

2018年度 青森県立保健大学大学院博士論文

二次救急医療機関の初療看護ケアのスタンダードに関する研究

分野名 看護学分野

学籍番号 0794005

氏名 山田 明美

指導教員名 上泉 和子

提出日 2019年2月18日

2018年度青森県立保健大学大学院博士論文要旨

二次救急医療機関の初療看護ケアのスタンダードに関する研究

分野名 看護学分野
学籍番号 0794005
氏名 山田 明美

I はじめに 救急医療対策事業実施要綱（1977年）の公布以来、都道府県が定めた医療圏域に初期・二次・三次と救急医療機関は分類され、患者の重症度・緊急度に応じて患者をそれぞれの施設が受け入れている（厚生労働省、2008）。救急医療体制の整備は、国民の生活と健康を守るための重要な案件である。国民の高齢化に伴う疾病構造の変化や社会問題となった少子化などにより救急医療において量的質的变化がみられる。しかし、以前より初療（救急外来）での看護ケアについての標準は明らかでない。本研究は、二次救急に関わっている看護職への、「初療救急看護の標準とはなにか」についてのインタビュー調査と、その分析内容ならびに既存の救急看護のスタンダードとを比較分析し、最終的に二次救急医療機関の初療における看護のスタンダードモデルを作成することである。

II 研究方法と対象

1) 研究方法 本研究は2段階から構成されている。第1段階は二次救急医療機関に勤務する救急看護認定看護師対象に「二次救急医療機関の初療看護ケアのスタンダードとはなにか」について、グループインタビューを用いてデータ収集を行いテキストマイニングによる内容分析を行う質的記述的調査である。第2段階は、第一段階において得た結果の分析に基づき既存の2つの看護スタンダードと照らし、二次救急医療機関の初療看護ケアのスタンダードを開発する。なお、本研究で用いる用語の定義として、看護ケアのスタンダード：看護師の看護実践において卓越性や達成度の所定の水準のこと。モデル：Process mode の意であり、スタンダードの実体化に至るまでの抽象記述のこと、とした。

2) インタビュー対象者 対象者の選定基準は日本看護協会が氏名、所属を公開する救急看護認定看護師（2009年当時）で所属が次救急医療機関または特定機能病院でなく二次救急医療機関で勤務し、かつ初療看護について学会発表、紙上発表などの活動を行い初療の救急看護について知見を語ることが可能と考えられる看護師10名を研究対象候補者とした。なお、ファシリテーター（モデレーター）のは複数回のグループインタビューの経験を持つこととした。

3) データ収集 二次救急医療機関で勤務する救急看護認定看護師へのグループインタビューによってデータを収集した。グループインタビューのテーマは「初療救急看護のスタンダードとはなにか」であり、(1) 二次救急医療機関の看護の特徴、役割、(2) 救急における治療として看護にもとめられる役割、(3) 救急医療（プレホスピタルを含む）の中での看護の役割、(4) 初療看護ケアで患者の健康成果に連続すると予測される成果であり、対象者にあらかじめ以下の4項目を参加者に提示した。インタビューデータは逐語録としてテキストデータ化した。

4) データ分析方法 内容分析(計量テキスト分析)フリー・ソフトウェア KH Coder (Version 3.Alpha.15) を利用しテキストデータの数量化(形態素解析)統計解析(対応分析、共起分析)でデータの俯瞰を試み、共起ネットワーク分析(サブグラフ検出)でテキストデータの抽象化をはかった。

5) スタンダードモデル開発方法 看護業務基準(2016)と Standards of Emergency Nursing Practice(Emergency. Nursing. Association, 1999)の2つのスタンダードを比較検討し看護業務基準を軸としたマトリックス表を作成した。これにサブグラフ分析で得た語とテキストデータの検討を行い、スタンダードモデルを作成した。

III 結 果

- 1) 救急看護認定看護師6名から2回のグループインタビューを行い、データを収集した。参加者に地域の偏在はほぼなかった。
- 2) データは異なり語数(n)2135、出現回数平均5.26(SD±16.08)平均値に近い出現回数5回では、累積度数82.48%であり、語の統一性は少ないデータであった。
- 3) 計量分析では(1)救急初療看護の対象はプレホスピタルから続くものであり、病院内だけではない。(2)重症患者の全てには対応できない、三次医療機関との関係が深い(3)電話でのコミュニケーションが多い、(4)トリアージ、電話対応が看護実践の中にあり患者への利益にもつながる、(5)看護師は予測、判断、振り返り(経験)を行っている、(6)地域的な他職種連携が行われている、であった。スタンダードモデル作成の参考とした。
- 4) サブグラフ検出で取り出し抽象化したテキストデータ(スタンダードモデル(案))と既存のスタンダードを分類・整理したところ、最終的に51のスタンダードが作成された。これをさらに類似性に基づいて分類・整理したところ8セグメントに分けられた。

I. 受け入れ機関の判断(看護師は連絡情報からトリアージを行い、最適な医療機関を選択する)II. 受け入れ態勢を整える(早急に自施設の受け入れ環境を整える)III. 看護実践(看護師はデータベースが全て満たなくとも優先度の高い医療・看護問題に対応した看護過程を遂行する)IV. 患者/家族の擁護(看護師は患者家族を擁護する)V. 情報共有(看護者は正確な情報を共有する)VI. 暴力の対処(看護師は暴力を早期に見つけ対応する)VII. 連携/協働(看護師は同僚・多職種・他機関との連携および協働を通して地域医療を推進する)VIII. 専門職教育(看護師は救急領域の知識・技術・態度を専門職業人として継続的に習得する)。これらの作成にあたり、救急看護の専門家と国際的なスタンダードの訳ならびに看護基準の作成経験を有する専門家スーパーバイスを受けスタンダードとしての適切性を検討した。

IV 考 察

二次救急医療機関の初療看護について、8つのセグメントと51項目によるスタンダードモデルを作成した。トリアージは、看護ケアの中でも特に重要な役割として抽出された。二次救急では医師が少ない中重症から軽症までのさまざまな背景の受診患者の対応が求められる。二次救急の特色として、受け入れ機関を適切に判断することがスタンダードモデルの一つセグメントとしてまとまった。初療で治療中であっても「これ以上の治療が必要となれば医師と協議し三次医療機関への搬送手続きを始める見極め」が看護師の能力として求められていた。また、

看護師は、身体的側面だけでなく社会生活面についても地域の医療社会保障が利用可能になるように介入していた。高齢化の進む中これから二次救急医療機関の看護師が地域の医療を担う役割はますます大きくなると考える。

V 結 論

(1) 二次救急医療機関の初療看護について、8つのセグメントと51項目によるスタンダードモデルを作成した。

(2) トリアージは重要な役割として抽出されたが、二次救急の特色として、重症度に合わせた受け入れ機関を適切に判断することが挙げられた。

(3) スタンダードの予測する、判断するというセグメントは、先行研究との一致も見られた。

(4) 身体的側面だけでなく社会生活面についても説明にとどまるのではなく社会保障が使えるところまで介入していた。

(5) 看護師は院内の多職種連携と地域の医療連携が円滑に進むよう調整役割を行っていた。

第1章 序論.....	- 1 -
第2章 文献検討.....	- 3 -
I. 二次救急医療機関の特徴.....	- 3 -
1. 救急医療体制の成り立ち	- 3 -
2. 二次医療機関の役割と現状	- 4 -
3. 二次救急医療機関の看護師の役割と特徴.....	- 4 -
4. 救急看護のケアの質に関連する因子.....	- 5 -
5. 基礎教育と救急看護のエキスパート（専門性） 教育.....	- 6 -
6. 看護ケアにおけるスタンダードについて.....	- 6 -
II. 関連する研究の中での位置づけ.....	- 7 -
1. 医療評価についての取り組み	- 7 -
2. 成果研究方法	- 8 -
III. 研究の目的および意義.....	- 8 -
第3章 研究の方法と対象.....	- 9 -
I. 研究デザイン.....	- 9 -
1. 研究方法	- 9 -
2. 用語の定義	- 10 -
II. インタビュー調査.....	- 10 -
1. 対象者の選定基準	- 10 -
2. データ収集	- 10 -
III. データ処理.....	- 10 -
1. データ分析方法	- 11 -
IV. スタンダードモデルの開発方法.....	- 13 -
1. スタンダードの比較	- 13 -
2. 共起ネットワークによるコーディング.....	- 13 -
3. スタンダードモデルの洗練	- 13 -
V. 倫理的配慮.....	- 13 -

第4章 結果.....	- 14 -
I. 対象者.....	- 14 -
II. グループインタビュー.....	- 14 -
III. テキスト分析結果.....	- 15 -
1. テキストデータの処理	- 15 -
2. 対応分析	- 19 -
3. 外部変数（テーマ別）による特徴語.....	- 21 -
4. 共起ネットワークとテキストデータ.....	- 24 -
5. 分析のまとめ	- 27 -
第5章 スタンダード作成.....	- 28 -
IV. 既存のスタンダードの概要.....	- 28 -
1. 看護業務基準について	- 28 -
2. Standard of Emergency Nursing Practice について.....	- 28 -
3. 各スタンダードの検討	- 29 -
II. 初療における看護ケアのスタンダードモデル作成.....	- 38 -
第6章 考察.....	- 42 -
V. 二次救急看護の特徴.....	- 42 -
1. スタンダード間の差違	- 42 -
2. 初療看護の独立的役割-電話トリアージと電話相談.....	- 43 -
3. 初療看護の従属的役割について.....	- 43 -
4. 初療看護の調整的役割	- 44 -
VI. 初療看護の専門教育.....	- 45 -
VII. 研究の限界と課題.....	- 46 -
第7章 結論.....	- 47 -
第8章 謝辞.....	- 47 -
第9章 文献.....	- 48 -

資料

資料 1	研究参加依頼状（本人）	1
資料 2	研究参加依頼状（看護管理者）	3
資料 3	研究参加依頼状（病院管理者）	5
資料 4	同意書（研究者控え）	7
資料 5	同意書（参加者控え）	8
資料 6	グループインタビューの進め方	9
資料 7	インタビュー概要説明用紙	10

図表

図 1	看護師役割有効性モデル	【1】
図 2	コンコーダンス（KWIC）の使用の実際	【2】
図 3	外部変数を指定した対応分析	【3】
図 4	共起ネットワーク	【4】
表 1	標準化された用語と定義	【5】
表 2	対象者の背景	【6】
表 3	語の出現回数	【7】
表 4	追加語（タグ）出現回数 4 回以上一覧表	【8】
表 5	名詞、サ変名詞、動詞の各上位 50 語	【9】
表 6	頻出 120 語	【10】
表 7	外部変数（テーマ）と特徴語	【11】
表 8	サブグラフ分析グループを構成する語（node）とテキストデータ-1	【12】
表 9	比較分析 基準の概要	【14】
表 10	スタンダード一覧表	【15】
表 11	Standard of Emergency Nursing Practice のみの項目	【21】
表 12	Standard of Emergency Nursing Practice にない項目	【21】
表 13	二次救急医療機関の初療看護スタンダードモデル	【22】

第 1 章 序論

日本における救急医療体制は、誰もが昼夜場所を問わず適切な救急医療を受けられることを目的として整備されてきた。救急医療対策事業実施要綱の公布以来、都道府県が定めた医療圏域に初期・二次・三次の救急医療機関が設置され、患者の重症度に応じて階層的にそれぞれの機関が受け入れている（厚生労働省医政局長通知，1977）。

二次救急医療機関は、救急搬送される全患者の約 8 割を受け入れており、地域における救急医療の中核をなしている。しかし、救急科を専門とするまたは専任医師は二次救急医療機関に少なく内科、外科などの各診療科の医師が当直体制によって診療にあたることが多い。また、当初 1960 年度後半の交通事故患者の多発対策の一環として整備されてきたが年々交通事故による搬送は減少し、近年では脳疾患、心疾患、消化器系、呼吸器系、精神系などの急病による搬送が増加傾向にある。

高齢化が進む昨今では高齢者の重症化による救急搬送数は 65 歳以上が半数を超える。高齢者の人口割合（高齢化率）は 26.6%であり、高齢者は概ね 10 人に 1 人が搬送されていることとなる（総務省消防庁，2018）。またこれら、高齢者の救急入院患者が増えることで、救急受診後入院をしても治療後の見通しがたたない患者が増加してきている。救急医療機関に搬入された患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されている。（厚生労働省，2013）。

年齢・疾病構造の変化だけでなく国民の生活志向や健康観の変化にともなう医療へのニーズの多様化による変化も見られている。救急受診時の病院選択の理由として「いつも夜間や休日に対応している」（27.4%）、「何時も見てもらっている医師がいる」（17.7%）という理由が半数を占めるほか「大病院」「専門医がいる」「見てもらいたい診療科がある」「設備」といった病院志向による理由で受診病院を選択する人も 1 割程度いる（救急医療委員会，2014）。本来ならば初期医療で対応可能な軽症者が二次医療機関を受診している可能性がある。（総務省消防庁，2018）のデータでは救急搬送の 80%は入院の必要がない軽症との報告している。定性的、定量的な対応が必要であり厳しい社会のトレンドと救急医療の接点に我々救急看護師は直面している。

米国において医師不足から地方の医療が崩壊の危機に晒された時に Nurse Practitioner により医療の崩壊から回避され、今では質の高い医療を提供する存在（Carter & Chochinov，2007）となった。我が国でも現在のような日本社会に看護が貢献を果たす可能性は大きいと考えるが、二次救急看護の現状、特に看護実践については学会報告にとどまり、看護師の果たしている役割についての周知を図れていない。

救急医療体制の整備は、国民の生活と健康を守るための重要な案件である。国民の高齢化に伴う疾病構造の変化や少子化などの社会問題の影響によって救急医

療にも量的質的変化がみられる。典型的な治療だけでなく、多様な患者状態に応じた対処法について、経験をしてよいとわかっていることを共有し実践していくことによって看護の標準が図られる（飯塚悦功，2007）。日本看護協会（1995）は、看護業務基準を小児、老年などの分野で開発、発表を行ったが、救急看護についての業務基準は開発されなかった。経験からよい結果が得られることがわかっていることを標準に定め、それに従うことで良い結果が得られる。医療の質の向上のためにもスタンダードは必要である。

第2章 文献検討

1. 二次救急医療機関の特徴

1. 救急医療体制の成り立ち

救急患者とは、通常の診療時間外の傷病者及び緊急的に医療を必要とする傷病者のことであり、救急患者に対し、医療を提供する医療機関を救急医療機関という。救急医療機関は外来診療によって救急医療の最初の段階を担当する初期救急医療機関、手術などの治療、一般病床への入院治療を必要とする中等症の救急患者の医療を担当する二次救急医療機関、二次救急で対応できない複数診療科領域の重篤な患者に対し高度な医療と集中治療室での入院治療を要する三次救急医療機関と救急患者の重症度による機能分担をする。さらにこれら医療機関は、日常生活に密着した保健医療を提供する一次医療圏（市町村単位）、健康増進・疾病予防から入院治療まで一般的な保健医療を提供する二次医療圏（複数の市町村）、先進的な技術を必要とする特殊な医療に対応する三次医療圏（都道府県単位）と地域医療構想が医療計画に基づいて策定されている。

医療計画は医療法に基づいており、昭和23年の制定以降、第1次医療法改正から平成27年の第7次医療法改正まで改正を重ねてきている。第5次医療計画から続く医療連携体制に関する事項として、第7次医療計画（平成29年の）では、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の5事業並びに在宅医療の医療計画が策定され第5次からほぼ10年間医療連携体制に大きな変更は無い。脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患は発症から医療機関で適切な治療を受けるまでの時間の長短が、患者の予後を左右する疾患であり、救急医療機関に期待される役割は大きいといえる。

5事業の一つ救急医療では、「円滑な受入体制の整備やいわゆる出口問題へ対応するため、救急医療機関とかかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携・協議する体制を構築する。また、日頃からかかりつけ医を持つこと、救急車の適正利用等についての理解を深めるための取組みを進める」（厚労省提言）ことが示されている。加えて、医療計画を二次医療圏ごとの医療提供体制を客観的に比較できるように、全都道府県共通のストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類した指標が用いられる。

2. 二次医療機関の役割と現状

二次医療機関の役割機能としては入院救急医療が求められており 24 時間 365 日、救急搬送の受け入れに応じること、傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供することが目的とされている。それには、「地域で発生する救急患者への初期診療と応急処置を行い、必要に応じて入院治療を行う。医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において高度な専門的診療を担う。また、自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。救急救命士等への教育機能も一部担う。」ことである。

救急患者の搬送状況として救急車の約 75%が二次救急医療機関、約 25%が救命救急センターを設置する医療機関へ救急患者を搬送している。とはいえ救命救急センターへの年間救急搬送患者数は平均 4973 人に対して二次救急医療機関への年間救急搬送患者数は平均 990 人と圧倒的に救命救急センターの搬送数は多い。二次救急医療機関の中央値 417 人、最大値 10319 人～最小値 0 人であり、機関間の救急患者対応数の差が大きく役割機能を果たしていない機関もある。

また、二次救急医療機関数は 1998 年 3344 カ所以降わずかな増減は見られたが 2018 年現在、2876 カ所と減少傾向を続けている。反して二次救急医療機関に救急搬送された患者は増加傾向にあり、受け入れ医療機関の電話での問い合わせが 4 回以上は 2.3%、搬送前の時間が 30 分以上かかったのは 6.6%と救急患者の受け入れ先が見つからない現状もある(総務省消防庁、2018)

3. 二次救急医療機関の看護師の役割と特徴

救急看護の概念について(木澤晃代, 2010)は、「人々のさまざまな状況において突然かつ急性に生じたあらゆる健康レベルの健康問題に対して、迅速かつ的確な専門的看護ケアを提供すること」だと述べる。看護ケアを提供すべき救急搬送されてくる患者に対して、得られた情報から直観的に患者の成り行きを予測し、先を見越した準備で緊急事態を取り仕切るとともに、医師・救急隊と共通認識を図りながら協働することで救急対応を円滑に進行していたと三次医療の救急看護認定看護師の看護実践能力について(森島千都子 & 當目雅代, 2016)は報告している。同じく三次医療機関の一年目看護師が「搬入前情報からの限られた予測」や「次に行われる処置の予測」を行い(岩本満美, 2014; 森島千都子 & 當目雅代, 2016)、二次救急初療でも看護師は「鋭敏な五感と熟練した技術で情報収集し、先見性ある判断で危機回避するとされ(西村聖子, 吉田和枝, & 小幡光子, 2013)、予測性は重症度の程度の差はあれ初期から三次に通じる救急看護の特徴と考えられる。

看護師の臨床判断に至る行動は『受診者や周囲の状況に気を配る』、『印象』、『関心を寄せる』、『先の見通し、治療とケア』、『絞り込み』など緊急性の判断を時間軸

に添ってさまざまな局面で行っていることが示されている（山崎 加代子，2006）。

その一方で高橋（2005）は、救急看護師に期待される役割は、人間性と価値観、救急看護特有の技術、対人関係と調整、に加えて教育・研究であると述べている。救急医療体制で比較したところ教育・研究は、三次が二次よりも有意であると述べている。理由として二次医療機関では初療に固定した勤務体制が取られにくく三次医療機関（高橋章子，舘山光子，長谷川陽子，& 斉藤理代，2005）関に比べて継続的な看護教育が行われにくい背景があり、夜間勤務前の教育は9割の病院が先輩に付き見習うとの研究報告がある（根生とき子，2015）。

それらに加え清村（2008）は、初療・二次医療機関は年齢、臨床経験年数、救急看護活動年数が短いスタッフが多くスタッフの入れ替えが激しく、継続的な経験のなさから看護介入の実施率、日頃の看護師個人のモチベーションが低くなるという結果を示している。

4. 救急看護のケアの質に関連する因子

救急における質的研究の成果指標として待ち時間、患者満足度、医療の質、費用効果（Carter & Chochinov，2007）がある。待ち時間と患者満足度には救急看護師のケアリングにより患者は待ち時間を短く感じ患者の満足度が高いことが報告され（Kipp，2001）看護師の人数確保は必須である。

しかしながら、構造の一因とも言える外来看護職の配置基準は、「患者 30 名につき看護職 1 名」と昭和 23 年（1948 年）医療法施行規則で定められてから現在に至るまで変わっていない。外来及び救急部門の夜勤・当直形態は「当直制」が最も多く、38.4%、続いて「交代制」が、35.0%とほぼ同程度となっている（日本看護協会調査研究課編，2002，P9）。

三次救急医療機関の大部分は救命救急センターであり、救急医療対策事業実施要綱により看護師の固定配置が定められているものの入院を要する二次救急医療体制には看護師の配置に関する規定はなく初療所属として固定された看護師がいないところが大半である。ましてや、初療に救急患者対応に不慣れな看護師が ICU で勤務と併任で担当することや、平成 20 年度診療報酬改定により 7 対 1 入院基本料が制定されたことで病棟中心の看護師人員配置行われ、外来はパートなど非正規や診療補助者で補われることとなった。7 対 1 入院基本料の対応のために日替わりや時短勤務の看護師が配置されることで、固定され勤務する看護師のストレスの要因にもなっている。二次救急医療機関で看護の質を安定して保持していくためには、看護師を専属にし、人材育成していく必要がある。

三次救急医療機関を除く夜間の救急対応を行っている病院では、外来及び救急部門は「他部署の看護要員と一体的な夜勤・当直体制を組んでいる」のが 49.4%と約半数を占めている（日本看護協会調査研究課編，2002，P10）。また、管理当直師長が夜間の管理業務以外に初療で患者の受け入れ調整等の看護の実務を行っている現状がある（根生とき子，2015）。

5. 基礎教育と救急看護のエキスパート（専門性） 教育

救急看護は臨床で比較的早くに専門領域としての認識が持たれた(高橋, 2005)。基礎教育の中での位置づけとしては、1996年の看護カリキュラムや看護婦国家試験看護婦国家試験出題基準で、各領域の救急時の看護として取り上げられるにすぎなかった(明石恵子., 2005)。年を経て新看護カリキュラムや2004年の『看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標』として救命技術が習得項目としてあげられている。これは、概念でなくBLS(Basic Life Support)として標準化された救命技術が救急看護技術の一つとして可視化されたものとなる。

救急看護における専門教育としては1996年度から救急看護認定看護師の認定制度が始まった。初期の認定看護師課程の受講者は三次救急施設や大学病院などの特定機能病院からであったが、年々二次医療機関に勤務する認定者が増える傾向がみられる。しかしながら2018年7月現在での認定者1291名のうち初療(外来)勤務者は25%であり、まだまだ十分な数とは言えない(日本看護協会, 2018)。

看護は、看護師によって提供されたケアの影響を説明できることが必要である。救急看護認定看護師を対象にした看護研究も年々増加しつつある。救急看護の専門家が增多することで自らの看護実践を説明できることは、次世代の救急看護師育成の土壌が形成されつつあるといえる。

6. 看護ケアにおけるスタンダードについて

スタンダードとは、「伸ばす」を意味するラテン語‘to extend’より派生下もので卓越性や達成度の所定の水準。あるいは、規定の努力目標への到達や、目的に対して適格な尺度に照らし合わせてみたときの、所定の品質。権威筋、慣行、世論によって樹立されている(皆見英代 2008)。また、「基準(Standard)」は「規準(criteria)」を包摂している

欧米でStandardの適応範囲が細かく指定され、数多くのスタンダードが作成されている。質の改善を目的としており、criteriaを用いたものが多い。

スタンダードの乱立があり、スタンダードはAmerican Nurses Association(ANA)が開発したフレームワークに沿って作成されている(Taylor, 1991)。

スタンダードの用語についてもstandards of careより、standards of Practiceについて多く開発されている。Standards of careは患者が提供される施設、組織からのケアレベル、Standards of practiceとは、看護師個人の持つ能力、ケアレベルを保持することによって患者が受けるケアのことであり、法律や業務範囲が明らかにされている。

しかし、多様な場での看護ケアが求められる二次救急看護に基準は作成されていない。看護ケアに基準を照らし合わせることでさらなる看護の質向上がはかれると考える。

表 1 標準化された用語と定義

用語	定義
Standards of care	Level of care the patients can expect to receive (患者が受けることが期待できるケアのレベル)
Standards of practice	Expectations for the competence, experience, and education of the nurse (看護師の能力、経験および教育への期待)
Performance standards	Behavioral statements that reflect levels of performance within a job classification (職務分類内のパフォーマンスのレベルを反映する行動に関する生命)
Policy	Human, environmental, and material resources needed to deliver patient care (患者ケアを提供するために必要な人的、環境的、および物質的なリソース)
Procedure	Step-by-step outline of how to perform a psychomotor skill (精神運動スキルを実行する方法の段階的概要)
Protocol	Nursing management of common patient care problems without regard to a specific medical diagnosis (特定の医療診断を考慮せずに一般的な患者ケア問題の看護管理)
Nursing diagnosis	Human responses to actual or potential problems that nurses are capable and licensed to treat (看護師が治療することが可能であり、認可されている実際のまたは潜在的な問題に対する人間の対応)

Reprinted with permission from The Johns Hopkins Hospital, Nursing Practice and Organization Manual, 1989.

II. 関連する研究の中での位置づけ

1. 医療評価についての取り組み

医療の標準の評価は、1910年に外科医療の質の評価がアメリカで提案されたことにより始まったとされている(有賀徹, 井上徹英, & 上嶋権兵衛, 2000)その後組織としてJCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals)は1964年からサーベイをはじめ、現在も医療の質についての検討が行われている(1987年医療施設認定合同審査会 JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations と改名)。

日本では、厚生省(当時)と日本医師会によって1987年に『病院機能評価表』が作成された。1995年に第三者評価機構が発足され1997年より審査が始められている。看護では、『看護ケアの質の評価基準に関する研究』が長期間行われ、病棟における看護ケアの質を『患者への接近』、『内なる力を強める』、『家族の絆を強める』、『直接ケア』、『場をつくる』、『インシデントを防ぐ』の6つを【構造】、【プロセス】、【結果】の3側面からなる指標で示した(片田紀子, 1996)。また、この研究では看護の質評価の要素に含まれる看護技術をから『モニタリング機能』、『苦痛の緩和』、『家族を含めたケア』、『日常生活の改善・維持』、『医療チームの

連携』の 5 要素をあげ、それぞれの構造指標、過程指標、結果指標を導き出されている。その後この研究をもとに現在では質改善へのプログラム開発、web による普及へと発展し看護ケアの定量化が行われている(上泉和子, 2006 ; 2010)。

2. 成果研究方法

成果研究の方法としては Elwood (1998) や Freund ら (1990) が提案した患者成果研究チームが多くの研究で用いられている。Freund の研究方法は具体的なものであるが、資金と時間がかかる大がかりのものになる。一部を述べると最初に、1) 文献レビュー、メタ分析を行う、2) 1) に基づいて大規模なデータ分析を実施、3) 研究における成果測定の感受性評価、4) 成果測定の識別、5) アセスメントツール、技術の開発につながり、17 番目に利用者、患者行動の修正までの 17 段階に渡るものである。

Elwood は成果研究に不可欠な原則として、①ケア提供者が適切なケア介入を決定するに利用できるケア基準の重視、② 疾患に関連する特定の臨床アウトカムと同様に、患者の機能状態や全般的な健康状態の測定、③ アウトカムデータの大量蓄積、④データベースの分析と適切な意思決定者への十分な伝達を挙げている。

III. 研究の目的および意義

救急医療体制の整備は、国民の生活と健康を守るための重要な案件である。国民の高齢化に伴う疾病構造の変化や社会問題となった少子化などにより救急医療において量的質的变化がみられる。しかし、初療（救急外来）での看護ケアについてのスタンダードは明らかでない。本研究では、初療看護ケアのスタンダードとはなにかを探求し二次救急医療機関の初療看護ケアのスタンダードを開発するものである。

第3章 研究の方法と対象

1. 研究デザイン

二次救急機関で勤務する看護師の実際の経験から得た知識の利用により看護ケアのスタンダードを開発する開発型研究である。専門分野でのスタンダード開発は新規にプロセスを作成することを目的とし、実務経験から得た既存の知識を使用した体系的でありかつ看護の職能成長が含まれるものである。

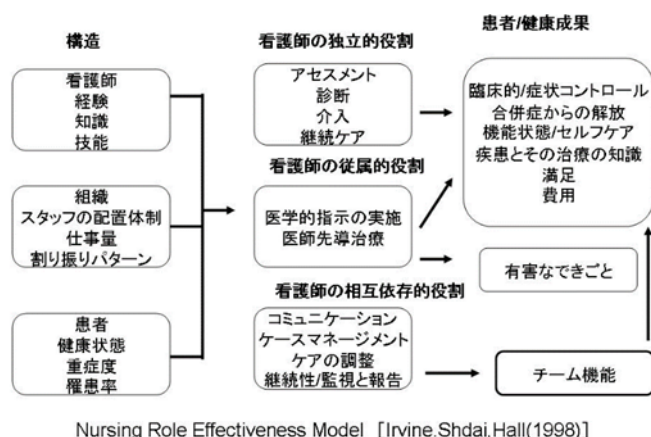
1. 研究方法

本研究は2段階から構成されている。

第1段階は二次救急医療機関に勤務する救急看護認定看護師対象に「二次救急医療機関の初療看護ケアのスタンダードとはなにか」について、グループインタビューを用いてデータ収集を行いテキストマイニングによる内容分析を行う質的記述的調査である。

第2段階は、第一段階において得た結果の分析に基づき既存の2つの看護スタンダードと照らし、二次救急医療機関の初療看護ケアのスタンダードを開発する。

成果研究の基礎となる理論は Donabedian(1966)の質に関する理論とし本研究もこの理論を参考にする。研究対象者らには、「看護業務基準」、「Nursing Caring Standards」(Kipp, 2001)と Irvine (Sidani, & Hall, 1998)のモデル「Nurse Role Effectiveness Model」をあらかじめ提示した。「クリティカルケア看護師はミニドクターを目指すのか?」(道又元裕 & 佐藤憲明, 2007)とシンポジウムのテーマになるほど臨床現場では医学的指示による看護行為に看護があるのかといったジレンマを感じている。そのため医師先導の医療であっても看護実践として、ケアプロセスの一部であることの認識を再確認するためにこれらを示した。



Nursing Role Effectiveness Model [Irvine, Shdai, Hall(1998)]

図 1 看護師役割有効性モデル

2. 用語の定義

本研究で用いる用語の定義は以下である。

- 1) **看護ケアのスタンダード**：看護師の看護実践において卓越性や達成度の所定の水準のこと。
- 2) **モデル**：Process mode の意であり、スタンダードの実体化に至るまでの抽象記述のこと。

II. インタビュー調査

1. 対象者の選定基準

インタビュー対象者は日本看護協会が氏名、所属を公開する救急看護認定看護師（2009年当時）278名を選出した。所属が救急医学会（救急医学会，2007）の公開する三次救急医療機関または特定機能病院の方を除いた97名のうち初療看護について学会発表、紙上発表などの研究活動を通し、初療の救急看護について知見を語ることが可能と考えられる看護師10名を研究対象候補者とした。

ファシリテーター（モデレーター）のは複数回のグループインタビューの経験を持つこととした。

2. データ収集

1) 対象

研究対象候補者の所属施設に施設長と本人に研究依頼書を送付し、出席の可否の連絡を受けた。インタビュー会場で研究の概要、倫理的配慮についての説明を行い、文書によって同意が得られた救急看護認定看護師を対象者とした。

