

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¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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際

○西村 基記¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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¹、嶋崎 千絵²、卯野木 健³、岡本 菜子⁴、川崎 紋子⁴、下村 真一⁵、福井 美和子⁶、小林 俊介⁷、相川 玄² (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¹ (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¹ (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 健二¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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¹、田中 雄太²、木澤 義之³、山勢 博彰⁴、田戸 朝美⁴、立野 淳子⁵ (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

Sun. Jun 12, 2022

第8会場

シンポジウム

[SY6] クリティカルケアの実践に倫理の基盤を築く

座長:林 優子(関西医科大学)

大野 美香(国立病院機構名古屋医療センター)

演者:長岡 孝典(独立行政法人国立病院機構 呉医療センター)

藤本 理恵(山口大学医学部附属病院)

乾 早苗(金沢大学附属病院 看護部 ICU)

餘永 真奈美(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

9:00 AM - 10:20 AM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[SY6-01] 救命救急センターにおける倫理的感受性、課題解決能力の醸成に向けた取り組み

○長岡 孝典¹ (1. 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 救命救急センター)

9:00 AM - 9:25 AM

[SY6-02] 集中治療領域で生じやすい倫理的問題とその解決にむけて

○藤本 理恵¹ (1. 山口大学医学部附属病院)

9:25 AM - 9:50 AM

[SY6-03] 救急外来における倫理的課題とその対応

○乾 早苗¹ (1. 金沢大学附属病院 看護部 ICU)

9:50 AM - 10:00 AM

[SY6-04] 倫理的ジレンマに気づく感受性の醸成と問題解決への取り組み

○餘永 真奈美¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

10:00 AM - 10:20 AM

第10会場

シンポジウム

[SY7] クリティカルケア領域の人材育成

座長:山本 小奈実(山口大学大学院医学系研究科)

西村 祐枝(岡山市立市民病院)

演者:宮岡 里衣(岡山大学病院 看護教育センター)

上澤 弘美(総合病院 土浦協同病院 看護部)

里田 佳代子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

矢野 博史(日本赤十字広島看護大学)

9:00 AM - 10:30 AM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[SY7-01] 専門看護師の役割実践から考えるクリティカルケア領域の人材育成

○宮岡 里衣¹ (1. 岡山大学病院 看護教育センター)

9:00 AM - 9:25 AM

[SY7-02] 医療情勢の変化に応じた看護教育の構築にむけての取り組み

○上澤 弘美¹（1. 総合病院 土浦協同病院 看護部）

9:25 AM - 9:50 AM

[SY7-03] 認定看護管理者として、クリティカル領域で働く看護師に期待する事と、優れた人材育成のための取り組み

○里田 佳代子¹（1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院）

9:50 AM - 10:10 AM

[SY7-04] リフレクションによる成長支援

○矢野 博史¹（1. 日本赤十字広島看護大学）

10:10 AM - 10:30 AM

第1会場

シンポジウム

[SY8] クリティカルケアのバトンを繋ぐ

道又 元裕(Critical Care Research Institute (CCRI))

佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

山勢 博彰(山口大学大学院医学系研究科)

宇都宮 明美(関西医科大学看護学部・看護学研究科)

深谷 智恵子

櫻本 秀明(日本赤十字九州国際看護大学)

立野 淳子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

10:10 AM - 11:50 AM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[SY8-01] クリティカルケアのバトンを繋ぐ

○道又 元裕¹、佐々木 吉子²、山勢 博彰³、宇都宮 明美

⁴、深谷 智恵子、櫻本 秀明⁵、立野 淳子⁶（1. Critical

Care Research Institute (CCRI) 、2. 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科、3. 山口大学大学院医学系研究科、4. 関西医科大学看護学部・看護学研究科、5.

日本赤十字九州国際看護大学、6. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院）

10:10 AM - 11:50 AM

第8会場

シンポジウム

[SY9] 最善の選択を目指す意思決定支援

座長:北村 愛子(大阪府立大学)

福田 友秀(武蔵野大学看護学部)

演者:稲垣 範子(摂南大学看護学部看護学科)

比田井 理恵(千葉県救急医療センター)

則末 泰博(東京ベイ・浦安市川医療センター)

10:30 AM - 11:50 AM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[SY9-01] あらためて考える救急・集中治療領域での意思決定支援 –同席から参画へ–

○稲垣 範子¹（1. 摂南大学看護学部看護学科）

10:30 AM - 11:00 AM

[SY9-02] 「対話」を通して意味と価値を共有すること

～その人の生き物語と意思を知り、尊重するために～

○比田井 理恵¹（1. 千葉県救急医療センター）

11:00 AM - 11:25 AM

[SY9-03] 救急集中治療領域における共同意思決定とは？

○則末 泰博¹（1. 東京ベイ・浦安市川医療センター）

11:25 AM - 11:50 AM

第3会場

シンポジウム

[SY10] クリティカルケア看護の最前線で活躍している研究者は、どんなことを考えて研究をしているのか

座長:菅原 美樹(札幌市立大学)

佐藤 まゆみ(順天堂大学大学院医療看護学研究科)

演者:松石 雄二郎(聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学)

石川 幸司(北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

野口 綾子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

卯野木 健(札幌市立大学看護学部)

10:40 AM - 12:10 PM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[SY10-01] PICU看護師のネットワークの必要性（多施設研究・多国間研究の推進）

○松石 雄二郎¹（1. 聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学）

10:40 AM - 11:05 AM

[SY10-02] 臨床に役立つ研究活動に向けて

○石川 幸司¹（1. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科）

11:05 AM - 11:30 AM

[SY10-03] 問いを立てることをあきらめず、つながりを頼りに進む

○野口 綾子¹（1. 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科災害・クリティカルケア看護学分野）

11:30 AM - 11:50 AM

[SY10-04] 研究テーマの探し方

○卯野木 健^{1,2}（1. 札幌市立大学看護学部、2. 手稲溪仁会病院）

11:50 AM - 12:10 PM

第8会場

シンポジウム

[SY11] スペシャリストとジェネラリストの協働

座長:増山 純二(令和健康科学大学)

森 一直(愛知医科大学病院)

演者:宮田 佳之(長崎大学病院)

今泉 香織(佐賀大学医学部附属病院)

伏見 聖子(関西ろうさい病院)

恩部 陽弥(鳥取大学医学部附属病院)
12:00 PM - 1:20 PM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[SY11-01] ジェネラリストに対する継続教育と協働する場の提供

○宮田 佳之¹ (1. 長崎大学病院)

12:00 PM - 12:20 PM

[SY11-02] 患者ケアの質の向上につなげる多職種でのコミュニケーション

○今泉 香織¹ (1. 佐賀大学医学部附属病院)

12:20 PM - 12:40 PM

[SY11-03] 救急科診療看護師とジェネラリスト、より良い治療を目指して、手を携えて

○伏見 聖子¹ (1. 関西ろうさい病院)

12:40 PM - 1:00 PM

[SY11-04] 救急看護認定看護師、看護師特定行為研修修了者としての多職種協働の実践

○恩部 陽弥¹ (1. 鳥取大学医学部附属病院)

1:00 PM - 1:20 PM

第9会場

シンポジウム

[SY12] 集中治療室の安楽の確保に向けた環境を考える

座長: 芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター)

河原崎 純(済生会横浜市南部病院)

田口 豊恵(京都看護大学 看護学部)

花山 昌浩(川崎医科大学附属病院 高度救命救急センター)

坂木 孝輔(東京慈恵会医科大学附属病院)

村野 大雅(パラマウントベッド株式会社)

1:20 PM - 2:50 PM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[SY12-01] 集中治療室の光環境と患者のサーカディアンリズムを調整するためのケアの重要性

○田口 豊恵¹ (1. 京都看護大学 看護学部)

1:20 PM - 1:45 PM

[SY12-02] 集中治療室管理中の音環境の現状と提供すべき看護援助の検討

○花山 昌浩¹ (1. 川崎医科大学附属病院 高度救命救急センター)

1:45 PM - 2:10 PM

[SY12-03] 集中治療室において家族の面会が急性・重症患者の安楽に与える影響と Synergy modelを用いた看護実践

○坂木 孝輔¹ (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

2:10 PM - 2:30 PM

[SY12-04] 私が考える理想の ICU ケア環境とは？

○村野 大雅¹ (1. パラマウントベッド株式会社)

2:30 PM - 2:50 PM

第3会場

シンポジウム

[SY13] 集中治療領域における医療安全

座長: 中村 美鈴(東京慈恵会医科大学医学部看護学科)

榎松 久美子(北里大学病院)

演者: 中村 香織(杏林大学医学部付属病院)

春名 寛香(北播磨総合医療センター 看護キャリア開発支援室)

白鳥 秀明(弁護士法人東京パブリック法律事務所)

1:50 PM - 3:10 PM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[SY13-01] 集中治療領域における医療安全 Safety-I のアプローチ

○中村 香織¹ (1. 杏林大学医学部付属病院)

1:50 PM - 2:20 PM

[SY13-02] 対話型コミュニケーションを通して集中治療領域における医療安全文化の醸成を目指す

○春名 寛香¹ (1. 北播磨総合医療センター 看護キャリア開発支援室)

2:20 PM - 2:45 PM

[SY13-03] 集中治療領域における医療過誤裁判例の概説

○白鳥 秀明¹ (1. 弁護士法人東京パブリック法律事務所)

2:45 PM - 3:10 PM

第1会場

シンポジウム

[SY14] 気管挿管患者を人とつなぐコミュニケーションの技

座長: 林 尚三(公益社団法人有隣厚生会富士病院)

富阪 幸子(川崎医科大学総合医療センター)

演者: 山口 亜希子(神戸大学大学院保健学研究科)

久間 朝子(福岡大学病院)

本田 智治(長崎大学病院 高度救命救急センター)

今澤 美由紀(山口大学医学部附属病院)

2:20 PM - 3:50 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[SY14-01] 看護師は気管挿管患者とのコミュニケーションにどの様に取り組むのか -研究成果が示す実践-

○山口 亜希子¹ (1. 神戸大学大学院保健学研究科)

2:20 PM - 2:45 PM

[SY14-02] 人工呼吸管理中の患者の求めるコミュニケーションとはなんだろう

○久間 朝子¹ (1. 福岡大学病院)

2:45 PM - 3:10 PM

[SY14-03] 人工呼吸器装着患者とのコミュニケーション方法の実態と関連要因

○本田 智治¹、大山 祐介²、久間 朝子³、山本 小奈実⁴、須田 果穂⁴、田戸 朝美⁴（1. 長崎大学病院 高度救命救急センター、2. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻、3. 福岡大学病院、4. 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）

3:10 PM - 3:30 PM

[SY14-04]「慢性病を生きる」を支える AAC（拡大・代替コミュニケーション）

ー ALSに焦点をあててー

○今澤 美由紀¹（1. 山口大学医学部附属病院）

3:30 PM - 3:50 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¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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波睡眠や 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¹ (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、ルーティンケア

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¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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 ー集中治療室から地域支援に向けてー

○畑 貴美子¹ (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¹ (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¹ (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¹、嶋崎 千絵²、卯野木 健³、岡本 菜子⁴、川崎 紋子⁴、下村 真一⁵、福井 美和子⁶、小林 俊介⁷、相川 玄² (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¹ (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¹ (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¹ (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に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¹、鳩崎 千絵²、卯野木 健³、岡本 菜子⁴、川崎 紋子⁴、下村 真一⁵、福井 美和子⁶、小林 俊介⁷、相川 玄² (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¹ (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¹ (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 健二¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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 健二¹ (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、不動態や人工呼吸管理、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¹ (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、ABCDEFGH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¹ (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「ピーあいしーえす」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 PADIS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¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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¹ (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¹、田中 雄太²、木澤 義之³、山勢 博彰⁴、田戸 朝美⁴、立野 淳子⁵ (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¹ (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を許されている。私たちが関わることでできる中から最善のものがなければ提案し、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、その希望に近づく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¹ (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¹ (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¹、田中 雄太²、木澤 義之³、山勢 博彰⁴、田戸 朝美⁴、立野 淳子⁵ (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。

シンポジウム

[SY6] クリティカルケアの実践に倫理の基盤を築く

座長:林 優子(関西医科大学)

大野 美香(国立病院機構名古屋医療センター)

演者:長岡 孝典(独立行政法人国立病院機構 呉医療センター)

藤本 理恵(山口大学医学部附属病院)

乾 早苗(金沢大学附属病院 看護部 ICU)

餘永 真奈美(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:20 AM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[SY6-01] 救命救急センターにおける倫理的感受性、課題解決能力の醸成に向けた取り組み

○長岡 孝典¹ (1. 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 救命救急センター)

9:00 AM - 9:25 AM

[SY6-02] 集中治療領域で生じやすい倫理的問題とその解決にむけて

○藤本 理恵¹ (1. 山口大学医学部附属病院)

9:25 AM - 9:50 AM

[SY6-03] 救急外来における倫理的課題とその対応

○乾 早苗¹ (1. 金沢大学附属病院 看護部 ICU)

9:50 AM - 10:00 AM

[SY6-04] 倫理的ジレンマに気づく感受性の醸成と問題解決への取り組み

○餘永 真奈美¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

10:00 AM - 10:20 AM

9:00 AM - 9:25 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:20 AM 第8会場)

[SY6-01] 救命救急センターにおける倫理的感受性、課題解決能力の醸成に向けた取り組み

○長岡 孝典¹ (1. 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 救命救急センター)

