

Sat. Jun 11, 2022

第9会場

パネルディスカッション

[PD1] ICUと病棟連携について考える -看護のバトンをつなぐ-

座長:吉里 孝子(熊本大学病院)

岡林 志穂(高知医療センター)

演者:北別府 孝輔(倉敷中央病院 ICU/HCU)

松村 千秋(岩手県立中央病院)

清田 和弘(東邦大学医療センター佐倉病院)

花田 匡利(長崎大学病院 リハビリテーション部)

10:00 AM - 11:20 AM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[PD1-01] ICU退室後患者の生活の質に焦点をあてた ICUと病棟との連携

○北別府 孝輔¹ (1. 倉敷中央病院 ICU/HCU)

10:00 AM - 10:20 AM

[PD1-02] ICU退室後も続く患者・家族の‘心身の痛み’に看護を届ける - ICUから病棟へ看護のバトンはつながっているか -

○松村 千秋¹ (1. 岩手県立中央病院)

10:20 AM - 10:40 AM

[PD1-03] 一般病棟における PICS予防を考える

○清田 和弘¹ (1. 東邦大学医療センター佐倉病院)

10:40 AM - 11:00 AM

[PD1-04] ICUと病棟連携について考える -理学療法士の立場から-

○花田 匡利^{1,2}、及川 真人^{1,2}、名倉 弘樹^{1,2}、竹内 里奈¹、越川 翔太¹、川上 悦子³、鳥越 綾美³、関野 元裕³、神津 玲^{1,2} (1. 長崎大学病院 リハビリテーション部、2. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科理学療法学分野、3. 長崎大学病院 集中治療部)

11:00 AM - 11:20 AM

第10会場

パネルディスカッション

[PD2] COVID-19時代の看護教育

座長:浅香 えみ子(東京医科歯科大学病院)

政岡 祐輝(国立循環器病研究センター)

演者:藤崎 隆志(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

益田 美津美(名古屋市立大学大学院看護学研究科)

向江 剛(山口大学医学部附属病院)

古谷 和紀(京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻)

10:00 AM - 11:20 AM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[PD2-01] withコロナ時代に求められる看護教育方法について

○藤崎 隆志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

[PD2-02] 看護基礎教育課程での DX化の取り組みと今後の展望

○益田 美津美¹ (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

10:20 AM - 10:40 AM

[PD2-03] コロナ禍における継続教育の現状と課題

○向江 剛¹ (1. 山口大学医学部附属病院)

10:40 AM - 11:00 AM

[PD2-04] COVID-19により見つめなおされる「主観を伝える」看護教育

○古谷 和紀¹ (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻/京都大学医学部附属病院)

11:00 AM - 11:20 AM

第6会場

パネルディスカッション

[PD3] 重症患者の栄養管理 -摂食機能回復への取り組み-

座長:亀井 有子(市立岸和田市民病院)

神田 直樹(北海道医療大学看護福祉学部看護学科)

演者:栗原 知己(札幌市立大学 看護学部)

山口 大輔(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

新井 智香子(前橋赤十字病院 看護部)

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

[PD3-01] 重症患者における栄養管理への根拠や最新の知見

○栗原 知己¹ (1. 札幌市立大学 看護学部)

11:40 AM - 12:05 PM

[PD3-02] 当院の患者背景を特徴とした嚥下介入の取り組みについて

○山口 大輔¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

12:05 PM - 12:30 PM

[PD3-03] 当院の集中治療室における摂食機能回復への取り組み

-栄養サポートチームとの連携-

○新井 智香子¹、小倉 美佳¹、阿部 絵美¹、板垣 七奈子² (1. 前橋赤十字病院 看護部、2. 国立病院機構高崎総合医療センター 看護部)

12:30 PM - 12:50 PM

第8会場

パネルディスカッション

[PD4] 本当に実践できてる？ ABCDEFGHバンドル

座長:古賀 雄二(川崎医療福祉大学)

山田 奈津子(帝京大学福岡医療技術学部)
演者: 劔持 雄二(青梅市立総合病院 集中治療室)
小川 哲平(奈良県立医科大学附属病院)
白坂 雅子(福岡赤十字病院)
池田 優太(東海大学医学部付属病院 集中治療室)
11:40 AM - 1:00 PM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

- [PD4-01] ABCDEFGHバンドルのオーバービュー
ーバンドルを実践していたためのチーム作りのポイントを考えていくー
○劔持 雄二¹ (1. 青梅市立総合病院 集中治療室)
11:40 AM - 12:00 PM
- [PD4-02] 当院における ABCDEFGHバンドルの取り組みについて
○小川 哲平¹ (1. 奈良県立医科大学附属病院)
12:00 PM - 12:20 PM
- [PD4-03] 当院の PICS予防に向けた ABCDEFバンドルの実践
ー導入から4年間を振り返り見えてきた課題ー
○白坂 雅子¹ (1. 福岡赤十字病院)
12:20 PM - 12:40 PM
- [PD4-04] せん妄ケアチームから広げる ABCDEFGHバンドルの取り組みとその課題
ーどう進めていく? F・G・Hー
○池田 優太¹ (1. 東海大学医学部付属病院 集中治療室)
12:40 PM - 1:00 PM

第6会場

パネルディスカッション

[PD5] 災害発生時のクリティカルケア看護管理
座長: 川谷 陽子(愛知医科大学病院)
佐藤 恵明(日本医科大学付属病院)
高橋 美千子(磐田市立総合病院 看護部)
井浦 弥生(社会福祉恩賜財団 済生会熊本病院)
雀地 洋平(KKR札幌医療センター)
1:00 PM - 2:10 PM 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

- [PD5-01] 災害発生! 看護管理者は何をすれば良いのか
○高橋 美千子¹ (1. 磐田市立総合病院 看護部)
1:00 PM - 1:25 PM
- [PD5-02] 災害発生時のクリティカルケア看護管理
○井浦 弥生¹ (1. 社会福祉恩賜財団 済生会熊本病院)
1:25 PM - 1:50 PM
- [PD5-03] 病院全体で取り組む災害対策にむけて
○雀地 洋平¹ (1. KKR札幌医療センター)
1:50 PM - 2:10 PM

第9会場

パネルディスカッション

[PD6] 小児のクリティカルケア看護の教育を考える
座長: 中田 諭(聖路加国際大学)
辻尾 有利子(京都府立医科大学附属病院)
青木 悠(聖路加国際病院 救命救急センター)
四宮 理絵(香川大学医学部附属病院 救命救急ICU)
藏ヶ崎 恵美(福岡市立こども病院 PICU)
2:10 PM - 3:20 PM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

- [PD6-01] 「ナレッジ・シェアしながら学ぶ」教育へのシフト
○青木 悠¹ (1. 聖路加国際病院 救命救急センター)
2:10 PM - 2:35 PM
- [PD6-02] 救急外来における重症小児患者の初期対応力を高める取り組み
○四宮 理絵¹ (1. 香川大学医学部附属病院 救命救急ICU)
2:35 PM - 3:00 PM
- [PD6-03] 心臓血管外科手術後の小児患者に対し看護実践をする PICU看護師の教育の現状と課題について
○藏ヶ崎 恵美¹ (1. 福岡市立こども病院 PICU)
3:00 PM - 3:20 PM

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 手稻溪仁会病院)
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

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

[PD1] ICUと病棟連携について考える -看護のバトンをつなぐ-

座長:吉里 孝子(熊本大学病院)

岡林 志穂(高知医療センター)

演者:北別府 孝輔(倉敷中央病院 ICU/HCU)

松村 千秋(岩手県立中央病院)

清田 和弘(東邦大学医療センター佐倉病院)

花田 匡利(長崎大学病院 リハビリテーション部)

Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:20 AM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[PD1-01] ICU退室後患者の生活の質に焦点をあてた ICUと病棟との連携

○北別府 孝輔¹ (1. 倉敷中央病院 ICU/HCU)

10:00 AM - 10:20 AM

[PD1-02] ICU退室後も続く患者・家族の‘心身の痛み’に看護を届ける

– ICUから病棟へ看護のバトンはつながっているか–

○松村 千秋¹ (1. 岩手県立中央病院)

10:20 AM - 10:40 AM

[PD1-03] 一般病棟における PICS予防を考える

○清田 和弘¹ (1. 東邦大学医療センター佐倉病院)

10:40 AM - 11:00 AM

[PD1-04] ICUと病棟連携について考える –理学療法士の立場から–

○花田 匡利^{1,2}、及川 真人^{1,2}、名倉 弘樹^{1,2}、竹内 里奈¹、越川 翔太¹、川上 悦子³、鳥越 綾美³、関野 元裕³、神津 玲^{1,2} (1. 長崎大学病院 リハビリテーション部、2. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 理学療法学分野、3. 長崎大学病院 集中治療部)

11:00 AM - 11:20 AM

10:00 AM - 10:20 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:20 AM 第9会場)

[PD1-01] ICU退室後患者の生活の質に焦点をあてた ICUと病棟との連携○北別府 孝輔¹ (1. 倉敷中央病院 ICU/HCU)