2) 収集方法

データ収集方法は、グループインタビューを1回120分程度で行い録音しインタビューデータとした。

グループインタビューのテーマは「初療救急看護のスタンダードとはなにか」であり、対象者にあらかじめ以下の4項目を参加者に提示した。(1) 二次救急医療機関の看護の特徴、役割、(2) 救急における治療として看護にもとめられる役割、(3) 救急医療（プレホスピタルを含む）の中での看護の役割、(4) 初療看護ケアで患者の健康成果に連続すると予測される成果とし、事前に対象者に文書で示した。研究者はグループダイナミクスによるインタビューになるようファシリテートを行った。

III. データ処理

録音データはテキストデータになるよう逐語録を作成した。逐語録はソフトウェアを利用したテキストマイニングを行った。テキストマイニングの初段階のテキストは語の意味を解さず単なる記号となるため、インタビューデータを逐語録に起こす際には同じ語をひらがな、漢字と複数入力しないように注意した。後の分析ではテキストが意味をもつ単語となるよう漢字で表記可能な語はひらがな入

力を避け品詞に合わせた送り仮名に注意しテキストデータとした。固有名詞については参加者を特定できないように氏名、組織名、地名を記号化し表した。テキストデータとともにテーマとインタビュー回数、発言者は外部変数となるように CSV ファイル形式で保存した。

1. データ分析方法

内容分析（計量テキスト分析）フリー・ソフトウェア KH Coder（Version 3. Alpha. 15）を利用した。

開発者である樋口（2014）は、計量テキスト分析を以下のように定義している。

計量テキスト分析とは、計量的分析手法を用いてテキスト型データを整理または分析し内容分析を行う方法である。計量テキスト分析の実践においては、コンピュータの適切な利用が望ましい。（P15）

内容分析とは「データをもとにそこからそれが組みこまれた文脈に対して再現可能でかつ妥当な推論を行うための一つの調査」（Krippendorff, 1980. p6）であり、計量テキスト分析ではコンピュータの使用により一連の手順、技術を対象や概念を間接的に表すことが可能である。

計量テキスト分析ではテキストデータの整理の量的方法と内容分析という質的方法を併せ持った分析が可能である。

分析手順は開発者の樋口氏が提示す（樋口耕一，2014）以下の手順で行った。

1) テキストデータの数量化(形態素解析等)

(1) 単純集計

テキストデータの出現単語の単純集計を行う。ここでは、テキストデータの句点が一文で、1セルが段落となる。

(2) 出現頻度

多く出現していた語の確認として文を品詞に分けて、文の中に出てくる語を品詞ごとに数えたものである。KH Coder で扱う品詞は名詞、サ変名詞、形容動詞、固有名詞、組織名、人名、地名、ナイ形容、副詞可能、感動詞、動詞、形容詞、副詞、名詞 B、動詞 B、形容詞 B、副詞 B、名詞 C、否定助動詞、形容詞（非自立）未知語、タグの 22 である。

KH Coder には形態素解析ツール「ChaSen（茶筌）」、「MeCab（和布蕪）」専門用語（キーワード）自動抽出システム「TermExtract」、統計分析フリーソフト「R」が実装されている。ChaSen で分類されなかった語は TermExtract を使用し専門用語として語彙を取り出しタグとして KH Coder での分析に用いた。形態素解析

には MeCab を用いた。

2) 統計解析(対応分析、共起分析、クラスター分析、)と視覚化

(1) 対応分析 (コレスポネンス分析) について

テキストの部分ごとの特徴を探るためにアンケート等の集計結果を二次元の図上に布置し、項目同士の関係を視覚的に把握できる。図上での位置に近いほど、それらの性質は近似しており、遠いほどそれらの性質は異なる。

対応分析には項目を掛け合わせる集計方法であるクロス集計を用いる。クロス集計で行間の値のばらつきが小さく、なおかつ列間のばらつきが大きくなる時の値で、二次元の図の中で付置する位置が決まる。

各軸の説明度については、1 軸の%、2 軸の%で表し、この 2 軸の合計から平面で集計結果の何%が説明できるかわかる。

統計学的な基準はないが、寄与率の高い成分の上位 2 成分が 0.5 以上、単相関係数 r の値が 50%以上を目安とする (石田基広 & 金明哲, 2012, 88)

(2) 共起ネットワーク

ある語が文中で用いられるときに、共に用いられる他の語や句などの要素との関係を共起関係という。共起ネットワークとは、語と語の結びつきを探るために、文書からその文書の特徴づける語の抽出を行い、特徴語同士の共起関係をネットワーク図にするものである。

KH Coder では、出現度数と円の大ききさで表し、共起関係の強さを線の太さで表している。太さは Jaccard 係数として計算される。Jaccard 係数は 2 つの集合に含まれている要素のうち共通要素が占める割合を表している。つまり、Jaccard 係数では割合を見るので、頻度が高い語だけでは下位になり、よく出てくる共起語が上位になる Jaccard 係数が大きいほど 2 つの集合の類似度は高い。係数は 0 から 1 の間の値を取る。

例として語 A と語 B の共起の程度の計算は、以下の文書の値となる。

$$\frac{\text{「語Aを含む」か「語Bを含む」}}{\text{「語Aを含み」かつ「語Bを含む」}}$$

IV. スタンダードモデルの開発方法

1. スタンダードの比較

看護業務基準(2016)とStandards of Emergency Nursing Practice(Emergency. Nursing. Association, 1999)の2つのスタンダードを比較検討し看護業務基準を軸としたマトリックス表を作成した。(以後看護業務基準、Standards of Emergency Nursing Practiceとはこれらのことを指す。)

2. 共起ネットワークによるコーディング

共起ネットワーク、サブグラフ検出によって示された語(node)をコンコーダンス(KWIC: KeyWord In Context)を使ってテキストデータをとって抽出した。抽出したテキストの抽象度を上げスタンダードモデル(案)を作成した。

3. スタンダードモデルの洗練

1.で作成したマトリックス表とスタンダードモデル(案)を検討し洗練した後、スタンダード作成経験のある研究者と救急看護の専門家からスーパーバイズを受けスタンダードモデルを作成した。

V. 倫理的配慮

対象者の個人情報などがデータとなる場合には特定できないようにデータ処理を行い、病院、対象者のプライバシーを守ること、研究者の身分と研究の趣旨、守るべき義務、研究協力は自由意思を原則とし拒否により個人・組織に不利益を生じないこと、協力の意思変更はいつでも可能であることを文書と口頭で伝え、同意書を交わした。なお、研究計画書は青森県立保健大学研究倫理審査を受けて行ったものである。(承認番号 08027, 1624)

第4章 結果

I. 対象者

研究対象候補者 10名の救急看護認定看護師うち、研究の同意を得られたインタビュー対象者は6名で全員女性であった。所属施設の地域は東北1名、北関東1名、南関東1名、中部1名、近畿2名であった。設置主体は都道府県・市町村2名、法人2名、厚生連1名、会社1名であった。病床数は230～740床（平均540床）。救急看護認定看護師としての経験年数は2～11年（平均5年9ヶ月）、看護師経験年数は16～24年であった。看護職位はスタッフ看護師3名、看護師長2名、副看護部長1名であり、3名の看護管理者が含まれるが全員が兼務を含み初療で勤務していた。副看護部長1名は看護学修士課程を修了していた。

表2 対象者の背景

対象者	地域	設置主体	病床数	認定看護師年数	看護師経験年数	職位
A	中部	社会福祉法人	740	11	20	師長
B	東北	都道府県・市町村	320	2	22	スタッフ
C	関東	厚生連	400	4	20	スタッフ
D	関東	会社	670	4	16	スタッフ
E	近畿	都道府県・市町村	400	3	20	師長
F	近畿	医療法人	230	11	24	副看護部長

II. グループインタビュー

グループインタビューは2009年3月8日と同年4月29日に名古屋市のホテル会場で行った。1回目13時から15時35分（150分）、2回目13時から14時45分（105分）で行った。なお2回目の最初に1回目のデータについてメンバーチェックを行った。

III. テキスト分析結果

1. テキストデータの処理

異なり語数 (n)2135、出現回数平均 5.26 (SD±16.08) 平均値に近い出現回数 5 回では、累積度数 82.48%であった。

表 3 語の出現回数

出現回数	度数 (%)	累積度数 (%)
1	1006 (47.12)	1006 (47.12)
2	352 (16.49)	1358 (63.61)
3	207 (9.70)	1565 (73.30)
4	102 (4.78)	1667 (78.08)
5	94 (4.40)	1761 (82.48)
6	50 (2.34)	1811 (84.82)
7	30 (1.41)	1841 (86.23)
8	36 (1.69)	1877 (87.92)
9	29 (1.36)	1906 (89.27)
10	30 (1.41)	1936 (90.68)

1) 語の追加と削除

語彙の洗練のためテキストデータから、専門用語を取り出すツールとして、TermExtract が KHcoder で利用できるため、自動抽出を行った。救急看護の専門用語に見られるかを救急医療専門書と確認を行った。TermExtract では E R、I C U などの略語については形態素解析が正確に行えないため未知語として検索された語を目視とコンコーダンス (KWIC) でもとの文章を確認し、タグ語として作成した。

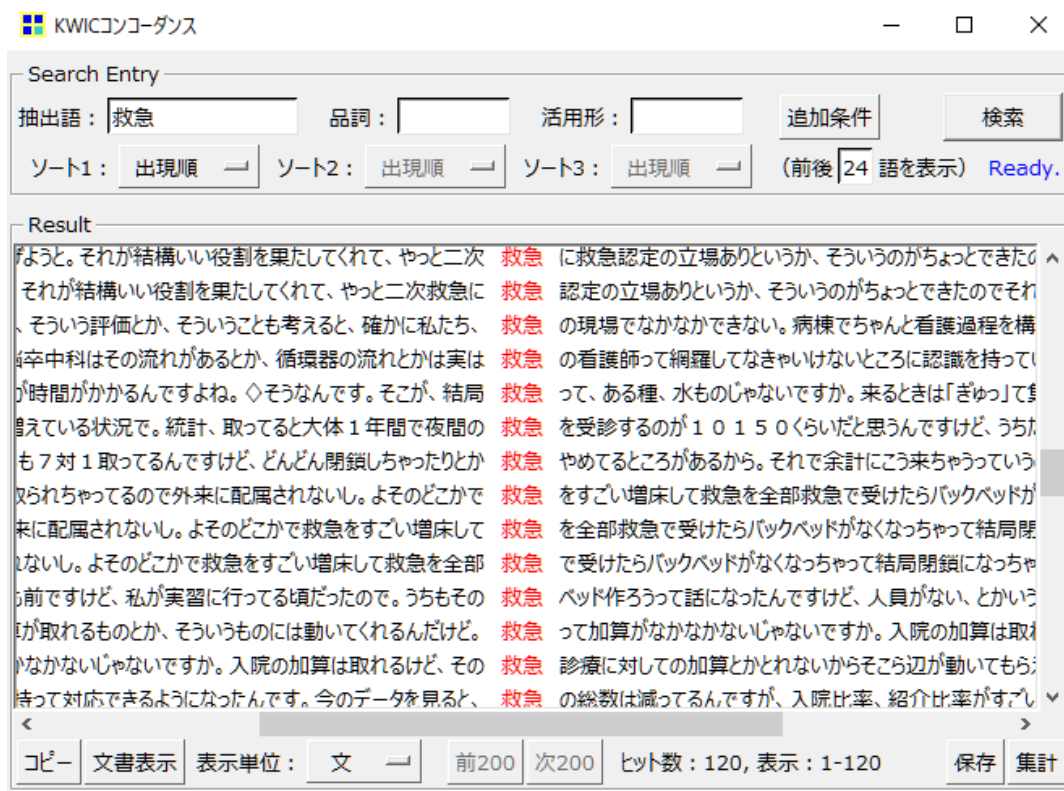


図 2 コンコーダンス (KWIC) の使用の実際

表 4 追加語 (タグ) 出現回数 4 回以上一覧表

看護師 (125)	師長 (18)	J P T E C (7)	経験知 (5)
二次 (114)	振り返り (17)	1 0 対 1 (6)	研修医 (5)
三次 (88)	プレホスピタル (13)	I S L S (6)	重症度 (5)
I C U (54)	救急科 (13)	メンタル (6)	地域医療 (5)
トリアージ (46)	電話対応 (13)	危ない (6)	満床 (5)
救急車 (41)	救急隊 (12)	電話トリアージ (6)	J N T E C (4)
救急外来 (40)	救急委員会 (10)	C C U (5)	T P A (4)
初療 (33)	救命センター (10)	メディカルコントロールトリアージナース (4)	
E R (31)	あかん (9)	ル (5)	レントゲン技師 (4)
一次 (26)	ベッドサイド (9)	看護指標 (5)	救急センター (4)
救命士 (24)	救急病棟 (9)	救急医 (5)	高エネルギー外傷 (4)
かかりつけ (21)	電子カルテ (9)	救急医療 (5)	骨盤骨折 (4)
C P A (19)	C T (8)	救急患者 (5)	多発外傷 (4)
7 対 1 (18)	ウォークイン (8)	緊急度 (5)	

注釈：表に出現回数 4 回以上を示す。() は出現回数を表す。

2) 分析対象となる品詞の決定

以上の作業から分析に用いる品詞については名詞、サ変名詞、副詞可能、動詞、形容詞、名詞 C、とタブ（専門語）とし形容動詞、固有名詞、組織名、人名、地名、ナイ形容、感動詞、副詞、名詞 B、動詞 B、形容詞 B、副詞 B、否定助動詞、形容詞（非自立）は除いた。

語に意味づける名詞、サ変名詞、動詞の各上位 50 語と全頻出 120 語を表に示す。括弧内の数値は頻出回数である。

表 5 名詞、サ変名詞、動詞の各上位 50 語

名詞	サ変名詞	動詞
病院 (172)、救急 (120)、先生 (117)、患者 (104)、自分 (91)、医者 (60)、病棟 (52)、外来 (41)、ホットライン (40)、情報 (35)、夜間 (35)、スタッフ (31)、システム (30)、能力 (30)、最初 (29)、部分 (29)、家族 (28)、脳卒中 (26)、外科 (22)、現状 (22)、医師 (21)、症状 (19)、重症 (18)、内科 (18)、院内 (17)、ドクター (16)、若手 (16)、委員 (15)、医療 (15)、思い (15)	電話 (69)、看護 (65)、認定 (51)、話 (38)、入院 (35)、判断 (31)、処置 (30)、診断 (28)、経験 (27)、対応 (24)、当直 (22)、勉強 (21)、指示 (18)、夜勤 (18)、一緒 (17)、意見 (16)、関係 (16)、仕事 (15)、治療 (15)、搬送 (15)、連携 (15)、施設 (14)、チェック (13)、受診 (13)、循環 (13)、心配 (13)、管理 (12)、理解 (12)、お願い (11)、教育 (11)	言う (345)、思う (303)、来る (192)、行く (105)、受ける (86)、取る (83)、考える (66)、聞く (59)、入る (58)、診る (53)、持つ (49)、出る (47)、見る (40)、入れる (39)、呼ぶ (36)、分かる (36)、書く (34)、断る (33)、作る (30)、出す (30)、上げる (30)、言える (24)、違う (22)、関わる (22)、頑張る (20)、待つ (19)、上がる (18)、動く (18)、下りる (17)、回す (17)

頻出 120 語では、救急看護に関する抽出語は電話 (69 回) 以降で、救急車、救命士などのプレホスピタルに関係すること、電話、ホットライン、かかりつけ、呼ぶなど電話対応に関すること、ICU、ER、病棟など初療に続く部署に関係すること、疾患名の出現が見られた。

表 6 頻出 120 語

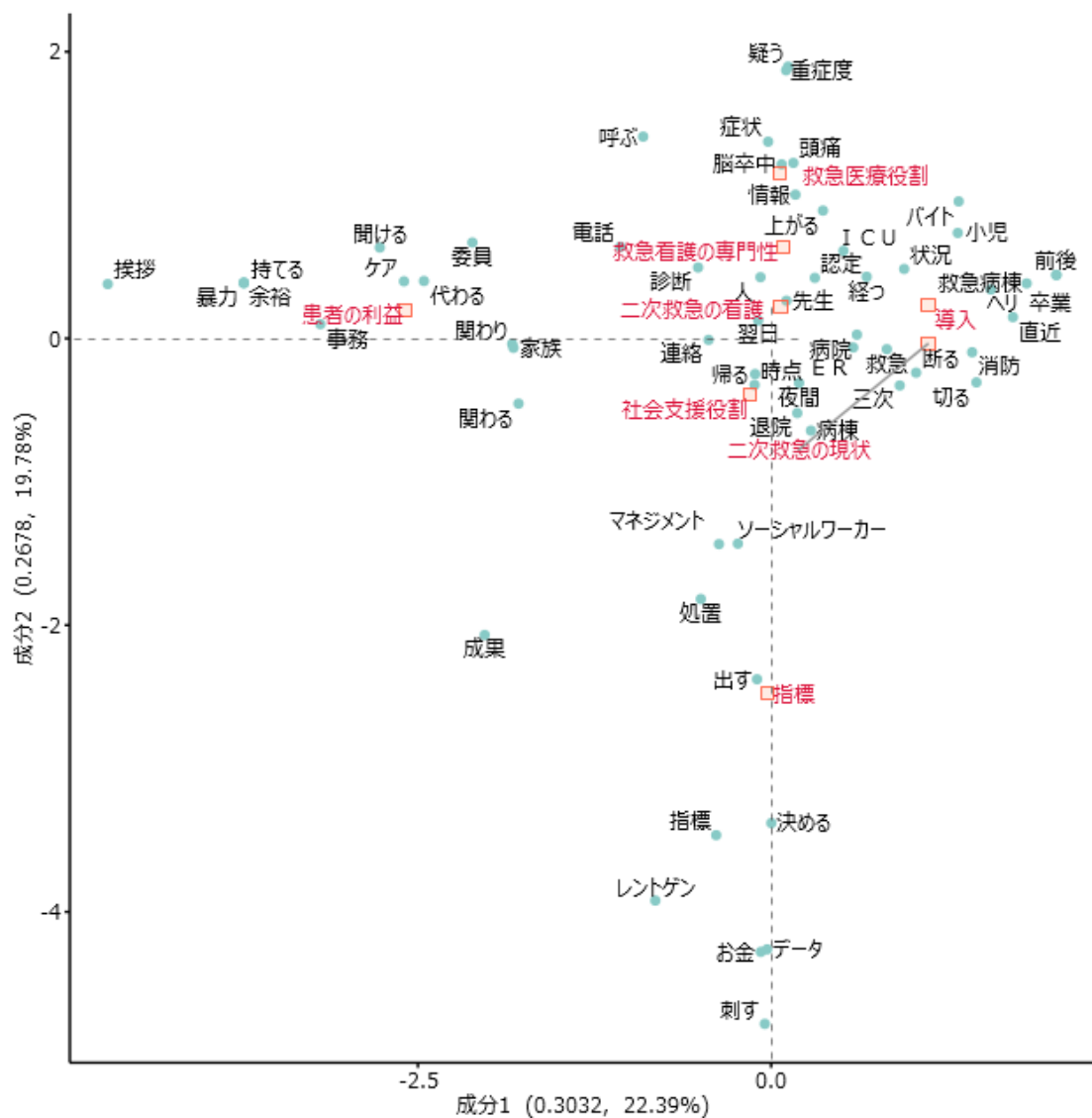
抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
言う	345	入れる	39	違う	22
思う	303	話	38	外科	22
人	238	呼ぶ	36	関わる	22
来る	192	分かる	36	現状	22
病院	172	一応	35	当直	22
看護師	125	情報	35	かかりつけ	21
救急	120	入院	35	悪い	21
先生	117	夜間	35	医師	21
二次	114	書く	34	最近	21
今	109	一番	33	勉強	21
行く	105	初療	33	頑張る	20
患者	104	断る	33	必ず	20
全部	93	早い	32	C P A	19
自分	91	必要	32	今日	19
三次	88	E R	31	症状	19
受ける	86	スタッフ	31	全然	19
取る	83	判断	31	待つ	19
電話	69	システム	30	7 対 1	18
時間	67	作る	30	だめ	18
考える	66	出す	30	確か	18
看護	65	処置	30	知る	16
医者	60	上げる	30	殆ど	16
聞く	59	能力	30	委員	15
入る	58	最初	29	医療	15
多分	56	難しい	29	下	15
I C U	54	部分	29	教える	15
診る	53	家族	28	仕事	15
病棟	52	次	28	思い	15
多い	51	診断	28	指標	15
認定	51	経験	27	治療	15
持つ	49	大きい	27	終わる	15
出る	47	さっき	26	場合	15
前	47	一次	26	状況	15
トリアージ	46	脳卒中	26	増える	15
外来	41	絶対	25	体制	15
救急車	41	救命士	24	熱傷	15
ホットライン	40	言える	24	搬送	15
救急外来	40	対応	24	変わる	15
見る	40	昼間	23	連携	15
結局	39	ほんと	22	マネジメント	14

2. 対応分析

グループインタビューは、(1) 二次救急医療機関の看護の特徴、役割、(2) 救急における治療として看護にもとめられる役割、(3) 救急医療（プレホスピタルを含む）の中での看護の役割、(4) 初療看護ケアで患者の健康成果に連続すると予測される成果4項目を提示しグループインタビューを行った。このインタビューデータを確認したところ 1) 導入、2) 二次救急の現状、3) 二次救急の看護、4) 社会支援役割、5) 救急医療役割、6) 救急看護の専門性、7) 患者の利益、8) 指標の8つにテーマが分けられた。対応分析以降に行う分析ではこれらを外部変数として指定した。

対応分析の寄与率は成分1（22.39%）、成分2（19.78%）計42.17%であり、50%に満たなかった。出現回数1回の語が1006語、累積度数47.12%とインタビューデータのため語にばらつきが見られ1回の出現語が多いと判断した。

図3 外部変数を指定した対応分析



対応分析の図3で1)導入と2)二次救急の看護とは右方の位置に配置している。導入で語られた自己紹介に自施設を説明する内容があり、二次救急の現状を語るに近いデータであったといえる。二次救急の看護では消防、断る、三次、ヘリといったプレホスピタルの搬送についての語が見られる。5)救急医療役割と6)救急看護の専門性は上方で近い位置に配置し、似た出現傾向であることが分かる。脳卒中や重症度、症状、起きる、疑うといった疾病に対するアセスメントに関する語とともに、呼ぶ、力量といった重症患者を見ることが可能か医師の力量を鑑みる語の出現が見られた。4)患者の利益では、患者、家族への関わりについて、ケアに余裕をもって関わることが患者の利益であるといった語の出現である。7)社会的支援と8)指標は原点より下方に位置おり、他のテーマと異なる傾向である。社会的支援は、ソーシャルワーカー、退院、帰る、時点などの語があり、初療や退院で自宅に帰る際にソーシャルワーカーとの協働を伺わされるものであった。指標については、お金、(時間)短縮、データ、出すという語が見られ指標は経済的な面と時間効率化に関する語の出現があった。

二次救急初療という治療の場へは、かかりつけとしてや救急車、ヘリなどの病院前救護手段から帰宅もしくはICU、病棟といった治療の場が移ること、そこには医師、患者家族、事務員、ソーシャルワーカー、消防など多くの職種が関わっており看護師が調整役割を担っていることが推察された。

3. 外部変数（テーマ別）による特徴語

前記の8つのテーマ1) 導入、2) 二次救急の現状、3) 二次救急の看護、4) 社会支援役割、5) 救急医療役割、6) 救急看護の専門性、7) 患者の利益、8) 指標を外部変数として名詞、サ変、タグを選択し、集計単位を段落単位でテーマの特徴を表す語を抽出した。表の数値は Jaccard 係数を計算したものである。0.1 以上関連がある、0.2 以上強い関連がある 0.3 以上とても強い関連があるとなり分析の目安となる。

表 7 外部変数（テーマ）と特徴語

導入		二次救急の現状		二次救急の看護		患者の利益	
卒業	.300	三次	.167	病院	.182	電話	.159
協力	.273	救急	.124	二次	.167	事務	.122
状況	.267	二次	.111	救命士	.167	患者	.121
師長	.250	ヘリ	.089	思い	.167	家族	.107
ベッド	.250	消防	.088	救急外来	.161	看護師	.092
異動	.231	病院	.084	看護	.157	挨拶	.089
導入	.231	救急車	.082	情報	.148	循環	.078
教育	.200	救急外来	.077	看護師	.143	成果	.078
課程	.200	熱傷	.068	提供	.143	診断	.068
看護部長	.200	I C U	.065	救急	.141	ベッド ^o サイト ^o	.065
社会支援役割		救急医療役割		救急看護の専門性		指標	
ソーシャルワーカー	.182	情報	.154	先生	.107	処置	.073
夜間	.158	重症度	.154	自分	.105	指標	.071
役所	.143	I C U	.152	ホットライン	.089	病棟	.070
連絡	.120	判断	.143	認定	.083	医者	.063
パラメディック	.095	現状	.143	電話	.079	部分	.057
支援	.095	力量	.138	システム	.071	能力	.056
社会支援	.095	外科	.111	電話対応	.063	データ	.054
トータル	.091	E R	.103	振り返り	.061	お金	.045
市町村	.091	診断	.103	外科	.060	レントゲン	.045
退院	.091	外来	.102	経験	.060	成果	.044

1) 特徴語とテキストデータ

次に、特徴語に対してコンコーダンス (KWIC) を行い、もとななるテキストデータにあたった。以下特徴語を強調文字、該当するテキストデータを「」で示す。

(1) 導入

導入では**教育課程**の**卒業**、**師長**、**異動**といった自己の経歴に関する語の Jaccard 係数が高く自己紹介に関するデータと見て取れる。新たなことを**導入**する自施設の**状況**を説明するところも見られそのあたりの語が対応分析で二次救急の現

状と似た出現頻度の語が見られた。

(2) 二次救急の現状

二次救急の現状としては、**三次、救急、二次**の語が高い係数で出現している。「**三次**に行く前に**二次**に行く、そこでだめだったら**三次**に行こう」といった三次救急医療は二次医療で対応できない患者の受け入れを行う連続性で関係が強い。

次に**ヘリ、消防、救急車**の語は初療には患者搬送での関わりが強いことが読み取れる。「重症は断ってはいけないので、他に行ってって先に**消防**に真夜中でも電話しておく」といった調整や、救急隊が三次に搬送する理由として二次に「救急隊が断って欲しくて電話をする時がある」と救急隊との関わりがみられた。

また、「**三次**に転院搬送するっていうその見極めができないといけない」、「**ICU**にあげる」などの初療後の患者の動きや **ICU** からスタッフが初療に降りて勤務する内容のテキストデータであった。

(3) 二次救急の看護

二次救急の看護では、二次救急の看護の語を除くと、**救命士、思い、救急外来、情報**の語が抽出されている。これらの語で、救命士については、初療の人材確保として「苦肉の策で**救命士**を入れてということで」初療の場でスタッフとして雇用している現状や、看護師と（医師との関係で）「一緒に働くときに嫌な**思い**をしたくない」というスタッフの感情が示されていた。

情報については「最初のホットラインの情報を得た時」のような情報の重要性が抽出されている。「骨盤骨折なんて診れる先生がいらないんですよね」、「幸いうちは三次まで診ちゃうので、切断も熱傷も診るんですけど」と同じ二次医療機関であっても重症患者の受け入れには違いがあった。

(4) 患者の利益

患者の利益としては**電話、事務、患者、家族、看護師、挨拶、循環**の語が抽出されている。電話については「ちょっと相談したい**電話**をかけてくる」「実はどこに電話かけていいかわからないからとりあえず掛けてみた」や「21時まで**事務**がいても結局、看護師さんに代わって」と事務が対応しても患者の要望に応えられない、または電話で相談を受けているさまが見られた。

また、「ベッドサイドに**家族**がいればベッドサイドに行って一緒にケアしてあげる」ということがその後患者家族の感謝の**挨拶**へとつながることが、患者の利益としてあげられていた。緊急性の高い患者がきたときに「**循環器**呼んで、脳外科呼んで、と一言で全部決まる」システムが治療の早さにつながり患者の利益と考えられていた。

(5) 社会的役割

社会的役割としては、**ソーシャルワーカー、夜間、役所、連絡、パラメディック、支援、社会支援、市町村、退院**らの語であった。「**夜間**にしか来ないと、なおさらできないんですよね」と夜間に帰る患者には行政支援の紹介が困難であるが、いざ「夜間入院だったら、翌日すぐに**ソーシャルワーカー**に連絡入れてすぐに動き出す」、「(虐待が疑われたら) 昼間のうちに**役所**に、…」といった地域行政との連携が語られていた。

また、軽症であるが頻回に来院する患者に対しては「こういうふうに**役所**との話になりました」と役所、消防、病院とで対応していた。

(6) 救急医療役割

救急医療役割では**情報、重症度、ICU、判断、現状、力量、外科**などの語が見られた。ここでの情報は情報そのものではなくアセスメントするために必要な意味合いが高かった。「受けた**情報**のなかでの、これはこの情報は待てるのかの**判断**」、「(情報だけで) **外科**の先生、内科の先生を呼ぶっていうのを**判断**」しその際には医師の**力量**も鑑みることや、「重症度が高くなるともう下で対応できないから、**ICU**に上げて」「K PSS (倉敷病院前脳卒中評価スケール) 点数が高ければやっぱ、もうこれは**重症度**が高いので脳卒中の先生…」といった患者の重症度による判断をおこなっていた。

(7) 救急看護の専門性

救急看護の専門性では、**ホットライン、認定、電話、システム、電話対応、振り返り、外科、経験**の語があった。「三次の方々に言わせれば、その**電話**を取って、そこで判断っていうか、対応してること自体が不思議」、「**ホットライン**も普通の**電話**も全部看護師が取る」と二次救急看護師の専門性の一つに電話を通じた看護があげられた。しかし、「確かに二次の施設って三次ほど**システム**的な確立されたものはない」と様々なシステム不足も語られていた。

救急看護に必要な知識は「**経験**知とかいろんな**振り返り**をしてる中で初めて**電話**でトリアージができたりする」とあるように実践の中で振り返りを経験知として構築していた。

(8) 指標

指標については、**処置、指標、病棟、医者、部分、能力、データ**の語が見られた。救急看護の成果について「…同じような感じの人が処置にかかるまでとか何とかするまでの時間の**指標**とかがひょっとしたら**出せる**のかな」と具体的な指標を断定することはできなかった。

4. 共起ネットワークとテキストデータ

次に共起関係を線(edge)で表した共起ネットワークで語彙の関係を図とした。分析にあたっては、出現数による語の取捨選択として最小出現数を4に設定し、描画する共起関係の絞り込みで描画数を60に設定した。強い共起関係ほど太い線で示され、語 (node) の間に Jaccard 係数を示した。図右下の円は出現数の多い語ほど大きく描画される。また、語 (node) の色分けはサブグラフ検出 (コミュニティ検出) としてグラフ構造内でクラスタリングされ、サブグラフの似通った語は同じ色で示され37のグループが作成された。語 (node) 間の数値は Jaccard 係数は、数値が大きいほど強い関係となる。

次にそれぞれの共起関係のもとテキストを KWIC コンコーダンスのコマンドを用い、それぞれの語がどのように用いられているのか、文脈を探った。結果、No. 1, 11, 19, 21, 22 は個人的な体験、構造に限局する内容であり以後のスタンダードモデル作成では除いた。

