

Sat. Jun 30, 2018

第1会場

集会長講演

集会長講演

安全と安心を信頼に繋ぐ

座長:清村 紀子(大分大学医学部看護学科)

9:40 AM - 10:30 AM 第1会場 (5階 大ホール)

[PL] 安全と安心を信頼に繋ぐ

○佐藤 恵明^{1,2} (1.日本医科大学付属病院 看護部, 2.富山大学
大学院博士課程生命臨床医学専攻 危機管理医学・医療安全
学)

Sat. Jun 30, 2018

第1会場

特別講演

特別講演1

クリティカルケア領域に求められる危機管理と医療安全の最新動向

座長:松月 みどり(東京医療保健大学和歌山看護学部)

10:45 AM - 11:45 AM 第1会場 (5階 大ホール)

[SL1] クリティカルケア領域に求められる危機管理と医療安全の最新動向

○奥寺 敬 (富山大学大学院医学薬学教育部危機管理医学・医療安全学)

特別講演

特別講演2

高度救命救急センターにおける終末期－看取りの場としての役割－

座長:山勢 博彰(山口大学大学院医学系研究科)

2:30 PM - 3:30 PM 第1会場 (5階 大ホール)

[SL2] 高度救命救急センターにおける終末期－看取りの場としての役割－

○三宅 康史^{1,2} (1.帝京大学医学部 救急医学講座, 2.帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

Sat. Jun 30, 2018

第2会場

招聘講演

招聘講演1

The future of neuroscience critical care is exciting

座長:山勢 善江(日本赤十字九州国際看護大学)

2:30 PM - 3:30 PM 第2会場 (5階 小ホール)

[IL1] The future of neuroscience critical care is exciting

○DaiWai Olson (Neurosurgery, University of Texas
Southwestern, USA)

Sat. Jun 30, 2018

第3会場

教育講演

教育講演1

看護師と共に考える ICUでの感染症マネジメント：予
防・診断・治療

座長:尾野 敏明(杏林大学医学部付属病院)

2:30 PM - 3:30 PM 第3会場 (2階 桃源)

[EL1] 看護師と共に考える ICUでの感染症マネジメント：予
防・診断・治療

○志馬 伸朗 (広島大学大学院医歯薬保健学研究科救急集中治
療医学)

Sat. Jun 30, 2018

第1会場

シンポジウム

シンポジウム1

チーム医療の充実と安全管理の成果 チームステップスの構築

座長:道又 元裕(杏林大学医学部附属病院 看護部), 座長:久間 朝子
(福岡大学病院看護部 救命救急センター)
3:40 PM - 5:40 PM 第1会場 (5階 大ホール)

[座長の言葉] 医療安全とチーム医療に纏わる話題提供

○道又 元裕 (杏林大学医学部附属病院 看護部)

[S1-1] 自施設 ICU スタッフのノンテクニカルスキルの現状と課題

○大槻 勝明 (土浦協同病院 GICU)

[S1-2] 当院の RRS・RSTにおけるチーム STEPPSの活用と今後の課題

○中村 紀子 (彦根市立病院 ICU・CCU病棟)

[S1-3] チーム医療の充実と安全管理の成果 チームステップスの構築 臨床工学技士の立場から

○石井 宣大 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 臨床工
学部)

[S1-4] 医療安全管理者の立場からチームトレーニングの導入と効果を考える

○荒井 有美 (北里大学病院 医療の質・安全推進室)

[S1-5] チーム医療の充実—チームが機能するために—

○吹田 奈津子 (日本赤十字社和歌山医療センター 集中治療
室)

第2会場

シンポジウム

シンポジウム2

クリティカルケアの安全管理教育を目的とした教授設計 ID (instructional design) とシステムのアプローチ

座長:浅香 えみ子(獨協医科大学埼玉医療センター), 座長:明石 恵子
(名古屋市立大学看護学部)
3:40 PM - 5:40 PM 第2会場 (5階 小ホール)

[座長の言葉] シンポジウムの論点

○浅香 えみ子 (獨協医科大学埼玉医療センター)

[S2-1] これからの医療安全マネジメントと医療安全管理者の育成

○熊谷 雅美 (公益社団法人日本看護協会)

[S2-2] 看護職の患者安全教育について

○松月 みどり (東京医療保健大学和歌山看護学部)

[S2-3] 臨床における患者安全教育の教授設計

○政岡 祐輝 (国立循環器病研究センター)

[S2-4] ICTによる患者安全教育の現状と可能性

○増山 純二 (長崎みなとメディカルセンター 救急部)

第3会場

シンポジウム

シンポジウム3

院内急変を未然に防ぐ Rapid Response System

座長:田村 富美子(聖路加国際病院 救命救急センター), 座長:森安
恵実(北里大学病院集中治療センター RST・RRT室)
3:40 PM - 5:40 PM 第3会場 (2階 桃源)

[S3-1] 我が国のオンラインレジストリから見える RRSの現状と展望

○内藤 貴基¹, In-Hospital Emergency collaborators²

(1.聖マリアンナ医科大学 救急医学, 2.In-Hospital
Emergency Study Group)

[S3-2] 病院の現状を考えた院内急変を未然に防ぐ Rapid Response Systemに向けての取り組み

○芝田 里花 (日本赤十字社和歌山医療センター 看護管理
室)

[S3-3] 看護師の「気づき」を促す RRSをめざして

○八木橋 智子 (自治医科大学附属さいたま医療センター
集中治療部)

[S3-4] 当院における RRS看護師の役割

○黒岩 政之 (北里大学医学部 麻酔科学)

Sat. Jun 30, 2018

第7会場

編集委員会企画セッション

編集委員会企画セッション

オンライン投稿・査読システム～論文投稿と査読が便利になります～

2:30 PM - 3:30 PM 第7会場 (2階 蓬萊)

[ECP] オンライン投稿・査読システム～論文投稿と査読が便利になります～

Sat. Jun 30, 2018

第7会場

ワークショップ

ワークショップ1

家族の心理状態を捉えた脳死下臓器提供の選択肢提示～事例から学ぶ選択肢提示における看護師の役割～

3:40 PM - 5:40 PM 第7会場 (2階 蓬莱)

[W1-1] 家族の心理状態を捉えた脳死下臓器提供の選択肢提示～事例から学ぶ選択肢提示における看護師の役割～

○山勢 博彰¹, 田戸 朝美¹, 山本 小奈実¹, 佐伯 京子¹, 立野 淳子², 高橋 聡子³, 塚本 美保⁴, 間 里恵⁴, 本池 智彦⁴ (1.山口大学大学院医学系研究科, 2.一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院, 3.日本医科大学付属病院就職 高度救命救急センター, 4.日本臓器移植ネットワーク)

Sat. Jun 30, 2018

第4会場

交流集会

交流集会1

クリティカルケア領域における終末期ケアプラク

ティスガイドライン（案）の作成

10:40 AM - 12:00 PM 第4会場 (2階 福寿)

[交流集会1] クリティカルケア領域における終末期ケアプラ

クティスガイドライン（案）の作成

立野 淳子, 小島 朗, 田山 聡子, 中谷 美紀子, 比田井

理恵, 藤本 理恵, 山勢 博彰

交流集会

交流集会4

利益相反（Conflict of Interest：COI）についての理

解—どこにでもある利益相反—

3:40 PM - 4:40 PM 第4会場 (2階 福寿)

[交流集会4] 利益相反（Conflict of Interest：COI）につい

ての理解—どこにでもある利益相反—

飯田 香緒里（東京医科歯科大学 教授・産学連携研

究センター長）

交流集会

交流集会5

急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルの構築

座長:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学 医学部看護学科)

4:45 PM - 5:45 PM 第4会場 (2階 福寿)

[交流集会5] 急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルの

構築

○明石 恵子¹, 宇都宮 明美², 茂呂 悦子³, 丸谷 幸子⁴,
吉田 紀子⁵, 松沼 早苗⁶, 町田 真弓⁷（1.名古屋市立大学
看護学部, 2.京都大学大学院医学研究科, 3.自治医科大学
附属病院, 4.名古屋市立大学 病院 ICUPICUCCU,
5.獨協医科大学病院, 6.自治医科大学附属病院 集中治
療部, 7.前橋赤十字病院）

第5会場

交流集会

交流集会2

院内で行うシミュレーション教育のコツ

10:40 AM - 12:00 PM 第5会場 (2階 平安)

[交流集会2] 院内で行うシミュレーション教育のコツ

○吉富 由紀子¹, 雀地 洋平²（1.福岡青洲会病院,

2.KKR札幌医療センター）

第6会場

交流集会

交流集会3

Stop！不正行為—投稿における落とし穴

10:40 AM - 12:00 PM 第6会場 (2階 瑞雲)

[交流集会3] Stop！不正行為—投稿における落とし穴

編集委員会

中村美鈴、佐藤富美子、清村紀子、林みよ子、田口豊

恵、

矢富有見子、福田美和子、岡田彩子、小泉雅子、吉田

紀子

倫理委員会

秋元典子、伊藤真理、江川幸二、奥村美奈子、田口智

恵美

Sat. Jun 30, 2018

第5会場

指定演題

指定演題1

事例セッション 退院支援

座長:鵜田 猛(学校法人 鉄蕉館 亀田医療技術専門学校), 座長:箱崎

恵理(千葉県こども病院 副看護局長)

3:40 PM - 4:40 PM 第5会場 (2階 平安)

[指定1-1] 今求められる救命救急センターのあり方～退院支援調整を通して～

○山中 雄一 (日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター)

[指定1-2] 退院支援は意思決定支援…とはいっても何をすれば？

○宮崎 聡子 (東海大学医学部付属病院 看護部 特別病棟)

[指定1-3] 高度救命救急センターにおける脊椎・脊髄損傷患者の退院支援

○安彦 武 (東北大学病院 高度救命救急センター)

[指定1-4] 誤嚥性肺炎で入院中の90歳代高齢患者への退院支援 家族間で意見の相違があった事例

○山崎 千草 (東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程)

Sat. Jun 30, 2018

第2会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー1

座長:伊与 恭子(日本医科大学付属病院)

12:10 PM - 1:10 PM 第2会場 (5階 小ホール)

[LS1] イマドキの学生・新人・若手を育てる 一成果の出る授業・研修はどうあるべきかー

○浅香 えみ子 (獨協医科大学埼玉医療センター)

第3会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー2

座長:道又 元裕(杏林大学医学部付属病院)

12:10 PM - 1:10 PM 第3会場 (2階 桃源)

[LS2] 電子カルテとスマートポンプの良い関係

○田中 聖人 (京都第二赤十字病院)

第4会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー3

座長:山崎 早苗(東海大学医学部付属病院)

12:10 PM - 1:10 PM 第4会場 (2階 福寿)

[LS3] 術後肺炎を防ぐ ～あなたの口腔ケアは肺炎を予防しているか～

○渡邊 裕 (地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所)

第5会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー4

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

12:10 PM - 1:10 PM 第5会場 (2階 平安)

[LS4] 院内急変を防ぐ観察とは ～呼吸数は記録できていますか?～

○杉田 学 (順天堂大学医学部附属練馬病院 救急・集中治療科)

第6会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー5

座長:横堀 将司(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター／日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野)

12:10 PM - 1:10 PM 第6会場 (2階 瑞雲)

[LS5] 脳神経評価の技術的進歩：瞳孔計

○DaiWai Olson (Neurosurgery, University of Texas Southwestern, USA)

第7会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー6

座長:森田 孝子(元横浜創英大学看護学部／元クリティカルケア看護学会)

12:10 PM - 1:10 PM 第7会場 (2階 蓬莱)

[LS6] 睡眠セミナー「睡眠習慣を整え、きらきら輝く私に!!」

○臼杵 礼司^{1,2} (1.東洋羽毛工業株式会社, 2.一般社団法人日本睡眠教育機構 認定 睡眠健康指導士)

Sat. Jun 30, 2018

第4会場

一般演題（口演）

一般演題（口演） O1群

呼吸・循環管理

座長:伊藤 聡子(神戸市看護大学), 座長:山崎 千草(東京女子医科大学大学院)

2:30 PM - 3:30 PM 第4会場 (2階 福寿)

[O1-1] サブストラクション・アウトカムモデルを用いた人工呼吸器離脱への介入に関する文献検討

○竹下 智美¹, 清村 紀子² (1.大分大学医学部附属病院, 2.大分大学)

[O1-2] 『人工呼吸器離脱プロトコル』の有効性の検証

○竹下 智美¹, 清村 紀子², 坂本 照夫³, 竹中 隆一³, 松成 修³, 黒澤 慶子³, 塚本 菜穂³, 重光 修³ (1.大分大学医学部附属病院, 2.大分大学, 3.大分大学医学部附属病院高度救命救急センター)

[O1-3] 人工呼吸器離脱プロトコルを用いた看護師によるウイニングの効果

○山本 小奈実¹, 山勢 博彰¹, 田戸 朝美¹, 佐伯 京子¹, 立野 淳子² (1.山口大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学講座, 2.小倉記念病院)

[O1-4] 人工呼吸器ウイニング時の看護師による呼吸ケアの実践度と重要度—人工呼吸器離脱プロトコルの有用性—

○山本 小奈実¹, 山勢 博彰¹, 田戸 朝美¹, 佐伯 京子¹, 立野 淳子² (1.山口大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学講座, 2.小倉記念病院)

[O1-5] ICU看護師がARDS患者に実践する体位管理の判断

○荒木 隆志¹, 遠藤 みどり², 渡辺 かづみ² (1.山梨県立大学大学院看護学研究科看護学専攻急性期看護学分野, 2.山梨県立大学)

[O1-6] 外科系集中治療科における High-flow nasal cannula使用による嚥下への影響と評価

○中山 誠一, 亀ヶ谷 泰匡, 埴田 覚, 杉山 理恵, 背戸 陽子, 石井 庸介, 梅井 菜央, 市場 晋吾 (日本医科大学付属病院外科系集中治療室)

第5会場

一般演題（口演）

一般演題（口演） O2群

看護実践・管理

座長:縦山 定美(いわき明星大学 看護学部), 座長:山崎 早苗(東海大学医学部付属病院 集中治療室)

2:30 PM - 3:30 PM 第5会場 (2階 平安)

[O2-1] ICUにおける点滴注射にかかる不要コストの現状と削減の取り組み

○大内 玲¹, 矢口 実希¹, 櫻本 秀明¹, 佐藤 雅子¹, 柴 優子¹, 卯野 木 健³ (1.筑波大学附属病院集中治療室, 2.筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻, 3.筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター水戸協同病院)

[O2-2] 心停止後症候群で脳低温療法を受ける患者の体温管理の特徴

○宮本 愛¹, 横山 瑞恵¹, 高橋 幸恵¹, 田端 陽太¹, 川原 龍太¹, 高橋 聡子¹, 山崎 直人¹, 志村 知子¹, 横堀 将司² (1.日本医科大学付属病院 看護部, 2.日本医科大学大学院 医学研究科救急医学分野)

[O2-3] 嚥下困難であった患者が多職種による統一したケアによって経口摂取が可能となった一事例

○三浦 麻紗美, 近藤 美穂 (広島大学病院看護部)

[O2-4] TAVIを受ける高齢AS患者の事例を通した看護支援に関する実践報告

○岩本 敏志¹, 安井 大輔¹, 山崎 早苗² (1.東海大学健康科学部看護学科, 2.東海大学医学部付属病院)

[O2-5] 患者の急変予兆を捉えた熟練看護師の臨床判断

○原口 弘章, 杉崎 一美 (鈴鹿中央総合病院)

[O2-6] クリティカルケア領域における浅い鎮静深度で管理されている人工呼吸器装着患者に対する看護実践の特徴

○大西 陽子, 村井 嘉子 (石川県立看護大学)

第6会場

一般演題（口演）

一般演題（口演） O3群

家族看護

座長:榊 由里(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター), 座長:福田 和明(徳島文理大学保健福祉学部看護学科)

2:30 PM - 3:20 PM 第6会場 (2階 瑞雲)

[O3-1] 生命の危機的状態で初療に救急搬送された患者の家族が辿る代理意思決定のプロセス

○上澤 弘美¹, 中村 美鈴² (1.総合病院土浦協同病院看護部, 2.自治医科大学大学院クリティカルケア看護学)

[O3-2] 集中治療室に緊急入室した意識障害のある患者への家族のケア参加に関わるエキスパートナースの看護実践

○反保 沙由実¹, 酒井 明子² (1.福井大学医学部附属病院, 2.福井大学医学部看護学科)

[O3-3] 集中治療室看護師の家族看護の実態～CNS-FACEIIの分析から～

○中野 舞, 藤村 紀子, 高沢 千佳子 (富山赤十字病院)

[O3-4] ICUにおける終末期にある患者・家族の情報共有を目

指して

○古田 大（東京医科大学茨城医療センター）

[O3-5] 集中治療室における家族のケア参加に対する支援の
検討ー集中治療室看護師の視点からー

○松戸 麻華¹, 眞嶋 朋子¹, 國武 由香里¹（1.千葉大学大学院
看護学研究科）

一般演題（口演）

一般演題（口演） O4群

エンドオブライフ

座長:秋元 典子(甲南女子大学 看護リハビリテーション学部),

座長:杉野 由起子(熊本中央病院)

3:40 PM - 4:40 PM 第6会場 (2階 瑞雲)

[O4-1] CCUに救急入院した心不全患者のリビングウィルに
関する実態調査

○伊賀 真由美, 桐本 ますみ（独立法人労働者健康安全機構
大阪労災病院）

[O4-2] 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査 第1報
ケア実施状況の実態

○岡林 志穂¹, 井上 正隆², 佃 雅美², 森本 紗磨美², 西塔 依久美³, 大川 宣容²（1.高知医療センター, 2.高知県立大学, 3.東京
医科大学看護学科）

[O4-3] 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査 第2報
看護師の内省とデスカンファレンスによる影響の実
態

○井上 正隆¹, 佃 雅美¹, 岡林 志保², 西塔 依久美³, 森本 紗磨美¹, 大川 宣容¹（1.高知県立大学看護学部, 2.高知医療セン
ター, 3.東京医科大学看護学科）

[O4-4] 集中治療領域における終末期患者への緩和ケアに対
する困難感

○小島 朗¹, 比田井 理恵², 立野 淳子³, 中谷 美紀子⁴, 田山 聡子⁵, 藤本 理恵⁶, 山勢 博彰⁷（1.大原総合病院, 2.千葉県救急医
療センター, 3.小倉記念病院, 4.東京純心大学看護学部,
5.慶應義塾大学病院, 6.山口大学医学部附属病院, 7.山口大学
大学院）

[O4-5] 救命救急センター集中治療期において看護師が終末
期ケアに抱いている困難感

○片淵 静香, 下田 倫子, 右田 尚子, 久間 朝子（福岡大学病
院）

[O4-6] ICUの看護師が終末期において抱える困難感とその関
連要因

○岡島 タ子¹, 城生 弘美²（1.東海大学大学院健康科学研究科
看護学専攻, 2.東海大学健康科学部看護学科）

Sat. Jun 30, 2018

ポスター会場

一般演題（示説）

一般演題（示説） P1群

その他

座長:桑村 直樹(公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)

2:40 PM - 3:25 PM ポスター会場 (1階 展示ホール)

[P1-1] 気管切開術へ移行しなかった脊髄損傷患者の呼吸管理
を通して一チーム医療において看護師に求められる能力

○古村 康樹, 三浦 敦子, 上野 厚子, 馬渡 敬介, 岡田 裕也
(豊橋市民病院)

[P1-2] 終末期医療の移行に関わる看護師の役割 ～術後合併
症患者の事例から～

○古知 里美 (地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立
総合病院)

[P1-3] 専門病院で働きたいと考えている看護師の特徴につい
て

○石川 達久 (社団法人栄悠会綾瀬循環器病院)

[P1-4] 術前訪問の有効性の実態調査

○福井 彩夏, 角屋敷 健太, 武田 未希, 崎本 聖美 (東京慈恵会
医科大学葛飾医療センター)

[P1-5] ICUに勤務する看護師への Mテクニックによるリラク
セーション効果の検証

○田口 豊恵 (京都看護大学看護学部)

[P1-6] 高次脳機能障害のある患者に対し熟練看護師が抱く困
難とその対処

○松本 奈緒¹, 菅野 久美^{2,3} (1.浜松医科大学附属病院, 2.福島
県立医科大学看護学部, 3.前浜松医科大学医学部看護学科)

Sat. Jun 30, 2018

第1会場

開会式

開会式

9:30 AM - 9:40 AM 第1会場 (5階 大ホール)

[OTS1] 開会式

Sat. Jun 30, 2018

第1会場

会員総会

会員総会

1:20 PM - 2:20 PM 第1会場 (5階 大ホール)

[OTS3] 会員総会

Sat. Jun 30, 2018

第5会場

懇親会

懇親会

6:00 PM - 8:00 PM 第5会場 (2階 平安)

[OTS4] 懇親会

第6会場

懇親会

懇親会

6:00 PM - 8:00 PM 第6会場 (2階 瑞雲)

[OTS5] 懇親会

Sat. Jun 30, 2018

ポスター会場

ポスター貼付

ポスター貼付

9:00 AM - 10:20 AM ポスター会場 (1階 展示ホール)

[OTS6] ポスター貼付

Sat. Jun 30, 2018

ポスター会場

ポスター閲覧

ポスター閲覧

10:20 AM - 2:40 PM ポスター会場 (1階 展示ホール)

[OTS8] ポスター閲覧

集会長講演

集会長講演

安全と安心を信頼に繋ぐ

座長:清村 紀子(大分大学医学部看護学科)

Sat. Jun 30, 2018 9:40 AM - 10:30 AM 第1会場 (5階 大ホール)

[PL] 安全と安心を信頼に繋ぐ

○佐藤 憲明^{1,2} (1.日本医科大学付属病院 看護部, 2.富山大学大学院博士課程生命臨床医学専攻 危機管理
医学・医療安全学)

(Sat. Jun 30, 2018 9:40 AM - 10:30 AM 第1会場)

[PL] 安全と安心を信頼に繋ぐ

○佐藤 憲明^{1,2} (1.日本医科大学付属病院 看護部, 2.富山大学大学院博士課程生命臨床医学専攻 危機管理医学・医療安全学)

昨今では、産業界においても‘安全と安心’という言葉は定着し、もはや消費者にとっては常識ともいえるフレーズとなりました。医療界では、古くからそのニーズは高いところですが、繰り返される医療事故の発生から、近年では国民のニーズが劇的に変化をしています。

本来医療は、患者や家族と医療従事者の信頼関係、ひいては医療に対する信頼の下で、患者の救命や健康回復を最優先として行われるものですが、医療事故による痛ましい事案が発生したことで、国民の安心に最も密接な関わりを持つ医療に対し、信頼が揺らぎかねない状況となっています。このため、医療事故の発生を予防し、医療に対する患者の信頼を高めることが国策としても課題となっています。

近年の医療安全の取り組みでは、平成13年に患者安全推進年として、「Patient Safety Action」患者の安全を守るための医療関係者の共同行動が発令され、平成27年10月には、医療事故調査制度にかかる医療法施行規則の一部改正として、医療事故調査制度が施行されました。この制度では、医療機関で発生した医療事故の相談や支援、医療事故の再発予防を目的として、各領域の専門家による事故分析と調査が行われ、本学会はもちろんのこと、医療系専門学会が参画しています。しかし、我々が所属する急性期医療現場においても医療安全を目的とした臨床教育は画一的なものが多く、多くの医療機器や複雑な病態にある患者の看護を安全に行うための医療安全教育が充実しているとは言い難いところがあります。

まず、臨床実践者には、安全が保障できる個々のテクニカルスキルを習熟させ、そして、安全な医療を推進するための医療チームを構成する必要があります。

さらに、患者や家族とは、治療方針や治療の現状について情報を共有し、理解を頂きながら医療を進めることが、医療安全対策の鍵となり、ひいては信頼関係の醸成につながると確信します。

医療安全対策を講じる中で、必ずしも多くのエビデンスはありませんが、医療安全は、これまでの有害事象の分析から事故の再発予防策を講じる先行型安全管理に転じていく課題が急務となっています。

集会長講演では、昨今の医療安全の風潮と急性期医療における安全対策の現状を分析し、集会テーマとした「安全と安心を信頼に繋ぐ」について講演させていただきます。

特別講演

特別講演1

クリティカルケア領域に求められる危機管理と医療安全の最新動向

座長:松月 みどり(東京医療保健大学和歌山看護学部)

Sat. Jun 30, 2018 10:45 AM - 11:45 AM 第1会場 (5階 大ホール)

[SL1] クリティカルケア領域に求められる危機管理と医療安全の最新動向

○奥寺 敬 (富山大学大学院医学薬学教育部危機管理医学・医療安全学)

(Sat. Jun 30, 2018 10:45 AM - 11:45 AM 第1会場)

[SL1] クリティカルケア領域に求められる危機管理と医療安全の最新動向

○奥寺 敬（富山大学大学院医学薬学教育部危機管理医学・医療安全学）

クリティカルケア看護を実践する上で、最新の危機管理医学の考え方、危機管理位医学の実際の医療現場への応用である医療安全学の基礎知識は常に up-dateすべき重要な事項である。ここでは、危機管理医学における近年の新しい事項、医療安全学における国際水準と日本の医療現場の乖離などについて紹介する。危機管理医学において近年の topicsは、CBRNE(Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, Explosiveの頭文字)というしばしばテロの種別に用いられる key wordsに代表される。

C剤は、クアラルンプール空港で第2世代の化学兵器である VXのバイナリーが用いられ、ロンド郊外では第3世代化学兵器であるバイナリータイプのノビチョクが使用される事態が起きている。第3世代化学剤については、現行の装備では検出が不可能であり防護服も効果をなさない。さらに、これらの化学剤が市民生活の場面で使用されていることが大きな問題であると言える。

