2025年11月7日(金)

会長講演 | 会長講演

2025年11月7日(金) 10:00 ~ 10:30 第1会場(1階 特別会議場)

[PL] 会長講演
革新と連携への振る舞い EN(Emergency Nurses),be ambitious!

座長:河合 正成(岐阜県立看護大学 機能看護学領域)

10:00 ~ 10:30

[PL-01]

革新と連携への振る舞い　EN(Emergency Nurses),be ambitious!

○三上 剛人[1] (1. 吉田学園医療歯科専門学校)

特別講演 | 特別講演

2025年11月7日(金) 11:00 ~ 12:00 第2会場(1階 大ホールC)

[SL1] 特別講演1
「FULL COMMIT」

座長:田口 裕紀子(札幌医科大学 保健医療学部看護学科)

11:00 ~ 12:00

[SL1-01]

「FULL COMMIT」

○石水 創[1] (1. ㈱コンサドーレ)

特別講演 | 特別講演

2025年11月7日(金) 14:30 ~ 15:30 第1会場(1階 特別会議場)

[SL2] 特別講演2
ダンスで極めた世界に通用する戦略的思考

座長:石川 幸司(北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

14:30 ~ 15:30

[SL2-01]

ダンスで極めた世界に通用する戦略的思考

○政井 海人（KITE）[1] (1. プロダンサー)

©一般社団法人日本救急看護学会

特別講演 | 特別講演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第1会場(1階 特別会議場)

[SL3] 特別講演3
看護力をアップする声の処方箋

座長:佐々木 吉子(東京科学大学大学院保健衛生学研究科 災害・クリティカルケア看護学分野)

15:30 ~ 16:30

[SL3-01]

看護力をアップする声の処方箋

○木村 匡也[1] (1.ナレーター)

教育講演 | 教育講演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第2会場(1階 大ホールC)

[EL1] 教育講演1
組織の課題と向き合うために知っておきたいこと

座長:立野 淳子

12:10 ~ 13:10

[EL1-01]

組織の課題と向き合うために知っておきたいこと

○上村 修二[1,2,3] (1. 札幌医科大学　医学部　医療安全・病院管理学講座　准教授（病院教授）、2. 札幌医科大学　救急医学講座　兼任、3. 札幌医科大学附属病院　経営戦略部　副部長)

教育講演 | 教育講演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第1会場(1階 特別会議場)

[EL2] 教育講演2
救急看護教育の常識を疑え！航空業界のトレンドから見えてくる教育改革

座長:野澤 陽子(順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護部)

16:40 ~ 17:10

[EL2-01]

救急看護教育の常識を疑え！航空業界のトレンドから見えてくる教育改革

○中澤 勇太[1] (1. 株式会社LUXURY FLIGHT)

17:10 ~ 17:40

[EL2-02]

救急看護教育の常識を疑え！航空業界のトレンドから見えてくる教育改革

○北川 正博[1] (1. 株式会社アトラエ)

©一般社団法人日本救急看護学会

教育講演 | 教育講演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第2会場(1階 大ホールC)

[EL3] 教育講演3
ドクターヘリ運航10年の軌跡と未来：地域医療への貢献と課題

座長:佐藤 憲明(日本医科大学付属病院 看護部教育支援室)

16:40 ~ 17:40

[EL3-01]

ドクターヘリ運航10年の軌跡と未来：地域医療への貢献と課題

○武山 佳洋[1] (1. 市立函館病院救命救急センター)

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 12:00 第3会場(1階 中ホール)

[SY2] シンポジウム2
RRSにおける救急看護師の振る舞い～RRSに救急看護師が参画する意義について考える～

座長:増山 純二(令和健康科学大学 看護学部看護学科)、門馬 治(日本医科大学武蔵小杉病院 看護部)

10:33 ~ 10:48

[SY2-01]

救急看護師の役割拡大とRapid Response System（RRS）における貢献：患者アウトカム改善に向けて

○小原 秀樹[1] (1. 聖マリアンナ医科大学　川崎市立多摩病院　ICU)

10:48 ~ 11:03

[SY2-02]

当院において救急看護師がMETに参画することの意義

○藤川 真人[1] (1. 社会医療法人誠光会淡海医療センター)

11:03 ~ 11:18

[SY2-03]

救急看護師はRRSの要となる存在～大切なのは多角的視点と度胸である～

○宇野 翔吾[1] (1. 東海大学医学部付属八王子病院)

11:18 ~ 11:33

[SY2-04]

DX時代のRRSにおける救急看護師の役割 ～NEWSスコアを活用したリアルタイム介入の可能性～

○山田 亨[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　看護管理室)

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 10:40 ~ 12:10 第1会場(1階 特別会議場)

[SY1] シンポジウム1
救急医療システムにおける振る舞い（初期～三次）

座長:山勢 善江(湘南医療大学 保健医療学部看護学科)、神田 直樹(北海道医療大学 看護福祉学部)

10:43 ~ 10:55
[SY1-01]
時代の変化をふまえた救急看護師の振る舞い～初期救急の立場から～
○片岡 美香[1] (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院)

10:55 ~ 11:07
[SY1-02]
二次救急医療機関としての振る舞いと在り方
○床尾 羊翼[1] (1. 社会医療法人仙養会北摂総合病院)

11:07 ~ 11:19
[SY1-03]
三次救急における看護師の振る舞い～理想と現状、今後の展望を考える～
○小野澤 圭子[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　救命救急センター)

11:19 ~ 11:31
[SY1-04]
三次救急医療における重篤患者・家族への医療者の振る舞い～地域の特性を踏まえて～
○小笠原 美奈[1] (1. 秋田赤十字病院　ICU)

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 14:50 ~ 16:20 第2会場(1階 大ホールC)

[SY3] シンポジウム3
救急医療のコンフリクトを力に変える～看護師がつなぐチームの協働～

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)、久間 朝子(福岡大学病院)

14:55 ~ 15:10

[SY3-01]

看護師の視点で考える救急現場のコンフリクト　～対立の理解と対応～

○三上 育子[1] (1. 市立釧路総合病院　救急外来)

15:10 ~ 15:25

[SY3-02]

衝突を協働へ変える看護の力：救急現場のコンフリクト・ターニング

○津田 泰伸[1] (1. 聖マリアンナ医科大学病院　看護部/TQM室)

15:25 ~ 15:40

[SY3-03]

現場と組織、院内と地域をつなぐ看護師長の実践
―“受けたい現場”と“受けられない現実”をつなぐ調整力とは―

○大村 正行[1] (1. 薬師寺慈恵病院)

15:40 ~ 15:55

[SY3-04]

救急医療の現場に求められるコンフリクト・マネジメント

○葛西 陽子[1] (1. 手稲渓仁会病院　看護管理室)

Pros & Cons | Pros & Cons

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第3会場(1階 中ホール)

[PC] Pros & Cons
新卒看護師は救命部門に配置すべきか？

座長:中田 哲也(獨協医科大学病院 看護部 救命救急センター)、山中 雄一(京都大学医学部附属病院 救命救急センター)

12:12 ~ 12:24

[PC-01]

新卒看護師は救急部門に配置すべき
救急外来における新人看護師育成の取り組み －3年間の実践とその成果－

○角 由美子[1] (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院)

12:24 ~ 12:36

[PC-02]

新人を配置する前に問うべきこと～救命部門への新卒看護師配置をめぐる再考～

○藤崎 隆志[1] (1. 小倉記念病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

若手企画 | 若手企画

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:50 第7会場(2階 206会議室)

[YP] 若手企画
あなたにとっての働きやすい救急とは？！リアルな声を共有しませんか？

座長:小玉 晴菜(東北大学病院 高度救命救急センター)、大和 美幸(札幌医科大学附属病院)

14:22 ~ 14:32

[YP-01]

救急医療現場における三方よし

○杉江 亜希子[1]、武村 佳奈子[1] (1. 滋賀医科大学医学部附属病院)

14:32 ~ 14:42

[YP-02]

働きやすい救急 × 初療教育

○反田 未希[1] (1. 東京女子医科大学附属足立医療センター　救命ICU)

14:42 ~ 14:52

[YP-03]

「私にもできる、続けられる」−救急の魅力と働きやすさ

○小坂 耕平[1] (1. 和泉市立総合医療センター)

14:52 ~ 15:02

[YP-04]

救急看護におけるICTの実践的活用
〜業務効率化・情報共有・教育の観点から〜

○入澤 愛[1] (1. 前橋赤十字病院　高度救命救急センター　救急外来)

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 12:00 第8会場(2階 207会議室)

[M1] 交流集会1
外傷看護における判断・実践・教育力の変容—臨床現場におけるJNTECの効果を考える—

座長:山中 雄一(京都大学医学部附属病院 救命救急センター)、佐伯 悦彦(東京医科大学病院 看護部)
企画:外傷看護委員会

10:35 ~ 10:48
[M1-01]
JNTECは現場で活かされているか？—修了者の外傷初期看護実践にみる効果と今後の課題—
○井上 千穂[1] (1. 川崎医科大学附属病院 看護部)

10:48 ~ 11:01
[M1-02]
救急現場の“最初の看護”とは—プレホスピタル領域における外傷看護の実践と特有の困難性
○峯田 雅寛[1] (1. 山形県立中央病院 救急室)

11:01 ~ 11:14
[M1-03]
救急初療室で求められる看護師の判断力～多職種連携の中で果たす看護師の実践的役割～
○立澤 宏真[1] (1. 春日井市民病院 救急部)

11:14 ~ 11:27
[M1-04]
その瞬間、家族をどう支えるか
～初療における患者・家族への寄り添いとケア～
○妻谷 美奈子[1] (1. 地方独立行政法人堺市立病院機構 堺市立総合医療センター)

11:27 ~ 11:40
[M1-05]
現場で“育つ・育てる”外傷看護—OFF-JT,OJTを通じた教育的支援の実践
○真子 敬史[1] (1. 久留米大学病院 高度救命救急センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月7日(金) 14:50 ~ 16:20 第3会場(1階 中ホール)

[M2] 交流集会2
グローバル時代の救急看護 ― 国際交流から学ぶ実践と課題

座長:中村 美鈴(名古屋市立大学大学院看護学研究科 クリティカルケア看護学分野)
企画:国際交流委員会（中村 美鈴・榊 由里・小島 善和・藤村 朗子・中田 哲也・上澤 弘美・淵本 雅昭・渡邊 好江）

14:55 ~ 15:15

[M2-01]

海外の看護から学ぶ
-INC&EAFONS2025・WADEM2025参加報告-

○小島 善和[1]、○藤村 朗子[2] (1. 東京情報大学 看護学部 看護学科、2. 東京医療保健大学 立川看護学部 看護学科)

15:15 ~ 15:35

[M2-02]

救急外来や救命救急センターに従事する看護師の外国人患者に対する救急看護の現状と課題
ー調査研究よりー

○渕本 雅昭[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)

15:45 ~ 15:55

[M2-03]

外国人患者受け入れ経験の少ない救命救急センターにおける看護の現状と課題

○横塚 美紀[1] (1. 獨協医科大学病院 救命救急センター)

15:55 ~ 16:05

[M2-04]

周産期ドクターカーにおける外国人妊婦の対応における課題

○米嶋 美晴[1] (1. 総合病院 土浦協同病院・ER)

ワークショップ | ワークショップ

2025年11月7日(金) 14:30 ~ 16:00 第8会場(2階 207会議室)

[WS1] ワークショップ1
“できる”が見える！救急看護3コース体験①～学会認証制度が求めるラダーIIIレベルを確かめる～

座長:増山 純二(令和健康科学大学、学会認証救急看護師制度委員会)、石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター、学会認証救急看護師制度委員会)
企画:外傷看護委員会、学会認証救急看護師制度委員会、セミナー委員会、トリアージ委員会

14:30 ~ 16:00

[WS1-01]

“できる”が見える！救急看護3コース体験①～学会認証制度が求めるラダーIIIレベルを確かめる～

○増山 純二[1]、○苑田 裕樹[2]、○吉田 栄里[3]、○西尾 宗高[4] (1. 令和健康科学大学、学会認証救急看護師制度委員会、2. 令和健康科学大学、外傷看護委員会、3. 豊田厚生病院、トリアージ委員会 4.杏林大学医学部附属病院、セミナー委員会)

©一般社団法人日本救急看護学会

ワークショップ | ワークショップ

2025年11月7日(金) 16:10 ~ 17:40 第8会場(2階 207会議室)

[WS2] ワークショップ2
“できる”が見える！救急看護3コース体験②～学会認証制度が求めるラダーIIIレベルを確かめる～

座長:増山 純二(令和健康科学大学、学会認証救急看護師制度委員会)、石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター、学会認証救急看護師制度委員会)
企画:エンド・オブ・ライフケア委員会、学会認証救急看護師制度委員会、在宅救急看護委員会、倫理委員会

16:10 ~ 17:40
[WS2-01]
“できる”が見える！救急看護3コース体験②～学会認証制度が求めるラダーIIIレベルを確かめる～

○福島 綾子[1]、○谷島 雅子[2]、○山本 恵子[3] (1. 北海道科学大学、エンド・オブ・ライフケア委員会、2. 自治医科大学附属病院、倫理委員会、3. 合同会社Connect Station、在宅救急看護委員会)

一般演題（口演） | 口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O1] 口演1
救急外来看護①

座長:平尾 明美(千里金蘭大学)、津川 久仁江(名寄市立総合病院 救命救急センター)

10:30 ~ 10:40
[O1-01]
看護師判断による救急車の応需実績と評価

○山本 克英[1] (1. 神戸百年記念病院)

10:40 ~ 10:50
[O1-02]
A病院の救急外来患者の滞在時間に影響を与える要因の分析

○茂住 江美[1] (1. 千葉中央メディカルセンター)

10:50 ~ 11:00
[O1-03]
A病院のERにおける病院移転前後の医療提供体制について
～脳卒中疑い症例をもとに考察する～

○加藤 未来[1] (1. トヨタ記念病院　ERトヨタ)

11:00 ~ 11:10
[O1-04]
北米型救急の医療システムを採用する
A病院救命救急センター看護師の意識している看護実践

○川村 和司[1]、井野 朋美[1]、河津 夢乃[1]、土田 佳奈[1]、林 厚佐[1] (1. 熊本赤十字病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第5会場(2階 小ホール)

[O2] 口演2
トリアージ①

座長:瀧澤 紘輝(神戸市立西神戸医療センター)、小原 環(国家公務員共済組合連合会 斗南病院)

10:30 ~ 10:40

[O2-01]

夜間二次救急外来電話トリアージ未経験看護師の不安軽減とマニュアル作成の取り組み

○鵜澤 利恵[1]、西本 朋美[1] (1. 公立長生病院)

10:40 ~ 10:50

[O2-02]

救急看護師のトリアージ判断を支援するAI技術の世界的動向と今後の課題

○石貫 智裕[1] (1. 札幌医科大学　保健医療学部　看護学科)

10:50 ~ 11:00

[O2-03]

救急センターにおける院内トリアージ実践と教育の効果：現状評価と今後の展望

○吉川 静[1]、永野 久弥子[1]、新地 博晃[1]、岡野 佐都美[1] (1. 一般財団法人 住友病院)

11:00 ~ 11:10

[O2-04]

電話トリアージの評価に関する後方視的研究
～外来看護師による「折り返し電話」を実施して～

○冨田 千怜[1]、國原 宏文[1] (1. 松下記念病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第6会場(2階 204会議室)

[O3] 口演3
チーム医療①

座長:宮田 佳之(長崎大学病院 高度救命救急センター)、川端 和美(北海道大学病院中央診療検査Ⅰナースセンター)

10:30 ~ 10:40

[O3-01]

三次救急医療施設における初療室で医師が期待する看護師の役割

○石野田 かおり[1]、村木　萌夏[1]、黒川　理華子[1] (1. 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立多摩総合医療センター)

10:40 ~ 10:50

[O3-02]

急性期病院で夜間に看護師から電話報告を受ける医師の思い

○水野 伸也[1]、三浦 大歩[1]、大川 友鶴[1]、中 未杏[1] (1. 富山赤十字病院)

10:50 ~ 11:00

[O3-03]

高度救命救急センターにおける女性看護師が男性看護師に期待する職務・役割に関する調査

○岡本 昌憲[1]、中垣 育実[1]、豊島 智美[1]、上野 瑞子[2] (1. 川崎医科大学附属病院　高度救命救急センター、2. 川崎医療福祉大学　保健看護学部　保健看護学科)

11:00 ~ 11:10

[O3-04]

集中治療室における看護師による調整の阻害要因の実態

○橋本 直弥[1]、石川 幸司[1]、小川 謙[2]、牧野 夏子[3] (1. 北海道科学大学保健医療学部看護学科、2. JCHO北海道病院看護部、3. 札幌市立大学看護学部)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第7会場(2階 206会議室)

[O4] 口演4
プレホスピタルケア①

座長:西尾 友子(旭川赤十字病院 救命救急センター HCU・救急外来)、上川 智彦(株式会社メディホス)

10:30 ~ 10:40

[O4-01]

グラウンドナースによる家族看護の実践

○白上 哲平[1]、宇都宮 明美[2] (1. 大阪府済生会千里病院、2. 関西医科大学看護学部看護学科)

10:40 ~ 10:50

[O4-02]

プレホスピタルケアにおける若年者自死症例の看護師の関わり―未成年の第一発見者への家族支援を通して―

○山口 愛鈴[1]、新行内 賢[1]、山本 裕之[1] (1. 日本医科大学多摩永山病院)

10:50 ~ 11:00

[O4-03]

ドクターヘリ搬送患者へのフライトナースの看護実践と専門性

○緒方 暁子[1]、原田 千鶴[2] (1. 大分大学医学部附属病院、2. 大分大学医学部看護学科　基盤看護学講座)

11:00 ~ 11:10

[O4-04]

フライトナースの多職種協働に向けた調整力の構造とその発揮のプロセス

○野澤 陽子[1]、佐藤 まゆみ[2] (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院、2. 順天堂大学大学院医療看護学研究科)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O5] 口演5
トリアージ②

座長:新田 直巳(市立札幌病院 救急外来・内視鏡画像センター)、前田 智香(横浜南共済病院 ICUCCU)

11:20 ~ 11:30

[O5-01]

救急来院患者への看護師が行う緊急度･重症度判定に関する現状調査

○城山 凌[1]、蒲地 俊介[1]、家永 誠也[1]、藤松 里恵[1]、草場 裕[1] (1. 国立大学法人佐賀大学医学部附属病院　高度救命救急センター)

11:30 ~ 11:40

[O5-02]

A病院におけるアンダートリアージの傾向と要因についての検討

○荻野 充[1] (1. 平塚共済病院)

11:40 ~ 11:50

[O5-03]

A病院におけるトリアージカンファレンスからみえたトリアージナースの思考と今後の課題

○鷲尾 和[1] (1. トヨタ記念病院)

11:50 ~ 12:00

[O5-04]

トリアージ教育におけるワークショップの導入とその効果

○柳原 恵美[1]、岡宮 法子[1]、村上 友紀[1]、伊藤 友理枝[1]、池山 由紀[1]、伊藤 友弥[1]、杉原 功恵[1] (1. あいち小児保健医療総合センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第5会場(2階 小ホール)

[O6] 口演6
プレホスピタルケア②

座長:寺村 文恵(三重大学医学部附属病院)、城田 麻記(群馬大学医学部附属病院 救命救急センター)

11:20 ~ 11:30

[O6-01]

グラウンドナースの育成に関する教育プログラムの検討～『不安』や『困難な局面』に焦点を当てて～

○名和 毅[1]、岩﨑 喜代子[1] (1. 茨城西南医療センター病院)

11:30 ~ 11:40

[O6-02]

ドクターカー同乗看護師がプレホスピタルケア実践時に直面する困難

○佐野 真由美[1]、谷島 雅子[1] (1. 自治医科大学附属病院)

11:40 ~ 11:50

[O6-03]

ドクターカー合同検証会に基づくシミュレーションの実践～その効果と課題～

○髙井 純太[1] (1. 中東遠総合医療センター)

11:50 ~ 12:00

[O6-04]

Dr.carナース育成の課題

○廣瀬 裕加[1] (1. 宝塚市立病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第6会場(2階 204会議室)

[O7] 口演7
災害看護①

座長:須田 貴之(大阪赤十字病院 救命救急センター)、大河 和美(公立能登総合病院)

11:20 ~ 11:30

[O7-01]

ICUにおける災害対応力を高める職場づくりに向けた訓練の取り組み

○山路 佳代子[1]、山口 優[1] (1. 九州大学病院　集中治療部)

11:30 ~ 11:40

[O7-02]

急性期病棟における災害シミュレーション訓練の実施と課題

○飯野 亜希[1]、中山 美栄[1]、内田 里美[1]、大塚 文昭[1]、矢吹 雅美[1] (1. 公益財団法人筑波メディカルセンター　筑波メディカルセンター病院)

11:40 ~ 11:50

[O7-03]

大規模災害における効果的な災害医療への取り組みに対する課題の検討～ビデオモニタリング分析をもとに～

○内野 碧[1]、弓削 桃香[1]、中島 佑里亜[1]、吉永 健嗣[1]、小薄 美奈[1]、東園 奈々[1]、古島 大資[2] (1. 鹿児島大学病院救急部、2. 鹿児島大学医学部保健学科地域包括看護学講座)

11:50 ~ 12:00

[O7-04]

電子カルテ停止へ備えた取り組み
～システムダウン訓練の重要性について～

○桶屋 朋恵[1] (1. 湘南藤沢徳洲会病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第7会場(2階 206会議室)

[O8] 口演8
救急救命士①

座長:降矢 路子(川口市立医療センター)、河瀬 亨哉(市立函館病院 救命救急センター管理係)

11:20 ~ 11:30

[O8-01]

DNARに対する院内救命士と救急看護師の心情と行動 ～グループインタビューを通して見えた職種間の違い～

○高橋 大介[1]、川村 洋史[1] (1. 勤医協中央病院救急センター)

11:30 ~ 11:40

[O8-02]

院内救命士と看護師の協働 ―A病院における実践と教育を通じた協働の実際―

○山口 愛鈴[1]、新行内 賢[1]、山本 裕之[1] (1. 日本医科大学多摩永山病院)

11:40 ~ 11:50

[O8-03]

改正救急救命士法の現状と課題を看護師視点より抽出し未来につなぐ

○能登路 賀一[1] (1. 医療法人徳洲会　宇治徳洲会病院)

11:50 ~ 12:00

[O8-04]

A病院に勤務する救急救命士が希望する教育に関するニーズ

○鈴木 幹子[1] (1. 医療法人札幌ハートセンター　札幌心臓血管クリニック)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O9] 口演9
救急外来看護②

座長:笠谷 亜沙子(社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院 集中治療センター)、齋藤 桂輔(日本医科大学武蔵小杉病院)

12:10 ~ 12:20

[O9-01]

救急センター・PICUの熟練看護師の捉えた小児CPA対応時の思考と実践

○奥村 玲奈[1]、田中 優香[1]、藤永 純一[1] (1. 社会医療法人愛仁会　高槻病院　救急センター)

12:20 ~ 12:30

[O9-02]

小児心肺停止患者受け入れ準備のためのアクションカードを用いたシミュレーション学習が看護師に与える効果

○長村 美優[1]、青木 悠[1]、加藤 佐知子[1] (1. 聖路加国際病院)

12:30 ~ 12:40

[O9-03]

救急外来における小児のモニタリング基準

○知屋城 優輝[1] (1. 湘南鎌倉総合病院)

12:40 ~ 12:50

[O9-04]

成人対応の救命救急センターにおける重症小児救急専用の蘇生バックの運用とその効果

○清水 淳代[1] (1. 大阪けいさつ病院)

12:50 ~ 13:00

[O9-05]

小児の初療対応時の、物品の再整備とチームダイナミクスの強化にむけた取り組み

○小石 千陽[1]、早瀬 彩乃[1]、米山 正志[1]、宮里 優子[1]、舎利倉 幸香[1] (1. 昭和医科大学病院　救命救急センター)

13:00 ~ 13:10

[O9-06]

高度救命救急センターにおける小児救急患者に対するトリアージ票導入後の実態調査

○永野 一碧[1]、今泉 香織[1]、内藤 杏奈[2]、藤﨑 みく[1]、草場 裕[1] (1. 佐賀大学医学部附属病院　救命救急センター、2. 佐賀大学医学部附属病院　こどもセンター)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第5会場(2階 小ホール)

[O10] 口演10
看護教育①

座長:源本 尚美(市立札幌病院 救命救急センター)、岡崎 泉(川崎医科大学附属病院)

12:10 ~ 12:20

[O10-01]

急変対応・技術研修時に行ったシミュレーションセンター専従看護師との連携と研修効果の報告

○山田 勇斗[1]、中山 龍彦[2] (1. 長崎大学病院　高度救命救急センター、2. 長崎大学病院　シミュレーションセンター)

12:20 ~ 12:30

[O10-02]

A病院における予期せぬ院内心肺停止減少のための急変シミュレーションの効果～第2報～

○川中 直美[1]、研井 礼子[1]、中里 さかえ[1] (1. 福岡赤十字病院)

12:30 ~ 12:40

[O10-03]

急変時対応能力向上への取り組みと今後の展望～チームで競う院内メディカルラリー開催の効果～

○古堅 健[1] (1. 社会医療法人敬愛会中頭病院救急診療部)

12:40 ~ 12:50

[O10-04]

急変時対応のリフレクションに対し使用したテンプレートシートの評価

○永島 佳子[1] (1. 島根大学医学部付属病院)

12:50 ~ 13:00

[O10-05]

A病院の院内蘇生教育の向上を目指した取り組み
～BLS・ALSコースの参加状況から明らかになったこと～

○津川 永遠美[1] (1. 武蔵ヶ丘病院)

13:00 ~ 13:10

[O10-06]

院内急変時の看護ー中堅看護師の教育とID理論ー

○桝田 成美[1] (1. 宗教法人　在日本南プレス日テリアンミッション　淀川キリスト教病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第6会場(2階 204会議室)

[O11] 口演11
チーム医療②

座長:横田 由佳(杏林大学医学部付属病院 看護部)、金濵 英介(手稲渓仁会病院 看護部)

12:10 ~ 12:20

[O11-01]

救急救命士養成課程病院実習における看護師による指導の現状

○大塚 翔太[1]、花井 陽子[1]、吉野 暁子[1]、大谷 義孝[2] (1. 埼玉医科大学国際医療センター 救命救急センター外来、2. 埼玉医科大学国際医療センター 救命救急科)

12:20 ~ 12:30

[O11-02]

ERとオーバーナイト病床を運営する病棟との連携によるチーム医療の発揮について

○吉野 直也[1] (1. ベルランド総合病院)

12:30 ~ 12:40

[O11-03]

看護師による急性期脳卒中患者の嚥下機能評価におけるASAPの活用

○加藤 雅[1]、横井 博子、吉永 浩美、新屋 亜実、髙橋 胡桃、山口 弘子 (1. 名古屋掖済会病院)

12:40 ~ 12:50

[O11-04]

離床に消極的な患者に対し早期離床を行うために看護師の役割について

○左京 ゆみ[1]、岡林 志穂[1] (1. 高知医療センター)

12:50 ~ 13:00

[O11-05]

ER滞在時間に影響する因子について
～ERタイムアウト導入後の後方視的多変量解析から～

○日高 利章[1]、牛田 多美[2] (1. 藤沢市民病院救命救急センター救急外来、2. 藤沢市民病院救命救急センター救急ICU)

13:00 ~ 13:10

[O11-06]

Code ELVOにおける初療看護師教育の実践と評価
～シミュレーションによる効果的アプローチ～

○中田 誓菜[1] (1. 湘南鎌倉総合病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第7会場(2階 206会議室)

[O12] 口演12
重症患者看護①

座長:三浦 まき(昭和医科大学江東豊洲病院 看護部)、石井 優子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU病棟)

12:10 ~ 12:20

[O12-01]

入院前の生活を取り入れた脳出血術後高齢者のせん妄予防看護

○三浦 夢歩[1]、松浦　誠史[1]、齋藤 美香子[1] (1. 仙台医療センター)

12:20 ~ 12:30

[O12-02]

当院における術後せん妄減少に向けた術前訪問の取り組み

○花澤 かおり[1] (1. 誠高会おおたかの森病院ICU)

12:30 ~ 12:40

[O12-03]

救急集中治療室（EICU）における看護師のせん妄予防、せん妄対応に対する現状と意識調査

○田端 里之[1]、中野 英代[1] (1. 佐賀大学医学部附属病院)

12:40 ~ 12:50

[O12-04]

夜間救急病床におけるせん妄発症リスクと看護的示唆

○宮脇 礼[1]、山口 優子[1]、世羅 優花[1] (1. 広島市民病院)

12:50 ~ 13:00

[O12-05]

当院外科系集中治療室における質問票を用いた睡眠満足度調査

高橋 美妃[1]、高杉 苗[1]、○齋藤 末希[1]、夛田 覚[1]、木野 毅彦[1] (1. 日本医科大学付属病院外科系集中治療室)

13:00 ~ 13:10

[O12-06]

リハビリ意欲が低下したICU患者へ愛犬との非接触型面会を導入した一事例

○齊藤 麻衣[1]、沼澤 太郎[1]、辻 守栄[1]、三枝 香代子[2] (1. 千葉県総合救急災害医療センター、2. 千葉県立保健医療大学)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O13] 口演13
看護教育②

座長:小池 千佳子(市立札幌病院)、丸林 美代子(国家公務員共済組合連合会　浜の町病院)

14:20 ~ 14:30
[O13-01]
救命センターにおけるブレンド型学習を用いた学習支援
―OJTに向けたマイクロラーニング型教材の開発―
○西野 明子[1] (1. 東京都立墨東病院救命救急センター)

14:30 ~ 14:40
[O13-02]
救急外来における教育システム構築と今後の課題
○橋本 翼[1] (1. 公立置賜総合病院　救命救急センター救急外来)

14:40 ~ 14:50
[O13-03]
ERにおける生涯学習支援体制の改革による課題解決への取り組み
○佛性 千賀子[1] (1. 大津赤十字病院)

14:50 ~ 15:00
[O13-04]
挿管チューブに起因する褥瘡予防の教育が患者の褥瘡発生率にどのような影響を与えるか
○清川 ひかり[1]、渡海 菜央[1] (1. 日本大学医学部附属板橋病院)

15:00 ~ 15:10
[O13-05]
カンファレンスが救急看護ヒューマンケアリング実践能力の醸成に及ぼす影響
○坪井 日菜乃[1]、金谷 史哉[1] (1. 社会医療法人財団　池友会　新行橋病院　外来)

15:10 ~ 15:20
[O13-06]
救急領域における看護師の倫理的行動に影響する倫理カンファレンスの要因
○阿部 哲郎[1,2]、鈴木 みゆき[3]、井桁 正尭[4] (1. 地方独立行政法人　明石市立市民病院、2. 兵庫医科大学大学院　看護学研究科　博士前期課程、3. 兵庫医科大学　看護学部、4. 兵庫医科大学　生物統計学)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第5会場(2階 小ホール)

[O14] 口演14
チーム医療③

座長:井川 洋子(総合病院 土浦協同病院)、稲村 あづさ(奈良県総合医療センター)

14:20 ~ 14:30

[O14-01]

A病院救命救急センターにおける特定看護師による特定行為についての調査

○成田 裕介[1] (1. 地方独立行政法人　東京都立病院機構　東京都立多摩総合医療センター)

14:30 ~ 14:40

[O14-02]

特定行為研修修了者が進めるA病院におけるタスクシフト

○松山 奈津美[1]、永吉 善勝[1] (1. 社会医療法人 陽明会 小波瀬病院)

14:40 ~ 14:50

[O14-03]

特定行為研修修了者がもたらす実践的効果
～看護業務の効率化と質の向上を目指して～

○永吉 善勝[1]、松山 奈津美[1] (1. 社会医療法人陽明会　小波瀬病院)

14:50 ~ 15:00

[O14-04]

くも膜下出血患者への特定行為の早期実践介入によるチーム医療連携
―プロトコールの策定を考慮してー

○松尾 直樹[1] (1. 独立行政法人国立病院機構東広島医療センター)

15:00 ~ 15:10

[O14-05]

特定行為実践看護師による組織横断的活動～医師のタスクシフト・タスクシェアの推進と看護実践力の向上～

○小幡 衣子[1] (1. 地方独立行政法人　奈良県立病院機構　奈良県西和医療センター)

15:10 ~ 15:20

[O14-06]

高度救命救急センターにおける特定行為実践の普及と増加に向けた取り組み
～取り組みから得た成果と課題～

○多田 雄貴[1]、出口 大樹[1]、森脇 勝頼[1]、中根 啓貴[1]、伊藤 憲子[1]、小川 哲平[1] (1. 奈良県立医科大学附属病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第6会場(2階 204会議室)

[O15] 口演15
医療安全①

座長:木村 千穂(大阪市立総合医療センター)、高野 裕子(和歌山県立医科大学附属病院)

14:20 ~ 14:30
[O15-01]
A病院Rapid Response Team活動の実態把握と傾向分析
○園田 拓也[1]、藤崎 隆志[1]、立野 淳子[2] (1. 小倉記念病院、2. 日本赤十字九州国際看護大学)

14:30 ~ 14:40
[O15-02]
RRS活用の鍵は“経験年数”？-教育と現場のズレが引き起こす“ためらい”の正体-
○森 玲奈[1]、吉田 優作[2] (1. 川崎市立川崎病院　救命救急センター、2. 川崎市立川崎病院　ICU)

14:40 ~ 14:50
[O15-03]
Rapid Response Teamの人材育成のための症例検討会実施について
○池澤 友朗[1] (1. 社会医療法人近森会　近森病院)

14:50 ~ 15:00
[O15-04]
RRS（院内迅速対応システム）24時間体制導入から3年間でみえた課題　～院内心停止の割合の変化～
○柚木 さよ[1]、安藤 俊子[1]、髙田 恵理[1] (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院)

15:00 ~ 15:10
[O15-05]
A病院のコードブルーの課題～RRS導入を目指して～
○和田 賢二[1] (1. 大野記念病院)

15:10 ~ 15:20
[O15-06]
CCOT活動の分析からの課題
○糀谷 枝美[1]、五十嵐 佳奈[1]、正垣 淳伍[1]、金光 史恵[1]、稲波 享子[1] (1. 京都第一赤十字病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O16] 口演16
業務改善

座長:吉野 暁子(埼玉医科大学国際医療センター)、高橋 安里(大阪府済生会吹田病院 看護部)

15:30 ~ 15:40
[O16-01]
救急患者応需率向上に向けたA病院の現状と課題
○石田 恵充佳[1]、中川 成昭[1]、酒井 達也[1]、山田 知世[1]、木下 舞[1] (1. 東京科学大学病院救命救急センター)

15:40 ~ 15:50
[O16-02]
超急性期看護における看護記録テンプレート導入の試み
○池田 景子[1]、森 重憲[1] (1. 橋本市民病院)

15:50 ~ 16:00
[O16-03]
認定看護師による地域病院の業務改善への支援の取り組み
○武藤 博子[1]、宮崎 博之[1]、五十嵐 佑也[1] (1. 公立大学法人福島県立医科大学附属病院)

16:00 ~ 16:10
[O16-04]
外傷患者を対象とした入院処置の見える化とコスト意識向上の取り組み
○高橋 みなみ[1]、関谷 裕美[1] (1. 日本大学医学部附属板橋病院)

16:10 ~ 16:20
[O16-05]
公的医療保険をもたない外国人患者の入院受け入れに関する対応の現状と課題
○山田 知世[1]、石田 恵充佳[1]、木下 舞[1] (1. 東京科学大学病院救命救急センター)

16:20 ~ 16:30
[O16-06]
培養採取手技に関する現状調査と教育～発熱プロトコールの導入にむけて～
○大道 陽子[1]、林田 明美[1] (1. 社会福祉法人　恩賜財団　済生会熊本病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O17] 口演17
家族看護①

座長:奥田 晃子(総合上飯田第一病院 救急外来)、船水 良太(札幌医科大学附属病院 HCU病棟)

15:30 ~ 15:40

[O17-01]

自殺企図により蘇生後脳症となった患者家族への看護
～多職種と連携した介入により看取ることができた一例～

○杉浦 夏樹[1]、内田 里実[1] (1. 公益財団法人　筑波メディカルセンター　筑波メディカルセンター病院)

15:40 ~ 15:50

[O17-02]

救急外来に心肺停止で搬送された患者家族への看護

○中島 弓里帆[1]、城尾 恵子[2] (1. 社会医療法人 三栄会 ツカザキ病院、2. 法人本部)

15:50 ~ 16:00

[O17-03]

薬物過剰摂取による心肺停止蘇生後の未成年患者の家族支援

○博多 千晴[1]、田邉 三千代[1] (1. 社会福祉法人　京都社会事業財団　京都桂病院)

16:00 ~ 16:10

[O17-04]

救急初療室で実施する終末期患者家族への手形を用いた看護実践の意味づけ

○佐藤 奈津[1]、坂田 洋子[1]、松田 かのん[1]、大久保 昂大[1]、富士田 恭子[2]、土井 佑夏 (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院、2. 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター)

16:10 ~ 16:20

[O17-05]

救急・集中治療領域での遺族ケアにおける看護師の役割に関する検討

○佐藤 遥[1]、石ヶ森 重之[2] (1. 日本医科大学多摩永山病院　救命救急センター、2. 日本医科大学多摩永山病院　救急外来)

16:20 ~ 16:30

[O17-06]

突然の心肺停止で入院となった小児の看取りまでの家族看護の振り返り

○宮本 由美子[1]、上田 美奈子[1]、永野 やよい[1]、古庄 のぞみ、川邉 佳子[1]、梅木 道[1] (1. 久留米大学病院高度救命救急センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第6会場(2階 204会議室)

[O18] 口演18
看護管理

座長:西谷内 由美(西日本旅客鉄道株式会社 大阪鉄道病院)、雀地 洋平(KKR札幌医療センター 集中治療センター・救急外来)

15:30 ~ 15:40

[O18-01]

救命救急センター外来に従事する新人看護師のストレスとその要因

○小室 勇人[1]、大塚 翔太[1]、吉野 暁子[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

15:40 ~ 15:50

[O18-02]

救命救急センター看護師における心理的安全性の実態調査

○北村 舞[1]、村山 万由[1]、渕本 雅昭[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　救命救急センター)

15:50 ~ 16:00

[O18-03]

クリティカルケア領域における認定看護師の活動を推進する体制整備と実践的効果に関する検討

○松岡 遼平[1]、星 英輝[1]、橋本 雄大[1] (1. 地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター)

16:00 ~ 16:10

[O18-04]

救急看護師長1年目の軌跡と認定看護師としての挑戦

○野村 典子[1] (1. 京都中部総合医療センター)

16:10 ~ 16:20

[O18-05]

臓器提供における地域施設支援体制構築の一考察
-院内体制強化と継続的なシミュレーション効果の有用性-

○仲本 雪美[1] (1. 地方独立行政法人　那覇市立病院)

16:20 ~ 16:30

[O18-06]

勘と経験からの脱却～時間別患者データに基づく救急外来の勤務配置見直しと効果検証～

○藤崎 隆志[1] (1. 小倉記念病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O19] 口演19
救急外来看護③

座長:佐藤 亜紀江(寝屋川生野病院 集中治療室)、木村 禎(学校法人藤天使学園 天使大学 看護栄養学部看護学科)

16:40 ~ 16:50

[O19-01]

ハイブリッドERシステム（HERS）における看護師の役割

○築地 早希[1]、竹内 朋子[2] (1. 福岡東医療センター、2. 東京医療保健大学)

16:50 ~ 17:00

[O19-02]

救急外来での電話相談が招く看護師のストレスの現状

○齋藤 さゆり[1]、酒井 ひとみ[2] (1. 公立置賜総合病院　救命救急センター救急外来、2. 公立置賜総合病院　救命救急センターHCU病棟)

17:00 ~ 17:10

[O19-03]

ICHバンドルの現場定着と教育的課題の分析―多職種アンケートによる脳卒中スクランブル対応との比較検討

○早川 歩乃佳[1]、藤崎 隆志[1] (1. 一般財団法人平成紫川会小倉記念病院　救急室)

17:10 ~ 17:20

[O19-04]

救急看護師が関与するICHバンドル項目の遵守率と予後の関連：導入前後の比較分析

○小田 彩乃[1]、藤崎 隆志[1] (1. 小倉記念病院)

17:20 ~ 17:30

[O19-05]

救命救急センターにおける持込み褥瘡患者の現状と今後の課題

○工藤 章能[1]、今 大和[1]、高橋 誠一 (1. 埼玉医科大学総合医療センター救命救急センター)

17:30 ~ 17:40

[O19-06]

重症外傷患者に対するダメージコントロール手術における救急看護師の知識と実践のギャップに関する調査

○細谷 誠史[1] (1. 日本医科大学千葉北総病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第5会場(2階 小ホール)

[O20] 口演20
医療安全②

座長:平山 幸枝(帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)、矢野 明美(市立室蘭総合病院 看護管理室)

16:40 ~ 16:50

[O20-01]

A病院救命救急センターにおける急変事例の分析－早期警戒スコア(NEWS)を使用して―

松浦 可奈[1]、○松田 樹[1]、佐藤 希[1] (1. 旭川医科大学病院救命救急センター)

16:50 ~ 17:00

[O20-02]

救急外来から一般病棟に入院した患者における、救急外来でのNEWSと入院後の状態悪化との関連

○粟野 未菜子[1]、後藤 理文[1]、大石 信乃[1]、峯田 雅寛[1] (1. 山形県立中央病院)

17:00 ~ 17:10

[O20-03]

何らかの懸念を運用しての院内心停止の低減に向けて

宮里 典子[1]、仲村 有沙[1]、○兼久 大輔[1] (1. 医療法人徳洲会　中部徳洲会病院　ＩＣＵ)

17:10 ~ 17:20

[O20-04]

小児心肺停止患者受け入れ準備のためのアクションカードの開発：危機的状況に対処するための認知支援ツール

○青木 悠[1,2]、長村 美優[1]、加藤 佐知子[1] (1. 聖路加国際病院　救命救急センター、2. 聖路加国際病院　小児総合医療センター)

17:20 ~ 17:30

[O20-05]

大量輸血プロトコル導入後に救命できた産科危機的出血の１例

○江島 由紀[1] (1. 福岡和白病院)

17:30 ~ 17:40

[O20-06]

遠隔ICU看護師のモニタリング観察における成長過程の視線解析の検討

○住永 有梨[1]、小松崎 渚[2]、大木 友美[1] (1. 昭和医科大学、2. 昭和医科大学病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第6会場(2階 204会議室)

[O21] 口演21
家族看護②

座長:石川 景子(東京医科大学茨城医療センター)、榊 由里(京都大学/京都大学医学部附属病院)

16:40 ~ 16:50

[O21-01]

A病院救急外来受診患者の家族が病状説明を受けるまでに抱く心情

○石橋 こはる[1]、山口 隆弘[1]、小海 亜美[1]、武田 千鶴[1] (1. 東邦大学医療センター佐倉病院)

16:50 ~ 17:00

[O21-02]

救急搬送された患者の代理意思決定を行った家族の体験に関する研究

○鵜川 真由美[1] (1. 香川大学医学部附属病院)

17:00 ~ 17:10

[O21-03]

Medical Emergency Team における入院時重症患者対応メディエーターの導入と実践報告

○井上 千穂[1]、岡崎 泉[1]、吉峯 由香[1] (1. 川崎医科大学附属病院)

17:10 ~ 17:20

[O21-04]

ICU入院中の成人患者の家族におけるストレスとコーピング：スコーピングレビュー

○下村 祐哉[1]、佐々木 吉子[1]、今津 陽子[1] (1. 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 看護先進科学専攻 災害・クリティカルケア看護学分野)

17:20 ~ 17:30

[O21-05]

患者家族のコーピングに焦点をあてた関わり

○日下 悠子[1]、松浦 誠史[1]、齋藤 美香子[1] (1. 仙台医療センター)

17:30 ~ 17:40

[O21-06]

面会制限下における重症患者家族のニーズの充足度と看護師による家族ニーズへの対応状況

○中川 裕一[1]、田口 裕紀子[2,1]、村中 沙織[3]、石鉢 妙子[1]、岡本 真実[1] (1. 札幌医科大学附属病院高度救命救急センター、2. 札幌医科大学保健医療学部看護学科、3. 天使大学看護栄養学部看護学科)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第7会場(2階 206会議室)

[O22] 口演22
地域連携

座長:泉谷 勇(市立釧路総合病院 看護部 救急外来)、吉峯 由香(川崎医科大学附属病院 循環器呼吸器センター)

16:40 ~ 16:50

[O22-01]

救急患者連携搬送（下り搬送）システムの構築
～地域で高齢者救急を応需するための第１歩～

○松尾 弓[1]、今泉 彰太[2] (1. 福岡徳洲会病院　救急外来　ECU、2. 福岡徳洲会病院　患者サポート室)

16:50 ~ 17:00

[O22-02]

A病院における救急患者連携搬送の現状と今後の課題

○中畔 柚季[1]、表 佳代[1]、根来 幸木子[1]、小川 さおり[1]、阿部 雅美[1] (1. 日本赤十字社和歌山医療センター)

17:00 ~ 17:10

[O22-03]

救急対応強化策によるプレホスピタルとの連携強化

○稗田 貴純[1]、小峯 冨士江[1]、塩見 政枝[1]、橋本 昌幸[1]、市川 誠[1] (1. 赤心堂病院　救急外来)

17:10 ~ 17:20

[O22-04]

救急看護師による養護教諭研修会の実践とその効果～応急対応と事例共有～

○髙井 純太[1] (1. 中東遠総合医療センター)

17:20 ~ 17:30

[O22-05]

救急外来における帰宅時支援導入後1年間の実績と課題

○山口 雅美[1]、北川 誠也[1] (1. 佐賀県医療センター好生館　救命救急センター)

17:30 ~ 17:40

[O22-06]

ICTを活用した心不全患者の在宅支援

○内海 由加里[1] (1. 国家公務員共済組合連合会　高松病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 示説会場(1階 大ホールB)

[P1] 示説1
チーム医療

座長:園田　拓也（小倉記念病院 クオリティマネジメント課）、三浦　友紀（江別市立病院 整形外科小児科混合病棟）

10:30 ~ 11:10

[P1-01]

タスク・シフト/シェアを見据えた救急看護師の役割に関する研究

○南 真吾[1]、石川 麻由[1]、森 まどか (1. 神鋼記念病院)

10:30 ~ 11:10

[P1-02]

院内救命士と看護師のタスクシェアの現状と課題

○山下 由美[1] (1. 社会医療法人共愛会　戸畑共立病院　救急集中治療センター)

10:30 ~ 11:10

[P1-03]

A病院一般病棟における予期せぬ心停止の回避を目指した呼吸評価の定着に向けたタスクの考察

○田中 嘉与[1]、櫻井 瑛大[1]、山田 真紀[1]、高見 祥代[1] (1. 市立福知山市民病院)

10:30 ~ 11:10

[P1-04]

救急外来における多職種協働に関する促進要因と阻害要因の分析

○村山 さやか[1]、河野 竜太[1]、宮内 梨奈子[1] (1. 医療法人　青仁会　池田病院　看護部)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 示説会場(1階 大ホールB)

[P2] 示説2
ACP

座長:尾崎　美聡（独立行政法人国立病院機構北海道医療センター 救命救急センター）、新　カヨ（京都第二赤十字病院 看護部）

[P2-01]

緩和的抜管を検討した終末期症例における看護師のかかわり
～家族支援と倫理的意思決定支援を通して～

○鈴木 彩花[1]、山﨑 久美子[1]、佐藤 菜摘[1]、宮崎 博之[1] (1. 福島県立医科大学附属病院　災害医療・高度救命救急センターHCU/外来)

[P2-02]

ACPが定まる前に自宅で急変し救急外来へ搬送された患者家族への対応

○杉 美紀[1] (1. 京都府立医科大学附属病院)

[P2-03]

電子患者情報アウトカムを使用したAdvanced Care Planningの継続介入に向けた課題

○有坂 美緒[1]、椿 美智博[2]、伊東 由康[3]、羽生田 悠[4] (1. 北里大学病院　看護部、2. 北里大学看護学部　臨床看護学、3. 敦賀市立看護大学看護学部　成人看護学、4. 法政大学経営大学院　イノベーション・マネジメント研究科)

[P2-04]

入院時ACP聞き取り用紙導入後の効果について

○齊藤 由利子[1]、萩原 裕樹[1]、大戸 綾美[1] (1. 山形県立中央病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P3] 示説3
救急外来看護①

座長:高野　千佳（岩手県立中央病院・救命救急センター）、細井　麻美（旭川赤十字病院 ICU・CCU）

[P3-01]
A病院における救急外来受診患者の滞在時間の実態調査～滞在時間の短縮に向けて～
○磯崎 柾瑠[1] (1. 日本医科大学付属病院)

[P3-02]
救急医療センターにおける入院患者滞在時間短縮への取り組み
○森 まどか[1]、中西 紀彦[1]、山西 正巳[1] (1. 清恵会病院)

[P3-03]
Ａ病院救急外来における重症患者受け入れ時の看護師役割分担導入後の現状調査と今後の課題
○廣瀬 由紀[1]、佐野 弘子[1] (1. 船橋市立医療センター)

[P3-04]
救急外来における看護師のペアリング制導入前後の協同作業に着目した意識の変化
○大西 弥生[1]、山根 堂代[1]、藤井 なつき[1]、富永 敦子[1] (1. 公益財団法人　甲南会　甲南医療センター)

[P3-05]
チップ投票型患者アンケートの是非と行動変化を認めた看護師に着目した考察
○川原 夏奈[1]、上杉 如子[1]、西野 博充[2] (1. 国民健康保険 小松市民病院 HCU、2. 国民健康保険 小松市民病院 救急医療センター)

[P3-06]
A病院救急センターにおける職員満足度調査と
看護師離職に関する関連要因探索
○渡邊 一也[1] (1. 公益財団法人　宮城厚生協会　坂総合病院　看護部)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P4] 示説4
重症患者・家族看護

座長:恩部　陽弥（鳥取大学医学部附属病院）、藤川　千穂（札幌医科大学附属病院 EICU病棟）

[P4-01]
人工心肺を使用した心臓血管外科術後患者の早期離床の体験

○玉見 美穂[1]、清村 紀子[2]、末弘 理惠[3] (1. 社会医療法人敬和会大分岡病院、2. （前）大分大学医学部看護学科、3. 大分大学医学部看護学科)

[P4-02]
難治性VFに対して円滑にECPRを行った１症例

○玉城 孝人[1]、上原 均[1] (1. 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　救命救急センター)

[P4-03]
救急搬送された妊産婦に関する看護研究の動向

○寺本 望杏[1]、野島 敬祐[1] (1. 京都橘大学看護学部看護学科)

[P4-04]
救急搬送された患者家族への対応の実態と今後の課題

○山内 ふみ[1]、小野 ありさ[1]、落合 美幸[1]、遠藤 有沙[1] (1. 上尾中央総合病院)

[P4-05]
予期せぬ死別を経験した家族に対する看護実践について
～救命救急センターでの関わりから～

○大野 千花[1]、佐々木　祐輔[1]、福井 絢佳[1] (1. JA北海道厚生連帯広厚生病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P5] 示説5
プレホスピタルケア

座長:表　佳代（日本赤十字社和歌山医療センター）、岩崎　翼（知多半島総合医療センター）

[P5-01]

双方向映像配信システムを活用したドクターカー運用の実践報告
～多種職連携を通じた救急対応力の向上～

稲嶺 盛克[1]、邊土名 朝博[1]、宮城 春彦[1]、諸見里 眞奈[1]、○島袋 美好[1] (1. 友愛医療センター)

[P5-02]

「聞く」から「見える」へ
～NSER　mobile導入による救急隊との情報連携と看護実践の変化～

稲嶺 盛克[1]、邊土名 朝博[1]、○宮城 春彦[1]、諸見里 眞奈[1]、島袋 美好[1] (1. 友愛医療センター)

[P5-03]

Drカー・スマートグラスの導入と効果検証
～現場から院内へリアルタイム映像による迅速な意思決定支援～

○稲嶺 盛克[1]、邊土名 朝博[1]、宮城 春彦[1]、諸見里 眞奈[1]、島袋 美好[1] (1. 友愛医療センター)

[P5-04]

ドクターカー看護師によるプレホスピタル活動におけるテキストマイニングを用いたドクターカー記録の実態

○鈴木 琢真[1]、難波 真紀[1]、寺島 俊太[2] (1. 群馬大学医学部附属病院　救命救急センター、2. 群馬大学医学部附属病院 南４階病棟)

[P5-05]

藤田医科大学病院のドクターカー活動について～診療看護師（NP）の役割～

○加藤 夏美[1]、船曳 知弘[2] (1. 藤田医科大学病院 FNP室/救急総合内科、2. 藤田医科大学病院 救急科)

[P5-06]

医療施設外における看護師が認識するファーストエイド場面と看護活動の特徴　―全体像モデルを用いた分析―

○河合 正成[2,1]、多久和 善子[2,3]、中村 香代[2,9]、上川 智彦[2,6]、清水 克彦[2,8]、高野 千佳[2,5]、藤井 美幸[2,9]、藤崎 隆志[2,4]、山崎 誠[2,10]、三上 剛人[2,7] (1. 岐阜県立看護大学、2. 日本救急看護学会ファーストエイド委員会、3. 昭和医科大学認定看護師教育センター、4. 小倉記念病院、5. 岩手県立中央病院、6. 株式会社Vitaars、7. 吉田学園医療歯科専門学校、8. 京都新町病院、9. 国立国際医療センター、10. 愛媛県立中央病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:00 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP1] デジタルポスター1
医療安全

座長:加藤 桂(吉田学園医療歯科専門学校)

12:10 ~ 12:19
[DP1-01]
コードブルーの初期対応に関する実態調査
○東畑 恵美[1]、向井 伸子[1]、與 由紀乃[1]、乾 由明[1]、藤村 智恵美[1] (1. 社会福祉法人恩賜財団　済生会中和病院)

12:19 ~ 12:28
[DP1-02]
RRS起動アクションカードの活用状況調査と今後の課題
○細谷 晴加[1]、小林 しおり[1] (1. 伊勢赤十字病院)

12:28 ~ 12:37
[DP1-03]
A病院における院内迅速対応システムに対する一般病棟看護師の認知
○柴田 雅仁[1]、山﨑 隆生[1] (1. 東京都立広尾病院)

12:37 ~ 12:46
[DP1-04]
Critical Care Outreach Team(CCOT)導入後6ヶ月の評価と今後の課題
○磯部 雄一[1]、石山 亞耶[1] (1. 独立行政法人国立病院機構九州医療センター)

12:46 ~ 12:55
[DP1-05]
当院におけるRRSの活動実績からみた起動件数の少なさの要因
○井上 正芳[1]、中村 邦子[1] (1. 市立青梅総合医療センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:20 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP2] デジタルポスター2
看護教育

座長:牧野 夏子(札幌市立大学)

15:30 ~ 15:39

[DP2-01]

A病院における救急外来看護師を対象にした緊急内視鏡検査介助の今後の教育と課題

○安達 秀仁[1]、桑久保 千代美[1] (1. 埼玉石心会病院ER総合診療センター)

15:39 ~ 15:48

[DP2-02]

「Airway VRを用いた卒後2年目看護師への教育」～第1報～

○林 智美[1]、山根 恵[1]、大嶋 理恵[1]、竹原 和樹[1]、石本 貴美[2] (1. 福井大学医学部附属病院　看護部、2. 福井大学医学部附属病院　救急部・総合診療部)

15:48 ~ 15:57

[DP2-03]

Airway　VRを用いた卒後2年目看護師へ教育～第2報～

○大嶋 理恵[1]、竹原 和樹[1]、林 智美[1]、山根 恵[1]、石本 貴美[2] (1. 福井大学医学部附属病院　看護部、2. 福井大学医学部附属病院　総合診療部)

15:57 ~ 16:06

[DP2-04]

メディカルラリーを模したシミュレーション研修の実施～キャリアラダー研修として～

○田中 総子[1] (1. 独立行政法人　労働者健康安全機構　九州労災病院　外来)

16:06 ~ 16:15

[DP2-05]

看護補助者への急変時対応に関する意識調査

○横井 よしみ[1] (1. 横田記念病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP3] デジタルポスター3
チーム医療

座長:日置 真弓(和歌山県立医科大学附属病院 ICU)

16:40 ~ 16:49

[DP3-01]

A病院救命救急センターにおける多職種連携により、嚥下障害を有する高齢患者が早期経口摂取再開を得た一例

○中川 雄樹[1]、船水 良太[1]、石井 祥子[1] (1. 札幌医科大学附属病院　看護部)

16:49 ~ 16:58

[DP3-02]

多職種連携推進による当院の救急室患者滞在時間短縮への取り組み

○小林 次美[1]、森 香[1]、堀本 文子[1]、青木 梢[1]、大塚 千寛[1] (1. 順天堂大学医学部附属練馬病院)

16:58 ~ 17:07

[DP3-03]

救急外来における特定看護師の取り組み～医師のタスクシフト・シェアに貢献できた一例～

○明石 かえで[1] (1. 山梨大学医学部附属病院　救急外来)

17:07 ~ 17:16

[DP3-04]

入院患者のVSデータを用いたRRS起動基準を作成するシステムの考案

○河合 豊[1] (1. 春日井市民病院)

17:16 ~ 17:25

[DP3-05]

RRT活動の実際～RRSの普及と急変の早期認知を目指して～

○斉藤 大介[1]、尾崎 美聡[1]、河野 展佳[1] (1. 国立病院機構北海道医療センター)

17:25 ~ 17:34

[DP3-06]

Rapid Response Teamラウンドの現状と今後の課題

○井上 貴恵[1]、立澤 宏真[1] (1. 春日井市民病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

2025年11月8日(土)

教育講演 | 教育講演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第1会場(1階 特別会議場)

[EL4] 教育講演4
JRC蘇生ガイドライン2025の最新情報

座長:渕本 雅昭(東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)

9:40 ~ 10:40

[EL4-01]

JRC蘇生ガイドライン2025の最新情報

○武田 聡[1] (1. 東京慈恵会医科大学 救急災害医学講座)

教育講演 | 教育講演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第1会場(1階 特別会議場)

[EL5] 教育講演5
救急看護の歴史的変遷における「振る舞い」の特徴ー看護学的考察ー

座長:中村 美鈴(名古屋市立大学大学院)

10:50 ~ 11:50

[EL5-01]

救急看護の歴史的変遷における「振る舞い」の特徴ー看護学的考察ー

○菅原 美樹[1] (1. 札幌市立大学)

教育講演 | 教育講演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第1会場(1階 特別会議場)

[EL6] 教育講演6
救急看護師のキャリア形成のはなし　～「コードブルー！」じゃなくて「コードドリーム！」～

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院)

13:20 ~ 14:20

[EL6-01]

救急看護師のキャリア形成のはなし
～「コードブルー！」じゃなくて「コードドリーム！」～

○道又 元裕[1] (1. ヴェクソンインターナショナル株式会社)

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第2会場(1階 大ホールC)

[SY4] シンポジウム4
新人・若手の「やる気」や「学び」を伸ばすための工夫

座長:石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター 看護部)、小越 優子(滋賀医科大学医学部附属病院 看護部6C病棟)

10:23 ~ 10:38
[SY4-01]
Z世代ナースのリアル勉強法からみえてくる 若手育成の効果的なアプローチ
○吉本 文[1] (1. 株式会社照林社)

10:38 ~ 10:53
[SY4-02]
現代学生の特性を踏まえた学びのデザイン　―やる気と主体性を引き出す大学教育の工夫―
○神田 直樹[1] (1. 北海道医療大学看護福祉学部看護学科)

10:53 ~ 11:08
[SY4-03]
若手看護師を育てる側（指導者）による教育・指導の工夫
○小川 謙[1] (1. JCHO北海道病院)

11:08 ~ 11:23
[SY4-04]
個に寄り添う教育で“やる気”を引き出す　― 救命救急センターにおけるラダー活用の実践 ―
○上澤 弘美[1] (1. 総合病院　土浦協同病院　看護部)

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第3会場(1階 中ホール)

[SY5] シンポジウム5
救急看護DXネクストステージ セカンド

座長:桑村 直樹(医療法人渓仁会 手稲渓仁会病院)、佐伯 悦彦(東京医科大学病院 看護部)

10:25 ~ 10:40

[SY5-01]

外傷ドクターカーのDX化がもたらした当院の外傷看護の変化

○森山 詠美子[1]、室野井 智博[2] (1. 島根大学医学部附属病院 看護部　EーICU、2. 島根大学医学部附属病院　高度外傷センター)

10:40 ~ 10:55

[SY5-02]

宝塚市立病院の目指す未来

○中田 徹朗[1] (1. 宝塚市立病院)

10:55 ~ 11:10

[SY5-03]

救急看護DXが進まない理由――“できるのにやらない”現場の壁と二輪駆動での突破策

○平山 傑[1] (1. 札幌徳洲会病院)

11:10 ~ 11:25

[SY5-04]

生成AIを活用した教育DXの実践：学習支援ツールプロトタイプの紹介

○苑田 裕樹[1] (1. 令和健康科学大学)

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:50 第2会場(1階 大ホールC)

[SY6] シンポジウム6
超高齢社会に立ち向かう救急看護

座長:芝田 里花(医療法人久仁会 宇都宮病院)、星 豪人(医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院)

13:21 ~ 13:34

[SY6-01]

在宅医療の現状とこれから　～救急搬送を減らすために何ができるか～

○石田 美由紀[1] (1. 医療法人社団優希八軒内科ファミリークリニック)

13:34 ~ 13:47

[SY6-02]

超高齢社会における集中治療の限界と救急看護の役割 ～意思決定支援の現場から～

○守屋 信昭[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター救命救急センターICU)

13:47 ~ 14:00

[SY6-03]

後期高齢者の生理学的特性に基づく臨床判断スキル習得のための教育体制の整備と地域とのACPの連携強化に向けて

○立野 淳子

14:00 ~ 14:13

[SY6-04]

救急看護師が地域を知ることの意義
～生活を見据えた救急看護～

○土倉 万代[1] (1. 医療法人土倉内科循環器クリニック)

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第5会場(2階 小ホール)

[PD1] パネルディスカッション1
救急看護師の継続教育とキャリア継続の課題と対応―課題から学ぶこれからの形―

座長:村上 香織(近畿大学病院)、山崎 誠(愛媛県立中央病院 高度救命救急センターICU)

10:23 ~ 10:38

[PD1-01]

中堅看護師の教育的負担軽減に向けた救命ラダーの導入と育成支援体制の工夫

○尾崎 美聡[1] (1. 独立行政法人国立病院機構北海道医療センター)

10:38 ~ 10:53

[PD1-02]

“極める”だけが正解じゃない！救急看護師の多様なキャリアと学びを支える組織のかたち

○松岡 遼平[1] (1. 地方独立行政法人東京都立病院機構　東京都立多摩総合医療センター)

10:53 ~ 11:08

[PD1-03]

救急看護師の継続教育とキャリア継続に関する課題から考えるこれからの形
―看護管理者・大学院修了者の立場から―

○吉田 紀子[1] (1. 獨協医科大学病院　集中治療センター)

11:08 ~ 11:23

[PD1-04]

救急看護師の継続教育とキャリア形成―課題から学ぶこれからの形―

○杉本 環[1] (1. 日本看護協会看護研修学校　認定看護師教育課程)

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:50 第3会場(1階 中ホール)

[PD2] パネルディスカッション2
医療機関に所属する救急救命士「どこまで看護師と救急救命士は協働しているのか」

座長:藤井 美幸(国立国際医療センター)、齊藤 麻知子(公益社団法人 日本看護協会 看護研修学校)

13:20 ~ 13:35

[PD2-01]

救急救命士制度の変遷と未来像　～医療機関の救急救命士の現状と課題～

○喜熨斗 智也[1] (1. 日本救急救命士会、国士舘大学大学院救急システム研究科)

13:35 ~ 13:50

[PD2-02]

院内救急救命士からみた看護師との協働

○井沼 浩政[1] (1. 医療法人徳洲会　札幌東徳洲会病院)

13:50 ~ 14:05

[PD2-03]

A病院救命救急センターにおける院内救命士の業務実施体制の現状と課題

○佐々木 信子[1] (1. 青森県立中央病院救命救急センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 15:00 ~ 16:30 第2会場(1階 大ホールC)

[PD3] パネルディスカッション3
救急医療における特定行為研修修了者の振る舞い～特定行為修了者の看護実践と今後の展望について語る～

座長:斉藤 大介(国立病院機構北海道医療センター 救命救急センター)、後小路 隆(令和健康科学大学 看護学部看護学科)

15:00 ~ 15:12

[PD3-01]

救急医療における特定行為の実践と対応フェイズについて

○三浦 友也[1] (1. 公立大学法人 横浜市立大学附属病院 看護部)

15:12 ~ 15:24

[PD3-02]

三次救急病院において特定看護師が活躍するために

○天谷 愛[1] (1. 東京都立広尾病院)

15:24 ~ 15:36

[PD3-03]

A大学病院における特定行為看護師の活動等に関する現状や課題-看護管理者の立場から-

○渕本 雅昭[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院救命救急センター)

15:36 ~ 15:48

[PD3-04]

救急医療における特定行為研修修了者の役割と期待

○桑村 直樹[1] (1. 医療法人渓仁会 手稲渓仁会病院)

特別企画 | 特別企画

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:50 第5会場(2階 小ホール)

[SP1] 特別企画1
JTAS2023認定プロバイダーコース開催に関する説明会

座長/発表者:木澤 晃代(公益社団法人 日本看護協会)
主催:一般社団法人 日本臨床救急医学会

13:20 ~ 14:50

[SP1-01]

JTAS2023認定プロバイダーコース開催に関する説明会

○木澤 晃代[1]、○背戸 陽子[2]、○石井 恵利佳[3]、○多賀 真佐美[4]、○奈良 唯唯子[5]、○橋本 真由美[6] (1. 公益社団法人 日本看護協会、2. 日本医科大学付属病院、3. 獨協医科大学埼玉医療センター、4. 倉敷中央病院、5. 神奈川工科大学、6. 福島県立医科大学大学院)

©一般社団法人日本救急看護学会

特別企画 | 特別企画

2025年11月8日(土) 15:00 ~ 16:30 第1会場(1階 特別会議場)

[SP2] 特別企画2
救急看護のアイデンティティ・専門性を考える

座長:淺香 えみ子(公益社団法人 日本看護協会)、清水 克彦(医療法人知音会 京都新町病院)
指定発言者:八巻 優哉(公立大学法人福島県立医科大学附属病院 災害医療・高度救命救急センターICU/CCU)、長沼 美穂(市立札幌病院 看護部 看護課 救命救急センター)、芝田 里花(医療法人久仁会 宇都宮病院)、三上 剛人(吉田学園医療歯科専門学校)

15:00 ~ 16:30

[SP2-01]

救急看護のアイデンティティ・専門性を考える

○二藤 真理子[1]、○久間 朝子[2]、○有澤 文孝[3] (1. りんくう総合医療センター、2. 福岡大学病院、3. 東千葉メディカルセンター)

CNセミナー | CNセミナー

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 13:20 第7会場(2階 206会議室)

[CN] CNセミナー
体験型チャレンジ企画：いただきナース！救命道 〜北の大地で頂上決戦！〜

座長:後小路 隆(令和健康科学大学 看護学部看護学科)、中田 徹朗(宝塚市立病院)、清水 克彦(医療法人知音会 京都新町病院)
主催:日本救急看護認定看護師会

9:40 ~ 11:40

[CN-01]

体験型チャレンジ企画：いただきナース！救命道 〜北の大地で頂上決戦！〜

○後小路 隆[1]、○中田 徹朗[2]、○清水 克彦[3] (1. 令和健康科学大学、2. 宝塚市立病院、3. 医療法人知音会 京都新町病院)

交流集会 | 交流集会

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第8会場(2階 207会議室)

[M3] 交流集会3
災害時における地域、医療、行政の連携の現状と今後の課題

座長:小澤 美津子(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院)、泥谷 朋子(東京医療保健大学 立川看護学部 看護学科)
企画:災害看護委員会、在宅救急看護委員会

10:20 ~ 11:50

[M3-01]

災害時における地域、医療、行政の連携の現状と今後の課題

○山本 恵子[1]、○土倉 万代[2]、○北山 哲也[3]、○水野 伸也[4] (1. 合同会社Connect Station代表 Connect Nursing 訪問看護ステーション、2. 土倉内科循環器クリニック、3. 金沢医科大学病院、4. 富山赤十字病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第8会場(2階 207会議室)

[M4] 交流集会4
「意識消失のファーストエイド一問一答～脳卒中リハビリテーション看護認定看護師との夢のコラボレーション」

座長:中村 香代(国立国際医療センター)、藤崎 隆志(小倉記念病院)
企画:ファーストエイド委員会

13:20 ~ 14:20

[M4-01]

「意識消失のファーストエイド一問一答～脳卒中リハビリテーション看護認定看護師との夢のコラボレーション」

○久松 正樹[1] (1. 中村記念南病院)

交流集会 | 交流集会

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:50 第8会場(2階 207会議室)

[M5] 交流集会5
知って得する　論文掲載までのプロセスー査読者の視点をふまえてー」

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)
企画:編集委員会（江川幸二、城丸瑞恵、本田可奈子、井川由貴、河合正成、樅山定美、藤井誠、八尾みどり、大山祐介、三橋睦子）

14:30 ~ 15:50

[M5-01]

「知って得する　論文掲載までのプロセスー査読者の視点をふまえてー」

○城丸 瑞恵[1] (1. 天使大学大学院)

ラウンドテーブルディスカッション | ラウンドテーブルディスカッション

2025年11月8日(土) 15:00 ~ 16:30 第3会場(1階 中ホール)

[RT] ラウンドテーブルディスカッション
ドクターカーチームとしての役割　～まだまだ知られていないドクターカーの魅力～

座長:大瀧 友紀(聖隷三方原病院)、福田 ひろみ(徳島赤十字病院)
企画:プレホスピタルケア委員会

15:00 ~ 16:30

[RT-01]

ドクターカーチームとしての役割
～まだまだ知られていないドクターカーの魅力～

○五藤 真由[1]、○渡久地 佳奈[2]、○岩崎 翼[3]、○岡野 由美[4]、○中川 成昭[5]、○宮田 佳之[6] (1. あいち小児保健医療総合センター、2. 国立病院機構災害医療センター、3. 知多半島総合医療センター、4. 大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター、5. 東京科学大学病院、6. 長崎大学病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O23] 口演23
救急外来看護④

座長:溝江 亜紀子(東京科学大学病院)、國分 秀人(草加市立病院)

9:40 ~ 9:50
[O23-01]
救急外来の診療時間外の受診前相談と受診方法に関する認知度調査
○辰巳 恵美子[1]、高岡 裕美[1]、安原 早紀[1] (1. 地方独立行政法人大阪市民病院機構　大阪市立総合医療センター)

9:50 ~ 10:00
[O23-02]
A病院救命救急センターに救急搬送された患者家族の満足度調査
○友枝 由依[1]、桑折 美穂[1]、渡邊 直貴[1]、梅木 政子[1] (1. 東海大学医学部付属病院　高度救命救急センター)

10:00 ~ 10:10
[O23-03]
救急初療室における疾患・重症度別の疼痛値の傾向と鎮痛薬使用の実態に関する横断研究
○松本 大地[1]、清村　紀子[2] (1. 戸畑共立病院、2. 前　大分大学　基盤看護学講座)

10:10 ~ 10:20
[O23-04]
急性心筋梗塞患者の発症から救急初療までの体験
○小嶋 万里奈[1] (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院)

10:20 ~ 10:30
[O23-05]
救急外来看護師の学習機会増加に向けた取り組みと今後の課題
○宮本 浩明[1]、宮田 佳之[1]、山田 勇斗[1] (1. 長崎大学病院高度救命救急センター)

10:30 ~ 10:40
[O23-06]
救急室における特定看護師の役割
～救急患者の末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入の意義～
○森川 玲子[1] (1. 医仁会武田総合病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第6会場(2階 204会議室)

[O24] 口演24
重症患者看護②

座長:斉藤 徳子(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)、白石 朋子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU 病棟)

9:40 ~ 9:50

[O24-01]

awake ECMO患者の呼吸機能改善を目的としたリハビリテーションへの看護介入

○髙橋 彩絵[1]、鈴木 友紀子[1]、辻 守栄[1] (1. 千葉県総合救急災害医療センター)

9:50 ~ 10:00

[O24-02]

A病院集中治療室における早期リハビリテーションの現状と課題

○馬渡 美里[1]、蒲原 千明[1]、馬場 美帆[1] (1. 佐賀大学医学部附属病院)

10:00 ~ 10:10

[O24-03]

リハビリテーションに消極的な患者への意欲向上に向けた関わり

○小野寺 そら[1]、齋藤 美香子[1]、松浦 誠史[1] (1. 仙台医療センター)

10:10 ~ 10:20

[O24-04]

救急看護において、入院前の生活を取り入れ離床時間増加を目指した1事例

○佐藤 沙弥[1]、齋藤 美香子[1]、松浦 誠史[1] (1. 仙台医療センター)

10:20 ~ 10:30

[O24-05]

高位頚髄損傷患者における搬入時の足底反射と機能回復との関連性の検討

○荒巻 勝人[1]、海野 智也[1]、高橋 誠一[1] (1. 埼玉医科大学総合医療センター)

10:30 ~ 10:40

[O24-06]

救命救急病棟における患者ケアカンファレンスの活性化に向けた取り組み

○伊豫田 菜月[1]、生駒 周作[1]、伊東 裕子[1] (1. 公立陶生病院救命救急センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O25] 口演25
救急外来看護⑤

座長:村山 浩之(さいたま市立病院)、黒﨑 祐也(長岡赤十字病院 救命救急センター)

10:50 ~ 11:00

[O25-01]

救急外来で帰宅支援の標準化を図るための取り組み

○松岡 結[1]、中山 貴道[1]、齋藤 ひとみ[1]、鈴木 佳世子[1] (1. 獨協医科大学日光医療センター)

11:00 ~ 11:10

[O25-02]

救急外来受診後に帰宅する患者への看護師の療養支援の現状と課題

○具志 陽宏[1]、越道 香織[2]、岡田 淳子[3] (1. 県立広島大学総合学術研究科、2. 安田女子大学、3. 県立広島大学)

11:10 ~ 11:20

[O25-03]

二次救急外来における帰宅患者や家族に対する救急看護認定看護師の在宅療養支援

○清水 寛子[1]、江川 幸二[2]、森山 美香[2] (1. 鳥取県立中央病院、2. 神戸市看護大学)

11:20 ~ 11:30

[O25-04]

救急外来における帰宅支援方法確立に向けた取り組み～第二報～

○中川 由紀乃[1]、川中 直美[1]、栗山 友里花[1] (1. 福岡赤十字病院)

11:30 ~ 11:40

[O25-05]

A病院救命救急外来における帰宅時支援のシステム化とその成果

○岩永 友紀[1]、渡邊 朝子[1]、荒木 裕子[1] (1. 済生会熊本病院救命救急外来)

11:40 ~ 11:50

[O25-06]

救急外来を受診した患者への帰宅支援フローチャートの導入による効果と課題

○青山 楓[1]、床尾 羊翼[1] (1. 社会医療法人　仙養会　北摂総合病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第6会場(2階 204会議室)

[O26] 口演26
看護教育③

座長:樅山 定美(獨協医科大学)、大田 麻美(伊勢赤十字病院 看護部)

10:50 ~ 11:00

[O26-01]

ICUにおける救急初療室経験のある看護師とICU経験が豊富な看護師の臨床判断の特徴

○岡崎 楓[1]、山崎 祐嗣[1]、岡田 力[1] (1. 社会医療法人　愛仁会　高槻病院)

11:00 ~ 11:10

[O26-02]

A病院救命病棟スタッフに対する2ヶ月研修プログラムが臨床推論能力に与える影響：NCRSを用いた評価

○佐藤 希[1] (1. 旭川医科大学病院救命救急センター)

11:10 ~ 11:20

[O26-03]

クリティカルケア領域看護師の思考が看護実践能力に及ぼす影響

○草場 裕[1]、古賀 明美[2]、武富 由美子[2]、山田 春奈[2] (1. 佐賀大学医学部附属病院高度救命救急センター、2. 佐賀大学医学部看護学科)

11:20 ~ 11:30

[O26-04]

NPPV装着患者の看護に関する一般病棟でのCCNSの教育的関わり～コンサルテーションを通じて～

○小野 孝夫[1] (1. 日本鋼管病院)

11:30 ~ 11:40

[O26-05]

救急外来看護師のOJT指導者に必要なコンピテンシーに関する質的分析

○藤崎 隆志[1]、立野 淳子[2] (1. 小倉記念病院、2. 日本赤十字九州国際看護大学)

11:40 ~ 11:50

[O26-06]

A病院HCU看護師のOJTの現状

○清田 美千代[1]、城尾 恵子[1] (1. 社会医療法人三栄会ツカザキ病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O27] 口演27
救急外来看護⑥

座長:山口 弘子(名古屋掖済会病院 看護部)、髙田 久美(福岡県済生会福岡総合病院)

13:20 ~ 13:30

[O27-01]

ハイブリッドERにおける多職種シミュレーションチームの活動とその評価

○芳賀 信孝[1]、松井 憲子[1]、松崎 奈津美[2]、石井 陽菜[1] (1. 東北大学病院　看護部　高度救命救急センター、2. 東北大学病院　看護部　手術部)

13:30 ~ 13:40

[O27-02]

療養支援における救急外来と各科外来との看護連携の実際と課題―外来連携カンファレンスの実践報告ー

○北本 千春[1]、田口 育美[1]、田村 沙知[1]、加茂 知美[1] (1. 社会福祉法人　聖隷福祉事業団　総合病院　聖隷浜松病院)

13:40 ~ 13:50

[O27-03]

救急初療室における熟練看護師の臨床判断　―実践の省察を分析する―

○金浜 英介[1]、菅原 美樹[2] (1. 医療法人渓仁会　手稲渓仁会病院、2. 札幌市立大学　看護学部)

13:50 ~ 14:00

[O27-04]

初療室でのベッドコントロールにおける救急外来看護師の臨床判断に影響する要因

○久 宣実[1]、久住 美沙樹[1]、福田 ひろみ[1] (1. 徳島赤十字病院救急外来)

14:00 ~ 14:10

[O27-05]

二次救急医療領域における65歳以上のフレイル予備群因子の調査

○佐藤 美奈[1]、相馬 香理[1]、新地 実花子[2]、福井 大作[2]、柳澤 直実[2] (1. 市立ひらかた病院HCU、2. 市立ひらかた病院救急中央診療)

14:10 ~ 14:20

[O27-06]

救急外来における高齢者の療養支援の現状

○香取 雅美[1]、東内 咲希[1] (1. 聖路加国際病院救命救急センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第6会場(2階 204会議室)

[O28] 口演28
チーム医療④

座長:清末 定美(社会保険大牟田天領病院)、中川 雄樹(札幌医科大学附属病院 看護部 HCU病棟)

13:20 ~ 13:30

[O28-01]

超緊急帝王切開術におけるER対応システムの構築を目指して
～ER看護師の認知度向上への取り組み～

○鍵山 香織[1]、白井 耕志[1]、土谷 美樹[1]、野崎 香奈[1]、高松 春菜[1]、板村 朋美[1]、出端 雄[1] (1. 福岡徳洲会病院)

13:30 ~ 13:40

[O28-02]

担当看護師に求められるチーム医療における役割
～重症妊産婦への看護実践を振り返って～

○遠藤 双葉[1]、森田 康敬[1]、岡本 有子[1]、田村 美樹[1] (1. 順天堂大学医学部付属静岡病院)

13:40 ~ 13:50

[O28-03]

ハイブリッドERシミュレーションの実際と今後の課題

○宮田 佳之[1] (1. 長崎大学病院 高度救命救急センター)

13:50 ~ 14:00

[O28-04]

身体抑制低減に向けた多職種連携による取り組み

○岩見 華子[1] (1. 藤田医科大学病院高度救命救急センター)

14:00 ~ 14:10

[O28-05]

脳神経外科患者の多職種事例検討会の効果についての検討

○近藤 穂尭[1]、橋内 伸介[2] (1. 聖路加国際病院 救命救急センター 救急外来、2. 聖路加国際病院 救命救急センター CCM)

14:10 ~ 14:20

[O28-06]

ICUでの効果的な多職種カンファレンス実施に向けた看護師の役割と課題

○青柳 海里[1]、大槻 勝明[1] (1. 水戸協同病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O29] 口演29
看護教育④

座長:多久和 善子(昭和医科大学認定看護師教育センター)、松本 蘭(札幌市病院局 市立札幌病院 4階東病棟CCU・PCCU)

14:30 ~ 14:40

[O29-01]

救急外来において実践した救急トレーニングの実際
~スタッフの技術向上、統一に向けた取り組み~

○海老根 桃香[1]、深谷 幸未[1]、髙橋 亜由美[1] (1. 三井記念病院　救急外来)

14:40 ~ 14:50

[O29-02]

院内講習とチームダイナミクスを活用したシナリオ型急変初期対応トレーニングの実践と評価

○飯島 雄希[1]、小森 大輝[1]、星 豪人[1]、大和田 道代[1] (1. 医療法人社団筑波記念会筑波記念病院)

14:50 ~ 15:00

[O29-03]

病棟看護師の急変対応の質の向上を目的としたICLS学習会の実施

○鈴木 花菜[1] (1. 株式会社日立製作所日立総合病院)

15:00 ~ 15:10

[O29-04]

看護学生の救命スキルと主体性を育む心肺蘇生サークル活動の教育的効果

○嘉陽 宗司[1] (1. 医療法人おもと会 大浜第一病院)

15:10 ~ 15:20

[O29-05]

小児病棟看護師の急変対応の体験～急変対応シミュレーションにおける課題の検討～

○東岡 南帆[1]、稲垣 美幸[1]、深見 直美[1]、伊藤 友弥[1] (1. あいち小児保健医療総合センター)

15:20 ~ 15:30

[O29-06]

JICA草の根事業におけるカンボジア救急医療支援事業での活動報告

○三橋 乙矢[1] (1. 岡山大学病院　入院棟西３階　EICU)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第6会場(2階 204会議室)

[O30] 口演30
医療安全③

座長:古地 敬利(社会医療法人石川記念会 HITO病院 ER・HCU)、寺地 沙緒里(東海大学 看護師キャリア支援センター)

14:30 ~ 14:40

[O30-01]

院内急変対応の現状把握と今後の課題

○五十嵐 佑也[1] (1. 福島県立医科大学附属病院　災害医療・高度救命救急センターICU/CCU)

14:40 ~ 14:50

[O30-02]

院内急変に関する意識調査からみた当院の傾向
～全職員を対象としたアンケート調査結果より～

○小原 環[1] (1. 国家公務員共済組合連合会　斗南病院)

14:50 ~ 15:00

[O30-03]

心停止の認識から胸骨圧迫開始までの時間短縮に向けた活動の実践報告

○川上 大輔[1]、谷 幸一[1]、君嶋 東[1]、桐本 千恵美[1] (1. 北里大学病院　看護部)

15:00 ~ 15:10

[O30-04]

質問紙調査から見えたスタットコール初期対応の課題

○本庄 智代[1]、木下 舞[1] (1. 東京科学大学病院)

15:10 ~ 15:20

[O30-05]

救命救急災害医療センターEICUにおける急変対応に関する現状と課題～急変振り返りシートからの考察～

○中山 和希[1]、礒崎 悠太[1]、森 彩香[1]、平澤 結衣[1] (1. 北里大学病院　救命救急、災害医療センター　EICU)

15:20 ~ 15:30

[O30-06]

演題取下げ

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第7会場(2階 206会議室)

[O31] 口演31
重症患者看護③

座長:新山 紗千(札幌医科大学附属病院 EICU病棟)、徳山 博美(関西医科大学附属病院 高度救命救急センター)

14:30 ~ 14:40

[O31-01]

人工呼吸管理中の呼吸変化に対応する看護師のアセスメント過程の実態

○田戸 朝美[1]、立野 淳子[2]、園田 拓也[3]、山本 小奈実[1] (1. 山口大学、2. 日本赤十字九州国際看護大学、3. 平成紫川会小倉記念病院)

14:40 ~ 14:50

[O31-02]

演題取下げ

14:50 ~ 15:00

[O31-03]

開心術後心肺蘇生プロトコル導入を目指した取り組み

○江島 由紀[1] (1. 福岡和白病院)

15:00 ~ 15:10

[O31-04]

気管カニューレ挿入困難で経口挿管チューブを安全に代用できた事例に対しての固定法の検討

○土谷 明佳音[1]、藤田 若奈[1] (1. 新潟市民病院)

15:10 ~ 15:20

[O31-05]

救急ICUに入室した気管挿管患者における口腔環境の変化と全身状態・VAP発症との関連

○佐藤 央[1]、佐々木 吉子[1]、今津 陽子[1] (1. 東京科学大学大学院　災害・クリティカルケア看護学分野)

15:20 ~ 15:30

[O31-06]

共同意思決定を通してV-A ECMO装着を要した肺癌患者の意思を尊重した治療を展開できた事例

○安食 雄太[1]、井上 貴晃[1] (1. 福島県立医科大学附属病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O32] 口演32
チーム医療⑤

座長:小川 謙(JCHO北海道病院)、岩本 満美(北海道大学病院 HCUナースセンター)

15:30 ~ 15:40

[O32-01]

「患者様を迎える会」から考える救命の連鎖のあり方

○植木 健太郎[1]、森田 康敬[1]、土屋 智洋[1] (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院救命救急センター)

15:40 ~ 15:50

[O32-02]

救急病棟から一般病棟へ繋ぐACP
～シームレスな連携を目指して～

○中村 真美子[1]、生駒 周作[1]、伊東 裕子[1] (1. 公立陶生病院救命救急センター)

15:50 ~ 16:00

[O32-03]

壊死性軟部組織感染症により長期入院した若年患者への精神的支援と多職種による関わり

○永野 のぞみ[1]、白石 朋子[1]、岡本 真実[1]、進藤 由紀[1]、中川 雄樹[1] (1. 札幌医科大学附属病院　高度救命救急センターHCU病棟)

16:00 ~ 16:10

[O32-04]

多者同時通話デバイスを活用したDrカー活動における有効性

○木村 夕貴[1] (1. 社会法人　生長会　ベルランド総合病院 ER)

16:10 ~ 16:20

[O32-05]

プレホスピタルケアを意識した多職種チーム医療の実践研修報告

○山口 高巧[1] (1. 宇治徳洲会病院高度救命救急センター　救急看護認定看護師)

16:20 ~ 16:30

[O32-06]

母国の病院へ転院する訪日外国人への関わり

○北岡 史[1]、松下 実希[1]、吉歳 麻鈴[1] (1. 大阪けいさつ病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O33] 口演33
災害看護②

座長:木野 毅彦(日本医科大学付属病院 SICU)、武政 輝希(千葉県総合救急災害医療センター、ER/ECU)

15:40 ~ 15:50

[O33-01]

二次救急医療機関における救急外来スタッフの災害時教育と不安軽減を目的としたシミュレーションの実践

○池宮城 聖弥[1]、新垣 匡史[1]、仲宗根 真弓[1]、上原 仁美[1] (1. 地方独立行政法人　那覇市立病院)

15:50 ~ 16:00

[O33-02]

災害拠点病院である当院にて全看護師職員に対して一次トリアージ法の教育を行った結果について

○中井 祐樹[1] (1. 名張市立病院　看護部)

16:00 ~ 16:10

[O33-03]

思考0秒トリアージなしで命を助ける災害対策

○鈴木 香綺音[1]、木下 歩美[1]、辻井 裕子[1]、木村 有俊[1]、横井 博子[1]、山口 弘子[1] (1. 名古屋掖済会病院)

16:10 ~ 16:20

[O33-04]

地域中核災害拠点病院における看護職員に向けた防災意識変革への取り組み

○松井 智子[1]、山内 美保[1] (1. 一宮市立市民病院)

16:20 ~ 16:30

[O33-05]

看護学生が防災訓練で得られる学習効果に関する研究

○和田 悠矢[1]、福島 綾子[1]、橋本 直弥[1]、田中 愛美[1]、石川 幸司[1] (1. 北海道科学大学)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第6会場(2階 204会議室)

[O34] 口演34
終末期看護

座長:村中 沙織(天使大学 看護栄養学部 看護学科)、本田 智治(長崎大学病院 高度救命救急センター)

15:40 ~ 15:50

[O34-01]

救急外来における終末期がん患者とその家族の残された時間の過ごし方に関する意思決定プロセスの考察

○兼元 翔也[1]、大浦 慎太[1]、田中 嘉与[1]、櫻井 瑛大[1]、山田 真紀[1]、高見 祥代[1] (1. 市立福知山市民病院)

15:50 ~ 16:00

[O34-02]

集中治療室に入室した維持透析患者の終末期における意思決定支援の実態

金光 史恵[1]、○西村 あおい[1]、正垣 淳伍[1]、田畑 雄一[2]、五十嵐 佳奈[1] (1. 京都第一赤十字病院、2. 京都府立医科大学付属病院)

16:00 ~ 16:10

[O34-03]

「家に帰りたい」に応える救急看護
ー挿管後に本人意思を反映した退院支援の実践報告ー

○池田 優[1] (1. 地方独立行政法人長崎みなとメディカルセンター)

16:10 ~ 16:20

[O34-04]

脳死下臓器提供を選択した家族を支える看護ークリティカルケア領域の看護師の語りからー

○塚田 芳[1]、櫻井 友子[3]、山勢 善江[2] (1. 東海大学医学部付属病院　高度救命救急センター、2. 湘南医療大学大学院 保健医療学研究科 保健医療学専攻 健康増進予防領域、3. 湘南医療大学 保健医療学部看護学科 臨床看護領域)

16:20 ~ 16:30

[O34-05]

救急搬送同日に訪問診療を導入し在宅看取りへと繋げられた一例
：継続支援に向けた看護実践についての一考察

○岡村 紀子[1]、川村 洋史[1] (1. 勤医協中央病院救急センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第7会場(2階 206会議室)

[O35] 口演35
救急救命士②

座長:伊藤 和恵(医療法人 辰星会 枡記念病院)、神谷 弥生(知多半島総合医療センター)

15:40 ~ 15:50

[O35-01]

ER看護師のタスク・シフト/シェアの推進に向けた院内救命士の活用

○米嶋 美晴[1]、上澤 弘美[1] (1. 総合病院　土浦協同病院　看護部)

15:50 ~ 16:00

[O35-02]

病院内での救急救命士活用に伴うタスクシフトの現状と課題：看護師視点からの検討

○鏑木 優希[1]、小森 大輝[2]、大和田 道代[1]、星 豪人[1] (1. 筑波記念病院　看護部、2. 筑波記念病院　救急科)

16:00 ~ 16:10

[O35-03]

病院救急救命士へのタスクシフト/シェアで得られた実績と課題より必要な教育体制を構築する

○床尾 羊翼[1]、小西 ゆかり[1] (1. 社会医療法人仙養会北摂総合病院)

16:10 ~ 16:20

[O35-04]

診療報酬改定に伴う院内救命士の新たなタスク・シフト／シェアの成果～救命士による転院搬送業務の拡充～

○友田 新二[1] (1. 社会医療法人生長会　ベルランド総合病院)

16:20 ~ 16:30

[O35-05]

救急看護師から病院救急救命士へのタスク・シフト/シェア
病院へ救急救命士を雇用して

○石田 智彦[1]、阿久津 功[1]、伊藤 和恵[1]、菅野 洋子[1] (1. 医療法人　辰星会　枡記念病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P6] 示説6
看護教育①

座長:背戸　陽子（日本医科大学付属病院 看護部）、眞鍋　万里子（旭川医科大学病院 救命救急センターナースステーション）

[P6-01]

NIHSS評価スキル向上のためにVRを活用した学習方法の有用性

○森下 悠太[1]、物袋 哲也[1]、吉次 育子[1] (1. 神戸大学医学部附属病院看護部)

[P6-02]

脳血栓回収療法におけるVRを用いたシミュレーション教育の学習効果

○野村 宜伸[1]、小川 直弥[1]、樋口 智樹[1]、入部 真子[1]、大久保 圭[1]、岡 香里[1]、大串 晃弘[2] (1. 兵庫県立西宮病院、2. 四国大学)

[P6-03]

一般病棟における呼吸数測定に焦点を置いたRRS学習会前後の変化

○齊藤 大空[1]、高取 充祥[2]、深沢 壮[1]、花輪 一真[1]、仲嶋 龍玖[1] (1. 山梨県立中央病院　看護部、2. 山梨県立大学 看護学部)

[P6-04]

地域医療支援病院の救急看護認定看護師としての取り組み
～地域医療施設への研修
ARCSモデルを活用して～

○鷲野 勝子[1] (1. 日野市立病院　　看護部)

[P6-05]

視聴覚教材を用いた反復学習による知識の獲得と維持への取り組み

○桑原 建[1] (1. 公立陶生病院)

[P6-06]

救急看護師を対象とした重症外傷患者の看護に関する学習ニード

○牧野 夏子[1]、小川 謙[2]、菅原 美樹[1]、中村 惠子[3] (1. 札幌市立大学看護学部、2. JCHO北海道病院看護部、3. 札幌市立大学)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 示説会場(1階 大ホールB)

[P7] 示説7
医療安全

座長:島　美貴子（市立砺波総合病院 看護部）、庄野　亜矢子（聖カタリナ大学 看護学部）

[P7-01]
A病院の院内迅速対応システム導入初年度における起動件数確保のための取り組み
○内山 裕斗[1] (1. 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター)

[P7-02]
A病院のRapid Response System導入後の現状と課題
○渋谷 和広[1] (1. 川口市立医療センター)

[P7-03]
院内迅速対応システム活動中のコードブルー急増要因への考察
○平川 あゆみ[1]、小濵 奈々[1] (1. 今村総合病院)

[P7-04]
看護師の呼吸数観察を困難にしている要因は何か？
○宮脇 奈央[1,2] (1. 国家公務員共済組合連合会　新別府病院、2. 大分県立看護科学大学大学院 看護研究科博士課程(前期)看護学専攻 実践者養成NPコース)

[P7-05]
A病院ER看護師の児童虐待に対する認識調査
○竹内 杏奈[1] (1. 公立陶生病院救命救急センター)

[P7-06]
A病院初の脳死下臓器提供の振り返り
○中里 さかえ[1]、研井 礼子[1] (1. 福岡赤十字病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:10 示説会場(1階 大ホールB)

[P8] 示説8
トリアージ

座長:鈴木　幹子（札幌心臓血管クリニック）、太田　文子（旭川赤十字病院 HCU・救急外来）

[P8-01]

トリアージ検証者のストレッサーについて
-役割や能力に関するストレッサー内容-

○白方 春美[1] (1. 地方独立行政法人広島市立病院機構　広島市立広島市民病院救急外来)

[P8-02]

救急外来看護師による電話相談の実態調査―電話対応記録を用いた後方視的分析―

○町中 果実子[1]、一宮 なぎさ[1]、杉原 由希子[1]、葛西 陽子[2] (1. 手稲渓仁会病院救命救急センター、2. 手稲渓仁会病院看護管理室)

[P8-03]

院内トリアージの現状と課題

○五十嵐 弘明[1]、長澤 文也[1] (1. 埼玉医科大学病院　救急センター)

[P8-04]

看護師による救急外来における救急電話相談トリアージの実態と教育的ニーズ調査（第一報）

○今井 亮[1]、宮崎 博之[2]、船木 淳[3]、大村 正行[4]、平柳 和奈[5]、立野 淳子[6] (1. 文京学院大学、2. 福島県立医科大学附属病院、3. 名古屋市立大学、4. 薬師寺慈恵病院、5. 公立昭和病院、6. 日本赤十字九州国際看護大学)

[P8-05]

看護師による救急外来における救急電話相談トリアージの実態と教育的ニーズ調査（第二報）

○宮崎 博之[1]、今井 亮[2]、船木 淳[3]、大村 正行[4]、平柳 和奈[5]、立野 淳子[6] (1. 福島県立医科大学附属病院、2. 文京学院大学、3. 名古屋市立大学、4. 薬師寺慈恵病院、5. 公立昭和病院、6. 日本赤十字九州国際看護大学)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P9] 示説9
救急外来看護②

座長:川崎　沙羅（杏林大学医学部付属病院高度救命救急センター）、前田　晃史（千里金蘭大学 看護学部）

[P9-01]
救急外来における社会支援介入スクリーニングシートの活用状況と運用課題の分析
○宮崎 隆寛[1] (1. 鶴岡市立荘内病院)

[P9-02]
二次救急病院における救急搬送された高齢者頭部外傷の特徴と今後の看護介入の検討
○倉持 幸代[1] (1. 横浜新緑総合病院　救急外来)

[P9-03]
高齢者の特性を踏まえた救急外来における新しい看護方法に関する臨床上の課題
○田場 由紀[1]、松永 宏美[2] (1. 沖縄県立看護大学、2. 社会医療法人仁愛会)

[P9-04]
新潟県A医療圏における高齢者救急の実態調査
○八鳥 公男[1]、小島 圭太[1]、阿部 洋一[1]、石田 隼哉[1]、高橋 晴枝[1] (1. 済生会新潟県基幹病院)

[P9-05]
A医療圏における高齢者救急の入院後の実態調査～医療再編により地域を一つの病院として～
○小島 圭太[1]、八鳥 公男[1]、阿部 洋一[1]、石田 隼哉[1]、高橋 晴枝[1] (1. 済生会新潟県央基幹病院　4B(ER/HCU)病棟)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P10] 示説10
看護教育②

座長:五十嵐　佳奈（京都第一赤十字病院 救命救急センターICU）、石崎　清華（東海大学医学部附属病院 救命救急センター）

[P10-01]

地方病院での災害医療に関する教育プログラムの有用性と今後の課題‐地域による受講者の特性を踏まえて‐

○佐々木 祐輔[1]、佐藤 力平[1]、福井 絢佳[1]、藤内 喬[1] (1. JA北海道厚生連　帯広厚生病院)

[P10-02]

災害未経験地域における看護師の不安と教育的支援の課題

○加藤 清美[1]、鈴木 英子[1] (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院)

[P10-03]

A病院救急救命センターにおける災害教育システム構築への取り組み
～赤エリアの立ち上げまで～

○與儀 梓[1]、上原 均[1] (1. 沖縄県立南部医療センター)

[P10-04]

二次救急医療機関において体外循環式心肺蘇生への取り組み　～管球下での機械的心肺蘇生の有用性について～

○迫田 瑛菜[1]、佐藤 柚月[1] (1. 耳原総合病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP4] デジタルポスター4
救急外来看護

座長:石ヶ森 重之(日本医科大学多摩永山病院)

10:50 ~ 10:59

[DP4-01]

当院初療室での神経蘇生に関する現状と課題－開頭術前の初期治療に関する看護・看護体制の課題－

○吉野 暁子[1]、大塚 翔太[1]、木村 慶吾[1]、栗田 浩樹[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

10:59 ~ 11:08

[DP4-02]

初療のリーダー確立を目指して
ー業務整理前後のアンケート調査からー

○馬原 恵美[1] (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院)

11:08 ~ 11:17

[DP4-03]

二次救急における早期発症の脳卒中疑い患者の対応
～時間短縮を目的としたフローチャートの導入～

○加藤 愛一郎[1]、大須賀 太輔[1]、渡邉 恵子[1] (1. 竹田綜合病院救急室)

11:17 ~ 11:26

[DP4-04]

「疼痛を見える化する」疼痛評価スコアを使ったER看護師の意識改革

○髙木 美紀[1]、寒川 舞[1] (1. 市立　大津市民病院)

11:26 ~ 11:35

[DP4-05]

演題取下げ

11:35 ~ 11:44

[DP4-06]

救急外来で自己来院患者に対しての自己記入式問診票を使用した効果

○石川 麻由[1]、南 真吾[1]、森 まどか[1] (1. 社会医療法人神鋼記念会　神鋼記念病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:10 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP5] デジタルポスター5
重症患者・家族看護

座長:井川 由貴(山梨県立大学 看護学部)

13:20 ~ 13:29

[DP5-01]

急性大動脈解離で手術や入院を拒否した患者への意思決定支援と退院支援の介入により自宅退院した事例

○中村 公彦[1] (1. 札幌東徳洲会病院)

13:29 ~ 13:38

[DP5-02]

高度救命救急センターにて小児チームが連携し重症小児患者の母親の危機を回避できた一例

○浜田 喜恵[1]、皿井 早苗[1] (1. 川崎医科大学附属病院　高度救命救急センター)

13:38 ~ 13:47

[DP5-03]

集中治療領域における医療者の終末期の認識に関する文献研究

○阿部 勇人[1,2]、石川 幸司[3] (1. KKR札幌医療センター、2. 北海道科学大学 保健医療学研究科 看護学専攻、3. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

13:47 ~ 13:56

[DP5-04]

循環器専門病院の救急車来院患者の末梢静脈挿入式中心静脈カテーテル留置の現状と課題

○小中野 和也[1] (1. 医療法人名古屋澄心会　名古屋ハートセンター)

13:56 ~ 14:05

[DP5-05]

在宅救急看護における超音波評価導入の試みと展望

○斉藤 岳史[1] (1. 医療法人 AGRIE 経営企画室)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:20 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP6] デジタルポスター6
訓練・教育

座長:船木 淳(名古屋市立大学大学院看護学研究科 クリティカルケア看護学分野)

14:30 ~ 14:39
[DP6-01]
5年ぶりの大規模災害訓練実施の評価
○難波 さおり[1] (1. 市立池田病院)

14:39 ~ 14:48
[DP6-02]
MCIを想定したシミュレーション訓練での成果と課題
○大和 美幸[1]、白石 朋子[1] (1. 札幌医科大学附属病院　高度救命救急センター)

14:48 ~ 14:57
[DP6-03]
看護師主体のシミュレーション教育がECPR導入時間に与える影響
○佐藤 美咲[1]、宮澤 恭子[1]、土田 智子[1]、浅野 永美花[2] (1. 愛知医科大学病院、2. 愛知医科大学メディカルセンター)

14:57 ~ 15:06
[DP6-04]
シミュレーションを用いた心臓手術後患者の心肺蘇生の質評価～CALS導入前の現状～
○新山 和也[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

15:06 ~ 15:15
[DP6-05]
A病院における心電図セミナー開催を通しての実践報告
○土井 啓司[1]、川﨑 優弥[1]、山本 貴久子[1]、吉田 依里[1]、馬庭 幸詩[1] (1. 公的財団法人健和会　健和会大手町病院　救急外来・病棟)

©一般社団法人日本救急看護学会

共催セミナー | 共催セミナー

2025年11月8日(土) 12:00 ~ 13:00 第2会場(1階 大ホールC)

[LS1] 共催セミナー1
市中病院における高機能ICUベッド導入とその効果 〜看護・医師視点からの実例紹介〜

座長:宇都宮 明美(関西医科大学 看護学部・看護学研究科)
共催:日本ストライカー株式会社

12:00 ~ 12:30

[LS1-01]

当院におけるICU高機能ベッド導入とその効果
〜看護の標準化と看護業務効率の向上を目指して〜

○樫村 貴之[1] (1. 茨城県立中央病院・地域がんセンター)

12:30 ~ 13:00

[LS1-02]

重症患者管理におけるICUベッドの進化と臨床的活用 ー高機能ベッドの導入と運用から見える新たな可能性ー

○佐々木 徹[1] (1. 総合南東北病院　救急集中治療科)

共催セミナー | 共催セミナー

2025年11月8日(土) 12:00 ~ 13:00 第3会場(1階 中ホール)

[LS2] 共催セミナー2
「睡眠環境」と「睡眠の見える化」からケア環境を改善する

座長:三上 育子(市立釧路総合病院救命救急センター)
共催:パラマウントベッド株式会社

12:00 ~ 12:30

[LS2-01]

DXの視点から、2050年の急性期医療の展望

○藤野 智子[1] (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

12:30 ~ 13:00

[LS2-02]

救急・重症患者の眠れる治療空間を目指して

○春名 純平[1] (1. 札幌医科大学附属病院 集中治療部)

©一般社団法人日本救急看護学会

共催セミナー | 共催セミナー

2025年11月8日(土) 12:00 ~ 13:00 第6会場(2階 204会議室)

[LS3] 共催セミナー3
口腔ケアの質向上によるVAP発生率低減の可能性

座長:渡邊 裕(北海道大学大学院 歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室)
共催:ニプロ株式会社

12:00 ~ 12:30

[LS3-01]

口腔ケアキットを活用したVAP発生予防に向けた看護管理者としての取り組みとその成果

○宮澤 恭子[1] (1. 愛知医科大学病院　高度救命救急センター)

12:30 ~ 13:00

[LS3-02]

クリティカルケア認定看護師の視点から見た口腔ケアキットを活用したVAP発生予防に向けた取り組みとその成果

○伊井 仁美[1] (1. 愛知医科大学病院 高度救命救急センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

会長講演 | 会長講演

2025年11月7日(金) 10:00 ~ 10:30 第1会場(1階 特別会議場)

[PL] 会長講演
革新と連携への振る舞い EN(Emergency Nurses),be ambitious!

座長:河合 正成(岐阜県立看護大学 機能看護学領域)

10:00 ~ 10:30

[PL-01]

革新と連携への振る舞い　EN(Emergency Nurses),be ambitious!

○三上 剛人[1] (1. 吉田学園医療歯科専門学校)

©一般社団法人日本救急看護学会

会長講演 | 会長講演

2025年11月7日(金) 10:00 ~ 10:30 第1会場(1階 特別会議場)

[PL] 会長講演
革新と連携への振る舞い EN(Emergency Nurses),be ambitious!

座長:河合 正成(岐阜県立看護大学 機能看護学領域)

10:00 ~ 10:30

[PL-01] 革新と連携への振る舞い　EN(Emergency Nurses),be ambitious!

○三上 剛人[1] (1. 吉田学園医療歯科専門学校)

キーワード：革新、連携、振る舞い

救急看護を取り巻く環境は、これからますます変化を遂げていくことは想像に難くありません。この変化は、私たち救急看護師に「革新」と「連携」という二つの重要な課題を突きつけています。本講演では、これらの課題に対し、いかに振る舞い、未来の救急看護を切り拓いていくべきか、考察します。

1. 革新と連携の融合：未来を切り拓く力

変化の時代において、これまで以上に質の高いケアを提供するには、慣習にとらわれず、新たな知識や技術を積極的に取り入れる革新的な思考が不可欠です。しかし、人間は誰もが慣れ親しんだ環境や手法から抜け出すことをためらう傾向があります。このコンフォートゾーン（安心領域）は、安全性を担保する一方で、成長や変化を阻む要因ともなり得ます。

一方で、救急医療における革新は、救急看護師単独では完結しません。医師、救急救命士、その他のコメディカルスタッフはもちろんのこと、消防、警察、行政、そして地域との緊密な連携が、迅速かつ的確な対応を可能にします。特に、2021年の救急救命士法改正で医療機関に所属する救急救命士が誕生したことは、大きな変化をもたらしました。彼らとの連携を通じて、看護師の役割を改めて考える機会になっているのではないでしょうか。また、2024年度の診療報酬改定で加わった救急患者連携搬送料の算定には、地域医療機関との連携が不可欠です。救急患者を受け入れるだけでなく、地域の医療機関へ患者を搬送することにも看護の力が必要とされています。

2. 革新と連携を支える「振る舞い」

革新を進める力や救急医療システム内での連携は、私たち救急看護師一人ひとりの「振る舞い」によって、その真価を発揮すると信じています。この「振る舞い」を支える重要な概念の一つが、心理学者キャロル・S・ドゥエックが提唱するグロースマインドセットです。これは、私たちの能力や資質は固定されたものではなく、努力や経験によっていくらでも成長できるという考え方です。

このマインドセットを持つことで、私たちは変化を恐れず、失敗を成長の機会と捉え、主体的に学び続けることができます。多様な価値観を尊重し、建設的な議論を促す力、そして困難な状況においても冷静かつ的確な判断を下すプロフェッショナリズムもまた、グロースマインドセットから生まれるものです。本講演では、救急看護師に求められる具体的な「振る舞い」について、私自身の経験も交えながら提案します。

本講演が、ご参加の皆様にとって、来るべき救急看護の未来を共に創造するための示唆となり、明日からの実践に繋がる一助となれば幸いです。

©一般社団法人日本救急看護学会

特別講演 | 特別講演

2025年11月7日(金) 11:00 ~ 12:00 第2会場(1階 大ホールC)

[SL1] 特別講演1
「FULL COMMIT」

座長:田口 裕紀子(札幌医科大学 保健医療学部看護学科)

11:00 ~ 12:00

[SL1-01]

「FULL COMMIT」

○石水 創[1] (1. ㈱コンサドーレ)

©一般社団法人日本救急看護学会

特別講演 | 特別講演

2025年11月7日(金) 11:00 ~ 12:00 第2会場(1階 大ホールC)

[SL1] 特別講演1
「FULL COMMIT」

座長:田口 裕紀子(札幌医科大学 保健医療学部看護学科)

11:00 ~ 12:00

[SL1-01] 「FULL COMMIT」

○石水 創[1] (1. ㈱コンサドーレ)

キーワード：記入なし

本講演では、株式会社コンサドーレ代表取締役社長の石水創氏が、自身の**ライフライン**に沿って、人生の転機と挑戦を語ります。北海道コンサドーレ札幌の経営で直面した困難と、それを乗り越えるための「FULL COMMIT」の精神に焦点を当てます。石水氏のキャリアパスを通して、仕事と人生における情熱の追求と目標達成へのコミットメントの重要性を学ぶ機会となるでしょう。

©一般社団法人日本救急看護学会

特別講演 | 特別講演

2025年11月7日(金) 14:30 ~ 15:30 第1会場(1階 特別会議場)

[SL2] 特別講演2
ダンスで極めた世界に通用する戦略的思考

座長:石川 幸司(北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

14:30 ~ 15:30

[SL2-01]

ダンスで極めた世界に通用する戦略的思考

◯政井 海人（KITE）[1] (1. プロダンサー)

©一般社団法人日本救急看護学会

特別講演 | 特別講演

2025年11月7日(金) 14:30 ~ 15:30 第1会場(1階 特別会議場)

[SL2] 特別講演2
ダンスで極めた世界に通用する戦略的思考

座長:石川 幸司(北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

14:30 ~ 15:30

[SL2-01] ダンスで極めた世界に通用する戦略的思考

○政井 海人（KITE）[1] (1. プロダンサー)

キーワード：ダンサー、ストリートダンス、戦略的思考、アクティブラーニング、グローバル人材

＜会長推薦文＞

この度、特別講演にご登壇いただく世界的なダンサーである政井海人（KITE）氏をご紹介いたします。

KITE氏は、コロナ禍に入るまで13年間連続で世界チャンピオンという驚異的な記録を樹立され、POPというジャンルのダンスの発展にも多大に貢献されている方です。

この13年連続という驚くべき再現性の高さは、KITE氏のお話をお聞きいただければ決して偶然ではなく、確固たる思考法と戦略の賜物であることがお分かりいただけるはずです。

特に注目すべきは、ダンスバトルに挑む際の思考プロセスです。瞬時の状況判断、極度のプレッシャー下での冷静な判断、相手の状態を的確に読み取る観察力、複数の選択肢から最良の手段を選び抜く戦略的思考—これらは救急の看護師が患者対応において発揮する思考過程と驚くほど類似しています。

私とKITE氏との間には、毎年、吉田学園医療歯科専門学校において「物事の考え方」を主題とした講義を1年生にお願いしているというご縁があります。この講義は楽しくて分かりやすいと学生たちの間でも絶大な人気を誇っております。

そして、KITE氏をお招きする最大の理由は、その卓越した人柄と圧倒的な世界観にあります。世界チャンピオンという輝かしい実績を持ちながら謙虚で温かく、瞬間的にその場の空気を一変させる特別な力を持っておられます。KITE氏が一歩その空間に足を踏み入れた瞬間、そこにいる全ての人が自然と引き込まれ、特別な時間が始まる—これこそが世界を魅了する真の世界観だと確信しております。

さらに特筆すべきは、アフターコロナにおいても昨年、再び世界チャンピオンの座に輝かれるという不屈の精神をお持ちであることです。この絶え間ない努力と向上心は、私たち医療従事者にとって計り知れない学びと刺激を与えてくださることと思います。

本講演により、技術や知識の習得を超えて、人として、そして医療人として最も大切なものを再発見する、そんな貴重な機会となることを心より願っております。ぜひ多くの皆様にご参加いただき、楽しみながら多くのことを学んでいただければと思います。

©一般社団法人日本救急看護学会

特別講演 | 特別講演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第1会場(1階 特別会議場)

[SL3] 特別講演3
看護力をアップする声の処方箋

座長:佐々木 吉子(東京科学大学大学院保健衛生学研究科 災害・クリティカルケア看護学分野)

15:30 ~ 16:30

[SL3-01]

看護力をアップする声の処方箋

○木村 匡也[1] (1.ナレーター)

©一般社団法人日本救急看護学会

特別講演 | 特別講演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第1会場(1階 特別会議場)

[SL3] 特別講演3
看護力をアップする声の処方箋

座長:佐々木 吉子(東京科学大学大学院保健衛生学研究科 災害・クリティカルケア看護学分野)

15:30 ~ 16:30

[SL3-01] 看護力をアップする声の処方箋

○木村 匡也[1] (1.ナレーター)
キーワード：コミュニケーション、話し方、人材育成、医療安全研修

というわけで、シークレットゲストは、私、ナレーターの木村匡也（きむら きょうや）でした！

きっと多くの方が、私の顔も名前もご存じなかったと思いますが、声を聞いて「あ、この声知ってる！」と思い出してくださった方もいらっしゃるのではないでしょうか。これが、"声のチカラ"です。

私たちの話し声には、実は歌と同じように、しっかりとした基礎があります。呼吸法、発声法、滑舌、抑揚など、声を扱う上で必要な基本的な技術があるのです。

私たちは毎日当たり前のように「話す」ことをしています。でも、これらを体系的に学んだ経験がある方は、ほとんどいないのではないでしょうか。学校でも職場でも、「声の出し方」をしっかり教わる機会はあまりありませんよね。

でも、少し意識を向けるだけで、周りと大きな差が生まれます。同じ内容を話していても、声の出し方ひとつで、相手の受け取り方は大きく変わるのです。
救急看護の現場では、患者さんやご家族への説明、医師との連携、緊急時の指示など、声によるコミュニケーションが生命に直結することもあるでしょう。そんな大切な場面で、確実に伝わる声、安心感を与える声を出せるかどうかは、皆様の看護の質を左右する重要な要素だと思います。

もちろん、プライベートでも、ご家族やお友達、恋人との会話にも、ぜひ活かしてください。"声のチカラ"は、あらゆる人間関係をより豊かにしてくれるはずです。

皆様の人生で、今日お話しした"声のチカラ"を活かしていただけたら、これほど嬉しいことはありません。

これで、もう私の声と顔が一致したと思います。これからテレビなどで私の声を聞いたら、今日のこの札幌での出会いを思い出して、「あ、木村匡也だ！」と応援していただけたら嬉しいです。

本日は、皆様の貴重なお時間をいただき、ありがとうございました。そして、このような貴重な機会をいただいた会長の三上剛人先生とスタッフの皆様に心より感謝申し上げます。

また、どこかでお耳にかかりましょう！

©一般社団法人日本救急看護学会

教育講演 | 教育講演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第2会場(1階 大ホールC)

[EL1] 教育講演1
組織の課題と向き合うために知っておきたいこと

座長:立野 淳子

12:10 ~ 13:10

[EL1-01]

組織の課題と向き合うために知っておきたいこと

○上村 修二[1,2,3] (1. 札幌医科大学　医学部　医療安全・病院管理学講座　准教授（病院教授）、2. 札幌医科大学　救急医学講座　兼任、3. 札幌医科大学附属病院　経営戦略部　副部長)

©一般社団法人日本救急看護学会

教育講演 | 教育講演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第2会場(1階 大ホールC)

[EL1] 教育講演1
組織の課題と向き合うために知っておきたいこと

座長:立野 淳子

12:10 ~ 13:10

[EL1-01] 組織の課題と向き合うために知っておきたいこと

○上村 修二[1,2,3] (1. 札幌医科大学　医学部　医療安全・病院管理学講座　准教授（病院教授）、2. 札幌医科大学　救急医学講座　兼任、3. 札幌医科大学附属病院　経営戦略部　副部長)

キーワード：課題解決、マネージメント、組織開発

救急の現場では、限られた時間で「白か黒か」を判断し行動する力が求められます。私も長くその判断力を武器にしてきました。しかし立場が変わり、組織の課題に向き合うようになると、それだけでは解決できない問題が多くあると気づきました。組織の課題には、知識や技術で解決できるものと、価値観や習慣の変化が必要なものがあります。後者は「正解のない課題」であり、すぐに答えを出すことが難しいものです。今回の講演では、こうした課題に取り組むための考え方やヒントを、私の経験を交えて紹介します。具体的には、価値の対立をバランスよく扱う「二項動態経営」、手持ちの資源から未来をつくる「エフェクチュエーション」、答えを急がず受け止める「ネガティブ・ケイパビリティ」などの視点を取り上げます。また、私たち自身の内面や立場の揺らぎと向き合う「分人主義」にも触れます。現場や組織で「答えが出ない」と感じるとき、別の見方や一歩踏み出すきっかけを持ち帰っていただければ嬉しいです。

©一般社団法人日本救急看護学会

教育講演 | 教育講演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第1会場(1階 特別会議場)

[EL2] 教育講演2
救急看護教育の常識を疑え！航空業界のトレンドから見えてくる教育改革

座長:野澤 陽子(順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護部)

16:40 ~ 17:10

[EL2-01]

救急看護教育の常識を疑え！航空業界のトレンドから見えてくる教育改革

○中澤 勇太[1] (1. 株式会社LUXURY FLIGHT)

17:10 ~ 17:40

[EL2-02]

救急看護教育の常識を疑え！航空業界のトレンドから見えてくる教育改革

○北川 正博[1] (1. 株式会社アトラエ)

©一般社団法人日本救急看護学会

教育講演 | 教育講演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第1会場(1階 特別会議場)

[EL2] 教育講演2
救急看護教育の常識を疑え！航空業界のトレンドから見えてくる教育改革

座長:野澤 陽子(順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護部)

16:40 ~ 17:10

[EL2-01] 救急看護教育の常識を疑え！航空業界のトレンドから見えてくる教育改革

○中澤 勇太[1] (1. 株式会社LUXURY FLIGHT)

キーワード：人材育成、企業研修、シミュレーション教育、フライトシミュレーター、CRM (Crew Resource Management)、越境学習

近年、航空業界は求める人物像の変化に対応した採用・教育手法の変革期を迎えている。本セッションでは、株式会社アトラエと共同で構築した航空業界の教育手法を取り入れた一般企業向け人材育成プログラムの構築事例をもとに、航空業界の最新の人材採用・育成トレンドを詳細に分析し、その知見が救急看護教育改革の方向性を決定するための一助となることを目的とする。

演者は羽田空港のフライトシミュレーター施設において、航空業界を目指す人材の育成、パイロットの操縦技能の維持、航空会社の採用サポートにインストラクターとして従事している。その現場において、航空業界の採用方針が従来の技術偏重型から、多様性を重視し、柔軟性と適応力を備えた人材へと明確にシフトしていることを実感している。この変化の背景には、航空業界が直面する複雑な運航環境、タスクの自動化の進展、新たなシステム導入に伴う予測困難な事態への対応能力の必要性がある。

航空業界における教育の変革は、採用段階にも大きな影響を与えている。　航空業界の採用における厳格さは、その業務の責任の重大さに直結している。一つの判断ミスが多くの人命に関わるため、採用段階での人材の見極めは極めて重要であり、実際に採用される人材と不採用となる人材には明確な傾向が存在することが確認されている。

入社後の教育システムにおいては、段階的かつ継続的な能力開発が最重要視されている。具体的には、多職種との連携能力の向上、シミュレーション訓練を活用した実践的な教育およびOJT、そして定期的な能力評価および改善計画の策定が体系的に実施されている。さらに、心理的安全性の確保や失敗から学ぶ文化の醸成といったマインドセットの構築も重要な要素として位置づけられている。

これらの航空業界で蓄積された知見や一般企業の研修プログラム構築事例を参考にすることで、従来の救急看護教育手法とは異なる新たな可能性が見えてくることが期待される。例えば、画一的な教育から個別最適化された教育プログラムへの転換や、評価方法の多様化といった具体的な改革が挙げられる。

救急看護に求められる能力は、航空業界で重視される資質と本質的に共通する点が多いと推測される。航空業界で確立された採用・育成ノウハウを参考にすることで、より効果的な救急看護教育システムの再構築が可能となると考えられる。

当日は、具体的な採用事例や教育プログラムの詳細を紹介しながら、教育プログラムの構築について参加者の皆様と議論を深める予定である。業種は異なるものの、ともに従来の教育手法に疑問を抱き、新たな可能性を模索する機会としたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

教育講演 | 教育講演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第1会場(1階 特別会議場)

[EL2] 教育講演2
救急看護教育の常識を疑え！航空業界のトレンドから見えてくる教育改革

座長:野澤 陽子(順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護部)

17:10 ~ 17:40

[EL2-02] 救急看護教育の常識を疑え！航空業界のトレンドから見えてくる教育改革

○北川 正博[1] (1. 株式会社アトラエ)

キーワード：人材育成、職員研修、シミュレーション教育、越境学習、労働衛生

【目的】
救急看護領域と航空業界は「安全管理」「多職種チームワーク」「緊急時対応能力」という共通性を持つ。本セッションでは、航空業界の教育システムを部分導入したIT企業の人材育成事例を通じて、救急看護教育の新たな可能性と在り方を参加者とともに探求する。航空業界で培われた再現性の高い教育手法から得られる実践的知見を基に、今後の救急看護教育発展に向けた具体的方策を検討することを目的とする。

【背景】
厚生労働省「能力開発基本調査（令和5年度）」によると、能力開発や人材育成に関して何らかの問題があるとする事業所は79.8%に上り、主な課題として「指導者の不足」「人材育成の時間不足」「育成後の離職」が挙げられている。さらに社員研修の外注化は加速しており、人材育成サービス市場は年々拡大傾向にある。しかし、外注研修においても研修効果測定の困難さ、実務との乖離、継続性の欠如といった課題が残る。そして、従来の形式的な研修や外部機関への丸投げによる人材育成では限界があることは、既に多くの組織が実感している。人材を奪い合う激しい競争環境の中で、他業界では人材確保と定着に向けた教育システムの革新が急速に進んでいる。こうした状況下において、看護という仕事が選ばれ、かつ救急看護を志し、長期にわたって働き続けてもらうためには、救急看護教育の抜本的な改革が喫緊の課題となっている。

【方法】
株式会社アトラエは、組織の人材育成における現状の課題解決に向けて、フライトシミュレーター事業を運営する株式会社LUXURY FLIGHTとの協働により、航空業界の人材育成ノウハウを取り入れた社員研修プログラムを構築し、2023年10月より実施している。本プログラムは、組織全体および受講者個人の課題に合わせてカスタマイズされる「オーダーメイド型研修」である。指導者育成を含む人材育成に加え、良好なコミュニケーションを通じた職場での相互支援体制の構築を重視している。これらの取り組みにより、ストレスの軽減やエンゲージメントの向上を促進し、労働衛生の観点から組織全体の生産性とウェルビーイングの向上を目指している。

【当日の流れ】
実施中の研修プログラムについて、企画段階から実施までのプロセスを時系列で振り返りながら進行する。具体的には、以下の項目について詳細に紹介する。
1.初期課題の抽出と分析
2.航空業界教育手法の選定理由
3.プログラム設計過程での試行錯誤
4.実施時の具体的手法とフィードバック
5.効果測定と研修効果持続の方法
各過程において参加者との積極的な議論を行い、救急看護教育における類似課題の共有や解決

©一般社団法人日本救急看護学会

策の検討を行う。

【期待される成果】

参加者との自由な議論を通じて、各施設が抱える教育課題や取り組みについて情報共有を行い、航空業界の教育手法から得られる実践的知見をもとに、従来の教育手法にとらわれない新しい救急看護教育モデルの構築に向けた具体的方策を見出すことを期待する。

©一般社団法人日本救急看護学会

教育講演 | 教育講演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第2会場(1階 大ホールC)

[EL3] 教育講演3
ドクターヘリ運航10年の軌跡と未来：地域医療への貢献と課題

座長:佐藤 憲明(日本医科大学付属病院 看護部教育支援室)

16:40 ~ 17:40

[EL3-01]

ドクターヘリ運航10年の軌跡と未来：地域医療への貢献と課題

○武山 佳洋[1] (1. 市立函館病院救命救急センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

教育講演 | 教育講演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第2会場(1階 大ホールC)

[EL3] 教育講演3
ドクターヘリ運航10年の軌跡と未来：地域医療への貢献と課題

座長:佐藤 憲明(日本医科大学付属病院 看護部教育支援室)

16:40 ~ 17:40

[EL3-01] ドクターヘリ運航10年の軌跡と未来：地域医療への貢献と課題

○武山 佳洋[1] (1. 市立函館病院救命救急センター)

キーワード：ドクターヘリ、地域救急医療、地域連携

【はじめに】演者は1996年に札幌医大救急集中治療部（現救急医学講座）に入局し、今年で救急医30年目となる。当初10年は札幌市内で大学病院中心に勤務し、当院に異動して20年が経つ。各々の勤務地において、救急医療の発展や救急看護師の育成を考えてきたつもりだが、本講演では道南ドクターヘリ（DH）の導入から運用を中心に、これまでの取り組みを紹介したい。
【DH導入時の課題と運航体制】2012年から行政主導でDH導入の検討が始まったが、当初は大きく4つの課題があった。下記のような「オール道南」の体制を構築し、当院を基地病院として2015年2月より運航を開始した。
1．格納庫とDH待機場所　基地病院敷地内に確保できず、函館空港の格納庫を借り上げ、ヘリと共に運航スタッフが待機。機体はレオナルド社製AW109SPを使用、運航は鹿児島国際航空に委託。
2．搭乗医師（FD）、看護師（FNS）の確保　両者ともマンパワー不足が懸念され、当院の二次輪番日に連動し役割分担。当院非輪番日（年間約240日）は当院のFD、FNSが搭乗し、当院輪番日（年間約120日）には道南圏の他病院や札幌医大のFD、およびFNSが搭乗。
3．患者の搬送先当院で全ての搬送患者を受け入れるのは困難であり、函館市の二次輪番制に従い搬送先を分担。
4．運航費用などの負担　国と北海道からの補助金で賄いきれない運航関連経費について、定住自立圏制度を活用し、道南圏18市町で負担。
【10年間の運航実績】2015～2024年度の要請件数は5081件、出動件数3960件、出動率78%であった。年度別の要請は351～616件、出動は286～466件、出動率は74～86%で推移した。出動区分は救急現場出動2070件（52%）、緊急外来搬送175件（4%）、施設間搬送1250件（32%）、離陸後キャンセル466件（12%）であり、患者搬送数は3502件、搬送先は基地病院1656件（47%）、その他1846件（53%）であった。
【DH導入のメリット】救急現場への早期医療介入が最大のメリットであり、DHが奏功した救命例を数多く経験した。離島や遠隔地からの搬送時間は大きく短縮した。また、DH活動を通じた現場でのメディカルコントロール（指導および協働）は地域救急医療の底上げにつながった。つまり、現場活動を通じてFD、FNS、救急隊員の相互理解が深まり、チームワークが向上した。当院以外のFNSは救急専従ではなく、教育や質の維持に苦心したが、2016年にFNS部会を立ち上げ、定期的に学習機会を設けることでFNS間（＝病院間）の連携が深まった。上記で培われた良好な関係性は、コロナ禍や災害対応等にも活かされた。
【今後の展望】　DHは地域救急医療のシンボルであり、財産である。導入には多くの関係者の尽力があり、人々の温かさや地域の力を感じた。人口減の進む地方において、今後はセーフティネットとしての役割が高まると考える。DH導入前から、心肺蘇生法や外傷診療、災害医療の教育等を通じて救急看護師の育成に努めてきたが、DH運用をきっかけとして病院間・職種間の連携が大きく前進し、救急医療の輪が広がり、地域全体のレベルアップにつながった。当院では現在、DHのほか心肺蘇生法教育、院内急変対応、臓器提供等において救急看護師が活動の中核を

©一般社団法人日本救急看護学会

担っており、医師が異動してもシステムや質は維持される。ここまでの道のりは平坦ではなかったが、地道な啓発活動は着実に成果となり、演者自身のやりがいや幸福にも寄与した実感があるため、後悔はない。2021年の救急救命士法改正から病院救命士が急速に増加しており、今後は救急医・救急看護師・救急救命士の3者が連携して病院内救急医療を強化すると同時に、地域の救急災害医療がさらに向上することを期待したい。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 12:00 第3会場(1階 中ホール)

[SY2] シンポジウム2
RRSにおける救急看護師の振る舞い～RRSに救急看護師が参画する意義について考える～

座長:増山 純二(令和健康科学大学 看護学部看護学科)、門馬 治(日本医科大学武蔵小杉病院 看護部)

10:33 ~ 10:48

[SY2-01]

救急看護師の役割拡大とRapid Response System（RRS）における貢献：患者アウトカム改善に向けて

○小原 秀樹[1] (1. 聖マリアンナ医科大学　川崎市立多摩病院　ICU)

10:48 ~ 11:03

[SY2-02]

当院において救急看護師がMETに参画することの意義

○藤川 真人[1] (1. 社会医療法人誠光会淡海医療センター)

11:03 ~ 11:18

[SY2-03]

救急看護師はRRSの要となる存在～大切なのは多角的視点と度胸である～

○宇野 翔吾[1] (1. 東海大学医学部付属八王子病院)

11:18 ~ 11:33

[SY2-04]

DX時代のRRSにおける救急看護師の役割 ～NEWSスコアを活用したリアルタイム介入の可能性～

○山田 亨[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　看護管理室)

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 12:00 第3会場(1階 中ホール)

[SY2] シンポジウム2
RRSにおける救急看護師の振る舞い～RRSに救急看護師が参画する意義について考える～

座長:増山 純二(令和健康科学大学 看護学部看護学科)、門馬 治(日本医科大学武蔵小杉病院 看護部)

10:33 ~ 10:48

[SY2-01] 救急看護師の役割拡大とRapid Response System（RRS）における貢献：患者アウトカム改善に向けて

○小原 秀樹[1] (1. 聖マリアンナ医科大学　川崎市立多摩病院　ICU)

キーワード：RRS、CCOT、教育

【はじめに】救急看護師は、日常である救急医療の現場で培った高度なアセスメント能力と緊急対応スキルを生かし、RRS（Rapid Response System）の中核的役割を担うことが期待されている。さらに、急変リスクの高い患者を早期に発見し、適切な対応につなげるための活動であるCCOT（Critical Care Outreach Team）も、医師や専門・認定看護師を含む専門職が中心となっている施設も多い。本発表では、私が所属する施設におけるRRSおよびCCOT活動の現状と、救急看護師が果たす役割や具体的な取り組みについて紹介する。

【救急看護師の役割とRRSにおける意義】救急看護師は、患者の微細な変化を的確に捉える観察力と、緊急時にリーダーシップを発揮できる判断力に優れている必要がある。当院でのRRS発動時の出動看護師は、ERリーダークラスの看護師や救急医学所属の診療看護師により行われる。また、CCOT活動では専門・認定看護師や診療・特定看護師、ER看護師により行われている。これらのスキルを駆使し、病状悪化や急変の予兆を早期に検知し、迅速な介入を促すことが可能となっている。さらに、多職種間の円滑な連携やスタッフ間教育といった活動を担い、患者安全とケアの質向上に直結している。

【一般病棟看護師への教育と支援】救急看護師は、RRS・CCOT活動の一環として、次のような教育活動を推進している。 **アセスメントの強化**：患者のバイタルサインや視診・触診のポイント、呼吸状態や意識レベルの観察法についての実践的指導を行う。特に、非専門スタッフが見落としやすい微細なサインの重要性を強調し、アセスメントの精緻化を促す。 **NEWS（National Early Warning Score）を用いた早期RRSコール**：救急看護師は、対象となる病棟看護師に対してNEWSの計算や解釈を共有し、早期のRRSコールを促進する。これにより、異常兆候を早期に察知し、適切な対応を取る仕組みを強化している。 **シミュレーション学習や事例検討の導入**：実際の急変事例やNEWSの運用に基づくシミュレーションを通じて、看護師の判断力向上と、迅速なRRSコールのタイミングに関する共通理解を深める。 **継続教育**：定期的に学習会や振り返りの場を設け、課題点を共有し、プロトコルの遵守とアセスメント能力の向上を図る。

【取り組みの効果と患者アウトカム】

これらの教育活動により、次のような患者アウトカムの改善が期待される。 早期の兆候発見により、重篤化や心停止を予防する。 NEWSを用いた客観的評価で、RRSコールの適切なタイミングが確立される。 他職種連携の強化により、医療チーム全体の危機対応能力が増し、ケアの質が向上する。 一般病棟看護師の自律的なアセスメントと早期対応の実践促進により、院内死亡率の低下やICUへの不必要な入室の抑制が期待される。

【課題と今後の展望】救急看護師による教育活動の定着と継続には、標準化された研修プログラムや資格制度の整備、教育効果の評価とフィードバックの仕組みが必要である。また、多職種連携を深めるためのコミュニケーション研修や、実践を伴うシミュレーションの導入も重要である。今後は、これらの取り組みをさらに広げ、地域や施設の特性に応じた最適なRRS運用の

©一般社団法人日本救急看護学会

構築を進めることが求められる。
【結論】救急看護師は、アセスメントの技術やRRS指標の適切な運用指導を通じて、一般病棟看護師の能力向上に寄与し、早期の異常検知と迅速なRRSを促進・発展できる存在である。これにより、患者の重篤化や死亡リスクを低減し、安全・質の高い医療の実現に重要な役割を果たしている。今後も教育活動の深化と普及を図り、RRSの質の向上に寄与していくことが、患者安全の向上と医療の質的改善につながると考えられる。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 12:00 第3会場(1階 中ホール)

[SY2] シンポジウム2
RRSにおける救急看護師の振る舞い～RRSに救急看護師が参画する意義について考える～

座長:増山 純二(令和健康科学大学 看護学部看護学科)、門馬 治(日本医科大学武蔵小杉病院 看護部)

10:48 ~ 11:03

[SY2-02] 当院において救急看護師がMETに参画することの意義

○藤川 真人[1] (1. 社会医療法人誠光会淡海医療センター)

キーワード：RRS、MET、救急看護師

淡海医療センターは、滋賀県の南部に位置する二次救急医療機関である。病床は、ICU/CCUを含む急性期病床が362床、回復期病棟が1病棟58床からなっている。救急部門は救急科として一単位を担っているが、専属の入院病棟はなく、外来・アンギオ・ドクターカーの３部門から成り立っている。

当院のRRSは2019年に立ち上がったが、新型コロナ対応の影響やRRSメンバーの退職が相次ぎ、いったんは活動が縮小した。その後、2022年にRRSの組織の立て直しを行い、2024年にレジストリ登録等を開始し、現在活動を継続している。2024年度の要請件数は17件であり、病棟だけではなく、中央処置室や点滴室といった外来部門からの要請にも対応している。当院ではRRSが起動、要請された場合、METとして医師と看護師が赴くことになる。METで活動する看護師は曜日で異なるが、木曜日以外は救急所属の看護師がMETとして活動する。METとして活動する看護師は、救急看護師の中でもドクターカーに乗車できる看護師、またはリーダークラスの看護師である。ただMET専属の看護師を配置しておらず、その日の勤務するメンバーから選抜して活動している。

当院の救急看護師の特徴として、まず、第一印象から緊急度を予測して、ABCアプローチで生理学的に評価と安定化を行うことが可能であること、トリアージやドクターカーでの活動など、多くの場合、状態が不明瞭な患者にかかわっていることから、どのような患者からでも病態をアセスメントするために必要な情報を収集することが可能な点が挙げられる。また、普段から診療科を問わず、緊急度・重症度の高い患者、初期診療中に状態悪化する可能性のある患者に接しており、どのような患者にも対応が可能であること、そして、他科の医師や各検査部門と連携しているため、他部門とコミュニケーションを円滑にとることができることも特徴である。これらのことを踏まえて、当院ではRRSを開始した際に、救急看護師をMETの中心的な看護師とした。

これらの特徴から、救急看護師がMETとして活動する意義を考えてみる。まず入院患者の病態や状態が不明瞭であっても、ABCアプローチで安定化を図るとともに、臨床推論を用いて患者に起こっている病態や今後起こりうる状態、必要な検査を予測する力があると考える。次に患者の情報が少なくても、患者の状態を把握するための情報収集をする能力が養われている。それは何の情報をどのように集めれば良いかを理解しており、かつ情報収集を実際に実践できる力があると考えられる。そして緊急度、重症度が高い患者に対しても、必要な処置やケアの優先順位を考慮して提供することができ、また、どのような状況であっても、患者の状態の安定化を図るだけでなく、医師や関係部署、家族などをマネジメントする力があるのではないか、と考える。実際に活動している看護師から、情報を収集するためにコミュニケーションと、状況を整理するためのマネジメントは大切にしているという意見がある。

つまり救急看護師は、病棟看護師とは患者アプローチが異なる点や、METとして活動する場

©一般社団法人日本救急看護学会

面が、普段、救急で実践している看護技術を提供できる場面であること、患者家族や他部門とのマネジメントができる点が、救急看護師がMETとして活動する意義と考えられる。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 12:00 第3会場(1階 中ホール)

[SY2] シンポジウム2
RRSにおける救急看護師の振る舞い～RRSに救急看護師が参画する意義について考える～

座長:増山 純二(令和健康科学大学 看護学部看護学科)、門馬 治(日本医科大学武蔵小杉病院 看護部)

11:03 ~ 11:18

[SY2-03] 救急看護師はRRSの要となる存在～大切なのは多角的視点と度胸である～

○宇野 翔吾[1] (1. 東海大学医学部付属八王子病院)

キーワード：RRS、救急看護師

RRSを1つのシステムとして病院システム内に浸透させ、上手に歯車を噛み合わせ動かすためには、多大な労力が必要であるが、同時に多くの救急的視点が必要である。システムの根幹を司るのは紛れもなく救急看護師であり、“要”や“蝶番”のような働きをしてくれる存在であると私は考える。

RRSを円滑に動かし続けるための動力源には、4つの柱が必要で、起動要素（求心路）、対応要素（遠心路）、指揮調整要素、システム改善要素などのコンポーネントと呼ばれている。この4つの柱の全てに、救急領域で働く看護師の知識やスキルが重要になってくる。

救急外来領域で働く救急看護師は、患者背景が不明である患者を、見た目の印象や症状などで第一印象を観察し、瞬時に緊急か否かを判断する能力を有している。さらに、トリアージを進めることにより、より詳細な情報を、短時間で簡潔かつ明瞭に情報収集する能力も有し、安全管理や緊急処置の判断と初期対応、緊急度の判断など多くのマルチタスクを熟している。こういったスキルを持つ看護師の多くは、コミュニケーション能力も優れており、医師－看護師間の歪を調整する能力や急変時のコミュニケーションエラーを起こさないための対策も抜かりなく行うことができる。救急外来をベースに記述をさせていただいたが、集中治療領域で働く救急看護師も同様の知識やスキルを有していると考える。

RRSを動かすための起爆剤は、起動要素と呼ばれる部分で、看護師による気づきが主軸であるが、気づいても次のアクションを起こさなければ何も始まらず、歯車が回らない。また、次のステップである対応要素に迅速に繋ぎ、一早く患者の元に駆けつけてもらうための働きかけが重要となる。道端で倒れている人がいた場合、救急車を迅速に要請する流れと考えは同じで、患者を予後不良にさせないための行動が必要になる。対応要素では、高度な医療知識と急変対応を熟知し、急変の予測とその観察、必要時の初期対応や応急処置などが行える人材とそれが行える専門性の高いチームの醸成が重要である。RRSでは、この2つが実際に現場実践する必要のある重要な要素となっているが、ここに救急看護師の洞察力、判断力、行動力が必要とされる。残り2つの要素では、前者2つの要素が適切なものかの効果測定や評価を行うことで、さらに質の高い要請や対応、良質な予後などに結び付けられる部分である。一見、「救急看護師でなくとも良いのでは」と思われがちであるが、そうではない。この2つの要素は、前者2つの要素をより質の高い状態に維持するために必要な中枢部分で、前者2つの要素に主軸で参加している看護師が評価に加わり、自分の対応や行動を見直し、更なる進化や成長を遂げていくための大切な場所でもある。また、中枢を管理する全ての医療者に、救急の多角的視点が重要であることを伝え、それを浸透させることも必要といえる。

4つの柱は全てが繋がっており、それを繋げるためには柔軟な蝶番が必要である。蝶番が外れてしまったり、うまく動かないようでは、RRSは上手く機能しない。救急看護師は、360度見渡すことができる要の存在として、常にRRSの中心にいるべきである。

©一般社団法人日本救急看護学会

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 12:00 第3会場(1階 中ホール)

[SY2] シンポジウム2
RRSにおける救急看護師の振る舞い～RRSに救急看護師が参画する意義について考える～

座長:増山 純二(令和健康科学大学 看護学部看護学科)、門馬 治(日本医科大学武蔵小杉病院 看護部)

11:18 ~ 11:33

[SY2-04] DX時代のRRSにおける救急看護師の役割 ～NEWSスコアを活用したリアルタイム介入の可能性～

○山田 亨[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　看護管理室)

キーワード：Rapid Response System、デジタルトランスフォーメーション、National Early Warning Score

---

Rapid Response System（RRS）は、院内急変の予兆を早期に察知し、重症化を防ぐための重要な仕組みである。特に、バイタルサインに基づく患者の状態変化を的確に捉え、迅速に対応できる体制の構築は、医療安全の観点から極めて重要である。RRSにおける救急看護師の役割は、単に急変時に対応するのみならず、「未然に防ぐ」視点をもった介入が求められており、今後さらにその専門性が発揮される場面は広がっていくと考えられる。近年では、医療現場にもデジタルトランスフォーメーション（DX）が急速に進みつつあり、電子カルテやモニターから得られる生体情報・バイタルサインをリアルタイムに収集・解析し、National Early Warning Score（NEWS）などの重症度スコアを自動計算・可視化する「ダッシュボード型システム」の開発・導入が進められている。これらのシステムでは、患者のバイタルデータを一元化して一覧表示し、NEWSスコアの高い順にソートして表示する機能を有しており、RRSチームや看護師が重症化リスクの高い患者にいち早く気づくことを可能とする。さらに、一定のスコア閾値を超えた場合にアラートが発信されるなど、判断を支援する仕組みも実装されつつある。本発表では、このようなバイタルサイン可視化ツールを活用した新たなRRSのあり方を紹介し、救急看護師がどのようにしてこれらの情報を臨床判断に活用し、チーム内でどのような役割を担っているのかについて考察する。特に、これらのシステムを用いた場合、現場の経験値に依存していた「勘と経験」による対応から、客観的なデータをもとにした「判断と連携」へとシフトしていくことが可能となる点に注目したい。また、こうしたシステムを活用することで、RRSが「呼ばれてから動く」体制から「呼ばれる前に動く」予防的なシステムへと進化する可能性についても議論する。発表では、私自身の経験した事例などを元に、今後の救急看護師のRRS参画の意義と、DX時代における看護師主導の急変前対応の可能性について検討したい。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 10:40 ~ 12:10 第1会場(1階 特別会議場)

[SY1] シンポジウム1
救急医療システムにおける振る舞い（初期～三次）

座長:山勢 善江(湘南医療大学 保健医療学部看護学科)、神田 直樹(北海道医療大学 看護福祉学部)

10:43 ~ 10:55
[SY1-01]
時代の変化をふまえた救急看護師の振る舞い～初期救急の立場から～
○片岡 美香[1] (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院)

10:55 ~ 11:07
[SY1-02]
二次救急医療機関としての振る舞いと在り方
○床尾 羊翼[1] (1. 社会医療法人仙養会北摂総合病院)

11:07 ~ 11:19
[SY1-03]
三次救急における看護師の振る舞い～理想と現状、今後の展望を考える～
○小野澤 圭子[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　救命救急センター)

11:19 ~ 11:31
[SY1-04]
三次救急医療における重篤患者・家族への医療者の振る舞い～地域の特性を踏まえて～
○小笠原 美奈[1] (1. 秋田赤十字病院　ICU)

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 10:40 ~ 12:10 第1会場(1階 特別会議場)

[SY1] シンポジウム1
救急医療システムにおける振る舞い（初期～三次）

座長:山勢 善江(湘南医療大学 保健医療学部看護学科)、神田 直樹(北海道医療大学 看護福祉学部)

10:43 ~ 10:55

[SY1-01] 時代の変化をふまえた救急看護師の振る舞い～初期救急の立場から～

○片岡 美香[1] (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院)
キーワード：救急医療システム、初期救急

2024年の救急出動件数は約771万件、搬送人員は約676万人と過去最高となっており、その半数以上が帰宅可能な軽症患者となっている。当院も同様に2024年の救急車搬送11,799件のうち6割、ウォークイン患者15,883件のうち8割が初期救急患者に該当していた。しかし、軽症であってもセルフケアが困難な独居高齢者や老々介護、頻回受診を繰り返す慢性疾患患者や、自傷行為や薬物中毒、小児虐待、ヤングケアラーなど課題を抱える患者も多い。望ましい受診行動や、社会保障制度を活用できておらず、セルフケアが困難であったり、支援する家族がおらず、困り果てて救急外来に辿り着く患者も少なくない。そのため、限られた時間の中で患者や家族の心情を察しながら観察・アセスメントし、来院時から、帰宅後に向けた安心安全な生活を見据えた支援が必要である。このように救急外来は地域包括ケアシステムの中で、急性期医療の“ゲートキーパー”のような機能を果たさざるを得ない状況となっており、時代の変化をふまえた“振る舞い”が初期救急における看護の役割であると考える。

当院では、医師の判断だけでは捉えきれない患者の生活背景やリスクを、看護師の観察とアセスメントで拾い上げ、患者や家族が帰宅しても安心して過ごせる支援に繋げる取り組みを行っている。看護師は、来院時から患者のバイタルサインや症状だけでなく、訴えや態度、身なりや清潔状態、家族の様子から生活状況を把握し、必要に応じて社会的支援へ繋いでいる。また、帰宅時にも今後必要な介護サービスや受診行動の見通しについて家族と一緒に考え、再受診の可能性や生活上のリスクに応じた指導を行い、地域包括支援センターやケアマネージャーと連携を図っている。さらに、本当に帰宅してよいか？という安全管理の視点を常に持つことが重要である。特に当院は、研修医による診療が多いため、24時間以内に再受診したケースでは上級医が併診している。頭部打撲や急性腹症など、帰宅後に症状が悪化して再受診するリスクを孕む症例には、説明文書を用いて帰宅後の注意点を明確に伝えることで安全に配慮している。患者が帰宅してから生活ができるかの判断を支える仕組みとして、帰宅支援フローチャートやチェック表を整備し、若手看護師や経験の浅い看護師でも対応できる工夫を行っている。帰宅困難症例が発生した場合には、看護師間で事例や対応方法を共有してリフレクションの場を持ち、知見の底上げを図っている。

しかし、患者の生活背景を適切に把握することは、目の前の診療や処置に追われる現場では容易ではない。特に、患者や家族の語られないニーズや声にならない困難さは、看護師が意図的に目を向けなければ見落とされやすく、感じ取れる力や観察力、相手の生活に思いを巡らせる想像力が必要であり、個人の経験や感度によって対応に差が出やすい。当院では、休日や夜間は専任外の看護師の勤務もあるため、統一した対応が不十分であることや、時間外は地域連携が難しく、社会的支援への介入が十分でないことが課題である。今後は、さらに地域の医療機関や行政との連携を行い、24時間体制で患者が安心して自宅でも療養できるよう地域を巻き込んでの体制の強化が求められる。

救急外来は医療の入り口にとどまらず、暮らしと医療をつなぐ場と変化し、軽症患者への対応こそ、生活を見据えた看護実践が求められる。高齢患者の増加とともに、救急受診件数も増加

©一般社団法人日本救急看護学会

が予測される中で、看護師の振る舞いはますます重要となるため、初期救急患者と家族の生活を見据えた必要な看護について皆さんと検討していきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 10:40 ~ 12:10 第1会場(1階 特別会議場)

[SY1] シンポジウム1
救急医療システムにおける振る舞い（初期～三次）

座長:山勢 善江(湘南医療大学 保健医療学部看護学科)、神田 直樹(北海道医療大学 看護福祉学部)

10:55 ~ 11:07

[SY1-02] 二次救急医療機関としての振る舞いと在り方

○床尾 羊翼[1] (1. 社会医療法人仙養会北摂総合病院)

キーワード：二次救急医療機関、帰宅支援、入院時重症患者対応メディエーター

日本では、年々救急出動件数は増加しており、2015年度より600万台を超えた。2019年に全世界で流行したCOVID-19の影響により、2019年から2021年の救急出動件数は一時的に減少した。2020年度は593万5694件（総務省,2021）であった。2024年度の救急出動件数は771万7123件（総務省,2024）と過去最高であった。5年間で178万件以上増加している。さらに2024年度の搬送人員の内訳を傷病程度別にみると、「軽症（外来診療）」が316万7205人（対前年比5万1627人減、1.6%減）、「中等症（入院診療）」が301万8266人（対前年比16万7644人増、5.9%増）、「重症（長期入院）」が48万8340人（対前年比6347人増、1.3%増）と、ますます、救急は逼迫している。軽症患者は減少しているものの、中等症、重症患者は増加しており、二次救急の需要は高くなっている。二次救急医療機関とは、手術や入院が必要な重症患者を対応する医療機関であり、救急車で来院する患者だけではなく、直接病院に来院する患者も対応している。日々、様々な問題を抱えた患者が救急外来（以下、ER）を受診している。身体的な問題でERを受診している患者の中には、経済状況、社会環境、家族構成、職場環境といった健康の社会的決定要因（SDH）が影響している患者も多い。ERでは、疾患や外傷のような問題を緊急性の判断を行い、治療・看護を行っているが、治療が優先され、同時に救急搬送の増加などの要因によって、患者やその家族への関わりに十分な時間確保ができていない現状にある。患者やその家族が抱えている問題点は、意図的にみなければみえないものであり、これに気付き、拾い上げることがERにおける看護の一つと私は考える。ERの看護を充実させるために当院が行っている取り組みとして、ERを受診して帰宅となった患者に対して、帰宅支援フローチャートを用いて評価を行い、必要度に応じて介入が行えるようなシステムを構築した。入院した患者やその家族は、突如訪れた予期せぬ状況に不安や絶望感といった様々な心理的状態にあり、そんな患者やその家族に対して経験豊富な在宅看護専門看護師、救急看護認定看護師を中心とした入院時重症患者対応メディエーターが介入を行っている。特に救急・集中治療が必要になった患者には、できるだけ早期に介入して、寄り添い、不安や疑問を解消し、病状、治療方針について十分に理解、納得できるように支援、調整を行っている。ERでは、家族やその家族だけではなく、救急隊との関わりも重要である。救急隊に選んでもらえるような病院として、何が必要で、何が強みなのかを考えなければならない。当院では、メディカルコントロール協議会を通して、医師・看護師など救急隊と関わるスタッフの接遇について、振り返ることを目的としてアンケートを行い、求められているもの、足りないものの改善に努めている。こういった取り組みも救急隊に選ばれる病院としての振る舞いの一つである。日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会・日本慢性期医療協会・全国自治体病院協議会の6病院団体による調査で2024年度診療報酬改定の前（2023年6-11月）・後（2024年6-11月）で比較すると、医業赤字病院は64.8%から69.0%に増加しており、各種補助金を含めた経常赤字病院は50.8%から61.2%に増加している。このように「病院経営は危機に瀕しており、いつ何時、地域の病院が突然なくなる（倒産する）可能性もある」状況だということも知っておく必要がある。今後はこれまで

©一般社団法人日本救急看護学会

以上に経営的な目線でも考えなければならない。これは地域の医療の質を守ることであり、強いては私たちの生活を守り、患者やその家族の健康を守るものである。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 10:40 ~ 12:10 第1会場(1階 特別会議場)

[SY1] シンポジウム1
救急医療システムにおける振る舞い（初期～三次）

座長:山勢 善江(湘南医療大学 保健医療学部看護学科)、神田 直樹(北海道医療大学 看護福祉学部)

11:07 ~ 11:19

[SY1-03] 三次救急における看護師の振る舞い～理想と現状、今後の展望を考える～

○小野澤 圭子[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　救命救急センター)

キーワード：三次救急

救急医療体制の中で、三次救急では緊急性・専門性の高い疾患や重症外傷等の複数の診療科領域にわたる疾病等、幅広い疾患に対応して高度な専門的医療が実施される。その他の医療機関では対応困難な重篤患者への医療を担い、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割を果たす。東京都には28の三次救急医療機関が設置されており、当院は東京都大田区にある唯一の三次救急施設で、救命救急センターは1978年に開設された。現在、救急車の受け入れは年間で約5000件であり、うち三次救急は約1000件に対応している。三次救急で搬送される患者は、緊急度・重症度が高く生命にかかわる重篤な状態であるとともに、不安や恐怖を抱き、特殊な環境下で治療を受けなければならないといった特徴がある。そして、患者の変化を目の当たりにした家族もまた、突然の出来事に動揺・混乱をきたし、患者の病状や予後、時には死に直面することにより精神的な危機に陥ることが多い。そのような状況で私たち救急看護師には、患者が生命の危機的状況を回避できるよう多職種で協働し救命処置を行い、家族の心理状況を把握し安心・安寧が図れるよう対応していくことが求められている。（…ということは理解し、多忙な業務に追われる中で、患者・家族のニーズを充足するためのケアを提供したい！救急看護師としての役割を果たせるようにきちんと振る舞いたい！と思い、葛藤を抱えることも少なくないのではないか。）　本発表では、三次救急で搬送される患者・家族対応の課題や目標をもとに開始した部署の取り組みの紹介や、二次救急にも対応するスタッフの認識の違い、現状や今後の展望を踏まえて話題を提供したい。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 10:40 ~ 12:10 第1会場(1階 特別会議場)

[SY1] シンポジウム1
救急医療システムにおける振る舞い（初期～三次）

座長:山勢 善江(湘南医療大学 保健医療学部看護学科)、神田 直樹(北海道医療大学 看護福祉学部)

11:19 ~ 11:31

[SY1-04] 三次救急医療における重篤患者・家族への医療者の振る舞い～地域の特性を踏まえて～

○小笠原 美奈[1] (1. 秋田赤十字病院　ICU)

キーワード：三次救急医療、重篤患者家族、地域の特性

【背景・地域の特性】地方や過疎地域では、医師不足や医療機関の不足、高齢化による医療ニーズの増大など、様々な要因によって地域医療格差が深刻化し、秋田県も他ではない。秋田県では高度救命救急センター、救命救急センター、地域救命救急センター、脳血管疾患対応可能な救急告知病院の４つの医療施設が三次救急医療を担い、24時間体制で重篤な救急患者の診療を行っている。地域救命救急センター以外は、全て県央と呼ばれる地域に在り、県土が広大であることから、1時間以内に車を利用し救命救急センターに搬送可能な人口カバー率が43.19%と全国で最下位となっている。(平成18年調査,都道府県における医療計画の現状把握 と分析に関する研究)地域医療再生計画として、2012年秋田県ドクターヘリ運行開始に伴い、三次医療機関のヘリポート整備を含めた受け入れ体制強化や、広域的急性期医療体制が確立された。救命救急センターを有するドクターヘリ基地病院である自施設では、医療圏を跨いだ重篤患者家族を受け入れている。秋田県の高齢化率は、2023年時点で39.0%と、全都道府県の中で最も高い。2024年における高齢者数は、総人口の39.5%に達し、全国平均の30.3%を大きく上回っている。さらに、要介護状態に陥りやすくなる後期高齢者は、総人口の23.0%と高齢者全体の58.3%を占めている。1世帯当たりの人員は2.33 人となる。【事例１】ドクターヘリで広域搬送されたくも膜下出血のA氏60歳代女性。夫、長男・次男が同居している。搬送当日に動脈瘤塞栓術施行後ICUへ入室した。脳血管攣縮症状を呈し意識状態低下がみられたが、主治医は家族の面会時に合わせて病状説明を行い、看護師は家族の反応を確認しながら家族看護ができた。【事例２】腰痛による体動困難で救急車により広域搬送されたB氏60歳代男性。妻と2人暮らし。長男、次男、長女は県内外に在住。敗血症性ショックの原因検索のため、ICUへ入室しCHDF導入。２病日、腰痛悪化、呼吸不全により人工呼吸器管理、鎮痛・鎮静薬持続投与開始となり、以降は妻が代理意思決定者となる。B氏は標準的治療と原因検索をしていたが上部消化管出血を繰り返し、さらに不整脈出現など度々急変し、その都度医師から電話で妻へ病状説明や治療同意を得ることを余儀なくされた。心理的負担が増大していたと考え、重症患者対応メディエーター（以下メディエーター）介入依頼した。【事例３】肺がんの既往があり、積極的治療は困難でBSCとなっていたC氏80歳代男性。妻と2人暮らし。長男は市内に在住、長女は他界しており長女の夫である義理息子が市内に在住。腹痛を訴え救急搬送され、消化管穿孔による急性汎発性腹膜炎と診断。敗血症性ショックを呈しており、緊急洗浄ドレナージ、人工肛門増設術施行後ICUへ入室。ショック状態を脱せず人工呼吸器は離脱できず、治療継続に関して家族へ病状説明し確認すると、義理息子が「どんな状態でも頑張らせる」と治療継続を希望し、妻や長男は意見できない状態となった。妻や長男の意見を確認すると「疲れたのでもう先生に任せる」と返答し代理意思決定者が明確にならずメディエーター介入依頼した。
【結論・まとめ】地域医療格差はあるが、三次救急医療の提供はされている。重篤患者家族対応のため、時間的余裕がない中、倫理的視点も踏まえた対応が必要である。患者や家族の思いを引き出すために、看護師やメディエーターの存在は重要である。ベナーは、回復から死にゆ

©一般社団法人日本救急看護学会

く状態への移行認識と説明の必要性を述べているが、緩和ケア移行のタイミングを掴む困難さがある。患者のQOLを第一に考え、機を逃さず対応できる救急・終末期医療を含めた包括的体制構築が必要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 14:50 ~ 16:20 第2会場(1階 大ホールC)

[SY3] シンポジウム3
救急医療のコンフリクトを力に変える～看護師がつなぐチームの協働～

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)、久間 朝子(福岡大学病院)

14:55 ~ 15:10

[SY3-01]

看護師の視点で考える救急現場のコンフリクト　～対立の理解と対応～

○三上 育子[1] (1. 市立釧路総合病院　救急外来)

15:10 ~ 15:25

[SY3-02]

衝突を協働へ変える看護の力：救急現場のコンフリクト・ターニング

○津田 泰伸[1] (1. 聖マリアンナ医科大学病院　看護部/TQM室)

15:25 ~ 15:40

[SY3-03]

現場と組織、院内と地域をつなぐ看護師長の実践
―“受けたい現場”と“受けられない現実”をつなぐ調整力とは―

○大村 正行[1] (1. 薬師寺慈恵病院)

15:40 ~ 15:55

[SY3-04]

救急医療の現場に求められるコンフリクト・マネジメント

○葛西 陽子[1] (1. 手稲渓仁会病院　看護管理室)

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 14:50 ~ 16:20 第2会場(1階 大ホールC)

[SY3] シンポジウム3
救急医療のコンフリクトを力に変える～看護師がつなぐチームの協働～

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)、久間 朝子(福岡大学病院)

14:55 ~ 15:10

[SY3-01] 看護師の視点で考える救急現場のコンフリクト　～対立の理解と対応～

○三上 育子[1] (1. 市立釧路総合病院　救急外来)

キーワード：救急現場のコンフリクト

医療現場では、医師と看護師、看護師間、患者や家族と医療者、多職種でしばしばコンフリクトが生じることがある。当院は1次から3次までの患者を受け入れる道東唯一の救命救急センターである。患者を受け入れるためにチームで協働している。救急の現場で生じたコンフリクトに対し、救急看護師がどのように理解し、対応しているのか実際の症例を用いて報告する。医師と看護師とのコンフリクトでは、初療を行う中で優先順位や倫理的視点など意見が分かれることがある。医師は医療の経験を基に治療方針を考え、看護師は患者の全体像をとらえ今後の治療に関して考えていく。優先されるものが違い、優先順位が違うためコンフリクトが生じる。お互いに目指しているもの、患者の命は最優先であるが、そこに至るアプローチが違ってくる。そのとき、お互いに納得し患者に最適な治療方法を選択するための構造的コミュニケーションや心理的安全性が大切となる。看護師間のコンフリクトでは、業務分担の不均衡、経験の差や価値観のギャップにより発生する。業務分担の不均衡や情報共有不足から看護師間の負担は偏り、負担の偏りを感じた看護師は、不満が蓄積する。業務分担の不均衡を解消するため、役割を明確化し、協力体制を強化する。また、看護の質評価をできるだけ客観的に行って、業務の再調整を行う。経験の差を解消するためには、育成を継続し、偏りをなくすことが大切である。価値観のギャップに関しては、相互理解が必要であり、患者対応やカンファレンスなどの機会を利用し、お互いの意見を尊重する姿勢が大切である。患者や家族と医療者とのコンフリクトでは、治療方針や説明不足で家族が不安や不信感を抱くことが多い。また、医療者が医療や救命を優先するが、患者や家族は価値観を尊重してほしいと願っている。医療者が丁寧に説明を行い、家族の心情を理解する姿勢を示すことが大切である。患者家族が、危機的状況にあることを医療者が十分に受けとめ、一緒に考える姿勢が大事である。時間的制約の中でどこまで理解できているか、評価が必要である。多職種とのコンフリクトでは、今回救急隊に焦点をあて考える。当院では、救急看護師が救急隊からの受け入れ要請を受け、トリアージを行い各診療科へ連絡し診療依頼を行う。救急隊の受け入れ要請を聞く中で、救急看護師が必要な情報をシンプルに聞くことが大切である。救急隊の活動内容を理解して、情報を聞くことができればよいが、教育のバックグラウンドの違いが情報共有の難度を上げていると考える。顔の見える関係を築き、お互いの活動を尊重することが大切である。救急現場でのコンフリクトは、様々な状況下で発生する。救急看護師は、このコンフリクトをマネジメントする役割がある。報告・連絡・相談を徹底し、小さなズレを早めに共有することが大切である。また、アサーティブ・コミュニケーションを駆使し、チームの中心に立ってマネジメントしていくことが必要である。相手の立場に立って、仕事内容や優先の理解をすることは、コンフリクトの強度を下げる努力であると考える。今回のシンポジウムにより当院が行っていたコンフリクトの強度を下げる努力について貴重なご意見とご提言をいただきたい。また、救急現場でのコンフリクトに対しての対応について、多角的な視座を得る機会としたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 14:50 ~ 16:20 第2会場(1階 大ホールC)

[SY3] シンポジウム3
救急医療のコンフリクトを力に変える～看護師がつなぐチームの協働～

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)、久間 朝子(福岡大学病院)

15:10 ~ 15:25

[SY3-02] 衝突を協働へ変える看護の力：救急現場のコンフリクト・ターニング

○津田 泰伸[1] (1. 聖マリアンナ医科大学病院　看護部/TQM室)

キーワード：救急看護、コンフリクトマネジメント

救急現場では、迅速な判断と多職種連携が求められる一方、専門性や役割認識の相違からコンフリクトが必然的に生じる。こうした対立は医療安全やチームの機能不全を招きかねないが、適切にマネジメントすることで、チームの成長を促し、より強固な協働へとつながる力となり得る。

本発表では、救急看護に携わる看護師、特に急性・重症患者看護専門看護師（CNS）としての私の経験に基づき、実際の事例を通してコンフリクトマネジメントの実践とその考え方を紹介したい。私は救命救急センターでの活動を通じ、コンフリクトの予防と対応において「関係性の修復と再構築」を重視してきた。具体的には、①コンフリクトの背景にある相互の期待や感情に丁寧に耳を傾けること、②当事者間の対話を促進する媒介役として働くこと、③再発防止に向けたチーム全体の学びに繋げることの3点を軸としている。

私が関与した事例として、まず事例1：多職種間の専門性に基づく意見の相違とケア方針決定の困難を挙げる。救急現場では、生命に関わる判断において、異なる専門職種間で知識や経験に基づく意見対立が生じることがある。特に、治療選択肢や療養先・搬送先決定において、職種間や診療科間の視点差から衝突し、現場の看護師が板挟みとなり疲弊する状況が生じやすい。このような際、私は双方の意見に深く耳を傾け、客観的情報と患者中心の視点から建設的な議論を促し、多角的な視点からより良い方針導出を支援してきた。

次に、事例2：部署間連携における認識のずれと業務プロセスの停滞について述べる。救急部門と院内他部署との連携において、患者の受け入れや情報共有プロセスで認識のずれが生じ、業務の滞りや摩擦が発生することがある。これは互いの業務優先思考や情報ニーズの違いに起因することが少なくない。この際、私は関係部署の業務フローや役割を再確認し、互いの「困りごと」に焦点を当てることで共感的な理解を促してきた。さらに、情報共有の標準化や連携プロセスの見直しを提案し、定期的な対話の場を設けることで、連携の円滑化を図り、チーム全体のパフォーマンス向上を目指してきた。

いずれの事例においても、CNSとして中立的な立場を保ちながら、場の力を見極め、双方の意図を「翻訳」し、共通の目標に向かう対話をデザインすることで、関係性の修復とケア体制の改善を目指してきた。これらの経験から、コンフリクトを「力」に変えるためには、対話を回避しない文化づくり、関係性のズレや緊張を早期に感知する看護師の感性、そして専門職としての倫理観と俯瞰的視点が不可欠であると実感している。

社会の変化とともに複雑化する救急現場のコンフリクトに対し、看護師は対話促進と関係性修復のスキルを磨き、感情的知性を高める必要がある。また、職種間の構造的課題を認識し、組織全体を巻き込む予防的・建設的アプローチへの貢献が喫緊の課題である。本発表を通じて、CNSが果たす「チームのハブ」としての役割のみならず、すべての看護職がコンフリクトをチームの学びと成長の契機とする可能性について、参加者の皆様と共に考えを深めていきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 14:50 ~ 16:20 第2会場(1階 大ホールC)

[SY3] シンポジウム3
救急医療のコンフリクトを力に変える～看護師がつなぐチームの協働～

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)、久間 朝子(福岡大学病院)

15:25 ~ 15:40

[SY3-03] 現場と組織、院内と地域をつなぐ看護師長の実践
―“受けたい現場”と“受けられない現実”をつなぐ調整力とは―

○大村 正行[1] (1. 薬師寺慈恵病院)

キーワード：コンフリクトマネジメント、看護管理、地域連携

救急医療の現場では、「救急車は断るな」という組織的な方針と、「今のリソースでは受けられない」という現場の実情との間に、日常的に摩擦が生じている。特に救急外来では、医師・看護師の人員や設備が逼迫する中、応需をめぐる葛藤や不満が蓄積されやすく、コンフリクトが常態化しやすい状況にある。
本発表では、看護師長として病院の方針を理解しつつも、夜間や休日など現場に不在であることが多い中で、どのように現場との橋渡しを行い、組織としての方針と現場の実態をすり合わせてきたのか、その実践を共有する。
具体的には、救急応需の最終判断を担う医師と、調整役として期待される看護師との間で生じる判断のズレに対し、翌日にスタッフと振り返りの場を設けることで、状況を可視化し、学びにつなげてきた。また、当直医に対しては、現場での判断に対し病院方針との整合を意識した情報提供と対話を継続してきた。
さらに、地元消防とのカンファレンスを通じて、院外関係者との信頼関係を築きながら地域全体の救急搬送体制を再考する場を設けたことで、「救急車応需率の向上」や「たらい回しの減少」といった地域貢献にもつながった。
救急医療における避けがたいコンフリクトを、“誰の責任か”で終わらせるのではなく、“何が足りなかったのか”“どうすればより良くなるのか”という対話の視点で多職種が協働できるよう土壌を育てることが、看護師長に求められる役割である。看護師が現場と組織、院内と地域をつなぐ存在としてどのようにふるまうことで、チームのパフォーマンスを高め、コンフリクトを力に変えていけるのかを考察したい。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月7日(金) 14:50 ~ 16:20 第2会場(1階 大ホールC)

[SY3] シンポジウム3
救急医療のコンフリクトを力に変える～看護師がつなぐチームの協働～

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)、久間 朝子(福岡大学病院)

15:40 ~ 15:55

[SY3-04] 救急医療の現場に求められるコンフリクト・マネジメント

○葛西 陽子[1] (1. 手稲渓仁会病院　看護管理室)

キーワード：救急医療、看護管理、コンフリクト・マネジメント

　コンフリクトとはいわゆる認識の異なる人同士の齟齬から生まれる現象と捉えられる。同じ職種であっても、人が違えば認識も異なる。職種が違えば教育や取り巻く背景も異なる。医療の現場では複数の専門職種や患者・患者の家族など様々なステークホルダーが混在し、特に救急医療では患者状態に応じて、多数の診療科や様々な病棟、救命救急士や警察など医療職以外の職種とのやり取りも存在する。時には患者の生死に関わる緊張感の強い状況の中で、複数の職種が混在する場面も多く、同時に時間的な制約も大きいというのも特徴であると考える。ゆえに救急では「納得ができない」と看護師が嘆き怒る場面も決して少なくない。
　私は7年ほど救命救急センターで師長として勤務していた。その頃を振り返ると、毎日大なり小なり何かしらの事件？事象が発生し、その中には他者、他部署、他部門との間で生じる軋轢や葛藤など、いわゆるコンフリクトに関連する内容も多く存在していた。目の前の事象に対して経験を駆使しながら対応していたが、昨今この様なコンフリクトに対応するスキルをコンフリクト・マネジメントと呼び、リーダーとして身につけるべきスキルと言われている。さらに、人が摩擦や対立に遭遇したときにとりがちな反応に関しては「コンフリクト・スタイル」と呼ばれている。これは【逃避】【適応】【競争・支配】【協働・解決】【妥協】の5つに分類され、それぞれに利点・欠点があり状況に応じてスタイルを選択できることが望ましいとされている。今回の発表では過去に師長として携わった事例や専門看護師として関わった倫理的問題が潜む事例について、コンフリクト・マネジメントの視点で分析し、自身のコンフリクト・スタイルについても紐解いてみる。
　最後にコンフリクトは決して悪い点ばかりではない。コンフリクトを恐れることは、チームの発展や成長を妨げる事に繋がると考える。チームの未来に繋がる様なコンフリクトとは何か、ぜひディスカッションを進めていきたい。

１）高岡明日香：組織の力学　パワーを掌る　成功し続けるための組織行動論．医学書院，2024

©一般社団法人日本救急看護学会

Pros & Cons | Pros & Cons

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第3会場(1階 中ホール)

[PC] Pros & Cons
新卒看護師は救命部門に配置すべきか？

座長:中田 哲也(獨協医科大学病院 看護部 救命救急センター)、山中 雄一(京都大学医学部附属病院 救命救急センター)

12:12 ~ 12:24

[PC-01]

新卒看護師は救急部門に配置すべき
救急外来における新人看護師育成の取り組み －3年間の実践とその成果－

〇角 由美子[1] (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院)

12:24 ~ 12:36

[PC-02]

新人を配置する前に問うべきこと～救命部門への新卒看護師配置をめぐる再考～

〇藤崎 隆志[1] (1. 小倉記念病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

Pros & Cons | Pros & Cons

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第3会場(1階 中ホール)

[PC] Pros & Cons
新卒看護師は救命部門に配置すべきか？

座長:中田 哲也(獨協医科大学病院 看護部 救命救急センター)、山中 雄一(京都大学医学部附属病院 救命救急センター)

12:12 ~ 12:24

[PC-01] 新卒看護師は救急部門に配置すべき
救急外来における新人看護師育成の取り組み －3年間の実践とその成果－

○角 由美子[1] (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院)

キーワード：新人看護師

救急看護の現場、とりわけ救急外来は、限られた情報と短時間の中で迅速な判断と看護ケアが求められる領域であり、看護師には高度な経験値が要求される。一方で、慢性的な人手不足が続くなか、人材配置において「○○でなければならない」といった条件が先行すると、持続可能な職場づくりは困難となる。そこで、2022年から始めた救急外来での新人看護師育成の実践と成果を報告し、「新人も育てられる救急外来」を目指した取り組みについて共有する。

新人看護師の受け入れにあたっては、厚生労働省「新人看護職員研修ガイドライン」および日本赤十字社の「新人職員研修システムガイドライン」を参考に、「新人看護職員にあたたかい関心を寄せて“みんなで育てる”」「ひとも自分も大切にする」といった理念を大切にした。指導体制として、教育責任者（看護師長）、教育担当者（看護係長）、実地指導者を選任した。まず、新人看護師が一人前になるまでのロードマップを策定し、具体的な表現に変えて年間教育計画に落とし込んだ。技術チェックリストを基にした到達目標を毎月設定し、救急外来で経験しにくい清潔ケアや食事介助などは病棟応援を通じて補完した。入職から3ヶ月間は平日日勤とした。日常のOJTでは、主に育児短時間勤務者が主となって関わった。受け入れる側の先輩看護師達には、次のようなことを心がけて指導するように伝えた。先輩から挨拶すること、「思考発話」を取り入れること、「分かる」と「できる」は違うこと、できるようになるまでは何度でも指導すること、個人的に宿題を課さないこと。

2022～2024年度の3年間で13名の新人看護師を受け入れ、退職者は1名、長期休養者は0名であった。技術チェックリスト「Ⅰ（一人でできる）」の割合は、全部署平均49.1%に対し救急外来は52.7%と遜色ない結果だった。他部署と比べて習得度が低かった項目は「食事援助技術」「活動・休息援助技術」「清潔・衣生活援助技術」などであった。
また、2022～2024年に救急外来に新入職で配属された看護師を対象に実施したアンケートでは、83%が「部署全体で新人育成に関わろうとする雰囲気を感じた」と回答した。主に困難だったこととして「先輩に質問しづらい」「指導内容の不一致」「医療用語や物品が分からない」「医師とのコミュニケーションの難しさ」などが挙げられた。困難を乗り越えるきっかけとなった要因としては、「先輩からの肯定的な声かけ」「具体的なアドバイス」「リフレクションの機会」「日常的な挨拶や気遣い」などが挙げられた。

救急外来においても、新人看護職員研修ガイドラインに基づいた育成は十分に可能であると考える。新人看護師の育成においては、どこに配属するかよりも、育成に関わる集団の在り方や関係性の質のほうが、知識・技術の習得度や離職率に関与している可能性がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

Pros & Cons | Pros & Cons

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第3会場(1階 中ホール)

[PC] Pros & Cons
新卒看護師は救命部門に配置すべきか？

座長:中田 哲也(獨協医科大学病院 看護部 救命救急センター)、山中 雄一(京都大学医学部附属病院 救命救急センター)

12:24 ~ 12:36

[PC-02] 新人を配置する前に問うべきこと～救命部門への新卒看護師配置をめぐる再考～

○藤崎 隆志[1] (1. 小倉記念病院)

キーワード：キャリア形成、支援体制、離職リスク

A病院では、救急室に毎年3～5名の新卒看護師を受け入れており、過去10年間における当該者の離職率は0%である。この実績は、プリセプター・アソシエーター・教育主任・現場スタッフ全員による全体育成の組織文化と、体系的なOJT支援、定期的なフィードバック体制の整備があってこそ成立している。しかし、まさにこの経験が示すのは、配置の成否は支援体制の質に依存するという現実である。
日本看護協会の2024年病院看護実態調査によれば、2023年度の新卒看護師の1年以内離職率は8.8%であり、依然として約1割が早期離職に至っている（日本看護協会,2025）。また、同調査では退職理由として「精神的健康上の問題」「職業適性への不安」「実践能力への不安」などが上位に挙げられており、救命部門のような高ストレス環境では、これらの要因が離職リスクを増幅する可能性が高い。
厚生労働省の「看護職員の確保に関する調査研究」（2021）では、多くの病院が「新卒者はまず一般病棟で経験を積ませるべき」と回答しており、救急部門への直接配置には慎重な姿勢が一般的である。
さらに、小林ら（2020）の研究によれば、新人看護師の主なストレス要因として「指導者不在」「急変対応への不安」「職場に相談できない雰囲気」が挙げられており、これらはまさに救命現場で生じやすい特徴と一致する。こうした状況は、自己効力感の低下や経験の内省不全につながり、離職リスクを高めるとされている。
昨今の慢性的な人材不足により、救命部門において新卒を即戦力化する動きが加速しているが、それが「配置ありき」「現場維持のための新人投入」に陥れば、新人の発達段階や教育的視点が軽視されるリスクがある。新人の熟達は段階的に進行し（Benner,1984）、その過程には「意味づけ可能な経験」「フィードバック」「内省」が不可欠である。これらが保証されない環境では、経験が「学び」にならず、「消耗」だけが蓄積する恐れがある。
結論として、新卒看護師の救命部門配置は、「配置できるか」ではなく、「育てられる環境が整っているか」「経験が意味づけされるか」を基準に判断されるべきである。特殊な成功例を一般化すべきではなく、まずは全国的に支援体制の整備と段階的配置モデルの構築が優先されるべきである。
本セッションでは、こうした実践とデータをもとに、「新卒看護師を救命部門に配置すべきか否か」について、Conの立場から問題提起を行い、Proの意見とともに建設的なディスカッションを行っていきたい。

■引用文献

1）日本看護協会（2025）．2024年 病院看護実態調査．https://www.nurse.or.jp
2）厚生労働省（2021）．看護職員の確保に関する調査研究報告書．https://www.mhlw.go.jp

©一般社団法人日本救急看護学会

3）小林真理・他（2020）．新人看護師のストレス要因と職場環境との関連．日本看護学会論文集 看護管理, 50(1), 45–52.
4）Benner, P.（1984）．From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison-Wesley.

