

**全国国公立大学病院集中治療部協議会
看護師長会議**

議 事 録

平成31年1月25日（金）

当番校:愛媛大学医学部附属病院

第34回全国国公立大学病院集中治療部 看護師長会議議事録

- 1 期 日 平成31年1月25日(金)
- 2 会 場 東京第一ホテル松山 スカイブリリアン
- 3 日 程
 - ・受 付 9:00～9:30
 - ・開 会 9:30
 - ・当番校挨拶 9:30～9:40
 - 愛媛大学医学部附属病院 看護部長 久保 幸
 - 愛媛大学医学部附属病院 集中治療部 看護師長 新居 由香
 - ・グループディスカッション 9:40～10:40
 - 第1グループ（8名） 新卒者教育について
 - 第2グループ（8名） 既卒者教育について
 - 第3グループ（6名） 看護提供方式について
 - 第4グループ（7名） 特定行為に関連した内容
 - 第5グループ（7名） 倫理教育・倫理的問題への対応
 - 第6グループ（6名） 終末期医療への取り組み
 - 第7グループ（8名） ICUにおける質評価について
 - 第8グループ（7名） 診療報酬との関連について：診療報酬や重症度評価改定への要望等
 - 第9グループ（6名） 地域との連携について
 - ・グループ毎に協議内容発表・全体協議 10:40～12:00
 - ※資料（パワーポイント）参照
 - ・報告事項
なし
 - ・閉会 12:00

第1グループ

『新卒者教育について』

- ・弘前大学 赤牛 留美子
- ・長崎大学 赤星 衣美(発表)
- ・浜松医科大学 石原 靖乃
- ・大分大学 安部 直子(書記)
- ・名古屋大学 小楠 香織(司会)
- ・横浜市立大学 池田 恵理
- ・佐賀大学 岩橋 好子
- ・京都府立医科大学 高垣 忍

新人指導の現状

- 自主性が欠けている
- 成長が遅い、メンタルが弱い
- 社会性が身につけていない
- 知識はあっても実践に結びつかない
- 指導者のモチベーション低下、疲弊感
- 個人主義
- メモを取っても使いこなせない
- 継続性がない

取り組んでいること

- 指導者となるスタッフの教育、育成
- 新人育成は長い目で時間をかけることに意識を変えていく
- 新人の個別性に着目する
- 成長に個人差があることを踏まえて指導する
- 自分の看護を振り返る（記録する）時間を確保する

第2グループ

『既卒者教育について』

- ・山形大学 須賀 恭子
- ・筑波大学 松嶋 綾
- ・新潟大学 五十嵐 実花子(発表)
- ・大阪大学 植園 法子
- ・山口大学 大田 弘子(司会)
- ・高知大学 大坪 佳代
- ・自治医科大学 茂呂 悦子(書記)
- ・愛媛大学 山本 可奈

1. 既卒者の指導・教育の課題
2. 教育・指導体制
3. 既卒者が抱える問題
4. 個別の対応 1・2
5. 指導者側の問題
6. 指導者への支援

既卒者の指導・教育の課題

- 既卒者は背景が個々で異なるので同一の教育・指導では対応できない。
- 既卒者の背景が異なり個別の対応が必要になるので指導者の負担は大きい。

既卒者の教育・指導を効率的に行うにはどうすればよいか

⇒ 既卒者が段階的に知識・技術を習得できる
指導者の負担を軽減できる

教育・指導体制

- プリセプター制といれつつ5人くらいのグループで支援している。
- パートナーシップナーシングを行っているがプリセプターが毎回組めるわけではない。
- エキスパートナースを各グループに一人ずついれ、グループを総括する役割を担っている。
- エキスパートナースと主任と師長で指導の進捗状況と課題・対応を話し合いながら進めている。
- 月一回チーム会を行い、教育・指導上で他のチームメンバーにも協力して欲しいことは病棟会で発表して共有している。

既卒者が抱える問題

- 業務はこなせているが理解できているのかは把握しきれない。
- 指導者側の期待と既卒者の自己評価にギャップがあると指導がうまくいかない。ギャップを埋めるために、個々の対応をする。感じていることを考えていることを発言できるようにする。

