Sun. Jun 12, 2022

第1会場

特別講演

[SL5] クリティカルケア領域における感染対策

座長:高見沢 恵美子(関西国際大学)

演者:忽那 賢志(大阪大学大学院医学系研究科 感染制御学講座)

9:00 AM - 10:00 AM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[SL5-01] COVID-19の感染対策 (特にクリティカルケア領域において)

○忽那 賢志¹ (1. 大阪大学大学院医学系研究科 感染制御学講座)

9:00 AM - 10:00 AM

第10会場

特別講演

[SL6] クリティカルケア領域の未来予想図 -AIと遠隔ICUと看護の可能性-

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)

演者:高木 俊介(横浜市立大学附属病院 集中治療部)

12:00 PM - 1:00 PM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[SL6-01] クリティカルケア領域の未来予想図 - AIと遠隔ICUと看護の可能性

○高木 俊介¹、横山 暢幸¹、出井 真史¹、柏木 静¹、横瀬 真志¹、辻 杏歩²、青山 祥太朗²、田端 篤³、南部 雄磨³、藤吉 弘亘⁴ (1. 横浜市立大学附属病院 集中治療部、2. 横浜市立大学医学部、3. 株式会社 CROSS SYNC、4. 中部大学 工学部 ロボット理工学科)

12:00 PM - 1:00 PM

第6会場

教育講演

[EL4] クリティカルケアにおける安全文化の作り方

座長:茂呂 悦子(自治医科大学附属病院)

演者:濱本 実也(公立陶生病院)

9:00 AM - 10:00 AM 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[EL4-01] クリティカルケアにおける安全文化の作り方

○濱本 実也¹ (1. 公立陶生病院)

9:00 AM - 10:00 AM

第9会場

教育講演

[EL5] 知っておきたい人材育成の基礎知識

座長:林 みよ子(静岡県立大学)

演者:矢野 博史(日本赤十字広島看護大学)

12:10 PM - 1:10 PM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[EL5-01] 知っておきたい人材育成の基礎知識

○矢野 博史¹ (1. 日本赤十字広島看護大学)

12:10 PM - 1:10 PM

第1会場

教育講演

[EL6] ガイドラインをクリティカルケア看護の実践に活かす

座長:清村 紀子(大分大学)

演者:河合 佑亮(藤田医科大学病院 看護部)

1:10 PM - 2:10 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[EL6-01] ガイドラインをクリティカルケア看護の実践に活かす

○河合 佑亮¹ (1. 藤田医科大学病院 看護部)

1:10 PM - 2:10 PM

第10会場

教育講演

[EL7] 終末期ディスカッション -担当医が患者中心の判断をしていないと感じた時どうする？-

座長:小泉 雅子(東京女子医科大学)

演者:則末 泰博(東京ベイ・浦安市川医療センター)

1:10 PM - 2:10 PM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[EL7-01] 終末期ディスカッション-担当医が患者中心の判断をしていないと感じた時どうする？-

○則末 泰博¹ (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

1:10 PM - 2:10 PM

第8会場

シンポジウム

[SY6] クリティカルケアの実践に倫理の基盤を築く

座長:林 優子(関西医科大学)

大野 美香(国立病院機構名古屋医療センター)

演者:長岡 孝典(独立行政法人国立病院機構 呉医療センター)

藤本 理恵(山口大学医学部附属病院)

乾 早苗(金沢大学附属病院 看護部 ICU)

餘永 真奈美(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

9:00 AM - 10:20 AM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

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

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

9:00 AM - 9:25 AM

[SY6-02] 集中治療領域で生じやすい倫理的問題とその解決にむけて

○藤本 理恵¹ (1. 山口大学医学部附属病院)

9:25 AM - 9:50 AM

[SY6-03] 救急外来における倫理的課題とその対応

○乾 早苗¹ (1. 金沢大学附属病院 看護部 ICU)

9:50 AM - 10:00 AM

[SY6-04] 倫理的ジレンマに気づく感受性の醸成と問題解決への取り組み

○餘永 真奈美¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

10:00 AM - 10:20 AM

第10会場

シンポジウム

[SY7] クリティカルケア領域の人材育成

座長:山本 小奈実(山口大学大学院医学系研究科)

西村 祐枝(岡山市立市民病院)

演者:宮岡 里衣(岡山大学病院 看護教育センター)

上澤 弘美(総合病院 土浦協同病院 看護部)

里田 佳代子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

矢野 博史(日本赤十字広島看護大学)

9:00 AM - 10:30 AM 第10会場(総合展示場 G展示場)

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

○宮岡 里衣¹ (1. 岡山大学病院 看護教育センター)

9:00 AM - 9:25 AM

[SY7-02] 医療情勢の変化に応じた看護教育の構築にむけての取り組み

○上澤 弘美¹ (1. 総合病院 土浦協同病院 看護部)

9:25 AM - 9:50 AM

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

○里田 佳代子¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

9:50 AM - 10:10 AM

[SY7-04] リフレクションによる成長支援

○矢野 博史¹ (1. 日本赤十字広島看護大学)

10:10 AM - 10:30 AM

第1会場

シンポジウム

[SY8] クリティカルケアのバトンを繋ぐ

道又 元裕(Critical Care Research Institute (CCRI))

佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

山勢 博彰(山口大学大学院医学系研究科)

宇都宮 明美(関西医科大学看護学部・看護学研究科)

深谷 智恵子

櫻本 秀明(日本赤十字九州国際看護大学)

立野 淳子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

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

[SY8-01] クリティカルケアのバトンを繋ぐ

○道又 元裕¹、佐々木 吉子²、山勢 博彰³、宇都宮 明美

⁴、深谷 智恵子、櫻本 秀明⁵、立野 淳子⁶ (1. Critical

Care Research Institute (CCRI) 、2. 東京医科歯科大学

大学院保健衛生学研究科、3. 山口大学大学院医学系研究科、4. 関西医科大学看護学部・看護学研究科、5.

日本赤十字九州国際看護大学、6. 一般財団法人平成紫川

会 小倉記念病院)

10:10 AM - 11:50 AM

第8会場

シンポジウム

[SY9] 最善の選択を目指す意思決定支援

座長:北村 愛子(大阪府立大学)

福田 友秀(武蔵野大学看護学部)

演者:稲垣 範子(摂南大学看護学部看護学科)

比田井 理恵(千葉県救急医療センター)

則末 泰博(東京ベイ・浦安市川医療センター)

10:30 AM - 11:50 AM 第8会場(総合展示場 E展示場)

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

○稲垣 範子¹ (1. 摂南大学看護学部看護学科)

10:30 AM - 11:00 AM

[SY9-02] 「対話」を通して意味と価値を共有すること

~その人の生き物語と思いを知り、尊重するために~

○比田井 理恵¹ (1. 千葉県救急医療センター)

11:00 AM - 11:25 AM

[SY9-03] 救急集中治療領域における共同意思決定とは？

○則末 泰博¹ (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

11:25 AM - 11:50 AM

第3会場

シンポジウム

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

座長:菅原 美樹(札幌市立大学)

佐藤 まゆみ(順天堂大学大学院医療看護学研究科)

演者:松石 雄二郎(聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学)

石川 幸司(北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

野口 綾子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

卯野木 健(札幌市立大学看護学部)

10:40 AM - 12:10 PM 第3会場(国際会議場 国際会議室)

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

○松石 雄二郎¹（1. 聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学）

10:40 AM - 11:05 AM

[SY10-02] 臨床に役立つ研究活動に向けて

○石川 幸司¹（1. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科）

11:05 AM - 11:30 AM

[SY10-03] 問いを立てることをあきらめず、つながりを頼りに進む

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

11:30 AM - 11:50 AM

[SY10-04] 研究テーマの探し方

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

11:50 AM - 12:10 PM

第8会場

シンポジウム

[SY11] スペシャリストとジェネラリストの協働

座長:増山 純二(令和健康科学大学)

森 一直(愛知医科大学病院)

演者:宮田 佳之(長崎大学病院)

今泉 香織(佐賀大学医学部附属病院)

伏見 聖子(関西ろうさい病院)

恩部 陽弥(鳥取大学医学部附属病院)

12:00 PM - 1:20 PM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[SY11-01] ジェネラリストに対する継続教育と協働する場の提供

○宮田 佳之¹（1. 長崎大学病院）

12:00 PM - 12:20 PM

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

○今泉 香織¹（1. 佐賀大学医学部附属病院）

12:20 PM - 12:40 PM

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

○伏見 聖子¹（1. 関西ろうさい病院）

12:40 PM - 1:00 PM

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

○恩部 陽弥¹（1. 鳥取大学医学部附属病院）

1:00 PM - 1:20 PM

第9会場

シンポジウム

[SY12] 集中治療室の安楽の確保に向けた環境を考える

座長:芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター)

河原崎 純(済生会横浜市南部病院)

田口 豊恵(京都看護大学 看護学部)

花山 昌浩(川崎医科大学附属病院 高度救命救急センター)

坂木 孝輔(東京慈恵会医科大学附属病院)

村野 大雅(パラマウントベッド株式会社)

1:20 PM - 2:50 PM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

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

○田口 豊恵¹（1. 京都看護大学 看護学部）

1:20 PM - 1:45 PM

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

○花山 昌浩¹（1. 川崎医科大学附属病院 高度救命救急センター）

1:45 PM - 2:10 PM

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

○坂木 孝輔¹（1. 東京慈恵会医科大学附属病院）

2:10 PM - 2:30 PM

[SY12-04] 私が考える理想のICUケア環境とは？

○村野 大雅¹（1. パラマウントベッド株式会社）

2:30 PM - 2:50 PM

第3会場

シンポジウム

[SY13] 集中治療領域における医療安全

座長:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学医学部看護学科)

樽松 久美子(北里大学病院)

演者:中村 香織(杏林大学医学部附属病院)

春名 寛香(北播磨総合医療センター 看護キャリア開発支援室)

白鳥 秀明(弁護士法人東京パブリック法律事務所)

1:50 PM - 3:10 PM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

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

○中村 香織¹（1. 杏林大学医学部附属病院）

1:50 PM - 2:20 PM

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

○春名 寛香¹（1. 北播磨総合医療センター 看護キャリア開発支援室）

2:20 PM - 2:45 PM

[SY13-03] 集中治療領域における医療過誤裁判例の概説

○白鳥 秀明¹ (1. 弁護士法人東京パブリック法律事務所)
2:45 PM - 3:10 PM

第1会場

シンポジウム

[SY14] 気管挿管患者を人とつなぐコミュニケーションの技

座長:林 尚三(公益社団法人有隣厚生会富士病院)
富阪 幸子(川崎医科大学総合医療センター)
演者:山口 亜希子(神戸大学大学院保健学研究科)
久間 朝子(福岡大学病院)
本田 智治(長崎大学病院 高度救命救急センター)
今澤 美由紀(山口大学医学部附属病院)
2:20 PM - 3:50 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

