

Sun. Jun 12, 2022

第3会場

パネルディスカッション

[PD7] クリティカルケア看護の QIを考える

座長:卯野木 健(札幌市立大学)

辻本 雄大(奈良県立医科大学附属病院)

演者:河原 良美(徳島大学病院 看護部)

相川 玄(筑波大学附属病院 集中治療室)

乾 茜(医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院)

佐々木 亜希(札幌医科大学附属病院)

9:00 AM - 10:30 AM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[PD7-01] Quality Indicatorを用いて看護の質を可視化する

ー持続可能な QI活動について考えるー

○河原 良美¹、野村 慶子¹、土肥 智史¹、坂本 涼¹、西村 李依¹、田中 佑季¹、山本 祐子¹、伊藤 奈々¹ (1. 徳島大学病院 看護部)

9:00 AM - 9:25 AM

[PD7-02] Quality Indicatorの要件「RUMBA」と当院

ICUにおける具体的な QI

○相川 玄¹、鳩崎 千絵¹、小林 大夢¹、佐藤 雅子¹ (1. 筑波大学附属病院 集中治療室)

9:25 AM - 9:50 AM

[PD7-03] 眠れる ICUを目指してー主観的睡眠評価を用いた睡眠ケアの改善にむけてー

○乾 茜¹、卯野木 健^{2,1} (1. 医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院、2. 公立大学法人 札幌市立大学 看護学部看護学科)

9:50 AM - 10:10 AM

[PD7-04] ICU患者が体験する、“Discomfort”に焦点を当てた QIの取り組みについて

○佐々木 亜希¹ (1. 札幌医科大学附属病院)

10:10 AM - 10:30 AM

第6会場

パネルディスカッション

[PD8] チームで行う早期リハビリテーション-それぞれの役割と課題-

座長:宮本 毅治(純真学園大学)

山口 典子(長崎大学病院)

演者:長坂 信次郎(藤枝市立総合病院)

若松 弘也(山口大学医学部附属病院 集中治療部)

宮川 幸大(小倉記念病院 リハビリテーション課)

楠川 翠里(国立循環器病研究センター)

10:10 AM - 11:30 AM 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[PD8-01] チームで行う早期リハビリテーション

ー看護管理者の立場からチーム医療について考えるー

○長坂 信次郎¹ (1. 藤枝市立総合病院)

10:10 AM - 10:30 AM

[PD8-02] 早期リハビリテーションにおける医師の役割と課題

○若松 弘也¹、藤本 理恵¹、倉増 栄子¹、小西 尚則²、金井 和明² (1. 山口大学医学部附属病院 集中治療部、2. 山口大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

10:30 AM - 10:50 AM

[PD8-03] 当院の心臓血管外科における取り組みについて

○宮川 幸大¹ (1. 小倉記念病院 リハビリテーション課)

10:50 AM - 11:10 AM

[PD8-04] 患者の自己効力感を高める早期離床への取り組み

○楠川 翠里¹ (1. 国立循環器病研究センター)

11:10 AM - 11:30 AM

第9会場

パネルディスカッション

[PD9] クリティカルケアにおける超高齢患者と家族に対する看護実践

座長:矢富 有見子(国立看護大学校)

吉田 嘉子(国立病院機構別府医療センター)

演者:丸谷 幸子(名古屋市立大学病院 看護部)

松波 由加(済生会山口総合病院)

吉里 美貴(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

菊池 亜季子(日本赤十字社医療センター 救命救急センター)

10:40 AM - 12:00 PM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[PD9-01] 超高齢者と家族の現状とクリティカルケアにおける課題

○丸谷 幸子¹ (1. 名古屋市立大学病院 看護部)

10:40 AM - 11:00 AM

[PD9-02] 超高齢患者の身体・精神機能の変化に対応するためのアセスメントと看護ケア

○松波 由加¹ (1. 済生会山口総合病院)

11:00 AM - 11:20 AM

[PD9-03] 急性期病院における認知症ケア実践に向けて

○吉里 美貴¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

11:20 AM - 11:40 AM

[PD9-04] 超高齢患者を支える家族への看護実践における課題と実際、展望

○菊池 亜季子¹ (1. 日本赤十字社医療センター 救命救急センター)

11:40 AM - 12:00 PM

第6会場

パネルディスカッション

[PD10] 意外と知らない？日常で行われる看護実践の
ピットフォール

座長:田村 富美子(聖路加国際病院)

門田 耕一(岡山大学病院)

演者:宮脇 奈央(国家公務員共済組合連合会 新別府病院)

竹田 智子(飯塚病院)

仮屋崎 通子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

11:40 AM - 12:50 PM 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[PD10-01] GCS・JCSやMMT評価のピットフォール

○宮脇 奈央¹ (1. 国家公務員共済組合連合会 新別府
病院)

11:40 AM - 12:05 PM

[PD10-02] 鎮痛・鎮静・せん妄スケールをケアに活かした
い〜ピットフォールを回避するには〜

○竹田 智子¹ (1. 飯塚病院)

12:05 PM - 12:30 PM

[PD10-03] DESIGN-R[®]正しくつけれている？

○仮屋崎 通子¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記
念病院)

12:30 PM - 12:50 PM

第10会場

パネルディスカッション

[PD11] COVID-19患者におけるクリティカルケア看
護の困難さへの挑戦！

座長:明石 恵子(名古屋市立大学大学院看護学研究科)

吉田 紀子(獨協医科大学病院)

演者:豊島 美樹(大阪市立総合医療センター)

津田 泰伸(聖マリアンナ医科大学病院)

中村 香代(国立国際医療研究センター病院)

山口 庸子(東京慈恵会医科大学附属病院)

2:20 PM - 3:40 PM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[PD11-01] 重症 COVID-19患者への身体的・精神的苦痛緩
和に必要な看護師の関わり

○豊島 美樹¹ (1. 大阪市立総合医療センター)

2:20 PM - 2:40 PM

[PD11-02] COVID-19患者家族へのケアを考える

○津田 泰伸¹ (1. 聖マリアンナ医科大学病院)

2:40 PM - 3:00 PM

[PD11-03] COVID-19対応から得た非日常に立ち向かう
チームの力

○中村 香代^{1,2} (1. 元 独立行政法人国立病院機構 災害
医療センター、2. 現 国立国際医療研究センター病院)

3:00 PM - 3:20 PM

[PD11-04] COVID-19患者におけるクリティカルケア看護
の困難さへの挑戦！

ー COVID-19患者の急変対応の現状と課題ー

○山口 庸子¹ (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

3:20 PM - 3:40 PM

パネルディスカッション

[PD7] クリティカルケア看護の QIを考える

座長:卯野木 健(札幌市立大学)

辻本 雄大(奈良県立医科大学附属病院)

演者:河原 良美(徳島大学病院 看護部)

相川 玄(筑波大学附属病院 集中治療室)

乾 茜(医療法人溪仁会 手稻溪仁会病院)

佐々木 亜希(札幌医科大学附属病院)

Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:30 AM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[PD7-01] Quality Indicatorを用いて看護の質を可視化する –持続可能な QI活動について考える–

○河原 良美¹、野村 慶子¹、土肥 智史¹、坂本 涼¹、西村 李依¹、田中 佑季¹、山本 祐子¹、伊藤 奈々¹
(1. 徳島大学病院 看護部)

9:00 AM - 9:25 AM

[PD7-02] Quality Indicatorの要件「RUMBA」と当院 ICUにおける具体的な QI

○相川 玄¹、鳩崎 千絵¹、小林 大夢¹、佐藤 雅子¹ (1. 筑波大学附属病院 集中治療室)

9:25 AM - 9:50 AM

[PD7-03] 眠れる ICUを目指して –主観的睡眠評価を用いた睡眠ケアの改善にむけて–

○乾 茜¹、卯野木 健^{2,1} (1. 医療法人溪仁会 手稻溪仁会病院、2. 公立大学法人 札幌市立大学 看護学部看護学科)

9:50 AM - 10:10 AM

[PD7-04] ICU患者が体験する、“Discomfort”に焦点を当てた QIの取り組みについて

○佐々木 亜希¹ (1. 札幌医科大学附属病院)

10:10 AM - 10:30 AM

9:00 AM - 9:25 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:30 AM 第3会場)

[PD7-01] Quality Indicatorを用いて看護の質を可視化するー持続可能なQI活動について考えるー

○河原 良美¹、野村 慶子¹、土肥 智史¹、坂本 涼¹、西村 李依¹、田中 佑季¹、山本 祐子¹、伊藤 奈々¹ (1. 徳島大学病院 看護部)

