

Sat. Jun 11, 2022

第1会場

開会式

[OP] 開会式

9:00 AM - 9:10 AM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[OP] 開会式

9:00 AM - 9:10 AM

集会長講演

[PL1] 看護を紡ぎ次代を拓く

座長:佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

演者:立野 淳子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

9:10 AM - 9:40 AM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[PL1-01] 看護を紡ぎ、次代を拓く。

○立野 淳子¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

9:10 AM - 9:40 AM

特別講演

[SL1] 特定行為研修修了者は病院の人材になりえるか

座長:後藤 明子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

演者:宮脇 宏(小倉記念病院 麻酔科・集中治療部)

10:10 AM - 11:00 AM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[SL1-01] 特定行為研修修了者は病院の人材になりえるか

○宮脇 宏¹ (1. 小倉記念病院 麻酔科・集中治療部)

10:10 AM - 11:00 AM

特別講演

[SL2] ICU専従医が思う魅力ある ICUとは—一人では何もできなかった—

座長:松岡 さおり(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

演者:松田 恵昌(小倉記念病院麻酔科・集中治療部)

1:50 PM - 2:40 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[SL2-01] ICU専従医が思う魅力ある ICUとは—一人では何もできなかった—

○松田 恵昌¹ (1. 小倉記念病院麻酔科・集中治療部)

1:50 PM - 2:40 PM

第6会場

特別講演

[SL3] ICUナースに知っていてほしい緩和ケア

座長:田中 雄太(東北大学大学院医学系研究科)

演者:宮下 光令(東北大学大学院医学系研究科)

石上 雄一郎(飯塚病院 連携医療・緩和ケア科)

2:20 PM - 3:50 PM 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[SL3-01] がん患者に対する緩和ケア：概念と質の評価

○宮下 光令¹ (1. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野)

2:20 PM - 3:05 PM

[SL3-02] 実践！クリティカルケアの中でも緩和ケア

○石上 雄一郎¹、吉野 俊平² (1. 飯塚病院 連携医療・緩和ケア科、2. 飯塚病院 集中治療科)

3:05 PM - 3:50 PM

第1会場

特別講演

[SL4] クリティカルケアは病院収益にどのような意味をもたらすか

座長:丹山 直人(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

演者:木澤 晃代(日本看護協会)

2:50 PM - 3:50 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[SL4-01] クリティカルケアは病院収益にどのような意味をもたらすのか

○木澤 晃代¹ (1. 日本看護協会)

2:50 PM - 3:50 PM

招聘講演

[IL1] 患者と家族の心をケアする共感的コミュニケーションの基礎

座長:山勢 善江(湘南医療大学／大学院)

演者:古宮 昇(カウンセリング・ルーム輝 (かがやき))

11:10 AM - 12:10 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[IL1-01] 患者と家族の心をケアする共感的コミュニケーションの基礎

○古宮 昇¹ (1. カウンセリング・ルーム輝 (かがやき))

11:10 AM - 12:10 PM

第3会場

招聘講演

[IL2] 米国の ECMO療法最前線—ECMOスペシャリストからのメッセージ—

座長:道又 元裕(Critical Care Research Institute (CCRI))

演者:ピーターソン 由紀(Michigan Medicine, University of Michigan, ECMO Program)

2:50 PM - 3:50 PM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[IL2-01] 米国の ECMO療法最前線 —ECMOスペシャリストからのメッセージ—

○ピーターソン 由紀¹ (1. Michigan Medicine, University of Michigan, ECMO Program)

2:50 PM - 3:50 PM

教育講演

[EL1] クリティカルケア看護師のワークエンゲージメントを高める

座長:春名 純平(札幌医科大学附属病院)

演者:卯野木 健(札幌市立大学看護学部)

10:00 AM - 11:00 AM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[EL1-01] クリティカルケア看護師のワークエンゲージメントを高める

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

10:00 AM - 11:00 AM

教育講演

[EL2] 看護師に知っておいてほしい栄養療法のポイント-窒素バランスを看護に活かす-

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院)

演者:中村 謙介(帝京大学医学部 救急医学講座)

12:20 PM - 1:20 PM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[EL2-01] 看護師に知っておいてほしい栄養療法のポイント-窒素バランスを看護に活かす-

○中村 謙介^{1,2} (1. 帝京大学医学部 救急医学講座、2. 日立総合病院 救急集中治療科)

12:20 PM - 1:20 PM

教育講演

[EL3] クリティカルケア看護実践能力を磨くためのリフレクション

座長:明神 哲也(東京慈恵会医科大学)

演者:宇都宮 明美(関西医科大学看護学部・看護学研究科)

1:30 PM - 2:30 PM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[EL3-01] クリティカルケア看護実践能力を磨くためのリフレクション

○宇都宮 明美¹ (1. 関西医科大学看護学部・看護学研究科)

1:30 PM - 2:30 PM

第8会場

シンポジウム

[SY1] ルーティンケアの変遷

座長:植村 桜(大阪市立総合医療センター)

安藤 有子(関西医科大学附属病院)

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

小池 真理子(順天堂大学医学部附属順天堂医院)

平良 沙紀(福岡大学病院)

増田 博紀(社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院)

10:00 AM - 11:30 AM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[SY1-01] 排泄ケアの変遷

○露木 菜緒¹ (1. Critical Care Research

Institute (CCRI))

10:00 AM - 10:25 AM

[SY1-02] 体位変換の変遷～腹臥位におけるケア～

○小池 真理子¹ (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院)

10:25 AM - 10:50 AM

[SY1-03] 睡眠への援助を考える

○平良 沙紀¹ (1. 福岡大学病院)

10:50 AM - 11:10 AM

[SY1-04] モビライゼーション

○増田 博紀¹ (1. 社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院)

11:10 AM - 11:30 AM

第9会場

シンポジウム

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

座長:溝口 裕美(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

塚原 大輔(株式会社キュアメド)

演者:西村 基記(国立病院機構 北海道医療センター)

畑 貴美子(横須賀市立うわまち病院)

後小路 隆(社会医療法人陽明会 小波瀬病院)

11:30 AM - 12:50 PM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

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

○西村 基記¹ (1. 国立病院機構 北海道医療センター)

11:30 AM - 12:00 PM

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

-集中治療室から地域支援に向けて-

○畑 貴美子¹ (1. 横須賀市立うわまち病院)

12:00 PM - 12:25 PM

[SY2-03] 救急医療の現場での診療看護師の意義を見出す

○後小路 隆¹ (1. 社会医療法人陽明会 小波瀬病院)

12:25 PM - 12:50 PM

第1会場

シンポジウム

[SY3] 重症患者の症状緩和と看護

座長:片山 雪子(榊原記念病院)

大山 祐介(長崎大学生命医科学域保健学系)

演者:加藤 茜(信州大学医学部保健学科)

櫻本 秀明(日本赤十字九州国際看護大学)

北山 未央(金沢医科大学病院)

星野 晴彦(国際医療福祉大学 成田看護学部)

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

[SY3-01] クリティカルケアを受ける患者や家族は、何に苦

しんでいるのか？

○加藤 茜¹（1. 信州大学医学部保健学科）

12:20 PM - 12:40 PM

[SY3-02] 呼吸困難の評価と緩和へのアプローチ

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

12:40 PM - 1:00 PM

[SY3-03] せん妄を発症した患者の体験から緩和方法を学ぶ

○北山 未央¹（1. 金沢医科大学病院）

1:00 PM - 1:20 PM

[SY3-04] 重症患者の抱える不安と恐怖

○星野 晴彦¹（1. 国際医療福祉大学 成田看護学部）

1:20 PM - 1:40 PM

第8会場

シンポジウム

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

座長: 木下 佳子(日本鋼管病院)

卯野木 健(札幌市立大学)

演者: 高橋 健二(山口県立総合医療センター)

春名 純平(札幌医科大学附属病院)

古厩 智美(さいたま赤十字病院 高度救命救急センター HCU)

對東 俊介(広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門)

江尻 晴美(中部大学生命健康科学部保健看護学科)

1:10 PM - 2:50 PM 第8会場 (総合展示場 E 展示場)

[SY4-01] PICS の概要について

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

1:10 PM - 1:30 PM

[SY4-02] PICS メンタルヘルス障害に有効なケアはあるのか？

○春名 純平¹（1. 札幌医科大学附属病院）

1:30 PM - 1:50 PM

[SY4-03] 古くて新しいせん妄ケア 私たちができること

○古厩 智美¹（1. さいたま赤十字病院 高度救命救急センター HCU）

1:50 PM - 2:10 PM

[SY4-04] ICU サバイバーの身体障害の評価と対策

○對東 俊介¹（1. 広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門）

2:10 PM - 2:30 PM

[SY4-05] PICS アセスメントツールの開発と活用

○江尻 晴美¹（1. 中部大学生命健康科学部保健看護学科）

2:30 PM - 2:50 PM

第10会場

シンポジウム

[SY5] クリティカルケア領域における終末期ケアの質 座長: 伊藤 真理(川崎医療福祉大学)

小島 朗(大原総合病院)

演者: 相楽 章江(山口大学医学部附属病院 看護部)

三須 侑子(自治医科大学附属病院 看護部)

森山 美香(島根県立大学看護栄養学部看護学科)

加藤 茜(信州大学医学部保健学科)

2:10 PM - 3:40 PM 第10会場 (総合展示場 G 展示場)

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

○相楽 章江¹（1. 山口大学医学部附属病院 看護部）

2:10 PM - 2:35 PM

[SY5-02] クリティカルケア領域における終末期患者の家族が抱える苦痛

○三須 侑子¹（1. 自治医科大学附属病院 看護部）

2:35 PM - 3:00 PM

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

○森山 美香¹（1. 島根県立大学看護栄養学部看護学科）

3:00 PM - 3:20 PM

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

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

3:20 PM - 3:40 PM

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

ー ICUから病棟へ看護のバトンが繋がっているかー

○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)

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

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)

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

第7会場

Pro-Con

[PC1] 人工呼吸器装着患者の管理は一般病棟でも可能か

座長:石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター)

演者:富阪 幸子(川崎医科大学総合医療センター 集中治療室)

森安 恵実(北里大学病院集中治療センター RST/RRT室)

11:40 AM - 12:40 PM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[PC1-01] 人工呼吸器装着患者は、一般病棟でも積極的に管理すべきか、慎重にすべきか

○富阪 幸子¹、森安 恵実² (1. 川崎医科大学総合医療センター 集中治療室、2. 北里大学病院集中治療センター RST/RRT室)

11:40 AM - 12:40 PM

第9会場

Pro-Con

[PC2] ICUに新卒看護師を配置すべきか否か

座長:細萱 順一(医療法人社団康幸会かわぐち心臓呼吸器病院)

演者:嶋岡 征宏(山口大学医学部附属病院 集中治療部)

加覧 妙子(鹿児島大学病院 救命救急センター)

1:00 PM - 2:00 PM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[PC2-01] ICUへの新人の配属推進派の見解

○嶋岡 征宏¹ (1. 山口大学医学部附属病院 集中治療部)

1:00 PM - 1:30 PM

[PC2-02] ICUに新人看護師の配置は反対!!

ーICUに配属された新人看護師の成長は、先輩看護師の力量にかかっているー

○加覧 妙子¹ (1. 鹿児島大学病院 救命救急センター)

1:30 PM - 2:00 PM

第6会場

交流集会

[EM1] 今更ですが COIって何ですか?ー身近な事例をもとに考えるー

委員会:利益相反委員会

10:00 AM - 11:30 AM 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[EM1-01] 利益相反委員会交流集会 今更ですがCOIって何ですか?—身近な事例をもとに考える—

○木下 佳子¹、三浦 英恵²、村上 礼子³、福田 友秀⁴、福田 侑子⁵ (1. 日本鋼管病院、2. 日本赤十字看護大学、3. 自治医科大学、4. 武蔵野大学、5. 自治医科大学附属病院)

10:00 AM - 11:30 AM

第7会場

交流集会

[EM2] 今だからこそ事例研究で看護を発信!—データ収集とデータ分析に焦点を当てて—

委員会:研究推進委員会

10:00 AM - 11:20 AM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[EM2-01] 研究推進委員会交流集会 今だからこそ事例研究で看護を発信!—データ収集とデータ分析に焦点を当てて—

○松本 亜矢子¹、吉田 紀子^{2,7}、明石 恵子^{3,7}、佐藤 まゆみ^{4,7}、伊藤 真理^{5,7}、清村 紀子^{6,7} (1. 金沢大学附属病院、2. 独協医科大学病院、3. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、4. 順天堂大学大学院医療看護学研究科、5. 川崎医療福祉大学保健看護学部保健看護学科、6. 大分大学医学部看護学科、7. 研究推進委員会)

10:00 AM - 11:20 AM

第3会場

交流集会

[EM3] クリティカルケア領域における効果的なデスカンファレンスの開催について考えよう

委員会:終末期ケア委員会

11:10 AM - 12:10 PM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[EM3-01] 終末期ケア委員会交流集会 クリティカルケア領域における効果的なデスカンファレンスの開催について考えよう

○山勢 博彰¹、立野 淳子²、加藤 茜³、久間 朝子⁴、辻本 真由美⁵、藤岡 智恵⁶、藤本 理恵⁷、森山 美香⁸ (1. 山口大学大学院医学系研究科、2. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院、3. 信州大学医学部保健学科、4. 福岡大学病院、5. 横浜市立大学附属市民総合医療センター、6. 飯塚病院、7. 山口大学医学部附属病院、8. 島根県立大学看護栄養学部看護学科)

11:10 AM - 12:10 PM

第7会場

交流集会

[EM4] やればできる!論文投稿 事例報告の取り組み方

委員会:編集委員会

12:50 PM - 2:10 PM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[EM4-01] 編集委員会交流集会 やればできる!論文投稿事例報告の取り組み方

○編集委員会¹ (1. 編集委員会)

12:50 PM - 2:10 PM

第8会場

交流集会

[EM5] 狙いを定めてせん妄ケア—業務に取り入れるせん妄ケアを考えよう—

委員会:せん妄ケア委員会

3:00 PM - 4:00 PM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[EM5-01] сен妄ケア委員会交流集会 狙いを定めてせん妄ケア—業務に取り入れるせん妄ケアを考えよう—

○せん妄ケア委員会¹ (1. сен妄ケア委員会)

3:00 PM - 4:00 PM

第2会場

プラクティスセミナー

[PS1] V-V ECMO装着患者のケア

10:00 AM - 10:50 AM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS1-01] V-V ECMO装着患者のケア

○山浦 章平¹ (1. 福岡大学病院 看護部 救命救急センター)

10:00 AM - 10:50 AM

プラクティスセミナー

[PS2] 最新の人工呼吸器(機能)の紹介

11:00 AM - 11:50 AM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS2-01] 最新の人工呼吸器(機能)の紹介

○外間 太樹¹ (1. 琉球大学病院 ICU)

11:00 AM - 11:50 AM

プラクティスセミナー

[PS3] クリティカルケアにおける栄養管理の考え方

12:00 PM - 12:50 PM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS3-01] クリティカルケアにおける栄養管理の考え方

○平敷 好史¹ (1. 那覇市立病院 集中治療室)

12:00 PM - 12:50 PM

プラクティスセミナー

[PS4] 体温管理療法

1:00 PM - 1:50 PM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS4-01] 体温管理療法

○山本 美也子¹ (1. 高松赤十字病院 看護部)

1:00 PM - 1:50 PM

プラクティスセミナー

[PS5] 敗血症性ショックのアセスメント

2:00 PM - 2:50 PM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS5-01] 敗血症性ショックのアセスメント

○菅 広信¹ (1. 秋田大学医学部附属病院 看護部キャリア支援室)

2:00 PM - 2:50 PM

プラクティスセミナー

[PS6] 脳卒中患者の周術期看護のポイント

3:00 PM - 3:50 PM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS6-01] 脳卒中患者の周術期看護のポイント

○岩本 雅俊¹ (1. 社会医療法人天神会 新古賀病院)

3:00 PM - 3:50 PM

第5会場

術後管理マスタールーム

[PM1] 術後管理シリーズ (循環器、脳神経)

10:00 AM - 4:00 PM 第5会場 (国際会議場 32会議室)

[15000-1000-1add] 術後管理シリーズ

10:00 AM - 12:00 PM

[15000-1000-2add] 術後管理シリーズ

12:00 PM - 2:00 PM

[15000-1000-3add] 術後管理シリーズ

2:00 PM - 4:00 PM

第10会場

共催セミナー

[CS1] (自称) 日本一わかりやすい輸液の講義

座長: 古厩 智美 (さいたま赤十字病院)

演者: 薬師寺 泰匡 (薬師寺慈恵病院)

11:40 AM - 12:40 PM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[100000-1140-1add] 共催セミナー

11:40 AM - 12:40 PM

共催セミナー

[CS2] クリティカル領域で取り入れたい褥瘡・スキン

トラブル対策

座長: 溝上 祐子 (東京医療保健大学大学院)

演者: 志村 知子 (日本医科大学付属病院)

帯刀 朋代 (東京医科大学病院)

12:50 PM - 1:50 PM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[100000-1250-1add] 共催セミナー

12:50 PM - 1:50 PM

プラクティスセミナー

プラクティスセミナー (オンデマンド)

[WS1] プラクティスセミナー (オンデマンド配信)

10:00 AM - 4:00 PM プラクティスセミナー (オンデマンド配信)

[WS1-01] 人工呼吸管理

○佐藤 慎哉¹ (1. 富山大学附属病院 看護部)

10:00 AM - 11:00 AM

[WS1-02] 術前心機能データのみかた

○長尾 工¹ (1. 公益財団法人 榊原記念財団附属 榊原記念病院)

11:00 AM - 12:00 PM

[WS1-03] 脳神経所見のみかた

○月俣 夏織¹ (1. 恩賜財団済生会 福岡県済生会八幡総合病院)

12:00 PM - 1:00 PM

[WS1-04] 心電図波形のみかた (基礎編)

○原田 愛子¹ (1. 国立循環器病研究センター 看護部)

1:00 PM - 2:00 PM

[WS1-05] 心電図波形のみかた (応用編)

○原田 愛子¹ (1. 国立循環器病研究センター 看護部)

2:00 PM - 3:00 PM

[WS1-06] 看護研究の進め方

○櫻本 秀明¹ (1. 日本赤十字九州国際看護大学)

3:00 PM - 4:00 PM

第4会場

一般演題

[O1] 優秀演題

座長: 佐々木 吉子 (東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)、矢富有見子 (国立看護大学校)、藤野 智子 (聖マリアンナ医科大学病院)、茂呂 悦子 (自治医科大学附属病院)

10:00 AM - 11:10 AM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O1-01] ICU患者の口渇感に対するメントールの有効性を検討する探索的無作為化群間比較試験

○坂本 歩¹、梅田 亜矢¹ (1. 国立国際医療研究センター病院)

10:00 AM - 10:14 AM

[O1-02] 集中治療室における看護師たちの実践 –ともに働く空間に着目して–

○風野 美樹¹ (1. 和洋女子大学看護学部看護学科)
10:14 AM - 10:28 AM

[O1-03] J-RCSQ 導入後の患者の睡眠に対する看護師の意識や行動についての実態調査

○山田 彩海¹、安井 望¹、中野 友博¹、下鳥 由紀¹、岩佐有華² (1. 新潟大学医歯学総合病院高次救命災害治療センター、2. 新潟大学医学部保健学科看護学専攻)
10:28 AM - 10:42 AM

[O1-04] 緊急入院患者の人工呼吸管理と ICU退室1年後のメンタルヘルスの関連性

– Propensity Score IPTWによる分析–

○栗原 知己¹、卯野木 健¹、櫻本 秀明²、春名 純平³、大内 玲²、北山 未央⁴、植村 桜⁵、辻本 雄大⁶ (1. 札幌市立大学 看護学部、2. 茨木キリスト教大学 看護学部、3. 札幌医科大学集中治療医学研究員、4. 金沢医科大学病院看護部ハートセンター、5. 大阪市立総合医療センター看護部、6. 奈良県立医科大学附属病院 看護部)
10:42 AM - 10:56 AM

[O1-05] ICU退室1年後の高齢患者の食欲不振とうつ症状の関連- SMAP- Hope- Study:SecondaryAnalysis

○梶山 優美¹、卯野木 健²、佐々木 亜紀³、北山 未央⁴、植村 桜⁵、山口 貴子⁶、辻本 雄大⁷、白坂 雅子¹ (1. 福岡赤十字病院 看護部、2. 札幌市立大学看護学部、3. 札幌市立大学看護学研究科急性期看護学専攻、4. 金沢医科大学病院 看護部ハートセンター、5. 大阪市立総合医療センター 看護部、6. 日本医科大学武蔵小杉病院 看護部、7. 奈良県立医科大学附属病院 看護部)
10:56 AM - 11:10 AM

一般演題

[O2] 鎮痛・鎮静管理

座長:渡海 菜央(日本大学医学部附属板橋病院)
11:20 AM - 12:20 PM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O2-01] 小児の鎮静薬使用の現状と課題

○三村 健太¹、竹林 洋子¹、末永 順子¹、三船 明日香¹ (1. JCHO九州病院 看護部)
11:20 AM - 11:32 AM

[O2-02] 小児の人工呼吸器装着中に鎮痛・鎮静薬を急速静脈注入した背景の実態調査

–発達段階の違いに着目して–

○佐藤 奎至¹ (1. 静岡県立こども病院 PICU)
11:32 AM - 11:44 AM

[O2-03] 心臓血管外科術後患者に対する熟練 ICU看護師の痛みの管理の看護実践

○青野 沙織¹、齋藤 信介¹ (1. 国立循環器病研究センター)
11:44 AM - 11:56 AM

[O2-04] オープン ICUの看護師が捉える鎮痛管理の問題 –人工呼吸器管理における鎮痛管理–

○野中 恵子¹、福田 昌子¹ (1. 岡崎市民病院)
11:56 AM - 12:08 PM

[O2-05] クリティカルケア看護における苦痛症状のアセスメント実施状況とマネジメントの困難さ：全国質問紙調査

○田中 雄太¹、加藤 茜^{2,1}、立野 淳子³、田戸 朝美⁴、山勢 博彰⁴ (1. 東北大学大学院 医学系研究科保健学専攻、2. 信州大学 医学部保健学科看護学専攻、3. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院、4. 山口大学大学院 医学系研究科保健学専攻)
12:08 PM - 12:20 PM

一般演題

[O3] せん妄ケア

座長:藤村 賢宏(飯塚病院)
12:30 PM - 1:40 PM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O3-01] A病院 ICU入室患者におけるせん妄発症の特性

○俵 加奈依¹、濱崎 杏香¹、川原 満里子¹、森口 政臣¹、清水 敦司¹、谷 恵¹ (1. ベルランド総合病院)
12:30 PM - 12:42 PM

[O3-02] 集中治療領域でのせん妄への介入における実態調査

○山田 修平¹ (1. 北海道科学大学 保健医療学部 看護学科)
12:42 PM - 12:54 PM

[O3-03] 外科的手術施行前の不安と術後せん妄発症との関連性:系統的レビュー

○赤松 夏季¹、佐々木 康之輔¹、吉田 詩織¹、佐藤 富美子¹ (1. 東北大学大学院医学系研究科がん看護学分野)
12:54 PM - 1:06 PM

[O3-04] 心臓血管外科手術施行患者を対象とした術前の自律神経活動評価による術後せん妄発症予測

○佐々木 康之輔^{1,2}、吉田 詩織¹、佐藤 富美子¹ (1. 東北大学大学院医学系研究科がん看護学分野、2. 東北大学大学院医学系研究科心臓血管外科学分野)
1:06 PM - 1:18 PM

[O3-05] 循環器病棟におけるアクションリサーチを用いたせん妄に関する看護師の意識とケアの変化

○伊藤 聡子¹、明石 恵子² (1. 西宮渡辺心臓脳・血管センター、2. 名古屋市立大学看護学部)
1:18 PM - 1:29 PM

[O3-06] 集中治療室に入院した Stanford B型急性大動脈解離患者における自然音を聴くことによるせん妄予防

○坂口 洋通¹、片山 由加里²、萩本 明子² (1. 国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 HCU/CCU、2. 同志社女子大学看護学部)

1:29 PM - 1:40 PM

一般演題

[O4] エンド・オブ・ライフケア

座長:長岡 孝典(独立行政法人国立病院機構 呉医療センター)

1:50 PM - 3:00 PM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O4-01] 新人救急看護師のエンド・オブ・ライフケアに対する困難感－6名の面接調査結果より

○松本 蘭¹、城丸 瑞恵² (1. 札幌市病院局 市立札幌病院救命救急センター、2. 札幌医科大学 保健医療学部看護学科)

1:50 PM - 2:02 PM

[O4-02] A病院 ICUでの終末期看護に関する教育

○瀧 洋子^{1,2} (1. 東京医科大学八王子医療センター、2. 救命救急センターICU)

2:02 PM - 2:14 PM

[O4-03] クリティカルケア領域における end of life care Awake ECMOで患者家族の思いに寄り添った1事例

○寺井 彩¹、三輪 哲也¹ (1. 厚生連高岡病院)

2:14 PM - 2:26 PM

[O4-04] エンド・オブ・ライフ・ケアを熟知した ICU看護師における死にゆく患者と家族への看護実践の基盤となるもの

○片岡 早希子¹、江川 幸二² (1. 熊本大学病院、2. 神戸市看護大学)

2:26 PM - 2:38 PM

[O4-05] 集中治療室において終末期と判断された急性重症患者の全人的苦痛に対する専門看護師が行う高度実践看護

○白石 祐亮¹、中村 美鈴² (1. 東京慈恵会医科大学 大学院 医学研究科博士前期課程 先進治療看護学分野(クリティカルケア看護学領域)、2. 東京慈恵会医科大学 大学院 医学研究科 先進治療看護学分野(クリティカルケア看護学領域))

2:38 PM - 2:49 PM

[O4-06] 親と死別体験した子どもの正常な悲嘆反応を促すための終末期ケア

○永岡 千穂実¹、杉本 あゆみ¹、西村 祐枝¹ (1. 岡山市立市民病院)

2:49 PM - 3:00 PM

第7会場

一般演題

[O5] COVID-19

座長:佐藤 みえ(東邦大学医療センター大森病院)

2:20 PM - 3:20 PM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[O5-01] COVID-19患者への安全な腹臥位療法を目指して～抜管に成功した2症例を分析して～

○馬野 絢子¹、富田 朱莉¹、細田 彩花¹、塚野 愛¹ (1. 洛和会丸太町病院 救急・HCU)

2:20 PM - 2:32 PM

[O5-02] COVID-19重症例における腹臥位療法の看護実践報告

○山口 高巧¹ (1. 医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院救命救急センター)

2:32 PM - 2:44 PM

[O5-03] 重症 COVID-19対応のために ICUに配置転換になった看護師への支援の検証

○並木 友里絵¹、山根 正寛¹、柴田 直樹¹、佐野 由花¹、岩本 好加¹、洪 淑姫¹、細川 雄生¹、大道 知子¹、堀井 昭子¹ (1. 大阪市立総合医療センター)

2:44 PM - 2:56 PM

[O5-04] 重症 COVID-19患者を受け持つ HCU/CCU看護師の 身体的・精神的負担の軽減に繋がる感染対策の検討

○本多 慶行¹、萩本 明子²、片山 由加里² (1. 国家公務員共済組合連合会枚方公済病院 HCU/CCU、2. 同志社女子大学 看護学部)

2:56 PM - 3:08 PM

[O5-05] 一般病棟での重症新型コロナウイルス感染症患者の看護を経験して

－看護師へのアンケート調査から振り返る－

○中下 備生¹、竹内 若菜¹、櫻谷 眞佐子¹ (1. 大阪府立中河内救命救急センター)

3:08 PM - 3:20 PM

第4会場

一般演題

[O6] 呼吸・循環管理

座長:中田 健(独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター)

3:10 PM - 4:20 PM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O6-01] ハリーコールの現状分析 －予期せぬ院内心肺停止患者や死亡率の減少への取り組み－

○新井 祐介¹ (1. 新小文字病院)

3:10 PM - 3:22 PM

[O6-02] 単層構造エアマットレスの CPR機能使用の有無が
胸骨圧迫の有効性へ与える影響の検証

○児玉 弘見¹、帯刀 朋代¹、山崎 克¹、中野 雅司¹、大林
将人¹、小出 泰子¹、松本 優香¹、太田 菜穂¹、松村 一²
(1. 東京医科大学病院 看護部、2. 東京医科大学病院
形成外科)

3:22 PM - 3:34 PM

[O6-03] 観血的動脈測定ラインの使用およびシーネ固定の
実態調査

○岡村 英明¹、白坂 雅子²、卯野木 健³、櫻本 秀明⁴、石
川 幸司⁵、北山 未央⁶、中山 麻実⁷、池田 優太⁸、若林
侑起⁹ (1. NTT東日本札幌病院、2. 福岡赤十字病院 集中
治療室、3. 札幌市立大学 看護学部、4. 茨城キリスト教大
学 看護学科、5. 北海道科学大学 保健医療学部看護学
科、6. 金沢医科大学病院 看護部ハートセンター、7. 獨協
医科大学病院 看護部、8. 東海大学医学部付属病院 集中
治療室、9. 神戸市立医療センター中央市民病院)

3:34 PM - 3:46 PM

[O6-04] 胸腹部大動脈置換術後呼吸状態が悪化し再挿管と
なった患者への酸素化改善に向け介入した症例

○中石 史香¹、井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院)
3:46 PM - 3:58 PM

[O6-05] 高度救命救急センター ICUにおける抜管フ
ローチャート導入前後での再挿管率の比較

○村松 暖香¹、長崎 祐士¹、高見 祐貴子¹、島内 淳二²
(1. 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター、2.
日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

3:58 PM - 4:09 PM

[O6-06] 集中治療室における肺移植患者の呼吸困難の発症
率、リスク因子、アウトカムとの関連

○佐藤 智夫^{1,2} (1. 元京都大学医学部附属病院、2. 神戸
市看護大学)
4:09 PM - 4:20 PM

第7会場

一般演題

[O7] チーム医療

座長:山崎 友香子(信州大学医学部附属病院)

3:30 PM - 4:30 PM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[O7-01] HCUにおける多職種連携のためのツール展開にむ
けた基盤研究

○後藤 由起子¹ (1. 秦野赤十字病院)
3:30 PM - 3:42 PM

[O7-02] 集中治療の場での終末期看護における多職種カン

ファレンスを実施した一例

○磯田 英里¹ (1. 草加市立病院)

3:42 PM - 3:54 PM

[O7-03] 体位呼吸療法プロトコル導入後の効果と課題につ
いて

ー看護師の認識、実践の変化と多職種協働に関する
変化ー

○関根 庸考¹、剣持 雄二¹、清水 由香¹、井上 正芳¹ (1.
青梅市立総合病院 救命救急センター 集中治療室)

3:54 PM - 4:06 PM

[O7-04] 集中治療室と一般病棟の看護師が認識する集中治
療後症候群の予防に対する看護実践の重要度と実
践度の実態

○内海 玲^{1,2}、中村 美鈴³ (1. 東京慈恵会医科大学大学院
医学研究科看護学専攻、2. 東京慈恵会医科大学附属病
院、3. 東京慈恵会医科大学)

4:06 PM - 4:18 PM

[O7-05] タスクシフト/シェアにより変化する救急外来にお
ける急性・重症患者看護専門看護師の実践

○大田 麻美¹、益田 美津美² (1. 日本赤十字社 伊勢赤十
字病院、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)
4:18 PM - 4:30 PM

一般演題

一般演題 (オンデマンド)

[W1] 一般演題 WEB (オンデマンド配信)

10:00 AM - 4:00 PM 一般演題 (オンデマンド配信)

[W1-01] 早期人工呼吸器離脱に向けての取り組み「人工呼
吸器装着患者の実態調査」

○高橋 佳樹¹、有馬 明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

[W1-02] ハイケアユニットで働くスタッフの、
SAT/SBTに関する意識調査

○有馬 明¹、高橋 佳樹¹ (1. 一般財団法人平成紫川会
小倉記念病院)
10:20 AM - 10:40 AM

[W1-03] 「侵襲的陽圧換気の設定の変更」を活用した入浴
介助の例

○奥山 広也¹ (1. 山形県立中央病院)
10:40 AM - 11:00 AM

[W1-04] COVID-19下において演習を含む科目をハイブ
リッド教育で受けた学生の不安とスキル獲得への
期待

○田中 智子¹ (1. 大阪青山大学)

11:00 AM - 11:20 AM

[W1-05] COVID-19非挿管患者のセルフプローンの実施に向けて

ー効果的な援助用具の選択と効果についてー

○清水 尋¹、板垣 弘美¹、山本 奈々¹、越智 貴子¹ (1. 市立池田病院)

11:20 AM - 11:40 AM

[W1-06] COVID-19流行時における重症患者家族の面会への取り組み

ー危機回避のための精神的ケアの重要性ー

○平尾 由美子¹、須崎 大¹、川口 祥子¹ (1. 済生会横浜市東部病院)

11:40 AM - 12:00 PM

[W1-07] 重症 ARDS患者に対し少人数で腹臥位への体位変換を行う際の事故予防策の実態

○赤木 夏海¹ (1. 東京都立広尾病院 看護部)

12:00 PM - 12:20 PM

[W1-08] ICUに勤務する看護師の患者の尊厳を守るための看護実践に関する研究

○浦山 いづみ¹、山澄 直美² (1. 長崎みなとメディカルセンター、2. 長崎県立大学)

12:20 PM - 12:40 PM

[W1-09] 救急外来で自殺企図患者を看護する看護師の態度に関連する要因についての文献検討

○伊藤 美智子¹、牧野 夏子² (1. 名古屋学芸大学看護学部、2. 札幌医科大学附属病院 看護部)

12:40 PM - 1:00 PM

[W1-10] ICU新卒看護師の組織社会化を促進する要因

○吉田 真寿美¹、清水 玲子²、村角 直子² (1. 金沢医科大学病院、2. 金沢医科大学大学院看護研究科)

1:00 PM - 1:20 PM

[W1-11] 「小児集中治療に携わる看護師のためのクリニカルラダー」を活用した PICU看護師の育成

○篠原 実加¹、辻尾 有利子¹、井林 寿恵¹ (1. 京都府立医科大学附属病院 看護部 PICU)

1:20 PM - 1:40 PM

[W1-12] 「小児の気管挿管介助ルーブリック」の開発と教育評価

○吉井 恵¹、辻尾 有利子¹、篠原 実加¹、井林 寿恵¹ (1. 京都府立医科大学附属病院)

1:40 PM - 2:00 PM

[W1-13] 心臓血管外科開心術後患者の術後管理に関するシミュレーション教育の効果

○飯田 理沙¹、寺島 大貴¹、櫻井 真愛¹、岩瀬 夏子¹、大場 幸子¹ (1. 順天堂大学医学部附属浦安病院)

2:00 PM - 2:20 PM

[W1-14] 記憶のゆがみに着目した PICSの早期発見・回復のための教育プログラム実施

ー一般病棟看護師の看護実践の変化ー

○吉井 裕子¹、林 優子² (1. 大阪医科薬科大学病院 看護部、2. 前関西医科大学大学院 治療看護分野 クリティカルケア看護学領域)

2:20 PM - 2:40 PM

[W1-15] 重症外傷患者の看護に対するクリティカルケア領域の熟練看護師の学習ニーズ

○小川 謙¹、牧野 夏子²、中村 恵子³、菅原 美樹⁴ (1. JCHO北海道病院 看護部、2. 札幌医科大学附属病院 看護部、3. 札幌市立大学、4. 札幌市立大学看護学部)

2:40 PM - 3:00 PM

[W1-16] クリニカルシナリオと心不全手帳導入による心不全患者への効果的なセルフケア支援への取り組み

○齋藤 瑳也伽¹ (1. 株式会社日立製作所 日立総合病院看護局CCU)

3:00 PM - 3:15 PM

[W1-17] 救急初療看護師のキャリアディプロップメント

ー高齢患者への看護実践に焦点をあててー

○山崎 千草¹ (1. 東京女子医科大学病院)

3:15 PM - 3:30 PM

[W1-18] 急性期領域における認定看護師のコンピテンシーを形成する要素

○河合 桃代¹、藤野 智子²、清村 紀子³ (1. 帝京平成大学ヒューマンケア学部看護学科、2. 聖マリアンナ医科大学病院、3. 大分大学医学部看護学科)

3:30 PM - 3:45 PM

[W1-19] ICU看護師の Work Engagementに影響する要因

○春名 美恵¹、城丸 瑞恵² (1. 日本医療大学 保健医療学部 看護学科、2. 札幌医科大学 保健医療学部 看護学科)

3:45 PM - 4:00 PM

開会式

[OP] 開会式

Sat. Jun 11, 2022 9:00 AM - 9:10 AM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[OP] 開会式

9:00 AM - 9:10 AM

9:00 AM - 9:10 AM (Sat. Jun 11, 2022 9:00 AM - 9:10 AM 第1会場)

[OP] 開会式

集会長講演

[PL1] 看護を紡ぎ次代を拓く

座長:佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

演者:立野 淳子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Sat. Jun 11, 2022 9:10 AM - 9:40 AM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[PL1-01] 看護を紡ぎ、次代を拓く。

○立野 淳子¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

9:10 AM - 9:40 AM

9:10 AM - 9:40 AM (Sat. Jun 11, 2022 9:10 AM - 9:40 AM 第1会場)

[PL1-01] 看護を紡ぎ、次代を拓く。

○立野 淳子¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: 集会長講演

本学会は、クリティカルケア看護学に関わる多くの看護職が集結し、人々に貢献するクリティカルケア看護学の確立と発展をめざし2004年に設立されました。設立から18年の歩みの過程では、クリティカルケア看護に携わる看護職をとりまく環境は大きく変化しました。その一つは、高齢化に伴う疾病構造や国民の医療やケアに対するニーズ、長期化の様相をみせる新型コロナウイルス感染症を始めとする新興感染症の拡大、毎年のように全国各地で発生する災害など社会情勢の変化です。また、医療技術の飛躍的な進歩や医療者の働き方改革、看護職の役割拡大、チーム医療の推進、医療制度改革なども大きな変化と捉えることができます。このようにクリティカルケア看護を取り巻く環境が変化し続ける中においても、我々は看護の本質から逸れることなく、看護師の役割を変化、拡大させることで世の中のニーズに応え、クリティカルケア看護の専門性の構築に挑戦し続けています。では、クリティカルケア看護の本質とはなんのでしょうか。本学会設立に携わった深谷氏は、「クリティカルケア看護に携わる看護師が多いわりには、どのような看護を行っているか説明できないことが多い」ことを本学会学会誌の記念すべき1号1巻の中で述べられています。18年の時を経てもなおこの重要な問いは探求を続ける重要課題であると考えます。同論文の中では、クリティカルケア看護の一つひとつを丁寧に見直し、根拠が明確でないことについては研究的（実証的）に取り組むこと、また研究的に明らかにされたことを看護実践に役立てることにより看護の追求を積み重ねていくことの必要性が述べられています。実践と研究という両輪がうまく機能してこそクリティカルケア看護は変化し発展していくものであると考えています。ここでいう実践と研究とは単にどのようなケアが best practiceなのかの探求ではありません。クリティカルケアに携わる看護職の労働環境や人材育成などの教育的、管理的な視点（影響因子）も含まれます。先人たちが紡いできたクリティカルケア看護の本質とは何であるかを今一度見つめ（照顧）、そして今、未来に求められるクリティカルケア看護を探求し、次代を切り拓いていきたいとの想いを「看護を紡ぎ、次代を拓く」というメインテーマに込めました。集会長講演では、本学会の18年間の発展を学会誌などから振り返るとともに、自身のこれまでの実践や研究活動の想起と評価を踏まえて、そう遠くない未来に向けて取り組むべき課題や向かうべき趨勢を述べてみたいと思います。

特別講演

[SL1] 特定行為研修修了者は病院の人財になりえるか

座長:後藤 明子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

演者:宮脇 宏(小倉記念病院 麻酔科・集中治療部)

Sat. Jun 11, 2022 10:10 AM - 11:00 AM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[SL1-01] 特定行為研修修了者は病院の人材になりえるか

○宮脇 宏¹ (1. 小倉記念病院 麻酔科・集中治療部)

10:10 AM - 11:00 AM

10:10 AM - 11:00 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:10 AM - 11:00 AM 第1会場)

[SL1-01] 特定行為研修修了者は病院の人材になりえるか

○宮脇 宏¹ (1. 小倉記念病院 麻酔科・集中治療部)

Keywords: 特定行為研修修了者

わが国では高齢化が進み、2025年にはいわゆる団塊の世代がすべて75歳以上（後期高齢者）となり、国民の5人に1人が75歳以上となることが予測されている。高齢化に伴い慢性疾患を抱える患者が増加し、医療のニーズに供給が追いつかないことが想定される。また、医師（勤務医）にも働き方改革が求められており、時間外労働の上限設定とともに、さまざまな労働時間短縮策に関する議論が進められている。その中でとくに重要視されている項目の1つが医師でなくとも可能な業務の他職種への移管（タスク・シフティング）があり、「特定行為に係る看護師の研修制度：特定行為研修」が2014年に創設された。本制度は、一定の診療補助を手順書（包括指示）に基づいて実施する看護師を育成する制度である。高齢者の増加とタスク・シフティングが重なったこともあり、育成制度が整備され、研修修了者も増加している。当院は、一般財団法人で656床の地域中核急性期病院のひとつであり、平成28年には創立100周年を迎えた。1982年に日本初の経皮的冠動脈形成術（PCI）に成功し、国内有数の治療実績を積み重ねてきた。内科的治療のみならず、心臓外科手術に関しても国内有数の症例数をこなしている。集中治療室（ICU）は20床、CCU（HCU）20床、SCU15床、セミCCU（一般病棟）と数多くのユニットを要しているが、専従医がいるのはICUのみである。このような環境の中で、当院の特定行為研修終了者はわずか1名（本大会長）であるが、大車輪の活躍をみせている。当院における特定行為研修修了者の活躍の秘訣と今後の課題について、特定行為指導者と病院管理者（副院長、麻酔科・集中治療部主任部長）の立場から講演する。特定行為研修修了者が活躍し病院の人材となるためには、本人の努力のみならず管理者側（看護部長、副院長、集中治療部長など）のマネジメントや支えが必要となることは言うまでもない。まず1人目が重要という考えのもと、人材の選定を行った。特定行為研修修了者が1名では大きな効力を発揮しにくいだけでなく、負担になるだけかもしれない。幸い最適任者が立候補した。これまで急性・重症患者看護専門看護師としてクオリティマネジメント科に所属し、NST（栄養サポートチーム）やRST（呼吸ケアサポートチーム）などで活躍し、多くの部署だけでなく医師からの信頼も十分であった。必要とされる部署に関しても、時間外勤務が多く業務のタスクシフトが望まれる心臓外科患者で開始することで、反対意見は出なかった。開始後は安全第一と手順の見直し、定期的な委員会の開催、包括指示を出す医師のみならず、看護師からの意見も聞き、マネジメントと仕組みづくりを行った。病院経営の点からは数値化することは難しいが、十分過ぎる成果を上げていると思われる。今後の課題としては、仕事が増えすぎていること、それに1人目の大車輪の活躍が逆に2人目以降の立候補にプレッシャーをかけている可能性がある点などである。

特別講演

[SL2] ICU専従医が思う魅力ある ICUとは—一人では何もできなかった—

座長:松岡 さおり(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

演者:松田 憲昌(小倉記念病院麻酔科・集中治療部)

Sat. Jun 11, 2022 1:50 PM - 2:40 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[SL2-01] ICU専従医が思う魅力ある ICUとは—一人では何もできなかった—

○松田 憲昌¹ (1. 小倉記念病院麻酔科・集中治療部)

1:50 PM - 2:40 PM

1:50 PM - 2:40 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:50 PM - 2:40 PM 第1会場)

[SL2-01] ICU専従医が思う魅力ある ICUとは-一人では何もできなかった-

○松田 恵昌¹ (1. 小倉記念病院麻酔科・集中治療部)