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

○山口 亜希子¹ (1. 神戸大学大学院保健学研究科)
2:20 PM - 2:45 PM

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

○久間 朝子¹ (1. 福岡大学病院)
2:45 PM - 3:10 PM

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

○本田 智治¹、大山 祐介²、久間 朝子³、山本 小奈実⁴、須田 果穂⁴、田戸 朝美⁴ (1. 長崎大学病院 高度救命救急センター、2. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻、3. 福岡大学病院、4. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 臨床看護学講座)
3:10 PM - 3:30 PM

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

- ALSに焦点をあてて -
○今澤 美由紀¹ (1. 山口大学医学部附属病院)
3:30 PM - 3:50 PM

第3会場

パネルディスカッション

[PD7] クリティカルケア看護のQIを考える

座長:卯野木 健(札幌市立大学)
辻本 雄大(奈良県立医科大学附属病院)
演者:河原 良美(徳島大学病院 看護部)
相川 玄(筑波大学附属病院 集中治療室)
乾 茜(医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院)

佐々木 亜希(札幌医科大学附属病院)

9:00 AM - 10:30 AM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

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

○河原 良美¹、野村 慶子¹、土肥 智史¹、坂本 涼¹、西村 李依¹、田中 佑季¹、山本 祐子¹、伊藤 奈々¹ (1. 徳島大学病院 看護部)
9:00 AM - 9:25 AM

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

○相川 玄¹、嶋崎 千絵¹、小林 大夢¹、佐藤 雅子¹ (1. 筑波大学附属病院 集中治療室)
9:25 AM - 9:50 AM

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

○乾 茜¹、卯野木 健^{2,1} (1. 医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院、2. 公立大学法人 札幌市立大学 看護学部看護学科)
9:50 AM - 10:10 AM

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

○佐々木 亜希¹ (1. 札幌医科大学附属病院)
10:10 AM - 10:30 AM

第6会場

パネルディスカッション

[PD8] チームで行う早期リハビリテーション -それぞれの役割と課題-

座長:宮本 毅治(純真学園大学)
山口 典子(長崎大学病院)
演者:長坂 信次郎(藤枝市立総合病院)
若松 弘也(山口大学医学部附属病院 集中治療部)
宮川 幸大(小倉記念病院 リハビリテーション課)
楠川 翠里(国立循環器病研究センター)
10:10 AM - 11:30 AM 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[PD8-01] チームで行う早期リハビリテーション

-看護管理者の立場からチーム医療について考える-
○長坂 信次郎¹ (1. 藤枝市立総合病院)
10:10 AM - 10:30 AM

[PD8-02] 早期リハビリテーションにおける医師の役割と課題

○若松 弘也¹、藤本 理恵¹、倉増 栄子¹、小西 尚則²、金井 和明² (1. 山口大学医学部附属病院 集中治療部、2. 山口大学医学部附属病院 リハビリテーション部)
10:30 AM - 10:50 AM

[PD8-03] 当院の心臓血管外科における取組みについて
○宮川 幸大¹ (1. 小倉記念病院 リハビリテーション課)
10:50 AM - 11:10 AM

[PD8-04] 患者の自己効力感を高める早期離床への取り組み
○楠川 翠里¹ (1. 国立循環器病研究センター)
11:10 AM - 11:30 AM

第9会場

パネルディスカッション

[PD9] クリティカルケアにおける超高齢患者と家族に対する看護実践

座長: 矢富 有見子(国立看護大学校)

吉田 嘉子(国立病院機構別府医療センター)

演者: 丸谷 幸子(名古屋市立大学病院 看護部)

松波 由加(済生会山口総合病院)

吉里 美貴(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

菊池 亜季子(日本赤十字社医療センター 救命救急センター)

10:40 AM - 12:00 PM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[PD9-01] 超高齢者と家族の現状とクリティカルケアにおける課題

○丸谷 幸子¹ (1. 名古屋市立大学病院 看護部)

10:40 AM - 11:00 AM

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

○松波 由加¹ (1. 済生会山口総合病院)

11:00 AM - 11:20 AM

[PD9-03] 急性期病院における認知症ケア実践に向けて

○吉里 美貴¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

11:20 AM - 11:40 AM

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

○菊池 亜季子¹ (1. 日本赤十字社医療センター 救命救急センター)

11:40 AM - 12:00 PM

第6会場

パネルディスカッション

[PD10] 意外と知らない? 日常で行われる看護実践のピットフォール

座長: 田村 富美子(聖路加国際病院)

門田 耕一(岡山大学病院)

演者: 宮脇 奈央(国家公務員共済組合連合会 新別府病院)

竹田 智子(飯塚病院)

飯屋崎 通子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

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

[PD10-01] GCS・JCSやMMT評価のピットフォール

○宮脇 奈央¹ (1. 国家公務員共済組合連合会 新別府病院)

11:40 AM - 12:05 PM

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

○竹田 智子¹ (1. 飯塚病院)

12:05 PM - 12:30 PM

[PD10-03] DESIGN-R[®]正しくつけている?

○飯屋崎 通子¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

12:30 PM - 12:50 PM

第10会場

パネルディスカッション

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

座長: 明石 恵子(名古屋市立大学大学院看護学研究科)

吉田 紀子(獨協医科大学病院)

演者: 豊島 美樹(大阪市立総合医療センター)

津田 泰伸(聖マリアンナ医科大学病院)

中村 香代(国立国際医療研究センター病院)

山口 庸子(東京慈恵会医科大学附属病院)

2:20 PM - 3:40 PM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

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

○豊島 美樹¹ (1. 大阪市立総合医療センター)

2:20 PM - 2:40 PM

[PD11-02] COVID-19患者家族へのケアを考える

○津田 泰伸¹ (1. 聖マリアンナ医科大学病院)

2:40 PM - 3:00 PM

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

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

3:00 PM - 3:20 PM

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

– COVID-19患者の急変対応の現状と課題–

○山口 庸子¹ (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

3:20 PM - 3:40 PM

第7会場

Pro-Con

[PC3] あなたのキャリアビジョンはどう描く?

座長: 荒井 知子(杏林大学医学部付属病院)

演者:大山 祐介(長崎大学生命医科学域保健学系)
佐々木 謙一(岩手県立中央病院)
9:00 AM - 10:00 AM 第7会場(総合展示場 314-315会議室)

[PC3-01] 臨床の看護師から看護教員、再びちよこつと臨床
様々な場所での経験からキャリアビジョンを描く

○大山 祐介¹ (1. 長崎大学生命医科学域保健学系)
9:00 AM - 9:30 AM

[PC3-02] 看護師としての専門分野をもつことは自分
にとって、患者にとっても有益である。

Nurses, be ambitious.
○佐々木 謙一¹ (1. 岩手県立中央病院)
9:30 AM - 10:00 AM

Pro-Con

[PC4] ICUで PNSは有効か？

座長: 剣持 功(東海大学)
演者: 清水 正子(横浜市立大学附属市民総合医療センター)
増居 洋介(北九州市立医療センター)
10:10 AM - 11:10 AM 第7会場(総合展示場 314-315会議室)

[PC4-01] ICUでの PNSは有効である。

○清水 正子¹ (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター)
10:10 AM - 10:40 AM

[PC4-02] ICUで PNSは有効でない

○増居 洋介¹ (1. 北九州市立医療センター)
10:40 AM - 11:10 AM

第9会場

交流集会

[EM6] コロナ禍を経験して、クリティカルケアの口腔
ケアを再考する

委員会: 口腔ケア委員会
9:00 AM - 10:30 AM 第9会場(総合展示場 F展示場)

[EM6-01] 口腔ケア委員会交流集会 コロナ禍を経験し
て、クリティカルケアの口腔ケアを再考する

○浅香 えみ子¹、安藤 有子²、佐藤 恵明³、石井 恵利佳⁴、川原 千香子⁵、剣持 雄二⁶、佐藤 央¹、門田 耕一⁷
(1. 東京医科歯科大学病院、2. 関西医科大学附属病院、3. 日本医科大学付属病院、4. 獨協医科大学埼玉医療センター、5. 愛知医科大学、6. 東海大学医学部付属八王子病院、7. 岡山大学病院)
9:00 AM - 10:30 AM

第3会場

交流集会

[EM7] 世界と繋がるには

委員会: 国際交流委員会
12:20 PM - 1:40 PM 第3会場(国際会議場 国際会議室)

[EM7-01] 国際交流委員会交流集会 世界と繋がるには

○櫻本 秀明¹、卯野木 健²、池松 裕子³、北山 未央⁴、佐藤 隆平⁵ (1. 日本赤十字九州国際看護大学、2. 札幌市立大学、3. 名古屋大学大学院医学系研究科、4. 金沢医科大学病院、5. 神戸市看護大学)
12:20 PM - 1:40 PM

第7会場

交流集会

[EM8] ケアとキュアの融合と継続を目指す臨床判断能力を育てる

委員会: 教育委員会
12:30 PM - 1:50 PM 第7会場(総合展示場 314-315会議室)

[EM8-01] 教育委員会交流集会 ケアとキュアの融合と継続
を目指す臨床判断能力を育てる

○岩元 美紀²、近藤 ゆかり²、西村 祐枝²、路川 恵利加³、上澤 弘美³、大田 麻美⁴、益田 美津美¹、石川 幸司⁵
(1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、2. 岡崎市立市民病院、3. 総合病院土浦協同病院、4. 伊勢赤十字病院、5. 北海道科学大学保健医療学部看護学科)
12:30 PM - 1:50 PM

第8会場

交流集会

[EM9] 患者をまもる 医療者をまもる 社会をまもる
COVID-19委員会活動報告と Q&A

委員会: COVID-19対策委員会
1:50 PM - 3:20 PM 第8会場(総合展示場 E展示場)

[EM9-01] COVID-19委員会交流集会 患者をまもる 医療者をまもる 社会をまもる COVID-19委員会活動報告と Q&A

藤野 智子¹、○古賀 雄二²、卯野木 健³、櫻本 秀明⁴、古厩 智美⁵、塚原 大輔⁶ (1. 聖マリアンナ医科大学病院、2. 川崎医療福祉大学、3. 札幌市立大学、4. 日本赤十字九州国際看護大学、5. さいたま赤十字病院、6. 株式会社キュアメド)
1:50 PM - 3:20 PM

第2会場

プラクティスセミナー

[PS7] 血液ガス評価
9:00 AM - 9:50 AM 第2会場(国際会議場 11会議室)

[PS7-01] 血液ガス評価

○松本 垂矢子¹ (1. 金沢大学付属病院 看護部)
9:00 AM - 9:50 AM

プラクティスセミナー

[PS8] グラフィックモニタのみかた

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

[PS8-01] グラフィックモニタの見方

○戎 初代¹ (1. 東京西徳洲会病院)
10:00 AM - 10:50 AM

プラクティスセミナー

[PS9] 補助循環装着患者のケア (V-A ECMO、IMPELLA)