Keywords: Quality Indicator、看護の質、持続可能

クリティカルケア看護は、急激な生命の危機状態に対して専門性の高い看護ケアを提供することで、生命と生活の質（Quality of Life, QOL）の向上を目指すことと定義されている。患者への最善を考え、看護を計画し、実施、評価、改善を繰り返すことで持続的な看護を実現している。チーム医療の推進により、個人で一連のプロセスを展開することは少なくなったが、直接的に提供される看護はやはり個人に委ねられるのが現状である。個人の考える最善は、既存の知識や経験、価値観、過去の体験等に大きく影響される傾向にあり、必ずしも質の高い看護であるとは限らない。また、看護は個人で完結するものではなく、メンバーを交代しながらバトンを繋ぐリレー形式で連鎖的に展開され、その構造・過程・成果が看護の質を決定することとなる。その中で、Quality Indicator (QI)を用いた看護の数値化は、最善の看護の方向性を示し、チームとして提供する看護の質評価・改善活動に大きく役立つ。当院では、2015年よりICUで、2021年よりHCUでQuality Indicator (QI)による看護実践の数値化による質改善活動に取り組んでいる。導入の契機は、自分達のつなぐ看護実践の評価が主観的かつ不確かであり、水準さえ明確になっていないという現実と直面したことである。当院のQI活動の特徴は、ケアチームという小規模での主体的活動により、ベッドサイドレベルでの小さな質改善活動がタイムリーかつ効率的に展開されることであり、これらの活動の集積により組織としての看護の質向上を目指していることにある。QIには、抑制実施率や離床到達率等があるが、Richmond Agitation- Sedation Scale(RASS)やConfusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) などアセスメントや情報共有に用いるスケール評価の信頼性をみるものや、患者－医療者の短期目標共有率なども設定している。医療の高度化や複雑化、Evidence-Based Medicine (EBM) の概念の普及により、様々なガイドラインやプロトコル、バンドル介入が推奨されている。看護実践に取り入れることで最善の看護を試みることは可能であるが、QIを用いることでその効果を可視化し、質の向上を図ることが期待できる。近年、QIを活用した質改善活動は注目されているが、難しそう、面倒、周囲との熱量に差があるなど様々な課題を抱えている方も少なくない。当院の活動の実際と課題を共有することで、サステナブルなQI活動について考える機会としたい。

9:25 AM - 9:50 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:30 AM 第3会場)

[PD7-02] Quality Indicatorの要件「RUMBA」と当院ICUにおける具体的なQI

○相川 玄¹、嶋崎 千絵¹、小林 大夢¹、佐藤 雅子¹ (1. 筑波大学附属病院 集中治療室)

Keywords: Quality indicator、RUMBA

近年、質の指標（Quality indicator: QI）を用いた組織改革が多くの施設でおこなわれている。本邦においても全国的に広まりつつあり、日本病院会におけるQIプロジェクト事業に参加する医療施設も年々増加している。QIは組織の質を「見える化」し、その質をより向上していくための重要なツールである。しかしその一方で、QI測定には多くの人員や時間といったコストを費やすため、測定をおこなうスタッフはQIに対して抵抗感を示す者も少なくないだろう。実際に当院ICUにおいてもQIの測定は通常業務+αの力が必要であり、手間がかかると思われがちである。おそらく一部のスタッフには、測定に対して消極的になっている者もいるに違いない。QIの測定はおこなわれているものの、果たしてその採用したQIはスタッフに受け入れられているのだろうか。当院ICUでは看護の質向上のためにPADIS、感染、リハビリ、皮膚、コンフォートケアなどのチームを結成している。各チームがそれぞれの分野に適したQIを採用し、ベッドサイドケアの合間合間で日々前向きに観察、もし

くは後ろ向きに電子カルテから情報を掻き集めデータを蓄積している。PADISチームでは主に患者の痛みや不眠に耳を傾け、感染チームでは看護師の手指衛生遵守を監査している。またリハビリチームは離床がどれだけ積極的におこなわれているかをチェックし、皮膚チームにおいては褥瘡・医療関連機器圧迫創傷・スキン-テア・失禁関連性皮膚炎といった皮膚傷害の発生を観察している。さらにコンフォートケアチームにおいては最近注目されている口渴感の調査をおこなっている。各チームは集めたデータをまとめて図表として「見える化」し、毎月の病棟会において具体的にフィードバックをおこない、スタッフ全員に自部署の現状を把握するよう、また次のケアをより質の高いものにできるように働きかけている。この活動が始まり10年目となるが、開始当時イニシアチブを取っていたスタッフが去っていった今でも活動を継続できているのは、その必要性を現在のスタッフの多くが理解していることと、採用したQIが「RUMBA」の法則に適合しているからだろう。RUMBAとはQIの要件であり、それを踏まえたQIを採用しなければスタッフに受け入れられない可能性が高い。

本ディスカッションにおいては、このRUMBAについて概説するとともに実際に当院ICUで採用している具体的なQIを紹介しつつ、当院の課題を見出しながら会場の皆様とQIの可能性について考える機会としたい。

9:50 AM - 10:10 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:30 AM 第3会場)

[PD7-03] 眠れるICUを目指してー主観的睡眠評価を用いた睡眠ケアの改善にむけてー

○乾 茜¹、卯野木 健^{2,1} (1. 医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院、2. 公立大学法人 札幌市立大学 看護学部看護学科)

Keywords: 睡眠評価、睡眠の質

当院集中治療室では、2021年より日本語版 Richards-Campbell Sleep Questionnaire(RCSQ)を用いた睡眠の質指標を測定している。そもそも、なぜ睡眠について測定するようになったかということ、2019年から取り組んできた「せん妄予防ケアの見直し」がきっかけであった。まず、最初に行ったのはせん妄発症率の測定であった。しかし、せん妄発症率を測定するには、2つの課題があった。まず、評価対象の基準が決まっていないこと、そして、そもそも評価方法が決まっていないということであった。そこで、評価基準、評価方法を確立し、せん妄発症率が測定できるようになった。次に行ったのは、そのデータを利用した、せん妄発症の要因分析であった。その結果、せん妄患者の約8割が、睡眠障害を持つことがわかった。睡眠障害はせん妄の誘発因子であり、また、同時にせん妄それ自体の症状であるから、睡眠障害が必ずしもせん妄を誘発するかは不明であるが、眠れないこと自体がせん妄を誘発すると考えるのは妥当だと考えた。睡眠障害は、ICUという特殊な環境の中で常に課題としてあげられるものの、環境を考えると十分睡眠が取れないのは仕方ないと考えてしまう傾向がある。本当に仕方ないのか、看護ケアで睡眠の質を高めることはできないのか。そもそも、本当に患者は眠れていないのか、まずはその実態を探るべく2021年よりRCSQを用いた評価を開始した。最初は、睡眠の質をどの様に測定すればいいのか頭を抱える状況であった。看護記録から患者の睡眠状況を抽出しデータとする案や、睡眠ケアバンドルを用いたケアの実践と看護師の意識の変化を見る案など多彩なアイデアは挙がったが、継続的に指導を受けていた大学教員から「現状がわからないと向かう先もわからない」とアドバイスを受けた。つまり、現状とは患者の睡眠の実態であり、看護師が認識する睡眠状況ではなく、その実態を測定しなければ看護ケアの効果を評価することも不可能であるという示唆を受けた。現在もRCSQに関するデータの収集に加え、分析を行っている。CAM-ICUの導入など、スタッフ全員が同じ評価ツールを使用し、繰り返し評価することは、せん妄に対する観察力の向上に繋がった。同時に病棟スタッフ病棟全体がせん妄の早期発見、早期対応への空気が流れるようになったと感じた。これも、指標を活用する事による効果だと感じている。しかし、課題も山積している。本発表では、これまでの取り組みに加え、今後の展望も含め、共有できれば幸いである。

10:10 AM - 10:30 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:30 AM 第3会場)

[PD7-04] ICU患者が体験する、“Discomfort”に焦点を当てた QIの取り組みについて

○佐々木 亜希¹ (1. 札幌医科大学附属病院)

Keywords: discomfort、口渇、呼吸困難感

日々、患者と関わる中で、「喉が乾いた」「水が飲みたい」「寝られない」「酸素が足りない感じがする」「お腹がすいた」「暑い」「寒い」「寂しい」「不安」など患者の discomfortな表出を耳にする機会は多くはないだろうか。

