

Sat. Jun 11, 2022

## 第8会場

シンポジウム

### [SY1] ルーティンケアの変遷

座長:植村 桜(大阪市立総合医療センター)

安藤 有子(関西医科大学附属病院)

演者:露木 菜緒(Critical Care Research Institute (CCRI))

小池 真理子(順天堂大学医学部附属順天堂医院)

平良 沙紀(福岡大学病院)

増田 博紀(社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院)

10:00 AM - 11:30 AM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

### [SY1-01] 排泄ケアの変遷

○露木 菜緒<sup>1</sup> (1. Critical Care Research Institute (CCRI))

10:00 AM - 10:25 AM

### [SY1-02] 体位変換の変遷～腹臥位におけるケア～

○小池 真理子<sup>1</sup> (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院)

10:25 AM - 10:50 AM

### [SY1-03] 睡眠への援助を考える

○平良 沙紀<sup>1</sup> (1. 福岡大学病院)

10:50 AM - 11:10 AM

### [SY1-04] モビライゼーション

○増田 博紀<sup>1</sup> (1. 社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院)

11:10 AM - 11:30 AM

## 第9会場

シンポジウム

### [SY2] 特定行為関連看護師のタスクシフティング・タスクシェアリング -働き方はどう変わったか-

座長:溝口 裕美(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

塚原 大輔(株式会社キュアメド)

演者:西村 基記(国立病院機構 北海道医療センター)

畑 貴美子(横須賀市立うわまち病院)

後小路 隆(社会医療法人陽明会 小波瀬病院)

11:30 AM - 12:50 PM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

### [SY2-01] 認定看護師と診療看護師の資格認定を持つ、特定行為関連看護師の活動の実態

○西村 基記<sup>1</sup> (1. 国立病院機構 北海道医療センター)

11:30 AM - 12:00 PM

### [SY2-02] 特定ケア看護師の5年間の働き方の変遷とこれからのミッション

-集中治療室から地域支援に向けて-

○畑 貴美子<sup>1</sup> (1. 横須賀市立うわまち病院)

12:00 PM - 12:25 PM

### [SY2-03] 救急医療の現場での診療看護師の意義を見出す

○後小路 隆<sup>1</sup> (1. 社会医療法人陽明会 小波瀬病院)

12:25 PM - 12:50 PM

## 第1会場

シンポジウム

### [SY3] 重症患者の症状緩和と看護

座長:片山 雪子(榊原記念病院)

大山 祐介(長崎大学生命医科学域保健学系)

演者:加藤 茜(信州大学医学部保健学科)

櫻本 秀明(日本赤十字九州国際看護大学)

北山 未央(金沢医科大学病院)

星野 晴彦(国際医療福祉大学 成田看護学部)

12:20 PM - 1:40 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

### [SY3-01] クリティカルケアを受ける患者や家族は、何に苦しんでいるのか?

○加藤 茜<sup>1</sup> (1. 信州大学医学部保健学科)

12:20 PM - 12:40 PM

### [SY3-02] 呼吸困難の評価と緩和へのアプローチ

○櫻本 秀明<sup>1</sup>、鳩崎 千絵<sup>2</sup>、卯野木 健<sup>3</sup>、岡本 菜子<sup>4</sup>、川崎 紋子<sup>4</sup>、下村 真一<sup>5</sup>、福井 美和子<sup>6</sup>、小林 俊介<sup>7</sup>、相川 玄<sup>2</sup> (1. 日本赤十字九州国際看護大学、2. 筑波大学附属病院 ICU、3. 札幌市立大学 看護学部、4. 日立総合病院 看護局、5. 筑波記念病院 ICU、6. 淀川キリスト教病院、7. 筑波大学附属病院 PICU)

12:40 PM - 1:00 PM

### [SY3-03] せん妄を発症した患者の体験から緩和方法を学ぶ

○北山 未央<sup>1</sup> (1. 金沢医科大学病院)

1:00 PM - 1:20 PM

### [SY3-04] 重症患者の抱える不安と恐怖

○星野 晴彦<sup>1</sup> (1. 国際医療福祉大学 成田看護学部)

1:20 PM - 1:40 PM

## 第8会場

シンポジウム

### [SY4] 一歩進んだ PICSケア -患者が入院前の生活を取り戻すために私たちができること-

座長:木下 佳子(日本鋼管病院)

卯野木 健(札幌市立大学)

演者:高橋 健二(山口県立総合医療センター)

春名 純平(札幌医科大学附属病院)

古厩 智美(さいたま赤十字病院 高度救命救急センター-HCU)

對東 俊介(広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門)

江尻 晴美(中部大学生命健康科学部保健看護学科)

1:10 PM - 2:50 PM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

### [SY4-01] PICSの概要について

○高橋 健二<sup>1</sup> (1. 地方独立行政法人山口県立病院機構 山口県立総合医療センター ICU)

1:10 PM - 1:30 PM

[SY4-02] PICSメンタルヘルス障害に有効なケアはあるのか？

○春名 純平<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院)  
1:30 PM - 1:50 PM

[SY4-03] 古くて新しいせん妄ケア 私たちができること

○古厩 智美<sup>1</sup> (1. さいたま赤十字病院 高度救命救急センターHCU)  
1:50 PM - 2:10 PM

[SY4-04] ICUサバイバーの身体障害の評価と対策

○對東 俊介<sup>1</sup> (1. 広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門)  
2:10 PM - 2:30 PM

[SY4-05] PICSアセスメントツールの開発と活用

○江尻 晴美<sup>1</sup> (1. 中部大学生命健康科学部保健看護学科)  
2:30 PM - 2:50 PM

## 第10会場

シンポジウム

[SY5] クリティカルケア領域における終末期ケアの質

座長:伊藤 真理(川崎医療福祉大学)

小島 朗(大原総合病院)

演者:相楽 章江(山口大学医学部附属病院 看護部)

三須 侑子(自治医科大学附属病院 看護部)

森山 美香(島根県立大学看護栄養学部看護学科)

加藤 茜(信州大学医学部保健学科)

2:10 PM - 3:40 PM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[SY5-01] クリティカルケア領域の終末期に患者が抱える苦痛と向き合うケアの質とは

○相楽 章江<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院 看護部)  
2:10 PM - 2:35 PM

[SY5-02] クリティカルケア領域における終末期患者の家族が抱える苦痛

○三須 侑子<sup>1</sup> (1. 自治医科大学附属病院 看護部)  
2:35 PM - 3:00 PM

[SY5-03] クリティカルケア領域における終末期患者の意思決定支援の現状と課題

○森山 美香<sup>1</sup> (1. 島根県立大学看護栄養学部看護学科)  
3:00 PM - 3:20 PM

[SY5-04] 「救急・集中ケアにおける終末期看護実践ガイド」公表1年後の活用状況と実践状況

○加藤 茜<sup>1</sup>、田中 雄太<sup>2</sup>、木澤 義之<sup>3</sup>、山勢 博彰<sup>4</sup>、田戸 朝美<sup>4</sup>、立野 淳子<sup>5</sup> (1. 信州大学医学部保健学科、2. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻、3. 神戸大学大学院医学研究科内科系講座、4. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻、5. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

3:20 PM - 3:40 PM

---

シンポジウム

## [SY1] ルーティンケアの変遷

座長:植村 桜(大阪市立総合医療センター)

安藤 有子(関西医科大学附属病院)

演者:露木 菜緒(Critical Care Research Institute (CCRI) )

小池 真理子(順天堂大学医学部附属順天堂医院)

平良 沙紀(福岡大学病院)

増田 博紀(社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院)

Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:30 AM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

---

### [SY1-01] 排泄ケアの変遷

○露木 菜緒<sup>1</sup> (1. Critical Care Research Institute (CCRI) )

10:00 AM - 10:25 AM

### [SY1-02] 体位変換の変遷～腹臥位におけるケア～

○小池 真理子<sup>1</sup> (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院)

10:25 AM - 10:50 AM

### [SY1-03] 睡眠への援助を考える

○平良 沙紀<sup>1</sup> (1. 福岡大学病院)

10:50 AM - 11:10 AM

### [SY1-04] モビライゼーション

○増田 博紀<sup>1</sup> (1. 社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院)

11:10 AM - 11:30 AM

---

10:00 AM - 10:25 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:30 AM 第8会場)

## [SY1-01] 排泄ケアの変遷

○露木 菜緒<sup>1</sup> (1. Critical Care Research Institute (CCRI) )