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

[PS9-01] 補助循環装着患者のケア (V-A ECMO、IMPELLA)

○多田 寛¹ (1. 日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)
11:00 AM - 11:50 AM

プラクティスセミナー

[PS10] ECMO装着患者ケアにおける感染管理の実際

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

[PS10-01] ECMO装着患者ケアにおける感染管理の実際

○渡邊 健太¹ (1. 杏林大学医学部付属病院 中央集中治療室)
12:00 PM - 12:50 PM

プラクティスセミナー

[PS11] 循環モニタリングのみかた

1:00 PM - 1:50 PM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS11-01] 循環モニタリングのみかた

○生駒 周作¹ (1. 公立陶生病院 ER-ICU)
1:00 PM - 1:50 PM

プラクティスセミナー

[PS12] 輸液管理

2:00 PM - 2:50 PM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS12-01] 輸液管理

○平井 亮¹ (1. 京都市立病院 看護部管理室付)
2:00 PM - 2:50 PM

プラクティスセミナー

[PS13] 血液浄化療法中の患者ケア

3:00 PM - 3:50 PM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS13-01] 血液浄化療法中の患者ケア

○沖 良一¹ (1. 倉敷中央病院 ICU)
3:00 PM - 3:50 PM

第5会場

術後管理マスタールーム

[PM2] 術後管理シリーズ (循環器、脳神経)

9:00 AM - 3:00 PM 第5会場 (国際会議場 32会議室)

[25000-0900-1add] 術後管理シリーズ

9:00 AM - 11:00 AM

[25000-0900-2add] 術後管理シリーズ

11:00 AM - 1:00 PM

[25000-0900-3add] 術後管理シリーズ

1:00 PM - 3:00 PM

第10会場

共催セミナー

[CS3] 情報医学の視点から考える病室環境

座長：林 尚三 (公益社団法人有隣厚生会 富士病院)
演者：本田 学 (国立精神・神経医療研究センター神経研究所)
10:50 AM - 11:50 AM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[200000-1050-1add] 共催セミナー

10:50 AM - 11:50 AM

第1会場

共催セミナー

[CS4] 敗血症性ショックの病態を学ぼう

座長：後藤 順一 (河北総合病院)
演者：道又 元裕 (Critical Care Research Institute : CCRI)
12:00 PM - 1:00 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[21000-1200-1add] 共催セミナー

12:00 PM - 1:00 PM

第6会場

共催セミナー

[CS5] 洗浄から清拭へ 陰部清拭用ワイプシートと陰部ケアの新しい形

—クリティカルケア領域における「ペリケア」の導入意義と課題—

座長：山口 典子 (長崎大学病院)
演者：大西 哲郎 (社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院)
1:10 PM - 2:10 PM 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[26000-1310-1add] 共催セミナー

1:10 PM - 2:10 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)

[WS2] プラクティスセミナー (オンデマンド配信)
9:00 AM - 2:00 PM プラクティスセミナー (オンデマンド配信)

[WS2-01] 酸素需給バランスの評価

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

9:00 AM - 10:00 AM

[WS2-02] クリティカルケア領域で理解が必要な検査データ

○柴 優子¹ (1. 筑波大学附属病院)

10:00 AM - 11:00 AM

[WS2-03] 遠隔 ICU の実際

○森口 真吾¹ (1. 株式会社T-ICU)

11:00 AM - 12:00 PM

[WS2-04] 画像検査のみかた

○奥山 広也¹ (1. 山形県立中央病院 ICU)

12:00 PM - 1:00 PM

[WS2-05] 経腸栄養に対する不耐症対策

たまごが先か、にわとりが先か!? -重症患者の栄養療法の謎-

○巽 博臣¹ (1. 札幌医科大学医学部集中治療医学)

1:00 PM - 2:00 PM

第4会場

一般演題

[O8] 看護教育

座長:園田 拓也(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)
9:00 AM - 10:10 AM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O8-01] A病棟における新人看護師の教育支援

-看護提供方式の変更に伴う課題への取り組み-

○石井 結花¹、高橋 祐樹¹、植木 玲¹、渡邊 好江¹、内田 真由美¹ (1. 杏林大学医学部付属病院)

9:00 AM - 9:12 AM

[O8-02] 新人から継続して集中治療室に勤務する看護師の経験

-臨床判断能力の習得に焦点を当てて-

○小倉 亜沙子¹ (1. 東海大学医学部付属病院)

9:12 AM - 9:24 AM

[O8-03] クリティカルケア領域2年目看護師が「怖さ」を感じた看護実践場面へのリフレクション支援

援:ファシリテーターの関わりに注目して

○福田 美和子¹、本田 多美枝²、岡部 春香³、明神 哲也⁴、坂本 なほ子⁵ (1. 目白大学看護学部、2. 日本赤十字九州国際看護大学、3. 東海大学医学部看護学科、4. 東京

慈恵会医科大学医学部看護学科、5. 東邦大学看護学部)

9:24 AM - 9:36 AM

[O8-04] 臨床判断モデルを活用した OJT研修の学習効果と課題

○藤井 絵美^{1,2}、岩元 美紀^{1,3}、佐藤 正和^{1,2}、相良

洋^{1,2}、西村 祐枝^{1,4} (1. 岡山市立総合医療センター 岡山市立市民病院、2. 集中治療部、3. 救急外来、4. 看護部)

9:36 AM - 9:48 AM

[O8-05] A病院 ICU・救急病棟看護師のレジリエンスを獲得していくプロセス

江川 亜維¹、○鈴木 渚¹、澤本 菜摘美¹、吉田 茂¹ (1.

国立病院機構千葉医療センター 看護部)

9:48 AM - 9:59 AM

[O8-06] オンラインを活用した情報交換・会議の有効性

-クリティカルケア認定看護師としての今後の展望-

○上原 均¹、池澤 友郎⁵、大塚 文人²、長内 洋一³、佐藤 希⁴、関根 庸考⁶、矢嶋 恵理⁷ (1. 沖縄県立南部医療センター・子ども医療センター、2. 一般財団法人神奈川県警

友会 けいゆう病院、3. 学校法人北里研究所 北里大学病院、4. 国立大学法人 旭川医科大学病院、5. 社会医療法人

近森会 近森病院、6. 青梅市立総合病院、7. 国立大学法人 信州大学医学部附属病院)

9:59 AM - 10:10 AM

一般演題

[O9] 医療安全

座長:藤井 絵美(岡山市立市民病院)
10:20 AM - 11:20 AM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O9-01] 急変予測に関するスタッフ教育の評価と今後の課題

○谷 澄代¹、山村 尚裕¹、宮地 富士子¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院)

10:20 AM - 10:32 AM

[O9-02] ICU看護師が抱く補助循環装着患者担当時の不安の実態

○池澤 友朗¹ (1. 社会医療法人近森会 近森病院)

10:32 AM - 10:44 AM

[O9-03] 院内迅速対応システムの導入・運営における看護師の工夫

○吉本 早由利^{1,2}、江川 幸二² (1. 神戸市立医療センター西市民病院、2. 神戸市看護大学大学院)

10:44 AM - 10:56 AM

[O9-04] 抜管失敗に至った1事例における対応の検証

○張 葉留菜¹、金 姫静¹、後藤 順一¹、森内 陽子¹ (1.

社会医療法人河北医療財団 河北総合病院)

10:56 AM - 11:08 AM

[O9-05] EICUにおける想定外抜去に関するインシデント発生の要因

○宮本 遼¹、上澤 弘美¹、路川 恵利加¹ (1. 総合病院土浦協同病院 EICU)

11:08 AM - 11:19 AM

一般演題

[O10] 看護管理ほか

座長:安藤 直美(岡山市立市民病院)

11:40 AM - 12:50 PM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O10-01] 集中治療室看護師の集中治療後症候群に対する認知度とケアについての実態調査

○岡田 晋太郎¹ (1. 福岡市民病院)

11:40 AM - 11:52 AM

[O10-02] 外科系集中治療室における早期経腸栄養開始を目指した取り組み

—早期経腸栄養開始の判断基準の検討—

友添 祐子¹、○津城 香奈¹、松山 真理¹、前田 紗英子¹、上川 朋美¹、杉島 寛¹、七種 伸行² (1. 久留米大学病院 看護部、2. 久留米大学外科学講座小児外科部門)

11:52 AM - 12:04 PM

[O10-03] 集中治療室勤務の中堅看護師の職務継続に影響する経験

○中川 あゆみ¹、岡田 佑果¹、栗田 健志¹、山田 裕紀¹、平野 智子¹ (1. 広島大学病院)

12:04 PM - 12:16 PM

[O10-04] 半構造化面接によって見いだしたわが国におけるクリティカルケア看護師の

Moral Distressの様相

○松田 麗子¹、明石 恵子² (1. 名古屋女子大学健康科学部看護学科、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

12:16 PM - 12:28 PM

[O10-05] 集中治療室の中堅看護師のキャリア・プラトーの様相

○工藤 孝子¹、佐藤 まゆみ² (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院、2. 順天堂大学大学院医療看護学研究科 がん・クリティカルケア 看護学)

12:28 PM - 12:39 PM

[O10-06] 重症患者の回復過程における看護援助—患者の回復意欲に焦点を当てて—

○橋本 彩花¹、林 優子¹ (1. 関西医科大学 看護学部 (クリティカルケア看護学領域))

12:39 PM - 12:50 PM

一般演題

[O11] 家族看護1

座長:中橋 厚子(健和会大手町病院)

1:00 PM - 2:10 PM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O11-01] 急性重症患者の終末期治療に対して救急・集中治療領域の看護師が行う代理意思決定支援の実践と影響要因

○小崎 麗奈¹、中村 美鈴¹ (1. 東京慈恵会医科大学大学院 医学研究科看護学専攻 先進治療看護学分野 クリティカルケア看護学領域)

1:00 PM - 1:12 PM

[O11-02] 救急・集中治療患者の終末期治療における家族の代理意思決定支援に対する中堅看護師の困難と対応

○内田 美穂¹、中村 美鈴²、室岡 陽子² (1. 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻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看護学専攻先進治療看護学分野クリティカルケア看護学領域)

1:12 PM - 1:24 PM

[O11-03] ICUにおける終末期代理意思決定支援に必要な視点—家族が患者の最善を考えられるようになった一例—

○内山 典代¹、佐藤 遥¹、今井 圭司¹ (1. 日本医科大学 多摩永山病院)

1:24 PM - 1:36 PM

[O11-04] コロナ禍における ICUダイアリーを活用した家族ケア

○橋本 侑里香¹、田中 貴子¹、中村 小百合¹、吉里 孝子¹ (1. 熊本大学病院 看護部)

1:36 PM - 1:48 PM

[O11-05] 救命救急センターの集中治療室における患者の家族への関わり

：成人前期の患者の家族の事例を通して

○下尾 菜摘¹ (1. 国立国際医療研究センター病院)