私達は、患者が体験する discomfortをどのくらい理解する事ができているのか。日々のケアを通して、疑問に感じる事がある。なぜなら、患者の表出する discomfortsは、優先順位が低い事柄として扱われてしまう場面に遭遇するからである。私達は患者の discomfortを過小評価していないだろうか。そして、私達が想像している以上に、患者の discomfortは多く、深刻度も強いと考えられる。

人工呼吸器管理を要する患者の discomfortの原因は、疼痛、呼吸困難感、口渇、睡眠不足、不安、自由がないこと、コミュニケーションが取れない事と言われている(Schmidt et al. 2014)。身体的な要素だけではなく、「騒音」「明るい」「面会の制限」「電話ができない」「情報がない」など ICUの環境や制限なども、discomfortの要因となっている(Baumstarck et al. 2019)。

口渇は、ICUに入院している患者の約80%が経験する症状であり、口渇の苦痛は中等度である事が言われている(Puntillo et al. 2010)。また、持続する口渇、喉の渇きは、せん妄に移行する可能性がある事が示唆されており(Sato et al. 2019)、口渇ケアは患者の discomfortへの介入と共に、せん妄予防の一貫にもなる事が考えられる。しかし、当院 ICUでの口渇ケアは、統一されたケアはなく、看護師判断に委ねられているのが現状である。人工呼吸器管理を要している患者の、約半数は呼吸困難感を感じており(Schmidt et al. 2014)、また、多くの患者がその時の記憶を苦痛やストレス体験として覚えている(Rotondi et al. 2002)。呼吸困難感とは患者の恐怖となり、後の PTSDの原因となり得る可能性がある。呼吸困難感を改善するためには、観察した内容を評価する事が重要である。しかし、疼痛の評価のように、呼吸困難感を経時的評価した報告は殆どない。

当院の患者においても、呼吸不全患者のリハビリテーションやウィーニングを行う際に、呼吸困難を訴える患者が多くいる。ベッドサイドに近い看護師が、呼吸困難感をタイムリーに評価することによって、患者の苦痛を最小限にすることが可能と考えられる。

今回そこで私たちは、患者の discomfortの症状の一つである、口渇と呼吸困難に着目し、2021年12月より、口渇のスコアリングと、2021年に日本語に翻訳された、日本版 Japanese version of Respiratory Distress Observation Scale(RDOS) (Sakuramoto et al. 2021)を用いて、呼吸困難感のスコアリングを開始した。評価のために看護師への学習会の開催、評価の開示等を行い、患者の苦痛に着目した看護師の意識を向上させる働きかけを行った。

今回、この2つのスコアリング導入に至るまでの経緯と、スコアリングの結果、実際の活動内容及び QI測定における障壁について報告する。

パネルディスカッション

[PD8] チームで行う早期リハビリテーション -それぞれの役割と課題-

座長:宮本 毅治(純真学園大学)

山口 典子(長崎大学病院)

演者:長坂 信次郎(藤枝市立総合病院)

若松 弘也(山口大学医学部附属病院 集中治療部)

宮川 幸大(小倉記念病院 リハビリテーション課)

楠川 翠里(国立循環器病研究センター)

Sun. Jun 12, 2022 10:10 AM - 11:30 AM 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[PD8-01] チームで行う早期リハビリテーション

ー看護管理者の立場からチーム医療について考えるー

○長坂 信次郎¹ (1. 藤枝市立総合病院)

10:10 AM - 10:30 AM

[PD8-02] 早期リハビリテーションにおける医師の役割と課題

○若松 弘也¹、藤本 理恵¹、倉増 栄子¹、小西 尚則²、金井 和明² (1. 山口大学医学部附属病院 集中治療部、2. 山口大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

10:30 AM - 10:50 AM

[PD8-03] 当院の心臓血管外科における取組みについて

○宮川 幸大¹ (1. 小倉記念病院 リハビリテーション課)

10:50 AM - 11:10 AM

[PD8-04] 患者の自己効力感を高める早期離床への取り組み

○楠川 翠里¹ (1. 国立循環器病研究センター)

11:10 AM - 11:30 AM

10:10 AM - 10:30 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:10 AM - 11:30 AM 第6会場)

[PD8-01] チームで行う早期リハビリテーション

ー看護管理者の立場からチーム医療について考えるー

○長坂 信次郎¹ (1. 藤枝市立総合病院)

Keywords: リハビリテーション、チーム医療

重症症例に対して総合的・集中的な治療を行う集中治療室（以下、ICU）では、「生命の危機に瀕した重症患者を、24時間を通した濃密な観察のもとに、先進医療技術を駆使して集中的に治療する」とともに、近年チーム医療により様々な職種がその専門性を発揮し始めている。2017年には集中治療医学会より「集中治療における早期リハビリテーションー根拠に基づくエキスパートコンセンサス〜ダイジェスト版」が発行され、2018年の診療報酬改定で始まった「早期離床・リハビリテーション加算」により、集中治療室における早期リハビリテーション医療が注目を浴びている。しかし、早期リハビリテーションは私が看護師になった30年前より取り組まれており、ベッドサイドで行う関節可動域訓練、体位排痰ドレナージ・気道クリアランス手技、術後歩行など廃用症候群の予防として早期離床が重要とされていた。しかし、多くの施設では「急性期は安静」という概念と早期離床に伴うリスクを受容して、積極的な実践が普及していたというには及ばなかった。当ICUでは、2018年の診療報酬改定から「早期離床・リハビリテーション加算」を導入し、医師や認定看護師、理学療法士が協働して早期離床・リハビリテーションを実施することができた。ICUの朝カンファレンスでは、ICU担当医および各診療科医師、ICU看護師、理学療法士、薬剤師、管理栄養士、臨床工学技士が参加し、臨床病状と治療検討をするとともに、ガイドラインを参考に作成された段階的なリハビリテーションプログラムについてディスカッションをし、早期離床・リハビリテーションの方針を確認・検討、決定を行う場となった。ICUでのリハビリテーションにおけるチーム医療は、「医療の質」向上に貢献できることを期待されている。早期離床・リハビリテーションを多職種チームとして形成する上で、看護管理者としての立場からその課題について述べる。

10:30 AM - 10:50 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:10 AM - 11:30 AM 第6会場)

[PD8-02] 早期リハビリテーションにおける医師の役割と課題

○若松 弘也¹、藤本 理恵¹、倉増 栄子¹、小西 尚則²、金井 和明² (1. 山口大学医学部附属病院 集中治療部、2. 山口大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

Keywords: リハビリテーション、チーム、医師

早期離床・リハビリテーション加算導入により、当施設でも多職種連携が進み、①リハビリテーション実施率の向上、②車椅子や歩行でのICU退室の増加、③呼吸器装着患者のリハビリテーションの増加などの成果がみられた。これは、理学療法士、看護師、医師によるチームの形成によるところが大きい。

チームとして機能を高めるためには、チームメンバー同士の情報の共有化は欠かせない。当施設では、毎朝ICU医師、各診療科担当医、理学療法士、看護師などが参加するカンファレンスを行っている。カンファレンス時に、医学的側面から全身状態を評価してリハビリテーションの適応を判断し、多職種でリハビリテーションのプランニングを行うが、医師はその中心的役割を担っている。

一般的に、ICUでの早期リハビリテーションにおける医師の役割には、①早期リハビリテーションの適応の判断、②リハビリテーションの処方および実施計画書の作成、③リハビリテーションのプランニング、④リハビリテーション実施の支援、⑤リハビリテーション実施中のリスク管理、⑥リハビリテーションスタッフの適切な配置、⑦育成と指導などがある。リハビリテーション中の緊急対応など医師が全面的に対応を求められることもあるが、これら医師の役割は、理学療法士、看護師の役割と重なる部分も多い。この役割をどのように分担していくのかは大きな課題だと思われる。

「働き方改革関連法」が2019年より施行されたが、医師の勤務環境を他職種と同等に扱うと医療崩壊をきたすことが危惧され、施行は2024年に先延ばしとなった。救急医療など緊急性の高い医療を提供する医療機関での労働