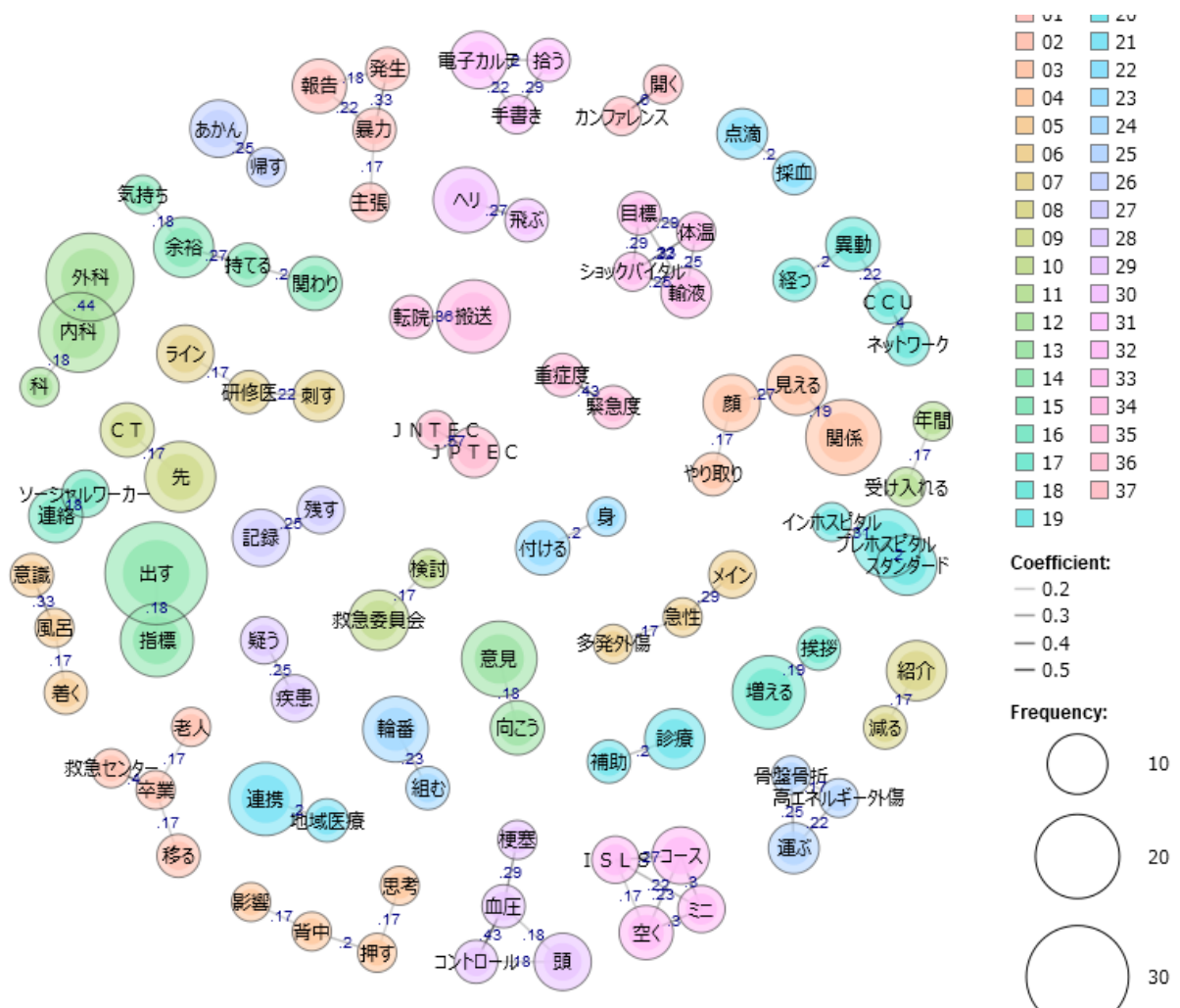


図 4 共起ネットワーク

なお、図 4 のグループ (色分け) と表 8 の語 (node) テキストデータ一覧の番号は一致させたものである。

表8 サブグラフ分析グループを構成する語 (node) とテキストデータ

エッジ	語 (node)	テキストデータ
1	救命センター+卒業	【組織C】の一期生として卒業したんですけど、その卒業と同時に主任から師長に昇格してしまっ。
2	顔+見える+関係+やり取り	あとは一つは、顔が見える関係になってくると少しやり取りもスムーズになるかなというところがある。
3	暴力+発生+報告	最近クレーマーも多い、言いがかりみたいなクレーマーも結構あったりとかするので、院外も内も全部含めて、暴力対策委員会ができたので、そこにはやっぱり、救急外来って暴力って一番多いところなので、入って対応するシステムも今作ってはいるところですけど。
3	暴力+発生+報告	あとは数年前から暴力発生報告書みたいながあるので、もう、パワハラでもどんどん挙げていけてるので、だいぶ看護師がそこは主張していける。
4	開く+カンファレンス	でも確かに、そうやってカンファレンスを開いたりとかする必要ってほんとに、有るなというのは、有るけど、やっぱりなかなか、ほんとにできない厳しいな思っ。
5	背中+影響	早く上げてあげたほうが背中が痛いとか云々とか暖かい場所にとか涼しい場所にとかっていう、病態にどれだけ影響するかわからないけれども。
5	背中+押す	断られてもいいけど、背中を押して欲しいっていうか、「これはちょっとうじゃ無理じゃない、三次に行ってもいいんじゃない」って言ったら、うちの病院で三次でって言われたから三次に行きますみたいな背中を押して欲しい電話ってあるんですよ。
6	お風呂+意識	お風呂で意識消失って言ったっていろいろあるじゃんって言ったら、「溺れる」とか「転んだ」とか、ありとあらゆるものをとりあえず言わせて。
7	メイン+急性+多発外傷	さっきも言いましたけど、急性腹症とかそういうのが割とメインで来ちゃったりとかすることがあってほんとに危ないっていうのは見抜けないっていうのがあって。
7	メイン+急性+多発外傷	やっぱり、急性胃腸炎とか急性感冒炎とか、結構メインを占めてる感じのところ、やっぱり、多発外傷とかの外傷は全然受けられないんです。
8	紹介+減る	内科は内科へ、外科は外科へって紹介をするようにしたならば、患者数が年100人単位ですけど、減ってきてるんですね。
9	研修医+刺す	二次でも研修医の先生方は手首の曲がりとか気にせず利き手であろうがなんであろうがあちこちから刺すじゃないですか。
10	救急委員会+検討	皆さんの病院では救急委員会とかなんかそういう救急外来に関する検討する委員会とあってあります。
11	年間+受け入れる	うちの病院は年間20000人以上の救急患者を受け入れていて、5000件以上の救急車を受け入れています。
12	CT+先	看護師がどっちかという気を利かすのは、「お腹痛いって言ってはるから、腹部のCTとエコーと先に頼んでおきましたよ」とかね。
13	向こう+意見	だから、それを私は今、逆に意見を、「この人はどういう人」って、「向こうに移しても大丈夫」、「モニターを外せる人」とかって、意見を聞くようにしてますね。
14	内科+外科+科	内科、外科、脳外科、循環器、産婦人科の各科担当の当直を回してる感じなので、結構、この科はうちじゃないとか、結構そういうのが多くて。
15	余裕+関わり+気持ち	皆に余裕がちょっと出てきた、家族に対しての関わり方「待っててくださいね」だけじゃなくて、「今こういうふうにしてるのでおまください」とか。
15	余裕+関わり+気持ち	やっぱり話ができて良かったですと、言われたり、私も自分に余裕が出てくるようになれば救急外来に挨拶に来てくれる人ってすごく増えてるんですよ。
16	ソーシャルワーカー+連絡	まず、その、ソーシャルワーカーに連絡するしないを分かる看護師さんを育てないといけませんよ。
17	挨拶+増える	話をしてもらえただけで落ち着いたと言っ、他の病院に入院したにも関わらず、うちに挨拶に来てくれるとかっていうのも増えてくる。
18	診療+補助	診療の補助っていう一次の患者たち、その方々の診療の補助的なものありますよ。
19	CCU+移動+経つ	去年の4月からCCUに異動になってしまったんですけども、【人名C】さんと同じ11期だけ。
20	インホスピタル+プレホスピタル+スタン	スタンダードも病院の看護だけのスタンダードはなくて、医療関わるプレホスピタルからのスタンダードを得とかなないと、すぐずれが生じてしまうし。(重複)
20	インホスピタル+プレホスピタル+スタン	スタンダードも病院の看護だけのスタンダードはなくて、医療関わるプレホスピタルからのスタンダードを得とかなないと、すぐずれが生じてしまうし。(重複)
20	プレホスピタル+スタンダード	「あ、そうなんだ」っていうスタンダードも病院の看護だけのスタンダードはなくて、医療関わるプレホスピタルからのスタンダードを得とかなないと、すぐずれが生じてしまうし。(重複)

表8 サブグラフ分析グループを構成する語 (node) とテキストデータ

エッジ	語 (node)	テキストデータ
21	指標 + 出す	多分自施設のだけだったらいろんな取り方ができるけど、でも、ほんとの二次救急の一般的な指標をどう出すかっていうのは確かにでももうちょっと検討してみて。
22	点滴 + 採血	処置までの時間って考えたらバックヤードじゃなくて純粋に一番最初にレントゲンだろうと採血だろうと、なんかした時点ですよ。
23	身 + つける	二次の人達がトリアージ能力を身に付けてそれはやっぱ三次へってなるのか。
24	地域医療 + 連携	そこにあとその地域医療連携が入ってるのでそこはスムーズにいくのかなっていう気はしま地域医療のところではその [地名 B] 市外のところは全部伝送ネットを持っている
24	地域医療 + 連携	ので C T だけ先にほんと送られてきて、脳卒中科の医者が診て、「それはそちらでどうぞ」で済む場合と、あと、「受けます」という場合があるので。
25	輪番 + 組む	病院も密集していて、ほんとに 20 年以上か分からないんですけど、前から輪番制をきっちり組んでる。
26	骨盤骨折 + 運ぶ	道に倒れてただけしかわからない、発見者も居なくて、運ばれたら骨盤骨折だったというのもあったりとかした。
26	骨盤骨折 + 高エネルギー外傷 + 運ぶ	骨盤骨折とか高エネルギー外傷だったのに、頭部だけと思って輸液を絞って 1 時間半後に救命センターに運ばれて来ていてっていうような事例を受けた時にはやっぱり二次病院がきちんと処置をして然るべき時間に送れるように。
26	骨盤骨折 + 高エネルギー外傷 + 運ぶ	骨盤骨折とか高エネルギー外傷だったのに、頭部だけと思って輸液を絞って 1 時間半後に救命センターに運ばれて来ていてっていうような事例を受けた時にはやっぱり二次病院がきちんと処置をして然るべき時間に送れるように。
27	あかん + 帰す	二次の初療で何が怖いかなんかと言うたら、帰したらあかんような人を帰したという時が怖くて。
28	記録 + 残す	記録に残せば、自分の看護が、関わりがたちには残るので内容はお粗末だったりとかするんですけど、できるだけそういうかたちで、書くということは考えなきゃいけない。
28	記録 + 残す	近くでも、もちろん、「近くにここありますから、ちょっと早い受診がいいと思うので、そちらのほうに行ったらどうですか」とか、そういうのももちろんしてるし、記録も残してる。(重
28	記録 + 残す	C P A のときは逆にできるだけ「私がここ見てるから、家族のとこ行ってきて」って行かせて関わらせるとか、それは必ず記録に残させる。
28	記録 + 残す	近くでも、もちろん、「近くにここありますから、ちょっと早い受診がいいと思うので、そちらのほうに行ったらどうですか」とか、そういうのももちろんしてるし、記録も残してる。(重
29	疾患 + 疑う	その症状説明とこういう症状があったならばこの疾患とこの疾患を疑って、軽いほうかもしれないけど。
30	梗塞 + 頭 + 血圧 + コントロール	そこで診断がついたら例えば頭の場合やったら脳梗塞やった、脳出血やったって言ったら血圧をどうコントロールするか。
30	梗塞 + 頭 + 血圧 + コントロール	梗塞やったら血圧を維持するとか、パーツパーツで診断が付きながらのなかでいるんな、診断ラベルじゃないんだけど、判断をしながら考えてやってると思うんですよ。
31	ヘリ + 飛ぶ	ヘリが飛んで行って [病院 G] が張り切って飛んでいくんだけど、微妙に患者をいろんなところにばらまいてる。
32	電カル + 拾う + 取り込み	手書きでスキャナー取り込みであとで電子カルテと言えば電子カルテなんですけど、なのでそこを拾っていくしかないだろうなっていうのは思う。
33	ショックバイタル + 輸液 + 体温 + 目標	循環血液量減少してるから、まず輸液で、ショックバイタルに至らせないっていうのが目標であって、その次は低体温にさせない。
34	ISLS + コース + ミニ + 空く	今ちよどまた、年度末でこう、新しい人達が下りてくるので、チェック項目を増やして、ミニ ISL 構造コースとかミニ I C L 構造コースでは空いた時間にやっていくチェックリストを作って今それをやってようやく。
35	転医 + 搬送	三次に転院搬送するっていうその見極めができないといけないのかなっていう気はしま
36	重症度 + 緊急度	二次で対応する患者さんの症状の重症度緊急度の判断はもともと難しいのに、そこを求められる。
37	J P T E + J N T E C	そこは簡潔明瞭に聞けるように J P T E C や J N T E C の M I S T で区切りをつけて。

5. 分析のまとめ

これまでの頻出語、対応分析、特徴語とテキストデータからの出現語、テキストデータ分析をまとめる。

1. 救急初療看護の対象はプレホスピタルから続くものであり、病院内独自のものではない。
2. 重症患者の全てには対応できない、三次医療機関との関係が深い
3. 電話でのコミュニケーションが多い
4. トリアージ、電話対応が看護実践の中にあり患者への利益にもつながる
5. 看護師は予測、判断、振り返り（経験）を行っている
6. 地域的な他職種連携が行われている

スタンダードモデル作成には。これら視点を活かした分析を行う

第5章 スタンダード作成

IV. 既存のスタンダードの概要

日本看護協会から看護業務基準が出されているが、日本には救急看護分野についてのスタンダードはみられない。そのためアメリカ救急看護協会の Standard of Emergency Nursing Practice から導くこととした。

本研究では、看護業務基準とアメリカ救急看護協会の Standard of Emergency Nursing Practice との比較検討を行い、二次救急初療看護の作成を行う。

1. 看護業務基準について

看護業務基準は 1995 年の作成、2006 年に改定が行われているか、その度に領域毎の業務基準が示されていた。2016 年度改定では看護職が活躍する領域や場の多様化が進んでいることを踏まえて、保健師、助産師、看護師、准看護師すべてが活用できるような表現へと見直しが行われている。(2016, 日本看護協会)。特に看護を必要とする人の意思決定支援、看護実践の目的と方法の説明と合意、看護実践に必要な判断を専門知識に基づき行う追加項目は救急看護の上で重要な項目と考える。初版から救急領域の基準作成はなく、本研究ではその経過をふまえて 2016 年改定版を比較検討の対象とした。

業務基準は「看護実践の基準」として 1-1 看護実践の責務、1-2 看護実践の内容、1-3 看護実践の方法からなる 3 つのセグメントと「看護実践の組織化の基準」として看護管理者に対するスタンダードから構成されている。

2. Standard of Emergency Nursing Practice について

Standard of Emergency Nursing Practice は 1999 年にアメリカ救急看護師協会がアメリカ看護協会の作成した Standard of Clinical Nursing Practice を手本に作成したものである。実践基準として I アセスメント、II 診断、III 結果の識別、IV 計画、V 実施、VI 評価、VII トリアージからなる基本的な基準として 7 つのセグメントと総合的な基準として 8 医療の質、9 業務遂行能力評価、10 教育、11 同僚性、12 倫理、13 協働、14 研究、15 資源利用の 15 の項目からなる。2011 年以降は Emergency nursing scope and standards of practice としての開発が行われている。advanced nurse practitioner を含めた救急看護のケアに期待されること、法的な範囲にも言及されており、日本とは看護裁量権、法体系が異なるため本研究では、1999 年に発行された Standard of Emergency Nursing Practice 第 4 版との検討を行った。

表 9 比較分析 基準の概要

タイトル	看護業務基準	Standard of Emergency Nursing Practice (4th Edition)
開発された基準	看護実践の要求レベルを示す	救急看護実践基準
開発者	日本看護協会	アメリカ救急看護師協会
開発資源	医療機関の看護管理者、看護 教員、看護職者	NP、CNS、看護管理者、看護職 者
公開年	2016年(初版1995、2006)	1999年(初版1975年)
特徴	看護実践の基準と看護実践の 組織化の基準からなる	Standard of Clinical Nursing Practice 第2版に添った構成

3. 各スタンダードの検討

看護業務基準と Standards of Practice for Emergency Nursing Practice について看護業務基準（看護協会）、Standards of Practice for Emergency Nursing Practice (Emergency Nurses Association)、共起ネットワークのサブグラフ抽出においてグループを構成する語として選出したテキストデータとこれらスタンダードを比較検討した。

1) 看護業務基準と Standards of Practice for Emergency Nursing Practice について

看護業務基準（看護協会）は看護実践の基準13項目と看護実践の組織化の基準6項目からなる。Standards of Practice for Emergency Nursing Practice は15のセグメントに分けら280項目からなる。またセグメントは卓越したレベル125、有能なレベル155に分けられている。

この二つの基準を照らし合わせたところ1-2-1 看護を必要とする人を、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から支援する。1-2-4 主治の医師の指示のもとに医療行為を行い、反応を観察し、適切に対応する。2-1 看護実践は、理念に基づいた組織によって提供される。2-2 看護実践の組織化並びに運営は、看護職の管理者によって行われる。2-3 看護管理者は、良質な看護を提供するための環境を整える。の5項目が Standards of Practice for Emergency Nursing Practice に該当しなかった。1-2-1 看護を必要とする人を、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から支援する。についてはIXパフォーマンス評価1. 救急看護師は、自分自身の行動に対して責任がある、の項目内に知識ベースとして「各患者と家族の身体的、心理・社会的、精神的なおよび発達上要求に関連す

るデータの収集と処理」との形で見られ、その後の行動として繋がると考えられる。1-2-4 主治の医師の指示のもとに医療行為を行い、反応を観察し、適切に対応する。については、日米においての看護師がもつ裁量権の違いによる違いと考えられる。

2-1 看護実践は、理念に基づいた組織によって提供される。2-2 看護実践の組織化なら並びに運営は、看護職の管理者によって行われる。2-3 看護管理者は、良質な看護を提供するための環境を整える。については看護の組織化によるもので看護管理者に求められる内容のためと考える。しかしながら 2-4 看護管理者は、看護実践に必要な資源管理を行う、2-5 看護管理者は、看護実践を評価し、質の保証に努める、2-6 看護管理者は、看護実践の向上のために教育的環境を提供する、については、看護管理の範疇ではあるが、救急の場では看護師も行うことが求められ管理から委譲される内容であることが示唆された。

看護業務基準に無く Standards of Practice for Emergency Nursing Practice のみに見られたのはX同僚性として1.救急看護師は、看護の役割と責任の理解を促進することにより、看護の専門的能力開発を支援する、4.救急看護師は、救急看護と救急医療システムに関して公教育に対する責任を持つ、5.救急看護師は、同僚、他の医療提供者、学生、およびボランティアのための学習経験を促進する、6.救急看護師が職場の健康を増進する、3.救急看護師は、看護の専門職のイメージを促進するであった。また、法律に関する事としてVIIトリアージ1.医療スクリーニング検査:組織の方針と州のおよび連邦規則によって定義されるように、救急看護師は医療スクリーニング検査を提供する、XI同僚性2.救急看護師は、救急医療および救急看護の実践に関連する現在および提案されている法律および規制についての理解を持っているはない。2.救急看護師は、実践を評価するために、臨床およびピア・レビューに参加するは看護業務基準に該当する項目が無かった。

2) 作成過程のスタンダードとの比較

共起ネットワーク分析のグループを構成する語 (node) とテキストデータ 37のうち初療の看護ケアの内容となっているかを視点に熟読を繰り返し確認したところ 32のテキストデータが合致したのでスタンダードモデル(案)として採用した。1)のプロセスにこの採用したスタンダードモデル(案)加え比較検討を行ったところ、看護業務基準と Standards of Practice for Emergency Nursing Practiceでは重なりが無かった 1-2-4 主治の医師の指示のもとに医療行為を行い、反応を観察し、適切に対応する。が、本研究では、「医師の指示のもとに医療行為を行う」「医療行為への反応を観察し、適切に対応する」が診療の補助として該当するスタンダードモデルとして見られた。法的なものとして述べたように日米においての看護師がもつ裁量権の違いによると考えられる。また、同様に看護業務基準の2看護実践の組織化に関する記述がスタンダードモデル(案)で見られたことから看護管理に踏み込んだ内容であることが示されたと言える。

表10 スタンダード一覧表(1)

看護業務基準		Standards of Practice for Emergency Nursing Practice		研究				
項目	下位項目	基準	項目	測定標準	種	テキストデータ	スタンダードモデル案	
1.看護実践の質	1-1 看護実践の質	看護職は、免許によって看護を実践する権限を与えられた者であり、その社会的な責務を果たすため、「看護者の倫理綱領」を行動指針として看護を実践する。	1 救急看護師は、自分自身の行動に対して責任がある	9-1-1-1	彼または彼女の動きに対する責任を負う			
				9-1-1-2	以下に関連した知識ベースを備えている:			
				9-1-1-2-1	各患者と家族の身体的、心理・社会的、精神的なおよび発達上要求に関連するデータの収集と処理			
				9-1-1-2-2	看護診断の同定			
				9-1-1-2-3	結果の同定			
				9-1-1-2-4	ケアの計画の策定と実施			
				9-1-1-2-5	観察可能な反応に基づくケアの評価			
				9-1-1-3	救急看護実践が患者の身体的、精神的および法律上の問題を軽減する			
				9-1-2	コンピテンシーベースの職務内容説明と看護実践レビューを提供する権限と義務を活用する			
				9-1-3	救急看護師の実践に影響を及ぼす、規制および法律の命ずる活動をモニターして、業務評価プロセスの一部として、それらの重要な問題を活用する			
				12-1-1-1	年齢、性別、性的指向、社会経済的地位、文化的または民族的背景、精神的および倫理的信念、周辺化、あるいは健康問題の性質にかかわらず、患者の個性と人的価値を尊重する			
				12-1-1-2	患者の尊厳、守秘義務、およびプライバシーを尊重する			
				12-1-1-3	患者および他の重要な人々の擁護者として役立つ			
				12-1-2-1	機関倫理委員会および部門倫理委員会に参加する			
12-1-2-2	救急医療における倫理的問題に関連しているため、方針および手順の開発および実施に参加する							
12-1-2-3	救急医療における倫理的問題に関連するプログラムを開発し、実施し、そして評価する							
12-1-2-4	先進的な指令法に関するコミュニティの意識を高めるための教育の開発と実施に参加する							
12-1-2-5	倫理実践のための役割モデルとしての役割を果たす							
12-2-1-1	制度的および職業的実務基準および国家看護実習法と一致して行動する							
12-2-2-1	自律的な実践を評価するために症例およびピアレビューを開始する							
14-2-1-1	救急医療現場における標準化された安全手順の知識を実証する							
14-2-1-2	毎日の点検または定期的な点検を通じて、潜在的な事故の原因を特定して修正する							
14-2-1-3	患者それぞれのニーズに合わせて、各患者に安全手順を実施する							
14-2-1-4	医療提供者を保護し、救急医療現場での感染拡大を減らすための知識と慣例の遵守を示す							
14-2-1-5	内部または外部の災害または脅威が発生した場合に従うべきプロトコルを実装するために必要な知識とスキルを示す							
14-2-1-6	救急事態における暴力の可能性を認識し、適切な行動を起こす							
14-2-2-1	安全性および血液由来の病原体ならびに労働安全衛生管理局(OSHA)の要件に関連する方針および手順の開発に参加する							
14-2-2-2	安全性および血液由来の病原体とOSHAの要件に関連する教育プログラムを調整する							
14-2-2-3	適切な方針と手順の開発、実施、評価を通じて、救急事態における暴力に対処する							
14-2-2-4	暴力的状況の管理について仲間や他の医療提供者を教育する							
14-2-2-5	健康問題としての暴力に対する意識を高めるために地域教育に参加する							
14-2-2-6	患者ケアと安全性を高めるための技術開発と製品利用に参加する							
1-2-1	看護を必要とする人を、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から支援する。							
1-2-2	看護を必要とする人の意思決定を支援する。							
1-2-3	看護を必要とする人が変化によりよく適応できるように支援する。							
1.看護実践の質	1-1 看護実践の質	看護職は、人の生命・人としての尊厳及び権利を守る専門職である。いかなる理由があろうとも、自らの専門職に課せられたこの責務を全うしなければならない。また、他者による人の生命及び尊厳を損なうような行為に気づいた場合も、看護職は疑義を申し立てる。	1 救急看護師は、倫理的信念と患者の権利の尊重を示すケアを提供する	12-1-1-1	年齢、性別、性的指向、社会経済的地位、文化的または民族的背景、精神的および倫理的信念、周辺化、あるいは健康問題の性質にかかわらず、患者の個性と人的価値を尊重する			
				12-1-1-2	患者の尊厳、守秘義務、およびプライバシーを尊重する			
1.看護実践の質	1-1 看護実践の質	看護職は、看護実践において看護を必要とする人の安心と安全を第一に考え、その人が持っている力を最大限引き出すように、専門知識に基づき支援する。また、自己の看護実践の質の向上に努め、社会から信頼される専門職であり続けるよう研鑽に努める。	2 救急看護師は、同僚、患者、重要な他者、他の医療提供者、および救急医療現場における自己の安全性を最適化するために適切な措置を講じる	14-2-1-1	救急医療現場における標準化された安全手順の知識を実証する			救急医療現場における暴言・暴力対策の
				14-2-1-2	毎日の点検または定期的な点検を通じて、潜在的な事故の原因を特定して修正する			
				14-2-1-3	患者それぞれのニーズに合わせて、各患者に安全手順を実施する			
				14-2-1-4	医療提供者を保護し、救急医療現場での感染拡大を減らすための知識と慣例の遵守を示す			
				14-2-1-5	内部または外部の災害または脅威が発生した場合に従うべきプロトコルを実装するために必要な知識とスキルを示す			
				14-2-1-6	救急事態における暴力の可能性を認識し、適切な行動を起こす			
				14-2-2-1	安全性および血液由来の病原体ならびに労働安全衛生管理局(OSHA)の要件に関連する方針および手順の開発に参加する			
				14-2-2-2	安全性および血液由来の病原体とOSHAの要件に関連する教育プログラムを調整する			
				14-2-2-3	適切な方針と手順の開発、実施、評価を通じて、救急事態における暴力に対処する			
				14-2-2-4	暴力的状況の管理について仲間や他の医療提供者を教育する			
				14-2-2-5	健康問題としての暴力に対する意識を高めるために地域教育に参加する			
				14-2-2-6	患者ケアと安全性を高めるための技術開発と製品利用に参加する			
				14-2-1-1	意思決定プロセスを強化するために、適切な情報を患者およびその他の重要な人々に提供する			
				12-1-2-1	意思決定プロセスにおける患者および他の重要な人々の関与を促進するためのリソースおよび役割モデルとしての役割を果たす			
4-1-5	環境計画的、身体的、発達の、そして心理社会的ストレス要因を治療計画に取り入れる							

表10 スタンダード一覧表(2)

看護業務基準		Standards of Practice for Emergency Nursing Practice		研究						
項目	下位項目	基準	項目	測定標準	種	テキストデータ	スタンダードモデル案			
1-2-4	主治の医師の指示のもとに医療行為を行い、反応を観察し、適切に対応する。	看護職は、保健師助産師看護師法第37条が定めるところにに基づき主治の医師の指示のもとに医療行為を行う。人の生命、人としての尊厳及び権利に反する場合は、疑義を申し立てる。看護職は、各自の免許に応じて以下の点についての判断を行う。			診療+補助	診療の補助という一次患者たち、その方々の診療の補助的なものがありますよね。	医師の指示のもとに医療行為を行う。 医療行為への反応を観察し、適切に対応する。			
1-2-5	緊急事態に対する効果的な対応を行う。	緊急事態とは、極度に生命が危機にさらされている状態、災害時も含まれる。このような事態にあって看護職は、直面している状況をすばやく把握し、必要な人的資源を救急、的確な救命処置を行う。	1アセスメント:各患者の主訴、年齢、認知レベル、および社会的状況に関連するデータの迅速で体系的な収集を実施して、患者の重症度およびあらゆる当面の身体的または心理社会的ニーズを判断するのに十分な情報を得る	7-1-1-1	主観的かつ客観的なデータを収集し、救急医療システムに入る患者に主訴を焦点とした集中評価を実施する	お風呂+意識	お風呂で意識消失して言っているいるあるじゃんって言った、「溺れる」とか「転んだ」とか、ありとあらゆるものをとりあえず言わせて。	主観的および客観的なデータから重症度、緊急度の高い疾患を念頭に置く		
				7-1-1-2	確立されたトリアージ基準に従って患者を適時に評価する			早急にトリアージを開始する。		
				7-1-2-1	トリアージのアセスメント段階の役割モデルと中心人物となる	背中+押す	断られてもいいけど、背中を押して欲しいというか、「これはちょっとうちじゃ無理じゃない、三次に行ってもいいんじゃない」って言ったら、うちの病院で三次でって言われたら三次に行きますみたいな背中を押して欲しい電話ってあるんですよ。	電話を受けた段階から限られた情報でアセスメントを行う 患者家族へ適切な医療機関を勧める		
				7-1-2-2	年齢別ガイドラインや不定愁訴プロトコルなど、トリアージ評価システムの開発、実装、および/または改訂に参加する					
				7-1-2-3	トリアージアセスメントを文書化するためのツールの開発、実装、および/または改訂に参加する					
				2診断:診断:評価段階で収集された情報を分析して、身体的心理社会的な重症度、および教育上のニーズを判断する	7-2-1-1	患者の病態の重症度を区別する	メイン+急性	さっきも言いましたけど、急性腹症とかさういふのが割とメインで来ちゃったりとかすることがあってほんとに危ないっていうのは見抜けないっていうのがあった。	患者の病態の重症度を区別する。	
				7-2-1-2	可能であれば、看護診断や共同問題を特定する					
				7-2-2-1	非定型であるか微妙な定義している看護診断および/または共同の問題を特定する					
				7-2-2-2	トリアージの確認、共同問題の同定および/または看護診断の確証のため役割モデル、中心人物として機能する看護診断および/または共同問題、利用可能なリソース、患者の能力、ならびに患者および他の医療提供者からの入力に関する成果を定例化する					
				3結果の識別:個別的期待される結果は、患者ごとに特定される	7-3-1-1	有症状のために高リスクで患者を確認するために、非定型の症状に対処する				
				7-3-2-1	結果検証の役割モデルと中心人物としての機能					
				7-3-2-2	結果検証の役割モデルと中心人物としての機能					
				4計画:身体的、心理社会的、そして教育的ニーズの緊急性が決定され、そして期待される結果を達成するための行動方針が定式化する	7-4-1-1	患者の問題の救急性を区別し、患者の重症度に基づいてケアへのアクセスを優先する	紹介+減る	内科は内科へ、外科は外科へって紹介をするようにしたならば、患者数が年100人単位ですけど、減ってきてるんですよ。	電話やウオーキング患者に重症度に応じた医療機関を紹介する。	
				7-4-1-2	評価、診断、アウトカムの識別、および重症度に基づいて、患者を適切な治療領域に向かわせる	内科+外科+科	内科、外科、脳外科、循環器、産婦人科の各科担当の当直を回してる感じなので、結構、この科はうちじゃないとか、結構そういうのが多くて。	病状、重症度に基づいて、患者を適切な診療科領域で受け入れ調整を行う		
				7-4-1-3	関連情報を他の医療提供者に伝達する	開く+カンファレンス	でも確かに、そうやってカンファレンスを開いたりとかする必要ってほんとに、有るっていうのは、有るけど、やっぱりなかなか、ほんとにできない厳しいな思ってます	カンファレンス等で医療者間の情報共有を行い常に情報更新を行う。		
				7-4-1-5	期待される成果を達成するための介入を特定する	ソーシャル+外科+連絡	まず、その、ソーシャルワーカーに連絡するしないを分ける看護師さんを育てないといけないですよ。	社会的問題要因で介入が必要な患者をスクリーニングでき、専門職、関連機関と協業できる		
				7-4-2-1	重症度の特定とリスクの高い健康上の問題に基づいて、患者のニーズと介入を予測する	メイン+急性+多発+外傷	やっぱり、急性胃腸炎とか急性感冒炎とか、結構メインを占めてる感じのところ、やっぱり、多発外傷とかの外傷は全然受けられないんです。	自組織内の不規則的な人材・医療資源を把握し活用する。		
				7-4-2-2	トリアージプラン段階の役割モデルおよび中心人物として機能する	あかん+掃す	中途半端な知識のなかでも、「そんな、やったら、あかんと思う」とか、「この人、掃したら、あかん」とか言えるんですけど。	緊急・重症度の特定とリスクの高い健康上の問題に基づいて介入を推し進める。		
				7-5-1-1	独自の看護基準を始める					
				7-5-1-2	確立したトリアージ・プロトコルごとに診断手順を始める					
7-5-1-3	解熱剤など、確立されたプロトコルに従って治療を開始する	梗塞+頭+血圧+コントロール	そこで診断がついたら例えば頭痛の場合やったら脳梗塞やったら、脳出血やったら言ったら血圧をどうコントロールするか。	確立されたプロトコルに従って診療の補助を開始することができる。						
7-5-1-5	適切な情報を患者および重要な他者に伝達する									
7-5-1-6	必要に応じて追加のリソースを活用する									
7-5-2-1	独自の看護基準と共同のプロトコルの開発と実行に参加する									
7-5-2-2	修正または変更を必要としている実施実践を確認する									
7-5-2-3	独自および共同の介入のための役割モデル、中心人物としての役割を果たす									
6評価:介入に対する患者の反応を評価する	7-6-1-1	重症度と既定の処置によって患者を再評価する	転医+搬送	三次に転院搬送するっていうその見極めができないといけないのかなっていう気はします。	治療中であっても必要時には三次医療機関への搬送手続きを始める					