演者は、以前は教育病院に所属し、複数名が ICUで専従業務を行っていた。当施設に移り、所謂一人専従という形で ICU業務を開始することになった。実体験を交え、なぜ ICUが魅力的でなくてはならないかを考えてみた。医療を行うにはまず、患者の存在は当然として、例えば医師、看護師などの、特定の職種のみでは成立しない。重症度が高く、患者背景も多岐にわたる ICUでは、必要な職種やその人数が多数必要である。医師に関して考えると、集中治療学会の専門医研修施設では、医師は8ベッドあたり1名の専従がのぞましいとされる。特定集中治療室管理料1/2を算定している施設への聞き取りでは2018年度で80%の施設で医師が専従で勤務しているとされる。ただ、特定集中治療室管理を算定はしていないが、集中治療を行っている施設も全国には相当数あるが、専従医師がいる施設は少ないと思われる。看護師に関して考えると、看護師は120万人以上、その内病院で働く看護師は60%程度である。本学会員は1600名以上と聞き及ぶ。集中治療部設置のための指針2022年版では、1日の平均で患者 1.5人に対して看護師 1人以上の割合で勤務していることを推奨するとある。2020年度 ICU機能評価委員会調査では平日日勤帯の看護師の配置の中央値は病床 1床に 1人であったとされ、一見、集中治療に関与している人数は充足しているかに思える。しかしながら、施設によっては集中治療加算で可能な看護師の配置で業務を行っている施設もあり、ましてや、集中治療加算を取得していない施設では、看護師がより少ない人数のみが配置されていると想定される。医師、看護師のみならず、他の医療スタッフや事務スタッフなども同様で、充足には道半ばである。現状で日本において、ICUでは、医療スタッフが充足しているとは考えにくく、また、施設間でかなりの差が生じていると思われる。働き方改革推進や医療スタッフ配置の適正化のためにも、病院の統合などが話題になることがあるが、いまだ進んで居るとは言い難い。ICUでは、医療スタッフの人数が少ないのみではなく、様々なストレスによりバーンアウトが多い職場であることも示唆されている。診療報酬などで集中治療に適正な評価が必要なのは当然だが、たとえ、適正な評価がされたとしても、ICUが働く者にとって魅力があり、あらゆる職種がそこで働きたいと思う状態でなければ人を集める事は困難である。ICUでの魅力とは一体どんなものであろうかを考え整備していくことが、ICUが今後も発展していくためには、重要と思われる。

特別講演

[SL3] ICUナースに知ってほしい緩和ケア

座長:田中 雄太(東北大学大学院医学系研究科)

演者:宮下 光令(東北大学大学院医学系研究科)

石上 雄一郎(飯塚病院 連携医療・緩和ケア科)

Sat. Jun 11, 2022 2:20 PM - 3:50 PM 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[SL3-01] がん患者に対する緩和ケア：概念と質の評価

○宮下 光令¹ (1. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野)

2:20 PM - 3:05 PM

[SL3-02] 実践！クリティカルケアの中でも緩和ケア

○石上 雄一郎¹、吉野 俊平² (1. 飯塚病院 連携医療・緩和ケア科、2. 飯塚病院 集中治療科)

3:05 PM - 3:50 PM

2:20 PM - 3:05 PM (Sat. Jun 11, 2022 2:20 PM - 3:50 PM 第6会場)

[SL3-01] がん患者に対する緩和ケア：概念と質の評価○宮下 光令¹ (1. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野)

Keywords: 緩和ケア、終末期

2020年に全国の救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師を対象に行われた調査では「WHOにおける緩和ケアの定義」を「知っている」と回答した割合は32%、「少し知っている(42%)」「あまり知らない(18%)」「全く知らない(6%)」であった。私はこの調査による緩和ケアの定義の認知度は決して低くはないと思う。それは看護基礎教育の成果でもあり、救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師の皆様がよく勉強されているということかもしれない。

がん領域では2007年のがん対策基本法施行後にはがん診療連携拠点病院の整備、診療報酬の充実、調査・研究など多くの施策が実施され、大きな進歩が得られた。看護では拠点病院では緩和ケアチームの設置および専門資格を持つ看護師が専従になることが義務化されたこと、看護師のみの面接で診療報酬が獲得できる「がん患者指導管理料(口)」が新設されたことなどが大きな進歩として挙げられる。

最近の緩和ケアのトピックは(すでに10年前になるので最近でもないが)、緩和ケアは必ずしも終末期だけのものではなく、再発・転移が発見された時点から専門的緩和ケアが介入することによりQOLが向上するだけでなく、生存期間を伸ばす可能性がある論文が発表され、「早期からの緩和ケア」が推進されるようになったこと、疼痛やその他の症状に対する新しい薬剤がいくつも上市されたこと、一時は6%程度まで低下したがん患者の自宅死亡率が13%程度まで上昇したことなどである。

そして、最も最近の大きな進歩が、緩和ケアの非がん疾患の拡大である。世界的には緩和ケアは疾患を問わないものであるが、わが国では現実的に「がんと少数のAIDS患者」を対象とするものであった。それが、2018年に「がんとAIDS」に限られていた一般病棟における緩和ケアチームの1回の診療当たり200点の診療報酬を請求できる「緩和ケア診療加算」に「心不全」が追加された。長らく「がんとAIDS」に限られていた緩和ケアを非がん疾患に拡大する嚆矢が放たれ、今後の展開が議論されている。

私はいままで主にがん領域における緩和ケアの質の評価に関する研究を行ってきた。本講演では、がんに対する緩和ケアの基本的事項から、緩和ケアの質の維持・向上に対する取り組みなどに関する研究を紹介する。その後、石上先生や司会の先生とクリティカルケア領域における緩和ケアのあり方について議論したい。

私がいままでクリティカルケア領域の看護師と接してきた印象は「とにかく行動力がある」「速い」「熱意がすごい」である。クリティカルケア領域の緩和ケアはがん領域が何十年かけて達成してきたことを、短期間で達成でき、それを凌駕する可能性も秘めていると思う。

3:05 PM - 3:50 PM (Sat. Jun 11, 2022 2:20 PM - 3:50 PM 第6会場)

[SL3-02] 実践！クリティカルケアの中でも緩和ケア○石上 雄一郎¹、吉野 俊平² (1. 飯塚病院 連携医療・緩和ケア科、2. 飯塚病院 集中治療科)

Keywords: 緩和ケア、コミュニケーション

緩和ケアというとどのようなイメージをお持ちでしょうか？治療でできないことがない・最期にモルヒネを流される・死を待つだけという印象を持たれている人が多いかもしれません。最近は、がん以外の患者さんも、場所を問わず、より早い段階から緩和ケアを提供しようという方向に変わってきています。緩和ケアとは病気に伴う心と体の痛みを和らげて、患者と家族のQOLを上げることです。救急医療の中でも緩和ケアを提供することが最近重要視されています。筆者は元救急医で3年前に緩和ケア医に転身しました。救急医は目の前の人を助けるのが仕事ですが、残念ながら助からない人がいるのも事実です。たとえ身体が助けられなくても、心は助けられるようになりたいという思いで取り組んでいます。救急医療と緩和ケアは一見正反対に見えるかもしれませんが、しかし、命の危機に瀕している患者さんのためにできる限りのことをするという視点では心は同じです。当院で

は、救急集中治療部と連携医療緩和ケア科で定期的に勉強会を行っております。どんな過ごし方が目の前の患者さんにとって最もよいだろうか？どのような治療で“こんなはずじゃなかった”を避けれるだろうか？と真剣に向き合っています。当院におけるICUにおける緩和ケアの実践について紹介いたします。また、ICUナースに知ってほしい緩和ケアについてもお話します。緩和ケアの重要な要素として、症状緩和、社会資源の調整、コミュニケーションがあります。海外のICUでは緩和ケアと集中治療の統合が進んでいます。その中で最も重要なことがICU看護師のコミュニケーションと言われています。ICU看護師こそが共同意思決定を促す中心的な立場にあります。特にIMPACT-ICU(Integrating Multidisciplinary Palliative Care into the ICU)という取り組みが非常に有用です。これはベッドサイドの看護師を訓練および支援することにより、緩和ケアをICUに統合するためのコミュニケーションスキルトレーニングプログラムです。ICU看護師が行う3つのコミュニケーションについて紹介されています。1 看護師-家族の会話 2看護師-医師の会話 3 家族会議での看護師の役割 としてどのようなことが期待されるかについてご紹介します。

特別講演

[SL4] クリティカルケアは病院収益にどのような意味をもたらすか

座長: 丹山 直人(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

演者: 木澤 晃代(日本看護協会)

Sat. Jun 11, 2022 2:50 PM - 3:50 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[SL4-01] クリティカルケアは病院収益にどのような意味をもたらすのか

○木澤 晃代¹ (1. 日本看護協会)

2:50 PM - 3:50 PM

2:50 PM - 3:50 PM (Sat. Jun 11, 2022 2:50 PM - 3:50 PM 第1会場)

[SL4-01] クリティカルケアは病院収益にどのような意味をもたらすのか○木澤 晃代¹ (1. 日本看護協会)

Keywords: クリティカルケア、医療の質

近年の医療制度改革や地域医療構想により、病床機能の分化、連携を進めるための施設整備や、医療従事者の確保・養成等について施策が図られている。クリティカルケアは、高度で集中的な治療介入や、医療機器の管理、最重症の患者ケアという観点から、高度な臨床判断に基づく看護技術が必要である。その特殊性から、十分な人員の確保に加え、専門的な能力を有する看護師の配置が求められている。このように高度急性期においては、医療資源投入量が多く、高コストになる構造となっている。医療は診療報酬の影響が大きいので、経営的な視点が重要であり、空床を極力減らし、稼働率を上げること、平均在室日数の最適化、施設基準の算定率の増加、高難度手術件数の増加、長期入室患者の減少などを指標として効率的なベッドコントロールが必要である。これを達成するためには、医療の質を上げることが重要なポイントである。高難度の手術を受けた患者が合併症の発症がなく予定通り回復していくためには、看護師の細部にわたるケアが重要であるが、緊急入院の場合や、患者背景によってケアの方法は個別性があり、予測的にかつ早期に介入する必要がある。合併症の発症は、ICU AW(ICU-acquired weakness)やせん妄の発症など離床が遅れることによりリハビリも遅れ在室日数の長期化による収益の減少ばかりでなく、患者の予後や社会復帰に大きな影響を及ぼす。そのためクリティカルケアには、早期から RST(Respiration Support Team), NST, Nutrition Support Team), RRS(Rapid Response Team), ICT(Infection Control Team), PUT(Pressure Ulcer Care Team)などといった横断的チームによる総合的な介入によって患者の回復過程に大きく貢献している。

一方で、一人の患者に多職種が集中的に関わることによって、それぞれの職種の専門性の主張から「患者にとっての最善」に対する意見の相違は散見されることであり、それぞれが考える「患者にとっての最善」のベクトル合わせを行う必要がある。これからの調整のキーパーソンとなるのは、クリティカルケアの専門的な教育を受けた看護師が最適である。ベッドコントロールに関しても患者の回復状態を多角的な視点で判断し、診療科間や看護師間の調整、患者家族や情報共有によって円滑な移動につながる。また患者家族の満足度も医療の質の重要な視点である。特にクリティカルな状況では、患者の医療依存度が高い状態であり、家族間の心理的距離や精神的、経済的な負担も大きいのでケア介入は重要である。クリティカルケアに携わる看護師は、やりがいがある一方で生命維持装置の管理や、患者の生死に近いことに関連する極度の緊張が持続することによって喪失感や無力感を感じ、職務を継続することが困難な場合も少なくない。勤務環境の調整や働き方の多様化など、持続可能な労務管理が必要である。また、クリティカルケア領域の看護師が自立的に職務ができるまでには時間を要するが、段階的な教育によって技能を取得する仕組みがあることによって、看護師が安心して働くことができ、ひいては患者の安全に繋がる。

このようなことから、医療機能の高度化や増床といったハード面の整備だけではなく、それを活用する医療人材の育成、連携強化といったソフト面を整え、医療の質を上げることが地域に求められる病院となり、結果的に収益に貢献することにつながるといえる。

招聘講演

[IL1] 患者と家族の心をケアする共感的コミュニケーションの基礎

座長:山勢 善江(湘南医療大学ノ大学院)

演者:古宮 昇(カウンセリング・ルーム輝(かがやき))

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

[IL1-01] 患者と家族の心をケアする共感的コミュニケーションの基礎

○古宮 昇¹ (1. カウンセリング・ルーム輝(かがやき))

11:10 AM - 12:10 PM

11:10 AM - 12:10 PM (Sat. Jun 11, 2022 11:10 AM - 12:10 PM 第1会場)

[IL1-01] 患者と家族の心をケアする共感的コミュニケーションの基礎○古宮 昇¹ (1. カウンセリング・ルーム輝 (かがやき))

Keywords: 心のケア、共感、コミュニケーション

医療者の皆さんはとくに、患者さんの役に立ちたい、という気持ちの強い人が多いのではないかと思います。それだけに、役に立てないのは辛いことです。苦しむ患者さんや、不安にさいなまれているご家族を目の前にして、治すことができないし、不安や苦しみを取り除いてラクにしてあげることができないとき、その無力感は辛いものでしょう。役に立てないどころか、患者さんから「あなたに何が分かるんだ!」とか「そんな治療はするものか!」「役立たず!」と怒られたりするのはしられたような経験をお持ちの方もおられるでしょう。目の前で、不安、悲しみ、絶望感などに苦しむ患者さんやご家族の苦しみを治せないとき、私たちに何ができるでしょう。私たちが本当に辛く苦しいとき、もっとも救いになるのは、ただ、その辛さ、苦しさを誰かが分かってくれること、そういうときがあります。例えば、あなたが大失恋をしたとします。悲しくて、寂しくて、不安で、怒りもいっぱい、苦しくてたまらない。そのあまりに辛すぎる気持ちを、思い切って人に話します。そのとき相手にできる最大のサポートは、前向きなアドバイスでも気休めでもなく、あなたの苦しみ、辛さを分かってくれて、一緒にいてくれることかもしれません。仮にあなたが「辛くて悲しくて、布団に入っても、なぜフラれたんだろう、何が悪かったんだろう、自分はどうなるんだろう、とぐるぐる考えてしまう・・・悲しくて悲しくて・・・」と打ち明けたとします。もしそのとき相手から、「そんなふうに思う必要はないよ」とか「もっといい人が見つかるから大丈夫だよ」と言われたり、「なぜうまく行かなかったか、よく反省して、原因を考えて、次からはうまく行くようガンバロー!」と前向きに言われたりしたら、どう感じるでしょう。さらには「抗うつ薬を出すよ」だったら(!?)

そんな応答をされると、いっそう辛くなったり、「やっぱり分かってもらえないんだ」と孤立感を強めたりするかもしれません。私たちは、本音を語ったときにそれを分かてもらえないと傷つきます。医療者の責任の1つに、指導すること、知識を与えることがあり、それはとても大切なことです。しかし医療者のみなさんが患者さんの心の苦しみに対応するとき、それではうまく行かないこともあるでしょう。ときに、患者さんや家族の苦しみに寄り添い、一緒にいること、それが最善のケアになることがあるかもしれません。心理師の私が思う心のケアとは、「心の異常な人を治して正常にするもの」ではなく、誰にもある人間らしい弱さをケアし、心の成長を支えるものです。そんなケアをするときにおこなうことの一つとして、共感的に話を聴く傾聴があります。傾聴とは、「相手を救おうとせず、気持ちをラクにしようとして、相手を変えようともせず、相手の気持ちをなるべく相手の身になって理解し、理解したことを言葉で返す」ことです。傾聴をさまたげる最大の要因は、聴き手が、無力感、絶望感、不安、悲しみなど辛い感情に耐えられず、感情から逃げようとすることです。傾聴するには、自分の無力さを引き受け、無力感に耐えることが必要になります。それは決して楽でも簡単なことでもありません。次のような応答は傾聴になっていません。「うん、うん、そうですか。でも、そんなことはないですよ。」傾聴は一生かけても極められないどこまでも奥の深い営みですが、この講演でそのやり方の基礎をお伝えします。この講演ではさらに、「心のケアとは、異常を治すことではなく成長をサポートすること」について理解を深めていただけるお話と、医療者の燃えつきを防ぐためのご提案もしたいと思います。

招聘講演

[IL2] 米国の ECMO療法最前線 – ECMOスペシャリストからのメッセージ –

座長:道又 元裕(Critical Care Research Institute (CCRI))

演者:ピーターソン 由紀(Michigan Medicine, University of Michigan, ECMO Program)

Sat. Jun 11, 2022 2:50 PM - 3:50 PM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[IL2-01] 米国の ECMO療法最前線 – ECMOスペシャリストからのメッセージ –

○ピーターソン 由紀¹ (1. Michigan Medicine, University of Michigan, ECMO Program)

2:50 PM - 3:50 PM

2:50 PM - 3:50 PM (Sat. Jun 11, 2022 2:50 PM - 3:50 PM 第3会場)

[IL2-01] 米国の ECMO療法最前線 – ECMOスペシャリストからの メッセージ

○ピーターソン 由紀¹ (1. Michigan Medicine, University of Michigan, ECMO Program)

Keywords: ECMO、ECMOスペシャリスト

2009年に、インフルエンザ H1N1の流行により、成人における ECMOの使用が、脚光を浴びました。テクノロジーの発展により ECMOを簡便に使用できるようになり、また ECMO使用患者の生存率も上がり、ECMOは、稀な治療ではなくなりました。そしてまた、今回の COVID-19によるパンデミックでは、ECMOという言葉が、テレビなどのメディアでも紹介されるなど、一般的にも知られるようになったと思います。

ECMOというものが身近になったとはいえ、かなりの侵襲的な治療法であることには変わりありません。今回、アメリカにおける、ECMOスペシャリストの仕事内容や、患者管理の実際、ケアのポイントなどをアメリカのコロナ事情なども交えてお伝えしたいと思います。

しかしながら、この2年間、パンデミックということで、色々規制を強いられたり、クリティカルケア看護師として、患者の家族がベッドサイドにいない寂しい最後を看取るなど、色々な辛い思いがあったかと思います。また、さまざまなことが、世界各地で起きており、世界中で、かなりの医療者が、燃え尽き症候群になっていることは、明らかです。ですので、ここは、あまりシビアにならず、リラックスモードで、アメリカの ECMO、看護事情をご紹介しますと思います。

教育講演

[EL1] クリティカルケア看護師のワークエンゲージメントを高める

座長:春名 純平(札幌医科大学附属病院)

演者:卯野木 健(札幌市立大学看護学部)

Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:00 AM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[EL1-01] クリティカルケア看護師のワークエンゲージメントを高める

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

10:00 AM - 11:00 AM

10:00 AM - 11:00 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:00 AM 第3会場)

[EL1-01] クリティカルケア看護師のワークエンゲージメントを高める

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

Keywords: ワークエンゲージメント、看護管理

さて、「ワークエンゲージメント」なるお題をもらった私は多少、混乱している。ワークエンゲージメントとは、仕事に関連するポジティブで充実した心理状態（Wikipedia）ということらしい。なるほど、雰囲気はわかる。しかし、私は看護師長の経験はあれど、看護管理学を専門としているわけではないし、ファーストレベルも受講していない。ただ、看護師長時代は、どうやって、スタッフに楽しく働いていただけるか？を常に考えていたことは事実だ。なので学術的なことでなくとも、なにか語ることは可能であろう。仕事で考えると複雑になるかもしれない。草野球に例えてみよう。「草野球に関連するポジティブで充実した心理状態」を作り出すにはどうしたらよいのだろう。まずは、やはり試合に出れたほうが良い。みんなに認められたい。こういうことが満たされると、ポジティブ方向に向かうだろう。今まで8番だったのが4番に抜擢されたら、緊張しつつも期待に答えようとするだろう。前日の素振りも力が入ったものになる。これ、看護で例えると、優秀な看護師として認められることだろう。周囲のスタッフから、あるいは医師から、上司から、あるいは何かの資格を取得する、も同じかと思う。また、試合に勝つほうが負けるよりもポジティブだろう。うまく急変の予兆を見つけた、患者を助けることができたり、喜んでもらえた、などもそうだが、質の指標が向上した、はチームで行う分、勝った気がするだろう。また、仲間がいることも重要だ。喜びや悔しさを共有できる仲間がいるから、次の試合に向けた練習にも前向きに取り組める。「草野球エンゲージメント」はこのように作り出すことが可能かもしれない。え？草野球はそもそも好きな人がやっているわけで、仕事としての看護は必ずしもそうじゃなかったりするから難しいんじゃないの？と思ったあなた、良い質問ですね。この答えは一緒に考えようじゃありませんか。

教育講演

[EL2] 看護師に知っておいてほしい栄養療法のポイント-窒素バランスを看護に活かす-

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院)

演者:中村 謙介(帝京大学医学部 救急医学講座)

Sat. Jun 11, 2022 12:20 PM - 1:20 PM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[EL2-01] 看護師に知っておいてほしい栄養療法のポイント -窒素バランスを看護に活かす-

○中村 謙介^{1,2} (1. 帝京大学医学部 救急医学講座、2. 日立総合病院 救急集中治療科)

12:20 PM - 1:20 PM

12:20 PM - 1:20 PM (Sat. Jun 11, 2022 12:20 PM - 1:20 PM 第3会場)

[EL2-01] 看護師に知っておいてほしい栄養療法のポイント -窒素バランスを看護に活かす-

○中村 謙介^{1,2} (1. 帝京大学医学部 救急医学講座、2. 日立総合病院 救急集中治療科)

Keywords: 栄養療法、窒素バランス、タンパク質

窒素バランスは体全体における日々の窒素のインとアウトの差を計算することで体タンパク質の変化を間接的に評価する、医学的に古来よりある評価手法である。そのインは栄養摂取でありタンパク質におよそ16%の窒素が重量として含まれること（窒素係数6.25を算出）、アウトは主に尿から排泄される（他に糞便や体液など）と考え、例として以下の様な計算式で算出をする：窒素イン {投与タンパク質(g)÷6.25 (g)} - 窒素アウト {尿中窒素排泄量 (尿中 UN濃度×尿量) ÷0.8+0.031×体重(kg)}。なお計算式には様々な算出方法が提案されており施設で一律の基準で評価することが重要である。窒素バランスは多くの limitationを含有しその測定値で一喜一憂することは危険であるとも言える。しかし一通りの limitationを知識として抑え日々の臨床における参考とすることは現在でもなお栄養療法に大きな意義として貢献する。すなわち、窒素バランスは筋肉量の日々の増減としてとらえることが可能なため、昨今重要視される PICSや ICU-AWのモニタリングに他ならないし、栄養療法の直接のアウトカムの1つと考えることができる。そして何より、窒素バランスの概念を知ること、実際に窒素バランスを計算せずとも患者の同化と異化を把握し、適切な栄養療法とそれを効率化する栄養療法以外の算段（例えば早期リハビリテーションなど）を模索することが可能となる。今こそ我々は窒素バランスの概念を勉強しなおし臨床に活かすべきなのである。本講演では窒素バランスの概念と計算、limitationをわかりやすく勉強した上で、日々の栄養療法やICUケアに窒素バランスを活かす方法に関して、急性期栄養療法×リハビリテーションの観点を中心にお話したい。なお、栄養計算と窒素バランス計算が簡便に行えるスマートフォンアプリを作成し、Android用 iPhone用ともに無料で公開しているので、是非ダウンロードして御使用いただきたい（本講演で計算を指南するので、御聴講いただける方は前もってダウンロードしておいていただくと幸いです）。

教育講演

[EL3] クリティカルケア看護実践能力を磨くためのリフレクション

座長:明神 哲也(東京慈恵会医科大学)

演者:宇都宮 明美(関西医科大学看護学部・看護学研究科)

Sat. Jun 11, 2022 1:30 PM - 2:30 PM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[EL3-01] クリティカルケア看護実践能力を磨くためのリフレクション

○宇都宮 明美¹ (1. 関西医科大学看護学部・看護学研究科)

1:30 PM - 2:30 PM

1:30 PM - 2:30 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:30 PM - 2:30 PM 第3会場)

[EL3-01] クリティカルケア看護実践能力を磨くためのリフレクション

○宇都宮 明美¹ (1. 関西医科大学看護学部・看護学研究科)

Keywords: 看護実践能力、リフレクション、思考発話

看護実践能力の要素として、知識、技術、実践的思考力があるとされている（池西）。また、看護実践能力は、臨床判断能力とも表現され、タナーは臨床判断モデルとして、「気づき」「推論」「実践」のプロセスを示している。臨床判断モデルではその能力の向上について、実践のプロセスの中で省察するリフレクション・イン・アクションと、実践後の省察であるリフレクション・オン・アクションの重要性を示している。リフレクションは、経験学習モデルを基盤とした考え方で、知識の習得やスキルトレーニングのような学習方法ではなく、経験したことを振り返ることで、知識と臨床実践を結びつけて考え、判断力を養い、次の実践に結びつけていくものである。リフレクションは、自ら行うことも可能であるが、多くの新人看護師はリフレクション能力を持たないため、先輩看護師の力を得て、リフレクションを行うことが望ましい。このためには、先輩看護師がリフレクションを促進する能力を身につけなければならない。今回は、思考発話（発問）という方法によるリフレクションについて説明し、臨床での活用方法についても提言したいと思う。

シンポジウム

[SY1] ルーティンケアの変遷

座長:植村 桜(大阪市立総合医療センター)

安藤 有子(関西医科大学附属病院)

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

小池 真理子(順天堂大学医学部附属順天堂医院)

平良 沙紀(福岡大学病院)

増田 博紀(社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院)

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

[SY1-01] 排泄ケアの変遷

○露木 菜緒¹ (1. Critical Care Research Institute (CCRI))

10:00 AM - 10:25 AM

[SY1-02] 体位変換の変遷～腹臥位におけるケア～

○小池 真理子¹ (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院)

10:25 AM - 10:50 AM

[SY1-03] 睡眠への援助を考える

○平良 沙紀¹ (1. 福岡大学病院)

10:50 AM - 11:10 AM

[SY1-04] モビライゼーション

○増田 博紀¹ (1. 社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院)

11:10 AM - 11:30 AM

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

[SY1-01] 排泄ケアの変遷

○露木 菜緒¹ (1. Critical Care Research Institute (CCRI))

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

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

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

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

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

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

[SY1-02] 体位変換の変遷～腹臥位におけるケア～

○小池 真理子¹ (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院)

Keywords: 体位変換、腹臥位、皮膚障害

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

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

[SY1-03] 睡眠への援助を考える○平良 沙紀¹ (1. 福岡大学病院)

Keywords: 睡眠障害、睡眠評価

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

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

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

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

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

[SY1-04] モビライゼーション○増田 博紀¹ (1. 社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院)

Keywords: 早期リハビリテーション、ルーティンケア

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

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

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

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

シンポジウム

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

座長: 溝口 裕美(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

塚原 大輔(株式会社キュアメド)

演者: 西村 基記(国立病院機構 北海道医療センター)

畑 貴美子(横須賀市立うわまち病院)

後小路 隆(社会医療法人陽明会 小波瀬病院)

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

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

○西村 基記¹ (1. 国立病院機構 北海道医療センター)

11:30 AM - 12:00 PM

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

○畑 貴美子¹ (1. 横須賀市立うわまち病院)

12:00 PM - 12:25 PM

[SY2-03] 救急医療の現場での診療看護師の意義を見出す

○後小路 隆¹ (1. 社会医療法人陽明会 小波瀬病院)

12:25 PM - 12:50 PM

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

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

○西村 基記¹ (1. 国立病院機構 北海道医療センター)

Keywords: タスクシフティング

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

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

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

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

○畑 貴美子¹ (1. 横須賀市立うわまち病院)

Keywords: 特定行為研修、タスクシェア、働き方改革

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

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

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

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

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

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

[SY2-03] 救急医療の現場での診療看護師の意義を見出す

○後小路 隆¹ (1. 社会医療法人陽明会 小波瀬病院)

Keywords: 診療看護師、救急外来、タスクシフティング・タスクシェア

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

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

シンポジウム

[SY3] 重症患者の症状緩和と看護

座長:片山 雪子(榊原記念病院)

大山 祐介(長崎大学生命医科学域保健学系)

演者:加藤 茜(信州大学医学部保健学科)

櫻本 秀明(日本赤十字九州国際看護大学)

北山 未央(金沢医科大学病院)

星野 晴彦(国際医療福祉大学 成田看護学部)

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

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

○加藤 茜¹ (1. 信州大学医学部保健学科)

12:20 PM - 12:40 PM

[SY3-02] 呼吸困難の評価と緩和へのアプローチ

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

12:40 PM - 1:00 PM

[SY3-03] せん妄を発症した患者の体験から緩和方法を学ぶ

○北山 未央¹ (1. 金沢医科大学病院)

1:00 PM - 1:20 PM

[SY3-04] 重症患者の抱える不安と恐怖

○星野 晴彦¹ (1. 国際医療福祉大学 成田看護学部)

1:20 PM - 1:40 PM

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

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

○加藤 茜¹ (1. 信州大学医学部保健学科)

Keywords: 全人的苦痛、緩和ケア

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

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

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

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

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

[SY3-02] 呼吸困難の評価と緩和へのアプローチ

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

Keywords: 呼吸不全、呼吸困難、RDOS

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

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

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

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

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

[SY3-03] せん妄を発症した患者の体験から緩和方法を学ぶ

○北山 未央¹ (1. 金沢医科大学病院)

Keywords: せん妄予防、苦痛緩和、患者・家族の語り

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

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

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

[SY3-04] 重症患者の抱える不安と恐怖

○星野 晴彦¹ (1. 国際医療福祉大学 成田看護学部)

Keywords: 不安、恐怖、PTSD

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

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

シンポジウム

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

座長:木下 佳子(日本鋼管病院)

卯野木 健(札幌市立大学)

演者:高橋 健二(山口県立総合医療センター)

春名 純平(札幌医科大学附属病院)

古厩 智美(さいたま赤十字病院 高度救命救急センターHCU)

對東 俊介(広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門)

江尻 晴美(中部大学生命健康科学部保健看護学科)

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

[SY4-01] PICSの概要について

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

1:10 PM - 1:30 PM

[SY4-02] PICSメンタルヘルス障害に有効なケアはあるのか？

○春名 純平¹ (1. 札幌医科大学附属病院)

1:30 PM - 1:50 PM

[SY4-03] 古くて新しいせん妄ケア 私たちができること

○古厩 智美¹ (1. さいたま赤十字病院 高度救命救急センターHCU)

1:50 PM - 2:10 PM

[SY4-04] ICUサバイバーの身体障害の評価と対策

○對東 俊介¹ (1. 広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門)

2:10 PM - 2:30 PM

[SY4-05] PICSアセスメントツールの開発と活用

○江尻 晴美¹ (1. 中部大学生命健康科学部保健看護学科)

2:30 PM - 2:50 PM

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

[SY4-01] PICSの概要について○高橋 健二¹ (1. 地方独立行政法人山口県立病院機構 山口県立総合医療センター ICU)

Keywords: PICS、PICSリスク因子、PICSの認知

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

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

[SY4-02] PICSメンタルヘルス障害に有効なケアはあるのか？○春名 純平¹ (1. 札幌医科大学附属病院)

Keywords: PICS

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

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

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

[SY4-03] 古くて新しいせん妄ケア 私たちができること

○古厩 智美¹ (1. さいたま赤十字病院 高度救命救急センター-HCU)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[SY4-04] ICUサバイバーの身体障害の評価と対策

○對東 俊介¹ (1. 広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門)

Keywords: PICS

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

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

[SY4-05] PICSアセスメントツールの開発と活用

○江尻 晴美¹ (1. 中部大学生命健康科学部保健看護学科)

Keywords: PICS、アセスメントツール、早期発見

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

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

シンポジウム

[SY5] クリティカルケア領域における終末期ケアの質

座長:伊藤 真理(川崎医療福祉大学)

小島 朗(大原総合病院)

演者:相楽 章江(山口大学医学部附属病院 看護部)

三須 侑子(自治医科大学附属病院 看護部)

森山 美香(島根県立大学看護栄養学部看護学科)

加藤 茜(信州大学医学部保健学科)

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

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

○相楽 章江¹ (1. 山口大学医学部附属病院 看護部)

2:10 PM - 2:35 PM

[SY5-02] クリティカルケア領域における終末期患者の家族が抱える苦痛

○三須 侑子¹ (1. 自治医科大学附属病院 看護部)

2:35 PM - 3:00 PM

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

○森山 美香¹ (1. 島根県立大学看護栄養学部看護学科)

3:00 PM - 3:20 PM

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

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

3:20 PM - 3:40 PM

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

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

○相楽 章江¹ (1. 山口大学医学部附属病院 看護部)

Keywords: 患者の苦痛、終末期

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

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

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

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

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

[SY5-02] クリティカルケア領域における終末期患者の家族が抱える苦痛

○三須 侑子¹ (1. 自治医科大学附属病院 看護部)

Keywords: クリティカルケア領域、終末期、家族、苦痛

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

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

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

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

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

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

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

○森山 美香¹ (1. 島根県立大学看護栄養学部看護学科)

Keywords: 終末期、意思決定支援、Quality of death

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

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

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

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

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

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

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

Keywords: 終末期ケアプラクティスガイド、ケアの質

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

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

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

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

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

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

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が繋がっているか－**○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に限られるため、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

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（ケアとキュア）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)

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⁾とされている。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

Pro-Con

[PC1] 人工呼吸器装着患者の管理は一般病棟でも可能か

座長:石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター)

演者:富阪 幸子(川崎医科大学総合医療センター 集中治療室)

森安 恵実(北里大学病院集中治療センター RST/RRT室)

Sat. Jun 11, 2022 11:40 AM - 12:40 PM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[PC1-01] 人工呼吸器装着患者は、一般病棟でも積極的に管理すべきか、慎重にすべきか

○富阪 幸子¹、森安 恵実² (1. 川崎医科大学総合医療センター 集中治療室、2. 北里大学病院集中治療センター RST/RRT室)

11:40 AM - 12:40 PM

11:40 AM - 12:40 PM (Sat. Jun 11, 2022 11:40 AM - 12:40 PM 第7会場)

[PC1-01] 人工呼吸器装着患者は、一般病棟でも積極的に管理すべきか、慎重にすべきか

○富阪 幸子¹、森安 恵実² (1. 川崎医科大学総合医療センター 集中治療室、2. 北里大学病院集中治療センター RST/RRT室)

Keywords: 人工呼吸器装着患者

【趣旨】

人工呼吸器が長期装着となっている患者への安全とケアの質保証は、我々が取り組むべき重要課題である。一般病棟での人工呼吸ケアについては、施設間でさまざまな議論がなされている。この度の COVID-19パンデミック後、人工呼吸器から離脱できない重症肺炎後の患者が多数存在し、ICUからの後方ベッド探しにおいても、苦慮したのではないだろうか？

本セッションでは、人工呼吸器が長期装着となった患者の管理において、それぞれの立場からディスカッションを展開していく。本テーマは、クリティカルケア領域で働く皆さんにとっても身近なテーマと思われる。是非、会場で議論をお聞きいただき、質と安全を担保した患者管理のためのヒントにしていきたい。

演者1：一般病棟でも積極的に人工呼吸器装着患者を管理するべきだ

演者2：一般病棟では人工呼吸器装着患者を管理するのは慎重にすべきだ

上記の主張の立場から理由等を元に議論をしていきます。

Pro-Con

[PC2] ICUに新卒看護師を配置すべきか否か

座長:細萱 順一(医療法人社団康幸会かわぐち心臓呼吸器病院)

演者:嶋岡 征宏(山口大学医学部附属病院 集中治療部)

加覧 妙子(鹿児島大学病院 救命救急センター)

Sat. Jun 11, 2022 1:00 PM - 2:00 PM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[PC2-01] ICUへの新人の配属推進派の見解

○嶋岡 征宏¹ (1. 山口大学医学部附属病院 集中治療部)

1:00 PM - 1:30 PM

[PC2-02] ICUに新人看護師の配置は反対!!

ー ICUに配属された新人看護師の成長は,先輩看護師の力量にかかっているー

○加覧 妙子¹ (1. 鹿児島大学病院 救命救急センター)

1:30 PM - 2:00 PM

1:00 PM - 1:30 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:00 PM - 2:00 PM 第9会場)

[PC2-01] ICUへの新人の配属推進派の見解

○嶋岡 征宏¹ (1. 山口大学医学部附属病院 集中治療部)

Keywords: ICU、新人

平成30年度病床機能報告においては、特定集中治療室管理料を算定するICUのうち、実に6割以上のICUが1.5対1以上の手厚い看護師配置を行っていることが報告されている。また、患者1.5名に対して看護師1名以上を配置した場合に患者死亡率が低下するという海外でのエビデンスもある。特にCOVID-19の人工呼吸患者に関しては、感染防御の観点からも、多くの施設で患者1名に対して看護師2名での対応がなされている。ICUはマンパワーが必要であり、各施設は多くの人員配置をICUに行っていると考えられる。また、2006年度の日本のICU看護体制の調査において、新卒看護師が配属されるICUは約3分の2であった。ICUの離職者の補充のために一般病棟から多くの看護師が異動すれば、一般病棟の看護レベルの維持に支障を来す。したがって、現実的にICUへの配属は、新人でなく、既卒看護師のみを配属するのは困難であり、新人看護師のICUへの配属は必然のものとなっている。

ICUは重症患者を管理する領域であり、看護師は、常に患者の観察を必要とし、医療機器の取り扱い、急変時の対応などを求められる。そのため、そこで働く看護師はストレスフルな状況におかれている。ICUに配属された新人看護師は、このような環境で、日々の看護実践場面で困難な状況に直面している。それらがリアリティショックとなり、早期離職に繋がっていることが問題となっている。一方、ICUへ配置転換した看護師は、配置転換することによる新しい人間関係の形成や知識の獲得、未経験の業務、期待される能力の変化に対して役割ストレスを生じ、心身のエネルギーの多大な消耗を伴うと指摘されている。加えて新人と同様に新たに求められる知識や技術、医療機器の取り扱いなどに不安や戸惑いを感じることもすでに明らかになっている。以上から、新人、既卒看護師の両者にとって、ICU環境がストレスフルなことに変わりはない。新人、既卒看護師のICUの離職率に関する比較は明らかとなっておらず、新人看護師をICUに配属することは、離職に拍車をかけるとは一概に言えない。

看護基礎教育課程では、ICU看護の教育にあてられる時間は極めて少なく、すべての学生が等しく、ICU看護を学習しているとは保証され難いと言われている。そのため、新人看護師をICUへ配属するための前提として、新人が直面する困難感に対応できる環境・教育体制を整えておくことが必要である。また、新人看護師を支援する看護師の負担も考慮しておく必要がある。厚生労働省(2014)の「新人看護職員研修ガイドライン改訂版」に示される理念の1つに新人看護師を皆で育てるという組織文化の醸成が重要であると記されている。つまり、新人看護師の看護実践能力の習得には、スタッフ全員が現場教育の指導者の役割を担い、それぞれのポジションに応じた役割を果たす必要がある。新人看護師がICUで育っていけるように支援し、教育をすることで、先輩看護師にとっても再学習の機会や、新たな視点の発見に繋がり、成長につながると考えられる。新人を育てながら、組織も育っていく仕組みを作ることが課題だと考えられる。

1:30 PM - 2:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:00 PM - 2:00 PM 第9会場)

[PC2-02] ICUに新人看護師の配置は反対!!