Bでは、気候の温暖化と訪日外国人の急増に伴いジカ熱、デング熱などが国内に入るのは時間の問題であろう。国内発症が常在化しつつある SFTSやエボラ出血熱、鳥インフルエンザなど RNAウィルスに対しては新たな治療薬（RNA 依存性 RNAポリメラーゼ阻害剤）が富山大学において開発されており我が国をはじめとして各国で国家備蓄がなされているので概要を紹介する。

RNは今後の国内原発の廃炉作業で諸問題が顕在化するであろうし、Eにおいては東京オリンピックを控えており爆傷に対する応急手当ての up-dateも喫緊の課題であろう。

医療安全は、国際水準のシステムとは乖離があり、病床数削減、包括地域ケアによる在宅医療推進に伴い、医療安全の概念を迅速に包括医療、在宅医療に展開することが求められている。

国際的には、Patient Safety (直訳すれば患者安全)が正式な訳語であり、我が国の「医療安全」という訳語は誤っている。

「医療安全」なので病院の管理者がガバナンスを発揮するという誤ったミスリーディングによる力学構造が我が国固有のものであることを理解し、クリティカルケア看護における正しい「患者安全」を考える手がかりを提供したい。

特別講演

特別講演2

高度救命救急センターにおける終末期一看取りの場としての役割ー

座長:山勢 博彰(山口大学大学院医学系研究科)

Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第1会場 (5階 大ホール)

[SL2] 高度救命救急センターにおける終末期一看取りの場としての役割ー

○三宅 康史^{1,2} (1.帝京大学医学部 救急医学講座, 2.帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第1会場)

[SL2] 高度救命救急センターにおける終末期一看取りの場としての役割ー○三宅 康史^{1,2} (1.帝京大学医学部 救急医学講座, 2.帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

平成28年版厚生労働白書によれば、2015年の高齢化(65歳以上)率は26.7%、年間死亡者数は129万人だが、2040年には同36.1%、168万人に達すると見込まれている。現状では80%以上が医療機関で死を迎えており、その状況に変化の兆しはない。当院高度救命救急センターでは年間約2,500例の三次救急症例を受入れ、そのうち心肺停止例(CPAOA)が最も多く600例、次いで外傷(AIS $\geq$ 3)300例、脳血管障害200例、呼吸不全100例、敗血症100例と続く。65歳以上が半数を超え、75歳以上は1/3を超える。

三学会合同の救急・集中治療における終末期の判断は、(1)不可逆的な全脳機能不全が十分な時間を掛けて診断された場合、(2)人工的な装置なしには生命維持ができず、生命維持に必須の複数臓器が不可逆的な機能不全である場合、(3)追加で行える治療法がなく、現状の治療を続けても早晚死亡に到る場合、(4)回復不可能な疾病の末期であることが積極的治療後に判明した場合、である。具体的には、心肺停止後の蘇生後脳症の遷延(1)、PCPS/ECMO/CHDF/人工呼吸器に依存して生命維持が図られている状態(1)(2)、DICを含む多臓器不全とその末期的状況(1)(2)(3)、癌や肝硬変、COPDの末期(4)がこれにあたる。救命救急センターで終末期としての対応が必要となるのは(1)(4)のケースが多い。

急病者が発生すると、対応する救急隊は決められたプロトコル、すなわち発症経過、現場の生理学的異常、その急激な悪化、明らかな解剖学的異常、傷病者因子・属性(年齢、既往疾患、ADL他)に応じて現場の判断により三次搬送が決定される。掛かりつけ症例以外は大多数が初診であり、傷病者因子・属性のみならず身元すら明らかでない場合もある。受入れ救命救急センターでは、搬送症例の病態が原疾患そのものの悪化によるのか、合併した新たな重症疾患によるのか、実は元々の病態なのか、そして回復可能ならばどこまで侵襲的な治療を可とするのか、を見極める必要がある。それにはある程度の時間と専門的な判断を要する。その間死亡に到らぬよう救命治療を先んじて講じつつ、並行して診断へのアプローチと、ADL、既往歴とその治療経過、予後不良の場合の治療継続に関する本人の考え、それが確認できない場合には家族や血縁者を探し出して本人の意志を推測していく。鍵となる家族がいない場合には、受け持ち医療チーム内で多職種によるカンファレンスを繰り返し、決められた手順を踏んで誰もが納得いけるように今後の方針についてコンセンサスを形成し、院内倫理委員会に諮ってその是非の判断を仰ぐことになる。そのため初療室で救命のために気管挿管した症例でも、最終的にそれを抜去して患者の事前指示に従うこともあり得る。高齢者のみならず家族や社会と疎遠な単身者の場合も同様の手続きが必要となる。

招聘講演

招聘講演1

The future of neuroscience critical care is exciting

座長:山勢 善江(日本赤十字九州国際看護大学)

Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第2会場 (5階 小ホール)

[IL1] The future of neuroscience critical care is exciting

○DaiWai Olson (Neurosurgery, University of Texas Southwestern, USA)

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第2会場)

[IL1] The future of neuroscience critical care is exciting

○DaiWai Olson (Neurosurgery, University of Texas Southwestern, USA)

For nurses working in Neuroscience Critical Care, 2018 is both a very exciting and very challenging time. The past decade has seen advances in therapeutic options including new devices, new techniques, and new medications. Dr. Olson is a Professor of Neurology and Neurosurgery at the University of Texas Southwestern in Dallas Texas. During this session, he will provide insight towards the key role that nurses will play in developing and molding the future of neuroscience nursing. By examining the past and present for nursing as a science, this session will engage participants to more fully realize their individual potential and collective power to drive the science of caring for patients with neurological injury.

教育講演

教育講演1

看護師と共に考える ICUでの感染症マネジメント：予防・診断・治療

座長:尾野 敏明(杏林大学医学部附属病院)

Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第3会場 (2階 桃源)

[EL1] 看護師と共に考える ICUでの感染症マネジメント：予防・診断・治療

○志馬 伸朗 (広島大学大学院医歯薬保健学研究科救急集中治療医学)

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第3会場)

[EL1] 看護師と共に考える ICUでの感染症マネジメント：予防・診断・治療

○志馬 伸朗（広島大学大学院医歯薬保健学研究科救急集中治療医学）

ICU患者の約半数は何らかの感染症を有するとされ、感染症管理は患者予後改善に関わる重要な実践である。

感染症は予防することが何よりも重要である。ICUにおける予防策は、デバイス管理を中心として、看護師が中心となって関わりかつ制御しうる事項は極めて多い。

一方、診断と治療に関しては、主として医師あるいは薬剤師の関与領域であり、看護師の関与や関心は決して高いものではないかもしれない。しかし、質の高い感染症診断と治療を行うために、看護師の果たすべき役割は実はあんがい多い。

本講演では、どちらかと言えば常識化した予防策には取えて言及せず、予防策における落とし穴や tips を、加えて、診断治療において看護師が果たすべきことはなにかについて考える。

クリティカルケアに関わる看護師にとって一歩先の感染症管理へ進むための手がかりとなる議論ができればありがたい。

シンポジウム

シンポジウム1

チーム医療の充実と安全管理の成果 チームステップスの構築

座長:道又 元裕(杏林大学医学部附属病院 看護部), 座長:久間 朝子(福岡大学病院看護部 救命救急センター)

Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第1会場 (5階 大ホール)

[座長の言葉] 医療安全とチーム医療に纏わる話題提供

○道又 元裕 (杏林大学医学部附属病院 看護部)

[S1-1] 自施設 ICUスタッフのノンテクニカルスキルの現状と課題

○大槻 勝明 (土浦協同病院 GICU)

[S1-2] 当院の RRS・RSTにおけるチーム STEPPSの活用と今後の課題

○中村 紀子 (彦根市立病院 ICU・CCU病棟)

[S1-3] チーム医療の充実と安全管理の成果 チームステップスの構築 臨床工学技士の立場から

○石井 宣大 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 臨床工学部)

[S1-4] 医療安全管理者の立場からチームトレーニングの導入と効果を考える

○荒井 有美 (北里大学病院 医療の質・安全推進室)

[S1-5] チーム医療の充実ーチームが機能するためにー

○吹田 奈津子 (日本赤十字社和歌山医療センター 集中治療室)

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第1会場)

[座長の言葉] 医療安全とチーム医療に纏わる話題提供

○道又 元裕 (杏林大学医学部附属病院 看護部)

座長の言葉

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第1会場)

[S1-1] 自施設 ICUスタッフのノンテクニカルスキルの現状と課題

○大槻 勝明 (土浦協同病院 GICU)

Key words : 医療安全、チーム STEPPS、ノンテクニカルスキル、コンピテンシー

近年、情報テクノロジーの進歩、グローバル化に伴い、人々の価値観が多様化したことで、これまで以上に患者中心の考え方の重要性が問われ、個別性を重視したケアが必要とされてきています。また、医療技術の進歩・細分化に伴い治療、処置についても多様化、複雑化しています。それに相応すべく、看護師の判断能力や専門性に関わる研鑽は行われているものの、臨床におけるインシデント、アクシデントの発生を抑制できずにいるのが現状です。日本看護協会による看護職員実態調査において、「職場における悩みや不安」の第一位は「医療事故への不安(61.6%)」が挙げられ、約半数がそのことが原因で離職を考えたことがあると回答しています。したがって、患者が安心・安全で医療が提供されることは勿論のこと、医療職者が安心かつ安全に医療に従事できるよう医療安全に関して組織として取り組んでいく必要があります。

医療事故の多くは、コミュニケーションの障害などで実質的に機能しないチームワークの欠如から発生すると言われています。このヒューマンエラーをチーム力でカバーしていくことでリスクを軽減させることが可能となります。そのためには、医療スタッフ間での連携を推進し、チームとして協働するためのスキル(ノンテクニカルスキル:テクニカルスキルを補って完全なものとする認知的、社会的、個人的なリソースとしてのスキルであり、安全かつ効率的なタスク遂行に寄与するもの)を身につける必要があります。このチームパフォーマンスを向上させるチームトレーニングプログラムとして、チーム STEPPSが推奨されています。チーム STEPPSの基本的枠組みには、1) リーダーシップ、2) 状況モニター、3) 相互支援、4) コミュニケーションの4つのコンピテンシーが掲げられており、医療チームメンバーが4つのコンピテンシーを実践することにより、知識、態度、パフォーマンスの3つの側面からのアウトカムが得られるとしています。

今回、医療安全の取り組みの第一段階として、自施設 ICUスタッフにおけるノンテクニカルスキルの自己および他者評価の現状調査から個々のスタッフのノンテクニカルスキル向上と次に取り組むべき課題について報告します。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第1会場)

[S1-2] 当院の RRS・RSTにおけるチーム STEPPSの活用と今後の課題

○中村 紀子 (彦根市立病院 ICU・CCU病棟)

当院の Rapid Response System(以下 RRS)と Respiratory Support Team(以下 RST)は、平成27年度より医療安全推進室の傘下で活動している。また、平成26年度に「チーム STEPPSプロジェクト」を立ち上げ、平成27年3月より病院全職員向けの研修を開始した。現在まで計7回348名(在籍890名)全体39%の参加者を集め、全職員の受講を目標に定期的な研修を継続している。

医療安全・チーム医療においてコミュニケーション技術は必要不可欠である。当院では医療事故防止・コミュニケーション技術の向上と共通言語の理解を目的としてチーム STEPPSを取り入れ、RRS・RSTの活動でもチーム

STEPPのツールを活用している。

RRSでは、病棟看護師は RRS要請時に PHSで METに連絡を行う。その際、患者の状況を SBARで報告することを推奨している。RRSのコンポーネントでもある「患者急変を発見する要素」の中心となるのが、日々のケア・観察を行っている看護師である。些細な変化の裏に隠された異常の発見のためには、患者の正しいモニタリングが必要になる。当院の看護師は、呼吸に関する観察や記録が正しく実践できない現状が明確になっている。そこでバイタルサインの観察の重要性、予測・重症度判断の必要性、症例を用いた気づきを促す勉強会を積極的に行っている。また、コードブルー(Drコールと称す)症例を、テクニカルスキル・ノンテクニカルスキルの両側面から振り返りを行い、情報の共有や要請後の現場の統制、ノンテクニカルスキルに関する検証にチーム STEPPSツールを活用している。

RSTでは、毎週水曜に他職種のメンバーで院内の人工呼吸器患者のラウンドを行っている。ラウンド日の朝に RST看護師が院内メールで患者の情報を配信し、ラウンド開始までに各メンバーが情報収集を行い、ラウンド直前にブリーフィングを行う。ラウンド中、早急に検討が必要な問題が生じれば、メンバーでハドルを行う。ラウンド終了時はデブリーフィングを行ない、情報の整理とメンバーの疑問の解決、対応策を話し合う。RSTラウンドでは他職種のメンバーが集まり、限られた時間内でラウンドを行うため、タイムマネジメントは重要である。RST看護師はリーダーシップを発揮し、メンバーが情報を迅速かつ的確に共有、把握できるよう活動している。

当院の RRS・RSTの活動では、他職種のメンバーで情報を共有し、タイムリーに実践を行う場面が多くあるため、チームの結束力が重要となる。チーム医療の神髄は患者中心の医療であり、メンタルモデルの共有にある。RRS・RSTの活動の根本は「患者が少しでもよくなれば」など医療者個人、チームの目標である。その目標達成までのプロセスを円滑に進めるためにチーム STEPPSのツールを活用している。当院の RRS・RSTをさらに活性化するためには、チーム STEPPSのエッセンスを有効に活用し、他職種のメンバーも異常の早期察知と早期対応に関してのトレーニングや教育を受け、実践していくための環境調整が課題であると考えている。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第1会場)

[S1-3] チーム医療の充実と安全管理の成果 チームステップスの構築 臨床工学技士の立場から

○石井 宣大 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 臨床工学部)

チーム医療とは、医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供することとされている。

チーム医療の質を向上させるためには、権限移譲を促す必要があり、自身の医療職のアイデンティティを確立し他の医療職種の理解を深めること、ノンテクニカルスキルとしてコミュニケーション能力や状況認識の能力を高めること、テクニカルスキルの向上のために専門知識や技術を高め、信頼を得ることが挙げられる。

特に集中治療領域では、緊急度や侵襲度の高い治療が多く、口頭指示が多く認められることからコミュニケーションエラーを起こす環境である。

当学の医療安全部門はチームステップスを推進している。臨床工学技士のチームステップス導入状況や成果、課題について報告する。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第1会場)

[S1-4] 医療安全管理者の立場からチームトレーニングの導入と効果を考える

○荒井 有美（北里大学病院 医療の質・安全推進室）

北里大学病院では、2014年6月に「チーム STEPPS」を導入し、2017年11月までに約80回開催し2800名近くの参加があった。本題では、当院におけるチーム STEPPS導入の経緯ならびにその効果について報告する。

当院では、重大な有害事象を経験したことを契機とし、潜在的な安全管理上の課題を抽出する目的で、2012年12月に「医療における安全文化に関する調査」を実施した。この調査結果から「部署間でのチームワーク」に問題があることが明らかになり、改善を図る方策としてチームトレーニングを導入した。なお、この調査方法は、米国 AHRQ（Agency for healthcare Research and Quality）が提唱し、国立保健医療科学院によって有用性が証明されたものである。

チームトレーニングの導入に先行して、2014年3月に職員2名（医療安全管理者1名、医師（Rapid Response Team:RRT）1名）を米国 AHRQ主催のチーム STEPPS研修受講へ派遣した。その後、研修の実施計画ならびに具体的な研修内容を検討などの準備期間を経て、2014年6月より開始した。研修対象者は、職種や職位を限定せず、全職員とした。また、研修の効果評価指標は、インシデント全報告数、インシデント影響度レベル0（エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった）報告数、および RRT要請件数とした。前出の「医療における安全文化に関する調査」を2015年に再び実施した。その結果、「部署間でのチームワーク」について改善が認められた。

われわれ医療者は、従来、医療の中心は患者であることを認識しながら、それぞれの職域において最善を尽くしてきた。今日では、医療の高度化や複雑化に対応するための一つの方策として、チーム医療という概念が推し進められている。これは多職種が連携を密にし、専門家として協働していくことによって、高度な医療を提供し、安全な医療を実践するという考え方である。このようなチームワークの重要性は、WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版2011にも明確に示されている。一方、職種間の情報共有やコミュニケーション不足等に起因したエラーが発生している。

「チーム STEPPS」は、米国国防総省の研究助成によって、1995年頃よりチームトレーニングの研究が始められ、AHRQとの協力でエビデンスに基づいて開発されたものである。その後、米国連邦政府の事業として全米に広がり、医療チームのパフォーマンスを向上させ、医療安全の推進・質の向上に成果を挙げていると言われている。人間だからこそころこし得る「うっかり」や、「無意識に」といった、ヒューマンエラーはたびたび問題となる。これらを防止するには、個人が細心の注意を払うだけでは充分ではなく、チームで改善に取り組むことも重要である。誰が何をすべきかを、職域を越え医療チーム全体で考え続けることが重要と考えられ、今日の医療においてチームトレーニングは必要不可欠であるといえる。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第1会場)

[S1-5] チーム医療の充実—チームが機能するために—

○吹田 奈津子（日本赤十字社和歌山医療センター 集中治療室）

チーム医療の重要性が強調され、それぞれの役割を持ち組織横断的に動くチームが多数結成され活動している。さらに患者の治療は、「主治医が行う」というものではなく、「多職種が関与する医療チームが行う」という考え方に変化してきている。私たち看護師もそのチームと一員としての役割が期待されている。

では、チーム医療＝質の高い医療の提供なのか。チーム医療を構成する医療職（医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士、理学療法士、管理栄養士、医療社会福祉士など）がそれぞれ高い専門職としての技術を持っていることはもちろん必要だが、それだけでは医療の質は高まらない。その集団がチームとして機能する必要がある。集団とは「特定の目的を達成するために集まった、互いに影響を与え合い依存しあう複数の人々」と定義される。集団であるためには、構成員が共通の目的を持ち、それぞれが組織における自分の役割を認識し、互いに助け合い競い合いながら相互に交流することが必要なのである。これをチーム医療で考えてみると、そのチームを構成する職種の人々が患者の具体的なゴールを共有し、個々人が専門職としての知識と技術を活用する意義を認識し、互いに助け合いながら相互に交流すること、となる。

この「互いに助け合いながら相互に交流すること」というのはチームとして働くときには必要な技術であり、個々人の専門職としての知識や技術と同じく持っているのが理想である。しかし臨床では意識の高い専門職が相互に交流するためには、まだまだ調整という役割も必要なのではないかと考えている。

自施設でもさまざまなチームが活動し、ICUでは多職種が関与しながら患者に医療を提供している。これらのチームの実情から、チーム医療＝質の高い医療の提供、となるための課題について述べたいと考えている。

シンポジウム

シンポジウム2

クリティカルケアの安全管理教育を目的とした教授設計 ID (instructional design) とシステムのアプローチ

座長:浅香 えみ子(獨協医科大学埼玉医療センター), 座長:明石 恵子(名古屋市立大学看護学部)

Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第2会場 (5階 小ホール)

[座長の言葉] シンポジウムの論点

- 浅香 えみ子 (獨協医科大学埼玉医療センター)
- [S2-1] これからの医療安全マネジメントと医療安全管理者の育成
- 熊谷 雅美 (公益社団法人日本看護協会)
- [S2-2] 看護職の患者安全教育について
- 松月 みどり (東京医療保健大学和歌山看護学部)
- [S2-3] 臨床における患者安全教育の教授設計
- 政岡 祐輝 (国立循環器病研究センター)
- [S2-4] ICTによる患者安全教育の現状と可能性
- 増山 純二 (長崎みなとメディカルセンター 救急部)

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第2会場)

[座長の言葉] シンポジウムの論点

○浅香 えみ子（獨協医科大学埼玉医療センター）

座長の言葉

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第2会場)

[S2-1] これからの医療安全マネジメントと医療安全管理者の育成

○熊谷 雅美（公益社団法人日本看護協会）

1999年を契機に日本における医療安全対策は、確実に実施されてきている。たとえば医療安全施策として、平成14年4月には「医療安全推進総合対策～医療事故の未然防止のために～」が発出され、医療法や診療報酬等で医療安全管理体制の整備を図った。またその対策の中には、医療事故防止のための職能団体の役割として「医療従事者の資質の向上や提供する医療の質の向上を図ることを通じて、患者の安全が確保されるよう努めること」が明記された。1.医療の質の向上2.学習する組織文化の醸成のため「医療安全」マネジメントを推進している。そのためには、「医療安全を重視する組織文化を醸成できる医療安全管理者の養成」が重要であると考え、2000年より医療安全管理者養成に取り組んでいる。しかし近年、医療の現場では、患者の病態の複雑化、医療の高度専門分化化等が急速に進み、整備されてきた医療安全管理体制の形骸化が生じるようになった。たとえば2014年大学附属病院等で相次ぐ医療事故の報道がなされ、高度かつ先端的な医療を提供する施設である特定機能病院においては、一層高いレベルの医療安全管理体制の構築が求められ、2016年6月医療法改正によって特定機能病院の医療安全管理部門に、専従の医師、薬剤師、看護師の配置が原則義務化された。

このような状況をふまえ、2016年、本会における医療安全管理者養成カリキュラムを見直した。医療安全管理者がめざすことは、組織横断的な活動を通して、「より安全な医療を提供できる組織」「学習する組織」を創ることである。そのために2017年度の医療安全管理者養成から1.医療機関の組織構造や特徴を知る2.組織の意思決定や組織変革について学ぶことを新たに加えた。また受講生は成人学習であり、これまでの経験を吟味し再構築できることをめざし、自身の経験した事例、準備された事例を使つてのグループワークを取り入れた。

日本は、世界で一番、医療及び少子高齢の先進国となった。これからは地域包括ケアシステムにおいて、医療安全管理の場が、病院から在宅・学校など、人が暮らし生きる場所すべてに広がっていく。医療安全管理者に求められることは、広い視座・マネジメント力・推論アセスメントであると考えている。学び続ける医療安全管理者の育成をめざしたい。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第2会場)

[S2-2] 看護職の患者安全教育について

○松月 みどり（東京医療保健大学和歌山看護学部）

私は日本の患者安全の創成期のころからさまざまな関わりをもってきた。初期の頃は、医療者が気をつけて慎重に、注意すれば事故は防げるという幻想を持っていた。しかし、米国からの報告書は衝撃であった。人が間違える生き物であることは、人がどんな努力をしても間違えることを意味している。危険に気付けるように人間の認知機能の研究者と協働してさまざまな取り組みが現場では実践されている。5S運動、指差し呼称、時間切迫はミスが発生する頻度が高くなることも周知の事実である。

人の力で安全を確保できないのであれば、システムで安全を確保しようとシステムアプローチも多くの施設で実践された。工程分析をしたり、間違っても絶対つながらない接続サイズの工夫など、医療関連企業、製薬企業の努力は着実に成果をだしている。しかしである、患者安全はまだまだ到達できていない目標である。

それなら、チームの力で安全を確保しようと、チームステップスは WHO も推奨して多くの施設でトレーニングが行われている。しかし、この実践は日本の医療政策の多職種協働、地域包括ケア構想や医学系大学教育の IPE, IPW にもつながって患者安全の領域が広がっていると感じている。

翻って、看護基礎教育における患者安全教育は基礎看護分野の中でおこなわれているので、適正な教育者の人材は乏しく、まだまだ課題は山積みである。本シンポジウムでは多様な側面から患者安全教育が議論できたら幸いである。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第2会場)

[S2-3] 臨床における患者安全教育の教授設計

○政岡 祐輝（国立循環器病研究センター）

医療に関連する不必要な害のリスクを許容可能な最小限の水準まで減らす（患者安全）ため、安全管理とともに患者安全に対する教育が重要であることは言うまでもない。各組織において、安全管理を効果的に推進するために、専任安全管理者が医療の専門性や医療者の労働環境・健康状態などを踏まえ、組織の安全を守る活動を展開している。しかしながら、インシデント・アクシデント発生に対し、対策を立てるがその対策が遵守されず、さらなる対策に追われ、思うように患者安全の改善が図れていない施設も多いのではないだろうか。

臨床現場は複雑かつ多様な状況下であり、職場の文化の影響や環境によって、患者安全における障壁も多種多様である。各々が置かれた状況のなかで、患者の安全を守るために必要な行為を考え、意思決定できる看護師を育てることが重要となる。患者安全に関する基本的な知識、看護業務を安全に実践するために必要な技能、リスクを減らす行為を選択しようとする態度。患者の安全を守る看護師を育成するには、どのような学習支援が必要なのか、どのような学習環境を創り上げる必要があるのか。臨床看護師の“学習”に焦点をあて、ID ; instructional design の知見から、クリティカルケアの患者安全教育について考えてみたい。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第2会場)

[S2-4] ICTによる患者安全教育の現状と可能性

○増山 純二（長崎みなとメディカルセンター 救急部）

クリティカルケアの領域では、使用される薬剤、ME機器は多種多様であり、これらを管理する上では、多くの知識や技術が必要とされる。患者は緊急度、重症度が高く、患者自身に安全に関する協力を求めることは難しい状況である。また、気管挿管、循環作動薬、体外循環のカテーテル、栄養チューブなど患者に多くのチューブ、ラインが存在し、事故（自己）抜去、各種機器のトラブル、感染の危険性など、医療事故が起こるリスクが多く潜んでいる状況下にある。Ingeborg D Welters（2011）らのICUにおけるインシデント報告の分析において、上位を占めた項目は、薬剤、機器（ライン、チューブの事故含む）、および臨床実践（褥瘡、検体の取り扱い、感染管理、気道管理に関連する事象）に関するものであった。