表10 スタンダード一覧表(3)

看護業務基準		Standards of Practice for Emergency Nursing Practice		研究				
項目	下位項目	基準	項目	測定標準	語	テキストデータ	スタンダードモデル案	
1-3 看護実践の方法	看護職は、自己の看護実践の目的と方法について説明し、合意に基づいて実施する。	3.救急看護師は、学習のニーズを明確にし、患者の転帰を最適化するために、患者やその他の重要な人々の教育を活用する	7-8-1-3	新しい情報または評価データの変更に基づいて、ケア計画、重症度、および予想される結果を修正する	骨盤骨折+高エネルギー+外傷+運ぶ	骨盤骨折または高エネルギー外傷だったのに、頭部だけと誤って輸液を絞って1時間半後に救命センターに運ばれて来ていていつかという事象を受けた時には二次病院がきちんと処置をして然るべき時間に送れるように。	新しい情報または評価データの変更に基づいて、ケア計画、重症度、および予想される結果を修正する。	
			7-8-2-1	ドワンフプロセスの評価段階の区別でアル、中、大物として区別する				
			7-8-2-2	妨げとなる可能性のある看護またはシステムの欠陥を特定する患者の適切な評価				
			12-9-1-2	可能な場合はいつでも、開始前の治療法についての説明を提供する	余裕+関わり+気持ち	皆に余裕がちょっと出てきた、家族に対しての関わり方「待っててくださいね」だけじゃなくて、「今こういふふうにしてるのでおまちください」とか。	可能な場合はいつでも、開始前の治療法や経過の予測についての説明をおこなう。	
			12-9-1-4	薬、治療、セルフケア、紹介、および/または予防の説明、説明を確実にする				
			12-9-1-5	アフターケア、フォローアップ、および/または紹介に関する書面による指示を提供し説明する				
			10-1-1-1	救急医療区域に適切な方向付けを完了する	インホスピタル+プレホスピタル+スタンダード	スタンダードも病院の看護だけのスタンダードはなくて、医療関係するプレホスピタルからのスタンダードを得とかないと、すぐずれが生じてしまう。(重複)	プレホスピタルから続く(救急領域として標準的な医療を提供できる。	
			10-1-1-2	救急患者の安定化や治療に必要な知識と技能を実証する			プレホスピタルから続く(救急領域として標準的な救急患者の安定化や治療に必要な知識と技能を実証する。	
			10-1-1-3	一次救命処置プロバイダステータスを達成する			ISLSプロバイダのステータスを達成する	
			10-1-1-4	必要に応じて二次救命処置および/または小児二次救命処置のプロバイダステータスを達成する			一次救命処置またはICLSプロバイダステータスを達成する。 二次救命処置プロバイダステータスを達成する。	
10-1-1-5	救急看護師(CENR)の認定を受ける	身+つける	そこよりも二次の人達がトリージ能力を身に付けてそれはやっぱり三次へってなるのか。	救急看護専門家の認定(CNS/CN)を受ける。				
10-1-1-6	外傷看護コア・コース(TNCC)プロバイダステータス(外傷患者を看護する救急看護師のための最低限の教育水準)を達成する	インホスピタル+プレホスピタル+スタンダード	スタンダードも病院の看護だけのスタンダードはなくて、医療関係するプレホスピタルからのスタンダードを得とかないと、すぐずれが生じてしまう。(重複)	外傷看護初期看護(JNTEC)プロバイダステータスを達成する。				
10-1-1-7	救急看護小児コース(ENPC)プロバイダステータス(小児患者を看護している救急看護師のための最低限の教育水準)を達成する							
10-1-1-8	学生とオリエンテーションのための臨床指導者として働く							
10-1-2-1	臨床指導者のための役割モデルとなる							
10-1-2-2	臨床指導者のための中心人物として活動する							
10-1-2-3	救急看護の専門に関連した継続教育を提供する							
10-1-2-4	調査報告書を文献に投稿する							
10-1-2-5	二次救命処置および/または小児二次救命処置インストラクターステータスを取得する(推奨される)							
10-1-2-6	TNCCインストラクターステータスを取得する(推奨される)							
10-1-2-7	ENPCインストラクターステータスを取得する(推奨される)							
10-1-2-8	高度な外傷看護で概念に参加する							
10-1-2-9	コンピテンシーベースのスタッフ教育を開発して、実行して、モニターして、評価する							
10-1-2-10	指導者がプログラムを強調し指示する							
10-2-1-1	専門職の学習要求を決定する自分自身の実践に関連する短期および長期的教育的な目的を特定する							
10-2-1-2	教育的な目的を達成するために、活動を計画して、実行する	ISLS+コース+ミニ+空+く	今ちょうどまた、年度末でこう、新しい人達が下りてくるので、チェック項目を増やして、ミニISLSコースとかミニICLSコースでは空いた時間によつていくチェックリストを作って今それをやってようやく。	救急看護に関連する教育プログラムから新たに得た知識を仲間と共有する。				
10-2-1-3	関連する教育プログラムから新たに得た知識を仲間と共有する							
10-2-1-4	継続教育を通じて学んだ知識とスキルを応用して、臨床診療を改善する							
10-2-1-5	看護の評価と文書化を強化するツール、システム、およびテクニックの開発と実装に参加する							
10-2-1-6	地域教育プログラムに参加する							
10-2-1-7	正式な教育を継続する	プレホスピタル+スタンダード	「あ、そうなんだ」というスタンダードも病院の看護だけのスタンダードはなくて、医療関係するプレホスピタルからのスタンダードを得とかないと、すぐずれが生じてしまう。(重複)	系統的に教育を継続して受ける。				
10-2-1-1	最低限の制度的要件または継続的な免許の要件を満たすために必要な教育活動を超える							
10-2-1-2	看護診断および/または共同問題を正確かつ適切に識別するための評価データの分析を容易にし、検証するための役割モデルと中心人物としての役割を果たす							
10-2-1-3	現在の傾向の分析に基づいて実践やシステムの変更を推奨する							
10-2-1-4	地域教育プログラムを計画し実施する							
13-1-1-1	救急医療における現在の研究についての現在の知識を持つこと							
13-1-1-2	研究成果の臨床への応用において、患者の支持者としての役割を果たす							
13-1-1-3	救急医療研究を批評する							
13-1-1-4	研究成果を仲間と共有する							
13-1-2-1	調査結果を正式な方法で同僚や同僚に広める							
13-1-2-2	看護業務または医療制度の潜在的な変化に関する研究のための文献を監視する							
13-1-2-3	研究に応じて実際に芸術的な変更を実装する							
13-1-2-4	研究に応じてヘルスケアシステムの変更を開発し実行する							
13-2-1-1	救急看護やケアにおける承認研究のための研究データを収集し記録する							
13-2-1-2	救急看護やケアに関する研究のための臨床上の問題や質問を特定する							
13-2-1-3	研究データの収集中に患者としての役割を果たす							
13-2-2-1	救急看護やケアに関する共同研究プロジェクトの設計と実施							

表10 スタンダード一覧表(4)

看護業務基準		Standards of Practice for Emergency Nursing Practice		研究							
項目	下位項目	基準	項目	測定標準	種	テキストデータ	スタンダードモデル案				
I アセスメント	1-3-3 看護を必要とする個人、家族、集団、地域等を継続的に観察し、状態を査定し、適切に対処する。 看護職は、看護を必要とする個人、家族、集団、地域等を継続的に観察し、状態を査定し、適切に対処する。適切な環境等を総合的に捉えて査定した上で、支援を必要とする内容を明らかにし、計画立案、実行、評価を行う。この一連の過程は、健康状態や生活環境等の変化に迅速かつ柔軟に対応するものであり、よりよい状態への支援を行うために適宜見直し、必要に応じて様々な資源を活用する。	3.救急看護師は、実践の場で研究を行っている他の分野の同僚と協力する	すべての患者の健康状態に関する体系的で適切なデータの集まりを評価する	13-2-2-2	人権擁護のための検討委員会に奉仕することにより、患者としての役割を果たす	骨盤骨折+運ぶ	道に倒れてただけしかわからず、発見者も居なくて、運ばれたら骨盤骨折だったというもあつたりかした。	身体所見だけでなく病歴、身体アセスメント、記録のレビュー、および医療提供者や家族とのコミュニケーションを通じて、最初に焦点を絞った主観的および客観的なデータを取得します。			
				13-2-2-3	救急看護やケアにおける研究のために臨床的問題を特定する際に同僚を支援する						
				13-2-2-4	救急看護やケアにおける研究プロジェクトの設計および実施において同僚を支援する						
				13-2-2-5	救急看護やケアリサーチの所見を設定の実践基準に取り入れる						
				13-2-2-6	研究資金のための手段を追求する						
				13-2-2-7	救急医療の研究プロジェクトに対する助成金の提案を開始する						
				13-2-2-8	研究成果に関する論文を掲載する						
				13-3-1-1	学際的研究に参加し支援する						
				13-3-1-2	研究課題の特定を支援する						
				13-3-2-1	学際的研究を開始し促進する						
				13-3-2-2	現在の医療動向の認識を維持し、この情報を他の医療提供者と共有する						
				13-3-2-3	伝染病、外傷、その他の専門的な患者集団などのヘルスケアの問題に関して、立法者や規制機関と連絡する						
				13-3-2-4	病気がけがの危険因子を最小限に抑える看護介入の開発に参加する						
				1-1-1	必要に応じて、病歴調査、身体検査、記録のレビュー、および医療提供者や家族とのコミュニケーションを通じて、最初に焦点を絞った主観的および客観的なデータを取得する				電カル+拾う+取り込み	手書きでスキャナー取り込みであとで電子カルテと言えば電子カルテなんですけど、なのでそこを拾っていくしかないだろうなっていうのは思う。	病気がけがの性質や重症度に応じて、すべての患者の関連データを検索可能な形式で記録する。
				1-1-2	総合的な職業看護実践の枠組みの中で評価を実施する				JPTE+JNTEC	そこは簡潔明瞭に聞けるようにJPTECやJNTECのMI構造化で区切りをつけて。	情報を適切・効率効果的に伝達するために医療者間で共有用語を使用する。
1-1-3	患者の症状に基づいて初期評価を実行する継続的な評価は、部門の方針によって設定され、患者の対応によって保証されたとおりに実行されます	余裕+開わり+気持ち	やっぱり話ができて良かったです、言われたり、私も自分に余裕が出てくるようになれば救急外来に挨拶に来てくれる人ってすぐ増えてるんですよ。	患者と家族が得たい情報を提供しニーズを確認する。							
1-1-4	患者の年齢別の身体的、発達の、認知的、および心理社会的のニーズに関連する評価手法と基準を使用する	向こう+意見	私は今、逆に意見を、「この人はどういう人」って、「向こうに移しても大丈夫」、「モニターを外せる人」とかって、意見を聞くようにしてますね。	ロールモデルおよび中心人物として、スタッフの正確で継続的な看護アセスメントの遂行を容易にする。							
1-1-5	病気がけがの性質や重症度に応じて、すべての患者の関連データを検索可能な形式で記録する	疾患+疑う	その症状説明とこういう症状があつたらこの疾患とこの疾患を疑って、軽いほうかもしれないけど。	似た兆候や症状では重症度の高い疾患を想定できる。							
1-1-6	患者の救急医療経験を通して、重要なデータを適切な担当者に伝達する	梗塞+頭痛+血圧+コントロール	梗塞やつたら血圧を維持するとか、パーツパーツで診断が付きながらのなかでいろいろんな、診断ラベルじゃないんだけど、判断をしながら考えてやってると思うんです。	仮説をくり返し共同問題、看護診断を策定する。							
1-1-7	患者と家族の学習ニーズを評価する	2-1-1	特性の定義、つまり焦点を絞った体系的な評価中に認識される兆候や症状の定義に基づいて、看護診断や共同問題を特定する	2-1-2	適切な情報源からの評価データを活用して、共同問題を特定し、看護診断を策定する						
1-2-1	履歴記録、健康診断、記録の見直し、および必要に応じて医療従事者、重要な他者、および世話人とのコミュニケーションを通して、最初のそして徹底的な主観的かつ客観的なデータを得る	2-1-3	必要に応じて、看護診断を他の医療提供者と連絡し、検証する	2-1-4	必要に応じて、共同問題を特定し、他の医療提供者に伝達する						
1-2-2	ロールモデルおよび中心人物として、正確で継続的な看護アセスメントの遂行を容易にする	2-1-6	患者とその家族の実際のまたは潜在的な知識の不足を特定する	2-2-1	看護師の法的業務範囲に応じて、典型的でないまたは微妙な定義特性に基づいて、看護診断、共同問題、および/または医学的診断を予測および認識する						
1-2-3	適切な評価を妨げる可能性のある看護またはシステムの欠陥を特定する	2-2-2	看護診断や共同問題の適切な特定を妨げる可能性のある課題を特定する	2-2-3	看護診断の効果的な利用を促進するためのツールやシステムの開発と実施に参加する						
1-2-4	コミュニティ内の同僚や他の医療関係者間の協議のためのリソースとして特定されている	2-2-4	救急看護における看護診断の妥当性と妥当性を臨床的に検証する	2-2-5	看護師の法的業務範囲で定義されているように、特定の救急患者および患者集団の看護および/または医学的診断を検証する						
II 診断	すべての患者について、緊急看護師は、集中評価で収集された適切なデータに基づいて、実際の問題および潜在的な問題または看護診断を特定する		2-1-1	特性の定義、つまり焦点を絞った体系的な評価中に認識される兆候や症状の定義に基づいて、看護診断や共同問題を特定する	3-1-1	測定可能な短期および長期の成果を特定する	3-1-2	患者の看護診断および/または共同問題に関連する成果を達成するための適切な期間を特定する			
			2-1-2	適切な情報源からの評価データを活用して、共同問題を特定し、看護診断を策定する	3-1-3	期待される結果を他の医療提供者、患者、そして家族に伝え、ケアの継続性を確保する					
			2-1-3	必要に応じて、看護診断を他の医療提供者と連絡し、検証する	3-1-4	必要に応じて看護の継続性を確保するために、期待される成果を他の医療提供者に伝達するために、看護成果分類(NOC)を利用する					
			2-1-4	必要に応じて、共同問題を特定し、他の医療提供者に伝達する	3-2-1	一人ひとりの患者のための治療計画を立案するためのリソースとしての役割を果たす					
			2-2-1	看護師の法的業務範囲に応じて、典型的でないまたは微妙な定義特性に基づいて、看護診断、共同問題、および/または医学的診断を予測および認識する	3-2-2	患者アウトカム指標の特定と活用を重視するピア教育を開発する					
			2-2-2	看護診断や共同問題の適切な特定を妨げる可能性のある課題を特定する	3-2-3	同様の診断や共同作業の問題を抱えている患者グループのための臨床ガイドラインや予想される結果のクリニカルパスウェイを開発し、この専門知識を他の医療提供者と共有する					
			2-2-3	看護診断の効果的な利用を促進するためのツールやシステムの開発と実施に参加する	5-1-1	患者ごとにケア計画を実施する					
			2-2-4	救急看護における看護診断の妥当性と妥当性を臨床的に検証する							
			2-2-5	看護師の法的業務範囲で定義されているように、特定の救急患者および患者集団の看護および/または医学的診断を検証する							
			III 結果の識別	身体的および心理社会的転帰は、各患者について適切なものとして特定される		3-1-1		測定可能な短期および長期の成果を特定する	ショックハイ外+輸液+体温+目標	循環血液量減少しているから、まず輸液で、ショックバイタルに至らせないというのが目標であつて、その次は低体温にさせない。	患者の看護診断および/または共同問題に関連する成果を達成するため病状の経過に合わせた看護ケアを実践する
3-1-2	患者の看護診断および/または共同問題に関連する成果を達成するための適切な期間を特定する										
3-1-3	期待される結果を他の医療提供者、患者、そして家族に伝え、ケアの継続性を確保する										
			3-1-4	必要に応じて看護の継続性を確保するために、期待される成果を他の医療提供者に伝達するために、看護成果分類(NOC)を利用する							
			3-2-1	一人ひとりの患者のための治療計画を立案するためのリソースとしての役割を果たす							
			3-2-2	患者アウトカム指標の特定と活用を重視するピア教育を開発する							
			3-2-3	同様の診断や共同作業の問題を抱えている患者グループのための臨床ガイドラインや予想される結果のクリニカルパスウェイを開発し、この専門知識を他の医療提供者と共有する							
			3-2-4	救急看護における看護診断の妥当性と妥当性を臨床的に検証する							
			3-2-5	看護師の法的業務範囲で定義されているように、特定の救急患者および患者集団の看護および/または医学的診断を検証する							

表10 スタンダード一覧表(5)

看護業務基準		Standards of Practice for Emergency Nursing Practice		研究																																																																															
項目	下位項目	基準	項目	測定標準	種	テキストデータ	スタンダードモデル案																																																																												
		V 実施	5-1-2 適切な患者モニタリングを実施する	5-1-2 適切な患者モニタリングを実施する																																																																															
								5-1-3 必要に応じて、現在の健康状態や健康状態についての患者とその家族への教育と退院教育を提供する	5-1-3 必要に応じて、現在の健康状態や健康状態についての患者とその家族への教育と退院教育を提供する																																																																										
														5-1-4 介入を実施するための追加の資源の必要性を予測する	5-1-4 介入を実施するための追加の資源の必要性を予測する	CT+先	看護師がどっかかという気を利かすのは、「お腹痛いって言うてはるから、腹部のCTとエコーと先に頼んでおきましたよ」とかね。	必要に応じて、他の医療提供者と協力して介入を実施する。																																																																	
																			5-1-5 必要に応じて、他の医療提供者と協力して介入を実施する	5-1-5 必要に応じて、他の医療提供者と協力して介入を実施する																																																															
																								5-2-1 適切な介入を確認して、それぞれに遂行する	5-2-1 適切な介入を確認して、それぞれに遂行する																																																										
			5-2-2 適切であるように、他の保健医療提供者と協力して作用する、より複雑な介入を実行するために	5-2-2 適切であるように、他の保健医療提供者と協力して作用する、より複雑な介入を実行するために																																																																															
								介入に対する患者の反応は絶えず直面するニーズの解決に向けた進捗を判断するために評価される	6-1-1 現在の患者データを利用して、患者の転帰の達成に向けた進捗状況を測定する																																																																										
													6-1-2 患者、重要な他者、その他の医療提供者からのデータを利用して、介入に対する患者の反応を評価する	6-1-2 患者、重要な他者、その他の医療提供者からのデータを利用して、介入に対する患者の反応を評価する																																																																					
																		6-1-4 期待される成果の達成に向けた進捗を評価し、必要に応じて介入や成果を修正する	6-1-4 期待される成果の達成に向けた進捗を評価し、必要に応じて介入や成果を修正する																																																																
																							6-1-5 患者の状態や利用可能なリソースに変化が生じたときに、必要に応じて患者やその家族と話し合うことにより結果を修正する	6-1-5 患者の状態や利用可能なリソースに変化が生じたときに、必要に応じて患者やその家族と話し合うことにより結果を修正する																																																											
		6-1-6 望ましい成果を達成するために、必要に応じて他の医療チームメンバーに評価を伝えます	6-1-6 望ましい成果を達成するために、必要に応じて他の医療チームメンバーに評価を伝えます																																																																																
							6-2-1 患者のケアと教育を総合的に評価する	6-2-1 患者のケアと教育を総合的に評価する																																																																											
												6-2-2 患者ケアの評価のための中心人物としての機能する	6-2-2 患者ケアの評価のための中心人物としての機能する																																																																						
																	救急患者の治療計画は体系的であり、安全で効果的かつ社会的責任のある患者治療と一致している	4-1-1 現在の科学的知識に基づき、多様性を認識し、看護診断および/または共同問題に対処する、各患者のためのケア計画を作成する																																																																	
																							4-1-2 患者、家族、そして適切な医療提供者と協力してケア計画を立てる	4-1-2 患者、家族、そして適切な医療提供者と協力してケア計画を立てる																																																											
		4-1-3 看護行為、患者の目標、および患者の転帰の優先順位を特定する	4-1-3 看護行為、患者の目標、および患者の転帰の優先順位を特定する																																																																																
							4-1-4 看護師の法的業務範囲に応じて介入を規定する	4-1-4 看護師の法的業務範囲に応じて介入を規定する																																																																											
												4-1-5 認識された学習ニーズと発達レベルに基づいて、教育計画と学習原則をケア計画に取り入れる	4-1-5 認識された学習ニーズと発達レベルに基づいて、教育計画と学習原則をケア計画に取り入れる																																																																						
																																4-1-7 継続的なケアを確保するために、他の医療提供者、患者、および患者の家族に治療計画を伝えます	4-1-7 継続的なケアを確保するために、他の医療提供者、患者、および患者の家族に治療計画を伝えます																																																		
																																						4-1-8 必要に応じて看護計画を伝達するために看護介入分類(NIC)を利用する	4-1-8 必要に応じて看護計画を伝達するために看護介入分類(NIC)を利用する																																												
4-1-9 ケアプランが家族中心であることを確実にする	4-1-9 ケアプランが家族中心であることを確実にする																																																																																		
																																																4-2-1 患者のケアと教育のための教材を開発、実施、評価する	4-2-1 患者のケアと教育のための教材を開発、実施、評価する																																		
																																																						4-2-2 患者ケアガイドラインおよび/またはクリニカルパスウェイを使用するためのリソースとしての役割を果たす	4-2-2 患者ケアガイドラインおよび/またはクリニカルパスウェイを使用するためのリソースとしての役割を果たす																												
																																																												4-2-3 ガイドライン、臨床的および/またはクリニカルパスウェイなど、ケア計画を容易にするためのツールの開発、実施、および評価に参加する	4-2-3 ガイドライン、臨床的および/またはクリニカルパスウェイなど、ケア計画を容易にするためのツールの開発、実施、および評価に参加する																						
																																																																		4-2-4 患者および重要な他者のケア計画への関与を容易にするための部門の枠組みを設計する	4-2-4 患者および重要な他者のケア計画への関与を容易にするための部門の枠組みを設計する																
																																																																								4-2-5 潜在的な看護診断および/または患者の状態の変化に基づく共同問題に対処するケア計画を作成する	4-2-5 潜在的な看護診断および/または患者の状態の変化に基づく共同問題に対処するケア計画を作成する										
																																																																														4-2-6 患者の長期的な問題の影響を認識するケアプランを作成する	4-2-6 患者の長期的な問題の影響を認識するケアプランを作成する				
																	12-2-1-2 けがや病気の予防に関する地域教育に参加する	12-2-1-2 けがや病気の予防に関する地域教育に参加する																																																																	
																							12-2-2-1 地域社会レベルで適切な教育提供を計画し、実施し、そして評価する	12-2-2-1 地域社会レベルで適切な教育提供を計画し、実施し、そして評価する																																																											
		12-2-2-2 予防および/または教育プログラムを開発するために患者転帰データを利用する	12-2-2-2 予防および/または教育プログラムを開発するために患者転帰データを利用する																																																																																
							12-3-1-1 患者の状態に関する情報、および必要に応じて重要なその他の者を、彼らの知的能力、発達能力、および感情能力と一致する方法で提供する	12-3-1-1 患者の状態に関する情報、および必要に応じて重要なその他の者を、彼らの知的能力、発達能力、および感情能力と一致する方法で提供する																																																																											
												12-3-1-3 可能な場合はいつでも、治療的介入に関連する意思決定プロセスに患者および重要な他者の人々を巻き込む	12-3-1-3 可能な場合はいつでも、治療的介入に関連する意思決定プロセスに患者および重要な他者の人々を巻き込む																																																																						
																																12-3-1-6 書面による退院指示書の作成に参加する	12-3-1-6 書面による退院指示書の作成に参加する																																																		
																																						12-3-1-7 病状やけがの危険にさらされている要因を特定するために、患者や重要な人々を支援する	12-3-1-7 病状やけがの危険にさらされている要因を特定するために、患者や重要な人々を支援する																																												
12-3-1-8 必要に応じて、病状やけがの防止方法を説明する	12-3-1-8 必要に応じて、病状やけがの防止方法を説明する																																																																																		
																																																12-3-2-1 研究に基づいて、代替の指導方法の開発を開始する	12-3-2-1 研究に基づいて、代替の指導方法の開発を開始する																																		
																																																						12-3-2-2 多様な患者集団に対応するために、患者の教育資料を評価および修正する	12-3-2-2 多様な患者集団に対応するために、患者の教育資料を評価および修正する																												
																																																												12-4-1-1 集学的な患者ケア会議に参加する	12-4-1-1 集学的な患者ケア会議に参加する																						
																																																																		12-4-1-2 他の医療提供者と協力して、各患者のケアについて決定を下す	12-4-1-2 他の医療提供者と協力して、各患者のケアについて決定を下す	地域医療連携	そこにあとその地域医療連携が入ってるのでそこはスムーズにいくのかなという気はします。	地域の医療提供機関と協力して、各患者のケアについて決定をくだし介入する。													
																																																																							12-4-1-3 患者のニーズを満たすのに役立つ適切な紹介機関を特定する	12-4-1-3 患者のニーズを満たすのに役立つ適切な紹介機関を特定する	地域医療連携	地域医療のところではその[地名B]市外のところは全部伝送ネットを持っているのでCTだけ先にほんと送られてきて、脳卒中科の医師が診て、「それはそちらでどうぞ」で済む場合と、あと、「受けます」という場合がある。	病態や患者のニーズに対応した施設設備を満たす適切な紹介機関を特定する。								
																																																																												12-4-2-1 救急医療問題に関連する専門委員会および地域社会委員会に参加する	12-4-2-1 救急医療問題に関連する専門委員会および地域社会委員会に参加する						
																																																																																	12-4-2-2 関連する問題に取り組むために、他の専門看護機関や他の専門分野と連絡を取り合う	12-4-2-2 関連する問題に取り組むために、他の専門看護機関や他の専門分野と連絡を取り合う	
																	12-4-2-3 患者とスタッフ、スタッフとヘルスケア提供者、および/またはスタッフとスタッフ間の紛争解決に関する専門知識を実証する	12-4-2-3 患者とスタッフ、スタッフとヘルスケア提供者、および/またはスタッフとスタッフ間の紛争解決に関する専門知識を実証する																																																																	
																						1 救急看護師は、看護の役割と責任の理解を促進することにより、看護の専門的能力開発を支援する	11-1-1-1 患者と重要な他者に対する自己と役割を特定する																																																												
		11-1-1-2 同僚や他の医療提供者に対して自己を識別する	11-1-1-2 同僚や他の医療提供者に対して自己を識別する																																																																																
							1-3-5 看護実践の一連の過程を記録する。	看護実践の一連の過程の記録は、看護職の思考と行為を示すものである。その記録は、看護実践の継続性と一貫性の担保、評価及び質の向上のため、客観的で、どのような看護の場においても情報共有しやすい形とする。それは行った看護実践を証明するものとなる。看護実践の内容等に関する記録の取り扱いは、個人情報の保護、守秘義務を遵守し、他者との	介入に対する患者の反応は絶えず直面するニーズの解決に向けた進捗を判断するために評価される	6-1-3 介入に対する患者の反応および患者の状態の変化を記録し、必要に応じて治療計画を修正する	記録+残す																記録に残せば、自分の看護が、開わりがたには残るので内容はお粗末だったりとかするんですけど、できるだけそういったかたちで、書くということは考えなきゃいけない。	介入に対する患者や家族の反応および患者の状態の変化を記録し、必要に応じて看護計画を修正する。																																																							
												1 アセスメント-各患者の主訴、年齢、認知レベル、および社会的状況に関連するデータの迅速で体系的な収集を実施して、患者の重症度およびあらゆる当面の身体的または心理社会的ニーズを判断するのに十分な情報を得る	7-1-1-3 適切な主観的および客観的データを含めて、トリアージ評価を文書化する		7-1-1-3 適切な主観的および客観的データを含めて、トリアージ評価を文書化する	記録+残す													近くでも、もちろん、「近くにここが有りますから、ちょっと早い受診がいいと思うので、そちらのほうに行ったらどうですか」とか、そういうのももちろんしてるし、記録も残してる。(重複)	救急施設運用の評価を通じて、患者家族に医療機関を紹介する。																																																					
																															7-2-1-3 臨床的印象を文書化する		7-2-1-3 臨床的印象を文書化する																																																		
																																					7-3-1-2 測定可能な客観的な基準を確認して、文書化する		7-3-1-2 測定可能な客観的な基準を確認して、文書化する																																												
7-4-1-4 重症度と個々のケアプランを文書化する																																											7-4-1-4 重症度と個々のケアプランを文書化する																																								
																																															7-2-1-3 臨床的印象を文書化する		7-2-1-3 臨床的印象を文書化する																																		
																																																					7-3-1-2 測定可能な客観的な基準を確認して、文書化する		7-3-1-2 測定可能な客観的な基準を確認して、文書化する																												