Keywords: 陰部洗浄、陰部清拭、陰部清拭用ワイプシート、便失禁ケアシステム

従来の排泄ケアは、微温湯とボディソープを使用した陰部洗浄方法が一般的である。クリティカルケア領域では、膀胱留置カテーテルを使用している患者や下痢を繰り返している患者も多く、陰部洗浄は日常のケアとして頻繁に行われている。

陰部洗浄は、物品準備から後片づけまで、その業務に多くの時間と労力を要する。また、カテーテル関連尿路感染症の観点からは、洗浄水の飛沫や洗浄ボトルの使いまわしなどの懸念事項が多い。さらに、下痢便による頻繁な皮膚汚染や、オムツで浸軟された皮膚へ繰り返される陰部洗浄は、皮膚トラブルも頻発する。このように排泄ケアは、看護師の労力、患者の感染管理、皮膚トラブルと種々の問題を抱えている。

そこで、昨今の排泄ケアは、陰部を洗浄しないケアへ変遷しつつある。まず、陰部清拭用ワイプシート「ピュレル シュアステップ パリケア」を用いた陰部清拭である。本製品は、1処置1パッケージ使い切りのワイプシートで、保湿剤を含むため皮膚保護効果も期待できる。さらに、持続的難治性下痢患者へは、直腸ヘドレナージチューブを挿入する「便失禁ケアシステム」による便のドレナージである。本製品は、バッグに貯留した便の性状や量を観察でき、バッグ毎破棄できる。このような排泄ケア製品の活用は、飛沫感染リスクや陰部の皮膚保護、看護師の労力低下を実現している。

以上、排泄ケアの観点からルーティンケアを見直せるように、本シンポジウムの話題提供としたい。

---

10:25 AM - 10:50 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:30 AM 第8会場)

## [SY1-02] 体位変換の変遷～腹臥位におけるケア～

○小池 真理子<sup>1</sup> (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院)

Keywords: 体位変換、腹臥位、皮膚障害

重症肺炎に対する腹臥位療法の効果については以前から有効性が示されている。COVID-19流行後、人工呼吸器管理が必要となった重症呼吸不全の患者に対して、腹臥位療法が多くの施設で実施されるようになり、腹臥位への反転をサポートする器具が複数のメーカーより発売されている。腹臥位療法を実施するに当たっては、患者の状態から呼吸・循環動態の変化、チューブトラブル、皮膚障害など様々なリスクが伴う。また、実施の方法については安全管理上から、実際の患者へ実施する前に練習が必要である。当院でも COVID-19流行の第1波より重症肺炎患者への腹臥位療法を実施している。長時間の腹臥位療法ではチューブトラブル、皮膚障害の回避のため患者の体型やチューブ位置に合わせたポジショニングが重要となる。当院では COVID-19流行の第4波より腹臥位反転及び体位維持をサポートする器具（以下、器具 A）を導入し、腹臥位療法を実施した。器具 Aはチューブ類への干渉が少なく体位維持ができる、肥満患者の腹臥位反転時にスタッフの身体的負担を軽減できるといったメリットがあるが、器具 Aを使用し腹臥位療法を数回実施すると皮膚障害が問題となった。皮膚障害はポジショニング枕使用時にも問題となったが、器具 Aでは支持基底面積が少ないため患者の身体と器具接触面の体圧が高くなり腹臥位中に30分～1時間毎に除圧を実施していても皮膚障害を防ぐことができなかった。また、器具を使用する上で関係するスタッフでの回練習が複数回必要となるが、当院ではチームの医師が週単位で入れ替わることなどから練習ができず、限られたスタッフしか器具 Aの使用ができなかった。さらに、器具自体が重く持ち上げにスタッフの身体的負担が生じること、器具が大きく保管の場所が必要となるなどの課題があり、器具 A導入前に使用していたポジショニング枕を使用した方法へと戻った。しかし、導入した器具 Aは決して安価なものではないため、使用する患者の選定や使用中の看護ケアについて検討し器具を活用していく必要がある。

---

10:50 AM - 11:10 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:30 AM 第8会場)

## [SY1-03] 睡眠への援助を考える

○平良 沙紀<sup>1</sup> (1. 福岡大学病院)

Keywords: 睡眠障害、睡眠評価

集中治療室 (Intensive care unit: ICU) に入室している多くの重症患者は、睡眠障害を体験している。ICU患者の睡眠障害の特徴は、頻回の睡眠の分断、浅い睡眠の増加と徐派睡眠やREM睡眠の減少・消失、概日リズム障害などが報告されている。その要因には、痛みや不安、照明や騒音などの様々な因子があげられ、夜間の睡眠の質の低下をきたしている。

2018年米国集中治療医学会は、鎮痛・鎮静・せん妄管理ガイドラインの改訂版で、不動・睡眠を加え、早期リハビリテーションと睡眠障害の予防と管理のための臨床診療ガイドラインを提唱している。それ以降、睡眠への援助の必要性を感じ、様々な因子に対してや非薬理的・薬理的など多角的な介入について検討されている。睡眠の働きは、一般的に脳と身体を休めることでエネルギー消費の減少、エネルギーの備蓄、組織の修復、代謝・免疫機能の最適化の役割があり、重症患者において睡眠を整えることは重要である。

看護師は、照明や音を調節し、ケアを積極的に日中に集中させるなど、夜間の睡眠環境を整える多角的な取り組みをしている。しかし、夜間眠れているように感じられる患者からも「あまり眠れていない」といった訴えを聞くことが多い。人工呼吸管理を受けている患者は深い鎮静により終始閉眼しており、一見眠っているように評価され、看護師が主観的に評価する睡眠と、患者の自覚する睡眠の質の評価は一致しないと言われている。また、各施設における鎮静評価の標準化が進んでいる中、看護師の判断は、浅い鎮静に向けた鎮静薬の積極的な減量には至っておらず、患者の状態は過鎮静の傾向にある。「鎮静＝睡眠」といった睡眠導入を目的とした間違った認識のもとで鎮静剤の増減が行われていることも要因のひとつと考える。また、夜間に実施される看護ケアが患者の睡眠に影響を与える環境因子の一つであると指摘されており、睡眠を中断する看護ケアにはバイタルサイン測定や気管吸引、体位変換などが挙げられている。何気なく実践している看護ケアが睡眠障害の因子となりうることや集中治療後症候群 (Post-Intensive Care Syndrome: PICS) への影響を踏まえ、ルーチンケアは睡眠を中断させてまで本当に必要なケアであるか再度見つめ直す必要があるのではないかと考える。

当院のICUで心臓血管外科術後患者を対象に、主観的睡眠評価として日本語版 RCSQ・PSQI、客観的睡眠評価として Actigraph を用いて研究を行った。その結果、Actigraphでは睡眠の深さを測ることはできないが、総睡眠時間は正常範囲であるが、覚醒回数が多く、睡眠が分断されており、浅い睡眠が多いことは容易に推測され、熟眠感を得る睡眠とは言えない状況が窺えた。しかし、日本語版 RCSQによる主観的睡眠評価は、せん妄などの問題が内包されており、客観的な睡眠評価と異なる結果であった。また PSQI評価では、睡眠障害はICU入室中だけにとどまらず、ICU退室時や退院時にも持続しており、長期的なQOLの低下に影響を及ぼす可能性が伺えた。ICUでの睡眠評価には限界があり、患者の状況に応じた観察評価の方法を検討した上で、非薬理的・薬理的介入の検討を行う必要がある。

---

11:10 AM - 11:30 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:30 AM 第8会場)

## [SY1-04] モビライゼーション

○増田 博紀<sup>1</sup> (1. 社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院)

Keywords: 早期リハビリテーション、ルーチンケア

クリティカル領域におけるリハビリテーションは、Post intensive care syndrome (PICS) とされる身体機能、認知機能、精神機能の維持・改善において大きな役割を果たす。近年、その重要性は高まっており、2018年からは特定集中治療室で「早期離床・リハビリテーション加算」が導入され、本年度からは特定集中治療室以外の治療室においても算定が可能となる。リハビリテーションでは「早期介入」が重要であり、不動による筋の変性や筋量の減少が始まるとされている疾患の新規発症、急性増悪または手術から48時間以内の早期に介入を開始し、その後2～3週間は介入を強化する。

