、2017年には日本集中治療医学会より、『集中治療における早期リハビリテーション～根拠に基づいたエキスパートコンセンサス～』が発表され、その翌年の2018年には、早期離床・リハビリテーション加算が保険点数として新設された。このように現在ではICUにおける早期リハビリテーションは通常に行われるべき介入であることが認識されている。

それでは何故ICUにおいて早期からリハビリテーションを開始する必要があるのだろうか？現在早期リハビリテーションの考え方として、『疾患の新規発症、手術または急性増悪から48時間以内に開始する』という解釈が一般的であり、この間に可及的早期から離床などの介入を開始する必要がある。人工呼吸管理中の急性期患者に対し48時間以内のリハビリテーションを開始する意義については、ICU滞在中に発生する様々な身体および認知機能の低下が、短期的のみならず長期的予後を悪化させるという事実が大きく関係している。特にICUにおける問題として注目されているものが、集中治療後症候群 (post intensive care syndrome; PICS) であり、その中の身体機能低下の代表的なものとしてICU獲得性筋力低下 (ICU acquired weakness; ICU-AW) がある。これまでの研究において、不動による筋肉量の減少や筋萎縮は疾患の新規発症、手術または急性増悪から48時間以内に始まり、2～3週間以内に最大になるとされていることから、ICUで管理されている患者に対しては全身状態が許す限り、可及的早期からのリハビリテーション介入が重要であることは疑う余地がない。しかしこのような早期リハビリテーションを実施するためには、医師や看護師などの協力が絶対的に必要であり、チームで協力して進めていく必要がある。

本教育講演では、ICUから始める早期リハビリテーションの実際について、これまでに報告されている様々な知見を基に解説する。

教育講演

[EL4] 終わりのなき挑戦～人はどこまで救えるのか？そして救えない時、私たちに何ができるのか？～

演者:鹿野 恒（鹿児島市立病院）

[EL4] 終わりのなき挑戦～人はどこまで救えるのか？そして救えない時、私たちに何ができるのか？～

○鹿野 恒¹（1. 鹿児島市立病院）

[EL4] 終わりになき挑戦～人はどこまで救えるのか？そして救えない時、私たちに何ができるのか？～

○鹿野 恒¹ (1. 鹿児島市立病院)

Keywords: 心肺蘇生、終末期医療、臓器提供

人はどこまで救えるのか？

救命救急医療の現場には心肺停止患者が日々搬送されてくるが、心肺蘇生の基本は薬剤投与や除細動を行い、何とか心臓を動かすことである。では心臓が動かなければ人は死ぬのか？世の中の一般常識として、あるいは医療者のほとんどが、心臓が止まれば人は死ぬ、心臓が動けば人は生きられる、と考えており、つまり心臓に人の生死の分かれ目があると考えている。

私は2000年より PCPS（経皮的な心肺補助）を用いた心肺蘇生術を積極的に行っており、救急外来に心肺停止患者が搬送され、いろいろな処置を行っても心拍再開しない場合には、その適応があれば PCPSを迅速に導入する。すると、平均2～3日くらいで心臓は動き出し、長い場合には2週間後に PCPSを離脱して独歩退院していく。私たちのスタンスは「心臓が止まっても蘇生をあきらめない」であり、すなわち人の生死の分かれ目は心臓ではない。

しかしながら、どんなに医療を尽くしても救えない患者はいる。そんな時、私たちには何ができるのであろうか？

救えない患者のなかには脳死となる患者もいる。日本でも1997年に脳死下臓器移植が可能となり、2009年に本人の意思がなくても脳死下臓器提供が可能となる改正臓器移植法が成立した。

脳死は人の死か？それとも心臓死が死なのか？

医療者の多くもそのことに疑問を抱きながら、この臓器移植に向き合っている。私は2004年より救急医療の現場で臓器提供に関わり、今までに40例以上の臓器提供を行ってきたが、実は「脳死は人の死」とは考えていない。というより、患者家族と接している中で、温かく心臓も自分の力で動いている患者を死とは考えられない。しかしながら、一つだけ言えることは「脳死は現代の救命医療の限界点」ということである。すなわち、私たちは脳死となってしまった患者を「救う」というベクトルに戻すことはできない。必ず、脳死の患者はこの世から亡くなり逝くのである。先に述べたように、私にとって心臓が止まっていることは死に値しない。心臓が止まっても、患者には「救う」というベクトルが残っているのである。