個別の対応 1

- ナーシングスキルなど客観的に知識・技術を判断できるものを活用するのもよいのではないか。
- 進捗がわかるようにするために、チェックリストを用いている
- 日々の指導場面ではチェックリストの確認と自己申告で調整するようになっている。
- 特殊治療の看護を実践する際のコンピテンシーにそって知識・技術を確認しながら担当させている。

個別対応 2

- ICUへの希望者の減少にもなるので、こまめにコミュニケーションをとり、学習支援をしたり、指導者は年下をつけないようにするなど配慮して継続できるようにしている
- 周囲に聞けなくなっていく、あたりも強くなっていく、努力が見えない、どう努力して良いのかわからないなど指導者と指導を受ける側とに溝ができてしまったが、一度仕切りなおして面接をして状況を整理して指導方針を立て直している。

カウンセラーなどを入れながら本人の意欲を尊重して進めている。

指導者側の問題

- 経験が低い年代の言動に傷ついている。若いスタッフは知識や技術が習得できると自身が優先し患者・家族への対応や教育・指導時の対応がきつくなってしまう傾向がある。
- モラルの教育が必要であるので、ICUラダーだけでなく看護部や看護協会のラダーを併用する必要があると考えた。
- 救命を重要視するあまり患者・家族への配慮や同僚への配慮が欠けているスタッフも見受けられる。
- 一般病棟で患者・家族と接する経験をしてICUに異動するとよいのではないか。

指導者への支援

- 指導者一人が攻められないように、グループや主任・師長全体で関わっていくという風土を醸成する。
- 厳しい言い方をするスタッフについては個々に対応しがんばりを認めて改善して欲しいところは助言・指導をする。

第3グループ

『看護提供方式について』

- ・秋田大学 佐藤 多実子(発表)
- ・香川大学 橋田 由吏
- ・金沢大学 辻 千芽(司会)
- ・札幌医科大学 小島 麻子
- ・山梨大学 岡村 真由美
- ・愛媛大学 木下 恵理(書記)

各施設の現状と課題

金沢大学

- ・固定チームナーシング
- ・PNSマインド

※個人で担当、個人プレー、他の患者のことは把握できていない

札幌医大

PNS

※夜勤体制の問題

香川大学

PNS

ペアナーシング(相談できるナース):香川大学ICU方式

※新人がいつまでもサポートされ、先輩を頼る 指導者ナースの負担

山梨大学 10床

PNS プライマリーナーシング

ペア(年間パートナー) 夜勤はプラス1名で2:1がとれている

※退職させないスタッフの育成

秋田大学 ICU1(救急)+ICU2

固定チームナーシング

※指導体制、PNSはどうか、夜勤体制、ICU1と2の連携

PNSについて考える

PNSが夜勤体制では困難

3交替 準→休→深 準→準→休→深→深（正循環）

プラス1名の夜勤であれば可能なこともある

夜勤（勤務体制）の問題

13（12）時間夜勤導入に向けて考える必要がある

長時間日勤の導入検討

入室が多い夕方に遅出2名などの体制

メリット

PNS・ペアナーシング

日勤2：1で患者を看ることが出来るか
複数で複数が見れるようにしておく

新人・異動者の育成には効果的



【現状】

PNS 固定チームナーシング
ペアナース

【課題】

理想的にはPNSを実践したいがペアが多い
夜勤体制ではPNSが困難
夜勤体制としては12時間夜勤の問題

【看護提供方式（まとめ）】

新人・異動者の育成にはPNSは有効
夜勤でもPNSが実践できるような体制づくり

第4グループ

『特定行為に関連した内容』

- ・筑波大学 飯田 育子
- ・富山大学 木本 久子
- ・滋賀医科大学 石川 真(書記)
- ・島根大学 金築 きよ美
- ・鹿児島大学 川畑 美賀(司会)
- ・大阪市立大学 瀬脇 純子
- ・愛媛大学 竹森 香織(発表)