集中治療における早期リハビリテーションガイドラインにおいて、安全かつ効果的に早期リハビリテーションを提供するための看護師の役割として、適応の判断と準備を高める援助、患者教育と心理的援助、多職種連携の調整、安全性の配慮、早期リハビリテーションとしての日常生活行動の支援が求められている。さらに、体位を変える・座る・立つ・歩くなど負荷を伴う運動実施だけではなく、食事・更衣・整容・排泄などの基本的日常動作や、読書・テレビ鑑賞・家族と過ごすなどの患者のニーズに応じた日常生活動作を早期リハビリテーションの一部として支援することが示されている。

クリティカル領域では、患者状態が不安定であることや人工呼吸器・補助循環装置など医療機器が使用されていることから、リハビリテーションの実施には多くのマンパワーを要する。集中治療室におけるリハビリテーションは、理学療法士を中心に提供され、看護師はその環境や多職種間の調整役を担っている施設が多いのではないだろうか。そのため、理学療法士が不足する環境でのリハビリテーション提供体制には課題が生じやすい。最も患者に接する機会が多い看護師が、一定の水準を保ちつつリハビリテーションを提供できる体制を構築しておくことは患者に大きな利益となると考える。しかし、看護師のリハビリテーションに対する認識不足があることも否定できない。クリティカルケアに関わる看護師には様々な知識が必要であるが、薬剤や医療機器などの治療に関する知識に比べて、リハビリテーションに対する知識を十分に有する看護師は少ないと認識する。一方、集中治療領域で働く理学療法士のミニマムスタンダード作成を目的とした調査では、理学療法士には、専門的知識以外に集中治療に関わる治療やケアを広く理解しておくことが求められている。

職種間の技能に差はあるが、早期リハビリテーションを多職種協働によるシームレスケアとして安全で効果的に患者へ提供することは、クリティカルケアにおいて優先されるべきであると認識する。リハビリテーションと聞くと、患者を離床させた歩行や端座位訓練を想起されやすいが、身体機能だけでなく、呼吸機能や認知機能などを維持・改善・再獲得するために、様々な方法から患者に合わせた適切な方法を選択することが重要である。リハビリテーションが理学療法士の専門領域として定着してきた今、看護師が積極的、かつ主体的にリハビリテーションに参画するには、看護師の教育・業務整理だけでなく、多職種で協業するための情報共有を効率的に行う方法を見出すことが必要になる。そのため、医療者が十分に確保できない環境において、一定の水準を維持したリハビリテーションを提供するためにできる手技や情報共有について考察したため報告する。

シンポジウム

## [SY2] 特定行為関連看護師のタスクシフティング・タスクシェアリング -働き方はどう変わったか-

座長:溝口 裕美(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

塚原 大輔(株式会社キュアメド)

演者:西村 基記(国立病院機構 北海道医療センター)

畑 貴美子(横須賀市立うわまち病院)

後小路 隆(社会医療法人陽明会 小波瀬病院)

Sat. Jun 11, 2022 11:30 AM - 12:50 PM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

### [SY2-01] 認定看護師と診療看護師の資格認定を持つ、特定行為関連看護師の活動の実際

○西村 基記<sup>1</sup> (1. 国立病院機構 北海道医療センター)

11:30 AM - 12:00 PM

### [SY2-02] 特定ケア看護師の5年間の働き方の変遷とこれからのミッション -集中治療室から地域支援に向けて-

○畑 貴美子<sup>1</sup> (1. 横須賀市立うわまち病院)

12:00 PM - 12:25 PM

### [SY2-03] 救急医療の現場での診療看護師の意義を見出す

○後小路 隆<sup>1</sup> (1. 社会医療法人陽明会 小波瀬病院)

12:25 PM - 12:50 PM

---

11:30 AM - 12:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 11:30 AM - 12:50 PM 第9会場)

## [SY2-01] 認定看護師と診療看護師の資格認定を持つ、特定行為関連看護師の活動の実際

○西村 基記<sup>1</sup> (1. 国立病院機構 北海道医療センター)

Keywords: タスクシフティング

少子高齢化の進展や医療技術の高度化等により大きく変化する医療サービスは、医療計画制度により変革している。平成21年に、「チーム医療を推進するため、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携の在り方等について検討を行う」ことを目的に「チーム医療推進会議」が発足され議論が進められた。看護師は、あらゆる医療現場で診察・治療に関連する業務から療養生活の支援に至る幅広い業務を担っており、チーム医療のキーパーソンとして役割が大きい。医療提供体制の改革から「2025年問題」に対応するべく平成27年に特定行為に係る看護師の研修制度が始まった。研修修了者は4393人に上り、研修機関も増加している。研修修了生が患者に関わる事でADL評価が有意に高かったと報告が出ており、今後の活動成果が期待される。特定行為に係る看護師の研修内容は、多くが急性期に必要な内容である。クリティカルケア領域の看護師は、さまざまな医療現場で侵襲的な治療場面に対応し、病態判断能力を必要とする。私は主にICUでの看護活動後、特定行為区分38行為21区分を取得し、現在の施設で就業している。当施設には、5人の診療看護師が在籍し、研修機関として認定看護師の特定行為の研修が始まっている。

本シンポジウムでは、特定行為関連看護師としての活動の実際を報告しながら、今後の方向性について検討したい。

---

12:00 PM - 12:25 PM (Sat. Jun 11, 2022 11:30 AM - 12:50 PM 第9会場)

## [SY2-02] 特定ケア看護師の5年間の働き方の変遷とこれからのミッション —集中治療室から地域支援に向けて—

○畑 貴美子<sup>1</sup> (1. 横須賀市立うわまち病院)

Keywords: 特定行為研修、タスクシェア、働き方改革

私は、集中ケア認定看護師としてICUやRST (Respiration Support Team)、RRS (Rapid Response System)、院内外の看護師指導など6年間活動後、特定行為研修を受講した。特定行為研修を受講する動機は「患者を待たせることなくスムーズに対応したい」と漠然と考えていた。

私が研修を受けた特定行為研修機関は、所属する施設の経営母体である地域医療振興協会が運営するものである。地域医療振興協会は、地域医療、僻地医療を支えることを理念としている。そのため2015年10月に「いつでも、どこでも、誰にでも」をモットーに活動できる看護師育成のため、特定行為研修を開始した。本研修は、特定行為21区分38行為を1年間かけて修了し、その後1年間自施設や僻地の診療所で臨床研修を行ない、実践能力を身につけている。その特定行為研修を修了した看護師を「特定ケア看護師」と呼称している。特定ケア看護師に求められている能力は、特定行為だけにこだわらず、その背景に必要なフィジカルアセスメント、臨床推論などを駆使して、患者に「ケア」と「キュア」の視点で関わり、地域医療に貢献できることである。

このような背景で特定行為研修を修了し、特定ケア看護師として5年間活動してきた。活動開始当初は、院内初の特設ケア看護師であったため周囲の理解も少なく、組織横断的な活動は困難であった。そのため、まずはICU内で集中治療医と一緒にICU回診や多職種カンファレンスに参加し、直接指示のもと活動していた。徐々にRSTやRRSの活動も通じて、院内への周知や後輩育成に繋がり、現在は組織横断的に活動することができている。これまでの活動期間中に、関連施設の医師が少ない病院から派遣要請があり、特定ケア看護師として他施設での活動も経験してきた。特定ケア看護師として活動する自分自身のビジョンは、当初ICUで活動し、急変予防や急変対応に特定行為研修で得た知識を生かしたいと考えていた。しかし、ICUでは医師がそばにいる環境であり、手順書を用いた特定行為を実践することはなく、直接指示で実施する環境である。医師が不足している施設で活動する経験

を経て、地域で活動する特定ケア看護師の働き方も考えることができた。特定ケア看護師が必要とされる地域で活動するためには、十分な指導を受け、実践力を身につけることも重要である。また一人だけでは地域に出て活動することは、継続的な支援としては不十分である。現在は特定行為研修の指導にも関わり、後輩育成を急務として活動している。

本シンポジウムでは、私が経験してきた5年間の活動から得た学びと今後の課題を報告、検討していきたい。

---

12:25 PM - 12:50 PM (Sat, Jun 11, 2022 11:30 AM - 12:50 PM 第9会場)

## [SY2-03] 救急医療の現場での診療看護師の意義を見出す

○後小路 隆<sup>1</sup> (1. 社会医療法人陽明会 小波瀬病院)