1:48 PM - 1:59 PM

[O11-06] 日本語版 Parental Stressor Scale : Pediatric Intensive Care Unit の作成

○池田 光輝^{1,2}、星野 晴彦³、松石 雄二郎⁴、小谷 美咲^{1,2} (1. 筑波大学大学院 人間総合科学学術院 人間総合科学研究群 フロンティア医科学学位プログラム (修士課程)、2. 筑波大学附属病院 看護部 小児ICU病棟、3. 国際医療福祉大学 成田キャンパス 急性期看護学、4. 聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学)

1:59 PM - 2:10 PM

第7会場

一般演題

[O12] 運動と休息

座長:藤岡 智恵(飯塚病院)

2:00 PM - 3:10 PM 第7会場(総合展示場 314-315会議室)

[O12-01] A病院 ICUにおける早期離床介入の実態

–疾患別リハビリテーション導入前の人工呼吸器装着患者を対象として–

岩本 浩輔¹、○川畑 瑠花¹、中野 祐樹¹、井野 朋美¹
(1. 熊本赤十字病院)

2:00 PM - 2:12 PM

[O12-02] 集中治療室での早期リハビリテーション場面における患者と看護師間の相互作用のなかでの看護実践

○岩見 静佳¹、明石 恵子² (1. 名古屋市立大学病院、2. 名古屋市立大学看護学研究科)

2:12 PM - 2:24 PM

[O12-03] 集中治療室活動度スケールを用いた人工呼吸器装着患者における身体活動能力の評価

○大島 梨華子¹、金 静姫¹、後藤 順一¹、森内 陽子¹
(1. 社会医療法人河北医療財団 河北総合病院)

2:24 PM - 2:36 PM

[O12-04] ICU Sleep Evaluation Scale (ISES) の評価者間信頼性の検証

○丸山 朝美¹、嶋岡 征宏¹、後藤 俊¹、砂川 元汰¹、嶋岡 麻耶¹、相楽 章江¹、藤田 優子¹ (1. 山口大学医学部附属病院 看護部)

2:36 PM - 2:48 PM

[O12-05] 集中治療室入室患者における睡眠に影響する要因と睡眠ケアの検討

○野中 湧介¹、西村 祐枝¹ (1. 岡山市立市民病院 看護部 ICU所属)

2:48 PM - 2:59 PM

[O12-06] 心臓血管外科術後患者の主観的睡眠評価による睡眠の質の変化について

○平良 沙紀¹、浦 綾子²、宮林 郁子³ (1. 福岡大学病院、2. 福岡大学医学部看護学科、3. 清泉女学院大学看護学部)

2:59 PM - 3:10 PM

第4会場

一般演題

[O13] 家族看護2

座長:姥迫 由記子(山口大学医学部附属病院)

2:20 PM - 3:30 PM 第4会場(国際会議場 21会議室)

[O13-01] COVID19の面会制限下における集中治療を受け

る患者の家族が望む情報

○大川 佳奈¹、佐藤 みえ¹、金川 里奈¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院 特定集中治療室)

2:20 PM - 2:32 PM

[O13-02] コロナ禍の面会制限におけるリモート面会の導入による患者家族への影響

○牟田 ゆうき¹、服部 真奈美¹、長谷川 遥¹、島内 淳二¹、木野 毅彦¹ (1. 日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

2:32 PM - 2:44 PM

[O13-03] ICUに入室した重症小児患者の家族への看護に関する文献研究

○高瀬 愛¹、清村 紀子² (1. 大分大学医学部附属病院、2. 大分大学医学部看護学科)

2:44 PM - 2:56 PM

[O13-04] 面会制限下における家族ケアの取り組み – ICUダイアリーの導入を試みて –

○山田 理絵¹ (1. 順天堂大学医学部附属練馬病院)

2:56 PM - 3:08 PM

[O13-05] 2年目看護師としてクリティカルケア領域での家族看護を考察する

–新型コロナウイルス感染症患者家族の面会での関わりを通して–

○永友 博明¹、長田 孝幸¹、森 弘太郎¹ (1. 飯塚病院)

3:08 PM - 3:19 PM

[O13-06] COVID-19による面会制限における ICU看護師の患者や家族への対応と看護師のストレスに関する実態調査

○秋田 奈緒美¹、園田 拓也¹、高橋 葵¹、有田 孝¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院 ICU)

3:19 PM - 3:30 PM

第6会場

一般演題

[O14] 安楽と疼痛

座長:田下 博(長崎大学病院)

2:20 PM - 3:30 PM 第6会場(総合展示場 311-313会議室)

[O14-01] 治療が奏功しない重症患者に対する ICU看護師の comfort ケア

○上村 明咲¹、大川 宣容² (1. 社会医療法人近森会 近森病院、2. 高知県立大学看護学部)

2:20 PM - 2:32 PM

[O14-02] ICU入室中に早期リハビリテーションに難渋し、それを乗り越えた患者の体験

○大串 健太¹、江川 幸二² (1. 神戸市看護大学大学院看

看護学研究科博士前期課程実践看護学領域急性期看護学専攻CNSコース、2. 神戸市看護大学大学院)

2:32 PM - 2:44 PM

[O14-03] HCUの看護ケアの質と comfortとの関連について

– discomfort状態と PICSとの相関から– : その1

○上杉 如子¹、中出 卑那¹、永田 知英美¹、塚本 里佳¹、石本 佳美¹、新田 建也¹、茗荷谷 美保¹、佐藤 大介²
(1. 国民健康保険 小松市民病院、2. 公立小松大学保健医療学部看護学科)

2:44 PM - 2:56 PM

[O14-04] HCUの看護ケアの質と comfortとの関連について

– comfortに影響する医療者の介入から– : その2

○上杉 如子¹、永田 知英美¹、塚本 里佳¹、中出 卑那¹、石本 佳美¹、新田 建也¹、茗荷谷 美保¹、佐藤 大介²
(1. 国民健康保険 小松市民病院、2. 公立小松大学保健医療学部看護学科)

2:56 PM - 3:08 PM

[O14-05] 人工呼吸器装着中の急性・重症患者の

Comfortニーズを捉えるためのアセスメント指標の作成

○山田 知世¹、中村 美鈴¹ (1. 東京慈恵会医科大学大学院博士前期課程 先進治療看護学分野 クリティカルケア看護学領域)

3:08 PM - 3:19 PM

[O14-06] 人工心肺術後患者の人工呼吸器離脱後から利尿期に至るまでの体験と看護

○河野 志穂¹、清村 紀子² (1. 大分大学医学部附属病院看護部、2. 大分大学医学部看護学科 基盤看護学講座)

3:19 PM - 3:30 PM

第7会場

看護ラリー回答編

[IL] 看護ラリー回答編

11:20 AM - 12:10 PM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[27000-1120-1add] 討議

11:20 AM - 12:10 PM

一般演題

一般演題 (オンデマンド)

[W2] 一般演題 WEB (オンデマンド配信)

9:00 AM - 3:00 PM 一般演題 (オンデマンド配信)

[W2-01] A病院 ICUにおける PICSの精神機能障害リスク因子と HADSスコアの関連性についての検討

小野 香苗¹、尻屋 直子¹、○松本 鈴子¹、初井 しおり¹、安部 直子¹ (1. 大分大学医学部附属病院 看護部)
9:00 AM - 9:20 AM

[W2-02] 集中治療室での術後せん妄予防ケアの取り組みの効果

○崎谷 千絵¹、堀田 彩¹、塩川 友菜¹、倉増 栄子¹、後藤 直美¹ (1. 山口大学医学部附属病院)
9:20 AM - 9:40 AM

[W2-03] QOL維持に繋がった当院 ICUの看護実践

– PICS予防策 ABCDEFGHバンドルに沿って可視化して–
○片田 美子¹、岩瀬 弥生¹、京本 真樹¹、藤木 智世¹ (1. 広島赤十字・原爆病院)
9:40 AM - 10:00 AM

[W2-04] 集中治療室入室患者の退院後の体験と対処行動

○藤谷 公司¹、佐藤 まゆみ¹ (1. 順天堂大学大学院医療看護学研究科 がん・クリティカルケア看護学)
10:00 AM - 10:20 AM

[W2-05] COVID-19重症感染症患者の家族ケアを担った緩和ケアチーム看護師の思い– GRACEプログラムを用いたインタビューより

○北田 なみ紀^{1,2} (1. 地方独立行政法人大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター、2. 緩和ケアセンター)
10:20 AM - 10:40 AM

[W2-06] 面会制限中の ICUにおける終末期 COVID-19患者の家族ケアについて

○田村 優花¹、福井 美和子¹、東 真子¹ (1. 淀川キリスト教病院 看護部 ICU看護課)
10:40 AM - 11:00 AM

[W2-07] 救命救急領域において代理意思決定を行う家族への支援時に看護師が重要視している事柄

○浦田 あかり¹、森 恵子² (1. 岡山大学医学部保健学科、2. 岡山大学学術研究院保健学領域)
11:00 AM - 11:20 AM

[W2-08] 緊急手術後に終末期となった心臓外科患者と家族に対する看護

田中 愛子¹、○国本 有希¹、武田 一美¹、深水 愛子¹ (1. 大阪警察病院 看護部)
11:20 AM - 11:40 AM

[W2-09] 救命病棟におけるデスカンファレンスの内容分析

○川口 祥子¹、平尾 由美子¹ (1. 済生会横浜市東部病院)
11:40 AM - 12:00 PM

[W2-10] 重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念分析

○岡本 武士¹、北村 愛子² (1. 神戸市立医療センター中央市民病院、2. 大阪府立大学大学院看護学研究科)

12:00 PM - 12:20 PM

[W2-11] ICU看護師のエンドオブライフケア評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検証

○新井 祐恵¹、對中 百合² (1. 甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科、2. 畿央大学健康科学部看護医療学科)

12:20 PM - 12:40 PM

[W2-12] 集中治療室に緊急入室し人工呼吸器を装着した患者の回復意欲を高める看護実践の検討

○福島 可奈子¹ (1. 自治医科大学附属病院)

12:40 PM - 1:00 PM

[W2-13] 胃がん術後患者の身体症状とセルフケア能力の関連

○野口 明日香¹、佐藤 富美子²、佐々木 康之輔²、吉田 詩織² (1. 東北大学医学部保健学科看護学専攻、2. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻)

1:00 PM - 1:20 PM

[W2-14] 活動拡大に向かう急性心不全患者への

ICU/CCUにおけるセルフモニタリング支援

○竹本 智子¹、大川 宣容² (1. 徳島厚生連 吉野川医療センター、2. 高知県立大学大学院看護学研究科)

1:20 PM - 1:40 PM

[W2-15] A高度救命救急センターにおける集中治療下での腹臥位療法実施時の看護師の困難

○中川 雄樹¹、村中 沙織¹、石井 祥子¹ (1. 札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター看護室)

