

研究

新人看護師を対象とした急変シミュレーションの OJTでの効果・活用の実態

The effect in OJT and the reality of the utilization of the sudden change simulation which made a new face nurse the subject

新村 智宏
Tomohiro Shinmura

細海 加代子
Kayoko Hosokai

要 旨

急性期病院の新卒看護師の職場適応を困難にする要因で最も多いのは、「患者の急変時の対応」「重症患者への対応」であることが明らかとされている¹⁾。本研究は、A病院に勤務する平成28年度採用新人看護師を対象に窒息やアナフィラキシーショックを含む、なんらかの急変に遭遇した看護師をアンケートにより抽出したうえで、グループインタビューを行い、急変シミュレーションの目標である①患者のアセスメントができる ②初期対応ができる ③ISBARCで報告ができるの3点の目標が実際の臨床現場における急変場面で活用できていたのかを検討した結果、[急変場面の発見][急変場面の新人の行動][報告場面][振り返りからの学び]の4つのカテゴリが抽出された。新人看護師は急変発見時、混乱しながらも患者の第一印象を迅速にアセスメントし、主体的に応援要請を行いバイタルサインの測定をしていた。また記録を始め先輩看護師の指示に従い受動的な行動をとっていた。しかしISBARCを用いた報告ができるという目標については、日本看護協会が2016年に発表したJNAラダーレベルⅢの到達目標である、ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する。学習内容項目、救命救急OJTの実践に事例を用いてSBARを用いて報告するとの記載があることから今回、新人看護師研修でISBARCを用いて報告ができるという到達目標を挙げたのだが、ラダーレベルに照らし合せると、新人看護師がISBARCを用いた報告を臨床場面で実践できる習熟度には到達していないということが明らかとなった。

Key Word : Sudden change Simulation New face nurse

はじめに

現在医療の高度化により看護師には高い看護実践能力が求められている。それに伴い「保助看法」が改正され、2010年4月から新人看護師の卒後臨床研修が努力義務化となり看護の質向上、医療安全の確保、早期離職防止の観点から、新人看護師への研修は不可欠となっている。新人看護師の離職に関する先行研究¹⁾では、急性期病院の新卒看護師の職場適応を困難にする要因で最も多いのは、看護技術に関することであり、中でも「患者の急変時の対応」「重症患者への対応」であることが明らかとされている。当院は救命センターを設置する地域の中核病院であり急性期の患者、重症患者を多く受け入れている。そのような病院の役割において新人看護師を対象とした急変対応の研

修が看護部の年間教育計画の中に取り込まれ継続的に実施されている。臨床の場において、急変の第1発見者となることの多い看護師が迅速かつ適切な初期対応を習得することは、救命つまり安全な医療、質の高い看護技術の提供のほか、看護技術における自信にもつながり新人看護師の救命に関わったことによる達成感、ひいては離職防止にも効果があると考えられる。平成28年度採用新人看護師を対象に実施したシミュレーションが7か月後の臨床現場の急変場面で活用されているかを明らかにすることは、教育評価と今後のシミュレーション教育のシナリオ改訂に示唆が得られると考え本研究に着手した。

本研究の目的

本研究は、窒息やアナフィラキシーショックを含

む、なんらかの急変に遭遇した看護師に、グループインタビューを行い、急変シミュレーションの目標である①患者のアセスメントができる ②初期対応ができる ③ISBARCで報告ができるの3点の目標が実際の臨床現場における急変場面で活用できていたのかを明らかにすることを目的とする。

研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的デザイン

2. 対象者

平成28年度採用の2年目看護師28名の中から抽出した急変場面に遭遇した看護師4名

3. データ収集方法

1) 一次調査：平成28年度採用新人看護師の28名においては、どの部署のどの新人が急変に遭遇したのかを抽出するためアンケート用紙に部署名、氏名を記入してもらい、同時に研究目的、意義、調査方法を対象者である看護師に口頭と書面で説明し、本研究の趣旨に同意が得られた対象者を抽出する。

2) 二次調査：急変に遭遇した看護師に対しインタビューが質問し自由に発言してもらう。

3) インタビュアーはパワーが働かない人を人選し依頼する。

4) グループインタビュー

インタビューガイドを作成し、半構成的インタビューを行う。

4. 倫理的配慮

情報およびデータ管理

1) 研究の意義・同意：調査方法を説明した後であっても同意が撤回できることを書面にて渡し、保証する

2) インタビューの発言の前に「Aです」というような個人が特定されないように番号を用いて処理、分析を行う

3) 外部につながるパソコンにデータは保管せず、認機能付きUSBメモリー媒体で保管する

4) 紙媒体の情報は研究終了後3年間鍵のかかる金庫に保管し、その後破砕処理する

5) 研究者がインタビュー中の協力者の表情や沈黙の間を把握するためビデオに録画したデータは解析後消去する

6) インタビューの途中で体調不良をおこした場合には、文書と口頭で途中退席ができることを説明する

7) インタビュアーの質問にパワーを感じた場合、文書と口頭で途中退席ができることを説明する

8) インタビューにより体調不良となった場合、臨床心理士のカウンセリングへとつなげる

9) 結果の公表では、すべての個人情報特定できない

処理を行い、個人のプライバシーが公表されることはない

10) 逐語録からコードを抽出する際に、個人が特定される可能性のある文脈のある場合、プライバシー保護の観点からそれらをデータから削除する

11) 回収したアンケートや結果は研究目的以外で使用せず、関連学会で公表することにも同意を得る

結果

平成28年度新人看護師28名中研究期間において、急変に遭遇した看護師は4名である。男女比においてはすべてが女性看護師であった。事例の内容については、抗がん剤投与後のアナフィラキシーショックや転落による頭部外傷、痙攣であった。その結果、4つのカテゴリと20のサブカテゴリを抽出した。

考察

考察

急変のシミュレーションの目標が実際の臨床現場における急変場面で活用できていたのか目標別に考察する

1. 患者のアセスメントができる

この目標に対するサブカテゴリは《普段との比較》、《患者の訴え》、《予測していた変化》、《急変場面の目撃》、《意識レベル・声掛け》、《混乱・思考停止》が該当した。新人看護師の語りでは、「いつもと違う」という患者の訴えから、呼吸回数や心拍数の測定他に、アナフィラキシーでは特徴的な皮膚所見を観察していた。また別の事例では患者の体が動かなかったという点は意識レベルを観察していた。新人看護師は、急変場面を発見した時、呼吸状態や循環動態、意識レベルの観察など、患者の第一印象を迅速にアセスメントした一方で、「頭が真っ白になった」、「初めての急変で何をしても良いのか分からなくなった」など、思考の混乱が発生していた。患者の状態をアセスメントする前の段階である発見場面の心理的な状況についてはシミュレーションでリアリティをもってできなかった可能性があるが、シミュレーションの限界とも言われていることから講義や動画などの教材を用いて急変発見時の思考を整理できるように教育していくことが必要である。

2. 初期対応ができる

この目標に対するサブカテゴリは《自分の判断でできたこと》、《指示に従った行動》、《自らバイタルサインを測定》、《予測的な観察》、《応援要請》が該当した。アセスメントの段階で思考の混乱から「何をしてもいいのかわからなくなった」という語りがある一方で、自らバイタルサインを測定したり、ナース