Keywords: 診療看護師、救急外来、タスクシフティング・タスクシェア

日本 NP教育大学院協議会では、診療看護師は、患者の QOL 向上のために医師や多職種と連携・協働し、倫理的かつ科学的根拠に基づき一定レベルの診療を行うことができる看護師と定めている。現在、救急外来を中心に初期対応、診療の補助的に医行為の実施や救急看護師とともに看護実践や診療の補助を行い、教育的立場も担っている。その他、救急科を含めた医師からの依頼を受け、入院中の患者さんの PICCの挿入や気管切開チューブや胃瘻交換など組織横断的にも活動している。単純に医行為を実施する、医師の業務の一部を担うことだけが、診療看護師の役割ではなく、医師、薬剤師等の多職種と連携・協働を図り、一定レベルの診療を自律的に遂行する。また、患者の「症状マネジメント」を効果的、効率的、タイムリーに実施することにより患者の QOLの向上を図り、個々の患者の症状に対応した「症状マネジメント」をタイムリーに実施していくことにより疾病の重症化等を防止し、患者の QOL の向上を図ることが役割であると考えている。「多職種との連携・協働」は診療看護師だけが行うものではなく、患者に関わるすべての職種が実施すべきことであり、患者の多様な問題に対して、医療に従事する多種多様なコメディカルが、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が求められている。その中で、救急医療に従事する診療看護師は、患者さんにとってどのような役割が求められ、どんなアプローチが求められるか、未だ明確なものはなく、救急医療の現場で、診療看護師の役割と立場を明確にしていく必要がある。看護師としてファンダメンタルな部分は、救急医療で働く看護師と同様であるが、診療看護師としての独自の役割を明確化していくことが救急医療で働く意義を見出すことになると考えている。

今回、救急医療の実臨床の中で、診療看護師が働くことによってどのように現場が変化したのか、その変化がチーム医療を円滑に進める「連携・協働」となるのか、臨床の中で得た知見について発表したいと考えている。そのうえで、参加者の皆様と救急医療における診療看護師の意義について意見交換をいただき、今後の救急医療における診療看護師として活動のヒントになるような知見を得たいと考えている。

シンポジウム

## [SY3] 重症患者の症状緩和と看護

座長:片山 雪子(榊原記念病院)

大山 祐介(長崎大学生命医科学域保健学系)

演者:加藤 茜(信州大学医学部保健学科)

櫻本 秀明(日本赤十字九州国際看護大学)

北山 未央(金沢医科大学病院)

星野 晴彦(国際医療福祉大学 成田看護学部)

Sat. Jun 11, 2022 12:20 PM - 1:40 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

### [SY3-01] クリティカルケアを受ける患者や家族は、何に苦しんでいるのか？

○加藤 茜<sup>1</sup> (1. 信州大学医学部保健学科)

12:20 PM - 12:40 PM

### [SY3-02] 呼吸困難の評価と緩和へのアプローチ

○櫻本 秀明<sup>1</sup>、鳩崎 千絵<sup>2</sup>、卯野木 健<sup>3</sup>、岡本 菜子<sup>4</sup>、川崎 紋子<sup>4</sup>、下村 真一<sup>5</sup>、福井 美和子<sup>6</sup>、小林 俊介<sup>7</sup>、相川 玄<sup>2</sup> (1. 日本赤十字九州国際看護大学、2. 筑波大学附属病院 ICU、3. 札幌市立大学 看護学部、4. 日立総合病院 看護局、5. 筑波記念病院 ICU、6. 淀川キリスト教病院、7. 筑波大学附属病院 PICU)

12:40 PM - 1:00 PM

### [SY3-03] せん妄を発症した患者の体験から緩和方法を学ぶ

○北山 未央<sup>1</sup> (1. 金沢医科大学病院)

1:00 PM - 1:20 PM

### [SY3-04] 重症患者の抱える不安と恐怖

○星野 晴彦<sup>1</sup> (1. 国際医療福祉大学 成田看護学部)

1:20 PM - 1:40 PM

---

12:20 PM - 12:40 PM (Sat, Jun 11, 2022 12:20 PM - 1:40 PM 第1会場)

## [SY3-01] クリティカルケアを受ける患者や家族は、何に苦しんでいるのか？

○加藤 茜<sup>1</sup> (1. 信州大学医学部保健学科)

Keywords: 全人的苦痛、緩和ケア

クリティカルケアを受ける患者の多くは、疼痛や呼吸困難感、不眠、嘔気/嘔吐、便秘などさまざまな身体的苦痛を経験している。さらに、不安などの心理的苦痛、経済的基盤の喪失などの社会的苦痛、医療者に支配されている感覚や自己コントロール感の喪失などの尊厳が傷つけられるようなスピリチュアルな苦痛をも経験する。これらの苦痛は単独で存在する場合もあるが、多くは重複して生じる。そのため、医療者は患者が経験する苦痛を全人的に捉え、緩和に向けたケアを提供していく必要がある。

くわえて、近年ではICUサバイバーやPost-Intensive-Care-Syndrome(以下、PICS)、Post-Intensive-Care-Syndrome-Family(以下、PICS-F)という概念が確立し、世界各国で集中治療後の患者やその家族の追跡調査が行われている。日本の調査結果においては、約64%のICUサバイバーが身体的・心理(精神)的・認知的側面のいずれかにおいて機能低下を抱えているとされる。また、海外ではがんサバイバーと同様に、ICUサバイバーおよびその家族が集中治療後にFinancial Toxicityを抱え経済的に非常に困窮することも指摘されている。これらのことは、集中治療により生存にはつながったものの、その後の生活を営むことが困難な状況にあるサバイバーの存在を示す。

以上のような状況を踏まえ、現在世界的にクリティカルケア領域における緩和ケアの重要性が高まっている。世界保健機関(World Health Organization、以下 WHO)は緩和ケアを「身体的・心理的・社会的・精神的な側面から、生命を脅かすような疾患に関連した問題に直面する患者や家族のQOLを向上させるものである。」と位置づけている。さらに、「心血管疾患、がん、主要臓器不全、薬剤耐性結核、重度の火傷、終末期にある慢性疾患、急性外傷などを抱える患者、超低出生体重児、フレイルな高齢者などであっても緩和ケアを必要としている可能性があり、すべての治療段階で利用できなければならない」としている。つまり、患者が終末期であるかどうかにかかわらず、緩和ケアは提供されるべきケアであり、基本的クリティカルケアの一部として認識する必要がある(Fig.1)。

このシンポジウムでは、クリティカルケアを取り巻く緩和ケアの現状を示しながら、看護師が患者や家族の苦痛対しどのように向き合えばよいのかを共有したい。また、クリティカルケアナースが捉える患者・家族のニーズと患者・家族が抱えているニーズとのギャップ(アンメットニーズ)について、海外の報告を参考に皆さまと考察したい。

---

12:40 PM - 1:00 PM (Sat, Jun 11, 2022 12:20 PM - 1:40 PM 第1会場)

## [SY3-02] 呼吸困難の評価と緩和へのアプローチ

○櫻本 秀明<sup>1</sup>、鳩崎 千絵<sup>2</sup>、卯野木 健<sup>3</sup>、岡本 菜子<sup>4</sup>、川崎 紋子<sup>4</sup>、下村 真一<sup>5</sup>、福井 美和子<sup>6</sup>、小林 俊介<sup>7</sup>、相川 玄<sup>2</sup> (1. 日本赤十字九州国際看護大学、2. 筑波大学附属病院 ICU、3. 札幌市立大学 看護学部、4. 日立総合病院 看護局、5. 筑波記念病院 ICU、6. 淀川キリスト教病院、7. 筑波大学附属病院 PICU)

Keywords: 呼吸不全、呼吸困難、RDOS

集中治療患者の呼吸困難は、人工呼吸を行っている患者の半数に見られ、強い苦痛であることが多い。また、非侵襲的人工呼吸を受けている患者では、呼吸器からの離脱の遅れ、挿管や死亡のリスクの増加と関連していることが報告されている。加えて、呼吸困難は評価できれば、その一部は呼吸器設定によっても緩和されることも報告されている。

その一方で、重症患者の30%近くは深鎮静や意識障害などによりコミュニケーションが困難であり、自己報告に

よる呼吸困難を訴えられない状況にある。そのため我々の研究チームにおいて、身体的および行動的徴候に基づく客観的呼吸困難感評価スケール Respiratory Distress Observation Scale (RDOS) の日本語版を作成し、このスケールの妥当性・信頼性を報告してきた。このスケールは、自己報告に代わる信頼性の高い有望な手段である。