－ ICUに配属された新人看護師の成長は、先輩看護師の力量にかかっている－

○加覧 妙子¹ (1. 鹿児島大学病院 救命救急センター)

Keywords: 新人看護師、ICU配属、新人教育、プリセプター

ICUに配属された新人看護師は、ICUにおける看護実践に必要な専門的知識・技術を学びきれておらず、重症患者を的確にアセスメントすることに難渋している。さらに新型コロナウイルス感染症の影響は、実習期間の短縮により患者との対話や事例展開が少なくなり、社会人としてのコミュニケーション力の習得が難しくなった。ICUで

は、人工呼吸器や鎮静下にあり患者との対話ができない状況が多く、患者の反応が得られにくいいため、やりがいの喪失へと繋がりやすい。そのため、指導者は、新人が看護の素晴らしさを実感し、看護に誇りが持てるように、ロールモデルとして、新人に示していくことが望まれる。また ICUの現場において実習では経験できない看護技術が多く、超急性期の高度な技術が求められる。そのため看護基礎教育と臨床のギャップが大きくなっていることから、基本的技術を飛び越え、自分の知識・技術の未熟さを痛感し、自信を喪失していく新人看護師が多い。一方で ICUへの配属を希望する新人看護師は、やる気に満ち溢れ、意欲的な印象がある。患者の安全・救命を優先するため緊急で行う処置やケアを先輩看護師が行う場面も多く、新人看護師が不平不満につながることも少なくない。一般的に新人看護師は、自己評価が高い、「自分に問題がある」とは考えられない、といった特性があるとされている。新人看護師の特性を理解した指導方法と姿勢には相当の配慮が必要である。安全環境の確保、技術習得の機会をつくるサポート体制には、ICUという特殊な状況に加え、患者のケアを行わなければならない。患者の安全を考慮し、新人看護師個々の反応やスピードに合わせたサポートはとても神経を使い、根気がいる。また、新人看護師のスピードに合わせるとタイムリーな処置やケアが滞り、患者の生命に関わる可能性が高い。新人看護師の業務遂行に必要な能力育成を先輩看護師が OJTで推進するシステム「プリセプターシップ」を ICUでも導入されている。そもそも、プリセプターをする看護師がまだ完璧ではないことを前提に、新人看護師とともに学び、成長するための制度である。プリセプターは、職場での経験も浅く、新人の気持ちや置かれている状況がよく分かる世代の人たちが担当するため、精神的サポートがメインとなる。プリセプターとチームメンバーによる知識・技術支援など先輩看護師がそれぞれ役割を担い、教育体制を構築し、情報共有を行って個別的な指導を行えるよう新人看護師が必要とする支援・教育方法に現場は難渋している。一般病棟と比べ、ICUの患者は重症度や緊急性が高いことが多く、何事にもタイムリーさが求められる点では一般病棟とは時間軸が大きく違う。このような特殊な環境で新人看護師が ICUで基本的技術を習得しながら、専門的な知識・技術・環境など様々なサポートが必要となる。教育を担う先輩看護師も、重症患者を担当するストレス、タイムリーかつ安全を確保しながらケアの提供を行い、新人看護師と接している。先輩看護師は、新人に教育的に関わる能力、新人と適切な関係を築くコミュニケーション能力などが備わっており、何より自己の感情をコントロールすることが必要で、新人看護師のロールモデルという存在である。先輩看護師の関わり次第で、新人の看護師人生が決まるのは重圧ではないかと危惧している。さらに COVID-19による感染者・重症患者増加により、煩雑な業務をこなしながら教育的介入を行うことは困難であり、新人・先輩看護師ともに心身にも負担が増している。そのような現場で、新人看護師が満足できる教育的介入が十分でできるとは言い難い。生涯の看護師人生を左右する最も大切な時期に、ICUからスタートさせてよいものか疑問である。

交流集会

[EM1] 今更ですが COIって何ですか？－身近な事例をもとに考える－

委員会:利益相反委員会

Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:30 AM 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[EM1-01] 利益相反委員会交流集会 今更ですが COIって何ですか？－身近な事例をもとに考える－

○木下 佳子¹、三浦 英恵²、村上 礼子³、福田 友秀⁴、福田 侑子⁵ (1. 日本鋼管病院、2. 日本赤十字看護大学、3. 自治医科大学、4. 武蔵野大学、5. 自治医科大学附属病院)

10:00 AM - 11:30 AM

10:00 AM - 11:30 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:30 AM 第6会場)

[EM1-01] 利益相反委員会交流集会 今更ですが COIって何ですか？－身近な事例をもとに考える－

○木下 佳子¹、三浦 英恵²、村上 礼子³、福田 友秀⁴、福田 侑子⁵ (1. 日本鋼管病院、2. 日本赤十字看護大学、3. 自治医科大学、4. 武蔵野大学、5. 自治医科大学附属病院)

Keywords: 利益相反、COI

学会発表するときに、COI申告のスライドの提示を求められますが、それってどういう意味？と疑問を持つことはありませんか？利益相反は私たちにとって、まだなじみが薄く、理解が難しい現状があります。研究や教育、臨床においても利益相反にあたるのかどうか？起こった事象をどのように考えてよいか迷う場面や利益相反にあたることに気が付かないことがおこっています。しかし、利益相反を適切に管理することは、学術活動の公明性と中立性を確保するために、非常に重要なことです。日本クリティカルケア看護学会では、利益相反に関する基本的な考え方を示した「学術活動の利益相反（Conflict of Interest：COI）に関する指針」や「利益相反（Conflict of Interest：COI）に関する指針の運用方法」を策定し、これに従い利益相反を管理しています。また、利益相反委員会では、HPに Q& Aを掲載するなど学会員の皆様の理解を深めるための活動をしています。今回の交流集会では、身近な事例を提示し、どのように考えればよいのかを東京医科歯科大学 産学連携研究センターの飯田香緒里先生に解説していただき利益相反についての理解を深めたいと思います。

交流集会

[EM2] 今だからこそ事例研究で看護を発信！－データ収集とデータ分析に 焦点を当てて－

委員会:研究推進委員会

Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:20 AM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[EM2-01] 研究推進委員会交流集会 今だからこそ事例研究で看護を発信！－データ収 集とデータ分析に焦点を当てて－

○松本 亜矢子¹、吉田 紀子^{2,7}、明石 恵子^{3,7}、佐藤 まゆみ^{4,7}、伊藤 真理^{5,7}、清村 紀子^{6,7} (1. 金沢大学附属病院、2. 独協医科大学病院、3. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、4. 順天堂大学大学院医療看護学研究科、5. 川崎医療福祉大学保健看護学部保健看護学科、6. 大分大学医学部看護学科、7. 研究推進委員会)

10:00 AM - 11:20 AM

10:00 AM - 11:20 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:20 AM 第7会場)

[EM2-01] 研究推進委員会交流集会 今だからこそ事例研究で看護を発信！ ーデータ収集とデータ分析に焦点を当ててー

○松本 亜矢子¹、吉田 紀子^{2,7}、明石 恵子^{3,7}、佐藤 まゆみ^{4,7}、伊藤 真理^{5,7}、清村 紀子^{6,7} (1. 金沢大学附属病院、2. 独協医科大学病院、3. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、4. 順天堂大学大学院医療看護学研究科、5. 川崎医療福祉大学保健看護学部保健看護学科、6. 大分大学医学部看護学科、7. 研究推進委員会)

Keywords: 事例研究

研究推進委員会では、第17回学術集会の交流集会で「今だからこそ事例研究で看護を発信！ 事例研究を始めた人に聞いてもらいたい座談会」をテーマにオンライン上でハンズオンセミナーを開催しました。参加者アンケート結果から事例研究への関心の高まりが感じられ、データ収集や分析について知りたいというご希望がありました。そこで今回は、事例研究におけるデータ収集と分析・統合に焦点をあて、事例研究への理解を深めたいと考えています。

看護師は日々の実践の中で経験を積み上げており、とてもよい結果が生まれる事例にも遭遇します。しかし、素晴らしい看護の実践は自認されにくく、言語化に至らぬまま埋もれてしまうことがあります。皆さまの経験知が形式知に変換されないということです。事例を通して得られた看護の意味を見つけ出して名前をつける、概念化する。そして、その見出された看護を目の前の患者さんの個別性を考慮しながら実践に活用することで、新たな看護の価値が創られます。より良い看護実践のバリエーションが豊かになります。実践の現場から、新たな看護の価値を創り上げていくことができる事例研究は、実践の科学である看護にとってはとても有意義な研究方法の一つだと考えています。

今回の交流集会では、クリティカルケア看護領域での事例研究の経験者とともにデータ収集と分析・統合の方法を議論いたします。皆さまのご質問にもお答えいたします。多くの方々のご参加をお待ちしております。

交流集会

[EM3] クリティカルケア領域における効果的なデスカンファレンスの開催 について考えよう

委員会:終末期ケア委員会

Sat. Jun 11, 2022 11:10 AM - 12:10 PM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[EM3-01] 終末期ケア委員会交流集会 クリティカルケア領域における効果的なデスカンファレンスの開催について考えよう

○山勢 博彰¹、立野 淳子²、加藤 茜³、久間 朝子⁴、辻本 真由美⁵、藤岡 智恵⁶、藤本 理恵⁷、森山 美香⁸ (1. 山口大学大学院医学系研究科、2. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院、3. 信州大学医学部保健学科、4. 福岡大学病院、5. 横浜市立大学附属市民総合医療センター、6. 飯塚病院、7. 山口大学医学部附属病院、8. 島根県立大学看護栄養学部看護学科)

11:10 AM - 12:10 PM

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

[EM3-01] 終末期ケア委員会交流集会 クリティカルケア領域における効果的なデスカンファレンスの開催について考えよう

○山勢 博彰¹、立野 淳子²、加藤 茜³、久間 朝子⁴、辻本 真由美⁵、藤岡 智恵⁶、藤本 理恵⁷、森山 美香⁸ (1. 山口大学大学院医学系研究科、2. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院、3. 信州大学医学部保健学科、4. 福岡大学病院、5. 横浜市立大学附属市民総合医療センター、6. 飯塚病院、7. 山口大学医学部附属病院、8. 島根県立大学看護栄養学部看護学科)

Keywords: デスカンファレンス、終末期ケア、クリティカルケア領域

救命、そして早期回復を担うクリティカルケア領域においても終末期ケアの重要さとともにその難しさが明確になってきています。患者の入れ替わりが頻繁にあり、時間的猶予のない中でも、終末期患者に対して、その人らしい最期を迎えられるようよりよい介入を模索しているのが現実ではないでしょうか。

デスカンファレンスは、患者の死亡退院後に提供した治療と看護ケアについて振り返り、そのなかで感じたことを多職種で語り合い、気持ちを分かち合う場です。その効果には、今後の看護ケアの向上、医療者自身のグリーフケア、バーンアウトの予防、死生観の育成などがあります。しかし、デスカンファレンスの開催には、多職種参加の難しさや振り返りの意図の共有の困難さ、進め方などの障壁をクリアしていくことが求められます。また終末期ケア自体が非常にデリケートな事柄であるため、クリティカルケア領域におけるデスカンファレンスの実態はほとんど報告されていません。

本交流集会では、話題提供として、3名の演者から救急領域やICU、慢性期領域において、どのようにデスカンファレンスを実施しているのかをご紹介いただき、終末期ケアを振り返るデスカンファレンスの開き方、進め方など具体的なヒントを得ながらディスカッションしたいと思っています。多くの方のご参加を心よりお待ちしております。

座長

久間朝子 (福岡大学病院)

森山美香 (島根県立大学看護栄養学部看護学科)

演者

小島 朗 (大原総合病院)

辻本真由美 (横浜市立大学附属市民総合医療センター)

山崎友香子 (信州大学医学部附属病院)

交流集会

[EM4] やればできる！論文投稿 事例報告の取り組み方

委員会:編集委員会

Sat. Jun 11, 2022 12:50 PM - 2:10 PM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[EM4-01] 編集委員会交流集会 やればできる！論文投稿 事例報告の取り組み方

○編集委員会¹ (1. 編集委員会)

12:50 PM - 2:10 PM

12:50 PM - 2:10 PM (Sat. Jun 11, 2022 12:50 PM - 2:10 PM 第7会場)

[EM4-01] 編集委員会交流集会 やればできる！論文投稿 事例報告の取り組み方

○編集委員会¹ (1. 編集委員会)

Keywords: 事例報告、論文投稿

本学会編集委員会は、クリティカルケア看護領域における知の蓄積と発進というミッションを掲げ、質の高いクリティカルケア看護に関する論文の発刊を目標として活動しています。2018年のオンライン投稿開始から2021年までの採択論文件数は47件で、事例報告として採択されたのは4編(2021年, 2017年, 2008年, 2006年)と少ないのが現状です。

事例報告が少ない理由は明確ではありませんが、「忙しい業務の合間を縫って事例をまとめることができない」、「日々の看護実践で疑問や困難を覚える、あるいは効果的であったなど印象に残る事例はあるけれど、どのようにまとめたらいかがかわからない」といった状況が推察されます。

私たちは自分の実践が患者にとってどうであったのか、という問いを持つ場合があります。そのような問いは、そのままにしておくで一瞬にして過ぎ去ってしまいます。心に留めた問いを持ち続けることにより、「こういうことだったのか」という腑に落ちる振り返りにつながる場合もありますが、それは個々の看護師のなかで実践知として蓄積されるにとどまります。看護実践を丁寧に振り返り、その個別具体性や看護の実践課題と成果を事例報告として共有することは、実践知を形式知に変換すること、すなわち知の創造につながると考えます。また、他者にとっては、「何らかの事実を知り、洞察を見出して次の実践に向かう」という経験をすることになり、結果的に一つの事例が多く臨床家の豊かな看護実践につながります。そして、振り返りの中で見出した共通の現象は次の研究の一步となる可能性も持ち合わせています。

以上より、本学会編集委員会ではより多くの実践事例を事例報告として投稿していただきたいと考えています。そこで、本交流集会は事例報告に焦点を絞り、その理解を深めるために企画いたしました。

具体的なプログラムとしてはまず、事例報告とは何か、について投稿規程とあわせて説明いたします。ひとつの臨床事例を用いて、事例報告にまとめるプロセスを紹介したいと考えています。臨床事例を俯瞰し、報告につながるよう、どのように焦点化するのか、その方法について具体的に説明しながら会員の皆様と交流したいと考えています。続いて、報告した事例を論文としてまとめる際の要点についても説明いたします。

これから事例報告をまとめてみようと思う方、事例報告の研究を指導される方など、多くの皆様のご参加をお待ちしております。

〈タイムスケジュール〉①事例報告のまとめ方45分(参加者のワーク含む) ②事例報告の発表、論文執筆時のポイント20分 ③まとめ、質疑応答、アンケート15分

編集委員会：荒井 知子¹、村田 洋章²、矢富 有見子³、佐藤 富美子⁴、中村 美鈴⁵、清村 紀子⁶、田口 豊恵⁷、福田 美和子⁸、小泉 雅子⁹、田口 智恵美¹⁰ (1. 杏林大学医学部付属病院、2. 防衛医科大学校、3. 国立看護大学校、4. 福島県立医科大学、5. 東京慈恵会医科大学、6. 大分大学、7. 京都看護大学、8. 目白大学、9. 東京女子医科大学大学院、10. 千葉県立保健医療大学)

交流集会

[EM5] 狙いを定めてせん妄ケア –業務に取り入れるせん妄ケアを考えよう

—

委員会:せん妄ケア委員会

Sat. Jun 11, 2022 3:00 PM - 4:00 PM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[EM5-01] せん妄ケア委員会交流集会 狙いを定めてせん妄ケア –業務に取り入れるせん妄ケアを考えよう–

○せん妄ケア委員会¹ (1. せん妄ケア委員会)

3:00 PM - 4:00 PM

3:00 PM - 4:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 3:00 PM - 4:00 PM 第8会場)

[EM5-01] せん妄ケア委員会交流集会 狙いを定めてせん妄ケア –業務に取り入れるせん妄ケアを考えよう–

○せん妄ケア委員会¹ (1. せん妄ケア委員会)

Keywords: せん妄、せん妄ケア、せん妄ケアリスト

せん妄ケアは、独立したケアではありません。普段、皆さんが行っている看護ケアの一環です。では、どのような看護ケアがせん妄ケアになっているのでしょうか。

入院時のせん妄ハイリスクの評価、入院中のせん妄を見逃さないためのせん妄スクリーニング、そして日常の看護ケアの中にあるせん妄ケア…。

今回は、せん妄ケア委員とみなさんでディスカッションをしながら、普段の業務に取り入れられるようなせん妄ケアを探っていく交流集会を企画しました。

難しく構えず、実際の患者プロセスと一緒に見ながら、ご自身の所属施設で、すでにやっていたりしゃること、まだ取り組まれていないけどできそうなこと、少し頑張ってやった方が良さそうなことをせん妄ケア委員会のメンバーと一緒に考えていきましょう。

せん妄ケアやせん妄ケアリストに関するお悩み、質問、当日のディスカッションで取り上げて欲しいことがあれば下記の QRコードからお寄せください。

プラクティスセミナー

[PS1] V-V ECMO装着患者のケア

Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 10:50 AM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS1-01] V-V ECMO装着患者のケア

○山浦 章平¹ (1. 福岡大学病院 看護部 救命救急センター)

10:00 AM - 10:50 AM

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

[PS1-01] V-V ECMO装着患者のケア○山浦 章平¹ (1. 福岡大学病院 看護部 救命救急センター)

Keywords: V-V ECMO、COVID-19

体外式膜型人工肺(extracorporeal membrane oxygenation: ECMO)は、1972年に重症呼吸不全患者における最初の救命例が報告されて以降、成人の重症呼吸不全に対する有効性に関して議論や研究がなされてきたが、その結果は芳しくなかった。2009年に流行した H1N1 インフルエンザでは、ECMOによって多くの重症呼吸不全患者が救命されたが、主に経験不足や管理の難しさ、適切なデバイスや資機材の欠如による影響で日本の生存率は他の先進国と比べて大きく劣っていた。この経験から、ECMO管理の質向上を目的に ECMO プロジェクトが発足し、海外へスタッフを派遣し、ECMO講習会で知識・技術などの ECMO 管理の質向上を図り、現在では、世界でもトップクラスの生存率を誇っている。

2019年より始まった COVID-19 のパンデミックは、2年近く経過しており、今もなお第6波の渦中にある。さまざまな治療薬やワクチンが開発されてきたが、重症化した患者に有効な治療法はいまだ十分には開発されておらず、人工呼吸器や静脈-静脈体外式膜型人工肺(V-V ECMO)を用いた支持療法を行っている現状にある。WHO のガイドラインにも ECMO 導入が指針として示されており、当院の救命救急センターでは、ECMO センターとして 2020年4月より人工呼吸器や ECMO 管理を必要とする重症 COVID-19 患者の受け入れを開始した。当初は、COVID-19 についての情報や管理方法・感染対策について、明確な情報がない状態であり、当院での V-V ECMO 症例も年間約5、6例と少なく、医師・看護師ともに不慣れな状態での受け入れ開始であった。受け入れ病床は、救命救急センターの病床を縮小し、重症 COVID-19 患者をこれまでに73症例を受け入れ、42症例に V-V ECMO を導入し管理を行った。当院での生存率は77.8%であり、人工呼吸器や V-V ECMO の管理を行ううえで、Lung rest による呼吸管理や回路内圧管理、腹臥位療法など、多職種で協力しながら、医療・看護を提供している。そのなかで、凝固障害や回路内血栓、褥瘡、神経障害などのトラブルを経験しながらも、多職種で協力し、問題解決を行っていくことで当センターでの ECMO 管理方法が少しずつ確立してきている。

より安全で質の高い ECMO 装着患者に対する看護を提供するためには、我々看護師の役割も重要であり、特に ECMO 中の患者を担当する看護師には、通常の重症患者を看護する力に加えて、ECMO の構造や原理を踏まえ、機械的合併症や身体的合併症を早期に発見する力が必要となる。今回のプラクティスセミナーでは、当院での経験を基に、ECMO の仕組みや導入から離脱までの押さえておきたい看護のポイントを紹介する。

プラクティスセミナー

[PS2] 最新の人工呼吸器（機能）の紹介

Sat. Jun 11, 2022 11:00 AM - 11:50 AM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS2-01] 最新の人工呼吸器（機能）の紹介

○外間 太樹¹ (1. 琉球大学病院 ICU)

11:00 AM - 11:50 AM

11:00 AM - 11:50 AM (Sat. Jun 11, 2022 11:00 AM - 11:50 AM 第2会場)

[PS2-01] 最新の人工呼吸器（機能）の紹介

○外間 太樹¹ (1. 琉球大学病院 ICU)

Keywords: 人工呼吸、自動ウィーニング、人工呼吸離脱、クローズドループ

1950年代に陽圧換気式の人工呼吸器が開発され、以降、人工呼吸療法は重症呼吸不全の治療に必要不可欠なものとなっている。一方で、人工呼吸管理自体が肺障害を悪化させ、死亡率を増加させる一因となることも明らかにされてきた。また長期間の人工呼吸管理は廃用や VAPの発症リスクとなるため、呼吸器からの早期離脱が重要である。これらを防ぐために、肺保護換気戦略やプロトコール化された人工呼吸離脱戦略が発表されている。上記にあわせて人工呼吸器の機能も発展してきた。ウィーニングの自動化や $P_{0.1}$ （気道閉塞圧）測定による非侵襲的肺メカニクス評価、また P-SILI（自発呼吸誘発性肺障害）予防や適切な PEEP設定を主眼においた経肺圧測定機能を搭載した人工呼吸器が登場・流通してきている。

当院では HAMILTON MEDICAL社の人工呼吸器の使用頻度が高く、術後患者において INTELLIVENT®-ASV（以下 iASV）を使用した人工呼吸の自動ウィーニングが行われている。また、昨年から同社の HAMILTON-C6機が導入され、COVID-19患者を始めとした重症呼吸不全患者に、経肺圧をひとつの指標とした人工呼吸管理も行っている。

iASVはクローズドループ機構の換気モードで、患者の換気パターンや $EtCO_2$ 及び SpO_2 のデータを人工呼吸器にフィードバックする機能をもつ。機械換気から自発呼吸優先への設定変更だけでなく、吸入酸素濃度や換気量、及び PEEPまでも自動的に変更することが可能である。また、離脱までのサポートを実施する機能（Quick wean⇔ SBT）も付属され、人工呼吸ウィーニングの自動化、呼吸器からの早期離脱に寄与している。

このように進化を遂げた人工呼吸器であるが、視診や聴診など医師や看護師が行うフィジカルイグザムは当然網羅出来るものではない。クローズドループを制御する患者-人工呼吸器間の連携は向上している一方で、気管チューブやカプノメーター、パルスオキシメーターから得られた数値を用いているのみに過ぎず、看護師の専門的な知識に基づいた観察は必要不可欠である。

本セミナーでは、人工呼吸器 HAMILTON-C6搭載の諸機能について解説をしていく。また人工呼吸ウィーニングの自動化において、看護師が果たす役割についても学びを得る機会となれば幸いである。

プラクティスセミナー

[PS3] クリティカルケアにおける栄養管理の考え方

Sat. Jun 11, 2022 12:00 PM - 12:50 PM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS3-01] クリティカルケアにおける栄養管理の考え方

○平敷 好史¹ (1. 那覇市立病院 集中治療室)

12:00 PM - 12:50 PM

12:00 PM - 12:50 PM (Sat. Jun 11, 2022 12:00 PM - 12:50 PM 第2会場)

[PS3-01] クリティカルケアにおける栄養管理の考え方

○平敷 好史¹ (1. 那覇市立病院 集中治療室)

Keywords: 栄養管理

クリティカルケア領域における栄養管理の重要性が叫ばれてから久しいが、現段階においても、必要な投与エネルギーや投与タンパクなどの栄養管理の基本的な事項がいまだ未解決のままとなっている。その理由として、生体が自らに加わった侵襲に対しての宿命的な生体反応があげられる。

生体は自らに加わった侵襲に対して、生命活動を維持させるため、神経・内分泌、免疫反応を惹起しエネルギー代謝亢進を行う。しかし、同時にこの反応は、自らの体を取り崩し生命活動に必要なエネルギーを産生する内因性エネルギーの供給を招く。これらは侵襲の程度に応じて変化するため、加わる侵襲が大きくなれば、その分、エネルギー代謝亢進と内因性エネルギーの供給は増幅すると考えられている。一般的には侵襲の程度は可視化・数値化できないため、侵襲により、どの程度エネルギー代謝亢進と内因性エネルギーの供給が行われているのか把握する術がないため、おのずと必要な投与エネルギーや投与タンパクが不明確となる。

そのためクリティカルケア領域における栄養療法は、侵襲が加わった生体の反応を考慮しながら、過不足の少ない至適なエネルギーをいかに安全に投与できるのかが重要となってくる。

本邦において、現時点では殆どの施設で急性期の栄養管理の多くを看護師が担っている現状があり、クリティカルケア領域での栄養療法の成否は看護師にかかっていると言える。クリティカルケア領域の栄養管理については、まだ解明されていないことも多くあり、渾渾沌沌とした中で、各施設で試行錯誤しながら、医師、看護師、コメディカルと共に栄養管理に取り組んでいる事が多いと思われる。

本セミナーでは、クリティカルケア領域の看護師に必要な、侵襲を受けた生体反応と代謝動態の関係、栄養療法の基礎知識、そして合併症をなるべく少ない栄養管理の実際と共有方法を解説する。

プラクティスセミナー

[PS4] 体温管理療法

Sat. Jun 11, 2022 1:00 PM - 1:50 PM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS4-01] 体温管理療法

○山本 美也子¹ (1. 高松赤十字病院 看護部)

1:00 PM - 1:50 PM

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

[PS4-01] 体温管理療法

○山本 美也子¹ (1. 高松赤十字病院 看護部)

Keywords: 体温管理療法、TTM

体温管理療法 (TTM: Targeted Temperature Management) 』とはいわゆる「低体温療法」と「平熱療法」を含み、高体温を回避することで脳障害の進行を防ぐことに加え、代謝や酸素消費量を抑え脳保護作用(頭蓋内圧が亢進し、脳虚血や低酸素状態とならないようにすること)を期待する治療法です。体温管理療法を行うことで二次性脳損傷を予防し、転帰改善に繋がると考えられており、PCAS(心停止後症候群)患者においては無作為化対照試験による低体温療法の有効性が示されました。それ以来、心肺停止蘇生後の昏睡状態の患者では体温管理療法を行うことが推奨されています。

体温管理療法は基本的に心肺停止後に行われるので、緊急入室と同時に開始される事が多いです。ICUでは比較的行われる治療なので、ICU看護師は体温管理療法の観察項目等を理解しておく必要があります。

今回のプラクティスセミナーでは今から実際に体温管理療法をしている患者を担当しようとしている看護師、今までこのような患者を見てきたけど、ちょっと苦手、自信がないと思っている看護師、自施設では体温管理療法を行ってないけど興味がある看護師、このような方々に向けて体温管理療法の基本的な知識や看護で必要なポイントを挙げて、わかりやすく説明させていただきます。そしてすぐに現場で活用でき、苦手意識や不安を軽減し、明日からの実践に活用できるよう皆様とともに学びを得る機会としたいと考えております。

プラクティスセミナー

[PS5] 敗血症性ショックのアセスメント

Sat. Jun 11, 2022 2:00 PM - 2:50 PM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS5-01] 敗血症性ショックのアセスメント

○菅 広信¹ (1. 秋田大学医学部附属病院 看護部キャリア支援室)

2:00 PM - 2:50 PM

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

[PS5-01] 敗血症性ショックのアセスメント

○菅 広信¹ (1. 秋田大学医学部附属病院 看護部キャリア支援室)

Keywords: 敗血症、アセスメント

最初にとある日の私の経験を紹介したい。70歳代後半の男性。疾患は食道がん。ロボット支援下胸腔鏡下食道亜全摘、3領域リンパ節郭清、胸骨後経路胃管再建術を施行した。手術時間 12時間11分であった。ロボット支援下とはいえ、食道がんの手術の身体への侵襲は大きい。術後、手術室で気管チューブを抜去したが、せん妄が出現。RASS+3、創部の安静を保てず、呼吸状態も悪化したためにICUで再挿管、人工呼吸器管理とした。術後2日目の夜であった。血圧が120mmHg台あったものが、徐々に低下しはじめた。侵襲の大きい手術は、血管透過性の亢進の為に血管内脱水となり、血圧が低下することがある。このようなときは、輸液量を増量し、ドパミン塩酸塩の投与を開始すれば、血圧は上昇するはずであった。しかし結果は逆に下がる一方であり、次の手段であるアルブミン製剤の投与を始めた。アルブミン製剤を投与することで、血漿浸透圧を上昇させ、血管外の水を血管内に引きつける効果を狙った。しかし、血圧は上昇しなかった。収縮期血圧65mmHg台の維持がやっとであった。更に気が付けば、SpO₂は低下しはじめており、P/F比は150程度。患者は鎮静されていたが、呼吸回数が増加した上に大きい呼吸になっている。医師を含め我々は、明らかにいつもの手術侵襲による変化と異なることを理解した。そして、ノルアドレナリンの投与を開始することにし、それでも血圧を維持できない場合は、バソプレシンの投与も指示された。薬剤の準備や記録などしている内に体温が39℃前後になっていた。いや、もしかしたらもっと前から体温は上昇していたのかもしれない。緊急採血結果からβ-Dグルカン、90pg/mL、プロカルシトニン、10ng/mLと高値であり、真菌感染症による敗血症性ショックが濃厚であった。それにしても、血圧が低下してから対応が全て、甘い対応に終始し、後手後手になってしまったことを否めず、もっと早くからできることはなかったのかと、後悔した。症例について、みなさんはどう思っただろう。「あるある」と思ったのか、「いやいやその対応はマズイだろう」と思ったのか気になるところだが、「あるある」が若干多いのではないかと推測している。敗血症性ショックに陥る前に、患者は様々な身体の状態が変化しているはずである。ショックの5徴はその典型例で、「蒼白・冷汗・虚脱・脈拍不触・呼吸不全」とされているが、蒼白や冷汗は敗血症性ショックのときは、逆に温かいときもあり、判断が難しい時がある。また、虚脱は意識状態の変化を示すが、鎮静している状態では判断は難しい。脈拍不触は血圧が低下すれば起こりえるので、術後の浸透圧亢進だと思い込むこともある。呼吸不全も気胸や胸水や痰の貯留などでも起こりえる。つまり、敗血症性ショックはショックの5徴だけを考えていては、早い対応はできない恐れがある。敗血症性ショックへの対応では、敗血症性ショック1時間バンドルなどもあり、1時間以内の治療の開始に強いエビデンスは否定されているが、早期に治療を始めるという考え方は間違っていないはずである。

そこで、今回の症例のように後手後手にならないように、早期から何をモニタリングし、アセスメントするか？そして、治療を始めたあとも、看護師ができる適切な対応とは何かを考えながら説明していきたいと考えている。

プラクティスセミナー

[PS6] 脳卒中患者の周術期看護のポイント

Sat. Jun 11, 2022 3:00 PM - 3:50 PM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS6-01] 脳卒中患者の周術期看護のポイント

○岩本 雅俊¹ (1. 社会医療法人天神会 新古賀病院)

3:00 PM - 3:50 PM

3:00 PM - 3:50 PM (Sat. Jun 11, 2022 3:00 PM - 3:50 PM 第2会場)

[PS6-01] 脳卒中患者の周術期看護のポイント

○岩本 雅俊¹ (1. 社会医療法人天神会 新古賀病院)

Keywords: 血圧管理、頭蓋内圧コントロール、脳血管攣縮期の全身管理、神経所見

脳卒中は2020年の死亡総数のうち、全死因の4番目と未だ高い水準である。脳卒中は死亡を免れても、脳神経障害の高次機能障害や麻痺により、日常生活に大きな制約が生じ介護・福祉の負担が増えることがある。一方で国内65歳以上の高齢者人口は、総人口に対して28.7%と高く超高齢社会である。15～65歳の生産年齢人口は減少しており、社会が提供出来る医療資源にも限界がある。人類が経験したことのない異常な社会構造において、患者の尊厳を保ち、少しでも自立した生活を送れるよう周術期合併症をつくらない管理が必要である。

脳卒中の診療はQOLの改善からも、社会的自立の観点からも重要な役割をしめる。このセッションでは、術前から術後まで総合的な知識と技術が求められるくも膜下出血の管理を中心に解説し、さらに脳出血、脳梗塞の周術期看護のポイントを提示していく。

1. くも膜下出血の管理

①血圧管理

脳動脈瘤の破裂で起こるくも膜下出血では、初回破裂後6時間以内に再破裂を起こすことが多い。再破裂を起こした場合の死亡率は約50%である。このため、術前は再破裂予防が極めて重要であり、血圧の変動を起こす侵襲的な処置や検査は血圧管理、鎮静後に行う必要がある。失禁できずに膀胱内に尿が貯まると血圧は上昇するため、適切な降圧・鎮静後尿道カテーテル挿入を行う。ニカルジピンにて降圧を図るが、併用の点滴流量を一定にしないと体内流入量が増え、血圧コントロール不良となる。また、同じルートから他の薬剤の注入を行うと流量変化をきたす。血圧管理を成功させるポイントはニカルジピンの安定流量確保と安静である。血圧はコントロールされている必要があるため、薬剤増量等を適切に行い、数分以内に改善できようコントロールする。コントロール不良な場合は速やかに主治医に報告するなど厳密な管理を心掛けている。我々が行っている周術期血圧管理のポイントを提示する。

②頭蓋内圧コントロール

くも膜下出血の重症度が上がったり水頭症を合併したりすると、頭蓋内圧が上昇する。頭蓋内圧の上昇は脳の還流障害につながるため、適切な管理が必要である。抗浮腫薬の使用に加えて、頭部の挙上、気道管理が重要である。鎮静に伴ういびき様呼吸、換気不全による高二酸化炭素血症、咳嗽による頭蓋内圧上昇にも注意している。

③脳血管攣縮期の全身管理

くも膜下出血術後早期はバイタルサインの安定とドレーン管理が重要になる。脳室ドレーン、腰椎ドレーンの管理について概説する。また、脳血管攣縮期には血圧や頭蓋内圧管理に加えて血管を虚脱させない管理が重要である。すなわち、①脱水②低栄養③貧血の予防が必要である。中心静脈圧モニタリング下に水分出入バランス確認、発熱時は不感蒸泄増加による脱水、輸液過多による心不全に注意する。栄養管理は早期より腸管を活かすことを目標とし、経口摂取が出来ない場合は少量からの経管栄養を行っている。当院では特に食事管理の重要性を考えており、術後早期からNST (Nutrition Support Team) と連携し栄養管理を行っている。

④神経所見

くも膜下出血の脳血管攣縮期には、状態の悪化により、神経所見が変化・悪化することがある。JCS、GCS、NIHSSにより神経所見を数値化し客観性を持たせることで変化に気づきやすくしている。神経所見の見方について概説する。

上記の管理ができれば、脳梗塞、脳出血の管理は可能と考える。

術後管理マスタールーム

[PM1] 術後管理シリーズ（循環器、脳神経）

Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 第5会場 (国際会議場 32会議室)

[15000-1000-1add] 術後管理シリーズ

10:00 AM - 12:00 PM

[15000-1000-2add] 術後管理シリーズ

12:00 PM - 2:00 PM

[15000-1000-3add] 術後管理シリーズ

2:00 PM - 4:00 PM

10:00 AM - 12:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 第5会場)

[15000-1000-1add] 術後管理シリーズ

12:00 PM - 2:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 第5会場)

[15000-1000-2add] 術後管理シリーズ

2:00 PM - 4:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 第5会場)

[15000-1000-3add] 術後管理シリーズ

共催セミナー

[CS1]（自称）日本一わかりやすい輸液の講義

共催：株式会社大塚製薬工場

座長：古厩 智美（さいたま赤十字病院）

演者：薬師寺 泰匡（薬師寺慈恵病院）

Sat. Jun 11, 2022 11:40 AM - 12:40 PM 第10会場（総合展示場 G展示場）

[100000-1140-1add] 共催セミナー

11:40 AM - 12:40 PM

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

[100000-1140-1add] 共催セミナー

共催セミナー

[CS2] クリティカル領域で取り入れたい褥瘡・スキントラブル対策

共催：スミス・アンド・ネフュー株式会社

座長：溝上 祐子（東京医療保健大学大学院）

演者：志村 知子（日本医科大学付属病院）

帯刀 朋代（東京医科大学病院）

Sat. Jun 11, 2022 12:50 PM - 1:50 PM 第10会場（総合展示場 G展示場）

[100000-1250-1add] 共催セミナー

12:50 PM - 1:50 PM

12:50 PM - 1:50 PM (Sat. Jun 11, 2022 12:50 PM - 1:50 PM 第10会場)

[100000-1250-1add] 共催セミナー

プラクティスセミナー（オンデマンド）

[WS1] プラクティスセミナー（オンデマンド配信）

Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM プラクティスセミナー（オンデマンド配信）

[WS1-01] 人工呼吸管理

○佐藤 慎哉¹（1. 富山大学附属病院 看護部）

10:00 AM - 11:00 AM

[WS1-02] 術前心機能データのみかた

○長尾 工¹（1. 公益財団法人 榊原記念財団附属 榊原記念病院）

11:00 AM - 12:00 PM

[WS1-03] 脳神経所見のみかた

○月俣 夏織¹（1. 恩賜財団済生会 福岡県済生会八幡総合病院）

12:00 PM - 1:00 PM

[WS1-04] 心電図波形のみかた（基礎編）

○原田 愛子¹（1. 国立循環器病研究センター 看護部）

1:00 PM - 2:00 PM

[WS1-05] 心電図波形のみかた（応用編）

○原田 愛子¹（1. 国立循環器病研究センター 看護部）

2:00 PM - 3:00 PM

[WS1-06] 看護研究の進め方

○櫻本 秀明¹（1. 日本赤十字九州国際看護大学）

3:00 PM - 4:00 PM

10:00 AM - 11:00 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM プラクティスセミナー)

[WS1-01] 人工呼吸管理

○佐藤 慎哉¹ (1. 富山大学附属病院 看護部)

本セミナーでは、人工呼吸管理の初学者向けに「人工呼吸管理の基礎」と「人工呼吸器装着患者のケア」について基本的事項を述べる。

「人工呼吸管理の基礎」では、主に陰圧呼吸と陽圧呼吸の仕組みや人工呼吸器のモードに焦点を当てる。人工呼吸管理を行うには、自然呼吸（陰圧呼吸）と人工呼吸（陽圧呼吸）の共通点と相違点を理解することが肝要である。両者に共通することは、大気圧との間に圧較差を作り、気流を作る点にある。自然呼吸（陰圧呼吸）では、安静時において大気圧より低い胸腔内圧（陰圧）を作ることによって肺を膨張させ、ガスが大気中から気管を経由し、肺泡に引き込まれるように流入する。一方、人工呼吸（陽圧呼吸）では大気圧よりも高い圧（陽圧）を人工的に作ることで、ガスが肺泡に押し込まれるように流入する。両者の相違点は、「引き込む」か「押し込む」かにある。次に、人工呼吸器の基本モードである A/C、SIMV、CPAPについてお伝えする。A/C（Assist/Control）は、補助/調節換気（いわゆる強制換気）と呼ばれ、自発呼吸がない場合は設定した換気回数だけ調節換気として強制換気を行うが、自発呼吸が発生した場合はそれに同期し、補助換気として強制換気を行う。タイムトリガー（調節換気）と患者トリガー（補助換気）の両者に対し、回数の制限なく強制的に同一の器械換気が行われることが特徴である。SIMV（Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation）は、同期式間欠的強制換気（いわゆる半強制換気）と呼ばれ、先に述べた A/C と後に述べる CPAP との中間的なモードに位置する。自発呼吸がなければ、A/C と同様に設定した換気回数だけ調節換気（強制換気）が行われる。自発呼吸がある場合は、それがトリガーウィンドウ内であれば同期（synchronize）して補助換気（強制換気）が行われ、トリガーウィンドウ外であれば設定した圧で PSV（Pressure Support Ventilation：圧支持換気）となり、呼吸仕事量が軽減される。設定した換気回数だけ強制換気が行われ、それ以上の自発呼吸は PSV となるのが特徴である。CPAP（Continuous Positive Airway Pressure）は、持続的気道陽圧といい、いわゆる自発換気モードである。自発呼吸に PEEP（Positive End Expiratory Pressure：呼気終末陽圧）を付加したモードといえる。通常、PSV を付加し、呼吸仕事量を軽減する。A/C や SIMV のように強制換気がないため、完全に自発呼吸に依存するのが特徴である。

「人工呼吸器装着患者のケア」では、基本的なケアである気管吸引や体位管理のほか、トラブルシューティングなどについてお伝えする。気管吸引は、気管分泌物を吸引することが目的であるが、同時に肺動脈虚脱や気道損傷のリスクもあることを考慮しなければならない。これらを回避するためには、吸引圧・吸引時間・吸引カテーテルの挿入の深さの3点が重要となる。体位管理は、目的によって方法が異なる。患者の状態をアセスメントし、体位ドレナージ、下側肺障害予防、VAP 予防などの目的別に適切なポジショニングを選択していくことが重要である。トラブルシューティングは、アラームの種類（コンプライアンス低下・気道抵抗上昇・リーク・非同調の4点）と部位（人工呼吸器・回路/気管チューブ・患者の3点）の視点で4×3表に分類して考えると、原因と対処法が理解しやすい。正確にトラブルの原因を鑑別し、問題にアプローチすることが重要である。

以上が概略となる。人工呼吸管理は学べば学ぶほど奥深さに気づかされる分野である。初学者にその一端に触れていただければ幸いである。

11:00 AM - 12:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM プラクティスセミナー)

[WS1-02] 術前心機能データのみかた

○長尾 工¹ (1. 公益財団法人 榊原記念財団附属 榊原記念病院)

Keywords: 心機能評価、術前、若手看護師

術前の心機能評価と聞いて、どんな項目を観察して、周術期にどう活用したら良いのでしょうか？

心機能を評価するためには、多くのデータを統合し、アセスメントすることが必要となります。今では、多くの医療機器により収集できるデータは、心エコーやレントゲン、カテーテル検査、血液検査結果など多く収集する

ことができます。その他にも病歴、身体所見からも心機能を推測できる場合もあります。一方で緊急手術を受ける患者さんの場合は、これらのデータが少なく、心機能を評価することは困難となりやいです。しかし、クリティカルケア看護を行うものにとって、心機能を評価し、術中・術後に起こる事象を推論していくためには必須ではないでしょうか。

クリティカルケア領域で手術は、多かれ少なかれ侵襲であり、潜在的にもしくは明らかに心臓疾患を持っている場合では致命的な心不全を起こす可能性が高くなります。医療技術が進歩した今では、手術適応が拡大しており、超高齢者の方でも手術に臨まれる場面も少なくななりません。高齢患者さんが手術に臨むと、基礎疾患の多さや合併症リスクが高いことで回復に時間を要してしまう場合もあります。手術の難易度や重症度によって、周術期の問題が多くなりやすく、アセスメントと提供するケアの選択は重要となります。どんな患者さんであっても、合併症の予防と早期回復を図るために安全な周術期看護を提供することが、クリティカルケア看護師には求められていると思います。

術前の心機能評価を行うために、盲目的に患者さんのデータを収集すると、データ評価やアセスメントにも時間を要してしまいます。毎回、膨大な時間を要した結果で効果的なケアを提供していれば問題はありません。しかし、忙しい日常業務の中では、膨大な時間を割くことは困難だと思います。そのため、より効果的にデータを収集・評価、アセスメントしてくために、ポイントを絞り、優先度を考えておくことが必要ではないでしょうか。本プラクティスセミナー「術前心機能データのみかた」では、若手看護師を対象とし、基礎的な知識から、データを用いて周術期（術中・術後）のアセスメントにどう活かすのかについて一緒に学習していければと思います。

12:00 PM - 1:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM プラクティスセミナー)

[WS1-03] 脳神経所見のみかた

○月俣 夏織¹ (1. 恩賜財団済生会 福岡県済生会八幡総合病院)

脳神経所見における観察では、意識障害や瞳孔所見、運動障害といったモニタリングでは確認できない所見が多く、看護師の観察力が重要な分野である。特に、脳は、頭蓋内圧、脳代謝、脳循環といった要素によって機能を保っており、早期発見が患者のその後の生命や QOL を大きく左右することも多い。そのため、看護師は患者の小さな変化を敏感に察知する必要がある。脳神経所見をみるうえで、特に重要となってくる「意識」については、バイタルサインの1つであるという捉え方を再認識してもらいたい。また、脳そのものに障害がある一次的中枢神経系意識障害と脳以外の臓器に機能障害がある二次的中枢神経系意識障害について学んでもらい、意識障害＝脳と思われがちであるが、約40%は脳以外の臓器による二次的中枢神経系意識障害だということを認識し、総合的に観察できる視野を習得してもらいたいと考える。そのためにも、脳のはたらきに必要不可欠となる頭蓋内圧、脳代謝、脳循環にも触れ、解剖生理の面からも説明する。これらのことを理解してもらうことで、脳神経所見をみるには、全身状態の観察とアセスメントが必須の分野であることがわかる。観察のポイントの面では、ジャパンコーマスケール（以後 JCS）、グラスゴーコーマスケール（以後 GCS）をはじめ、瞳孔所見や MMT、言語障害など、基礎的な所見をはじめとし、すぐにベッドサイドで活用できるものを中心に、観察のポイントとともに進行していく。昨今では、中枢神経モニタリングの躍進はあるものの、ベッドサイドにおける脳神経所見の観察では、身体症状から神経学的機能を評価するという看護師の観察力が最も重要となる分野である。さらに、クリティカルケアにおけるものになれば、全身状態の重症度も高いため、さらなる細やかな観察と迅速な判断や対応が必要になる。脳神経所見におけるアセスメントの向上につながるができるよう、展開していきたい。

1:00 PM - 2:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM プラクティスセミナー)

[WS1-04] 心電図波形のみかた（基礎編）

○原田 愛子¹（1. 国立循環器病研究センター 看護部）

Keywords: 心電図、不整脈

クリティカルな状態の患者を観察するうえで切り離せないものの一つとして心電図がある。しかし、よほどの心電図好きでなければ多少なりとも苦手意識を持っている方が多いのではないだろうか。心電図波形を正しく理解し、患者状況を把握するためには、まず心電図が体のどのような反応をもとにして現れているか、正常な心電図とはどのようなものかということの理解が必須となる。

心電図は大きく分けると生体モニターとして常時観察を行うモニター心電図と、より詳しく状態を把握するために施行する12誘導心電図がある（18誘導心電図などもあるが、今回は省略する）。モニター心電図は全身状態把握のために循環器疾患の有無によらず重症患者に装着していることが多く、ゆえに何か変化があった時にすぐに異常に気付けるかどうかの知識が必要となる。また、より詳しく患者状況を把握できる12誘導心電図は、その結果はもちろんのこと、どのようなときに実施するかという実施のタイミングも重要となる。そして、より確実に異常を知るためにはやみくもにモニターをつけるのではなく、「正確で見やすい波形」をこちらで作り出すことが必要となる。日常的に目にしている心電図だからこそ基本的な管理を確実にを行い、異常を見逃さないようにしていくことが重要である。

心電図波形は、大きく分けるとP波、QRS波、T波の3つから成り立っている。まずはこれらが何を表しているのかということを理解し、そのうえでそれぞれの波形の異常時には患者の体でどのようなことが起こっているのかということ予測できるようにしていく。さらに、その異常はしばらく様子を見てよいものか、すぐに医師に報告が必要なものかという判断が行えるよう、基礎編ではモニター心電図を中心に心電図波形の基本的な見方を一緒に学んでいきたい。これまでモニター心電図を装着している患者を担当していても心拍数のみを注視し、モニターの心電図波形は意識していなかったという人も、モニターの「波形」を意識して患者のアセスメントに活かせるように一つ一つ説明していきたい。

2:00 PM - 3:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM プラクティスセミナー)

[WS1-05] 心電図波形のみかた（応用編）

○原田 愛子¹（1. 国立循環器病研究センター 看護部）

Keywords: 心電図、不整脈

集中治療領域で日常的に使用されている心電図は、患者の変化を瞬時に受け取ることができ、重症患者のアセスメントには欠かせないものとなっている。基礎編では基本的な心電図波形や日常的に見る機会の多い異常波形について説明した。本セミナーでは応用編として心電図波形の見方を説明するが、この応用というのは、なかなか判別の難しい珍しい症例を読み解くことを目的とはせず、基本的な内容を理解したうえでどのように看護につなげていくか、より具体的に疾患と結びつけながら心電図をもとに患者の繊細な変化に気付けるかということに重点を置いて説明していく。

通常、集中治療室では24時間モニタリングが可能なモニター心電図を使用するが、それだけでは不十分な場合はより細かな情報を得られる12誘導心電図を用いる。特に急性心筋梗塞では12誘導心電図を実施することが必須であり、そこから発症時期・部位・今後の治療方針などを予測することができる。もちろん心エコーや胸部X線画像も重要な検査ではあるが、12誘導心電図は非侵襲的であり看護師がすぐに行える貴重な検査の一つである。実際にどのように12誘導心電図を実施して判断し、患者情報と結びつけていくのか、事例を通して一緒に考えていきたい。また、心臓自体に異常がなくても起こる心電図変化などについても学び、心電図波形が全身状態を映すものであることを理解して患者のアセスメントにつなげられるようにしていきたい。そして、本セミナーを受講した後は、常に患者のそばで観察を行っている看護師だからこそ心電図波形の異常を早期に発見し、心電図波形を通してこれまでよりも患者の状態をより深くアセスメントできるようになるとともに心電図に対する苦手意識が少しでも克服されることを期待したい。

3:00 PM - 4:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM プラクティスセミナー)

[WS1-06] 看護研究の進め方

○櫻本 秀明¹ (1. 日本赤十字九州国際看護大学)

Keywords: 研究デザイン、研究方法

研究に『看護』とあえてつける必要があるのかどうかはさておき、みなさんは研究の進め方の何が知りたいのだろうか。

大学教員を含む研究機関所属の職業研究者には、おそらくこのオンデマンドセッションは必要ないであろう。であれば大学院生や臨床で研究をとお考えの方に、届けるもののようにも思う。加えて、大学院生は、各指導教員から勉強することを考えると、ここでの対象は自ずと臨床で研究をとお考えの方に限られる。

そうした方に私がこのオンデマンドセッションでお伝えしたいことは、

- ・「それは本当に研究しなければ解決できないことなのか」をあらためて調べ直す方法
- ・日々の実践の結果を研究として報告する方法

の2つである。

今回は前者に軽く触れたうえで、後者の日々の実践結果を研究として報告する方法に絞って発表させていただければと思う。特に、日々の実践結果の多くは、医療の質改善活動（Quality Improvement）として海外雑誌等でも報告することが可能である。とはいえそこにはルールやちょっとしたコツも存在する。筆者の経験も含めそうしたことをみなさんと共有できたらと思う。

1) Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P., Davidoff, F., & Stevens, D. (2016). SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): Revised Publication Guidelines From a Detailed Consensus Process. *Journal of nursing care quality*, 31(1), 1–8.