コール又は医療用PHSで他のスタッフに応援を要請している。アナフィラキシーショックによる死因の第1位が気道閉塞によるものであり、発症から死亡までの時間も30分～1時間以内が多くを占めるということが新人看護師にはその日の研修で説明されている。体験から学ぶということをEdger Daleの「経験の円錐 cone of experience」を日本で紹介した波多野（完治）は、経験の円錐を経験から理論的概念へ上り、理論的概念から経験へ下ることが効果的であると述べている。つまりシミュレーションを用いて症例に対応するという具体的な教材と説明や振り返りなど抽象度の高い言語的な教材を併用することで学習者の理解が深まるということである。このことから、シミュレーションという経験と病態の説明という2つを合わせたことが、臨床場面においてもシミュレーション研修で実施した通りの対応につながったと考えることができる。一方でバイタルサインの測定や投薬を中止し管中に残った薬剤の吸引を試みるなど自らの判断の中で実施していることもあるが、記録をはじめ先輩看護師から言われたことをやったということから、思考が混乱する中、主体的な行動をとることはできず、受動的な行動をとっていた。急変対応が他の看護技術と異なる点は、研修での学びが明日の臨床現場で必ず実施できるとは限らないということにある。山下は「急変時シミュレーション研修は、訓練を繰り返す行うことで、看護技術・知識の習得ができ、医療安全の確保、看護の質の向上に効果をあげることができる」3)と述べている。新人看護師研修、救急看護の目的の初期対応には応援要請ができる、バイタルサインを測定できることを目的に設定した。今回、急変対応する状況において目的であった2つのことを実施することができたということは、今後急変対応シミュレーションを繰り返すことで、急変対応の習熟度を更に高めることができる可能性が示唆された。

3. ISBARCで報告ができる

この目標に対するサブカテゴリは、《（先輩に）聞かれたことを報告》、《先輩が（医師に）報告》、《できなかった》、《経験を積むとできるという期待》、《先輩の誘導で実施》、《（ISBARCの）すべての項目ではなく一部はできた》、《フリーズ》が該当した。【急変場面の新人の行動】にもあるように（先輩から投与後何分とかきかかれたので）今まで起こった経過を報告したということからも解釈できる通り、先輩看護師の誘導で状況や状態を報告し、先輩看護師がそれらをまとめて医師へ報告していた。日本看護協会が2016年に発表したJNAラダーレベルⅢの到達目標：ケアの受け手に合う個別的な看護を実践する。学習内容項目、救命救急OJTの実践に事例を用いてSBARを

用いて報告するとの記載がある。このことから今回、新人看護師研修でISBARCを用いて報告ができるという到達目標を挙げたのだがラダーレベルに照らし合せると、新人看護師がISBARCを用いた報告を臨床場面で実践できる習熟度には到達していないということが明らかとなった。しかし急変はいつ発生するのか予測がつかない場合もあるということは、新人看護師が第1発見者になることもあるということである。第1発見者となった新人看護師から状況の報告を受ける場合、指導者や先輩看護師の新人看護師への対応については、今後研修内容の改訂が必要であることが示唆された。

結 論

1. 新人看護師は急変発見時、患者の第一印象を迅速にアセスメントした一方で思考の混乱も発生していた
2. 主体的に応援要請を行いバイタルサインを測定する一方、記録を始め先輩看護師の指示に従い受動的な行動をとっていた
3. 臨床現場における行動からも、新人看護師はISBARCを用いた報告ができる習熟度には到達していない

参考文献

- 1) 赤塚 あさ子 急性期病院における新卒看護師の職場適応に関する研究
－勤務継続を困難にする要因を中心に－ 日看管会誌 Vol.16, No.2, 2012

表1 インタビューで得られた主な語りとカテゴリの一覧

カテゴリ	サブカテゴリ	主な語り（一部抜粋）
急変発見の場面	普段との比較	<ul style="list-style-type: none"> ・見た目が浅黒い ・いつもと違う ・すごく苦しそう ・みためで（いつもと）違うと思った ・けっこう呼吸が早かった ・心拍数も 140 回 /min になっていたのやばいとおもった ・呼吸が浅かった ・動かなかった ・いつもはない症状が出現していた ・蕁麻疹がでていた ・見た目で変だとわかった
	患者の訴え	<ul style="list-style-type: none"> ・患者がいつもと違うと言ってくれたので観察できた ・患者もいつもと違うといっていた ・軽度だが（いつもと違うと）本人が言っていた
	予測していた変化	<ul style="list-style-type: none"> ・初回のケモヤクールが進むと蓄積してくるので注意するようにいわれていた ・いわれた通りの症状がでた ・トイレでおきあがってもともとあぶないのでクリップコールつけていた ・いつもと変わったりすることないですかと聞いた
	急変場面の目撃	<ul style="list-style-type: none"> ・（転倒して）あおむけに倒れていた ・看護師 4 人が同時に部屋にいった ・主任がやばいといったのでやばいとおもった ・音がおおきかった。これは・・・と思った ・外来に行ったら痙攣していた ・びっくりした
急変場面の新人の行動	自分の判断でできたこと	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤反応を起こしているの少しでも引こうと思った ・シリンジを持ってきて（管中の）薬剤を引いた ・（応援が）来るまでに点滴を止めた ・コーディネーターに報告した ・事実を伝えるので必死だった
	指示に従った行動	<ul style="list-style-type: none"> ・（先輩から投与後何分とかきかれたので）今まで起こった経過を報告した ・言われたことをやった ・先輩に記録を任された ・バイタル測定の時間を記録するように言われた ・酸素開始の時間の記録も記録するように言われた ・リーダーの指示に従った ・記録を書いた ・CT 取りに行った時間も書くように言われていたから書いた
	自らバイタルサインの測定	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧測った ・記録（電カル）を書いた ・呼吸も浅かった ・血圧計はもってきていたので測定した ・迎えにいくときにバイタルをはかれるものをもっていった
	意識レベル・声掛け	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に声掛けした ・意識はあった。清明であった ・受け答えしっかりしていた ・意識レベルをみた。意識はしっかりしていた ・日勤者が来るときには目は閉じていたが、体の動きが少しでてきた
	予測的な観察	<ul style="list-style-type: none"> ・しかしよくなったとは思わなかった ・頭を打っていたのでこれから悪くなると思った ・左側頭部から出血していた ・血が出るくらい頭を打ったんだなと思った
	応援要請	<ul style="list-style-type: none"> ・コーディネーターのピッチに電話して、ナースコールも押した ・ナースコールでなんか変なので来てくださいと伝えた ・ケモを中止し、人を呼んだ ・自分では判断できないので、人を呼んだ