重症患者に対し、これらの観察スケールを導入することで、コミュニケーションが困難な患者の呼吸困難に目を向け、人工呼吸器設定やオピオイド投与量等の調整などの緩和が行える可能性がある。加えて、現在までに集中治療領域で報告されている研究結果を概観し、我々にどのような症状緩和の手段があり得るのかを検討してみたいと考えている。

1:00 PM - 1:20 PM (Sat. Jun 11, 2022 12:20 PM - 1:40 PM 第1会場)

## [SY3-03] せん妄を発症した患者の体験から緩和方法を学ぶ

○北山 未央<sup>1</sup> (1. 金沢医科大学病院)

Keywords: せん妄予防、苦痛緩和、患者・家族の語り

2013年に PADガイドライン、2018年に PADISガイドラインが公表され多くの施設でせん妄評価、せん妄予防対策が実施されていることだろう。当院でも2016年からせん妄評価、せん妄予防バンドルを導入し7年が経過した。文献をもとにバンドルの内容を検討し、さまざまな取り組みを行ってきた。私たちはせん妄予防とせん妄から生じる苦痛が緩和できると信じ実践してきた。しかし、これらは常に看護師の視点で考えており、患者の立場になったとき、本当に苦痛が緩和できたかどうかを検討したことがなかった。

今回のセッションでは治療中にせん妄を発症し克服した患者とその家族の語りから、本当に効果的な緩和方法は何かについて考えていきたい。

1:20 PM - 1:40 PM (Sat. Jun 11, 2022 12:20 PM - 1:40 PM 第1会場)

## [SY3-04] 重症患者の抱える不安と恐怖

○星野 晴彦<sup>1</sup> (1. 国際医療福祉大学 成田看護学部)

Keywords: 不安、恐怖、PTSD

本シンポジウムでは重症患者の不安や恐怖について解説する。不安は漠然とした葛藤的な恐怖に対する反応であり、精神疾患まで発展しない、誰もが経験する感情である。恐怖は対象が限定された脅威に対する反応である。先行研究は恐怖に関する報告は少ないものの、多くの重症患者を対象とした研究は、精神疾患である PTSDなどを対象としている。重症患者の不安、そして PTSDについて記述する。患者を ICU入室した過程で経験する精神的な苦痛は入室前・中・後に分かれる。苦痛は可能な限り除去する方が良いと思われるが、ICUの性質上、苦痛をゼロにすることは困難である。しかし ICUの入室に伴い感じた苦痛が、退室後に長期に継続することは避けたい。退室後の苦痛に対しては、外来などでフォローアップする方法が考えられるが、これらの効果が少ないとする報告もある[Oliver, 2018]。以上のこと、本学会に参加する方の特徴を踏まえ ICU入室に伴う長期的な苦痛に対して、ICU滞在中にどのようなことができるか考えていく。まずは発生率から記述する。いくつかの報告があるが、2018年フランスで行われた ICU退室1年後の1447名を対象とした報告では、不安が22%、PTSDが15%であった[Bastian, 2018]。この報告が数は以前のものと比較すると PTSD発症率が高く、研究離脱者が少ないことが関連しているかもしれない[Jackson, 2015]。これらの発生率を報告した研究の評価方法は不安を評価するツールは HADS-A・STAI・POMS、鬱は HADS-D・CES-D・BDI-II、PTSDは IES-R、PCL-Sなどが文献上で用いられている。症状の発生率を評価することは、行ったケア効果を知る上で最も重要なことである。同時に、長期的に症状を評価し続けるシステムの構築、マンパワーの確保は難しく、最大の壁とも考えられる。また苦痛の緩和のための方法について考えていくが確立した方策はない。一方で確実なことは倫理的な配慮がない環境では

苦痛を伴いやすいと考えられる。本セッションでは倫理的な配慮があった上でどのような対応が必要かを考えていく。不安や PTSD は精神的苦痛を伴うエピソードをともに発生することが知られている。これらの精神的苦痛を最低限にすることが必要である。一方で ICU に入室したすべての患者が症状発症するわけではない。発症する患者の特徴として、人工呼吸器管理が長い患者、重症度が高い患者で発生することが知られている。これは精神的問題だけでなく、酸化ストレス、炎症、アポトーシス経路の活性化、および鎮静など身体的な影響が関与すると考えられているためである。そのため精神症状が緩和するためにも全身状態の緩和に対する介入が必要であると考えられる。全身状態の緩和はクリティカルケア看護師の得意な分野であり、新たな道具も必要としないため実践しやすいと考えられる。様々な方法が考えられるが、確立した方法として ABCDE バンドルが有効な可能性がある [Smith, 2021]。これらのフィジカルに関連した問題にアプローチした上で、非薬物的介入も効果的な可能性がある。ICU ダイアリー、ミュージックセラピー、アロマ、リハビリテーションなどの非薬物的介入が症状を緩和させる可能性が報告されている [JW, 2018]。本シンポジウムは上記の内容について解説していく。

シンポジウム

## [SY4] 一歩進んだ PICSケア -患者が入院前の生活を取り戻すために私たちが ができること-

座長:木下 佳子(日本鋼管病院)

卯野木 健(札幌市立大学)

演者:高橋 健二(山口県立総合医療センター)

春名 純平(札幌医科大学附属病院)

古厩 智美(さいたま赤十字病院 高度救命救急センターHCU)

對東 俊介(広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門)

江尻 晴美(中部大学生命健康科学部保健看護学科)

Sat. Jun 11, 2022 1:10 PM - 2:50 PM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

### [SY4-01] PICSの概要について

○高橋 健二<sup>1</sup> (1. 地方独立行政法人山口県立病院機構 山口県立総合医療センター ICU)  
1:10 PM - 1:30 PM

### [SY4-02] PICSメンタルヘルス障害に有効なケアはあるのか?

○春名 純平<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院)  
1:30 PM - 1:50 PM

### [SY4-03] 古くて新しいせん妄ケア 私たちができること

○古厩 智美<sup>1</sup> (1. さいたま赤十字病院 高度救命救急センターHCU)  
1:50 PM - 2:10 PM

### [SY4-04] ICUサバイバーの身体障害の評価と対策

○對東 俊介<sup>1</sup> (1. 広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門)  
2:10 PM - 2:30 PM

### [SY4-05] PICSアセスメントツールの開発と活用

○江尻 晴美<sup>1</sup> (1. 中部大学生命健康科学部保健看護学科)  
2:30 PM - 2:50 PM

---

1:10 PM - 1:30 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:10 PM - 2:50 PM 第8会場)

## [SY4-01] PICSの概要について

○高橋 健二<sup>1</sup> (1. 地方独立行政法人山口県立病院機構 山口県立総合医療センター ICU)

Keywords: PICS、PICSリスク因子、PICSの認知

近年、世界的な高齢化と合わせて、医療技術も進化を続けている。こうした現状の中、手術や内科的治療の適応拡大を受け、ICUで集中治療の対象となる患者も増加している。ICUで集中治療を受ける重症患者は、退院後も継続する身体的、精神的な障害により、社会復帰やQOLの維持が困難な状況となっている。その一因として注目されているのが、2012年に米国集中治療医学会で提唱された集中治療後症候群（post intensive care syndrome : PICS）である。PICSは、ICU在室中あるいはICU退室後、退院後に生じ、患者の長期予後に影響を及ぼす。主な症状は肺機能障害、神経筋障害、運動機能障害といった全般的な身体機能障害、実行機能障害、記憶障害、注意力障害といった認知機能障害、不安や急性ストレス障害、PTSD、鬱症状といったメンタルヘルス障害である。また、このメンタルヘルス障害は患者だけでなく家族にも発生し影響を及ぼすとされている（Needham DM et al.2012）（図）。PICSはICU患者の50～70%で発症するとの報告がされており（Myers EA et al.2016）、ICUを退室した多くの患者やその家族がPICSに悩まされている。PICSのリスク因子についても様々な研究がなされており、不動性や人工呼吸管理、敗血症、ARDS、低血圧、せん妄といった、ICUで頻繁に遭遇する疾患や治療、症状がPICSの因子とされている。このPICSに対して、ABCDEFHバンドルやICUダイアリーなどが推奨されており、日本集中治療医学会 PICS対策・生活の質改善検討委員会の報告（2019）では、回答者の92.1%がABCDEFHバンドルの一環である早期リハビリテーションに取り組んでいると回答している。しかし、PICSについての認知に関しては6割程度にとどまっている。他の研究でも回答者の内47.1%がPICSについて「知らない、聞いたことが無い」と回答している（江尻晴美 他.2019）。また、PICSに対しての看護支援に関する文献レビューでは、国内文献は無かったと報告されている。（江尻晴美 他.2021）本シンポジウムでは、皆様からのご意見を頂きながら、国内におけるPICSの認知拡大とPICSケアの発展に寄与できれば幸いである。