安全な医療提供を行うために、院内全体の活動として、自ら進んでインシデント報告ができる環境づくりと、安全文化の構築や看護実践における安全確保の具体策として、患者のフルネームでの自己紹介による患者の確認、リストバンドの活用、指差呼称、6Rの徹底、転倒、転落のアセスメントシートの使用など患者誤認防止、誤薬の防止、転倒・転落の防止など行なっている。医療チームによる安全確保の取り組みとして、5S活動、KYTなどの取り組みがある。また、研修体制の整備も重要であり、国は全職員を対象に、年に2回程度、医療の安全を確保するための研修を求めている。

薬剤のインシデントに対する教育効果の報告では、パワーポイントを使った学習（Lu et al. 2013）、双方向性のあるCD-ROMプログラム学習（Schneider et al. 2006）、オンライン学習（Sherriff et al. 2012）、ブレンディッド学習（Sung et al. 2008）、シミュレーション教育（Tsai et al. 2008）などが行われており、教育介入前後の知的評価の比

較において有効であったと報告されている。しかし、これらは授業内容や授業設計について、また、臨床での効果について明確にされていなかった。

そこで、今回、A病院のクリティカルケア領域のインシデント、アクシデントの報告の分析、教育の現状を調査し授業設計を行い、臨床での効果、学習の効率性を検討する。その上で、ICT(Information and Communication Technology)教育の設計を行い、また、インシデント、アクシデント報告システムの一環としてのICT教育の導入についても検討し、ICTによる教育の可能性について報告する。

シンポジウム

シンポジウム3

院内急変を未然に防ぐ Rapid Response System

座長:田村 富美子(聖路加国際病院 救命救急センター), 座長:森安 恵実(北里大学病院集中治療センター RST・RRT室)

Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第3会場 (2階 桃源)

[S3-1] 我が国のオンラインレジストリから見える RRSの現状と展望

○内藤 貴基¹, In-Hospital Emergency collaborators² (1.聖マリアンナ医科大学 救急医学, 2.In-Hospital Emergency Study Group)

[S3-2] 病院の現状を考えた院内急変を未然に防ぐ Rapid Response Systemに向けての取り組み

○芝田 里花 (日本赤十字社和歌山医療センター 看護管理室)

[S3-3] 看護師の「気づき」を促す RRSをめざして

○八木橋 智子 (自治医科大学附属さいたま医療センター 集中治療部)

[S3-4] 当院における RRS看護師の役割

○黒岩 政之 (北里大学医学部 麻酔科学)

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第3会場)

[S3-1] 我が国のオンラインレジストリから見える RRSの現状と展望

○内藤 貴基¹, In-Hospital Emergency collaborators² (1.聖マリアンナ医科大学 救急医学, 2.In-Hospital Emergency Study Group)

【目的】院内救急対策の大きな柱である Rapid Response System(RRS)は我が国でも広がっている。2014年に他施設 RRS・院内心停止オンラインレジストリが立ち上がり RRSは6700例、院内心停止は320例を超える症例が蓄積している。レジストリ運営は日本集中治療医学会・日本臨床救急医学会を中心とした院内救急検討委員会により行われ活動を発展させている。さらなる院内救急の改善のために、RRSのアウトカムとして院内心停止が測定可能となるように RRSと院内心停止のレジストリを一つに統合し、また米国心臓病学会に準拠し世界への発信に足るように改訂を加え、レジストリは新たな一歩を踏み出した。今回は RRSレジストリから見た我が国の院内救急の現状と、レジストリを用いて行われた過去の研究について再度考察する。

【方法】2014年1月から2017年8月までに RRSオンラインレジストリに登録された6787例を解析した。

【結果】患者背景は平均年齢69.5歳、男性が59%と多く、背景としては敗血症11.6%、担癌患者20.7%術後患者11.4%、産婦人科患者1.6%、小児患者2.5%であった。またコードステータスに制限のある患者が21.0%であった。起動時のバイタルサインでは体温、呼吸数の欠損が多く、36.1%、27.8%であった。起動基準では酸素飽和度の低下が最も多く、33%、ついで意識障害26%、看護師の懸念25%、低血圧22%と続いた。行われた処置は挿管14%、CPR 6.6%であった。ICU入室は24%で、RRS時に死亡した症例を3.3%認めた。一ヶ月死亡率は28%であった。頻脈、低血圧、頻呼吸、徐呼吸を認めても起動されない症例が多くあり、特に頻呼吸ではそれが著明であった。National Early Warning Score(NEWS)の超低リスク群(NEWS grade 0)、低リスク群(NEWS grade 1)、中等度リスク群(NEWS grade 2)、高リスク群(NEWS grade 3)では予期せぬ ICU入室/1ヶ月死亡率はリスク層別化が可能であった。

【結論】我が国の現状として RRSが起動される症例は重症が多い。複数の起動基準をすでに満たしている症例が多く早期介入は十分でない可能性が示された。これらの問題の解決の一つとして NEWSを用いたスコアリングによる起動基準の制定の有用性が示唆された。現場教育だけでなく、バイタルサインをもれなく測定するためのシステムや機器などの開発が待たれる。

【結語】我が国の院内救急の現状が明らかとなった。今後はこのデータをもとに各施設の実情にそった対策が必要である。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第3会場)

[S3-2] 病院の現状を考えた院内急変を未然に防ぐ Rapid Response Systemに向けての取り組み

○芝田 里花 (日本赤十字社和歌山医療センター 看護管理室)

自施設は和歌山市にある診療科35科、稼働病床数727床、高度救命救急センターを持つ地域の中核病院である。自施設の急変対応システムは2010年に心肺停止に対応するコードブルーとして始まった。当初はがんや慢性疾患の終末期患者の治療方針が明確されていない事例やバイタルサインの異常やせん妄など急変の前兆がカルテに記載されている事例が散見していたことから、体制を2014年に「心肺停止やそれに準じた状況」への対応に変更した。起動基準は明確には示していないが、コードブルーと急変の前段階に対応にするシステムとの周知を得ている。

【体制】

平日日勤においては集中治療部医師、救急外来看護師が対応を行う状況になっているが、集中治療医、救急医のマンパワーの問題もあり、夜間は当直医師、看護師長が対応を行っている。

【現状の問題点】

急変を未然に防ぐための自施設の問題として(1)看護師のアセスメント能力不足、(2)医師の認識不足、(3)医師の診療科間のセクショナリズムがある。看護師のアセスメント能力不足については、患者の状態が気になっていても「医師の指示範囲内」と判断していることが散見している。そのため、看護師が患者の状態悪化に一刻でも早く気づく力をつけるため、集中ケア認定看護師を中心にフィジカルアセスメント能力の強化、救急看護認定看護師が急変対応として「急変リンクナース」の育成を行っている。(2)医師の認識不足については、病棟看護師が病態の悪化を認識し、医師に報告をした際に「様子を見ておいて」、「あとで行く」の返答があり、看護師はジレンマを感じつつも経過観察し、さらに患者が重篤化してしまう。また、救急看護認定看護師や集中ケア認定看護師が病棟からコンサルテーションを受けた場合においても診療科間のセクショナリズムが強いこともあり科を超えた依頼は非常に困難な状況がある。

【Rapid Response System 構築に向けた取り組み】

組織を動かすために急変対応コールや状態悪化により集中治療室に入室した患者の状況を分析し、対応の問題点を院内医療安全委員会で公表されているが、院内の周知には至っていない。集中治療医、救急医が少ない現状でチームを組み活動を行うことが困難であることから、看護師が患者の「状態が悪い」と判断した場合、「何か変」と感じた場合に診療科に関わらず集中治療医や救急医に相談を行うシステムの構築を医療安全部門に提案している。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第3会場)

[S3-3] 看護師の「気づき」を促す RRSをめざして

○八木橋 智子（自治医科大学附属さいたま医療センター 集中治療部）

当院では2014年より RRS：rapid response systemの活動を開始した。主な活動内容はICU医師による call対応で、担当する医師が持ち回り制で PHSを携帯し、様々な診療科からの相談を受けている。その件数は活動開始から徐々に増加し、2016年には年間100件を超えるようになった。この数値からも院内の RRSの認知度の向上とニーズの高さが伺え、さらに要請の約9割以上が看護師からであることから、RRSは看護師からの需要が非常に大きいことがわかる。しかし、RRS活動を開始してからの数年間、院内の急変コール件数は減少しておらず、むしろ増加しており、多くの病棟で看護師による正しい患者評価がなされていない可能性が考えられた。

今回のシンポジウムのテーマである「院内急変を未然に防ぐ rapid response system」を実現するためには、看護師の「気づき」はなくてはならないものである。しかし、看護師の「気づき」の促進は簡単なことではない。この「気づき」を高めていくためには、個人のスキルに頼ることは困難であり、コミュニケーションやチームワーク、リーダーシップなどのノンテクニカルスキルを効果的に発揮することが最大の方法である。当院の RRS活動では、これらのスキルの向上を目指し、SBARやチームビルディングの要素を含めた学習会の開催や、全部署に配置している RST/RRSリンクナースを通して、call内容の振り返りや RRSに関する情報共有などを行っている。また、RSTの病棟ラウンドを通して、ICU退出患者などの outreachを実施することで、患者評価や注意点などの提案を行っている。しかし、これらの活動だけでは、大きな課題である看護師の「気づき」を高めていくことになかなか繋がらない現状にあるため、今後は NEWS：早期警告スコアや qSOFAなどのツールの活用と RRS要請時の看護師の同行、RRS看護師要請システムの開設を実現したいと考えている。病棟看護師が RRSへ callすることへのためらいをより少なくするために、RRSに看護師が加わり、要請時に看護師もベッドサイドに赴くことで、callしにくい状況を減らし、「何かがおかしい」と感じた時にすぐさま病棟看護師が気兼ねなく callできるシステム「看護師から看護師への RRSへの相談窓口（専用 PHS）」の開設によって、より早期の患者介入へ繋がることを狙っている。

当院の RRSはまだまだ課題が山積しているが、このセッションを通してこれからの RRSはどうあるべきか、RRS活動からどのようにして看護師の「気づき」を高めていくべきかなどを考えていきたい。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第3会場)

[S3-4] 当院における RRS看護師の役割

○黒岩 政之（北里大学医学部 麻酔科学）

当院では2011年からRRSを部分稼働させ、2014年5月から24時間365日の稼働となっている。直近3か月の平均出動件数は54.4件/月で平日日勤帯が45.4%、平日夜間帯が22.1%、休日診療帯が32.5%である。出動症例の19.0%は緊急でICUに収容している。この出動の中で、平日夜間21時-翌日7時30分までおよび休日診療体制の16時30分-翌日7時30分はICU当直医師が単独で出動しているが、それ以外はRRS看護師（もしくはRRS理学療法士）が単独もしくは医師と同時に出動している。RRS看護師は専従が2名のほかに、トレーニングを受けた院内ICU看護師（2018年1月現在、トレーニング修了者10名、うち実働者5名）が当番制で担当している。

RRS看護師の役割は大きく分けて(1)トリアージ(2)コーディネーター(3)教育の3つがある。

(1)トリアージ：RRS看護師は、単独で出動した際にABCDのうち何の異常か（あるいは異常がないのか）、緊急の処置や検査の必要性、ICU収容の必要性などについて評価し、自身のアセスメントとリコメンデーションをもってRRS医師や担当診療科医師に報告する。これは経験のある救急・集中治療系看護師なら持ち合わせているテクニカル・スキルであるが、一方で普段の活動しているフィールド外でそのスキルを発揮するには一定の訓練と経験が必要である。

(2)コーディネーター：要請側のスタッフ（病棟看護師、担当診療科医師）と出動側のスタッフ（RRS医師、看護師、理学療法士など）が現場で、即席で組むチームは、コミュニケーションが円滑にいかない場合も想定される。重症患者を目前にすると気が回らなくなり、要請側を差し置いて出動側だけで診療していく、など。RRS看護師は出動側が何を疑って診療しているか、何を懸念しているかを理解し、それらを適宜、要請側に伝達しながら処置の準備や移動の準備などを進めていく。

(3)教育：要請側にはポジティブであれネガティブであれ、適切なフィードバックが必要である。このことが要請者を教育し、“気づきの力”が養われ、次なるRRS要請につながる。RRS看護師は出動後に必要があれば別途、要請者を訪問し、フィードバックをする。また、患者ケアで状況が解決できるような事例では、ケアを教育し、現場での危機回避力を高める。

当日は、上記について当院での実例を紹介しながら解説したい。

編集委員会企画セッション

編集委員会企画セッション

オンライン投稿・査読システム～論文投稿と査読が便利になります～

Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第7会場 (2階 蓬莱)

企画:編集委員会

[ECP] オンライン投稿・査読システム～論文投稿と査読が便利になります～

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第7会場)

[ECP] オンライン投稿・査読システム～論文投稿と査読が便利になります～

編集委員会 中村美鈴、佐藤富美子、清村紀子、林みよ子、田口豊恵、
矢富有見子、福田美和子、岡田彩子、小泉雅子、吉田紀子
Scholar Oneサポートセンター (株) 杏林舎 真鍋達弘

2018年7月1日より、オンライン投稿・査読システム「ScholarOne Manuscripts（日本語版）」を導入いたします。これまで事務局に論文を提出いただいていたが、本学会のWebサイトよりオンラインで論文投稿ができるようになります。また、査読担当者もオンラインで査読結果を入力またはファイルをアップロードしていただくことになります。このオンライン投稿・査読システムにより、投稿者、査読者の郵送の手間や時間が省け便利になります。

本説明会では、会員の皆様が基本的な操作方法を理解でき、翌日から早速論文投稿ができるように、実際の画面をみながら操作方法を説明します。主に次の内容をご説明いたします。

- ・論文投稿者向け：論文投稿の方法
- ・編集委員向け：査読者選出の方法
- ・査読者向け：査読論文のダウンロードと査読結果のアップロード

なお、簡易操作マニュアルはWeb上でご覧いただけるようになります。また、システム導入に伴い、投稿規程および投稿論文チェックリストも改訂されますので、投稿の際には新しい規程とチェックリストで確認をお願いいたします。投稿規程は、本学会ホームページでご覧いただけます。投稿論文チェックリストはオンライン投稿・査読システム上に表示されますので、確認の上、ご投稿下さい。

投稿規定 URL： <http://jaccn.umin.jp/cntrbt/index.html>

ワークショップ

ワークショップ1

家族の心理状態を捉えた脳死下臓器提供の選択肢提示～事例から学ぶ選択肢提示における看護師の役割～

Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第7会場 (2階 蓬莱)

共催:公益社団法人日本臓器移植ネットワーク

[W1-1] 家族の心理状態を捉えた脳死下臓器提供の選択肢提示～事例から学ぶ選択肢提示における看護師の役割～

○山勢 博彰¹, 田戸 朝美¹, 山本 小奈実¹, 佐伯 京子¹, 立野 淳子², 高橋 聡子³, 塚本 美保⁴, 間 里恵⁴, 本池 智彦⁴ (1.山口大学大学院医学系研究科, 2.一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院, 3.日本医科大学付属病院就職 高度救命救急センター, 4.日本臓器移植ネットワーク)

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 5:40 PM 第7会場)

[W1-1] 家族の心理状態を捉えた脳死下臓器提供の選択肢提示～事例から学ぶ選択肢提示における看護師の役割～

○山勢 博彰¹, 田戸 朝美¹, 山本 小奈実¹, 佐伯 京子¹, 立野 淳子², 高橋 聡子³, 塚本 美保⁴, 間 里恵⁴, 本池 智彦⁴ (1.山口大学大学院医学系研究科, 2.一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院, 3.日本医科大学付属病院就職 高度救命救急センター, 4.日本臓器移植ネットワーク)

2010年に臓器移植法が改正され脳死下臓器提供数が増加した。その背景には、家族の承諾のみで臓器提供が可能となったことがある。改正後6年間で337件の脳死下臓器提供があり、その内訳は、家族からの申し出が165件と医療者側からの意思確認が172件であった。

クリティカルな状態にある患者は、救命が不可能と判断された場合、医療者が家族に終末期の宣告を行い、延命処置についての代理意思決定やその人らしい終末期についても家族は検討しなくてはならない。そのなかのひとつに臓器提供があり、本人の意思表示または家族の代理意思決定により臓器提供に至ることがある。脳死と判断された場合、主治医は、脳死下臓器提供の有無を家族に確認することがある（以下：臓器提供の選択肢提示とする）。このような家族に対して看護師は、家族の心理状態を把握したケアが必要とされる。脳死患者家族の心理過程は、「驚愕期」、「混乱期」、「現実検討期」を経て「受容期」に至るといわれている。各期では様々な心理的反応がみられ、看護師はそのような家族の心理状態を理解したうえで臓器提供の意思確認をすることが必要である。選択肢提示では、特に揺れ動く家族の心理状況を把握しながら家族に対応しなければならない。ケースによっては、日本臓器ネットワークコーディネーターと連携しながら選択肢提示を行うこともある。そこで今回、脳死とされうる患者家族の心理状態を捉えた脳死下臓器提供の選択肢提示において、看護師にはどのような役割が求められるのか、また、コーディネーターとの連携をどのようにすればいいのかを事例を通して学べるワークショップを開催する。

ワークショップは、グループワーク形式で行い、ロールプレイを通して臓器提供の選択肢提示における看護師の役割を学んでもらう。

臓器提供の経験があるなしにかかわらず、臓器提供で悩んでいる方、これから臓器提供に関わるかもしれない方など多くの皆様の参加を心よりお待ちしております。

交流集会

交流集会1

クリティカルケア領域における終末期ケアプラクティスガイドライン (案)の作成

Sat. Jun 30, 2018 10:40 AM - 12:00 PM 第4会場 (2階 福寿)

企画:終末期ケア委員会

[交流集会1] クリティカルケア領域における終末期ケアプラクティスガイドライン (案)の作成

立野 淳子, 小島 朗, 田山 聡子, 中谷 美紀子, 比田井 理恵, 藤本 理恵, 山勢 博彰

(Sat. Jun 30, 2018 10:40 AM - 12:00 PM 第4会場)

[交流集会1] クリティカルケア領域における終末期ケアプラクティスガイドライン（案）の作成

立野 淳子, 小島 朗, 田山 聡子, 中谷 美紀子, 比田井 理恵, 藤本 理恵, 山勢 博彰

本学会では終末期ケアの質の向上を図るために終末期ケアのあり方を検討することを目的に、平成27年より「終末期ケア検討ワーキング」を発足させました。

終末期ケア検討ワーキングの活動は、「わが国の集中治療における終末期ケアの組織体制と看護ケアの実態」についてアンケートによる全国調査から開始しました。その結果から、より良い終末期ケアの実践に向けて、意思決定支援やチーム医療の推進など具体的な指針の必要性を確認しました。このワーキンググループは、平成29年より「終末期ケア委員会」となり、看護師のための終末期ケアプラクティスガイドライン（案）の作成を進めています。

本交流集会では、このガイドライン（案）の内容を公表し、臨床現場で活用できるガイドラインにしていくために、会場の皆様の意見を伺いながら、ディスカッションさせていただきたいと思います。

終末期ケアに興味のある方、臨床現場で終末期ケアに困った経験のある方、ガイドラインの必要性を感じている方にぜひ参加いただき、活発な議論をさせていただきたいと思っています。

多くの方の参加を心よりお待ちしております。

交流集会

交流集会4

利益相反（Conflict of Interest：COI）についての理解—どこにでもある 利益相反—

Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第4会場 (2階 福寿)

企画:利益相反委員会

[交流集会4] 利益相反（Conflict of Interest：COI）についての理解—どこにでもある 利益相反—

飯田 香緒里（東京医科歯科大学 教授・産学連携研究センター長）

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第4会場)

[交流集会4] 利益相反（Conflict of Interest：COI）についての理解—どこにでもある利益相反—

飯田 香緒里（東京医科歯科大学 教授・産学連携研究センター長）

クリティカルケア看護学の研究は、企業、組織、団体等との産学連携等により行われる場合が少なくありません。研究においては公明性、中立性が求められますが、産学連携研究により、学術的、倫理的責任を果たすことによって得られる成果の社会への還元（公的利益）と、産学連携活動に伴い研究者個人が取得する金銭、地位、利権など（私的利益）の2つの利益が研究者個人の中に生じる『利益相反（conflict of interest: COI、以下COI）』が発生することがあります。

そのため本委員会は、本学会における学術活動の公明性と中立性を確保するために会員に対してCOIに関する基本的な考え方を示すことを目的に、平成29年度に新しく設けられた委員会です。そして今回の学術集会から、自らのCOI状態を自己申告によって適切に開示し、本指針を遵守することを求められるようになりました。

そこで今回の交流集会では、臨床看護師にとっては聞きなれないCOIとは何か、重症患者の看護や看護研究・教育活動において起こりうるCOI、申告や開示が必要な理由などについて知ることから始めたいと考えています。本年度は、東京医科歯科大学において、産学連携活動推進及び知財管理、利益相反マネジメントを含む産学連携コンプライアンスの教育及び研究に従事し、臨床場面で直面するCOIについてわかりやすく解説いただける専門家の先生をお招きいたします。

<講師>東京医科歯科大学 教授・産学連携研究センター長 飯田 香緒里 先生

ご講演後には、具体例を交えながら、COIについて皆様と一緒に考えていきたいと思います。

- 1) どこにでもある利益相反
- 2) この行為、利益相反になりますか？
- 3) 利益相反は悪いことですか

交流集会

交流集会5

急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルの構築

座長:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学 医学部看護学科)

Sat. Jun 30, 2018 4:45 PM - 5:45 PM 第4会場 (2階 福寿)

[交流集会5] 急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルの構築

○明石 恵子¹, 宇都宮 明美², 茂呂 悦子³, 丸谷 幸子⁴, 吉田 紀子⁵, 松沼 早苗⁶, 町田 真弓⁷ (1.名古屋市立大学看護学部, 2.京都大学大学院医学研究科, 3.自治医科大学附属病院, 4.名古屋市立大学 病院 ICUPICUCCU, 5.獨協医科大学病院, 6.自治医科大学附属病院 集中治療部, 7.前橋赤十字病院)

(Sat. Jun 30, 2018 4:45 PM - 5:45 PM 第4会場)

[交流集会5] 急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルの構築

○明石 恵子¹, 宇都宮 明美², 茂呂 悦子³, 丸谷 幸子⁴, 吉田 紀子⁵, 松沼 早苗⁶, 町田 真弓⁷ (1.名古屋市立大学看護学部, 2.京都大学大学院医学研究科, 3.自治医科大学附属病院, 4.名古屋市立大学 病院 ICUPICUCCU, 5.獨協医科大学病院, 6.自治医科大学附属病院 集中治療部, 7.前橋赤十字病院)

急性・重症患者の治療に対する看護実践は多く報告されていますが、回復を促すという看護独自の切り口で体系化された報告は見当りません。交流集会では、CNSの皆様を対象に実施したグループインタビューの分析結果から見出された急性・重症患者の心身の回復を促す看護実践の構成要素と、それをもとに考案した看護実践モデルについて、参加者の皆様と討議したいと考えています。討議の成果は、急性・重症患者の回復を促す実践のより処として臨床への寄与が期待できます。急激な健康破綻を生じ、急性・重症患者の回復を促す看護実践、下図で示すVラインをよりシャープにする看護実践モデルについて皆様と考究し洗練できればと思います。

また、今回は、看護実践モデル案の妥当性を検証するためのQRコードを用いた質問紙調査にもご協力いただければ幸いです。交流集会ではお待ちしております。
ご一緒に、急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルを考えてみませんか？

交流集会

交流集会2

院内で行うシミュレーション教育のコツ

Sat. Jun 30, 2018 10:40 AM - 12:00 PM 第5会場 (2階 平安)

企画:教育委員会

[交流集会2] 院内で行うシミュレーション教育のコツ

○吉富 由紀子¹, 雀地 洋平² (1.福岡青洲会病院, 2.KKR札幌医療センター)

(Sat. Jun 30, 2018 10:40 AM - 12:00 PM 第5会場)

[交流集会2] 院内で行うシミュレーション教育のコツ

○吉富 由紀子¹, 雀地 洋平² (1.福岡青洲会病院, 2.KKR札幌医療センター)

皆様、シミュレーション教育の悩みをお持ちではないでしょうか？

「やっているけど結果が出ない」、「やりたいけど指導者が少ない」

「ぐだぐだ、だらだらしたシミュレーションになる」、

「そもそもやったことないし、ドキドキする」

「デブリーフィングとフィードバック何が違うの」などなど。

近年、臨床での現任教育及び基礎教育において、積極的にシミュレーション教育が取り入れられています。その目的は、手技習得から、患者観察、倫理的課題など様々だと思います。ただ、臨床におけるシミュレーション教育は、体験学習として完結してしまいがちで、せっかくシミュレーションを取り入れたのに企画者と学習者の目標のずれが生じたりすることもあると思います。さらに、もっと悪いことは企画者がシミュレーション教育を実施することが目的となっていたりすることもあるようです。

そこで今回、シミュレーション教育を企画し実践している施設の取り組みをご紹介します。その基盤となる教授設計の考え方、ちょっとした考え方のポイントなど、学会員の皆さんと悩みを解決する場を設けたいと思います。奮ってご参加ください。このセッションは参加型です。しゃべって共感して、議論して、ぜひ何かを持って帰ってください。院内研修の極意について会場の皆様と共に考えていきたいと思います。

教育委員のメンバーから本当は教えたくない内緒の話も聞けるかもしれません。

クリティカルケア看護学会教育委員

浅香えみ子、河合正成、川原千香子、小池伸享、

中村香代、政岡祐輝、三上剛人 (五十音順)

交流集会

交流集会3

Stop！不正行為－投稿における落とし穴

Sat. Jun 30, 2018 10:40 AM - 12:00 PM 第6会場 (2階 瑞雲)