Keywords: 倫理的感受性、倫理教育

クリティカルケア領域では、意思決定支援や身体抑制、治療方針に関する対立など、様々な倫理的課題に直面することが多い。その中で、倫理的課題に「気づく」ということが重要である。しかし、「倫理」という言葉を発すると、現場のスタッフたちはたちまち困ったような顔をしているのをよく目にする。その背景として、多くの看護師が日々多忙な業務に追われる中で、「何かがおかしい」と感じながらも、倫理的課題の本質に気づき、課題解決に向けた話し合いを行う機会に繋がっていくことは困難なことが挙げられる。そのため、まずは何が倫理的課題であるか気づくために必要な知識と、それを他者と冷静に対話でき、対話した内容を客観的に分析できる能力を育成していくことが必要となる。この能力こそが倫理的感受性であり、倫理的な行動に繋がっていく。倫理的行動の要素としては、以下の4つが挙げられる。①臨床における倫理的問題がそこに生じていることに気づく力（倫理的感受性）、②それが倫理的に問題である理由を説明できる力（倫理的推論）、③様々な障害を乗り越え、倫理的に行動しようとする力（態度表明・態度決定）、④状況の中で倫理的行為を遂行することのできる力（実現・実施）の4つである。しかし、臨床の中での上記の4つの要素を考慮しつつも、一人で倫理的課題解決を進めていくことは極めて困難である。その背景として、対立するそれぞれの価値観や意見の多様性が考えられる。それらを踏まえ、倫理的場面と感じた場合、それを周囲に伝え意見を共有することで、お互いの倫理的感受性の感度を高め、医療チーム全体で倫理的課題を共有し、介入していくことが重要である。

A病院では、2021年より積極的に看護師の倫理教育へ力を入れている。院内の教育ラダーに沿って、看護師の段階別達成度や期待される役割に沿って研修目的・目標を設定し、教育計画を行っている。昨年度は課題の一つとして、各部署内で倫理的課題に関する倫理カンファレンスを実施し、行った検討内容を集合研修内で話し合う取り組みを企画・実施した。私自身、救命救急センタースタッフの倫理的感受性を高めることに焦点を当て、部署内で活動を行った。具体的な活動として、救命救急センターの看護師へ看護倫理に関する基礎的知識や倫理カンファレンスの進め方について勉強会を実施した。勉強会では、看護師が感じる白黒ははっきりしないモヤモヤ、葛藤に対し Jonsen の4分割表を用いて情報を整理、解決するための思考過程について伝えた。また、倫理カンファレンスへ介入し、患者の意思決定支援や救急領域における終末期ケアに関する内容などを取り上げ、部署全体で倫理的課題について検討する取り組みを行った。今回の取り組みを通して、臨床の中で、スタッフの倫理的感受性を根付かせていくために、その疑問が倫理的な気づきであることを意図的に導いていくことが重要であると感じた。臨床倫理教育を考えていく上で、集合教育と分散教育の連携を考えていくことがより効果的である。しかし、実際の活動を通して、臨床現場で抱える倫理教育に関する課題も見えてきた。救命救急センター看護師の「倫理」に関する捉え方に個人差を感じることもあり、倫理的思考の整理の必要性や多職種を交えて合同カンファレンスを開催するなど、倫理教育に対する課題への介入が必要である。

今回のシンポジウムでは、私の従事する救命救急センター看護師の倫理的感受性を高め、課題解決思考の醸成へ繋げるために行った取り組みとその結果の詳細、今後の課題について考察し、皆さんと倫理教育についてディスカッションしていきたいと考える。

9:25 AM - 9:50 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:20 AM 第8会場)

[SY6-02] 集中治療領域で生じやすい倫理的問題とその解決にむけて

○藤本 理恵¹ (1. 山口大学医学部附属病院)

Keywords: 集中治療、倫理的問題、患者の尊厳

集中治療領域でよく遭遇する倫理的葛藤や問題には、医学的適応があるなかでの治療拒否や中止の要求、医学的適応がない状況での過度な医療や予後が期待できないのに積極的な治療の継続、終末期や緊急時対応の説明不足、限られた医療資源により最適な医療やケアが提供できないなどがあげられる。

倫理的葛藤や問題が生じる要因の一つに、患者本人の意向が確認できないことがある。患者は生命の危機状態にあり、生死に関わる重大な治療方針を決定しなければならないが、病態や薬物の影響により意識がないことや、意識があっても判断能力が低下していることも少なくない。その場合の判断は代理意思決定を行う家族に委ねられることが多い。しかしその家族も、時間的猶予がなく精神的動揺のなかで治療や患者の生命に関わる選択が求められる。

また倫理的葛藤や問題に、医師は治療方針に関する迷いや不安など心理的負担を持つことがあり、看護師は治療に関して患者と家族、患者・家族と医師との狭間で、患者の擁護者としてどのように行動すべきか苦悩を抱えることもある。

その他にも、看護師が抱く倫理的葛藤は、患者の安全と身体拘束に関することや患者への十分なケアができていないこと、患者への声かけや配慮の不足など、患者がひとりの人としての尊厳が尊重されていない場合などに生じやすいのではなからうか。医療現場では、時折、患者の尊厳を尊重するにはどうすればよいのか思い悩む声が聞かれる。

患者のいのちの尊厳や人としての尊厳の尊重は、集中治療領域に限ったことではなく看護師としての基本的姿勢である。しかし、日々の仕事に精一杯で、ケアを振り返ることや考えることができていない場合もあるかもしれない。もちろん患者の全身管理が重要なものというまでもないが、同時に患者や家族の立ち位置に身を置き、寄り添い、生活者としての患者、ひとりの人としての患者に向き合い支援していくことが重要である。患者や家族の思いに気付くこと、すくいあげること、看護師が患者全体像をみて支援することが、患者や家族にとっての良い医療につながると考える。

今回、臨床現場で看護師が抱きやすい倫理的葛藤や問題をあげ、それにどのように対応しているのかを紹介し、解決に向けた具体的な取り組みを皆さんと一緒に考えていきたい。

9:50 AM - 10:00 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:20 AM 第8会場)

[SY6-03] 救急外来における倫理的課題とその対応

○乾 早苗¹ (1. 金沢大学附属病院 看護部 ICU)

Keywords: 救急外来、意思決定

救急患者は、突然の事故や疾病、慢性疾患の急性増悪など、予期せずして突然救急搬送されるうえ、意思決定までの時間も限られていることが多い。日本救急看護学会「救急看護師の倫理綱領において、①意識障害や認知機能障害などの病態の場合、本人の意思表示が難しく、自律尊重を配慮した「自己決定」を基本にしたインフォームドコンセントが成立しない、②患者に同意能力がないと判断された場合、家族は突然、しかも時間的余裕がない中で代理意思決定を迫られるため、家族の心理的葛藤が大きく、代理意思決定が困難になることが多い、③患者や家族の権利を擁護する立場にある救急看護師は、治療の決定プロセスにおいて患者・家族の意思が尊重されていないと感じ、医療者間の意見対立に向き合い葛藤が生じる、④患者の生命を維持し回復をめざすために高度の医療技術が駆使される場合、終末期医療の方針に対し、患者の尊厳を中心に患者・家族と医療者の間、または医療者同士の間での意見対立が生じることがある、⑤脳死患者、臓器提供、移植医療に伴う諸問題を抱えているなどの倫理的問題が生じやすい背景があると述べられている。令和2年度の高齢化率は28.8%と上昇を続け、救急搬送される患者における高齢者の割合は62.3%と半数以上が高齢者である。高齢患者の救急搬送では、本人が意思表示できる場合においても、家族によって意思決定される、独居高齢者で身寄りがなく代理意思決定者が不在のため、治療方針の決定が困難であるなどの倫理的ジレンマを感じることもある。また、がんの人生最終段階では救急搬送される場合、蘇生の希望がなくても心肺蘇生せざるを得ない場面などでジレンマを感じることもある。

本シンポジウムでは、そのような実際の場面を基に、みなさんとよりよい看護の実践を目指して意見交換を行い

たいと考えている。

10:00 AM - 10:20 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:20 AM 第8会場)

[SY6-04] 倫理的ジレンマに気づく感受性の醸成と問題解決への取り組み

○餘永 真奈美¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: 倫理的ジレンマ、感受性の醸成、倫理カンファレンスシート

医療やケアの場面において「何かもやもやする」という倫理的な問題に遭遇することがある。特に看護師は患者のそばでケアを行う時間が長いがゆえに、ジレンマを抱えより倫理的問題に気づく事が多い。しかしジレンマと感じた時、論じる場や対処の手段、方法がなかったときには、疲労、精神的な負担は大きくなりバーンアウトに繋がりがかねない。そのため医療のあらゆる場で生じる可能性がある倫理的ジレンマをキャッチする感受性を高め、解決に取り組むことは、医療やケアの質を高めるだけでなく医療者自身の精神的な負担の軽減やモチベーションの維持につながる事が期待できる。当院は、倫理的ジレンマに気づく感受性の醸成、問題解決に向けたカンファレンス開催の工夫という二つの目標で委員会活動を行っている。1. 倫理的ジレンマに気づく感受性の醸成 ①当院の倫理問題の傾向分析からカテゴリーの生成 ②知識教育として院内Web研修、eラーニングの活用、倫理ジャーナルの発行 ③委員会で実際に行った倫理カンファレンスの症例報告 2. 問題解決に向けた取り組み ①カンファレンスシートの作成(3ステップ) ②コアメンバーによる倫理カンファレンス開催支援 上記の取り組みにより、QI指標としている倫理カンファレンス件数、率が増加した。またe-learningを取り入れたことにより、視聴率は100%となり、倫理に関する知識習得の機会を確保できたと考える。リンクナースの自己評価では、「倫理カンファレンスシート、カンファレンスが周知できていない」「スタッフから議題がでてこない」など倫理カンファレンス開催に対する困難な意見もあがったものの、「カンファレンスが定着した」「活発な意見交換が行われるようになった」「もやっとBOXを作った」「過剰な身体拘束が減った」「職員満足度が向上した」など肯定的な意見もあり、ケアへの満足感の上昇にも寄与していることが伺えた。委員会活動としては一定の目標達成ができたが、カンファレンスを運営する看護師の困難感も継続しているため、倫理カンファレンスシートの改良やカンファレンスの開催支援などの課題は残っており、今後の取り組みが必要である。倫理の基盤の構築には、倫理的感受性を高める研修や学習を促す動機付け、倫理カンファレンス実践を支援する仕組み、そしてそれらの活動の評価分析を継続する組織的な啓蒙活動が必須である。本シンポジウムでは、臨床現場における倫理的感受性の醸成と問題解決への取り組みについて、当院看護部倫理委員会が取り組んだ活動を元に、私見を交えて発表し、来場した方々ともディスカッションする機会としたいと考えている。

シンポジウム

[SY7] クリティカルケア領域の人材育成

座長:山本 小奈実(山口大学大学院医学系研究科)

西村 祐枝(岡山市立市民病院)

演者:宮岡 里衣(岡山大学病院 看護教育センター)

上澤 弘美(総合病院 土浦協同病院 看護部)

里田 佳代子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

矢野 博史(日本赤十字広島看護大学)

Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:30 AM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[SY7-01] 専門看護師の役割実践から考えるクリティカルケア領域の人材育成

○宮岡 里衣¹ (1. 岡山大学病院 看護教育センター)

9:00 AM - 9:25 AM

[SY7-02] 医療情勢の変化に応じた看護教育の構築にむけての取り組み

○上澤 弘美¹ (1. 総合病院 土浦協同病院 看護部)

9:25 AM - 9:50 AM

[SY7-03] 認定看護管理者として、クリティカル領域で働く看護師に期待する事と、優れた人材育成のための取り組み

○里田 佳代子¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

9:50 AM - 10:10 AM

[SY7-04] リフレクションによる成長支援

○矢野 博史¹ (1. 日本赤十字広島看護大学)

10:10 AM - 10:30 AM

9:00 AM - 9:25 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:30 AM 第10会場)

[SY7-01] 専門看護師の役割実践から考えるクリティカルケア領域の人材育成

○宮岡 里衣¹ (1. 岡山大学病院 看護教育センター)

Keywords: 人材育成、教育、専門看護師

現代は VUCA時代と言われ、将来を予測することが難しく、変化が激しい時代です。クリティカルケア領域においても、医療の進歩により様々な治療の選択肢が増える一方で、複数の疾患を併せ持つ患者は増加、また患者の価値観は多様化しています。私は専門看護師となったのち、西日本豪雨災害や COVID-19パンデミック、脳死下臓器提供などを経験しました。チームで意思決定する苦悩の先には、これまでにない新たな価値が生まれ、スタッフと共に新たな課題に挑むことを続けてきました。私たちクリティカルケア領域に従事する医療スタッフには、現状を受け止め、柔軟かつ多様性を認めながらも患者の最善を重視した医療・ケアの実践が求められています。そのため、人材育成の面でも時代に即した形へと進化が求められていると感じています。

専門看護師は、看護者に対しケアを向上させるため教育的役割を果たす「教育」の役割を担っています。実践や相談、調整といった役割実践において、関わる医療スタッフの医療・ケアを支援し、そこには人材育成の視点も持ち合わせることでより発展的となります。自身がモデルとなりケアを導き、スタッフの考えや強みを承認し実践の後押しをする OJT、またカンファレンスでのチームへのフィードバック、キャリア開発ラダーで個々の看護師の気づきやアセスメントを紐解きながらリフレクションを行っています。どの場面においても看護の意味付けを行い、自らも思考発話しながら、その場にいる医療スタッフ全員にとっての示唆となるよう意図して続けてきました。その結果、多職種の意見を認めながら合意形成するチームが醸成されるだけでなく、看護師個々も他の看護師の語りや他職種とのコミュニケーションからの学びや気づきが聞かれるようになりました。これは、OJTでの経験を学びにし次の看護に活かす、臨床判断能力の向上につながると考えます。