<https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000153>

2) SQUIRE 2.0 Guidelines 一覧表 <http://squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&PageID=471>

一般演題

[O1] 優秀演題

座長:佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)、矢富 有見子(国立看護大学校)、藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院)、茂呂 悦子(自治医科大学附属病院)

Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:10 AM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O1-01] ICU患者の口渇感に対するメントールの有効性を検討する探索的無作為化群間比較試験

○坂本 歩¹、梅田 亜矢¹ (1. 国立国際医療研究センター病院)

10:00 AM - 10:14 AM

[O1-02] 集中治療室における看護師たちの実践 –ともに働く空間に着目して–

○風野 美樹¹ (1. 和洋女子大学看護学部看護学科)

10:14 AM - 10:28 AM

[O1-03] J-RCSQ 導入後の患者の睡眠に対する看護師の意識や行動についての実態調査

○山田 彩海¹、安井 望¹、中野 友博¹、下鳥 由紀¹、岩佐 有華² (1. 新潟大学医歯学総合病院高次救命災害治療センター、2. 新潟大学医学部保健学科看護学専攻)

10:28 AM - 10:42 AM

[O1-04] 緊急入院患者の人工呼吸管理と ICU退室1年後のメンタルヘルスの関連性 – Propensity Score IPTWによる分析 –

○栗原 知己¹、卯野木 健¹、櫻本 秀明²、春名 純平³、大内 玲²、北山 未央⁴、植村 桜⁵、辻本 雄大⁶

(1. 札幌市立大学 看護学部、2. 茨木キリスト教大学 看護学部、3. 札幌医科大学集中治療医学研究員、4. 金沢医科大学病院看護部ハートセンター、5. 大阪市立総合医療センター 看護部、6. 奈良県立医科大学附属病院 看護部)

10:42 AM - 10:56 AM

[O1-05] ICU退室1年後の高齢患者の食欲不振とうつ症状の関連- SMAP- Hope-Study:SecondaryAnalysis

○梶山 優美¹、卯野木 健²、佐々木 亜紀³、北山 未央⁴、植村 桜⁵、山口 貴子⁶、辻本 雄大⁷、白坂 雅子¹

(1. 福岡赤十字病院 看護部、2. 札幌市立大学看護学部、3. 札幌市立大学看護学研究科急性期看護学専攻、4. 金沢医科大学病院 看護部ハートセンター、5. 大阪市立総合医療センター 看護部、6. 日本医科大学武蔵小杉病院 看護部、7. 奈良県立医科大学附属病院 看護部)

10:56 AM - 11:10 AM

10:00 AM - 10:14 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:10 AM 第4会場)

[O1-01] ICU患者の口渇感に対するメントールの有効性を検討する探索的 無作為化群間比較試験

○坂本 歩¹、梅田 亜矢¹ (1. 国立国際医療研究センター病院)

Keywords: 口渇、メントール、ICU

【目的】 ICUでのストレス経験は、退院後の QOLに深く関わっていることが近年の研究で明らかになっている。口渇感、患者が感じる様々なストレスの中でも看護師が想像しているよりも大きなストレスになっているとの報告がある。一方で、標準的な介入方法が確立されていない。メントールは、がん患者への口渇の緩和に有効であるとされているが、ICU患者への効果を検証した先行研究はみられない。そこで、本研究は禁飲食中のICU患者にメントールを使用した含嗽、またはスワブによる清拭で口渇感が軽減するか、水道水と比較することでメントールの有効性を探索的に評価することを目的とした。

【方法】 デザインは単施設無作為化比較試験とした。対象は禁飲食の期間が24時間以上経過し、意識レベルが清明でコミュニケーションがとれる成人患者とした。同意取得後、無作為に介入群と対照群に割り付けた。介入方法は、非挿管患者には、0.1%のメントール水で含嗽を連続3回、挿管患者にはスワブで口腔内清拭を連続3回とした。対照群には水道水を使用し、同様の口腔ケアを実施した。口渇強度 NRSと口渇苦痛度 NRSの2項目で構成された口渇主観的アナログスケールを用いて、口腔ケア前後のスケールの変化量を主要評価項目とした。副次評価項目は、口腔ケア後1時間以内に、追加で患者が希望した口腔ケアの回数とした。また、スケールでは拾えない患者の体験を明らかにするために、患者への聞き取りと看護師から見た患者の様子を収集した。本研究は所属施設の倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】 80名から同意を得られ、無作為に介入群40名、対照群40名を割り付けた。そのうち、対照群に割り付けた2名が脱落したため、分析は介入群40名、対象群38名とした。口腔ケア前後のスケールの変化量は、口渇強度 NRSで介入群3.2、対照群3.3、口渇苦痛度 NRSで介入群3.0、対照群3.2と、両群の比較において2項目とも統計的有意差は認められなかった。口腔ケア直前の口渇強度 NRS(0-10)の平均は、介入群で7.0、対照群で7.2、口渇苦痛度 NRS平均は介入群で7.0、対照群で6.9と、どれも高値であった。また、口腔ケア後1時間以内の、患者が希望した口腔ケアの回数も統計的有意差は認められなかった。口腔ケア後は両群とも口渇強度 NRS、苦痛度 NRSのスコアに大幅な改善が認められた($p < .001$)。患者への聞き取り調査では、介入群の患者から「スッキリした」とのコメントが多く聞かれた。また、看護師が観察した患者の様子では、口腔ケア後は表情が穏やかになったと報告したものが多かった。

【考察】 禁飲食中のICU患者の口渇感の強度、苦痛度は非常に高く、先行研究と同様にストレスは強かった。今回、メントールを使った口腔ケアの有効性に統計的有意差は認められなかった。しかし、患者からの聞き取りでは、対象群と比較して「スッキリした」と答えた患者が多くみられた。メントールの風味や清涼感が患者の嗜好にあえば、苦痛の緩和に役立つと考えられる。また、メントールの使用に関わらず、口腔ケアを実施後は、口渇強度・苦痛度 NRSのスコアが半減しており、口渇感の緩和に短期的な効果が認められた。ICU看護師は、禁飲食中の患者が口渇感により強い苦痛を感じていることを認識し、口腔ケアを積極的に提案することで苦痛緩和につとめる必要があると考えられる。

【結論】 ICU患者の口渇感に対するメントールの有効性は確認できなかった。しかし、禁飲食中のICU患者は、口渇の強度・苦痛度が非常に高く、メントール、水道水とも含嗽やスワブによる口腔ケアは口渇の緩和に短期的な効果があることが明らかとなった。

10:14 AM - 10:28 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:10 AM 第4会場)

[O1-02] 集中治療室における看護師たちの実践 –ともに働く空間に着目して–

○風野 美樹¹（1. 和洋女子大学看護学部看護学科）

Keywords: 協働実践、現象学的研究、参加観察

【目的】協働実践の実際は、複数の医療者が状況に応じて関わる文脈を持った出来事である。本研究では、ともに働く空間に着目し、その都度編成される看護師たちの実践を明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザインは現象学的研究とした。調査方法は、救命救急センターで15年以上の経験をもつ看護師でもある研究者が、参加観察および非構造化面接を実施した。本稿では、フロアーの構造や勤務開始時に集まる丸テーブルでの看護師たちの何気ないやりとりや立ち位置を記述した。なお本研究は2018年度首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会と研究対象施設の研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】丸テーブルは、集中治療室におけるナースステーションを意味しており、勤務開始時に全員が集まる場所であった。丸テーブルの先はオープンフロアーとなっているため、そこに立っているだけで患者の状態が目に入った。調査では、申し送り前から丸テーブルにいる複数人の看護師たちのやり取りが見られた。1人の看護師が、フロアーにいる患者の1人を見ながら「昨日いた人ー」と声を発した。それに対してその場にいる複数の看護師たちは、昨日の情報、それに対する判断、また過去の経験の想起といった様々な種類の会話が次々と生まれ、患者の理解が広がった。さらに1人の看護師の質問に看護師たちが即座に回答したことは、その患者に対して看護師たちが関心を持っていたためと捉えられた。また丸テーブルでの看護師たちの立ち位置に着目した。時間になっても丸テーブルにいない看護師に気づき心配していた。師長の立ち位置は毎回同じで、他のメンバーにも暗黙に了解されていた。リーダー、メンバーは丸テーブルの近くにいたが、フリー業務者や応援勤務者は離れていることがあった。師長の「30分ですよー」という言葉が、申し送りの開始を示していた。丸テーブルからフロアーの方に振り返ると、深夜のリーダー看護師がフロアーからやって来て、夜間帯の申し送りが始まった。丸テーブルでの看護師の立ち位置や行動によって、お互いのその日の役割や馴染み具合を習慣的に理解していると捉えられた。

【考察】原（2010）の研究によると、ナースステーションにおける看護チームの相互作用は、ほとんどが2人で構成され、意見交換は少なく情報交換が中心であったとした。それに対して本研究においては、申し送り前から複数の看護師が何気ないやり取りにより、情報交換だけでなく、意見交換もする場となっていることが明らかになり、新たな知見が見出された。また集中治療室における外傷患者の転帰とベッドの配置についての研究（Pettit, Wood, Lieber, & O' Mara, 2014）によると、有意差は見られなかったものの、集中治療室の構造とベッドの配置が患者の転機に影響すると看護師が捉えていることを示している。本研究においては、ナースステーションから見えるベッドの位置が看護師たちの会話を生み出し、患者の理解を深めたことは明らかであった。これは集中治療室の空間構造を検討する上での一示唆となったと考える。さらに習慣化された暗黙の了解により、言葉に出さずとも実践が営まれていることが明らかとなった。これはメルロ＝ポンティ（1945/1967）の言葉である、我々の身体は、目に見えない「習慣的身体」の層が、人の行動を支えていることを表している。

【結論】看護師たちの協働実践は、患者の今の状態が見える集中治療室の場の構造により、患者に関心が向かうことから編成されていた。また看護師たちがともに居合わせることで、病棟全体としての協働実践の下地となっていた。

10:28 AM - 10:42 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:10 AM 第4会場)

[O1-03] J-RCSQ 導入後の患者の睡眠に対する看護師の意識や行動についての実態調査

○山田 彩海¹、安井 望¹、中野 友博¹、下鳥 由紀¹、岩佐 有華²（1. 新潟大学医歯学総合病院高次救命災害治療センター、2. 新潟大学医学部保健学科看護学専攻）

Keywords: 睡眠、J-RCSQ、看護師の意識・行動

【目的】

2018年集中治療医学会は「成人 ICU患者に対する鎮痛・鎮静・せん妄管理ガイドライン改訂版（以下 PADISガ

イドライン)」を示した。しかし、先行研究から、実際にはICU患者の睡眠に関する医療従事者の意識は高いとはいえないこと、看護師の主観的な睡眠評価は患者の睡眠を過大評価する傾向があることが示されている。

そこで、Richards-Campbell睡眠質問票日本語版（以下 J-RCSQ）を使用することにより、患者の睡眠への看護介入の実施など行動の変化が期待できるのではないかと考え、2020年7月より J-RCSQを導入した。今回、J-RCSQ導入後の看護師の患者の睡眠に対する考え及び行動の実態を明らかにすることを目的に調査を行った。

【方法】

A病院の J-RCSQを使用している高次救命災害治療センターとICUの看護師長を除く看護師64名を対象に、無記名自記式質問紙票によるアンケート調査を行った。質問紙票は使用している看護師からのヒアリング内容、PADISガイドライン、先行研究を参考に作成し、基本属性、今現在患者の睡眠に関して行っている行動、J-RCSQの実施回数、J-RCSQ導入後の意識や行動の変化を問う項目で構成した。調査は2021年6月1日～2021年6月14日に実施した。調査結果は記述統計を行い、さらに、今現在患者の睡眠に関して行っている行動と経験年数、配属年数との関係性を探索するため Pearsonのカイ2乗検定を行った。また睡眠に関して行っている行動と J-RCSQの実施頻度との関係性を探索するため Pearsonの相関係数分析を行った。統計学的分析には統計解析ソフト SPSS(Ver.24)を用い、有意水準 $P<0.05$ とした。

【倫理的配慮】

本研究は新潟大学における人を対象とする研究等倫理審査委員会の承認(承認番号2021-0006)を得て実施した。

【結果】

対象者64名のうち39名から回収した(回収率60.9%)。回答者39名のうち記入不備や研究に同意を得られなかった2名を除き37名を有効回答とした(有効回答率57.8%)。今現在患者の睡眠に関して行っている行動(複数回答)については、『不眠時薬の積極的な使用をした』37名が最も多く、次に『夜間の必要以上の観察を控えた』34名と続いた。患者の睡眠に対して行っている行動と経験年数、配属年数との関連性があるか探索するためカイ2乗検定を行ったが、どの項目においても有意差は認められなかった。また、対象者が患者の睡眠に対して行っている行動と対象者が患者に J-RCSQ実施した頻度の関係性では、実施回数と今現在睡眠に関して行っている行動『日中の活動を促した』の項目とで有意差($p=0.03$, $r=0.362$)が確認された。

「J-RCSQを実施するようになってから睡眠に対する意識は変化したか」について、27名(73%)が意識の変化があったと回答した。対象者の内34名が実際に J-RCSQを確認し、さらにその内の25名がその結果を受けて『眠れなかった原因を患者と一緒に考えた』『医師に薬剤の調整について相談した』『日中の活動を促した』などの何らかの対処行動をとっていた。

【考察】

今回の結果から J-RCSQ導入後に患者の睡眠に対する意識の変化があったと回答した看護師は7割おり、J-RCSQ導入による効果が示唆された。また J-RCSQで低い値を確認した際に実際とられた行動から、患者の不眠を解決しようとする意識をもっていると推測され、J-RCSQ導入によって意識や行動の変化が起きているということが示唆された。

10:42 AM - 10:56 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:10 AM 第4会場)

[O1-04] 緊急入院患者の人工呼吸管理とICU退室1年後のメンタルヘルスの関連性

－ Propensity Score IPTWによる分析－

○栗原 知己¹、卯野木 健¹、櫻本 秀明²、春名 純平³、大内 玲²、北山 未央⁴、植村 桜⁵、辻本 雄大⁶ (1. 札幌市立大学 看護学部、2. 茨木キリスト教大学 看護学部、3. 札幌医科大学集中治療医学研究員、4. 金沢医科大学病院看護部ハートセンター、5. 大阪市立総合医療センター 看護部、6. 奈良県立医科大学附属病院 看護部)

Keywords: PICS

【背景】

Post-Intensive Care Syndrome (PICS)のうちメンタルヘルスに関するリスク因子に関しては明確ではなく、ICUで行われる処置等が関連しているか否かも結論が出ていない問題である。

【目的】

集中治療室（Intensive Care Unit: ICU）における侵襲的人工呼吸管理は、ICU退室から1年後の Post-traumatic Stress Disorder（PTSD）や、うつ症状と関連があるかを検討した。

【方法】

本研究は全国12施設のICUにおいて実施した多施設共同研究（以下 SMAP-HoPe Study, Unoki T, 2021）の二次分析である。SMAP-HoPe Studyは2019年10月から2020年7月の間にICUに3日以上滞在し、ICUを退室してから1年経過した18歳以上の患者778名に対し、メンタルヘルス評価を含む質問紙を郵送した。本分析では、そのデータから、PICSのリスクが高い緊急入室の患者のみを対象とした。PTSD症状は Impact of Event Scale-Revised（IES-R）、うつ症状には Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS-D）をそれぞれ用いた。対象患者のうち侵襲的人工呼吸器を使用した患者を暴露群とし、PTSDとうつ症状をそれぞれアウトカムと設定した。統計解析には Propensity Score (PS)による逆確率重み付け推定法（Inverse Probability of Treatment Weighting: IPTW）を用いた。侵襲的人工呼吸管理を目的変数とし、年齢、性別、APACHE II、SOFA、せん妄の有無、精神疾患の有無、ベンゾジアゼピン系薬剤の使用歴を共変量としてPSを算出した。次に、PSを用い、IES-RとHADSをそれぞれアウトカムとしたIPTW解析を行い、c統計量、オッズ比（OR）、95%信頼区間（95%CI）、p値を算出しそれぞれの関係性を推定した。有意確率は<0.05に設定した。これらの解析には R 4.1.2（R Foundation for Statistical Computing, 2020）を使用した。なお、SMAP-HoPe Studyは主管施設および参加した各施設の倫理委員会の承諾を得て実施した。

【結果】

対象者は398人（51.2%）であった。分析対象者に関する年齢の中央値[四分位範囲]は69.5歳[56 - 77]、男性289人（72.6%）であった。PSを算出した際のc統計量は0.83（95%CI, 0.79 - 0.87）であったが、IPTW調整後の一部変数についてSMD（Standard Mean Difference）が0.1以上であった。IPTW解析の結果、IES-RではOR,0.45（95%CI, 0.16 - 1.19; p=0.11）、HADSではOR, 0.53（95%CI, 0.28 - 0.99; p=0.05）であった。

【考察】

本分析により、緊急入室患者に対する侵襲的人工呼吸器の使用は、ICUを退室してから1年後のうつ症状、PTSD症状とは関連がないことが示唆された。PICSに関するリスク因子は今後も探索する必要性がある。

10:56 AM - 11:10 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 11:10 AM 第4会場)

[O1-05] ICU退室1年後の高齢患者の食欲不振とうつ症状の関連- SMAP-HoPe Study:SecondaryAnalysis

○梶山 優美¹、卯野木 健²、佐々木 亜紀³、北山 未央⁴、植村 桜⁵、山口 貴子⁶、辻本 雄大⁷、白坂 雅子¹（1. 福岡赤十字病院 看護部、2. 札幌市立大学看護学部、3. 札幌市立大学看護学研究科急性期看護学専攻、4. 金沢医科大学病院 看護部ハートセンター、5. 大阪市立総合医療センター 看護部、6. 日本医科大学武蔵小杉病院 看護部、7. 奈良県立医科大学附属病院 看護部）

Keywords: 集中治療後症候群、うつ症状、食欲不振、高齢者

【目的】食欲不振は高齢者によく見られ、サルコペニアの独立した危険因子である。現在、集中治療後症候群が注目されているが、ICU退室後の食欲不振について調査した研究は稀である。そこでICUから退室し、自宅で生活する1年後の患者において食欲不振の発生、および、集中治療後症候群のひとつである、うつ症状との関係を明らかにすることを目的とした。

【方法】本研究は全国12施設のICUにおける多施設共同研究（以下、SMAP-HoPeとする）のサブグループの解析である。主管施設および各施設の倫理委員会の承諾を得て実施した。SMAP-HoPe-Studyは2019年10月から

2020年7月の間にICUに4日以上滞在し、1年経過後に在宅で生活している18歳以上の患者778名に対し、メンタルヘルスやQOL、食欲を含む質問票一式を送付し、集中治療後症候群に該当する症状の発生頻度とリスク因子を調査した。本研究では、サルコペニアのリスクが高くなる65歳以上の患者を抽出した。食欲不振は、日本語訳簡易栄養食欲調査票（J-SNAQ）を用い、14未満を食欲不振とした。うつ症状はHospital Anxiety and Depression Scale（HADS）のHADS-Dを用いた。統計解析は、連続変数、尺度変数に関しては中央値（四分位範囲[IQR]）、カテゴリカル変数は割合で表記した。食欲不振はJ-SNAQ14点未満と定義し、うつ症状の強さと食欲不振と関連は、一般化線形混合モデルを用いた(GLMM)。共変量としては、消化器疾患、うつ病、ICU入室時の悪性腫瘍などを事前規定した。解析にはR software 4.0.2 (R Foundation for Statistical Computing, 2020) とStata/IC16 (Stata Corp, TX) を使用した。

【結果】対象患者501名のうち、J-SNAQの項目が欠落していた33名を除外し、完全ケース分析として468名を対象にした。年齢の中央値は75歳[71–80]で約70%が男性、半数が予定手術であり、もっとも多い入室理由は心臓血管外科手術後（218名46.4%）であった。J-SNAQスコアは 14.2 ± 1.6 で食欲不振の有症状率は25.4%（95% CI、21.5-29.5）であった。GLMMでは、高いうつ症状があると食欲不振である確率が高かった。（OR,1.20:95% CI,1.14-1.28: $p = 0.00$ ）

【考察】過去の研究と比較すると、食欲不振（J-SNAQ<14）の有病率は在宅で過ごす高齢者の9.8%、リハビリテーション病棟の24.7%の報告がある。本研究では在宅で生活している患者であるが、食欲不振の有病率は、リハビリテーション病棟のそれと同程度であった。また、うつ症状の重症度が高いと食欲不振の確率が高くなることに関連していることが示唆された。この関係性の原因は明らかではないが、うつは食欲不振の原因であることは、重症患者を対象とした患者以外では既知の事実であり、PICSのひとつである、うつが食欲不振に寄与している可能性はあるといえる。しかしながら、本研究では、うつ症状と食欲不振症状は同時に測定しており、因果関係は明らかではない。よって、今後は因果関係を明らかにする研究が必要である。

【結論】ICU退室12ヶ月後の患者において、うつ症状の強さと、食欲不振である確率は関連している可能性が示唆された。退室後もメンタルヘルスのモニタリングは必要である。

一般演題

[O2] 鎮痛・鎮静管理

座長: 渡海 菜央(日本大学医学部附属板橋病院)

Sat. Jun 11, 2022 11:20 AM - 12:20 PM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O2-01] 小児の鎮静薬使用の現状と課題

○三村 健太¹、竹林 洋子¹、末永 順子¹、三船 明日香¹ (1. JCHO九州病院 看護部)

11:20 AM - 11:32 AM

[O2-02] 小児の人工呼吸器装着中に鎮痛・鎮静薬を急速静脈注入した背景の実態調査 ー発達段階の違いに着目してー

○佐藤 奎至¹ (1. 静岡県立こども病院 PICU)

11:32 AM - 11:44 AM

[O2-03] 心臓血管外科術後患者に対する熟練 ICU看護師の痛みの管理の看護実践

○青野 沙織¹、齋藤 信介¹ (1. 国立循環器病研究センター)

11:44 AM - 11:56 AM

[O2-04] オープン ICUの看護師が捉える鎮痛管理の問題

ー人工呼吸器管理における鎮痛管理ー

○野中 恵子¹、福田 昌子¹ (1. 岡崎市民病院)

11:56 AM - 12:08 PM

[O2-05] クリティカルケア看護における苦痛症状のアセスメント実施状況とマネジメントの困難さ：全国質問紙調査

○田中 雄太¹、加藤 茜^{2,1}、立野 淳子³、田戸 朝美⁴、山勢 博彰⁴ (1. 東北大学大学院 医学系研究科保健学専攻、2. 信州大学 医学部保健学科看護学専攻、3. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院、4. 山口大学大学院 医学系研究科保健学専攻)

12:08 PM - 12:20 PM

11:20 AM - 11:32 AM (Sat. Jun 11, 2022 11:20 AM - 12:20 PM 第4会場)

[O2-01] 小児の鎮静薬使用の現状と課題○三村 健太¹、竹林 洋子¹、末永 順子¹、三船 明日香¹ (1. JCHO九州病院 看護部)

Keywords: 小児の鎮静

【はじめに】 A病院集中治療室（以下 ICU）には、先天性心疾患術後患者が毎年160名前後入室し、循環動態安定を目的に鎮静薬を使用する。鎮静薬使用の判断は担当看護師（以下 Ns）が患児の啼泣や体動、顔色やバイタルサイン等の変化を適時的に評価し、経口摂取やあやす等の対応で安静が保てなければ指示に従い実施する。しかし、鎮静薬が奏功しない場合や頻繁に鎮静薬使用を要する場合もある。今回、小児の鎮静の現状を調べ、課題を明らかにする。尚、調査にあたり所属施設の倫理委員会の承認を得た。

【方法】 1. 2019/2020年度の先天性心疾患術後患者（3か月～3歳未満）の背景及び鎮静薬使用状況 2. ICU-Ns（36名）に鎮静薬使用に関わる質問紙調査 3. 2019/2020年度の小児患者のインシデント状況

【結果】 1. 症例調査（図表参照） 2. 質問紙調査（2択）回収率:91.2% 小児の鎮静で困った経験がある:84.8% 小児を RASSで評価した:57.6% 小児を RASSで評価し鎮静剤を使用した:30.3% 3. アクシデント:0件、インシデント:3件 内訳:中心静脈カテーテル、動脈ライン、挿管チューブトラブル各1件

【考察】 2019年度と2020年度で、先天性心疾患特有の姑息術、一酸化窒素吸入実施症例や、患者背景、鎮静薬使用回数は有意差なく同程度であった。単回使用する鎮静薬の多くはミダゾラムで、抜管後も同様だった。2020年度では持続鎮静のデクスメトメジン終了が早く、鎮静薬が奏功しない場合に使用する薬剤は異なっていた。鎮静深度が循環動態に与える影響を含め、管理方針の違いと捉えられた。質問紙調査では、小児を RASSで評価した Nsは約60%に対し、RASSで評価し鎮静薬を使用すると答えたのは30%程度で、RASSの評価は薬剤使用の判断に活かされていなかった。インシデントは、いずれも重要度が高いデバイスで、鎮静を要する状況に関連していた。多くの Nsが小児の鎮静に困難感を抱える背景には、重症度を含む管理上の鎮静目標の違い、RASSでの評価の問題、鎮静薬使用の状況判断等が関わりと考えられる。有用とされる小児用鎮静スケールは、評価項目が多く普及率は低いが、RASSに比べ評価指標が判りやすい。その指標を参考に評価を言語化し、鎮静の程度を共通認識して状況判断することが重要である。

【結語】 先天性心疾患術後症例の鎮静薬使用の現状から、小児の鎮静状況を調査した。鎮静薬使用の機会が多いが、鎮静状態の評価や鎮静薬使用の状況判断に曖昧な側面があり、Nsは小児の鎮静に困難感を抱えていた。小児用鎮静スケールを参考に評価を言語化し、状況判断に活かす課題を得た。

11:32 AM - 11:44 AM (Sat. Jun 11, 2022 11:20 AM - 12:20 PM 第4会場)

[O2-02] 小児の人工呼吸器装着中に鎮痛・鎮静薬を急速静脈注入した背景の実態調査**－発達段階の違いに着目して－**○佐藤 奎至¹ (1. 静岡県立こども病院 PICU)

Keywords: PICU、鎮痛、鎮静、人工呼吸器、発達段階

〔目的〕 人工呼吸器装着中の小児において、発達段階ごとに鎮痛・鎮静薬をボーラスした理由を実態調査することで発達段階ごとの鎮痛・鎮静薬ボーラスに起因する特徴を明らかにし、必要な看護支援を考えることを目的とした。

〔方法〕 量的実態調査研究（後方視的）とした。PICU入室患者のうち、鎮痛・鎮静薬を持続注入している人工呼吸器装着中の253名を対象とした。鎮痛・鎮静薬をボーラスした記録から、ボーラス回数およびボーラスした理由を抽出した。その後カテゴリー【看護ケア】、【医療処置】、【体動・覚醒】、【原因不明】、【疼痛の訴え】に分類した。新生児期から幼児期（以下 A群とする）と学童期から青年期（以下 B群とする）に分別し、A群、B群でカイ2乗検定を用いて検定した。鎮痛・鎮静薬ボーラス回数に対して、年齢および鎮痛・鎮静薬ボーラス理由を説明変数とし、一般推定方程式（GEE）を用いた。統計解析には JMPを用いた。

〔倫理的配慮〕当院倫理審査委員会の承認を得た。データ収集は施設内で行い、個人情報に記載されている資料、データは鍵のかかるロッカーで厳重に管理した。電子データはパスワードを設定して保存した。研究者以外のアクセスを制限した。収集した資料、データに関しては、本研究が終了後に速やかに破棄した。

〔結果〕両群で発達段階の違いによる有意差と独立性が示唆された ($P < 0.001$)。人工呼吸器管理1日における鎮痛・鎮静薬ボース理由と平均では、幼児期の【体動・覚醒】(2.25回/日)が多く、B群の特徴としては【疼痛の訴え】による鎮痛・鎮静薬ボース理由が見られた。

〔考察〕A群の【体動・覚醒】による鎮痛・鎮静薬ボースに対しては、医療機器デバイスの安全性を優先したうえで、医療者が発達段階別に子どもの特徴を踏まえて想像力を働かせ、子どもにとって何が必要なのかアセスメントして対応していくことで鎮痛・鎮静薬ボースを少なくすることに繋がると考える。B群の【疼痛の訴え】による鎮痛・鎮静薬ボースに対しては、術前のプレパレーションやオリエンテーションで手術後の経過、患者自ら思いを訴えるツールを患者と一緒に考え使用していくことで、言葉で表現できないことや我慢してしまう発達段階に対して支援していくことができると考える。また、コミュニケーションの中から患者のニーズを捉え、鎮痛・鎮静薬ボースではなく、その他の鎮痛薬の使用や不要素を取り除く看護支援を行うことによって、鎮痛・鎮静薬ボース回数を少なくすることが重要であると考えられる。

〔結論〕1.発達段階での鎮痛・鎮静薬ボース理由に有意性と独立性が示唆された。2.新生児期から幼児期にかけて全てのカテゴリーにおいて鎮痛・鎮静薬ボース回数が増え、学童期から青年期にかけて全てのカテゴリーで鎮痛・鎮静薬ボース回数が少なくなった。3.全対象患者では、【体動・覚醒】による鎮痛・鎮静薬ボース回数が多かった。4.鎮痛・鎮静薬ボース回数を少なくするために医療者は、非薬物療法としての看護支援を考えていく必要がある。5.小児の人工呼吸器装着中の患者に対しては、発達の特徴を把握した上で、患者の「代弁者」としての役割を果たしていくことが必要である。

11:44 AM - 11:56 AM (Sat. Jun 11, 2022 11:20 AM - 12:20 PM 第4会場)

[O2-03] 心臓血管外科術後患者に対する熟練 ICU看護師の痛みの管理の看護実践

○青野 沙織¹、齋藤 信介¹ (1. 国立循環器病研究センター)

Keywords: 鎮痛管理、熟練看護師

〔目的〕日常的に何らかの痛みを感じているといわれる重症患者に対して、一貫した痛みの管理を提供することは、様々な合併症を予防する上で非常に重要である。先行研究において、経験年数の少ない看護師が患者の痛みへの対応に困難感を抱いており、看護師間において痛みの緩和のためのケアの質に差があるという実態があった。そこで、熟練看護師が行っている痛みへの看護実践を明らかにし、患者への適切なケアの提供へ繋げることを目的とした。

〔方法〕対象は経験年数10年以上の看護師とし、文書を用いて研究目的等を説明した。心臓血管外科術後の患者に対して痛みへの介入を行った1場面を想起してもらい、その場面における痛みのアセスメントや介入・評価について半構造化面接を行った。半構造化面接で得られた内容をもとに逐語録を作成して繰り返し読み、痛みへの看護実践について語られた部分を抽出し、意味内容を損なわないようにコード化した。類似したコードを集めサブカテゴリーとし、表現の修正を繰り返し、意味内容の類似するものにまとめてカテゴリーとした。本研究は所属施設の倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

〔結果〕熟練看護師の痛みの管理の看護実践について抽出した42のコードから、類似したコードをまとめた結果、15のサブカテゴリーに分類された。さらに類似したサブカテゴリーをまとめた結果、【患者の回復意欲を育む】【多角的な視点で痛みを評価する】等の7のカテゴリーに分類された。

〔考察〕熟練看護師が痛みの管理の看護実践として行っていたことは、【患者の回復意欲を育む】ために【現状の疼痛管理に疑問を持ち】【多角的な視点で痛みを評価する】、【患者の痛みの個別性を捉え】【痛みの管理の継続性を確保する】、【痛みの増強を抑え、閾値を上げる介入を行う】ために【チームアプローチを図り】ガイドラインやエビデンスを遵守する、であった。効果的に痛みの管理を行うためには、痛みを多角的に捉えてアプ

ローチし、個別的に介入することが重要である。また、回復意欲に関するコードが最多であったことから、痛みの管理には患者の回復意欲が鍵であり、その促進のためには患者の痛みの追求と連続的かつ包括的なケアリングが必要であると考ええる。

〔結論〕熟練看護師は、現状の疼痛管理に疑問を持ち痛みを多角的に捉え、連続的かつ包括的なケアリングにより、患者の回復意欲を促進する実践を行っていた。

11:56 AM - 12:08 PM (Sat. Jun 11, 2022 11:20 AM - 12:20 PM 第4会場)

[O2-04] オープン ICUの看護師が捉える鎮痛管理の問題

－人工呼吸器管理における鎮痛管理－

○野中 恵子¹、福田 昌子¹ (1. 岡崎市民病院)

Keywords: 鎮痛管理、オープンICU、人工呼吸器管理

〔目的〕近年、人工呼吸器管理の一つとして十分な鎮痛と浅い鎮静が推奨され、疼痛評価やプロトコルの導入が進んでいる。A病院は「鎮痛・鎮静プロトコル」を導入し3年が経過したが、A病院の先行研究では鎮痛管理が不十分であった。そこで、プロトコル導入後のオープンICUの看護師が捉える鎮痛管理の問題を明らかにし、今後の教育やシステムの構築、チーム医療のあり方について示唆を得たいと考えた。

〔方法〕2021年10月4日～2021年10月31日にA病院集中治療センターに勤務する看護師を対象に「人工呼吸器装着患者の鎮痛管理において問題に感じていること」を問い、自由記述で回答を得た。対象者には自由意志で参加できることや回答をもって同意とすること、調査協力の諾否によって対象者が不利益を被らないことを紙面で説明した。匿名性の担保のため回答用紙は無記名とした。本研究は、A病院臨床研究審査委員会の承諾を得た上で実施した。

〔結果〕有効回答が得られた31名の概要は、集中治療領域経験年数4年以下が13名、5年以上が18名であった。自由記述内容から得られたデータをコード化し、内容の類似性に基づき分析した結果、25のサブカテゴリーと4つのカテゴリーが抽出された。〔システムの不備〕は、医療者の疼痛評価、ツールの活用、薬剤の選択の認識の違い。【鎮痛評価の困難さと薬剤調整や薬剤効果の限界】は、疼痛評価の困難さや薬剤調整の困難さ。【疼痛緩和不足へのジレンマ】は、迅速な疼痛緩和ができない葛藤。【多職種のコミュニケーション・協働不足】は、診療科・多職種の連携不足や協働不足を表している。

〔考察〕最もコード数が多かったカテゴリーは【システムの不備】であり、次に【鎮痛評価の困難さと薬剤調整や薬剤効果の限界】であった。医療者の『ツール活用不足』や薬剤管理において認識の差があり、オープンICUでの最適な鎮痛管理の困難さが伺えた。また、看護師は『痛みの評価の難しさ』『興奮時の対応の難しさ』があり、過鎮静や意識障害により自己評価ができない患者や興奮した患者の疼痛評価に困難さを抱いていた。そのため、診療科を問わず適切な鎮痛管理を行えるシステムの構築が必要だと考える。現在の「鎮痛・鎮静プロトコル」にせん妄を加えたフローチャートを導入することで、医療者間の認識が統一でき、問題解決に必要なステップの可視化、行動の明確化ができると思われる。また、包括的指示によって看護師が参加する管理は有効であると示唆されており、フローチャートの導入は、看護師が患者の疼痛や疼痛評価を意識することにつながると考える。【疼痛緩和不足のジレンマ】は、『苦痛の原因を理解したい』『苦しむ患者を見ることへの葛藤』があり、人工呼吸器装着中の挿管患者は痛みを有する前提で看護師間、医療者間のディスカッションを行っていく必要があると思われる。【多職種のコミュニケーション・協働不足】は、『医師間のコミュニケーションの期待』『専門チームの支援への期待』があり、早期離床サポートチームが人工呼吸器装着患者の鎮痛管理においてリーダーシップを発揮することが求められている。

〔結論〕1) 看護師は、人工呼吸器管理における鎮痛管理の問題として【システムの不備】【鎮痛評価の困難さと薬剤調整や薬剤効果の限界】【疼痛緩和不足へのジレンマ】【多職種のコミュニケーション・協働不足】と捉えていた。2) 痛み・せん妄・興奮を合わせたフローチャートを導入する。3) 看護師間、医療者間で疼痛のディスカッションを行う。4) 鎮痛管理において早期離床サポートチームのリーダーシップが求められている。

12:08 PM - 12:20 PM (Sat. Jun 11, 2022 11:20 AM - 12:20 PM 第4会場)

[O2-05] クリティカルケア看護における苦痛症状のアセスメント実施状況 とマネジメントの困難さ：全国質問紙調査

○田中 雄太¹、加藤 茜^{2,1}、立野 淳子³、田戸 朝美⁴、山勢 博彰⁴ (1. 東北大学大学院 医学系研究科保健学専攻、2. 信州大学 医学部保健学科看護学専攻、3. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院、4. 山口大学大学院 医学系研究科保健学専攻)

Keywords: 症状アセスメント、身体的苦痛、精神的苦痛、質問紙調査

【目的】クリティカルケアを受ける患者が経験する身体的・精神的苦痛を緩和し、Quality of Lifeの維持・向上を図るために、経時的な症状アセスメントとマネジメントは重要である。本研究は、経時的にアセスメントされている苦痛症状と、看護師がマネジメントの困難さを感じる苦痛症状を明らかにすることを目的とした。

【方法】集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師741名を対象に、郵送による無記名自記式質問紙調査を行った。主な調査内容は以下の3項目とした。1) NRS、BPS、RASS等のスケールを用いて、経時的に(決められた時間ごと、または毎日)記録されている苦痛症状9項目(疼痛、呼吸困難、口渇、嘔気、便秘・下痢、せん妄、不安・抑うつ、不眠、倦怠感)について、複数回答可の選択式で回答を求めた。2) 看護実践においてマネジメントの困難さを感じている症状について、“とても困難である”～“まったく困難ではない”の6件法で回答を求めた。3) マネジメントが困難な場合の対応について、複数回答可の選択式で回答を求めた。

調査期間は2020年10月～12月であった。本研究は、所属施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】有効回答は356部(48%)であった。回答者の背景は、看護師経験年数21年(標準偏差±6.3)、副師長以上の管理者52%(n=185)であった。緩和ケアに関連するトレーニングを受けた経験があると回答したのは66%(n=235)であった。

NRS、BPS、RASS等のスケールを用いて、経時的に(決められた時間ごと、または毎日)記録されている症状は、疼痛94%(n=336)、せん妄79%(n=280)、呼吸困難21%(n=74)の順に多かった。一方、口渇3%(n=11)、倦怠感4%(n=15)、不安・抑うつ5%(n=17)は少なかった。看護師がマネジメントの困難さを感じている症状は、倦怠感82%(n=291)、不安・抑うつ81%(n=289)、不眠74%(n=262)、せん妄72%(n=258)の順に多く、疼痛44%(n=155)が最も少なかった。マネジメントが困難な場合の対応は、“主治医へ相談する”88%(n=314)、“看護チームでカンファレンスを行う”80%(n=285)、“多職種チームカンファレンスを行う”60%(n=212)の順に多かった。

【考察】看護師は、倦怠感や不安・抑うつ等の苦痛症状に対しマネジメントの困難さを感じているものの、経時的にアセスメントがされていないことが明らかになった。この結果は、倦怠感や不安・抑うつは、患者が自己申告できない場合に客観的評価することが困難な症状であることが1つの要因であるかもしれない。疼痛・せん妄に関しては、Society of Critical Care Medicineと日本集中治療医学会が公表しているPADISガイドラインの普及によって、概ね実践されていると考えられる。クリティカルケアを受ける患者が経験する身体的・精神的苦痛を早期に捉え、緩和するために、経時的に評価可能なツールを活用し、網羅的な苦痛のアセスメントが必要かもしれない。

【結論】クリティカルケア看護において、疼痛、せん妄については経時的にアセスメントされていた。一方で、倦怠感や不安・抑うつについては経時的にアセスメントがされていることが少なく、看護師はマネジメントの困難さを感じていることが明らかになった。

一般演題

[O3] せん妄ケア

座長: 藤村 賢宏(飯塚病院)

Sat. Jun 11, 2022 12:30 PM - 1:40 PM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O3-01] A病院 ICU入室患者におけるせん妄発症の特性

○俵 加奈依¹、濱崎 杏香¹、川原 満里子¹、森口 政臣¹、清水 敦司¹、谷 恵¹ (1. ベルランド総合病院)

12:30 PM - 12:42 PM

[O3-02] 集中治療領域でのせん妄への介入における実態調査

○山田 修平¹ (1. 北海道科学大学 保健医療学部 看護学科)

12:42 PM - 12:54 PM

[O3-03] 外科的手術施行前の不安と術後せん妄発症との関連性: 系統的レビュー

○赤松 夏季¹、佐々木 康之輔¹、吉田 詩織¹、佐藤 富美子¹ (1. 東北大学大学院医学系研究科がん看護学分野)

12:54 PM - 1:06 PM

[O3-04] 心臓血管外科手術施行患者を対象とした術前の自律神経活動評価による術後せん妄発症予測

○佐々木 康之輔^{1,2}、吉田 詩織¹、佐藤 富美子¹ (1. 東北大学大学院医学系研究科がん看護学分野、2. 東北大学大学院医学系研究科心臓血管外科学分野)

1:06 PM - 1:18 PM

[O3-05] 循環器病棟におけるアクションリサーチを用いたせん妄に関する看護師の意識とケアの変化

○伊藤 聡子¹、明石 恵子² (1. 西宮渡辺心臓脳・血管センター、2. 名古屋市立大学看護学部)

1:18 PM - 1:29 PM

[O3-06] 集中治療室に入院した Stanford B型急性大動脈解離患者における自然音を聴くことによるせん妄予防

○坂口 洋通¹、片山 由加里²、萩本 明子² (1. 国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 HCU/CCU、2. 同志社女子大学看護学部)

1:29 PM - 1:40 PM

12:30 PM - 12:42 PM (Sat. Jun 11, 2022 12:30 PM - 1:40 PM 第4会場)

[O3-01] A病院 ICU入室患者におけるせん妄発症の特性○俵 加奈依¹、濱崎 杏香¹、川原 満里子¹、森口 政臣¹、清水 敦司¹、谷 恵¹ (1. ベルランド総合病院)

Keywords: せん妄、集中治療、ICDSC、CRP、乳酸値

【目的】 A病院 ICUは、年間780人が入室し、うち約70%人が緊急入室である。その中でも気管内挿管や、高流量のカテコラミンの使用、補助循環の導入など、循環動態が不安定な状態にある事が多い。環境的、身体的にも大きなストレスがかかり、せん妄が起りやすい状況にあり、入室後せん妄を発症する事例が多い。A病院 ICUでは、ICDSCの評価とせん妄リスクを捉え、日本クリティカル看護学会が出しているせん妄ケアリスト⁵⁾を参考に、せん妄予防に努めている。しかし、せん妄の発症率の低下には至らないことに現状がある。緊急入室の多いA病院 ICUにおけるせん妄発症の因果関係を分析し、その特性が示唆されたので報告する。

【方法】 1. 研究対象者：調査期間内のICU入室患者457名に対して、うちICDSC(せん妄評価ツール) 4点以上の患者120名。2. 研究期間：2020年12月～2021年5月。3. 研究方法：量的研究、過去の診療録より調査。4. 分析方法：120名の主な科を調べ、科別にICDSCの平均値と乳酸値を比較。挿管有無、抑制帯有無、認知症既往有無・使用薬物(ミダゾラム・プロポフォール・フェンタニル塩酸・デクスメトミジン等)について、それぞれICDSC点数別に比較し、緊急・非緊急の比較も実施。CRP値とICDSC点数の相関関係を調べ、科別にCRP値の比較を実施。

【倫理的配慮】本研究は所属施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した。本研究は研究実施に関して、看護研究及び看護行為の対象となる個人の人格擁護として今回知り得たデータは本研究以外に使用せず、研究協力者が特定されるようなデータは取り扱わず、収集したデータ結果はUSBに保管、金庫管理とし本研究メンバー以外が閲覧できないように保管する。

【結果】 ICU入室患者の主な科別ごとのICDSCに対する緊急と非緊急の比較ではほぼ緊急の方が、ICDSCの点数は高い。乳酸値とICDSC点数との比較では、乳酸値が高いとICDSC点数は高い傾向にある。乳酸値は外科・心血管外科・循環器の順で高かった。挿管有無、抑制帯有無、認知症既往有無の緊急と非緊急に関しては、各ICDSC点数比較において同数か緊急の方が人数が高い。薬剤のミダゾラム・プロポフォール・フェンタニル塩酸・デクスメトミジンの使用とICDSCの因果関係は今回の研究から得ることはできなかった。CRPとICDSCに関しては相関関係が得られ、CRPは特に外科・呼吸器内科で高値である。