©一般社団法人日本救急看護学会

若手企画 | 若手企画

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:50 第7会場(2階 206会議室)

[YP] 若手企画
あなたにとっての働きやすい救急とは？！リアルな声を共有しませんか？

座長:小玉 晴菜(東北大学病院 高度救命救急センター)、大和 美幸(札幌医科大学附属病院)

14:22 ~ 14:32
[YP-01]
救急医療現場における三方よし
○杉江 亜希子[1]、武村 佳奈子[1] (1. 滋賀医科大学医学部附属病院)

14:32 ~ 14:42
[YP-02]
働きやすい救急 × 初療教育
○反田 未希[1] (1. 東京女子医科大学附属足立医療センター　救命ICU)

14:42 ~ 14:52
[YP-03]
「私にもできる、続けられる」−救急の魅力と働きやすさ
○小坂 耕平[1] (1. 和泉市立総合医療センター)

14:52 ~ 15:02
[YP-04]
救急看護におけるICTの実践的活用
〜業務効率化・情報共有・教育の観点から〜
○入澤 愛[1] (1. 前橋赤十字病院　高度救命救急センター　救急外来)

©一般社団法人日本救急看護学会

若手企画 | 若手企画

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:50 第7会場(2階 206会議室)

[YP] 若手企画
あなたにとっての働きやすい救急とは？！リアルな声を共有しませんか？

座長:小玉 晴菜(東北大学病院 高度救命救急センター)、大和 美幸(札幌医科大学附属病院)

14:22 ~ 14:32

[YP-01] 救急医療現場における三方よし

○杉江 亜希子[1]、武村 佳奈子[1] (1. 滋賀医科大学医学部附属病院)
キーワード：チームビルディング

当院は、滋賀県内唯一の大学病院であり3次救急指定病院として、地域医療を支える最後の砦の役割を担っている。救急医療は多職種が連携し瞬時に対応することが求められる場であり、質の維持には人材育成・教育が重要である。慢性的な人材不足が課題となる地方の医療機関では、単に人員を維持するだけではなく、役割を最大限に発揮できる環境を整え、1人1人の成長とやりがい、働きやすさを支える工夫が求められている。滋賀県にゆかりのある近江商人は江戸時代から明治にかけて全国を行商して成功を収めた商人たちで、「三方よし(売り手よし・買い手より・世間よし)」を理念とし発展をしてきた。この理念は、「商いというものは、売り手も買い手も適正な利益を得て満足する取引でなければならない。そして、その取引が地域社会全体の幸福につながるものでなければならない。」という共存共栄の精神を表している。これを救急医療の現場に当てはめると、「患者よし(安心・安全で切れ目のない医療)」、「医療者よし(成長とやりがいを支える職場環境)」、「地域よし(持続可能な救急医療体制、災害時の即応性、安心して帰れる地域社会)」といえるのではないだろうか。当院においても、全国的に増えつつある病院救急救命士が配属されており、主に救急隊からのホットラインの受電と情報共有を行い、看護師と協働して受け入れ準備、処置介助や検査移送の業務を行なっている。救急医療における看護師は、医学的知識と看護技術を基盤にした高い看護実践能力、予測性をもった環境調整・必要な人的資源や物品の確保、マネジメント能力が求められる。そして、『初期対応をして終わり』ではなく、突然の事故や疾病に不安や悲嘆を抱える患者・家族の心理やニーズの理解、ICUや病棟へのスムーズな連携、安心して帰宅するためのサポート体制の強化や見直しといった看護の視点をもった役割を果たすことが重要と考える。やりがいや達成感、チームの中で生まれる連帯感など得られるものは大きく、スキルアップの機会にめぐまれた仕事である一方で、めまぐるしく状況が変化していく救急医療の現場で、患者や家族に向き合い寄り添うことは容易なことではなく、多重業務に追われる中での葛藤や心理的負担が生じることも多い。増え続ける救急搬送患者への受け入れや処置に追われ、患者・家族1人1人に十分な時間が割けないことで、看護師としての力不足や職務を果たせないことへの自責が生じる場合もある。そうした現場において、病院救急救命士の存在は、単なる負担の軽減ではなく、救急隊からの円滑な情報伝達、迅速な救命処置の支援、プレホスピタルの知識・技術の共有によるチーム全体のスキルアップの実現につながっている。適切な役割と業務の分担によって、看護師は本来の役割である患者・家族のニーズに寄り添ったケアに注力することが可能となり、モチベーションの維持や働きやすさに寄与することが期待できる。働きやすい環境を整えることは離職予防につながるだけでなく、経験やスキルをもつ人材が長く活躍することで、チーム全体の質が向上する。近江商人の精神を応用した多職種協働によるチームビルディングは、持続可能かつ、救命と患者・家族１人１人の生活を守る救急医療の提供の大きな一助となり得ると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

若手企画 | 若手企画

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:50 第7会場(2階 206会議室)

[YP] 若手企画
あなたにとっての働きやすい救急とは？！リアルな声を共有しませんか？

座長:小玉 晴菜(東北大学病院 高度救命救急センター)、大和 美幸(札幌医科大学附属病院)

14:32 ~ 14:42

[YP-02] 働きやすい救急 × 初療教育

○反田 未希[1] (1. 東京女子医科大学附属足立医療センター　救命ICU)
キーワード：働きやすい救急、初療教育、初療看護

救急医療における初療の現場では、多様な症状や緊急度・重症度の患者と常に向き合わなければならない環境であり、そこで働く医療スタッフにとっては、責任が重く、精神的負担も大きい。このような現場で、働きやすい環境を構築することはスタッフのモチベーションやパフォーマンス向上、さらに患者の安全と質の高い医療提供に直結する。特に初療における看護教育の充実は、スタッフが自信を持ち、最後まで責任を果たすために不可欠な要素であると考える。

当センターでは、2024年末よりシミュレーションを通して初療看護の教育を強化した。実際にシミュレーションを行う中で、若手スタッフの知識不足や実践能力の欠如が明らかとなり、初療に必要な知識だけでなく、実際に遭遇する具体的な場面に対する対応力を養う必要があると考えた。また地域の特性や救急医療の役割にもフォーカスし、スタッフ個々の内因性の動機づけを高めることもモチベーション維持に寄与するのではないかと考えた。そこで、新たに初療プログラムを再構築し導入した。この初療プログラムでは、若手看護師が自身の業務に対し地域社会への貢献を考えられるようなプログラム設計を行った。さらに、この初療プログラムの中で特に重要な要素となっているのが、一問一答形式の知識確認である。これにより、スタッフは自身が持つべき知識を明確化し、必要なスキルを確認することができる。例えば、患者の状態から考えられる優先されるバイタルサインや身体所見の確認方法、医師と共有すべき情報、薬剤の使い方、処置内容、看護ケアなど実際の現場での対応に繋がる内容をカバーしている。この教育方法は知識を具体的な行動に結びつけ、実践的な知識や技術を身につけさせることで、より多様な状況に対応できる力の育成を狙っている。実際に、このプログラムを導入し初療の現場に出た若手スタッフからは、「自信を持って次の展開を考えられ、医師を含む多職種と協働できた」「これからも頑張っていきたい」という声が聞かれ、精神的負担の軽減やモチベーション維持に寄与できたのではないかと考える。さらに、この一問一答式の知識確認を行なった上でシミュレーションを行うことで、シミュレーションに割く時間も短縮され、思わぬ副産物も得られた。

初療での「働きやすさ」を支えるためには、初療に特化した教育プログラムの実施が必須であろう。スタッフが自信を持てるような知識と技術の習得、地域特性に応じた教育、そして文化的な背景を理解する姿勢が働きやすい初療環境の構築に繋がると考える。これにより、「ここで働き続けたい」と思えるきっかけとなり、スタッフが定着することで結果としてより良い患者ケアが提供されることになる。安全で支え合う環境を整えることが、未来の救急医療における最大のチャレンジであり、私たちの使命でもある。改善点を若手スタッフ含む現場のスタッフから拾い上げ、これからも初療での「働きやすさ」と地域の救急医療に貢献したい。

©一般社団法人日本救急看護学会

若手企画 | 若手企画

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:50 第7会場(2階 206会議室)

[YP] 若手企画
あなたにとっての働きやすい救急とは？！リアルな声を共有しませんか？

座長:小玉 晴菜(東北大学病院 高度救命救急センター)、大和 美幸(札幌医科大学附属病院)

14:42 ~ 14:52

[YP-03] 「私にもできる、続けられる」–救急の魅力と働きやすさ

○小坂 耕平[1] (1. 和泉市立総合医療センター)

キーワード：学び、心理的安全性

救急看護は、生命の瀬戸際に立ち会う責任とやりがいに満ちた領域であり、看護師としての専門性や判断力が最も試される現場の一つです。その一方で、精神的・身体的負荷が大きく、慢性的な人材不足やバーンアウトのリスクが常に伴います。「続けることの難しさ」が語られる現場だからこそ、得られる学びや成長、そしてチームでの救命という達成感は、他では得がたい大きな魅力です。本パネルディスカッションでは、救急の現場で働く看護師が「私にもできる」「ここで働き続けたい」と思えるような環境をどう整えていくかを、”学び”という視点から掘り下げていきます。　当部署では「専門性を育みながら、誰もが成長できる現場づくり」を目指し、教育体制の強化と、心理的安全性の確保に取り組んでいます。従来の「背中で見て学ぶ」という暗黙のスタイルから、個々の看護師に寄り添った対話型・リフレクション型を重視する教育スタイルへ変換しました。振り返りの場では、「その経験をどう感じたか」「次にどう活かすか」と問いかけ、経験を言語化し、そこで得た新たな気づきを自らの学びとして定着させることを意図しています。これは単なる技術習得ではなく、自信と内的動機付けを伴う成長を支える重要なプロセスです。　加えて、自発的に学びを深める取り組みとして、「セルフプレゼンテーション（朝活）」を導入しています。スタッフが自身の看護実践や関心ごと、時には趣味や日常の気づきについて、15分程度で自由に発表する場です。医療分野に限定しないことで心理的ハードルを下げ、「話すこと」「伝えること」を楽しめる雰囲気を作っています。話し手にとっては、自身の考えを整理する貴重なアウトプットの機会となり、聞き手にとっても新たな視点や気づきを得る機会となります。これはお互いの理解を深めるきっかけとなり、チームとしての信頼関係の深化がねらいです。　また、日常の学びを支えるだけでなく、将来を見据えた取り組みとして、キャリア形成の支援にも力を入れています。認定看護師としての経験とネットワークを活かし、研修情報をタイムリーに共有するとともに、トリアージ、フィジカルアセスメント、家族看護、生命倫理など多様な分野の学びを提案しています。救急の中にも多彩なフィールドがあることを示すことで、自身の興味や強みに応じたキャリアパスを描けるように支援しています。　さらに、失敗を成長の糧に変える文化を重視しています。日々の成功体験だけではなく、特に失敗体験があった際には、認定看護師や経験豊富なスタッフが「なぜそうなったのか」「次にどう活かすか」を一緒に考え、否定するのではなく対話を通じて支援する。この関わりがスタッフの自信回復を助け、またチーム内の信頼関係が深まっていきます。　そして、この「安心して声を出せる関係性」こそが、心理的安全性の本質です。誰もが疑問を口にでき、失敗を共有し合い、共に学べる環境が整っていること。その環境があるからこそ、「自分にもできる」と感じられ、「この場所で働き続けたい」と思える救急現場の魅力が育まれます。　このように教育・支援・環境を軸にした職場づくりは、救急現場においても、スタッフの定着と成長を支えます。こうした環境が整うことで、日々の学びが積み重なり、個々の能力だけでなく、チーム全体の力も高めることができます。そして、その成果は患者の救命率や満足度の向上にも直結します。皆が安心して共に学び続けられる職場環境こそが、救急の魅力と働きやすさを実現する基盤になると確信しています。

©一般社団法人日本救急看護学会

若手企画 | 若手企画

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:50 第7会場(2階 206会議室)

[YP] 若手企画
あなたにとっての働きやすい救急とは？！リアルな声を共有しませんか？

座長:小玉 晴菜(東北大学病院 高度救命救急センター)、大和 美幸(札幌医科大学附属病院)

14:52 ~ 15:02

[YP-04] 救急看護におけるICTの実践的活用
～業務効率化・情報共有・教育の観点から～

○入澤 愛[1] (1. 前橋赤十字病院　高度救命救急センター　救急外来)

キーワード：ICT、音声認識、ビジネスチャット、教育支援

わが国は、超少子高齢化、人口減少社会に突入しており国立社会保障・人口問題研究所の報告では、2070年には総人口が8,700万人、高齢化率は約39%に達し、生産年齢人口（15~64歳）は4,535万人まで減少すると見込まれている（令和5年推計）。このような人口動態の変化は、医療・看護分野へも大きく影響し、特に生産年齢人口の減少は限られた人員で高度な医療ニーズに応えていく体制づくりが求められる。今後は医療ニーズが増大する一方で、医療従事者の確保が困難となり、看護の現場においても効率的かつ質の高いケアの提供が課題となる。さらに医師の働き方改革により看護職の役割や業務は一層拡大することが予測される。こうした背景のもとICT（Information and Communication Technology：情報通信技術、以下ICT）の適切な活用は質の高い効率的な看護提供体制の構築と、看護師の負担軽減に寄与する手段として注目されている。厚生労働省も「2040年を展望した医療提供体制の改革」を示し、改革の一環としてICT等の技術を活用したチーム医療の推進と業務の効率化を掲げている。当院の救急外来では業務効率化、情報共有、教育支援の３つの観点からICTを活用し、より持続可能な救急看護の実践を模索してきた。

　まず、全国的にも看護職の時間外労働が常態化しており、勤務時間外業務の中で「記録」が最も多いことが報告されている。当院では音声認識アプリを導入し、記録業務の効率化による記録時間の短縮、業務負担の軽減を図っている。救急外来では院内トリアージに対応可能な音声認識アプリと、カルテ入力業務支援システムを導入し、患者情報を電子カルテに記録できる体制を整備した。さらに、OCR機能を用いて診療情報提供書やお薬手帳などの紙媒体から情報を読み取りカルテに反映することで、情報の正確性を高めながら電子カルテへの入力業務の効率化を試みている。

　またiPhoneを活用したビジネスチャットアプリを導入し、電話以外の手段で業務依頼や報告・相談、情報共有を可能にした。救急外来ではドクターヘリやドクターカーなどプレホスピタルにも活用範囲を拡大し、特にドクターヘリでは各関係機関との協議・契約により飛行中の通信体制を確保した。これにより、プレホスピタルで活動する医師や看護師は、患者の身体所見やバイタルサインを院内スタッフとリアルタイムに共有できるようになった。さらに静止画や動画の送信により受傷機転や損傷部位などの視覚的な情報伝達も可能となり、迅速かつ安全な対応やシームレスな看護ケアの提供に寄与している。

　教育においては、看護師の勤務編成が夜勤や交代制勤務を含めて変化したことにより、対面での勉強会の開催が困難となったことを受け、継続教育の支援としてグループウェアを活用している。勉強会資料やスライド動画、シミュレーション教育コンテンツをオンラインで共有し、スタッフが自身の勤務状況や学習スタイルに合わせて学べる環境を整備したことで、継続的な教育機会の確保と学習の標準化が実現しつつある。

　ICTはあくまでツールであり、導入だけで効果が発揮されるものではない。実際に運用し、現場の看護師が自らの判断で柔軟に活用していく中で、業務・看護の質を高めていくことが重要で

©一般社団法人日本救急看護学会

あり、ICTを活用した業務効率化や教育手法が看護実践にどのような変化や成果をもたらしているのか、多面的に評価・検証していくことも今後の課題である。本セッションでは救急看護における働きやすさの向上を目指した、ICT活用の在り方について議論を深めていきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 12:00 第8会場(2階 207会議室)

[M1] 交流集会1
外傷看護における判断・実践・教育力の変容―臨床現場におけるJNTECの効果を考える―

座長:山中 雄一(京都大学医学部附属病院 救命救急センター)、佐伯 悦彦(東京医科大学病院 看護部)
企画:外傷看護委員会

2008年にスタートした JNTEC（Japanese Nurse Trauma Evaluation Course） は、外傷初期診療に携わる看護師に、組織的かつ実践的な教育を提供することを目的に設計されたプログラムです。2025年現在までに延べ9,000人を超えるプロバイダーが育成され、全国の医療機関で外傷看護の標準化と質の向上に大きく貢献してきました。
外傷看護の現場では、「今、何を優先すべきか」「どこに危機が潜んでいるか」といった判断を瞬時に下し、的確な初期対応へと結びつける力が求められます。プレホスピタルにおける看護では、限られた時間と情報の中での迅速な判断と介入が予後を左右し、初療室では多職種チームと協働しながら高度で複雑な対応を同時並行で進める力が必要です。こうした実践の土台となるのは、判断力・観察力・実践力に加えて、患者や家族に寄り添う姿勢や柔軟なコミュニケーション能力です。さらに近年では、後進を育てるOJTや多職種への教育支援を担う看護師も増えており、教育者としての役割も強く期待されています。
このような背景から、JNTECがどのように“現場の力”を育て、その効果がどのように発揮されているのかを検討することは、今後の外傷看護教育の方向性を描く上で重要な課題といえます。
本交流集会では、JNTECを受講した看護師が登壇し、臨床現場における判断・行動・連携の変化を具体的な症例を通して共有します。受講前後の視点の変化や、リーダーシップや教育的関わりの広がりに注目し、知識やスキルが職場内でどのように共有され、組織の安全文化・学習文化にどのような影響を及ぼしているかについても、参加者とともに考えます。
教育によって現場がどう変わるのか、そして学びがどのように行動へと結実するのかをともに考えながら、教育と実践のつながりを再確認し、参加者それぞれが看護観や教育観を広げる契機とします。

＜外傷看護委員会＞
委員長　苑田 裕樹（令和健康科学大学）
副委員長　山中 雄一（京都大学医学部附属病院）
副委員長　和田 孝（岐阜西濃医療センター　西濃厚生病院）
委員　冨岡 小百合（大阪府立中河内救命救急センター）
小池 伸享 (前橋赤十字病院)
笠原 真弓（浜松医療センター）
佐伯 悦彦（東京医科大学病院）
小越 優子（滋賀医科大学医学部附属病院）
後小路 隆（令和健康科学大学）
門馬 治（日本医科大学武蔵小杉病院）
井上 千穂（川崎医科大学附属病院）
担当理事　佐藤 憲明（日本医科大学付属病院）

10:35 ~ 10:48
[M1-01]
JNTECは現場で活かされているか？―修了者の外傷初期看護実践にみる効果と今後の課題―
○井上 千穂[1] (1. 川崎医科大学附属病院 看護部)

10:48 ~ 11:01
[M1-02]
救急現場の“最初の看護”とは―プレホスピタル領域における外傷看護の実践と特有の困難性
○峯田 雅寛[1] (1. 山形県立中央病院 救急室)

11:01 ~ 11:14
[M1-03]
救急初療室で求められる看護師の判断力～多職種連携の中で果たす看護師の実践的役割～
○立澤 宏真[1] (1. 春日井市民病院 救急部)

11:14 ~ 11:27
[M1-04]

©一般社団法人日本救急看護学会

その瞬間、家族をどう支えるか
～初療における患者・家族への寄り添いとケア～

○妻谷 美奈子[1] (1. 地方独立行政法人堺市立病院機構 堺市立総合医療センター)

11:27 ~ 11:40

[M1-05]

現場で“育つ・育てる”外傷看護―OFF-JT,OJTを通じた教育的支援の実践

○真子 敬史[1] (1. 久留米大学病院 高度救命救急センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 12:00 第8会場(2階 207会議室)

[M1] 交流集会1
外傷看護における判断・実践・教育力の変容―臨床現場におけるJNTECの効果を考える―

座長:山中 雄一(京都大学医学部附属病院 救命救急センター)、佐伯 悦彦(東京医科大学病院 看護部)
企画:外傷看護委員会

10:35 ~ 10:48

[M1-01] JNTECは現場で活かされているか？―修了者の外傷初期看護実践にみる効果と今後の課題―

○井上 千穂[1] (1. 川崎医科大学附属病院 看護部)
キーワード：交流集会1

2008年に始動したJNTEC（Japanese Nurse Trauma Evaluation and Care）は、外傷初期診療において看護師が果たすべき役割に焦点を当て、判断力・実践力・協働力を統合的に育む実践的教育プログラムである。全国で9,000名を超える修了者を輩出し、救急現場における外傷看護の質の向上に貢献してきた。

JNTECは、初療での看護師の役割に特化した教育を提供する国内唯一の体系的プログラムであり、コースはeラーニングによる事前学習と、8つのスキルブースを中心とした1.5日間の実技演習で構成されている。コースは、受講者が臨床現場で即応可能な能力を高めることを目的とし、「蘇生処置」や「チーム医療」など多職種連携を視野に入れた内容に進化している。

これまでに本学会で報告してきたように、日本救急看護学会外傷看護委員会が実施したJNTECプロバイダーコース修了者への全国調査（回答数445名）からは、外傷初期看護に関する知識や実践行動、意識の変化が明らかとなった。特に、「第一印象」「呼吸・循環評価」「気道管理」など、初療に必要な観察と判断スキルの実践頻度が高まったほか、「スタッフ指導の機会が増えた」「実践指導力が向上した」など、現場における教育的影響も示された。
また、2次救急施設では判断の自立性や医師補助への自信の向上が顕著であり、教育内容が臨床現場において確実に活用されていることが示唆された。一方で、医師の認識変化に関しては限定的であり、看護師による変化が他職種に十分に可視化されていない課題も明らかとなった。

こうした成果を踏まえ、今後は教育が医師-看護師間の協働的実践に与える影響を明らかにすることを目的に、Collaborative Practice Scales（CPS）を用いた新たな研究を実施する予定である。本研究では、全国の救急看護師を対象に、JNTEC受講の有無がCPSスコアにどのような影響を及ぼすかを横断的に検証することで、教育の波及効果をより広い視点から可視化することを目指す。医療現場における協働の質を数値化し、教育プログラムがチーム医療にどのような形で貢献し得るのか、エビデンスに基づいた評価が期待される。

さらに、近年JNTECプロバイダーコースの受講希望者が増加しており、特に若年層や非救急部門勤務者の関心が高まっている。これは外傷看護に対する継続的な学びへの関心と、実践現場において高まる役割期待の現れであり、教育の重要性が再認識されているといえる。受講希望者の増加は、教育機会の拡充や運営体制の強化が急務であることを示している。

以上より、JNTECは判断力・実践力・教育力を統合的に育成する教育プログラムとして、個人の変容のみならず、現場全体の安全文化や学習文化の醸成に寄与している。今後は、教育と実践、個人とチームの橋渡しを見据えた教育戦略の構築が求められるとともに、臨床現場に根差した教育内容の更新と、多職種協働を推進する枠組みづくりが期待される。

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 12:00 第8会場(2階 207会議室)

[M1] 交流集会1
外傷看護における判断・実践・教育力の変容―臨床現場におけるJNTECの効果を考える―

座長:山中 雄一(京都大学医学部附属病院 救命救急センター)、佐伯 悦彦(東京医科大学病院 看護部)
企画:外傷看護委員会

10:48 ~ 11:01

[M1-02] 救急現場の“最初の看護”とは―プレホスピタル領域における外傷看護の実践と特有の困難性

○峯田 雅寛[1] (1. 山形県立中央病院 救急室)
キーワード：交流集会1

外傷初期診療は、防ぎえた外傷死（Preventable Trauma Death）の回避を目的として、プレホスピタル領域での活動に始まり、病院到着後の診療へと連続している。その間をつなぎ、さらに補強する役割を果たしているのがドクターヘリに搭乗する医療スタッフである。フライトナースの看護実践は、出動依頼を受けてから患者を医療機関へ引き継ぐまでの、極めて限られた時間の中で展開される。活動は①要請から離陸までの「準備」、②離陸から降機までの「出動」、③傷病者との接触後に行う「初期対応」、④移動を開始してからの「搬送」、⑤収容医療機関到着後の「引き継ぎ」に大別される。いずれの場面でも、限られた情報と時間の中で効率的かつ的確な判断と行動が求められるが、インホスピタルとは異なる独自の困難性を抱えている。本報告では各フェーズにおける活動を示し、その困難性を整理する。

「準備」では、消防本部から発信される情報をもとに、想定される損傷部位や重症度を推測し、必要な処置や追加資源の要否を検討する。多くの要請はキーワードに基づくもので、この時点で得られる情報は限られており、離陸を遅らせない範囲で迅速に判断することが求められる。「出動」では、無線から伝わる消防の活動状況や救急隊から届く傷病者情報をもとに、インカムを介して医師と共有し、対応方針をすり合わせる。」「初期対応」では、限られたスペースと人的資源の中で外傷初期診療を展開する。病院内のように多職種が関わる環境とは異なり、多くの場合は医師と看護師各1名で対応するため、通常は並行して行われる処置も一部は順次対応とならざるを得ない。このような制約下では救急隊との協働が重要であり、情報収集、処置の補助、記録などを相互に補完しながら進める必要がある。ABCDEアプローチに基づき実施される診察内容の把握と記録を迅速に遂行することが求められる。また、意識障害を呈し関係者が不在で意思決定が困難となる症例も少なくない。家族や関係者が同乗する場合でも、プライバシーや車内環境への配慮から対応は短時間にとどめざるを得ない。「搬送」では、エンジン音のため聴診など聴覚的観察が困難であり、患者は固定され、医療スタッフもシートベルトで拘束されるため動作が制限される。視覚による観察も限られるため、状態把握に工夫を要する。「引き継ぎ」では、正確で丁寧な申し送りが望まれる一方、次の要請に備えるための迅速な資機材復旧も欠かせない。復旧が遅れれば、新たな要請に対応できない時間が生じる。

フライトナースの看護実践には、各フェーズを通じて多様な困難性が存在する。臨床的には限られた情報で重症度を判断し処置を選択する難しさ、複数の組織を横断して活動するため、不十分な情報伝達により調整や実践が困難となること、倫理的には時間や環境の制約下での家族対応や意思決定支援の難しさ、教育的には単独での活動が多く学習機会が限られることが挙げられる。

救急現場における“最初の看護”としてのフライトナースの実践は、外傷初期診療の連続性を確

©一般社団法人日本救急看護学会

保し、防ぎえた外傷死の回避に寄与する重要な役割を担っている。本報告で整理した困難性について、今後の討議を通じて改善の方向性を探っていきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 12:00 第8会場(2階 207会議室)

[M1] 交流集会1
外傷看護における判断・実践・教育力の変容―臨床現場におけるJNTECの効果を考える―

座長:山中 雄一(京都大学医学部附属病院 救命救急センター)、佐伯 悦彦(東京医科大学病院 看護部)
企画:外傷看護委員会

11:01 ~ 11:14

[M1-03] 救急初療室で求められる看護師の判断力～多職種連携の中で果たす看護師の実践的役割～

○立澤 宏真[1] (1. 春日井市民病院 救急部)
キーワード：交流集会1

外傷診療の最大の目標は「防ぎえた外傷死（PTD）」を回避することである。そのためには、迅速かつ的確な判断とチーム医療の徹底が不可欠であり、JNTECプロバイダーコースにおいても、チーム医療では「目標の共有化」、「情報の共有化」、「相互尊重と役割分担」の重要性を伝えている。救急医療の現場では、限られた時間と人員の中で適切な対応を行う必要があり、看護師には高い判断力と多職種連携の実践力が求められる。

A病院は3次救急病院であり、地域の基幹病院として約10,000台の救急車を受け入れ、急性期医療を担っている。しかし、救急初療室の初期対応を研修医と看護師が共に担うことが多く、経験や知識に差があるため対応に不安が残る場合も少なくない。そのような中で看護師は、外傷患者の全体像を捉え、状況を先読みしながら医師や多職種を支援する役割を担っている。具体的には、患者情報から緊急度や重症度の判断を研修医と共有し、どのタイミングで上級医や各診療科の医師を呼ぶかの判断、放射線技師との事前調整による検査体制の迅速化、警察や患者家族との関わり、さらには非常勤の救急医と各診療科医師との橋渡し役など多岐にわたっている。これらの役割は、外傷診療の円滑化や患者の安全確保に直結しており、看護師が多職種連携の要として機能しているのではないかと考える。救急初療室における看護師は、単に指示を待つ存在ではなく、状況判断をもとに主体的に行動し、そこで得られた情報を多職種と共有しながらチーム全体を調整する役割を担っていると考える。

私はJNTECプロバイダーコースを10年前に受講し、研修医と看護師の互いの立場や役割を理解し合い、より実践的なチーム医療の推進につなげていくために、看護師へのOJTだけでなく研修医と看護師が一緒に外傷初期診療の勉強会を実施し知識と経験の共有を図ってきた。今回、その効果を検証することを目的に、救急初療室に勤務する看護師と研修医を対象にアンケートを実施し、外傷診療におけるチーム医療に必要な連携内容や課題を調査した。今後も教育や実践を通じて看護師の判断力をさらに高めるとともに、医師や多職種とともに学び合う場を継続的に設け、外傷診療において重要なチーム内の良好なコミュニケーションが確立できるよう努力していきたい。

交流集会では、外傷看護教育活動と臨床現場での実践についての知見とを述べるとともに、参加される皆様と意見交換を行いながら、外傷看護のさらなる向上ついて考える時間としたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 12:00 第8会場(2階 207会議室)

[M1] 交流集会1
外傷看護における判断・実践・教育力の変容―臨床現場におけるJNTECの効果を考える―

座長:山中 雄一(京都大学医学部附属病院 救命救急センター)、佐伯 悦彦(東京医科大学病院 看護部)
企画:外傷看護委員会

11:14 ~ 11:27

[M1-04] その瞬間、家族をどう支えるか
～初療における患者・家族への寄り添いとケア～

○妻谷 美奈子[1] (1. 地方独立行政法人堺市立病院機構 堺市立総合医療センター)
キーワード：交流集会1

当院は病床数480床と中規模ではあるが、大阪府下堺市二次医療圏の救命救急センターとして24時間救急患者を受け入れている。当院の救命救急センターは、救命ICU、救命HCU、救急外来の3セクションで構成されており、看護師は担当のセクションを主軸に救命救急センターを流動的に勤務する体制を敷いている。私自身は、救急外来の経験が長かったが、数年前に院内ICUに移動し、その後、救命センターICUを経て、今年度に再度救急外来の配置となった。救急外来への配置変更の後、スタッフから初療対応の振り返りとして相談を受けることが数件あった。その内容は、予期せぬ転帰となった患者家族に対し、看護師としてもっとできることはなかったのか、といった内容であった。

私自身、これらの相談内容から、初療の限られた滞在時間で家族看護を展開するにはどうしたらよいのかを考えることとなった。救急搬送された患者の緊急度・重症度が高い状況では、診断や治療が急がれる。重篤であれば緊張感が高い現場の中で処置に人員がとられることは避けられず、家族へ対応する時間を確保することが難しい状況も多々ある。また、時間だけではなく、初療では情報が乏しい中で家族看護を実践していかねばならない難しさや混乱する家族の思いを受け止め対応していく看護師側のスキルも問われる。しかし、家族看護に対して向き合おうとするスタッフの思いは、チームとして家族看護を再考するタイミングでもあった。

チームの中心となるメンバーとも患者家族対応について意見交換を行い、いくつかの課題を見出すことができた。課題は、①重症患者家族の待機場所の確保、②倫理やメディカルマナーの向上、③事例の共有と検討、④初療の家族看護の可視化、この4点に絞られた。重症患者家族に対して寄り添った家族看護を提供することを目標に、チーム活動の一つに位置づけて活動を進めることとなった。

現在、当院の救急センターの家族看護は、発展段階ととらえている。患者家族へ寄り添うケアは、チームの風土や教育により培われ、次世代を担う看護師も先輩の姿をみて学び実践できることにつながると考えている。今はまだ、JNTECの家族看護のエッセンスを十分に汲めた実践とまではいかないが、振り返りカンファレンスを教育的視点で継続していくことでチームでの実践を深め、患者家族に寄り添える組織文化を醸成していきたい。皆さんの施設での家族看護の取り組みについて意見交換をし、今後の参考にしていきたいと思う。

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 12:00 第8会場(2階 207会議室)

[M1] 交流集会1
外傷看護における判断・実践・教育力の変容―臨床現場におけるJNTECの効果を考える―

座長:山中 雄一(京都大学医学部附属病院 救命救急センター)、佐伯 悦彦(東京医科大学病院 看護部)
企画:外傷看護委員会

11:27 ~ 11:40

[M1-05] 現場で“育つ・育てる”外傷看護―OFF-JT,OJTを通じた教育的支援の実践

○真子 敬史[1] (1. 久留米大学病院 高度救命救急センター)
キーワード：交流集会1

外傷初期診療において看護師が的確な判断と迅速な行動をとるためには、体系的な知識と臨床現場で培われた実践力の双方が不可欠である。
当施設では、JATECと整合性のあるJNTECを教育基盤とし、OFF-JT（Off-the-Job Training）とOJT（On-the-Job Training）を融合させた教育支援体制を構築している。OFF-JTでは、ガイドラインに準拠した体系的な知識の習得と根拠に基づく思考力の育成を図り、OJTでは、日々の臨床業務を通じて判断力と実践力の向上を目指した教育支援を展開している。

OFF-JT教育では、学習会やシミュレーション教育を実施している。学習会では、学習内容が表面的にならないよう、行動の根拠となる知識の提供を重視している。例えば「ガイドラインで推奨されている」ではなく、「○○研究により、○時間以内の介入が予後改善に寄与する」といった科学的根拠を示すことで、実践に直結する理解を促している。また、一方向的な講義ではなく、参加者の思考を引き出すファシリテーション型の学習会を意識的に行っている。シミュレーション教育では、事前準備・事前学習を徹底し、緊張感のある環境で現場に近い状況を再現する。参加者は、自己振り返りと先輩からの助言を通じて、行動の意味を深く理解し、暗黙知を言語化する機会を得る。この振り返りこそが、アクティブラーニングの核であり、学びを深める場となっている。

OFF-JTで培った知識を臨床実践に確実に結びつけるためには、OJT教育における即時フィードバックが重要な役割を果たしている。看護師が現場で直面する状況に対して、自らの判断や行動がどのような根拠に基づいているのかをその場で振り返る機会を持つことで、知識と実践のギャップを埋めることが可能となる。特に急性期外傷のような時間的制約のある場面では、瞬時の判断が患者の予後に直結するため、フィードバックは単なる評価ではなく、思考の再構築と行動の再定義を促す教育的介入として機能する。この即時フィードバックは、単なる指摘ではなく、対話的かつ内省的なプロセスとして設計されており、指導者は行動の背景にある思考過程を丁寧に引き出すことで、学習者自身が「なぜその判断をしたのか」「他に選択肢はなかったか」といった問いに向き合えるよう支援している。これにより、形式知として得た知識が、臨床の文脈において意味づけされ、暗黙知として定着していく。さらに、フィードバックの質を高めるために、指導者間でも共通の評価視点や言語を整備し、教育の一貫性と再現性を担保している。このようなOJTの設計は、単なる経験の積み重ねではなく、経験を学びに変える仕組みとして機能しており、看護師の対応力と判断力の向上に寄与している。

教育の質を高めるには、環境や風土の醸成も不可欠である。JNTEC受講が当たり前となり、病棟での共通言語として機能することで、医師とのコミュニケーションが円滑になり、チームの関係性も向上している。教育者・指導者の育成にも力を入れており、ラーニングピラミッドに示されるように、受講だけでなく継続的な実践、さらには人に教えることで学習効果が高まり、教育の質がスパイラルアップしていくと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

現在、病棟における教育・指導・システム構築に継続的に関わりながら、外傷看護の標準化と教育文化の醸成に取り組んでいる。看護師が形式知と暗黙知の両方を獲得し、教育と実践の往還を通じて成長できる環境づくりを目指している。教育が現場をどう変えるのか、学びが行動として立ち現れる瞬間とは何かを問い直しながら、今後も“育つ・育てる”外傷看護の質的向上を目指していきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月7日(金) 14:50 ~ 16:20 第3会場(1階 中ホール)

[M2] 交流集会2
グローバル時代の救急看護 ― 国際交流から学ぶ実践と課題

座長:中村 美鈴(名古屋市立大学大学院看護学研究科 クリティカルケア看護学分野)
企画:国際交流委員会（中村 美鈴・榊 由里・小島 善和・藤村 朗子・中田 哲也・上澤 弘美・淵本 雅昭・渡邊 好江）

近年、救急看護の現場においても、国際的な視点や異文化対応の重要性がますます高まっています。国際交流委員会は、会員の資質向上に資する国際交流を目的として活動を続けており、本交流集会では、委員会として取り組んできた活動を報告し、議論を深めていきたいと思います。

はじめに、国際的な看護学会や救急・災害医学関連学会への参加報告を行い、海外での教育・研究・実践の動向の共有と、国際的潮流を把握する機会とします。次に、委員会として取り組んできた「救急外来や救命救急センターに従事する看護師の外国人患者に対する救急看護の現状と課題」に関する調査の結果を報告し、課題の抽出と解決に向けた議論を行います。さらに、外国人患者が受診した場合の、救急の現場で直面する課題や対応の工夫をご紹介いただき、研究成果と実践知を往還させながら、教育的支援やシステム整備のあり方について具体的に考える機会となれば幸いです。

活発な意見交換、議論を深めることで、救急看護現場の声を集約し、今後の国際交流活動や教育企画に反映させることを目指したいと思います。そして、救急看護におけるグローバルな課題への理解を深め、国際的な視座をもった実践力の向上につながる貴重な機会となることを期待したいと思います。是非ご参加ください。

14:55 ~ 15:15

[M2-01]

海外の看護から学ぶ
-INC&EAFONS2025・WADEM2025参加報告-

○小島 善和[1]、○藤村 朗子[2] (1. 東京情報大学 看護学部 看護学科、2. 東京医療保健大学 立川看護学部 看護学科)

15:15 ~ 15:35

[M2-02]

救急外来や救命救急センターに従事する看護師の外国人患者に対する救急看護の現状と課題－調査研究より－

○渕本 雅昭[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)

15:45 ~ 15:55

[M2-03]

外国人患者受け入れ経験の少ない救命救急センターにおける看護の現状と課題

○横塚 美紀[1] (1. 獨協医科大学病院 救命救急センター)

15:55 ~ 16:05

[M2-04]

周産期ドクターカーにおける外国人妊婦の対応における課題

○米嶋 美晴[1] (1. 総合病院 土浦協同病院・ER)

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月7日(金) 14:50 ~ 16:20 第3会場(1階 中ホール)

[M2] 交流集会2
グローバル時代の救急看護 ― 国際交流から学ぶ実践と課題

座長:中村 美鈴(名古屋市立大学大学院看護学研究科 クリティカルケア看護学分野)
企画:国際交流委員会（中村 美鈴・榊 由里・小島 善和・藤村 朗子・中田 哲也・上澤 弘美・淵本 雅昭・渡邊 好江）

14:55 ~ 15:15

[M2-01] 海外の看護から学ぶ
-INC&EAFONS2025・WADEM2025参加報告-

○小島 善和[1]、○藤村 朗子[2] (1. 東京情報大学 看護学部 看護学科、2. 東京医療保健大学 立川看護学部 看護学科)

キーワード：交流集会2

国際交流委員会では、看護職としての視野を広げ、世界的な知見を救急看護学の発展に活かすため、国際学会への参加を推進している。今回、INC&EAFONS2025（ソウル）では、アジア各国の看護実践や教育の現状、共通の課題について学んだ。特に、各国が取り組む高齢化社会への対応、テクノロジーの活用事例、看護教育の新しい取り組みについて紹介する。WADEM 2025（東京）では、世界各国から集まった災害医学の専門家との交流を通じて、災害時の国際協力と看護の役割について最新の知見を得た。両学会への参加を通じて、日本の救急看護に活かせる視点やアイデアを共有する。

国際学会への参加は、単なる知識の修得だけでなく、看護職としての視野を大きく広げる機会でもある。世界各国の看護師・医師などの実践家と科学者がさまざまな課題にどう取り組み、課題対応への工夫や実践、予測について最新の情報を得ることで、災害対応への日本の保健・医療・福祉や社会の特性と課題を見つめ直し、新しい解決策を見つけることにつながると考える。また、国を越えて抱える課題や関心を持つ仲間とのネットワークを築くことは、今後の研究や実践活動において大きな刺激と支えになると考える。さらに、日常の研究活動とは異なる環境に身を置くことで得られる多様で学際的学びは、専門分野に基盤を置いた新たな視点をもたらし、看護実践の創造性を育むと考える。国際交流委員会では、救急看護師が国際的な視野を持てる学びと研修の機会を提供し、海外との交流を通じて救急看護の新たな知見と発展の機会を提供したいと考えている。本報告が、会員みなさまの国際交流への参加と発表のきっかけとなることを期待しています。

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月7日(金) 14:50 ~ 16:20 第3会場(1階 中ホール)

[M2] 交流集会2
グローバル時代の救急看護 ― 国際交流から学ぶ実践と課題

座長:中村 美鈴(名古屋市立大学大学院看護学研究科 クリティカルケア看護学分野)
企画:国際交流委員会（中村 美鈴・榊 由里・小島 善和・藤村 朗子・中田 哲也・上澤 弘美・淵本 雅昭・渡邊 好江）

15:15 ~ 15:35

[M2-02] 救急外来や救命救急センターに従事する看護師の外国人患者に対する救急看護の現状と課題－調査研究より－

○渕本 雅昭[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)
キーワード：交流集会2

2020年の新型コロナウィルス感染症を契機に、海外渡航者の出入国規制や出入国禁止といった措置が講じられ、訪日外国人旅行者数に大きな影響を与えた。しかしながら、5類感染症に変更され規制が寛解されると、2024年3月には単月として過去最高の300万人を超えることとなった（日本政府観光局）。日本政府は、「明日の日本を支える観光ビジョン」において、2030年に訪日外国人旅行者数6,000万人を目指している。観光先進国を目指している中で、「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策」が取りまとめられ、関係府省庁が取り組みを進めている最中にある。今後も、日本の医療機関を受診する外国人患者が増加すると思われる中、外国人患者が円滑に医療機関を受診するにあたり、医療機関だけではなく、地方自治体、観光事業者・宿泊事業者等が連携し、地域全体として外国人患者の受入れ体制を構築する事が重要であると厚生労働省は示している。これまでにも、救急外来や救命救急センターにおける外国人患者の現状や課題に関する研究は幾つか散見された。しかしながら、看護師を対象とした看護場面や看護師の心情に関する問題や課題に言及した研究は見当たらなかった。そこで、本委員会は本学会員を対象に、「救急外来や救命救急センターに従事する看護師の外国人患者に対する救急看護の現状と課題」をテーマとして調査研究を行った。現在、データ収集を終えて分析中であるが、外国人患者へのサービス向上のために、外国人患者対応のマニュアル作成や多言語対応などの医療サービス提供などを行っている施設が多く見られた。しかしながら、コミュニケーションの壁や医療費の未払いといった問題もあった。そこで、本発表では、今回の調査研究の速報として、救急外来や救命救急センターを受診される外国人患者の動向、看護師が外国人患者の対応に困難と感じていることなどに焦点を当て報告する。本発表が、救急外来や救命救急センターにおける外国人患者に対する救急看護の質向上の一助になることを期待したい。

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月7日(金) 14:50 ~ 16:20 第3会場(1階 中ホール)

[M2] 交流集会2
グローバル時代の救急看護 ― 国際交流から学ぶ実践と課題

座長:中村 美鈴(名古屋市立大学大学院看護学研究科 クリティカルケア看護学分野)
企画:国際交流委員会（中村 美鈴・榊 由里・小島 善和・藤村 朗子・中田 哲也・上澤 弘美・淵本 雅昭・渡邊 好江）

15:45 ~ 15:55

[M2-03] 外国人患者受け入れ経験の少ない救命救急センターにおける看護の現状と課題

○横塚 美紀[1] (1. 獨協医科大学病院 救命救急センター)
キーワード：交流集会2

新型コロナウイルス感染症が2023年5月に5類感染症へと移行し、渡航規制が緩和されたことにより、訪日外国人旅行者数は急増している。2024年3月には単月として過去最高の300万人を超え、日本の医療機関を受診する外国人患者の増加が予測される。

獨協医科大学病院は、栃木県の県央南部に位置し、三次救命救急センターを有する高度急性期医療機関である。栃木県においても、日光や那須といった観光地を中心にインバウンド需要が拡大しており、2024年の外国人宿泊者数は27万人を超え過去最高となった。さらに、同年の県内における外国人雇用数は3万5千人を上回り、観光と労働の両面で外国人が増加している。

こうした背景から、当院では広域搬送を担う基幹病院として、交通外傷や急性心疾患、中毒、重症感染症など多岐にわたる救急症例に対応する中で、観光地を訪れる外国人や県内で就労する外国人患者の受け入れ増加が予測される。しかし、現時点では外国人患者数に明らかな増加は生じていない。今後、外国人患者の受け入れが増加すると見込まれる中で、救急外来や初期治療室、救命救急病棟における外国人対応は避けられない課題である。

外国人患者への診療を行うにあたり最大の障壁は言語であるが、当院では現在までに昼夜を問わず常勤する通訳者は配置されていない。また、外国語での院内掲示物やピクトグラムによる視覚的支援などの整備も不十分である。スマートフォン翻訳や電話通訳サービスが活用されているが、症状の詳細や既往歴、服薬状況の正確な聴取には困難を生じることがある。さらに、文化的背景や医療制度の違いにより、患者や家族との意思疎通に時間を要し、救急看護に求められる迅速性が損なわれる場面も想定される。

これらのことから救急看護における外国人患者対応は、今後さらに重要性を増すと考えられる。現場の課題を整理し、医療通訳体制の拡充、スタッフ教育の充実、地域行政との連携を通じたシステム整備が急務である。本報告では、外国人患者の受け入れ経験が少ない救命救急センターにおける看護の現状と課題について事例を通して報告する。

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月7日(金) 14:50 ~ 16:20 第3会場(1階 中ホール)

[M2] 交流集会2
グローバル時代の救急看護 ― 国際交流から学ぶ実践と課題

座長:中村 美鈴(名古屋市立大学大学院看護学研究科 クリティカルケア看護学分野)
企画:国際交流委員会（中村 美鈴・榊 由里・小島 善和・藤村 朗子・中田 哲也・上澤 弘美・淵本 雅昭・渡邊 好江）

15:55 ~ 16:05

[M2-04] 周産期ドクターカーにおける外国人妊婦の対応における課題

○米嶋 美晴[1] (1. 総合病院 土浦協同病院・ER)
キーワード：交流集会2

自施設は県内で最多の救急搬送数を受け入れる三次救命救急センターであり、ドクターカーや防災ヘリを用いたプレホスピタル活動も積極的に行い、病院前から初療室、手術室、集中治療までシームレスに診療を行っている。プレホスピタル活動では「周産期ドクターカー」を運用し、救急科医師・看護師・新生児科医師・助産師が同乗して、病院外分娩や母体・胎児に関わる緊急症例に対し、現場での分娩や母体救急対応を行っている。出動件数は少ないものの、病院外での分娩が避けられない事例もあり、母体と新生児の救命・安全確保に重要な役割を果たしている。

茨城県では在留外国人が年々増加し、2024年12月時点で102549人（県人口の約3.7%）、を占め、全国で第10位である。自施設がある土浦市でも5261人（人口の約3.7%）が外国籍住民であり、フィリピン、ベトナム、中国、ブラジル、タイなど多様である。今回、周産期ドクターカーにおいて、外国人妊婦を対応した際に直面した問題点を報告する。

【プレホスピタルにおける外国人妊婦対応の問題点】

①言語の違いによる障壁

プレホスピタルでは翻訳アプリを使用する時間的余裕がないことが多く、片言の日本語とジェスチャーでのコミュニケーションとなることが多い。妊娠週数や分娩進行状況の確認における意思疎通が困難であり、先に現着した救急隊も情報収集に苦慮していた。出動した医療スタッフも詳細な事前情報が得られず、母体・胎児に関わる必要な医療資器材の準備において的を絞ることが困難であった。たとえ翻訳アプリを活用しても、「破水」「子宮口開大」など専門的な表現は正確に伝わらず、状況把握が困難であった。現場で初めて妊娠週数やハイリスク情報を確認することは、処置の優先順位判断や新生児蘇生準備に遅れが生じる可能性があった。

②文化・宗教的背景の相違

出産に関する意思決定が妊婦本人ではなく家族に委ねられるケースや、処置・輸血に関する宗教的制約が現場で判明する場合があり、短時間での合意形成を難しくしていた。

③母子手帳の多様性

各国で様式や記載言語が異なり、妊娠週数・既往歴・検査結果・合併症の有無がすぐに読み取れないという問題点があった。特にアルファベット以外の表記や略語は現場での情報収集を遅らせる要因となった。

【考察】

周産期ドクターカー活動では、時間的制約の中で母体と胎児の安全を守ることが求められる。外国人妊婦の場合、母子手帳の多様性と言語障壁が大きな障害となり、救急現場での情報収集と判断を複雑化させる要因となった。ER初療室での外国人対応と異なり、時間が母児の生命予後に直結するため、事前の対策が必要となる。問題解決に向けては、妊娠週数・既往歴・検査歴・合併症の有無を簡潔に記載できる情報シートを外国人妊婦向けに標準化する必要があると考えた。また、日本語と英語だけでなく、地域に多く在日する外国人の国籍に対応した定型

©一般社団法人日本救急看護学会

文を活用することも必要である。これはプレホスピタルや周産期に限らず、ER初療室での外国人の救急対応時にも応用できると考える。

【まとめ】

外国人妊婦への周産期ドクターカー対応では、母子手帳の多様性と情報不足、言語・文化の壁が現場活動の大きな制約となることが明らかとなった。母児の安全を確保するためには、多言語情報資材と通訳体制の整備、さらに地域での外国人妊婦を支援するシステムと病院との連携構築が必要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

ワークショップ | ワークショップ

2025年11月7日(金) 14:30 ~ 16:00 第8会場(2階 207会議室)

[WS1] ワークショップ1
“できる”が見える！救急看護3コース体験①～学会認証制度が求めるラダーIIIレベルを確かめる～

座長:増山 純二(令和健康科学大学、学会認証救急看護師制度委員会)、石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター、学会認証救急看護師制度委員会)
企画:外傷看護委員会、学会認証救急看護師制度委員会、セミナー委員会、トリアージ委員会

14:30 ~ 16:00

[WS1-01]

“できる”が見える！救急看護3コース体験①～学会認証制度が求めるラダーIIIレベルを確かめる～

○増山 純二[1]、○苑田 裕樹[2]、○吉田 栄里[3]、○西尾 宗高[4] (1. 令和健康科学大学、学会認証救急看護師制度委員会、2. 令和健康科学大学、外傷看護委員会、3. 豊田厚生病院、トリアージ委員会 4.杏林大学医学部附属病院、セミナー委員会)

©一般社団法人日本救急看護学会

ワークショップ | ワークショップ

2025年11月7日(金) 14:30 ~ 16:00 第8会場(2階 207会議室)

[WS1] ワークショップ1
“できる”が見える！救急看護3コース体験①～学会認証制度が求めるラダーIIIレベルを確かめる～

座長:増山 純二(令和健康科学大学、学会認証救急看護師制度委員会)、石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター、学会認証救急看護師制度委員会)
企画:外傷看護委員会、学会認証救急看護師制度委員会、セミナー委員会、トリアージ委員会

14:30 ~ 16:00

[WS1-01] “できる”が見える！救急看護3コース体験①～学会認証制度が求めるラダーIIIレベルを確かめる～

○増山 純二[1]、○苑田 裕樹[2]、○吉田 栄里[3]、○西尾 宗高[4] (1. 令和健康科学大学、学会認証救急看護師制度委員会、2. 令和健康科学大学、外傷看護委員会、3. 豊田厚生病院、トリアージ委員会 4.杏林大学医学部附属病院、セミナー委員会)

キーワード：ワークショップ1

【背景】
　2023年、日本救急看護学会の社員総会において「学会認証救急看護師制度」が発足し、2025年4月には初の学会認証救急看護師52名が誕生した。本制度は、救急医療を必要とする患者およびその家族に対し、迅速かつ適切な看護を提供できる能力を有し、自律的に実践できる看護師を認証するものであり、本学会が定める「救急看護師のクリニカルラダーIIIレベル」相当の実践力を評価基準としている。認証制度は、救急看護師の専門性とキャリアパスの明確化に寄与し、実践力向上を目的として構築された。しかし、制度開始から日が浅く、全国の救急看護師への周知やラダーIIIレベルの具体的な理解促進が十分とは言えない現状がある。
【課題】
　ラダーIIIレベルの到達イメージは施設ごとに異なり、評価基準の解釈にも差が生じやすい。その結果、「自分はラダーIIIに到達しているのか」「何が不足しているのか」といった具体的な判断が困難であり、制度への参加を躊躇する要因となっている。加えて、日常業務の中ではラダーIIIが求める実践力（問題解決力、臨床推論力、判断力）を体系的に振り返る機会が少ないことも課題である。
【目的】
　本ワークショップは、ラダーIIIレベルの実践力を体験的に理解できる機会を提供し、その到達イメージを明確化することを目的とする。さらに、認証制度の趣旨や意義を参加者に共有し、今後のキャリア形成において制度を活用する意識を高めることを狙いとしている。
【方法】
　本学会が実施している「外傷初期看護コース」「救急初療看護コース」「トリアージナースコース」の内容の一部を取り上げ、さらにアセスメントを強化したワークショップを実施する。参加者は、救急現場を想定したシナリオに基づき、患者情報の詳細なアセスメント、疾患・病態予測に基づく臨床推論、緊急度判断、救急処置や検査準備、場の調整などを実践する。これらの過程を通して、個別性のある看護提供の重要性と、それを支える意思決定プロセスを実感できるよう設計する。また、実施後にはファシリテーターによるフィードバックとディスカッションを行い、各自の強みや課題を明確化する。
【期待される効果】
　本ワークショップを通じて、参加者はラダーIIIレベルが求める実践力の具体像を把握し、自身の現状とのギャップを認識できる。また、「できる」を可視化する体験によって、自己効力感が

©一般社団法人日本救急看護学会

高まり、認証制度への参加意欲が向上すると考えられる。さらに、ラダーIIIの基準を共有しやすくなることで、組織全体の実践力底上げにつながる効果も期待される。

【まとめ】

救急看護師の専門性を社会的に証明し、キャリア形成を支える学会認証制度の活用は、今後ますます重要となる。本ワークショップは、その第一歩としてラダーIIIの実践力を具体的に体験し、認証制度を自らのキャリアの一部として捉える契機となることを目指す。ぜひこの機会にご参加いただき、「できる」が見える体験を通して次のステージへの一歩を踏み出していただきたい。乞うご期待。

©一般社団法人日本救急看護学会

ワークショップ | ワークショップ

2025年11月7日(金) 16:10 ~ 17:40 第8会場(2階 207会議室)

[WS2] ワークショップ2
“できる”が見える！救急看護3コース体験②～学会認証制度が求めるラダーIIIレベルを確かめる～

座長:増山 純二(令和健康科学大学、学会認証救急看護師制度委員会)、石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター、学会認証救急看護師制度委員会)
企画:エンド・オブ・ライフケア委員会、学会認証救急看護師制度委員会、在宅救急看護委員会、倫理委員会

16:10 ~ 17:40

[WS2-01]

“できる”が見える！救急看護3コース体験②～学会認証制度が求めるラダーIIIレベルを確かめる～

○福島 綾子[1]、○谷島 雅子[2]、○山本 恵子[3] (1. 北海道科学大学、エンド・オブ・ライフケア委員会、2. 自治医科大学附属病院、倫理委員会、3. 合同会社Connect Station、在宅救急看護委員会)

©一般社団法人日本救急看護学会

ワークショップ | ワークショップ

2025年11月7日(金) 16:10 ~ 17:40 第8会場(2階 207会議室)

[WS2] ワークショップ2
“できる”が見える！救急看護3コース体験②～学会認証制度が求めるラダーIIIレベルを確かめる～

座長:増山 純二(令和健康科学大学、学会認証救急看護師制度委員会)、石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター、学会認証救急看護師制度委員会)
企画:エンド・オブ・ライフケア委員会、学会認証救急看護師制度委員会、在宅救急看護委員会、倫理委員会

16:10 ~ 17:40

[WS2-01] “できる”が見える！救急看護3コース体験②～学会認証制度が求めるラダーIIIレベルを確かめる～

○福島 綾子[1]、○谷島 雅子[2]、○山本 恵子[3] (1. 北海道科学大学、エンド・オブ・ライフケア委員会、2. 自治医科大学附属病院、倫理委員会、3. 合同会社Connect Station、在宅救急看護委員会)
キーワード：ワークショップ2

【背景】
救急医療現場では、緊急性が高く、情報も限られている特殊な環境下で救急医療が提供されます。提供されるケアは、身体的な側面からはもちろんのこと、心理的、倫理的、そして社会的な側面からも十分に検討される必要がある。
【課題】
ラダーIIIレベルの到達イメージは施設ごとに異なり、評価基準の解釈にも差が生じやすい。その結果、「自分はラダーIIIに到達しているのか」「何が不足しているのか」といった具体的な判断が困難であり、制度への参加を躊躇する要因となっている。加えて、日常業務の中ではラダーIIIが求める実践力（問題解決力、臨床推論力、判断力）を体系的に振り返る機会が少ないことも課題である。
【目的】
本ワークショップは、ラダーIIIレベルの実践力を体験的に理解できる機会を提供し、その到達イメージを明確化することを目的とする。さらに「心理的側面」、「倫理的側面」、「社会的側面」で求められている能力がどのようなものかを理解いただけるよう、関連委員会の提供しているセミナーを体験する。
【方法】
＜心理的側面＞エンド・オブ・ライフケア委員会が開催する「救急患者と家族への精神的側面への看護（初級編）」の知識を基盤として、救急患者・家族の心理的特徴に合わせた看護実践を検討するセミナーを「基礎編」として開催していきます。模擬事例を用いて患者とその家族に対して必要な心理的ケアについて、学習した知識を活用しながら検討し、グループディスカッションを通して学びを深めていきます。＜倫理的側面＞救急領域では、診療科を問わず多くの臨床事例が存在しています。その分、倫理的課題もさまざまであり、我々救急看護師が思い悩む場面は多岐にわたります。そのような中、倫理委員会では倫理的感受性を磨くことができるように、救急看護師クリニカルラダーIIIレベルを対象とした看護倫理セミナーを開催しています。実際に経験しそうな倫理的課題を、グループディスカッションを通して共に考えていきます。＜社会的側面＞2005年より地域包括ケアシステムという用語が誕生しました。これは少子高齢化により引き起こされる問題を緩和される措置の一環であり、このシステムを構築させることで、一人一人のニーズに応じたケアが実現されるというものです。人にはそれぞれのニーズがあります。そのニーズや問題を救急領域から察知し、4つの助からその個人にあった自立のための生活を送ることができるようディスカッションを通して学んでいきます。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O1] 口演1
救急外来看護①

座長:平尾 明美(千里金蘭大学)、津川 久仁江(名寄市立総合病院 救命救急センター)

10:30 ~ 10:40

[O1-01]

看護師判断による救急車の応需実績と評価

○山本 克英[1] (1. 神戸百年記念病院)

10:40 ~ 10:50

[O1-02]

A病院の救急外来患者の滞在時間に影響を与える要因の分析

○茂住 江美[1] (1. 千葉中央メディカルセンター)

10:50 ~ 11:00

[O1-03]

A病院のERにおける病院移転前後の医療提供体制について
～脳卒中疑い症例をもとに考察する～

○加藤 未来[1] (1. トヨタ記念病院　ERトヨタ)

11:00 ~ 11:10

[O1-04]

北米型救急の医療システムを採用する
A病院救命救急センター看護師の意識している看護実践

○川村 和司[1]、井野 朋美[1]、河津 夢乃[1]、土田 佳奈[1]、林 厚佐[1] (1. 熊本赤十字病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O1] 口演1
救急外来看護①

座長:平尾 明美(千里金蘭大学)、津川 久仁江(名寄市立総合病院 救命救急センター)

10:30 ~ 10:40

[O1-01] 看護師判断による救急車の応需実績と評価

○山本 克英[1] (1. 神戸百年記念病院)

キーワード：看護師判断、救急車応需、評価

【はじめに】A病院の救急外来は、地域における2次救急指定医療機関として、24時間365日体制で救急患者の受け入れを行っている。救急車の受け入れの流れは、当初は、看護師がホットラインを取り、医師へ報告・受け入れの可否を仰いでいたが、医師間における応需差が大きいことが課題であった。そのため、病院全体の取り組みとして受け入れ推進を図るべく、医師判断を介さず看護師判断での受け入れ実現を目指し、判断責任を医師とした、病院の事前運用指針に基づく院内基準を策定し、2021年12月～看護師判断での救急患者受け入れ運用を開始とした。
【目的】看護師判断による救急車の応需実績を集計し、その効果を評価する。
【方法】対象は、A病院救急外来に従事する2年目以上の看護師17名で、2022年4月～2024年3月までの救急車応需数ならびに断り数、看護師判断での応需数を日々集計し、データ蓄積を行った。そして、Microsoft　Excelを用いて単純集計と相関分析を行い、効果について評価を行った。
【倫理的配慮】個人が特定されないようデータ化し、病院救急委員会の倫理承認を得て実施した。
【結果】対象者の属性は、看護師経験年数6.2（±1.6）であった。 A 病院における救急車応需数は、3年間で10937件、断り件数が、3年間で3978件であった。看護師判断による救急車応需率については、平均が88.6%（±3.86）、中央値が89.5%という結果となった。年次内訳は、2024年度が87.7%　2023年度が90.3%　2022年度が87.7%である。また、月別での受け入れ率の最小値が78.5%（2024年8月）、最大値が94.6%（2023年6月）であった。次に、相関分析に関しては、看護師判断による救急車応需率と救急車応需数の相関はr＝-0.26であった。一方、看護師判断による救急車応需率と救急車の断り数の相関はｒ＝-0.29であった。
【考察】看護師判断での受け入れは、救急車受け入れ要請数全体の88.6%で可能であることが分かった。しかし、月により受け入れ率の変動が見られ、安定はしていなかった。この要因に関しては、今回の収集データからの特定はできなかったが、空床状況などの物理的要因や判断する看護師の能力などの人的要因等が複雑に絡んでいるものと推察される。また、相関分析から、看護師判断での応需が、救急車搬入数と関係しない（r＝-0.27）ことが明らかとなった。医師の判断による受け入れでは、各々の医師の主観や思考も入るが、基準に従った受け入れではそのバイアスが少ないため、相関を示すものと推測された。しかし、実際は異なり、救急現場が、そう単純ではないことが言える。今回は、要因の特定まで至らなかったが、考えられるものとして、その時の現場の状況要因（多忙、急変、感染症対応など）、看護師の人的要因（判断能力）、受け入れ基準要因（内容）が影響したことが考えられる。また、逆の視点で、看護師判断での救急車応需率が、救急車の断り数とも関係しないことも分かった。この要因も、上記で述べたものと同様と考えられる。なお、看護師の人的要因においては、看護師判断にシフトしたことで、より的確な情報判断力と予測力が求められることになったと言える。この部分は、個人差を生じやすい部分でもあり、最小化していくことが今後の課題と考える。
【結論】A病院という限局したデータにはなるが、医師を介さず看護師判断のみでの受け入れ

©一般社団法人日本救急看護学会

は、88.6%可能であった。しかしながら、基準に準じた看護師判断での受け入れを行うことは、直接的な救急車の応需増加にはつながらなかった。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O1] 口演1
救急外来看護①

座長:平尾 明美(千里金蘭大学)、津川 久仁江(名寄市立総合病院 救命救急センター)

10:40 ~ 10:50

[O1-02] A病院の救急外来患者の滞在時間に影響を与える要因の分析

○茂住 江美[1] (1. 千葉中央メディカルセンター)

キーワード：救急外来、患者滞在時間、帰宅支援

【目的】当院は二次救急指定病院として24時間365日体制で救急患者を受け入れているが、2023年の救急車応需率は約40%と全国平均（約60〜70%）を下回っている。そこで本研究は市内でも高齢化が顕著な地域の中核病院である当院における救急外来患者の滞在時間に影響を与える因子を明らかにし、効率的な救急看護における課題を特定することを目的とした。
【方法】対象は2024年11月1日から30日の間に当院救急外来を受診した外来患者447名とした。電子カルテと看護記録を用いて、入室から退室までの滞在時間を記録し、先行研究において指摘されている滞在時間に影響を与える因子を参考に、診療科、年齢、来院方法、検査・処置、入院の有無の5項目の因子について滞在時間との関連を分析した。診療科ごとの滞在時間の差は一元配置分散分析（ANOVA）を用いて検証し、有意差があった場合は重回帰分析にて滞在時間に影響を与える要因を多角的に分析した。データは匿名化し、当院倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。
【結果】診療科別にみた滞在時間は、内科（94.5±51.7分）、内科当直（87.3±44.9分）が長く、形成外科（7.5±3.5分）、外科（43.3±22.7分）が短かった（p=0.002）、重回帰分析では「検査・処置」が滞在時間に最も有意な影響を与えていることが明らかとなり（p=0.00）、検査・処置が1件追加されるごとに滞在時間が平均15分延長する傾向が示された。70歳以上の高齢者は受診患者の約60%を占め、そのうち約70%が救急車で来院していた。また70歳以上の高齢者は、入院となった患者の42.2%と高い傾向を示した。
【考察】滞在時間に影響を与える主な因子は「検査・処置」であり、特に内科系診療科での滞在時間延長は、検査・処置の多さに起因することが示された。一方、「年齢」「来院方法」「転帰」などは滞在時間に有意な影響を与えなかったが、トリアージの精度や医療資源の配分が滞在時間に影響している可能性もあり、今後の検討課題である。また、複数の基礎疾患やフレイルなどを有し症状が非定型的であることが、検査の多さや内科的疾患の比率の高さ、救急車依存の高い受診行動と関係していると考えられる。高齢者は説明の理解や自己管理能力に個人差があり、帰宅後の過ごし方や再受診の判断に困難を伴うケースも多い。救急外来での帰宅支援は、再受診の適切なタイミングを促し、軽症での救急搬送や重症化リスクの軽減につながる重要な看護実践である。今後は、外来部門における帰宅支援体制の構築や地域連携の強化が求められる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O1] 口演1
救急外来看護①

座長:平尾 明美(千里金蘭大学)、津川 久仁江(名寄市立総合病院 救命救急センター)

10:50 ~ 11:00

[O1-03] A病院のERにおける病院移転前後の医療提供体制について
～脳卒中疑い症例をもとに考察する～

○加藤 未来[1] (1. トヨタ記念病院　ERトヨタ)

キーワード：ウォークイン、脳卒中、TOPSPIN

【背景】A病院では脳卒中症例を効率的にトリアージすることを目的として2006年にトヨタ脳卒中プレホスピタルスケール（以下TOPSPIN）を導入した。しかし、TOPSPINはERにおける救急車搬送患者が適応であり、それ以外の患者（ウォークイン：WI）には適応しなかった。その後、WIにもTOPSPINを適応し早期治療開始が望ましいという声が高まり、2022年10月にWIの脳卒中疑い患者に救急車搬送患者と同様のTOPSPIN（以下WI　TOPSPIN）を導入した。導入後半年で、専門医の診察及び治療開始の時間が大幅に短縮し、早期治療開始が可能になった。A病院は2023年5月に新病院へ移転した。病院移転後もWI　TOPSINを継続して活用しているが、新病院移転前後の比較をしていないことから効果を実証できていない。今回、A病院のERにおける新病院移転前後のWI　TOPSPINの適応患者のER受診から専門医診察および治療開始までの時間を新病院移転後も維持できているかを検証し報告する。
【目的】A病院のWI　TOPSPINに適応した患者のER受診から専門医診察及び治療開始までの時間を後方視的に調査し新病院移転前後で比較し、新病院移転に伴う医療提供の遅れが発生することなく維持できているかを検証する。
【方法】A病院のERにおいて WI TOPSPINに適応した患者の来院から初療診察、CT撮影、専門医の診察及び治療開始までの時間を後方視的に調査する。調査期間は、WI　TOPSPIN導入後の2022年10月から新病院移転前の2023年4月（旧病院）、移転後は前年同月比で2023年10月から2024年4月（新病院）とした。
【倫理的配慮】学会発表にあたり、A病院の研究倫理委員会より承認を得た。（審査番号R502）
【結果】旧病院のWI TOPSPIN適応患者は5例で全例が脳卒中であった。新病院は5例中4例が脳卒中であった。来院から初療診察までの時間は、旧病院は、最小7分、最大16分、平均11分であった。新病院は、最小3分、最大21分、平均13分であった。来院からCT撮影までの時間は、旧病院は最小18分、最大39分、平均31分であった。新病院は、最小値22分、最大値48分、平均値は35分であった。来院から専門医による診察及び治療までの脳卒中症例は、旧病院は、最小12分、最大95分、平均55分、新病院は、最小31分、最大75分、平均54分であった。
【考察】来院から初療診察、来院からCT撮影までの時間は、新病院移転後も大きな差は生じていない。これは、WI　TOPSPINシステム導入前にER看護師へ専門医による脳卒中患者の早期治療の必要性に対する教育と、多職種へWI　TOPSPINに関する教育を行ったことが奏功して、WI TOPSPINが継続して活用できたと考える。来院から専門医診療開始までの時間は、新病院移転後も大きな差は生じていない。これは、検査がパスに基づき実施されることで、新病院移転後も検査が過不足なく行われ、専門医への相談実施までの所要時間短縮に繋がったためと言える。脳卒中患者の対応をより円滑にするために、さらに症例を収集し、時間を要している場面を分析していく。あわせて、放射線科へ連絡のタイミングの見直し、ERスタッフおよび多職種への教育実施を行い、さらなる運用定着の取り組みを継続していく。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O1] 口演1
救急外来看護①

座長:平尾 明美(千里金蘭大学)、津川 久仁江(名寄市立総合病院 救命救急センター)

11:00 ~ 11:10

[O1-04] 北米型救急の医療システムを採用する A病院救命救急センター看護師の意識している看護実践

○川村 和司[1]、井野 朋美[1]、河津 夢乃[1]、土田 佳奈[1]、林 厚佐[1] (1. 熊本赤十字病院)

キーワード：北米型、救急看護実践

我が国の救急医療システムは、（１）日本型（２）北米型（３）救急室専任の常駐医師を置かず、各科の医師、各科外来看護師や手術室、ICU看護師が日替わりで救急室を担当する３つの型があると言われており、（２）の北米型は１次から３次まで全ての患者を受け入れている。A病院救命救急センターは、北米型救急を採用しており、そこに勤務する看護師はトリアージや治療介助に多くの時間を費やしている現状がある。本研究では、北米型救急の医療システムを採用するA病院救命救急センター看護師（以下A病院看護師）の意識している看護実践を明らかにすることを目的とした。 ＜方法＞研究デザイン：質的記述的研究デザイン参加者：北米型救急の特徴であるトリアージ業務に従事する看護師17名方法：インタビューガイドを用いて半構成的面接法によるグループインタビューを実施する。インタビュー時間は、1人5-10分の語りを引き出し、１グループ3～4名を想定するため最大６０分と設定した。除外基準：研究実施者および看護実践に携わらない看護管理者データ収集期間：2024年7月22日～2024年8月17日 ＜倫理的配慮＞研究参加者に対して紙面と口頭で説明し同意を得た。本研究は、A病院看護研究倫理審査会にて承認を得た。（R6-11） ＜結果＞研究の参加に同意が得られたのは14名であった。インタビューの平均時間は43.5分。逐語録より134のコード、31のサブカテゴリー、10のカテゴリーが抽出された。A病院看護師が意識する看護実践は【知識や経験に裏付けされた患者の選別】【診療優先になりがちな救急受診の不安に寄り添う】【「第六感」に反応し患者の変化を感じ取る】【円滑な治療に繋がるよう現場の空気感を調整】【患者・家族のニードの速やかな把握と充足】【治療に関わる情報を短時間で的確に引き出す】【患者への不利益が生じないための感情コントロールや自己研鑽】【患者の状態変化時に迅速な対応ができる療養環境の整備】【ジレンマを抱えながらも命を繋ぎ守る役割を遂行】【やりたい看護のための時間確保や時間調整】の10のカテゴリーに分類された。代表的な看護実践の【知識や経験に裏付けされた患者の選別】では、北米型救急では、軽症患者が大半を占めるが緊急度・重症度の高い患者の来院も多いため、どうしても診療の補助に意識が向いており個々の自己研鑽や振り返りによって積み上げてきた知識や経験から救命に繋げるための実践を行っていた。また、救命救急センターの様々な場面で短時間のうちに重症度や緊急度、人員配置などの選別が行われ優先順位を決めた患者・家族対応を行っていた。 ＜考察＞A病院看護師は、多くの患者が軽症の中で、生命の危機的状態にある患者の対応も迫られることも多く、生命に関わる看護実践を意識していたと考える。さらに、様々な場面で「選別」を行っていることは、トリアージ業務が重要な北米型救急看護師の特徴の現れであると考えた。　　また、日々の業務の中で抱えるジレンマに関しては、患者の命を守る、守られたという実績を認識することで、看護師の役割を再認識しジレンマへの対処としていた。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第5会場(2階 小ホール)

[O2] 口演2
トリアージ①

座長:瀧澤 紘輝(神戸市立西神戸医療センター)、小原 環(国家公務員共済組合連合会 斗南病院)

10:30 ~ 10:40

[O2-01]

夜間二次救急外来電話トリアージ未経験看護師の不安軽減とマニュアル作成の取り組み

○鵜澤 利恵[1]、西本 朋美[1] (1. 公立長生病院)

10:40 ~ 10:50

[O2-02]

救急看護師のトリアージ判断を支援するAI技術の世界的動向と今後の課題

○石貫 智裕[1] (1. 札幌医科大学　保健医療学部　看護学科)

10:50 ~ 11:00

[O2-03]

救急センターにおける院内トリアージ実践と教育の効果：現状評価と今後の展望

○吉川 静[1]、永野 久弥子[1]、新地 博晃[1]、岡野 佐都美[1] (1. 一般財団法人 住友病院)

11:00 ~ 11:10

[O2-04]

電話トリアージの評価に関する後方視的研究
～外来看護師による「折り返し電話」を実施して～

○冨田 千怜[1]、國原 宏文[1] (1. 松下記念病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第5会場(2階 小ホール)

[O2] 口演2
トリアージ①

座長:瀧澤 紘輝(神戸市立西神戸医療センター)、小原 環(国家公務員共済組合連合会 斗南病院)

10:30 ~ 10:40

[O2-01] 夜間二次救急外来電話トリアージ未経験看護師の不安軽減とマニュアル作成の取り組み

○鵜澤 利恵[1]、西本 朋美[1] (1. 公立長生病院)

キーワード：電話トリアージ、夜間救急、マニュアル作成

【目的】A病院は、1市５町１村で構成されている広域市町村圏組合が運営する病院である。A病院では、夜間二次救急外来を火・金・土曜日に行っている。その際、夜間二次救急外来の電話での受診相談を管理当直看護師（師長・副師長）が行っている。現在、管理当直看護師の2名は救急外来を未経験である。特別な研修を受けることなく、管理当直として慣れない電話トリアージを行っている現状である。前年度実施した研究において、「Ａ病院夜間救急外来における電話トリアージ経験２年未満の看護師が困難に抱く状況」では、慣れない電話トリアージにより不安・ストレスを感じる状況を明らかにした。前年度の研究結果を踏まえて、当院の症例の特徴に則した電話トリアージマニュアル（以下、マニュアルとする）を作成した。作成したマニュアルを電話トリアージ未経験看護師が活用することにより、困難を抱く状況が解消され、不安を軽減させる効果があり、標準化された電話対応が可能となると考えた。
【方法】2024年5月～11月に電話トリアージ未経験看護師の管理当直日に5・6月はマニュアルの活用なし、7・8月は総務省の緊急度判定プロトコルVer3電話相談（以下プロトコルとする）を活用、9・10月はマニュアルを活用する。対象期間の就業前後にSTAI（状態-特性不安検査）を用いて不安の状態を評価する。月末に電話トリアージの困難を抱く状況について、面接用紙に沿って面接を行い、意識調査を実施する。
【結果】電話トリアージ未経験看護師にマニュアルを活用したSTAIの就業後得点が一番下がっていた。また、電話トリアージ未経験看護師にプロトコル・マニュアルの活用をした面談内容から、「プロトコルやマニュアルの内容を聞き、アドバイスすることで納得頂けた」　「マニュアルの症状に当てはめて聞くと診察の必要性があるか、痛みのレベル、既往がどうかで判断できた」と前向きな発言が聞かれた。
【考察】前年度実施した研究において、電話トリアージでは、A病院では救急や外来の経験年数が少なく、電話トリアージに対する教育・訓練はなく実践している。そのため、看護師の経験年数が15年以上あっても、救急患者の専門的知識の不足によりトリアージを困難な状況として捉えていたことから、【緊急度・重症度判断】【受診判断】【オーバートリアージ】が抽出されたと考えられる。マニュアルは傷病の重症度・緊急度を一定の方法に基づいて判断し、標準化されたアドバイスやケアの提供を可能にすると報告されている。A病院もマニュアルを導入することで主観的観点に左右されず、電話トリアージが可能となると考えられる。今回、電話トリアージ未経験護師の協力を得て、プロトコル・マニュアル活用した結果、マニュアルを活用して対応がスムーズだった経験を重ねることで、不安の軽減と自信に繋がった。面談内容から、プロトコル・マニュアルを活用した方が、標準化した質問内容が明確となり、患者・患者家族の対応の仕方がスムーズに行うことができ、安心感へと繋がり、不安が軽減したと考えられる。今後の課題として、マニュアルは試作のため、他の管理当直看護師にも活用し、修正・評価することで更に使いやすいマニュアルの作成に努める。
【倫理的配慮】研究協力者の同意を得て、所属長より承認を得ている。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第5会場(2階 小ホール)

[O2] 口演2
トリアージ①

座長:瀧澤 紘輝(神戸市立西神戸医療センター)、小原 環(国家公務員共済組合連合会 斗南病院)

10:40 ~ 10:50

[O2-02] 救急看護師のトリアージ判断を支援するAI技術の世界的動向と今後の課題

○石貫 智裕[1] (1. 札幌医科大学　保健医療学部　看護学科)

キーワード：トリアージ、AI、スコーピングレビュー

【目的】近年、トリアージにおける看護師の臨床判断を支援する手段として、人工知能（AI）の活用が注目を集めている。トリアージにおいては、緊急度の見極めが患者の予後に直結するため、AIによる判断支援ツールの実装に関心が高まっている。しかし、AIの正確性やユーザビリティはまだ不透明な現状があり、現場への導入にはいくつもの障壁が存在する。本研究の目的は、近年注目されるAIを活用したトリアージ支援技術に関する国際的な研究を体系的に整理し、救急看護への応用可能性と課題を明らかにすることである。
【方法】本研究はPRISMA-ScRに則ったスコーピングレビューである。文献検索は、PubMed、CINAHL Plus、Web of Science、医中誌Webを用いて、AI黎明期の2010年1月から2025年5月までに発表された文献を対象に実施した。包含基準は、看護師の臨床判断支援を目的にAI技術を活用した研究であることとし、原著論文およびレビュー論文を選定した。各論文において、看護における活用事例を中心に抽出・分析し、AI技術の種類、評価の正確性、評価指標、課題に基づいて比較を行った。
【結果】本研究は最終的に8件の文献を対象とした（表）。使用されていたAI技術は、ChatGPTのような生成AI、あるいは機械学習を用いた予測モデルが中心であった。多くの研究でAIはトリアージ判断において緊急度を高く見積もる傾向を示し、特に高齢者や軽症者への過大評価が懸念された。また、バイタルサインなど生体情報を用いないモデルでは緊急度を最大19%過小評価する例も報告されていた。一方で、看護師の記録などの自由記述から重要な情報を抽出できる自然言語処理型のAIは真陽性率が95%以上と高く、看護実践の補完として有効である可能性が示唆された。さらに、AIの現場実装に関する評価では、AIに対する理解度や信頼感、活用意欲が職種や経験年数により異なることが明らかとなり、教育的介入やユーザビリティの重要性が浮かび上がった。
【考察】AIは看護師に置換するものではなく、あくまで「補助的な判断支援ツール」としての活用が現実的である。中等症レベルの患者に対しては入院リスクの早期検出やリソース配分の最適化に資する可能性がある一方で、高リスク患者の識別や、バイタルサインズなどの生体情報、看護師の経験知や「看護の五感」に基づく判断は、AIのみでは十分に代替できず、看護師の介入は不可欠である。
　また、AIの判断は一見高精度に見えても、現場との乖離や過大・過小評価の発生があり、患者の安全といった観点からは慎重な運用が必要である。AIは看護師の支援ツールであるということを前提に、AIを使いこなすための教育機会の提供やユーザビリティの改善が求められる。
　今後の課題として、生体情報を含めた多元的データを活用したモデル開発と、現場導入に向けたRCT等の実証研究、AIリテラシーの導入などが挙げられる。高齢化の進行と医療人材の偏在は、これからも世界的に進行していくことが予測されており、救急看護の複雑性に対応した判断支援ツールの開発は期待が高まっている。救急看護師の経験や観察を補完する形でAIが機能することで、安全かつ効率的なケアの実現に寄与する可能性がある。救急看護にAIをどのように活かし、進化させるかが今後の大きな課題である。

©一般社団法人日本救急看護学会

【倫理的配慮】本研究は公開文献を対象とした文献レビューであり、個人情報を伴わず、倫理審査の対象とはならない。

表．収集文献の概要

著者（出版年）	概要	AI技術の種類	評価の正確性	評価指標	課題
Levra AG, et al. (2025)	患者の意識消失を電子カルテの文字データ（意識消失は非明示）から予測できるか検証	生成AI	真陽性率95%以上	看護記録の文字データ	多施設運用による精度検証
Lindner G, et al. (2025)	新規のAIトリアージ支援ツールの評価精度を検証	機械学習	過大評価：28% 過小評価：19%	患者の主訴の文字データ	生体情報の解析をしていない 学習データの不足
Pinero PMA, et al. (2025)	既存の臨床判断支援AIに対する医療スタッフの受容性を検証	生成AI	―	医療スタッフの受容性	AI利用の経験値で評価が変化 教育・研修の必要性
Chae S, et al. (2024)	在宅心不全患者の救急外来受診予測モデルの予測精度を検証	機械学習	良好な予測性能（ND）	看護記録の文字データ 生体情報	生体情報を含まない場合の予測精度が低下
Haim GB, et al. (2024)	Chat-GPT4が行ったトリアージが医療者のトリアージ結果とどの程度一致するかを検証	生成AI	高リスク疾患を過大評価する傾向	Emergency Severity Index	人間の判断の代替にはならない ブラックボックス性
Michel J, et al. (2024)	電話トリアージ支援システム（CDSS）に関する文献を対象としたスコーピングレビュー	機械学習	―	導入率 医療スタッフの受容性	現場導入率は上昇傾向にあるが実証研究が乏しい
Nasser L, et al. (2024)	トリアージアルゴリズムが実際の医療者の行った結果とどの程度一致するか検証	機械学習	過大評価：46.1% 過小評価：5.5%	CTAS Score	生体情報を含まない場合の正確性が特に乏しい
Yi N, et al. (2024)	AIによるトリアージの研究から共通点や課題を検証したシステマティックレビュー	生成AI 機械学習	評価精度にばらつきあり	カルテの文字データ 生体情報	AIモデルに評価精度のばらつきがあり、一貫性は担保できない

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第5会場(2階 小ホール)

[O2] 口演2
トリアージ①

座長:瀧澤 紘輝(神戸市立西神戸医療センター)、小原 環(国家公務員共済組合連合会 斗南病院)

10:50 ~ 11:00

[O2-03] 救急センターにおける院内トリアージ実践と教育の効果：現状評価と今後の展望

○吉川 静[1]、永野 久弥子[1]、新地 博晃[1]、岡野 佐都美[1] (1. 一般財団法人 住友病院)

キーワード：院内トリアージ、二次救急医療施設、看護教育

【背景】当院救急センターは二次救急医療施設として、2012年からJTAS（Japan Triage and Acuity Scale）を導入し、院内トリアージを実施している。救急センターの看護師は複数部署を兼務しており、夜間・休日は救急経験の少ない看護師も勤務している。また、日本救急看護学会認定トリアージナースの資格を取得している看護師は1名のみであった。さらに、院内研修や事後検証などの教育体制も整っておらず、看護師の知識レベル・スキルの差によるアンダートリアージの発生リスクや、トリアージ根拠への不安などの課題が顕在化していた。標準化されたトリアージ実践のためには、教育体制の整備と意識向上が不可欠であり、現状把握と課題の明確化を目的とした取り組みを行った。
【目的】院内トリアージおよびJTASに関する知識の現状把握と教育を実施し課題を明確にする。
【方法】本研究は調査研究であり、当院救急センター勤務の看護師25名を対象に、2024年10月から2025年3月まで実施した。勉強会前後でのアンケート（多項目選択式、自由記述）とJTASクイズ（トリアージテスト）を用いて、知識・意識の変化を比較した。勉強会は全3回（①院内トリアージとは、②JTASとは、③JTAS症例やってみよう）で、全スタッフが参加した。得られたデータは単純集計により分析した。
【倫理的配慮】本研究は当院倫理委員会の承認（研倫2024-10）を得て、個人情報保護に配慮しデータを厳重に管理して実施した。
【結果】対象看護師の経験年数は、看護師経験20年以上が61%と多く、救急外来経験は5年以下の看護師が65%であった。事前アンケートでは、52%が院内外問わずトリアージ研修未受講であり、46%がJTASを認知していなかった。教育後、JTASの認知度は100%となった。「トリアージに自信がない」と回答した割合も81%から53%へ減少した。学習への意欲としては、「院内トリアージを学びたい」96%、「JTASを学びたい」89%と高い割合を示した。自由回答では、「経験値に頼らず知識に基づいたトリアージを実践したい」「的確なトリアージで患者対応を迅速化したい」「知識不足を痛感しており学習意欲がある」といった前向きな意見が多く聞かれた。JTASクイズでは、重症感ありの判断増加とトリアージレベルの整合性向上が認められた。
【考察】教育の結果、スタッフの院内トリアージ、JTASに関する知識が向上した。特に、トリアージに自信がないと感じていた看護師が多かったが、正しい知識を習得することで自信の向上に繋がった。経験豊富な看護師にとっては知識の再確認とブラッシュアップ、経験の浅い看護師に対しては院内トリアージの基礎を習得する機会となったと考えられる。自由回答からも、学習意欲の向上や、経験に頼るのではなく根拠に基づいたトリアージを実践しようとする意識の変化が確認できた。JTASクイズの結果からも判断力と整合性の向上がみられ、今後は、教育効果の定着を図るため、実践的なトレーニングの導入や事後検証などのフィードバック体制の構築も課題となる。

©一般社団法人日本救急看護学会

【結論】院内トリアージに関する教育は、知識向上と意識改革に寄与し、実際のトリアージの精度を向上させることができる。特に、JTASに関する理解を深めることで、看護師の自信と判断力が高まり、アンダートリアージのリスクを減少させることが期待される。今後は、継続教育と事後検証が課題である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第5会場(2階 小ホール)

[O2] 口演2
トリアージ①

座長:瀧澤 紘輝(神戸市立西神戸医療センター)、小原 環(国家公務員共済組合連合会 斗南病院)

11:00 ~ 11:10

[O2-04] 電話トリアージの評価に関する後方視的研究
～外来看護師による「折り返し電話」を実施して～

○冨田 千怜[1]、國原 宏文[1] (1. 松下記念病院)

キーワード：電話トリアージ、折り返し電話

【背景】当院の夜間・休日の電話相談は、看護師経験が異なる様々な外来看護師が対応している。入電があると、患者本人あるいは家族から情報収集し、内容を要約、担当医師に伝達し、応需の可否が決定される。そのため、看護師の問診力や電話でのコミュニケーション能力によって緊急度判定が変わってしまう可能性がある。そこで、電話相談後の患者の転帰を知り、電話トリアージの評価を行うため「折り返し電話」（以下コールバック）を開始した。
【目的】電話相談患者に対しコールバックを行い、患者の転帰を調査することで電話トリアージの評価を行う【コールバックの対象者】電話相談から24時間以上経過し、身体症状を有する当院で対応可能な未受診患者【コールバック方法】コールバックを行う目的・対象・情報管理・電話連絡方法・電話相談時及びコールバック時の電話対応についての手順を作成電話相談に対応した看護師が、日付・時刻・患者ID・患者氏名・相談内容・電話番号を専用フォーマット及び診療録に入力平日日中に、コールバック担当者が患者からの電話相談内容からコールバックの要否を判断し、コールバックを実施・結果をフォーマット及び診療録へ入力
【研究方法】対象者：2025年2月21日～4月30日に電話相談があった患者92名方法：診療録入力内容・電話相談フォーマット入力内容から、看護師が電話相談時に出した指示の緊急度判断を緊急・準緊急・低緊急・非緊急に分類。その後の受診転帰・最終転帰を検証した。
【倫理的配慮】発表に際し個人が特定されないように倫理的配慮を行った。
【結果】電話相談件数126件のうち、フォーマット入力漏れ34名を除いた92名を対象とした。電話相談後、当院受診患者は34名。そのうち帰宅は27名（79%）、入院は7名（21%）（うち緊急入院4名・予定入院3名）であった。緊急入院となった患者の緊急度判断は、緊急0名・準緊急1名・低緊急3名・非緊急0名であった。また、当院未受診患者は58名であり、コールバック対象者は29名であった。連絡がつかなかった5名とコールバックが出来なかった2名を除いた22名にコールバックを実施した。コールバック時に他院を受診していた患者は12名で、受診後帰宅となっている患者が10名、緊急入院が2名であった。他院で緊急入院となった患者の緊急度判断は緊急1名・準緊急1名であった。コールバック時に症状が軽快していた患者は9名。コールバック後に当院を受診した患者は1名で入院は0名であった。
【考察】電話相談後、コールバック実施患者22名のうち、受診せずに症状が軽快していた9名と他院を受診し帰宅となった10名は低緊急・非緊急と判断している。また、他院を受診し入院となった2名に対しても緊急もしくは準緊急と判断している。これは情報収集・仮説形成・緊急度判断が的確に行われたため、適切な指示を出すことができたと考える。後日当院を受診後に緊急入院となった４名のうち、低緊急と判断し日中受診を指示している患者は3名であった。来院時、2名は生理学的異常を認め無かったが、１名は生理学的異常（循環・意識・体温）を認めており、緊急度が低く判断されていた可能性が考えられる。初回の電話相談で即日救急外来受診となった患者の転帰の検証はしていないため、全ての電話トリアージの妥当性は不明であるが、今回コールバックを始めたことで、即日受診に至らなかった患者のその後の転帰を知り、未受診患

©一般社団法人日本救急看護学会

者に対する電話トリアージの評価を行うことができるようになった。今後もより良い電話トリアージが行えるよう、知識の充実化、評価・フィードバックの取り組みを継続していく。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第6会場(2階 204会議室)

[O3] 口演3
チーム医療①

座長:宮田 佳之(長崎大学病院 高度救命救急センター)、川端 和美(北海道大学病院中央診療検査Ｉナースセンター)

10:30 ~ 10:40

[O3-01]

三次救急医療施設における初療室で医師が期待する看護師の役割

○石野田 かおり[1]、村木　萌夏[1]、黒川　理華子[1] (1. 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立多摩総合医療センター)

10:40 ~ 10:50

[O3-02]

急性期病院で夜間に看護師から電話報告を受ける医師の思い

○水野 伸也[1]、三浦 大歩[1]、大川 友鶴[1]、中 未杏[1] (1. 富山赤十字病院)

10:50 ~ 11:00

[O3-03]

高度救命救急センターにおける女性看護師が男性看護師に期待する職務・役割に関する調査

○岡本 昌憲[1]、中垣 育実[1]、豊島 智美[1]、上野 瑞子[2] (1. 川崎医科大学附属病院　高度救命救急センター、2. 川崎医療福祉大学　保健看護学部　保健看護学科)

11:00 ~ 11:10

[O3-04]

集中治療室における看護師による調整の阻害要因の実態

○橋本 直弥[1]、石川 幸司[1]、小川 謙[2]、牧野 夏子[3] (1. 北海道科学大学保健医療学部看護学科、2. JCHO北海道病院看護部、3. 札幌市立大学看護学部)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第6会場(2階 204会議室)

[O3] 口演3
チーム医療①

座長:宮田 佳之(長崎大学病院 高度救命救急センター)、川端 和美(北海道大学病院中央診療検査Ｉナースセンター)

10:30 ~ 10:40

[O3-01] 三次救急医療施設における初療室で医師が期待する看護師の役割

○石野田 かおり[1]、村木　萌夏[1]、黒川　理華子[1] (1. 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立多摩総合医療センター)

キーワード：三次救急

【目的】A病院では、医師から看護師の初療業務における質の更なる向上を期待する声が寄せられている。その背景には、双方の間で役割認識に相違があることが一因と考えられる。初療室において看護師が重要と考える看護実践については先行研究で明らかになっているが医師が期待する看護師の役割は明らかにされていない。本研究では初療室で医師が期待する看護師の役割を明らかにする。
【方法】医師6名に対し、インタビューガイドを用いた半構造化面接を行い、逐語録からコーディングを行った。抽出したコードの共通性があるものを集約し、サブカテゴリーとした。サブカテゴリーの中で共通性のあるものを集約し、カテゴリーとした。
【倫理的配慮】本研究は、所属病院の倫理審査委員会の承認を得た。研究対象者に対して、研究の目的や匿名性が保護されることを書面と口頭で説明を行った。また、研究への参加・不参加、途中撤回による不利益は生じないことを説明し、同意を得た。
【結果】166個のコード、21個のサブカテゴリーから9個のカテゴリー(【】で示す)を抽出し、最終的に3個のコアカテゴリーが抽出できた。表1参照。
【考察】
1. 診療の補助において医師が期待する看護師の役割
初療室では、一刻も早い患者の状態の安定化を目指して診療している。円滑な診療を行うために看護師は診療の流れを予測しなければならない。そのような状況下で看護師は全体を俯瞰的にみて、優先順位を考慮して自発的に行動する必要があるため【迅速に患者の状態を安定させるために診療の流れを予測し補助する】役割が期待されている。また、アセスメント能力を強化することや状況判断を行い、全体を把握することで次の処置を予測して診療の補助を行うことが重要であると考える。さらに、物品の準備不足は円滑な診療を妨げるため、スムーズな診療を行うために【診療の流れを予測し、迅速で正確に物品を準備する】役割を期待している。医師は診療に専念しており、その間の円滑なチーム医療を行うために【診療のペースを合わせるために情報共有する】役割を期待している。また、初療室では研修医や救急救命士も診療に携わっており、実践可能な業務が限られている。そのような職種に対して【看護師が場面によってリーダーシップを発揮し、役割を調整する】役割を期待している。医師は直接的に処置を行っているため、看護師はモニターや全身状態の観察を行い、異常の早期発見に努める必要がある。患者の状態を把握することが必要であり、【患者の状態変化を早期発見するために全身状態やモニターを観察する】役割を期待している。看護師は教育課程で環境整備を学んでいることから【感染リスクをおさえるための環境整備をする】役割を期待している。
2.患者・家族の関わりにおいて、医師が期待する看護師の役割
患者は救急搬送されたことや切迫する症状を抱えているだけでなく、様々な処置が短時間で行われることにより、精神的に混乱を呈する可能性が高いと考える。受け入れ時から状態が落ち着くまでは医療的介入が主であり、医師は診療に専念しているため【医師が診療中に患者、家族に

©一般社団法人日本救急看護学会

対して不安軽減ができるような声かけをする】役割を期待している。また、危機的状況にある患者の家族は混乱している可能性があるため【家族の病状説明に対する理解度と適応能力を見極める】役割を期待している。

3．搬送中の記録において、医師が期待する看護師の役割

医師は、看護師が記録のスキルを培っていることを認識しているため【今後の安全性の検証のため搬送中の記録を行う】役割を期待している。

結果

コアカテゴリー	カテゴリー
診療の補助	患者の状態変化を早期発見するために全身状態やモニターを観察する
	看護師が場面によってリーダーリップを発揮し、役割を調整する
	診療のペースを合わせるために情報共有する
	診療の流れを予測し、迅速で正確な物品を準備する
	迅速に患者の状態を安定させるために診療の流れを予測し補助する
患者・家族との関わり	医師が診療中に患者・家族に対して不安軽減ができるような声かけをする
	家族の病状説明に対する理解度と適応能力を見極める
搬送中の記録	今後の安全性の検証のため、搬送中の記録を行う

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第6会場(2階 204会議室)

[O3] 口演3
チーム医療①

座長:宮田 佳之(長崎大学病院 高度救命救急センター)、川端 和美(北海道大学病院中央診療検査Ｉナースセンター)

10:40 ~ 10:50

[O3-02] 急性期病院で夜間に看護師から電話報告を受ける医師の思い

○水野 伸也[1]、三浦 大歩[1]、大川 友鶴[1]、中 未杏[1] (1. 富山赤十字病院)

キーワード：急性期病院、医師の思い、電話報告、夜間

【はじめに】急性期病院に入院している患者は、治療の過程で症状の増悪や急変などにより医師への報告を必要とする場面がある。A病院では救命が必要となる急変時には当直医に報告し対応しているが、救命までには至らないが状態変化等にて報告が必要な時には、自宅待機の主治医へ電話報告し指示を確認する。医師への報告方法の学習はI-SBAR-Cを用いている。それでも看護師は医師への電話報告には緊張を伴い、特に夜間の報告は迷いを生じている。電話報告を受ける側の医師の思いを明らかにすることで、看護師の報告技術向上の一助としたい。【目的】急性期病院で夜間に看護師から電話報告を受ける医師の思いを明らかにする。【方法】1．研究デザイン：質的記述的研究、2．参加者：A病院で勤務する内科医9名、3．データ収集期間：202Ｘ年Ｙ月～Ｙ＋3ヶ月、4．方法：独自に作成したインタビューガイドに基づき個人インタビューを行い、逐語録を作成し、質的データとして分析した。【倫理的配慮】Ａ病院看護部倫理委員会の承認を得た。（承認番号　第24―7）【結果】11個のカテゴリー、34個のサブカテゴリーに分類され、195個のコードが抽出された。カテゴリーは＜電話がかかってきたことに対して、率直にイラつきや眠いといった思い＞、＜急変を予測した報告は仕方ない＞、＜報告内容に対する疑問や困ったこと＞、＜夜間電話報告を受けた際の不安＞、＜報告内容については概ね問題ない＞、＜気遣われていると感じている＞、＜医師も報告や相談は難しい＞、＜日常診察で信用している看護師からの電話報告は信頼できる＞、＜適切な報告をしてほしい＞、＜患者ファーストで報告するのがいい＞、＜報告内容に関してフィードバックできればよい＞であった。【考察】　夜間、電話がかかってきたことに対して率直にイラつきや眠いなどの不快な思いを抱いている。その一方で急変を予測した報告は仕方ないと感じている。これは、医師は急変を未然に防げる報告や患者の苦痛時間が短くなるような提案はよいと考えている。患者の急変の前兆などの状態変化に気づく看護師の報告や提案には耳を傾けているが、緊急性が感じられない内容には不要であると思っている。報告時に名前を名乗らない、状態報告のみの場合には困惑し、苛立ちを抱いている。医師は夜間に電話報告を受けることで、中途覚醒の状態での判断に対し不安を感じている。その理由として、指示した内容に記憶がなかったり、予想外の報告で重篤なものには焦りを感じたりしていると考える。　報告内容に関して、聞き入れやすいかどうかは、医師・看護師の信頼関係が影響している。普段の診療の場面で密にコミュニケーションをとり、関係性を築けている看護師からの電話報告は聞き入れやすいと考えられる。医師は報告内容として、患者ファーストであること、緊急度や重症度が高い状態であれば、前置きせず明確に言うことを望んでいる。そして、医師は看護師からの提案をなによりも求めている。特に夜間の報告においては、急変の予防に繋げられるような提案は医師に受け入れやすいと考える。【結論】急性期病院において、夜間に看護師から電話報告を受ける医師の思いは、電話がかかって来たことに対する率直な思いとしてネガティブな感情を抱くが、急変を予測した報告は仕方ないと思っている。報告内容については適切な報告をしてほしいと思っている。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第6会場(2階 204会議室)

[O3] 口演3
チーム医療①

座長:宮田 佳之(長崎大学病院 高度救命救急センター)、川端 和美(北海道大学病院中央診療検査Ｉナースセンター)

10:50 ~ 11:00

[O3-03] 高度救命救急センターにおける女性看護師が男性看護師に期待する職務・役割に関する調査

○岡本 昌憲[1]、中垣 育実[1]、豊島 智美[1]、上野 瑞子[2] (1. 川崎医科大学附属病院　高度救命救急センター、2. 川崎医療福祉大学　保健看護学部　保健看護学科)

キーワード：高度救命救急センター、男性看護師、役割

【目的】看護師として男女共に性差なく互いに職務・役割期待に関して共通認識を持つことで、働きやすい職場環境を構築することを狙いとし高度救命救急センターにおける男性看護師に期待する職務・役割を明らかにすることを目的とした。【方法】研究期間：令和6年10月～11月研究対象：A病院、高度救命救急センターに従事する女性看護師46名研究方法：先行研究を元に、男性看護師に期待する役割に着目した独自の質問票を作成しアンケート調査を行った。アンケート内容は回答者の属性を問う設問7問、男性看護師に期待する役割に関する設問30問、男性看護師に期待する役割・期待しない役割に関する自由記載の設問2問の計39問であった。調査にあたって対象者に、プライバシーが保護され個人の特定や権利の侵害がないこと、また性自認が異なり本研究に同意しない場合においても個人は特定されず、不利益を被らないことを保証した。統計分析には統計分析ソフト「HAD」を使用した。本研究は所属機関の倫理審査委員会の承認を得て研究を実施した。（承認番号:6541-01）【結果】アンケート調査を単純集計した結果、男性看護師に期待する役割の上位5つの項目は順に、「体位変換や清拭時の力の必要なケア」「男性患者の気持ちに共感すること」「男性患者の対応」「セクハラ患者やせん妄患者への対応」「男性の視点で考える看護」であった。自由記載欄には12名の回答があり、得られた回答を意味内容が類似するものに分けカテゴリー化した結果、男性看護師に期待することでは【力が必要なケア】【男性の視点での看護や男性患者のケア】【期待することに男女差を考慮しない】【潤滑油的役割】の4カテゴリー、期待しないことでは【若い女性患者のケア】【期待することに男女を考慮しない】の2カテゴリーが生成された。【考察】救命センターでは力を要するケアが多いため、「体位変換や清拭時の力の必要なケア」や「セクハラ患者やせん妄患者への対応」に期待が高いことが明らかとなった。また救急外来では、興奮状態にある患者や、その家族が暴力をふるう場面もあり比較的危険を伴う部署であるため、男性看護師が抑止力として期待されると考える。続いて「男性患者の気持ちに共感すること」「男性患者の対応」「男性の視点で考える看護」に期待が高い理由として、救命センターでは若い男性患者も多く、男性看護師が女性患者のケアに配慮が必要であるのと同様に女性看護師も男性患者への配慮が必要であると考えている結果ではないかと推察した。このように男性看護師の男性性に期待が高いことや、自由記載欄の【期待することに男女差を考慮しない】という結果から、男性看護師の男性性が認められジェンダーレス化が進んできていることを示唆する結果となった。先行研究では、男性看護師は圧倒的に女性が多い臨床現場での処世術として目立つ行動を避け、消極的な行動をとることが指摘されており、男性であるが故に自分らしさを抑制してきた背景があることが明らかとなっている。しかし、今回の調査ではジェンダーレス化が進みつつあることが示唆され、男性性に期待が高いことを鑑みると、ジェンダーによるステレオタイプから解放され「男性である」ということで引け目を感じるのではなく、それを能力の一つとして捉え、1人の看護師としての特性を活かせる環境が構築されつつあることが示唆された。Ａ病院の救命セン

©一般社団法人日本救急看護学会

ターにおいて、力を要するケアなどに期待が高く、またジェンダーレス化が進み男性性に期待が高いことを周知することで、男女共に共通認識を持て働きやすい環境が構築できるのではないかと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第6会場(2階 204会議室)

[O3] 口演3
チーム医療①

座長:宮田 佳之(長崎大学病院 高度救命救急センター)、川端 和美(北海道大学病院中央診療検査Ⅰナースセンター)

11:00 ~ 11:10

[O3-04] 集中治療室における看護師による調整の阻害要因の実態

○橋本 直弥[1]、石川 幸司[1]、小川 謙[2]、牧野 夏子[3] (1. 北海道科学大学保健医療学部看護学科、2. JCHO北海道病院看護部、3. 札幌市立大学看護学部)

キーワード：ICU、調整、阻害

【目的】集中治療室（ICU）における看護実践において、「調整」は質の高いケアの提供に寄与する重要な要素である。しかし、重症度が高く緊張感の高いICU環境下では、患者を取り巻く環境は複雑であり、看護師は調整の重要性を認識しながらも円滑に実践することが難しい可能性がある。実際に調整している内容や困難に関する報告はあるが、円滑な調整に向けた阻害要因に関する実態調査はない。そこで、ICUにおいて看護師が調整を実践する際の阻害要因を明らかにすることを目的とした。
【方法】本研究は量的記述的研究であり、調査期間は2025年1月から3月に実施した。対象は特定集中治療管理料1-6加算を算定している583施設のICUに勤務する全国の看護師とした。該当施設の看護管理責任者に依頼文書を郵送し、対象者にオンライン質問票を用いて調査を行った。調査項目は、先行研究から「円滑な治療環境に関する調整」と「患者・家族に対応するための調整」に関する各９項目の質問を作成した。各質問に対し、「人的要因」「物的要因」「場所的要因」「時間的要因」「情報的要因」の中から最も調整を阻害している要因を選択し、調整に問題がない場合は「該当なし」を選択する形式とした。分析は各質問項目に対し、カイ二乗適合度検定を行い、回答分布の偏りを確認した。有意差が認められた項目について、フィッシャーの正確確率検定で各選択肢間の多重比較を実施し、Bonferroni補正を適用した。本研究は北海道科学大学倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】261名の看護師から回答が得られ、分析対象とした。対象者の年齢の中央値[四分位範囲]は41.0 [32.0-47.0]歳、女性が200名 (76.6%)であり、ICU経験年数は6.0 [3.0-11.0]年だった。全18項目に対するカイ二乗適合度検定の結果、すべての質問項目で阻害要因に有意な偏りが確認された（$p<0.001$）。調整を阻害する要因は、質問18項目中17項目で「人的要因」の回答が最も多かった。
「円滑な治療環境に関する調整」に関する質問の1つである「患者の治療に対応するための医療職者の配置の検討」の阻害要因では、「人的要因」の回答が178名（68.2%）と最も多く、次いで「該当なし」が56名（21.5%）であった。多重比較の結果、「人的要因」が他要因より有意に多く阻害要因となっていた。また、他の８つの質問項目においても「人的要因」の回答が、他の選択肢より有意に阻害要因となっていた。
「患者・家族に対応するための調整」に関する質問では、9項目中3項目で「人的要因」が他の阻害要因より有意に多かった。一方、ほかの6項目では、人的要因以外に、「該当なし」が30%前後、「時間的要因」の回答が10-25%と相対的に多く回答されていた。
【考察】円滑な治療環境に関する調整について、ICUにおいては治療やケアに複数の人員や職種を必要とする場合が多い。医療チームとして治療・ケアに参加する場合、治療環境に関する調整としてスタッフ配置などの人員調整に加え、調整されたスタッフも個々の役割を発揮するために調整が必要になるなど、一つのケア遂行のために複数の調整が重なり調整が複雑化する可能性があり、人的要因が阻害要因として認識されていると考える。一方、患者・家族に対応するた

©一般社団法人日本救急看護学会

めの調整では、「時間的要因」の回答も相対的に多く、急性期医療に特有の病状変化の速さが影響している可能性が示唆された。調整をより円滑に行うためには、十分な人員配置、多職種間の協働体制の強化にむけた教育的支援が有効な対策となると考えられる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第7会場(2階 206会議室)

[O4] 口演4
プレホスピタルケア①

座長:西尾 友子(旭川赤十字病院 救命救急センター HCU・救急外来)、上川 智彦(株式会社メディホス)

10:30 ~ 10:40

[O4-01]

グラウンドナースによる家族看護の実践

○白上 哲平[1]、宇都宮 明美[2] (1. 大阪府済生会千里病院、2. 関西医科大学看護学部看護学科)

10:40 ~ 10:50

[O4-02]

プレホスピタルケアにおける若年者自死症例の看護師の関わり―未成年の第一発見者への家族支援を通して―

○山口 愛鈴[1]、新行内 賢[1]、山本 裕之[1] (1. 日本医科大学多摩永山病院)

10:50 ~ 11:00

[O4-03]

ドクターヘリ搬送患者へのフライトナースの看護実践と専門性

○緒方 暁子[1]、原田 千鶴[2] (1. 大分大学医学部附属病院、2. 大分大学医学部看護学科　基盤看護学講座)

11:00 ~ 11:10

[O4-04]

フライトナースの多職種協働に向けた調整力の構造とその発揮のプロセス

○野澤 陽子[1]、佐藤 まゆみ[2] (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院、2. 順天堂大学大学院医療看護学研究科)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第7会場(2階 206会議室)

[O4] 口演4
プレホスピタルケア①

座長:西尾 友子(旭川赤十字病院 救命救急センター HCU・救急外来)、上川 智彦(株式会社メディホス)

10:30 ~ 10:40

[O4-01] グラウンドナースによる家族看護の実践

○白上 哲平[1]、宇都宮 明美[2] (1. 大阪府済生会千里病院、2. 関西医科大学看護学部看護学科)
キーワード：グラウンドナース、家族看護

目的：病院前救護とは、救急要請現場に医師や看護師を派遣し、高度な医療を提供するまでの時間短縮や治療の前倒しを可能にするシステムである。このシステムにはドクターヘリとドクターカーがあり、各々看護師が同乗している。ドクターヘリに同乗するフライトナースの看護実践については研究報告が散見されるが、ドクターカーに同乗するグラウンドナースの実践については明らかになっていない。本研究の目的は、ドクターカーに乗務するグラウンドナースによる家族看護の実践内容について明らかにすることである。対象：ドクターカーを運用する救命救急センターにおいて、グラウンドナースとして病院前救護活動に2年以上従事する看護師を対象とした。方法：インタビューガイドを用いて半構成的面接法によりデータ収集を行った。分析方法： Berelsonの内容分析の手法を参考に、表現された言葉を可能な限り保持して記録単位をコードとして抽出し、意味内容の類似性に従いサブカテゴリー・カテゴリー化を行った。倫理的配慮：本研究は、研究者が所属する施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号2024030）。結果：8名のグラウンドナースを対象にインタビューを実施した。研究参加者は看護師経験年数7~15年、救急看護経験年数7~15年、グラウンドナース経験年数2~10年だった。グラウンドナースによる家族看護の実践内容として、119のコードから27のサブカテゴリーを作成した。〈気持ちが落ち着くように話を傾聴する〉などのサブカテゴリーからは【衝撃に直面している家族を護る】、〈医師と共に今後の治療方針について説明する〉などのサブカテゴリーからは【病院前救護活動への正しい現状理解を促す】、〈自責の気持ちを受け止め家族の行動を承認する〉などのサブカテゴリーからは【家族との信頼関係を構築する】、〈医療チームで家族ケアの必要性を共有する〉などのサブカテゴリーからは【家族への関心を寄せ続けられるようにチームワークを促進する】、〈患者の尊厳が守られるように整容を行う〉などのサブカテゴリーからは【尊厳ある看取りを支える】、〈患者の推定意思を引き出せるように傾聴する〉などのサブカテゴリーからは【患者の推定意思に基づく代理意思決定を支援する】、これら6つのカテゴリーを作成した。考察：グラウンドナースによる家族看護の実践内容は、家族への直接ケア、医療チームの協働による家族ケア、患者ケアを通しての家族ケアであるということが明らかになった。家族への直接ケアの特徴として、グラウンドナースは動揺する家族の心情を受け止める情緒的支援や現状理解の促しを中心に、信頼関係構築を図っていた。医療チームの協働による家族ケアの特徴として、活動現場では医療チームの意識は患者の救命に向いているが、グラウンドナースは多職種に働きかけ、家族へと関心が向くように調整することで、家族を支援できる体制の構築に繋げていた。患者ケアを通しての家族ケアの特徴として、グラウンドナースは救命困難な患者とその家族に対し、代理意思決定支援や看取り時の悲嘆ケアを行っていた。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第7会場(2階 206会議室)

[O4] 口演4
プレホスピタルケア①

座長:西尾 友子(旭川赤十字病院 救命救急センター HCU・救急外来)、上川 智彦(株式会社メディホス)

10:40 ~ 10:50

[O4-02] プレホスピタルケアにおける若年者自死症例の看護師の関わり―未成年の第一発見者への家族支援を通して―

○山口 愛鈴[1]、新行内 賢[1]、山本 裕之[1] (1. 日本医科大学多摩永山病院)

キーワード：プレホスピタルケア、ドクターカー、家族看護

【目的】近年、若年者の自殺は増加傾向にあり、社会的にも深刻な問題である。若年者の自死症例では、未成年の家族が第一発見者になることもあり得る。こうした状況では、医学的対応だけでなく看護師の関わりを通じた心理的支援が重要となる。本研究では、第一発見者が未成年であった2つの若年者自死症例を通して、プレホスピタルケアにおける看護介入の内容と今後の課題について検討する。【方法】自死によりドクターカーが出動し、中学生の弟が発見者となってしまった2つの症例を対象とし、活動記録から対応経過を振り返った。家族の状況や搬送の有無、死亡確認の場に着目し、看護師の支援内容を比較検討した。なお、本研究は所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。【結果】症例1は20代男性。自宅で縊首しており、第一発見者である弟は玄関先で受話器を握りうずくまっていた。母親は弟から連絡を受けていたが、未到着であり看護師は母親の到着まで弟に寄り添った。患者は死斑と下顎硬直により、蘇生処置は中止された。母親が到着し、医師より病状の説明後、患者との面会が調整されたが、弟は希望しなかった。母親には医師・看護師が付き添ったため、外で待機する弟には救急救命士に付き添いを依頼した。面会後、母親が落ち着きを取り戻し始めたのを確認し警察に引き継いで引き上げとなった。症例2は10代女性。ドクターカー到着時、第一発見者の弟が縊首している姉の身体を支えながら救急隊を待っていた。父親は弟から連絡を受け、職場から駆けつける途中だった。患者は心肺停止状態で接触後すぐに蘇生処置が開始され、その間、看護師は弟と別室に移動し話を傾聴した。患者は蘇生処置を行いながら搬送されることとなり、弟の心理的支援のため看護師も同乗し、病院到着後は臨床心理士の介入を調整した。死亡確認は父と弟同席のもとで行われ臨床心理士も立ち会った。【考察】看護師は第一発見者である弟に対し、寄り添いや言葉かけを通じて支援を行っていた。症例1では、看護師は玄関先でうずくまっていた弟に寄り添い、不安の軽減に努めた。この関わりは、弟の心理的安全を守るとともに、衝動的な行動を防ぐ身体的な安全にも配慮されたものであった。また、感情を表出しやすい環境が整えられ、現実を受け止めていく過程においても重要な関わりだったと考える。症例2では、弟が姉の身体を支えながら救急隊を待つという衝撃的な状況であった。看護師は速やかに弟を処置の場から遠ざけ、寄り添いながら話を傾聴した。搬送にも同乗し、弟に継続的に支援を行った。また、病院到着後には臨床心理士に介入を依頼するなど、家族が死を受容できるような支援体制が整えられていた。これにより、弟は極端な混乱に至ることなく、死亡確認に立ち会うことができた。こうした家族への関わりが自然に展開された背景には、当院の「家族係」としての経験が影響している可能性がある。当院では、初療看護師とは別に、家族からの情報収集や心理的支援を担う看護師を配置し、家族の状況をアセスメントする体制を整えている。このような日常的な経験が、プレホスピタルケアでの家族対応につながっていたと考えられる。症例２のように自施設への搬送が行われる場合には、家族支援を引き継ぐ形で、臨床心理士の介入などソーシャルサポートへとつなぐことが可能である。一方、症例1のように社会死と判断され搬送されなかった場合、現場での支援が一過性に終わってしまい、看護師がジレンマを抱える可能性も

©一般社団法人日本救急看護学会

明らかとなった。今後は、看護支援を院内・地域へとつなぐための連携を強化し、切れ目のない支援体制の構築が必要であると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第7会場(2階 206会議室)

[O4] 口演4
プレホスピタルケア①

座長:西尾 友子(旭川赤十字病院 救命救急センター HCU・救急外来)、上川 智彦(株式会社メディホス)

10:50 ~ 11:00

[O4-03] ドクターヘリ搬送患者へのフライトナースの看護実践と専門性

○緒方 暁子[1]、原田 千鶴[2] (1. 大分大学医学部附属病院、2. 大分大学医学部看護学科　基盤看護学講座)
キーワード：フライトナース、看護実践、専門性

【はじめに】ドクターヘリによるプレホスピタルケアにおいて、フライトナースは迅速かつ即応的な対応が求められ、多職種と連携しながら多様な役割を担っている。しかし、フライトナースには法的な搭乗義務はなく、こうした実践は他職種でも代替可能であるとの見方もあり、看護独自の専門性は十分に明らかにされていない。また、日本では、ドクターヘリ実用化研究をもとにフライトドクターとフライトナースの組み合わせが最適とされているが、その科学的根拠や経緯についても明確ではない。プレホスピタルケアの質向上のためには、フライトナースの看護実践の特性と専門性を体系的に捉えることが求められる。【方法】日本航空医療学会認定指導者資格を有するフライトナース12名に半構造化面接を実施した。質的研究の枠組みに基づき、参加者の語りを帰納的に分析し、看護実践の特徴を記述的に整理した。面接内容は逐語録化し、意味の類似性に基づいてコード化・カテゴリー化を行った。分析の信頼性と妥当性を高めるため、研究の全過程において研究者のスーパービジョンを受けた。【倫理的配慮】大分大学医学部倫理委員会の承認(承認番号:2776)を受けて実施した。参加者には口頭および文書で説明を行い、同意を得たうえで録音しデータは匿名化して管理した。【結果】研究協力者が語った事例は27例にのぼり、小児・外傷各3例を含む心肺停止(以下CPAとする)事例9例、複数傷病者や接触後急変を含む特殊な外傷事例9例が含まれていた。協力者全員が「心に残る事例」としてCPAまたは外傷事例を挙げており、フライトナースにとって重要な臨床経験であることが示唆された。分析の結果、847のコードを抽出した。共通性に基づき28のサブカテゴリーを整理し、〔迅速性・柔軟性を基盤とした救命活動の展開〕・〔患者・家族の苦痛の緩和や尊厳を守る心理的支援〕・〔医療機関到着までのリスク予測と管理〕・〔搬送及び搬送先における医療との連続性を目指した調整〕・〔ドクターヘリの特殊環境下における協働〕・〔特殊環境下におけるストレス管理と経験を通じた成長プロセス〕の6のカテゴリーに統合された。【考察】フライトナースの看護実践の中核的特徴は、限られた資源と時間の中で救命活動とケアの両立を図ることにある。救命活動では迅速かつ的確な対応を行い、ケアでは患者の尊厳を守りながら、家族への説明や心理的支援を行うなど、人間的側面への関与が重視されていた。また、接触前から活動全体を俯瞰する視点を持ち、実践は包括的であった。フライトナースは「マネージングプレイヤー」として、直接的介入、他職種との協働、搬送中のリソース管理など、プレイヤーとマネジャーの役割を統合していた。これらの看護実践には、生命の危機に即応する処置に加え、同時に身体的・心理的苦痛へのケアを行うという、他職種には見られにくい看護職固有の視点が反映されていた。すなわち、フライトナースはプレホスピタルケアにおいて、処置とケアの両立を通じて患者の全体像をとらえ、看護の独自性と専門性を発揮していた。これらの実践を支える基盤として、経験に基づく学びや高度なストレスマネジメント能力の重要性が示唆された。フライトナースの包括的な看護実践は、ドクターヘリ運用に不可欠であり、プレホスピタルケアの質の向上に貢献する専門職の役割の重要性が再確認された。今後は他職種や患者・家族の視点も加えた多角的な検討が求められる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 第7会場(2階 206会議室)

[O4] 口演4
プレホスピタルケア①

座長:西尾 友子(旭川赤十字病院 救命救急センター HCU・救急外来)、上川 智彦(株式会社メディホス)

11:00 ~ 11:10

[O4-04] フライトナースの多職種協働に向けた調整力の構造とその発揮のプロセス

○野澤 陽子[1]、佐藤 まゆみ[2] (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院、2. 順天堂大学大学院医療看護学研究科)

キーワード：フライトナース、調整力、多職種協働

【目的】フライトナース（FN）は、限られた時間・資源の中で、即席に形成される多職種チームと協働し、重症患者の初期診療・看護及び搬送を担っている。さらに、FNは、このような環境下、関係職種に積極的に働きかけ、多職種協働が円滑に行われるよう調整活動を行っている。しかし、こうした調整活動に求められる「調整力」の構造やその発揮のプロセスは明らかになっていない。そこで本研究では、FNの多職種協働に向けた調整力の構造とその発揮のプロセスを明らかにすることを目的とする。なお、本研究では、「多職種協働」を、救命を目的として多職種が共に協力して患者に最善の医療を提供することと定義し、「調整力」を、多職種協働が円滑かつ効率的に運ぶよう推進する力と定義する。【方法】研究デザインは修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた質的研究である。ドクターヘリを3年以上運航している基地病院に所属し、且つ60例以上のドクターヘリ実務経験のある現職FNを対象に、経験した出動事例における多職種協働とその協働を可能にした調整行動について半構造化面接を実施した。分析テーマを「FNの多職種協働に向けた調整力の構造とその発揮のプロセス」とし、逐語録から概念を抽出し、さらに、概念同士の関係性を検討しながらカテゴリ化を行い、ストーリーラインを作成した。本研究は順天堂大学大学院医療看護学研究科研究等倫理委員会の承認を得て実施した。【結果】研究対象者は10名で、平均FN経験年数は8.7（SD 8.5）年であった。分析の結果、フライトナースの調整力に関して33の概念が生成され、これらをもとに10のカテゴリが生成された。さらに、これらの10のカテゴリから2つのコアカテゴリとカテゴリと同等の説明力をもつ5つのカテゴリが生成され、以下のストーリーラインを作成した。調整力発揮のプロセスは、出動要請時に得られる限られた情報から『患者接触前の情報をもとに当面の行動戦略を立てる』ことから始まる。FNは、【患者接触前の不明確な情報をもとに目標と行動戦略を立てる】、【ヘリ搬送の観点から搭乗させる人や物を判断する】。そして、患者接触後の状況やその後の変化する状況など【現場状況を継続的にとらえ行動戦略を上書きし続ける】。現場到着後は、現場の状況を反映したタイムリーな行動戦略に基づき、【即席チームの連携方法・体制を確保（する）】し、【限られた資源を効果的に活用し治療環境を整える】。また、【最短時間での搬送に向けた作業を効率化（する）】し、併行して【継続医療に向けて引き継ぎ情報を整理する】。これらの活動は、『各人の強みを活かした役割分担と情報共有』により円滑に行われる。【考察】FNの多職種協働に向けた調整力は7つの力から構成されることが明らかになった。そして、FNは、病院とは異なる制約のある環境において、目の前の情報に応じて行動戦略を柔軟に修正しながら、関係者各人の強みを活かした役割分担と情報共有により、即席チームの連携方法・体制の確保、治療環境の整備、最短時間搬送のための時間管理、継続医療に向けた情報整理を行い、多職種協働を推進することが明らかとなった。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O5] 口演5
トリアージ②

座長:新田 直巳(市立札幌病院 救急外来・内視鏡画像センター)、前田 智香(横浜南共済病院 ICUCCU)

11:20 ~ 11:30

[O5-01]

救急来院患者への看護師が行う緊急度･重症度判定に関する現状調査

○城山 凌[1]、蒲地 俊介[1]、家永 誠也[1]、藤松 里恵[1]、草場 裕[1] (1. 国立大学法人佐賀大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

11:30 ~ 11:40

[O5-02]

A病院におけるアンダートリアージの傾向と要因についての検討

○荻野 充[1] (1. 平塚共済病院)

11:40 ~ 11:50

[O5-03]

A病院におけるトリアージカンファレンスからみえたトリアージナースの思考と今後の課題

○鷲尾 和[1] (1. トヨタ記念病院)

11:50 ~ 12:00

[O5-04]

トリアージ教育におけるワークショップの導入とその効果

○柳原 恵美[1]、岡宮 法子[1]、村上 友紀[1]、伊藤 友理枝[1]、池山 由紀[1]、伊藤 友弥[1]、杉原 功恵[1] (1. あいち小児保健医療総合センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O5] 口演5
トリアージ②

座長:新田 直巳(市立札幌病院 救急外来・内視鏡画像センター)、前田 智香(横浜南共済病院 ICUCCU)

11:20 ~ 11:30

[O5-01] 救急来院患者への看護師が行う緊急度･重症度判定に関する現状調査

○城山 凌[1]、蒲地 俊介[1]、家永 誠也[1]、藤松 里恵[1]、草場 裕[1] (1. 国立大学法人佐賀大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

キーワード：トリアージ、救急外来、問診、呼吸回数測定、重症度判定

目的　A病院の救急外来では,救急来院患者への緊急度・重症度判定を行う際のマニュアルや取り決めなどの基準がなく,救急外来看護師の知識や経験に委ねられている現状がある.そのため,救急来院患者への問診や初期対応による差から救急来院患者の緊急度,重症度判定に差があると考えた.今回救急外来看護師の緊急度･重症度の判断を行う際の現状調査を行い,救急外来看護師の救急来院患者の対応における現状と課題を明確にする. 方法 対象:A病院の救急外来で勤務する看護師 26名 データ収集方法:独自で作成した質問項目を用いたWebサイトでの無記名のアンケート調査 倫理的配慮：本研究はＡ病院の看護部臨床看護研究倫理審査会の承認を得て実施した.(承認番号2024-021) 結果　26名にアンケートを配布し回答者は22名であった.救急来院患者の対応時に測定している項目では,「体温」「脈拍」「血圧」「経皮的酸素飽和度」「意識レベル」は100%,「呼吸回数」は86.4%であった.呼吸回数を測定しないと回答した理由として,「緊急度,重症度が低い際は割愛する」「第一印象で切迫していない場合は測定しない」「呼吸数まではカウントせずに呼吸様式をみている」であった. 緊急度・重症度をどのように判断しているかの項目では,「バイタルサインの観察」「ABCDEアプローチ」「ショックの兆候」といった回答が多く,「自覚症状や現病歴」「表情」「発症様式」「雰囲気」など,様々な回答があった. 考察　救急来院患者の初期対応において呼吸回数以外のバイタルサインは100%測定されていた.呼吸回数も86.4%が測定できており,初期対応時に呼吸回数を測定していない外来看護師も,第一印象や呼吸様式による情報から呼吸状態を把握していた.坂本は(2022)「患者の急変や全身状態を把握するために構成されたスコアで唯一必ず含まれている項目が呼吸数」と述べており,呼吸回数に加え,呼吸様式などの観察が出来ていた結果から,必要な観察が出来ていると考える.また,吉田ら（2021）は「死亡の12時間から24時間以上前から,呼吸回数の異常は出現していること.また,意識の異常も同様に高率に観察されており,それらが心停止をおこすような重症化を予測する大切なサイン」と述べており,スタッフ全員が呼吸回数測定の重要性を理解し実践することで精度の高い緊急度・重症度判定に繋がると考える. 今回の調査では,バイタルサインやABCDアプローチなどの回答が多くみられ,発症様式や現病歴などの患者背景の回答は少なかった.坂本は(2022)「発症様式が突然発症の場合には,裂けた,破けた,捻れた,詰まった病態を考える必要があり,緊急性が高い.」と述べており,重症度の判断においては,バイタルサインのみでなく発症様式を知ることが重要であると考えた.今後は,緊急度・重症度の判断の違いについては引き続き調査を継続し,救急外来看護師が精度の高い緊急度・重症度判定を行えるように働きかけていく.

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O5] 口演5
トリアージ②

座長:新田 直巳(市立札幌病院 救急外来・内視鏡画像センター)、前田 智香(横浜南共済病院 ICUCCU)

11:30 ~ 11:40

[O5-02] A病院におけるアンダートリアージの傾向と要因についての検討

○荻野 充[1] (1. 平塚共済病院)

キーワード：トリアージ、アンダートリアージ、院内トリアージ

【目的】A病院は2014年から「緊急度判定支援システム(JTAS)」を導入しているが,アンダートリアージ(以下UTとする)症例が確認される.UTが増加すると患者は待機中に病態悪化のリスクにさらされ,緊急度が高いケースほど患者の生命や機能を失う可能性があるためUTは回避しトリアージの精度を向上させる必要がある.そこで,A病院においてUTとなる傾向を調査し課題を明確化し,改善策を検討する.【方法】1.用語の操作的定義: UT:救急車以外の方法で来院後,入院となりトリアージナースが行なったトリアージレベルより事後検証カンファレンスで評価したトリアージレベルの方が高い症例.2.対象者:A病院にWalk-inで来院した2024年4月1日から2025年1月31日の期間のUT患者.3.調査項目:患者要因(年齢,性別,主訴,疼痛の有無),環境要因(来院時間帯,担当輪番,平日または休日,トリアージ経験年数), 看護師要因(UT理由)4.分析方法:記述統計とアンダートリアージ関連要因を重回帰分析を用いて検討した.(有意水準$p<0.05$)【倫理的配慮】所属施設の臨床研究倫理審査会で承認を得た(承認番号7-2).【結果】UTと評価されたのは109名(UT率9.9%)であった.主訴は「JTAS症候リスト」17項目からA病院受け入れ適応外の3項目を除いた14項目に分類した.その結果「一般的問題,その他」で有意な影響が認められ,具体的な主訴としては「発熱」であった.またUT理由で「急性疼痛レベル」と環境要因から「内科二次救急担当」で有意な影響があった.【考察】UTと評価された主訴「発熱」患者の71.0%は血圧や呼吸回数,脈拍数のいづれかも異常値を示しており,その中でも80.9%はSIRSの診断基準に該当し14.2%はq-SOFA基準2項目以上に該当していた. SIRSやq-SOFAなどV/Sのスコア化は患者の重症度を評価する上で重要な指標の一つであるがSIRS・q-SOFAなどのスコアがトリアージを行う上で指標になっていない可能性や,主訴である発熱以外のV/Sの変化を総合的に評価されていない可能性がある.UT患者の「急性疼痛レベル」に関してはV/Sやその他の情報でトリアージレベルが評価され疼痛レベルが見逃されている傾向にあった.上記2点から患者の主訴に着目してしまい主訴以外のV/Sや身体所見などが見逃されUTとなっていることが考えられる.V/S,身体所見や苦痛の程度など総合的に捉える視点がUTを防ぐ要因であると考える.担当輪番別来院患者数は平日日中の「内科・外科二次担当」が最も多いがUT率は低い.これは平日日中のみ救急医が常駐しておりトリアージ判断を共有する事によりUT低下に関与していると考える.休日・夜間の内科二次救急担当は内科一次救急担当と比較すると患者数が35.0%増加し,混雑時に UTが多くなる傾向にある.次々に来院する救急車や患者に対しトリアージ業務だけではなく様々な業務が混在する中で十分な問診や適切な判断ができずUTとなってしまうことが考えられる.必要な情報を短時間で聴取できるようチェックリスト化などのトリアージ用紙の改訂も必要である.【結論】トリアージ時,患者が訴える症状のみで評価するのではなくV/Sや身体所見など総合的に捉え評価することがUT減少につながることが示唆される.短時間で正確なトリアージができるようチェックリスト化や簡易的スコア化が可能なトリアージ用紙の改訂が必要である.

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O5] 口演5
トリアージ②

座長:新田 直巳(市立札幌病院 救急外来・内視鏡画像センター)、前田 智香(横浜南共済病院 ICUCCU)

11:40 ~ 11:50

[O5-03] A病院におけるトリアージカンファレンスからみえたトリアージナースの思考と今後の課題

〇鷲尾 和[1] (1. トヨタ記念病院)

キーワード：トリアージカンファレンス、思考、事後検証

【目的】近年、患者の高齢化や夜間休日の救急患者の増加に伴い、救急外来における院内トリアージの必要性が高まっている。A病院でのトリアージの導入は早く2006年から開始し、トリアージの質を担保するために事後検証を行い、その結果をフィードバックしているがアンダートリアージを減少できない。そのため、各勤務終了時に、トリアージの内容を検討するカンファレンス（以下、トリアージカンファレンス）を実施することにより、意見交換やトリアージ基準の認識共有などを図り、教育的効果が期待でき、トリアージの質が向上すると考えた。今回、トリアージカンファレンスで検討した症例の特徴やトリアージナースの思考過程等を後ろ向きに調査し、A病院におけるトリアージの課題を明らかにする目的で検討した。
【方法】2024年10月～2025年３月に、救急外来をwalk-inで受診した患者で、トリアージカンファレンスを実施した260症例を対象とした。トリアージカンファレンスの記録とトリアージ問診票から情報を収集し、調査内容ごとに記述統計量を算出した。トリアージ区分にした理由やミーティング内容は、内容の類似性に基づきカテゴリー化した。
【倫理的配慮】A病院臨床研究審査委員会の承認を得て実施した。
【結果】トリアージカンファレンス症例の年齢別では、10歳未満が48症例（18.4%）、80歳代が46症例（17.7%）、70歳代が45症例（17.3%）であり、70歳以上が全体の約4割を占めていた。症状別では、発熱が24症例（9.2%）と多く、次いで腹痛が20症例（7.7%）、呼吸困難が19症例（7.3%）であった。科別では、消化器系が46症例（17.7%）、脳神経系44症例（16.9%）、心血管系32症例（12.3%）と多かった。トリアージカンファレンスで、アンダートリアージだったと検討された症例は25例あった。一番多かったのは、循環器疾患で7例、次いで脳血管系障害の4例であった。アンダートリアージ症例の中には、心筋梗塞やくも膜下出血、急性硬膜下血腫、S状結腸穿孔などの緊急度の高い疾患が含まれていた。アンダートリアージとなった理由として、「第1印象で重症感があったにもかかわらず、疼痛スケールでトリアージレベルを評価した　また、頻脈・頻呼吸がみられたが発熱のためとバイタルサインを軽視してしまった（丹毒による敗血症疑い）」「突然発症の頭痛で脳出血も考えたが、受診時の痛みの程度が中程度で状態がよさそうなためトリアージレベルを低くしてしまった（くも膜下出血）」などがみられた。トリアージカンファレンスでトリアージレベル判定に問題がなく、トリアージの思考過程で臨床推論を用いて検討されている症例やトリアージ後の対応について検討されている症例もあった。また、高齢者では、患者本人からの情報が得られにくくて判断に困難を来した症例や、小児では、家族の不安が強いためにトリアージレベルをあげて対応したことへの検討がされていた。
【考察】振り返ったアンダートリアージ症例の中には、情報を体系化して分析できていない症例があったため、臨床推論を用いたトリアージの思考過程を強化するための教育が必要である。トリアージカンファレンスでは、アンダートリアージ症例のみでなく、トリアージの判断やその後の対応が良かった症例も検証されていた。短時間で患者の生命を左右する重要な判断が求めら

©一般社団法人日本救急看護学会

れる救急外来では、このように事例や場面の解釈を複数の看護師で検証し、どのような臨床判断がされたのかを言語化して看護行為を振り返ることで臨床判断の質を高めていくことになると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O5] 口演5
トリアージ②

座長:新田 直巳(市立札幌病院 救急外来・内視鏡画像センター)、前田 智香(横浜南共済病院 ICUCCU)

11:50 ~ 12:00

[O5-04] トリアージ教育におけるワークショップの導入とその効果

○柳原 恵美[1]、岡宮 法子[1]、村上 友紀[1]、伊藤 友理枝[1]、池山 由紀[1]、伊藤 友弥[1]、杉原 功恵[1] (1. あいち小児保健医療総合センター)

キーワード：トリアージ、トリアージ導入教育

【背景】A病院小児救急外来では、クリニカルラダーII以上の看護師に対し、A病院で作成したプログラムに沿ったトリアージ導入教育を行っている。教育課程を修了し、一定基準を満たした者をトリアージナースとし実践を開始している。トリアージの質保証の目的で定期的にトリアージ検証を行いフィードバックしているが、臨床推論力やコミュニケーション力の強化を目的とした認定後教育の拡充が課題であった。そこで、今回、トリアージ実践場面の動画を教材にしたワークショップ（以下、ワーク）を行うことで、トリアージスキルの向上を目指す取り組みを行った。
【目的】新たに導入したトリアージ教育の実践を振り返り、取り組みの成果と今後のトリアージ教育の在り方を検討する。
【方法】ワーク準備期間を2024年6月～11月とし、トリアージ経験7年目までの13名のトリアージナースから、トリアージ実践場面を撮影した。その後、撮影した計39例の動画を分析し、ワークの教材とする動画を3例選出した。選出基準は、A病院が規定とする7分未満のトリアージとし、さらに、患児や家族に対するクローズドクエスチョン・オープンクエスチョン・相槌・相手の方へ向いた回数・バイタルサイン測定の順序・開始時間・動画を観て気づいたことの７項目で評価し、トリアージ検証担当の医師とナースにて「良いトリアージ」の視点で選出した。ワーク実施期間は2024年12月～2025年1月、対象はER全スタッフとした。選出した動画を用いて、「良い看護・良いトリアージとは何か」をテーマにワークを開催した。
【倫理的配慮】本実践はA病院倫理審査委員会の承認（承認番号：2025013）を得て実施した。参加者には、実践内容について説明し口頭で同意を得た。動画は匿名化し、個人情報が特定されないよう十分な配慮を行った。
【結果】7分未満の動画では、1トリアージあたりのクローズドクエスチョン→クローズドアンサー（以下、C→C）の中央値は11回（四分位範囲: 8.5-15.5）であった。相槌の中央値は10回（四分位範囲: 4.5-15.5）、相手へ向く姿勢の中央値は9回（四分位範囲: 6-12.5）であった。7分以上の動画では、C→Cの中央値は10.5回（四分位範囲: 8-13）、相槌3.5回（四分位範囲: 1.5-6.3）、相手へ向く姿勢9回（四分位範囲: 6.8-10.9）であった（表参照）。ワークは5回開催でき、看護師11名/18名と救急科医師6名/8名が参加し、参加割合は73%であった。欠席者は後日紙面での参加とした。「看護として良いと思った点」には年齢に合わせた優しい言葉遣いなどの意見が挙がり、「トリアージとして良いと思った点」には問診が的確で簡潔、効率的などの意見が挙がった。また「自身のトリアージにどのように活かせるか」には要点を押さえたクローズドクエスチョンを意識する、などの意見が挙がった。ワーク終了後、今後も同様の取り組みを継続したいという意見が多数であった。
【考察】ワークでは、トリアージナースの患児・家族に向き合う姿勢や会話を要約する工夫が確認され、臨床推論の深化がトリアージの迅速性や精度向上に寄与することが示唆された。トリアージ認定後教育の拡充目的で始めた取り組みであったが、臨床推論力の強化に主眼を置いた教

©一般社団法人日本救急看護学会

育は、トリアージ教育導入前から行うことが有用であると推察された。また、判断力やコミュニケーション能力、危険予測能力などの強化も、実践に基づく教育的支援の重要性が明確となり、今回の取り組みは効果的であったと言える。

表. トリアージにおけるコミュニケーション要素の分析表

項目	7分未満(n=25)	7分以上(n=14)
Open Q→Closed	0[0, 1]	0.5[0, 1]
Closed Q→Open	2[1, 4]	3.5[1.8,5.3]
Open Q→Open	3[2, 5]	2[1, 2.3]
Closed Q→Closed	11[8.5, 15.5]	10.5[8, 13]
相手の方向へ向く	9[6, 12.5]	9[6.75, 10.5]
相槌	10[4.5, 15.5]	3.5[1.5, 6.3]
質問の数	19[15.5, 23]	17[14.8, 19.3]

＊単位は回数、中央値[25%,75%]で示す

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第5会場(2階 小ホール)

[O6] 口演6
プレホスピタルケア②

座長:寺村 文恵(三重大学医学部附属病院)、城田 麻記(群馬大学医学部附属病院 救命救急センター)

11:20 ~ 11:30

[O6-01]

グラウンドナースの育成に関する教育プログラムの検討～『不安』や『困難な局面』に焦点を当てて～

○名和 毅[1]、岩﨑 喜代子[1] (1. 茨城西南医療センター病院)

11:30 ~ 11:40

[O6-02]

ドクターカー同乗看護師がプレホスピタルケア実践時に直面する困難

○佐野 真由美[1]、谷島 雅子[1] (1. 自治医科大学附属病院)

11:40 ~ 11:50

[O6-03]

ドクターカー合同検証会に基づくシミュレーションの実践～その効果と課題～

○髙井 純太[1] (1. 中東遠総合医療センター)

11:50 ~ 12:00

[O6-04]

Dr.carナース育成の課題

○廣瀬 裕加[1] (1. 宝塚市立病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第5会場(2階 小ホール)

[O6] 口演6
プレホスピタルケア②

座長:寺村 文恵(三重大学医学部附属病院)、城田 麻記(群馬大学医学部附属病院 救命救急センター)

11:20 ~ 11:30

[O6-01] グラウンドナースの育成に関する教育プログラムの検討～『不安』や『困難な局面』に焦点を当てて～

○名和 毅[1]、岩﨑 喜代子[1] (1. 茨城西南医療センター病院)

キーワード：グラウンドナース、プレホスピタルケア、教育

【背景】A病院は茨城県西部に位置する救命救急センターであり、2019年よりラピッドレスポンスタイプドクターカー(以下、DC)によるプレホスピタル事業を開始した。DCは医師1名、看護師1名、運転は事務部門が担当している。グラウンドナースの教育はA病院独自の教育プログラムを作成し、Trainee自身が目的や課題を明確にできるよう取り組んでいる。しかし実際のOJT教育の場面で、Traineeから回答を求められる内容の傾向として、稀な症例や重症患者への多重課題、先着時の活動等の不安や困難な局面と感じる場面が多い。グラウンドナースの不安に関する取り組みは先行研究で明らかになっているが、内容分析から教育の検討は行えていない。そこで、A病院で活動するグラウンドナースの抱える不安や困難な局面、その対応策を明らかにし、施設背景も踏まえた分析を行い教育プログラムの内容を検討したいと考えた。【目的】1.グラウンドナースの感じる不安や困難な局面、それらに対する対応策を明らかにする。2.明らかになった内容を先行研究と比較検討し、課題を明確にする。以上をA病院のグラウンドナ―ス教育プログラムに落とし込み教育内容を検討する。【方法】1.OJT教育を終えたグラウンドナースへ、出動前・出動～現場まで・現場活動・搬送中・帰院後の５つの場面に分け半構造化質問紙調査を実施しデータを収集、得られた内容をカテゴリー化、サブカテゴリ―化した上でコードを抽出し質的記述的に分析する。2.医中誌web・J-STAGEを用いて、「救急看護」「グラウンドナース」「不安」「困難」「教育プログラム」等のキーワードを組み合わせて文献検索を行う。【倫理的配慮】質問紙調査の内容・説明書・同意書について院内倫理審査会の承認を得た。研究参加は自由意志であり、同意を得た後でも撤回できることを説明し、不利益が生じないよう配慮した。【結果】回答したグラウンドナースは5名で、搭乗経験年数の平均は2.4年であった。得られたコードは67であり、26サブカテゴリーの中から《多職種とのコミュニケーション》《運行上の安全管理の難しさ》《アセスメントへの不安》《重複する業務への課題》《家族対応への懸念》の５つのカテゴリーが抽出できた。〈対応策〉については「自己学習の上、医師や指導看護師、消防職員へ相談する」や「指導看護師の持つ看護観を参考にする」等、自ら問題解決行動をしていることや、指導看護師と自身の看護観を比較し、プレホスピタルに必要な部分を倣う、といったことが明らかになった。【考察】自施設のグラウンドナースが感じる不安や困難な局面の背景には、看護師経験年数や症例の偏り、看護観等も関係していると考えられた。そのため、OJT教育の段階から看護師個々の背景や看護観等の個別性を重視することが必要である。それらを反映し、机上訓練や多職種連携の現場シミュレーション教育から、活動場面のイメージ化を図ることが看護実践を内省する機会となり、より効果的な教育が行えると考えられた。《運行上の安全管理の難しさ》に関しては、A病院では看護師が助手席に乗車し、サイレン吹鳴の管理や現場までの経路選定を行うことが特徴的であり、これに関しては消防機関と連携し専門的教育を促進していく必要がある。〈対応策〉に関しては、物事に取り組む姿勢や思考過程が肯定的な傾向であるため、今後も、経験した症例をチーム内で共有することや、相談・支

©一般社団法人日本救急看護学会

援ができる心理的安全性を重視した環境作りを行い、包括的なサポートを継続していく必要があると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第5会場(2階 小ホール)

[O6] 口演6
プレホスピタルケア②

座長:寺村 文恵(三重大学医学部附属病院)、城田 麻記(群馬大学医学部附属病院 救命救急センター)

11:30 ~ 11:40

[O6-02] ドクターカー同乗看護師がプレホスピタルケア実践時に直面する困難

○佐野 真由美[1]、谷島 雅子[1] (1. 自治医科大学附属病院)

キーワード：ドクターカー、看護師、困難、プレホスピタルケア

【目的】A大学附属病院救命救急センター（以下、センターとする）では2010年よりドクターカー運行を行っている。ドクターカー同乗看護師がプレホスピタルケア実践時に直面する困難を明らかにし、サポート体制、教育体制の検討を行った。そこで、プレホスピタルケアの質向上、患者・家族への看護支援の質を向上するための示唆が得られたため報告する。 【研究方法】フォーカスグループインタビューにて半構造化面接を行った。対象者はセンターのドクターカー同乗看護師のうち同乗開始から５年以上経過し、かつ 2019 年～2022 年に出動した経験がある看護師7名。逐語録をコード化、カテゴリー化した上で分析を行った。データ収集・分析は急性重症患者看護専門看護師にスーパーバイズを受け実施した。 【倫理的配慮】　A大学医学系倫理審査委員会の承認を得た 【結果】対象者は7名であり、年齢は43.3±5.3歳、看護師経験年数は21±3.9年で、その内救急領域における経験年数は14.9±3.9年、ドクターカー同乗年数は10.1±3.2年であった。インタビュー時間は42分間であった。分析の結果、サブカテゴリー18個からカテゴリー6個が抽出された。カテゴリーは【限りある時間の中で心理ケアを含めた家族および関係者への対応が難しく感じる】【短時間で現場を出発しなければならない状況下で多職種とのコミュニケーションをとる難しさを感じる】【医師とのやり取りの中で対応に苦慮し困難を感じる】【現場活動で優先順位を判断して対応することに困難を感じる】【現場活動の中でできることを考えて対処しているが、もっとできることがあったのではないかと悩む】【病院内とは異なる安全管理の難しさを感じる】であった。 【考察】本研究では、ドクターカー同乗看護師が家族対応や多職種連携、優先順位の判断や安全管理などノンテクニカルスキルの部分に困難を感じていることが明らかになった。多職種との連携に関しては最も活動時間を共有する医師との連携において様々な状況で困難と感じていた。ドクターカースタッフ全体で活動内容の検証やお互いの思考を共有する機会を設け、スタッフのスキルアップや今後の活動の質向上を目指していく必要があると考える。現場活動に関しては思うように活動できない葛藤、もっとできることがあったのではないかと無力感を感じる等、自分自身の活動内容に関する困難が語られた。現場活動での衝撃的な光景が精神的な影響を及ぼす可能性も考えたが、本研究では経験年数の高いスタッフを対象としていたため衝撃的な場面での対処能力が高く、精神的な影響は受けていなかった。しかし経験の浅いスタッフが衝撃を受けていたことも明らかになり、対象者によっては精神的な影響がある可能性も示唆された。今後新規に同乗するスタッフのPTSDを予防するためにも、ドクターカー同乗看護師同士で体験を語る機会を設ける必要があると考える。そして今後、ドクターカー同乗経験の短いスタッフの困難を明らかにすることで、新規同乗者の教育体制の構築にも活かすことができると考える。 【結論】　ドクターカー同乗看護師がプレホスピタルケア実践時に直面する困難として６つのカテゴリーが抽出された。今後の課題として定期的な事後検証の実施、学会等のセミナー受講の促進によりスキルの維持・向上ができるような体制を整え、継続していけるように努めていく。更に、ドクターカー同乗経験の短いスタッフの困難を明らかにすることで、新規同乗者の教育体制の構築に活かすことができると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第5会場(2階 小ホール)

[O6] 口演6
プレホスピタルケア②

座長:寺村 文恵(三重大学医学部附属病院)、城田 麻記(群馬大学医学部附属病院 救命救急センター)

11:40 ~ 11:50

[O6-03] ドクターカー合同検証会に基づくシミュレーションの実践～その効果と課題～

○髙井 純太[1] (1. 中東遠総合医療センター)

キーワード：プレホスピタルケア、地域連携

【背景】当院は、二つの自治体病院の合併により誕生した病院である。令和4年10月よりドクターカー事業を開始し、令和6年度は559件の出動を行った。当院のドクターカーは、A市・B市およびB市と広域行政組合を締結しているC町を含む「2市1町」を主な活動区域としており、両消防との連携は極めて重要である。【目的】ドクターカー事業開始以降、消防との連携やドクターカー活動の質向上を目的に、両消防との合同検証会（以下、検証会）を開催してきた。検証会での意見交換は有意義であったが、実際の現場活動とのギャップが課題として上がっていた。そこで当院では令和6年度、新たな試みとして検証会を実施した翌月に検証内容をもとにしたシミュレーション訓練（以下、実働訓練）を行う方法で開催した。検証会は当院で行い実働訓練の会場はA消防本部、B消防本部と交代制にし、全10回（検証会5回、実働訓練5回）を開催した。本研究の目的は「検証会（翌月に実働訓練を実施）」という形式に参加した消防職員による自由記述の内容から、今回の開催方法による効果と課題を明らかにし、今後の検証会の在り方を検討することである。【方法】令和6年度の検証会及び実働訓練に参加したことのある消防職員を対象にGoogleフォームを用いた記述式アンケートを実施し、記述式回答から「効果」「課題」に関する意見を整理した。【倫理的配慮】所属機関の臨床研究管理室に申請し承認を得て実施した。参加者には調査の趣旨を説明し、自由意志による協力であること、個人が特定されない形でデータを用いることを明示し、同意を得た。個人情報の保護には十分配慮し、データは匿名化し分析した。【結果】研究協力を得られた消防職員27名の自由記述を分析した結果、以下のような効果と課題が見られた。効果としては〈理解とイメージのしやすさ〉〈振り返りと学びの向上〉〈活動方針（役割・連携）の明確化〉〈実践への応用〉〈開催のしやすさ（準備・所要時間）〉といった意見が上がった。課題としては〈日程調整・参加者の確保〉〈情報共有の難しさ〉という指摘があった。【考察】検証会と実働訓練を分けて実施した事により、参加者は検証内容を整理し対応を考えた上で実働訓練に臨むことができた。この段階的なプロセスにより〈理解とイメージのしやすさ〉〈振り返りと学びの向上〉といった効果が得られたと推察される。また実働訓練を行うことで、検証会で出た案が現実に可能かどうかを確認でき〈活動方針（役割・連携）の明確化〉することが出来たと考える。検証に基づいた実働訓練を行うことで、検証会と現場活動との間にあるギャップを埋め〈実践への応用〉として実践的な学びを得ることが出来たと考えられる。また検証会終了後、準備期間を持って実働訓練に臨めたことで、1回の時間が短縮でき集中して行えるという〈準備・所要時間〉の面でも有効だったといえる。一方で2回に分けて実施するため、勤務調整など〈日程調整・参加者の確保〉の問題が課題として挙げられた。さらに検証会と実働訓練で参加者が異なる場合に〈情報共有の難しさ〉があり、開催地が各消防本部であるため、所属施設以外での開催では参加者が限られるという意見や、期間が空くことで記憶が薄れるという指摘もあった。今回の取り組みは、運営上の課題を残しているが、検証会に基づいた段階的な学びと現場とのギャップを埋める実践的な学びを通してドクターカー活動の質を高める有効な方法であったと考える。今後は日程・開催場

©一般社団法人日本救急看護学会

所の検討や動画など利用した情報を共有する仕組みを整え、より良い検証会を模索し、ドクターカー活動の質向上へと繋げていきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第5会場(2階 小ホール)

[O6] 口演6
プレホスピタルケア②

座長:寺村 文恵(三重大学医学部附属病院)、城田 麻記(群馬大学医学部附属病院 救命救急センター)

11:50 ~ 12:00

[O6-04] Dr.carナース育成の課題

○廣瀬 裕加[1] (1. 宝塚市立病院)

キーワード：Dr.carナース育成

【はじめに】当院は２次救急医療機関に指定されており、年間4000例の救急患者を受け入れている。そのなかで、医療の早期介入を行うことで救命率の向上および後遺症の軽減につなげ市民のニーズに応えるため、2017年にDr.carの運用を開始した。Dr.carは宝塚市内を対象に平日の11～16時のみ運用しており、キーワード方式を導入している。Dr.carナースは、救急看護ラダーIIIに該当し乗車意思がある看護師を対象としている。Dr.carナースを育成する教育プログラムは当院独自の構成である。今後さらにDr.carナースを育成するにあたり、教育プログラム改善の必要性を検討する必要がある。【目的】Dr.carナースを育成する教育プログラムの課題を報告する。【方法】Dr.carナース教育プログラムを修了し、新たにDr.carに乗車しているスタッフ3人に半構造化インタビューを行い、質的記述的分析を行った。質問内容は、教育プログラムの妥当性やDr.carナースとして出動した時に困ったことなど10項目である。【倫理的配慮】インタビューへの協力は回答者の自由意思であり、得られた情報は今回の報告目的以外に使用しないことを説明したうえで同意を得た。また報告者が所属する施設の倫理審査委員会相当の機関から承認を得た。【結果】インタビューでは、自己学習資料やシナリオ症例にたいし「イラストでは用語や所見のイメージがつきにくい」「実症例のシナリオがあると分かりやすい」という意見や、「Dr.carで使用した物品が、普段使っている物と違うことがあった」「外傷症例の出動経験が少ない」「開胸器など使用したことのない器械はどう介助すればいいのか分からない」「学んだことを忘れてしまいそう」「症例検討会の回数を増やしてほしい」という意見があった。【考察】プレホスピタルでは、3次救急に搬送されているような症例の対応を求められることがある。経験の少ない症例では初めて見る所見や対応する処置などもある。また、プレホスピタルではマンパワーや医療資源、スペースも限られているためインホスピタルとは違った対応が必要になる。Dr.car出動件数は2022年16件、2023年7件、2024年16件である。そのうち外傷症例は2022年1件、2023年3件、2024年5件である。当院のDr.car出動基準はキーワード方式を採用している。医療者が現場に向かうよりも、救急隊が病院に搬送した方が最大限の医療資源を活用し救命にあたれる場合は、インホスピタルで患者対応をしている。そのため運用開始後8年経過しているが出動件数は少なく、プレホスピタルで患者対応をする機会は限られている。エビングハウスの忘却曲線では、時間の経過とともに記憶が急速に減少することを示している。また、記憶の定着率を上げる方法として1.苦手なことほど早く復習する2.覚えたことをアウトプットする3.ストーリーづけて覚えるという3つを挙げている。Dr.carの出動件数が多ければ実践で上記方法を満たすことができるが、出動件数が少なく実践の機会が限られている。そのためプレホスピタルで患者を対応するイメージが具体的にできず不安を抱えていたり、学んだ知識やスキルの維持が困難だと感じているスタッフが多い。【まとめ】育成プログラムを修了しても看護実践をすることや知識やスキルの維持が困難だと感じているスタッフがいる。実践をイメージしたより具体的なプログラム内容と習得したスキルを維持できるような対策が必要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第6会場(2階 204会議室)

[O7] 口演7
災害看護①

座長:須田 貴之(大阪赤十字病院 救命救急センター)、大河 和美(公立能登総合病院)

11:20 ~ 11:30

[O7-01]

ICUにおける災害対応力を高める職場づくりに向けた訓練の取り組み

○山路 佳代子[1]、山口 優[1] (1. 九州大学病院　集中治療部)

11:30 ~ 11:40

[O7-02]

急性期病棟における災害シミュレーション訓練の実施と課題

○飯野 亜希[1]、中山 美栄[1]、内田 里美[1]、大塚 文昭[1]、矢吹 雅美[1] (1. 公益財団法人筑波メディカルセンター　筑波メディカルセンター病院)

11:40 ~ 11:50

[O7-03]

大規模災害における効果的な災害医療への取り組みに対する課題の検討～ビデオモニタリング分析をもとに～

○内野 碧[1]、弓削 桃香[1]、中島 佑里亜[1]、吉永 健嗣[1]、小薄 美奈[1]、東園 奈々[1]、古島 大資[2] (1. 鹿児島大学病院救急部、2. 鹿児島大学医学部保健学科地域包括看護学講座)

11:50 ~ 12:00

[O7-04]

電子カルテ停止へ備えた取り組み
～システムダウン訓練の重要性について～

○桶屋 朋恵[1] (1. 湘南藤沢徳洲会病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第6会場(2階 204会議室)

[O7] 口演7
災害看護①

座長:須田 貴之(大阪赤十字病院 救命救急センター)、大河 和美(公立能登総合病院)

11:20 ~ 11:30

[O7-01] ICUにおける災害対応力を高める職場づくりに向けた訓練の取り組み

○山路 佳代子[1]、山口 優[1] (1. 九州大学病院　集中治療部)

キーワード：災害訓練

【目的】A病院は災害拠点病院として毎年1回地震災害を想定した訓練を実施している。災害対策本部による指揮命令訓練や院内放送訓練と並行して、各部署ではアクションカード（以下AC）を用いた対応訓練が行われている。ICUでもACの整備と改訂を進めてきたが訓練の実施状況や成果の把握には至っていなかった。2021年看護師を対象とした部署内調査では災害訓練経験者は5%、災害対応経験者は2%、ACを確認したことがある看護師も76%にとどまり、訓練の定着と現場での実践につながる運用が課題であった。そこでACに基づく行動の理解と定着を図ることを目的に2021年よりICU独自の災害訓練を院内訓練と並行して開始した。
【方法】対象はA病院ICU看護師全員とした。毎年訓練前に勉強会を実施し、ACの内容や初動対応、ライティングシート等の記録方法、訓練メールを共有した。実施にあたり業務負担や安全性に配慮し訓練映像や記録等の個人情報保護と倫理的配慮を徹底した。
【結果】
１．2021年の訓練
訓練経験者が不在であり、事前に役割分担とシナリオを提示した。訓練はシナリオ通りに行動できたがACに記載のない情報共有が不十分であった。次年度よりクロノロジー導入を計画した。
２．2022年の訓練
前年度の訓練内容を共有したことからシナリオ作成を省略し各自の役割のみ設定した。クロノロジー担当者を配置し訓練中の出来事をライティングシートに記録した。またACにある安否確認と出勤可否を確認するメール送信の可否を検証した。前年度の訓練経験者が手本となり、全員がACに沿ってCSCAの行動を遂行できた。しかしライティングシートの記録では訓練中の出来事を整理して記録する難しさを示す反応があった。メール送信においても操作への不慣れから送信に時間を要した。
３．2023年の訓練
前年度の課題から訓練前の勉強会ではライティングシートの記録手順とメール送信操作の説明を強化した。新たに訓練メールの返信対応を導入し訓練日以外もメール送信を試行した。これによりライティングシートの記録内容に時系列や要点の整理が見られ、記録精度の向上が確認された。メール送信についても概ねスムーズに行えたが返信率は40%にとどまり、部署全体での即時対応力に課題が残った。
４．2024年の訓練
訓練メール送信を継続し、訓練日の返信率は74%に改善した。訓練では業務状況を想定しリーダー看護師が訓練リーダーを務め、全員がACに沿ってCSCAの行動を遂行した。部署内ではACに沿った行動が定着しつつあることが確認され、ACを確認した看護師は100%に達した。部署で災害訓練を経験した看護師は47%、うち2回以上の経験者は15.7%となった。
【考察】ACに基づく訓練と実施前に学習機会を設けることで行動手順の理解と実践力の向上が図れた。ライティングシートの記録精度も改善され、出来事を的確に記録し伝達する力の向上を認めた。メール訓練の反復は、情報伝達手段の操作習熟と平時からの意識づけに効果を示し

©一般社団法人日本救急看護学会

た。訓練経験者の増加により指示の伝達や役割分担が円滑に行われ、ACに基づく行動が訓練内で定着しつつある。一方訓練当日の全員参加には限界があり、47%という参加率は交代勤務体制下で一定の成果といえるが、さらなる組織的対応が必要である。院内訓練以外に災害訓練を開催したり、勤務調整や情報共有方法の工夫が求められる。訓練の積み重ねは個人の対応力のみならずチームの連携や役割認識の強化にも寄与しており、災害対応力のある職場づくりに資する取り組みとして継続が望まれる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第6会場(2階 204会議室)

[O7] 口演7
災害看護①

座長:須田 貴之(大阪赤十字病院 救命救急センター)、大河 和美(公立能登総合病院)

11:30 ~ 11:40

[O7-02] 急性期病棟における災害シミュレーション訓練の実施と課題

○飯野 亜希[1]、中山 美栄[1]、内田 里美[1]、大塚 文昭[1]、矢吹 雅美[1] (1. 公益財団法人筑波メディカルセンター　筑波メディカルセンター病院)

キーワード：急性期病棟、災害、シミュレーション訓練

【目的】日本は、阪神・淡路大震災、新潟中越地震、東日本大震災など大規模災害を経験し、日常的な備えが重要視されている。日頃から危機的状況のイメージトレーニングや日常的な避難訓練の繰り返しが、災害への意識向上に寄与すること（小岩ら，2007）を示し、平時から災害対応への取り組みの必要性を提言している。A病院は地域災害拠点病院として地域の中核を担い、研究者が所属するB病棟は、発災時は多数傷病者を病院が受けられるようICU・HCUから患者を受け入れる役割がある。だが一方で、酸素を常時使用する患者や、医療依存度の高い患者が多く入院しており、医療ガスや搬送などに課題がある。現在、災害対応における机上訓練は実施されているが、実際の災害を想定したシミュレーション訓練は行われていない。そこで、発災時の初動対応の重要性を認識し、スタッフの役割理解と災害対応能力向上を目的にシミュレーション訓練を実施し、今後の課題を明確化した。【倫理的配慮】当院の倫理規定に沿って承認を得た。【方法】2024年6月、病棟看護師2名、DMAT救急診療科医・救急看護認定看護師にアドバイザーを依頼し、災害訓練の内容について3回話し合いをした。B病棟における課題と到達目標を立案し、酸素配管の損傷や電気系統の異常など災害時起こり得る負荷を練りこんだシナリオを作成した。当日は、看護師長より患者全員に、災害訓練であること、看護師のみの訓練であり患者には不利益が生じないことを説明し了承を得た。訓練前、救急医からCSCAについての講義を聴講した。その後、シミュレーション内容を知らされていない参加者に、大規模地震が発生したとアナウンスし、リーダーをはじめとする各役割を置き、実際に対応を開始した。各部屋の前には震度６発生後の病室、風呂場、トイレの被害状況の写真を貼った。窓ガラスが割れ使用不可の病室を作り、模擬患者を設定し、震災後患者がパニックになるという設定した。最後にアンケートを実施した。【結果】災害訓練に参加した看護師14名（66%）、介護士4名（100%）であった。リーダー役はアドバイザーと優先順位の説明を受けながらメンバーに指示を出し、アクションカードを使用しなかった。災害訓練開始からリーダーへの報告は７～10分を要し、報告する内容がわからない様子であった。アンケート回収率は、看護師12名（85%）、介護士2名（50%）であった。参加した看護師の経験年数は、1～2年目5名、3～5年目3名、6～8年目3名、9年以上3名であり、災害を経験したことがなく、災害訓練への参加が初めてと回答したのは18名（100%）であった。自由記載では、何をすればいいかわからない、情報が多く何をどう報告すればいいかわからないと、役割行動が把握できていないことが明らかになった。【考察】災害を想定したシミュレーションを通し、行動に困難を感じた要因には、東日本大震災からの時間経過や勤務中の災害を経験していないスタッフが大半を占めており災害に対する知識や意識が薄く、それぞれの役割と行動内容について理解が不足していることが考えられた。また、報告・記録に関しても同様に困難を感じており、知識不足から不安を感じ、リーダーへの状況報告に時間を要したことが考えられた。今回の災害シミュレーションを実施したことでB病棟の課題が明確となり、災害の知識や意識の不足を再認識する機会となった。災

©一般社団法人日本救急看護学会

害はいつ起きるか分からないため、行動マニュアルの整備や、平時から災害を想定したシミュレーションを実施し、防災意識の向上と維持を図る必要性が示唆された。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第6会場(2階 204会議室)

[O7] 口演7
災害看護①

座長:須田 貴之(大阪赤十字病院 救命救急センター)、大河 和美(公立能登総合病院)

11:40 ~ 11:50

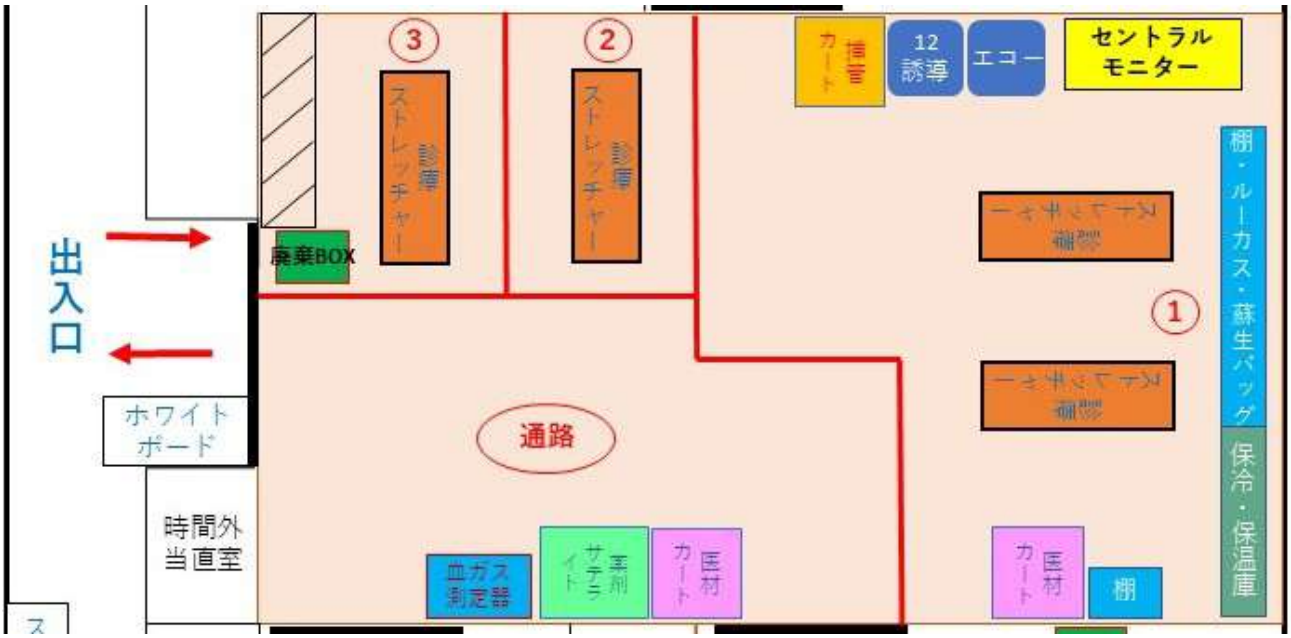
[O7-03] 大規模災害における効果的な災害医療への取り組みに対する課題の検討～ビデオモニタリング分析をもとに～

○内野 碧[1]、弓削 桃香[1]、中島 佑里亜[1]、吉永 健嗣[1]、小薄 美奈[1]、東園 奈々[1]、古島 大資[2] (1. 鹿児島大学病院救急部、2. 鹿児島大学医学部保健学科地域包括看護学講座)

キーワード：災害訓練

【目的】当院の救命救急センターにおける救急外来では,大規模災害発生時に重症エリア（赤エリア）を担当することになっている.大規模災害時には,多数の傷病者が短時間で医療機関に搬送され,限られた医療資源のもとで迅速かつ適切な対応が求められる.特に看護師は,搬送,救急処置,記録管理など多岐にわたる業務を担うため,その負担が過大になることが指摘されている.そのため,限られた人員とリソースの中で効率的に医療を提供するための具体的な方策を検討することが求められている.そこで,本研究では,大学病院での大規模災害を想定した災害医療訓練のビデオモニタリングを行い,混雑エリアを分析し課題を抽出する.また,その課題をもとに,今後の当院での赤エリアにおける災害医療に対する効果的な取り組み方への示唆を得ることを目的とする.【方法】2024年10月に当院で行われた大規模災害訓練の録画映像をもとに赤エリア（図１）を4区画〈①,1室（2床）：②,2室（1床）：③,3室（1床）：④,通路〉に分け,ビデオモニタリング映像を1分間隔で分析し,区画別の密度、人数,衝突・回避回数,通過人数を集計した.集計結果はグラフ化・数値を割り出し課題抽出した.（図１）【結果】1室の平均人口密度（標準偏差）は0.910（0.24）,平均衝突回避回数は5.1（3.3）,2室の平均人口密度は0.90(0.33),平均衝突回避回数は0.50（0.17）,3室の平均人口密度は0.79（0.13）,平均衝突回避回数は2.72（2.20）,通路の平均人口密度は0.71（0.18）,平均衝突回避回数2.81（2.22）であった.各区画間で混雑状況に偏りが示され,特に1室では,患者対応時で密度および衝突回避回数が他の区画と比較し増加する傾向を示し,密度は最大で1.46,衝突回避回数は12回でありと最も混雑する区画であることが示された.【考察】今回の大規模災害訓練のビデオモニタリング分析からから,各区域の混雑状況を時系列で定量化した結果,区域別で偏りが生じていることが示された.その要因の一つとして,患者受け入れフローとして,入口から離れた区画から順に患者を配置していることが挙げられた.そこに該当する区画は1室であり,1室は2床運用ということから密度に相関して,衝突回数の平均値も上昇したと考えられた.本研究の結果から,今後,混雑を解消することや動線を確保するための物品の配置や人員の調整,患者受け入れ体制の工夫が必要であると示唆を得た.【倫理的配慮】本研究は鹿児島大学病院の倫理委員会の承認を得た.また,本研究において録画映像に映っている参加者に対しては公文書にて参加拒否を希望される際は,拒否による不利益はないこと,及び,個人情報の保護について文書と口頭で説明を行い書面にて同意を得た.