各病院の現状

- 特定行為研修を修了したものがいるところといないところがある
- 特定行為を実践しているものがいるところといないところがある
- 研修センターを持っている病院は、特定区分を増やしていきたいと考えているところもある

特定行為研修修了者の活用への課題

- 看護管理者の特定行為研修修了者への理解
- 特定行為としての活動時間を確保できていない
- 特定行為について診療報酬がつかない、個人にも手当てがつかない
- 特定行為研修修了者をどのように増やしていくか
- 医師の認知向上も必要
- 特定行為研修修了した内容がわからない
- 医師のタスクシフトが第一目的になってしまっているところがある
- 手順書の整備が不十分
- 特定行為研修修了者がいることのメリットが伝わっていない。
- 特定行為実践内容を発表していく必要あり

まとめ

- 看護管理者や医師の特定行為・特定行為研修修了者に対する理解を深める。
- 特定行為研修修了者の活動のアピールをしていく必要がある。
- 医師のタスクシフトが第一目的ではなく、患者ケアの質向上や地域医療の質向上に貢献できるように取り組む。

第5グループ

『倫理教育・倫理的問題への対応』

- ・東北大学 庄子 由美
- ・千葉大学 竹内 純子
- ・東京大学 荒木 知美(司会)
- ・三重大学 林 智世
- ・京都大学 藤澤 誠(発表)
- ・九州大学 松本 由香
- ・名古屋市立大学 鈴木 伴枝(書記)

問題・課題と感じていること

代理意思決定支援

- ・ 背景

VAD・ECMO・PCPSなど生命維持的な治療への
患者の意向

家族構成の多様化

看護師の倫理教育 倫理的感性



多職種カンファレンス

臨床心理士 医師 リエゾン

ソーシャルワーカー 看護師が調整役になり話
し合う場を作っていく

成功体験を増やしていく

第6グループ

『終末期医療への取り組み』

- ・北海道大学 岩本 満美
- ・東北大学 坂本 千尋(司会)
- ・東京医科歯科大学 高橋 洋子(発表)
- ・岡山大学 服部 芳枝
- ・琉球大学 山川 知美
- ・産業医科大学 萩原 由美(書記)

終末期医療に関して困っていること ジレンマ

- ・ 指針がある病院とない病院がある
- ・ 終末期医療の判断に迷う
脳死判定に当てはまらないケースもある
循環器で重症患者（PCPSなど）は難しい
状態が徐々に悪化する患者で、患者の意思を確認する時期があったのではないかと思う時がある。
医療者主体の終末期を迎えることが多くジレンマである。

討議したこと

- どこが終末期なのかの判断
- 患者の意思決定
- 家族の説明支援
- カンファレンスの実施
声があれば看護師長がメンバーに声をかける
毎朝のカンファレンスで本日のゴールを決める



調整するは看護師

- 多職種メンバーとは
医師・看護師・薬剤師・リエゾン・CE・管理栄養士

課題

- 多職種とのカンファレンスの充実が必要
- カンファレンス
リエゾン・CNSが参加することが重要
看護師長が調整しているが、看護師一人ひとりが役割として調整できるように教育する必要がある
- 患者や家族へのICも重要
誰が実施しているか
疾患は主治医が実施し鎮痛・鎮静などはICUの医師
主科の医師が実施

- 
- 倫理委員会
あるがうまく活用できていない
看護師の倫理教育も重要

第7グループ

『ICUにおける質評価について』

- ・群馬大学 小林 瑞枝
- ・東京大学 菊池 洋子
- ・岐阜大学 宮部 美香子(司会)
- ・神戸大学 田仲 みどり
- ・広島大学 佐々邊 やよい
- ・香川大学 中村 佳代(発表)
- ・宮崎大学 海江田 ちえみ
- ・奈良県立大学 稲田 充代(書記)