カテゴリ	サブカテゴリ	主な語り（一部抜粋）
	混乱・思考停止	<ul style="list-style-type: none"> ・応援が来るまでにバイタル測定した。なんで測ったんだろう・・・ ・自分が立ち会っていない急変のときなど・・・先輩たちがやっていたので思い出してまずバイタルを測ろうと思った
報告場面	聞かれたことを報告	<ul style="list-style-type: none"> ・初めての急変で何をして良いのかわからなくなった。 ・頭が真っ白になった ・あまり覚えていない ・何かしなきゃと思った
	先輩が報告	<ul style="list-style-type: none"> ・先輩に聞かれたことを報告した ・言われたことをやろうと思った（4人とも同意） ・（自分の報告を）先輩がまとめて先生に報告したと思う ・自分が持っている情報を先輩にまとめてもらう感じ
	できなかった	<ul style="list-style-type: none"> ・できなかったと思う ・まだできないと思う ・自分から直接先生に報告することがまだなかった ・やっぱり報告は大事と思うが落ち着いていないとできない ・いまでもできない。
	経験を積むとできるという期待	<ul style="list-style-type: none"> ・何回も立ち会ったらできるかもしれない ・経験を積んでいかないとできない（4人とも同意）
	先輩の誘導で実施	<ul style="list-style-type: none"> ・先輩がこれはこれはって聞いてくれたことを報告した
	すべての項目ではなく一部はできた	<ul style="list-style-type: none"> ・順序たてての報告はできなくて、バイタル報告して先輩に聞かれて、こうですって言うことが多かった ・バイタルの報告はしなきゃと思うが、そのほかは頭がはたらかなくて
	パニック・フリーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・先輩が先生から言われたことを（私に）伝えてくれたとき、復唱も意識できなかったと思う ・たぶん急変している現状が大きすぎて報告のしかた以前にこの状況をまずどうしたらいいんだろうと思っていた ・あたまが真っ白でどうしたらいいんだろうと思った ・心臓がどきどきしているのがわかった
振り返りからの学び	先輩との振り返り	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤のあとちょっとふりかえったけど全部ふりかえったのは、患者がなくなった日にプリや主任（勤務一緒のコーディネーター）と振り返った ・亡くなったというのが大きかった。気持ちの整理を含めて振り返った ・動きでは主任から記録を書いたり、言われたことやっていたよね、記録もできていたねといった感じで振り返った ・できていた部分を言ってもらえた ・自分はひたすら言われたことをやっていただけだが、行動を振りかえってもらった
	次の急変に活かす	<ul style="list-style-type: none"> ・受け持ちだったので、もどったら詰所前に部屋移動したり酸素準備してくれていたのでもし自分が受け持ちでなくてもそうすればいいんだなって学んだ ・必要な物品もわかった ・自分以外にあたったら準備して駆けつけたいと思った ・上司が何かあったら呼びなさい。PHSは命綱と言っていたので、言われていたことはできたと思う ・ケモ以外にも、透析して（意識）レベル落ちたりするので、勉強会してくれるので、瞳孔とか（意識）レベルの確認とか判断の仕方を教えてくれる ・起こってはいけないがこういう急変が起こりうると予測しておきたい ・起きたとしても、これかもしれないと予測できたら速く対応できるかも ・呼吸苦訴えたら酸素を投与するか・・・これはこれと判断できたら安全に回復できるのではと思う ・自分なりに次あったら順序だてて報告したい

研究

砂川市立病院における医療介護の連携評価と今後の課題

Collaborative evaluation of medical care at Sunagawa City Hospital and future issues

森 佳子
Yoshiko, Mori

要 旨

地域包括ケアシステムの構築には医療と介護の連携が不可欠である。今回、砂川市立病院と砂川市内のケアマネジャーを対象に連携の良さに関する調査を行い考察した。結果、砂川市の医療と介護の連携は良いとの結果が得られたが、お互いの考え方の理解や施設の事業の理解などの相互理解という点で連携の困難感を感じていることも明確となり今後の取り組むべき課題が明確となった。

Key Word : Regional comprehensive care system, regional medical care, welfare cooperation evaluation

I. 目的

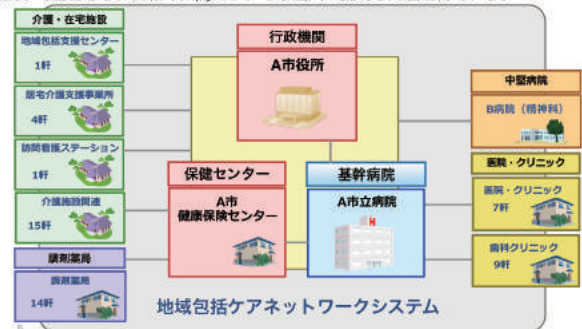
厚生労働省は2025年（平成37年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。砂川市の高齢化率は、2014年34.59%だが、確実に増加しており2020年には40%を越えると予想されている。しかし、砂川市内には在宅支援診療所も療養型病院、回復期病院もなく、精神科を除く医療は急性期病院であるA市立病院が担っているというのが現状である。しかし、当院は中空知地域の救急患者受け入れや周産期医療、がん治療などを担っており、DPC導入などにより在院日数の短縮が求められている。また、高齢化による老老介護、独居高齢者の増加は在宅療養の継続を困難なものとする大きな要因となっている。

このような背景の中、砂川市では平成18年度から地域包括ケアに向けた医療・福祉・介護・行政との連携に取り組み、平成24年からはICTを利用したネットワークシステムを導入、砂川市内40か所の関連施設が登録し利用している。同時に病院では質の高い退院調整や在宅支援が求められ、入院時から地域のケアマネジャーとの情報交換や密な連携が必要とされている。

多職種連携における様々な障壁や看護職と介護職との心理的な隔たり、多職種との連携に対する困難感などに対する研究が散見され、いずれも情報共有や情報交換の方法がスムーズにいかない場合が多いとされている。様々な取り組みがされている中、砂川市立病院と砂川市ケアマネジャーで実際に効果的な連携はされているのか、どのような課題があるのかを明確にすることを目的とする。

砂川市 地域包括ケアネットワークシステムの全体イメージ

基幹病院である砂川市立病院の電子カルテシステムに蓄積されているデータを各医療機関（医科・歯科）、調剤薬局、訪問看護ステーション、介護事業所、保健センター、消防、市介護福祉課などがリアルタイムに参照することにより、スピーディーな情報交換が可能となる。情報の公開については個人へ説明し同意を得ている。



II. 方法 研究デザイン

量的記述的研究デザイン

対象者はネットワークシステムに登録している市内

で介護支援業務に携わるケアマネジャー14名（以下A群）と砂川市立病院地域医療連携室の看護師、社会福祉士、事務職14名（以下B群）を対象とした。この調査結果と平成29年に実施した砂川市立病院を除いた砂川市の医療、介護、福祉、行政の職員40名（以下C群）を対象に調査を実施した結果と比較し評価した。データの具体的な収集方法と分析方法は阿部らが作成した「医療介護福祉の地域連携尺度」の調査用紙を用い調査し、同研究の尺度を使用し分析を行った。この尺度を構成する26項目（6カテゴリー）は各項目を0～4点で得点化し地域連携の良さを評価するものである。内的一貫性についてはcronbachの α 係数0.86以上であり地域連携の良さを評価する尺度として信頼できるものであり有用である。利用に際し作成者からの利用許諾を得た。

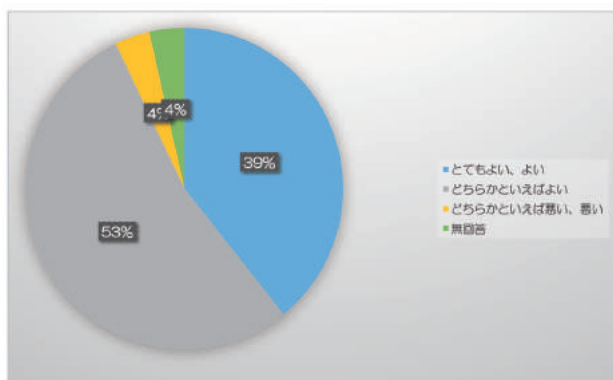
Ⅲ. 倫理的配慮

砂川市立病院倫理検討委員会の承認後、研究対象者に研究の趣旨、方法、研究協力の任意性、匿名性の保持を紙面で示したうえで調査を実施した。調査結果は研究目的以外に使用せず、研究結果については関連学会等で公表することの同意を得た。同意後であっても同意を撤回できることを書面にて渡し保障した。

