

北海道の道北地方において救急医療に携わる看護師が抱える困難の現状と課題



城丸 瑞恵 (しろまる みずえ)

札幌医科大学保健医療学部看護学科教授

北海道出身。千葉大学教育学部特別教科(看護)教員養成課程で教育学・看護学を学び、その後、東北大学大学院経済学研究科で博士号取得。2011年から札幌医科大学保健医療学部看護学科に勤務し現在に至る。研究テーマはクリティカルケア看護、がん看護、看護史。2011年に札幌医科大学クリティカルケア看護研究会を設立して、北海道のクリティカルケア看護に関する現状・課題を検討しながら課題の解決に向けた研究活動を行っている。

I はじめに

最近10年間で北海道の救急搬送患者数は12%増加しており、1時間以上の長距離救急搬送患者は、年間13,000人以上にのぼる(北海道医療計画[改訂版],2013)。また北海道は、市町村が分散しているため生活をする上で自動車の活用が多く、それに伴い交通事故が多発している。このように地方救急医療の需要はあるが、それを支える医師は札幌圏に集中しており(畑,2007)、地方の医師不足をもたらしている。結果、地方の1次・2次救急医療機関*1の減少とそれに並行した地方の中核病院への一極集中型が進み、中核病院における救急患者の重症度や緊急度の多様性が生じている。このような事態は看護師の適応力を超える可能性があり、看護師の困難をもたらすと考える。さらに看護師が抱く困難は、バーンアウト*2に影響し(板山・田中,2011)、救急医療・看護の経験の蓄積を阻むことから地方医療の質に影響することが予測される。

以上のことから救急医療に携わる看護師が抱える困難の現状と課題に対する支援方法を構築することが重要と考えた。

II 研究目的

本研究は救急看護師が抱える困難に対する支援モデル構築のための第一段階として、道北の総合病院において救急医療に携わる看護師が考える救急医療の現状と抱える困難について明らかにすることを目的とした。

III 研究方法

1 調査対象

道北のA総合病院で救急医療に携わる3年以上の看護師(以下、救急看護師)10人を対象とした。

2 期間および実施場所

調査期間は2015年6月～10月、実施場所はA総合病院のプライバシーが守られる場所とした。

*1 1次・2次救急医療機関

第1次(初期)救急医療機関:救急搬送を必要としない医療を担う医療機関。第2次:入院を要する医療を担う。第3次:救命救急医療を担う。

*2 バーンアウト

燃え尽きるという意味。心身のエネルギーが尽き果てた状態を指す。

3 データ収集・分析方法

インタビューガイドを用いて、研究参加者へ30分～60分程度の半構造化面接^{*3}法を実施した。インタビューガイドの内容は、①看護師の基本属性、②救急医療の現状、③救急医療を行う上での困難、④救急医療を行う上での課題などである。データは逐語録にして、意味のあるまとまりを分析単位とし、意味内容を損なわないように留意しながら「救急医療に携わる看護師の現状と困難」に関連する内容を抽出してコード化を行った。その後、内容の類似性と相違性に注目しながら分類してサブカテゴリー、カテゴリーを生成した。

4 倫理的配慮

調査は、研究者が所属する札幌医科大学倫理委員会の承認と調査対象施設の承諾を得た後に実施した。

IV 結果

1 対象者の概要

調査対象者は10人であり看護師臨床経験 19.4 ± 5.4 年、救急看護師経験 5.8 ± 2.9 年であった。

2 地方救急医療に携わる看護師が考える救急医療の現状

対象者のインタビューから、地方救急医療に携わる看護師が考える現状として【広域救急医療がもたらす現状】【全次型救急医療体制がもたらす現状】【地方特性が影響する救急患者の特徴】【遠方から来院する家族対応の現状】【迅速・専門を考慮した患者対応の現状】の5つのカテゴリーが抽出された。以下、【 】はカテゴリー、「 」は語りの例を示す。

①【広域救急医療がもたらす現状】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーから構成され、広域医療を担っている現状について語られた。「救急外来体制は重症の熱傷やCO中毒はB市が担当するが、それ以外はほぼ道北圏内を担っている」