【考察】 ICU入室患者の平均年齢が74.87歳で、挿管患者の80%が緊急入室であり、現状認識ができないまま入室となっている。緊急入室は、せん妄の準備因子に加え、急激な周囲の環境の変化や、鎮静下での生命維持装置の装着、抑制帯など自己不動への急性ストレスとなり、さらにせん妄を助長している結果となった。また、循環動態の不安定さや侵襲的手術がもたらす末梢循環不全が、せん妄発症要因であることが示唆された。高CRP値もせん妄の発症要因であり、末梢循環不全という要因と重なると、よりせん妄を引き起こすことが示唆された。薬剤投与に関しては、今研究では相関関係は明らかにはならなかったが、オープンICUであり、ミダゾラムなど使用方法も統一されていなかった。

【結論】 今後は、緊急入室患者への精神的混乱へのサポートの強化し、循環動態の不安定な患者には、循環不全を助長しないようなケアの選択をしていく必要がある。薬剤は、人工呼吸器管理についての鎮静に関する統一された使用方法の検討と、覚醒リズムをつけたせん妄予防へつなげる。

12:42 PM - 12:54 PM (Sat. Jun 11, 2022 12:30 PM - 1:40 PM 第4会場)

[O3-02] 集中治療領域でのせん妄への介入における実態調査○山田 修平¹ (1. 北海道科学大学 保健医療学部 看護学科)

Keywords: せん妄、集中治療室、実態調査

【はじめに】 近年、集中治療室(以下、ICUとする)では、患者の命を救うだけでなく治療後のQOLの向上を目標としたケアが求められている。せん妄はICU入室期間や入院期間を延長させ、長期的な認知障害と関連しているこ

とが報告されており、集中治療領域での看護における重要な課題となっている。集中治療におけるせん妄への介入指針として、2018年に出された PADISガイドラインが広く知られている。ガイドラインの公開から4年が経過した今、臨床においてガイドラインの内容がどの程度浸透し、実践に活かされているかについて実態を明らかにするために本邦の特定集中治療室管理料を取得する全ての部署を対象として実態調査を行った。

【研究方法】本邦においていずれかの特定集中治療室管理料を取得しており、厚生労働省の届出受理医療機関名簿に記載のある643の部署を対象にオンラインアンケートの web ページにアクセスするための QRコードを記載した依頼書を送付した。回答は部署を代表する一名のみとした。オンラインアンケート上で同意を表明できる欄を設け、同意の得られた場合にのみアンケートに回答できるように設計した。本研究は北海道科学大学 学長の許可を受けて実施した(倫理審査申請番号 587)。また、本研究は同大学の個人症例研究費の助成を受けて実施した。

【結果】オンラインアンケートにより、150の回答が得られ、その内回答の欠損の少ない125の回答を有効回答とした(19.4%)。疼痛や鎮静の管理、睡眠薬の使用などについて医師が主導している部署は1~6%と少なく、90%程度の部署が「医師と看護師が共同して管理」あるいは「手順書があり決められた範囲内で看護師が管理」していた。疼痛の程度や鎮静深度の評価についてはガイドラインで推奨されているスケールを用いた評価を8時間以下の頻度で行なっている施設がほとんどであった。せん妄については90%の部署で推奨されるスケールを用いて評価が行われており、せん妄のリスク因子についても85%の部署で何らかの方法で評価がされていた。せん妄の有病率を「把握していない」「分からない」部署が36%であった。せん妄の有病率を把握している部署とそうでない部署では、せん妄のリスク因子として重要視する観察項目やせん妄の予防・改善のための介入について有意な差が認められた。観察項目や介入の内容が多様な施設の方がせん妄の有病率を把握できていることが多かった ($p<0.05$)。

【考察】対象の多くの部署においてガイドラインで推奨される方法で患者の観察や状態評価が行われており、ガイドラインの内容が本邦の集中治療領域において一般的な内容となってきたことが示唆された。しかし、せん妄の予防あるいは改善のための介入については不十分な点があった。せん妄の有病率を把握できていない施設が36%程度と多く、せん妄の観察や介入が多様な施設では有病率を把握できている場合が多かった。部署でのせん妄の発生状況をタイムリーに把握することはスタッフの意識の向上や実践力の向上につながるのではないかと考えられる。せん妄に対する看護の質向上に向けてせん妄の有病率の把握と部署内での共有が重要となる可能性がある。

【結論】1. せん妄のリスク評価やスクリーニングは多くの施設がガイドラインの内容を遵守していた。2. ガイドラインで推奨される観察や介入を多く実践している施設では、せん妄の有病率が把握されていることが多かった。

12:54 PM - 1:06 PM (Sat. Jun 11, 2022 12:30 PM - 1:40 PM 第4会場)

[O3-03] 外科的手術施行前の不安と術後せん妄発症との関連性:系統的レビュー

○赤松 夏季¹、佐々木 康之輔¹、吉田 詩織¹、佐藤 富美子¹ (1. 東北大学大学院医学系研究科がん看護学分野)

Keywords: 術前不安、術後せん妄、メタアナリシス、外科的手術

【目的】系統的レビューにより、術前不安と術後せん妄発症の関連性を明らかにし、術前不安に対する術前看護介入プログラムを考察する。

【方法】医中誌 Web, MEDLINE/PubMed, Scopusを用い、「術前不安」、「せん妄」、「preoperative anxiety」、「preoperative uneasiness」、「delirium」をキーワードとして、文献検索を行った。対象期間は1985年から2021年8月までとした。文献精査後、術前不安と術後せん妄に関連がないと示したものを、またはあると示したものに分類し、質的分析を行った後、メタアナリシスを実施した。本研究は、レビューのため倫理委員会の承認を必要としないものである。

【結果】358件の抽出文献のうち適格基準を満たした研究は 7件であった。そのうち文献の特徴として、3件は術前不安と術後せん妄に関連がないと報告し、4件は関連があると報告していた。対象手術は、心臓手術、癌の腫瘍切除術、整

形外科手術であり、術後せん妄発症率は17.8%～41.1%であった。術前不安を測定するための尺度には HADS, STAI, APAIS が、術後せん妄の評価には CAM, CAM-ICU, ICDSC, DSM-5, Neecham Confusion Scale が使用されていた。術前不安および術後せん妄評価日に関して、文献間による差は認められなかった。結果として、術前不安と術後せん妄発症の関連性について文献の特徴からの評価は困難であった。そのため、対象となった4件の文献でメタアナリシスを実施した。ランダム効果モデルを用いた解析では $OR=1.37, 95\% CI (0.80-2.33)$ となり、術前不安と術後せん妄発症に有意な関連は認められなかった。

【考察】文献検索の結果、分析可能な研究数は乏しかったため、術前不安と術後せん妄発症に関する研究はこれまで十分に集積されていないことが明らかとなった。今回、術前不安と術後せん妄発症には関連がない可能性が示唆されたが、術前不安は術後回復遅延、再入院や死亡率、医療利用の増加などに影響を及ぼすことが報告されているため、術前不安の軽減を図るケアを行うことは重要であると考えられる。

【結論】術前不安と術後せん妄発症の関連性について系統的レビューを行った結果、術前不安は術後せん妄発症のリスク因子ではない可能性が示唆された。しかし、少ない文献数であったため、さらなる前向き研究の蓄積により、術前不安と術後せん妄発症の関連性を再評価する必要がある。

1:06 PM - 1:18 PM (Sat. Jun 11, 2022 12:30 PM - 1:40 PM 第4会場)

【O3-04】心臓血管外科手術施行患者を対象とした術前の自律神経活動評価 による術後せん妄発症予測

○佐々木 康之輔^{1,2}、吉田 詩織¹、佐藤 富美子¹ (1. 東北大学大学院医学系研究科がん看護学分野、2. 東北大学大学院医学系研究科心臓血管外科学分野)

Keywords: 心臓血管外科、術後せん妄、自律神経活動

【目的】

術後せん妄は発生率の高い術後合併症で、医療負担の増加や QOL 低下に繋がり、退院後の生命予後や認知機能にも影響をおよぼす。術後せん妄の病態生理は未解明だが、急性脳機能障害のため自律神経と関連している可能性がある。したがって我々は、術前の自律神経活動が術後せん妄発症に関連すると仮説を立て、検証した。せん妄発症リスクの高い患者を予測できれば、予防的ケアを集中的に行い、せん妄に伴う負の影響を回避できるかもしれない。

【方法】

2015年10月から2019年3月の期間で、心臓血管外科手術施行予定患者120例を登録した。術前に心電図を記録し、心拍変動周波数解析で自律神経活動を定量化し、術後せん妄発症の有無を前向きに観察した。術後せん妄は CAM-ICU を用い、ICU 看護師が評価した。術前背景、手術関連情報、術後経過を診療録より収集した。自律神経活動、とくに副交感神経活動レベルを四分位で分類、術後せん妄発症率を比較した。術後せん妄発症に関連するリスク要因をロジスティクス回帰分析で行った。本研究の評価方法は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得た後、患者に説明と同意を得た上で実施した。本研究は主研究データの二次利用であり、情報公開文書にて通知した。

【結果】

緊急手術や予定手術延期等が生じ、解析は109例で実施した。術後せん妄発症は30例(27.5%)であった。副交感神経活動と関連する心拍変動の高周波成分を分類した際、術後せん妄発生率は、第一分位(副交感神経活動レベルが低い群)44.4%、第二分位7.4%、第三分位25.0%、第四分位33.3%(副交感神経活動レベルが高い群)と四分位毎に異なり($p=0.019$)、年齢調節オッズ比は、第一分位と第四分位で有意に高値であった(図 A)。多変量解析の結果、60歳以上、副交感神経活動レベルの高低および長い手術時間が術後せん妄のリスク因子であった(図 B)。

【考察】

年齢は高周波成分に影響をおよぼすが、年齢調節後も術前の副交感神経活動はリスク要因となりえ、術後せん妄

発症との関連性が示唆された。副交感神経活動の減弱および亢進状態がせん妄発症に関連している可能性が報告されており、本研究と一致する知見であった。

【結論】

術前の自律神経活動レベルを評価することにより、術後せん妄発症リスクの高い心臓血管外科手術施行患者を区別できる可能性が示された。自律神経活動と術後せん妄発症の病態生理学的関係を明らかにするためには、さらなる検討が必要である。

1:18 PM - 1:29 PM (Sat. Jun 11, 2022 12:30 PM - 1:40 PM 第4会場)

[O3-05] 循環器病棟におけるアクションリサーチを用いたせん妄に関する 看護師の意識とケアの変化

○伊藤 聡子¹、明石 恵子² (1. 西宮渡辺心臓脳・血管センター、2. 名古屋市立大学看護学部)

Keywords: せん妄ケア、アクションリサーチ、循環器疾患患者

【目的】近年、せん妄のガイドラインの発表により、看護師がせん妄ケアの知識を得る機会は多くなった。しかし、現状は、実践での活用が不十分でせん妄発症患者は後を絶たない。そこで、せん妄ケアの質の向上を目指し、意識や行動を変え、現状に変化を生み出すアクションリサーチを行った。目的は、循環器病棟における看護チームで行ったせん妄患者の事例検討を通して、せん妄に関わる看護師の意識とケアの変化を明らかにすることである。

【方法】1)研究方法；アクションリサーチ。2)用語の定義；①せん妄ケアチーム（以下、チーム）は、研究実施部署でせん妄ケアに興味のある看護師が作ったチームを指し、そのチームのメンバーをチーム看護師、メンバーが開催する会議をチーム会とした。②ケアの変化は、せん妄ケアの修正や新しい取り組み等に関する看護師の意識や行動の変化とした。3)研究参加者；近畿圏急性期総合病院内の循環器内科・心臓血管外科病棟看護師。4)データ収集期間；2013年1月から2014年4月まで。5)データ収集方法；チーム会に研究者が参加し、チーム看護師が印象に残った入院中のせん妄患者事例を共に検討した。データは、月1回のチーム会の逐語録、議事録、チーム看護師の自己内省ジャーナル、フィールドノートとした。6)分析方法；5)で得られたデータを熟読し、研究参加者のせん妄に関する意識やケアの変化に注目し、経時的にチーム会前後の変化や相互作用を明らかにした。分析の視点は、①せん妄ケアを提供する上での課題（以下、課題）、②課題を改善するための方策（以下、方策）、③チーム看護師の気づき（以下、気づき）、④チーム看護師含む病棟看護師の行動の変化（以下、行動の変化）とした。そして全体の流れから、チームが大きく変化した時点を転換点とし、局面と捉えて命名した。7)倫理的配慮；本研究はA大学および研究施設の倫理審査会の承認を得て実施した。研究参加者には、目的、方法、参加の自由、途中辞退の保障など文章と口頭で説明し同意を得た。研究期間中の対象患者には、研究協力依頼を示したポスターを病棟内に掲示し、質問等があれば対応した。

【結果】研究参加者は、女性6名、男性1名の7名で、看護師経験年数は5年以上であった。チーム会は、合計14回開催し、1回の会議が60分から80分であった。せん妄に関する看護師の意識とケアの変化を分析した結果、3つの局面に分けられた。第1局面は第1回から5回で『病棟のせん妄ケアの状況把握とその対策につなげる方法の模索』、第2局面は第6回から9回で『せん妄事例からの発症要因の探求とケアへつなげる手立ての発見』、第3局面は第10回から14回で『事例カンファレンスの重要性の認知と検討結果への実践への適用』と命名した。第1局面では、[せん妄評価][薬剤の使用方法]、第2局面では、[腹部大動脈瘤術後のせん妄要因の調査][興奮の強いまたは認知症のあるせん妄患者の対応][長期人工呼吸器使用患者の睡眠援助の方法]、第3局面では、[急性大動脈解離患者の対応]、全局面を通じて、[新人・異動者に対するせん妄の教育][病棟看護師に対するせん妄の教育]に関する課題・方策・気づき・行動の変化がみられた。

【考察】チーム会での事例検討から課題をみつけ、方策を考え、気づきを言語化したことで、チーム看護師は、新人と異動者へのせん妄の教育の開始や鎮静評価の導入を実施した。また、病棟看護師は、チーム看護師との協働により、せん妄ケアを浸透させ、ケアの幅を広げた。

【結論】アクションリサーチを行うことで、せん妄に関する看護師の意識とケアの変化がみられた。

1:29 PM - 1:40 PM (Sat. Jun 11, 2022 12:30 PM - 1:40 PM 第4会場)

[O3-06] 集中治療室に入院した Stanford B型急性大動脈解離患者における 自然音を聴くことによるせん妄予防

○坂口 洋通¹、片山 由加里²、萩本 明子² (1. 国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 HCU/CCU、2. 同志社女子大学看護学部)

Keywords: せん妄予防、自然音、1/f ゆらぎ

【目的】

2000～2016年における国内の先行研究では、ICU入院患者のせん妄発症率は7.6～60.9%である。A病院のHCUにおいて、60歳以上の患者のせん妄発症率は、Stanford B型急性大動脈解離患者が70.0%と高値であり、予防策を検討した。Gould van Praag et al.(2017)は、一般人を対象に、自然音を聴くことでリラックスした状態になり、不安などの心理的ストレスが強い人ほどその効果が高いことを報告している。自然音とは、川のせせらぎや風の音、波の音など、自然界が醸し出す音である。今回、Stanford B型急性大動脈解離患者において自然音を聴くことでのせん妄予防を検証した。

【方法】

A病院 HCUにて加療する Stanford B型急性大動脈解離患者を対象とした。2019～2020年に入院した患者8名を自然音介入群（以下、介入群）として、自然音が録音された市販音源を用いて、患者の耳元で40～50dBとなるように調整し、入院2～4日目の計3日間の毎日7時から21時まで持続的に流した。心理的ストレスを、Stress Response Scale：SRS-18にて自然音開始前と開始48時間後に評価し、せん妄を、Intensive Care Delirium Screening Checklist：ICDSCにて開始後から2時間おきに48時間分を評価した。対照群は2017～2018年に入院していた患者8名とし、カルテより調査した。統計処理は、SPSS Ver. 27.0にて、t検定とx二乗検定を行った。倫理的配慮として、研究目的と意義、方法を書面で説明し、自由意思による参加であること、守秘義務、結果の公表、個人の不利益や匿名性の確保、利益相反がないことについて同意を得た。A病院倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号2018-025）。

【結果】

性別は両群共に男女4名ずつであり、年齢、Sequential Organ Failure Assessment、HCU滞在日数（いずれもM±SD）は、対照群が77.25±6.58歳、1.38±0.75点、4.75±1.04日、介入群が72.13±6.58歳、1.38±0.75点、6.38±3.82日であり、有意差は認められなかった。ICDSC合計得点（M±SD）は、対照群が20.50±14.41点、介入群が1.63±3.46点であり、有意差が認められた（p<0.1）。せん妄発症率は、対照群が62.5%、介入群が12.5%であり、せん妄発症者全員に鎮静剤を使用された。SRS-18（抑うつ・不安、不機嫌・怒り、無気力）の平均点は、開始前が9.6点（4.38、2.13、3.13）、開始48時間後が2.5点（1.25、0.75、0.50）と減少したが、有意差は認められなかった。

【考察】

自然界の様々な現象に見られる周期性の微妙な変動は1/fゆらぎと呼ばれ、自然音に含まれる1/fゆらぎは、自律神経の調和や感情・情緒を安定させ、血液循環の促進や安心・心地よさを感じ、疼痛緩和や睡眠導入効果などが期待できる（井上ら、2014）。本研究の限界として、症例数の少なさと対照群が後ろ向き調査であることがあるが、ICDSC得点とせん妄発症率の減少は、自然音の聴覚刺激が影響したと考えられる。音を聴くことは簡便であり、臨床現場で取り入れやすいと考える。

【結論】

集中治療室に入院した Stanford B型急性大動脈解離患者が自然音を聴くことで、せん妄が予防できる可能性が示唆された。

一般演題

[O4] エンド・オブ・ライフケア

座長:長岡 孝典(独立行政法人国立病院機構 呉医療センター)

Sat. Jun 11, 2022 1:50 PM - 3:00 PM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O4-01] 新人救急看護師のエンド・オブ・ライフケアに対する困難感－6名の面接調査結果より

○松本 蘭¹、城丸 瑞恵² (1. 札幌市病院局 市立札幌病院 救命救急センター、2. 札幌医科大学 保健医療学部看護学科)

1:50 PM - 2:02 PM

[O4-02] A病院 ICUでの終末期看護に関する教育

○瀧 洋子^{1,2} (1. 東京医科大学八王子医療センター、2. 救命救急センターICU)

2:02 PM - 2:14 PM

[O4-03] クリティカルケア領域における end of life care
Awake ECMOで患者家族の思いに寄り添った1事例

○寺井 彩¹、三輪 哲也¹ (1. 厚生連高岡病院)

2:14 PM - 2:26 PM

[O4-04] エンド・オブ・ライフ・ケアを熟知した ICU看護師における死にゆく患者と家族への看護実践の基盤となるもの

○片岡 早希子¹、江川 幸二² (1. 熊本大学病院、2. 神戸市看護大学)

2:26 PM - 2:38 PM

[O4-05] 集中治療室において終末期と判断された急性重症患者の全人的苦痛に対する専門看護師が行う高度実践看護

○白石 祐亮¹、中村 美鈴² (1. 東京慈恵会医科大学 大学院 医学研究科博士前期課程 先進治療看護学分野(クリティカルケア看護学領域)、2. 東京慈恵会医科大学 大学院 医学研究科 先進治療看護学分野(クリティカルケア看護学領域))

2:38 PM - 2:49 PM

[O4-06] 親と死別体験した子どもの正常な悲嘆反応を促すための終末期ケア

○永岡 千穂実¹、杉本 あゆみ¹、西村 祐枝¹ (1. 岡山市立市民病院)

2:49 PM - 3:00 PM

1:50 PM - 2:02 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:50 PM - 3:00 PM 第4会場)

[O4-01] 新人救急看護師のエンド・オブ・ライフケアに対する困難感－6名の面接調査結果より

○松本 蘭¹、城丸 瑞恵² (1. 札幌市病院局 市立札幌病院 救命救急センター、2. 札幌医科大学 保健医療学部看護学科)

Keywords: エンド・オブ・ライフケア、困難感、新人看護師、救急看護師、2年目

【目的】救急看護師は、生命の危機的状況にある患者及び家族を看護の対象とし、救命困難な患者及び家族に対し、最期までその人らしい生と死を支えるエンド・オブ・ライフケアを実践している。このような実践の中で救急看護師はエンド・オブ・ライフケアに困難を感じ、その内容は環境・時間の制約・代理意思決定の場面などである(高野、2003/宮岡・宇都宮、2018)と明らかにされている。一方、新人救急看護師がエンド・オブ・ライフケアを行う際に抱く困難感は、これまで明らかにされていない。他領域の新人看護師は、エンド・オブ・ライフケアにおいて経験不足に伴う実践への困難感を抱え(小池他、2012)ており、新人救急看護師も同様の可能性がある。そこで本研究は、新人救急看護師への教育や支援の一助となるよう、成人期以降にある患者とその家族に対して新人救急看護師がエンド・オブ・ライフケアを行う際に抱く困難感を明らかにする。

【方法】質的記述的研究。調査期間は2019年12月～2020年2月である。看護基礎教育機関を卒業後すぐに救命救急センター設置施設に就職し、1年目の4月から調査時まで継続して救急患者の集中治療に携わる2年目救急看護師を対象とした。エンド・オブ・ライフケアを行う際に抱く困難を感じた経験の有無とその内容について半構造化面接を行った。逐語録を意味のあるまとまりごとに文章・文節で区切り要約し、相違性と類似性に留意しながらサブカテゴリー・カテゴリーを生成した。分析は質的研究者のスーパーバイズを受けた。所属大学倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力者には、研究目的、自由意志の尊重、個人情報保護等を文書を用いて口頭で説明し、同意後に面接を実施した。

【結果】研究対象者は4施設6名の看護師で、平均年齢23.2歳、看護師経験年数は1年9ヶ月が1名、1年10ヶ月が3名、1年11ヶ月が2名であった。面接時間は平均41.5分であった。分析の結果、92コード、16サブカテゴリーから5カテゴリーが抽出された。文中の【 】はカテゴリーを示す。【救命から看取りへの方向転換に自分を沿わせることの難しさ】では、救命困難と判断され、看取りへと方針が転換した時から臨終を迎えるまでの過程で、様々な現実に関わる自分を沿わせることができないでいた。【苦痛を伴う治療方針への割り切れなさ】では、患者に行われている苦痛を伴う治療方針に対し、気にかかることや割り切ることをできない思いを抱いていた。【患者に対応する際の自分自身の判断と技術への悩み】では、病状が変化していく患者への対応を行うことが精一杯で、患者の状況に適した判断の難しさや実践することに対し、悩みを抱いていた。【先輩看護師の言動に抱く苦悩】では、先輩看護師の態度や振る舞いに対し、研究協力者自身の考えや思いなどの大切にしたいこととの間に食い違いを感じ、持って行き所のない思いや解決する方法が見出せないことに思い悩んでいた。【患者と家族が死への過程でどのように時を過ごしたいのか考え、援助することの難しさ】では、亡くなるその時まで患者と家族がどのように時を過ごしたいかを考えて援助することに戸惑い、悩んでいた。

【考察】研究協力者は、患者の治療方針が救命から看取りへの転換に対し、受け入れ難さがあることが明らかになった。また、自分の行為をきっかけに患者の病状が悪化する事が怖いと感じ、患者の状況に適した判断や実践をすることに悩んでいた事が伺えた。新人救急看護師の知識と臨床で起きていることを関連させて意味づけするなどの新人救急看護師の経験知を蓄積するための支援が必要であると考えられる。

2:02 PM - 2:14 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:50 PM - 3:00 PM 第4会場)

[O4-02] A病院 ICUでの終末期看護に関する教育

○瀧 洋子^{1,2} (1. 東京医科大学八王子医療センター、2. 救命救急センターICU)

Keywords: ICU、教育、終末期看護、悲嘆ケア

【背景】医療の高度化に加え、高齢多死社会化や人々の価値観の多様化により ICUでの終末期看護の質向上が求められている。ICUでの終末期看護に関して看護師が困難感を抱いていることは既知の事実であり、その要因も検討されている。

【目的】 JNAラダーIを修了した ICU看護師を対象とした終末期にある患者家族への悲嘆ケアに関する教育介入の実践と効果を報告すること。

【方法】 1. 組織分析 A病院 ICUの JNAクリニカルラダーIを修了した看護師は、終末期看護に関する教育を受ける機会がなく、COVID-19による患者家族の面会制限により、心理的危機的状況にある患者家族と対峙する機会が極めて少ない状況であった。そのため、終末期に至り患者家族が面会した際に表出する強い悲嘆反応にどのように対処すべきかわからないという困難を抱いていた。2. 介入内容 成人学習理論や先行研究(伊藤ら, 2020)を参考とし、教育プログラム(以下、教育)を作成した。終末期にある ICU患者と家族の特徴や心理的危機状態にある患者家族と悲嘆ケアについて学習後、事例検討を行った。事例検討では、実際の ICU入室症例を取り上げることで、学習に対しての動機付けを行った。また、臨床現場での悲嘆ケアに関して行動レベルで提示した。OJTでは座学で学習した内容と対象者とともに実践することで、具体と抽象のやり取りを強化した。また、対象者の終末期看護に関する実践や記録にも着目し、その内容や困難を抱きながらも取り組む姿勢を承認した。3. 教育の効果判定 知識と技術を獲得した結果、終末期ケアに関しての困難感が低下すると仮定した。ICU看護師の終末期ケア困難感尺度(Kinoshita et al, 2011)を用い、教育介入前後で数値の変化を評価した。

【倫理的配慮】 A病院所属長に承認を得た。対象者には学会発表に関して同意を得た。COIはない。V. 結果 対象者は3名で、ICU経験年数、看護師経験年数ともに2年であった。ICU看護師の終末期ケア困難感尺度平均点数は、①終末期ケア環境を整えることに関しては10.3点、教育後14.3点、②終末期ケア体制を整えることに関しては、教育前13点、教育後14.3点、③終末期ケアに自信を持つことに関しては教育前24点から教育後21点、④終末期患者と家族のケアに関しては教育前22.3点から教育後18.2点、⑤治療優先から終末期ケアへ転換することに関しては教育前8.7点から教育後9.7点であった。

【考察】 ICU看護師の終末期ケア困難感尺度平均点数を見ると、具体的なケア実践を反映すると考えられる項目③④では平均点数は低下し、対象者の困難感は低下したと推察された。教育対象者の行動変容を促すには効果的な研修計画を立てることが重要である(ガニエ, 2007)。本教育では、対象者のレディネスや組織分析に基づき、具体的な症例を用いた事例検討や具体的な行動レベルまで落とし込んだ内容とした。これらは成人学習理論やADDIEモデルなど理論的枠組みを踏まえた教育であったと考えられ、終末期看護に関する教育においても重要であることが示唆された。ICUでの質の高い終末期看護を提供するためには、ICU看護師の直接ケア実践に加え多職種連携や組織体制整備が重要である(日本クリティカルケア看護学会, 2019)。組織体制整備やチーム医療推進の要素が含まれると考えられる①②⑤の項目では、教育開始前より平均点数は上昇していた。本教育により、終末期看護に関する基本的な知識や技術の獲得に加え、OJTとのリンクや実際の症例を用いた事例検討を実施により、対象者の内省が促されたと推察された。その結果、対象者らは自身の終末期看護の実践能力と目標とすべき実践との乖離を認識し、結果点数が上昇した可能性があると推察された。

2:14 PM - 2:26 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:50 PM - 3:00 PM 第4会場)

[O4-03] クリティカルケア領域における end of life care

Awake ECMOで患者家族の思いに寄り添った1事例

○寺井 彩¹、三輪 哲也¹ (1. 厚生連高岡病院)

Keywords: エンドオブライフケア

【目的】呼吸不全に対し人工呼吸器管理に加え VV-ECMOを導入するも治療の効果なく終末期ケアに移行したが、患者家族の思いを叶えるために抜管し、ECMO回路の寿命を迎えるまで実践した患者への end of life careについて報告する。

【方法】データは電子カルテに記載されている診療録、看護記録を用いた。A病院研究倫理審査委員会の承認(＃

20211216002)と、患者の家族の同意を得た上で実施した。調査期間は2021年5月～6月。患者・家族の概要：元来健康な60代女性。夫・長女と3人暮らしで、次女は遠方に住んでいる。家族関係は良好だが、家族間におけるACP関連のやり取りについては十分になされていなかった。

【結果】急激な呼吸状態の悪化に対しCOVID-19を疑いVV-ECMOが導入されたが、検査の結果多発性筋炎による急性間質性肺炎の診断を受けた。全ての治療を終了したが、肺は不可逆的な状態であり、終末期ケアに移行した。医療チームでは回路の寿命を約3～4週間と予測した。クリティカルケア領域における終末期ケアを検討する上で、患者家族が望むことに焦点があてられた。家族が望んだことは患者が安楽に過ごせること、そして最期にもう一度声が聞きたいというものだった。患者が安楽に過ごせることについては、鎮静剤や鎮痛剤を使用してコントロールできていた。もう一度声が聞きたいという希望に対しては、抜管という方法しか残されていなかった。ECMOが稼働していれば抜管は可能であり、関係職種間で検討し、患者家族の意向に沿い抜管した。抜管後数日は発声できないものの、口唇の動きがわかりやすくなり、家族と少しずつコミュニケーションがとれるようになり、1週間後にはささやかに声が出せるようになった。また、飴をなめたりアイスを味わったりすることもできた。家族が望んだ、患者が安楽に過ごせること、声が聞きたいという目標は達成していた。また一緒に清潔ケアを実施したり、家族写真を撮ったりと、家族が過ごせる時間を設けることができ、クリティカルケア領域におけるend of life careの在り方を模索できた1事例であった。

【考察】本事例は積極的治療から一転終末期への移行し、患者の生命の期限がある程度予測されたものだった。その限られた終末期をどう過ごすか、患者家族・医療者で何度も話し合いをした。患者家族の意思を丁寧に確認し、抜管という選択をした。この選択は、患者の身体的苦痛の緩和、発声すること、摂食し味覚を楽しむなど、様々な効果を期待して実施された。これは救急・集中ケアを受ける患者家族の全人的苦痛の緩和に向けたものであったと考える。救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド（2020）によると、「全人的苦痛とは、生命を脅かす疾患に関連した患者や家族が直面する苦痛であり、身体的苦痛、心理・社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛の3つの側面から捉えることができる」とある。本事例では、抜管により患者家族に以下のような効果が得られたと考える。患者に対しては、身体的苦痛（挿管痛）の緩和、鎮静剤を減量できたことと、口唇の動きが分かりやすくなったことで、より意思表示ができるようになり心理的な苦痛の軽減に寄与できたこと、そして家族との相互作用の中で孤立や自己の存在の喪失などのスピリチュアルな苦痛の軽減に寄与できたことと考える。また家族に対しては、家族のニーズを充足しながら、家族役割を遂行できる時間が確保できたことによる心理社会的苦痛の緩和、家族として役に立てたと感じたことによるスピリチュアルな苦痛の緩和に寄与できたことと考える。

【結語】集中ケアにおける終末期には、VV-ECMOが稼働している条件下において抜管を行うことは、患者家族の身体的、心理・社会的・スピリチュアルな苦痛の軽減に寄与できる可能性が示唆された。

2:26 PM - 2:38 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:50 PM - 3:00 PM 第4会場)

[O4-04] エンド・オブ・ライフ・ケアを熟知したICU看護師における死にゆく患者と家族への看護実践の基盤となるもの

○片岡 早希子¹、江川 幸二²（1. 熊本大学病院、2. 神戸市看護大学）

Keywords: エンド・オブ・ライフ・ケア、ELNEC-Jクリティカルケア指導者

【目的】エンド・オブ・ライフ・ケア（以下EOLCとする）を熟知したICU看護師における死にゆく患者と家族への看護実践の基盤となるものを明らかにする。

【方法】研究デザイン：質的帰納的研究。参加者：ELNEC-Jクリティカルケア指導者名簿に公開される4施設4名のELNEC指導者。期間：2021年7月～12月。方法：インタビューガイドに基づいた半構造化インタビューを行い、その逐語録から意味のあるまとまりごとにデータをコード化し、コードの相違点や類似点を比較しカテゴリー化を行った。本研究は所属大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】35サブカテゴリー、10カテゴリーが抽出された。カテゴリーを【 】で示す。研究参加者は、【思いを満ちし安心できるようにする】姿勢を土台に、患者が鎮静剤の影響で意思表示できない場合、治療・看護を選択

する権利を守るため、患者が意思表示できるよう、医師に鎮静剤減量について働きかけるなど【意思決定を擁護する】姿勢を持っていた。また、患者と家族が残された時間に意識を向けることができるよう、身体的、心理・社会的苦痛が生じないようにすることに加え、スピリチュアルな苦痛が存在することを認識し、患者と家族の本音に迫ろうとする【全人的な苦痛に寄り添う】姿勢を持つことが明らかとなった。さらに、患者のその人らしさを意図的に引き出し、家族を「父親」「母親」という一般的な属性ではなく名前と呼ぶなど、個別性を持つ一人の人として向き合う【その人らしさを尊重する】姿勢を持っていた。そして穏やかな看取りとなるよう導き【悲嘆を和らげようと(する)】していた。これらの背景には、リフレクションによって【自分自身の実践や感情を見つめコントロールする】とともに、【ICUにおける死への看護に使命感を持つ】、【常により良い援助を探索する】姿勢があった。また、自分なりの死生観を持ち、救命を諦めきれない家族の思いや最期まで治療を続ける医師の立場に理解を示す【自分と他者の価値観を尊重する】姿勢と、EOLCの教育やEOLCに携わる多職種をケアする【EOLCのロールモデルとしての役割を果たそうとする】姿勢が明らかとなった。

【考察】患者の治療・看護を選ぶ権利や尊厳を持って死にゆく権利などが脅かされ易いICUでは、患者と家族の尊厳を守る擁護者としての認識を持ち、常に最善の援助を探索し続けることが重要である。また、生命維持の視点から「いのち」に焦点を当て直し、患者が今をどう生きるかを問い続ける姿勢が、患者と家族の擁護者としての役割遂行の基盤となり、ケアリングと患者と家族の死への不安を引き受ける覚悟が、苦悩する患者と家族の核心に迫ることに繋がると考えられる。そして、EOLCでは医療者の価値観や死生観などが自身の態度や姿勢に反映されるため、地道な自問自答と省察を繰り返すことが重要であり、特に、患者に望みを確認することが困難なICUでは、これまでの経験や優れた実践に学び、次の実践に生かすリフレクションが大切である。質の高いEOLCのためには、職務を越えて互いの価値観を認め合う風土の形成が重要であり、研究参加者の熟練看護師ならではの対人関係スキルが、EOLCに携わる多職種間のコミュニケーションを促進していた。

【結論】ケアリングと死への不安を引き受ける覚悟を持ち、患者が今をどう生きるかを問い続けること、看護師自身の実践や感情のリフレクションを繰り返し、より良い援助を探索し続けることが、患者と家族の擁護者としての役割遂行の基盤となる。研究参加者による職務を越えたコミュニケーションが、EOLCに携わる多職種が互いを認め合う風土の形成を促進し、チーム医療としての質の高いEOLC提供の一助になる。

2:38 PM - 2:49 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:50 PM - 3:00 PM 第4会場)

[O4-05] 集中治療室において終末期と判断された急性重症患者の全人的苦痛に対する専門看護師が行う高度実践看護

○白石 祐亮¹、中村 美鈴² (1. 東京慈恵会医科大学 大学院 医学研究科博士前期課程 先進治療看護学分野(クリティカルケア看護学領域)、2. 東京慈恵会医科大学 大学院 医学研究科 先進治療看護学分野(クリティカルケア看護学領域))

Keywords: 終末期、全人的苦痛、高度実践看護

【目的】急性・重症患者看護専門看護師（以下 CCNS）が、意識障害や鎮静により苦痛を訴えることができない急性重症患者において、集中治療室で終末期と判断されることで生じる全人的苦痛に対して、CNSの役割・機能を発揮し、どのような高度実践看護を行っているのかを明らかにし、看護実践への示唆を得る。

【方法】質的記述的研究デザイン。集中治療室における終末期看護に関する研究や書籍等の執筆、教育活動等を行っており、終末期看護に精通していると研究者が判断し、研究参加への同意が得られた10名のCCNSに半構造的面接法を実施した。インタビューでは、集中治療室において終末期と判断された急性重症患者の全人的苦痛に対する看護実践の事例、看護実践を行う上で必要と考えるCNSの役割等を聴取した。データの分析過程では得られたデータを質的帰納的に分析し、クリティカルケア看護学の研究者にスーパーバイズを受け、分析の真実性・信憑性を確保した。本研究の倫理的配慮として、東京慈恵会医科大学の倫理委員会の承認を得た上で実施しており、研究参加者には研究参加の自由意思の尊重、拒否する権利、個人情報保護等を文書と口頭で説明し同意を得た。

【結果】研究参加者の集中治療室における経験年数は5-23年、平均15.6年、急性・重症患者看護専門看護師の資格取得からの年数は2-14年、平均7.9年。インタビューの所要時間時間は平均50分68秒、総インタビュー時間は506分

8秒.集中治療室において終末期と判断された急性重症患者に生じる全人的苦痛に対する高度実践看護として,【患者を知りたいという気持ちを抱き,もてる手法を全て用いて患者に生じる全人的苦痛を汲み取るための情報を得る】、【終末期と判断された患者に生じる全人的苦痛に対して最善を模索し家族や医療者など患者の周囲にある力を用いて全身全霊で関わる】など,11のカテゴリが生成された.また,終末期と判断された急性重症患者に生じる全人的苦痛に対する CCNSの高度実践看護は,【過去や現在における自身の経験をリフレクションし,終末期と判断された患者の全人的苦痛に対する看護実践を洗練させる】など3つのカテゴリを根幹とし,患者の生じる全人的苦痛と家族の苦痛・苦悩に対する直接的ケアと教育や相談などの間接的ケアが相互に関連しながら存在し,積み上がりながら存在していることが結果として明らかになった.

【考察】 CCNSが行なっている終末期と判断された急性重症患者に生じる全人的苦痛に対する高度実践看護における直接ケアは,患者に生じている全人的苦痛を多角的な視点を用いて捉えようと,それぞれの苦痛に関して情報を集め,情報を元にアセスメントを行なった上で実施されており,アセスメントや看護実践の中では,意識のない患者に対しても看護師の価値観を押し付けないように留意しつつ,患者に寄り添い,その人らしさに対して最大限配慮する実践であると考えられた.また,スタッフへの教育,ケアに関して相談を受けるなどの間接的ケアもそれぞれが患者に対する直接的ケアと関連性を持っており,CCNSは CNSとしての役割を複数同時に発揮し,患者に生じる全人的苦痛に対する看護実践を行っていることが推察された.

【結論】 CCNSは患者に生じる全人的苦痛を汲み取るために患者を深く知る必要性を認識し,あらゆる手段を用いて情報を集め,アセスメントを行い,家族や医療者など周囲を巻き込みながら看護実践を行なっていることが明らかになった.また,「スタッフからの CCNSへのコンサルテーションの普及」,「スタッフへの教育の基礎資料としての活用」,「終末期と判断された患者の全人的苦痛に対する CCNSの看護実践への活用」など看護実践への示唆を得た.