企画:編集委員会・倫理委員会

[交流集会3] Stop！不正行為－投稿における落とし穴

編集委員会

中村美鈴、佐藤富美子、清村紀子、林みよ子、田口豊恵、
矢富有見子、福田美和子、岡田彩子、小泉雅子、吉田紀子

倫理委員会

秋元典子、伊藤真理、江川幸二、奥村美奈子、田口智恵美

(Sat. Jun 30, 2018 10:40 AM - 12:00 PM 第6会場)

[交流集会3] Stop！不正行為－投稿における落とし穴

編集委員会

中村美鈴、佐藤富美子、清村紀子、林みよ子、田口豊恵、
矢富有見子、福田美和子、岡田彩子、小泉雅子、吉田紀子

倫理委員会

秋元典子、伊藤真理、江川幸二、奥村美奈子、田口智恵美

近年、科学研究において、データのねつ造や改ざん等の不正行為が相次いで指摘されています。人々に貢献するクリティカルケア看護学の確立と発展を目指す本学会は、研究倫理の向上の一環として、編集委員会および倫理委員会共同で「日本クリティカルケア看護学会誌の投稿に関する不正行為防止のためのガイドライン」（以下、本ガイドライン）を作成しました。本ガイドラインには科学の本質に反し、科学への信頼を失う不正な論文投稿の抑止を図り、本学会誌の学術的(臨床研究)かつ社会の信頼性を確保するために、不正行為の定義を明確にし、不正行為が行なわれた場合の対応を示しました。

交流集会ではまず、本ガイドラインの概要について説明します。本ガイドラインで取り上げた投稿にあたっての不正行為について解説し、本ガイドラインの適用と対象、審査委員、本学会誌に投稿あるいは掲載された論文に対して、不正行為あるいは疑いが生じた場合の措置について説明します。

本ガイドライン策定過程にあたって、投稿には悪質ではない、勘違いによる不正もあることから、罰則を重視するのではなく、不正に当たる行為であることが判明した時の著者への教育並びに全体的な啓発活動が重要であることを確認しました。投稿時に特に注意してほしい不正行為、または悪質ではない、勘違いによる不正行為などの事例を取り上げ、参加された方々の疑問に答えていきます。さらに、投稿における不正行為全般について討議します。皆様の参加をお待ちしています。

投稿規定 URL : <http://jaccn.umin.jp/cntrbt/index.html>

指定演題

指定演題1

事例セッション 退院支援

座長: 鴫田 猛(学校法人 鉄蕉館 亀田医療技術専門学校), 座長: 箱崎 恵理(千葉県こども病院 副看護局長)

Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第5会場 (2階 平安)

[指定1-1] 今求められる救命救急センターのあり方～退院支援調整を通して～

○山中 雄一 (日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター)

[指定1-2] 退院支援は意思決定支援…とはいっても何をすれば？

○宮崎 聡子 (東海大学医学部付属病院 看護部 特別病棟)

[指定1-3] 高度救命救急センターにおける脊椎・脊髄損傷患者の退院支援

○安彦 武 (東北大学病院 高度救命救急センター)

[指定1-4] 誤嚥性肺炎で入院中の90歳代高齢患者への退院支援 家族間で意見の相違があった事例

○山崎 千草 (東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程)

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第5会場)

[指定1-1] 今求められる救命救急センターのあり方～退院支援調整を通して～

○山中 雄一（日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター）

2025年問題に向けて、医療界では地域包括ケアシステムとして「病院から地域医療、在宅」で高齢者をケアする政策にシフトチェンジする取り組みなどが提示され、看護界でも特定看護師育成のための対策等が取られている。

当院では、過去には寝たきりの高齢者の救急搬送は、「救命救急センターの役割ではない」と積極的に受け入れる風土ではなかった。

しかし、現在65歳以上の割合は、総人口の27.3%(平成29年度版高齢社会白書 内閣府)、65歳以上の単独および夫婦のみの世帯は56.9%(平成29年度版高齢社会白書 内閣府)となり、救命救急センターにおける役割の変容は必須となっている。

今回、当救命救急センターの以下の役割を踏まえて、高齢者患者に対する取り組みについて紹介する。

救命救急センターの役割⇒トリアージとしての役割も

1. 重症患者

⇒高度急性期を当院が担当し、安定したら療養型の病院または在宅へ

2. 状態が安定しているが入院を希望している

⇒一旦当院で入院、もしくは直接療養型の病院へ転院

3. 生活がまともに送れていなかった患者

⇒当院で社会福祉支援を調整し、地域へ

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第5会場)

[指定1-2] 退院支援は意思決定支援…とはいっても何をすれば？

○宮崎 聡子（東海大学医学部付属病院 看護部 特別病棟）

退院支援とは、「意思決定支援」と「自立支援」が柱である。患者自身は退院後にどこでどのような療養生活を送りたいと考えているか、医療者には患者の自律的な決定を支援し、それを実現可能とする視点が必要である。

救急・重症集中の場にいる患者・家族は、予期せぬ発病や外傷などにより重篤で身体的にも精神的にも危機的な状態となっていることが多い。自立支援として機能的回復の促進のため、せん妄予防やその対応、早期リハビリに関して積極的に援助している報告は聞かれる。では意思決定支援はどうであろうか。患者・家族の意見が対立する、患者・家族の意見と医療者の見解が対立する、代理意思決定などの倫理的ジレンマや葛藤にたいし、それを察知しチームで検討することが大切であるという認識はある。しかし、入院していったん落ち着いたようにみえても、急激に変わる状況の中で精神的ダメージを受けているであろう患者や家族のことを考えると、すぐに退院についてなんて言い出せない…、また、退院支援加算が導入され入院7日以内に面談をしなければならないが、詳しいことは病状が落ち着いてから一般病棟で考えてもらおう…、と考えるクリティカルケアに携わる看護師もいるのではないかと。また一般病棟でも、患者が退院することがゴールと考えていないだろうか。

意思決定を支援するにあたり、やはりタイミングは大切である。救急・重症集中の場でのみで退院支援を検討することは難しい。意思決定支援では、患者の意思を過去・現在・未来の時間軸で捉え、医学的そして看護的判断として適切、適時な病状説明を行い、家族や周囲が話合う、という視点を持ちチームで合意形成を図っていく。クリティカルケアに携わる医療者が、患者の生活をイメージすること、そして患者・家族が入院治療・退院後の生活を考える動機づけを行うことができるように外来・病棟、そして地域と連携し、組織化した学習を発信していくことが必要である。

本セッションでは、救急・重症集中の場面における患者・家族に対して退院支援を考えると、どのような対応

が求められているのかを事例を検討しながら皆さんとともに学んでいきたい。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第5会場)

[指定1-3] 高度救命救急センターにおける脊椎・脊髄損傷患者の退院支援

○安彦 武（東北大学病院 高度救命救急センター）

ーはじめにー

脊椎・脊髄損傷（以下、脊損）は外傷の中でも最も重症度の高い疾患の一つである。脊損患者は重篤な神経学的損傷のために、呼吸器系をはじめとした種々の合併症を併発する可能性があるばかりでなく、生命に直接影響を受ける危機的な状況に陥る場合もある。よって、初期治療は手術や集中治療への対応も可能な救命センターなどの施設がのぞまれる。また、脊損患者は全身状態が安定した後も長期のリハビリが必要であり、麻痺などの障害を残したまま療養生活を送らざるを得ない。救急加算が獲得できる期間を超えて入院を継続することは有効な病床管理と言い難く、本来の施設機能を果たせなくなる可能性もでてくる。よって、退院支援による調整が必要であるが、脊損患者においては全身状態が安定しても介護が煩雑などの理由で受け入れ先がなく、長期入院を余儀なくされているのではないだろうか。

ー当院の現状ー

当救命センターは宮城県の三次救急施設の一つとして、ICU12床、HCU8床を有している。2017年1月～12月の患者受け入れ状況は、救急車受け入れ件数2847件、総受診数7591名、総入院数762名（内因性：406名、外因性：356名）であった。外因性疾患のうち外傷患者数は220名であり、脊損患者数は40名、約18%であった。平均入院期間は内因性疾患7.8日、外因性疾患8.8日であり、脊損患者のみでは13.6日とやや延長していた。

当救命センターでは入院時から退院支援のハイリスク患者をスクリーニングし、早期にメディカルソーシャルワーカーへつなげる対策を取っている。2017年の退院支援件数は296件であり、疾患別にみると、外因系123件、脊損26件であった。平均支援日数は全体で19.4日、外因系19.9日と変わらなかったが、脊損のみでは約26日と延長していた。

坂井らの報告では脊損患者の受け入れ困難な理由として、「スタッフ（専門医等）不足」、「設備が対応していない」、「診療報酬上の問題」、「合併症の対応が困難」、「転院先がない」などがあげられており、短期間では解決困難な問題が山積しているため、脊損医療を縮小せざるを得ない状況にあることがうかがえた。一般的に脊損患者の後方支援として、「物理的環境：家屋の改修、福祉機器の設置など」、「制度的環境：障害者福祉法、障害者自立支援法、自動車損害賠償法、労働者災害補償法など」、「人的環境：脊損への理解」、「社会・文化的環境：復学、職業復帰、イベントへの参加」などの環境調整があげられるが、急性期にどの項目をどのレベルまで解決するかは様々ではない。急性期～慢性期のいずれの時期を担当する医療機関も、責任をもって次のステップにつなぐことが重要である。

セッションでは事例をもとに救命センターにおける脊髄損傷患者の退院支援の在り方を考えたい。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第5会場)

[指定1-4] 誤嚥性肺炎で入院中の90歳代高齢患者への退院支援 家族間で意見の相違があった事例

○山崎 千草（東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程）

【事例紹介】誤嚥性肺炎で3次救急搬送された90歳代男性 A氏。初期治療で全身状態が安定し、ICUへ入室となった。ICU入室後のA氏の意識レベルはJCS 1-1～2、痰の自己喀出が行いきれず、痰が貯留してくるとSpO₂の低下があり、その度に気管支鏡による気管内吸引の実施が1～2回/日で続いていた。家族構成は、妻はす

でに他界し息子 B氏（60歳代）と二人暮らしだが、出張が多くほとんど不在。娘も2人おり（C氏、D氏、共に60歳代）、それぞれ近くに住んでいる。D氏が週に数回自宅へ通い、A氏の身の回りの世話をしている。キーパーソンはB氏。医師から家族へ救急搬送された意識障害は、誤嚥性肺炎が原因の一つであること、痰の量も多く毎日気管支鏡で痰の吸引を行っており、治療の選択肢の一つとして経口挿管の説明があった。B氏は「できる治療は全部やってできるだけ父さんに長生きしてほしい。」と話した。同席していたC氏は無言だったが、D氏は「いつも父さんを見ているわけじゃないのになんてことを言うの。父さんは延命になることはしたくないと言っていた。家で過ごしたいはず。」と強い口調で話した。【対応を要した課題】本人の意思を尊重した治療方針の決定を支援することで、家族間での意見の合意が行え、今後の療養先が決定できる。【看護実践内容】A氏の意思が明らかではなかったため、A氏の意識レベルのよい時間帯を選び、医師からの説明に対する家族の反応を伝えるとともに、A氏はどうしたいと思っているのか尋ねた。A氏は「辛いから口に管なんか入れたくない。それよりも早く家に帰って過ごしたい。」と話した。同日、面会にきたB氏へA氏が挿管はしたくない、家に帰りたと言っていることを伝え、同時に、家族間での意見の相違があるのに、話し合いをせずに自分の考えを押し通そうとするのは何故か率直にぶつけてみた。B氏は、他界した母親を数年間在宅介護していたがもっと何かできたのではと心残りがあること、今の仕事が軌道に乗り始めており、父親にも自分が成功しているところを見てもらいたいと思っていると話した。B氏の思いを理解できたところで、今後のことはA氏の意思も考慮した上で、家族で話し合って決めてほしいと伝えた。翌日B氏から「昨日看護師さんに話して自分の1人よがりだったかなと思った。妹たちとも話して挿管はせずに、本人の言うように家に連れて帰りたと思う。」と話した。自宅退院が可能かどうかを含め多職種カンファレンスを実施し、自宅への退院調整を行い3日後に退院となった。【考察】ICUでは、特に治療方針の決定を含め退院調整を行うまでの時間的余裕が少ないことが多い。限られた環境下の中でも本人や家族への理解を深める努力を行いながら、治療の可否にとらわれずに本人が“どう生きたいか”を家族と医療者が共に見出すことが重要であると考え。

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー1

座長:伊与 恭子(日本医科大学付属病院)

Sat. Jun 30, 2018 12:10 PM - 1:10 PM 第2会場 (5階 小ホール)

共催:レールダル メディカル ジャパン株式会社

[LS1] イマドキの学生・新人・若手を育てる 一成果の出る授業・研修はどうあるべきか

—
○浅香 えみ子 (獨協医科大学埼玉医療センター)

(Sat. Jun 30, 2018 12:10 PM - 1:10 PM 第2会場)

[LS1] イマドキの学生・新人・若手を育てる 一成果の出る授業・研修はどうあるべきかー

○浅香 えみ子 (獨協医科大学埼玉医療センター)

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー2

座長:道又 元裕(杏林大学医学部附属病院)

Sat. Jun 30, 2018 12:10 PM - 1:10 PM 第3会場 (2階 桃源)

共催:テルモ株式会社

[LS2] 電子カルテとスマートポンプの良い関係

○田中 聖人 (京都第二赤十字病院)

(Sat. Jun 30, 2018 12:10 PM - 1:10 PM 第3会場)

[LS2] 電子カルテとスマートポンプの良い関係

○田中 聖人 (京都第二赤十字病院)

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー3

座長:山崎 早苗(東海大学医学部附属病院)

Sat. Jun 30, 2018 12:10 PM - 1:10 PM 第4会場 (2階 福寿)

共催:ニプロ株式会社

[LS3] 術後肺炎を防ぐ ～あなたの口腔ケアは肺炎を予防しているか～

○渡邊 裕 (地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所)

(Sat. Jun 30, 2018 12:10 PM - 1:10 PM 第4会場)

[LS3] 術後肺炎を防ぐ ～あなたの口腔ケアは肺炎を予防しているか～

○渡邊 裕 （地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所）

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー4

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

Sat. Jun 30, 2018 12:10 PM - 1:10 PM 第5会場 (2階 平安)

共催:コヴィディエンジャパン株式会社

[LS4] 院内急変を防ぐ観察とは ～呼吸数は記録できていますか?～

○杉田 学 (順天堂大学医学部附属練馬病院 救急・集中治療科)

(Sat. Jun 30, 2018 12:10 PM - 1:10 PM 第5会場)

[LS4] 院内急変を防ぐ観察とは ～呼吸数は記録できていますか？～

○杉田 学（順天堂大学医学部附属練馬病院 救急・集中治療科）

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー5

座長:横堀 将司(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター／日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野)

Sat. Jun 30, 2018 12:10 PM - 1:10 PM 第6会場 (2階 瑞雲)

共催:アイ・エム・アイ株式会社

[LS5] 脳神経評価の技術的進歩：瞳孔計

○DaiWai Olson (Neurosurgery, University of Texas Southwestern, USA)

(Sat. Jun 30, 2018 12:10 PM - 1:10 PM 第6会場)

[LS5] 脳神経評価の技術的進歩：瞳孔計

○DaiWai Olson (Neurosurgery, University of Texas Southwestern, USA)

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー6

座長:森田 孝子(元横浜創英大学看護学部／元クリティカルケア看護学会)

Sat. Jun 30, 2018 12:10 PM - 1:10 PM 第7会場 (2階 蓬萊)

共催:東洋羽毛首都圏販売株式会社

[LS6] 睡眠セミナー「睡眠習慣を整え、きらきら輝く私に!!」

○臼杵 礼司^{1,2} (1.東洋羽毛工業株式会社, 2.一般社団法人 日本睡眠教育機構 認定 睡眠健康指導士)

(Sat. Jun 30, 2018 12:10 PM - 1:10 PM 第7会場)

[LS6] 睡眠セミナー「睡眠習慣を整え、きらきら輝く私に!!」

○臼杵 礼司^{1,2} (1.東洋羽毛工業株式会社, 2.一般社団法人 日本睡眠教育機構 認定 睡眠健康指導士)

一般演題（口演）

一般演題（口演） O1群

呼吸・循環管理

座長:伊藤 聡子(神戸市看護大学), 座長:山崎 千草(東京女子医科大学大学院)

Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第4会場 (2階 福寿)

[O1-1] サブストラクション・アウトカムモデルを用いた人工呼吸器離脱への介入に関する文献検討

○竹下 智美¹, 清村 紀子² (1.大分大学医学部附属病院, 2.大分大学)

[O1-2] 『人工呼吸器離脱プロトコル』の有効性の検証

○竹下 智美¹, 清村 紀子², 坂本 照夫³, 竹中 隆一³, 松成 修³, 黒澤 慶子³, 塚本 菜穂³, 重光 修³ (1.大分大学医学部附属病院, 2.大分大学, 3.大分大学医学部附属病院高度救命救急センター)

[O1-3] 人工呼吸器離脱プロトコルを用いた看護師によるウイニングの効果

○山本 小奈実¹, 山勢 博彰¹, 田戸 朝美¹, 佐伯 京子¹, 立野 淳子² (1.山口大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学講座, 2.小倉記念病院)

[O1-4] 人工呼吸器ウイニング時の看護師による呼吸ケアの実践度と重要度—人工呼吸器離脱プロトコルの有用性—

○山本 小奈実¹, 山勢 博彰¹, 田戸 朝美¹, 佐伯 京子¹, 立野 淳子² (1.山口大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学講座, 2.小倉記念病院)

[O1-5] ICU看護師がARDS患者に実践する体位管理の判断

○荒木 隆志¹, 遠藤 みどり², 渡辺 かづみ² (1.山梨県立大学大学院看護学研究科看護学専攻急性期看護学分野, 2.山梨県立大学)

[O1-6] 外科系集中治療科における High- flow nasal cannula使用による嚥下への影響と評価

○中山 誠一, 亀ヶ谷 泰匡, 多田 覚, 杉山 理恵, 背戸 陽子, 石井 庸介, 梅井 菜央, 市場 晋吾 (日本医科大学付属病院外科系集中治療室)

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第4会場)

[O1-1] サブストラクション・アウトカムモデルを用いた人工呼吸器離脱への介入に関する文献検討

○竹下 智美¹, 清村 紀子² (1.大分大学医学部附属病院, 2.大分大学)

【目的】

近年、人工呼吸器離脱に関する様々な研究成果の報告がある。しかし、介入方法やその結果に用いられる指標は論文ごとに異なり、研究成果の比較には限界がある。本研究は人工呼吸器離脱の介入に関する研究成果の比較検討をより容易にすることを目指し、サブストラクション・アウトカムモデルを用いた文献検討によって、1)人工呼吸療法中の患者情報、2)人工呼吸器離脱介入において必要なケア、3)人工呼吸器離脱のアウトカム、の指標を明確にすることを目的とした。

【方法】

「人工呼吸器取り外し」(医中誌 Web)、「ventilator weaning」「randomized controlled trial」(PubMed・CINAHL)をキーワードに2011～2016年の文献を検索し、抽出された121件のうち、アルゴリズムに従って厳選した13件を対象にサブストラクション・アウトカムモデルを用いて文献検討した。

【結果】

《人工呼吸療法中の患者》に《人工呼吸器離脱への介入》を行うことが《QOL》につながる、という仮説が成り立つ。これら3つを構成概念に設定し文献検討した。得られた結果は図で示す。

【考察】

サブストラクション・アウトカムモデルは、複数の文献を規則性に従って統合し、抽象度の高い研究枠組み(構成概念)から、データとして収集する具体(経験的指標)へと整理していくもので、新たな研究設計に有用とされることから、本研究の目的とする一貫性・妥当性のある変数・測定用具の抽出に適した方法と言える。

《人工呼吸療法中の患者》を構成していた経験的指標である、基本属性・重症度(意識レベル・APACHE2)は、人工呼吸器からの離脱に影響する患者の予備力等を反映しており、離脱を安全に進める上で妥当な指標と考える。また、《人工呼吸器離脱への介入》は、人工呼吸器離脱のための何らかの標準的方法・人工呼吸療法中のスタンダードケアの2つに整理された。いずれも1)標準化の進む介入である、2)安楽の保持・合併症予防に有効なケアである、の観点から、合併症を予防し早期離脱につながる有効な介入と判断できる。介入の目的は安全かつ早期の人工呼吸器離脱にあることから、評価すべきアウトカムである《QOL》で抽出された人工呼吸期間・人工呼吸器離脱時間は早期離脱の結果を示し、再挿管の有無・NPPV使用の有無などは離脱の安全性を示すことから、離脱への介入成果として妥当な指標と考えるものである。

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第4会場)

[O1-2] 『人工呼吸器離脱プロトコル』の有効性の検証

○竹下 智美¹, 清村 紀子², 坂本 照夫³, 竹中 隆一³, 松成 修³, 黒澤 慶子³, 塚本 菜穂³, 重光 修³ (1.大分大学医学部附属病院, 2.大分大学, 3.大分大学医学部附属病院高度救命救急センター)

【目的】

2015年『人工呼吸器離脱に関する3学会合同プロトコル』(以下、プロトコル)が発表されたが、現在のところ、プロトコルを用いた報告は認められない。本研究は、プロトコルの有効性を検証し、活用上の課題を明らかにすることを目的とする。

【方法】

研究デザイン：介入研究(前後比較研究)

介入期間：平成29年5月～10月

対象：対象は、A大学病院高度救命救急センター ICU（以下、救命 ICU）に入院し24時間以上人工呼吸療法を必要とした18歳以上の患者で、以下の3点を除外基準とした。(1)24時間未満及び14日以上的人工呼吸療法、(2)DNAR、(3)意識障害の遷延（GCS<8）。プロトコル使用に対象もしくは代諾者からの同意の得られた介入群と、平成25～28年の過去4年間で5月～10月の間に救命 ICUに入院し上記条件を満たすコントロール群の2群を設定した。コントロール群のデータは過去の診療録より収集した。

介入方法：介入群にプロトコルを用いた人工呼吸器離脱を試みた。

分析方法：プロトコルの有効性の評価には、既存文献より得られた、1) 抜管成功、2) 抜管後の再挿管の有無、3) 抜管後の非侵襲的陽圧換気使用の有無、4) ICU死亡率、5) 人工呼吸期間、6) 人工呼吸器離脱時間、7) ICU入室期間、8) 入院期間、の8つの変数を指標として用いた。1)～4)は χ^2 検定により対象全体の2群比較を行い、5)～8)はMann-Whitney U検定により離脱に成功した対象の2群比較を行った。全ての統計処理はIBM SPSS Statistics version 22を用いて有意水準を $P<0.05$ とし判定した。

倫理的配慮：介入群の対象または代諾者に文書・口頭で説明し同意を得た。コントロール群にはオプトアウトの機会を保障し救命 ICUのホームページに公開した。なお、本研究は、対象施設の倫理審査委員会からの承認を受け実施した（承認番号1182）。

【結果】

介入群15名、コントロール群33名で、基本属性・重症度・身体的状態において2群で大きな違いはなく、2群ともに口腔ケア（3回/日）・ヘッドアップ・鎮痛鎮静管理といった基本的ケアや治療が実施されており、いずれもVAPの発生はなかった。一方、介入群全員が抜管後再挿管を必要としなかったに対し、コントロール群では2名が再挿管を必要としていた。また、RASSの平均値は介入群-2.7(SD1.5)、コントロール群-3.6(SD1.0)、 $p=0.02$ で有意差を認め、介入群で浅い鎮静管理が実践されていた。介入群のうち、初回 SBT開始安全基準を満たした患者は11名(73.3%)で、残り4名も7日目までに開始安全基準を満たした。初回 SBT実施で成功した患者は12名(80%)、初回 SBT成功後当日中に抜管に成功した患者は9名(60%)であった。離脱の成功は介入群93.3%、コントロール群87.9%。離脱に成功した2群の人工呼吸器離脱時間の中央値（四分位範囲）は介入群2.0時間（1.5-24.7）、コントロール群20.0時間(5.0-57.0), $p=0.038$ 、入院期間では介入群23日(15.5-26.0)、コントロール群37日(20.0-55.0), $p=0.031$ と有意差を認めた。人工呼吸期間、ICU入室期間に統計学的有意差は認めなかった。

【考察】

SAT実施による浅い鎮静管理の実践が人工呼吸器離脱時間の有意な短縮につながったと考えられる。初回 SBT成功率は、SBT開始安全基準を満たせば安全に SBTを実施でき、その成功率も高いというプロトコルの有効性、安全性を示唆するものである。

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第4会場)

[O1-3] 人工呼吸器離脱プロトコルを用いた看護師によるウイニングの効果

○山本 小奈実¹, 山勢 博彰¹, 田戸 朝美¹, 佐伯 京子¹, 立野 淳子²（1.山口大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学講座, 2.小倉記念病院）

【目的】本研究の目的は、人工呼吸器離脱プロトコル（以下プロトコル）を用いて看護師が主体的にウイニングを実施した効果を明らかにすることである。【方法】研究デザイン：前後比較研究。プロトコルを用いないウイニングを＜前＞とし、プロトコルを用いたウイニングを＜後＞とした。対象者：対象患者は、3施設のICUで48時間以上人工呼吸療法を受け、離脱が見込めると主治医が判断した＜前＞28名、＜後＞28名。期間：平成26年12月～平成29年12月。＜前＞期間3か月～5か月、＜後＞期間2か月～3か月。研究方法：＜前＞は、各施設の医師が主体的にウイニングを実施した。＜後＞は、看護師が医師の包括的指示のもと主体的にプロトコルを用いてウイニングを実施した。このプロトコルは、3学会（日本集中治療医学会、日本クリティカルケア看護学会、日本呼吸療法医学会）が合同で策定した人工呼吸器離脱プロトコルで、その内容は、SAT（Spontaneous Awakening Trials）開始基準、SAT実施、SBT（Spontaneous Breathing Trial）開始基準、