②【全次型救急医療体制がもたらす現状】

このカテゴリーは1つのサブカテゴリーからなり、軽症から重症までの患者に対応する現状について語ら

れた。

「救急外来は救急車の対応とウォークイン(通常の外来)の患者に対応し、救急車はその日によって来院する台数が違い、小児患者は普通の外来のように受診する」

③【地方特性が影響する救急患者の特徴】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーからなり、北海道の産業・季節風土に関連した患者の病態について語られた。

「冬場は^{めいてい}酩酊状態で倒れている人は危ない」

④【遠方から来院する家族対応の現状】

このカテゴリーは1つのサブカテゴリーから構成され、遠方から来る家族への対応について語られた。

「患者の家族が待機する場合はリストのホテルを利用してもらったり、和室や休憩室で待ってもらっている」

⑤【迅速・専門を考慮した患者対応の現状】

このカテゴリーは3つのサブカテゴリーから構成され、救急搬送された患者の受け入れを効率良く行うための工夫などが語られた。

「トリアージ^{*4}レベルの高い患者に注意し早くトリアージができるように工夫する」

3 地方救急医療に携わる看護師が抱える困難

対象者のインタビューから、地方救急医療に携わる看護師が抱える困難のカテゴリーは、【全次型救急医療がもたらす困難】【広域医療体制がもたらす困難】【他病院との連携困難】【患者教育の難しさ】【救急看護に対する難しさ】【スタッフ教育支援に対する困難】【自己研鑽^{けんさん}実施の難しさ】の7つが抽出された。

①【全次型救急医療がもたらす困難】

このカテゴリーは2つのサブカテゴリーから構成され、軽症から重症の患者への対応や多様な疾患への対応の難しさが語られていた。

「最初の頃は、小児や皮膚科、ダニ除去など、自分が今まで直面していない科が結構多く、幅広い知識がなかったため、電話対応に困った」

②【広域医療体制がもたらす困難】

このカテゴリーは4つのサブカテゴリーから構成さ

*3 半構造化面接

あらかじめ仮説を設定し、質問事項も決めておくが、会話の流れに応じ、質問の変更や追加を行い、自由な反応を引き出すもの。

*4 トリアージ(仏: triage)

大事故・災害などで同時に多数の患者が出た時に、手当ての緊急度に従って優先順位をつけること。

れ、広域の救急患者に対応することから患者が集中することの大変さ、地方特有の言葉や事故などへの対応の難しさなどが語られていた。

「遠方からの搬送などの問題があり、救える命を救えないというケースがどうにかならないかと思う」

③【他病院との連携困難】

このカテゴリーは2つのサブカテゴリーから構成され、救急医療を行う上での他病院との連携の難しさについて語られていた。

「出発の連絡が来なかったら、こちらからその病院に再度連絡することもある」

④【患者教育の難しさ】

このカテゴリーは1つのサブカテゴリーからなり、患者の救急医療や病態に対する不十分な理解がもたらす難しさについて語られていた。

「本当に手をかけないといけない患者がいるのに、コンビニ受診^{*5}に人手が取られてしまう事があるのでどうにかできないものか」

⑤【救急看護に対する難しさ】

このカテゴリーは6つのサブカテゴリーから構成され、重症患者へのケアに対する緊張、ドクターカー^{*6}運用に対する不安などが語られた。

「緊張の理由は、自分のちょっとした判断ミスが、命にかかわるし、こわいし、疲れます」

⑥【スタッフ教育支援に対する困難】

このカテゴリーは4つのサブカテゴリーから構成され、新人看護師の勤務に伴う不安、卒後教育の難しさなどが語られていた。

「どういう教育をして良いか分からず、育てるのは難しい」

⑦【自己研鑽実施の難しさ】

このカテゴリーは6つのサブカテゴリーから構成され、研修地までの距離の遠さや金銭の負担、研修参加時の家族調整の難しさが語られた。

「家庭がある、小さな子供がいるという理由から研修に行けない」

*5 コンビニ受診

急病ではない患者が、仕事など自分の都合を優先させて日中の一般診療と同じような感覚で夜間や休日などに救急外来を利用すること。

*6 ドクターカー

医師が乗って現場に出勤する自動車。点滴、心臓の刺激装置などを有する。

V 考察

1 地方救急医療に携わる看護師が考える救急医療の現状

対象者が所属している施設では、軽症患者から重症患者まで受け入れる全次型救急医療を提供している。そのため「ウォークインの患者」と「救急搬送された患者」の対応が必要であり、表に示したように多種多様な病態を持つ患者に対して、迅速で的確な判断が求められることから【迅速・専門を考慮した患者対応の現状】が見出された。救急医療は重症度に応じた機能分担が基本であるが、対象施設が所在する地方において医療施設や医師の不足から役割分担が困難な特性がうかがわれる。