©一般社団法人日本救急看護学会



©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第6会場(2階 204会議室)

[O7] 口演7
災害看護①

座長:須田 貴之(大阪赤十字病院 救命救急センター)、大河 和美(公立能登総合病院)

11:50 ~ 12:00

[O7-04] 電子カルテ停止へ備えた取り組み
～システムダウン訓練の重要性について～

○桶屋 朋恵[1] (1. 湘南藤沢徳洲会病院)

キーワード：システムダウン、災害

【背景】電子カルテは、患者情報を把握や検査結果を確認したり、各部署の運営や管理をしたりと、院内で多くのスタッフの業務を簡略化させ時間短縮にもつながり医療や看護の質の向上をもたらしている。また診療録管理体制加算の見直しとして「診療録管理体制加算1」は100点に対し2024年は140点に引き上げられたことから電子カルテ停止に備えた定期的な訓練が必須とされている。昨年グループ病院でも実際にシステムダウンが起こり復旧するまで五日間も要したことから、当院でもシステムダウン訓練が急務とされていた。そこでシステムダウン訓練を企画し訓練により明らかになった問題点とその改善策についての取り組みを報告する。【目的】１，紙カルテの運用で病院の機能が保たれ診療･看護が継続できる。２，各職種が各自の役割を理解し行動できる。【方法】紙カルテ運用に必要な検査伝票を用意し、マニュアルとチェックリストを作成した。紙カルテはJSPEEDを使用し、訓練前に参加者に記入方法をレクチャーした。【倫理的配慮】所属部長の承認が得られている。【実施】地震により電子カルテが停止したシナリオで災害ブースを設置し、各ブース紙カルテの運用で患者の診療と看護を継続した。【結果】デブリーフィングより、医師からは「診療のスピードが半分以下となった」という意見があり、看護師からは「採血スピッツの種類が表示されていないためわからなかった」、「医師が慌ててしまい検査依頼が出されていなかった」、「紙伝票と検査の確認に時間がかかった」という意見があった。薬剤部からは「薬剤処方で出された薬剤が院内にないものだったので紙運用時は使用できる薬剤を決める必要がある」という意見があり、各検査科からは「紙伝票とオーダーと採血スピッツが合っていなかった」「紙伝票のチェック漏れが多かった」「検査結果をどこへ持って行くかわからなかった」などの意見があった。記録の担当は主に事務スタッフが医療者とバディで実施したが「何を書いて何を書かなくて良いか判断が難しかった、内容を確認する人員がほしかった」、「紙運用に慣れていないため検査依頼後に紙伝票がバラバラになった」という意見があった。【考察】システムダウン訓練により「診療や検査や記録に時間が要すること」と「紙カルテや伝票の管理」の問題が明らかになった。「時間が要すること」に対しては、記録について医療従事者でない人にとって医療用語の理解が難しいことから記録に時間を要するためコメディカルで担うことが合理的ではあるが、医療従事者でない人も医療用語を記入する機会を設け誰もが記録できる体勢を検討していく必要がある。検査に対しては、検査内容を限定していくこと、採血項目はセット化していきスピッツの種類がわかるようマニュアルにも表示していく必要がある。薬剤についても、処方できる薬剤を決めておくことで時間の短縮に繋がると考えられる。「紙カルテや伝票の管理」に対しては、まず内容を整備する必要がある。今回は既存のものを使用したが、必要な情報や検査を明確にするためレイアウトや内容の見直しや、多角的に使用できる伝票を作成することで緊急事態に対応していく必要がある。また伝票の管理についてはファイルの見直しや保管の方法などを試していきマニュアルにも反映していく必要がある。【結語】システムダウンは、社会システムが停止して日常運用が困難に陥る事態で災害の1つでもある。今後も起こりうる災害に対して備えるためにも、

©一般社団法人日本救急看護学会

繰り返しの訓練により問題点を改善し病院の機能の継続と診療と看護の質の維持に努めていきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第7会場(2階 206会議室)

[O8] 口演8
救急救命士①

座長:降矢 路子(川口市立医療センター)、河瀬 亨哉(市立函館病院 救命救急センター管理係)

11:20 ~ 11:30

[O8-01]

DNARに対する院内救命士と救急看護師の心情と行動 〜グループインタビューを通して見えた職種間の違い〜

○高橋 大介[1]、川村 洋史[1] (1. 勤医協中央病院救急センター)

11:30 ~ 11:40

[O8-02]

院内救命士と看護師の協働 ―A病院における実践と教育を通じた協働の実際―

○山口 愛鈴[1]、新行内 賢[1]、山本 裕之[1] (1. 日本医科大学多摩永山病院)

11:40 ~ 11:50

[O8-03]

改正救急救命士法の現状と課題を看護師視点より抽出し未来につなぐ

○能登路 賀一[1] (1. 医療法人徳洲会　宇治徳洲会病院)

11:50 ~ 12:00

[O8-04]

A病院に勤務する救急救命士が希望する教育に関するニーズ

○鈴木 幹子[1] (1. 医療法人札幌ハートセンター　札幌心臓血管クリニック)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第7会場(2階 206会議室)

[O8] 口演8
救急救命士①

座長:降矢 路子(川口市立医療センター)、河瀬 亨哉(市立函館病院 救命救急センター管理係)

11:20 ~ 11:30

[O8-01] DNARに対する院内救命士と救急看護師の心情と行動 ～グループインタビューを通して見えた職種間の違い～

○高橋 大介[1]、川村 洋史[1] (1. 勤医協中央病院救急センター)

キーワード：DNAR、院内救命士、ACP

【目的】院内救命士と救急看護師がDNARに対して抱く心情の違いを明らかにする。【方法】院内救命士3名と救急看護師2名でグループインタビューを行い、音声録音から逐語録を作成し、質的分析を行った。本研究は勤医協中央病院倫理委員会の承認を得た。口頭と文書で研究の目的、匿名性を説明し、同意を得て実施した。【結果】本研究は、DNARに対する院内救命士と救急看護師の心情を明らかにすることを目的として実施されたが、インタビューでは心情とあわせて、実際の行動に関する語りも多く得られたため、心情と行動の両側面を含めて分析した。その結果、《DNARの尊重》《家族の混乱と感情への対応》《家族のDNARに対する理解と対応力の課題》《ACPや施設・在宅での看取りの社会的課題》の4つのカテゴリーが導き出された。院内救命士、救急看護師ともに「DNAR自体がたぶん本人の意思だと思うから、尊重するべきなのかな」に代表されるように、DNARを尊重する心情が語られた。加えて救命士からは、「医師から説明を受けたうえでの意思なので、その意思を尊重したい」という、組織の一員として尊重する姿勢が聞かれた。DNARの意思が確認されつつ蘇生が必要な状態になった時、院内救命士、救急看護師ともに家族の混乱と感情の表出に遭遇していたが、行動については院内救命士と救急看護師で異なっていた。院内救命士は医師に報告、相談することを第一として行動していた。救急看護師は、心肺停止状態の患者を前にして混乱に陥っている家族の気持ち、表出する感情を受け止めていく姿勢が語られた。家族のDNARに対する理解と対応力の課題、ACPや施設・在宅での看取りの社会的課題については、院内救命士からは、蘇生後の過酷な状態を見た経験をした上で、「それで良いのか？」と葛藤する心情、家族がこうなる予測を十分理解していないという問題意識が聞かれた。救急看護師からは、「DNARの病状説明をした時がいい機会だと思って、家族でどのように生活していくか話し合ってくださいね、と言うようにしている」といったACPを促す行動が語られた。【考察】院内救命士、救急看護師ともに、本人の意思としてDNARを尊重する心情は共通していた。加えて、院内救命士は組織の一員としてDNARを尊重する側面も含まれていた。一方、心肺停止患者を前にした家族の混乱や感情表出への行動には違いがあった。院内救命士は医師へ相談、指示を仰ぐ行動が多く、対応の判断を医師に委ねる傾向があったのに対し、救急看護師は家族の感情を受け止め、寄り添う姿勢をとっていた。この違いは、役割や教育背景の違いが影響していると考えられる。院内救命士は法的に医師の指示下で業務を行うことが前提であり、特にDNARのような倫理的判断が必要な場面では、自己判断での行動は制限される構造がある。救急看護師は教育課程において心理ケアや家族支援を学んでおり、それらのケアを提供する際、医師の指示を受けてではなく、ケア提供者としての自律的判断に基づいて行動できる立場にある。さらに、家族のDNARに対する理解と対応力の課題、ACPの啓発や社会的理解の促進においても、看護師は積極的に介入する姿勢が見られ、心理的支援や意思決定支援は看護師の強みであると考えられた。一方、院内救命士は状況を冷静に把握し、医師と迅速に連携する姿勢が見られ、この緊急時の安定した対応力は院内救命士の強みであ

©一般社団法人日本救急看護学会

る。救急看護師は、院内救命士と補完し合いながら、家族の迷いや不安に向き合い、患者の意向を支える存在として、今後もACP支援を担っていく役割が期待される。

表1.院内救命士と救急看護師のDNARに対する心情と行動

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
DNARの尊重	DNARを本人の意思として尊重	身体的侵襲を避けるべきという考え
	DNARを組織の一員として尊重	医師の説明を受けた上での結論は尊重すべき
家族の混乱と感情への対応	急変時の家族の混乱	急変時の家族はパニックになりやすい
	家族の感情を受け止める配慮	家族の心理に配慮する
	医師に報告し判断・指示を仰ぐ	医師に相談する
家族のDNARに対する理解と対応力の課題	家族が看取り対応に慣れていない	DNARに同意していても家族の意思は揺らぐ
ACPや施設・在宅での看取りの社会的課題	地域・在宅での終末期対応力の不足	病院以外での看取り体制の不十分さを感じている
	ACPの啓発が必要	生き方・死に方の話し合いの促進が必要

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第7会場(2階 206会議室)

[O8] 口演8
救急救命士①

座長:降矢 路子(川口市立医療センター)、河瀬 亨哉(市立函館病院 救命救急センター管理係)

11:30 ~ 11:40

[O8-02] 院内救命士と看護師の協働 ―A病院における実践と教育を通じた協働の実際―

○山口 愛鈴[1]、新行内 賢[1]、山本 裕之[1] (1. 日本医科大学多摩永山病院)

キーワード：院内救命士、多職種協働、救急看護、初療

【目的】 当院では、院内救命士と看護師が同じ初療室内で協働している。本発表では、急性期医療の現場において両職種の業務が重なる場面を明確にしながら、院内救命士との協働が看護実践に与える影響について検討し、今後の方向性を考察することを目的とした。【方法】 院内救命士の業務内容や看護師との連携の実際について、日々の業務と定期的に実施されている教育活動（症例検討会、ドクターカーシミュレーション会）をもとに分析した。なお、個人情報の保護に十分配慮して分析を行った。【結果】 初療室では、末梢静脈路確保・バイタルサイン測定・処置介助・移送など、看護師と院内救命士の業務が重なる場面が多く見られた。これらの処置は医師の指示のもと、両者が業務量の状況に応じて臨機応変に調整しており、自然な業務分担が行われていた。この分担により、看護師は患者の全体像を把握し、観察・記録・家族対応など、看護実践のができる時間が確保されていた。さらに、院内救命士と看護師が互いに技術や知識を共有する場面も多く見られた。たとえば挿管介助では、動線や物品準備、介助の手順について、院内救命士が若手看護師に指導を行うことがあった。また、症例検討会や教育活動にあたるドクターカーシミュレーション会においては、模擬症例をもとに病態を予測し、必要な観察や対応についてディスカッションを行いながら、相互にフィードバックを行う場面が見られた。活動スペースの確保や現場での動き方といった実践的な工夫もテーマとなり、院内救命士から看護師への助言がなされる一方で、看護師から院内救命士へ患者観察や診療全体の流れに関する助言などが行われていた。【考察】教育活動において、看護師と院内救命士が互いに指導・助言を行う場面が多く、双方向の学びが成立していると考えられた。なかでも、院内救命士による処置の介助や動線、物品準備といった実践的な内容の指導は看護師が行うべき対応を具体的に学ぶ機会となっていた。看護師は観察など看護実践における判断の根拠を重視する一方で、院内救命士は動線や準備、介助の効率といった動きの合理性を重視する傾向がある。このように教育的背景や視点の異なる両者からの指導を受けることで、若手看護師は判断力と実践力の双方を養うことができており、こうした多角的な学びは、教育的にも価値ある仕組みとして機能する可能性があった。業務分担においては、単なる作業の役割分けではなく、それぞれの専門性や経験を活かし、現場の状況に応じた柔軟な対応がなされていた。「処置は救命士、観察は看護師」といった固定的な分担ではなく、現場の状況に応じて互いに役割を補い合う柔軟な協働が行われていた点は、本協働の特徴の一つであると考えられる。さらに、日常業務および教育活動を通じて継続的に関わることにより、現場では互いの理解と信頼が深まり、安心して連携できる心理的安全性のある関係が築かれつつあったと考えられる。このような協働は、患者中心の医療の実現に貢献するとともに、看護師にとっても、処置介助や搬送を院内救命士と分担することで、病態の把握や記録、家族対応などに時間を割くことで看護の質向上に期待が持てる。今後も、現場での実践を通して互いの強みを活かしながら、より質の高い協働関係を築いていくことが期待される。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第7会場(2階 206会議室)

[O8] 口演8
救急救命士①

座長:降矢 路子(川口市立医療センター)、河瀬 亨哉(市立函館病院 救命救急センター管理係)

11:40 ~ 11:50

[O8-03] 改正救急救命士法の現状と課題を看護師視点より抽出し未来につなぐ

○能登路 賀一[1] (1. 医療法人徳洲会　宇治徳洲会病院)

キーワード：院内救急救命士、救急救命処置

2021年10月に救急救命士法が改正され病院内（救急外来）で救急救命士が救急救命処置を施行できるようになった。しかし今回の法改正は場所の拡大のみで処置拡大の項目は含まれておらず他職種のタスクシフト・シェアおよび救急救命士の病院内での更なる地位確立には課題を残している。改正された法律で施行できる救急救命処置の項目の現状を分析することで議論すべき課題を抽出し改善につながると考える。そこで今回、当院の救急外来で勤務する看護師に改正救急救命士法で施行できる救急救命処置の評価と次の救急救命士法の法改正時に期待する処置拡大項目についてアンケートを実施したので報告する。
【目的】看護師の目線より救急救命士法の現状評価と議論すべき項目を抽出し、現場のニーズに沿った期待する法改正項目を提言する。
【背景】当院は年間約9000件の救急搬入件数に対し看護師のER常時配置人数は2or3名であり2004年から救急外来のマンパワー補充目的で救急救命士を雇用している。
【方法】当院の救急外来に勤務する看護師にアンケートを実施【アンケート内容】①救急救命処置のうち包括的指示処置項目はタスクシフト・シェアにつながっているか②各種特定行為（気管挿管・静脈路確保・アドレナリン投与・ブドウ糖投与）はタスクシフト・シェアにつながっているか③扱える輸液・薬剤の増加、採血、輸血、医療機器、その他、次回の法改正で看護師より望む項目。本発表にあたり、当院看護管理者の承認を得た。
【結果】包括的指示処置項目はタスクシフト・シェアおよび業務負担軽減に大きく貢献している結果となった。しかし特定行為項目はタスクシフト・シェアおよび業務負担軽減には繋がっていない結果となった。理由は採血が不可であることと乳酸リンゲル液しか扱えないことであり次回改正では扱える維持輸液の種類の増加、採血の実施が特に期待される結果となった。
【考察】救急救命士をERのマンパワー補充目的で雇用している病院の看護師は投与できる維持輸液の種類の増加、採血の実施ができるような法改正を望んでいる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 第7会場(2階 206会議室)

[O8] 口演8
救急救命士①

座長:降矢 路子(川口市立医療センター)、河瀬 亨哉(市立函館病院 救命救急センター管理係)

11:50 ~ 12:00

[O8-04] A病院に勤務する救急救命士が希望する教育に関するニーズ

○鈴木 幹子[1] (1. 医療法人札幌ハートセンター　札幌心臓血管クリニック)

キーワード：病院救急救命士、教育支援ニーズ、タスク・シフト/シェア

【目的】A病院では2023年より救急救命士の雇用を開始し、現在12名が勤務している。雇用当初は患者の転院搬送を主な業務としていたが、救急外来業務の一部を救急救命士にタスク・シフト/シェアする取り組みを行っている。今回タスク・シフト/シェアに向けた救急救命士教育プランを作成するにあたり、A病院に勤務する救命救急士が習得を希望する教育支援に関するニーズを明らかにした。【方法】対象：A病院に勤務する救急救命士12名調査期間：2024年10月1日から2024年10月15日調査方法：A病院に勤務する救急救命士として得たいと考える知識について自由記入式質問紙を作成し、記述された内容から類似するものをカテゴリー化した。【倫理的配慮】A病院倫理委員会の承認を受け実施した。救急救命士科の責任者に対し、研究の趣旨、目的等を口頭で説明し、同意を得た上で自記式質問紙の配布を依頼した。対象者へは書面で研究の目的、方法、匿名性および公表について説明し、質問紙への回答をもって同意を得たものとみなした。【結果】研究対象者である救急救命士12名の勤務経験の内訳は、消防機関での勤務経験がある者が6名、他医療機関での勤務経験がある者が1名、民間救急搬送業務経験者が1名、新卒者が4名であった。研究対象者12名のうち8名より回答があり、質問紙の回収率は66.7%であった。　研究対象者から得られた質問紙の内容を分析した結果、抽出されたコードの総数は47であった。本研究の結果より、47のコード、12のサブカテゴリーから【重症/急変患者対応に関する知識と実践】【緊急治療患者対応に関する知識と実践】【救急外来配備薬剤に関する知識と取り扱い方法】【検査データ判読】【医療機器使用に関する知識と実践】【静脈路確保技術習得】【活動/休息援助技術習得】【院内ルール習得】の8のカテゴリーが抽出された。【重症/急変患者対応に関する知識と実践】では、心肺機能停止（以降CPAとする）患者搬入時の事前準備、CPA患者搬入時に救急救命士が行うこと等を学びたいという意見があった。また、【活動/休息援助技術習得】では、医療機器を装着している患者の体位変換や移乗、更衣方法について学びたいという意見があった。【考察】　今回の質問紙調査の結果、A病院に勤務する救急救命士が得たいと考える知識が明らかになった。【重症/急変患者対応に関する知識と実践】では、CPA患者搬入時の事前準備、CPA患者搬入時に救急救命士が行うこと等を学びたいという意見があった。病院でのCPA患者対応では、多数の薬剤や医療機器を使用する場面が多いことから、多くのCPA患者搬送経験がある消防機関勤務歴がある救急救命士であっても知識の習得を希望しているものと考える。【活動/休息援助技術習得】では、気管挿管や静脈ルートが挿入されている患者の体位変換や移乗、更衣方法について学びたいという意見があった。救急救命士資格取得のために定められている臨床実習ではナーシングケアを経験することが含まれているが、救急外来に搬送される重症患者は循環動態が不安定であり、容易にバイタルサインに変動を来たすことからも、実習だけで臨床の場で実践することは困難である。患者の安全確保の点からも、活動/休息援助技術の習得への支援が必要であると考える。現在救急救命士科では主にOn-the-Job Trainingにより指導を行っているが、今回得られた結果を現行の救急救命士ラダーに組み入れる事が、より具体的な教育支援につながると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O9] 口演9
救急外来看護②

座長:笠谷 亜沙子(社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院 集中治療センター)、齋藤 桂輔(日本医科大学武蔵小杉病院)

12:10 ~ 12:20

[O9-01]

救急センター・PICUの熟練看護師の捉えた小児CPA対応時の思考と実践

○奥村 玲奈[1]、田中 優香[1]、藤永 純一[1] (1. 社会医療法人愛仁会　高槻病院　救急センター)

12:20 ~ 12:30

[O9-02]

小児心肺停止患者受け入れ準備のためのアクションカードを用いたシミュレーション学習が看護師に与える効果

○長村 美優[1]、青木 悠[1]、加藤 佐知子[1] (1. 聖路加国際病院)

12:30 ~ 12:40

[O9-03]

救急外来における小児のモニタリング基準

○知屋城 優輝[1] (1. 湘南鎌倉総合病院)

12:40 ~ 12:50

[O9-04]

成人対応の救命救急センターにおける重症小児救急専用の蘇生バックの運用とその効果

○清水 淳代[1] (1. 大阪けいさつ病院)

12:50 ~ 13:00

[O9-05]

小児の初療対応時の、物品の再整備とチームダイナミクスの強化にむけた取り組み

○小石 千陽[1]、早瀬 彩乃[1]、米山 正志[1]、宮里 優子[1]、舎利倉 幸香[1] (1. 昭和医科大学病院　救命救急センター)

13:00 ~ 13:10

[O9-06]

高度救命救急センターにおける小児救急患者に対するトリアージ票導入後の実態調査

○永野 一碧[1]、今泉 香織[1]、内藤 杏奈[2]、藤﨑 みく[1]、草場 裕[1] (1. 佐賀大学医学部附属病院　救命救急センター、2. 佐賀大学医学部附属病院　こどもセンター)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O9] 口演9
救急外来看護②

座長:笠谷 亜沙子(社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院 集中治療センター)、齋藤 桂輔(日本医科大学武蔵小杉病院)

12:10 ~ 12:20

[O9-01] 救急センター・PICUの熟練看護師の捉えた小児CPA対応時の思考と実践

○奥村 玲奈[1]、田中 優香[1]、藤永 純一[1] (1. 社会医療法人愛仁会　高槻病院　救急センター)

キーワード：小児CPA対応、救急センター・PICU協働、熟練看護師

Ⅰ.研究背景と目的

A病院は2014年にPICUが設立され二次・三次救急の小児患者を受け入れている。小児CPA初期対応は、PICU医師・救急担当小児科医師・PICU看護師・救急看護師が連携して情報共有を行い、それぞれの役割を担っている。小児の心停止は成人に比べると発生頻度が少ない事が知られており、小児CPA対応の経験が少ないスタッフが多く、救急搬送時の初期対応に不安を感じている。そこで、救急、PICUの熟練看護師が小児CPA対応時にどのような思考を持ちながら実践しているのかを明らかにすることで、今後の小児重症症例の臨床実践の向上に繋げる目的とし研究を実施した。

※用語の定義：熟練看護師とは救急看護師：救急ラダーⅣ相当の看護師　PICU看護師：三次対応が可能な看護師

Ⅱ.方法

1.研究期間：2024年4月～2025年1月

2.研究対象：研究対象者は重症小児症例（特にCPA）を救急でPICUと協働して対応したことのある救急看護師3名PICU看護師3名。

3.インタビューガイドを用いて面接を行い、逐語録よりコードを抜粋し、コードの類似性からサブカテゴリー・カテゴリーの順に抽出した。

Ⅲ.倫理的配慮

院内倫理審査委員会の承認（審査番号：2024−24）を得て、対象者に書面と口頭で説明し同意を得た。

Ⅳ.結果

小児のCPA対応するPICU・救急の熟練看護師の思考と実践について218のコード、18のサブカテゴリーから以下の5カテゴリーが抽出された。【自分の傾向を把握し、感情のコントロールを行っている】【他職種の役割を考えて情報共有をしながらコミュニケーションをとっている】【発達段階や既往歴からアセスメントし準備している】【患者の状態を観察して起こりうることを予測して行動している】【グリーフケアや家族の悲嘆を考え、共感・寄り添いを行っている】が得られた。

Ⅴ.考察

【自分の傾向を把握し、感情のコントロールを行っている】のカテゴリーから、小児CPA対応に不安や焦り、焦燥感を抱えているが、冷静に状況を判断し俯瞰的視点を持ちながら円滑にコミュニケーションがとれる環境を作ろうと考えていた。【他職種の役割を考えて情報共有をしながらコミュニケーションをとっている】のカテゴリーから、他職種が連携し情報共有しながらそれぞれの専門性を活かしていた。また、PICUとの合同シミュレーションの実施や小児CPA対応後に実施している合同カンファレンスの経験からチームで救命処置を行うことが重要だと考えていた。【発達段階や既往歴からアセスメントし準備している】のカテゴリーから、小児特有

©一般社団法人日本救急看護学会

の疾患や既往歴から疾患の特徴を捉え、PICU看護師が持っている情報を救急看護師と共有することにより事前準備に活かしていた。そして自身の知識や経験を駆使することで連携・補完しあえるよう調整していると考えていた。【患者の状態を観察して起こりうることを予測して行動している】のカテゴリーから、救命できなかった経験から事前情報や実際の患者の状態から救命が困難な可能性が高いことを考えており、搬送時から最悪なケースを想定し行動していることが考えられた。【グリーフケアや家族の悲嘆を考え、共感・寄り添いを行っている】のカテゴリーから、救命が先行する中で、家族の危機的状況を判断し環境調整や傾聴、寄り添いを行いグリーフケアも並行して考えていることがわかった。

VI.まとめ

1.円滑なコミュニケーションが取れる環境作り、役割を重視することで連携・補完しあえるように調整していた。

2.搬送時から最悪なケースを想定しており、救命をしながらグリーフケアも並行し考えていた。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O9] 口演9
救急外来看護②

座長:笠谷 亜沙子(社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院 集中治療センター)、齋藤 桂輔(日本医科大学武蔵小杉病院)

12:20 ~ 12:30

[O9-02] 小児心肺停止患者受け入れ準備のためのアクションカードを用いたシミュレーション学習が看護師に与える効果

○長村 美優[1]、青木 悠[1]、加藤 佐知子[1] (1. 聖路加国際病院)

キーワード：救急外来、小児心肺停止、アクションカード、シミュレーション学習

【目的】　米国の救急医療機関を対象とした研究によると、受け入れ準備が整った救急外来で治療を受けた小児重症患者は、準備の整っていない救急外来で治療を受けた場合と比べ死亡率が低い。米国のガイドラインでは、小児救急患者は成人と異なる独自の解剖学的、生理学的、発達的、医学的ニーズがあるため、救急外来ではこうした違いを考慮した上でスタッフの教育、医療機器や薬剤の準備が重要であるとされている。本邦では、小児救急患者の受け入れ準備に関するガイドラインは十分に確立されていない。またA病院の救急外来では、小児心肺停止患者は年間約5例のため小児重症患者の対応経験が限られる。そのため、看護師は来院前に必要な医療機器や薬剤の準備への苦手意識が高いが、小児心肺停止患者を受け入れるための準備指針等は十分に構築されていないため、個人の経験や判断に基づき救急医、小児科医とコミュニケーションをとりながら対応にあたっている。しかし救急外来の準備性や来院時の迅速な対応は小児重症患者の死亡率や予後に影響するため、準備性の向上は重要な臨床課題である。そこで看護師、救急医、小児科医と連携しながら共通認識のもと、受け入れ準備状況を高めるため短時間で効率良く準備ができるよう、小児心肺停止患者の受け入れ準備手順を記載したアクションカードを作成し、それを用いたシミュレーションを行った。本研究の目的は、アクションカードを使用したシミュレーション学習が看護師に与える効果を評価することである。【方法】研究対象　A病院救急外来看護師６名　内容・アクションカードの作成　受け入れ準備手順、必要物品の選択方法、役割分担等を明記・同じシナリオのシミュレーション学習を2回実施・アクションカードとシミュレーション学習の評価　シミュレーション学習への参加を通じて受け入れ準備が行えるか評価、シミュレーション学習への参加を通じて参加者の意識の変化を評価【倫理的配慮】A病院倫理審査委員会の承認を得て実施（承認番号25-R040）知識確認テスト、アンケートは匿名で行い個人が特定されないようにした【結果】６名の看護師が学習会に参加。学習会前は「小児の心肺停止症例の経験がなく、イメージが希薄で介入時の要点を整理できていない」、「体重に合わせた挿管時の物品の判断やその後の管理が覚えきれない」と回答があったが、「シミュレーション学習に参加したことで小児の蘇生準備ができそうか」の設問に「自信を持ってできる」が16.7%、「概ね自信をもってできる」が66.9%と回答者の約８割が受け入れ準備ができると回答。またシミュレーション学習を通じて「小児の蘇生準備のイメージをつけることができたか」の設問に対し「イメージがついた」と参加者全員（100%）が回答した。さらに、蘇生準備のシミュレーションにおいてアクションカードは66.7%が「とても役に立った」、33.3%が「役に立った」と回答した。自由記載では「臨床で活用していきたい」「受け入れ準備をする上で必要な情報が簡潔にまとまっていて良かった」等の回答が得られた。学習会後、全ての看護師（100%）が「苦手意識が軽減された」と回答した。【考察】シミュレーション学習の開催は臨床経験が少ない看護師にとって小児の蘇生をイメージしやすく、自信を持ちながら対応にあたることができるという効果が得られた。苦手意識の軽減のため、定期的

©一般社団法人日本救急看護学会

なシミュレーション学習が必要だと考える。またアクションカードは看護師、救急医、小児科医が共通認識を持って働く可視化されたツールとして機能し、受け入れの準備の助けとなることがわかった。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O9] 口演9
救急外来看護②

座長:笠谷 亜沙子(社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院 集中治療センター)、齋藤 桂輔(日本医科大学武蔵小杉病院)

12:30 ~ 12:40

[O9-03] 救急外来における小児のモニタリング基準

○知屋城 優輝[1] (1. 湘南鎌倉総合病院)

キーワード：小児のモニタリング基準、救急外来

【背景・研究目的】
＜背景＞断らない医療を提供している当院のERでは小児も多数受診する。その際に初療室にてモニター装着するが、大人と違い小児は嫌がって啼泣してしまうためSpO2のみ装着することが多い。しかし、小児が啼泣してしまうからという理由で心電図や血圧計などを装着しなくていい理由とはならない。米国の小児ガイドラインでは、医療関係者に対して「バイタルサインは重要ですか？」という質問に対してほとんど人が「yes」と答えるが、小児救急外来ではバイタルサインが測定されているケースは少ないという結果がある。そのため、当院のモニター状況を明らかにする。
＜目的＞当院のERでは小児のモニタリング基準はなく、装着の有無は担当看護師に一任されている。小児カートや小児用のマンシェットなどのサイズは取り揃えてられており、装着しようと思えばいつでも使用可能である。生命危機の異常があれば装着することは明らかだが、それ以外の疾患や症状で装着する必要があるのはどのようなものか基準を作成することを今回の目的とする。
【研究方法】 小児に対する意識や行動の変化に関するデータを収集するために、アンケート調査をER看護師全員に対して実施した。また、過去のデータを基に因果関係や傾向を分析するため、小児のモニタリング状況をカルテから後ろ向き調査にて実施した。これらの研究方法を組み合わせることで、多角的な視点から分析を行った。
【倫理的配慮】本研究は、対象者の負担を最小限にするよう配慮し、カルテのデータ収集はオプトアウト形式、アンケートの参加は自由意志によるものであることを説明した。回答は匿名で行い得られたデータは研究目的以外には使用しないことを保証した。
【結果】 モニタリング基準掲載前のアンケート結果では、6〜7割の看護師がSpO2以外のモニタリングの必要性を理解していた。また、後ろ向き調査からは、基準値を逸脱した件数は14／80件（17.5%）であった。内訳：痙攣患者8名、呼吸状態不良3名、全身状態不良2名、頭部外傷＋嘔吐1名全て学童以下の年齢であった。モニター基準値掲載後は、アンケート結果にてモニター基準値を見て装着を考慮した看護師は５割に留まった。後ろ向き調査では、基準値を逸脱した件数は9／65件（13.8%）であった。内訳：痙攣患者6名、全身状態不良3名。
【考察】 モニタリング基準を設けた前後で評価すると、基準値貼付を行ったこと自体は周知されている一方で、不適切装着者数に大きな変化は見られなかった。このことは、基準値の提示だけでは実際の看護実践の変容に十分寄与していない可能性を示唆している。特に痙攣患者に関しては、半数は基準値を参照してモニタリングを考慮したものの、残る半数は従来通りの対応に留まったことから基準値の意味や重要性に対する理解が浸透していないことが推察される。また、年齢層から考察すると学童期以上では、モニタリングの必要性に関わらずフルモニターを装着していることが多い。このことから、言葉での理解が得られにくい年齢の小児に対して看護師はモニタリングを躊躇する場面があるようだ。また、医師に全身状態不良と判断されて

©一般社団法人日本救急看護学会

いる事例でもモニタリングが適切にされていないという結果もあるように、看護師と医師の間でのモニタリングの必要性に対する認識の不一致がある。看護師は、患児の状態を継続的に観察し、異常を早期に発見するための重要な役割を担っている。そのため、いかに言葉で理解が得られにくい小児に対してモニタリングを適切に装着することができるように患児に接したらいいかなどの工夫が今後課題である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O9] 口演9
救急外来看護②

座長:笠谷 亜沙子(社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院 集中治療センター)、齋藤 桂輔(日本医科大学武蔵小杉病院)

12:40 ~ 12:50

[O9-04] 成人対応の救命救急センターにおける重症小児救急専用の蘇生バックの運用とその効果

○清水 淳代[1] (1. 大阪けいさつ病院)

キーワード：重症小児患者の初期対応

【背景】A病院は病床数650床を有する超急性期病院であり、救命救急センターは一次二次救急を担当するERと三次救急に担当する救命救急センターを一体として運用している。小児科の医師不足や、小児に対する集中治療室がないため重症小児救急は基本的に受け入れをしていないが、現状は小児救急病院が対応困難で搬送先がない場合や二次救急搬送に紛れて受け入れる場合がある。そのような重症小児患者を受け入れた際、初期対応に必要な医療資器材は整備されておらず、救急看護師の小児救急に対する知識も未熟なため小児救急に対応する戸惑いがあり、初期対応が充分に行えていなかった。そこで、重症小児患者の初期対応に必要な医療資機材を整備した「小児救急専用の蘇生バック」（以下蘇生バックとする）を作成し運用した。そして、蘇生後は、集中治療ができる病院へ安全に転院搬送することを目標とした取り組みを実施したのでその変遷を報告する。
【目的】重症小児患者の初期対応に必要な医療資機材を整備した「蘇生バック」の作成と運用の成果を報告する
【方法】「蘇生バック」の構成は、小児の身長の実測値を体重に関連付け、医療指示、薬剤投与量、使用すべき資器材のサイズなどを記した小児蘇生用テープ（ブロズローテープ○Ｒ・MED-P STRIP○Ｒ）を購入後、身長計に相当する推定体重別で8色に分類し、それぞれに気管チューブ、スタイレット、喉頭鏡、ラリンゲルチューブ、吸引チューブ、胃管チューブの医療資器材を整備した。また、体重別で必要となる緊急薬剤の用量と投与方法の早見表を作成した。次に、本蘇生バックの運用実績については、2018年から2024年の7年間でA病院の三次救急に搬送された重症小児（15歳未満）を対象とし、電子カルテからデータを収集した。それを外傷、CPA（内因性、外因性含む）、その他、に分類し、「蘇生バック」の使用数を算出した。また蘇生バック使用後の転帰を「集中治療ができる病院への転院」「当院入院」「死亡」の3つに分類した。さらに、「蘇生バック」を使用した症例の蘇生率を算出した。そして、本運用の成果をみる方法として蘇生バックを使用した医師・看護師に使用後の感想についてヒアリングを行った。
【倫理的配慮】対象者個人が特定できないよう配慮し、病院倫理委員会の承認を得た。
【結果】2018年から2024年の7年間の三次救急搬送された重症小児（15歳未満）は47例であり、そのうち「蘇生バック」を使用した32例（68%）であった。使用例の疾患的内訳は外傷17例（53.1%）、CPA15例（46.8%）であった。また、「蘇生バック」を使用した32例の転帰別では当院入院11人（34.3%）、集中治療を目的とした転院が10人（31.2%）、死亡11人（34.3%）であり、蘇生率は65.6%であった。蘇生バックを使用した医師・看護師28人から意見を聞くことができ、主に「これまでは小児救急を対応するのが不安だったが、準備する物品がわかり不安は軽減された」「準備する薬品量がわかりやすい」「指示した物がすぐに準備できるようになった」など好意的なものであった。
【考察】「蘇生バック」の作成前は医療資器材も整備されておらず、救急看護師は知識の未熟さ

©一般社団法人日本救急看護学会

や慣れていない小児の切迫する病態に対応する戸惑いがあり初期対応が十分できていなかった。重症小児救急を積極的に受け入れられない医療施設においても医療資器材を整備することで、医師・看護師の不安を軽減することが可能となり、何より安全な初期対応ができ救命に繋げることができたと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O9] 口演9
救急外来看護②

座長:笠谷 亜沙子(社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院 集中治療センター)、齋藤 桂輔(日本医科大学武蔵小杉病院)

12:50 ~ 13:00

[O9-05] 小児の初療対応時の、物品の再整備とチームダイナミクスの強化にむけた取り組み

○小石 千陽[1]、早瀬 彩乃[1]、米山 正志[1]、宮里 優子[1]、舎利倉 幸香[1] (1. 昭和医科大学病院　救命救急センター)

キーワード：小児救急、Team STEPPS

【はじめに】A病院の3次小児救急搬送症例では、救命科と小児科が協働して診療する。2024年度の小児救急搬送件数は724件(3次救急144件、２次救急580件)であり、その中で気管挿管に至った症例は5件であった。緊急性の高い症例の対応時の課題として、同性能で簡便性の高い物品の未導入や役割分担の不明確さ、治療に複数科が関わることで指示が錯綜し、看護師が多重業務に陥り混乱が生じること等を認めていた。そこで「小児重症症例の初療対応時にチームで安全かつ円滑に対応する」ことを目標に小児初療物品の充足を図り、小児初療に携わるスタッフのチームダイナミクスを強化することを目的としたシミュレーション学習(以下、学習会)を行った。
【目的】小児初療対応の充実化を図る、物品の再整備と教育的介入による取り組みの報告を行う。
【方法】　既存の小児初療物品の不足について救命科・小児科・救急看護師で検討をした。３次小児救急搬送を受け入れる際に、Team STEPPSに基づいたコミュニケーションを図ることができるよう、学習会を用いて教育を行った。救命医6名・小児科医10名・救急看護師20名を対象とした。
【倫理的配慮】　個人が特定されないように配慮した。
【結果】1．物品の再整備
従来小児初療物品は乳児・幼児・学童に分けた箱で管理し、年齢に応じた箱を使用していた。しかし同年齢における患児の個体差は大きく、部署に用意がない物品が必要となることもあった。初療対応で必要となりうる物品を検討し、新たに3.0～6.0㎜のカフあり挿管チューブ、CO2チェッカー、マノメーター等を常備し、A(気道)・B(呼吸)・C(循環)に分けて管理することとした。実際にスタッフから「どのような症例であっても必要物品を探し回ることなく、短時間で準備ができるようになった」「追加物品が必要な際に処置室内の物品で対応できる安心感が得られた」という声が挙がった。
2．シミュレーション学習
開催した学習会で強化した内容を以下に示す。
1）リーダーシップ
・ブリーフィング
統括医師の明確化・診療各科のリーダーとリーダー看護師の明確化・役割分担・HOTLINEの情報共有・予測される処置から必要物品を検討し準備をする
・ハドル
治療方針の共有や、緊急の処置が必要となった際に、統括医師の指示のもと役割や必要物品の再確認をする

©一般社団法人日本救急看護学会

2）状況観察
患児を診察した中で得られた情報(バイタルサインや皮膚変化等)はスピークアウトし全スタッフで共有する
3）相互支援
各科リーダー医師同士が治療方針を協議すること、看護師が患児の状態から危惧することや薬剤使用等の確認を医師に対して行う
4）コミュニケーション
統括医師から受けた指示を看護師がチェックバックすることや、各スタッフが実施報告等をコールアウトする
また上記内容に限らずTeam STEPPSの４つのスキルを用いたコミュニケーションを初療対応の中で実施するよう教育した。
【考察】　必要物品の再整備により物品の選択肢が増え、準備から処置開始までの時間短縮が図れたことで、安全に医療が提供できる環境が整った。また診療途中で不足物品を新たに準備する看護師の心理的負担の軽減へと繋がったと考える。学習会を通し、コミュニケーションをとる必要性について共通認識を持つことができ、チームダイナミクスの強化の一助となったと考える。さらに、統括医師を明確にしたことで治療方針の共有が円滑となり、指示の一本化を図ることに繋がった。チームの生産性の向上へ向けた基盤を築くことができた。今後も小児初療物品の再整備と、学習会の提供を継続していく必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O9] 口演9
救急外来看護②

座長:笠谷 亜沙子(社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院 集中治療センター)、齋藤 桂輔(日本医科大学武蔵小杉病院)

13:00 ~ 13:10

[O9-06] 高度救命救急センターにおける小児救急患者に対するトリアージ票導入後の実態調査

○永野 一碧[1]、今泉 香織[1]、内藤 杏奈[2]、藤﨑 みく[1]、草場 裕[1] (1. 佐賀大学医学部附属病院　救命救急センター、2. 佐賀大学医学部附属病院　こどもセンター)

キーワード：トリアージ、小児救急、救急外来看護

【目的】A病院の高度救命救急センター(以下ECU)では24床の救急病棟と救急外来で構成されている.夜間･休日には1次から3次までの救急車や自家用車で来院する患者対応を行う.先行研究より経験年数の少ない看護師は小児患者のトリアージに対して不安を抱いており,その背景には明確なトリアージ基準がなく,個人の知識,経験に委ねられている事が挙げられた.ECUでは2024年4月よりA病院小児科医師が作成した小児患者トリアージ票(以下トリアージ票)によるトリアージを開始しているが,トリアージ票導入後の評価が行えていない.そのため,トリアージ票を効果的に活用していく為に現状の把握,運用方法の検討が必要であると考えた.今回ECUでのトリアージ票導入後の実態を評価し,トリアージ票導入による成果,今後の課題を明らかにする. 【方法】ECUの救急外来での業務に従事している看護師21名を対象に,独自で作成した質問項目を用いたWebサイトでの無記名のアンケート調査を行った.本研究は,A病院看護部倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号2025-002). 【結果】回収率は16名(76%).救急外来経験年数1年以下2名(12.5%),2～3年4名(25%),4～6年2名(12.5%),7～9年3名(18.8%),10年以上5名(31.3%)であった.2025年4月の小児患者受診者数は救急車27名,自家用車21名であり,救急車6名(22.2%),自家用車7名(33.3%)がトリアージ票を使用していた.トリアージ票使用状況は,「毎回使用」が4名(25%),「ときどき使用」が10名(62.5%)であり,全体の87.5%が使用していた.トリアージ票使用の利点は,「経験年数に関わらず統一したトリアージができる」が13名(81.3%),「異常時の対応が明記されている」が11名(68.8%)で上位であった.改善点は,「救急車対応時に使用することが少ない」が15名(93.8%)で上位であった.必ず観察している事は,「体温・脈拍数」が16名(100%),「蒼白」が15名(93.8%),「泣き声・呼吸数」が14名(87.5%)で上位であった.主訴によって観察している事は,「副雑音」が12名(75%),「努力呼吸」が11名(68.8%)であった.問診に対しては,「不安に感じる」が5名(31.3%),「少し不安に感じる」が10名(62.5%)であり93.8%の看護師が不安を感じていた.【考察】小児の急変要因の多くは呼吸原性であり,呼吸に関する観察はトリアージ票導入前が6割であったが,導入後は9割が実施できるようになり改善が得られた.小児の問診に対し約9割の看護師が不安を感じていた.溝口ら(2024)は,「経験の差や成人との違いが不安の要因と考えており,標準化したトリアージ方法の定着が重要」と述べている.今回トリアージ票の導入を行ったが,毎回使用している看護師は25%,実際の使用状況も同程度でありトリアージ票の定着には至っていない.しかしトリアージ票を導入する利点として「経験年数に関わらず統一したトリアージができる」「異常時の対応が明記されている」が挙がっており,トリアージ票の活用を促す事で経験の差があっても統一したトリアージ,急変対応に繋がると考える.トリアージ票活用の定着に至らない理由として救急車来院時は医師と受け入れを行うため使用していないという意見があったが,小児患者は急変リスクも高く統一した観察を継続するためには重要である事を周知し,救急車来院時にもトリアージ票の使用を促す事が課題と考える.

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第5会場(2階 小ホール)

[O10] 口演10
看護教育①

座長:源本 尚美(市立札幌病院 救命救急センター)、岡崎 泉(川崎医科大学附属病院)

12:10 ~ 12:20

[O10-01]

急変対応・技術研修時に行ったシミュレーションセンター専従看護師との連携と研修効果の報告

○山田 勇斗[1]、中山 龍彦[2] (1. 長崎大学病院　高度救命救急センター、2. 長崎大学病院　シミュレーションセンター)

12:20 ~ 12:30

[O10-02]

A病院における予期せぬ院内心肺停止減少のための急変シミュレーションの効果～第2報～

○川中 直美[1]、研井 礼子[1]、中里 さかえ[1] (1. 福岡赤十字病院)

12:30 ~ 12:40

[O10-03]

急変時対応能力向上への取り組みと今後の展望～チームで競う院内メディカルラリー開催の効果～

○古堅 健[1] (1. 社会医療法人敬愛会中頭病院救急診療部)

12:40 ~ 12:50

[O10-04]

急変時対応のリフレクションに対し使用したテンプレートシートの評価

○永島 佳子[1] (1. 島根大学医学部付属病院)

12:50 ~ 13:00

[O10-05]

A病院の院内蘇生教育の向上を目指した取り組み
～BLS・ALSコースの参加状況から明らかになったこと～

○津川 永遠美[1] (1. 武蔵ヶ丘病院)

13:00 ~ 13:10

[O10-06]

院内急変時の看護ー中堅看護師の教育とI D理論ー

○桝田 成美[1] (1. 宗教法人　在日本南プレス日テリアンミッション　淀川キリスト教病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第5会場(2階 小ホール)

[O10] 口演10
看護教育①

座長:源本 尚美(市立札幌病院 救命救急センター)、岡崎 泉(川崎医科大学附属病院)

12:10 ~ 12:20

[O10-01] 急変対応・技術研修時に行ったシミュレーションセンター専従看護師との連携と研修効果の報告

○山田 勇斗[1]、中山 龍彦[2] (1. 長崎大学病院　高度救命救急センター、2. 長崎大学病院　シミュレーションセンター)

キーワード：シミュレーション教育、急変対応研修

目的
近年、医療安全などへの意識の高まりからシミュレーション教育を導入する医療機関が増え、急変対応や看護技術研修においてもシミュレーションが重要視され、研修効果の報告も増えてきている。Ａ病院では現在4名の救急看護認定看護師および3名のクリティカルケア認定看護師が在籍し、各々が窓口となり重症患者対応についての相談や急変症例の振り返り、研修依頼を受けている。急変症例の振り返りを行うにあたり、病棟からシミュレーション研修を望む声も増えてきている。認定看護師は期待される役割の一つである指導について、認定看護師教育課程において授業設計や成人教育の基礎を学び、日々の振り返りや研修を行っているが、シミュレーション教育について専門的に学ぶ機会は少ない。
A病院にはシミュレーションセンター専従看護師(以下専従看護師とする)がおり、研修医や看護師に対する技術研修を担っている。今回、一般病棟から相談された急変対応のふり返りや看護技術研修について、専従看護師と連携・協働し、シミュレーション研修を開催した。連携する中で見えてきた協働によるメリットや課題、研修後アンケートから判明した研修効果について報告する。
方法
期間・対象：2024年10月から2025年3月までに専従看護師と共同で開催した3部署、全4回の急変対応・技術研修の参加者を対象とした。
分析方法：研修開催後に専従看護師と企画書やアンケート結果を基に企画・準備・実施・デブリーフィングの項目で研修の反省点や課題について事後検証を行った。
また、研修会参加者に行った満足度・理解度についてのアンケートの集計結果について、Excelソフトで単純統計分析を行った。
倫理的配慮
研修会参加者 に対し、研修後に無記名式の調査用紙またはGoogleフォームで事後アンケートを実施。回答は任意であることを説明し、得られたデータは個人が特定できないように配慮した。
結果
研修開催後の事後検証において、研修企画段階から依頼者との面談や準備について専従看護師が同席することで、学習者のレディネス分析や事前課題の要否判断、シミュレーションを行う前提条件の知識や能力を明確にして企画書を作成できた。事前準備では研修効果の予測を行い、学習素材の選定、シミュレーターを使用した際のピットフォールの想定について話し合い、シナリオに反映できた。またデブリーフィングポイントについて想定し、シミュレーションの実施・デブリーフィングを実施できた。
アンケートの結果、研修受講生の90%以上が研修内容に満足と回答し、80%以上が研修内容を

©一般社団法人日本救急看護学会

理解したとの回答が得られた。また、自由記載においても臨床現場での知識や思考過程、技術を活用することについて前向きな意見 が多くみられた。

考察

急変対応・技術研修としてシミュレーション研修を開催するにあたり、専従看護師と協働することで、相談者との面談やレディネス分析について臨床的視点とシミュレーション学習的視点をもって対応することができた。研修会参加者から回収したアンケートの結果 、研修に対する高い満足度・理解度が得られた。このことから専従看護師と協働することで相談者の抱える課題を明確にした学習目標の設定やシミュレーション内容の企画、研修効果の予測ができており、満足度・理解度が高い研修設計ができたと考える。アンケートの自由記載の内容からはシミュレーション研修を通し、疑似的に成功体験を得ることで自己肯定感が高まっていることが予想された。今回、専従看護師との協働により相談者の意欲向上につながる研修が実施できたと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第5会場(2階 小ホール)

[O10] 口演10
看護教育①

座長:源本 尚美(市立札幌病院 救命救急センター)、岡崎 泉(川崎医科大学附属病院)

12:20 ~ 12:30

[O10-02] A病院における予期せぬ院内心肺停止減少のための急変シミュレーションの効果～第2報～

○川中 直美[1]、研井 礼子[1]、中里 さかえ[1] (1. 福岡赤十字病院)

キーワード：シミュレーショントレーニング、教育、急変時対応

【目的】 A病院では、院内急変対応システムとしてハリーコールでの対応を行っており、2018年にRapid Response System（RRS）を構築し、Medical Emergency Team（MET）の活動を開始した。RRS起動件数は年々増加傾向にあるが、ハリーコール件数は変化がない現状があった。A病院では、ハリーコール及びRRS全症例に関して当該部署と急変対応チームで振り返りを実施しており、その中で急変前徴候が数時間前に現れていた症例も少なくなく、対応の遅れに繋がった症例もあった。異変に気付く力や急変対応力の向上が課題であると考え、2023年度より全部署で急変シミュレーションを開始した。昨年度、第26回日本医療マネジメント学会学術集会にて、急変シミュレーション実施後にRRS件数が増加し、RRS起動部署においてハリーコール件数が減少したことを報告した。今回はその後の継続的な評価として、急変シミュレーションの効果と課題について報告を行う。
【方法】　急変シミュレーション開始前後のRRS及びハリーコール件数や内容、ハリーコール症例の急変前徴候などを比較検討し、急変シミュレーションの効果と課題について検討する。
【倫理的配慮】収集したデータにおいて対象が特定されないよう配慮し、本研究の目的以外に使用しない。また、A病院看護部倫理検討委員会にて承諾を得た。
【結果】　2023年度より看護部教育計画に「急変シミュレーション」を組み込み、各部署年1回の開催を義務付けた。開催にあたっては、救急看護認定看護師が中心となり、各部署の管理者やサブリスクマネージャーを担う看護安全委員会メンバーを窓口とし、実際に部署で発生したRRSやハリーコール症例を基にシナリオを作成し実施した。シミュレーション実施後のアンケートでは、「ABCDでの患者評価がわかった」「呼吸回数が確認できていなかった」「報告の仕方がわかった」等の回答が得られた。また、実際の症例を基にシナリオを作成する事で、「急変時にどのように対応すれば良かったのか振り返る機会になった」「次は早く症状に気付き対応できるようにしたい」と自分たちの行動について振り返り、具体的な対応について考えることができていた。　シミュレーション開催前のRRS件数は35件であったが、シミュレーション実施後は2023年度59件、2024年度74件と増加した。ハリーコール件数に関しては、2022年度37件、2023年度34件と変化は見られなかったが、2024年度は28件と減少した。ハリーコール症例において、急変前徴候があった割合は71%であり、　前年度は77%とあまり変化はみられていない。また、明らかな要請の遅れがあると判断できたものは21%あり、今後も早期対応に向けた教育を継続していく必要がある。　さらに、急変シミュレーションの参加対象者を実践者ラダーIII以上の看護師としているが、参加者の46%が実践者ラダーII以下であり、急変時にリーダーシップを発揮できる看護師の育成は継続的な課題である。
【考察】　急変シミュレーション実施後よりRRS件数は増加しており、シミュレーション実施後に日頃の看護実践、患者対応やアセスメントなどについて各々が考えリフレクションすることで、その後の行動変容に繋がっており、急変シミュレーションの効果はあったと考える。より早いRRSの起動を行い予期せぬ院内心肺停止症例の減少を目指し、部署内で救急看護の実践力向上

©一般社団法人日本救急看護学会

のためにリーダーシップを発揮できる看護師の育成を行い、効果的なシミュレーション教育を構築していくことは今後も課題である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第5会場(2階 小ホール)

[O10] 口演10
看護教育①

座長:源本 尚美(市立札幌病院 救命救急センター)、岡崎 泉(川崎医科大学附属病院)

12:30 ~ 12:40

[O10-03] 急変時対応能力向上への取り組みと今後の展望～チームで競う院内メディカルラリー開催の効果～

○古堅 健[1] (1. 社会医療法人敬愛会中頭病院救急診療部)

キーワード：メディカルラリー

【はじめに】A病院看護部では、キャリアラダーに基づく研修を通じて、看護実践能力の段階的な育成に取り組んでいる。中でも、急変時における迅速かつ的確な対応力の向上を目指し、「急変迅速対応研修」「フィジカルアセスメント研修」「ICLS」などを実施してきた。しかし、これらの研修は個別に実施されることが多く、学んだ知識やスキルが実践において有機的に結びつきにくいという課題があった。また、近年では若手看護師の増加に伴い、急変対応に対する不安や自信の欠如も見受けられ、課題となっている。このような背景のもと、実践的かつ参加型の教育手法として、初の試みとなる「院内メディカルラリー」を開催した。異なる部署からなる混成チームによる競技形式とすることで、個々の技術向上のみならず、チーム連携の強化も図り、急変時対応能力の総合的な向上を目指した。【目的】急変時における実践的な対応力とチーム連携力の向上を目指し、院内メディカルラリーを導入することで、従来の研修では得られにくい「知識・判断・行動」の統合的な実践力の育成に資する教育的効果を検証することである。【実践内容・方法】実施時期：令和7年3月1日会場：院内ホール参加チーム：全17チーム（ラダーⅠ～Ⅲの混成）競技形式：臨床現場を模した複数シナリオを同時進行で展開。1シナリオにつき20分間対応。評価・フィードバック：集中治療科・救急科の医師が対応終了後にフィードバックを実施。情報共有、コミュニケーション力、役割分担なども評価対象とした。運営体制：認定看護師および医師が中心となり企画・運営。【倫理的配慮】参加者には事前に研修の趣旨を説明し、自由意思による参加であること、ならびに匿名性の確保と教育目的以外に使用しないことを明示した。中頭病院倫理委員会の承認を取得済み．【アンケート調査】メディカルラリー終了後、参加した医師・看護師71名に対して無記名アンケートを実施（回答率100%）。評価内容：5段階評価および自由記述主な反応：「緊張感のある実践環境で学べた」「他部署との交流が新鮮で刺激になった」「普段意識していなかった役割や連携の重要性に気づけた」全体的に高評価を得ており、実践的な教育効果が示唆された。【考察】本取り組みにより、以下の教育的効果が認められた。・急変時の「判断→行動」のプロセスを体験的に学ぶことで、座学では得にくい“実践知”の獲得につながった。・異なる部署と互いに競い合うことで、部署チーム連携力や役割認識が深まった。・医師からのフィードバックを通じて、自らの強みや課題が明確化され、自己効力感の向上が促された。一方で、「初めての形式で緊張した」「シナリオごとの難易度にばらつきがあった」などの意見もあり、今後の運営上の改善点として捉える必要がある。【実践への示唆】メディカルラリーのような体験型学習は、知識の定着と実践的スキルの強化に非常に効果的である。特に若手看護師にとっては、自信を育む貴重な機会となり得る。また、部署間の垣根を超えたチームビルディングの場としても意義深く、職場全体の急変対応能力向上に寄与する。【今後の展望】 今後は以下のような発展を視野に入れている。・シナリオの標準化と難易度の段階化によるラダー別の研修展開・医師・薬剤師・リハビリスタッフなどを含めた多職種連携型ラリーの実施・研修効果の長期的追跡調査や、行動変容の定量的評価これにより、より実践的かつ継続的な教育体系の構築を目指す。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第5会場(2階 小ホール)

[O10] 口演10
看護教育①

座長:源本 尚美(市立札幌病院 救命救急センター)、岡崎 泉(川崎医科大学附属病院)

12:40 ~ 12:50

[O10-04] 急変時対応のリフレクションに対し使用したテンプレートシートの評価

○永島 佳子[1] (1. 島根大学医学部付属病院)

キーワード：急変時対応、リフレクション、テンプレートシート

【目的】救命病棟では救命処置に対応する能力・技術が看護師に求められており、その対応能力向上を考える上でリフレクションを行うことは重要である。そのリフレクションの際にテンプレートシートをツールとして活用すると、多角的な問題点の抽出や、効果的に経験学習ができる事が期待できると言われているが、その内容が検証された研究は見当たらない。そこで今回、作成した急変時振り返りシートを急変対応のリフレクションに実際に活用し、シートの評価と課題を検討したため、その結果を報告する。
【方法】独自に作成した急変時振り返りシートを用いて急変事例経験後にカンファレンスを行い、その内容を病棟内で共有した。シートの内容は、先行研究において急変時の課題として抽出された〔急変予兆をとらえ予測的に対応〕、〔知識・技術の習得〕、〔役割の明確化〕、〔他職種との連携〕、〔周囲の環境整備の必要性〕といった項目を参考にした。さらにシートを共有した際にコメントを自由に記載できる仕様とした（図表参照）。そしてカンファレンスの後に、無記名自記式質問用紙によるアンケート調査を実施した。調査項目は、属性およびシートの評価方法として、カンファレンス参加・閲覧の有無、各項目に関する評価、活用に関してとした。倫理的配慮として、対象者の自由意思で研究協力の受諾が決められること、協力の有無が勤務評価に影響しないことを保証した。またアンケート内容は個人が特定できない項目となるよう配慮し、用紙の同意欄にチェックを入れることで同意を得たこととした。
【結果】調査期間中の急変事例は2件であった。E-ICU所属の看護師40名に質問用紙を配布し27名から回答が得られた。カンファレンスに参加していた看護師は41%、シートの閲覧率は93%であった。シートに設定した項目について、振り返る際に役に立ち、急変対応について必要性を感じていた割合は、ほぼすべての項目で80%を超えていた。また最も学びとなった項目は〔急変時看護についての知識・技術〕であった。シートの活用について、急変対応や他の症例に活かされていると思うと答えた割合は85%であり、今後もシートを活用したいと答えた割合は96%であった。一方でコメントの記載のしやすさを感じていたのは66%であった。
【考察】作成したシートの内容は、急変したその時の対応だけでなく、急変前の状態をどのようにアセスメントしたのか、またどのような役割で対応したのかという内容を含んでいたため、シートを基にリフレクションを行うことができており、急変対応における看護師の役割を振り返る上で効果的であったと考えられた。また、シートを皆で共有することで学びが可視化され、急変対応における自身の学びや発見、経験学習が期待できることが示唆された。よってシートの内容は急変対応のリフレクションを行う上で妥当であったと考えられる。ただし、課題として、リフレクションに参加できなかった人からの意見や学びも共有できるように、コメントがしやすくなるような様式や方法の検討をすることが挙げられる。そのようにして今後事例を重ねていくことで、より効果的な経験学習ができる事が期待される。

©一般社団法人日本救急看護学会

<table>
<tr><td colspan="4">急変時対応振り返りテンプレートシート</td></tr>
<tr><td colspan="4">カンファレンス日時　　参加者</td></tr>
<tr><td colspan="2">患者情報
原疾患：
既往：
急変時コード：</td><td colspan="2">勤務帯・対応人数
勤務帯：
RRT発動の有無：
対応人数：Ns　　人 Dr　　人
コメディカル　　人</td></tr>
<tr><td colspan="2">急変前の患者の状態</td><td colspan="2">応援要請・報告</td></tr>
<tr><td colspan="2">急変時の状況</td><td colspan="2" rowspan="2">ベッド周囲の配置</td></tr>
<tr><td>役割の明確化</td><td>周囲・家族対応</td></tr>
<tr><td colspan="4">急性期看護についての知識・技術</td></tr>
<tr><td colspan="4">カンファレンスで出た意見や改善点に対する解決策など</td></tr>
<tr><td colspan="4">閲覧コメント</td></tr>
</table>

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第5会場(2階 小ホール)

[O10] 口演10
看護教育①

座長:源本 尚美(市立札幌病院 救命救急センター)、岡崎 泉(川崎医科大学附属病院)

12:50 ~ 13:00

[O10-05] A病院の院内蘇生教育の向上を目指した取り組み ～BLS・ALSコースの参加状況から明らかになったこと～

〇津川 永遠美[1] (1. 武蔵ヶ丘病院)

キーワード：院内蘇生教育、BLS、ALS

1.目的
　A病院の院内蘇生教育体制を見直したことによる看護部におけるBLS・ALSの参加状況を調査するとともに、今後の課題を考察する。
2.方法
　調査内容は、R5年4月～R6年3月までの開催記録をもとに受講者数、年代別受講者割合、経験年数別受講者割合、部署別受講者割合、研修扱いでの受講者割合（勤務内での受講）、休日扱いでの受講者割合とし、BLSとALSそれぞれで調査した。
3.倫理的配慮
　研修参加者の個人情報やプライバシーに十分配慮し、全ての参加者から研究発表に対する同意を得た。
4.結果
　2ヶ月毎にBLS、3ヶ月毎にALSを開催し、BLS受講後にALS受講を1クールとし、年間4回実施した。BLSは90分、ALSはICLSを準拠し240分の時間で開催した。BLS・ALSに関しては、研修扱いとしての参加とし、基本的に土曜日開催とした。更に、新人研修のBLS、3年目研修のALSを必須研修項目とし、プログラム化した。研究期間中は、BLSを35回、ALSを13回開催した。A病院の受講者総数は、BLSが94名（内Ns：52名）、ALSが48名（内Ns：46名）であった。看護師のBLS研修への参加者数は、看護師総数102名の内52名であり、51%の受講率であった。年代別受講者割合では、20歳代が21%、30・40歳代が27%、50歳以上が25%であった。経験年数別受講者割合では、10年目以上の看護師が52%であった。部署別受講者割合では、A病棟が33%、B・C病棟が23%、D病棟が21%であった。研修扱いでの受講者割合は46%、休日扱いでの受講者割合は54%であった。
　次に、看護師のALSコースへの参加者数は、看護師総数102名の内46名であり、45%の受講率であった。年代別受講者割合では、20歳代が31%、30歳代が24%、40歳代が28%、50歳以上が17%であった。経験年数別受講者割合では、3～5年目が33%、6～9年目が21%、10年目以上が46%であった。部署別受講者割合では、A病棟が17%、B病棟が31%、C病棟が35%、D病棟が17%であった。研修扱いでの受講者割合は70%、休日扱いでの受講者割合は30%であった。
5.考察
　2年前よりA病院では教育専従看護師が定期的にBLS・ALS研修を開催できるようになった。3年前はBLS・ALS研修の開催実績数は各1回のみであった。定期開催となったことで、BLS研修の開催実績数は2年前が18回、昨年は17回、ALS研修開催実績数は、2年前が8回、昨年は5回となった。このことは、院内教育としてBLS・ALS研修が定着してきていることを示唆する結果と考える。
　また、今回の取り組みに際して開催日を土曜日と決めたが、開催回数に加えて定期的に一定人数の参加が続いたことから、それだけ土曜日の開催に需要があるものと捉えられる。しか

©一般社団法人日本救急看護学会

し、部署別の受講者割合にはばらつきがあり、受講率上昇に向けた更なる研修体制の見直しや工夫が必要と考える。例えば、BLS・ALS研修を院内必須研修とすることもその一つである。また、継続教育として確立していくためにも、新たな指導者の育成が必要である。指導者1人では参加者を上限4名迄と制限していたため、今後は、1回の開催で多数の参加者への対応が可能となるように展開していきたい。

最後に、実際に院内蘇生教育が臨床の場で活かされているのか検証をしていくことも今後の課題である。緊急コールが鳴った際の振り返りシステムを確立できるように、今後は医療安全委員会とも協働していきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第5会場(2階 小ホール)

[O10] 口演10
看護教育①

座長:源本 尚美(市立札幌病院 救命救急センター)、岡崎 泉(川崎医科大学附属病院)

13:00 ~ 13:10

[O10-06] 院内急変時の看護ー中堅看護師の教育とI D理論ー

○桝田 成美[1] (1. 宗教法人　在日本南プレス日テリアンミッション　淀川キリスト教病院)
キーワード：院内急変看護、中堅看護師教育

【目的】一般病棟の中堅看護師らから「院内急変が起こった時、どのように看護を実践すればいいのかわからない。急変時の対応への指導などどうしたらいいか悩みます」と実践と指導における不安の声を聞くことがあった。当院では、ICLSなど単発の研修はあるが、参加者人数や回数に制限があり、JNAラダーII・III以上に該当する看護師らへの急変対応の教育体制が十分でなかった。勤務継続の困難要因として、看護実践の力量不足や望む支援を受けれないことが示唆されている（赤塚,2012）。また中堅看護師らには後輩の育成を担当することも増えてくることから、看護師自身への学びと、指導に悩む中堅看護師らへの支援を考え院内研修を計画・実施した。中堅看護師らの受講後の行動変容と今後の展望について報告する【方法】混合研究法　実施前後のアンケート調査。量的に分析できる項目は単純集計し前後比較した。インタビューは23人中10人から約10分実施。KJ法を用いてカテゴリー化した【対象者】2022年から2024年まで「院内急変時の看護」を受講した看護師計23名、JNAラダーII以上、看護師経験年数3年以上の急性期病棟看護師 当院の許可を得て実施【結果】事前アンケート（回答率100%）では、BLSは約65%が受講し、その内70%は理解できているが実施と指導に関しては約15%ができると回答。ACLSは約60%が受講しておらず実施・指導に関しては約16%であった。院内急変コールでの対応経験は、経験ありが約60%であった。急変予測でのRRS(rapid response system)について、知識及び院内研修の取り組みについては、RRTの認識は94%であった。患者急変につながるRRT Criteriaは52%が知っているが、RRT研修、E-learningなど参加は72%が未受講。自部署内での教育に関しては、教育指導するが60%、その内シミュレーション経験者は60%であった。実施後アンケート23名内15名回答率（約65%）受講後アンケート調査は、急変時の看護に対する意識の変化ありは96%、行動の変化ありは92%であった。教育においては75%が参考になると回答、インタビューは、本研修受講後の・急変意識の変化・急変時の行動・実践の変化・ID理論と中堅看護師の教育・指導についてインタビューを実施し、意識の変化では「緊張・苦手意識の減少」「行動予測・早期発見」「スタッフとの協働」が見られた。行動変化では「イメージして実践」ID理論、教育では「勉強会の整理、明確化」「理解するには難しい」「先輩看護師への働きかけ」があった。【考察】研修事前後アンケートから、急変時の意識や行動の変化があったことが共に約90%、またインタビューでは、臨床の急変への実践方法に対しての不安の軽減、早期発見へのアセスメント実践から、急変時の看護に対する意識や行動の変化が見られ、本研修が受講者にとって急変時の看護への変化、変容を促す一助であった。ID理論は、今後の勉強会などへの実施の有効性はあるが、実践するには難しく理解への時間が必要であった。理論を参考にし、実際に勉強会を実施するという経験を臨床ですることで、新人教育だけでなく先輩看護師への関わり方につながり、他者との関わりの変化が見られた。ベナーの看護師スキルレベルでは、中堅の位置付けである看護師が達人へと段階を経るためにも、シミュレーションで経験を重ね、状況に最適な判断ができるような研修を継続していくことが今後の課題である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第6会場(2階 204会議室)

[O11] 口演11
チーム医療②

座長:横田 由佳(杏林大学医学部付属病院 看護部)、金濵 英介(手稲渓仁会病院 看護部)

12:10 ~ 12:20

[O11-01]

救急救命士養成課程病院実習における看護師による指導の現状

○大塚 翔太[1]、花井 陽子[1]、吉野 暁子[1]、大谷 義孝[2] (1. 埼玉医科大学国際医療センター 救命救急センター外来、2. 埼玉医科大学国際医療センター 救命救急科)

12:20 ~ 12:30

[O11-02]

ERとオーバーナイト病床を運営する病棟との連携によるチーム医療の発揮について

○吉野 直也[1] (1. ベルランド総合病院)

12:30 ~ 12:40

[O11-03]

看護師による急性期脳卒中患者の嚥下機能評価におけるASAPの活用

○加藤 雅[1]、横井 博子、吉永 浩美、新屋 亜実、髙橋 胡桃、山口 弘子 (1. 名古屋掖済会病院)

12:40 ~ 12:50

[O11-04]

離床に消極的な患者に対し早期離床を行うために看護師の役割について

○左京 ゆみ[1]、岡林 志穂[1] (1. 高知医療センター)

12:50 ~ 13:00

[O11-05]

ER滞在時間に影響する因子について
～ERタイムアウト導入後の後方視的多変量解析から～

○日高 利章[1]、牛田 多美[2] (1. 藤沢市民病院救命救急センター救急外来、2. 藤沢市民病院救命救急センター救急ICU)

13:00 ~ 13:10

[O11-06]

Code ELVOにおける初療看護師教育の実践と評価
～シミュレーションによる効果的アプローチ～

○中田 誓菜[1] (1. 湘南鎌倉総合病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第6会場(2階 204会議室)

[O11] 口演11
チーム医療②

座長:横田 由佳(杏林大学医学部付属病院 看護部)、金濵 英介(手稲渓仁会病院 看護部)

12:10 ~ 12:20

[O11-01] 救急救命士養成課程病院実習における看護師による指導の現状

○大塚 翔太[1]、花井 陽子[1]、吉野 暁子[1]、大谷 義孝[2] (1. 埼玉医科大学国際医療センター 救命救急センター外来、2. 埼玉医科大学国際医療センター 救命救急科)

キーワード：救急救命士養成課程、指導要因、アンケート調査

【背景】 救急救命士養成課程における病院実習は、臨床現場での観察・実践を通じて救急医療の理解を深める貴重な機会である。その中でも、看護師からの直接的な技術指導は、学生の学習意欲や実習満足度に大きく影響すると考えられる。しかし、看護師による具体的な指導内容やその効果に関する定量的な評価は十分とは言えない。
【目的】 本研究では、病院実習中に救急救命士学生が看護師から受けた各種技術指導の実態を明らかにし、それが実習に対する総合的な満足度にどのような影響を与えるかを検討した。
【方法】 当院で病院実習を行った救急救命士学生（n=48）を対象に、全10項目の看護師による指導内容と、実習全体に対する満足度（4段階：不満～大変満足）についてアンケート調査を実施した。技術指導項目は「はい=1」「いいえ=0」とし、満足度はスコア化（1～4）して線形回帰モデルを構築。多変量解析により、満足度に寄与する指導要因を抽出した。
【結果】 最も多く実施されていた指導は「バイタルサイン測定と観察」（93.8%）、「感染予防技術」（89.6%）、「患者受け入れ準備」（85.4%）であった。一方、実施率が相対的に低かったのは「排泄援助」（43.8%）および「清潔援助技術」（47.9%）であった。多変量線形回帰分析の結果、「感染予防技術」（p=0.01）および「コミュニケーション」（p=0.03）の指導が、満足度スコアの有意な上昇に関連していた。また、指導項目の総数が多い学生ほど満足度が高まる傾向も確認された。
【考察】救急救命士にとって、病院実習はプレホスピタル領域を超えて、医療現場の多職種と連携するスキルを体得する重要な機会である。今回の分析では、感染対策やコミュニケーションといった、いわゆる「看護師の基盤的実践」に対する指導が、実習満足度に強く影響していた。これは、現場で救命活動を行う際に不可欠な「感染制御能力」や「患者・医療者間の情報共有スキル」への意識が高まっていることを示唆する。また、清潔や排泄援助などは救命士の職務範囲外であるとされがちだが、これらへの理解は、医療チーム内の役割把握や搬送先施設での連携において極めて有用である。救命士として、医療環境の安全性・患者の尊厳保持に対する視点を持つことは、より実践的な職業倫理の醸成にもつながる。今後は、病院と養成機関が連携し、職種横断的な指導項目の標準化と、救命士の役割特性を尊重した指導計画の策定が求められる。
【結論】 救急救命士学生への病院実習では、感染対策とコミュニケーションに関する看護師の指導が、満足度の向上に寄与していた。救命士の視点からは、これらの経験が臨床判断力や多職種連携力の強化に直結しており、今後の教育体制においても重視すべき内容である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第6会場(2階 204会議室)

[O11] 口演11
チーム医療②

座長:横田 由佳(杏林大学医学部付属病院 看護部)、金濵 英介(手稲渓仁会病院 看護部)

12:20 ~ 12:30

[O11-02] ERとオーバーナイト病床を運営する病棟との連携によるチーム医療の発揮について

○吉野 直也[1] (1. ベルランド総合病院)

キーワード：チーム医療、オーバーナイト病床

【はじめに】B病院は、高度急性期病院として地域の救急医療を担い、救急搬送件数も年々増加の一途を辿っている。救急搬送件数増加に伴い、夜間緊急入院の受け入れによる病棟負担が問題となった。体制改善のため、2020年度より一般病棟の一部（満10床）をオーバーナイト病床として設立し、夜間緊急入院の受け入れ体制が一元化された。夜間の入院先を集約し各病棟スタッフを派遣したことで病棟負担は軽減したものの、緊急入院が集中するため入院待機時間が長時間化する課題が浮き彫りとなった。そこで2024年度より、早期に患者の療養環境を整えるべく、救急患者の受け入れ窓口であるERと入院受け入れ側のオーバーナイト病床の連携を開始した。今回、ERスタッフがオーバーナイト病床の病棟看護業務を協働することで、緊急入院待機時間は減少することができたため報告する。 【目的】スタッフがオーバーナイト病床で病棟看護業務を担えるよう、教育体制の構築、療養環境を見据えた看護の必要性の提示を継続して行うことで、オーバーナイト病床とのシームレスな連携に繋がったことを報告する。 【倫理的配慮】今回の取り組みにおいて個人が特定されないように配慮を行った。発表にあたり所属施設の看護部倫理委員会(2025-2号)の承認を得た。 【方法】病棟経験のあるERスタッフが主体となり、病棟看護業務自立に向けた教育体制の構築を図った。また、患者受け入れをスムーズに行うため、病床環境の物品配置や人員調整を実施した。今回の取り組みによって、スタッフの病棟看護業務の自立度が向上したか、スムーズな緊急入院受け入れにより入院待機時間の減少に繋がったかを検証した。 【結果】教育体制の構築に対しては、独自のトリアージレベルを作成。青：指導者レベル、黄：自立レベル、緑：協働実践レベル、白：未経験者というように、4段階で自立度を可視化した。精神的ストレスを増大させない為、相談専用ＰＨＳを設け、青レベルのスタッフへ相談できる環境を調整した。その結果、連携開始当初は対象者13名が白レベルであったが、2025年3月時点で黄レベルが11名、緑レベルが2名に向上した。病棟看護業務の自立により、ＥＲにいながらも入院後の療養環境を見据えた入院準備の開始に繋がった。病床環境の物品や人員については、病棟スタッフと月一回の連携会議を設け、物品の配置やフォロー体制の見直しを行った。対策実施の結果、病棟スタッフとの密な連携が可能となりシームレスな入院受け入れに繋がり、入院待機時間が減少した。 【考察】初療から入院療養を見据えた必要書類の確認、電子カルテの各入力業務の開始、患者の急変を予測した観察の強化など、病棟スタッフとの連携体制が高まることで質の高い看護をシームレスに提供することができたと考える。教育を進めるにあたっては、個々の進捗状況をトリアージのように色分けすることで、教育の現状を可視化しフォロー体制を整えることができた。病状や検査内容によっての差はあるが、システム整備・スタッフ教育を行うことで、入院決定後からのER待機時間30分以下の割合が、75%から79%まで上昇し、ERでの平均待機時間の減少につながった。ERでの待機時間が減少することで、入院待ち時間の苦痛軽減や早期療養環境の整備につなげることが出来たと考える。今回、ERスタッフがオーバーナイト病床の病棟看護業務を協働することで、入院待機時間減少に繋がり、シームレスなチーム医療が発揮できた。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第6会場(2階 204会議室)

[O11] 口演11
チーム医療②

座長:横田 由佳(杏林大学医学部付属病院 看護部)、金濵 英介(手稲渓仁会病院 看護部)

12:30 ~ 12:40

[O11-03] 看護師による急性期脳卒中患者の嚥下機能評価におけるASAPの活用

○加藤 雅[1]、横井 博子、吉永 浩美、新屋 亜実、髙橋 胡桃、山口 弘子 (1. 名古屋掖済会病院)
キーワード：急性期脳卒中、嚥下機能評価、ASAP

【背景】脳卒中患者は高頻度で摂食嚥下機能障害を呈し、その結果、低栄養や誤嚥性肺炎を引き起こし、予後不良の原因となることが多い。この問題に対処するため、早期の看護師介入が重要とされているが、嚥下機能評価は通常、言語聴覚士（ST）が担当しており、迅速な対応が難しい場合もある。ASAP（Assessment of Swallowing Ability for Pneumonia）は高齢肺炎患者向けに開発された簡便な評価法であり、看護師による実施が可能であることから、現場における嚥下機能評価の迅速化が期待されている。
【目的】本研究の目的は、急性期脳卒中患者を対象に、看護師がASAPを用いて嚥下機能評価を行うことで、A病棟入院初期に安全に経口摂取を再開するまでの時間を短縮し、嚥下機能の低下を防止する可能性を検証することである。また、ASAP導入の効果として、低栄養や誤嚥性肺炎の発生率の低下、患者の栄養状態および生活の質の向上が期待される。本研究では、ASAPが効率的かつ安全な患者ケアにどのように寄与するかを明らかにする。
【方法】2024年10月から2025年3月まで、A病棟に入院した脳卒中患者を対象に、看護師および言語聴覚士（ST）がASAP評価を実施した。本研究では、ASAP導入以前の2024年4月～9月に入院した患者との違いや、摂食嚥下機能低下による有害事象との関連性を調査した。ASAPは意識、発声、咳、舌の筋力、嚥下能力、トロミ水、ゼリー、水の摂取の評価を基に嚥下機能を8項目で評価し、100点満点で点数化する方法である。評価結果に応じて食事形態を選択し、86点以上は軟菜食や一口大の常食、63～85点はなめらか食、62点以下は絶食とした。対象患者は「脳梗塞」「脳出血」「脳塞栓症」で、入院および転入した患者全員に対して病棟看護師が医師の指示に基づき評価を実施した。また、ASAP導入前後で、看護師の摂食嚥下評価に関する意識の変化を調査した。
【倫理的配慮】2025年4月24日当院倫理委員会承認（受付番号No.2025-005）
【結果】ASAP評価を136件実施し、絶食指示が出されていた患者のうち複数名が早期に食事を開始することが可能であった。これにより絶食期間が短縮され、栄養状態の改善や嚥下機能低下の防止に寄与した。また、導入前後で看護師のアンケート結果に変化が見られ、「食事介助への自信」および「根拠に基づいた評価」の項目で向上が確認された。さらに、ASAP実施者では誤嚥性肺炎の発生や窒息事故が0件であり、安全性の高さが確認された。
【考察】ASAPの導入により、看護師が嚥下機能を迅速に評価し、適切な食事形態を選択できるようになったことで、絶食期間の短縮と栄養状態の改善に寄与した。また、看護師の評価スキル向上も確認され、嚥下機能低下の予防に効果があることが示唆された。特に、看護師がASAPを活用することでSTの評価を待たずに早期介入が可能となり、誤嚥性肺炎や窒息の予防につながる点が重要な成果である。本研究の結果から、ASAPは迅速かつ標準化された評価を提供し、看護師が主体的に介入できる環境を構築することで、医療現場における効率的な摂食嚥下管理に貢献できると考えられる。
【結語】急性期脳卒中患者における看護師によるASAP評価の導入は、誤嚥性肺炎の予防や栄養管理の向上に貢献できると考えられる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第6会場(2階 204会議室)

[O11] 口演11
チーム医療②

座長:横田 由佳(杏林大学医学部付属病院 看護部)、金濵 英介(手稲渓仁会病院 看護部)

12:40 ~ 12:50

[O11-04] 離床に消極的な患者に対し早期離床を行うために看護師の役割について

○左京 ゆみ[1]、岡林 志穂[1] (1. 高知医療センター)

キーワード：早期離床、看護師の役割

【目的】今回、COVID-19肺炎で入院後、人工呼吸器管理を要した患者に対し早期離床への介入をチームで取り組んだ。事例を通し離床に消極的な患者に対し早期離床を行うための看護師の役割について考察する。
【倫理的配慮】対象者には本人にプライバシーの保護に留意することなどを口頭で説明し同意を得た。A病院看護局倫理委員会の了承を得た。
【活動内容】B氏、60歳代、男性。COVID-19重症肺炎、細菌感染の診断で緊急入院となり、人工呼吸器管理、夜間腹臥位療法を開始した。7病日目に気管切開施行され、20病日目に感染隔離解除となった。ベッド上安静などによる廃用性症候群やICU-AW発症のリスクが高く早期離床への取り組みが必要であると考え、1病日目より離床への介入を開始した。しかし、B氏は離床に対して消極的であった。B氏は気管切開により発語ができず、筋力低下により筆談も困難で、離床に対するB氏の思いを十分汲み取ることが困難であった。そこで、離床に消極的になっている理由について多職種でアセスメントし、協議を行った。要因として離床時の腰椎圧迫骨折による疼痛増強や四肢筋力低下による易疲労感などがあげられ、それらに対し対策を行った。離床前に鎮痛剤で疼痛管理を行い、臥床時にも筋力向上に向けて下肢挙上訓練などの必要性を説明し実施を促した。また、手指の離床も兼ねて日中のみ携帯電話を使用し、家族との連絡が行えるようにした。徐々に筆談も可能となり本人の意向も離床内容に取り入れられるように調整を行った。しかし、筆談でのコミュニケーションには限界があり、具体的なB氏の思いや希望に沿った目標設定が行えていなかった。本人の離床への意欲が向上できるよう精神的援助や離床内容を毎日多職種で協議し、時間調整することで37病日目に歩行器訓練を実施することができた。そして、46病日目に一般床へ転棟することができた。
【考察】離床に消極的なB氏に対しその理由を多職種でアセスメントし、協議したことで、B氏が抱えている問題に多角的にサポートすることが可能となった。その中で、看護師は患者の思いを側で汲み取り、アドボケーターの役割として多職種で共有しマネジメントすることがより患者の意向に沿った医療の提供につながると考える。
　また、重症患者ケアにおいて、救命を第一に医療中心のケアが提供される場面が多い。しかし、協働的なチームにおける医療者と患者との理想的な関係は、両者の相互参加であり、共通の目標を達成するために互いに協力していくことがチーム医療では必要といわれている。また、近年集中治療における離床においても、患者とその家族が目標を共有できるよう働きかけを行う役割があるといわれている。しかし、B氏は言語的コミュニケーションが困難でありB氏の思いを十分汲み取ることが困難であったことから、B氏との共通の目標設定を明確化できていなかった。よって、早期離床を患者が積極的かつ継続的に行うためには、看護師は患者自身がチーム医療のメンバーの一員とした相互関係を築き、活動意欲向上ができるよう患者の意向に沿ったケアプランの計画、実践を行なっていくことが重要であると考える。
【結果】離床に消極的な患者に対し早期離床を行うための看護師の役割として、①患者の意向に沿った医療の提供につなげるために患者の思いを側で汲み取り、アドボケーターの役割として多

©一般社団法人日本救急看護学会

職種で共有しマネジメントすること、②患者と患者自身がチーム医療のメンバーの一員とした相互関係を築き、活動意欲向上ができるよう患者の意向に沿ったケアプランの計画、実践を行なっていくことが明らかとなった。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第6会場(2階 204会議室)

[O11] 口演11
チーム医療②

座長:横田 由佳(杏林大学医学部付属病院 看護部)、金濵 英介(手稲渓仁会病院 看護部)

12:50 ~ 13:00

[O11-05] ER滞在時間に影響する因子について
～ERタイムアウト導入後の後方視的多変量解析から～

○日高 利章[1]、牛田 多美[2] (1. 藤沢市民病院救命救急センター救急外来、2. 藤沢市民病院救命救急センター救急ICU)

キーワード：ERタイムアウト、ER滞在時間

【目的】

A病院はER型救急医療として救急医、各科専門医が常駐し、看護師は複数部署からの支援体制で業務している。上部消化管内視鏡検査（GF）や放射線検査の介助、JTASトリアージはER専任看護師が担っている。

多職種協働が求められる中、日勤帯11時と15時に救急医、看護師、院内救命士が集合し、診療方針や進捗を短時間で共有するERタイムアウト（以下、ERTO）を導入した。

本研究は、ERTO導入がER滞在時間に及ぼす影響を後方視的に評価するとともに、滞在時間に影響を与える因子を明らかにすることを目的とする。

【方法】

後方視的観察研究デザインとした。対象はERTO導入前（2021年7月1日～2022年6月30日）と導入後（2023年7月1日～2024年6月30日）の、8時30分～15時に受診中の15歳以上の患者。

統計解析はMann–WhitneyのU検定および多変量線形回帰分析を用いた。

従属変数は対数変換した滞在時間、独立変数はERTO導入の有無、年齢/性別、来院手段、検査（COVID、GF、CT、造影CT）、JTAS分類、転帰とした。医師/看護師数（月平均）を共変量とし、有意水準は$p<0.05$とした。

【倫理的配慮】

A病院倫理審査委員会の承認（承認番号P2024028）を得て、オプトアウトを実施した。

【結果】

対象は導入前（n=5761、医師/看護師=4.1/9.8）と導入後（n=6482、医師/看護師=4.1/10.3）であった。

多変量線形回帰分析の結果、ERTO導入の有無は滞在時間に有意な影響を認めなかった（推定差：-0.77分、95%CI：-11.0～+7.0分）。

滞在時間短縮の関連因子は、入院は帰宅と比べ-37.07分、看護師1人増員-4.92分、JTAS分類は眼科系-50.13分、耳鼻科系：口腔咽頭頸部-12.22分/鼻-30.63分、産科・婦人科系-23.87分であった。

滞在時間延長の関連因子は、CT+56.21分、造影CT+92.25分、GF+25.63分、COVID+27.86分、転送は帰宅と比べ+30.11分、JTAS分類は一般的問題+17.38分、呼吸器系+41.31分、消化器系+39.88分、心血管系+10.30分、泌尿器系+10.71分、薬物乱用+42.76分であった（他の分類との比較）。

©一般社団法人日本救急看護学会

【考察】

多変量線形回帰分析の結果、ERTO導入は滞在時間と独立した関連を示さなかった。しかし、滞在時間と有意に関連する因子が複数明らかになった。

入院での滞在時間短縮は、各科医師の常駐体制による迅速な入院決定が寄与していると考えられる。

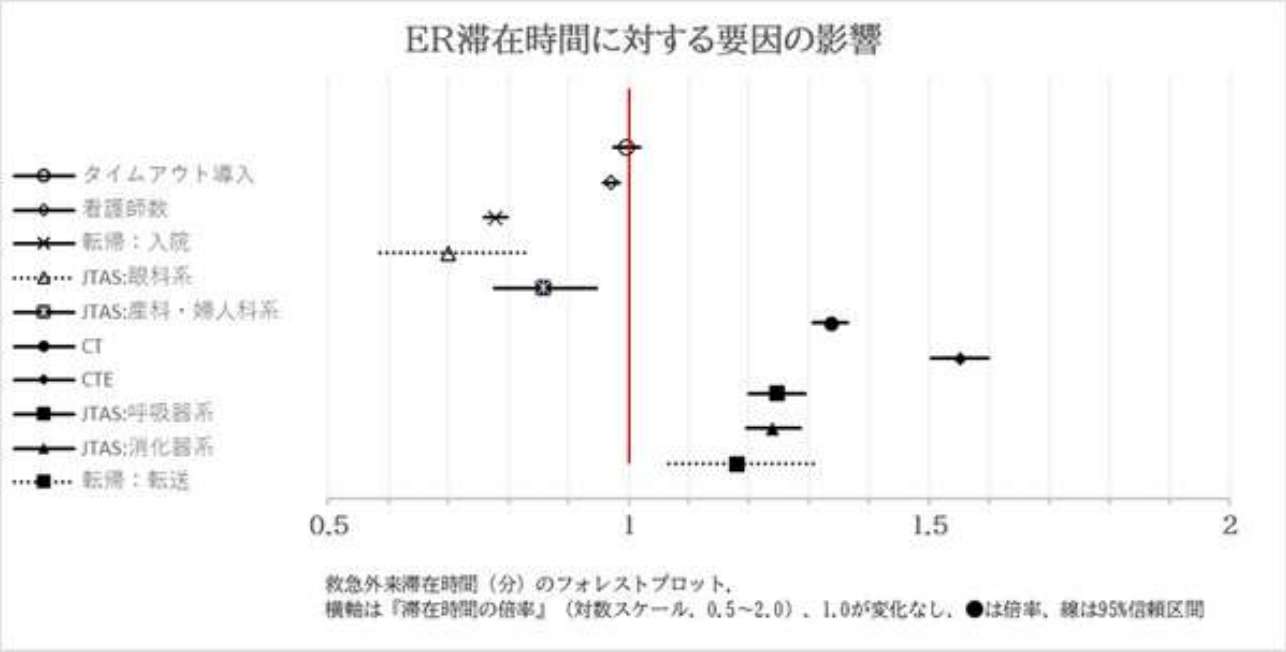
ER専任看護師を中心とした重症患者対応やトリアージなど看護体制の強化も滞在時間短縮に貢献した可能性が高い。現在、ERTOは救命センターを含む病床運営や部署間協働の場として拡充され、人的資源の適正配置はERTOの効果を引き出す上で重要である。

診察や処方のみで完結するJTAS分類では、業務効率の高さが反映され滞在時間が短縮したと考えられる。

一方、CT検査等と追加検査や経時観察を要するJTAS分類での滞在時間延長は、検査特性や診察が段階的であり妥当といえる。この結果は滞在時間予測や効率的な資源配置への応用に期待できる。

転送での滞在時間延長は、応需依頼や搬送調整によるものであり、今後は院内救命士による連携搬送体制が時間短縮に貢献する可能性がある。

業務上ERTOは11時と15時のみで夜間帯は実施しておらず、本研究では観察可能な変数に限定された。今後は本研究結果を元にERTOで意識的にアプローチし、診療の更なる効率化を図る必要がある。



©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第6会場(2階 204会議室)

[O11] 口演11
チーム医療②

座長:横田 由佳(杏林大学医学部付属病院 看護部)、金濵 英介(手稲渓仁会病院 看護部)

13:00 ~ 13:10

[O11-06] Code ELVOにおける初療看護師教育の実践と評価 ～シミュレーションによる効果的アプローチ～

○中田 誓菜[1] (1. 湘南鎌倉総合病院)

キーワード：ELVO、急性期脳梗塞、シミュレーション、救命センター看護師

【目的】急性期脳主幹動脈閉塞（Emergency Large Vessel Occlusion：ELVO）に対する迅速な対応は神経学的予後に大きく影響し、時間依存性の高いt-PA静注療法や血栓回収療法の効果を最大限に引き出すには、救急外来での初療の標準化と迅速化が不可欠である。A病院では、脳卒中が疑われる患者に対しCode ELVO1、ELVO2、t-PAを運用し、来院からCT案内まで10分以内を目標としている。2024年4月～2025年3月にCodeELVO1が228件、ELVO2が175件、t-PAが224件発令され、CT案内までの中央値はそれぞれ14.5分、14.5分、13.7分であった。目標時間とのギャップがあり、看護師の対応実態の把握と対応力向上が課題である。迅速かつ正確な判断力や手技が求められるが、安全に経験できる機会は限られている。そこで、実践に近い状況を体験でき、多職種連携やチームワークの強化も可能なシミュレーション教育を導入し、その効果を検証した。
【方法】ER所属看護師35名を対象にELVO対応経験の有無、教育的ニーズについて無記名自記式アンケートを実施。初療未経験または経験３ヶ月未満の看護師15名に対し、症例を用いた事前学習とシミュレーション研修を行い、研修前後にアンケートで評価した。
【倫理的配慮】本研究は所属機関の研究指針に基づき実施した。対象者には研究目的・方法を口頭で説明し、参加は自由意思であることを伝え、同意を得た。回答は匿名とし、収集した情報は研究目的のみに使用した。
【結果】看護師35名中34名が回答し、そのうち20名が初療対応に従事、23名がCodeELVO1、ELVO2、t–PAの対応経験あり。適応基準の理解は15名にとどまり、19名が不安を感じていた。対応を理解する者は21名いたが、指導できる看護師は11名と少なかった。未経験または経験3ヶ月未満の15名中13名が未経験で、全員が経験不足や単独対応への不安を訴え、学習機会を求めた。シミュレーション研修を受けた15名中13名が満足と回答し、理解が向上した。対応可能と自信を持つ者は2名にとどまったが、多くは不安を抱えつつも「対応可能」と回答。不安の主因は判断や処置の経験不足であった。また、研修前（2024年4～9月）と後（2025年1～3月）の比較で、CT案内までの時間がELVO1で0.5分、ELVO2で3.0分、t-PAで0.2分短縮する傾向があったが、期間差のため単純比較には限界がある。
【考察】初療未経験者や経験年数の浅い看護師において知識不足や不安が顕著であった。研修前は多くが不安を感じていたが、研修後は全員が「対応可能」と回答し、13名が「不安を感じつつも対応できる」と答えた。症例ベースの学習によりトリアージや検査の根拠を理解できたことが要因と考える。シミュレーション教育は理解度や判断力の向上、不安の軽減に有効であり、研修参加者の多くが内容に満足し、実践意欲の向上も認められた。一方、実臨床でのスピードや判断への不安は残存し、シミュレーションのみでの克服は困難であった。今後は医師や救命士との連携を含めた多職種教育の開発が課題である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第7会場(2階 206会議室)

[O12] 口演12
重症患者看護①

座長:三浦 まき(昭和医科大学江東豊洲病院 看護部)、石井 優子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU病棟)

12:10 ~ 12:20

[O12-01]

入院前の生活を取り入れた脳出血術後高齢者のせん妄予防看護

○三浦 夢歩[1]、松浦　誠史[1]、齋藤 美香子[1] (1. 仙台医療センター)

12:20 ~ 12:30

[O12-02]

当院における術後せん妄減少に向けた術前訪問の取り組み

○花澤 かおり[1] (1. 誠高会おおたかの森病院ICU)

12:30 ~ 12:40

[O12-03]

救急集中治療室（EICU）における看護師のせん妄予防、せん妄対応に対する現状と意識調査

○田端 里之[1]、中野 英代[1] (1. 佐賀大学医学部附属病院)

12:40 ~ 12:50

[O12-04]

夜間救急病床におけるせん妄発症リスクと看護的示唆

○宮脇 礼[1]、山口 優子[1]、世羅 優花[1] (1. 広島市民病院)

12:50 ~ 13:00

[O12-05]

当院外科系集中治療室における質問票を用いた睡眠満足度調査

高橋 美妃[1]、高杉 苗[1]、○齋藤 末希[1]、夛田 覚[1]、木野 毅彦[1] (1. 日本医科大学付属病院外科系集中治療室)

13:00 ~ 13:10

[O12-06]

リハビリ意欲が低下したICU患者へ愛犬との非接触型面会を導入した一事例

○齊藤 麻衣[1]、沼澤 太郎[1]、辻 守栄[1]、三枝 香代子[2] (1. 千葉県総合救急災害医療センター、2. 千葉県立保健医療大学)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第7会場(2階 206会議室)

[O12] 口演12
重症患者看護①

座長:三浦 まき(昭和医科大学江東豊洲病院 看護部)、石井 優子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU病棟)

12:10 ~ 12:20

[O12-01] 入院前の生活を取り入れた脳出血術後高齢者のせん妄予防看護

○三浦 夢歩[1]、松浦　誠史[1]、齋藤 美香子[1] (1. 仙台医療センター)

キーワード：せん妄予防

【目的】せん妄は大きく準備因子・誘発因子・直接因子の3つに分類される。高齢患者は身体的機能の低下や環境変化により、せん妄を発症しやすい傾向がある。特に急性期治療中は、ストレスや不安が増大し、せん妄のリスクが高まる。今回対象の患者は脳出血術後であり、出血そのものや手術操作による脳実質の損傷などせん妄発生の器質的変化が高いと考えられた。また、術後からICUへ入室し、環境変化や症状の出現による疼痛、そして高齢であることからせん妄を発症させるリスクが高いと考えられた。せん妄発症リスクの高い高齢者に対し、入院前の生活習慣を意識的に取り入れた看護を行うことで、せん妄の予防につながるかを検討した。【方法】倫理的配慮として、対象者には研究の目的・自由意志による参加であること、個人情報は厳重に管理する旨を文書および口頭で説明した上で同意を得た。収集した情報は適切に廃棄し、プライバシーの保護に十分配慮した。対象者は、くも膜下出血術後にICUへ14日間入室した80歳代女性（以下A氏）である。脳出血術後であることや急激な環境変化、身体的ストレスにより、せん妄のリスクが高いと考えられた。そこで、看護介入とともに日常のせん妄評価としてせん妄スクリーニングツールの1つである、CAM-ICUを用いた。入院前のA氏は、夫と息子の3人暮らしであった。本人との会話、ご家族からのお話で家事や車の運転に加え、テレビ鑑賞やスキンケアをして日々の生活に楽しみを感じていることがわかった。経口摂取が進まないA氏に自宅で食べていた梅干しや好きなブドウなどの差し入れを依頼し、食事への意欲向上を図った。また、食事介助は、できる部分は自分で行い、困難な部分を支援する形で「できること」を尊重した。自宅では、椅子に座ってテレビ鑑賞することが楽しみだったとの情報から、歩行訓練後に車椅子へ移乗し、食事を摂取するなど座位時間を意識的に延ばし、昼夜のリズムの確立を目指した。病室に食事時間やリハビリ時間など1日のスケジュールを掲示し、生活のリズムが把握できるようにした。さらに、楽しみだったという朝晩のスキンケアも家族に持参してもらい入院前と同様に行った。【結果】ICU入室4日目から看護介入を開始した。介入によりA氏の嗜好に合わせた差し入れや「できること」を尊重したことで経口摂取が進み、A氏から「自分で食べられてうれしい」と達成感を得る言動に繋がったと考える。また、離床時間の増加により、日中の傾眠が減少し、夜間の睡眠が確保された。さらに、1日のスケジュール表やスキンケアの導入により、生活リズムを理解しやすくなり、自ら行動しようとする様子が見受けられた。これらの取り組みにより、介入10日頃には看護介入初日に見られなかったA氏の意欲を引き出すことができた。ICU入室期間、A氏の意識レベルはJCS１、CAM-ICUは陰性で過ごすことができたことから、一般病棟への移動が可能となった。【考察】高齢者は環境の変化に適応しにくく、急性期の入院は、せん妄のリスクを高める。本事例では、入院前の生活習慣や好みを取り入れることで、患者にとっての「その人らしさ」や安心感が保たれ、ストレスの軽減に繋がったと考えられる。本人の意向を尊重し、生活背景を踏まえた看護を行うことは、せん妄予防に有効である。生活の中に習慣や楽しみを再構築することで、主体性のある療養生活が実現し、精神的安定にもつながる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第7会場(2階 206会議室)

[O12] 口演12
重症患者看護①

座長:三浦 まき(昭和医科大学江東豊洲病院 看護部)、石井 優子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU病棟)

12:20 ~ 12:30

[O12-02] 当院における術後せん妄減少に向けた術前訪問の取り組み

○花澤 かおり[1] (1. 誠高会おおたかの森病院ICU)

キーワード：せん妄、開心術後、術前訪問

【目的】術後せん妄は、手術後に発症する身体的・精神的ストレス反応の一つであり集中治療室における発症率は30-90%とも報告される。術後せん妄はQOLの低下のみならず生命予後にも影響を及ぼす重要な合併症である。特に高齢者や侵襲の大きい手術では発症率が高く、今後さらに高齢化が進行する本邦においてその対策は急務である。当院では予定手術の後に集中治療室へ入室する患者を対象に術前訪問による予防的介入を行っている。本研究では、集中治療室の看護師による術前訪問の有無と術後せん妄の発症率の関連について検討し、当院における取り組みの有用性について報告する。【方法】2023年1月から2025年3月までの当院で心臓・大血管手術を受けた20歳以上を対象とし、術後に集中治療室へ入室した患者を評価とした。せん妄はCAM-ICUを用いて評価した。対象患者を術前訪問の有無および術後せん妄の有無に基づいて4群に分類し、発症率の違いと関連する因子について比較検討した。なお、術前訪問は看護師が手術前に患者を訪問し環境説明や不安軽減などの支援を実施するものである。【倫理】データは、診療記録・看護記録から抽出され、個人が特定できないように匿名化・加工して使用する。また、院内倫理委員会の承認を得た上で実施した。【結果】対象となった患者は176名で、平均年齢は71.4歳、女性は70名（39.7%）であった。緊急手術は60例、予定手術は116例であった。術前訪問の介入がされた患者は51名、そのうち術後せん妄を発症したものは14名、発症しなかったものは37名であり、術前訪問の介入とせん妄の関連について術前訪問をした群でのせん妄のリスクは2群間において統計的に有意な差があり（p = 0.007）、オッズ比 0.372倍（95%信頼区間: 0.169–0.791）から、術後せん妄の発症確率は術前訪問をなされた患者において有意に低いことが示されました。 【考察】当院で行っている集中治療室の看護師による術前訪問は、患者の人となりを知り、術前の生活や習慣に近い環境を作れるよう考え、患者を迎え入れている。術前訪問を行うことで、せん妄発症リスクを把握し、医師や他職種、および患者家族と情報共有が速やかに行え、せん妄発症予防に寄与する可能性が示唆される。 今後さらに介入内容の標準化および多施設共同での検証が求められる。術前からの心理的支援と情報提供が、術後の精神状態の安定に有用である可能性があり、引き続きその効果について検討を重ねていく必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第7会場(2階 206会議室)

[O12] 口演12
重症患者看護①

座長:三浦 まき(昭和医科大学江東豊洲病院 看護部)、石井 優子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU病棟)

12:30 ~ 12:40

[O12-03] 救急集中治療室（EICU）における看護師のせん妄予防、せん妄対応に対する現状と意識調査

○田端 里之[1]、中野 英代[1] (1. 佐賀大学医学部附属病院)

キーワード：PICS、看護師のせん妄予防意識、せん妄ケア

＜目的＞
集中治療後症候群（以下PICS）の発症は患者や家族に多大な影響を及ぼすといわれている。A病院EICUでは、2020年よりせん妄の評価スケールである日本語版ICDSCを導入しているが、せん妄予防やせん妄対応といったせん妄ケアの判断は個々に任されている。今回、スタッフのせん妄ケアに対する現状を把握し、今後のせん妄ケアの充実に繋げることを目的とする。
＜方法＞
対象:EICU看護師21名
期間:2024年6月～2025年3月
方法:無記名自記式質問紙調査。分析方法はカイ2乗検定を使用し有意水準は5%未満とした。
＜倫理的配慮＞
本研究はA病院看護部看護研究倫理審査委員会の承認を得た。
＜結果＞
回収率は100%で看護師経験年数1～9年目10名、10～15年目11名であった。「①PICSとは何か知っていますか」では、はい47.6%いいえ52.4%、「②これまでにせん妄の学習会や学会、セミナー等に参加したことがありますか」では、ある57.1%ない42.9%、「③日常業務を行う上でせん妄に関することをどのくらい意識していますか」では、1が全く意識していない10が常に意識しているでの10段階評価にて平均6.71±1.64であった。「④ICDSC4点以上の場合は何らかのせん妄対応のケアを実施していますか」では、実施している90.5%実施していない9.5%で「昼夜リズムを整える」「日中の覚醒を促す」「見当識を促す」「眠前薬の調整」「不要な抑制を避ける」「面会調整」等を実施していた。「⑤ICDSC4点未満の場合は何らかのせん妄予防のケアを実施していますか」では、実施している85.7%実施していない14.3%で「昼夜リズムを整える」「日中の覚醒を促す」「カレンダーの設置」等を実施していた。「⑥せん妄の有無に関わらず、日々の業務の中で心がけていることはありますか」では、ある76.2%ない23.8%で「昼夜リズムを整える」「日中の覚醒を促す」に加え、「アラーム音を無意味に鳴らさない」「挨拶、自己紹介をする」「声量、目線、態度に注意する」等を実施していた。一方④、⑤で実施していない理由については「点数をつけるだけでケアに繋がっていない」「予防的に行う意識が不足していた」等であった。⑥に対して1～9年目、10～15年目間で比較した結果p＜0.0068と有意差を認めた。
＜考察＞
せん妄に対して、多くのスタッフが意識をして業務を行っていることが分かった。PICSの認知やせん妄に対する意識は看護師経験年数により差がある可能性を推測していたが、①～⑤の質問では有意差はなかった。⑥においては10年以上の看護師は全て実施していたことから、これまでの経験値や知識から実施に繋がっている可能性が推察された。

©一般社団法人日本救急看護学会

せん妄予防は、せん妄の3因子（準備因子、促進因子、直接因子）への介入が重要であるとされ、中でも促進因子や直接因子への介入はより知識を必要とする。多くのスタッフがケアを実施しており、せん妄ケア継続は必要不可欠であると考える。しかし、実施内容では促進因子への介入が複数で、薬剤の副作用等直接因子への介入は少なく偏りが生じていた。⑥の心がけの実施内容にはせん妄ケアに関する内容も認め、日々の看護がせん妄ケアに繋がっていることが考えられた。また、せん妄ケアを実施していない理由からは、ICDSC評価がケアに繋がっていないことが推測された。先行研究では意識や知識、ケアの向上に学習会は有効といわれている。今後はPICSやせん妄の3因子の重要性等、知識を獲得することで、より意識づけに繋がりケアの幅が広がることを期待する。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第7会場(2階 206会議室)

[O12] 口演12
重症患者看護①

座長:三浦 まき(昭和医科大学江東豊洲病院 看護部)、石井 優子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU病棟)

12:40 ~ 12:50

[O12-04] 夜間救急病床におけるせん妄発症リスクと看護的示唆

○宮脇 礼[1]、山口 優子[1]、世羅 優花[1] (1. 広島市民病院)

キーワード：せん妄リスク、緊急入院、夜間救急

【目的】当病棟は内科病床と夜間救急病床に分かれており、救急病床では小児科以外の全診療科の夜間緊急入院を受け入れている。救急病床は壁で仕切られた4床ずつの相部屋となっており、ナースステーションとオープンフロアの構造である。緊急入院患者は、様々な苦痛を伴う症状、高齢、術後、環境変化により、せん妄リスクを高めていると推察される。救急病床の緊急入院患者と内科病床の予定入院患者でせん妄発症患者の傾向とリスク因子の違いを明らかにし、入院時の効果的なせん妄予防対策を検討することを目的とする。
【方法】対象は2022年4月１日から2023年3月31日の内科病床における予定入院患者366名と、救急病床の緊急入院患者1674名中、時期による疾患の偏りを考慮し、4月・9月・2月に入院した366名の中で、せん妄発症の準備因子である70歳以上の患者とした。カルテからせん妄発症リスク因子である脳器質疾患、認知症、アルコール依存症、精神疾患、せん妄の既往、せん妄ハイリスク薬の内服、手術と安静を伴う内視鏡検査等の実施、安静が必要な患者(担送)と体動困難、聴力・視力障害、点滴・ドレーン留置・バルン留置、抑制の実施の有無、発熱、嘔気嘔吐、疼痛、呼吸困難の有無を抽出しEZR（ver.1.52）で分析した。【倫理的な配慮】データ収集時、対象患者と医療スタッフが特定できないよう配慮した。病院外に発表する場合は分析した結果のみを公表し個人が特定されないよう配慮した。本研究は当病院の倫理審査委員会の承認を得た後、病院のホームページでオプトアウト公表を行った。データは研究者が5年間保存し、破棄する。
【結果】緊急入院患者で70歳以上の患者は211名(57.6%)、平均年齢は80.6歳で、女性98名（46.4%）男性113名(53.6%)となった。せん妄発症患者は30名(14.2%)だった。予定入院患者で70歳以上の患者は222名（60.6%）、平均年齢は77.4歳であり、女性96名（43.2%）、男性126名（56.8%）となった。せん妄発症患者は3名（1.3%）だった。緊急入院患者におけるせん妄発症の有無とせん妄発症因子の分析で、有意差があったせん妄リスク因子は「既往」「安静・担送」「抑制」となった。緊急入院患者と予定入院患者でせん妄リスク因子の保有で有意差があったリスク因子は、「既往」「難聴・視力障害」「手術・安静を伴う治療」「点滴・ドレーン・バルン」「安静・担送」「高熱」となった。
【考察】本研究では身体的苦痛や環境変化がせん妄に影響を与えていると推察した。特に「高熱」については緊急入院患者で有意差があり、強い身体的苦痛を有していると分かる。呼吸苦・疼痛で違いは無かったが、苦痛となる症状であるため、早期に苦痛軽減を図ることでせん妄リスク因子の改善となる。看護師は緊急入院時に家族から既往、せん妄歴、患者の普段の様子などの情報を得ることで患者のせん妄リスクを把握すること、また入院後の睡眠状況や普段の様子との違いについて記録することが重要である。そして、患者に合わせた看護介入により、せん妄予防を図る方法の一つとして、リアリティ・オリエンテーションが推奨されている。意識的に時間や季節を患者に伝え、見当識の維持と不安軽減に努めることが重要である。また、音環境を整えること、リエゾンチームの早期介入を促し適切な薬物療法が有効である。今後は、それぞれ

©一般社団法人日本救急看護学会

の患者に対してせん妄予防対策が検討できるようなカンファレンスの充実やシステムの構築を行っていくことが課題であると示唆された。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第7会場(2階 206会議室)

[O12] 口演12
重症患者看護①

座長:三浦 まき(昭和医科大学江東豊洲病院 看護部)、石井 優子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU病棟)

12:50 ~ 13:00

[O12-05] 当院外科系集中治療室における質問票を用いた睡眠満足度調査

高橋 美妃[1]、高杉 苗[1]、○齋藤 末希[1]、夛田 覚[1]、木野 毅彦[1] (1. 日本医科大学付属病院外科系集中治療室)

キーワード：J-RCSQ、PADISガイドライン

【目的】当院外科系集中治療室（以下SICU）では日本語版The Richards-Campbell Sleep Questionnaire（J-RCSQ）に加え、睡眠満足度（睡眠の質）が低下した理由の選択項目を追加した「夜間の睡眠満足度調査」(以下質問票)を使用し睡眠調査を実施している。今回は、患者の睡眠評価と睡眠満足度の低下要因を調査・分析し、SICUにおける睡眠の傾向を明らかにした。それを基にSICUでの睡眠ケアの検討を行った。【方法】2024年7月1日から10月31日までに質問票に回答した120名を対象とした。質問票よりRCSQの点数とその点数とした理由を後方視的に調査し、睡眠に関するケアの介入方法を検討した。患者属性（年齢、性別、APACHE-Ⅱスコア、SICU滞在日数）を収集し、カイ二乗検定、t検定を用いて解析した。年齢、性別および睡眠阻害因子を調整した多重線形回帰分析を実施した。有意性は両側検定で$p<0.05$の場合に認めた。統計解析はRソフトウェアを使用した。**【倫理的配慮】**日本医科大学付属病院倫理委員会の承認を得て実施した。（B-2024-986）**【結果】**質問票の合計点の平均値は254.5点（SD124.1点）。各項目の平均値（SD）はQ1 48.1（27.1）Q2 51.5（31.9）Q3 47.9（25.0）Q4 56.2（30.9）Q5 51.5（29.2）。合計点の中央値である250点以上をHigh群、250点以下をlow群とし、カイ二乗検定・t検定を行った結果、患者属性では有意差はなかった。多重線形回帰分析を行った結果、年齢、性別に有意差はなく、睡眠満足度低下の要因では、「痛み」「機械の音」「安静による拘束感」の3つが有意に合計点を低下させた。**【考察】**RCSQの合計点は先行研究と類似した結果となった。合計点低下の有意な要因は「痛み」「機械の音」「安静による拘束感」であり、PADISガイドラインの睡眠障害の原因と一部が一致した。一方「不安」では有意差が認められなかった。「痛み」はQ2以外の項目で有意差を認めており、疼痛緩和の重要性が明らかになった。薬理学的介入と非薬理学的介入などを行い疼痛を緩和することで、睡眠満足度の向上に繋がると考える。「機械の音」は恐怖心や不安に繋がるため、不要なアラームが鳴らない設定を検討していく。「安静による拘束感」は、留置物の多さやモニター類の装着による拘束感を感じ、寝返りが制限されたと想像される。不要な留置物の抜去の検討や環境整備、寝返りの援助などを考慮する。「不安」に有意差が認められなかった要因は、SICU入室後の関わりが不安の軽減に繋がっている可能性や、対象者の多くが予定手術後であり術前に十分なオリエンテーションが行われているためであると考える。睡眠満足度低下の要因は関連し合っている可能性があり、様々な側面から睡眠に対してアプローチする必要がある。質問票の結果を基に、睡眠に対する直接的な介入に加え、清潔ケアの時間調整や離床の促進など日中の介入の工夫も行う必要があると考える。今回の結果をスタッフに共有し、病棟全体の睡眠に対する意識を高めていく。**【結論】**SICUの睡眠満足度の平均値は先行研究と差異がなく、睡眠満足度低下の要因はPADISガイドラインと一部一致した。これらの要因を把握し、除去に努める必要がある。睡眠満足度を低下させる要因は様々であり、相互に関連している可能性がある。継続した調査を行い、今後も睡眠評価と看護ケアについて検討を重ねていきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:10 第7会場(2階 206会議室)

[O12] 口演12
重症患者看護①

座長:三浦 まき(昭和医科大学江東豊洲病院 看護部)、石井 優子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU病棟)

13:00 ~ 13:10

[O12-06] リハビリ意欲が低下したICU患者へ愛犬との非接触型面会を導入した一事例

○齊藤 麻衣[1]、沼澤 太郎[1]、辻 守栄[1]、三枝 香代子[2] (1. 千葉県総合救急災害医療センター、2. 千葉県立保健医療大学)

キーワード：リハビリ意欲、非接触型面会

【目的】ＡＭＩ発症後、ＡＫＩ、十二指腸穿孔、膿胸等を発症したA氏は、入院が長期化し、日々の看護ケアやリハビリを拒否することが多くなった。プライマリーナース（以下PNS）としてＡ氏と家族へ愛犬に会うことを提案し窓越し面会（以下非接触型面会）を導入し、A氏のリハビリへの意欲向上に繋げることができた事例を報告する。
【方法】事例検討。Ａ氏のリハビリ意欲の変化をもたらした看護実践を振り返り、考察した。＜倫理的配慮＞患者の家族へ事例検討の主旨と匿名性の確保等について口頭と書面で説明し、同意を得た。また、所属施設の倫理審査委員会の承諾を得た。
【結果】事例紹介：Ａ氏　70代男性　診断名：VF蘇生後・AMI・十二指腸穿孔・膿胸。気管切開下で人工呼吸器装着中。
＜看護介入＞病日35～46日：Ａ氏は、発熱による倦怠感や関節拘縮等による疼痛があり清拭などの看護ケアや作業療法士による床上でのリハビリも拒否していた。Ａ氏は飲水を希望され、言語聴覚士に介入を依頼し、嚥下機能訓練としてアイスマッサージを開始した。Ａ氏は、口腔ケアを拒否するものの、アイスマッサージは積極的に取り組まれていた。また、Ａ氏の髪は息子が散髪をしていたことから、ＰＮＳとして病室で家族が散髪をすることを計画し実施した。気分転換には繋がったものの、リハビリ意欲の向上には繋がらなかった。病日47～51日：リハビリとして車椅子乗車を勧めたがＡ氏は拒否的であったため、Ａ氏のリハビリへの意欲向上のための介入方法を模索していた。Ａ氏は数匹の犬を飼い、愛犬家であった。入院時よりＰＮＳから家族へ提案し、Ａ氏に見える場所に愛犬の写真を飾っていた。また、面会時には家族が愛犬の状況をＡ氏に伝え、ＰＮＳにもＡ氏が愛犬家であった話をしてくれた。このことから、愛犬との面会によりＡ氏のリハビリへの意欲向上を目指せるのではないかと考えた。Ａ氏に愛犬に会いたいかを問うと、「うん、会いたい」と読唇で答えた。看護師長へ愛犬との面会について相談をし、感染管理や病院の管理上の課題について感染対策チームや看護局などに確認を行い、愛犬との面会時の感染管理や具体的方法について調整を行った。家族も事前に面会環境を確認し物品の準備などを行った。病日52日目：Ａ氏と愛犬それぞれが体調不良となり面会が延期となった。病日79日目：愛犬との窓越し面会を実施した。面会前に看護師はベッド、人工呼吸器を窓際に移動しＡ氏が見えるように調整した。Ａ氏は終始笑顔であり、普段自発的に動かさなかった右手を挙げて愛犬に向けて振っていた。病日90日目：2度目の窓越し面会を実施した。Ａ氏の表情は穏やかであり、家族、愛犬が帰宅後は悲しそうに外を眺めていた。病日98日目：Ａ氏が家に帰りたい、愛犬と遊びたいなどの希望を話され、以前は関節拘縮の疼痛により顔をしかめ、ケアや関節運動などに拒否的であったが、自ら上肢挙上や把握運動を行うなどリハビリへの行動変化が見られた。
【考察】　アニマルセラピーは、犬を見たり、撫でたりすることでストレスホルモンを減少さ

©一般社団法人日本救急看護学会

せ、オキシトシンやドーパミンなどの幸せホルモンを分泌し自己治癒力を高めたり、ポジティブな気持ちへ変化させるなどの効果がある（大村,2022）。愛犬との非接触型の面会も同様に、長期臥床状態であったＡ氏の気持ちをポジティブに変化させ、リハビリへの意欲向上に繋がったと考える。また、家族と協働しながら愛犬の非接触型面会を実施したことで入院中Ａ氏へ何もしてあげられないという家族の不全感の軽減にも繋がったと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O13] 口演13
看護教育②

座長:小池 千佳子(市立札幌病院)、丸林 美代子(国家公務員共済組合連合会　浜の町病院)

14:20 ~ 14:30

[O13-01]

救命センターにおけるブレンド型学習を用いた学習支援
―OJTに向けたマイクロラーニング型教材の開発―

○西野 明子[1] (1. 東京都立墨東病院救命救急センター)

14:30 ~ 14:40

[O13-02]

救急外来における教育システム構築と今後の課題

○橋本 翼[1] (1. 公立置賜総合病院　救命救急センター救急外来)

14:40 ~ 14:50

[O13-03]

ERにおける生涯学習支援体制の改革による課題解決への取り組み

○佛性 千賀子[1] (1. 大津赤十字病院)

14:50 ~ 15:00

[O13-04]

挿管チューブに起因する褥瘡予防の教育が患者の褥瘡発生率にどのような影響を与えるか

○清川 ひかり[1]、渡海 菜央[1] (1. 日本大学医学部附属板橋病院)

15:00 ~ 15:10

[O13-05]

カンファレンスが救急看護ヒューマンケアリング実践能力の醸成に及ぼす影響

○坪井 日菜乃[1]、金谷 史哉[1] (1. 社会医療法人財団　池友会　新行橋病院　外来)

15:10 ~ 15:20

[O13-06]

救急領域における看護師の倫理的行動に影響する倫理カンファレンスの要因

○阿部 哲郎[1,2]、鈴木 みゆき[3]、井桁 正尭[4] (1. 地方独立行政法人　明石市立市民病院、2. 兵庫医科大学大学院　看護学研究科　博士前期課程、3. 兵庫医科大学　看護学部、4. 兵庫医科大学　生物統計学)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O13] 口演13
看護教育②

座長:小池 千佳子(市立札幌病院)、丸林 美代子(国家公務員共済組合連合会　浜の町病院)

14:20 ~ 14:30

[O13-01] 救命センターにおけるブレンド型学習を用いた学習支援
―OJTに向けたマイクロラーニング型教材の開発－

○西野 明子[1] (1. 東京都立墨東病院救命救急センター)

キーワード：救命センター、ブレンド型学習、マイクロラーニング

【背景と目的】看護師が業務を遂行するためには、医療の知識や技術はもとより、組織の方法や文化に適応する必要がある。特に医療機器を安全に運用するための方法や記録などは、機器の違いや過去の医療事故等の事例からの対策案など、組織の文化と密接に関係している。業務遂行の具体的手順は各組織や部署の個別性が高く、資料や教材は内製し、部署内において研修を実施する必要がある。そのような背景の中、現場で行われている教育方法は対面学習による研修が主軸で、学習者が主体的に学習を進めることが困難な状況がみられていた。加えて、患者の搬入や重症患者の容体変化など、突発的な事象が起こりやすい救命センターでは、勤務中に計画的な学習を推進することが困難で、効率的に学習を進めることが難しい。これらの問題を解決するため、救命センターに従事する看護師を対象とし、円滑で安全な業務が遂行できる専門性の高い看護師を育成するために、学習の質を担保しながら効率的な自己学習を支援するための研修を、設計・開発することを目的とした。
【方法】既存の研修の見直しを行った。実践と研修の標準化のためにジョブエイドを作成し、OJTを補完するための学習とした。ジョブエイドを活用するのに必要な知識を獲得するため、ガニエの9教授事象に沿って研修を設計した。さらに、学習者の効率的で主体的な学習のために、研修をブレンド型学習とし、教材をマイクロ化するなどしてマイクロラーニング型教材を開発した。eラーニングの実装にはMoodleを用い、小テストの即時フィードバックなどを工夫し、自己学習であっても学習者支援ができる構造とし、双方向性の学習を目指した。
【結果】当該部署の内容領域専門家2名、学習者13名に協力を得て形成的評価を実施した。その結果、内容領域専門家からは研修設計に対し肯定的な意見が得られた。学習者への調査から、研修期間が大幅に短縮されたことがわかった。学習に費やした時間についての差は認めなかった。実施場所や時間、使用デバイスは学習者によって様々であった。ジョブエイドを用いることで、独り立ちの基準の明確さや独り立ちへの自信について、肯定的な意見が得られた。また、eラーニング化したことの良い点として「自分の好きな時間にでき、ひとりで完結できるところ」という意見が得られ、マイクロラーニングにしたことで、「コンパクトで取り掛かりやすい」「長すぎないのが良い」「何度も出来る」などの意見が得られた。
【考察】学習者の意見から、研修を見直したことで能動的な学習とすることができたと考える。さらに、使用したデバイスや学習の方法・時間などから、学習者が自分に合った場所と時間を選んで学習を進めていたことがわかり、ブレンド型学習が現場のニードにあった方法であり、効率的な学びに繋がると評価できた。研修の一部で指導者が必要なくなったことも大きな成果である。学習時間について差はなかったものの、従来型の研修においては、資料の準備などで指導者が学習者以上に時間を取られていたため、人的労力や人的費用は半減以上の効果があったと言える。さらに、学習内容が受動的か能動的かという点で大きな違いがあり、今回の質的評価では測り得なかったが、長期的には学習の質や学習者の自律性を高める効果が期待できる。

©一般社団法人日本救急看護学会

【付記】　本演題は、熊本大学大学院教授システム学専攻における修士論文の一部をまとめたものである。形成的評価の協力者には、インタビュー結果を修士研究ならびに学会発表で利用することの同意を得たうえで、インタビューガイドに沿って半構造的面接法を実施した。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O13] 口演13
看護教育②

座長:小池 千佳子(市立札幌病院)、丸林 美代子(国家公務員共済組合連合会　浜の町病院)

14:30 ~ 14:40

[O13-02] 救急外来における教育システム構築と今後の課題

○橋本 翼[1] (1. 公立置賜総合病院　救命救急センター救急外来)

キーワード：救急外来、教育システム構築

【はじめに】先行研究によると、「日本における救急外来の教育では、看護師の看護実践能力のレベルに応じた教育介入はなく、教育形態の多くは、実践に即したロールプレイや事例を用いた参加型学習が取り入れられていたが、実践報告に留まり、教育システムやプログラム構築についての記述は認められなかった」と述べられている。A病院救急外来での課題も同様で、実践に即したロールプレイは行っていたが、なかなか個人の行動変容に繋がるまでは難しいことも課題であった。A病院救急外来は、他病棟や部署で3年以上の臨床経験がある看護師で、異動者の教育背景もこれまでの経験してきた病棟や部署の特徴も様々である。そこで今回、4年間で行った救急外来の教育システム構築と今後に向けた課題を見出したため、報告する。【研究目的】救急外来における教育システムの構築と今後の課題を見いだすことを目的とする。【倫理的配慮】発表にあたり、救急外来看護師の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、研究をまとめた。なおＡ病院倫理委員会の承認を得ている。【研究方法】調査期間2021年4月～2025年3月、研究対象者はＡ病院救急外来に勤務する看護師19名を対象とした。【取り組み内容】1）スタートダッシュ学習会2021年4月から転入者を中心にスタートダッシュ学習会を行った。名前の通りスタートダッシュできるように、最重要と考えられる要点と観察ポイントに絞って行った。講師は、2021～2023年度は発表者1名で行っていたが、2024年度からはスタッフにも依頼し学習会を運営した。2）病棟学習会2021年から開始し、スタッフ内で講師を1ヶ月2～3名を割り当て依頼した。2021年は内容を発表者が決定し、依頼する形で行った。2022年からは得意分野のスキルを発揮できるように各グループで内容を決めてもらった。また、他のスタッフから必要と考えられる内容を挙げてもらい、主体的に学び合える環境づくりを行った。【結果】 スタートダッシュ学習会学習会の評価として、学習会自体が役立つとの意見であった。スタッフからは、早期に学習会を設けることで役立つとの意見が出された。予測していない結果として、学習会資料を作ることで講師担当者自身の看護に活かすレベルの行動変容につながり、同時に学会発表などの機会の演習機会にもつながったとの意見が得られた。 病棟学習会自ら資料を作りスタッフに伝えることで、学びが深まると同時に伝えるスキルのアップにつながる、学んだ内容を次症例につながったとの意見が得られた。【考察】行動変容ステージモデルでは、異動当初は「無関心期」「関心期」にあり、この時点でスムーズに「準備期」に移行できる環境づくりを行うことが重要で、スタートダッシュ学習会はこの部分にあたると考えた。基本的な学習基盤の上にロールプレイや事例検討を行う事がより効果が高いと考え実施に至った。基盤となるスタートダッシュ学習会は得られた意見から、基礎的知識の習得につながったと言える。この基盤を経て、学習会を継続的に4年間継続して行ったことは、行動変容ステージモデルの「実行期」、「維持期」にあたり、スタッフ主体の学習会につなげたことで、これまでは与えられる学習ばかりだったが、自ら学び発表することで、知識の定着につながり、効果的な学びにつながったと推察される。今後の課題と考えられる点は、次症例につながった症例からどの項目がどのようにつながったのか症例ごとに分析し、学習内容にフィードバックできるようにしていく必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O13] 口演13
看護教育②

座長:小池 千佳子(市立札幌病院)、丸林 美代子(国家公務員共済組合連合会　浜の町病院)

14:40 ~ 14:50

[O13-03] ERにおける生涯学習支援体制の改革による課題解決への取り組み

○佛性 千賀子[1] (1. 大津赤十字病院)

キーワード：ER、生涯学習支援

【目的】
A病院のER看護師を対象とした生涯学習支援体制には、①業務優先による学習機会の不足、②目指す救急看護師像および支援の目的・目標の不明確さ、③支援者間で指導に差異があること、④評価の客観性の欠如、⑤部署間の支援方針の不一致といった課題があり、これらは学習意欲や専門職としての成長を阻害する要因となっていた。看護師の主体的な学習と成長を支える環境を整えるため、ER看護師のカリキュラムを見直し、支援の方針を明文化・標準化し、キャリア形成の方向性を示すことで、生涯学習支援体制の改革を図った。
【倫理的配慮】
本研究はA病院看護部研究倫理審査会の承認を得て実施した。
【方法】
日本赤十字社「赤十字施設の看護師キャリア開発ラダー」、日本救急看護学会「救急看護クリニカルラダー」、日本看護協会「生涯学習支援ガイドライン」を参考に、「救急看護師キャリア開発ラダー」と「ER生涯学習支援モデル図」を作成し、段階的支援と評価が可能な「ER生涯学習支援ファイル」を整備した。ファイルは、①支援モデル図、②手引き、③年間研修計画、④研修計画書、⑤到達チェックリスト、⑥初療アセスメント用紙、⑦技術確認表、⑧経験症例チェック表、⑨ラピッドカーナース教育プログラムで構成し、学習者が習熟度を客観的に把握・記録できるよう工夫した。2023年度は経験1～3年目の看護師を対象に導入し、2024年度からはER看護師全員を対象に展開した。活用状況と課題を把握するため、学習者および支援者に無記名アンケートを実施した。
【結果】
支援体制の整備により、学習内容の体系化と目標の明確化が進み、支援の可視化と活用促進が図られた。2023年度のアンケートでは、「課題や目標が明確になった」「成長を実感できる」といった肯定的な意見が多く寄せられた。2024年度は80名が回答し、ファイルを活用していると回答した者は43名（53.8%）であった。一方、マネジメント領域においては「評価指標が抽象的」「自己評価が難しい」との意見があり、ファイルを活用していない看護師からは「業務が多忙」「ツールの意義が理解できていない」との声も見られた。
【考察】
支援の方針を明文化・標準化したことで、学習者にとって役割や目標が明確となり、主体的な学習や実践力向上への動機づけにつながった。また、学習内容と評価の明文化が支援者間の指導の統一にも寄与した。一方で、活用率が約半数にとどまった背景には、支援ツールの意義に対する周知不足や、日々のER業務との両立困難が影響していると考えられた。特にマネジメント領域では、評価指標の抽象性が自己評価の難しさを生み、支援者への依存傾向も見受けられた。今後は、評価指標の具体化や支援者の育成に加え、日々のER業務の中で実践しやすい運用方法の検討が求められる。継続的な改善を通じて、看護師の主体的成長と専門性向上を支える学習支援体制の充実を目指す。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O13] 口演13
看護教育②

座長:小池 千佳子(市立札幌病院)、丸林 美代子(国家公務員共済組合連合会　浜の町病院)

14:50 ~ 15:00

[O13-04] 挿管チューブに起因する褥瘡予防の教育が患者の褥瘡発生率にどのような影響を与えるか

○清川 ひかり[1]、渡海 菜央[1] (1. 日本大学医学部附属板橋病院)

キーワード：看護教育、褥瘡予防、ICU

＜目的＞ICUの看護師に行う，挿管チューブに起因する褥瘡予防の教育による効果を明らかにする。
＜方法＞対象：非介入群は挿管チューブ固定の技術教育実施前のスタッフ（入職時に先輩の手技を見学し，一緒にケアを行い，その後は自立して実施する。口腔ケア実施の有無と，口腔内や口唇のトラブルが発生した際に記録に残す。）、介入群は挿管チューブ固定の技術教育と口腔ケア後の記録方法の教育実施後のスタッフとした。①2024年8月にICU病棟 看護師を対象に挿管チューブ固定の技術教育を行った。掲示物の配置：挿管チューブ固定における，褥瘡予防ケアのポイントを作成し，ベッドサイドに配置した。挿管チューブ固定の技術教育：病棟スタッフに人体模型を用いて挿管チューブのテープ固定方法を指導した。記録の統一：ケア後の記録方法を教育した。②対象期間中の患者カルテより看護計画，画像データを用いて挿管チューブによる皮膚障害がある患者人数を割り出した。③2023年9月～12月の挿管チューブに起因する褥瘡発生患者(非介入群)と2024年9月～12月の挿管チューブに起因する褥瘡発生患者 (介入群) を比較した。
＜倫理的配慮＞口頭・紙面で同意を得た。参加意思の有無によって，業務や教育には影響しないことを保証して実施した。
＜結果＞挿管チューブ固定の技術教育後，ICU看護師84名から無作為に10名抽出し，経口挿管患者の口腔ケア実施時に，適切な挿管チューブ固定が行われているか確認したところ8名（80.0%）が実施できていた。口腔ケア実施の有無と，口腔内や口唇のトラブルの有無の記載が増加した。非介入群と，介入群のデータを比較したところ，非介入群では挿管チューブによる褥瘡発生が非介入群103例中19例（18.4%）であった。介入群では120例中24例（20.0%）に増加した。 記録の統一を実施したことにより、褥瘡発生報告数については，非介入群における実際の褥瘡発生件数は19例であったが，褥瘡発生報告数は0例であり，介入群における実際の褥瘡発生件数は24例であったが，褥瘡発生報告数は8例と増加し，0%から33.3%に増加した。＜考察＞挿管チューブ固定の技術教育を通じて，挿管チューブによる口唇や周囲の圧迫リスクを理解し，観察を徹底することができた。MDRPUの報告件数の増加は，教育を受けた看護師たちが褥瘡の発生に対してより注意を払い，積極的に記入し適切に報告したためと考える。観察ポイント，口腔ケア後や褥瘡発生時の記録方法提示は，看護師間での記録方法の統一につながったといえる。また観察ポイントの明示により，挿管チューブ固定手技の理解と実践力が本研究の挿管チューブ固定の技術教育により向上したことを示唆している。挿管チューブ固定の技術教育方法を確立し実施たことで、全ICU看護師が統一された技術を獲得した。このことで、患者は受け持ち看護師の経験値に関わらず同一のケアを受けることに繋がると考える。今後は，褥瘡予防教育の継続的な評価を行い，看護師が常に褥瘡予防に関する知識と技術を維持できるよう評価する必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O13] 口演13
看護教育②

座長:小池 千佳子(市立札幌病院)、丸林 美代子(国家公務員共済組合連合会　浜の町病院)

15:00 ~ 15:10

[O13-05] カンファレンスが救急看護ヒューマンケアリング実践能力の醸成に及ぼす影響

○坪井 日菜乃[1]、金谷 史哉[1] (1. 社会医療法人財団　池友会　新行橋病院　外来)
キーワード：カンファレンス、ヒューマンケアリング、看護教育

【緒言】救急看護におけるヒューマンケアリングは、患者と家族の苦痛軽減と安心提供に不可欠である。しかし、緊急性の高い現場では、業務ストレスにより、このケアが過小評価される可能性がある。また、看護師のヒューマンケアリング実践能力向上のための教育体制も十分とは言えない。そこで、カンファレンスという教育の場を活用し、多様な業務に追われる救急看護師がヒューマンケアリングの重要性を再認識し、実践能力を向上させることが重要である。本研究では、カンファレンスが救急看護師のヒューマンケアリング実践能力向上に寄与するかを検討する。
【目的】本研究の目的は、救急看護師を対象としたカンファレンスが、救急看護ヒューマンケアリング実践能力の醸成に与える影響を明らかにすることである。
【方法】A病院救急外来に所属する看護師28名を対象とし、調査期間は2025年2月1日～2025年5月1日までとした。調査期間中に家族看護、倫理、終末期ケア等に関する内容のカンファレンスを1回30～60分、期間中に計3回実施した。カンファレンス前後に、救急看護ヒューマンケアリング実践能力尺度（以下、尺度）を用いたWebアンケート調査を実施した。前後比較が可能な対象者の尺度得点について、正規性を確認の上、対応のあるt検定を用いて比較した。 また、カンファレンス参加回数と尺度得点との関連をPearsonの積率相関係数を用いて分析した。有意水準は5%未満とし、統計ソフトはEZR ver1.55を使用した。倫理的配慮として、A病院研究倫理審査委員会承認後(承認番号07020001)に研究を開始した。対象者には任意のIDを記入してもらい、データの紐づけと匿名性に配慮し、研究同意を得て実施した。尺度は開発者より使用許諾を得た。
【結果】カンファレンス前のアンケート回答者は16名(回収率57.1%）、カンファレンス後の回答者は14名(回収率50%)であった。前後ともに回答が得られ分析対象となったのは13名であった。 分析対象者のうち、研究期間中に少なくとも1回以上カンファレンスに参加したのは8名(57%)であった。分析対象者13名の尺度平均得点は、カンファレンス前284.5点(SD37.2)に対し、カンファレンス後288.5点(SD30.7)とわずかに上昇したが、統計学的有意差は認められなかった(p=0.748)。また、カンファレンス参加回数と介入後の尺度得点との間に有意な相関は認められなかった（r=0.522, p=0.0555）。
【考察】3回のカンファレンスにより、尺度得点の平均値は介入後にわずかな上昇傾向を示したものの、統計学的有意差は認められなかった。先行研究では、カンファレンスが倫理観の醸成やケアの質の向上に繋がることが示唆されている。本研究で明確な効果が見られなかった要因として、3ヶ月間に3回というカンファレンスは、ヒューマンケアリングという複雑な実践能力を測定可能なレベルで向上させるには不十分だった可能性がある。ヒューマンケアリングの実践には、個人の知識や意識だけでなく、それを支える職場環境、チーム全体の協力体制、精神的余裕といった要因が不可欠である。カンファレンスは組織的要因へのアプローチには限定的であった可能性がある。今後の課題として、より長期的にカンファレンスの実施回数を増やし、

©一般社団法人日本救急看護学会

学びを深め、定着させるための継続的な教育プログラムとして構築する必要がある。
【結論】救急看護師を対象とした3回のカンファレンス介入では、救急看護ヒューマンケアリング実践能力尺度の得点に有意な向上は認められなかった。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O13] 口演13
看護教育②

座長:小池 千佳子(市立札幌病院)、丸林 美代子(国家公務員共済組合連合会　浜の町病院)

15:10 ~ 15:20

[O13-06] 救急領域における看護師の倫理的行動に影響する倫理カンファレンスの要因

○阿部 哲郎[1,2]、鈴木 みゆき[3]、井桁 正尭[4] (1. 地方独立行政法人　明石市立市民病院、2. 兵庫医科大学大学院　看護学研究科　博士前期課程、3. 兵庫医科大学　看護学部、4. 兵庫医科大学　生物統計学)
キーワード：倫理的行動、倫理カンファレンス、組織風土

【はじめに】救急医療の現場では、緊急かつ重篤な患者に救命を最優先とした治療が行われるため、倫理的な問題が生じやすい。そのため、医療従事者が、瞬時の判断と対応を迫られる場面が多く、倫理的判断に葛藤を伴うことも少なくない。近年では、こうした状況において倫理カンファレンスを実施することが多く、看護師の倫理的行動の涵養に寄与する可能性が示唆されている。しかし、倫理カンファレンスが倫理的行動に影響を与えているのか、その影響をもたらす具体的な要素がなにであるのかについては、明らかにされていない。
【目的】救急領域の看護師の倫理的行動に関連する倫理カンファレンスの要因を明らかにすることである。
【方法】1．対象者：近畿圏内で救急医療を提供している救急告示病院（二次および三次救急医療機関）のうち、無作為に400施設を抽出し、看護部長に研究協力の依頼文書を郵送した。同意が得られた42施設の看護師518名を対象とした。2．調査方法：2025年3月～4月に、看護部長宛に無記名自記式質問紙を発送し、研究対象候補者への配布を依頼した。質問紙の回収は匿名性を確保し、個別に郵送で収集した。3．調査項目：個人特性（年齢・性別・経験年数など）、組織特性（病床数・日本語版倫理的風土測定尺度（稲垣ら，2020）など）、カンファレンスの要因（参加の有無、頻度など）、看護師の倫理的行動尺度改訂版（大出，2019）の合計得点について調査した。4．分析方法：看護師の倫理的行動尺度の得点を目的変数、先行研究を参考に個人特性・組織特性・カンファレンスの要因を説明変数として強制投入法による重回帰分析を行った。分析には統計解析ソフトIBM SPSS Statistics 30を用いた。
【倫理的配慮】所属大学の倫理審査委員会に確認し、学長の許可のもとで実施した。対象者には文書で研究の趣旨と方法、倫理的配慮を説明し、質問紙は無記名とし、返送および研究協力の同意欄のチェックをもって研究参加の同意とした。
【結果】518名に質問紙を配布し、265名より回答を得た（回収率51.2%）。有効回答数は247名（有効回答率93.2%）であった。参加者は女性191名（77.3%）、男性50名（20.2%）、無回答6名（2.4%）、年齢の最頻値は、40-44歳（21.5%）、救急領域経験年数の最頻値は10-15年（29.6%）であった。所属場所は救急外来が40.1%、ICUなどのユニット系が40.9%（複数回答）であり、直近6カ月以内の倫理カンファレンスに参加していると回答したのは143名（57.9%）であった。倫理的行動尺度改訂版の合計得点は平均67.7（SD=8.0）点であった。重回帰分析の結果、倫理的行動尺度の合計得点に有意な関連を示したのは、年齢、認定資格の有無、卒後教育での倫理教育の受講の有無、倫理カンファレンスの内容（最善策の検討）、日本語版倫理的風土測定尺度合計得点であった（表1）。
【考察】救急領域における看護師の倫理的行動は、倫理的問題に直面した際に、関係者と良好な協働関係を築き、話し合える組織風土の関連が示された。倫理カンファレンスは、倫理的問題の解決を促進する場であるだけでなく、関係者間で複雑な判断を共有し熟議する機会となり、看

©一般社団法人日本救急看護学会

護師の倫理的行動の形成に寄与する可能性が示唆された。今後、倫理カンファレンスの構成、内容、実施方法の質的側面を含め、より具体的な要因の解明への検討が求められる。

表1　倫理的行動尺度改訂版の合計得点に関連する要因

（n=131）

変数	非標準化係数	p値	95% 信頼区間	
			下限	上限
年齢20代	4.830	.003 *	1.713	7.946
年齢50代以上	5.441	.003 *	1.830	9.053
職位　あり／なし	2.768	.050	-0.003	5.538
認定・専門看護師資格　あり／なし	4.682	.048 *	0.038	9.327
基礎教育での倫理教育の受講　あり／なし	-2.378	.190	-5.946	1.191
卒後教育での倫理教育の受講　あり／なし	4.306	.011 *	1.013	7.599
病床数　中小規模／大規模	1.102	.428	-1.641	3.846
臨床倫理を話し合う委員会の設置　あり／なし	-2.418	.167	-5.862	1.025
カンファレンスで最善策の検討*　あてはまる／あてはまらない	6.304	.001 *	1.524	11.085
日本語版倫理的風土測定尺度（総合得点）	0.362	<.001 **	0.217	0.507

R^2 = .411（調整済み R^2 = .362）

重回帰分析：強制投入法　*p<.05,　**p<.001

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第5会場(2階 小ホール)

[O14] 口演14
チーム医療③

座長:井川 洋子(総合病院 土浦協同病院)、稲村 あづさ(奈良県総合医療センター)

14:20 ~ 14:30

[O14-01]

A病院救命救急センターにおける特定看護師による特定行為についての調査

○成田 裕介[1] (1. 地方独立行政法人　東京都立病院機構　東京都立多摩総合医療センター)

14:30 ~ 14:40

[O14-02]

特定行為研修修了者が進めるA病院におけるタスクシフト

○松山 奈津美[1]、永吉 善勝[1] (1. 社会医療法人 陽明会 小波瀬病院)

14:40 ~ 14:50

[O14-03]

特定行為研修修了者がもたらす実践的効果
～看護業務の効率化と質の向上を目指して～

○永吉 善勝[1]、松山 奈津美[1] (1. 社会医療法人陽明会　小波瀬病院)

14:50 ~ 15:00

[O14-04]

くも膜下出血患者への特定行為の早期実践介入によるチーム医療連携
―プロトコールの策定を考慮してー

○松尾 直樹[1] (1. 独立行政法人国立病院機構東広島医療センター)

15:00 ~ 15:10

[O14-05]

特定行為実践看護師による組織横断的活動～医師のタスクシフト・タスクシェアの推進と看護実践力の向上～

○小幡 衣子[1] (1. 地方独立行政法人　奈良県立病院機構　奈良県西和医療センター)

15:10 ~ 15:20

[O14-06]

高度救命救急センターにおける特定行為実践の普及と増加に向けた取り組み
～取り組みから得た成果と課題～

○多田 雄貴[1]、出口 大樹[1]、森脇 勝頼[1]、中根 啓貴[1]、伊藤 憲子[1]、小川 哲平[1] (1. 奈良県立医科大学附属病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第5会場(2階 小ホール)

[O14] 口演14
チーム医療③

座長:井川 洋子(総合病院 土浦協同病院)、稲村 あづさ(奈良県総合医療センター)

14:20 ~ 14:30

[O14-01] A病院救命救急センターにおける特定看護師による特定行為についての調査

○成田 裕介[1] (1. 地方独立行政法人　東京都立病院機構　東京都立多摩総合医療センター)

キーワード：特定看護師、特定行為、タスクシフト・タスクシェア

【目的】A病院救命救急センター（以下、当センター）では、2021年4月より特定行為研修を修了した看護師(以下、特定看護師)が配置し、2024年12月末時点でクリティカルケア認定看護師3名、ジェネラリスト1名の計4名が従事している。修了済み特定行為は7区分16行為で、各看護師が日常的に特定行為を実施しており、現場での実践が定着しつつある。当センターでは特定行為の定着に向け、救命・集中治療科医師へのカンファレンスでの活動報告や、管理目標に特定行為件数を掲げ、全体で特定行為を推進する体制づくりに取り組んできた。本研究では、2021年から2024年末までに当センターで特定看護師が実施した特定行為の件数を調査し、現状の分析と今後の課題を明らかにして改善の示唆を得ることを目的とする。【方法】研究期間：2021年4月1日から2024年12月31日調査方法：電子カルテ内のデータベースを用い、対象期間内に特定看護師が実施した特定行為を抽出した。検索結果より抽出された826件の特定行為区分・行為別の実施状況調査。分析方法：各年度の特定行為件数を集計し、当センターで実施可能な7区分16行為の実施件数を分析した。【倫理的配慮】所属施設の倫理審査委員会の承認後、個人情報が特定されないよう配慮した。【結果】対象期間内に実施された特定行為は7区分15行為、総計826件であった。年度毎の件数結果を表1に示す。最も多く実施されたのは【呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連】区分であり、全体の59.4%（491件）を占めた。中でも［侵襲的陽圧換気の設定の変更］行為が284件（34.4%）で最も多かった。一方で、［鎮静薬の投与量の調整］行為は36件（4.4%）、［人工呼吸器の離脱］行為は48件（5.8%）と少ない傾向だった。さらに、【栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連】区分は18件（2.2%）、【循環動態に係る薬剤投与関連】区分は58件（7.0%）と、少ない結果となった。【考察】当院は三次救急医療機関として重症患者の対応を担っており、人工呼吸器管理が必要な患者の入室頻度が高い。そのため、［侵襲的陽圧換気の設定の変更］行為が最も多かったのは、重症患者に対する呼吸管理の必要性が高い特性を反映していると考える。一方で、［鎮静剤の投与量の調整］や［人工呼吸器の離脱］など、治療の流れに沿った特定行為は十分に実践されていない現状が明らかとなった。特定看護師が主体となって鎮静深度の評価や薬剤調整、人工呼吸器離脱に関与することは、ABCDEFGHバンドルに準じたケアをタイムリーに実施するうえで有効であり、人工呼吸器装着期間の短縮や集中治療後症候群（PICS）など、長期的合併症の予防にもつながると考えられる。今後は関連医師との協議を強化し、特定行為の適用範囲を拡大するとともに、医師と看護師の協働体制の確立が求められる。また、当センターには呼吸器管理を要する患者に加え、循環動態や輸液評価が必要な患者も多く存在する。しかし、【循環動態に係る薬剤投与関連】および【栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連】区分の実施件数は少なく、介入に繋がっていない。今回、これらの介入が行われない要因を明らかにするための調査はしておらず、今後の課題として要因を明らかにする必要がある。当センターではこれまでの4年間の活動を通じて、特定行為実践に向けた組織的な風土が徐々に醸成されてきた。今回の調査で明らかとなった課題を解決するためには特

©一般社団法人日本救急看護学会

定看護師の更なる育成と勤務体制の確保、そして医師との密な協働体制の３つを改善する必要性が示唆された。

区分	区分合計	行為	2021	2022	2023	2024	総計
【呼吸器（気道確保に係るもの）関連】	18 (2.2%)	［経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整］	-	1	11	6	18 (2.4%)
【呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連】	491 (59.4%)	［侵襲的陽圧換気の設定の変更］	24	52	98	110	284 (34.4%)
		［非侵襲的陽圧換気の設定の変更］	5	24	38	54	121 (14.6%)
		［人工呼吸器管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整］	1	8	8	19	36 (4.4%)
		［人工呼吸器からの離脱］	4	16	12	16	48 (5.8%)
【栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連】	25 (3.0%)	［中心静脈カテーテルの抜去］	-	1	9	15	25 (3.0%)
【栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈カテーテル管理）関連】	40 (4.8%)	［末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入］	-	-	19	21	40 (4.8%)
【動脈血液ガス分析関連】	176 (21.3%)	［直接動脈穿刺法による採血］		1	7	41	49 (5.9%)
		［橈骨動脈ラインの確保］		7	24	96	127 (15.4%)
【栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連】	18 (2.2%)	［持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整］	1				1 (0.1%)
		［脱水症状に対する輸液による補正］	11	4	1	1	17 (2.1%)
【循環動態に係る薬剤投与関連】	58 (7.0%)	［持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整］	4	11	6	19	40 (4.8%)
		［持続点滴中のNa K又はClの投与量の調整］	3	0	2	1	6 (0.7%)
		［持続点滴中の降圧剤の投与量の調整］	0	2	0	1	3 (0.4%)
		［持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整］	1	4	3	1	9 (1.1%)
		［持続点滴中の利尿剤の投与量の調整］	0	0	0	0	0 (0.0%)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第5会場(2階 小ホール)

[O14] 口演14
チーム医療③

座長:井川 洋子(総合病院 土浦協同病院)、稲村 あづさ(奈良県総合医療センター)

14:30 ~ 14:40

[O14-02] 特定行為研修修了者が進めるA病院におけるタスクシフト

○松山 奈津美[1]、永吉 善勝[1] (1. 社会医療法人 陽明会 小波瀬病院)

キーワード：タスクシフト、特定行為研修、看護師

【はじめに】2015年10月に保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令が公布されたことに伴い、A病院では、2021年から「外科術後病棟管理領域パッケージ（区分別科目：動脈血液ガス分析関連：動脈ラインの確保を含む）」と「在宅・慢性期領域パッケージ」の研修を開始し、現在13名の特定行為研修終了者が活動をしている。そのうち、外科術後病棟管理領域パッケージ（区分別科目：動脈血液ガス分析関連：動脈ラインの確保を含む）の特定行為研修修了者は、7名で、主に救急外来やICU/HCUなどで活動している。A病院では、入院時検査や術前検査を外来にて実施しているため、医師は外来業務と並行して、術前検査に必要な血液ガスの採取などを行っている。そのため、医師より特定行為研修を修了した者へ、一般外来における動脈血ガス採取の実施を依頼され、2023年5月より整形外科の全身麻酔手術の術前動脈血ガス採取を「外科術後病棟領域パッケージ」修了者が包括的指示のもと実施を開始した。また同年9月からは外科の全身麻酔手術の術前動脈血ガス採取も包括的指示のもと実施している。そこで、特定行為研修修了者の関与によるタスクシフトの実態を調査し、医師の業務負担軽減について検証した。【目的】A病院における特定行為研修修了者の関与によるタスクシフトの実態を分析し、医師の業務負担軽減への貢献を検証する。【対象・調査方法】A病院における全身麻酔手術件数を基に、術前検査の一環として実施される動脈血採血について、「外科術後病棟領域パッケージ」修了者が実施した件数を比較・分析する。 調査期間：2023年5月～2025年2月28日の22ヶ月間 倫理的配慮：本研究では、不特定多数の患者データを使用するため、倫理的配慮を十分に行った上で実施した。 対象となるデータは、研究目的に適合する形で匿名化され、個人を特定できないよう厳重に管理した。しかし、情報を二次利用するものであり、インフォームド・コンセントの取得が困難なため、研究の目的や目的を公開し、オプトアウトの機会を提供した。 さらに、本研究はA病院の倫理審査委員会の承認を得た上で承認された。【結果・考察】2023年5月から2024年3月の整形外科の全身麻酔件数は430件で、特定行為研修修了者の実施が120件（27.9%）。2023年9月から2024年3月の外科の全身麻酔件数は152件で、特定行為研修修了者の実施が25件（16.4%）。2024年4月から2025年2月の整形外科の全身麻酔件数は616件で、特定行為研修修了者の実施が268件（43.5%）。外科の全身麻酔件数は268件で、特定行為研修修了者の実施が77件（28.7%）。外来スタッフより「医師が診察を中断しなくて良い」「医師よりも迅速に実施できる」「患者の待ち時間を短縮できる」などの意見が挙げられた。タスクシフトを行うことで医師の業務量が減り、看護師は医師へ依頼する時間が削減でき業務改善につながっていると考える。また、速やかに患者へ医行為を実施できることで待ち時間の削減にもつながり患者にもメリットがあるといえる。【結語】特定行為研修修了者が実施することで医師の業務負担軽減へ貢献できていると考察する。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第5会場(2階 小ホール)

[O14] 口演14
チーム医療③

座長:井川 洋子(総合病院 土浦協同病院)、稲村 あづさ(奈良県総合医療センター)

14:40 ~ 14:50

[O14-03] 特定行為研修修了者がもたらす実践的効果 ～看護業務の効率化と質の向上を目指して～

○永吉 善勝[1]、松山 奈津美[1] (1. 社会医療法人陽明会　小波瀬病院)

キーワード：特定行為研修、看護業務改善、看護師

【はじめに】
A病院では、2021年から「外科術後病棟管理領域パッケージ（区分別科目：動脈血液ガス分析関連：動脈ラインの確保を含む）」と「在宅・慢性期領域パッケージ」の研修を開始し、現在13名の特定行為研修終了者が活動をしている。そのうち、「外科術後病棟管理領域パッケージ（区分別科目：動脈血液ガス分析関連：動脈ラインの確保を含む）」の特定行為研修修了者は7名で医師より特定行為研修を修了した者へ一般外来における動脈血ガス採取の実施を依頼され、2023年5月より整形外科の全身麻酔手術の術前動脈血ガス採取を「外科術後病棟領域パッケージ」修了者が包括的指示のもと実施を開始。また同年9月からは外科の全身麻酔手術の術前動脈血ガス採取も包括的指示のもと実施している。特定行為研修修了者が動脈血採血を実施することで、医師は外来診療やその他の業務を中断することなく対応できるため、業務負担の軽減に寄与していると考えられる。しかし、これまで医師が担っていた業務を特定行為研修修了者が実施することについて、看護職の視点からどのように受け止められているか十分に把握できていない。そこで、特定行為研修修了者と協働する外来スタッフの意見を調査し、臨床現場における効果と課題の実態を明らかにすることを目的として検証を行った。
【目的】
特定行為研修修了者と協働する外来スタッフの意見を調査し、臨床現場における効果と課題を分析・検証することを目的とする。
【対象・調査方法】
1） 調査方法：A病院での特定行為研修修了者と協働する外来スタッフへアンケートを実施
2） 対象者：A病院救急外来・一般外来で勤務している看護師23名
3） 調査期間：2023年5月～2025年2月28日
4） 倫理的配慮：外来スタッフ個人が特定されないようにスタッフ情報を匿名化し、データを処理するパソコンは研究者以外が利用できないようにした。研究終了後は収集したデータは消去し、調査用紙はシュレッターで破棄した。なお、本研究はＡ病院の倫理委員会の承諾を得た。
【結果・考察】
アンケート回収率91.3%（21/23名）。「医師ではなく特定行為研修修了者が実施させていただくことで業務改善につながりましたか」の問いに外来スタッフ21名中19名（90.4%）が「はい」、2名（9.5%）が「いいえ」と回答。「依頼しやすい」「他の検査との調整がしやすい」「時間の短縮になる」といった意見があり特定行為研修修了者が実施することで看護業務の効率化を図ることができていると考える。一方、「特定行為研修修了者が他業務中だとすぐに対応していただけず困る」「特定行為研修修了者の出勤者が不在で困った」との意見もあった。現在、24時間体制の人員配置が困難であり業務調整により基本は平日日勤帯の対応となっている。月間の特定行為担当者を各病棟へ配布し依頼がある際は特定行為担当者のPHSへ連絡して頂くよう伝達しているが、不在の日や病棟からの依頼もあり迅速に対応できていないことや業

©一般社団法人日本救急看護学会

務依頼がスムーズに行えず効率的に業務の遂行が出来ていないことが課題と考える。ファーストの特定行為担当者へ依頼が入るため多忙時は予定通りに特定行為を実施できないこともある。そのため予定通りに業務が遂行できない場合は、セカンドの特定行為担当者へ応援依頼するなど効率化を図る必要がある。

【結語】

特定行為研修修了者が医師の業務を担うことで、看護師は患者の待ち時間の短縮などの効果を実感しており、一定の有用性が認められる。しかし一方で、特定行為研修修了者への業務依頼の方法などに関しては、依然として課題が残されている。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第5会場(2階 小ホール)

[O14] 口演14
チーム医療③

座長:井川 洋子(総合病院 土浦協同病院)、稲村 あづさ(奈良県総合医療センター)

14:50 ~ 15:00

[O14-04] くも膜下出血患者への特定行為の早期実践介入によるチーム医療連携 ―プロトコールの策定を考慮してー

○松尾 直樹[1] (1. 独立行政法人国立病院機構東広島医療センター)

キーワード：看護師に係る特定行為、チーム医療、プロトコール

Ⅰ.目的　特定行為に係る看護師の研修制度は、2019年より医療機関の現場での活用に資すると考え、救急医療で迅速な患者対応ができるように救急領域の関連項目をパッケージ化している。本研究では、救急医療と同様の迅速処置が必要であったHCU入室のくも膜下出血患者の対応事例をもとに、患者の安全性につながるチーム医療の連携への看護師による特定行為の早期実践介入について考察する。Ⅱ.倫理的配慮　倫理委員会の承認を受け、症例は個人が特定されないよう配慮した。Ⅲ.事例.60代女性A氏。突然の頭痛、左片麻痺で救急搬送され、くも膜下出血と診断された。脳神経外科医師はくも膜下出血のB氏の治療中のため、A氏は当直医師が対応した。A氏と家族に、当直医師から脳動脈瘤に対して脳外科医師がB氏の治療中で待機状態になるため再出血のリスクがあると説明された。しかし、A氏と家族の希望で当院での治療が決定し、当直医師がHCUでA氏の管理と救急外来の患者対応をする状況となった。そのため、特定行為看護師に経口用気管挿管チューブの位置調整、人工呼吸管理（鎮静薬の調整含む）、橈骨動脈ライン確保（呼吸・循環管理を含む）の実施依頼があった。Ⅳ．結果　特定行為の実施に関しては、脳神経外科医師と当直医師にくも膜下出血の再破裂の危険性を考慮した上で、安全に実施できるように医師からの直接指示を得て実施し、状態変化時は医師がすぐに電話連絡し対応できるように努めた。特定行為の実施内容 ①経口用気管チューブの位置調整：気管挿管後、胸部X線写真を確認したところ、チューブの位置調整が必要であった。そのため、RASS評価を行い、適切な鎮静を維持しながら位置調整を実施した。②侵襲的陽圧換気の設定の変更および鎮静薬の投与量の調整：人工呼吸管理の適正化のため、脳神経外科医にバッキングを防ぐ目的でRASS指示を確認し、RASS -4～-5 に維持し鎮静を調整した。鎮静・降圧薬を用いて、鎮静・血圧管理を行い、動脈血液ガスデータを用いて、FiO2、換気量の適正化のためのPSの調整を実施した。③ 橈骨動脈ラインの確保：実施前に、疼痛刺激を考慮し、鎮痛・鎮静化が図れているかを判断し、橈骨動脈ラインを確保した。脈圧モニタリングと血液ガス評価による呼吸管理が可能となった。**Ⅴ.考察**　本事例では、特定行為実施により①患者の安全性②チーム医療の連携による医療資源の有効活用があったと考えられる。①は、看護師が特定行為の実施に向け、病態アセスメントをし、直接指示の元、特定行為を実践した。A氏はB氏治療後、速やかに治療が受けられ、脳動脈瘤の再破裂を防ぐことができた。②は、特定行為看護師の早期介入により、当直医師はA氏だけでなく、救急外来患者にも迅速な医療提供を可能にした。本事例では、救急領域だけでなく、HCUでも救急医療の特定行為を一連の流れで効果的に発揮でき、検査や治療までキュア・ケアが提供できることが示唆された。日本救急医学会ではチーム医療を推進するため「明確なプロトコールを策定し、特定行為を活用できる場面を明確にする」[1)] と提言している。A病院は、くも膜下出血患者に対して、人工呼吸器管理、動脈ライン確保など標準化された治療がある。そのため、医師の直接指示の元、実施できる特定行為のプロトコールを策定し、他の特定行為看護師が実施できる仕組みを構築できる可能性がある。特定行為看護師がより効果的に機能できる環境を整備し、チーム医療の連携強化を図る。

©一般社団法人日本救急看護学会

1）日本救急医学会：救急医のための特定行為研修修了看護師の活用ガイド（救急領域），2025年2月発行.

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第5会場(2階 小ホール)

[O14] 口演14
チーム医療③

座長:井川 洋子(総合病院 土浦協同病院)、稲村 あづさ(奈良県総合医療センター)

15:00 ~ 15:10

[O14-05] 特定行為実践看護師による組織横断的活動～医師のタスクシフト・タスクシェアの推進と看護実践力の向上～

○小幡 衣子[1] (1. 地方独立行政法人　奈良県立病院機構　奈良県西和医療センター)

キーワード：看護師特定行為、タスクシフト・タスクシェア、看護実践力

【はじめに】A病院では、医師のタスクシフト・タスクシェアの推進に加え、重症患者のケアの充実・異常の早期発見と早期介入を目的に看護師の特定行為研修修了者（以下、特定行為実践看護師とする）の組織横断的活動を開始した。活動の実際を報告する。【倫理的配慮】　発表に際し、倫理審査委員会相当の機関から承認を得た。また、対象者に対し、活動内容の公表及びアンケートの自由意思による回答について承諾を得るとともに、不利益を回避するための配慮を実施した。【方法】202X年3月に特定行為実践看護師14名に対し事前説明会を行い、目的・行動指針・活動内容について情報共有した。勤務時間は平日10:00～18:45で、「あなたも私もバージョンアップ！看護が変われば患者さんが変わる」をスローガンに同年4月より活動を開始した。主な活動内容は「特定行為実践」「重症患者ラウンド」「看護実践・処置介助の指導」「勉強会」とし、主体的な院内ラウンドと重症者の異常の早期発見や現場支援に取り組めるようにした。業務日誌には、実践内容に加え翌日担当者への申し送りを記入することで、日々の実践を次の実践者に繋ぎ、看護・教育が途切れないように連携するようにした。初めての取り組みであったため、活動に係る困りごとを報告できるフォーマットを作成し課題の共有を図った。検討課題については、毎月行われる特定行為研修推進委員会と特定看護師会で協議し、警鐘事例検討、マニュアル改正、認知度向上に取り組んだ。また、組織横断的活動の評価と課題を明らかにするためのアンケート調査を前期・後期に行った。【結果】１年間の依頼件数は919件で、うち特定行為実践件数は176件、その他は743件であった。外来・病棟看護師が特定行為実践看護師に業務を依頼することはあるが、医師からの直接依頼は0件であった。特定行為以外では重症患者のケア実践および指導が多く、「人工呼吸器管理方法の指導」「呼吸ケア」が主な内容であった。上半期に実施した院内看護師対象のアンケートでは、「実践を通して学べてよかった」「状態が悪化した患者の観察やアセスメント、ケアを教えてもらえてよかった」「指導するスタッフがいないときに処置の介助と指導をしてもらえてよかった」という意見がある一方で、「朝のケアの時間に一緒にケア実践をしてほしい」という内容や、特定行為実践看護師とのコミュニケーションについて「面識のあまりないスタッフだとコールしにくい」「気を遣う」などの回答があった。アンケート結果を踏まえ、下半期より、活動時間をコール件数の多い9：00～17：45へ変更した。年度末に行ったアンケート結果は、院内周知率が98.4%から99.4%へ上昇し、「活動内容を知っている」の回答も93.3%から95.8%へ増加した。組織横断的活動に「1回以上関わったことがある」スタッフは、73.1%から80.4%へ増加したが、活動が「役に立った」と回答したものは、96.9%から92.9%へやや減少した。一番の課題であったコミュニケーションについて、「コミュニケーションが取りにくい」の回答は、17.6%から17.8%と変わらなかった。【まとめと今後の課題】重症患者の処置・ケアに関するOn-JTの強化に寄与できた。今後は、現場からコールしやすい関係性構築と院内認知度の向上および医師との連携促進を図り、重症患者ケアの充実に貢献できる活動へと推進していく。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第5会場(2階 小ホール)

[O14] 口演14
チーム医療③

座長:井川 洋子(総合病院 土浦協同病院)、稲村 あづさ(奈良県総合医療センター)

15:10 ~ 15:20

[O14-06] 高度救命救急センターにおける特定行為実践の普及と増加に向けた取り組み
～取り組みから得た成果と課題～

○多田 雄貴[1]、出口 大樹[1]、森脇 勝頼[1]、中根 啓貴[1]、伊藤 憲子[1]、小川 哲平[1] (1. 奈良県立医科大学附属病院)

キーワード：特定看護師、チーム医療、高度救命救急センター

【はじめに】当院高度救命救急センターでは、2024年度5名の特定行為研修修了者（以下、特定看護師）が在籍しており、救急外来やドクターカー・ドクターヘリ同乗、 ICUやHCUなど様々な役割兼務の中、日々患者へのタイムリーな介入に努めている。ICUでの特定行為実践が定着しつつある一方で、該当する特定行為区分が少ないHCUにおける特定行為数は増加していない状況であった。今回、当院高度救命救急センターにおける特定行為実践の普及と増加に向けた活動を模索するために、当部署の看護師に対して特定看護師のニーズ調査を実施した。その調査結果を元に、特定看護師の活動を再度周知し、多職種と協働の上で特定行為を実践した。その取り組みから得られた成果と特定行為数増加に至った要因、また今後の活動発展のための課題を報告する。
【目的】当院高度救命救急センターにおける特定行為実践の普及と増加に向けた活動を模索し、今後の課題を検討する。
【方法】2024年4月～2025年3月の間に当院高度救命救急センター内で実施された特定行為件数のデータより分析。アンケート調査は当院高度救命救急センターの看護師76名に、Microsoft Formsを用いて自記式無記名式質問調査法で実施した。
【倫理的配慮】アンケートへの回答をもって同意とみなし、得られたデータは個人が特定できないように配慮した。
【結果】当院高度救命救急センターの看護師へのアンケートを実施した結果、「救急科に特定看護師は必要だと思うか」の設問に対して、「必要だと思う」と答えた看護師の割合はICU：90.3%、HCU：68.2%と22.1%の差があった。その結果を踏まえHCUでの特定行為実践の普及活動を計画・実施した。普及活動の一環としてHCUのラウンドを開始した。対象患者については大きな規定は設けず、HCU看護師の声を聴取しながら選定し、リハビリスタッフや医師ともコミュニケーションを図っていく中で、介入が必要な患者を抽出した。抽出した患者への特定行為を実践した結果、HCUでの特定行為数は前年度の9件から45件へと増加を認めた。また、特定行為を実践する中で、呼吸器離脱が順調に進んでいない患者に継続的に関わった結果、呼吸器離脱に繋がった可能性のある症例を2例認めた。
【考察】HCU看護師が特定看護師を必要に感じている割合がICU看護師より低い要因としては、5名の特定看護師がそれぞれ救急外来、プレホスピタルなどの役割を兼務しており、HCUへ訪室する機会がICUに比べ少ないことが挙げられる。そのため今回、HCUへの特定行為実践の周知活動も兼ねたラウンドを積極的に進めていくことで、HCU看護師との協働が円滑に進み、HCUにおける特定行為数の増加に繋がったと考えられる。呼吸器離脱が順調に進んでいない患者に対しても、医師と治療のゴールを明確にし、HCU看護師、リハビリスタッフとも密に連携・協働したことで呼吸器離脱に至った可能性があると考えられる。しかし、現状としては様々な役割

©一般社団法人日本救急看護学会

を担う特定看護師が多いため、継続した介入が困難な場面が見受けられている。この課題の解決へ向けて、HCUへの継続的、また円滑な介入に向けてのフローチャートを作成していくとともに、後進を育成し特定行為を実践できるマンパワーを確保することが急務であるといえる。今回のように看護師を含む多職種と協働し計画的に特定行為を実践していくことは、後進育成・教育に良い影響をもたらす可能性があり、今後も継続していきたい。引き続き当部署における特定行為実践の在り方を検討していきたいと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第6会場(2階 204会議室)

[O15] 口演15
医療安全①

座長:木村 千穂(大阪市立総合医療センター)、高野 裕子(和歌山県立医科大学附属病院)

14:20 ~ 14:30

[O15-01]

A病院Rapid Response Team活動の実態把握と傾向分析

○園田 拓也[1]、藤崎 隆志[1]、立野 淳子[2] (1. 小倉記念病院、2. 日本赤十字九州国際看護大学)

14:30 ~ 14:40

[O15-02]

RRS活用の鍵は“経験年数”？-教育と現場のズレが引き起こす“ためらい”の正体-

○森 玲奈[1]、吉田 優作[2] (1. 川崎市立川崎病院　救命救急センター、2. 川崎市立川崎病院　ICU)

14:40 ~ 14:50

[O15-03]

Rapid Response Teamの人材育成のための症例検討会実施について

○池澤 友朗[1] (1. 社会医療法人近森会　近森病院)

14:50 ~ 15:00

[O15-04]

RRS（院内迅速対応システム）24時間体制導入から3年間でみえた課題　～院内心停止の割合の変化～

○柚木 さよ[1]、安藤 俊子[1]、髙田 恵理[1] (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院)

15:00 ~ 15:10

[O15-05]

A病院のコードブルーの課題～RRS導入を目指して～

○和田 賢二[1] (1. 大野記念病院)

15:10 ~ 15:20

[O15-06]

CCOT活動の分析からの課題

○糀谷 枝美[1]、五十嵐 佳奈[1]、正垣 淳伍[1]、金光 史恵[1]、稲波 享子[1] (1. 京都第一赤十字病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第6会場(2階 204会議室)

[O15] 口演15
医療安全①

座長:木村 千穂(大阪市立総合医療センター)、高野 裕子(和歌山県立医科大学附属病院)

14:20 ~ 14:30

[O15-01] A病院Rapid Response Team活動の実態把握と傾向分析

○園田 拓也[1]、藤崎 隆志[1]、立野 淳子[2] (1. 小倉記念病院、2. 日本赤十字九州国際看護大学)
キーワード：RRT

【目的】
　本研究の目的は、Rapid Response Team(以下RRT)が発動した症例を振り返ることで、活動の実態を把握し傾向を分析することである。
【方法】
対象者：調査期間内に、RRTが発動し対応した1076名
調査期間：2024年4月～2025年3月
データ収集方法：RRTが要請され対応した情報（診療科、発動基準、EWS内容詳細、コール内容、対応内容、転帰）について、各報告書と診療録より情報収集した。
分析方法；各項目について単純集計を行った。
【倫理的配慮】
院内調査研究審査委員会の承認を得た。
【結果】
　RRTが発動した1076件のうち、EWS7点以上で対応したものが644件(59.8%)、病棟から直接介入依頼のコールがあったものが432件(40.2%)であった。EWSのシングルパラメーターで3点以上のものは、「血圧」が189件(29.3%)で最も多く、最小値は52mmHgであった。次いで「SpO2」が97件(15.0%)で最小値は30%、「呼吸数」は90件(13.9%)で最大値は48回/分であった。コール内容の内訳は「何かおかしい」が131件(30.3%)と最も多く、「ノルアドレナリン開始」が38件(8.8%)、「心拍数100回/分以上または呼吸数25回/分以上」が21件(4.9%)であった。対応内容としては「経過観察」が461件(42.8%)と最も多く、「血液ガス含む採血」が58件(5.4%)、「NHF装着」が56件(5.2%)、「輸液管理」52件(4.8%)、「簡易エコー」50件(4.6%)、「酸素投与・増量」46件(4.3%)であった。対応の結果ユニット移動となった症例は58件(5.4%)であり、RRT起動別にみると、EWS7点以上で対応したものが5件(8.6%)、コールで対応したものが53件(91.4%)であった。移動の要因は呼吸不全によるものが37件(63.8%)、ショックバイタルによるものが26件(44.8%)であり、疾患としては敗血症、肺炎、心不全の順で多かった。対応としてはNHFやNPPV装着、ノルアドレナリンを開始するなどであった。
　診療科別にみると、RRT起動件数では循環器内科、脳神経外科、血液内科の順で多かったが、1000入院患者あたりでは呼吸器内科が179.3件と最も多く、次いで血液内科160.3件、心臓血管外科119.0件であった。また、ユニット移動した症例の1000入院患者あたりでは呼吸器内科が16.1件で最も多く、次いで血管外科15.5件、腎臓内科11.2件であった。さらに、ユニット移動した症例の1000RRT起動患者あたりでは、血管外科、腎臓内科、呼吸器内科の順で多かった。
【考察】
　RRT起動の4割が直接介入依頼によるものであり、RRT活動が院内に浸透してきていることがうかがえる。さらに対応の結果ユニット移動となった9割がコールによる症例であることから、EWSが7点にかからずとも、病棟看護師の何かおかしいという感覚やシングルパラメーターからの異常早期発見が急変を防ぐ重要な要素となっていることが考えられる。

©一般社団法人日本救急看護学会

診療科別にRRT起動やユニット移動をみてみると、呼吸器内科や腎臓内科は、肺炎による呼吸不全や敗血症性ショックによる循環不全症例が多いことが明らかとなった。当該病棟にてEWS7点以上や直接介入依頼があった際は、重症症例である可能性が高いことを念頭に対応する必要があると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第6会場(2階 204会議室)

[O15] 口演15
医療安全①

座長:木村 千穂(大阪市立総合医療センター)、高野 裕子(和歌山県立医科大学附属病院)

14:30 ~ 14:40

[O15-02] RRS活用の鍵は“経験年数”？-教育と現場のズレが引き起こす“ためらい”の正体-

○森 玲奈[1]、吉田 優作[2] (1. 川崎市立川崎病院　救命救急センター、2. 川崎市立川崎病院　ICU)
キーワード：RRS(Rapid Response System)、心理的安全性、教育

[目的]当院では、2022年の診療報酬改定に伴い、RRS(Rapid Response System)が導入され、病院全体でRRSに関する取り組みがなされている。本研究では、看護師の経験年数によって、その意識にどのような差異があるのかを分析し、今後の看護教育および医療安全の視点から現場の課題を明らかにし、今後の対策を検討することを目的とした。[方法]　当院の全看護師対象とし、救命救急センター、ICU、NICU所属の看護師は対象外とする。2024年12月に質問紙調査研究を実施した。アンケートは以下の構成とした。 基本属性(経験年数、所属など) RRSコールに対する認識・経験 コールをためらった経験とその理由(自由記述を含む)[倫理的配慮]本研究は当院の倫理委員会の承認を得て実施した。調査は無記名で行い、事前に研究の目的と自由意思による参加である旨を文書で説明し、同意を得た。[結果]　有効回答数は317名であった。RRSを「知っている」と回答した人数は272名(85.8%)にのぼった一方で、「要請をためらう」と回答した人数134名(42.3%)と高率であり、制度の認知と実際の活用には乖離があることが示された。看護師の経験年数別にみると、1～3年目の若手看護師では、「RRSより主治医の方が相談しやすい」「RRSの判断が難しい」といった知識や判断への不安が要因となっていた。これは、現場でのRRS事例への経験の少なさや、教育の機会の不足が背景にあると考えられる。一方、7年目以上の看護師では「RRSは心停止や急変時に使うもの」との認識や、「主治医が判断すべき」との意識が主な理由として挙げられ、独自の判断や医師の役割に配慮した理由が多かった。RRSの目的や範囲に関する誤解や制度的な曖昧さが要請の抑制要因となっていた。これらの結果から、若手は知識・経験の不足からくる迷いが、RRSコールをためらう主な要因であり、ベテラン層では、制度や役割分担に対する意識がためらいの背景にあることが示唆された。[考察]　1～3年目の看護師では知識や経験不足に起因する不安や遠慮が多く挙げられた。これは、教育の不足や、RRS活用の成功体験の少なさが影響していると考えられる。一方7年目以上の看護師では、制度の運用に対する誤解や独自の判断が、ためらいの要因としてみられた。これは、RRSの目的や使用基準に関する共通認識が十分に形成されていない現状を反映していると考える。若手看護師に対しては、RRSの活用場面をシミュレーションやOJT(On-the-Job Training)のような実践的に学ぶ機会の強化が求められるとともに、中堅～ベテラン看護師に対してはRRSの役割や医師との連携について再確認する継続教育の必要性があると考える。また、RRSの要請が「責められる行為ではない」ことを明確にし、現場で安心して要請できる文化の醸成と、制度の正しい理解の促進が医療安全の向上に寄与すると考える。当日は文献的考察を踏まえた考察を加えて報告する予定である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第6会場(2階 204会議室)

[O15] 口演15
医療安全①

座長:木村 千穂(大阪市立総合医療センター)、高野 裕子(和歌山県立医科大学附属病院)

14:40 ~ 14:50

[O15-03] Rapid Response Teamの人材育成のための症例検討会実施について

○池澤 友朗[1] (1. 社会医療法人近森会　近森病院)

キーワード：Rapid Response System、人材育成、症例検討会

【背景】院内迅速対応システム（以下、RRS）の中核を担う院内迅速対応チーム（以下、RRT）は、一般的にクリティカルケアに精通した専門看護師、認定看護師、診療看護師などで構成されている。しかし、地方の民間病院などリソースの限られた施設では、こうした人材の確保や育成が課題となっている。当院（A病院）では、看護師を中心にRRTを構成して活動しており、RRS起動件数は2023年度に259件、2024年度には496件と着実に増加している。導入当初は特定行為研修修了看護師（以下、特定看護師）を中心とした対応体制であったが、人員不足や勤務調整の難しさから、2025年度より集中治療病棟のリーダー看護師を中心とした体制に移行した。この移行に先立ち、RRTメンバーの育成を目的として、2024年1月より臨床推論に基づいた症例検討会を開始した。今回はその活動内容と成果について報告する。【目的】RRSの質的向上を図るとともに、RRTメンバーの判断力・対応力を強化するため、臨床推論を基盤とした症例検討会を実施する。【倫理的配慮】本発表はA病院看護部倫理審査にて承認を得ており、個人が特定されないよう十分に配慮している。【方法】対象は集中治療病棟の看護師および特定看護師とし、RRTの正式メンバーでなくても自己研鑽を目的に参加を可能とした。検討会はグループディスカッションを主体としたアクティブラーニング形式で実施し、実際のRRT対応事例を基に独自に作成したプロトコルに沿って、初期評価での緊急度判断、病態予測、必要な検査・処置の提案について参加者間で議論した。【結果】2024年1月から2025年3月までに、計8回の症例検討会を日勤後1時間程度の時間で開催した。平均参加者数は14名であり、講義形式の勉強会とは異なり、「実際の対応を想像しながら参加でき、現場での実践に生かせる」「RRT対応だけでなく、日常のアセスメント視点にも応用できる」など、好意的な意見が多数寄せられた。【考察】RRTメンバーの学習にアクティブラーニングを取り入れることで、チームワークやコミュニケーション技術、知識、プロトコルの理解など多方面にわたる向上が期待できると考える。RRSを24時間365日体制で運用していくには十分な人員の確保が不可欠であるが、個々のメンバーの出動機会は限られるため、Off the Job Trainingでの継続的な補完が必要である。また、集中治療室の看護師は長期的視点での兆候把握や急変予測には長けているが、救急医療に求められる即応性の高い評価・判断には課題がある。そのため、日常的に初期評価や緊急度判断に関する訓練を継続し、高度な観察力・判断力・臨床スキルを育成していく必要がある。さらに、症例検討会などのOff-JTに加えて、現場でのOn the Job Trainingの工夫、多職種連携型の教育機会の拡充、RRS起動側を含めた合同研修などを通じて、RRSの全体的な質向上に取り組んでいきたい。RRSの運営には、チーム内の共通認識やRRS的視点を共有する文化の醸成が重要である。【結語】症例検討会は、RRTの人材育成において有効な手段であり、特に初期評価力や病態予測力の向上に寄与した。実際の場面を想定しながら議論する学習形式は、判断力の強化やチーム内の共通認識の形成にもつながり、大きな成果といえる。一方で、現場実践と学習機会の両立、On the Job Trainingの質向上、救急的視点の強化など、今後の課題も明らかとなった。今後も多様な教育的アプローチを通じて、RRSの質向上と、より安全な急変対応体制の構築を目指して取り組んでいきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第6会場(2階 204会議室)

[O15] 口演15
医療安全①

座長:木村 千穂(大阪市立総合医療センター)、高野 裕子(和歌山県立医科大学附属病院)

14:50 ~ 15:00

[O15-04] RRS（院内迅速対応システム）24時間体制導入から3年間でみえた課題 ～院内心停止の割合の変化～

○柚木 さよ[1]、安藤 俊子[1]、髙田 恵理[1] (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院)
キーワード：Rapid Response System、院内心停止、医療安全

【目的】当院は病床数852床の高度急性期病院かつ、三次救急医療機関である。Rapid Response System(以下RRS)を2018年度より時間内導入、2022年度より24時間体制に変更し致死性の急変に至ることを未然に防ぐ体制を整えている。今回、RRS24時間体制導入後３年間で、院内ハリーコール事例を調査し、院内心停止は減少しているかについて調査することを目的とした。
【方法】３年間の院内ハリーコール事例のうち、接触時に心停止且つRRS起動など早期対応で心停止が防げた可能性がある件数を抽出した。抽出方法は、早期対応にて心停止になることが防げた可能性がある事例は、ハリーコール8時間前から呼吸や循環に異常、意識の変調など何らかの急変の前兆がみられることを条件とした。またRRS起動件数とその中でICU /HCUなど重症部門への入室した件数を抽出し、検討した。
【結果】
2022年度　ハリーコール件数70件、心停止数32件（45.7%）、早期対応にて心停止になることが防げた可能性がある数12件（37.5%）、RRS起動件数17件、RRS起動件数中ICU /HCUに入室した件数3件（17.6%）
2023年度　ハリーコール件数75件、心停止数42件（56.0%）、早期対応にて心停止になることが防げた可能性がある数19件（45.2%）、RRS 起動件数35件、RRS起動件数中ICU /HCUに入室した件数19件（54.3%）
2024年度　ハリーコール件数75件、心停止数40件（53.3%）、早期対応にて心停止になることが防げた可能性がある数16件（37.5%）、RRS 起動件数38件、RRS起動件数中ICU /HCUに入室した件数15件（39.5%）
【倫理的配慮】今回の調査には人体から採取した資料は用いず、既存資料を用いるものである。そのため患者のインフォームドコンセントは個別に取得していない。調査内容とオプトアウトは病院ホームページで公開しており、希望されない場合はいつでも撤回できるようにした。データ抽出の際、日付や事案番号など個別を特定し得る情報については除外し、匿名化した。本調査は当院倫理審査委員会の承認を受けている。
【考察】RRS24時間体制の導入後３年が経過し、RRS起動件数は増加傾向にある。その理由は、院内医療安全講習などで周知したこと、またRRSで対応する看護師が「Thank You Calling」の気持ちを伝え呼びやすい環境づくりを心がけている結果と考えられる。またICU /HCUの重症部門への入室件数も４割以上である結果からRRSは適切に運用されていると言える。しかしRRS24時間体制を導入し、順調に件数は増加しているにも関わらず、院内心停止の割合、早期対応にて心停止になることが防げた可能性がある数は減少していない結果であった。その理由として、数時間前の急変のサインに気づくことができる看護師の割合は変わっていないからと考える。看護師は患者と接する時間が最も長くバイタルサインの測定も行なっていることから急変のサインに最も気づける職種と言える。RRSという致死性の急変に至ることを未然に防ぐ体制を整えたとしても、実際に患者対応をしている看護師のアセスメント能力を向上させなければ心停止の減少につなげることはできないと考察される。今後は看護師への急変前予測の教育の拡充が求められ、それを課題とし、看護師教育に携わっていこうと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第6会場(2階 204会議室)

[O15] 口演15
医療安全①

座長:木村 千穂(大阪市立総合医療センター)、高野 裕子(和歌山県立医科大学附属病院)

15:00 ~ 15:10

[O15-05] A病院のコードブルーの課題～RRS導入を目指して～

○和田 賢二[1] (1. 大野記念病院)

キーワード：コードブルー、RRS、急変の前兆

【はじめに】
A病院の急変対応システム（以下コードブルー）は、心肺停止や類似の緊急事態発生時に全館放送で職員を招集し救命処置を行うシステムである。しかし、これまでコードブルー事例について分析することなく2023年度に1件のみで、コードブルーが発動されなかった心肺停止事例もあった。そのため、コードブルーの周知活動を行い、2024年度は17件と増加したが、一度心肺停止に陥ると予後不良となる。近年、多くの病院で院内迅速対応システム(以下RRS)が導入されている。A病院では、RRSを教育、普及を担う医師の不在、入院患者の急変を早期発見、対応するシステムの不足からRRS導入が困難である。しかし、救急看護認定看護師を中心にRRS導入を目指している。そのため、既存のコードブルー事例の分析から開始し、現状の課題が明らかとなったためここに報告する。
【目的】
RRS導入のためA病院のコードブルーの課題を明らかにする。
【方法】
2023年4月1日～2025年3月31日までのコードブルー18事例を対象とした。患者の年齢、性別、勤務帯、発生場所、急変の前兆（National early warning scoreの項目を参考）、急変の前兆からコードブルーまでの平均時間、蘇生率、生存退院率を電子カルテより後方視的に分析した。
【倫理的配慮】
本研究はA病院の研究倫理委員会の承認を得た上で実施し、研究で得られたデータは研究の目的以外には使用しないこと、個人が特定されないよう配慮した。
【結果】
急変の前兆は18件中11件（61.1%）で認められ、該当なしは7件（38.9%）であった。前兆のあった11件のバイタルサイン異常の内訳は、呼吸数3件（27.2%）、酸素飽和度5件（45.5%）、体温1件（9.1%）、血圧5件（45.5%）、心拍数2件（18.2%）、意識レベル2件（18.2%）であった（1件中複数の異常もあり）。急変の前兆からコードブルーまでの平均時間は7.6時間であった。蘇生率は12件中7件（58.3%）で生存退院率は0件（0%）であった。
【考察】
池上らは重篤な有害事象や院内の予期せぬ死亡は突然発症するのではなく、60～70%の症例で心肺停止の6～8時間前には急変の前兆（呼吸、循環、意識の異常・悪化）が認められると述べている。A病院でも急変の前兆からコードブルーまでの7.6時間前に61.1%の割合で前兆が見られ、先行研究の範囲内であることが明らかとなった。Scheinらは心停止した患者の7割は8時間以内に呼吸器症状の増悪所見を呈していると述べている。しかし、A病院の呼吸数の異常は3件（27.2%）と低く、呼吸数の観察が不十分である可能性が示唆された。これらの結果から、呼吸数を中心とした急変の前兆に対する教育の必要性が考えられた。日本院内救急検討委員会では、院内心停止患者の蘇生率は49%、生存退院率は15%と報告されている。A病院の蘇生率は58.3%でやや高いが、生存退院率は0%であった。一度心肺停止に陥ると予後不良となるため、

©一般社団法人日本救急看護学会

院内心停止を減らすことが重要である。児玉らはcode　blueはすでに心停止・呼吸停止のような重篤な病態に陥った後に起動されるcode（対応）であり、医療安全のシステムとしては後手に回っていると述べている。したがって、急変の前兆を適時に認識して速やかに対応し、院内心停止を減らすため、RRS導入が必要と考える。

【結論】

A病院のコードブルーの課題は、急変の前兆に向けた教育とRRS導入に向けた取り組みである。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 第6会場(2階 204会議室)

[O15] 口演15
医療安全①

座長:木村 千穂(大阪市立総合医療センター)、高野 裕子(和歌山県立医科大学附属病院)

15:10 ~ 15:20

[O15-06] CCOT活動の分析からの課題

○糀谷 枝美[1]、五十嵐 佳奈[1]、正垣 淳伍[1]、金光 史恵[1]、稲波 享子[1] (1. 京都第一赤十字病院)
キーワード：CCOT、NEWSスコア、データー分析と聞き取り調査

はじめに：当院は2019年度にRRSを導入し、コードブルー件数が減少、RRS要請件数が増加し急変予測に対する意識が高まっている。一方で、2024年度、一般病棟からの院内ICUへの予定外入室率18%と他施設との比較ではやや多く、院内ICU退室後の再入院率（7日間以内）は1.1%と増加している。また、院内のICU後方病棟設立に伴い、一般病棟スタッフの重症患者への苦手意識の増加やアセスメント能力の低下が懸念された。病棟の状態悪化の早期対応と病棟スタッフの不安軽減、アセスメント力向上に向けて活動を開始した。活動の分析から今後の課題が示唆されたため報告する。
目的：CCOT活動の分析から今後の課題を明確にする。
期間：2024年4月～2025年3月
方法：CCOT対象、開始・終了基準、方法について作成した。NEWSスコア一覧システムの考案・導入を行い、院内ＩＣＵ退室前カンファレンス参加・基準に抵触した患者ラウンドを実施した。上記内容を基に、データー分析と一般病棟師長からのCCOT活動に関する聞き取り調査、課題の検討を行った。
倫理的配慮：研究に際し、当院の研究倫理審査の承認を得て実施した。
結果：CCOT活動の症例数はのべ246症例/年であった。活動対象は「NEWSスコアによる高リスク患者」「相談患者」「院内ICU退室の高・中リスク患者」「RRS起動後の患者」であった。活動内容は「呼吸に関するアセスメント・ケア」が最も多く、次いで「循環や敗血症に関するアセスメント・ケア」「院内ICU退室時やその後のアセスメント・ケア」であった。2024年度のRRS症例は前年度より減少しコードブルー件数は増加した。コードブルー症例の内、CCOTの介入症例は９％であった。事後検証の結果RRS要請の必要があった症例は15%であった。ICUへの再入室率は昨年度と変化なく、予定外入室率は２％減少した。相談内容は「呼吸ケアについて」や「気になる患者をみてほしい」等が多かった。また、一般病棟師長CCOT活動の有用性や期待する事などの聞き取り調査を行った。有用と感じた内容に「高リスク患者への意識の変化」「ケアの承認による自信の向上」「相談しやすい環境」などのワードが挙がった。反対に期待する事には「時間を決めて、スタッフへの直接指導をしてほしい」が多かった。
考察：CCOT活動で相談しやすい環境が整い、一般病棟スタッフの重症患者対応の不安軽減に繋がった。また、RRT要請件数が減少した事は、CCOT活動において、NEWSスコアによる高リスク患者の認知や観察の重要性の指導を行った事がRRT要請の回避に繋がったのではないかと考える。しかし、一方でコードブルー症例の中でRRT要請が必要な症例もあった。この事は、CCOT活動が、臨床判断能力向上に向けたスタッフの教育的支援の場となるまでに至らなかった事も要因の一つと考える。急変を予測するために必要な「臨床判断能力」は現場での思考発話による指導が大きな意味を持つとされている。聞き取り調査でもCCOT活動のニーズに「教育的支援」があった。今後はCCOT活動が思考発話を用いた臨床判断の指導場所として確立できるようなシステムの構築が必要であると考える。
結語：1.CCOT活動にて相談しやすい環境ができ、一般病棟の重症患者対応の不安軽減に繋がっ

©一般社団法人日本救急看護学会

た。２.ラウンド時の「高リスク患者」の認知や観察の重要性の指導がRRT要請回避に関与した可能性がある。3.CCOT活動を臨床判断の指導場所として確立できるようなシステムの構築が今後の課題である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O16] 口演16
業務改善

座長:吉野 暁子(埼玉医科大学国際医療センター)、高橋 安里(大阪府済生会吹田病院 看護部)

15:30 ~ 15:40

[O16-01]

救急患者応需率向上に向けたA病院の現状と課題

○石田 恵充佳[1]、中川 成昭[1]、酒井 達也[1]、山田 知世[1]、木下 舞[1] (1. 東京科学大学病院救命救急センター)

15:40 ~ 15:50

[O16-02]

超急性期看護における看護記録テンプレート導入の試み

○池田 景子[1]、森 重憲[1] (1. 橋本市民病院)

15:50 ~ 16:00

[O16-03]

認定看護師による地域病院の業務改善への支援の取り組み

○武藤 博子[1]、宮崎 博之[1]、五十嵐 佑也[1] (1. 公立大学法人福島県立医科大学附属病院)

16:00 ~ 16:10

[O16-04]

外傷患者を対象とした入院処置の見える化とコスト意識向上の取り組み

○高橋 みなみ[1]、関谷 裕美[1] (1. 日本大学医学部附属板橋病院)

16:10 ~ 16:20

[O16-05]

公的医療保険をもたない外国人患者の入院受け入れに関する対応の現状と課題

○山田 知世[1]、石田 恵充佳[1]、木下 舞[1] (1. 東京科学大学病院救命救急センター)

16:20 ~ 16:30

[O16-06]

培養採取手技に関する現状調査と教育～発熱プロトコールの導入にむけて～

○大道 陽子[1]、林田 明美[1] (1. 社会福祉法人　恩賜財団　済生会熊本病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O16] 口演16
業務改善

座長:吉野 暁子(埼玉医科大学国際医療センター)、高橋 安里(大阪府済生会吹田病院 看護部)

15:30 ~ 15:40

[O16-01] 救急患者応需率向上に向けたA病院の現状と課題

○石田 恵充佳[1]、中川 成昭[1]、酒井 達也[1]、山田 知世[1]、木下 舞[1] (1. 東京科学大学病院救命救急センター)

キーワード：救急患者応需率向上、診療体制とベッド運用

【目的】東京都では、二次医療圏ごとに効率的な救急医療体制を構築するために、「東京ルール」に基づく救急患者の受け入れ調整が行われている。A病院も指定病院として地域医療に貢献すべく、「救急患者を断らない」体制づくりを目指しているが、現場では病床逼迫や業務の過密化により、受け入れが困難な状況がある。地域の救急医療体制を支えるためにも応需率の向上が求められている。そこで、救急外来看護師（以下：看護師）を対象にフォーカスグループインタビュー（以下：FGI）を実施し、受け入れ困難の要因と課題を抽出することを目的として本調査を実施した。【方法】 1)対象:A病院の救急部門に所属し、調査に同意した看護師 2)調査方法 ① 同意取得方法:救急部門看護師閲覧ノートに調査概要を記載した書類を提示した。参加意思を示した看護師に対し、FGI前に書面と口頭で調査概要を説明し同意を得た。②データ収集方法:「救急患者応需件数増加に向けた現状と課題の抽出」をテーマに、対象者が2名以上参加できる日にFGIをおこない意見を収集した。3)分析方法: インタビュー内容を逐語録にまとめ、内容の類似性に基づき質的記述的に分析し、カテゴリーを抽出した。【倫理的配慮】本調査は、対象者の自由意思に基づくこと、調査への不参加があっても不利益を被らないことを説明し同意を得た。データは匿名化し個人が特定されないよう処理し厳重に管理した。FGIの内容は匿名化し記録するため、終了後のデータの除外はできないことも説明した。本報告は生命・医学系指針の適用範囲外の研究に該当し、看護部の必要な手続きを経た。【結果】同意の得られた看護師22名を対象にFGIを行い、救急患者応需が困難となる要因として3つのカテゴリーが抽出された。①人的要因：救急医1名と研修医2名体制で、患者数が増加すると対応が困難となる。看護師も3名で対応しながら電話相談や手術・検査介助を担い、業務過多となっていた。また、帰宅可能でも独歩困難や独居の患者は、安全上の理由から初療室での長時間待機を要し、新規救急患者の受け入れに支障をきたしていた。②環境要因：緊急手術や血管造影、重症患者への同時対応で診察室の使用が長引き、人手・スペースともに逼迫する状況が生じていた。病棟の満床や転院先未決定により救急外来のベッド占有が長引き、スペース確保が困難となっていた。③制度的要因：救急医がすべての搬送患者の初期対応を担い、かかりつけ患者も例外ではない。初期対応後は適切な診療科への振り分けが機能しているが、対応が救急医に集中しており、現場の負担増につながっていた。また、手術室の満床や病棟側の受け入れ準備の遅れなどが入院を遅らせ、救急外来のベッド占有を長引かせていた。【考察】FGIから明らかとなったのは、救急患者の受け入れ困難の背景に、上記の3つが複合的に関与しており、相互に十分機能していない現状であった。具体的には、医師・看護師の人員不足、診察室や病床の物理的制約、入院や手術に関する運用上の調整の不備が課題として挙げられた。地域医療における病院の役割を果たすためにも、患者の病状に応じた診療体制の再構築、入院病床の安定的な確保、入院に関する明確なルール整備は喫緊の課題である。これらの課題に対しては、まず救急部門において、人的リソースの調整や多職種との連携の工夫など、現場レベルでの対応を進めることが求められる。その上で、救急部門に業務が集中しないような人員配置の見直しや、ベッド運用の最適化といった組織

©一般社団法人日本救急看護学会

的な改革を実現するには、病院幹部の理解と支援が不可欠であり、幹部層への戦略的な働きかけが重要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O16] 口演16
業務改善

座長:吉野 暁子(埼玉医科大学国際医療センター)、高橋 安里(大阪府済生会吹田病院 看護部)

15:40 ~ 15:50

[O16-02] 超急性期看護における看護記録テンプレート導入の試み

○池田 景子[1]、森 重憲[1] (1. 橋本市民病院)

キーワード：救急外来、看護記録

【目的】超急性期患者は,全身状態が急速に変化しやすく,迅速な対応が求められる。この段階での患者観察,診断,介入は的確な対応だけでなく,効率的な記録や患者情報もその後の治療や看護の立案・実践へと繋がっていくと考える。超急性期における看護記録は,医療チームが一貫したケアを提供するための重要なツールであるが,当院ではテンプレートがなく,看護記録は看護師の経験値で記載内容や記録時間に大きく差が出ていた。そこで,救急外来での看護記録テンプレートの導入を目指し,看護記録テンプレートを作成した。ここではその看護記録テンプレート作成の実践プロセスを報告する。 【方法】救急外来看護記録テンプレートは,救急外来看護師および救急医師,循環器・脳血管内科医師のヒアリングと先行研究を用いて,「来院時心肺停止（以下:CPAOA）」「心疾患」「脳血管疾患」のテンプレートを作成した。作成した看護記録テンプレートの妥当性を検討するために,試験的に救急外来での看護記録テンプレートの導入を行った。評価は，A病院の31名の救急外来担当看護師を対象とし,対象を従来の看護記録使用群と看護記録テンプレート使用群に1:1で割り付け,従来通りの記録に要した時間と試験的に導入した看護記録テンプレートを用いた場合に要した時間を比較し,看護記録に要する時間の短縮につながるかどうかを記述統計で比較検討した。調査期間は2024年1月から2024年5月とし,調査期間で救急外来に搬送された「CPAOA」「心疾患」「脳血管疾患」の患者を担当した対象看護師は，あらかじめ割り付けられた記録方法で,看護記録を記載した。記録時間は,救急外来搬入時間から救急外来での最終記録登録までの時間を電子カルテから記録時間として算出し,それぞれ従来の看護記録使用群と看護記録テンプレート使用群の記録時間の平均値を用いた。 【倫理的配慮】 本研究は,研究者所属機関の倫理委員会の承諾を得た。利益相反はない。 【結果】 対象看護師は,看護記録テンプレート使用群16名であり,救急外来経験年数の中央値は4年であった。従来の看護記録使用群は15名であり,救急外来経験年数の中央値は5年であった。調査期間の搬送状況は,CPAOAが18件,心疾患が22件,脳血管疾患が34件であった。記述統計の結果,看護記録テンプレート使用群の平均記録時間は,従来の看護記録使用群の平均記録時間に比べ,CPAOAの記録時間は2分,心疾患１分,脳血管疾患1.25分の記録平均時間の短縮傾向が見られたものの,大きな記録時間の短縮は見られなかった。 【考察】当院の救急外来において,いわゆる重症と位置付けられるCPAOA,心疾患、脳血管疾患患者の救急外来看護記録の短縮を目指して,看護記録テンプレートを試験的に導入にしたが,従来の看護記録と比べ,記録時間の大きな変化は見られなかった。看護記録テンプレートを導入した看護記録時間に短縮傾向の見られたCPAOA記録については,CPAOAは経時的に処置が進むため,記録テンプレートがあった方がタイムリーな記録がしやすいことが短縮傾向に繋がった可能性が考えられる。看護記録テンプレートに沿って記録を行うことは,経験の少ない看護師でも必要な処置や観察項目が明確化され,迅速な処置や観察につながり,結果的に看護の質の標準化や将来的な記録時間短縮の可能性もある。今後,看護記録テンプレートのブラッシュアップを行うとともに,今回対象者数が少なく実施できなかった統計学的評価を行い,看護記録時間の短縮化や救急外来看護の質向上を目指していく。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O16] 口演16
業務改善

座長:吉野 暁子(埼玉医科大学国際医療センター)、高橋 安里(大阪府済生会吹田病院 看護部)

15:50 ~ 16:00

[O16-03] 認定看護師による地域病院の業務改善への支援の取り組み

○武藤 博子[1]、宮崎 博之[1]、五十嵐 佑也[1] (1. 公立大学法人福島県立医科大学附属病院)

キーワード：コンサルテーション、業務改善、地域連携

【はじめに】認定看護師は実践・指導・相談の役割が求められ、所属施設のみならず、地域や他施設などさまざまな場での活躍が期待されている。

今回、同じ医療圏の二次救急医療機関からのコンサルテーションを受け、救急外来における業務改善への支援を行う機会を得た。コンサルテーションでの取り組みの経過および成果や課題について検討した。

【倫理的配慮】　個人名が特定されないよう配慮し、A病院看護部の倫理審査の承認を受けた。

【方法】

二次救急医療機関であるA病院看護部長から地域での二次救急搬送患者受け入れを改善することなどを目的とするコンサルテーションを受諾した。

Ⅰ.2024年7月A病院クリティカルケア、救急看護認定看護師計3名(うち看護管理者1名、以下認定看護師)で実際B病院を訪問し、ヒアリングおよび課題抽出に関するアドバイスを行った。B病院救急外来内で課題解決に向けた研修計画を立案、A病院看護部内で検討し、業務改善に向け研修受け入れや学習支援を行うことを決定した。

Ⅱ.9月B病院から認定看護師の所属するA病院に研修を行った。1回の研修につき、B病院救急外来看護師2～3名ずつを1クールとし、1クール2日間とし、約1か月にわたり計11名の研修者を受け入れた。研修終了時にはアンケートで評価を行った。

Ⅲ．研修後の業務改善についてヒアリングし状況把握を行った。

【結果】

Ⅰ.認定看護師による病院訪問とヒアリングにより、①救急患者受け入れ、②トリアージ、③看護記録、④救急外来から入院までの業務の見直しが課題であることがわかった。これらの課題への取り組みを行うため、A病院救急外来で研修が行えるよう資料作成及び周知を行った。実習は主にシャドウイングで行った。

Ⅱ.研修の評価　研修終了時にB病院研修者に対し無記名でアンケート調査を実施した。救急患者の受け入れ、トリアージ、看護記録、入院までの流れの業務について各項目理解できた～理解できなかったの5段階で評価を受けた。全員から回答が得られ、理解できた・ほぼ理解できた、との回答が100%だった。実習を受け入れたA救急外来看護師にとっては、他施設の理解や地域連携を考える機会となった。

Ⅲ.研修後、機会あるごとにＢ病院看護部長を通じて、研修終了後の状況についてヒアリングを行った。Ｂ病院内でＪＴＡＳの導入などトリアージの見直し、救急外来の業務改善が進められていることを把握した。

【考察】

認定看護師が他施設の業務改善を行うことは、限られた時間内での支援であり、課題の把握が困難と思われる。しかし、複数の認定看護師が参画し多角的な視点で検討することができたことにより、課題抽出や焦点化に寄与したと考えられた。今回の取り組みからは、認定看護師が病院間のつなぎ役としての役割も期待されると考えられた。顔の見える関係構築を通じて、地域の

©一般社団法人日本救急看護学会

救急医療の質の向上につながる可能性があると考えられた。また、このような取り組みには双方の病院の看護部長はじめ所属スタッフの理解と協力が不可欠であると考えられた。

【結語】

認定看護師の活躍の場として、他施設から業務改善についてのコンサルテーションとその支援の機会を得た。研修受け入れや学習の支援など行い、業務改善の成果が得られた。また施設間の看護部長をはじめとした管理者の理解が必要であると考えられた。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O16] 口演16
業務改善