現場の救急医療では、脳死が死なのか、心臓死が死なのかを決めることが重要なのではなく、私たち医療者がプロフェッショナルとして、どこまで人を救えるのか、あるいは患者は限界を超えてしまったのか、を見極めることこそが私たちに課せられた使命である。そして、その限界を超えてしまった患者やその家族に対して、私たちがプロフェッショナルとして何ができるのか？そこに、救急集中治療における終末期医療があり、そのなかに臓器提供があるのである。

そして、2020年。私たちは新たな救命のステップに進む。それは、病院外、すなわち救急現場において蘇生のための PCPS導入を始める。

人の死を決めるのはまだ早い。

教育講演

[EL5] 再生医療の倫理—求めたい看護の存在と力、生命倫理の視点から—

演者:有江 文栄（国立精神・神経医療研究センター、上智大学生命倫理研究所、文部科学省研究振興局）

[EL5] 再生医療の倫理—求めたい看護の存在と力、生命倫理の視点から—

○有江 文栄^{1,2,3}（1. 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 臨床研究支援部 倫理相談・教育研修室、2. 上智大学生命倫理研究所、3. 文部科学省研究振興局 ライフサイエンス課 生命倫理・安全対策室）

[EL5] 再生医療の倫理ー求めたい看護の存在と力、生命倫理の視点からー

○有江 文栄^{1,2,3} (1. 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 臨床研究支援部 倫理相談・教育研修室、2. 上智大学生命倫理研究所、3. 文部科学省研究振興局 ライフサイエンス課 生命倫理・安全対策室)

Keywords: 再生医療、看護、生命倫理、意思決定

「再生医療」、この言葉は今では広く一般に浸透してきた。この20年、我が国では再生医療を推進するために官民挙げて取り組んできた。その甲斐あって再生医療は基礎研究から臨床応用へと進み、今では iPS細胞を用いた加齢黄斑変症やパーキンソン病等の臨床研究も開始され、それらは着実に成果を上げつつある¹⁾。再生医療と一口に言ってもその範囲は広く、第3種再生医療に分類される比較的风险の低い自己体細胞加工物を用いたものから、第1種の ES細胞や iPS細胞等を用いたものまでである²⁾。対象となる疾患も様々で、再生医療に人々は多大な期待を寄せ、この技術に一縷の望みをかけて臨床研究に参加している患者もいる。

安全性と有効性を検証しつつ慎重に進められている再生医療であるが、エビデンスが十分にあるといえないような医療が、自由診療で提供されているケースや、幹細胞を使用した新規性の高いものでは有害事象も報告されている¹⁾。このような再生医療においては、適切で十分な説明に基づいた患者の理解と判断が重要になってくるが、再生医療を受ける患者の理解と医療者（研究者）側が患者に伝えた、伝わったと思っていることに齟齬があったり、患者の期待と医療者（研究者）側の期待する効果にギャップがあったりする。再生医療を受ける患者は難病であることが多く、それ故に期待も大きくなる傾向にある^{1),3)}。このような状況の中で、再生医療を受ける患者と再生医療を提供する医療者のコミュニケーションが問題となり、医師だけではなく看護師の役割も重要になってくる。とりわけ患者や家族の意思決定の過程では、看護の存在と力が求められる。

本講演では、生命倫理、とりわけ医療倫理・研究倫理の視点から、再生医療において看護は何を期待されているのか、看護の存在と力についてお話したい。

参考文献

1. 有江文栄（2018）：再生医療の倫理ー期待される看護の役割と責任ー。日本移植・再生医療看護学会誌，13(1)，3－11。
2. 「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律施行令」及び「再生医療等の安全性の確保等に関する法律施行規則」の取扱いについて（平成26年10月31日医政研発1031第1号厚生労働省医政局研究開発振興課長通知）
3. 有江文栄．「再生医療・研究における倫理 再生医療等委員会に提出する際のポイント」講演資料、2016年8月27日第7回細胞治療研究会富士ソフト株式会社

教育講演

[EL6] 敗血症の治療方針と各職種連携

演者: 向井 啓 (摂南大学)

[EL6] 敗血症の治療方針と各職種連携

○向井 啓¹ (1. 摂南大学)

[EL6] 敗血症の治療方針と各職種連携

○向井 啓¹ (1. 摂南大学)