また、現在は看護教育センターに所属しており、研修運営と看護実践の相互作用は重要であると考えています。Off-JTを OJTに活かす、OJTでの課題を Off-JTにつなげることをスタッフに意図的に伝える支援を行っています。学び方は Off-JTのみならず、個である看護師の強みを活かし互いを認め合うことが、学び続ける・働き続ける持続可能性のある人材育成として求められていると感じています。

本発表では、専門看護師としての実践を振り返り、人材育成の基盤となるもの、今後求められる在り方を考察したいと思います。

9:25 AM - 9:50 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:30 AM 第10会場)

[SY7-02] 医療情勢の変化に応じた看護教育の構築にむけての取り組み

○上澤 弘美¹ (1. 総合病院 土浦協同病院 看護部)

Keywords: 臨床判断モデル、看護方式、教育

EICUでは様々な疾患の重症患者が入室してくるため、看護師はそれぞれの患者の特徴を捉えケアを提供するといった思考と実践が求められる。この実践は新人看護師にも求められる内容である。そのため、2018年度より Tannerの臨床判断モデルを導入し、シャドーイングや発話を中心に新人看護師教育を開始した。また、Lasaterの臨床判断ルーブリック日本語版を取り入れ、看護師の臨床判断の発達を評価していくとともに、臨床判断ルーブリック日本語版での評価を、日本集中治療医学会が公表している「集中治療に携わる看護師のクリニカルラダー」を自部署の特徴に合せて修正した EICUラダーとリンクさせ個々の評価を数値化（可視化）し教育を行ってきた。

しかし、新型コロナウイルス感染症（以下；COVID-19）が瞬く間に拡がりパンデミックを引き起こし、COVID-19陽性重症患者の対応のためクリティカルケア領域の看護師の増員が急務となった。そのため一般病棟の看護師3～5名が2～3か月クールの交代体制で EICUに応援にくることになった。応援に来る看護師のレディネス

は様々であるが、末梢動脈ラインや人工呼吸器管理をしている患者を看たことがないといった状況が共通してみられていた。

応援に来ていた看護師の教育では、クリティカルケア看護学会から出ている「ICU 経験のない看護師のための重症患者管理クイックガイド」、「COVID-19 重症患者実践ガイド」などを活用し、EICUスタッフと患者と一緒に看てもらいながら、新人看護師の教育と同様にシャドーイングや思考発話による支援を行っていった。しかし、応援に来ていた看護師の多くは人工呼吸器を装着している重症患者を1人で看ることに不安があり、看護師によっては応援に来ていた期間1人で患者を看ることができない状況もあった。同時に EICU看護師もそのような状況に対して、自身たちの指導方法や関わり方が悪いのではないかと悩むようになり、EICU看護師、応援に来ていた看護師ともに負担を与えていることが伺われた。

そのため、EICUでは従来プライマリーナーシングの看護方式をとりながら、看護を提供していたが、看護方式をパートナーシップ・ナーシング・システム（以下；PNS）に変更し教育を行った。具体的には、応援に来ていた看護師がEICU看護師とパートナーをくみ、発問を行い、EICU看護師が様々な考え方を応援に来ていた看護師に伝え、応援に来ていた看護師にも自由に発言をしてもらいながら臨床判断モデルを活用していった。2～3か月クールの交代体制という短期間で応援にくる看護師に対して、EICUの看護師の思考と実践を知ることが、今後病棟に戻ったあとも EICUでの経験を活かせることができると考えている。

今回のシンポジウムでは、COVID-19の影響による医療情勢の変化に対応するために、EICUへ応援にくる看護師の教育に苦慮したこと、看護方式を変更することに対する看護師の反応などについて、内容を抜粋して情報提供していきたい。

9:50 AM - 10:10 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:30 AM 第10会場)

[SY7-03] 認定看護管理者として、クリティカル領域で働く看護師に期待する事と、優れた人材育成のための取り組み

○里田 佳代子¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: クリティカルケア領域の人材育成

自施設では、1996年よりクリニカルラダーを導入、その後、2008年、自施設独自の役割モデルとなる「小倉記念院内専門看護師」循環器・脳神経外科・がんの3コースを開始した。「基礎コース」は、共通基礎科目として、人間理解、リーダーシップ、看護研究、専門看護師活動、フィジカルアセスメントの5つの柱を32時間かけ、3コース共通で学習した。その後「専門コース」に分かれ、専門基礎科目(20時間)と専門科目(40時間)を、各分野特有の疾患などに関する講義、「演習・実習」を実施した。その後、救急看護コースを追加し、18名の小倉記念院内専門看護師が誕生した。2022年現在、急性・重症患者看護専門看護師2名・集中ケア看護認定看護師26名が各分野で活躍している。その中には、「小倉記念院内専門看護師」を取得した者もいる。クリティカル領域では、専門看護師2名、認定看護師1名が在籍しており、集中治療室を中心に組織横断的に活動している。以下に、クリティカル領域で働く看護師に期待する事と、優れた人材育成のための取り組みについて、述べる。クリティカルケア看護とは、生命の危機的状態（クリティカル期）にある重症患者に対して行われるケアを行うことを指す。クリティカル領域で働く看護師に期待することは、3つある。まず、1つ目は、認定看護管理者としては、診療報酬との関連である。令和4年度の診療報酬改定では、看護師の処遇改善があげられ、急性期充実加算において「院内迅速対応チーム」の設置が要件に加わった。自施設では、以前よりコードブルーの前のRRTの必要性をクリティカル領域で働く看護師から提案を受けており、早急な対応ができた。2つ目は、人材育成である。特に、機会教育(OJT)において、各部署で急変時の対応シミュレーションを実施しているが、その際アドバイザーとして参加して、一度実際に動画撮影を行いながら実施、その後リフレクションをスタッフと共にを行い、再度実施するという各部署の主体性を重視したものになっている。又、今回RRTにおいても、当院の弱い部分である呼吸の観察においては、各部署に出向き、OJTを実施した。3つ目は、タスクシフトである。これまでは、重症な心臓外科の手術後は、医師がベッドサイドに付きっきりとなっていた現状があったが、クリティカル領域で働く看護師の特定行為の取得により、呼吸器の管理、抜管、ドレーン抜去、血ガスの採取など、医師とのタスク

シフトにも寄与している。

最後に、そうした優れた人材育成のための取り組みとして、上記に記載したように、クリニカルラダーというシステムだけでなく、組織の中に様々な場を生み出し、その場を機能させる。人々が対話を通じて学び合い、各部署を実践共同体として捉え、メンバー間でのやり取りの中で、情報を共有し活性化させる。自施設は、急性期病院であり、各チーム活動が活発で、カンファレンスが盛んに実施されている。その中で、クリティカル領域の看護師の発言やアドバイスは、カンファレンスを人材育成の場と変え、多くの気づきをスタッフに与えている。忙しい急性期病院では、仕事の現場でいかに学ばせるか、学習環境のデザインをする中でクリティカル領域の看護師は、重要なキーマンとなり、次の世代への継承となっていると考える。

参考図書 伊丹敬之(1999)「場のマネジメント 経営の新パラダイム」NTT出版

10:10 AM - 10:30 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:30 AM 第10会場)

[SY7-04] リフレクションによる成長支援

○矢野 博史¹ (1. 日本赤十字広島看護大学)

Keywords: 経験学習、リフレクション、成長支援

職場においては日頃の経験を成長に結びつけることが大切です。この経験を通じた成長、すなわち経験学習を促進する働きとして重視されるのがリフレクション (reflection) です。人材育成の観点からはリフレクションをいかに促すのかという点が重要であるといえます。

以下に、リフレクションという働き、リフレクションの支援の2点に関してコルトハーヘンの ALACTモデルに即して確認していくことにします。

ALACTモデルでは、①行為 (action) ②行為の振り返り (looking back) ③本質的な諸相への気づき (awareness) ④行為の選択肢の拡大 (creation) ⑤新しい試み (trial) というサイクルとして経験学習は捉えられます。このサイクルを通じ、なぜそう振る舞ったのかという本質的な気づきに至ることを重視し、そこに生まれる〈問い〉の答えを考えるためのヒントになる理論を探して、次の行為の具体的な選択肢を拡大することが経験から学ぶことだと考えられています。

ALACTモデルが提示する支援者の役割は次の通りです。

まず、ALACTモデルに従って、例えば新人看護師 (以下新人) が省察できるように、意図的な課題を設定し、その実践の機会を提供し、その体験を基盤として新人は振り返りを行います。具体的には、新人が有用な経験を見つけるための機会を設け、その経験について具体的に語るのを、誠実に共感しながら受容し、何が起きたかを明確にし、向き合うことができるようにします。十分な分析、吟味ができると、新人は実際に何が起きていたのか、重要な点はどこにあったのかについて気づくことができます。例えば、感情と思考のずれ、しているつもりのことと実際の行動の差異、そうありたいこととそうであることのくい違い、言語メッセージと暗黙のメッセージの相反などの点です。こうして丁寧な分析で気づきが生じたら、他の選択肢はなかったのか、あるいはその行為がなぜ選択され、最良であったのか、新たな選択肢を用いたらどういう結果を生んだらうかと問いかけ、次の行為への可能性を広げます。このプロセスで支援者は、活用できる理論を紹介することや、調べるように示唆することができ、新人は自分の実践に対する理解を既存の理論によって深めることができるようになります。こうした支援者の役割は、何が正しくできていて、何を誤っているのか、次回はどう直せばいいのか、などを直接教えることにはない点に注意が必要です。リフレクションの対象は失敗した実践だけではありません。成功体験は成長の大きな助けになります。うまくいった理由の明確化は、自己効力感を高めるためにはとても有用だということも忘れずにいたいことです。

ところがこのサイクルはいつもうまく回るわけではありません。人はしばしば、分かっているのにできない、気づいているのに変えられないことがあります。その場合、何をするのかという点にフォーカスするのではなく、何のために今ここにいるのか、ここで何をしたいのかという〈意味〉、いわば行動や態度のコアを問うことも必要です。看護師になりたいから始まって、どんな看護師になりたいのか、何が看護のために重要な

か、看護師としての自分の役割は何か、という根本的な目標や信念のようなものに関わるリフレクションをしなければ行動はなかなか変わりません。自分にとっての〈意味〉を問い直す意味志向型のリフレクションも時に成長のための契機としては重要になる場合もあります。

参考文献

- ・ Korthagen,F.A.(2001)/武田信子監訳(2010).教師教育学.学文社.

シンポジウム

[SY8] クリティカルケアのバトンを繋ぐ

道又 元裕(Critical Care Research Institute (CCRI))

佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

山勢 博彰(山口大学大学院医学系研究科)

宇都宮 明美(関西医科大学看護学部・看護学研究科)

深谷 智恵子

櫻本 秀明(日本赤十字九州国際看護大学)

立野 淳子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Sun. Jun 12, 2022 10:10 AM - 11:50 AM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[SY8-01] クリティカルケアのバトンを繋ぐ

○道又 元裕¹、佐々木 吉子²、山勢 博彰³、宇都宮 明美⁴、深谷 智恵子、櫻本 秀明⁵、立野 淳子⁶ (1. Critical Care Research Institute (CCRI) 、2. 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科、3. 山口大学大学院医学系研究科、4. 関西医科大学看護学部・看護学研究科、5. 日本赤十字九州国際看護大学、6. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

10:10 AM - 11:50 AM

10:10 AM - 11:50 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:10 AM - 11:50 AM 第1会場)

[SY8-01] クリティカルケアのバトンを繋ぐ

○道又 元裕¹、佐々木 吉子²、山勢 博彰³、宇都宮 明美⁴、深谷 智恵子、櫻本 秀明⁵、立野 淳子⁶ (1. Critical Care Research Institute (CCRI)、2. 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科、3. 山口大学大学院医学系研究科、4. 関西医科大学看護学部・看護学研究科、5. 日本赤十字九州国際看護大学、6. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: 次世代へのメッセージ

【抄録】

本セッションは、クリティカルケア看護および本学会における発展の軌跡、足跡、現状を概観し、これまで紡いできた産物をバトンとして、将来への展望とともに次世代へ繋げる座談を予定しています。

座談の主なテーマは、実践（管理含む）、研究、能力開発を含めた教育と人的資源の育成、専門性の追及、将来展望、次世代へのメッセージ、その他を考えています。

【座談会参加者】

道又元裕 : Critical Care Research Institute (CCRI)

佐々木吉子: 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

山勢博彰 : 山口大学大学院医学系研究科

宇都宮明美: 関西医科大学看護学部・看護学研究科

深谷智恵子

櫻本秀明 : 日本赤十字九州国際看護大学

立野淳子 : 小倉記念病院

シンポジウム

[SY9] 最善の選択を目指す意思決定支援

座長:北村 愛子(大阪府立大学)

福田 友秀(武蔵野大学看護学部)

演者:稲垣 範子(摂南大学看護学部看護学科)

比田井 理恵(千葉県救急医療センター)

則末 泰博(東京ベイ・浦安市川医療センター)

Sun. Jun 12, 2022 10:30 AM - 11:50 AM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[SY9-01] あらためて考える救急・集中治療領域での意思決定支援 –同席から参画へ–

○稲垣 範子¹ (1. 摂南大学看護学部看護学科)

10:30 AM - 11:00 AM

[SY9-02] 「対話」を通して意味と価値を共有すること

～その人の生き物語と意思を知り、尊重するために～

○比田井 理恵¹ (1. 千葉県救急医療センター)