1:40 PM - 2:00 PM

[W2-16] クリティカルケア領域における患者の安全と療養を継続する熟練看護師の思考と実践

○川端 龍人¹ (1. 日本赤十字看護大学さいたま看護学部)

2:00 PM - 2:20 PM

[W2-17] 手術室看護師が実践している創傷予防ケア

○古川 智恵¹ (1. 姫路大学 看護学部)

2:20 PM - 2:40 PM

[W2-18] A病院の早期リハビリテーションに対するICU看護師の認識

○山口 渚¹、小関 英里¹ (1. 自衛隊中央病院 看護部)

2:40 PM - 2:50 PM

[W2-19] 急性期病院における早期警告スコアを用いた重症者基準見直し

○三木 寛之¹、時田 良子¹ (1. 関西電力病院)

2:50 PM - 3:00 PM

プラクティスセミナー

交流集会 (オンデマンド)

[EMW] 次世代の人工呼吸ケアを探求しよう

委員会:人工呼吸ケア委員会

2:10 PM - 3:40 PM プラクティスセミナー (オンデマンド配信)

[EMW-01] 人工呼吸ケア委員会交流集会 次世代の人工呼吸ケアを探求しよう

○辻本 雄大³、濱本 実也²、丸谷 幸子¹、植村 桜⁴、坂木 孝輔⁵、白坂 雅子⁶、山田 亨⁷、山本 小奈美⁸ (1. 名古屋市立大学病院、2. 公立陶生病院、3. 奈良県立医科大学附属病院、4. 大阪市立総合医療センター、5. 東京慈恵会医科大学病院、6. 福岡赤十字病院、7. 東邦大学医療センター大森病院、8. 山口大学)

2:10 PM - 3:40 PM

第1会場

閉会式

[CL] 閉会式

4:00 PM - 4:10 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[CL] 閉会式

4:00 PM - 4:10 PM

特別講演

[SL5] クリティカルケア領域における感染対策

座長:高見沢 恵美子(関西国際大学)

演者:忽那 賢志(大阪大学大学院医学系研究科 感染制御学講座)

Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:00 AM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[SL5-01] COVID-19の感染対策（特にクリティカルケア領域において）

○忽那 賢志¹（1. 大阪大学大学院医学系研究科 感染制御学講座）

9:00 AM - 10:00 AM

9:00 AM - 10:00 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:00 AM 第1会場)

[SL5-01] COVID-19の感染対策（特にクリティカルケア領域において）○忽那 賢志¹（1. 大阪大学大学院医学系研究科 感染制御学講座）

Keywords: COVID-19、ICU、SARS-CoV-2

成人の COVID-19感染者の約3～4割は無症候性感染者とされるが、発症者の潜伏期は約5日（オミクロン株では3日）でありインフルエンザ様症状を呈する。嗅覚障害・味覚障害は新型コロナウイルス感染症に特異度の高い症状であるがオミクロン株では頻度が低くなっており、ますます臨床症状だけでの診断が困難となっている。発症者の約2割が発症から7～10日目に重症化するのが典型的な経過である。高齢者や基礎疾患を持つ患者、肥満などがリスクファクターである。新型コロナウイルス感染症は、発症後しばらくの間はウイルスが増殖しており抗ウイルス薬が有効と考えられ、また重症化してくる頃には過剰な炎症反応が主病態となる。したがって、病期を適切に捉えた上で、抗ウイルス薬と抗炎症薬とを組み合わせることが重要である。2022年3月時点で国内承認されている抗ウイルス活性を持つ薬剤にはレムデシビル、カシリビマブ/イムデビマブ、ソトロビマブ、モルヌピラビル、ニルマトレルビル/リトナビルが、抗炎症薬にはデキサメタゾン、バリシチニブ、トシリズマブがある。また凝固異常も病態に関わっていることから、ヘパリンなどの抗凝固薬を併用することも一般的となっている。新型コロナウイルス感染症は、飛沫感染および接触感染によって広がるが、いわゆる3密と呼ばれる空間で伝播しやすいことが分かっている。国内で承認となっている新型コロナワクチンは3種類あり、2022年3月現在は主に2つの mRNA ワクチンの接種が行われている。いずれも極めて高い感染予防効果が示されており、また第5波における致死率の低下に寄与したと考えられる。一方で、オミクロン株に対する感染予防効果は大幅に低下しており、また高齢者においては重症化予防効果も時間経過によって低下することから、ブースター接種によって再び感染予防効果・重症化予防効果を高める必要がある。

クリティカルケア領域での感染対策で特に問題になるのは、気管挿管などのエアロゾル手技、個人防護具の着脱、ゾーニングなどによる感染リスクである。一方で、すでに重症化した患者の感染性は発症前後の時期よりも低いということも分かっており、過剰な感染対策にならずに適切に行うことが重要である。

また、個人防護具の着用のための弊害もある。血液培養採取時のコンタミネーションの増加や、耐性菌伝播のリスク増加なども明らかになってきている。

特別講演

[SL6] クリティカルケア領域の未来予想図 -AIと遠隔 ICUと看護の可能性-

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)

演者:高木 俊介(横浜市立大学附属病院 集中治療部)

Sun. Jun 12, 2022 12:00 PM - 1:00 PM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[SL6-01] クリティカルケア領域の未来予想図 – AIと遠隔 ICUと看護の可能性

○高木 俊介¹、横山 暢幸¹、出井 真史¹、柏木 静¹、横瀬 真志¹、辻 杏歩²、青山 祥太郎²、田端 篤³、南部 雄磨³、藤吉 弘巨⁴ (1. 横浜市立大学附属病院 集中治療部、2. 横浜市立大学医学部、3. 株式会社 CROSS SYNC、4. 中部大学 工学部 ロボット理工学科)

12:00 PM - 1:00 PM

12:00 PM - 1:00 PM (Sun, Jun 12, 2022 12:00 PM - 1:00 PM 第10会場)

[SL6-01] クリティカルケア領域の未来予想図 – AIと遠隔 ICUと看護の可能性

○高木 俊介¹、横山 暢幸¹、出井 真史¹、柏木 静¹、横瀬 真志¹、辻 杏歩²、青山 祥太郎²、田端 篤³、南部 雄磨³、藤吉 弘巨⁴ (1. 横浜市立大学附属病院 集中治療部、2. 横浜市立大学医学部、3. 株式会社 CROSS SYNC、4. 中部大学 工学部 ロボット理工学科)

Keywords: AI、遠隔診療、遠隔ICU、画像解析

高齢化が進む本邦では、合併症を持った重症患者の増加が予想され、重症系病床のニーズは高まっていく。一方で、重症系病床に従事する集中治療医は不足しており、遠隔診療や AIを用いた診療支援に期待が寄せられている。横浜市立大学附属病院では複数施設と連携して遠隔 ICUによる診療支援を開始した。遠隔 ICUでは50人以上の患者を同時に観察するため、患者の選定が必要になる。選定した重症患者に対してプロトコルなどの導入などを含めて標準治療の提供を行なっている。現状の遠隔 ICUでは看護師によるマニュアルでの患者選定を行なっているが、より効率的に行うために AIやビッグデータの活用が望まれる。当院の取り組みとして、患者選定に関連する患者の意識レベルの自動化を手掛けている。現状、患者の意識や鎮静レベルは看護師のマニュアルによる観察で評価をされている。しかし、日々刻々と容態が変化する複数の重症患者へのマニュアルでの判断には限界がある。そのため、意図せぬチューブやカテーテルの事故除去などのインシデントが絶え間なく生じている。こうした患者の多くは事前に不穏な行動の兆候が出ている。しかし、看護業務の負荷から、患者観察絶え間なくし続けることは困難である。こうした状況を解決するために、ICUベッド上に設置したカメラで収集した動画を AIで解析することで自動的に患者の意識レベルを判定するアルゴリズムの開発をおこなっている。意識レベルの判定には、AVPU (Alert, Verbal, Pain, Unresponsive)による評価を用いた。AIを用いて構築したアルゴリズムと看護師による評価を比較したところ、83%の一致率であった。現在、眼の開閉に加えて危険行動を察知する姿勢分析、興奮した不穏行動に関連する大きな動きを加速度分析などで解析している。今後、AI、ビッグデータの活用が進んだ先には、遠隔 ICUの世界も変わってくる。現状の課題であるマニュアルでのトリアージを AIがサポートすることで、刻一刻と変化する複数患者の複数情報を AIが解析をして、重症度判定を繰り返し、医療従事者に共有する。それにより、早期発見、治療介入が可能になる。遠隔 ICUに従事する看護師も患者のトリアージから、患者の看護ケアや現場スタッフとのコミュニケーションに重点を置くことが可能となる。これが集中治療領域での AI活用の意義と思われる。

教育講演

[EL4] クリティカルケアにおける安全文化の作り方

座長:茂呂 悦子(自治医科大学附属病院)

演者:濱本 実也(公立陶生病院)

Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:00 AM 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[EL4-01] クリティカルケアにおける安全文化の作り方

○濱本 実也¹ (1. 公立陶生病院)

9:00 AM - 10:00 AM

9:00 AM - 10:00 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:00 AM 第6会場)

[EL4-01] クリティカルケアにおける安全文化の作り方

○濱本 実也¹ (1. 公立陶生病院)

Keywords: 安全文化、Safety-I、Safety-II

医療において安全の担保が重要であることは、言うまでもありません。臨床では、安全を確保するために様々な取り組みが行われていますが、マニュアルの整備やスタッフの教育は、この代表的なものかもしれません。一方で、安全文化の醸成には時間がかかります。また、方向性を誤るとスタッフのストレスだけを蓄積することにもなりかねません。特に、命と直結するケアや管理を行うクリティカルケア領域においては、とりわけ事象を重くとらえる傾向が強くなると感じています。たとえば、点滴を固定したあとの確認で、ルートが屈曲していたとします。部署によっては「気を付けようね」で終わるかもしれませんが、私の知るICUでは、多分こう言います。「もしカテコラミンだったら、大変なことになっていたよ」確かに、小さなミスが大きな事故につながる可能性を考えて指導することは非常に重要です。ただ、小さなミスも決して許さないという環境は、安全文化の醸成を考えると、逆にマイナス面もあります。では、どうやって安全文化を作っていけばよいのでしょうか？この答えを探すため、代表的な安全のアプローチである Safety-I、Safety-IIについて少しおさえておきたいと思えます。