Keywords: PICS、病棟間連携、フォローアップ、退室前カンファレンス

ICU退室後に患者が抱える身体的、精神的問題について、集中治療後症候群（Post Intensive Care Syndrome：以下 PICS）という概念が広まりつつある。ICUに関連した神経筋障害である ICU-AW（ICU-acquired weakness）では、「敗血症、多臓器不全、長期人工呼吸などの基準を満たす重症患者の約46%もの患者が ICU-AWと診断された」と報告されており、認知機能障害については「ARDSにより集中治療を受けた生存患者の56%に認知障害が認められ、24%に短期記憶障害および実行機能障害が存在した」、メンタルヘルスについては「ARDS罹患後の精神症状として38%の患者に実質的な不安、32%の患者にうつ症状、23%の患者に PTSD症状を呈する経過であった」と報告されている。このように、昨今の集中治療は救命することがゴールではなく、急性期の段階からいかに PICSを予防するためのケアが継続できるかが重要になってきている。PICSの予防においては ABCDEFGHバンドルの導入が提唱されている。当初このバンドルは ABCDEバンドルとして人工呼吸器装着患者に対してせん妄や ICU-AWを予防するための戦略として実践されていたが、現在は、F（family involvement・Follow up referrals・Functional reconciliation）、G（Good handoff communication）、H（Handout materials on PICS and PICS-F）を加えたバンドルとなっており、PICS予防も含めた内容になっている。“FGH”を加えたことにより、家族を巻き込んだ治療参画や方針の決定、適切な申し送り、紹介状での治療の継続、PICS（PICS-F）についての情報提供などが含まれるようになった。当院では、退室先病棟への適切な申し送り、PICS（PICS-F）についての情報提供、患者に必要なケアの継続などを目的として、「ICU退室前カンファレンス」や「リソースナースによる ICU退室後のフォローアップ」などをおこなっている。退室先病棟では患者の退院後の生活を見据えた目標設定を行い、看護師、療法士、薬剤師、管理栄養士、医師などの多職種と協働して ADL/QOLの向上に努めている。現状の課題としては、ICU退室後の（やむを得ない）医療/看護の質低下、後方病院へ転院後のフィードバックや継続的なコミュニケーション体制の未整備などが挙げられる。本パネルディスカッションでは、これら臨床における連携の実際を共有したいと考えている。急性期を超えても尚、様々な問題に直面する患者の生活の質を守るため、医療チームとして何を考えて実践していくべきなのか、ディスカッションの中で何かしらのヒントを得ていただければ幸いである。

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

[PD1-02] ICU退室後も続く患者・家族の‘心身の痛み’に看護を届ける**－ ICUから病棟へ看護のバトンはつながっているか－**○松村 千秋¹ (1. 岩手県立中央病院)

Keywords: ICUと病棟連携、PICS

2010年に Society of Critical Care Medicineが提唱した ICU-AW(ICU-acquired weakness)や PICS(post-intensive care syndrome)、PICS-F(PICS-Family)という概念が浸透しつつある。ICU-AWは、四肢の筋力低下を呈する症候群であり、要因として敗血症やステロイド薬・筋弛緩薬の使用、長期的な人工呼吸器装着が関与することが示唆されている。一方 PICS-Fは、運動機能、認知機能、精神の心身両面の障害、さらには家族に及ぼす精神障害も含めた症候群である。要因として、疾患や重症度、医療、ケア、環境、精神的要因が影響するとされ、特に敗血症の関連が示唆されている。どちらも ICU入室中から発症し、数力月から年単位の長期的な障害を起こし、ICU退室後の社会復帰や QOLに影響することが報告されている。治療法はまだ確立されておらず、予防策として、ABCDEバンドル[※]や早期離床、PICS-Fに対応した ABCDEFGバンドル[※]の効果が期待されている。これらを踏まえて、看護が出来ること、すべきことは何か。各地の ICUでは、すでに ABCDEバンドルや早期離床に注目し、取り組んでいることが報告からも知ることが出来る。当院 ICUにおいても同様である。

しかし、ICU-AWや PICSという心身の障害は、原疾患が軽快し ICUを退室した後も続いている。ICU退室後も続く患者・家族の‘心身の痛み’に看護を届けたい。患者の望む QOLの実現、生活の場への早期復帰に向けて、ICUから病棟、さらには転院先や地域へと、看護のバトンをつないでいく必要がある。患者の状態に相応した看護のバトンは、ICUから病棟へとつながっているだろうか。

臨床現場では、PICSの概念が提唱される以前から、ICUに入室した患者、特に重症敗血症など回復に時間を要した患者に運動・認知機能の低下がみられることは、ICU・病棟双方に認識されていたように思う。しかし今なお、それらの予防や早期回復に向けた看護の継続性には、看護師の配置比率の違いや看護者の異動に伴う認識の変化などを背景に課題を残している。看護提供密度や認識の変化に左右されない連携を構築し、ICUから病棟へ、生活の場に届く看護のバトンをつないでいく必要があるのではないだろうか。

今回、ICU退室時の患者の心身の問題に対する病棟との連携について、当院の現状と課題を紹介させていただき、看護のバトンをつなぐために必要な連携の在り方について、参加された皆さまと共に考えたい。

※ ABCDE、ABCDEFGHバンドル

- A : Awaken the patient daily: sedation cessation (毎日の覚醒トライアル)
- B : Breathing: daily interruptions of mechanical ventilation (毎日の呼吸器離脱トライアル)
- C : Coordination: daily awakening and daily breathing (A+B の毎日の実践) 、
Choice of sedation or analgesic exposure (鎮静・鎮痛薬の選択)
- D : Delirium monitoring and management (せん妄のモニタリングとマネジメント)
- E : Early mobility and exercise (早期離床)
- F : Family involvement (家族を含めた対応) 、
Follow-up referrals (転院先への紹介状) 、
Functional reconciliation (機能的回復)
- G : Good handoff communication (良好な申し送り伝達)
- H : Handout materials on PICS and PICS-F (PICS や PICS-F についての書面での情報提供)

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

[PD1-03] 一般病棟における PICS予防を考える

○清田 和弘¹ (1. 東邦大学医療センター佐倉病院)

Keywords: PICS、一般病棟

集中治療の発展により、重症患者の生存率は飛躍的に改善してきたが、運動機能の低下や認知・精神機能の障害などを引き起こし、退院後の QOLにも影響を及ぼしていることが問題視されている。この PICS (集中治療後症候群)を防ぐため、ケアの工夫や多職種との連携などに尽力している ICUは多いのではないだろうか。しかしながら、重症患者は ICUでの集中治療の後、一般病棟へと療養の場が移っていくが、ICUで過ごした時間以上の期間を一般病棟で過ごすこととなる。そのため、PICS予防には ICU在室中のケアに加えて、一般病棟においても可能な範囲でケアを継続していくことが重要と考えることができる。私は2年前まで一般病棟で勤務をしていた。一般病棟の看護師は療養の援助をしながら早期退院を目指し、患者の望む退院先に向けて退院支援専門の看護師をはじめ多職種と連携している。しかしながら、一般病棟では PICSという言葉は一般的ではなく、ICU退室後の患者が特に身体・認知・精神機能の低下が起こりやすいという認識は乏しい。また、一般病棟では看護師1人あたりの受け持ち患者数が多く、ICUと比較し1人の患者にかけられる時間が絶対的に短くなることから、看護師付き添いで行うリハビリテーションの時間などが減ってしまうのは当然である。上記の課題に取り組むためには、一般病棟の看護師が何を重視して看護ケアを提供しているのか、また ICUから患者を引き継ぐ際にどのような情報を求めているのかを知る必要がある。そして、PICSという概念を一般病棟の看護師や医師が理解すること、その上で、ICUで行なっている PICS予防のケアをそのまま病棟で実践しようとするのではなく、一般病棟で実現可能な形に変換することが重要と考える。病院の規模や重症度によっても異なるが、一般病棟で実践している退院支援につ

なげるための看護ケアは、結果として PICS 予防につながっていることも多くある。一般病棟の看護師、関連する職種、患者・家族が PICS について理解を深め、共通の目的に向かうこと、そのために整理しなければならない業務の優先順位や具体的な看護実践の方法を、ICU と一般病棟双方向から考えることで、今できることが見えてくるのかもしれない。今回、重症患者が早期に元の生活、元の QOL に戻れるよう、ICU と一般病棟がどのように連携していくことが望ましいのか、一般病棟からの視点を交えながら検討する機会としたい。

11:00 AM - 11:20 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:20 AM 第9会場)

[PD1-04] ICU と病棟連携について考えるー理学療法士の立場からー

○花田 匡利^{1,2}、及川 真人^{1,2}、名倉 弘樹^{1,2}、竹内 里奈¹、越川 翔太¹、川上 悦子³、鳥越 綾美³、関野 元裕³、神津 玲^{1,2} (1. 長崎大学病院 リハビリテーション部、2. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科理学療法学分野、3. 長崎大学病院 集中治療部)

Keywords: ICU、病棟、理学療法士

重症患者に合併するせん妄や運動機能障害とその長期的影響が明らかとなり、早期リハビリテーションがその予防と対策のために不可欠な手段として認識されてきた。現在、ICU に専従で配置される理学療法士も増えつつあり、重症患者の早期回復の役割を担っている。ICU における早期リハビリテーションは、対象者が重症であり、かつ多くの医療機器やライン、ドレーンなどが接続、留置されているため、リハビリテーションスタッフのみで施行できるものではない。リハビリテーションを安全かつ効果的に進めるためには、医師・看護師・臨床工学技士などによるチームで実践すべきであることが「集中治療における早期リハビリテーション：根拠に基づくエクスパートコンセンサス」でも明記されている。また、ICU は治療の場であると同時に、患者にとっては生活の場でもあり、身体活動や生活の質の向上に努める必要もある。このような積極的なリハビリテーションの実践には多職種連携、特に情報と問題点、方針の共有が必須であり、そのためのカンファレンスは必要不可欠である。ICU では、一般病棟と比較してスタッフとの距離感が近いために、このようなコミュニケーションは比較的行いやすく、各種治療やケア、リハビリテーションの実施においては有利であると言える。しかしながら、重症患者では ICU での治療に長期間を要し、機能障害の予防が困難であったり、退室後もその改善に難渋し、障害が遷延する症例も存在する。したがって、早期リハビリテーションは ICU 内でいかに実施するかということも重要ではあるが、むしろ退室後にいかに進めていくかが重要な課題であり、シームレスでかつ個別化されたリハビリテーション実施システムの構築が求められる。そのためのポイントは、ICU 退室後の環境調整や身体機能の状態について、退室前より一般病棟の看護師と事前情報として共有しておくことである。患者の安楽さに加えて離床しやすいベッドマットレスの選択、点滴スタンドや医療機器の配置など、安全性の確保とともに、患者の身体機能を最大限発揮できる環境調整や、病棟看護師が援助しやすい環境づくりも重要となる。また、ICU では各患者に担当看護師が配置されるため、理学療法士と協働でリハビリテーションを行うことは少なくないが、一般病棟では看護師が複数の患者を受け持つために、協働でのリハビリテーションは困難である。リハビリテーションの進捗状況は診療記録でも確認、共有できるが、リハビリテーションの効果は患者の身体機能の回復に合わせて実際の ADL に反映されることに大きな意義がある。そのため、看護スタッフの皆様にもリハビリテーションの実施状況を実際に見てもらうことが効果的である。具体的な ADL の場面に応じた情報共有や協議は、最適なリハビリテーションの提供および方針決定には欠かせないものである。また、ICU 退室後の状況について、当該スタッフへのフィードバックは、急性期のケアの見直しに生かすことも可能となり、継続して関わる機会の多い理学療法士は ICU から病棟だけでなく、病棟から ICU への情報提供も行い、相互のかかわり合いを強化できるよう働きかけるべきである。本セッションでは、ICU から一般病棟へのシームレスなリハビリテーションの考え方や実際について、当院での取り組みや課題も含めて紹介させていただく予定である。

