

## O-7-33

## 緊急入院患者に対する保険資格確認・支援対象者把握への取り組み

名古屋第一赤十字病院

○田畑真規子、福岡 愛美、榎本 伸一、鎌倉 千咲、平野 二郎、井上千賀子、大鐘 隆宏

当院は名古屋西部にあり、この地域は市内でも生活保護受給率が高く、比較的経済困窮者の多い地域であると推察される。また名古屋駅を診療圏内に抱え、住所不定者も多い地域となっている。医療ソーシャルワーカーは医療費の支払い等問題を抱える患者への支援を行っているが、生活保護制度は遡及申請ができないこともあり、支援対象者の把握が遅れると適切な時期に介入できず、問題解決が困難となる場合がある。当院では、緊急入院患者に対し、病棟事務が保険証の提示を促しており、また経済困窮等の支援対象者を把握した場合、これに限らず医師・看護師等からも医療ソーシャルワーカーへ介入依頼があるが、保険証未加入の患者の発見が遅れ、問題解決が困難となった事例が散見された。必要な時期に必要な支援を開始することが、安心・安全な医療の提供に結びつくと考えられる。そのため病棟事務・入院業務課・庶務管理課・医療社会事業課にて役割分担を明確にし、情報共有を図るシステムを構築し運用を開始したため、これを報告する。

## O-7-35

## 入院時重症患者対応メディエーターの活動報告

長野赤十字病院

○峯村 朝子、竹内 修子

【背景】当院は、長野医療圏で第3次救急の受け入れを行っている唯一の医療機関であり、年間1500～1600名の中等から重症者の入院を対応している。当院では、2021年に臨床倫理コンサルテーションチーム（現在倫理サポートチーム）を立ち上げ、職員内での倫理事例や患者・家族への対応を行っている。2022年、入院時重症患者対応メディエーター（以下、メディエーター）を養成・登録し、倫理サポートチームの一員として活動を始めた。

【活動内容】救命救急センターの看護師長2名がメディエーターであり、入院する患者・家族の背景や様子から必要性がある対象者を選出して介入したり、医師からの依頼で介入している。また、メディエーターの役割を周知するため、全職員対象の研修会を実施した。

【結果】2022年6月から1年間で26症例介入した。  
【考察】面談はスタッフの同席に任せていたが、患者・家族の背景に合わせて介入することで、メディエーターの立場から家族の疑問や葛藤への早期対応や意思決定支援が行われ、今まで以上に患者・家族に寄り添った医療の提供が行われている。現在、救急科医や救命救急センターのスタッフから介入依頼が増え、救命救急センター内のメディエーターの役割が周知されてきた。また、メディエーターに関する研修会では、参加者より「今まで知らなかった」「理解できた」などの言葉も聞かれ、重症患者対応だけのメディエーターではなく、その知識や技術を活かした幅広い活動への可能性が広がった。

【課題】今後は救急外来と連携を図り、より多くの重症患者へ早期から介入できるシステムづくりを目指す。また、医師への周知がまだ不十分であり、周知方法を検討していく。さらに、介入症例の多職種カンファレンスにおいて、活発な意見交換の場づくりや、患者が一般床へ移動した場合の支援なども検討する。

## O-7-37

## 組織の心理的安全性に関する評価

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一赤十字病院 医療安全推進室

○近森 清美

【目的】安全な医療には、現場で交わされた情報をもとに判断し、患者に必要な行為が決定されるため、正確な情報を伝達することが大切である。そのために、心理的安全性、すなわち「ミスなど個人にとって痛みを伴う経験でも開示し問題点を指摘しあえる」ことからメンバー全員より適切に効果的な判断や行動のあり方を学び共有する」こそが医療現場の組織に重要である。また、インシデント/アクシデント（以後、IAレポート）報告件数において、情報を適切に得ることができず発生した事例が全体の72.3%あった。そこで、心理的安全性のある職場かを評価したので報告する。

【方法】1. リスクマネージャーを対象に心理的安全性テストを実施し、職種間で比較検討する。2. 看護管理者、リスクマネージャー、スタッフを対象に心理的安全性テストを実施し、部署における職位や役割で比較検討する。

【成績】職種間を比較した結果、病院全体で平均5.8点/7点、医師は平均6.2点/7点、看護師は平均6.0点/7点、その他の医療スタッフは平均5.3点/7点であった。心理的安全性の度合いは、医師、看護師、その他の医療スタッフの順で高く、医師は医師であるというだけで心理的安全性が高く、潜在的な権威勾配の存在を示唆していると考えられる。部署における職位や役割間を比較した結果、看護管理者は平均6.0点/7点、リスクマネージャーは平均5.4点/7点、スタッフは平均5.6点/7点であった。心理的安全性の度合いは、看護管理者、スタッフ、リスクマネージャーの順で高く、意思決定しやすい看護管理者が高く、IAレポートの報告をもとに再発防止対策を検討するが思うように成果が出せないジレンマがあるリスクマネージャーが低いと推察する。