時間の上限は、年1,860時間以下／月100時間未満と過労死ラインの2倍まで認められるが、それでも2年以内にすべての医師がそれを遵守するのは難しいといわれている。日本の人口あたりの医師数は、先進国30カ国中の26位と少なく、医療費抑制に向けて医師数がコントロールされている現状において、この問題を解決するのは困難である。このような環境でも、患者へのきめ細かなケアによる医療の質を向上させるためには、医師だけでなく多様な職種の連携によりチームで医療を提供することが求められる。リハビリテーションをチームで実践するためのポイントは、理学療法士、看護師などの医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できる仕組みを整えることだと考えている。当施設でのリハビリテーションの成功は、能動的なスタッフに支えられている。

チーム医療において、医師はリーダーシップを発揮することが求められているが、すべての医師にその資質があるかは甚だ疑問である。リーダーがどう行動するかと同じくらいフォロワーがどう行動するかは大事であり、看護師は模範的なフォロワーとして、質の低いリーダーをコントロールするボス・マネジメントができるとよいだろう。当施設のスターフォロワーに私がどのようにマネジメントされているかも紹介したい。

10:50 AM - 11:10 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:10 AM - 11:30 AM 第6会場)

[PD8-03] 当院の心臓血管外科における取組みについて

○宮川 幸大¹ (1. 小倉記念病院 リハビリテーション課)

Keywords: 早期離床・リハビリテーション、心臓血管外科、チーム医療

当院では2020年1月よりICU入室中の心臓血管外科の患者について早期離床・リハビリテーション加算の算定を開始した。早期離床・リハビリテーションの目的は、集中治療室において、より質の高い医療を提供するため、多職種による早期離床の取り組みを入室後早期から行うこととされており、各職種の専門性を活かし、協働して患者と向き合うことがチームとして求められている。

当院の心臓血管外科術後における転帰（自宅退院、転院）や歩行自立獲得までの日数、在院日数に関連する因子を検討したところ、術後因子（挿管時間、合併症の有無、歩行開始までの日数など）だけでなく、術前因子（栄養状態、フレイル、患者背景など）がより多く関連していることがわかった。このことから、術前より関連因子を把握し介入を行うことが、術後の早期離床に向けたチームの取り組みを円滑に行うために必要になってくると思われる。そのため当院では外来の段階より多職種による取り組みが始まっている。

術前については、特に栄養状態やフレイル、家族の介護力の問題の有無を術前に評価し把握しておくことで、術後のリハビリの頻度や離床時間を増やす対策などを術前の段階で立てることができるとともに、術前より介入を始めることで、術後のリハビリをよりスムーズに進めることができると思われる。

術後については、速やかに離床を図り、歩行を開始し、運動耐容能を再獲得していく取り組みを行うことがチームに求められており、術後リハの第一歩として初回離床を成功させることが、その後の離床をスムーズに進めていくために大切になると思われる。

当院では日本集中治療学会が提唱している「早期離床や早期からの積極的な運動の開始基準」に準じて離床開始基準を作成している。できる限り離床開始の基準値を満たした状態にて安全に離床を行うことを心がけている。ガイドラインでは心臓血管外科術後について術後4日目に歩行自立を目指すプログラムが標準とされている。現在の当院心臓血管外科術後の歩行自立獲得までの日数は3～5日となっており、概ね達成できており、チームとしての取り組みの一応の成果が得られているものと思われる。

今後の検討事項として、早期離床・リハビリテーション加算算定対象患者の拡大と理学療法士のICU専属配置の必要性の検討が挙げられる。

11:10 AM - 11:30 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:10 AM - 11:30 AM 第6会場)

[PD8-04] 患者の自己効力感を高める早期離床への取り組み

○楠川 翠里¹ (1. 国立循環器病研究センター)

Keywords: 早期離床、自己効力感

【はじめに】A病院 ICUは心臓血管外科が専門であり、手術の低侵襲化による患者の高齢化から術後は、不安定な循環動態や疼痛、安静度制限などから離床が困難となる場合がある。これらの要因に対応して、患者の早期離床を進めるため、2018年より多職種からなるチームを結成した。集中治療における早期リハビリテーション「根拠に基づくエキスパートコンセンサス」では、ICUの看護師の役割に「患者教育と心理的援助」「多職種連携の調整」があると述べられている。また、患者の早期離床を促進するため身体面だけでなく精神面についてのリスクを予測し、活動に必要な情報をチームで共有することで、多職種チームと患者を繋ぐことも集中ケア認定看護師の役割である。今回、患者の自己効力感に着目し早期離床を促進できた事例を振り返り、集中ケア認定看護師の役割と今後の課題について考察する。【ケアの実際】A氏50代男性は、人工血管感染により全弓部置換の再手術、頸部食道瘻造設、胃瘻造設を行った後ARDSを発症した。介入計画①早期離床と人工呼吸管理からの離脱の2つが課題であったが、チームで話し合った結果、早期離床は人工呼吸管理離脱を促進する可能性が示唆されていることから早期離床を中心とした介入をすることに決定した。人工呼吸器のウィーニングは医療者には回復の兆候と捉えることができるが、患者には変化が捉えにくい。一方、離床が進むことは患者自身が回復を実感でき、それが自己効力感につながることで心理的援助になると考えた。②術前からベッド上安静であったA氏に対して、病棟で理学療法士が行うリハビリテーションだけでは不十分であると考えた。そこで多職種で行う歩行リハビリテーションに加え、スクワットや足踏みなど看護師によるリハビリテーションを理学療法士と計画した。また看護計画の提示方法を工夫し、看護師間で統一したケアが実践できるよう支援した。そして目標評価の際は、スタッフと一緒に看護計画の遂行状況や目標の達成度について整理したのち、理学療法士と相談の場を設けることで、スタッフが中心となって看護計画を検討できるよう調整した。早期離床を進める過程で、人工呼吸器のウィーニングも徐々に行われ、術後33日目に人工呼吸管理を離脱した。そして術後37日目には歩行器を使用し200m歩行が可能となり、術後41日目にICU退室となった。【考察】①早期離床を中心とした介入は、A氏の自己効力感に影響し歩行までの離床が達成できたと考えられる。A氏の全身状態から長期の療養になること、それが更なる精神的負担となり得ることが予測された。自身で「情けない」と否定的な気持ちを吐露されたことに対して介入をしたことで、制限の中で患者の「できる」を支えたことは精神的負担軽減の一助になったと考える。また、A氏は「みんなが頑張ってくれているのがわかるから、自分も頑張らないといけないと思う」と話された。A氏が多職種による支援を認識できたことも、自己効力感を高めることに繋がったと考える。②人工呼吸器を装着した状態で歩行リハビリテーションを行うため、多職種との時間調整や全身状態、離床の進行状況の共有は必須である。しかしそれに留まらず、歩行を可能にする準備を行うために多職種とスタッフの間に入り、連携を調整することも集中ケア認定看護師に必要な役割である。スタッフも交えて、患者に必要なリハビリテーションの内容とそれを可能にする方法を検討することで、絶え間ない離床の支援に繋がったと考える。今後もチームと患者、チームとスタッフの橋渡しの役割を果たすことで、患者の早期離床を促進する必要がある。【結語】集中ケア認定看護師として、患者の自己効力感に着目し心理的援助を行うと共に、チームで協働し介入方法を検討、調整することが患者の早期離床を支えている。

パネルディスカッション

[PD9] クリティカルケアにおける超高齢患者と家族に対する看護実践

座長:矢富 有見子(国立看護大学校)

吉田 嘉子(国立病院機構別府医療センター)

演者:丸谷 幸子(名古屋市立大学病院 看護部)

松波 由加(済生会山口総合病院)

吉里 美貴(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

菊池 亜季子(日本赤十字社医療センター 救命救急センター)

Sun. Jun 12, 2022 10:40 AM - 12:00 PM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[PD9-01] 超高齢者と家族の現状とクリティカルケアにおける課題

○丸谷 幸子¹ (1. 名古屋市立大学病院 看護部)

10:40 AM - 11:00 AM

[PD9-02] 超高齢患者の身体・精神機能の変化に対応するためのアセスメントと看護ケア

○松波 由加¹ (1. 済生会山口総合病院)

11:00 AM - 11:20 AM

[PD9-03] 急性期病院における認知症ケア実践に向けて

○吉里 美貴¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

11:20 AM - 11:40 AM

[PD9-04] 超高齢患者を支える家族への看護実践における課題と実際、展望

○菊池 亜季子¹ (1. 日本赤十字社医療センター 救命救急センター)

11:40 AM - 12:00 PM

10:40 AM - 11:00 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:40 AM - 12:00 PM 第9会場)

[PD9-01] 超高齢者と家族の現状とクリティカルケアにおける課題○丸谷 幸子¹ (1. 名古屋市立大学病院 看護部)