Keywords: 敗血症、抗菌薬、抗菌薬適正使用

抗菌薬の適正使用について看護師に出来ることは何だろうか。平成30年度診療報酬改定において、AST（抗菌薬適正使用支援チーム）の活動に新たに100点の診療報酬点数が新設された。ICT（感染制御チーム）では、看護師の活躍が大きな意味をなしており、看護師の存在なくして日々の成果を上げることは不可能に近い。ICT同様にASTでも看護師の活躍が期待されている。しかしながら、抗菌薬となると少し抵抗を感じる看護師もいるのではないだろうか。感染制御および抗菌薬適正使用のどちらでも言えることだが、チームに所属しているメンバーだけが努力しても成立することではない。大多数をしめるチーム以外の医療従事者が意識をして取り組むことによって初めて成果が出る内容である。つまり、医療従事者の大多数をしめる看護師の協力なくしては抗菌薬の適正使用は成立しないのである。

抗菌薬には同じような名前の物が多く、また対象となる菌も様々な種類があり勉強しにくいため少し拒否反応を示してしまう。これは看護師のみならず薬剤師でも同じである。抗菌薬について、または抗菌薬適正使用について勉強をすると膨大な知識と時間が必要となるが、医師に出来ること、薬剤師に出来ることはそれぞれの職種に任せれば良い。しかしながら、看護師にしか出来ないことも存在している。その看護師にしかできないことを適切に理解し適切に遂行すると抗菌薬適正使用に大いに貢献できるのである。

そこで本公演では、敗血症の治療を例に、看護師が抗菌薬の適正使用でどのようなことが出来るのかについて説明し、明日からの業務ですぐに活かせる内容を説明したいと考えている。具体的には、なぜ目の前の患者にこの抗菌薬が使用されているのかを簡単に述べ、抗菌薬の投与タイミングを意識する必要性やバンコマイシンの採血はなぜ投与前に行わなければならないかなどを説明する。また、それらの必要性を意識せずに行動した場合、患者にどのような不利益が生じるのかを解説する。

教育講演

[EL7] 医療政策の観点からクリティカルケア看護への提言

演者: 太田 凡（京都府立医科大学大学院医学研究科）

[EL7] 医療政策の観点からクリティカルケア看護への提言

○太田 凡¹（1. 京都府立医科大学大学院医学研究科 救急・災害医療システム学 救急医療学教室）

[EL7] 医療政策の観点からクリティカルケア看護への提言

○太田 凡¹ (1. 京都府立医科大学大学院医学研究科 救急・災害医療システム学 救急医療学教室)

Keywords: 医療政策、救急医療需要、働き方改革

わが国では、昭和38年に各自治体消防による救急業務が義務化された後から「救急車たらい回し」が社会問題となり、翌年には国会で議論されている。そうした背景から昭和39年に救急医療機関告示制度が発足し、昭和52年には初期・二次・三次の救急医療機関分類体制が導入され、翌年には初の三次救急医療機関として日本医科大学救命救急センターが設立された。平成9年に厚生省（当時）において作成された救急医療基本問題検討会報告書でも「救急医療体制の基本的条件」として「救急時に患者が混乱することなく、適切かつ迅速に救急医療を受けることが出来る体制、また救急隊が迅速に 患者を救急医療機関に搬送できる体制であること」と明記されている。

しかし、救命救急センター設置後も「救急車たらい回し」は解消されなかった。平成20年3月に初めて「救急搬送における医療機関における医療機関の受け入れ状況等実態調査の結果について」が公表されたが、そこでは、医師数も医療機関数も救命救急センター数も救急科専門医数も多い東京都において、重症以上であるにもかかわらず11回以上の受け入れ照会を要したことが1年間で614件あり、最高50の医療機関に受け入れ要請を行っていた重症傷病者がいたことが明らかになった。その後も現在に至るまで同様の報告書が毎年公表されているが問題は解決していない。

救急要請電話が消防本部間で50回もたらい回しにされることはあり得ない。外傷現場には向かうが高齢者介護施設には向かわないという救急隊はない。救急医療制度は社会のセーフティネットである。セーフティネットとして機能するためには救急車たらい回し問題が解決されなければならない。

一方、医療技術の進歩と高齢者数の増加を背景に救急医療需要は増大している。わが国の救急医療制度が確立した昭和52年度には年間1,601,045件であった全国の救急出動件数は、平成30年度には6,608,341件と約4倍となった。医療費、医療従事者数も増加しているが、社会保障制度の在り方を考えれば医療資源は有限である。日本の救急医療制度は医師の時間外労働を前提に維持されてきたが、今後の需要増加を見据えれば、過剰労働に頼るシステムは崩壊が免れない。

欧州、北米においても救急医療需要は同様に増大しているが、①急性期医療機関の集約化、②救急医のシフト勤務、③ナースプラクティショナーなどへのタスクシフトによって対応している。救急医療需要をコントロールすることは困難であり、有限な医療資源で社会保障としての救急医療を提供するためには、わが国でも同様のシステム整備、医療政策が必要である。