SBT実施、抜管の検討、抜管、抜管後の評価で構成されている。測定項目：患者背景（年齢、疾患、入院状況）、ICU在室日数、気管挿管日数、人工呼吸器装着日数とした。【分析方法】ICU在室日数、気管挿管日数、人工呼吸器装着日数は、カプランマイヤー（Kaplan-Meier）生存曲線分析法を用いた。【倫理的配慮】本研究は、研究協力者の所属する施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には、実施前に口頭及び文書で説明し同意を得て実施した。【結果】対象患者の年齢は、＜前＞71.5±12.0歳（平均±SD（以下同））、＜後＞69.2±14.4歳であった。疾患は、循環器疾患：＜前＞9名、＜後＞10名、呼吸器疾患：＜前＞9名、＜後＞8名、脳神経疾患：＜前＞3名、＜後＞5名、その他：＜前＞7名、＜後＞5名であった。入院状況は、予定入院：＜前＞1名、＜後＞2名、緊急入院：＜前＞27名、＜後＞26名であった。ICU在室日数は、＜前＞8.7±3.4日、＜後＞6.0±3.1日、気管挿管日数は、＜前＞5.9±2.6日、＜後＞4.0±1.8日、人工呼吸器装着日数は、＜前＞6.5±2.5日、＜後＞4.0±1.8日であった。生存曲線分析では、ICU在室日数、気管挿管日数、人工呼吸器装着日数ともに、＜後＞の方が有意に短かった（ $P<0.001$ ）。【考察】看護師がプロトコルを用いることで、ウイニングでの実践内容が明確になり、離脱促進につながったと考える。また、ウイニングまでの経過が視覚化され、看護師間だけでなく他職種との情報共有が容易になると考える。プロトコルを用いて看護師が主体的にウイニングを実施したことで、ICU在室日数、気管挿管日数、人工呼吸器装着日数を短縮できた。したがって看護師がプロトコルを用いることは、患者に効果的なウイニングが提供でき、人工呼吸療法の長期化を防ぐことが期待できる。

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第4会場)

[O1-4] 人工呼吸器ウイニング時の看護師による呼吸ケアの実践度と重要度 ー人工呼吸器離脱プロトコルの有用性ー

○山本 小奈美¹, 山勢 博彰¹, 戸田 朝美¹, 佐伯 京子¹, 立野 淳子² (1.山口大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学講座, 2.小倉記念病院)

【目的】本研究の目的は、人工呼吸器ウイニング時の看護師による呼吸ケアの実践度と重要度を明らかにし、人工呼吸器離脱に関する3学会合同プロトコル（以下プロトコル）の有用性を検証することである。【方法】研究デザイン：質問紙調査対象者：人工呼吸器装着患者のケアを実践した集中治療室経験3年以上の看護師66名（計3施設）。期間：平成26年12月～平成29年12月。方法：調査内容は、過去の呼吸ケアについての評価研究の文献をもとに、呼吸ケアの観察視点（循環動態、呼吸フィジカルアセスメント、鎮痛評価等）、呼吸ケア技術（体位ドレナージ、離床、呼吸理学療法等）、チーム医療（患者の情報共有、カンファレンス、チーム医療の取り組み等）の3カテゴリーからなる調査項目とした。それぞれの実践度と重要度を5段階のリッカートスケール（1点～5点）で回答を求めた。調査は、プロトコルを用いていない時（ $n=33$ ）（以下プロトコル用いていない群）と用いた時（ $n=33$ ）（以下プロトコルを用いた群）で同一の調査を実施した。【分析方法】カテゴリ平均を算出し、両群の実践度と重要度について集計・比較した。【倫理的配慮】本研究は、対象者の所属する施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には、文書に研究の目的、方法、回答の有無によって対象者が不利益を被らないことを記載し説明した。質問紙は、無記名で回収した。【結果】対象者の年齢は、28.5±6.6歳（平均±SD（以下同））、経験年数6.9±5.6、所属部署は、ICU32名、救急病棟1名であった。質問紙の回収率は、100%（有効回答100%）であった。実践度は、呼吸ケアの観察視点＜プロトコル用いていない群3.92点、プロトコルを用いた群4.05点＞（以下同）、呼吸ケア技術＜3.68点、4.04点＞、チーム医療＜3.14点、3.59点＞であった。重要度は、呼吸ケアの観察視点＜3.98点、4.14点＞、呼吸ケア技術＜3.39点、3.83点＞、チーム医療＜3.28点、3.71点＞であった。呼吸ケア技術は、プロトコルを用いた群の方が、実践度と重要度ともに有意に高かった（ $p<0.05$ ）。チーム医療は、重要度でプロトコルを用いた群の方が有意に高かった（ $p<0.05$ ）。【考察】実践度では、プロトコルを用いた群の方が呼吸ケア技術の実践が高く、看護師がプロトコルを用いることによって実践しやすくなったと考えられる。重要度では、プロトコルを用いた群の方が呼吸ケア技術の重要性を認識しており、認識の高さが実践にも関与している可能性が伺えた。また、チーム医療に関しては、プロトコルを用いた群の方が重要度の認識は高いものの実践度には有意差が無く、その認識が実践にまで至っていない可能性が示唆された。

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第4会場)

[O1-5] ICU看護師がARDS患者に実践する体位管理の判断

○荒木 隆志¹, 遠藤 みどり², 渡辺 かづみ² (1.山梨県立大学大学院看護学研究科看護学専攻急性期看護学分野, 2.山梨県立大学)

＜背景＞近年, 急性呼吸窮迫症候群(acute respiratory distress syndrome: 以下 ARDS)患者に対する腹臥位等の体位管理は, 酸素化の改善に有効であることが明らかにされている。しかし, 明確なガイドラインや指針がなく, 呼吸・循環動態への影響や医療事故等の弊害が指摘されている。看護師が安全・安楽な体位管理を実践するためには, 全人的な看護師独自の判断が重要であるが, 先行知見は希少である。そこで, 本研究では, ICU看護師がARDS患者の酸素化の改善に向けて実践する体位管理の判断を明らかにしたいと考えた。＜目的＞ICU看護師がARDS患者の酸素化の改善に向けて実践する体位管理を, どのような判断で行っているかを明らかにする。＜方法＞質的記述的研究デザイン。研究参加者: ARDS患者への看護実践の経験があるICU経験年数5年目以上の看護師。調査方法: 半構成的面接法。分析方法: 逐語録から, 本研究の目的について語られた内容をデータとしてコード化し, コードの意味内容の類似性に着目して, サブカテゴリー, カテゴリーを生成した。研究参加者へのコードの確認と教員のスーパーバイズを受け, 分析の真実性・信憑性の確保に努めた。倫理的配慮: 所属大学の研究倫理審査委員会及び研究協力施設の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究参加者には, 自由意思の尊重, 拒否する権利, 及びプライバシーの確保等を文書と口頭で説明し同意を得た。＜結果＞研究参加者は3名で, 臨床経験年数, ICU経験年数共に9～17年であった。面接回数は, 1回目の面接の内容の確認や不明な部分の確認が必要な看護師2名に対して日程調整を図った上で, 2回目の面接を実施した。面接時間は, 1名あたり平均65.6分であった。ICU看護師がARDS患者に実践する体位管理の判断について分析した結果, 76のコード, 30のサブカテゴリーから, ＜多角的所見による酸素化・体位効果の評価＞, ＜酸素化の悪化・改善の見極め＞, ＜低酸素の許容限界の見極め＞, ＜循環動態の変動と変動要因の推測＞, ＜苦痛の多角的な評価＞, ＜苦痛を考慮した鎮痛・鎮静・体位選択とICの必要性＞, ＜医療者間の協議の中での危険予測とリスク評価＞, ＜安全確保のための体制と方法の見極め＞の8つのカテゴリーが生成された。＜考察＞本研究のICU看護師は, ARDS患者の呼吸状態や循環動態を反映する情報を経時的, かつ多角的に捉え, 体位管理の実施や中止, 実施効果の判断をしていた。また, 酸素化の評価から酸素化の悪化・改善を推測しており, 医学的な知識に基づく体位管理の判断をしていたと考える。しかし, これらの判断は, ICU看護師個々人の看護実践能力に依拠した可能性があり, 体位管理の適切な判断のためには, ARDSの病態や体位管理の知識・技術の強化を図る必要性が示唆された。本研究のICU看護師は, ARDS患者の安楽性を考慮して, 患者の訴えや表情を重視しつつ, 客観的情報を含めた苦痛の多角的な評価をしていたと考える。また, 体位管理の安全性の確保に向けて, 鎮痛や鎮静, インフォームドコンセントの必要性を捉えていたが, ICU看護師がARDS患者の体位管理の安楽性や安全性を適切に評価するには, ARDS患者の全人的苦痛の理解と鎮痛鎮静の調整, 患者へのICの重要性が示唆された。さらに, 本研究のICU看護師は, ARDS患者の呼吸器合併症や医療事故の予防, 安全を重視した体位管理の判断をしていた。しかし, 体位管理の安全の確保において, 医師との協働や, 医師以外の医療専門職者との連携が図れていない可能性があり, 多職種連携を推進する必要性が示唆された。

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第4会場)

[O1-6] 外科系集中治療科における High-flow nasal cannula使用による嚥下への影響と評価

○中山 誠一, 亀ヶ谷 泰匡, 多田 寛, 杉山 理恵, 背戸 陽子, 石井 庸介, 梅井 菜央, 市場 晋吾 (日本医科大学付属病院外科系集中治療室)

【目的、背景】近年、High-flow nasal cannula（以下 HFNCとする）は、会話や経口摂取のできる高流量酸素デバイスとして使用されている。先行文献では健常者で嚥下への影響も示唆され、その度合いは送気流量に比例しており、誤嚥に至る患者も存在し、安全性は確立されていないと報告されている。健常者でも嚥下に何らかの影響を及ぼしているとするれば、高流量は更に、嚥下に影響を及ぼし誤嚥を引き起こす可能性が考えられる。そこで、反復唾液嚥下テスト（以下 RSSTとする）を評価し、飲み込みづらさのアンケートを5件法での調査と嚥下への影響を評価し考察をする。【方法】対象は2017年11月～2018年1月までの心臓血管外科術後 HFNCを使用中、使用後の患者4例に対し、前向きに RSSTの評価と飲み込みづらさを5件法で実施した。従命反応のない患者と術前に嚥下障害のある患者は除外とした。また、統一した RSST評価を実施するため、摂食・嚥下認定看護師指導のもと RSST教育と技術の習得していることを評価者の条件としている。【倫理的配慮】本研究は、所属大学倫理委員会の承認を得た上で実施した。【結果】平均年齢71歳、男性4名、女性0名、術式 CABG2例、大血管2例。HFNC使用中 RSST陽性となった患者は1例、年齢78歳、挿管時間6060/minストマックチューブ有、HFNC設定40L40%、その他はすべて使用中、使用後共に陰性。HFNC使用中、陰性となった患者は平均年齢66歳、平均挿管時間14632/min、ストマックチューブすべて有り、平均 HFNC設定40L41%。アンケート結果は HFNC使用中飲みづらい1例、やや飲みづらい1例、どちらでもない2例、HFNC使用後は鼻カヌー3～4Lで飲みやすい1例、やや飲みやすい1例どちらでもない2例。【考察】RSST評価陽性となった患者は、陰性の患者と比較しても HFNCの設定流量も大きな差はなく、挿管時間も他の患者よりもむしろ短い。また、脳梗塞などの既往歴もなく、HFNC使用中にはすべての患者に16Frストマックチューブが挿入されている同じ条件下であった。このことから、高齢により、嚥下機能の低下している状態に高流量の酸素投与することにより、嚥下に影響を及ぼした可能性が考えられる。しかしながら、抜管後という条件下は高流量による影響と抜管による嚥下への影響の二つの可能性があることも否定できない。また、アンケートの5件法調査では、HFNC使用中に飲み込みづらさを訴えていた患者は、鼻カヌーで飲み込みやすい方向に感想は変化しており、HFNCが嚥下に影響を及ぼしていることが示唆された。これは高流量が第2相（咽頭相）に影響を及ぼし、のみ込みづらさにつながったのではないかと考える。【結語】今回、症例数は少なかったが、RSSTの評価は陽性となる患者も存在している。今後も HFNC使用症例は増加していくことが予測されるため、誤嚥のないよう看護していく必要があると考える。

一般演題（口演）

一般演題（口演） O2群

看護実践・管理

座長: 樺山 定美(いわき明星大学 看護学部), 座長: 山崎 早苗(東海大学医学部附属病院 集中治療室)

Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第5会場 (2階 平安)

[O2-1] ICUにおける点滴注射にかかる不要コストの現状と削減の取り組み

○大内 玲¹, 矢口 実希¹, 櫻本 秀明¹, 佐藤 雅子¹, 柴 優子¹, 卯野木 健³ (1. 筑波大学附属病院集中治療室, 2. 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻, 3. 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター水戸協同病院)

[O2-2] 心停止後症候群で脳低温療法を受ける患者の体温管理の特徴

○宮本 愛¹, 横山 瑞恵¹, 高橋 幸憲¹, 田端 陽太¹, 川原 龍太¹, 高橋 聡子¹, 山崎 直人¹, 志村 知子¹, 横堀 将司² (1. 日本医科大学付属病院 看護部, 2. 日本医科大学大学院 医学研究科 救急医学分野)

[O2-3] 嚥下困難であった患者が多職種による統一したケアによって経口摂取が可能となった一事例

○三浦 麻紗美, 近藤 美穂 (広島大学病院看護部)

[O2-4] TAVIを受ける高齢AS患者の事例を通した看護支援に関する実践報告

○岩本 敏志¹, 安井 大輔¹, 山崎 早苗² (1. 東海大学健康科学部看護学科, 2. 東海大学医学部附属病院)

[O2-5] 患者の急変予兆を捉えた熟練看護師の臨床判断

○原口 弘章, 杉崎 一美 (鈴鹿中央総合病院)

[O2-6] クリティカルケア領域における浅い鎮静深度で管理されている人工呼吸器装着患者に対する看護実践の特徴

○大西 陽子, 村井 嘉子 (石川県立看護大学)

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第5会場)

[O2-1] ICUにおける点滴注射にかかる不要コストの現状と削減の取り組み

○大内 玲¹, 矢口 実希¹, 櫻本 秀明¹, 佐藤 雅子¹, 柴 優子¹, 卯野木 健³ (1.筑波大学附属病院集中治療室, 2.筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻, 3.筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター水戸協同病院)

【背景】 ICUにおける医療コストは高額であり、特に、薬剤コストは院内薬剤コストの1/3を占めるといわれている。一方で、ICUでは、患者の多様な病態のため薬剤の変更や中断が多く、事前に用意されていた薬剤が使用されないことも多い。しかし、これまでICUにおける不要薬剤コストに関するデータの報告はほとんどない。【目的】 ICUにおける点滴注射にかかる不要コストの現状を調査し、コスト削減策を見出すこと【方法】 2015年4月から2016年3月までの期間、当院ICUにおいて、作成したが実際は未使用であった薬剤コストのデータを収集した。結果は毎月、病棟スタッフへフィードバックした。また、前半1年(2015年)の高価薬剤リストをスタッフへ提示して薬剤コストに関する知識を共有し、後半1年(2016年)の未使用薬剤コストと比較検討した。本研究において、個人情報に関わるデータを使用しないため倫理審査の必要性はないと審査委員より判断されている。【結果】 ICUにおける不要薬剤コストは総じて平均66563±38536円/月であった。2015年と比較し2016年の不要薬剤コストは有意に減少した(図)。薬剤種類別の分類では、循環作動薬が50%と半数を占め、次いで鎮痛・鎮静薬が多かった。【考察】 ICUで発生する不要薬剤コストは高額であった。定期的にデータをスタッフへ提示したことはコストに対する意識を高めた可能性がある。また、先行研究より、高価薬剤に対する知識不足が報告されており、高価薬剤リストの提示は不要薬剤コストの削減に効果的である。

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第5会場)

[O2-2] 心停止後症候群で脳低温療法を受ける患者の体温管理の特徴

○宮本 愛¹, 横山 瑞恵¹, 高橋 幸憲¹, 田端 陽太¹, 川原 龍太¹, 高橋 聡子¹, 山崎 直人¹, 志村 知子¹, 横堀 将司² (1. 日本医科大学付属病院 看護部, 2. 日本医科大学大学院 医学研究科 救急医学分野)

[背景]

脳低温療法の治療過程では冷却システムなどの機器管理と体温変動のモニタリングに対する緻密な看護介入が求められる。その内容は選択される冷却システムによって異なるべきであるが、検査や処置、清潔ケア等の医療的イベントによって生じる冷却中止期間の判断など、体温変動に影響を及ぼすと推測される看護介入の方法は個人の経験知に委ねられている。一方、病態や治療に起因した合併症などの発生を予防し重篤化を防ぐことも看護の役割であるが、冷却システムの違いによって特徴的に生じる患者への影響についてその内容は明らかではない。

[目的]

自動体温調節機能を持つ2つの冷却システム【パッド式の体表面冷却法 (Arctic Sun2000・5000) と血管内冷却法 (サーモガードシステムTM)】の体温管理の特徴を医療的イベントとの関連性ならびに患者への影響をもとに検証する。

[方法]

2014年～2016年の2年間に研究対象施設において体表面冷却法と血管内冷却法による脳低温療法を受けた心停止後症候群患者20名に対し、患者基本情報、脳低温療法実施期間における治療条件、体温変動に影響を与えると推測される検査・処置等の医療的イベント(以下イベント)、導入期を除く体温の推移と逸脱許容温度からの逸脱幅(絶対値)、逸脱頻度、二次的合併症、担当看護師の経験年数について後方視的調査を行った。逸脱許容温度は各機器メーカーが示す値とした(体表面冷却法: 標的温度±0.5℃、血管内冷却法: 標的温度±0.2℃)。患者を体表面冷却法実施者(体表面群)と血管内冷却法実施者(血管内群)に分け、収集した変数毎に2群を比較した。また各群において逸脱頻度とイベント発生との関係を検証した。統計手法はカイ二乗検定、Mann-WhitneyのU検定を用い、有意確率0.05未満で有意差ありと判定した。本研究は対象施設倫理委員会の承認を得た上で実施した。

[結果]

逸脱頻度において2群に有意な差はなかったが（ $p=0.066$ ）、逸脱幅は血管内群において有意に低かった（ $p=0.000$ ）。2群において逸脱頻度が平均値（4.17%）を上回った時間帯は、いずれも研究対象施設で清拭や処置などの看護ケアが最も頻繁に実施される10時～12時台に合致せず、逸脱要因として明らかな医療的イベントは体温センサー不良であった（体表面群5回、血管内群1回）。また看護師の経験年数は体表面群で 5.41 ± 3.1 年、血管内群で 4.61 ± 3.0 年と有意に血管内群の方が低かった（ $p=0.020$ ）。さらに統計的有意差はなかったが、肺合併症の発生頻度が体表面冷却群で高い傾向を示した。

[考察]

血管内冷却法は体表面冷却法に比較して標的溫度に対する逸脱許容幅がより厳正に制限されており、標的溫度への追従性も高く、経験年数に捉われずに看護師を配置できたものと考えられる。しかしいずれの冷却法であっても機器自体を原因とした管理不良が起り得るため、体温観察はダブルモニタリングで行われることが望ましい。また、身体可動域に制限のない血管内冷却法に対して胸郭全体をパッドで覆う体表面冷却法では、胸郭可動性の低下により肺合併症のリスクが高まる可能性がある。体温変動に影響を及ぼすと推測される清潔ケアや処置が実施される時間帯における実際の体温逸脱頻度は低く、これらの看護介入の影響は小さいと推測されるため、自動体温調節機能をもつ冷却システムを用いた場合には、感染症をはじめとする患者の合併症を予防するために、早期から清潔ケアや肺理学療法などの看護介入を積極的に行うべきである。

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第5会場)

[O2-3] 嚥下困難であった患者が多職種による統一したケアによって経口摂取が可能となった一事例

○三浦 麻紗美, 近藤 美穂（広島大学病院看護部）

【目的】嚥下困難の患者が経口摂取ができるまでの過程を振り返り、医療者の統一したケアが嚥下機能回復につながったかを検証する。【方法】・研究対象期間：平成28年2月～6月・研究対象者：食道癌（ステージⅢ、術後4年経過）のA氏、難治性潰瘍で約2か月間絶飲食中に呼吸状態が悪化し、気管切開術施行、人工呼吸器管理中であった。潰瘍が軽快し飲水可能な状態になったが、長期間の絶食による低栄養、筋力低下による嚥下機能低下を認め、経口摂取開始を目的に介入を始めた。・データ収集方法：診療録から現病歴、治療、栄養、身体状態、ADLの状況、患者の訴え、看護ケアの項目について時系列にデータ収集を行った。・倫理的配慮：所属施設の看護部倫理委員会の承認を得て実施した。【看護の実際】患者はベッド上でテレビを見て一日を過ごし、リハビリも消極的で妻の面会時もその様子は変わらなかった。本人・妻は「食べられるようになりたい。元気になる自宅に戻りたい」と回復の希望があった。そこで看護師・主治医・理学療法士でカンファレンスを行い、1.低栄養、2.長期の経口挿管・気管切開による嚥下機能の低下、3.全身の筋力低下の3点の課題を共有し、経口摂取開始を目標に1.NST（Nutrition Support Team）が介入し適切な経腸栄養剤の選択と評価、2.唾液のたれ込みが多いため、摂食嚥下障害看護認定看護師の助言の下、嚥下体操を毎日実施、3.清拭を端座位で行う等端座位時間を延ばす、理学療法士による座位練習、立位・足踏み練習の実施を計画した。患者家族に現状と、口から食べるために飲み込みの練習や筋力をつけるリハビリを行うことを説明し同意を得て、目標を共有した上で実践した。ケアは医療者が統一して実施できるよう定期的にカンファレンスを行い、現状を把握・評価、実践を繰り返し行った。【結果】1.NSTへ介入し適切な栄養管理を行うことで、NST介入から49日でTP:5.4→6.7g/dL、Alb:1.9→2.7g/dLと栄養状態の改善を認めた。2.医師の許可の下、とろみ水の飲水が開始となった。カフ上吸引時に水が吸引できる時があり少量の誤嚥を認めたが、呼吸状態の悪化はなかった。その後嚥下機能の改善とゼリー摂取に向けて嚥下体操を開始した。嚥下体操開始7日目で1日1回ゼリー摂取を開始し、むせなく摂取した。3.A氏は次第にリハビリを自ら取り組み、ケア開始20日目で端座位時間の延長や足踏み回数の増加ができ、段階的にリハビリ内容のステップアップを図った。同時にウィーニングを進め、ケア開始から24日目で人工呼吸器を離脱することができた。看護師はA氏の頑張りを認め、ケアを継続した。【考察】先行研究や文献では、食べることは生きる意欲や楽しみ、幸福をもたらすものであり、QOLの向上につながるとある。実際にA氏は経口摂取に対する希望を持っていたが、低栄養・嚥下機能低下・全身の筋力低下による意欲の喪失状態であった。ケア介入により飲水が開始と

なったことで、本人は日々の嚥下体操やリハビリの効果を実感し、飲水だけでなく経口摂取の意欲が向上し、さらに積極的にリハビリに取り組んだ結果、経口摂取と人工呼吸器離脱に結びついたと考える。また本人の回復を喜ぶ妻の姿を見てさらに意欲的にリハビリ等に取り組んだことも、本人の回復を助長していると考え。今回の事例では、患者家族の「食べたい」という意思を尊重し、目標達成に向けて患者家族とともに課題抽出・計画立案し、多職種が連携し統一したケアを継続することにより、嚥下機能の改善を認めたと考える。【結論】患者と家族の意思に沿った多職種による統一したケアを行うことで、A氏は誤嚥することなく経口摂取ができた。

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第5会場)

[O2-4] TAVIを受ける高齢 AS患者の事例を通した看護支援に関する実践報告

○岩本 敏志¹, 安井 大輔¹, 山崎 早苗² (1.東海大学健康科学部看護学科, 2.東海大学医学部付属病院)