座長:吉野 暁子(埼玉医科大学国際医療センター)、高橋 安里(大阪府済生会吹田病院 看護部)

16:00 ~ 16:10

[O16-04] 外傷患者を対象とした入院処置の見える化とコスト意識向上の取り組み

○高橋 みなみ[1]、関谷 裕美[1] (1. 日本大学医学部附属板橋病院)

キーワード：診療報酬、見える化、業務改善

1.はじめにA病棟ではさまざまな疾患を持った患者が搬送されてくるため、多くの医療機器や医療処置(以降入院処置)を用いて治療が行われている。A病棟では入院処置一覧表などがなく、スタッフが確認をとれるツールがない。そのため入院処置一覧表を作成しスタッフが統一した入院処置請求を行うことで、入院処置の見える化とコスト意識向上に取り組むこととした。2.目的A病棟における入院処置の一覧表を作成･活用することで、入院処置の見える化とスタッフ間での請求の統一を図り、コスト意識の向上に資することを目的とした。3.方法1)A病棟で使用する全種類の入院処置一覧表を作成した。2)医師に外傷患者のセット化した入院処置を入力してもらうよう依頼した。3)医師のみの入院処置の入力権限を全看護師に拡大をした。4)A病棟全スタッフに口頭伝達した。5)入院処置一覧表を導入した前後の外傷患者において、創傷処置･創傷処理･頸部固定帯固定の実施件数のデータ比較を行った。4.倫理的配慮　本研究は、病院庶務課において承認を得て実施した。入院処置一覧表の作成と使用目的、並びに統一請求の実施について、対象とする担当者に対し、事前に本研究の趣旨、目的を説明し実施の承諾を得た。5.結果　1)入院処置一覧表を作成したことにより項目名･診療報酬点数･具体的な条件が可視化された。　2)入院時の外傷患者に対するコスト漏れが減少した。　3)看護師が追加処置を随時入力できるようになった。4)外傷搬送件数の内、創傷処置･創傷処理･頸部固定帯固定の実施件数　　介入前8月9件中1件(11%)9月13件中2件(15%)介入後10月14件中7件(50%)11月22件中11件(50%)6.考察入院処置一覧表を作成したことにより項目名･診療報酬点数･具体的な条件が可視化したことで、迷ったときに手に取る参考書ができたことはスタッフのコストに対する意識を高める一助となる。また、正しい入力名を知ることで、簡便に入力ができるようになったことはコスト請求作業の時間短縮につながった。同じ請求項目でも条件によっては、入力方法に違いがあることが改めて分かった。そのため、正しく入力できることになり、実施件数の増加に繋がった。外傷患者に至ってはセット内容の追加をしたことで処置の取り漏れが減少した。救命救急センターの特徴として、処置が都度追加されることが多い。従来、入院処置の入力は医師の専権業務であったが、看護師への入力権限の付与により、処置情報をリアルタイムで入力できる体制が整った。この変更は、業務の効率化およびタスクシフトの促進に繋がる。今回の業務改善により、外傷搬送件数の内、創傷処置･創傷処理･頸部固定帯固定の実施件数が増加したことはコスト意識向上に繋がったと言える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O16] 口演16
業務改善

座長:吉野 暁子(埼玉医科大学国際医療センター)、高橋 安里(大阪府済生会吹田病院 看護部)

16:10 ~ 16:20

[O16-05] 公的医療保険をもたない外国人患者の入院受け入れに関する対応の現状と課題

○山田 知世[1]、石田 恵充佳[1]、木下 舞[1] (1. 東京科学大学病院救命救急センター)

キーワード：外国人患者、無保険、入院受け入れ

【目的】A病院では公的医療保険をもたない外国人患者（以下、当該患者）に対し、自由診療として診療報酬の3倍額を請求している。高額な医療費が発生する可能性があるため、救急搬送時には支払い能力の確認体制を整えている。2024年の当該患者の救急外来受診者は264名で、COVID-19流行前の1.7倍に増加し、21名（8%）が入院した。命を最優先に搬送を依頼する一方、医療費説明や言語的障壁により混乱や不安を抱えたまま診療を受ける例も少なくない。看護師は命を守る専門職としての責任と、医療費負担に関する現実的な制約との間で葛藤を抱えている。本調査は、当該患者の受け入れに関する看護師の実践と課題を明らかにし、安心して医療を受けられる体制整備への示唆を得ることを目的とした。 【方法】対象は当該患者の初期対応から入退院に関わるA病院救急部門の看護師75名。調査はWebアンケート形式で実施し、全17項目で構成された。設問は、文献（増井, 2019）において推奨されている対応項目および、実際の対応経験から看護師が必要と感じた支援内容をもとに作成した。主な設問内容は、担当経験、診療費制度の認識、医師・国際診療部との連携、患者との費用共有、早期退院支援の有無などである。自由記述では、今後必要と考える教育や支援についても意見を求めた。量的データは単純集計し、自由記述は類似性に基づきカテゴリー化した。 【倫理的配慮】調査は無記名で実施し、対象者の自由意思に基づき同意を得た。本報告は生命・医学系指針の適用範囲外の研究に該当し、看護部の必要な手続きを経た。 【結果】回収率は97%（73名）。リーダー看護師経験者は41名（56%）、診療費制度の認識者は69名（94%）、当該患者の担当経験者は64名（87%）であった。国際診療部の介入を確認した者は60名（93%）、医師と費用調整した者は33名（51%）、患者・家族と医療費を共有した者は34名（53%）、早期退院を働きかけた者は40名（62%）であった。自由記述からは、①医師・看護師・事務の役割が曖昧で属人的、②費用体系への理解不足、③教育機会の欠如、④言語の壁と通訳体制の限界、⑤入院前の治療方針・費用・宗教的背景を含めた多角的確認の必要性が挙げられた。対応フローチャートやマニュアル作成を求める声も複数あり、体制整備への強い要望が示された。 【考察】診療費制度の認知率は高いが、費用説明の担当・タイミング、治療調整や退院支援の基準が不明確であり、対応が属人的になっている。その結果、実践のばらつきが患者の不安や看護師の負担増加を招いている。今後作成する対応フローチャートでは、①費用説明の担当と方法、②治療調整の判断主体と時期、③退院支援開始の基準、④通訳手配の手順などを明示し、対応の標準化を図る必要がある。可視化と手順化により一貫性が保たれ、看護師・患者双方にとって負担の少ない支援が期待される。また医療ゴール設定に関する記述は少なかったが、今後は患者・家族の希望や経済的・宗教的背景を踏まえた合意形成が重要であり、その支援体制の整備は、異国での安心な医療提供につながると考えられる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O16] 口演16
業務改善

座長:吉野 暁子(埼玉医科大学国際医療センター)、高橋 安里(大阪府済生会吹田病院 看護部)

16:20 ~ 16:30

[O16-06] 培養採取手技に関する現状調査と教育～発熱プロトコールの導入にむけて～

○大道 陽子[1]、林田 明美[1] (1. 社会福祉法人　恩賜財団　済生会熊本病院)

キーワード：発熱プロトコール、タスクシフト/シェア、早期介入、培養採取手技の質向上

【目的】
　A病院では発熱患者への早期介入を目的に、タスクシフト/シェアとして医師と合意の上で作成したプロトコールに沿って培養等の検査を実施する「発熱プロトコール」を一部の病棟及び診療科で導入している。B病棟でも「発熱プロトコール」を導入することとなったが、導入にあたり、培養採取の経験数や採取手技が異なるなどの課題があった。そのためB病棟看護師の培養手技の現状把握と、教育を行う必要があると考え取り組んだ。
【方法】
1．対象および期間
　１)B病棟看護師を経験年数別に、a群（2、3年目）、b群（4、5年目）、c群（6年目以上）に10名ずつ割り当てた。
　2)発熱プロトコールについては、2024年11月～2025年3月31日までに使用した患者とした。
２．教育内容
　１）看護師に対し、細菌検査について遵守率が低かった項目を中心に講義
　２）培養マニュアルのe-ラーニング視聴とテスト
3.データの収集および分析方法
　1）培養採取手技に関する調査：A病院の看護基準手順から、血液培養22問、痰培養28問、尿培養22問の監査項目を作成し、シミュレーターを用いて対象看護師の手技検査をした。監査は、教育前の2024年9月～10月、後の2025年3月～4月の2回実施し、それぞれの遵守率を監査項目、経験年数別で比較した。
　2)発熱プロトコール対象患者：患者情報は、性別、年齢、診療科、検査項目、培養結果、診断名についてカルテから情報収集し、単純集計を行った。
【倫理的配慮】
　A病院の看護部研究倫理審査会の承認（番号2506）を得た。看護師には、監査および教育に対する協力の意思を確認した上で実施した。データ集計にあたっては個人が特定されないように匿名化した。
【結果】
　培養採取手技監査の遵守率が共通して最も高かった項目は、「検体を速やかに提出」であった。遵守率が最も低かった項目は、「事前にトレイを消毒する」で、血液培養では「アルコール綿での一次消毒」、「アルコール含有クロルヘキシジンで二次消毒」、痰培養では「喀痰が採取できなかった場合の対処法」、「排痰方法の説明」、尿培養では「中間尿の採尿方法」、「陰部の消毒方法」であった。培養採取手技の教育前後での遵守率の結果は血液培養77%から92%、痰培養80%から97%、尿培養77%から98%へそれぞれ上昇した。また、教育前の経験年齢別３群間の遵守率はa群72%、b群73%、c群83%であった。　発熱プロトコールの使用患者は38名で、平均年齢は78.9（±9.5）歳であった。診療科別では脳神経外科29名で全体の76%を占

©一般社団法人日本救急看護学会

めた。実施された検査項目は、血液培養33件、痰培養28件、尿培養29件であった。そのうち、尿路感染症の診断に至った症例が6例、血液培養のコンタミネーションが1件は治療には至らなかった。

【考察】

培養採取手技の遵守率が低い項目を重点的に教育したことは、全体の遵守率向上に繋がったが100%には至らなかった。その要因としては、培養採取手技一連の手順が習慣化されていないことが考えられる。発熱プロトコールを使用することで医師による検査指示の偏りがないため、以前よりも血液培養などの経験数が増えている。尿路感染症診断の実績からも、発熱プロトコールは発熱患者の早期介入に重要な役割を果たしていると考える。そのため、看護師の継続的な教育により培養採取手技の質向上と維持が重要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O17] 口演17
家族看護①

座長:奥田 晃子(総合上飯田第一病院 救急外来)、船水 良太(札幌医科大学附属病院 HCU病棟)

15:30 ~ 15:40

[O17-01]

自殺企図により蘇生後脳症となった患者家族への看護
～多職種と連携した介入により看取ることができた一例～

○杉浦 夏樹[1]、内田 里実[1] (1. 公益財団法人　筑波メディカルセンター　筑波メディカルセンター病院)

15:40 ~ 15:50

[O17-02]

救急外来に心肺停止で搬送された患者家族への看護

○中島 弓里帆[1]、城尾 恵子[2] (1. 社会医療法人 三栄会 ツカザキ病院、2. 法人本部)

15:50 ~ 16:00

[O17-03]

薬物過剰摂取による心肺停止蘇生後の未成年患者の家族支援

○博多 千晴[1]、田邉 三千代[1] (1. 社会福祉法人　京都社会事業財団　京都桂病院)

16:00 ~ 16:10

[O17-04]

救急初療室で実施する終末期患者家族への手形を用いた看護実践の意味づけ

○佐藤 奈津[1]、坂田 洋子[1]、松田 かのん[1]、大久保 昂大[1]、富士田 恭子[2]、土井 佑夏 (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院、2. 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター)

16:10 ~ 16:20

[O17-05]

救急・集中治療領域での遺族ケアにおける看護師の役割に関する検討

○佐藤 遥[1]、石ヶ森 重之[2] (1. 日本医科大学多摩永山病院　救命救急センター、2. 日本医科大学多摩永山病院　救急外来)

16:20 ~ 16:30

[O17-06]

突然の心肺停止で入院となった小児の看取りまでの家族看護の振り返り

○宮本 由美子[1]、上田 美奈子[1]、永野 やよい[1]、古庄 のぞみ、川邉 佳子[1]、梅木 道[1] (1. 久留米大学病院 高度救命救急センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O17] 口演17
家族看護①

座長:奥田 晃子(総合上飯田第一病院 救急外来)、船水 良太(札幌医科大学附属病院 HCU病棟)

15:30 ~ 15:40

[O17-01] 自殺企図により蘇生後脳症となった患者家族への看護 ～多職種と連携した介入により看取ることができた一例～

○杉浦 夏樹[1]、内田 里実[1] (1. 公益財団法人　筑波メディカルセンター　筑波メディカルセンター病院)
キーワード：家族看護、看取り、多職種連携

【はじめに】　救命救急センター病棟であるA病棟では全ての診療科を対象に多様な患者に対応している。患者が危機的状況である際は、家族も心理的影響を受けることから家族への支援が重要である。今回自殺企図により蘇生後脳症となった患者を受け持ち、心理的ストレスの高い状態にある母親を対象に、多職種と連携し密に関わった。その結果、母は感情が交錯する中、変化する患者の状態を徐々に受け入れ、看取ることができたため報告する。【目的】多職種と連携しながら母親へのケアをチームで共有したことにより患者の状態変化に沿って家族の感情に変化が見られた関わりについて考察する【方法】看護記録を含む電子カルテ内の記録をもとにした後方視的研究倫理的配慮は、患者が特定されないよう配慮し、院内の規定に従い情報を取り扱った【患者背景】患者:B氏20歳代　女性　既往:うつ病　両親は離婚しており本人は独居家族とは2年会っていない現病歴:自殺企図による蘇生後脳症にて看取り方針【看護の実際】2年間離れていたB氏に何かしてあげたいという母の思いを伺い、母親の希望する対応を行った。母はベッドサイドモニタのアラーム音に恐怖を感じると話されており、面会時には表示をしない調整を行った。また、母親と信頼関係を築くために、受け持ち時以外にも必ず顔を見せ、B氏の様子を伝えた。母より「他に治療がないか」「変わらないことは理解している」という病状の認識に変化があるような言動が度々聞かれることや、何かできたのではないかと自責の念も聞かれた。そのため母の思いを理解するために入院時から介入しているメディエーターとも情報共有を行った。徐々に看護師に対し母親は思いを打ち明けることも多くなり、仕事を再開する様子も見られた。また、B氏の相談にのれず自責の念を抱える母へ臨床心理士から精神科疾患患者特有の症状を説明されたことで「腑に落ちた」という言動が聞かれた。面会毎にB氏の状態に応じ多職種で母と関わる時間を設けることで次第に「覚悟はできている」という言動が聞かれるようになり、B氏を看取る経過を迎えることができた。看取り後には母を中心にネイルやメイクを行い、最期のために購入した衣類に着替えさせるなど積極的にケアに参加することができた。【考察】西村（2012）は、家族の緊張感を解き、気持ちが表出できるような雰囲気づくりが大切であり、短い関わりの中で積極的に関係をつくるケアは、看取りへの家族の思いを汲み取るために必要なケアであると述べている。面会時のモニタ設定の調整や母親の希望に沿ったケアを取り入れたことは母親の緊張を軽減し、患者と関わりやすい環境の提供ができたのではないかと考える。また、顔を見せて会話をすることの積み重ねが、母親に安心感を与え、思いを打ち明ける関係性の構築に繋がったと考える。さらに、家族がいない間のB氏の情報や、状態の変化などを医師、看護師、メディエーターで説明を統一したことで多職種を交えて情報提供を続けた関わりとなったと考える。これらの環境調整や母親との関係性の構築、多職種と連携し情報提供したことが母親の感情を整理する手助けとなり、看取りの経過をたどる一助になったと考える。【結語】母親の希望に沿ったケアや、短い時間でも会話することを積み重ねたことが緊張感を緩和させ、思いを表出しやすい環境の構築に繋がった。また、多角的な視点で母親の思い

©一般社団法人日本救急看護学会

を理解し、多職種と連携し情報提供をしたことが母親の感情整理とB氏の最後を受容する手助けになったと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O17] 口演17
家族看護①

座長:奥田 晃子(総合上飯田第一病院 救急外来)、船水 良太(札幌医科大学附属病院 HCU病棟)

15:40 ~ 15:50

[O17-02] 救急外来に心肺停止で搬送された患者家族への看護

○中島 弓里帆[1]、城尾 恵子[2] (1. 社会医療法人 三栄会 ツカザキ病院、2. 法人本部)

キーワード：救急外来、家族看護、CNS-FACE

Ⅰ．はじめに

心肺機能停止（以下:CPA）で救急搬送された患者家族は、突然の出来事に対し危機的状態に陥る。しかし、患者の救命が最優先されるため、患者家族に対する関わりが不十分になりやすい。今回、CPAで救急搬送された患者家族との関わりについて振り返り、支援に繋げたいと考えた。

Ⅱ．目的

救急外来で危機的状況に陥った患者家族の看護を振り返る。

Ⅲ．方法

1．対象者：心筋梗塞のためCPAで救急搬送された70代女性の夫（A氏）で、救急車に同乗していた。妻は心拍再開したが検査中に亡くなった。

2．研究期間：2024年2月～2025年2月

3．方法：A氏の言動について観察し、Informed consent（以下：IC）時、経皮的冠動脈形成術（以下：PCI）後、急変時、死後の処置前の4回CNS-FACE II を使用し、ニードとコーピングを分析した。

4．倫理的配慮：B病院院内倫理審査の承認を得た。

Ⅳ．結果

1．IC時

A氏はしゃがみ込み涙を流しており、自身で病院を探したため救急要請まで時間を要したと話していた。私は主に、タッチングを行いながらA氏の思いを傾聴し共感した。「情緒的サポート」「保証」「情報」の順に高く、「問題志向的コーピング」が高かった。

2．PCI後

治療が終了しA氏は医療者へ感謝を述べ、私は病棟に入院するまでに面会時間を設けた。この時のA氏は、「保証」「接近」「情報」が高く、「情動的コーピング」が高かった。

3．急変時

しかし、再度心破裂となり、死亡確認となった。私は、悲嘆ケアのためにも家族が面会できる場を設けた。「保証」「情緒的サポート」「社会的サポート」が高く、「接近」が低くなった。また、「情動的コーピング」が高かった。

4．死後の処置前

私は、妻へのケアについてＡ氏に説明し、そばに寄り添い傾聴した。A氏から妻の普段着を着せて帰りたいと要望があり、希望に応じた。この時のA氏は「保証」「接近」の次に「社会的サポート」「情緒的サポート」が高く、「情動的コーピング」が高かった。

Ⅴ．考察

1．IC時・PCI後

急な出来事と自責の念が強く「情緒的サポート」「保証」「情報」のニードが高く、自身を責め続け更に危機的状況に陥る可能性があった。A氏の思いを傾聴し共感したことは効果的で

©一般社団法人日本救急看護学会

あったと考える。PCI後、治療が終了し安堵感はあるが、今後について不安は残っていると考える。

2．急変時・死後の処置前

妻が急変したことで、「情緒的サポート」「保証」「情報」に加え、「社会的サポート」が高く、治療に対する保証が曖昧になったことで誰かにサポートしてほしいというA氏の願いに感じた。山勢らは危機的状況にある家族は「接近」「情報」「保証」が高く、「情動的コーピング」から「問題志向的コーピング」に移行すると報告している。急変時に「接近」が低くなったのは、A氏自身十分な対処機制も困難なため、逸脱した反応を示したと考える。

A氏は通常のニードに加え「社会的サポート」も上位であり、この部分に個別性があると感じた。また、A氏が救急車に同乗していたことや、救急要請に時間を要したことなどから「問題志向的コーピング」が高くなったと予測される。しかし、急変したことで更に危機的状況に陥り「情動的コーピング」が高くなった可能性がある。

Ⅵ．結論

救急搬送後の治療後に急変した患者家族のA氏は、急変時に「接近」が低く、「社会的サポート」が高くなった。急変後の危機的状況にある患者家族A氏に対して、思いをそのまま受け入れ傾聴、共感することが大切である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O17] 口演17
家族看護①

座長:奥田 晃子(総合上飯田第一病院 救急外来)、船水 良太(札幌医科大学附属病院 HCU病棟)

15:50 ~ 16:00

[O17-03] 薬物過剰摂取による心肺停止蘇生後の未成年患者の家族支援

○博多 千晴[1]、田邉 三千代[1] (1. 社会福祉法人　京都社会事業財団　京都桂病院)
キーワード：家族支援、悲嘆反応、未成年患者

＜目的＞
集中治療において、最善の治療や処置を行っても救命の見込みがない状況に至ることがある。今回、薬物過剰摂取による心肺停止蘇生後の未成年患者の両親の悲嘆反応に対し、実施した家族支援は適切であったか振り返る。
＜方法＞
実践報告
＜倫理的配慮＞
当該病院の倫理臨床研究審査委員会の承認を得た。
＜結果＞
【事例紹介】
１0代女性。うつ状態のため毎回父親が付き添い精神科に通院していた。父親に「死にたい」とメール後、薬物過剰摂取による心肺停止の状態で父親に発見され救急要請をし、心肺蘇生後にICU入室となった。
【介入の実際】
入院時、医師の病状説明に両親は取り乱す様子はなかった。両親は揃って連日面会に訪れた。父親は患者に付き添い、手を握りながら声を掛け、看護師へは後悔の念を吐露することもあった。反対に母親は病室のドアの外から患者を見るにとどまり、傍に行ってはどうかと声を掛けても「いいです」と無表情で返答された。しかし、廊下では笑顔を見せ、看護師は母親の反応に戸惑うことが多かった。両親の反応の違いが大きかったため、父親へは患者の状況説明や父親の体調面など積極的にコミュニケーションを図り、母親へは見守る姿勢を取りながら疑問や感情の表出があれば、その都度介入を行った。入院時からメディエーターへ情報提供や、両親には臨床心理士介入の提案を行った。家族との関係構築のため、できるだけ同じ看護師が担当し、家族との関わり方について多職種を交え、毎日カンファレンスを実施した。その結果、入院５日目には徐々に母親の表情は和らぎ、ベッドサイドまで来て看護師が結った髪型に笑顔を見せ、患者の嗜好品や趣味など穏やかに看護師に話すまでになった。入院６日目に母親から看護師へ父親には内緒でと手紙を渡され、手紙には「早く楽になってほしい」とあった。母親が自己の思いを初めて表出してきたが、夫婦間でコミュニケーションが取れていないことが伺えた。入院７日目に脳死とされうる状態と家族に伝えられ、両親は涙を流され、父親は回復への望みを捨てきれない発言があった。その際に父親から愛犬に会わせたいと希望があった。家族の希望に添いたいとの思いで病院と相談し許可を得ることができた。両親は許可が出たことを笑顔で喜ばれ、準備を整え数日後に面会を実施した。面会中、父親は患者の頭をなでながら声を掛け、母親は一緒に来院した妹と笑顔を見せていたが、途中から俯き涙を流された。その後、両親からの希望で臨床心理士との面談を設定し、両親同意のもと治療方針が決定したあとHCUに退室となった。
＜考察＞

©一般社団法人日本救急看護学会

自殺企図からの心肺停止蘇生後も生命の危機的状況が続くという突然の変化に家族は精神的動揺や混乱は大きく、不安定な心理状況に対して家族支援が求められる。個々で悲嘆反応は様々であることを念頭に置き、医療者は思い込みをせず丁寧にアセスメントを行い、真摯に対応することで、徐々に信頼関係の構築ができた。多職種との情報共有や連携により家族の希望であるペット面会の早期実現に繋がった。ペット面会は、家族が患者のために何かしてあげられたとの満足感や、家族で悲しみを共有し、悲嘆を表出できる場になったと考える。今回、看護実践を振り返ると、救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイドの５つの概念に当てはまることが多数あった。今後の家族支援において５つの概念を使用しながら、看護の向上に努めたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O17] 口演17
家族看護①

座長:奥田 晃子(総合上飯田第一病院 救急外来)、船水 良太(札幌医科大学附属病院 HCU病棟)

16:00 ~ 16:10

[O17-04] 救急初療室で実施する終末期患者家族への手形を用いた看護実践の意味づけ

○佐藤 奈津[1]、坂田 洋子[1]、松田 かのん[1]、大久保 昂大[1]、富士田 恭子[2]、土井 佑夏 (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院、2. 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター)

キーワード：終末期看護、グリーフケア、家族看護

【はじめに】救命救急センターでは、あらゆる治療を施しても救命が困難となり予期せぬ形で最期を迎える患者が少なくない。そこで当院の救急初療室では、グリーフケアの一環として終末期を迎えた患者家族に手形を提案して家族と共に手形を残す看護を実践している。一般的に手形は、子どもの成長発達を残す目的で、幼児教育施設などで実施されている。看護分野では、小児や周産期で子どもが亡くなった時にグリーフケアの一例として紹介されているが、いずれも手形がもたらす効果を看護の視点で明確にした報告は見当たらない。救急初療室で死を迎える患者とその家族の手形を残す看護実践の意味を明らかにすることは、悲嘆ケアの一つとして終末期看護の一助となると考えた。【目的】救急初療室で終末期患者家族に実施する手形を用いた看護実践の意味を明らかにする。【方法】本研究は、質的研究デザインとする。手形を用いた看護を実践した救急初療室の看護師に対し、半構造化インタビューをグループインタビューとして実施した。【倫理的配慮】個人が識別できないよう配慮し、プライバシー保護に努めた。本施設の倫理委員会において審査承認を得て実施した。【結果】手形を実践したケースの対象患者は、小児から老年期まで様々な発達段階であった。2つのカテゴリーと7つのサブカテゴリーに構成された。以下カテゴリーを【】、サブカテゴリーを〈〉で示す。【家族と過ごした時間、生きていた証を形に残す】〈家族が過ごしてきた時間や成長を形で残す〉、〈今ある家族の姿を目に見える形に残す〉、〈本人の生きた証を残す〉の3つのサブカテゴリー、【悲しみの中でいつも通りの家族らしさを取り戻し、一歩を踏み出す】〈患児と幼い兄弟の距離が縮む〉、〈家族の会話が生まれ、思い出を共有するきっかけとなる〉、〈家族が同じ方向を向き一体感が生まれる〉、〈家族でやり遂げる様を見守り、その家族らしさを引き出す〉、〈死の受容の段階を進めることに繋がる〉、〈強い悲嘆から家族が作り出す穏やかな時間と温かい空気感へ変化する〉の6つのサブカテゴリーが生成された。【考察】救急看護師は、救命が困難であると判断した段階から、家族へグリーフケアを模索している。医療者主体ではなく家族主体で実践するように意図的に関わることで、本来の家族間の会話を促進させその家族らしさを引き出すことができたと考える。このことが、困難な現実に向き合う家族の一歩を支えていた。手形はあくまでも方法論のひとつに過ぎない。しかし、手形の実践を通して、穏やかな表情に変化していく家族との関わりを通して、看護としての意味を見出していると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O17] 口演17
家族看護①

座長:奥田 晃子(総合上飯田第一病院 救急外来)、船水 良太(札幌医科大学附属病院 HCU病棟)

16:10 ~ 16:20

[O17-05] 救急・集中治療領域での遺族ケアにおける看護師の役割に関する検討

○佐藤 遥[1]、石ヶ森 重之[2] (1. 日本医科大学多摩永山病院　救命救急センター、2. 日本医科大学多摩永山病院　救急外来)

キーワード：遺族ケア、グリーフケア

【目的】

大切な人を喪う経験は、遺された人に強い衝撃やストレスを与える出来事であり、特に救急・集中治療領域での死別は、その死の特性から複雑性悲嘆やPTSDを引き起こす要因となることが知られおり、遺族がこれらに陥ることなく新たな日常を築くためには、退院後も継続した看護介入が必要であると考えられる。

しかし、国内でこの領域の遺族ケアを体系的に実践している医療機関は限られ、提供方法や介入内容が十分に明らかにされていないのが現状である。

本研究では、A病院救命救急センターが実施している遺族ケアを評価し、ケア方法の明確化を目的とする。併せて、看護師が遺族ケアを行う必要性についても検討する。

【方法】

①2024年7月1日～2024年12月31日にA病院救命救急センターを死亡退院した患者の家族に行った遺族ケアに対する反応を整理し、ケア内容と提供方法ついて検討した。

②看護師が行った遺族との面談内容から、看護師が遺族ケアを行う必要性について検討した。個人情報と相談内容は個人が特定されないよう配慮し、必要に応じて表現を調整した。

【結果】

期間中に死亡退院となった患者は170名であり、そのうち身元不明、家族不明・疎遠の症例を除いた147名に対し、死亡退院時には遺族ケアを目的としたパンフレットが配布され、退院3ヶ月後にはお見舞いの手紙が郵送された。

パンフレットに対する反応はなかったが、お見舞いの手紙には11名から返信があり、内容は「お礼や感謝を伝えたい」「病院での処置や到着時の状況をもう一度教えてほしい」「故人や自身の話を聞いてほしい」「不安や混乱を抱えながらも頑張っていることを伝えたい」など多岐にわたっていた。

また11名のうち4名は、搬送時の状況や入院中の処置・治療について再確認したいという理由から看護師との面談を希望し、面談の際はそれらの質問の他、患者のことや家族の近況について話していた。

お見舞いの手紙の配布時期については、「最初の1、2ヶ月は無我夢中で記憶がない。今ようやく悲しみや悔しさがこみ上げ、連絡しようと思った」と話す遺族もいた。また、「病院に相談していいとは思っていなかったので、連絡をもらえてありがたかった」という声もあった。

【考察】

死亡退院時に配布されるパンフレットよりも退院3ヶ月後に郵送されたお見舞いの手紙への反応が多かった背景には、死別後3ヶ月程度は葬祭や手続きに追われ、悲嘆やストレスを実感する余裕がないほど多忙であることが示唆された。そのため、手続きが一段落し、悲嘆が顕在化する時期に手紙が届くことで、相談に移りやすくなったと考えられる。

先行研究によれば、死別後2～4ヶ月に悲嘆反応が高まり、6ヶ月でピークを迎えるとされてい

©一般社団法人日本救急看護学会

る。退院3ヶ月後は悲嘆が強まる時期で、誰かに話を聞いてほしいという欲求が高まるタイミングと一致していたと推察される。

看護師が遺族ケアを担う必要性については、相談内容に患者に施された処置やケア、病状説明の再確認などが含まれていたことから、救急・集中治療領域の看護師の方が、臨床心理士や精神科医よりも説明を行いやすく、遺族の疑問に応じやすいと考えられる。そのため、看護師による対応は遺族のニーズに即した有効なケアになり得ると考えられる。

救急・集中治療領域での遺族ケアは、手法や必要なスキルが未確立で、ケアの有効性も明確ではない。今後は、看護師が遺族ケアを実践するための教育プログラムや評価ツールの整備などの、実践的かつ発展的な研究の推進が必要である。

【倫理的配慮】

学校法人日本医科大学中央倫理委員会の承認を得た(M-2025-306)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O17] 口演17
家族看護①

座長:奥田 晃子(総合上飯田第一病院 救急外来)、船水 良太(札幌医科大学附属病院 HCU病棟)

16:20 ~ 16:30

[O17-06] 突然の心肺停止で入院となった小児の看取りまでの家族看護の振り返り

○宮本 由美子[1]、上田 美奈子[1]、永野 やよい[1]、古庄 のぞみ、川邉 佳子[1]、梅木 道[1] (1. 久留米大学病院 高度救命救急センター)

キーワード：小児、心肺停止、ECPR、終末期、家族看護

目的今回心肺停止により救急搬送され、短期間で集中治療期から終末期に移行した小児及びその家族への希少な看護実践を経験した。そこで、本症例について日本小児看護学会「子どものエンド　オブ　ライフケア指針」および先行文献から小児終末期看護と家族看護実践内容を再考し、今後の小児終末期の家族看護のありかたについて示唆を得ることを目的とした。**方法：事例紹介　対象者**：A氏学齢児童（以後A氏）及びその家族（両親・兄・祖父母）７名経過：急性肺塞栓症による心肺停止で救急搬送されたA氏に対して体外循環式心肺蘇生法を行った。家族は入院から治療における様々な段階で意思決定を迫られ、救命が困難であることを受け入れ、第3病日に看取りとなった。**分析方法**：入院カルテ、看護記録からA氏および家族への看護実践と看護師の関わりを抽出する。抽出された家族の思いや行動について１つの意味ごとに区切り元ラベルを作成する。ラベル同士の意味の全体感が類似しているラベルをグループ化し、グループ編成を数段階繰り返し行い最終ラベルを作成する。最終ラベルの構造化をはかり全体像をまとめる。**倫理的配慮**症例発表の実施に関わる者は症例対象者のプライバシー及び個人情報保護に十分配慮する。症例を公表する場合も個人を特定できる情報は使用しない。同意を得られた家族に症例発表の趣旨を説明し公表への同意は自由意志であること、不同意であっても不利益はないことを説明し、その旨を診療録へ記載し当施設の倫理審査の承認を得た。**結果**A氏およびその家族との関わりについて抽出した内容は、質的統合法にて3つのカテゴリーと6つのサブカテゴリーに分けた。ECMOを装着した集中治療期は、A氏の回復を願う家族の姿があり【集中治療期のA氏とその家族を支える援助】〈A氏の治療の管理〉〈家族の思いを多職種間で把握する〉が抽出された。生命維持装置など侵襲的治療中に「A氏のそばにいたい」と家族が願う時期は【A氏と家族のつながりを支える援助】〈家族の意思決定を支援する〉〈家族が一緒に過ごせる環境を整える〉が抽出された。A氏の救命が困難と判断され看取りの覚悟を決めた時期は【終末期のA氏とその家族を支える援助】〈A氏の代弁者として家族の希望を支援する〉〈親として行うA氏の看取りの希望を支援する〉が抽出された。**考察**突然の心肺停止で入院となった小児の看取りまでの家族看護を質的統合法にて振り返った。その結果【A氏と家族のつながりを支える援助】のラベルが多く抽出された。この時期は、集中治療期から終末期への移行期であり、家族は回復への期待と現実との葛藤があったと考える。また看護師は初めて体験する症例であり、不安や緊張を感じたり家族とのコミュニケーションに戸惑い、立場は違うが家族と同じように葛藤していたと考える。そのためカンファレンスで多職種と情報を共有し、家族に寄り添いA氏の人生やA氏と家族の関わりを傾聴した。家族の思いを具現化するため、Ａ氏の最善をともに考え家族が一緒に過ごす空間と時間を整えた。これらの援助は、Ａ氏の生命に対する尊重と家族への敬意であり、看護師と家族の信頼関係を構築する基盤となったと考える。小児集中治療における終末期の意思決定支援に関して「子どものエンド　オブ　ライフケア指針」では、医療者は「子どもの最善とは何か」、家族が子どもと育んできた歴史をもとに子どもの意思や意見を考え、話し合いを重ね意思決定できるように支援することが明記されている。この症例から小児

©一般社団法人日本救急看護学会

終末期の家族看護は、集中治療期から終末期への移行期の援助が家族の望む終末期への受容と意思決定に重要であると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第6会場(2階 204会議室)

[O18] 口演18
看護管理

座長:西谷内 由美(西日本旅客鉄道株式会社 大阪鉄道病院)、雀地 洋平(KKR札幌医療センター 集中治療センター・救急外来)

15:30 ~ 15:40

[O18-01]

救命救急センター外来に従事する新人看護師のストレスとその要因

○小室 勇人[1]、大塚 翔太[1]、吉野 暁子[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

15:40 ~ 15:50

[O18-02]

救命救急センター看護師における心理的安全性の実態調査

○北村 舞[1]、村山 万由[1]、渕本 雅昭[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　救命救急センター)

15:50 ~ 16:00

[O18-03]

クリティカルケア領域における認定看護師の活動を推進する体制整備と実践的効果に関する検討

○松岡 遼平[1]、星 英輝[1]、橋本 雄大[1] (1. 地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター)

16:00 ~ 16:10

[O18-04]

救急看護師長1年目の軌跡と認定看護師としての挑戦

○野村 典子[1] (1. 京都中部総合医療センター)

16:10 ~ 16:20

[O18-05]

臓器提供における地域施設支援体制構築の一考察
-院内体制強化と継続的なシミュレーション効果の有用性-

○仲本 雪美[1] (1. 地方独立行政法人　那覇市立病院)

16:20 ~ 16:30

[O18-06]

勘と経験からの脱却～時間別患者データに基づく救急外来の勤務配置見直しと効果検証～

○藤崎 隆志[1] (1. 小倉記念病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第6会場(2階 204会議室)

[O18] 口演18
看護管理

座長:西谷内 由美(西日本旅客鉄道株式会社 大阪鉄道病院)、雀地 洋平(KKR札幌医療センター 集中治療センター・救急外来)

15:30 ~ 15:40

[O18-01] 救命救急センター外来に従事する新人看護師のストレスとその要因

○小室 勇人[1]、大塚 翔太[1]、吉野 暁子[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)
キーワード：新人看護師、ストレス、救命救急センター外来

はじめに
　当院救命救急センター外来は初期から三次救急の疾患からがんなどの慢性疾患を取り扱い患者層は多岐に渡る。業務内容は初期診療からカテーテル検査や治療と幅広く、看護師には様々なストレスが伴うと考えられる。本研究において救命救急センター外来に従事する新人看護師のストレスとその要因を明らかにすることで、今後の新人看護師教育の示唆を得ることを目的にアンケート調査を実施した。

倫理的配慮
　当院臨床研究IRBの承認を受け実施。

方法
　厚生労働省職業性ストレス簡易調査票を参考に独自に作成した調査項目でそれぞれをカテゴリー化した。ストレスに関しては「常にある」、「時々ある」、「どちらともいえない」、「ほとんどない」、「全くない」の5段階評価を行い割合を求めた。

結果
　他職種との関わりでは【医師】との関わりにおいて最もストレスを感じており「時々ある」が60%と多く、【救命救急科】との関わりにおけるストレスが80%と多かった。【医師以外】との関わりでは「ほとんどない」、「全くない」がそれぞれ多かった。業務上のストレスでは【注意を集中する必要がある】【覚える知識や技術が多い】【身体をよく使う】において「常にある」が最も多く、【期待以上を求められる】【医療事故への負担を感じる】では「時々ある」が多かった。また、【放射線被曝への負担】【作業環境が良くない】では「ほとんどない」が最も多かった。人間関係上のストレスでは【患者及び家族との関わり】【職場内では相談しにくい】においては「ほとんどない」が60%と最も多く【上司との関わり】【職場の雰囲気は良好ではない】においては「時々ある」がそれぞれ40%と最も多かった。

考察
　医師とのストレスが高かったことは診療の補助及び療養上の世話に関連し多くのコミュニケーションを必要とし、特に救命救急科に関連した患者は生命の危機に瀕している場合がある。新人看護師にとって診療に関連する疾患も多く、知識や技術において習得すべき課題が多いことによる負担や業務上の精神的な緊張状態が関係していると考えられる。業務に関するストレスでは入職後から学生時代には経験のない業務内容に晒され、常に動き回る業務であることが要因となり上記の3項目のストレスが高くなったと考えられる。放射線被曝への負担ではミネスバッジの導入により自身への放射線被曝量が可視化できていることがストレスの低下につ

©一般社団法人日本救急看護学会

ながったと考えられる。人間関係において職場の雰囲気は良好ではないという項目が「時々ある」と多かったことは、患者の容体が急変しやすく同時に複数人生じる環境とスタッフの緊張が高まった状態での業務状況などの人的及び環境要因が関係していると考える。上司との関わりのストレスが高いことは、期待以上を求められストレスに感じるという結果と関連している可能性も考えられる。上司にはマネジメント層だけでなく、業務上の指導やサポートを担う先輩看護師も含まれており部署全体としてコミュニケーションの方法やフィードバックの仕方を共有し、新人看護師が負担に感じない程度に成長を促すような関わりが必要であると考える。

おわりに

　ストレスの要因として患者や家族との関わりではなく医師など医療従事者との関わりや部署内での人間関係によるものが多いことが分かった。精神的な負担だけでなく身体的な疲労度の確認も必要であり、今後の新人看護師教育において定期的な面談の実施やエルダーナースの配置など病院内での人間関係に関連したサポートや個人の成長段階に合わせた教育が必要だと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第6会場(2階 204会議室)

[O18] 口演18
看護管理

座長:西谷内 由美(西日本旅客鉄道株式会社 大阪鉄道病院)、雀地 洋平(KKR札幌医療センター 集中治療センター・救急外来)

15:40 ~ 15:50

[O18-02] 救命救急センター看護師における心理的安全性の実態調査

○北村 舞[1]、村山 万由[1]、渕本 雅昭[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　救命救急センター)

キーワード：心理的安全性、職場環境

【目的】近年、看護職が生涯にわたって安心して働ける環境の整備が国内外で喫緊の課題となっている。日本看護協会は、政府の「働き方改革」を背景に、看護職が安心して働き続けられる仕組みの構築を目指しており、A病院看護部も「働き続けられる職場環境の構築」を掲げ、具体的な取り組みの一環として心理的安全性の確保に取り組んでいる。心理的安全性とは、組織内で個々が自由に意見を表明できる状態を指し、チーム全体のパフォーマンス向上にも寄与すると考えられている。しかしながら、国内において救命救急センターに従事する看護師の心理的安全性に関する文献は少なく、実態把握や課題抽出に向けた研究は限られている。さらに、救命救急センターでは業務負荷が高く、心理的安全性と業務内容との関連にも注目が集まっている。こうした背景から、本研究では、救命救急センターに従事する看護師の属性別に心理的安全性の実態調査を行い、就業し続けられる職場環境づくりの課題を見出すことを目的とする。【方法】2024年10月～11月、A病院救命救急センターに勤務する看護師70名を対象にWebアンケートを実施した。使用尺度はO'Donovanら（2020）による「職場の心理的安全性尺度 日本語版」で、19項目を3セクション（チームリーダー、同僚、チーム全体）に分類し、各項目を7段階で評価した。併せて臨床経験年数、救命救急センター配属年数、リーダー経験の有無、就業継続意思の有無を収集し、属性別に平均スコアを比較した。【倫理的配慮】本発表はA病院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。調査はGoogleフォーム[??]を用いて無記名で行い、個人が特定されないよう配慮した。また、参加は任意であり、回答しないことによって不利益を被ることはない旨を明記した。【結果・考察】回答者は50名（回答率71%）。全体の心理的安全性平均スコアは5.21で、セクション別では同僚に関するセクション2が最も高く平均5.40であった。臨床経験4～6年目（5.68）、配属4～6年目（5.28）が特に高く、中堅層の安定した対人関係や役割への理解、自己効力感の高さが心理的安全性に寄与していると考えられた。また、1～3年目の若手看護師も全体平均を上回っており、先輩からの支援や相談のしやすさが職場への適応を促していると推察される。一方で、10年目以降の看護師は全体的にスコアが低く、特に「上司が自分を支持してくれると感じる」などチームリーダーに関する項目の低下が目立った。これは、リーダー業務や責任が増すことで相談機会が減少し、心理的に孤立しやすい状況が影響している可能性がある。また、リーダー経験者では意見表明に前向きであったが、チーム全体に対する相談や支援を得にくい傾向も見られた。全体として、A病院救命救急センターでは心理的安全性は比較的良好であり、とくに中堅層では職務経験の積み重ねがポジティブに作用し、高い心理的安全性が維持されている。一方で、ベテラン層においては支援の希薄化や承認機会の減少が影響し、心理的安全性が相対的に低いことが示唆された。今後は、すべての看護師が安心して意見を表明できる職場を維持するために、キャリアに応じた支援と信頼関係の再構築が求められる。

©一般社団法人日本救急看護学会

表1 V Donovanら（2020）職場の心理的安全性尺度日本語版と属性別平均値

質問項目	質問内容	全体の平均値	①臨床経験年数					②配属年数					③リーダー経験（管理職経験）			
			1-3年目	4-6年目	7-9年目	10年目以上		1-3年目	4-6年目	7-9年目	10年目以上		あり	なし	あり	なし
1	私は、仕事での自分の役割についての疑問やはっきりしないことがあった場合、チームのリーダー（または上司）に聞くことができる	6.90	6.00	6.16	6.17	6.45		6.39	6.31	6.33	4.39		6.32	6.00	6.16	6.32
2	私は、仕事上の問題について自分の意見をチームのリーダー（または上司）に伝えることができる	6.60	6.20	6.00	6.67	6.42		6.21	6.46	6.22	6.44		6.11	6.25	6.68	6.13
3	私は、個人的な問題や反対意見をチームのリーダー（または上司）に伝えることができる	4.66	4.40	4.33	4.67	4.76		4.68	4.64	6.33	4.33		4.32	4.46	6.00	3.94
4	私は、新しいプロジェクトや手順の変更について、チームのリーダー（または上司）に提案したりアイディアを伝えたりすることができる	4.64	3.30	6.00	4.67	6.10		4.16	4.11	6.22	4.39		4.39	4.32	4.11	4.60
5	私は、このチームで失敗をしてしまった人がいても、チームのリーダー（または上司）に安心して伝えることができる	4.32	4.40	6.26	6.00	4.90		4.68	6.16	6.44	4.22		4.39	4.13	4.91	4.63
6	私は、問題が起きたことをしているのを見た場合、チームのリーダー（または上司）に安心してそのことを伝えることができる	4.94	4.47	6.32	4.33	6.14		4.63	6.03	6.67	4.67		6.07	4.11	4.91	4.33
7	私が自分の意見を言うと、チームのリーダー（または上司）はその意見を尊重して聞いてくれる	6.12	6.40	6.63	4.33	4.31		6.37	6.31	6.22	4.22		4.36	6.46	6.12	6.13
8	チームのリーダー（または上司）は、私が新しい仕事を引き受けたり、経験のない仕事のやり方を学んだりすることを奨励し、サポートしてくれる	6.20	6.67	6.00	6.33	4.62		6.63	6.64	6.11	4.11		4.96	6.60	6.32	4.94
9	私が自分の所属する組織（部署など）で問題を抱えた場合、チームのリーダー（または上司）が私の味方になってくれると信じている	4.86	6.33	6.32	6.17	4.24		6.32	6.23	4.39	3.33		4.46	6.36	6.13	4.19
	セクション3の各計点数の平均値	6.07	4.96	6.63	6.11	4.94		6.02	6.26	6.49	4.46		6.32	6.09	6.23	4.74
10	私は、仕事での自分の役割についての疑問やはっきりしないことがあった場合、同僚に聞くことができる	6.20	6.33	6.63	6.60	6.26		6.26	6.23	6.66	6.67		6.13	6.23	6.32	6.94
11	私は、仕事上の問題について自分の意見を同僚に伝えることができる	6.16	6.00	6.26	6.00	6.62		6.39	6.64	6.11	6.44		6.64	6.91	6.00	6.26
12	私は、個人的な問題を同僚に伝えることができる	4.13	6.33	6.60	4.33	4.24		4.39	4.69	4.13	4.67		4.64	4.96	6.00	4.31
13	私は、新しいプロジェクトや手順の変更について、同僚に提案したりアイディアを伝えたりすることができる	6.24	6.00	6.32	4.33	6.43		6.16	6.00	6.66	6.44		6.29	6.13	6.29	6.13
14	私は、このチームで失敗をしてしまったとしても、同僚に安心して伝えることができる	6.34	6.47	6.00	4.33	6.14		6.32	6.33	6.67	6.00		6.32	6.36	6.66	4.69
15	私は、問題が起きたことをしているのを見た場合、同僚に安心してそのことを伝えることができる	6.24	6.20	6.00	4.67	6.14		6.21	6.64	6.67	4.44		6.13	6.32	6.44	4.31
16	私が自分の意見を言うと、同僚はその意見を尊重して聞いてくれる	6.30	6.40	6.33	4.33	6.14		6.42	6.31	6.66	4.13		6.21	6.41	6.66	4.16
	セクション3の各計点数の平均値	6.40	6.63	6.93	4.36	6.26		6.46	6.33	6.69	6.06		6.36	6.43	6.61	4.93
17	このチームのメンバーには、助けて欲しいと頼みやすい	6.23	6.60	6.33	6.33	6.00		6.63	6.03	6.66	4.13		6.14	6.46	6.41	6.00
18	チーム内の仕事上の問題について、お互いに尊重を受け合える	6.20	6.20	6.63	6.00	6.10		6.26	6.31	6.44	4.67		6.26	6.14	6.36	4.33
19	チーム全体で尊重を共有するための取り組みがされている	6.02	6.47	6.13	4.33	4.71		6.47	4.36	6.00	4.33		4.16	6.36	6.09	4.33
	セクション3の合計点数の平均値	6.10	6.42	6.37	6.06	4.93		6.42	6.07	6.33	4.69		6.04	6.31	6.23	4.92
	19項目の合計点数の平均値	6.21	6.26	6.63	6.03	6.04		6.26	6.23	6.64	4.10		6.16	6.27	6.33	4.36

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第6会場(2階 204会議室)

[O18] 口演18
看護管理

座長:西谷内 由美(西日本旅客鉄道株式会社 大阪鉄道病院)、雀地 洋平(KKR札幌医療センター 集中治療センター・救急外来)

15:50 ~ 16:00

[O18-03] クリティカルケア領域における認定看護師の活動を推進する体制整備と実践的効果に関する検討

○松岡 遼平[1]、星 英輝[1]、橋本 雄大[1] (1. 地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター)

キーワード：クリティカルケア認定看護師、院内急変対応、体制整備

【背景/目的】
医療の高度化・複雑化に伴い、クリティカルケア領域における認定看護師に求められる役割は拡大している。従来は救急や集中ケア領域が主な対象であったが、現在では一般病棟も含めた施設全体において、重症化予防や急変時対応など、専門的知識と技術に基づく支援への期待が高まっている。このようなニーズに対応するため、当院では2020年度よりクリティカルケア領域の認定看護師による活動体制の整備を段階的に進めてきた。主な取り組みは、①院内急変対応に関する教育体制の整備、②一般病棟におけるコンサルテーション体制の明確化、③認定看護師との連絡経路の一本化、④担当病棟制の導入による継続的支援体制の構築、⑤看護部救急関連部会を通じた情報共有と周知活動の5点である。本論文では、これらの体制整備を通じて、院内におけるクリティカルケアの実践内容やその変化について考察し、今後のクリティカルケア領域における認定看護師による活動の質的向上と持続可能な体制構築に向けた知見を得ることを目的とする。
【倫理的配慮】
対象者の個人が特定されないよう十分に配慮し、匿名化されたデータを用いて実施した。
【方法】
調査期間：2020年4月～2024年3月
調査内容：急変事例のデブリーフィング件数、呼吸数測定率、RRS要請件数、予期せぬ心停止件数、前兆のあった心停止割合について単純集計し、各年度で比較を行った。
【結果】
結果について以下に示す（表１）
1．急変事例のデブリーフィング件数
2023年度には19件（実施率73.1%）、2024年度には46件（実施率100%）と、実施件数および実施率ともに向上がみられた。
2．呼吸数測定率
2020年度には33.9%と低率であったが、その後は年々上昇し、高い測定率を維持していた。
3．RRS要請件数
2020年度の0.58から2021年度1.29、2022年度1.80、2023年度6.56と増加し、2024年度には3.3とやや減少したものの、全体としては要請件数が増加した。
4．予期せぬ心停止件数
2020年度の0.73から2021年度0.7、2022年度0.72、2023年度0.44、2024年度0.６と、減少傾向であった。
5．前兆のあった心停止割合

©一般社団法人日本救急看護学会

心停止事例のうち、前兆を呈していた割合は、2020年度～2023年度までは20%台で推移していたが、2024年度15%と減少していた。

【考察】

活動体制の整備により、急変事例に対するデブリーフィング件数が増加し、呼吸数の測定率は高水準で推移した。呼吸は急変の初期兆候を捉えるうえで最も重要な観察項目であり、呼吸数の測定が定着したことで、患者の異常に早期に気づく機会が増加し、RRS起動件数の増加につながったと考える。また、RRS起動が増加したことにより、重症化する前の早期介入が可能となり、予期せぬ心停止件数や、前兆を伴う心停止の割合が減少したと考えられる。つまり、クリティカルケア領域の認定看護師を組織的に活用する仕組みが、院内全体のクリティカルケアの質向上と、患者アウトカムの改善に寄与している可能性が示唆された。一方で、こうしたクリティカルケア領域の体制構築には、診療報酬上の評価がなく、人的リソースの安定確保や育成が難しい現状がある。そのため、認定看護師による急変対応や継続的なケア介入を推進・継続するには、これらの活動を評価する診療報酬や支援制度の導入が求められる。制度的な支援により、全国的に持続可能な体制の整備が進むことが期待される。

表1：クリティカルケア領域における急変に関連したデータの推移（2020年～2024年度）

指標項目	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
デブリーフィング件数	-	-	-	19	46
デブリーフィング実施率（%）	-	-	-	73.1	100
呼吸数測定率（%）	33.9	46.1	88.2	90.1	88.6
RRS要請件数（対1000入院）	0.58	1.29	1.80	3.3	4.00
予期せぬ心停止件数（対1000入院）	0.73	0.70	0.72	0.44	0.60
前兆のあった心停止の割合（%）	21.4	28.6	22.2	23.1	15.0

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第6会場(2階 204会議室)

[O18] 口演18
看護管理

座長:西谷内 由美(西日本旅客鉄道株式会社 大阪鉄道病院)、雀地 洋平(KKR札幌医療センター 集中治療センター・救急外来)

16:00 ~ 16:10

[O18-04] 救急看護師長1年目の軌跡と認定看護師としての挑戦

○野村 典子[1] (1. 京都中部総合医療センター)

キーワード：認定看護師、救急看護師長

【はじめに】日本看護協会では認定看護師の役割に実践・指導・相談を掲げ、ある特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を用い、水準の高い看護実践を行う能力を有すると認められた看護師と規定している。しかし、認定看護師にとってその役割遂行は必ずしも容易でなく、先行研究では、約9割の認定看護師が活動上の困難を知覚していることが明らかとなっている。その理由に、スタッフ業務、師長業務との兼任により活動時間が確保されず、本来の認定看護師業務に専念することができていないという報告がある。これは、認定看護師ゆえの役割ストレスと推察でき、同じストレスを抱いている認定看護師は多いと予測する。今回、認定看護師取得翌年に救急看護師長に就任し、師長業務と臨床実践を並行する中での苦悩と工夫、資格と職位の両者の強みを活かした組織改善への取り組みについて振り返ったので報告する。【目的】クリティカルケア認定看護師としての専門的視点と、看護師長としてのマネジメント機能を融合し、現場の質向上と業務改善を目指した。「現場を知る管理者」としての立場から、多職種・スタッフ間の調整や仕組みづくりに取り組んだ一年を振り返る。【倫理的配慮】本実践は救急外来で実施し、看護部長の承認を得た上で行った。データは匿名化し、個人が特定されないよう配慮した。【方法】「認定看護師としての臨床実践力」と「看護師長としてのマネジメント力」を融合させ、次の5つの救急看護の質向上と業務改善に取り組んだ。①帰宅時支援ツールの導入、②トリアージ検証の導入、③委員会活動への時間内参加支援、④内視鏡業務の一元化と業務再配置、⑤有給取得率の向上に向けた取り組み【結果】認定看護師としての判断力・実践力、師長としての調整力・連携力により各活動の導入を実現可能にした。同時に、師長という職位を活かし、勤務調整や業務分担といった組織的調整も可能にした。また、ワークライフバランス改善と職場満足度の向上を目指し、個別調整や勤務調整を行い、有給休暇の取得を積極的に支援した。【考察】認定看護師2年目、看護師長としては1年目という立場で、まだ経験も浅く、日々手探りでの対応が続いた。管理職としての責任の重さと、認定看護師として現場に関わりたいという思いとの間で葛藤も多く、スペシャリストとして譲れないもの、管理者として求められることの狭間で苦悩が絶えなかった。それでも「現場を知る管理者」として、専門的知識や臨床判断力は、現場の課題を具体的に捉え、実践的な改善策へとつなげる力となった。加えて、師長という職位からは、組織全体の視点で制度や業務の調整ができ、現場での実践を裏付ける仕組みづくりを可能にした。この2つの立場を兼ねることで、単なるトップダウンではなく、現場と管理の両面からのアプローチが可能となり、実効性と納得性のある改善が実現できたと考える。一方で、業務と実践の両立には時間的・心理的な負荷がかかる場面も多く、個人の努力だけでは限界があることを実感した。特に師長という立場上、自身の感情を抑えて判断しなければならない場面も多く、スタッフや現場を守るために、時に苦渋の選択を迫られることもあった。それは認定看護師として「現場に寄り添いたい」という思いとの間で大きな葛藤となり、辛さを感じることも少なくなかった。今後この役割を持続可能なものにしていくためには、

©一般社団法人日本救急看護学会

組織的な支援体制や役割の共有・分担といった仕組みの整備が重要な課題であると痛感している。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第6会場(2階 204会議室)

[O18] 口演18
看護管理

座長:西谷内 由美(西日本旅客鉄道株式会社 大阪鉄道病院)、雀地 洋平(KKR札幌医療センター 集中治療センター・救急外来)

16:10 ~ 16:20

[O18-05] 臓器提供における地域施設支援体制構築の一考察 -院内体制強化と継続的なシミュレーション効果の有用性-

○仲本 雪美[1] (1. 地方独立行政法人　那覇市立病院)

キーワード：移植医療、臓器提供施設連携体制構築事業、院内体制整備、シミュレーション、ドナー情報

【目的】
　A病院は全国31施設で展開されている厚生労働省の直接補助事業「臓器提供施設連携体制構築事業(以下、事業)」へ拠点施設として参画している。事業内容は、臓器提供経験が少ない施設等に対しての教育や支援を拠点施設が行うことで、地域における提供体制の構築と連携を図ることを目的としている。2024年度は6施設と連携し事業に取り組んできた。主な事業計画として、①平時での院内体制整備②拠点･連携施設主体での提供時の各シミュレーション③GCS3･選択肢提示の報告とした。それらの活動の実践とアンケート結果から、事業の有効性の一考察を報告する。
【倫理的配慮】
　本研究は所属長の承認を得て、個人情報の取り扱いに留意し、特定されることのないよう氏名や日付は明記せず、個人情報の保護に努めた。また、アンケート結果は本研究以外に使用しないこと、内容により個人が特定されないよう配慮した。
【方法】
実施期間：2024年4月～2025年3月迄
実施内容：①院内体制整備として、提供時の院内マニュアルの整備と臓器移植委員会での共有②法的脳死判定シミュレーション、脳死下臓器提供全体シミュレーションの実践し、研修終了後に参加者アンケート調査③GCS3･選択肢提示報告、症例検討会と共有する場を設定した。その他の事業内容としては、院内や地域での講演会開催、教育機関研究プロジェクト参画等、拠点連携各施設で啓発活動も積極的に行われた。
【結果】
　拠点・連携施設併せ研修含む事業参加者は延べ480名であった。①院内マニュアル整備は数年ぶりとなった施設や新病院移転に伴っての改訂と実践に役立つマニュアル整備となった事が窺えた。②各シミュレーションに関しては、拠点施設と事前打ち合わせや開催当日の支援を受けながら自施設で主催することが出来、医師や看護師、検査技師、MSW、事務局員と提供に関わる多職種が参加するなど、移植医療により関心と学びが深められた研修となった。アンケート調査より、シミュレーションは実際の臓器提供発生時に活用できるかについては90%が活用できる、内容は95.5%が理解できた、継続に関しては96%が継続希望と答えている。今後行ってみたいシミュレーションについては、法的脳死判定と脳死下全体シミュレーションの他、心停止下全体シミュレーションとの結果となり、今年度開催時の参考として各施設へ提示した。③GCS3と選択肢提示報告会では、県内のドナー情報数が事業参加施設から増加していること、実際の臓器提供に至った症例や難渋した症例を共有し、各施設からの助言や意見交換の場になった。
【考察】

©一般社団法人日本救急看護学会

臓器提供は頻繁に発生、対応できることではない。院内マニュアルの改訂と、委員会等で多職種と共有することは『院内体制整備と顔の見える関係性』が維持できると考える。シミュレーションを自施設で開催できたことも体制整備の一貫につながる。シミュレーションを行うことで、継続的な移植医療への関心の維持と人材育成へ努められる。事業展開がドナー情報数増加の一助へとなっていることは、地域における臓器提供体制の構築へと発展していると考える。

【課題】

今年度は、新たに離島2施設含む8施設と連携し事業展開している。拠点施設として、院内体制整備と人材育成の継続を中心とした事業内容を計画し、提供時の対応と地域の医療機関との連携に努め、更なる発展へ遂げたい。「命をつなぐ」患者家族の思いを、移植医療に関わる多職種が連携し寄り添い「心をつなぐ」支援に、今後も近隣施設と共に活動へつないでいく。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:30 第6会場(2階 204会議室)

[O18] 口演18
看護管理

座長:西谷内 由美(西日本旅客鉄道株式会社 大阪鉄道病院)、雀地 洋平(KKR札幌医療センター 集中治療センター・救急外来)

16:20 ~ 16:30

[O18-06] 勘と経験からの脱却～時間別患者データに基づく救急外来の勤務配置見直しと効果検証～

○藤崎 隆志[1] (1. 小倉記念病院)

キーワード：データ活用、勤務配置、救急外来、業務負担、看護師満足度

【目的】
救急外来における勤務配置は、患者数の時間的変動に柔軟に対応する必要がある一方で、これまでの現場運用では、配置判断が熟練者の経験則に依存する場面が少なくなかった。その結果、特定の勤務帯に負担が集中し、業務の非効率化や職員の満足度の低下を招くリスクがあった。そういったリスクを少しでも改善するためには、現場データに基づいた合理的かつ柔軟な勤務体制の再構築が必要である。そこで本研究では、時間別の患者滞在データをもとに勤務配置を見直し、業務負担および勤務満足度への影響を多角的に検証することを目的とした。
【方法】
2024年4月から2025年3月までの1年間にわたり、救急外来における1時間ごとの患者滞在人数をデータベース化し、月別・時間帯別に傾向を分析し、勤務体制の見直しを実施した。
勤務体制見直し前の2024年3月と、変更後の4月に、救急外来看護師17名を対象とした匿名アンケートを実施した。
アンケートでは、各勤務（1. 日勤、2. J勤、3. 三勤、4. 夜勤）に対する「業務負担の強さ」「精神的負担」「身体的負担」の3項目を4段階リッカート尺度で評価し、勤務満足度に関する8項目（人員配置、業務分散、休暇取得、休憩、サポート、チームワーク、シフト柔軟性、職場雰囲気）についても同様に回答を得た。加えて自由記述欄を設け、主観的意見の収集も行った。定量データはShapiro-Wilk検定にて非正規分布と判断され、群間比較にはマンホイットニーU検定を適用した。自由記述は質的に分析し補足的に解釈した。統計解析はEZRを用いた。
【倫理的配慮】
本研究は小倉記念病院看護部倫理審査の承認を得て実施した。
【結果】
患者滞在人数の分析により、ピーク時間帯は9:00～18:00に集中しており、特に11:00～15:00は年間を通じて患者数が最多であった。この分析結果をもとに、2024年4月より勤務体制の見直しを実施し、三勤（11:40～20:30）を1名から2名へ増員し、J勤（9:10～18:00）を2名から1名へ変更した。
アンケートでは、J勤における業務負担スコアが3月平均2.67から4月平均2.12へ改善し、統計的に有意ではなかったが（p＝0.0539）、傾向として負担軽減が認められた。
勤務満足度のうち、「人員配置が適切」「業務負担が分散されている」などの項目で4月に改善が見られた。また、リーダーの有無による分析では、「上司・リーダーのサポート」「職場の雰囲気」の項目で有意差が確認された。
自由記述からは、「午後に人が増えて助かる」「勤務が回りやすくなった」など、ポジティブな意見が多く得られた。
【考察】

©一般社団法人日本救急看護学会

時間別の患者滞在データを根拠として勤務配置を再設計したことにより、J勤帯における業務負担の軽減や満足度向上の傾向が認められた。特にJ勤の負担軽減は、三勤時間帯における人員の補強によって業務の分散が可能となり、J勤担当者の役割集中が緩和されたことと関連していたと考えられる。さらに、業務のピーク時間に合わせて配置を最適化したことにより、全体の作業効率が向上し、スタッフ間の協力体制などにもつながったと推察される。
属人的な判断から脱却し、客観的データに基づく運用体制を導入することは、管理者と現場スタッフの双方にとって納得感のある意思決定を促進し、職場の透明性や信頼関係の向上にも寄与する可能性がある。今後は長期的効果の検証、さらにはAIを用いた予測モデルの導入など、より高度なデータ活用による看護管理実践への応用を目指していきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O19] 口演19
救急外来看護③

座長:佐藤 亜紀江(寝屋川生野病院 集中治療室)、木村 禎(学校法人藤天使学園 天使大学 看護栄養学部看護学科)

16:40 ~ 16:50

[O19-01]

ハイブリッドERシステム（HERS）における看護師の役割

○築地 早希[1]、竹内 朋子[2] (1. 福岡東医療センター、2. 東京医療保健大学)

16:50 ~ 17:00

[O19-02]

救急外来での電話相談が招く看護師のストレスの現状

○齋藤 さゆり[1]、酒井 ひとみ[2] (1. 公立置賜総合病院　救命救急センター救急外来、2. 公立置賜総合病院　救命救急センターHCU病棟)

17:00 ~ 17:10

[O19-03]

ICHバンドルの現場定着と教育的課題の分析―多職種アンケートによる脳卒中スクランブル対応との比較検討

○早川 歩乃佳[1]、藤崎 隆志[1] (1. 一般財団法人平成紫川会小倉記念病院　救急室)

17:10 ~ 17:20

[O19-04]

救急看護師が関与するICHバンドル項目の遵守率と予後の関連：導入前後の比較分析

○小田 彩乃[1]、藤崎 隆志[1] (1. 小倉記念病院)

17:20 ~ 17:30

[O19-05]

救命救急センターにおける持込み褥瘡患者の現状と今後の課題

○工藤 章能[1]、今 大和[1]、高橋 誠一 (1. 埼玉医科大学総合医療センター救命救急センター)

17:30 ~ 17:40

[O19-06]

重症外傷患者に対するダメージコントロール手術における救急看護師の知識と実践のギャップに関する調査

○細谷 誠史[1] (1. 日本医科大学千葉北総病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O19] 口演19
救急外来看護③

座長:佐藤 亜紀江(寝屋川生野病院 集中治療室)、木村 禎(学校法人藤天使学園 天使大学 看護栄養学部看護学科)

16:40 ~ 16:50

[O19-01] ハイブリッドERシステム（HERS）における看護師の役割

○築地 早希[1]、竹内 朋子[2] (1. 福岡東医療センター、2. 東京医療保健大学)

キーワード：ハイブリッドERシステム、HERS

【目的】日本の新しい外傷初期診療システムとして、2011年にハイブリッドERシステム(Hybrid Emergency Room System：以下HERS)が導入された。HERSは初療室内にIVRーCT装置(interventional radiology -computed tomography system：以下、IVR-CT)を有しており、患者を移動させることなく初療室内で外傷診療に必要な検査や救命処置、治療を迅速に実施できる。HERSを導入した施設では出血による死亡率が低下し、重症外傷患者の救命率が向上する(Kinoshita et al，2019)などHERSの有用性が明らかになっており、年々導入施設が増加している。さらに現在では、HERSは外傷初期診療だけでなく、体外循環式心肺蘇生法(Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation：以下、ECPR)(Hayashida et al, 2020)や脳梗塞患者の血管内治療(Kashiura et al, 2019)など様々な場面で活用されている。日本ではHERS導入施設が増加しているにも関わらず、ハイブリッドER担当看護師(以下ハイブリッドERナース)における役割は明らかにされていない。HERSで活動する看護師の役割について明らかにする。【方法】質的記述的研究デザインにより、機縁法で選定し研究参加に同意が得られたHERS経験年数が1年以上の医師、放射線技師、臨床工学技士、救急救命士、看護師長、ハイブリッドERナースを対象に半構造化面接を実施した。インタビューガイドの主な項目は、ハイブリッドERナースへは「ハイブリッドERナースにはどのような役割が求められていると思うか」、ハイブリッドERナース以外へは「ハイブリッドERナースにどのような役割を求めているか」とした。録音した内容から逐語録を作成し、HERSにおける看護師の役割に関する語りを抽出してコード化し、類似性のあるコードをまとめてサブカテゴリ―化、カテゴリー化し、全ての分析過程において指導教員のスーパーバイズを受けた。本学のヒトに関する研究倫理委員会の承認(承認番号：院東立023-11)、研究協力機関の研究倫理審査委員会の承認(承認番号：2023-0200)と施設長からの許可を受けて研究を実施した。本研究において開示すべきCOIはない。【結果】医師2名、放射線技師2名、臨床工学技士2名、救急救命士2名、診療看護師2名、看護師長1名、ハイブリッドERナース2名の13名を分析対象とした。HERSにおける看護師の役割として、112コード、40サブカテゴリ―、7カテゴリーが抽出された(表1)。ハイブリッドERナースには、救急看護、集中治療室看護だけでなく、手術室看護、放射線室看護等の複合的な看護を実践する役割や、チームビルディングを担う役割が求められていた。【考察】HERSのチームに配置される看護師は1人であることが多く、ハイブリッドERナースには1人で複数の役割を遂行する能力が求められている。また、平素の救急看護以外の領域の看護についても積極的に学習する必要性が示唆された。特に、緊急手術や緊急カテーテル検査・治療の看護について習熟する必要性が高い。また診療の補助と並行して、患者への声掛けや、患者の苦痛への配慮、家族に対するケアを行うことも重要視されていた。HERSを導入した施設の看護管理者は、ハイブリッドERナースが必要な知識や技術を習得できるよう支援する必要があると考えられた。

©一般社団法人日本救急看護学会

表１　HERSにおける看護師の役割

1.重症度・緊急度の高い患者に対する専門性の高い診療の補助
2.重症度・緊急度の高い患者に対する安全安楽の確保
3.患者が突然受傷したことで強い動揺がある家族に対するケア
4.多職種が協働する場におけるチームメンバーのコーディネイト
5.緊急検査や緊急手術に常時対応するための環境整備
6.業務と並行してHERS内での診療内容や観察内容、家族の反応の記録
7.HERSでの診療を向上させるためのチームの開発

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O19] 口演19
救急外来看護③

座長:佐藤 亜紀江(寝屋川生野病院 集中治療室)、木村 禎(学校法人藤天使学園 天使大学 看護栄養学部看護学科)

16:50 ~ 17:00

[O19-02] 救急外来での電話相談が招く看護師のストレスの現状

〇齋藤 さゆり[1]、酒井 ひとみ[2] (1. 公立置賜総合病院　救命救急センター救急外来、2. 公立置賜総合病院 救命救急センターHCU病棟)

キーワード：救急外来看護師、電話相談、ストレス

【はじめに】救急外来では、電話で症状や受診の必要性を相談されることが多い。適正受診に繋げるためにも、電話相談の段階で緊急度に応じた対応を伝えているが、実際に患者を観察せずに患者や家族の話から状態をアセスメントし受診の可否をきめることは容易ではない。そのため救急外来看護師の身体的、精神的負担は大きい。そこで今回、電話相談が救急外来看護師にどのような影響や負担を与えているのかを把握したいと考えた。 【目的】電話相談における、救急外来看護師のストレスや負担に感じていることを明らかにする。 【方法】1.研究方法：量的、質的研究（質問紙調査）2.研究対象者：救急外来看護師21名3.データ収集期間：2024年8月～2024年10月4.分析方法：調査結果の単純集計を行い、回答方法は二件法分析とした。自由記載については、カテゴリー分類した。5.記載方法：【カテゴリー】《サブカテゴリー》[コード]として記載した。 【倫理的配慮】質問紙は無記名で、個人が特定されず、自由意志で中断や拒否が可能であること、プライバシーの保護、個人の不利益は生じないことを説明した。対象者には研究の趣旨について説明し、質問紙の提出をもって同意を得たこととした（質問紙に記載）。なおＡ病院倫理審査委員会に提出し承認を得ている。 【結果】救急外来看護師21名を対象にアンケート調査を行った。『電話相談対応についてストレスを感じるか？』に対し『はい』と回答した人は95%、『電話対応により業務が中断されると感じるか？』に対し『はい』と回答した人は100%だった。電話相談において、救急外来看護師が感じるストレスの多くは、【業務中断によるもの】【理不尽な患者の言動】【電話相談に対する心理的影響】などが挙がった。 【考察】電話相談に対するストレスを抱えているスタッフが多数であった。また、全スタッフが電話相談対応による業務の中断を感じており、安全な環境ではないと考えられる。安東らは「ストレスの少ない働きやすい職場とするためには、看護師のどのような経験がストレス要因となっているかを的確に把握することが重要」と述べている。救急外来看護師が電話相談を担っているため、安全に看護を提供できるよう業務の工夫が必要と考え、挙げられた3つのカテゴリーについて詳しく考察した。（1）【業務中断によるもの】業務中断に繋がることがストレスの要因となっていると考えられる。特に安全な医療の提供という点では、医療ミスや医療提供の失認などに繋がることが考えられ悪影響を及ぼしてしまう可能性がある。（2）【理不尽な患者の言動】患者や家族から高圧的に相談されることも少なくない現状であることが分かった。攻撃的な言葉や、暴言、苦情などは救急外来看護師自身のストレスに大きく関与していることが推察できる。重篤な状態の患者も対応しながらの電話相談となり、通常の精神状態ではないうえに高圧的な対応をされると精神状態の不安定化に繋がり、安全な医療提供ができなくなることも考えられる。（3）【電話相談に対する心理的影響】患者を直接観察することができないため、聞いた情報から多くの病態や疾患、緊急度の高い状態かを考えることが求められる。得られた情報を的確にアセスメントするためにも高い知識が必要であり、看護師に求められる能力は多くこの側面からもストレスに繋がるのではないかと考える。 【結論】1.電話相談で感じる救急外来看護師のストレスは大きい。2. ストレスの内容として、【業務中断によるもの】【理不尽な患者の言動】【電話相談に対する心理的影響】の3カテゴリーが挙げられた。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O19] 口演19
救急外来看護③

座長:佐藤 亜紀江(寝屋川生野病院 集中治療室)、木村 禎(学校法人藤天使学園 天使大学 看護栄養学部看護学科)

17:00 ~ 17:10

[O19-03] ICHバンドルの現場定着と教育的課題の分析―多職種アンケートによる脳卒中スクランブル対応との比較検討

○早川 歩乃佳[1]、藤崎 隆志[1] (1. 一般財団法人平成紫川会小倉記念病院　救急室)

キーワード：ICHバンドル、脳卒中スクランブル体制、多職種連携、現場定着、教育的課題、アンケート調査

【はじめに】
　A病院では、脳卒中疑いの患者に対し早期診断・治療開始を目的に、脳卒中スクランブル体制（以下スクランブル）を導入している。2024年11月より、脳出血患者に対して新たにICHバンドルを導入した。今回、スクランブルとICHバンドルについて、現場定着状況及び教育・運用上の改善点を明らかにしたのでここに報告する。
【目的】
　多職種の医療従事者を対象としたアンケートにより、スクランブルと比較したICHバンドルの現場定着状況を明らかにし、教育・運用上の課題を抽出する。
【倫理的配慮】
　A病院看護倫理審査委員会にて承認を得た。
【方法】
　対象はA病院の脳神経外科・神経内科医、救急看護師、SCU看護師、放射線技師とした。認知・知識、実践・行動、態度・重要性認識、成果・効果認識の4領域・22項目からなる独自のアンケートを作成し、4段階のリッカート尺度で実施した。統計解析はEZRを用い、スクランブルとICHバンドルにおける各スコアの比較には、差分の正規性をShapiro-Wilk検定で確認した上でWilcoxon検定を用いて有意差を検討した。職種間のスコア差に関しては一元配置分散分析（ANOVA）を行い、有意な場合はTukeyの多重比較検定により群間差を評価した。自由記載は質的内容分析により補足的に解釈した。
【結果】
　有効回答数は76名（脳神経外科医6名、神経内科医5名、救急看護師16名、SCU看護師27名、放射線技師22名）であった。Wilcoxon検定の結果、全スコア領域においてスクランブルがICHバンドルよりも有意に高いスコアを示し、認知（$V = 8.5, p < 0.001$）、行動（$V = 39, p < 0.001$）、態度（$V = 18, p < 0.001$）、成果（$V = 8.5, p < 0.001$）全てで統計的に有意差が認められた。特に「フローの明確性」や「連携の円滑さ」「対応速度への効果」などの項目で有意差が大きかった。職種別比較では、放射線技師においてICHバンドルのスコアが全領域で他職種より低く、スクランブルとの比較でも有意差が認められた（$p<0.01$）。自由記載からは、「自部署の関与場面が分からない」「教育を受けた記憶がない」「実践イメージが持てない」といった声が多く、定量的な認知・行動スコアの低さと一致する内容が抽出された。
【考察】
　スクランブルは全職種で高い認知と実践が確認され、現場に定着していることが示唆された。一方、ICHバンドルは全体的にスコアが低く、特に放射線技師において定着率の低さが顕著であった。要因として、自由記載にある「関与場面が不明」「教育機会がない」等の内容から、職種別の役割やバンドルの周知不足が影響していると考えられる。またフローや実践手順が明

©一般社団法人日本救急看護学会

確に示されていないことが、実践への移行を阻む要因となっていた。これらは教育的介入の不足に起因しており、視覚的なフローチャートや職種別マニュアルの整備が求められる。さらに現場での実施効果がスタッフに伝わっていないことも、態度や成果認識に影響を及ぼしたと推察される。

【おわりに】

ICHバンドルの現場定着には職種間で大きな差があることが明らかとなった。明確なフローの提示と職種別の教育機会の確保、実践効果の可視化により、多職種間での共通理解と定着の促進を図る必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O19] 口演19
救急外来看護③

座長:佐藤 亜紀江(寝屋川生野病院 集中治療室)、木村 禎(学校法人藤天使学園 天使大学 看護栄養学部看護学科)

17:10 ~ 17:20

[O19-04] 救急看護師が関与するICHバンドル項目の遵守率と予後の関連：導入前後の比較分析

○小田 彩乃[1]、藤崎 隆志[1] (1. 小倉記念病院)

キーワード：ICHバンドル、脳出血、予後

１.はじめに

当院では脳卒中を疑う患者に対し、迅速な検査・治療を行う脳卒中スクランブル体制を導入している。2024年11月からICHバンドルを導入した。今回、救急看護師が関与できる主要項目に着目し、導入前後の変化と予後への関連を検討した。

2.研究目的

来院60分以内までの主要バンドル項目の遵守率と予後の関連を明らかにする。

3.倫理的配慮

A病院看護倫理審査委員会にて承認を得た。

4.方法

対象はICHバンドル導入前（2024年4月～10月）84名、導入後（2024年11月～2025年3月）86名の脳出血患者計170名である。

来院30分以内の抗凝固薬拮抗開始、血圧管理開始、手術判断、60分以内の血圧140mmHg未満および体温37.5℃未満の達成といった主要バンドル項目の遵守率を導入前後で比較し、アウトカムは退院時modified Rankin Scale（mRS）を0～2＝予後良好群、3～6＝予後不良群とし、関連性を検討した。

統計解析はEZR（Ver.1.55）を用い、記述統計、Fisher検定またはカイ二乗検定によりバンドル遵守率を導入前後で比較した。予後との関連は単変量解析後、p<0.10の因子を用いて多変量ロジスティック回帰分析を行った。

5.結果

対象患者の平均年齢は72±14歳、男性109名、女性61名であった。

ICHバンドル遵守率の導入前後比較では、来院30分以内の抗凝固薬拮抗開始率は導入前6.7%、導入後8.3%（p=1）、血圧管理開始率は導入前58.6%、導入後61%（p=0.9）、手術適応協議開始率は導入前、50%導入後43.9%（p=0.5）で、いずれも有意差はなかった。

60分以内の血圧140mmHg未満到達率は導入前48.6%、導入後47.6%（p=1）、体温37.5℃未満達成率は導入前95.7%、導入後97.6%（p=0.7）で、いずれも有意差はなかった。

予後（退院時mRS）との関連は、30分以内に血圧管理を開始できた群で予後良好（mRS 0–2）との有意な関連がみられた（OR=0.367, p=0.022）。また30分以内に手術適応を協議できた群も強い関連がみられた（OR=0.152, p<0.001）。

年齢は予後との独立した関連はみられなかった（p=0.495）が、高齢ほどmRS不良群となる傾向は確認された。性別は、女性に予後不良傾向があったが、有意差はなかった（p=0.069）。

©一般社団法人日本救急看護学会

6.考察

ICHバンドルの全項目で導入前後に有意差はないが、多くで遵守率が上昇し、一定程度現場に浸透していると考えられた。

来院30分以内に血圧管理を開始できた患者では予後良好との有意な関連がみられ、迅速な対応が機能回復に寄与する可能性が示唆された。30分以内に手術適応を協議できた患者も予後と強く関連したが、重症例ほど早期に協議される傾向があり、重症度の代理指標として機能している可能性が高いと考えられた。

年齢と予後に有意差はなく、高齢ほど予後不良傾向を示し、高齢者リスクが再確認された。性別は女性に予後不良傾向を示すも有意差はなく、抗凝固薬拮抗開始率は対象が少なく、有意差は未検出であり、今後の症例蓄積と再検証が求められる。体温管理は一貫して高い遵守率を示し、導入前後や予後との有意差はなく、元来の実践水準の高さが影響したと考えられた。

7.おわりに

救急外来でのICHバンドルが一定程度浸透していることが示唆された。今後は看護師が主導できる項目に対し、バンドルの標準化や教育を通じて遵守率向上を図ることが重要である。チーム全体での連携強化により、さらなる質の向上が期待される。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O19] 口演19
救急外来看護③

座長:佐藤 亜紀江(寝屋川生野病院 集中治療室)、木村 禎(学校法人藤天使学園 天使大学 看護栄養学部看護学科)

17:20 ~ 17:30

[O19-05] 救命救急センターにおける持込み褥瘡患者の現状と今後の課題

○工藤 章能[1]、今 大和[1]、高橋 誠一 (1. 埼玉医科大学総合医療センター救命救急センター)

キーワード：持込み褥瘡、急性期、早期発見

【目的】高度救命救急センターでは、初療室で重症患者に対して受傷機転をもとに全身観察、初期治療、画像検査を速やかに実施、緊急手術や侵襲的創処置後に救命ICUに入室することもある。頸髄損傷や意識障害、重症感染症などにより体動困難な患者は、搬入時の褥瘡保有が多く、外傷が伴うと褥瘡評価が困難である。また、不安定な血行動態で体動困難による褥瘡は、急激な悪化により治療期間が長くなるため、早期発見が求められる。持込み褥瘡に関連する先行研究では、転院元の病院や施設、在宅療養により発生した褥瘡が対象であり、三次救急医療機関における外傷患者の持込み褥瘡に関連した既存研究はない。そこで本研究では、救命救急センターにおける持込み褥瘡の現状と特徴を診療録から後方視的に調査し、褥瘡に対する早期介入への一助とすることを目的とした。【方法】2020年4月1日～2024年3月31日の期間に、初療室・救命ICUに搬入された持込み褥瘡保有患者を対象とした。搬入から 24 時間以内に発見した褥瘡を持込み褥瘡と定義し、調査項目について診療録から後方視的に調査した。調査項目は、年齢、性別、現病歴、既往歴、身長、体重、BMI、Hb値、Alb値、ブレーデンスケール、OH スケール、診断名、受傷状況とした。また、褥瘡保有者については、搬入から褥瘡発見までの時間、褥瘡を発見した部署（初療室または救命ICU）、褥瘡部位、褥瘡保有個数とした。救命ICUで発見した褥瘡で持込み褥瘡の可能性がある場合は、皮膚・排泄ケア認定看護師や褥瘡委員が受傷機転や入院までの状況を確認した上で医師に相談した。【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会により承認を得た。情報公開文書を所属施設研究倫理委員会ホームページに掲載し、研究対象者が容易に知り得る状態にした。【結果】持込み褥瘡保有患者は99名（300箇所）であった。うち、初療室で発見した患者は43名（137箇所:46%)、救命ICUで発見した患者は54名（163箇所:54%)であった。初療室と救命ICUで評価された褥瘡の部位を図１に示した。初療室で褥瘡が発見されなかった患者は10名であった。部位は、踵部が6箇所、外果が3箇所、下腿部が2箇所と下肢が多かった。救命ICUに入室後、24時間以上経過してから持込み褥瘡と診断した患者は2名であった。1名は左側頭部の褥瘡が頭髪により目視できず発見が遅延した。もう1名は初療室で背面創傷と一緒に皮膚の異常を発見したが、褥瘡と判断しなかった。
【考察】持込み褥瘡のある患者は、意識障害や神経障害により長時間の同一体位であった症例が多く、仙骨部や臀部などの好発部位以外にも、上肢や体幹部など様々な部位で発生していた。初療室では、医師と協働し全身の創傷の有無を確認していることが、褥瘡の早期発見に繋がっていると考える。一方、初療室で発見されない患者の特徴は、①神経原性ショックによるADL制限、②重症度が高く治療の優先などが挙げられる。初療室での生命危機に対する治療が優先される状況において持ち込み褥瘡の発見は現実的に困難である。そのため、救命ICU入室後、持込み褥瘡だけでなく処置による褥瘡発生を早期に発見するには、初療室と救命ICU看護師で受傷機転や119要請までの時間などの情報共有、全身観察の実施の重要性が示唆された。

©一般社団法人日本救急看護学会

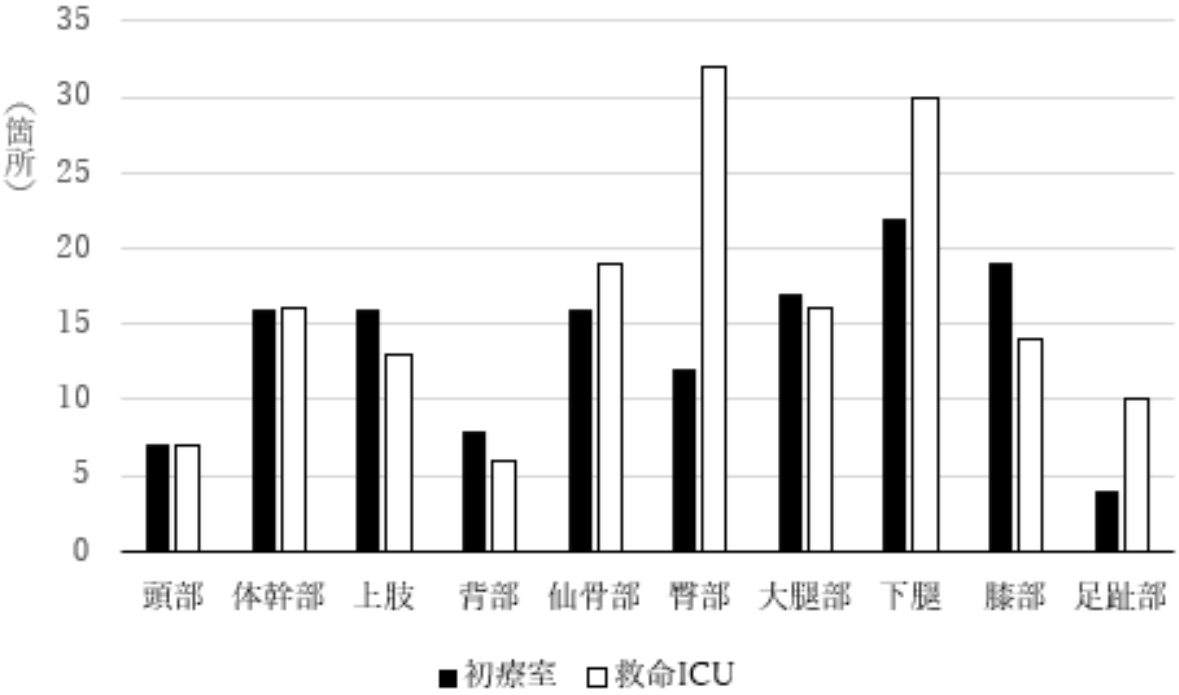


図1）初療室・救命ICUにおける持込み褥瘡評価箇所

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O19] 口演19
救急外来看護③

座長:佐藤 亜紀江(寝屋川生野病院 集中治療室)、木村 禎(学校法人藤天使学園 天使大学 看護栄養学部看護学科)

17:30 ~ 17:40

[O19-06] 重症外傷患者に対するダメージコントロール手術における救急看護師の知識と実践のギャップに関する調査

○細谷 誠史[1] (1. 日本医科大学千葉北総病院)

キーワード：ダメージコントロール手術、救急看護、知識と実践のギャップ、質的記述的研究

【目的】
救急外来看護師のダメージコントロール手術（DCS）における知識と実践のギャップに関する経験を明らかにする。
【方法】
質的記述的研究デザインを用いた。対象は看護師経験5年以上かつ救急外来勤務経験1年以上で、SSTT（外傷外科手術戦略コース）やJNTEC（外傷初期看護ガイドライン）等の外傷看護教育プログラムを受講した看護師10名とした。対象者を救急外来経験「10年未満」と「20年以上」の2群に分けた理由は、ベナー看護論における中堅期（5-10年）と達人期（20年以上）では臨床判断の質的差異が認められ、DCS実践における認識の相違を明確化できると考えたためである。半構造化個別インタビューを実施し、まず全対象者のデータから質的にコードとカテゴリーを抽出し、その後各コードおよびサブカテゴリーがどの群に由来するかを分析した。分析過程では質的研究に精通した研究者のスーパービジョンを受けた。
【倫理的配慮】
A大学病院倫理審査委員会の承認（承認番号:2024-576）を得て実施した。研究参加は自由意志で同意撤回可能と説明し同意を得た。
【結果】
対象者10名（男性4名、女性6名、年齢28-52歳、救急外来経験年数中央値11年[範囲2-21年]）の分析により、392のコードから20のサブカテゴリ、6つのカテゴリが抽出され、「実践的スキル側面」と「組織的・環境的側面」の2つの主要テーマが特定された。経験10年未満群（対象者A-E：5名）からは、「研修で学んだことを実際の場面で応用するのが難しい」等の語りから『臨床判断における知識適用の難しさ』が形成され、【DCS理論知識と臨床実践判断のギャップ】が導出された。また「緊急時の処置順序が混乱する」という語りから『緊急時の実践スキルの未熟さ』が形成され、【DCS研修内容と実技習熟度のギャップ】が導出された。これらは主に経験10年未満群の発言から構成された。経験20年以上群（対象者F-J：5名）からは、「コマンダーがいないことによる混乱」等の語りから『理想と現実の人員体制の不一致』が形成され、【DCS理想的チーム構成と現場人員配置のギャップ】が導出された。また「役割分担が明確でないため情報共有が難しい」という語りから『指揮系統の曖昧さによる連携障害』が形成され、【DCS標準化された連携理論と現場指揮系統の不明確性のギャップ】が導出された。これらは主に経験20年以上群の発言から構成された。両群共通で「継続的な訓練機会の不足」という語りから『教育体制の不十分さ』が形成され、【DCS教育システムの理想と継続的学習環境の制約ギャップ】が導出された。また「情報共有のタイミングが難しい」という語りから『実践的コミュニケーションの困難さ』が形成され、【DCS理論的コミュニケーション手法と実践的情報共有の困難性ギャップ】が導出された。
【考察】

©一般社団法人日本救急看護学会

経験10年未満の看護師は個人の臨床実践能力のギャップを多く認識し、知識の実践活用の困難さを感じていた。一方、経験20年以上の看護師はチーム連携や組織体制のギャップを強く認識し、組織的・環境的側面に着目する傾向が見られた。

【結論】

DCSにおける救急看護師は経験年数によりギャップの焦点が異なっていた。経験10年未満は個人の実践と理論の統合に関するギャップを主に認識し、経験20年以上はチーム連携や組織体制のギャップを強く認識していた。人員不足や時間的制約は経験年数に関わらず実践を制限する背景となっていた。DCSの知識の実践への有用性を高めるには経験年数に応じた段階的教育プログラムが必要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第5会場(2階 小ホール)

[O20] 口演20
医療安全②

座長:平山 幸枝(帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)、矢野 明美(市立室蘭総合病院 看護管理室)

16:40 ~ 16:50

[O20-01]

A病院救命救急センターにおける急変事例の分析－早期警戒スコア(NEWS)を使用して―

松浦 可奈[1]、○松田 樹[1]、佐藤 希[1] (1. 旭川医科大学病院救命救急センター)

16:50 ~ 17:00

[O20-02]

救急外来から一般病棟に入院した患者における、救急外来でのNEWSと入院後の状態悪化との関連

○粟野 未菜子[1]、後藤 理文[1]、大石 信乃[1]、峯田 雅寛[1] (1. 山形県立中央病院)

17:00 ~ 17:10

[O20-03]

何らかの懸念を運用しての院内心停止の低減に向けて

宮里 典子[1]、仲村 有沙[1]、○兼久 大輔[1] (1. 医療法人徳洲会　中部徳洲会病院　ＩＣＵ)

17:10 ~ 17:20

[O20-04]

小児心肺停止患者受け入れ準備のためのアクションカードの開発：危機的状況に対処するための認知支援ツール

○青木 悠[1,2]、長村 美優[1]、加藤 佐知子[1] (1. 聖路加国際病院　救命救急センター、2. 聖路加国際病院 小児総合医療センター)

17:20 ~ 17:30

[O20-05]

大量輸血プロトコル導入後に救命できた産科危機的出血の１例

○江島 由紀[1] (1. 福岡和白病院)

17:30 ~ 17:40

[O20-06]

遠隔ICU看護師のモニタリング観察における成長過程の視線解析の検討

○住永 有梨[1]、小松崎 渚[2]、大木 友美[1] (1. 昭和医科大学、2. 昭和医科大学病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第5会場(2階 小ホール)

[O20] 口演20
医療安全②

座長:平山 幸枝(帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)、矢野 明美(市立室蘭総合病院 看護管理室)

16:40 ~ 16:50

[O20-01] A病院救命救急センターにおける急変事例の分析－早期警戒スコア(NEWS)を使用して―

松浦 可奈[1]、○松田 樹[1]、佐藤 希[1] (1. 旭川医科大学病院救命救急センター)

キーワード：NEWS、急変

【緒言】A病院救命救急センター（以下当病棟）では、敗血症性ショックや外傷をはじめとした急性期疾患を抱えた患者、年間約1200人の入院を受け入れている。その中で年間約10件程度は急変による蘇生行為を受けている。当病棟では、患者状態について客観的スコアは導入しておらず、患者状態は看護師個人の判断のみに委ねられている。そこで、「早期警戒スコアNational Early Waning Score(以下NEWS)」が急変予測に有用であるとの報告がある。客観的な指標を用いることで急変の予兆を早期発見出来れば、急変の回避に繋がる可能性がある。【目的】当病棟の急変患者の特徴をNEWSを使用して明らかにする。【方法】 研究デザイン：後ろ向き観察研究 急変患者の定義：「心停止し胸骨圧迫された事例」または、「挿管された事例」または「ICU入室となった事例」 研究対象：2024年４月～2025年3月までに当病棟に入院後に急変した患者　除外基準：DNARの意思表示のある患者、小児患者、妊婦、末期がんにてBSCの方針の患者 情報収集項目：入院時のNEWSの7項目、年齢、在院日数、入院から急変するまでの日数、転機、急変に関係した疾患 分析方法：NEWSの7項目、年齢、在院日数、入院から急変するまでの日数、これらを単純集計し、中央値(IQR)にて比較する。【倫理的配慮】本研究は当病院の倫理委員会の審査を受けて承認を得た。(認証番号：24188)【結果】　急変患者は14件であった。在院日数：6.5（2－25）日、年齢：76.5(66.3－82.8)歳であった。入院してから急変するまでの日数は1.5（1－2.8）日であった。NEWSのスコアは、呼吸数2.0（0－3）、$SpO_2$0.0(0－1)、酸素投与0.0(0－2)、体温0.0(0－0)、収縮期血圧1.0(0－1)、心拍数1.0(1－0.5)、AVPU0.0(0－3)、NEWS合計7.0(3.3－9.8)だった。急変患者のうち、6人がICUへ入室、7人が死亡退院、1人が転院となった。急変に関係した疾患は、心原性ショック4件、循環血液量減少性ショック2件、呼吸不全3件、敗血症性ショック1件、過鎮静による呼吸停止1件、その他原疾患の悪化3件となっていた。【考察】　急変するまでの日数が1.5（1－2.8）日、入院時の合計スコアが高リスクであり、入院直後から急変の予兆があった可能性が高い。高齢化を背景として複数疾患を抱え急変のリスクが高いため、入院直後から患者状態の変化を予測した看護が求められる。特に呼吸数と心拍数の得点が他の項目と比較して高くなっていた。入院時から急変するまでの経過では、呼吸数と心拍数の変化が急変予測する上で重要な指標となると考えられる。だが、当病棟では血圧やSpO2を変化の指標とすることが多い現状であり、患者が急変する兆候に気が付きにくい可能性がある。また、当病棟の急変に関係する原因としてはショックが多く、循環動態が破綻してしまう前に、呼吸様式や努力呼吸の有無など、呼吸状態の変化に注意して観察し、異常の早期発見に繋げ、急変を未然に防げる可能性がある。また、当病棟の急変患者は入院時よりNEWSでは高リスクであった。入院時にNEWSを参考に重症度を判断し、部屋の選定やバイタルサインの測定頻度の見直しに繋げることで当病棟での急変予防の一助になると考えられる。【今後の課題】当病棟にて、入院時のバイタルサインをNEWSでスコアリングし、急変予測のアセスメントとして活用できるよう周知が必要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第5会場(2階 小ホール)

[O20] 口演20
医療安全②

座長:平山 幸枝(帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)、矢野 明美(市立室蘭総合病院 看護管理室)

16:50 ~ 17:00

[O20-02] 救急外来から一般病棟に入院した患者における、救急外来でのNEWSと入院後の状態悪化との関連

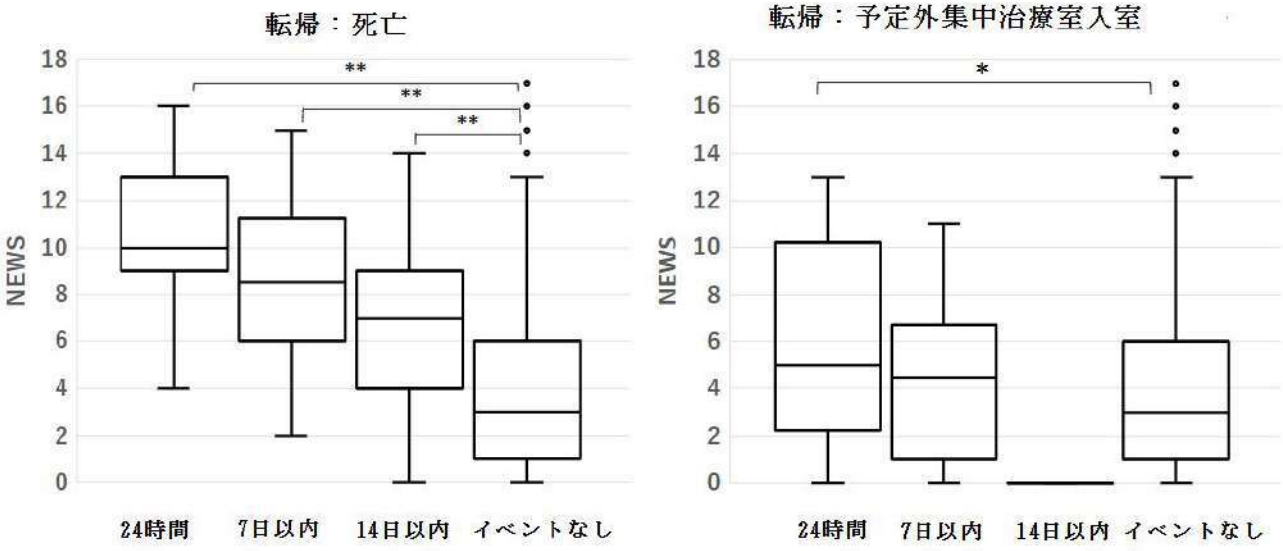
○粟野 未菜子[1]、後藤 理文[1]、大石 信乃[1]、峯田 雅寛[1] (1. 山形県立中央病院)

キーワード：救急外来、NEWS、状態悪化

【はじめに】一般病棟に入院した患者の中には、数日後、状態悪化する患者がいる。救急外来でのNEWS（National Early Warning Score）で状態悪化を予測できないかと考えた。一般病棟に入院した患者の状態悪化と救急外来でのNEWSの動向を明らかにし、救急外来でのNEWSの活用と一般病棟への継続看護の活用について可能性を探った。
【目的】 救急外来から一般病棟に入院した患者の状態悪化と、救急外来でのNEWSの動向を明らかにする。 【方法】 2023年4月から2024年3月までの間にA病院の救急外来を受診し、一般病棟に入院した患者を対象とした。対象からは、15歳未満の患者、妊婦、NEWSが算出できない欠損値を含む患者、および入院後15日以降に死亡または一般病棟から集中治療室に入室した患者を除外した。自己来院患者においては来院時NEWS、救急搬送患者においては救急隊接触時のNEWSを医療介入前NEWSとして用いた。患者を以下の群に分類した：死亡群（24時間以内、7日以内、14日以内）、集中治療室入室群（24時間以内、7日以内、14日以内）、およびイベントなし群。各群の医療介入前NEWSについて単純集計を行い、イベントなし群と死亡群、集中治療室入室群とのNEWS平均値をt検定により比較した。24時間、7日以内死亡群においては救急外来退室時NEWSも調査し、リスクカテゴリー毎に単純集計した。医療介入前NEWSと救急外来退室時NEWSを比較し、NEWS総点の増減とNEWSの各項目の変化についても単純集計した。 【倫理的配慮】 当施設の看護研究委員会の倫理審査を受け、承認を得た。 【結果】 2023年4月1日～2024年3月31日の間に救急外来を受診した患者は延べ12,135人で、そのうち一般病棟へ入院したのは3,061人であった。対象患者は2,381人であった。医療介入前NEWSの平均は、24時間以内死亡群は平均10.3点と最も高く、7日以内死亡群は8.3点で高リスクに該当した。集中治療室入室群の平均値は24時間以内で中リスク、7日以内で低リスクであった。イベントなし群と死亡群では有意差があり、集中治療室入室群は24時間以内でのみ有意差があった。24時間以内死亡群では8割以上、7日以内死亡群では7割以上が高リスクに分類された。しかし、24時間以内死亡群の中には、低リスク1名、中リスク２名が含まれており、いずれの患者も脳出血だった。救急外来退室時のNEWSでは、24時間以内死亡群では高リスクが（84.2%→94.7%）、7日以内死亡群でも（71.7%→76.1%）と増加していた。一方で、7日以内死亡群では一部が中リスク及び低リスクにリスク間を移動していた。NEWSの7項目では、「酸素使用」がすべての群で増加、「呼吸数」や「SpO2」など一部の項目は、NEWS総点が減少した群で明らかに低下傾向が見られた。「意識」項目は86.2%が変化なかった。 【考察】 医療介入前NEWSが高リスクを示す患者は、死亡や集中治療室入室が高い傾向にあり、一般病棟入院後の早期死亡や集中治療室入室のリスク評価に有効であった。一方で、脳卒中ではNEWSで病態の変化を捉えにくい可能性があり、疾患特性を考慮した評価が必要と考えられた。入院後のNEWSの評価に救急外来でのNEWSの動向を加味することで、これまでよりも早くNEWSの推移を捉えることができ、状態悪化の予測を強化できるのではないかと考えた。救急外来でNEWSを活用することは、継続看護の質向上に寄与する可能性がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

イベントなし群と期間別イベント発生群のNEWSの比較



＊P＜0.05 ＊＊P<0.01

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第5会場(2階 小ホール)

[O20] 口演20
医療安全②

座長:平山 幸枝(帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)、矢野 明美(市立室蘭総合病院 看護管理室)

17:00 ~ 17:10

[O20-03] 何らかの懸念を運用しての院内心停止の低減に向けて

宮里 典子[1]、仲村 有沙[1]、○兼久 大輔[1] (1. 医療法人徳洲会　中部徳洲会病院　ＩＣＵ)
キーワード：NEWS、何らかの懸念

Ⅰ．目的
　A病院は急性期病院で救急からの入院率は40～50%を占めており、急変することも稀ではない。2012年より早期警告スコア（MEWS）を導入、2017年4月にNEWSへ変更。WZ(Warning Zone)患者に対して、早い段階でのICUへの転床や治療方針の検討を行いIHCA率の低下に繋がっている。院内CPR患者の80%はNEWS点数が0～4点と軽症に分類される患者である。NEWSではバイタルサインから急変リスクを点数化できる一方で、窒息や不整脈など、バイタルサインに変動をおこさない突発的に起こる急変を予測することができない。そのため、NEWSとは別の急変を予測するためのシステム「何らかの懸念」を2020年4月に導入した。導入後の院内心停止（以下、IHCA率。1000入院あたりの院内心停止数を%で表したもの）は横ばいであり、院内の急変実施状況を調査した結果、見えてきた課題に取り組んだので報告する。
Ⅱ．方法
1．対象　入院患者全員
2．期間　2020年8月～2025年3月まで
3．除外ICU、手術室、小児病棟、透析室、外来は除外
4.データ収集方法
　電子カルテ
4．分析方法
　分母：新入院患者数　分子：CPR件数　実数：IHCA率
5．倫理的配慮
　A病院の倫理委員会の審査を受け承認を得たうえで、個人情報保護法に基づき、データは個人が特定できないよう配慮し、カルテから知りえた情報は本研究以外では使用しない。
Ⅲ．結果
　2020年8月から2025年3月までにCPR件数は148件。CPR患者のカルテをさかのぼると、「何らかの懸念」該当件数は41件。しかし、「何らかの懸念」が起動された件数は0件であった。CPR患者の内訳として窒息28件、不整脈が31件と多く挙がっているがNEWSでWarninngになっている患者は4件であった。呼吸や脈拍などで予兆はあるも起動ができていない。
CPR患者の「何らかの懸念」該当者数（図１）
Ⅳ．考察
　NEWS導入後のCPRの約50%が不整脈や窒息などの突発的事象であるため、急変前にバイタルに変調をきたさない症例はNEWSでは対応できなかった。しかし、看護師のカルテや急変の予兆や懸念と思われる記録がある症例が多くあった。院内急変を限りなく０へ近づけるためにはNEWSとは別のシステムが必要であると考え「何らかの懸念」を導入した。2020年8月から2025年3月までの期間、懸念該当件数は41件。その内起動件数は3件とほとんど稼働していない状況である。CPR患者の中に「何らかの懸念」該当患者は28%、起動件数は0件。起動件数が少ない理由として、「何らかの懸念」項目を現場で照らし合わせることが困難であることが考えられ

©一般社団法人日本救急看護学会

た。起動件数が少ない理由として
①「何らかの懸念」についての看護師スタッフの認知度が低い。
②「何らかの懸念」項目を覚えられない。
③患者の異常を発見したときにはすでに急変対応が必要で「何らかの懸念」の起動ができていない。
などの理由から適正な「何らかの懸念」が起動できていない可能性がある。啓蒙活動として全病棟へ「何らかの懸念」に関するポスターの掲示を行い、e-ラーニングによる教育を実施するも、起動件数の増加には繋がらなかった。

Ⅵ．まとめ

e-ランニングの勉強会を通して看護スタッフに「何らかの懸念」について再認できるよう啓蒙活動を継続していく必要がある。また、簡単に入力できるように経過表の観察項目に「何らかの懸念」の項目を評価できるようにしていきたいと考える。これらの改善策を実施し、「何らかの懸念」起動件数の増加と共にIHCA率の低減に向けて取り組んで行く。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第5会場(2階 小ホール)

[O20] 口演20
医療安全②

座長:平山 幸枝(帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)、矢野 明美(市立室蘭総合病院 看護管理室)

17:10 ~ 17:20

[O20-04] 小児心肺停止患者受け入れ準備のためのアクションカードの開発：危機的状況に対処するための認知支援ツール

○青木 悠[1,2]、長村 美優[1]、加藤 佐知子[1] (1. 聖路加国際病院　救命救急センター、2. 聖路加国際病院 小児総合医療センター)

キーワード：小児心肺停止、認知支援ツール、危機管理

【背景】
救急外来における小児心肺停止（Cardiopulmonary Arrest: CPA）患者への対応は、不測の事態に備えて常に準備をしている救急外来看護師にとっても時間的切迫性・複雑性の高い危機的状況である。こうした状況は、医療者に心理的・認知的負荷を与えるだけでなく、個人やチームのパフォーマンスを低下させる可能性がある。航空宇宙産業などの高信頼性組織（High Reliability Organization）では、複雑な業務遂行を支援する認知支援（Cognitive Aid）ツールが開発され、医療分野でもその有効性が示されている。また米国の救急医療機関では小児救急患者に対する質の高い準備性が、患者の死亡率の低下と関連している。
A病院の救急外来では、小児CPA患者は年間約5例と対応経験は限られ、看護師の小児CPA患者対応に対する苦手意識は高い。しかし、小児CPA患者の受け入れ準備指針は構築されていない。そこで、看護師、救急医、小児科医の共通認識のもと、短時間で効率良く受け入れ準備状況を高めるために、小児CPA患者の受け入れ準備手順を記載したアクションカード（認知支援ツール）を作成した。

【目的】
小児CPA患者の受け入れ準備に必要なリソースを探索し、そのニーズに基づき作成したアクションカードの開発過程と課題を明らかにする。

【方法】
記述的研究（アンケートと会議録などの後方視的レビュー）
1. 救急外来看護師を対象に実施したアンケートや医療者間の会議録を分析し、小児CPA患者対応の準備性向上に必要なニーズを特定する。
アンケート項目：体重推定方法、呼吸管理物品、骨髄針、薬剤など
2. アクションカードの開発過程を明らかにする。
3. 開発過程で生じた課題を明らかにする。

【倫理的配慮】
A病院の倫理審査委員会の承認を得た（25-R040）

【結果】
1. 看護師8名（救急外来経験1-3年目）からアンケートの回答を得た。小児CPA患者の対応経験がある看護師は１名もいなかった。準備方法に関して「わかる」と回答したのは、体重推定方法は４名（50%）、骨髄針は７名（87%）、薬剤は５名（62%）であった。一方で、挿管準備

©一般社団法人日本救急看護学会

（チューブのサイズ選択など）は5名（62%）が「わからない」と回答があり、呼吸管理物品に関する理解が低い傾向にあった。また「小児CPA症例の経験がなく自信がない」「何に困りそうなのか想像がつかない」や「小児科医との連携に不安」の回答から、準備だけでなく、実際の蘇生場面にも不安を抱いており、チームシミュレーションなどのニーズが考えられた。会議録からは、情報共有の迅速化と役割分担の明確化の必要性が示された。
2. 多職種で協働しながらツールの実用性を追求し、以下の過程で、初動で必要な役割と準備リソースを迅速に確認できる認知支援ツールが開発された。
①重要な情報は何か（コアメンバーで文献レビュー）
②成人学習的アプローチを意識したデザイン
③専門職チームからフィードバック（小児科医、救急医、看護師）
④デザインの修正
⑤アクションカード完成
3. 開発過程では、情報量の最適化や視認性の高い人間工学的デザインの追求に時間を要し、チームパフォーマンスの評価不足のため、その均質化に向けた具体的な検討が課題となった。

【考察】
開発されたアクションカードは、危機的状況下の看護師の心理的負担を軽減し、医療の質と安全性の向上に寄与する可能性がある認知支援ツールである。今後は、本カードを使用したシミュレーション教育や効果検証を進め、さらなる改善と普及を推進することで、小児患者の救命率向上に貢献することを目指す。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第5会場(2階 小ホール)

[O20] 口演20
医療安全②

座長:平山 幸枝(帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)、矢野 明美(市立室蘭総合病院 看護管理室)

17:20 ~ 17:30

[O20-05] 大量輸血プロトコル導入後に救命できた産科危機的出血の１例

○江島 由紀[1] (1. 福岡和白病院)

キーワード：MTP、危機的出血

Ⅰ．目的
当院の2023年の外傷患者を含む救急搬送受入件数は約6500人、手術件数は3905件である。その内緊急輸血は7件発生している。外傷による急性期死亡の30～40%は、大量出血が原因とされており、出血性ショックを呈した重症外傷患者では、いかに迅速に出血を制御するかが生死を分ける。このことから外傷診療において出血の制御が重要となる。止血を主眼に置いたdamage control　resuscitate(DCR)が現在の外傷診療の主流となっており、先制的に血漿を投与する大量輸血プロトコル（Massive transfusion protocol：以下MTP）の使用が提案されている。当院は血管内治療および、外科的止血術にも継ぎ目なく対応できる設備を持ち、出血性ショックへの対応を求められることも多い。短時間に輸血需要が発生する例として、外傷性の出血、産科危機的出血、開心術後の出血などがある。しかし、当院では、ユニバーサルドナーとして使用可能な血液在庫が各血液型1～２本のみであり、緊急時には血液センターに緊急発注となり到着まで60分前後の時間を要していた。この問題を解決するべく、院内にＭＴＰの導入を行い、隣接するレディースクリニックでの産科危機的出血において、発動し救命できた１例を経験したため報告する。

倫理的配慮
本報告は、倫理委員会の承認を得て、患者が特定されないように配慮した。

Ⅱ．症例
主訴：産後出血
現病歴
34歳　女性（G3P2）
38週０日に計画無痛分娩を目的に入院し分娩誘発。子宮口全開大後に胎児心拍最下50bpmまで低下し、遷延一過性徐脈が持続し急性遂娩の方針となった。
吸引分娩を行い児搬出。3556g女児。胎盤搬出後子宮内より大量出血が持続し、ショックバイタルとなった。前医産科医師によりMTP発動。経腹壁超音波断層法で左側子宮周囲に血腫状の所見を認め子宮破裂を疑い、輸血、双手圧迫継続のもと、当院手術室に搬入となった。

MTP発動から初期輸血開始までの所要時間は5分であった。MTP1セットRBC6単位、FFP6単位の初期投与が開始されている間、交差試験を行い15分後には同型輸血に切り替えることができていた。輸血を絶やすことなく投与継続していたが、子宮全的術による出血の制御を行う方針となった。総出血量9999ml、総輸血量9626mlであった。入院時の産科DICスコアは9点であったが、有害事象はなく9病日目に退院の運びとなった。

©一般社団法人日本救急看護学会

Ⅲ．考察

本事例は、日勤と深夜帯の勤務交代時に発生しており、人員の確保が充足していたことが幸いしていた。初手として、MTPを使用し、同型輸血切替までの時間的猶予を得ることができた。先制的輸血開始から、血液希釈による凝固異常をきたす原因の抑制が可能となり、MTPの恩恵を得ることができていた。初回事例であり、救命率、予後を含むMTPの有効性の検証はできていない。デメリットとして、常時血液在庫を保管しているため、期限切れ製剤を生じる可能性があることである。これに対し定期手術時の血液製剤と定期的に入れ替えをするなどの対策を行っている。本事例の現状分析をし、人、物、場所が変化する環境の司令塔が定まっておらず全体の統制が不安定な状態であったこと、夜間帯など人員やスタッフの経験値の差が生じる時間帯の対応を検討する必要性が明らかになった。今後も検証を行い、迅速かつ安全性の担保を目指した対策の見直しを継続していくことが今後の課題である。

Ⅳ．結語

MTPの導入後に救命できた産科危機的出血の１例を経験した。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第5会場(2階 小ホール)

[O20] 口演20
医療安全②

座長:平山 幸枝(帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)、矢野 明美(市立室蘭総合病院 看護管理室)

17:30 ~ 17:40

[O20-06] 遠隔ICU看護師のモニタリング観察における成長過程の視線解析の検討

○住永 有梨[1]、小松崎 渚[2]、大木 友美[1] (1. 昭和医科大学、2. 昭和医科大学病院)

キーワード：遠隔ICU、看護師教育、遠隔集中治療

【背景と目的】
遠隔ICUは、支援側施設の医療スタッフが遠隔地の複数のICU患者の状態を常時モニタリングし、タイムリーに助言や支援を行う体制である。看護師は、電子カルテや遠隔ICU専用システムなど6つの画面を活用しながら、ベッドサイド看護師への支援業務を担っているが、実際にどのような画面をどのように活用しているか、客観的に検証した研究はこれまで存在しなかった。そこで本研究では、遠隔ICU支援における看護師の成長過程を可視化するため、眼球運動を用いた視線解析を実施し、各システム画面の使用状況を時系列的に分析した。
【方法】
対象は、遠隔ICU支援施設に勤務し、遠隔ICUシステムのトレーニングを終了した看護師1名とした。眼球運動の測定にはTalk Eye Lite（竹井機器工業）を用いた。測定は、患者ビデオラウンドを行っている5分間を対象とし、①個別患者データ、②患者一覧、③自動重症度ランキング、④モニタートレンド、⑤ビデオ通話、⑥電子カルテの6つの画面に対する注視（視線の停留）回数を記録した。測定時期はトレーニング直後、1か月後、2か月後の3回とした。得られたデータは、対象者にフィードバックし、各画面の使用状況の確認も行った。
【結果】
対象者は経験年数25年、クリティカルケア経験13年のスタッフ看護師1名であった。トレーニング直後は一部の画面のみの注視に偏りが見られた（例：個別患者データ6回、重症度ランキング1回、モニタートレンド0回）。しかし、1ヶ月後に徐々に画面の注視範囲が拡大し、2か月後には全6つの画面がまんべんなく活用されており、画面の注視回数も増加していた（例：モニタートレンド4回、電子カルテ6回）。6つの画面を使いこなすことによって、1日あたりの支援回数も5回から14回に増加した。
【考察】
視線解析により、遠隔ICU看護師が業務を通じてどのようにシステムを活用するようになっていくか、その成長過程を客観的に可視化することが可能であった。本手法は、遠隔ICUにおける教育の評価やトレーニングプログラムの効果検証として有用である可能性がある。本研究は研究対象者が1名である。また遠隔ICUの業務中に実施試したため眼球運動の測定日の患者の特徴や重症度に偏りが生じている。今後トレーニングプログラムの効果測定には更なる検討が必要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

	トレーニング直後	1ヶ月後	2ヶ月後
眼球運動データ	注視回数（回）		
(1)個別患者データ	6	3	3
(2)患者一覧	1	1	3
(3)自動重症度順位	1	0	3
(4)モニタートレンド	0	2	4
(5)ビデオ通話	3	3	3
(6)電子カルテ	3	2	6
支援回数	5	6	14

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第6会場(2階 204会議室)

[O21] 口演21
家族看護②

座長:石川 景子(東京医科大学茨城医療センター)、榊 由里(京都大学/京都大学医学部附属病院)

16:40 ~ 16:50

[O21-01]

A病院救急外来受診患者の家族が病状説明を受けるまでに抱く心情

○石橋 こはる[1]、山口 隆弘[1]、小海 亜美[1]、武田 千鶴[1] (1. 東邦大学医療センター佐倉病院)

16:50 ~ 17:00

[O21-02]

救急搬送された患者の代理意思決定を行った家族の体験に関する研究

○鵜川 真由美[1] (1. 香川大学医学部附属病院)

17:00 ~ 17:10

[O21-03]

Medical Emergency Team における入院時重症患者対応メディエーターの導入と実践報告

○井上 千穂[1]、岡崎 泉[1]、吉峯 由香[1] (1. 川崎医科大学附属病院)

17:10 ~ 17:20

[O21-04]

ICU入院中の成人患者の家族におけるストレスとコーピング：スコーピングレビュー

○下村 祐哉[1]、佐々木 吉子[1]、今津 陽子[1] (1. 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 看護先進科学専攻 災害・クリティカルケア看護学分野)

17:20 ~ 17:30

[O21-05]

患者家族のコーピングに焦点をあてた関わり

○日下 悠子[1]、松浦 誠史[1]、齋藤 美香子[1] (1. 仙台医療センター)

17:30 ~ 17:40

[O21-06]

面会制限下における重症患者家族のニーズの充足度と看護師による家族ニーズへの対応状況

○中川 裕一[1]、田口 裕紀子[2,1]、村中 沙織[3]、石鉢 妙子[1]、岡本 真実[1] (1. 札幌医科大学附属病院高度救命救急センター、2. 札幌医科大学保健医療学部看護学科、3. 天使大学看護栄養学部看護学科)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第6会場(2階 204会議室)

[O21] 口演21
家族看護②

座長:石川 景子(東京医科大学茨城医療センター)、榊 由里(京都大学/京都大学医学部附属病院)

16:40 ~ 16:50

[O21-01] A病院救急外来受診患者の家族が病状説明を受けるまでに抱く心情

○石橋 こはる[1]、山口 隆弘[1]、小海 亜美[1]、武田 千鶴[1] (1. 東邦大学医療センター佐倉病院)
キーワード：家族看護、心情、救急外来

Ⅰ.目的
救急外来は多彩な患者を受け入れ、救急医療を提供している。患者だけでなく、家族も急な出来事による不安や混乱が生じ、特に病状説明を待つ間に様々な感情を抱くと言われている。先行研究では、救急車で来院した患者の家族や、夜間に受診した患者の家族の心情を対象としており、来院から病状説明までの家族の心情に焦点を当てた研究は見当たらなかった。そこで、来院手段や来院時間、重症度に関わらず、救急外来を受診した患者の家族が病状説明を受けるまでに抱く心情を明らかにすることを本研究の目的とする。本研究結果をもとに、より良い患者の家族対応の示唆を得たいと考えた。
Ⅱ.方法
Ａ病院救急外来を受診し、救急外来の看護師・医師が対応した患者の家族６名に対し、インタビューガイドを用いた半構造化面接法によりデータの収集を行った。データ収集期間は、2024年12月14日～2025年1月25日である。患者の家族の希望に沿って、後日にインタビュー日を調整・実施した。インタビュー時に録音したデータより逐語録を作成し、文脈毎にコードを抽出、コードを類似性に従って統合し、サブカテゴリー化、カテゴリー化した。
本研究は、Ａ病院倫理委員会(承認番号：S24048)の承認を得た上で実施した。研究参加者は、インタビューにより救急外来受診時の体験を思い起こす可能性が考えられた。そのため、インタビューの際には研究参加者に対し、話したくないことや辛いと感じた場合は途中でも中断・中止できることを説明した。
本研究で、心情とは、患者の家族の背景や思い、きっかけを含む個人の内面における感情と定義した。
Ⅲ.結果
研究参加者の年齢は57±14.2歳であり、性別は男性2名、女性4名であった。研究参加者1名に対するインタビュー時間は、平均38分であった。救急外来受診してから病状説明を受けるまでに抱く心情は、【患者の容態を心配していた】、【診察を受け安心していた】、【家族としての負担を感じていた】、【今後の対応を考えていた】【看護師へ感謝していた】【気持ちは落ち着いていた】の６つのカテゴリーによって明らかにされた。
Ⅳ.考察
救急外来を受診してから病状説明を受けるまでに、患者の家族は“心配”や“気になる”という心情を抱いていた。患者の家族は、患者の症状や今後の状態に対する不安だけではなく、適切なケアが受けられているか、また自身の生活への影響についても心配という心情を抱いていた。その“心配”や“気になる”という心情は、待ち時間中に患者と会えず状況が把握できないことで増強しており、看護師からの情報提供の不足が要因となっていたと推察した。よって、看護師による説明や対応は、家族の心配を軽減することに繋がると考えた。しかし、患者の家族は必ずしも“心配”や“安心”といった単一の心情を抱いているのではなく、“落ち着いていた”という心情も抱いていたことが明らかとなった。この心情の背景には、これまでの経験により今後の経過を

©一般社団法人日本救急看護学会

予測できたことや看護師の対応により状況が理解できたことで、心配することなく落ち着いて待機することができたのではないかと考えた。これにより、救急外来を何度も受診している家族と初めて受診する家族では、抱く心情に違いが生じている可能性が考えられた。その他にも、普段の患者の状態をどれだけ理解しているかや、看護師との関わりの有無が、抱く心情に影響していると考えた。これらのことから、患者の家族が抱く心情は多様であり、抱く心情の背景には受診経験や看護師の関わりが影響していたため、救急外来での看護師による家族対応は、患者の受診頻度や病態に応じた柔軟なアプローチが必要であると示唆された。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第6会場(2階 204会議室)

[O21] 口演21
家族看護②

座長:石川 景子(東京医科大学茨城医療センター)、榊 由里(京都大学/京都大学医学部附属病院)

16:50 ~ 17:00

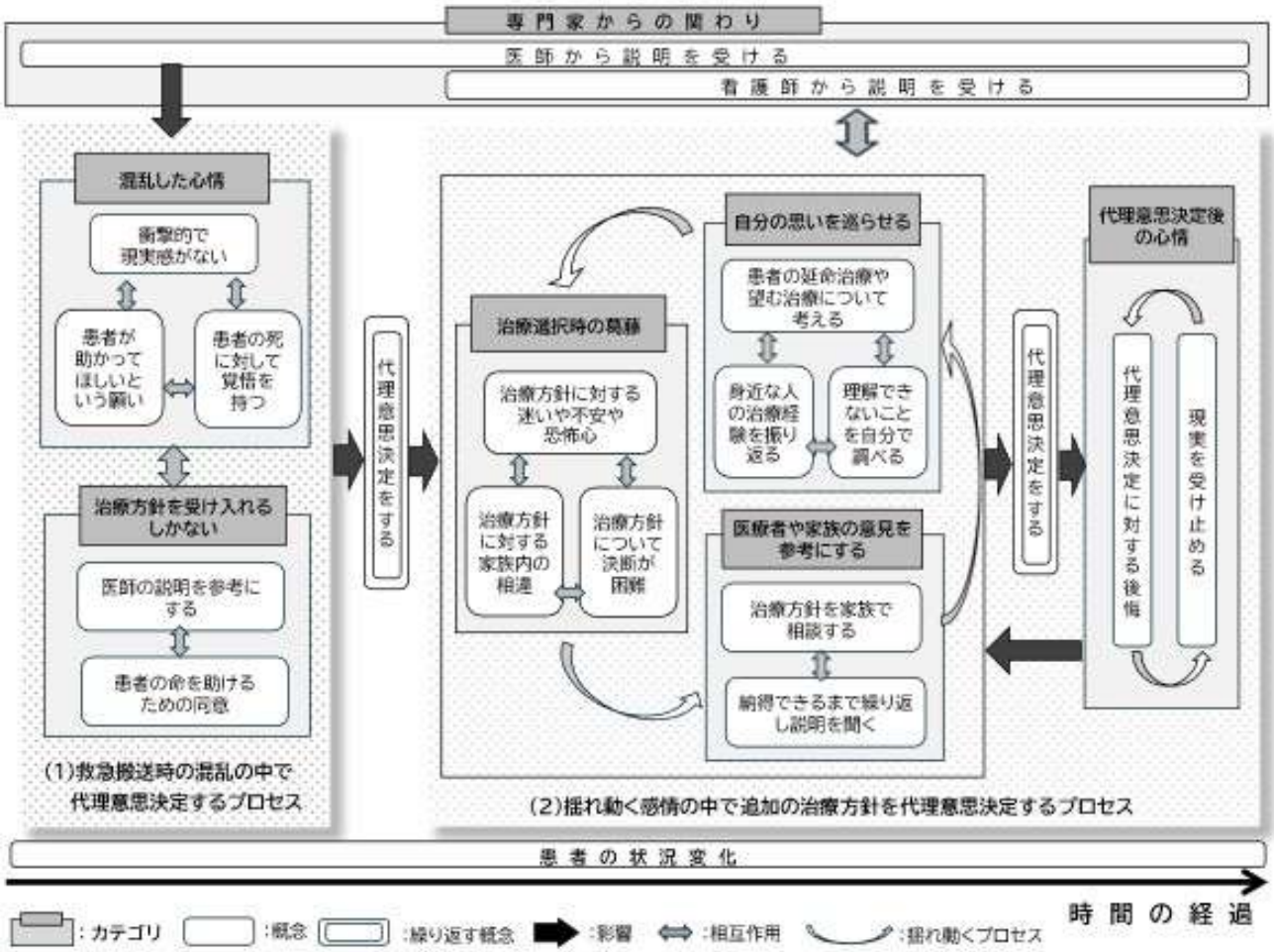
[O21-02] 救急搬送された患者の代理意思決定を行った家族の体験に関する研究

○鵜川 真由美[1] (1. 香川大学医学部附属病院)

キーワード：代理意思決定、家族、体験

【目的】患者の代理意思決定をする家族に対する看護支援を検討するため，救命救急センターに搬送され，入院から退院までの患者の治療方針について代理意思決定を行った家族の体験を明らかにする．【対象と方法】調査期間は2023年7月～2024年3月である．研究対象者は救命救急センターに搬送された患者に代わり代理意思決定をした家族である．インタビューガイドを用いて，生命の危機状況を脱したと医師が判断した以降に半構造化面接を実施する．家族とは，血縁者だけではなく，重要な患者をよく知る内縁者などを含める．代理意思決定とは，患者に代わり家族が治療の選択等を行うことで，同意が必要な治療内容（人工呼吸器管理の開始と継続，気管切開，手術の選択，透析の開始と継続，心肺停止時の対応）とする．本研究は，家族の体験したプロセスを明らかにすることから，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）を用いて分析を行う．【倫理的配慮】研究施設の倫理審査を受け承認されたものである．個人が特定できないように配慮する．【結果】参加者は40歳代から80歳代の救急搬送された患者の家族11名であった．患者との関係は，配偶者3名，子ども7名，兄妹1名であった．患者の意識障害の重症度は Glasgow Coma Scaleで13点以下が4名， 8点以下が7名であり，人工呼吸器による管理を開始した患者は10名であった．代理意思決定を行う治療方針は，疾患に対する治療方針，人工呼吸器の開始または離脱，気管切開の実施などであった．代理意思決定の回数は平均約3回であった．家族へのインタビューは，救命救急センターを退室時から退室後13日目までに実施し，インタビューの所要時間の平均は約30分であった．M-GTAの分析より19概念＜＞，7カテゴリー【】が生成された．救急搬送された患者の家族は、【専門家からの関わり】として状態や治療方針について〈医師から説明を受ける〉．〈衝撃的で現実感がない〉心情がある中，〈患者が助かってほしいという願い〉や〈患者の死に対する覚悟を持つ〉など，【家族の混乱した心情】を経験した．〈患者の命を助けるための同意〉しかなく【治療方針を受け入れるしかない】プロセスを経る．初期治療により，〈患者の状況の変化〉が現れるとその都度，医師から説明を受け，〈治療方針に対する迷いや不安や恐怖心〉など【治療選択時の葛藤】がある中，【他者の意見を参考にする】ことや【自分の思いを巡らせる】ことを繰り返して〈代理意思決定をする〉．その後も〈代理意思決定に対する後悔〉を抱える一方で，この選択で良かったと〈現状を受け止める〉気持ちの間で揺れ動く【代理意思決定後の心情】が示された．【考察】救急搬送後の初療室での家族は，混乱した心情の中，患者の命を助けるための同意として，治療方針を受け入れるしかない気持ちで代理意思決定をする．これは，患者に助かってほしいと願う強い気持ちの表れであり，同時に患者の死に対して覚悟を持つといった心情である．その後，代理意思決定した内容に対して，不安や迷いなどの葛藤が現れる中，患者の望む治療を考え，他者の意見を参考にし，追加の代理意思決定を主体的に行うことが明らかとなった．今後も代理意思決定を繰り返すことにより，揺れ動く感情は続くと考える．【結論】家族の揺れ動く気持ちや，決断した内容に対して，今後も後悔と現状を受け止めることの心情を繰り返していく事を理解し，家族がよりよい代理意思決定支援ができるように，専門家の関わりや組織を含めた家族に対するサポート体制作りが必要である．

©一般社団法人日本救急看護学会



©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第6会場(2階 204会議室)

[O21] 口演21
家族看護②

座長:石川 景子(東京医科大学茨城医療センター)、榊 由里(京都大学/京都大学医学部附属病院)

17:00 ~ 17:10

[O21-03] Medical Emergency Team における入院時重症患者対応メディエーターの導入と実践報告

○井上 千穂[1]、岡崎 泉[1]、吉峯 由香[1] (1. 川崎医科大学附属病院)

キーワード：MET、入院時重症患者対応メディエーター

【背景】急変患者への対応において、医療スタッフは救命処置を最優先とする一方で、患者家族への迅速かつ適切な対応も重要である。家族は突然の事態に直面し、強い不安や混乱を抱えることが多く、情報提供や心理的支援が求められる。救急・重症患者の家族は、生死に関わる治療方針の決断を迫られ、精神的負担が大きい。しかし、救命救急医療は患者の救命を最優先目的に構築されているため、家族には限られた時間の中で家族看護を提供しなければならない。この時間の制約は家族が心理的ケアを受ける機会を減らし、医療者が満足できる介入の機会も減らしてしまう。こうした課題に対応するため、当院では2023年度より「入院時重症患者対応メディエーター」を導入した。メディエーターは中立的な立場で診療スタッフと家族をつなぎ、状況理解や意思決定を支援する役割を担う。さらに2024年度からは、MET（Medical Emergency Team）起動時にもメディエーターが現場に急行する体制とした。本報告では、導入後の実践内容とその効果について述べる。
【活動内容】メディエーターはMET起動時に以下を実施する。家族への迅速な対応：現場に急行し、家族の連絡確認、情報共有。家族到着後は現場に案内し、ICに同席。心理的ケアと意思決定支援：ICに同席し、家族の納得を支援。必要に応じて落ち着いた環境を整え、情報整理と傾聴を行う。医療スタッフの負担軽減：初回家族対応を担い、救命処置への集中を支援。情報共有を円滑にし、急変対応の質を向上させる。
【実践結果】メディエーターの介入により、家族対応の初動が早まり、説明までの時間が短縮された。家族からは「早期に状況を把握でき安心した」「適切に対応してもらえた」との声があった。医療スタッフからは「家族対応の負担が軽減された」「説明の焦点が明確になった」などの評価が得られた。
【課題】平日の日中のみの対応であり、夜間や休日のMET起動時には後日の介入となる。また、緊急入院やIC同席が重複する場合には、即時対応が困難となる。
【考察】急変時の家族対応は、患者の治療経過や意思決定に影響を与える重要な要素である。メディエーターの導入により、家族への迅速な心理的支援が可能となり、医療スタッフの業務負担軽減や急変対応の効率向上につながった。また、家族が早期に状況を把握し、治療選択への納得感が得られることで、スムーズな意思決定が促進された。一方で、活動範囲や優先順位の整理、タイムリーな介入体制の構築が今後の課題である。
【結論】本活動は、家族対応の迅速化、医療スタッフの負担軽減、急変対応の質向上に寄与した。今後は活動体制の強化を図り、より効果的な運用を目指す。
【倫理的配慮】情報は個人が特定されない形で記録・分析しており、個人情報保護に配慮している。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第6会場(2階 204会議室)

[O21] 口演21
家族看護②

座長:石川 景子(東京医科大学茨城医療センター)、榊 由里(京都大学/京都大学医学部附属病院)

17:10 ~ 17:20

[O21-04] ICU入院中の成人患者の家族におけるストレスとコーピング：スコーピングレビュー

○下村 祐哉[1]、佐々木 吉子[1]、今津 陽子[1] (1. 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 看護先進科学専攻 災害・クリティカルケア看護学分野)

キーワード：ICU、家族、ストレス、コーピング、スコーピングレビュー

目的　患者が集中治療室（以下、ICU）に入院することで、家族も危機的状況を引き起こす。家族はICU入院中の不安定な状態をコーピングによって修正できるとされているが、2019年以降の重症患者家族のコーピングに関する研究知見はレビューされていない。特に2020年から始まった新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）流行下では、COVID-19患者に限らず、医療機関で厳しい面会制限が敷かれるなど患者、家族の相互作用は制限され、コーピングにも影響が及んだと考えられる。そこで本研究では、コロナ禍以前を含めた2019年以降のICU入院中の成人患者の家族におけるストレスとコーピングを扱った研究論文を概観し、ストレスとコーピングの具体的な内容、程度、結果を特定することを目的とした。
方法　ArkseyとO'Malleyの方法論的枠組みに基づき、スコーピングレビューを実施した。PubMed、Web of Sciences、CINAHL、MEDLINEを用い、タイトルまたは抄録に“ICU” “family” “stress”または“coping”を含む2019～2024年に公表された文献を対象とした（最終検索2024年4月25日）。スクリーニングは2名が独立して行い、データ抽出は著者が単独で実施した。分析はLazarusのコーピング理論に基づいて行った。
倫理的配慮　文献の著作権に配慮した。
結果　全1396件の文献をスクリーニングし、35件が分析対象となった。ICU入院中の患者家族は、意識を失い話せない患者とのビデオ通話による苦しみなど「患者の重症感」、家族による患者の擁護の欠如がケアの質低下を惹き起こす懸念など「患者の状態や苦痛を改善するための関与の困難さ」、医療機器への恐怖など「ICU環境の非日常感」、信頼できる情報の少なさによる不安など「情報不足と一貫性の無さ」、状態や医療ケアについて周囲へ伝える困難など「家族の代表者としての責務」、入院に伴う家族の家庭及び社会での役割変化による混乱など「現在と将来における家族の生活と役割の変化」の6つのストレスを感じていた。また、感情を他者に隠し不快な考えを受け入れたなど「感情に直接訴えかける」、状態が悪くても大丈夫と言い聞かせたなど「自分なりに状況を解釈する」、日々の生活を大切にしたなど「嗜好に叶った生活をする」、ケアや意思決定に喜んで関与したなど「積極的に患者に関与する」、病気について調べたなど「情報収集および状況の整理と理解に努める」、他患者家族と経験を共有したなど「他者との繋がりを持つ」、亡くなることを想定し葬儀に備えたなど「今後を予測して計画を立てる」の7つのコーピングを用いていた。その結果、面会頻度を減らしてストレスが緩和した家族がいる一方、罪悪感を抱く家族もいたなど、家族は類似のストレスを感じてもコーピングは一様ではなく、類似のコーピングを用いても結果が一致するとは限らなかった。
考察　COVID-19拡大による面会制限が強化され、情報収集やケア参加の不足を助長した可能性がある。問題焦点型コーピングが機能しにくい状況であり、情動焦点型コーピングによってストレス緩和を図った可能性が推察された。また、感染拡大後はビデオ通話が行われたが、一部の家族にとって新たなストレス悪化要因となっており、患者に何も与えられない無力感を生じた

©一般社団法人日本救急看護学会

り、断片的な映像が家族を混乱させた可能性がある。どのコーピングがストレス低減に有効であるかは状況によって異なることも示されたため、ストレス状況から遠ざかろうとしているように見えても、行動の意図を理解し乗り越えようとする努力を支えることが重要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第6会場(2階 204会議室)

[O21] 口演21
家族看護②

座長:石川 景子(東京医科大学茨城医療センター)、榊 由里(京都大学/京都大学医学部附属病院)

17:20 ~ 17:30

[O21-05] 患者家族のコーピングに焦点をあてた関わり

○日下 悠子[1]、松浦 誠史[1]、齋藤 美香子[1] (1. 仙台医療センター)

キーワード：家族看護、家族のニード

【目的】救命救急センターにおける入院患者の多くは、急性発症や重篤な状態であり、家族にとっても突発的な状況に直面し、不安やストレスを抱えることが多い。今回、患者本人だけでなく、家族のコーピングに焦点をあてた看護介入を行い、その意義と効果について明らかにする。【方法】倫理的配慮として、対象となる患者およびその家族に対して、研究の趣旨と目的を口頭および書面で説明し同意を得た。また、個人情報の匿名性を厳重に保ち、研究以外の目的で使用しないことを保証した。対象者は、70代女性、くも膜下出血を発症し救急搬送された。コイル塞栓術を施行し、術後に脳血管攣縮が発症した。その結果、右上下肢麻痺や混合失語が見られ、ベッド上安静と厳密な血圧管理が必要となった。入院前の患者は、旅行やボランティア活動を楽しむ活動的な生活を送っていたが、突然の発症と状態変化により家族の不安が増大した。夫と長女・次女が交代で面会に来院したが、患者の状態を目の当たりにし、強い動揺やストレスを抱える様子が見られた。家族のケア参加や安心感を得るための看護支援が重要と判断した。家族の不安やストレス軽減を目的に、看護師は重症・救急患者家族アセスメントのためのCNS-FACE II を活用して家族のコーピングスタイルを評価し、情動的コーピングから問題志向的コーピングへの変化を観察した。また、家族から得た情報をもとに、家族が参加できる患者支援の方法を提案した。さらに、多職種チームとの連携を図り、家族が抱える不安やストレスを包括的に軽減するアプローチを実施した。【入院期間と介入期間】ICU入院期間：19日間 看護介入期間:1日～17日目【結果】入院時のCNS-FACE II では、安心・安寧のニード、情動的コーピングの割合が高く、患者の状況を受け入れる余裕が乏しいことがわかった。そのため、患者との面会や、医師・看護師で思いの傾聴や情報共有といった支援をチームで行った。看護介入11日目頃には家族の様子から社会的サポート、接近のニード、問題志向的コーピングが高いとチームで評価し、ケアへの参加を提案して家族と共に看護ケアを行うこととした。具体的には、患者の好みに合わせた音楽の提案や、医療器具に関する説明を行った。家族が患者のケアに参加することで、不安が軽減され、達成感が得られることが確認された。また、家族の不安に対しては、多職種の介入を調整し不安を解決できるよう支援した結果、家族からは、安心感が得られた発言が聞かれた。【考察】家族のコーピングに応じた適切な看護介入は、家族の不安を軽減し、安心感を高める効果があると考える。松戸らの研究では、重症患者の家族は、患者ケアに参加することに高いニードを持つことが示されており、本研究でもこれを支持する結果が得られた。特に、日々のコミュニケーションや多職種との連携による支援が、家族の満足度向上や安心感の形成に寄与することが明らかとなった。家族が患者の現状を理解し、ケアに関与することで、患者と家族双方においてポジティブな影響が生まれた。本研究を通じて、家族のコーピングを把握し、それに基づいた看護介入を行うことの重要性が確認された。特に、家族が患者と積極的に関わることは、患者の治療やリハビリの進展に良い影響を与える可能性がある。同時に看護師が家族の声に耳を傾け、多職種と連携しながら適切な支援を提供することが求められる。今後も家族ケアを看護の重要な要素として位置づけ、さらなる実践と研究を進める必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第6会場(2階 204会議室)

[O21] 口演21
家族看護②

座長:石川 景子(東京医科大学茨城医療センター)、榊 由里(京都大学/京都大学医学部附属病院)

17:30 ~ 17:40

[O21-06] 面会制限下における重症患者家族のニーズの充足度と看護師による家族ニーズへの対応状況

○中川 裕一[1]、田口 裕紀子[2,1]、村中 沙織[3]、石鉢 妙子[1]、岡本 真実[1] (1. 札幌医科大学附属病院高度救命救急センター、2. 札幌医科大学保健医療学部看護学科、3. 天使大学看護栄養学部看護学科)

キーワード：面会制限、重症患者、家族、ニーズ

【目的】
面会制限下における重症患者家族のニーズの充足度と看護師による家族ニーズへの対応状況を明らかにする。
【方法】
2020年3月～2022年3月にA救命センターに入院した重症患者家族336名のニーズの充足度と、看護師38名の家族ニーズへの対応状況について、ICU患者家族のニーズ5因子30項目（辰巳.2005）を用いて質問紙調査を実施した。家族のニーズの充足度は、対面面会の有無別にWilcoxon の順位和検定を実施し、属性とニーズ5因子との関連性は多変量解析を実施した。看護師の家族ニーズへの対応状況は、オンライン面会の対応別にWilcoxon の順位和検定を実施した。統計解析にはJMP Pro 17.2.0を使用した。倫理的配慮として、札幌医科大学倫理委員会（承認番号3-1-80）の承認を受けて実施した。
【結果】
家族138名、看護師31名から回答を得た。家族の年齢は60代（34.1%）が最も多く、女性（68.1%）が多かった。患者との関係性は配偶者（50.0%）が最も多く、患者の入院理由はCOVID-19（42.0%）が多かった。患者の年齢は50代（27.5%）が最も多く、入院期間は2週間未満35.5%、2週間以上3週間未満36.2%、4週間以上26.8%であった。対面で面会できた家族は50.7%、オンライン面会をした家族は8.0%であった。「医療技術・スタッフへの期待や信頼に関するニーズ」で、対面面会群は、スタッフや設備の清潔さ（p<0.001）、迅速な対応（p=0.002）、十分なスタッフ数（p=0.013）、患者への思いやり（p=0.036）において充足度が高かった。「情報を適時に得られるニーズ」で、非対面面会群は、医療機器に関する説明を受けることができ（p=0.017）、対面面会群は、看護師からその日の患者の様子を聞くことができていた（p=0.013）。「面会における融通性に関するニーズ」で、対面面会群は、面会時間が家族の都合に合わせて自由に変更でき（p<0.001）、ベッドサイドに落ち着ける場所があり（p<0.001）、家族と患者だけの時間を持つことができていた（p<0.001）。属性とニーズ5因子との関連性については、「医療技術・スタッフへの期待や信頼に関するニーズ」で、対面面会群（p=0.040）、「医療スタッフからのサポートに関するニーズ」で、入院期間4週間以上（p=0.014）と対面面会群（p=0.002）、「面会における融通性に関するニーズ」で、入院理由がCOVID-19であること（p=0.005）と対面面会群（p<0.001）が有意な関連を示し、対面面会群は各ニーズ因子において一貫して正の関連を示した。
看護師の年齢は30代（41.9%）が多く、看護師経験年数は15（10-25）年、救急看護経験年数は7（5-12）年、オンライン面会に対応した者は77.4%であった。「医療スタッフからのサポートに関するニーズ」で、オンライン面会対応群は、家族が社会資源についての情報を得ることができるようにしていた（p=0.015）。

©一般社団法人日本救急看護学会

【考察】

重症患者の家族のニーズは対面面会により満たされることが示唆された。一方で、対面で面会できなかった家族でも、「情報を適時に得られるニーズ」の医療機器に関する説明において高い充足度を示したことから、面会により視覚情報が得られなくとも看護師が電話やオンライン面会で意図的に説明することで、情報のニーズへの対応ができることが示唆された。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第7会場(2階 206会議室)

[O22] 口演22
地域連携

座長:泉谷 勇(市立釧路総合病院 看護部 救急外来)、吉峯 由香(川崎医科大学附属病院 循環器呼吸器センター)

16:40 ~ 16:50

[O22-01]

救急患者連携搬送（下り搬送）システムの構築
～地域で高齢者救急を応需するための第１歩～

○松尾 弓[1]、今泉 彰太[2] (1. 福岡徳洲会病院　救急外来　ECU、2. 福岡徳洲会病院　患者サポート室)

16:50 ~ 17:00

[O22-02]

A病院における救急患者連携搬送の現状と今後の課題

○中畔 柚季[1]、表 佳代[1]、根来 幸木子[1]、小川 さおり[1]、阿部 雅美[1] (1. 日本赤十字社和歌山医療センター)

17:00 ~ 17:10

[O22-03]

救急対応強化策によるプレホスピタルとの連携強化

○稗田 貴純[1]、小峯 冨士江[1]、塩見 政枝[1]、橋本 昌幸[1]、市川 誠[1] (1. 赤心堂病院　救急外来)

17:10 ~ 17:20

[O22-04]

救急看護師による養護教諭研修会の実践とその効果～応急対応と事例共有～

○髙井 純太[1] (1. 中東遠総合医療センター)

17:20 ~ 17:30

[O22-05]

救急外来における帰宅時支援導入後1年間の実績と課題

○山口 雅美[1]、北川 誠也[1] (1. 佐賀県医療センター好生館　救命救急センター)

17:30 ~ 17:40

[O22-06]

ICTを活用した心不全患者の在宅支援

○内海 由加里[1] (1. 国家公務員共済組合連合会　高松病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第7会場(2階 206会議室)

[O22] 口演22
地域連携

座長:泉谷 勇(市立釧路総合病院 看護部 救急外来)、吉峯 由香(川崎医科大学附属病院 循環器呼吸器センター)

16:40 ~ 16:50

[O22-01] 救急患者連携搬送（下り搬送）システムの構築
～地域で高齢者救急を応需するための第１歩～

○松尾 弓[1]、今泉 彰太[2] (1. 福岡徳洲会病院　救急外来　ECU、2. 福岡徳洲会病院　患者サポート室)
キーワード：下り搬送、高齢者救急、地域包括システム

【はじめに】　A病院救急外来は二次医療圏以外からの救急搬送要請があり、年間1万件以上の救急車を受け入れる二次救急指定病院で、24時間365日応需している。2023年から救命士を採用し、医師、看護師、薬剤師、医師事務の多職種チームで医療・看護を提供している。COVID-19流行以降も高齢社会の現在、高齢者救急要請の増加は余儀なくされ、応需率の低迷、不応需件数の増加がある。そのため、高齢者救急に備えECU病床を確保し、総合診療科は2023年度より稼働した。救急科で入院した高齢者救急患者は、翌日以降に総合診療科医が入院継続のバックアップ体制をとっていた。しかし、高齢者救急は増加し続け、2023年4月～2025年3月救急科から総合診療科に転科した患者は250名、平均年齢は80歳、平均在院日数は30日を超えた。また、主要疾患は、転倒による胸腰椎を含む圧迫骨折による体動困難や誤嚥性肺炎などがあり、重症、医療・看護必要度A項目は、救急搬送の2点とB項目では平均8点であった。医療度A加点は少なく、介護度B得点が高い為、自宅退院が困難で急性期ベッド運用を逼迫させる現状がある。2024年度診療報酬改定が行われ、救急患者連携搬送料の加算が創設された。そこで、A病院は下り搬送を有効に活用した病床管理を行い、地域病院は患者が安心して療養できる場所として高齢者救急を共有し、地域包括ケアシステムのあるべき姿として検討できると捉えた。今回、A病院のベッドを地域のベッドとして運用するためには、地域病院の協力を得て、下り搬送のシステムを構築する必要がある。そのため、医師、看護師、MSW、救命士、事務員の多職種で下り搬送ワーキンググループ（以下、WG）を立ち上げ、システムを構築したため報告する。【目的】下り搬送システムを構築し、患者が安全安心に転院できる【倫理的配慮】Ａ病院、倫理指針により承認を受けた【方法】①多職種で下り搬送ＷＧの立ち上げＡ病院から近隣病院訪問を行い、顔の見える関係性づくり、下り搬送病院と締結する②患者・家族が安心して転院できるための環境整備を行い下り搬送フロー・下り搬送説明用紙の作成③ 下り搬送ＡＣＰシート作成 ④救命士による救急搬送の実施【結果】2024年9月～2025年4月41件実施できた【考察】Ａ病院の下り搬送システムを構築するためにWGを立ち上げ、多職種が協働した。近隣の病院へＷＥＢ・施設訪問を実施し、顔の見える関係づくりはＡ病院を知る機会となり有効と捉えた。また、ＷＧが主体で、下り搬送フローの作成・改定を行った。A病院に救急搬送された患者・家族が安心して、下り搬送できるように救急医からの現病状説明、MSWからは下り搬送に対する説明用紙を活用した。更に療養先はかかりつけ病院を提案し、患者・家族の理解のもとに転院先の選択、検討ができた。A病院に救急搬送のため、看護師からはＡＣＰシートを聴取・療養先に情報提供し、下り搬送フローに沿って救命士は下り搬送が実施できたと考える。現在、高齢者救急が増加する中、Ａ病院と地域病院が下り搬送を有効に活用し、地域のベッドとして高齢者救急を断らない医療を継続するための一助と示唆された。しかし、院内・地域で下り搬送に継続していくために、共有ツールとしては、重症、医療・看護必要度を活用し患者選定が可能と考える。今後は、下り搬送フローの評価・改定、Ａ病院が急性期病院として機能を維持し、地域病院と連携しながら地域包括システムのあるべき姿を目指したい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第7会場(2階 206会議室)

[O22] 口演22
地域連携

座長:泉谷 勇(市立釧路総合病院 看護部 救急外来)、吉峯 由香(川崎医科大学附属病院 循環器呼吸器センター)

16:50 ~ 17:00

[O22-02] A病院における救急患者連携搬送の現状と今後の課題

○中畔 柚季[1]、表 佳代[1]、根来 幸木子[1]、小川 さおり[1]、阿部 雅美[1] (1. 日本赤十字社和歌山医療センター)

キーワード：救急患者連携搬送

【目的】2024年度診療報酬改定において、新たに救急患者連携搬送料が新設された。A病院でも高齢者救急患者の増加に伴い、2024年6月から平日日勤帯のみ救急患者連携搬送（以下、下り搬送）を開始した。開始にあたり、患者総合支援センター（以下PFM）との連携、スムーズな転院調整のために転院サマリー内容の標準化や転院時チェックリストを活用した搬送手順の整備を行った。そこで、A病院における下り搬送の現状から、今後の課題を検討した。【研究方法】①データ収集期間：2024年6月11日～2025年2月28日②対象：救急外来における二次病院（診療所を除く二次医療機関、救急指定病院でない病院も含む）へ転院した患者（小児を除く）③収集項目と分析：年齢、性別、診断名、転院目的、下り搬送の該当の有無、介護保険認定の状況、施設入所の有無等から現状を調査した。【倫理的配慮】A病院倫理委員会における倫理審査の承認を得た。【結果】救急外来における二次病院への即日転院件数は386件、うち下り搬送件数は131件であった。患者の年齢層は、65歳以上の高齢者は119名、うち75歳以上の後期高齢者は98名であった。患者背景として、施設入所者は19名、独居者は34名であった。診断名は、肺炎が37名、COVID-19が24名、骨折が11名、インフルエンザA症が10名、尿路感染症が8名、その他、脱水症、貧血、電解質異常等であった。転院目的は、多くが抗生剤投与や少量の酸素投与等の加療であり、医療処置は要しないが体動困難のため転院となる患者も37名いた。介護保険認定の状況は、要支援が20名、要介護1～2が34名、要介護3以上が35名、未申請が42名であった。夜間、救急外来で状態を観察後に転院（以下、オーバーナイト）は56件であった。一方、入院3日目以内の下り搬送は、5件にとどまった。【考察】即日転院患者の大多数は高齢者であった。以前はPFMまたは救急外来で搬送方法の調整を行っていたが、院内救急車の活用により出発までの時間が短縮され、PFMは転院先との交渉、救急外来は患者ケアやサマリーを記載するなどの時間に充てることができるようになった。休日・時間外もオーバーナイトで状態の変化がないことを確認し、PFMへ転院調整を依頼することで転院先の選択肢を広げることができている。疾患は、肺炎等の感染性疾患が多く、高齢者に特徴的な抵抗力・体力の低下や基礎疾患の併存が結果に反映していると考える。身体機能低下により転倒して骨折する事例や、感染症による倦怠感でADL低下し、自宅療養が困難となった社会的入院としての転院が必要な事例もあった。入院後の下り搬送件数が少なかった理由としては、入院時点で転院を前提としていないこと、患者の状態が3日以内に転院できる状況ではないこと、3日以内に転院する院内の体制が不十分であることが挙げられる。【結論】下り搬送は、患者の状態に応じた適正な医療レベルの病院に搬送することで、重症・中等症・軽症患者の振り分けが可能となり、地域医療全体の効率が向上すると考えらえる。搬送を通じて病院間連携が深まり、平時からの情報共有・協力体制の強化にもつながる。一方、転院時における患者情報の不十分な引き継ぎや、急変リスクへの対応、患者・家族からの不満や不信感につながる可能性があるため、十分な説明を行い、理解を得ることが必要である。今回の調査で明らかになった課題は、即日の下り搬送は円滑に行えている

©一般社団法人日本救急看護学会

が、3日以内の搬送の整備や、入院業務の整理、転院先への患者情報や継続看護を適切に伝達できるよう検討を続ける必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第7会場(2階 206会議室)

[O22] 口演22
地域連携

座長:泉谷 勇(市立釧路総合病院 看護部 救急外来)、吉峯 由香(川崎医科大学附属病院 循環器呼吸器センター)

17:00 ~ 17:10

[O22-03] 救急対応強化策によるプレホスピタルとの連携強化

○稗田 貴純[1]、小峯 冨士江[1]、塩見 政枝[1]、橋本 昌幸[1]、市川 誠[1] (1. 赤心堂病院　救急外来)
キーワード：接遇、プレホスピタル、合同研修

【はじめに】全国的に救急搬送件数は増加傾向にあり、その多くは二次救急病院へ搬送されている。当院は二次救急病院として体制強化に努めてきたが、収容件数の増加には至らなかった。搬送困難症例や地域外搬送の事案も散見されることから、当院が地域医療に対し十分な役割を果たせていない可能性があった。 【目的】隠された問題点の抽出と改善を行い、地域医療へ貢献していく事を目的とした。 【方法】問題点の抽出には院外へ目を向けることも一案とし、地域消防局へ協力を依頼した。計86名の救急担当者にアンケートを実施し、抽出された課題に対し院内研修を行った。また、相互理解を深めるために意見交換会を開催した。当病院倫理委員会で、本研究の承認を得た。（承認番号:202411-1）【結果】アンケート回収率は100%で、最も多かった意見は院内スタッフの接遇が悪いことであった。回答者の約75%が接遇に関して不満を持っており、これを理由に収容要請をしにくいという意見が多かった。結果を踏まえ接遇研修やシミュレーションを実施した。意見交換会では問題点への取り組みを公表し、搬送時に必要な情報の確認を行い、プレホスピタルでの活動内容を理解する事で信頼関係が深化した。 【考察】搬送前の電話対応だけでなく搬送後の対応についても、相手の立場を尊重した活動ができていなかったことや教育不足が問題点であった。心理的に当院への要請を避けられたことが一因となり、搬送件数が伸びなかったと考えられる。意見交換会はお互いの立場を理解するために有効な手段であるが、ネガティブな印象を改善するには継続していく必要がある。 【結語】プレホスピタルとの連携強化は救急医療において重要な課題であり、今回の研究から特に接遇の重要性を再認識した。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第7会場(2階 206会議室)

[O22] 口演22
地域連携

座長:泉谷 勇(市立釧路総合病院 看護部 救急外来)、吉峯 由香(川崎医科大学附属病院 循環器呼吸器センター)

17:10 ~ 17:20

[O22-04] 救急看護師による養護教諭研修会の実践とその効果～応急対応と事例共有～

○髙井 純太[1] (1. 中東遠総合医療センター)

キーワード：地域連携

【背景】学校に勤務する養護教諭は、主に校内の健康管理や保健指導を担うとともに、生徒の急変や突発的な外傷などへの応急対応も求められる。救急要請の判断や応急対応を一任される場面も多く、その判断・対応に不安を抱える養護教諭も少なくない。こうした現状を踏まえ、A高等学校の養護教諭と共に、地域の養護教諭が参加する研修会を企画し実施した。本研修会は、心肺蘇生や応急処置に関する講義・実技に加え、参加者自身の体験事例やヒヤリハット共有を取り入れて開催をした。【目的】本研究は、救急の看護師が講師となり実施した地域養護教諭研修会（応急対応と事例共有）を通じて、その有用性や参加者の心理的変化を明らかにし、今後の地域養護教諭の活動支援に繋げていくことを目的とする。【方法】研修会終了後、参加者を対象にGoogleフォームを用いた自由記述式アンケートを実施した。得られた記述内容は逐語的に整理し、共通する語句や表現をもとにキーワードを抽出し、意味内容に基づいてカテゴリー化を行った。【倫理的配慮】所属機関の臨床研究管理室に申請し承認を得て実施した。参加者には調査の趣旨を説明し、自由意志による協力であること、個人が特定されない形でデータを用いることを明示し、同意を得た。個人情報の保護には十分配慮し、データは匿名化して分析した。【結果】地域養護教諭研修会に参加した6名から研究参加が得られた。記述内容から、以下のカテゴリーが抽出された。〈助言による不安の軽減・自信〉〈事例共有の重要性〉〈実践的気づき〉〈事例を通じた理解と対応力の向上〉〈処置の技術・知識の向上〉〈連携の必要性〉【考察】結果から〈助言による不安の軽減・自信〉が示すように養護教諭が抱えていた判断や対応に関する不安が軽減され、良好な心理的変化が得られたと考えられる。救急の看護師（病院側）からの助言や全体からのフィードバックを通じて、自身の判断・対応の妥当性が評価されたことが、不安の軽減に繋がったと考えられる。救急車を要請する際、少なからず心理的なハードルがあるが、今回の振り返りの中でも「自分の判断でよかった、正しかった」という言葉が聞かれ自信の獲得にも繋がったことが考えられる。〈事例共有の重要性〉においては、判断が難しい場面について意見交換を行うことで、他校の事例を「自分ごと」として捉えられるようになり、今まで想像できなかった事態を考える意識が生まれた。〈実践的気づき〉のカテゴリーからは、「救命は一人では困難である」という気づきがあったことで、学校内での他教職員と連携を再認識する機会となっていた。〈事例を通じた理解と対応力の向上〉および〈処置の技術・知識の向上〉のカテゴリーからは、事例と結びついた学びや実技を通じて理解が得られたと推察される。〈連携の必要性〉は養護教諭が一人で判断や対応を迫られる状況が多い中、前述した他の教職員との連携や地域養護教諭間の連携、そして今回のように地域の救急医療機関との連携が求められている。養護教諭はその判断や対応を任される場面も多いだけではなく、校内に一人であることから他者からのフィードバックも受けにくい環境にある。「自分の判断や対応が正しかった」と思うためにも、定期的な研修や事例共有の機会が有用であると考えられる。そのためには、今後も地域養護教諭同士の繋がりや救急の看護師・医療機関との継

©一般社団法人日本救急看護学会

続的な関係を構築していく必要があり「顔の見える関係性」を築くことが重要であると考える。救急の看護師が地域でも出来ること、支援者として関わることで今後も貢献していきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第7会場(2階 206会議室)

[O22] 口演22
地域連携

座長:泉谷 勇(市立釧路総合病院 看護部 救急外来)、吉峯 由香(川崎医科大学附属病院 循環器呼吸器センター)

17:20 ~ 17:30

[O22-05] 救急外来における帰宅時支援導入後1年間の実績と課題

○山口 雅美[1]、北川 誠也[1] (1. 佐賀県医療センター好生館　救命救急センター)

キーワード：帰宅時支援、救急外来、地域連携

【目的】近年、急速な高齢化に伴い救急外来の再受診および入院が必要となる患者が増加している。背景には加齢による身体・認知機能の低下に加え、支援者の不在といった複合的な社会的要因がある。当館の救急搬送患者の帰宅率は31.3%（2019～2022年）、１か月以内の再受診率は6.8%であった。救急搬送後再受診となった患者の61%が入院となり、その内82%が60歳以上の高齢者であった。これらの状況から高齢患者の多くが帰宅するものの、支援の欠如により状態が悪化し、再受診や入院に至っていると考えられた。そこで、救急外来を受診する高齢患者に対し在宅ケアを効果的にマネジメントするため、令和6年度から帰宅時支援を導入した。本研究の一部であるフローチャートを用いた帰宅時支援ニーズのスクリーニングに関しては日本医療マネジメント学会(2024年)において報告済みであるが、ここでは1年間の実績と評価について報告し、課題について明らかにする。【方法】期間：令和6年4月～令和7年3月対象：救急外来に救急車、ドクターヘリ、ドクターカーで搬送された患者3,661名の内、帰宅となった20歳以上の患者 388名方法：先行文献をもとにADL、身体機能、認知機能、支援者の存在を評価し、帰宅時支援のニーズをスクリーニングできるフローチャートを2024年度より運用している。支援レベル0は介入不要、支援レベル1はADL・身体機能・認知機能のいずれかに問題を認める者で、当館と地域の相談窓口を紹介する。支援レベル2は支援者不在だが担当ケアマネジャー(以下、CM)がいる者で、担当CMに病状および在宅ケアの必要性について情報提供する。支援レベル3は支援者も担当CMも不在の者で、地域の専門職に病状や在宅ケアの必要性について情報提供する。今回、運用開始から1年間のスクリーニング結果と帰宅時支援の実績、帰宅時支援導入1ヶ月後の再受診状況を後方検証する。倫理的配慮：当館の倫理審査委員会の承認を得た。【結果】今回388名中、支援レベル1～3の要支援者は99名(26%)であった。各支援レベルの内訳と平均年齢は支援レベル0が212名(54.6%)で60.6歳、支援レベル1は69名(17.8%)で76.4歳、支援レベル2は13名(3.4%)で87.5歳、支援レベル3は17名(4.4%)で77.4歳、77名(20%)は失念や多忙により未介入であった。要支援者99名の内、65歳未満が17名であった。フローチャートに沿って支援を行い、救急外来より帰宅後1か月以内の再受診率は0.7%で、再受診前に支援レベル3だった者が2名、支援レベル2だった者が1名であった。再受診した全ての者が前回とは別の傷病による受診であった。【考察】導入前の再受診率は6.8%であったが今回の介入により再受診率は0.7%に下がった。救急現場の時間的制約下でも、視覚的に整理されたフローチャートにより、支援の必要な患者を抽出できた。要支援者には社会的資源を活用する方法を明示したことにより再受診の低下に繋がったと考えられる。ただし、要支援者の帰宅後にどのようなケア提供が行われたかは追跡できていない。また、失念等による未介入77名については情報収集が不十分なまま帰宅に至った症例が考えられ、運用の見直しが必要である。さらに、介護保険制度の制限がある65歳未満の要支援者に関しては、既存の仕組みだけでは十分な支援に繋げることが難しい。そのため、今後はMSW、地域の専門職と連携を強化し、意見交換等を行いながらフローチャートのアップデート、帰宅後の経過を把握するフォローアップ体制の整備が課題である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第7会場(2階 206会議室)

[O22] 口演22
地域連携

座長:泉谷 勇(市立釧路総合病院 看護部 救急外来)、吉峯 由香(川崎医科大学附属病院 循環器呼吸器センター)

17:30 ~ 17:40

[O22-06] ICTを活用した心不全患者の在宅支援

○内海 由加里[1] (1. 国家公務員共済組合連合会　高松病院)
キーワード：心不全、ICT、在宅支援

【はじめに】
超高齢化社会の進展、高齢心不全患者の急増に伴い、心不全パンデミックが懸念されている。JCARE-CARDにおける心不全患者の死亡率は7.3%、再入院率は退院後6ヶ月27%、1年以内35%と非常に高率である。また、心不全患者の救急受診者数の増加の傾向が強まっており、死亡率の改善とともに心不全増悪による再入院を防ぐことが心不全の重要な治療目標となると報告されている。急性期病院と連携医療機関が連携し、患者の情報を共有することで、患者が住み慣れた地域で可能な限り自分らしい生活ができること、より質の高い心不全医療を提供し、再入院の予防や長期予後の改善を目指すことを目的に2024年度より多職種連携情報共有システムVital Rinkを導入したため報告する。
【目的】
心不全患者における在宅支援にICT活用が可能か検討し、今後の課題を明らかにする。
【方法】
期間・対象・方法：2024年4月～2025年3月までにVital Rinkを導入した心不全患者7名に対して後方視的に在宅支援の状況や方法の実態調査を行った。
【倫理的配慮】
本研究は対象者の個人情報が特定できないように留意し、所属病院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【結果】
Vital Rink導入の患者選定として、当院がかかりつけであり、訪問看護師やヘルパーを利用していることを条件とした。訪問看護師やヘルパーからは、退院後や訪問時の患者の状態や状況の報告、症状観察や管理での疑問点の相談、ADL・介護サービスの変更など情報共有があった。当院からは、症状出現時の対処方法や定期受診・救急受診結果の報告を行い、退院後の患者情報を把握し、アセスメントし必要時は管理をどのようにしているかなどの質問などを行なった。退院後の患者の症状や生活様式を詳細かつタイムリーに知ることでより早期に介入することができ、適切なケアの提供が可能であった。
【考察】
Vital Rinkを使用することで、症状悪化時の早期の相談・定期内服の変更の伝達など多岐に渡り介入が可能である。退院後も刻々と患者の状態は変化するため、患者の情報を共有・連携を円滑することで、早期に介入することができ、有効なツールである。また、患者が住み慣れた地域で過ごすための切れ目のない看護の実現が可能であると考える。今後もより活用し、再入院の予防や長期予後の改善することや地域共生社会への推進が今後の課題である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 示説会場(1階 大ホールB)

[P1] 示説1
チーム医療

座長:園田　拓也（小倉記念病院 クオリティマネジメント課）、三浦　友紀（江別市立病院 整形外科小児科混合病棟）

10:30 ~ 11:10

[P1-01]

タスク・シフト/シェアを見据えた救急看護師の役割に関する研究

〇南 真吾[1]、石川 麻由[1]、森 まどか (1. 神鋼記念病院)

10:30 ~ 11:10

[P1-02]

院内救命士と看護師のタスクシェアの現状と課題

〇山下 由美[1] (1. 社会医療法人共愛会　戸畑共立病院　救急集中治療センター)

10:30 ~ 11:10

[P1-03]

A病院一般病棟における予期せぬ心停止の回避を目指した
呼吸評価の定着に向けたタスクの考察

〇田中 嘉与[1]、櫻井 瑛大[1]、山田 真紀[1]、高見 祥代[1] (1. 市立福知山市民病院)

10:30 ~ 11:10

[P1-04]

救急外来における多職種協働に関する促進要因と阻害要因の分析

〇村山 さやか[1]、河野 竜太[1]、宮内 梨奈子[1] (1. 医療法人　青仁会　池田病院　看護部)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 示説会場(1階 大ホールB)

[P1] 示説1
チーム医療

座長:園田　拓也（小倉記念病院 クオリティマネジメント課）、三浦　友紀（江別市立病院 整形外科小児科混合病棟）

10:30 ~ 11:10

[P1-01] タスク・シフト/シェアを見据えた救急看護師の役割に関する研究

○南 真吾[1]、石川 麻由[1]、森 まどか (1. 神鋼記念病院)

キーワード：院内救命士、救急救命士、タスクシフト、タスクシェア、多職種連携

【目的】日本における救急搬送件数は1991年の約270万人から2019年には約600万人へと増加し、高齢化に伴う医療ニーズの拡大が背景にある。一方、救急医療現場では医師や看護師の長時間労働と人手不足が深刻化しており、特に救急看護師は高い負荷がかかる業務を担っている。こうした課題に対し、厚生労働省はタスク・シフトを推進し、2021年の法改正で救急救命士の活動は救急外来まで拡大された。本研究の目的は、救急救命士に対する看護師の認識と期待を明らかにし、タスク・シフトの円滑な推進と救急医療の質向上に向けた課題を検討することである。
【方法】本研究は量的研究であり、救急センターに勤務する看護師を対象に実施した。調査はWebアンケート形式で行い、Googleフォームを使用した。質問項目は、現在担っている業務内容、他職種に期待する役割、協働の可能性、ならびに自由記載欄を含む内容で構成された。
【倫理的配慮】調査対象者には、事前に研究の目的・意義および調査内容について十分な説明を行った。研究の説明と同意確認はGoogleフォーム上で行い、同意を得た者のみを対象とし、無記名で実施した。本研究はA病院倫理審査委員会の承認を受けた上で実施している。
【結果】本調査には 22 名の看護師が回答し、回答者の看護師経験年数は 21.5 ± 8.3 年、救急医療経験年数は8.5 ± 7.0 年であり、救急救命士との協働経験を有する者は 3 名（14 %）だった。救急救命士勤務の前後では、看護師が「自ら担当している」と回答した業務全体の割合は32.9%から35.1%にやや上昇したが、業務内容別に役割分化があった。処置系業務では「医療処置の介助」が48.8%から41.2%、「環境調整」が44.2%から25.0%と減少した。一方、心理社会的ケアでは「労務環境の調整」が22.2%から32.4%、「意思決定支援」が33.3%から41.4%と増加した。救急救命士に期待する業務について最も多かったものは「広域医療搬送」（100%）、次いで「救急処置指導」（86%）であった。一方、「患者の行動援助」や「労務調整」は低かった。自由記述の分析では看護師の思いは大きく三つのカテゴリーに分類された。第一に、「救急救命士とどのように業務を分担すればよいか分からない」「初めての協働で漠然と不安がある」など、〈役割分担への不安〉が抽出された。第二に、「医師の指示下で看護師と同等に救急処置を介助してほしい」「緊急場面で手技を補完してくれることで業務が円滑になる」から、〈処置・救命介助への期待〉が示され、第三に、「救急救命士から最新の救命知識を学びたい」「多職種の視点を得ることで看護の幅が広がる」からは、〈教育的効果〉があるという認識が読み取れた。
【考察】本研究は、救急救命士の参画を契機に、救急看護師が抱く期待と不安を明らかにし、その背景を分析した。結果より、救命処置や搬送、災害時対応といった高度救急業務では救急救命士への期待が高く、一部の業務の移管が進んだ。一方、役割分担の不明確さや責任の所在についての懸念も示され、共有プロトコルの整備や段階的な権限移譲が求められる。また、心理的支援や意思決定支援といった関係性を要する業務では看護師の関与が強く、これらは単純なタスク・シフトでは代替困難であることが示唆された。本発表では、今後の医師・看護師・救

©一般社団法人日本救急看護学会

急救命士の専門性を活かしたチーム医療体制の構築と、協働を支える教育・制度設計について考察したい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 示説会場(1階 大ホールB)

[P1] 示説1
チーム医療

座長:園田　拓也（小倉記念病院 クオリティマネジメント課）、三浦　友紀（江別市立病院 整形外科小児科混合病棟）

10:30 ~ 11:10

[P1-02] 院内救命士と看護師のタスクシェアの現状と課題

○山下 由美[1] (1. 社会医療法人共愛会　戸畑共立病院　救急集中治療センター)
キーワード：院内救命士、タスクシェア

【背景】医療の質の向上と労働環境の改善を目的とした医師の働き方改革により,看護師のタスクシフトや救急救命士の活用が注目されている.医療現場における業務の効率化と質の向上が求められる中,救急医療の現場でも,限られた時間内で質の高い医療を提供する必要がある.2021年10月に救急救命士法が改訂され,救急救命士の業務が拡大された.当院では,3名の院内救命士が在籍しており,現在25行為の特定行為を実施している.院内救命士と看護師の業務連携を強化することで,業務の効率化とケアの質の向上が期待されている.
【目的】本研究は,院内救命士と看護師のタスクシェアの現状を明らかにし,その効果と課題を明らかにすることを目的とする.
【方法】アンケート調査:当救急センターに在籍する,院内救命士3名と看護師22名にアンケート調査を実施し,業務連携の現状を評価する.
【倫理的配慮】本研究は,倫理審査委員会の審査対象外であると判断されたが,研究参加者のプライバシー保護と研究結果の利用に関する倫理的配慮を十分に行い,看護部管理者による承認を得た.
【結果】アンケートの回収は25名,回収率は100%であった.タスクシェアについては,全てのスタッフが「実施されている」という回答であった.主なタスクの内容として,患者受診から入院までの流れである,「初期評価」,「トリアージ」,「処置」,「搬送」,「入院に関すること」,「その他」の6つに分類した.「その他」以外の分類は,18名（72%）以上がタスクシェアしているという回答であり,業務の重複によるリソースの無駄遣いが明らかとなった.これを細分化し重複を削除することで,全体の効率が向上し,ケアの質を高める可能性が確認された.業務の効率化は,16名（64%）が実感しており,移動や新人看護師を含む8名（32%）は,「わからない」という回答であった.また,1名（4%）は,「いいえ」という回答であった.タスクシェアによる質の向上は,18名（72%）が実感していると回答し,6名（24%）は「わからない」,1名（4%）は「いいえ」という回答であった.質の向上に関しては,「処置ごとに交代しなくていいので継続して関われる」「患者と関わる時間的余裕ができた」という回答が多く,院内救命士と看護師の連携により,業務の効率化と継続的な患者対応が可能となることが明らかになった.しかし,「感染対策や処置内容によっては不十分な面がある」という回答もあり,教育体制の問題も明らかとなった.
【考察】院内救命士と看護師のタスクシェアは,リソースの最適化に寄与し,業務の効率化と患者の迅速な救命につながる可能性がある.タスクシェアを効果的に実施するためには,明確な役割分担と定期的なコミュニケーションの強化が不可欠である.また,新たな教育プランの見直しと継続した研修を通じて理解を深め,医療の質を更に高めることが求められる.
【結論】院内救命士と看護師のタスクシェアは,業務の効率化に寄与し,結果としてケアの質が向上する.更なる質の向上には,スタッフからのフィードバックの収集と改善点の特定,教育体制の構築が重要である.今後の救急医療において,タスクシェアの推進と専門性を活かした連携の重要性を改めて認識する必要がある.