パネルディスカッション

[PD2] COVID-19時代の看護教育

座長:浅香 えみ子(東京医科歯科大学病院)

政岡 祐輝(国立循環器病研究センター)

演者:藤崎 隆志(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

益田 美津美(名古屋市立大学大学院看護学研究科)

向江 剛(山口大学医学部附属病院)

古谷 和紀(京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻)

Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:20 AM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[PD2-01] withコロナ時代に求められる看護教育方法について

○藤崎 隆志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

[PD2-02] 看護基礎教育課程での DX化の取り組みと今後の展望

○益田 美津美¹ (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

10:20 AM - 10:40 AM

[PD2-03] コロナ禍における継続教育の現状と課題

○向江 剛¹ (1. 山口大学医学部附属病院)

10:40 AM - 11:00 AM

[PD2-04] COVID-19により見つめなおされる「主観を伝える」看護教育

○古谷 和紀¹ (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 / 京都大学医学部附属病院)

11:00 AM - 11:20 AM

10:00 AM - 10:20 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:20 AM 第10会場)

[PD2-01] withコロナ時代に求められる看護教育方法について○藤崎 隆志¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: 看護教育、COVID-19

COVID-19の感染拡大に伴い、対面による集合研修や新人看護職員へのオリエンテーションなどは時間の短縮や方法の変更を余儀なくされている。特に新人教育では集合教育をせずに現場で必要な技術を学ぶことになり、例年通りに出来ていた技術習得が遅れることで技術不足への不安を抱く新人もいる。また、集合研修は新人同士の情報交換・共有できる場の一つでもあり、その機会が少なくなり、不安や孤独感を感じてストレスが解消されない新人も多い。その他、看護師養成機関では、臨地実習時間が減少した影響で、入職後の新人看護師は「看護技術」「看護記録などケア以外の業務」「患者さんとのコミュニケーション」での経験不足を挙げる声が多く、実際の臨床現場の看護師からは「患者さんとのコミュニケーション」「看護技術」「自信のなさや強い緊張」での経験不足などを指摘する声が上がっている。一方で ICTでの教育は追い風になり eラーニングや遠隔授業など様々な便利なツールも出てきている。今では、ICTを活用して、集合研修やカンファレンス、会議、学会などを行うことが主流になってきており、看護教育にも欠かせないツールの一つとなっている。このような背景から、自部署では ICT、インストラクショナルデザイン、シミュレーション、OJTをそれぞれ駆使・連動させ臨床に直結するよう実務的・実践的な教育方法を実践している。自部署の看護師教育の実際の一部を紹介し、withコロナ時代に求められる教育方法について考えていく(表1)。脳血管内治療介助独り立ちまでの教育の特徴として、事前学習はインストラクショナルデザインに基づいた eラーニング教材へ移行し、習得主義を目指した設計を行った。脳血管内治療介助研修では、事前学習で脳血管内治療の介助に必要な知的技能は習得済みのため、実践を中心とした OJTを可能にし、指導者からも「事前知識があるので手技に集中して教えることが出来た」、「以前に比べてスムーズに手技を覚える」等という前向きな意見があった。結果的に、脳血管内治療介助の独り立ちまでの研修期間短縮にもつながった。このように、ICTとインストラクショナルデザインを駆使し、OJTとの整合性を確認し、評価・改善しながら進めることが、withコロナ時代に求められる教育方法の一つではないかと考える。

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

[PD2-02] 看護基礎教育課程での DX化の取り組みと今後の展望○益田 美津美¹ (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

Keywords: 看護基礎教育、DX

2020年から続く新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 拡大という未曾有の事態では、現実世界での活動を前提としていた教育はおおきな変容を迫られた。発生から2年以上が経過し、未だ COVID-19の制限を受けながらの教育が続いている。驚いたことに、現在の看護学生は、大学生活のほとんどを COVID-19とともに過ごし、制限がある中で大学生活や看護実践が彼女らの通常となっている。2020年当初を振り返ると、多くの大学で看護学教育の軸となる臨地実習が中止あるいは学内実習やオンライン実習に置き換えるといった、教育者も今までに経験したことのないような出来事が起こり、私自身も先の見えない不安を抱えていたように思う。しかし、今にして思うと、これは看護学教育の DX化の促進につながったとも言える。そこで、本セッションでは、COVID-19感染拡大による制限下での看護基礎教育課程での取り組みと、これによって加速した教育の DX化の現在、未来について皆様と考えてみたいと思う。まず、本学において COVID-19下で取り組んだ教育方法について紹介したい。本学では、4年次にクリティカルケア看護学実習として、ICUと救命救急センター初療室で実習を行なっている。ICUでは重症患者を受け持ち、苦痛や倫理的問題にも焦点を当てながら看護過程を展開し、救命救急センターでは、Tanner,CAの臨床判断モデルに基づく気づきのトレーニングを実施している。しかしながら、2020年度は COVID-19により臨地での実習が中止となったため、急遽、ICUでの実習を模擬事例による Paper

Patientに、気づきのトレーニングをバーチャルシミュレーションに置き換えてオンライン実習を行なった。これらのオンライン実習による効果を考えると、思考のトレーニング、つまり臨床判断能力の育成や、学習機会の均てん化という一定の質の担保は可能であったと感じている。一方で、ガニエの学習成果分類の運動技能の習得までを含んだ看護実践の場で実際にケアに参画し看護を実施することは、やはり臨地での学びに勝るものはない。このような COVID-19下での教育的取り組みの経験から、今後の看護基礎教育の方向性を考えてみたいと思う。COVID-19下での看護基礎教育で私が学んだことは、臨地でなければできないこと、臨地ではなくてもできることを棲み分け、必要であればデジタル技術を活用することで看護学教育の質の担保および強化が図れるのではないかということである。臨地実習では、学生は一人の患者を受け持ち看護展開するのが通常と思われる。このような学習は受け持った患者によって学びの質が異なる。加えて、昨今の医療安全、患者意識の高揚などの観点から看護技術の習得への制約がある。一方、DX教材では思考のトレーニングはできるが、社会性や総合的な実践力を習得するには限界がある。そのため、DX教材を活用した学習や学内演習により全員が同じアウトカムの達成を目指し繰り返し何度も学習し、質を担保する。そして、臨地実習でそれを実践することで臨床実践能力を高めるとすることが可能であると考えている。このように、COVID-19下での教育の学びを経て、看護学教育の更なる発展に寄与したい。

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

[PD2-03] コロナ禍における継続教育の現状と課題

○向江 剛¹ (1. 山口大学医学部附属病院)

Keywords: コロナ禍、継続教育、院内教育

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、臨床における継続教育も様々な課題に直面した。集合研修によるクラスター発生のリスク、コロナ禍で卒業した新人看護職員など、感染対策を講じながら看護の質を保証するため、どのように研修運営を行うか、試行錯誤の日々であった。感染拡大が始まった2020年度から現在まで、幸いにもクラスターが発生することはなかった。今回、継続教育における研修運営の現状と課題について提示し、今後の看護教育のありかたについて検討したいと思う。

新型コロナウイルスの第1～3波が到来した2020年度は、集合研修を実施するか否かの検討から開始した。院内で実施している教育研修のうち約半数は演習やグループワークのない講義形式の研修であったため、事前録画による講義動画の視聴にするか、対面での講義にするか、感染制御部に助言を得ながら看護部と協議し、県内の感染者数や院内の入館制限レベルに合わせて決定した。対面講義から、自部署で録画講義を視聴する方法に変更したが、受講報告に例年との差はなく、Web上で繰り返し視聴できること、講師の負担も軽減できる等、メリットが見えてきた。また、入館制限にかかる県外の講師であってもオンライン講義により中止を回避できた。一方で、録画講義を視聴している受講者の反応が把握できないこと、小テスト等で研修毎に効果を確認することは難しい、という課題が見えてきた。

演習やグループワークが必要な研修は、オンラインでの実施を検討したが、ネットワーク環境や利用可能な端末不足などから実施が困難であった。そのため、対面で実施することを検討した。グループ人数を減らし、人との間隔を空け、会場を分散させることで濃厚接触者が発生した場合でも院内全体に拡散しないよう配慮した。開催に関しては指導・受講側から不安の声もあったが、看護部と協議した結果、看護の質を維持するためには実施することが望ましいと判断され、感染対策を講じながら対面で実施した。動画視聴による研修同様、受講報告に例年との差はなかったが、マスク着用のため相手の表情がわかりにくく、間隔が空いているために声が聴きとりづらいこと、研修によってはグループワークの時間を短縮したことで研修効果が低下した可能性が懸念された。