【はじめに】 A病院では、2017年2月に経カテーテル的大動脈弁留置術（以下 TAVI：Transcatheter Aortic Valve Implantation）を導入し、院内の多職種におけるハートチームを結成した。TAVIの適応は、高齢で併存疾患があり、開胸術での弁置換が不能な重症大動脈弁狭窄症（以下 AS：Aortic Stenosis）患者である。TAVIは、低侵襲なため術後の早期離床や早期リハビリテーションにより、予定入院期間を短く設定することができる。しかし、TAVIを受ける高齢 AS患者や家族にとって不安が高まる要素がある。それは術後合併症や重症化のリスク以外にも、TAVIが実施できる設備のある病院への転院や紹介が必要なことや、ASは自覚症状がでにくい為、高齢患者で医学的な理解が困難な場合は、患者と医師が考える予後のリスクに差があり判断が異なることである。以上のことから、私はハートチームに参加し、モデルケースとして調整看護師の活動を開始した。今回は、私が経験した事例を通して、TAVIを受ける高齢 AS患者と家族への継続した看護支援の強化に向けた実践を報告する。【目的】 A病院で TAVIを受ける高齢 AS患者への看護支援に関する今後の課題や活動方針を明らかにする。【方法】 本報告は、事例を振り返り看護支援について考察を深めるものである。倫理的配慮は、患者と家族が特定可能な情報を記載しないことや、情報は本研究以外では使用しないことを患者と家族へ口頭で説明し承諾を得た。また、患者の入院施設の臨床研究実施規則に基づき倫理的配慮を行なった。1.事例 患者は80歳代の女性。歩行中に著明な呼吸困難を伴う重症な AS（NYHA 3）であった。以前に僧帽弁置換術を施行し、かかりつけの病院で経過をみていたが、症状の悪化と肺機能の低下もあり TAVI目的で A病院の外来を紹介受診した。TAVI施行後、後腹膜出血および急性腎障害を発症したが、1時的に血液透析療法を行い順調に回復し退院した。退院後の患者は息切れなど症状なく生活し、TAVIを受けて良かったと満足されている。2.看護活動 私は TAVIを受ける高齢 AS患者とスタッフの安全と安心の担保を目指し、入院前の外来や、術前後の病棟、手術室、集中治療室など、患者が移動する療養の場で患者の話を傾聴した。その際、患者や家族とともに目標を設定した。また、必要に応じて相談を受け各部署の関連スタッフと共有しカンファレンスを実施した。活動の主な意図は、各療養の場で1人の調整看護師が患者と家族の話を傾聴し関係性を構築させ、安心の定着に努めることや、患者と家族が TAVIの治療を選択したことを意味づけし、患者の将来に向けた最善な支援をスタッフ間で検討することであった。【結果・考察】 調整看護師は、患者と家族の話を傾聴し「退院後に遠方で暮らす親戚に会いに行く」という目標を設定した。更にハートチームおよび関連スタッフと情報共有を行い、部署間で切れ目のない看護支援を実施した。その結果、患者と家族は各療養の場で穏やかに過ごし、安心できる入院生活だったと語られた。しかし、調整看護師の活動成果を具体的に評価し提示するまでには至らなかった。今後、検討しなければならない課題は複数あるが、始めに取り組むべきことは、A病院で TAVIを受ける高齢 AS患者への意思決定支援であると考え。活動方針は、現在のモデルケースにおける調整看護師の活動を、将来的には院内に在籍する認定や専門看護師を中心としたシステムによる活動が望ましいと考える。更に先では、看護支援の対象や視野を拡大させ、心不全患者の緩和ケアに関する組織作りを検討していきたいと考えている。

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第5会場)

[O2-5] 患者の急変予兆を捉えた熟練看護師の臨床判断

○原口 弘章, 杉崎 一美 (鈴鹿中央総合病院)

【目的】入院中に心停止を起こす患者の多くはその8時間前までに症状増悪兆候を示すといわれている。その予兆を察知し迅速に対応するために Rapid Response Systemと呼ばれる院内救急対応システムを導入している病院もある。実際、熟練看護師が軽微な状態悪化のサインを捉え急変予兆を早期に察知し対処している場面がある。本研究の目的は、患者の急変予兆を事前に察知した熟練看護師がどのように異常を察知し懸念を抱いたのか、その時どのような臨床判断がなされたかを明らかにすることである。

【方法】質的帰納的記述的研究デザイン。データ収集期間は2016年10月～11月。研究対象者は、A県内400床以上、二次・三次救急指定の3総合病院に勤務する看護師経験5年以上かつ循環器病棟勤務5年以上かつ現在も循環器病棟に勤務している看護師。調査内容は、患者の急変の予兆を事前に察知した際、どのような事象を捉えることで察知したのか、その時どのような臨床判断がなされたか、インタビューガイドに基づき半構造化面接法を行った。分析方法は、Berelson, B.の内容分析の手法を参考に、逐語録をコード化し、コードの類似性に基づき分類しサブカテゴリーを作成した。さらにサブカテゴリーの類似性に基づきカテゴリー、コアカテゴリーとした。倫理的配慮として、本研究は四日市看護医療大学大学院倫理審査の承認（No.37）、および研究協力病院の倫理委員会による承諾を得て実施した。研究協力者に研究目的、方法、病院・個人が特定できないような配慮、プライバシーの保護について文書および口頭にて説明した。また、病院および個人が特定されるようなデータを全て削除し匿名性に努めた。

【結果】対象者は7名であった。看護師の臨床経験年数平均11.7年、循環器病棟経験年数平均7年であった。患者の急変の予兆を捉えた熟練看護師の臨床判断は、119の文脈単位から19のサブカテゴリーと11のカテゴリーが抽出され、さらに5つのコアカテゴリーが導かれた。以下コアカテゴリーは【】、サブカテゴリーは<>で示す。【異変の気づきから急変への懸念】では<事前に急変の可能性を予測><患者に現れた症状・変化から急変予兆を察知><新たな疾患への懸念と重症度予測>の3カテゴリー、【原因を探り推移を予測】では<詳細な状態把握のための確認><現状と今後を判断>の2カテゴリー、【急変に備えて応援要請のコーディネート】では<スタッフとの情報共有と役割分担><医師との情報共有>の2カテゴリー、【状態悪化予防のための処置・ケア・評価】では<病態・経験知を元に緊急度・重症度を判断><必要な処置とケアの判断><処置の効果の判断>の3カテゴリー、【患者の安寧・安楽】では<患者の不安を軽減するための対応の判断>の1カテゴリーであった。

【考察】患者の急変予兆を捉えた熟練看護師は、患者に生命の危機状態の徴候が現れる以前から、今後の急変の可能性を予測していた。これは診断された疾患名や既往歴といった断片的な情報から患者の今後の推移を推し量り判断することで、急変予兆を察知するための準備性を高めていたと考えられる。また新たな疾患への懸念を抱くとともに患者の異常の原因と、その懸念が本当に正しいのかを判明させるべくバイタルサインのチェックや動脈血液ガス分析採血の必要性を判断するなど、状況判断を確実にするための観察の必要性を重視していた。同時に患者の精神面をアセスメントし患者の不安が緩和・軽減されるように働きかけていることが確認できた。さらに医療チームスタッフに報告・相談し意見を求める、緊急事態に備えて情報共有と役割分担について判断する特徴がみられた。

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:30 PM 第5会場)

[O2-6] クリティカルケア領域における浅い鎮静深度で管理されている人工呼吸器装着患者に対する看護実践の特徴

○大西 陽子, 村井 嘉子 (石川県立看護大学)

【目的】クリティカルケア領域における浅い鎮静深度で管理されている人工呼吸器装着患者に対する看護実践の特徴を明らかにする。

【用語の定義】本研究における浅い鎮静は Richmond Agitation-Sedation Scale : RASS -2～0とした。

【方法】デザイン：質的記述的研究。対象：主に北陸・関西圏の医療施設に所属する急性・重症患者看護専門看護師、及び集中ケア認定看護師。対象者の選定方法：日本看護協会ホームページより候補者を絞り込み、研究協力依頼書を送付し同意が得られた者。加えて、対象者から紹介され同意した者（雪玉式対象者選定法）。データ収集期間：平成28年3月から翌年10月。データ収集方法：半構造化面接を実施し、面接では対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。データ分析：逐語録を作成し、対象者ごとに個別分析、全体分析を実施した。その後、浅い鎮静における看護実践の具体的内容を抽出しカテゴリー化した。そしてカテゴリー間の関連性を検討した。

【信頼性・妥当性の検証】対象者にカテゴリーを提示し、フィット感について意見を求めた。

【倫理的配慮】研究者が所属する機関の研究倫理委員会の承認を得た。加えて、研究対象者が所属する施設の倫理審査等が必要な場合、その指示に従った。

【結果】対象者は9つの医療施設に所属する専門看護師2名、認定看護師11名の合計13名であった。分析した結果、《 》に示す6つの特徴が明らかとなった。看護師の《苦痛を読み取り積極的に緩和する》援助は全てのカテゴリーと関連しており、患者が治療を受け入れ療養生活を営む土台を形成している。看護師は《繰り返し見せたり触らせたりすることで、医療機器・器具の存在を示す》とともに《これまでに生じた身体の急激な変化や今後の見通しについて説明》することで患者の理解を促している。看護師は、患者の理解度を確認しながら《行動の行方を見守り危険度を見極め》、危険行動に至る場合は繰り返し説明することで補っている。また、危険度を見極めながらも《ケアやりハビリを仕向け同意的な行為を引き出す》ことで患者が動こうとするタイミングを見逃さず活動の拡大を目指していた。看護師が《患者と家族の距離を見計らう》ことは、患者の状況に合わせて家族を患者に接触させて良いか検討することであり、患者と家族の相互に安心感をもたらす治療を継続することを支えていた。これらの看護実践は、患者を侵襲的治療の場に馴染ませ、患者なりの動きを制限することなくタイミングを見計らい活動の拡大を目指していた。

【考察】看護師は《苦痛を読み取り積極的に緩和する》、《繰り返し見せたり触らせたりすることで医療機器・器具の存在を示す》、《これまでに生じた身体の急激な変化や今後の見通しについて説明する》ことによって患者の視覚・触覚・聴覚の感度を高め、理解を促し治療の場に馴染む状況を醸造していたと考えられる。《行動の行方を見守り危険度を見極める》援助は、患者の意味ある行動を見逃さず持ち得る運動機能を確認し、活動の拡大に結び付けようとしていたと考えられる。そして《ケアやりハビリを仕向け同意的な行為を引き出す》援助は、患者が出来そうな行為を仕向けることで自分で出来ることを実感させ、自信や達成感が得られるよう支援することであった。《患者と家族の距離を見計らう》援助は、患者が家族とのやりとりを通して自己像を保つことにつながっていたと考えられる。今後、看護師は患者の苦痛や鎮静レベルを適切にアセスメントする能力を高めること、コミュニケーションツールの新たな活用とアプローチ方法の工夫、患者の意思を汲み取る感度を高める必要性が示唆された。

一般演題（口演）

一般演題（口演） O3群

家族看護

座長:榊 由里(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター), 座長:福田 和明(徳島文理大学保健福祉学部看護学科)

Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:20 PM 第6会場 (2階 瑞雲)

[O3-1] 生命の危機的状態で初療に救急搬送された患者の家族が辿る代理意思決定のプロセス

○上澤 弘美¹, 中村 美鈴² (1.総合病院土浦協同病院看護部, 2.自治医科大学大学院クリティカルケア看護学)

[O3-2] 集中治療室に緊急入室した意識障害のある患者への家族のケア参加に関わるエキスパートナースの看護実践

○反保 沙由実¹, 酒井 明子² (1.福井大学医学部附属病院, 2.福井大学医学部看護学科)

[O3-3] 集中治療室看護師の家族看護の実態～ CNS-FACEIIの分析から～

○中野 舞, 藤村 紀子, 高沢 千佳子 (富山赤十字病院)

[O3-4] ICUにおける終末期にある患者・家族の情報共有を目指して

○古田 大 (東京医科大学茨城医療センター)

[O3-5] 集中治療室における家族のケア参加に対する支援の検討ー集中治療室看護師の視点からー

○松戸 麻華¹, 眞嶋 朋子¹, 國武 由香里¹ (1.千葉大学大学院看護学研究科)

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:20 PM 第6会場)

[O3-1] 生命の危機的状態で初療に救急搬送された患者の家族が辿る代理意思決定のプロセス

○上澤 弘美¹, 中村 美鈴² (1.総合病院土浦協同病院看護部, 2.自治医科大学大学院クリティカルケア看護学)

目的

本研究の目的は、生命の危機的状態で初療に救急搬送された患者の家族が辿る代理意思決定のプロセスを明らかにすることである。

方法

1. 研究デザイン:質的記述的研究デザイン
2. 研究対象者: 生命の危機的状態で初療に救急搬送された患者の代理意思決定を担い、患者が EICUへ入室後、生命の危機的状況を脱していると医師から判断されている家族15名
3. データ収集期間:2016年11月～2017年5月
4. データ収集方法および分析方法:インタビューガイドを用い、半構造化面接法を実施した。逐語録に起こした発言記録をデータ化し、事例一コード・マトリックスを参考に分析を行った。
5. 倫理的配慮: 本研究はA大学倫理審査会および該当医療施設の審査を受け承諾を得た後に、対象者には研究目的、方法、研究参加の任意性、匿名性の確保や個人情報の保護、データの公表およびデータの管理方法について書面を用いて説明し書面で同意を得た。

結果

抽出された概念的カテゴリは、【衝撃的な出来事の中で錯綜する思い】、【直面した患者の状況に募る不安と恐怖】、【様々思い浮かべて、患者の意思を忖度する】、【大きく迷いながらも決断に向き合う】、【成果がみえない患者の姿に気持ちが揺らぐ】、【治療結果としての患者の状況に左右される代理意思決定への思い】の6つであった。

自らが倒れている患者を発見した家族、他者から連絡をうけた家族ともに【衝撃的な出来事の中で錯綜する思い】を経験していた。家族は実際に患者と会うことで【直面した患者の状況に募る不安と恐怖】を経験する。同時に患者の事前意思や家族背景、金銭的な気付きなどにより【様々思い浮かべて、患者の意思を忖度する】中で、医師から治療を選択するよう求められ、【大きく迷いながらも決断に向きあう】ことになる。家族にとっては限られた時間での決断となるが、説明を聞いても内容が難しく想像もつかない状況や、患者に助かってもらいたい、病状や治療の知識がない、患者の治療を決めるには責任が大きいという背景から医師に治療を委ねていた。一方、医師が何度も説明を行った家族は、説明を理解し他の家族との話し合うことで決断できていた。意思決定後、自らが判断した家族、医療者へ治療を任せた家族ともに【成果がみえない患者の姿に気持ちが揺らぐ】ことが生じ、患者の意思が分からないため医療者に治療を任せたこと、患者の意思を尊重したがこの治療で良かったのかなどの思いが表れていた。これらは、患者の回復を家族が確信できたことで収まる。しかし、家族は患者が回復しなければ決定した内容を後悔することや、元の状態に戻らない患者を目の当たりにし本当にこの治療で良かったのか悩むといった、家族自身が望んでいた患者の状況に戻らない場合は揺れる思いを持続させており、【治療結果としての患者の状況に左右される代理意思決定への思い】が現れていた。

考察

家族は衝撃と混乱の中で、責任が大きい患者の治療を決定していくことができない背景から、医療者に治療を任せていたと考えられる。栗原らは、家族自身で治療方針の選択を判断できる領域ではないと捉えており、治療の選択を医師に任せることでコーピング行動をとっている(栗原ら, 2007)と述べていることから、家族は自身の対処行動として治療の選択を医療者に任せていたことが考えられる。また、家族は治療の選択後も揺らぎを生じていた。この揺らぎは、衝撃的な出来事に遭遇してから治療の選択までのような先行きが不確かな状況に対する揺らぎの他に、本当にこの治療を選択して良かったのかという治療の選択内容に対する揺らぎであると考えられる。

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:20 PM 第6会場)

[O3-2] 集中治療室に緊急入室した意識障害のある患者への家族のケア参加に関わるエキスパートナースの看護実践

○反保 沙由実¹, 酒井 明子² (1.福井大学医学部附属病院, 2.福井大学医学部看護学科)

【目的】

ICUに緊急入室した意識障害のある患者の家族と関わるエキスパートナースは、家族を見て、何を感じ行為し、家族のケア参加を行っているのかを明らかにすること。

【方法】

2017年2月から2017年4月の期間において、A県のICUで勤務し、ICUに緊急入室した意識障害のある患者の家族に家族のケア参加を実践したエキスパートナース9名を研究協力者とし、半構成的面接法によりデータを収集した。インタビューの内容は、「ICUに緊急入室した意識障害のある患者の家族と関わってからケア参加後までの家族の様子や状況、それについて思ったこと、とった行動」を中心に問いかけ、自由に語ってもらった。得られたデータから家族の状況に対するエキスパートナースの思考・行動ごとにカテゴリーを生成し、エキスパートナースの思考と行動の関係性を質的帰納的に分析した。

【倫理的配慮】

A大学の医学系研究倫理審査委員会と研究協力者の所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究協力者には研究目的と方法、自由意思による研究への協力、同意後の撤回の自由、個人情報保護などを説明し、書面による同意を得た。

【結果・考察】

家族のケア参加には、家族の心理過程に沿って、第1期（緊急入室時）、第2期（ケア参加前）、第3期（ケア参加時）、第4期（ケア参加後）という時間経過があり、家族の状況に対するエキスパートナースの思考は20カテゴリー、行動は20カテゴリー（以下【 】で示す）が生成された。そして、エキスパートナースの思考と行動の関係性から以下のことが明らかになった。

エキスパートナースは、緊急入室時から【視線や素振りから家族の状況を捉える】、【関わるタイミングを待つ】ことで【突然の患者の変化にパニック】である家族の様子を捉えていた。ケア参加前には、家族が【一人で抱え込みすぎている】、【なにもできず見ているだけ】、【張り詰めた状態で無理をしている】中でも、【声をかけるように変化】することや、【患者に触れることに躊躇がない】、【片時も離れず側にいる】様子から【なにか自分にできることを探している】こと、【置いていかれている感じ】があり、【患者との距離が離れていく】という家族の微妙な変化を捉え、家族のケア参加に繋げていたことが明らかになった。また、ケア参加時には家族の【反応を見ながら一緒に行く】、ケア参加後には患者に【接する様子を見守る】ことを行い、緊急入室時からケア参加後までの時間経過の中で、ただ現実には翻弄されるだけでなく、揺れ動きながらも現実に対処し続ける家族の状況をそのつど捉えていた。そして、エキスパートナースは、家族には緊急入室時から【患者との過去での関わりからの後悔や責任】があり、【ケア参加により患者との過去を振り返る】ことで【思いの整理に繋がるケア参加の継続】をしており、さらに、【話せない患者との間を繋ぐ】、【できることがあると伝える】ことで、【今後の家族を支える思い出を作る】実践をしていたことが明らかになった。

以上から、ICUに緊急入室した意識障害のある患者への家族のケア参加に関わるエキスパートナースの看護実践では、家族と関わる時間が短い中でも、目の前の家族が示す反応を早い段階で正確に捉え、微妙な変化を感じ取るという家族の状況をそのつど捉え直す俯瞰的な視点を持つこと、さらに患者と家族の関係性から過去だけでなく、今後の家族を想像し援助するという過去から未来までを見据えた俯瞰的な視点で今後の家族を支える思い出を作り、家族自身が患者の死に適応していく悲嘆作業の援助も視野に入れ、家族のケア参加を行っていくことが重要であると示唆された。

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:20 PM 第6会場)

[O3-3] 集中治療室看護師の家族看護の実態～ CNS-FACEIIの分析から～

○中野 舞, 藤村 紀子, 高沢 千佳子 (富山赤十字病院)

【目的】集中治療室（以下、ICU）入室患者は、生命危機状態に陥っている場合が多く、患者家族は、患者の予後に対する不安やICUという慣れない環境から精神的動揺が大きい。そのため看護師は家族の心理状態を把握し、ニーズを捉え、迅速に対応していくことが必要である。今後の家族看護の意識を高め、家族援助に役立てたいと考え、本研究ではCNS-FACEII(山勢ら)を基盤とした看護カンファレンスを行った症例を振り返り、家族看護の実態を明らかにすることを目的とした。【方法】1.時期：平成X年Y月。2.対象：CNS-FACEIIを基盤とした看護カンファレンスを行い家族看護の実践をし、A病院の看護師12名。3.研究デザイン：質的事例研究。4.データ収集及び分析：看護カンファレンスや家族に関する看護記録等から看護実践を文脈上意味の損なわない範囲で区切り、データとした。言葉の意味に注意して内容の共通性と相違性を比較、類似化し、分類したものをカテゴリー化した。カテゴリー化したものを、CNS-FACEIIのニーズとコーピングを参考に分析した。分析の過程において、定期的に質的研究の経験者のアドバイスを受け、研究の信頼性と妥当性を確保した。5.倫理的配慮：看護師に研究主旨方法を説明し、匿名性を守ること、プライバシーの厳守について同意を得た。症例患者は経過が良好で認知機能に問題がなく、研究協力について意思の表示ができる者とし、研究の主旨とカルテ閲覧やデータ収集の同意を得た。本研究はA病院看護部倫理委員会の承認を得てから開始した。CNS-FACEIIの尺度借用の許諾を得た。【結果および考察】4個の〈カテゴリー〉、9個の《サブカテゴリー》、34個の「コード」、に大別することができた。1.〈心の状態を知る〉毎日短時間の家族面会時間での家族の言動から、その都度ニーズを捉え記録に残し、カンファレンスで情報の共有化を行い検討し、アセスメントし正しい情報提供とケアを伝えた反応を確認し、肯定的に共通理解して関わりを統一し、「妻の精神的負担の程度を知る」ことを継続し、家族の精神的状態の変化を把握して意識しながら声掛けや傾聴し、妻のうちに秘めた思いを表出できる関わりに繋がっていったと考えられ、有意義な看護介入であったと言える。2.〈情緒的支援〉看護カンファレンスで妻の思いを十分に表出できることが重要であると判断し、妻の心情を引き出すよう関わり傾聴した。短時間の関わりであっても看護師が家族に声をかけたり、その日の状態を伝えたり、積極的に関わる事で信頼関係の構築にもつながると考えられる。妻に対する思いの傾聴や時間を共有できるよう配慮したことで、妻の情動的コーピングが日を追って上昇し、妻自身の危機的状況から回復過程へとつながった。3.〈家族の疲労や健康への配慮〉家族は突然の生命危機状態により、妻は多くの複雑なストレスに直面していると考え家族が身体的な問題があることを示すようなサインを見逃さないように行っていたため、ニーズの上昇がみられなかったと考えられる。4.〈患者にかかわることを家族に伝える〉患者の状態、日々の入院生活の中での変化など身近な存在である看護師の持つ情報が家族にとって重要であり、看護師は家族への情報提供を積極的に行う必要があると考える。妻からの情報提供に関する不満や否定的な言動がなかったのは、看護師が、妻の質問や知りたいことを一つひとつ受け止め解決していったからではないかと考えられる。

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:20 PM 第6会場)

[O3-4] ICUにおける終末期にある患者・家族の情報共有を目指して

○古田 大 (東京医科大学茨城医療センター)

【目的】ICUは救命の場であるという認識や環境、時間的制約があるため、患者・家族からの情報収集が困難な場合がある。A病院ICUでは、デスカンファレンス内で、患者・家族に関する情報収集の不足により意向に沿った支援が困難という課題が抽出された。そこで、随時適切な情報収集ができ、終末期にある患者・家族対応が円滑に行うことができるように情報共有用紙を使用した。今回、情報共有用紙の有用性を明らかにするため研究に取り組んだ。【方法】2017年8月～12月に在室した終末期にある患者・家族に対して情報共有用紙を使用。その後ICU看護師25名に、情報共有用紙についてのアンケートとデスカンファレンスの意見を集計・検討した。本研究は院内倫理委員会で承認を受け、対象者の同意を得て実施した。【結果】情報共有用紙を使用した患者・家族は6名であり、その中で患者・家族に関わることができた看護師は全体の72%であった。情報共有用紙についてのア

ンケートより「情報共有用紙内で活用できた項目（複数回答可）」は「本人・家族の希望」72%、「面会中の家族の言動/行動・家族の身体/精神面の変化」39%、「DNAR取得に至った経緯」33%の順で多く、「活用できなかった項目（複数回答可）」は「キーパーソンには頼れる人がいるか」22%、「家族間でのコミュニケーション状況」17%であった。「患者・家族からの情報収集に変化が見られたか」では、「はい」61%、理由は「家族対応の経緯が分かるので重複した情報収集をしなくなった」「積極的にコミュニケーションをとり情報収集しようという気持ちになった」であった。「いいえ」28%、理由は「在室期間が短く上手く活用できなかった」「使用する機会が少なかった」であった。「情報共有を図ることができたか」では、「はい」67%、理由は「効率的に情報を得られ共有が図れた」「対応中のことや家族の心理的变化を経時的に知ることができた」「過去のカルテ記載内容を探さなくても一覧で見やすい」であった。「いいえ」11%、理由は「使用頻度が少なかった」であった。「看護に繋げることができたか」では、「はい」66%、理由は「どのような関わりやアプローチが必要なのかわかった」「家族の意向を共有し希望に沿った看護ができた」であった。「いいえ」17%、理由は「対応した内容が用紙のみに記入されているため記録として残ると良い」「研究期間が短く評価ができない」であった。デスカンファレンスで聴取した意見より「家族と積極的にコミュニケーションを図るきっかけになった」「DNARの患者・家族の関わり方は難しいと感じるため、家族の気持ちやどのような希望があるのか書面で共有できるのはとても良い」であった。【考察】今回、終末期にある患者・家族対応に必要な情報を収集するための項目を、情報共有用紙に設けたことで、積極的かつ効率的に情報を得ることができたと考える。また、患者や家族の心理的变化や対応について経時的に集約されていたため、情報共有用紙を使用する前より情報共有が図りやすくなったと考える。これらのことから終末期にある家族対応を円滑に行うために、情報共有用紙は有用であったと言える。一方で、情報共有用紙内で活用できない項目があったのは、家族に関わる時間に限界がある中で、精神的に混乱している家族に対してどこまで踏み込んでよいか分からず、情報収集や介入を躊躇してしまうことが要因と考えられる。そのような環境の中でも必要な情報収集を行っていくためには個々のコミュニケーション能力を向上する必要があると考える。

(Sat. Jun 30, 2018 2:30 PM - 3:20 PM 第6会場)

[O3-5] 集中治療室における家族のケア参加に対する支援の検討—集中治療室看護師の視点から—

○松戸 麻華¹, 眞嶋 朋子¹, 國武 由香里¹ (1.千葉大学大学院看護学研究科)

【目的】

集中治療室（以下ICU）に入院中の患者の家族は、看護師が予測するよりも患者のケアに参加することを望んでいると言われている。家族のケア参加により、患者・家族は安心感を獲得することが出来る等の効果が報告されており、家族のケア参加に対する支援の検討が必要とされている。