---

1:30 PM - 1:50 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:10 PM - 2:50 PM 第8会場)

## [SY4-02] PICSメンタルヘルス障害に有効なケアはあるのか？

○春名 純平<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院)

Keywords: PICS

重篤な疾患にて集中治療の後、回復した患者の中には身体、認知、精神機能を生じたまま生活していることがある。このような集中治療後もなお続く身体、精神、認知機能障害のことを総称して、集中治療後症候群（post intensive care syndrome :PICS）と呼び、医療者の中でもよく認知されるようになってきた。その中でも、精神機能障害については、ICUサバイバーのうち約30%がうつと不安症状を有し、約20%の患者にPTSD症状が出現していることが報告されている。集中治療後の精神障害の予防と治療に関して、早期リハビリテーションやICUダイアリー、PICS外来、PICSに対する情報提供などが行われているが、未だ確証のある予防や治療の手段は確立していないのが現状である。私たちにできるPICS対策として、まず重要なことはPICSのリスク因子を理解することが重要である。集中治療後の精神障害のリスク因子には、女性、若年、教育歴、うつや不安神経症の既往歴などがリスク因子であることが言われている。最近行われた本邦における集中治療後の精神障害のリスク因子に関する報告の中には、ICUへの緊急入室が独立したリスク因子であることが示された。こうした、PICSのリスク因子を正しく理解し、医療者の共通認識としておさえる必要があると考えられる。次にこれまで試されたネガティブな結果となっているPICS対策について再考してみる必要がある。例えば、ICUダイアリーについては2019年にJAMAで報告されたRCTがよく知られているが、ICU患者のICU退室後3ヶ月後の精神障害に効果がないことが示されている。しかし、この研究では、PTSDのリスクとして言われている妄想的な記憶がある患者、ない患者も一緒に評価されている。したがって、ICU患者に対して全く効果がないと結論づけるのは時期尚早か

もしれない。また、近年 ICU管理において一般的になってきた、ABCDEFGHIJバンドルについても、ケアを束にして行うことで、精神障害を予防する可能性も秘めている。PICSについて正しく評価することも今後求められることであろう。現在、経時的に PICSについて調査している施設は少ないと思われるが、Hospital Anxiety and Depression Scale: HADSや Impact of Event Scale-Revised: IESRといった精神障害の一部を評価するためのツールは一般に公開されており、臨床現場でも評価が可能である。自施設の現状を理解することによって、より現実的な PICS対策が可能となるかもしれない。本シンポジウムにおいては、PICSの現状、リスク因子、私たち看護師にできることについて最新の文献を用いながら考える機会としたい。

1:50 PM - 2:10 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:10 PM - 2:50 PM 第8会場)

## [SY4-03] 古くて新しいせん妄ケア 私たちができること

○古厩 智美<sup>1</sup> (1. さいたま赤十字病院 高度救命救急センターHCU)

Keywords: せん妄ケア、ガイドライン、PICS、せん妄評価スクリーニング

私が、PICSを「ぴーあいしーえす」と言うと知ったのは2014年の2月のことでした。PICSには、皆様ご存知のように、せん妄を含めた認知機能障害、身体機能障害、精神機能障害、そしてご家族への影響が含まれます。PICSについての関心が高まる昨今、その予防やケアには少なくともせん妄に対するケアと重なる部分が多数あります。

せん妄という言葉は、ラテン語で「溝から出る」、「錯乱する」という delirareに由来しているそうです。20世紀末に臨床に身を置いていたものとしては、せん妄を「ICU症候群」と呼び、心理的問題として捉えられ、性格特性に注目した研究があったことも記憶しております。

ICU症候群という用語を1つの例としても、歴史的に、急性期の精神機能障害を指す用語には、せん妄の他に脳症・急性脳障害・急性錯乱状態など用語が統一されておらず、研究データが取れない弊害があるだけでなく、私たちが医療を提供する際に、患者状態の伝達・検討する際のコミュニケーションにも影響があったと指摘されていました。そのような経緯から、学会で用語のコンセンサスが提言されたのが2020年であったということも驚きでした。

せん妄は、昏睡に近いレベルの低下から激しい興奮まで覚醒度が大きく変化するだけでなく、妄想や幻覚・気分の変化などの症状を有する場合もあり、患者自身そしてケア提供側にも多大な苦痛を与える症候群として表現されています。せん妄の持続時間は数日～数ヶ月と幅広く、患者の背景や影響する危険因子は多岐にわたり、発症には複数の病因が関与していて、現在でも様々な研究がなされていますが、これから検証されるべき事柄が多い領域でもあるようです。

一方、Ely先生達が2001年に CAM-ICUを発表され、その後鶴田良介先生達が2007年に日本語版 CAM-ICUを発表されていたのに、私の勤務していた ICUで CAM-ICUを導入したのは2013年の時です。2014年にはわが国独自の医療体制を踏まえた J-PADガイドラインが発出され、せん妄はスクリーニングツールを使用しないと見逃されるということ、看護師がせん妄モニタリングを行うのに適しているということ等、看護師のせん妄ケアにおける役割の重要性について日本語で明記されたのは新鮮でした。2009年の日本集中治療医学会での調査では、人工呼吸器使用患者への CAM-ICU使用率は2~3%であった(2012)ところ、令和2年の調査(看護系学会等社会保険連合2019-2020年度研究助成成果 平成30年度診療報酬改定後の周術期病棟におけるせん妄・認知症評価の現状調査:古賀雄二)では、せん妄評価法(重複回答あり)では、ICDSC45.2%、CAM-ICU 57.7%、DST10.6%と、単純な比較はできませんが、クリティカルケア領域でのせん妄スクリーニングツールでの評価は、この10年でかなり広まってきていることは、皆様も感じられていると思います。

せん妄患者に対する介入は、2018年発出の PADISガイドラインで多角的非薬理学的要素の介入が提言されており、これらは今まで私たち看護師が基本的看護として認知していた行為が提示されました。併せて日本クリティカルケア看護学会せん妄ケア委員会せん妄ケアリスト ver1. (2020年)は、クリティカルケア領域における急性・重症患者看護専門看護師の実践を抽出し、その要素と J-PADガイドラインと PAIDSガイドラインの内容とを比較しリスト化したもので、より実践に即した内容となっていたと思います。クリティカルケア領域のせん妄の

知見は大きく動いておりますが、これを実践とするには、病棟・病院全体で行う必要があります。医療はチームで提供せざるを得ないので、どのように広めていくかについて、当院の例を出しながら皆様と検討できればと思います。

2:10 PM - 2:30 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:10 PM - 2:50 PM 第8会場)

## [SY4-04] ICUサバイバーの身体障害の評価と対策

○對東 俊介<sup>1</sup> (1. 広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門)

Keywords: PICS

重症患者に生じる集中治療後症候群 (post-intensive care syndrome: PICS) の一つに、身体障害がある。身体障害は、認知機能障害や精神機能障害と同様に著しく生活の質 (Quality of life: QOL) を低下させるため、予防・管理すべき重要な問題である。2012年に出版された米国集中治療医学会のステークホルダーからの会議報告書の中には、PICSの身体障害として、肺機能障害、神経筋障害、身体機能障害の3つの要素が記載されている。各障害の概要と評価方法、主要なリスク因子、経過、管理の提案について解説する。また、最近の知見として Frailty についてと COVID-19感染症による身体障害についても紹介する。

2:30 PM - 2:50 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:10 PM - 2:50 PM 第8会場)

## [SY4-05] PICSアセスメントツールの開発と活用

○江尻 晴美<sup>1</sup> (1. 中部大学生命健康科学部保健看護学科)