2:49 PM - 3:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 1:50 PM - 3:00 PM 第4会場)

[O4-06] 親と死別体験した子どもの正常な悲嘆反応を促すための終末期ケア

○永岡 千穂実¹、杉本 あゆみ¹、西村 祐枝¹ (1. 岡山市立市民病院)

Keywords: 親との死別、自死、子ども、悲嘆反応、危機介入

【はじめに】小児で経験する突然の予期しない死への体験は、精神障害を発症するなど、成人期以降のメンタルヘルスに関連する。今回、自死の発見者であり、親と死別体験した子どもへのケアを振り返ったので報告する。

【目的】親と死別体験した子どもの正常な悲嘆反応を促すための終末期ケアのあり方を検討する。

【倫理的配慮】個人が特定できないよう配慮し、A病院の倫理審査にて承認を得た。

【事例紹介】精神障害の既往のない青年期のB氏、4人家族で関係は良好であった。自死状態のB氏を学童期の子どもCが発見、救急搬送されERで救命処置後にICUに入室となった。第3病日にB氏は脳死状態であった。キーパーソンの父親は、B氏の治療が無益であることを理解していたが、残された子どもらのことを思い、奇跡的な回復を望んでいた。また、役割意識が強く、一人で代理意思決定を担っていた。子どもらは、患者が回復して帰宅することを待ち望んでいる状況であった。発見者である子どもCはB氏のことを話題にせず、学業に専念していた。

【看護の実際】看護問題として、患者の死期が近いにも関わらず、キーパーソンと子どもらが予期的悲嘆反応を示さず、複雑性悲嘆へ移行する可能性があった。まずは、①キーパーソンの心理的危機を回避し、子どもらにB氏の死が近いという事実を伝えることを目標とし、子どもらの関わり方に苦悩していたキーパーソンの思いを傾聴した。医療者は、他の家族に頼らず一人で代理意思決定するキーパーソンの行動を否定せず、CNSらとの時間を意図的に作ることで、思いを吐露し、情緒的反応を表出しやすい環境を整えた。キーパーソンは子どもらに事実を伝えたいと語り始めたことから、②キーパーソンと子どもらが正常な悲嘆反応を認め、患者の死を受け止めることができることを目標とし、子どもと対面できるよう調整した。面会制限による短時間面会であったため、各々が家族の時間を過ごせるよう工夫を行い、同時に医療者の支援方法も細やかに決定して介入した。特

に、子どもたちの初回面会は衝撃を与えないような工夫を行い、その後の面会も家族の思い出が残せるよう配慮した。子どもらは徐々に B 氏の傍で語らうことができ、子ども C は自身の思いを語れ、流涙できた。キーパーソンは、延命治療を中止することを決断でき、子どもとの最後の面会時には家族写真を撮ることができた。ICU ダイアリーを渡すと、「子どもたちが大きくなった時にこれで話します」と語った。子どもらも B 氏との別れを感じていた。

【考察】自死で重要他者を亡くした場合、自死を防げなかった罪責感や無力感、怒りや恨みの感情が強い傾向となり、悲嘆が複雑化する危険性が高いと言われている。今回、キーパーソンに対して危機モデルのバランス保持要因を意識した危機介入を行ったことで、キーパーソンが医療者を信頼することに繋がり、心理・社会的サポートを受け入れることでエンパワーメントされた。大人の悲しみに寄り添い、それでもなお親としての役割を果たすことができるよう支えていくことが、子どもを支えることにつながることから、子どもを支えるためにも親への支援を行ったことは効果的であった。また、自殺による死は社会的に話すことができない喪失であり、グリーフワークを停滞させることから、正常な悲嘆反応を迎えるように医療者が意図的に介入したことも有益であった。特に、親を亡くすという体験によって愛着形成障害が生じ、発達に大きな影響を与える。よって、子どもが両親や他の大人に対する基本的信頼感を育めるよう介入することも必要であると考えられた。

一般演題

[O5] COVID-19

座長:佐藤 みえ(東邦大学医療センター大森病院)

Sat. Jun 11, 2022 2:20 PM - 3:20 PM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[O5-01] COVID-19患者への安全な腹臥位療法を目指して～抜管に成功した2症例を分析して～

○馬野 絢子¹、富田 朱莉¹、細田 彩花¹、塚野 愛¹ (1. 洛和会丸太町病院 救急・HCU)

2:20 PM - 2:32 PM

[O5-02] COVID-19重症例における腹臥位療法の看護実践報告

○山口 高巧¹ (1. 医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院救命救急センター)

2:32 PM - 2:44 PM

[O5-03] 重症 COVID-19対応のために ICUに配置転換になった看護師への支援の検証

○並木 友里絵¹、山根 正寛¹、柴田 直樹¹、佐野 由花¹、岩本 好加¹、洪 淑姫¹、細川 雄生¹、大道 知子¹、堀井 昭子¹ (1. 大阪市立総合医療センター)

2:44 PM - 2:56 PM

[O5-04] 重症 COVID-19患者を受け持つ HCU/CCU看護師の 身体的・精神的負担の軽減に繋がる感染対策の検討

○本多 慶行¹、萩本 明子²、片山 由加里² (1. 国家公務員共済組合連合会枚方公済病院 HCU/CCU、2. 同志社女子大学 看護学部)

2:56 PM - 3:08 PM

[O5-05] 一般病棟での重症新型コロナウイルス感染症患者の看護を経験して－看護師へのアンケート調査から振り返る－

○中下 備生¹、竹内 若菜¹、櫻谷 眞佐子¹ (1. 大阪府立中河内救命救急センター)

3:08 PM - 3:20 PM

2:20 PM - 2:32 PM (Sat. Jun 11, 2022 2:20 PM - 3:20 PM 第7会場)

[O5-01] COVID-19患者への安全な腹臥位療法を目指して～抜管に成功した2症例を分析して～

○馬野 絢子¹、富田 朱莉¹、細田 彩花¹、塚野 愛¹ (1. 洛和会丸太町病院 救急・HCU)

Keywords: COVID-19、腹臥位療法、シミュレーション

【目的】 A部署で COVID-19患者へ腹臥位療法を実施前に、シミュレーションを行った上で実践した結果、2症例が回復し退院された。今回の症例を通して、COVID-19患者に対して安全な腹臥位療法を行えた要因を明らかにする。

【方法】 研究デザイン：症例報告 倫理的配慮：本研究は対象施設倫理委員会の承認を得た上で実施した。研究対象者へは本研究の主旨について郵送による文書で説明を行い、十分な理解と承認を受けた上で同意を得た。

研究対象者： COVID-19と診断され、気管挿管し人工呼吸器管理を受けている患者。A氏：70歳代、男性、ADL自立、発症6日目に入院、8日目に気管挿管、11日目に腹臥位療法を開始。B氏：70歳代、男性、ADL自立、発症5日目に入院、11日目に気管挿管、14日目に腹臥位療法を開始。

看護の実際：腹臥位療法マニュアルを作成し、それをもとに腹臥位療法実施前に、医師・理学療法士・作業療法士・看護師の多職種メンバーでシミュレーションを実施。メンバー一人が患者役となり、体位変換時に必要となるスタッフ人数や役割、立ち位置、輸液・動脈ラインの位置、手順などを確認した。これを、シミュレーションを経験していないスタッフが加わるごとに繰り返し実施した。1日1回、約6時間腹臥位療法を実施し、実施中はバックの度に訪室し、吸引、皮膚トラブルの有無や適切な身体抑制が実施されているかを観察した。また、ガラス越しに全体を見渡し、状態を観察した。

【結果】 A部署スタッフの腹臥位療法経験者は3名のみで、未経験者の不安もあったため、2症例ともに腹臥位療法開始前に医師1～2名、理学療法士・作業療法士1～2名、看護師1～2名がシミュレーションに参加した。その結果、未経験者の不安は解消され、実施者による十分な観察と適切な身体抑制使用により、挿入物の予定外抜去などのトラブルはなかった。2症例のうち、A氏は RASS=0～-1と浅鎮静、B氏は RASS=-3～-5と深鎮静で鎮静深度に差があった。腹臥位療法実施前後で SpO₂値は横ばいまたは改善していた。また、腹臥位療法を継続実施することで呼吸器のウィーニングを行い、抜管できた。その後、罹患前の ADLまで回復し退院された。

【考察】 アンドレス・ロホらは「技術的及び非技術的なスキルの救急及び集中治療チームのトレーニングは基礎的」であり、「危機的状況に一步先んじるために、トレーニングプログラムを開始する前に専門家のトレーニングニーズを考慮する必要がある」と述べている。腹臥位療法の経験値が浅く不安を抱いているスタッフのニーズは、安全な腹臥位療法を実施することであった。そのため、腹臥位療法に対する教育や、必要となるスタッフ人数・役割、立ち位置、輸液・動脈ラインの位置、手順について多職種で精度の高いシミュレーションを行い、実施前に不安を解消ができたことは、不安を抱くスタッフのニーズを満たし、安全な腹臥位療法に繋がったと考える。

これら2症例において鎮静深度が異なっていたが、どちらの症例も挿入物の予定外抜去等のトラブルがなかったことから、鎮静深度に関わらず安全に実施できる可能性が示唆された。しかし、現段階では症例が少なく、今後の検討課題である。

【結論】 多職種で事前にシミュレーションを行い、関わるスタッフの不安を解消し、役割の明確化を行うこと、挿入物の予定外抜去や褥瘡などの合併症を併発することがないように観察を行うことが腹臥位療法を安全に実施できた要因と言える。また、鎮静深度は必ずしも影響しないことが示唆された。

2:32 PM - 2:44 PM (Sat. Jun 11, 2022 2:20 PM - 3:20 PM 第7会場)

[O5-02] COVID-19重症例における腹臥位療法の看護実践報告

○山口 高巧¹ (1. 医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院救命救急センター)

Keywords: 腹臥位療法

【目的】 COVID-19で腹臥位療法を行うことでの、有用性が確立されており、当院は重症患者を受け持つ専門病棟で、早期から COVID-19重症例で腹臥位療法を開始し、第一波から第四波までに延べ45人の症例で実施してきた。腹臥位前後の Pao2/Fio2比（以下 P/F比と記載）の推移と変化を評価し、ほぼ全ての実施患者に改善が見られた。一方で感染対策が第一の環境下で、腹臥位療法を安全かつ、確実に実施するためには、腹臥位実施に向けて体制の整備も同時に行う必要があった。腹臥位療法における、治療効果の有用性と有害事象からの安全性を得るための看護介入の検討を行い、最善の看護介入が行えていたか振り返ることを目的とした看護実践報告とした。

【方法】 1. 腹臥位療法有用性の評価：当院では16時間腹臥位を実施しており、酸素化評価のため、動脈血液ガス測定を実施している。腹臥位実施前・腹臥位後6時間・腹臥位解除後の P/F比の変化を数値データから後ろ向き研究での評価を行う。腹臥位療法中の看護体制における有害事象については、報告があがったものをピックアップする。2. 対象者：第一波（2020.4）から第四波(2021.5)までの腹臥位療法を実施した患者を対象とし、延べ45人の動脈血液ガスデータ、人工呼吸器情報からのデータを得る。

【倫理的配慮】本研究におけるデータの抽出は数値化し個人が特定できないように留意した。院長名でカルテの情報を、患者の個人が特定されないように十分留置した上で、発表に使用する旨における倫理審査を受けた同意書に同意いただけた患者を対象とする。

【結果】 1. 腹臥位療法の有用性：当院での腹臥位療法症例は45人で、腹臥位の実施は延べ238例あり、腹臥位前から腹臥位中での P/F比の増加率は89%であった。内訳として重症急性呼吸窮迫症候群（以下 ARDSと記載）基準となる P/F比150以下で動的胸郭コンプライアンスが低下した患者の腹臥位実施における増加率は84%であった。V-VECMO症例を除いた入院時 P/F比150以上あった Type-Hの患者に対しての P/F比の増加率は85%であった。腹臥位を実施した患者での転機では死亡に至った症例はなく、抜管できた患者数は36名、気管切開となった患者数は9名であった。2. 腹臥位療法による有害事象：COVID-19における腹臥位への体位変換時は呼吸器回路の外れによるエアロゾル発生を危惧し、医師、臨床工学士、看護師、理学療法士のチームとして5人以上で実施した。長時間腹臥位療法による顔面の褥瘡形成が発生した。生命に直結するような大きな有害事象は発生することはなかった。

【考察】当院においては COVID-19の診断により、Type-Hへの移行が認められた患者は、挿管管理とし入院後、48時間は肺保護戦略療法を行なった上で、腹臥位療法を実施した。87%の患者が腹臥位中の P/F比が上昇し、血流再分配による換気血流比の改善、クロージングボリュームの減少、横隔膜運動の変化による酸素化改善認められ、腹臥位の有用性が証明された。16時間以上の腹臥位を実施するため、圧挫傷、褥瘡の危惧があったが皮膚・排泄ケア認定看護師の指導のもと、腹臥位における有害事象について関わるスタッフ全員に教育を行った。圧迫部位に皮膚保護剤の貼付や適時体圧除圧を行い、皮膚損傷予防に体圧分散ベッドの導入や挿管チューブ固定におけるアンカーファスト®の利用で、一部分の褥瘡発生はあったが大きな皮膚損傷は認めなかった。

【結論】 COVID-19重症例における、腹臥位療法の有用性は証明された。16時間以上の腹臥位を実施していることから、圧挫傷のリスクは高いが腹臥位療法の有用性を理解し、皮膚トラブルを防ぐための、看護介入が必要不可欠であると証明された。関わる全てのスタッフの共通の理解・認識が重要である。

2:44 PM - 2:56 PM (Sat. Jun 11, 2022 2:20 PM - 3:20 PM 第7会場)

[O5-03] 重症 COVID-19対応のために ICUに配置転換になった看護師への支援の検証

○並木 友里絵¹、山根 正寛¹、柴田 直樹¹、佐野 由花¹、岩本 好加¹、洪 淑姫¹、細川 雄生¹、大道 知子¹、堀井 昭子¹ (1. 大阪市立総合医療センター)

Keywords: COVID-19、人材育成、配置転換

【目的】重症 COVID-19感染者受け入れのために配置転換になった看護師への支援に対し受け入れ側の対応を検証する。【方法】対象：2020年4月から2021年3月に ICUに配置転換した看護師45名 調査方法：対象者を配属時期毎に4つのグループに分け無記名の質問紙調査の実施。配属期間1～3ヵ月のグループを A、4～6ヵ月のグループを B、7～9ヵ月のグループを C、10～12ヵ月のグループを Dとした。質問紙調査は JackGibb氏が提唱した「受容」「データの流動的表出」「目標形成」「社会的統制」の4つに分類しそれぞれのチーム内の懸念を測定するためのツールであるチーム成長のインベントリーを使用。分析方法：チーム成長のインベントリー尺度を使用し各グループの平均値を算出し単純集計を行った。チーム成長のインベントリー尺度は、1～7点で構成され点数が低いと懸念が軽減、点数が高いと懸念が増加していることを示す。本研究は所属施設の臨床研究倫理委員会の承認を得た。

【結果】アンケート回収率は93%。A：18名、B：7名、C：7名、D：10名だった。相互信頼に関する「受容」は、C・Dの平均値がA・Bより低かった。スタッフが行動を選択し意思決定するときに現れるコミュニケーションに関する「データの流動的表出」は、Bの平均値が最も高かった。チームの目標と生産性に関する「目標形成」は、全てのグループの平均値が3台であった。チームのなかで相互にどのように影響を与えているかに関する「社会的統制」は、C・Dの平均値が3.9台であった。【考察】Bの「受容」と「データの流動的表出」の平均点が高い要因は、A病院では異動者は配属され約2ヶ月以降に独り立ちする。サポートが減少し、コミュニケーションの不足が生じ、相互信頼の懸念の増加につながったと考えられる。「目標形成」は、全てのグループの平均値が3台のため、チェックリストやマニュアル等の活用が目標形成に貢献したと思われる。「受容」と「社会的統制」は、時間経過とともに人材育成やスタッフとのコミュニケーションが促進され相互信頼が生まれたことでC・Dの平均点が低下し配置転換となった看護師の適応を促進させた可能性がある。【結論】チェックリスト、マニュアル整備と活用が目標形成に有効である。独立後に受容とデータの流動的表出の懸念が増す時期があるため継続的な支援が必要である。

2:56 PM - 3:08 PM (Sat. Jun 11, 2022 2:20 PM - 3:20 PM 第7会場)

[O5-04] 重症 COVID-19患者を受け持つ HCU/CCU看護師の 身体的・精神的負担の軽減に繋がる感染対策の検討

○本多 慶行¹、萩本 明子²、片山 由加里² (1. 国家公務員共済組合連合会枚方公済病院 HCU/CCU、2. 同志社女子大学 看護学部)

Keywords: COVID-19、重症COVID-19、看護師、感染対策、負担

〔目的〕A病院 HCU/CCUにおいても、重篤化した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の受け入れを行っている。様々な対策を行った上で受け入れたが、看護師の感染暴露の危険性は高く、身体的・精神的負担は増大していることが考えられた。そこで本研究は、看護師の思いと身体的・精神的負担軽減に繋がる感染対策を明らかにすることを目的とした。

〔方法〕重症 COVID-19患者を2回以上受け持った HCU/CCU看護師8名に対し、患者を初回およびインタビュー前の最後に受け持った時に感じたことや思いについて、感染対策に焦点を当て、半構成的面接を実施した。面接結果から逐語録を作成、類似コードを集めカテゴリーを抽出し、分析、考察を行った。

〔倫理的配慮〕本研究は A病院倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号:2020-034）。研究協力者には、研究の主旨、利益相反・不利益はないこと、参加拒否の権利、匿名性の厳守等について説明し、同意書による承諾を得た。

〔結果〕研究協力者の看護師平均年数5年、HCU/CCU平均勤務年数2.5年、一勤務あたりの患者との平均接触時間2.5時間、業務内容は、人工呼吸器管理、吸引、口腔ケア、栄養剤の注入、薬剤投与、採血、全身清拭、体位変換であった。分析により、115のサブカテゴリー、56のカテゴリーが抽出された。以下、抽出された代表的なカ

テゴリーを【】、サブカテゴリーを「」で示す。

初めて重症 COVID-19患者と関わった時に感じたことは、【感染への恐怖】【受け持つ自信がない】【受け持たないといけない時がきてしまった】【受け持つことに対する負担】であった。【受け持つことに対する負担】は、「すべての看護業務を一人で行わないといけない」「隔離されていることによる不便さ」「PPE着脱に時間がかかり動きにくい」等で構成されていた。最後に関わった時に感じたこととして、【感染への恐怖】【やむなく受け持ちをする】【受け持つことに対する受容】が抽出された。安心に繋がる感染対策として、初回、最後とも、【物品の確保】【病床環境の整備】【感染対策の教育】【COVID-19の検査の実施】が抽出された。COVID-19患者を受け持ってもよい理由として、【感染への恐怖の軽減】【COVID-19に感染しなかった】が抽出され、【感染への恐怖の軽減】は「マニュアルが整うことで不安が軽減した」「相談できる相手がいる」「患者の看護にまわりも慣れてきた」等で構成された。受け持ちたくない理由として、【感染への恐怖】【身体的・精神的負担】が抽出された。

〔考察〕重症 COVID-19患者と関わる際に生じる負の思いとして、【感染への恐怖】や【身体的・精神的負担】が抽出された。COVID-19患者と関わる際には、常に感染リスクがあり厳重な感染管理が必要となるため、隔離された環境下で長時間一人で患者と関わり、サポートが得られにくい状況にあるためと考えられた。しかし、最後の関わりでは、病院での感染対策の充実や受け入れてきた経験、周囲のサポート、現状の方法で感染が生じなかったことが恐怖や負担を軽減し、【受け持つことに対する受容】に繋がったと考えられた。

〔結論〕重症 COVID-19患者と関わることで【感染への恐怖】を抱き、身体的・精神的負担が増大することや、身体的・精神的負担の軽減に繋がる感染対策として、【物品の確保】【病床環境の整備】【感染対策の教育】【COVID-19の検査の実施】が必要であることが明らかになった。さらに、良好な人間関係を構築する環境づくりも重要であることが示唆された。

3:08 PM - 3:20 PM (Sat, Jun 11, 2022 2:20 PM - 3:20 PM 第7会場)

[O5-05] 一般病棟での重症新型コロナウイルス感染症患者の看護を経験して

ー看護師へのアンケート調査から振り返るー

○中下 備生¹、竹内 若菜¹、櫻谷 眞佐子¹ (1. 大阪府立中河内救命救急センター)

Keywords: 重症新型コロナウイルス感染症、COVID-19、臨床教育、パンデミック

【はじめに】A救命救急センターは3次救急を担っているが、重症新型コロナウイルス感染症（以下重症コロナ感染症）パンデミックに伴い、ICUは重症コロナ病床となり通常の重症救急患者は一般病棟の入院となった。加えて感染者は急増し、一般病棟に2床ある陰圧室でも重症コロナ感染症患者在入院することになった。当病棟では重症コロナ患者、重症救急患者の入院は初めての試みである。そこで3年目以上の看護師をICUへ派遣し、コロナ感染症患者の看護やゾーニングについて習得できる機会を設けた。そしてICUで感染管理を学んだ看護師が、病棟で感染防護具着脱方法の伝達、病棟重症コロナ対応マニュアルの作成、マニュアルに基づく勉強会を開催した。今回病棟で重症コロナ感染症患者に関わった看護師へのアンケート調査から取り組みを振り返る。

【方法】2021年5月1日から5月31日まで病棟重症コロナ病床開設を行った。この時病棟で重症コロナ感染症患者在ケアを行った看護師38名、うちICUへ派遣した3年目以上の看護師15名（以下対象①）、ICU派遣を経験していない看護師23名（以下対象②）に、病棟での取り組みに対する看護師の意識についての振り返り調査を自記式アンケートにより実施した。

【倫理的配慮】アンケート調査は研究以外の目的で使用しないこと、個人が特定されないように配慮することを明記し、提出をもって同意とした。

【結果】対象①に対してICUでの学びは病棟で役立ったか、対象②に対して病棟での感染防護具着脱、重症コロナ感染症勉強会は役立ったか、対象①②に対して病棟マニュアルは役立ったかという問いに9割以上の看護師から役立ったと回答が得られた。重症コロナ感染症患者を受け持つことに不安はあったかという問いには対象①②の看

護師7割以上のから不安があったと回答があった。未知なる病態に対する漠然とした不安が大半を占めており、感染防護具着脱方法等の技術に対する不安はほぼ見られなかった。約一ヶ月間重症コロナ感染症患者を病棟で看護したが、看護師への感染や病棟内水平感染はみられなかった。

【考察】病棟で重症救急患者と重症コロナ感染症患者混合での運用となったが、ICUへの看護師の派遣、派遣した看護師を中心とした感染防護具着脱方法の伝達と習熟度の確認、病棟重症コロナ対応マニュアルの作成は看護師の質の統一ができ感染拡大防止に繋がったのではないかと考える。「臨床現場における経験は看護師の熟達において重要な役割を果たす」と松尾らは述べている¹⁾。ICUで実際に感染管理を経験した上での病棟伝達はより実践的に伝える事ができ、また病棟看護師はイメージしやすく短期間での技術習得に役立ったと考える。重症コロナ感染症患者を受け持つことに対し、7割以上の看護師が不安を感じていたが、漠然とした不安が大半を占め、感染防護具着脱方法等の技術に関する不安はなかった。不安は看護の質を低下させ、感染拡大をきたす一要因となりうる。看護師の心のケアにも注視し不安を軽減できるような取り組みも必要であった。

【結論】初めて経験する重症コロナ感染症患者を看護する際には、事前に感染対策について学ぶ機会を設ける、特に経験者による感染防護具着脱方法の伝達、勉強会の開催、マニュアル作成はより実践的で統一した看護提供に繋がる。技術に関する不安は軽減されたが、漠然とした不安が残り看護師の看護の質の低下から感染拡大をきたすリスクがあった。今後は看護師の心のケアへの取り組みが必要である。

一般演題

[O6] 呼吸・循環管理

座長:中田 健(独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター)

Sat. Jun 11, 2022 3:10 PM - 4:20 PM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O6-01] ハリーコールの現状分析 – 予期せぬ院内心肺停止患者や死亡率の減少への取り組み–

○新井 祐介¹ (1. 新小文字病院)

3:10 PM - 3:22 PM

[O6-02] 単層構造エアマットレスの CPR機能使用の有無が胸骨圧迫の有効性へ与える影響の検証

○兒玉 弘見¹、帶刀 朋代¹、山崎 克¹、中野 雅司¹、大林 将人¹、小出 泰子¹、松本 優香¹、太田 菜穂¹、松村 一² (1. 東京医科大学病院 看護部、2. 東京医科大学病院 形成外科)

3:22 PM - 3:34 PM

[O6-03] 観血的動脈測定ラインの使用およびシーネ固定の実態調査

○岡村 英明¹、白坂 雅子²、卯野木 健³、櫻本 秀明⁴、石川 幸司⁵、北山 未央⁶、中山 麻実⁷、池田 優太⁸、若林 侑起⁹ (1. NTT東日本札幌病院、2. 福岡赤十字病院 集中治療室、3. 札幌市立大学 看護学部、4. 茨城キリスト教大学 看護学科、5. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科、6. 金沢医科大学病院 看護部ハートセンター、7. 獨協医科大学病院 看護部、8. 東海大学医学部付属病院 集中治療室、9. 神戸市立医療センター中央市民病院)

3:34 PM - 3:46 PM

[O6-04] 胸腹部大動脈置換術後呼吸状態が悪化し再挿管となった患者への酸素化改善に向け介入した症例

○中石 史香¹、井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院)

3:46 PM - 3:58 PM

[O6-05] 高度救命救急センター ICUにおける抜管フローチャート導入前後での再挿管率の比較

○村松 暖香¹、長崎 祐士¹、高見 祐貴子¹、島内 淳二² (1. 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター、2. 日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

3:58 PM - 4:09 PM

[O6-06] 集中治療室における肺移植患者の呼吸困難の発症率、リスク因子、アウトカムとの関連

○佐藤 智夫^{1,2} (1. 元京都大学医学部附属病院、2. 神戸市看護大学)

4:09 PM - 4:20 PM

3:10 PM - 3:22 PM (Sat. Jun 11, 2022 3:10 PM - 4:20 PM 第4会場)

[O6-01] ハリーコールの現状分析 – 予期せぬ院内心肺停止患者や死亡率の減少への取り組み–

○新井 祐介¹ (1. 新小文字病院)

Keywords: ハリーコール、ハリーコール使用基準、RRS

【はじめに】当院では急変時や心肺停止時にドクターハリーコール（以下ハリーコール）のシステムを使用し、医師や看護師、コメディカルが患者対応をしている。ハリーコールを使用することで、多くの職員がすぐに駆けつける事ができるが、逆に対応している職員以外は見ているだけといった問題が生じている。また、明確なハリーコール使用基準がないため、予期せぬ院内心肺停止を防ぐためのハリーコール運用になっていないと考えた。1995年のピッツバーグ大学メディカルセンターでは、迅速対応システム（Rapid response system以下RRS）導入前後の入院患者1,000人あたりの心肺停止が6.5人から5.4人に有意に減少した¹⁾という報告もあり、現在、多施設がRRSを導入し、予期せぬ院内心肺停止患者や死亡率の減少に繋げている。当院でも予期せぬ院内心肺停止を未然に防ぐため、急変徴候を早期に認識しチームで対応することが必要である。RRS導入の第一歩として、過去3年間のハリーコール分析を行い問題点が明らかになったため報告する。

【目的】過去3年間のハリーコール分析し、現状の問題点を明らかにしてRRS導入の第一歩となる。

【方法】令和元年度から令和3年度9月までのハリーコール85件について、時間帯、心肺停止前にハリーコールした件数、ハリーコール後の死亡率、急変兆候（National Early Warning Scoreを参考にした）に気づいていたかを電子カルテよりデータ収集し調査した量的研究。

【倫理的配慮】本研究は当院研究倫理委員会の承認を得た上で実施し、研究で得られたデータは研究の目的以外には使用しないこと、個人が特定されないよう配慮した。

【結果】ハリーコールの約80%が夜勤帯だった。約60%で急変徴候に気づくことができていたが、心肺停止前にハリーコールしたのは約10～20%と少なく、ハリーコール後の死亡率は約65～80%と高かった。

【考察】ハリーコールをした患者の約60%で急変徴候に気づくことができていたが、心肺停止前にハリーコールした割合は約10～20%と少なかった。宮原らは、RSSにおいて最も重要な要素は、このシステム自体が起動することであり、できるだけ知識や経験に左右されない基準が望ましい²⁾と述べている。心肺停止前にハリーコールした割合が低かった原因の一つに、明確なハリーコール使用基準がないことが挙げられる。また、夜勤帯のハリーコールが約80%と多く、日勤帯は主治医に報告し対応できているが、夜勤帯は看護師人数が減ることや、主治医への院外コールや当直医への報告になるため、報告することに躊躇し遅れてしまうことが、夜勤帯のハリーコールが多くなっている原因だと考えられる。この結果から、予期せぬ院内心肺停止を未然に防ぐため、ハリーコール使用基準の作成と、RRS導入し対応するチームの設立が必要だと明らかになった。また、RRS導入のためには、ベッドサイドにいる看護師が急変徴候に早期に気づけないといけない。Fuhrmannらは、事前に何らかのバイタルサインの異常が察知された場合の院内死亡は、察知されなかった場合より3倍多く、早期のバイタルサインの異常を検出することは予後や在院日数短縮にも影響する³⁾と述べている。RRS導入に向けた教育の取り組みとして、フィジカルアセスメント、BLS、ACLSのシミュレーション教育の開催を、1回/年から今年度より回数を増やした。

【結論】本研究でハリーコール使用基準の作成や、RRS導入が重要だと明らかになった。RRS導入のためには他職種理解が必要なため、ハリーコールの内容や対応について報告する場を設け、RRS導入の重要性を説明していきたい。また、RRS導入が予期せぬ院内心肺停止患者や死亡率の減少に繋がるのか継続して調査し、得られた結果を報告したい。

3:22 PM - 3:34 PM (Sat. Jun 11, 2022 3:10 PM - 4:20 PM 第4会場)

[O6-02] 単層構造エアマットレスのCPR機能使用の有無が胸骨圧迫の有効性へ与える影響の検証

○児玉 弘見¹、帯刀 朋代¹、山崎 克¹、中野 雅司¹、大林 将人¹、小出 泰子¹、松本 優香¹、太田 菜穂¹、松村 一²
 (1. 東京医科大学病院 看護部、2. 東京医科大学病院 形成外科)

Keywords: 胸骨圧迫の質、脱気

【目的】クリティカル領域にも褥瘡予防のために体圧分散マットレスが使用されている。エアマットレス（以下、マット）は高い体圧分散能を有する半面、胸骨圧迫の際には患者の体全体が沈み込むため、マット上での胸骨圧迫に関して、国際蘇生連絡委員会(ILCOR) (2019)は、CPR中は可能な限り硬い面の上で行うべきであり、CPR中は空気で膨らんだマットレスを常に脱気すべきであると提案している。しかし、臨床では緊急のためマットの脱気を行うよりも先に胸骨圧迫を開始しており、動脈圧波形で拍出が確認できる場合がある。そこで、本研究はマットの脱気の有無が胸骨圧迫の質に与える有効性の違いを明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザイン：実験的研究。対象：こちあ利楽（パラマウントベッド社）。調査項目：CPRmeter2（Laerdal社）により測定した平均深度、平均頻度、平均ピーク力、圧迫回数合計、適切な解除が行われた圧迫回数と割合、適切な深度で行われた圧迫回数と割合、適切な頻度で行われた圧迫回数と割合とした。データ収集及び分析：マットに人型シミュレーターとCPRmeter2を配置し、測定協力者が脱気を行う場合と行わない場合の2つのパターンで2分間の胸骨圧迫を実施した。測定協力者の体力と学習によるバイアスを考慮するため、それぞれ別日に測定し、脱気の有無の順番は均等に割り付けた。得られたデータはEZR on R commander (Version 1.5)を用いてt検定を実施した。

【倫理的配慮】本研究はマットレスが対象のため本邦における倫理指針に則り、倫理審査は受けていない。研究協力者には本研究の研究目的と方法、協力に伴って発生する負担と利益について説明書を用いて説明し書面にて同意を得た。

【結果】59名の測定協力者によるデータを回収し、52名のデータを統計解析した。平均深度は脱気あり62.6mm(Standard Deviation;SD;±10.25),脱気なし70.4mm(SD±11.7), $P>0.05$ 、平均頻度は脱気あり109.3回(SD±10.3),脱気なし107.3回(SD±9.6), $P=0.31$ 、圧迫回数は脱気あり222.3回(SD±20.7),脱気なし218.1回(SD±19.3), $P=0.29$ 、適切な深度で行われた圧迫回数は、脱気あり186.2回(SD±55.2),脱気なし200.5回(SD±39.1), $P=0.13$ 、適切な深度に到達した圧迫の割合は脱気あり58.8%(SD±35.7),脱気なし76.6%(SD±34.7), $P=0.01$ であった。

【考察】有意差を認めた平均深度と適切な深度に到達した圧迫の割合は、医療者が適切な胸骨圧迫を行おうとした際に脱気がされなければマットの圧縮分を考慮して、より深く圧迫していたと考えられ、結果的により深い適切な圧迫の比率が得られたと言える。日本蘇生協議会の蘇生ガイドライン2020ではマットレスが圧縮する分を考慮し、圧迫深度を増やせば効果的な圧迫深度を達成できるとあり、本調査はそれを裏付ける結果となった。脱気を行わない影響として実施者の疲労による影響も予測されたが、圧迫回数は差がないことが確認できた。

【結論】マットの脱気は胸骨圧迫の深度に影響を与えていた。このことから単独で胸骨圧迫を開始する時は、必ずしも脱気を優先して行う必要はないことが示唆された。しかし、本調査はシミュレーターによる評価であり、実際の人体に対する胸骨圧迫時には異なる結果が得られる可能性が考えられた。

3:34 PM - 3:46 PM (Sat. Jun 11, 2022 3:10 PM - 4:20 PM 第4会場)

[O6-03] 観血的動脈測定ラインの使用およびシーネ固定の実態調査

○岡村 英明¹、白坂 雅子²、卯野木 健³、櫻本 秀明⁴、石川 幸司⁵、北山 未央⁶、中山 麻実⁷、池田 優太⁸、若林 侑起⁹
 (1. NTT東日本札幌病院、2. 福岡赤十字病院 集中治療室、3. 札幌市立大学 看護学部、4. 茨城キリスト教大学 看護学科、5. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科、6. 金沢医科大学病院 看護部ハートセンター、7. 獨協医科大学病院 看護部、8. 東海大学医学部付属病院 集中治療室、9. 神戸市立医療センター中央市民病院)

Keywords: 観血的動脈測定ライン、固定用シーネ、A-line

【目的】観血的動脈測定ライン（以下 A-line）は汎用されるデバイスの一つだが、その管理方法等に関する調査は稀であり、科学的根拠も少ない。よって本研究では、A-line挿入および管理方法の実態を明らかにすることを

目的とした。

【方法】対象は成人患者が入室する集中治療室（ICU）、救命救急センター ICU、ハイケアユニットに勤務する看護師とし、2021年9月1日～9月30日の期間 Web調査を実施した。調査票はガイドラインや臨床経験をもとに、A-lineの挿入方法や使用頻度、挿入後の管理方法に関する質問計34項目を作成した。調査票は無記名とし個人が特定される情報は含まず、参加者は参加同意書にチェックをした後回答した。得られたカテゴリーデータの比較は Fisher の正確確率検定、2群以上の連続データの比較は Kruskal-Wallis 検定を用い、統計学的有意水準は $p < .05$ とした。すべての統計は SPSS Statistics ver.27 および R 4.0.2 を用いて解析した。本研究は福岡赤十字病院倫理審査委員会の承認を受け実施した。

【結果】回答は451名あり、そのうち機関名の欠如や施設の重複を除外した224回答で解析を行った。A-lineはルーチンで挿入されると回答したのは79（35.3%）であった。また、129（57.6%）が76～100%の患者に対し入室後24時間以内に挿入されていると回答した。A-line管理において、195（84.3%）が生理食塩水にヘパリンを添加していると回答した。またトランスデューサーを含むラインの交換頻度は76（33.6%）が決まりはなく、固定用シーネの使用については92（41.1%）がルーチンに使用していると回答した。A-line管理においては治療室種別で統計学的な有意差は認められなかった。

【考察】2016年から2019年の本邦データベースによると、89.7%の患者がICUにてA-line管理を受けている。本調査では約3/4がA-line挿入はルーチンではないと答えつつも、およそ6割が76～100%の患者に対し入室後24時間以内に挿入されていると回答した。一方2006年の米国の調査では、A-lineが挿入されている患者は36.4%であり明らかに少ない。この差は本邦において手術中に挿入されたA-lineがそのままICUで使用されていることや、特定集中治療室用の医療・看護必要度を満たすための評価項目の一つとして挙げられていることも要因と考えられる。多くの施設で加圧バッグの生理食塩水500mlに対し1000～2000単位のヘパリンを添加していたが、添加により出血やヘパリン起因性血小板減少症（HIT）の危険性も高くなる。ヘパリンの添加はA-lineの閉塞と関連がないという報告もあり、その必要性からあらためて検討を要すると考える。トランスデューサーを含むラインの交換頻度について、CDCガイドラインでは96時間ごとの交換が推奨されているが、約半数の施設で交換頻度に関するルールはなかった。固定用シーネをルーチンで使用していると回答したのは4割以上であった。シーネによる神経損傷などの合併症はすでに報告があるが、シーネの使用によりA-lineの事故抜去やカテーテルの折れ曲がりや予防できるという研究報告はなく、さらなる検証が必要と考える。

【結論】本調査では、A-lineはICUで頻繁に使用されていることが示唆された。またA-lineの管理は、加圧バッグ用生理食塩水にヘパリンを添加することと、固定用シーネを日常的に使用することを除き、標準的であった。

3:46 PM - 3:58 PM (Sat. Jun 11, 2022 3:10 PM - 4:20 PM 第4会場)

[O6-04] 胸腹部大動脈置換術後呼吸状態が悪化し再挿管となった患者への酸素化改善に向け介入した症例

○中石 史香¹、井野 朋美¹（1. 熊本赤十字病院）

Keywords: チーム医療、看護師の役割

【目的】胸腹部大動脈置換術を施行した患者の酸素化が悪く抜管後に呼吸不全となり、呼吸状態の改善に難渋した症例を経験した。本症例において酸素化改善を促進したチーム医療における看護師の役割を明らかにすること。

【方法】症例報告：モニタック挿入後から実施したチーム医療内の看護師が果たした役割に着目して分析する。倫理的配慮：研究対象者には研究の趣旨、研究への参加は自由であり、不参加であったとしても不利益を及ぼすことがないこと、参加を同意した場合であってもいつでも途中辞退することができること、プライバシーの保護や匿名性を守ることを文書で示し署名により研究参加の同意を得た。さらに、所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【対象】A氏 胸腹部大動脈瘤に対して胸腹部大動脈置換術を施行した60歳代女性。ICU入室期間23日間。術

後、腎動脈の人工血管閉塞、不全対麻痺の出現がみられた。

【経過】術直後からミニトラック挿入前まで(入室16日間)：一回目の抜管後は呼吸不全のため再挿管となった。2回目の抜管後は無気肺の進行、自己喀痰不十分で呼吸状態の悪化をきたした。この間看護師はベッド上でROM訓練を実施していたが、リハビリに関する詳細な看護記録はなかった。リハビリは理学療法士の介入により端坐位まで行われていたが、座位耐久時間は10分程度であった。ミニトラック挿入後からICU退出まで(入室7日間)：入室期間が延長していることに気づき、受け持ち看護師として介入を開始した。入室期間が延長している要因として医師の方針が不明確であり、目標の共有ができていなかったこと、看護師と理学療法士の連携がとれておらずリハビリ介入が十分ではなかったことが挙げられ以下の介入を開始した。

【結果】1、カンファレンスの実施：術後管理には様々な職種が関わっていたが、A氏の病態や目標の共有を行う場が設けられていないまま、各職種がそれぞれで介入を行っていたことに気づき医師、看護チーム、理学療法士を集め協議する場を設けた。カンファレンスを通して、多職種が得た情報を統合し目標の設定、共有を行った。2、A氏の意向確認：リハビリに対するA氏の意向が確認されていなかったため確認の場を設けた。結果、A氏はリハビリに伴う疲労感を訴えられ、モチベーションが上がっていないことが明らかとなった。そこで理学療法士と協議しメニューの変更に着手した。3、A氏との目標の共有：カンファレンスで抽出した目標とA氏のモチベーションが繋がるように内容をすり合わせた結果、A氏も目標に理解を示した。4、本人のモチベーション向上のための面会調整：A氏の意向を確認する中でこのままでは家に帰れない、家族に申し訳ないという想いを抱いていることが明らかとなった。それはモチベーションの低下に影響していると考え感染症蔓延による面会制限下ではあったが、主治医と看護チームで協議し面会調整を行った。面会後はA氏から安堵の声を聞くことができ表情も明るくなった。

以上の介入を1週間継続した結果、座位時間が延長し人工呼吸器のサポートなしで酸素化を維持できるようになり、一般病棟へ転出することができた。

【考察】チーム医療とは多職種の専門家と患者、家族が協働、連携しながら医療を展開することであり、中でも看護師は患者の24時間の生活の支援者としての役割を求められ介入に伴う全身状態への影響や生活者としての患者のありようを理解する能力が必要であるといえる。

【結論】チームを主導するメンバーが不明確な症例においては看護師がその役割を認識し調整する能力を発揮することで患者の回復が促進された。

3:58 PM - 4:09 PM (Sat, Jun 11, 2022 3:10 PM - 4:20 PM 第4会場)

[O6-05] 高度救命救急センター ICUにおける抜管フローチャート導入前後での再挿管率の比較

○村松 暖香¹、長崎 祐士¹、高見 祐貴子¹、島内 淳二² (1. 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター、2. 日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

Keywords: 人工呼吸器離脱、プロトコル、再挿管、集中治療

【目的】人工呼吸器離脱には、プロトコルの使用が推奨されている。しかし当高度救命救急センター ICU(以下、EICU)では患者特性が多岐に渡り、再挿管の危険因子が複数存在するため人工呼吸器離脱の評価が難しく、医師に抜管時の評価を委ねていた。また、看護師は医師と抜管に関する評価を共有できず、口腔ケアや物品準備などのケア時間が十分に確保できないと感じることがあった。更に抜管前後の評価やケアは、看護師の知識や経験により差があった。そのため、EICUでは抜管前後の評価やケアを統一し、安全に抜管を目指すことを目的とした独自の抜管フローチャート(以下、フローチャート)が2018年11月に導入となった。本研究は、フローチャート導入前後で再挿管率を比較し、安全な抜管への効果と現状を明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザインは後ろ向きコホート研究とし、2016年12月～2020年11月にEICUに入室し気管挿管を行い、人工呼吸器を使用した18歳以上の全患者を対象とした。抜管に至らなかった患者(気管切開、死亡、EICU退室)、再挿管歴のある患者は対象から除外した。比較項目は、患者基本情報(年齢、性別、疾患、APACHEIIスコア)、抜管前後の呼吸療法、再挿管の有無、人工呼吸器装着日数、EICU滞在日数とした。再挿管の定義は、抜管後

72時間以内の挿管とした。統計は EZR を使用し、分析方法は Mann-Whitney の U 検定と Pearson のカイ二乗検定を用いた。本研究は当院の倫理委員会の承認を得た。

【結果】対象者はフローチャート導入前435人、導入後398人であった。フローチャート遵守率は86.3%(導入1年目79.4%、2年目93.7%)であり、患者特性を問わず使用できた。フローチャート未使用患者は除外した。フローチャートの導入前後で、年齢(68[53,79]歳 vs 68[52,79]歳, $p=0.693$)、男性(283名(65.1%) vs 266名(66.8%), $p=0.640$)、APACHEIIスコアは(15[11,22]点 vs 16[11,22]点, $p=0.443$)であり、疾患、抜管前後の呼吸療法に有意差はなかった。再挿管率(7.6% vs 4.8%, 95% CI:0.32-1.12, $p=0.125$)、人工呼吸器装着日数(4[3,8]日 vs 5[3,7]日, $p=0.767$)、ICU滞在日数は(7[4,11]日 vs 7[4,11]日, $p=0.612$)であり、有意差はなかった。

【考察】再挿管率は先行研究と差がなく、フローチャート導入前後で変化は認められなかった。これは、導入前より医師による抜管時の評価は適切であり、フローチャートは医師の評価を適切に反映した内容であるためと考える。SAT、SBTプロトコルを導入した先行研究では、人工呼吸器装着日数、ICU滞在日数が短縮したという報告がある。今回、フローチャートは抜管前後の評価に重きを置いた内容であり、時間に言及していないため、早期の人工呼吸器離脱と EICU退室に繋がらなかったと考える。多職種連携とプロトコルの使用は、患者の予後を改善する要素と言われている。フローチャートは情報共有ツールとなるため、多職種連携と看護ケアの統一に活用でき、安全な抜管に繋がりと考える。また、内容を再考することで、患者予後の改善に繋がる可能性がある。

【結論】再挿管率はフローチャート導入による差はなく、安全な抜管への効果は明らかにならなかった。しかし、フローチャートは安全性を高めるための多職種連携と看護ケアの統一に活用できることが明らかになった。

4:09 PM - 4:20 PM (Sat. Jun 11, 2022 3:10 PM - 4:20 PM 第4会場)

[O6-06] 集中治療室における肺移植患者の呼吸困難の発症率、リスク因子、アウトカムとの関連

○佐藤 智夫^{1,2} (1. 元京都大学医学部附属病院、2. 神戸市看護大学)

Keywords: 肺移植、集中治療室、呼吸困難

【目的】呼吸困難とは、「呼吸の際に感じる不快な主観経験」とされており、集中治療室(ICU)でのストレスの強い症状の1つとされている。しかし、ICUにおける肺移植患者の呼吸困難に関する調査はほとんど行われていない。そこで、本研究では ICUにおける肺移植患者の呼吸困難の有病率、リスク因子、患者アウトカム(離床までの日数、人工呼吸器使用期間)との関連を調査することを目的とした。

【方法】デザイン：後ろ向き観察研究。調査期間は2010年1月から2020年12月であった。調査期間に肺移植の手術を受け、ICUに入室した20歳以上の連続した患者を対象とした。

【測定方法】看護記録内に記載された呼吸困難を包括的な後方視的チャートレビューに基づいて特定し、呼吸困難エピソード(「呼吸困難」「呼吸苦」などの用語を患者が訴えた場合)を抽出した。分析方法は、記述統計量を算出し、名義変数は Fisher の正確検定を用い、連続変数はパラメトリックの場合は student-t 検定を用い、ノンパラメトリックの場合は Mann-Whitney 検定を用いて比較した。さらに、呼吸困難のリスク因子を特定するためにロジスティック回帰を行った。倫理的配慮：本研究は研究実施施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】対象期間に肺移植術を施行された患者は265名であり、除外基準を省いた184名を対象とした。年齢の中央値は48歳、男性97名(63%)であり、原疾患は間質性肺炎の患者が96名(52%)で最も多かった。術式に関しては、両側肺移植が114名(62%)、片側肺移植が70名(38%)であり、脳死ドナーからの移植は130名(71%)、生体ドナーからの移植は54名(29%)であった。ICU入室中の呼吸困難は116名(63%)に記録されており、中央値は術後4日目であった。多変量解析により、両側肺移植が呼吸困難のリスク因子であることが特定された(odds ratio [OR], 5.127; 95% confidence interval [CI], 2.020-13.014; $p<0.0001$)。さらに、術後不安は呼吸困難と独立して関連していた(OR, 18.605; 95%CI, 7.748-44.674; $p<0.0001$)。また、患者アウトカムについては、呼吸困難が記録された患者は、記載のない患者よりも離床や人工呼吸器離脱の遅延を認め、ICU滞在日数や在院日数も長かった。

【考察】呼吸困難の発症率は、人工呼吸器使用患者を対象にした観察研究では47%であったが、本研究では63%であり、肺移植患者の呼吸困難発症率は高いことが示唆された。多変量解析の結果、両側肺移植が呼吸困難のリスク因子であることを示唆した。肺移植患者は移植手術による肺神経の切断により、脱神経となる。両側肺移植では、両側の脱神経の影響により、片側の神経が温存している片側肺移植よりも呼吸困難を発症率が高かったと考える。また、関連因子として術後不安が特定された。この結果は先行研究と同様の結果であり、呼吸困難発生時は不安に対してもケアを行っていく必要があると考える。さらに、患者アウトカムとの関連については、呼吸困難のある患者は、早期離床や人工呼吸器ウィニングの中断基準に該当する機会も多く、離床やウィニングを進めることが困難であった可能性がある。

【結論】本研究は、ICUにおける肺移植患者の呼吸困難の有病率が高いことを示唆し、両側肺移植がリスク因子であることを示唆した。呼吸困難は離床や人工呼吸器離脱の遅延の原因となる可能性があるため、呼吸困難と不安に対する広範な評価とケアは患者の回復を促進する可能性がある。

一般演題

[O7] チーム医療

座長:山崎 友香子(信州大学医学部附属病院)

Sat. Jun 11, 2022 3:30 PM - 4:30 PM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[O7-01] HCUにおける多職種連携のためのツール展開にむけた基盤研究

○後藤 由起子¹ (1. 秦野赤十字病院)

3:30 PM - 3:42 PM

[O7-02] 集中治療の場での終末期看護における多職種カンファレンスを実施した一例

○磯田 英里¹ (1. 草加市立病院)

3:42 PM - 3:54 PM

[O7-03] 体位呼吸療法プロトコル導入後の効果と課題について

－看護師の認識、実践の変化と多職種協働に関する変化－

○関根 庸考¹、劔持 雄二¹、清水 由香¹、井上 正芳¹ (1. 青梅市立総合病院 救命救急センター 集中治療室)

3:54 PM - 4:06 PM

[O7-04] 集中治療室と一般病棟の看護師が認識する集中治療後症候群の予防に対する看護実践の重要度と実践度の実態

○内海 玲^{1,2}、中村 美鈴³ (1. 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻、2. 東京慈恵会医科大学附属病院、3. 東京慈恵会医科大学)