Keywords: 超高齢患者、家族看護

我が国は高齢化率28.7%(2020年)という超高齢社会であり、世界で最も高い状況にある。集中治療室に入室する高齢患者も増加しており、私の働く施設でも85歳以上の高齢者の入室数は、2017年の79名（うち予定入室5名）から2021年には124名（うち予定入室27名）であった。緊急入院などのやむを得ない状況だけでなく、予定手術による入室も増えている。厚労省の体力・運動能力調査の結果によると、高齢者の身体機能は20年前より5歳ほど若返っており、また「高齢者とは何歳から」という質問に対し、75歳以上と答えた割合が20年前の25.1%から2014年は48.8%になっている。こうした身体機能の向上や高齢者という枠組みの変化は積極的な治療という選択肢につながっていると考える。医療の進歩も治療の可能性を拡大している。近年積極的に行われている経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）や血管内動脈瘤修復術（EVAR）はこの代表的なものと見える。また、加齢に伴い心不全の発症は増加するため、心不全治療のために集中治療室に入室する超高齢者も増加している。高齢者の治療の可能性が広がったことを喜ばしく思う反面、「よかった」と必ずしも思えない事例も存在する。手術は無事に終了したが、患者は術後せん妄を生じ、なかなか回復せず、入院期間が長くなっている間にADLは低下し、自宅退院が困難となり・・・こういった事例をしばしば経験する。このような事例では、患者の意向を確認し、治療の選択をどうするか話し合うことが必要となる。しかし、超高齢者は病態の悪化やせん妄により意思を明確に示せない場合が多い。クリティカルケア分野に限らず、超高齢者は本人が疾病や予後を知らず、希望する死の迎え方ができていないこと、家族の意向で治療の選択がなされていることなどが報告されている。クリティカルケアの場合は終末期が見えにくく判断が難しいが、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に沿って患者の望む治療やケアの方針を患者・家族、多職種で考え、選択することが大切である。また、たとえ認知症や病状の悪化があっても、調子のよい時に患者と話し、本人が理解しやすい説明を行い、患者の思いを知ること、日々のケアの中で患者の表情や反応を観察し、今行われている治療や看護ケアが患者の苦痛につながっていないか見極めるよう努める。患者の意向に沿ったケアにつなげるためには家族支援も重要である。家族は代理意思決定者としての役割を担うが、患者が生命の危機状態にあるという不安を抱えながら命に関わる代理意思決定をしなければならず、強いストレスにさらされている。家族背景も多様化しており、代理意思決定を担う家族が一人しかいない、家族も高齢者である、という家庭も多い。これは思いを語り合い、代理意思決定について話し合う相手が存在しないということである。看護師はその心情に寄り添いつつ、家族が患者の意向に沿った治療を選択できるよう支援する必要がある。2011年に発表された「集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針」は家族の悲嘆に寄り添い、代理意思決定を支えるための指針である。この指針に沿って実践し、組織的に患者家族を支えることが重要である。私たちの超高齢者看護は次代につながっていく。今回の交流集会では、後期高齢者とその家族が安心して受けられるクリティカルケア看護を検討したいと考えている。

11:00 AM - 11:20 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:40 AM - 12:00 PM 第9会場)

[PD9-02] 超高齢患者の身体・精神機能の変化に対応するためのアセスメントと看護ケア○松波 由加¹ (1. 済生会山口総合病院)

Keywords: 超高齢患者、看護ケア

90歳以上の超高齢者は、加齢変化により様々な身体機能が低下する。具体的には、呼吸筋力・咳嗽力の低下や心拍出量の減少などにより呼吸・循環系の機能が低下している。また、細胞内液の減少により脱水になりやすいが、輸液負荷によって心負荷は増大しやすい。更に、免疫細胞数の減少やストレスに対する抵抗力の低下により

免疫機能も低下しているため易感染性の状態にある。そのため、病態が重症化しやすく、回復が遅延するだけでなく、様々な合併症を生じやすい。そして、このような身体機能の低下は、生体反応を鈍化させるため疾患の典型的な症状を認めない、また症状の発現を遅延させる。精神機能の加齢変化では、認知機能低下や流動性知識の低下による記憶力・問題処理能力の低下を認める。また、コミュニケーションの特徴として、流暢さが低下し、話しが脱線しやすくなる。このような精神機能の低下は、患者から主観的情報を的確に収集することを難しくさせる。

加齢による身体・精神機能の低下によって生じる疾患の症状発現の遅延や消失、主観的情報の不足によって、異常の早期発見や臨床推論の展開が困難となる。そのため、超高齢患者のアセスメントでは、患者からの主観的情報だけでなく身近な関係者からも普段の様子について情報を収集することが必要である。また、身体症状は全体的に確認し、1つ1つの症状は多面的に捉えなければならない。そして、集めた情報をもとに患者の全体像を把握して健康上の問題を抽出し、対処すべき優先順位を判断しなければならない。

超高齢患者に対するケアは、病状を早期に安定させ、合併症を予防することと早期にリハビリテーションを開始し、廃用症状の発現を防ぎ日常生活の再獲得を目指すことである。そして、抵抗力、耐久力、回復力が著しく低下した超高齢患者に対して、このようなケアを提供するためには様々な専門職による集学的アプローチが必要である。また、急性期では患者の救命や回復が最優先となり医療者主導のケア提供となりやすい。しかし、変化や時間経過が早い急性期ケア提供の場面でも超高齢患者は、医療者とは違う時間の流れ、患者独自の生活環境が存在している。これは、長年の生活パターン、信念・智恵、経験などによって確立されたものである。救命が最優先されるケア提供場面であっても患者独自のこのような時間の流れや生活環境を軽視してはいけない。

急性期ケアから回復期・慢性期ケアへと移行する場面では、病棟との連携強化が必要である。超高齢患者は、急性期を脱しても合併症を生じやすく、病状が悪化するリスクを抱えている。そのため、急性期での看護ケアを一般病棟でも継続しなければならない。そこで、病棟と連携し継続看護を行うために情報共有とコミュニケーションが重要となる。療養環境を整えるための詳細な情報を診療録だけでなく、カンファレンスや病棟訪問など双方向の情報交換が行える場をつくる必要がある。また、超高齢患者は「人生の最終段階」に在ると捉えることができる。そのため、患者のQODの質向上を目指すために治療に関する情報だけでなく、患者の生活環境に関する細やかな情報を共有することも重要となる。

このように、身体・精神機能が低下した超高齢患者に対し、急性期看護を提供しながらも患者独自の生活環境を尊重した関わりを行うためには、アセスメント力だけでなくアドボカシー、責務、協力、ケアリングという倫理的看護実践の高い能力が必要だと考える。

11:20 AM - 11:40 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:40 AM - 12:00 PM 第9会場)

[PD9-03] 急性期病院における認知症ケア実践に向けて

○吉里 美貴¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: 急性期病院、超高齢者、認知症ケア

高齢者社会白書によると2020年の高齢化率は28.8%であり約3.9人に1人が75歳以上という超高齢化社会を迎えている。加齢は認知症発症のリスク因子であり、65歳以上の高齢者における認知症の有病率は2015年の15.7~16.0%から2035年には22.0~25.4%にまで昇ると推測されている。これに伴い急性期医療を必要とする認知症高齢者の増加が予測される。

「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」日本老年看護学会の立場表明2016の中で、「人々は、自身が望む最前の急性期医療を受ける権利を有する。これは、認知症高齢者においても、なんら妨げられることのない、基本的な権利である。」とし、急性期病院医療を受ける認知症高齢者とその家族の安心と安寧を保障する看護を推進している。また、2016年度診療報酬改定では、一般病院における認知症患者への適切な医療の提供や認知症ケアの質向上を目的とした、「認知症ケア加算1・2」が新設され、一般病院における看護師の認知症ケアに対する知識や技術の向上が期待されている。しかし、急性期病院に入院する認知症高齢者は環境の変化や身体症状、治療の開始の中で混乱を生じやすいため、治療や入院生活の継続が困難となり、ケアに苦手意識を持つ看護

師も少なくない。看護師が認知症看護に良いイメージを持つためには、成功体験の積み重ねが重要だと考える。認知症看護実践において、大切な視点は「患者が安心感を得られること」である。急性期病院という限られた環境の中で患者が安心感を得るためには、記憶や見当識障害の程度、身体的要因、心理的要因、環境要因の側面から根底にある患者の思いを推測し、反応を見ながらの関わりが必要である。また、認知症高齢者には、入院の目的となる疾患回復に向けたケアと認知症症状を悪化させないためのケアが求められる。

