

救命救急センター病棟における回診および朝勉強会の開始と評価

三浦 智美 田上 全子 安田 史 中田 託郎¹⁾
大岩 孝子¹⁾ 青木 基樹¹⁾

静岡赤十字病院 救命救急センター病棟

1) 静岡赤十字病院 救急科

要旨：救命救急センター病棟には独立したICUユニットがなく、その機能をもつ6床を含めた計30床を運営している。全診療科の患者が入院し、回診は各々の取り決めにより流動的に実施しているが緊急時に対応するのは救急科医師であることが多く、その際に情報が十分ではなく診療や治療がスムーズにできないという課題があった。また救急科医師の多くは外来に常駐しており、病棟看護師としては部門としての一体感を持てていなかった。そこで部署間および他職種とのコミュニケーションを更に深めることが救命救急センターのより良い運営には必要であると考え、救急科医師と1-5病棟看護師による回診および朝勉強会の企画に至った。今回は救急科回診および朝勉強会の導入経過および評価、今後の課題について報告する。

Key words：救命救急センター病棟、回診、勉強会

I. はじめに

静岡赤十字病院の経営ビジョンのひとつとして、救命救急センター外来（以下、救急外来）と病棟（以下、1-5病棟）の一元化が打ち出された。その実現にむけて、2017年4月から月1回、救急科医師および救急外来・病棟の中間管理者による救急部門ミーティングを設け、課題の共有や解決に努めている。

1-5病棟は独立したICUユニットがなく、その機能を含めた状況で運営をしている30床の部署である。全診療科の患者が入院し、回診は各々の取り決めにより流動的に実施している。看護師は一緒に回診に行くことはなく、診療介助や確認事項のある時などに医師とコミュニケーションをとる。しかし時には当直送りで医師がリレーしていく中で病状が不安定もしくは急変する患者がいる。緊急時に対応するのは救急科医師であることが多く、その際に情報伝達が十分ではなく診療や治療がスムーズにできないという課題が従来からあった。

また救急科医師の多くは外来に常駐している。

そのため、病棟看護師としては救急科医師が外来診療に比重をおいている印象があり、部門としての一体感を持てていなかった。そこで部署間および他職種とのコミュニケーションを更に深めることが一元化に向けて必要な課題だと考えた。そこで救急科医師と1-5病棟看護師による回診および朝勉強会の企画に至った。回診および朝勉強会は2017年6月から開始している。今回は導入経過および評価、今後の課題について報告する。

II. 救急科医師による回診および朝勉強会の導入経過

1. 準備

2017年4月の救急部門ミーティングにおいて救急科医師より、今後1-5病棟、特にICUに入室している患者の管理を積極的にこなしていきたいという意思表示があった。その一助として入室患者の回診の提案があった。また部門スタッフの円滑なコミュニケーションと救急領域の知識向上のために朝勉強会の提案があった。

2017年5月の救急部門ミーティングまでに回診

時間、参加者、患者選択、回診記録用紙の素案の作成および朝勉強会の時間帯や講師について検討した。同月の病棟会議で回診および朝勉強会に向けて準備中であることおよび6月から開始予定であることを説明した。2017年6月より回診を開始した。中田医師は医局会および救急医療運営委員会で救急科による回診を開始する旨を説明、他診療科の医師の了解を得た。また同月から火曜日の朝8時～8時30分に救急科医師を講師に朝勉強会を開始した。

2. 実施と評価

1) 回診について

- (1) 第1期 (2017年6月～8月)：平日のみ実施。朝9時15分開始、9時30分を目処に終了。夜勤の看護師コーディネーター (以下, Co) はICU入室患者の状況を回診記録用紙 (図1) に記入する。日勤Co, 看護師長もしくは代行者は救急科医