11:00 AM - 11:25 AM

[SY9-03] 救急集中治療領域における共同意思決定とは？

○則末 泰博¹ (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

11:25 AM - 11:50 AM

10:30 AM - 11:00 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:30 AM - 11:50 AM 第8会場)

[SY9-01] あらためて考える救急・集中治療領域での意思決定支援 –同席から参画へ–

○稲垣 範子¹ (1. 摂南大学看護学部看護学科)

Keywords: 意思決定支援、看護師参画、シェアード・ディシジョンメイキング

救急・集中治療領域での意思決定への看護師の積極的な関与が少ないことが指摘されている。看護師の関与が言語化・可視化できずに埋もれているのか、補助的な役割に留まっているということなのか、積極的な関与とは何を意味するのだろうか。

この領域では、生命維持装置の適応判断・中止の選択、QOL低下が懸念される選択、患者の意識が確認できない状況での選択などの困難な選択が日々突き付けられており、欧米の学会からは Shared Decision-Making (SDM) を推奨する声明が出されている。その理由の一つとして、SDMは特に不確実性が高い状況で有用とされることが挙げられる。SDMは、患者参加を重視する社会の流れのなかで、治療方針の決定モデルの1つとして確立されてきた。治療方針の決定モデル (パターナリズムモデル、インフォームドモデル、シェアードモデル) のなかで、SDMは、双方向の情報交換が特徴で、医療者から患者への治療に関する情報の提供だけでなく、患者の社会的背景や病気の捉え方、価値観、希望などの患者の情報を医療者が理解し、共に考えることが強調されたモデルとも言える。

SDMは医師-患者の2者関係での定義づけから始まったが、実際には2者で決定しているわけではないことが多く、Inter-professional SDMモデルなどへと広がってきている。では、SDMに看護師はどのように関与しているのかという疑問を明らかにするために、重症心不全患者の治療選択における SDMへの看護師参画の実態について、急性・重症患者看護専門看護師10名を対象に調査した (稲垣, 2020)。SDMに看護師が十分に参画できていないが、その現状の打開に向けて、看護独自の取り組みと医療チームとしての取り組みが必要だと認識していた。看護独自の取り組みでは、形式的な支援でなく本人がどう生きたいかを考えるプロセスを重視すること、重症心不全患者の苦悩へ向き合うことなどが挙げられた。看護独自の取り組みが医療チーム内での意思決定に影響し、患者・家族と医療チームの SDMへとつながる構造も明らかとなった。

意思決定支援の枠組みで最も用いられているものに、オタワ意思決定支援フレームワーク (Ottawa decision support framework: ODSF) があり、20周年での改訂が近年発表された (Stacey et al., 2020)。意思決定のニーズを評価し、意思決定支援介入を行い、意思決定の結果に対する効果を評価する基本的な枠組みからなる ODSFは、意思決定の質を向上させると言われている。意思決定のニーズ評価の項目として、①困難な意思決定の種類とタイミング、②反応不能な意思決定段階、③決定的葛藤、④不十分な知識、⑤非現実的な期待、⑥不明瞭な価値、⑦意思決定を行うために必要な支援と資源の質と量、⑧個人的ニーズの8項目がある。この枠組みは、様々な対象に適応できるよう設計された枠組みであるが、前提として、十分な情報を得た患者が自らの価値観を考慮することで質の良い意思決定につながるという論理に基づいている。この前提で救急・集中治療領域の意思決定支援は有効なのか、危機的状況の患者がどこまで自分の価値観を考慮できるのかなど、臨床の文脈とのすり合わせや検討が必要であろうと考える。

治療の選択は、どうしても医師-患者関係が中心で、説明の場に「同席する」支援が中心であるように考えがちであった。決してそれだけでなく、看護師は、患者・家族の価値観や希望などを捉えてきたはずである。最善の選択とはどのように導き出すべきなのか。治療法の説明と理解は何より重要であるが、それだけでなく文脈や患者・家族を支える看護師の支援を可視化し、参画していく必要がある。

11:00 AM - 11:25 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:30 AM - 11:50 AM 第8会場)

[SY9-02] 「対話」を通して意味と価値を共有すること ～その人の生き物語と意思を知り、尊重するために～

○比田井 理恵¹ (1. 千葉県救急医療センター)

Keywords: 対話、患者の生き物語、意味と価値の共有

医療を利用する人々は、自分や家族の命の終焉や人生最期における医療のあり方についてイメージしたり、考えを深められている人ばかりではない。中でも、クリティカルケア領域の患者・家族は、突然の出来事に衝撃を受けている中で、大切な人の生命や人生に関わる意思決定を求められることも多い。その過程には大きな困難さをともしない、支援の重要性が報告されている。このような意思決定を支援するうえで、患者・家族の「最善の選択」を目指すために必要なこと、重要なこととは何か。この議論に向けて、意思決定支援に携わった2事例を通して得た学びや示唆をもとに考えていきたい。

事例1は、呼吸不全の末期に近い状態にある A氏の積極的治療の実施について、家族間で意見が分かれ家族・多職種カンファレンスを開催した事例である。家族の様々な疑問に多職種が各立場から応答し、各選択肢におけるメリット・デメリットと見通しについてのイメージ化を図り、共有した。同時に、家族からA氏の生きてきた過程—ここでは「生き物語」と呼ぶことにする—や大切にしていることなどをうかがい、対話を行う中でA氏と家族の生き物語への理解が深まり、最終的な家族の「積極的治療は行わず、苦痛緩和を図る」とする意思決定とその後の「家族と一緒にいられる時間を設ける」ことについて、参加していた医療者としても納得した感覚を覚えた。事例2は、侵襲的治療は行わないとする明確な意思を持ち、終末期心不全で入院に至った B氏が急に病態悪化を来した際に、当初 B氏の意味を尊重し、苦痛緩和を積極的に行う方向性としていた家族がその意思を覆し、積極的治療を希望した事例である。結果として B氏の意味は尊重されたが、このエピソードの背景には、積極的治療で B氏の状態が安定すれば、鎮痛鎮静も解除でき、家族との会話や時間を共に過ごすことができるという家族の希望をもとにした認識があった。医療者と家族との話し合いの際には共通理解・共通認識ができたと判断していたが、結果的にずれが生じていた。これは、治療選択において医療者側が家族の世界を十分理解するまで踏み込んだ対話に至れておらず、家族のもつイメージとその意味を共有できていなかったことが主な要因と考えている。

「最善の選択」とは、患者その人の生き物語における流れや信条を汲んで、“患者の生き方に添った選択”あるいは“患者らしい生き物語を全うできる選択”であると、患者・家族のみならず、関わる医療者も同様に感じ、納得できるものとする。この状態を目指すためには、医療者は患者・家族の生き物語とともに、価値のあり様やその意味を知り理解すること、また、治療や各選択肢が患者の生き物語に及ぼす影響と意味について、患者・家族との対話を通して具体化し、共有することが重要なポイントになると考える。

「対話」は日常的に行う、当たり前のことと思いがちだが、相手の体験する世界を十分に理解するための「対話」は意識的で、自分の在り方や人間性が問われるものでもある。この「対話」は、意思決定支援に関わらず、すべての支援に共通する基盤となるものであり、そのスキルを磨き続けていくことがより質の高い支援につながると思う。

11:25 AM - 11:50 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:30 AM - 11:50 AM 第8会場)

[SY9-03] 救急集中治療領域における共同意思決定とは？

○則末 泰博¹ (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

Keywords: 救急・集中治療における意思決定支援、共同意思決定、お試し期間

患者や家族は、様々なジレンマを感じる困難な意思決定を迫られることがある。様々な意思決定の中でも、救急・集中治療領域での意思決定は、生死に直結する場合が多く、患者や家族が感じる心理的な負担、そして意思決定によってもたらされた結果に対する精神的なトラウマが大きいことは想像に難くない。本講演では意思決定支援の重要な手段である共同意思決定を救急・集中治療領域でどの様に行っていくかについて、米国での経験も踏まえて医師の立場から説明する。

シンポジウム

[SY10] クリティカルケア看護の最前線で活躍している研究者は、どんなことを考えて研究をしているのか

座長:菅原 美樹(札幌市立大学)

佐藤 まゆみ(順天堂大学大学院医療看護学研究科)

演者:松石 雄二郎(聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学)

石川 幸司(北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

野口 綾子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

卯野木 健(札幌市立大学看護学部)

Sun. Jun 12, 2022 10:40 AM - 12:10 PM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[SY10-01] PICU看護師のネットワークの必要性 (多施設研究・多国間研究の推進)

○松石 雄二郎¹ (1. 聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学)

10:40 AM - 11:05 AM

[SY10-02] 臨床に役立つ研究活動に向けて

○石川 幸司¹ (1. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

11:05 AM - 11:30 AM

[SY10-03] 問いを立てることをあきらめず、つながりを頼りに進む

○野口 綾子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科災害・クリティカルケア看護学分野)

11:30 AM - 11:50 AM

[SY10-04] 研究テーマの探し方

○卯野木 健^{1,2} (1. 札幌市立大学看護学部、2. 手稲溪仁会病院)

11:50 AM - 12:10 PM

10:40 AM - 11:05 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:40 AM - 12:10 PM 第3会場)

[SY10-01] PICU看護師のネットワークの必要性（多施設研究・多国間研究の推進）

○松石 雄二郎¹（1. 聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学）

Keywords: PICU

成人集中治療看護に比べて小児集中治療看護は未だ狭い領域であり、研究者の数も少ない。そもそも日本国内においてはPICU自体も少なく、臨床実践している看護師の数も少ないのが現状である。私は元々成人ICUで働き、PADIS（痛み、不穏／鎮静、せん妄、不動、睡眠障害）をアセスメントし、症状のマネジメントを行う必要性を体感していたことから、PICUで働くようになってからも疼痛・不穏・せん妄・不動・睡眠に関する研究を進めてきた。近年の国内の研究を見ていると、小児領域においても、疼痛やせん妄に関する研究が報告されてきており、ようやく小児領域のPADISに関する研究が始まったという状況であると考える。また、成人領域ではPICS（集中治療後症候群）に関するも進んできているが、小児領域においては未だPICSは研究が進んでおらず、今後は小児領域においても患者及び家族の退院後のQOL向上に関する研究が重要になってくると考えている。他国の動向を見ていると、ヨーロッパ・アメリカにおいては小児領域でもICU退室後のQOLに関する研究が始まっており、多国間研究が現在進行している。これと比較して、アジア圏での小児領域の多国間研究は未だ盛んではなく、小児のPICSの認知も進んでいない。このようなことから、まずは小児集中治療看護領域では日本国内の結束した研究ネットワークが必要ではないかと考えている。また、小児集中治療看護領域では研究のみならずケアの質の標準化に関しても進んでいない。それぞれの施設がそれぞれのケアの方法を行っており、ケア内容と方法に一環したコンセンサスが得られていない現状がある。本シンポジウムの趣旨の通り、臨床と研究は本来つながっているべきであるが、小児領域においては特に研究と臨床がかけ離れた状態にある印象がある。しかし、本来であればPICUに勤務する看護師は人数も少ないことから成人ICUよりも結束しやすいのではないかと考える。昨今の研究スタイルを見ていると、インターネットやソーシャルネットワークを使った研究も盛んに行われており、データの共有に関してもクラウドを用いたものも多く見受けられる。情報の共有に関する技術の発展により、多施設研究または多国間研究は以前よりも容易に行える時代になっており、うまくネットワークを築くことができれば、小児集中治療看護領域の研究も大きく飛躍するのではないかと考える。よって、本シンポジウムに興味のあるような臨床に根ざした研究に関心のある小児集中治療領域の看護師が、学会や勉強会等の機会を通してコネクションが得られるような体制を築けることが私の今後の目標である。

11:05 AM - 11:30 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:40 AM - 12:10 PM 第3会場)

[SY10-02] 臨床に役立つ研究活動に向けて

○石川 幸司¹（1. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科）

Keywords: 臨床研究

本邦では、研究者の多くは基礎教育や卒後教育を実施する教育機関に所属しており、純粋に研究のみを実施している研究者は非常に少ないのではないだろうか。研究者は、基礎教育の学部生や卒後教育の大学院生への教育を主として働いており、研究へのエフォートが不十分になってしまうと感じている（研究者というより、教育者…）。これは、学生に対する教育は、多忙という理由で先延ばしにはできないが、研究は少し落ち着いてから…という思いからかもしれない。研究を実施する人を研究者というのであれば、臨床現場にも多く研究者は存在する。しかし、多忙な臨床において研究に多くの時間を費やすことは容易ではない。

このような背景において、研究を実施するにあたり、考えていることを整理する。やはり、まずは時間の確保であろう。研究を実施するには時間が必要である。暇な時間を見つけて…と考えている間は研究に取り組むことは困難であろう。時間を調整するというより、この研究が完成すると、こんな意義があるだろう、早く投稿して公開したい、など具体的に完成したときのイメージを強く持つことにしている。そうすることで、早く研究に取り

掛かりたいという動機が強くなり、少しの時間を見つけてでも取り組むようになる。

次に、できる限り臨床と近くあろうと考えている。これは、教育機関における実習だけではなく、自身で主体的に臨床に触れられる状況が良い。附属病院がない教育機関に在籍している研究者は、ハードルが高いかもしれないが、臨床現場に立っているか否かでは研究に取り組むためのアイディアや臨床疑問の質が異なる。しかし、これも時間的な余裕だけではなく、職場などのシステムから実現不可能なことも少なくない。そのような場合、臨床現場の第一線で働いているスタッフと協働できる場を作ることである。日進月歩する医療現場では、研究論文として紙面上にエビデンスが記述されていても、それを臨床でどのように活用するかが重要となる。実際の臨床現場での情報、新たな知見の状況などを共有し、共同研究として取り組む形が望ましい。