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 示説会場(1階 大ホールB)

[P1] 示説1
チーム医療

座長:園田　拓也（小倉記念病院 クオリティマネジメント課）、三浦　友紀（江別市立病院 整形外科小児科混合病棟）

10:30 ~ 11:10

[P1-03] A病院一般病棟における予期せぬ心停止の回避を目指した呼吸評価の定着に向けたタスクの考察

○田中 嘉与[1]、櫻井 瑛大[1]、山田 真紀[1]、高見 祥代[1] (1. 市立福知山市民病院)

キーワード：呼吸評価、予期せぬ心停止

【目的】予期せぬ心停止の回避には、急変の前兆に気づき適切な対応が求められる。A病院は、地域の急性期医療を担う役割があり、急変リスクの高い患者は少なくない。しかし一般病棟における急変の前兆、特に呼吸評価に課題がある。そこで、呼吸評価の定着に向けた取り組みを行った。この成果をジョン・P・コッターの変革理論を用い、予期せぬ心停止の回避に向けた呼吸評価の定着についてのタスクを考察したため報告する。
【方法】 取り組み期間：2021年4月～2025年3月 調査内容A病院の一般病棟で、救急カートを使用した予期せぬ心停止患者数の推移と、A病院の過去の調査において心停止10時間前の呼吸測定が最も多い経緯から、心停止10時間前の呼吸測定実施率を年度毎で比較する。
【倫理的配慮】論文作成にあたり個人情報の保護に努め、A病院の倫理委員会より承認を得た。
【結果】2021～2022年度は、知識の獲得により行動変容することを期待し学習会を行った。2021年度は「呼吸評価の重要性」の理解に重点を置き、受講希望者は、のべ255名であった。結果、心停止10時間前の呼吸測定実施率に病棟格差が生じ、要因は受講者の所属部署のばらつきと考えられた。そのため、2022年度は全部署に知識を拡散することを目的に、所属長に学習会の意図を説明して実践力と発信力のあるスタッフの受講を依頼し、学習会の内容は事例検討に変更した。しかし、同年度は、心停止10時間前の呼吸測定実施率が44%と最も低く、予期せぬ心停止患者数は18例と最多であった。この結果をふまえ、再度心停止に至るまでの看護記録から現状を見直し、組織的に呼吸評価が充実する環境調整が必要と考えた。2023～2024年度は他分野の認定看護師との協働と看護部の支援を受け、呼吸評価フローチャート作成・NEWSを導入した。その結果、2024年度の心停止10時間前の呼吸数測定実施率は71%（最多）、予期せぬ心停止患者数は7例（最少）となった。
【考察】急変の前兆を捉える呼吸評価の重要性の理解から、実際の急変事例の検討という段階的な学習会と管理者との協働により、スタッフへの問題意識の動機づけが促進し「第1段階：危機意識を高める」ことにつながった。次に、STPDサイクルでマネジメントし組織的に取り組み、呼吸評価を実施する環境の構築により「第2段階：変革推進チームをつくる」～「第4段階：変革のビジョンを周知徹底する」が行えたと考える。これらの取り組みは、心停止10時間以内の呼吸測定実施率の増加という「第5段階：従業員の自発的な行動を促す」につながり、予期せぬ心停止患者数の減少という「第6段階：短期的な成果を生む」に至ったと考える。「第7段階：さらに変革を進める」～「第8段階：変革を根づかせる」には、一時的な成果に満足せず、「予期せぬ急変死を防ぐ」というビジョン達成を目指して、データなどのフィードバックを継続し、呼吸評価が習慣化する仕組み作りと、文化を醸成するための後輩育成に取り組む必要がある。
【結論】
呼吸評価の定着に向けたタスクとして以下のことが考えられる。

©一般社団法人日本救急看護学会

１．危機意識を高めるには段階的な知識提供と、管理者と協働し内発的動機づけを行う。
２．ビジョンの周知徹底は、個人での活動に限界があることを認識し、呼吸評価を実施する環境の構築に向け、組織的に取り組める戦略を練る。
３．変革を根づかすには、成果の可視化とフィードバック、呼吸評価が定着する文化の構築に向けた仕組化と後輩育成に取り組む。
４．短期的な成果に満足せず、諦めずやり遂げるマインドも必要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 10:30 ~ 11:10 示説会場(1階 大ホールB)

[P1] 示説1
チーム医療

座長:園田　拓也（小倉記念病院 クオリティマネジメント課）、三浦　友紀（江別市立病院 整形外科小児科混合病棟）

10:30 ~ 11:10

[P1-04] 救急外来における多職種協働に関する促進要因と阻害要因の分析

○村山 さやか[1]、河野 竜太[1]、宮内 梨奈子[1] (1. 医療法人　青仁会　池田病院　　看護部)
キーワード：多職種協働

【目的】我が国の超少子高齢社会は世界に類を見ないほどに加速度的に進展し、今後の生産年齢人口の減少は全産業の課題となってきた。中でも医療界は働き方改革に伴う労働時間制約や専門職の人材不足、病床再編や医師の高齢化に伴う閉院、地域間の医療格差など様々な課題が山積している。A病院救急外来では、令和３年から病院に勤務する救急救命士が配置され、医師・看護師の業務を救急救命士にタスクシェア、タスクシフトしてきた。３年が経過しそれぞれの立場での葛藤が顕在化してきた。今回、救急外来の多職種協働において、安全な職場環境と仕事に対する意欲や成長に繋がる要素を促進要因（ポジティブ意見）、その意欲や成長・安全を妨げる要素を阻害要因（ネガティブ意見）として明らかにする。＜方法＞（一）対象：A病院救急外来に勤務する全職員（二）調査期間：202X年１～4月（三）調査方法：A病院が独自に作成した質問用紙によるインタビュー調査（四）内容：背景（職種・年代）、３件法による「病院理念への意識」「仕事のやりがい」「人間関係」の３項目、「タスクシェア・タスクシフトへの葛藤の有無」自由意見に「チーム医療の現状」「多職種との協働」の２項目（五）分析方法：単純集計、自由意見は内容を切片化、データ化して類似する事柄をまとめ、カテゴリー化しチーム医療に関する促進要因・阻害要因の視点から分析する。
【倫理的配慮】本研究はＡ病院倫理委員会で承認を得た(承認番号：061202)
【結果】医師6名、看護師10名、救急救命士6名の22名が回答（回答率100%）。「病院理念への意識」は「いつも意識している」「時々意識している」各9名「意識していない」4名。「仕事のやりがい」は「とても感じている」13名「まぁまぁ感じている」7名「あまり感じていない」2名。「人間関係」は「良好」11名「どちらとも言えない」7名「うまくいっていない」4名。「タスクシェ・シフトへの葛藤」は「無」12名「有」10名、救急救命士は「入院のアナムネ記載等些細な場面で葛藤を感じる」等、看護師は「人材が定着していない」「雑多な業務の受け皿」「パターナリズムの顕在化」等、医師は「医師主導でないと動けない」「人員の確保と連携」等の意見があった。「チーム医療の現状」の切片数82件、ポジティブ意見43件、ネガティブ意見39件、「役割分担」「プロ意識」「体制」「関係性」「教育」「心理的安全性」の６つのカテゴリーが得られた。「多職種との協働」は切片数72件、ポジティブ意見42件、ネガティブ意見30件で、「コミュニケーション」「人員不足」「相互理解」「アンガーマネジメント」「地域との連携」「倫理」「心理的安全性」の７つのカテゴリーが得られた。ポジティブ意見が半数以上占めていたのは「コミュニケ―ション」「相互理解」で、ネガティブ意見が半数以上占めていたのは「人員不足」「体制」であった。
【考察】チーム医療多職種連携の現状に対し救急外来の全体で３割、看護師の７割が葛藤を抱えていたことが明らかになった。多職種協働に対し救急救命士からは関係性や役割分担にポジティブ意見が多かったが、看護師からは新たな診療科への対応や雑多な業務への負担感からネガティブ意見が多く業務範囲の捉え方に職種間に差があった。また、看護部における教育体制の整備や、人員配置の改善等、他職種からの意見を踏まえ課題が明確に示された。多職種協働

©一般社団法人日本救急看護学会

では促進要因としてコミュニケーションや相互理解があり、阻害要因として人員不足と地域との連携があった。安全で安心な職場環境として心理的安全性の必要性が示唆された。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 示説会場(1階 大ホールB)

[P2] 示説2
ACP

座長:尾崎　美聡（独立行政法人国立病院機構北海道医療センター 救命救急センター）、新　カヨ（京都第二赤十字病院 看護部）

[P2-01]

緩和的抜管を検討した終末期症例における看護師のかかわり
～家族支援と倫理的意思決定支援を通して～

○鈴木 彩花[1]、山﨑 久美子[1]、佐藤 菜摘[1]、宮崎 博之[1] (1. 福島県立医科大学附属病院　災害医療・高度救命救急センターHCU/外来)

[P2-02]

ACPが定まる前に自宅で急変し救急外来へ搬送された患者家族への対応

○杉 美紀[1] (1. 京都府立医科大学附属病院)

[P2-03]

電子患者情報アウトカムを使用したAdvanced Care Planningの継続介入に向けた課題

○有坂 美緒[1]、椿 美智博[2]、伊東 由康[3]、羽生田 悠[4] (1. 北里大学病院　看護部、2. 北里大学看護学部　臨床看護学、3. 敦賀市立看護大学看護学部　成人看護学、4. 法政大学経営大学院　イノベーション・マネジメント研究科)

[P2-04]

入院時ACP聞き取り用紙導入後の効果について

○齊藤 由利子[1]、萩原 裕樹[1]、大戸 綾美[1] (1. 山形県立中央病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 示説会場(1階 大ホールB)

[P2] 示説2
ACP

座長:尾崎　美聡（独立行政法人国立病院機構北海道医療センター 救命救急センター）、新　カヨ（京都第二赤十字病院 看護部）

[P2-01] 緩和的抜管を検討した終末期症例における看護師のかかわり ～家族支援と倫理的意思決定支援を通して～

○鈴木 彩花[1]、山﨑 久美子[1]、佐藤 菜摘[1]、宮崎 博之[1] (1. 福島県立医科大学附属病院　災害医療・高度救命救急センターHCU/外来)

キーワード：精神的ケア、家族看護、緩和的抜管

【目的】2014年11月に3学会による「救急・集中治療領域における終末期医療に関するガイドライン」が発表されて約10年が経過する。提示という形にとどまる同ガイドラインを日常の臨床に即して実践することは容易ではない。
今回A病院で初めて緩和的抜管を検討した症例について振り返り、今後の患者家族への精神的ケアや意思決定支援における看護師の関わりについて考える。
【方法】事例検討。事例発表にあたり、患者の家族に説明文書をもって同意を得た。また、A病院看護部で倫理的な問題がないと認められた。
【結果】
Ⅰ．対象
　80代女性Ｂ氏　家族：夫は他界、キーパーソンである長男との2人暮らし既往：不安症、間質性肺炎
Ⅱ．経過
自殺企図による頚部刺創・気道損傷のためA病院に救急搬送され、気管挿管管理下で入院となった。全身状態が回復し一時抜管した際に、間質性肺炎の増悪による呼吸困難からせん妄を呈し、呼吸不全の増悪のため再挿管となった。オピオイドや鎮静薬の持続投与で苦痛症状の緩和を図り、再挿管後はせん妄になる事なく経過した。全身状態の悪化に伴い、苦痛緩和目的で鎮静薬が増量され、徐々に意思表出が困難になった。入院当初、患者家族は現状を受け止められない様子であったが、一時抜管した際に患者本人から「もうやめてほしい、長くやってるんだから。」と発言があった。それを聞いた長男より「このままの状況が続けば、侵襲的な治療を受けたくないという母の希望に沿えなくなる」「延命は希望しない」との患者の意思に沿いたいという思いが聴かれるようになった。看護師は長男の思いを傾聴し、患者家族の意思決定に関する情報を記録に残した。
長男には医師から繰り返し病状説明を行い、定期的に多職種で倫理カンファレンスを開催することで患者家族の思いをチーム間で共有した。長男は、医療機器や薬剤の使用による延命処置は望まないという意向を示し、緩和的抜管を望んだため、その妥当性を検討することとなった。これまでＡ病院では緩和的抜管の症例がなく、院内倫理コンサルテーションおよび臨床倫理委員会での検討に発展した。しかし、回答を待たずに患者は逝去された。
看護師は検討結果が出るまでの約１か月半、患者家族への看護ケアや療養環境の整備を心掛けた。長男の面会時にはスタッフ全員で声をかけ、労いの言葉を伝え、思いの傾聴に努めた。日々丁寧な関りを積み重ねることで信頼関係が構築され、長男は毎日の面会で心労が増しているにも関わらず、スタッフとの会話の中で徐々に笑顔が見られるようになっていった。
【考察】緩和的抜管の検討においては、患者本人の意思確認が重要であり、倫理的に慎重に行う必要がある。検討の間も患者の容態は変化し続けるため、その調整の遅延が患者家族に及ぼす

©一般社団法人日本救急看護学会

影響も少なくない。チーム一体となって、患者家族の思いを受け止め、身体的・精神的なケアを丁寧に行ったことで患者家族が安らかな最期を迎える支援ができたと考える。
【結論】緩和的抜管の検討は慎重を要するため、看護師は常に患者家族に寄り添い、精神的ケアを実践していくことが重要である。また、患者自身の意思決定能力が不十分な場合には、代理意思決定者と信頼関係を構築し、多職種で繰り返し話し合いを行いながら、患者本人の希望する医療やケア、生き方などについて意思決定を支援していくことが重要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 示説会場(1階 大ホールB)

[P2] 示説2
ACP

座長:尾崎　美聡（独立行政法人国立病院機構北海道医療センター 救命救急センター）、新　カヨ（京都第二赤十字病院 看護部）

[P2-02] ACPが定まる前に自宅で急変し救急外来へ搬送された患者家族への対応

○杉 美紀[1] (1. 京都府立医科大学附属病院)

キーワード：救急外来、ACP、終末期

【目的】今回ACPが定まっていない患者が、自宅で意識レベルが低下し救急受診をした。入院加療となったため、外来からのACPを受けて救急外来で追記し、病棟に引き継いだ。救急外来でのACPはCPAにおける症例が多く、今回のようなケースでの介入方法における文献は少ない。今後の介入について示唆を得ることを目的にこの症例を検討したため報告する。
【方法】「救急外来」「ACP」「看護」のキーワードで先行研究・文献を検索した。次にこれらの文献からACPの進め方や意思決定の過程、支援の要点や注意点を今回の症例と照らし合わせて今後の示唆を得た。
【倫理的配慮】患者家族に文書を用いて説明、承認を得て実施した。
【結果】症例は61歳男性、StageIVの大腸癌で、化学療法、放射線治療、疼痛緩和療法をしている患者である。質問に対して「うん」としか返答しないため救急要請し来院した。来院時意識レベル以外はバイタルや神経学所見は問題なし。頭部CTで脳転移がわかり、それによる痙攣発作と診断され、抗痙攣薬投与となった。しかし改善乏しく精査目的で救急入院し、今後の治療方針を協議することになった。ACPは1週間前の外来で導入されていたが、患者・家族の意思表明はなかった。看護師がIC後家族に前回の外来以降、家族間で話し合ったか確認するが、進展はなかった。家族の表情は不安で暗いが、意思疎通は問題なく取り乱した様子はなかった。看護師はこの内容を電子カルテに記載し引き継いだが、今まで介入していない医療者がどこまで踏み込んで良いのか、継続できたか不安が大きかった。
　文献はA病院図書館のデーターベースを使用し、「救急外来」「ACP」で検索した結果254件、会議録を除くと87件、「看護」を入れると24件だった。　内容は、ACPの定義が「患者・家族の価値観を尊重し、患者・家族に尊厳を保つ活動」であり、実践していくためには、「サポートする」という姿勢を持ち、信頼関係を築くことが重要であること、また話し合いのなかで患者の意思が形成されるため、繰り返しACPの機会を持つことが大切であること、そしてACPの場では、事前に医療者が情報共有しておくこと、感情吐露しやすいよう静かな環境が必要であることが述べられていた。
【考察】今回の症例は急変のため救急搬送・救急入院となり、家族の不安が強い。また原疾患増悪が原因であり、ACPを早く進めなくてはならない。初対面で介入する看護師の不安は強いが、文献から救急外来でもACPの機会を持つことは重要である。その際患者家族の心情を考慮し、混乱を招く情報提供は避けるべきである。今回の症例を振り返っても、先行研究にもあるように、医師と患者情報や今後の方針を事前に共有し、患者家族が感情や考えを吐露しやすい環境準備が必要であったいえる。
　また今回クローズクチョン形式を使用した。しかし話し合いで価値観形成されることを考慮すれば、オープンクエスチョン形式が良いと考える。自由に話してもらうことで、ICの理解だけではなく、不足分への補足や思い違いを修正が可能だからである。またACP場面の感情に対するスキルからみても、自ら話すほうが負担少なく、考えや感情の把握が可能と考える。
　次に本院が患者のかかりつけ病院であったが、救急対応した医師とは初対面であった。先述

©一般社団法人日本救急看護学会

したようにACPにおいては患者・家族との関係性が重要となる。このため、ACPを進めている医療者と今後円滑に進められるよう情報提供する必要がある。今回電子カルテの共有ツールを使用したが、より確実に継続できるよう家族から、ACPを進めている医療者を聞き、連絡して連携をとっていくことが大切と考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 示説会場(1階 大ホールB)

[P2] 示説2
ACP

座長:尾崎　美聡（独立行政法人国立病院機構北海道医療センター 救命救急センター）、新　カヨ（京都第二赤十字病院 看護部）

[P2-03] 電子患者情報アウトカムを使用したAdvanced Care Planningの継続介入に向けた課題

○有坂 美緒[1]、椿 美智博[2]、伊東 由康[3]、羽生田 悠[4] (1. 北里大学病院　看護部、2. 北里大学看護学部　臨床看護学、3. 敦賀市立看護大学看護学部　成人看護学、4. 法政大学経営大学院　イノベーション・マネジメント研究科)

キーワード：ACP、意思決定、アプリ

【背景と目的】救急領域では、意識障害などで自身の希望を伝えることができずに治療方針が決定され、意識覚醒時には望んでいない治療が施されていることがある。健康時からAdvanced Care Planning(以下、ACP)を継続的に実施していくことで、このような症例を減らすことが期待される。そこで私たちは電子患者情報アウトカムを用いたACPモデル(以下、ePRO型ACPモデル)を開発し、ACPの継続介入の可能性と課題について検討した。
【方法】訪問診療を利用している患者を対象に、スマートフォンのアプリを使用して回答できるePRO型ACPモデルを導入し、患者が自宅でACPに関する全13問の質問を入力できるようにした。更に、患者が思い立ったときだけでなく、継続した入力を促せるよう、2週間のリマインド設定を設けた。回答の結果を集計し、患者の経時的な回答内容の変化について考察し、質問の回答を継続して得られるように臨床応用の課題を検討した。本研究は北里大学医学部・病院倫理委員会の承認(C21-048)を得た。
【結果】合計78件(患者9名)の回答が得られた。そのうち2週間毎のリマインドに合わせて入力されているものは74件であり、ほとんどがリマインドに合わせた入力であった。他4件のうち2件(2症例)は1度のみしか回答を得られなかった。他の2件は期間があいた後にリマインドのタイミングで入力が再開されたものであった。継続した入力が得られなかった２件と、継続した入力が得られた74件に年齢や性別、疾患による差はみられなかった。入力内容については、「生き続けることが大変かもしれないと感じた時にどのように過ごしたいか」「病気の悪化時に自分の考えを伝えられなくなった時にどのような治療を望むか」「どこで治療やケアを受けたいか」の項目では経時的な変化はみられなかった。変化がみられたのは「今のあなたにとって大切なことはなにか」「生き続けることは大変かもしれないと感じるのはどのような状況か」「自分の考えを伝えられなくなった場合にしてほしい治療やケア、これだけはしてほしくない治療やケアはどのようなものか」といった項目であった。また、リマインド外で入力された4件(入力最中で2週間以上空いた症例)について、回答内容の変化がみられたのも同様の項目であった。
【考察】ほとんどが2週間のリマインドに合わせて入力されているものであり、期間が空いたあと入力が再開されたものに関しても、リマインドのタイミングで再開がみられたことから、リマインドが継続したACPを促すために有効である。今回の検証では、継続した入力が得られなかった症例に特徴的な傾向はみられなかった。今後は、対象を病院や地域へ拡大し、症例数を増やすことで具体的な傾向と支援方法を検証する必要がある。入力内容については、大まかな治療方針についての変化はみられなかったが、点滴加療や胃瘻造設などの日々の療養に対する思いでは変化がみられたため、入力時の負担を軽減し継続したACP実現ができるよう、リマインドにより入力を促す内容を厳選することや、リマインドの頻度についても検討の余地がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

【結論】ePRO型ACPモデルの継続した使用を促すには、リマインドが有効である。質問内容は意思が変化しやすいものを厳選し、簡易化を図り、継続を促せるようにする。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 11:20 ~ 12:00 示説会場(1階 大ホールB)

[P2] 示説2
ACP

座長:尾崎　美聡（独立行政法人国立病院機構北海道医療センター 救命救急センター）、新　カヨ（京都第二赤十字病院 看護部）

[P2-04] 入院時ACP聞き取り用紙導入後の効果について

○齊藤 由利子[1]、萩原 裕樹[1]、大戸 綾美[1] (1. 山形県立中央病院)

キーワード：ACP、HCU、聞き取り用紙

【はじめに】令和4年度「HCUの看護師が行う心不全患者のACP支援の実態と課題」の看護研究より、具体的な希望を引き出す援助は行われにくい、ACP支援ができる聞き取り用紙導入の必要性があるという問題点が抽出された。令和6年4月の入院時のACP聞き取り件数は1件（1.8%）と少ない現状であった。そのため、令和6年7月よりACP委員が作成した専用の聞き取り用紙が導入された。そこでACP聞き取り用紙の使用状況を看護師へアンケート調査後、聞き取り用紙の効果を明らかにしたいと考えた。
【目的】ACP聞き取り用紙を使用し、ACP聞き取り用紙の効果を明らかにする。
【方法】日々のカンファレンスの際にACP委員が作成した聞き取り用紙の使用について周知した。聞き取り用紙は入院時に家族へ説明し、看護師が聞き取るが、その場で記入できない事が多いため、家族で相談後記入し、面会時に持参するように伝えた。その後独自に作成した自記式質問紙を使用し、A病院HCU病棟看護師にACP聞き取り用紙導入後、アンケート調査を行い、結果を分析した。
【倫理的配慮】本研究は院内の看護研究委員会の倫理審査の承認を得て実施した。
【結果】対象者28名から質問紙を回収し、有効回答を得た（有効回答率100%）。アンケート結果で『入院時ACPについて聴取する意識づけになった』『聞き取りに対する困難感が軽減した』『患者・家族の意向を聞くのに役立った』『ACP記録が書きやすくなった』で8割以上が「とてもよく感じる・どちらかといえば感じる」と回答した。『今後も聞き取り用紙を継続して使用したいか』で9割が「はい」と回答した。『家族との信頼関係の構築に繋がった』で6割が「あまり感じない・全く感じない」と回答した。『聞き取り用紙だけでは不十分だった』『入院時では聞き取りにくかった』で5割以上が「どちらかといえば感じる・とても感じる」と回答した。『家族が記入しづらそうだった』で7割以上が「どちらかといえば感じる・とても感じる」と回答した。調査期間中のACP記録件数は38件（33.5%）と増加した。
【考察】アンケート結果で、「聞き取りに関する困難感が軽減した」や「患者・家族の意向を聞くのに役立った」等前向きな回答が多く、ACP聞き取り用紙を導入することで、入院時にACPを聴取するきっかけ作りとなり、ACPに対する看護師の意識づけに繋がったと考える。また、ACP聞き取り用紙の導入によってACPの聴取内容が構造化されたことで困難感が軽減したと感じたのではないかと考える。『今後も聞き取り用紙を継続して使用したいか』で「はい」が9割であること、調査期間中のACP記録件数が増加したことから、ACP聞き取り用紙の導入は効果的であったと考える。家族との信頼関係の構築については「あまり感じない・全く感じない」との意見が多かったが、HCUの平均在室日数が短いことや面会時間や人数に限りがあること、担当看護師が毎回同じとは限らないことが影響していると考えられる。また『聞き取り用紙だけでは不十分だった』『入院時では聞き取りにくかった』『家族が記入しづらそうだった』で「とても感じる・どちらかと言えば感じる」との回答が多く、この聞き取り用紙だけでは個別性に欠けることや緊急入院で、家族も動揺していることが考えられる。継続的な支援に繋げる為、個別性を考えた聞き取り用紙を検討する。

©一般社団法人日本救急看護学会

【結論】1.ACP聞き取り用紙の導入は、入院時にACPを聴取するきっかけ作りになり、ACPの聴取内容が構造化されたことから効果的であった。2.ACP聞き取り用紙の導入により、記録件数が増加した。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P3] 示説3
救急外来看護①

座長:高野　千佳（岩手県立中央病院・救命救急センター）、細井　麻美（旭川赤十字病院 ICU・CCU）

[P3-01]
A病院における救急外来受診患者の滞在時間の実態調査～滞在時間の短縮に向けて～
○磯崎 柾瑠[1] (1. 日本医科大学付属病院)

[P3-02]
救急医療センターにおける入院患者滞在時間短縮への取り組み
○森 まどか[1]、中西 紀彦[1]、山西 正巳[1] (1. 清恵会病院)

[P3-03]
Ａ病院救急外来における重症患者受け入れ時の看護師役割分担導入後の現状調査と今後の課題
○廣瀬 由紀[1]、佐野 弘子[1] (1. 船橋市立医療センター)

[P3-04]
救急外来における看護師のペアリング制導入前後の協同作業に着目した意識の変化
○大西 弥生[1]、山根 堂代[1]、藤井 なつき[1]、富永 敦子[1] (1. 公益財団法人　甲南会　甲南医療センター)

[P3-05]
チップ投票型患者アンケートの是非と行動変化を認めた看護師に着目した考察
○川原 夏奈[1]、上杉 如子[1]、西野 博充[2] (1. 国民健康保険 小松市民病院 HCU、2. 国民健康保険 小松市民病院 救急医療センター)

[P3-06]
A病院救急センターにおける職員満足度調査と
看護師離職に関する関連要因探索
○渡邊 一也[1] (1. 公益財団法人　宮城厚生協会　坂総合病院　看護部)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P3] 示説3
救急外来看護①

座長:高野　千佳（岩手県立中央病院・救命救急センター）、細井　麻美（旭川赤十字病院 ICU・CCU）

[P3-01] A病院における救急外来受診患者の滞在時間の実態調査～滞在時間の短縮に向けて～

○磯崎 柾瑠[1] (1. 日本医科大学付属病院)

キーワード：救急外来、滞在時間、長期滞在

【目的】A病院は一次～三次救急まで対応する救命救急センターである。近年救急外来における滞在時間の延長が課題となっている。本研究では救急外来滞在時間が4時間以上を長時間滞在例と定義し、実態を明らかにすることで要因検討することを目的とした。
【方法】研究期間は2024年1月1日－3月31日期間にA病院救急外来を受診した患者。電子カルテより「救急外来搬送（受付）時間」「救急外来退室時間」「来院方法」「診療科」を抽出。長時間滞在例には追加で「患者の年齢」「重症度」「検査数・処置数」「入院決定時間」を抽出し、単純集計を行った。本研究は該当施設の倫理審査委員会の承認を得て、オプトアウト方式を実施。データは仮名加工を行い、匿名性を保持した。
【結果】救急外来総受診者数は4039人（ウォークイン受診者数：1933人・救急車・ドクターヘリ受診者数：2106人）で、長時間滞在例数は434人であった。長時間滞在例内訳として年齢別では0-19歳：33人、20-64歳：92人、65-74歳（前期高齢者）：74人、75歳以上（後期高齢者）：232人であった。来院方法別では救急搬送：286人、ウォークイン：148人。診療科別（上位5科）では救急科：115人、消化器内科：64人、呼吸器内科：44人、循環器内科：42人、小児科：28人。重症度別では重症：77人、中等症：243人、軽症：114人。検査・処置数別では検査・処置数は0-10回の間であった。平均検査・処置数は5回であった。そのうちCOVID-19検査数は372人（85.7%）に実施されていた。入院決定から救急外来退室までの時間は平均時間が3時間58分であった。
【考察】長時間滞在例で年齢別では65歳以上の高齢者、特に後期高齢者数が一番多かった。高齢者は病態の複雑さに加え、ADLの低下に伴うケアの多さや意思決定支援の必要性があり、診断や治療方針の決定に時間を要すると考えられる。重症度別では中等症以上の患者数が多く、重症度に伴い必要な看護ケア・検査・治療の増加によって滞在時間が延長していると考えられる。救急搬送の場合も重症度が高くなる傾向にあり、長時間滞在につながっていた。診療科別では救急科が一番多く、これはA病院がER型の救急外来であり、最終診療科が救急科になることが多いためであると考える。循環器内科、消化器内科は内視鏡やカテーテル治療などの専門的な検査や治療に時間を要することが一因である。また、小児科は患児の処置や検査・診察にマンパワーや時間を要するが、多くの患者受診によりマンパワーが確保できない状況がある。そのため、小児科は長時間症例が一定数出てしまうと考える。検査・処置実施数は平均５回であり、その中でCOVID-19の検査結果は約１時間程度要する。入院決定後にCOVID-19検査を実施することもあり、検査・処置数やそれらにかかる時間によって、入院決定から救急外来退室までの時間の延長の原因の一つになっていると考える。また、入院決定後に病棟の準備が始まるが、病棟の混雑状況等によって入院受け入れに時間を要し、滞在時間が延長していると考える。これらのことから、高齢者や小児、重症患者対応において患者背景や特性上の要因よって、救急外来滞在時間が延長してしまうことは避け難いと考える。一方で、それ以外の要因は繁忙期や患者層に応じた人員配置の調整、病棟との早期連携や検査実施のタイミング調整、入院決定の早期化などの看護の介入により改善が可能であると考える。滞在時間短縮のためには、医療チーム内で

©一般社団法人日本救急看護学会

の連携強化とともに、看護師の判断・行動による積極的な介入が求められることが示唆された。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P3] 示説3
救急外来看護①

座長:高野　千佳（岩手県立中央病院・救命救急センター）、細井　麻美（旭川赤十字病院 ICU・CCU）

[P3-02] 救急医療センターにおける入院患者滞在時間短縮への取り組み

○森 まどか[1]、中西 紀彦[1]、山西 正巳[1] (1. 清恵会病院)
キーワード：救急滞在時間、緊急入院

【はじめに】救急医療の質は、迅速な初期対応と適切な医療提供体制によって左右される。国際的医療施設評価機関であるJCI（Joint Commission International）の認証基準においては、救急医療センターでの患者滞在時間は3時間以内が望ましいとされており、これは医療安全および患者満足度の観点からも重要な指標である。A救急医療センターにおいては、入院ベッドの調整困難、検査・診察の遅延などの複合的要因により、患者が長時間にわたり救急医療センターに滞在するケースがしばしば見られていた。小児科を除く救急搬送患者およびウォークイン患者においては、部署間連携の課題が滞在時間延長の一因と考えられた。他部署には救急医療センターの対応フローを把握していないスタッフもおり、部署間の情報共有や役割理解の不足が要因となっていた可能性がある。そこで本報告では、A救急医療センターにおける滞在時間の実態を把握し、滞在時間の短縮に至ったプロセスと成果、さらに明らかとなった今後の課題について共有する。
【目的】滞在時間短縮の取り組みと今後の課題を明らかにする
【方法】期間:2022年4月から2023年3月対象:脳外科、内科、整形外科、外科で入院となった患者2023年度、病棟への搬送体制を試行 3時間を超える滞在時間の各科比較【倫理的配慮】A救急医療センターにおける滞在時間の現状と改善効果を明らかにすることを目的として、診療記録を用いた後方視的調査である。対象データは、患者個人を特定できないよう匿名化した形式で抽出・分析し、個人情報の保護に十分配慮した。本研究はA病院倫理審査委員会で承認を得た。
【結果】 1.平均滞在時間の変化（年度比較）（図１）2.3時間を超える主な原因2022年・2023年ともに、すべての診療科で「入院待ち」が最多要因であった。 3.診療科別「入院待ち割合」の変化（3時間1分以上のケース）（図２）
【考察】本研究では、救急医療センターにおける患者滞在時間の短縮を目的として介入を行い、その効果を検証した。2023年度に、病棟搬送にかかる時間の短縮に向けた追加介入を実施した結果、滞在時間3時間以内の患者割合は微増した。一方で、約4割の患者が3時間を超えて滞在しており、その主因は「入院待ち」であった。診療科別に見ると、脳外科における「入院待ち」の割合が33%から71%へと増加し、病棟の受け入れ体制や手術準備などの業務が集中していることにより、長期化の一因となっている。これに対して内科や整形外科では改善傾向がみられ、部署間の連携や搬送調整の工夫が一定の成果を上げた可能性がある。これらの結果は、救急医療センター単体の取り組みだけでは滞在時間の短縮に限界があり、病棟側との情報共有やベッドマネジメントの強化といった病院全体のシステム的アプローチが必要であることを示唆している。また、滞在時間が3時間を超えた症例に関して、診療フローや業務分担の観点から個別分析を進めることで、より実効性のある改善策の策定が可能になると考えられる。
【結語】初期検査や入院指示のセンター内実施、病棟搬送プロセスの改善により、滞在時間の短縮に一定の効果が見られた。「入院待ち」に起因する長時間滞在が依然として多く、病棟との連携体制の強化が今後の重要な課題として浮き彫りとなった。今後は、救急部門と病棟を横断したシステム的なアプローチが、滞在時間短縮において重要となる。

©一般社団法人日本救急看護学会

滞在時間	2022 年度	2023 年度
～3 時間	61%	63%
3 時間 1 分～	39%	37%

図 1

診療科	2022 年	2023 年
脳外科	33%	71%
内科	68%	46%
外科	100%	75%
整形外科	80%	50%

図 2

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P3] 示説3
救急外来看護①

座長:高野　千佳（岩手県立中央病院・救命救急センター）、細井　麻美（旭川赤十字病院 ICU・CCU）

[P3-03] A病院救急外来における重症患者受け入れ時の看護師役割分担導入後の現状調査と今後の課題

○廣瀬 由紀[1]、佐野 弘子[1] (1. 船橋市立医療センター)

キーワード：救急外来、看護師役割分担、外傷看護

【目的】A病院救急外来は2022年より重症患者来院時に看護師の役割分担をコマンダー看護師、救急外来リーダー看護師、処置①、処置②、輸血、記録/タイムキーパーと決め、各自の役割を明確にする活動を行ってきた。そこで、看護師の役割分担導入後のA病院救急外来看護師の看護実践の現状と課題を明らかにすることを本研究の目的とした。
【方法】研究デザイン：実態調査研究。調査対象：A病院救急外来看護師22名。期間：202X年11月12日～12月5日。データ収集方法：Googleフォームを用いたアンケート調査。1)診療情報の把握と予測、2)スタッフの能力と把握、3)患者の状態の把握と観察、4)コミュニケーション能力、5)スタッフ指導の5つのカテゴリーに分け5段階のリッカート尺度で質問し単純集計を行った。
【倫理的配慮】A病院倫理委員会(6-24)の承認を得た。利益相反はない。
【結果】回収数20件、有効回答数19件(有効回答率86%)を得た。救急外来経験年数は3年未満8人(42%)、3～5年未満6人(31%)、5年以上5人(26%)であった。経験のある役割は救急リーダー看護師11人(57%)、輸血9人(47%)、それ以外の役割は70%以上で経験したことがあると回答した。看護師役割分担を導入して円滑な看護実践ができているか、はい17件(89%)、いいえ2件(10%)であった。1)診療情報の把握と予測:患者の病態を予測した物品の準備ができる16件(84%)、優先順位のイメージができる11件(57%)、緊急処置の準備が困難である11件(57%)、重症度の予測ができる13件(68%)でそう思う、ややそう思うと回答した。医師へブリーフィング時に必要な情報、緊急処置を確認することができない12件(63%)がそう思わない、あまりそう思わないと回答した。2)スタッフの能力と把握:スタッフの実践能力の差による役割分担の困難である9件(47%)、緊急処置に対する人数調整が困難である11件(57%)と回答した。3)コミュニケーション能力:コメディカルと連携が取れていると回答したのは15件(78%)であった。4)スタッフ指導:活動後のデブリーフィングができているかについてややそう思う9件(47%)、どちらとも思わない6件(31%)、あまりそう思わない4件(21%)であった。看護師役割分担において実際に困難感を感じる場面では医師とコミュニケーションが取れない時12件(63%)、人員が不足している時が11件(57%)、医療者が殺到しすぎる時が11件(57%)であった。今後強化していきたい役割ではコマンダー看護師14件(73%)であった。
【考察】看護師役割分担はA病院救急外来の中で円滑な看護実践のための有効な手段であったと評価できる。搬送前の重症度の予測、準備はできると回答するスタッフが多く、受け入れ前の準備において有効であった。一方で、患者到着後ではコミュニケーションエラー、緊急処置、医療者が殺到しすぎる時の困難感があることがわかった。医師とのコミュニケーションに対する困難感は、対話が円滑に行えることで今後の診療の予測や重症患者の場合でも冷静な看護実践に繋がり困難感の軽減に繋がるのではないかと考える。今後は困難感をそのままにせず、活動後のデブリーフィングの機会を増やし、経験を次に生かせるシステムの構築が必要だと考える。今後強化していきたい役割では70%以上がコマンダー看護師と回答しており、コマンダー看護師の育成・教育方法について検討していく必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P3] 示説3
救急外来看護①

座長:高野　千佳（岩手県立中央病院・救命救急センター）、細井　麻美（旭川赤十字病院 ICU・CCU）

[P3-04] 救急外来における看護師のペアリング制導入前後の協同作業に着目した意識の変化

○大西 弥生[1]、山根 堂代[1]、藤井 なつき[1]、富永 敦子[1] (1. 公益財団法人　甲南会　甲南医療センター)
キーワード：PNS、救急外来、補完体制

当院は、2次救急病院で、2023年度から、専任の救急医が着任され、重症症例の搬入も増加してきている。救急部門は、救急外来、内視鏡室、血管造影室の３部門で構成され、様々な立場の看護師が混在し、同定したスタッフ配置での対応は困難であった。そのため、独自のペアリング制を導入し、補完体制がとれるようにした。　看護師が、他者と協同で作業をすることを、どのように認識しているか、ペアリング制導入前後の看護師の意識の変化に着目した。今回、救急外来での協働作業の効果について明らかにすることができた。 目的　ペアリング制導入前後の看護師の意識調査を行い、導入の効果（安全で質の高い看護の提供、看護師間の補完体制の確保、業務の効率化）を明らかにする。研究方法１）対象　当院救急外来に勤務する看護師34名２）期間　2023年11月～2024年12月３）ペアリング制の方法①年間パートナーを選定せず、日々のパートナーは、補完・教育・安全を配慮し師長・副師長・主任がペアリング決定した。②日々のリーダーによりマネージメントを行う。４）調査方法　質問紙法　アンケートは3回実施　先行文献から、看護・安全・効率化・教育・対人関係・チームワークをキーワードにした17の質問項目についてアンケートを作成し、5段階評価で記載してもらった。導入前と導入半年後、1年後で比較しｔ検定を用いて分析した。倫理的配慮：研究対象者には文書にて説明し、回答をもって同意とした。研究データおよび結果は研究の目的以外では用いないこと、公表時は匿名性を守ることとした。結果　協同作業（看護・安全・効率化・教育）に対し、全体的に中央値４以上が大半であった。看護・安全・教育は全体的に協同作業の効果を高く評価していた。「一人での判断が難しい状況に対して、適切な看護ができる」・「患者の引継ぎにいかされている」は、導入後はともに低下し、有意差が認められた。「インシデントの減少を期待している」では導入半年で平均値が上昇し有意差を認めた。「あまり経験できていない処置がある時は、経験の少ないスタッフが主体的にできる」では導入半年で平均値が低下し有意差を認めた。表１　考察　協同作業に肯定的な看護師が多いことから、ペアリングが定着しやすい背景である。救急経験の浅い看護師は特に看護、安全、教育に対して、タイムリーな指導やOJTによる教育効果を感じ、ペアリングの受け入れがよいことを示唆している。「一人で対応が難しい状況に対して、適切な看護ができる」と「引継ぎに生かされる」で協同作業の効果が得られなかったのは、重症患者の対応が増加し、ペアでの対応が困難になった場合、相手を慮ることに困難さを感じていると考える。予測できない繋雑な状況に対応できる補完体制づくりは課題である。「インシデントの減少を期待している」は救急経験者の先輩から常に指導を受けながら業務遂行していたことが影響しており、協同作業の効果を実感しやすいと考える。「あまり経験できていない処置がある時は、実際に行わせて学んでもらうようにする」も、重症患者の対応の増加や、状況に応じてソロでの対応が増え、補完体制が確保できていない時もあり、教育の場面が減少していたことが考えられる。今後ペアリング制を継続し、定着させていくため、当院の救急外来に合った運用方法を検討していく必要がある。結論 ①看護・安全・教育に対し、協同作業の効果を感じていた。 ②補完体制を確保した初療に影響されないシステム作りをしていく必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

表1　アンケート結果

			P値(0.05未満)		平均値			中央値		
			前と6か月後	前と1年後	前	6か月後	1年後	前	6か月後	1年後
看護	1	ペアで患者対応した方が、患者が安心できると思う	0.35	0.32	3.8	3.6	3.5	4	4	4
	2	ペアでの看護は、行動を最小化して前向きに取り組む意識が高まると思う。	0.59	0.55	3.6	3.8	3.4	4	4	4
	3	ペアリングは、一人で判断が難しい状況に対して、適切な看護ができると思う。	有 0.05	有 0.05	4.3	3.8	3.8	4	4	4
安全	4	ペアで患者対応しても、貴重品、医師指示など個人の責任の範囲を確認することが必要だと思う	0.23	0.06	4.9	4.7	4.6	5	5	5
	5	薬剤投与前は、投与経路、投与量など誰かと確認することが必要だと思う。	0.51	0.50	5.0	4.9	4.9	5	5	5
	6	インシデントの減少を期待している。	有 0.01	0.07	3.3	4.3	3.8	3	5	4
効率化	7	タイムマネジメント（時間管理）を意識している。	0.35	0.62	3.9	4.1	4.1	4	4	4
	8	ペアリングにより身体的負担が軽減することに期待する。	0.99	0.54	3.7	3.7	3.5	4	4	4
	9	ペアリングにより精神的負担が軽減することに期待する。	0.66	0.46	3.4	3.2	3.1	4	3	3
教育	10	あまり経験できていない処置がある時は、経験が少ないスタッフが主体的にできる	有 0.05	0.11	4.4	4.0	4.1	4	4	4
	11	自身がない、慣れていない処置は、他のスタッフに協力依頼することが必要だと思う	0.32	0.12	4.8	4.7	4.6	5	5	5
	12	経験の浅い看護師には、実際に行わせみて学んでもらうようにしている。	0.82	0.71	4.2	4.2	4.1	4	4	4
対人関係	13	パートナーに気をつかいそう。	0.56	0.22	4.0	3.8	3.6	4	4	4
	14	パートナーに気づいたことを、直接伝えることに不安がある。	0.78	0.71	3.2	3.1	3.1	3	3	3
チームワーク	15	スタッフが個別に対応するケースが多いと思う。	0.40	0.34	3.8	3.6	4.0	4	4	4
	16	ペアリングは、患者の引継ぎにいかされていると思う。	有 0.05	有 0.04	3.8	3.2	3.1	4	4	3
	17	日々の自分の受け持つ患者数や重篤度は、適切であると思う。	0.90	0.47	3.6	3.6	3.5	3.5	3	3

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P3] 示説3
救急外来看護①

座長:高野　千佳（岩手県立中央病院・救命救急センター）、細井　麻美（旭川赤十字病院 ICU・CCU）

[P3-05] チップ投票型患者アンケートの是非と行動変化を認めた看護師に着目した考察

○川原 夏奈[1]、上杉 如子[1]、西野 博充[2] (1. 国民健康保険 小松市民病院 HCU、2. 国民健康保険 小松市民病院 救急医療センター)

キーワード：救急外来、患者アンケート、行動変化

【目的】Ａ病院救急医療センター（以下救急外来）は、令和5年には3717件の救急搬送を受け入れ、その数は増加傾向にある。そのため、患者を複数同時に受け入れる状況による待ち時間の延長や、他の重症患者や電話相談の対応で医療者からの説明もないまま待っている患者・家族も少なくない。そのような患者・家族から苦情を訴えられることもあった。そこで、救急外来における患者家族対応の向上のため、ある店舗が取り入れた【不要レシートを該当BOXに捨てることによって、顧客に接客態度などを評価してもらうシステム】を参考に、救急外来の看護に対して「チップ投票型患者アンケート（以下患者アンケート）」を開始した。方法は、「すごく良い・良い・普通・悪い・すごく悪い」の5個のBOXを待合室に設置し、専用のチップを投票する形とした。令和6年9月より開始し、結果は1か月毎に集計し周知した。投票数は令和7年3月までの7カ月で672件であった。設置後より、自分が勤務した時間帯に投票されたチップ数を確認したり、自分が患者家族にどのような関わりをしたか振り返る姿もみられるようになった。そこで「患者アンケート」が看護師の意識や行動にどのような変化を与えたか調査することとした。
【方法】A病院救急外来に従事する看護師90名に対しアンケート調査を実施、行動変化を認めた看護師に対し「結果を踏まえた具体的な行動変化の内容」について質問を実施、その結果を質的記述的にカテゴリー化した。【倫理的配慮】A病院看護部倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【結果】アンケート回収率は91%、行動の変化に関しては「とても変わった」2.4%「変わった」41.5%「変わらない」52.4%「全く変わらない」3.7%であった。具体的な行動変化の内容においては、2個の『カテゴリ』、6個の「サブカテゴリ」、29個の［コード］に分けられた。『患者に対する行動の変化』は4個の「サブカテゴリ」に分けられ、「患者家族の気持ちへの関わり」で［患者家族の思いを忘れない］［不快な思いをさせない］、「情報の提供」で［声かけを行う］［状況の説明］、「不安の軽減」で［優しくする］、「待ち時間への関わり」で［待ち時間の短縮を目指した関わり］などのコードが抽出された。『看護師の変化』は2個の「サブカテゴリ」に分けられ、「感情の変化」で［励みになる］［やる気がでる］、「行動の変化」で［自身を振り返る］［患者の立場になって考える］などのコードが抽出された。「患者アンケート」の実施方法に対しては53.7%が良いと回答した。
【考察】看護師は、患者・家族による承認によって自己の看護観を深めることで、その後も自己の看護観に基づいて実践を工夫したり、チームとしての実践の質の向上へつながっていると言われている。「患者アンケート」により承認されたことで、悪い結果も前向きに捉えることができ、行動や感情の変化に繋がったと考えられる。また、救急患者家族のニーズには、「患者にとって最善策の提供のニーズ」「医療者・他家族員からの細部にわたる支援のニーズ」など、医療者からは推し量ることが出来ない多様なニーズがあると述べられている。このような多くのニーズを抱えた患者家族にとって、「患者アンケート」は自身の思いをチップ１つで表出するこ

©一般社団法人日本救急看護学会

とができる場として受け入れられている。
【結論】「患者アンケート」は、看護師の行動変化に影響を与え、『患者に対する行動の変化』『看護師の変化』の2つのカテゴリが抽出された。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 14:20 ~ 15:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P3] 示説3
救急外来看護①

座長:高野　千佳（岩手県立中央病院・救命救急センター）、細井　麻美（旭川赤十字病院 ICU・CCU）

[P3-06] A病院救急センターにおける職員満足度調査と看護師離職に関する関連要因探索

○渡邊 一也[1] (1. 公益財団法人　宮城厚生協会　坂総合病院　看護部)

キーワード：職員満足度調査、看護師離職率、職員満足度、処遇、労働環境改善

【背景】 A病院では、公益財団法人日本生産性本部が開発した従業員満足度調査「NiserES」を毎年実施しているものの、結果の活用方法は部門間で統一されておらず、職員満足度の向上につながっていない現状がある。特に救急センターでは看護師の離職が散見され、明確な分析が行われていなかった。先行研究では、看護職者の離職を防ぐ要因として職務満足度が重要であることが示されており、職務満足度と離職の関連性を示した報告がある。また、職員満足度の向上が看護師の離職率を低下させることも指摘されている。
【目的】 A病院救急センターにおける看護師の離職に関連する要因を、職員満足度調査に基づき分析し、離職率との関係を明らかにすることである。特に「処遇」と「労働時間管理」に着目し、これらの要因が離職率に与える影響を定量的に評価することを目的とする。
【研究方法】 2021年度から2023年度にA病院救急センターに在籍していた看護師65名を対象にデータを収集した。2021年度に40名、2022年度に40名、2023年度に42名、合計122名のデータを分析対象とし、後ろ向き観察研究デザインを採用した。満足度調査は「NiserES」を用い、データ分析には、記述統計、探索的因子分析、および分散分析を行った。分散分析においては、Tukey法による多重比較を実施した。倫理的配慮として個人情報保護に配慮し、A病院の倫理委員会の承認を得た。
【結果】 対象者の平均年齢は29.4歳（標準偏差±5.12）であり、看護師の経験年数では11-19年目が最も多く、全体の25%を占めた。離職率は2021年度に12.4%、2022年度に15.4%、2023年度に9.4%であった。探索的因子分析の結果、職員の満足度に影響を与える要因を「上司との関係性」「仕事に対するやりがい」「処遇」「労務管理」「同僚との関係性」「福利厚生」の6つの因子に分類できた。特に「処遇」に関する因子が満足度の中で最も低く、一方で「仕事に対するやりがい」は高い満足度を示した。分散分析の結果、「労働時間管理・福利厚生」と「仕事の負荷」に関して統計学的有意差（$p<0.05$）が認められ、これらの要因は看護師の離職意向に大きく影響を与えていることが確認された。
【考察】 職員の満足度が看護師の離職に与える影響について検討した結果、低い「処遇」に対する満足度が離職を促進する一方で、高い「仕事に対するやりがい」が職務継続の意欲を高めることが示唆された。看護師は仕事にやりがいを感じているものの、過労や不十分な処遇が懸念される現状が明らかになった。職員満足度向上のためには、処遇や労働条件の改善が必要である。特に、労働環境の整備やコミュニケーション促進が、職員満足度の向上と離職率低下に繋がる可能性がある。これは先行研究で同様の結果が示されている内容と一致する。
【研究の限界と課題】 対象サンプルが特定の部署看護師に限られるため、結果の一般化には留意が必要である。今後は、他部署や他施設でのデータ収集と分析により、より広範な視点から離職要因を理解する必要がある。
【結論】 A病院救急センターにおける職員満足度調査と離職に関する要因分析を通じて、看護師の職場環境や処遇改善が離職率低下に寄与する可能性が示された。具体的には、労働時間管理の改善や処遇見直しにより、離職率を低下させることが期待される。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P4] 示説4
重症患者・家族看護

座長:恩部　陽弥（鳥取大学医学部附属病院）、藤川　千穂（札幌医科大学附属病院 EICU病棟）

[P4-01]
人工心肺を使用した心臓血管外科術後患者の早期離床の体験
○玉見 美穂[1]、清村 紀子[2]、末弘 理惠[3] (1. 社会医療法人敬和会大分岡病院、2. （前）大分大学医学部看護学科、3. 大分大学医学部看護学科)

[P4-02]
難治性VFに対して円滑にECPRを行った１症例
○玉城 孝人[1]、上原 均[1] (1. 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　救命救急センター)

[P4-03]
救急搬送された妊産婦に関する看護研究の動向
○寺本 望杏[1]、野島 敬祐[1] (1. 京都橘大学看護学部看護学科)

[P4-04]
救急搬送された患者家族への対応の実態と今後の課題
○山内 ふみ[1]、小野 ありさ[1]、落合 美幸[1]、遠藤 有沙[1] (1. 上尾中央総合病院)

[P4-05]
予期せぬ死別を経験した家族に対する看護実践について
～救命救急センターでの関わりから～
○大野 千花[1]、佐々木　祐輔[1]、福井 絢佳[1] (1. JA北海道厚生連帯広厚生病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P4] 示説4
重症患者・家族看護

座長:恩部　陽弥（鳥取大学医学部附属病院）、藤川　千穂（札幌医科大学附属病院 EICU病棟）

[P4-01] 人工心肺を使用した心臓血管外科術後患者の早期離床の体験

○玉見 美穂[1]、清村 紀子[2]、末弘 理恵[3] (1. 社会医療法人敬和会大分岡病院、2. （前）大分大学医学部看護学科、3. 大分大学医学部看護学科)

キーワード：早期離床、人工心肺、ICU

【目的】本研究は、人工心肺を使用した心臓血管外科術後患者が、心身状態が十分に回復していない時期の早期離床における体験を明らかにすることを目的とする。
【方法】
１）用語の定義
早期離床とは、デコンディショニングを予防しつつ手術後の患者の呼吸・循環機能を維持しながら速やかな体力の回復を目指すこととする。
２）研究対象
人工心肺を用いた心臓血管外科の手術を受け、集中治療室において術後3日以内に離床した患者10名とした。
３）方法
対象が術後の心身状態が安定した時期に、身体感覚、心理状態、早期離床に対する思いについて、半構造化面接を実施した。
４）分析方法
得られたデータは、逐語録に起こしコードを作成しカテゴリ化を行う質的記述的分析を行った。分析においては、クリティカルケア看護学研究者にスーパーバイズを受けた。
５）倫理的配慮
倫理的配慮については、A病院倫理委員会の審査・承認を受けて実施した。当該施設の長および看護の長に研究承諾を得た後、主治医および病棟看護師長の承諾を得た。対象へは手術前の身体的、精神的に安定している時期に、研究者が倫理的配慮の内容を書面と口頭で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。
【結果】研究対象の概要は、年齢40歳台から70歳台、男性7名女性3名であり、人工心肺下での術式は、大動脈置換術＋上行大動脈置換術2名、上行大動脈基部置換術2名、低侵襲僧帽弁形成術2名等であった。
データ分析の結果、26の〈サブカテゴリ〉が生成され、5の【カテゴリ】を抽出した。
人工心肺を用いた心臓血管外科術後患者は、〈ルート類やモニターがついていることによる離床の困難さ〉や〈術後自分でおもうように体を動かせない〉こと、〈傷が開くかもしれない不安〉や〈離床時の痛みによる苦痛〉など【術後の身体的変化に直面する】体験をしていた。そのなかで、〈自分でできることは自分でしたいという思い〉から離床をすすめ、〈リハビリは回復のための努力〉,〈早期離床は回復へつながる〉と考え、【回復のために努力する】体験をしていた。早期離床の過程で、〈術後の曖昧な意識の中でリハビリをする〉、〈離床している時間の感覚がわからなくなる〉という【曖昧な中で医療者の支援を糧に離床する】体験をしていた。また、過去に手術経験がある人工心肺を用いた心臓血管外科術後患者が〈過去の手術体験を想起し今後起こりうることを予測し対処しようとする〉ことや〈過去の手術体験を想起し今の状態と比較する〉など、【過去の手術体験を想起する】ことで、今後起こりうることや、〈順調に離床がすすんでいる実感〉から、【回復の兆しを実感する】体験をしていた。

©一般社団法人日本救急看護学会

【考察】人工心肺を用いた心臓血管外科術後患者は早期離床において、【術後の身体的変化に直面する】なかで、【回復のために努力する】ことや【過去の体験を想起する】ことで【回復の兆しを実感する】ことを体験していた。同時に、術後の自身の状態をとらえられず【曖昧な中で医療者の支援を糧に離床する】ことを体験していた。これらの体験より、人工心肺を用いた心臓血管外科術後の患者において、患者自身が回復の兆しを実感すること、医療者による離床への取り組みや回復への保証が離床に取り組む意欲や行動につながることが示唆された。人工心肺を用いた心臓血管外科術後患者の早期離床において医療者は、患者の身体変化に対する思いを理解し、回復に向けて努力する姿勢を認め、保証する支援が必要であると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P4] 示説4
重症患者・家族看護

座長:恩部　陽弥（鳥取大学医学部附属病院）、藤川　千穂（札幌医科大学附属病院 EICU病棟）

[P4-02] 難治性VFに対して円滑にECPRを行った１症例

○玉城 孝人[1]、上原 均[1] (1. 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　救命救急センター)
キーワード：ECPR、多職種連携

【はじめに】　当院は、沖縄県南部医療圏にある急性期病院であり総合病院とこども病院とが併設しており、救命救急センターと小児救命救急センターの機能をもつ病院である。2024年より沖縄県初となるECMOセンターを開設した。2024年度の救急受診患者数は33530名、救急車受け入れ台数は4786件である。2022から2024年の３年間で、救命救急センターで実施した、Extracorporeal　Cardiopulmonary　Resuscitation（以下ECPR）症例は15件で　あった。Veno-Arterial　ExtraCorporeal Membrane　Oxygenation（以下V–A　ECMO）導入に要した時間は平均28.7分であり、最短では17分であった。救命救急センター看護師は、2020年から救命救急センターと放射線部門が統合となり緊急画像下治療や緊急内視鏡を迅速に対応できる看護体制がとられている。救命救急センターでは、2022年からECPRについて臨床工学技士による勉強会を行い、その後ECPRに対応できる人材育成のためシミュレーションを実施したが、定期的に実施できていない現状がある。また、看護師経験年数や救急看護経験年数にもばらつきある。難治性VF症例に対してV-A ECMO導入が当院で過去最短となる14分で実施できた要因を振り返り、症例報告をする。

【目的・方法】

目的：短時間でV-A ECMO導入が可能であった症例の振り返りと課題を明らかにする。

研究方法：実践報告

倫理的配慮：本研究は所属施設の倫理委員会の承認を得た。

【結果】症例：40代男性　目撃あり・バイスタンダーCPRなし。救急隊接触時VF波形であり、当院搬入までに除細動３回施行とアドレナリン３A投与され搬入された。当院搬入後もVF持続しており、搬入後14分でV−A ECMO確立し、low flow time 41分であった。V−A　ECMO確立後直ちに緊急心臓カテーテル検査を行い、RCAに対するPCI施行し、入院63日目に独歩で自宅へと退院となった。

本症例に対応した救急看護師4名はECPR経験者であり、救急看護クリニカルラダーⅣが3名、Ⅲが1名であった。また2名は、放射線看護業務を担当している。本症例では、救急隊からの情報を救急医・看護師で情報共有を行い、搬入前にブリーフィング・役割の明確化ができた。また、循環器医師や放射線技師や臨床工学技士など関係部署と連絡を行い、連携体制を確立した。

【考察と今後の課題】 ECPRは、従来のCPRが無効な難治性VF症例において、生存率および神経学的予後を改善する可能性があると報告されており、特に導入時間の短縮が予後に直結する重要因子とされている。複数の研究では、ECPR導入までの時間が短いほど予後が良好であり、低流量時間（Low flow time）が58分未満であることが良好な神経学的転帰と有意に関連するとされる。

本症例においては、事前の情報共有・役割分担・多職種連携が的確に行われていたこと、さらに担当看護師がECPRの実践経験を有し、必要物品や役割を事前に理解・準備していたことが、迅速なV-A ECMO導入に寄与したと考える。

今後の課題としては、ECPRや救急経験が浅い看護師に対しても、同様に迅速で的確な対応が

©一般社団法人日本救急看護学会

可能となるよう、定期的な勉強会や多職種合同のシミュレーション訓練の継続的な実施が求められる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P4] 示説4
重症患者・家族看護

座長:恩部　陽弥（鳥取大学医学部附属病院）、藤川　千穂（札幌医科大学附属病院 EICU病棟）

[P4-03] 救急搬送された妊産婦に関する看護研究の動向

○寺本 望杏[1]、野島 敬祐[1] (1. 京都橘大学看護学部看護学科)

キーワード：救急搬送、妊産婦、看護研究

【目的】救急搬送される妊産婦は、突発的な身体的変化により心身への大きな負担を強いられ、さらに胎児への影響に対する不安も抱えている。このため、搬送時における心理的配慮は極めて重要である。加えて、近年は社会的課題の複雑化に伴い、看護職には心理的支援や家族支援、搬送後の継続的なケアなど、多面的な支援が求められている。一方で、日本における救急搬送件数のうち、妊産婦の割合は約1%と少なく、これに関する看護実践の報告も限定的である。そこで本研究では、救急搬送された妊産婦に関する文献を整理・分析し、研究の動向と今後の課題を明らかにすることを目的とした。
【方法】文献情報データベースとして「医中誌Web（Ver.5）」を使用し、「救急搬送」AND「妊婦」および「救急搬送」AND「妊産婦」を検索語とし、2015～2024年の10年間を対象期間として、看護分野における原著論文に限定して検索を実施した。得られた16件の文献のうち、救急搬送を扱っていないものや看護研究に該当しないものを除外し、最終的に8件を分析対象とした。分析項目は、タイトル、研究対象、研究デザイン、研究方法、研究結果とした。倫理的配慮として、出典を明記し、原著者の意図を正確に表現することに留意した。
【結果】対象となった8件の文献の発行年の内訳は、2015～2017年が2件、2018～2020年が2件、2021年以降が4件であり、近年に向けて研究がやや増加していることがうかがえた。研究デザインは、質的記述的研究が5件、質的・量的混合研究が2件、事例研究が1件であった。研究対象は、妊産婦やその家族が6件、看護師を含む医療従事者が1件、事例における当事者の診療録や看護記録が1件であった。研究内容としては、救急搬送を経験した妊産婦の心理的体験や思いを明らかにした文献が4件、NICUへの適切な情報提供が母子間の愛着形成に及ぼす影響を示した文献が1件、常位胎盤早期剥離に対し早期対応できた事例の報告が1件、医療従事者の周産期救急に関する知識・技術への認識を明らかにした研究が1件、切迫早産の妊婦とその夫の思いに着目した研究が1件であった。
【考察】救急搬送された妊産婦に関する看護研究は、継続的に実施されているものの、年間あたりの発表件数は依然として少なく、知見の蓄積は限定的である。研究デザインとしては質的研究が多く、妊産婦や家族の主観的体験に焦点を当てた内容が大半を占めていた。一方で、心理的配慮を含む看護実践の具体的な介入方法やその効果を数量的に検証した研究はほとんど存在しない。今後は、看護職を対象とした量的研究を通じて、妊産婦および家族への心理的ケアに関する実践の有効性を明らかにしていく必要がある。また、緊急時における妊産婦や家族は強い不安や混乱状態にあると考えられるため、今後の研究においては倫理的配慮や研究方法の妥当性を十分に考慮した設計が求められる。看護職が果たすべき役割を再認識し、多職種連携を視野に入れた包括的支援体制の確立に向けた研究の進展が期待される。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P4] 示説4
重症患者・家族看護

座長:恩部　陽弥（鳥取大学医学部附属病院）、藤川　千穂（札幌医科大学附属病院 EICU病棟）

[P4-04] 救急搬送された患者家族への対応の実態と今後の課題

○山内 ふみ[1]、小野 ありさ[1]、落合 美幸[1]、遠藤 有沙[1] (1. 上尾中央総合病院)
キーワード：救急外来、二次救急、家族看護、家族ニーズ

【はじめに】上尾中央総合病院は、埼玉県の県央地域に位置し人口23万人を有する地域の2次救急を担っており、年間8,100件の多様な疾患の患者を受け入れている。当部署の過去に行ったアンケートで、看護師側は家族看護が不十分だと考えているのにも関わらず、患者家族から好意的な回答が得られた。そこで、看護師の考えるニーズと実際の患者家族のニーズには乖離があるのではないかと疑問を抱き、今回研究テーマとした。
【目的】患者家族に対する看護師の対応の現状を調査分析し、今後の課題を明確化する。
【方法】対象：看護師31名データ収集方法：構造的インタビュー本研究では、加藤らによる先行研究で作成された「救急外来を受診した患者家族のニーズ項目」[1)]の分類を参考にし、対象者を看護師とした。加藤らの研究では、日本人の特性に応じた20項目を作成、カテゴリーの性質別に、第1ニーズ（患者の状況把握に関するニーズ）、第2ニーズ（迅速かつ誠実な対応に関するニーズ）、第3ニーズ（待機環境の調整に関するニーズ）と分類されている。この中から第1ニーズ、第2ニーズに関する項目を引用し、これに沿った質問項目を　はい・いいえ　で解答してもらう。
【倫理的配慮】インタビュー対象者には、研究の趣旨・個人情報の取り扱い方法・得られたデータをこの研究以外に用いないことを説明し、同意を得た。院内の倫理委員会の承認を得た（承認番号：1165）
【結果】第1ニーズ(患者の状態把握に関するニーズ)の全体実施率は72%、第2ニーズ(迅速かつ誠実な対応に関するニーズ)の全体実施率は9.5%だった。
【考察】第1ニーズに関して看護師は、患者家族に患者の状況や経過について分かりやすい言葉を用いて説明し、全体実施率は72%で、6項目中3項目が100%の実施率であった。このことから患者家族の第1ニーズは充足されていると考えられる。反して第2ニーズの全体実施率は9.5%。しかし先述したように、患者家族からは医療者の対応に関して好意的な回答が多く見受けられた。川上は「家族の不安を軽減できるよう声掛けや診察・検査の状況や待ち時間などの具体的な情報提供が必要である」[2)]と述べている。このことから患者家族は、何も情報がない中での待機に不安があると考えられ、今回は医師や看護師による声かけの回数が十分であったことや、患者に関する情報を細かく伝え第1ニーズを充足させたことが、患者家族の不安軽減や信頼獲得につながり、第2ニーズの充足に繋がったと考えられる。さらに、第2ニーズは、思いやりを持っていること、医療ミスがないことなどといった言葉で説明することが難しい項目が多くあり、心掛けてはいるがあえて言葉での説明はしていないという理由でいいえと回答した看護師が多かった。そのため、看護師の回答から得られた実施率としては低い数値となったが、実際は行動や声掛けから患者家族に対する配慮を感じ取ってもらえており、第2ニーズは充足していると考えられる。
【結論】本研究は、調査対象が看護師であったが、第2ニーズにある配慮の項目に関しては評価者が患者家族となるため、実施者側の看護師が回答することは難しく、一部双方の回答に差が出る結果となった。今後は、部署内で患者家族のニーズを共有し、多職種で連携しその充足に努めていくこと、また、言葉で説明することが困難な項目に関しても、言葉での説明を心掛けていくことが課題である。
【引用・参考文献】1）加藤沙也香ほか　救急外来を受診した患者家族のニーズとその関連要因
©一般社団法人日本救急看護学会

米子医誌　34－44　2023　2）川上千普美ほか　救急患者の家族のニーズとニーズに対する看護実践度の比較

第１ニーズ	実施率	第２ニーズ	実施率
①患者の今後の見通しについて	100%	①スタッフが迅速な対応を取っている	10%
②質問に素直に答える	100%	②病院職員が患者を気にかけている	10%
③理解できる言葉で説明する	100%	③スタッフ間の連携がスムーズである	6%
④患者の経過に関することを説明する	61%	④患者のケアが手薄にならないよう十分な人数がいること	10%
⑤どんな治療法があるのか説明する	12%	⑤問題を援助する人がいること	10%
⑥患者になされた処置などの理由を説明する	61%	⑥スタッフが患者に思いやりをもって接している	13%
第１ニーズ全体実施率　72%		⑦医療ミスがない	6%
		第２ニーズ全体実施率　9.5%	

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P4] 示説4
重症患者・家族看護

座長:恩部　陽弥（鳥取大学医学部附属病院）、藤川　千穂（札幌医科大学附属病院 EICU病棟）

[P4-05] 予期せぬ死別を経験した家族に対する看護実践について ～救命救急センターでの関わりから～

○大野 千花[1]、佐々木　祐輔[1]、福井 絢佳[1] (1. JA北海道厚生連帯広厚生病院)

キーワード：悲嘆ケア、家族看護

【目的】悲嘆ケアに対する看護師の認識や行動は、家族が悲嘆を受容する過程において大切であり、限られた時間の中で家族が衝撃を受け止められるような看護実践が必要である。そこで、家族が予期せぬ死別を経験した際に行った看護実践を調査・分析することで、A病院救命救急センター看護師の悲嘆ケアの現状を明らかにする。
【方法】日本救急看護学会が定める救急看護師のクリニカルラダーでレベルIIIに該当となる看護師6名を対象とした。インタビューガイドに基づいた半構成面接調査で、面接では①対象者の属性②患者の家族に対しての看護実践（ａ実践している悲嘆ケアの内容や認識していること、ｂ悲嘆ケアについて困難に思っていること、ｃ問題に感じていること・改善すべきこと、ｄケアを振り返って感じたことや思ったこと）について質問した。
【倫理的配慮】対象者の特定ができないように配慮し、研究者の所属機関の倫理審査委員会の了承を得て実施し、利益相反はない。【結果】看護師が行っている看護実践や認識は81のコード、21のサブカテゴリー、7つのカテゴリーとして抽出され、重要と捉える看護師の認識や行動は3つに分類された。
【考察】「家族への悲嘆ケアの特徴」では、家族の危機的状況や家族にとって必要な支援は何かを観察するために、家族の状況や理解度を確認することで対応を考えることができることであると分かった。さらに、必要に応じて接近できる機会を作ることで、患者の病状と家族の理解の差を埋めていることが分かった。アギュララの問題解決型危機モデルを用いることで、自分の中で出来ることは行っているという意識を持つことができ、家族のニードを充足していることが明らかとなった。「看護師が困難に思っていること」では、時間的制限や緊急度・優先度がある中での家族への悲嘆ケアに苦悩し、看護師個人の認識に基づいた悲嘆ケアは家族が求めているものなのかを気がかりに感じていることが分かった。家族への介入が困難と感じる要因の一部は、年齢や看護師の経験年数、救命救急センターでの経験であると考えられる。「実際に行っている看護介入」は、家族との関係性を構築できていないことで、家族が正常な反応かどうかを判断することが難しいため、ICや面会に同席することや、他の家族から情報を得ることにより受容できる環境を整え、悲嘆ケアの介入を行っていることが分かった。また、直接的な介入だけではなく、あえて声掛けをせずに家族の時間を見守ることや、家族同士の面会のタイミングを変えることで感情を表出できるように介入を行うなどの家族の状況に合わせての配慮した看護を展開していることが分かった。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P5] 示説5
プレホスピタルケア

座長:表　佳代（日本赤十字社和歌山医療センター）、岩崎　翼（知多半島総合医療センター）

[P5-01]
双方向映像配信システムを活用したドクターカー運用の実践報告
～多種職連携を通じた救急対応力の向上～
稲嶺 盛克[1]、邊土名 朝博[1]、宮城 春彦[1]、諸見里 眞奈[1]、○島袋 美好[1] (1. 友愛医療センター)

[P5-02]
「聞く」から「見える」へ
～NSER　mobile導入による救急隊との情報連携と看護実践の変化～
稲嶺 盛克[1]、邊土名 朝博[1]、○宮城 春彦[1]、諸見里 眞奈[1]、島袋 美好[1] (1. 友愛医療センター)

[P5-03]
Drカー・スマートグラスの導入と効果検証
～現場から院内へリアルタイム映像による迅速な意思決定支援～
○稲嶺 盛克[1]、邊土名 朝博[1]、宮城 春彦[1]、諸見里 眞奈[1]、島袋 美好[1] (1. 友愛医療センター)

[P5-04]
ドクターカー看護師によるプレホスピタル活動におけるテキストマイニングを用いたドクターカー記録の実態
○鈴木 琢真[1]、難波 真紀[1]、寺島 俊太[2] (1. 群馬大学医学部附属病院　救命救急センター、2. 群馬大学医学部附属病院　南４階病棟)

[P5-05]
藤田医科大学病院のドクターカー活動について～診療看護師（NP）の役割～
○加藤 夏美[1]、船曳 知弘[2] (1. 藤田医科大学病院 FNP室/救急総合内科、2. 藤田医科大学病院 救急科)

[P5-06]
医療施設外における看護師が認識するファーストエイド場面と看護活動の特徴　―全体像モデルを用いた分析―
○河合 正成[2,1]、多久和 善子[2,3]、中村 香代[2,9]、上川 智彦[2,6]、清水 克彦[2,8]、高野 千佳[2,5]、藤井 美幸[2,9]、藤崎 隆志[2,4]、山崎 誠[2,10]、三上 剛人[2,7] (1. 岐阜県立看護大学、2. 日本救急看護学会ファーストエイド委員会、3. 昭和医科大学認定看護師教育センター、4. 小倉記念病院、5. 岩手県立中央病院、6. 株式会社Vitaars、7. 吉田学園医療歯科専門学校、8. 京都新町病院、9. 国立国際医療センター、10. 愛媛県立中央病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P5] 示説5
プレホスピタルケア

座長:表　佳代（日本赤十字社和歌山医療センター）、岩崎　翼（知多半島総合医療センター）

[P5-01] 双方向映像配信システムを活用したドクターカー運用の実践報告 ～多種職連携を通じた救急対応力の向上～

稲嶺 盛克[1]、邊土名 朝博[1]、宮城 春彦[1]、諸見里 眞奈[1]、○島袋 美好[1] (1. 友愛医療センター)
キーワード：ドクターカー、リアルタイム映像共有、多職種連携

【背景・目的】当院では、救急現場と病院内の連携強化を目的に、4年前よりドクターカーと院内をつなぐリアルタイム映像配信システムの運用を開始した。スマートグラスとV-CUBE（遠隔映像配信システム）を活用し、現場医師が装着するカメラの映像を病院内の大型モニターへ配信している。これらの使用により安定したコミュニケーションの確立・信頼性の高い情報共有・そして、現場から初療室へのスムーズな患者診療の引継ぎが行われている。本発表では、この映像共有による多種職連携の効果と救急対応力の向上について実践を通して報告する。
【実践内容】双方向映像配信システムの使用により、現場の映像がタイムラグなく院内へ配信される為、病院側では多種職のスタッフが映像を視聴でき、搬送前からの受け入れの準備やOPE室・ICUなど他部署への早期連絡、院内の医師との治療方針の検討が可能となった。映像からは、患者の表情や皮膚色、処置の内容、外傷では受傷部位の確認や現場の様子など、視覚的にアセスメントできるようになり、看護師のアセスメントの向上にもつながった。また、現場で対応するプレホスピタル医にとっても、ERで映像を見ている外傷医や小児科医・助産師・薬剤師などの専門家からアドバイスや指示を受けることができ、シームレスな医療展開が実践できている。
【変化と効果】導入前と比較して、受け入れ時の混乱が軽減し、準備の的確性と安全性が向上した。看護師は映像から情報を読み取ることで、搬送前からのアセスメント力が向上し、また、多種職が同時に情報を得られることで連携が円滑になり、必要な薬剤の準備や専門医の早期介入が可能となった。映像を通じて現場の緊張感や処置の優先度を共有できる点も、チーム全体の心理的準備に有効であり、より良いチーム医療の提供につながったと考えられる。
【課題と今後の展望】一方で、映像のばらつきや音声の途切れなどによる情報の偏りなど誤認が生じるリスクや、患者・家族のプライバシー保護の観点から倫理的課題もある。映像の活用に関する運用マニュアルの整備を整え、継続的な教育とスタッフの共通認識の強化が必要である。今後の展望としては、ドクターカーのみならず、地域消防も同様のシステムを導入して現場を可視化することで、ドクターカーが不在の場合でも現場の状況をERに的確に伝え、救急車の受け入れ判断やメディカルコントロールに役立てることができるようなシステムの構造が望まれる。
【倫理的配慮】映像配信の運用について、当院では来院後や搬送されなかった場合は現場にて、救命士よりパンフレットを用いて患者・家族へプライバシー保護についての説明を行い、同意を得ている。活動記録動画はセキュリティー管理されたクラウド上に保管しており、アクセスできるスタッフの制限や、定期的なパースワードの変更を行い、個人情報漏洩防止への対策を実施している。
【まとめ】双方向配信システムは、現場と院内をつなぐことで、多種職連携の強化や、病院全体での救急対応力の向上に寄与している。しかし、倫理的配慮や患者のプライバシー保護については引き続き慎重に対応する必要があり、今後も課題に向き合いながら、より安全で実効性のある情報共有体制を建築していきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P5] 示説5
プレホスピタルケア

座長:表　佳代（日本赤十字社和歌山医療センター）、岩崎　翼（知多半島総合医療センター）

[P5-02] 「聞く」から「見える」へ
～NSER　mobile導入による救急隊との情報連携と看護実践の変化～

稲嶺 盛克[1]、邊土名 朝博[1]、○宮城 春彦[1]、諸見里 眞奈[1]、島袋 美好[1] (1. 友愛医療センター)

キーワード：NSER　mobile、救急搬送支援システム、救急隊との情報連携

【はじめに】近年、沖縄の救急医療現場は、救急車受け入れ要請の増加で救急医療のひっ迫がみられており、それに伴い、プレホスピタルで活動する救急隊の負担も増えてきている状況である。そこで、「NSER　mobile」という救急現場からの情報をリアルタイムで病院に送信することが可能なDXシステムを那覇市消防局で試験運用が開始された。現場活動時間の短縮、デジタルの情報共有による病院紹介時間の短縮、搬送受入医療機関での検査・処置・事務作業の効率化と効果が認められ、2025年4月より当院での本格的な運用が始まった。
【目的】救急医療現場では患者対応の迅速化と医療の質向上が求められ、情報の正確な伝達は、初療の準備や看護判断に大きく影響する。従来、救急隊との情報共有は電話による口頭伝達が主であり、聞き取り漏れや伝達内容のばらつきが課題であった。NSER　mobileによって、情報共有の質、受け入れ時間の変化、病院内の初療準備および看護実践にどのような影響を与えたかを明らかにする。
【実践内容】NSER　mobile専用のパソコンとモニターを設置し、電話を受けながらパソコン操作できるよう、業務改善から始めていき、全スタッフがシステムを理解し操作できるように周知していった。ホットラインを受ける際に患者の氏名・バイタルサイン・薬の情報・外傷部位の写真・心電図波型など、複数スタッフでの情報共有を行えるようにした。
【倫理的配慮】本報告は個人を特定しない形で記述しており、内容については施設責任者の了承を得ている。
【結果】今までは、電話での情報共有であった為、電話を受けている人のみが情報を直接聞いている現状であった。受けた情報を書き出し、その情報を元に受け入れの確認を行い、当院への搬送開始という流れであったが、救急隊のNSER　mobileの導入により、パソコンに映し出された情報を、1度に複数のスタッフで見ることができるようになり、電話連絡での伝達に比べて準備や判断が迅速かつ的確に行えるようになった。現場写真から受傷状況や外傷部位を事前に把握できた事例では、搬送後の初期対応がよりスムーズに実施できた。
【まとめ】NSER　mobileの導入により、情報共有が「電話で聞くもの」から「画面で見るもの」へと変化したことで、現場スタッフにとって不確実な要素が減り、安心して準備や判断ができるようになった。情報を複数人で同時に確認できることで、認識のズレも減少した。救急搬送時の情報共有を大きく変革し、病院側・救急隊側双方にとって効率性と正確性の向上をもたらした。一方で以前からの課題でもある、救急隊からの情報と搬入時の患者状態の差異が見られるケースもあった。電子カルテとの照合作業を含めた活用で、より安全で的確な初療対応を行い、今後の継続的な活用と運用体制の整備が期待される。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P5] 示説5
プレホスピタルケア

座長:表　佳代（日本赤十字社和歌山医療センター）、岩崎　翼（知多半島総合医療センター）

[P5-03] Drカー・スマートグラスの導入と効果検証
～現場から院内へリアルタイム映像による迅速な意思決定支援～

○稲嶺 盛克[1]、邊土名 朝博[1]、宮城 春彦[1]、諸見里 眞奈[1]、島袋 美好[1] (1. 友愛医療センター)

キーワード：ドクターカー、遠隔リアルタイム映像、スマートグラス

【導入の背景・目的】従来のＤｒカー運用では、言葉やホワイトボードによる情報共有に頼っていたため、現場とER(救急外来)間で状況認識のズレが生じることが課題であった。これにより、適切な診療体制の構築や治療方針の決定が到着まで遅れるリスクがあった。この課題を解決するため、今回はヘルメット装着型スマートグラスを導入し、現場の救急医が見ている映像と音声をリアルタイムで病院へ共有する仕組みを試験的に運用。これにより、搬送前から医療スタッフが正確な状況把握と意思決定を行えるかを検証した。
【倫理的配慮】個人情報保護法に則り、患者が特定されないように適切に配慮を行う。データの管理は厳重に行い、第三者への漏洩を防ぐ。
【運用方法】救急現場に到着した医師が、スマートグラスをヘルメットに装置し、カメラとマイクを起動。スマートグラスから映像・音声はリアルタイムに病院へ送信され、ERでは大型スクリーンを用いて複数人が同時に状況を把握するようにする。医師は両手を自由に使えるため、救急活動を妨げずに情報を送信可能。スマートグラスは音声認識による操作が可能であり、ケーブル類が不要な完全ハンズフリー構造となっている。
【導入の効果・結果】スマートホンやIP無線機での映像共有では片手が塞がり作業の妨げになっていたが、スマートグラスでは両手を空けたまま映像伝送が可能である。言語情報では伝わりづらい、外傷の状態や現場環境を視覚情報として共有できER側の受け入れ準備が迅速に図れる。現場医師の視線に沿った映像をそのまま共有できるため、現場とERの認識のずれを最小に抑制できる。大型モニターへの投影により、関係者全員が同時に正確な状況を把握できるようになり、チーム全体での意思決定が迅速・的確に行えるようになった。音声通信も安定しており、ERからの指示が明瞭に現場へ伝達可能であった。
【考察】スマートグラスは医療現場で求められるハンズフリー操作とリアルタイム通信に非常に適している。特にＤｒカーのように限られた空間での活動や、緊急性の高い現場において、迅速な判断支援ツールとして有用性が高い。操作性も高く、電源を入れるだけで自動接続されるため、現場での負担も少ない。今回の運用では、ERスタッフが現場状況を明確に把握できることで、事前の準備や治療方針の決定がスムーズに進んだ。結果として現場医療スタッフの負担軽減と医療提供体制の質向上に寄与した。
【今後求められる要件】通信環境が不安定な現場への対応として、モバイルWi-Fiの整備が必要である。現状ではスマートグラス装着者のみが会話可能なため、複数人での同時通信手段の検討が求められる。ER内の映像確認体制を分散し、各部署での共有体制を整備する必要がある。今後は各部門にモニターを設置し、対応力の向上を図る。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P5] 示説5
プレホスピタルケア

座長:表　佳代（日本赤十字社和歌山医療センター）、岩崎　翼（知多半島総合医療センター）

[P5-04] ドクターカー看護師によるプレホスピタル活動におけるテキストマイニングを用いたドクターカー記録の実態

○鈴木 琢真[1]、難波 真紀[1]、寺島 俊太[2] (1. 群馬大学医学部附属病院　救命救急センター、2. 群馬大学医学部附属病院　南４階病棟)

キーワード：ドクターカー、プレホスピタル、看護師、記録

【目的】近年、医療従事者が病院前の現場に出動しPre-hospital care(PC)を提供している。当院は2018年3月にドクターカー(DC)運用を開始し、DC看護師は他職種と共にPCの中で看護を実践している。その中でDC看護師は現場で唯一、患者状態をその場で記録している。当院のDC看護師は、DC記録として形式化された項目に加えて、必要と判断した情報を記録用紙に自由記載している。この自由記載された情報は、DC看護師独自の着眼点を反映していると考える。そこで本研究は、当院のDC看護師の記録から、自由記載内容を分析することで、PCにおけるDC看護師の視点や記録の傾向を明らかにできると考えた。
【研究方法】後方視的に過去7年間のDC記録の自由記載内容を抽出後、KH Coderを使いテキストマイニング法で分析を行った。頻出語を分析し、前処理を行った上で、年代・疾患種類を外部変数とする共起ネットワーク分析を行った。テキストマイニング法による分類に際し、自由記載内容に加え、年齢・傷病名の情報を取得した。また。「医師」「医者」といった同義語を1つのカテゴリにまとめる内包化を行った。
【倫理的配慮】 本研究は、群馬大学医学部附属病院倫理委員会の審査を受審(試験番号:HS2025-004)。
【結果】511症例のDC記録の自由記載を分析した結果、最頻出語は「時」(296回)であった。共起ネットワーク分析では、語群が23に分類され、病態情報に加え、「家族」「ADL」「社会資源」など患者の生活環境や社会的側面に関する語も共起していた。疾患別に分析した結果、CPAでは、「救急要請」から始まり、「蘇生処置」「検査」などの語が共起し、救命対応の流れが反映されていた。外傷では、「事故種別」と「外傷部位」など、呼吸器疾患では、「呼吸状態」や「COVID-19」など、循環器疾患は、「心電図」「胸痛」など、脳疾患では「けいれん」など症状に関連する語が共起していた。また、CPAと脳疾患では、「家族」や「母親」などとの共起も認められた。さらに、CPA、循環器・脳疾患においては、「時」との共起が、呼吸器・循環器・脳疾患では、「他院」との共起を認めた。年代別では、後期高齢者で「施設」「要介護」など生活に関連する語の共起が認められた。
【考察】疾患別・年代別の共起ネットワークの分析を通じて、DC看護師は、PCの限られた時間の中で、病態だけでなく、「生活環境」「介護度」「他院(かかりつけ医)」といった患者の社会的背景にも着目し、記録している実態が明らかになった。これらの情報は、搬送先での継続的な看護の提供において非常に重要であり、DC看護師は、その必要性を認識し記録をしていることが示唆された。特に疾患別では、CPAと脳疾患に共通して「家族」「母親」が出現していたことは、意識がない傷病者の患者情報を得る際や治療方針の決定に、家族の存在が重要であることを反映していると考えられる。また、CPA・循環器・脳疾患に共通して「時」が出現しており、時間経過と予後が密接に関連していることを重視されていると考えられる。一方で、外傷では「時」の共起が認められず、今後は外傷においても時間を意識する必要があると考える。 【結論】DC看護師は、病態や症状などの情報に加え、時間経過や生活環境・社会背景など、患者を多角的に捉えている傾向が明らかになった。これらの結果は、DC看護師の教育や記録様式の改善に向けた資料に活用できる可能性がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P5] 示説5
プレホスピタルケア

座長:表　佳代（日本赤十字社和歌山医療センター）、岩崎　翼（知多半島総合医療センター）

[P5-05] 藤田医科大学病院のドクターカー活動について～診療看護師（NP）の役割～

○加藤 夏美[1]、船曳 知弘[2] (1. 藤田医科大学病院 FNP室/救急総合内科、2. 藤田医科大学病院 救急科)
キーワード：ドクターカー、プレホスピタル、救急看護、診療看護師、Nurse Practitioner

【はじめに】藤田医科大学病院(以下、当院)は高度救命救急センターを有する三次医療機関である。2013年4月よりドクターカー、2024年2月からはドクターヘリの運用も開始し、病院前救急診療に力を入れている。ドクターカーの運用開始時は医師と看護師のみの搭乗であったが、2019年頃から診療看護師(Nurse Practitioner以下、NP)もドクターカーに搭乗している。当院ドクターカーはラピッドカーであり、要請方式は覚知要請もしくは現場救急隊判断であり、医師1名、NP1名、看護師1名、運転手1名の合計4名が搭乗基本構成員である。
【目的】当院ドクターカーにおけるNPの役割について検討する。
【方法】1) 研究デザイン：後ろ向き研究　2) 調査期間：2024年4月1日から2025年3月31日3) データの収集内容：出動件数、キャンセル率、要請内容、NP活動内容、NP搭乗率【倫理的配慮】データ処理するパソコンは研究者以外が利用できないようにし、得られた情報は患者個人が特定されないように匿名化し、配慮した。なお本発表は所属長の許可を得ている。
【結果】2024年度のドクターカー出動件数は年間266件であり、そのうちキャンセルは65件(24%)であった。要請内容は心肺停止(CPA)39件、外傷・交通事故39件が最も多く、意識障害25件、胸痛17件、頭蓋内疾患7件、ショック3件の順であった。その他には呼吸困難感、アナフィラキシー、縊頚、農薬誤飲などがあった。NPの活動内容としては末梢静脈路確保や薬剤投与、資器材管理、患者の情報収集などに加え、Focused Assessment with Sonography for Trauma(以下、FAST)や心臓超音波検査(以下、心エコー)、マスク換気などの気道管理、外科的処置や介助、多職種連携などであった。看護師搭乗率は99.2%であったが、NP搭乗率は69.2%であった。
【考察】当院ドクターカーの特徴はNPも搭乗基本構成員としていることである。当院ではNPの育成が2012年より開始し、2014年から診療科に配属され、現在では分院を含む3病院で合計43名が所属している。ドクターカーに搭乗するNPは５名(OJT１名含む)おり、全員が当院救急部門で活動している。厚生労働省の「ドクターカー運用マニュアル」によると、看護師の活動は主に医師の診療支援、記録、薬剤投与や、患者の家族対応などとされている。NPが医師の診療支援や薬剤投与などを代行することで看護師は記録や患者の家族対応に重点を置くことができる。また、状況に応じてNPが帰院中のドクターカー車内で家族や関係者から情報収集することや家族ケアを行うことで、診療に必要な情報や家族情報を院内で待機しているスタッフへ円滑に共有できる。更にNPがFASTや心エコーなどの処置をタスクシフトすることで医師は総合的なマネジメントを行える可能性がある。医師・看護師双方のバランスを考慮した活動がNPの役割と考える。「令和５年度 厚生労働省 委託研究事業ドクターカーの運用事例等に関する調査研究事業」によると、看護師は1人以上が搭乗しているケースが90%、搭乗していないケースが15.0%であった。当院のNP搭乗率が看護師に比して低い要因の一つとして、看護師のドクターカー搭乗可能人数は14人いるが、NPは5名であり、休日・夜間に搭乗できないことが考えられる。更なる役割拡大のためには、搭乗できるNPの人員確保が今後の課題と考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P5] 示説5
プレホスピタルケア

座長:表　佳代（日本赤十字社和歌山医療センター）、岩崎　翼（知多半島総合医療センター）

[P5-06] 医療施設外における看護師が認識するファーストエイド場面と看護活動の特徴　―全体像モデルを用いた分析―

○河合 正成[2,1]、多久和 善子[2,3]、中村 香代[2,9]、上川 智彦[2,6]、清水 克彦[2,8]、高野 千佳[2,5]、藤井 美幸[2,9]、藤崎 隆志[2,4]、山崎 誠[2,10]、三上 剛人[2,7] (1. 岐阜県立看護大学、2. 日本救急看護学会ファーストエイド委員会、3. 昭和医科大学認定看護師教育センター、4. 小倉記念病院、5. 岩手県立中央病院、6. 株式会社Vitaars、7. 吉田学園医療歯科専門学校、8. 京都新町病院、9. 国立国際医療センター、10. 愛媛県立中央病院)

キーワード：ファーストエイド、病院外、医療施設外、看護活動

【目的】ファーストエイドインストラクター入力ケースレポート項目別データより、ファーストエイド場面での看護の特徴を明らかにする。
【方法】ファーストエイドインストラクター入力ケースレポート項目別データ（2016年12月1日から2020年6月30日まで）753事例を対象とした。このデータは、日本救急看護学会ファーストエイド委員会が主催するファーストエイドコース（以下、コース）を受講し、受講後にファーストエイドインストラクターになった看護師が、自身のファーストエイド場面について入力フォーム項目に従って入力したデータである。看護職は対象を全人的に捉えていることから、薄井の科学的看護論「看護実践の全体像モデル」にある「体・心・社会・時の流れ」に焦点を当て、看護師が傷病者へどの部分へどのような関心を寄せていたのか分類した。分析は、大谷が開発したSCAT分析（Steps for Coding and Theorization）を用いてケースレポートの内容をコード化し、カテゴリー化することで、看護師が傷病者へどの部分へ関心を寄せていたのかを明らかにした。カテゴリーは＜　　＞で示した。
【倫理的配慮】本研究は日本救急看護学会倫理審査承認（No.20230328）を得て日本救急看護学会代表理事より研究実施許可を得てから実施した。データの使用に当たっては、当学会のホームページ上でオプトアウトにより許可を得るようにした。なお、2025年5月末までの研究協力への参加拒否はない。
【結果】753事例中、医療施設外事例は193事例の報告があった。そのうち、対応内容の不記載が19事例あり分析できないことから除外した。また、老人保健施設などの施設内事例が9事例、医療施設外ではあるが、医師と協働し対応した事例が2事例あり、いずれも看護師単独で実施されたものではなかったため除外した。よって、対象とした事例は163事例となった。医療施設外で看護師は、その場に居合わせた人、であり、気がかりになった傷病者へ対応していた。SCATを用いて分析した結果、体への関心に関連する看護活動は、看護師の認識は表現されていなかったが、＜ABCDアプローチを実施＞＜五感を用いた観察＞＜症状変化を見逃さないために行う観察の継続＞等、コースで習得した知識と技術を行動として表現していた。心への関心に関連する看護活動は、看護師の認識は＜混乱を沈め安心してもらいたい＞等で表現され、＜そばに寄りそう＞＜情報収集はまずコミュニケーションから＞＜安心を与える声かけを継続＞等の行動を表現していた。社会への関心に関連する看護活動は、看護師の認識は表現されていなかったが、＜家族とつなげる＞＜家族に関心を寄せる＞等の行動を表現していた。時の流れへの関心に関連する看護活動は、看護師の認識は表現されていなかったが、＜症状が改善しても緊急性を予測して対応する＞＜継続的な観察＞等の行動を表現していた。
【考察】看護師は、コースで得た知識と看護専門職としての知識と技術を駆使しながら傷病者

©一般社団法人日本救急看護学会

へのファーストエイドを行っていることが見受けられた。特に、傷病者の観察を重視しながらも混乱を沈め安心を与えることで、さらなる傷病者への情報収集を目指していたことや、家族と傷病者をつなげて対応する特徴がみられた。コミュニケーションをとることで傷病者へ安心を与えて傷病者の緊急性や症状悪化の予測を見抜くために必要な情報収集を継続していたこと、今後の医療機関受診のことを考えて傷病者を孤立させない配慮をしていたこと等は、看護師が行うファーストエイドとして特徴的な看護活動であったと思われた。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:00 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP1] デジタルポスター1
医療安全

座長:加藤 桂(吉田学園医療歯科専門学校)

12:10 ~ 12:19

[DP1-01]

コードブルーの初期対応に関する実態調査

〇東畑 恵美[1]、向井 伸子[1]、與 由紀乃[1]、乾 由明[1]、藤村 智恵美[1] (1. 社会福祉法人恩賜財団　済生会中和病院)

12:19 ~ 12:28

[DP1-02]

RRS起動アクションカードの活用状況調査と今後の課題

〇細谷 晴加[1]、小林 しおり[1] (1. 伊勢赤十字病院)

12:28 ~ 12:37

[DP1-03]

A病院における院内迅速対応システムに対する一般病棟看護師の認知

〇柴田 雅仁[1]、山﨑 隆生[1] (1. 東京都立広尾病院)

12:37 ~ 12:46

[DP1-04]

Critical Care Outreach Team(CCOT)導入後6ヶ月の評価と今後の課題

〇磯部 雄一[1]、石山 亞耶[1] (1. 独立行政法人国立病院機構九州医療センター)

12:46 ~ 12:55

[DP1-05]

当院におけるRRSの活動実績からみた起動件数の少なさの要因

〇井上 正芳[1]、中村 邦子[1] (1. 市立青梅総合医療センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:00 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP1] デジタルポスター1
医療安全

座長:加藤 桂(吉田学園医療歯科専門学校)

12:10 ~ 12:19

[DP1-01] コードブルーの初期対応に関する実態調査

○東畑 恵美[1]、向井 伸子[1]、與 由紀乃[1]、乾 由明[1]、藤村 智恵美[1] (1. 社会福祉法人恩賜財団　済生会中和病院)

キーワード：コードブルー、初期対応、多職種連携、院内急変、外来職員、BLS、ALS、医療安全

【目的】A病院では緊急通報システムをコードブルーと称し、招集された職員が救急処置室へ搬送するルールとなっている。2023年度のコードブルー発生件数は10件で、外来フロアが多く、発見者は急変対応の経験が少ない事務部、医療技術部職員が遭遇する事が多かった。現在、救急看護師がコードブルーの振り返りを行う中で、医師、看護師が実施する二次救命処置(以下ALSと称す)の振り返りが中心となっており、発見から処置室到着までの職員の対応や関わり、初期対応が検証できていないことが問題となった。今回、全職員がコードブルー発令時に適切な急変初期対応が実施できることを目的に外来フロアの職員に対し実態調査を行った。
【方法】A病院外来フロアに勤務する職員216名に対し、救命に関する受講歴、コードブルーに遭遇した経験、発見者、応援者の行動、報告書などについての質問紙調査を実施し、調査結果は単純集計した。
【倫理的配慮】本研究は対象者の個人が特定されないように配慮し、A病院倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】回収率91%、有効回答率100%、職員内訳は医療技術部42%、事務部34%、看護部24%であった。救命に関する受講歴は78%が何らかの講座を受講した経験があり、そのうち37%が市民講座と回答した。発見者や応援者としてかけつけた職員は全体の58%、現場にかけつけたが人数が多いため業務に戻った職員は42%であった。発見者の行動は応援要請28%、意識の確認24%、情報伝達18%、周囲の安全確認13%、呼吸・脈拍の確認が10%であった。応援者の行動は移送手段の準備29%、意識の確認16%、周囲の安全確認14%、事務手続き12%、循環の確認が9%という結果であった。院内急変報告書に関しては61%が報告書の存在を知らず、2023年度の提出率は33%であった。
【考察】発見者は医療技術部が多く、安全確認、意識の確認、応援要請が出来たことは、BLSのアルゴリズムに沿った行動ができた。しかし、心停止の判断基準としての呼吸・脈拍の確認が少なかったことは、医師、看護師以外の職員が院内でBLSを習得する機会がないため、研修を設ける必要がある。応援者の行動で、看護部はBLS手順に沿った行動ができていた事は、日頃のBLS研修が有効であったと考える。看護部以外の応援者は、移送手段の準備など各職種の役割を意識した行動と捉えた。人数が多いため業務に戻った職員が半数に及んだことは、急変対応に関わる意識が高いと窺えるが、多くの職員が集まることで、情報の混乱や役割が不明確となる可能性があるため、参集職員への応援の中断指示や役割を明確にするための対策が必要である。コードブルー発生報告書の周知と提出率が低かったことは発見者へ記入を促す働きかけが必要である。今回、急変に関わった職員が何らの行動ができたことは、患者を助ける意識が備わっており、それらの行動が決して無駄ではなかったと考える。今後一人ひとりがBLSを習得し、さらに一歩進んだ行動をとることで、急変患者の救命率の向上につながるため、経験の多い医師や看護師が中心となって、多職種に寄り添いながら、教育や定期的訓練を実践していく必要があ

©一般社団法人日本救急看護学会

る。また、事後検証の中で問題点を抽出するだけでなく、良かった点も職員にフィードバックし、職員のモチベーション向上につなげていきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:00 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP1] デジタルポスター1
医療安全

座長:加藤 桂(吉田学園医療歯科専門学校)

12:19 ~ 12:28

[DP1-02] RRS起動アクションカードの活用状況調査と今後の課題

〇細谷 晴加[1]、小林 しおり[1] (1. 伊勢赤十字病院)

キーワード：RRS、アクションカード

【背景】A病院では2022年4月より院内迅速対応システムRapid Response System(以下RRS)の運用を開始しており、各病棟から選出されたリンクナースがRRTとして活動し病棟でのRRSの周知活動をしている。先行研究ではRRS起動件数は一般的に20件/ 1000人（新規入院患者）以上が妥当とされているが、A病院の2023年度、RRS起動件数は36件で、2.3件/1000人と著しく少ない。A病院ではRRS起動基準はあるが、実際に起動することは勇気がいるとの声が以前より多く聞かれている。そこでRRSリンクナース会においてRRS起動のハードルを下げるために行動指標となるようRRS起動アクションカード（以下アクションカード）を作成し導入した。しかし導入後の起動件数は44件で、2.6件/1000人と微増に留まり、アクションカードの有用性を評価する必要があると考えた。
【目的】アクションカードの活用状況を明らかにし、活用促進に向けての課題を明確にする。
【方法】A病院の看護師を対象とし、2024年11月～2025年1月にアンケート調査を行った。調査内容は①アクションカードの認知度②活用状況の把握③RRS起動に必要な内容となっているかとした。
【倫理的配慮】対象者へ文書で説明し、同意を得られた対象者にアンケート調査を行った。個人を特定できないようアンケートは匿名で行った。またA病院の倫理委員会にて承認（No.ER2024-99）を得た。
【結果】配布枚数は577枚、有効回答は460枚（有効回答率80%）であった。「アクションカードがあることを知っている」と回答した割合は63%であったが、部署によって19%から91%とばらつきがあった。活用状況については、「部署のどこにあるのかを知っている」48%、「アクションカードを持っている」11%、「実際に使用したことがある」7%であった。また、使用したことがない理由については「起動基準・連絡先を知っているため必要ない」9%、「どのような時に使用したらいいのか分からない」16%、「使用するような患者に遭遇していない」66%であった。アクションカード内のRRS起動に必要な内容については、「アクションカードに沿った行動がイメージできる」61%、「アクションカードを用いて患者の状態悪化時に対応できる」59%であった。その他自由記載では、「どのような時にアクションカードを使用したらよいのかわからない」、「使用する機会がなく自信がない」という回答があった。
【考察】アクションカードの存在は半数以上の看護師が認知していたが、部署により認知度にばらつきが見られた。その中でもアクションカードの作成に携わったリンクナースが所属する部署の認知度は概ね75%以上で高かった。これは部署内でリンクナースが推進者となり、アクションカードをすぐに見られるような環境作りを積極的に行えたことが認知度を高めたと推察する。一方でリンクナースによって配布されていなかった部署は認知度が低かった。これらより今後リンクナースに部署の推進者としての役割を果たせるような働きかけをすることで、アクションカードの認知度はさらに向上するのではないかと考える。またアクションカードを見て具体的な対応がイメージできるとの回答は60%程度でありアクションカードの有用性は示唆さ

©一般社団法人日本救急看護学会

れたが、使用のタイミングや機会が少ないため自信がないという回答もあった。今後は実際にアクションカードを活用したRRS起動の模擬体験ができるような機会の確保が必要と考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:00 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP1] デジタルポスター1
医療安全

座長:加藤 桂(吉田学園医療歯科専門学校)

12:28 ~ 12:37

[DP1-03] A病院における院内迅速対応システムに対する一般病棟看護師の認知

○柴田 雅仁[1]、山﨑 隆生[1] (1. 東京都立広尾病院)

キーワード：RRS、NEWSスコア、RRT、一般病棟看護師

【目的】Rapid Response System（RRS）とは、急激な病態変化に迅速に対応するための介入手段で、患者の重篤な有害事象を軽減することを目的としています。A病院では、RRSを導入し、NEWS2スコアを使用してシステムが自動でハイリスク患者を判別し、発報します。RRS活動の効果により、A病院ではコードブルーの発生率が減少しましたが、看護師発信によるRRSの発報は1件と低いことが課題とされています。本研究は、A病院の一般病棟看護師がRRSに関してどの程度認知しているかを調査し、その背景要因を明らかにすることを目的としている。
【方法】アンケートを使用した実態調査アンケートの内容は対象者の背景（看護師経験年数、休日・夜勤での代責業務経験の有無）、RRSに関する認知を評価する設問とした。分析方法は、定量データをもとに度数を算出し、経験・代行別に分析
【倫理的配慮】この研究の実施は、都立広尾病院看護部倫理委員会及び院の倫理委員会における審査を受け、承認を得ている。承認番号2024‐b‐39
【結果】アンケート回収率：182名に配布し、148名が回答　本研究の対象者の属性は、1～3年54人(36%)、4～6年25人(16%)、7年以上69人(46%)アンケートより、【A病院にRRSというシステムがあることを知っていますか】の質問に対しては、「はい」146名（98%）、「いいえ」2名（2%）【RRS発報とPreRRS発報の違いを知っていますか】の質問に対しては、「はい」51名（35%）、「いいえ」94名（65%）。【PreRRS発報時に、RRS当番者へ相談していいことを知っていますか】の質問に対しては、「はい」62名（43%）「いいえ」81名（57%）。
【PreRRS発報時に、RRS当番者へ相談していいことを知っていますか】の問いに対し「はい」と回答した62名に対し、【RRSへ相談したことはありますか】と質問したところ、「はい」12名（18%）「いいえ」56名（82%）結果となった。
【考察】A病院のRRSは、NEWS2スコアでシステムがハイリスク患者を判断し、自動で発報される方法と病棟看護師から患者の異変や状態変化に関する相談を受けた場合にRRTが現場へ出動し患者対応を行う２つのパターンがある。RRSのシステムを知っているかの問いに対して98%がはいと答えており、A病院の一般病棟看護師はRRSの活動に関して認知できている。しかし。RRSとPreRRSの違いについて全体の65%が「わからない」と回答している。このことから、A病院において、RRS活動自体は認知されているが、独自のシステムについて認知が低い現状が考えらえる。また、看護師が患者の異変に気付く前に自動発報システムが作動し、RRTに発報するため、看護師が判断して相談する機会が損なわれ、RRSの自動発報システム以外の認知度の低下に繋がったと考えられる。属性で分類してRRSの認知を見てみると、看護師長業務を代行する者とそうでない者には、RRSに対する認知に明らかな差はなかった。これは、看護師長業務を代行することがRRS認知に直接的な影響を与えるわけではないことを示唆している。しかし、経験年数に関しては、看護師歴が短い者の方がRRSに対する認知が得られていないという結果が出ている。新人看護師や他病院から新たに入職した者が、RRSに関する情報や実践的な知識に入手しにくいことを意味しており、経験年数が少ないことが認知の欠如やRRS要請の障壁になっている可能性も考えられた。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:00 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP1] デジタルポスター1
医療安全

座長:加藤 桂(吉田学園医療歯科専門学校)

12:37 ~ 12:46

[DP1-04] Critical Care Outreach Team(CCOT)導入後6ヶ月の評価と今後の課題

○磯部 雄一[1]、石山 亞耶[1] (1. 独立行政法人国立病院機構九州医療センター)

キーワード：CCOT

【背景・目的】当院では2018年よりRapid Response System(RRS)を導入した。RRSの起動数は年々増加傾向にある一方で、ハリーコール(予期せぬ心停止あるいはこれに準ずる状態)件数はRRS導入後の2023年に最多となった。RRSは看護師の気づきが無ければ起動しないシステムであり、適切なタイミングに起動するシステムが必要であると声があがった。そこで、何らかの懸念のある入院患者に早期から介入することを目的にCCOTを導入し、2024年10月より対象病棟を限定し活動を開始した。CCOT導入後6ヶ月の評価と今後の課題を明らかにするため、RRS起動件数も含めて検討を行った。
【方法】CCOTラウンドの対象病棟は2病棟(A病棟、B病棟)とし、対象者は、National Early Warning Score(NEWS)で合計5点以上(5~6点:中リスク群、7点以上:高リスク群)、もしくは一項目で3点(単独3点or3+1点:低リスク群)であった患者とした。介入内容は、状態に応じてモニタリングの強化と注意点、アセスメントの要点についての提案、主治医との連携強化や重症病床への転床相談を行うこととした。平日日勤帯に、医師１名、救急看護認定看護師2名、急性・重症患者看護専門看護師１名が日替わりでラウンドを行った。2024年10月から2025年3月の６ヶ月間にCCOTラウンド対象となった患者のNEWS別内訳や介入の有無および2024年度に2病棟でRRSが起動した患者のRRS起動内容を後ろ向きに調査した。研究にあたり、当院倫理審査委員会の承認を受けて実施した。収集した情報は全て本研究のみに使用し、集計・分析は匿名化して行った。
【結果】CCOTラウンド対象者は377名で、NEWS別内訳は、低リスク群182名、中リスク群108名、高リスク群87名であった。CCOTラウンドの結果、情報収集のみで経過観察となった患者は345名、提案等の介入を行った患者はNEWS別に低リスク群182名中7名、中リスク群108名中14名、高リスク群87名中11名であった。　2024年度の2病棟でのRRS起動件数は、CCOT導入前6ヶ月で27件(A病棟19件、B病棟8件)、CCOT導入後6ヶ月で29件(A病棟19件、B病棟10件)とわずかに増加した。RRS起動理由を2病棟間で比較すると、バイタルサイン異常による起動がA病棟は78%であるのに対し、B病棟は58%で差を認め、「何か変」での要請数はCCOT導入前6ヶ月で6件(A病棟1件、B病棟5件)、CCOT導入後6ヶ月で11件(A病棟5件、B病棟6件)とわずかに増加した。CCOTラウンド対象者のうち、RRSが起動した患者は2名(高リスク群)であった。CCOTラウンド対象となって28日以内の死亡は17例で、うち予期しない死亡は1例(中リスク群)だった。
【考察】当院CCOTは、対象者全員の情報収集を行い、約1割の対象者に対して何らかの介入を行っていた。リスクが下がるに従い非介入患者は多くなっていたが、低リスク群の情報収集に時間を要しているのが現状である。現状のCCOTラウンドの対象患者抽出がNEWSスコアに依存していることや、介入基準が個人の判断に委ねられていることが問題と捉えられ、患者予後と業務効率の両側面を考慮した改善が必要と考える。CCOTの介入効果については、「何か変」の要請件数が増えており、看護師の観察力向上の一助になった可能性が考えられる。病棟によってRRS要請理由に差を認めており、病棟の特徴を考慮した対策が今後の課題である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 12:10 ~ 13:00 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP1] デジタルポスター1
医療安全

座長:加藤 桂(吉田学園医療歯科専門学校)

12:46 ~ 12:55

[DP1-05] 当院におけるRRSの活動実績からみた起動件数の少なさの要因

○井上 正芳[1]、中村 邦子[1] (1. 市立青梅総合医療センター)

キーワード：RRS、リンクスタッフ、教育

【はじめに】院内心停止の60～70%の症例で6～8時間前に急変の予兆となるバイタルサインの変化を認められると報告されている。院内心停止を減少、急変の予兆に早期に介入できるよう2022年4月、Rapid Response System （以下RRS）ワーキンググループを設立した。同年5月より平日の日勤帯からRRSを導入した。RRSメンバーは、各病棟での勤務と並行して活動を行っている。2024年度の起動件数は5.3件/1000人と成熟した施設と比較すると起動件数の少なさが目立った。今後のRRS推進への寄与と、RRSの導入を検討段階の施設への一助とすべく、活動実績を評価し、起動内容の分析を行った。
【目的】RRSの活動実績を把握し、RRS起動件数とコードブルーの件数からRRS起動件数の少なさの要因を明らかにする。【倫理的配慮】市立青梅総合医療センター倫理審査委員会で承認を得て実施した(20255008)。
【方法】2023年4月から2024年3月までのRRS起動となった全入院患者70名、コードブルー起動となった患者7名を対象とした後ろ向き調査研究。
【結果】RRSの起動者の62件(89%)は看護師であった。起動基準に関しては、q-SOFAスコアの項目と懸念、NEWS高リスクに該当した場合となっている。起動基準に関しては、懸念(59%)、呼吸回数(14%)、NEWS高リスク(11%)、血圧(7%)、意識(3%)の順で起動されていた。懸念のキーワードとしては、人工呼吸器の設定の相談に関することが43%、SpO_2の低下が30%であった。RRS起動後、対象患者10名(14%)が一般病棟からICUに転棟となった。コードブルー起動患者7件のうちRRS介入事例は1件であった。コードブルー起動となった勤務帯は、日勤帯1件、準夜帯3件、深夜帯3件であった。RRSが非導入の準夜帯から深夜帯に多くコードブルーが起動されていた。コードブルー起動患者の6～8時間前にq-SOFAスコア、NEWS高リスクとなる患者は、RRSが介入していた1件であった。
【考察】起動者の約90%は看護師であり、患者急変を発見する役割を担っている。結果では起動基準の約60%が懸念であり、その他の起動基準は懸念と比較すると少ないため、起動件数の少なさの要因は起動基準となるq-SOFAスコアとNEWSの教育不足と周知不足が考えられる。懸念が約60%となった背景にはRRSメンバーが心理的安全性に配慮しながらアウトリーチ活動を継続してきたことで、病棟看護師との顔の見える関係が構築され、RRS起動につながっていると考える。一方で、懸念はバイタルサインや急変予兆を見逃している可能性もあるため、懸念の分析が今後必要である。RRS起動件数は、開始当初より徐々に増加傾向にはあるが、成熟した施設と比較するとその起動件数は少ない。RRSが導入されていない勤務帯にコードブルーが起動されている。RRSの起動数とコードブルーの起動数は関連している可能性があるが、全体の起動数が少なく、コードブルー件数からRRSの起動件数の少なさの要因を明らかにすることはできなかったため、コードブルーの内容を検討する必要がある。当院の場合、病棟の副師長、主任がRRSリンクスタッフを担っている。起動基準は大半が懸念であり、q-SOFAスコア、NEWS高リスクでの起動は少ないため、リンクスタッフを通じて、起動基準に対する周知を継続し、RRSメンバー以

©一般社団法人日本救急看護学会

外のリンクスタッフが教育を行い、自信を持って活動できる環境を整えていく必要がある。
【結語】起動件数の少なさの要因には起動基準の周知不足が考えられる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:20 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP2] デジタルポスター2
看護教育

座長:牧野 夏子(札幌市立大学)

15:30 ~ 15:39

[DP2-01]

A病院における救急外来看護師を対象にした緊急内視鏡検査介助の今後の教育と課題

○安達 秀仁[1]、桑久保 千代美[1] (1. 埼玉石心会病院ER総合診療センター)

15:39 ~ 15:48

[DP2-02]

「Airway VRを用いた卒後2年目看護師への教育」～第1報～

○林 智美[1]、山根 恵[1]、大嶋 理恵[1]、竹原 和樹[1]、石本 貴美[2] (1. 福井大学医学部附属病院　看護部、2. 福井大学医学部附属病院　救急部・総合診療部)

15:48 ~ 15:57

[DP2-03]

Airway　VRを用いた卒後2年目看護師へ教育～第2報～

○大嶋 理恵[1]、竹原 和樹[1]、林 智美[1]、山根 恵[1]、石本 貴美[2] (1. 福井大学医学部附属病院　看護部、2. 福井大学医学部附属病院　総合診療部)

15:57 ~ 16:06

[DP2-04]

メディカルラリーを模したシミュレーション研修の実施～キャリアラダー研修として～

○田中 総子[1] (1. 独立行政法人　労働者健康安全機構　九州労災病院　外来)

16:06 ~ 16:15

[DP2-05]

看護補助者への急変時対応に関する意識調査

○横井 よしみ[1] (1. 横田記念病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:20 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP2] デジタルポスター2
看護教育

座長:牧野 夏子(札幌市立大学)

15:30 ~ 15:39

[DP2-01] A病院における救急外来看護師を対象にした緊急内視鏡検査介助の今後の教育と課題

○安達 秀仁[1]、桑久保 千代美[1] (1. 埼玉石心会病院ER総合診療センター)
キーワード：救急外来看護師、緊急内視鏡、教育

【目的】A病院は「断らない医療」を理念に、緊急内視鏡検査は夜間・休日も対応している。日中の緊急内視鏡検査は内視鏡専任看護師が担当しているが、夜間の緊急内視鏡検査は救急外来看護師が担当している。夜間の緊急内視鏡検査を対応できる看護師の育成のため、事前学習を基礎としたOJT方式をとっている。しかし、トレーニング（以下：教育とする）期間修了後の次の介助までに期間が空いてしまうことや、検査や処置内容がよくわからない状態で教育期間を修了してしまうことが問題に挙がっていた。そこで救急外来看護師と内視鏡室専任看護師から現状の情報収集を行い、今後の教育の課題を明らかにすると共に、消化器内科医師や検査技師に緊急内視鏡検査時における救急外来看護師へ求める理想像を聴取し、今後の救急外来看護師の内視鏡教育につなげる。
【研究方法】研究デザイン：質的記述的研究対象者：内視鏡教育を修了した救急外来看護師21名内視鏡室専任看護師7名消化器内科医師10名内視鏡担当臨床検査技師12名データ収集と分析方法：現在の教育課題について救急外来看護師と内視鏡室専任看護師にアンケートを実施した。また消化器内科医師と臨床検査技師には「夜間緊急内視鏡検査時における救急外来看護師の理想像」についてインタビューを行った。アンケート結果と半構成面接で得られた内容は、意見と逐語録を作成、コード・サブカテゴリー・カテゴリーに分類した。
【倫理的配慮】研究対象者には研究への参加は自由意志であり、研究への参加有無・個人情報の保護や匿名性の厳守・参加途中での協力中止によって不利益を破らないことを文章で説明した。倫理委員会の承諾（承認番号：2024-46号）を得た上で実施した。
【結果】1.救急外来看護師の教育における課題について、【経験値の向上】【専門分野の知識向上】【対応力向上】のカテゴリーに分類された。2.内視鏡室専任看護師が今後必要な教育の課題として、【自立への支援】【受ける側の事前準備の必要性】【通常検査の理解から今後の対応能力向上】【目標の共有と今後の期待】に分類された。3.消化器内科医師インタビュー　【チームダイナミクスの実現】【急変を予測した薬剤・物品準備と急変処置スキル】のカテゴリーに分類された。4．内視鏡技師インタビュー　【急変時の的確な判断と行動への期待】【バイタルサイン管理】【チームの一員】のカテゴリーに分類された。
【考察】救急外来看護師と内視鏡室専任看護師の教育の課題として、双方の意見から【目標の共有】が最も重要な課題であった。また、救急外来看護師の教育が修了した後に検査介助への期間が空いてしまっているため、教育修了後も定期的に内視鏡業務に携われるような調整が必要であった。一方で、全ての内視鏡検査を教育期間に担当することは難しい。このことから、【専門分野の知識向上】【受ける側の事前準備の必要性】より、救急外来看護師は教育のための事前学習ではなく、夜間緊急内視鏡検査に自身と患者が安全に検査を受けてもらうための学習をする。そして、内視鏡室専任看護師は夜間でも救急外来看護師と患者が安心して検査を受けてもらうための指導と教育体制の構築が必要であった。
【結論】今後の教育課題は1.救急外来看護師と内視鏡専任看護師間の目標の共有2.救急外来看護

©一般社団法人日本救急看護学会

師は患者が安全に検査を受けてもらうために知識の向上を図る3.定期的に内視鏡検査に携われるような環境調整をする。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:20 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP2] デジタルポスター2
看護教育

座長:牧野 夏子(札幌市立大学)

15:39 ~ 15:48

[DP2-02] 「Airway VRを用いた卒後2年目看護師への教育」～第1報～

○林 智美[1]、山根 恵[1]、大嶋 理恵[1]、竹原 和樹[1]、石本 貴美[2] (1. 福井大学医学部附属病院　看護部、2. 福井大学医学部附属病院　救急部・総合診療部)

キーワード：気管挿管介助、VR、教育

【目的】VRコンテンツの活用は学習意欲を高め、記憶定着率を向上させる効果が期待されている。A病院では救急部・総合診療部医師により、バーチャル空間を共有できるだけでなく、挿管前の準備や実際の気管挿管挿入時の手技、気管挿管挿入後の確認行動を疑似体験できるVRコンテンツが開発された。そこで、A病院で開発された「Airway　VR」を看護師教育に取り入れたため、コンテンツの紹介と教育の実際から見えてきた有用性と課題を報告する。
【方法】１）調査期間：2024年7月。２）調査対象：A病院で勤務するICU短期ローテーション中の卒後2年目看護師8名 。対象の内訳として、男女比は1：7（男：女）、年齢は24歳～26歳（平均24.5歳）。３）調査方法：「Airway　VR」体験前と後にアンケート調査をおこなった。アンケートの質問形式は5段階評価と自由記載で調査し、単純集計をおこなった。「Airway　VR」の体験の方法は、VRヘッドマウントディスプレイの装着と両手のコントローラーを持って学習する。「Airway　VR」の内容は、①バッグバルブマスクを用いて換気②スニッフィングポジションを取る③喉頭鏡の使用、喉頭展開④気管チューブの挿入⑤スタイレットを抜く⑥カフに空気を注入⑦バッグバルブマスクをつなぎ聴診⑧バイトブロックの固定の手順となっている。４）倫理的配慮：本研究参加者には、研究目的、方法、参加は自由意志で拒否による不利益はないこと、及び、個人情報の保護について、文書と口頭で説明を行い、同意を得た。
【結果】2台のVRを用いて、8名の対象者に対し、1名の指導者で指導した。実施場所はカンファレンスルームで、一人当たり1畳程度の広さ（約1.6平方メートル）を有した。VR教材としてのおもしろさとして、「とてもおもしろい」50%（4名）「おもしろい」が50%（4名）であった。教材としての分かりやすさは「非常に分かりやすい」25%（2名）「分かりやすい」50%（4名）「どちらとも言えない」25%（2名）であった。分かりやすさの理由として「必要なものや気管挿管の流れなどが、場面ごとに表示される」「リアルにその場面が映像化されており、実際にものを持っている感覚になった。1人でシュミレーションするだけでは緊迫感はないと思うので、学習教材としてリアルな場面を体験できるのは素晴らしいと思った」との意見があった。また、「どちらとも言えない」の理由に「あまりゲームが得意ではないので操作を覚えるのが難しかった」との意見があった。教材としての長さは「ちょどいい」が100%であった。VR酔いを感じたものは50%（4名）であり、4名ともに「少し酔った」との回答であった。
【考察】20代の看護師への教育コンテンツとして興味深い教材であり、没入感を体験できるものであったことがうかがえる。これまでは気管挿管の教育を行う際、挿管人形や救急カート、喉頭鏡、挿管チューブ、バックバルブマスクなど多くの物品や教育する人員、場所を準備する必要があった。しかしVRの使用は、限られた物品を限られた人員により、限られた場所で実践できるものであり、人材や資器材の確保が困難である課題に貢献ができるものであると考える。VRのデメリットとして、50%の対象者がVR酔いを感じており、すべての対象者に適応するものでない可能性も推察された。またVRの操作はゲーム性があり、ゲーム等の機器操作に慣れ親しんでいない対象者にとっては操作取得に時間を要する可能性がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:20 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP2] デジタルポスター2
看護教育

座長:牧野 夏子(札幌市立大学)

15:48 ~ 15:57

[DP2-03] Airway　VRを用いた卒後2年目看護師へ教育～第2報～

○大嶋 理恵[1]、竹原 和樹[1]、林 智美[1]、山根 恵[1]、石本 貴美[2] (1. 福井大学医学部附属病院　看護部、2. 福井大学医学部附属病院　総合診療部)

キーワード：VR、気管挿管介助

【目的】A病院看護師に行ったVRを用いた気管挿管介助訓練の効果と課題を明らかにする。
【方法】調査期間：2024年6月～7月調査対象：A病院で勤務するICU短期ローテーション中の卒後2年目看護師8名調査方法：教育コンテンツ「Airway　VR」を利用し、アンケート調査を実施した。内容は①気管挿管の流れの理解②更に流れを理解しやすくするためにどのようにしたらよかったか③体験が今後の学習意欲に繋がったか④気管挿管介助の自信がもてたか⑤効果的な体験の時期。質問形式は5段階評価と自由記載で調査した。
【倫理的配慮】本研究参加者には、研究目的、方法、参加は自由意志で拒否による不利益はないこと、及び、個人情報の保護について、文書と口頭で説明を行い、同意を得た。
【結果】対象の男女比は、1：7(男：女)であった。年齢は、24 歳～26 歳(平均 24.5 歳)。気管挿管の流れの理解について、「非常に理解できた」12.5%、「理解できた」62.5%、「どちらともいえない」25%。更に流れを理解しやすくするためにどのようにしたらよかったかでは、体験が一度きりではなく自分の学びたいタイミングで何度も体験したいという意見があげられた。体験が今後の学習意欲に繋がったかについて、「大変意欲がわいた」12.5%、「意欲がわいた」75%、「どちらともいえない」12.5%。気管挿管介助の自信がもてたかについて、「自信が持てた」12.5%、「どちらともいえない」62.5%、「あまり自信が持てない」25%。「どちらともいえない」や「自信が持てない」人の中には、多くの体験をしないと自信までつながらないという意見や、医師への手渡し方のコツやチューブ固定の巻き方について経験したいという意見、スピード感を持った介助や、体位作成、実施者と介助者のコミュニケーションなど体験できないと自信が持てないという意見があげられた。効果的な体験の時期について、「どこでもよい」12.5%、「学生」「卒後１年目前半」０%、「卒後１年目後半」25%、手術室ローテーション勤務（気管挿管介助を実体験する）直前25%、手術室ローテーション勤務１直後37.5%。理由として、気管挿管介助を実体験する前にAirway　VRを体験するほうが、実体験時にイメージが付きやすく実体験で理解が深まるという意見や、実体験後に行うほうが復習として自分のタイミングで整理しながら進められるのでさらに理解が深まるという意見があげられた。
【考察】気管挿管の流れの理解について、理解できたと回答する人が多く、自分のタイミングで体験が進行することや、視覚だけではなく能動的に手を動かすことが気管挿管介助の流れを理解することにつながったと考える。また、今後の学習意欲について、意欲がわいたと回答する人が多く、体験できなかった急変時対応や疑似体験があったことが、自ら気づき学習する意欲が増強する機会になったと考える。今後の課題として、気管挿管介助に自信がもてたと回答する人は少なく、チューブの固定方法や体位作成、物品の渡し方など、看護師視点での解説や、より緊張感やスピード感を得られるような実体験に近づける教材の改善が必要だと考える。また、一度だけではなく何度も体験したいという意見もあり、繰り返し使用できる環境づくりが必要である。体験する時期について、実体験前より実体験後にAirway　VRを経験したほうが効果的だと

©一般社団法人日本救急看護学会

回答したほうが多く、実体験へのイメージを膨らませるだけでなく、実体験後も復習教材として効果的であることが推測される。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:20 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP2] デジタルポスター2
看護教育

座長:牧野 夏子(札幌市立大学)

15:57 ~ 16:06

[DP2-04] メディカルラリーを模したシミュレーション研修の実施～キャリアラダー研修として～

○田中 総子[1] (1. 独立行政法人　労働者健康安全機構　九州労災病院　外来)

キーワード：シミュレーション研修、メディカルラリー、災害看護

【背景と目的】A病院は2016年4月に災害拠点病院に指定され、毎年院内災害訓練を実施してきた。しかし、参加者は病院上層部および役職付きの職員がメインであり、一般スタッフの参加を毎年働き掛けてきたものの調整できなかった。看護部ではJNAラダーを標準的指標として活用し、生涯教育とするキャリアラダーを取り入れている。各ラダーレベルに沿った研修を行い、ラダーレベルIII～Ⅴでは災害拠点病院の職員として研修及び災害訓練への参加を必須としていた。しかし前述の通り、スタッフの災害訓練への参加が困難であったことに加え、COVID-19の流行に伴い災害実働訓練が緊急連絡網の検証に限ったものに縮小された。そのため災害時の活動を実践する機会を設けることができない状況が続いていた。そこで、院内災害訓練に参加できていないラダー申請希望者を中心としたスタッフを対象に、メディカルラリーを模したシミュレーション研修を実施したので報告する。
【対象】事前申し込みされたA病院看護部キャリアラダーⅣ・Ⅴ申請者およびキャリアラダーIII相当以上のスタッフ12名とした。
【方法】2024年3月15日、17：15～18：55に開催した。1チーム3名とし、５シナリオ（START法によるトリアージ、PAT法によるトリアージ、搬送トリアージ、ゾーニング、一覧表作成）を1シナリオにつき評価も含め12分で設定し、ブラインド型で体験できるようにした。各シナリオは評価表に沿って採点し、5シナリオの合計点数で順位決めを行い、表彰した。その後、全体で各シナリオのデブリーフィングを行った。シナリオはDMAT隊員とMCLSインストラクターで協議を行い決定し、各シナリオの評価・採点も行った。研修終了後には、対象者へリッカート尺度を用いた研修後アンケートを実施した。
【倫理的配慮】個人が特定できないようにアンケートは無記名とし、A病院看護部より承認を得た。
【結果】1シナリオ20点で採点し、合計100点になるように設定した。グループの平均点は85点であり、最高89点、最低75点であった。また各シナリオの平均点はSTART法18.5点、PAT法13.3点、搬送トリアージ18点、ゾーニング17.5点、一覧表作成14.5点であった。研修後アンケート結果では「研修の目的と内容は一致していた」「研修内容は学びたい内容であった」「実践に活用できる内容であった」「臨床の現状に合う内容であった」と研修内容に関する項目において、すべて「非常に当てはまる」と良い評価であった。自由記載では「楽しく学べ、さらに学習する意欲が出る研修でした」「今まで訓練に参加できず、慣れていないことばかりだったが研修で経験することで実際に災害発生時のイメージができた」「これまで学んだことを復習することができ、自分の勉強不足を感じたが、楽しかった」と前向きな意見が多くみられた。
【考察】今回実施したメディカルラリーを模したシミュレーション研修は、短時間に複数のシナリオを体験できるという利点がある。各シナリオの採点を行うことで、これまで行ってきた各ラダーレベルの災害看護研修の知識の定着を図る評価方法として効果的ではないかと考える。研修対象を院内災害訓練に参加できない一般スタッフとしたこと、また研修の最後に全体でデブ

©一般社団法人日本救急看護学会

リーフィングを行うことにより、災害時の対応に関しての知識の必要性を再認識させるきかっけとなったのではないか。今回の実践結果を踏まえ、災害看護だけでなく、今後担当するキャリアラダー研修の見直しを行いつつ、改めて一般スタッフの院内災害訓練への参加を働きかけていきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 15:30 ~ 16:20 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP2] デジタルポスター2
看護教育

座長:牧野 夏子(札幌市立大学)

16:06 ~ 16:15

[DP2-05] 看護補助者への急変時対応に関する意識調査

〇横井 よしみ[1] (1. 横田記念病院)

キーワード：看護補助者、急変時対応、不安

【目的】A病棟は医療療養病棟であり、入院患者の多くは後期高齢者で継続的な医療処置や終末期ケアを必要とし、急変に遭遇する場面も少なくない。看護補助者は看護の専門性の判断を要しない療養上の世話が主な業務であるが、急変時は看護補助者も看護チームの一員として自分の役割と看護職の動きを理解し対応することが求められる。しかし、急変時対応を行うための教育は実施されておらず、CPR法の認知度や実際の経験頻度、急変に直面した場合の潜在能力など現状は不明である。そこで、看護補助者の急変時対応への思いを明らかにし、急変時対応教育の課題を抽出する。
【方法】A病棟で勤務する看護補助者8名を対象に①心肺蘇生に関すること、②急変時に関することについて無記名自記式質問紙調査を行い、単純集計により分析した。
【倫理的配慮】アンケート用紙の回答および提出をもって同意を得たものとみなした。なお、部門長会議において承認を得た。
【結果】アンケート回収率100%、①心肺蘇生に関する項目：心肺蘇生法の受講歴は「ある」が６名（75%）「ない」が2名（25%）、受講歴がある場合でいつ頃かの内訳は「3年以上前」が4名（80%）「いつかは覚えてない」が1名（20%）であり、受講からかなりの時間が経過していると解釈できる。AEDの設置場所は「知っている」が5名（62.5%）「知らない」が2名（25%）「無効回答」1名（12.5%）であった。②急変時に関する項目：急変時対応手順を理解しているかどうかは「そう思う」が０名（0%）「ややそう思う」が６名（75%）「あまり思わない」が2名（25%）「全く思わない」が０名（0%）、急変に直面した場合に不安はあるかは「そう思う」が3名（37.5%）「ややそう思う」が5名（62.5%）「あまり思わない」「全く思わない」が０名（0%）と全員が不安を感じている。急変時対応の勉強会を希望するかについては「そう思う」が5名（62.5%）「ややそう思う」が3名（37.5%）「あまり思わない」「全く思わない」が０名（0%）で全員が勉強会を希望している。自由記載では「急変時対応のマニュアルがない」「すぐに看護職を呼ぶが心肺蘇生をするのにためらいがある」などの意見があった。
【考察】アンケート結果から急変時対応の手順について一定の「理解」はある反面、急変に直面した場合の「不安」があり、その「不安」を克服するための学習意欲が高いと知ることができた。看護補助者への急変時対応教育では、心肺蘇生法の知識と効果的な胸骨圧迫の技術の習得と共に、看護補助者の視点を考慮した職種間の垣根を低くしたプロトコール（フロー）の作成や共通言語といった伝達デバイスの工夫が必要である。また、応急手当で不安に思うことを尋ねた内閣府の世論調査（2017）では、「正しくできるか不安」「症状を悪化させないか不安」「責任を問われないか不安」が不安事項と示されており、看護補助者が抱える不安事項を明確にする必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP3] デジタルポスター3
チーム医療

座長:日置 真弓(和歌山県立医科大学附属病院 ICU)

16:40 ~ 16:49

[DP3-01]

A病院救命救急センターにおける多職種連携により、嚥下障害を有する高齢患者が早期経口摂取再開を得た一例

○中川 雄樹[1]、船水 良太[1]、石井 祥子[1] (1. 札幌医科大学附属病院　看護部)

16:49 ~ 16:58

[DP3-02]

多職種連携推進による当院の救急室患者滞在時間短縮への取り組み

○小林 次美[1]、森 香[1]、堀本 文子[1]、青木 梢[1]、大塚 千寛[1] (1. 順天堂大学医学部附属練馬病院)

16:58 ~ 17:07

[DP3-03]

救急外来における特定看護師の取り組み～医師のタスクシフト・シェアに貢献できた一例～

○明石 かえで[1] (1. 山梨大学医学部附属病院　救急外来)

17:07 ~ 17:16

[DP3-04]

入院患者のVSデータを用いたRRS起動基準を作成するシステムの考案

○河合 豊[1] (1. 春日井市民病院)

17:16 ~ 17:25

[DP3-05]

RRT活動の実際～RRSの普及と急変の早期認知を目指して～

○斉藤 大介[1]、尾崎 美聡[1]、河野 展佳[1] (1. 国立病院機構北海道医療センター)

17:25 ~ 17:34

[DP3-06]

Rapid Response Teamラウンドの現状と今後の課題

○井上 貴恵[1]、立澤 宏真[1] (1. 春日井市民病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP3] デジタルポスター3
チーム医療

座長:日置 真弓(和歌山県立医科大学附属病院 ICU)

16:40 ~ 16:49

[DP3-01] A病院救命救急センターにおける多職種連携により、嚥下障害を有する高齢患者が早期経口摂取再開を得た一例

○中川 雄樹[1]、船水 良太[1]、石井 祥子[1] (1. 札幌医科大学附属病院　看護部)

キーワード：チーム医療、摂食・嚥下

【目的】日本の高齢化に伴い、誤嚥性肺炎を発症する高齢患者が増加しており、多職種による連携のもとで摂食・嚥下障害に対応する重要性が高まっている。今回、窒息により高度救命救急センターに搬送された高齢患者に対し、早期から摂食・嚥下支援チームが介入し、段階的な評価と支援を行った結果、嚥下機能の改善が得られた一例を経験したため報告する。
【方法】90歳代女性。既往に慢性心不全を有する。食事中にむせ込みと意識消失を認め、A病院高度救命救急センターへ搬送された。搬入時には意識レベル清明であったが、搬入の経緯とCTで右肺下葉に浸潤影を認めたことから誤嚥性肺炎と診断され、抗菌薬投与を開始し入院となった。2病日に食事を再開したが、頻回のむせや誤嚥性肺炎の悪化に伴う酸素需要の増加を認めたため、経口摂取は中止となった。第3病日より摂食・嚥下支援チームが介入し、初期評価では嚥下反射惹起遅延および咽頭感覚の低下がみられ、Modified Water Swallowing Test（以下、MWST）は3点、MASA日本語版（The Mann Assessment of Swallowing Ability：以下、MASA）は120点であった。嚥下障害の要因としては、胸腰椎の圧迫骨折に伴う円背および頸部後屈姿勢、さらに加齢や入院による感覚閾値の低下に伴う嚥下反射遅延や喉頭挙上不全が考えられた。同日より、嚥下体操、アイスマッサージ、口腔ケアなどの間接訓練を開始した。第11病日には、指示嚥下によって嚥下反射の改善および咽頭クリアランスの向上が確認されたため、うすいとろみ水を用いた直接訓練を開始した。第16病日には、摂食・嚥下支援チームと主治医が連携し、嚥下造影検査（以下、VF）を実施した。
【結果】摂食・嚥下支援チームの介入によりFunctional Oral Intake Scale（FOIS）は1点から2点に向上した。依然として嚥下反射の遅延はみられたが、指示嚥下下でうすいとろみ水や学会分類嚥下調整食1jを安全に摂取可能と判断された。翌日から嚥下調整食1jによる直接訓練を予定していたが、急遽転院が決定したため、これまでの評価経過および訓練内容を情報提供書にまとめ、転院先にて継続的支援を依頼した。
【考察】本症例は、高度救命救急センターという急性期・重症管理が求められる場においても、摂食・嚥下支援チームが早期から介入し、看護師を含む多職種が連携して段階的な評価と支援を行うことで、嚥下機能の改善が得られることを示した。特に、重症患者に対しても軽量X線透視診断装置を用いてVFを実施することで、移動の負担を伴わず精度の高い評価が可能となった点は、急性期施設における実践的意義が大きい。また、主治医やリハビリスタッフなど、患者に関わる関係職種がVFの場に立ち会う体制が整っていたことは、職種横断的に情報を共有する場として機能していた。今後の救急領域においては、重症患者の摂食嚥下障害に対し、早期経口摂取再開を目指した多職種連携が求められる。その中で、救急領域の看護師には、チームの中心的立場としての役割が期待される。
【倫理的配慮】本報告は、所属施設の倫理指針に基づいて作成した。対象患者および家族に対し、症例報告の目的および個人情報の取り扱いについて十分に説明を行い、文書にて同意を取得した。報告にあたっては匿名性に配慮し、個人が特定されないよう留意した。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP3] デジタルポスター3
チーム医療

座長:日置 真弓(和歌山県立医科大学附属病院 ICU)

16:49 ~ 16:58

[DP3-02] 多職種連携推進による当院の救急室患者滞在時間短縮への取り組み

○小林 次美[1]、森 香[1]、堀本 文子[1]、青木 梢[1]、大塚 千寛[1] (1. 順天堂大学医学部附属練馬病院)
キーワード：多職種連携、滞在時間の減少

【目的】当院は2023年3月より救命救急センターとしての運用を開始し、区内唯一の救命救急センターとして重症患者を含む多くの患者の受け入れが求められている。東京都の高齢化率は令和6年では23.5%と過去最高を記録し年々増加傾向にあり、その上昇に比例して救急搬送件数の増加が見込まれる。英国で行われた調査では救急室患者滞在時間が5時間以上を超えると死亡率が上昇するという研究結果も出ており1)、滞在時間短縮は早急の課題である。医師の働き方改革により業務のタスクシェアが推進される中、当院でも特定行為研修修了看護師の業務拡充が進められている他、救急救命士の配置数増加によりホットラインの応需や転院先の調整など医師の業務代行を行うことが可能となった。 今回特定行為研修修了者や救急救命士との協働により、初療室から早期に入院・転院ができた症例を経験した。そのため当院初療室滞在時間や多職種連携の体制と共に報告する。
【方法】2024年12月～2025年2月に救急車で来院した患者のうち入院および転院となった患者934名の病院到着時間から入院および転院までの滞在時間を調査した。救急救命士が転院搬送先の調整を行った25名の患者の滞在時間と特定行為研修修了者が介入した1例を調査し、滞在時間に変化があるか検証した。
【結果】2024年12月～2025年2月に救急車で来院した患者のうち入院及び転院となった患者は934名であった。二次選定患者363名の平均滞在時間は218.2分（入院206分、転院266分、最大滞在時間612分）東京ルール患者248名では311.0分（入院282.1分、転院358.26分、最大1474分）三次選定患者279名では160.64分（入院159.2分、転院210.4分、最大478分）であった。救急救命士が転院先を調整した場合、二次選定患者では平均時間は335.7分、東京ルールでは392.88分、三次選定では298.7分であった。 集中治療室に入院が決定していた高浸透圧高血糖状態の患者において、動脈ラインと男性の尿道カテーテル挿入ができず、初療室で待機していた。そのため特定行為看護師に集中治療室入室後処置を依頼することで病院到着から90分で入院することができた。
【考察】今回の調査では救急救命士が転院調整を行なった事例で滞在時間の短縮は認められなかった。しかし救急救命士が転院調整を行う患者は、疾患や社会背景から転院先の決定に難渋する症例が多い。そのため今まで医師が転院調整に要していた時間を患者の診察や処置に割くことができ、医師の業務負担軽減と患者の滞在時間の短縮に寄与していると考えられる。 また動脈ラインや男性の尿道カテーテル挿入などの処置は今まで医師しか実施できなかったため、医師数が多い初療室で処置を全て行う必要があり、滞在時間長期化の一因となっていた。今回特定行為看護師がそれらの処置を担うことで、初療室の滞在時間を平均の半分の時間にまで短縮することができ、次の患者の受け入れ体制を整えることができた。現時点で特定行為研修修了者は院内に18名しかおらず、今後特定行為研修修了者の更なる育成や、多職種だけでなく部署間での連携が更に必要になっていくと考えられる。
【倫理的配慮】調査は個人が特定されないよう配慮した。

©一般社団法人日本救急看護学会

参考文献：1)Simon Jones,救急患者の病院到着から入院までの時間の遅れと30日総死亡率の関係,Emergency Medicine Journal.2022 Mar;39(3):168-173

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP3] デジタルポスター3
チーム医療

座長:日置 真弓(和歌山県立医科大学附属病院 ICU)

16:58 ~ 17:07

[DP3-03] 救急外来における特定看護師の取り組み～医師のタスクシフト・シェアに貢献できた一例～

○明石 かえで[1] (1. 山梨大学医学部附属病院　救急外来)
キーワード：特定看護師、タスクシフト・タスクシェア

【はじめに】当院では特定行為研修における領域別パッケージ研修を開講している。私はICU/HCUコースを受講し2022年10月に特定行為研修を修了、臨床研修を回った後、2023年4月より救急外来に配属となった。2024年から適用となった医師の働き方改革に伴い、医療現場ではタスクシフト・シェアの重要性が注目されており、日本看護協会では特定看護師を活用した医師から看護師へのタスク・シフティングに関する方針も掲げられている。今回、特定看護師が医師の勤務人数が少ない夜勤帯に当直医師と協働し特定行為実践を行うことで循環器内科医師のタスクシフト・シェアへと繋がった一例を経験したため報告する。
【目的】本症例を振り返り、特定行為実践の評価と当院における特定看護師の活動、その効果について考察する。
【倫理的配慮】施設の規定に則り、収集したデータは記号化・匿名化し個人が特定できないよう配慮した。利益相反なし。
【方法】2024年4月に一過性意識消失を主訴に救急搬送となった70歳代男性A氏への特定行為実践を振り返る症例報告とする。
【結果】①搬送前：医師・救急外来看護師・特定看護師でブリーフィングを実施し、AIUEOTIPSに沿って意識消失の原因詮索を行っていくことを共有した。血糖・電解質異常・呼吸循環不全の精査のため医師より特定行為【直接動脈穿刺法による採血】の依頼があった。
②ER搬送後：医師とともに臨床推論を展開した。バイタルサイン測定結果よりHR:34bpm、動脈血ガス採血結果よりK:5.5と高Ｋ血症の所見あり。SAMPLE OPQRSTを使用した病歴聴取を実施し、高血圧症に対してβブロッカー内服あり。採血からは腎機能障害・高Ｋ血症・BNP高値を認め、12誘導心電図ではIII度房室ブロック・テントT波を認めた。以上よりIII度房室ブロックによる徐脈・一過性意識消失の診断となった。
③治療計画：緊急で一時的ペースメーカー挿入の方針。また徐脈の原因と考えられるβブロッカーの内服中止、ラシックス持続投与にて利尿を図りK値低下を促す方針となった。この段階で循環器内科医師よりペースメーカー操作を特定看護師に依頼できないか相談あり、ERスタッフ間で調整し依頼を応需。救急外来看護師としての緊急検査出し＋血管造影室での看護＋特定行為【一時的ペースメーカーの操作・管理】を実施することで、追加で循環器内科のオンコール医師を呼ぶことなく対応することができた。
【考察】救急搬送前から医師・特定看護師・救急外来看護師でブリーフィングを行い、搬送直後からスムーズに臨床推論を展開することができた。必要な特定行為をタイムリーに実践することで医師は空いた時間を身体診察やオーダー入力に充てることができたり、通常ならもう1名循環器内科のオンコール医師へ連絡を取り来院を待つ必要があるが、特定看護師にペースメーカー操作を依頼することでオンコール医師を呼ぶことなく対応が可能となった。これは循環器内科医師のタスクシフトになっただけでなく患者もタイムリーに治療を受けることに繋がり、徐脈による嘔気の継続時間の軽減や経皮ペーシングをせずに済んだことにより苦痛を最小限にす

©一般社団法人日本救急看護学会

ることができた。
【結語】特定看護師の介入によりスムーズな臨床推論の展開、患者へのタイムリーな介入、循環器内科医師のオンコール医師を呼ばずに処置することができた。もちろん救急外来の状況や患者の病態によっては医師 2名で実施することが好ましい場合もあるが、特定看護師の活動が医師のタスクシフト・シェアに効果的である可能性を見出すことができた。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP3] デジタルポスター3
チーム医療

座長:日置 真弓(和歌山県立医科大学附属病院 ICU)

17:07 ~ 17:16

[DP3-04] 入院患者のVSデータを用いたRRS起動基準を作成するシステムの考案

○河合 豊[1] (1. 春日井市民病院)

キーワード：RRS、RRT、基準、システム

【はじめに】迅速対応チーム（RRT: Rapid Response Team）の介入は、患者の予後改善に効果的であると広く認識されています。しかし、その活動は主治医や担当看護師からの依頼に依存するため、RRTの認知度不足、活動内容への理解度の低さ、コミュニケーション・連携の問題、組織体制や資源の制約、個々のスタッフの能力差など、多様な障壁が介入件数の増加を阻害しています。このため、RRTがその潜在能力を十分に発揮し、効果的に活用されていない現状が存在します。
【方法】そこで本研究では、RRTの介入依頼を待つことなく、ハイリスク患者へ積極的に介入できるよう、情報処理システムを開発しました。本システムは、全ての入院患者を対象に客観的なスコアリングを行い、チームが継続的にモニタリングすることを可能にします。
【結果】開発したシステムを用いて、入院中の全患者の前日と当日のバイタルサイン（VS）データに基づいてスコアリングを行いました。全入院患者のデータを処理するのに要した時間は5分未満であり、実用的な処理速度を達成しました。RRTのマンパワーを考慮し、システムはスコア上位約1%の患者をハイリスク患者として抽出し、リスト化する基準を設けています。
【考察】本システムを導入することで、全入院患者を対象とした客観的なトリアージが可能となりました。これにより、介入件数を劇的に増加させることは難しいものの、RRTが特定の基準に基づき能動的に活動できる体制が構築されます。その結果、RRS起動遅延の改善、情報伝達速度の向上、急変兆候の見落とし補完といった効果が期待できます。
【おわりに】今回開発した情報処理システムは、バイタルサインデータに基づくトリアージに特化しており、システム化されていない精神面への評価や介入は行われません。したがって、システム単独での患者評価や判断は困難であるという限界があります。また、RRT介入に対する主治医の抵抗感やデータの未入力といった人的な障壁は、本システムでは直接解決されません。今後、より精度の高い予測が可能となるようシステムの継続的な修正と改善が必要です。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP3] デジタルポスター3
チーム医療

座長:日置 真弓(和歌山県立医科大学附属病院 ICU)

17:16 ~ 17:25

[DP3-05] RRT活動の実際～RRSの普及と急変の早期認知を目指して～

○斉藤 大介[1]、尾崎 美聡[1]、河野 展佳[1] (1. 国立病院機構北海道医療センター)

キーワード：RRS、院内ラウンド、RRT

【目的】A病院では2024年6月よりRRT（Rapid Response Team）活動を開始した。RRTの活動目的は、主にRRS（Rapid Response System）の普及と院内ラウンドを通して入院患者の異常を早期に認知し速やかに治療が開始できるよう当該診療科に繋げることである。今回RRTの活動を開始し1年が経過したため現状を報告する。
【倫理的配慮】発表に際して患者個人が特定されないように十分に配慮した。
【方法】RRT構成要員は、クリティカルケア・集中ケア認定看護師、そして特定行為研修を修了したクリティカル領域の経験がある看護師5名である。活動内容は、院内ラウンドを週2回（火曜日と金曜日）実施。ラウンド対象者は、主に電子カルテ上から抽出する。抽出内容は、一般ICU・救命救急センター退室３日以内、人工呼吸器、HFNC装着中、酸素療法中、ラウンド時に生体モニターで異常を認める者、救急外来(ER)搬入後一般病棟入院、術後３日以内、重症個室、病棟からの介入依頼、継続的なフォローを要する、カテコラミン使用中である。抽出した患者は早期警戒スコア（NEWS2）を用いてスコアリングしリスク判定を行う。ラウンド結果から必要な処置などを検討し、医師への報告、病棟でのカンファレンスなどを実施しカルテに記載する。RRSの普及と同時に呼吸数入力にも着目し年に数回ポスターを作成し周知する。
【結果】2024年11月～３月までの直近5ヶ月間に、延べ約1600名の患者へ介入した。介入理由で最も多かったのは、酸素療法中で、次いで継続的なフォローを要する、救命救急センター退室３日以内であった。リスク判定の結果は、リスクなし、低リスク判定の患者が約8割で中リスク、高リスク判定の患者が約2割であった。実際に介入した例として、呼吸状態の悪化に伴うものが大半を占めた。中にはHFNCやBiPAPの導入を提案したケースがあった。また、全身状態の悪化が顕著のためICUへの転棟を提案したケースもあった。呼吸数の入力は一定の成果が得られ、介入したケースの約7割で呼吸数の入力が得られた。一方でRRSの普及については、院内ポスターの掲示を年に7回行ったが、起動件数の増加には至らず、院内ホットラインの件数も減少しなかった。そのため、起動要件の見直しに着手し2025年4月より起動要件の改訂となった。RRT活動の周知と活動の検証を行うために症例報告会を実施し、約60名の参加があり活発な意見交換を行なった。
【考察】院内ラウンドに関して、現在ラウンドを1人で実施しているが、情報収集や記録に時間を要し患者の元へ訪問するのに時間がかかり対応が遅くなってしまったケースがあった。現状、システム導入の流れはない中で、日々工夫しながらラウンドを実施している状況である。今後はメンバーの質を落とさずに構成要員を増やす必要がある。また、介入したケースの大半が呼吸状態に懸念のある患者であり、今後特定行為修了者のスキルが求められる。特に、動脈血ガス分析関連の特定行為は非常に有用であると思われる。院内ラウンドを通して、病棟看護師のRRT活動の周知は得られ協力も得られるようになった。一方で、RRSの起動件数増加には至らず、要因を検討した結果「主治医の許可」が必要で看護師に報告を躊躇してしまうケースが見られたため、起動要件の改訂の際に「主治医へ報告」のみとした。また介入の少ない一部の診療科の医師にはRRTの活動を認識していない場合もあり、今後医師側への周知が必要である。また

©一般社団法人日本救急看護学会

呼吸数入力について現状ラウンド抽出患者のみの測定となっており、院内全体としての呼吸数入力率も評価していきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月7日(金) 16:40 ~ 17:40 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP3] デジタルポスター3
チーム医療

座長:日置 真弓(和歌山県立医科大学附属病院 ICU)

17:25 ~ 17:34

[DP3-06] Rapid Response Teamラウンドの現状と今後の課題

○井上 貴恵[1]、立澤 宏真[1] (1. 春日井市民病院)

キーワード：RRTラウンド、NEWS

【目的】A病院は2023年4月にRapid Response Team（以下RRT）を設置し、同年6月からRRTラウンドを開始している。RRT起動基準は、バイタルサインの各項目につき一つでも異常値があり、その異常に対する異常時指示がない場合としている。ラウンドは土日祝日を除く毎日実施し、対象病棟は一日一病棟選択しラウンド頻度が均一になるようにしている。対象患者は「RRT起動基準を満たしそうな患者」「何か気になる患者」はいないか病棟看護師に聞き選定している。ラウンド時の対応として、National Early Warning Score（以下NEWS）高リスク患者に対しては医師への提案、中リスク患者は看護師への提案、低リスク患者は経過観察を基本としている。ラウンド対象患者のNEWSの分布や提案内容を振り返り、現状分析と今後必要な活動を考察していく。
【方法】RRTラウンドの記録をテンプレート化した2023年9月から2024年10月までの患者を対象とした。調査項目は「NEWS」「医師への提案内容」「看護師への提案内容」の３つとした。
【倫理的配慮】院内倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【結果】対象患者の内訳は、NEWS高リスク25%、中リスク18%、低リスク57%であった。高リスクのうち、DNAR指示ありもしくは積極的な治療を望まない患者が49%を占めた。医師・看護師への提案内容をカテゴリ化すると、「治療内容」26%「観察の視点」22%「異常時指示」12%「患者ケア」10%「安全対策」11%「酸素療法デバイスの管理」14%「モニタ管理」5%に分類された。
【考察】RRTラウンド対象患者は大半がNEWS中・低リスクに該当した。RRTラウンドの目的は近い将来にRRＴ起動が必要になる可能性が高い患者を発見することであり、この結果は妥当と考える。ラウンド対象となったNEWS高リスク患者の多くは積極的治療の適応がなく、各病棟においてRRT起動基準が適正に理解されていたと考えられる。RRTラウンドでは、転帰改善の可能性があるNEWS高リスク患者の発見に活動を限定せず、病棟看護師と問題意識を共有し改善策を見出そうと努めた。このことがRRTの周知やRRT起動基準の正しい認識の普及に寄与した可能性がある。RRTラウンドでの提案内容のうち治療内容や観察・ケアに関するものが過半を占めた一方で、安全対策や酸素療法デバイスおよびモニタ管理のカテゴリに該当するものが約30%と相当数を占めた。このことから、呼吸療法サポートチームやモニタアラームコントロールチームなどの他チームや臨床工学技士等と連携する必要性があると考えられた。各病棟の訪問頻度が均等になるようなラウンド形式は、RRTの周知には有用であるかもしれないが、RRTの介入により転帰改善の可能性のある患者にタイムリーにアクセスできない懸念がある。RRTラウンドは重症化リスクの高い患者の早期発見や、コードブルー起動数の減少といった効果をあげることが求められる。今後の課題として、事前に重症化するおそれのある患者を同定してラウンドを行うシステムを構築する必要があると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

教育講演 | 教育講演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第1会場(1階 特別会議場)

[EL4] 教育講演4
JRC蘇生ガイドライン2025の最新情報

座長:渕本 雅昭(東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)

9:40 ~ 10:40

[EL4-01]

JRC蘇生ガイドライン2025の最新情報

○武田 聡[1] (1. 東京慈恵会医科大学 救急災害医学講座)

©一般社団法人日本救急看護学会

教育講演 | 教育講演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第1会場(1階 特別会議場)

[EL4] 教育講演4
JRC蘇生ガイドライン2025の最新情報

座長:渕本 雅昭(東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)

9:40 ~ 10:40

[EL4-01] JRC蘇生ガイドライン2025の最新情報

○武田 聡[1] (1. 東京慈恵会医科大学 救急災害医学講座)
キーワード：蘇生、ガイドライン

日本蘇生協議会（JRC）が策定する「JRC蘇生ガイドライン」は、国際蘇生連絡委員会（ILCOR）が国際的な科学的根拠を集約して定期的に策定している国際コンセンサス（CoSTR）などをベースに、５年に１回策定する日本独自のガイドラインである。

最新版の「JRC蘇生ガイドライン 2025」は今年の秋に公開が予定されており、現時点（2025年9月）ではまだその詳細まではわからないが、本学会学術集会開催時（2025年11月）にはその全容がパブリックコメント版としてホームページで公開され明らかになっているはずである。（最終版はパブリックコメントを受けて来春に書籍として発刊される予定である。）

「JRC蘇生ガイドライン」は、CoSTRをベースに策定した、一次救命処置（BLS：Basic Life Support）、二次救命処置（ALS：Advanced Life Support）、小児蘇生（PLS：Pediatric Life Support）、新生児蘇生（NCPR：Neonatal Cardiopulmonary Resuscitation）、ファーストエイド（FA：First Aid）、普及・教育のための方策（EIT：Education, Implementation, and Terms）と、日本独自に策定した、妊産婦蘇生（Maternal Cardiopulmonary Resuscitation）、急性冠症候群（ACS：Acute Coronary Syndrome）、脳神経蘇生（NR：Neuro Resuscitation）とがある。

公開されたばかりの最新版「JRC蘇生ガイドライン 2025」の内容を皆さんと一緒に共有し、本ガイドラインを我が国での各領域での救命率のさらなる向上のため、蘇生科学の進展のため、市民と医療従事者への心肺蘇生の標準化と普及啓発のため、有効活用したいものである。

©一般社団法人日本救急看護学会

教育講演 | 教育講演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第1会場(1階 特別会議場)

[EL5] 教育講演5
救急看護の歴史的変遷における「振る舞い」の特徴ー看護学的考察ー

座長:中村 美鈴(名古屋市立大学大学院)

10:50 ~ 11:50

[EL5-01]

救急看護の歴史的変遷における「振る舞い」の特徴ー看護学的考察ー

○菅原 美樹[1] (1. 札幌市立大学)

©一般社団法人日本救急看護学会

教育講演 | 教育講演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第1会場(1階 特別会議場)

[EL5] 教育講演5
救急看護の歴史的変遷における「振る舞い」の特徴ー看護学的考察ー

座長:中村 美鈴(名古屋市立大学大学院)

10:50 ~ 11:50

[EL5-01] 救急看護の歴史的変遷における「振る舞い」の特徴ー看護学的考察ー

○菅原 美樹[1] (1. 札幌市立大学)

キーワード：救急看護、救急看護の歴史、振る舞い、看護理論家

日本における救急看護の歴史は、社会的背景と医療制度の変化とともに発展してきました。交通事故や急病患者の増加により救急医療体制の整備が社会的課題となっていた1960年～70年代は、まだ看護教育において、救急看護の専門的な内容は取り入れられておらず、現場での経験やOn-the-Job Training（OJT）によって学ぶのが主流でした。その後、初期、二次、三次救急医療体制の体系的整備が進み、1980年代には三次救急医療体制の確立が進むと同時に日本救急医学会看護部会が創設され、看護師の役割も拡大してきました。1990年～2000年代には、救急救命士制度の整備や救急看護認定看護師の教育、日本救急看護学会の設立等により、「救急看護」は看護の専門領域として明確に位置付けられ、認知されるようになりました。この流れの中で、看護教育にも救急対応、トリアージ、BLS・ACLSなどの内容が体系的に組み込まれていきました。2010年代以降は、高齢者救急、災害医療、終末期ケア、COVID-19を含む感染症対応等、新たな課題に直面する中、看護師に求められる役割も一層複雑化、高度化しています。こうした状況に対応していくために、シミュレーション教育や特定行為研修などにより、高度な臨床判断力の育成や専門的ケアの実践が日常的に行われています。
さて、救急看護における「振る舞い」とはどのようなことなのでしょうか？ 一般的な辞書では、人がある状況で示す行動や態度、言動、立ち居振る舞いのことを指します。救急看護は、急激な健康状態の変化や生命の危機に直面した対象に対して、迅速かつ的確な看護を提供する専門領域です。看護師は限られた時間の中でトリアージ、医療処置の補助、その場の状況、身体的・心理的・社会的側面のアセスメントを行い、患者および家族に対応します。
今回、救急看護の歴史的変遷の中で、変化してきたであろう救急看護における「振る舞い」の特徴と看護学的意味を考えたいと思います。

©一般社団法人日本救急看護学会

教育講演 | 教育講演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第1会場(1階 特別会議場)

[EL6] 教育講演6
救急看護師のキャリア形成のはなし　～「コードブルー！」じゃなくて「コードドリーム！」～

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院)

13:20 ~ 14:20

[EL6-01]

救急看護師のキャリア形成のはなし
～「コードブルー！」じゃなくて「コードドリーム！」～

〇道又 元裕[1] (1. ヴェクソンインターナショナル株式会社)

©一般社団法人日本救急看護学会

教育講演 | 教育講演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第1会場(1階 特別会議場)

[EL6] 教育講演6
救急看護師のキャリア形成のはなし　～「コードブルー！」じゃなくて「コードドリーム！」～

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院)

13:20 ~ 14:20

[EL6-01] 救急看護師のキャリア形成のはなし
～「コードブルー！」じゃなくて「コードドリーム！」～

○道又 元裕[1] (1. ヴェクソンインターナショナル株式会社)
キーワード：トリアージ、キャリアカート、キャリアヘリ

救急看護師の皆さん，日々患者の命を救うお疲れさまです！でも，ちょっと待って．自分のキャリアは救急処置できてますか？「患者は救えるけど，自分の将来はクリティカルな状態」なんて笑えない話，意外と多いんです．救急看護師のキャリアって，まさに「トリアージ」そのもの．緊急度の高い「今すぐスキルアップ」から重症度の高い「将来への投資」まで，優先順位をつけて対処していく必要があります．ショック患者の脈拍触知から血圧計のカフを迅速に巻くのも一苦労（冷汗）だった新人時代．でも今振り返ると，あの頃の自分こそが一番「ショックバイタル」だったのかも．失敗を恐れて縮こまっていたけれど，実は失敗こそが最高の「カテコラミン」．問題がくっきり見えて，成長への道筋が明確に！「先輩，これでいいですか？」が口癖だったあの頃．今度は後輩から「先輩，これでいいですか？」と聞かれる立場に．まるで心電図！質問する側と答える側を行ったり来たり．でも，この波形こそがキャリアの健全な証拠．中堅時代，髪を振り乱しながら，多重課題に対応しながらの点滴準備，その間に家族への連絡なんて日常茶飯事．でも，これって実はマルチタスクの達人への第一歩．救急看護師の脳内は，まるで管制塔のよう．「患者A，着陸準備よし！」「家族B，滑走路2番へ誘導！」この時期に大切なのは，「救急カート」ならぬ「キャリアカート」の充実．CN・CNSの資格，学会発表の経験，後輩指導のスキル・・・緊急時にサッと取り出せるよう，キレイに整理整頓しておきましょう．但し，賞味期限切れの知識は危険です！ベテランになると，まるでドクターヘリのパイロットのよう．広い視野で現場全体を把握し，最適な判断を下す．但し，ヘリと違って着陸地点は自分で選べます．管理職という「病院屋上」もよし，教育職という「大学キャンパス」もよし，はたまた「在宅医療という田園地帯」もあり．重要なのは，「緊急着陸」にならないこと．計画的に燃料（体力・気力・知識）を補給しながら，理想の着陸地点を目指すことが肝心「ドクターヘリ」じゃなくて「キャリアヘリ」．CNやCNSの資格は，いわば「特効薬」（専門資格：「処方箋」ならぬ「将来箋」）．でも，薬と同じで副作用もあり．「学習時間の確保困難症」「家族理解不足症候群」「経済的負担増加症」など....．でも大丈夫，これらの副作用には将来への投資思考という対症療法があります．資格取得は，まるでベンチレータの操作を覚えるようなもの．最初は戸惑うけれど，慣れれば頼もしい相棒になります．キャリア形成にも「インシデント」はつきものです．でも，インシデントからの学びが必ず次の成功につながります．さて，「なぜ，なぜ，なぜ」の根本原因分析をキャリアにも適用してみてください．案外，思わぬ発見があるかもしれませんよ．救急看護師のキャリアは救急車のようなもの．目的地（目標）を明確にし，適切なルート（計画）を選び，時には迂回（方向転換）も必要．大切なのは，常に前進し続けること．でも，救急車のようにサイレンを鳴らしながらブイブイ駆け抜けるのも良いけれど，時には外の景色を・・・．自分のキャリアも上手に救急看護しみては（"Haste makes waste"）！「救急車」から「キャリアカー」へ．キャリアに「絶対安静」はありません．常に「経過観察」，必要に応じて「アクティブな看護」を．救急看護師として培った能力は，様々

©一般社団法人日本救急看護学会

な分野で求められる貴重なスキルです．既存の枠を超えた挑戦により，新たなキャリアの可能性を無限に開拓することができかも知れません．今回の"こばなし"，皆さまの何方かのキャリア形成の一助となれたら嬉しく思います．

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第2会場(1階 大ホールC)

[SY4] シンポジウム4
新人・若手の「やる気」や「学び」を伸ばすための工夫

座長:石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター 看護部)、小越 優子(滋賀医科大学医学部附属病院 看護部6C病棟)

10:23 ~ 10:38
[SY4-01]
Z世代ナースのリアル勉強法からみえてくる 若手育成の効果的なアプローチ
○吉本 文[1] (1. 株式会社照林社)

10:38 ~ 10:53
[SY4-02]
現代学生の特性を踏まえた学びのデザイン　―やる気と主体性を引き出す大学教育の工夫―
○神田 直樹[1] (1. 北海道医療大学看護福祉学部看護学科)

10:53 ~ 11:08
[SY4-03]
若手看護師を育てる側（指導者）による教育・指導の工夫
○小川 謙[1] (1. JCHO北海道病院)

11:08 ~ 11:23
[SY4-04]
個に寄り添う教育で“やる気”を引き出す　― 救命救急センターにおけるラダー活用の実践 ―
○上澤 弘美[1] (1. 総合病院　土浦協同病院　看護部)

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第2会場(1階 大ホールC)

[SY4] シンポジウム4
新人・若手の「やる気」や「学び」を伸ばすための工夫

座長:石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター 看護部)、小越 優子(滋賀医科大学医学部附属病院 看護部6C病棟)

10:23 ~ 10:38

[SY4-01] Z世代ナースのリアル勉強法からみえてくる 若手育成の効果的なアプローチ

○吉本 文[1] (1. 株式会社照林社)

キーワード：Z世代ナース、若手育成、効率的学習、メディア活用、臨床教育

看護師向け月刊誌『エキスパートナース』は、日々臨床現場に向き合う看護師の皆さんにとって、実践の場で役立つ知識や視点を届けることを目的に編集を行ってきました。創刊以来、常に現場の声に耳を傾け、今必要とされている情報を、わかりやすく、実用的に伝えることを大切にしています。

本シンポジウムのタイトルにもあるように、近年では、特に「新人・若手看護師」を取り巻く環境や価値観に大きな変化が見られます。同様に、『エキスパートナース』の読者のニーズの傾向にも変化があり、一例を挙げますと「短時間で効率よく学びたい」などといった声が増えていることを、取材やヒアリング、日々の読者アンケートやSNSの反応などから感じています。

このようなニーズに応えるため、私たち編集部では、コンテンツの内容だけでなく届け方にも工夫を重ねているところです。昨年には、無料webメディアも立ち上げ、より手軽に、より気軽に、確かな専門知識を得られるようにサポートしています。

今回の発表では、編集部の取り組みに加え、『エキスパートナース』2025年4月号特集「Z世代ナースの高コスパ勉強法」からみえてきた、Z世代ナースが実際に行っているリアルな勉強法を紹介し、世代特有の情報収集・学習スタイルの傾向をご紹介します。

加えて、若手を育てる立場にある先輩看護師の方々にとっても、世代の価値観を知り、伝え方を工夫するための気づきとなるような視点をお届けしたいと考えています。

私たちは、メディアの役割は単に知識や情報を伝えることにとどまらず、読者一人ひとりの立場や状況に寄り添い、メッセージを届けていくことが大切だと考えています。そのため、どんな状況におかれても、学び続けることを応援していきたいと考えています。

本シンポジウムが、医療現場を支える皆さまと共に、若手看護師の成長を後押しする環境づくりを考える契機とできれば幸いです。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第2会場(1階 大ホールC)

[SY4] シンポジウム4
新人・若手の「やる気」や「学び」を伸ばすための工夫

座長:石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター 看護部)、小越 優子(滋賀医科大学医学部附属病院 看護部6C病棟)

10:38 ~ 10:53

[SY4-02] 現代学生の特性を踏まえた学びのデザイン　―やる気と主体性を引き出す大学教育の工夫―

○神田 直樹[1] (1. 北海道医療大学看護福祉学部看護学科)

キーワード：看護学生、教育

　近年の看護学生は、幼少期からデジタル環境に慣れ親しみ、多様な価値観や自分らしさを大切にしている。また、学習においては「この知識や経験がどのように役立つのか」「将来につながる意味があるのか」といった目的を重視する傾向が強い。加えて、時間や労力に対する効果（タイムパフォーマンスやコストパフォーマンス）を重視し、効率的で実践的な学びを好む一方で、曖昧な説明や一方的な指導には戸惑いや学習意欲の低下が見られることもある。
　このような学生の特徴を踏まえると、大学教育においては、一斉的・一方向的な指導にとどまらず、それぞれの学生の個性や学び方に応じた柔軟な関わり方が求められる。このような中、大学教員として日々実践している学生支援の工夫や検討している取り組みについて、5つの視点から紹介する。

視点１：学習の目的を明確にし、学生と共有する。授業や演習の導入時に「なぜこれを学ぶのか」「どのように現場で活かされるのか」を具体的に伝えるよう心がけている。目的が明確になることで、学生自身が学びの意義を見出しやすくなり、主体的に取り組む姿勢が促されることを期待している。

視点2：双方向的・体験型の学びを取り入れる。グループワークやシミュレーション演習、PBL（課題解決型学習）などを通して、学生が他者と関わりながら自ら考え、実践する機会を多く設けている。中でも、教員がロールプレイやデモンストレーションを行い、それをもとに学生が観察・対話・実践を重ねていく形式は、理解を深め、学習意欲を高めるうえで有効であると報告されている。

視点3：一人ひとりに応じたフィードバックを丁寧に行う。学生の努力や過程に注目し、タイミングを逃さず具体的な声かけを行うようにしている。成果だけでなく、その途中の工夫や姿勢を認めることで、学生の自己肯定感を高め、次の学びへとつながる意欲を育むことができると考える。

視点4：デジタルツールを活用した学習環境の工夫。オンデマンド教材や動画コンテンツ、オンライン小テストなど、学生にとって身近で使いやすいツールを活かすことで、学びへのアクセスのしやすさや継続性を高めている。さらに、学生が自ら情報を調べ、発信するような活動も取り入れることで、表現力や主体性の育成にもつなげたいと考えている。

視点5：学生との信頼関係を築き、安心して学べる場づくりを行う。日常のちょっとしたやりとりの中にも対話の機会を意識的に取り入れ、学生が「わからない」「失敗したかも」と感じたときにこそ声を出しやすい環境を整えるように心がけている。心理的安全性が保たれることで、

©一般社団法人日本救急看護学会

学生は挑戦し、学ぶことへの前向きさを取り戻しやすくなると考える。

以上の実践を通じて、学生のやる気や学びの深まりに小さな変化が生まれていること期待している。こうした教育的工夫を通して見えてきた成果や課題を共有しながら、これからの看護教育における学生支援のあり方について参加者の皆様とともに考えていきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第2会場(1階 大ホールC)

[SY4] シンポジウム4
新人・若手の「やる気」や「学び」を伸ばすための工夫

座長:石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター 看護部)、小越 優子(滋賀医科大学医学部附属病院 看護部6C病棟)

10:53 ~ 11:08

[SY4-03] 若手看護師を育てる側（指導者）による教育・指導の工夫

○小川 謙[1] (1. JCHO北海道病院)

キーワード：若手看護師、継続教育、OJT

医療の高度化や在院日数の短縮化、医療安全に対する意識の高まり、医療を受ける患者等のニーズの多様化などの背景から、臨床で必要とされる実践能力と看護基礎教育で修得する看護実践能力との間に乖離が生じており、厚生労働省は「新人看護職員研修ガイドライン」の作成や改訂を行い、多くの医療機関では新人看護師への研修の充実化を図り現在に至っている。その中では、臨床実践能力を高め生涯にわたり自己研鑽すること、医療チームの中で多重課題のなか看護を安全に提供する臨床実践能力を強化すること、安全の確保及び質の高い看護の提供などの重要性が求められ、院内研修だけではなく、各病棟においてもプリセプターを中心に、習得したスキルをリスト化する、新人看護師の目標をスタッフ間で共有する等により、病棟全体で新人看護師を育成することを共通の理解とし、尽力されている方々も多いと推察する。手厚い教育を受けてきた新人看護師の時期を経て、２年目以降のいわゆる「若手看護師」の教育体制はどのように整備されているのだろうか。看護の質向上や医療安全の確保、看護師としての成長、若手看護師に求められる役割の変化などに対応するため、新人看護師以外にも様々な形で院内研修は行われている。また、メンター制度やエルダー制度を用いて、若手看護師の成長をバックアップする施設も多いが、２年目以降の看護師は日常業務もある程度自立しており、成長はその看護師自信に託されるという現状もある。成人学習者の特徴を踏まえると、若手看護師も自らの課題を自ら発見しそれに向かい学習を重ねると言う事が求められ、それは好ましい姿ではあるが、前述したように医療を取り巻く状況の変化や多様性に対応し、看護師としての成長を促し、若手看護師（先輩看護師もそうだが）の離職を予防しなければいけないという現状を踏まえると、やはり意図的な教育的介入は必須ではないだろうか。若手看護師の育成を行う上で、自分は相手のレディネスを確認し、若手看護師がどのような看護師になりたいのか、どう成長したいのか、そのために何が必要なのか、現段階で自分ができる介入は何なのかを考え、自己成長を促す刺激や方向性を示せるような関わりを意識し、若手看護師を成人学習者ととらえ、様々な教育手法を用いて介入を工夫し教育を行っている。また自分が介入した若手看護師へは、定期的に学習状況の確認を行い、関連する知識や技術の提供、自己研鑽の方法なども提供するようにしている。自身が若手看護師であった時も、現在の教育方法や対応とは「多少」異なる部分もあるが、先輩看護師から手厚い教育や叱咤激励を受け成長することができた。振り返ると、単に学べと言われるだけではなく、学習の進捗状況の確認や、学習内容に対してのリフレクション、そして容認してもらえることなどがあった。その結果、新たな学習への道標を示してもらえたことなどが、自身の成長やチームへ貢献したいという気持ちにつながり、現在に至っていると考える。そういう意味では、今も昔も我々を取り巻く状況の変化はあるが、教育対象の理解や教育者の教育スキルやコミュニケーションスキル、リフレクションなどは必要な要素と考える。そう考えると「若手看護師をどう教育するか」も重要だが、若手看護師を教育する「先輩看護師の教育スキルをどう向上させるか」も取り組むべき課題ではないかと考える。本シンポジウムが、教育を担当する皆様の教育スキル向上の一助となり、より有効な教育が若手看護師に提供できる機会になればと考える

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第2会場(1階 大ホールC)

[SY4] シンポジウム4
新人・若手の「やる気」や「学び」を伸ばすための工夫

座長:石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター 看護部)、小越 優子(滋賀医科大学医学部附属病院 看護部6C病棟)

11:08 ~ 11:23

[SY4-04] 個に寄り添う教育で“やる気”を引き出す　― 救命救急センターにおけるラダー活用の実践 ―

○上澤 弘美[1] (1. 総合病院　土浦協同病院　看護部)

キーワード：教育体制の整備、救命救急センターラダー、個別性

救急医療の現場において、新人・若手看護師の「やる気」や「学び」をいかに引き出し、継続的な成長へとつなげていくかは、医療の質と安全を支える上で重要な課題である。特に救命救急センターのような高ストレス・高負荷な環境では、単なる知識・技術の習得だけでなく、心理的支援やチームとの関係構築、自己効力感の向上といった、より複合的かつ継続的な支援が不可欠である。

こうした課題に対応するために、自施設のERでは、独自の救命救急センターラダー（以下：ラダー）を構築した。このラダーは、日本救急看護学会のクリニカルラダーを基盤としつつ、現場の実態に即して設計されている。単なるスキル評価にとどまらず、看護師が自己の成長過程を主体的に認識し、次の目標を見出すためのキャリア指針として機能するよう工夫している。自身は看護師長として、このラダーを軸とした教育体制の整備と運用に中心的に関わってきた。教育的支援の中核は、ラダーに基づく定期的な評価と面談、個別性を重視したアプローチの組み合わせである。具体的には、①自己評価と面談によって個々の課題や成長段階を明確にし、②日々の実践の中で「小さな成功体験」を意識的に積ませる機会を設け、③先輩看護師によるロールモデルの提示を通じて、学びの方向性を具体化している。これにより、若手看護師が自分自身の成長を実感し、モチベーションを持って継続的に学び続ける姿勢を育むことを目指している。

また、教育支援は一方向的な「教える」関係ではなく、双方向の「対話」によって成り立っている。若手看護師が抱える不安や葛藤に対しては、傾聴と受容を基本とした関わりを行い、看護師本人の思考や判断の過程を尊重しながら支援するよう心がけている。たとえば、判断に迷った場面については、すぐに答えを与えるのではなく、「なぜそう考えたのか」「次にどうしたいと思うか」といった問いを通じて、内省を促す関わりを行っている。このプロセスが、主体性をもった看護実践へとつながっている。さらに、個々の成長のペースや性格特性を見極め、本人にとって最も効果的な声かけや関わり方を工夫している。これらの多層的な教育支援の結果、看護師たちは「学び続けたい」「もっと成長したい」という内発的な動機を持ち、日々の業務に自信とやりがいを持って取り組むようになってきている。こうした雰囲気が組織全体に波及し、2024年度のER看護師の離職率は0%と高い定着率を維持することができている。

看護師のキャリア形成は一様ではなく、それぞれが異なる背景や価値観をもっている。そのため、画一的な教育や指導ではなく、一人ひとりに「今、どのような支援が必要か」を見極めて関わることが重要である。私たちが目指しているのは、「すべての看護師に、成長の機会と安心できる環境を届ける」ことであり、それによって組織全体の活性化と質の高い救急看護の提供につながると信じている。

本シンポジウムでは、救急領域における看護教育のあり方について、自部署での実践例をもとに紹介し、参加者の皆様とともに効果的な人材育成の方策を探る場としたい。看護師一人ひとりが「やりがい」と「成長」を実感できる効果的な人材育成の一助となることを願っている。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第3会場(1階 中ホール)

[SY5] シンポジウム5
救急看護DXネクストステージ セカンド

座長:桑村 直樹(医療法人渓仁会 手稲渓仁会病院)、佐伯 悦彦(東京医科大学病院 看護部)

10:25 ~ 10:40

[SY5-01]

外傷ドクターカーのDX化がもたらした当院の外傷看護の変化

〇森山 詠美子[1]、室野井 智博[2] (1. 島根大学医学部附属病院 看護部　EーICU、2. 島根大学医学部附属病院　高度外傷センター)

10:40 ~ 10:55

[SY5-02]

宝塚市立病院の目指す未来

〇中田 徹朗[1] (1. 宝塚市立病院)

10:55 ~ 11:10

[SY5-03]

救急看護DXが進まない理由――“できるのにやらない”現場の壁と二輪駆動での突破策

〇平山 傑[1] (1. 札幌徳洲会病院)

11:10 ~ 11:25

[SY5-04]

生成AIを活用した教育DXの実践：学習支援ツールプロトタイプの紹介

〇苑田 裕樹[1] (1. 令和健康科学大学)

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第3会場(1階 中ホール)

[SY5] シンポジウム5
救急看護DXネクストステージ セカンド

座長:桑村 直樹(医療法人渓仁会 手稲渓仁会病院)、佐伯 悦彦(東京医科大学病院 看護部)

10:25 ~ 10:40

[SY5-01] 外傷ドクターカーのDX化がもたらした当院の外傷看護の変化

○森山 詠美子[1]、室野井 智博[2] (1. 島根大学医学部附属病院 看護部　Eー ICU、2. 島根大学医学部附属病院　高度外傷センター)

キーワード：外傷ドクターカー

島根大学医学部附属病院（以下、当院）では、2017年からドクターカーの運用を開始している。外傷においても病院前診療の重要性は高まっており当院では、24時間365日現場等に赴き早期から専門的外傷診療を提供している。2020年からは、第26回救急看護学会にて報告したとおり新型ドクターカーを配備し現在の運用体制が整い活動を行っている。この新型ドクターカーには、車内での救命のための蘇生的処置や蘇生的輸血といった、damage control ground 0が開始できる車内装備の他に、位置情報共有システムや現場映像転送システム、バイタルサインモニター転送システム、超音波検査・気管挿管映像転送システムを有している。これによって、車内映像や患者のバイタルサインモニターなどの情報を病院内と共有することで、迅速な外傷治療戦略の構築および共有、ならびに安全な活動や教育的介入も可能となっている。また、病院到着までの時間や距離的要因を考慮しながら病院前外傷看護を学ぶことも可能である。これらの情報共有システムが導入されるまでは、現場医師からの断片的な情報を院内で受けた医師が関係者にメール配信することによって情報提供される形をとっていたため、リアルタイムの情報共有が困難なことが多々あり受け入れ準備の遅延や重複が生じていた。しかし、新型ドクターカーのICT化は受け入れ時の準備や体制の構築にかなり重要な役割を果たしている。また、2024年4月からは車内に新たな360度カメラの搭載を開始した。これは、リアルタイムに車内の全方位を見渡すことが可能である。導入前は録画したものを見ることで車内での活動の詳細、診療の進捗状況、医師看護師の動きや連携を知ることしかできなかったが、リアルタイムに受け入れ体制を整えながら視聴できる。これによって更なる臨場感・没入感を経験することができるため、タイムリーでリアリティのある非常に有効な教育ツールとなり得るものであると考える。このように、当院にドクターカーが配備されて９年間で運用体制や車両のみならず、様々なツールを導入したDX化の進んだ外傷ドクターカーは、当院の外傷看護に現場レベルだけではなく、院内での診療や看護、外傷看護実践に携わる看護師の教育を大きく前進させる必要不可欠なものである。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第3会場(1階 中ホール)

[SY5] シンポジウム5
救急看護DXネクストステージ セカンド

座長:桑村 直樹(医療法人渓仁会 手稲渓仁会病院)、佐伯 悦彦(東京医科大学病院 看護部)

10:40 ~ 10:55

[SY5-02] 宝塚市立病院の目指す未来

○中田 徹朗[1] (1. 宝塚市立病院)

キーワード：医療DX、救急看護、早期警告スコア

宝塚市立病院では、看護師がラウンドで測定した血圧・体温・脈拍・SpO_2のデータを自動的に電子カルテへ取り込むためにEVIS Cloudを導入した。本システムは通信機能付き測定機器をリーダにかざすだけで項目や時刻を自動判別し、患者毎にデータを入力できるため、手入力ミスや転記時間を大幅に削減できる。血圧計や体温計の測定データに加え、パルスオキシメーターからのSpO_2や脈拍もワンタッチで電子カルテに送信でき、従来の手書き記録ではなくなり看護師の負担軽減につながっていると考えられている。当院では2025年1月～5月の取り込み回数を部署別に見ると病棟では月661～935回と最も多く、B病棟やC病棟も300～500回台と活用が進んだ。全８部署に実施したアンケートでは、使用している理由として「記録とバイタルサインが分かれて入力でき効率が良い」「作動が早く入力がスムーズ」「読み取りが早く患者の顔を見ながら入力できる」「誤入力や患者取り違えを防止できる」との回答が多かった。逆に未使用部署では「他システムとEVIS双方への入力が必要で手間がかかる」「呼吸回数が入らず手入力になる」「読み取り結果が検温表へすぐ反映されない」「入力中にログアウトや画面戻り・フリーズが起こる」「送信してもデータが反映されないことがある」など運用上の問題が挙げられ、バイタル取込み範囲やシステム安定性に課題があることが明らかになった。しかし、当院のEVIS Cloudに取り込めるバイタルサインは現段階では血圧・体温・脈拍・SpO_2のみであり、異常値の入力の場合は、表示が変わることで警告しているが、呼吸数や尿量、疼痛スケール、意識レベルなどは従来通り手入力で、総合的な早期警告スコアには対応していない。また救急外来では救急隊からの事前情報や診療記録の共有が重要であるが、EVIS Cloudは救急搬送システムと連携しておらず、病院内の記録のみである。救急看護現場では瞬時に重症度を見極め、迅速に搬送調整を行う必要があり、EVIS Cloudのようなデータ取込み機能が必要と考える。今後は、EVIS Cloudで呼吸数や意識レベルなど救急看護に不可欠な指標を追加し早期警告スコアを自動算出する機能、さらには災害時に多職種が共通のプラットフォームで情報共有できるネットワーク整備が課題である。当院では看護師が機器操作に習熟し教育体制を整えるとともに、費用対効果といった一般的な課題に加え、限られた救急看護師で、災害・多数傷病者対応時のデータ信頼性確保など救急看護特有の課題を克服することで、宝塚市立病院の看護DXは単なる記録の効率化から、患者の安全と救急医療全体の質向上に寄与するネクストステージへと進化し患者安全と救急医療の質向上を実現したい。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第3会場(1階 中ホール)

[SY5] シンポジウム5
救急看護DXネクストステージ セカンド

座長:桑村 直樹(医療法人渓仁会 手稲渓仁会病院)、佐伯 悦彦(東京医科大学病院 看護部)

10:55 ~ 11:10

[SY5-03] 救急看護DXが進まない理由――“できるのにやらない”現場の壁と二輪駆動での突破策

○平山 傑[1] (1. 札幌徳洲会病院)

キーワード：医療DX、AI、音声入力

【背景・問題点】医療DXが“続かない・変われない”最大の原因は、**自分たちの働き方を俯瞰せず、ベンダー推奨ツールを「言われるがまま買って失敗する」構造**にある。タスクは減らず業務はむしろ複雑化し、現場はさらに忙しくなる――そうしてDXは頓挫する。当院救急外来も例外ではなく、音声入力・OCRなどの自社アプリを整備し「いつでも使える」状態にあるものの、看護師の利用率は低く、**“できるのにやらない”停滞**が顕在化した。
【目的】医療DXの目的は、デジタルツールを導入することや単に処理速度を上げることではなく、「医療者の手が空く時間を創出し、患者ケアに再投資する」ことである。本抄録では、DX導入の停滞要因を明らかにし、トップダウンとボトムアップを両輪とする“二輪駆動モデル”で定着を図るプロセスを共有し、**タスクを削減し時間を生む**視点の重要性を提言する。
【取り組み・実践内容】**AI問診システム**：受付～初療フローを「AI問診→看護師初療」に置換。他職種でシミュレーションし、業務の負担変更に関して共通認識を共有。**看護師専用GPT**：ChatGPTを月額ライセンスで購入。看護記録下書き・資料作成・学習メモに自由利用。看護師自身が使い方を共有し、“使ってラク”の成功体験を横展開。**音声入力・OCR**：端末と研修を準備したが〈恥ずかしさ・時間不足〉で実装は遅滞しているが、更なる解決策で改善傾向にある。
【考察】トップダウンで業務そのものを置換しなければ、忙しい看護現場は動かない。一方で、ボトムアップによる小さな成功体験の連鎖がなければ、組織文化は変容しない。『使える環境』と『使われる現実』の間には、導線設計・余白の確保・心理的安全性という“構造の谷”が横たわる。AI問診と看護師GPTは重心こそ異なるが、両輪が噛み合って定着した。音声入力は、心理的ハードルが高いが一度導入されるとその便利さは歴然である。現場でまさに必要なものを、現場の意見から導入していくことが重要である。
【結論・提言】救急看護DXに必要なのは、①職種横断で業務フローを俯瞰しタスクを大胆に削減（タスクキル）するトップダウンの覚悟、②現場が自ら動き成功体験を共有するボトムアップの仕掛け、③“買って終わり”ではなく“使われ続ける”まで伴走する組織文化である。DXの本質は処理速度ではなく、**医療者の手を空けて患者に向き合う時間を最大化すること**だ。下手なベンダーに金だけ払うDXは過去の遺物です。現場を動かす設計力こそが、救急看護における医療DXを次のステージへ引き上げる鍵となる。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第3会場(1階 中ホール)

[SY5] シンポジウム5
救急看護DXネクストステージ セカンド

座長:桑村 直樹(医療法人渓仁会 手稲渓仁会病院)、佐伯 悦彦(東京医科大学病院 看護部)

11:10 ~ 11:25

[SY5-04] 生成AIを活用した教育DXの実践：学習支援ツールプロトタイプの紹介

○苑田 裕樹[1] (1. 令和健康科学大学)

キーワード：生成AI、教育DX、学習支援ツール、看護師国家試験、臨床判断能力

近年、生成AI（Generative AI）の進化は著しく、教育や医療を含む多分野でその導入と活用が急速に進んでいる。特に教育分野においては、AIの活用により、学習者一人ひとりに応じた指導やフィードバックが可能となり、「個別最適化された学び」の実現が、従来の教育観を大きく変える可能性を帯びてきている。文部科学省も「教育DX（デジタル・トランスフォーメーション）」の推進を重要政策として掲げ、GIGAスクール構想をはじめとしたICT環境の整備を全国的に進めている。GIGA構想では、1人1台端末と高速ネットワークの整備にとどまらず、学習者主体の教育への転換や、教員の指導の在り方の見直しまでが求められており、まさに教育の本質がアップデートされる転換点に差し掛かっている。このような背景のもと、本発表では、生成AIを活用した教育支援の一実践として試作した学習支援ツールのプロトタイプを紹介する。
1つ目は、日常的な反復学習を支援する仕組みである。国家試験問題や既習内容を少しずつ提示し、学生が毎日学習に取り組める環境を整えるとともに、回答直後に自動で解説を受け取れるように設計した。これにより、学習習慣の定着と理解度の自己確認が容易となり、教員側の業務負担軽減も期待できる。
2つ目は、自由記述型の学習課題に対して即時に評価とフィードバックを行う仕組みである。学生が記述したアセスメントを事前に設定された基準に照らして採点し、改善点や補足コメントを提示することで、臨床判断力や批判的思考を育成することを目指している。即時性のあるフィードバックは、自己省察を促し、学習意欲の維持にもつながる。
近年の研究では、ChatGPT-5を含む大規模言語モデルは豊富な医学的知識を有し、米国や日本の医師国家試験、看護師国家試験レベルの問題において一定の正答率を示すことが報告されている。これらの知見から、臨床判断や基礎医学に関する知識の正確性はある程度担保されると考えられ、学習支援ツールとしての活用にも妥当性がある。
いずれのシステムも、特別なプログラミング知識を必要とせず、教育現場の教員自身が作成・運用できることが最大の特徴である。「誰でもつくれる」ことを実感できる教育DXの第一歩として、現場に根ざした実践事例といえる。生成AIの教育利用には、信頼性や公平性、評価の正確性といった課題も残るが、インストラクショナルデザインに基づく教材設計がなされれば、学習習慣の形成、学習内容の個別最適化、さらには臨床判断力の育成など、多様な観点から学びの質を高める有効な手段となりうると考える。
教育におけるDX推進の一例として、参加者の皆様と意見を交わす機会となれば幸いです。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:50 第2会場(1階 大ホールC)

[SY6] シンポジウム6
超高齢社会に立ち向かう救急看護

座長:芝田 里花(医療法人久仁会 宇都宮病院)、星 豪人(医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院)

13:21 ~ 13:34

[SY6-01]

在宅医療の現状とこれから　～救急搬送を減らすために何ができるか～

○石田 美由紀[1] (1. 医療法人社団優希八軒内科ファミリークリニック)

13:34 ~ 13:47

[SY6-02]

超高齢社会における集中治療の限界と救急看護の役割 ～意思決定支援の現場から～

○守屋 信昭[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター救命救急センターICU)

13:47 ~ 14:00

[SY6-03]

後期高齢者の生理学的特性に基づく臨床判断スキル習得のための教育体制の整備と地域とのACPの連携強化に向けて

○立野 淳子

14:00 ~ 14:13

[SY6-04]

救急看護師が地域を知ることの意義
～生活を見据えた救急看護～

○土倉 万代[1] (1. 医療法人土倉内科循環器クリニック)

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:50 第2会場(1階 大ホールC)

[SY6] シンポジウム6
超高齢社会に立ち向かう救急看護

座長:芝田 里花(医療法人久仁会 宇都宮病院)、星 豪人(医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院)