【結論】医師のように潜在的な権威勾配の存在には心理的安全性が高い傾向があり、看護管理者のように組織における意思決定がしやすい職位にも同様の結果が認められた。

## O-7-34

## 意思決定支援の事例検討からみえた「理解」の3つの側面

日本赤十字社長崎原爆病院

○増本 大祐、中田登美子

【目的】人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインに基づく意思決定プロセスの最初のステップには、「本人の意思決定能力を判断する」とある。この患者本人の意思決定能力の評価を行っていくために、学習会を兼ねて事例検討会を実施した。意思決定能力を評価し、不足や欠如している部分へ支援することが意思決定支援のものとなり、より具体的に論理的な意思決定支援の普及に貢献できないかと考えた。

【方法】意思決定能力の評価基準として、「意思決定能力を構成する要素」を使用した。意思決定能力を構成する要素は4要素から成り、それは、1. 理解、2. 認識、3. 論理的思考、4. 表明である。3事例を用いて、4要素の視点で振り返る事例検討会を実施した。参加者の多くは看護師で、その他医師3名、MSW2名を含む50名程度で実施した。

【成績】各事例において、4要素の中でも1. 理解が重要であることが認識された。それぞれの事例の中で、「理解」において不足している部分があった。さらにその内容を見ると、「理解」には少なくとも3つの側面があることが考えられた。その3つの側面とは、1. 病状についての理解、2. 治療・処置についての理解、3. 社会サービスについての理解であった。

【結論】意思決定能力を構成する4要素を用いることで、情報の整理を行いアセスメントすることが可能になることが期待される。さらに側面の存在を認識することで、「理解」の評価がしやすくなる可能性もみえた。また、意思決定能力を評価できることは、不十分な要素を補う支援につながるだけでなく、他職種へのアプローチも目的を持って行いやすくなる。今後さらに事例検討を繰り返し、患者経験価値や私たち医療職者の意思決定支援の質、意欲の向上を目指したい。

## O-7-36

## 腎代替療法選択外来の取り組み～看護師がおこなう意思決定支援～

広島赤十字・原爆病院

○西田 寛か、呉山奈津江

【はじめに】末期腎不全患者における腎代替療法には血液・腹膜透析、腎移植、保存療法があり、治療を始めると大きく生活が変化します。看護師は個々の価値観に配慮しながら情報を収集・提供し、意思決定を支援していく必要があります。2020年の診療報酬改定で腎代替療法指導管理料の算定が開始され、当院でも2022年度から算定にむけて取り組み、2023年3月から算定を開始した。この外来の体制を整備するため、外来予約の電子化、スタッフへの教育、患者への面談方法や資料の統一、記録テンプレート作成、腎臓病教室の企画・運営、腎代替療法専門指導士の資格取得をおこなった。

【目的】腎代替療法選択外来での取り組みを振り返り、今後の課題を明らかにする。  
【方法】2020年4月～2022年3月までの外来看護記録より、記載内容を抽出し考察する。

【結果】外来受診患者の概要は、3年間で85名（男性：59名、女性：26名、平均年齢：68.9歳、平均指導時間：42分）であった。記録テンプレート作成後は全例使用することができていた。また、治療に必要な情報や価値観も聴取でき、記載内容も整理され情報量も増加した。全ての説明を聞いた上で「それでも何もしない。家族はその時を待てばよい。」と保存的療法を選択する症例もあり、その意思に寄り添う記録もあった。

【考察】記載内容の整理・充実により個性を持った関りができ、医師との情報共有は円滑になり、治療方針決定に活用しやすくなった。これは外来予約の電子化やスタッフ教育、記録テンプレート等の統一が周知できた成果と言える。しかし、担当した看護師と患者との情報が多職種での情報共有につながっていないのが今後の課題である。

【結論】今後は、算定要件を満たす体制を継続しつつ、看護師個々の質向上に取り組み、より良い治療方法を選択するための支援につなげたい。

## O-7-38

## 救急車受け入れ困難における状況及び理由「看護師の人力不足」の判断と検証

前橋赤十字病院

○滝沢 悟、入澤 愛、関山 裕一、田村千佳子、城田 智之、小池 伸幸、藤生裕紀子

救急車受け入れ困難報告書における状況及び理由の1番目に「看護師の人力不足」項目がある。

しかし、項目設定の経緯や基準が存在しなかった。そこで今回、「看護師の人力不足」について検証し統一化に向けて基準作成を試みた。

また、看護師のインシデントデータを検証し、ヒューマンファクター「勤務状況が繁忙」項目と照らし合わせ、救急車受け入れ困難報告書「看護師人力不足」との検証を合わせて行い、基準作成までの経緯を報告する。