Ⅳ. 結果

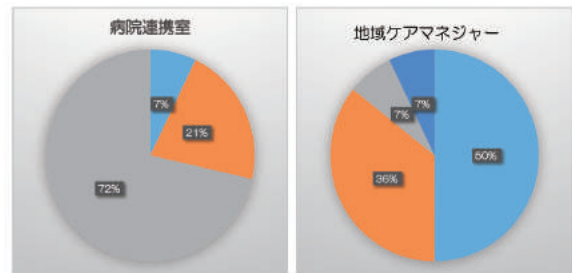
調査に対して28名からの回答が得られた。調査対象者の経験年数は1年から40年と幅広く平均はA群が24.6年、ケアマネジャー（以下B群）は17.7年であった。連携の良さに対する質問では全体でとてもよい、よい、どちらかといえばよいとの回答が93%であった。（結果2-1）

結果2-1 連携の良さについて～全体～



A群とB群の回答を比較すると良い、とても良いはA群で28%、B群で86%、どちらかといえば良いはA群で72%、B群で7%悪いとの回答はB群で7%であった。（結果2-2）

結果2-2 連携の良さについて～比較～

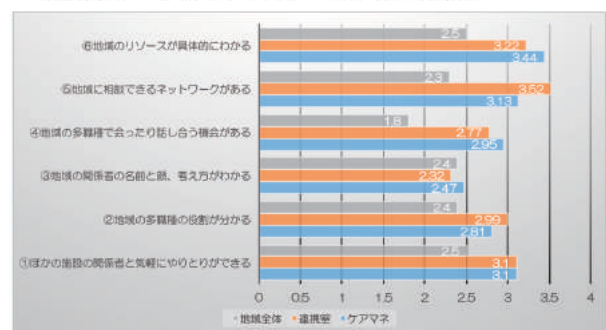


- ・ 良い、とても良いは地域ケアマネジャーで86%、病院連携室では28%
- ・ どちらかといえば良いは地域ケアマネジャーで7%、病院連携室では72%
- ・ 悪いとの回答は地域ケアマネジャーで7%

医療介護福祉の地域連携尺度の6カテゴリーでの平均得点はA群、B群と結果①「ほかの施設の関係者と気軽にやりとりができる」：A群3.1点B群3.1点C群2.5点②「地域の多職種の役割が分かる」：A群2.99点B群2.81点C群2.4点③地域の関係者の名前と顔、考え方がわかる」：A群2.32点B群2.47点C群2.4点④地域の多職種で会ったり話し合う機会がある」：A群2.77点B群2.95点C群1.8点⑤地域の相談できるネットワークがある」：A群3.52点B群3.13点C群2.3点⑥「地域のリソースが具体的にわかる」：A群3.22点B群3.44点C群2.5点、合計得点の平均は2.8点であった。

5つのカテゴリーで中間点以上であったが③の地域の関係者の名前と顔、考え方がわかるの項目で中間点以下であった。平成29年に実施した調査結果と比較すると全体的にA群とB群との連携は点数が高いという結果であった。（結果3）

結果3 各カテゴリーの平均点数



- ・ 平成29年に実施した地域の医療、介護、福祉、行政対象に実施した調査結果と比較しても点数が高い

調査後、双方に連携の困難さを感じるのはどんな時かという聞き取りを実施した。双方に共通して回答があったのは相談に関する事、介護保険の理解、担当者の把握が困難であること、現状での状況の把握などが連携の困難さにつながっているということがわかった。（結果4）

結果4 調査後の聞き取りから

～連携の困難さを感じるのはどんな時か～

病院職員

- 地域のケアマネジャーに気軽に相談できない雰囲気がある(経験年数1年)
- 介護保険の仕組みに対する知識が不十分であると感じる
- 患者のニーズや状況に合わせたサービスの利用について提案させてほしい。
- 入院時に担当ケアマネジャーの把握が困難な場合が多い
- 介護度が決まるまでケアマネジャーが決定できず調整が遅れる
- 現状での受け入れ可能状況が把握できない

地域ケアマネジャー

- まずは相談してから行動化してほしい
- 病院職員は介護保険に関する知識が不足していると感じる
- 福祉用具の選択やサービスに関してはケアマネに一任してほしい
- 担当者が明確ではないため誰に情報提供や相談してよいのかわからない

V. 考察

調査の結果6カテゴリー中5項目で中間点を上回っており、特に地域のネットワークに関する項目と地域のリソースの理解という項目では双方ともに高得点であった。これはICTネットワークシステムや月に1回の連携会議などが効果的に行われている結果であると考えられる。

逆に「相手の考え方や施設の事業の理解」の項目では双方ともに2.0～2.2点と低い点数であり相互理解が不十分であることが明確となった。経験年数の少ない社会福祉士では気軽に相談できる、躊躇せず連絡ができる、付き合い方がわかる、などの項目で低い点数であり、聞き取り調査からもケアマネジャーとのかかわりに困難感を感じていることがわかった。連携の良さに関しても病院職員の72%はどちらかといえば良いと回答しており、聞き取りの中でも介護保険の知識不足やかかわりの困難感などがあるということがわかった。

今回の調査からICTを利用したネットワークシステムの導入や連携会議の実施により医療と介護での患者に関わる情報交換や共有が可能となったことで比較的效果的な連携が行われていると評価される。しかし、患者情報以外でのお互いの施設や個人の理解という点ではICTを活用しても得ることができない連携であり、今後は顔の見える連携として、お互いの施設や個人の置かれている状況などを相互理解できる場やシステム作りをすることが今後の課題であると考えられる。

VI. 結論

本調査により砂川市立病院と地域ケアマネジャーの連携は良いという結果が得られた。本調査により地域包括ケアシステムの構築に向けて取り組むべき課題が明確となった。今後も定期的な調査と評価を行い退院支援や在宅療養支援の質の向上と連携の強化を行うことで地域力を高めるように取り組みを継続していきたいと考える。

引用文献

- 1) 阿部泰之、森田達也：医療介護福祉の地域連携尺度の開発 Palliative Care Research 2014;9(1):114-20
- 2) 櫃本真幸：生活を分断しない医療 ライフ出版社 2013

本研究は、第20回日本医療マネジメント学会 学術集会にて発表した

研究

医師事務作業補助者の現状と課題

Current trends and issues of Medical office Assistants

石田 明美
Akemi Ishida

要 旨

医師事務作業補助者は多くの病院に導入されており、勤務医の負担軽減となっている。当院でも平成22年から配置され、医師指示のもと診療補助業務や書類作業など行っている。しかし、平成28年から29年の1年間に退職者が14名、そのうち9名は数日～数ヶ月でやめている。医師事務作業補助者が離職する背景の原因を探るため現状調査を実施し、結果を検討したのでここに報告する。

Key Word : medical office assistants、leave one's job

はじめに

当院では、医師事務作業補助者（以下MAとする）が配属されて8年、医師指示のもと診療の補助業務や書類作業などを行っている。医師の事務作業負担軽減だけでなく、看護師が行っていた様々な業務が、MA導入により整理され、看護師不足をカバーする存在として必要不可欠な人材となっている。しかし1年間の間にMAが14名離職したことにより外来看護師の業務が煩雑となり、MAの必要性およびチーム医療の一員としての重要さに改めて気づかされた。MAが離職してしまう背景には、外来看護師にも誘因があるのではないかと、またほかの原因は何かを明らかにし、早急に解決することが必要である。MAが活躍の場を広げ各種と連携し、チーム医療の一員としていくためにはMAの実態を調査し、現状を把握することでやめない環境作りができるのではないかと考えた。