質評価どうしているか

DiNQL活用

QIのデータ項目

感染、褥瘡、

スタッフの構成

リハビリ、鎮静状況、挿管の期間、

Sofaスタッフがどこまで理解しているか

予測した行動ができていない

スタッフによってレベルの差がある

データはあるが活用できていない。

最低基準を全員ができていない

プロトコール

挿管、再挿管率、リハビリの中止基準

リスク毎に分けて表示

基準があると経験が浅くても活用

特定看護師の活用

QIボード

- ・褥瘡など、どのデータがICU領域で活用するものなのか
- ・何を目指して、どう活用するか
ただ決められたデータをとっているだけ
- ・身体拘束について必要な人にする判断
何を持って判断していくか。安全…

退室後訪問

- ・挿管していた患者対象 データ収集中
患者からの反応、退室してから患者が感じること
意見スタッフに反映させる

チェック表

チェック表を埋めることが目的

質評価に必要な視点

- ①悪くなることがなくなる（感染、安全）
- ②良くなっていくこと（回復）
- ③患者さんに寄り添ったケアができる。

家族から要望されて抑制を外すではなく
看護としてどう判断するか

目的が変わらないように、業務で行わないように
救急科では患者のことがわからないから難しい
意思決定支援、家族支援がおろそか
気持ちを育てる。

退室後訪問で患者の思いによりそうことの教育につながる

どんな質を評価するか

目標を立てる

スケールなどで評価

患者の声

アセスメント、計画、どんなことを下か
目標管理

それぞれの部署で目標を立てる。

どうあるべきかを定める。

色々なデータ、どこにアウトカムを置くか、データを限定して活用

中長期的に見ていくことが必要

師長として

自分の部署が何が弱いか、現状分析

師長はアンテナを張らないといけない

データのとりかたを見定める。

問題の抽出について

機器に頼って自分で観て、触ってが少ない

呼吸回数の記録がない

第8グループ

『診療報酬との関連について：

診療報酬や重症度評価改定への要望等』

- ・旭川医科大学 清水 由美子 ・岡山大学 岩谷 美貴子
- ・山形大学 大宮 敦子(発表) ・徳島大学 中山 志津
- ・福井大学 栗原 勇治 ・福島県立医科大学 渡部 ますい(司会)
- ・名古屋大学 鈴木 輝彦(書記)

現状

- ・特定集中治療室管理料 1：4 施設
- ・特定集中治療室管理料 2：2 施設
- ・特定集中治療室管理料 3：1 施設
- ・リハビリ加算開始しているが、専門・認定看護師の配置、専属PTの問題がある
- ・専門、認定看護師の育成が進まない
- ・認定、専門看護師の働き方が、通常スタッフと同じ働き方をしている
- ・異動の問題があり、人材育成が進まない
- ・産休育休問題
- ・リハビリ加算について、記録・評価方法の基準がなく、各施設で考えた方法で実施している

早期離床・リハビリテーション加算について

- ・認定、専門看護師の育成が進んでいない
- ・認定、専門看護師を含め異動があるため、施設基準をみたさない
- ・リハビリ計画記録に必要な項目が不明確、かつ記録することが多い
- ・48時間の縛りがあり、計画立案ができない
- ・各勤務帯に認定、専門看護師の配置が難しい
- ・専任PTの配置が難しい

課題

- ・専門、認定看護師を含め作成したプロトコールを使用できないのか
- ・1週間後に認定・専門看護師が評価すればよいのでは
- ・長期集中治療室に勤務していたスタッフであれば、計画作成に参加できないのか
- ・専門、認定看護師が役割が発揮できるような人員配置
- ・リハビリ加算について不明確な箇所が多いため、明確にしてほしい

第9グループ

『地域との連携について』

- ・信州大学 高尾 ゆきえ(司会)
- ・防衛医科大学 中安 文恵(発表)
- ・鳥取大学 渡邊 仁美
- ・愛媛大学 西川 文晴(書記)
- ・熊本大学 塘田 貴代美
- ・愛媛大学 新居 由香