第4～6波が到来した2021年度は、ワクチン接種が進み、感染対策に関するガイドラインなどを参考に、対面による集合研修も実施するようになった。また、研修で学んだ知識が実践に活かされているのか、学習転移を確認するために事後課題を出し、活用の実際を見学する取り組みを開始した。2022年1月からオミクロン株が急拡大した第6波では、会場に集合して実施していた院内看護研究発表会・活動報告会の実施が危ぶまれた。しかし、オンライン配信することで、例年より倍近い人数の参加があった。休日や夜勤明けであっても参加しやすく、今後

も会場とオンラインでのハイブリッド開催を要望する声が多くあった。課題として、オンライン研修のトラブルに対処できる人員が限られるため、運営側の教育も必要であることが分かった。

研修の効果は目標設定と評価方法によって異なるが、対面、e-learning、オンラインと様々な方法がある中で、受講者自身が学習転移できれば、効果的な研修といえるのではないかとと思われる。これからの看護教育は、学習転移しやすい内容や、それを確認することによる評価などの仕組みづくりが課題なのではないかと考える。

11:00 AM - 11:20 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:20 AM 第10会場)

[PD2-04] COVID-19により見つめなおされる「主観を伝える」看護教育

○古谷 和紀¹ (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻/京都大学医学部附属病院)

Keywords: 仮想現実 (VR: Virtual Reality)、一人称視点、主観

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 時代の看護教育として、本発表では現実に近い一人称の視点が体感できる仮想現実 (VR: Virtual Reality) 技術を用いた教育と効果を紹介するとともに、VR教育のニーズの高まりにより、「主観を伝える」ことを見つめなおす看護教育について議論を深めたい。

COVID-19の影響により、臨床現場では対面指導や研修が実施し難い状況となっており、また、看護基礎教育においては、非常事態宣言等により臨地での実習中止を余儀なくされ、実習に代えて学内での演習・実習等により必要な知識及び技能を修得する必要性が生じている。このような状況のなかで看護教育においてVR技術を用いた教育のニーズが高まっていると考える。VRは、人間の五感すべてを拡張して現実に近い臨場感のある状況を構築することで、本質的あるいは効果として現実感を体験する技術であり、現実感のある一人称の視点を体験することができるシミュレーション<模擬体験>と、感情に作用する感覚の体験をポテンシャルとして持ち合わせている。クリティカルケア看護分野におけるVR教育コンテンツとしては、救急医療において心肺蘇生をうける当事者体験VRや、体外式膜型人工肺 (ECMO) 管理のトレーニングVRが知られているところである。これらVRコンテンツを活用することで相手の立場にたち、クリティカルケアの対象となる当事者の思いに寄り添ったり、医療チームでの互いの動きや経験を共有し、理解するためのツールのひとつになると考える。本発表においては、VR教材の魅力や選定、コンテンツ制作、教材を体験者に落とし込むプログラムとファシリテーションのポイントについて演者の経験から紹介する。

また、ケアの受け手である患者視点だけでなく、演者がVRなどでケア提供者である看護師の一人称視点の映像教材を作成するなかで、これまで臨床現場や臨地実習の指導者は「主観」をどのように具体的に学習者に伝えるのかに思いを巡らせるようになった。医療分野の情報通信技術がより普及されることにより、臨床や教育の場で看護師の一人称視点での体験やその振る舞いをリアルタイム映像で共有されることも想定される。現状の一例として、COVID-19患者に対応する臨床現場の看護で活用ができるのではないだろうか。その理由としては、感染隔離エリアという限られた人員しか立ち入りができないなかでの観察や判断、感染防護具を長時間着用してのケアなど孤立化が懸念される環境において、医師やスタッフ間でより現実感のある情報共有や判断ができ、医療チームとして体験世界の相互理解につながると考える。

COVID-19時代の看護教育は、客観を超えて主観を持つことが看護専門職には求められ、看護師の一人称視点での具体的な体験や振る舞いも含めて「主観を伝えること」が必要となってくるのではないだろうか。

パネルディスカッション

[PD3] 重症患者の栄養管理 -摂食機能回復への取り組み-

座長: 亀井 有子(市立岸和田市民病院)

神田 直樹(北海道医療大学看護福祉学部看護学科)

演者: 栗原 知己(札幌市立大学 看護学部)

山口 大輔(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

新井 智香子(前橋赤十字病院 看護部)

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

[PD3-01] 重症患者における栄養管理への根拠や最新の知見

○栗原 知己¹ (1. 札幌市立大学 看護学部)

11:40 AM - 12:05 PM

[PD3-02] 当院の患者背景を特徴とした嚥下介入の取り組みについて

○山口 大輔¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

12:05 PM - 12:30 PM

[PD3-03] 当院の集中治療室における摂食機能回復への取り組み
-栄養サポートチームとの連携-

○新井 智香子¹、小倉 美佳¹、阿部 絵美¹、板垣 七奈子² (1. 前橋赤十字病院 看護部、2. 国立病院
機構高崎総合医療センター 看護部)

12:30 PM - 12:50 PM

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

[PD3-01] 重症患者における栄養管理への根拠や最新の知見

○栗原 知己¹ (1. 札幌市立大学 看護学部)

Keywords: 栄養管理

重症患者の回復に向けて、我々看護師は、多職種と協働しながら様々な医療サービスを提供している。その医療サービスとは、治療に必要とされる薬剤投与や処置、看護、リハビリテーションプログラムなどが挙げられるが、その中の一つに栄養管理がある。我々人間は、食事を摂取し、その食事に含まれる栄養素を分解し、身体に吸収することで身体機能を維持している。それは重症患者においても同様であり、重症患者の回復過程において栄養管理は非常に重要だと言われている。また、その栄養管理の状況が患者の予後に影響を及ぼすことは、既にご存じの方も多いだろう。しかし、健康な人間であれば経口での食事摂取ができるが、集中治療室に入室している重症患者は、経口での食事摂取ができない期間が生じてしまうことも現状である。このように経口での食事摂取ができないことで嚥下機能が低下し、集中治療室を退室する時期や、退室後に嚥下機能のリハビリテーションが必要になる状況についても、皆さんご経験があるのではないだろうか。

栄養管理と一言で言っても、栄養管理には様々な要素がある。それは、どのような栄養が身体に必要なのか、それはどの程度の量が必要なのか、患者のどの時期から栄養管理を開始すべきなのか、どのような投与方法があるのか、などであるが、これらは栄養管理を実際行う上では非常に重要な要素である。このような栄養管理方法について世界各国でガイドラインが策定されており、日本国内にも存在する。しかし、栄養管理に関する研究は日々進歩しており、これらのガイドラインは数年毎に改訂され、その内容が見直されているばかりではなく、関連する研究論文も日々発表されているような現状である。我々看護師は多職種と連携しながら患者の栄養管理を行っていくが、それぞれの専門職だけでなく、看護師も最新の知見に触れ、その知見に基づいた栄養管理を目指すことが重要であり、それが患者により良い栄養管理を提供することにつながるだろう。

そこで本演題では、なぜ栄養管理が重要なのか、栄養管理における基礎的な知識をお伝えしつつ、や最新の栄養管理のエビデンスはどのようになっているのか、各国のガイドラインの模様や、文献レビューを通して皆さんにお伝えしたいと思っている。加えて、経口での栄養摂取ができないことは、患者にどのような影響を及ぼすのか、集中治療室で経口摂取に関するエビデンスはどのようになっているのか、という点についてもお伝えしたいと考えている。

本演題、及びパネルディスカッション全体を通して、参加者の皆さんと栄養管理の現状や、集中治療室に入室している期間での理想的な栄養管理、摂食機能の維持や回復に向けた示唆を共有できたら幸いである。

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

[PD3-02] 当院の患者背景を特徴とした嚥下介入の取り組みについて

○山口 大輔¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: 急性期、嚥下障害、嚥下介入

当院は急性期病院であり、地域の中核病院としての役割を担っている。また、北九州方式といわれる「機能別救急体制」に基づいて循環器内科、心臓血管外科、脳神経外科を主体に重症患者を受け入れている。摂食嚥下障害の代表疾患として脳卒中があげられるが、当院は循環器や心臓血管外科疾患を背景とした嚥下介入を必要とする患者が数多く存在する。また、当院の平均在院日数は11.6日と短期ではあるが、昨年度の嚥下介入が必要であった患者の在院日数は30.1 (±5.6) 日と長期化する傾向にあった。2021年度の嚥下介入依頼患者数は730件であった。その内訳としては循環器疾患236件、脳卒中疾患231件、心臓血管外科101件であり、この3科が依頼件数の約半数以上を占める。脳卒中による嚥下障害は神経、筋症状を有する機能的な原因による嚥下障害が代表的である。しかし、他科では複数の要因が複合的に関連した症状によって嚥下機能が低下している患者も多く存在しており、脳卒中患者への対応とは質的に異なる症例も多い。また、介入患者の平均年齢は81.4 (±12.1) 歳と高齢であった。高齢者は加齢に伴う嚥下機能の低下がありながらも入院前は誤嚥なく経口摂取を継続していたと