急性期病院において看護師が認知症看護にやりがいを感じ、根拠あるケアを実践していくための取り組みや今後の課題について認知症看護認定看護師の立場から考えたい。

11:40 AM - 12:00 PM (Sun. Jun 12, 2022 10:40 AM - 12:00 PM 第9会場)

[PD9-04] 超高齢患者を支える家族への看護実践における課題と実際、展望

○菊池 亜季子¹ (1. 日本赤十字社医療センター 救命救急センター)

Keywords: 高齢患者、家族看護

医療の目まぐるしい発展とともに、ICUや救命救急センターなどクリティカルケア領域においても、超高齢患者の入室は増加している。近年は超高齢者が独居で自立した生活をしていることも多く、家族はその現状を知らないまま急な入院となる場面もある。平均入院日数の減少、早期退院に向けた支援は、クリティカルケア領域においても重要視されており、在宅療養をさらに拡大していくうえで家族の理解や支援は重要となる。そのような背景から、退院支援や心理的支援において家族への看護実践の重要性はさらに増してきている。

家族への看護実践における課題として、患者と家族が必ずしも同居しているとは限らず、超高齢者が独居で厳しい生活状況にあることを家族が知らないことが挙げられる。家族は、入院を機会に生活がままならない様子であったことを患者の家屋から目の当たりにすることもある。また、集中治療を要する生命の危機的状況の中で、超高齢者本人の意思が伝えられない状況下においては、家族が代理意思決定を迫られる場面も少なくない。そこに加えてコロナ禍における入院中の面会制限という物理的距離が生まれ、家族の不安のみならず、看護師にとっても代理意思決定支援が難しい現状がある。生命の危機を脱することができ、スムーズな退院・転院を目指す上でも、患者本人の状態が家族から見て支援が可能な段階かについても面会の制限から、総合的な判断を難しくさせている。

これらの課題は、早期退院・地域連携を推し進める社会背景の中で重要とされている一方、看護師の自助努力に任せられている現状もある。当院 ICUではハイリスク手術前の術前訪問、そして早期リハビリテーションの介入、家族との面会の工夫によって家族支援を行なっている。緊急入院が多い救命救急センターにおいては、入院時オリエンテーションを家族支援の好機と捉え、現状の不安を伺いながら、今後の予測や介護保険申請の提案、MSWの紹介を行なっている。そして長期入院が予測される場合や、不安が強く支援が難しい家族などに対する電話対応（Familyコール）の導入を行なっている。経済的状況や遠方につき直接支援が難しい状況なども確認し、MSWや退院調整部門との密な連携、そして心理支援が必要なご家族への臨床心理士の紹介などを担当医と相談しながら看護実践につなげている。専従理学療法士との協働で早期リハビリテーションの介入、普段の様子をFamilyコールで伝え、家族のイメージと実情のギャップを埋める、看護の専門性を生かした家族看護実践を行っている。

生命の危機状態にある患者の治療をそばで支援しつつ、危機を乗り越えた先の支援につなげる、予測した介入はときに複雑で困難であり、俯瞰的な視点が求められる。患者の身体状況を予測する知識や技術に加え、患者を支援する存在となりうる家族へ看護実践することは看護職のみでは難しい。リハビリテーション部門、退院調整部門、心理支援部門などとの日頃からの情報交換から必要な専門職との連携を進めていくことが、先を見据えた家族への看護実践の大きな一助となると考えている。

パネルディスカッション

[PD10] 意外と知らない？日常で行われる看護実践のピットフォール

座長:田村 富美子(聖路加国際病院)

門田 耕一(岡山大学病院)

演者:宮脇 奈央(国家公務員共済組合連合会 新別府病院)

竹田 智子(飯塚病院)

仮屋崎 通子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Sun. Jun 12, 2022 11:40 AM - 12:50 PM 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[PD10-01] GCS・JCSやMMT評価のピットフォール

○宮脇 奈央¹ (1. 国家公務員共済組合連合会 新別府病院)

11:40 AM - 12:05 PM

[PD10-02] 鎮痛・鎮静・せん妄スケールをケアに活かしたい～ピットフォールを回避するには～

○竹田 智子¹ (1. 飯塚病院)

12:05 PM - 12:30 PM

[PD10-03] DESIGN-R[®]正しくつけれている？

○仮屋崎 通子¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

12:30 PM - 12:50 PM

11:40 AM - 12:05 PM (Sun. Jun 12, 2022 11:40 AM - 12:50 PM 第6会場)

[PD10-01] GCS・JCSやMMT評価のピットフォール○宮脇 奈央¹ (1. 国家公務員共済組合連合会 新別府病院)

Keywords: GCS、JCS、MMT

生命の危機状態にある患者も来院する救急外来では、生命の危機状態を早期に認知し蘇生処置を開始するため、まず Primary Survey(ABCDEアプローチ)に沿って診療が開始される。そのため、意識障害患者でなくとも D:dysfunction of CNS(中枢神経異常)では Glasgow Coma Scale(GCS)または Japan Coma Scale(JCS)は必ず観察が必要となる。外傷診初期診療において GCS8点以下や GCS2点以上の急速な意識レベルの低下は切迫する Dと定義され蘇生処置を行い、Secondary Surveyの最初に CT撮影を行うこととしている。また、頭部外傷の重症度分類では GCS3～8点を重症、9～13点を中等症、14、15点を軽症としている。脳卒中ガイドラインでは、高血圧性脳出血の手術的適応や術式に関して JCSが使用されている。しかし、GCS、JCSは評価者によって差異があるという問題を散見する。そもそも、意識とは「外界からの刺激を受け入れ、自己を外界に表出することのできる機能」を意味している。「覚醒」「認知」「反応」の3つの要素があり「覚醒」は上行性網様体賦活系が、「認知」は大脳皮質が担っている。そのため、意識レベルの低下は脳幹の障害や広範囲の大脳皮質の障害を意味する。GCSは1974年に英国で外傷性脳障害による意識障害の評価スケールとして発表され、「開眼」「最良言語反応」「最良運動反応」の3側面を評価し、13段階120通りの組み合わせで評価される。先行文献では、E3/4、V4/5、M2/3/4/5の誤判定が起こりやすく、その原因としては、見当識障害の有無の判定、音声に対する開眼反応の判定、逃避と疼痛部位認識の運動の区別が挙げられている。JCSは GCSと同じ1974年に日本で頭部外傷や脳血管障害の急性期における脳ヘルニアの進行を評価するために開発された。GCSと比較し JCSは覚醒を中心に評価するため簡便であり医師、看護師だけでなく救急隊員なども習熟し、幅広い場面で使用されている。しかし、「JCS1:ほぼ意識清明」や「JCS20:大きな声で開眼」、「JCS10:呼びかけで容易に開眼」など評価者の主観に影響されるため評価者間での差異が生じる原因となる。これらの評価者間での差異や誤判定の原因を踏まえた上で、正しい評価を行う方法とポイントを提示したい。また、GCSや JCSと同様、脳血管障害を疑う患者に使用することの多い徒手筋力テスト (MMT) も評価者の主観によって患者の筋力を判定するため差異が生じやすい評価スケールである。MMTの誤判定は症状悪化の早期発見を妨げるだけでなく、転倒転落などの事故の発生や不必要な身体拘束の実施など患者へ多くの不利益が生じる恐れがある。MMTについても正しい評価方法を検討したい。

12:05 PM - 12:30 PM (Sun. Jun 12, 2022 11:40 AM - 12:50 PM 第6会場)

[PD10-02] 鎮痛・鎮静・せん妄スケールをケアに活かしたい～ピットフォールを回避するには～○竹田 智子¹ (1. 飯塚病院)

Keywords: 鎮痛スケール、鎮静スケール

人工呼吸器や体外循環装置の装着が必要な患者にとって、適切な鎮痛・鎮静管理が行われることは、患者の苦痛の軽減だけでなく、早期離床や合併症の予防にとって非常に重要である。近年多くの医療施設では、疼痛スケールとして Numerical Rating Scale(NRS),Behavioral Pain Scale(BPS),Critical-Care Pain Observation Tool(CPOT)。鎮静・せん妄に関するスケールとして、Sedation-Agitation Scale(SAS),Richmond Agitation-Sedation Scale(RASS),Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit(CAM-ICU), Ramsay Scale などを使用した患者管理が行われている。