I. 調査方法

当院に配置されているMA22名に対し、無記名自記式アンケート調査を実施。

1) 調査期間

アンケート調査を平成30年1月12日配布

回収平成30年1月12日～1月22日（10日間）

2) データの分析方法（回答率 90.9%）

選択式回答項目については単純集計

記述式回答項目については分析・評価

3) 倫理的配慮

研究の目的、意義、調査方法、回収したアンケート結果は研究目的以外に使用せず、研究結果は関連学会等で発表することを対象者であるMAに口頭と書面にて説明しアンケート結果を以って同意とした。

II. MAの業務内容

1) 文書作成

①診断書・証明書②診療情報提供書③返書④生活保護医療要否意見書⑤介護保険主治医意見書

⑥更生医療要否意見書⑦訪問看護指示書⑧傷病手当金請求書⑨死亡診断書⑩出産証明書

2) 外来業務

①患者呼び込み②問診票の要約入力③カルテ代行入力④病名入力⑤診療予約入力・予約票の発行

⑥予約変更に伴う各種オーダー修正⑦検査等の承諾書の入力・発行⑧電話対応（診察室の内線・医師のPHS）⑨処方・注射・検査・処置・指導料などの各種オーダー入力

3) 入・退院時業務

①入院予約オーダー②入院診療計画書の入力・発行③クリニカルパス表の入力・発行④病名入力

⑤退院サマリーの作成

4) その他

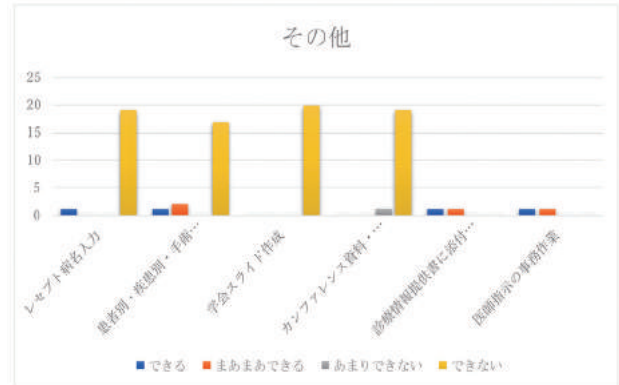
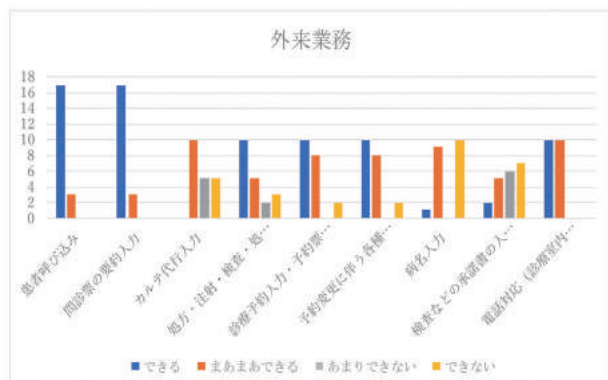
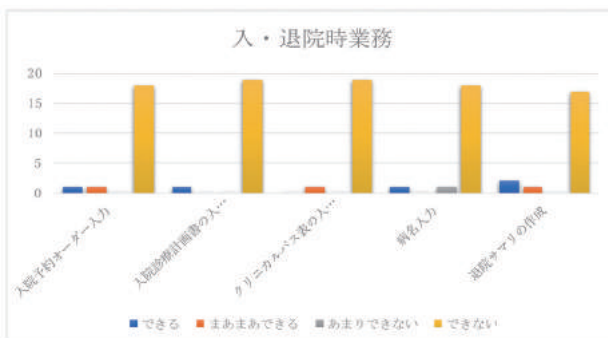
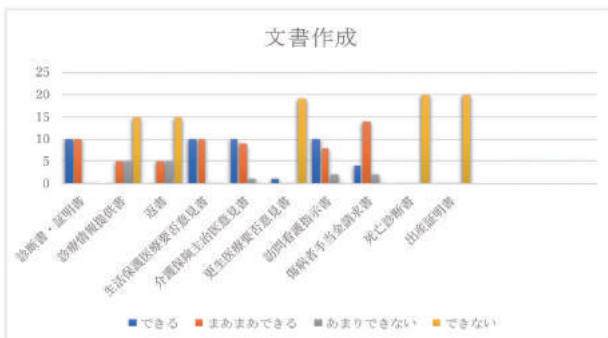
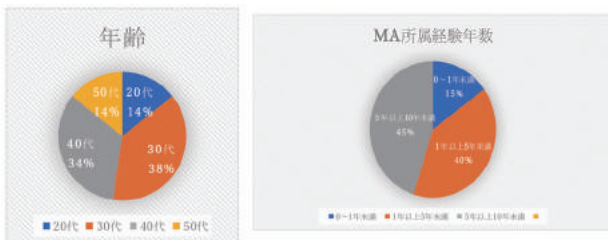
①レセプト病名入力②患者別・疾患別・手術別等のデータ入力③学会スライド作成④カンファレンス資料・議事録作成

*上記の業務の中から、診療科・医師毎に業務をピックアップして作業する

*作業選択・優先順位は診療科医師に委ね、上記以外でも医師の事務作業軽減のためであれば可能とする

Ⅲ.結果

1)



できない・あまりできない理由として、依頼がないため経験がない、業務としてしたことがない
医師が自分でやっているがあがった。各科で多少の差はあるものの業務に対する不満・不安はなかった (90.9%)

2)

ハード面 (36.3%)

- ①パソコンの台数が少ない②使用したいときにすべて使っている③パソコンの機能でわからない部分がある④パソコンの指導や訓練はないのか

その他 (22.7%)

- ①医師のプログレスノートの記載がないため、診断書、退院サマリー等の作成が大変②緊急・臨時手術など病棟で決定しても連絡がないためわからない③院外薬局の疑義照会が届いても、電子カルテに記載がない、毎回確認しなければならない④給料に見合った仕事内容ではない⑤採用に関して、きちんと吟味しているのか⑥面接はどうなっているのか

MA業務内容が確立されていないと感じている (81.8%)

- ①MAの業務が明確でない②書類作業の仕方などのマニュアルがない③各科での業務に統一性がない④MAの経験による教えなので、教え方がバラバラである⑤オリエンテーションもない⑥MA・看護師の区別がむずかしい⑦外来業務は看護師の指示で動くことが多い⑧看護師に助手扱いされている

MAの業務体系が確立されていないと感じている (86.3%)

- ①休みたいときに休むことができない②リリーフ体制を早急に整えてほしい③お昼休憩も取れない④リーダーもいるが何をしているのかわからない⑤リーダーは必要なのか⑥MAの募集方法はどうか⑦MAの人数が少ない

コミュニケーションに対する不安・不満がある (72.7%)

- ①上司とのコミュニケーションが不足している②多職種・患者と関わる機会が多いがどう接したら良いのか

わからない③患者の問い合わせ（書類に関して等）すぐに答えることができない④患者との対応が大変⑤怒り出す患者にどのように対応すれば良いのかわからない

MAの教育体制に対する不満がある（59.0%）

①退職するとその科で教えたMAのせいにされる②入職したMAに指導する方法がわからない③指導したことがない④誰に相談したらいいのかわからない⑤管轄は事務だが、現場にいないので、相談してもアドバイスをくれない