考えている。しかし、急激な急性疾患の発症や、それに伴う体力低下によって機能を保てず嚥下機能の低下が著明に顕在化してしまう状況が推測される。このような患者への嚥下介入の対応として重要なことは、早期から専門的な視点を持った介入に繋ぐための環境を構築することであると考えている。この介入が遅れると誤嚥性肺炎の併発や主疾患の重症化に繋がるリスクが高くなり、在院日数の長期化に繋がり QOLが低下することもある。そのため、早期介入に向けた方法の検討や看護師の「嚥下障害の視点を養う」ための教育方法の実践が必要であると考えている。継続的な嚥下リハビリは非常に重要であるが、急性期症状の中での経口摂取開始は治療を左右する重要な加療のスタート地点でもある。「食べることを可能な限り継続する」を念頭に置きながら食事継続可否の判断を早期に行い、主疾患治療を支えることが初期介入を行う評価者の役割でもある。そして、病態によって変動していく嚥下機能の状況の中で、経口摂取訓練の中止や再開のタイミングを見逃がさずに介入を継続することが、食べる能力の維持や継続していくための必要な援助の一つであると考えている。このセッションでは、当院の患者背景を踏まえた摂食・嚥下障害患者の特徴や取組みの実際について述べる。

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

[PD3-03] 当院の集中治療室における摂食機能回復への取り組み

ー栄養サポートチームとの連携ー

○新井 智香子¹、小倉 美佳¹、阿部 絵美¹、板垣 七奈子² (1. 前橋赤十字病院 看護部、2. 国立病院機構高崎総合医療センター 看護部)

Keywords: 嚥下障害、経口摂取

【はじめに】

当院は高度救命救急センターを有する第3次急性期病院であり、集中治療室（intensive care unit：以下、ICU）は、集中治療科・救急科医師で形成された集中治療専従医師の管理の下、全科の重症患者の入室を扱う Closed General ICUである。病床数は24床で、熱傷急性期や重症呼吸器不全、意識障害、ショック状態などの患者が多数を占める。

【ICUでの NST との連携】

当院では入院時と週に1度実施する栄養スクリーニングで低栄養や嚥下障害などの栄養障害リスクがあり、医師により NST 介入の同意があった場合に NST 回診を行っている。NST の構成メンバーは医師や看護師、栄養士、薬剤師、歯科医、歯科衛生士である。NST 回診では①医師は栄養不良の原因検索と診断から栄養療法の適応を判断し、②看護師は患者が安全に栄養療法を受けられるように環境を整える、③栄養士は栄養障害患者の抽出とともに、必要エネルギー量の算出や摂取栄養量の算出を行い、④薬剤師は輸液や内服の処方が適正かどうかを評価、⑤歯科医師・歯科衛生士は口腔内の診察と、有害事象に対するケアの指導を行うなど各職種が専門性を持った役割を担っている。NST リンクナースと称する看護師が NST 回診時に回診メンバーに同行することで、最新の患者情報を回診メンバーに伝えることができ、また回診での内容を該当患者の担当医や担当看護師に直接伝え、患者の状態に合わせた栄養療法に繋げることができている。

【NST 介入の効果と課題】

ECMO や多量のカテコラミンサポートが必要な超重症患者でも、入院早期より NST が介入したことで挿管管理から歯科衛生士による機能的口腔ケアが行われ、約1か月間挿管管理をしていたにも関わらず、抜管翌日には言語聴覚士による嚥下評価が可能となり、さらにその二日後には直接訓練が開始となった事例を経験した。NST が介入することで食機能回復への取り組みの第一歩に繋がり、「口から食べたい」という患者のニーズを満たすことができた。NST が介入することで急性期治療中から食べるという目標に向けて多職種での介入が可能となる。ICU での NST 介入人数、延べ回数は2020年度は39名、94回で2021年度は35名、104回であった。今回はこのことについてさらに詳細に説明する。ICU 入室中の患者の多くは長期挿管管理により嚥下機能低下や口腔内機能低下を来しやすく、抜管後に摂食嚥下障害を生じやすい。そのため早期から嚥下・口腔機能低下予防を目的とした関わりが重要となるが、食べるということが目標となりにくく嚥下評価が後回しとなることが多い。この背景としては、重症患者の状態を把握するための情報量が多く、嚥下機能評価をするまでに至らない事が現状である。そ

のため、経験的な部分だけではなく専門的な知識が必要であり、全ての看護師が標準的な評価を実施できるようなパスなどを作成していきたい。

【まとめ】

重症患者においても入院早期から積極的な栄養管理や嚥下リハビリテーションを開始し、「口から食べる」という目標に向かい歯科衛生士や言語聴覚士を含めた緊密な多職種連携を実践していくことが重要である。

パネルディスカッション

[PD4] 本当に実践できてる？ ABCDEFGHバンドル

座長:古賀 雄二(川崎医療福祉大学)

山田 奈津子(帝京大学福岡医療技術学部)

演者:劔持 雄二(青梅市立総合病院 集中治療室)

小川 哲平(奈良県立医科大学附属病院)

白坂 雅子(福岡赤十字病院)

池田 優太(東海大学医学部付属病院 集中治療室)

Sat. Jun 11, 2022 11:40 AM - 1:00 PM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[PD4-01] ABCDEFGHバンドルのオーバービュー

ーバンドルを実践していたためのチーム作りのポイントを考えていくー

○劔持 雄二¹ (1. 青梅市立総合病院 集中治療室)

11:40 AM - 12:00 PM

[PD4-02] 当院における ABCDEFGHバンドルの取り組みについて

○小川 哲平¹ (1. 奈良県立医科大学附属病院)

12:00 PM - 12:20 PM

[PD4-03] 当院の PICS予防に向けた ABCDEFバンドルの実践

ー導入から4年間で振り返り見えてきた課題ー

○白坂 雅子¹ (1. 福岡赤十字病院)

12:20 PM - 12:40 PM

[PD4-04] せん妄ケアチームから広げる ABCDEFGHバンドルの取り組みとその課題

ーどう進めていく？ F・G・Hー

○池田 優太¹ (1. 東海大学医学部付属病院 集中治療室)

12:40 PM - 1:00 PM

11:40 AM - 12:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 11:40 AM - 1:00 PM 第8会場)

[PD4-01] ABCDEFGHバンドルのオーバービュー

ーバンドルを実践していたためのチーム作りのポイントを考えていくー

○劔持 雄二¹ (1. 青梅市立総合病院 集中治療室)

Keywords: ABCDEFGHバンドル、チーム作り、心理的安全性

ABCDEバンドルとは、2010年前後から提唱され始めた人工呼吸器装着患者の管理において医源性合併症を減らす管理をバンドルで行う概念である (Balas MC, 2014)。医源性合併症とは主に人工呼吸器期間の延長、せん妄、ICU acquired weakness (ICU-AW)、post-intensive care syndrome (PICS)のことを言う。近年、ICU患者のアウトカムは患者のQOLやADLの維持といったPICSを予防するケアが重視され、このABCDEバンドルがフォーカスされている。ABCDEバンドルでは、鎮静、せん妄、不動がPICSのリスクであることを強調しており、PICSを減らすために、ABCDEバンドルに「FGH」が加えられ(Harvey MA, 2016)、ABCDEFGHバンドルとなった。FGHの要素は、患者の状態改善によりICUから一般病床や他施設への移動を想定したものである。またABCDEFバンドルの遵守によって生存期間が延長し、せん妄が減少した(Barnes-Daly MA, 2017)とする報告があり、ABCDEFバンドルは、PICSおよびPICS-Fの予防につながるものといえる。ABCDEFGHバンドルの実践は日常的なICUケアの本質と言っても過言ではなく、その本質的なケアを継続していくことが患者とその家族を回復させていくことに繋がると考える。一方で、このABCDEFGHバンドルを実践していくことの障壁として、1.患者の不安定さ、2.医師や医療スタッフの知識の欠如、3.プロトコルのわかりにくさ、4.多職種チームの協働が挙げている(Morandi A, 2017)。この報告ではバンドル順守率が50%前後と低いことが明らかになり、この要因として多職種チーム内のコミュニケーション、連携、調整が不十分である可能性が示唆された。このようなチーム作りには何が必要なのかと考えた時、あのGoogleが行なったプロジェクト・アリストテレス(C. Duhigg, 2016)が参考にできる。ここで言われたことは働き方や単にメンバーの能力の違い、優秀なメンバーが集まったチームが成功しているかということと実際はそうではなかったようである。チームを形成する上で成功のカギは「心理的安全性」で、「他者への心遣いや同情、あるいは配慮や共感」といったメンタルな要素の重要性である。心理的安全性と呼ばれる安らかな雰囲気チーム内に育めるかどうか、成功のカギなのだという。この心理的安全性と言うのは「自己開示」・「自己表現」・「自己認識」を促すことで、このような環境づくりをしていくことがチームの生産性を上げていくとしている。ABCDEFGHバンドルの実践は日常臨床におけるケアそのものである。これを実践していくためには多職種チーム連携が肝要であり、そのチーム内で常に核となる看護師がチーム作りに必要な要素を理解しておくことは極めて重要である。

12:00 PM - 12:20 PM (Sat. Jun 11, 2022 11:40 AM - 1:00 PM 第8会場)

[PD4-02] 当院における ABCDEFGHバンドルの取り組みについて

○小川 哲平¹ (1. 奈良県立医科大学附属病院)

Keywords: ABCDEFGHバンドル

集中治療室に入室する重症患者には、入院中および退院後も持続する、身体機能、認知機能、精神機能における障害が起きやすい傾向にある。これらのPICS (Post Intensive Care Syndrome) に対する予防の観点は重要視され、重症患者のマネジメントのための管理指針、ABCDEバンドルが提唱されるようになった。当院でも、鎮痛・鎮静のプロトコルの導入からSAT、SBTの実施など、せん妄、睡眠の質評価などABCDEバンドルを臨床現場での実践をするための体制づくりを行った。ケアを普及するための記録用紙の作成を行い、少しずつではあるが、バンドルの活用ができていく現状がある。その一方で、患者の情報が記録されてはいるものの、それが十分にケアにつながっていない現状もある。多職種カンファレンスへの情報共有を行い、SAT、SBT、早期離床、また家族面会ができないコロナ禍での家族情報の共有など、患者を取り巻くさまざまな情報を治療、ケアにつなげ