13:21 ~ 13:34

[SY6-01] 在宅医療の現状とこれから　～救急搬送を減らすために何ができるか～

○石田 美由紀[1] (1. 医療法人社団優希八軒内科ファミリークリニック)
キーワード：在宅医療、高齢者、人生会議

厚生労働省は、在宅医療を、「高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素」と定義している。普段は自宅などで医療を受け、必要時のみ大きい病院を利用する「時々入院ほぼ在宅」である。また在宅医療は、通院が困難な患者に対して、医師や看護師などの医療従事者が定期的に自宅を訪問して提供する医療サービスであり、従来の病院での治療とは異なり、患者の生活の場である自宅や施設で必要な医療を受けることができる。高齢化が急速に進む日本では、在宅医療の需要は年々増加している。それは、通院が困難な患者が増加していることに加え、医療技術の進歩により、これまで入院が必要だった治療も自宅で実施できるようになっていることが背景にある。在宅医療というと、緩和や看取りという印象が強いかもしれないが、現在はもっと積極的な診療もできる現状にある。具体的には、検査では、血液検査はもちろんのことレントゲンや心電図、エコー検査、治療では高カロリーや抗生剤、麻薬などの点滴・注射、薬の処方、簡単な外科処置や褥瘡のケアなどのほか、在宅酸素療法や胃瘻の管理・交換、輸血など専門的なケアも提供できる。一方で病院のような緊急時の対応は困難といえる。「時々入院ほぼ在宅」を実現するためには、それを支える関係機関の包括的かつ継続的な連携が重要であるが、現状ではまだまだ課題が多いと感じる。在宅医療では、高齢だから治療を控えるということではなく、自らがどのような生き方を望むか，どのような医療やケアを受けたいか、受けたくないか日頃から考えていただき、人生の最期まで尊厳ある生活ができるよう支援することが重要と考える。そのため、在宅だけにこだわらず、回復可能な病状であるか判断した上で患者・家族にその現状を提示し一緒に考え、入院治療も視野にいれて意思決定できるよう支援している。高齢者の場合、静かにADLや認知症状や嚥下機能が低下することに加え、感染症を繰り返すことで終末期に向かっていく。そのイベントなどの時は繰り返しどのような医療やケアを受けたいかを確認する。同時にどこで最期を迎えたいか、ご自宅で最期を迎えることと、自宅以外で最期を迎えることの違いを説明する。そうしたご本人・ご家族等の意思を、支える多職種で確認・共有することが重要と考える。こうした確認の繰り返しと継続的な連携が、必要な救急搬送に繋がるのではないかと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:50 第2会場(1階 大ホールC)

[SY6] シンポジウム6
超高齢社会に立ち向かう救急看護

座長:芝田 里花(医療法人久仁会 宇都宮病院)、星 豪人(医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院)

13:34 ~ 13:47

[SY6-02] 超高齢社会における集中治療の限界と救急看護の役割 〜意思決定支援の現場から〜

○守屋 信昭[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター救命救急センターICU)

キーワード：集中治療、高齢社会、意思決定支援

総務省消防庁の報告によれば、2023年（令和5年）における救急搬送人員のうち65歳以上の高齢者は全体の61.6%を占めており、全国的にも高齢者救急の比率は年々増加傾向にある。今後も高齢者の救急医療需要の増加が予測される中で、高齢者に対する集中治療（ICU）の在り方が問われている。

当院は病床数700床を有する急性期病院であり、ICUは合計36床（心臓病センターICU14床、小児ICU10床、救命救急センターICU12床）を有しており、救命救急センターICUでは特定集中治療管理料2を算定し、重症患者への集中的な治療を提供している。2024年度の救急搬送件数は約4,300件で、救命救急センターICUへ入室した患者は、救急搬送に加え、一般病棟等からの転入も含めて714人であった。うち65歳以上は456人（63.9%）、平均年齢65.4歳、中央値は72歳、最年長は94歳であった。また、2024年度に救急搬送により新規入院に至った患者は414人であり、そのうち65歳以上は290人（70%）、年齢の中央値は73歳と、明らかに高齢化の傾向が表れている。

高齢者の集中治療では、認知機能低下や多疾患併存、ADLの低下などを背景に、治療のゴールが曖昧なまま侵襲的な治療が開始されるケースがある。特に本人の意思が不明確な場合や、ACP（Advance Care Planning）が未実施である場合、集中治療の是非をめぐる判断は困難を極める。

当院では、こうした課題に対し、救命ICUにおいて治療開始後の早期から、看護師が多職種と連携しながら意思決定支援に関与している。週3回実施される多職種によるカンファレンスでは、ABCDEFバンドルの評価を基本としつつ、DNAR（Do Not Attempt Resuscitation）や治療方針、今後のゴール設定に関する確認をあわせて行っており、患者の尊厳を重視した治療選択の支援が行われている。これにより、家族との意向のすり合わせや、医療者間での認識統一にもつながっている。

看護師は、病態の観察にとどまらず、患者背景や家族関係、QOLに関する視点を持ち込み、医師や多職種との橋渡し役として、重要な意思決定支援者の役割を担っている。これらの取り組みにより、終末期医療の質の向上や、患者・家族の満足度向上に一定の成果が認められている。

本シンポジウムでは、現場での実践を通じて見えてきた課題や対応の工夫を共有し、今後の高齢者救急への一助となることを目指したい。救急看護師は今後、高度急性期医療の中でこそ、患者の人生観と尊厳に寄り添う専門性が強く求められる存在となると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:50 第2会場(1階 大ホールC)

[SY6] シンポジウム6
超高齢社会に立ち向かう救急看護

座長:芝田 里花(医療法人久仁会 宇都宮病院)、星 豪人(医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院)

13:47 ~ 14:00

[SY6-03] 後期高齢者の生理学的特性に基づく臨床判断スキル習得のための教育体制の整備と地域とのACPの連携強化に向けて

○立野 淳子

キーワード：超高齢社会、ACP、臨床判断スキル

わが国は高齢化率30%を超える高齢化先進国です。高齢者は一般に65歳以上と定義されますが、近年では65歳という年齢に対し、「高齢者」という印象を持たない傾向が強まっています。定年年齢の延長や高齢者の就労継続が進んでいることもあり、65歳は依然として「現役世代」として認識されることが多いのも一因と考えられます。一方で、75歳以上の後期高齢者人口は2023年に初めて2000万人を超え、総人口に占める割合は29.1%と過去最高を記録しました。2025年には、団塊の世代が75歳に達することで、後期高齢者は国民の5人に1人を占めると見込まれています。こうした人口構造の変化は、救急医療の現場にも顕著に表れており、実際に救急搬送される患者の年齢層は年々高齢化しています。統計データと現場の実感が一致している現状を踏まえ、救急看護において求められる役割と課題について再考する必要があるのではないでしょうか。

第一の課題として、後期高齢者の生理学的特性を理解したうえでのアセスメント能力および観察スキルの高度化が挙げられます。臨床現場では、患者家族から「畑仕事ができるほど元気だった」といった生活状況に関する情報が提供されることがあります。確かに、こうした日常生活自立度に関する情報は医療の判断材料として重要ではありますが、「日常生活を元気に送っていた」ことが「侵襲的治療に耐えうる生理的予備力を有する」ことを意味するわけではありません。報告によれば、日常生活の身体的課題を遂行する能力（Physiological Functional Capacity：PFC）は、75歳を超えると急激に低下することが示されています。すなわち、生活機能に関する情報のみで治療適応を判断するのではなく、生理学的機能の特性を加味した医学的評価が不可欠です。救急看護を担う看護師には、後期高齢者に特有のバイタルサインの変化や身体症状の非典型的な表れに対応できるよう、身体診察スキルを含む臨床判断力の向上が求められ、これを実現するための教育体制の整備が急務であると考えます。

第二の課題としては、後期高齢者の「生き方」に寄り添う救急医療を実現するための、地域との連携によるACP（Advanced Care Planning）の推進が挙げられます。高齢者の居住実態に関する調査によれば、70歳代から80歳代前半までは住み慣れた自宅で生活を継続する傾向があり、80代後半以降では高齢者施設への移住が増加することが示されており、救急搬送される高齢患者の多くは地域社会で生活していた方になります。地域包括ケアの視点に立てば、地域と救急医療の連携はますます重要性を増しており、救急受診の段階で初めて「どのような医療を望むか」を検討するのではなく、地域において平時からACPが開始されてこそ、その内容が救急医療の現場においても尊重される基盤となります。地域で開始されたACPを、救急現場で患者の状況に応じて適切にアップデートし、それらの情報を統合して総合的に判断する体制の構築が必要です。特に救急医療では、迅速な意思決定が求められる場面が多く、治療方針の選択をめぐってジレンマが生じやすいという特徴もあります。したがって、救急と地域が協働し、ACPの実効性を高める取り組みが強く求められていると考えます。

本シンポジウムでは、超高齢社会に立ち向かうための救急看護の課題として、後期高齢者の生

©一般社団法人日本救急看護学会

理学的特性に基づく臨床判断スキル習得のための教育体制の整備、地域とのACPの連携強化の2点について私見を述べたいと思います。多くの皆さまの参加をお待ち申し上げます。

©一般社団法人日本救急看護学会

シンポジウム | シンポジウム

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:50 第2会場(1階 大ホールC)

[SY6] シンポジウム6
超高齢社会に立ち向かう救急看護

座長:芝田 里花(医療法人久仁会 宇都宮病院)、星 豪人(医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院)

14:00 ~ 14:13

[SY6-04] 救急看護師が地域を知ることの意義
～生活を見据えた救急看護～

○土倉 万代[1] (1. 医療法人土倉内科循環器クリニック)

キーワード：救急看護、地域包括ケアシステム、訪問診療、訪問看護、在宅医療、在宅介護、救急搬送

増加する救急搬送と超高齢社会に立ち向かうために、救急看護師は何をすべきだろうか。２０４０年頃に、生産年齢の人口を中心に減少し８５歳以上を中心に増加すると見込まれる。また、２０２０年と比較して８５歳以上の高齢者救急搬送は７５％増加し、８５歳以上の在宅医療の需要は６２％増加する一方で、医療従事者の確保は困難になるとされている。同時に、人口動態の変化に伴い医療の需要と提供体制などの地域格差が拡大するために、地域ごとの課題や医療体制のあり方は異なっていていくことは明らかである。

繰り返す慢性疾患の救急搬送や延命処置を望まない救急搬送は、救急領域では日常ではないだろうか。また、緊急時に搬送されてきた患者の生活を把握することは時間的に困難を要することも容易に想像がつく。しかし、超高齢社会を迎え在宅医療や介護制度の構築が進み、医療依存度の高い患者や慢性疾患など抱えて医療や介護サービスを受けながら療養生活をしている人も増加している。つまり、救急看護は自宅や施設などで療養している患者が救急搬送されるため、それを充分に理解した質の高い救急看護が求められるのではないだろうか。そうは言っても、「一体在宅療養というものがどういうものなのか」「地域とどのように連携すれば良いのか」「訪問診療や訪問看護などはどのようなことができるのか」など、救急搬送される患者がどのように医療や介護を受けているかなど基本的な知識や制度を実務で知る機会はない現状にある。

救急認定看護師として救急看護の経験を経て在宅医療、在宅看護の領域へ身を移して１０年が経過し、救急看護と在宅看護の橋渡しとしてできることを模索してきた。救急看護は、超高齢社会を迎えた今命を救うことはもちろんのこと、その人の暮らしを見据えること、そしてその地域を知って地域での課題を自分たちで解決していく事が必要になってきたと感じている。救急外来で看護師ができることは時間的にも限られている中でどのように暮らしを見据えた救急看護を実践していくのかは課題が多いが、その視点を持って救急看護を実践することはいずれ不必要な救急搬送へつながるのではないかと考えており、今回このシンポジウムで改めて救急看護師が地域を知ることの意義について共に考えたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第5会場(2階 小ホール)

[PD1] パネルディスカッション1
救急看護師の継続教育とキャリア継続の課題と対応―課題から学ぶこれからの形―

座長:村上 香織(近畿大学病院)、山崎 誠(愛媛県立中央病院 高度救命救急センターICU)

10:23 ~ 10:38

[PD1-01]

中堅看護師の教育的負担軽減に向けた救命ラダーの導入と育成支援体制の工夫

○尾崎 美聡[1] (1. 独立行政法人国立病院機構北海道医療センター)

10:38 ~ 10:53

[PD1-02]

“極める”だけが正解じゃない！救急看護師の多様なキャリアと学びを支える組織のかたち

○松岡 遼平[1] (1. 地方独立行政法人東京都立病院機構　東京都立多摩総合医療センター)

10:53 ~ 11:08

[PD1-03]

救急看護師の継続教育とキャリア継続に関する課題から考えるこれからの形
―看護管理者・大学院修了者の立場から―

○吉田 紀子[1] (1. 獨協医科大学病院　集中治療センター)

11:08 ~ 11:23

[PD1-04]

救急看護師の継続教育とキャリア形成―課題から学ぶこれからの形―

○杉本 環[1] (1. 日本看護協会看護研修学校　認定看護師教育課程)

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第5会場(2階 小ホール)

[PD1] パネルディスカッション1
救急看護師の継続教育とキャリア継続の課題と対応―課題から学ぶこれからの形―

座長:村上 香織(近畿大学病院)、山崎 誠(愛媛県立中央病院 高度救命救急センターICU)

10:23 ~ 10:38

[PD1-01] 中堅看護師の教育的負担軽減に向けた救命ラダーの導入と育成支援体制の工夫

○尾崎 美聡[1] (1. 独立行政法人国立病院機構北海道医療センター)

キーワード：育成支援体制、救命ラダー

当センターは、救命病棟・EICU・ERの3セクションで構成されており、スタッフは日々の業務割に応じてそれぞれのセクションを担当している。重症患者の受け入れや多職種連携、急変対応などが日常的に求められる現場であり、スタッフには高い判断力と即応力が必要とされる。そのため、早期戦力化と育成支援は重要な課題となっていた。これまで中堅看護師が教育係として既卒や若手の育成を担ってきたが、経験年数で“できて当然”と見なされることも多く、段階的に学ぶ仕組みが整っていない中で、実際の現場では高いスキルや判断力が当然のように求められていた。特に異動者や既卒者は、十分な支援がないままリーダー業務やER対応に導入されるケースもあり、教える側・教わる側の双方が不安や戸惑いを抱える状況が続いていた。導入前は、重症患者の受け持ちやER対応、リーダー業務などに向けた明確な評価基準が存在せず、技術項目ごとに多数のチェックリストが存在していたが、統一的な指標がなく、教育の進捗やゴールが曖昧になりやすかった。その結果、重症患者への自立やER導入に至るまでに時間を要し、本人の準備状況も判断しづらいという課題があった。このような状況を受け、2023年度より日本救急看護学会の救急看護師クリニカルラダーを参考に、当センター独自の「救命ラダー」を導入し、段階的な育成支援と評価の仕組みを整備した。ラダーはレベル0～5の6段階で構成され、レベル0はすべてのスタッフを対象に夜勤導入前の必須評価項目とし、新採用者・異動者問わず初期段階での基礎的観察力・判断力の確認を行っている。本格的な救命ラダー（レベル1以降）は卒後2年目以降のスタッフが対象で、段階的に取り組む構成とした。評価項目は「呼吸・循環・脳神経・体温・外傷・その他・病棟役割・ER・災害」の9項目で構成されており、各レベルにフィジカルイグザミネーションからフィジカルアセスメントまでを必須項目として組み込んでいる。特にABCD（気道・呼吸・循環・意識）に該当する内容は各レベルでクリア必須項目とし、現場で求められる観察力や判断力を確実に習得できるようにした。評価は自己評価と他者評価（教育係・認定看護師・副師長など）を併用し、双方の認識のズレを振り返ることで個々の課題や強みを可視化している。また、評価結果は教育係間で共有され、支援のばらつきが起こらないよう工夫している。さらに、リーダー業務やER導入などの病棟役割についてもラダーの進行状況を指標として活用できるようにし、2024年度には育成段階と役割導入を連動させたフローチャートを作成。本人の成長段階と支援内容の関係性が明確になったことで、支援の見通しが持ちやすくなり、教育係同士での共通認識も深まった。救命ラダーの導入により、育成の方向性や評価基準が明確になり、支援の質と継続性が向上した。さらに、スタッフ自身が成長過程を自覚しながら取り組める仕組みとなったことで、自律的な学習やキャリア形成への意識にも変化が生まれている。今後は、病棟全体で育成を支える文化の醸成と、評価内容のさらなる精緻化を進め、実情に応じた運用の継続・発展を図っていく予定である。

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第5会場(2階 小ホール)

[PD1] パネルディスカッション1
救急看護師の継続教育とキャリア継続の課題と対応―課題から学ぶこれからの形―

座長:村上 香織(近畿大学病院)、山崎 誠(愛媛県立中央病院 高度救命救急センターICU)

10:38 ~ 10:53

[PD1-02] “極める”だけが正解じゃない！救急看護師の多様なキャリアと学びを支える組織のかたち

○松岡 遼平[1] (1. 地方独立行政法人東京都立病院機構　東京都立多摩総合医療センター)

キーワード：キャリア、教育

救急看護の臨床現場では、プレホスピタルケア、初期診療、集中治療といった高度で専門的な知識・技術が求められるため、継続的な学習と専門的なキャリアの積み重ねが必要不可欠とされてきた。一方で、看護師自身がそのキャリアをどのように捉え、どう向き合っていくのかについては個々により異なる。昨今では、労働に対する価値観が多様化し、出産・育児や介護などさまざまなライフステージにある看護師も多い。このような背景を踏まえると、「専門性の追求」や「管理職へ昇進」という一方向のモデルだけでは限界がある。救急看護における従来のキャリアパスは、いわゆる「達人」を目指すスタイルであり、目標を明確に描ける看護師にとっては適合するが、「今のままでも十分」と感じる看護師にとっては、その枠組み自体がモチベーションを損ね、離職や燃え尽きにつながるリスクがある。これからの救急看護教育には、画一的なキャリア到達モデルではなく、「多様な到達点を持つキャリアの道筋」を支える視点が求められている。

A病院の救命救急センターでは、看護師一人ひとりのキャリアを支援するため、キャリア志向や働き方、大切にしている価値観に寄り添った組織的な支援体制を構築している。その中核を担うのが、看護管理者によるキャリア支援と、パートナーシップ・ナーシング・システム（以下PNS）を基盤としたチーム運営である。看護師長および副看護師長は、日常的な関わりの中でスタッフのキャリアへの考え方や働き方の希望、生活背景などを把握し、個々に応じた育成方針や役割の設定、勤務環境の調整を行っている。また、PNSを基盤としたチーム運営では、各チームリーダーが、単なる業務調整役にとどまらず、チームメンバー一人ひとりの「やりたい看護」や「大切にしたい看護」について、対話を通じて丁寧に汲み取り、それらをチームの目標や活動に反映させている。こうした活動は、看護師長や副看護師長の指示によって動かされるのではなく、リーダー自身がメンバーと協働しながら主体的に進めている。このような仕組みにより、「こうありたい」「こうしたい」という意志を組織全体で支えることが可能であると考える。

このように、専門性を極めるような救急看護のキャリアの枠組みに個を当てはめるのではなく、個の多様性に組織が寄り添い、キャリアとして認めて支援することが“これからの形”には求められていると考える。教育の視点からだけでなく、マネジメント・組織文化の視点も含め、救急看護のこれからの教育の形についてパネルディスカッションで議論を深めていきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第5会場(2階 小ホール)

[PD1] パネルディスカッション1
救急看護師の継続教育とキャリア継続の課題と対応―課題から学ぶこれからの形―

座長:村上 香織(近畿大学病院)、山崎 誠(愛媛県立中央病院 高度救命救急センターICU)

10:53 ~ 11:08

[PD1-03] 救急看護師の継続教育とキャリア継続に関する課題から考えるこれからの形
―看護管理者・大学院修了者の立場から―

○吉田 紀子[1] (1. 獨協医科大学病院　集中治療センター)

キーワード：継続教育、キャリア継続

救急看護は専門性が高く、その中でも細分化された分野があり、救急看護師の役割や実践は多様化かつ複雑化している。幅広い役割を遂行する上でも、様々な専門的知識を習得する上でも、その基盤となるのは継続的な学習と経験の積み上げが必須となる。しかし現状では、継続教育やキャリア形成の機会が十分に確保されにくい構造がある。継続教育の課題では、勤務時間外・勤務時間内での教育機会確保の困難さがある。働き方改革による時間外労働の抑制は、看護師の健康面やワークライフバランス改善に寄与する一方で、これまで時間外に実施していた勉強会やシミュレーション研修の時間確保を困難にしている。12時間夜勤など、夜勤負担軽減の対策もあるが、勤務体制が多様になることで勉強会やカンファレンスの時間設定も困難となっている。繁忙時や人的資源の不足からon the job trainingが行えず、安全な業務遂行が優先され、経験の機会を減少させてしまう場面もある。また、教育担当者の負担増加も課題となる。新人教育や中堅看護師のスキルアップを担う立場は、多くが中堅層であり、通常業務に加えて教育業務が上乗せされる。教育計画の立案、評価、フィードバックには相応の時間とエネルギーが必要であるが、それが業務負荷過多となるリスクがある。キャリア継続の課題では、救急看護師は、夜勤・急患対応・精神的負担といった過酷な勤務環境により離職率が高い傾向がある。特に中堅層の年代では、ワークライフバランスの両立が課題となり、キャリア継続の断念や部署異動に繋がりやすい。

継続教育やキャリア支援の課題が多くある中で、教育の形態は多様になってきている。院内研修の他にも学会や専門団体が行う講義、シミュレーション教育、グループワーク、e-learningなど様々な教育形態がある。これらの機会をうまく活用しながら学習を積み上げるには、学習者が自身の学習ニーズに合った方法を選択できるような「考える力」が必要となる。そのために、看護管理者として、内発的動機付けを刺激するようなキャリア面談や役割モデルの存在を見つけられること、日々の実践の中で看護を語れるような機会やしかけをつくっていく必要がある。近年では、大学院の教育課程で学修を積み上げる人も増加している。大学院教育では、考える力を高める、根拠をもった看護を探求する、看護の意味を考える、説明する力を高める、仲間や世界の広がりなど多くの学びや財産を得られる。実践者として経験を積み上げた後で、理論的な意味付けを重ねることで学び得るものは非常に大きい。しかし、学費の面や学習課題を達成する上での努力や苦労も多く、本人のモチベーションや学習への意味づけも重要となる。大学院の学修が効果的な学びとなるように、レディネスを高め、モチベーションや学習する意味を相互確認することも看護管理者にとって重要な役割の一つとなると考える。

また、看護管理者は、様々な教育形態の中から、自部署や組織で必要な学習内容を提示できることや、研修を受講する上での勤務時間や経済的支援、教育活動へのインセンティブを意思

©一般社団法人日本救急看護学会

決定し、学習者と指導者の両者に説明できることが求められる。
　学習活動や教育活動に関するしくみづくり、教育活動の価値を可視化する取り組みが重要となる。今後は、看護管理者と、学習者、教育担当者が相互に学習し合いながら、「これからの形」を共に作り上げていきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第5会場(2階 小ホール)

[PD1] パネルディスカッション1
救急看護師の継続教育とキャリア継続の課題と対応―課題から学ぶこれからの形―

座長:村上 香織(近畿大学病院)、山崎 誠(愛媛県立中央病院 高度救命救急センターICU)

11:08 ~ 11:23

[PD1-04] 救急看護師の継続教育とキャリア形成―課題から学ぶこれからの形―

○杉本 環[1] (1. 日本看護協会看護研修学校　認定看護師教育課程)

キーワード：キャリア継続、継続教育、救急看護師

現在、本邦は少子超高齢化社会を迎えており、人口構造や疾病構造変化の影響に加え、医療費削減の観点から在院日数短縮やニーズの変化により療養の場も多様化している。そのため地域医療構想の実現や地域包括ケアシステムの推進に向け、多職種連携強化により適切な保健・医療・福祉の提供体制整備が重要である。救急医療においては、救急外来受診者の高齢化による複数疾患合併や老々介護、独居者の増加など患者の抱える問題が疾患以外にも複雑に発生しており、解決困難な看護問題を持つ患者・家族が多く、生活支援が必要な患者の受診も増加している。医療者側では、生産人口の減少により人材の不足が懸念されるなか医師の働き方改革も加わり、救急看護師には、高度な専門知識と迅速な判断力により患者の生命を守り、患者の重症化を予防し、あらゆる人々の生活を地域で支えるために対象の多様性・複雑性に対応した看護を創造する能力が求められる。今後の保健・医療・福祉の提供体制整備に向けては、看護師の基礎教育に加え継続教育の在り方も再検討されており、本セッションでは、救急看護師の役割拡大も含めた在り方と継続教育、キャリア形成について検討していきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:50 第3会場(1階 中ホール)

[PD2] パネルディスカッション2
医療機関に所属する救急救命士「どこまで看護師と救急救命士は協働しているのか」

座長:藤井 美幸(国立国際医療センター)、齊藤 麻知子(公益社団法人 日本看護協会 看護研修学校)

13:20 ~ 13:35
[PD2-01]
救急救命士制度の変遷と未来像　～医療機関の救急救命士の現状と課題～
○喜熨斗 智也[1] (1. 日本救急救命士会、国士舘大学大学院救急システム研究科)

13:35 ~ 13:50
[PD2-02]
院内救急救命士からみた看護師との協働
○井沼 浩政[1] (1. 医療法人徳洲会　札幌東徳洲会病院)

13:50 ~ 14:05
[PD2-03]
A病院救命救急センターにおける院内救命士の業務実施体制の現状と課題
○佐々木 信子[1] (1. 青森県立中央病院救命救急センター)

14:05 ~ 14:20
［PD2-04］演題取下げ

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:50 第3会場(1階 中ホール)

[PD2] パネルディスカッション2
医療機関に所属する救急救命士「どこまで看護師と救急救命士は協働しているのか」

座長:藤井 美幸(国立国際医療センター)、齊藤 麻知子(公益社団法人 日本看護協会 看護研修学校)

13:20 ~ 13:35

[PD2-01] 救急救命士制度の変遷と未来像　～医療機関の救急救命士の現状と課題～

○喜熨斗 智也[1] (1. 日本救急救命士会、国士舘大学大学院救急システム研究科)
キーワード：救急救命士、病院救命士、タスクシフト/シェア

救急救命士は1991年に創設された、医療資格の中では比較的新しい国家資格である。その創設背景には、1990年代初頭の救急医療体制における課題がある。当時、医療機関内の救急医療は量的に充足しているとされていた一方で、「病院前」、すなわち負傷者が発生した現場から医療機関に搬送されるまでの過程における医療提供の不足が指摘されていた。ドクターカーのように医師が現場へ出向く体制も検討されたが、医師の絶対数が限られている現実から、医師以外の人材が病院前医療を担う必要性が高まり、新たな国家資格として救急救命士が創設された。

法的には、①行為の対象者（重度傷病者）、②場所（発生現場から医療機関に搬送されるまでの間）、③行為（定められた救急救命処置に限る）が限定されることで、病院前において医師の指示に基づく医療行為が可能となり、制度運用とともに救急救命処置の範囲も拡充されてきた。現在では、気管挿管、乳酸リンゲル液による静脈路確保と輸液、アドレナリンやブドウ糖の投与など、計33項目の処置が実施可能である。

さらに、医師から他職種へのタスク・シフト／シェアを推進する社会的動向の中で、2021年10月には救急救命士法が改正され、医療機関に搬送された傷病者に対しても、入院するまでの間に限り、医療機関内で救急救命処置を行うことが可能となった。この法改正により、救急救命士が病院内で役割を担うための法的根拠が明確化され、「医療機関所属の救急救命士（いわゆる病院救命士）」の活躍が広がりを見せている。

2024年3月31日現在、救急救命士の登録者数は72,849人であり、そのうち44,919人（62%）が消防機関に所属している。その他、自衛隊（陸・海・空）、海上保安庁、医療機関、教育機関、民間企業など、多様な現場で従事しており、令和5（2023）年の「医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」によると、医療機関に所属する救急救命士は1,866人である。

医療機関における救急救命士の主要業務には、①救急外来における診療補助（救急救命処置の実施）、②救急車の応需可否判断や転院調整などのコーディネート業務、③ドクターカー（ラピッドレスポンスカー）や病院救急車（転院搬送車）の運用が挙げられる。一方で、医療機関所属の救急救命士が抱える課題としては、①入院後に急変した患者には救急救命処置を実施できない、②乳酸リンゲル液以外の輸液剤が使用できない、③救急救命士の業務では診療報酬を算定できない、などがある。

また、医療機関所属の救急救命士の多くは40歳未満であり、1つの医療機関に所属する救急救命士が数名である施設が多数を占める。すなわち、若手の救急救命士が少人数で業務体制を構築しなければならないという困難な状況にある。

このような背景のもと、医療機関における救急救命士と看護師の協働についても、施設ごとに成熟度に差があるのが実情である。加えて、医療機関における救急救命士に対しては「医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置実施についてのガイドライン」が示されているものの、統一された救急救命士の業務、教育体制については確立されておらず、看護師との業務の分担と

©一般社団法人日本救急看護学会

連携の明確化は今後の重要な課題である。今後、救急救命士は病院前のみならず医療機関内においても一層の役割を担い、看護師をはじめとする多職種との協働のもと、急性期医療全体の質の向上に寄与する体制の構築が期待される。

本発表では、これらの医療機関所属の救急救命士の課題と展望について日本救急救命士会および日本病院救急救命士ネットワークの活動と現況を踏まえ言及する。

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:50 第3会場(1階 中ホール)

[PD2] パネルディスカッション2
医療機関に所属する救急救命士「どこまで看護師と救急救命士は協働しているのか」

座長:藤井 美幸(国立国際医療センター)、齊藤 麻知子(公益社団法人 日本看護協会 看護研修学校)

13:35 ~ 13:50

[PD2-02] 院内救急救命士からみた看護師との協働

○井沼 浩政[1] (1. 医療法人徳洲会　札幌東徳洲会病院)

キーワード：救急救命士

【はじめに】当院では2020年より院内救急救命士の採用を開始。看護師との協働という視点で業務内容を紹介するとともに現在抱える課題について考える。
【ER業務】院内救急救命士はバイタル測定や検査移送など、看護師は採血や薬剤投与などとそれぞれの専門性を理解し役割を明確にすることで負担軽減や看護に徹する環境を整え、質の高い救急医療の提供を目指す。
【搬送業務】もともと看護師の同乗を必要としていた転院搬送を含め全ての事案を院内救急救命士が担い看護師の負担軽減を図る。また、看護師同乗基準を設け、必要な事例には看護師の同乗を依頼できる体制を構築し安全な患者搬送を実施する。
【課題】法改正から4年が経過した今でも、救急救命士という職種について漠然としている現状がある。特に医療行為については、何ができて何ができないなどが理解されておらず、それらによりお互いの関係性が横の関係ではなく上下の関係となることが必発する。また、救急救命士は病院前救護を想定した資格であり、病院内という場の拡大されたものの、院内で行われる医療においてはかなりの制限があることも理解を得られにくい要因となっているのではないかと考える。
【考察】看護師も救急救命士もどちらも人命を救う医療専門職である。それぞれの専門性を互いに理解し役割を明確にすること、相互に補完し合うことで、より円滑で質の高い救急医療体制を築いてくことができると考える。
【最後に】多職種連携の第一歩はお互いを理解し尊重することである。患者利益という同じ目標に向けて更なる信頼関係の構築を図っていく。

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:50 第3会場(1階 中ホール)

[PD2] パネルディスカッション2
医療機関に所属する救急救命士「どこまで看護師と救急救命士は協働しているのか」

座長:藤井 美幸(国立国際医療センター)、齊藤 麻知子(公益社団法人 日本看護協会 看護研修学校)

13:50 ~ 14:05

[PD2-03] A病院救命救急センターにおける院内救命士の業務実施体制の現状と課題

○佐々木 信子[1] (1. 青森県立中央病院救命救急センター)

キーワード：院内救命士、タスク・シフト/シェア、教育

青森県は高齢化率が全国平均を上回り、今後10年間でさらに進行する見込みとなっている。このような社会的背景が医療にもたらす課題として、医療サービス需要の増加、医療ニーズの複雑化があり、従来の役割分担だけでは地域医療を維持することが困難になることが示されている。また、人口減少や都市部への人口流出に伴い、医師や看護師をはじめとする医療従事者の人手不足の深刻化も懸念されている。

A病院は、青森県の全次型救急医療施設として、年間受診者数16,000人、うち救急車搬入台数5,000台を受け入れており、地域において救急医療の中核を担っている総合病院である。A病院においても医師の働き方改革の推進や高齢者の救急搬送患者の増加などの地域の課題に対応するため、救急医療体制の維持を見据えたタスク・シフト/シェアの取り組みを行っている。そのうちの一つとして、2021年度から救急救命士（以下、院内救命士）の採用を開始し、現在は6名の院内救命士が救命救急センターに所属している。A病院の院内救命士との業務実施体制の構築の現状と課題について報告する。

採用開始当初の院内救命士の業務は、ドクターヘリ搬送患者で使用する病院救急車での搬送など、搬送業務が中心の活動だったが、救急救命士が持つスキルを最大限に活用できるよう、順次、医師・看護師業務のタスクシフトを進めた。院内救命士が実施する業務については、救急救命士が行う救急救命処置33項目とドクターヘリ及びドクターカーの搬送業務、救急外来における看護師業務、看護補助者業務の一部についてタスク・シフト/シェアを検討し、実施範囲とした。これらの業務は、それぞれに異なる院内救命士の実務経験に応じて、A病院の定める研修期間を設けるとともに、業務毎にチェックリストを作成し、個別に知識や技量を確認し指導を受けた後に業務実施可能となるように体制を整備した。院内救命士が行う処置や業務は、医師、看護師、救急救命士らで組織する院内メディカルコントロール委員会で定期的に検証し、質の確保と継続教育の充実を図っている。また、救命救急処置以外で医療従事者としての基礎的な知識やスキルの習得、A病院における業務上のルールを理解する目的で、医療安全や感染管理をはじめとする看護部の新採用者対象研修、クリニカルラダー研修の受講を教育プログラムに加えている。さらに病院での処置方法や救急看護業務のなかで行われる患者へのケアについてはOJT（On the Job Training）で指導を行っている。

これまで、院内救命士の業務実施体制の構築に向けて、業務マニュアルの作成と業務遂行のために必要な教育プログラムを整備してきた。院内救命士の採用から5年目となり、ドクターヘリやドクターカーの搬送患者への対応や院内トリアージの実施、心肺停止患者の初期対応など業務内容が拡大し、医師・看護師との協働のなかで、その質を担保しながら救急外来業務に係る人員の確保、役割分担による業務の効率化につながっている。他にも、院内BLS講習のインストラクターを担うなど院内における役割も拡充してきた。しかし、より救急救命士の専門性を活かし

©一般社団法人日本救急看護学会

ながら協働するためには、教育的背景を考慮した院内の教育体制の更なる整備が必要であると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 15:00 ~ 16:30 第2会場(1階 大ホールC)

[PD3] パネルディスカッション3
救急医療における特定行為研修修了者の振る舞い～特定行為修了者の看護実践と今後の展望について語る～

座長:斉藤 大介(国立病院機構北海道医療センター 救命救急センター)、後小路 隆(令和健康科学大学 看護学部看護学科)

15:00 ~ 15:12

[PD3-01]

救急医療における特定行為の実践と対応フェイズについて

○三浦 友也[1] (1. 公立大学法人 横浜市立大学附属病院 看護部)

15:12 ~ 15:24

[PD3-02]

三次救急病院において特定看護師が活躍するために

○天谷 愛[1] (1. 東京都立広尾病院)

15:24 ~ 15:36

[PD3-03]

A大学病院における特定行為看護師の活動等に関する現状や課題-看護管理者の立場から-

○渕本 雅昭[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院救命救急センター)

15:36 ~ 15:48

[PD3-04]

救急医療における特定行為研修修了者の役割と期待

○桑村 直樹[1] (1. 医療法人渓仁会 手稲渓仁会病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 15:00 ~ 16:30 第2会場(1階 大ホールC)

[PD3] パネルディスカッション3
救急医療における特定行為研修修了者の振る舞い～特定行為修了者の看護実践と今後の展望について語る～

座長:斉藤 大介(国立病院機構北海道医療センター 救命救急センター)、後小路 隆(令和健康科学大学 看護学部看護学科)

15:00 ~ 15:12

[PD3-01] 救急医療における特定行為の実践と対応フェイズについて

○三浦 友也[1] (1. 公立大学法人 横浜市立大学附属病院 看護部)

キーワード：特定行為、特定行為研修修了看護師、手順書、救急領域パッケージ

特定行為研修の制度開始から約10年が経過し、2025年3月時点での特定行為研修修了者は11,840人に達した。特定行為研修修了看護師（以下、特定行為看護師）は、高度で柔軟な診療補助を担う人材として、救急医療現場においても活用が期待されている。

当院は大学病院の二次救急医療機関として、令和6年度に8,684件の救急搬送を受け入れた。そのうち約10%が集中治療部門や救急科病棟に入院している。今回、特定行為看護師の活動を整理するため、①初期治療フェイズ、②全身状態が安定した段階のフェイズに分けて考察した。

①初期治療フェイズ　初期治療フェイズでは、救急外来において搬送直後は全身状態が不安定な患者が多い。特定行為の手順書が定める「意識状態の悪化なし」「バイタルサイン安定」などの条件を満たさず、特定行為の実施は限定的である。例えば、ショックや重症外傷、急性呼吸不全など、緊急度・重症度が極めて高い症例では、医師主導での迅速な処置が優先されるため、特定行為を実践できる機会は限られる。一方で、特定行為看護師がもつ高度な病態アセスメント能力は、重症度・緊急度の判断や医師への迅速な情報提供、処置準備などの非侵襲的ケアを通して重要な役割を果たしている。

②
全身状態が安定した段階のフェイズ　患者の全身状態が安定した段階では、特定行為の手順書の条件を満たすケースが増え、実際に複数の特定行為が実践されている。当院では救急・集中モデル修了者1名、外科術後病棟管理領域パッケージ修了者9名がICU、HCU、救急科病棟で活動している。その活動の中で、救急領域パッケージの5区分9行為には含まれない特定行為も多く実践しており、腹腔ドレーンや胸腔ドレーンの抜去、中心静脈カテーテルの抜去、直接動脈穿刺法による採血、橈骨動脈ライン確保などを行っている。これらは医師が手術や他の急患対応で不在の際や、集中治療部門から病棟への転棟直前などに実施され、業務効率化や患者の円滑な転棟に貢献している。　当院には救急領域パッケージの特定行為看護師は在籍していないが、他の特定行為区分を修了した看護師により、救急領域パッケージに含まれない特定行為が多く実施されている実態がある。救急医療の現場において、術後管理などの特定行為が有効に活用される場面も多い。救急医療における特定行為の実践は、施設特性や患者特性に応じ、領域別パッケージや特定行為の選択が必要であり、救急領域パッケージの5区分9行為だけに限定すべきではないと考える。　看護管理者として、今後は現場の声を反映しながら、特定行為看護師が安全かつ効果的に実践できる体制を整備し、活躍の場を広げていくとともに、特定行為の活用による業務効率化と医療の質向上を両立させ、救急医療におけるチーム医療の発展に寄与していきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 15:00 ~ 16:30 第2会場(1階 大ホールC)

[PD3] パネルディスカッション3
救急医療における特定行為研修修了者の振る舞い～特定行為修了者の看護実践と今後の展望について語る～

座長:斉藤 大介(国立病院機構北海道医療センター 救命救急センター)、後小路 隆(令和健康科学大学 看護学部看護学科)

15:12 ~ 15:24

[PD3-02] 三次救急病院において特定看護師が活躍するために

○天谷 愛[1] (1. 東京都立広尾病院)

キーワード：特定行為

当院では、令和2年に認定看護師が特定行為研修を修了し、院内での活動を開始し、現在7名の認定看護師が特定行為を実践している。また、令和6年2月には看護師特定行為研修指定研修機関に認定され、自施設内での特定行為研修を開始した。令和7年4月よりジェネラリストの特定行為研修修了者6名が誕生し、合計13名が活動している。

令和6年度の救急部門に所属する認定看護師4名による特定行為実践は134件であった。行為の内訳は、侵襲的陽圧換気の設定の変更78件（58%）、持続点滴中の降圧剤の投与量の調整15件（11%）、持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整14件（10%）であった。実施場所は、自部署が128件（96%）であった。対象患者の診療科は、脳神経外科47件（35%）、救命科40件（30%）、循環器科35件（26%）であった。実施勤務帯は日勤帯が54件（40%）、夜勤帯が80件（60%）であった。介入契機として、特定看護師からの提案が79件（59%）、医師からの依頼や事前相談が43件（32%）、病棟看護師からの相談が10件(7%)であった。最も実施数の多い侵襲的陽圧換気の設定の変更に要した時間は、設定変更後の評価や再調整を含めて平均166分、記録に平均25分かかっていた。また、救急部門に所属するジェネラリストの特定行為実施件数は、令和7年4月から7月の4か月間で、侵襲的陽圧換気の設定の変更2件、非侵襲的陽圧換気の設定の変更1件の合計3件であり、いずれも医師や認定看護師と共に実施していた。

医師が常駐している病院でも、医師は昼夜を問わず手術や処置に追われ、患者対応をタイムリーにできないことがある。当院における実践結果からも夜間帯の実施が多く、主治医が不在となる時間帯の介入のニーズが高いと言える。また、中規模から大規模の病院では診療科が専門ごとに細分化していることが多い。人工呼吸管理を含む全身管理を特定看護師が共に担うことで、医師の専門外である管理でも一貫した介入ができ、シームレスな医療の提供が可能になると考える。

そして、特定行為研修修了者には、特定行為の実践を目的とするのではなく、特定行為を手段として看護を展開することが求められる。一方で、特定行為研修修了者が自信をもって活動するためには、実践経験を積む必要がある。研修修了直後の実践件数が少ない理由に、自信をもって一人で実施できずフォローを必要とし、時間も要するため実践に踏み込めないことが考えられる。そのため、特定行為研修修了者が自信をもって実践できるようになるまでのサポート体制の構築が課題である。当院では、特定行為推進連絡会を立ち上げ、特定看護師の活動の周知や実践症例検討、知識や技術を維持向上するためのフォローアップ研修の企画を行っている。また、特定看護師全員がRRTやRST、NST、術後疼痛管理チーム、認知症ケアチームのチーム活動に参加し、活動範囲を拡大している。特定行為の実践だけではなく、アセスメントや看護職員への指導についても特定看護師の実践として、経験を自信に繋げていきたい。

本セッションでは、特定行為研修修了者が、研修修了をゴールではなくスタートとして実践の場で活躍するための課題と解決策について、皆様と議論、共有していきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 15:00 ~ 16:30 第2会場(1階 大ホールC)

[PD3] パネルディスカッション3
救急医療における特定行為研修修了者の振る舞い～特定行為修了者の看護実践と今後の展望について語る～

座長:斉藤 大介(国立病院機構北海道医療センター 救命救急センター)、後小路 隆(令和健康科学大学 看護学部看護学科)

15:24 ~ 15:36

[PD3-03] A大学病院における特定行為看護師の活動等に関する現状や課題-看護管理者の立場から-

○渕本 雅昭[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院救命救急センター)

キーワード：大学病院、看護管理者、特定行為看護師

特定行為研修が2015年に制度化されて、およそ10年経過した。複数の特定行為研修を修了した看護師を組織内に配置し活用している医療施設が増加しつつある。しかしながら一方では、研修を修了した看護師の活動を期待しつつも育成配置に困難を抱える組織もある。また、特定行為看護師は確保しているものの、それ以上人数が増えず、特定行為看護師が期待通りに能力発揮できない環境に置かれている組織もあることと考える。それら課題に対し、厚生労働省は組織的に配置・活用するための方策として「特定行為研修修了看護師の組織的配置・活用ガイド」も作成し、国としてより推進していくことが理解できよう。そのガイドラインでは、特定看護師未導入の組織がどうすれば効果的効率的に修了看護師を育成配置できるか、研修を修了した看護師を配置したがそれ以上増員できない組織が、何をしたら特定行為看護師の活動を普及できるか、ということなどが課題としてあげている。患者家族をはじめ、国民に対して組織としてより良い医療提供をおこなうため、特定行為研修修了看護師の活動を説明するため、そして、特定行為看護師に孤立した活動をさせないため、組織的に特定行為研修修了看護師の導入、特定行為看護師の複数配置・活用普及に取り組むことが重要と示している。

A大学病院は、特定行為研修指定研修機関でもあり、大学附属の3病院に勤務する看護師を主として研修を行っている。しかしながら、特定行為看護師の数は増えても組織全体の周知や特定行為の実践を行う機会が少ないなど、ガイドラインで取り上げられていることに酷似した課題がある。現在、院内の全特定行為看護師と看護管理者を交えたワーキングを月に1回設けているが、トレーニング期間や手順書の作成・承認など時間を要していることも課題の要因の1つでもある。演者自身、特定行為看護師と看護管理者の役割を持つが、特定行為看護師として、看護師長としてそれぞれの課題があると考えている。看護管理者の役割と責任の１つとして，人材と組織は「できるもの」ではなく「つくるもの」という認識が必要であることから、人材マネジメント力を高め、タスク・シフト/タスク・シェアの推進に向け、時代の変化に柔軟に対応する意識をもたなければならないと考えている。

本発表では、テーマである「救急医療における特定行為研修修了者の振る舞い」より、A大学病院における特定行為看護師の活動等に関する現状や課題をふまえて、組織的な特定行為看護師の活用について看護管理者の立場から報告する。

©一般社団法人日本救急看護学会

パネルディスカッション | パネルディスカッション

2025年11月8日(土) 15:00 ~ 16:30 第2会場(1階 大ホールC)

[PD3] パネルディスカッション3
救急医療における特定行為研修修了者の振る舞い～特定行為修了者の看護実践と今後の展望について語る～

座長:斉藤 大介(国立病院機構北海道医療センター 救命救急センター)、後小路 隆(令和健康科学大学 看護学部看護学科)

15:36 ~ 15:48

[PD3-04] 救急医療における特定行為研修修了者の役割と期待

○桑村 直樹[1] (1. 医療法人渓仁会 手稲渓仁会病院)

キーワード：看護師特定行為研修、救急看護

「特定行為研修に係る看護師の研修制度」は、国の医療・介護総合確保の推進事業の1つとして2015年より研修制度が開始された。2025年3月現在で全国の指定研修機関は462機関であり、大学、大学病院、一般病院、医療関係団体等多岐にわたっている。特定行為研修の修了者も2025年3月現在で11,840名となっている。当法人でも2020年度より特定行為研修の指定研修機関として「術中麻酔管理領域パッケージ」と「在宅・慢性期領域パッケージ」の2つのパッケージ研修を実施しており、2025年6月末現在5期生37名の修了生を輩出している。内訳は法人内看護師25名、法人外看護師12名となっており法人内看護師が多くを占めているが、徐々に法人外の看護師が増加している。当院における特定行為研修修了者は19名で内訳は術中麻酔管理領域パッケージ13名、在宅・慢性期領域パッケージ3名、その他3名（当法人以外の指定研修機関で修了）となっている。術中麻酔管理領域パッケージの修了者の所属先は救命救急センター2名、集中治療室6名、手術室4名、検査部門2名となっている。

当院の救急領域の特定行為研修修了者が現在2名在籍しており、うち1名は術中麻酔管理料域パッケージ修了者で、もう1名はB課程クリティカルケア認定看護師である。救急科医師に対する特定行為の周知は行われているが、研修医のローテーション等もあり特定行為の実践件数としては伸び悩んでいる現状もある。今年度は、さらに特定行為研修修了者の活用を推進すべく看護部および診療科を中心として取り組みを行っている。

特定行為研修修了者へ期待される役割として日本看護協会ホームページでは、「特定行為研修で医学的知識・技術を強化した上で、病態の変化や疾患、患者の背景等を包括的にアセスメント・判断し、看護を基盤に、特定行為も含めた質の高い医療・看護を効率的に提供することが期待される。」と示しており、特定行為研修修了者は特定行為の実施のみならず臨床推論力や病態判断力を駆使して患者の状態を適切にアセスメントし、それを看護ケアに活かすことが求められている。

今回のパネルディスカッションでは、当法人の特定行為研修や修了生の活動状況、当院での状況等も踏まえながら、今後の特定行為研修のあり方や修了者に期待される役割についてディスカッションさせていただきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

特別企画 | 特別企画

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:50 第5会場(2階 小ホール)

[SP1] 特別企画1
JTAS2023認定プロバイダーコース開催に関する説明会

座長/発表者:木澤 晃代(公益社団法人 日本看護協会)
主催:一般社団法人 日本臨床救急医学会

13:20 ~ 14:50

[SP1-01]

JTAS2023認定プロバイダーコース開催に関する説明会

○木澤 晃代[1]、○背戸 陽子[2]、○石井 恵利佳[3]、○多賀 真佐美[4]、○奈良 唯唯子[5]、○橋本 真由美[6] (1. 公益社団法人 日本看護協会、2. 日本医科大学付属病院、3. 獨協医科大学埼玉医療センター、4. 倉敷中央病院、5. 神奈川工科大学、6. 福島県立医科大学大学院)

©一般社団法人日本救急看護学会

特別企画 | 特別企画

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:50 第5会場(2階 小ホール)

[SP1] 特別企画1
JTAS2023認定プロバイダーコース開催に関する説明会

座長/発表者:木澤 晃代(公益社団法人 日本看護協会)
主催:一般社団法人 日本臨床救急医学会

13:20 ~ 14:50

[SP1-01] JTAS2023認定プロバイダーコース開催に関する説明会

○木澤 晃代[1]、○背戸 陽子[2]、○石井 恵利佳[3]、○多賀 真佐美[4]、○奈良 唯唯子[5]、○橋本 真由美[6] (1. 公益社団法人 日本看護協会、2. 日本医科大学付属病院、3. 獨協医科大学埼玉医療センター、4. 倉敷中央病院、5. 神奈川工科大学、6. 福島県立医科大学大学院)

キーワード：JTAS

JTAS（Japan Triage and Acuity Scale）は、カナダのCTAS（Canadian Triage and Acuity Scale）を原型として開発した。2012年には、「緊急度判定支援システムJTAS2012ガイドブック」を刊行し、その5年後、「JTAS2017」を公表し、各地でJTASコースを開催してきた。認定プロバイダーになるには、「JTAS認定プロバイダーコースの受講が必要だが、「JTAS2023」の公開にあたり、「JTAS2023コースガイドブック」およびアプリの改訂作業の遅延により新教材を用いた『JTAS認定プロバイダーコース』の開催を中止していた。この度、両教育教材を整備したので、今回は、JTAS2023コースガイドブックおよびアプリの改訂内容、『JTAS2023認定プロバイダーコース』の開催手順、運営、コース内容について、説明会を実施する。

©一般社団法人日本救急看護学会

特別企画 | 特別企画

2025年11月8日(土) 15:00 ~ 16:30 第1会場(1階 特別会議場)

[SP2] 特別企画2
救急看護のアイデンティティ・専門性を考える

座長:淺香 えみ子(公益社団法人 日本看護協会)、清水 克彦(医療法人知音会 京都新町病院)
指定発言者:八巻 優哉(公立大学法人福島県立医科大学附属病院 災害医療・高度救命救急センターICU/CCU)、長沼 美穂(市立札幌病院 看護部 看護課 救命救急センター)、芝田 里花(医療法人久仁会 宇都宮病院)、三上 剛人(吉田学園医療歯科専門学校)

15:00 ~ 16:30

[SP2-01]

救急看護のアイデンティティ・専門性を考える

○二藤 真理子[1]、○久間 朝子[2]、○有澤 文孝[3] (1. りんくう総合医療センター、2. 福岡大学病院、3. 東千葉メディカルセンター)

©一般社団法人日本救急看護学会

特別企画 | 特別企画

2025年11月8日(土) 15:00 ~ 16:30 第1会場(1階 特別会議場)

[SP2] 特別企画2
救急看護のアイデンティティ・専門性を考える

座長:淺香 えみ子(公益社団法人 日本看護協会)、清水 克彦(医療法人知音会 京都新町病院)
指定発言者:八巻 優哉(公立大学法人福島県立医科大学附属病院 災害医療・高度救命救急センターICU/CCU)、長沼 美穂(市立札幌病院 看護部 看護課 救命救急センター)、芝田 里花(医療法人久仁会 宇都宮病院)、三上 剛人(吉田学園医療歯科専門学校)

15:00 ~ 16:30

[SP2-01] 救急看護のアイデンティティ・専門性を考える

○二藤 真理子[1]、○久間 朝子[2]、○有澤 文孝[3] (1. りんくう総合医療センター、2. 福岡大学病院、3. 東千葉メディカルセンター)
キーワード：救急看護、アイデンティティ、専門性

1981年に日本救急医学会看護部会が創設され、1998年に日本救急看護学会が設立されました。以降、毎年学術集会が開催され、多くの救急看護の実践を学ぶ仕組みが整えられています。さらに日本看護協会による認定制度の当初より救急看護の分野特定を進めるなど、看護実践における救急看護の存在を明確にし、その認知度を広めてきました。救急看護学会の発展とともに、救急看護の専門性を表すべく、トリアージナースコース、災害看護初期対応、ファーストエイド、外傷初期看護等の専門性を示す名称を掲げた学習コースが開設され、救急看護の専門性の認識を広めています。これらの要素が関連論文に取り上げられることもあります。このように救急看護が実践ベースで語られるなか、2023年に救急看護の定義が発出されたことと、人口構造の変化による救急医療の在り方の変化を受け、既存に示された救急看護の専門性を示す実践にも変化が生じているように感じています。そこで、第26回学術集会における交流集会を含め3回にわたるセッションで「救急看護のアイデンティティ・専門性を探る」と題して、実践の場で提供されている救急看護、目指している救急看護に関する生の意見を収集してきました。そこでは、新しい救急看護の視点や既存の看護実践の再確認、刷新がありました。社会が大きく変化するといわれた2025年を迎え、今後ますます変化する社会の中で救急が地場産業といわれるごとく社会の変化をとらえ、人々の安全と安心を提供し続ける必要があります。そのために、このセッションでは2025年の今、救急看護実践をする私たちのアイデンティティ・専門性を確認する機会にしたいと考えます。過去のセッションで収集した意見を共有しつつ、救急看護実践をする皆様個々の考えをお聞かせください。日本救急看護学会の活動、救急看護の進展につなげていきたいと思います。

©一般社団法人日本救急看護学会

CNセミナー | CNセミナー

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 13:20 第7会場(2階 206会議室)

[CN] CNセミナー
体験型チャレンジ企画：いただきナース！救命道 〜北の大地で頂上決戦！〜

座長:後小路 隆(令和健康科学大学 看護学部看護学科)、中田 徹朗(宝塚市立病院)、清水 克彦(医療法人知音会 京都新町病院)
主催:日本救急看護認定看護師会

9:40 ~ 11:40

[CN-01]

体験型チャレンジ企画：いただきナース！救命道 〜北の大地で頂上決戦！〜

○後小路 隆[1]、○中田 徹朗[2]、○清水 克彦[3] (1. 令和健康科学大学、2. 宝塚市立病院、3. 医療法人知音会 京都新町病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

CNセミナー | CNセミナー

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 13:20 第7会場(2階 206会議室)

[CN] CNセミナー
体験型チャレンジ企画：いただきナース！救命道 〜北の大地で頂上決戦！〜

座長:後小路 隆(令和健康科学大学 看護学部看護学科)、中田 徹朗(宝塚市立病院)、清水 克彦(医療法人知音会 京都新町病院)
主催:日本救急看護認定看護師会

9:40 ~ 11:40

[CN-01] 体験型チャレンジ企画：いただきナース！救命道 〜北の大地で頂上決戦！〜

○後小路 隆[1]、○中田 徹朗[2]、○清水 克彦[3] (1. 令和健康科学大学、2. 宝塚市立病院、3. 医療法人知音会 京都新町病院)
キーワード：体験型学習、看護教育

「いただきナース！救命道 〜北の大地で頂上決戦！〜」では、楽しく学べる体験型チャレンジをお届けします！チームで協力し、救急看護の知識・技術・判断力を再確認しながら、クイズ形式で実践力を競います。会場内のQRコードを使って動画を視聴し、誤りや課題を見つけ出す、まさに実践的な学びが待っています。正解数やスピードで順位を競い、上位チームにはご当地賞品も！臨床推論、フィジカルアセスメント、家族看護、看護管理、教育など、幅広い分野からリアルな看護シナリオに基づいた設問が登場。5段階の難易度に分かれており、謎解き要素も盛り込まれています。楽しみながらしっかり学べる内容です！設問や動画の内容は、救急看護認定看護師・クリティカル看護認定看護師が監修しており、実践に即した問いや振り返りの時間も用意。クイズで終わらせず、現場に活かせる“学び”につなげます。日頃の学びを活かし、仲間と一緒に「救命道」の頂上を目指して挑戦してみませんか？

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第8会場(2階 207会議室)

[M3] 交流集会3
災害時における地域、医療、行政の連携の現状と今後の課題

座長:小澤 美津子(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院)、泥谷 朋子(東京医療保健大学 立川看護学部 看護学科)
企画:災害看護委員会、在宅救急看護委員会

10:20 ~ 11:50

[M3-01]

災害時における地域、医療、行政の連携の現状と今後の課題

○山本 恵子[1]、○土倉 万代[2]、○北山 哲也[3]、○水野 伸也[4] (1. 合同会社Connect Station代表 Connect Nursing 訪問看護ステーション、2. 土倉内科循環器クリニック、3. 金沢医科大学病院、4. 富山赤十字病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月8日(土) 10:20 ~ 11:50 第8会場(2階 207会議室)

[M3] 交流集会3
災害時における地域、医療、行政の連携の現状と今後の課題

座長:小澤 美津子(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院)、泥谷 朋子(東京医療保健大学 立川看護学部 看護学科)
企画:災害看護委員会、在宅救急看護委員会

10:20 ~ 11:50

[M3-01] 災害時における地域、医療、行政の連携の現状と今後の課題

○山本 恵子[1]、○土倉 万代[2]、○北山 哲也[3]、○水野 伸也[4] (1. 合同会社Connect Station代表 Connect Nursing 訪問看護ステーション、2. 土倉内科循環器クリニック、3. 金沢医科大学病院、4. 富山赤十字病院)
キーワード：交流集会3

近年、自然災害の激甚化および頻発化に伴い、医療現場における災害対応の重要性は一層高まっている。特に、東日本大震災および令和6年能登半島地震においては、地域・医療・行政の連携に関する課題が明らかになった事例もあり、災害時における医療提供体制の在り方について、改めて検討が必要とされた。

在宅療養者の安全確保や継続的なケアの提供は災害時においても重要な課題である。東日本大震災では、電力や水道などのライフラインが長期間にわたり停止し、人工呼吸器や在宅酸素療法を必要とする療養者が厳しい状況に置かれた事例も報告されている。在宅医療の継続が困難となったケースもあり、地域の訪問看護ステーションや医療機関、行政との連携の在り方について、見直しが求められている。

令和6年能登半島地震では、道路の寸断や通信障害により、訪問看護師が利用者宅にたどり着けない状況が発生した。こうした事態を踏まえ、訪問看護ステーションにおいても、BCP（事業継続計画）を策定し、災害時におけるサービス提供体制の維持に向けた準備を進めておくことが義務化されたものの、地域差がある中で各ステーションは試行錯誤をしながら行政のルールへの対応に苦慮している状況である。

本交流集会では、「災害時における地域・医療・行政の連携の現状と今後の課題」をテーマとし、在宅療養者に対する災害対応、病院の初期対応などの議論を深めることを目的とする。在宅療養者が避難を余儀なくされた場合や、救急搬送された際に救急看護師が果たすべき役割について、多角的な視点から考察する機会としたい。災害時には、避難計画の策定、要配慮者への支援、医療機関との情報共有、搬送体制の整備など、多職種・多機関による連携が重要となる。たとえば、災害拠点病院と地域包括支援センター、訪問看護ステーションが連携し、要支援者リストを活用して安否確認や受け入れ調整を行う体制を、平時から検討・準備しておくことが望ましい。

本企画では、過去の災害事例を踏まえつつ、在宅看護と救急看護の連携の可能性を探求し、災害時における医療の継続性および安全性を確保するための実践的知見を共有することを目指す。在宅療養者の増加が進む現代においては、救急看護師が災害時の医療ニーズの多様化を的確に捉え、平時から災害への備えを意識した看護実践を積み重ねていくことが重要である。災害対応を日常業務の延長線上に位置づけ、地域全体の医療体制の一翼を担うという意識を育むことが、今後の災害対応力の向上につながると考えられる。

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第8会場(2階 207会議室)

[M4] 交流集会4
「意識消失のファーストエイド一問一答～脳卒中リハビリテーション看護認定看護師との夢のコラボレーション」

座長:中村 香代(国立国際医療センター)、藤崎 隆志(小倉記念病院)
企画:ファーストエイド委員会

13:20 ~ 14:20

[M4-01]
「意識消失のファーストエイド一問一答～脳卒中リハビリテーション看護認定看護師との夢のコラボレーション」

○久松 正樹[1] (1. 中村記念南病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第8会場(2階 207会議室)

[M4] 交流集会4
「意識消失のファーストエイド一問一答～脳卒中リハビリテーション看護認定看護師との夢のコラボレーション」

座長:中村 香代(国立国際医療センター)、藤崎 隆志(小倉記念病院)
企画:ファーストエイド委員会

13:20 ~ 14:20

[M4-01] 「意識消失のファーストエイド一問一答～脳卒中リハビリテーション看護認定看護師との夢のコラボレーション」

○久松 正樹[1] (1. 中村記念南病院)
キーワード：交流集会4

今回の交流集会では、「意識消失」をテーマに、脳卒中看護認定看護師を迎え、一問一答形式で展開します。看護師としてその場で判断し、実践できる“ファーストエイド”に焦点を当て、臨床現場での「こういうとき、どうする？」に対する実践的な知見を共有する場とします。

急な意識消失に直面した際、私たち看護師が最前線でできることは何か。五感を使ったフィジカルアセスメントやバイタルサインの評価、意識レベルの変化をどう捉えるか、脳卒中との関連をどのように疑うか、安全確保や環境整備を含めた初動対応、さらには医師や多職種への報告の際に押さえるべき観察ポイントなど、「今ここで」「すぐに」役立つ知識と視点を整理します。形式は60分の一問一答スタイルで進行します。事前に集めた現場での“あるある質問”をベースに、認定看護師が自身の実践経験を交えながら解説。座長がその場で要点を整理しながら、参加者とのやり取りや追加の質疑にも柔軟に対応します。あらかじめ準備されたQ&Aに加え、当日会場からの疑問にも可能な範囲で答えることで、より双方向的でリアルな学びの場を創出します。

また、今回は脳卒中看護認定看護師の視点から「神経症状と意識変化の関係」や「観察のコツ」「ナースだからこそ気づける兆候」など、専門的かつ現場密着型の知見を提供していただきます。病棟・外来・救急いずれの場面でも、急変や異常の“兆し”に気づき、いち早く対応する力は、すべての看護師に求められています。その力を支えるための知識整理と判断力の強化が、本交流集会のねらいです。

対象は新人看護師から中堅・ベテラン、教育担当者まで幅広く想定しており、どの参加者にとっても「明日からの臨床で即使える知識」「判断に迷うときの道しるべ」となる内容を目指しています。構えず、楽しく、テンポよく学びながら、ファーストエイド力を磨く60分。“その場でできる看護”を実践に活かせるチカラへ。あなたのファーストエイドを、一緒にアップデートしませんか？

【ファーストエイド委員会】
担当理事　三上剛人（吉田学園医療歯科専門学校）
委員長　　中村香代（国立国際医療センター）
副委員長　清水克彦（京都新町病院）
委員　　河合正成（岐阜県立看護大学）、斉藤大介（北海道医療センター）
　　高野千佳（岩手県立中央病院）、多久和善子（昭和医科大学認定看護師教育センター）
　　藤崎隆志（小倉記念病院）、前田万葉（日本赤十字医療センター）
　　山崎誠（愛媛県立中央病院）

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:50 第8会場(2階 207会議室)

[M5] 交流集会5
知って得する　論文掲載までのプロセスー査読者の視点をふまえてー」

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)
企画:編集委員会（江川幸二、城丸瑞恵、本田可奈子、井川由貴、河合正成、樅山定美、藤井誠、八尾みどり、大山祐介、三橋睦子）

14:30 ~ 15:50

[M5-01]

「知って得する　論文掲載までのプロセスー査読者の視点をふまえてー」

○城丸 瑞恵[1] (1. 天使大学大学院)

©一般社団法人日本救急看護学会

交流集会 | 交流集会

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:50 第8会場(2階 207会議室)

[M5] 交流集会5
知って得する　論文掲載までのプロセスー査読者の視点をふまえてー」

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)
企画:編集委員会（江川幸二、城丸瑞恵、本田可奈子、井川由貴、河合正成、樅山定美、藤井誠、八尾みどり、大山祐介、三橋睦子）

14:30 ~ 15:50

[M5-01] 「知って得する　論文掲載までのプロセスー査読者の視点をふまえてー」

○城丸 瑞恵[1] (1. 天使大学大学院)
キーワード：交流集会5

近年、多くの学術雑誌がオープンアクセスモデルを採用し、学会の会員以外でも無料で研究成果にアクセスができるようになりました。日本救急看護学会雑誌もJ-STAGE上で全面公開しているオープンアクセスモデルです。本学会雑誌の論文が全面公開されることは、救急看護の知が多くの方によって共有・議論され、救急看護における学術や臨床実践の発展に寄与することにつながります。

しかし査読のプロセスを通して、投稿者・査読者ともにさまざまな困難を感じておられることもお聞きします。投稿者の方は「十分練って完成した論文に、たくさんコメントが付いて返ってきて戸惑う」、「査読で指摘されている意味がわからない」、「適切に修正しているつもりなのに、どうしてなかなか採用にならないの？」といった思いをもたれた経験はないでしょうか。また、今後投稿を予定されている方も、「査読で何を指摘されるのかが心配」、「査読のガイドラインに査読期間の目安は書いてあるけど、実際はどうなんだろう」と疑問をもたれ、本誌への投稿を躊躇されていないでしょうか。査読者の方は、「こんな査読コメントでよかったのだろうか」、「指摘した内容は適切だっただろうか」などと困られたことはないでしょうか。

そこで編集委員会では、昨年の第26回日本救急看護学会学術集会で、このような疑問を少しでも解決していただきたく交流集会を企画・実施致しました。最初に論文掲載までのプロセスを軸にして、とくに論文作成の重要なポイントになる査読者の視点をもとに、投稿者と査読者の双方の立場にたって解説致しました。さらに、生成AIを用いて作成した模擬事例を使用して、どこをどのように修正すればよいかについて、参加者の方々と意見交換ができる時間を設け、参加者の皆様との交流をとおして疑問にお応えし、一緒に考えるような交流集会を実施致しました。結果として会場は満席で、終了後のアンケートでも大変好評でしたので、同様の内容を、今年の第27回日本救急看護学会学術集会でも、編集委員会企画の交流集会として開催させていただくことになりました。

終了後には、“なるほど知って得した！”と感想をいただけることをめざしますので、過去に論文を投稿されて疑問をもたれた方、また今後、論文投稿を考えておられる方、さらに本誌の専任査読委員や自施設で査読を担当されている皆様など、数多くの方がご来場くださることを願っております。

©一般社団法人日本救急看護学会

ラウンドテーブルディスカッション | ラウンドテーブルディスカッション

2025年11月8日(土) 15:00 ~ 16:30 第3会場(1階 中ホール)

[RT] ラウンドテーブルディスカッション ドクターカーチームとしての役割　～まだまだ知られていないドクターカーの魅力～

座長:大瀧 友紀(聖隷三方原病院)、福田 ひろみ(徳島赤十字病院)
企画:プレホスピタルケア委員会

15:00 ~ 16:30

[RT-01]

ドクターカーチームとしての役割
～まだまだ知られていないドクターカーの魅力～

○五藤 真由[1]、○渡久地 佳奈[2]、○岩崎 翼[3]、○岡野 由美[4]、○中川 成昭[5]、○宮田 佳之[6] (1. あいち小児保健医療総合センター、2. 国立病院機構災害医療センター、3. 知多半島総合医療センター、4. 大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター、5. 東京科学大学病院、6. 長崎大学病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

ラウンドテーブルディスカッション | ラウンドテーブルディスカッション

2025年11月8日(土) 15:00 ~ 16:30 第3会場(1階 中ホール)

[RT] ラウンドテーブルディスカッション ドクターカーチームとしての役割　～まだまだ知られていないドクターカーの魅力～

座長:大瀧 友紀(聖隷三方原病院)、福田 ひろみ(徳島赤十字病院)
企画:プレホスピタルケア委員会

15:00 ~ 16:30

[RT-01] ドクターカーチームとしての役割 ～まだまだ知られていないドクターカーの魅力～

○五藤 真由[1]、○渡久地 佳奈[2]、○岩崎 翼[3]、○岡野 由美[4]、○中川 成昭[5]、○宮田 佳之[6] (1. あいち小児保健医療総合センター、2. 国立病院機構災害医療センター、3. 知多半島総合医療センター、4. 大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター、5. 東京科学大学病院、6. 長崎大学病院)

キーワード：ラウンドテーブルディスカッション

病院前救護活動（以下、プレホスピタルケア）におけるドクターカー運用の目的は、医師・看護師が現場から治療介入することによる死亡率の減少、後遺症の軽減、社会復帰率の向上に寄与することである。2015年の道路交通法の一部改正によりドクターカーが緊急車両として認可されて以降、全国的にもドクターカーを導入する施設が増加し、医師・看護師の現場出動件数も増加している。

プレホスピタルに従事する看護師は、院内とは異なる特殊な環境下において起こり得るリスクを見抜き早期治療開始にむけた予測性をもった看護介入が必要となる。また、その対象は傷病者のみならず家族・関係者、他職種、他機関と多岐にわたる。円滑な現場活動を目指しドクターカーチームとして活動するためには、職種毎の役割を相互に理解し目標に向かって実践することが重要である。

当セッションでは、ドクターカーの魅力について現場活動経験豊富な6名の演者の皆様とともにテーブルディスカッション形式で進行する。まだまだ知られていないドクターカーの魅力を抽出し、プレホスピタルにおける看護の意義を再確認することで、今後の人材育成に示唆できることを期待する。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O23] 口演23
救急外来看護④

座長:溝江 亜紀子(東京科学大学病院)、國分 秀人(草加市立病院)

9:40 ~ 9:50

[O23-01]

救急外来の診療時間外の受診前相談と受診方法に関する認知度調査

○辰巳 恵美子[1]、高岡 裕美[1]、安原 早紀[1] (1. 地方独立行政法人大阪市民病院機構　大阪市立総合医療センター)

9:50 ~ 10:00

[O23-02]

A病院救命救急センターに救急搬送された患者家族の満足度調査

○友枝 由依[1]、桑折 美穂[1]、渡邊 直貴[1]、梅木 政子[1] (1. 東海大学医学部付属病院　高度救命救急センター)

10:00 ~ 10:10

[O23-03]

救急初療室における疾患・重症度別の疼痛値の傾向と鎮痛薬使用の実態に関する横断研究

○松本 大地[1]、清村　紀子[2] (1. 戸畑共立病院、2. 前　大分大学　基盤看護学講座)

10:10 ~ 10:20

[O23-04]

急性心筋梗塞患者の発症から救急初療までの体験

○小嶋 万里奈[1] (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院)

10:20 ~ 10:30

[O23-05]

救急外来看護師の学習機会増加に向けた取り組みと今後の課題

○宮本 浩明[1]、宮田 佳之[1]、山田 勇斗[1] (1. 長崎大学病院高度救命救急センター)

10:30 ~ 10:40

[O23-06]

救急室における特定看護師の役割
～救急患者の末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入の意義～

○森川 玲子[1] (1. 医仁会武田総合病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O23] 口演23
救急外来看護④

座長:溝江 亜紀子(東京科学大学病院)、國分 秀人(草加市立病院)

9:40 ~ 9:50

[O23-01] 救急外来の診療時間外の受診前相談と受診方法に関する認知度調査

○辰巳 恵美子[1]、高岡 裕美[1]、安原 早紀[1] (1. 地方独立行政法人大阪市民病院機構　大阪市立総合医療センター)

キーワード：電話トリアージ、時間外受診、受診方法、救急外来

【はじめに】
近年日本では救急車の出動件数が増加傾向にある。大阪府では2010年に救急安心センターによる電話相談（以下＃7119）が導入されたが、総務省が2021年に実施したアンケートでは57.3%が利用したことがないと回答している。A病院救急外来では2009年に電話トリアージという診療時間外相談窓口を導入し、適切な救急車利用に繋げる為にも事前相談を推奨している。2023年度、A病院へ診療時間外に救急車で受診した通院患者は1,082名。そのうち、救急車要請前に電話トリアージに相談があったのは20%であった。事前相談せずに救急車を要請した患者は、事前に相談する窓口や受診方法の認知度が低いのではないかと推察し、現状を把握するためにアンケートを実施した
【目的】
救急外来を診療時間外に受診した患者における受診前相談や受診方法の認知度を明らかにする
【方法】
研究対象：診療時間外に受診した患者・家族300人(他院からの紹介患者は含まない)
調査方法：研究対象者１次・２次当院通院患者・家族(新規患者は含まない)を担当したスタッフは、来院後に状態・状況が落ち着き、転記がわかった段階でアンケートを対象者に配布する。分析結果を基に情報提供ツールを作成
研究期間：2024年10月～2025年11月
分析方法：アンケートの設問について単純集計を行う
【倫理的配慮】
本研究はA病院の倫理委員会の承認を得て実施した(No.5692)。研究対象者にアンケート調査の参加は自由であること、参加の有無により不利益が生じないこと、アンケート実施日の受診の是非を問うものではないことを説明し、質問紙の提出をもって同意を得た
【結果】
協力が得られた患者・家族は294名(回収率98%)であった。A病院の電話トリアージがあることを知っていたのは45%であった。受診前に利用したことがある患者は37%で、ないと答えた61%にその理由を問うと69%が「電話番号を知らない」と回答した。次に、＃7119を知っていると答えた人は45%、利用したことがある人は19%であった。利用したことがない76%の中で一番多かった理由は「電話番号を知らない」で、54%であった。受診方法の認知度を問うアンケートでは、救急車が41%、公共交通機関が38%、介護タクシー15%、民間救急車が7%であった。また診療時間外に不安に思うことや困ったことを複数回答で質問すると「受診した方がいいのかわからない」が26%、「救急車を呼んでいいかわからない」が27%という結果が得られた。
【考察】
アンケート結果から受診前相談をしないのは電話番号を知らないことが理由の半数以上を占めていることが明らかとなった。このことから＃7119や電話トリアージの電話番号の周知が必要

©一般社団法人日本救急看護学会

であると考える。患者・家族が相談窓口を知ることで診療時間外の不安や困りごとにも対応でき、安心に繋がることが期待できる。また医療者が緊急性を判断することで重症患者の発見や救急車の適正利用に繋がる一端を担える可能性がある。しかし、電話トリアージを開始し16年経過しているが認知度は50%以下であり、今まで院内での周知が不十分だった可能性も考えられる。そのため救急外来だけでなく、病院として患者・家族へ発信していくことも必要である。さらに今回のアンケートでは民間救急車や介護タクシーの認知度の低さも明らかになった。今後の課題として、ポスターやパンフレットなどを作成し電話相談窓口や救急車や公共交通機関以外の受診方法について周知していく必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O23] 口演23
救急外来看護④

座長:溝江 亜紀子(東京科学大学病院)、國分 秀人(草加市立病院)

9:50 ~ 10:00

[O23-02] A病院救命救急センターに救急搬送された患者家族の満足度調査

○友枝 由依[1]、桑折 美穂[1]、渡邊 直貴[1]、梅木 政子[1] (1. 東海大学医学部付属病院　高度救命救急センター)

キーワード：家族満足度、救急搬送された患者の家族、アンケート調査

【背景・目的】A病院救命救急センター（以下ERとする）は年間約7,000件の救急車搬送を受け入れている。重症度や緊急度の高い患者は医療処置が優先され、家族の待機時間が長い傾向にある。そのため、待機時間に対する不満が聞かれていた。家族満足度が向上することは、医療者との信頼関係や患者ケアの質の向上につながる重要な要素であるとも言われている。そこで本研究の目的をA病院ERに救急搬送された患者の家族に対する満足度を明らかにすることとした。【方法】調査期間：2025年１月～3月。対象：A病院ERに救急車で搬送された患者の18歳以上の家族。ただし、明らかな認知機能の低下や患者が死亡した場合を除外した。調査方法：無記名式アンケート調査。待合室にて待機中の患者家族に対し研究内容を口頭、文書にて説明し、アンケート用紙を配布。待合室に設置したアンケート回収箱への投函を持って同意とした。アンケート内容は先行研究をもとに独自で作成し、設問は家族の基本属性、看護師に対する内容９項目、医師に対する内容8項目、事務員に対する内容８項目とした。５段階のリッカート尺度を用いて「大変満足」を5点、「大変不満」を1点として満足度を算出し、記述統計を用いた。また、アンケート結果と患者属性に対して重回帰分析を行った。解析にはStata Ver,17を使用した。【倫理的配慮】所属施設の研究審査委員会の承認を得た（承認番号：24R090-001H）。【結果】対象者約100名へアンケートを配布し58名の回答を得た（有効回答率：58%）。対象者の属性：年齢は、18-20歳:3名、30歳代:2名、40歳代:8名、50歳代:16名、60歳代以上:29名であった。続柄は、配偶者:22名、親:11名、きょうだい:5名、子供:16名、その他:２名であった。当院の家族満足度の総合は87.4%であった。内訳は看護師に対して88.6%、医師に対して92.8%、事務職に対して80.8%であった。しかし、解析の結果、日中の対応に対しては、不満に感じている割合が高い傾向にあった。具体的には、「問題や要望に対しての速やかな対応」および「検査、処置、診療の待ち時間に対する説明」であった。また、家族の年齢層が上がるにつれて満足度は低下する傾向や、患者の子供の満足度は有意に低かった。【考察】アンケート結果より、看護師・医師・事務員いずれにおいても、総じて高い満足度が得られていた。特に医師、看護師に対する信頼感と丁寧な説明は高く評価されていた。一方、すべての職種において「検査・処置・診療の待ち時間に対する説明」の項目に対しては相対的に評価が低かった。また60歳以上、患者の子供、日中の来院で満足度が低い傾向にあった。日中は救急搬送が多く一人一人に対する時間が制限されてしまうことや、救急搬送に伴った家族の役割遂行に影響を与えている可能性が示唆された。山勢らによると来院初日は情報・接近・保証のニーズが高いと言われているが、本調査の結果においても、情報や接近のニーズが満たされていなかったことが推察された。今後は、患者の年齢や家族との関係性、来院時間帯といった背景を踏まえながら多職種間の連携を強化し、効率的に丁寧な説明を行うことで、家族満足度の向上に努めていく。【結論】A病院ERに救急搬送された患者の家族に対する満足度は87.4%であった。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O23] 口演23
救急外来看護④

座長:溝江 亜紀子(東京科学大学病院)、國分 秀人(草加市立病院)

10:00 ~ 10:10

[O23-03] 救急初療室における疾患・重症度別の疼痛値の傾向と鎮痛薬使用の実態に関する横断研究

○松本 大地[1]、清村　紀子[2] (1. 戸畑共立病院、2. 前　大分大学　基盤看護学講座)
キーワード：疼痛管理

【はじめに】
救命救急センターに受診・搬送される患者60%～70%は疼痛を伴うと言われており、救命救急センター初療室（以下、初療室）での疼痛管理は、看護者にとって重要なタスクと言える。疼痛はいち早く軽減することが望まれるが、生命維持が最優先され、疼痛への対応が後回しになる実態がある。加えて、生体内の重要なサインでもあるため、不用意に鎮痛薬を使用することは必ずしも適切とは言えず、鎮痛薬使用の必要性を含む疼痛のアセスメントは重要となる。先行研究を概観したところ、①疼痛管理のガイドラインやプロトコルを活用する有用性は示唆されるものの一般化には至っていない、②用いる疼痛評価スケールの妥当性については統一した見解には至っていない、③個人のアセスメント力に依存した疼痛評価では正確に疼痛を評価しきれない、といった課題が見いだせた。鎮痛薬を含む介入を実施する基準もしくは標準化の構築を目指すうえでも、患者の疼痛の様相・疼痛評価に関する知見の蓄積は重要である。
【目的】
救命救急センターに救急車で来院する急性疼痛を有する患者の疼痛の様相・疼痛評価と鎮痛薬使用の実態の側面から疼痛管理の知見を得る。
【方法】
電子カルテより、疼痛管理に必要なデータの情報収集を行い、疾患別、APACHE II スコア別に記述統計量で整理。初期評価値・来院から初期評価までの時間・初期評価から鎮痛薬使用までの時間、来院から鎮痛薬使用までの時間について、正規性を確認し、Mann-WhitneyのU検定で解析する。初期評価、鎮痛薬使用の有無別のバイタルサイン、検査データ、ER滞在時間、在院日数についても統計解析を行なった。
【研究期間】
2022年4月1日～2025年3月31日
【分析対象者】
2022年4月1日～2024年3月31日の間にA大学病院高度救命救急センターに救急搬送された患者のうち、何らかの痛みを伴う患者は147名。147名のうちAPACHE II スコア算出に必要な動脈血液ガス検査が測定されていない患者35名、その他のデータ欠損のある患者16名を除外した96名を分析対象患者とした。
【倫理的配慮】
本研究は、医学部倫理委員会の承認（承認番号：2395）を得て実施。個人情報は、診療IDを別の符号をつけて仮名加工情報とした。また、A大学病院高度救命救急センターのホームページに研究説明文書を掲載し、オプトアウトによって、研究対象者が拒否できる機会を保障した。
【結果】
救急搬送される痛みを有する患者の半数以上はJapan Triage and Acuity Scale（以下、JTAS）における中等度以上の痛みを有し、約4～5割は初期評価されていなかった。また、鎮痛薬が使用

©一般社団法人日本救急看護学会

された患者のうち、50〜70%では疼痛評価がなされていなかった。来院から初回評価までの時間は、内因性疾患群23分（SD34）、外因性疾患群59分（SD59）、内因性疾患群は外因性疾患群と比較して初期評価までの時間が短く、$p=.04$で疾患別群で来院から初期評価までの時間に関連が認められた。初期評価の有無による鎮痛薬使用の有無は$p<.01$で、初期評価された患者は鎮痛薬を使用しない傾向がみられた。

【考察・結論】

本研究では、救急搬送される痛みを有する患者の半数以上はJTASにおける中等度以上の痛みを有していることが明らかで、初療現場での疼痛評価が必須であることが示唆された。　痛みを有する約半数以上が初期評価されずに鎮痛薬が使用されているという実態があり、鎮痛薬使用の可否の判断や適切な鎮痛薬使用のためにも疼痛評価は必須である。また、初療室看護師が疼痛評価を行うことで不必要な鎮痛薬投与を避けられることが示唆された。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O23] 口演23
救急外来看護④

座長:溝江 亜紀子(東京科学大学病院)、國分 秀人(草加市立病院)

10:10 ~ 10:20

[O23-04] 急性心筋梗塞患者の発症から救急初療までの体験

○小嶋 万里奈[1] (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院)

キーワード：急性心筋梗塞、救急初療、体験

Ⅰ．緒言

AMI患者に対するケアの報告はされているが、患者の体験は明らかになっていない。そこで、AMI患者の発症から救急初療までの体験を明らかにすることを本研究の目的とした。

Ⅱ．研究方法

《研究対象者》

A病院の救急外来にてAMIと診断を受け、緊急でPCIを行った入院患者のうち、AMI の重症度として次の4つの選択基準全てに該当するものを対象とした。①Killip分類クラスⅠ～Ⅱ,②心筋梗塞の既往なし,③PCI成功,④左室駆出率≧30%

《データ収集方法》

診療録からの患者情報収集とインタビューガイドを用いた半構造化面接調査で収集した。診療録からは現病歴、症状、救急初療室での検査・処置内容、既往歴等を抽出した。インタビューでは、次のような質問をした。「①心筋梗塞を発症して救急搬送された時の体験、それぞれの場面でどのようなことを考え、感じていたか、その理由 ②医療者の声かけや行動で印象に残っていること ③医療者に伝えたかったが伝えられなかったこと」、これらの質問に加えて、診療録から得た患者情報をもとに、患者の全体像を捉え、質問内容にも反映させた。データ収集期間は2024年9月から2025年1月とした。

《分析方法》

質的内容分析

《倫理的配慮》

東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認および、A病院の臨床研究審査委員会の承認を得て実施した。面接調査は、患者の回復過程を把握し、患者の状態が安定し、面接が可能であると主治医・病棟看護管理者から許可を得た患者に対し、文書と口頭で説明を行い、承諾が得られた患者を対象とした。実施環境の配慮として、面接はCCUから病棟へ退室し、病棟内歩行が可能となった時期とし、病棟内のプライバシーが確保される個室で、椅子に座った状態で行った。また、面接中に身体的・精神的症状が出現した際はすみやかに中止し、専門家（循環器内科医師・精神科医師）が対処できるよう環境調整・協力依頼を行ったうえで実施した。

Ⅲ．結果

60～80歳代の対象者5名から240の一次コード、67の二次コードが抽出され、24のサブカテゴリーに集約され、これらを場面ごとの3つの時期に分けた。発症時の体験として【症状の知覚と状況の軽視】【事態の深刻さの認識と対処行動】【救急要請までの躊躇と決断】、救急搬送時の体験として【救急隊の的確で迅速な対応と安心感】【深刻な危機的状況との対峙】、初療時の体験として【不安からの解放】【自身の状況の把握】【身体的苦痛による支配】【思考や感情の麻痺】の9のカテゴリーとして統合した。

Ⅳ．考察

発症時のAMI患者 は、【症状の知覚と状況の軽視】を経て、【事態の深刻さの認識と対処行動】

©一般社団法人日本救急看護学会

を行い、【救急要請までの躊躇と決断】に至っていた。強い症状から事態の深刻さを認識し、AMIの重症化を防いでおり、救急車を呼ぶべき疾患の症状の知識不足や自覚症状の判断の難しさがあることがわかった。救急搬送時のAMI患者は、【救急隊の的確で迅速な対応と安心感】を抱く一方で、【深刻な危機的状況との対峙】を迫られていた。医療へのつながりや苦痛からの解放への希望が安心感につながっていた。また、心筋梗塞という深刻な事態に陥っている事実と対峙し、強いストレスを感じていると考えられた。初療時のAMI患者は、【不安からの解放】と【自身の状況の把握】をする一方で、【身体的苦痛による支配】により【思考や感情の麻痺】が生じていた。医療者の存在や対応、家族の存在、過去の体験の想起により安心感を抱き、不安が軽減していた。また、強い苦痛により周囲への関心が低下し、医療者に身を委ねざるを得ない状況にあり、強い心的外傷となる可能性も考えられた。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O23] 口演23
救急外来看護④

座長:溝江 亜紀子(東京科学大学病院)、國分 秀人(草加市立病院)

10:20 ~ 10:30

[O23-05] 救急外来看護師の学習機会増加に向けた取り組みと今後の課題

○宮本 浩明[1]、宮田 佳之[1]、山田 勇斗[1] (1. 長崎大学病院高度救命救急センター)
キーワード：救急外来、日々の振り返り、学習機会

【目的】
A病院高度救命救急センター(以下ER)は三次救急医療機関として、重症および複数の診療科の患者受け入れを行っている。そのためERにおける的確な看護過程は重要であり、実践する看護師の教育は必要不可欠である。そこで昨年度より、対応した患者に対してスタッフ間でディスカッションを行いながら勤務時間内で症例振り返りを行う「日々の振り返りシート」を導入した。また振り返りシートをもとに一部の症例を「ER新聞」として作成した。今回、日々の症例振り返りシートとER新聞の内容および結果を紹介し、今後の課題とともに報告する。
【方法】
2024年8月「敗血症」、2024年11月「心不全」に関するER新聞の作成を行った。ER新聞導入前の2024年1月から2025年1月に救急外来を受診し主病名が「敗血症」・「心不全」の患者において、ER新聞で記載したそれぞれの観察すべきポイント（敗血症に関してはqSOFAスコア、心不全においては聴診による身体所見の観察）のER新聞導入前後の看護記録記載の調査を行った。【倫理的配慮】得られたデータは個人が特定できないように配慮し、本研究以外には使用しないこととした。
【結果】
ER新聞では日々の振り返りシートの一部の紹介を行うとともに、ガイドラインをQRコード化することで、ガイドラインを参考にしながら症例を振り返りできるような内容とした。また看護の観察ポイント等を記載し、敗血症においてqSOFAスコア、心不全においては聴診による身体所見の観察を促す内容とし休憩室に掲示することで誰でも容易に学ぶことができる環境作りを行った。敗血症に関してはER新聞導入前17名と導入後17名、心不全においてはER新聞導入前16名と導入後16名の看護記録の記載率調査を実施した。その結果、敗血症に関するqSOFAスコアの記載率はER新聞導入前は0%であったが導入後は35.2%に上昇、心不全に関する聴診による身体所見の観察の記載率は導入前0.06%であったが導入後は35.2%に上昇した。【考察】ERで人材育成を目的とした「日々の振り返りシート」の導入によって、勤務時間内に症例振り返りを行うことを業務の一貫として取り入れることでERに従事する看護師の学習機会の増加に繋がった。また、自ら体験した経験を鮮明な記憶のもとにディスカッションを行うことに繋がった。そして、ER新聞発行による要点、強化視点の共有が看護の観察ポイント整理や看護記録記載率の増加に寄与した可能性が考えれた。しかし救急外来においては疾患や症状、検査や血液データなど多岐にわたる知識と看護実践能力が求められる。そのため幅広い分野から優先度を考慮したER新聞作りの必要性があると考えられる。今後は内容の検討およびER新聞を活用し根拠に基づいた日々の振り返りを行える環境作りが課題として考えられた。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O23] 口演23
救急外来看護④

座長:溝江 亜紀子(東京科学大学病院)、國分 秀人(草加市立病院)

10:30 ~ 10:40

[O23-06] 救急室における特定看護師の役割
～救急患者の末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入の意義～

○森川 玲子[1] (1. 医仁会武田総合病院)

キーワード：救急外来、特定看護師、PICC

【目的】A病院は、年間約4300件の救急を受け入れる二次救急医療機関である。A病院では、2019年から特定行為研修を開講し、現在14区分の特定行為研修を開講中である。救急看護師としてだけでなく療養する患者の対応ができるため9区分17行為の研修を修了した。特定行為の中で実施件数の多いのは末梢留置型中心静脈注射用カテーテル（以後、PICC）であった。救急室では血液ガス分析関連の直接穿刺による動脈採血を行うことが多かったが病棟でのPICC挿入件数が増加し救急室でのPICC挿入の機会も生じ、その意義について報告する。【方法】倫理的配慮については、患者個人が特定されないように配慮した。A病院の倫理委員会の承認を得た。2022年4月から指導医の提案で指導医3人と特定行為研修修了者（以後、特定看護師）でPICCチームを構成し、PICC挿入した患者の挿入日、患者の属性、疾患名、病棟、挿入目的、挿入時間などのデータ入力を行った。特定看護師は、通常業務のため、PICC活動日を火曜日・金曜日の2回/週とし、活動日以外は特定看護師の所属している病棟の勤務人数などを考慮し挿入した。救急では、末梢静脈路の確保が難しい患者や長期間の輸液治療の可能性がある患者のPICC挿入依頼があった。その1例として80代女性　意識レベル低下の情報で呼吸が弱く補助換気を行いながら搬入された。JCS300、呼吸が不安定なため挿管され、CT検査を施行した。CTの結果、くも膜下出血の診断ですぐに脳神経外科医に連絡しコイル塞栓術の方針となった。手術準備をしていた時、脳神経外科医から救急室でのPICC挿入は依頼があった。【結果】PICCの依頼は、2022年度は175件、2023年度247件　2024年度459件であった。その内救急室では、2022年1件　2023年2件　2024年5件対応した。PICC依頼を受け特定看護師が挿入した挿入時間の割合は、2022年度15分以内は49.4%だったが2023年度69.6%、2024年度75.9%、15～30分では2022年度42.5%、2023年度23.5%、2024年度20.5%と減り、31分以上は少なくなった。救急室では、救急患者受け入れのため診断、入院主科が決まれば入院となる。救急室でPICC挿入が必要となった場合、入院後に病棟で挿入していたが、PICC挿入が周知され病棟へ入室に時間が要する場合や挿入する場所の確保のために救急室で挿入した。症例のような重症患者の場合、速やかな手術準備と治療を行うため特定看護師が救急室でPICC挿入することが必要となった。挿入している間に医師は、ＤＳＡ室の準備、書類、家族説明などを行い、出棟し治療を開始することができた。【考察】救急看護では重症患者の対応は状態観察や手術準備、家族看護を主に行う。PICC、CVCの挿入は、術前の医師業務の中でも時間を要する処置であり、重症患者の場合、医師が緊急手術に対して家族対応のため説明に多くの時間を必要とする。特定看護師によるPICC挿入を行うことで、診療効率を高める役割を果たしており、医師の業務を軽減することの一助となる。また、末梢確保困難や長期輸液療法の必要な患者は、繰り返し静脈留置針を穿刺されることや末梢静脈路の輸液漏れ、静脈路交換による苦痛軽減にも繋がる。救急における特定看護師は、多様な患者層を対応する救急医療の中で高度なアセスメントを行い、必要な特定行為を行うことができる。今後も救急医療においても特定看護師はチーム医療の一員として質の高い看護、医療を提供できると考えられる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第6会場(2階 204会議室)

[O24] 口演24
重症患者看護②

座長:斉藤 徳子(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)、白石 朋子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU 病棟)

9:40 ~ 9:50

[O24-01]

awake ECMO患者の呼吸機能改善を目的としたリハビリテーションへの看護介入

〇髙橋 彩絵[1]、鈴木 友紀子[1]、辻 守栄[1] (1. 千葉県総合救急災害医療センター)

9:50 ~ 10:00

[O24-02]

A病院集中治療室における早期リハビリテーションの現状と課題

〇馬渡 美里[1]、蒲原 千明[1]、馬場 美帆[1] (1. 佐賀大学医学部附属病院)

10:00 ~ 10:10

[O24-03]

リハビリテーションに消極的な患者への意欲向上に向けた関わり

〇小野寺 そら[1]、齋藤 美香子[1]、松浦 誠史[1] (1. 仙台医療センター)

10:10 ~ 10:20

[O24-04]

救急看護において、入院前の生活を取り入れ離床時間増加を目指した1事例

〇佐藤 沙弥[1]、齋藤 美香子[1]、松浦 誠史[1] (1. 仙台医療センター)

10:20 ~ 10:30

[O24-05]

高位頚髄損傷患者における搬入時の足底反射と機能回復との関連性の検討

〇荒巻 勝人[1]、海野 智也[1]、高橋 誠一[1] (1. 埼玉医科大学総合医療センター)

10:30 ~ 10:40

[O24-06]

救命救急病棟における患者ケアカンファレンスの活性化に向けた取り組み

〇伊豫田 菜月[1]、生駒 周作[1]、伊東 裕子[1] (1. 公立陶生病院救命救急センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第6会場(2階 204会議室)

[O24] 口演24
重症患者看護②

座長:斉藤 徳子(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)、白石 朋子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU 病棟)

9:40 ~ 9:50

[O24-01] awake ECMO患者の呼吸機能改善を目的としたリハビリテーションへの看護介入

○髙橋 彩絵[1]、鈴木 友紀子[1]、辻 守栄[1] (1. 千葉県総合救急災害医療センター)

キーワード：ECMO、リハビリテーション

【目的】A氏は、人工呼吸器管理や離脱困難が予測され、HFNC使用下でawake ECMO管理を行った症例を経験した。ECMO管理中から、ICU退出に至るまでの呼吸機能改善を目的としたリハビリテーションへの看護介入について振り返り、考察する。【症例紹介】A氏、70歳代男性。COVID‐19陽性の診断で前医入院中であったが呼吸状態悪化のため全身管理目的にて当院転院となる。COPDにて肺線維化が高度に進行しており挿管管理はリスクが高く、HFNC管理下でのawake ECMOを入院2日目より導入した。【倫理配慮】A氏と長女に症例報告の目的と個人情報保護等について説明し、書面にて同意を得た。【方法】診療録より情報を収集し、A氏がリハビリテーションを開始した入院3日目からICU退出に至るまでをIII期に分けて考察した。【結果】Ⅰ期（入院3日目～5日目）ECMO管理下では安定したガス交換が行えるため、換気血流不均等予防を目的にティルトテーブルへの移乗が計画された。ECMO管理下での離床に関しては合併症のリスクが高いため急性・重症患者看護専門看護師を中心とした早期離床リハビリテーションチームが主導し多職種CFを開催しリハビリテーション中止基準、注意点などを多職種間で共有を図った。また、ECMO管理下でのリハビリテーション実施に関して経験不足から不安が強く多数の看護師が実際に見学を行い、視覚的経験を得た。不眠・せん妄予防目的にて精神科医師の介入、非薬理学的介入も同時に行った。Ⅱ期（入院6日目～10日目）多職種CFにてティルトテーブルでの移乗訓練ではバイタルサインは異常なくADL拡大は可能であると判断された。端坐位を実施すると体動に伴う咳嗽が出現しECMO Flow,Svo2低下,呼吸困難感が出現しリハビリテーションは中断となった。それらを踏まえ再度多職種CFスが行われ、リハビリテーション実施中のECMO回転数を上げFlowを維持する事や実施前にHFNC酸素投与量を上げ酸素供給量の増加を図ることとなった。また、端坐位時に熱布バックケア実施した。それによりリハビリテーション中の呼吸困難感は減少した。活動性があり摂取エネルギー増加を目的として栄養士の介入を依頼し本人の趣向に合わせた食事内容を選択した。III期（入院11日目～15日目）　ECMO離脱に向けクランプテストを開始した。またクランプテスト実施日は離床を行わず床上でのリハビリテーションを行った。入院13日目に、悪寒やシバリングが出現で酸素化悪化しカテーテル感染を疑う状況となった。翌日の入院14日目HFNC40L40%、ECMO：2000rpm,Flow:2.0-2.2 L /minでECMO離脱に至った。抜去後、HFNC40L40%にて呼吸困難感なく経過し、翌日ICU退出となった。【考察】Ⅰ期からⅡ期では、当院において初のawake ECMO管理であったため多職種間でのリハビリテーションに関する情報共有や明確な看護ケアの立案を行いタイムリーにフィジカルアセスメントを行うことで安全にリハビリテーションを実施することができた。また熱布バックケアを取り入れたことで換気量増加から呼吸仕事量軽減や副交感神経優位によるリラクゼーション効果に繋がったと考える。III期においては、敗血症への移行を考慮しECMO離脱となったが、継続的なリハビリテーション介入により呼吸機能改善しECMO離脱が達成できたのではないかと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第6会場(2階 204会議室)

[O24] 口演24
重症患者看護②

座長:斉藤 徳子(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)、白石 朋子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU 病棟)

9:50 ~ 10:00

[O24-02] A病院集中治療室における早期リハビリテーションの現状と課題

○馬渡 美里[1]、蒲原 千明[1]、馬場 美帆[1] (1. 佐賀大学医学部附属病院)

キーワード：早期リハビリテーション、集中治療室、リハビリテーション看護

【目的】ICUにおける早期リハビリテーション（以下リハビリ）は，患者回復や予後改善に繋がる重要な取り組みである．A病院ICUでは日本離床学会の集中治療室活動スケールを参考に11段階のプロトコルを作成し実施している．しかし休日体制時にはリハビリ段階の進行が困難な症例を経験し，現状と背景要因の把握が必要と考えた．本研究の目的は，A病院ICUにおける早期リハビリの現状と看護師の認識を把握し，課題を明らかにすることである．【方法】2024年7月から2025年2月にA病院ICUに入室し，48時間以上滞在かつ入室期間に休日を含む56例を対象とした．平日と休日のリハビリ実施状況を調査し，休日リハビリ段階が維持・向上群（a群）と低下群（b群）に分類した．2群間で患者背景（年齢，性別，入室時SOFAスコア，入室形態，機械式循環補助，人工呼吸器，CHDF使用の有無）とアウトカム（ICU在室日数，退院日数，退院時ADL）を比較した．名義変数はχ２検定またはFisherの正確確率検定，連続変数はMann-Whitney U検定を用いた．また，A病院ICU勤務看護師（以下看護師）18名を対象に無記名式Webアンケートを実施した．調査項目は早期リハビリの重要性認識，期待される効果，実施課題，実施状況，知識の自己評価，情報源とした．本研究はA病院看護研究倫理審査委員会（承認番号：2025－001）の承認を得て実施した．アンケート調査については対象者に研究内容や匿名性の保持，協力拒否による不利益がないことを説明し回答をもって同意とした．【結果】調査期間中の入室患者は417例，リハビリ実施率は100%であった．そのうち，休日にリハビリ段階が維持されていたa群は35例，維持されなかったb群は21例で，患者背景による有意差はなかった．ICU在室日数，退院日数，退院時ADLについても2群間で有意差はなかった．看護師アンケートでは，94%が早期リハビリによる予後回復や予後改善に寄与すると考えており，その効果を重要視していた．期待される効果は身体機能回復（94%），精神機能回復（66%），合併症予防（89%）であった．実施課題はマンパワー不足（89%），知識・スキル不足（56%），時間不足（55%）であった．休日リハビリの実施段階低下の理由はマンパワー不足（77%）や判断困難（15%）とあり，半数が早期リハビリ開始・中止基準の理解度が低いと回答した．知識の自己評価も「どちらともいえない」「あまりない」が61%であり，情報源は理学療法士（89%），先輩看護師（72%）であった．【考察】休日におけるリハビリ段階の差がアウトカムに影響を与えなかったが，その要因として対象患者数やICUと病棟間での評価方法の不一致等が考えられた．また，アンケート結果からは，経験年数に関わらず早期リハビリの重要性は広く認識されていた．しかし，特に経験が浅い看護師では，開始・中止基準の理解不足や知識・スキルへの不安が課題となっていた．休日ではマンパワー不足に加え，情報源である理学療法士が不在となるため積極的なリハビリを躊躇している可能性が示唆された．A病院ICUでの早期リハビリを推進するためには，継続した教育の導入や多職種連携の強化，プロトコル周知と理解促進が不可欠である．今回の結果は，休日における早期リハビリ実施には患者要因に加え，看護師の認識や実施体制が深く関与する可能性を示唆する．今後はこれらの課題を踏まえ，より質の高い早期リハビリを提供するための対策を検討する必要がある．

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第6会場(2階 204会議室)

[O24] 口演24
重症患者看護②

座長:斉藤 徳子(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)、白石 朋子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU 病棟)

10:00 ~ 10:10

[O24-03] リハビリテーションに消極的な患者への意欲向上に向けた関わり

○小野寺 そら[1]、齋藤 美香子[1]、松浦 誠史[1] (1. 仙台医療センター)

キーワード：リハビリ意欲向上

【目的】高齢者は、身体機能の低下に伴い術後合併症のリスクが高まるため、術前から身体を整えることが重要となる。今回、直腸癌にてストーマ造設術を予定している高齢患者（A氏）が、筋力低下とリハビリテーションへの拒否的言動により離床が進まない状況に対し、意欲向上に向けた看護介入を行ったので、その結果について報告する。 【方法】倫理的配慮として、A氏とその家族に参加は自由意志で拒否による非利益はないこと個人情報の保護について、文章と口頭で説明を行い書面にて同意を得た。A氏は直腸癌治療中に多発肝転移が発見され、原発巣の切除が難しく腹痛に対して対処療法としてストーマ造設術を予定していた。A氏は持続する腹痛と下痢のため、頻繁にトイレに行きたくなる状況であったが、全身状態が安定せず入院期間が長期化しており筋力低下が進行していたため、移動や排泄の介助が必要であった。食事に関しては腸管に炎症があり、栄養ドリンクのみであった。また、治療や離床に対して「もう家に帰りたい。手術したくない。」「リハビリはやらされている感じが嫌。」という発言が聞かれた。そのため、理学療法士によるベッド上でのROM訓練が中心となり歩行はできていなかった。A氏がリハビリテーションという言葉に拒否感を示すため、「トイレに行きましょう」「散歩しましょう」と別の表現に言い換えて、離床への意欲を高めることを目指した。また、自身でトイレに行きたいという思いを離床の目標として日常生活に組み込んだ。 【結果】離床できた日には、歩行器を使用してのトイレ歩行、ベッドサイドから約20メートルまでの歩行、車椅子への移乗と約２０分間の車椅子乗車が可能であった。「やってみるか」という前向きな発言が得られ、歩行訓練や車椅子乗車により介入前に比べて離床時間がわずかに増加した。しかし、日によっては「やっぱり無理だ」「リハビリなんてやらない。」といった拒否的言動が見られ、離床できない日もあった。 【考察】A氏は、長期臥床による活動量の低下に伴う著しい筋力低下、治療に対する意欲低下がみられていた。また、食事摂取が難しい状況であり栄養素が低下していたと想定された。これらから、A氏はフレイル状態であったと考えられた。特に、腹痛による排泄頻度の増加とそれに伴う身体的消耗がA氏の離床意欲を阻害する要因となっていたと考える。先行研究からも、術前からリハビリテーションを開始することが術後合併症の減少に有効であることが示されており、A氏も術前からのリハビリテーション介入が必要であったと考える。また、肯定的な声かけは患者の意欲向上に繋がる可能性がある。A氏は日によって離床への拒否的言動が見られたため、担当看護師だけでなく、チーム全体での情報共有と関わる全スタッフの一貫した対応が極めて重要であると考える。また、ICU入室の長期化によるサーカディアンリズムの乱れがリハビリテーション意欲の低下に影響した可能性も考えられる。今後は、睡眠への介入など、サーカディアンリズムの改善にも注力していく必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第6会場(2階 204会議室)

[O24] 口演24
重症患者看護②

座長:斉藤 徳子(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)、白石 朋子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU 病棟)

10:10 ~ 10:20

[O24-04] 救急看護において、入院前の生活を取り入れ離床時間増加を目指した1事例

○佐藤 沙弥[1]、齋藤 美香子[1]、松浦 誠史[1] (1. 仙台医療センター)

キーワード：離床時間増加

【目的】救命救急の場では、治療優先の環境においても患者の日常性を取り戻すケアが重要である。患者の離床時間を増加することを目指して、入院前の生活習慣を取り入れた環境調整と介入を行ったのでここに報告する。【方法】倫理的配慮として、対象者に研究の目的・方法を口頭および書面で説明し同意を得た。また、プライバシー保護と研究参加の自由を保証し、医療・看護の実施に影響を及ぼさないことを確認した。対象者は、前交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血で救急搬送され、コイル塞栓術を受けた60代男性（A氏）である。A氏は料理人であり管理職を務めていた中での発症であった。術後はドレーン留置による行動制限や入院前との生活の違いにより離床が進まない状態であった。術後合併症や筋力低下を予防するため、離床を促す必要があると考え、介入を行った。まずA氏の入院前の生活習慣を考慮した環境調整を行うため、入院前の日常について聞き取りを実施した。A氏は、聞き取り前、ベッド上で食事・整容を行い、食事摂取は「食事が合わないから」と少量のみであった。そのため、多職種と連携して食事の調整、整容の場の変更、シャワー浴の実施などを含む介入を行った。さらに、患者のリハビリテーションに対する目的意識を刺激するため、患者が希望する外の風景が見られる場所での実施などを取り入れて計画を立案した。これらの介入により、入院前に近づけた生活習慣にすることで、離床時間の増加を図った。【結果】患者が料理人であり食事を重要視している点に着目し、管理栄養士と相談の上、食事の選択が可能なクール食を導入したほか、家族に患者が好む食材の差し入れを依頼するなど、食事の満足度を高めた。これらにより、食事摂取量が向上し、食事を楽しむ姿勢が生まれた。また、整容や食事をベッドサイドや洗面所で行うことを提案し、日常生活に近づける環境調整を実施した。さらに、シャワー浴を整容としてだけではなく、リハビリテーションの一環として導入し、患者のリフレッシュとリハビリテーション実施の動機づけに繋げた。リハビリテーションでは、入院前に様々な景色を見に行くことを趣味としていたことを活かし、野球場が見える場所での実施を目標に理学療法士に共有をした。A氏は「景色を見るのが楽しみだから」と積極的にリハビリテーションに取り組むようになった。これらの介入により、離床時間の増加に繋がり、術後14日目には一般病棟への移動が可能となった。【考察】救命救急の場は治療優先の環境であり、患者の日常を意図的に奪う場となる。入院前との生活の変化は患者にとってストレスとなり離床が進まない原因となりうる。よって、A氏へ入院前の生活を聞き、食事メニューの選択や環境調整といった介入が離床時間の増加を目指すうえで重要であったと考えられる。また、他職種との連携は、患者の生活環境の調整、離床時間の増加を目指すうえで重要な役割を果たすことが確認された。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第6会場(2階 204会議室)

[O24] 口演24
重症患者看護②

座長:斉藤 徳子(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)、白石 朋子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU 病棟)

10:20 ~ 10:30

[O24-05] 高位頚髄損傷患者における搬入時の足底反射と機能回復との関連性の検討

○荒巻 勝人[1]、海野 智也[1]、高橋 誠一[1] (1. 埼玉医科大学総合医療センター)

キーワード：頚髄損傷、足底反射、脊髄損傷神経学的分類

目的

A病院救命救急センターICU（以下EICUとする）は、重症外傷患者の中でも高位頚髄損傷患者が多く搬送される。高位頚髄損傷の機能回復は一般的に極めて厳しいと報告されているが、積極的な急性期治療により麻痺の改善や四肢の動き、痺れ、反射の有無・程度が劇的に変化することがあるため神経症状の観察が重要である。入院時や手術後の足底反射の有無によって、退院時にAmerican Spinal Injury Association（以下ASIA分類）が改善する事例を経験している。しかし、先行研究において足底反射と頚髄損傷患者の機能回復との関連性を検討したものは少ない。

そこで本研究では、クリティカルケア領域における入院時の足底反射と退院時の機能回復との関連性を検討することを目的とした。

方法

研究期間、対象：2019年4月1日から2024年6月30日までの期間にEICUに入院し、高位頚髄損傷でASIA分類によりA又はBと診断され、早期に手術を実施した患者113名を対象とした。
研究方法：足底反射は整形外科医または看護師が入院時、手術前後に診療録に記載した。調査項目は、年齢、性別、感覚・運動の損傷領域、骨傷の有無、ASIA分類、足底反射(背屈の有無)、入院期間について診療録から調査した。
退院時のASIA分類の改善の有無を従属変数、その他の項目を独立変数としてロジスティック回帰分析を行った。有意水準5%とした。
倫理的配慮：研究の実施にあたっては、埼玉医科大学総合医療センター研究倫理委員会の承認を得た。データを匿名化し、個人が特定されないように処理した。

結果

本研究では入院時にASIA分類でA又はBと診断された113名の患者を対象とした。内訳はASIA Aは87名、Bは26名であった。骨傷のある患者は60名(53%)、男性91名(81%)、65歳以下の患者41名(36%)、感覚・運動の損傷領域C5未満は58名(51%)であった。退院時にASIA分類において機能改善を認めた患者は59名(52%)であった。ASIA Aからの機能回復は、ASIA Bに3名(3%)、ASIA Cに33名(38%)、ASIA Dに6名(7%)、変化なしは45名(52%)であった。ASIA Bからの機能回復は、ASIA Cに11名(42%)、ASIA Dに6名(23%)、変化なしは9名(35%)であった。入院から退院までの平均日数は約63日であった。

表1に退院時のASIA分類の改善の有無を従属変数としたロジスティック回帰分析を示した。入院時に足底反射がある患者は、背屈なし患者と比較して2.9倍退院時にASIA分類による機能改善が認められた（p=0.02）。一方で、骨傷がある患者では、骨傷のない患者と比較して2.6倍退院時のASIA分類による機能が改善しにくかった（p=0.02）。

考察

©一般社団法人日本救急看護学会

本研究において、入院時に足底反射がある場合は、退院時にASIA分類による機能改善が見込める結果が得られ、入院時の足底反射は機能改善の予測因子になる可能性がある。入院時に足底反射がある患者は手術によって術前時点での神経経路が温存され神経学的回復の寄与が見込まれる。一方で、骨傷を伴う患者では、骨傷により脊髄の神経再生や可塑性の回復を阻害しており機能が回復しないことが推察される。

本研究では、足底反射やASIA分類の評価頻度が異なり、変化を十分に把握できていないことや入院期間が結果に影響している可能性がある。脊髄損傷患者の機能回復の予測によって現実的な目標設定、退院後の生活調整など、急性期から個別性の高い看護ケアが提供できる。

表1.退院時のASIA改善を従属変数としたロジスティック回帰分析 *n=113*

項目	オッズ比	95%信頼区間下限	95%信頼区間上限	ρ値
術前背屈の有無（なし=0.あり=1）	2.86	1.2	6.83	0.02
骨傷（なし=0.あり=1）	0.39	0.18	0.86	0.02
性別（男性=0.女性=1）	1.8	0.65	5.03	0.26
年齢(65歳以下=0.65歳以上=1)	0.91	0.4	2.08	0.83
損傷領域（C4以上=0.C5未満=1）	1.2	0.54	2.65	0.65

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 第6会場(2階 204会議室)

[O24] 口演24
重症患者看護②

座長:斉藤 徳子(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)、白石 朋子(札幌医科大学附属病院 高度救命救急センターHCU 病棟)

10:30 ~ 10:40

[O24-06] 救命救急病棟における患者ケアカンファレンスの活性化に向けた取り組み

○伊豫田 菜月[1]、生駒 周作[1]、伊東 裕子[1] (1. 公立陶生病院救命救急センター)
キーワード：ケアカンファレンス、ファシリテーション、曼荼羅式検討方式

【目的】A病院B病棟は、年間1000名を超える緊急重症患者を受け入れ、平均在院日数は約2日と非常に短い。限られた入院期間の中で、病棟看護師は入院患者のニーズを的確に捉え、必要な看護ケアを提供すると共に、退室後や退院後の生活を見据えた支援も担っている。そのため、患者に寄り添った切れ目のない支援を実現する上で、ケアカンファレンスの充実は必要不可欠である。しかし、B病棟では、ケアカンファレンス参加者の活発な意見が少なく、情報共有にとどまり看護計画の検討に至らない、また、ファシリテーション技術の不足といった課題があった。そこで、ケアカンファレンスの活性化を図るため、ファシリテーション技術の向上を図る取り組みと曼荼羅式検討方法の導入を実施した。本報告では、B病棟における取り組みの実際と成果について報告する。【方法】B病棟の看護スタッフ（以下、スタッフ）を対象に、ファシリテーションに関する学習会を開催した。また、曼荼羅シートを用いた患者情報の可視化や付箋による意見出しを促進する工夫を取り入れたケアカンファレンスを実施した。2024年9月から2025年5月にB病棟に所属していたスタッフ30名を対象に、ファシリテーションおよび曼荼羅シート活用に関するアンケート調査（リッカート尺度による５段階評価または多項目選択式回答）を実施した。本研究は、A病院看護研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。【結果】　アンケート回収率は、100%であった。曼荼羅シートを活用したケアカンファレンスについて「曼荼羅シートを導入する前と比較してケアカンファレンスは充実した」とスタッフ全員が回答した。また、「付箋式であったため意見を出すことに抵抗感が少なかった」と60%のスタッフが回答し、「ケアカンファレンスの参加意識が高まった」と50%のスタッフが回答した。さらに、「他スタッフの意見が自己のアセスメントの参考になった」と43%のスタッフが回答した。ファシリテーションに関しては、「ファシリテーターを務めることに自信が付いた」と68%のスタッフが回答した。【考察】曼荼羅式ケアカンファレンスの導入について、スタッフ全員が「カンファレンスの充実に繋がった」と回答した。清水[1)]は、マッピングシートの活用において「マッピングシートを用いて可視化すると、メンバーの視線が紙面に注がれ、対面であれば生じるであろうメンバー間の力関係を解除し、心理的に感情表現しやすくさせる」と述べている。本取り組みにおいても、曼荼羅シートにより患者情報を整理・視覚化したことでケアの焦点が明確となり、参加者は自由に意見を出しやすくなった。また、意見を付箋に記入しグループ化することで、これまで抽象的だった問題が具体化・可視化され、効果的なファシリテーションを通じて建設的な議論と解決策の検討へとつながった。また、ファシリテーターを努めることに「自信がついた」との回答が多かった要因として、学習会の実施やスタッフの80%（ラダーレベルⅡ以上）が2回以上のファシリテーター経験を持ち、経験の浅いスタッフを上位レベルのスタッフが支援したことが挙げられる。今回B病棟が実施したファシリテーション技術向上の取り組みや曼荼羅式検討方法の導入の取り組みは、ケアカンファレンスの活性化と質の向上に大きく寄与したと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O25] 口演25
救急外来看護⑤

座長:村山 浩之(さいたま市立病院)、黒﨑 祐也(長岡赤十字病院 救命救急センター)

10:50 ~ 11:00

[O25-01]

救急外来で帰宅支援の標準化を図るための取り組み

○松岡 結[1]、中山 貴道[1]、齋藤 ひとみ[1]、鈴木 佳世子[1] (1. 獨協医科大学日光医療センター)

11:00 ~ 11:10

[O25-02]

救急外来受診後に帰宅する患者への看護師の療養支援の現状と課題

○具志 陽宏[1]、越道 香織[2]、岡田 淳子[3] (1. 県立広島大学総合学術研究科、2. 安田女子大学、3. 県立広島大学)

11:10 ~ 11:20

[O25-03]

二次救急外来における帰宅患者や家族に対する救急看護認定看護師の在宅療養支援

○清水 寛子[1]、江川 幸二[2]、森山 美香[2] (1. 鳥取県立中央病院、2. 神戸市看護大学)

11:20 ~ 11:30

[O25-04]

救急外来における帰宅支援方法確立に向けた取り組み～第二報～

○中川 由紀乃[1]、川中 直美[1]、栗山 友里花[1] (1. 福岡赤十字病院)

11:30 ~ 11:40

[O25-05]

A病院救命救急外来における帰宅時支援のシステム化とその成果

○岩永 友紀[1]、渡邊 朝子[1]、荒木 裕子[1] (1. 済生会熊本病院救命救急外来)

11:40 ~ 11:50

[O25-06]

救急外来を受診した患者への帰宅支援フローチャートの導入による効果と課題

○青山 楓[1]、床尾 羊翼[1] (1. 社会医療法人　仙養会　北摂総合病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O25] 口演25
救急外来看護⑤

座長:村山 浩之(さいたま市立病院)、黒﨑 祐也(長岡赤十字病院 救命救急センター)

10:50 ~ 11:00

[O25-01] 救急外来で帰宅支援の標準化を図るための取り組み

○松岡 結[1]、中山 貴道[1]、齋藤 ひとみ[1]、鈴木 佳世子[1] (1. 獨協医科大学日光医療センター)
キーワード：帰宅支援、救急外来看護

＜目的＞救急外来にて症状別の説明書を使用し救急外来で帰宅支援の標準化を図る。＜方法＞上記目的を達成するために2段階で実施した。Aセンターの救急外来を担当する看護師85名対象とした。データ収集方法は無記名自記式質問用紙を用いて留め置き法で行った。第一段階は救急外来受診患者への帰宅支援として、看護師が行っている帰宅支援実施内容と日常生活アセスメント内容の実態調査（以下研究Ⅰ）を実施した。データ収集は令和6年3月に実施した。その結果、看護師の経験年数において有意差ｐ＜0.05が認められ、帰宅後の予測、出現しうる症状の対処法、処方となった薬剤の効果にも有意差が認められた。第二段階（以下研究Ⅱ）のデータ収集は令和６年10月から令和7年1月に行った。第一段階の結果に基づき、救急外来受診患者の受診理由の60%を占める、「発熱」「腹痛・下痢」「切創・挫創・裂創・打撲」の3つの症状に対して帰宅後の予測、出現しうる症状の対処法と処方となった薬剤の効果を明記した説明文書を作成し、帰宅支援を実施した。その後、帰宅支援実施内容の10項目、説明文書使用についての5項目をそれぞれ4件法で得点化した。分析方法は基本属性について記述統計を実施した。帰宅支援の状況についてはクラスカル=ウォリス検定を実施し、有意水準5%未満とした。統計解析パッケージIBM SPSS Statistics Ver.29を用いた。自由記載はテキストマイニングにより分析した。＜倫理的配慮＞D大学病院Aセンター倫理審査委員会「日看24－005」の承認を得た。＜結果＞研究Ⅰから看護師経験年数に問わず誰もが同じように帰宅支援を実施できるツールの必要性が示唆された。研究Ⅱでは、アンケート有効回答率62.0%であり、そのうち説明文書を使用した看護師は66.0%であった。帰宅支援実施項目の有意差はなかった。説明文書使用の評価（4点満点平均点）は「支援内容の理解」3.5点、「簡潔な説明」3.4点、「短時間の説明」3.2点、「迷いのない説明」3.4点、「意識の向上」3.5点であった。自由記載欄では、「説明文書があるとわかりやすく、説明する方もされる方もいいと思う」「説明文書があることで帰宅支援実施を忘れずに済んだ」といった肯定的な意見や、「多忙で患者が多い時は時間を作るのが難しい」「説明文書があることを知らなかった」といった意見があった。＜考察＞研究Ⅰで経験年数による有意差が認められた項目において、研究Ⅱで説明文書を使用することで有意差が消失したことから、特に経験年数１～5年目の短い看護師に対して有効な手段であったといえる。自由記載から得られた肯定的な意見は、説明文書が看護師の帰宅支援への意識向上に貢献し、看護師と患者双方に有益であったことを示唆している。一方で多忙な状況における時間の確保の困難さや個別対応の難しさが、帰宅支援サポートにおける課題として浮上した。多忙な環境下ではコミュニケーション障害が発生しやすいため、医師の帰宅指示書やパンフレットの工夫など短時間で患者が必要とする情報を厳選し、効果的に伝達する方法の検討が必要である。さらに、情報提供のペーパーレス化やデジタル化、患者がオンラインで情報を確認できるシステムの検討も示唆された。また、新たなシステムを導入する際には、使用するスタッフへの十分な周知が不可欠であることも明らかになった。＜結論＞症状別説明文書を使用することで、看護師経験年数に問わず誰もが一定水準の帰宅支援が実施できる。より質の高い帰宅支援を継続的に実施するためには、時間の確保や環境の調整が重要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O25] 口演25
救急外来看護⑤

座長:村山 浩之(さいたま市立病院)、黒﨑 祐也(長岡赤十字病院 救命救急センター)

11:00 ~ 11:10

[O25-02] 救急外来受診後に帰宅する患者への看護師の療養支援の現状と課題

○具志 陽宏[1]、越道 香織[2]、岡田 淳子[3] (1. 県立広島大学総合学術研究科、2. 安田女子大学、3. 県立広島大学)

キーワード：救急外来看護師、救急帰宅患者、療養支援

【目的】救急外来を受診する患者は年々増加傾向にあるが、救急外来受診後、帰宅する患者（以下、救急帰宅患者）は約８割と報告されている（厚生労働省、２０１５）。そのため、救急外来看護師は、患者が帰宅後に変化する状況に対応でき、安心して日常生活が送れるように療養支援を行っている。しかし、救急帰宅患者の中には、帰宅後に症状が改善せず、再受診や入院する患者もいる（久保川ら、２０１７）。すなわち、様々な健康障害を生じて来院した患者に対して、帰宅後に想定される身体変化を考慮した療養支援に至っていない可能性がある。そこで本研究の目的は、救急外来で行われている救急帰宅患者への療養支援を明らかにし、看護師が実践する支援の適切性を評価するための課題を検討する。
【方法】医中誌Ｗｅｂ版、メディカルオンラインを用いて、キーワードを「救急医療サービス」、「看護師」、「救急看護」、「療養支援」、「実態調査」、「帰宅」とし検索した。文献は救急外来での救急帰宅患者への支援内容を記述している論文とした。また、救急・在宅等支援療養病床初期加算が新設された２０１２年以降の原著論文や抄録、病院医学雑誌を対象とした。分析は療養支援に関する看護実践を抽出し類似性に従い分類した。
【倫理的配慮】文献の使用において著作権を遵守し、分析時は原論文に忠実にデータを抽出した。
【結果】対象文献は８件だった。研究対象者は救急外来を設置している一次から三次救急医療機関の看護師で、救急看護認定看護師や診療看護師の資格を有する者も含まれていた。救急外来看護師は、受付の段階から身体的な情報を収集して緊急性や重症度を判断し、診療の優先順位を確定する院内トリアージを実施しており、この段階ですでに日常生活に関する情報を収集していた。収集した情報の内容は「身体能力」「認知機能」「服薬管理」「患者の外観」「生活支援力」「介護保険」だった。また、受診後に帰宅となった患者や家族・支援者には、「医師の説明に対する補足」「再受診や相談するタイミングの指導」「服薬管理に関する指導」「帰宅後の注意事項の説明」「相談窓口の説明」を実施していた。そして、生活支援が必要と判断した場合は、「専門職へ情報提供」していた。
【考察】救急外来看護師が院内トリアージと同時に日常生活に関する情報を収集していたことは、救急外来受診時から患者が生活の場である地域へ戻る視点を持ち、療養支援していることが明らかになった。また、救急帰宅患者には起こりうる問題や症状悪化時の指導・対処行動の説明を行っていたことは、帰宅後の日常生活への支障が最小限となるよう支援していたと思われる。救急外来には人的・時間的制限や患者や家族・支援者との関係性を構築することが難しい特性がある。そのため、急性増悪など短期間で起こりうる対処方法に注視した支援が主な看護実践であることが明らかになった。しかし、帰宅後、救急外来再受診後に約４割の患者が入院や転院に至っていることが報告されている（寺本、２０１８）。救急外来看護師が提供した療養支援を、救急帰宅患者は実践できていたのか、その効果について記述されたものは見当たらなかった。また、救急外来看護師は、個人情報保護の観点から電子カルテの閲覧が制限され

©一般社団法人日本救急看護学会

ていたり、情報の共有性が低い紙カルテを使用していたりするため患者の転帰情報を適時に確認できない現状がある。今後は、救急外来看護師の支援が救急外来帰宅後にどのように活用されたかの患者の転機を調査する必要がある。また、救急外来看護師が帰宅した患者の転帰を知り、看護実践を省察する機会を構築する必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O25] 口演25
救急外来看護⑤

座長:村山 浩之(さいたま市立病院)、黒﨑 祐也(長岡赤十字病院 救命救急センター)

11:10 ~ 11:20

[O25-03] 二次救急外来における帰宅患者や家族に対する救急看護認定看護師の在宅療養支援

○清水 寛子[1]、江川 幸二[2]、森山 美香[2] (1. 鳥取県立中央病院、2. 神戸市看護大学)

キーワード：救急外来、帰宅患者、在宅療養支援

【目的】救急看護認定看護師(救急看護CN)が救急外来(救外) において帰宅患者や家族に直接行う、具体的な在宅療養支援を明らかにする。**【方法】**研究デザインは質的記述的研究とし、複数名の救急看護CNが所属する二次救急病院の救外に勤務し、資格更新を終えた救急看護CNを対象に帰宅患者・家族に直接実践している在宅療養支援について半構造化面接を実施した。面接は、プライバシーが確保される個室で実施し、内容は許可を得た後、録音を行った。分析は、録音データを基に逐語録を作成し、帰宅患者・家族に対して直接行っている在宅療養支援に焦点を当て、コード化し、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。本研究は、神戸市看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。(第20249-07号)**【結果】**研究参加者は3名、救急看護CN経験年数は6～10年、面接実施平均時間は70分であった。分析の結果、263コード、32サブカテゴリー、11カテゴリーが抽出された。(カテゴリーは【】、サブカテゴリーは〈〉を示す。)研究参加者は、患者の第一印象で帰宅の可能性がある時には、主訴を元に意図的に【救外受診前の普段の生活の様子を把握する】ことと身体面のアセスメントから〈帰宅後に急変・重症化の可能性がある状態かを判断する〉ことで、帰宅後の急変・悪化に気づくことができるように【患者・家族に帰宅後の対応について指導する】ように関わっていた。また、【帰宅後に家族が患者の世話をできる状況か把握する】ことで、患者のセルフケア力や家族のケア力を査定し【救外での在宅療養支援の必要性を判断する】ことで【患者の生活スタイルを踏まえた指導を行う】ようにしていた。さらに、患者や家族の反応から、〈救急受診後に帰宅することに対する患者・家族の不安や心配の程度を判断する〉ことで、【救急受診後に帰宅する患者・家族の不安や心配を軽減する】関わりを持っていた。それと共に【医療者の説明に対する患者・家族の理解度を把握する】ことから〈患者・家族の反応により医療者の説明に対する患者・家族の理解度を判断する〉ことを行い【患者・家族の帰宅後の生活における注意点の説明に対する理解が進むように工夫する】ことをしていた。また、がんや心不全など、いずれ終末期を迎えることが予測される病態の患者・家族には、本人の生活に対する価値観を踏まえ、日常生活を送る場所や過ごし方について患者・家族双方の思いが共有できているか【患者・家族のニーズを含めて意向を把握する】ことで、意向の乖離がある時には、患者の思いがまず尊重されるよう患者・家族で話す機会を設け【患者・家族それぞれの意向が伝わるように関わる】ことで支援していた。また、社会資源の活用の見直しなど【患者・家族のニーズに応じた生活が帰宅後にも継続できるように方法を提案する】ことも行っていた。**【考察】**個別性のある在宅療養支援を短時間で行うためには、「身体面」と「帰宅後の生活面」を繋ぐ、予測性のあるアセスメントと情報収集能力が前提にある。主訴から身体的アセスメントを行い、帰宅の可能性がある場合には、患者・家族の生活背景や社会資源の活用状況、ニーズの把握と在宅療養支援について考える重要性が示唆された。さらに、いずれ終末期に向かうことが予測できる患者・家族にはそれぞれの意向や患者が望む生活のあり方を考えるきっかけを作り、アドバンス・ケア・プランニングの導入を支援していると考えられる。また、社会資源の活用により、患者・家族は、在宅療養に対す

©一般社団法人日本救急看護学会

る価値も見出すとされ、その価値を守るためにも社会資源に関する知識を深め、患者・家族の状況に適応する力を養う必要性が示唆された。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O25] 口演25
救急外来看護⑤

座長:村山 浩之(さいたま市立病院)、黒﨑 祐也(長岡赤十字病院 救命救急センター)

11:20 ~ 11:30

[O25-04] 救急外来における帰宅支援方法確立に向けた取り組み～第二報～

○中川 由紀乃[1]、川中 直美[1]、栗山 友里花[1] (1. 福岡赤十字病院)

キーワード：救急外来、帰宅支援、スクリーニングシート

【目的】

A病院は二次救急医療を担っており、2024年度の救急外来来院患者総数は約12.000名で、そのうち帰宅となった患者は全体の約7割であった。帰宅となった患者の中には、独居や支援者の不足・社会資源未活用などの理由により帰宅に支援を要した症例も少なくない。これまでは帰宅支援方法について確立されたものがなく、後日「介入が望ましかった」と判明するケースもあり、スタッフによって支援方法は様々であった。患者が安全に帰宅でき住み慣れた地域で過ごすために、地域との連携を定着させるための取り組みが必要であると考え、今回救急外来における帰宅支援方法の確立に向けて取り組んだ。

【方法】

対象：A病院ERで勤務する看護師20名

調査期間：令和6年8月～令和7年3月

方法

1）アンケートによる現状調査を実施し、課題の抽出を行う。

2）スクリーニングシート・フローチャートを作成し、その使用前後の帰宅支援内容について比較検討する。

【倫理的配慮】

今回の取り組みについて対象者へ主旨説明を行い、口頭で同意を得た。また、得られた結果については全て匿名で取り扱い、個人が特定されないように配慮した。

【結果】

アンケート調査において、ER経験年数が長いスタッフやリーダー経験者の多くが「帰宅支援に関して困ったことがある」と回答した。また約80%が「休日夜間帯」に困難感を抱いていることが分かった。この結果から、スタッフが時間外の帰宅支援について適切な介入や助言が行えていないことが分かった。

今回の現状分析で得た結果と先行文献を参考にスクリーニング項目を7つ選定し、従来の看護記録に追記した。次に、時間外でも統一した対応ができるよう、可視化できる行動指標として帰宅時支援フローチャートを作成した。スクリーニング7項目のうち3項目以上該当するケースは「帰宅支援要」とし、フローチャートを活用することとした。

取り組みの結果、スクリーニング活用率は100%、フローチャート活用率は約90%を達成し、帰宅支援介入件数は前年度と比較し、約3.5倍の増加がみられた。

スクリーニング項目の導入に対して、「以前はそれぞれの主観や経験知に基づいた介入であり、個々によって差があったが、視点の統一化を図ったことで介入が必要な患者を見逃すことなく対応出来ていると感じる」、「忙しい時の介入が不十分になりがちなので、スクリーニング項目が目に見える位置に明記されていると意識的に介入出来てよかった」といった意見が複数あり、95%に意識・行動・視点の変化がみられた。

これまで多くのADL自立の高齢者などは介入できていなかったが、フローチャートの運用を行

©一般社団法人日本救急看護学会

うことで今後の要支援・要介護者となるリスクを支援者や行政スタッフと共有する機会となり、早期の社会的介入に繋がる結果となった。

【考察】

現状分析の中で各々の経験知や感度によって帰宅支援方法が左右されている現状があることがわかり、帰宅支援に対するアセスメント力を高め、統一した対応が取れるよう行動指標を作成したことが、今回の成果に大きく影響したと考える。日頃からERで勤務している看護師は帰宅支援に関して困難さを感じており、困りごとをテーマとして取り組んだことで、役割モデルに繋がった。

また、スクリーニングシートとフローチャートの活用を習慣化させるため、日常的に使用している「看護記録用紙」へ掲示したことで、スタッフの目にとまり、意識的な帰宅支援ができ、介入件数の増加につながったと考える。

今後も様々な社会的要因を背景にERを受診している患者に対し、スクリーニングの視点をもって帰宅支援を継続していく必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O25] 口演25
救急外来看護⑤

座長:村山 浩之(さいたま市立病院)、黒﨑 祐也(長岡赤十字病院 救命救急センター)

11:30 ~ 11:40

[O25-05] A病院救命救急外来における帰宅時支援のシステム化とその成果

○岩永 友紀[1]、渡邊 朝子[1]、荒木 裕子[1] (1. 済生会熊本病院救命救急外来)

キーワード：帰宅時支援

【はじめに】A病院の先行研究では、救命救急外来（ER）を受診後、再診指示がないにも関わらず48時間以内に再受診した患者（以下、再受診患者）の要因は、独居・高齢世帯やNRS4以上の疼痛を主訴とする患者であった。疼痛評価実施率は来院時96%に対し、帰宅時は６％と低く、帰宅時の疼痛管理や対処行動への支援が課題であった。2023年度、ER受診者総数15912名のうち、8478名（53%）が帰宅であり、再受診した患者は144名（1.7%）で疼痛を主訴とする再受診が多く見られた。そのため、独居や高齢者、有症状で帰宅する患者への支援強化を図るため、疼痛緩和の患者教育に加え、地域の社会資源の活用とサポート体制を把握する帰宅時支援のシステム構築が急務であると考えた。【目的】帰宅時支援のシステム構築とその成果を、患者教育と社会資源活用の観点から評価し、今後の課題を明らかにする。【実践内容・方法】独居・高齢世帯や有症状で帰宅する患者、疼痛評価や介護保険情報などを含むハイリスク患者を自動的に抽出できる構造化した記録（以下、テンプレート）を作成し、ER看護師に使用方法を周知した。2024年6月～2025年2月にテンプレートで「支援が必要」と判断され、電話訪問を実施した延べ66名（65名の患者）を対象に記録内容をもとに実施率を集計・分析した。また、2023年4月～2025年2月の48時間以内の再受診率を比較し導入前後の変化を確認した。データは匿名化し看護部倫理審査会の承認を得た。【結果】体制構築により帰宅時の疼痛評価と患者教育の実施率は100%であった。疼痛等の有症状や独居・高齢世帯など「支援が必要」とされた患者・家族を対象とした電話訪問では、全例に症状確認を実施し「症状や受診の必要性について相談できて安心した」といった声が聞かれた。また、地域のケアマネジャーや施設等への情報共有は25.8%であった。介護保険の有無に関する記載は「あり」10名、「なし」18名、「未記載」37名であり、来院時からの効率的な情報収集体制の課題が明らかとなった。48時間以内の月別再受診率では、2023年12月の2.96%をピークに、テンプレート導入後の2024年9月には1.23%、2025年2月には1.01%と推移しており、帰宅時支援の効果が示唆された。【考察】 帰宅時に必要な評価項目をテンプレートにより標準化したことで、支援対象者の抽出が統一され、支援を必要とする患者への介入が明確となった。疼痛管理の不十分さが再受診の要因となることは先行研究でも指摘されており、具体的な対処行動や課題であった帰宅時疼痛評価、記録の徹底はスタッフの意識変化へ繋がり、円滑な運用と帰宅時支援の体制構築に繋がったと考えられる。ERにおける帰宅時支援では、症状評価と生活背景を踏まえた支援や地域との連携が求められる。今後は、来院時からの情報収集体制の強化や待ち時間を活用した効率的な支援、テンプレートの改訂を通じて帰宅時支援システムの標準化と体制強化を図る必要がある。【結論】帰宅時支援のシステム化により、疼痛に関する患者教育や電話訪問の基準が標準化され、対処行動や地域との情報共有など支援内容の可視化が可能となった。再受診率の推移からも生活を見据えた支援体制の強化に寄与したと考える。今後は、来院時からの効率的な情報収集体制の整備やテンプレートの継続的な見直しを通じて、帰宅時支援の質と継続性をさらに高める必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O25] 口演25
救急外来看護⑤

座長:村山 浩之(さいたま市立病院)、黒﨑 祐也(長岡赤十字病院 救命救急センター)

11:40 ~ 11:50

[O25-06] 救急外来を受診した患者への帰宅支援フローチャートの導入による効果と課題

○青山 楓[1]、床尾 羊翼[1] (1. 社会医療法人　仙養会　北摂総合病院)

キーワード：帰宅支援、再受診

【はじめに】日本の救急出動件数は年々増加しており、高齢化の進行とともに帰宅後のケアが必要な患者も増加している。救急受診した患者の中には、入院適応がないが様々な理由で帰宅困難な患者がおり、その対応が課題となっている。帰宅しても、その後すぐに救急外来の再受診を繰り返す患者も少なくない。自宅での生活が困難な背景から環境調整を行う必要性がみえてきた。そのため、本研究では救急外来で帰宅困難患者を支援するための帰宅支援フローチャート(以下、フローチャート)を導入し、その効果を検証した。【目的】フローチャートを導入し、定着させることで救急外来スタッフ(以下、スタッフ)が統一した帰宅支援が行えることを目的とした。【方法】フローチャート導入前(2023年6～11月)の全患者の3904名、フローチャート導入後(2024年6～11月)の4084名を対象とし年齢、性別、来院方法、転院搬送、救急外来での死亡数、再受診数、再受診１か月以内の死亡数を2群比較した。有意水準5%未満とし、カイ二乗検定、t検定を実施した。スタッフ20名に対する導入前のアンケートは2件法と5件法、その理由を自由記載、導入後は2件法、その理由を自由記載で単純集計した。【倫理的配慮】本研究の開始にあたり、A病院の倫理審査委員会の承認後、開始した。対象者に対して研究の目的、回答による不利益は被らないことを口頭・書面で説明し同意を得た。Googleフォームを使用し匿名性を担保した上で、アンケートを収集し、収集したデータ・アンケート結果は目的以外に使用しない、データ保存はパスワードをかけ外部に漏洩しないよう厳重に保管した。【結果】2023年度と2024年度では再受診率のみ有意差(p＝0.005)を認めた。再受診数が2023年の3904名中227名(5.81%)から2024年の4084名中182名(4.46%)に減少した。導入前、90%のスタッフが帰宅困難患者への対応に悩んだと回答したが、導入後は75%が軽減したと回答した。フローチャートの現状調査のため再度データ収集を行った結果、立案率は研究中89.95%、研究後89.94%で大きな変化はなかった。支援レベル1～3の該当件数及び医療ソーシャルワーカー(以下、MSW)介入率はいずれも研究後に減少が見られた。【考察】フローチャートは帰宅支援の必要な介入を抽出することが可能となり、また、患者や家族の不安軽減、生活環境の改善、不要な再受診の予防に寄与することが示唆された。またフローチャート導入前は、独居や介護力の問題で帰宅困難な患者への対応に課題が多かったが、導入後はMSWへの連携がスムーズになり、帰宅支援への意識向上が図られた。フローチャート導入はスタッフの帰宅支援における不安と課題を軽減する有効なツールと考えられる。MSWの介入率がわずかに低下している背景には、支援レベル1・2の患者に対する介入依頼の不明瞭さや記載式の煩雑さが要因と考えられる。依頼内容をチェックボックス形式にして簡素化することで、業務負担の軽減と介入率の向上が期待される。また、介入内容の共有により支援への理解が深まり、フローチャート立案率の向上が見込まれる。該当患者を抽出できるシステムの構築も必要である。【結語】フローチャートを導入したことで再受診率の低下やスタッフの帰宅支援における不安と課題の軽減ができ、患者支援の質向上が期待される。しかし、対応の標準化や知識向上、経過把握システムの整備といった課題も残されており、さらなる改善が必要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第6会場(2階 204会議室)

[O26] 口演26
看護教育③

座長:樅山 定美(獨協医科大学)、大田 麻美(伊勢赤十字病院 看護部)

10:50 ~ 11:00

[O26-01]

ICUにおける救急初療室経験のある看護師とICU経験が豊富な看護師の臨床判断の特徴

○岡崎 楓[1]、山崎 祐嗣[1]、岡田 力[1] (1. 社会医療法人　愛仁会　高槻病院)

11:00 ~ 11:10

[O26-02]

A病院救命病棟スタッフに対する2ヶ月研修プログラムが臨床推論能力に与える影響：NCRSを用いた評価

○佐藤 希[1] (1. 旭川医科大学病院救命救急センター)

11:10 ~ 11:20

[O26-03]

クリティカルケア領域看護師の思考が看護実践能力に及ぼす影響

○草場 裕[1]、古賀 明美[2]、武富 由美子[2]、山田 春奈[2] (1. 佐賀大学医学部附属病院高度救命救急センター、2. 佐賀大学医学部看護学科)

11:20 ~ 11:30

[O26-04]

NPPV装着患者の看護に関する一般病棟でのCCNSの教育的関わり～コンサルテーションを通じて～

○小野 孝夫[1] (1. 日本鋼管病院)

11:30 ~ 11:40

[O26-05]

救急外来看護師のOJT指導者に必要なコンピテンシーに関する質的分析

○藤崎 隆志[1]、立野 淳子[2] (1. 小倉記念病院、2. 日本赤十字九州国際看護大学)

11:40 ~ 11:50

[O26-06]

A病院HCU看護師のOJTの現状

○清田 美千代[1]、城尾 恵子[1] (1. 社会医療法人三栄会ツカザキ病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第6会場(2階 204会議室)

[O26] 口演26
看護教育③

座長:樅山 定美(獨協医科大学)、大田 麻美(伊勢赤十字病院 看護部)

10:50 ~ 11:00

[O26-01] ICUにおける救急初療室経験のある看護師とICU経験が豊富な看護師の臨床判断の特徴

○岡崎 楓[1]、山崎 祐嗣[1]、岡田 力[1] (1. 社会医療法人　愛仁会　高槻病院)

キーワード：救急初療室経験のある看護師、ICU経験が豊富な看護師、臨床判断

【はじめに】
ICUで勤務する看護師には迅速な対応や的確なアセスメントが求められる。ICU看護師の中には救急初療室経験のある看護師やICU経験が豊富な看護師もいる。日々の看護実践において両者の「思考」と「実践」が同じではないと感じていたが、それらを明らかにした先行研究は見当たらなかった。そこで救急初療室経験のある看護師とICU経験が豊富な看護師のそれぞれの臨床判断の特徴を明らかにしたいと考えた。
【目的】
ICUで勤務する救急初療室経験のある看護師（以下Aグループ）とICU経験が豊富な看護師（以下Bグループ）の臨床判断の特徴を明らかにする。
【方法】
1．同意が得られたA、B２つのグループそれぞれに同じ急変事例を用いてフォーカスグループインタビューを実施した。事例は劇症型心筋炎の症例報告を参考に架空事例を作成し、病名は伏せた状態で対象者に提示した。
2．インタビューで得た内容を逐語録に起こし質的記述分析を行った。抽出されたカテゴリーをクリスティーン・タナー氏の「臨床判断モデル」を参考にそれぞれのグループの臨床判断の特徴を明らかにした。
3．倫理的配慮は所属施設の倫理委員会の承認を得た。（承認番号：研24-5）
【結果】
対象者の内訳は救急初療室経験4～12年（平均7年）の20代～40代の看護師4名、ICU経験が3～33年（平均14年）の20代～50代の看護師4名であった。Aグループは68のコード、13のサブカテゴリーと8個のカテゴリーに分類された。Bグループは85のコード、17のサブカテゴリーと10個のカテゴリーに分類された。Aグループの気づきは【妊娠経過と身体所見が気になる】、解釈では【繰り返しABCDE評価を行い症状から疾患を推論する】、反応では【ABCDEや身体評価から急変を予測する】ことを行っており、第一印象からABCDEアプローチを繰り返し行い急変の予測や疾患を鑑別しながらケアを実施していることが明らかになった。Bグループの気づきは【家族や生活背景の情報が欲しい】、解釈では【感染症と心疾患の可能性を考える】、反応では【急変を予測しながら意識、呼吸、循環の観察とケアを行う】と妊娠、家族や生活背景などの情報収集を行い心機能、血液データをみながら呼吸や循環変動に注意してケアを実施していることが明らかになった。また、【実施中や実施後、他者からの助言で看護を振り返る】省察を行い解釈へフィードバックしたり自己成長に繋げていた。
【考察】
Aグループの看護師はABCDEアプローチが習慣化されており、目の前の患者を常に評価しながら急変予測を行っていた。また、救急初療室で疾患を推論しながらケアを実施する思考と実践が根付いておりICUでもその特徴が活かされていた。一方、Bグループの看護師は神経、呼吸、循

©一般社団法人日本救急看護学会

環というようにBy systemに沿って評価し、さらに心理、社会面と包括的なアセスメントを行っていた。これは刻一刻と治療や看護が変化するICUにおいてバイタルサインなどを把握する習慣が根付いている影響と考えられる。これらはどちらが良いという訳ではなく、互いの特性を活かした補完や協動を行うことでICU看護の質の向上に繋がると言える。また本研究で行為前の分析、行為中や行為後の省察が明確となりICU看護師の臨床判断能力の育成の一助となり得ると考えられる。

【結論】

救急初療室経験のある看護師とICU経験が豊富な看護師の臨床判断の特徴と今後の展望が明らかになった。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第6会場(2階 204会議室)

[O26] 口演26
看護教育③

座長:樅山 定美(獨協医科大学)、大田 麻美(伊勢赤十字病院 看護部)

11:00 ~ 11:10

[O26-02] A病院救命病棟スタッフに対する2ヶ月研修プログラムが臨床推論能力に与える影響：NCRSを用いた評価

○佐藤 希[1] (1. 旭川医科大学病院救命救急センター)

キーワード：臨床推論力、救急看護教育

【はじめに】　救急外来では、年齢、性別、疾患など多種多様な患者、さらに生命を危ぶまれる状況にあることが多い。救急外来の看護師にはそのような患者に対して、看護上の問題を明らかにし、専門的な援助が求められる。A大学病院救命救急センターは外来担当と病棟担当で分かれている。現在、相互協力体制の構築と臨床推論力向上を目的に病棟スタッフが一定期間救急外来で勤務する研修を2023年より実施している。研修の評価は、自己目標の達成度とし、概ね良好であった。研修参加者の満足度は評価することができていたが、目的の一つである臨床推論力の向上については評価することは困難であった。さらに臨床推論力評価できるツールは限られている。臨床推論力を客観的に評価することで、自身の臨床推論力の評価や研修の評価に繋げることができれば、救命救急センターでの継続教育につながる可能性がある。【目的】本研究は、臨床推論力尺度（NCRS）を導入し、救急外来の研修が看護師の臨床推論力向上につながっているかを明らかにする【方法】（1）研究デザイン：後ろ向き観察研究（2）研究期間と対象者2024年4月～2025年3月までの救急外来における２ヶ月間研修に参加者し、同意が得られた看護師3名　(3)研究方法と収集する情報研修開始時、1ヶ月終了時、2ヶ月終了時にNRCSの15項目について各項目を1から5の5段階で自己評価したデータを収集した。NRCSの使用に関して、開発者である加藤氏に許可を得た。（4）データ分析方法統計分析ソフトRを使用し、Friedman検定を実施した。【倫理的配慮】当院倫理委員会の承認を得た（承認番号：24192）【結果】 15項目中、「収集した患者情報から異常を特定できる」（p=0.0498）と「特定された患者の問題に対して看護目標を適切に設定できる」（p=0.0498）の2項目において、統計的に有意な向上が認められた。他の項目では有意差は見られなかったが、全ての項目で点数の上昇が見られた。【考察】全項目で初回より最終段階の点数が上昇しており、研修が臨床推論力向上に寄与した可能性がある。「収集した患者情報から異常を特定できる」能力の向上については、救急外来における緊急度評価とABCDアプローチに基づいた振り返りが効果的であったと考えられる。特に救急外来では限られた時間内で生命に関わる異常を察知する能力が求められるが、本研修を通じて多様な症例を経験し、異常の識別と解釈の能力が強化されたと推察される。「看護目標を適切に設定できる」能力の向上については、患者到着前、到着時、検査結果判明時という3段階評価を行ったことで、各段階に応じた問題点を考える機会となり、事前情報と実際の観察による再アセスメントが、効果的なケア展開を考慮する基盤になったと考えられる。統計的有意差は認められなかった他の項目についても、全体的に上昇傾向を示したことは注目に値する。特に「患者の健康状態が悪化した場合、早期の兆候や症状を確認できる」や「特定可能な患者の問題を正確に優先順位付けして管理できる」といった項目は、救急看護において重要な能力であり、研修を継続することでさらなる向上が期待される。【今後の課題】本研究は対象が3名と少ないが今回の研修が臨床能力向上に寄与している可能性があるため、研修方法や時期を再度検討して継続して行っていく。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第6会場(2階 204会議室)

[O26] 口演26
看護教育③

座長:樅山 定美(獨協医科大学)、大田 麻美(伊勢赤十字病院 看護部)

11:10 ~ 11:20

[O26-03] クリティカルケア領域看護師の思考が看護実践能力に及ぼす影響

○草場 裕[1]、古賀 明美[2]、武富 由美子[2]、山田 春奈[2] (1. 佐賀大学医学部附属病院高度救命救急センター、2. 佐賀大学医学部看護学科)

キーワード：クリティカルケア、思考、看護実践能力

Ⅰ．目的

看護師の判断につながる思考は，「認知的な熟考」と「直観的な過程」からなるが、直観は個々の経験に任され研究も進んでいない。しかし，クリティカルケア領域では迅速な判断と対応の過程において情報が不足しているため，直観的なプロセスが指針となると報告されている。看護師の意思決定や思考パターンと看護実践との関連については，「何か変」という感覚から行われる看護師の判断や，モニターのアラームや気づきから判断するなどの質的な研究は報告されているが，分析的思考や直観と，看護実践の関連を量的に示した研究はなく，看護師の思考が看護実践につながる能力にどう影響しているかの研究は進んでいない。そこで，クリティカルケア領域に従事する看護師の思考が看護実践能力へ及ぼす影響を明らかにする。

Ⅱ．方法

九州・山口県内の救命救急センターを有する39施設のうち， 協力が得られた18施設に所属するクリティカルケア領域（救命救急センター，救急外来，ICU/CCU）の看護師531名に，個人属性，思考（情報処理スタイル合理性－直観性　Rational-Experimental Inventory尺度日本語版），看護実践能力（看護実践能力自己評価尺度Clinical Nursing Competence Self Assessment Scale：CNCSS）についてWebによる無記名調査を行った。分析は，単回帰分析で有意差があった項目を説明変数，看護実践能力を目的変数とし重回帰分析を行った。本研究は，A大学医学部倫理委員会の承諾を得て実施した（承認番号：R5-19）。

Ⅲ．結果

回答を得た185名（回収率35.1%）のうち，「同意しない」を選択した1名を除いた184名を分析対象とした（有効回答率34.7%）。対象者は，女性が75%，平均年齢は36.5±8.1歳，クリティカルケア領域の平均経験年数は7.8±5.1年，プレホスピタルケアに従事経験のある看護師が23.3%，専門看護師・認定看護師・特定行為に関わる研修を修了した看護師など，専門的資格を持った看護師が10.3%であった。重回帰分析の結果，クリティカルケア領域看護師の看護実践能力であるクリニカルジャッジメントには，専門的資格，合理性態度，直観性能力が影響し，倫理的実践には合理性態度，看護管理には直観性能力，リスクマネジメントには直観性態度が影響していた。さらに，基本的責務，援助的人間関係，看護の計画的展開，ヘルスプロモーション，ケアコーディネーションには，合理性能力が影響していた。（表1）

Ⅳ．考察

重回帰分析の結果，少ない情報から優先性や緊急性を踏まえ判断するクリニカルジャッジメントには，論理的かつ合理的な姿勢や，気づきから予測されたり感じたことを伝える直観性能力が影響していると考えられた。また，倫理的実践には時間をかけて考えることを避けない姿勢が影響し，看護管理には相手を慮りチームワークを重んじるために，外向性や共感と関連する直観性能力，リスクマネジメントには直観で感じたことを過信しない姿勢が影響していることが考えられた。また，学習に関連する合理性能力が複数の看護実践能力に影響を与えることか

©一般社団法人日本救急看護学会

ら，患者のニーズを把握し，専門的知識や技術により計画的に患者にケアを提供する過程において，論理的かつ分析的に考える能力が看護師の基本的な能力であることが示唆された。本研究では決定係数が0.065～0.200と低いことから，一般化するには至っていないが，看護実践能力の各下位因子に影響する要因が異なるという興味深い結果を得た。今後，対象者を拡大し検討していく必要がある。

	看護実践能力(CNCSS)									
	基本的責務	倫理的実践	援助的人間関係	クリニカルジャッジメント	看護の計画的な実践	ケアの評価	ヘルスプロモーション	リスクマネジメント	ケアコーディネーション	看護管理
専門的資格あり				0.154*						
合理的能力	0.197*		0.292**		0.214*		0298**		0.289**	
合理的態度		0.204*		0.196*						
直観的能力				0.193*						0.197*
直観的態度								-0.181*		
自由度調整R^2	0.114	0.089	0.150	0.200	0.115	0.065	0.088	0.112	0.127	0.101
*$P<0.05$	**$P<0.01$	数字は標準回帰係数								

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第6会場(2階 204会議室)

[O26] 口演26
看護教育③

座長:樅山 定美(獨協医科大学)、大田 麻美(伊勢赤十字病院 看護部)

11:20 ~ 11:30

[O26-04] NPPV装着患者の看護に関する一般病棟でのCCNSの教育的関わり～コンサルテーションを通じて～

○小野 孝夫[1] (1. 日本鋼管病院)

キーワード：NPPV、コンサルテーション

目的

当院には呼吸器内科病棟38床に加えてHCU4床が1病棟単位である。生命維持装置装着中の超急性期の患者がいた当時のHCUでは、一般病棟で管理可能な全身状態である慢性期から終末期のNPPV装着患者がおり、重症患者へ十分な看護を行うことが難しかった。当該病棟の師長からNPPV装着患者を一般病棟で看護できるようにして欲しいと相談があった。今回の目的はコンサルテーションのプロセスに沿って活動した効果を検証することである。

倫理的配慮

発表にあたり所属施設の看護部長より承認を得た。

方法

コンサルテーションの目的：急性期初期や慢性期のNPPV装着患者を合併症無く看護ができるようになる。
期待する結果：呼吸器内科病棟看護師がNPPV装着患者へ合併症無く看護ができる。
情報収集：院内のNPPV学習プログラムでは機器の仕組みを知っているのみで、プログラム受講後NPPV装着患者の観察や看護ケアができない状況であった。また病棟看護師の人数は23名で内NPPVの看護経験があるスタッフは勤務帯リーダー6名、HCUスタッフ5名であり同僚への学習の支援が困難であった。
問題の明確化：院内NPPV学習プログラムの内容ではNPPV装着患者への看護実践が難しい。またNPPVに関する看護を学習する機会が不足している。本事例ではコンサルティの能力を超えているため、「プログラム中心の管理のコンサルテーション」を主とした「課題適応型のコンサルテーション」を展開した。
計画：NPPV学習会の学習目標は「NPPVのモードの特徴と装着時の看護が分かる」とした。対象者はHCUと夜勤専従のスタッフを除く15名とした。そしてHCUスタッフや、受講者で呼吸療法に興味関心があるスタッフを教育する側に加えることで、学習し教えあう体制にした。これらはコンサルティと設定した。
計画の実行：事前学習としてNPPVの適応と効果、モードや設定項目について看護専門サイトで学んだ。学習会ではNPPVの操作や装着体験をしながら、NPPV導入前後の身体所見の変化やマスクフィッティングの正しい方法や声かけのタイミングと仕方、S/TモードとCPAPモードの違い、チェストバンドや細径の挿管チューブを使い、呼吸仕事量との関連について学んだ。

結果

NPPV装着患者を看護した経験のない病棟スタッフ全員がNPPV装着患者を受け持つための準備ができた。NPPVの学習会参加後、受講者には「受け持つ自信がついた」と反応があった者や年

©一般社団法人日本救急看護学会

間個人目標にNPPVの学習について挙げた者もいた。臨床で受講者はNPPV装着患者の受け持ちを安全に実施でき、スキンケアの看護について受講者間で検討していた。また受講後NPPVに関連した皮膚損傷の報告はなかった。そして急性増悪したNPPV装着患者はHCUに入室し、終末期や慢性期のNPPV装着患者は一般病床で管理するなど、病床機能に応じた患者管理となった。一般病棟でNPPV装着患者を看護する機会に、HCUスタッフは受講者に対してマスクフィッティングのコツや観察項目などの看護について教育をしていた。またHCUでNPPVを導入する際に、一般病棟看護師がHCU看護師と協力し看護をする場面もあった。受講者が運営側に参加したことでNPPVの看護について深い理解となった。

考察

受講者がNPPVの操作や装着を体験して主体的に学習できたことは、受講者の学びを支援し効果的であったと考える。またコンサルテーションの過程を踏むことで病棟スタッフの看護ケアへの積極性が増した。学習会受講後の受講者の反応を管理者が感じることでリソースナースの活用が増えると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第6会場(2階 204会議室)

[O26] 口演26
看護教育③

座長:樅山 定美(獨協医科大学)、大田 麻美(伊勢赤十字病院 看護部)

11:30 ~ 11:40

[O26-05] 救急外来看護師のOJT指導者に必要なコンピテンシーに関する質的分析

○藤崎 隆志[1]、立野 淳子[2] (1. 小倉記念病院、2. 日本赤十字九州国際看護大学)
キーワード：救急外来看護師、OJT指導者、コンピテンシー、質的研究、看護教育

【目的】
救急外来は、重症度・緊急度の高い患者が頻繁に搬送され、迅速かつ的確な対応が求められる場である。こうした現場において、新人看護師や経験の浅い看護師に対するOJTは、実践力を育成する上で極めて重要な手段である。しかし、救急外来のOJT指導者に求められる能力は、暗黙知に依存している部分が多く、系統的に整理されていないのが現状である。特に、場面ごとに臨機応変な対応が求められる救急外来では、OJT指導者の即時的な判断力や行動力が看護実践の質に直結する。本研究は、救急外来看護師のOJT指導者に必要なコンピテンシーを明らかにすることを目的とした。
【方法】
OJT指導者におけるコンピテンシーは、「看護師のOJT支援という職務を遂行するために必要な知識・行動・判断・技能を有し、学習者の成長と安全な医療提供を支援する能力」と定義した。対象は、ISLS、ICLS、BLS、JNTEC、FA等の教育インストラクター資格を持ち、救急外来でOJTを実践している救急看護認定看護師5名とした。Zoomを用いて2回のFocus Group Interview（FGI）を実施し、録音データを逐語録化。語られたOJT場面の実践言動を抽出し、「知識・行動・判断・技能」の4分類に沿って整理し、類似項目は中カテゴリーとして統合した。
【倫理的配慮】
本研究は小倉記念病院看護倫理審査委員会の承認を受けて実施した。口頭およびGoogleフォーム上で研究の目的・方法・任意性・個人情報の保護について説明し、同意確認欄にてインフォームド・コンセントを取得した。収集したデータは匿名化し、研究目的以外には使用しないことを明示した。
【結果】
救急外来看護師のOJT指導者に必要なコンピテンシーとして合計89項目が抽出された。
知識（6中カテゴリー/21項目）：教育理論、救命処置、アセスメント、場面対応力、学習者理解、説明力など。
行動（10中カテゴリー/31項目）：信頼関係の構築、柔軟な対応、感情制御、振り返り支援、段階的支援、自己変容など。
判断（10中カテゴリー/19項目）：緊急度・学習者特性に応じた支援深度や方法の判断、教育機会の選択、困難事例への対応判断など。
技能（6中カテゴリー/18項目）：教育資源やICTの活用、思考を促す対話、EBPを活かした教育、内省支援、段階的教育スキルなど。
特に「行動」と「判断」に関する記述が多く、救急外来における即応力や教育的判断力の重要性が語られていた。
【考察】
OJT指導者に関するこれまでの研究は、病棟や標準的な教育体制を対象とするものが主流であ

©一般社団法人日本救急看護学会

り、救急外来のように迅速な判断と柔軟な対応が求められる現場における指導能力に着目した研究は少ない。本研究では、OJTに特化した語りから直接的に導出されたコンピテンシーを、「知識・行動・判断・技能」の4要素で構造化することにより、実践に即したOJTの力量要件を明確に可視化できたと考える。救急外来におけるOJTは、静的な教育ではなく、臨床状況に応じて即時に判断し、教育機会を創出する動的な教育実践であり、それに応じた力量が求められる。本研究の知見は、今後のOJT指導者育成カリキュラムや評価指標の策定に有用な基盤情報となりうる。
一方で、参加者が5名に限られており、深い洞察は得られたものの、抽出されたコンピテンシーの網羅性や、他施設への一般化には限界がある。今後は、量的調査により妥当性と信頼性を検証し、より汎用性の高いコンピテンシーリストの構築を目指す必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第6会場(2階 204会議室)

[O26] 口演26
看護教育③

座長:樅山 定美(獨協医科大学)、大田 麻美(伊勢赤十字病院 看護部)

11:40 ~ 11:50

[O26-06] A病院HCU看護師のOJTの現状

○清田 美千代[1]、城尾 恵子[1] (1. 社会医療法人三栄会ツカザキ病院)

キーワード：新人看護師、ＯＪＴ

Ⅰ．はじめに　A病院High Care Unit（; 以下HCU）では、新人教育担当者を中心に、集合教育（Off the Job Training : Off-JT）と現場教育（On the Job Training : OJT）が行われている。さらにマニュアルや手順を院内で統一し、指導者のOJT共有化を目指している。しかし、新人看護師から「先輩看護師によって、指導内容が違う」という意見が多く聞かれ、看護師によって指導方法に違いがあるのではないかと感じた。そこで、HCU看護師のOJTに対する考え方や方法などを明らかにしたいと考えた。**Ⅲ．方法 研究期間**　2024年3月~2025年2月2．**対象者**A病院HCU看護師16名（管理者・研究者・新人看護師を除く）3．**研究方法**自作のアンケートを作成し、経験年数（2～4年目・5～9年目・10年目以上）、新人看護師の理解度確認の有無、コミュニケーションの有無、マニュアル活用の有無、プリセプター経験の有無、など、OJTに関する項目についてデータ収集し記述統計した。また、経験年数とOJTに関する項目について一元配置分散分析を有意水準5%で行った。（SPSS statistics 26）**Ⅳ．倫理的配慮**A病院院内倫理委員会の承認を得た。また、データは個人が特定されないように配慮し、研究発表する旨を対象者に説明した。アンケートへの参加は自由意志であり、協力の有無に関わらず不利益がないこと、結果の保管・管理は厳重に行うことを説明した。**Ⅴ．結果**　アンケート回収率は94%であった。経験年数2~3年目は、根拠の説明が足りないという意見が多く、「OJTについて指導を受けたことがありますか」の問いに対し「ある」という回答が少なかった。5~9年目は、チェックリストの活用が他の経験年数に比べ低く、理解度の確認もされていなかった。（P＜0.05）さらに、コミュニケーションの有無にも差が認められ、5～9年目は他の経験年数と比べてコミュニケーションがとられていなかった。（P＜0.05）　また、プリセプターの経験がないと回答した6名は、全員が10年目以上であった。10年目以上の看護師は、有意差はなかったが褒めることや他の看護師と情報共有するという項目が低かった。**Ⅵ．考察**　2~3年目はベナーの一人前にあたり、経験が少ないために根拠説明ができていない可能性がある。黒鵜は「プリセプター経験がある人は、ない人に比べて3.415倍新人を褒めるよう意識している」さらに、「プリセプター経験の有無が、新人看護師指導はプリセプターに任せることに関連している。」と述べている。以上のことから、プリセプター経験がない10年以上の看護師は、新人看護師教育を褒めることが少なく、担当するのはプリセプターであるという認識が強い可能性がある。また、大岩らは、新人看護師の成長には、医療現場における看護師のOJTが影響を及ぼすと言われており、森は、臨床実践においてOJTとOff-JTの組み合わせで実施することで優れた教育体系に仕上がることができると報告されている。よって、新人看護師育成のためには、OJTとOFF-JTを連動させ、OJTの共通認識を持って取り組む必要がある。**Ⅶ．結論** 2～3年目の看護師経験が浅い看護師は根拠の説明不足があった。 プリセプター経験がない10年以上の看護師は新人看護師を褒める者が少なかった。新人看護師教育には、OJTとOFF-JTを連動させ、OJTの共通認識を持たせることが重要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O27] 口演27
救急外来看護⑥

座長:山口 弘子(名古屋掖済会病院 看護部)、髙田 久美(福岡県済生会福岡総合病院)

13:20 ~ 13:30

[O27-01]

ハイブリッドERにおける多職種シミュレーションチームの活動とその評価

○芳賀 信孝[1]、松井 憲子[1]、松崎 奈津美[2]、石井 陽菜[1] (1. 東北大学病院　看護部　高度救命救急センター、2. 東北大学病院　看護部　手術部)

13:30 ~ 13:40

[O27-02]

療養支援における救急外来と各科外来との看護連携の実際と課題―外来連携カンファレンスの実践報告ー

○北本 千春[1]、田口 育美[1]、田村 沙知[1]、加茂 知美[1] (1. 社会福祉法人　聖隷福祉事業団　総合病院　聖隷浜松病院)

13:40 ~ 13:50

[O27-03]

救急初療室における熟練看護師の臨床判断　―実践の省察を分析する―

○金浜 英介[1]、菅原 美樹[2] (1. 医療法人渓仁会　手稲渓仁会病院、2. 札幌市立大学　看護学部)

13:50 ~ 14:00

[O27-04]

初療室でのベッドコントロールにおける救急外来看護師の臨床判断に影響する要因

○久 宣実[1]、久住 美沙樹[1]、福田 ひろみ[1] (1. 徳島赤十字病院救急外来)

14:00 ~ 14:10

[O27-05]

二次救急医療領域における65歳以上のフレイル予備群因子の調査

○佐藤 美奈[1]、相馬 香理[1]、新地 実花子[2]、福井 大作[2]、柳澤 直実[2] (1. 市立ひらかた病院HCU、2. 市立ひらかた病院救急中央診療)

14:10 ~ 14:20

[O27-06]

救急外来における高齢者の療養支援の現状

○香取 雅美[1]、東内 咲希[1] (1. 聖路加国際病院救命救急センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O27] 口演27
救急外来看護⑥

座長:山口 弘子(名古屋掖済会病院 看護部)、髙田 久美(福岡県済生会福岡総合病院)

13:20 ~ 13:30

[O27-01] ハイブリッドERにおける多職種シミュレーションチームの活動とその評価

○芳賀 信孝[1]、松井 憲子[1]、松崎 奈津美[2]、石井 陽菜[1] (1. 東北大学病院　看護部　高度救命救急センター、2. 東北大学病院　看護部　手術部)

キーワード：ハイブリッドER、多職種シミュレーション

【目的】
当施設は2018年に先進医療棟へ移転以来、ハイブリッドERにおいて初期診療を行なっている。開設前からワーキンググループを立ち上げ、マニュアルやプロトコル作成、定期的なシミュレーションを実施してきた。現在、ハイブリッドER運用開始から6年が経過したが、常にスタッフの入れ替わりがあり教育支援の難しさを実感していた。また、初期診療時の多職種連携を確立するためにも、定期的にシミュレーションや症例の振り返りを行い、各職種の役割や診療プロトコルを確認する必要があると考えた。そこで、様々な初期診療シミュレーションを継続して開催するために、2024年に多職種シミュレーションチームを立ち上げ、月1回のシミュレーション開催を企画した。シミュレーション内容については、多職種シミュレーションチーム内で実症例を基に決定した。シミュレーションには、医師・看護師のほか放射線技師や臨床工学技士などの参加も調整した。今回、その活動を振り返り、評価を行うことを目的とした。
【方法】
月1回のシミュレーション実施について、その活動を振り返るとともに、満足度および多職種の役割の理解度を評価表を用いて評価した。評価表はシミュレーションに参加したことのある多職種スタッフに対して、評価表を配布し、任意で回答してもらった。
【倫理的配慮】
評価表では個人が特定されないこと、回答は自由意思であり拒否における不利益はないことを参加者へ説明し、同意を得た。
【結果】
2024年度は外傷性出血ショックの症例やV-A ECMO導入、REBOAハンズオン等、実症例に基づいたシミュレーションや勉強会を計10回実施した。看護師の参加者は、毎回10-15名の参加があった。その他、医師5-6名、放射線技師2-3名が参加し、症例によって臨床工学技士、輸血部の協力も得た。症例は実例に基づいてシナリオを作成し、ブリーフィングを行う場面から、シーンごとに診療の流れを確認しながら進行した。評価表で、各シミュレーションに対する満足度は、「とても満足」「満足」と答えたスタッフは94%、多職種の役割の理解度は「とてもよくわかった」「わかった」と答えたスタッフが90%だった。自由記載では、「実際の診療で慌てずに対応できる様になったと思う」「シミュレーションの類似症例を経験し、学んだ内容を実践に活かすことができ、自信がついた」等の意見が見られた。
【考察】
今回、多職種シミュレーションチームは、症例の選定や多職種参加の調整など、重要な役割を果たしていることを再認識した。シミュレーションの内容は、重症度が高く、多職種間でより連携を必要とする症例を実施することで、実症例で円滑な診療につながることが期待できる。重症度や緊急度が高い実症例では、緊迫した状況が続き一刻を争うことも多く、指示系統や情報の

©一般社団法人日本救急看護学会

集約が混乱することも多い。従って、シミュレーションで、診療プロトコルの確認や多職種の役割を理解し意見交換を行うことで、初期診療の改善点を見いだすことができるため、多職種シミュレーションは有用であると考えられた。

また、シミュレーションでブリーフィングを行うことで、実際の場面でも積極的にブリーフィングを行う習慣ができたため、診療が円滑に行えるようになったと考えられた。評価表からも、定期的な多職種シミュレーション実施により、多職種の役割を把握することができ、コミュニケーションが図りやすくなると考えていることがわかった。今後は、より幅広い診療科を交えてシミュレーションを行い、参加者を増やしていけるようにシミュレーションを継続していくことが円滑な診療体制の構築につながると考えられる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O27] 口演27
救急外来看護⑥

座長:山口 弘子(名古屋掖済会病院 看護部)、髙田 久美(福岡県済生会福岡総合病院)

13:30 ~ 13:40

[O27-02] 療養支援における救急外来と各科外来との看護連携の実際と課題―外来連携カンファレンスの実践報告ー

○北本 千春[1]、田口 育美[1]、田村 沙知[1]、加茂 知美[1] (1. 社会福祉法人　聖隷福祉事業団　総合病院　聖隷浜松病院)

キーワード：救急外来、療養支援、院内連携

【背景】救急外来（以下、ER）においては、急増する高齢者や精神疾患をもつ患者、再受診する患者に対する帰宅時支援が課題として挙げられている。A病院では、ER看護師が行う帰宅時支援における先行研究で「ER看護師の療養支援についての視点（以下、視点）11項目、下位31項目」を明らかにしており、これを基に事例展開や勉強会を行い帰宅時支援の指標としてきた。ER看護師は、患者の帰宅後の生活を見据えた多面的なアセスメントをするには十分な時間が取れず限界がある。そのため、外来部門・多職種・地域との連携や調整・情報共有を行い、療養支援に繋げることが必要である。そこで、ERと各科外来看護師は、患者側が抱える問題に対して、院内での連携強化するために外来連携カンファレンス（以下、cf）を開催してきた。**【目的】**ERとの院内連携強化が必要な患者や看護連携における課題を明らかにすることとした。**【研究方法】**2020年8月～2024年3月に外来連携cfを実施した患者の議事録をA病院の先行研究で明らかにした「ER看護師の療養支援についての視点11項目」を基に分析した。**【倫理的配慮】**本研究はA病院研究倫理審査委員会で承認（第4648号）を得て実施した。**【結果】**cfの実施回数129回、対象226例（延べ人数）、平均年齢62.7歳、全体の48.9%が65歳未満の成人患者であった。視点11項目で最も介入が多かった上位3視点は、「継続する医療行為と自己管理状況」97件、「介護者のサポート力の程度」47件、「要配慮者」46件であった。その他では、対応に難渋する事例に関する統一対応や業務改善等が83件であった。「継続する医療行為と自己管理状況」のうち〈頻回受診〉が45.4%であり、患者・家族の不安によるもので、状況確認の依頼や対応方法の確認をしていた。〈疾患の自己管理の可否〉は25.8%であり、アドヒアランス・コンプライアンス不良のため外来での療養指導等を依頼していた。「介護者のサポート力の程度」のうち、〈家族のサポート状況〉が45.7%で介護負担増等、また、〈介護者のサポート状況〉が37%で、サービス調整困難等であり、状況確認や窓口確認等の依頼をしていた。「要配慮者」では、〈精神疾患〉が81%を占め、各科外来と情報共有や傾聴依頼行い、そのうち86.8%が精神科領域の介入に繋がっていた。〈頻回受診〉と〈精神疾患〉では、半数以上が65歳未満の患者であった。ERでは、患者の抱える問題点を抽出し介入依頼を行い、家族内調整や入退院支援部門・地域と連携しながら外来連携を依頼する事例も複数あった。外来連携することの利点として看護師からは、《頻回受診が減る》《患者の安心に繋がる》などの意見があった。**【考察】**院内の看護連携強化が必要な患者は、65歳未満の患者が約半数であった。これは、ER看護師が活用する資源が少ない患者に対して、連携支援の必要性を感じていることが伺えた。〈頻回受診〉では、受診を繰り返す患者要因から問題を可視化し、継続連携することで適正受診に繋がる可能性がある。また、患者の知識不足、理解不足に対して、看護連携して各科外来で介入することで、治療のアドヒアランス・コンプライアンスの向上が期待できる。精神疾患の患者に対しては、継続して関わることが精神科領域の介入に繋がっていると考えられた。さらに、ER看護師が、外来部門・多職種と同時に連携することで、円滑な社会資源の活用ができ、外来患者の有

©一般社団法人日本救急看護学会

効な在宅療養支援に繋がっていた。今後の課題としては、全患者対象となる帰宅時支援のフローシートを作成することである。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O27] 口演27
救急外来看護⑥

座長:山口 弘子(名古屋掖済会病院 看護部)、髙田 久美(福岡県済生会福岡総合病院)

13:40 ~ 13:50

[O27-03] 救急初療室における熟練看護師の臨床判断　―実践の省察を分析する―

○金浜 英介[1]、菅原 美樹[2] (1. 医療法人渓仁会　手稲渓仁会病院、2. 札幌市立大学　看護学部)
キーワード：救急初療室、臨床判断、省察

Ⅰ.目的　救急初療室では、患者の大部分は生命の危機的状態にあり、救急看護に従事する看護師には、健康問題を迅速かつ正確に把握し、対処する高度な臨床判断能力に基づく看護実践が求められる。Tannerの臨床判断モデルには、「気づき」、「解釈」、「反応」、「省察」の4つの様相が含まれ、「省察」は臨床判断能力を育む上で重要な局面とされている。そこで救急初療室において熟練看護師がどのように省察しながら看護実践しているのかを明らかにすることを目的として本研究を行った。Ⅱ.研究方法研究デザインは、質的記述的研究デザインである。研究対象は、救急看護経験年数6年以上の看護師5名とし、インタビューガイドを用いた半構造化面接法によりデータ収集した。データ収集期間は、2019年3月～9月とした。インタビューでは、「対象者自身が救急初療室において、どのように状況の観察・アセスメントを行い、看護介入をしているのか、その一連の判断の省察を看護行為中にどのように行なっているのか、看護行為終了後にどのように省察しているのか」について聞き取りを行った。データ分析は、SCAT（step for cording and theorization）の分析手法を参考にした（大谷,2019）。作成した逐語録から看護実践中の省察に関する文脈を抜き出し、SCATの分析フォームを用いて個別に分析した。対象者ごとに構成概念を記述し、構成概念をもとに理論記述を行った。対象者ごとの理論記述を「患者や周囲の状況とその変化」「状況とその変化を読み取り予測や推測したこと」「予測や推測に基づき判断したこと」に分類し、意味内容の類似性によってカテゴリ化した。カテゴリ相互の関係性を検討し、統合したストーリラインを記述した。本研究は、札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会より承認をうけ実施した（倫理審査結果通知No.17②）。Ⅲ.研究結果　救急初療室における熟練看護師の看護実践中の省察は、27の理論記述から【34カテゴリ】、〈114概念〉が生成された。理論記述は、時間的なプロセスで内容を検討したところ、初療室搬入前と初療室搬入後の２つの局面に分類された。初療室搬入前の局面では、【限定された初期情報】から様々な予測を行い、看護実践の判断を行なっていたが、【緊急性を窺わせる追加情報】があった際に省察が行われていた。初療室搬入直後は搬入前の予測と現在の状況を照らし合わせることで省察が始まり、【主観的症状】や【緊急性を窺わせる客観的情報】などから病態の同定や悪化の予測を行い、迅速な治療・処置の準備と実施を行う判断をするなど連続性のある臨床判断に繋がっていた。【緊急性の高い処置の実施】を行う状況では、【病態悪化の可能性】と同時に【治療処置に対する患者の反応】の予測をしており、【その場に応じた迅速な処置】を行う判断と【最悪の事態に備える】ことを検討していた。Ⅳ.考察　熟練看護師は、初療室搬入前から経験的知識や理論的知識をもとに病態を予測し、受け入れ準備などの看護実践を行っており、初療室搬入直後からその予測をもとに省察が始まっていた。そして、絶え間なく変化する患者の状態について患者の主観的情報や客観的情報を駆使して、予測性と準備性を持った観察と判断を初療室退室まで繰り返しており、連続性をもった省察が行われていることが示唆されたが、省察が新たな臨床判断を行うトリガーとなり、より状況に適合した看護実践を可能にしていると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O27] 口演27
救急外来看護⑥

座長:山口 弘子(名古屋掖済会病院 看護部)、髙田 久美(福岡県済生会福岡総合病院)

13:50 ~ 14:00

[O27-04] 初療室でのベッドコントロールにおける救急外来看護師の臨床判断に影響する要因

○久 宣実[1]、久住 美沙樹[1]、福田 ひろみ[1] (1. 徳島赤十字病院救急外来)

キーワード：初療室、ベッドコントロール、臨床判断

【目的】初療室でのベッドコントロールにおける救急外来看護師の臨床判断に影響する要因を明らかにする。そして患者が迅速かつ効率的に初期診療を受けられる環境整備を図り、安全で安楽な看護の提供のための課題を見出すために本研究に取り込んだ。
【方法】研究期間:2024年9月1日～2025年1月31日。
救急外来での多数傷病者の受入事例からシミュレーション事例を作成。作成した事例をもとに机上シミュレーションを行った。その他にホットラインの情報で重要だと思うこと、ベッドコントロールで困難と感じることなども質問に含めた。発言内容をＩＣレコーダーに録音しテキストデータを作成した。ＫＨコーダーを使用し単語を抽出した後、共起図を作成した。得られたサブグラフ内の語と語の結びつきやテキストデータの内容からカテゴリー名を決定し、各カテゴリーについて看護師のベッドコントロールの臨床判断に影響を与える要因について考察した。
【倫理的配慮】Ａ病院倫理委員会の承認を得て行った。対象者には、研究目的や研究参加・中断の自由性、プライバシーの保護、個人情報保護、結果の公表について書面と口頭で説明し文書により同意を得た。
【結果】対象者は救急外来配属の看護師７名。ＫＨコーダーの形態素分析による最頻出後「患者（１０８回）」であり、続いて「ベッド（７０回）」「思う（６５回）」であった。共起図から初療室でのベッドコントロールにおける看護師の臨床判断は〈人・場所に関するマネジメント〉〈情報からの予測〉〈重症患者の対応と経験〉〈入院調整〉の４つのカテゴリーに分類された。
【考察】〈人・場所に関するマネジメント〉では人的・物的環境などの全体状況を把握し、搬送される患者に対して安全かつ円滑な対応が出来るよう予測しながら業務を遂行している。その具体的な配慮として患者の転帰や検査・処置の進捗状況、各看護師の負荷が考慮されている。〈情報からの予測〉では疾患を予測した臨床判断により緊急処置に迅速に対応出来るよう受入準備をしている。情報から先を見通す力を発揮することで患者への安全な医療の提供に繋げている。〈重症患者の対応と経験〉では看護師の経験や看護実践能力を考慮し受け持ちを決定している。更にサポートする看護師の能力や経験も考慮している。〈入院調整〉では初療室に患者が長時間滞在しないよう入院病棟との調整を図り、重症患者に対応するため空床数の確保に努めている。看護師は複数の要因に影響を受けながらベッドコントロールを行い、これにより患者の安全と医療の質を確保しながら断らない医療を実践している。
本研究から、初療室のベッドコントロールにおける救急外来看護師の臨床判断に影響する要因として「在室患者の進捗状況と各看護師の負荷」「情報から先を見通す力」「受け持ち看護師のアセスメント能力と経験知」「救急外来の空床状況」が明らかとなった。今後の課題として、情報共有方法の構築、教育方針の強化や他部署との更なる連携などが見い出された。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O27] 口演27
救急外来看護⑥

座長:山口 弘子(名古屋掖済会病院 看護部)、髙田 久美(福岡県済生会福岡総合病院)

14:00 ~ 14:10

[O27-05] 二次救急医療領域における65歳以上のフレイル予備群因子の調査

○佐藤 美奈[1]、相馬 香理[1]、新地 実花子[2]、福井 大作[2]、柳澤 直実[2] (1. 市立ひらかた病院HCU、2. 市立ひらかた病院救急中央診療)

キーワード：フレイル

【目的】高齢者の救急受診が増加する中、フレイルの早期発見と適切な在宅支援は重要な課題である。しかし、現場では時間や負担の観点から従来の日本語版フレイル基準(以下J-CHS基準)や基本チェックリストの適用が難しい場合が多い。本研究は、救急医療現場において患者への負担を最小限に抑えつつ、フレイルの可能性を効率的に選別できる客観的指標の抽出を目的とした。【方法】対象は65歳以上の救急外来受診患者107名。基本チェックリストを用いてフレイルの有無を判定し、年齢、BMI、上腕三頭筋部皮下脂肪圧(以下TSF)、下腿周囲径、ADL自立の有無を測定した。これらのデータを集計し、フレイルと関連性の高い指標を抽出するためにχ二乗検定またはフィッシャーの正確確立検定を行った。特に、J-CHS基準の歩行速度、体重減少、筋力低下に類似した客観的指標の検討を行った。【倫理的配慮】本研究は対象者のプライバシー保護に配慮し、倫理審査の承諾を得て実施した。【結果】フレイルは83名、非フレイルは24名と判定された。年齢は後期高齢者のフレイル患者が65名、前期高齢者のフレイル患者が18名であり、後期高齢者のフレイル患者が有意に高かった。(P値＜0.05)ADL自立の有無とフレイルの関連性について統計を行なったが有意差はなかった。一方、BMIとの関連に関しては18.5未満のフレイル患者は16名で、非フレイル患者は0名、18.5以上のフレイル患者は67名で、非フレイル患者は24名であり、BMIが18.5未満のフレイル患者が有意に高かった。(P値＜0.02)筋力低下については、BMI、TSF、下腿周囲径の全てが基準値未満のフレイル患者は14名で、非フレイル患者は0名だったが、有意差はなかった。【考察】本研究では,フレイルの鑑別を目的とし、二次救急医療機関を受診する患者においても高齢化とともにフレイルの患者が増加していることを示された。フレイルの評価には、J-CHS基準にある【歩行速度】【体重減少】【筋力低下】の3項目が客観的指標として用いられるが、これらに対して患者により負担の少ない指標の検討を行なった。【歩行速度】については、独歩可能で下腿周囲径が基準値以上の場合はADL自立とし、通常歩行速度＜1.0m/秒に相当すると仮定したが、フレイルとの関連性について有意な差はなかった。これは、救急医療の患者には普段はADL自立している患者と慢性的にADL低下している患者が混在しているためと考える。次に【体重減少】では、6ヶ月で2～3kgの体重減少がフレイルの指標とされているが、高齢者の体重減少は筋肉量の減少と関連するため、BMIが18.5未満の患者はフレイルと関連性が高いことから、有用な指標と考えられる。【筋力低下】については、J-CHS基準では握力測定が標準だが、救急医療現場では上肢の負傷や制約により測定が困難な場合も多い。そのため、フレイルと関連の深いサルコペニアの指標としてBMI、TSF、下腿周囲径を検定したが有意差は認められなかった。これは、歩行速度と同様に、普段はADL自立している患者と低下している患者が混在しているためと推測される。【結論】二次救急領域において後期高齢者、BMIが18.5未満の患者に関してはフレイルの鑑別を行う客観的指標として抽出することができた。しかし、歩行速度、筋力低下の客観的指標は今回の調査では抽出することはできなかったため今後も検討を重ねていく必要があった。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O27] 口演27
救急外来看護⑥