最後に、研究を実施するにあたり、この研究を実施することでどのような効果が得られるのか、期待する結果を考える。やはり、実践が重要である看護において、臨床現場で実用できるもの、疑問に感じていたことを解決できるものかを重要視している。たとえ素晴らしい研究デザインであっても、臨床での活用性が少ないものであれば、時間、労力、費用をかける価値はあるだろうか。研究者自身の疑問を解決するだけではなく、実際の臨床で活用してもらえそうな、活用するきっかけとなる内容かが重要と考える。

本セッションでは、このような考えをもとに実際に取り組んできたテーマを紹介し、研究計画を実現させるために行ってきた調整（メンターを見つけるなど）、実施内容について紹介する。

11:30 AM - 11:50 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:40 AM - 12:10 PM 第3会場)

[SY10-03] 問いを立てることをあきらめず、つながりを頼りに進む

○野口 綾子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科災害・クリティカルケア看護学分野)

Keywords: アクションリサーチ、現象学、専門看護師

看護の実現は臨床にある。筆者はその視座に依拠し、臨床すなわち実践の現場を足場に研究している。日々の実践においても研究においても「この人にとってよりよいケアとは何か」の問いが立つ。その探求から実践の向上を目指す一方で、実践者として「研究の知見をいかに実践に活用するか」にも日々向き合ってきた。最近の研究を通して仲間との出会いに支えられる細々とした歩みを紹介し、登壇者・参加者の皆様との議論に参加したい。問いは患者さんとの出会いに始まる。重症患者の予後をよくする治療戦略として鎮痛を優先した鎮静管理が実践されるようになり、経口気管挿管中の人工呼吸器装着患者とコミュニケーションがとれるようになった。なったはずだった。しかし医療者主導で方向性のコミュニケーションに偏重している現状を目の当たりにした。予後をよくする EBMの実践は、当事者の患者にどう経験されているのか。そこに看護は必要なケアを提供しているか。その問いの探求は、現象学という哲学をてがかりに ICUで挿管中の患者にインタビューを実施し、患者の経験を質的に分析記述した研究¹⁾となった。研究を通じた患者さんとの出会いは、「どうすれば経口気管挿管中で声が出せない人工呼吸器装着患者の発話希求に看護師が気づくようになるか」の問いを生起させた。この探求と実現を目指すアクションリサーチ²⁾で、臨床教育プログラムの一つとして Husserl(1929)の現象学を援用し、日常の実践場面で実施する“実践的エポケー”を開発した。実践的エポケーとは、挿管患者を担当中に看護師が担うすべてのケアや業務の手を止め、1分間、患者の関心にのみ注目する患者観察と、直後にその間の自身の行為、思考や感情の動きを他者に言語化するものである。これが「そこに看護は必要なケアを提供しているか」の問いに立ち返った看護師の実践の記述³⁾につながり、現象学と実践の接続の議論⁴⁾にもつながった。またアクションリサーチでは、患者アウトカムを調べるために ICU退室後の病棟患者約400名を訪床した。そこでの対話から立ち上がった問いは、ICU患者の記憶の研究⁵⁾につながった。

現在は ICUの実践がいかに成り立つかや患者の重症化をいかに防ぐかの問いを探求している。いかに急変前に気づき、クリティカルケアが必要な患者を早期に専門家へつなぐか。要である病棟看護師の重荷を減らし、日々のケアとその力を最大限活用して実現するにはどうすればいいか。医療情報の専門家と ITを活用し、電子カルテに入力されたバイタルサインデータを用いて自動で状態悪化を早期に捉える Early warning scoreを計算するアプリを開発した。ICUの CNSが EWSアプリで抽出した病棟のリスク患者をラウンドする Critical care outreachを導入し、効果を検討する研究からさらにその先の探求へと向かっている。重要なことは、筆者にとって研究は実践と

同様、決して一人では成し遂げられないということだ。出会う人とのつながりで成り立ち、それはかけがえのないものとなっている。当日はそれぞれの具体や研究プロセスのなかでの苦悩を共有したい。

1) DOI: 10.11153/jaccn.12.1_39

2) DOI: 10.1016/j.iccn.2018.10.006

3) DOI:10.18910/76184

4) <https://clinicalphenomenol.wixsite.com/conference2019/blank-7>

5) DOI: 10.1016/j.iccn.2020.102830

11:50 AM - 12:10 PM (Sun. Jun 12, 2022 10:40 AM - 12:10 PM 第3会場)

[SY10-04] 研究テーマの探し方

○卯野木 健^{1,2} (1. 札幌市立大学看護学部、2. 手稲溪仁会病院)

Keywords: 研究

私は主に Post-Intensive Care Syndrome (集中治療後症候群) に関して研究をしていることが多い。PICSは比較的新しい概念だ。新しく名付けられた合併症とも言える。こういう合併症が明らかになった場合、介入を！と各自が思いついたり、噂話で聞いた介入を試したくなるのだが、私は次のように考える。まずは、その頻度はどのくらいか、患者にとって、どの程度の重要性があるか？頻度は高いほど重要と考えられやすいし、また、それによって日常生活に支障が出る、などの問題があれば重要だろう。ここが分かっているなければ、調査を行うことになる。次に、リスク因子を探す。リスク因子はできるだけ、modifiable (修正可能) なものが良い。例えば、せん妄は、ベンゾジアゼピン系の鎮静薬がリスク因子であることが分かったため、その使用を制限することで発生を減らすことが可能だ。もし、リスク因子が年齢と言われても、若返らせることはできない(not modifiable)からリスク因子を見つけても対応ができない。このようにリスク因子を見つけることにより、予防法を見つけることができる。最後に (というか、研究的には同時期に誰かが行うと思うが)、その合併症が生じた結果、何が起きるのか、つまりアウトカムを見つける。死亡と関連していたり、寝たきりと関連していたりしていれば、やはり重要性が高いと考えることになる。せん妄で言えば、死亡や認知機能障害、医療費の上昇などがアウトカムとして知られている。このような段階を経て、気になる現象を明らかにしていく。これが基本的な考え方だ。その他にも、その現象をどうやって予測することが可能か、などの予測モデルの構築や、すでにいくつかの研究が行われていれば、メタ分析を行うなど、まだ行われていないものがあり、かつ、その手法を自分や共同研究者が行うスキルがあれば行うことになるし、自分でそのスキルを身につけたり、教えてもらうこともある。研究はその手法も日進月歩であり、より精度の高い、妥当な結果を得るには常々努力が必要と感じる人が多い。

シンポジウム

[SY11] スペシャリストとジェネラリストの協働

座長:増山 純二(令和健康科学大学)

森 一直(愛知医科大学病院)

演者:宮田 佳之(長崎大学病院)

今泉 香織(佐賀大学医学部附属病院)

伏見 聖子(関西ろうさい病院)

恩部 陽弥(鳥取大学医学部附属病院)

Sun. Jun 12, 2022 12:00 PM - 1:20 PM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[SY11-01] ジェネラリストに対する継続教育と協働する場の提供

○宮田 佳之¹ (1. 長崎大学病院)

12:00 PM - 12:20 PM

[SY11-02] 患者ケアの質の向上につなげる多職種でのコミュニケーション

○今泉 香織¹ (1. 佐賀大学医学部附属病院)

12:20 PM - 12:40 PM

[SY11-03] 救急科診療看護師とジェネラリスト、より良い治療を目指して、手を携えて

○伏見 聖子¹ (1. 関西ろうさい病院)

12:40 PM - 1:00 PM

[SY11-04] 救急看護認定看護師、看護師特定行為研修修了者としての多職種協働の実際

○恩部 陽弥¹ (1. 鳥取大学医学部附属病院)

1:00 PM - 1:20 PM

12:00 PM - 12:20 PM (Sun. Jun 12, 2022 12:00 PM - 1:20 PM 第8会場)

[SY11-01] ジェネラリストに対する継続教育と協働する場の提供○宮田 佳之¹ (1. 長崎大学病院)

Keywords: スペシャリスト、ジェネラリスト、継続教育

近年の医療の高度化、地域包括ケアシステムの構築に伴う入院期間の短縮化、在宅療養の推進など医療現場は大きな変革を迎えており、社会から見た看護職への期待は大きくなっている。そのような背景のもと、日本看護協会は専門看護師や認定看護師をスペシャリストと位置づけ、「特定の専門あるいは看護分野で卓越した実践能力を有する」者としている。一方でジェネラリストを「経験と継続教育によって習得した多くの暗黙知に基づき、その場にに応じた知識・技術・能力を発揮できる者」と定義し、特定の専門あるいは看護分野にかかわらず、どのような対象者に対しても質の高い看護サービスを提供することを志向する看護師としている。そしてジェネラリストとして働く看護師についてはキャリア開発ラダーなどによる人材育成を活用している施設も増えている。当院でもキャリアパスに基づいて、新人看護職員研修や全職員対象研修、またクリニカルラダー別の院内継続教育が設定されている。その中には各専門・認定看護師が主催する「専門コース」があり、毎年20前後のコースが企画、運営されている。また院内・部署内において指導的な役割を担い、実践能力の向上を図るとともにジェネラリストとしてのモチベーションアップを目的とした院内認定看護師制度も2015年より開設している。演者も救急看護認定看護師として専門コースにおいては「急変対応 Basic」、「急変対応 Advance」、「急変対応 Expert」、「災害急性期看護」を担当し、院内認定看護師コースとしては「急変対応」、「災害看護」を担当している。それらは院内における継続教育の一環として専門コースの受講をベースとした屋根瓦方式を取り入れた授業設計としており、また各コースに応じて徐々に到達目標のステップアップと、「教えられる側から教える側」への転換を図ったものとしている。成果としては、受講スタッフの部署内における症例の振り返りや、対応事例に関する相談が見られており、モチベーションの維持にも貢献していると考える。現在当院ではラピッド・レスポンス・システムを導入する準備を進めており、そのチームにも参画してもらうことを検討している。協働する場を提供し、部署内だけではなく横断的な活動としてもらうことにより、ジェネラリストとして汎用性を持った看護活動を行いながら、実践能力の高い看護提供が展開できるものと考えている。

12:20 PM - 12:40 PM (Sun. Jun 12, 2022 12:00 PM - 1:20 PM 第8会場)

[SY11-02] 患者ケアの質の向上につなげる多職種でのコミュニケーション○今泉 香織¹ (1. 佐賀大学医学部附属病院)

Keywords: 協働、コミュニケーション

日本看護協会は、「ジェネラリストは、経験と継続教育によって習得した暗黙知に基づき、その場にに応じた知識・技術・能力が発揮できる者」（日本看護協会 継続教育の基準 ver.2 2012）と定義しています。一方、スペシャリストである専門看護師を「複雑で解決困難な看護問題をもつ個人・家族や集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた看護師」と規定しています。専門看護師の役割は「実践」「相談」「調整」「倫理調整」「教育」「研究」の6つであり、これらの役割を遂行することを通して「保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかる」ことが目的とされています。臨床における看護実践は、対象者を瞬時に把握し、看護のプロセスへと導く判断と技術が必要です。学習された経験知と理論知が融合されることにより、より洗練された質の高いケアへと繋がっていきます。臨床での経験知の多くは、日々の業務の中で語られ、実践を模擬することで伝えられていますが、行った看護過程や看護実践を、「普遍性」「論理性」「客観性」を持った科学の視点で可視化し、実践すること必要となります。スペシャリストの存在意義は、看護サービスの提供場面で、看護判断におけるスーパーバイズ、根拠に基づく技や看護プロセスを教育する、実践モデルとなる、などジェネラリストに力を与えることであると考えます。私は日々、看護スタッフ、すなわちジェネラリストと協働してケアを実践しています。ジェネラリストと近い距離に存在するので、スタッフが何に悩み、どのようなことに躓いているのかがよく見えています。そこで、適切な距離を保ちつ

つ、ジェネラリストが悩んでいる現象を分析し、状況を変化させるのに必要なことは何か、不足を補うことか、良いところをさらに伸ばしていくことかなど、個々のジェネラリストのもつ力と患者・家族の状況を見極めながら、さまざまな仮説を立ててアドバイスすることを心がけています。また、状況が複雑でありなかなかその糸を解くことが困難であるときには、専門看護師として直接的なケアを実践しています。患者・家族によりよいケアを提供するには両者が共にケアの方向性を共有しつつ、それぞれの役割をバランスよくしかも十分に発揮することが大切であると考えています。今回、COVID-19に罹患し、急速に呼吸状態・循環動態が不安定となった患者の看護介入、意思決定支援、家族の病状の受け入れについて、各診療科の医師と看護スタッフでの治療やケアの方向性を検討し実践を行いました。その中で、患者により良い看護を提供するために多くの検討を重ねた場面が多くありました。そこで私が意識していたことは、「相手の自発的な行動を促すコミュニケーション」でした。それぞれが協働するために持っている情報や考えを提供する、引き出すことを意識しつつ実践をしたので、この事例を振り返り協働に必要な要素について考えていきたいと思います。

12:40 PM - 1:00 PM (Sun. Jun 12, 2022 12:00 PM - 1:20 PM 第8会場)

[SY11-03] 救急科診療看護師とジェネラリスト、より良い治療を目指して、手を携えて

○伏見 聖子¹ (1. 関西ろうさい病院)