ていくために、どのように進めていくかが今後の課題である。さらに、重症患者のICU退室後のQOLを見据えて、医師、看護師、理学療法士、薬剤師など多職種のチームで取り組むことで、PICSの予防、リスクを低減しつつ、ABCDEHGHバンドルの遵守率を上げることで、患者のアウトカムに寄与できているかの評価をしていく必要がある。また、当院では、2016年より特定行為研修が開始され「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」「呼吸器（人工呼吸器療法に係るもの）関連」「栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）」関連「動脈血液ガス分析関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「術後疼痛管理関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」の7区分を取得した特定看護師がICUに従事している。ICUには集中治療医が常駐しているが、外来や処置、緊急手術などでICUに不在になることも多い。また緊急入室や急変対応中など、他の患者に対応できない場合もある。今後、特定看護師が人工呼吸器の調整や鎮静剤の調整などを特定看護師が行っていくことは、タイムリーな医療の提供だけでなく、バンドルの遵守にもつながると考える。まだまだタスクシフトという形で明確には行えていないのが現状であるが、今後、特定看護師としての活動の場は広がっていくことが期待される。特定看護師が医師の医療行為を代替するというだけではなく、看護師の視点を持ちながら高度な臨床実践能力（ケアとキュー）を効率的・効果的に発揮することで、患者に必要なケアを提供していくことも、バンドルの普及、患者の予後の改善につながることを期待する。

12:20 PM - 12:40 PM (Sat. Jun 11, 2022 11:40 AM - 1:00 PM 第8会場)

[PD4-03] 当院の PICS 予防に向けた ABCDEF バンドルの実践

ー導入から4年間を振り返り見えてきた課題ー

○白坂 雅子¹ (1. 福岡赤十字病院)

Keywords: 人工呼吸器離脱、せん妄、早期リハビリテーション

重症患者が生存退院した後に抱える様々な身体および精神障害である PICS は、患者の生活の質を貶め、社会復帰を妨げる大きな要因とされている。しかし、日本において PICS を専門的に介入できる医療機関は少ない。PICS を回避するためには、超急性期の段階から退院を見据えたケアの介入が重要であり、ABCDEF バンドルの実践が重要視されている。当院でも2019年より導入を開始、今年で4年目を迎える。当初は、早期リハビリテーション及び早期栄養介入加算を導入したばかりであり、バンドルの「E」を中心に推進した。早期リハビリテーションプロトコルを作成し、人工呼吸器装着下でも離床を目指し医師や理学・作業療法士と協働しながら、早期離床を推進した。また、2020年からバンドル「D」、せん妄への対策強化として CAM-ICU に加え、ICDSC を導入し、より客観的なせん妄評価ができる体制を整えた。また、DELTA プログラムの導入によりせん妄予防および治療的介入を行っている。2021年では、患者のセルフコントロールを高めるため、浅い鎮静への取り組みとしてバンドル「A」、人工呼吸器装着期間の短縮を目指したバンドル「B」、より患者の病態と現状を反映するためのバンドル「C」の実践を踏まえ、鎮痛・鎮静プロトコル、人工呼吸器離脱プロトコルを作成、導入している。2022年度の診療報酬改定において早期栄養介入加算が改定され、SAT および SBT の実践が新しく算定できるようになったことは、これらの取り組みの大きな追い風となっている。

今回、当院での4年間の取り組みを発表し、その成果と見えてきた課題を提示し、ディスカッションの題材とした。

12:40 PM - 1:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 11:40 AM - 1:00 PM 第8会場)

[PD4-04] せん妄ケアチームから広げる ABCDEFGH バンドルの取り組みと

その課題

ーどう進めていく？ F・G・Hー

○池田 優太¹ (1. 東海大学医学部附属病院 集中治療室)

Keywords: ABCDEFGHバンドル、PICS、PICS-F

【目的】近年、PICS (Post Intensive Care Syndrome) が注目されている。PICSとは、ICU退室後に生じる身体・認知・精神障害である。このPICSは患者だけでなく、PICS-F(Family)とされ家族にもうつ、不安、PTSDなどの精神障害を生じることがわかってきている。このPICSの予防に期待されているのが ABCDEFGHバンドルである。当院 ICUでは、2018年度よりせん妄ケアチームを結成し、せん妄ケアの浸透と定着を目指し、活動を行った。2019年度にはせん妄ケアから PICSにまで活動範囲を広げ、 ABCDEFGHバンドルに基づく介入を目指した。

【活動内容方法】 ABCDEFGHバンドルのチェック表(以下チェック表)の内容は、せん妄ケアチームのメンバーの議論を踏まえて作成した。内容は以下の通りである。A: 1)NRS $\geq$ 3、CPOT $\geq$ 2で経過している2)RASS:-2~0の浅い鎮静である3)RASS: +1以上ではない B: 4)自発呼吸トライアルの評価が実施されている C: 5)毎日の A+Bがされている6)ドルミカムを使用していない D: 7)各勤務1回の CAM-ICU評価はされている8)せん妄アセスメントシートが使用されている E: 9)早期リハビリテーション介入している10)ヘッドアップや ROMを実施している11)理学療法士が介入している F: 12)退院支援計画書が立案されている13)家族の面会がある G: 14)申し送り時にこのチェック表を用いている H: 15)せん妄のパンフレットを患者家族に渡している16)思いやりカレンダー(カレンダーに患者へのメッセージやリハビリの内容・看護師名の記載、家族や患者本人のリハビリ中の写真などがあるカレンダー)を使用している上記内容を項目としたチェック表を作成し、実践した。この活動を通して A・B・C・D・Eは定着した。しかし、F・G・Hについては課題が残された。Fの課題は、COVID-19の影響による面会制限である。これに対しては、WEB面会を導入したものの、十分ではなかった。Gに関しては、周知不足による申し送り時にチェック表が活用されなかったため、申し送りに関するルールづくりが必要と考える。Hに関しては、パンフレットの活用をより推進すべきであった。さらに、PICS-Fを予防するためには ABCDEFGHバンドルとともに、急性期における患者家族の意思決定を支援し ACP (Advance Care Planning) を考えることも重要である。今後は、PICS、PICS-Fとともに ACPについても自施設の課題と捉え、多職種とともに検討していきたい

【結語】自部署において A・B・C・Dは定着したが、F・G・Hの実践に課題が残った。自施設の課題をより明確にし、改めて ABCDEFGHバンドルの活用方法を考える機会としたい。

パネルディスカッション

[PD5] 災害発生時のクリティカルケア看護管理

座長:川谷 陽子(愛知医科大学病院)

佐藤 憲明(日本医科大学付属病院)

高橋 美千子(磐田市立総合病院 看護部)

井浦 弥生(社会福祉恩賜財団 済生会熊本病院)

雀地 洋平(KKR札幌医療センター)

Sat. Jun 11, 2022 1:00 PM - 2:10 PM 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[PD5-01] 災害発生！看護管理者は何をすれば良いのか

○高橋 美千子¹ (1. 磐田市立総合病院 看護部)

1:00 PM - 1:25 PM

[PD5-02] 災害発生時のクリティカルケア看護管理

○井浦 弥生¹ (1. 社会福祉恩賜財団 済生会熊本病院)

1:25 PM - 1:50 PM

[PD5-03] 病院全体で取り組む災害対策にむけて

○雀地 洋平¹ (1. KKR札幌医療センター)

1:50 PM - 2:10 PM

1:00 PM - 1:25 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:00 PM - 2:10 PM 第6会場)

[PD5-01] 災害発生！看護管理者は何をすれば良いのか○高橋 美千子¹ (1. 磐田市立総合病院 看護部)

Keywords: リーダーシップ、スピード感、早期対応

昨年より、私は病棟担当副看護部長として看護管理業務に従事している。また、DMATインストラクター、DMATロジスティックチームとしても活動をしている。これまで、DMATとして地震・水害・土砂災害・停電・新型コロナウイルス感染症と様々な災害対応を行ってきた。その中で災害時、看護管理者の役割として、DMAT看護部隊員の派遣調整や、院内対応では、病棟担当副部長として病床管理、各病棟の災害対応フローを作成したりし、フォローなどを行ってきた。現在、新型コロナウイルス感染症により、日本はおろか世界中が今まで経験したことのない状況と向き合い3年が経過しようとしている。全国的な患者増加に伴い医療資源の不足や、スタッフ・周囲の感染にて勤務調整によるマンパワー不足、コロナ病棟の陽性者入院患者数に応じた人員調整、スタッフの新型コロナウイルス患者を受け持つことによる感染リスクの不安などから、管理者のスピードと変化、力強いリーダーシップが求められた。7つの習慣のステイブン・R・コヴィーは「大きな変化を望むならパラダイムシフトが必要である」と言っている。リスク分析し、PDCAサイクルを回し、出来ることをスピーディーに対応し変化をさせていく必要があった。新型コロナウイルス対応を主に災害発生時の対応を振り返り、看護管理者として必要なことを抽出する。