座長:山口 弘子(名古屋掖済会病院 看護部)、髙田 久美(福岡県済生会福岡総合病院)

14:10 ~ 14:20

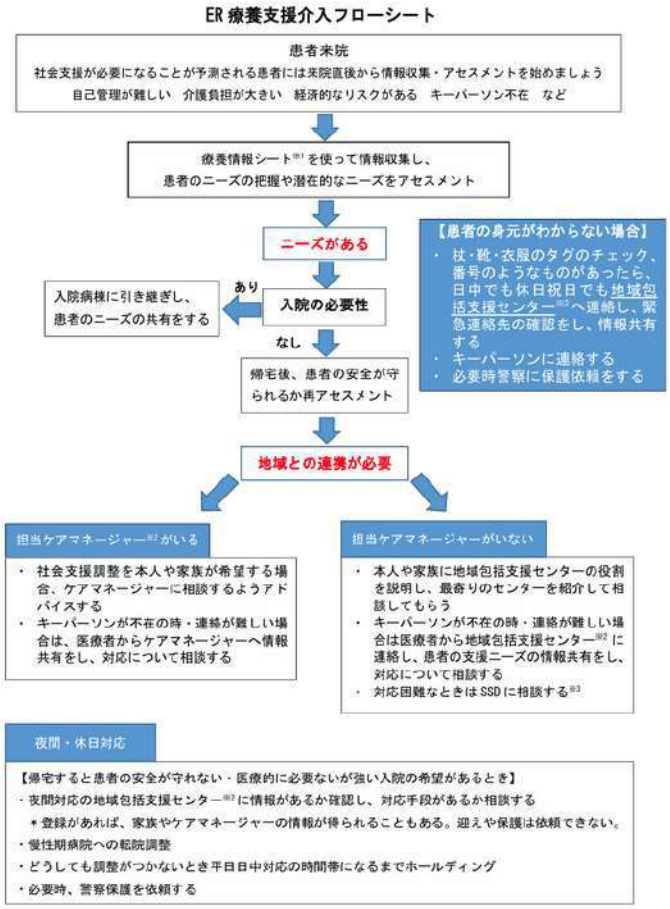
[O27-06] 救急外来における高齢者の療養支援の現状

○香取 雅美[1]、東内 咲希[1] (1. 聖路加国際病院救命救急センター)

キーワード：救急外来、療養支援

【背景】高齢患者が身体的に帰宅可能と判断されたが、何らか問題を抱え繰り返し救急受診する状況を経験している。救急外来には療養支援（以下支援）専従者がおらず、支援の要・不要の判断は、看護師の感度、知識に依存していることやかかわりが短時間である等課題がある。そこで支援が必要となることが予測される状況を示したキーワード「自己管理が難しい」「介護負担が大きい」「経済的リスク」「キーパーソン不在」を入れた支援フロー、テンプレート、案内文書を作成した。**【目的】**当院救急外来から帰宅する65歳以上の患者（以下高齢患者）への支援の現状を把握する。**【倫理的配慮】**　所属施設臨床倫理審査委員会の承認を得た。**【方法】期間**：2024年4月から2025年3月　**対象**：救急外来で支援を受け帰宅した高齢患者、救急外来受診時に支援を受けず帰宅したが、7日以内に救急外来を再受診した高齢患者　**方法**①支援を行った患者の来院区分・支援理由・来院以前の当院定期通院の有無・支援方法②支援を行わず帰宅した患者の初回・再来時の来院区分・看護師のかかわりの有無、再来時の転帰を抽出し考察した。**【結果】**当院の2024年度救急外来受診患者数は30240名であった。高齢患者は7751名（25.6%）であり、そのうち帰宅の転帰が5256名であった。 再受診の指示のない高齢患者の救急外来受診後7日以内の再受診は388名で、記録から支援が必要と考えられたが、看護師が支援を行わなかった患者は25名であった。来院方法区分は、初回三次救急1名、二次救急15名、独歩9名で、再来時二次救急14名、独歩11名であった。患者状況はキーワードに該当していた。再来時転帰は、帰宅17名、転院1名、入院7名であった。転院・入院理由は1名が初回受診時入院適応であったが、本人希望で帰宅したが再受診となり、7名は社会調整であった。初回受診時に看護師が診察に同席していなかった患者は６名であり、同席していた患者は19名であった。帰宅時看護師がキーワードに該当する状況であると気づき支援が必要と判断した高齢患者は78名であった。来院方法区分は、三次救急1名、二次救急80名、独歩8名であった。来院以前に当院一般外来定期受診者は20名、地域介入があった方は41名であった。支援方法は、42名は案内文書で説明、25名は地域包括支援センター等に情報共有、16名はかかりつけ医へ引き継ぎ、6名は社会事業部へ依頼を行った。支援を行っても再来院した患者は４名で、その理由は地域包括支援センターが介入していたが、患者の精神科通院の調整や環境調整が間に合わなかったためであった。**【考察】**キーワードに患者状況が該当すると看護師が判断せず、支援を行わなかった患者の一部で、救急車での来院や社会調整入院を要していた。また救急外来は緊急度の高い患者ケアを優先する部署であることやかかわりが短時間であるため、作成したフローでの支援は具体的な療養生活の意思決定サポートには至らない支援であるものの、病状と併せて患者・家族・医師・看護師で帰宅後生活を安全に送ることができるのか情報収集・アセスメントを行った結果不要な再受診を抑制できた例もあったと考えられた。**【結語】**救急外来での支援は、療養生活の意思決定までは至らないが、安全な療養生活、救急車の適正利用の一助になる可能性がある。そのためには専門的な救急看護ケアとして一般化していくことが肝要である。今後、救急外来での看護師の療養支援に対する気づきの啓蒙、不安が強く繰り返し受診をする患者対応についてフローの修正、一般外来・地域との連携が課題である。

©一般社団法人日本救急看護学会



©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第6会場(2階 204会議室)

[O28] 口演28
チーム医療④

座長:清末 定美(社会保険大牟田天領病院)、中川 雄樹(札幌医科大学附属病院 看護部 HCU病棟)

13:20 ~ 13:30

[O28-01]

超緊急帝王切開術におけるER対応システムの構築を目指して
～ER看護師の認知度向上への取り組み～

○鍵山 香織[1]、白井 耕志[1]、土谷 美樹[1]、野崎 香奈[1]、高松 春菜[1]、板村 朋美[1]、出端 雄[1] (1. 福岡徳洲会病院)

13:30 ~ 13:40

[O28-02]

担当看護師に求められるチーム医療における役割
～重症妊産婦への看護実践を振り返って～

○遠藤 双葉[1]、森田 康敬[1]、岡本 有子[1]、田村 美樹[1] (1. 順天堂大学医学部付属静岡病院)

13:40 ~ 13:50

[O28-03]

ハイブリッドERシミュレーションの実際と今後の課題

○宮田 佳之[1] (1. 長崎大学病院 高度救命救急センター)

13:50 ~ 14:00

[O28-04]

身体抑制低減に向けた多職種連携による取り組み

○岩見 華子[1] (1. 藤田医科大学病院高度救命救急センター)

14:00 ~ 14:10

[O28-05]

脳神経外科患者の多職種事例検討会の効果についての検討

○近藤 穂尭[1]、橋内 伸介[2] (1. 聖路加国際病院 救命救急センター 救急外来、2. 聖路加国際病院 救命救急センター CCM)

14:10 ~ 14:20

[O28-06]

ICUでの効果的な多職種カンファレンス実施に向けた看護師の役割と課題

○青柳 海里[1]、大槻 勝明[1] (1. 水戸協同病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第6会場(2階 204会議室)

[O28] 口演28
チーム医療④

座長:清末 定美(社会保険大牟田天領病院)、中川 雄樹(札幌医科大学附属病院 看護部 HCU病棟)

13:20 ~ 13:30

[O28-01] 超緊急帝王切開術におけるER対応システムの構築を目指して ～ER看護師の認知度向上への取り組み～

○鍵山 香織[1]、白井 耕志[1]、土谷 美樹[1]、野崎 香奈[1]、高松 春菜[1]、板村 朋美[1]、出端 雄[1] (1. 福岡徳洲会病院)

キーワード：グレードA、多職種連携

【はじめに】A病院は、年間１万件以上の救急搬入患者を受け入れている救急外来（以下ER）と、周産期母子医療センターを有している施設である。他院で発生した産科救急対応の紹介症例も数多く受け入れており、その中でも超緊急帝王切開術（以下グレードA）症例は2020年から過去約5年間で13例搬入された。産科医のグレードA宣言後は、他の要件を一切考慮することなく直ちに手術を開始し、一刻も早い児の娩出をはからなければならない。娩出までの時間が胎児の予後を大きく左右し、後遺症なき生存を高めるには早期の胎児娩出をはかることが重要である。しかし、ERではグレードAに対するシステムが未構築であり、ER看護師は産婦人科領域の知識・経験ともに乏しい現状にある。胎児の迅速な救命のためには、ER看護師もグレードAに対する知識をもち、多部署との円滑な連携によって速やかな初動が遂行できるためのシステム構築が必要だと考え、取り組みを行った。 【目的】ER看護師がグレードAに対する緊急度を認知でき、他部署との円滑な連携がとれるためのシステム構築を目指す。 【方法】期間：2024年8月～2025年4月対象：ERに従事する看護師40名実施方法：グレードAに対応するフローを作成、シミュレーション前後でアンケート実施評価方法：対象者40名に対し、グレードAに関するアンケートをシミュレーション前後で実施　　無記名、多肢選択式、自由記載方式、単純集計 【倫理的配慮】収集した情報は個人が特定されないようにし、本研究以外に用いらないようにするとともに対象者に不利益を生じないように配慮した。また、A病院倫理審査により承認を受けた。 【結果】グレードA認知度の事前アンケートでは、ER看護師40名（回収率100%）の周知率は7%であった。その結果を踏まえ、他部署を含めた学習会・シミュレーションを実施し、95%が理解できた、さらに90%が実際の現場をイメージできたと回答があった。学習会後、グレードA患者を担当したER看護師（3名）に、フローに沿った対応についてのアンケートでは、緊急度の認知ができたとの回答が100%、患者搬入ブースの選定では、100%が重症ブースを選択していた。患者搬入までに産科医・助産師とブリーフィングができたと回答したのは66%であり、担当したER看護師の意見として、産科医・助産師とのブリーフィングの有無で業務の効率に差があったとの結果であった。 【考察】グレードA症例の学習会・シミュレーション前では、ER看護師の緊急度認知は低かった。しかし、産科医による勉強会や他科を交えてのシミュレーションで、実際の現場を想定した模擬訓練ができ、7%からすべての項目で90%以上まで認知度が上昇した。今回、他部署も含めた学習機会を得ることで、ER看護師のグレードAに対する緊急度認知の習得に寄与できたと考える。また、今回他部署との速やかな連携を見込んだフローシートの作成・活用を新たに行った。事前に産科医・助産師とブリーフィングを行うことで、各役割と業務が明確化され、スムーズな対応へと繋がったと考える。ブリーフィングが不十分の場合は、それぞれの役割が不明瞭となり、速やかな初動へと至らない可能性が示唆される。そのため、ER看護師として他科との共同意識の向上が必要である。助産師へは、アンケート結果をフィードバックし、今後の課題として共に取り組んでいく必要がある。今後は、産科・救

©一般社団法人日本救急看護学会

急科・新生児科だけではなく、より現場に忠実な訓練ができるよう麻酔科医・手術室も含めた合同学習会やシミュレーションを継続して行い、チームとして円滑なシステム運用ができるよう取り組んでいきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第6会場(2階 204会議室)

[O28] 口演28
チーム医療④

座長:清末 定美(社会保険大牟田天領病院)、中川 雄樹(札幌医科大学附属病院 看護部 HCU病棟)

13:30 ~ 13:40

[O28-02] 担当看護師に求められるチーム医療における役割 ～重症妊産婦への看護実践を振り返って～

○遠藤 双葉[1]、森田 康敬[1]、岡本 有子[1]、田村 美樹[1] (1. 順天堂大学医学部付属静岡病院)

キーワード：多職種連携、重症妊産婦、プライマリーナーシング

【目的】当院は静岡県東部地区の数少ない三次救急医療施設と総合周産期母子医療センターとしての役割を担っている。近年、医療の質の保証や患者満足度を向上させることからチーム医療が推進されており、特に集中治療室では疾患の重症度や複雑性から多職種と協働する場面が多く、看護師は多職種間の調整役を担うことを求められる。集中治療を要する重症妊産婦の割合は３％に満たず稀な疾患である一方、産後の母体管理、メンタルケア、子との愛着形成など、多角的な支援が求められる。今回、重症妊産婦の担当看護師という役割を通じて多職種連携における看護実践の重要性を考察し、報告する。【方法】妊娠後期にHELLP症候群と診断され、他院で帝王切開後に肝被膜下出血を合併し、当院へ転院搬送となった。同日カテーテル下肝動脈塞栓術、開腹血種除去術施行。腹部開放管理下で第34病日までEICUに滞在した。子は重症新生児仮死の為、当院NICU入院となった。【倫理的配慮】個人情報保護を遵守し、患者より口頭および書面での同意を得た。また、所属施設の倫理審査委員会より承認（SH25-05）を得た。【結果】母子共に全身状態が不安定であった為、母子分離の状況で各々が集中治療を必要な状態であった。その一方で、早期より母親役割獲得並びに自宅退院を見据えて家族単位として介入が必要であると考え、多職種と連携し看護実践を行った。入院当初は、術後腹部開放管理を継続することで深鎮静となり、記憶が曖昧であり出産した実感が無かった。その為、面会制限に対する代替案として第2病日からタブレット面会やNICU看護師と調整し病室内への子の写真の飾りつけを行った。第11病日にNICU医師や看護師、助産師などの関係者とカンファレンスを開催し、第18病日にはEICU内での母子面会が実現した。並行して、直接授乳ができないことで乳腺炎や母乳分泌不足となる可能性があった為、術直後から助産師と連携し乳房マッサージを計画的に実施した。理学療法士や作業療法士と「自分で子供を育てたい」という患者のニーズについて共有し、子を抱きかかえる体勢や哺乳のための体幹・上肢リハビリテーションを実施した。車椅子で子を抱きかかえることが可能となってからは、NICUスタッフと連携し個別性に合わせた哺乳瓶や授乳クッションを選択し腹部解放管理下でも腹圧のかからない体勢で哺乳練習が可能となった。早期から育児行動獲得に向けた目標を設定し共有したことで、子と面会できない時間にも育児行動が習得できるよう多職種で介入することができた。その結果、第39病日に直接授乳を実施し退院時には子を一人で抱くことができ、哺乳や授乳を自立して行うことができた。また、EICU入室当初からICUダイアリーや子の成長日記をNICUと連携し作成したことで、退室後の患者の様子から会えなかった時間の埋め合わせを行うことができていた。【考察】重症症例であり、母子の直接面会に時間を要したが可能な範囲での面会方法を検討したことで愛着形成に繋がった。しかし、愛着形成において早期に多くの母子接触の機会を作ることで母子相互作用が深まるとされる。したがって、より早期に多職種カンファレンスを計画し目標を共有した上で母子支援を行うことが求められる。周産期における看護師の役割として、最も身近な支えとなり患者のもつ「子を育てる力」を十分に発揮できるように促すことが重要とされる。本症例にお

©一般社団法人日本救急看護学会

いて、担当看護師として患者との信頼関係を構築し患者のニーズを的確に捉え介入したことで、個別性のある看護実践に繋がりその結果育児行動が獲得できたと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第6会場(2階 204会議室)

[O28] 口演28
チーム医療④

座長:清末 定美(社会保険大牟田天領病院)、中川 雄樹(札幌医科大学附属病院 看護部 HCU病棟)

13:40 ~ 13:50

[O28-03] ハイブリッドERシミュレーションの実際と今後の課題

○宮田 佳之[1] (1. 長崎大学病院 高度救命救急センター)

キーワード：ハイブリットER、シミュレーション

【はじめに】　近年、CT室・血管造影室が初療室機能を持つハイブリッドERシステム（Hybrid Emergency Room System：以下、HERS）の運用報告がある。従来のCT室や血管造影室への患者移動がないため、蘇生処置を行いながらでもCT検査やIVR （Interventional Radiology）を実施することができるメリットがある。一方で円滑な診療のためには、多職種協働したチームとなる必要があり、共通認識を持つことが重要となる。　A病院においても2023年7月よりHERSの運用を開始し、現在に至っている。今回チーム医療を促進するための試みとして高機能シミュレーターを用いたハイブリッドERシミュレーションを実施したため、今後の課題とともに報告する。 【方法】　ハイブリッドERシミュレーションを実施するにあたり、医師、看護師、診療放射線技師共同でハイブリッドERにおける手順書を作成した。またOSCE（Objective Structured Clinical Examination）表を作成しシミュレーションの成果を可視化できるようにした。2024年度に2回シミュレーションを実施し、シミュレーション実施後には参加者へアンケート調査を行った。 【倫理的配慮】得られたデータは個人が特定できないように配慮し、本研究以外には使用しないこととした。またA病院看護部の承認を得た。 【結果】参加者は医師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師（輸血部含む）であり、第1回は計38名、第2回は計36名であった。高機能シミュレーターはいずれもSim Man 3Gを使用し、ドクターヘリからの搬入した想定と、ドクターカーを経由して搬入した想定で多発外傷症例を用いて実施した。　アンケート結果では参加者の9割が手順書として作成したHERSの診療手順に関して理解をしていた。また全員がシミュレーションを満足と感じており、チーム医療を促進するのに役立つと回答した。また共通認識や情報の共有化に関して、多職種での意見交換を行った。　OSCEでは、搬入からのCT撮影開始時間、緊急輸血開始までの時間に変化は見られなかった。【考察】　シミュレーションを行うことにより、チームとしてのブリーフィングポイントや輸血管理、またハイブリッドER内での手術準備に関して課題が明らかになった。　さまざまな臨床状況を擬似的に再現できるシミュレーション教育は、臨床実践能力向上に有用とされ、多くの医育機関で取り入れられている。またシミュレーション教育では医療者個人の技術だけではなく、医療チームに必要とされるコミュニケーション、リーダーシップ、プロフェッショナリズムなどのnontechnical skillも習得することができると報告されている。シミュレーション後のデブリーフィングに時間を確保し、OSCEを共通認識として作成したことで、多職種が同一の目線で、迅速な対応を行うための業務の改善点やシミュレーション自体の改善点などについて自由に意見交換できたと考える。2024年度に実施したアンケート結果から、手順書を含めた改定を行っていく予定である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第6会場(2階 204会議室)

[O28] 口演28
チーム医療④

座長:清末 定美(社会保険大牟田天領病院)、中川 雄樹(札幌医科大学附属病院 看護部 HCU病棟)

13:50 ~ 14:00

[O28-04] 身体抑制低減に向けた多職種連携による取り組み

○岩見 華子[1] (1. 藤田医科大学病院高度救命救急センター)

キーワード：PICSカンファレンス、身体抑制

【背景】A病院救命救急センターでは、10ヶ月間の身体抑制率は40.7%であった。集中治療室における身体抑制率は32. 9 %(Yusuke K,IEM 2021)と報告されており、先行文献と比較して上回っていることがわかった。身体抑制はPICS(post intensive care syndrome)のリスク要因ともなる。そのため身体抑制を解除しPICSを予防するためにPICS カンファレンスを導入し、身体抑制率を減少させる取り組みを行なったため報告する。【倫理的配慮】実践報告発表に際してはA病院看護部倫理審査会の承認を得た。【方法】A病院救命救急センターに入室した全患者を対象に、これまで週2回、医師・看護師・理学療法士でリハビリテーションに関するカンファレンスを行っていた。さらに多職種で包括的なアセスメントが行えるよう、薬剤師・管理栄養士・臨床心理士を加えた6職種で行うPICSカンファレンスへ変更した。PICSカンファレンスは患者のベッドサイドで行い、患者ごとの認知機能・精神状態・身体状況・治療経過、家族の心理的状態、リスク評価とケア方針をABCDEFGHバンドル(Maurene A H, CCM 2016)を用いて検討した。具体的には身体抑制の必要性を見直し、外を眺めることができるよう病室内のベッドやオーバーテーブルの配置の変更をする環境調整を検討した。また面会制限の緩和などの非薬理学的な介入だけでなく、ICUダイアリーの実施、離床促進のためのリハビリテーションの方針などを検討した。これらの内容は電子カルテへ記録し、全スタッフで共有した。【結果】PICSカンファレンス導入後の身体抑制率は38.4%へ減少した。スタッフの行動変容として、療養環境の調整についてPICSカンファレンス実施前から検討することができた。現在では、PICSカンファレンス実施前から昼夜のメリハリをつけるためのベッドの配置変更を行ったり、家族の写真や家族からの手紙を病室に装飾している。また、多職種で検討する機会が増えたことで集中治療室での面会も緩和され、患者と家族が接する機会が増え患者の安心感の増大につながった。そこでスタッフも家族とコミュニケーションをとり、患者の入院前の生活状況や趣味などの情報を収集し、より個別性の見出したアプローチを看護師間のカンファレンスで見つけることができた。見当識を保つための働きかけとしてカレンダーを作成、設置して毎日日付がわかるようにした。カレンダーには検査の予定日や家族の面会日、家族の誕生日なども記した。面会時家族・患者・医療者間での会話が増え、季節や行事の表示を通じて社会とのつながりや家庭の記憶を思い出す一助となった。 【考察】今回身体抑制率が低減したのは、患者の個別性を考えて介入したことでケアの質が向上した結果であると考える。PICSカンファレンスで多職種の団結力が強化され、患者に対する薬剤情報や栄養評価、心理ケアについても深まり、身体抑制の必要性を見直す習慣が身についた。そして、身体抑制以外のリハビリテーションや家族の面会、見当識を保持するための介入が不穏行動を減少させ、身体抑制を回避することにつながったと考える。今後も患者に関わるすべての医療者が協働し、チーム全体で抑制実施率の低減に向けた取り組みが継続できるよう努める。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第6会場(2階 204会議室)

[O28] 口演28
チーム医療④

座長:清末 定美(社会保険大牟田天領病院)、中川 雄樹(札幌医科大学附属病院 看護部 HCU病棟)

14:00 ~ 14:10

[O28-05] 脳神経外科患者の多職種事例検討会の効果についての検討

○近藤 穂尭[1]、橋内 伸介[2] (1. 聖路加国際病院 救命救急センター 救急外来、2. 聖路加国際病院 救命救急センター CCM)

キーワード：多職種連携、事例検討会、脳神経外科

【目的】脳神経外科では診療の各段階において迅速かつ正確な判断と対応が求められ、それが生命予後や機能予後に直結する。そのため、多職種による連携が求められ、これにより患者アウトカムが向上した研究も報告されている。また、看護師は意識レベルや神経学的変化の微細な観察の難しさやそれらに対する迅速な対応が求められると先行研究で述べられている一方で、これらの評価に困難を感じている看護師が多いことも明らかとなっている。そこで、当院では多職種連携の強化と脳神経外科患者看護の質の向上を目指して、2024年度から医師と看護師を中心とした脳神経外科患者の事例検討会を開始した。この検討会では、実例を用いて医師が治療や管理の実際、患者の臨床症状で注意すべき点について解説した後、看護師やその他参加者と共にディスカッションを行う形式を採用している。検討会は対面とオンライン開催に加えて、録画をして動画視聴できる環境を整えている。2024年度は計9回の検討会を開催し、参加者は現地参加、オンライン参加、動画視聴を含めて延べ500名を超えるスタッフが参加した。そこで、この検討会への参加による看護師の意識や日々の看護、医師とのコミュニケーションの変化を明らかとするためにアンケート調査を実施した。【方法】検討会に参加した看護師を対象にWebアンケートを実施した。倫理的配慮として、当院研究倫理審査を実施ののち、自由意思かつ匿名で収集した。【結果】30名から有効回答を得た。所属部署は脳神経外科病棟、救急ICUなど脳神経外科患者が入室する複数の部署から参加者が見られた。経験年数は1-3年目4名、4-9年目11名、10年目以上が12名、未回答3名であり、参加した理由は「テーマに興味があった」「自己研鑽のため」「事例に携わったため」の順に多かった。検討会を通して、参加者の69%が「医師とのディスカッションの時間が増えた」、76%が「過去の事例をもとにアセスメントできた」、67%が「画像所見を見るようになった」、64%が「急変予測ができるようになった」、63%が「患者の変化に気がつくことができた」と回答した。さらに、検討会に参加することで日々の看護に影響があったエピソードとして、「脳神経外科医師との垣根が低くなって相談しやすくなった」「より患者の意識レベルや症状に注意を向け、レポートする意識が強くなった」「画像所見と患者の状態を照らし合わせてアセスメントを考えるようになった」「1年目で疾患についての勉強が追いついていないが、医師や先輩看護師がどのような視点でリスクを予測しているのかが分かった」などが見られた。【考察】結果から、事例検討会への参加が看護師自身のアセスメント能力や急変予測能力の向上、医師とのコミュニケーションの活性化に寄与していることが示唆された。特に、「画像所見と患者の状態を照らし合わせてアセスメントを考えるようになった」「より患者の意識レベルや症状に注意を向け、レポートする意識が強くなった」といった回答は、看護師の臨床判断能力の向上を示すものであり、患者の変化に対して迅速な対応が求められる脳神経外科患者看護において重要な点であると考えられる。また、医師との心理的距離が縮まり、ディスカッションの時間が増えたという回答から、この事例検討会が単なる知識の共有にとどまらず、職種間の相互理解と信頼関係の構築に寄与していることが推察される。

©一般社団法人日本救急看護学会

今後の課題として、検討会による看護師の変化にとどまらず、患者アウトカムへの影響について検討することがあげられる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:20 第6会場(2階 204会議室)

[O28] 口演28
チーム医療④

座長:清末 定美(社会保険大牟田天領病院)、中川 雄樹(札幌医科大学附属病院 看護部 HCU病棟)

14:10 ~ 14:20

[O28-06] ICUでの効果的な多職種カンファレンス実施に向けた看護師の役割と課題

○青柳 海里[1]、大槻 勝明[1] (1. 水戸協同病院)
キーワード：多職種カンファレンス、集中治療室（ICU）

1はじめに
　集中治療室(Intensive Cere Unit以下ICU)における多職種カンファレンスは、情報共有し治療方針を明確にすることで、医療の質の向上に繋がる。先行研究では看護師を対象に調査した内容に限られており、効果的なカンファレンスが実施できるよう、多職種の意見も踏まえ検討する必要があると考えた。
2目的
ICUにおける多職種カンファレンスでの看護師の役割と、課題を明らかにする。
3方法
1)調査方法:Webによる質問紙調査を実施し、単純集計/クロス集計を用いて集計･分析
2)対象者：ICUに勤務する看護師18名、医師29名、多職種(理学療法士/臨床工学技士/管理栄養士/社会福祉士/退院調整看護師）19名、
対象者選択理由：当院ICU多職種カンファレンス参加者
4倫理的配慮
院内の倫理審査委員会より承認を得た(24-25)
5結果
回収率:看護師(100%),医師(51.7%),多職種(100%)
問1）多職種カンファレンス実施の目的について（図）
各職種とも情報の共有,意見の交換が60%前後占め、チーム力の向上15%前後、患者の意思尊重6～15%等であった
問2）多職種カンファレンスの満足度について
医師92%、多職種84%、看護師78%が満足と回答
問3）2）の選択理由(自由記載)
満足回答者：治療目標が共有する事ができる、多職種の視点で情報を共有できる、カルテだけでは分からなかった情報を知る事ができる等であった(66%)
不満回答者：情報共有のみでディスカッションされていない、どうしても医師の意見（積極的治療）の意見が強くなる、効果的である時とそうでない時の質に差がある等であった(34%)
問4）多職種カンファレンス時に看護師に求める役割について
先行文献より6つに分類
【患者・家族の理解者】（看護師9、医師3、多職種3）、【情報提供と情報共有】(看護師7、医師7，多職種7)、【多職種の意見に対する反応】(看護師1、医師1、多職種4)、【患者・家族に必要な支援の提案】(看護師2、医師2、多職種1)、【今後の支援の確認と目標の共有】(看護師1、医師0，多職種5)、【カンファレンスの運営】（看護師3、医師6、多職種7)であった
6考察
　多職種カンファレンスの目的の各職種上位2つは【情報の共有】【意見の交換】が選択されて

©一般社団法人日本救急看護学会

おり、共通認識をもっていると言える。看護師は3番目に【患者の意思尊重】が選択され(図)、患者に近い存在である事が影響していると考えられる。満足度は、各職種7～９割が満足を選択しているが、【ディスカッションの不足】【カンファレンスの質の差】の意見がみられた。看護師に求める役割について、看護師は【患者･家族の理解者】の意見が多く、看護師では少なかった【カンファレンスの運営】への意見については、医師･多職種で多く回答していたことから、【カンファレンスの運営】は重要な役割の1つであると言える。ディスカッションされていない理由として、個人のカンファレンス運営の経験の差やファシリテーション能力の差も要因の1つであると考えられる。カンファレンスの質を保持できるよう、経験が少ない看護師に対して、より多くの経験とサポート体制の充実が必要であると考える。また、ファシリテーション能力向上のための教育も必要である。

次に、医師に依存したカンファレンスについて、チーム力の向上が必要であると考える。各職種が専門性を活かしディスカッションする事でチーム力の向上に繋がる。そして、目標や治療内容に対して、最良の選択ができる効果的なカンファレンスになると考える。研究結果の共有を行い多職種も意見するという意識付けをする事が必要である。

図1)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O29] 口演29
看護教育④

座長:多久和 善子(昭和医科大学認定看護師教育センター)、松本 蘭(札幌市病院局 市立札幌病院 4階東病棟CCU・PCCU)

14:30 ~ 14:40

[O29-01]

救急外来において実践した救急トレーニングの実際
~スタッフの技術向上、統一に向けた取り組み~

○海老根 桃香[1]、深谷 幸未[1]、髙橋 亜由美[1] (1. 三井記念病院　救急外来)

14:40 ~ 14:50

[O29-02]

院内講習とチームダイナミクスを活用したシナリオ型急変初期対応トレーニングの実践と評価

○飯島 雄希[1]、小森 大輝[1]、星 豪人[1]、大和田 道代[1] (1. 医療法人社団筑波記念会筑波記念病院)

14:50 ~ 15:00

[O29-03]

病棟看護師の急変対応の質の向上を目的としたICLS学習会の実施

○鈴木 花菜[1] (1. 株式会社日立製作所日立総合病院)

15:00 ~ 15:10

[O29-04]

看護学生の救命スキルと主体性を育む心肺蘇生サークル活動の教育的効果

○嘉陽 宗司[1] (1. 医療法人おもと会 大浜第一病院)

15:10 ~ 15:20

[O29-05]

小児病棟看護師の急変対応の体験～急変対応シミュレーションにおける課題の検討～

○東岡 南帆[1]、稲垣 美幸[1]、深見 直美[1]、伊藤 友弥[1] (1. あいち小児保健医療総合センター)

15:20 ~ 15:30

[O29-06]

JICA草の根事業におけるカンボジア救急医療支援事業での活動報告

○三橋 乙矢[1] (1. 岡山大学病院　入院棟西３階　EICU)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O29] 口演29
看護教育④

座長:多久和 善子(昭和医科大学認定看護師教育センター)、松本 蘭(札幌市病院局 市立札幌病院 4階東病棟CCU・PCCU)

14:30 ~ 14:40

[O29-01] 救急外来において実践した救急トレーニングの実際 ~スタッフの技術向上、統一に向けた取り組み~

○海老根 桃香[1]、深谷 幸未[1]、髙橋 亜由美[1] (1. 三井記念病院　救急外来)

キーワード：救急外来、救急トレーニング

【目的】救急看護の現場では迅速かつ正確な判断と技術が患者の予後を左右する。当院では院内コードブルー時、救急外来スタッフが現場に応援にいくため、高い急変対応スキルが求められる。しかし救急外来スタッフにおいて、急変対応スキルや知識のばらつきがあり、強化するための実施頻度も個人差があった。そのため、救急外来スタッフのスキルの統一、向上、維持を図ることを目的に、急変場面を想定しトレーニング方法を見直し、反復練習の機会を増やした。チームとしての連携強化と各自の課題が明確となったため工夫した点を報告する。
【方法】対象：救急外来に所属する看護師14名(経験年数1年～10年以上)で2024年4月～2025年1月までの9ヶ月実施。トレーニング回数、スキル評価、院内トレーニング評価結果をデータとして収集。 1.トレーニングの高頻度化シフト制のため勤務時間内で設定し、BLS、ACLSの基礎知識のテスト、アルゴリズムの反復練習、致死的不整脈についての勉強会を実施。基礎知識を確認後、シナリオベースの事例を作成しチームとなってトレーニングを繰り返し実施。2024年4月～8月までは知識の確認テストやアルゴリズムの反復、勉強会を実施し知識の基盤を統一した。2024年9月～2025年1月で複数人でのトレーニングを繰り返し実践した。 2.フィードバックと自己課題を見出す仕組み化チーム制にし、トレーニング後にインストラクター資格を持つスタッフから即時フィードバックと評価、実践したスタッフ自身の振り返り時間を設け、個々の弱点や課題を明確化。 3.多職種トレーニング医師や研修医と一部セッションの参加を依頼し、実際に模したトレーニングを実施。
【倫理的配慮】個人名は記号に変えて記載する。その他の個人情報、個人が不利益になるような情報は記載しない。 評価の対象となったスタッフへは実践報告の同意を得た。
【結果】・年始に実施したBLS、ACLSのチェックテストではBLS編では平均8.3点/11点満点、ACLS編では平均10.9点/13点満点であった。1年生、夜勤専従看護師は平均より点数が低く、スタッフ間で知識のばらつきが生じていた。・11月に実施した院内救急トレーニングでは、3名１組のチームとなって参加し総合得点9割とることができた。・9月から開始した実践トレーニングでは、前半では「家族への声かけ」、「心臓マッサージのリズムや深さ」、「DC施行前の最終波形チェック」が実施できていない又は点数が足りていない傾向であったが、後半では改善されていた。・2023年度と2024年度の救急トレーニング実施回数比較では、2023年度が平均5.2回であったのに対し2024年度は平均8.7回と増加傾向であった。
【考察】全員の基礎知識を確認しアルゴリズムの反復練習、勉強会で知識の基礎を統一した。段階的にトレーニング事例難易度を上げて反復して練習することで技術の定着、維持を図ることができる。チーム制で、医師にも参加してもらうことでより実践的な練習となり、他者のフォローや自分の課題を見出しやすくなる。すぐにフィードバックや振り返りを行うことで、次の練習や経験に活かし技術の向上を図ることができたと考える。
【結論】・急変対応スキル、知識にばらつきがある対象に対して、まずは知識の統一化を図った

©一般社団法人日本救急看護学会

後、実践トレーニングを反復して行うことでスキルの統一を図ることができた。・より実践的なトレーニングと複数人での実践により自己の課題を見出しやすくなった。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O29] 口演29
看護教育④

座長:多久和 善子(昭和医科大学認定看護師教育センター)、松本 蘭(札幌市病院局 市立札幌病院 4階東病棟CCU・PCCU)

14:40 ~ 14:50

[O29-02] 院内講習とチームダイナミクスを活用したシナリオ型急変初期対応トレーニングの実践と評価

○飯島 雄希[1]、小森 大輝[1]、星 豪人[1]、大和田 道代[1] (1. 医療法人社団筑波記念会筑波記念病院)
キーワード：院内急変、チームダイナミクス、シナリオ型急変初期対応トレーニング

【背景と目的】院内急変時の初期対応では、チーム全体の迅速かつ的確な行動が求められ、その質は患者の予後に直結する。当院では2024年よりICLS講習を毎月開催しており、受講者数は増加している。一方で、心停止症例は稀であり、スタッフが実際に対応を経験する機会は限られている。また、院内研修や講習で習得した知識や手技は時間の経過とともに風化しやすく、全スタッフの受講にも時間を要する。こうした現状を踏まえ、救急看護認定看護師を中心として指導チームを構築し、病棟環境を模したシナリオ型急変初期対応トレーニングを導入した。本発表では、チームダイナミクスの概念を取り入れた繰り返し訓練を通じて、急変対応における初期行動の迅速化やチームワークの改善が図れるかを検証した。
【方法】本トレーニングは、当院の急性期8病棟と回復期・慢性期3病棟を対象に実施した。内容は、院内で想定される急変症例や過去の事例を基に作成したシナリオによるシミュレーションで、モニター装着の有無や病棟の特性に応じて調整を行った。ICLS受講したスタッフをリーダーとする同一構成のチームに、同一シナリオを3回繰り返して実施した。評価項目は、「状態把握（15秒以内）」「胸骨圧迫開始（接触から30秒以内）」「AED装着および初期波形確認（開始から3分以内）」の3点とし、各行動の開始時間を計測・記録した。所定時間を超えた場合には、チームダイナミクスの視点からフィードバックを行い、改善点を次回の訓練に反映させた。
【倫理的配慮】発表にあたり個人情報が特定されないよう配慮した。
【結果】すべての評価項目において、対応開始時間の短縮が認められた。状態把握は1回目平均12秒、2回目11秒、3回目には9秒となり、平均2.2秒短縮された。胸骨圧迫の開始は1回目28秒から3回目には23秒となり、平均3.9秒の短縮が確認された。AED装着・初期波形確認は、1回目189秒、3回目165秒と、平均19.3秒短縮された。また、CPR中断時間が10秒未満となるチームの割合が増加し、胸骨圧迫交代の声かけやベッド位置の工夫など、環境整備の改善も観察された。
【考察】同一のシナリオを用いた繰り返しトレーニングを行うことで、チームの認知・判断・行動が明確に改善された。特に、各行動の開始時間が回数を重ねるごとに短縮された点は、シナリオ訓練による行動の定着と連携動作の習熟を示唆するものである。CPR中断時間の短縮や、環境整備・胸骨圧迫交代の声かけの工夫といった行動の質の向上も認められ、チームダイナミクスを意識した指導が行動改善に結びついている可能性がある。今後の課題としては、訓練の継続性や体系化に加え、定性的評価や長期的な効果検証も必要である。
【結論】チームダイナミクスを取り入れたシナリオ型トレーニングは、病棟における急変対応の初期行動を迅速化し、対応力の向上に寄与する可能性が示された。繰り返しの実践は、知識と技能の定着を促し、チーム内での役割意識と連携の強化につながる。今後は訓練体制を拡充し、院内スタッフ全体への展開を図ることで、実践的かつ持続可能な急変対応教育の構築を目指す。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O29] 口演29
看護教育④

座長:多久和 善子(昭和医科大学認定看護師教育センター)、松本 蘭(札幌市病院局 市立札幌病院 4階東病棟CCU・PCCU)

14:50 ~ 15:00

[O29-03] 病棟看護師の急変対応の質の向上を目的としたICLS学習会の実施

○鈴木 花菜[1] (1. 株式会社日立製作所日立総合病院)

キーワード：ICLS、病棟看護師、急変対応

【目的】A病院は、CodeBlueSystem（以下CBS）・RapidResponseSystem（以下RRS）を含む急変対応システムが整備されており、急変時にはMedicalEmergencyTeam（以下MET）が対応する。しかし、B病棟は冠疾患集中治療室（以下CCU）に隣接する循環器の一般病棟で、急変時はCCUに転棟する対応としているため、MET要請の機会が殆どなく、二次救命処置（以下ICLS）を臨床で経験する機会が少ない。一次救命処置は、病棟でシミュレーション教育を行い、急変時に実践する機会も多いが、ICLSは前述したことに加え、院内プロバイダーコースの受講が個人の意欲に委ねられているため、技術習得と定着に課題があった。そこで本研究では、ICLS学習会（以下、学習会）を定期的に開催し、急変対応能力が向上するか明らかにすることを目的とした。 【方法】対象はB病棟の看護師12名、研究期間は2023年8月1日～2024年8月31日。学習会は1回90分、1人3回の受講とし、院内ICLSインストラクターの看護師が、ICLSの初期対応から気管挿管介助までを含む技術チェックリストとテストを用いて33項目の技術・知識を測定・評価した。技術チェックリストは○×による2段階評価とした。1回目の技術チェックとテストを事前調査とし、結果を対象者に返却した。2回目・3回目の学習会を同様に実施し、各テスト結果の分析は平均点とSD、中央値、増加率、ウィルコクソン順位和検定法等を用いた。技術チェックリストは33項目の習得率を算出した。倫理的配慮として対象者に研究の趣旨と目的、参加は自由であり研究の途中でも同意の撤回ができることを説明し、同意を得た。また、早期に研究内容を周知し、学習会の候補日を複数設け、受講しやすい環境を整えた。倫理委員会の承認を得て実施した（番号2023-97）。 【結果】各学習会の参加者は7～9名。テストは46点満点中、最高得点/中央値/平均点・SDは1回目34/27/24±5.8、2回目43/39/36±4.8、3回目46/45/41±5.0。1回目と3回目の増加率は70.8%で有意差を認めた（P＝0.002）。技術の習得率は、「リーダー」「胸骨圧迫」「人工呼吸」に関する項目が88%達成した。「AED」「気道管理」は、1回目・3回目ともに技術を習得した割合が50%台に留まり、ACLSプロバイダーコース受講歴による知識・技術の差はなかった。テスト内に設けた自由記載では、急変に備えて定期的に継続的な学習会開催を望む意見が3件あった。 【考察】テスト結果の向上から、3か月ごとの定期的な学習会の実施が知識の定着に寄与したと考える。一方、「AED」「気道管理」の技術習得の割合は50%台であり、ICLS技術の習得・定着には至らなかったといえる。一次救命処置は、従来の教育や実践経験を通じて熟達されやすい環境にあるのに対し、ICLSの学習および実践機会は限定的であることが要因として考えられる。ACLSプロバイダーコース受講歴による差がなかったことからも、技術の定着には継続的な学習会の実施が不可欠であり、単回受講では技術習得に十分な効果が得られないことが示唆された。本研究の対象者は12名でありデータに偏りがあることは否めないが、定期的な学習会の開催を望む意見も聞かれており、対象者の知識・技術の不足に対する課題認識は高いと考えられた。今後は病棟の基本教育としてICLS学習を導入し、急変対応能力向上を図ることを優先課題として取り組む必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O29] 口演29
看護教育④

座長:多久和 善子(昭和医科大学認定看護師教育センター)、松本 蘭(札幌市病院局 市立札幌病院 4階東病棟CCU・PCCU)

15:00 ~ 15:10

[O29-04] 看護学生の救命スキルと主体性を育む心肺蘇生サークル活動の教育的効果

○嘉陽 宗司[1] (1. 医療法人おもと会 大浜第一病院)

キーワード：心肺蘇生教育、学生サークル

【背景】
　本研究は、看護学生を対象に心肺蘇生技術の習得および指導力の育成を目的として実施している心肺蘇生サークル活動の教育的意義を明らかにするものである。地域の看護養成校（専門学校4校・大学2校）の学生を対象に2024年10月に本サークルを結成し、筆者は世話人として運営に関わっている。本活動では、心肺蘇生スキルの習得、指導力育成、一般市民向け講習会の開催、学生間交流の促進に重点を置き、定期的なトレーニングとAHA BLS/ACLSプロバイダー資格取得支援を行っている。2025年4月末時点で約140名が所属し、資格取得者はBLSで84名、ACLSで11名を数える。保育士や小学生を対象とした地域講習も実施しているなど、多くの学びが得られる場となっている。
【方法】
　調査は、2024年度に活動へ参加した看護学生116名を対象にWEBアンケート形式で実施し、47名から回答を得た（回答率40.5%）。アンケートでは、心肺蘇生スキル（胸骨圧迫・人工呼吸・AEDの使用）に対する自信や理解度、資格取得意欲について選択式で回答を求めたほか、活動を通じて得られた影響について自由記述を求めた。自由記述は内容分析により、共通するキーワードやテーマを抽出・分類した。
【倫理的配慮】
　本研究は、対象者から事前に同意を得た上で実施し、所属機関の倫理審査委員会の承認を得た。
【結果】
　心肺蘇生スキルに対する自信や理解度については、肯定的な回答が大多数を占め、基本的な技術と知識の習得が確認された。また、資格取得への意欲も高く、学習意欲の向上が見られた。自由記述の分析からは、①スキルの向上と自信の獲得、②主体性と行動変容、③専門職意識の醸成、④他者との交流とネットワーク形成の4つの効果が抽出された。
【考察】
　サークル活動は、看護学生の心肺蘇生スキルの向上に加え、自信の獲得や実習・急変対応への不安軽減に寄与していることが明らかとなった。また、「資格取得を目指して学習意欲が高まった」「学生主体で講座を開催した」といった記述から、活動が学生の主体性や行動変容を促していることが示された。これは、自己決定理論における「自律性」「有能感」「関係性」の要素が内発的動機づけを支えるという理論的枠組みにも合致する。さらに、「看護とのつながりを感じた」「周辺領域にも興味が広がった」といった記述は、専門職意識の醸成にもつながっており、Kolbの経験学習理論に基づく学習サイクルの実践が見られる。また、他校の学生との交流や地域でのボランティア活動を通じて、学習の社会的側面やネットワーク形成の機会も得られている。一方で、臨床現場での心停止対応経験が不足しているという課題もあり、今後は

©一般社団法人日本救急看護学会

実践的スキルとのギャップを埋める教育的工夫が求められる。総じて、心肺蘇生サークル活動は、看護学生にとって多面的な成長を促す実践的な学習環境であり、今後も教育内容の充実と支援体制の強化が期待される。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O29] 口演29
看護教育④

座長:多久和 善子(昭和医科大学認定看護師教育センター)、松本 蘭(札幌市病院局 市立札幌病院 4階東病棟CCU・PCCU)

15:10 ~ 15:20

[O29-05] 小児病棟看護師の急変対応の体験～急変対応シミュレーションにおける課題の検討～

○東岡 南帆[1]、稲垣 美幸[1]、深見 直美[1]、伊藤 友弥[1] (1. あいち小児保健医療総合センター)
キーワード：シミュレーション、RRS、不安

小児病棟看護師の急変対応の体験
～急変対応シミュレーションにおける課題の検討～

1.目的
　当院では、2022年からRRS(Rapid Response System)が開始され、各病棟で救急医の指導のもと急変対応シミュレーションを実施している。急変対応シミュレーションが実際の看護に活かされているか検討するために病棟看護師を対象にアンケートを行った結果、「急変対応に不安がある」と全員が回答していたが、実際の病棟看護師の急変対応の体験は明らかになっていない。以上より、小児病棟看護師の急変対応の体験を明らかにし、病棟における急変対応シミュレーションの課題を抽出することを目的とし、本研究に取り組む。

2.方法
　本研究では質的記述的研究を用いた。小児病棟看護師に半構成面接を行い、逐語録を作成し、語りの意味を損なわないように意味のまとまり毎に分けてコード化し、類似性に基づきカテゴリー・サブカテゴリーを抽出した。

3.倫理的配慮
　本研究は、当センター倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力者には、研究協力は自由意思であり、回答しなくても不利益は被らないこと、個人情報保護を厳守することを説明し、インタビューを行った。インタビューの際は、プライバシーが保持できるよう個室で行い、録音と記録することの了承を得た。

4.結果
　対象者は看護師歴、小児看護師歴共に7年目、5年目、4年目の看護師3名。急変対応の体験として、24のコード、8のサブカテゴリーから、【異変に気づき行動した】【急変対応に対する不安】【急変対応時のRRSへの期待】の3つが抽出された。【異変に気づき行動した】は、〔患者の異変への気づき〕、〔患者の異変後の相談・報告〕など3つのサブカテゴリーで構成された。【急変対応に対する不安】は、〔急変に直面したときの不安〕、〔役割に対する不安〕、〔急変対応への漠然とした不安〕の3つのサブカテゴリーで構成された。【急変対応時のRRSへの期待】は、〔RRS起動判断の負担〕、〔RRSの対応への安心感〕の2つのサブカテゴリーから構成された。

5.考察

©一般社団法人日本救急看護学会

小児病棟看護師は、いつもと違う患者の状態やバイタルサインの変化を捉え【異変に気づき行動した】体験を語っており、異変への気づきから、報告・相談し、急変に対応することができていた。【急変対応に対する不安】については、多くは対応場面での不安が語られていた。メンバーは、急変対応の場面で自身に与えられた役割を果たせるかどうかの不安が大きく、リーダーは判断を誤らないかの不安を感じていた。それらの不安は急変対応の経験の少なさから、実際の急変対応のイメージがつきにくいことでの不安であると考えられた。先行文献においても、急変対応の少ない病棟の看護師は患者が心停止に陥った場合の対応に自信がなく不安がある（今西.2013：中山他.2012：伊藤他.2010）ことがわかっており、本研究でも同様の結果が示された。また、【急変対応時のRRSへの期待】は、患者の異変に気づいた時に、RRSを起動するための判断には、迷いや負担を感じているが、RRSがあることで急変対応経験が少ない看護師にとっての手助けになっていることが推察された。急変対応の経験が少ない小児病棟看護師は、急変対応時の判断や技術に不安を持っていることが明らかになった。したがって、異変に気づけるアセスメント能力や状況判断力、チーム力の向上を踏まえた、継続的な学習が重要である。そのために今後の急変シミュレーションは、優先順位付けの訓練を含むシナリオ設計やシミュレーションの反復練習が行える学習計画を検討していく。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O29] 口演29
看護教育④

座長:多久和 善子(昭和医科大学認定看護師教育センター)、松本 蘭(札幌市病院局 市立札幌病院 4階東病棟CCU・PCCU)

15:20 ~ 15:30

[O29-06] JICA草の根事業におけるカンボジア救急医療支援事業での活動報告

○三橋 乙矢[1] (1. 岡山大学病院　入院棟西３階　EICU)

キーワード：国際協力、救急看護、教育体制

【目的・背景】カンボジアはインドシナ半島南部に位置する国である。1970年代に国内で内戦が発生し、犠牲者は170万人を上回る。そのような時代背景もあり、現在も国連開発計画委員会が基準とする後発開発途上国に認定されている。しかし、1990年代には内線が終結し、ここ数年で他国支援を受けながら、急激な経済成長を遂げている。カンボジア国内外での経済活動も活発となり、国土を横断・縦断する形でAsian Highwayが開通し、交通量も急激に増加した。それが要因となり、重症外傷患者は増加傾向にある。しかし、カンボジア国内の医療体制は未だに発展途上である。カンボジアでは、日本の救急医療における一次・二次・三次救急医療のシステムと同様に、CPA-1、CPA-2、CPA-3とカテゴリ化されている。（CPA ：Complementary Package of Activities　補完的活動パッケージ）しかし、重症患者の診療を担うCPA-3の医療機関は国内26～29施設しかなく、地方で重症患者が発生すると首都プノンペンへ１時間以上かけての転院搬送を余儀なくされている。しかし、先進国のような救急搬送システムはなく、医療資格を持たないドライバーと、看護師の2名で医療資機材も少ない救急車で搬送することが多く、搬送中の急変も少なくない状況である。また教育の面でも、医師や看護師などの医療従事者を養成する教育機関も少なく、医療資格を取得した後も知識・技術を学んでいく環境も無い現状である。そのような現状を受け、JICA草の根協力事業（地域活性化特別枠）の活動として、カンボジアの救急医療支援事業を開始した。（事業名：カンボジア国救急医療に係わる研修コース・試験制度の構築と市民への応急処置法の普及事業）【方法】対象地域は、カンボジア北西部のバッタンバン州とし、現地医療従事者の医療の質の向上並びに、現地スタッフによる医療教育システムの構築と定着化、更には医療資格を持たない一般市民向けの応急処置法の普及の3本の柱を中心に活動を展開した。まずは、現地医療従事者の知識レベルを確認するために、救急医療に関する事前テストを実施した。そのテストの成績優秀者を選抜し、その中から本人に今後インストラクターとして活動する意思がある者を研修生（以下、プレインストラクター）として日本に受け入れを行った。３年間で延べ20名の現地医療従事者を受け入れ、日本の医療機関での実習や、消防局での救急車同乗実習、日本人講師による講義を実施し、プレインストラクターの知識・技術の向上を図った。また、実際に現地のバッタンバン州にも趣き、延べ1500名の現地医療従事者に対して、BLS、外傷病院前救護、外傷診療・看護についてのトレーニングを行った。現在では、来日研修を経験したプレインストラクターが、現地での研修会の企画・運営を行い、現地医療従者の質の向上に努めている。その他、カンボジアでは病院搬送が必要な事態となった場合には家族により搬送されてくることが多く、その間は何も応急処置がなされないまま搬送され、病着時には重篤な状態となっていることが多い。その問題に対して、現地の医療資格を持たない一般人に向けて、クメール語の応急処置法パンフレットを作成し、住民に配布した。【結果・考察】本プロジェクトでは、バッタンバン州という一部の地域ではあるが、カンボジアの救急医療の発展のために、活動を続けてきた。今後もカンボジアの

©一般社団法人日本救急看護学会

救急医療における救命率の向上や、教育システムの定着、一般市民の知識・技術の底上げのためにも引き続き活動していきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第6会場(2階 204会議室)

[O30] 口演30
医療安全③

座長:古地 敬利(社会医療法人石川記念会 HITO病院 ER・HCU)、寺地 沙緒里(東海大学 看護師キャリア支援センター)

14:30 ~ 14:40

[O30-01]

院内急変対応の現状把握と今後の課題

○五十嵐 佑也[1] (1. 福島県立医科大学附属病院　災害医療・高度救命救急センターICU/CCU)

14:40 ~ 14:50

[O30-02]

院内急変に関する意識調査からみた当院の傾向
～全職員を対象としたアンケート調査結果より～

○小原 環[1] (1. 国家公務員共済組合連合会　斗南病院)

14:50 ~ 15:00

[O30-03]

心停止の認識から胸骨圧迫開始までの時間短縮に向けた活動の実践報告

○川上 大輔[1]、谷 幸一[1]、君嶋 東[1]、桐本 千恵美[1] (1. 北里大学病院　看護部)

15:00 ~ 15:10

[O30-04]

質問紙調査から見えたスタットコール初期対応の課題

○本庄 智代[1]、木下 舞[1] (1. 東京科学大学病院)

15:10 ~ 15:20

[O30-05]

救命救急災害医療センターEICUにおける急変対応に関する現状と課題～急変振り返りシートからの考察～

○中山 和希[1]、礒崎 悠太[1]、森 彩香[1]、平澤 結衣[1] (1. 北里大学病院　救命救急、災害医療センターEICU)

15:20 ~ 15:30

[O30-06]

演題取下げ

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第6会場(2階 204会議室)

[O30] 口演30
医療安全③

座長:古地 敬利(社会医療法人石川記念会 HITO病院 ER・HCU)、寺地 沙緒里(東海大学 看護師キャリア支援センター)

14:30 ~ 14:40

[O30-01] 院内急変対応の現状把握と今後の課題

○五十嵐 佑也[1] (1. 福島県立医科大学附属病院　災害医療・高度救命救急センターICU/CCU)
キーワード：院内急変対応、コードブルー、急変初期対応

【目的】A病院の院内急変対応には予期せぬ心停止や気道閉塞など急激に状態が悪化している場合に要請するコードブルーと、徐々に状態が悪化している場合に要請するRapid Response System（以下、RRSとする）の2種類がある。RRSは月に１回開催されている運営会議の際に事例を共有しているが、コードブルーに関しては事例を共有する機会がない。A病院のコードブルー対応の実態調査を行い、今後の課題が明らかとなったため報告する。
【方法】2023年～2024年の院内コードブルー症例より発生日時、発生場所、患者属性、通報者の職種、要請内容、コードブルー要請直前または8時間以内のバイタルサイン（呼吸数・SpO2値・酸素投与の有無・体温・血圧・脈拍・意識レベル）、コードブルーバックから資機材を使用したかをそれぞれ抽出しExcelを用いて単純集計する。コードブルー要請場所に対する心停止の有無は、カイ二乗検定を用いて比較し、$p<0.05$を有意差ありとした。
【倫理的配慮】A病院看護部倫理審査にて倫理的に問題がないと判断された。
【結果】2年間のコードブルー要請件数は81件（2023年28件、2024年53件）、うち心肺停止症例は28件（2023年4件、2024年24件）、全体の75%は日勤帯で発生しており、要請場所は病棟が53%、外来その他が47%だった。第一発見者の職種は看護師が最も多く72%、次いでメディカルスタッフ15%、医師7%、家族や通行人が6%だった。要請内容はCPAが最も多く28件、意識障害23件、アナフィラキシー9件、痙攣8件、呼吸不全6件、循環不全6件、歩行困難1件だった。外来では意識の異常やアナフィラキシー、痙攣での要請が多く、病棟での心肺停止症例は外来と比較して優位に多かった（$p<0.01$）。病棟で要請されたコードブルーの内、約半数は気道に懸念があり、27%は現場で気管挿管されていた。病棟入院中の患者がコードブルー要請となった症例の59%は、直近24時間で１度も呼吸回数の記載がなかった。
【考察】当院のコードブルー要請件数は増加傾向であり、要請内容で最も多いものは心肺停止症例で、次いで急性の意識障害や痙攣、アナフィラキシーが多い結果となった。コードブルー要請基準は心肺停止・気道閉塞・突然の血圧低下・ショック・急性の意識障害と定められており、基準と実際の要請内容は合致している。要請の約3割は現場で緊急気管挿管されているが、使用される麻薬・鎮静剤・筋弛緩剤はコードブルーバック保管されていない。挿管が必要と判断されたとき、一度救命センターに戻って薬剤を調達する人員が必要となっている現状があることが分かった。また入院患者がコードブルー要請となった症例の呼吸回数の観察・記録も不十分であることが判明した。コードブルーがどのような経緯、内容で要請されたかを共有する機会が無いことも問題であり、要請内容を加味した事前教育やシミュレーションも計画的に開催されておらず、コードブルーバックを持って応援に向かう看護師の現場での対応方法の習得・訓練は看護師個人の自己研鑽に委ねられている現状にある。病棟では心停止の要請が多いが、外来では急性の意識障害、アナフィラキシーでの要請が多く、非心停止症例の急変対応を学ぶ集合教育も各部署に委ねられている。患者急変の第一発見者となることが多いのは看護師であり、コードブルーを要請する側・応援に向かう看護師双方の教育を計画的に行うことで院内急変に関する対応力が向上する可能性がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第6会場(2階 204会議室)

[O30] 口演30
医療安全③

座長:古地 敬利(社会医療法人石川記念会 HITO病院 ER・HCU)、寺地 沙緒里(東海大学 看護師キャリア支援センター)

14:40 ~ 14:50

[O30-02] 院内急変に関する意識調査からみた当院の傾向 ～全職員を対象としたアンケート調査結果より～

○小原 環[1] (1. 国家公務員共済組合連合会　斗南病院)

キーワード：院内救急、二次医療施設、チーム医療、多職種連携

はじめに

当院は、A市中心部に位置する病床数283床の二次医療機関（以下、二次病院）である。2024年には過去7年の院内救急コール（以下、ブルーコード）から見る課題と展望について調査した。Rapid response team（RRT）が無い当院のような2次病院がどの程度あるか定かではないが、職員一丸体制で急変対応を担う中で、職種別に急変に関する意識調査をすることは、多職種連携を図るうえでの具体的課題が見いだせるのではないかと考えた。

方法

2024年8月在籍の全職員を対象に質問紙を配布し、2か月間の提出期限を設け回収した。臨床経験数、研修受講経験、ブルーコード要請経験、ブルーコード要請の判断基準、要請時の感情、急変対応後の感情、応援時に担った役割、応援に行かない理由、課題の有無、課題と感じるスキル、報告書の記載経験と自己評価、報告書の閲覧状況など17項目について質問した。

倫理的配慮

院内倫理委員会の承諾を得て実施。提出は自由意思とし、無記名での投函、部署ごとに回収袋を配布し個人が同定されないよう配慮した。

結果

職員711名に配布し、601枚回収。のちに急変時集合規定外職員と判明した62名分を除外し調査対象とした。職員別では医師46名、看護師274名、コメディカル59名、助手47名、事務職113名であった。急変研修受講経験は医師80%、看護師78%、コメディカル83%、事務職26%、助手ヘルパー2%であった。研修は院内BLS研修が最多であった。ブルーコード要請者の最多は看護師だったが、コメディカル、事務職もいた。ブルーコードの要請判断は、全職種で「呼吸」・「意識」・「脈」がない場合、「窒息」が上位を占めた。ブルーコードを要請する際には、緊張、動揺、恐怖が上位を占めた。急変対応後の感情は不全感が最多で47%、達成感は11%であった。応援に向かった経験があるものは84%いたが、応援に向かったが傍観者となった経験があるものは、医師56%、看護師28%、コメディカル81%だった。応援に行かない理由は多忙27%、人数過剰22%、自信がない15%だった。応援者の役割は医師ではコントローラー、胸骨圧迫、人工呼吸の順に多く、看護師は薬剤投与、記録、胸骨圧迫の順、コメディカルは胸骨圧迫、運搬、搬送業務を担っていた。応援経験のある医師、看護師で半数、コメディカルで3割強が急変対応に課題があると回答したが、総数でみると6割以上で課題の有無が分からないとの回答だった。あがった課題には、役割分担、人員調整、リーダー不在または不明瞭の順に多く、コントローラーに関連した課題が上位であった。その他、検証の機会、ICLS知識不足、心のケア、記録に対する課題があがった。報告書の提出者は看護師がほとんどであった。報告書の記入内容を3段階で自己評価した結果、【十分な自信がない】【まったく自信がない】で9割を占めた。報告書を全て読んでいるのは全体の1割で、全く読んでいないが4割を占めた。

考察

©一般社団法人日本救急看護学会

・職員の急変に対する興味は高い
・ブルーコードを要請する際は、緊張、動揺、恐怖を感じていることを踏まえ事後のフォロー体制の構築は重要
・傍観者となっている職員への対応も検討を要す
・急変時のリーダーシップの研修は優先性が高い
・報告書を含め、急変事案に対するフィードバック不足と院内周知不足が知識不足の一因になっている

終わりに

過去7年間のブルーコードの現状と院内急変に関する意識調査を踏まえて、当院の課題と具体的な研修内容が明らかとなった。今後は職種別研修開催と事後の検証を含めた心のケアを優先的に取り組み、挙がった課題の克服を目指したい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第6会場(2階 204会議室)

[O30] 口演30
医療安全③

座長:古地 敬利(社会医療法人石川記念会 HITO病院 ER・HCU)、寺地 沙緒里(東海大学 看護師キャリア支援センター)

14:50 ~ 15:00

[O30-03] 心停止の認識から胸骨圧迫開始までの時間短縮に向けた活動の実践報告

○川上 大輔[1]、谷 幸一[1]、君嶋 東[1]、桐本 千恵美[1] (1. 北里大学病院　看護部)

キーワード：蘇生、急変対応、BLS、認定看護師

＜目的＞A病院において、院内心停止が発生した際に、救急看護認定看護師、クリティカルケア認定看護師、小児救急看護認定看護師の4名（以下CNと略す）で部署のスタッフや管理者とともに症例における臨床現場での困りごとや課題抽出ために振り返りを行っている。A病院では毎年30件程度の予期せぬ心停止があり、その対応について振り返りを行うことで蘇生の質向上を図り、救命率の上昇を目指している。しかし振り返りの行う中でBLSの手技や手順はアルゴリズムに沿って問題なく実施できているものの、心停止の認識と、それを認識してから胸骨圧迫開始までに時間を要している症例があることが分かってきた。そこで2023年度より、確実に心停止を認識して直ちに胸骨圧迫が行われることが重要と考え、院内各部署で、患者の心停止時にBLSを迅速かつ正確に実施するために伝達講習をしてもらう人材を育成する研修（以下、BLSインスト養成研修）や各部署の急変時対応の現状を分析し、長期的な視点で教育する役割を担うスタッフ（以下、リンクスタッフ）など働きかけ、心停止の認識から胸骨圧迫開始までの時間を10秒以内に行えるよう、シミュレーションを実施してもらった。今回、それらの活動を通して得られた成果から心停止時の対応における課題を明らかにすることを目的とした。＜方法＞院内各部署で、シミュレーション開催時に、心停止の認識から胸骨圧迫開始までの時間を測定してもらい、データを提出してもらった。シミュレーションのシナリオは、状態変化から心停止に陥るという経過ではなく、患者のもとに訪室時、原因は問わず患者の状態は心停止であるという設定にしてもらった。また正確に心停止の認識から胸骨圧迫開始までの時間を測定するために、スマートフォン等の活用による動画撮影を推奨した。提出していただいたデータは、個人が特定できないように、番号を付与して管理した。また今回の取り組みを学会発表などに使用する可能性があることを口頭と文書で伝えた。データ提供に同意が得られない場合にも不利益が生じないことを伝え、データ提出をもって、同意を得たもののとみなした。＜結果＞心停止の認識から胸骨圧迫開始までの平均時間は、2023年度（33部署：病棟系27部署　外来系6部署　計236人 平均経験年数7.86年）は31秒、2024年度（24部署：病棟系19部署　外来系5部署　計208人 平均経験年数6.22年）は23秒であった。＜考察＞A病院では、BLSの手技獲得を目的とした研修を毎年開催しているため、BLS手技の質の担保はされていると考えられた。しかし目の前にいる患者が急変といわれる状態悪化が起こった場合に心停止を疑い、躊躇なく直ちに胸骨圧迫を行うためには、心停止を認識することが重要であり、心停止を疑ったならば、素早く意識と呼吸、循環を確認し、確認できなければ直ちに胸骨圧迫することが救命率の向上にもつながると考え、取り組みを行った。BLSインスト養成研修やリンクスタッフの活用により、院内の看護師に心停止の認識から胸骨圧迫開始までの時間短縮の重要性は徐々に浸透して来ていると考えた。そのことがシミュレーションでの心停止の認識から胸骨圧迫開始までの時間短縮につながっていると考えた。＜今後の課題＞今回のデータはあくまで心停止するシミュレーションでのデータであり、実際の患者対応とは異なるため、実際の心停止症例において救命率の上昇に寄与したか判断はできない。今後は実際の事例でROSC後の患者状態などから評価をしていくことが必要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第6会場(2階 204会議室)

[O30] 口演30
医療安全③

座長:古地 敬利(社会医療法人石川記念会 HITO病院 ER・HCU)、寺地 沙緒里(東海大学 看護師キャリア支援センター)

15:00 ~ 15:10

[O30-04] 質問紙調査から見えたスタットコール初期対応の課題

○本庄 智代[1]、木下 舞[1] (1. 東京科学大学病院)

キーワード：スタットコール、初期対応

【目的】当院では緊急事態に即時対応するために、スタットコールシステムを定めている。発見者が必要と判断した場合は速やかにスタットコールを発動し、発生場所近くにいる医療者が誰でも駆けつけるほか、救急医と救急看護師、救急救命士が現場に向かうシステムで運用されている。年間60〜70 件のスタットコールが発生しているが、これまで関わった医療者がどんなことに困難を感じたのか振り返る機会がなかった。そこでスタットコールの初期対応に関わった医療者に質問紙形式で回答を依頼し、困難感を振り返ることで課題を明らかにできると考えた。【方法】2024 年4月から2025年3月に発生したスタットコール症例で患者対応に参加した医療者を対象としてMicrosoft Formsであらかじめ作成した質問紙の二次元バーコードから回答を依頼し、その結果を分析した。【倫理的配慮】A大学統合教育機構倫理審査委員会の承認を得た。質問紙は個人が特定されないよう無記名とした。【結果】研究期間に発生したスタットコールは65件だった。回答が得られたのは35件で、医師5名（うち救急医2名）、看護師24名（うち救急看護師2名）、救命救急士2名、その他4名であった。スタットコールの発生場所は病室16件、病室以外19件であった。スタットコールを発動する際の不安では、発生場所が病室の場合1名であるのに対し、病室以外では5名であった。病室で発生した場合「冷静」「声の掛け合い」「夜間のスタッフが少ない」のキーワードが抽出され、パニックになった人の対応の実施は2名、安全な治療環境調整の実施は6名だった。自由記載では「迷いはない」「できることをやる」といった振り返りがあった。病室以外の発生では「雑多」「混乱」「パニック」「情報不足」「狭い」のキーワードが抽出され、パニックになった人の対応の実施は6名、安全な治療環境調整の実施は8名だった。コミュニケーション、指揮命令系統、役割分担についての問いでは、救急医、救急看護師、救急救命士の救急スタッフはすべての質問で「良好だった」と回答していた。救急スタッフ以外ではコミュニケーションが良好だったと回答したのは16名、指揮命令系統が良好だったと回答したのは13名、役割分担が良好だったと回答したのは17名であった。スタットコール発動時の訓練は必要かの問いでは25名が必要であると回答した。【考察】病院職員はBLS、ACLSコースを受講しているが、訓練はベッド上や床上が多く、周囲に大勢の人がいる環境や、廊下や狭小スペースからの救出訓練は実施していない。そのためコースとは異なる環境における初期対応の難しさがあったと考えられ、さらにパニックになった人の対応と安全な治療環境調整に人員が割かれることがわかった。またコミュニケーションや指揮命令系統、役割分担に不明瞭さを感じており、効率的でスムーズな処置の実施を困難にしていると考えられる。応援にかけつけた多くの医療者のレディネスや経験は様々であり、明確な指示のもと適正な役割分担を行い、効率的に機能することが理想であり課題である。救急スタッフは直ちに現場に駆けつけ患者の処置にあたり、現場の指揮命令系統の責任者として機能することが求められている。そのためコマンダーをより明確にする必要がある。今後は医療安全推進室やRapid Response Systemと情報共有を行い、コマンダーが明確になるような腕章やビブスの準備、スタットコール発動時の初期対応訓練を実施することでより効率的で迅速な救急対応ができると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第6会場(2階 204会議室)

[O30] 口演30
医療安全③

座長:古地 敬利(社会医療法人石川記念会 HITO病院 ER・HCU)、寺地 沙緒里(東海大学 看護師キャリア支援センター)

15:10 ~ 15:20

[O30-05] 救命救急災害医療センターEICUにおける急変対応に関する現状と課題～急変振り返りシートからの考察～

○中山 和希[1]、礒崎 悠太[1]、森 彩香[1]、平澤 結衣[1] (1. 北里大学病院　救命救急、災害医療センターEICU)

キーワード：急変対応

【背景】
　当院の救命救急災害医療センターEICUでは、主に3次救急で搬送された重症患者が多く在室しており、超急性期病棟であることから急変する可能性が極めて高い現場である。
　“急変振り返りシート”とは、EICU内で急変が起きた際に、勤務後のデブリーフィング時に、6項目（時間管理、役割分担、指示系統の確立、技術面、家族対応、感染防御）について対応した勤務者（約12人）で、5点満点で評価し、問題点やできたことをチームで評価し記入するものである。当病棟では、急変時対応の質の維持向上を目的に2017年より用紙の改訂をしながら継続使用を行っている。
【目的】
　今回は、そのシートから、点数の特性から更なる質の高い急変対応への実現のための具体的な課題を明確化することを課題とする。
【方法】
　対象期間と対象：2018年から2024年までに、“急変振り返りシート”が記載されていた事象
　調査方法：“急変振り返りシート”の6項目、合計点、急変対応に要した時間、自由記載内容。重症管理システムから患者の既存デバイス、急変に際して挿入されたデバイス、急変後転帰を後ろ向きに調査した。
　分析方法：JMP pro 18 を使用し、記述統計を実施したのち、項目点、合計点を目的変数としたときの関係について２変量解析を実施した。
【結果】
　時間管理、役割分担、指示系統の確立、技術面、家族対応、感染防御のカテゴリー別では、感染防御が著しく低くいことが明らかとなった。
　既存デバイス（挿管、ECMO、他補助循環）、急変時の挿入デバイス（前述同様）それぞれと合計点との間に有意差は見られなかった。
　急変に要した時間と合計点との間、急変後の転帰（ROSC、死亡等）によっても合計点に有意差がなかった。
【考察】
　既存デバイスや急変に際して挿入したデバイス、急変に要した時間や転帰などの分析結果より、一定の高い値を維持できており、有意差は認めなかったことは、EICUで実施している急変シミュレーションや急変に関する勉強会などの教育の成果であると考える。また、今回の分析により急変対応時のPPE装着が実施できていない事象が明らかとなった。患者の急変時には迅速な対応が重要であるが、同時に医療者自身の安全確保も重要であると考える。今後もEICU病棟での急変に関する教育を継続していくとともに、急変対応時のPPE装着率向上に取り組んでいく。

©一般社団法人日本救急看護学会

【倫理的配慮】

収集したデータは研究担当者以外には知らされず、研究目的以外には使用しない。また、個人が特定できないように十分な倫理的配慮を行い、発表にあたり、所属施設の看護部の承認を得た。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第7会場(2階 206会議室)

[O31] 口演31
重症患者看護③

座長:新山 紗千(札幌医科大学附属病院 EICU病棟)、徳山 博美(関西医科大学附属病院 高度救命救急センター)

14:30 ~ 14:40

[O31-01]

人工呼吸管理中の呼吸変化に対応する看護師のアセスメント過程の実態

○田戸 朝美[1]、立野 淳子[2]、園田 拓也[3]、山本 小奈実[1] (1. 山口大学、2. 日本赤十字九州国際看護大学、3. 平成紫川会小倉記念病院)

14:40 ~ 14:50

[O31-02]

演題取下げ

14:50 ~ 15:00

[O31-03]

開心術後心肺蘇生プロトコル導入を目指した取り組み

○江島 由紀[1] (1. 福岡和白病院)

15:00 ~ 15:10

[O31-04]

気管カニューレ挿入困難で経口挿管チューブを安全に代用できた事例に対しての固定法の検討

○土谷 明佳音[1]、藤田 若奈[1] (1. 新潟市民病院)

15:10 ~ 15:20

[O31-05]

救急ICUに入室した気管挿管患者における口腔環境の変化と全身状態・VAP発症との関連

○佐藤 央[1]、佐々木 吉子[1]、今津 陽子[1] (1. 東京科学大学大学院　災害・クリティカルケア看護学分野)

15:20 ~ 15:30

[O31-06]

共同意思決定を通してV-A ECMO装着を要した肺癌患者の意思を尊重した治療を展開できた事例

○安食 雄太[1]、井上 貴晃[1] (1. 福島県立医科大学附属病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第7会場(2階 206会議室)

[O31] 口演31
重症患者看護③

座長:新山 紗千(札幌医科大学附属病院 EICU病棟)、徳山 博美(関西医科大学附属病院 高度救命救急センター)

14:30 ~ 14:40

[O31-01] 人工呼吸管理中の呼吸変化に対応する看護師のアセスメント過程の実態

○田戸 朝美[1]、立野 淳子[2]、園田 拓也[3]、山本 小奈実[1] (1. 山口大学、2. 日本赤十字九州国際看護大学、3. 平成紫川会小倉記念病院)

キーワード：人工呼吸ケア、アラーム対応、アセスメント

目的：2020年のCOVID-19流行により、急性呼吸不全を呈する患者が急増した。重症患者には人工呼吸管理、最重症例では体外式膜型肺（Extracorporeal Membranous Oxygenation：ECMO）による治療が行われた。これに伴い人工呼吸ケアを担当する看護師の需要が高まったが、全国的な看護師不足が問題となった。この要因として教育課題があり、人工呼吸ケアの教育はICUでの専門的な現任教育が中心となっており、看護師の人工呼吸ケアに関する知識は経験学習に依存していることがあげられる。本研究では、より実践的な教育プログラムの構築を目指して、看護師が人工呼吸ケアを行う際のアセスメント過程を患者の事例から分析して明らかにすることを目的とした。 方法：半構成的面接法による質的記述的研究デザイン。研究対象となった施設の集中治療室で看護経験が1年以上の看護師の中から、人工呼吸器装着患者の呼吸状態の悪化に対応した看護師を研究対象とした。アラーム対応を行った日から1週間以内にインタビューを行った。調査期間：2024.1.10から2025.3.31。インタビュー内容は、研究対象者となった看護師が対応した人工呼吸管理中のアラームの種類と内容、アセスメントと対応である。分析方法は、得られたデータを逐語録におこし、質的帰納的にまとめた。倫理的配慮として、同意説明文書をもちいて本研究の目的や方法、個人情報ほどなどの説明を行い、同意書への署名を持って承諾を得た。得られたデータは、個人が特定できないよう研究用のIDを用いて匿名化されている状態で管理した。 結果：9名の看護師が対象となった。アラームの種類は、換気量低下が7件、気道内圧上昇が1件、無呼吸が1件であった。異常の経過としては、リハビリ終了後の呼吸状態の悪化、重症肺炎で呼吸管理中の酸素化不良、ウィニング過程における不同調と無呼吸、呼吸器離脱困難症例における不同調、胸郭の稼働制限と排痰困難に伴うauto-PEEPの発生、気道クリアランス不良による閉塞などであった。アセスメントと対応では、アラーム発生とともにモニターおよび人工呼吸器の計測値の確認と患者のフィジカルを確認しアセスメントを行っていた。フィジカル所見から主に対応を行ったものとして気道クリアランスに関するものがあり、気管内吸引、体位調整、チューブ位置調整の提案、気管支鏡検査の提案などが行われていた。患者の状態を総合的に捉えたアセスメントからは、鎮痛・鎮静薬の増減の提案、呼吸器設定変更の提案などがあった。浅鎮静患者に対しては、呼吸困難感を丁寧に汲み取るケアも語られた。アラーム対応を行った際の臨床推論に影響を及ぼした内容としては、過去の経験と教育があったと語られた。 考察：人工呼吸器からの早期離脱を目指して、SAT/SBTが行われるなか、人工呼吸器との不同調やチューブのかみしめなどによるアラームが生じていたことから、看護師には患者ごとに異なる覚醒のスピードと呼吸状態を見極めながら、快適性と呼吸機能改善のためのアセスメントとケアが求められていることが明らかとなった。看護師のアセスメントと対応には、過去の経験と先輩から教わった内容が多く語られ、OJTの成果と思われる。現場で生じる可能性のあるアラーム対応について、幅広い臨床推論を教授していくことが今後必要と考えられた。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第7会場(2階 206会議室)

[O31] 口演31
重症患者看護③

座長:新山 紗千(札幌医科大学附属病院 EICU病棟)、徳山 博美(関西医科大学附属病院 高度救命救急センター)

14:50 ~ 15:00

[O31-03] 開心術後心肺蘇生プロトコル導入を目指した取り組み

○江島 由紀[1] (1. 福岡和白病院)

キーワード：CALS、開心術後心肺蘇生、再開胸、OPEN　ICU

Ⅰ．目的
開心術後心停止は、胸骨圧迫による重大な合併症を起こす可能性があるという点で、一般的な心停止とは異なる。開心術後心停止に対する心肺蘇生法として開心術後心肺蘇生（The Cardiac Surgery Advanced Life Support；以下CALS）は、2017年米国胸部外科学会のエキスパートコンセンサスで推奨されており、当院では急変事例をもとに導入に向けた取り組みを開始した。年間150例（2023年）の開心術を行う当院の心臓外科術後の患者は集中治療室（OPEN ICU）【18床】に収容され、心臓血管外科医、診療看護師、ICU看護師による術後管理を行っている。2019年4月から2024年6月までに発生した術後急変は26例であった。そのうちのCALS導入のきっかけとなった事例を提示する。76歳男性、CABG術翌日、徐脈による心停止に対しACLSに基づく初期蘇生を行った。結果、蘇生処置に伴う出血によりベッドサイドでの再開胸を行うこととなった。当時のICUでは、CALSプロトコルの認知度は低く、開心術後急変対応が確立されていなかったことが問題としてあげられた。ICUでの急変時対応および緊急再開胸に向けた取り組みにより初動の迅速化が図れたことを報告する。併せて、CALS導入に向けた取り組み開始後の1事例を提示し、新たな課題も報告する。
Ⅱ．方法
1，対象
開心術後の急変患者　ICU再開胸症例　取り組みの開始前4例、開始後1例
2，期間
2019年4月～2024年6月
3，倫理的配慮
当院の倫理委員会の審査を受け，承認を得た上で個人情報保護法に基づき，データは個人が特定でできないように配慮し、カルテから知り得た情報は本実践報告以外では使用しない。
Ⅲ．結果
蘇生的再開胸事例は全26例（手術室症例22例、ICU症例4例）であった。ICU症例4例を分析し、開心術後心肺蘇生に関する取り組みを開始。開始後に発生した1例での効果を検証した。再開胸までの所要時間は手術室症例47分（中央値）ICU症例17分（中央値）であった。この時間は再開胸までの時間であり、自己心拍再開までにはさらに時間を要していた。取り組み開始後の事例では発見から自己心拍再開までの時間は18分であった。当院での取り組み開始後の1事例を分析した結果、CALSプロトコルに基づいた蘇生開始まで1分、再開胸までに14分（Dr到着から2分）、自己心拍再開までに17分を要し、2日後の頭部CTで低酸素脳症を認める結果となった。
Ⅳ．考察
スタッフを対象とした術後管理に関するアンケートを実施し、課題となる部分に焦点を当てた内容を含め、2024年4月より開心術後蘇生の勉強会およびシミュレーション訓練を開始した。初動迅速化を目的としたシミュレーション訓練後、再開胸時間の短縮化を図ることに成功している。開心術後急変に備えた体制開始後に発生した1事例では、蘇生の質に焦点を当てた事例検証

©一般社団法人日本救急看護学会

を行った。CALS該当事例を経験し有効性のある初期蘇生を行い、脳保護を観点においた「自己心拍再開までの時間」を念頭に置く重要性が明らかになった。不測の事態に備え、発生時には最善の初期蘇生ができるような体制づくりを行い、今後も症例検討およびシミュレーション訓練を継続していく必要がある。

Ⅴ.結語

CALS導入により、開心術後患者の急変時において初動迅速化を図ることが可能となった。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第7会場(2階 206会議室)

[O31] 口演31
重症患者看護③

座長:新山 紗千(札幌医科大学附属病院 EICU病棟)、徳山 博美(関西医科大学附属病院 高度救命救急センター)

15:00 ~ 15:10

[O31-04] 気管カニューレ挿入困難で経口挿管チューブを安全に代用できた事例に対しての固定法の検討

○土谷 明佳音[1]、藤田 若奈[1] (1. 新潟市民病院)

キーワード：経口挿管チューブ、計画外抜去、気管切開

【目的】先天的な気管偏位・狭窄による気管カニューレ挿入困難事例に対して、経口挿管チューブを気管切開孔に挿入し、皮膚損傷や事故抜去なく安全に代用できた固定方法について要因を検討する。【方法】方法１：アンカーファストを上下逆向きで頚部に貼り、挿管チューブを下方から固定し、首に掛かるようにチューブホルダーで固定した。しかし頚部の皮膚損傷リスクと、アンカーファストの粘着部が剥がれた場合、容易に事故抜去するリスクがあった。方法２：事故抜去リスクを回避するために三層構造に変更した。一層目はエラテックス、二層目は紐とソフトフォルダー、三層目はトーマスを使用した。皮膚損傷リスクは、バリケアを使用しテープ固定による皮膚への負担軽減を図った。また、紐固定による摩擦を軽減させるためにエスアイエイドを使用した。結果、方法１のリスクは軽減されたが、固定を強固にしたことで、気道緊急時のチューブ交換に時間を要してしまうリスクが残った。方法３：方法２のリスクを回避するためにエラテックスとトーマスのみの固定に変更した。結果、チューブ交換にかかる時間が短縮できた。【結果】経口挿管チューブの固定方法を皮膚排泄ケア認定看護師や救急科医師、耳鼻科医師と検討し、３度の変遷を得て最終的な固定方法へ行き着き、経口挿管チューブの事故抜去や皮膚トラブルなく経過した。【考察】A氏は先天的な気管偏位・狭窄があり、被殻出血により長期に呼吸器管理が必要なため気管切開術を行った。しかし、当院採用の気管切開カニューレではカフが気管偏位部位にかかる長さのものがなく、咳嗽などで容易に事故抜去してしまう状態であった。事故抜去リスクを軽減するためには、気管偏位部位を超えてチューブ挿入が必要であり、ソフトシールカフ付気管内チューブ5.5mm（ID5.5mm、OD7.3mm）を8－10㎝挿入した管理が開始された。再挿入困難事例であり、より安全なチューブ固定が求められた。しかし、当病棟では気管切開孔から経口挿管チューブを挿入した患者のチューブ管理を長期に行う経験はなかった。他の研究報告でも症例報告はあるものの、チューブの固定管理についての報告は小児のみで成人の報告はなかった。そのため、成人の気管切開孔から経口挿管チューブを挿入した患者のチューブ固定方法を皮膚排泄ケア認定看護師や救急科医師、耳鼻科医師と検討し実施した。固定方法の利点や問題点の検討を重ね、３度の変更を経た。最終的な固定に残ったリスクとしては、紐固定を除去したため気道分泌物や発汗によりテープの粘着力が落ちれば固定力が低下することが考えられた。また、トーマスを絞めすぎた場合TVが入らなくなることがあった。しかし、上記のリスクは残存するが、A氏が気管切開カニューレへの入れ替えを行うまでの33日間、上記固定方法で皮膚損傷や事故抜去なく過ごすことができた。本事例の固定方法で皮膚損傷や事故抜去することなく経過した要因を導き出すことで、同様の事例に対しても安全にチューブ管理ができる方法を提示できるのではないかと考える。【倫理的配慮】対象患者家族へ研究内容を説明し、同意書を配布した。同意書には、得られたデータに関して本研究の目的以外には使用しないこと、同意されなくとも不利益は生じないこと、研究の協力を中断できること、個人情報が特定されないように配慮すること、本研究において利益相反は生じていない

©一般社団法人日本救急看護学会

ことも明記した。また、研究で収集したデータは個人情報漏洩に十分配慮し、鍵のかかるとことで保管し、研究以外の目的で使用せず、研究終了後に破棄することと明記した。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第7会場(2階 206会議室)

[O31] 口演31
重症患者看護③

座長:新山 紗千(札幌医科大学附属病院 EICU病棟)、徳山 博美(関西医科大学附属病院 高度救命救急センター)

15:10 ~ 15:20

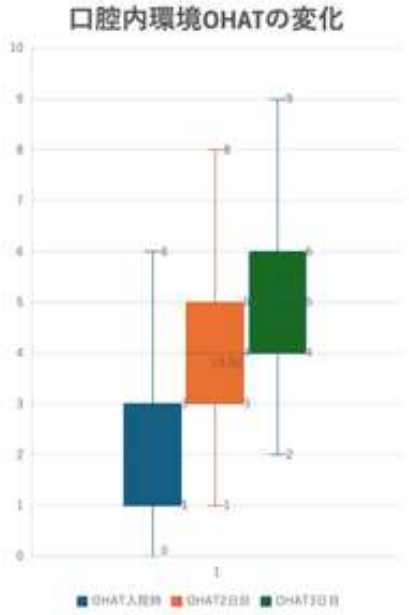
[O31-05] 救急ICUに入室した気管挿管患者における口腔環境の変化と全身状態・VAP発症との関連

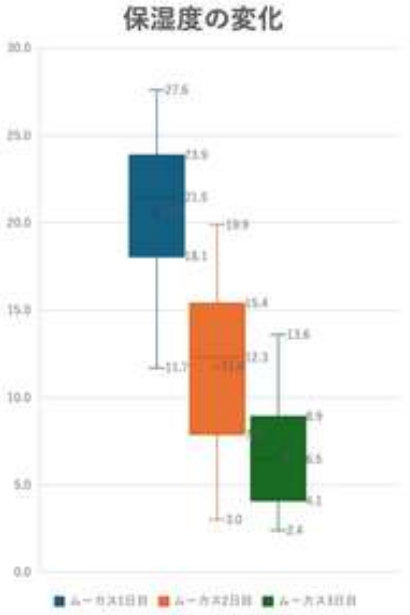
○佐藤 央[1]、佐々木 吉子[1]、今津 陽子[1] (1. 東京科学大学大学院　災害・クリティカルケア看護学分野)
キーワード：口腔ケア、人工呼吸器関連肺炎、口腔環境

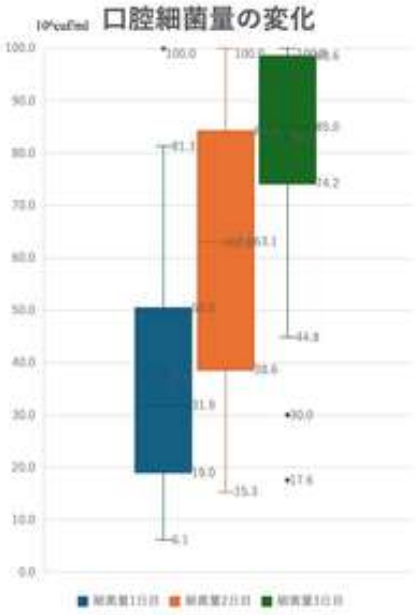
【背景と目的】
救急ICUに入室する気管挿管患者は、口腔内の乾燥が強くなり、口腔環境の悪化が懸念される。しかし、口腔環境が時間の経過とともにどのように変化するのか、また入院時の口腔状態が全身状態や人工呼吸器関連肺炎（Ventilator-Associated Pneumonia, VAP）に与える影響については、十分に明らかにされていない。本研究の目的は、救急ICUに入室した経口気管挿管患者の口腔環境（Oral Health Assessment Tool：OHAT）、保湿度、細菌量の経時的変化を明らかにし、それらと重症度、VAP発症、臨床転帰との関連を検討することである。なお、OHATは点数が高いほど口腔環境が悪いことを示す。
【方法】
対象は、2025年2月から5月にA大学病院救急ICUに入室し、経口気管挿管を受けた18歳以上の患者50名とした。以下の条件に該当する患者は除外した：気管挿管から48時間以内に抜管された者、入室時に肺炎の診断があった者、口腔内に外傷を有する者、または自身で口腔ケアが可能な者。口腔ケアは施設で標準化された手順に基づき、1日3回実施した。OHAT、口腔内の保湿度および細菌量は入院1日目から3日目にかけて同じ時間に測定した。併せて、年齢、性別、喫煙歴、義歯の有無、栄養状態、気管挿管日数、人工呼吸器装着期間、ICU滞在日数、転帰などをカルテから収集した。VAPの判定は、Centers for Disease Control and Prevention（CDC）のVAE基準に準拠して行った。統計解析について、経時的変化はWilcoxon検定、関連性の検討にはSpearmanの相関係数およびロジスティック回帰分析を用いた。統計学的有意水準はα＝0.05とした。本研究は東京科学大学医学系倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【結果】
口腔環境（OHAT）、保湿度、細菌量は入室1日目から3日目にかけていずれも有意に悪化した（p＜.001）。入室時OHATは、細菌量の経時的変化とは有意な正の相関を示し（p＜.01）、保湿度とは有意な負の相関を示した（p＜.01）。また、OHATは重症度スコア（APACHE II ）とも相関していた（r＝.384、p＝.006）。一方、OHATはVAP発症や死亡率の有意な予測因子とはならなかった。しかし、VAPの有無は気管挿管日数および人工呼吸器装着期間と有意に関連していた。また、入室3日目時点でのOHATおよび細菌量が高い（悪化している）患者ほど、気管挿管日数や人工呼吸器装着期間が長期化していた。保湿度が高い患者では、これらの期間が短縮する傾向がみられた。
【考察】
気管挿管患者のOHAT、細菌量、保湿度は経時的に悪化した。入室時の口腔環境が不良な患者ほど、経時的な細菌増殖や乾燥の進行が認められ、重症度も高い傾向があった。一方、OHATはVAP発症や死亡率の直接的な予測因子であることの実証には至らなかった。しかし、VAP発症は気管挿管日数や人工呼吸器装着期間と関連しており、また、入室3日目時点のOHATおよび細菌量が高い患者ほど、気管挿管日数や人工呼吸器装着期間が長期化していた。保湿度が高い患者で

©一般社団法人日本救急看護学会

は、これらの期間が短縮する傾向がみられた。このことから、十分な口腔内保湿の維持が細菌増殖や口腔環境の悪化を抑え、治療期間の短縮に寄与する可能性が考えられる。今後は、保湿ケアの強化を含む包括的な口腔ケア介入の有用性や、VAP予防への効果についてさらなる検討が必要である。







©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:30 第7会場(2階 206会議室)

[O31] 口演31
重症患者看護③

座長:新山 紗千(札幌医科大学附属病院 EICU病棟)、徳山 博美(関西医科大学附属病院 高度救命救急センター)

15:20 ~ 15:30

[O31-06] 共同意思決定を通してV-A ECMO装着を要した肺癌患者の意思を尊重した治療を展開できた事例

○安食 雄太[1]、井上 貴晃[1] (1. 福島県立医科大学附属病院)

キーワード：クリティカルケア、ECMO、共同意思決定

【目的】急性･重症患者は健康破綻及び意識障害により,自身で治療選択ができず,望まない治療･ケアがなされることがある.今回我々は,急変前に蘇生コードに揺らぎを感じていた非小細胞肺癌患者に対し,循環破綻後のV-A ECMO導入中から離脱後にかけて患者-家族-医療者間での共同意思決定を通し,患者の意思を尊重した治療･ケアを展開できたため,ここに報告する.【方法】患者は非小細胞癌,ステージⅣB,癌性心膜炎で治療中のA氏,30代男性であった. ICU入室前の経緯として,A氏は多発転移,心膜炎･心嚢液貯留があった.第15病日目に呼吸不全,心嚢液貯留,肺高血圧に伴う右心不全を併発しICUへ入室した. 第16病日目には,心臓カテーテル検査で肺腫瘍血栓性微小血管症による肺高血圧症と判断された.治療方針は, A氏と協議しECMO導入を含めたフルコードの方針であった.一方でA氏からICU看護師,家族へはECMO導入に関して否定的な発言が聞かれていた.ECMO導入に関して気持ちの揺らぎがあり,多職種カンファランスの開催が検討されていた.しかし,第18病日目に肺高血圧症による心停止をきたし, V-A ECMOが導入された.その後, ①A氏の治療に対する価値観の整理と家族との共同意思決定,②A氏の全身状態の評価とECMO離脱の可能性に関する検討,③ECMO離脱の危険性と利益の検討,④覚醒管理によるA氏の意思の把握及び,共同意思決定という4つのステップを経て,意思決定支援を展開した. 倫理的配慮として,A氏に学会発表の同意を得て,個人が特定されないよう匿名化した.【結果】①に関しては,A氏はICU入室前にフルコードの意向を示していた.しかし,ICU入室後はECMO導入に関しては否定的な発言があり,揺らぎを認めていた.第18病日目に心停止をきたし,ECMOを導入したが,多臓器不全を認め,第19病日目に医療者間でのカンファレンスを通し終末期と判断された.A氏の苦痛に対し,家族-医療者間でも協議し,症状緩和を中心とした治療とし,ECMOの回路交換も含め,治療の差し控えの方針を定めた.②に関しては,上記方針であったが,経過と共に脈圧が拡大し,心機能の改善が予測された.そのため,ICU看護師が全身状態の再評価とECMO離脱の可能性の検討を主科医師,ICU担当麻酔科医へ提案した.再度,医療者間でカンファレンス後,諸検査を経て全身状態の改善が確認され,家族と治療方針の変更を協議し,化学療法の再開とV-A ECMOからの離脱が検討された.③,④に関しては,ECMO離脱による全身状態悪化やA氏の苦痛が増強する危険性と,A氏がECMO装着前に示していた否定的な思いを反映できる利益が同程度であるため,A氏の現在の意向が重要だと医療者間で考えた.最小限の鎮静とし,A氏へ覚醒管理を試みた.苦痛の増強がないことを慎重に評価し,せん妄や意識障害が生じていないことを確認した.その後, A氏及び家族と共に再度共同意思決定を展開し,ECMOの離脱と人工呼吸器離脱・抜管をトライし,ECMOの再導入や再挿管はしないという合意形成を経て,第24病日にECMO離脱に至った.【考察】今回の事例は,A氏の治療への思いが揺らぎ,蘇生コードを決定しきれない状況での循環破綻であった.本事例では,終末期と判断され治療の差し控えが選択された場合でも,ICU看護師が起点となり家族-医療チーム間で連日協議を続けたことで化学療法の再開や覚醒管理に繋がった.A氏の意向の重要性を医療チームが理解していたことで,ECMO離脱への共同意思決定が可能になったと考える.

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O32] 口演32
チーム医療⑤

座長:小川 謙(JCHO北海道病院)、岩本 満美(北海道大学病院 HCUナースセンター)

15:30 ~ 15:40

[O32-01]

「患者様を迎える会」から考える救命の連鎖のあり方

○植木 健太郎[1]、森田 康敬[1]、土屋 智洋[1] (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院救命救急センター)

15:40 ~ 15:50

[O32-02]

救急病棟から一般病棟へ繋ぐACP
～シームレスな連携を目指して～

○中村 真美子[1]、生駒 周作[1]、伊東 裕子[1] (1. 公立陶生病院救命救急センター)

15:50 ~ 16:00

[O32-03]

壊死性軟部組織感染症により長期入院した若年患者への精神的支援と多職種による関わり

○永野 のぞみ[1]、白石 朋子[1]、岡本 真実[1]、進藤 由紀[1]、中川 雄樹[1] (1. 札幌医科大学附属病院　高度救命救急センターHCU病棟)

16:00 ~ 16:10

[O32-04]

多者同時通話デバイスを活用したDrカー活動における有効性

○木村 夕貴[1] (1. 社会法人　生長会　ベルランド総合病院 ER)

16:10 ~ 16:20

[O32-05]

プレホスピタルケアを意識した多職種チーム医療の実践研修報告

○山口 高巧[1] (1. 宇治徳洲会病院高度救命救急センター　救急看護認定看護師)

16:20 ~ 16:30

[O32-06]

母国の病院へ転院する訪日外国人への関わり

○北岡 史[1]、松下 実希[1]、吉歳 麻鈴[1] (1. 大阪けいさつ病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O32] 口演32
チーム医療⑤

座長:小川 謙(JCHO北海道病院)、岩本 満美(北海道大学病院 HCUナースセンター)

15:30 ~ 15:40

[O32-01] 「患者様を迎える会」から考える救命の連鎖のあり方

○植木 健太郎[1]、森田 康敬[1]、土屋 智洋[1] (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院救命救急センター)

キーワード：救命の連鎖、他職種協働、ICU survivor

【目的】当院救命救急センターHCUの平均在院日数4.0日、病床稼働率は120%を越え、患者の多くは数日で後方病棟へ移動となり、また救命救急センターと後方病棟では、役割や求められることも異なってくることから部署間で完結しがちであり、救命の連鎖やチーム医療の意識が乏しい印象にある。このような状況を改善するため、軽快退院となった患者・家族を当院へ招き、看護師に求められているものとは何か検討する。さらに、各場面においての関わりを知ることで、救命の連鎖、チーム医療の大切さを考えることを目的とした。
【倫理的配慮】対象者に対して今取り組みの目的について説明し同意を得た上で実施した。個人を特定できる情報は記載せず、得られたデータは本研究以外使用しない。
【方法】対象：交通外傷で当院へ搬送後、回復して社会復帰した患者とその家族参加者：病院前救護から退院するまでに関係したスタッフ一同（以下20名）
（患者1名、家族1名、医師１名、関連部署の看護師13名、理学療法士１名、消防職員3名）
実施日：2024年11月
実施場所：A病院
実施方法：参加者全員の顔が見えるように円形に座り、交流会形式で行い、関わった順に当時の状況を語る。患者家族からも医療者から当時の話を聞いて、何を感じたのかなど自由に語る。終了後は参加者全員にアンケートを実施。アンケート内容は①参加してよかったと感じた②会を通して得るものがあった③内容やテーマは適切であった④時間やスケジュールは適切であったの４項目、「１とても良い」から「４とても悪い」の４件法で、最後に自由記載欄を設けた。
【結果】医療従事者がそれぞれ各場面でどのような関わりをしていたのか共有することで、普段知ることのできない発症から退院までのストーリーを知ることができた。また、患者と家族の反応として、入院初期の記憶が断片的であったこと、自分の記憶している内容と医療者からの事実にずれが生じていることに驚いていた。会終了後のアンケート回収率は100%であり、アンケート結果は全項目において「１とても良い」が100%であった。自由記載欄では、看護師からは、「実際に患者や家族の意見も聞くことができて、普段どのように看護していくと良いか考えるきっかけになった」などの意見があった。消防隊員からは、「普段搬送した患者が助かったのか否か知ることができないため、今回自分たちが搬送した患者様の元気になった姿を生で見て、直接感謝の気持ちを伝えてもらえて嬉しい」、患者や家族からは、「こんなにもたくさんの方々に助けられて今の自分があるのだと思うと本当に感謝の気持ちでいっぱい」などの意見があった。
【考察】実際に今回の患者は退院後PICSの発症はなく心身ともに健康であったが、会を通じて記憶が断片的であったことや、一部記憶が事実と乖離していることがわかった。患者から体験談を直接聞く機会がないため、このような会が有効であると考える。また、患者・家族の認識と医療者側との認識にズレがあり、双方の見え方や感じ方が違うことに気づくことができた。限られた時間の中でそれらのことを念頭において注意深く患者を観察し、時間をかけてズレを修復していかなければならない。最後に、患者と家族を含め関わった医療従事者が一同に顔を合

©一般社団法人日本救急看護学会

わせ、当時の状況を語り合い振り返ることで、ストーリーの全容を知ることができた。各場面でしかわからなかったことが繋がり、救命の連鎖やチーム医療への意識が高まることが期待される。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O32] 口演32
チーム医療⑤

座長:小川 謙(JCHO北海道病院)、岩本 満美(北海道大学病院 HCUナースセンター)

15:40 ~ 15:50

[O32-02] 救急病棟から一般病棟へ繋ぐACP
～シームレスな連携を目指して～

○中村 真美子[1]、生駒 周作[1]、伊東 裕子[1] (1. 公立陶生病院救命救急センター)

キーワード：アドバンスケアプランニング、病棟連携、シームレス

【目的】A病院B病棟は、2017年から患者・家族の思いに寄り添い、支援的に関われるよう倫理カンファレンスを導入した。2023年からは、アドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）の取り組みを開始し、ロールプレイやカンファレンスのデブリーフィングを通して、倫理的問題への対応力向上に努めてきた。こうした状況の中、部署で抽出した倫理的問題等について「一般病棟にうまく繋ぐことができていない」という課題が明らかになった。そこで、倫理的問題の情報共有やケアの継続性を確保するため、一般病棟との連携体制の構築に向けて取り組んだ。本報告では、Ｂ病棟と一般病棟間の連携体制の構築に向けた取り組みと成果について述べる。
【方法】Ｂ病棟は、呼吸器疾患の入退院が多いことから、連携部署を呼吸器内科病棟（以下C病棟）に特定して取り組みを開始した。2024年7月から2025年3月にB病棟、C病棟に所属していた看護師延べ137名を対象に病棟連携に関するアンケート調査（２段階評価又は多項目選択式回答、自由回答）を連携前後で実施し、単純集計を行った。結果を基に連携会議を開催し、①週1回の連携ケアカンファレンスの実施②カルテの掲示板機能の活用を決定して連携を開始した。本研究はA病院看護研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。【結果】アンケートの有効回答率は、連携前84%、連携後88%であった。①「カルテでACPの内容を確認しているか」は連携前64%、連携後78%②「ACPの内容を活かした関わりをしているか」は連携前39%、連携後62%で共に連携後に増加した。一方ACPの内容を確認していない理由として、連携前86%、連携後85%が「時間的余裕がない」と回答した。③「病棟連携を推進していく上で必要なこと」について、連携前は「時間の確保」63%「システムの構築」42%「記録の充実」34%であったが、連携後は「時間の確保」58%「システムの構築」49%「コミュニケーション」49%となった。④「連携を行う前後でACPに対する意識の変化」について、54%が「変化があった」と回答した。【考察】今回、倫理的問題の情報共有やケアの継続性を確保するため、看護記録の充実と共にカルテの掲示板機能の活用や連携ケアカンファレンスを実施した。ACPの内容を活かした関わりについて「看護記録でACPの内容を確認している」「ACPの内容を活かした関わりをしている」の回答が連携後に増加した。さらに、「病棟連携していく上で必要なこと」について、連携後は記録の充実よりもコミュニケーションが必要であると回答した看護師が増加した。これは、連携ケアカンファレンスを開催することで、活発な意見交換ができるように事前に情報収集をするきっかけになったことや対面で対象患者の情報共有やケア方法等を検討し、実施に繋げる経験ができたことが要因と考える。また、「時間の確保」について、連携前後で結果に変化はなく、半数以上の看護師が連携していく上で必要な項目と考えていることがわかった。病棟連携を行う上で時間の確保は、重要な課題の１つとなるため、今後も検討を重ねて具体的な対策を講じていく必要がある。そして連携前後でACPに対する意識の変化について、54%が「変化があった」と回答した。今回、倫理的問題の情報共有やケアについて自部署だけで完結するのではなく、次の療養場所である病棟にシームレスに繋げる重要さやACPの内容を活かした患者との関わ

©一般社団法人日本救急看護学会

り、多職種とのコミュニケーションの重要性を理解する看護師が増えたことから、病棟連携の有効性が示唆された。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O32] 口演32
チーム医療⑤

座長:小川 謙(JCHO北海道病院)、岩本 満美(北海道大学病院 HCUナースセンター)

15:50 ~ 16:00

[O32-03] 壊死性軟部組織感染症により長期入院した若年患者への精神的支援と多職種による関わり

○永野 のぞみ[1]、白石 朋子[1]、岡本 真実[1]、進藤 由紀[1]、中川 雄樹[1] (1. 札幌医科大学附属病院　高度救命救急センターHCU病棟)

キーワード：精神的ケア、チーム医療、多職種連携

【背景・目的】
長期入院や複数回の手術を要する患者においては、身体的治療のみならず、精神的苦痛への対応が重要となる。特に、侵襲的治療の継続や再手術の必要性は、患者にとって予期せぬストレスとなり、抑うつ状態や感情失禁といった心理的反応を引き起こすことがある。また、重症患者は、抑うつや不眠、不安などの精神障害が起こると言われており、これらへの包括的な支援が求められる。本症例は、感染管理や手術を繰り返し受けた患者に対し、複数診療科の医師・看護師・理学療法士といった多職種が連携して精神的支援を行った経過を報告する。
【倫理的配慮】本症例は入院時に学術使用について口頭で説明し、書面にて患者本人の同意を取得した。発表に際しては匿名化を行い、個人が特定されないよう配慮した。また、精神的情報の取り扱いについても関係職種間で共有範囲を限定し、倫理的配慮に努めた。
【症例・経過】患者は旅行先で体調を崩し、壊死性軟部組織感染症で即日入院となった。他院での加療中、未治療の糖尿病や腎障害、ネフローゼ症候群を併発し、感染コントロール困難な状態となった。第19病日に当院へ転院後、デブリードマンや皮弁形成術を含む4回の手術に加え、透析、血糖管理、創部洗浄などの集中治療を実施。第37病日に透析を離脱し、HCUへ転棟したが、創部痛、倦怠感、栄養不良により離床困難が続いた。患者は、若年であったため、社会復帰を視野に、無理のない範囲でリハビリテーションを促したが、「今日はいいかな」「やりません」と拒否的な発言を繰り返し、食事に関しては食べられないから経管栄養をして欲しいと発言あり、経口摂取による必要な栄養摂取はできていない状況が続いた。また、「病気は医療者が治すもので、自分ではどうにかできることではない」という発言もあり、創傷治癒促進や早期リハビリテーションの必要性について理解ができないことで、治療への参画がされないのではないかと判断し、リハビリテーションや食事摂取の必要性について繰り返し説明していた。精神面においては、不眠だったため、精神科の介入を受け、睡眠導入剤を使用していたが、そのほかの精神症状はなく、療養継続は可能な状態であった。しかし、第83病日、創部悪化に伴う再手術決定を前に、「この前の手術が最後だと思っていたのに」と涙を流し、感情失禁と強い不安が出現し、精神科医師により抑うつ状態であると診断がついた。以後、患者と関わる複数診療科の医師・看護師・専門看護師・理学療法士の多職種で合同カンファレンスを開催して患者対応を共有し、関わり方やそれぞれの専門職の役割を明確化した。
【結果】精神的に不安定な時期にはあったが、看護師による継続的な傾聴と共感的関わり、精神科との連携、医師との役割分担が有効に機能し、患者との信頼関係を築く一助となった。無理に気持ちを引き出そうとせず、必要に応じて静観する姿勢も取り入れることで、患者が主体的に治療と向き合えるよう支援できた。食事摂取やリハビリテーションについても、理学療法士と協働し、柔軟に対応して、譲歩できる部分については医師とも相談しながら進めた。
【考察】精神的負担が大きい患者に対し、必要性の説明を繰り返すことがかえって患者を追い

©一般社団法人日本救急看護学会

詰める場合がある。気持ちに寄り添い、患者の自己決定感を尊重する関わりが重要である。精神的ケアは一職種では限界があり、多職種が役割分担を明確にしながら連携することで、全人的なケアが可能となる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O32] 口演32
チーム医療⑤

座長:小川 謙(JCHO北海道病院)、岩本 満美(北海道大学病院 HCUナースセンター)

16:00 ~ 16:10

[O32-04] 多者同時通話デバイスを活用したDrカー活動における有効性

○木村 夕貴[1] (1. 社会法人　生長会　ベルランド総合病院 ER)

キーワード：Drカー

【はじめに】A病院ERは、初療室・血管造影室・総合診療外来の３部門が一体化となり、看護師・院内救命士・看護補助者が相互補完的に協働しチーム医療を実践している。2006年よりDrカー運用を開始、2021年コロナ禍以降の活動状況は、年間平均253件、うち帰院率41.3%程度を有している。特に救急医と循環器医師が協働で実践している体外循環式心肺蘇生法（ECPR）の対象患者は、限られた時間の中でプレホスピタル現場から院内へシームレスな受け入れを行うことが求められる。それ以外の症例においても、重症患者の受け入れや他施設への搬送含め、必要な情報がタイムリーに共有できることによって、プレホスピタルケアの質向上に繋がると考える。今回多者同時通話デバイス（以下、Bデバイスと略す）を用いることでのDrカー活動における有効性を検討したため報告する。 【目的】2020年度より導入を開始したBデバイスを用いたDrカー活動を振り返り、ECPR及びプレホスピタルケアにおける情報共有の有効性を明らかにする。 【方法】Bデバイスを8台導入し、Drカー看護師・救命士・ER管理者・初療リーダー・血管造影室リーダー・総合診療外来リーダーの6名が、Drカー出動と同時に装着し現場で活動する音声の共有を開始した。その上でBデバイスの活用における効果と有効性について検討した。 【倫理的配慮】今発表に際して、個人が特定されないよう配慮を行い、所属施設である看護部倫理委員会の承認を得た。 【結果】Drカー看護師の音声をDrカーチームと院内側の各リーダー担当者がタイムリーに共有することで、プレホスピタル活動が可視化され①電話連絡という手間が省ける②人定がスムーズに行える③治療に必要な情報がタイムリーに伝達できる④院内の各専門医師にスムーズな情報共有が可能⑤患者の緊急度・重症度に応じた検査オーダーや各検査のスタンバイが可能⑥ECPR対応における早期判断と血管造影室直行の指示共有⑦応援体制の整備などを行うことが可能となった。ECPR症例においては、2020年Bデバイス導入前31件（社会復帰1件）に対し、2021年導入後16件（社会復帰5件）の比較において、要請現場から当院までの距離平均が、導入前：平均3.15km・導入後：3.06kmと変わりはないものの、Drカー入電からPCPS駆動までの時間が6分短縮（平均42分）し、社会復帰率は、3.2%から31.2%と上昇した。 【考察】以前は、携帯電話のBluetooth機能を用いたイヤホンを活用し、Drカー看護師とER管理者で情報共有を行い、必要な情報を院内の各部門へ連絡する体制を取っていた。今回、新たにBデバイスを導入したことで、Drカーチーム(看護師、救命士)とER管理者に加え、各部門のリーダー担当者がタイムリーに情報共有できるようになった。それにより関係各所への連絡の手間が省け適切な情報がタイムリーに伝わり、各部門の人員配置の変更や事前準備の充実が図れるようになったと考える。特にECPRのように可能な限り最短時間でPCPSを駆動させることが重要な症例では、プレホスピタル現場から血管造影室に直接入室するため、循環器医師へのタイムリーな情報伝達、各部門間の連携強化などが求められる。今回、導入前後の時間的推移の比較からもBデバイスを活用することで、ECPR症例におけるPCPS駆動までの時間が短縮し、社会復帰率の向上に繋がったと考える。 【結語】Bデバイスを用いてDrカー活動をすることで各部門とのタイムリーな情報共有かつ連携強化に繋がったと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O32] 口演32
チーム医療⑤

座長:小川 謙(JCHO北海道病院)、岩本 満美(北海道大学病院 HCUナースセンター)

16:10 ~ 16:20

[O32-05] プレホスピタルケアを意識した多職種チーム医療の実践研修報告

○山口 高巧[1] (1. 宇治徳洲会病院高度救命救急センター　救急看護認定看護師)
キーワード：プレホスピタルケア、チーム医療、多職種役割理解

目的
本研修は、プレホスピタルケアにおける多職種チーム医療の実践力を高めることを目的に、メディカルラリー形式によるシミュレーション研修を実施し、成果と課題を明らかにすることで、現場での対応力や役割理解の向上を図ることを意図した。
方法
院内の中堅・若手医師、看護師、院内救命士から主旨に賛同した職員を募り、有志による任意参加型の研修を実施した。３部構成とし、①各職種の専門性を共有するレクチャー、②多職種合同のシミュレーション、③映像とチェックリストを用いたデブリーフィングを行った。研修はスキルアップを目的とし、業務扱いではない。発表にあたっては、主旨を説明し、参加者全員の同意を得て倫理的配慮のもと行う。
結果
ある1日の研修の流れと成果を以下に示す。 研修冒頭に、医師より「メディカルラリーチームとしての心得」に関する15分間のレクチャーを実施した。 続いて、実践形式のシミュレーションを実施。設定は、大規模イベント会場に設置された救護所にて、医師（研修医）１名、看護師２名。院内救命士１名による対応チームが、気分不良を訴える来場者へ対応する場面である。患者は妊娠後期でショックバイタルを呈し、診療中に痙攣、直後に心肺停止となる。AEDが遅れて到着し、心電図はVF。妊娠後期におけるCPR対応が課題となった。活動時間は15分間であった。 シミュレーション終了後、動画とチェックリストを用いた45分間のデブリーフィングを実施。行動や判断、チーム内の役割認識について振り返り、改善点と成功点を共有した。本研修ではこの他にも、外傷性出血や乳児CPA、大規模災害を想定した複数のシナリオを用意し、各回の目的に応じて内容を変更しながら継続的に実施している。参加者からは、現場に即した訓練であるとの声が多く、実践力・即応力の向上に寄与している。
考察
看護師の視点からの考察　当院ではプレホスピタル経験を有する看護師は認定看護師に限られており、プレホスピタル領域に対する実践的理解を深める機会は限られていた。本研修では、限られた資源・人員の中でどのように対応するかを体験的に学ぶことができ、平時の設備に依存しない判断力・行動力の育成に寄与した。特に、医療供給が制限される中で医療需要に応じた対応を迫られる状況下において、どのように優先順位をつけて行動する機会となり、災害医療や地域支援にも応用可能な有用な取り組みであった。
チーム医療における考察　多職種が一体となって対応することで、各職種間の役割理解と信頼関係の構築が進み、より実践的なチーム医療が実現された。情報を的確に共有し、全員で目標を認識した上で動く経験は、平時の医療現場においてもアサーティブなコミュニケーションの土台となる。また、各職種が自身の法的業務範囲を再認識し、他職種の介入範囲を理解することで、現場における「任せられた存在」としての関係性が強化された。本研修は、今後のチーム医療の質的向上に資する実践的教育であると考える。参加することで職種間の連携が密になるこ

©一般社団法人日本救急看護学会

とまた、各役割が情報を得てそれを集約し、目標を共有することで平時の医療においてもアサーティブなコミュニケーションが測れる一助となりえる研修であると考える。また、各職種が法律上の介入できる範囲をお互いが理解でき、現場においても任せられる存在になることが言語化でき、今後に活かせられる研修となった。

結語

本研修は多職種がそれぞれの専門性と立場を理解し合いながら、制約下でも柔軟に連携・対応する力を育成する貴重な機会であり、プレホスピタルのみならず平時医療の質的向上にもつながる有効な教育的手法であると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:30 ~ 16:30 第5会場(2階 小ホール)

[O32] 口演32
チーム医療⑤

座長:小川 謙(JCHO北海道病院)、岩本 満美(北海道大学病院 HCUナースセンター)

16:20 ~ 16:30

[O32-06] 母国の病院へ転院する訪日外国人への関わり

○北岡 史[1]、松下 実希[1]、吉歳 麻鈴[1] (1. 大阪けいさつ病院)
キーワード：訪日外国人、転院調整、帰国支援

目的
訪日外国人旅行者数は増加しており、今後も医療機関において外国人患者の受け入れは増加すると予測される。訪日中、予想外の事故や疾患による手術などで入院療養をおこない、母国で治療継続が必要な場合、帰国支援が必要となる。今回、外国人旅行者A氏が高所からの墜落による外傷のためICUへ入院し当一般病棟へ移動となった。母国の病院へ転院することとなり長期での治療介入が必要な一例を経験したため、報告する。

方法
病棟で実施した看護についてカンファレンスや看護記録から振り返る。また、訪日外国人の継続看護に関連した文献を参考にし、安心して渡航にのぞむために必要な準備や看護ケアを明らかにする。

倫理的配慮
守秘義務を遵守し、患者が特定されないよう情報漏洩を避ける。

結果
　高所から墜落し顔面骨折、下顎骨折、右外傷性血胸、右多発肋骨骨折、右仙骨骨折、恥骨結合離開、右上腕骨骨折、右足関節脱臼骨折のため緊急入院となる。一般病棟へ移動となる20病日までに8カ所の手術を5回にわけて実施している。
転院調整を開始した当初、海外では看護サマリーの文化がないため作成は不要と聞いていた。しかし、下肢に創部がありリハビリ時以外はベッド上で過ごしておりストレッチャーでの移動となることや、左膝窩静脈に血栓があること、さらには帰国まで10時間以上を要することから移動中の注意点や看護の引き継ぎが必要であると考えた。単に看護サマリーを母国語に翻訳するのではなく、フライト中の機内で必要となる食事の準備内容や必要な飲水量、尿破棄、オムツ交換などの看護ケアを予測し、移動中におけるさまざまな場面での必要な看護について検討し追加、物品の用意をした。しかし、治療や看護ケアについてばかり記載しており、患者の生活や価値観に関する聴取が言語的な障壁により不十分であった。
　転院前に保険会社が手配した医療従事者が母国から来日したため、診療情報提供書を元に経過を説明しフライト中の看護の引き継ぎを実施した。翻訳機を使用しコミュニケーションを図ったが誤訳が多く、時間を要した。
考察
増井は、外国人患者の帰国支援として医療通訳がコーデイネーターとして帰国の調整をすすめることで準備が円滑に進むと述べている。当院には医療通訳の配置はないため、メディカルソーシャルワーカーが帰国支援を担った。外国語や外国の医療知識も乏しいため、何度も進捗状況の情報共有やカンファレンスを実施し、他職種との連携を図らなければならなかった。薬

©一般社団法人日本救急看護学会

剤師からの説明を受けていただけるよう連携を図ることが、患者や医療従事者への理解や信頼関係につながると考える。また、外国への転院における画一的なマニュアルはないため、病棟でのカンファレンスを重ね、個別的な看護ケアを検討することが今後も必要である。
今回、母国語での引き継ぎであったが、一方的な説明や伝達だけでなく、同じ紙面に日本語と外国語を表示し双方向のコミュニケーションを図ることが重要であると学んだ。また、言語の障壁を理由に、医療者中心の対応となり文化的背景や患者への理解が浅かったことに気づかされた。患者を一人の人として尊重し信頼関係を築くためには、患者の習慣、文化的背景、宗教や思想についての配慮が不可欠であると学んだ。グローバルな視点での看護の発展に貢献したい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O33] 口演33
災害看護②

座長:木野 毅彦(日本医科大学付属病院 SICU)、武政 輝希(千葉県総合救急災害医療センター、ER/ECU)

15:40 ~ 15:50

[O33-01]

二次救急医療機関における救急外来スタッフの災害時教育と
不安軽減を目的としたシミュレーションの実践

○池宮城 聖弥[1]、新垣 匡史[1]、仲宗根 真弓[1]、上原 仁美[1] (1. 地方独立行政法人　那覇市立病院)

15:50 ~ 16:00

[O33-02]

災害拠点病院である当院にて全看護師職員に対して一次トリアージ法の教育を行った結果について

○中井 祐樹[1] (1. 名張市立病院　看護部)

16:00 ~ 16:10

[O33-03]

思考0秒トリアージなしで命を助ける災害対策

○鈴木 香綺音[1]、木下 歩美[1]、辻井 裕子[1]、木村 有俊[1]、横井 博子[1]、山口 弘子[1] (1. 名古屋掖済会病院)

16:10 ~ 16:20

[O33-04]

地域中核災害拠点病院における看護職員に向けた防災意識変革への取り組み

○松井 智子[1]、山内 美保[1] (1. 一宮市立市民病院)

16:20 ~ 16:30

[O33-05]

看護学生が防災訓練で得られる学習効果に関する研究

○和田 悠矢[1]、福島 綾子[1]、橋本 直弥[1]、田中 愛美[1]、石川 幸司[1] (1. 北海道科学大学)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O33] 口演33
災害看護②

座長:木野 毅彦(日本医科大学付属病院 SICU)、武政 輝希(千葉県総合救急災害医療センター、ER/ECU)

15:40 ~ 15:50

[O33-01] 二次救急医療機関における救急外来スタッフの災害時教育と不安軽減を目的としたシミュレーションの実践

○池宮城 聖弥[1]、新垣 匡史[1]、仲宗根 真弓[1]、上原 仁美[1] (1. 地方独立行政法人　那覇市立病院)

キーワード：災害時教育、不安軽減、災害時初動対応、アクションカード、シミュレーション

【目的】

A病院で2023年5月に大規模停電が起こった。その際に、自身も含め救急外来スタッフの災害に対する知識・備えが不足していると感じる出来事があった。また、コロナ禍以降近年は積極的に災害時の訓練が実施できていない現状がある。そこで、2024年4月に救急外来スタッフへ災害時の意識調査を行った結果、94%が『勤務中に大規模災害が起こることへの不安がある』と回答した。それらの調査結果を踏まえ、スタッフへの災害時教育と不安軽減を目的としたシミュレーションの実践によって得られた成果を報告する。

【倫理的配慮】

本研究を報告するにあたり、A病院倫理審査委員会からの許可と所属長の承認を得た。

【方法】

救急外来スタッフを対象に意識調査のための事前アンケートを実施した。また、災害時初動対応の行動指針となるアクションカードを作成し、それを用いたシミュレーショントレーニングの取り組みを行った。更に、トリアージの方法が記載されたトリアージカードを作成し、机上でのSTART法トリアージトレニーングをすべてのスタッフへ実施・反復した。最後に、事後アンケートを行いこれらの取り組みについて評価した。

【結果・考察】

事前アンケートで、94%のスタッフが『勤務中に大規模災害が起こることへの不安がある』と回答した。不安の要因として、「勤務中に災害が起こった際にどのように行動すればよいかわからない」が47%と最多であり、次いで「トリアージに関すること」が25%であった。そこで、アクションカードを使用した初動対応シミュレーションを実践した結果、事後アンケートで『アクションカードを使用して初動対応ができる』と回答した方が92%であった。また、START法のレクチャーと机上でのトリアージトレーニングを実施したことで、『カードを見ながらならできる』を含めると、全てのスタッフから『トリアージができる』との回答を得ることができた。更に、97%のスタッフから『不安が解消または軽減することができた』との回答を得られる結果となった。

事前アンケートの結果を踏まえ、①災害時の初動がイメージできるよう行動指針となるアクションカードを作成し導入したこと、②そのイメージをシミュレーションという形で具現化できたこと、以上の2つを実施できたことが不安軽減につながったと考える。また、災害時トリアージはJTASのトリアージとは方法が異なるため、トリアージの方法がわからず不安という意見が多く聞かれた。トリアージの方法をレクチャーするにあたり、災害時のSTART法やPAT法のトリアージスキルを、短期間で習得してもらうのは困難であると考えた。そのため、実災害時に携帯に優れたポケットサイズでトリアージの方法が記載されたカードを作成した。その結果、事後アンケートですべてのスタッフから『カードを見ながらならトリアージの実践ができる』と、回答を得ることができた。よって、アクションカードの導入とシミュレーション教育ならびに、トリ

©一般社団法人日本救急看護学会

アージカードの導入はスタッフの災害時の不安軽減に有効であったと考える。

【課題】

A病院は2025年10月に新病院へ移転後、災害拠点病院指定を目指している。今回作成したアクションカードは現病院の構造やBCPを基に作成したものである。そのため、今後は新病院移転後にアクションカードをブラッシュアップさせ、PDCAサイクルを回しながら今後の災害対策強化に努めたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O33] 口演33
災害看護②

座長:木野 毅彦(日本医科大学付属病院 SICU)、武政 輝希(千葉県総合救急災害医療センター、ER/ECU)

15:50 ~ 16:00

[O33-02] 災害拠点病院である当院にて全看護師職員に対して一次トリアージ法の教育を行った結果について

○中井 祐樹[1] (1. 名張市立病院　看護部)

キーワード：一次トリアージ、教育、STRAT法、災害、災害準備期

【背景】本市の人口は約75,000人であり、市内唯一の二次救急医療機関であり、災害医療派遣チーム（Disaster Medical Assistance Team：以下、DMAT）があり、医師1名、看護師4名、業務調整員2名で構成されている。今後南海トラフ地震が起こる可能性が高いといわれており、県が想定している本市の最大震度は6強であり、被害想定として死者20名、家屋の倒壊・消失600棟、1週間後の避難者数9,700名と予想されている。本市は海岸線に面しておらず津波の被害は小さいと考えられているが、山に囲まれた地形のため土砂崩れ等の可能性はある。そのため、有事の際に災害拠点病院である当院に患者が押し寄せる可能性は極めて高い。早期に事業を再開し、限られた資源の中で効率的に事業展開する必要があり、その対策として、一次トリアージ法（Simple Triage and Rapid Treatment：以下、START法）を行うことが重要と考えた。
【現状】今後南海トラフ地震が起こる可能性は30年間で80%とされているが、当院の中でSTART法が行える職員は外来看護師とDMAT隊員のみの、合計11名であり、対応すべき患者数に対して相対的に少ない。有事はいつ起こるかは分からず、発災時にすぐに勤務先に行けるかも不透明である。災害拠点病院である以上、患者の受け入れは必須であり、上手くトリアージが出来ないことで災害医療を提供できないと考えたため、医療職として多数いる看護師に対して教育を行った。
【方法】南海トラフ地震についての概要と、START法の必要性を方法についての講義を行った。実際に受講者同士でSTART法を実践してもらい、アクションカードとしても活用できるようにネームホルダー内に収納できる大きさに印刷をしてラミネートを施したものを受講者全員に配布した。理解度の確認も受講中の確認だけでなく、受講者全員に受講後のテストを行った。
【結果】受講者すべて看護師であり、当院の看護師145名中124名の参加で、参加率は　約86%であり、ほぼ受講されていた。正誤率としては、合計4問の多肢択一の問題を解いてもらったが、4問平均で93.15%の正解率であり定性的ではあるが、理解度としてもとても理解できた:91.9%、少し理解できた:8.1%と理解は全員出来た結果となった。また、危機意識としても、98.3%の方がより何か対策をしないといけないのではないかと考えるきっかけ作りとなった。当院で働く上での心配事についてのアンケート結果でも、具体的な行動や勤務が可能かどうかについてが多数の心配事の項目として挙げられており、災害準備期である今より危機意識をもって有事に対する対策を考える必要が示唆された。
【結語】南海トラフ地震は甚大な被害があるといわれている。当院は災害拠点病院でもあり、市内唯一の二次救急医療機関である。有事の際には患者が多数来院されるため、START法が行える看護師を育成することで、迅速な選別ができることにつながり、災害医療の目的である多数の傷病者の救命にも寄与できる可能性が高い。危機意識に関しても、県や本市の被害想定を知ることで、より危機意識が深まり、自身だけでなく病院としてどうすればよいのかを考えるきっかけ作りにもなった。現在災害準備期であるため、より詳細に準備を行うことで被害を最小化で

©一般社団法人日本救急看護学会

きれば良いと考える。また、STRAT法を理解することは、生理学的評価でもあるため、災害時以外でも患者の異常早期発見にもつながると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O33] 口演33
災害看護②

座長:木野 毅彦(日本医科大学付属病院 SICU)、武政 輝希(千葉県総合救急災害医療センター、ER/ECU)

16:00 ~ 16:10

[O33-03] 思考0秒トリアージなしで命を助ける災害対策

○鈴木 香綺音[1]、木下 歩美[1]、辻井 裕子[1]、木村 有俊[1]、横井 博子[1]、山口 弘子[1] (1. 名古屋掖済会病院)
キーワード：津波、南海トラフ巨大地震、避難行動

【背景】当院は名古屋港河口から４㎞の場所に位置し、敷地のすぐ東側には運河が流れている。南海トラフ巨大地震が発生した際、当院の被害想定では、地震発生から約90分後に津波が到達し、2階フロアまで浸水する可能性がある。このため、入院患者の迅速な避難計画が必要となる。今年度、当院看護部では「大規模災害時の対応力強化」を重点目標として掲げ、各部署のリンクナースを中心に避難計画の課題解決に向けた取り組みを進めてきた。特に当病棟は神経内科および循環器疾患の患者を中心に受け入れているため、担送が必要な患者が半数を占め、護送患者を含めると8割が自力で避難できない状況にある。このような患者の安全を確保し、短時間で避難させることが最優先事項となる。避難計画の初動体制を見直すため、KJ法を用いた問題整理を実施した。その結果、毎年行われている患者引き上げ訓練では、60分間に20名の搬送が目標であるものの、現状では成功率が低く、迅速な避難方法の構築が急務であることが判明した。そこで、いかに短時間でより多くの患者を安全に上層階へ移送するかが取り組むべき課題となった。【目的】本研究では、津波による浸水被害から入院患者を守るために、いかに短時間で上層階へ引き上げるかを検討することを目的とする。特に、自力での避難が困難な患者の移送方法を見直し、現実的かつ効果的な避難プロセスの構築を目指した。【方法】避難の迅速化に向けて具体的な移送手順をカード化し、どの患者をどの順番で移送するか、行動フローを明確にすることで避難の迷いを減らし、スムーズな搬送を可能にした。シミュレーション訓練の反復実施では、実際の災害発生時を想定した訓練を繰り返し、課題の洗い出しと改善を行った。また、病院全体で行う実動訓練による検証では、実際の病棟環境における患者搬送を訓練し、計画の実現性を確認した。【倫理的配慮】2025年3月27日　当院倫理委員会承認（受付番号　No2024-071）【結果】訓練の結果、短時間で効率的に患者を搬送するためには、従来の避難方法を見直す必要があることが分かった。具体的な改善策として、緊急時にはトリアージを行う時間的余裕がないため、トリアージを省略し移送可能な患者から順に搬送することで避難時間を短縮することができた。移動動線を整理し、非常階段に近い患者から優先して搬送することで、時間を効率的に活用する。ベッド上で患者をエアーストレッチャーにパッキングし、移送を迅速化する方法を導入した。これにより、1名あたり約3分で上層階へ引き上げることが可能になった。訓練を繰り返すことでスタッフの習熟度が向上し、避難動作の効率が高まった。【考察】南海トラフ巨大地震発生時の入院患者避難計画の改善に焦点を当て、実動訓練を通じて避難時間短縮の方法を検討した。その結果、トリアージを省略し、エアーストレッチャーを活用した搬送を行うことで、1名あたり約3分で上層階へ移送できることが確認された。これにより、より多くの患者を短時間で安全に避難させる可能性が示された。避難の迅速化には、訓練の繰り返しによる習熟度の向上が重要な要素として挙げられる。特に、KJ法を活用した問題整理を事前に行い、搬送動線の最適化と避難手順のカード化を実施したことが、スムーズな運用につながった。加えて、非常階段に近い患者から順に搬送するという方法は、効率的な移送に寄与したと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O33] 口演33
災害看護②

座長:木野 毅彦(日本医科大学付属病院 SICU)、武政 輝希(千葉県総合救急災害医療センター、ER/ECU)

16:10 ~ 16:20

[O33-04] 地域中核災害拠点病院における看護職員に向けた防災意識変革への取り組み

○松井 智子[1]、山内 美保[1] (1. 一宮市立市民病院)

キーワード：防災意識、災害看護、変革

【目的】内閣府の令和6年度防災白書において、冒頭で取り上げるほど、国民の防災意識は向上している。令和6年1月1日に発生した能登半島地震で、当院もDMATや災害支援ナースを派遣したが、災害への関心は一部の職員に留まり、全職員が発災時に自身が行うべき行動について強い関心を持っているとは言えない状況であった。多くの職員は、BCPにどんな事が記載されているのか確認する事で精一杯であった。この経験から、定期的に防災訓練を行うのみではなく、災害に対し看護職員、一人ひとりが関心を持つことが重要であると考え、ジョン・P・コッターのリーダーシップ論を基に災害に関する意識向上への変革に取り組んだ。**【方法】**期間：令和6年5月～令和7年2月対象：看護師長26名・看護局防災リンクナースを含めた看護職員81名内容：看護師長26名に、災害時（災害サイクルにおける急性期～慢性期）、自部署の被害がどうなるのかを想像するために平時の状況を確認してもらった。自部署を把握した後、災害時に起こる具体的な変化をイメージできるように共有する時間を設けた。また、看護局防災リンクナース21名には、平時の業務と災害時に必須となる業務を選別してもらい、選別した業務内容から行動計画を立てることができるように働きかけた。**【倫理的配慮】**本取組は、アンケート調査については説明と同意を得て無記名で実施してもらい、Ａ病院倫理委員会での承認を得た。**【結果】**看護師長、看護副師長、看護主査を含めた看護管理者を中心に、多くの看護職員に発災時には平時と比較して、どのような変化が起こるのか「患者・施設設備・職員・ライフライン・医療資材」に視点を当て防災マニュアルを見る機会を作り、自部署の変化を想像してもらった。想像した後で、マニュアルには記載されていないことやBCPでは対応できないと実感した内容を部署間で共有し、発災時にどう行動すべきか具体的に考えることができた。また、ワーキングにより抽出した事項は、各病棟を一目で把握でき、災害時の変化を予測するための基盤を作る事ができた。看護職員が防災訓練を行う理由を考え、防災マニュアルを確認する機会を意図的に作ったことで、活動後に行った意識調査では、災害についての関心度が非常に高くなったと回答する人が増えた。**【考察】**国民の防災意識への向上が謳われている一方で、災害を経験していない人にとっては、きっと災害は起こらないであろうという楽観的無防備が働いてしまい、防災に対する看護職員、一人ひとりの意識向上を導くためには大規模な変革が必要となる。そこで、ジョン・P・コッターが提唱する８つの段階のプロセスに注目し、「危機意識を高める」「変革推進のための連帯チームを築く」プロセスでは、看護管理者を中心に災害に対する危機意識を高め、看護師長らを変革推進のためのチームとした。看護師長をチーム員と捉えたことで、「ふさわしいビジョンを定める」「ビジョンを組織全体に周知する」のプロセスについても、災害時において当院に不足する事や自分達が今、何をしなくてはいけないのか明確にすることができた。また、手を付けるべき事が沢山ありすぎて何から手を付ければよいかわからなといった意見もあり防災に対する意識向上への変革としての一歩が着手できたと考える。**【おわりに】**残りのステップも考慮し「変革を文化として根付かせる」ための具体的な行動内容をBCPに盛り込んでいく必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第4会場(1階 107＋108会議室)

[O33] 口演33
災害看護②

座長:木野 毅彦(日本医科大学付属病院 SICU)、武政 輝希(千葉県総合救急災害医療センター、ER/ECU)

16:20 ~ 16:30

[O33-05] 看護学生が防災訓練で得られる学習効果に関する研究

○和田 悠矢[1]、福島 綾子[1]、橋本 直弥[1]、田中 愛美[1]、石川 幸司[1] (1. 北海道科学大学)

キーワード：災害看護、防災訓練、看護学生

【背景】看護基礎教育における災害看護学は、2008年の指定規則の改定以降、その重要性が示され、2017年に示された看護学教育モデル・コア・カリキュラムにおいても身につけておくべき実践能力の一つとして示されている。A大学では災害看護の科目において避難所の運営などを含めた大規模防災訓練を大学事務局と協働で実施している。この防災訓練の経験は、防災に対する認識を高め、対策を講じる必要性を実感してもらうために効果的であると考えているが、防災訓練による学びについて、具体的に検証できていない現状にある。【目的】本研究は看護学生が防災訓練を経験したことによって得られる学習効果を明らかにすることを目的とする。【方法】研究対象者はA大学看護学科の4年生で2022年から2024年に開講した選択科目「災害看護」を履修した162名とした。科目内で実施した防災訓練後、A大学の学習管理システムを用いて防災訓練において学んだことの自由記述内容を調査項目とし、データを後方視的に分析した。分析は抽出したデータの意味内容が損なわれないように文脈単位で要約し、要約した内容をサブカテゴリー化、カテゴリー化した。データ分析過程においては、研究者間で分析内容を繰り返し照合し、妥当性を確保した。本研究は所属機関の倫理委員会の承認を得て、オプトアウト形式にて実施した。【結果】　質問項目すべてに回答した162名を分析対象とし、自由記述から696コード、12サブカテゴリー、【情報共有と組織化の重要性を実感】【主体的な行動と役割認識】【避難所環境と物的資源の管理】【被災者支援の必要性】【備えと訓練による防災力の向上】の5カテゴリーが抽出された。【考察】　学生は、防災訓練での被災者経験および被災者を受け入れる避難所支援者としての経験を通して、【情報共有と組織化の重要性】を実感するとともに、災害発生時に情報を的確に共有し、周囲と連携して行動する必要性を課題として捉えていた。訓練の最中には情報が全体に行き渡らず、個人の判断で行動せざるを得ない場面もあり、全体を見渡して行動するリーダーシップや、災害初期から役割を果たせる実践力の必要性にも気づき、自身の今後の行動や役割への意識が高まっていた。さらに、模擬的な被災体験により、いつ起こるか分からない災害への備えの必要性を実感し、【備えと訓練による防災力の向上】に対する認識も高まっていた。避難所運営の実践を通じては、状況に応じて自ら行動し、役割分担を明確にすることの大切さを学び、【主体的な行動と役割認識】が育まれていたといえる。また、避難所の設営や簡易テントの組み立て、災害食の準備を経験するなかで、限られた資源を適切に活用する視点が養われ、【避難所環境と物的資源の管理】への理解も深まっていた。被災者体験を通じては、心理的支援の難しさや負傷者対応に対する戸惑いを経験し、【被災者支援の必要性】に対する理解も深まっていた。これは、将来医療従事者として被災者に寄り添う視点や対応力を育むきっかけとなったといえる。本研究結果は、災害看護教育において体験的・実践的な学習の導入が看護学生の災害対応力の向上に寄与することを示しており、今後の教育プログラムの設計に有益な示唆を与えるものである。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第6会場(2階 204会議室)

[O34] 口演34
終末期看護

座長:村中 沙織(天使大学 看護栄養学部 看護学科)、本田 智治(長崎大学病院 高度救命救急センター)

15:40 ~ 15:50

[O34-01]

救急外来における終末期がん患者とその家族の残された時間の過ごし方に関する意思決定プロセスの考察

○兼元 翔也[1]、大浦 慎太[1]、田中 嘉与[1]、櫻井 瑛大[1]、山田 真紀[1]、高見 祥代[1] (1. 市立福知山市民病院)

15:50 ~ 16:00

[O34-02]

集中治療室に入室した維持透析患者の終末期における意思決定支援の実態

金光 史恵[1]、○西村 あおい[1]、正垣 淳伍[1]、田畑 雄一[2]、五十嵐 佳奈[1] (1. 京都第一赤十字病院、2. 京都府立医科大学付属病院)

16:00 ~ 16:10

[O34-03]

「家に帰りたい」に応える救急看護
ー挿管後に本人意思を反映した退院支援の実践報告ー

○池田 優[1] (1. 地方独立行政法人長崎みなとメディカルセンター)

16:10 ~ 16:20

[O34-04]

脳死下臓器提供を選択した家族を支える看護ークリティカルケア領域の看護師の語りからー

○塚田 芳[1]、櫻井 友子[3]、山勢 善江[2] (1. 東海大学医学部付属病院　高度救命救急センター、2. 湘南医療大学大学院 保健医療学研究科 保健医療学専攻 健康増進予防領域、3. 湘南医療大学 保健医療学部看護学科 臨床看護領域)

16:20 ~ 16:30

[O34-05]

救急搬送同日に訪問診療を導入し在宅看取りへと繋げられた一例
：継続支援に向けた看護実践についての一考察

○岡村 紀子[1]、川村 洋史[1] (1. 勤医協中央病院救急センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第6会場(2階 204会議室)

[O34] 口演34
終末期看護

座長:村中 沙織(天使大学 看護栄養学部 看護学科)、本田 智治(長崎大学病院 高度救命救急センター)

15:40 ~ 15:50

[O34-01] 救急外来における終末期がん患者とその家族の残された時間の過ごし方に関する意思決定プロセスの考察

○兼元 翔也[1]、大浦 慎太[1]、田中 嘉与[1]、櫻井 瑛大[1]、山田 真紀[1]、高見 祥代[1] (1. 市立福知山市民病院)
キーワード：終末期がん患者、救急外来、意思決定支援

【目的】　A病院は地域中核病院として地域救命救急センター及び地域がん診療連携拠点病院の指定を受けている。このことから、救急外来では救急分野だけでなく終末期患者のもつ苦痛や病状の変化にも迅速に対応し、時に意思決定を支援する必要がある。今回、救急外来を受診した終末期がん患者とその家族、医療者で残された時間の過ごし方についての意思決定を行ったため、そのプロセスを考察する。【倫理的配慮】論文の目的、内容、個人が特定されないことを説明し同意を得た。また、A病院倫理委員会の承認を得た。【方法】事例研究【事例紹介】B氏、60歳代、女性。肝細胞がん終末期のためオピオイドとステロイドで症状緩和を図り、在宅療養中。夫と二人暮らしであるが夫はA病院に入院中。長女と次女は近隣に在住し交代でサポート。訪問看護は平日週1回利用。週末の夜間に左側腹部痛と皮下血腫を主訴に娘の付き添いで救急受診となる。採血や画像検査を実施したが退院前と著変なく帰宅の方針となった。しかし、帰宅直前に急激に意識変容と身体的苦痛、身の置き所のない症状が出現し、早期の治療介入のため入院が必要な状態となった。しかしB氏は帰宅の意向を示した。看護師は意識変容や苦痛が強くあるB氏が、現状を理解したうえで意向を示せているのか判断に迷った。また、娘は入院を希望し意向に相違がみられた。さらに、病態から予後が数時間から数日と予測され時間的猶予が限られたことから早急に今後の方針を合意形成する必要があると判断した。【結果】　急激な症状の変化は早期の治療介入により症状緩和が図れると予測し、症状が緩和されることによりB氏が落ち着いた状態で意向が示せると考えた。早期の治療介入により身体的苦痛や意識変容は改善を認めた。その後、当直医より病状説明を行いB氏と娘が現状を理解し「残された時間の過ごし方」について考える時間を設けた。すると、B氏は在宅療養の継続や家族と過ごしたい思いを話し、医療者はB氏にとっての最善が帰宅することだと認識した。一方娘は、B氏の意向を尊重したいが帰宅後の症状緩和の方法や休日のため主治医や訪問看護師との連携が不十分になる不安を話した。そのため、症状緩和が図れるよう薬剤調整を行い、帰宅後有事に備え救急受診時には迅速に対応すること、主治医や緩和ケアチームと連携し安全・安楽に在宅療養が継続できるよう対応すると説明した。さらに、これまでの意思決定には夫も関わっていた情報をカルテから収集したため、入院中の夫の意向も確認できるよう面会を実施し、家族間で話し合う時間を設けた。夫はＡ氏の意向を尊重し娘も納得した。結果、B氏と家族、医療者が在宅療養の継続に合意し帰宅となる。【考察】　意識変容や苦痛が強い患者が意思決定をする際には、全身状態の安定化や症状緩和が必要である。特に救急外来では症状や全身状態、治療背景から的確な病態アセスメントを行い、生命予後や治療介入による全身状態の変化、患者の意思決定能力を予測し意思決定の時期や必要性を見極める力が必要である。救急外来における意思決定支援は、病状説明を行うだけでなく救急受診する患者と家族の心理・社会的な側面の影響を理解する必要がある。また、カルテからの情報や受診時の言動から患者と家族の物語り的な側面を収集し、人生観や価値観を踏まえ患者と家族、医療者間で話し合い合意に向けた支援をする必要がある。人的・時間的に制約があるため、すべての患者・家族に安定した支援は困難である

©一般社団法人日本救急看護学会

が、日常的に他部署と連携し意志決定が支援できる体制をとることが、最善の医療を提供するために重要であると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第6会場(2階 204会議室)

[O34] 口演34
終末期看護

座長:村中 沙織(天使大学 看護栄養学部 看護学科)、本田 智治(長崎大学病院 高度救命救急センター)

15:50 ~ 16:00

[O34-02] 集中治療室に入室した維持透析患者の終末期における意思決定支援の実態

金光 史恵[1]、○西村 あおい[1]、正垣 淳伍[1]、田畑 雄一[2]、五十嵐 佳奈[1] (1. 京都第一赤十字病院、2. 京都府立医科大学付属病院)

キーワード：意思決定支援、維持透析患者、終末期看護、ACP、SDM

【背景】我が国における維持透析患者は年々増加しており、社会の高齢化とともに、透析導入や継続に関する意思決定が複雑化している。特に終末期においては、患者の価値観や生活の質を尊重した意思決定が求められるが、重篤化により意識が低下すると本人の意思確認が困難となり、家族が方針を決定する場面が多くなる。看護師は、患者の言動や生活背景から推察される意思を尊重しつつも、医療的判断や家族の意向の間でジレンマを抱えることが少なくない。そこで、本研究では、当院の集中治療室（以下ICU）に入室した維持透析患者の終末期における意思決定の現状を把握し、看護師が果たし得る意思決定支援の役割を考察する。【目的】ICUに入室した維持透析患者の終末期における意思決定の実態を明らかにし、今後の看護師が担う意思決定支援の在り方を検討する。【方法】2014年1月～2024年12月に当院ICUに入室した維持透析患者のうち、退院時転帰が死亡であった患者100例を対象とした。調査項目は、①入室時および最終透析時の患者の意思決定能力、②終末期に関する事前意思提示の有無と内容、③最終透析前後における多職種協議の有無、④医療チームからの透析の差し控え提案の有無について調査した。【倫理的配慮】本研究は京都第一赤十字病院の倫理審査委員会の承認を得ている。【結果】調査対象のうち、入院時点で意思決定能力があった患者は91%と多数を占めていたが、最終透析時点では21%に低下していた。本人の延命治療の希望に関して事前意思を確認できた患者は16%であり、透析に関して言及したものはなかった。意思決定能力を失った患者においては、家族が本人の意向を推察し代理意思決定を行うケースは24%であった。仮に本人が意思決定能力を有していても、本人の希望に沿った方針が実現したのは全体の4%にとどまった。また、多職種協議や医療チームから原疾患の終末期であると告げられていたが、透析の差し控えの提案は全体の30%であった。【考察】本研究から当院において①患者自身の終末期における維持透析に関する意向は把握できていないこと②多くの対象患者は入室時には意思決定能力を有しており確認することは可能であること③仮に意思決定能力を有していたとしてもその意思が反映されることは極めて稀であることが示唆された。医療選択に関して、患者自身の価値観がより重要と考えうる人生の終末期において、Advance Care Planning（以下ACP）の導入・促進に加え、看護師・医師などの医療者が患者・家族との対話を通じて意思決定を行うShared Decision Making（以下SDM）などの体制づくりが必要であると考える。本研究が示唆することは、仮に終末期における維持透析のあり方について患者自身が明確な意向を有していなかったとしても、ICU入室時早期に、原疾患の治療と同時に患者自身の意思を確認・共有することにより終末期においてより患者意思を尊重した医療提供を行える可能性がある。また、患者と共有する時間の長い看護師は、治療同様に患者の意思を確認・共有する上で非常に重要な役割を果たすと考えられる。【結論】当院でICUに入室した維持透析患者で退院時死亡となった患者の多くはICU入室時には意思決定能力を有していたが、最終透析時に本人の意思がその治療決定に反映されることは極めて稀であった。入室時早期に患者自身の維持透析に関する意思を確認する

©一般社団法人日本救急看護学会

ことにより、患者意思に沿った治療選択を行える可能性を本研究は示唆し、看護師はこれら情報を収集する上で重要な役割を果たす可能性がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第6会場(2階 204会議室)

[O34] 口演34
終末期看護

座長:村中 沙織(天使大学 看護栄養学部 看護学科)、本田 智治(長崎大学病院 高度救命救急センター)

16:00 ~ 16:10

[O34-03] 「家に帰りたい」に応える救急看護
ー挿管後に本人意思を反映した退院支援の実践報告ー

○池田 優[1] (1. 地方独立行政法人長崎みなとメディカルセンター)

キーワード：救急看護、退院支援、意思決定支援

【目的】救急医療の現場では、不安定な病状により意思表示の困難さから、患者本人の本来の意思が治療に反映されにくい現状がある。また、A病院救急病棟平均在院日数は4.4日と短いため一般病棟転床前の十分な退院支援は困難であることが多い。今回、呼吸状態増悪のため挿管されたが状態安定後に本人の希望を尊重し、早期抜管後即時に自宅退院した事例を経験した。この事例を通じて救急看護における患者意思を尊重した退院支援の在り方を検討する。

【方法】事例研究

データ収集方法：対象患者の診療録より看護介入について振り返る。倫理的配慮として、個人情報の匿名化を行った。

事例紹介：B氏　60代女性　間質性肺炎の既往あり　介護保険認定なし　長女は看護師

入院までの経過：呼吸苦、SPO2低下を主訴に受診。細菌性肺炎、間質性肺炎の急性増悪の診断で同日入院した。

【結果】入院前の状況：B氏は家族に入院前「気管に管は入れたくない」と希望し、家族は「60代だからまだ長生きしてほしい」と人工呼吸器治療を希望していた。

挿管に至る経過：入院4日目、SPO2低下・二酸化炭素貯留のため医師が挿管の必要性を説明したところ、本人の頷きにより同意が得られたため、家族にもインフォームドコンセント（IC）を実施の上、挿管・人工呼吸器管理となった。

意思確認と退院支援：挿管2日後、覚醒試験・呼吸器離脱試験、リハビリを行い、意思疎通が可能となった。文字盤・筆談でＢ氏は「なんで管を入れたの」「早く家に帰りたい」と訴えられていた。一方で人工呼吸器設定を緩和にすると二酸化炭素が貯留する状態であり、抜管困難な状態であった。抜管後に二酸化炭素貯留により短時間での意識障害が懸念されたが、本人意思を尊重するため医師・看護師間でカンファレンスを実施し、医師から家族へ再度ＩＣを行った。家族は「本人の希望をできるだけ叶えてあげたい」と意思を示し、抜管後の呼吸状態悪化のリスクを考慮し、早期抜管・即時退院の方針が決定した。

退院調整：長女へ自宅での吸引・体位調整にいついて指導を行った。在宅医との連携を図り、医師・在宅医・家族・ソーシャルワーカー・看護師による退院前カンファレンスを実施し、退院後の自宅看取り、数日間の状態安定時の再入院先について情報共有し、安全な在宅療養環境を整えた。

転帰：挿管13日後、抜管実施。抜管15分後には医療スタッフ同乗のもと自宅へ退院した。幸い短時間で呼吸状態は悪化せず、Ｂ氏は「ありがとう、家に帰ってこられて本当に嬉しい」と笑顔を見せた。後日Ｂ氏はリハビリテーションのため別病院へ入院した。

【考察】　救急病棟では在院日数が短いことに加え、患者・家族ともに危機的な状況にあるため、急性期治療が優先され、十分な退院支援が困難である。しかし、本事例ではB氏の「早く家に帰りたい」という意向を第一に尊重し、短時間での呼吸状態悪化・意識障害に出現を念頭におき、挿管管理中から多職種で話し合いを重ね、最終的に退院支援を実現できた。成功要因と

©一般社団法人日本救急看護学会

して、継続的ICによる信頼関係構築、多職種による患者・家族への合意形成、退院前カンファレンスによる在宅療養体制の整備が挙げられ、一林ら(一林,2020)の指摘する「複数回のICによる家族との信頼関係構築」「多職種による最善の対応での合意形成」が実践できた。　患者の意思を尊重した退院支援は、看護師が中心となり家族や医師をはじめとした多職種と連携し同じ方向を見据えて関わることが重要である。短時間であっても患者の価値観や意向を早期に把握し、医学的リスクに対する対応を行った上で、退院支援を提供することが救急看護の役割のひとつとして求められる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第6会場(2階 204会議室)

[O34] 口演34
終末期看護

座長:村中 沙織(天使大学 看護栄養学部 看護学科)、本田 智治(長崎大学病院 高度救命救急センター)

16:10 ~ 16:20

[O34-04] 脳死下臓器提供を選択した家族を支える看護ークリティカルケア領域の看護師の語りからー

○塚田 芳[1]、櫻井 友子[3]、山勢 善江[2] (1. 東海大学医学部付属病院　高度救命救急センター、2. 湘南医療大学大学院 保健医療学研究科 保健医療学専攻 健康増進予防領域、3. 湘南医療大学 保健医療学部看護学科 臨床看護領域)

キーワード：臓器提供、家族看護、終末期看護

目的
本研究は、脳死下臓器提供を選択した患者の家族に対する終末期看護の実際を明らかにすることを目的とした。これにより、今後同様の場面に直面する看護師の困難感を軽減し、臓器提供を選択した家族への看護の質向上に寄与することが期待される。
方法
スノーボールサンプリング法により、脳死下臓器提供の経験を有する看護師7名を対象に、8症例について半構成的インタビューを実施した。インタビューは各60分程度で、「今まで経験した症例の患者とその家族の情報」「その症例の発症・受傷時からの経過」「経過の中で行った看護介入の目的と結果」「脳死下臓器提供を選択した患者の家族の意思決定後の心理的な変化を感じた場面とその場面への介入や心情の変化の理由について」などをインタビューガイドに沿って聴取した。得られたデータは逐語録とし、Krippendorffの内容分析法を参考に質的記述的に分析した。その後、脳死下臓器提供の過程を〔発症/受傷〕から〔お見送り〕までの11段階に細分化し、18のカテゴリを整理した。
倫理的配慮
本研究は「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に準拠し、湘南医療大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（医大研倫第23-036号）。研究対象者には、研究の目的、参加の任意性、同意撤回の自由、利益・不利益、個人情報の保護、データの使用目的・管理、研究結果の公表について文書と口頭で説明し、文書による同意を得た。
結果
391のコードから89のサブカテゴリが抽出され、さらに統合・抽象化を経て18のカテゴリが導き出された。主なカテゴリには、【家族の総意を意識した意思決定支援】【患者らしさの尊重】【明確なタイムフレームに基づく残された時間の認識と準備】【摘出術前後の患者の姿の違いを意識した支援】【悲嘆vs希望のアンビバレントな心情を抱く家族への支援】などが含まれた。これらのカテゴリは、脳死下臓器提供の過程における家族の心情の変化や、家族の総意を尊重するという特有の意思決定支援、そして生命徴候が残る患者と家族が限られた時間を過ごすという状況に対する看護介入の特徴を表すものであった。
考察
脳死下臓器提供の過程を〔発症/受傷〕から〔お見送り〕までの11段階に細分化し、18のカテゴリを整理した。その結果、〔集中治療〕から〔臓器提供の選択〕までの場面に該当するカテゴリ群は意思決定支援、〔臓器提供の選択〕から〔お見送り〕までの場面に該当するものは臓器提供特有の場面における看護、脳死下臓器提供の全過程で実施されている家族のニーズと心情の変化の把握と看護として3つに分類された。意思決定支援では、患者らしさを尊重した、家族

©一般社団法人日本救急看護学会

間の総意形成を重視する支援の重要性が示された。臓器提供特有の場面における看護では、摘出手術までの限られた時間の中で、家族が患者との時間を大切に過ごし、予期悲嘆を促進できるような看護が求められた。さらに、脳死下臓器提供の全過程を通して、看護師は家族の心情の変化を日々の言動から察知し、柔軟かつ適切に対応する姿勢が求められた。患者らしさの尊重を基盤とする看護は、家族の心情を支え、臓器提供という選択を肯定的に受け止めるための重要な要素であることが示唆された。これらの知見は、臓器提供に関わる看護師の困難感の軽減とともに、家族との関係性構築に資する実践的な知見として活用可能である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第6会場(2階 204会議室)

[O34] 口演34
終末期看護

座長:村中 沙織(天使大学 看護栄養学部 看護学科)、本田 智治(長崎大学病院 高度救命救急センター)

16:20 ~ 16:30

[O34-05] 救急搬送同日に訪問診療を導入し在宅看取りへと繋げられた一例：継続支援に向けた看護実践についての一考察

○岡村 紀子[1]、川村 洋史[1] (1. 勤医協中央病院救急センター)

キーワード：意思決定継続支援、在宅看取り、多職種・地域医療連携

【はじめに】
救急センターには日々様々な患者が搬送されてくるが、患者の状態によっては速やかに在宅医療へと移行することが望まれるケースもある。
【目的】
在宅医療へ即日移行できた事例を振り返り、初療看護師が実践する意思決定支援の具体的な実践内容を明らかにする。
【方法】
①診療録から意思決定支援に関する看護実践内容を収集し、詳細を事例に携わった看護師３名から聞き取り追加した。
②上記データーを簡潔な一文で表現し、抽象度を上げサブカテゴリーを作成した。
③サブカテゴリー間の関係や時間軸の流れを検討してカテゴリーを作成し、分析した。
【倫理的配慮】
A病院倫理委員会の承認を得て実施した。
【事例紹介】
80歳代　男性　元々のADLは自立で介護保険未申請。ACP未確認。妻と二人暮らしだが、娘夫婦が近隣に居住している。
胸部および腹部大動脈瘤、骨髄異形成症候群、腰部脊柱管狭窄症にてA病院心臓血管外科、血液内科、整形外科に通院加療中であったが、早朝のトイレ後に転倒し、息苦しさを主訴に救急搬送された。処置により呼吸・循環動態は安定したが、検査の結果、既存の胸部大動脈瘤破裂と診断された。過去の診療録には、動脈瘤に対し心臓血管外科医と本人・妻との間で自然経過での対応で合意形成されていることが記載されていた。医師からの病状説明後、患者は「帰れる？帰りたいな」と繰り返し話されていた。
【結果】
初療看護師が行った意思決定支援の実践内容は４つのカテゴリーに分類・統合された。その流れは、過去の記録から《患者の意思および意思決定能力を評価》し、コミュニケーションを用いて《患者の意向理由の確認》や《家族の想いや意向を確認し調整》するなど【正確な情報を得る】ことから始まっていた。そして、《速やかに医師や同僚看護師と情報共有》し、在宅看取り方針決定後は《必要な対応を役割分担・調整》するなど【初療チーム内での迅速な情報共有と協働】により支援を進めていた。同時に《他部署看護師と情報共有》および《他職種と情報共有》を行い、【専門性を活かした連携】によりスムーズに在宅医療へ移行できるよう調整し、《訪問診療への詳細情報の提供》など【在宅医療との連携】を図っていた。
【考察】
初療看護師は患者の意思決定を支え、継続支援に繋げるための初動を担っており、初動には以下の2点が肝要と考えられる。

©一般社団法人日本救急看護学会

第一に、患者の理解度や意思決定能力をアセスメントし、真意を確認することは正確な情報を得るための基本であり重要な要素となる。加えて、患者のアドボケイトだけでなく、コミュニケーションを駆使して家族の想い・意向を確認し、患者の最善を考えられるよう支援していくことも重要である。このプロセスにより、「患者の意思」を「患者・家族の意思」として支援の方向性を捉えることができ、多職種・地域医療連携における継続支援の基盤となる。
第二に、限られた時間の中で、患者にとっての最善を目標に医師と看護師がチームで協働していくには適切な調整役と役割分担が必要である。予測性を持ち、専門性を見据えた他部署・他職種への依頼や調整ができるリーダー看護師が適任であり、それにより同僚看護師のスキルや業務量などを考慮した効果的な役割分担も可能となり、タスクの効率化とスピードアップが得られると考える。初療での在宅看取り支援は、迅速かつ適切な初動とタイムリーに関わる多職種とのスムーズな連携というプロセスによって可能となり、本症例における在宅医療の即日導入を容易にしたと推察する。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第7会場(2階 206会議室)

[O35] 口演35
救急救命士②

座長:伊藤 和恵(医療法人 辰星会 枡記念病院)、神谷 弥生(知多半島総合医療センター)

15:40 ~ 15:50

[O35-01]

ER看護師のタスク・シフト/シェアの推進に向けた院内救命士の活用

○米嶋 美晴[1]、上澤 弘美[1] (1. 総合病院　土浦協同病院　看護部)

15:50 ~ 16:00

[O35-02]

病院内での救急救命士活用に伴うタスクシフトの現状と課題：看護師視点からの検討

○鏑木 優希[1]、小森 大輝[2]、大和田 道代[1]、星 豪人[1] (1. 筑波記念病院　看護部、2. 筑波記念病院　救急科)

16:00 ~ 16:10

[O35-03]

病院救急救命士へのタスクシフト/シェアで得られた実績と課題より必要な教育体制を構築する

○床尾 羊翼[1]、小西 ゆかり[1] (1. 社会医療法人仙養会北摂総合病院)

16:10 ~ 16:20

[O35-04]

診療報酬改定に伴う院内救命士の新たなタスク・シフト／シェアの成果～救命士による転院搬送業務の拡充～

○友田 新二[1] (1. 社会医療法人生長会　ベルランド総合病院)

16:20 ~ 16:30

[O35-05]

救急看護師から病院救急救命士へのタスク・シフト/シェア
病院へ救急救命士を雇用して

○石田 智彦[1]、阿久津 功[1]、伊藤 和恵[1]、菅野 洋子[1] (1. 医療法人　辰星会　枡記念病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第7会場(2階 206会議室)

[O35] 口演35
救急救命士②

座長:伊藤 和恵(医療法人 辰星会 枡記念病院)、神谷 弥生(知多半島総合医療センター)

15:40 ~ 15:50

[O35-01] ER看護師のタスク・シフト/シェアの推進に向けた院内救命士の活用

○米嶋 美晴[1]、上澤 弘美[1] (1. 総合病院　土浦協同病院　看護部)

キーワード：タスク・シフト/シェア、院内救命士、バランスト・スコアカード

【背景】
　自施設では2024年4月より、新たに救急救命士が採用され、医師の働き方改革の一環として救急科所属となった。院内救命士の業務には、ERにおける診療補助、ドクターカー業務、医師が同乗しない転院搬送、災害活動などが挙げられている。先行研究では、救急外来の業務を救急救命士にタスクシフティングすることにより、看護師の業務負担が軽減すると報告されている。そのため、自施設のERにおいても院内救命士を活用することで看護師のタスク・シフト／シェアに繋がるのではないかと考えた。
【目的】
　本活動は、院内救命士を活用することで看護師のタスク・シフト／シェアを推進することを目的とする。
【方法】
　バランスト・スコアカード（以下、BSC）を用いた活動を実施した。活動期間は2024年4月から2025年3月とし、「ER看護師のタスク・シフト/シェアに向けた院内救命士の活用」を戦略テーマとした。BSCの4つの視点に基づいて戦略目標とアクションプランを策定し、ターゲット数値をもとに評価した。なお、本活動は自施設の倫理委員会の承認を得た。
【活動内容と結果】
　BSCの「学習と成長の視点」、「業務プロセスの視点」、「顧客の視点（内部）」に焦点をあてた活動内容と結果を報告する。
　「学習と成長の視点」では、ER看護師が院内救命士との連携の必要性および業務内容を理解することを戦略目標とし、院内救命士の業務と役割に関する勉強会を実施した。対象はER看護師19名で、参加率100%により目標は達成された。
　「業務プロセスの視点」では、医師・ER看護師・院内救命士間での役割に関するコンセンサスを得ることを戦略目標とし、救命救急センター長、ER看護師長と共に院内救命士プロトコルおよび教育計画を作成した。これらは病院救命士メディカルコントロール委員会で承認され、目標を達成した。
　「顧客の視点（内部）」ではER看護師の業務負担軽減を戦略目標とし、ER看護師14名にアンケート調査を実施した。93%が「業務負担が軽減された」と回答し、「他の看護業務に専念できる」「救命士の業務範囲が分かり、負担が減った」などの意見が聞かれた。また、実際に院内救命士に依頼したことがあるER業務では、看護ケアの補佐やバイタルサイン測定、検査介助などが多く、業務負担軽減に寄与しているとの意見があった。さらに、65%が院内救命士との役割分担が明確になったと回答し、目標を達成した。
【考察】
　「学習と成長の視点」から院内救命士の業務内容への理解を深め、「業務プロセスの視点」から作成したプロトコルによって院内救命士の具体的な業務内容を提示したことで、コンセンサスを得ることができたと考える。これらが達成されたことで「顧客の視点」の戦略目標であ

©一般社団法人日本救急看護学会

る、看護師の業務負担の軽減に寄与していることがアンケート結果からも示唆された。そのため、医師の業務負担軽減を目的として導入された救命士であったが、医師だけでなくER看護師も業務を委譲できる体制を整えることができたと考える。とくに、診療補助業務の一部を救命士に委譲することで、ER看護師が本来担うべき看護ケアに時間を割けるようになり、タスク・シフト/シェアの推進に繋がったと考える。

今後も救命士の活用の拡大や他職種との連携強化を図ることで、医師・看護師双方の働き方改革に寄与できる体制整備が求められる。また、プロトコルの運用状況を定期的に評価・見直しすることで、持続可能なタスク・シフト/シェアの推進に繋げていく必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第7会場(2階 206会議室)

[O35] 口演35
救急救命士②

座長:伊藤 和恵(医療法人 辰星会 枡記念病院)、神谷 弥生(知多半島総合医療センター)

15:50 ~ 16:00

[O35-02] 病院内での救急救命士活用に伴うタスクシフトの現状と課題：看護師視点からの検討

○鏑木 優希[1]、小森 大輝[2]、大和田 道代[1]、星 豪人[1] (1. 筑波記念病院　看護部、2. 筑波記念病院　救急科)

キーワード：救急救命士、救急外来看護師、タスクシフト、協働

【はじめに】
2021年に救急救命士法の改正により、救急救命士は病院内でも業務を行えるようになった。近年、救急外来では人手不足や業務量の増大に伴い、医師・看護師が担っている業務を救急救命士とタスクシフトすることで業務の負担軽減が期待されている。自施設では2021年以降、救急救命士の配属が段階的に進み、2024年には8名体制となった。本研究では、救急外来看護師が感じた業務負担の変化や救急救命士との協働による効果を、アンケートを通じて明らかにすることを目的とした。
【方法】
2025年4月30日～5月7日に、自施設の救急外来で勤務する看護師全員(24名)を対象とし、Googleフォームによる自記式アンケート調査を実施した。設問は、救急救命士の関与による業務量や質の変化、満足度を5段階リッカート尺度で評価する9問と、自由記述2問で構成した。自由記述は、研究者2名が独立に分析してカテゴリーを抽出した。
【倫理的配慮】
アンケートは無記名で実施、個人が特定されないよう配慮した。
【結果】
有効回答は20件(回収率は83.3%)であった。回答者は20代～40代の正看護師で、当院での救急外来業務勤続年数の中央値は14カ月だった。「救急救命士が加わったことにより業務が軽減された」との回答は85%(平均スコア: 4.5、標準偏差: 0.89)、「対応する患者数・量に余裕が出た」「精神的な余裕が生まれた」との回答はいずれも75%(平均スコア: 4.3、標準偏差: 0.96、及び、平均スコア:4.1、標準偏差:1.07)であった。業務軽減を実感したのは「患者の移送補助」「静脈路確保」「モニター装着」「初期対応の補助」で、いずれも平均スコアは4点以上であった。自由記述では、「精神的・時間的な余裕」「心肺停止対応時のサポート」など、業務の質的改善に関する内容が20件中12件と最多を占め、「他の患者対応に集中できた」との具体的意見もあった。一方、「役割分担は明確」との回答は40%にとどまり、残りは「明確ではない」または「どちらともいえない」と回答した。自由記述では「業務の境界が曖昧」「教育の必要性」「コミュニケーションエラー」などの課題も指摘された。
【考察】
アンケート結果から、救急救命士の病院内配属は、救急外来看護師の業務および精神的負担の軽減、業務の質的改善の可能性が示された。救急救命士と協働し、静脈路確保やモニター装着、患者の移送補助など、救急救命士が独立して実施できるタスクにおいて効果が実感され、チーム全体の運営効率にも貢献していた。特に心肺停止症例では、救急救命士が他の状況と比較して医療行為の実践に長けており、効果の実感が得やすいと推察される。一方で、救急救命士との役割分担や教育体制の不備、救急外来看護師との連携不足といった課題も明らかとなっ

©一般社団法人日本救急看護学会

た。これは、制度上救命士の業務が認められている一方で、現場運用や職種間の合意形成が十分に進んでいない現状を示している。更なるタスクシフトの定着・拡大のために、役割分担の明確化とともに、教育やフィードバック体制の整備、コミュニケーションの頻度を増やして活性化を図ることが求められる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第7会場(2階 206会議室)

[O35] 口演35
救急救命士②

座長:伊藤 和恵(医療法人 辰星会 枡記念病院)、神谷 弥生(知多半島総合医療センター)

16:00 ~ 16:10

[O35-03] 病院救急救命士へのタスクシフト/シェアで得られた実績と課題より必要な教育体制を構築する

○床尾 羊翼[1]、小西 ゆかり[1] (1. 社会医療法人仙養会北摂総合病院)

キーワード：院内救命士、タスクシフト／シェア、教育

【はじめに】A病院では、2020年より病院救急救命士(以下、院内救命士)の雇用を開始した。同年9月より救急救命士業務内容検討チームが発足し、その後、院内メディカルコントロール委員会となった。2021年10月に救急救命士法が改定され、救急救命士(以下、救命士)による医行為の一部が医療機関内でも実施可能となり、救命士の業務拡大となった。医師・看護師から院内救命士へのタスクシフト/シェアが行われ、雇用開始5年間が経過して、タスクシフト/シェアの実績と医療機関で働く上でのいくつかの課題が見えてきた。【目的】タスクシフト/シェアから見えた実績を明確にし、課題より必要な教育を抽出して教育体制を構築する。【方法】院内救命士の実績(救急搬送業務、院内トリアージ、院内救命士による特定行為)を評価する。救急看護認定・クリティカルケア認定・集中ケア認定看護師の3名を対象にGoogleフォームを用いて、オンラインツールであるナーシングスキルのカテゴリー内にある35項目の看護技術、救急外来に常備している輸液類を除く40種類の薬剤、臨床検査部で検査可能な採血項目である72項目を院内救命士に必須で優先順位の高い知識、技術を３件法で選択してもらい、単純集計した。【倫理的配慮】調査は無記名とし、結果は関連する研究以外に使用しないことを説明する。【結果】救急搬送業務(迎え搬送、転院搬送)は2021年に153件であった。2024年は417件と2.7倍となった。迎え搬送では、32件から270件に増加し、8.4倍であった。院内トリアージ(以下、トリアージ)では、2022年は3425件中891件(26.0%)、2024年は4114件中1662件(40.3%)まで増加した。アンダートリアージ率(以下、UT率)は、0.8%(全体は2.8%)であった。院内救命士による特定行為では、2022年は116件実施され、2023年は89件、2024年は64件であった。アンケート結果では、ナーシングスキル35項目のうち14項目、救急外来常備薬40項目のうち9項目、採血72項目のうち9項目で対象者3名が必須項目と回答した。【考察】院内救命士雇用開始後、救急搬送は院内救命士による院内救急車で行い、市の救急車の依頼は減少し、救急救命管理料算定も増加した。市の救急車に依頼する件数が減少し、年々増加している救急出動件数を減少させるための一助になっている。近隣の開業医、施設からも迎え搬送が高く評価されており、病院の知名度、好感度上昇にもつながっている。トリアージではトリアージ実施率も増加し、UT率は0.8%と全体のUT率2.8%よりも低値であることからトリアージ研修を受けること、実施回数を増やすことで救急看護師が行うトリアージと同等の精度があると考える。これまでは看護師を対象に行っていたトリアージ・医療安全・感染対策・医療機器・注射研修、ナーシングスキルを院内救命士も対象とし、研修を受ける時期を明確にするため、院内救命士クリニカルラダーを作成した。加えて、アンケートで得られた結果を基にしてアンケート対象者の協力得て、学習できる機会を提供した。このように教育体制を構築することで院内救命士として、現場のニーズに合わせた能力が取得できるようになった。今日、多くの医療機関で看護師不足は深刻であり、人材確保が大きな課題となっているが、院内救命士はその一端を担える人材として、適役である。A病院では、実績からもわかるように院内救命士は必要不可欠な存在であり、積極的な雇用、育成に取り組んでいくことがさらなる病院発展に寄与するだろう。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第7会場(2階 206会議室)

[O35] 口演35
救急救命士②

座長:伊藤 和恵(医療法人 辰星会 枡記念病院)、神谷 弥生(知多半島総合医療センター)

16:10 ~ 16:20

[O35-04] 診療報酬改定に伴う院内救命士の新たなタスク・シフト／シェアの成果 ～救命士による転院搬送業務の拡充～

○友田 新二[1] (1. 社会医療法人生長会　ベルランド総合病院)

キーワード：院内救命士、診療報酬、転院搬送

【はじめに】当院は、病床数447床の高度急性期病院であり、2020年のコロナ禍より救急搬送件数は増加の一途を辿り年間1万件以上の救急搬送を受け入れている。ERにおけるタスク・シフト／シェアを見据え2012年より院内救急救命士（以下救命士と略す）の雇用を開始し、2025年4月現在11名がERに所属している。2015年には、看護師主体であった転院搬送業務を救命士が主体となり年間約200件の転院搬送を担い、看護業務の負担軽減に繋げている。2021年10月の救急救命士法改正により、初療における活動範囲の拡大によって更にニーズが高まる中、2024年度の診療報酬改定において新たに救急患者連携搬送料が新設され、算定要件には「看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する」という文言が示され、救命士が診療報酬加算の対象となった。これらの改訂を受け、救命士による転院搬送業務の拡充による成果と今後のタスク・シフト／シェアの可能性について考察する。【目的】救命士の資格を活かした転院搬送業務の拡充に向けた戦略的アプローチを可視化し、その実績が診療報酬改定による病院収益にどれだけ寄与したかを明らかにする。【方法】救急患者連携搬送料の新設に伴う算定要件・施設基準を踏まえ、救命士・医療情報課・地域連携室・救急医が中心となり、①連携施設の獲得②対象施設の明確化③転院搬送業務の見直し④救命士教育プログラムの変更⑤運転業務訓練の開始⑥関係各所への協力依頼を行い、転院搬送業務に関する整備を行った上で転院搬送に関わる実績を評価する。【倫理的配慮】本研究は学術集会での発表に際し当院看護部倫理委員会の承認（第2025-3号）を得た。【結果】2024年度診療報酬改定が示され救急患者連携搬送料の新設に伴い、それぞれ①から⑥項目について対策を実施した。①地域連携室が中心となり各連携施設と覚書を交わし2025年4月現在32施設が対象②医療情報課が搬送先の明確化及び算定料の可視化のため救急患者連携搬送料シートを作成③転院搬送におけるコマンダーを明確化し転院調整を実施④転院搬送業務の早期自立に向けた教育の見直しにより5名の自立⑤新たに通常走行から緊急走行までの運転業務自立２名⑥関連部署に対して勉強会及び連携ミーティングを実施した。以上の対策を実施したことで、2024年6月開始月は救急患者連携搬送料算定施設が11件であったのに対し、9月以降は月平均20件以上に増加し、通常の転院搬送件数も2023年度過去最高の195件から2024年度は300件に増加した。【考察】今回、診療報酬改定に伴い救命士・地域連携室・医療情報課・救急医・関連部門・ERスタッフが連携し、転院搬送におけるシステムの再整備を行ったことで月平均20件以上の算定件数及び32,000点の加算に繋げることができたと考える。2020年より年々転院搬送件数が増加する中、2024年度は300件と前年比100件以上の増加となり、多様な転院搬送に対応すべく救命士の更なる活用が求められた。そのため、救命士教育を再度見直した上で、転院搬送の2台運用に向けた運転業務の教育と実践を開始したことで、転院搬送件数及び加算件数の増加に至ったと考える。国家資格を有する救命士が転院業務を担うことで、患者・家族にとってより良いサービスの提供に繋げることができた。今後は、更に救命士の特定行為を活かしたER連携の強化などを進め、救急搬送の受け入れ強化や初療におけるタスク・シフト／シェアに繋げていけると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（口演）｜口演

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:30 第7会場(2階 206会議室)

[O35] 口演35
救急救命士②

座長:伊藤 和恵(医療法人 辰星会 枡記念病院)、神谷 弥生(知多半島総合医療センター)

16:20 ~ 16:30

[O35-05] 救急看護師から病院救急救命士へのタスク・シフト/シェア 病院へ救急救命士を雇用して

○石田 智彦[1]、阿久津 功[1]、伊藤 和恵[1]、菅野 洋子[1] (1. 医療法人　辰星会　枡記念病院)

キーワード：病院救急救命士、管理体制、タスク・シフト/シェア

【はじめに】当院は一般急性期病院の二次救急医療施設である。年間約1,900件の救急搬送を受入れている。従来、夜間救急対応は医師1名・看護師2名体制であり、地域輪番日には救急車7台、独歩患者10名以上を受入れることもある。限られた人員での対応は、業務負担が大きくなる。2021年、救急救命士法の改正により、医療機関に勤務する救急救命士が病院到着後も救急外来において救命処置が継続可能となった。そこで、病院救急救命士（以後救命士）を雇用し、救急看護師からタスク・シフト/シェアができ、看護師の業務軽減が図れるのではないかと考え、病院救急救命士管理委員会（以後委員会）を立ち上げ雇用し、活動しているので考察を加え報告する。【体制構築の取り組み】雇用準備を2022年より開始し委員会を設置した。医師・看護管理者・救急看護師・事務員・救命士で構成し①ガイドラインに則った規程作成②研修計画の企画③救急外来での救命士業務を検討した。2023年から救命士を雇用し、3名在職中。委員会開催は、2ヶ月毎に定例会議として継続中である。【具体的実施内容】①ガイドラインに則った規程作成：現場に即した業務内容の明確化・基準整備、管理体制を構築②研修計画の企画：ラダー形式の教育プログラムを作成、定期的なカンファレンス等を通じて段階的な成長支援③救命士の業務展開：救急受入要請電話対応、初期対応援助、CPA特定行為に加え、院内トリアージ、検査・入院説明、物品管理、転院搬送と車両の管理、院内BLS研修開催等、多岐にわたり救急外来外にも拡大した。【倫理的配慮】院長・病院救急救命士管理委員会・看護管理室で承認を受けた。【結果】①規程整備により業務内容が明文化・標準化され、安全で効率的な業務遂行が可能となった。②教育体制の充実により、救命士の技術・知識が向上し医師、看護師による現場指導も有効であった。看護師からは「業務が軽減された」「患者対応の質が上がった」と意見がでた。③救命士の雇用により、看護師の負担が軽減され、患者への声かけ・付添い・説明など寄り添ったケアの提供が可能となった。結果として救急外来のマンパワー不足が緩和され、年間救急受入れ件数は1,700件から1,900件に増加し、今年度は2,000件超が見込まれるが、業務は円滑に遂行されている。【考察】救命士の雇用により、救急看護業務のタスク・シフト/シェアが可能となり、業務の効率化だけでなく、看護師が包括的視点を発揮するための環境作りにも寄与することができた。それにより看護が必要な場面に時間と意識を向けることができるようになり、結果として煩雑になり易い救急現場においても、患者や家族の対応・ケアの質が高まったと考える。加えて、救命士自身も役割の明確化によりモチベーションが向上し、他職種が救命士をチーム医療の一員として理解が進んできた事も重要な変化である。今後、救命士の活用はさらなる発展が期待されるが、法的制約を遵守しなければならない。そのためには業務内容のさらなる明確化、教育・評価体制の見直し、医療職間の相互理解の深化が求められる。今回は看護師から救命士へのタスク・シフト/シェアを中心に述べたが、救急に携わる医師・事務員、全ての職種にとって有益な存在となり得る。今後も教育を受けた救命士へタスク・シフト/シュアできるよう、継続的に取り組みたいと考えている。【結語】３年に亘り、救命士雇用と管

©一般社団法人日本救急看護学会

理体制を委員会で企画することで、法的遵守で遂行することができた。このような活動で、看護師のタスク・シフト/シェアができ業務軽減に繋がり、医療の質向上に寄与した。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P6] 示説6
看護教育①

座長:背戸　陽子（日本医科大学付属病院 看護部）、眞鍋　万里子（旭川医科大学病院 救命救急センターナースステーション）

[P6-01]
NIHSS評価スキル向上のためにVRを活用した学習方法の有用性
○森下 悠太[1]、物袋 哲也[1]、吉次 育子[1] (1. 神戸大学医学部附属病院看護部)

[P6-02]
脳血栓回収療法におけるVRを用いたシミュレーション教育の学習効果
○野村 宜伸[1]、小川 直弥[1]、樋口 智樹[1]、入部 真子[1]、大久保 圭[1]、岡 香里[1]、大串 晃弘[2] (1. 兵庫県立西宮病院、2. 四国大学)

[P6-03]
一般病棟における呼吸数測定に焦点を置いたRRS学習会前後の変化
○齊藤 大空[1]、高取 充祥[2]、深沢 壮[1]、花輪 一真[1]、仲嶋 龍玖[1] (1. 山梨県立中央病院　看護部、2. 山梨県立大学 看護学部)

[P6-04]
地域医療支援病院の救急看護認定看護師としての取り組み
～地域医療施設への研修
ARCSモデルを活用して～
○鷲野 勝子[1] (1. 日野市立病院　看護部)

[P6-05]
視聴覚教材を用いた反復学習による知識の獲得と維持への取り組み
○桑原 建[1] (1. 公立陶生病院)

[P6-06]
救急看護師を対象とした重症外傷患者の看護に関する学習ニード
○牧野 夏子[1]、小川 謙[2]、菅原 美樹[1]、中村 惠子[3] (1. 札幌市立大学看護学部、2. JCHO北海道病院看護部、3. 札幌市立大学)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P6] 示説6
看護教育①

座長:背戸　陽子（日本医科大学付属病院 看護部）、眞鍋　万里子（旭川医科大学病院 救命救急センターナースステーション）

[P6-01] NIHSS評価スキル向上のためにVRを活用した学習方法の有用性

○森下 悠太[1]、物袋 哲也[1]、吉次 育子[1] (1. 神戸大学医学部附属病院看護部)