IV.考察

MAは各部門や患者とのコミュニケーションの戸惑いや患者と関わることへの不安を感じており病院という職場の働きづらさを感じている。またMAのマニュアルがないため、教えるMAの経験値の差による指導の違いの不満、さらにMA同士の関係において誰に相談したらいいのかという不安や不満があることがアンケート調査を実施してMAがどのようなことに苦慮していたのか、どのような支援が必要なのかを知ることができた。調査を行ったことで、MAが感じている不安や不満が理解でき、業務内容やマニュアルなどの整備も必要なこともわかった。これから病院において、MAの活躍の場を広げ、各職種と連携しチーム医療の一員として病院経営に参画していくことが求められていると考える。今後は事務と連携し、業務内容の統一化やマニュアル作成に取り組み、MAがやめない環境作りの必要性が示唆された。

V.結論

1. MA業務およびマニュアルの整備
 - ・オリエンテーション方法の見直し
 - ・マニュアルの作成
2. コミュニケーション能力の向上
 - ・医師や看護師、コメディカル、患者と円滑なコミュニケーションを築くことができるよう支援体制の構築
3. 人材育成体制の見直し
 - ・MAの教育計画構築

VI.参考・引用文献

- 1) 太田弘子：医師事務作業補助者の課題と目指すこと：Medical Secretary Vol13No.1,2016 P20～21

本研究は、第20回日本医療マネジメント学会 学術集會にて発表した

研究

ドクターカーに同乗する看護師の教育 ～実際の救急車を使用したシミュレーションの効果～

Education for nurses riding in doctor cars -Effect of simulation using actual ambulance-

中西 郁恵
Ikue Nakanishi

清水 郁子
Ikuko Shimizu

伊波 久美子
Kumiko Inami

要 旨

ドクターカーに同乗する看護師は救命救急センターに在籍する看護師が同乗している。平成28年A病院救命救急センターに在籍するスタッフに対し、ドクターカーに同乗する看護師の教育内容について調査を行った。結果、実際の環境下に近い状態でイメージができるようなシミュレーションを行う必要があるとされた。調査結果から平成29年に救急隊にも協力依頼を行い、実際の救急車を使用したシミュレーションを行った。そこで、ドクターカーに同乗する看護師のシミュレーションの効果について検証する必要があると示唆された。

Key Word : Simulation, Dr.car, Education, Ambulance

はじめに

A病院救命救急センター（以下センター）では平成25年12月よりドクターカーを導入した。ドクターカーに同乗する看護師は事前にDVD学習を行ってから同乗している。しかし、DVD学習では、現場活動における不明瞭な役割分担、搬送中の車内活動のイメージ不足、処置と平行して情報収集することの難しさなどが課題とされていた。今回、実際の救急車を使用し、救急隊と協力しシミュレーションを行った。そこで、ドクターカーに同乗する看護師のシミュレーションの効果について報告する。

研究方法

1. 研究デザイン：質的記述的研究、2. 研究期間：平成30年1月～5月、3. 対象者：平成29年3月1日センターに在籍する看護師のうちドクターカー同乗回数が3回以下の看護師4名、4. 方法：救急車を使用したシミュレーションを実施後、半構成的インタビューを行い、ICレコーダーに録音した。録音したインタビュー内容から逐語録を作成し、文章または文脈を考慮し段落を取り出す。その後、コード化・カテゴリー化した。

倫理的配慮

本研究は、対象者に対しては書面にて本研究の目的・趣旨を説明し、研究への協力依頼を行った。シミュレーション参加、インタビュー参加は自由意思のもとに行われた。インタビューはICレコーダーに録音し、録音内容から業務及び個人が特定されないことを保証することを説明した。

匿名性の保持やデータの管理等について書面を持って説明し、同意を得た。得られた情報は本研究以外で使用することはなく、取り扱いは研究関係者のみとする。

研究終了後、記載していただいたインタビューデータおよび集計内容は、院内の施錠可能な場所に保管し、一連の研究終了後3年をもって破棄とする。なお、本研究はA病院看護部の倫理委員会の承認を受けて実施した。

結 果

インタビュー内容から96コードが抽出され、以下の4つのカテゴリーが分類された。＜車内活動する上で、自分の最良の立ち位置の理解＞＜車内活動行う上で、多職種と協働していく重要性の実感＞＜DVD学習では

イメージしづらかったことをシミュレーションで体感
><現場で行う家族対応の難しさの実感>(表1)

考 察

A病院救命救急センター配属のスタッフがドクターカー同乗前に視聴しているDVD学習では、現場活動における医師や救急隊などの不明瞭な役割分担、搬送中の車内活動のイメージ不足などが課題とされていた。阿部は、「シミュレーション教育は、実際の臨床現場を模擬的に再現して、その学習したで学習者が実際に経験し、それを振り返り知識と技術を統合していくことから実践力を向上させる教育」¹⁾とされている。今回のシミュレーションでは、実際の救急車を使用したことで看護師は狭い救急車の中で自分の最良の立ち位置を考え、確保することができた。実際の救急車を使用することで同乗する看護師がイメージしただけではなく、どのように動けばいいか、救急車内のどこにいて車内活動がスムーズに行えるのかを考え、実施することにつながり、現場でのイメージにもつながったと考えられる。シミュレーションを繰り返し行うことで現場での実践力がつくことが期待されると考えられる。

実際の救急車では、走行中の狭い車内では自分の立ち位置を変更することは難しいため、各々の立ち位置でできることを共通認識した上で処置を遂行することが必要であると実感することを実感できた。碑田は、「多職種連携は、複数の学問領域や個人の協力によって行われ、健康や病気を包括的な視点でとらえた、広範囲で質の高いケアの実践であるとして期待されている。」²⁾とされている。シミュレーションでは救急車だけではなく、実際に現場で活動する救急隊の方々にも協力していただいた。DVD学習で搬送中の車内活動のイメージ不足も課題に上がっており、シミュレーションを行うまでは自分達が車内をどのように動くのか、患者収容後にどのような流れで搬送していくのか、実際の救急隊は救急車内ではどのように動くのか、どこまで救急隊に依頼することができるのかなど多くの疑問を抱いていた。シミュレーションを通して車内での挿管介助やサクシヨンやルートキープなどを立ち位置を変更せずに救命士と協働して処置を遂行することを体験を通して学ぶことができた。このようなシミュレーションの体験から安全かつ的確に処置を遂行する方法を知り、協働の重要性を学ぶことができたと感じた。

救急現場の家族対応において高橋は、「必要な技術には、心身ともに危機的状況にある患者の病態への対応と患者ならびに家族の対応の2面から構成されている」³⁾と述べており、救急現場で患者ならびに家族対

応が重要であると考えられる。しかし、A病院救命救急センターのスタッフはシミュレーションを行う前から家族対応はドクターカーでの活動の中では難しいと感じていた。森島らは、「救命が先行する救急外来において、患者家族への対応に時間を捻出することは容易ではない。救急対応の合間を縫って患者家族と対面し、危機的状況を判断した上で、家族の衝撃を和らげる働きかけを救急隊と並行して行っていった」⁴⁾と述べている。現場で活動するスタッフは、救命を優先することで家族ケアは難しいとされていた。実際にシミュレーションでは、救急隊と連携し処置と並行しながら家族への声掛けを行うことができた。インタビューから救急隊以外にドクターカードライバーなど多職種と連携することで難しいと感じていた家族ケアができるのではないかと意見もあった。看護師のみでは家族ケアは難しいが、多職種との連携を行うことで現場から家族ケアを行うことができると考えられた。

結 果

実際の救急車を使用したシミュレーションは、自分達で車内活動を体験する過程から最良の立ち位置や協働の重要性や家族対応の難しさなどよりよい現場活動を見出せる効果があったと考えられる。

文献引用・参考文献

- 1) 阿部幸恵：看護のためのシミュレーション教育はじめの一歩ワークブック. 株式会社日本看護協会出版会. 東京. 6. 2013.
- 2) 碑田里香：患者中心のチーム医療をコーディネートするために (2) 福祉・医療・保健のネットワークの視点から. 消化器外科NURSING 6(7). 622-624. 2001.
- 3) 高橋章子：救急看護婦・士の役割と専門性. 高橋章子編著. 太田宗夫医学監修. 救急看護 急性期病態にある患者のケア. 医歯薬出版株式会社. 東京. 333-334. 2001.
- 4) 森島千都子 他：救急看護認定看護師の救命救急対応における看護実践能力の構造. 日本クリティカルケア看護学会誌. 49. 2016.