2013年米国集中治療医学会より PADガイドラインが公表され、2018年には PADISへ改訂された。それとともにスケールを使用しての鎮痛・鎮静評価は、さらに有用性あるものと認識され、ICUに限らず多くの医療現場で定着するようになった。

鎮痛・鎮静スケールの定着により、疼痛の程度・鎮静の深度を測定し評価した結果は、バイタルサインと同等に重要な内容として記録されている。しかし記録された後、その内容は有効活用されているだろうか。

スケールを使用する目的は、患者を同じ指標で観察・評価し医療者間で共有することである。しかし実際はそれだけにとどまらず、患者が最適な状態で治療に向かうためのツールとして、治療・ケアに活用することが必要である。鎮痛・鎮静についても評価された内容が単独ではなく、ベッドサイドリハビリ、面会のタイミング、人工呼吸器離脱のタイミング、患者の希望や日常性の獲得など、全体的なスケジュールを考慮し管理されることが理想である。

鎮痛・鎮静スケールを使用する上でのピットフォールは、「測定・評価し、結果を記録に残す」という作業だけを繰り返し、その内容を有効活用せず終わってしまうことではないか。

当院 ICUでは患者の早期離床・合併症予防を目指す中で、鎮痛・鎮静管理をケアに活かすことを重要項目の一つとし、看護師の意識・知識・ケア実践の向上を目指した取り組みを行なった。その取り組みを紹介し、スケールを使用した評価をケアに活かすことについて検討したい。

12:30 PM - 12:50 PM (Sun. Jun 12, 2022 11:40 AM - 12:50 PM 第6会場)

[PD10-03] DESIGN-R[®]正しくつけれている？

○仮屋崎 通子¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: DESIGN-R[®]

褥瘡対策は2002年度に「褥瘡対策未実施減算」が施行され、2004年度には「褥瘡患者管理加算」、2006年度には褥瘡対策未実施減算が廃止され「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」が新設、2012年からは入院基本料に組み込まれることになりました。医療機関はすべての入院患者に対し褥瘡対策を実施することが必要となりました。つまり看護師にとって褥瘡のアセスメントを行うことが日常業務となったのです。その際に作成される褥瘡対策に関する診療計画書の中に褥瘡評価スケールとして DESIGNが組み込まれたことにより、多くの施設で使用されるようになりました。DESIGNとは2002年に日本褥瘡学会学術委員会が開発した褥瘡状態判定スケールです。その後経過と同時に重症度が見られるように、それぞれの項目の点数の重みづけが行われ、DESIGN-R[®]として公表されました。そして2020年、「深部損傷褥瘡（DTI）疑い」と「臨界的定着疑い」が追加され DESIGN-R[®]2020となりました。現在に至ります。クリティカル領域においては生命維持に関わる医療処置が第一優先となります。患者の多くは合併症のリスクを抱えており、循環動態の不安定な状況や治療に関連した医療機器装着による定期的な体位変換制限、褥瘡予防に必要と言われる30度以下の頭側挙上体位がクリティカル領域では人工呼吸器関連肺炎の発症リスクとなるため推奨されないなど褥瘡予防ケアが患者に提供できない時があります。褥瘡の治療にはまずは予防的ケア、発生した褥瘡には早期発見、適切な局所治療を行うことが大切です。適切な治療を行うためには褥瘡を評価し、褥瘡の状態に応じて創傷被覆材や外用薬を選択することが重要です。褥瘡の状態をきちんと評価することが、適切なケアにつながり治癒の促進が期待できます。当院では褥瘡を評価するためのツールとして DESIGN-R[®]を使用しています。しかし看護記録において褥瘡の状態を正しく評価できていないことが散見されます。2020年に褥瘡リンクナースを対象としたアンケートでは、DESIGN-R[®]の評価に自信があるかとの問いに「ある、とてもある」と答えた割合は0%、「ない、あまりない」は60%でした。また、褥瘡リンクナース対象に褥瘡回診時、褥瘡の創状態を見て DESIGN-R[®]で評価してもらい、皮膚排泄ケア認定看護師が評価したものを基準に7項目について、一致率を算定しました。褥瘡状態評価件数35件に対し、DESIGN-R[®]の採点の7項目全てが一致した割合は0%でした。なぜ DESIGN-R[®]で褥瘡の状態を正しく評価できないのでしょうか。当院でのクリティカル領域における DESIGN-R[®]評価の現状と問題点、今後について皮膚排泄ケア認定看護師の立場から考えていきたいと思います。

パネルディスカッション

[PD11] COVID-19患者におけるクリティカルケア看護の困難さへの挑戦！

座長: 明石 恵子(名古屋市立大学大学院看護学研究科)

吉田 紀子(獨協医科大学病院)

演者: 豊島 美樹(大阪市立総合医療センター)

津田 泰伸(聖マリアンナ医科大学病院)

中村 香代(国立国際医療研究センター病院)

山口 庸子(東京慈恵会医科大学附属病院)

Sun. Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:40 PM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[PD11-01] 重症 COVID-19患者への身体的・精神的苦痛緩和に必要な看護師の関わり

○豊島 美樹¹ (1. 大阪市立総合医療センター)

2:20 PM - 2:40 PM

[PD11-02] COVID-19患者家族へのケアを考える

○津田 泰伸¹ (1. 聖マリアンナ医科大学病院)

2:40 PM - 3:00 PM

[PD11-03] COVID-19対応から得た非日常に立ち向かうチームの力

○中村 香代^{1,2} (1. 元 独立行政法人国立病院機構 災害医療センター、2. 現 国立国際医療研究センター病院)

3:00 PM - 3:20 PM

[PD11-04] COVID-19患者におけるクリティカルケア看護の困難さへの挑戦！

－ COVID-19患者の急変対応の現状と課題－

○山口 庸子¹ (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

3:20 PM - 3:40 PM

2:20 PM - 2:40 PM (Sun. Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:40 PM 第10会場)

[PD11-01] 重症 COVID-19患者への身体的・精神的苦痛緩和に必要な看護師の関わり

○豊島 美樹¹ (1. 大阪市立総合医療センター)

Keywords: 重症COVID-19、身体的苦痛緩和、精神的苦痛緩和

当院は、病床数1063床を有する高度急性期医療を提供している大阪の基幹病院である。第一種・第二種感染症指定機関に登録されており、2021年4月までに重症 COVID-19患者を205人受け入れ、気管挿管が必要な患者は79.6%であった。人工呼吸管理中は、鎮痛鎮静薬を投与しているが、咽頭痛や肺炎の病態悪化に伴う呼吸困難感から同調性の悪化を認めることが多かった。また、隔離された状況であるため安全面を考慮し、身体抑制を実施しており患者の身体的苦痛緩和に難渋した。また、肺傷害を最小限にとどめるために筋弛緩薬の使用や深鎮静で管理することもあり、患者との意思疎通や思いを汲み取ることが難しい状況であった。さらに、面会制限のため家族から情報を得ることもできず、患者の人となりやライフストーリー、大切にしていることが分からず、スタッフはどのように精神的苦痛を緩和すればよいか困難さを抱いていた。日々の直接実践のなかで感じたことは、患者の多くは自らの思いを語らない傾向にあるということであった。COVID-19患者の入院初期の心理的体験には、人工呼吸管理によるトラウマや死に対する恐怖、スティグマ、回復後の不安、周囲へ感染させた罪悪感、隔離の苦しみなどがあり、このような経験が持続するとメンタルヘルス障害のリスクが増加すると言われている。感染管理上、制約のある中で患者の身体的・精神的苦痛を含めた全人的苦痛を緩和するにはどのような介入が必要か検討した。人工呼吸器装着患者の看護は、肺保護戦略や鎮痛鎮静管理、フィジカルアセスメント、体位ドレナージ、気道浄化を促すためのケアを行い、合併症を最小限に抑え早期回復へ向かうよう援助する高い専門性が要求されるが、身体的苦痛の緩和として普段のケアを丁寧に行うことから始めた。訪室時にはタッチングしながら落ち着いたトーンで声を掛け、どのようなケアを行うか説明し、患者に看護師の声が届き理解を示しているか反応を確かめた。鎮痛鎮静レベルは、RASSやBPSなど客観的評価を行いながら患者の細かな変化まで捉えるように努め、多職種で鎮痛鎮静薬の増減について検討した。体位ドレナージが必要な患者には、枕の位置や体位による四肢や体幹に違和感がないか問いかけ、口渴を強く訴える患者に対し冷水を用いたマウスケアを実施するなどコンフォートケアを実践するように心がけた。精神的苦痛の緩和として、看護師による傾聴やケアリングが重要であることを共有し、メンタルヘルス障害予防としてICU Diaryの記載を実践した。人工呼吸器装着による死に対する恐怖や回復への不安に対し、患者が現状を正しく認識できるよう平易な言葉を用いて丁寧に説明し、治療の効果や見通しについて医師へ追加の説明を依頼するなど医療者が全力でサポートする意思を伝えた。また、患者の人となりを理解しようとする姿勢で関わった。その結果、患者から「あんなに気をつけていたのに」「会社みんなは大丈夫だろうか」「俺はまだ生きているのか」など心の中にとどめていた想いを聴く機会が増えていった。看護師のケアに対し、手を握りながら「ありがとう」と幾度と伝えてくれた。また、感染症病棟へ転棟後、直接ICU Diaryを手渡した際「みなさんにこんなに大切にしてもらっていたんですね」と何度もDiaryを読み返していた。重症 COVID-19患者の身体的・精神的苦痛緩和は、特別なケアを実践しなければいけないという感覚ではなく、いつも当たり前のようになっているケアを丁寧に実践することが重要であると考えている。