地域連携についての話し合い

- アンケート結果のまとめ
- 退院支援加算について
- 患者家族の意志決定支援連携
- 前方後方連携
- 重症患者のケア連携

アンケート結果（1）

- 22大学／参加大学52大学42%回収

1) 退院支援加算(600点) 算定に伴うカンファレンスをICUで開催していますか？

あり8 (36%)、なし5、無回答9

1) -1 開催している場合、参加者はどんな職種で参加人数は？

ICU看護師、退院支援専従看護師、退院支援部門看護師、MSW、(たまに主治医、他病棟看護師)

約5人

開催頻度:10回程度、2回/週、4~6/月、週1回

アンケート結果（2）

- ICUで初回カンファレンスを実施し、退院支援計画書はICU内で交付していますか？

○ はい 2 (9%)

○ スクリーニングのみ 2

○ なし 6 (27%)

○ 計画書は病棟で渡す 2

- 2) 介護支援連携 (400点) を取得した事例はICUにありますか？

○ はい 1 (4.5%)

アンケート結果（3）

- 3) 訪問看護師との連携事例はICUにありますか？
 - あり 5 22%
 - なし 8 36%
 - 無回答 8
- 4) ICU入床中に退院先を話し合っていますか？
 - ある 8 36%
 - なし 4 18%
 - 無回答 9 40%

アンケート結果（4）

- 5) 退室前後の患者訪問をしていますか？
 - あり 4 18%
 - なし 6 27%
 - 無回答 8

呼吸器装着で病棟へ帰室した患者は前全例¹回以上訪問、退室時にアンケートを配布し、退室後拐取を含めて訪問している、入室前のみ、後はなし、入室前は全員、退室後は一部訪問、入退院支援員が訪問

アンケート結果（5）

- 6) ICU入床されていた患者さんのご自宅または施設へ訪問されたことはありますか？
 - はい 2 9%
 - いいえ 12 54%
- 7) 退院支援加算に関するICUの専従看護師はいますか
 - あり 2 9%
 - いない 6
 - 退院支援委員会./リンクナースなど 2

アンケート結果（6）

- 8) ICU担当のMSW/PSWはいますか？
 - いる 8 36%
 - なし 3
 - 専従の形ではなし 3

アンケートフリー回答

9) ICUの看護師の地域連携で実施している内容 ICUの地域との連携におけるICUの前方支援、弱みと強み

強み

- リハビリ連携は強み
- 入院時に退院支援計画書を書いているため今後地域連携が必要な患者に対してはICUに入室してくれて情報収集している
- 入院前の情報収集と共有スクリーニングの実施
家族支援受容支援看護部の活動
看護協会の訪問看護ステーション研修実施
- 訪問看護しやケアマネ、MSWとの情報共有、早期離床訓練

弱み

- 家族が不在に病状がどうなるかわからないような重症患者に対しては連携が遅れがちになる
- 患者の状態が安定していない時に家族の意向を確認することの難しさ
スタッフの社会資源などの知識不足
- 対象となる患者が少ないため、地域連携について理解すくない
- 病棟との連携、ICU入室中にMSWするくらい

ICUにおける病院間連携 信州大学の例

- 前方支援、後方支援：ICU病床連携できている

→メディカルネットワークの確立

→病院連携10病院以上の提携

例) PCPSをつけたままの転院

CHDFをしたままの転院

※ICU加算がとれなくても転院できる

呼吸器の患者の連携

- ICUと病棟連携強化による退院支援
→呼吸器をつけたままの転棟工夫
- RSTだけでは対応できないために集中ケア認定看護師が病棟ラウンドしてつなげている。トラブル対応をしている。
- 病棟看護師教育をICUでおこなっている

重症患者のケア連携：VAD

- ICU退室後の退院支援（2日で退室）
→VADチームによる地域連携

訪問看護師、在宅医師、MSW、ME、理学療法士、薬剤師

信州大学の看護師（VAD療法士、外科病棟看護師、ICU看護師、WOCN）

まとめ

- 退院支援加算取得：退院困難要因を I C U で入室時チェックして初回カンファレンスを実施して取得は重要
- I C U 施設間の連携：大学病院としての提携が必須
- 重症患者ケア連携：
 - 地域のメディカルスタッフを交えたチームが必要。
 - 病棟と I C U との連携