4:06 PM - 4:18 PM

[O7-05] タスクシフト/シェアにより変化する救急外来における急性・重症患者看護専門看護師の実践

○大田 麻美¹、益田 美津美² (1. 日本赤十字社 伊勢赤十字病院、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

4:18 PM - 4:30 PM

3:30 PM - 3:42 PM (Sat. Jun 11, 2022 3:30 PM - 4:30 PM 第7会場)

[O7-01] HCUにおける多職種連携のためのツール展開にむけた基盤研究

○後藤 由起子¹ (1. 秦野赤十字病院)

Keywords: 多職種連携、重症集中ケア、チーム医療、ドナベディアン・モデル

【目的】

多職種連携し、協働することが重症集中ケア領域で必要とされているが、地域中核中規模病院における多職種協働は、互いの職種の専門性の特性および類似性から有効な多職種協働が機能していない現状がある。そこで、本研究の目的は、重症集中ケアにおける多職種連携チームの活動内容を可視化することで、HCU・リハビリにおける多職種協働となる介入方法を検討することである。

重症集中ケアにおける多職種連携の基盤作りの経緯と活動を可視化することで、多職種連携および協働の標準化と有効性にむけた基礎的知見となり得る。

【方法】

本研究は対象施設倫理委員会の承認を得た上で実施した（承認番号 R3-05）。医療の質を評価するドナベディアン・モデルを活用し、多職種連携チームの活動を「構造（structure）」・「過程（process）」・「結果（outcome）」の3つの側面から分析した。「構造（structure）」は物質資源・人的資源として多職種連携に関わったHCU看護師とリハビリテーション課スタッフ・組織的特徴、「過程（process）」は多職種連携チームの実践の実際と実践上の課題から取り組んだ計画と実践、「結果（outcome）」は「過程」で提示した実践から得られた成果を患者の利益、スタッフの変化や効果とした。

【結果】

「構造（structure）」は、HCU6床に対し、看護師15名・リハビリテーション課スタッフ8名（PT6名、OT2名）が配置され、リハビリテーションが実施される日勤帯には看護師3～6名・プログラム内容によりリハビリテーション課スタッフ2～4名が介入可能な状況にあった。

「過程（process）」は、多職種連携チームを2020年4月に発足する前の実践とその実践の課題を解決するために計画した内容を抽出した。その結果、リハビリ課との信頼関係構築と維持、ガイドラインの協同学習と介入根拠の統合、多職種カンファレンスの定期実施、各職種の役割の明確化、協働介入方法標準化のためのツール開発が必要となった。

「結果（outcome）」は、「過程（process）」へアプローチした成果として、患者の利益となる介入方法の標準化がスタッフ対応・指導内容の統一とHCU在室日数の短縮化となって、看護師・リハビリテーション課スタッフは介入根拠・方法を協議し協働介入することで得られた成功体験が達成感や満足度となった。

【考察】

多職種連携の動機づけができ、リスクマネジメント・協働介入が可能となった。また、現状の職種で構成した多職種連携チームが作成した心臓リハビリテーションフローや毎日の協働方法の標準化により、統一したエビデンスや評価方法をもって介入でき、看護師とリハビリテーション課スタッフ間で介入成果や安静度の認識の差が小さくなることにつながったといえる。

【結論】

厚生労働省が推進しているチーム医療を理想とした多職種連携チームを発足し、各職種の専門性を発揮・尊重しながら問題解決方法の協議を行い、ガイドラインを活用して介入エビデンスを統一・協働方法を標準化した「過程（process）」へのアプローチにより、看護師とリハビリテーション課スタッフ間の意識改革・信頼関係構築・協働介入が実現できた。

3:42 PM - 3:54 PM (Sat. Jun 11, 2022 3:30 PM - 4:30 PM 第7会場)

[O7-02] 集中治療の場での終末期看護における多職種カンファレンスを実施した一例

○磯田 英里¹ (1. 草加市立病院)

Keywords: チーム医療、カンファレンス、多職種連携

【目的】近年高齢化が進み、核家族化や価値観の多様化など社会背景も変化している。集中治療領域の目的は患者を救命することである。しかし懸命な治療が行われるなかでも、状態が悪化し救命困難に至る事も少なくない。救命治療から終末期への移行判断には、医療チーム全体での判断がいっそう求められている。今回、集中治療の場で終末期に至った患者の看護実践を振り返り、今後につながる示唆を得たため報告する。

【倫理的配慮】所属施設倫理委員の承認を得て実施した。得られた情報は個人が特定されないよう配慮した。

【症例】A氏70歳代男性。診断名:COVID-19。10病日に有癭性膿胸併発し、挿管に至り重症化のため他院へ転院搬送となった。3週間後 COVID-19が治癒したため気管切開後、加療目的で再入院となる。

【看護の実際・結果】膿胸の感染コントロールがつかず胸腔ドレナージを継続し、外科的治療も検討されたが、手術によるリスクや治療効果の不確実性などが考慮され内科的治療継続の方針となった。鎮痛と鎮静が行われていたが、易覚醒時は吸気努力が強く頻呼吸となり、酸素化が悪化し循環動態が不安定となり、人工呼吸器の離脱が困難であった。腎機能が悪化し15病日に持続的腎代替療法を開始したが敗血症性ショックとなった。その後、昇圧剤を調整し循環動態をどうにか保てている状態へ急激に容態が悪化した。A氏の意味確認が困難な状況であり、看護師は患者の予後が厳しい状況であると感じながらケアを実践していた。そこでA氏の現状をふまえて主治医と看護師で早急に多職種カンファレンス（以下、カンファレンス）が必要と考え計画、実施した。①病状悪化に伴い家族に再度、病状説明が必要な状態であること②終末期であるかどうかの医学的見解や今後の方針について主科以外で治療に携わる医師らの意見も交え検討し、積極的治療の限界との判断に至った。家族への説明時は複数科の医師、看護師、医療ソーシャルワーカーが同席した。看護師は代理意思決定を担う高齢の家族が考えを整理できるように語りを促し、家族間で共有できるように意思決定を支えた。そして、患者の病状を理解し最期を迎えることができた。

【考察】「日本救急医学会ほか・救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン2014」では、救急・集中治療の終末期であることの判断やその後の対応は主治医個人ではなく、主治医を含む複数の医師と看護師からなる医療チームの総意であることが求められている。カンファレンスは、医療チームとして共に考える場となり、より専門的な視点を持って患者ケアに臨むために重要な意味を持っていると考える。本症例でも患者を取り巻く複数の診療科医師と看護師、各専門職者がカンファレンスに参加、実施したことで情報共有がすすみ、チームとして患者の治療方針に沿ったケアの目標を定め、問題解決にむけて協働することができた。今回、集中ケア認定看護師として終末期に移行しつつある患者の状態や家族の思いを汲みとり、必要なタイミングでカンファレンスを実施できたことは、看護ケアを行うスタッフが抱える困難感や負担感を共有し支援できたと考える。今後も病状や患者を取り巻く家族の状態を見極め、多職種をつなぐ調整役としての役割を発揮し、治療や看護に反映させるための取り組みが課題であると考えている。

【結論】救命治療から終末期への移行判断には、医療チーム全体で情報や目標を共有することが必要である。その手段として多職種カンファレンスは効果的な取り組みであり認定看護師が調整する役割は大きいことが示唆された。

3:54 PM - 4:06 PM (Sat, Jun 11, 2022 3:30 PM - 4:30 PM 第7会場)

[O7-03] 体位呼吸療法プロトコル導入後の効果と課題について

－看護師の認識、実践の変化と多職種協働に関する変化－

○関根 庸考¹、剣持 雄二¹、清水 由香¹、井上 正芳¹ (1. 青梅市立総合病院 救命救急センター 集中治療室)

Keywords: 腹臥位、教育、多職種協働、COVID-19、標準化

【目的】適切な体位呼吸療法を行うにはエビデンスに基づいた標準化が必要とされている。当施設においては、実施者それぞれの認識や方法で行っており、多職種協働も不十分であったため、プロトコルを用いての標準化を行った。プロトコル導入後の看護師の理解、認識、実践の変化と多職種協働に関する変化を明らかにするた

めの実態調査を行った。

【方法】体位呼吸療法標準化のためのプロトコルを作成し、2021年7月1日から9月30日の間、集中治療室看護師28名、救急病室看護師34名に対し、体位呼吸療法プロトコルの教育を行った。体位呼吸療法には腹臥位、前傾側臥位を採用とした。教育後プロトコルに沿って体位呼吸療法を実践した看護師へ調査票で、プロトコル導入前の体位呼吸療法実践経験の有無、プロトコル導入後での体位呼吸療法の知識・実技理解度、実践時間の変化、実践に要するマンパワーと構成要員の変化、プロトコル遵守状況、多職種連携の状況などについて調査を行った。統計学処理は、カテゴリー変数の群間の比率の差はカイ2乗検定、期待度数5未満ではFisherの正確確率検定を用いて行い、有意水準 $p < 0.05$ とした。本研究は当施設倫理審査委員会で審議・承認された後、実施した。調査票は個人や関係者が特定されないよう無記名とし、調査協力の諾否により不利益が被らないことを説明した。

【結果】対象看護師より得られた回答で、プロトコル導入後に体位呼吸療法(前傾側臥位、腹臥位)を実践したと回答のあった45件を有効回答とした。プロトコル導入前の体位呼吸療法実施経験:46%で、実施時間は2～3時間程度(81%)が最も多かった。プロトコル導入後、教育動画、実技演習による体位呼吸療法の意義・効果の理解:82%、(教育動画の理解:78%、実技演習の理解:100%)で、体位呼吸療法の継続実施時間は12時間以上となり有意に増加した($p < 0.05$)。マンパワーの変化について(導入前:<4人:76%、 ≥ 4 人:10%/導入後:<4人:18%、 ≥ 4 人:82%/ $p < 0.05$)で増加し、以前は看護師のみで実施していたが、導入後は看護師のみで実施(34%)、医師、臨床工学技士と共に実施(66%)となった。プロトコル導入前後で多職種カンファレンス実施状況、医師の指示後に実施、医師が患者・家族へ説明後に実施といったいずれの項目も有意に増加した($p < 0.05$)が、看護師のプロトコル理解の有無と多職種カンファレンス実施状況に関連はなかった($p = 1.0$)。プロトコルでは、初回実施時15分間観察としているが、プロトコルを理解しているにも関わらず、57%で実施できていなかった。

【考察】プロトコル導入後、看護師の理解は良好で、特にポジショニング変更手順など実技に関して良好な理解を示した。その結果、実施時間は有意に増え、多職種協働も以前より行っており、プロトコルの導入と教育は概ね妥当であった。その反面、ポジショニング変更後(初回)の観察が不十分で、プロトコル遵守といった点は改善が必要である。プロトコルの導入後で多職種カンファレンスの実施は有意に増えた。これは、プロトコルを通して看護師の理解、認識、実践の変化だけでなく、医師、臨床工学技士など多職種の認識も変化したことが大きな要因である。今後はプロトコル遵守率を上げ、より一層安全な体位呼吸療法が提供できるよう取り組む必要がある。

【結論】プロトコル導入後に看護師は体位呼吸療法標準化のプロトコルについて良好な理解を示し、多職種と連携しながら体位呼吸療法を重症患者へ提供することができていた。プロトコルのブラッシュアップと遵守、スムーズな多職種協働、継続的なスタッフ教育が持続できるような仕組み作りが課題である。

4:06 PM - 4:18 PM (Sat. Jun 11, 2022 3:30 PM - 4:30 PM 第7会場)

[O7-04] 集中治療室と一般病棟の看護師が認識する集中治療後症候群の予防に対する看護実践の重要度と実践度の実態

○内海 玲^{1,2}、中村 美鈴³ (1. 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻、2. 東京慈恵会医科大学附属病院、3. 東京慈恵会医科大学)

Keywords: 集中治療後症候群、ICU看護師、病棟看護師、PICS予防に対する看護実践

【目的】集中治療後症候群(以下、PICSと記す)(Needham et al., 2012)の予防は治療を要する環境において継続的な看護実践が必要であり、本研究では集中治療室(以下、ICUと記す)から一般病棟での療養環境に焦点を当てる。ICUや病棟ではPICS予防に対する看護実践がどの程度重要と捉え実践しているのか、継続的な看護実践がおこなわれているのか実態を明らかにしPICS予防を強化していくための看護実践の示唆を得ることが目的である。

【方法】研究対象者: 研究承諾が得られた病院のICUと一般病棟の看護師。対象施設: 全国の特定集中治療管理料1・2の届出がされている病院の集中治療室と後方病棟。調査項目: 自作の質問票による調査であり、先行文献からPICS予防に効果的である実践を抽出し原案を作成した。質問は計34項目となり、意識状態・呼吸状態・鎮痛鎮

静・せん妄・早期離床・家族への対応・引き継ぎによる情報共有・患者と家族への情報提供に関する項目で構成した。重要度と実践度は4段階のリッカート方式を採用、得点が高い方が重要である、実践しているとした。ICUと病棟共通の質問票での調査であり、0.わからないを選択肢に加えた。

分析方法:SPSS ver.26を用い、研究目的に則して分析した。

倫理的配慮:所属大学の倫理委員会の承認を得た後、対象施設に研究協力の同意を確認した。質問票は無記名自記式とした。

【結果】研究承諾を得た病院は23病院、1049名に質問票を配布した。回収数287部(回収率27.4%)であり、281部(有効回答率97.9%)を分析対象とした。ICU看護師133名(以下ICUと記す)、病棟看護師148名(以下病棟と記す)、看護師経験年数10年目以上の対象者が全体の64.1%、各部署での平均経験年数はICU5.2±3.85年、病棟3.3±2.98年であった。

PICSの認知度は有意確率0.05未満でICUの方が高かった。

PICS予防に対する看護実践の総得点(最大136点/最小34点)の平均は、重要度がICU124.92点、病棟124.34点、実践度がICU103.94点、病棟102.28点であった。ICUと病棟の間で各質問項目の中央値の比較を行ない、重要度と実践度共に大半の項目で差は認めなかった。ICUと病棟共に実践度の質問項目において特に得点が低い項目は、引き継ぎによる情報共有、患者と家族への情報提供に関連する項目であった。

【考察】ICUと病棟看護師共に、ICUと病棟間の引き継ぎや、PICS予防に関する患者や家族への情報提供の項目の実践が十分にできていないと認識しており、PICS予防として情報共有や情報提供がされていない現状が推察された。理由としてPICSの認知度の不足、人的資源の不足や業務量の多さから時間の確保が難しく十分な情報共有・情報提供や継続的な支援ができていない、COVID19の感染拡大防止のためICUと病棟間での行き来が制限されている、情報共有に関するシステムが整備されていないなどが考えられる。PICSからの回復過程は連続的であり、ICU退室後も継続して一貫したケアが必要であるため(Inoue et al., 2019)、今後情報共有や情報提供システムの改善の検討、パンフレットを用いたPICS予防に関する教育の必要性が示唆された。

【結論】ICUと病棟看護師共に、ICUから病棟への引き継ぎや、PICS予防に関する患者や家族への情報提供の項目の実践が十分にできていないと認識していた。ICUと病棟の双方において、情報共有ツールやパンフレット等の活用方法を検討し、引き継ぎによる情報共有や患者家族への情報提供を行い、継続的に支援していく体制の整備がPICS予防を強化するために必要であることが示唆された。

4:18 PM - 4:30 PM (Sat. Jun 11, 2022 3:30 PM - 4:30 PM 第7会場)

[O7-05] タスクシフト/シェアにより変化する救急外来における急性・重症患者看護専門看護師の実践

○大田 麻美¹、益田 美津美² (1. 日本赤十字社 伊勢赤十字病院、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

Keywords: タスクシフト/シェア、救急外来、急性・重症患者看護専門看護師

〔緒言〕近年、超高齢化社会や急病患者的増加により、地域包括ケアまでも行える救急医療体制の再構築が求められている。加えて、医師不足や医師の過剰業務是正の動きからタスクシフト/シェアについても検討が進められている。

〔目的〕本研究の目的は、タスクシフト/シェアにより変化する救急外来におけるCCNSの実践を明らかにすることである。

〔方法〕対象は、救急外来での業務に現在従事しているもしくは、特定行為研修開始後の2015年以降に救急外来業務に過去従事していたCCNSとした。研究デザインは質的記述的研究デザインとし、半構造的面接を実施した。分析方法は、木下の提唱する修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach: 以下,M-GTA) の理論的基盤に沿って分析を行った。本研究は、研究者が所属する機関の倫理審査委員会の承認を受けて実施し、対象者には口頭と文書を用いて研究目的、個人情報保護を説明し同意書への署名をもって同意とみなした。

〔結果〕対象者は11名(男性4名、女性11名)、CCNS経験年数は5.5±2.6年であった。分析の結果、121概

念, 35サブカテゴリー, 11カテゴリー, 2コアカテゴリーが生成された。

救急外来の CCNSの実践の基盤となっているものは, 【救急看護が変化しても CCNSが行う看護は揺るがず】, 【救急患者の利益を看護の側面から追求し続ける】ことであった。CCNSはタスクシフト/シェアにより【看護の形が曖昧になりなんでも屋になることを危惧して】いた。一方で, CCNS自身も【患者にとって CCNSが特定行為をするか否かどちらが最適解かを思案し】, 【CCNSの本質を見失うことなく組織の最適化を模索し】ながら, タスクシフト/シェアが持つ意味を探求していた。そして, 看護師に対して【特定行為を行う看護師が医行為を行うとともに確固たる看護観を持てるようサポートし】, CCNS自身の経験から【自らの経験を生かして様々な立場にある看護師を支援する】ことに繋がっていた。さらに, 【再構築の真ただ中にあってもチームで救急患者を救えるように多職種間の潤滑剤となり】, 【病院や医師らの持つアイデンティティを理解した上で体制を整備して】いた。また, 【過渡期にある救急医療の質を担保し変化をネガティブにしない働きかけ】を行っていた。

これらは, 救急外来における《果たすべき役割の遂行》であり《ケアとキュアの融合により厚みを増す看護》へと繋がっていた。

〔考察〕CCNSは, 自らが持つ能力や役割を生かし, CCNSの本質と変革者としての姿勢を見失うことなく, 変化する救急医療体制において着実に働きかけ, ケアとキュアが融合した看護の提供へと導いていた。この医行為と看護ケアの融合は, クリティカルケア看護師の重要な専門性であり(井上, 2011), 救急看護師が医行為を担うことは, 看護の専門性を高め患者・家族に寄り添い続けることを可能にする看護に繋がっていくと言える。そして, タスクシフト/シェアをより患者に利益のある変化とするため法改正を含めた検討を続ける必要があり, そのためにも, 看護の専門性とは何かを追求し, それを周囲と共有していく必要があることが示唆された。

本研究は, 公益財団法人村田学術振興財団研究助成(No.M21助人007)を受け実施した。

〔文献〕井上智子. (2011). 看護師の役割拡大とクリティカルケア領域での未来像—特定看護師(仮称)創設の動きの中で—.日本クリティカルケア看護学会誌, 7(1), 1-7.

一般演題（オンデマンド）

[W1] 一般演題 WEB（オンデマンド配信）

Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題（オンデマンド配信）

[W1-01] 早期人工呼吸器離脱に向けての取り組み「人工呼吸器装着患者の実態調査」

○高橋 佳樹¹、有馬 明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

[W1-02] ハイケアユニットで働くスタッフの、SAT/SBTに関する意識調査

○有馬 明¹、高橋 佳樹¹（1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院）

10:20 AM - 10:40 AM

[W1-03] 「侵襲的陽圧換気の設定の変更」を活用した入浴介助の例

○奥山 広也¹（1. 山形県立中央病院）

10:40 AM - 11:00 AM

[W1-04] COVID-19下において演習を含む科目をハイブリッド教育で受けた学生の不安とスキル獲得への期待

○田中 智子¹（1. 大阪青山大学）

11:00 AM - 11:20 AM

[W1-05] COVID-19非挿管患者のセルフプローンの実施に向けて －効果的な援助用具の選択と効果について－

○清水 尋¹、板垣 弘美¹、山本 奈々¹、越智 貴子¹（1. 市立池田病院）

11:20 AM - 11:40 AM

[W1-06] COVID-19流行時における重症患者家族の面会への取り組み －危機回避のための精神的ケアの重要性－

○平尾 由美子¹、須崎 大¹、川口 祥子¹（1. 済生会横浜市東部病院）

11:40 AM - 12:00 PM

[W1-07] 重症 ARDS患者に対し少人数で腹臥位への体位変換を行う際の事故予防策の実態

○赤木 夏海¹（1. 東京都立広尾病院 看護部）

12:00 PM - 12:20 PM

[W1-08] ICUに勤務する看護師の患者の尊厳を守るための看護実践に関する研究

○浦山 いづみ¹、山澄 直美²（1. 長崎みなとメディカルセンター、2. 長崎県立大学）

12:20 PM - 12:40 PM

[W1-09] 救急外来で自殺企図患者を看護する看護師の態度に関連する要因についての文献検討

○伊藤 美智子¹、牧野 夏子²（1. 名古屋学芸大学看護学部、2. 札幌医科大学附属病院 看護部）

12:40 PM - 1:00 PM

[W1-10] ICU新卒看護師の組織社会化を促進する要因

○吉田 真寿美¹、清水 玲子²、村角 直子²（1. 金沢医科大学病院、2. 金沢医科大学大学院看護研究科）

1:00 PM - 1:20 PM

[W1-11] 「小児集中治療に携わる看護師のためのクリニカルラダー」を活用したPICU看護師の育成

○篠原 実加¹、辻尾 有利子¹、井林 寿恵¹（1. 京都府立医科大学附属病院 看護部 PICU）

1:20 PM - 1:40 PM

[W1-12] 「小児の気管挿管介助ルーブリック」の開発と教育評価

○吉井 恵¹、辻尾 有利子¹、篠原 実加¹、井林 寿恵¹（1. 京都府立医科大学付属病院）

1:40 PM - 2:00 PM

[W1-13] 心臓血管外科開心術後患者の術後管理に関するシミュレーション教育の効果

○飯田 理沙¹、寺島 大貴¹、櫻井 真愛¹、岩瀬 夏子¹、大場 幸子¹（1. 順天堂大学医学部附属浦安病院）

2:00 PM - 2:20 PM

[W1-14] 記憶のゆがみに着目した PICSの早期発見・回復のための教育プログラム実施
ー一般病棟看護師の看護実践の変化ー

○吉井 裕子¹、林 優子²（1. 大阪医科薬科大学病院 看護部、2. 前関西医科大学大学院 治療看護分野クリティカルケア看護学領域）

2:20 PM - 2:40 PM

[W1-15] 重症外傷患者の看護に対するクリティカルケア領域の熟練看護師の学習
ニーズ

○小川 謙¹、牧野 夏子²、中村 恵子³、菅原 美樹⁴（1. JCHO北海道病院 看護部、2. 札幌医科大学附属病院 看護部、3. 札幌市立大学、4. 札幌市立大学看護学部）

2:40 PM - 3:00 PM

[W1-16] クリニカルシナリオと心不全手帳導入による心不全患者への効果的なセルフ
ケア支援への取り組み

○齋藤 瑳也伽¹（1. 株式会社日立製作所 日立総合病院 看護局CCU）

3:00 PM - 3:15 PM

[W1-17] 救急初療看護師のキャリアディプロップメント
ー高齢患者への看護実践に焦点をあててー

○山崎 千草¹（1. 東京女子医科大学病院）

3:15 PM - 3:30 PM

[W1-18] 急性期領域における認定看護師のコンピテンシーを形成する要素

○河合 桃代¹、藤野 智子²、清村 紀子³（1. 帝京平成大学ヒューマンケア学部看護学科、2. 聖マリアンナ医科大学病院、3. 大分大学医学部看護学科）

3:30 PM - 3:45 PM

[W1-19] ICU看護師の Work Engagementに影響する要因

○春名 美恵¹、城丸 瑞恵²（1. 日本医療大学 保健医療学部 看護学科、2. 札幌医科大学 保健医療学部 看護学科）

3:45 PM - 4:00 PM

10:00 AM - 10:20 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-01] 早期人工呼吸器離脱に向けての取り組み「人工呼吸器装着患者の実態調査」

○高橋 佳樹¹、有馬 明¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: 人工呼吸器、離脱、調査

【目的】当院 CCUは、心不全治療が困難となり人工呼吸器装着を余儀なくされた患者や、超急性期を脱した後人工呼吸器が離脱できない患者を看ることが多く、人工呼吸器からの離脱については主治医の判断に一任しており、人工呼吸器装着期間が長期になることや、離脱までの過程もさまざまであると感じている。そこで、当院 CCUでは安全かつ早期の人工呼吸器離脱を目指すために、鎮静覚醒トライアル（以下 SATとする）/自発呼吸トライアル（以下 SBTとする）プロトコルの導入をしたいと考えている。そのために、まずは2020年の人工呼吸器管理となった患者の実態を調査したいと考えた。人工呼吸器装着患者の実態調査を行い得られた結果をもとに、早期の人工呼吸器離脱、SAT/SBTプロトコル導入に向けて対策を行い、看護ケアの向上、安全な医療の提供につなげていきたい。

【方法】対象は2020年1月～12月までに当院 CCUに入室した人工呼吸器装着患者を対象とした。調査項目は患者背景、入室・入院状況、人工呼吸器に関する項目、鎮静・鎮痛に関する項目、血液データに関する項目、および抜管後に関する項目に関して独自の調査用紙を用いて調査し記述統計を行った。本研究は院内看護研究倫理推進委員会の承認を得た。対象者にオプトアウトを提示し、調査用紙は個人名が特定されないように暗号化し、第三者が閲覧できないようにした。

【結果】対象期間中に CCUに入室し人工呼吸器装着した患者数は延べ39例であった。そのうち抜管できた症例は19例であり、抜管に至らなかった症例は14例。抜管後に再挿管となった症例は3例、抜管できずに気管切開を行いその後人工呼吸器離脱した症例が3例あった。全症例の平均人工呼吸器装着期間は24.2日。抜管できた症例で挿管期間の平均は6.6日であった。全症例のうち人工呼吸器装着中に人工呼吸器設定を CPAPにして SBTを行っている症例は12例(約30%)で、人工呼吸器装着中に鎮静剤の増減（SAT）を行っていた症例は2例(約5%)であった。抜管が行えなかった症例で、抜管できなかった原因として多かったのは低酸素脳症で自発呼吸が確認できなかった症例で6例あった。

【考察・結論】今回の調査で当院 CCUでは SBT実施率が低く、さらに SATに関してはほとんど行っていないということが分かった。人工呼吸器離脱に向けたプロトコルはいくつか提唱されており、人工呼吸器離脱に際して SBTと SATを組み合わせることで人工呼吸器装着期間や、在院日数の短縮、人工呼吸器関連肺炎（VAP）の減少などを認めている。人工呼吸器装着期間は疾患や病態によってばらつきがみられたが、どの症例でも人工呼吸器装着後に早期から離脱に向けた評価・取り組みを行っていく必要があり、当院 CCUで SAT/SBTプロトコルの作成・導入を行うことで人工呼吸器の早期離脱につながられるのではないかと考える。

10:20 AM - 10:40 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-02] ハイケアユニットで働くスタッフの、SAT/SBTに関する意識調査

○有馬 明¹、高橋 佳樹¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: SAT/SBT

【目的】

当院 CCUはハイケアユニットである。当院 CCUには、SAT/SBTのプロトコルが存在しておらず、早期抜管に関するスタッフの意識が低い可能性があると考えた。そこで、スタッフの意識調査を行い、スタッフの現状を明らかにすることで、呼吸器離脱を安全かつ円滑に進めるための問題点を抽出したいと考え、本研究に取り組むこととした。

【方法】

人工呼吸器離脱に関する3学会合同プロトコルを参考にし、独自で作成した意識調査用紙を用いて、当院 CCU スタッフ31名にアンケート調査。調査内容は、SATに関する意識・知識・観察項目・鎮静剤の使用状況。SBTに関する意識・知識・観察項目。SATやSBTに取り組むにあたっての不安。

当院倫理審査委員会の承認を得て、対象者に対して研究目的、協力は自由意志であること、また協力が得られなくても不利益を受けないことについて口頭と書面による説明を行い、承諾を得た。アンケートは無記名とした。回答後も撤回できることも説明し、公表によって個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

アンケートに回答のあった30名を対象とした。呼吸器患者経験年数平均3.63年。経験年数平均以下が21名。「呼吸器離脱に取り組んでいたか」の問いに19人が「常に」「概ね」と回答。経験年数4年目以上のスタッフは全員「常に」「概ね」と回答。

SATに関する項目では「SATという言葉を知っているか」の問いに15名が知っていると回答。観察項目を聞いた設問でも、睡眠状況・せん妄の項目が、15名と他と比べ低い値となった。SBTに関する項目では、観察項目を聞いた設問でどの項目も高い値となった。しかし、不安に関する項目で「訓練開始基準がわからない」「対処が必要な時どうしてよいかわからない」の項目が高かった。

【考察・結論】

SATに関して、睡眠状況・せん妄の状況の意識が低いため、昼夜で鎮静剤の調整を行ってもらえるように指導が必要である。SBTに関しては意識が高いことが分かったが、経験不足、プロトコルがないことから「開始・中止基準」「対処」の部分で不安があることが分かった。勉強会や指導を行う必要はあるが、ほとんどが4年以下のスタッフであるため、知識・技術に左右されないプロトコルの作成が必要でないかと考えるに至った。

10:40 AM - 11:00 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-03] 「侵襲的陽圧換気の設定の変更」を活用した入浴介助の例

○奥山 広也¹ (1. 山形県立中央病院)

Keywords: 特定行為、侵襲的陽圧換気の設定の変更、入浴介助

【目的】特定行為研修制度が始まり、研修修了者は3,307人（2021年4月時点）になった。しかし特定行為を活用する体制整備が困難であるという看護管理者や、学んだことを活用できないという修了生も多いといわれている。国内において特定行為に関する論文報告は少なく、具体的にどのように特定行為を看護ケアに活用できるか模索している看護師は多いと考えられる。そこで今回、人工呼吸器管理を要する患者に対して、Air Liquide Medical Systems（フランス）社製、人工呼吸器 MONNAL T60を使用し、特定行為「侵襲的陽圧換気の設定の変更」を活用し入浴介助を行った症例を経験したため報告する。

【倫理的配慮】本研究は当院の倫理審査委員会の承認を得ている。

【事例紹介】50歳代男性で脳幹出血を発症し集中治療室に入院された。JCS 100であり気道管理と呼吸管理が必要であったため侵襲的陽圧換気を導入した。自発呼吸が弱く、侵襲的陽圧換気からの離脱は困難であったため、気管切開術を施行し、第16病日に一般病棟に転棟となった。

【入浴の実際】当該病棟の看護師から依頼を受けたクリティカルケア認定看護師が、事前に患者の情報収集を行い、入浴が可能であると判断した。当該病棟看護師と入浴時刻を調整した。ベッドサイドでは人工呼吸器 Servo i を使用していたが、入浴時に MONNAL T60へ変更した。湿気や水濡れ対策として MONNAL T60を吸排気孔を塞がないようにしつつ、透明ビニールで覆った。その他に、浴槽と十分な距離をとり、空調を強化した。また、入浴中は生体情報のモニタリングが持続的に把握しにくいいため、呼吸回数や呼吸の深さ、胸郭の動きの左右差、呼吸補助筋の使用の有無、意識レベル、気道分泌物の有無、橈骨動脈の拍動の強さを継続的に確認した。入浴に伴う身体への負荷を考慮し、人工呼吸器設定を同期式間欠的強制換気モード（従圧式）：F_IO₂30→40%、調整圧 8 cmH₂O、換気回数 10→15回/分、サポート圧6→8 cmH₂O、PEEP 6 cmH₂Oに調整した。クリティカルケア認定看護師が気道、呼吸、循環の管理を、当該病棟の看護師2人が全身を洗浄した。バイタルサインや身体所見の悪化

なく入浴を終えることができた。

【考察】①安全面、②看護ケア、③看護師や医師の負担軽減の3つの視点から考察する。①安全面ではさらに1) 患者管理と2) 機器管理にわけられる。入浴中は生体情報モニターを持続的に使用しにくいいため、身体所見から患者状態を把握する必要がある。特定行為研修で学んだ臨床推論や日常業務で培ってきたアセスメント力によって、患者の身体所見から患者の状態を推察し、入浴が続行可能かどうかの判断を行うことができた。機器管理については、浴室という水濡れのリスクや湿度の高い環境下で精密機器を使用せざるを得なかったが、機器の特徴や取り扱い時の注意点を理解して水濡れ対策を行ったことで安全に使用することができたと考える。②看護ケアの視点では入浴によるリラクゼーション効果を長期臥床患者にもたらすことができたと考える。さらに快刺激を促し、患者の持つ自己回復力の促進につながったかもしれない。③スタッフの負担軽減において、これまで侵襲的陽圧換気中の患者を入浴させることは技術的にもマンパワー的にも困難だったと推測される。そこで特定行為研修修了者が患者と機器の管理を包括的に行うことで、医師および看護師の負担軽減につながったと考えられる。

【まとめ】特定行為を活用することで、看護ケアの拡大が本症例のような形で実現され、患者の生活の質を向上させる一つの手段になる可能性がある。

11:00 AM - 11:20 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-04] COVID-19下において演習を含む科目をハイブリッド教育で受けた学生の不安とスキル獲得への期待

○田中 智子¹ (1. 大阪青山大学)

Keywords: COVID-19、ハイブリッド教育、演習

【目的】

全世界では、学生を COVID-19から守るために緊急措置として遠隔教育を導入した。しかし、コロナ禍収束後もニューノーマルな教育の形態として対面授業と併用されることも視野に入れる必要がある。そのため、ハイブリッド教育での演習を含む科目受講学生の科目に対する期待と不安感・負担感・孤独感の存在を研究目的とする。

【方法・分析の概要】

A大学の研究倫理委員会の審査を受け【衣笠-人-2020-50】「研究基礎」を受講した118名を研究対象とした。授業前後で行った自由記述を KHCoderで分析を行った。表参照。

【結果】

授業前の総抽出後は、不安19363、期待7795であった。授業後の総抽出後は、不安10459、期待4383であった。表参照。

【考察】

「不安」は上位頻出後・共起関係に表れなかった。「不安」の文脈には「友人ができない」や「友人と授業中にコミュニケーションが取れない」で表現された。授業前の不安は①人が多い通学中の電車など感染の不安はあるが対策を行い、対面授業で友達を作り、人と直接会って話したい② Zoomだと先生に質問が難しく、すぐに回答がもらえるかが不安だという文脈であった。感染への不安はあるが、友人を作り、話す機会を欲しており、教員の質問返答即時性を望んでいた。授業後の不安は①人と接しないようにしている反面②対面のほうが話しやすく、対面授業で友人作りや話がしやすい③ Zoomでもスキル修得に不安がない反面、友人作りと先生への質問が難しい③対面授業で友人を作れ、話ができて、友人と協力し合って自分を成長させられるという文脈であった。演習は対面でも Webでもハイブリッドでもスキル修得に不安はないが、友人・教員とのインタラクションという意味で対面授業を望んでいた。授業前の期待は、①先生は Webでも対面でも見ていてくれると思うから不安はなく、②考えや意見の違う人と教えあって自分を成長させたい③友人と授業の問題解決に助け合い協力することは大切だという文脈であった。授業後の期待は、①自分が難しいと感じた新しいことを共有し、学ぶことが大切②論文を書くことは卒論に役立つため必要で、そのスキルは意見の違う、考え方をみにつける③教えあうことで考え方の違う人の意見を学べたという文脈であった。

【結論】

学生は、演習を含む科目であっても Web で技術修得が可能だと考えているが、対面授業で友人をつくり、友人とのインタラクションの中で自己を成長させることを望んでいた。

11:20 AM - 11:40 AM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-05] COVID-19非挿管患者のセルフプローションの実施に向けて

－効果的な援助用具の選択と効果について－

○清水 尋¹、板垣 弘美¹、山本 奈々¹、越智 貴子¹ (1. 市立池田病院)

Keywords: COVID-19、セルフプローション、苦痛緩和、援助用具

【目的】

腹臥位療法は COVID-19 患者に対しても有効とされており、非挿管患者に対しても効果が認められてきている。第5波では今まで重症化リスクとされていた基礎疾患に加え BMI も重症化リスクであった。しかし腹臥位療法開始当時は看護師間で実施時間の認識が薄く、援助用具の使用にも個人差があり、1日45分程度であった。

硝子体の手術後は腹臥位用枕＋腹部マットレスTM(以下腹臥位用枕)を用いて24時間以上の腹臥位保持が必要とされる。腹臥位用枕を腹臥位療法に用いることで、より安楽に時間の延長が可能となり重症化の予防に繋がると考えた。

【方法】

期間：2021年6月1日～10月30日

対象者：COVID-19に罹患した認知力の低下のない酸素投与中の患者(NHF、人工呼吸器を除く)

測定日：腹臥位療法開始日

人数：9名

方法：病棟全看護師に腹臥位療法の方法を統一するため勉強会を実施。

従来から使用しているヴィスコフロート ミニマットレスTM(以下ヴィスコフロート)と腹臥位用枕を最低30分使用、各5分後、15分後、30分後、腹臥位終了後の P/F 比、呼吸回数、苦痛症状(喀痰・咳嗽の有無、腰痛、肩こり、頸部痛、胸腹部の圧迫感)を観察した。苦痛症状は0:全く苦痛がない、1:苦痛がない、2:少し苦痛がある、3:苦痛がある、4:とても苦痛がある、5:最も辛い状態、の5段階のスケールで観察した。

倫理的配慮:当院の倫理委員会の承認を得た。

【結果】

腹臥位実施時間はヴィスコフロートでは中央値40分(30分～60分)、腹臥位用枕では中央値38分(30分～90分)であった。1日あたりの腹臥位療法実施時間は中央値77.5分(65分～142分)であった。また腹臥位療法開始前から終了時の P/F 比の改善率は、ヴィスコフロートが中央値118%(84.6%～138.7%)、腹臥位用枕が中央値114.3%(100%～152.4%)であった。呼吸回数の改善率は、ヴィスコフロートが中央値114%(50%～230%)、腹臥位用枕が中央値100%(50%～150%)であった。

苦痛症状の最大値はヴィスコフロートでは、腰痛が1で1名、頸部痛が2で2名、肩こりが2で3名、胸腹部の圧迫感が4で1名、苦痛が0は2名であった。腹臥位用枕では腰痛が1で2名、頸部痛が3で1名、肩こりが2で1名、胸腹部の圧迫感が4で1名、苦痛が0は2名であった。

BMIが25以上の患者は9名中5名であり、そのうち3名はヴィスコフロートが良いと回答した。また BMIが25以下の患者4名は全員腹臥位用枕が良いと回答した。

重症化率を比較したところ挿管した患者は第4波では18人で47%であったが、第5波は3人で17%であった。

【考察】

ヴィスコフロートと腹臥位用枕の比較では P/F 比と呼吸回数の改善率に有意差はなかった。苦痛症状は両方とも5になることはなく、ほとんどが2以下であり、苦痛を緩和出来たと考える。

BMI高値の患者は腹臥位用枕よりヴィスコフロートを好む傾向にあった。BMIが高値であると枕に接する面積と体重による圧力が増すが腹臥位用枕は面積が小さく、その分身体への圧力が増し胸腹部の圧迫感に繋がったと考

える。

第4波と第5波では重症化率は大幅に減少している。腹臥位療法の実施時間は1日45分が中央値77.5分まで延長できた。勉強会の実施や腹臥位療法のお互いの啓蒙により看護師の意識変化が起こったことで実施時間が延長され、重症化予防の要因の一つになったと考える。

【結論】

ヴィスコフロートと腹臥位用枕の比較では P/F比と呼吸回数の改善率、苦痛緩和における有意差はなかったが援助用具の使用自体は苦痛緩和に繋がった。

BMI高値の患者はヴィスコフロートが苦痛緩和に効果的であった。

援助用具を使用することで苦痛が緩和され看護師の意識変化により腹臥位療法の実施時間が延長し、重症化率は減少した。

11:40 AM - 12:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-06] COVID-19流行時における重症患者家族の面会への取り組み ー危機回避のための精神的ケアの重要性ー

○平尾 由美子¹、須崎 大¹、川口 祥子¹ (1. 済生会横浜市東部病院)

Keywords: COVID-19、重症患者・家族ケア、面会方法

【目的】新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に伴い、政府は2020年3月「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」を提示した。当院では面会を原則禁止とし、その対象はCOVID-19ではない重症患者も同様であった。Emergency Intensive Care Unit（EICU）の入室患者家族の精神的ケアとしてオンライン面会を実施した。しかし、患者が意思疎通を取れない場合は、オンライン面会のみでは精神的危機を回避するためのケアに限界を感じ、感染対策を実施しながら直接面会を行った。今回、感染対策室と連携し面会制限の中でも、重症患者家族の精神的ケアのための面会方法について検討したので報告する。

【方法】2020年3月～2021年11月までにEICUに入室した症例で、直接面会とオンライン面会について診療記録から関連する場面を抽出し、COVID-19流行期の面会制限の中での面会実施方法について検討をする。本研究は所属病院倫理委員会の承認を得たうえで実施した。

【結果・考察】症例1）COVID-19重症患者の面会方法 A氏、60歳代男性。COVID-19重症肺炎にて人工呼吸器管理し入院。同居家族は全員陽性であった。一度肺炎像が改善し抜管したが、再度呼吸状態悪化し人工呼吸器管理となった。家族へは入院後に電話での病状説明のみ行われていた。亡くなる前日、家族は行政から指示された自宅療養期間は残り2日であった。その中で、病態が悪化している患者をケアする医師と看護師から直接面会させる方法はないかと意見が強く聞かれた。行政に相談をし、面会は感染対策室の判断にゆだねられ、直接面会を実施した。当院までの移動手段、院内での移動動線、個人防護具の着脱介助、面会時は家族の健康観察、病室以外の休息の場所を確保した。亡くなる前日と当日に直接面会を実施し、家族からは「聞くのと会うのでは全然イメージが違いました」「亡くなるのは悲しいですが、最後に家族で過ごせたことは忘れません」と発言が聞かれた。A氏の退院後、看護師だけではなく医師・コメディカルからも、意思疎通が取れた時期に面会することや、感染対策し直接面会を可能とする検討が必要ではないかと意見が聞かれた。その後、感染対策室と連携してオンライン面会の導入と共に、オンライン面会と直接面会への併用について模索を開始した。症例2）COVID-19以外の重症患者の面会方法 B氏 20歳代男性。ロードバイク走行時に転倒し、頸髄損傷にて入院。明らかな頭部外傷はなかったが、入院時は意識障害を認めた。両親、特に母親の動揺が激しく感情の表出も乏しく、家族の希望もあり現状の受け入れのため、一時的に入院日より毎日直接面会を実施した。直接面会時には担当看護師や公認心理士が密に関わり、徐々に感情の表出を認めた。B氏の病状の安定、回復を実感できるようになる頃から、週1回の直接面会とその間にオンライン面会を挟む方法へ移行した。その後、移床する一般床ではオンライン面会のみなため、それに慣れるように徐々にオンライン面会のみにしていった。B氏との関りから、看取りだけではなく精神的危機を回避のために、特に入院初期の状況把握へのニーズが高い時期に、家族の希望がある場合には直接面会が必要であるとチームで判断した。これらの症例をきっかけに、救命センター・感染対策室・看護部の承諾を

得て作成した EICU の面会ルールを作成した。

【結論】① COVID-19 流行期も家族にスタッフと同様な感染対策を実施してもらえば、直接面会が行える可能性がある。② 重症患者家族は看取りだけではなく、状況把握へのニーズが高い入院初期に家族の希望がある場合、感染対策をして直接面会をしてもらうことは、精神的ケアには重要な可能性がある。

12:00 PM - 12:20 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-07] 重症 ARDS 患者に対し少人数で腹臥位への体位変換を行う際の事故予防策の実態

○赤木 夏海¹ (1. 東京都立広尾病院 看護部)

Keywords: 腹臥位療法、少人数、事故予防

【目的】重症 ARDS 患者に対し少人数で腹臥位への体位変換を行う際に、看護師が事故予防策として実施している内容を明らかにする。

【方法】研究デザイン：実態調査型研究。研究期間：2021年8月～10月。研究対象者：研究期間内に A 病院救命救急センターに所属し研究参加に同意した看護師27名。調査方法：無記名自記式質問紙調査、観察調査。分析方法：回答及び観察調査項目の基本統計量を算出し、腹臥位療法実施前後に測定したバイタルサイン(以下:VS)結果を分析した。p値0.05未満を有意水準とした。倫理的配慮：本研究は A 病院倫理委員会の承認を得た。用語の定義：少人数とは、「2人または3人」とする。