Keywords: PICS、アセスメントツール、早期発見

集中治療後症候群 (post intensive care syndrome: PICS) の概念が提唱され、ICUで治療を受けた患者は、長期的なアウトカムも重視されるようになった。集中治療を受けた患者のICU退室後や退院後にも持続する運動機能低下や精神症状に対して、諸外国では多職種による継続的な支援が行われている (Egerod, 2013; Huggins, 2016)。しかし、国内ではまだこのようなシステムは構築されていない。さらに、国内では看護師の部署交代が定期的に行われることなどにより、ICU看護師のPICSに対する認知度は十分でないことが推察され (江尻, 篠崎, 2019)、PICSが見逃されている可能性がある。そこで我々は、ICUで治療を受けた患者が入院前の生活を取り戻すための継続的な支援システムの第一歩として、ICUで患者のPICSを早期発見するPICSアセスメントツールの開発を行った。まず国内外の文献検討を行い、アセスメントツールの構成と項目を明らかにした (江尻, 篠崎, 2020)。その後、ICU看護の専門家を対象者とした調査で、項目ごと・項目全体の内容妥当性の検討を行い、内容妥当性 (CVI) を高めた。項目ごとの妥当性 (I-CVI) は、肯定的な回答の割合を算出して0.78以上を妥当とし、ツール全体の妥当性 (S-CVI) は0.90以上とした (Polit & Beck, 2008)。I-CVIを満たさなかった7項目を削除して、PICSのリスク9項目、PICS症状のチェック30項目、PICSへの対処32項目を採用した結果、S-CVIは0.902と内容妥当性が確認できた (江尻, 篠崎, 2021)。次に、評価者間信頼性と判定結果の一致度を検証した。看護師経験1年以上の看護師を対象に、動画と紙上事例患者をPICSアセスメントツールで評価して評価者間信頼性を検証した結果、κ係数 (範囲) は0.58 (0.48-0.64) であり、判定基準 (平井, 2018) に基づき中程度の一致度が確認できた。一致度が低い項目は削除した (江尻, 篠崎, 2021)。最後に、実用可能性の検証として、4施設のICUにて48時間以上気管挿管をした昏睡でない患者を看護師が観察して、PICSアセスメントツールによる患者の評価を行った。評価の所要時間は8.2±5.0分で、96.6%が項目数は妥当であると回答し、87.9%は日常的に使用できそうであると回答した。カルテ記載及び研究協力者からの情報提供内容とアセスメントツールの記載の一致を確認したが、特に精神障害の確認ではカルテ記載や情報提供がなかった場面でも、患者の抑うつや不安症状についてPICSアセスメントツールへの記載が行われていた。以上より、本PICSアセスメントツールは信頼性と妥当性を確認したうえで実用可能性が確認できたツールである。段階的な開発過程を経たPICSアセスメ

ントツールは、48時間以上気管挿管しており鎮静スケール-1以上の患者を対象とし、看護師が入院後と毎日9時・21時に PICS のアセスメントを行う。PICS アセスメントツールの中で看護師が患者の情報や症状からチェックを入れる項目は、初回アセスメントとして6項目、毎回のアセスメントとして細項目を含めて32項目の計38項目とした。豆知識として、入院時・治療のリスクと PICS 予防と悪化など43項目を示した。現在は1施設で試用中であり、看護師からの意見等をいただき、日常的に活用できるツールの作成を目指している。この機会に関心を持たれた方は是非ご連絡をお願いしたい。

シンポジウム

## [SY5] クリティカルケア領域における終末期ケアの質

座長:伊藤 真理(川崎医療福祉大学)

小島 朗(大原総合病院)

演者:相楽 章江(山口大学医学部附属病院 看護部)

三須 侑子(自治医科大学附属病院 看護部)

森山 美香(島根県立大学看護栄養学部看護学科)

加藤 茜(信州大学医学部保健学科)

Sat. Jun 11, 2022 2:10 PM - 3:40 PM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

### [SY5-01] クリティカルケア領域の終末期に患者が抱える苦痛と向き合うケアの質とは

○相楽 章江<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院 看護部)

2:10 PM - 2:35 PM

### [SY5-02] クリティカルケア領域における終末期患者の家族が抱える苦痛

○三須 侑子<sup>1</sup> (1. 自治医科大学附属病院 看護部)

2:35 PM - 3:00 PM

### [SY5-03] クリティカルケア領域における終末期患者の意思決定支援の現状と課題

○森山 美香<sup>1</sup> (1. 島根県立大学看護栄養学部看護学科)

3:00 PM - 3:20 PM

### [SY5-04] 「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」公表1年後の活用状況と実践状況

○加藤 茜<sup>1</sup>、田中 雄太<sup>2</sup>、木澤 義之<sup>3</sup>、山勢 博彰<sup>4</sup>、田戸 朝美<sup>4</sup>、立野 淳子<sup>5</sup> (1. 信州大学医学部保健学科、2. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻、3. 神戸大学大学院医学研究科内科系講座、4. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻、5. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

3:20 PM - 3:40 PM

2:10 PM - 2:35 PM (Sat. Jun 11, 2022 2:10 PM - 3:40 PM 第10会場)

## [SY5-01] クリティカルケア領域の終末期に患者が抱える苦痛と向き合うケアの質とは

○相楽 章江<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院 看護部)

Keywords: 患者の苦痛、終末期

クリティカルケア領域において、患者が意識障害を呈した状態から治療が開始されることは少なくない。そして発症・受傷後すぐに治療による救命が見込めない状態を宣告される場合もある。また、治療を開始したとしても、功を奏さずに終末期を迎えることもある。その間も、鎮痛・鎮静下での人工呼吸器管理となり、患者の意図を確認する術はごくわずかである。

このようなクリティカルケア領域の終末期における全人的苦痛は、身体的、心理・社会的、スピリチュアルな苦痛が存在する。これらの苦痛は顕在化していないこともある。

終末期に生じる身体的苦痛は、口渇や呼吸困難感、倦怠感など、比較的捉えやすい。身体的苦痛をスケールなどで評価することは可能な部分もある。そして、患者の身体的苦痛を緩和する介入は、ガイドラインなどの存在もあり積極的に実践している。しかし、不安や恐怖、気がかりなこと、役割喪失、寂しさ、特定の人に会いたいなどの心理・社会的苦痛は計り知れず、引き出すスキルと時間を要する。さらに、スピリチュアルな苦痛は、時間的猶予がなく捉えることが難しい。それは、将来や先を望めないこと、誰にもこの状況はわかってもらえない、自身が誰の役にも立てないというようなものである。治療を始めるか否かを決断することが不可能であったことも患者にとっては、苦痛とを感じる可能性がある。患者が心理・社会的、スピリチュアルな苦痛を感じているか否かをさまざまな情報から想像できても、どのような苦痛を感じているか、わからないままに最期を迎えることもある。

私たち看護師は、患者の物語を聞き、その物語を知ることが許されている。私たちが関わることのできる中から最善のものがいないか提案し、工夫することはできる。しかし、その提案や工夫が患者にとって満足できるものでなければ〈ケア〉として受け取ってもらえないと考える。患者のニーズを捉え、そのニーズに対する看護を実践し、その実践に対する反応一つ一つが患者からの評価となるかもしれない。それらを総じて終末期のケアの質と考えることはできないだろうか。また、「どのような終末期・最期を迎えたいか」と希望を把握すること、その希望に近づけることは可能であるが、「望んだものであったか否か」の評価は難しい。これらを実現するには、事前に患者が望むものを捉える必要がある。生命や心理的な危機的状況の中で、最期をどのように過ごしたいかを想像・推察すること、可能な限り確認することが望まれる。終末期ケアにおいてこのような過程が存在するか否かが、クリティカルケア領域の終末期ケアの質につながるのではないかと考える。シンポジウムの中で、それらをディスカッションできることを期待したい。

2:35 PM - 3:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 2:10 PM - 3:40 PM 第10会場)

## [SY5-02] クリティカルケア領域における終末期患者の家族が抱える苦痛

○三須 侑子<sup>1</sup> (1. 自治医科大学附属病院 看護部)

Keywords: クリティカルケア領域、終末期、家族、苦痛

クリティカルケア領域の対象となる患者は、突然の疾病や外傷、慢性疾患の急性増悪、術後の重篤な合併症など急激かつ複雑な変化を来す急性重症患者が多い。救命や機能維持を目的として、あらゆる治療、看護などが集中的・多角的に行われる。しかし、最善の医療介入が行われても限界があり、救命困難と判断され、終末期に至るケースもある。クリティカルケア領域における終末期は、発症や受傷から、数時間あるいは数日という短い期間で迎えることも少なくない。我々看護師は、急性重症患者の心身のケアに尽くすと同時に家族のケアにも取り組んでいるが、限られた期間での関わりに困難を感じることもある。