Keywords: 診療看護師、ジェネラリスト、コミュニケーション能力

当院は兵庫県尼崎市に位置し、地域中核病院のひとつとして内因性疾患、交通外傷など一次～三次救急まで幅広い救急車の受け入れを行っている。医師のマンパワーを補うべく、当院は2015年より診療看護師の導入を開始した。現在救急科には4名の診療看護師が在籍し、プレホスピタルおよび救急外来、集中治療室、一般病棟とそれぞれの担当部署で日々の診療に携わっている。診療看護師は、指定の大学院で医学的知識と技術を取得し、すべての特定行為の実践が可能であるとともに医師の包括的指示のもと様々な医行為の実践が可能であるが、それだけが診療看護師の役割ではない。日々の診療の中で、医師や看護師をはじめ多職種と連携を取りながら、治療が滞ることのないようチームマネジメント的な役割を担うことも非常に重要な役割の一つである。中でもその場に合った知識・技術・能力を発揮する看護師、すなわちジェネラリストとの連携や調整は日々欠かせない。

当院の救急科診療看護師は、看護記録や夜間の状態から患者を診察し、それらの情報をもとに毎日の朝のカンファレンスに臨み、医師とともにその日の患者の治療方針を検討する。決定した治療方針や必要な処置についてジェネラリストたちと情報を共有し、病態や治療内容をより理解しやすいよう不明な点があれば補足する。血液検査、画像検査等の結果を確認し、現行指示内容、追加処置、輸液や抗菌薬等薬剤変更の必要性について検討し、変更があれば情報の伝達を行う。その際、指示変更に至った経緯や根拠、変更に伴う観察のポイントを伝える。そして指示簿の医師代行入力を行う場合は、エラーを起こしかねない表現や煩雑な内容の指示となっていないか確認しながら、実践する看護師が困らないよう調整し、夜間休日において患者の状態変化があった場合に看護師が指示に沿った対応ができるよう予測指示を立てている。集中治療室では開腹や開胸、デグロビング損傷、広範囲熱傷など様々な手術や特殊な処置を行うことも多いが、医師と看護師の間に入りタイムスケジュール調整を行い、必要物品や手術・処置の流れなどの情報提供をし、事前準備を整えてもらうことでスムーズに手術・処置が遂行できるようにする。また必要時カンファレンスの参加、病棟会でジェネラリストと診療看護師がお互いの意見交換を行う機会も設けている。

これまでの自身のジェネラリストとしての経験や、より医師に近い視点を持つ診療看護師としての立場から、多忙な医師と看護師間で十分なコミュニケーションが図れないことが治療の滞り原因となっている場面に遭遇してきた。診療看護師は、医師とジェネラリスト間を繋ぐ橋渡し役、いわば潤滑剤のような役割を担うことができる存在であると考えている。今では医師と連絡が取れないときだけでなく、医師への報告が必要か判断に迷う時や治療についての疑問や看護ケア方法についての相談がある時には必ず連絡を受けるようになり、医師に相談するよりもハードルが低く、共にアセスメントを行うことができる存在でいることがジェネラリストの安心感にも繋がっていると考えられる。

ジェネラリストとの協働において、良好な人間関係の形成は非常に重要である。そのためのスキルとして欠かせないのは円滑なコミュニケーション能力であると考ええる。そしてジェネラリストを信頼し、謙虚な気持ちや感謝の気持ちを常に忘れないこと、相手の意見をよく聞き意見を尊重すること、お互いに自身の立場や役割を自覚し不足している部分を補完し合うことでさらなる相乗効果を生み出し、患者によりよい治療を提供できると考える。

1:00 PM - 1:20 PM (Sun. Jun 12, 2022 12:00 PM - 1:20 PM 第8会場)

[SY11-04] 救急看護認定看護師、看護師特定行為研修修了者としての多職種協働の実際

○恩部 陽弥¹ (1. 鳥取大学医学部附属病院)

Keywords: 認定看護師、看護師特定行為研修修了者、多職種協働

救急看護認定看護師の資格を取得し二度目の更新を迎えた頃に、当院の看護師キャリアアップセンターでの看護師特定行為研修が開始されることとなった。救命救急センターでの院内トリアージの導入、ドクターカー導入に向けた体制整備に関わり、その後CCUの立ち上げに携わっていく中で、認定看護師としての能力を強化し、さらなる活動の場をひろげより高いレベルでの専門性の発揮と、多様化する医療ニーズにこたえる看護師が必要ではないかと考えるようになり1期生として看護師特定行為研修を受講することとなった。救急看護認定看護師として病棟での各カンファレンスの参加、チームメンバーとしてスタッコール、RRS症例の事後検証、病棟、各部門へのフィードバックや教育を行っている。また看護師特定行為研修修了者として病棟で実践するだけでなく、一昨年度より研修指導者としての役割を担い、各診療科医師、実習部署のスタッフ、受講生が所属する部署の師長、スタッフとの調整役となり、看護師特定行為研修の演習、実習が円滑に行えるよう支援をしている。チーム医療の推進には多職種連携、多職種協働は不可欠であり、自身の活動を振り返り多職種協働の実際について考えていきたい。

シンポジウム

[SY12] 集中治療室の安楽の確保に向けた環境を考える

座長: 芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター)

河原崎 純(済生会横浜市南部病院)

田口 豊恵(京都看護大学 看護学部)

花山 昌浩(川崎医科大学附属病院 高度救命救急センター)

坂木 孝輔(東京慈恵会医科大学附属病院)

村野 大雅(パラマウントベッド株式会社)

Sun. Jun 12, 2022 1:20 PM - 2:50 PM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[SY12-01] 集中治療室の光環境と患者のサーカディアンリズムを調整するためのケアの重要性

○田口 豊恵¹ (1. 京都看護大学 看護学部)

1:20 PM - 1:45 PM

[SY12-02] 集中治療室管理中の音環境の現状と提供すべき看護援助の検討

○花山 昌浩¹ (1. 川崎医科大学附属病院 高度救命救急センター)

1:45 PM - 2:10 PM

[SY12-03] 集中治療室において家族の面会が急性・重症患者の安楽に与える影響と Synergy modelを用いた看護実践

○坂木 孝輔¹ (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

2:10 PM - 2:30 PM

[SY12-04] 私が考える理想の ICUケア環境とは？

○村野 大雅¹ (1. パラマウントベッド株式会社)

2:30 PM - 2:50 PM

1:20 PM - 1:45 PM (Sun. Jun 12, 2022 1:20 PM - 2:50 PM 第9会場)

[SY12-01] 集中治療室の光環境と患者のサーカディアンリズムを調整するためのケアの重要性

○田口 豊恵¹ (1. 京都看護大学 看護学部)

Keywords: 集中治療室、光環境、サーカディアンリズム

看護の祖であるフローレンス・ナイチンゲールの生誕から200年が経ちました。著書の1つである看護覚え書9章

陽光の冒頭では、「直接射し込む太陽の光が病人には必要なのである。もし事情が許すならば、太陽の光がかげった部屋にそのまま病人を置きっぱなしにするよりも、陽を追いかけながら部屋の向きに沿って病人を連れ動いた方よい。・・・科学的な解説を調べなくても、太陽の光が人間の身体に目にもそれとわかる現実の効果をもたらすことを我々は認めるに違いない」と述べられています。生物は地球の自転による24時間周期の昼夜変化に同調して、ほぼ1日の周期で体内環境を積極的に変化させる機能を持ちます。ヒトにおいても体温やホルモン分泌などからだの基本的な機能は約24時間のリズムを示すことがわかっています。この約24時間周期のリズムはサーカディアンリズムと呼ばれ、本間ら(1989)によると、ヒトの視床下部に体内時計があり、睡眠-覚醒・ホルモン分泌・体温変化等の時間的なコントロールを行い、生活サイクルの基盤となっていることが明らかになっています。また、サーカディアンリズムは、様々な刺激によって変化しますが、物理的な刺激では光の影響が最大であることが分かっています。前述したナイチンゲールの著書では、光の重要性のみならず、サーカディアンリズムの調整についても予測していたのではないかと思います。私達はいくつもの人工的な光に囲まれて生活を送っています。治療の場である集中治療室においても光は不可欠です。照明用光源には白熱灯や蛍光灯がありますが、近年では長寿命であることがアドバンテージであるLED(発光ダイオード)の導入が進んでいます。

今回は、以下の2つのことをお伝えしようと考えています。1つ目は、照明用光源のもつ特長や集中治療室の光環境の実態調査についてです。筆者の研究成果に加え、集中治療室のベッド周囲の照度を昼夜において数回測定した結果について報告します。2つ目は、集中治療室に入室している患者のサーカディアンリズムの調整を目的としたケアについて先行研究や筆者の研究成果を用いて考察したいと思います。集中治療中の患者が安全かつ安楽な光環境で時間を過ごすための看護についてフロアーの皆さまとともに活発なディスカッションができることを楽しみにしております。

1:45 PM - 2:10 PM (Sun. Jun 12, 2022 1:20 PM - 2:50 PM 第9会場)

[SY12-02] 集中治療室管理中の音環境の現状と提供すべき看護援助の検討

○花山 昌浩¹ (1. 川崎医科大学附属病院 高度救命救急センター)

Keywords: 音環境、騒音、安楽

一般的に騒音とは音の中でも不快に感じる音とされており、基準を超えた場合、睡眠障害や不安症状、せん妄などを生じるストレス要因になる可能性を指摘されている。本邦において集中治療室における音環境についての研究は1990年頃より行われており、集中治療室における看護師が抱えるテーマの1つであると言える。World Health Organization(WHO)は、病院環境において一定のレベル以下に騒音を抑えて管理することを推奨しているが、先行研究からは推奨されている基準を超えているという報告も多く見られている。集中治療室では生命の危機的状態な患者が管理されている。そのため、多数の医療機器が使用されており、モニターアラーム音やシリンジポンプや輸液ポンプのアラーム音が作動している。中でもモニターアラーム音は患者の状態悪化を知らせるアラームはなくてはならないと考えられる一方で、誤警報が含まれる場合も多く患者にとって騒音となっていて、安楽を阻害している要因となっている。アラーム音の他にも心電図モニターの心拍同期音や人工呼吸器の動作音やHigh flow nasal cannula(HFNC)などの避けられない音環境への対策についても検討する必要がある。医療機器から発生する騒音の他にも留意すべき騒音もICUには存在している。当施設のICUはオープンフロアと個室

が混在しており、特にオープンフロアで管理されている患者にとって足音や話し声の他にエアコンの作動音やフロア全体に響くナースコールなどは騒音として捉えられる。音環境の面から看護師も患者が安楽に療養生活を過ごしていけるように様々な介入を行っている。例えば、前述したモニターアラーム音についてはアラーム設定をルーティン化した数値ではなく、患者の病態や状態に合わせた数値に設定することや医療機器のアラーム音量の調整を行うなどして騒音を減らして環境を整えている。他にも簡便に実施できるものとして耳栓を使用しての騒音対策や、施設によってはノイズキャンセリングのイヤホンやヘッドホン、消音スピーカーなどを使用して対策をとっている所もある。しかしながら、音環境の調整については課題も散見している。例えば、看護師が患者の容体について声かけをすることで安心や安楽を感じる患者がいる一方で、今は声をかけないで欲しいと思う人にとっては看護師の声かけは不快な音になってしまう場合もある。他にも患者の覚醒やリラックス、遮音効果を促す目的で音楽をかけることもあるが、これについても患者の年齢、性別、嗜好、病態などを考慮し、個々の状態に合わせて音楽を流さなければ、不快な音として捉えられる。あらゆる音は患者の背景によっては安楽に繋がり、一方で騒音にもなり得るという状況で看護師が何を考え、音環境をどのように整えて実践しているのかという観点から当院 ICUの音環境の実際と援助の在り方について検討する。

2:10 PM - 2:30 PM (Sun. Jun 12, 2022 1:20 PM - 2:50 PM 第9会場)

[SY12-03] 集中治療室において家族の面会が急性・重症患者の安楽に与える影響と Synergy modelを用いた看護実践

○坂木 孝輔¹ (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

Keywords: 家族面会、Synergy model

集中治療室において看護が必要とされる患者は、生命が脅かされる健康問題が生じるリスクが高く、脆弱で複雑になりやすいという特徴がある。集中治療の従来目的は短期の死亡率を減らすことであり、患者が過ごしやすいようにではなく、医療者が働きやすいようにつくられてきた背景がある。そのため、患者にとって安楽な環境を作るには多くの配慮が必要となり、患者の視点で物事を捉えることが重要である。集中治療室で人工呼吸器管理を受けた患者の不快な経験は、医療者の価値観の欠如やプライドを傷つけられること、無視、物として扱われること、非全人的ケアでなどがある¹⁾。集中治療後の患者は、集中治療室退室後も不安や抑うつ症状が継続し、その割合は一般的な治療後の不安・抑うつ発症率よりも高いとされている。

また、集中治療室において、患者は家族や社会と隔絶された環境にある。集中治療室における家族の面会に関するシステムティックレビューでは、柔軟な面会によって、患者の不安が軽減することや、患者と家族の満足度が向上することが示唆されている²⁾。しかし、COVID-19の流行に伴い、多くの病院で面会が禁止されている現状がある。重症患者の家族のニーズに関する報告では、家族が優先するニーズは、情報、保証、接近であることが示されている³⁾。従来、家族の面会を通して看護師と家族の直接的な対話やケアへの参加が、信頼関係の構築やニーズの充足に繋がっていた。しかし、面会が制限されることでこれらのニーズが満たされにくい環境となっている。

このように、集中治療の分野では、患者中心のケアが難しくなりやすい。米国クリティカルケア看護協会(AACN)は、看護師と患者の相互作用に注目して AACN Synergy model for Patient Care (以下、Synergy model) という中範囲理論を開発している。特定の患者とその家族のニーズや特性と、看護師の能力を調和させることで、相乗効果(シナジー)が起こり、技術的で非人間的になりがちな集中治療室という環境を、人間的な癒しの場へと変えることができたという報告がある⁴⁾。

今回、Synergy modelの枠組みを用いた看護実践により、患者の安楽と家族の満足が向上し、看護チームの成長につながった事例を報告する。多様な患者と家族の特性に調和した実践を行うことで、技術的で非人間的になりがちな環境を、人間的な癒しの場へと変えていく提案をしたい。

文献

1. Samuelson, K. Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated

patients--findings from 250 interviews. Intensive and Critical Care Nursing. 2011;27(2):76-84.