表10 スタンダード一覧表(6)

看護業務基準		Standards of Practice for Emergency Nursing Practice				研究		
項目	下位項目	基準	項目	測定標準	種	テキストデータ	スタンダードモデル案	
	共有に際しては適切な判断のもとに行う。			7-4-1-4 重症度と個々のケアプランを文書化する	記録+残す	CPAのときは逆にできるだけ「私がここのでやるから、家族のとこ行ってきて」と行って行かせて関わらせるとか、それは必ず記録に残させる。	重症度と個々のケアプランを文書化する。	
				7-5-1-4 すべての介入を文書化する				
				7-8-1-2 必要に応じて、すべての介入の有効性を評価し文書化する				
		断念 II	すべての患者について、緊急看護師は、集中評価で収集された適切なデータに基づいて、実際の問題および潜在的な問題または看護診断を特定する	2-1-5 看護診断または共同問題、あるいはその両方を検索可能な形式で文書化する				
		提議 V	介入は、患者のニーズと患者の家族への配慮に基づいて優先順位が付けられる	5-1-6 必要に応じて、実施された介入を文書化するために看護介入分類(NIC)を利用する				
2.看護実践の組織化の基準	2-1 看護実践は、理念に基づいた組織によって提供される。	継続的かつ一貫性のある看護を提供するためには、組織化された看護職の集団が必要である。看護実践を提供する組織は、運営するための基本的考え方、価値観、社会的有用性を理念として明示する必要がある。その理念は、本会や国際看護師協会が示している看護職の倫理綱領、そして所属機関や施設等の理念と矛盾してはならない。				輪番+組む	病院も密集して、ほんとに20年以上かからないんですけど、前から輪番制をきっちり組んでる。	地域医療体制で割り振られた役割を遂行する
	2-2 看護実践の組織化並びに運営は、看護職の管理者によって行われる。	継続的かつ一貫性のある看護を提供するための組織化並びにその運営は、最適な看護を判断できる能力を備え、看護実践に精通した看護職で、かつ、看護管理に関する知識、技能をもつ看護職の管理者(以下、「看護管理者」という。)によって行われる。						
	2-3 看護管理者は、良質な看護を提供するために必要な看護体制を保持する。さらに、看護職及び看護補助者が十分に能力を発揮して働き続けられる環境とその責務にふさわしい処遇を整える。	看護管理者は、良質な看護を提供するために必要な看護体制を保持する。さらに、看護職及び看護補助者が十分に能力を発揮して働き続けられる環境とその責務にふさわしい処遇を整える。						
	2-4 看護管理者は、看護実践に必要な資源管理を行う。	看護管理者は、看護を提供する組織が目的を達成するために、必要な人員、物品、情報等の資源を確保し、時間を管理して、それらを有効に活用する責任を負う。	1.必要な物資と備品がすぐに利用できるようにし、適切な使用料が発生するようにする	14-1-1-1 消耗品と機器がすぐに利用できること、および正常に機能していることを確認する				
				14-1-1-2 救急施設運用の評価を通じて、効率的かつ効果的なケアを確実に提供する	記録+残す	近くでも、もちろん、「近くにここがありまから、ちょっと早い受診がいいと思うので、そちらのほうに行ったらどうですか」とか、そういうのももちろんしてるし。記録も残してる。(重複)	救急施設運用の評価と評価を通じて、患者家族に紹介し効果的かつ効果的なケアを確実に提供する。	
				14-1-1-3 患者が負担した費用をサポートする方法で救急看護活動を文書化する				
				14-1-1-4 患者への請求が正確であり、患者が受けたケアを反映していることを確認する				
				14-1-1-5 適切な製品評価活動に参加する				
				14-1-2-1 必需品と器材の選択と利用を推奨する				
				14-1-2-2 製品評価委員会に参加する				
				14-1-2-3 部門内の患者課金システムの保守と改訂を調整する				
			3.患者のニーズを反映し、他の医療提供者の実践の範囲内にあるケアを割り当て、委任する	14-3-1-1 部門内の患者のニーズを反映したケアを割り当て、委任する				
				14-3-1-2 監督職員に危険な人員配置状況を警告する				
				14-3-2-1 患者の人数、重症度、到着時間、および滞在期間に変化が生じたときに、人員配置要件を調整する				
				8-1-1-1 救急患者のためにケアの質を評価して、改善する計画開発と実施に参加する				
				8-1-1-2 救急看護実践とヘルスケアシステムを改善するための行動、分析および継続的なモニタリング活動の開発と実施に関与する				
				8-1-1-3 ケアの質の論点を伝え、文書化する				
				8-1-2-1 学際的な優良なアセスメントと改善計画を開発、実施および評価するために共同作業する				
				8-1-2-2 救急看護実践を改善するための行動、分析と進行中の指標を実施して、評価する				
				8-1-2-3 救急看護の卓越の指標をモニターするために、ケアの質の高い行動を開発して、実施して、評価する				
			8-1-2-4 看護ケアの質を強化するために、方法を開発し、実施して、評価する					
			8-1-2-5 対ケアの質の論点に取り組むための機序を開始する					
			8-1-2-6 救急看護実践の質に影響を及ぼす規制および立法活動をモニターする					
			8-1-2-7 共同優良なアセスメントと改善活動に参加する					
		2.救急看護師は、改善の原則と実践を用いて継続的にケア提供システムを評価し、評価する	8-2-1-1 患者、医師、スタッフ、他の部署、および地域機関など、内外の顧客を識別する		挨拶+増える	話をしてもらえただけで落ち着けたと言って、他の病院に入院したにも関わらず、うちに挨拶に来てくれるとかっていうのも増えてくる。	患者満足度を最大にするために、顧客ニーズを評価する。	
			8-2-1-2 患者満足度を最大にするために、顧客ニーズを評価する					
			8-2-1-3 他の部門と継続的に協力して、患者ケアの提供を改善および強化する	救急委員会+検討	皆さんの病院では救急委員会とかそういう救急外来に関する検討する委員会とかってあります。	他の部門と継続的に協力して、患者ケアの提供を改善および強化する。		
			8-2-1-4 効率と生産性を向上させるために、システム分析と再設計に参加する					
			8-2-2-1 改善の原則と方法のための資源としての役割を果たす					
			8-2-2-2 必要に応じて、顧客満足度調査を作成し、結果を分析し、変更を提案する					
			8-2-2-3 学際的な品質行動チームへの参加および/または主導					
			8-2-2-4 効率と生産性を向上させるシステム分析計画を開発して、実行して、評価する					
		3.救急看護師は、看護の役割と責任の理解を促進することにより、看護の専門的能力開発を支援する	11-1-1-3 同僚関係を利用して影響を与える		顔+見える+関係+やり取り	あとは一つは、顔が見える関係になつてると少しやり取りもスムーズになるかなというところがある。	医療者間関係を調整して影響を与え集団の力を高める。	
			11-1-1-4 ヘルスケアシステム内での患者の転帰とケアの提供					
			11-1-1-5 ENAの参加メンバーになる					
			11-1-2-1 ENAで指導的役割を担う					
			11-1-2-2 専門機関、学術機関および医療機関、地域医療機関などの内外のグループとの連絡役を務める					

表11 Standard of Emergency Nursing Practiceのみの項目

VII トリアージ	
医療スクリーニング検査・組織の方針と州のおよび連邦規則によって定義されるように、救急看護師は医療スクリーニング検査を提供する	7-7-1-1 救急医療法(EMTALA)と州の規則に従って患者の適切なスクリーニングを通して、ケアへの接近を促進する。
	7-7-2-1 スクリーニング検査に関連した方針の開発に関与する。
	7-7-2-2 医療スクリーニング検査に関連するスタッフの教育を調整する。
IX 業務遂行能力評価	
2.救急看護師は、実践を評価するために、臨床およびピア・レビューに参加する	9-1-1 自己評価、同僚評価および保健医療提供者などからのフィードバックを使用して、実践を修正および改善する。
	9-2-1 専門職実践を評価するために、臨床ケアおよびピア評価プロセスを計画し開始する。
	9-2-2 コンピテンシー・ベースの実行評価のプログラムを開発し実施、評価する。
XI 同僚性	
2.救急看護師は、救急医療および救急看護の実践に関連する現在および提案されている法律および規制についての理解を持っている	11-1-2-1 患者ケアを計画するための法律や規制に関する知識を活用する。
	11-1-2-2 救急医療に関する法規制を遵守する。
	11-1-2-3 医療政策におけるENAの立場に関する知識を追求する。
	11-2-1-1 職業の内規制および自律的な実践を促進する活動に参加する。
	11-2-1-2 救急看護業務や医療問題に影響を与える立法活動を監視し参加する。
3.救急看護師は、看護の専門職のイメージを促進する	11-3-1-1 患者、重要な人、同僚、他の医療提供者、メディア、そして一般の人々に専門的なイメージを示す。
	11-3-1-2 潜在的な看護師のための助言者として行動に入ることを奨励する。
	11-3-2-1 救急看護師の専門的役割を患者、重要な他者、仲間、他の医療提供者、メディア、および公衆に明確に示し、実証するための指導的役割の範囲内の機能。
4.救急看護師は、救急看護と救急医療システムに関して公教育に対する責任を持つ	11-3-2-2 職業的成長を促進するために、看護師のメンターとしての役割を果たす。
	11-4-1-1 救急看護に関して情報を広める。
	11-4-2-1 救急看護および救急医療について消費者を教育するための地域活動への計画および/または参加。
5.救急看護師は、同僚、他の医療提供者、学生、およびボランティアのための学習経験を促進する	11-4-2-2 公教育および救急看護および救急医療問題の認識に関連するため、公共政策に関して立法者と連絡を取る。
	11-5-1-1 教師、役割モデル、指導者、そして指導者としての役割を果たす。
	11-5-1-2 救急看護師の役割と責任に関する専門看護学生の学習を促進する。
	11-5-1-3 救急看護師の役割と責任について同僚や他の医療提供者に教育する。
	11-5-1-4 学生、仲間、ボランティア、その他の医療提供者のオリエンテーションに参加する。
6.救急看護師が職場の健康を増進する	11-5-1-5 必要に応じて、臨床実習中に学生およびその他の医療提供者の教育および監督に参加する。
	11-5-2-1 オリエンテーションプログラム、プレセプターシップ、メンタリングプログラム、救急看護に関する教育プログラムを開発、実施、評価する。
	11-5-2-2 学際的な教育活動の計画、実施、評価に参加する。
	11-6-1-1 施設内の健康プログラムに参加する。
	11-6-1-2 個人的なストレスや病気を識別し、識別された個人的な懸念に応じて行動を修正する。
XII 倫理	11-6-2-1 ウェルネスプログラムを推進するための部門別または機関別計画を策定する。
	11-6-2-2 個人的なストレス要因を特定する際に要員を支援し、それらを適切なリソースに紹介する。
	12-3-1-1 州の看護実践法、教育機関の方針および手続き、ならびに地方自治体、州および連邦の法令を遵守する。
	12-3-1-2 患者ケアの提供を調整する。
	12-3-1-3 必要に応じて、患者に法的権利を通知する。
	12-3-1-4 必要に応じて、各患者についてインフォームドコンセントが確実に得られるようにする。
	12-3-1-5 患者が身体的に拘束されている、または不本意に治療されている場合は、適切な方針および手順に従う。
	12-3-1-6 高度な指示、耐久性のある委任状、およびその他の終末期の問題に対処する文書で示されているように、患者の権利を擁護する。
12-3-1-7 1986年の包括的予算調整強化法(COBRA)/Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA)の法律で義務付けられている、施設間転送ガイドラインを理解し、それに準拠している。	
12-3-1-8 救急看護に関する問題についての最終的な意思決定者としての権限と責任を利用し、この意思決定に対する説明責任を維持する。	
12-3-2-1 臨床的および管理的状況において指導的役割を担う。	
12-3-2-2 施設内および診療分野内の救急看護業務の基準を定義する。	
12-3-2-3 救急看護師の法的責任に関連する方針や手順の開発と教育に参加する。	

表12 Standard of Emergency Nursing Practice にない項目(看護業務基準と本研究のみからなるスタンダードモデル)

語(node)	テキストデータ	スタンダードモデル(研究で作成)
輪番+組む	病院も密集していて、ほんとに20年以上かからないんですけど、前から輪番制をきっちり組んでる。	地域医療体制で割り振られた役割を遂行する
診療+補助	診療の補助っていう一次患者たち、その方々の診療の補助的なものありますよね。	医師の指示のもとに医療行為を行う。 医療行為への反応を観察し、適切に対応する。

II. 初療における看護ケアのスタンダードモデル作成

既存のスタンダードとの比較検討の結果、45のスタンダードモデル（案）が抽出された。それらを業務基準、Standard of Emergency Nursing Practiceと同じマトリックス表にインタビューデータを熟読しながらスタンダードモデル（案）を作成した。特に抽象度を上げる際には主に Standard of Emergency Nursing Practice を参考に作成した。スタンダードモデル（案）には、意味内容が2つに取れる文章も見られたため、それぞれの抽象度を上げながら分割するとともに文章の洗練化を図った。スタンダードモデル（案）は最終的には51のスタンダードモデルとなった。

スタンダードモデルを類似性に基づいて分類・整理したところ8セグメントに分けられた。I. 受け入れ機関の判断、II. 受け入れ態勢を整える、III. 看護実践（予測する、情報収集、看護計画立案、看護実践行為、記録、評価）、IV. 患者/家族の擁護、V 情報共有、VI 暴力、VII 連携/協働、VIII 専門職教育、である。それぞれのセグメントには説明となる文を付けた。

なお、スタンダードモデル（案）からスタンダードに分類・整理する際には、二名の専門家の点検を受けた。救急看護の専門家には二次救急医療機関のスタンダードとして主に妥当性について、複数の国際的なスタンダードの訳の経験を持ち看護基準の作成経験を有する専門家には主に看護基準としての整合性についての点検を受け、スタンダードモデルの二次救急看護での適切性を検討した。

二次救急医療機関の初療看護スタンダードモデル

I. 受け入れ機関の判断

看護師は連絡情報からトリアージを行い、最適な医療機関を選択する。

- 1) 早急にトリアージを開始する。
- 2) 電話を受けた段階から限られた情報でアセスメントを行う
- 3) 電話やウォークインの受診希望者に重症度に応じた医療機関を紹介する。
- 4) 患者の病態の重症度を区別する。
- 5) 救急隊に重症度に合った医療機関を勧める。
- 6) 治療中であっても必要時には医師と協議し三次医療機関への搬送手続きを始める
- 7) 病態や患者のニーズに対応した施設設備を満たす適切な紹介機関を特定する。
- 8) 救急施設運用の評価を通じて、患者家族に医療機関を紹介する。

II. 受け入れ態勢を整える

早急に自施設の受け入れ環境を整える。

- 1) 患者の病態に応じた治療を予測する。
- 2) 自組織内の不規則的な人材・医療資源を把握し活用する。
- 3) 病状、重症度に基づいて、患者を救急科もしくは適切に当該施設の診療区分に則り調整を行う。

III. 看護実践

看護師はデータベースが全て満たなくとも優先度の高い医療・看護問題に対応した看護過程を遂行する。

(予測する)

- 1) 緊急・重症度の特定とリスクの高い健康上の問題に基づいて介入を予測する。
- 2) 主観的および客観的なデータから重症度、緊急度の高い疾患を念頭に置く。
- 3) 似た兆候や症状では重症度の高い疾患を想定する。

(情報収集)

- 4) 身体所見だけでなく病歴および医療者や家族とのコミュニケーションを通じて焦点を絞った主観的および客観的なデータを取得する。

(看護計画立案)

- 5) 仮説する事をくり返し看護診断（共同問題）を策定する。
- 6) 患者の看護診断および/または共同問題に関連する成果を達成するため病状の経過に合わせた看護ケアを実践する
- 7) 介入に対する患者や家族の反応および患者の状態の変化を把握し、必要に応じて看護計画を修正する。
- 8) 新しい情報または評価データの変更に基づいて、ケア計画、重症度、および

予想される結果を修正する。

(看護実践行為)

9) 医師の指示のもとに医療行為の補助を行う。

10) 医療行為への反応を観察し、適切に対応する。

11) 確立されたプロトコルに従って医療行為の補助を開始することができる。

12) 患者家族に開始前の治療法や経過の予測についての可能な場合はいつでも説明をおこなう。

13) 患者と家族が得たい情報を提供しニーズを確認する。

(記録)

14) 身体的状況、経過、治療、病態および重症度と個々のケアプランを文書化する。

15) 病気やけがの性質や重症度に応じて、すべての患者の関連データを検索可能な形式で記録する。

(評価)

16) 患者満足を最大にするために、顧客ニーズを評価する。

17) 現在の患者データを利用して、患者の転帰の達成に向けた進捗状況を測定する。

IV. 患者/家族の擁護

看護師は患者家族を擁護する

1) 患者/家族の擁護者として相談や介入を行う。

2) 患者/家族を擁護すべき内容を他の医療従事者に伝える。

V. 情報共有

看護師は正確な情報を共有する

1) カンファレンス等で医療者間の情報共有を行い常に情報更新を行う。

2) 情報を適切・効率効果的に伝達するために医療者間で共有用語を使用する。

VI. 暴力の対処

看護師は暴力を早期に見つけ対応する

1) 救急医療現場における暴言・暴力対策の知識を実装する。

2) 救急部門における暴力の可能性を認識し、適切な行動を起こす。

3) 暴力に関する情報を組織内の適切な方針と手順に添って対処する。

VII. 連携/協働

看護師は同僚・多職種・他機関との連携および協働を通して地域医療を推進する

1) 医療者間関係を調整して影響を与え集団の力を高める。

2) 社会的問題要因で介入が必要な患者をスクリーニングでき、専門職、関連機関と協業できる。

3) 必要に応じて、他の医療提供者と協力し介入を推進する。

- 4) 他の部門と継続的に協力して、患者ケアの提供を改善および強化する。
- 5) 地域の医療提供機関と協力して、各患者の治療方針に従って介入する。
- 6) 地域医療体制で区分された役割を遂行する。

VIII. 専門職教育

看護師は救急領域の知識・技術・態度を専門職業人として継続的に習得する

- 1) プレホスピタルから続く救急領域として標準的な医療を提供できる。
- 2) プレホスピタルから続く救急領域として標準的な救急患者の安定化や治療に必要な知識と技能を実証する。
- 3) 一次救命処置プロバイダーステータスを達成する。
- 4) 二次救命処置または ICLS プロバイダーステータスを達成する。
- 5) ISLS プロバイダーのステータスを達成する
- 6) 外傷看護初期看護（JNTEC）プロバイダーステータスを達成する。
- 7) 救急看護に関連する教育プログラムから新たに得た知識を仲間と共有する。
- 8) 系統的に教育を継続して受ける。
- 9) ロールモデルおよび中心人物として、スタッフの正確で継続的な看護アセスメントの遂行を容易にする。
- 10) 救急看護専門家の認定（CNS/CN）を受ける。

第6章 考察

V. 二次救急看護の特徴

1. スタンダード間の差違

1) トリアージについて

Standard of Clinical Nursing Practice (American Nurse Association, 1998) に添って Standards of Practice for Emergency Nursing Practice は作成されているが、トリアージの項目は Emergency Nursing Practice のみに取り上げられている。トリアージが救急看護の重要な実践項目である事が分かる。本調査においてもインタビューの対象者からはトリアージに関する項目は 46 個、電話トリアージ 6 個が抽出され、本研究でも主要な実践を示す語彙であった。スタンダードモデルでは、【受け入れ機関の判断】(看護師は連絡情報からトリアージを行い、最適な医療機関を選択する) にトリアージを位置付けた。

Emergency Nurse Association(1995)によるとトリアージシステムの目的は、患者が ED (Emergency Department) に入る際のケアの優先順位をタイムリーに分類することである。それに反して我が国の初療では、軽症から最重症までを初期医療から三次医療機関へと段階的に救急医療体制が分かれているがゆえに、様々な健康レベルの患者を受け入れ適切な救急医療を提供することが困難な状況にある。特に二次救急医療機関は初期と三次の間に位置し、患者にとって境界がわかりにくい機関である。

今回のスタンダードモデルの項目として【受け入れ機関の判断】は、受けた情報でトリアージを行い、最適な医療機関を選択する事が導かれたことは二次医療機関の初療で行う看護としての特徴である。

また、同じ二次救急医療機関でも都内と地方では来院患者層も社会背景も異なり、病院の立地条件によるアクセスのしやすさや環境がもたらす疾患構成の影響を受けるため、地域の中から病態や患者のニーズに対応した施設設備を満たす適切な紹介機関を特定する必要がある(山口真有美, 瀬戸奈津子, & 清水安子, 2018)。このことは患者だけでなく地域医療機関間の調整ともいえ、卓越した二次救急初療看護を担当する看護師は地域医療を一つの初療単位とみたてた部署管理、プレホスピタルの救命士との情報共有を行っていた。

2) 同僚性について

米国のスタンダードと看護業務基準、今回のスタンダードモデルを比較すると米国は法律による看護教務の範囲が明確にされているのに比べて我が国は保健師助産師看護師法のみ言及であった。それ以上に同僚性については、ほぼみられなかった。看護職は専門職であり、特に救急領域は専門性が高いと看護師は自負しているが一般人への広告は行っていない。「診療の補助」は、医師の指示のもとに行うことから、医師の補助者として患者の目に映る。いずれも複雑な臨床判断と熟練、理論、エビデンスの蓄積による行為であるが、看護の知識と技術を意図的に語らない限り他者には理解してもらえない。」自らを広告することに引け目を

感じるところではあるが、社会への責任としてのプロフェッショナリズムの発信が看護には必要であると考える。

2. 初療看護の独立的役割-電話トリアージと電話相談

研究データとして電話を取る（受ける）、患者を取る（受ける）、などの語が高頻度で抽出された。そしてウォークイン、救急車あらゆる経路で二次救急医療機関に患者が来ることが示された。予定できない来院直後の短い時間の中に看護師はトリアージとしての情報収集、アセスメント、計画へと看護展開を行っていた。スタンダードモデルとして【情報共有】では、看護師は正確な情報を共有するために 1)カンファレンス等で医療者間の情報共有を行い常に情報更新を行う。2)情報を適切・効率効果的に伝達するために医療者間で共有用語を使用する。事がまれる。

それ以外にも医療機関では医療者だけでなく患者家族に対しても電話でのコミュニケーションを取る場面が多い。二次救急看護師の専門性の一つに「ホットラインも普通の電話も全部看護師が取る」と看護実践の一つとして捉え、対応一つで夜中に病院を受診せずに経過を見ることも可能であり患者の利益とも捉えていた。しかし、人とのコミュニケーションは「目は口ほどにものを言い」といわれているように視線（アイコンタクト）で得ることが多い。電話を通した非言語的コミュニケーションでは声の大きさ、抑揚、言葉の早さのしか捉えることができない。

また、非言語的コミュニケーションに加え医療者のコミュニケーションにおいては、日常生活でよく使われる程度を表す形容詞や副詞の曖昧さのほかに医療専門用語が医療コミュニケーションの妨げになっているという指摘もある（梅津和子, 萩原明人, & 信友浩一, 2003）。電話での対応は顔の見えない相手であるがゆえに確実に判断できないことに不安を感じ（桐本ますみ, 高見沢恵美子, & 石田宜子, 2017）電話対応の困難さを答える看護師も多いが、これら限られた言語情報からの曖昧さの影響も多い。

現在、動画通信を介した医療支援システムの実証実験も進められているが（厚生労働省, 2015）診断や治療、生活習慣病重症化予防モデルなどであり、受診相談を可能とする二次救急医療機関への導入によって今後、高齢化、言語多様化への対応も可能となると考える。看護師の独立的役割を安定して行うツールの一つにもなるのではないかと考える。

3. 初療看護の従属的役割について

救急看護領域では医師の指示に従った看護があり、従属的役割とも言われる。三次救急で特徴的な看護は、「治療場面での看護実践」である（本田可奈子, 三宅千鶴子, 八尾みどり, & 豊田久美子, 2012）。今回の二次救急初療の看護実践でも脳梗塞に対する血栓溶解療法（t-PA 治療）や急性心筋梗塞患者が治療に向かうためのオンコール体制についての単語がみられ、「治療場面での看護実践」を行っ

ていた。時間的制約のある中で効率的な医療を提供することは救急医療全般に通じる点であることが再確認された。

加えて、看護師は「(患者が) ショック状態にならないために」と治療の先読みを行う事や、混雑をさけ検査の順番を変え「先に CT に行く」など臨機応変に状況予測をしながら行動しており、先行研究との違いは見られなかった (坂口桃子, 作田裕美, 百田武司, & 荒井蝶子, 2005)。

スタンダードモデル【看護実践】は「看護師はデータベースが全て満たなくとも優先度の高い医療・看護問題に対応した看護過程を遂行する」としたが、「治療場面での看護実践」においては二次医療機関の看護師の実践行動は三次よりより医学的な範囲まで踏み込んで実践を行っている (岩切, 2011)。

ただし、どのような重症患者をも受け入れて治療ができる三次救急医療機関と異なり一見大量出血を認めない頭部外傷、骨盤骨折などの潜在的重症外傷は、二次救急医療機関によっては受け入れたとしても初療に続く集中治療まで行える人的資源がなく救急隊による **Trauma Bypass** や三次救急医療機関に転院搬送が必要となる。疾患に関しては対応できる病態なのか、重症度は、どうなのかについて具体的な病名を仮説として上げながら対応を生き生きと語ってくれた。個々のフィジカルアセスメント、病状の聴取以外に病態から疾患の変化予測をある程度行い判断を行っていることが推察された (江口秀子 & 明石恵子, 2017)そして、初療で治療中であっても「これ以上の治療が必要となれば医師と協議し三次医療機関への搬送手続きを始める見極め」が看護師の能力として求められていた。つまりは、【受け入れ機関の判断】が、二次救急看護の重要な要素としてあげられている。

4. 初療看護の調整的役割

看護ケアの独自性として坂口 (2005) はスピード、相互補完、社会生活との連続性であることを ER で勤務する看護師を対象とした研究で明らかにしている。限られた時間枠の中で効率的効果的に看護師の協働によって看護ケアは提供され、特に初期救急患者は帰宅することが多いことから日常生活を意識したケア提供がなされているという。坂口の示した社会生活とは、帰宅後に再開される生活が主であったが、本研究での社会との連続性にはそれらに加えて、要介護の患者を退院後自宅で介護するための準備としての手続きなど社会的問題へのスクリーニングと介入を行い、必要時専門職や福祉行政機関などと連絡介入までの協業を看護介入と捉えていた。我が国の高齢化率にともなうニーズであり、今後ますます高齢者を対象とした介入が必要である。社会変化について山口らは (2018)、救急看護師が近所の人に帰宅後の継続ケアの依頼を行ったり、ケアマネージャーなどの社会福祉の専門家に情報提供をおこなう、援助を必要としている患者を見捨てない最後の砦としての役割であると述べている。ただし、救急看護師が医療機関を出て社会生活を保障することは不可能であり、ケースワーカーやケアマネとの協働が妥当であると考えられる。

また、病棟、ICU、ER、救急外来と部署を超えた調整役割が看護師には必要であり、日頃から顔の見える関係性を作っていく努力が見られた。専門家間の信頼は、個人レベルでのスタッフ間、スタッフと組織間の信頼構築活動に焦点を合わせることによって向上する（Jennifer,2011）とされ、多職種連携の多い初療では個人的な関係構築がなお一層調整役割遂行に効果があると考えられる。

VI. 初療看護の専門教育

初療での教育は院内の臨床現場だけでなく、プレホスピタルとインホスピタルと境界のないスタンダードな教育が望まれる。心肺蘇生、外傷初期治療などは、救急看護学会ほか関連する医学会と齟齬がないようにコースが作成されている。スタンダードモデルでは、【専門職教育】の「一次救命処置プロバイダーステータスを達成する」「二次救命処置または ICLS プロバイダーステータスを達成する」「ISLS プロバイダーのステータスを達成する」「外傷看護初期看護（JNTEC）プロバイダーステータスを達成する」とした。

しかし、救急に配属される医療職者はバイトや時短などの勤務体系を取る事が多く、医療機関によっては救急配属となる看護師の経験年数が少なく救急看護師としていかに育てるかが参加者の課題でもあった。そのうえ、院内で体系的な教育指導は行われず、旧態依然の見て学び取る指導が少なからず行われている。

今回のインタビュー対象者は救急看護認定看護師からであるが、「振り返り」は17回出現している。タグ語として17回は多く語られたといえる語である。振り返りとはただ単に自分の行ったことについて考えて見ることであるが、さまざまな視点から「居心地の悪い状況を乗り越えて新しい情報や視点を取り込んでいくうちに新しい視点や新しい理解が次第に解決を導き、同時にそれらが内在化していく」（Tanner A & 和泉成子, 2000）救急医療現場は煩雑で決して居心地のよい場とはいえないが、それらを超えるために「救急看護の基礎力を付けた指導者は待てない臨床対応と学習者を中心とした関係性の中で、経験と省察を繰り返して成長していく」（佐伯悦彦, 中村康則, & 向後千春, 2018）ことが明らかにされている。つまりは、今回の救急看護師としての基礎力を身につけた認定看護師らの教育方法が支持されたことにもなる。二次救急医療機関全てに救急看護認定看護師を配置することはできないまでも救急看護基礎力を付けられるよう人員看護管理者には支援が求められる。

VII. 研究の限界と課題

最後に、本研究の限界について言及し、今後の課題について展望する。まず、第一に、調査データについて述べる。本研究では、救急看護認定看護師を対象にデータ収集を行った。認定看護師は卓越した実践者であり、二次救急のスタンダードを理解した上での語り（インタビューデータ）であったとしても卓越性ではなく汎用性のあるスタンダードモデル開発に至ったかは確証が得られていない。

第二には用いたデータの経年である。救急医療は医療法によって定められる医療提供体制の影響を受ける。この研究期間に改定はあったが、地域保健医療計画の変更はなく、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の5事業に変更はなく、影響は少ないと考え進めたが、現状の調査は行えていない。

第三に分析方法についてである。質的データ分析の客観性の追求で計量分析を行ったが、品詞別にどの品詞を分析に用いるか、jaccard係数をどう読み解くかは分析者の判断に委ねられ感覚的な判断を用いることもあった。ただし、数量的に語をみながら分析できることは一般的な質的分析よりも特徴を捉えやすかった。いずれにしても KHcoder の機能および統計的分析を全て利用した訳でなく次回への課題としたい。

今後の研究においては、先の2つの課題についてのさらなる検証が必要である。今後、スタンダードモデルをスタンダードとするためにも二次救急医療機関の初療で勤務する看護師に承認を得るとともに複数の研究者による詳細な検討が行なわれることが必要と考える。

第7章 結論

I. 研究のまとめ

(1) 二次救急医療機関の初療看護について、8つのセグメントと45項目によるスタンダードモデルを作成した。

(2) トリアージは重要な役割として抽出されたが、二次救急の特色として、重症度に合わせた受け入れ機関を適切に判断することが挙げられた。

(3) スタンダードの予測する、判断するというセグメントは、先行研究との一致も見られた。

(4) 身体的側面だけでなく社会生活面についても説明にとどまるのではなく社会保障が使えるところまで介入していた。

(5) 看護師は院内の多職種連携と地域の医療連携が円滑に進むよう調整役割を行っていた。

第8章 謝辞

本研究を進め論文をまとめるにあたり、つねに暖かく見まもり、ご指導を賜りました上泉和子先生に、心より感謝申し上げます。救急看護の専門的な知見をご教授くださった札幌市立大学の中村恵子先生に深く感謝いたします。リボウィッツ志村よし子先生には、なかなか結果の出ない研究にも最後までエールを送ってくださり力づけていただきました。角濱春美先生からは共感性高いご意見をいただきました。皆様方には重ね重ね深く感謝いたします。

最後に本研究にご協力いただいた救急看護認定看護師の仲間はこの場を借りて、こころより感謝いたします。

第9章 文献

- Association, A. N. (1998). *Standards of clinical nursing practice*: American Nurses Pub.
- Association, E. N. (1999). *Standards for Emergency Nursing Practice (4th Edition ed.)*.
- 明石恵子, 小倉ひとみ, 浅香えみ子, 坂口桃子, 山勢善江, 中村恵子, & 日本救急看護学会調査研究委員会. (2005). 初期・二次救急医療施設勤務者の日本救急看護学会に対するニーズの調査. *日本救急看護学会雑誌*, 6(2), 38-49.
- 付録 E 臨床看護実践基準 第2版(1998年)(総特集 アメリカ看護師協会「看護実践の範囲と基準」全訳--付録:ジェネラリスト・ナースの国際能力基準フレームワーク 基本的助産業務に必須な能力)--(アメリカ看護師協会「看護実践の範囲と基準」). (2006). *インターナショナルナースング・レビュー*, 29(3), 68-82.
- 有賀徹, 井上徹英, & 上嶋権兵衛. (2000). 特別寄稿 救急医療における質の評価. *病院*, 59(8), 690-696.
- Carter, A. J., & Chochinov, A. H. (2007). A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *Cjem*, 9(4), 286-295.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3), 166-206.
- 江口秀子, & 明石恵子. (2017). 救急部で勤務する看護師の臨床判断の実態および救急経験年数と所属施設の救急医療体制との関連. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 13(3), 49-60. doi:10.11153/jaccn.13.3_49
- Ellwood, P. M. (1988). Shattuck lecture--outcomes management. A technology of patient experience. *New England Journal of Medicine*, 318(23), 1549-1556. doi:10.1056/nejm198806093182327
- Freund, D. A., Dittus, R. S., Fitzgerald, J., & Heck, D. (1990). Assessing and improving outcomes: total knee replacement. *Health services research*, 25(5), 723.
- 樋口耕一. (2014). *社会調査のための計量テキスト分析：内容分析の継承と発展を目指して*. 京都: ナカニシヤ出版.
- 本田可奈子, 三宅千鶴子, 八尾みどり, & 豊田久美子. (2012). 三次救急外来において看護師が特に重要と考える看護実践. *人間看護学研究*(10), 15-24. doi:info:doi/10.24795/nk010_015-024
- Irvine, D., Sidani, S., & Hall, L. M. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 16(2), 58.
- 岩切由紀, 吉永喜久恵, & 江川幸二. (2011). 2次救急初期治療の場における看護ケアの構造. *日本救急看護学会雑誌*, 13(2), 29-41.
- 飯塚悦功. (2007). 糖尿病教育・看護における標準化への挑戦 標準化の意義について考える. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 11(1), 67-74.

