

**全国国公立大学病院集中治療部協議会
看護師長会
議事録**

令和2年1月24日（金）

山形大学医学部附属病院

第35回国公立大学病院集中治療部看護師長会議事録

1 期 日 令和2年1月24日(金) 9:30 ~ 11:30

2 会 場 ホテルメトロポリタン山形4階霞城B

3 日 程

・受付 9:00~9:30

・開 会 9:30

・当番大学挨拶 9:30~9:40

山形大学医学部附属病院 高度集中治療センター 大宮 敦子

山形大学医学部附属 看護部長 斉藤 律子

・グループディスカッション 9:40 ~10:40

第1G (9名) 「新卒者教育について」

第2G (10名) 「中堅看護師の育成について」

第3G (9名) 「看護師の交代勤務について (2交代・3交代・長日勤など)」

第4G (10名) 「特定行為に関連した内容」

第5G (9名) 「倫理教育・倫理的問題への対応」

第6G (9名) 「終末期医療への取り組み (ACPについて)」

第7G (9名) 「ICUにおける質評価について」

・グループ毎に協議内容発表・全体協議(資料参照) 10:40~11:30

※グループあたり発表時間4分、質疑3分程度

・報告事項 なし

・閉 会 12:00

第35回 全国国公立大学病院集中治療部協議会
看護師長会

第1グループ
—新卒者教育について—

現 状

- 新人看護師の配属がある 職場スタッフの1割程度
- ICUの人気がない 救急を希望してICUに配属されている
- 先輩の移動が少なく10年以上のベテランが多い
- 新人看護師の独り立ちの時期 1年ぐらい
- 新人看護師の適正、人間関係の取り方に問題がある

課 題

- 配属された新人看護師が適応できない
⇒教育専任の部署のスタッフがメンタルフォローする体制がある。
- 教育する側の指導の工夫
 - 看護を語る機会
 - ポジティブフィードバック
 - 新人の声を聴く
- OJTがうまく機能していない 新人への要求が高い
⇒指導者を育てる必要がある

今後の展望

- 新人を育てる風土
- ゆっくり育てる
- 話を聞く余裕 言い訳を聞く上司 日々上機嫌でいられる上司
- 新人を教える側の育成
 - OJTの体制
 - 指導者が新人の声を聴く姿勢
- わかりやすい目標を提示する

働き続けられるICUを作ろう

第35回 全国国公立大学病院集中治療部協議会 看護師長会

第2グループ —中堅看護師の育成について—

現 状

- 中堅看護師→幅広い年齢（異動者、時短、それ以上のスタッフ）
- 自己研鑽に個人差がある
- 妊娠、出産などライフイベント
- 中堅看護師のラダーなど教育体制が整っていない
- 異動者の成長が見えにくい
- 中堅の負担が大きく、常にイライラしている。
- 精神的、時間的余裕がなく意欲低下
- 周囲の目を気にする
- 目標がないし覚悟がない

課題

- 中堅看護師個々のキャリアが明確になっていない
- 教育体制が整っていない
- 中堅看護師がやりがいを感じられない
- 離職、異動希望が多い

今後の展望

- ICU異動したあとの動機づけが(希望せず異動のスタッフには特に動機づけが重要)
- 異動者への教育プランを整える
- メンタルケア
- ストレスマネジメントを学ぶ機会
- 個人がストレスマネジメントできるよう支援
- キャリアプランを自身で書いてもらい把握する。
→管理者と共有し、面接に活用する。
- 興味がありそうなスタッフに幅広く声をかけ、やる気を支援する
- 学んだら伝達講習する(アウトプットする)機会を作り成長につなげる
- 自己研鑽に対する経済的バックアップ

第35回 全国国公立大学病院集中治療部協議会 看護師長会

第3グループ

—看護師の交代勤務について—
(2交代・3交代・長日勤など)

現 状

2交代 12時間勤務・長日勤 3施設
16時間勤務

3交代 3施設

・愛媛 2交代 8床 夜勤4名体制
3交代 仮眠室ICU内がない
7人夜勤

・浜松 2交代 12床 6人夜勤 38名 夜勤専従5人
仮眠室あり

- 横浜 8床
- 名古屋 変則2交代 20床 スタッフ70人
夜勤10名 すべての外科疾患患者が対象
- 京都 変則2交代 夜勤10名 休憩1時間半
- 宮崎 2交代
PNSでペアで3~4名を担当することもある
- 札幌 3交代
- 熊本 42名 夜勤はICU6名、救急外来1名
夜勤専従を4~5名
長日勤の超過勤務が多い