突然ですが、私は自転車で通勤をしています。小学校3年生の時に自転車の免許（当時は小学校が出していたのです）を頂いてからこれまで、事故になりそうな局面を何度も経験しています。Safety-Iの考え方は、自転車に問題がなくマニュアル通りの手順でミスなく運転できていれば、事故は起こらないという考え方に立脚しています。でも、実際は危うい目に何度もあっています。それは、風が強くて通常の運転ができなかったり、籠の荷物が重たくてハンドルをとられたり、雪が降って道路が滑ったり、そんな状況の変化によってもたらされました。ここで、Safety-Iの考え方で、対策を立ててみたいと思えます。まず、自転車の整備として、雨用のタイヤ、風が強い時の抵抗を軽減する工夫、雪の時のチェーン、籠が重い時の補助機能、または加重制限などを検討する必要があります。また、運転上の注意点やテクニックについて、雨風台風雪霰とあらゆる環境の変化に対応できるようマニュアルを作成しなければなりません。勿論、それぞれのバージョンでの運転訓練も欠かせません。ただ、ここまでしなければ安全に乗れないとなると、ちょっと現実的ではないかもしれませんね。少なくとも小学校3年生で免許をもらうのは無理そうです。では、Safety-IIではどう考えるのでしょうか？私がこれまで、事故になりそうな局面を回避できたのは、自転車の運転だけでなく、状況判断能力を含めて調整能力を持っていたからだと考えます。状況の変化に柔軟に対応できているから、安全に乗れているというわけです。

このように、Safety-Iは失敗や問題が関心の対象になりますが、Safety-IIではできていることや、うまくいっていることが関心の対象となります。臨床では、この2つのアプローチをバランスよく活用することが、安全文化を作るために重要だと考えています。今回、Safety-I、Safety-IIと実現に必要な4つの能力について紹介しながら、安全文化の作り方について、少々私見も交えながら、まとめていきたいと思えます。

教育講演

[EL5] 知っておきたい人材育成の基礎知識

座長:林 みよ子(静岡県立大学)

演者:矢野 博史(日本赤十字広島看護大学)

Sun. Jun 12, 2022 12:10 PM - 1:10 PM 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[EL5-01] 知っておきたい人材育成の基礎知識

○矢野 博史¹ (1. 日本赤十字広島看護大学)

12:10 PM - 1:10 PM

12:10 PM - 1:10 PM (Sun, Jun 12, 2022 12:10 PM - 1:10 PM 第9会場)

[EL5-01] 知っておきたい人材育成の基礎知識

○矢野 博史¹ (1. 日本赤十字広島看護大学)

Keywords: 教育の困難性、因果プラン、教育における理論の働き

「教えることは難しい」、多くの人がそう考えています。何を隠そう大学教師としての私もその一人です。最近ではコロナ禍という追い打ちもあって、教えることの難易度はさらに上がったと思わざるを得ません。私たちはこの「教育の困難性」とどのように向き合っていけばよいのか、この点について皆さんと一緒に考えていきたいと思えます。

私自身が教育の困難性から逃れられないと述べましたが、一方では、教育学者のひとりとして、その困難性から抜け出す術を求められる立場でもあります。辻褄の合わないことになっています。結論を先取りするなら、困難性は解消されるではなく、引き受けるしかないものだと考えています。

もし教えることの困難性から抜け出すことができるとすれば、思い通りの教育を可能にする方法を見つけ出すしかないように思われます。ところが教育方法の完成版への探究は、たとえば紀元前4世紀頃にメノンという若者がソクラテスに問いかけた言葉にすでに始められています。二千数百年以上も前に始まった探究がいまだに続いているのです。

一方で、ルーマン(Luhman 2002/2004)という社会学者は、「テクノロジー欠如」こそが教育の特性なのだと言い切ります。「テクノロジー欠如」とは、要するに「熱いお湯(目的)を得たかったらヤカンに水を入れて火にかければよい(手段)」といった、いつでもどこでも妥当する一連の「目的-手段」の手続きは、教育に関しては存在していないということです。困難性は教えるという営みに内在している不可避の特性だと捉えられています。

しかし、「テクノロジー欠如」を指摘する一方で、ルーマンは教育者が経験の中で身につけた実践知には一定の意義があるとします。「こんな場合はこうすればうまくいくことがある」という経験知をルーマンは「因果プラン」と呼んでいます。この「因果プラン」によって教育実践は導かれているというのです。こうしてみると結局、ルーマンも“理論的なもの”に一定の意義を認める立場をとっていることになります。

ただし、ここからが重要です。ルーマンは、「因果プラン」が教育の成功を保障するものではない以上、それは常にバージョンアップされなければならないと考えます。教育者が常にバージョンアップに取り組む態度のことをルーマンは「アクラシア(Akrasia)」という言葉で表現しています。教育者としては忘れずにいたい言葉、心がけたい態度です。そして、この「アクラシア」こそが「教育の困難性」の引き受け方だといえます。

当日は、この「アクラシア」を進めるための事項を2点ほど確認していこうと考えています。一つ目は「リフレクション(reflection)」です。よく知られているように、「リフレクション」は経験に由来する私たちの学習をモデル化して提示するものです。教育者としての自己創出=熟達を可能にするこの「リフレクション」は「アクラシア」そのものであると言っても過言ではありません。

次に二つ目は、「因果プラン」のバージョンアップに欠かせない「理論」の働きについてです。「理論」には、「結果の予測」、「事実の説明・解釈」、「現象の整理」、「仮説の母体」になるという働きがあります(國分1980)。「テクノロジー欠如」の中で「理論」を語るという齟齬を勘案しながら「理論」によって教育実践に実りがもたらされる様子をお示ししたいと考えています。

参考文献

- ・Luhman,N.(2002)/村上淳一(2004).社会の教育システム.東京大学出版会.
- ・國分康孝(1980).カウンセリングの理論.誠信書房.

教育講演

[EL6] ガイドラインをクリティカルケア看護の実践に活かす

座長:清村 紀子(大分大学)

演者:河合 佑亮(藤田医科大学病院 看護部)

Sun. Jun 12, 2022 1:10 PM - 2:10 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[EL6-01] ガイドラインをクリティカルケア看護の実践に活かす

○河合 佑亮¹ (1. 藤田医科大学病院 看護部)

1:10 PM - 2:10 PM

1:10 PM - 2:10 PM (Sun, Jun 12, 2022 1:10 PM - 2:10 PM 第1会場)

[EL6-01] ガイドラインをクリティカルケア看護の実践に活かす

○河合 佑亮¹ (1. 藤田医科大学病院 看護部)

Keywords: 診療ガイドライン

日本医療機能評価機構のEBM普及推進事業（Minds）によると、診療ガイドラインは「健康に関する重要な課題について、医療利用者と提供者の意思決定を支援するために、システマティックレビューによりエビデンス総体を評価し、益と害のバランスを勘案して、最適と考えられる推奨を提示する文書」と定義されています。この定義から分かるように、診療ガイドラインは看護師にとって金科玉条のごとくそのすべてに従うべきものではなく、看護師の意思決定（看護実践の判断）を支援するものであり、看護師が看護目標を達成するための看護計画の中に診療ガイドラインの推奨等を意識的に適用することでその真価が発揮されます。

例えば、日本版敗血症診療ガイドライン2020（J-SSCG2020）ではCQ10-3において、Light sedationを行うことは、Deep sedationと比較して人工呼吸器装着期間が約2.5日短縮すること等がシステマティックレビューで示唆され、弱く推奨されています（GRADE 2C：エビデンスの確実性＝「低」）。看護師は人工呼吸器管理中の成人重症患者に対して、人工呼吸器の早期離脱を看護目標に、CQ10-3を根拠にLight sedationの実施について医療チームに提案することを看護計画に組み込みました。一方で、前日から循環作動薬の使用量が漸増しており、臨床上的懸念がある場合には、看護師はLight sedationの非実施について医療チームに提案することを看護計画に組み込むかもしれません。これらはいずれも診療ガイドラインの看護実践への活用であり、人工呼吸器の早期離脱を目指した看護です。診療ガイドラインにおける推奨の強さは、エビデンスの確実性、利益と不利益のバランス、価値観や好み、コストや資源の4つの基準によって規定されるため、その推奨度は実質的には連続的なグラデーションであり、「白」または「黒」のように二項対立で捉えるのは不適切とされています。診療ガイドラインにおける「弱い推奨」は「白め淡い灰色」であり、行わない場合もありますが、行うことを奨められることが多い介入で、全体で見れば、益が害を上回る可能性が高く、しかし、患者によっては害のほうが強く生じることもありうる。と説明されています。そのため、患者の目の前にいる看護師がしっかりと考えて、看護目標の達成のために当該診療行為を適用する必要性を判断し、必要と選択した場合には医師の指示に基づいて実施するということが、診療ガイドラインを看護実践に活用するための最も重要なポイントになると考えます。そしてこのポイントをおさえることができれば、エビデンスに基づいた質の高い看護実践の実現はもとより、看護師が自らのケアを価値あるものとして評価できることにも繋がり、クリティカルケア看護を一層楽しむことができるようになることが期待されます。

本講演ではJ-SSCG2020を中心に診療ガイドラインの見方を解説し、看護実践への活用について症例を通して見ていきます。

教育講演

[EL7] 終末期ディスカッション -担当医が患者中心の判断をしていないと感じた時どうする？-

座長:小泉 雅子(東京女子医科大学)

演者:則末 泰博(東京ベイ・浦安市川医療センター)

Sun. Jun 12, 2022 1:10 PM - 2:10 PM 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[EL7-01] 終末期ディスカッション-担当医が患者中心の判断をしていないと感じた時どうする？-

○則末 泰博¹ (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

1:10 PM - 2:10 PM

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

[EL7-01] 終末期ディスカッション-担当医が患者中心の判断をしていないと感じた時どうする？-

○則末 泰博¹ (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

Keywords: 患者中心の意思決定、病院文化、4分割表

「予定手術なので撤退はあり得ない」、「治療を中止したら問題になるかも知れないから中止できない」、「今までこうしてきたから今回もこうする」、「高齢患者にこんな侵襲的な治療はあり得ない」、「一度挿管したら二度と抜けないかも知れないので挿管はしない」など、救急・集中治療領域では患者の意思や価値観とは無関係な要素により、患者が望まないことが予想される治療が継続される状況や、助かったはずの患者が見捨てられる状況が日々発生している。このような状況で最も倫理的なジレンマを感じるのは、医師ではなく、患者のベッドサイドで最も多くの時間を過ごすナースであろう。本講演では、担当医が患者中心の判断をしていないと感じる状況で何が出来るのかについて考察する。

シンポジウム

[SY6] クリティカルケアの実践に倫理の基盤を築く

座長:林 優子(関西医科大学)

大野 美香(国立病院機構名古屋医療センター)

演者:長岡 孝典(独立行政法人国立病院機構 呉医療センター)

藤本 理恵(山口大学医学部附属病院)

乾 早苗(金沢大学附属病院 看護部 ICU)

餘永 真奈美(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

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

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

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

9:00 AM - 9:25 AM

[SY6-02] 集中治療領域で生じやすい倫理的問題とその解決にむけて

○藤本 理恵¹ (1. 山口大学医学部附属病院)

9:25 AM - 9:50 AM

[SY6-03] 救急外来における倫理的課題とその対応

○乾 早苗¹ (1. 金沢大学附属病院 看護部 ICU)