- 石田基広, & 金明哲. (2012). コーパスとテキストマイニング. 東京: 共立出版.
- 岩本満美, 岩本幹子, & 高岡勇子. (2014). 救急初療看護における臨床経験による臨床判断の差異:初療経験 1 年目と 5 年目以上の看護師のインタビューから. 日本救急看護学会雑誌, 16(2), 13-22. doi:10.18902/jaen.16.2_13
- 皆見英代. (2008). 「規準」と「基準」・'criterion'と'standard'の区別と和英照合--教育評価の専門用語和訳に戸惑う. 国立教育政策研究所紀要, 137, 273-281.
- 上泉和子ほか (2006) Web 版看護ケアの質評価総合システムを用いた看護の質評価に関する研究 <http://nursing-qi.com/> 2008.02
- 上泉和子. (2010). 看護 QI 開発の歴史 (看護ケアの質評価と改善--研究の成果と今後の発展に向けて) -- (看護ケアの質評価・改善システムについて). 看護研究, 43(5), 373-376.
- 片田範子ほか (1996) 看護ケアの質を構成する構成要素に関する質的研究 看護研究, 29 (1), 医学書院.
- Kipp, K. M. (2001). Implementing nursing caring standards in the emergency department. *Journal of Nursing Administration*, 31(2), 85-90.
- 桐本ますみ, 高見沢恵美子, & 石田宜子. (2017). 二次救急外来の成人患者の電話トリアージで看護師が感じる困難と対処および影響要因. 日本救急看護学会雑誌, 19(2), 1-8. doi:10.18902/jaen.19.2_1
- 清村紀子. (2008). 看護介入に影響する要因間の構造の救急形態別比較. 日本救急看護学会雑誌, 9(3), 8-23.
- 木澤晃代. (2010). 救急看護の概念 : 救急看護とは何か (第 11 回日本救急看護学会学術集会報告) -- (交流集会 救急看護の概念). 日本救急看護学会雑誌, 12(1), 37-39.
- 厚生労働省. (2013). 救急医療体制等のあり方に関する検討会. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_127326.html
- 厚生労働省. (2015). 保健医療 2035 提言書 [Press release]. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000088369.html>
- 厚生労働省医政局長通知. (1977). 救急医療対策事業実施要綱. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta6774&dataType=1&pageNo=1.
- Krippendorff, K. (1980). 三上俊治他訳 (1989): メッセージ分析の技法―「内容分析」への招待―: 勁草書房, 東京.
- 救急医療委員会. (2014). 平成 25 年度救急医療アンケート調査結果 (0385-9363). Retrieved from <http://search.jamas.or.jp/link/ui/2015004351>
- 道又元裕, & 佐藤憲明. (2007, 2006 年 3 月). クリティカルケア看護師はミニドクターを目指すのか? Paper presented at the 日本クリティカルケア看護学会誌, 大阪 第 33 回日本集中治療学会
- 森島千都子, & 當目雅代. (2016). 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, 12(1), 49-59.
- 根生とき子. (2015). 看護管理者が管理のために行う夜間勤務の現状と課題. 群馬パ

- ース大学紀要(19), 47-60.
- 日本救急医学会. (2007). 全国救命救急センター設置状況. Retrieved from <http://www.jaam.jp/html/shisetsu/qc-center.htm>.2008.09.28
- 日本看護協会.(2018). 分野別都道府県別登録者検索. Retrieved from <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>.2018.12.20
- 日本看護協会調査研究課編.(2002). 2001年病院における夜間保安体制ならびに外来等夜間看護体制関係職種の夜間対応体制に関する実態調査. Retrieved from <https://ci.nii.ac.jp/naid/50001134073/>
- 西村聖子, 吉田和枝, & 小幡光子. (2013). 二次救急医療施設の救急初療における看護ケアの分析. Paper presented at the 日本看護研究学会雑誌.
- 佐伯悦彦, 中村康則, & 向後千春. (2018). 救急医療現場における看護 OJT 指導者の成長プロセス. 日本教育工学会論文誌, 41(Suppl.), 049-052. doi:10.15077/jjet.S41030
- 坂口桃子, 作田裕美, 百田武司, & 荒井蝶子. (2005). 救急初療における看護の機能と役割 看護師のとり行動と看護ケアの提供様式の特徴から. 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 3(1), 25-32.
- 総務省消防庁. (2018). 平成 30 年 救急・救助の現況. Retrieved from
- Tanner ,A., & 和泉成子. (2000). 看護実践における Clinical Judgement.インターナショナルナーシング・レビュー, 123, 66-77.
- Taylor, J. W. (1991). Development of clinical practice standards for nurses. Quality Assurance and Utilization Review, 6(3), 72-75.
- 高橋章子, 舘山光子, 長谷川陽子, & 斉藤理代. (2005). 救急看護師に期待される役割と能力に関する研究(その 1). 日本救急看護学会雑誌, 6(2), 6-12.
- 梅津和子, 萩原明人, & 信友浩一. (2003). 医療コミュニケーションを妨げる曖昧な言語表現について
- Weller, J. M., Barrow, M., & Gasquoine, S. (2011). Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. Medical Education, 45(5), 478-487.
- 山口真有美, 瀬戸奈津子, & 清水安子. (2018). 初期・二次救急外来における入院せず帰宅する患者に対する救急看護認定看護師の看護実践. 日本看護科学会誌, 38, 176-183. doi:10.5630/jans.38.176
- 山崎加代子. (2006). 看護師の緊急性の判断に関する研究 初期-三次対応の救急外来において. 日本救急看護学会雑誌, 7(2), 7-16.
- 山勢善江, 山勢博彰, & 立野淳子. (2013). 救急・クリティカル領域における家族看護の構造モデル. 山口医学, 62(2), 91-98. doi:10.2342/ymj.62.91
- 用語の理解に関する調査. 医療と社会, 13(3), 3_103-103_119. doi:10.4091/iken.13.3_103

平成 21 年 1 月 29 日

《所属施設名》

救急看護認定看護師

《氏名》様

酷寒のみぎり，時下ますますご清祥の段，お慶び申し上げます．私は，青森県立保健大学で救急看護についての教育を行いながら，青森県立保健大学博士後期課程 看護学分野 看護マネジメント領域で『看護の質』について学びを深めています．今回博士論文として『二次救急医療施設の初療看護ケアの標準化に関する研究』をテーマに研究を行っています．

つきましては《氏名》様に看護ケアの標準についてご意見を伺いたく連絡をさせていただきました．二次救急医療施設の初療看護ケアの標準とはなにか，初療看護ケアで利用者（患者）の健康成果に連続すると予想される成果はなにかについて，また日頃お考えになっている初療看護ケアについてご意見を伺いたいと思います．

ご意見をいただく際には他施設の 5 名の方とのグループインタビューの形式を取らせていただきます．下記内容をお読みになり，研究参加への承諾をいただけましたら，改めてグループインタビューの内容と参加者のお名前をお送りいたしたいと思います．

グループインタビューは，2～3 回に分けて 1 回 2 時間程度を予定しております．研究の趣旨，倫理的配慮をお読みのうえ，ご協力をお願いいたします．

ご同意のいただける際には同封の封書にて承諾書と口座申請書（交通費支払いのため），2 回目のインタビュー可否日を 2 月 9 日（月）までにご返送下さい．

また，この調査に関しまして，ご不明な点やご質問等ございましたら，下記の連絡先にお問い合わせ下さい．ご多忙中のところ誠に恐縮ではございますが，本研究の趣旨をご理解の上，ご協力のほどお願い申し上げます．

記

研究概要

1. 調査内容

- 1) 初療救急看護の標準とはなにか．
- 2) 初療救急看護ケアを行うことで患者の健康成果に連続すると予想される成果はなにか

2. 調査方法：2 時間程度のグループインタビュー（集団面接）

3. 調査日時：1 回目 3 月 8 日（日）13 時～15 時ごろ ， 2 回目 4 月中旬ごろ
4. 調査場所：1 回目フィットネスホテル名古屋 2 階会議室
5. 交通費等：実費支給 薄謝

6. 倫理的配慮：

- 1) この研究は青森県立保健大学研究倫理委員会の倫理審査を受けています。
- 2) 研究参加者の権利を守るため、面接時に研究者の身分、研究目的・内容を明らかにいたします。
- 3) 調査への参加は自由意思であり、面接調査途中で中断や打ち切りは自由に行えます。また、個人や施設が行なっているケアの質を評価するものではありません。また、調査への不参加によって不利益が生ずることはありません。
- 4) 面接はプライバシーが守れる場所で行います。ご同意がいただけましたら、インタビュー内容は録音機器にて録音をさせていただきたいと思っております。インタビュー・録音の同意をいただいた後も、インタビュー・録音の中断、打ち切りは自由に行えます。録音データに関しては、鍵のかかる場所に保管し、研究者が逐語録に起こしました後は責任を持って消去いたします。
- 5) お話しいただいた内容についての秘密は厳守し、面接内容はデータとして処理いたしますので施設名・個人が特定されることはありません。また、研究、専門学会・学会誌等への発表、教育以外の目的では使用いたしません。
- 6) 同意書（研究者控、研究参加者控）によって承諾とします。
- 7) この研究調査で倫理的に個人の権利が侵害されたとお感じになったときには、本学研究倫理委員会にご連絡下さい。

研究についての連絡先

〒 030-0944 青森市浜館字間瀬 5 8 - 1
青森県立保健大学 健康科学部看護学科 平尾明美電話
&FAX 017-765-2033 (研究室) 携 帯 電 話e-mail
a_hirao@auhw.ac.jp

指導教員 看護マネジメント領域 教授 上泉和子連
絡 先 電話&FAX 017-765-2044 (研究室)

青森県立保健大学研究倫理委員会
青森市浜館字間瀬 58-1 電話 (017) 765-2000
大学の代表番号ですので必ず『研究倫理委員会へ』とお伝え下さい

平成 21 年 1 月 29 日

《所属施設名》

看護部長 《看護部長》様

研究協力依頼（案内）

酷寒のみぎり，時下ますますご清祥の段，お慶び申し上げます．私は，青森県立保健大学で救急看護についての教育を行いながら，青森県立保健大学博士後期課程 看護学分野 看護マネジメント領域で『看護の質』について学びを深めています．今回博士論文として『二次救急医療施設の初療看護ケアの標準化に関する研究』をテーマに研究を行っています．

つきましては貴院 救急看護認定看護師《氏名》様に看護ケアの標準化についてご意見を伺いたく連絡をいたしております．ご意見をいただく内容は二次医療施設の初療看護ケアの標準はなになのか，そのケアで利用者（患者）の健康成果に連続すると予想される成果はなににかについて，また日頃お考えになっている初療看護ケアについてとなります．

ご意見をいただく際には《氏名》様と同じく二次救急医療施設でご活躍の他施設の 5 名の方と 2～3 回グループインタビューの形式をとります．

ご多忙中のところ誠に恐縮ではございますが，《氏名》様の本研究への協力についてご理解のほどお願い申し上げます．

記

研究概要

1. 調査内容

- 1) 初療救急看護の標準とはなににか．
- 2) 初療救急看護ケアを行うことで患者の健康成果に連続すると予想される成果はなににか

2. 調査方法：2時間程度のグループインタビュー（集団面接）

3. 調査日時：1 回目 3 月 8 日（日）13 時～15 時ごろ ， 2 回目 4 月中旬ごろ

4. 調査場所：1 回目フィットネスホテル名古屋 2 階会議室

5. 交通費等：実費支給 薄謝

6. 倫理的配慮：

- 1) この研究は青森県立保健大学研究倫理委員会の倫理審査を受けています。
- 2) 研究参加者の権利を守るため、面接時に研究者の身分、研究目的・内容を明らかにいたします。
- 3) 調査への参加は自由意思であり、面接調査途中で中断や打ち切りは自由に行えます。また、個人や施設が行なっているケアの質を評価するものではありません。また、調査への不参加によって不利益が生ずることはありません。
- 4) 面接はプライバシーが守れる場所で行います。ご同意がいただけましたら、インタビュー内容は録音機器にて録音をさせていただきたいと思えます。インタビュー・録音の同意をいただいた後も、インタビュー・録音の中断、打ち切りは自由に行えます。録音データに関しては、鍵のかかる場所に保管し、研究者が逐語録に起こしました後は責任を持って消去いたします。
- 5) お話しいただいた内容についての秘密は厳守し、面接内容はデータとして処理いたしますので施設名・個人が特定されることはありません。また、研究、専門学会・学会誌等への発表、教育以外の目的では使用いたしません。
- 6) 同意書（研究者控、研究参加者控）によって承諾とします。
- 7) この研究調査で倫理的に個人の権利が侵害されたとお感じになったときには、本学研究倫理委員会にご連絡下さい。

研究についての連絡先

〒 030-0944 青森市浜館字間瀬 5 8 - 1
青森県立保健大学 健康科学部看護学科 平尾明美電話
&FAX 017-765-2033 (研究室) 携 帯 電 話 e-mail
a_hirao@auhw.ac.jp

指導教員 看護マネジメント領域 教授 上泉和子連
絡 先 電話&FAX 017-765-2044 (研究室)

青森県立保健大学研究倫理委員会
青森市浜館字間瀬 58-1 電話 (017) 765-2000
大学の代表番号ですので必ず『研究倫理委員会へ』とお伝え下さい

平成 21 年 1 月 29 日

《所属施設名》

院長 《院長》様

研究協力依頼（案内）

酷寒のみぎり，時下ますますご清祥の段，お慶び申し上げます．私は，青森県立保健大学で救急看護についての教育を行いながら，青森県立保健大学博士後期課程 看護学分野 看護マネジメント領域で『看護の質』について学びを深めています．今回博士論文として『二次救急医療施設の初療看護ケアの標準化に関する研究』をテーマに研究を行っています．

つきましては貴院 救急看護認定看護師《氏名》様に看護ケアの標準化についてご意見を伺いたく連絡をいたしております．ご意見をいただく内容は二次医療施設の初療看護ケアの標準はなになのか，そのケアで利用者（患者）の健康成果に連続すると予想される成果はなににかについて，また日頃お考えになっている初療看護ケアについてとなります．

ご意見をいただく際には《氏名》様と同じく二次救急医療施設でご活躍の他施設の 5 名の方と 2～3 回グループインタビューの形式をとります．

ご多忙中のところ誠に恐縮ではございますが，《氏名》様の本研究への協力についてご理解のほどお願い申し上げます．

記

研究概要

1. 調査内容
 - 1) 初療救急看護の標準とはなににか．
 - 2) 初療救急看護ケアを行うことで患者の健康成果に連続すると予想される成果はなににか
2. 調査方法：2時間程度のグループインタビュー（集団面接）
3. 調査日時：1 回目 3 月 8 日（日）13 時～15 時ごろ ， 2 回目 4 月中旬ごろ
4. 調査場所：1 回目フィットネスホテル名古屋 2 階会議室
5. 交通費等：実費支給 薄謝

6. 倫理的配慮：

- 1) この研究は青森県立保健大学研究倫理委員会の倫理審査を受けています。
- 2) 研究参加者の権利を守るため、面接時に研究者の身分、研究目的・内容を明らかにいたします。
- 3) 調査への参加は自由意思であり、面接調査途中で中断や打ち切りは自由に行えます。また、個人や施設が行なっているケアの質を評価するものではありません。また、調査への不参加によって不利益が生ずることはありません。
- 4) 面接はプライバシーが守れる場所で行います。ご同意がいただけましたら、インタビュー内容は録音機器にて録音をさせていただきたいと思っております。インタビュー・録音の同意をいただいた後も、インタビュー・録音の中断、打ち切りは自由に行えます。録音データに関しては、鍵のかかる場所に保管し、研究者が逐語録に起こしました後は責任を持って消去いたします。
- 5) お話しいただいた内容についての秘密は厳守し、面接内容はデータとして処理いたしますので施設名・個人が特定されることはありません。また、研究、専門学会・学会誌等への発表、教育以外の目的では使用いたしません。
- 6) 同意書（研究者控、研究参加者控）によって承諾とします。
- 7) この研究調査で倫理的に個人の権利が侵害されたとお感じになったときには、本学研究倫理委員会にご連絡下さい。

研究についての連絡先

〒 030-0944 青森市浜館字間瀬 5 8 - 1
青森県立保健大学 健康科学部看護学科 平尾明美電話
&FAX 017-765-2033 (研究室) 携 帯 電 話 e-mail [REDACTED]
a_hirao@auhw.ac.jp

指導教員 看護マネジメント領域 教授 上泉和子連
絡 先 電話&FAX 017-765-2044 (研究室)

青森県立保健大学研究倫理委員会
青森市浜館字間瀬 58-1 電話 (017) 765-2000
大学の代表番号ですので必ず『研究倫理委員会へ』とお伝え下さい

研究者控え

同 意 書

青森県立保健大学
健康科学研究科 博士後期課程
平尾 明美 殿

私は、研究概要、および倫理的配慮について十分な説明を受け、その趣旨
を理解し賛同したので『二次救急医療施設の初療看護ケアの標準に関する研究』
に協力すること、およびその際に録音することに同意いたします。

2009年 月 日

氏名 _____

参加者控

同 意 書

青森県立保健大学
健康科学研究科 博士後期課程
平尾 明美 殿

私は、研究概要、および倫理的配慮について十分な説明を受け、その趣旨を理解し賛同したので『二次救急医療施設の初療看護ケアの標準に関する研究』に協力すること、およびその際に録音することに同意いたします。

2009年 月 日

氏名 _____

*後日研究者控をコピーしお渡しします。それまでの控えとしてお持ちください。

グループインタビューの進め方

1. 研究者自己紹介

(所属施設, 年齢, 看護経験年数)

2. 研究の概要 (送付資料の確認)

研究倫理の説明

Nurse Role Effectiveness Model を基にした概念の説明

日本看護協会 看護業務基準について

Nursing Caring Standards について

グループインタビューに際してのお願い

- ・他人を批判しない
- ・他の人の話を遮らない
- ・個人的な内容が出たときには, この場所以外での他言はしない

3. 各研究協力者自己紹介

4. インタビュー

1) 初療救急看護の標準となる看護ケアはなにか.

Nursing Caring Standards に挙げられた項目についての意見

日本看護協会 業務基準について

2) 初療看護ケアを行うことで患者の健康成果に連続すると予測される成果はなにか

研究者はファシリテーターとしての役割を担う.

5. 次回日程案内

グループインタビュー次第

日時：3月8日（日）13時～15時予定

場所：フィットネスホテル名古屋 2階会議室

1. はじめに（研究者の自己紹介）

2. 研究の概要

- 1) 研究倫理についての説明
 - 2) 二次医療施設についての説明
 - 3) Nurse Role Effectiveness Model を基にした概念枠組みの説明 4)
- 研究方法の説明
- 5) 研究への確認（研究協力と録音の承諾）

グループインタビューに際してのお願い

- ・他人を批判しない
 - ・他の人の話を遮らない
 - ・個人的な内容が出たときには、この場所以外での他言はしない
- 研究者はファシリテーターとしての役割を担う。

3. 各研究協力者自己紹介

（所属施設，年齢，看護経験年数，所属施設の概要など）

4. グループインタビューのテーマ

➔ 1回目

○初療救急看護の標準となる看護ケアはなにか

- 二次救急医療施設の看護の特徴，役割はなにか
- 救急における治療として看護にもとめられる役割はなにか
- 救急医療（プレホスピタル）の中での看護の役割はなにか

➔ 2回目以降

- 1回目の内容確認と意見追加

○初療看護ケアで患者の健康成果に連続すると予測される成果はなにか

图表

図 1 看護師役割有効性モデル

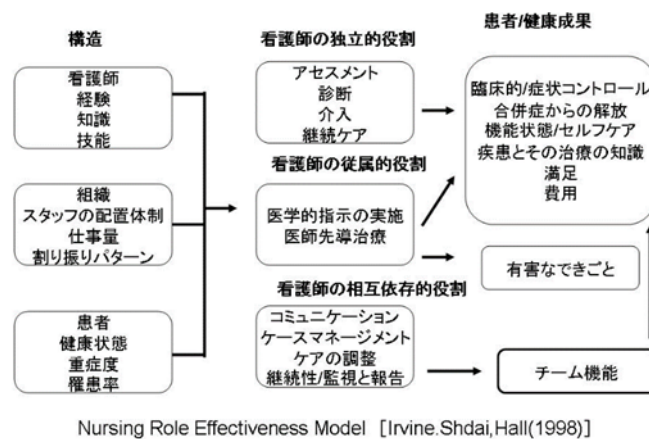


図2 コンコーダンス (KWIC) の使用の実際

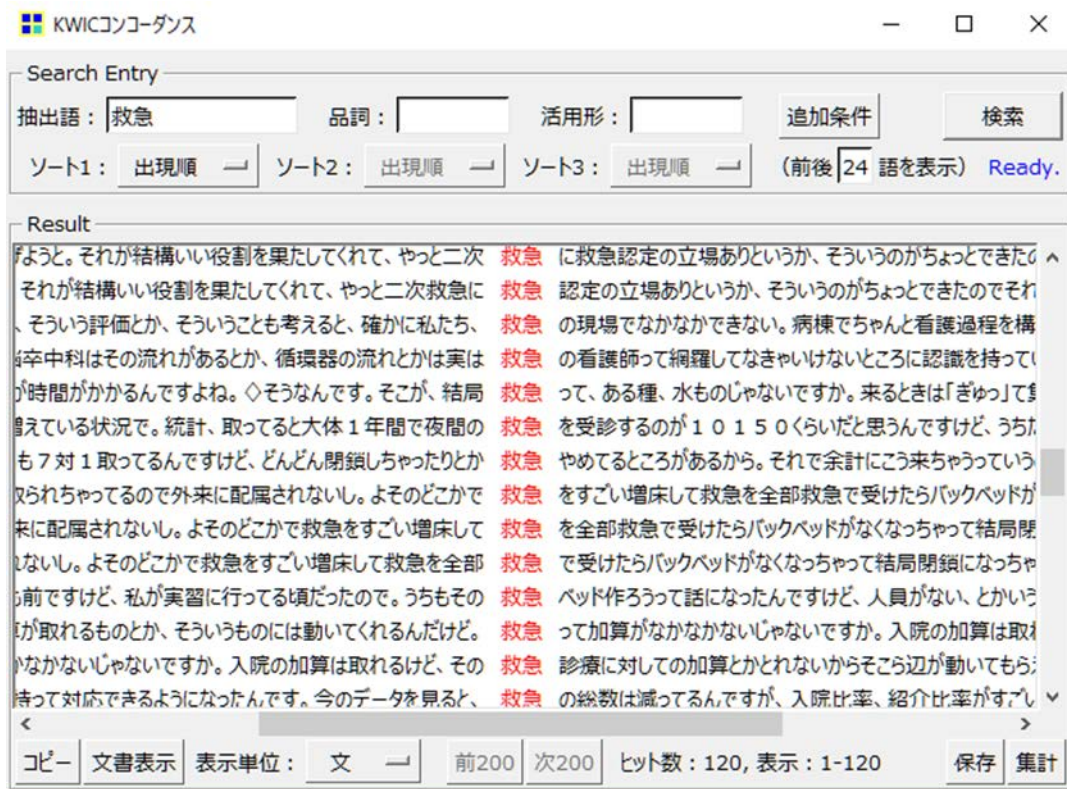


図3 外部変数を指定した対応分析

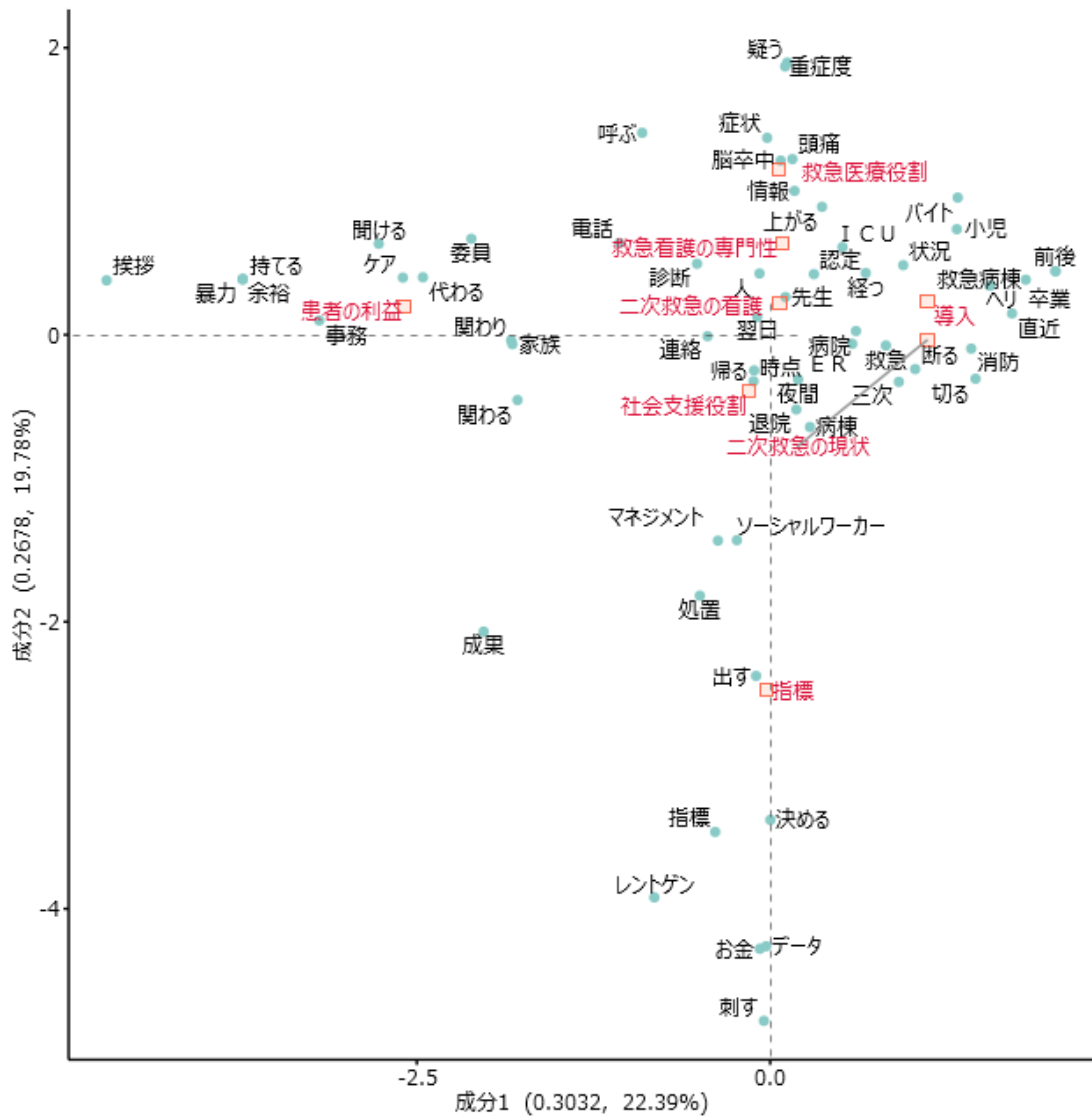


表 1 標準化された用語と定義

用語	
Standards of care	Level of care the patients can expect to receive (患者が受けることが期待できるケアのレベル)
Standards of practice	Expectations for the competence, experience, and education of the nurse (看護師の能力、経験および教育への期待)
Performance standards	Behavioral statements that reflect levels of performance within a job classification (職務分類内のパフォーマンスのレベルを反映する行動に関する生命)
Policy	Human, environmental, and material resources needed to deliver patient care (患者ケアを提供するために必要な人的、環境的、および物質的なリソース)
Procedure	Step-by-step outline of how to perform a psychomotor skill (精神運動スキルを実行する方法の段階的概要)
Protocol	Nursing management of common patient care problems without regard to a specific medical diagnosis (特定の医療診断を考慮せずに一般的な患者ケア問題の看護管理)
Nursing diagnosis	Human responses to actual or potential problems that nurses are capable and licensed to treat (看護師が治療することが可能であり、認可されている実際のまたは潜在的な問題に対する人間の対応)

表2 対象者の背景

対象者	地域	設置主体	病床数	認定看護師年 数	看護師 経験年数	職位
A	中部	社会福祉法人	740	11	20	師長
B	東北	都道府県・市 町村	320	2	22	スタッフ
C	関東	厚生連	400	4	20	スタッフ
D	関東	会社	670	4	16	スタッフ
E	近畿	都道府県・市 町村	400	3	20	師長
F	近畿	医療法人	230	11	24	副看護部長