日勤 基本は2:1になってしまう

1:1の人員配置にはできていない

PNS導入4施設

夜勤人員を確保してから日勤

病院によっては応援態勢があり人数の多い

ICUから出すことが多い

- ・1:1体制をとっている

PNSを入れると2床みることになるためスタッフの疲労も強い

- ・1:2体制

長日勤について

- ・術後入室が20時頃になる場合のこともあり、超勤になってしまうことがある
- ・夜勤が19時以降の手術を受ける場合は長日勤の超勤は少ない

超過勤務

- ・一般病棟に比べると超勤は少ない
- ・日勤が夜勤の手伝いに入ってしまうと超勤につながる
- ・お互いの引き渡す努力と勇気が必要となる

課 題

- ・勤務内で教育を行う時間がとれていない
- ・日勤後の勉強会をしていたが、長日勤が導入されると時間を確保できない
- ・日勤人数の確保ができないと係や研究活動の時間を確保できていない

今後の展望

- ・2交代、3交代であっても勤務による問題の違いはない
- ・教育については空き時間の活用など努力していくなど職場の風土をうまく生かした方法を取り入れていく

第35回 全国国公立大学病院集中治療部協議会 看護師長会

第4グループ

—特定行為に関連した内容—

現 状

- 特定行為研修をうけいれている 3施設
- 来年から実施3施設
- 予定がないところ2施設

- 特定看護師は、認定看護師が多い
- 配属は、看護部で部署配属になっている

- 研修の特定行為区分は、個人の希望・セット化
- 研修費は、個人もち 病院もち 補助 と施設によって違う

現 状

- 活動状況

皮膚創傷認定が特定行為研修を終了して、外来を実施している。

師長職で日勤勤務であり、組織横断的な活動ができています(各病棟や手術部で活動をしている)

ICU領域では、ICU内でウィーニングやPICC、血ガス、Aライン確保などを行っている

課 題

- 養成にともなう人員的問題
- 研修中の症例件数
- 特定行為者の看護の視点
- 集中治療領域の特定行為は、ICU以外では難しい
- 部署配属になっているため、横断的な活動が難しい

今後の展望

- 特定行為の延長上に看護があると考えて活動できるような、行為者の養成
- 特定行為看護師が横断的な活動ができるようなかかわりを、病院全体してできるように人員の確保
- 国で各領域で養成数の期待値の発信が欲しい
期待値によって要請数の検討

- 病院内での検討は
- 看護部発信？
- 医師も入った会議からの発信？

- 診療看護師と特定看護師のすみわけなど、看護部からの発信は必要
- NPは

- 金沢 22床 70名 認定2名 特定研修行きはじめたところ
- 東京 成人ICU 18床 53名 特定行為次年度から研修をうける 受けるための準備を今年度行っていた
術中麻酔パッケージ 5名受ける(3名院内)
研修終了したスタッフはいない 受講対象スタッフを検討が必要
- ・大阪
- ・福島医大 8 32名 認定1名 特定研修3年
トータル30名を受けている(院内2名主に認定)
慢性呼吸器・創傷
集中治療の要件の600時間
病棟に所属しているので活動がしにくい
集中治療部門では、血液ガスなどの活動

- 山形 床 20名 特定看護師 研修を受けたが退職した
具体的な活動はできていない

群馬 17床 55名
研修を受けいれるのを表明した
対象スタッフも未定

浜松 12床 37名 特定行為研修センターを次年度から開設 ICUから2名 どう活動していくか課題
専門認定

• 旭川 10床 36名 認定1(特定) 専門1名

病院として特定行為をとらせるのに看護にメリットがある
ようにと実施しているが、

PICC、ガス、ウィーニングなど医師のタスクシフト
研修を受け入れる予定だが、今後の活動

大阪大学 29床 100名

4月から実習をうけいれる

特定行為の受講者 創傷の認定1名 来年度クリティカル
ル

- 秋田 35名

来年度から特定行為の研修を受け入れ予定

認定看護師や専門看護師

働かせ方をどうするか

-

- 配属

- 看護部 3病院

- ・皮膚損傷は病棟がないので横断的に活動している。

- 外来をもっていて、師長職で日勤のみ

- 集中治療領域は、組織横断が難しい

- 人員の余裕がない

- 部署に配属すると夜勤もするので、日勤でいないときもある

- 認定などは、rssなどの活動に時間がとられることもある

- 研修医と業務と重なると症例が取れない

- 活用は、大学病院より地域の病院のほうが活用しやすいのではないか。

- タスクシフトしたいと思われているが、人員的に難しい

- 国養成はすすめているが、基準がない。

部長クラスの協議会

- 横断的にするには看護部所属ではむずかしいのではないか
- 医局所属で横断的にうごけるのでは

研修 eラーニング と実習

eラーニング4から5ヶ月で取得
月8日あげる

実習にいくといなくなる

研修中の症例をとるのが厳しい

ICUの加算をとるために養成する

特定がいる

養成しても

- タスクシフト 医師にとってはメリットを感じているのでは
- 手順書(指示書)をみると、対象の患者を特定看護師でいいよつな症例
- 認定看護師がいいのでは？
- 基本知識があったほうがいい。
- 特定行為研修にあって、看護の視点をもって仕事をしてほしい。
- 特定行為の延長上に看護があると考えて活動できるのは、認定看護師のほうがいいのでは？