2:40 PM - 3:00 PM (Sun. Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:40 PM 第10会場)

[PD11-02] COVID-19患者家族へのケアを考える

○津田 泰伸¹ (1. 聖マリアンナ医科大学病院)

Keywords: COVID-19、家族ケア

聖マリアンナ医科大学病院 救命救急センターでは2020年2月より新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）診療を開始した。当初、1-2年はこのコロナ対応が継続すると予測していたが、残念ながらその予測は的中し、完全にコロナ共生社会に突入してしまった。2021年12月末までの当院救命救急センターのデータでは、

COVID-19で入院した重症患者数は326人、死亡者数は58人に及ぶ。政府より施設内感染を徹底的に防止する必要性が示された後、他院同様、当院でも面会制限を開始したが、家族は患者から隔絶されることで、不安障害、抑うつ、心的外傷後ストレス障害（PTSD）等の PICS-F の症状をより生じやすい状態となることが懸念されている。また、家族が抱える様々なストレスは、もともとの身体状態や既往疾患を悪化させる可能性があり、同時に経済的、社会的地位も脅かすことにつながり、社会復帰が困難となりかねない。大切な家族を、あいまいなまま喪失してしまうことに起因する複雑な悲嘆反応も問題となる。当院では、そのような家族の反応に対応しようとケアの在り方を進化させてきた。丁寧な情報共有のみならず面会はタブレットを用いたビデオ通話を通常ケアとして行っていたが、対応をするスタッフからは直接面会が家族にとって一番の安心につながるとの意見が多くあり、法人レベルの組織的な動きのもと2021年4月から医療者付き添いの下、終末期の COVID-19 患者に限って家族の直接面会を開始している。更に、通常診療の一貫として、看取りをした家族へ電話でフォローアップすることを開始した。ビデオ通話での面会と直接面会を行った家族面会ではどちらが効果的であるか、また、COVID-19における PICS-F 予防介入に焦点を当てた研究は乏しく、未だ不明な点が多い。今回、当院の家族ケアをどのように進化させてきたのか、その実際と課題について報告したい。また、看取り時にビデオ通話面会をした家族と、直接面会をした家族の語りの聴取から、その後、家族が引き続き抱える PICS-F の症状、死別の受容、ADL、社会復帰の状況について考えたい。

3:00 PM - 3:20 PM (Sun. Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:40 PM 第10会場)

[PD11-03] COVID-19対応から得た非日常に立ち向かうチームの力

○中村 香代^{1,2} (1. 元 独立行政法人国立病院機構 災害医療センター、2. 現 国立国際医療研究センター病院)

Keywords: COVID-19対応

クリティカルな状態となり集中治療を必要とする状況に陥ったとき、その人にとっては日常と大きくかけ離れた厳しい非日常を強いられることとなる。クリティカルケアに携わる看護師として、一人一人の患者さんに寄り添い、その人の日常を知るよう努め、今ここで非日常を過ごす患者さんが一日でも早く日常を取り戻すことができるよう、看護に取り組んできた。しかし、COVID-19によりいつもの職場が変わったとき、非日常がどれだけ厳しく辛いものであるかということを含く理解できていなかったと痛感した。非日常そのもののつらさ、非日常を経験している側から感じる他者に対する「当事者にしかわからない」という孤独さに襲われたとき、それを引き起こすのが他者の存在であったのと同時に、助け合い支えあうことで非日常に対峙し歩いていく力を与えてくれるのもまた、他者であることを知った。COVID-19重症患者に対応するため、自分たちの手でICU内を改造することになった。たくさんの命と向き合い大切に手入れしてきた私たちのICUを、自分たちの手で患者さんから距離をとるような構造に作りかえていくのは、切ない作業だった。また、未知なる事が多い感染症による重症患者の対応をするためには、メンバー編成を検討する必要があり、大事なチームを分散させる必要があった。いつも以上に結束する必要がある状況にも関わらず、チームを分散させることでチームのパフォーマンスを低下させる危機となった。このような状況でCOVID-19重症患者を受け入れるために何よりも重要なことは、チームの結束を守る事であると考えられた。チームとは、個々のメンバーが協調し合うことでシナジーを生み、その総力は個々のメンバー努力の総和以上のパフォーマンスをあげるものである。メンバー1人1人が役割意識を持って受け入れ準備から関わり、大切な日常を壊す作業であっても自分たちの手でやっていき、記録に収めてCOVID-19対応マニュアルを作成した。COVID-19重症患者受け入れが始まると、慣れない感染予防対策の中で重症度の高い患者さんをケアする事の困難さにスタッフの疲弊は大きかった。受け入れ要請に対応する医師は、満床になり応需出来ない状況が続くと、応じられなかった患者の安否を気にして表情を曇らせていた。早期離床リハビリテーションに取り組んできたりハビリチームは、思うように介入できないことに残念な気持ちを募らせた。看護師、医師、コメディカルなどグループごとに他のグループのマイナス点を批判するような徴候が見られたとき、グループを患者中心のチームとして繋ぐためにはコミュニケーションが鍵になると考えた。さまざまなグループが訪れるごとに、リーダー看護師がしっかりとコミュニケーションをはかりミニカンファレンスをくり返し情報をつなぐよう努めた。多職種がコミュニケーションによってつながり、患者を取り巻く一つのチームと

なった実感がある中、感染予防対策として、家族の面会禁止という院内のルールについて一歩進むためにチームで取り組むことへ発展した一例があった。たとえ終末期にあっても家族の面会は叶わず、看取りは医療者だけで行っていた状況で看護師は、家族が面会できない事、お断りの直接対応のつらさに心を痛めていた。そこで、何とか面会をさせられないものかと医師が言い始め、多職種倫理カンファレンスを行った。看護師、主治医、ICT、病院幹部と様々な観点から検討し、リモート面会の導入とケースバイケースでのガラス越し面会の許可を得ることができ、ガラス越しの看取り立ち合いが実現した。確かに COVID-19は私たちの日常を破壊した。しかし、結束を強める機会を得たと逆手に取り、屈することなく挑戦を続けたい。

3:20 PM - 3:40 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:40 PM 第10会場)

[PD11-04] COVID-19患者におけるクリティカルケア看護の困難さへの挑戦!

－ COVID-19患者の急変対応の現状と課題－

○山口 庸子¹ (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

Keywords: COVID-19、急変対応

COVID-19に罹患した患者は、急激な酸素化の悪化や塞栓症などにより急変するリスクは高い。また腹臥位療法中の急変など、特殊な状況下で迅速な対応が求められる。その上 COVIDエリアでは、医療者自身が感染を起こさないように確実な感染対策が必須である。

当院では、ICU全体が COVID-19エリアとなるのではなく、通常診療も行いながら、ICU内でゾーニングを行い COVID-19患者の対応にあたっている。通常では、医師がすぐにベッドサイドに来て患者の状況を共有できるが、COVID-19患者のレッドゾーンでは、患者の状態のタイムリーな共有が行いにくい状況にあった。そのため、グリーンゾーンとの情報共有や、物品配置など環境整備の工夫が必要であった。

数日後には病棟退室が検討されていた患者が急変し ECPRを行なった事例を経験した。この事例を振り返りながら、COVID-19患者の急変対応の現状と通常の対応との違い、課題について考えていきたい。