2. Paulo A, et al. Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis. Crit Care Med. 2018;46(7):1175-1180.

3. Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. Heart Lung. 1991;20(3):236-44.

4. Kelleher, S. Providing patient-centered care in an intensive care unit. Nursing Standard. 2006;21(13):35-40.

2:30 PM - 2:50 PM (Sun. Jun 12, 2022 1:20 PM - 2:50 PM 第9会場)

[SY12-04] 私が考える理想のICUケア環境とは？

○村野 大雅¹ (1. パラマウントベッド株式会社)

Keywords: コラムユニット、シーリングペンダント、コード・ラインマネジメント、睡眠の見える化

わたしはパラマウントベッド社でICUの改修時や新築時の設計レイアウトサポートの仕事をしています。わたしの考える理想のICU環境は、このシンポジウムのタイトルのように、臨床スタッフはもちろん、患者も患者家族にとっても快適だと感じる環境です。患者や患者家族にとっては住み慣れた自宅のような環境が理想です。スタッフにとっては、ストレスなく患者にアプローチできる環境です。今回はベッド周りの、特に設備機器に関わるケア環境にフォーカスしたいと思います。

「村野君、このコードだらけのICUを何とかしてくれないか？」それは2007年、研究フィールドとして紹介を受けたあるICUのなかで、先生から最初に言われた一言でした。私は当時「看護マネジメント学コース」の修士課程で、「ICUの看護動線」についての研究を始めようとしていました。

2009年にシュワイカートの研究¹⁾をきっかけに、ICUにおける早期リハビリテーションが盛んにおこなわれるようになりました。ICUベッドは、ベッド上に居ながら下肢下垂の座位ポジションがとれるなど高機能化が進みました。わたしは、「ベッドが高機能化されれば、リハビリが進み、患者や看護師の負担が減り、ケア環境は良くなる」と信じていました。ところが、希望通りベッドの機能は良くなっても、ベッド周りの環境が改善されない、あるいは高機ICUベッドを導入したコンセプトが活かしきれていない、ということが少なからずあるということも同時にわかりました。

1) Schweickert WD, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. Lancet. 2009; 373: 1874-1882.

2014年に新たな特定集中治療室管理料1,2が創設され、20㎡/床を確保することなどの条件でより高い診療報酬がつくようになったことから、ICUをより広く改修する事例が増えてきました。改修をきっかけに、壁からエネルギーを供給するウォールケアユニットから天井からエネルギーを供給するシーリングペンダントに変わる事例が多く見受けられました。安静臥床を是とする時代であれば、ウォールケアユニットはスペースを最大限効率化したレイアウトとして優れていました。しかし早期離床のためのリハビリテーションが当たり前になると、背を起した患者とベッドサイドモニターとの距離、人工呼吸器の位置がどうしても遠くなってしまいます。コード類も、多くが患者の頭後ろから伸びて、床を這うような状況になってしまいます。これを解消するというコンセプトで、シーリングペンダントが普及し始めました。一見きれいにレイアウトされているように見えても、ベッド納品時に臨床スタッフとお話をすると、実に何度も耳にする同じ言葉がありました。「こんなはずじゃなかった…」と。一体どんな問題点があるのでしょうか。感染管理上優れているといわれる「床から浮いていることでコード類が這わず、床を掃除しやすい」という点についてもはたして本当なのでしょうか。

コロナ禍を経験し、今後のICUのベッド周りのケア環境はもっと変わっていくことが予想されます。IT化が加速し、アセスメントの質をよりいっそう高めていくことになるとされるセンシングデバイスが開発されていくことも予想されます。この先、私たちが実現しなければならない理想のケア環境について議論ができたらと思っています。

シンポジウム

[SY13] 集中治療領域における医療安全

座長:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学医学部看護学科)

樽松 久美子(北里大学病院)

演者:中村 香織(杏林大学医学部付属病院)

春名 寛香(北播磨総合医療センター 看護キャリア開発支援室)

白鳥 秀明(弁護士法人東京パブリック法律事務所)

Sun. Jun 12, 2022 1:50 PM - 3:10 PM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[SY13-01] 集中治療領域における医療安全 Safety-Iのアプローチ

○中村 香織¹ (1. 杏林大学医学部付属病院)

1:50 PM - 2:20 PM

[SY13-02] 対話型コミュニケーションを通して集中治療領域における医療安全文化の醸成を目指す

○春名 寛香¹ (1. 北播磨総合医療センター 看護キャリア開発支援室)

2:20 PM - 2:45 PM

[SY13-03] 集中治療領域における医療過誤裁判例の概説

○白鳥 秀明¹ (1. 弁護士法人東京パブリック法律事務所)

2:45 PM - 3:10 PM

1:50 PM - 2:20 PM (Sun. Jun 12, 2022 1:50 PM - 3:10 PM 第3会場)

[SY13-01] 集中治療領域における医療安全 Safety-Iのアプローチ○中村 香織¹ (1. 杏林大学医学部付属病院)

Keywords: 医療安全

集中治療領域では生命の危機状態にある患者に対して、多数の医療機器や薬剤などを使用し高度な医療・看護を提供している。医療者は、刻一刻と変化する患者の状況をアセスメントしながら健康回復へ向けた介入を絶え間なく行っている。このような患者の治療課程において、医療・看護上の間違い（ヒューマンエラー）が発生すると患者の生命が脅かされる。ヒューマンエラーには、「すべきことが事前定義されている場合のエラー」（Safety-I型のエラー）と、すべきことの詳細は事前に定義できない場合のエラー」（Safety-II型のエラー）がある。ヒューマンエラーを防止・撲滅していくため、マニュアルや手順を作成しその通りに行うことや、エラー発生時に要因分析を行い改善に向けた取り組みを行う安全活動を Safety-Iアプローチという。一方、医療現場では、対象となる患者や家族の状況は常に変化しており、対象にかかわる医療者の職種も多くどこでどのような変化が起こるか予測がつかない場合もある。また、患者の状況によっては時として手順通りに行うことでエラーが発生する可能性もある。そのため、医療者は必然と臨機応変な行動をとりエラーを回避している。この臨機応変さをレジリエンスといい、この活動を Safety-IIアプローチという。Safety-Iと Safety-IIともに臨床では重要であるため、ここではまず Safety-IIについて触れていきたい。Safety-Iアプローチとは、ヒューマンエラーの防止・撲滅活動である。例えば医療機器の使用や薬剤作成・投与、患者の引き継ぎなどは誤りが起こらないよう、「正しいやり方」を手順に定めて、スタッフ全員がそれに従うことが求められる。そのためには以下の1～3の検討を順番に行うことが必要である。1. 人を排除する。現在の業務プロセスを見つめ直し、無くせる部分はないのかを問いかける。2. 作業しやすい現場をつくる。医療機器が使いにくい、モニターが見にくい、廊下が通りにくい、など。人間の視力・聴力・記憶力などの作業能力には限界がある。そのため、スタッフ目線だけでなく患者目線からも「～しやすい」となるように改善する。3. マニュアルを定め周知徹底する。現実実行可能なマニュアルを作成し周知徹底する。今回、当ICUで薬剤投与に関する重大なアクシデントを経験した。患者への影響レベルが大きいケースであり、Safety-Iのアプローチにより対策を講じた。その結果、それ以降同様のアクシデントは予防できている。しかし対策の徹底の難しさや安全文化を醸成するための課題が明らかとなったため報告する。

2:20 PM - 2:45 PM (Sun. Jun 12, 2022 1:50 PM - 3:10 PM 第3会場)

[SY13-02] 対話型コミュニケーションを通して集中治療領域における医療安全文化の醸成を目指す○春名 寛香¹ (1. 北播磨総合医療センター 看護キャリア開発支援室)

Keywords: コミュニケーション、心理的安全性、レジリエンス

人々の高齢化や病状の複雑性に加え、医療やケアに対するニーズの多様化、医療技術の進歩により、医療現場は益々複雑化している。特に、クリティカルな状況にある患者は、顕在化した健康問題だけでなく、病状悪化のリスク要因を複数有していることや脆弱性などから容易に病状が変化しやすい。そのため、クリティカルな状況にある患者の治療やケアにおいては、予測性を持ちながら患者の状況変化を判断し、状況の改善や悪化を防ぐための柔軟な対応が求められる。

ホルナゲル（2014）は、複雑かつ変動し続ける状況下における「安全」の概念を「物事ができる限りうまくいく状態、あるいはできるならば全てがうまくいく状態」とし、「Safety-II」と定義づけた。そして、物事が正しい方向や意図した状態に至るのは、私達が状況の変化に合わせて対応を変化させた結果としている。つまり、Safety-IIの安全マネジメントでは、起こってしまった事象への対応措置ではなく、事象が起こらないように調整するといった能動的な行動が求められる。

状況変化に柔軟に対応する力として、レジリエンス（Resilience）があり、「回復力」「復元力」などの意味合いで用いられている言葉である。ホルナゲルら(2015)は、レジリエントなシステムの発揮に、①想定する②モニターする③対応する④学習するといった4つの能力が必要と述べている。また、心理的安全性も重要である。エドモンドソン（2019）は、心理的安全性を「対人関係のリスクを取っても安全だと信じられる職場環境」であり、「意義ある考えや疑問や懸念に関して率直に話しても大丈夫だと思える経験」と述べている。心理的安全性は、個人やチームのパフォーマンス、患者安全、組織学習などにポジティブな影響を及ぼすと期待されている。私が大事にしていることの一つに、患者への医療やケアにおいて、看護師や病棟の管理者、多職種などの患者の治療とケアに携わる人々と、患者の病状や置かれている状況を「共有する」ということがある。患者の病状や状況が変化しつつある時、ケアの転換を考慮する必要があると捉えた時期、何らかの懸念や気がかりがある時はもちろん、日常の患者の様子も含め「共有する」のである。「共有する」ことを意識し医療チームメンバーと関わる中で、メンバーからも各々が捉えた患者の状況や、ケアの転換が患者のアウトカムに功を奏した経験などを共有してもらうことが増える。このようなやりとりを通して、医療チームで患者への理解を深めていくのである。患者への理解が深まるプロセスの中で、いつもと違う患者の反応に気づき、必要なケアが提供されることに繋がる。

本シンポジウムでは、医療安全とレジリエンス・心理的安全性の関係性を整理した上で、対話型コミュニケーションをどのように促進し、集中治療領域における医療安全文化の醸成を目指すのかについて考えていきたい。

- 1) Edmondson AC. (2019) /野津智子 (2021) .恐れのない組織「心理的安全性」が学習・イノベーション・成長をもたらす.p30.東京:英治出版株式会社.
- 2) Hollnagel E. (2014) /北村正晴,小松原明哲 (2015) . Safety-I& Safety-II-安全マネジメントの過去と未来. p149. 東京:海文堂.
- 3) Hollnagel E , Braithwaite J ,Wears R. (2013) /中島和江 (2015) .レジリエンス・ヘルスケア-複雑適応システムを制御する-.p66.大阪:大阪大学出版会.