第35回 全国国公立大学病院集中治療部協議会 看護師長会

第5グループ —倫理教育・倫理的問題への対応—

現 状

- 抑制ありきの同意書を取ってしまったている。
- 抑制をやめていく意識が低かった。
- 記録が患者ではなく医療者主体の記録となっている。

- 施設により作成したプロセスシート、フローシートでチェックしているところも増えている。
- 一時的な抑制は抑制に含めないと決めている。(院内のマニュアルで明文化する)

課 題

- 安全との天秤で、0にする必要性があるのか、安全を担保していく必要がある。
- 一時性、代替性、緊急性についてのアセスメントを記録にする。
- 看護師ではなく、患者の安全を第一とする。
- 外せる可能性を考える。

今後の展望

- 3原則を常に意識したアセスメントをし、記録に残していく。
- 不要なルートがないか、どういう状況になったらやめられるか、医師を巻き込んだアセスメントをする。
- 医師、看護師だけでなく、多職種みんなが危険な患者に注意が出来るような風土を醸成する。

第35回 全国国公立大学病院集中治療部協議会 看護師長会

第6グループ —終末期医療への取り組み— (ACPについて)

現 状

- ACPについて

治療方針を決めてないので、フルサポートになってしまう

家族が意思決定になってしまうが、戸惑いが大きい

DNARも院内の中でも違いがある

振り返りをするとこんな状況でよかったのかとスタッフもストレスが大きい

本人の意思確認ができないので、家族の意思決定支援が重要。

本人の意思を確認するために鎮静を覚まして確認したが本当の意思が不明

家族はできる限りのことをしてほしいと望むが本人はこれでいいのか疑問

ICUでDNARが取れていると入室しない。

事前にどこまで治療をするか希望を聞くことができていない

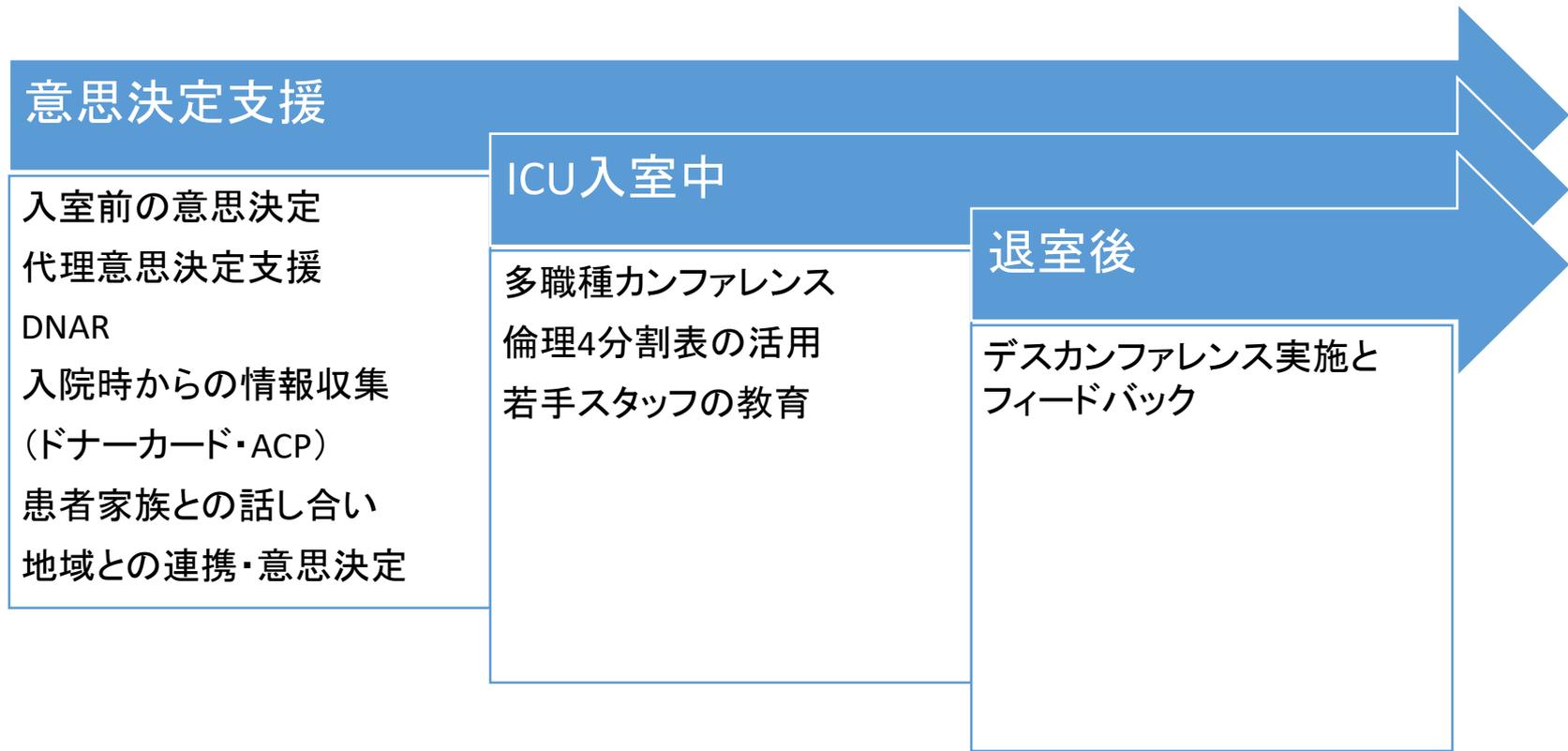
治療の限界と意思決定

- 本人の意思の確認
- 家族の希望と本人との違い
- 家族の希望を捨てきれない・治療中止の決定は難しい
- 延命は希望していないこと・治療後のADL・QOLの変化を受け止めることはできるのか
- 90歳以上であっても治療はするが治療限界はある

事前の意思確認

- ACP一取り組みが始まっている・医師との共有が難しい
- 家族の中でも話し合いが必要
- 救急の現場でも関係性のない状況の中、本人・家族の意思を確認するの難しい
- 限られた資源の中で、難しい選択する
- 倫理の4分割表で、医師との話し合いをする
- エンジェルカンファレンスの学びを増やす
- 多職種カンファレンスで倫理カンファレンスを行っている