9:50 AM - 10:00 AM

[SY6-04] 倫理的ジレンマに気づく感受性の醸成と問題解決への取り組み

○餘永 真奈美¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

10:00 AM - 10:20 AM

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

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

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

Keywords: 倫理的感受性、倫理教育

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

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

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

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

[SY6-02] 集中治療領域で生じやすい倫理的問題とその解決にむけて

○藤本 理恵¹ (1. 山口大学医学部附属病院)

Keywords: 集中治療、倫理的問題、患者の尊厳

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

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

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

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

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

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

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

[SY6-03] 救急外来における倫理的課題とその対応

○乾 早苗¹ (1. 金沢大学附属病院 看護部 ICU)

Keywords: 救急外来、意思決定

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

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

たいと考えている。

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

[SY6-04] 倫理的ジレンマに気づく感受性の醸成と問題解決への取り組み

○餘永 真奈美¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: 倫理的ジレンマ、感受性の醸成、倫理カンファレンスシート

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

シンポジウム

[SY7] クリティカルケア領域の人材育成

座長:山本 小奈実(山口大学大学院医学系研究科)

西村 祐枝(岡山市立市民病院)

演者:宮岡 里衣(岡山大学病院 看護教育センター)

上澤 弘美(総合病院 土浦協同病院 看護部)

里田 佳代子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

矢野 博史(日本赤十字広島看護大学)

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

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

○宮岡 里衣¹ (1. 岡山大学病院 看護教育センター)

9:00 AM - 9:25 AM

[SY7-02] 医療情勢の変化に応じた看護教育の構築にむけての取り組み

○上澤 弘美¹ (1. 総合病院 土浦協同病院 看護部)

9:25 AM - 9:50 AM

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

○里田 佳代子¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

9:50 AM - 10:10 AM

[SY7-04] リフレクションによる成長支援

○矢野 博史¹ (1. 日本赤十字広島看護大学)

10:10 AM - 10:30 AM

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

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

○宮岡 里衣¹ (1. 岡山大学病院 看護教育センター)

Keywords: 人材育成、教育、専門看護師

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

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

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

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

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

[SY7-02] 医療情勢の変化に応じた看護教育の構築にむけての取り組み

○上澤 弘美¹ (1. 総合病院 土浦協同病院 看護部)

Keywords: 臨床判断モデル、看護方式、教育

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

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

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

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

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

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

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

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

○里田 佳代子¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: クリティカルケア領域の人材育成

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

シフトにも寄与している。

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

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

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

[SY7-04] リフレクションによる成長支援

○矢野 博史¹ (1. 日本赤十字広島看護大学)

Keywords: 経験学習、リフレクション、成長支援

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

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

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

ALACTモデルが提示する支援者の役割は次の通りです。

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

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

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

参考文献

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

シンポジウム

[SY8] クリティカルケアのバトンを繋ぐ

道又 元裕(Critical Care Research Institute (CCRI))

佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

山勢 博彰(山口大学大学院医学系研究科)

宇都宮 明美(関西医科大学看護学部・看護学研究科)

深谷 智恵子

櫻本 秀明(日本赤十字九州国際看護大学)

立野 淳子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

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

[SY8-01] クリティカルケアのバトンを繋ぐ

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

10:10 AM - 11:50 AM

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

[SY8-01] クリティカルケアのバトンを繋ぐ

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

Keywords: 次世代へのメッセージ

【抄録】

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

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

【座談会参加者】

道又元裕 : Critical Care Research Institute (CCRI)

佐々木吉子 : 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

山勢博彰 : 山口大学大学院医学系研究科

宇都宮明美 : 関西医科大学看護学部・看護学研究科

深谷智恵子

櫻本秀明 : 日本赤十字九州国際看護大学

立野淳子 : 小倉記念病院

シンポジウム

[SY9] 最善の選択を目指す意思決定支援

座長:北村 愛子(大阪府立大学)

福田 友秀(武蔵野大学看護学部)

演者:稲垣 範子(摂南大学看護学部看護学科)

比田井 理恵(千葉県救急医療センター)

則末 泰博(東京ベイ・浦安市川医療センター)

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

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

○稲垣 範子¹ (1. 摂南大学看護学部看護学科)

10:30 AM - 11:00 AM

[SY9-02] 「対話」を通して意味と価値を共有すること

～その人の生き物語と意思を知り、尊重するために～

○比田井 理恵¹ (1. 千葉県救急医療センター)

11:00 AM - 11:25 AM

[SY9-03] 救急集中治療領域における共同意思決定とは？

○則末 泰博¹ (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

11:25 AM - 11:50 AM

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

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

○稲垣 範子¹ (1. 摂南大学看護学部看護学科)

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

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

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

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

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

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

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

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

○比田井 理恵¹ (1. 千葉県救急医療センター)

Keywords: 対話、患者の生き物語、意味と価値の共有

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

事例1は、呼吸不全の末期に近い状態にある A氏の積極的治療の実施について、家族間で意見が分かれば家族・多職種カンファレンスを開催した事例である。家族の様々な疑問に多職種が各立場から応答し、各選択肢におけるメリット・デメリットと見直しについてのイメージ化を図り、共有した。同時に、家族からA氏の生きてきた過程—ここでは「生き物語」と呼ぶことにする—や大切にしていることなどをうかがい、対話を行う中でA氏と家族の生き物語への理解が深まり、最終的な家族の「積極的治療は行わず、苦痛緩和を図る」とする意思決定とその後の「家族と一緒にいられる時間を設ける」ことについて、参加していた医療者としても納得した感覚を覚えた。

事例2は、侵襲的治療は行わないとする明確な意思を持ち、終末期心不全で入院に至った B氏が急に病態悪化を来した際に、当初 B氏の意味を尊重し、苦痛緩和を積極的に行う方向性としていた家族がその意思を覆し、積極的治療を希望した事例である。結果として B氏の意味は尊重されたが、このエピソードの背景には、積極的治療で B氏の状態が安定すれば、鎮痛鎮静も解除でき、家族との会話や時間を共に過ごすことができるという家族の希望をもとにした認識があった。医療者と家族との話し合いの際には共通理解・共通認識ができたと判断していたが、結果的にずれが生じていた。これは、治療選択において医療者側が家族の世界を十分理解するまで踏み込んだ対話に至れておらず、家族のもつイメージとその意味を共有できていなかったことが主な要因と考えている。

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

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

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

[SY9-03] 救急集中治療領域における共同意思決定とは？

○則末 泰博¹ (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

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

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

シンポジウム

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

座長:菅原 美樹(札幌市立大学)

佐藤 まゆみ(順天堂大学大学院医療看護学研究科)

演者:松石 雄二郎(聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学)

石川 幸司(北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

野口 綾子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

卯野木 健(札幌市立大学看護学部)

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

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

○松石 雄二郎¹ (1. 聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学)

10:40 AM - 11:05 AM

[SY10-02] 臨床に役立つ研究活動に向けて

○石川 幸司¹ (1. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

11:05 AM - 11:30 AM

[SY10-03] 問いを立てることをあきらめず、つながりを頼りに進む

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

11:30 AM - 11:50 AM

[SY10-04] 研究テーマの探し方

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

11:50 AM - 12:10 PM

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

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

○松石 雄二郎¹（1. 聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学）

Keywords: PICU

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

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

[SY10-02] 臨床に役立つ研究活動に向けて

○石川 幸司¹（1. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科）

Keywords: 臨床研究

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

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

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

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

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

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

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

[SY10-03] 問いを立てることをあきらめず、つながりを頼りに進む

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

Keywords: アクションリサーチ、現象学、専門看護師

看護の実現は臨床にある。筆者はその視座に依拠し、臨床すなわち実践の現場を足場に研究している。日々の実践においても研究においても「この人にとってよりよいケアとは何か」の問いが立つ。その探求から実践の向上を目指す一方で、実践者として「研究の知見をいかに実践に活用するか」にも日々向き合ってきた。最近の研究を通して仲間との出会いに支えられる細々とした歩みを紹介し、登壇者・参加者の皆様との議論に参加したい。問いは患者さんとの出会いに始まる。重症患者の予後をよくする治療戦略として鎮痛を優先した鎮静管理が実践されるようになり、経口気管挿管中の人工呼吸器装着患者とコミュニケーションがとれるようになった。なっただけではなかった。しかし医療者主導で一方性のコミュニケーションに偏重している現状を目の当たりにした。予後をよくする EBMの実践は、当事者の患者にどう経験されているのか。そこに看護は必要なケアを提供しているか。その問いの探求は、現象学という哲学をてがかりに ICUで挿管中の患者にインタビューを実施し、患者の経験を質的に分析記述した研究¹⁾となった。研究を通じた患者さんとの出会いは、「どうすれば経口気管挿管中で声が出せない人工呼吸器装着患者の発話希求に看護師が気づくようになるか」の問いを生起させた。この探求と実現を目指すアクションリサーチ²⁾で、臨床教育プログラムの一つとして Husserl(1929)の現象学を援用し、日常の実践場面で実施する“実践的エポケー”を開発した。実践的エポケーとは、挿管患者を担当中に看護師が担うすべてのケアや業務の手を止め、1分間、患者の関心にのみ注目する患者観察と、直後にその間の自身の行為、思考や感情の動きを他者に言語化するものである。これが「そこに看護は必要なケアを提供しているか」の問いに立ち返った看護師の実践の記述³⁾につながり、現象学と実践の接続の議論⁴⁾にもつながった。またアクションリサーチでは、患者アウトカムを調べるために ICU退室後の病棟患者約400名を訪床した。そこでの対話から立ち上がった問いは、ICU患者の記憶の研究⁵⁾につながった。

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

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

1) DOI: 10.11153/jaccn.12.1_39

2) DOI: 10.1016/j.iccn.2018.10.006

3) DOI:10.18910/76184

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

5) DOI: 10.1016/j.iccn.2020.102830

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

[SY10-04] 研究テーマの探し方

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

Keywords: 研究

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

シンポジウム

[SY11] スペシャリストとジェネラリストの協働

座長:増山 純二(令和健康科学大学)

森 一直(愛知医科大学病院)

演者:宮田 佳之(長崎大学病院)

今泉 香織(佐賀大学医学部附属病院)

伏見 聖子(関西ろうさい病院)

恩部 陽弥(鳥取大学医学部附属病院)

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

[SY11-01] ジェネラリストに対する継続教育と協働する場の提供

○宮田 佳之¹ (1. 長崎大学病院)

12:00 PM - 12:20 PM

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

○今泉 香織¹ (1. 佐賀大学医学部附属病院)

12:20 PM - 12:40 PM

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

○伏見 聖子¹ (1. 関西ろうさい病院)

12:40 PM - 1:00 PM

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

○恩部 陽弥¹ (1. 鳥取大学医学部附属病院)

1:00 PM - 1:20 PM

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

[SY11-01] ジェネラリストに対する継続教育と協働する場の提供

○宮田 佳之¹ (1. 長崎大学病院)