表 3 語の出現回数

出現回数	度数 (%)		累積度数 (%)	
1	1006	(47.12)	1006	(47.12)
2	352	(16.49)	1358	(63.61)
3	207	(9.70)	1565	(73.30)
4	102	(4.78)	1667	(78.08)
5	94	(4.40)	1761	(82.48)
6	50	(2.34)	1811	(84.82)
7	30	(1.41)	1841	(86.23)
8	36	(1.69)	1877	(87.92)
9	29	(1.36)	1906	(89.27)
10	30	(1.41)	1936	(90.68)

表 4 追加語（タグ）出現回数 4 回以上一覧表

看護師(125)	師長(18)	JPTEC(7)	経験知(5)
二次(114)	振り返り(17)	10対1(6)	研修医(5)
三次(88)	プレホスピタル(13)	ISLS(6)	重症度(5)
ICU(54)	救急科(13)	メンタル(6)	地域医療(5)
トリアージ(46)	電話対応(13)	危ない(6)	満床(5)
救急車(41)	救急隊(12)	電話トリアージ(6)	JNTEC(4)
救急外来(40)	救急委員会(10)	CCU(5)	TPA(4)
初療(33)	救命センター(10)	メディカルコントロール(5)	トリアージナース(4)
ER(31)	あかん(9)	看護指標(5)	レントゲン技師(4)
一次(26)	ベッドサイド(9)	救急医(5)	救急センター(4)
救命士(24)	救急病棟(9)	救急医療(5)	高エネルギー外傷(4)
かかりつけ(21)	電子カルテ(9)	救急患者(5)	骨盤骨折(4)
CPA(19)	CT(8)	緊急度(5)	多発外傷(4)
7対1(18)	ウォークイン(8)		

表5 名詞、サ変名詞、動詞の各上位50語

名詞	サ変名詞	動詞
病院 (172)、救急 (120)、先生 (117)、患者 (104)、自分 (91)、医者 (60)、病棟 (52)、外来 (41)、ホットライン (40)、情報 (35)、夜間 (35)、スタッフ (31)、システム (30)、能力 (30)、最初 (29)、部分 (29)、家族 (28)、脳卒中 (26)、外科 (22)、現状 (22)、医師 (21)、症状 (19)、重症 (18)、内科 (18)、院内 (17)、ドクター (16)、若手 (16)、委員 (15)、医療 (15)、思い (15)	電話 (69)、看護 (65)、認定 (51)、話 (38)、入院 (35)、判断 (31)、処置 (30)、診断 (28)、経験 (27)、対応 (24)、当直 (22)、勉強 (21)、指示 (18)、夜勤 (18)、一緒 (17)、意見 (16)、関係 (16)、仕事 (15)、治療 (15)、搬送 (15)、連携 (15)、施設 (14)、チェック (13)、受診 (13)、循環 (13)、心配 (13)、管理 (12)、理解 (12)、お願い (11)、教育 (11)	言う (345)、思う (303)、来る (192)、行く (105)、受ける (86)、取る (83)、考える (66)、聞く (59)、入る (58)、診る (53)、持つ (49)、出る (47)、見る (40)、入れる (39)、呼ぶ (36)、分かる (36)、書く (34)、断る (33)、作る (30)、出す (30)、上げる (30)、言える (24)、違う (22)、関わる (22)、頑張る (20)、待つ (19)、上がる (18)、動く (18)、下りる (17)、回す (17)

表 6 頻出 120 語

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
言う	345	入れる	39	違う	22
思う	303	話	38	外科	22
人	238	呼ぶ	36	関わる	22
来る	192	分かる	36	現状	22
病院	172	一応	35	当直	22
看護師	125	情報	35	かかりつけ	21
救急	120	入院	35	悪い	21
先生	117	夜間	35	医師	21
二次	114	書く	34	最近	21
今	109	一番	33	勉強	21
行く	105	初療	33	頑張る	20
患者	104	断る	33	必ず	20
全部	93	早い	32	C P A	19
自分	91	必要	32	今日	19
三次	88	E R	31	症状	19
受ける	86	スタッフ	31	全然	19
取る	83	判断	31	待つ	19
電話	69	システム	30	7 対 1	18
時間	67	作る	30	だめ	18
考える	66	出す	30	確か	18
看護	65	処置	30	知る	16
医者	60	上げる	30	殆ど	16
聞く	59	能力	30	委員	15
入る	58	最初	29	医療	15
多分	56	難しい	29	下	15
I C U	54	部分	29	教える	15
診る	53	家族	28	仕事	15
病棟	52	次	28	思い	15
多い	51	診断	28	指標	15
認定	51	経験	27	治療	15
持つ	49	大きい	27	終わる	15
出る	47	さっき	26	場合	15
前	47	一次	26	状況	15
トリアージ	46	脳卒中	26	増える	15
外来	41	絶対	25	体制	15
救急車	41	救命士	24	熱傷	15
ホットライン	40	言える	24	搬送	15
救急外来	40	対応	24	変わる	15
見る	40	昼間	23	連携	15
結局	39	ほんと	22	マネジメント	14

表 7 外部変数（テーマ）と特徴語

導入		二次救急の現状		二次救急の看護		患者の利益	
卒業	.300	三次	.167	病院	.182	電話	.159
協力	.273	救急	.124	二次	.167	事務	.122
状況	.267	二次	.111	救命士	.167	患者	.121
師長	.250	ヘリ	.089	思い	.167	家族	.107
ベッド	.250	消防	.088	救急外来	.161	看護師	.092
異動	.231	病院	.084	看護	.157	挨拶	.089
導入	.231	救急車	.082	情報	.148	循環	.088
教育	.200	救急外来	.077	看護師	.143	成果	.088
課程	.200	熱傷	.068	提供	.143	診断	.068
看護部長	.200	I C U	.065	救急	.141	ベットサイド	.065
社会支援役割		救急医療役割		救急看護の専門性		指標	
ソーシャルワーカー	.182	情報	.154	先生	.107	処置	.073
夜間	.158	重症度	.154	自分	.105	指標	.071
役所	.143	I C U	.152	ホットライン	.089	病棟	.070
連絡	.120	判断	.143	認定	.083	医者	.063
ハparamedic	.095	現状	.143	電話	.079	部分	.057
支援	.095	力量	.138	システム	.071	能力	.056
社会支援	.095	外科	.111	電話対応	.063	データ	.054
トータル	.091	E R	.103	振り返り	.061	お金	.045
市町村	.091	診断	.103	外科	.060	レントゲン	.045
退院	.091	外来	.102	経験	.060	成果	.044

表8 サブグラフ分析グループを構成する語 (node) とテキストデータ (1)

エッジ	語 (node)	テキストデータ
1	救命センター+卒業	【組織C】の一期生として卒業したんですけど、その卒業と同時に主任から師長に昇格してしまっ
2	顔+見える+関係+やり取り	あとは一つは、顔が見える関係になってくると少しやり取りもスムーズになるかなというところがある。
3	暴力+発生+報告	最近クレーマーも多い、言いがかりみたいなクレーマーも結構あったりとかするので、院外も内も全部含めて、暴力対策委員会ができたので、そこにはやっぱり、救急外来って暴力って一番多いところなので、入って対応するシステムも今作ってはいるところですけど。
3	暴力+発生+報告	あとは数年前から暴力発生報告書みたいなものがあるので、もう、パワハラでもどんどん挙げていけてるので、だいぶ看護師がそこは主張していける。
4	開く+カンファレンス	でも確かに、そうやってカンファレンスを開いたりとかする必要ってほんとに、有るなというのは、有るけど、やっぱりなかなか、ほんとにできない厳しいな思っ
5	背中+影響	早く上げてあげたほうが背中が痛いか云々とか暖かい場所にとか涼しい場所にとかっていう、病態にどれだけ影響するかわからないけれども。
5	背中+押す	断られてもいいけど、背中を押して欲しいっていうか、「これはちょっとうちじゃ無理じゃない、三次に行ってもいいんじゃない」って言ったら、うちの病院で三次でって言われたから三次に行きますみたいな背中を押して欲しい電話ってあるんですよ。
6	お風呂+意識	お風呂で意識消失って言ったっていろいろあるじゃんって言ったら、「溺れる」とか「転んだ」とか、ありとあらゆるものをとりあえず言わせて。
7	メイン+急性+多発外傷	さっきも言いましたけど、急性腹症とかそういうのが割とメインで来ちゃったりとかすることがあってほんとに危ないっていうのは見抜けないっていうのがあって。
7	メイン+急性+多発外傷	やっぱり、急性胃腸炎とか急性感冒炎とか、結構メインを占めてる感じのところ、やっぱり、多発外傷とかの外傷は全然受けられないんです。
8	紹介+減る	内科は内科へ、外科は外科へって紹介をするようにしたならば、患者数が年100人単位ですけど、減ってきてるんですね。
9	研修医+刺す	二次でも研修医の先生方は手首の曲がりとか気にせず利き手であろうがなんであろうがあちこちから刺すじゃないですか。
10	救急委員会+検討	皆さんの病院では救急委員会とかなんかそういう救急外来に関する検討する委員会とあってあります。
11	年間+受け入れる	うちの病院は年間20000人以上の救急患者を受け入れていて、5000件以上の救急車を受け入れています。
12	CT+先	看護師がどっちかという気を利かすのは、「お腹痛いって言ってはるから、腹部のCTとエコーと先に頼んでおきましたよ」とかね。
13	向こう+意見	だから、それを私は今、逆に意見を、「この人はどういう人」って、「向こうに移しても大丈夫」、「モニターを外せる人」とかって、意見を聞くようにしてますね。
14	内科+外科+科	内科、外科、脳外科、循環器、産婦人科の各科担当の当直を回してる感じなので、結構、この科はうちじゃないとか、結構そういうのが多くて。
15	余裕+関わり+気持ち	皆に余裕がちょっと出てきた、家族に対しての関わり方「待っててくださいね」だけじゃなくて、「今こういふふうにしてるのでおまちください」とか。
15	余裕+関わり+気持ち	やっぱり話ができて良かったですと、言われたり、私も自分に余裕が出てくるようになれば救急外来に挨拶に来てくれる人ってすごく増えてるんですよ。
16	ソーシャルワーカー+連絡	まず、その、ソーシャルワーカーに連絡するしないを分かる看護師さんを育てないといけないですよ。
17	挨拶+増える	話をしてもらえただけで落ち着いたと言って、他の病院に入院したにも関わらず、うちに挨拶に来てくれるとかっていうのも増えてくる。
18	診療+補助	診療の補助っていう一次の患者たち、その方々の診療の補助的なものありますよね。
19	CCU+移動+経つ	去年の4月からCCUに異動になってしまったんですけども、【人名C】さんと同じ11期だけ。
20	インホスピタル+プレホスピタル+スタン	スタンダードも病院の看護だけのスタンダードはなくて、医療関わるプレホスピタルからのスタンダードを得とかなないと、すぐずれが生じてしまうし。(重複)
20	インホスピタル+プレホスピタル+スタン	スタンダードも病院の看護だけのスタンダードはなくて、医療関わるプレホスピタルからのスタンダードを得とかなないと、すぐずれが生じてしまうし。(重複)
20	プレホスピタル+スタンダード	「あ、そうなんだ」っていうスタンダードも病院の看護だけのスタンダードはなくて、医療関わるプレホスピタルからのスタンダードを得とかなないと、すぐずれが生じてしまうし。(重複)

表8 サブグラフ分析グループを構成する語 (node) とテキストデータ (2)

エッジ	語 (node)	テキストデータ
21	指標 + 出す	多分自施設のだけだったらいろんな取り方ができるけど、でも、ほんとの二次救急の一般的な指標をどう出すかっていうのは確かにでももうちょっと検討してみて。
22	点滴 + 採血	処置までの時間って考えたらバックヤードじゃなくて純粋に一番最初にレントゲンだろうと採血だろうと、なんかした時点ですよ。
23	身 + つける	二次の人達がトリアージ能力を身に付けてそれはやっぱ三次へってなるのか。
24	地域医療 + 連携	そこにあとその地域医療連携が入ってるのでそこはスムーズにいくのかなっていう気はしま地域医療のところであつたはその [地名 B] 市外のところは全部伝送ネットを持っている
24	地域医療 + 連携	ので C T だけ先にほんと送られてきて、脳卒中科の医者が診て、「それはそちらでどうぞ」で済む場合と、あと、「受けます」という場合があるので。
25	輪番 + 組む	病院も密集していて、ほんとに 20 年以上か分からないんですけど、前から輪番制をきっちり組んでる。
26	骨盤骨折 + 運ぶ	道に倒れてただけしかわからない、発見者も居なくて、運ばれたら骨盤骨折だったというのもあったりとかした。
26	骨盤骨折 + 高エネルギー外傷 + 運ぶ	骨盤骨折とか高エネルギー外傷だったのに、頭部だけと思って輸液を絞って 1 時間半後に救命センターに運ばれて来ていてっていうような事例を受けた時にはやっぱり二次病院がきちんと処置をして然るべき時間に送れるように。
26	骨盤骨折 + 高エネルギー外傷 + 運ぶ	骨盤骨折とか高エネルギー外傷だったのに、頭部だけと思って輸液を絞って 1 時間半後に救命センターに運ばれて来ていてっていうような事例を受けた時にはやっぱり二次病院がきちんと処置をして然るべき時間に送れるように。
27	あかん + 帰す	二次の初療で何が怖いかなんかと言うたら、帰したらあかんような人を帰したという時が怖くて。
28	記録 + 残す	記録に残せば、自分の看護が、関わりがたちには残るので内容はお粗末だったりとかするんですけど、できるだけそういうかたちで、書くということは考えなきゃいけない。
28	記録 + 残す	近くでも、もちろん、「近くにここありますから、ちょっと早い受診がいいと思うので、そちらのほうに行ったらどうですか」とか、そういうのももちろんしてるし、記録も残してる。(重
28	記録 + 残す	C P A のときは逆にできるだけ「私がここ見てるから、家族のとこ行ってきて」って行かせて関わらせるとか、それは必ず記録に残させる。
28	記録 + 残す	近くでも、もちろん、「近くにここありますから、ちょっと早い受診がいいと思うので、そちらのほうに行ったらどうですか」とか、そういうのももちろんしてるし、記録も残してる。(重
29	疾患 + 疑う	その症状説明とこういう症状があったならばこの疾患とこの疾患を疑って、軽いほうかもしれないけど。
30	梗塞 + 頭 + 血圧 + コントロール	そこで診断がついたら例えば頭の場合やったら脳梗塞やった、脳出血やったら言ったら血圧をどうコントロールするか。
30	梗塞 + 頭 + 血圧 + コントロール	梗塞やったら血圧を維持するとか、パーツパーツで診断が付きながらのなかでいるんな、診断ラベルじゃないんだけど、判断をしながら考えてやってると思うんですよ。
31	ヘリ + 飛ぶ	ヘリが飛んで行って [病院 G] が張り切って飛んでいくんだけど、微妙に患者をいろんなところにばらまいてる。
32	電カル + 拾う + 取り込み	手書きでスキャナー取り込みであつて電子カルテと言えば電子カルテなんですけど、なのでそこを拾っていくしかないだろうなっていうのは思う。
33	ショックバイタル + 輸液 + 体温 + 目標	循環血液量減少してるから、まず輸液で、ショックバイタルに至らせないっていうのが目標であつて、その次は低体温にさせない。
34	ISLS + コース + ミニ + 空く	今ちよどまた、年度末でこう、新しい人達が下りてくるので、チェック項目を増やして、ミニ ISL 構造コースとかミニ I C L 構造コースでは空いた時間にやっていくチェックリストを作って今それをやってようやく。
35	転医 + 搬送	三次に転院搬送するっていうその見極めができないといけないう気はしま
36	重症度 + 緊急度	二次で対応する患者さんの症状の重症度緊急度の判断はもともと難しいのに、そこを求められる。
37	J P T E + J N T E C	そこは簡潔明瞭に聞けるように J P T E C や J N T E C の M I S T で区切りをつけて。

表 9 比較分析 基準の概要

タイトル	看護業務基準	Standard of Emergency Nursing Practice (4th Edition)
開発された基準	看護実践の要求レベルを示す	救急看護実践基準
開発者	日本看護協会	アメリカ救急看護師協会
開発資源	医療機関の看護管理者、看護教員、看護職者	NP、CNS、看護管理者、看護職者
公開年	2016 年(初版 1995、2006)	1999 年(初版 1975 年)
特徴	看護実践の基準と看護実践の組織化の基準からなる	Standard of Clinical Nursing Practice 第 2 版に添った構成

表10 スタンダード一覧表 (2)

看護業務基準		Standards of Practice for Emergency Nursing Practice		研究				
項目	下位項目	基準	項目	測定標準	種	テキストデータ	スタンダードモデル案	
1-2-4	主治の医師の指示のもとに医療行為を行い、反応を観察し、適切に対応する。	看護職は、保健師助産師看護師法第37条が定めるところに基づき主治の医師の指示のもとに医療行為を行う。人の生命、人としての尊厳及び権利に反する場合は、疑義を申し立てる。看護職は、各自の免許に応じて以下の点についての判断を行う。				診療+補助	診療の補助という一次患者たち、その方々の診療の補助的なものがありますよね。	医師の指示のもとに医療行為を行う。 医療行為への反応を観察し、適切に対応する。
1-2-5	緊急事態とは、極度に生命が危機にさらされている状態で、災害時も含まれる。このような事態にあって看護職は、直面している状況をすばやく把握し、必要な人的資源を整え、的確な救命救急処置を行う。	1アセスメント:各患者の主訴、年齢、認知レベル、および社会的状況に関連するデータの迅速で体系的な収集を実施して、患者の重症度およびあらゆる当面の身体的または心理社会的ニーズを判断するのに十分な情報を得る	7-1-1-1	主観的かつ客観的なデータを収集し、救急医療システムに入る各患者に主訴を焦点とした集中評価を実施する	お風呂+意識	お風呂で意識消失して言っていないというあるじゃんって言ったら、「溺れる」とか「転んだ」とか、ありとあらゆるものをとりあえず言わせて。	主観的および客観的なデータから重症度、緊急度の高い疾患を念頭に置く	
			7-1-1-2	確立されたトリアージ基準に従って患者を適時に評価する			早急にトリアージを開始する。	
			7-1-2-1	トリアージのアセスメント段階の役割モデルと中心人物となる	背中+押す	断られてもいいけど、背中を押して欲しいというか、「これはちょっとうちじゃ無理じゃない、三次に行ってもいいんじゃない」って言ったら、うちの病院で三次でって言われたら三次に行きますみたいな背中を押して欲しい電話ってあるんですよ。	電話を受けた段階から限られた情報でアセスメントを行う 患者家族へ適切な医療機関を勧める	
			7-1-2-2	年齢別ガイドラインや不定愁訴プロトコルなど、トリアージ評価システムの開発、実装、および/または改訂に参加する				
			7-1-2-3	トリアージアセスメントを文書化するためのツールの開発、実装、および/または改訂に参加する				
			2診断:診断:評価段階で収集された情報を分析して、身体的心理社会的な重症度、および教育上のニーズを判断する	7-2-1-1	患者の病態の重症度を区別する	メイン+急性	さっきも言いましたけど、急性腹症とかさういうのが割とメインで来ちゃったりとかすることがあってほんとに危ないっていうのは見抜けないっていうのがあって。	患者の病態の重症度を区別する。
			7-2-1-2	可能であれば、看護診断や共同問題を特定する				
			7-2-2-1	非定型であるか微妙な定義している看護診断および/または共同の問題を特定する				
			7-2-2-2	トリアージの確認、共同問題の同定および/または看護診断の確証のため役割モデル、中心人物として機能する看護診断および/または共同問題、利用可能なリソース、患者の能力、ならびに患者および他の医療提供者からの入力に関する成果を定例化する				
			3結果の識別:個別的期待される結果は、患者ごとに特定される	7-3-1-1	有言転帰のために高リスクで患者を確認するために、非定型の症状に対処する			
			7-3-2-1	結果検証の役割モデルと中心人物としての機能				
			7-3-2-2	結果検証の役割モデルと中心人物としての機能				
			4計画:身体的、心理社会的、そして教育的ニーズの緊急性が決定され、そして期待される結果を達成するための行動方針が定式化する	7-4-1-1	患者の問題の救急性を区別し、患者の重症度に基づいてケアへのアクセスを優先する	紹介+減る	内科は内科へ、外科は外科へって紹介をするようにしたならば、患者数が年100人単位ですけど、減ってきてるんですけど。	電話やウオーキング患者に重症度に応じた医療機関を紹介する。
			7-4-1-2	評価、診断、アウトカムの識別、および重症度に基づいて、患者を適切な治療領域に向かわせる	内科+外科+科	内科、外科、脳外科、循環器、産婦人科の各科担当の当直を回してる感じなので、結構、この科はうちじゃないとか、結構そういうのが多くて。	病状、重症度に基づいて、患者を適切な診療科領域で受け入れ調整を行う	
			7-4-1-3	関連情報を他の医療提供者に伝達する	開く+カンファレンス	でも確かに、そうやってカンファレンスを開いたりとかする必要ってほんとに、有るっていうのは、有るけど、やっぱりなかなか、ほんとにできない厳しいな思ってます	カンファレンス等で医療者間の情報共有を行い常に情報更新を行う。	
			7-4-1-5	期待される成果を達成するための介入を特定する	ソーシャル+外科+連絡	まず、その、ソーシャルワーカーに連絡するしないを分ける看護師さんを育てないといけないですよ。	社会的問題要因で介入が必要な患者をスクリーニングでき、専門職、関連機関と協業できる	
			7-4-2-1	重症度の特定とリスクの高い健康上の問題に基づいて、患者のニーズと介入を予測する	メイン+急性+多発+外傷	やっぱり、急性胃腸炎とか急性感冒炎とか、結構メインを占めてる感じのところ、やっぱり、多発外傷とかの外傷は全然受けられないんです。	自組織内の不規則的な人材・医療資源を把握し活用する。	
			7-4-2-2	トリアージプラン段階の役割モデルおよび中心人物として機能する	あかん+掃す	中途半端な知識のなかでも、「そんな、やったら、あかんと思う」とか、「この人、掃したら、あかん」とか言えるんですけど。	緊急・重症度の特定とリスクの高い健康上の問題に基づいて介入を推し進める。	
			7-5-1-1	独自の看護基準を始める				
			7-5-1-2	確立したトリアージ・プロトコルごとに診断手順を始める				
7-5-1-3	解熱剤など、確立されたプロトコルに従って治療を開始する	梗塞+頭+血圧+コントロール	そこで診断がついたら例えば頭痛の場合やったら脳梗塞やったら、脳出血やったら言ったら血圧をどうコントロールするか。	確立されたプロトコルに従って診療の補助を開始することができる。				
7-5-1-5	適切な情報を患者および重要な他者に伝達する							
7-5-1-6	必要に応じて追加のリソースを活用する							
7-5-2-1	独自の看護基準と共同のプロトコルの開発と実行に参加する							
7-5-2-2	修正または変更を必要としている実施実践を確認する							
7-5-2-3	独自および共同の介入のための役割モデル、中心人物としての役割を果たす							
6評価:介入に対する患者の反応を評価する	7-6-1-1	重症度と既定の処置によって患者を再評価する	転医+搬送	三次に転院搬送するっていうその見極めができないといけないのかっていう気はします。	治療中であっても必要時には三次医療機関への搬送手続きを始める			

表10 スタンダード一覧表(3)

看護業務基準		Standards of Practice for Emergency Nursing Practice		研究				
項目	下位項目	基準	項目	測定標準	語	テキストデータ	スタンダードモデル案	
1-3 看護実践の方法	看護職は、自己の看護実践の目的と方法について説明し、合意に基づいて実施する。	3.救急看護師は、学習のニーズを明確にし、患者の転帰を最適化するために、患者やその他の重要な人々の教育を活用する	7-8-1-3	新しい情報または評価データの変更に基づいて、ケア計画、重症度、および予想される結果を修正する	骨盤骨折+高エネルギー外傷+運ぶ	骨盤骨折または高エネルギー外傷だったのに、頭部だけと誤って輸液を絞って1時間半後に救命センターに運ばれて来ていていろいろな事象を受けた時には二次病院がきちんと処置をして然るべき時間に送れるように。	新しい情報または評価データの変更に基づいて、ケア計画、重症度、および予想される結果を修正する。	
			7-8-2-1	ドワンフプロセスの評価期間の区別でアル、中、大物として区別する				
			7-8-2-2	妨げとなる可能性のある看護またはシステムの欠陥を特定する患者の適切な評価				
			12-9-1-2	可能な場合はいつでも、開始前の治療法についての説明を提供する	余裕+関わり+気持ち	皆に余裕がちょっと出てきた、家族に対しての関わり方「待っててくださいね」だけじゃなくて、「今こういふふうにしてるのでおまちください」とか。	可能な場合はいつでも、開始前の治療法や経過の予測についての説明をおこなう。	
			12-9-1-4	薬、治療、セルフケア、紹介、および/または予防の説明、説明を確実にする				
			12-9-1-5	アフターケア、フォローアップ、および/または紹介に関する書面による指示を提供し説明する				
			10-1-1-1	救急医療区域に適切な方向付けを完了する	インホスピタル+プレホスピタル+スタンダード	スタンダードも病院の看護だけのスタンダードはなくて、医療関係するプレホスピタルからのスタンダードを得とかなないと、すぐずれが生じてしまう。(重複)	プレホスピタルから続く(救急領域として標準的な医療を提供できる。	
			10-1-1-2	救急患者の安定化や治療に必要な知識と技能を実証する			プレホスピタルから続く(救急領域として標準的な救急患者の安定化や治療に必要な知識と技能を実証する。	
			10-1-1-3	一次救命処置プロバイダステータスを達成する			ISLSプロバイダのステータスを達成する	
			10-1-1-4	必要に応じて二次救命処置および/または小児二次救命処置のプロバイダステータスを達成する			一次救命処置またはICLSプロバイダステータスを達成する。 二次救命処置プロバイダステータスを達成する。	
10-1-1-5	救急看護師(CENR)の認定を受ける	身+つける	そこよりも二次の人達がトリージ能力を身に付けてそれはやっぱり三次へってなるのか。	救急看護専門家の認定(CNS/CN)を受ける。				
10-1-1-6	外傷看護コア・コース(TNCC)プロバイダステータス(外傷患者を看護する救急看護師のための最低限の教育水準)を達成する	インホスピタル+プレホスピタル+スタンダード	スタンダードも病院の看護だけのスタンダードはなくて、医療関係するプレホスピタルからのスタンダードを得とかなないと、すぐずれが生じてしまう。(重複)	外傷看護初期看護(JNTEC)プロバイダステータスを達成する。				
10-1-1-7	救急看護小児コース(ENPC)プロバイダステータス(小児患者を看護している救急看護師のための最低限の教育水準)を達成する							
10-1-1-8	学生とオリエンテーションのための臨床指導者として働く							
10-1-2-1	臨床指導者のための役割モデルとなる							
10-1-2-2	臨床指導者のための中心人物として活動する							
10-1-2-3	救急看護の専門に関連した継続教育を提供する							
10-1-2-4	調査報告書を文献に投稿する							
10-1-2-5	二次救命処置および/または小児二次救命処置インストラクターステータスを取得する(推奨される)							
10-1-2-6	TNCCインストラクターステータスを取得する(推奨される)							
10-1-2-7	ENPCインストラクターステータスを取得する(推奨される)							
10-1-2-8	高度な外傷看護で概念に参加する							
10-1-2-9	コンピテンシーベースのスタッフ教育を開発して、実行して、モニターして、評価する							
10-1-2-10	指導者がプログラムを強調し指示する							
10-2-1-1	専門職の学習要求を決定する自分自身の実践に関連する短期および長期的教育的な目的を特定する							
10-2-1-2	教育的な目的を達成するために、活動を計画して、実行する	ISLS+コース+ミニ+空+く	今ちょうどまた、年度末でこう、新しい人達が下りてくるので、チェック項目を増やして、ミニISLSコースとかミニICLSコースでは空いた時間によつていくチェックリストを作って今それをやってようやく。	救急看護に関連する教育プログラムから新たに得た知識を仲間と共有する。				
10-2-1-3	関連する教育プログラムから新たに得た知識を仲間と共有する							
10-2-1-4	継続教育を通じて学んだ知識とスキルを応用して、臨床診療を改善する							
10-2-1-5	看護の評価と文書化を強化するツール、システム、およびテクニックの開発と実装に参加する							
10-2-1-6	地域教育プログラムに参加する							
10-2-1-7	正式な教育を継続する	プレホスピタル+スタンダード	「あ、そうなんだ」というスタンダードも病院の看護だけのスタンダードはなくて、医療関係するプレホスピタルからのスタンダードを得とかなないと、すぐずれが生じてしまう。(重複)	系統的に教育を継続して受ける。				
10-2-1-1	最低限の制度的要件または継続的な免許の要件を満たすために必要な教育活動を超える							
10-2-1-2	看護診断および/または共同問題を正確かつ適切に識別するための評価データの分析を容易にし、検証するための役割モデルと中心人物としての役割を果たす							
10-2-1-3	現在の傾向の分析に基づいて実践やシステムの変更を推奨する							
10-2-1-4	地域教育プログラムを計画し実施する							
13-1-1-1	救急医療における現在の研究についての現在の知識を持つこと							
13-1-1-2	研究成果の臨床への応用において、患者の支持者としての役割を果たす							
13-1-1-3	救急医療研究を批評する							
13-1-1-4	研究成果を仲間と共有する							
13-1-2-1	調査結果を正式な方法で同僚や同僚に広める							
13-1-2-2	看護業務または医療制度の潜在的な変化に関する研究のための文献を監視する							
13-1-2-3	研究に応じて実際に芸術的な変更を実装する							
13-1-2-4	研究に応じてヘルスケアシステムの変更を開発し実行する							
13-2-1-1	救急看護やケアにおける承認研究のための研究データを収集し記録する							
13-2-1-2	救急看護やケアに関する研究のための臨床上の問題や質問を特定する							
13-2-1-3	研究データの収集中に患者としての役割を果たす							
13-2-2-1	救急看護やケアに関する共同研究プロジェクトの設計と実施							

表10 スタンダード一覧表(4)