本研究の目的は、ICUで看護師が行う家族のケア参加に対する支援を明らかにし、ICUで家族により良いケア参加の支援を提供するための示唆を得ることである。

【方法】

対象施設：関東圏内の救急外来を有する施設のICU

対象者：家族のケア参加の支援を行った経験があり、チームで家族支援を行う能力があると該当部署の師長から推薦を受けた看護師

調査内容：対象者の基本情報、対象者が想起した1事例を中心に家族のケア参加の支援について

調査方法：自記式質問紙と半構造化面接

分析方法：質的帰納的分析

倫理的配慮：所属大学及び対象施設の倫理審査委員会の承認後、対象者に口頭と書面にて研究目的と理的配慮の内容を説明し、同意を得た

【結果】

対象者は、3施設のICUに勤務する看護師12名であり、看護師経験年数は平均10年（5～21年）、ICU経験年数

は平均4.2年（2～12年），男性2名，女性10名であった。全体分析の結果，【家族の負担を最小限にすることを意識してケア参加の支援を行う】，【ケア参加中の患者の安全を確保するために，ICU全体の患者と業務の状況に配慮する】，【特殊な環境において，家族がケア参加をしやすくなるように配慮する】，【ケア参加の提案を断っても家族が患者と関わる事が出来るように，支援方法を工夫する】，【家族の満足に繋がるように，家族の希望に合わせた方法でケア参加を支援する】，【家族が集中治療中の患者の変化を直に感じることで，状況を把握できるように支援する】，【家族がケアに関わる事が患者に寄与するように，ケア参加を支援する】，【患者の死に向き合う家族の心理的ケアを意図して，ケア参加を支援する】，【回復傾向の患者を家族が援助できるように，社会復帰に繋がるケア参加を支援する】，【家族が主体的に患者と関わる事が出来るように，家族の意向を尊重して支援する】，【家族との信頼関係の構築に向けて，家族の様子に合わせて対応する】，【個別性のある看護を提供するために，ケア参加の支援を通して，家族から詳細な情報を収集する】，【ケア参加を支援する必要がある家族に継続して介入できるように，看護チームで協力する】の13のコアカテゴリーが明らかとなった。

【考察】

以上の結果から，ICUで行う家族のケア参加に対する支援は，「ケア参加中の患者の安全と家族の負担の軽減を目的とした支援」，「ケア参加時の関わりの中で把握することができる患者や家族への効果を意識した支援」，「家族とともに患者のケアを行うことを意識した支援」，「ケア参加を継続して行うための支援」の4つの特徴があると考えた。家族のケア参加に対する効果的な支援として，家族の持つ力を引き出すことが出来るように家族の主体性や意向を尊重した支援を行うことや，意図したケア参加の効果を得ることが出来るように患者と家族の状況や家族の希望に合わせたケア参加の支援を行う等の支援の必要性が示唆された。

【結論】

本研究では，患者の状況や家族の心理状況，ICUという特殊な環境を考慮し，ケア参加が患者や家族にとってどのような意味を持つかを考えたうえで，患者と家族が関わることを促す看護師の支援が，家族の満足や状況理解の促進に繋がる可能性が示唆された。

一般演題（口演）

一般演題（口演） O4群

エンドオブライフ

座長:秋元 典子(甲南女子大学 看護リハビリテーション学部), 座長:杉野 由起子(熊本中央病院)

Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第6会場 (2階 瑞雲)

[O4-1] CCUに救急入院した心不全患者のリビングウィルに関する実態調査

○伊賀 真由美, 桐本 ますみ (独立法人労働者健康安全機構 大阪労災病院)

[O4-2] 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査 第1報 ケア実施状況の実態

○岡林 志穂¹, 井上 正隆², 佃 雅美², 森本 紗磨美², 西塔 依久美³, 大川 宣容² (1.高知医療センター, 2.高知県立大学, 3.東京医科大学看護学科)

[O4-3] 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査 第2報 看護師の内省とデスカンファレンスによる影響の実態

○井上 正隆¹, 佃 雅美¹, 岡林 志保², 西塔 依久美³, 森本 紗磨美¹, 大川 宣容¹ (1.高知県立大学看護学部, 2.高知医療センター, 3.東京医科大学看護学科)

[O4-4] 集中治療領域における終末期患者への緩和ケアに対する困難感

○小島 朗¹, 比田井 理恵², 立野 淳子³, 中谷 美紀子⁴, 田山 聡子⁵, 藤本 理恵⁶, 山勢 博彰⁷ (1.大原総合病院, 2.千葉県救急医療センター, 3.小倉記念病院, 4.東京純心大学看護学部, 5.慶應義塾大学病院, 6.山口大学医学部附属病院, 7.山口大学大学院)

[O4-5] 救命救急センター集中治療期において看護師が終末期ケアに抱いている困難感

○片渚 静香, 下田 倫子, 右田 尚子, 久間 朝子 (福岡大学病院)

[O4-6] ICUの看護師が終末期において抱える困難感とその関連要因

○岡島 夕子¹, 城生 弘美² (1.東海大学大学院健康科学研究科看護学専攻, 2.東海大学健康科学部看護学科)

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第6会場)

[O4-1] CCUに救急入院した心不全患者のリビングウィルに関する実態調査

○伊賀 真由美, 桐本 ますみ (独立法人労働者健康安全機構 大阪労災病院)

【目的】 CCUに救急入院した心不全患者のリビングウィルに関する実態を明らかにする【方法】 研究対象はCCUに入院した心不全患者を対象とした。データ収集期間・機関は、2016年6月～2017年6月、A病院とした。データ収集方法はCCU退室時にアンケート用紙を渡し、記載を依頼した。個人属性に関してはカルテから情報を収集した。アンケートの内容は、「リビングウィルの認識」「リビングウィルを確認してほしい時期」「患者が望む治療方法」とし、治療の選択については患者が理解しやすいように治療に関するイラストを提示した。データ分析ソフトは、IBMのSPSSソフト ver19を用いて男女、年代、職業、学歴を初回入院患者と複数入院患者の「リビングウィルの認識」、「リビングウィルを確認する時期」、「患者が望む治療方法」をクロス集計し、Pearsonの χ^2 検定で分析した。倫理的配慮は対象者に同意を得、アンケート用紙は個人が特定されないよう無記名とした。A病院の看護研究倫理委員会の承認を得た後、研究を開始した。【結果】 調査期間中CCUに緊急入院し、一般病棟へ退室した50人にアンケートを配布した結果36人(72%)の回答を得られた。リビングウィルについて聞いたことがない人は29人(80.6%)、ある人が7人(19.4%)であった。リビングウィルについて自分で決定したい人が25人(69.4%)、決定したくない人が6人(16.7%)、無回答が5人(13.9%)であった。リビングウィルの説明を受ける時期はBNP200pg/ml以下の人は「一般病棟」が多かった($P<0.05$)。緩和ケアについては、終末期に苦痛の緩和を除去する治療を望んでいるが、死期が迫ったときには「自然に迎えたい」と「わからない」という意見が多かった。希望する治療については、自然に迎えるが12人、わからないが11人、心臓マッサージが7人、ペースメーカーが7人、人工呼吸器が4人、透析が4人、高カロリー輸液が4人、水分補給点滴が4人、電気ショックが2人、胃瘻が1人、PCPSが0人であった。【考察】リビングウィルについての認識は、リビングウィルについて聞いたことがある人は少ないが、自分でリビングウィルを決定したい人の割合は多いことが示唆された。リビングウィルを自分で決めたい心不全患者において、リビングウィルの認識の向上が必要と考えられる。医師からの説明を受ける時期は一般病棟を希望した割合が多くBNPが低い患者ではCCUでの説明を希望した。BNPが高い患者では一般病棟での説明を希望した。また告知してほしい人も多かった。心不全患者のリビングウィルは入院の度に患者の状態が落ち着いた時点で患者へ説明確認をしていく必要があると考えられる。心不全緩和治療について患者は、苦痛を除去する治療を望んでいることがわかった。患者と意思疎通が図れる段階で患者の望む治療を確認しておくことで緩和ケアを導入しやすいのではないかと考える。患者が望む侵襲的治療が多かったのが、心臓マッサージとペースメーカーであった。全国的に心肺蘇生処置の普及活動が一般市民へ実施されており、Iwami et alは「胸骨圧迫のみの心肺蘇生によって社会復帰した推計される院外心停止数が増加した」と述べている。一般国民が心肺蘇生処置を身近に感じていることが、心臓マッサージが多かった背景と考えられる。今回の結果では、PCPSによる治療を患者は望んでいなかった。早期から心不全の経過と共に今後の治療や病気についてリビングウィルを想起できるようアドバンス・ケア・プランニングを行い患者が望む治療・生活に寄り添える医療を提供していくことが必要であると考えられる。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第6会場)

[O4-2] 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査 第1報 ケア実施状況の実態○岡林 志穂¹, 井上 正隆², 佃 雅美², 森本 紗磨美², 西塔 依久美³, 大川 宣容² (1.高知医療センター, 2.高知県立大学, 3.東京医科大学看護学科)

【目的】 クリティカルケアにおける悲嘆ケアガイドラインの開発を最終目的に救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査をおこなった。本研究は、悲嘆ケアがどのように行われているのか実態を明らかにすることを目的にした。

【方法】岡林が行った救急外来看護師が行う悲嘆ケアに関する質的研究及び先行研究を基に、看護師の属性11項目、悲嘆ケアの実施状況32項目、看護師の内省6項目の質問紙を作成した。回答方法は、「全くあてはまらない」を1点「とてもあてはまる」を7点とする7段階の尺度とした。救命救急センターを標榜する病院全284施設の看護責任者宛に依頼文書を送付し、研究協力の可否と質問紙送付部数を確認し、最終的に92施設に1392枚の質問紙を配布した。673件を直接郵送法で回収し、有効な回答が得られた669件を分析に用いた。統計分析は、悲嘆ケアの実施状況32項目を内容に即して治療期のケア、臨終期のケア、その後のケアに分け分析した。看護師の内省と各ブロックそれぞれの得点を合計し理論上の満点で割った実施率を求めた。有意水準は、0.05を用いた。研究実施に際し、所属大学の研究倫理委員会の承認を得て行った。

【結果】看護師経験年数は 15.4 ± 7.5 年、救急経験年数は 8.0 ± 11.9 年であった。悲嘆ケアの実施状況の項目は、全て天井効果とフロア効果が無く、全平均は 4.5 ± 1.4 であった。最も得点の高い質問項目は、「患者の外観や周囲の環境を整える」(6.3 ± 0.9)で、最も低い質問項目は、「電話訪問により遺族のその後の反応を確認する」(1.6 ± 1.3)であった。

ブロック間の実施率の比較では、治療期のケア(75.7 ± 11.1)と臨終期のケア(76.8 ± 12.5)が最も高く、両者に有意な差はなかった。その後のケアは最も実施率が低く(39.2 ± 17.7)、標準偏差は逆に最も高かった。また、看護師の内省(67.5 ± 14.0)は、治療期のケアと臨終期のケアより実施率は低く、標準偏差は高かった。ブロック間の実施率の関係は、全ての組み合わせで有意な相関関係を認めた。最も高い相関関係は、治療期のケアと臨終期のケアであった($r=0.71, p<0.001$)。

ケアの関連性を明らかにするために、各質問項目間の関連性を相関分析で確認すると、「家族が十分に悲しみを表現できているかを確認する」が22項目の質問項目と有意な相関があり、最も他の質問項目と関係性を持っていた。また、この質問項目は各ブロック合計得点と有意な相関関係があった。他に同様の相関関係があった質問項目は、「エンゼルケアをしながら家族が患者の思い出を語れるようにする」、「個人的に他のスタッフとケア場面や体験を共有する」、「カンファレンスで、スタッフとともにかわりを振り返る」の3つであった。この内2つの質問項目は、看護師の内省に属していた。

【考察】救急外来看護師が行う悲嘆ケアの中で患者の外観や周囲の環境を整えるケアが最も行われているケアであった。また、個々のケアは関連し合い、特に治療期のケアと臨終期のケアは強い関係性があった。その中で家族が十分に悲しみを表現できているかを確認することは、他のケアとの関係性が強く、悲嘆ケアの指標に近いものとして作用していることが示唆された。また看護師の悲嘆ケアを内省する行為は、ケアの実施状況を高める作用があることが示唆された。

本研究は JSPS 科研費 16K159050001 の助成を受けたものです。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第6会場)

[O4-3] 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査 第2報 看護師の内省とデスカンファレンスによる影響の実態

○井上 正隆¹, 佃 雅美¹, 岡林 志保², 西塔 依久美³, 森本 紗磨美¹, 大川 宣容¹ (1.高知県立大学看護学部, 2.高知医療センター, 3.東京医科大学看護学科)

【目的】悲嘆ケアガイドラインの開発を最終的な目的として救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査をおこなった。ここでは、看護師の内省とデスカンファレンスによる影響の実態を明らかにすることを目的に研究を行った。

【方法】岡林が行った救急外来看護師が行う悲嘆ケアに関する質的研究及び先行研究を基に、看護師の属性11項目、悲嘆ケアの実施状況32項目、看護師の内省6項目の質問紙を作成した。解答法は、7件法のリッカート尺度を用いた。全国の救命救急センターを標榜する病院の中で協力同意の得られた施設に質問紙を送付し、返信は直接郵送法とした。最終的に1392枚の質問紙を配布し、673件を回収し、有効な回答が得られた669件を分析に用いた。統計分析は、デスカンファレンスの有無と看護師の内省の実施状況とでそれぞれ全体を2群に分け、他の質問項目に差を生じさせているかを確認した。有意水準は、0.05を用いた。研究実施に際し、所属大学の研究倫理委

員会の承認を得た。

【結果】30.8%の研究協力者が、デスカンファレンスを実施していた。内省の実施状況は、「個人的に他のスタッフとケア場面や体験を共有する」が平均値 4.0 ± 1.7 で、45.9%がやや当てはまるからとても当てはまると回答していた（以下実施群比率とする）。「カンファレンスで、スタッフとともにかわりを振り返る」は、平均値 3.6 ± 1.8 、実施群比率35.2%、「家族にかかわった体験をもとに次にいかせることを考える」は、平均値 5.0 ± 1.4 、実施群比率71.7%であった。

デスカンファレンスの有無による各質問項目の平均値の差は、38項目の全ての質問項目で有意にデスカンファレンス有群の方が高かった。一方で効果量に注目すると[内省]以外の質問項目では、全ての項目で $r < 0.3$ であった。このため、デスカンファレンスの有無により有意な差が生じるが、[内省]以外の質問項目ではその効果は小さいものであった。また、看護師1人当たりの救急車対応台数には有意な差は認めなかった。

「個人的に他のスタッフとケア場面や体験を共有する」と「カンファレンスで、スタッフとともにかわりを振り返る」「家族にかかわった体験をもとに次にいかせることを考える」の内省に関する質問項目の平均点で全体を2群に分けた分析では、3つの質問項目とも他のすべての質問項目で有意な差があり、実施群の方が高かった。効果量に注目するとデスカンファレンスの有無による群分けとは対照的に複数の項目で $r \geq 0.3$ の中程度以上の効果を認めた。最も複数の項目に効果があつたのは、「家族にかかわった体験をもとに次にいかせることを考える」による群分けで、15項目の質問に効果が及び、治療期のケア、臨終期のケアに影響を与える傾向にあった。一方、「個人的に他のスタッフとケア場面や体験を共有する」と「カンファレンスで、スタッフとともにかわりを振り返る」による群分けでは、治療期のケア、臨終期のケアに加え、死亡退院後の家族へのケアへも影響を与えていた。一方、看護師1人当たりの救急車対応台数には有意な差は認めなかった。

【考察】デスカンファレンスによる救急外来看護師が行う悲嘆ケアへの直接的な効果は、看護師の内省に関連する行為に限局し、看護師の内省に関連する行為が、悲嘆ケア全体に効果を示すものであった。また、スタッフ間での体験の共有を行う内省と改善方法を検討する内省が、効果をもたらすケアに差異があった。

本研究はJSPS科研費 16K159050001の助成を受けた。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第6会場)

[O4-4] 集中治療領域における終末期患者への緩和ケアに対する困難感

○小島 朗¹, 比田井 理恵², 立野 淳子³, 中谷 美紀子⁴, 田山 聡子⁵, 藤本 理恵⁶, 山勢 博彰⁷ (1.大原総合病院, 2.千葉県救急医療センター, 3.小倉記念病院, 4.東京純心大学看護学部, 5.慶應義塾大学病院, 6.山口大学医学部附属病院, 7.山口大学大学院)

【目的】本調査は、わが国の集中治療領域における終末期患者への緩和ケアに対する看護師が抱える困難感を明らかにすることである。尚、本調査は日本クリティカルケア看護学会終末期ケア検討ワーキンググループで行った調査の一部である。

【方法】

- 1.研究デザイン：質問紙を用いた実態調査
- 2.対象：全国病院リストからブロック層化ランダムサンプリング法を用いて抽出された集中治療領域398部署に勤務する終末期ケアに携わった経験のある、集中治療経験2年目以上の看護師1990名。
- 3.データ収集期間：平成28年3月から4月
- 4.調査内容：調査内容は、終末期患者への緩和ケア実施において困難と感ずることを、自由記載で回答をしてもらった。
- 5.収集方法：質問紙は依頼文とともに対象病院看護部長宛てに郵送し、当該部署の管理者から対象看護師に配布を依頼した。回収は郵送法で看護師1人につき1つの返信用封筒に密封した上で返送を依頼した。
- 6.データ分析方法：質的帰納的分析
- 7.倫理的配慮：質問紙に、自由意思による参加、無記名、不参加による不利益がないことを明記した。本調査は日本クリティカルケア看護学会倫理委員会の承認を受けた。

【結果】

総回答数は435件（回答率21％）。回答者の平均年齢は35歳、集中治療領域での通算経験年数10年目以上が64％を占めており、所属は救命ICU、HCUが多かった。自由記載で得た回答を分析した結果、231コード、29カテゴリ、9テーマが抽出された。緩和ケアへの困難感についての9テーマは【クリティカルケア領域における終末期の判断】【医師・看護師・家族との意見の相違】【代理意思決定】【終末期・緩和ケアの具体的導入方法】【終末期ケアのタイミング判断】【緩和ケアの展開】【緩和ケアを行う時間的余裕の不足】【ICU環境に伴う家族ケアの限界】【緩和ケアに携わる機会の少なさと知識不足】であり、各テーマに関連して看護師は様々な困難感を示していた。クリティカルケア領域における終末期患者への緩和ケアにおいて、医師と看護師の意見の相違が多くあり「医師と看護師の思いの違い」や「医師と看護師、家族の考え方が異なるときの対応方法」が困難の1つとして挙げられていた。更に「鎮静・鎮痛により死期が早まると家族の受け入れができないまま亡くなることがある」や「薬物投与を開始するタイミング」において看護師は、薬物を使用したいが、いつから使用すれば患者の安楽が図れるのか悩み困難感を感じていた。そして、「あまり終末期患者がいないため戸惑う」ことや「終末期看護の実施の場が少なく、知識が不足している」など、救命を使命とするクリティカルケア領域であるがゆえに、患者が終末期に移行した際の対応に困難感を示していた。

【考察】

終末期患者への緩和ケアにおける看護師が抱える困難感は、医師、看護師、家族の意見の違いや薬剤の使用方法における見解の違いがあり、これに対しては「チーム医療の推進」を行っていく必要がある。また、緩和ケアを推進する上で看護師の経験不足や、環境の限界を感じているため、これに対しては知識や実践方法の教育や患者や家族への最善の看護ケアが行える体制を整える必要性があると考えられる。

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第6会場)

[O4-5] 救命救急センター集中治療期において看護師が終末期ケアに抱いている困難感

○片淵 静香, 下田 倫子, 右田 尚子, 久間 朝子（福岡大学病院）

1.目的

救命救急センター集中治療期において、看護師が終末期ケアに関して抱いている困難要素を明らかにする。

2.方法

1.対象：集中治療期において終末期ケアに関わった経験のある看護師のうち、研究参加に同意が得られた46名。

2.期間：2017年10月～2018年1月

3.方法：

1)データ収集：先行文献を参考に、独自に作成した質問紙を用い、終末期にある患者へのケアや業務上の困難感を記述式で調査した。

2)データ分析方法：回答をデータとしてコード化し、類似性・特異性に注目してサブカテゴリー化、カテゴリー化した。

4.倫理的配慮

研究の主旨と参加・不参加の自由、個人情報保護を文書と口頭にて説明し同意を得た。不参加や中止の際も不利益は一切生じないことを保証した。得られたデータは研究者のみで取り扱い、本研究以外では使用しないようにした。本研究は、所属施設の看護研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

3.結果

コードを「斜体」、サブカテゴリーを〈 〉、カテゴリーを【 】で示す。終末期ケアにおける確認事項や調整等のうち、補助循環装置に関しては〈終了時期や離脱時期の難しさ〉など【治療の管理やその限界、目標の見えない状況】にジレンマがあった。また、「離脱時期の判断が患者の死期決定に関連している」と感じ「補助循環が家族の意向をくみ取ったものではなかったことを知った時に落胆」するなど、【選択肢・治療そのものへの看

【看護師の倫理的感受性】が明らかになった。同様に呼吸管理に関しては、「挿管中の患者に意識があり、チューブを取ってとジェスチャーされた時」など【治療が患者や家族の苦しみとなっている事を知った時の看護師の困難】があった。看護師は〈切迫した状況での DNAR取得に対する戸惑い〉に葛藤しながらも〈家族の理解や思いを心配する〉、〈患者の思いを察する〉ことで、患者や家族に関わっていた。

看護師には、＜代理意思決定自体が患者の意思を尊重されているのか疑問に思う＞などの状況に応じた対応の難しさや意思決定支援そのもののへの躊躇があった。しかし、その反面、看護師は【意思決定支援のありよう】を心がけるなど、困難感を持ちながらも大切なケアであることを認識していた。

4.考察

看護師は、補助循環、呼吸管理など生命に直結する治療の是非について、状況が患者や家族にとって最善であったのかに常に疑問を持ち、困難感やジレンマを抱いていた。そして、患者や家族へ繊細な配慮を持ちながら直接的アプローチをし、病床を管理的アプローチの視点で考えていた。集中治療における終末期のケアにおいて、意思決定支援や情報提供に困難さを抱えながらもそれらを終末期医療における重要なケアの要素としてとらえ実践していた。その要素は、ガイドラインで推奨されている終末期ケアの CoreCompetency と合致している。看護師が重要視しているケアの共有や職種間に生じているジレンマを発信したり解決できるよう、カンファレンスを事例毎に開催するなど、ケアや対応のチーム内合意形成に取り組んでいく必要がある。また、このことは、看護師の終末期患者や家族と関わる困難感の軽減や苦手意識をもつことなく介入できる糸口となる可能性があると考えられる。

6.結論

1. 救命救急センターの看護師は、終末期治療やケア上の確認事項と共に、患者や家族の思いや QOL に関することにジレンマや困難感を抱いていた。
2. 看護師が集中治療期における終末期ケアに困難感を感じている要素は、看護師個々が大切にしたいと心がけている要素と合致していた

(Sat. Jun 30, 2018 3:40 PM - 4:40 PM 第6会場)

[O4-6] ICUの看護師が終末期において抱える困難感とその関連要因

○岡島 タ子¹, 城生 弘美² (1.東海大学大学院健康科学研究科看護学専攻, 2.東海大学健康科学部看護学科)

【研究背景】 日本の集中治療室は設置基準として、「内科系、外科系を問わず呼吸、循環、代謝そのほかの重篤な急性機能不全の患者を収容し強力かつ集中的に治療、看護を行うことにより、その効果を期待する部門である」と定義され、ICUの看護師に求められるのは、重症患者の看護という専門知識と看護実践である。一方、高齢者に対しても ICUで集中治療が行われ、救命や回復するようになってきた。しかし、疾患の複雑化により、集中治療を行ったにもかかわらず、死亡する患者は17%と報告され、患者の死は避けられない。課題は、ICUは患者の救命のための専門領域であり、看護師は集中治療における看護実践を行っている一方で、治療の効果が得られずに、死の経過をたどる患者の終末期ケアの実践を同時に求められていることである。【研究目的】 ICUで終末期ケアに関わる看護師が抱える困難感と、その関連要因を明らかにする。【研究方法】・研究デザイン：質問紙調査による量的研究・研究対象者は日本集中治療医学会が集中治療専門医の養成の施設として認定を受けている ICU（救急救命センター併設を含む）部門において勤務する看護師・質問用紙：基本属性、ICU看護師の終末期ケア困難感尺度：Kinoshita・Miyashita（2011）が作成した尺度を採用。ICUで働く看護師の患者の死の捉えかた：15項目。・データ収集方法：質問紙郵送法・倫理的配慮：本研究は所属大学倫理委員会の承認を得た上で実施した。質問用紙は無記名での回答とし自由意志での参加であることを書面に記載し質問用紙を配布し、質問用紙は個別に封筒に入れ、郵送法で回収を行った。・データ分析方法：対象者の基本属性、「ICU看護師の終末期ケア困難感尺度」、「ICUで働く看護師の患者の死の捉えかた」の記述統計と Mann-Whitney の U 検定または Kruskal-Wallis 検定を実施し各群間の平均値を比較した。【結果】 6施設224名の ICUで勤務する看護師に質問用紙を配布し、その結果、48名から回答(回収率21.4%、有効回答率100%)を得た。看護師の臨床経験年数は10.5±6.5年（平均値±SD）、ICUの経験年数の7.4±5.0年。看護師臨床経験のうち、ICU経験のみの看護師は