師と共に患者の情報把握後、ラウンドする。

《1次評価》

回診記録用紙をICU入室患者全員分記入し、情報把握の上にラウンドすると1時間近くかかる事例が発生。また回診の目的がトラブルシューティングなのか、ICUにおけるせん妄評価法 (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit : CAM-ICU) をはじめとした救急領域のアセスメントや患者把握に必要な知識を看護師が学ぶといった学習主体なのか、が明示できていなかったために現場で不満や混乱するという意見があった。

2017年9月に回診および朝勉強会に関して質問紙による評価を実施した。回診の目的を「救急医療の充実をはかるために患者の状況を多角的にアセスメントする」「救急病棟の状況を俯瞰し、急変対応やケアの創造など柔軟に対応できる看護コーディネーターを育成する」とし、病棟会議および紙面でスタッフに周知した。救急科医師にも評価内容と回診の目的についてミーティングの機会および紙面で通知した。

- (2) 第2期 (2017年9月～2018年1月)：平日のみ実施した。朝9時15分開始、9時45分までに必ず終了。夜勤Coは病態や治療方針などで疑問や何かひっかかりを感じる患者をピックアップし回診記録用紙に記入する。予定入室患者および退室決定者は除外した。日勤Co, 看護師長もしくは代行者、可能であれば日勤の担当看護師は救急科医師 (当直入りもしくは当日のオンコール医師) と共に患者の情報把握後、ラウンドする。

《2次評価》

2018年1月に入り、ピックアップする患者がなく回診がない日が続いた。2月の救急部門ミーティングにおいて、ピックアップする患者がいなくても、ICU入室患者の状況はラウンドして情報共有していきたいと救急科医師より提案があった。ピックアップする患者がいなかった場合は口頭で患者の状況を伝え、回診することになった。

ID	氏名 (歳)	科Dr.	入院	日目(1-5入院)
病名	手術日 / / (POD) 術式			
神経	鎮静: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> DEX(ml/h) <input type="checkbox"/> Prop(ml/h) <input type="checkbox"/> MDZ(mg/h) <input type="checkbox"/>			
	鎮痛: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> Fentanyl(mg/h) <input type="checkbox"/> morphine(mg/h) <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 安定	鎮静鎮痛なし→GCS:			
<input type="checkbox"/> 不安定	鎮痛鎮静あり→RASS:	RASS> -3のときCAM-ICU <input type="checkbox"/> せん妄無 <input type="checkbox"/> せん妄有		
循環	血圧: / mmHg (MAP mmHg) 脈拍: bps <input type="checkbox"/> Af <input type="checkbox"/>			
	昇圧剤: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> NA(y) <input type="checkbox"/> DOA(y) <input type="checkbox"/> DOB(y) <input type="checkbox"/> Vasopressin <input type="checkbox"/>			
	降圧剤: <input type="checkbox"/> Nicardipine(ml/h) <input type="checkbox"/> Diltiazem(ml/h) <input type="checkbox"/> Nitroglycerin <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 安定	抗不整脈: <input type="checkbox"/> Verapamil <input type="checkbox"/> Lidolol <input type="checkbox"/> Amiodarone <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 不安定	その他: <input type="checkbox"/> Nicorandil <input type="checkbox"/> Carperitide <input type="checkbox"/> Furosemide <input type="checkbox"/>			
呼吸	SPO2: % , RR: /min			
	挿管: <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気切			
	人工呼吸: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> NPPV <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> SIMV(PC) <input type="checkbox"/> SIMV(VC) <input type="checkbox"/> A/C(PC) <input type="checkbox"/> A/C(VC)			
	FI02: PEEP: PSV: 吸気圧/1回換気量: 呼吸回数:			
	TV: RR: MV: 最高/平均気道内圧: /			
	weaning: <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 可能			
<input type="checkbox"/> 安定	酸素投与: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> カヌラ(L) <input type="checkbox"/> マスク(L) <input type="checkbox"/> リザーバー(L) <input type="checkbox"/> L()L()%			
<input type="checkbox"/> 不安定	nasal high flow (L/min, FI02:) <input type="checkbox"/> 加温加湿システム (L/min, FI02:)			
IN-OUT	持続点滴: 計 ml/h <input type="checkbox"/> 輸血予定 <input type="checkbox"/> アルブミン予定			
	ドレーン: <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> 頭蓋内 <input type="checkbox"/> 胸腔 <input type="checkbox"/> 腹腔 <input type="checkbox"/> PTGBD/PTCD <input type="checkbox"/> 心嚢 <input type="checkbox"/> 縦嚢 <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 安定	尿管(直近計測): ml/ h			
<input type="checkbox"/> 不安定	前日締24時間: IN ml - OUT ml = ml/day			
血糖	血糖値:			
<input type="checkbox"/> 安定	チェック <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
<input type="checkbox"/> 不安定	インスリン投与指示: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> スライディングスケール <input type="checkbox"/> 点滴混注 <input type="checkbox"/> CVII <input type="checkbox"/> 定期打ち			
栄養	<input type="checkbox"/> 禁食			
<input type="checkbox"/> 介入要	静脈栄養: <input type="checkbox"/> 未梢 <input type="checkbox"/> 高カロリー輸液			
<input type="checkbox"/> 不要	経腸栄養: <input type="checkbox"/> 経鼻/胃瘻 : 製剤 1日量(予定) <input type="checkbox"/> 軽口: 形態			
予防	DVTリスク: <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 最高			
	実践: <input type="checkbox"/> 弾性ストッキング <input type="checkbox"/> 間欠的圧迫 <input type="checkbox"/> ヘパリンCa筋注 <input type="checkbox"/> ヘパリン静注 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬内服			
<input type="checkbox"/> 介入要	誤嚥予防: <input type="checkbox"/> キヤッシュアップ <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 → <input type="checkbox"/> 30°以上保っている			
<input type="checkbox"/> 不要	胃潰瘍予防: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> PPI点滴 <input type="checkbox"/> H2blocker点滴 <input type="checkbox"/> 内服薬			
その他				
	<input type="checkbox"/> ICU退室指示あり <input type="checkbox"/> 1-5退室指示あり <input type="checkbox"/> 1-5退室指示なし			
	<input type="checkbox"/> ICU退室検討 <input type="checkbox"/> 1-5退室検討			
回診日:	/ /	参加者:	中田・青木・大岩・笠原・安達・竹内・原田・内田/Ns. ()	