表 救急システム

救急病院種	対応する患者の状態	医療施設までのアクセス
1次救急病院	軽症患者(帰宅可能)対応	ウォークイン
2次救急病院	中等症患者(一般病棟入院)対応	ウォークイン 救急車
3次救急病院	重症患者(集中治療室入院)対応	救急車

【地方特性が影響する救急患者の特徴】からは、北海道の季節風土が病態に影響を与えることが示された。例えば、対象施設のある道北地方の冬期間の平均気温は氷点下になり、救急看護師の語りにあるように酩酊状態で倒れている人は凍死の可能性が生じる。また酩酊だけではなく、暴風雪で交通が遮断されて車内あるいは車外で凍死になる痛ましい事件も、北海道内で発生している。このような地方の特性は、長時間搬送などの【広域救急医療がもたらす現状】にもあらわれている。北海道の消防署数は可住地面積100㎡当たり2.0カ所で全国でも最も少ない状態にあり(総務省統計局,2016)、1つの消防署が管轄する地域が他県と比較して広大である。そのため病院到着前の救護時間が長くなり救命に影響を及ぼしている。実際、北海道において1時間以上の長時間救急搬送患者が年間13,000人以上(北海道医療計画,2013)であり、対象施設においても遠方からの搬送において救命できない状

況が、語りから示された。また、広域での救急患者の受け入れは家族への対応にも関連し、看護師の役割として自宅に帰ることができない家族のために、待機する場所の確保や調整を担っていたことが【遠方から来院する家族対応の現状】からうかがわれた。

2 地方救急医療に携わる看護師が抱える困難

対象者が勤務する施設では、前述のように1～3次救急医療を担い、広域医療圏を網羅しているため、患者の重症度・緊急度が様々であり、多様な看護技術の実践が求められている。そのため【全次型救急医療がもたらす困難】【広域医療体制がもたらす困難】が生じていた。まず、【全次型救急医療がもたらす困難】である。このカテゴリの中で、救急看護師は知識不足による電話対応への苦手意識について語っていた。今回、対象施設の受診患者状況の把握は行っていないが、全次型の施設特性を鑑みて軽症から重症、また性別・年代を問わず様々な患者からの電話相談を受けていることが推察される。【患者教育の難しさ】にあるような問題となる患者の受診行動を予防するためにも電話相談の意義はあるが、電話相談に適確に答えるには相応の知識・経験が必要である。今回の調査対象である救急看護師は看護師臨床経験が平均約20年、救急看護の経験年数が平均6年であり、中堅以上の看護師である。その看護師であっても時に自信不足や困難を感じる事がうかがえた。【広域医療体制がもたらす困難】では「遠方からの搬送によって救える命を救えない」という限界や、患者が一極集中化しているために大変さを感じていることが見出された。【全次型救急医療がもたらす困難】は都市部の類似した施設の看護師も同様に感じる困難であることが予測される。しかし、【広域医療体制がもたらす困難】は、地方の独自の困難であることが推察され、地方の特性を考慮した対応が必要となる。例えば、北海道であれば積雪時の安全を踏まえたドクターカーの運用について行政の支援を受けながら充実させて救命率を上げることも一つの方法であると考ええる。また、広域救急医療の充実

のために地元の消防機関・医療機関と大学病院との連携強化も重要であり、石井らは(2015)その具体的な方法として医師会病院と消防機関との救急ホットラインや多職種間のカンファレンスについて報告している。これらの実施によって【他病院との連携困難】から生まれる救急看護師の困難の緩和も期待できると考える。

上記の施設の特性から生じる困難の他に救急看護師は【救急看護に対する難しさ】を抱いていた。「緊張の理由は、自分のちょっとした判断ミスが、命にかかわるし、こわいし、疲れます」などの語りから、急性・重症患者の看護に対する緊張や不安がうかがわれた。宇田ら(2011)は、救命救急センターに勤務する看護師と内科病棟に勤務する看護師に質問紙調査を行い、救急看護師のほうが仕事の困難さ、人命にかかわる仕事内容、患者・家族との関係、患者の死との直面、医師との関係、技術革新においてストレスフルな状態にあることを示した。本研究も救急看護師が抱く困難の要因の一つに救急看護の特徴があることがうかがわれた。