本研究は、第20回日本救急看護学会学術集会にて発表した。

表1

カテゴリー	コード
車内活動する上で、自分の最良の立ち位置の理解	<ul style="list-style-type: none"> ・救急車内は狭いため、声かけて通る必要があることがわかった。 ・シミュレーションで救急車内は声掛けして自分の活動場所に行けることも分かったことが良かった。 ・シミュレーションをする順番が最後だったからかもしれないけど、活動場所は足側で行った。 ・シミュレーションを通して救急隊の立ち位置や、先生の介助するタイミングなどを理解した。 ・今まで出動経験はないが、シミュレーションを通していけない活動場所にいけない可能性があるかもと思った。 ・シミュレーションでは、横のドアから入り、足元側に行くのは狭くて大変だと感じた。 ・シミュレーションでルートをとるには活動場所が足側でないといけないと思った。 ・シミュレーションで頭側で活動すると何もできないと思った。 ・シミュレーションで救急車内が実際にどれだけ狭いか、どれだけごちゃっと物がしているか理解した。 ・シミュレーションを通して、自分の立ち位置が理解することができた。 ・出動経験はないが、活動の場は限られることが理解できたため、シミュレーションは本当に参考になる、イメージがつきやすいと思った。 ・シミュレーションを通して、救急車内がとても狭いことを理解した。 ・シミュレーションで頭側に医師が行ったから、私は足側だと思った。 ・シミュレーションで場所の配置とか救急車内の物品の場所とかはイメージできたのかなと思った。 ・シミュレーションを通して挿管介助は頭側にいないといけないことを理解した。 ・シミュレーションで自然と足元側に行き、活動していた。 ・シミュレーションで看護師がバッグを背負いながら足側に移動するのは狭くて大変だと思った。 ・救急車内の移動が、横から乗っちゃうと後ろまで看護師の移動ができなかったり、大きな荷物もあるおで、思ったより狭くて作業スペースがほとんどないなど感じた。 ・シミュレーションで救急隊の方からも「ストレッチャーの両側が空くよ」とは教えてもらったんですけど、両側開けちゃうとすごくもっと狭かったんで、空けずに今回みたいに私が一番後ろに入って作業をするのが一番良いのかなと思った。
車内活動行う上で、多職種と共同していく重要性の実感	<ul style="list-style-type: none"> ・シミュレーションで医師役が喉頭鏡などほしい物品をすぐに介助できる位置に救急隊がいればお願いできることがわかった。 ・ルートも到着したら医療者にやらないといけないと救急隊から聞いていた。 ・その場に救急隊長もいて、現場での活動状況や実際のやりとりを体験できた。 ・救急車という点や実際の救急隊もいて、現場の意見も聞けた。 ・自分のシミュレーションではやることがなかったけど、他の人のシミュレーションを見ていると、挿管介助も救急隊にお願いして、看護師がルートを取っているのを見た。何ををお願いするのが(他の人がシミュレーションをしているのを見て)分かった。 ・枕元にいた救急隊員が1人空いていたので、バッグの中にどこにグッズが入っているかって言うのを説明して、先生の介助をしてもらいました。 ・医師から来た指示を1人では捌けなかったので「ここに物が入っているので挿管の介助をお願いします」って言いました。 ・医師から「ルートやって」とか「挿管の準備して」とか色んな指示が飛んできた。全部一人で行うのは困難だったので、救急隊の方に協力してもらったりお互い声をかけていった。 ・できるかどうかは別として意図的に情報収集をしなければいけないなど今回のシミュレーションを通して感じた。 ・(家族情報に関しては)救急車内でドッキングしていると難しい。 ・(現在の患者の)状況だったり、警察に連絡は行っているのか、家族はどうなっているのかなどの情報は自分が病院側にいると欲しい情報。 ・今回(シミュレーションを)やったことで、可能だったら(患者の)状況だったり、警察に連絡は入っているのか、家族はどうなっているのかなどの情報は自分が病院側にいると欲しい項目なのでそうゆうところを情報収集することで、多くの情報を病院側に残せるかなと思った。 ・(救急隊との協同に関しては)ルートはいつでも(自分が)取れるように準備しようと思いつつ、その中で救急隊に家族はどうしているのか、少し情報を聞きながら自分が病院に二報をするためのことも考えて行動した。 ・(ドクターカーが)到着した時点で(現場の)情報を一番知っているのは救急隊。 ・情報収集しつつも(救急隊と)コミュニケーションを取りながら(処置を)やるということが大事だと思った。