22名で病棟経験がある看護師は26名であった。臨床経験0～4年の看護師は、【終末期ケアに自信を持つことに関して】の7項目のうち6項目において、10年以上の看護師より有意に高値であった。ICU経験のみの看護師は、【終末期ケアに自信を持つことに関して】の7項目のうち、5項目において、一般病棟の経験のある看護師より有意に高値であった。【考察】 10年以上の経験のある看護師は、ICUでの経験と知識が充実し、重症患者と家族と関わり、患者の死に何度も立ち合う経験をしていると考えられる。経験がそれ以下の看護師と比べ、終末期ケアに自信を持つことに関する困難感が低減していたと推測される。一般病棟の経験のある看護師は、日常から患者、家族とコミュニケーションをとっているが、ICUの患者の意識がないことや人工呼吸器管理など、意思疎通が取れないことも多い。さらに、家族とのコミュニケーションや信頼関係は時間や場所が限られることから、ICU経験のみの看護師が困難感を抱く要因となったと推測された。ICUでの終末期ケアは病棟と異なり、死に至るまでの時間が短い。しかし、患者が亡くなるまでのわずかな時間でも、家族に対して患者を悔いなく看取するためのケアは必要であると捉える看護師が困難感を抱くことにつながると推測する。

一般演題（示説）

一般演題（示説） P1群

その他

座長:桑村 直樹(公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)

Sat. Jun 30, 2018 2:40 PM - 3:25 PM ポスター会場 (1階 展示ホール)

[P1-1] 気管切開術へ移行しなかった脊髄損傷患者の呼吸管理を通して一チーム医療において看護師に求められる能力ー

○古村 康樹, 三浦 敦子, 上野 厚子, 馬渡 敬介, 岡田 裕也 (豊橋市民病院)

[P1-2] 終末期医療の移行に関わる看護師の役割 ～術後合併症患者の事例から～

○古知 里美 (地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立総合病院)

[P1-3] 専門病院で働きたいと考えている看護師の特徴について

○石川 達久 (社団法人栄悠会綾瀬循環器病院)

[P1-4] 術前訪問の有効性の実態調査

○福井 彩夏, 角屋敷 健太, 武田 未希, 崎本 聖美 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター)

[P1-5] ICUに勤務する看護師への Mテクニックによるリラクセーション効果の検証

○田口 豊恵 (京都看護大学看護学部)

[P1-6] 高次脳機能障害のある患者に対し熟練看護師が抱く困難とその対処

○松本 奈緒¹, 菅野 久美^{2,3} (1.浜松医科大学附属病院, 2.福島県立医科大学看護学部, 3.前浜松医科大学医学部看護学科)

(Sat. Jun 30, 2018 2:40 PM - 3:25 PM ポスター会場)

[P1-1] 気管切開術へ移行しなかった脊髄損傷患者の呼吸管理を通して－ チーム医療において看護師に求められる能力－

○古村 康樹, 三浦 敦子, 上野 厚子, 馬渡 敬介, 岡田 裕也 (豊橋市民病院)

【目的】

患者が人工呼吸器から離脱できるかどうかは、患者や家族の QOLを左右する大きな問題である。今回、脊髄損傷患者の抜管後の呼吸管理において、侵襲的呼吸管理を回避できた事例を経験し、チーム医療において看護師に求められる能力について示唆が得られたため報告する。

【方法】

本症例の経過を細田のチーム医療の4要素の視点にて振り返る。

【倫理的配慮】

個人情報保護と参加の自由、不参加によって不利益を被ることのないことを患者・家族に口答と書面にて説明し、同意を得た。院内看護局倫理委員会の承認を得た。

【結果】

30歳代男性。溺水および C5破裂骨折と診断され、頸椎後方固定術施行。術後無気肺のため人工呼吸器管理となった。主治医、担当理学療法士（以下 PT）決定後、主担当看護師が中心となり多職種間の調整を図った。その後、無気肺は改善し、術後7日目に抜管。

抜管後、酸素化不良のためネーザルハイフロー使用。咳嗽が弱く、痰の喀出が不十分であることから、気管切開の必要性について医師から患者へ説明され、同意が得られた。抜管翌日、看護師・PT間で排痰方法を検討し、排痰補助装置カフアシストを用いた排痰援助を導入。喀痰の程度や患者の苦痛を確認しながら、看護師が共通した手技で排痰援助を実施した。徐々に痰量減少のためカフアシスト使用頻度も減少し、抜管8日目ネーザルカニューラに変更となり、翌日 ICU退室。

【考察】

細田のチーム医療の4要素から看護師の果たした役割を考察。

1. 専門性志向（各職種が専門性を発揮すること）：常に患者を観察し、変化を察知。アセスメントから適切な介入方法を選択し、排痰援助を行った。多職種とコミュニケーションを図り、意見や情報交換をし、ケアの調整をした。
2. 患者志向（患者が中心であること）：抜管後、患者は「声が出なくても良くなるためなら何でもして下さい」と、気管切開に同意する発言があった。しかし、排痰困難が持続した際には「もうちょっとで出そうだから、もう少し頑張ってもいい」と繰り返し、できれば発声機能を失う再挿管や気管切開は避けたいという気持ちが伺えた。看護師はその思いに寄り添い、多職種カンファレンスで患者の気持ちを代弁し、挿管回避の可能性について検討した。
3. 職種構成志向（複数の職種が関わること）：医師、看護師、PTが主体となり介入。必要に応じて他職種の介入を依頼した。
4. 協働志向（複数の職種が互いに協力していくこと）：医師に排痰援助への参加を呼びかけ、PTと協働して効果的な排痰援助方法を検討した。

本症例において、患者の呼吸状態の変化をアセスメントし、適切な排痰援助方法を選択したことと、患者や多職種とコミュニケーションを図り、排痰ケアやリハビリ計画の調整をしたことが看護師の果たした役割であったと考える。看護師は「チーム医療のキーパーソン」として期待は大きいとされている。期待に応えるためには、患者の最も身近にいる医療従事者として今回果たした役割が必要になると考える。役割遂行のためにアセスメント能力、コミュニケーション能力と多職種との調整能力が必要であり、今後は能力取得のための取り組みが課題と考える。

【結論】

1. 患者の状態変化を察知し、アセスメントから適切な介入方法を選択する能力が必要である。
2. 患者や多職種と意見や情報交換ができるコミュニケーション能力が必要である。
3. 多職種と協働して役割を遂行できる調整能力が必要である。

(Sat. Jun 30, 2018 2:40 PM - 3:25 PM ポスター会場)

[P1-2] 終末期医療の移行に関わる看護師の役割 ～術後合併症患者の事例から～

○古知 里美（地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立総合病院）

【目的】 根治目的の手術後に合併症で長期療養となった患者の終末期医療の移行に関して、職種により患者にとっての最善の考えが異なる中で、看護師の役割について考える。【方法】 1. 事例紹介 A氏50代男性。既往歴は強皮症、間質性肺炎。左肺上葉肺腺癌で胸腔鏡下舌区部分切除術施行。その後、気胸と難治性肺癰を併発。術後1か月後に呼吸不全の悪化で人工呼吸器装着し集中治療加療となった。4ヶ月間癒着術や気管支充鎮術施行したが閉鎖せず。徐々に呼吸不全と強皮症が進行、腸粘膜障害によりいそうも著名となり、術後7カ月後に死亡退院となった。2. 倫理的配慮患者個人が特定されないようにデータはすべて記号化しプライバシー、匿名性、気密性を厳守した。また本件に関して利益相反はない。【結果】 手術直後の本人と家族の希望は回復して家に帰る事だったが、集中治療を開始し2カ月ほど経過すると、現状のまま家に帰りたいという気持ちに変わっていった。看護師は肺癰が閉鎖しないこと、強皮症の悪化から全身の衰弱が進行していることから、A氏は終末期の段階なのではないかと考えた。苦痛緩和を行い、呼吸器や中心静脈栄養の指導を行えば在宅療養が可能になるのではないかと考え、患者の意向に添いたいと医師との話し合いを重ねたが、医師の方針は現行治療を継続することだった。それは根治術後であること、終末期医療の移行は治療を諦めることになり、それにより患者の闘病意欲が低下すると考えたためだった。そこで医療チーム全体で方針の共有が必要と考え、医師・看護師・PT・NST・RSTでの多職種カンファレンスを開催した。看護師は自宅に帰りたいという思いや家族のこれ以上辛い思いをさせたくないという思いを代弁し、PTはリハビリ時の疼痛が強いため戸惑いを感じ、NST・RSTからは現状以上の改善は難しいという意見だった。医師からもA氏は今後治療を継続しても病状の進行を止めることが難しいと判断され、参加者は終末期であると共通理解をした。その結果、日常生活で生じる苦痛軽減のため持続オピオイドを開始し、リハビリは本人の気分に合わせて施行、呼吸器は呼吸困難感が無いように設定を調整した。A氏はその後も自宅へ帰りたいと訴え、家族も可能ならその希望に沿いたいと発言はあったが調整が進まず、在宅療養はかなうことなく徐々に昏睡となり死亡退院となった。【考察】 今回看護師は患者の意向と現状の方針に違いを感じ、話し合いの中で医師に理解して貰えないというジレンマを抱いた。終末期医療に関して高田らは「医師は自分がこの判断に関して責任を持つ者であると認識しており、それゆえに慎重になることが必要だと考えていた」と述べている。根治術を目的とし患者と関係を築いてきた医師にとって、終末期医療への移行とその説明は心理的負担が大きい。一方で柳沢らは「治療を目指す医師とは違い、看護師は最後までその人らしくあることを願う」と述べている。そのため、看護師の方が終末期医療の移行を早期に必要と感じ、ジレンマを抱きやすい。この患者の場合は多職種カンファレンスを開催することにより、在宅療養はかなわなかったが、苦痛緩和を主とする終末期医療へ移行することができた。ベッドサイドで多くの時間を過ごす看護師は、患者に最も寄り添える職種であり、代弁者となる立場である。しかし代弁者となるだけでなく、多職種間の調整役となることが多い。それぞれの職種が患者への思いや患者にとっての最善の考えがあるため、チームで同じ方針を共有できるようお互いを尊重しカンファレンスを重ねていく必要があると考える。

(Sat. Jun 30, 2018 2:40 PM - 3:25 PM ポスター会場)

[P1-3] 専門病院で働きたいと考えている看護師の特徴について

○石川 達久（社団法人栄悠会綾瀬循環器病院）

【研究背景】看護師は現役の間、数カ所の病院や介護福祉施設で勤務経験をするといわれている。また、ローテーションなどで同施設でも違う診療科の看護を経験する事がある。そこから自らの好きな看護分野を見つけ、看護を学ぶために入職・転職してくる看護師が、臓器別、及び患者対象が絞られる診療科に特化した病院(以下専門病院と定義、C病院も該当)には多い。日本看護協会は看護職の労働環境の整備推進を進めている。そのデータのの一つとして同協会は、2016年度病院看護実態調査結果を公表している。このレポートによると、2016年度、看護師の離職率は、常勤10.9%・新卒は7.8%であり、特に離職率が高率なのは、小規模病院(専門病院を含む)・個人病院・医療法人の順である事を指摘している。専門病院は特に看護師の離職が多い為、早急な離職防止対策が必要である。その為には、看護師が専門病院に入職したい動機を知ることが必要である。【研究目的】専門病院に入職を希望する看護師はどのような特性があるのかを明らかにすることにより、離職を防ぐ対策を検討する。【方法】2010年から2016年にC病院に入職応募書類を提出してきた看護師の入職目的記入欄に記載されている言語を忠実にword2010に入力。経験年数・過去の所属部署のデータベースを作成(n=284)。言語分析ソフトKHcoder <<http://khc.sourceforge.net>>を使用。対応分析結果から共起ネットワークを作成した。【倫理的配慮】病院長・看護部長に許可を得て、病院管理部門である一室を使用し情報が漏洩しないようにした。【結果】対応分析から共起ネットワーク30語を抽出。共起ネットワーク作図結果より、・専門性の深い知識、技術を身につけたい・自分の今までの経験を活かしていきたい・医療の質を高めたい・病院理念と専門病院の関連性・専門病院ならではの手術救急件数・学べる環境が整っている・院内の教育制度に魅力を感じている・看護を中心とした教育体制が充実している病院に魅力を感じている看護師が多いという言語が抽出された。またデータベースから入職希望看護師経験年数が平均2~4年・混合病棟出身者が専門病院を希望していることが分かった。【考察】看護師は看護実践に対して喜びと充実感を得て業務をする職種である。診療科の配属希望が叶わない場合は何で看護師になったのかといった自責にかられたり、看護をしている充実感が得られない場合もある。ストレス要因にもなる。また情緒的消耗感が生まれバーンアウトに陥る事もある。配属希望が通らない場合、専門病院に転職を考えるのではないか。看護師経験年数が2~4年と低いこと・混合病棟出身者が専門病院を希望していることから伺い知ることが出来る。看護師は学習意欲が高く、今までの経験値を活かして専門病院で働きたいといった傾向が見て取れたが、看護師が一人前になるには最低5年以上の歳月を要するといった文献もある。専門病院は特性上高度な医療知識と看護経験が求められるため、専門分野で勤務した事のない看護師は今までの経験を活かすことは難しい。看護の職場は幅広い年代層が本来は勤務しているのが理想である。しかし全国的には看護師は不足しており、また経験豊富な看護師が病院にあまりいない現状がある。専門病院はさらに看護師の離職率が高い。定着率を上げるには経験豊富な指導者を育成できる教育体制を整え、働きやすい環境作りを行っていく事が重要であると考えられる。【結語】専門病院で看護師を定着させるには、経験豊富な看護師を育成できる教育体制を整え、働きやすい環境作りを提供していく事が1つの解決策である事が考えられた。

(Sat. Jun 30, 2018 2:40 PM - 3:25 PM ポスター会場)

[P1-4] 術前訪問の有効性の実態調査

○福井 彩夏, 角屋 敷 健太, 武田 未希, 崎本 聖美 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター)

【はじめに】術前訪問は手術を受ける患者への情報提供により患者・家族の不安の軽減を行うことで術後経過良好に維持するために重要と言われており、手術室や集中治療室の看護師による術前訪問が行なわれている。当院集中治療室でも、集中治療室での治療・環境を患者が理解することで精神的ストレスの緩和を図ること、患者をフローで捉え個別性のある看護を提供することを目的に、集中治療室看護師による術前訪問を行っている。しかし集中治療室への入室予定患者すべてに術前訪問を行う事は、人員的時間的に困難な状況であった。そこで集中治療室看護師の術後経過の経験値から術前訪問を行う独自のスクリーニング項目を作成し、医学的看護的視点から患者を選択し術前訪問を行っている。このスクリーニングを使用した術前訪問が目的を達成できているかは明らかになっていない。

【研究目的】

- 1) 術前訪問が患者の不安の軽減に繋がっているのか
- 2) スクリーニングを用いた術前訪問が患者のニーズと一致しているのか
- 3) 術前訪問のニーズがある患者に特徴があるのか

【研究方法】

1) データ収集方法

配布方法：集中治療室看護師が手術前日までに、研究説明文書、自記式質問紙、封筒を入れたものを配布する。今研究の目的及び自記式質問紙への回答をもって研究への同意となることを口頭にて説明する。

回収方法：自記式質問紙を封筒に入れ、病棟看護師に渡してもらう。病棟へ定期的に封筒の回収に行き、回収した封筒は病棟内の鍵のかかるキャビネットで保管した。

2) データ分析方法

量的データに関しては記述統計処理を行う。

3) 対象者

術後集中治療室へ入室予定の患者全て

4) 期間

2017年6月12日～12月31日

【倫理的配慮】東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を得(28-072(8315))、葛飾医療センターの臨床研究審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】118名へアンケートを配布し、55の回答を得た。そのうち有効回答数は16であった。不安は最小値0、最大値10で記述し、術前訪問の前後で不安を比較した。結果は平均-2.06、標準偏差4.13、 P 値=0.064であった。また術前訪問を、術前に希望する患者と希望しない患者で不安を比較した結果、前者は平均-4.00、標準偏差4.17、後者は平均-0.12、標準偏差3.27、 P 値=0.057であった。術前訪問を希望し、かつスクリーニングに該当する患者は3名だった。術前訪問後に不安が軽減した患者を年齢・性別・入院歴・手術歴・癌で手術をする・ICUへの入室/見学歴があるという項目で、それぞれ多変量解析で分析した結果、どの項目においても有意差は認められなかった。

【考察】術前訪問を行う事で不安が軽減される傾向にあることが明らかとなった。また術前訪問を希望している患者の方が、術前訪問を行う事でより不安を解消できると考えられる。術前訪問を希望している患者は、看護師が術前訪問が必要だと思う患者と必ずしも一致しておらず、スクリーニングのみでは術前訪問を必要としている患者すべてに術前訪問を行う事が困難であることが明らかとなった。しかし、術前訪問を希望する患者は不安が軽減する傾向にあるため、術前訪問を希望する患者に術前訪問を行う事がより効果的であると考えられる。

本研究の限界としては母集団が少ないことである。集中治療室看護師が予定の術前訪問を業務上実施出来なかったこと、手術を控えている患者にとってアンケート自体が負担となった可能性や複数のタイミングで回答をしなければならないアンケート自体の複雑さが有効回答数の低下を招いた原因と考えられる。

(Sat. Jun 30, 2018 2:40 PM - 3:25 PM ポスター会場)

[P1-5] ICUに勤務する看護師への M テクニックによるリラクセーション効果の検証

○田口 豊恵（京都看護大学看護学部）

【目的】

M テクニックとは、英国の Jane Buckle 博士によって開発された ICU に入室している重症患者にも適応可能なマッサージ法である。M とはマニュアルという意味をもち、通常のマッサージ圧を10とすると3の圧で行う手法である。英国や米国では ICU での取り組みがなされ、重症患者に対するリラクセーション効果が得られている。研究代表者は、2013年に日本クリティカルケア看護学会主催の Jane Buckle 博士による研修セミナーに参加し、M テクニックの教授を受けた。その後、2015年6月に M テクニックプラティクショナー国際認定を受け、健常ボランティアや ICU に入室している患者を研究対象に検証をすすめてきた。本研究の目的は、ICU に勤務する

看護師への昼休憩時間を用いた Mテクニックによるリラクセーション効果を検証することである。

【方法】

対象者は、A病院のICUに勤務する看護師であり、Mテクニック介入群と非介入群に分け、昼休憩時間に無臭のキャリアオイルを使用し、約10分間のMテクニックを研究代表者が実施した。介入群はベッドに臥床してもらい、両上腕から肘関節にかけて計10分間Mテクニックを実施した。一方、非介入群には臥床のみで10分間過ごしてもらった。リラクセーション効果は、唾液アミラーゼ値の変化および心拍変動解析を用いて副交感神経系(以下、HF)の変化を比較した、主観的評価は介入前後の自由記述内容とした。統計学的処理は、SPSSVer.24 for Windowsを用いて2群間の介入前後のデータを検定した。心拍変動は、AC-301Aアクティブトレースを用いて心拍数(R-R間隔)を記録し、専用解析ソフト MemCalcを用いて解析を行った(GMS社製)。本研究は、研究協力病院および研究代表者の所属大学および研究協力病院の研究倫理委員会の承認を得、対象者に事前に十分な説明と文書で同意を得た上で実施した。介入については、事前にパッチテストを行い、皮膚異常や気分不良がないことを確認し、介入当日も異常の早期発見に努めた。

【結果】

研究対象は23名。介入群10名(男性1名)、非介入群13名(男性1名)、年齢は20歳代～40歳代で両群ともに30～40歳代が最も多く、約80%を占めた。両群の看護師経験年数やICU勤務年数に差はなかった。マン・ホイットニ検定を実施したところ、Mテクニック前後の唾液アミラーゼ値には有意な差はなかった。介入前後のHF中央値と四分位偏差については、介入群は介入前97.3(54.5) msec²、介入後201.6(176) msec²、非介入群は前104.6(60.0) msec²、後193.3(126.5) msec²であり、介入群にてMテクニック後にHFが有意に高くなる傾向を示した(p<0.05)。介入後の主観的評価については、「リラックスできた」、「朝から忙しかったので癒された」、「気分が落ち着いて、次の勤務に取り組めた」、「マッサージは弱く感じたが、リラックスできた」、「午前中の業務の振り返り、午後からのことなど考えることができた」、「自分の好みの香りがあるといい」等であった。

【考察】

ICUで勤務する看護師は重症患者の看護という役割を担うため、常に緊張を強いられた状態にあることが多い。そのような中において休憩時間を利用したMテクニックは、看護師の勤務中の思考整理や癒しにつながる可能性が示された。

(Sat. Jun 30, 2018 2:40 PM - 3:25 PM ポスター会場)

[P1-6] 高次脳機能障害のある患者に対し熟練看護師が抱く困難とその対処

○松本 奈緒¹, 菅野 久美^{2,3} (1.浜松医科大学附属病院, 2.福島県立医科大学看護学部, 3.前浜松医科大学医学部看護学科)

【目的】高次脳機能障害とは、外傷性脳損傷、脳血管障害等により脳に損傷を受け、その後生じた記憶障害、注意障害、社会的行動障害などの認知機能障害等と定義される。近年、その患者数は増加傾向にあり、また、急激な情動コントロールの障害や意欲・発動性が低下などの症状の多様性から、看護師は多くの困難に遭遇していることが考えられる。そこで、高次脳機能障害のある患者に対し、受傷直後からの早期リハビリテーション看護を行う上で、熟練看護師がどのような困難感を抱き、対処しているかを明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザイン：質的記述的研究 対象者：ICUおよび急性期病棟において高次脳機能障害患者の看護を5年以上経験のある看護師、または脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 データ収集方法：研究者の作成したインタビューガイドに基づき、看護実践の中で困難と感じた場面や出来事、思いや考え、対処した行動について半構造化面接を行った。分析方法：面接内容の逐語録を質的データとして、内容分析法に準じて質的帰納的に分析を行った。＜倫理的配慮＞研究者の所属するA大学の臨床研究倫理委員会の承認を得て実施した。対象候補者を施設の所属長から紹介を受け、研究の趣旨とともに自由意思に基づく研究参加、拒否や中断の自由や不利益の回避、プライバシーの保護、データの管理等について文書と口頭で説明し、同意を得た。

【結果】研究参加者は3名であった。分析の結果、熟練看護師が抱く困難には、【一度恐怖を感じた攻撃的な患者

に再度関わらなければならない】【安全を優先するために患者の望まないケアをしなければならない】【業務に追われて患者に必要なケアやリハビリが実施できない】【自分自身の状況を理解できない患者がやむを得ず治療を中断してしまう】【意思決定ができない患者の思いを汲み取ることができていないように思う】【若年の患者には関わりにくい】【家族が患者の状態を正しく受け入れられていない】【家族の要望や苦情をぶつけられ、我慢しつづけなければならない】の8つのカテゴリーが導き出された。また、その困難への対処として、【患者の話を受け止めているという姿勢を分かりやすく示しながら話を聞く】【患者の状態に合わせて適切な対応を使い分ける】【患者の興奮につながるスイッチを避けながら工夫して関わる】【意欲の低下した患者の回復のためにリハビリと生活援助をつなげる】【意思疎通の図れない患者に戸惑う家族へ意図的に関わる】【患者家族の情報を共有するためにチーム全体で連携を取り合うよう努める】【経験から積み上げられた対応の仕方を後輩に繋げる】の7つのカテゴリーが導き出された。

【考察】熟練看護師が抱える困難には、患者からの拒否やマイナスな反応を精神的負担として感じるなどあり、これは、看護師がケアを行う責任や果たすべき役割と患者の認知状態の変化から生じていると考えられた。その対処として、看護師はこれまで積み上げた経験をいかし、患者との関わり方を看護の視野を広げながら模索し、適切な対応につなげていることが考えられた。また、患者の家族の戸惑いや苛立ちを受け止めなくてはならない点も困難と感じていた。その対処として、看護師一人でこの状況を抱えるのではなく、医療チーム間で連携を取りあい、家族の状態を観察しながら意図的に関わっていた。さらに、これらの連携の際に、熟練看護師の持つ知識や技術を後輩に継承していることが考えられた。以上より、患者や家族への意図的な関わり、医療チームの連携強化、知識や技術の継承などの看護実践への具体的な示唆が得られた。

開会式

開会式

Sat. Jun 30, 2018 9:30 AM - 9:40 AM 第1会場 (5階 大ホール)

[OTS1] 開会式

(Sat. Jun 30, 2018 9:30 AM - 9:40 AM 第1会場)

[OTS1] 開会式

会員総会

会員総会

Sat. Jun 30, 2018 1:20 PM - 2:20 PM 第1会場 (5階 大ホール)

[OTS3] 会員総会

(Sat. Jun 30, 2018 1:20 PM - 2:20 PM 第1会場)

[OTS3] 会員総会

懇親会

懇親会

Sat. Jun 30, 2018 6:00 PM - 8:00 PM 第5会場 (2階 平安)

[OTS4] 懇親会

(Sat. Jun 30, 2018 6:00 PM - 8:00 PM 第5会場)

[OTS4] 懇親会

懇親会

懇親会

Sat. Jun 30, 2018 6:00 PM - 8:00 PM 第6会場 (2階 瑞雲)

[OTS5] 懇親会

(Sat. Jun 30, 2018 6:00 PM - 8:00 PM 第6会場)

[OTS5] 懇親会

ポスター貼付

ポスター貼付

Sat. Jun 30, 2018 9:00 AM - 10:20 AM ポスター会場 (1階 展示ホール)

[OTS6] ポスター貼付

(Sat. Jun 30, 2018 9:00 AM - 10:20 AM ポスター会場)

[OTS6] ポスター貼付

ポスター閲覧

ポスター閲覧

Sat. Jun 30, 2018 10:20 AM - 2:40 PM ポスター会場 (1階 展示ホール)

[OTS8] ポスター閲覧

(Sat. Jun 30, 2018 10:20 AM - 2:40 PM ポスター会場)

[OTS8] ポスター閲覧