このような緊張や不安を緩和する方略の一つとして自己研鑽がある。しかし、地方の救急看護師は研修が開催される都市部との距離等の問題から【自己研鑽実施の難しさ】を感じていた。このような自己研鑽の障害となる環境への対処として当該地方での研修会の開催やインターネットを用いた教育システム(e-ラーニング)の開発などが今後必要と考える。

救急看護師の語りから【スタッフ教育支援に対する困難】さもうかがわれた。石丸(2015)は、全次型救命救急センターの救急看護師の能力として、配属されて間もないスタッフに対して実践の中で習熟度を高める協働的なチーム構築力が必要と述べている。確かに救急看護の経験の浅い看護師への協働的な関わりや支援は、看護の質を維持・向上させるために重要と考える。しかし、語りの中では協働的な取り組みや教育支援の具体的な方略が曖昧なことから生じる困難さも垣間見えた。そのため教育方法のセミナーなど教育実践者への支援が必要と考える。

VI 結論

本研究では道北の救命救急センターに勤務する看護師が考える救急医療の現状と救急看護師が抱える困難について明らかにすることを目的として、10人の救急看護師に面接調査を実施した。その結果、地方救急医療に携わる救急看護師が考える現状として【広域救急医療がもたらす現状】【全次型救急医療体制がもたらす現状】【地方特性が影響する救急患者の特徴】【遠方から来院する家族対応の現状】【迅速・専門を考慮した患者対応の現状】の5つのカテゴリーが抽出された。また、救急医療に携わる救急看護師が抱える困難のカテゴリーは、【全次型救急医療がもたらす困難】【広域医療体制がもたらす困難】【他病院との連携困難】【患者教育の難しさ】【救急看護に対する難しさ】【スタッフ教育支援に対する困難】【自己研鑽実施の難しさ】の7つが抽出された。

付記

本研究の共同研究者は以下の通りである。

田口裕紀子²⁾ 牧野夏子¹⁾ 春名純平²⁾ 神田直樹³⁾ 皆川ゆり子⁴⁾
内田裕美²⁾ 門間正子⁵⁾

1)札幌医科大学保健医療学部, 2)札幌医科大学附属病院, 3)北海道医療大学看護福祉学部, 4)北海道立子ども総合医療・療育センター, 5)日本医療大学保健医療学部

文献

- ・石井一誠,石井圭亮,山北真也,他.(2015).広域救急医療体制に支えられた地域救急医療の活性化—医師派遣システムの日常活用による医療圏連携—.日本臨床救急医学会雑誌18(5),638-644.
- ・石丸智子.(2015).実践の語りから考察する救急外来における看護師のマネジメント能力:A全次型救命救急センター救急看護師の語りから.日本救急看護学会雑誌,18(1),37-44.
- ・板山稔,田中留伊.(2011).医療観察病棟に勤務する看護師の自律性、ストレス、バーンアウトに関する研究.弘前医療福祉大学紀要,2(1),29-38.
- ・井部俊子 監訳.(2005).ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ—第1版.東京.医学書院,21-29.
- ・宇田賀津,森岡郁晴.(2011).救命救急センターに勤務する看護師の心理的ストレス反応に関連する要因.産業衛生学雑誌,53,1-9.
- ・畑俊一.(2007).北海道における「医師不足」の現状・課題・対策.北海道医報,第1067号,4-13.
- ・北海道医療計画[改訂版].(2013).
.http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/iyk/iryoKeikaku/dailyou.pdf(2015-1-5).
- ・総務省統計局:社会生活統計指標—都道府県の指標—2016,安全(2016-12-22).
http://www.stat.go.jp/data/shihyou/naiyou.htm
- * 城丸瑞恵(2016)「北海道の道北地方において救急医療に携わる看護師が抱える困難の現状と課題—アクションリサーチによる支援モデル構築の基礎的研究—」『北海道開発協会平成27年度助成研究論文集』(一財)北海道開発協会ホームページ