キーワード：教育、VR、NIHSS

【目的】当院の看護師を対象とした「看護師のNIHSS評価に対する調査[1)]」において、模擬患者でNIHSSの評価を行う場合、顔面麻痺など表現が難しい所見や項目について評価者は難易度の高さや、評価スキルへの低い自己評価に繋がっていた。当院では、NIHSSを学習するためのISLS受講に人数の制限があり、学習機会が少ないのが現状である。そのため、VR（Virtual Reality：仮想現実、以下VR）を活用し、異常所見の再現と学習機会の増加により、NIHSS評価への知識や関心を深めることができるのではないかと考えた。今回は、開発したVR教材の学習とデモンストレーション動画（以下デモ動画）を使用した学習との比較検証を行ったため、その結果を報告する。
【対象】ISLS未受講であり、臨床でNIHSSの使用経験が無い院内医師１名と看護師30名
【方法】① NIHSSを使用するバーチャルな模擬患者でのVR教材と②ISLSインストラクターが実施するNIHSS評価方法のデモ動画を作成した。2024年11月から2025年3月の期間で①②を用いて以下の介入を行った。研修会は1回あたり4～6名を対象とし、参加者へ目的を説明した後にVRの操作説明を行った。次に参加者をVR学習群とデモ動画学習群へ無作為に分け、それぞれにファシリテーターを1名配置した。VR学習群は参加者とファシリテーターが同じRoomに入り、VR使用方法を支援しながらVRでNIHSS評価の学習を行い、動画学習群ではデモ動画を視聴して学習を行った。その後、ファシリテーターが模擬患者となり、参加者にNIHSSを実際に評価させ、独自に作成したOSCE評価表を用いてスキルを評価し、アンケートで主体的な感想を確認した。
【倫理的配慮】本研究参加にあたり、個人が特定されないこと、不参加により不利益が生じないことを説明し、同意を得た。研究実施については神戸大学医学部保健学科における倫理審査の許可を得た。
【結果】OSCE評価において、評価スキルが正しくできた割合をVR群（ｎ＝21）とデモ動画群（ｎ＝10）で比較した。両群間で差の出た項目としては「上肢の運動（左）、上肢の運動（右）、最良の言語、構音障害、最良の注視、視野、顔面麻痺」でそれぞれ、VR群86%、81%、86%、81%、57%、24%、43%、デモ動画群70%、60%、70%、70%、80%、50%、70%という結果であった。アンケート結果（回答率35%）としてはVR操作の難易度は「簡単、やや簡単」が73%、VRでの学習機会があれば、今後も使用してみたいかに関しては「思う、やや思う」が100%であった。自由記載として「動画を見た後にVRを体験するとより学習効果が上がるように感じた。リアルに患者さんがいる様に感じた。」などの意見があった。
【考察】NIHSS評価スキルに関して学習方法の比較を行い、評価スキルの習得において項目により習得率に差は出たが、デモ動画群に偏った結果とはならなかった。VR群が習得率の高かった項目に関しては、VRでの学習は具体的な技術を習得するには有効とされており、模擬患者をVR上で再現することで体感的な理解が深まったことが要因と考える。しかし、VR群で習得率の低かった項目に関しては、学習時の視点や操作に慣れないまま、シナリオが進行してしまうことが原因の可能性がある。アンケート結果からはVR学習に関して、好意的な意見が多く、今後はデ

©一般社団法人日本救急看護学会

モ動画での解説とVRでの演習を組み合わせることでより効果的な学習が期待できると考えられる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P6] 示説6
看護教育①

座長:背戸　陽子（日本医科大学付属病院 看護部）、眞鍋　万里子（旭川医科大学病院 救命救急センターナースステーション）

[P6-02] 脳血栓回収療法におけるVRを用いたシミュレーション教育の学習効果

○野村 宜伸[1]、小川 直弥[1]、樋口 智樹[1]、入部 真子[1]、大久保 圭[1]、岡 香里[1]、大串 晃弘[2] (1. 兵庫県立西宮病院、2. 四国大学)

キーワード：シミュレーション教育、初療室、Virtual Reality（VR）、Interventional Radiology（IVR）

【目的】緊急性を要する患者を対応する場合、患者の医療を最優先とするため、経験の浅い看護師や新人看護師を教育することには限界がある。また、緊急場面は再現性がないためあらかじめスタッフ教育を行うことも困難である。これらの問題は、看護師の緊急場面の経験を蓄積し、他のスタッフと共有していくことで解決できる。この問題を解決する方法の1つとして、近年急速に普及が進んでいる仮想現実（Virtual Reality：VR）が有用であると考える。VRは緊急時の対応や技術の習得といった教育効果が報告されており、今後も様々な分野での導入が期待されている。そこで、本研究では脳血栓回収療法におけるVRを用いたシミュレーション教育（以下、VR教育）の学習効果を明らかにすることを目的とした。本研究の結果は、VRを看護師教育に活用する際の基礎資料になると考える。
【方法】研究対象者はA病院の初療室に所属する看護師とし、2025年4月から2025年5月にVR教育を実施した。VR教育に用いる動画は、A病院の初療室で用いる脳血栓回収療法の看護手順の内容をもとに、「初療室での患者対応」と「アンギオ室の対応」に関するシミュレーション場面を360度の定点カメラを用いて撮影した。動画全体の視聴に要する時間が約30分となるように編集した。VR教育の前後で動画の内容に関するアンケートを実施した。アンケートには5段階評価（1. 全くそう思わない～5. 非常にそう思う）を用いた。研究に同意を得られた看護師の中で、VR教育前後のアンケート結果がある７名を分析した。分析はアンケート結果を点数化し、Wilcoxon符号付順位和検定を行い有意水準は5%とした。統計ソフトはEZRを用いた。倫理的配慮として本研究への参加の可否は自由意志であり拒否による不利益はなく、同意の撤回も可能であること、及び個人情報の保護について書面にて説明し同意を得た。また、A病院看護部倫理委員会で承認を得て実施した（承認番号：2024－21）。
【結果】　研究対象者の看護師経験年数の平均は12年であり、アンギオ室の経験年数の平均は1年であった。アンケートの結果は表に示す。「2．－3)②脳神経外科の物品の種類を知っていますか？」の項目のみ有意な差が認められた（p=0.031）。
【考察】本研究の結果、VR教育前後で優位な差の見られた項目は「2．－3)②脳神経外科の物品の種類を知っていますか？」のみであり、他の項目では見られなかった。本研究の対象者の多くは看護師経験年数が豊富であり、アンギオ室の経験年数が浅くても知識や技術が身についていたことが結果に影響していると考えられた。有意差のあった項目に関しては看護師経験年数が豊富でも脳神経外科の物品の種類については日々の診療で触れる機会が少なかったのではないかと推察された。今後、VRを看護師教育に活用していくためには、このような日々の診療では経験できない症例や処置に焦点を当てて動画を作成していくと効果的な教育につながると考える。さらに、経験年数の少ない看護師に対するシミュレーション教育は重要であることから、これらの看護師を対象に教育効果を検証することも必要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

表：VR教育前後のアンケート結果

	VR前（平均点）	VR後（平均点）	p値
1. 初療室での患者対応についてお聞きします。			
1）除毛方法			
①除毛方法について知っていますか？	4.86	5.00	1.000
②除毛の準備を1人でできますか？	4.86	5.00	1.000
③除毛を1人で実施できそうですか？	4.86	5.00	1.000
2）患者の服装			
①患者の服装をどのうように準備すればよいか知っていますか？	4.86	5.00	1.000
②患者の服装に関する準備を1人でできますか？	4.86	5.00	1.000
③患者の服装の準備を1人で実施できそうですか？	4.86	5.00	1.000
3）点滴ライン			
①点滴ラインの準備物品について知っていますか？	4.29	5.00	0.371
②点滴ラインに関する準備を1人でできますか？	4.29	5.00	0.371
③点滴ラインに関して1人で実施できそうですか？	4.29	5.00	0.371
2. アンギオ室の対応についてお聞きします。			
1）室内灯について			
①室内灯の位置を知っていますか？	4.29	4.86	0.174
②室内灯のオンオフを1人で実施できそうですか？	4.29	4.86	0.174
2）ポリグラフについて			
①ポリグラフの立ち上げ方法を知っていますか？	3.86	4.71	0.181
②ポリグラフの操作方法を知っていますか？	3.43	4.57	0.174
③ポリグラフの立ち上げと操作を1人で実施できそうですか？	3.43	4.57	0.174
3）脳神経外科の物品の種類、位置、配置			
①脳神経外科の物品の位置を知っていますか？	3.29	4.71	0.055
②脳神経外科の物品の種類を知っていますか？	3.14	4.71	0.031*
③脳神経外科の物品の配置を知っていますか？	3.29	4.71	0.055
4）脳アンギオキットの開封方法			
①脳アンギオキットの開封方法を知っていますか？	4.14	4.71	0.371
②脳アンギオキットの開封を1人で実施できますか？	4.14	4.71	0.371
5）脳アンギオキットの開封後の準備			
①脳アンギオキットの開封後の準備を知っていますか？	3.86	4.57	0.174
②脳アンギオキットの開封後の準備を1人で実施できますか？	3.71	4.57	0.174
6）生理食塩水にヘパリン混注する組成（灌流ライン用）			
①生理食塩水に混注するヘパリンの量を知っていますか？	4.29	5.00	0.371
②圧バッグを1人で作成できますか？	4.14	5.00	0.371
7）生理食塩水にヘパリン混注する組成（アンギオパット用）			
①生理食塩水に混注するヘパリンの量を知っていますか？	4.14	5.00	0.174
②アンギオパット内に注ぐのを1人で実施できそうですか？	4.14	5.00	0.174
8）ヘパリン入り造影剤の作り方と準備			
①造影剤の種類と混注するヘパリンの量を知っていますか？	4.00	4.86	0.371
②造影剤の準備を1人で実施できそうですか？	3.71	4.71	0.181
9）カーボンテーブルの足台の取り付け			
①足台をどこに配置するか知っていますか？	3.71	4.71	0.174
②足台を1人で準備できそうですか？	3.57	4.57	0.174
10）カーボンテーブルの設置			
①カーボンテーブルをどのように設置するか知っていますか？	3.71	4.57	0.181
②カーボンテーブルの設置が医師と共に実施できそうですか？	3.71	4.57	0.181
11）鼠径部消毒の方法			
①鼠径部の消毒の範囲と使用物品を知っていますか？	3.86	5.00	0.174
②鼠径部の消毒が1人で実施できそうですか？	3.86	5.00	0.174
12）灌流ラインと圧バッグの接続			
①圧バッグの設置場所と灌流ラインの接続方法を知っていますか？	3.57	4.57	0.181
②灌流ラインと圧バッグの接続が1人で実施できそうですか？	3.57	4.57	0.181
13）ACT測定方法			
①ACT測定方法を知っていますか？	4.00	4.57	0.346
②ACT測定が1人で実施できそうですか？	3.86	4.57	0.371
14）造影後の患者の自覚症状聞き取り・観察			
①造影剤アレルギーの症状を知っていますか？	4.71	5.00	0.346
②患者本人のアレルギー症状の聞き取り，観察が1人で実施できそうですか？	4.57	5.00	0.371
15）血栓吸引のカテーテル装着　起動　操作			
①血栓吸引機の場所を知っていますか？	3.71	4.86	0.181
②血栓吸引機の動作方法を知っていますか？	3.00	4.29	0.098
③医師の指示の下、血栓吸引機の動作を実施できますか？	3.00	4.29	0.098
16）止血方法（物品とテープの留め方）			
①鼠径穿刺の止血方法を知っていますか？	4.29	4.86	0.371
②医師と共に止血が実施できますか？	3.86	4.86	0.174

* $p<0.05$

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P6] 示説6
看護教育①

座長:背戸　陽子（日本医科大学付属病院 看護部）、眞鍋　万里子（旭川医科大学病院 救命救急センターナースステーション）

[P6-03] 一般病棟における呼吸数測定に焦点を置いたRRS学習会前後の変化

○齊藤 大空[1]、高取 充祥[2]、深沢 壮[1]、花輪 一真[1]、仲嶋 龍玖[1] (1. 山梨県立中央病院　看護部、2. 山梨県立大学 看護学部)

キーワード：RRS、呼吸回数測定

【目的】C病院は高度救命救急センターを有する高度急性期病院であり、2022年度からはコードブルーシステムの前段階としてRRS（Rapid Response System）チームが運用する専用ダイヤルを設置している。またNEWS(National Early Warning Score)自動計算アプリを各病棟に1台以上設置し、RRSチームによる定期的な巡回も実施している。その一方で、一般病棟におけるコードブルー件数(年間約70件)に比べRRSの年間件数(年間約20件)は少なく、RRS要請のタイミングが遅いことが課題となり、一要因としてNEWSスコアにおいて重要である呼吸数の観察記録がないことが明らかとなった。2024年7月にRRSチームが主催となり、全職員を対象に呼吸数測定の現状、呼吸数測定の意義について学習会を実施した。
本研究の目的は学習会前後の呼吸数測定の変化を明らかにすることである。
【方法】調査時期はProchaskaらの行動変容ステージモデル(Prochaska O.1997)を参考にし、呼吸数測定という学習会直後から行動が変化することから、関心期の調査は実施せず、無関心期【導入前（6月1日～6月30日）:以下T1】、準備期【導入後1ヶ月（7月20日～8月20日）:以下T2】、実行期【導入後3ヶ月（9月20日～10月20日）:以下T3】、維持期【導入後半年（12月20日～1月20日）:以下T4】とした。調査項目は、24時間以内の呼吸数測定数（NEWSアプリにて24時間以内に呼吸数測定を行ったかどうかを算出）とした。分析方法は病棟毎にT1を軸に、T1対T2、T1対T3、T1対T4においてχ2検定またはFisherの正確確率検定を用いた。統計解析にはIBM SPSS Statistics Version 28を用いて有意確率は$p < 0.05$とした。本研究は山梨県立中央病院倫理審査委員会(承認番号:2024-4)を得た。
【結果】24時間以内の呼吸数測定数の変化について表1に示す。T1対T2では、13病棟のうち5病棟で有意に測定数が上昇した（$p = 0.021$～$p < 0.001$）。T1対T3では、13病棟のうち、10病棟で有意に測定数が上昇した（$p = 0.044$～$p < 0.001$）。T1対T4では、13病棟のうち、11病棟で有意に測定数が上昇した（$p =0.013$～$p < 0.001$）。T1対T3、T1対T4で有意な上昇を認めなかった病棟はT1時点で99%以上呼吸数を測定していた。T4において、13病棟のうち7病棟が90%を超えていたが、3病棟は50%に満たず、1病棟では10%未満であり、病棟間のばらつきがみられた。
【考察】病棟毎の呼吸回数測定率を示し、病棟毎の傾向を伝えたことで現場へのフィードバックに繋がったことが呼吸回数測定率上昇の要因と考えられる。Prochaska and Velicer(1997)は実行期において、成功
行動の強化・周囲の支援が重要であると述べており、RRSチームの定期的な啓蒙活動が寄与したことが考えられる。諏訪・酒井(2019)は持続に必要な情報を提供し、自己効力感を高めていく必要性を述べており、維持期においても測定数が低い病棟においては、周囲の支援だけでなく自己効力感を高めるような支援が必要である。また、本研究においては呼吸数測定を軸にしているが、呼吸数測定が増えることがGOALではなく、コードブルーシステムへの連絡数の減少、RRSシステムへの連絡数の増加、急変事例の減少を同時に分析し、患者を守るための看護を考えることが必要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

表1　24時間以内の呼吸数測定数の変化（ひと月内で毎日の定時時間において24時間以内に呼吸数測定を行ったかどうか）

	導入前(T1)				導入後1カ月(T2)				導入後3カ月(T3)				導入後半年(T4)				T1 対 T2	T1 対 T3	T1 対 T4
	あり群		なし群		あり群		なし群		あり群		なし群		あり群		なし群				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
産科(41床)	1	(0.1%)	786	(99.9%)	0	(0%)	720	(100%)	7	(1.1%)	645	(98.9%)	47	(6.4%)	691	(93.6%)	1.000	0.026 *	<0.001 *
心臓血管外科、泌尿器科(45床)	583	(55.6%)	472	(44.4%)	674	(57.5%)	498	(42.5%)	988	(87.8%)	138	(12.2%)	1124	(93.9%)	73	(6.1%)	0.370	<0.001 *	<0.001 *
循環器内科、内分泌科(45床)	1101	(99.5%)	5	(0.5%)	1152	(99.7%)	4	(0.3%)	1079	(99.9%)	1	(0.1%)	1155	(100%)	0	(0.0%)	0.040	0.125	0.012 *
小児科、精神(13床)	132	(36.2%)	160	(43.8%)	142	(86.6%)	22	(13.4%)	241	(78.5%)	66	(21.5%)	156	(99.1%)	8	(5.9%)	<0.001 *	<0.001 *	<0.001 *
胃腸内科、総合診療科(45床)	984	(88.1%)	133	(11.9%)	1302	(98.7%)	18	(1.2%)	1162	(99.9%)	1	(0.1%)	1248	(99.8%)	3	(0.2%)	<0.001 *	<0.001 *	<0.001 *
外科、呼吸器外科(45床)	384	(32.0%)	815	(68.0%)	389	(32.8%)	818	(67.2%)	432	(35.9%)	771	(64.1%)	443	(37.1%)	750	(62.9%)	0.690	0.044 *	0.009 *
消化器内科(44床)	1074	(99.7%)	3	(0.3%)	1189	(99.3%)	8	(0.7%)	1186	(99.9%)	1	(0.1%)	1236	(99.6%)	5	(0.4%)	0.172	0.272	0.732
脳神経外科、耳鼻咽喉科(45床)	400	(35.8%)	717	(64.2%)	1010	(80.8%)	240	(19.2%)	1136	(91.3%)	108	(8.7%)	1173	(95.6%)	54	(4.4%)	<0.001 *	<0.001 *	<0.001 *
婦人科、乳腺外科(46床)	257	(25.1%)	767	(74.9%)	336	(30.4%)	770	(69.6%)	668	(56.2%)	519	(43.7%)	940	(77.7%)	270	(22.3%)	0.007 *	<0.001 *	<0.001 *
整形外科、形成外科(47床)	578	(44.9%)	711	(55.1%)	633	(49.4%)	648	(50.6%)	849	(64.9%)	459	(35.1%)	962	(71.8%)	377	(28.2%)	0.021 *	<0.001 *	<0.001 *
皮膚科、眼科、血液内科(32床)	172	(25.4%)	506	(74.6%)	166	(22.2%)	580	(77.8%)	224	(31.1%)	496	(68.9%)	321	(42.2%)	440	(57.8%)	0.139	0.017 *	<0.001 *
呼吸器内科(45床)	736	(99.1%)	7	(0.9%)	638	(99.5%)	3	(0.5%)	621	(99.5%)	3	(0.5%)	825	(99.5%)	4	(0.5%)	0.355	0.368	0.271
緩和ケア科(15床)	337	(92.3%)	28	(7.5%)	377	(93.8%)	25	(6.2%)	325	(98.8%)	4	(1.2%)	408	(98.8%)	5	(1.2%)	0.472	<0.001 *	<0.001 *

* : $p < 0.05$

χ^2 検定または Fisher の正確確率検定を実施

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P6] 示説6
看護教育①

座長:背戸　陽子（日本医科大学付属病院 看護部）、眞鍋　万里子（旭川医科大学病院 救命救急センターナースステーション）

[P6-04] 地域医療支援病院の救急看護認定看護師としての取り組み ～地域医療施設への研修 ARCSモデルを活用して～

○鷲野 勝子[1] (1. 日野市立病院　　看護部)

キーワード：気づき、ARCS学習意欲モデル、急変対応、地域医療支援病院

【目的】当院は地域に密着し急性期医療を担っている。また2022年に地域医療支援病院の承認を受け、地域医療支援病院の役割として、地域医療従事者に対する研修の実施が求められている。今回地域の医療従事者の知識や技術の向上に繋げることを目的とし、A病院へARCSモデルを活用した研修を企画し実施した。患者の急変のサインに気づき、アセスメントすることで実践に繋げられる事が出来る研修を企画し取り組みを行ったため結果を報告する。
【方法】 対象：A病院スタッフ（看護師・介護士）参加者19名
研修期間：2023年10月から2025年2月
研修の企画：3回研修を開催
A病院の現状把握と目標を共有し研修計画を実施
ARCSモデルを活用
<Attention>　興味に繋がる資料の作成
＜Relevance＞ A病院で経験しやす内容とする
＜Confidence＞ 目標を共有し研修終了後振り返り、まとめを実施し具体的 行動につなげる
＜Satisfaction＞目標達成へのポジティブフィードバックをする
研修内容：①急変の前兆に気づく
　　知識座学
　　②急変時の対応　実践編　マネキンを使用しシミュレーション
　　③急変時の対応　実践編　病棟にてシミュレーション
評価方法：質問紙調査
　　（勉強会後のアンケート実施）
【倫理的配慮】実施施設にて倫理委員会の承認を得て実施した
【結果】1回目の開催　参加者19名
アンケート回収率100% 理解できた89.4%　だいたい理解できた10.6%　理解できなかった0%
・どのような観察が必要か知ることができた
・気づくことの大切さ、なんかおかしいも立派な気づきと言っていただき、今後も大切にしようと思った
・報告の仕方がとても学びとなった
・ISBARの活用を取り入れていきたい
2回目の開催　参加者19名
アンケート回収率100% 理解できた94.7%　だいたい理解できた5.3%　無回答1%
・少人数のスタッフでの連携の大切さを再認識することができた
・意識レベルの評価が理解でき実践に繋げていきたい
・ABCDEを意識して観察をし、いつもとの違いを的確に看護師 に伝えることの重要性を学んだ

©一般社団法人日本救急看護学会

・他のバージョンのシミュレーション研修を開催してほしい
・日勤でのシミュレーションも実施したい
3回目の開催　参加者19名
アンケート回収率100% 理解できた94.7%　だいたい理解できた5.3%　理解できなかった0%
・原因検索の仕方や急変のリスクがある時のチームコントロールの仕方を学ぶことができた
・腹痛はよくある症状であるため、実用的な研修でとても学びとなった
・介護士として呼吸、表情、顔色、何がおかしいのかそれがどんな異常なのかなどの繋がりを知り、介護士でもできることをこれからも実践していきたい
・実際に研修後現場で活かすことができた症例もあり、今後も各病棟で実際の場面を想定してシミュレーションを継続してほしい
【考察】今回、A病院の課題や、目標に沿いARCSモデルを活用して動機付けを大切にし、より実践に活用できる研修計画の企画を行った。その結果研修開催の依頼に繋がり、実際に遭遇する内容を取り入れたことで現実味のある設定が関連性となり、ゴールや目標を伝え、職種ごと今実践できていることのフィードバックを行ったことで自信に繋がった。また病棟において実践に繋げることができていることからも、　知識や技術の向上が図れていることが示唆される。今後も学習意欲が継続できる研修を検討していくこと、また継続して実施していくことが出来るよう活動をしていきたい。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P6] 示説6
看護教育①

座長:背戸　陽子（日本医科大学付属病院 看護部）、眞鍋　万里子（旭川医科大学病院 救命救急センターナースステーション）

[P6-05] 視聴覚教材を用いた反復学習による知識の獲得と維持への取り組み

○桑原 建[1] (1. 公立陶生病院)

キーワード：視聴覚教材、反復学習、知識の維持、YouTube

【目的】 A病院は医療圏内で唯一の公立病院として地域医療の中隔を担っている。救急外来（以下ER）では2024年度19,968名（うち救急車搬送8,104件）の患者を受け入れている。一方で重篤症例は年間数例と少なく、未経験スタッフも多い。さらに、医療現場の特性として交代勤務制であり、部署内勉強会の参加率は26%と低く、実践機会の乏しさから知識の獲得・維持が課題であった。このような背景を踏まえて、要望の多かった3項目に関し、視聴覚教材を作成。定期的な視聴とテストにより知識の獲得・維持が可能かを検証した。
【倫理的配慮】本研究はA病院看護倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【方法】病院独自の物品を用いた視聴覚教材「胸腔穿刺と胸腔ドレナージ」「気道確保」「蘇生的開胸術」を作成した。教材は現場スタッフの理解が深まるよう、実際の臨床手順や重要ポイントを盛り込み、わかりやすさに配慮して制作した。対象者に対し、作成した視聴覚教材を3週間の視聴期間を設け視聴実施。その後独自に作成した知識確認テスト（15点満点、15問）を実施した。これを1クールとし、1ヵ月毎に計3回繰り返し実施した。同一対象者における3時点のスコア比較のため、対応のある非パラメトリック検定（Friedman検定）を用いp＜0.05を有意差有りと判定した。
【結果】1.研究参加人数 15名2.点数比較テスト 3回実施者の平均点は1回目10.73（中央値10）、2回目12.07（中央値14）、3回目11.07（中央値12）であった。また、1回目から2回目にかけて全体の約8割でスコアの上昇がみられた。また、個別のスコア推移をみても大きな変動はなかった。3.統計学検定 Friedman検定（χ^2=3.71, p=0.156）により、有意差は認められなかった。
【考察】本研究では、視聴覚教材を用いた教育介入による知識の獲得と維持について検討した。3回全てのテストに回答した対象者（n=15）の点数は2回目で一時的な上昇を示したが、統計学的には有意な差は認められなかった。しかし、鈴木ら（2022）は視聴覚教材を活用した反復学習が看護師の知識定着に有効であると報告している。この点を踏まえると、本研究では、統計学的な有意差は得られず、有効性を明確に示すことはできなかったが、2回目に一時的な知識向上がみられたことから、視聴覚教材による反復学習が短期的な知識向上に寄与する可能性は否定できないと考える。一方、時間の経過とともに知識が低下する傾向も明らかとなったため、知識の維持には視聴覚教材の長期的・継続的活用方法の検討が必要である。また、本研究はインプットに着目したものであり、知識の獲得と維持のためには、アウトプット（シミュレーションやロールプレイなど）を組み込んだ実践的な教育環境の構築も同時に行う必要があると考える。本研究は単施設かつ小規模な観察であったため、結果の解釈には限界がある。今後はより大規模な対象者や長期間の観察による再検証も求められると考える。
【結論】視聴覚教材による教育介入は、短期的な知識の獲得と一定の維持効果を示した。重篤症例が少なく、実践機会の乏しい現場においても視聴覚教材による反復学習は有効な教育手段と言える。今後は視聴覚教材の長期的・継続的な活用方法の確立に加え、アウトプット型の学習を取り入れた総合的な教育体制の整備を進めることで、ER全体の実践力の強化と安全な医療

©一般社団法人日本救急看護学会

体制の確立、さらには看護の質向上に寄与することが期待される。また、教育効果の持続性や現場定着を高める工夫も引き続き重要な課題となる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 9:40 ~ 10:40 示説会場(1階 大ホールB)

[P6] 示説6
看護教育①

座長:背戸　陽子（日本医科大学付属病院 看護部）、眞鍋　万里子（旭川医科大学病院 救命救急センターナースステーション）

[P6-06] 救急看護師を対象とした重症外傷患者の看護に関する学習ニード

○牧野 夏子[1]、小川 謙[2]、菅原 美樹[1]、中村 惠子[3] (1. 札幌市立大学看護学部、2. JCHO北海道病院看護部、3. 札幌市立大学)

キーワード：外傷看護、学習ニード、救急看護師

【目的】外傷看護における教育は、日本救急看護学会の外傷初期看護ガイドラインをはじめとする多くの教育コースが開催されている。しかし、看護師は外傷患者の対応に必要な知識があっても技術が伴っていないと感じていることが報告されており、看護師のニードに合わせた外傷看護の教育は充分ではない可能性がある。そこで、本研究では、外傷看護学の教育を検討する基礎資料として救急看護師を対象とした重症外傷患者の看護に関する学習ニードを明らかにすることを目的とする。
【方法】2024年12月～2025年2月、厚生労働省の救命救急センター設置一覧に記載されている307施設を対象に研究依頼を行い、同意の得られた119施設に勤務する看護師593名を対象にWeb調査を行った。調査内容は基本属性(年代、最終学歴、資格、今まで受けた外傷に関する学習歴、所属地域、外傷患者入院数等)と先行研究(牧野ら，2024)で明らかになった重症外傷患者の看護に関する学習ニード28項目(とても必要～まったく必要なしの6件法)、自由記述で構成した。分析は、学習ニード項目は記述統計、自由記述は記述内容について文脈単位を抽出した後、追加する学習ニードについて質的帰納的に分析した。倫理的配慮として研究協力施設および研究対象者に文書で研究趣旨・目的、研究参加の自由意思、研究協力諾否の自由、個人情報保護の遵守、データの保管・廃棄方法、結果の公表方法等を説明しWeb調査の同意欄へのチェックにより同意を得た。本研究は札幌市立大学倫理審査会の承認（番号2440-1）を受けて実施した。
【結果】211名より回答を得た(回収率35.6%)。基本属性は30代が70名(25.1%)と最も多く、最終学歴は看護専門学校が132名(62.6%)であった。170名(80.6%)が認定看護師等の資格を有していなかった。今まで受けた外傷に関する学習歴(複数回答可)は、「看護基礎教育で学習した」67名(9.0%)、「看護卒後教育で学習した」が188名(89.6%)であった。対象者の所属施設の設置は全国に渡っており、月間外傷患者入院数は10人以上20人未満が60施設(28.4%)、年間外傷患者入院数は50人以上100名未満が35施設(16.6%)と最も多かった。重症外傷患者の看護に関する学習ニードのうち、とても必要・必要の回答数が90%以上だった項目は「外傷と患者の状態を関連づけられるために必要な解剖の知識(99.1%)」、「外傷患者の病態予測をするために必要なアセスメントの知識(98.6%)」などの22項目、80%以上だった項目は「看護の意味づけや実践力向上のために必要な事例検討の方法(89.1%)」、「外傷患者のボディイメージを理解した精神的ケアの実践をするために必要な知識・技術(88.2%)」などの5項目、80%未満だった項目は「外傷の損傷部位と重症度にあったリハビリテーションの方法(73.5%)」の1項目であった。自由記述では、17件の意見があったが、学習ニード項目に包含される意見であり、追加項目はなかった。
【考察】対象者は、看護卒後教育にて外傷看護の学習機会を得ていたが、解剖やアセスメントなどの医学的知識や外傷看護の知識に関する学習ニードが高かった。既存の研究で明らかとなっている外傷の知識はあっても技術が伴っていない、外傷の専門性に苦慮しているなどの報告から、現行の学習内容や学習機会は、外傷患者の持つ緊急性や病態の複雑性に対して抱く困

©一般社団法人日本救急看護学会

難感を払拭できていない可能性が示唆された。以上のことから対象者のニードに合わせた教育内容の検討が課題であることが示唆された。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 示説会場(1階 大ホールB)

[P7] 示説7
医療安全

座長:島　美貴子（市立砺波総合病院 看護部）、庄野　亜矢子（聖カタリナ大学 看護学部）

[P7-01]
A病院の院内迅速対応システム導入初年度における起動件数確保のための取り組み
○内山 裕斗[1] (1. 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター)

[P7-02]
A病院のRapid Response System導入後の現状と課題
○渋谷 和広[1] (1. 川口市立医療センター)

[P7-03]
院内迅速対応システム活動中のコードブルー急増要因への考察
○平川 あゆみ[1]、小濵 奈々[1] (1. 今村総合病院)

[P7-04]
看護師の呼吸数観察を困難にしている要因は何か？
○宮脇 奈央[1,2] (1. 国家公務員共済組合連合会　新別府病院、2. 大分県立看護科学大学大学院 看護研究科博士課程(前期)看護学専攻 実践者養成NPコース)

[P7-05]
A病院ER看護師の児童虐待に対する認識調査
○竹内 杏奈[1] (1. 公立陶生病院救命救急センター)

[P7-06]
A病院初の脳死下臓器提供の振り返り
○中里 さかえ[1]、研井 礼子[1] (1. 福岡赤十字病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 示説会場(1階 大ホールB)

[P7] 示説7
医療安全

座長:島　美貴子（市立砺波総合病院 看護部）、庄野　亜矢子（聖カタリナ大学 看護学部）

[P7-01] A病院の院内迅速対応システム導入初年度における起動件数確保のための取り組み

○内山 裕斗[1] (1. 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター)

キーワード：院内迅速対応システム、RRS

【背景】近年、入院患者の重大な有害事象を早期に発見し介入する医療安全体制としてRapid Response System（RRS）の導入が進んでいる。2022年度の診療報酬改定で急性期充実体制加算が新設されたことを契機に、A病院では2023年度にワーキンググループを立ち上げ、同年7月からRRSを本格運用した。導入期には、主治医制が根強く残る当院において医療者の意識変容を含む組織的変革が求められた。
【目的】RRS導入初年度に実施した戦略的取り組みを分析し、今後の継続的な運用に向けた課題を抽出することを目的とした。
【方法】A病院のRRS導入年度におけるRRT・CCOTの活動記録、診療録、会議議事録をもとに、変革マネジメント理論であるKotterの8ステップモデル（Kotter, 1996）の枠組みを用いて質的記述的に分析した。
【結果】院内心停止による死亡率の高さを医療安全対策室で問題提起し、救急集中領域の医師・看護師も含め危機意識を共有した（ステップ1：危機意識の共有）。次に、集中治療医、ユニット看護師、診療看護師、医療安全対策室による推進チームを結成し、RRS運用の中核を担う体制を構築した（ステップ2：変革推進チームの形成）。「急変に至る前に介入し、予期せぬ院内心停止を減らす」という明確なビジョン提示により、共通の目標が形成された（ステップ3：ビジョン提示）。また、RRSの存在と活用方法について、職員手帳や病棟ポスター、研修を活用した多角的な周知活動を展開し（ステップ4：周知活動）、現場への浸透を図った。さらに、病棟看護師の業務的・心理的負担を軽減するため、マルチパラメータでなく、4項目から構成されるシングルパラメータを採用した。また、コール以外の起動手段として電子カルテ上のフラグ記録機能を用いる簡便な起動方法を整備した。加えて、CCOTが積極的に病棟に出向き、現場支援やRRT医師との連携調整を行うとともに、症例ごとのフィードバックを通じて病棟看護師に安心感を与え、「呼んでよかった」と実感できるような関わりを重視することで、スタッフの満足度向上と起動促進につなげた。（ステップ5：障害除去）。これにより起動件数は平均月10件と目標の25件には届かないものの、導入初年度としては着実に増加傾向がみられた。コードブルー発生率は0.146→0.094/1000人と減少し、統計学的有意差（p≈0.17）は認められなかったが、院内心停止が1例でも減ることの実務上の意義は大きく、短期的成果と評価された（ステップ6：短期的成果）。
【考察】RRS導入を単なる制度変更でなく組織文化の変革と捉え、段階的に進めた今回の取り組みでは、トップダウン・ボトムアップの両面からの継続的な働きかけが重要であることが示唆された。8ステップモデルに基づく分析により、特に心理的障壁への配慮や簡便な起動手段の導入が、起動件数の増加に寄与した可能性がある。今後は、成功・失敗体験の共有やリンクナースの活用などボトムアップの仕組みを通じてCCOTが中心となり、RRSの定着（ステップ7：変化の加速）、さらには教育・制度両面の支援強化により、RRSが病院文化の一部として持続可能なものとなること（ステップ8：変化の定着）が課題である。

©一般社団法人日本救急看護学会

【倫理的配慮】本報告はA病院職員の業務記録と公開情報を用いたもので、個人情報は含まれていない。所属施設の倫理的観点から発表の妥当性を確認した。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 示説会場(1階 大ホールB)

[P7] 示説7
医療安全

座長:島　美貴子（市立砺波総合病院 看護部）、庄野　亜矢子（聖カタリナ大学 看護学部）

[P7-02] A病院のRapid Response System導入後の現状と課題

○渋谷 和広[1] (1. 川口市立医療センター)

キーワード：Rapid Response System、Rapid Response Team

【目的】A病院は、2023年2月よりRapid Response System(以下：RRS)の導入の取り組みが開始となった。プロジェクトチームの構成は医師3名、看護師7名、臨床工学技士1名、事務1名の計12名であった。A病院に準じた要請基準と起動フローを作成しその他、運用開始のポスターを作成し啓蒙活動を行った。2024年7月より日勤帯のみ運用を開始し、翌年2月より24時間体制に移行し運用を継続している。RRS導入から3年目を迎え、運用開始から現在までの症例結果の分析から現状の把握、課題を明らかにする。
【方法】2023年7月から2024年3月までのRRSチームが対応した患者を対象に後方視的にデータを分析した。収集したデータは、RRSが起動された部署、要請された時間帯、職種、要請基準、介入処置などが含まれている。その他、全職員対象に行ったRRS認知度調査アンケートから後方視的にデータを分析した。【倫理的配慮】A病院看護倫理委員会の承諾を得て本研究を行った。
【結果】2023年7月から2024年3月の要請件数は、64件であり新規入院1,000人当たりのRRS要請件数は、2023年度2.0件、2024年度3.6件であった。起動場所は、病棟32件(50%)、外来28件(44%)、画像診断センター4件(6%)であった。要請された時間帯は、日勤帯44件(69%)、夜間帯20件(31%)であった。要請者の職種は、看護師47件(73%)、医師9件(14%)、コメディカル8件(13%)であった。要請基準の分類は、神経系41件(39%)、呼吸器系29件(28%)、循環器系23件(22%)、スタッフの所見12件(11%)であった。介入処置で多かった内容は、採血31件(21%)、末梢静脈ルート確保26件(11%)、CT・MRI検査22件(15%)であった。RRS認知度調査アンケートからは、複数の「勉強会開催の依頼」、「小児科のRRS導入の検討依頼」があった。
【考察】A病院は、病床数510床の地域医療支援病院であり年間入院件数は、約1万1,500件(小児科、NICU除く)である。Jones et al(2009)はRRSが効果的に実施されている施設では新規入院患者1,000人当たり25.8～56.4件の要請があったと報告しているがA病院の要請件数ではまだ少ない現状である。要請内容の呼吸器系29件の内、「酸素投与下でSpo2 90%以下」が41%であったが状態が悪化してからの要請であり、状態変化を予測するアセスメントが不足しているとも考えられる。林(2020年)らは、8割の看護師はRRS要請を自らの判断で行うことへの責任の重さ、急変の徴候を察知するアセスメントや要請のタイミングに係る知識や自信の不足と報告している。A病院のRRS要請基準の分類で多かった項目を網羅した状態変化に気がつける勉強会を開催し、アセスメントの向上や自信を高めていける勉強会開催が必要と考える。A病院のRRS要請数の44%が外来からの要請でありその内、46%が入院となり1名はICUへ入院となった。青山(2020年)らの研究では、外来患者には重症患者が含まれていた。とあり外来におけるRRSの有用性も高いことが考えられる。A病院では外来患者のRRS要請時の診療スペースや入院となった場合の体制が不足している部分があり再構築が必要である。
【結論】状態変化に気がつき早期の病態でRRS要請がされるよう院内活動を継続していきながらRRS介入効果まで評価が至っていないためデータの収集、分析を継続し効果を検証していく必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 示説会場(1階 大ホールB)

[P7] 示説7
医療安全

座長:島　美貴子（市立砺波総合病院 看護部）、庄野　亜矢子（聖カタリナ大学 看護学部）

[P7-03] 院内迅速対応システム活動中のコードブルー急増要因への考察

○平川 あゆみ[1]、小濵 奈々[1] (1. 今村総合病院)

キーワード：コードブルー、院内迅速対応システム、DNAR

【はじめに】A病院では、2021年5月より院内迅速対応システム(以下RRS)を、クリティカルケア領域の認定看護師が、急変予知対応、急変対応、急変回避を3本柱に掲げ活動している。活動を開始し、RRS要請件数は徐々に増加し、院内緊急コール（以下コードブルー）要請も減少していたが、2024年度はコードブルーが急増した。コードブルーが増加した要因を、RRSの活動状況や要請内容を振り返り、今後の課題を見い出したため報告する。
【目的】RRS開始後、コードブルーが増加した2024年度の活動を振り返り、要因を検索し今後の活動の糸口とする。
【方法】期間：2021年5月～2025年3月
①RRS要請件数の推移、要請内容
②コードブルー件数の推移、急変内容
③RRTラウンド件数、介入内容
【倫理的配慮】個人が特定されないように十分な倫理的配慮を行った。発表にあたり所属施設の看護部の承認を得た。
【結果】①RRS要請件数は、活動を開始した2021年度は35件、　2022年度は64件、2023年度は71件、2024年度は76件と徐々に要請件数増加。新規入院1000人あたりのRRS件数は11.3件であり、目標の25.8件には届いていない。要請内容は、酸素飽和度の低下、看護師の懸念、呼吸回数の増加が多い結果であった。
②コードブルー件数は、2021年度は19件、2022年度は20件、2023年度は14件、2024年度は28件と急増した。2024年度の心停止時初期波形は、致死性不整脈が4件、無脈性電気活動や心静止は19件、心停止なしが5件であった。心停止による急変の23件中、心拍再開は7件、死亡が16件であった。コードブルーの振り返りを確認すると、Do not Attempt Resuscitate(以下DNAR)の確認が不明確であったという意見が10件、急変の前兆を示した症例は15件認めた。
③RRTラウンドでの介入件数は、2021年度は186件、2022年度は173件であり、2023年度は169件、2024年度は77件であった。介入内容としては、呼吸状態の悪化や人工呼吸器等を使用する患者相談、ショック状態となった患者への介入が多かった。危機回避に繋がった症例は、2021年度は30件、2022年度は35件、2023年度は45件、2024年度は21件であった。
【考察・結論】患者の高齢化や重症化の要因もあると考えるが、2024年度はRRS要請件数の伸び悩みを認め、さらにRRTラウンド介入件数の減少から急変回避に繋がる機会が減少した。このことは、RRTラウンド介入による急変回避の効果が明確化したと考える。直接部署へ出向き、患者の状態把握やスタッフの懸念に寄り添い対応することが今後も重要である。コードブルーの内容分析から、急変の前兆を認めたが、介入が行われなかった症例が15件あり、RRS要請に結びつけるようなスタッフ教育、要請しやすい環境調整の充実化が今後も必要である。さらに、DNARの確認が不明瞭であり困惑した症例が10件と多かった。A病院では入院時の状態によってDNARを取得することが多いが、治療により病状が改善したとしてもDNARの評価がされていない現状がある。そのため、状態改善していた患者が急変した際、DNAR対応で本当に良いのか迷いが生じ、コードブルー要請に至っていた。「予想しない死亡退院の減少」を目指すために

©一般社団法人日本救急看護学会

も、Advance Care Planning（以下ACP）への取り組みを強化し、家族や患者の意向、医療者の考えを共通認識し、急変時の行動を確認するシステムを整える必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 示説会場(1階 大ホールB)

[P7] 示説7
医療安全

座長:島　美貴子（市立砺波総合病院 看護部）、庄野　亜矢子（聖カタリナ大学 看護学部）

[P7-04] 看護師の呼吸数観察を困難にしている要因は何か？

○宮脇 奈央[1,2] (1. 国家公務員共済組合連合会　新別府病院、2. 大分県立看護科学大学大学院 看護研究科博士課程(前期)看護学専攻 実践者養成NPコース)

キーワード：呼吸数、観察、看護師

【緒言】呼吸数測定は、状態悪化を捉えるパラメーターとして有効であるが、実施されていない現状が多数報告されている。しかし、その要因について調査した文献は少ない。そこで、看護師が呼吸数を測定しない要因を明らかにすることに取り組み、看護師の呼吸状態観察向上の一助としたい。

【方法】A病院に勤務する看護管理者・看護師長を除く看護師213名を対象に質問紙調査を行った。データ収集期間は、2024年6月1日～2024年6月28日とし、回答は、Google Forms（質問紙）への入力とした。質問項目は、先行研究を参考に独自に作成し、属性8項目、呼吸数測定の実際について6項目、呼吸数測定を困難にしている要因として5段階の質問項目３２項目の計46項目を調査した。各調査項目について単純集計を行った。日常的な呼吸数測定の実施については、基本属性毎にクロス集計を行い、χ^2検定、Fisherの正確率検定を行った。分析にはIBM SPSS Statistics version29を使用した。本研究は、大分県立看護科学大学研究倫理・安全委員会の承認（承認番号：23-70）を受け実施した。

【結果】82件の回答を得た(回収率38.5%)。対象者の平均年齢は41.5±11.6歳、看護職経験年数は、21～30年が最も多く27名(32.9%)、次いで11～20年が17名（20.7%）であり、11年以上の経験を有する者が回答者の69.5%となった。研修受講歴については、フィジカルアセスメント研修受講歴ありが36名（43.9%）、急変の予兆を捉えることを目的としたKIDUKI研修が8名（9.8%）であった。日常的に呼吸数測定を行なっているかの問いに対しては40名(48.8%)が行っていると回答し、呼吸状態の観察として重要視しているものは$SpO_2$77名(93.9%)と最も多く、呼吸様式72名(87.7%)と続いた。呼吸数測定を困難にしている要因の問いに対して、「当てはまる」の割合が高い項目は「見た目で頻呼吸や徐呼吸でない」や「心電図モニターに表示されている値を記入する」という項目であった。「当てはまらない」の割合が高い項目は、「呼吸数測定は病態の把握に必要だと思わない」や「正しい呼吸数測定の方法を知らない」という項目であった。

【考察】本調査では、日常的な呼吸測定の実施と看護師経験年数や研修受講歴に関連は認めなかった。看護師は、呼吸数測定以上にSpO_2を重要視しているが、SpO_2は状態変化との間で時差が発生することを認識しておく必要がある。呼吸数測定を困難にしている要因については、看護師の判断や、間違った認知が挙げられた。間違った認知については修正が必要である。判断については、看護師は、呼吸の観察を行なっていないのではないのではなく、大きな変動が起こりにくく、短時間で観察できる情報を知識と経験に基づいて判断している。また、他者からの要請のような社会的要因や環境要因といった外的要因も挙げられており、行動変容に影響する重要な因子と考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 示説会場(1階 大ホールB)

[P7] 示説7
医療安全

座長:島　美貴子（市立砺波総合病院 看護部）、庄野　亜矢子（聖カタリナ大学 看護学部）

[P7-05] A病院ER看護師の児童虐待に対する認識調査

○竹内 杏奈[1] (1. 公立陶生病院救命救急センター)

キーワード：児童虐待、認識

【目的】令和5年度、全国の児童相談所に寄せられた相談対応件数は前年比を5.0%上回り、過去最多となった。虐待は身体的被害にとどまらず、精神的後遺症として子どもの人生に深刻な影響を及ぼすため、早期に気づき介入することが極めて重要である。医療機関、特に救急外では虐待の初期兆候に気づく可能性が高く、看護師の果たす役割は大きい。A病院ERでは2018年5月から2024年6月までに、児童虐待あるいは虐待の疑いによりケースワーカーに相談した事例は7件であった。入院中または帰宅後に虐待の疑いとして報告された事例は29件あり、これらはERの段階で見逃されていた。そのため、看護師が児童虐待と判断しケースワーカーへ報告した件数は少ないと考えられ、看護師の認識や対応行動に課題があると推察した。ER看護師の児童虐待に関する知識・認識および対応実態を明らかにし、今後の教育支援のあり方を検討した。
【方法】児童虐待に関する知識・認識を調査するために独自に作成した質問紙調査を実施した。有効回答ｎ（23）を対象として、「児童虐待に関する研修受講の有無」による群間比較では、各項目の正規性をShapiro-Wilk検定で確認した。正規性が確認された項目（例：マニュアル読了と対応自信p＝0.161など）にはt検定を使用し、正規性が棄却された項目（例：研修有無と対応自信p＝0.033）にはMann-WhitneyのU検定を用いて解析した。また、ER経験年数別と児童虐待対応に対する自信度については、Shapiro-Wilk検定により正規性が認められなかった（p＝0.040）ため、Kruskal-Wallis検定を実施した。対応経験に関する12項目間の関連性についてはピアソンの相関分析を行った。
【倫理的配慮】本研究はA病院看護倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【結果】Mann-WhitneyのU検定の結果、「児童虐待が疑われる児童・保護者に対応できる」との回答に研修受講の有無による有意差は認められなかった（U＝49.0, p＝0.391）。一方、「ERにおける虐待対応マニュアル・フローチャートを読んだことがある」群では、t検定の結果、対応自信が有意に高かった（t＝3.73, p＝0.002）。また、ER経験年数による児童虐待対応に対する自信度には統計的な有意差は認められなかった（H＝2.33, p＝0.312）。相関分析では、「チェックシートを理解している」と「対応自信」の間に強い正の相関（r＝.89）が認められ、「マニュアル閲覧」と「知識・認識」にも中等度～強い相関（r＝.63～.71）、「マニュアル閲覧」と「記録経験」にr＝.46の相関が見られた。
【考察】児童虐待に関する研修受講と対応自信の間に統計的な有意差は確認されなかったことから、研修単独で看護師の自信を高める効果は限定的である可能性が示唆された。一方で、チェックシートの理解やマニュアルの閲覧といった教育ツールの活用は、対応自信や記録経験などの実践行動と関連が見られた。これらの結果は、現場で活用できる形式の教育支援が看護師の対応力に影響する可能性を示しており、今後はツールを用いた実践的な学習機会の整備、ロールプレイやシミュレーションの継続的な導入が必要である。
【結論】ER看護師の児童虐待に関する知識・認識には個人差があり、研修単体では自信の向上に直結しない可能性が示唆された。一方、チェックシートやマニュアルの活用は知識の定着や行動変容に関連し、今後はこれらを活用した実践的な教育支援を通じて対応力を高める体制づくりが重要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 示説会場(1階 大ホールB)

[P7] 示説7
医療安全

座長:島　美貴子（市立砺波総合病院 看護部）、庄野　亜矢子（聖カタリナ大学 看護学部）

[P7-06] A病院初の脳死下臓器提供の振り返り

○中里 さかえ[1]、研井 礼子[1] (1. 福岡赤十字病院)

キーワード：脳死下臓器提供、多職種職種チーム、意思決定支援

【はじめに】A病院は、約500床を有する2次救急施設、施設類型5類型施設である。2016年より多職種で構成された臓器提供ワーキンググループ(以下ワーキング)を立ち上げ、マニュアル整備や体制整備を進め2018年より正式に脳死下臓器提供の運用を開始した。2024年度A病院初の脳死下臓器提供があり、主治医とともにワーキングが中心となって対応を行った。
【目的】脳死下臓器提供のプロセスを振り返り臓器提供施設としての今後の課題を整理する。
【倫理的対応】個人が特定されないように配慮し、対象者へ本研究と目的を口頭で説明し同意を得た。また、A病院倫理委員会の承認を得た。
【用語の定義】臓器提供ワーキンググループ：A病院で臓器提供の意思表示(可能性のある)のある患者家族に対応する多職種で構成するチーム
【事例紹介】40歳代　男性　ドナーカード所有なし【主訴】頭痛、意識障害【既往歴】なし
【経過】頭痛を主訴に救急要請。JCSIII‐300、バッグバルブマスク15ℓ換気しながらA病院搬入。頭部CT結果左中大動脈瘤破裂によるくも膜下出血の診断、搬入同日脳神経外科入院となり、コイル塞栓術、穿頭脳室ドレナージ施行。術後意識レベル改善なく脳死に近い状態と考えられた。術後2日目主治医より家族へ臓器提供に関してオプション提示、術後3日目に家族より県臓器移植コーディネーターからの説明希望あり。術後5日目に家族が臓器提供の意思表示をされ、術後7日目脳死下臓器提供となった。
【結果・考察】術後2日目オプション提示前に入院中のICU看護管理者よりマニュアルに沿ってワーキングへ連絡あり対応を開始した。特に問題なく患者・家族の意思に沿った対応ができた。そのポイントとして、シミュレーションやマニュアル整備を含めた日ごろの準備、チーム医療が重要であると改めて認識した。関わったスタッフへのデブリーフィング、ワーキングメンバーの育成が今後の課題である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:10 示説会場(1階 大ホールB)

[P8] 示説8
トリアージ

座長:鈴木　幹子（札幌心臓血管クリニック）、太田　文子（旭川赤十字病院 HCU・救急外来）

[P8-01]

トリアージ検証者のストレッサーについて
-役割や能力に関するストレッサー内容-

○白方 春美[1] (1. 地方独立行政法人広島市立病院機構　広島市立広島市民病院救急外来)

[P8-02]

救急外来看護師による電話相談の実態調査―電話対応記録を用いた後方視的分析―

○町中 果実子[1]、一宮 なぎさ[1]、杉原 由希子[1]、葛西 陽子[2] (1. 手稲渓仁会病院救命救急センター、2. 手稲渓仁会病院看護管理室)

[P8-03]

院内トリアージの現状と課題

○五十嵐 弘明[1]、長澤 文也[1] (1. 埼玉医科大学病院　救急センター)

[P8-04]

看護師による救急外来における救急電話相談トリアージの実態と教育的ニーズ調査（第一報）

○今井 亮[1]、宮崎 博之[2]、船木 淳[3]、大村 正行[4]、平柳 和奈[5]、立野 淳子[6] (1. 文京学院大学、2. 福島県立医科大学附属病院、3. 名古屋市立大学、4. 薬師寺慈恵病院、5. 公立昭和病院、6. 日本赤十字九州国際看護大学)

[P8-05]

看護師による救急外来における救急電話相談トリアージの実態と教育的ニーズ調査（第二報）

○宮崎 博之[1]、今井 亮[2]、船木 淳[3]、大村 正行[4]、平柳 和奈[5]、立野 淳子[6] (1. 福島県立医科大学附属病院、2. 文京学院大学、3. 名古屋市立大学、4. 薬師寺慈恵病院、5. 公立昭和病院、6. 日本赤十字九州国際看護大学)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:10 示説会場(1階 大ホールB)

[P8] 示説8
トリアージ

座長:鈴木　幹子（札幌心臓血管クリニック）、太田　文子（旭川赤十字病院 HCU・救急外来）

[P8-01] トリアージ検証者のストレッサーについて
-役割や能力に関するストレッサー内容-

○白方 春美[1] (1. 地方独立行政法人広島市立病院機構　広島市立広島市民病院救急外来)
キーワード：トリアージ、トリアージ検証者、ストレッサー

【目的】A病院救急外来では、一次救急から三次救急までに救急患者を24時間体制で受け入れている。直接来院患者については専属の看護師トリアージを行い、医師が診察を行っている。
　トリアージの質を向上させるために、トリアージ係が検証者となって事後検証するシステムが機能している。
　救急診療の現場で多くの役割と能力が求められるトリアージナースには、特有のストレッサーがあると推察され、先行研究ではどのようなストレッサーが存在するのかが明らかになっている。
　トリアージ検証者のストレッサー内容を調査したものはないため、本研究では、検証者の役割や能力に関して、どのようなストレッサーが存在するのかを明らかにする。ストレッサーが存在していた場合、そのストレッサーを軽減させていく具体的な方策について検討していく必要があると考える。
【方法】
期間：2024年12月～2025年5月
対象者：Ａ病院救急外来において、トリアージ検証を行っている看護師５名。
データ収集方法：インタビューガイドを用いて、半構造的面接を行った。
分析方法：対象者の述べたありのままの言葉から逐語録を作成し、類似する言葉をサブカテゴリにまとめ、カテゴリ化した。
【倫理的配慮】A病院の倫理審査委員会の承認を得た。
【結果】対象者の概要：インタビュー対象者の救急外来経験年数は平均7.4年、トリアージ経験年数は平均3.8年、トリアージ検証経験年数は平均1.9年であった。検証者のストレッサーについては、69のコードから22のサブカテゴリが抽出された。さらに5カテゴリとして、「トリアージに自信がないために生じる検証業務への不安」「検証業務に対する自身の能力不足からくる悩み」「標準化された検証マニュアルがないことへの困惑」「検証者の人員不足からくる負担」「トリアージ症例を振り返り共有できていないもどかしさ」に集約された。
【考察】本研究から検証者のストレッサーを明らかにすることができ、それらを軽減させていく具体的な方策について検討していく示唆を得ることができた。
　検証者には不安、迷い、困惑、負担、もどかしさというストレッサーが存在していると考えられる。検証業務に求められる能力には知識だけではなく、コミュニケーション能力、判断力、リスクマネジメント能力も必要である。標準化かつ簡素化されたマニュアルの作成、検証者のモチベーションやエンゲージメントを向上させるために信頼や共感、持続的な関わり、一方向で終わらない継続的な事後検証のフィードバック体制を構築し、定期的な事後評価、症例検討会、フォローアップ研修の開催を強化していく必要がある。また暗黙のルールを排除しシンプルかつ新しいスタイルを確立することで、ストレッサーの軽減に努めることができると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:10 示説会場(1階 大ホールB)

[P8] 示説8
トリアージ

座長:鈴木　幹子（札幌心臓血管クリニック）、太田　文子（旭川赤十字病院 HCU・救急外来）

[P8-02] 救急外来看護師による電話相談の実態調査―電話対応記録を用いた後方視的分析―

○町中 果実子[1]、一宮 なぎさ[1]、杉原 由希子[1]、葛西 陽子[2] (1. 手稲渓仁会病院救命救急センター、2. 手稲渓仁会病院看護管理室)

キーワード：トリアージ、電話相談

【目的】A病院の救急外来では1ヶ月に約150件の電話相談に対応しているが、相談内容や看護師の判断については明らかになっておらず、対応に関しては看護師個人の判断に委ねられている。そこで本研究ではA病院救急外来における電話対応記録をもとに、電話相談の実態を明らかにし、今後の実践について示唆を得ることを目的とした。
【方法】期間は2025年4月1日～4月14日の2週間とし、救急外来にかかってきた院外からの電話を、A病院が独自に作成した電話対応記録用紙を用いて記録し、その内容を後方視的に調査した。調査内容は、電話相談者の概要（年齢・関係性）・対応所要時間・対応時間帯・かかりつけの有無・相談内容・電話相談後の来院の有無・入院の有無を含めた転帰である。
【倫理的配慮】個人情報保護に配慮し、当院の臨床研究倫理委員会の承諾を受けた。
【結果】電話相談の総数は74件であり、電話内容は、症状の相談や受診の可否について38件、転院依頼21件、内服について5件、医療機器についての相談2件、次回受診や検査について1件、救急搬送の受け入れ相談1件、その他6件となった。74件のうち転院依頼とその他以外の電話対応を除いた電話対応記録47件を分析した。電話相談の対象者は0-15歳9件(19%)、15-64歳13件(28%)、65-74歳12件(26%）、75-84歳10件(21%)、85歳以上3件(6%)であり、65歳以上は25件（53%）と半数であった。電話をかけた人は、本人21件(45%)、本人以外26件（55%）であり、関係性は配偶者、子、両親が多かった。また、電話相談のうち30件(63%)は A病院かかりつけ患者であった。電話対応時間の中央値は5分、最短2分、最長20分であった。最長時間の内容としては、当院にかかりつけである患者の発熱を主訴とする受診相談の電話で、電話相談者は同居していない家族であり、患者本人は遠方に独居で住んでいた。診療科医師との調整、家族へ折り返しの電話対応を行っていた。
電話の件数が一番多かった時間帯は、休日日中18件(38%)が多く、次いで平日夜間17件(35%)であった。また、電話相談時に看護師が病院受診を提案した35件中、A病院を受診した人は27件（77%）、未来院8件（23%）であり、A病院を受診した27件の来院手段は救急車5件（19%）、電話後に当日受診17件（62%）、後日一般外来受診5件（19%）であった。看護師が救急車の要請を提案した8件中3件（36%）が救急車で来院し、3件(36%)が家族の自家用車で来院、2件（28%）が未来院となった。
病院受診した患者の転帰は、入院8件(28%)、帰宅20件(72%)であった。救急車・自家用車で来院した人の相談内容は、喉のつかえ感、痙攣、行動変容、両下肢脱力、脳卒中症状、胸苦、徐脈であった。転帰が入院となった人の相談内容は、胸苦、術後出血、行動変容、強直性脊椎炎による両下肢脱力、抗癌剤治療中の発熱、腹痛、酸素飽和度の低下であった。
【考察】電話相談の内容は、受診相談や転院依頼、情報提供など多岐にわたることがわかった。また、看護師が受診を提案した約8割が受診に繋がっていたことから、看護師の判断が患者のその後の受診行動に影響があることが明かとなった。電話相談は、高齢者や家族からの相談が多く、間接的な情報をもとに状態を把握する事や、曖昧な訴えの中から重篤な兆候を捉える

©一般社団法人日本救急看護学会

事が救急看護師に求められており、今後は電話トリアージに関する標準化したプロトコールの整備と仕組み作りや教育が必要であると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:10 示説会場(1階 大ホールB)

[P8] 示説8
トリアージ

座長:鈴木　幹子（札幌心臓血管クリニック）、太田　文子（旭川赤十字病院 HCU・救急外来）

[P8-03] 院内トリアージの現状と課題

○五十嵐 弘明[1]、長澤 文也[1] (1. 埼玉医科大学病院　救急センター)
キーワード：JTAS、院内トリアージ、救急外来

【背景】院内トリアージとは、救急外来を受診する患者に対して、経験のある専門の看護師が批判的思考と標準化されたガイドラインを用いて、患者の緊急度ならびに重症度の評価および優先順位づけを行う。また、治療を受けるまで患者が“安全に待つことができる時間”を決めるという大きな役割を担い、患者の安全を保証している。当院では、２０１５年にJTASに準じた院内トリアージが導入となり、トリアージ看護師がトリアージを実施している。JTAS導入から約１０年が経過し、JTASを用いたトリアージは習慣化され業務体制としては確立しつつある。しかし、院内トリアージの実態評価がされていない。そこで、当院の院内トリアージにおける現状と課題を抽出し、トリアージの目的を正確に果たし円滑に行えているのか明らかにする。
【目的】院内トリアージの現状と課題を明らかにする
【方法】研究期間：２０２４年２月１日～２０２５年１月３１日 。研究対象：研究期間中に院内トリアージを実施した看護師のトリアージ記録。 内容：救急外来来院患者数、トリアージ実施率、トリアージ正答率、トリアージ区分総数、アンダー・オーバートリアージ（以下、アンダートリアージ：UT・オーバートリアージ：OTとする）率を調査する後ろ向き研究。
【倫理的配慮】A施設の治験審査委員会へ研究計画書を提出し承認を得た。また個人情報保護法を遵守して実施した。
【結果】院内トリアージ対象となる救急外来受診数は８３３０人。トリアージ実施率は９３．５％（内科系トリアージ実施率：９４.５％、外科系トリアージ実施率：９２.０％、小児科系トリアージ実施率：９３.８％）。トリアージ正答率は６９.８％（内科系トリアージ正答率：７１．６％、外科系トリアージ正答率：７０.２％、小児科系トリアージ正答率：６７.９％）。UT率は１３.１％、OT率は７.６％。トリアージ区分総数は、蘇生：４８件、緊急：４５７件、準緊急：３３５７件、低緊急：２９６６件、非緊急：７６１件であった。
【考察】トリアージ実施率：トリアージ実施率が９３.５％と、未トリアージが６.５％あることが分かった。要因の大多数は、多忙によりトリアージが間に合わず医師の直接診察になってしまうことが考えられる。また、トリアージの入力忘れも要因の一つである。緊急度が高い患者対応の場合、早急に初療室に患者を移動させ初期治療を行うため、トリアージ入力が後回しになることがある。トリアージは、診察・治療の優先順位を決め、緊急度の高い患者を優先的に診察・治療が開始されること、多忙時に患者と医療者の混乱を防ぐことを目的としている。このことから、目的に沿ったトリアージを行えるようトリアージに関わるスタッフへの教育を充実させる必要がある。トリアージ正答率（UT・OT率）：トリアージ正答率は６９.８％と７割を下回った。また、UT率は１３.１％、OT率は７.６％であった。UT発生には、トリアージ看護師の知識不足が一番の要因と考える。UTには重症患者の見落とし防止の目的があり、トリアージ看護師の判断によっては、患者に不利益を被らせてしまう危険性がある。トリアージの精度を向上させ、トリアージの質を担保する必要性がある。今回の研究では、未トリアージ発生・トリアージ正答率低下・UT、OT発生要因の詳細を明らかにすることができなかった。今後、抽出された課題の解決に向け、患者の安全を担保できる院内トリアージの整備が必要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:10 示説会場(1階 大ホールB)

[P8] 示説8
トリアージ

座長:鈴木　幹子（札幌心臓血管クリニック）、太田　文子（旭川赤十字病院 HCU・救急外来）

[P8-04] 看護師による救急外来における救急電話相談トリアージの実態と教育的ニーズ調査（第一報）

○今井 亮[1]、宮崎 博之[2]、船木 淳[3]、大村 正行[4]、平柳 和奈[5]、立野 淳子[6] (1. 文京学院大学、2. 福島県立医科大学附属病院、3. 名古屋市立大学、4. 薬師寺慈恵病院、5. 公立昭和病院、6. 日本赤十字九州国際看護大学)

キーワード：救急電話相談、電話トリアージ、救急外来

【目的】二次・三次救急医療機関の救急外来における看護師による救急電話相談トリアージの実態を明らかにすること。
【方法】研究デザイン：実態調査研究（Web調査）。期間：2024年11月～12月。対象者：二次救急医療機関1203施設および三次救急医療機関301施設の救急外来における救急電話相談トリアージの実態を把握・管理している看護責任者。調査内容：①施設背景、②救急電話相談トリアージ体制、③看護師による救急電話相談トリアージの実態、④救急電話相談トリアージ看護師の育成4項目について、実施状況「いつもできている：４点」～「いつもできていない：１点」を４件法での回答を求めた。⑤救急電話相談トリアージに対する課題４項目について、「とても当てはまる：４点」～「全く当てはまらない：１点」を４件法での回答を求めた。分析方法：統計ソフトSPSS ver. 23を使用して記述統計量を求めた。倫理的配慮：日本救急看護学会研究倫理審査の承認を得た(承認番号20240129)。
【結果】229施設から回答を得た(有効回答15.2%)。救急電話相談トリアージを実施していると回答した施設数は158(68.7%)であった。そのうち救急電話相談トリアージ看護師の基準を設けている施設数は38(24.1%)、救急電話相談トリアージの件数を把握している施設数は33(20.9%)、専従の看護師を配置している施設数は5施設(2.2%)であった。また、救急電話相談トリアージを実施する上でプロトコルやツールを使用している施設数は46(29.1%)、医師からの助言をタイムリーに得ることができる施設数は122(77.2%)、事後検証に医師が参加している施設数は18(11.4%)であった。記録について、回答数が高い順から「専用の記録用紙：48.7%」「診療録(電子カルテ)：45.6%」「メモ程度：20.3%」「クレーム時のみ：13.9%」であった。事後検証について、回答数が高い順から「スタッフ間で話す程度：41.1%」「事後検証していない：38.0%」「気になった事例のみ：33.5%」「記録用紙：7.0%」「録音データ：1.9%」「全件事後検証している：0%」であった。救急電話相談トリアージ看護師の育成について、実施状況の得点が高かったのは「オリエンテーション：55.2%」「OJT (On the Job Training)：51.3%」であった。逆に得点が低かったのは「学習会の開催：18.6%」「机上シミュレーション：17.7%」であった。救急電話相談トリアージに対する課題について、得点が高い順から「マンパワー不足：87.3%」「事後検証しづらい：79.1%」「電話対応した後の転帰がわからない：63.3%」「相談できる医師がいない：36.7%」であった。
【考察】二次・三次救急医療機関の救急外来では、患者や家族等から直接受ける救急に関する電話相談に対して、看護師がプロトコルやツールを使用したり、医師の助言を受けたりしながら重症度や緊急度を判断し、適切な受療行動につなげられるように指導や助言を提供している実態が明らかになった。救急電話相談トリアージを担う看護師の育成はオリエンテーションやOJTが主な内容であったが、自分の経験を客観的に振り返り新たな気付きを得て改善へつなげる教育も重要となっている。特に事後検証については、早急に教育システムを整えていく必要があ

©一般社団法人日本救急看護学会

ることが示唆された。本研究は、救急電話相談トリアージが2024年度日本救急看護学会研究助成を受けて実施した研究の第一報である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:10 示説会場(1階 大ホールB)

[P8] 示説8
トリアージ

座長:鈴木　幹子（札幌心臓血管クリニック）、太田　文子（旭川赤十字病院 HCU・救急外来）

[P8-05] 看護師による救急外来における救急電話相談トリアージの実態と教育的ニーズ調査（第二報）

○宮崎 博之[1]、今井 亮[2]、船木 淳[3]、大村 正行[4]、平柳 和奈[5]、立野 淳子[6] (1. 福島県立医科大学附属病院、2. 文京学院大学、3. 名古屋市立大学、4. 薬師寺慈恵病院、5. 公立昭和病院、6. 日本赤十字九州国際看護大学)

キーワード：救急電話相談、電話トリアージ、救急外来

【目的】本研究の目的は、二次・三次救急医療施設の救急外来における看護師による救急電話相談トリアージの教育的ニーズを明らかにすることである。
【方法】研究デザイン：自記式質問紙による実態調査研究（Web調査）。期間：2024年11月～12月。対象者：二次救急医療機関1203施設および三次救急医療機関301施設の救急外来における救急電話相談トリアージの実態を把握・管理している看護責任者。調査内容：①救急電話相談トリアージを担う看護師に求めるクリニカルラダーレベル、②救急電話相談トリアージに必要とされる知識、③救急電話相談トリアージに必要とされるスキル、④救急電話相談トリアージに関するセミナーの開催方法3項目と内容３項目について、「とても必要である：４点」～「まったく必要ではない：１点」を４件法での回答を求めた。分析方法：記述統計量を求めた。倫理的配慮：日本救急看護学会研究倫理審査の承認を得た(承認番号20240129)。
【結果】229施設から回答を得た(有効回答15.2%)。救急電話相談トリアージ看護師に求めるレベルとして、救急看護師のクリニカルラダーIII以上118 (51.5%)、IV以上106 (29.4%)、II 以上66 (28.8%)の順に多かった。学会主催の救急電話相談トリアージセミナーの開催が必要であると回答した施設が202(88.2%)に及んだ。救急電話相談トリアージに必要とされる知識について、回答数が多い順（複数回答）からトリアージ220 (96.1%)、臨床推論202(88.2%)、救急医療体制167 (72.9%)、看護管理81 (35.4%)であった。また、救急電話相談トリアージに必要とされるスキルについて、回答数が多い順（複数回答）からコミュニケーションスキル224（97.8%)、電話対応スキル217(94.8%)、クレーム対応スキル181 (79.0%)、声の質感から捉える重症感の評価170 (74.2%) 、マネジメントスキル142 (62.0%)であった。救急電話相談トリアージセミナーの開催方法に関して、必要性の得点が高い順からWebオンライン（91.7%）、eラーニング（89.5%）、対面（68.1%）であった。またセミナーの内容について、必要性の得点が高い順から座学（88.6%）、書面での事例展開（87.8%）、実技演習（86.5%）であった。救急電話相談トリアージに関するテキストが必要であると回答した施設は全体の205(89.5%)であった。
【考察】救急電話相談トリアージを担う看護師には、クリニカルラダーIII以上のレベルが求められていることが明らかとなった。これは、救急電話相談が限られた情報の中で迅速かつ的確な判断を必要とする高度な看護実践であることを示しており、一定水準以上の臨床経験や判断力が求められていることを裏付けている。また、救急電話相談トリアージに関するセミナーの開催を「必要である」とする施設が9割近くに達しており、現場では教育体制の強化に対する明確なニーズが存在していることが示された。とくに、Webオンライン形式やeラーニング形式、さらには書面での事例展開など、柔軟かつ多様な学習手段が求められている点は、働き方の多様化や看護師の時間的制約を反映していると考えられる。また、実技演習の必要性を認める回答も8割を超えており、知識習得だけでなく実践的な判断力・対応力の習得が不可欠であると認識されて

©一般社団法人日本救急看護学会

いることが示唆された。本研究は、救急電話相談トリアージ委員会が2024年度日本救急看護学会研究助成を受けて実施した研究の第二報である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P9] 示説9
救急外来看護②

座長:川崎　沙羅（杏林大学医学部付属病院高度救命救急センター）、前田　晃史（千里金蘭大学 看護学部）

[P9-01]
救急外来における社会支援介入スクリーニングシートの活用状況と運用課題の分析
○宮崎 隆寛[1] (1. 鶴岡市立荘内病院)

[P9-02]
二次救急病院における救急搬送された高齢者頭部外傷の特徴と今後の看護介入の検討
○倉持 幸代[1] (1. 横浜新緑総合病院　救急外来)

[P9-03]
高齢者の特性を踏まえた救急外来における新しい看護方法に関する臨床上の課題
○田場 由紀[1]、松永 宏美[2] (1. 沖縄県立看護大学、2. 社会医療法人仁愛会)

[P9-04]
新潟県A医療圏における高齢者救急の実態調査
○八鳥 公男[1]、小島 圭太[1]、阿部 洋一[1]、石田 隼哉[1]、高橋 晴枝[1] (1. 済生会新潟県基幹病院)

[P9-05]
A医療圏における高齢者救急の入院後の実態調査～医療再編により地域を一つの病院として～
○小島 圭太[1]、八鳥 公男[1]、阿部 洋一[1]、石田 隼哉[1]、高橋 晴枝[1] (1. 済生会新潟県央基幹病院 4B(ER/HCU)病棟)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P9] 示説9
救急外来看護②

座長:川崎　沙羅（杏林大学医学部付属病院高度救命救急センター）、前田　晃史（千里金蘭大学 看護学部）

[P9-01] 救急外来における社会支援介入スクリーニングシートの活用状況と運用課題の分析

○宮崎 隆寛[1] (1. 鶴岡市立荘内病院)

キーワード：救急外来、社会支援、スクリーニングシート

【はじめに】高齢患者の救急受診は増加傾向にあり、軽症・中等症で帰宅となるケースも多いが、認知機能の低下や独居などの生活・社会的問題を背景に受診される例も少なくない。こうした背景が見逃されると再受診や予定外の入院に繋がる恐れがあり、救急外来においては医療的対応に加えて、帰宅後の生活を見据えた支援が重要である。当院でも生活への不安が懸念される状態で帰宅される患者の受診が多く見られていたため、患者やその家族だけでは解決できない問題を早急に把握し、地域に繋げていくために、2022年より救急外来における社会支援介入スクリーニングシート（以下、シートとする）の活用を開始した。シート運用開始後の活用状況を分析し、今後の有効な運用に向けた課題について考察したので報告する。
【目的】救急外来におけるシートの活用状況から、今後の運用改善に向けた課題を明らかにする。
【方法】1.研究対象：救急外来看護師24名。2.データ収集期間：2023年4月から2024年12月。3.分析方法：シートの活用経験・認知度・活用方法の理解度・活用しなかった理由について3回のアンケート調査を行い比較分析した。1回目と2回目のアンケート実施後にはフロー掲示・シート内容の再周知を行った。【倫理的配慮】所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【結果】アンケート結果：1回目と2回目（2023年4月・12月）の比較では、活用経験は29% から 67%、シートの認知度は83% から 100%、活用方法の理解度は54% から 100%と、いずれの項目において上昇していた。3回目（2024年12月）の結果では活用経験が75%と上昇し、認知度・理解度は100%と変化がなかった。活用しなかった理由は「該当症例がなかった」が全員の回答であり、「知らなかった」「わからなかった」とする回答は0件であった。
【考察】本研究では、シートの活用においてスクリーニングフローの提示および周知がスタッフの理解度を高め、実際の活用経験向上に寄与したことが明らかとなった。特に、アンケート結果からはスタッフ全員がシートの存在を認知し、その活用方法を理解していたことが確認され、これが現場での活用を促進する大きな要因であったと考えられる。これは、単にツールを導入するだけでなく、それを「いつ、誰が、どのように使うか」という明確な運用フローが周知されることで、実際の行動に結びつくことを示唆している。一方で、活用しなかった理由として「症例に当たらなかった」という回答が全体を占めた点については、表面的には対象患者がいなかったと捉えられるが、スクリーニングの判断には個人差があることから、潜在的な支援ニーズを見逃していた可能性も否定できない。すなわち、スタッフの判断基準やスクリーニングに対する意識や経験の差が、介入機会の逸失につながった可能性があると考えられる。そのため、今後はシートの活用を「特定の症例に当てはまる場合のみ行う選択的介入」から「すべての来院患者に対して行う基本的評価」として位置付け直す必要がある。そのうえで、症例選定基準の明確化とともに、継続的なスタッフ教育が不可欠である。特に、判断のばらつきを最小限に抑えるためには、教育内容の質的評価やフィードバックの仕組みを構築し、現場での実践に直結する支援体制の強化が求められる。以上のことから、社会支援の介入機会を最大化し、

©一般社団法人日本救急看護学会

支援が必要な患者の見逃しを防ぐためには、シートの全患者への適用を原則とした運用体制の整備と、それを支える人的・教育的資源の充実が今後の課題であると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P9] 示説9
救急外来看護②

座長:川崎　沙羅（杏林大学医学部付属病院高度救命救急センター）、前田　晃史（千里金蘭大学 看護学部）

[P9-02] 二次救急病院における救急搬送された高齢者頭部外傷の特徴と今後の看護介入の検討

○倉持 幸代[1] (1. 横浜新緑総合病院　救急外来)

キーワード：頭部外傷、高齢者転倒外傷

【目的】日本外傷データバンク2022によると、我が国の救急診療における外傷患者のおおよそ３人に１人が頭部に何らかの受傷を来して来院していることがわかる。頭部外傷は軽症、中等症、重症の３段階の重症度に分類されるが、特に軽症頭部外傷は頭部外傷の90～95%を占めるとされ、救急診療で日常的に遭遇する疾病といえる。当院でも年間580人程度の頭部外傷の救急患者を受け入れている。そのうち69%が65歳以上の高齢者である。高齢者頭部外傷の特徴を知ることで救急看護師として今後の看護介入について検討する。
【倫理的配慮】院内倫理委員会の承認を得た。収集したデータは個人が特定されないように厳重管理する。
【方法】2022年４月～2023年3月に頭部外傷で救急搬送された65歳以上の患者を対象とした。前期・後期高齢者に分け受傷部位、受傷機転、受傷状況などについて調査、分析した。
【結果】年間582人の頭部外傷で救急搬送された65歳以上の高齢者は403人でその内75歳以上は316人、女性225人（75歳以上は183人）以下カッコ内は75歳以上の人数とする。平均年齢83.2歳。男性178人（133人）平均年齢80.8歳。その内脳外科で入院になったのは42人（30人）、整形入院15人（11人で大腿骨頚部骨折4人）。施設入居者5９人（55人）、自宅320人（234人）、独居33人（25人）。介護保険申請者は76人（70人）。　受傷場所は屋内171人（150人）屋外229人（163人）。さらに詳しく受傷機転を調べた結果は歩行中の転倒113人（96人）室内（施設）は101人（94人）、階段より転落、転倒は４０人（２６人）、トイレに関連した転倒は２５人（２３人）受傷部位として頭部外傷160人（130人）顔面外傷140人（116人）両方負傷した人は15人（12人）頭部、顔面以外も負傷（体幹・四肢）84人（54人）だった。重症頭部外傷2人のうち1人が救急外来で緊急先頭ドレナージ施行。入院になった16人（14人）が抗血栓薬服用中だった。救急外来で社会サービスについて相談を受けたのは1人、MSWの介入は2人。帰宅する患者には頭部外傷後や縫合処置後の注意点について説明しパンフレットを渡している。【考察】頭部外傷の特徴として先行研究同様女性が多かった。　場所に関しては屋外での転倒が室内より上回っていた。これは高齢者でも活動性の高い人が増えていることが考えられる。　受傷部位として顔面外傷、頭部外傷がほぼ同じ結果だった。人間は前のめりに転倒したとき、健康な青年であれば、失神や酩酊状態でもない限り反射的に顔をかばうので、顔面外傷を負うことはまれである。ところが高齢者では反射をはじめ総合的な防衛能力が衰えるため、転倒時の顔面外傷に繋がる。また、後方に転倒した場合も通常では頭を打たないように尻もちをつくか、手をつくが、加齢に伴う身体機能の低下、歩行能力の低下によって頭部外傷に繋がっている。
当院での高齢者転倒の現状を知り、帰宅する頭部外傷患者のケアに繋げたいと考えた。帰宅時に当院作成のパンフレットを渡しているが高齢者がどこまで理解しているかは不明である。高齢者にも理解できるように見直しが必要である。また、高齢者世帯、独居も増えているため、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしができるよう地域包括ケアシステムの連携強化が望まれる。今回MSWの介入が2人だけであった。これは、業務に追われ帰宅後の介護力に不安を持ちながら

©一般社団法人日本救急看護学会

も介入できていなかったと考える。今後は多職種連携、特に情報提供と生活支援が必要である。そのために地域に繋げるツールを検討していく。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P9] 示説9
救急外来看護②

座長:川崎　沙羅（杏林大学医学部付属病院高度救命救急センター）、前田　晃史（千里金蘭大学 看護学部）

[P9-03] 高齢者の特性を踏まえた救急外来における新しい看護方法に関する臨床上の課題

○田場 由紀[1]、松永 宏美[2] (1. 沖縄県立看護大学、2. 社会医療法人仁愛会)

キーワード：救急外来、高齢者

【目的】救急外来看護師は、迅速に医療を必要とする高齢者への対応だけでなく、受診後帰宅し適切な支援につながる必要のある高齢者への対応も期待されている。つまり救急外来では、受診後入院をせずに帰宅する軽症高齢者に対し、新たな看護方法の確立が急務となっている。本報告は、救急外来における高齢者看護の課題について整理し、高齢社会に対応した看護方法について考察する。
【方法】医学中央雑誌web版を使用した文献検討を行った。検索キーワードを「高齢者」「救急外来」「看護」とし、絞り込み条件は2018～2023年の5年間に限定、論文種類は原著論文、チェックタグとして高齢者を選択した結果90件が該当した。検索は2023年7月に行った。90件の抄録を読み込み、分析対象文献は10件となった。論文内容を精査する際、マトリックス方式を用いて4つのトピック（研究の問い、研究目的、検討対象とした救急外来受診者、研究成果の要約）について整理し課題の構造化を試みた。
【結果】1）救急外来における看護師の問題意識は、【主訴に基づき高齢者の重症度を迅速に判断するスキル】があった。これは、発熱や腹痛などの主訴をもつ高齢者の対応について、高齢者が症状を自覚しにくいこと、重症化しやすいこと、生命の危機にさらされやすいことを背景としていた。また、緊急度の高い患者をスクリーニングする問題意識があった。入院加療以外の課題を抱える高齢者に対する問題意識は、【生活課題を抱える高齢者への支援】と【事前意思の尊重】があった。【生活課題を抱える高齢者への支援】は、受診時に看護師が対応困難と感じること，帰宅となるも看護師がなんらかの気がかりを感じていること，受診後帰宅支援を必要とするものが存在すること，時間外の救急外来受診を繰り返していることがあった。【事前意思の尊重】では、積極的な治療を望まない在宅療養をしている終末期患者が救急搬送された際の情報共有の在り方があった。　2）研究対象の選定と結果から問題意識に導かれた課題は４つにまとめられた。【高齢者に対するトリアージ方法の確立をめざす】は，は、すべて高齢者の特徴を理解し重症者を見出そうとする問題意識に基づいていた。【治療以外の看護師の気がかりを支援につなぐために保健福祉と連携を模索する】は，帰宅支援が必要な者として高齢者が多いこと、看護師が対応困難と感じた高齢者は、転帰として施設入所や生活保護の申請などの対応が必要であったことなど、支援の必要性への気づきが支援につながりにくい課題が見出された。【頻回受診を介入の基準とし協働で継続看護に取り組む】は，介護サービス利用者の頻回受診に対し、介護サービス提供者と救急外来看護師とで対応した症例、時間外の頻回受診者である高齢者に調査を行い、頻回受診の理由に患者側の要因と医療側の要因を整理した報告など、救急外来では対処できない課題が見出された。【地域資源とつながり事前意思を支える】は，がんの終末期でありながら救急搬送される高齢者について事前意思を共有することを課題としていた。
【考察】救急外来における高齢者の特性を踏まえた新しい看護方法に関する臨床上の課題として、医療を必要とする高齢者に迅速かつ適切な看護実践を行うだけでなく、救急外来受診後に帰宅する高齢者に対し、救急外来看護師が地域資源とつながり継続看護を具現化することの必要性が示唆されたと考える。救急外来において、受診後に帰宅する高齢者の課題を捉えているのは

©一般社団法人日本救急看護学会

看護師であった。したがって、救急外来看護師が地域資源とつながる継続看護として、多職種による連携のシステムを創造する必要があると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P9] 示説9
救急外来看護②

座長:川崎　沙羅（杏林大学医学部付属病院高度救命救急センター）、前田　晃史（千里金蘭大学 看護学部）

[P9-04] 新潟県A医療圏における高齢者救急の実態調査

○八鳥 公男[1]、小島 圭太[1]、阿部 洋一[1]、石田 隼哉[1]、高橋 晴枝[1] (1. 済生会新潟県基幹病院)
キーワード：高齢者救急、地域連携

【はじめに】二次救急病院であるB病院は、地域の急性期機能の集約化と機能分化・連携を図るためA医療圏内5病院の再編、統合、集約を行い2024年3月に開院した。A医療圏域人口は約21万人で、その内65歳以上の人口が約34%を占める地域である。その集約化された地域で、救急外来受診患者の疾患や転帰を調査し、A医療圏の救急医療の現状と高齢者救急の傾向や地域医療連携の課題の示唆を得ることを目的とした。
【対象及び研究方法】対象は、2024年3月1日から2025年2月28日までの調査期間に当院救急外来受診患者の全数を電子カルテを用いて調査、9205件を対象データとし、EXCEL2023を用いて記述統計を行った。調査項目は患者基礎情報（年齢、性別、主疾患）、来院経路、紹介の有無、救急外来からの転帰（入院、帰宅、転院、死亡）、疾患属性（内因性・外因性、感染性・非感染性、外傷性・非外傷性）とした。また、対象データを65歳未満と65歳以上の年齢区分で調査し、65歳以上をさらに65-74歳、75-84歳、85歳以上で層別化した。なお、B病院の倫理委員会の承認を得て実施した。
【結果】 救急外来受診患者。性別構成：男性53%、年齢中央値73歳。来院経路：救急車等の緊急搬送システムを使用した救急搬送（以下EMS搬送）69%。紹介受診：9%。救急外来受診転帰：入院42%、転院2%で約半数が下り転院。疾患属性調査：内因性疾患が72%で、その内の31%が感染性疾患で、呼吸器感染症が1190人であった。外因性疾患の内、外傷性が82%で、骨折患者が594人で大腿骨骨折が266人があった。年齢層別化調査：受診患者の61%が65歳以上で、85歳以上は23%。入院率は65歳未満が26%に対し、65歳以上は52%、85歳以上では60%。EMS搬送は、65歳未満で54%に対し、65歳以上では78%であり、85歳以上では84%。疾患属性調査で特徴的なのは、65歳以上の呼吸器感染症は882人であり、その内の47%が85歳以上で、入院率は65歳未満が42%に対して65歳以上では74%であった。また、大腿骨骨折患者の92%が65歳以上であり、75-84歳で25%、85歳以上で52%であった。
【考察】A医療圏の救急受診は、高齢者が若年者よりも多く、内因性疾患の感染性、特に呼吸器感染症が多い傾向にあった。また、大腿骨骨折は年齢が高くなるにつれ増加しており受診患者の傾向から、呼吸器感染症や大腿骨骨折は高齢者のよくある疾患で、地域で診ていく疾患となることが示唆された。そのため高齢者救急医療を維持していくためには、高齢者に多い疾患に着目して、重症化する前の早期受診、疾病予防や健康増進教育などの普及・啓発活動がキーワードとなるだろう。また救急外来からの転院の約半数が下り転院であったことは、B病院が開院する前からの行政が主導した、医療再編計画が順調に開始されていることが示唆された。高齢者がさらに増加していく将来において、高齢者救急の疾病等の実態を把握することは周辺病院との役割分担・連携を進めていく情報になると考える。
【結語】集約化されたA医療圏の救急医療において、救急搬送は高齢者が多い実態があった。そのため、本調査は地域住民を含めて高齢者によくある疾患の理解を深めていく重要性が示唆され、周辺病院との役割分担・連携を進めていく情報となった。
【本研究の限界と課題】今回の調査はA医療圏の救急医療の実態を調査したものである。そのた

©一般社団法人日本救急看護学会

め、他地域の状況と異なることが推察される。また、特定疾患領域は見ていないため、高齢者の疾病構造と容易に比較することはできない。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P9] 示説9
救急外来看護②

座長:川崎　沙羅（杏林大学医学部付属病院高度救命救急センター）、前田　晃史（千里金蘭大学 看護学部）

[P9-05] A医療圏における高齢者救急の入院後の実態調査～医療再編により地域を一つの病院として～

○小島 圭太[1]、八鳥 公男[1]、阿部 洋一[1]、石田 隼哉[1]、高橋 晴枝[1] (1. 済生会新潟県央基幹病院4B(ER/HCU)病棟)

キーワード：高齢者救急、医療再編、地域連携

【はじめに】A医療圏は人口約21万人で65歳以上人口が34%の超高齢地域である。B病院は地域の急性期機能集約化と分担・連携を図るため、医療再編により地域救急医療を担う中核病院として整備された。B病院の高齢者救急における入院後の疾病構造と特徴、転帰等の実態を調査し、高齢者救急の現状把握、地域医療連携の課題を検討することを目的とした。
【対象及び研究方法】2024年3月1日から2025年2月28日までの調査期間にＢ病院救急外来を受診した全数のうち、入院となった3886人を対象データとした。電子カルテを用いて調査しExcel 2023にて記述統計を行った。調査項目は患者基礎情報（年齢、性別、主疾患）、入院後の転帰（退院、転院、死亡）、入院期間、疾患属性（内因性・外因性、感染性・非感染性、外傷性・非外傷性）、主疾患別（呼吸器感染、心不全、大腿骨骨折）とした。年齢では65歳未満と65歳以上に区分し、65歳以上を65-74歳、75-84歳、85歳以上と層別化した。
【倫理的配慮】B病院倫理委員会の承認を得た。
【結果】入院患者のうち65歳以上が75%で、うち45%を85歳以上で占めた。入院期間（中央値）は65歳未満6日、65歳以上15日、85歳以上16日であった。疾患属性は65歳未満76%、65歳以上79%、85歳以上78%が内因性で、65歳未満39%、65歳以上48%、85歳以上52%が感染性であった。主疾患別は65歳未満45%、65歳以上59%、85歳以上63%が呼吸器感染症であった。非感染性のうち65歳未満4%、65歳以上20%、85歳以上28%が心不全であった。外因性では65歳未満71%、65歳以上91%、85歳以上93%が外傷性であり、65歳以上43%、85歳以上53%が大腿骨骨折であった。呼吸器感染症・心不全・大腿骨骨折（以下3分類）のいずれかでの入院が65歳未満17%、65歳以上39%、85歳以上47%であった。転帰は65歳未満の退院89%、転院8%、65歳以上の退院55%、転院32%、85歳以上の退院42%、転院42%であった。年齢層別主疾患における転院転帰に着目すると、呼吸器感染症は65歳以上37%、85歳以上44%、大腿骨骨折は65歳以上60%、85歳以上68%、心不全は65歳以上18%、85歳以上25%であった。
【考察】高齢者は疾病の罹患や怪我により生命予後やADLが低下するという特徴がある。入院患者の75%が65歳以上の高齢者で、高齢になるにつれ入院期間が延長していた。年齢と共に退院が減少し転院が増加するという実態もあり、高齢世帯や核家族化等の社会的な背景も影響している可能性がある。増加する高齢者救急医療の中、転院による地域連携を進めることは医療再編下での救急医療体制の持続可能性を推進する仕組みにつながると期待されている。地域医療の機能分担・連携として入退院連携の推進と共に、救急医療における認知症ケア、在宅や施設介護の理解、介護施設や地域との連携、疾患以外の生活背景にも着目することが高齢者救急医療には求められていることが示唆された。
【結語】高齢者は主疾患別3分類での入院が多い傾向があった。また高齢になるにつれ転院増加の実態があった。転院による地域連携を進めるためには、日常的な連携関係の推進、患者情報の共有、転院に関する協議などでより密な連携を図っていくことが課題と考える。
【本研究の限界と課題】今回の調査はＡ医療圏内での高齢者救急の実態を調査したものであ

©一般社団法人日本救急看護学会

る。高齢化率や地域医療の状況などでは他地域と異なることが推測される。また疾患分類の詳細化や個人特性は検討されていない。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P10] 示説10
看護教育②

座長:五十嵐　佳奈（京都第一赤十字病院 救命救急センターICU）、石崎　清華（東海大学医学部附属病院 救命救急センター）

[P10-01]
地方病院での災害医療に関する教育プログラムの有用性と今後の課題‐地域による受講者の特性を踏まえて‐

○佐々木 祐輔[1]、佐藤 力平[1]、福井 絢佳[1]、藤内 喬[1] (1. JA北海道厚生連　帯広厚生病院)

[P10-02]
災害未経験地域における看護師の不安と教育的支援の課題

○加藤 清美[1]、鈴木 英子[1] (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院)

[P10-03]
A病院救急救命センターにおける災害教育システム構築への取り組み
～赤エリアの立ち上げまで～

○與儀 梓[1]、上原 均[1] (1. 沖縄県立南部医療センター)

[P10-04]
二次救急医療機関において体外循環式心肺蘇生への取り組み　～管球下での機械的心肺蘇生の有用性について～

○迫田 瑛菜[1]、佐藤 柚月[1] (1. 耳原総合病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P10] 示説10
看護教育②

座長:五十嵐　佳奈（京都第一赤十字病院 救命救急センターICU）、石崎　清華（東海大学医学部附属病院 救命救急センター）

[P10-01] 地方病院での災害医療に関する教育プログラムの有用性と今後の課題 - 地域による受講者の特性を踏まえて -

○佐々木 祐輔[1]、佐藤 力平[1]、福井 絢佳[1]、藤内 喬[1] (1. JA北海道厚生連　帯広厚生病院)

キーワード：教育プログラム、災害対応、成人教育、地域性

【目的】A病院は災害拠点病院として指定されているが、災害に精通した職員はDMAT隊員や災害支援ナースなどの教育を受けた者に限られている。令和2年の活動内容調査では、部署毎のマニュアル整備や災害教育体制は限定的であることが分かった。そこで、災害発生時の的確な対応のみならず平時からの防災・減災活動を担う人材育成を目的に、座学・実訓練・自部署での活動を組み合わせた「院内災害対応部署リーダー養成研修」を開催した。研修の有用性と課題の現状を分析し、外部研修の機会が限られた地域における適切な教育のあり方を検討した。
【方法】研究デザイン：記述的相関研究、対象：4回構成の教育プログラムを受講した32名、期間：令和6年7月～令和7年5月、調査方法：対象者の特性と研修に関する自記式アンケートを用いた調査と、DMAT研修の内容に則した災害医療の基本コンセプトを参考にしたテスト（10点満点で評価）を実施。データ分析方法：得点の分布や属性は記述統計で整理した。「研修の有効感」や「実践の自信」と得点との関連は推計統計をSPSSにて進めた（有意水準α＝.05）。
【倫理的配慮】A病院倫理審査委員会の承認を得て実施している。
【結果】対象者は看護師22名、医療技術職6名、医療支援職2名、事務員2名。職務経験年数は4年目から34年目で平均15.6年。役職あり22名、役職なし10名であった。テストの平均点は9.1で、研修について6割以上が「有効」残りは「やや有効」と回答した。役割発揮に「自信がある」65.6%（平均点9.1）「ない」34.4%（平均点8.73）で、最多理由は「経験がない」であった。研修が「有効」と回答した者は「やや有効」に比べ、2割多く役割発揮に「自信がある」と回答した。院外研修を経験した13名の負担は「開催地が遠い」９名、「移動、宿泊費」8名、「時間の確保」７名、「受講料」5名、オンライン研修を経験した13名の負担は「時間の確保」７名、「受講料」５名、「ネット環境の確保」２名、「勤務調整」２名であった。過去に災害研修受講歴がない25名の理由として「情報不足」15名、「時間の確保」４名、「受講料」３名、「開催地が遠い」３名であった。研修の有効感と自信の有無との関連についてスピアマンの順位相関係数を実施（相関係数＝.209、ｐ=.258）。得点と自信の有無の関連についてマンホイットニーのＵ検定を実施。両方でp＞.05となり、有意な差は見られなかった。
【考察】テストの正答率や主観的な有効感、自信の有無との関連した数値から研修の有用性が推測できたが、対象者が少なく主観評価により群間が小さいことで、検定に有意な差が認められなかった可能性がある。一方で、成人教育の原則に基づき経験学習を経て、実務に関する内容を反映したことが、有効感や自信につながったと捉える。院外研修やオンライン研修の負担からは、都心部から離れた地域性が研修参加を困難にしていることが読み取れる。研修に関する情報取得が困難であることや、地理的特徴による研修受講の課題に対し、教育システムの構築が必要であるとする先行研究を踏まえ、Ａ病院の地域性に適した研修であると考える。
【結論】本研究では得られたデータの分析から有意な関連性を見出せなかったが、成人教育を基に構築した教育プログラムにより主観的な有効感が得られ、地域性を踏まえた研修内容であ

©一般社団法人日本救急看護学会

ることが確認できた。研修を継続して繰り返し分析し、研修内容をブラッシュアップしていくことで、研修の有用性を高めていくことに期待できる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P10] 示説10
看護教育②

座長:五十嵐　佳奈（京都第一赤十字病院 救命救急センターICU）、石崎　清華（東海大学医学部附属病院 救命救急センター）

[P10-02] 災害未経験地域における看護師の不安と教育的支援の課題

○加藤 清美[1]、鈴木 英子[1] (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院)

キーワード：災害看護、看護師教育、不安

【目的】当院は災害拠点病院として3次救急医療を担っており、BCPを策定し災害対策を講じている。看護部でも委員会を中心に体制整備や初動に関する教育活動を毎年実施している。しかし、前年度のアンケート結果からは、防災意識の向上は見られたものの、実際の知識習得や行動には至っていない実態が明らかとなった。内閣府も国民の災害に対する関心は高いながら，現実には高い関心が実際の行動に必ずしも結びついていない状況があり，防災対策の実効性の課題を指摘しており、当院でも同様のことがいえる。また、当院が位置する地域は災害未経験地域であり、災害の具体的なイメージを持ちにくいという課題もある。そこで、本研究では看護師の災害時行動に対する不安に焦点を当て、教育活動の効果評価と課題を明らかにすることを目的にアンケート調査を実施した。
【方法】全看護師を対象に、Web形式の無記名アンケートを実施した。質問項目は、属性として職位、災害研修受講歴、災害に関する役割・資格の有無を質問した。不安に対しては災害発生時の15項目の行動に対する不安の有無で構成した。分析にはSPSS Ver.26を用い、χ二乗検定を実施した。本研究は個人が特定されないよう配慮し、看護部倫理審査委員会の承認を得て実施した。
【結果】回答率は81%で、99%の看護師が年1回以上の動画学習を行っていた。机上シミュレーションへの参加率は63%であった。能動的な院外災害研修受講者（11%）、リンクナースやＤＭＡＴといった災害役割保有者（17%）、どちらも未経験者（72%）の3群間比較では、15項目中10項目において、未経験者の不安が有意に高かった。特に不安の高い項目は「情報収集」や「書類や看護ケアなどの業務関連」であり、「自身の安全確保」や「勤務形態」など私的項目に関しての有意差はなかった。いずれの群も、9割以上の看護師が「災害訓練が不安軽減に繋がる」と回答した。
【考察】「自身の安全確保」や「参集」に関する項目は動画聴講を通じ繰り返し教育されており、グループ間で有意差はなかった。一方で、机上シミュレーションのみで扱われた項目に関しては、不安を抱く看護師が多かった。これは参加率の低さや年1回という経験の少なさが影響していると考えられる。能動的な学習行動や役割意識のない看護師に不安と回答したスタッフが多かったことからも、災害時の行動に対する不安は、知識や役割意識の欠如が想像力を低下させ、漠然とした不安感に繋がっている可能性がある。リアリティのある体験学習を継続的に提供することで、具体的な行動のイメージが形成され、不安軽減に繋がると考えられる。また、家族の安否確認や勤務体制といった私的要素への不安は全グループ共通で高く、体制整備や情報提供の強化が求められる。災害経験のない地域だからこそ、より能動的に学習機会を提供し、備える姿勢が重要である。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P10] 示説10
看護教育②

座長:五十嵐　佳奈（京都第一赤十字病院 救命救急センターICU）、石崎　清華（東海大学医学部附属病院 救命救急センター）

[P10-03] A病院救急救命センターにおける災害教育システム構築への取り組み～赤エリアの立ち上げまで～

○與儀 梓[1]、上原 均[1] (1. 沖縄県立南部医療センター)

キーワード：災害看護・災害訓練、CSCATTT、教育システム

【目的】
当院は災害拠点病院であり、有事の際には多数の傷病者を受け入れながら診療を維持し、病院として機能していくことが求められる。しかし現状として災害訓練は不定期であり日頃の備品整備や災害時の体制作りなどの認識が薄い状況であった。災害時の赤エリを担う救命救急センター（以下EC）として災害医療強化を図るために訓練や教育を断続的に行えるシステム構築する必要があると考えた。CSCATTTを念頭においた「赤エリアの立ち上げができる」ことを目標に介入を行い、災害教育システムの構築を図る。
【方法】
対象：当院におけるラダー看護師III以上の看護師34名
データの収集期間：令和6年7月～9月
研究デザイン：実践報告型研究統計学的処理にはwillcoxon符号付順位検定　優位水準はｐ＜0.05
自由回答のデータは類似している内容についてまとめる
4.　介入
1)評価表の作成赤エリアの立ち上げ実施にあたり知識や技術などを理解度を把握するために新たに評価表を作成し、介入前後で評価・集計し統計学的検定を用いて検討する。
2)CSCATTTのスライド講義
3)クロノロジーの記載訓練
4)赤エリアを立ち上げる際に必要なチェックリスト・組織図のフォーム・災害カートの作成
5）災害を想定した机上訓練を行い、現状分析を実施
6)トリアージタグ講義・記入訓練7)3日間連続の実動訓練を2か月間実施
・訓練後に参加者やファシリテーターの両側面から振り返りや反省を自由記載にて記入しタイムリーに集計。
7)動画作成
【倫理的配慮】本研究は所属する施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した
【結果】勉強会や講義を企画し、机上訓練の後、実動訓練へ臨んだ。実動訓練参加率88%。介入前後での評価表の自己評価は前後比較で平均値が15点増加した。willcoxon検定を用い、対応している2群の順位平均値（中央値）よりp値を求め、p<0.004と有意差を認めた。また、対象者をEC在籍年数5年未満とそれ以上で比較すると介入前では11点差があったが、介入後では4点差と縮小した。介入で見えてきた課題を基にアクションカード・チェックリスト・フロアマップ等の追加修正を行った。
【考察】評価表を用いて行った調査では介入前後で変化があり、統計学的にも介入による有意差があったことが明確になった。また、短期間で在籍年数比較での変化がありこれは実際に行った介入に効果があったと考えらる。SWOTクロス分析から抽出された戦略より『災害時における

©一般社団法人日本救急看護学会

初期対応ができる』という課題を新たにECリーダー育成のための教育マニュアルへ追加し、今回作成した評価表を評価ツールとして用いることで、継続した災害教育システムの構築へ繋がると考える。実動訓練での課題は各個人のものが多かったのに対し、訓練を繰り返し行う中でチームの連携に関するものや、アクションカードや物品の修正・提案など、より実践的・具体的な内容に変化していることから、訓練を繰り返しリフレクションすることで看護実践能力が向上したと考えられ、これらの取り組みを継続することで災害時により質の高い看護が提供できると考える。また今回、大規模災害を想定した多数傷病者の受け入れやトリアージ訓練、救護訓練、治療・搬送などには至れず課題が残った。しかし「CSCA」の医療管理体制の確立は医療支援項目「TTT」より優先されるため、当初の目標設定には妥当性があり、今後もこれらの取り組みを続け、災害医療・看護の教育システムとして定着していかなければと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（示説）｜示説

2025年11月8日(土) 15:40 ~ 16:20 示説会場(1階 大ホールB)

[P10] 示説10
看護教育②

座長:五十嵐　佳奈（京都第一赤十字病院 救命救急センターICU）、石崎　清華（東海大学医学部附属病院 救命救急センター）

[P10-04] 二次救急医療機関において体外循環式心肺蘇生への取り組み　～管球下での機械的心肺蘇生の有用性について～

○迫田 瑛菜[1]、佐藤 柚月[1] (1. 耳原総合病院)

キーワード：ECPR、LUCAS®３心臓マッサージシステム、シミュレーション

【はじめに】 当院は二次救急医療機関である。現在、ERの医師体制は救急専門医が不在のため、内科医が中心となって対応している。堺市医療圏では、病院前救護プロトコルに基づき、除細動を２回実施してもVFが持続する場合、難治性VFと判断し直ちに直近の体外循環式心肺蘇生（以下ECPRとする）対応機関への搬送が推奨されている。また当院におけるECPR適応基準は①バイスタンダーあり②初期波形VF・無脈性VT③75歳以下の3項目を満たすことである。ECPRにおける時間短縮と質の向上を目的として、2014年よりER・循環器内科・他職種が連携し、年１回のECPR学習会およびシミュレーション訓練を継続して実施している。2024年度のECPR実施件数は14件であり、生存退院率は35.７％、社会復帰率は7.1％であった。 今回シミュレーションを行うにあたり、心臓カテーテル検査室での胸骨圧迫の質が救急初療室での手技と比較して低下する可能性があることに着目し、機械的心肺蘇生装置であるLUCAS®３心臓マッサージシステム（以下LUCASとする）の有用性について検討を行った。管球下における良質なCPRの確保について報告する。
【目的】 管球下での胸骨圧迫の質を担保する。
【方法】 シミュレーターを用いて、管球を設置していない通常時と、管球下での状況を想定した用手的胸骨圧迫における質の比較を行った。 本研究には17名の医療スタッフが参加し、それぞれの参加者が2つの異なる状況下（①通常時、②管球下）で1分間の胸骨圧迫を実施した。 胸骨圧迫の質は、「圧迫の深さ」「胸郭のリコイル」「テンポ（回数/分）」の3項目について数値化し、比較評価を行った。
【倫理的配慮】 発表にあたり院内情報の保護に配慮する。
【結果】通常時における胸骨圧迫の平均深さは５.５cmと良好であるのに対し、管球下では２.８cmと有意に低値であり、胸骨圧迫の質が著しく低下していることが明らかとなった。このような状況下で良質な胸骨圧迫を維持する手段の一つとしてLUCASの使用が考えられる。安定した圧迫の質が確保されるだけでなく、CPRに関わる人員を削減できる利点もあるため、有用性は高いと考えられる。一方でLUCAS使用時の合併症として肋骨・内臓損傷、気胸、皮膚の圧迫障害などが報告されている。また管球を動かす際に用手的胸骨圧迫時に比べ透視範囲が限定され、治療の妨げとなる可能性もある。しかしながら、用手的胸骨圧迫は管球下での胸骨圧迫の質が著しく低下することが示されており、良質なCPRの確保という観点からはLUCASを適切に使用する方が有用だと分かった。
【考察】 管球下での用手的胸骨圧迫はプロテクターの着用や清潔野の確保などの条件がさらに追加されるため、データ数値以上にCPRの質が低下する可能性がある。神経学的予後良好の改善を目指すECPR症例においては、胸骨圧迫の質の確保が救命率と直結する重要な因子である。LUCASを使用し胸骨圧迫の質を担保することが極めて有用であると明らかになった。今後も継続したシミュレーションと訓練を通じて、チーム全体としてのECPR実施体制のさらなる質向上が求められる。

©一般社団法人日本救急看護学会

結果　管球下と通常の比較

	平均			中央値	
	管球下	通常		管球下	通常
深さ(cm)	**3**	**5.2**		**2.8**	**5.5**
深さ(%)	**9**	**69**		**0**	**91**
ﾘｺｲﾙ(%)	96	82		99	99
ﾃﾝﾎﾟ（%）	56	80		86	95
回数（/分）	115	112		117	113

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP4] デジタルポスター4
救急外来看護

座長:石ヶ森 重之(日本医科大学多摩永山病院)

10:50 ~ 10:59

[DP4-01]

当院初療室での神経蘇生に関する現状と課題ー開頭術前の初期治療に関する看護・看護体制の課題ー

○吉野 暁子[1]、大塚 翔太[1]、木村 慶吾[1]、栗田 浩樹[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

10:59 ~ 11:08

[DP4-02]

初療のリーダー確立を目指して
ー業務整理前後のアンケート調査からー

○馬原 恵美[1] (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院)

11:08 ~ 11:17

[DP4-03]

二次救急における早期発症の脳卒中疑い患者の対応
～時間短縮を目的としたフローチャートの導入～

○加藤 愛一郎[1]、大須賀 太輔[1]、渡邉 恵子[1] (1. 竹田綜合病院救急室)

11:17 ~ 11:26

[DP4-04]

「疼痛を見える化する」疼痛評価スコアを使ったER看護師の意識改革

○髙木 美紀[1]、寒川 舞[1] (1. 市立　大津市民病院)

11:26 ~ 11:35

[DP4-05]

演題取下げ

11:35 ~ 11:44

[DP4-06]

救急外来で自己来院患者に対しての自己記入式問診票を使用した効果

○石川 麻由[1]、南 真吾[1]、森 まどか[1] (1. 社会医療法人神鋼記念会　神鋼記念病院)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP4] デジタルポスター4
救急外来看護

座長:石ヶ森 重之(日本医科大学多摩永山病院)

10:50 ~ 10:59

[DP4-01] 当院初療室での神経蘇生に関する現状と課題－開頭術前の初期治療に関する看護・看護体制の課題－

○吉野 暁子[1]、大塚 翔太[1]、木村 慶吾[1]、栗田 浩樹[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

キーワード：初療室、神経蘇生、開頭術前の初期治療、看護

【はじめに】昨今、神経蘇生において重要なことは、脳内出血や頭部外傷などをはじめとするいわゆる一次性脳損傷の、その後に合併しうる二次性脳損傷をいかに最小限にするか、という点である。当院、救命救急センター外来（以後初療室）でも急性硬膜下血種に対する開頭術前の初期治療として段階的減圧目的で穿頭術や極小開頭・血腫洗浄除去療法（Hematoma irrigation with trephination therapy、以後HITT）に対応してきた。しかし、当院は３次救急医療施設であり、様々な疾病・外傷により外科的治療を必要とする患者が同時に搬入となる場合もめずらしくなく、手術室入室に待機を余儀なくされる脳卒中患者へも、その必要性が高まってきた。そこで、HITT以外の対応の現状と課題を明らかにしたので報告する。
【目的】脳卒中患者に対する開頭術前の初期治療への対応（看護・看護体制）と課題を明らかにする
【方法】研究対象期間：2024年４月～2025年3月
データ収集方法：電子カルテから診療記録、看護記録を後ろ向きに調査。調査項目は、患者属性、発症機転、血液検査、画像検査、確定診断、術式、所要時間、器械だし担当の職種、外周り担当の職種、実施された看護（診療の補助行為、体位管理、循環管理、呼吸管理等）転帰、を抽出し考察をした。
【倫理的配慮】本研究は当院IRBにおいて承認を得た。また、個人が特定されないよう記載内容に関して配慮した。
【結果】HITT以外の開頭術前初期治療は、脳内出血による脳室内穿破および急性水頭症に対する脳室ドレナージ術、全6件であった。実施された看護は、造影CT撮像までの時間短縮目的の腎機能に対応した血ガス分析検査、頭位挙上、気道確保をはじめとした適切な酸素化ならびに換気能のモニタリングと管理、降圧管理であり、課題として抽出された主な内容は脳室ドレナージの人員調整、準備、器械だし、であった。
【考察】脳内出血による脳室内穿破および急性水頭症への早期減圧は、切迫脳ヘルニアに最重要課題と言える。局所麻酔下に実施される脳室ドレナージはHITTに並んで開頭術前の初期治療としてニーズの高いものである。また、脳室ドレナージの準備および器械だしは、HITTを理解している看護スタッフに応用が利く。今後の初療室での教育プログラムに　脳室ドレナージへの対応も検討する必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP4] デジタルポスター4
救急外来看護

座長:石ヶ森 重之(日本医科大学多摩永山病院)

10:59 ~ 11:08

[DP4-02] 初療のリーダー確立を目指して
ー業務整理前後のアンケート調査からー

○馬原 恵美[1] (1. 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院)

キーワード：リーダーの役割、業務整理、テキストマイニング

【はじめに】当院における初療看護師は、初療室、救急外来（以下救外）、血管造影室に配置されている。初療リーダーは、当院看護部が提示しているリーダーの役割に準じ、患者を受け持ちながらスタッフの教育・安全管理・状況把握も含めサポートしている。しかし、リーダーの抱える業務量が多く、リーダーとしての役割が発揮できていないのではないかと考え、今回業務整理を行いリーダー業務に専念できる環境を整える必要があると考えた。
【方法】
１、リーダー業務の洗い出し
２、管理者とともに
　1) 初療患者、救外患者の感染症結果の報告方法について。
　2) 救外リーダー業務整理を行った。
３、リーダーを実施している者に対して、看護部の提示しているリーダーの役割について精読を依頼。
４、業務整理した１か月後に
　1) リーダーの役割について精読後の変化について
　2) 業務整理後の変化について
　3) 自由記載の内容のアンケートを実施
５、業務整理4か月後に
　1) 業務の明文化で変化したことについて
　2) 自由記載のアンケートを実施
６．分析方法は、テキストマイニングを用いておこなった。
【倫理的配慮】本研究は、ヘルシンキ宣言に基づく倫理的原則および調査研究に関する倫理指針に従い、本計画書を遵守し本研究は自由意志の参加とし、参加しない場合も不利益を受けないことを文章で説明。質問紙は無記名で個人が特定できないように配慮し、回答により研究参加の同意とした。
【対象者】当院に勤務する初療リーダー11名
【調査期間】2024年10月1日～2025年3月31日
【結果】当院の初療リーダーの見直しに対して、リーダーの役割を精読し変化があったかに対して、変化を感じなかったものは60%であった。「リーダー業務について再確認ができた」などの意見があった。業務整理後、ワードクラウドでは「受け持ち」が中心に位置し、その周りに「業務内容」「リーダー」「担える」「負担軽減」が表示されている。共起ネットワークは「電話」「負担軽減」「積極的」「陽性」「コロナ」「分ける」となっている。明文化のワードクラウドでは「明文化」「グレーゾーン」「リーダー業務」「抱え込む」が大きく表示され、その周りに「事務」「しやすい」「受け持ち」「動きやすい」「分かりやすい」が表示されている。共起ネットワークは「しやすい」「事務」「抱え込む」「仕事」「少ない」などが

©一般社団法人日本救急看護学会

あった。ポジネガからは、１回目自由記載ポジティブ0.1%、ネガティブ66.6%、中立33.3%。2回目自由記載ポジティブ33.3%、ネガティブ33.3%、中立33.3%であった。
【考察】リーダーの役割の精読は変化を過半数が感じていなかったものの再確認できたなどの前向きな意見もあったため、定期的なリーダーの役割の精読は今後も必要だと考える。業務整理後のワードクラウドから受け持ちが大きなポイントであるが、リーダーの受け持ちについては今後も課題とし考慮していかなければならない。共起キーワードからは、事務への業務依頼が良い印象に繋がっていることが理解できる。業務の明文化からは、業務が明確となり業務依頼しやすく、円滑な業務に繋がっていることが推察できる。ポジネガでは、自由記載の変化が著しい。要因として、介入後1か月では業務整理の移行期であり業務整理の変化を感じることができなかったと考える。自由記載から、リーダー業務はまだ多いと考えられており、今後は全スタッフを対象とし、多角的視点で業務整理を行い、更なるリーダーの確立を目指していかなければならない。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP4] デジタルポスター4
救急外来看護

座長:石ヶ森 重之(日本医科大学多摩永山病院)

11:08 ~ 11:17

[DP4-03] 二次救急における早期発症の脳卒中疑い患者の対応
～時間短縮を目的としたフローチャートの導入～

○加藤 愛一郎[1]、大須賀 太輔[1]、渡邉 恵子[1] (1. 竹田綜合病院救急室)

キーワード：二次救急、早期発症、脳卒中疑い、血栓回収術、フローチャート

【目的】A病院は二次救急で、年間約7000台の救急搬送を受け入れ約50000人の患者が受診する。急性期の脳梗塞に対し発症から6時間以内の再灌流を目標としているが、来院から血栓回収術のための血管造影室入室までに平均111分を要していた。その背景に医師の診療体制が当番制であること、看護師の勤務形態が日中夜間で異なることがある。いつでも統一した対応が短時間でできることを目的とした早期発症脳卒中患者対応のフローチャート（以下、フローと略す）を作成し活用することでその有効性を明らかにする。

【方法】

1.期間

　2024年１月から2024年8月まで

2.対象者

　最終健全時間から6時間以内かつ重度の麻痺・失語・眼球共同偏視のある早期発症脳卒中疑いの患者3名。

　3.データ収集方法

　A病院の2021年5月～2023年7月までのデータ43名を用いて、フロー使用前の病着～血管造影室入室までの時間を算出した。脳卒中ガイドラインを基に、来院から再灌流まで90分以内を目標とし、更に段階毎の目標時間を設定し、入室までの流れを示したフローを脳外科医と作成し活用した。同時に救急室の状況やスタッフ数、医師・他部署との連携、患者家族との関わりを記載する情報収集用紙を用いデータ収集し、フロー使用後の来院～血管造影室入室までの時間を算出した。

4.データ分析方法

　早期発症脳卒中疑い患者の来院～検査・治療までの時間を集計したデータを、フロー使用前後で比較した。集計したデータと情報収集用紙を用いて要因や背景について分析した。

5.倫理的配慮

　対象者又はその家族へ今回の取り組みの目的・方法をて説明し参加は自由意思である事、途中で中止しても不利益はない事、個人が特定されないようにする事、結果を公表する事について文書を用いて説明し同意を得た。

【結果】

対象者は3名で、男性1名、女性2名、平均年齢86歳。

1.A氏　80代　女性

　202X年y月14日2時頃、発症し救急要請。来院は7時10分。ペースメーカーがありMRI検査せず血栓回収となった。来院後、血管造影室入室までの時間は55分。初期対応は脳神経内科医師、救急室経験7年目の看護師で患者の情報からアセスメントし、来院前から先を見越して準備していた。

2.B氏　60代　男性

©一般社団法人日本救急看護学会

202X年y月16日16時頃、発症し救急要請。来院は16時50分。独居であり家族関係が希薄で連絡がとれず正確な情報を得るのが困難だった。脳外科医が治療を優先すべきと判断し血栓回収となった。来院後、血管造影室入室までの時間は70分。初期対応は専門外の医師、救急室経験8ヶ月の看護師だった。

3.C氏　90代　女性

202X年y月25日12時30分頃、発症し救急要請。来院は13時30分。診断までは遅延することはなかったが家族へ「高齢であるが元々ADLは自立されていた。リスクはあるが血栓を取る治療を勧める。」旨の病状説明に家族の迷いがあり治療を決断するまで15分～20分要し待機時間が生じた。来院後、血管造影室入室までの時間は70分。初期対応は専門外の医師、救急室経験2年目の看護師だった。

【考察】今回、フロー使用前の平均111分に対して平均65分での対応ができた。A氏はMRI検査を撮らなかった背景があるが、専門医や経験年数のある看護師が先を予測し対応したことで短時間に入室することができた。B氏・C氏の初期対応は専門外の医師と経験年数の浅い看護師であり、家族対応に時間を要した背景があったが、フローを活用することで専門医や他部門に積極的に働きかけ、迷わず動くことができ時間短縮に繋げられたと考える。以上のことからフローは有効だったと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP4] デジタルポスター4
救急外来看護

座長:石ヶ森 重之(日本医科大学多摩永山病院)

11:17 ~ 11:26

[DP4-04] 「疼痛を見える化する」疼痛評価スコアを使ったER看護師の意識改革

○髙木 美紀[1]、寒川 舞[1] (1. 市立　大津市民病院)
キーワード：疼痛コントロール、看護記録、意識改革

Ⅰ　はじめにERを受診する患者は、多くが疼痛を伴っている。疼痛は患者の苦痛を増大させるだけでなく、その回復を遅らせる事から体温・脈拍・呼吸・血圧に次ぐ「第5のバイタルサイン」として評価とコントロールが不可欠であるとされている。しかし、A病院のERでは、トリアージ時に疼痛の評価は行っているが、その後の疼痛の変化に対する評価や、ER記録には疼痛に関する記載の取り決めがなかった。そのため、実際に疼痛に対して看護介入がされていても記録に反映されていない可能性がある。さらには十分な評価がなされておらず、患者の疼痛に対して、適切な看護介入や医療介入に繋げられていない状況が生じている可能性も考えられた。それらの現状把握と問題の明確化のため、アンケートを実施した。その結果、看護師の疼痛コントロールに対する意識が低い事、それぞれのアプローチで疼痛評価を行っている事が分かった。そこで、疼痛の評価スコア導入した結果、ERにおける患者の疼痛評価とER看護師の意識改革に変容がみられた為、報告する

Ⅱ　方法研究デザイン：質的デザイン
研究期間：2025年6月～2025年10月
研究方法：ER看護師30名にアンケート調査を実施

Ⅲ　倫理的配慮本研究の参加者に研究目的、方法、参加は自由意志で拒否による不利益はないこと、及び、個人情報の保護について書面で説明を行いアンケートの回答送信をもって同意を得る。また、アンケートの回答を提出しないことで同意撤回とした。
Ⅳ　結果ER看護師30名に対してアンケート調査を行った。その結果、1）【疼痛はバイタルサインと同じく重要な指標であると考えている】2）【ERにおいて疼痛評価を定期的に行う事は重要であると思う】3）【疼痛スケール（NRSなど）を用いる事に必要性を感じる】の各質問に対して、68%のスタッフが必要性や重要であると考えている事がわかった。しかし、4）【疼痛スケールの使い方について十分な知識がある】の質問では、94%のスタッフが不十分であると答えた。8）【疼痛の評価結果を定期的に再評価している】では、82%のスタッフが再評価できていなかった。9）【疼痛評価結果を記録に適切に反映出来ている】では、94%のスタッフが記録に反映できていない事がわかった。
Ⅴ　考察アンケート調査の結果からもわかるように疼痛評価が重要であり疼痛をスケール使用しての評価が必要であると事がわかった。しかし、ERの看護師の間で疼痛評価スケールや疼痛の記録方法のばらつきが見られた。その為、同じ疼痛評価スケールや記録を用いた疼痛評価と記録の標準化を行った。またER看護記録に疼痛評価スケールのNRSを用いて、患者の主体的な疼痛を「見える化」できた事で客観的な評価が行えるようになり個々の看護師の知識や経験で左右されることなく一定の基準で情報収集行えるようになった。スケールを統一したと同時に評価するタイミングをトリアージ時とER診察終了時と定めた事で、ERでの看護介入や医療介入の再評価が行えるようになった。さらに記録に残せるように記録用紙の改訂を行った事で、ER

©一般社団法人日本救急看護学会

看護師間だけでなくその後の入院時の申し送りで病棟看護師にも情報の共有できたのではないかと考えられる。このように疼痛の評価の「見える化」と記録の標準化がER看護師の疼痛コントロールに対する意識改革に繋がったと考えられる。

VI　まとめ疼痛評価スケールや記録の標準化を行った事で、ER看護師の疼痛に関する意識の向上が図れた。その結果、患者中心の質の高い看護の提供に繋がったのではないかと考えた。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 10:50 ~ 11:50 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP4] デジタルポスター4
救急外来看護

座長:石ヶ森 重之(日本医科大学多摩永山病院)

11:35 ~ 11:44

[DP4-06] 救急外来で自己来院患者に対しての自己記入式問診票を使用した効果

○石川 麻由[1]、南 真吾[1]、森 まどか[1] (1. 社会医療法人神鋼記念会　神鋼記念病院)
キーワード：トリアージ、問診票、待ち時間

【目的】救急外来という性質上、診察は予約できるわけではなく、また来院順というわけでもない。来院時のトリアージによる緊急度により診察の順番が決まってくる。ではそのトリアージをいかに正確に行うかは、来院時の情報収集に関わってくる。当院は333床の一般急性期病院で神戸市の二次救急輪番制当番病院であり、循環器内科や脳神経外科、消化器外科の24時間ホットラインの受け入れを行っている。救急外来は7床ベッドを有しており2024年度7000人強の患者を受け入れている。そのうち50.2%の患者が自己来院患者になる。夜間の救急外来の看護態勢は2～3名（管理者を除く）で救急外来や緊急検査（血管造影・内視鏡治療など）を担っている。今まで当院では自己来院患者に対しては患者が来院後、手の空いている看護師がバイタルサインを測定し、問診の聞き取りを行っていた。そのため重症患者を多く対応している場合、初期対応の遅れや待ち時間に対するクレームに繋がっていた。この現状を踏まえ、自己記入式の問診票を活用することで、患者からの情報提供により、より早期に情報収集ができ、待ち時間の短縮に繋がるかを明らかにする。
【方法】調査研究。問診票運用前後1ヶ月の患者が来院してから診察を受けるまでの総時間、トリアージから診察開始までの時間を患者属性（年齢、性別、担送・護送・独歩、来院時間帯（時間内・時間外）、修正早期警告スコア、トリアージ区分）毎に集計を行い、ｔ検定やマン・ホイットニー検定を用いて差異を分析。看護師のアンケートは問診票運用後にGoogleフォームを用いて実施し単純集計を行う。
【倫理的配慮】研究の目的及び方法についてホームページに掲載し、オプトアウトにより不参加の申し出があった者について研究対象から除外する。アンケートについては参加の有無で同意を得たものとする。
【結果】来院から診察開始まで19.2分→15.6分（ｐ＝0.04）、トリアージから診察開始まで14.2分→10.3分（ｐ＝0.06）。患者属性毎に分析を行った結果、年齢では高齢者（ｐ=0.05）、性別では男性（ｐ＝0.4）来院方法では護送（ｐ＝0.02）、来院時間では時間内（ｐ＝0.9）、トリアージ区分Ｉ（ｐ＝0.1）の患者が待ち時間が短いという結果となっている。修正早期警告スコア高度リスクで、かつトリアージ区分が低く評価されていた患者は4.6%→6.7%であった。また問診票開始後のアンケートについても、問診票を導入したことで看護師のトリアージに対しての意識が向上し、問診にかける時間の短縮化を図れたという意見が多く見られた。
【考察】本研究では、問診票が救急外来における待ち時間短縮に寄与するかを検討した。受付からトリアージ、トリアージから診察までの時間にばらつきがあり、問診票の有無にかかわらず、プロセス全体の標準化が今後の課題といえる。属性別では、護送患者や高齢者で短縮が顕著であり、事前情報や問診票の補完的効果が関与したと考えられる。また修正早期警告スコアとトリアージ区分の乖離が増加しており、問診票の主観情報と客観データとの不一致が影響している可能性がある。高度リスク患者の見逃し防止の観点から、問診票の内容や運用方法の見直しが必要となる。問診票の導入は初期対応の一部に効果があると考えられるが、活用の質、トリアー

©一般社団法人日本救急看護学会

ジの精度、業務フローの最適化を含む包括的な改善が求められる。今後は教育的支援と運用体制の整備を通じて、救急外来全体の対応力向上を図る必要がある。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:10 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP5] デジタルポスター5
重症患者・家族看護

座長:井川 由貴(山梨県立大学 看護学部)

13:20 ~ 13:29

[DP5-01]

急性大動脈解離で手術や入院を拒否した患者への意思決定支援と退院支援の介入により自宅退院した事例

○中村 公彦[1] (1. 札幌東徳洲会病院)

13:29 ~ 13:38

[DP5-02]

高度救命救急センターにて小児チームが連携し重症小児患者の母親の危機を回避できた一例

○浜田 喜恵[1]、皿井 早苗[1] (1. 川崎医科大学附属病院　高度救命救急センター)

13:38 ~ 13:47

[DP5-03]

集中治療領域における医療者の終末期の認識に関する文献研究

○阿部 勇人[1,2]、石川 幸司[3] (1. KKR札幌医療センター、2. 北海道科学大学 保健医療学研究科 看護学専攻、3. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

13:47 ~ 13:56

[DP5-04]

循環器専門病院の救急車来院患者の末梢静脈挿入式中心静脈カテーテル留置の現状と課題

○小中野 和也[1] (1. 医療法人名古屋澄心会　名古屋ハートセンター)

13:56 ~ 14:05

[DP5-05]

在宅救急看護における超音波評価導入の試みと展望

○斉藤 岳史[1] (1. 医療法人 AGRIE 経営企画室)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:10 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP5] デジタルポスター5
重症患者・家族看護

座長:井川 由貴(山梨県立大学 看護学部)

13:20 ~ 13:29

[DP5-01] 急性大動脈解離で手術や入院を拒否した患者への意思決定支援と退院支援の介入により自宅退院した事例

○中村 公彦[1] (1. 札幌東徳洲会病院)

キーワード：急性大動脈解離、意思決定支援、退院支援

【目的】急性大動脈解離StanfordA型解離を発症し、救急外来にて手術や入院を拒否した患者がICUに入室した。ICU入室後に患者から手術を拒否している理由や自宅に帰って行いたいことを聞き出し、家族に伝えた。医師の病状説明と退院支援の介入の結果、入院4日目に自宅退院となった事例について報告する。
【方法】対象：A氏、90代、女性。ADL自立、要支援2、独居。家族とテレビ電話中に突然叫び声を上げたため家族が救急要請した。救急隊発見時は患者が床に仰向けで倒れており、頭痛とめまいと右肩痛の訴えがあった。検査の結果、上行大動脈にULP(Ulcer-like projection)を認める偽腔閉塞型の急性大動脈解離StanfordA型、右肩甲骨骨折、右第5肋骨骨折の診断となった。治療や入院に拒否あったが、家族が遠方より到着するまでの入院は了承が得られ、ICU入室となった。
【倫理的配慮】患者は入院前より妄想がみられ、入院後には物事に固執する様子がみられた。退院日の朝に末梢ルートを誤抜去していたため、ご家族に看護の学会で発表することについて口頭で説明し、同意を得た。発表の際には、個人が特定されないよう匿名性に配慮することを説明した。
【結果】入院1日目：ICU入床後覚醒あり、プレセデックスにて鎮静し血圧管理を行った。家族が来院後に医師から病状説明がなされた。面会時にプレセデックスを減量し、患者へ手術が必要であることを説明するも拒否あり、帰宅の願望が聞かれた。家族から代理意思決定に悩みの表出がみられたため、手術をするかしないかは患者の意思が重要であることを補足説明した。また、患者が今まで話していた意向や生活歴を聴取した。手術をするかどうかは1日保留となり、親戚と話し合って来ることとなった。入院2日目：プレセデックスを投与終了し、患者から手術を拒否している理由について聴取した。「家に帰って処理したいことがある。娘に大事なことを伝えないといけない」と発言あり。電話にて患者の発言を家族に伝えると、親戚と話し合った結果、手術はしない方針となった。今後の生活をどのようにしたら良いか質問あり、医師からの説明時に、患者から終始帰宅の希望あり。医師より入退院支援センターへ介入の依頼がなされた。入院3日目：手術はしない、帰宅の意向は一貫して変わらずあり。家族来院時に入退院支援センターの看護師により退院調整とオムツ交換の指導が実施され、翌日退院の予定となった。入院4日目：病院の救急車にて自宅退院となった。患者と家族からは感謝の言葉が聞かれた。退院して約2週間後も在宅療養が継続されていた。
【考察】医学的適応として手術の適応があったが、患者の意向として手術や治療はしないと拒否あり、医学的適応と患者の意向で対立がみられた。プレセデックスの投与による影響や病状の理解が十分にできず、判断力の低下があると考えられたが、患者の拒否している理由を十分に聞き出し、家族や医師と情報共有することが重要と考える。自宅退院は難しいと判断していたが、結果的に早期の退院となり、退院後も在宅療養が継続できている。患者の意向や今までの生活歴を考慮し、在宅療養を一つの選択肢として今後も検討していく。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:10 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP5] デジタルポスター5
重症患者・家族看護

座長:井川 由貴(山梨県立大学 看護学部)

13:29 ~ 13:38

[DP5-02] 高度救命救急センターにて小児チームが連携し重症小児患者の母親の危機を回避できた一例

○浜田 喜恵[1]、皿井 早苗[1] (1. 川崎医科大学附属病院　高度救命救急センター)

キーワード：家族看護、小児看護、危機モデル

【目的】当院は救急外来、集中治療室（以下ICUと称す）、一般病棟の３部門からなる高度救命救急センターであり、ICUもしくは一般病棟と救急外来を兼任している。また、有志で集まった小児救急看護の質向上のためのチーム（以下小児チームと称す）がありセンター内で活動を行っている。今回、重症外傷患児の母親に対して救急外来より小児チームが中心となり危機モデルを活用した結果、危機を回避できた症例について報告する。
【方法】診療記録をもとに看護実践内容を振り返り、高度救命救急センターにおける看護介入について報告する。【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承認を得た。データは個人が特定されないように配慮した。
【症例】患者：3歳女児。経過：母親の目の前で普通車に轢過された。救急隊到着時心肺停止状態であったが、救急車内で自己心拍再開した。外傷性くも膜下出血、頭蓋骨骨折、気脳症、肝損傷の診断。頭部外傷については保存的加療、肝損傷については肝動脈塞栓術施行後ICUへ入室した。第14病日に抜管、第20病日にICU退室、第83病日に独歩で自宅退院となった。【結果】救急外来では受傷機転の情報から母親の対応も必要と判断し来院前に、救命センター内で情報共有され、小児チームに所属する看護師が母親の対応にあたった。母親は来院時、過呼吸状態で立っていられないほど混乱していた。待機室で母親が1人にならないよう搬入時から看護師が付き添いICU看護師へ引き継いだ。入院後は小児チームに所属する看護師が担当となり、小児に特化したケアが提供できるよう小児チーム内でケアの方針の協議を行った。その中で、救急外来やICU入院後の母親の様子から、今後の意思決定や家族機能維持ができなくなる可能性が高いことを危惧した。第3病日に小児チームメンバーも参加したカンファレンスを開催し、アギュララの危機モデルを使用した分析と母親への看護介入方法の検討を行った。カンファレンスでの分析は〈均衡を揺るがす出来事〉自分の子供が目の前で事故に遭った〈出来事の知覚〉受傷直後は泣いて、混乱した状態でのICであり、理解できていない可能性がある〈社会的支持〉父親、祖母のサポートがあった〈対処機制〉泣く事で感情表出はできていたが、集中治療室入室のため患児に付き添いたいという希望には添えないとなった。この結果、母親の均衡を回復するために病状の理解・患児の情報共有を目的に小児チームメンバーの意見を受け、ICUダイアリーを導入した。導入した結果、面会時は積極的にICUダイアリーを見返し、「病院の様子が知れました、夜間のことも書いてほしい」などの訴えもみられるようになった。病状が安定してくると今後の不安の訴えがみられるようになった。そのため、ICUダイアリーに記載する内容を母親の訴えに合わせて変更し、面会時に一緒にケアを行なった。退院時には母親とICU入室中に飾っていたドレスを着てICUへ訪問され、「本当にお世話になりました。このノートがあって本当によかったです。」と発言があった。
【考察】アギュララの危機モデルを活用する事で、母親の危機を段階的に理解しICUダイアリーの導入へ導くことが出来た。介入後の母親の様子から均衡の回復を図ることができ、急性期における母親の危機を回避できたと考える。本症例において、小児チームに所属する看護師が中心と

©一般社団法人日本救急看護学会

なって看護介入を行う事は、症例数が少ない小児看護への苦手意識を軽減するために、臨床における手本となる姿勢を示すことができた。救命センター内のチームとしての看護の視点が増え、小児患者家族特有のニードを察知し充足することができた症例であった。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:10 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP5] デジタルポスター5
重症患者・家族看護

座長:井川 由貴(山梨県立大学 看護学部)

13:38 ~ 13:47

[DP5-03] 集中治療領域における医療者の終末期の認識に関する文献研究

○阿部 勇人[1,2]、石川 幸司[3] (1. KKR札幌医療センター、2. 北海道科学大学 保健医療学研究科 看護学専攻、3. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

キーワード：集中治療、終末期、認識

【背景】集中治療室では患者を救命するために最善の治療やケアを行っているが、その効果が得られず回復の見込みがない状況に至ることがある。現代の医学では治療を続けても効果が期待できない状況は終末期といわれ、現在の治療のみを継続する、もしくは治療を縮小していく等の選択が迫られることがある。集中治療における終末期は、末期がん患者などと比較して、急激な病状の変化から時間的な猶予が少なく、終末期の判断が困難であるという特徴がある。患者が終末期であるという判断やその後の対応は、主治医を含む複数の医師と看護師らからなる医療チームの総意であることが重要であるが、多職種カンファレンスで患者が終末期であると判断している割合は少なく、医療チームとして終末期の判断が十分にできているとはいえない現状も報告されている。また、集中治療領域における終末期の判断において、医師と看護師は認識が異なる場合もあることが報告されている。そこで集中治療領域における医療者の終末期に関する認識を明らかにすることで、よりよい終末期ケアを提供するための一助となるのではないかと考えた。
【目的】集中治療領域における医療者の終末期の認識に関する既存の文献をレビューすることで、よりよい終末期ケアを提供するための示唆を得ること。
【方法】医学中央雑誌web版ver.5を用いて検索語を「ICU and 終末期 and 認識」とし、原著論文に限定して検索した。これらの表題および抄録から医療者の認識に対して記載があるものを対象文献とした。分析は得られた文献の研究数の年次推移、研究対象、研究内容の視点から分析した。研究内容は研究の表題、抄録、本文を読んだ上で類似性の高い内容ごとに分類した。
【結果】対象文献の年度別では2015年が4件で最も多く、2017年、2020年、2024年がそれぞれ2件であった。研究対象は看護師を対象としたものは16件、医師と看護師を対象としたものは3件、患者家族を対象としたものは1件であった。研究内容は終末期の医療者の意識・認識に関する文献は7件、家族ケアに関する文献は4件、患者ケアに関する文献は3件、意思決定支援に関する文献は3件、終末期カンファレンスに関する文献は2件であった。終末期の医療者の意識・認識に関する文献では、終末期ケアの困難感、葛藤、否定感と肯定感が述べられていた。家族ケアに関する文献では、家族ケアの言語化、家族の心の動きが述べられていた。患者ケアに関する文献では患者ケアの内容、集中治療室と一般病棟の終末期ケアの違いが述べられていた。意思決定支援に関する文献では意思決定支援をするにあたり重要なこと、終末期における意思決定支援の葛藤が述べられていた。医師と看護師を対象にした研究では、医師と看護師の認識として共通する部分が多かったが、一部異なっている認識もあった。
【考察】対象論文は2015年が最も多く発表されていた。これは、2014年に3学会合同のガイドラインが発表され、集中治療領域における終末期に注目が集まったことが要因であると考える。看護師は集中治療領域における終末期に対して困難感、葛藤、否定感と肯定感を抱いており、時間的猶予がない中での患者や家族の関わりから十分なケアが提供できていないと感じていると

©一般社団法人日本救急看護学会

推察された。医師と看護師の認識で異なる部分については、職種間での役割の違いによる特徴が要因であると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:10 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP5] デジタルポスター5
重症患者・家族看護

座長:井川 由貴(山梨県立大学 看護学部)

13:47 ~ 13:56

[DP5-04] 循環器専門病院の救急車来院患者の末梢静脈挿入式中心静脈カテーテル留置の現状と課題

○小中野 和也[1] (1. 医療法人名古屋澄心会　名古屋ハートセンター)

キーワード：末梢静脈挿入式中心静脈カテーテル（PICC）、診療看護師、救急車来院患者

【はじめに】超高齢社会の中で救急車来院患者の循環器疾患は増加をたどり、強心薬や輸液療法の持続投与によって、末梢留置型中心静脈カテーテル（以下PICC）を留置する患者が増加している。看護師特定行為研修によるPICC留置に関する看護業務の拡大も進んでおり、PICC留置件数の増加や救急車来院患者の末梢静脈路確保の管理においても看護師が血管確保デバイスを検討していく役割となってきている。そこで今回、救急車来院患者の中で、PICC留置の現状と課題を検討したので報告する。【目的】循環器領域でPICC留置された患者背景について検討する。
【方法】A病院でPICC留置された患者のデータより後方視的観察研究を行った。
【結果】A病院で2023年1月から2024年3月にかけて救急車来院患者640件のうちPICC留置数は69件であった。内訳は心不全43%,肺炎22%,不整脈11%であり、心不全43%のうちNYHA3以上が90%であった。救急車来院患者の内訳として、男性66%,喫煙者8%,糖尿病9%,高血圧25%,抗凝固薬/抗血栓薬内服者43%。患者背景は末梢静脈路確保困難症例11%,組織障害性の高い薬材投与症例80%,高カロリー投与目的症例7%。PICC留置日数平均15.88日(最長89日)。挿入場所は集中治療室28%,大部屋47%,透視室0%,救急処置室0%であった。PICC挿入までの時間は1時間以内20%,6時間以内40%,12時間以内30%,24時間以内5%,46時間以内5%であった。現疾患は心原性ショック30例,心不全26例,感染症10例,脱水3例。刺入部出血は13%（内94%）が抗凝固療法の合併症があった。PICCに関わるインシデント発生率は、5件（体位苦痛・動脈穿刺・先端位置異常）であった。PICC留置患者の生存率は74%,死因は心不全51.3%,他臓器不全17,2%,低心拍出量症候群13%であった。
【考察】一般に点滴のデバイスの選択は輸液内容の侵襲性（壊死性、pH、浸透圧比、高濃度血管作動薬が必要）を評価した上で、「輸液1週間未満・以上、90日未満・以上などので考えていく必要はある」とされている。循環器疾患では現疾患や経時的治療の観点から、患者背景（循環動態・点滴内容（強心薬等）・血液検査の回数・抗凝固療法）に応じてPICC留置がなされている。カテーテル挿入に伴う患者の身体的・精神的ストレスを疾患や背景を考えた上でデバイスの選択がなされるべきであると考える。さらに、Midlineカテーテルなどの登場によってより症例に応じたデバイス選択が重要である。
【結果】循環器疾患でのPICC留置に関して、医師や看護師が統一した共通認識を持ち、PICC留置等の背景を理解しデバイス選択の検討が必要である。救急車で来院されるNYHAIII以上は薬液投与日数によりPICC留置すべきあると考える。今後は、患者背景に応じた実践能力向上に必要な知識を共有し、状況に応じた静脈路デバイス選択する事で看護師の役割拡大につながると示唆される。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 13:20 ~ 14:10 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP5] デジタルポスター5
重症患者・家族看護

座長:井川 由貴(山梨県立大学 看護学部)

13:56 ~ 14:05

[DP5-05] 在宅救急看護における超音波評価導入の試みと展望

〇斉藤 岳史[1] (1. 医療法人 AGRIE 経営企画室)

キーワード：在宅救急看護、超音波評価

在宅患者数は、今後も多くの地域で増加し、2040年以降には全国237の二次医療圏でピークを迎えることが見込まれている(厚生労働省)。当グループでは、全国35拠点に在宅診療所を展開し、延べ8,000人の在宅患者を支援している。中でも、最も多くの患者を抱える本拠点では、在宅患者総数が約1,000人を超え、常勤医師は4名である。月間平均で定期診療2,321件、往診145件、定期訪問看護1,215件、緊急訪問看護66件を実施している。
当該エリアには総合病院はなく、精査加療を必要とする場合、近隣市の医療機関への搬送が必要となる。在宅救急看護は、医療機関における救急対応と異なり、看護師が単独で現場に出向き、状況把握をから判断、医師への報告・連携、家族支援までも即座に担う点が大きな特徴である。健康相談の初期対応は看護師が担うことが多く、主訴や既往、バイタルサインなどに応じてオンライン診療（D to P with N ）を積極的に活用している。しかし、sudden onsetの症状や主訴、発熱、低酸素血症など救急搬送の判断が求められる症例においてはオンラインのみでは限界もある。そこで当拠点では、診療看護師が試験的に小型エコーを活用し、超音波評価を実施し、画像情報を用いて医師に詳細な所見を報告し、診断の精度と判断の迅速化を支援し一定の効果は得られた。しかし、診療看護師1名のみの実施では、効果は限定的であるため、今後は在宅看護師が中心となり、小型エコーを用いてPOCUSに準じた評価を実践できる体制の整備と教育プログラムの構築を目指す。看護師による超音波評価の活用は、医師の判断支援だけでなく、地域医療資源の有効活用や医療効率化にも寄与する。今後の在宅救急看護において、看護師の高度な観察力と臨床判断力を強化するための技術的支援と制度整備が求められる。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:20 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP6] デジタルポスター6
訓練・教育

座長:船木 淳(名古屋市立大学大学院看護学研究科 クリティカルケア看護学分野)

14:30 ~ 14:39

[DP6-01]

5年ぶりの大規模災害訓練実施の評価

〇難波 さおり[1] (1. 市立池田病院)

14:39 ~ 14:48

[DP6-02]

MCIを想定したシミュレーション訓練での成果と課題

〇大和 美幸[1]、白石 朋子[1] (1. 札幌医科大学附属病院　高度救命救急センター)

14:48 ~ 14:57

[DP6-03]

看護師主体のシミュレーション教育がECPR導入時間に与える影響

〇佐藤 美咲[1]、宮澤 恭子[1]、土田 智子[1]、浅野 永美花[2] (1. 愛知医科大学病院、2. 愛知医科大学メディカルセンター)

14:57 ~ 15:06

[DP6-04]

シミュレーションを用いた心臓手術後患者の心肺蘇生の質評価～CALS導入前の現状～

〇新山 和也[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

15:06 ~ 15:15

[DP6-05]

A病院における心電図セミナー開催を通しての実践報告

〇土井 啓司[1]、川﨑 優弥[1]、山本 貴久子[1]、吉田 依里[1]、馬庭 幸詩[1] (1. 公的財団法人健和会　健和会大手町病院　救急外来・病棟)

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:20 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP6] デジタルポスター6
訓練・教育

座長:船木 淳(名古屋市立大学大学院看護学研究科 クリティカルケア看護学分野)

14:30 ~ 14:39

[DP6-01] 5年ぶりの大規模災害訓練実施の評価

○難波 さおり[1] (1. 市立池田病院)

キーワード：大規模災害訓練、市町村災害医療センター

【はじめに】A病院は市町村災害医療センターとして、2016年から毎年大規模災害訓練（以下災害訓練）を実施している。しかし、2019年を最後にコロナ禍となり2020年は訓練の実施に至らず、2021年から2023年は各部門、部署での机上訓練のみとなりマニュアルの更新は2020年2月が最後であった。今回、災害訓練を実施できていないことで職員の災害に対する意識や知識が低下していると考え、災害訓練実施に向けた取り組みを行い訓練後のアンケート調査を行ったので報告する。
【方法】災害ワーキンググループを発足し、災害訓練の目標、規模、想定や進め方について1回/月の会議で進めていった。災害に対する意識の向上を目的に、実際に被災した災害対応の方法、考え方や動きについて院外講師による講演会を開催し約150名が参加した。全職員に安否確認アプリを導入し、勤務外職員の状況も把握できる体制を構築した。訓練2日前には参加者を対象に規模や想定、エリア毎の説明会を行った。訓練当日は医師43名、看護師42名、コメディカル45名、事務職41名の171名と看護学生のボランティア76名（患者役48名含む）の約250名が参加し、2時間の訓練と終了後1時間の反省会を行った。院内参加者171名にQRコードを用いたwebアンケートを実施した。16項目の設問と自由記載を含めた災害対応に関する内容とした。
【倫理的配慮】個人が特定されないよう匿名の回答とした。結果を公表することがあるが不利益を被ることはないこと、アンケートの回答をもって同意とみなすことを文書で説明した。なお、この研究は院内看護部倫理委員会の承認を得ている。
【結果】回答者は医師27名、看護師18名、コメディカル33名、事務職29名の計107名で解答率は62.5%であった。アクションカードの内容を理解できたかは、理解できた51名、一部理解できた27名、難しかった6名、未回答23名。どのような点が理解しにくかったかは「役割の理解はできたが実際に動くことは難しいと感じた」と回答があった。アクションカードに則った行動ができたかは、できた67名、できなかった17名、未回答23名であった。訓練で困ったことはあったかは、あった81名、なかった25名、未回答1名であった。どのようなことに困ったか、どう対応したかは、「流れをつかめるまでは要領を得なかったが、統括医師、看護師を通じて解決できた」「電波の問題なのか情報伝達が機能しなかった」「患者情報の記載時、情報の錯綜や混乱、記載ミスが起こり困難さを感じた」等の意見があった。最後に災害への意識が高まったかは、高まった80名、まあまあ高まった25名、あまり高まらなかった2名。今後も訓練に参加したいかは、したい98名、したくない7名、未回答2名であった。
【考察】今回、意識の向上を目的に外部講師による講演会、2日前の説明会を行った後に実働訓練を行った。南海トラフや各地で起こる災害、また訓練ができていなかった危機感もあってか災害への意識の高さに寄与できたと推察する。実施後は問題点が明らかとなり、参加者の9割が今後も参加したいと回答していることから災害対応への動機づけにつながったと考える。一方、準備や当日の運営などロジスティックメンバーとしての事務職と協働することの課題があり、改めて情報や資源の管理の重要性を実感した。今後、アンケート結果を災害対策マニュアル

©一般社団法人日本救急看護学会

に反映し訓練を企画・実行・評価していくこと、そして未実施の夜間休日を想定した訓練へと拡大していきたいと考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:20 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP6] デジタルポスター6
訓練・教育

座長:船木 淳(名古屋市立大学大学院看護学研究科 クリティカルケア看護学分野)

14:39 ~ 14:48

[DP6-02] MCIを想定したシミュレーション訓練での成果と課題

○大和 美幸[1]、白石 朋子[1] (1. 札幌医科大学附属病院　高度救命救急センター)
キーワード：MCI、多数傷病者事故、訓練

【はじめに】多数傷病者事故（Mass Casualty Incident：MCI）への迅速かつ適切な対応は、救急医療における重要課題の一つである。近年、事故や事件によるMCIが発生しており、A救命救急センターでもMCI事案の患者受け入れを経験している。MCI発生時の対応は、自院が被災する災害と異なり、病院機能は維持されているため、最大限の医療体制が求められる。そのため、MCI独自のマニュアルが必要であり、有事に備えた行動が取れるよう、定期的な訓練の実施が重要である。そこで、A救命救急センターを中心としたA病院でのMCI対応訓練について、実施内容、成果および課題を報告する。
【目的】MCI事案に対する迅速かつ的確な医療提供体制の構築と、多職種・他部門間での連携および情報伝達方法を訓練によって確認し、既存のマニュアルの妥当性を検証することを目的とした。
【方法】MCI対応マニュアルに基づき、シミュレーション訓練を計画・実施した。訓練は、A救命救急センターの医師・看護師・薬剤師、放射線技師、他部門スタッフ、計33名が参加した。訓練シナリオは、近隣のイベント会場で事故により多数傷病者が発生し、10名程度の患者が当院へ搬送される設定とした。訓練後、参加者にアンケート調査を実施し、MCIマニュアルの理解度を確認した。また、振り返りから得られた情報を分析し、マニュアル内容の妥当性と今後の課題を抽出した。
【倫理的配慮】訓練後に実施したアンケートについては、個人が特定されないように実施・回収した。
【結果】訓練参加者33名中27名からアンケートの回答を得た（回収率81.8%）。「よくできる/まあまあできる」と回答したのは、【MCI対応のフェーズを想起することができる】で訓練前25.9%、訓練後74.0%、【初療室や病室の追加などSpaceの資源を拡張できる】で訓練前29.6%、訓練後66.6%、【応援要請や勤務者再分配などStaffの資源を拡張できる】で訓練前29.6%、訓練後62.9%であった。振り返りでは、フェーズ判断と全体周知の困難さがあるという意見が多かった。
【考察】訓練後のアンケートと振り返りの分析結果から、マニュアルにおけるMCI対応のフェーズ判断の困難さと、情報伝達方法の課題が明らかになった。MCI対応マニュアルには、搬送患者数を目安にフェーズをⅠ～Ⅲに分類している。しかし、搬送患者数に対応できる医療体制は勤務帯によって異なること、また、実際の搬送患者数の予測が困難であることから、マニュアルに沿ったフェーズ判断の困難さがあった。一方で、混乱が生じやすいMCI発生直後の医療体制整備において、フェーズを判断し、多職種・他部門間で共通認識することは、医療提供方針を統一して活動できる唯一の方法であると考える。そのため、勤務帯を考慮したフェーズ設定や、院内全体でのマニュアルの周知および事前協議、共通言語の確立が必要である。また、患者の転科・転棟がスムーズに行われない場面があり、フェーズを全体に宣言できていなかったことが要因と考えた。全体に宣言するための手段が確立されていなかったことで、情報の共通認識ができずに他部門との連携や初動体制に遅れが生じた。そのため、多職種間・他部門間での情報伝達

©一般社団法人日本救急看護学会

方法の確立が課題である。訓練後のアンケート結果からは、訓練そのものがマニュアルの理解を深めることになり、マニュアルの周知に繋がったと考える。今後は、定期的な訓練とともに、マニュアルの継続的な見直しを図り、実際のMCI対応時に的確に対応できる医療提供体制の構築を進めていく。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:20 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP6] デジタルポスター6
訓練・教育

座長:船木 淳(名古屋市立大学大学院看護学研究科 クリティカルケア看護学分野)

14:48 ~ 14:57

[DP6-03] 看護師主体のシミュレーション教育がECPR導入時間に与える影響

○佐藤 美咲[1]、宮澤 恭子[1]、土田 智子[1]、浅野 永美花[2] (1. 愛知医科大学病院、2. 愛知医科大学メディカルセンター)

キーワード：ECPR、シミュレーション教育、多職種連携

【目的】体外心肺蘇生法（以下、ECPR）は、心肺停止患者に対する救命手段の一つであり、従来の心肺蘇生法と比較して、生存率および神経学的予後の改善に寄与すると報告されている。当院でも2022年度よりECPRを導入し、医師によるプロトコールの提示、患者対応後は事後検証を行っていた。しかし、ECMO導入の迅速化には、スタッフの知識不足、物品準備の不明瞭さ、人員確保の困難、多職種間の連携不足といった課題があった。AHA 2020年ガイドラインでは、ECPR実施施設において定期的なシミュレーション教育が推奨されている。これを受けて、2023年度より、看護師主体による多職種参加型のシミュレーション教育を実施した。対象は、救命科医、循環器内科医、臨床工学技士、放射線技師で構成されるECPRチームとした。初めに、座学でECPRの概要、導入基準、物品配置、役割分担などを共有した。その後、看護師を中心に、タイムラインに沿った効率的なプロトコールとアクションカードを整備し、シミュレーションを年4回以上実施した。シミュレーション後には多職種によるフィードバックを基に、プロトコールを見直し、現場の実情に即した内容へと改善を重ねた。加えて、未参加者には録画配信を行い、知識の均一化を図った。また、使用する滅菌物品の準備は、実務経験が少ないスタッフでも反復練習できる環境を整備した。この看護師主体のシミュレーション教育がECPR導入に与える影響を明らかにしたいと考え、本教育介入前後での効果を検討した。
【方法】対象は2022から2024年度に当院でECPRを実施した16例で、2022年度を「介入前群」（n=7）、2023年度以降を「介入後群」（n=9）とした。評価項目は、ECMO導入開始までの時間（以下、door to ECMO）とした。データは救急外来看護記録より抽出し、正規分布の仮定が困難であり、Mann-Whitney U検定を用いて群間比較を行った。有意水準は5%未満とした。倫理的配慮として使用するデータは患者が特定されないように配慮し、A病院看護部研究倫理審査会（簡2025-4）の承認を得た。
【結果】介入前群のdoor to ECMO時間は平均29.86分（中央値30.0分）、介入後群では平均16.78分（中央値16.0分）であり、約13分の有意な短縮が認められた（U＝59.5、p＝0.004）。なお、介入後群ではdoor to ECMOの時間におけるばらつきも減少した。
【考察】看護師主体による多職種参加型シミュレーション教育がECPR導入の迅速化に有効であることが示された。国内外の先行研究においても同様の効果が報告されており、本研究の結果とも一致する。役割分担の明確化や事前準備の標準化により、不要な思考や動作が削減され、結果としてdoor to ECMOの短縮に寄与したと考えられる。また、介入後の時間のばらつきの減少は、繰り返しの教育によりスタッフ間の対応が標準化された成果と捉えられる。看護師がチーム内でコミュニケーションの核を担うことで、判断の質の向上や診療ミスの予防につながるとされている。シミュレーションを担う看護師は救急外来、ICU、血管内治療など多職種と連携する現場で勤務しており、日常的に情報共有や調整を行っている。こうした経験を活かし、看護師が主体となりシミュレーションを実施したことで、多職種間の連携が円滑になった。その結果、

©一般社団法人日本救急看護学会

ECPRの場面でもタスクの重複や抜けを防ぎ、時間短縮に寄与したと考えられる。さらに、看護師主体で作成したプロトコールは運用を意識した内容であり、実践的な活用に繋がった。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:20 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP6] デジタルポスター6
訓練・教育

座長:船木 淳(名古屋市立大学大学院看護学研究科 クリティカルケア看護学分野)

14:57 ~ 15:06

[DP6-04] シミュレーションを用いた心臓手術後患者の心肺蘇生の質評価～CALS導入前の現状～

○新山 和也[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

キーワード：心臓手術後、心肺蘇生、シミュレーション

【目的】A病院CICU（Cardiac Intensive Care Unit：以下CICU）は、主に成人心臓血管外科術後（冠動脈バイパス、弁置換など）の患者が緊急・予定入室するICUである。先行研究においては、心臓手術後の心停止の頻度は0.7%～4.2%と報告されており、発生のほとんどがICU内である。しかし、心臓手術後の患者に対して一般的な心肺蘇生（CPR）で推奨される「絶え間ない胸骨圧迫」などは、合併症を増加させ死亡率を高める報告もある。このため、CICU内に従事する医療者は心臓手術後の患者に対するCPRに精通する必要があるが、近年、本邦においても心臓手術後患者に対するCALS（Cardiac Surgery Advanced Life Support）が普及しつつある。今回、CICUにおいてCALS導入前にシミュレーションを用いて現状の心臓手術後患者の心肺蘇生の質評価を行ったため報告する。
【方法】状況設定：60歳男性。原疾患：不安定狭心症。術式：冠動脈バイパス（3肢）術。術後1日目。術中に際立ったトラブルはなく、術直後も出血量の増大などのイベントはなく循環動態と呼吸状態は安定して経過。早朝4時30分に突如、心室細動（VF）が生じる状況をSimman3G高機能シミュレーターで設定しCICU内で実施した。マンパワーが最も不足すると想定される夜勤帯の看護師人数と当直医、臨床工学技士の体制などを考慮。倫理的配慮としてA病院看護研究委員会の承認を得た。
【結果】想定した早朝4時30分にVFアラームが発生したことを覚知後、速やかにリーダー看護師を中心にCICU内の看護師の招集と役割分担、当直医へのコールを行えていたが、実際に当直医が蘇生現場に到着したのは2分後であり、すべての看護師が到着したのが6分後であった。VF覚知後に直ちに胸骨圧迫は実施しなかった（胸骨圧迫開始はVF覚知から5分後）が、医師到着後にアドレナリン1mgの投与および除細動（200J）を一回実施した（VF覚知から3分後）。臨床工学技士へECMO準備の指示（VF覚知から4分後）後に胸骨圧迫を開始し、再開胸の指示（VF覚知から10分後）までアドレナリン1mgとアミオダロン300mgの投与と除細動（200J）を実施。その後、ECMOカニュレーションと再開胸の必要物品が揃ったところでシミュレーションを終了した。
【考察】本シミュレーションによって、CICUの課題として①マンパワーの確保に時間を要する（リーダー看護師が当直医や臨床工学技士、看護師の個々を呼び出している）こと、②除細動までの時間が長く（CALSで推奨されている1分以内に実施できていない）、連続で実施していないこと、③胸骨圧迫開始のタイミングが遅いこと、④アドレナリンの投与量が画一的（コンセンサスにおいてはエキスパートの判断とされており減量投与を考慮する）であること、⑤タイムリーなECMOと再開胸の準備（必要物品の整理など）に時間を要することが課題としてあがった。CICUにおいて本シミュレーションで得た課題を多職種で共有し、施設の特徴や課題に対応したCICU版のCALSフローを作成し運用していくことで心臓手術後患者に対する心肺蘇生の質を向上していく必要があると考える。

©一般社団法人日本救急看護学会

一般演題（デジタルポスター）｜デジタルポスター

2025年11月8日(土) 14:30 ~ 15:20 第9会場(2階 201＋202会議室)

[DP6] デジタルポスター6
訓練・教育

座長:船木 淳(名古屋市立大学大学院看護学研究科 クリティカルケア看護学分野)

15:06 ~ 15:15

[DP6-05] A病院における心電図セミナー開催を通しての実践報告

○土井 啓司[1]、川﨑 優弥[1]、山本 貴久子[1]、吉田 依里[1]、馬庭 幸詩[1] (1. 公的財団法人健和会　健和会大手町病院　救急外来・病棟)

キーワード：心電図

【目的】今回、初期研修医、生理検査技師、看護師への心電図セミナーを4回開催し、それがもたらす参加医療者への心電図に関する知識、苦手意識の変化、臨床実践にどのような影響を与えるかを検討した。
【方法】2024年1月から12月にかけてA病院の初期研修医5名、生理検査技師9名、院内看護師2名に対して心電図セミナーを実施した。第一回は心電図の基本、第二回はQRSについて、第三回はST変化判読のコツ、第四回はQTについてとし、隔週の土曜日医局の朝カンファレンス時間を利用して、合計4回実施した。また、そのセミナーがもたらした心電図に関する知識、苦手意識への変化、臨床実践への影響についてのアンケートを合計2回実施した。アンケート内容として、4回の心電図セミナーを受講して心電図の知識はどう変化したのか、受講前と比較して心電図への苦手意識はどのように変わったのか、セミナー受講を通して臨床実践にどのような変化があったのかの3つを設問とした。
【倫理的配慮】本研究を行うにあたり、個人を特定されないように配慮した。研究で使用するアンケートは研究以外で使用しない。
【結果】セミナー参加率は初期研修医5名は100%、生理検査技師9名は25%、院内看護師2名は25%であった。合計4回の心電図セミナー開催後、アンケート結果の過半数から、心電図に対する意識が高まった、心電図に興味が出た、心電図に対する苦手意識が改善したなどの有益な意見が見られた。また、新規心電図検定受講者がセミナー開催前と比較し、8名増加した。臨床実践においては、セミナー受講前より心電図を臨床診断の補助材料として活用する状況とタイミングについて理解出来たとの意見も見られた。
【考察】初期研修医5名の参加率は100%であったが、生理検査技師9名と院内看護師2名の参加率はどちらも25%であり、医師の参加率と大きな差が見られた。理由として、開催方法や開催のタイミング、時期に問題があったと考えられる。また心電図に対する興味が出た、心電図に対する苦手意識の改善が見られたとのアンケート結果と、臨床診断の補助的材料として活用する状況とタイミングについて理解出来たとのアンケート結果から、心電図をより効果的に臨床で活用しやすくなったことで患者の異常早期発見への介入につながると考えられる。
【結語】今回、心電図セミナーを4回開催したことにより、受講した医療従事者への心電図に対する意識が高まり、苦手意識が改善され、心電図検定受験への契機へとつながった。また、医療従事者の心電図意識向上改善に有用であり、臨床現場での診断に補助的に寄与することが示された。今後も継続開催を行い、更なるアプローチ方法を模索していくことと、心電図に苦手意識を持つ医療従事者を一人でも減らし、心電図を用いた診療の質をさらに向上させることが課題となる。

©一般社団法人日本救急看護学会

共催セミナー | 共催セミナー

2025年11月8日(土) 12:00 ~ 13:00 第2会場(1階 大ホールC)

[LS1] 共催セミナー1
市中病院における高機能ICUベッド導入とその効果 〜看護・医師視点からの実例紹介〜

座長:宇都宮 明美(関西医科大学 看護学部・看護学研究科)
共催:日本ストライカー株式会社

12:00 ~ 12:30

[LS1-01]

当院におけるICU高機能ベッド導入とその効果
〜看護の標準化と看護業務効率の向上を目指して〜

○樫村 貴之[1] (1. 茨城県立中央病院・地域がんセンター)

12:30 ~ 13:00

[LS1-02]

重症患者管理におけるICUベッドの進化と臨床的活用 ー高機能ベッドの導入と運用から見える新たな可能性ー

○佐々木 徹[1] (1. 総合南東北病院　救急集中治療科)

©一般社団法人日本救急看護学会

共催セミナー | 共催セミナー

2025年11月8日(土) 12:00 ~ 13:00 第2会場(1階 大ホールC)

[LS1] 共催セミナー1
市中病院における高機能ICUベッド導入とその効果 〜看護・医師視点からの実例紹介〜

座長:宇都宮 明美(関西医科大学 看護学部・看護学研究科)
共催:日本ストライカー株式会社

12:00 ~ 12:30

[LS1-01] 当院におけるICU高機能ベッド導入とその効果
〜看護の標準化と看護業務効率の向上を目指して〜

○樫村 貴之[1] (1. 茨城県立中央病院・地域がんセンター)

キーワード：ICU、体位変換、早期離床、業務効率化、褥瘡、高機能ベッド、圧分散マットレス

当院では、救急患者を24時間体制で受け入れ、救急患者を断らないというビジョンのもと救急患者の受け入れを行っている。近年、重症患者の受け入れ増加や急性期医療の高度化に伴い、ICU看護に求められる業務は多岐にわたり、患者の安全と看護業務の効率化が課題となっている。また、そこで働く看護師は限られた人員で多様かつ複雑なケアを担うことを強いられている。今回、ICU病床の増床に伴い、高機能ベッドを導入し、重症患者管理の質的向上と看護の標準化、看護師の業務負担軽減を目的に高機能ベッドの導入に至った。導入にあたっては、現場のニーズと教育プログラムを実施し、高機能ベッドのシステムの理解と操作の習熟を図った。導入後、看護師の身体的負担の軽減や体位変換や早期離床リハビリテーション実施における介助者数の軽減がみられた。また、肺ケア、呼吸器ケアでは高機能ベッドを活用し、ケアの標準化を図ることができた。さらには褥瘡の発生や医療関連機器圧迫創傷の予防を自動体位変換機能・圧分散マットレスの使用により予防することができており患者ケアの標準化と安全性が向上できたと考えている。本セミナーでは、高機能ICUベッド導入の背景、導入プロセスとその効果を紹介し、当院における高機能ICUベッドの活用の実際と今後の展望を考察する。

©一般社団法人日本救急看護学会

共催セミナー | 共催セミナー

2025年11月8日(土) 12:00 ~ 13:00 第2会場(1階 大ホールC)

[LS1] 共催セミナー1
市中病院における高機能ICUベッド導入とその効果 〜看護・医師視点からの実例紹介〜

座長:宇都宮 明美(関西医科大学 看護学部・看護学研究科)
共催:日本ストライカー株式会社

12:30 ~ 13:00

[LS1-02] 重症患者管理におけるICUベッドの進化と臨床的活用 ー高機能ベッドの導入と運用から見える新たな可能性ー

○佐々木 徹[1] (1. 総合南東北病院　救急集中治療科)

キーワード：ICU、体位調整、早期リハビリ、褥瘡、MDRPU、業務効率化、高機能ベッド

ICUにおける重症患者の管理において、ベッドの果たす役割は単なる寝台の域を超え、治療・看護・リハビリのプラットフォームとしての重要性を増しています。本セミナーでは、当院における最新高機能ICUベッドの導入経験をもとに、重症患者ケアの質と安全性を高めるための活用法について、多角的に検討します。まず、重症呼吸不全患者に対する体位調整（特に腹臥位療法）を迅速かつ安全に実施する上で、ベッドの機能が果たす役割と、実臨床における工夫を共有します。

次に、ICU入室早期からのリハビリテーションがもたらす身体機能維持と離床促進の実際について、理学療法士との連携体制とベッドの活用ポイントを紹介します。さらに、褥瘡および医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）の予防における自動体位変換機能・圧分散マットレスの効果、ICU看護・ケアの業務効率化への貢献について、実際の導入前後の比較を交えて考察します。

最後に、これらの機能を現場で「使いこなす」ための具体的な教育・導入支援策についても提案いたします。ICUベッドは、機能そのものよりも「誰がどう使うか」によってその真価が問われます。本セミナーが、ベッドを中心としたICUケアの質的向上を考える契機となれば幸いです。

©一般社団法人日本救急看護学会

共催セミナー | 共催セミナー

2025年11月8日(土) 12:00 ~ 13:00 第3会場(1階 中ホール)

[LS2] 共催セミナー2
「睡眠環境」と「睡眠の見える化」からケア環境を改善する

座長:三上 育子(市立釧路総合病院救命救急センター)
共催:パラマウントベッド株式会社

12:00 ~ 12:30

[LS2-01]

DXの視点から、2050年の急性期医療の展望

◯藤野 智子[1] (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

12:30 ~ 13:00

[LS2-02]

救急・重症患者の眠れる治療空間を目指して

◯春名 純平[1] (1. 札幌医科大学附属病院 集中治療部)

©一般社団法人日本救急看護学会

共催セミナー | 共催セミナー

2025年11月8日(土) 12:00 ~ 13:00 第3会場(1階 中ホール)

[LS2] 共催セミナー2
「睡眠環境」と「睡眠の見える化」からケア環境を改善する

座長:三上 育子(市立釧路総合病院救命救急センター)
共催:パラマウントベッド株式会社

12:00 ~ 12:30

[LS2-01] DXの視点から、2050年の急性期医療の展望

○藤野 智子[1] (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)
キーワード：DX、AT、体動センサー

25年前、アナログな情報が主流だった医療現場は、2050年には生体とデジタル空間が融合し、AIによる「予測と介入」が主導する世界へと変貌すると言われています。そこで、この劇的なパラダイムシフトを、それぞれの時代のDXと医療の姿から紹介したいと思います。
【25年前（2000年頃）：IT革命の黎明と経験知が支えた医療】2000年頃、社会は「DX」ではなく「IT革命」という言葉が使われていました。その実態は、インターネットの黎明期であり、企業のウェブサイトは「電子版の会社案内」が主流でした。ビジネスにおけるデジタル化の目的は、業務プロセスの変革ではなく、紙の書類を電子ファイルに置き換えるといった「効率化」が中心でした。この時代の急性期医療も、その多くがアナログな世界にありました。診療録は手書きの紙カルテが主流で、レントゲンやCTの画像はフィルムに現像され、物理的に運搬されていました。医師間の情報共有は院内のPHSが生命線であり、救急隊から病院への連絡も、口頭での情報伝達に大きく依存していました。診断と治療は、まさしく医師個人の豊富な経験と知識、そして直感という「職人技」に支えられていました。CTやMRIといった高度な医療機器は存在したものの、そこから得られる情報は分断され、各専門医の頭の中に蓄積された「暗黙知」が最終的な判断を左右していました。情報はサイロ化し、患者一人のために多角的な知見をリアルタイムで集約することは、極めて困難な時代でした。
【そして現在（2025年）：AI・クラウド時代とデータが支える医療】2025年、DXは「効率化」の手段から、「ビジネスモデルそのものを変革する」という企業の根幹をなす戦略へと進化しました。AI、クラウド、5G、IoTといった技術が社会に浸透し、収集したビッグデータを「活用・予測」することが、あらゆる産業の競争力の源泉となっています。このDXの成熟は、急性期医療の姿を根本から変えました。まず、情報の在り方が変わりました。紙カルテやフィルムは、ほぼ完全に電子カルテやPACS（医療用画像管理システム）に置き換わりました。これにより、患者のデータは瞬時に院内のどこからでも、あるいは許可された専門医が院外からでもアクセス可能になり、情報のサイロ化は解消されました。次に、診断の質と速度が向上しました。AIによる画像診断支援システムは、CTやMRIの画像から、人間の目では見落としがちな微細な病変を検出したり、脳卒中の種類を特定したりする時間を大幅に短縮します。これは医師の判断を代替するものではなく、膨大なデータから導き出された「第2の意見」として、医師の診断精度を高める強力なパートナーとなっています。治療においても、手術支援ロボット「ダヴィンチ」に代表されるロボット技術が、より精密で低侵襲な手術を可能にしました。また、救急医療情報システムは、搬送先の病院の受け入れ能力や専門性をリアルタイムで可視化し、救急車の「たらい回し」問題を解消しつつあります。遠隔ICUのような仕組みで、地方の病院にいる重症患者を、都市部の専門医が遠隔でサポートすることも可能になりました。この25年で、急性期医療は、医師個人の「職人技」に依存するモデルから、デジタル化された情報を基盤とし、AIや多様な専門家がチームとして連携して患者を救う「データ駆動型のチーム医療」へと大きく進

©一般社団法人日本救急看護学会

化したのです。では、25年の2050年、DXと急性期医療はどのように変化しているのか？生成AIの情報を活用しながら紹介していきたいと思います。

©一般社団法人日本救急看護学会

共催セミナー | 共催セミナー

2025年11月8日(土) 12:00 ~ 13:00 第3会場(1階 中ホール)

[LS2] 共催セミナー2
「睡眠環境」と「睡眠の見える化」からケア環境を改善する

座長:三上 育子(市立釧路総合病院救命救急センター)
共催:パラマウントベッド株式会社

12:30 ~ 13:00

[LS2-02] 救急・重症患者の眠れる治療空間を目指して

○春名 純平[1] (1. 札幌医科大学附属病院 集中治療部)
キーワード：睡眠、ケア環境、見える化

救急・集中治療領域において、患者の「眠り」はこれまで軽視されてきたケア項目のひとつである。生命維持を最優先とする環境において、眠れないことは「やむを得ない」とされてきた背景がある。しかし、近年の研究により、睡眠障害が循環・免疫・神経系に及ぼす影響や、集中治療後症候群の要因としての睡眠の重要性が明らかになりつつある。すなわち、眠れないままに過ごすことが、患者の回復だけでなく、その後の生活の質に長く影を落とす可能性があるという事実に、医療者は向き合う必要がある。ICUや急性期病棟では、人工呼吸器や各種チューブ類による身体的侵襲、過度な鎮静、不快な体位の持続、夜間照明やスタッフの声、モニターアラームなど、睡眠を妨げる要因が日常的に存在している。そのような中で、患者の睡眠は断片化され、生理的な概日リズムは破綻し、せん妄や免疫機能低下、血圧変動、離床の遅延といった臨床的問題が生じている。つまり、睡眠は「ケアの中心」に据えるべきテーマであり、治療の傍らで静かに進行するこの“見過ごされがちな生体機能”に、いま改めて光を当てる必要がある。本講演では、ICU患者の睡眠障害に関する基礎的な知見を整理するとともに、睡眠の「見える化」や環境調整に関する国内外の動向を紹介しながら、現場で活用可能な実践的視点を提供する。具体的には睡眠の主観的な評価や簡易脳波センサーを用いた睡眠評価、照度や騒音のモニタリングといった手法を通して、睡眠の“質”を評価し、ケア環境の改善に取り組む意義について論じたい。

看護師は、呼吸・循環・鎮痛・鎮静などの調整と並行して、患者の眠りを「守る」役割を担っている。薬物に頼らず、環境を整えること、ケアのタイミングを工夫すること、そして医療者間で睡眠に関する価値を共有することが、眠れる治療空間の実現に向けた第一歩である。また、睡眠の質の向上は、せん妄予防、早期離床、セルフケア能力の回復、さらには退院後のQOL維持に直結するという点でも、今後の看護実践における重要な課題といえる。

救急・重症看護の現場において、「眠れること」は決して後回しにするのではなく、治療に並ぶもうひとつの“支援”として認識する必要がある。生命を支えるケアの傍らで、静かに眠れる環境をどう整えるか――その問いと向き合うことは、我々が提供するケアの質を根底から見つめ直す機会となるだろう。

©一般社団法人日本救急看護学会

共催セミナー | 共催セミナー

2025年11月8日(土) 12:00 ~ 13:00 第6会場(2階 204会議室)

[LS3] 共催セミナー3
口腔ケアの質向上によるVAP発生率低減の可能性

座長:渡邊 裕(北海道大学大学院 歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室)
共催:ニプロ株式会社

12:00 ~ 12:30

[LS3-01]

口腔ケアキットを活用したVAP発生予防に向けた看護管理者としての取り組みとその成果

◯宮澤 恭子[1] (1. 愛知医科大学病院　高度救命救急センター)

12:30 ~ 13:00

[LS3-02]

クリティカルケア認定看護師の視点から見た口腔ケアキットを活用したVAP発生予防に向けた取り組みとその成果

◯伊井 仁美[1] (1. 愛知医科大学病院 高度救命救急センター)

©一般社団法人日本救急看護学会

共催セミナー | 共催セミナー

2025年11月8日(土) 12:00 ~ 13:00 第6会場(2階 204会議室)

[LS3] 共催セミナー3
口腔ケアの質向上によるVAP発生率低減の可能性

座長:渡邊 裕(北海道大学大学院 歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室)
共催:ニプロ株式会社

12:00 ~ 12:30

[LS3-01] 口腔ケアキットを活用したVAP発生予防に向けた看護管理者としての取り組みとその成果

○宮澤 恭子[1] (1. 愛知医科大学病院　高度救命救急センター)
キーワード：口腔ケア、VAP発生予防、ナッジ理論

【はじめに】当院の救急集中治療室（EICU）は、小児から高齢者まで幅広い年齢層の重症患者が入室し、多発外傷、熱傷、敗血症、循環器疾患、脳神経疾患など多岐にわたる病態に対し全身管理を行っている。入室患者の多くは人工呼吸器管理を要し、管理中に発生する人工呼吸器関連肺炎（以下VAP）は、患者の予後や死亡率、医療費、入院期間に大きく影響する重大な合併症である。VAPのリスク要因のひとつとして、口腔内細菌の気道侵入が指摘されており、口腔ケアの重要性が再認識されている。2023年11月より口腔ケアの使用物品の統一と準備時間の短縮を目的にNOHCS^{R}口腔ケアキットを導入した。加えてVAP発生予防に向け、口腔ケアへの意識の向上と正しい手技の定着を目指し、ナッジ理論と教育的アプローチを組み合わせた多面的な行動変容支援に取り組んだので、その内容と成果を報告する。
看護部倫理審査会承認（簡2025-33）
【方法】1日6回（ブラッシングケア＋維持ケア）の口腔ケア実施と、正しい手技の定着を目標に、以下の取り組みを行った。
・質データに基づき、部署全体でVAP感染率の減少を目標に設定・共有。
・VAP予防および口腔ケア推進チームを立ち上げ、標準化されたケア手順と教育体制を構築。
・ナッジ理論を活用し、4時間ごとのアラームを用いた時間の意識づけ、1日分の口腔ケアキットをベッドサイドにセットすることで実施回数を可視化。受け持ち看護師が対応困難な場合には、スタッフ間で声かけを行う補完体制の整備。
・日本クリティカルケア看護学会「気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド」に基づいた勉強会とOJTを実施。評価用のチェックリストを活用し、手技の理解と定着を図った。
・口腔ケアの記録方法を統一し、実施率を毎月掲示。個人および部署内の実施意識を可視化。
・感染症看護専門看護師と連携し、定期的にVAPの発生状況を確認。部署へ成果と課題をフィードバックした。
【結果】4時間ごとの定時ケアの実施率は、2024年度上半期の48.5%から下半期には60.75%へ上昇した。各勤務帯1回以上の実施率は、年度初めの48%から最終的に90%以上へ上昇した。記録上は100%の実施には至らなかったが、直接観察ではアラーム前に行動でき、日々の業務スケジュールに組み込まれるようになった。チェックリストに基づく手技の評価では、勉強会とOJT後には50%から80%へと改善し、3か月後の再評価でも89%が正しい手技で実施できていた。2023年度のVAP感染率は11.22であったが、取り組み後の2024年度には0.67へと大幅に減少し、実際のVAP発生件数は1件に留まった。
【考察】ナッジ理論を取り入れたことで、スタッフの自然な行動変容を促し、「時間・回数・実施」を日常業務の中で意識づけることができた。また、教育的アプローチとの併用により、個人の技術向上だけでなく、チーム全体でのケアに対する共通認識が形成され、協働体制が強化されたと考える。口腔ケアキットというツールを効果的に活用できる環境を整えるとともに、

©一般社団法人日本救急看護学会

チーム支援やデータによる可視化を通して、ケアの質向上と感染予防に貢献できたと考える。
【結語】VAP発生予防における口腔ケアの実施率と手技の正確性が向上し、VAP感染率が大幅に減少した。今後も、口腔ケアを含む多面的な取り組みの継続と多職種との連携を強化し、発生予防に努めていく必要がある。
本取り組みにおいて、開示すべき利益相反はない。

©一般社団法人日本救急看護学会

共催セミナー | 共催セミナー

2025年11月8日(土) 12:00 ~ 13:00 第6会場(2階 204会議室)

[LS3] 共催セミナー3
口腔ケアの質向上によるVAP発生率低減の可能性

座長:渡邊 裕(北海道大学大学院 歯学研究院 口腔健康科学分野 高齢者歯科学教室)
共催:ニプロ株式会社

12:30 ~ 13:00

[LS3-02] クリティカルケア認定看護師の視点から見た口腔ケアキットを活用したVAP発生予防に向けた取り組みとその成果

○伊井 仁美[1] (1. 愛知医科大学病院 高度救命救急センター)
キーワード：口腔ケア、VAP、救急集中治療室

【背景】挿管患者への口腔ケアは、日常生活ケアの一環としてだけでなく、人工呼吸器関連肺炎（以下VAP）予防など複数の目的がある。当院の救急集中治療室（以下EICU）のVAP発生率は4.60と高かった。そこでVAP予防の取り組みの一つとして、NOHCS®口腔ケアキット（以下口腔ケアキット）を2023年に試験導入した。2024年より本格導入を開始し、VAP感染率の低下が認められた。本報告では、口腔ケアキットを試験導入から本格導入に移行した際に実施した取り組みについて述べる。 倫理的配慮としてデータは個人が特定されないよう配慮し、当院の看護部研究倫理審査会（簡2025-34）の承認を得た。
【活動内容】口腔ケアキットの使用の対象は挿管患者とした。実施にあたって、口腔ケアチームおよび摂食・嚥下リンクナースと協力して取り組んだ。 最初に、口腔ケアキットの使用方法について、メーカーによる勉強会を実施した。その後、口腔ケアキットの使用手順と日本クリティカルケア看護学会が示す「気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド」とを比較検討し、ブラッシングケアおよび維持ケアの各過程に準拠したチェックリストを作成した。実態調査では、チェックリストに基づき口腔ケアの実施率、時間、方法を確認した。
【結果】口腔ケアキットの導入前の実態調査より、口腔ケアの実施率が低いことが分かった。また、口腔ケアの方法が統一されておらず、正しい方法が十分に認識されていないことが明らかとなった。実施率が低い要因は、看護師による清拭、体位変換、吸引などのケアの中で、口腔ケアの優先順位が相対的に低く位置付けられていることが挙げられた。 優先度向上の取り組みとして、挿管患者に対する口腔ケアの重要性に関する勉強会を実施した。また、体位変換時に口腔ケアの実施状況の相互確認を行い、休憩時の受け持ち交替や勤務終了前の残務整理の際にも口腔ケアの施行および必要回数の達成状況について情報共有と声かけを徹底するよう指導した。EICUではこれまで標準化された口腔ケアの手順に関する勉強会は実施されていない。そのため、ベッドサイドでの実地指導や、個々による院外セミナー参加を通じて知識の習得が行われており、手技や手順には個人差がみられた。そこで、同一勤務帯の看護師に対して、ベッドサイドで挿管患者の口腔ケアに関する動画を視聴、その後チェックリストを活用した直接指導ならびに実施後のフィードバックを行った。その結果、口腔ケアの実施率が上昇し、VAP発生率は0.94に減少した。
【考察】EICUは救急集中治療室であり、患者や家族の入院は多くの場合予期せぬものである。そのため、口腔ケア用品の購入に時間を要し、家族が遠方にいる、またはいない場合には必要物品の準備が難しい場合が多い。口腔ケアキットは必要物品がセット化されている。そのため、入院後や挿管直後から使用できる。また、セット化の利便性により、口腔ケアに対する心理的ハードルが低減し、実施率の向上に繋がった要因の一つと考えられる。直接指導後のチェックリストを対象者に配布し、振り返りの際に活用した。できていない項目を迅速に確認でき、不確実な手技を確実なものへと改善する助けとなった。適切な手法を実施できる看護師の割合も

©一般社団法人日本救急看護学会

増加したと考えられる。
【結論】口腔ケアキットの利用は、VAP発生率の低下および医療現場全体の質の向上と関連している。VAP予防には、口腔ケアキットの導入のほか、部署全体での標準化、継続的な管理および教育が必要である。今後は、さらなるエビデンスの集積と現場に合った指導体制の整備が求められる。

©一般社団法人日本救急看護学会