2:45 PM - 3:10 PM (Sun. Jun 12, 2022 1:50 PM - 3:10 PM 第3会場)

[SY13-03] 集中治療領域における医療過誤裁判例の概説

○白鳥 秀明¹ (1. 弁護士法人東京パブリック法律事務所)

Keywords: 医療安全、医療過誤

集中治療領域に医療行為に対しても、いくつかの医療過誤訴訟が提起され、裁判所による判断がなされている。一般的な医療過誤訴訟における基礎的な判断枠組みと、特に医療過誤事案で論点となりやすい、過失（注意義務違反）、因果関係などについて、解説したうえで、近年の集中治療領域に関する裁判例のうち、特に看護職の行為が問題となった事案を中心に、裁判所の判断内容（判決）を概括する。

また、裁判例から裁判所が医療者に求める医療行為や医療安全への取り組みがいかなるものか、その基礎的な考え方についても、検討する。

シンポジウム

[SY14] 気管挿管患者を人となぐコミュニケーションの技

座長:林 尚三(公益社団法人有隣厚生会富士病院)

富阪 幸子(川崎医科大学総合医療センター)

演者:山口 亜希子(神戸大学大学院保健学研究科)

久間 朝子(福岡大学病院)

本田 智治(長崎大学病院 高度救命救急センター)

今澤 美由紀(山口大学医学部附属病院)

Sun. Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:50 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[SY14-01] 看護師は気管挿管患者とのコミュニケーションにどの様に取り組むのか – 研究成果が示す実践–

○山口 亜希子¹ (1. 神戸大学大学院保健学研究科)

2:20 PM - 2:45 PM

[SY14-02] 人工呼吸管理中の患者の求めるコミュニケーションとはなんだろう

○久間 朝子¹ (1. 福岡大学病院)

2:45 PM - 3:10 PM

[SY14-03] 人工呼吸器装着患者とのコミュニケーション方法の実態と関連要因

○本田 智治¹、大山 祐介²、久間 朝子³、山本 小奈実⁴、須田 果穂⁴、田戸 朝美⁴ (1. 長崎大学病院 高度救命救急センター、2. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻、3. 福岡大学病院、4. 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)

3:10 PM - 3:30 PM

[SY14-04] 「慢性病を生きる」を支える AAC (拡大・代替コミュニケーション) – ALSに焦点をあてて–

○今澤 美由紀¹ (1. 山口大学医学部附属病院)

3:30 PM - 3:50 PM

2:20 PM - 2:45 PM (Sun. Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:50 PM 第1会場)

[SY14-01] 看護師は気管挿管患者とのコミュニケーションにどの様に取り組むのか –研究成果が示す実践–

○山口 亜希子¹ (1. 神戸大学大学院保健学研究科)

Keywords: コミュニケーション

クリティカルケア領域の看護師は日常的に気管挿管患者とのコミュニケーションを行なっているが、患者とのコミュニケーションには多くの課題を抱えている。例えば看護師は、患者が伝えるメッセージを正確に理解する事が難しい。この事は、身体機能が低下した患者が、コミュニケーションの代替手段を使い看護師に的確にメッセージを伝える事が難しい事に起因している。しかしこの様な状況下にあっても看護師は、コミュニケーションを通して患者の思いや考えを知り、患者のニーズを明確にして適切な治療や看護を提供する事が求められる。ならば我々看護師は、この困難さにどの様に立ち向かえば良いのだろうか。本シンポジウムではこれまでの研究で得られた知見をもとに気管挿管患者とのコミュニケーションの実践について検討する。なお、シンポジウムの冒頭に、言語的・非言語的コミュニケーションの定義や特徴、種類について解説を行う。

先行研究^{1)~3)} から導かれたコミュニケーションの実践は以下である。

- ・患者のコミュニケーション能力をアセスメントする。クリティカルケア領域で治療を受ける患者の身体状態は日々変化する。それに従い患者のコミュニケーション能力も日々変化する。コミュニケーション能力のアセスメントは一日単位で必要となる。
- ・患者のコミュニケーション環境を整える。騒音や照明の暗さはコミュニケーションを阻害するため、静かで明るい環境下を準備する。臥床状態でのコミュニケーションは患者を疲れさせる。可能な限りヘッドアップから座位の姿勢をとる。普段メガネや補聴器の補助具を使用している場合はそれらを装着する。コミュニケーション手段の選択肢を多く準備しておく。
- ・患者とのコミュニケーション時間を確保する。気管挿管患者とのコミュニケーションには時間がかかるため、コミュニケーションのための時間を確保する。
- ・患者が伝えることを身体・心理・社会的側面の全方位から理解する。患者は医療上のニーズを伝える一方で、医療上のニーズ以上のものを伝える事を想定する。患者が伝えた内容を理解したのか否かを、また理解した内容を患者に必ずフィードバックする。

本来はこれらの実践によって、患者が伝える内容を理解できる事が理想である。しかし、看護師がどれだけ手を尽くしても、患者の伝えたい内容を理解できない状況が起き得る。この状況に看護師は無力感を抱くこともあるが、患者が伝えたいと願う内容を何とか知ろうとする看護師の態度は、患者が体験する話す事ができない辛さを乗り越える手助けとなるかもしれない。気管挿管患者とのコミュニケーションの実践の根底にあるものは患者への関心である。患者への関心を持ち続ける事がコミュニケーションの実践においては重要であると考え。

参考文献

1. 山口亜希子他(2013). ICU看護師が体験した人工呼吸器装着患者とのコミュニケーションの困難さおよび実践. 日本クリティカルケア看護学会誌. 9巻, 1号, 48-60.
2. 山口亜希子他(2015). ICUの人工呼吸器装着患者が体験したコミュニケーションの困難さと用いたコミュニケーションの方略. 日本クリティカルケア看護学会誌. 11巻, 3号, 45-55.
3. Akiko Yamaguchi et al (2022). Characteristics of scenes in which mechanically ventilated critically ill patients actively communicate: Video-based descriptive observational study. Proceedings of the 22nd KSCCM-JSICM Joint Congress. p40.

2:45 PM - 3:10 PM (Sun. Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:50 PM 第1会場)

[SY14-02] 人工呼吸管理中の患者の求めるコミュニケーションとはなんだろう

○久間 朝子¹ (1. 福岡大学病院)

Keywords: 人工呼吸管理、会話、コミュニケーション、ニード

クリティカルケア領域において、人工呼吸管理は当たり前のよう日々行われている。そして、ABCDEFバンドルが実践され、以前のように人工呼吸管理中の患者が Deep Sedationの中にあることもほぼみられなくなってきた。夜間は休息を促し、日中は覚醒を促してリハビリや Weaningに取り組む、そのことが早期に人工呼吸から離脱できる要因になっている。患者は覚醒している間、覚醒レベル・意識レベルの確認、身体に触れる際などに多くの医療者からの声を聞くことになる。人工呼吸管理中の患者は声が出せない。治療上必要なこととはいえ、Lance Patakの研究によると、患者は人工呼吸管理中の体験を「型破りな環境に置かれた」「肉体的にも心理的にも苦痛がある」中で「内省しながら自分を励まし続けている」ことが語られている。そしてその中で彼らは自分のニーズを他者に伝えること、わかってもらうことに高いレベルの不満・ストレスを抱えていたこともわかっている。私たちは、これまで声の出せない患者のニーズをキャッチしようと工夫してきた。例えば、単語カード、文字盤や筆談、読唇、スピーチバルブへの変更、気管カニューレへの酸素吹き流しによる音声確保などが一般的である。なんとか、患者の想いや訴えを拾おうと工夫しているが、果たしてそれは十分な「会話」になっていただろうか。例えば単語カードを使用している場面では「寒い」「痛い」など患者が指したりうなづいたカードに対応するが、それ以上の患者の声を文章として拾うことは少ないように感じる。ともすれば、Closed Questionのようになりがちの中で私たちは、型破りな環境に置かれた患者のニーズを、思いを十分に汲み取ることができているのか。私たちが通常行っている手法は、コミュニケーションとして先の研究に表されている「自分のニーズを他者に伝えること、わかってもらうこと」に、十分対応できているのか。私は患者が単語のやり取りではなく、会話をしたいのだと強く実感した経験が何度もある。その場で聞き出したい、聞き取りたいと時間をかけても拾いきれずに患者を疲労させてしまうこともあった。神経難病のある患者はかろうじて動く指で電子パネルを操り、頸椎損傷の患者はナースコールを視線で操作する。ニーズを伝えたいその先には、例えば「あのね」や「それはね」などといった通常私たちが当たり前に会話に使用する言葉が多く表現されていて、カードでのやりとりとは明らかに違う言葉や表情のリレーがあった。本セッションでは、人工呼吸管理下にある患者とのコミュニケーションの臨床現状とコミュニケーション媒体を含めた課題について整理しながら深めていきたい。

3:10 PM - 3:30 PM (Sun. Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:50 PM 第1会場)

[SY14-03] 人工呼吸器装着患者とのコミュニケーション方法の実態と関連要因

○本田 智治¹、大山 祐介²、久間 朝子³、山本 小奈実⁴、須田 果穂⁴、田戸 朝美⁴ (1. 長崎大学病院 高度救命救急センター、2. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻、3. 福岡大学病院、4. 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)

Keywords: 人工呼吸器装着患者、コミュニケーション、代替手段、ケアリング

近年、人工呼吸や鎮静のデメリットおよびICUせん妄・ICU-AW（ICU神経筋障害）などの医源性リスクにより生じる病態が負のサイクルを形成し患者に不利益をもたらすことが知られるようになった。それらを低減するための管理指針であるABCDEバンドルが提唱されている（Ely, 2017）。このバンドルが用いられるようになり人工呼吸器装着患者に対する鎮静は、浅い鎮静管理へと変化した。そのため、言語的コミュニケーションが取れない人工呼吸器装着患者の身体的、心理的、社会的、霊的ニーズを満たすべく、看護師のコミュニケーション力が注目されている。人工呼吸器装着患者とのコミュニケーションの難易度は高いが、看護師は患者を全人的に捉えメッセージを引き出し、適切な代替手段を選択してコミュニケーションを取っている（山口ら, 2013）。代替手段には、コミュニケーションボード、スピーキングバルブ、電気式人工喉頭、読唇、筆談、文字盤などがあり、これらの複数の方法を組み合わせることが推奨されている（TEN HOORN, 2016）。海外では、人工呼吸器装着患者とのコミュニケーション成功率が上昇する要因として、看護師のコミュニケーションスキルや拡大・代替コミュニケーション（augmentative and alternative communication devices：AAC）の使用に関する知識があるこ

と、そして言語聴覚士へ相談できるサポート体制（speech language pathologist consultation：SLP）があることが報告されている。加えて、看護師のコミュニケーション力には看護師の技術や経験が人工呼吸器装着患者とのコミュニケーションに大きく影響していることも明らかとなっている。看護師が患者に対して寄り添うことをせず無関心だった場合、患者は自身の生活における不安や心配、恐怖、脅威を感じることも報告されている（Dithole, 2016）。つまり、看護師の相手に寄り添いたいと真に感じるとる能動的な「願い」や「思い」を根底にもった看護実践であるケアリングが患者とのコミュニケーションにおいて重要である。以上のことから、看護師にはそれぞれの患者に適したコミュニケーションの代替手段を選択し、それらを組み合わせながらコミュニケーションを取る能力が求められる。そして、看護師のケアリングに対する認識やコミュニケーションに関するスキル、サポート体制は非言語的なコミュニケーションの成立に影響していると考えた。今回、人工呼吸器装着患者のケアに携わる看護師が実践しているコミュニケーション方法の実態と関連する要因を明らかにすることを目的に、全国の特設集中治療室及び救命救急センターに所属する看護師を対象に Web アンケート調査を行った。今回のシンポジウムでは、本研究の結果を報告するとともに、人工呼吸器装着患者のニーズを充足していくための AAC の選択や看護師のコミュニケーション力について一緒に考えていきたい。

3:30 PM - 3:50 PM (Sun. Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:50 PM 第1会場)

[SY14-04] 「慢性病を生きる」を支える AAC（拡大・代替コミュニケーション）

ー ALS に焦点をあててー

○今澤 美由紀¹ (1. 山口大学医学部附属病院)

Keywords: AAC、ALS、慢性病

「あなたたちは、パソコンが私にとって、どれだけ大事が分かっていない。」経験の浅かった私が、人工呼吸器を装着している ALS（amyotrophic lateral sclerosis；筋萎縮性側索硬化症）の方のコミュニケーション装置であるパソコンをうまく設置できなかった時に言っていた、今でも大事にしている言葉である。パソコンは、この方にとって唯一意思を伝えることのできる AAC（Augmentative and Alternative Communication；拡大・代替コミュニケーション）であり、人がコミュニケーション手段を奪われることの意味を深く考えることができた経験であった。

AAC とは、話すことや書くことなどのコミュニケーションに障害のある人が、残存能力とテクノロジーの活用によって、自分の意思を相手に伝えることである。AAC の技法の種類には、大きく分けて口文字などのノンテク、文字盤など身近な材料で作成できる補助手段を利用したローテク、コンピューターなどを活用したハイテクの3つがある。慢性疾患看護分野で、ハイテクエイドであるコミュニケーション機器が必要となる代表的な疾患のひとつとして、冒頭で紹介した ALS が挙げられる。

ALS のコミュニケーション障害は、構音・発声障害が主体となり、患者と家族の生活の質を著しく低下させる要因となる。そのため、初期より現在のコミュニケーション状況やコミュニケーションに関する希望、IT 機器の使用歴、身体機能評価、支援者の情報などについて確認を行い、コミュニケーション機器導入を見据えた支援を行う。AAC 手段を選択するうえでは、それぞれの手段の特性を考慮することが重要である。文字盤は手軽に使える反面、伝えることができる言葉の数が限られ、受け手の読み取り能力が必要となる。コミュニケーション機器では、使用練習が必要となるが一人でも伝達が可能となり、自発的なコミュニケーションができるようになる。

ALS では、構音障害が進行してきた時期に実際に使う AAC 手段を選択し練習していくことになるが、多くの患者は症状の進行に伴い精神的にも落ち込みやすい時期となるため、導入がスムーズに行えないことがある。また、急な症状進行によりコミュニケーションそのものを希望しない患者もいる。そうしたなか看護師は、根気強く、多職種や家族と連携しながらひとりひとりに合った AAC 手段を丁寧に選択し、使い分けていっている。そのことが、その人の最大限のコミュニケーション能力を引き出すことを可能にすると考えられる。

クリティカルケアにおいては、挿管している患者は発声ができず、コミュニケーションが制限されることによる

ストレスや不安などの存在が推測できる。クリティカルケアで AACアプローチは、慢性疾患と比較し AACの練習に割ける時間は当然短くなる。時間的制約とともに、鎮静レベル、意識障害、病状なども大きく影響し、多大な労力が必要となることが考えられる。また、機器導入における費用も問題になる。しかし、AACを活用したコミュニケーションは、意思決定、医療の質や QOLの向上のためにも重要であり、ハイテクを含めた選択肢が増えることで効果的なコミュニケーションの選択ができる可能性があると考ええる。今回、主に ALS患者への具体的な AAC導入の状況を紹介するなかで、クリティカルケア看護で、患者がコミュニケーションをどのように取りたいのかの希望を考慮し、患者に合わせたタイミングや機能に合わせた AAC活用の可能性を会場の皆様と検討する機会としたい。