- 多職種カンファレンスのフローを構築する
- 意思決定プロセスを見える化している

患者・家族の 終末期の意思決定支援



* 病院での仕組み作りや各学会で出されている意思決定ガイドラインの活用

第35回 全国国公立大学病院集中治療部協議会 看護師長会

第7グループ

—ICUにおける質評価について—

北海道大学病院 八百枝 悠
筑波大学付属病院 小笹 雄司
(司会)富山大学付属病院 佐々木 裕美
岡山大学病院 妹尾 郁美
山口大学医学部付属病院 大田 弘子
(発表)徳島大学病院 中山 志津
大分大学医学部付属病院 安部 尚子
鹿児島大学病院 山田 優子
(書記)長崎大学病院 五島 美香子

現 状

- QI評価 ICUでの適応は難しい 家族との接点をどのようにとっていくのか。カンファレンスをスタッフ間で行っている(事例検討)はじめたばかり
- DNQLを活用 入力しているが全国比較ができない。
- 質の評価 数値化できているか。医療は数値化できやすいが、看護の分野は難しい。
- DNQL 比較できない。ツールがない。入力に時間がかかる。ICUに特化できない。クリティカルの分野に特化した項目が欲しい。
- 看護師の役割:ADLの改善や 看護師が出来ることが特化できない。治療の兼ね合いが影響される。
- 看護師の調整能力が活かされていない。
- 患者・家族の声が反映され難い。
- 質の標準化⇒着地点が難しい。明確な指標を作成できれば良いが。病院の求められているものと違う

- スタッフのモチベーションアップにつなげられない
- 入室前訪問、退室後訪問が刺激になっている。
- 早期リハビリテーションも十分に活かしていけない
早期離床は進んだのか。ICU早期に介入することで
定期術後の離床は進んでいる。
リハビリもマンパワー不足で効果が十分ではない。
一般病棟での連携が難しい
- 退院支援カンファレンス⇒看護の質に繋がっているのか⇒家族の満足度にはつながるのか。
- 患者満足度調査⇒ICUの分野では難しく、患者からの評価が難しい。
- 抑制、転倒転落、褥瘡などが指標になるのか

課 題

- ICUの質の評価は数値かしにくい
 - 病棟との連携：病棟の状況でICUでやってきたことが活かされないことがある。病棟との連携が難しい。繋がらない。
- 多職種連携の中で看護師の質をあげていく。
- 多職種カンファレンスの内容の充実
- 安静度、ADLをあげる基準、せん妄の予防等が指標になるのか
- 面会時間：制限をするのか。
- 患者満足度をいかに指標にしていくのか

今後の展望

- 質評価をするための数値データ化をする。そのために色々な項目を集め評価する。