当院は2類感染症指定病院であり、新型コロナウイルス感染症が叫ばれ始めた頃、私は救命センター師長をしており、陰圧室とERの管理を行っていた。突然の変化に対応していかなければならず、ICTにも協力を得て、副師長を交えてチームを作成し、そしてスタッフから意見を聞き、リスク分析を行った。見通しのつかない未来に人は不安になるため、スピード感を持って、管理者としての今後の方針を明確にしていく必要があった。その結果、多数のマニュアルを作成することが出来、スタッフも安心して患者の受け入れができる体制が整った。しかし、自身の部署だけの取り組みでは限界を感じ、組織への働きかけも必要であることが分かった。だが、組織的なサポートが思うように得られず、個人への負荷が増大し、自身を含め、数人のスタッフから高いストレス状態の反応が出ていた。そのため、院内で定期的な会議を開催し、情報を集約、評価し、問題や不安に対処する場が必要と考えた。防災マニュアルとは別の組織図を作成し、ICTへ提出をし、定期的な会議をしていくことを提案し、毎週会議が開催されるようになった経緯がある。そんなコロナ禍で院内クラスターが発生し、本部設営をし、DMATが本部運営の手伝いをしていたが、同時に近隣施設でのクラスター対応の派遣要請もあり、時間内での派遣が厳しくなっていた。しかし、クラスター対応として、DMATが介護福祉施設に介入をした例を挙げると、静岡県西部地区データにて、DMAT/ICT早期介入施設の陽性利用者の死亡率は3.9%、厚生労働省が示す80歳以上の陽性者死亡者数12.3%と比べ低値であった。そのため早期に本部立ち上げ介入派遣の必要性を感じ、初期介入を継続した。

災害時、管理者は強いリーダーシップが求められる。それにはビジョン、スピード感、決断力、責任、誠実、チャレンジ精神が必要である。そして、クラスター発生した介護福祉施設へのDMAT/ICT早期支援にて陽性者の死亡率が低値を示しているところから、災害時は早期に情報を集約し、評価する場を立ち上げることが大切である。そして、職員も組織からのサポートを受けられている実感も出る。早期に情報を集約し、評価していく場を作るとは死亡率の低下、職員の心のケアに重要な役割を示している可能性がある。

1:25 PM - 1:50 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:00 PM - 2:10 PM 第6会場)

[PD5-02] 災害発生時のクリティカルケア看護管理○井浦 弥生¹ (1. 社会福祉恩賜財団 済生会熊本病院)

Keywords: 災害時の看護管理、災害種別に応じた訓練、人材育成、受援体制

災害発生時、多くの病院は、災害フェーズに合わせ診療体制、看護体制を柔軟に変化させ、地域住民が求めるニーズに対応する役割がある。そのため、平時より、災害マニュアルや業務継続計画書（Business

Continuity Plan：BCP）を策定し、病院機能を継続させることが重要である。救命救急センターを有し災害拠点病院である A 病院では、院内防災委員が中心となり、災害マニュアルや BCP の策定、多数傷病者受け入れ訓練を実施し、有事に備えていた。また、看護部の現任教育では、災害コースを企画し、部署ごとに現場に即したアクションカードを作成していた。2016 年発生した熊本地震では、連続した 2 回の震度 7 以上の地震が発生し大きな被害をもたらした。A 病院も、貯水槽の破壊、水道の断水、本棚やカルテ庫が倒壊する被害を受けたが、BCP に則り、自家発電や地下水への切り替え、最低限のライフラインを確保し診療を継続した。当時、私は、救命救急外来で看護管理業務を行うと同時に、院内防災委員、DMAT 隊員として災害教育やマニュアル整備の役割を担っていた。熊本地震を振り返り、1. 災害種別に応じた訓練や人材育成、2. 受援体制整備が、看護管理者としての課題と考えたため、以下に述べる。1. 災害種別に応じた訓練や人材育成 災害マニュアルは、紙と電子媒体で準備し、各部署へ設置していたが、混乱する状況下では枚数が多く利便性が悪いことが明らかとなった。しかし、マニュアルと一緒に設置していたアクションカードは、スタッフの行動指針となり有効活用できた。また、例年の災害訓練実施により、災害発生直後の自主参集、本部設置、受け入れ準備は、混乱なく受け入れ体制確立が図れた。災害種別や様々な状況を想定し、地域から求められる病院役割を考慮し、実働可能なマニュアルの整備や現場に即した訓練を実施することが課題と捉える。現在、アクションカードの見直しとマニュアル改訂、WEB を活用した参集訓練や未参集者の安否確認訓練、現任教育内容や研修方法を検討し、災害対応能力向上を目指した人材育成に取り組んでいる。2. 受援体制の整備 災害時の支援体制については、計画的な人材育成や物品整備をしており、被災地への DMAT や災害支援ナースの派遣を複数回経験していた。しかし、受援体制については、十分ではなく、熊本地震時に他職種と協働し、受け入れ窓口の一本化を行うなど、受援体制を構築した。看護部で行った取り組みとして、まず、支援者担当を明確化し、支援者の看護経験や専門スキルを把握した。その上で、個人に合わせた役割分担の実施や勤務場所選定、勤務シフトを調整した。平時から、繁忙状況により、病棟を超えた応援体制を構築しており、外部支援者への依頼内容等の標準化が円滑に実施出来た。今後は、院外支援者に対し、医療安全的視点を含め、権限移譲の範囲等を検討しマニュアルに明文化する必要がある。また、病院として、地域や関連施設間で協議し、支援や受援の基準策定をしておくことが、円滑な受援体制に繋がると考える。看護管理者は、刻々と変化する状況に応じ、正確な情報収集や迅速な判断が求められる。今回述べた 2 点以外にも、災害発生時の安全確保、病床管理、人員調整、職員サポートなど看護管理者としての役割がある。平時に様々な有事を想定し訓練や計画的な人材育成、災害発生時体制整備の改定を重ねていくことが重要である。

1:50 PM - 2:10 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:00 PM - 2:10 PM 第6会場)

[PD5-03] 病院全体で取り組む災害対策にむけて

○雀地 洋平¹ (1. KKR札幌医療センター)

Keywords: 災害対策

【目的】

東日本大震災以降、全国的に災害対策の取り組みが行われている。災害対策は医療の現場においても重要な取り組みであり、災害訓練、災害研修、マニュアルの改訂など多くの病院で実施されている。当院は、災害拠点病院などではないが、地域医療支援病院として発災時には地域住民を受け入れ医療を提供するという役割がある。しかし当院の災害対策に対する現状は、救急科の医師や災害対策に取り組んでいる医師は不在であり、看護部主体の研修や訓練は開催されているが病院全体として災害に対する意識が高いとはいえない状況であった。災害対策委員会も院内の管理者で構成されており、実働的なスタッフは 1～2 名であった。このような状況の中、当院は北海道胆振東部地震、病院近隣でのガス爆発事故を経験し、病院として取り組むべき課題がいくつも明らかとなり、災害に備える組織作りが必要となった。

【方法】

そこで、各病棟の看護師で組織されている災害ワーキンググループを中心に、災害対策マニュアル、災害訓練、災害研修を元に課題を整理し対策案を検討した。課題としては、本部機能と情報伝達方法の整理、多職種の

連携体制、職員の安全と日常生活の確保、応急手当てに必要な技術習得、非常時の物品の確保、地域住民の対応などがあった。その内容と対策案を院内の災害対策委員会に提出し、今後の取り組みを検討した。また、災害対策委員会に、多職種で構成され、より実働的な内容を検討できる小委員会を設置した。現場へ伝達や検討を依頼する際には、小委員会から発信するように統一した。

【結果】

災害ワーキンググループを中心とした取り組みだけではなく小委員会での検討を行うことで、各部門の意見が反映された災害対策マニュアルの改訂となった。災害訓練に関しては、参加部門も増えマニュアルに沿った方法や役割で実施することができた。災害対策の知識や技術向上は、院内システムを使用し全スタッフ対象に WEB運用となった。多くの部門が参加することにより、院内全体で災害対策に取り組む体制が整い意識も高まった。

【結論】

今後は、様々な方法の訓練を繰り返すことで災害対策マニュアルを改訂する。多職種で検討することで、様々な立場で意見し合いより具体的な内容とする。取り組みを継続することで、スタッフの防災への意識を維持する。地域医療支援病院として災害発生時を想定した地域連携医との協働方法も検討する。

パネルディスカッション

[PD6] 小児のクリティカルケア看護の教育を考える

座長: 中田 諭(聖路加国際大学)

辻尾 有利子(京都府立医科大学附属病院)

青木 悠(聖路加国際病院 救命救急センター)

四宮 理絵(香川大学医学部附属病院 救命救急ICU)

藏ヶ崎 恵美(福岡市立こども病院 PICU)

Sat. Jun 11, 2022 2:10 PM - 3:20 PM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[PD6-01] 「ナレッジ・シェアしながら学ぶ」教育へのシフト

○青木 悠¹ (1. 聖路加国際病院 救命救急センター)

2:10 PM - 2:35 PM

[PD6-02] 救急外来における重症小児患者の初期対応力を高める取り組み

○四宮 理絵¹ (1. 香川大学医学部附属病院 救命救急ICU)

2:35 PM - 3:00 PM

[PD6-03] 心臓血管外科手術後の小児患者に対し看護実践をする PICU看護師の教育の現状と課題について

○藏ヶ崎 恵美¹ (1. 福岡市立こども病院 PICU)

3:00 PM - 3:20 PM

2:10 PM - 2:35 PM (Sat. Jun 11, 2022 2:10 PM - 3:20 PM 第9会場)

[PD6-01] 「ナレッジ・シェアしながら学ぶ」教育へのシフト

○青木 悠¹ (1. 聖路加国際病院 救命救急センター)

Keywords: ナレッジ・マネジメント、心理的安全性、リーダーシップ

誰もが予測しなかった世界的なパンデミックを経験して、これまで以上に VUCAな社会に生きる子どもとその家族に関連する健康問題はますます複雑化・多様化している。小児救急の現場では、よくある子どもの病気だけでなく、被虐待児、再入院を繰り返す医療的ケア児、自殺企図を重ねる小児、クリティカルケアを必要とする小児まで、緊急度・重症度を効率よく判断しながら、幅広いニーズへの対応が求められている。しかし、基礎教育や卒後教育でこのような臨床スキルを系統的に学ぶ機会は限られており、私の所属する施設では、新人看護師に限らず、子どもへの苦手意識やリアリティショックを感じる救急・集中治療領域の看護師は少なくない。