図1 回診記録用紙

(3) 第3期：(2018年2月～)：時間帯，参加者，準備は同様。ピックアップする患者がない場合には，日勤Coが現在ICUに入室している患者の状況について説明する。その後医師と共にラウンドする。

2) 朝勉強会について

(1) 第1期 (2017年6月～9月)：毎週火曜日，朝8時～8時30分に1-5病棟で実施した。救急外来・病棟スタッフが参加した。講師は救急科医師，病棟看護師は勉強会の開催に伴い，火曜日は8時30分～9時まで担当患者の情報収集をおこない，9時から全体ミーティングとした。勉強会予定日と担当者は一覧表にして外来・病棟で供覧した。テーマは事前通知と当日発表が混在していた。

《勉強会実績》(表1)

《1次評価》

2017年9月に回診および朝勉強会に関して質問紙による評価を実施。救急科医師がテーマ選択と講師をしており，資料作成など準備をして積極的に参加する一方で病棟看護師の参加姿勢は受動的な印象があった。外来看護師も参加できるようにと朝開催にしたが不参加の日もあった。参加者は平均して10人程度。夜勤者が参加できる時には15人程度になった。参加者に好評を得る一方，病棟看護師が何を学びたいのか医師もニーズをつかみかねていた。医師からテーマを共に考えて一緒に勉強会を作っていきたいという提案があり，開催を見直すことになった。

(2) 第2期 (2017年9月～11月)：9月から11月までは学会参加の関係などで不定期に開催した。同

表1 第1期勉強会実績 (2017年6月～9月)