カテゴリー	コード
車内活動行う上で、多職種と共同していく重要性の実感	<p>・(第二報を看護師が行うことに対して) (ドクターカー 出動記録の板の横に伝える項目が書いてある読み上げる順番は見ているけど、実際の内容はすぐには情報収集はできないから(救急隊から搬送記録を)借りて言っている。</p>
	<p>・シミュレーション中、第二報を伝えている最中に「あの情報取ってなかった」というのが頭にあった。なので第二報の最中に「すみません、この情報どうなっていますか？」(と救急隊に聞いて)答えてもらって、「…だそうです」と内容を伝えた。</p>
	<p>・(患者の状況や家族情報、行った処置など)実際には自分でその情報を取りに行かなきゃいけないので、焦った時にその情報を取りに行けるかな? というのはあります。</p>
	<p>・(ドクターカー 記録用紙を初めて見た)すごい限られた時間の中でいっぱい情報収集していたので。あっちにも書いてこっちにも書いて…となってしまった。</p>
	<p>・(第二報を)完璧に伝えられたかというよりは、なんかちょっと焦ってちゃんと伝えられなかった気がする…</p>
	<p>・シミュレーションをやる前全部が私たちがやると思った。救急隊などに依頼していくのも良いかなと思う。</p>
	<p>・シミュレーションで救急隊が対応できていないこともあった。救急車に家族が乗れないこともあるため、家族の状況がわからないときに事務の人と協同して確認してもらってもいいかなと思う。</p>
	<p>・ドクターカーは事務の人が運転手として乗車しているため、事務の人も協力していくとよいと思った。</p>
	<p>・シミュレーションで家族情報でわからないことがあったら救急隊に確認することも必要だと思った。</p>
	<p>・病院だと救急車から降りてきたときに「これから検査させてもらっているので待っていてください」と声をかけたり処置の間に家族に声をかけるようにしている。</p>
	<p>・シミュレーションでは家族に接触できなかった。もし実際に家族に接触することができなかったら、(救急隊や事務の人が)病院に向かってくると伝え、協力しながら活動することも大事だと思った。</p>
	<p>・隊長さんが持っている板を借りても良いんだよとか聞いてたため、シミュレーションでも実際にやってみた。情報収集を行うことができた。</p>
	<p>・私は運転手の人、医事課の方々とも協力すべきだと思う。</p>
	<p>・シミュレーションを通して私たちや救急隊は処置に追われてしまうため、医事課の人もケアに参加してほしいと感じた。</p>
	<p>・病院連絡を病院到着5分前の時点で隊長さんに教えてもらうのも良いよと先輩に聞いたことがあった。シミュレーションで行ってみるとうまく病院で情報を伝えることができた。</p>
	<p>・帰ってくるときに何か話すこともあるかもしれない。</p>
	<p>・介助して記録して…って多分できないと思う…看護師は記録をしなくちゃいけないと思った。そのため、今回のシミュレーションのように救急隊にも協力してもらうことも必要だと感じた。</p>
	<p>・どこまで救急隊の人に依頼して良いんだろうとかがやっぱりまだ迷うというか…</p>
	<p>・実際にシミュレーションで救急車を使い、救急隊が挿管介助をしてくれることで自分の立ち位置などがわかった。</p>
	<p>・実際にシミュレーションで車内活動することで役割分担のイメージはつきやすかった。</p>
<p>・シミュレーションでは狭い車内でいろんな人の声が飛び交ったり、自分の欲しい情報は大声で叫んでみた。救急車内にいるメンバーで活動していくため、協力しながら行うことが大事になってくると思った。</p>	
<p>・事例にもよるが、救急隊は薬剤投与ができないから胸骨圧迫してもらったり、足元にいる看護師が薬剤投与をした。</p>	
<p>・シミュレーションで救急隊がサクシオンしてくれることがわかった。</p>	
<p>・シミュレーションを行うまで、どこに誰がいて、挿管するときは誰が一体その役割を担うのかなど理解することができた。</p>	
<p>・シミュレーションで医師から2つの指示が同時に出たときに看護師はルートをとる、救急隊は挿管介助をするなどの役割分担がわかった。</p>	
DVDを見るだけではイメージしづらかった部分を、シミュレーションを行うことでの体感	<p>・シミュレーションで混乱したため、本当に出動したときにもっと混乱する。</p>
	<p>・シミュレーションで最後に実施だったから挿管介助は救急隊にやってもらえると思った。</p>
	<p>・実際に救急車内に患者が収容されている、救急隊は救急車内にいる、後ろのドアを開けたら危ないから横から入る、自分がどこに行けばいいかなど考えながら行動できた。</p>
	<p>・他のスタッフがシミュレーションをやっているのを見て、資機材を持って救急隊の後ろ通って、物を準備するんだなと思った。</p>
	<p>・DVDで見ると、シミュレーションで実際やってみるとは違った。</p>
<p>・シミュレーションを1回やると雰囲気はわかった。</p>	
<p>・シミュレーションでは救急車内に患者が収容されて、救急隊はいて、後ろのドアを開けたら危ないから横から入って、自分がどこに行けばいいかなど考える内容もあり、勉強になった。</p>	

カテゴリー	コード
DVDを見るだけではイメージしづらかった部分を、シミュレーションを行うことでの体感	<ul style="list-style-type: none"> ・実際にシミュレーションをすることでイメージはできる。 ・DVDを見るだけではなく、シミュレーションで実際にやってみて体験するのはいいのかもしれないと思った。 ・DVDだと部分的だから、シミュレーションを実施するとより理解できる。 ・私が初めて乗るとき何もわからないで行ったから、毎回は難しいけどシミュレーションを通してイメージできることが必要だと思った。 ・実際にやってみないとわからない。 ・私はシミュレーションを行うことでイメージができるから今後もシミュレーション教育は必要だと思います。 ・どれだけセットを用意してもなんとなく流れが分かって、実際に乗って自分がやるんだ、モニターがここにあるんだとかは実際に乗らないとわからない。そのため、シミュレーションを通して経験することで不安にもならないと思った。 ・DVDだけではなく、実際に救急車を見て経験しないと分からない部分があるからシミュレーションはやったほうがいいと思った。 ・私はシミュレーションを行うことでイメージができるから今後もシミュレーション教育は必要だと思います。 ・どれだけセットを用意してもなんとなく流れが分かって、実際に乗って自分がやるんだ、モニターがここにあるんだとかは実際に乗らないとわからない。そのため、シミュレーションを通して経験することで不安にもならないと思った。 ・DVDだけではなく、実際に救急車を見て経験しないと分からない部分があるからシミュレーションはやったほうがいいと思った。 ・シミュレーションを体験することで自分の行動を振り返る機会になった。 ・今後より多くの場면을シミュレーションしていきたいと思った。 ・活動記録を読んではいたが、シミュレーションでもこんなに焦ってしまった。 ・いろんな事例をシミュレーションで経験したらもっと広がるのかなとは思いました。 ・私は効果的だと思います。 ・事前に同じ日にシミュレーションをしたほうが…イメージはつくと思った。 ・実際に現場にいくと焦ってしまって抜けてしまうかもしれないが、シミュレーションを行うことで救急車内のイメージはついた。
現場で行う家族対応の難しさの理解	<ul style="list-style-type: none"> ・(ドクターカーを運転する方に)「あとで説明がありますからね」という声かけしてもらっただけでも違う。 ・(家族にする声掛けを普段から行っているか?) 病院だと救急車から降りてきたときに「これから検査させてもらっているので待っていてください」と声をかけたり処置の間に家族に声をかけるようにしている。 ・(現場では家族にゆっくり話を聞いてあげるとかは難しい。 ・(現場での家族対応について、限られた時間のなかで必要なことはどんなことか?) 家族は状況によって動揺していると思うから、本当は自分で声かけをして、説明して、どうゆう風になるよと声をかける。大丈夫だからねと誰かが説明をしながらドクターカーに乗ってもらう。 声かけをしていくことが必要。 家族に連絡できているのかなとか色々あるけど、自分はしていきたいとは思っている。 ・(意図的に情報収集をすることができ、それを病院に待機するスタッフに伝えることができたか?) 家族が来院できるかどうか、(救急車またはドクターカーに乗っているか、後から来るかっていうところは聞くようにした。 ・家族は後から付いてくるっていう感じでした。 ・自分は出来なかったですね。 ・家族対応という部分では、今回シミュレーション以外のところだったので。そこはまだ現実味がないです。 目の前でバタバタと自分の家族が救急隊に運ばれて色々な処置をされて…となると、かなり衝撃が強いと思う。 ただその処置を黙って行うのではなく「今から緊急なので色々処置させて下さい」など誰かから一言あると、家族にとってはワンクッションおける形にはなるのかな、と思いました。 ・(院内での家族対応のカンファレンスなどは現場での家族対応に活かされそう?) 院内と院外でどれ程の違いがあるのかがちょっと私には分からないので…院内より院外の方が衝撃が強そうな気がします。 ・(救急の場面で実は情報のニーズを求めているというのは明らかになっていて、その優先順位はかなり高い。やっぱりそれが必要だっていうのをシミュレーションを通して感じ取ったって事だね?) 救急外来にきてそれは思いました。救急車で来る患者さん達、結構家族は疎かになっちゃうので。 ・現着したときにすぐ家族対応はできないが、できるだけ声をかけていきたい。 ・(救急隊から情報採取することは何か?)実際にご家族に聞いたこととか、救急隊が知ってる情報を聞いて、病院に二報を入れるっていうところまでやっています。 ・処置を急ぎたいけど、後で病院に着いて落ち着いたらちゃんと説明しますのでっていう声かけが出来れば「あぁしたら今ちょっと処置を急がなきゃいけないけど、後でちゃんとお話をしてもらえるんだな」って言われるだけでちょっと安心するのかなと思う。何もいわれないで(病院へ)連れて行かれるよりは。