看護業務基準		Standards of Practice for Emergency Nursing Practice		研究			
項目	下位項目	基準	項目	測定標準	種	テキストデータ	スタンダードモデル案
I アセスメント	看護職は、看護を必要とする個人、家族、集団、地域等を継続的に観察し、状態を査定し、適切に対処する。	すべての患者の健康状態に関する体系的で適切なデータの集まりを評価する	13-2-2-2	人権擁護のための検討委員会に奉仕することにより、患者としての役割を果たす			
			13-2-2-3	救急看護やケアにおける研究のために臨床的問題を特定する際に同僚を支援する			
			13-2-2-4	救急看護やケアにおける研究プロジェクトの設計および実施において同僚を支援する			
			13-2-2-5	救急看護やケアリサーチの所見を設定の実践基準に取り入れる			
			13-2-2-6	研究資金のための手段を追求する			
			13-2-2-7	救急医療の研究プロジェクトに対する助成金の提案を開始する			
			13-2-2-8	研究成果に関する論文を掲載する			
			13-3-1-1	学際的研究に参加し支援する			
			13-3-1-2	研究課題の特定を支援する			
			13-3-2-1	学際的研究を開始し促進する			
			13-3-2-2	現在の医療動向の認識を維持し、この情報を他の医療提供者と共有する			
			13-3-2-3	伝染病、外傷、その他の専門的な患者集団などのヘルスケアの問題に関して、立法者や規制機関と連絡する			
			13-3-2-4	病気がけがの危険因子を最小限に抑える看護介入の開発に参加する			
			1-1-1	必要に応じて、病歴調査、身体検査、記録のレビュー、および医療提供者や家族とのコミュニケーションを通じて、最初に焦点を絞った主観的および客観的なデータを取得する	骨盤骨折+運ぶ	道に倒れてただけしかわからず、発見者も居なくて、運ばれたら骨盤骨折だったというもあつたりとした。	身体所見だけでなく病歴、身体アセスメント、記録のレビュー、および医療提供者や家族とのコミュニケーションを通じて、最初に焦点を絞った主観的および客観的なデータを取得します。
			1-1-2	総合的な職業看護実践の枠組みの中で評価を実施する	重症度+緊急度	二次で対応する患者さんの症状の重症度緊急度の判断はもともと難しいのに、そこを求められる。	主観的および客観的なデータから重症度、緊急度の高い疾患を予測する。
1-1-3	患者の症状に基づいて初期評価を実行する継続的な評価は、部門の方針によって設定され、患者の対応によって保証されたとおりに実行されます	電カル+拾う+取り込み	手書きでスキャナー取り込みであつて電子カルテと云えば電子カルテなんですけど、なのでそこを拾っていくしかないだろうなっていうのは思う。	病気がけがの性質や重症度に応じて、すべての患者の関連データを検索可能な形式で記録する。			
1-1-4	患者の年齢別の身体的、発達の、認知的、および心理社会的のニーズに関連する評価手法と基準を使用する	JPTE+JNTEC	そこは簡潔明瞭に聞けるようにJPTECやJNTECのMI構造化で区切りをつけて。	情報を適切-効率効果的に伝達するために医療者間で共有用語を使用する。			
1-1-5	病気がけがの性質や重症度に応じて、すべての患者の関連データを検索可能な形式で記録する	余裕+開わり+気持ち	やっぱり話ができて良かったです、言われたり、私も自分に余裕が出てくるようになれば救急外来に挨拶に来てくれる人ですすぐ増えてるんですよ。	患者と家族が得たい情報を提供しニーズを確認する。			
1-1-6	患者の救急医療経験を通して、重要なデータを適切な担当者に伝達する	向こう+意見	私は今、逆に意見を、「この人はどういう人」って、「向こうに移しても大丈夫」、「モニターを外せる人」とかって、意見を聞くようにしてますね。	ロールモデルおよび中心人物として、スタッフの正確で継続的な看護アセスメントの遂行を容易にする。			
1-1-7	患者と家族の学習ニーズを評価する	1-2-1	履歴記録、健康診断、記録の見直し、および必要に応じて医療従事者、重要な他者、および世話人とのコミュニケーションを通して、最初のそして徹底的な主観的かつ客観的なデータを得る	疾患+疑う	その症状説明とこういう症状があつたならばこの疾患との疾患を疑って、軽いほうかもしれないけど。	似た兆候や症状では重症度の高い疾患を想定できる。	
1-2-1	適切な評価を妨げる可能性のある看護またはシステムの欠陥を特定する	2-1-1	特性の定義、つまり焦点を絞った体系的な評価中に認識される兆候や症状の定義に基づいて、看護診断や共同問題を特定する	梗塞+頭痛+血圧+コントロール	梗塞やつらら血圧を維持するとか、パーツパーツで診断が付きながらのなかでいろいろんな、診断ラベルじゃないんだけど、判断をしながら考えてやっているとつらいです。	仮説をくり返し共同問題、看護診断を策定する。	
1-2-2	適切な評価を妨げる可能性のある看護またはシステムの欠陥を特定する	2-1-2	適切な情報源からの評価データを活用して、共同問題を特定し、看護診断を策定する				
1-2-3	適切な評価を妨げる可能性のある看護またはシステムの欠陥を特定する	2-1-3	必要に応じて、看護診断を他の医療提供者と連絡し、検証する				
1-2-4	コミュニティ内の同僚や他の医療関係者間の協議のためのリソースとして特定されている	2-1-4	必要に応じて、共同問題を特定し、他の医療提供者に伝達する				
II 診断	すべての患者について、緊急看護職は、集中評価で収集された適切なデータに基づいて、実際の問題および潜在的な問題または看護診断を特定する	2-1-5	患者とその家族の実際または潜在的な知識の不足を特定する				
		2-2-1	看護師の法的業務範囲に応じて、典型的でないまたは微妙な定義特性に基づいて、看護診断、共同問題、および/または医学的診断を予測および認識する				
		2-2-2	看護診断や共同問題の適切な特定を妨げる可能性のある課題を特定する				
		2-2-3	看護診断の効果的な利用を促進するためのツールやシステムの開発と実施に参加する				
		2-2-4	救急看護における看護診断の妥当性と妥当性を臨床的に検証する				
		2-2-5	看護師の法的業務範囲で定義されているように、特定の救急患者および患者集団の看護および/または医学的診断を検証する				
		3-1-1	測定可能な短期および長期の成果を特定する				
		3-1-2	患者の看護診断および/または共同問題に関連する成果を達成するための適切な期間を特定する				
		3-1-3	期待される結果を他の医療提供者、患者、そして家族に伝え、ケアの継続性を確保する				
		3-1-4	必要に応じて看護の継続性を確保するために、期待される成果を他の医療提供者に伝達するために、看護成果分類(NOC)を利用する				
III 結果の識別	身体的および心理社会的転帰は、各患者について適切なものとして特定される	3-2-1	一人ひとりの患者のための治療計画を立案するためのリソースとしての役割を果たす				
		3-2-2	患者アウトカム指標の特定と活用を重視するピア教育を開発する				
		3-2-3	同様の診断や共同作業の問題を抱えている患者グループのための臨床ガイドラインや予想される結果のクリニカルパスウェイを開発し、この専門知識を他の医療提供者と共有する				
		5-1-1	患者ごとにケア計画を実施する	ショック+液体+体温+目標	循環血液量減少してるから、まず輸液で、ショックバイタルに至らせてないというのが目標であつて、その次は低体温にさせない。	患者の看護診断および/または共同問題に関連する成果を達成するため病状の経過に合わせた看護ケアを実践する	

表10 スタンダード一覧表 (5)

看護業務基準		Standards of Practice for Emergency Nursing Practice		研究						
項目	下位項目	基準	項目	測定標準	種	テキストデータ	スタンダードモデル案			
		V 実施		5-1-2	適切な患者モニタリングを実施する	CT+先	看護師がどっかかという気を利かすのは、「お腹痛いって言うてはるから、腹部のCTとエコーと先に頼んでおきましたよ」とかね。	必要に応じて、他の医療提供者と協力して介入を実施する。		
				5-1-3	必要に応じて、現在の健康状態や健康状態についての患者とその家族への教育と退院教育を提供する					
				5-1-4	介入を実施するための追加の資源の必要性を予測する					
				5-1-5	必要に応じて、他の医療提供者と協力して介入を実施する					
				5-2-1	適切な介入を確認して、それぞれに遂行する					
				5-2-2	適切であるように、他の保健医療提供者と協力して作用する、より複雑な介入を実行するために					
				VI 評価	介入に対する患者の反応は絶えず直面するニーズの解決に向けた進捗を判断するために評価される				6-1-1	現在の患者データを利用して、患者の転帰の達成に向けた進捗状況を測定する
									6-1-2	患者、重要な他者、その他の医療提供者からのデータを利用して、介入に対する患者の反応を評価する
									6-1-4	期待される成果の達成に向けた進捗を評価し、必要に応じて介入や成果を修正する
									6-1-5	患者の状態や利用可能なリソースに変化が生じたときに、必要に応じて患者やその家族と話し合うことによって結果を修正する
		6-1-6	望ましい成果を達成するために、必要に応じて他の医療チームメンバーに評価を伝えます							
		6-2-1	患者のケアと教育を総合的に評価する							
		IV 計画	救急患者の治療計画は体系的であり、安全で効果的かつ社会的責任のある患者治療と一致している	4-1-1	現在の科学的知識に基づき、多様性を認識し、看護診断および/または共同問題に対処する、各患者のためのケア計画を作成する					
				4-1-2	患者、家族、そして適切な医療提供者と協力してケア計画を立てる					
				4-1-3	看護行為、患者の目標、および患者の転帰の優先順位を特定する					
				4-1-4	看護師の法的業務範囲に応じて介入を規定する					
				4-1-6	認識された学習ニーズと発達レベルに基づいて、教育計画と学習原則をケア計画に取り入れる					
				4-1-7	継続的なケアを確保するために、他の医療提供者、患者、および患者の家族に治療計画を伝えます					
				4-1-8	必要に応じて看護計画を伝達するために看護介入分類(NIC)を利用する					
				4-1-9	ケアプランが家族中心であることを確実にする					
4-2-1	患者のケアと教育のための教材を開発、実施、評価する									
4-2-2	患者ケアガイドラインおよび/またはクリニカルパスウェイを使用するためのリソースとしての役割を果たす									
4-2-3	ガイドライン、臨床的および/またはクリニカルパスウェイなど、ケア計画を容易にするためのツールの開発、実施、および評価に参加する									
4-2-4	患者および重要な他者のケア計画への関与を容易にするための部門の枠組みを設計する									
4-2-5	潜在的な看護診断および/または患者の状態の変化に基づく共同問題に対処するケア計画を作成する									
4-2-6	患者の長期的な問題の影響を認識するケアプランを作成する									
III 協働	2. 救急看護師は、救急医療に関する地域教育に参加する	12-2-1-1	救急看護や救急医療システムに関する地域教育に参加する							
		12-2-1-2	けがや病気の予防に関する地域教育に参加する							
		12-2-2-1	地域社会レベルで適切な教育提供を計画し、実施し、そして評価する							
		12-2-2-2	予防および/または教育プログラムを開発するために患者転帰データを利用する							
		3. 救急看護師は、学習のニーズを明確にし、患者の転帰を最適化するために、患者やその他の重要な人々の教育を活用する	12-3-1-1	患者の状態に関する情報、および必要に応じて重要な他の者を、彼らの知的能力、発達能力、および感情能力と一致する方法で提供する						
			12-3-1-3	可能な場合はいつでも、治療的介入に関連する意思決定プロセスに患者および重要な他の人々を巻き込む						
			12-3-1-6	書面による退院指示書の作成に参加する						
			12-3-1-7	病状やけがの危険にさらされている要因を特定するために、患者や重要な人々を支援する						
			12-3-1-8	必要に応じて、病状やけがの防止方法を説明する						
			12-3-2-1	研究に基づいて、代替の指導方法の開発を開始する						
			12-3-2-2	多様な患者集団に対応するために、患者の教育資料を評価および修正する						
		4. 救急看護師はその限界、能力、責任を尊重しながら、医療提供者と医療機関の間のファシリテーターおよび連絡役として機能する	12-4-1-1	集学的な患者ケア会議に参加する						
			12-4-1-2	他の医療提供者と協力して、各患者のケアについて決定を下す						
			12-4-1-3	患者のニーズを満たすのに役立つ適切な紹介機関を特定する						
12-4-2-1	救急医療問題に関連する専門委員会および地域社会委員会に参加する									
12-4-2-2	関連する問題に取り組むために、他の専門看護機関や他の専門分野と連絡を取り合う									
12-4-2-3	患者とスタッフ、スタッフとヘルスケア提供者、および/またはスタッフとスタッフ間の紛争解決に関する専門知識を実証する									
V 協働性	1. 救急看護師は、看護の役割と責任の理解を促進することにより、看護の専門的能力開発を支援する	11-1-1-1	患者と重要な他者に対する自己と役割を特定する							
		11-1-1-2	同僚や他の医療提供者に対して自己を識別する							
1-3-5 看護実践の一連の過程を記録する。	看護実践の一連の過程の記録は、看護職の思考と行為を示すものである。その記録は、看護実践の継続性と一貫性の担保、評価及び質の向上のため、客観的で、どのような看護の場においても情報共有しやすい形とする。それは行った看護実践の内容等に関する記録の取り扱いは、個人情報の保護、守秘義務を遵守し、他者との	VI 評価	介入に対する患者の反応は絶えず直面するニーズの解決に向けた進捗を判断するために評価される	6-1-3	介入に対する患者の反応および患者の状態の変化を記録し、必要に応じて治療計画を修正する	記録+残す	記録に残せば、自分の看護が、開わりがたかたかには残るので内容はお粗末だったりとかするんですけど、できるだけそういったかたちで、書くということは考えなきゃいけない。	介入に対する患者や家族の反応および患者の状態の変化を記録し、必要に応じて看護計画を修正する。		
				VII インフォrmation	1. アセスメント-各患者の主訴、年齢、認知レベル、および社会的状況に関連するデータの迅速で体系的な収集を実施して、患者の重症度およびあらゆる当面の身体的または心理社会的ニーズを判断するのに十分な情報を得る	7-1-1-3	適切な主観的および客観的データを含めて、トリアージ評価を文書化する	記録+残す	近くでも、もちろん、「近くにここが有りますから、ちょっと早い受診がいいと思うので、そちらのほうに行ったらどうですか、か、そういうのももちろんして、記録も残して。(重複)	救急施設運用の評価を通じて、患者家族に医療機関を紹介する。
						7-2-1-3	臨床的印象を文書化する			
						7-3-1-2	測定可能な客観的な基準を確認して、文書化する			
						7-4-1-4	重症度と個々のケアプランを文書化する			
						7-2-1-3	臨床的印象を文書化する			
						7-3-1-2	測定可能な客観的な基準を確認して、文書化する			

表10 スタンダード一覧表(6)

看護業務基準		Standards of Practice for Emergency Nursing Practice			研究			
項目	下位項目	基準	項目	測定標準	種	テキストデータ	スタンダードモデル案	
	共有に際しては適切な判断のもとに行う。			7-4-1-4 重症度と個々のケアプランを文書化する	記録+残す	CPAのときは逆にできるだけ「私がここのでやるから、家族のとこ行ってきて」って行かせて関わらせるとか、それは必ず記録に残させる。	重症度と個々のケアプランを文書化する。	
				7-5-1-4 すべての介入を文書化する				
				7-8-1-2 必要に応じて、すべての介入の有効性を評価し文書化する				
		断念 II	すべての患者について、緊急看護師は、集中評価で収集された適切なデータに基づいて、実際の問題および潜在的な問題または看護診断を特定する	2-1-5 看護診断または共同問題、あるいはその両方を検索可能な形式で文書化する				
		提議 V	介入は、患者のニーズと患者の家族への配慮に基づいて優先順位が付けられる	5-1-6 必要に応じて、実施された介入を文書化するために看護介入分類(NIC)を利用する				
2.看護実践の組織化の基準	2-1 看護実践は、理念に基づいた組織によって提供される。	継続的かつ一貫性のある看護を提供するためには、組織化された看護職の集団が必要である。看護実践を提供する組織は、運営するための基本的考え方、価値観、社会的有用性を理念として明示する必要がある。その理念は、本会や国際看護師協会が示している看護職の倫理綱領、そして所属機関や施設等の理念と矛盾してはならない。				輪番+組む	病院も密集して、ほんとに20年以上かからないんですけど、前から輪番制をきっちり組んでる。	地域医療体制で割り振られた役割を遂行する
	2-2 看護実践の組織化並びに運営は、看護職の管理者によって行われる。	継続的かつ一貫性のある看護を提供するための組織化並びにその運営は、最適な看護を判断できる能力を備え、看護実践に精通した看護職で、かつ、看護管理に関する知識、技能をもつ看護職の管理者(以下、「看護管理者」という。)によって行われる。						
	2-3 看護管理者は、良質な看護を提供するために必要な看護体制を保持する。さらに、看護職及び看護補助者が十分に能力を発揮して働き続けられる環境とその責務にふさわしい処遇を整える。	看護管理者は、良質な看護を提供するために必要な看護体制を保持する。さらに、看護職及び看護補助者が十分に能力を発揮して働き続けられる環境とその責務にふさわしい処遇を整える。						
	2-4 看護管理者は、看護実践に必要な資源管理を行う。	看護管理者は、看護を提供する組織が目的を達成するために、必要な人員、物品、経費、情報等の資源を確保し、時間を管理して、それらを有効に活用する責任を負う。	1.必要な物資と備品がすぐに利用できるようにし、適切な使用料が発生するようにする	14-1-1-1 消耗品と機器がすぐに利用できること、および正常に機能していることを確認する				
				14-1-1-2 救急施設運用の評価を通じて、効率的かつ効果的なケアを確実に提供する		記録+残す	近くでも、もちろん、「近くにここがありまから、ちょっと早い受診がいいと思うので、そちらのほうに行ったらどうですか」とか、そういうのももちろんしてるし。記録も残してる。(重複)	救急施設運用の評価と評価を通じて、患者家族に紹介し効果的かつ効果的なケアを確実に提供する。
				14-1-1-3 患者が負担した費用をサポートする方法で救急看護活動を文書化する				
				14-1-1-4 患者への請求が正確であり、患者が受けたケアを反映していることを確認する				
				14-1-1-5 適切な製品評価活動に参加する				
				14-1-2-1 必需品と器材の選択と利用を推奨する				
				14-1-2-2 製品評価委員会に参加する				
				14-1-2-3 部門内の患者課金システムの保守と改訂を調整する				
			3.患者のニーズを反映し、他の医療提供者の実践の範囲内にあるケアを割り当て、委任する	14-3-1-1 部門内の患者のニーズを反映したケアを割り当て、委任する				
				14-3-1-2 監督職員に危険な人員配置状況を警告する				
				14-3-2-1 患者の人数、重症度、到着時間、および滞在期間に変化が生じたときに、人員配置要件を調整する				
				8-1-1-1 救急患者のためにケアの質を評価して、改善する計画開発と実施に参加する				
				8-1-1-2 救急看護実践とヘルスケアシステムを改善するための行動、分析および継続的なモニタリング活動の開発と実施に関与する				
				8-1-1-3 ケアの質の論点を伝え、文書化する				
				8-1-2-1 学際的な優良なアセスメントと改善計画を開発、実施および評価するために共同作業する				
				8-1-2-2 救急看護実践を改善するための行動、分析と進行中の指標を実施して、評価する				
				8-1-2-3 救急看護の卓越の指標をモニターするために、ケアの質の高い行動を開発して、実施して、評価する				
			8-1-2-4 看護ケアの質を強化するために、方法を開発し、実施して、評価する					
			8-1-2-5 対ケアの質の論点に取り組むための機序を開始する					
			8-1-2-6 救急看護実践の質に影響を及ぼす規制および立法活動をモニターする					
			8-1-2-7 共同優良なアセスメントと改善活動に参加する					
		2.救急看護師は、改善の原則と実践を用いて継続的にケア提供システムを評価し、評価する	8-2-1-1 患者、医師、スタッフ、他の部署、および地域機関など、内外の顧客を識別する		挨拶+増える	話をしてもらえただけで落ち着いたと行って、他の病院に入院したにも関わらず、うちに挨拶に来てくれるとかっていうのも増えてくる。	患者満足度を最大にするために、顧客ニーズを評価する。	
			8-2-1-2 患者満足度を最大にするために、顧客ニーズを評価する					
			8-2-1-3 他の部門と継続的に協力して、患者ケアの提供を改善および強化する		救急委員会+検討	皆さんの病院では救急委員会とかそういう救急外来に関する検討する委員会とかってあります。	他の部門と継続的に協力して、患者ケアの提供を改善および強化する。	
			8-2-1-4 効率と生産性を向上させるために、システム分析と再設計に参加する					
			8-2-2-1 改善の原則と方法のための資源としての役割を果たす					
			8-2-2-2 必要に応じて、顧客満足度調査を作成し、結果を分析し、変更を提案する					
			8-2-2-3 学際的な品質行動チームへの参加および/または主導					
			8-2-2-4 効率と生産性を向上させるシステム分析計画を開発して、実行して、評価する					
		3.救急看護師は、看護の役割と責任の理解を促進することにより、看護の専門的能力開発を支援する	11-1-1-3 同僚関係を利用して影響を与える		顔+見える+関係+やり取り	あとは一つは、顔が見える関係になつてると少しやり取りもスムーズになるかなというところがある。	医療者間関係を調整して影響を与え集団の力を高める。	
			11-1-1-4 ヘルスケアシステム内での患者の転帰とケアの提供					
			11-1-1-5 ENAの参加メンバーになる					
			11-1-2-1 ENAで指導的役割を担う					
			11-1-2-2 専門機関、学術機関および医療機関、地域医療機関などの内外のグループとの連絡役を務める					

表11 Standard of Emergency Nursing Practiceのみの項目

VII トリアージ	
医療スクリーニング検査・組織の方針と州のおよび連邦規則によって定義されるように、救急看護師は医療スクリーニング検査を提供する	7-7-1-1 救急医療法(EMTALA)と州の規則に従って患者の適切なスクリーニングを通して、ケアへの接近を促進する。
	7-7-2-1 スクリーニング検査に関連した方針の開発に関与する。
	7-7-2-2 医療スクリーニング検査に関連するスタッフの教育を調整する。
IX 業務遂行能力評価	
2.救急看護師は、実践を評価するために、臨床およびピア・レビューに参加する	9-1-1 自己評価、同僚評価および保健医療提供者などからのフィードバックを使用して、実践を修正および改善する。
	9-2-1 専門職実践を評価するために、臨床ケアおよびピア評価プロセスを計画し開始する。
	9-2-2 コンピテンシー・ベースの実行評価のプログラムを開発し実施、評価する。
XI 同僚性	
2.救急看護師は、救急医療および救急看護の実践に関連する現在および提案されている法律および規制についての理解を持っている	11-1-2-1 患者ケアを計画するための法律や規制に関する知識を活用する。
	11-1-2-2 救急医療に関する法規制を遵守する。
	11-1-2-3 医療政策におけるENAの立場に関する知識を追求する。
	11-2-1-1 職業の内規制および自律的な実践を促進する活動に参加する。
	11-2-1-2 救急看護業務や医療問題に影響を与える立法活動を監視し参加する。
3.救急看護師は、看護の専門職のイメージを促進する	11-3-1-1 患者、重要な人、同僚、他の医療提供者、メディア、そして一般の人々に専門的なイメージを示す。
	11-3-1-2 潜在的な看護師のための助言者として行動に入ることを奨励する。
	11-3-2-1 救急看護師の専門的役割を患者、重要な他者、仲間、他の医療提供者、メディア、および公衆に明確に示し、実証するための指導的役割の範囲内の機能。
4.救急看護師は、救急看護と救急医療システムに関して公教育に対する責任を持つ	11-3-2-2 職業的成長を促進するために、看護師のメンターとしての役割を果たす。
	11-4-1-1 救急看護に関して情報を広める。
	11-4-2-1 救急看護および救急医療について消費者を教育するための地域活動への計画および/または参加。
5.救急看護師は、同僚、他の医療提供者、学生、およびボランティアのための学習経験を促進する	11-4-2-2 公教育および救急看護および救急医療問題の認識に関連するため、公共政策に関して立法者と連絡を取る。
	11-5-1-1 教師、役割モデル、指導者、そして指導者としての役割を果たす。
	11-5-1-2 救急看護師の役割と責任に関する専門看護学生の学習を促進する。
	11-5-1-3 救急看護師の役割と責任について同僚や他の医療提供者に教育する。
	11-5-1-4 学生、仲間、ボランティア、その他の医療提供者のオリエンテーションに参加する。
	11-5-1-5 必要に応じて、臨床実習中に学生およびその他の医療提供者の教育および監督に参加する。
	11-5-2-1 オリエンテーションプログラム、プレセプターシップ、メンタリングプログラム、救急看護に関する教育プログラムを開発、実施、評価する。
11-5-2-2 学際的な教育活動の計画、実施、評価に参加する。	
6.救急看護師が職場の健康を増進する	11-6-1-1 施設内の健康プログラムに参加する。
	11-6-1-2 個人的なストレスや病気を識別し、識別された個人的な懸念に応じて行動を修正する。
	11-6-2-1 ウェルネスプログラムを推進するための部門別または機関別計画を策定する。
	11-6-2-2 個人的なストレス要因を特定する際に要員を支援し、それらを適切なリソースに紹介する。
XII 倫理	
3.救急看護師は州の看護実践行為と適合する権限を行使して、ケアの提供を規定する地方、州、および連邦の法律に精通している	12-3-1-1 州の看護実践法、教育機関の方針および手続き、ならびに地方自治体、州および連邦の法令を遵守する。
	12-3-1-2 患者ケアの提供を調整する。
	12-3-1-3 必要に応じて、患者に法的権利を通知する。
	12-3-1-4 必要に応じて、各患者についてインフォームドコンセントが確実に得られるようにする。
	12-3-1-5 患者が身体的に拘束されている、または不本意に治療されている場合は、適切な方針および手順に従う。
	12-3-1-6 高度な指示、耐久性のある委任状、およびその他の終末期の問題に対処する文書で示されているように、患者の権利を擁護する。
	12-3-1-7 1986年の包括的予算調整強化法(COBRA)/Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA)の法律で義務付けられている、施設間転送ガイドラインを理解し、それに準拠している。
	12-3-1-8 救急看護に関する問題についての最終的な意思決定者としての権限と責任を利用し、この意思決定に対する説明責任を維持する。
	12-3-2-1 臨床的および管理的状況において指導的役割を担う。
	12-3-2-2 施設内および診療分野内の救急看護業務の基準を定義する。
12-3-2-3 救急看護師の法的責任に関連する方針や手順の開発と教育に参加する。	

表12 Standard of Emergency Nursing Practice にない項目(看護業務基準と本研究のみからなるスタンダードモデル)

語(node)	テキストデータ	スタンダードモデル(研究で作成)
輪番+組む	病院も密集していて、ほんとに20年以上かからないんですけど、前から輪番制をきっちり組んでる。	地域医療体制で割り振られた役割を遂行する
診療+補助	診療の補助っていう一次患者たち、その方々の診療の補助的なものありますよね。	医師の指示のもとに医療行為を行う。 医療行為への反応を観察し、適切に対応する。

表 1 3 二次救急医療機関の初療看護スタンダードモデル（1）

二次救急医療機関の初療看護スタンダードモデル

I. 受け入れ機関の判断

看護師は連絡情報からトリアージを行い、最適な医療機関を選択する。

- 1) 早急にトリアージを開始する。
- 2) 電話を受けた段階から限られた情報でアセスメントを行う
- 3) 電話やウォークインの受診希望者に重症度に応じた医療機関を紹介する。
- 4) 患者の病態の重症度を区別する。
- 5) 救急隊に重症度に合った医療機関を勧める。
- 6) 治療中であっても必要時には医師と協議し三次医療機関への搬送手続きを始める
- 7) 病態や患者のニーズに対応した施設設備を満たす適切な紹介機関を特定する。
- 8) 救急施設運用の評価を通じて、患者家族に医療機関を紹介する。

II. 受け入れ態勢を整える

早急に自施設の受け入れ環境を整える。

- 1) 患者の病態に応じた治療を予測する。
- 2) 自組織内の不規則的な人材・医療資源を把握し活用する。
- 3) 病状、重症度に基づいて、患者を救急科もしくは適切に当該施設の診療区分に則り調整を行う。

III. 看護実践

看護師はデータベースが全て満たなくとも優先度の高い医療・看護問題に対応した看護過程を遂行する。

（予測する）

- 1) 緊急・重症度の特定とリスクの高い健康上の問題に基づいて介入を予測する。
- 2) 主観的および客観的なデータから重症度、緊急度の高い疾患を念頭に置く。
- 3) 似た兆候や症状では重症度の高い疾患を想定する。

（情報収集）

- 4) 身体所見だけでなく病歴および医療者や家族とのコミュニケーションを通じて焦点を絞った主観的および客観的なデータを取得する。

（看護計画立案）

- 5) 仮説する事をくり返し看護診断（共同問題）を策定する。
- 6) 患者の看護診断および/または共同問題に関連する成果を達成するため病状の経過に合わせた看護ケアを実践する
- 7) 介入に対する患者や家族の反応および患者の状態の変化を把握し、必要に応じて看護

表 1 3 二次救急医療機関の初療看護スタンダードモデル（2）

計画を修正する。

8) 新しい情報または評価データの変更に基づいて、ケア計画、重症度、および予想される結果を修正する。

（看護実践行為）

9) 医師の指示のもとに医療行為の補助を行う。

10) 医療行為への反応を観察し、適切に対応する。

11) 確立されたプロトコルに従って医療行為の補助を開始することができる。

12) 患者家族に開始前の治療法や経過の予測についての可能な場合はいつでも説明をおこなう。

13) 患者と家族が得たい情報を提供しニーズを確認する。

（記録）

14) 身体的状況、経過、治療、病態および重症度と個々のケアプランを文書化する。

15) 病気やけがの性質や重症度に応じて、すべての患者の関連データを検索可能な形式で記録する。

（評価）

16) 患者満足を最大にするために、顧客ニーズを評価する。

17) 現在の患者データを利用して、患者の転帰の達成に向けた進捗状況を測定する。

IV. 患者/家族の擁護

看護師は患者家族を擁護する

- 1) 患者/家族の擁護者として相談や介入を行う。
- 2) 患者/家族を擁護すべき内容を他の医療従事者に伝える。

V. 情報共有

看護者は正確な情報を共有する

- 1) カンファレンス等で医療者間の情報共有を行い常に情報更新を行う。
- 2) 情報を適切・効率効果的に伝達するために医療者間で共有用語を使用する。

VI. 暴力の対処

看護師は暴力を早期に見つけ対応する

- 1) 救急医療現場における暴言・暴力対策の知識を実装する。
- 2) 救急部門における暴力の可能性を認識し、適切な行動を起こす。
- 3) 暴力に関する情報を組織内の適切な方針と手順に添って対処する。

表 1 3 二次救急医療機関の初療看護スタンダードモデル (3)

VII. 連携/協働

看護師は同僚・多職種・他機関との連携および協働を通して地域医療を推進する

- 1) 医療者間関係を調整して影響を与え集団の力を高める。
- 2) 社会的問題要因で介入が必要な患者をスクリーニングでき、専門職、関連機関と協業できる。
- 3) 必要に応じて、他の医療提供者と協力し介入を推進する。
- 4) 他の部門と継続的に協力して、患者ケアの提供を改善および強化する。
- 5) 地域の医療提供機関と協力して、各患者の治療方針に従って介入する。
- 6) 地域医療体制で区分された役割を遂行する。

VIII. 専門職教育

看護師は救急領域の知識・技術・態度を専門職業人として継続的に習得する

- 1) プレホスピタルから続く救急領域として標準的な医療を提供できる。
- 2) プレホスピタルから続く救急領域として標準的な救急患者の安定化や治療に必要な知識と技能を実証する。
- 3) 一次救命処置プロバイダーステータスを達成する。
- 4) 二次救命処置または ICLS プロバイダーステータスを達成する。
- 5) ISLS プロバイダーのステータスを達成する
- 6) 外傷看護初期看護 (JNTEC) プロバイダーステータスを達成する。
- 7) 救急看護に関連する教育プログラムから新たに得た知識を仲間と共有する。
- 8) 系統的に教育を継続して受ける。
- 9) ロールモデルおよび中心人物として、スタッフの正確で継続的な看護アセスメントの遂行を容易にする。
- 10) 救急看護専門家の認定 (CNS/CN) を受ける。