【結果】質問紙調査：調査票は27件配布し、回収率88.8%であった。体位変換を少人数で行うか判断する際に注意している点として、「患者に挿入されている物の数・位置」と答えた者が10名と最も多く、次いで「患者の不穩の有無」「患者の VS」で、「患者の体重」と回答した数は最も少なかった。観察調査：観察対象は50件で、調査中の事故発生はなかった。全件に挿管チューブ、末梢静脈ライン、動脈ライン、尿管、胃管が挿入されていた。体位変換の実施人数は3人の場合が37件(74%)と最も多く、50件の体重は116.0～55.0kgであり、4人で体位変換を実施した症例は体重が116kgの患者、ブラッドアクセスを挿入している患者の3件であった。体位変換前の処置は「話し合い」「末梢静脈ラインのロック」が100%、「吸引」「テープ貼付部位の観察」「保湿」は90%以上実施されていたが、「鎮静剤のフラッシュの有無」については48%であった。フラッシュをした理由として、「直前に不穩動作を認めた」「これまでに体位変換や吸引等で刺激を与えた場合不穩動作を認めた」があがった。体位変換中の手技は「挿管チューブ・動脈ラインが下敷きにならない体位変換の向き」「挿管チューブの保持」の実施率が90%以上であった。VS結果を前後比較し、脈拍数は実施前の平均スコアが77.96、実施後80.18、 $p=0.002$ と有意差を認めた。観血的動脈圧、呼吸数には有意差を認めなかった。

【考察】体位変換前に看護師が注意していた点として、「患者の挿入物の数・位置」が最も多かった。理由としては、重要ライン類が多い場合それらを保持しながら少人数で体位変換を行うことは困難だからである。実際に人工透析中の症例に対しては4人で体位変換が実施されていたことから、患者の挿入物の数・位置は把握しておくことが重要である。体位変換前の「話し合い」は、挿入物への対応、回転の向き、それぞれの役割等、スムーズに体位変換を進めるために、事前準備として必要である。不穩動作のある患者に少人数で体位変換を実施する場合は、より慎重に鎮静管理を行う必要があり、事前準備として鎮静コントロールの話し合いも必要と考える。50件全ての症例で事故発生がなかったことから、体位変換時に行った全ての処置は、事故予防策として妥当性が高いと考える。VSの前後比較は脈拍数のみ有意差を認めたが、脈拍数の増加は一回拍出量の減少に伴う交感神経活動の緊張によるものとされており、安全な範囲内での変化であったと考える。

【結論】少人数で腹臥位への体位変換を行う際には、「挿入物の数・位置」を把握し、実施前の話し合い、末梢静脈ラインのロック、吸引、実施前後のテープ貼付部位の観察等が事故予防策として実施されていた。

12:20 PM - 12:40 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-08] ICUに勤務する看護師の患者の尊厳を守るための看護実践に関する研究

○浦山 いづみ¹、山澄 直美² (1. 長崎みなとメディカルセンター、2. 長崎県立大学)

Keywords: 患者の尊厳、ICU、看護実践

【目的】

ICUに勤務する看護師が患者の尊厳を守るために行っている看護実践の内容を明らかにし、ICUにおいて患者の尊厳を守るために看護管理者が取り組むべき課題を考察する。

【方法】

ICUに勤務するICU経験年数3年以上かつ、臨床経験年数5年以上の看護師に対し質問紙を用いてデータを収集した。質問紙は、ICUに勤務する看護師が業務を行っている中で「患者の尊厳が傷ついた（傷つけられそうになった）」と感じた場面とその場面において患者の尊厳を守るために行っている看護実践の具体的内容を問う自由回答式質問と、個人特性（年齢、性別、看護師経験年数、ICU経験年数、倫理研修受講の有無等）を問う選択回答式質問および実数記入式質問により構成した。データの分析は、Berelson, B. の方法論を参考にした看護教育学における内容分析を用いた。本研究は、長崎県立大学一般研究倫理委員会の承認を得た上で実施した。質問紙は無記名とし、返送により研究参加に同意が得られたものとした。

【結果】

回収した質問紙のうち有効回答257を分析した。その結果、ICUに勤務する看護師が行っている看護実践の内容を表す42カテゴリが形成された。42カテゴリとは、【1. 患者の意思を尊重した治療や看護の提供に向けて看護師・医師・多職種と話し合う】【2. 意識レベル・年齢・緊急性に関わらず患者が治療・援助の内容や自身の状況を理解できるよう必要な内容を説明する】【3. 患者を見守る時間と人員を確保し可能な限り身体抑制を回避し、やむを得ず実施する場合には時間を最小限に抑える】などであった（表1）。

【考察】

ICUに勤務する看護師は、患者の尊厳を守るために家族や医師、同僚に働きかけ、尊厳の毀損の状況を最小限に抑える等の看護の基本的な援助を行っていた。また、どのような状況であっても患者を尊重し、「患者にとって何が必要か」という視点に基づいた看護の実践が患者の尊厳を守るために必要であることを示唆した。ICUの看護管理者は、42種類の看護実践の内容を、自身が管理する看護単位の看護師が患者の尊厳を守るために必要な看護の理解に向けて活用し、尊厳を守る文化を醸成していく必要がある。

【結論】

ICUに勤務する看護師が患者の尊厳を守るために行っている看護実践の内容42種類は、意思決定にかかわる看護実践、身体抑制にかかわる看護実践、プライバシーの保護にかかわる看護実践、医療者による尊厳の毀損に対する看護実践、患者の安楽を保持するための看護実践、チームとして患者の尊厳を守りながら治療や看護を提供するための看護実践という特徴を持つことを示唆した。

12:40 PM - 1:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-09] 救急外来で自殺企図患者を看護する看護師の態度に関連する要因についての文献検討

○伊藤 美智子¹、牧野 夏子² (1. 名古屋学芸大学看護学部、2. 札幌医科大学附属病院 看護部)

Keywords: 救急外来、自殺企図患者

【目的】救急外来に来院する患者の中には、自殺企図の結果として受傷し、搬送される患者もいる。そうした患者に対し、看護師は過度な肯定や否定を示す態度をとらず、適切な支援を提供する役割があるとされる。しか

し、態度とは考えやふるまいであり、様々な要因によって影響されると考える。そこで、救急外来で自殺企図患者を看護する看護師の態度に関連する要因を文献検討により明らかにすることとした。

【方法】医学中央雑誌 Web版と Pubmedを用いて検索した。医学中央雑誌 Web 版では期間は定めず「救急」、「看護」、「自殺」or「自傷」、「態度」をキーワードとし看護文献、原著論文を条件として検索した（最終検索：2021 年12月28 日）。Pubmedでは、同じく期間を定めず、「Emergency room」or「Emergency department」、「Nurse」、「suicide」or「self-harm」、「attitude」をキーワードとして検索した（最終検索：2021年12月28日）。論文言語は英文及び和文とし、抄録が掲載されているものとした。該当した論文から、救急外来で自殺企図患者を看護する看護師の態度に関連する要因が記述されているものを抽出し、検討した。倫理的配慮として公表されている文献のみを対象とし著作権に留意した。

【結果】検索した結果、医学中央雑誌 Web版で20件、Pubmedで154件が該当した。その中で、救急外来の看護師のみを調査の対象とし、自殺企図患者に対する看護師の態度に関連する要因を明らかにしたものを精査した結果、和文5件、英文4件となった。これら9件を対象文献として、救急外来に勤務する看護師の自殺企図患者に対する看護師の態度に関連する要因について検討した。対象となった論文は、すべて量的研究であった。結果、「年齢」と「経験年数」がそれぞれ3件で最も多かった。次いで「自傷患者に関する教育」が2件であった。その他、「宗教」「過去に看護した自傷患者の数」「コーピング」「看護師の精神健康度」「自殺危険度アセスメントツールの有無」「精神科医からの支援」「身近に自傷した者の有無」「身近に自殺した者の有無」などがあり、それぞれ1件であった。調査した項目で看護師の自殺企図患者への態度と有意な関連がなかったとした文献は2件であった。

【考察】救急外来で自殺企図患者を看護する看護師の態度に関連する要因として、年齢や経験年数が関連するとした研究が最も多かった。これは、自殺企図患者に接する機会の増加やその中での看護の成功体験などの影響と考える。さらに、年齢を重ねることで、看護師としての経験だけでなく個人として身近に自傷や自殺などに触れる機会や、自殺企図患者への向き合い方を考える機会などの経験が個人的要因としてあると推察される。また、自傷患者に関する教育については、その内容は明らかにされていなかったが、基礎教育と関連があったとしている文献もあることから、教育的要因も考えられる。他にも、看護師の精神健康度とも関連していたことや職場の支援環境とも関連していたことから、救急外来で自殺企図患者を看護する看護師の態度に関連する要因には、属性の要因、個人要因、教育要因、環境要因があると考えられる。

【結論】自殺企図患者を看護する救急外来の看護師の態度に影響する要因として属性要因、個人要因、教育要因、環境要因があった。これらから、救急外来で自殺企図患者を看護する看護師への支援として、教育と環境に焦点を当てて支援していくことが必要であると考えた。

1:00 PM - 1:20 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-10] ICU新卒看護師の組織社会化を促進する要因

○吉田 真寿美¹、清水 玲子²、村角 直子²（1. 金沢医科大学病院、2. 金沢医科大学大学院看護研究科）

Keywords: ICU、新人看護師、組織社会化

ICU看護師に求められる看護実践能力は、複雑な病態アセスメント、迅速な臨床判断、多職種連携、危機状態にある家族対応など多岐に渡り、新卒看護師が実践力を獲得することは困難を要する。ICU新卒看護師が実践力を発揮し職場に適応していくためには、組織の規範や価値を受け入れ、良好な人間関係を構築していくことが必要とされる。

【目的】本研究の目的は、ICU新卒看護師の組織社会化を促進する要因を明らかにすることである。

【方法】研究デザインは、質的記述的研究である。研究対象者は、看護基礎教育修了後直ちにICUに就職した、新人の段階にある1～3年目の看護師10名とした。データ収集期間は、2020年7月～8月。データ収集方法は、半構成的面接を実施した。調査内容は、卒後1年目について、組織社会化の構成要素である1.基本的姿勢と態度の形成、2.看護実践に必要な看護技術の獲得、3.安全に業務を行えるための行動、4.組織の規範や価値を理解して行動すること、5.組織の中で良好な人間関係を築くこと、6.自分が組織で役割を発揮すること、のそれぞれを促進

した要因を調査した。分析方法は、Berelsonの内容分析の手法を参考に質的帰納的に分析した。本研究は金沢医科大学医学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号:I516）。

【結果】研究対象者の概要は、性別は女性が7名、男性が3名、平均ICU経験通算年数は1年7か月であった。ICU新卒看護師の組織社会化を促進する要因として、14のカテゴリーが明らかとなった。《指導責任者から社会人としての心得を教わる》《人間関係を築く契機》《男性看護師同士のグループダイナミクス》《情緒面を支える組織風土の醸成》《問題解決を促す人間関係》《臨床実践能力獲得に向けた教育体制》《ICU看護の基盤固めに向けた主体性を促す教育》《ICU看護を修得するための段階的な教育》《自律した行動を導く経験学習》《責任を自覚した生命危機に直結する経験》《看護から得た自己効力感と成長の実感》《生命倫理に向き合う体験》《自己解決に繋がる防衛機制》《情緒面を支えるインフォーマルサポート》

【考察】ICU新卒看護師は専門性を踏まえた高度な看護実践能力が求められるため緊張感が高い。何でも聞ける安心感や辛い局面での励ましといった情緒的支援が受けられる組織風土は、職場適応を促し組織の中で良好な人間関係を築くために重要な要素であったと考える。気付きを促し主体性を育む教育は、自律性や自己研鑽力を養っていたと考えられる。また、教育者からの承認などコーチングを活用した教育は、ICU新卒看護師の主体性を支えており、教育者の資質や能力は新卒看護師の基盤形成に大きく影響すると考える。さらに、生命の危機状態にある重症患者の死への直面やデスカンファレンスを通して生命倫理に向き合い、人間の尊厳を重視する看護観を再構築していた。この看護観を体現できるよう支援し、実践経験を積み重ねることは、ICU看護の専門性を究めることに繋がるといえる。一方でICU新卒看護師は常に死と隣り合わせである生命の危機状態にある患者と向き合い、ストレスフルな状況にあり、心理的防御機制や仕事以外のインフォーマルサポートを用いながら経験的にストレスマネジメントをしていた。ストレスマネジメント教育により有効なコーピング方略が持てるよう支援することが離職防止に繋がると考える。

【結論】ICU新卒看護師に必要な教育支援として、組織風土の醸成、主体性を育む教育、教育者の育成、倫理教育、ストレスマネジメント教育の重要性が示唆された。

1:20 PM - 1:40 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-11] 「小児集中治療に携わる看護師のためのクリニカルラダー」を活用したPICU看護師の育成

○篠原 実加¹、辻尾 有利子¹、井林 寿恵¹（1. 京都府立医科大学附属病院 看護部 PICU）

Keywords: クリニカルラダー

【目的】小児の救急・集中治療に携わる看護師には、高度かつ専門的な知識と技術を身につけ、多職種と協働しながら、子どもとその家族を全人的に捉えたケアを実践することが求められる。小児重症集中看護ネットワーク（日本小児総合医療施設協議会）は、2019年に「小児の集中治療に携わる看護師のためのクリニカルラダー（以下、本ラダー）」を公表した。今回、本ラダーを活用したPICUの看護師育成について報告する。

【方法】本ラダーは、日本看護協会、日本集中治療医学会のクリニカルラダーに基づいて開発され、ニーズをとらえる力、ケアする力、協働する力、意思決定を支える力の4つの実践能力と5段階の習熟度で構成されている。A病院PICUでは、ラダー認定基準を設け、知識テスト、技術・ケアチェックリスト、リフレクションシート、社会人基礎力、看護倫理ルーブリック、コーディネータールーブリックを4つの実践能力の評価指標としている。2019年4月～2022年1月にA病院PICUに勤務する看護師を対象に、①本ラダーの自己・他者評価（前期と後期）、②本ラダーの使用感についての質問紙調査を依頼した。倫理的配慮：所属施設の承認を得て、対象者には研究協力の諾否によって不利益を被らないこと、自由意思に基づく参加であることを説明し、調査は無記名で実施した。

【結果】調査協力者、本ラダーの年度別受審者数と認定者数について表1に示す。レベルⅠ～Ⅲは基本的なスキルを身に付け、個別的な看護が実践できるレベルとし、レベルⅣの看護師には、プリセプターや委員会活動、コーディネーター役割を付与し、レベルⅤの看護師には、新興感染症病棟での勤務、DMAT、蘇生講習インストラクター役割を付与した。自己評価者からは「自身のレベルと目標レベルが把握しやすい」「評価基準に客

観性がある」「評価指標が多く労力を要する」「認定されると嬉しいが責任を感じる」という意見が多かった。他者評価者からは「PICUに必要な能力が評価できる」「目標管理面談で活用できる」「明確な評価指標により公平性が保てる」「課題が把握しやすく教育計画の見直しに役立つ」「役割付与の指標にできる」という意見が多かった。

【結論】本ラダーの導入により、個々の看護師の目標や課題が明らかとなり、看護実践能力の向上が期待できる。また、役割付与の指標や教育計画の指標にもなることが明らかとなった。（967字）

表1 クリニカルラダーの年度別受審者数と認定者数

1:40 PM - 2:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-12] 「小児の気管挿管介助ルーブリック」の開発と教育評価

○吉井 恵¹、辻尾 有利子¹、篠原 実加¹、井林 寿恵¹（1. 京都府立医科大学付属病院）

Keywords: 小児、気管内挿管、ルーブリック、シミュレーション教育

【目的】PICUは、新生児から青年期まで幅広い年齢層を対象とし、重症小児患者の治療において、気管挿管や人工呼吸管理は必須である。小児の予備力の少なさから、気管挿管介助を行う看護師にも適切な準備と観察、対応が求められ、その緊張感が高い。今回、小児の気管内挿管介助を迅速かつ安全に実施できる看護師の育成を目指して、学習評価基準を開発し、教育評価を実施したので報告する。

【方法】1. 「小児の気管挿管介助ルーブリック（以下、ルーブリック）」はルーブリック作成手順に沿い、研究者で議論を繰り返し、①学習課題、②評価尺度、③評価観点、④評価基準の4つの構成要素で表記した。①学習課題は、患者の安全性と安楽性を確保しながら気管内挿管が成立するように医師の介助を行うことができる、②評価尺度は理想的な看護師3点、成長途中の看護師2点、経験の浅い看護師1点の3段階、③評価観点は、解剖生理学的特徴の理解、物品・手順の理解、目的と適応の理解、個別性に応じた準備、気管挿管の介助、異常の早期発見と対応、良好なチームワーク、前向きな姿勢、内省の9項目（総得点27点）で構成し、④評価基準はそれぞれの尺度に見られるパフォーマンスの特徴を説明する記述語とした。2. 2021年4月～2021年12月にA病院PICUに勤務する看護師を対象に、気管挿管介助に関する講習（講義、シミュレーション、デブリーフィング）の受講、講習前後のルーブリック評価、感想を問う質問紙への回答を依頼した。3. ルーブリック評価は評価観点毎の得点と総得点の単純集計を行った。質問紙の項目は単純集計と自由記載は内容分析を行った。4. 倫理的配慮：本研究はA大学倫理委員会の承認を得た上で、対象者には研究協力の諾否によって不利益を被らないこと、自由意志に基づく参加であることを説明し、調査は無記名で実施した。

【結果】研究協力者は19名で、看護師経験平均年数は11.1年、PICU経験年数は5.4年であった。講習前のルーブリック総得点（平均）は14.7点で、「前向きな姿勢」が最も低い評価観点であった。講習後のルーブリック総得点（平均）は16.2点に上昇し、「気管挿管の介助」が最も低い評価観点であった。講習前後ともに、PICUのクリニカルラダー（レベルⅠ～Ⅴの5段階）においてレベルⅣ以上は平均点を上回り、レベルⅢ以下は平均点を下回っていた。また、質問紙では、学習目標の把握、到達レベルの把握、課題の把握、学習意欲の向上に関して100%ができると回答し、現場での活用については96%ができると回答した。講習の感想として「他者の手技を見ることで学び」「実際の物品を用いた練習によるイメージ化」「効果的なフィードバック」、「知識や技術の維持と向上」「部署で気軽にできる練習機会」等の肯定的な意見が多かった。

【考察】ルーブリックの開発は、小児の気管挿管介助に必要な実践力を可視化し、自己の学習目標や学習意欲の向上に寄与し、臨床で活用できる学習評価基準であると考えられた。また、講習後のルーブリック評価点は上昇しており、今回行った講習の教育効果を示すものと考えられた。クリニカルラダー レベルⅢ以下の看護師のルーブリック評価点は平均を下回っており、今後、臨床経験と学習の機会を提供していく必要がある。

【結論】ルーブリックは臨床で活用できる学習評価基準であり、気管挿管介助を安全・安楽に行える看護師の育成を目指して、シミュレーションを含めた教育活動を継続していく。

2:00 PM - 2:20 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-13] 心臓血管外科開心術後患者の術後管理に関するシミュレーション教育の効果

○飯田 理沙¹、寺島 大貴¹、櫻井 真愛¹、岩瀬 夏子¹、大場 幸子¹ (1. 順天堂大学医学部附属浦安病院)

Keywords: 看護教育

【目的】集中治療室における心臓血管外科（以下心外と略）開心術後患者の術後管理に関して、シミュレーション教育を導入しその効果を明らかにする。

【方法】対象者は、集中治療室経験年数が2～3年目看護師とした。データ収集期間は2021年10月1日～2021年11月30日とした。2つのシナリオを作成し、シミュレーションは一度に2名の看護師が実施し、看護師 Aを受け持ち看護師とし、看護師 Bは補助を行った。それぞれの役割を各対象者2回ずつ計4回実施し、シミュレーションチェック表（全29項目）を用いて評価した。実施後にシミュレーションが有効であったか、継続したいか、2回目に「できる」の割合が低下した原因についてアンケート調査を実施した。倫理的配慮として本研究の主旨、研究結果を学会等で発表すること、調査協力の諾否による不利益を被らないことを説明し、紙面に同意を得た。また、アンケート調査の質問紙は無記名で実施した。

【結果】同意が得られたのは8名であった。チェック表の29項目中25項目は2回目のシミュレーションで「できる」、「指導のもとできる」の割合が増加した。2回目に「できる」、「指導のもとできる」の割合が低下した項目は4項目あり、「テンポラリーの設定を確認できる」、「ドレーンのミルキングができる」、「薬剤の流量、残量を確認し、積算をクリアすることができる」、「入室時サーベイランスを採取することができる」であった。アンケート調査では、「知識・技術の確認（定着）にシミュレーションは有効でしたか」に対し、「とてもそう思う」と答えたものが8名（100%）であった。また、「今後もシミュレーションをやった方が良いと思いますか」に対しては、「とてもそう思う」が7名（87.5%）、「そう思う」が1名（12.5%）であった。自由記載で得られた回答をカテゴリー化して分析した結果、「今回シミュレーションをやってみてどうでしたか」については、《シミュレーションを行った事で学び》、《複数回シミュレーションを行う事の有効性》、《不安の軽減》が挙げられた。「シミュレーションでできなかった項目（1回目と比較して評価が下がった項目）についてその原因は何ですか」については、《知識不足》、《実践とは異なりイメージができない》、《失念していた》、《スタッフ間での連携不足》が挙げられた。

【考察】複数回シミュレーションを行い、経験の振り返りを行うことで新たな知識の習得や自身の課題に気付くことができたと考える。また、患者の受け持ちをする前に心外開心術後管理についてイメージすることができ、知識・技術の確認や不安が軽減されたと考える。2回目の評価が下がったチェック項目については、シミュレーション教育が目的化してしまい、技術や行動の評価だけに陥ってしまったことが原因であると考えられる。チェック項目を達成することが目的化してしまうことを防ぐために、項目の内容を重視し、根拠を持った知識・技術を習得することが重要である。

【結論】シミュレーションチェック表の29項目中25項目は、2回目で「できる」、「指導のもとできる」の割合が増加した。シミュレーションの振り返りを行い複数回実施することで、新たな知識の習得や自身の課題への気付きに繋がった。シミュレーション教育が目的化しないように根拠を持った知識・技術を習得できるようシミュレーション教育の計画、実施を行っていく必要がある。

2:20 PM - 2:40 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-14] 記憶のゆがみに着目した PICSの早期発見・回復のための教育プログラム実施

—一般病棟看護師の看護実践の変化—

○吉井 裕子¹、林 優子² (1. 大阪医科薬科大学病院 看護部、2. 前関西医科大学大学院 治療看護分野 クリティカルケア看護学領域)

Keywords: PICS、記憶のゆがみ、教育プログラム、一般病棟看護師、看護実践

〔研究目的〕本研究の目的は、ICU患者の記憶のゆがみに着目した post intensive care syndrome(PICS)の早期発見・回復のための教育プログラムの実施による看護実践の変化を明らかにすることである。

〔研究方法〕文献を基に研究者が独自に作成した教育プログラムを ICU退室後の患者を受け入れる一般病棟に勤務する看護師8名を対象に実施した。教育プログラムは、PICSと看護支援の知識を提供し、事例を用いたロールプレイングで構成されている。教育プログラム実施時に、PICSの早期発見・回復のための看護支援手順書を配布して、教育プログラム実施後に活用してもらった。データは、教育プログラム前後のグループインタビューにより、患者の言動や観察項目から気づいた点や重要と思い実践していることを収集した。データ分析は、グループインタビューによって得られたデータを、データ解析ソフト Word Miner1.5®を用いてテキストマイニング法により行った。本研究は所属大学医学倫理審査委員会の承認を得た上で実施した（承認番号：2021111）。

〔結果〕分析の結果、教育プログラム実施前後の看護実践の語りに出現していた語は、実施前は、《家族》《意識》《興奮》《環境》《安心》《安全》であり、実施後は、《私》《情報》《PICS》《説明》《不安》《帰室》などへ変化していた。さらに、実施後は、《ICU》《記憶》《話》《記録》《体験》の語が実施前より増加し、《病棟》の語が減少していた。看護実践については、実施前では9、実施後では13のクラスターが導き出され、看護実践の特徴が示された。それらの特徴は、実施前では、【患者の記憶や言動の異変に注意を払う、看護師主導の安心・安全を志向する関わり】であり、実施後では、【患者の思いや体験を引き出すタイミングを見極め、患者情報や患者の主体性を志向する関わり】と【知識発信の必要性和自己の振り返りによる行為の気づき】であった。看護実践の特徴は、看護師主導の安心・安全重視から、患者情報や患者の主体性重視に変化していた。さらに看護師自身の取り組む姿勢に影響を及ぼしていた。

〔考察〕PICSという概念は、約10年前から集中治療医学で用いられ、病棟看護師は、ICU看護師よりPICSの認知度が低いことが明らかになっている。記憶のゆがみは患者の主観的な体験であるため、患者が体験を表出しない限り見逃されやすい。看護師は、患者から表出されたネガティブな体験を記憶のゆがみとして捉えることが難しく、問題を認識しつつも適切な対応に困惑を感じている。そのような状況に対応するために、一般病棟看護師に記憶のゆがみに着目した教育プログラムを実施した結果、看護師主導の安心・安全を重視する関わりから、患者情報や患者の主体性を重視する看護実践に変化していた。このことは、教育プログラムにより看護師の患者を見る視点や患者への対応方法が変化したものと考えられた。教育プログラムによる介入によって変化をもたらした要因は、知識の提供である講義に加えて、事例を用いたロールプレイングを取り入れたことで、対応方法をイメージしやすくなったことと、看護支援手順書を配布し、臨床で活用できるようにしたことが、看護実践に変化をもたらしたと考えられた。これらの結果から、記憶のゆがみに着目したPICSの早期発見・回復のための教育プログラムが看護実践に変化を及ぼす効果があったと考えられた。

〔結論〕一般病棟看護師に、記憶のゆがみに着目したPICSの早期発見・回復のための教育プログラムを実施した結果、実施前後における看護師の看護実践が変化したことから、教育プログラムの効果が示された。今後は、患者のPICSの早期発見・回復のための看護支援の効果を検証することが課題である。

2:40 PM - 3:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-15] 重症外傷患者の看護に対するクリティカルケア領域の熟練看護師の学習ニーズ

○小川 謙¹、牧野 夏子²、中村 恵子³、菅原 美樹⁴ (1. JCHO北海道病院 看護部、2. 札幌医科大学附属病院 看護部、3. 札幌市立大学、4. 札幌市立大学看護学部)

Keywords: 外傷看護、熟練看護師、学習ニーズ

【目的】外傷看護に関する専門教育の機会多くはなく、外傷の多様性や複雑性から熟練看護師でも困難を抱く事が報告されている。更に熟練看護師は、教育や相談などの役割を担う事から学習の継続が必要である。そこで、本研究ではクリティカルケア領域の熟練看護師が持つ重症外傷患者の看護に対する学習ニーズを明らかにする事を目的とする。

【方法】本研究では、集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師の資格を有する看護師をクリティカルケア領域の熟練看護師と定め、7名を対象に2022年2月オンラインによる半構造化面接を実施した。面接内容は基本属性と重症外傷患者の看護に対する学習ニーズで構成した。データ分析は質的記述的研究法を用いて実施し類似性と共通性に沿ってカテゴリーを生成した。倫理的配慮として研究者が所属する施設の倫理審査委員会の承認を受けて実施した。研究協力者に文書で研究趣旨・目的、研究参加の自由意思、研究協力諾否の自由、匿名性と守秘義務の遵守、データの保管・廃棄方法、結果の公表方法を説明し同意を得た。

【結果】対象者の背景は女性5名、男性2名、40～50歳代、看護師経験平均年数は 21.4 ± 6.9 年、認定資格取得後の平均年数は 4.4 ± 3.9 年であった。所属施設は救命救急センター5名、高度脳卒中センター1名、心臓血管センター1名であった。クリティカルケア領域の熟練看護師へのインタビューにより、56コードが抽出され、24サブカテゴリーから【治療参画を目的に医師と協働で患者状態を判断するための外傷医学の知識】【外傷による緊急性の認識や経過を予測するための既存の知識の練磨と新たな知識】【外傷診療を円滑に進めるための多職種を調整する知識と行動】【外傷看護経験に差がある学習者のレディネスに見合った教育方法】【外傷看護の経験を共有し実践力を向上させる事例検討の推進】【外来での衝撃的な体験を受けた外傷患者の家族へのメンタルケア】【外傷に伴う機能や外観の変化を抱えた患者に対する社会復帰に向けた支援方法】の7カテゴリーが生成された。

【考察】クリティカルケア領域の熟練看護師は看護実践の積み重ねにより、重症外傷患者の緊急性を予測し変化を察知する為、バイタルサインや身体診察の重要性を理解しており、これらの技術の維持が学習ニーズに挙げられた。さらに、重症外傷患者の看護や治療の複雑さから医師と協働し重症度や受傷部位を判断する必要性を感じ、外傷医学の知識習得が学習ニーズに挙がっていた。対象者は、スタッフへの指導や教育、相談、調整を役割に持つ為、スタッフ教育や多職種連携を高めるニーズを持っていた。また重症外傷患者は、搬入頻度に施設差があり看護経験も個人差が生じる。その差を補い実践力向上の機会として、事例検討会を推進していた。加えて、外傷患者を担当する中で突然の出来事や機能障害を抱え生活に苦慮する患者や家族の看護経験を有したことで、外傷により様々な苦痛や変化を強いられた患者や家族へのケアや日常生活へ復帰するための社会資源の活用もニーズに挙げられていた。以上より、学習ニーズに応じた外傷医学や多職種間の調整に関する知識、外傷患者やその家族への支援などに関する教育機会の検討や学習内容が求められていることが明らかとなった。

【結語】クリティカルケア領域の熟練看護師の学習ニーズは、外傷患者の緊急性の予測や変化を察知する知識や外傷医学の知識、スタッフ教育の知識、事例検討会の推進、多職種間の調整に関する知識、外傷患者や家族へのケアや支援に関する知識であった。

3:00 PM - 3:15 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-16] クリニカルシナリオと心不全手帳導入による心不全患者への効果的なセルフケア支援への取り組み

○齋藤 瑳也伽¹ (1. 株式会社日立製作所 日立総合病院 看護局CCU)

Keywords: 心不全、セルフケア

【背景】緊急入院する心不全患者の多くは増悪と寛解を繰り返しており、増悪の要因として家庭での血圧や体重、水分摂取量などの自己管理が不十分なことがあげられる。そこで症状を自覚した入院初期から心不全手帳を活用し、退院後もセルフケア行動がとれるよう支援したいと考えた。また、看護師の患者指導が画一的な説明になっている現状がある。患者のセルフケア行動確立のために、看護師はクリニカルシナリオ(以下、CSとする)で

分類、アセスメントし、患者の状態や生活様式に合わせて心不全手帳を活用し、個別性をもってセルフケア支援を行っていく必要があると考えた。

【目的】心不全手帳とCSを導入し、心不全患者のセルフケア能力の向上とCCU看護師が個別性のあるセルフケア支援が実施できることを目的とする。

【方法】1.研究期間：2021年9月～11月。2.研究対象：CCUに急性心不全の診断で入院した患者5例とCCU看護師21名(研究者、看護師長を除く)。3.研究方法 1)CCU看護師に心不全手帳内容の理解の程度やアセスメントする際にスケールや分類表を活用しているかなどの導入前アンケート実施。2)心不全手帳の役割やCSを活用したアセスメントの必要性、加藤の「ヨーロッパ心不全セルフケア行動尺度」(以下、尺度とする)についての勉強会実施。3)CSと心不全手帳を活用し、アセスメントとセルフケア支援の実施。4)CCU看護師に導入後アンケート実施。導入前後のアンケート結果をウィルコクソン符号付順位検定で分析した($P < 0.05$)。5)心不全患者に入院時と退院後初回外来時に尺度を用いたセルフケア評価の実施

【倫理的配慮】研究で得られた情報は個人が特定できないように処理し、データ及び結果は研究の目的以外に用いないことを保証し、同意を得た。研究に参加しなくても不利益を生じないこと、同意の撤回がいつでもできることを説明した。アンケート番号の管理については匿名化し、所属施設倫理委員会の承認を得た(2021-57)。尺度の使用にあたり作成者の許諾を得た。

【結果】アンケートの結果、心不全手帳を理解しているか($p=0.042$)、心不全患者に対し個別性を踏まえたアセスメントをしているか($p=0.025$)で有意差が得られた。また、90%の看護師がCSでアセスメントし、セルフケア支援を行っていた。心不全患者に対する入院時と心不全手帳を用いて患者指導した退院後初回外来時の評価では、塩分の少ない食事をとっているという項目($p=0.043$)において有意差が得られた。また、尺度でのセルフケア評価の平均値は導入前33.8点から導入後22.8点と全症例で点数の低下(改善)を認めた。

【考察】CCU看護師に心不全手帳の役割とCSを活用したアセスメントの必要性について勉強会を行ったことで、看護師は心不全手帳の内容を理解し、個別性のあるセルフケア指導の実施に繋がった。看護師が心不全手帳を活用し患者指導を行ったことで、患者は自らの入院時の症状や血圧と塩分管理の関連性について振り返り、心不全増悪要因や症状を理解することができたのではないかと考える。また、看護師が入院時のセルフケア能力を評価することで評価点数が高い項目を項目別に指導でき、患者の退院後のセルフケア能力の向上に繋がったと考える。

【結論】1.心不全手帳を導入し、患者教育を行ったことで患者のセルフケア能力の向上が図れた。2.CS及び心不全手帳の導入により、看護師は心不全患者に個別性のあるセルフケア支援を行うことができた。

3:15 PM - 3:30 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-17] 救急初療看護師のキャリアディプロップメント

—高齢患者への看護実践に焦点をあてて—

○山崎 千草¹ (1. 東京女子医科大学病院)

Keywords: 救急初療、キャリアディプロップメント、高齢患者

【はじめに】救命救急の使命は、厳しい状況にあっても救命のために可能な限り努力することである。昨今の高齢化により救急初療の場では、救命の見込みがなく、延命治療の不開始や中止等、救命すべきかを迷う患者に遭遇することが多くなってきた。しかし、こうした死に直面する患者のケアを担う救急初療の看護師に焦点を当てた研究は未だ見当たらない。終末期の判断や対応を余儀なくされる救急初療に焦点を当てることは、看護の本質を明らかにする可能性がある。そこで本研究では、救急初療で実務経験を積んできた専門看護師を対象にどのような事態で判断に迷い、どのように解決してきたのかを整理し、救急初療看護師の目指す看護の方向性、救急初療看護師としてのキャリアディプロップメントについて検討することにした。

【目的】①高齢患者の救急看護の質を明らかにする。②救急看護師の目標となる看護水準を明らかにする。

【方法】研究デザイン：質的記述的分析、対象：救急初療で実務経験のある急性・重症患者看護専門看護師30名、データ収集期間：2018年7月～2019年2月、データ収集方法：インタビューガイドを用いた半構造化面

接、倫理的配慮：所属大学倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には、研究協力の諾否によって不利益を被らないことを説明し同意を得た。

【結果】対象者の概要は、男性7名女性23名、平均年齢は43.2歳であった。救急初療看護師には1) 時間的切迫感なし2) 時間的切迫感あり3) 時間的切迫感を超越という3段階があった。1) 時間的切迫感なしの看護師のケアの基本カテゴリーは、①ルーチン化した救命措置②積極的治療の可能性の判断③治療の消極化④医療者の判断による治療であった。2) 時間的切迫感ありの看護師のケアの基本カテゴリーは、1) の4つに加えて⑤諦めない救命治療 ⑥組織人としての葛藤というカテゴリーが加わった。3) 時間的切迫感を超越した看護師のケアは、個を重視した救命治療のカテゴリーに統合された。時間的切迫感を超越した看護師には①チームとしての万能感を得る体験②接死体験という共通体験があった。

【考察】本研究結果から、救急初療看護師の中に時間的切迫感を超越した段階に到達した者がいることが明らかとなった。この段階にある看護師は、目の前にいる患者の人生が終わるかもしれないという状況で、時間の切迫感を乗り越え、患者の人生を尊重した看護を行っていると言える。個を重視した救命治療の実践こそが、救急初療看護師の目指すべき看護実践と言えるのではないか。個を重視した救命治療の実践に至るには、経験年数やスキル習得に加え、本研究で示された時間的切迫感を超越した看護師の共通体験が必要条件になると考えられる。その1つであるチームとしての万能感を得る体験は、重症患者に対して、医師を含めたメディカルスタッフのチーム連携で救命できた体験に近似すると思われる。二つ目の共通体験である接死体験には、少なくとも①自分自身が死を覚悟する体験②身近な人の死の体験③看護師としての成長のきっかけとなった患者の死の体験が含まれる。前者の共通体験は、体験できるような教育プログラムを作成することが可能であろう。一方、接死体験は偶発性を伴うため、教育プログラムとして含めることは困難である。しかし、共通体験ができるような状況作り、その体験後に振り返りを促しアプローチすることが可能だと考える。

【結論】救急初療看護師のキャリアディプロップメントは1) 時間的切迫感なし2) 時間的切迫感あり3) 時間的切迫感を超越の3段階であった。時間的切迫感を超越するためには、共通体験が必要であることが示唆された。

3:30 PM - 3:45 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-18] 急性期領域における認定看護師のコンピテンシーを形成する要素

○河合 桃代¹、藤野 智子²、清村 紀子³ (1. 帝京平成大学ヒューマンケア学部看護学科、2. 聖マリアンナ医科大学病院、3. 大分大学医学部看護学科)

Keywords: 認定看護師、コンピテンシー、急性期領域

【目的】急性期領域の認定看護師のコンピテンシーを形成する要素を明らかにする。

【方法】本研究は、2016年に実施した急性期領域に勤務する認定資格を持つススペシャリストのコンピテンシーを明らかにするための調査データの一部で、本研究の対象は、認定看護師（Certified Nurses in Critical Care以下CN）9名であった。研究の同意が得られたCNに対して、研究者が行動結果面接（Spencer & Spencer, 1993/梅津ら, 2011）を参考に成功例と失敗例を各々1つ以上物語として語ってもらう半構成的面接を行った。面接内容を逐語録にして精読し、コンピテンシー・ディクショナリー（Spencer & Spencer, 1993/梅津ら, 2011）の分析ステップを参考に、コンピテンシーを示す語りが含まれる箇所をコンテキストとして抽出し、各クラスターの抽出頻度やクラスターの尺度レベルの平均値を算出してパフォーマンスの高さの指標として分析した。データ分析の全過程で、急性期領域専門の研究者間で議論し、分析結果の信用性や信憑性の確保に努めた。

【倫理的配慮及び利益相反】本研究への参加は自由意思で中断も可能であること、匿名性の確保、研究への参加により不利益を被らないこと等を研究者が口頭と文書で説明し同意を得た。本研究は所属大学倫理委員会の承認を得た上で実施した（承認番号26-162）。本研究の一部は、一般社団法人日本クリティカルケア看護学会から供与された奨学金（研究費）で行われ、利害関係について所属大学利益相反委員会の審査を受けた（番号27-267）。

【結果・考察】面接は一人/1回で平均時間は59.3分だった。対象者9名（救急CN3名、集中ケアCN6名）の

CN取得後の平均年数は7.3年（1～12年）で、看護師としての臨床経験平均年数は16.1年（12～20年）であった。CNの語りでは、全てのクラスターが確認された。クラスター別の抽出頻度が最も高かったのは[技術的/専門的/マネジメント専門能力]で、次いで、[自己確信]、[顧客サービス重視]、[ほかの人たちの開発]、[組織の理解]の順で、ほとんどのCNに共通して認められた。本研究では、尺度レベルの平均値がディクショナリーの尺度レベルの中央値を上回った上位項目に着目し、CNの特徴的なコンピテンシーの要素と捉えた。その特徴的な尺度は、＜知識の深さ＞、＜顧客ニーズへのフォーカス＞、＜ほかの人たちに耳を傾け、対応する＞、＜チームワークを助長する強度＞、＜失敗に対処する＞、＜専門能力の伝播＞、＜ほかの人たちの理解の深さ＞、＜開発意欲の強度とアクションの徹底さ＞、＜達成を目指すための強く徹底したアクション＞であった。CNは、患者・家族、看護師を含めた多職種が関わる機会を設ける、患者を取り巻く根底の問題解決にむけ看護師に具体的な助言をする、講習会を開催する、といった周囲からの需要でもある熟達した専門職としての役割を遂行していた。CN自身のみではうまく物事が運ばない場合には、他の急性・重症患者看護専門看護師やCNらと共に、患者のよりよい状態を作り出すための方向性を模索していた。

【結論】関東圏内勤務の救急看護及び集中ケア認定看護師に半構成的面接を行い、コンピテンシー・ディクショナリーの分析ステップを参考に分析した。その結果、＜知識の深さ＞、＜顧客ニーズへのフォーカス＞、＜ほかの人たちに耳を傾け、対応する＞、＜チームワークを助長する強度＞、＜失敗に対処する＞、＜専門能力の伝播＞、＜ほかの人たちの理解の深さ＞、＜開発意欲の強度とアクションの徹底さ＞、＜達成を目指すための強く徹底したアクション＞がCNの特徴的なコンピテンシーの要素として浮き彫りになった。

3:45 PM - 4:00 PM (Sat. Jun 11, 2022 10:00 AM - 4:00 PM 一般演題)

[W1-19] ICU看護師の Work Engagementに影響する要因

○春名 美恵¹、城丸 瑞恵²（1. 日本医療大学 保健医療学部 看護学科、2. 札幌医科大学 保健医療学部 看護学科）

Keywords: ICU看護師、Work Engagement、UWES

【目的】本研究はICU看護師のWork Engagement(WE)に影響する要因を検討することを目的とした。

【方法】全国の特定集中治療室管理料1及び2を届出する施設から150施設を無作為に抽出し、看護部長宛に郵送法で調査協力依頼を行なった。協力が得られた施設の役職を持たないICU看護師に対してWeb調査を実施した。調査内容は、①WE(UWES-J9)、②属性:性別(男性、女性)、年齢(20代、30代、40代以上)、看護経験年数(0-2年、3-5年、6年以上)、集中治療に関する認定看護師や専門看護師、特定行為に関わる研修を修了した専門性の高い看護師(資格あり、なし)、③勤務体系(日勤のみ、2交替、3交替、その他)、④看護方式(パートナーシップナースングシステム、固定チームナースング、プライマリーナースング)、⑤COVID-19対応(なし、1-9日/月、10日/月以上)、⑥リカバリー経験(REQ-J: 16項目)、⑦看護実践環境(PES-NWI: 日本語版31項目)とし、各項目に対しt検定又はANOVA、単回帰分析を実施し、有意水準は5%とした。なお、本研究は札幌医科大学倫理委員会の承認後に実施した。

【結果】承諾を得られた41施設839名のうち、245名より回答が得られ(回答率29.2%)、判読できない記入値1名を除外し244名を分析対象とした。対象者は、32.45歳(SD=7.31)、看護経験年数は9.64年(SD=6.67)、男性は45名(18.4%)、UWES-J9は2.35点(SD=1.19)であった。単変量解析の結果、看護経験年数($p = .013$)、専門性の高い看護師($p < .001$)、COVID-19対応($p = .035$)で有意差を認め、単回帰分析ではREQ-J($\beta = 0.164$, $p = .010$)、PES-NWI($\beta = 0.341$, $p < .001$)に有意な関連を認めた。看護経験年数3-5年は0-2年と6年以上と比較しUWES-J9が低く、専門性の高い看護師のUWES-J9は高かった。COVID-19対応は、対応なしと比較し1-9日/月対応のUWES-J9が高かった。REQ-JとPES-NWIは、それぞれ総得点の高い者のUWES-J9が高かった。

【考察】中堅看護師にあたる看護経験年数3-5年はWEが低いことから特に支援が必要であること、専門性の高い看護師のWEの高さからICU看護への学びを深めるための支援がWE向上に有効であることが示唆された。COVID-19患者に1-9日/月対応するICU看護師は、使命感や誇りなどの肯定的認識によりWEを高めていると推察された。リカバリー経験とWEとの関連から、仕事中のストレスや疲労を回復する機会が得られることにより、ICU看護師のWEが向上すると考える。また、看護実践環境とWEの関連は、看護実践環境が向上する支援、すな

わち、「ケアの質を支える看護の基盤」や「看護管理者の力量・リーダーシップ・看護師への支援」などを強化する取り組みにより ICU看護師の WE向上につながると考える。

【結論】 ICU看護師の WEに影響する要因は、看護経験年数3-5年、集中治療に関する認定看護師や専門看護師、特定行為に関わる研修を修了した専門性の高い看護師、 COVID-19対応1-9日/月、リカバリー経験、看護実践環境であった。 ICU看護師の WEを高めるためには、これら項目への働きかけが重要であると示唆された。