クリティカルケア領域における患者の家族は、患者の生命危機を認識したり、非日常的な療養環境に応じたりせ

ざるを得ず、ストレスフルな状況におかれる。また、患者は鎮静や意識障害により、意思の表出が困難なことも多く、生命に関わる重要な意思決定は家族が代理で行うことになり、治療選択の葛藤、責任の重圧を抱えることもある。要因は様々であるが、ストレスフルな出来事により、家族は心理的な危機に陥りやすい。家族が、「頭が真っ白」と表現したり、同じ質問を繰り返したりするようなことを、よく経験するのではないだろうか。突然降りかかった患者の状況に動揺し、混乱や困惑を招き、正確に現状を認識することが難しくなりやすい。その結果、説明された情報処理が困難となり、過度の期待や悲観をもつ、ストレスに対する適切な対処行動がとれなくなる、などの反応が出る。ストレス反応としては、例えば、身体症状では、呼吸数の上昇、発汗、動悸、口喝、筋緊張、不眠などが現れ、精神症状では、不安や抑うつ、パニックなどが生じやすいといわれている。面会の時に、表情がこわばっていたり手を握りしめていたり緊張が強い様子がある、多弁あるいは無口、興奮を示す家族は少なくない。さらに、患者の死を意識した家族は、患者の喪失に対する強い悲しみや情緒的な苦しみを示す悲嘆反応も示す。悲嘆は正常な反応であるが、急性重症患者の終末期に特徴的な「予期していない死」は、家族の精神健康状態の悪化に影響し、死別後の複雑性悲嘆のリスクになるといわれている。悲嘆は、家族自身が悲嘆作業に取り組むことによって、心の整理を行い、時間とともに悲しみに適応していく作業である。一方で、複雑性悲嘆は家族自身だけの対処では乗り越えられず、重い精神症状や社会的な機能低下、日常生活に支障をきたし、専門的な介入が必要となる状態のことを指す。

急性重症患者の家族では、精神障害が高頻度に発症し、患者がICUを退室した後も症状が続くことが明らかにされてきた。これらはPICS-Fと呼ばれ、不安/急性ストレス反応、心的外傷後ストレス障害（PTSD）、抑うつ、複雑性悲嘆が挙げられている。

家族は、自身の大切な愛着ある家族の一員である患者が入院してから、様々なストレスから苦痛を抱えており、その反応は、患者との死別後も継続することがあり、家族の精神健康問題にも発展する。家族の苦痛の緩和を行うことは、その時の家族の安寧とその後の精神健康問題の予防の観点からも重要である。クリティカルケア領域の終末期では、家族のケアに取り組む時間的猶予はないかもしれないが、ケアは、そこにかかる時間ではなく内容、質でカバーすることもできる。限られた時間の中で効果的なケアを実施するために、家族の苦痛をどのように捉え、ケアし、評価につなげていくか。本セッションでは、事例を通して皆様と考察していきたい。

3:00 PM - 3:20 PM (Sat. Jun 11, 2022 2:10 PM - 3:40 PM 第10会場)

## [SY5-03] クリティカルケア領域における終末期患者の意思決定支援の現状と課題

○森山 美香<sup>1</sup> (1. 島根県立大学看護栄養学部看護学科)

Keywords: 終末期、意思決定支援、Quality of death

救命や回復に向けた積極的治療を最優先とするクリティカルケア領域においても、終末期患者のその人らしさを尊重した治療やケアの選択をすることが重要視されている。患者のその人らしさを尊重した治療やケアの選択においては、患者の価値観、死生観、人生観、信念や希望等を踏まえて意思決定することが必要となる。

クリティカルケア領域においては、終末期患者は意識障害や鎮静下にあり自らの意思を伝えることができない場合がある。そのため家族が代理意思決定をせざるを得ないこともある。家族においては精神的な危機状態にあることに加え、大切な家族の生命を左右する治療の意思決定をするという重圧がかかる。また患者との意向が異なる場合や医療者との価値観の違い葛藤や苦悩を感じやすいことから、代理意思決定はPICS-Fを引き起こす危険性もある。一方で、終末期の治療における代理意思決定において医療者と患者の望みについて議論することなど十分な支援が受けられた場合、遺族の満足度は高くなるとされている。

クリティカルケア看護師は、限られた時間のなかで、患者家族の置かれている状況を念頭に置き、家族と医師との橋渡し、環境調整、多職種でカンファレンスをするなど医療・看護チームで協働して、患者家族の意向に沿った治療選択の支援をしている。しかし、看護師は関係性のない家族と関わることへの困難さや、価値観の違いによるジレンマを感じている。また終末期の意思決定の場に同席しても、擁護者としての役割が果たせていない現状もある。

終末期患者がその人らしい最期を迎え、死の質を向上させるために、患者や家族の意向をもとに医療チームとしての見解や判断を家族と一緒に話し合い、共に決断していけるようコミュニケーションスキルを高めていくことが求められる。

3:20 PM - 3:40 PM (Sat. Jun 11, 2022 2:10 PM - 3:40 PM 第10会場)

## [SY5-04] 「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」公表 1年後の活用状況と実践状況

○加藤 茜<sup>1</sup>、田中 雄太<sup>2</sup>、木澤 義之<sup>3</sup>、山勢 博彰<sup>4</sup>、田戸 朝美<sup>4</sup>、立野 淳子<sup>5</sup> (1. 信州大学医学部保健学科、2. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻、3. 神戸大学大学院医学研究科内科系講座、4. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻、5. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: 終末期ケアプラクティスガイド、ケアの質

【背景】2019年日本クリティカルケア看護学会および日本救急看護学会の合同委員会から「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド(以下、ガイド)」が公表された。このガイドは、救急と集中ケアの臨床場面で終末期看護を受ける患者と家族のQOL (Quality of Life) /QOD (Quality of Death) を向上させることを目的に、終末期看護の概要から具体的行動例までの一連の知識と行動を示している。日本のクリティカルケア領域における終末期ケアの現状を踏まえ、今後を展望するためには、このガイドがどの程度認知されているのか、また、どの項目がどの程度実践されているのかを明らかにする必要がある。

【目的】ガイドがどの程度周知されているのか、およびガイドを構成するケア内容がどの程度実践されているのか、を明らかにすること。

【方法】無記名自記式質問紙調査を行った。調査項目は1)ガイドの認知および活用状況(知らない、存在は知っているが目を通していない、目を通したが活用には至っていない、目を通し、活用している)、2)ガイドが示す目標および項目の41項目(全く行われていない、あまり行われていない、だいたい行われている、必ず行われている:4件法)、3)基本属性とした。

【対象】看護協会ホームページ上の「資格認定制度 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者 分野別都道府県別登録者検索」システムから病院施設に勤務する集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師 合計741名を無作為抽出した。

【結果および考察】質問紙は384部回収され(51.8%)、有効回答は359部(48.3%)であった。この調査の主要な知見は3つである。1つ目は、実際にプラクティスガイドを活用していた者は16.4%であり、目を通したが活用できていない45.8%、目を通していない26.6%、知らない11.3%であった。本ガイドが約40%の認定看護師・専門看護師に認知されていない現状から、ジェネラリストナースへの周知も不十分であると考えられる。2つ目は、患者の身体的苦痛緩和ケアは93.9%の者が行えている一方で、スピリチュアルな苦痛緩和ケアおよび心理・社会的苦痛緩和ケアはそれぞれ76.8%、53.5%が行えていなかった。また、46.5%が院内の専門的リソースを活用できていなかった。このことは、患者が経験する苦痛に対する緩和ケアには偏りがあることを示し、看護師だけで全人的苦痛緩和を図ることは困難であると考えられる。3つ目は、意思決定に向けた患者・家族の意向把握および情緒的支援は91.6%、71.4%の者が行えている一方で、30.1%が医療チームの患者および家族に対する支援体制の整備を行えていなかった。このことより、患者や家族に対し他職種とともにチームとして関わっていくシステムの構築が必要であると考えられる。

【結論】ガイドの認知が不十分であるため、学会を中心に積極的に周知活動を行っていく必要がある。また、患者の全人的苦痛に対する緩和ケアに偏りがあるため、看護師だけでなく他職種および他領域の医療者とも連携し、緩和ケアを促進していけるシステム構築が必要である。