6月	「 γ 計算について」「CAM-ICU」「SBT (Spontaneous Breathing Trial)：自発呼吸トライアル」「せん妄」
7月	「ドレーン管理」「血液ガス分析」「BURP法とSellic法」「高カリウム血症」
8月	「鎮静薬 (ミタゾラム，プロポフォール，プレセデックス)」
	「シバリングについて」「気道確保困難」「人工呼吸器と患者の非同調」
	「エネルギー代謝について (嫌気代謝，クエン酸回路)」

時進行で1-5病棟の勉強会係りの中から朝勉強会の企画リーダーを1名選出した。9月におこなった質問紙調査で得られた学習ニーズを参考に救急科医師および病棟看護師が12月から朝勉強会を企画することになった。テーマは事前通知とし，不定期開催とした。

《勉強会実績》(表2)

Ⅲ. 回診および朝勉強会に関する質問紙による評価・意見の抜粋

《2017年9月19日～27日調査，回収率：72%》

1) 回診について

《回答者：Co 28%，非Co 66%，8%回答なし》

(1) 回診の運営に関する意見

- ①患者の選別・時間管理をすれば問題ない
- ②受け持ち看護師へのフィードバックをCoがおこなう，記録化する (電子カルテに残す)
- ③回診記録用紙の記入に時間を要するため項目を厳選したい
- ④選出患者が誰か，どういう理由かをCo同士で引き継ぎをすると良い。引き継ぎを受けたCoは自ら情報収集をした上で回診に臨む
- ⑤医師同士でコミュニケーションをとってほしい。看護師が間に入る必要がない。他科医師への提言は救急科医師が掲示板に記載してほしい

(2) 救急科の回診に期待していること

- ①クリティカルな部分で (全身管理目線で) 当科に介入し，治療が遅れないこと
- ②各診療科との連携，協力体制の構築
- ③看護師が介入して解決できる点はあるかの確認・意見交換ができる
- ④患者は主治医だけでなく，自分を診にきてくれる医師に声をかけられる，話すことで安心

表2 第2期 (2017年9月～11月)

9月	「大量輸液時の電解質異常」「経腸栄養について」「低K血症」
	「動脈ラインと血圧測定」
10月	「発熱」「門脈圧亢進症について」
11月	「高血糖緊急症，ケトアシドーシス」
12月	「カフェイン中毒」：入室患者の事例を参考に企画