小児救急の特徴として、重症患者は少なく軽症患者が大多数を占めることが挙げられる。そのため、小児のクリティカルケア領域において、気道緊急や蘇生場面など、「差し迫った決断」を経験する機会が成人に比べて圧倒的に少ない。したがって、いざ危機的状況にある小児に遭遇すると、心理的負担による認知機能の低下やコミュニケーションエラー等により、チームパフォーマンスは低下する傾向にある。その結果、成功体験も限られ、小児患者への苦手意識がさらに増幅するという悪循環に陥る。

上記より、小児クリティカルケアの主要な教育課題は、まず効率よく知識・スキルを共有できる教育体制の仕組み作りである。そして、「差し迫った」状況でも高いパフォーマンスを発揮できるチーム作りである。こうした課題を解決し、危機的状況にある子どもとその家族に持続可能な価値あるケアを提供することが求められている。

このような課題に対する方略として、個人や組織の知識学習を促していくためにナレッジ・マネジメント理論（SECIモデル）を意識しながら知識体系の整備を目指した。限られた資源しかない救急の現場では、経験豊かな看護師のアートな思考ともいえる暗黙知によって優れた臨床判断や実践が展開されている。しかし、その暗黙知が個人に蓄積されたままでは組織の知識学習は拡大されないため、暗黙知を共有しながら主に若手看護師が成長する機会の創出を目指した。同時に、若い感性を巻き込むことが鍵となるため、組織の知識学習のプロセスに若手看護師の参加が不可欠である。なぜなら、若い感性は柔軟で学んだことをすぐに生かすラーニング・アジリティの傾向が高く、DX時代ではリバースメンタリング効果も期待できるためである。

「差し迫った決断」を伴う経験を増やすことはできなくても、日常臨床の場面から、心理的安全性の高い職場環境やリーダーシップを意識しながらチームを育成することで、チームのパフォーマンスを高められる。特に「差し迫った」状況が繰り返されるクリティカルケア領域では、チームコミュニケーションや心理的安全性は医療安全の観点からも軽視できず、リーダーではなくても誰もがリーダーシップを持って現場にコミットするマインドは高いチームパフォーマンスには肝要となるため、これからの看護教育で育むべきエッセンシャルな素養である。

淀みない小児救急医療を実現するために、教育的アプローチを共有することで、現状の課題だけでなく、今後の展開についてもディスカッションしていきたい。

2:35 PM - 3:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 2:10 PM - 3:20 PM 第9会場)

[PD6-02] 救急外来における重症小児患者の初期対応力を高める取り組み

○四宮 理絵¹ (1. 香川大学医学部附属病院 救命救急ICU)

Keywords: 救急外来、重症小児患者、虐待

香川県は日本で最も面積の小さい県であり、県内のアクセスは非常に良い。当院（全613床）は第3次救急医療施設であるが、地域の基幹病院として1次から3次救急までの救急搬送患者を受け入れている。さらに小児救急医療として、初期から2次救急患者を診る病院群輪番制も担っている。県内では小児の3次救急対応ができる病院は限られているため、重症小児の救急患者は、瀬戸内の離島を含む県内各地から搬送されている。今年度からドク

ターヘリの運用も開始となり、今後より一層当院が担う役割は高まっていくと考えられる。頭部外傷やC P A等救急搬送時に事故か虐待を疑うような場合には、搬送時の情報収集や洞察力、家族との関り方など看護師に求められることは多岐に渡る。現在のところ、当院の重症小児の救急搬送件数は、年間を通して数例程度である。そのため重症小児患者の対応経験が乏しいスタッフも多く、救急搬送時の初期対応の煩雑さや必要物品の選択にとまどいと不安を感じている。そこで重症小児患者の対応経験が乏しいスタッフであっても、迅速で適切な対応ができることを目指し、救急外来の環境・小児物品整理、ツールの作成にこれまで取り組んできた。例えば、モニターや挿管・ルート、薬剤等の必要物品の写真を多用した視覚的な小児 CPAシートの作成や小児用救急カートの物品のセットとチェックリストの作成などがあげられる。これらのシートは救急搬送時の受け入れ準備を事前学習や記憶に頼らなくても、効率よく可能にするものである。さらに OJTとして救急外来での小児 CPA例を想定し、作成した小児 CPAシートと小児用救急カートを使用したシミュレーションを行っている。この方法は実際の場面を想定して物品の準備や初期対応を体験することとなり、どのスタッフでも迅速で適切な対応につながる効果を期待している。これらのツールを活用したシミュレーションを繰り返すことは、現場経験の乏しいスタッフにとって知識・スキルの向上とイメージ化が図られ、救急搬送時の初期対応時の煩雑さの低減や不安の軽減につながるのではないかと考える。また、小児病棟と救命病棟とのスタッフで小児 CPA対応や小児 BLS、虐待をテーマとした合同勉強会を実施している。例えば、小児死亡事例の場合は症例が少なく、困難さを感じやすいため、家族からの質問内容やその時の看護師の受け答えや看護師が抱いた感情の振り返りなどがあげられる。このような事例は経験値を積み上げるのが困難で、状況により対応も様々であり、救急病棟と小児病棟の現場のそれぞれの立場や経験の違いを共有する機会となっている。これまで私自身、頭部外傷やC P A等救急搬送時に事故か虐待を疑うような場合の対応の困難さを実感している。そこで、虐待を疑う初期対応医師や看護師、救急隊員など多職種間で連携を図ることが虐待への早期介入を可能とすると考え、救急隊員の虐待対応と多職種連携に関する研究に取り組んでいる。小児救急医療の現場では、虐待を疑う症例の初期対応の質向上のために、救急外来における救急隊からの情報入手が鍵となる。看護師も虐待対応の視点で必要な情報を考え、連携が図れるように救急現場に特化した虐待対応のシミュレーション教育を医師・看護師・救急隊員等の多職種で実施することを考えている。今後もこれら救急外来でのクリティカルケア看護教育を積み重ねることで、小児救急医療のさらなる質向上を目指していきたい。

3:00 PM - 3:20 PM (Sat. Jun 11, 2022 2:10 PM - 3:20 PM 第9会場)

[PD6-03] 心臓血管外科手術後の小児患者に対し看護実践をする PICU看護師の教育の現状と課題について

○蔵ヶ崎 恵美¹ (1. 福岡市立こども病院 PICU)

Keywords: PICU、看護師教育

質の高い医療・サービスの提供が求められる今日、組織においては優れた人材の育成と活用がより一層求められる¹⁾と言われている。病院理念「こどものいのちと健康をまもる」の下、小児集中治療室（以下 PICU）は、小児とその家族に質の高い看護とサービスが提供できる PICU看護師の育成に取り組んでいる。当 PICUは、重症先天性心疾患小児患者の手術直後からの集中ケアを担っており、クリティカルケア看護と小児看護、更には心臓血管外科術後看護という専門性の高い看護を求められている。そのため、PICU看護師はストレスの高い環境下で知識と技術を習得していかなければならず、やりがいを感じられるまでになるには多くの困難があると思われる。今回、副看護師長であり集中ケア認定看護師の立場から当院 PICUの現状と課題について述べる。

当院は2014年に新病院として移転、2015年から PICU病棟として運用開始した。PICUは8床、入室する小児は心臓血管外科手術後であり、手術は年間400例を超える。入室する小児の年齢は生まれて間もない新生児から複数回手術を受けた思春期までで、この内新生児・乳児期が6割を占める。小児の心臓血管外科術後管理は根治術と肺体血流比バランスが鍵となる姑息術があり、その特殊性から術後看護について明記した教本は殆どなく、自己学習が難しい。当 PICUへの看護師の配属は、以前は他施設・他病棟の経験者のみであったが、7年前より小児の手術後や集中ケアにかかわりたいと希望する新卒新人看護師も含まれるようになった。現在、当病棟のスタッフ構成

は、看護師経験3年未満が3割、4～9年未満が3割、残り4割は10年以上である。当病棟の教育は、入職して半年以降に夜勤勤務、1年後には新生児期の先天性心疾患根治術直後の小児患者の受け持ちとして担当できるように指導をしている。2年目で胸腔ドレーン挿入介助、中心静脈カテーテルや動脈ライン留置介助など当病棟に必要な処置が自立して行え、3年目でリーダー業務や ECMO など補助循環が必要な先天性心疾患術後の小児患者を受け持つことができるよう医師・教育担当スタッフと協働した off-JT を行っている。

以上のことから、当病棟の看護師教育の課題について3点述べる。1つ目は、今まで配属した新人看護師は、小児看護とは幼児期や学童期のこどものプレパレーションをすることをイメージし、病気と闘うこどもたちの看護に携わりたいという思いを胸に入職している傾向にある。しかし現実には、重症心臓血管外科手術後で新生児・乳児が多く、治療上鎮静治療を受けている小児患者を看ている当病棟では小児とのコミュニケーションとることが少なく、モチベーションに影響している。2つ目は、当病棟は、知識や技術だけでなく、新卒新人看護師がリアリティショックとならないよう面談を頻回に行うなど新人教育に注力する一方、2年目以降の教育まで行き届かないことである。3つ目は、術式による血行動態とパラメータを用いて経時的に述べるができるが、心不全や鎮痛鎮静・せん妄、離床といったクリティカルケア看護の視点でのアセスメントについて文章化することが難しいことである。

今回は、当病棟の看護師教育の課題と現在行っている取り組みについて紹介した上でディスカッションし、小児とその家族にとって質の高い看護が提供できる PICU 看護師教育の在り方について深めたいと考える。

引用文献

1) 手島恵：すぐれた人材の育成と活用，井部俊子/中西睦子監修，手島恵編集，看護管理学習テキスト第2版第4巻 看護における人材資源活用論，日本看護協会出版会，58,2018

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、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)

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。厚生省の体力・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。