につながっていると思う（回診に中々来ない診療科がある）

⑤患者の最善の治療が行われるように医師、看護師間で話し合いができる

(3) 回診を開始してから医師との関係性など何か変化はあるか

①回診に参加したことがないので変化を感じられない

②主科で気づかなかったことをアドバイスしてもらえた

③診療科医師からは「不要」といわれることがあると聞いたため良く思っていない医師もあるだろう（看護師が板挟みになる）

④患者の状態を見る視点が定まり自分が問題だと感じたことが本当に問題なのかどうかを整理することができたように感じる

⑤医師と情報共有することで、より良い看護が提供できると思います

⑥主治医が診断・判断・治療を行っている中で別の方向、視点からの見解を聞けること、主治医に質問しづらいことを聞ける

⑦朝、回診があるため、ケア前に相談できる

⑧整形外科の患者で人工呼吸器管理を救急科が行ってくれて相談しやすい。整形の医師が来ないことが多い

⑨全身管理、特に鎮静・鎮痛の相談がしやすくなりました

2) 朝勉強会について

〈回答者：参加あり93%，不参加3%，回答なし4%〉

(1) 朝勉強会はどのように役立っているか

①クリティカル領域の新しい情報や観察のEBMを知るきっかけになる。検査値やデータの見方がわかる

②医師に質問できる。交流の場になる

③受け持ち患者さんや普段からの知識の向上に役立っている

④普段のケアや思考過程において勉強会で学んだことを活かすことができている。実践的な知識として役立っている

⑤日頃、医師が行っている治療やオーダーの意

図が明確になり、自分のアセスメントの向上につながっている

⑥医師の指示の意図が勉強会の前より分かった

(2) 開催時間に関する意見

①可能なら時間内にやってほしい。8:30～、昼の時間帯など

②夕方にやるなら朝の方が良い。頭に入る。

IV. 考 察

回診および朝勉強会は病棟スタッフの意見などを参考に評価・修正し、継続している。双方を開始した当初は、救急外来と病棟の一元化に向けた部門間のコミュニケーション作りが主体になっていた。しかし、特に回診については「回診記録用紙の記入が負担」「回診に時間がかかりすぎる」「回診の情報がCoからメンバーに知らされない」などの意見が寄せられ、運営方法や目的の明示が不十分であったことが明らかになった。

回診記録用紙については、救急科医師と病棟看護係長が主体になって作成した。看護師案では回診内容の記述と参加者を明記できる簡便なものを提示した。しかし医師からはSBAR報告の重要性や救急領域の共通言語、全身状態を把握するために必要な情報が網羅された内容が良いという意見があり検討の結果、現在の書式に至っている。しかしCoを担うスタッフにしてみると普段全体的に把握している情報を細かに明文化する作業が負担に思え、「時間がない」「何のために記述しているのかわからない」と混乱している言葉もあった。

Coを担うといっても経験値は様々である。自分だけではなく、他のスタッフから患者の情報を引き出す、あるいは確認する際に回診記録用紙にあるような観察眼をもって臨んでほしいという思いは当初、救急部門ミーティングでしか共有されていなかった。それを病棟スタッフの意見から反省することができ、「回診の目的」として改めて9月に明示できた。またICU全患者ではなくピックアップ方式にしたことにより、回診での話し合いが密になり、時間管理もできるようになった。し

かし、日々の担当看護師の同席が患者対応などによりできていない、電子カルテへの回診記録をどうするか、明文化ができていないなどの課題もあるため、今後は改善にむけて取り組んでいきたいと考える。

朝勉強会については、テーマの通知方法と病棟スタッフの参加姿勢が課題であった。特にテーマが事前に知らされていないという状況は、動機づけや参加人数の伸び悩みに繋がったと考える。開始当初は常に10人から15人程度いた参加者も少ない時には5人程度から看護師の出勤と共に徐々に増えるといった状況であった。そのため、講師として勉強会に臨む医師のやりがいも次第に削がれていったと考える。医師と相談の結果、今後は病棟の勉強会係りと共に企画をしていく形となった。またテーマも入室患者の事例などを中心に検討し、準備をしていく方針になった。その後、2017年12月に実施した「カフェイン中毒」の勉強会は事前通知や入室患者の事例を参考にしていたこともあり、参加者は20人程度で質疑応答も活発であった。医師だけでなく病棟スタッフが共に企画者となることで今後は能動的に勉強会に参加でき、他職種の良い関係性の構築に繋がると考える。開催時間の希望については、日中と朝の双方に別れた。外来看護師の参加も鑑みて朝開催とし

ていた。しかし現状から、勉強会の開催時間よりもテーマによる動機づけがあれば能動的に参加は可能であろうと考える。よって今後は開催時間に囚われることなく、企画内容によって検討していく予定である。

いずれの取り組みも他職種が参加し、相談しながら作り上げていくことでより良いものになっている。目に見える成果として明らかにできるものはまだないが、救急部門としては着実に変化をしている実感がある。それは、去年は共通言語として使用していなかったCAM-ICUによるせん妄評価や γ 計算を意識した薬剤管理など、日々の看護実践やカンファレンスなどでの発言や看護記録にあらわれている。今後も救急部門として、より良い診療と看護が実践できるように一体感をもって努力していきたいと考える。

V. 今後の課題

1. 回診に日々の担当看護師が同席できるような体制を検討する
2. 回診の記録について、電子カルテ内にどのように記述していくのかを検討する
3. 回診および勉強会について評価・修正をしながらより良いものを作り上げていく