Keywords: スペシャリスト、ジェネラリスト、継続教育

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

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

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

○今泉 香織¹ (1. 佐賀大学医学部附属病院)

Keywords: 協働、コミュニケーション

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

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

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

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

○伏見 聖子¹ (1. 関西ろうさい病院)

Keywords: 診療看護師、ジェネラリスト、コミュニケーション能力

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

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

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

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

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

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

○恩部 陽弥¹ (1. 鳥取大学医学部附属病院)

Keywords: 認定看護師、看護師特定行為研修修了者、多職種協働

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

シンポジウム

[SY12] 集中治療室の安楽の確保に向けた環境を考える

座長: 芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター)

河原崎 純(済生会横浜市南部病院)

田口 豊恵(京都看護大学 看護学部)

花山 昌浩(川崎医科大学附属病院 高度救命救急センター)

坂木 孝輔(東京慈恵会医科大学附属病院)

村野 大雅(パラマウントベッド株式会社)

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

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

○田口 豊恵¹ (1. 京都看護大学 看護学部)

1:20 PM - 1:45 PM

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

○花山 昌浩¹ (1. 川崎医科大学附属病院 高度救命救急センター)

1:45 PM - 2:10 PM

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

○坂木 孝輔¹ (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

2:10 PM - 2:30 PM

[SY12-04] 私が考える理想のICUケア環境とは？

○村野 大雅¹ (1. パラマウントベッド株式会社)

2:30 PM - 2:50 PM

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

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

○田口 豊恵¹ (1. 京都看護大学 看護学部)

Keywords: 集中治療室、光環境、サーカディアンリズム

看護の祖であるフローレンス・ナイチンゲールの生誕から200年が経ちました。著書の1つである看護覚え書9章 陽光の冒頭では、「直接射し込む太陽の光が病人には必要なのである。もし事情が許すならば、太陽の光がかげった部屋にそのまま病人を置きっぱなしにするよりも、陽を追いかけながら部屋の向きに沿って病人を連れ動いた方よい。・・・科学的な解説を調べなくても、太陽の光が人間の身体に目にもそれとわかる現実の効果をもたらすことを我々は認めるに違いない」と述べられています。生物は地球の自転による24時間周期の昼夜変化に同調して、ほぼ1日の周期で体内環境を積極的に変化させる機能を持ちます。ヒトにおいても体温やホルモン分泌などからだの基本的な機能は約24時間のリズムを示すことがわかっています。この約24時間周期のリズムはサーカディアンリズムと呼ばれ、本間ら(1989)によると、ヒトの視床下部に体内時計があり、睡眠-覚醒・ホルモン分泌・体温変化等の時間的なコントロールを行い、生活サイクルの基盤となっていることが明らかになっています。また、サーカディアンリズムは、様々な刺激によって変化しますが、物理的な刺激では光の影響が最大であることが分かっています。前述したナイチンゲールの著書では、光の重要性のみならず、サーカディアンリズムの調整についても予測していたのではないかと思います。私達はいくつもの人工的な光に囲まれて生活を送っています。治療の場である集中治療室においても光は不可欠です。照明用光源には白熱灯や蛍光灯がありますが、近年では長寿命であることがアドバンテージであるLED(発光ダイオード)の導入が進んでいます。

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

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

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

○花山 昌浩¹ (1. 川崎医科大学附属病院 高度救命救急センター)

Keywords: 音環境、騒音、安楽

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

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

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

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

○坂本 孝輔¹ (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

Keywords: 家族面会、Synergy model

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

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

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

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

文献

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

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

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

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

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

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

[SY12-04] 私が考える理想のICUケア環境とは？

○村野 大雅¹ (1. パラマウントベッド株式会社)

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

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

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

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

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

2014年に新たな特定集中治療室管理料^{1,2}が創設され、20㎡/床を確保することなどの条件でより高い診療報酬がつくようになったことから、ICUをより広く改修する事例が増えてきました。改修をきっかけに、壁からエネルギーを供給するウォールケアユニットから天井からエネルギーを供給するシーリングペンダントに変わる事例が多く見受けられました。安静臥床を是とする時代であれば、ウォールケアユニットはスペースを最大限効率化したレイアウトとして優れていました。しかし早期離床のためのリハビリテーションが当たり前になると、背を起した患者とベッドサイドモニターとの距離、人工呼吸器の位置がどうしても遠くなってしまいます。コード類も、多くが患者の頭後ろから伸びて、床を這うような状況になってしまいます。これを解消するというコンセプトで、シーリングペンダントが普及し始めました。一見きれいにレイアウトされているように見えても、ベッド納品時に臨床スタッフとお話をすると、実に何度も耳にする同じ言葉がありました。「こんなはずじゃなかった…」と。一体どんな問題点があるのでしょうか。感染管理上優れているといわれる「床から浮いていることでコード類が這わず、床を掃除しやすい」という点についてもはたして本当なのでしょうか。コロナ禍を経験し、今後のICUのベッド周りのケア環境はもっと変わっていくことが予想されます。IT化が加速し、アセスメントの質をよりいっそう高めていくことになると思われるセンシングデバイスが開発されていくことも予想されます。この先、私たちが実現しなければならない理想のケア環境について議論ができたらと思っています。

シンポジウム

[SY13] 集中治療領域における医療安全

座長:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学医学部看護学科)

樽松 久美子(北里大学病院)

演者:中村 香織(杏林大学医学部付属病院)

春名 寛香(北播磨総合医療センター 看護キャリア開発支援室)

白鳥 秀明(弁護士法人東京パブリック法律事務所)

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

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

○中村 香織¹ (1. 杏林大学医学部付属病院)

1:50 PM - 2:20 PM

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

○春名 寛香¹ (1. 北播磨総合医療センター 看護キャリア開発支援室)

2:20 PM - 2:45 PM

[SY13-03] 集中治療領域における医療過誤裁判例の概説

○白鳥 秀明¹ (1. 弁護士法人東京パブリック法律事務所)

2:45 PM - 3:10 PM

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

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

○中村 香織¹ (1. 杏林大学医学部付属病院)

Keywords: 医療安全

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

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

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

○春名 寛香¹ (1. 北播磨総合医療センター 看護キャリア開発支援室)

Keywords: コミュニケーション、心理的安全性、レジリエンス

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

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

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

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

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

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

[SY13-03] 集中治療領域における医療過誤裁判例の概説

○白鳥 秀明¹ (1. 弁護士法人東京パブリック法律事務所)

Keywords: 医療安全、医療過誤

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

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

シンポジウム

[SY14] 気管挿管患者を人とつなぐコミュニケーションの技

座長:林 尚三(公益社団法人有隣厚生会富士病院)

富阪 幸子(川崎医科大学総合医療センター)

演者:山口 亜希子(神戸大学大学院保健学研究科)

久間 朝子(福岡大学病院)

本田 智治(長崎大学病院 高度救命救急センター)

今澤 美由紀(山口大学医学部附属病院)

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

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

○山口 亜希子¹ (1. 神戸大学大学院保健学研究科)

2:20 PM - 2:45 PM

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

○久間 朝子¹ (1. 福岡大学病院)

2:45 PM - 3:10 PM

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

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

3:10 PM - 3:30 PM

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

○今澤 美由紀¹ (1. 山口大学医学部附属病院)

3:30 PM - 3:50 PM

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

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

○山口 亜希子¹ (1. 神戸大学大学院保健学研究科)

Keywords: コミュニケーション

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

先行研究^{1)~3)}から導かれたコミュニケーションの実践は以下である。

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

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

参考文献

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

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

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

○久間 朝子¹ (1. 福岡大学病院)

Keywords: 人工呼吸管理、会話、コミュニケーション、ニード

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ー ALS に焦点をあててー

○今澤 美由紀¹ (1. 山口大学医学部附属病院)

Keywords: AAC、ALS、慢性病

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

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

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

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

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

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

パネルディスカッション

[PD7] クリティカルケア看護の QIを考える

座長:卯野木 健(札幌市立大学)

辻本 雄大(奈良県立医科大学附属病院)

演者:河原 良美(徳島大学病院 看護部)

相川 玄(筑波大学附属病院 集中治療室)

乾 茜(医療法人溪仁会 手稻溪仁会病院)

佐々木 亜希(札幌医科大学附属病院)

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

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

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

9:00 AM - 9:25 AM

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

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

9:25 AM - 9:50 AM

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

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

9:50 AM - 10:10 AM

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

○佐々木 亜希¹ (1. 札幌医科大学附属病院)

10:10 AM - 10:30 AM

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

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

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

Keywords: Quality Indicator、看護の質、持続可能

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

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

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

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

Keywords: Quality indicator、RUMBA

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

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

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

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

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

Keywords: 睡眠評価、睡眠の質

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

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

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

○佐々木 亜希¹ (1. 札幌医科大学附属病院)

Keywords: discomfort、口渇、呼吸困難感

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

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

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

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

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

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

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

パネルディスカッション

[PD8] チームで行う早期リハビリテーション -それぞれの役割と課題-

座長:宮本 毅治(純真学園大学)

山口 典子(長崎大学病院)

演者:長坂 信次郎(藤枝市立総合病院)

若松 弘也(山口大学医学部附属病院 集中治療部)

宮川 幸大(小倉記念病院 リハビリテーション課)

楠川 翠里(国立循環器病研究センター)

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

[PD8-01] チームで行う早期リハビリテーション

-看護管理者の立場からチーム医療について考える-

○長坂 信次郎¹ (1. 藤枝市立総合病院)

10:10 AM - 10:30 AM

[PD8-02] 早期リハビリテーションにおける医師の役割と課題

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

10:30 AM - 10:50 AM

[PD8-03] 当院の心臓血管外科における取組みについて

○宮川 幸大¹ (1. 小倉記念病院 リハビリテーション課)

10:50 AM - 11:10 AM

[PD8-04] 患者の自己効力感を高める早期離床への取り組み

○楠川 翠里¹ (1. 国立循環器病研究センター)

11:10 AM - 11:30 AM

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

[PD8-01] チームで行う早期リハビリテーション

－看護管理者の立場からチーム医療について考える－

○長坂 信次郎¹ (1. 藤枝市立総合病院)

Keywords: リハビリテーション、チーム医療

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

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

[PD8-02] 早期リハビリテーションにおける医師の役割と課題

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

Keywords: リハビリテーション、チーム、医師

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

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

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

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

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

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

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

[PD8-03] 当院の心臓血管外科における取組みについて

○宮川 幸大¹ (1. 小倉記念病院 リハビリテーション課)

Keywords: 早期離床・リハビリテーション、心臓血管外科、チーム医療

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

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

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

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

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

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

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

[PD8-04] 患者の自己効力感を高める早期離床への取り組み

○楠川 翠里¹ (1. 国立循環器病研究センター)

Keywords: 早期離床、自己効力感

【はじめに】 A病院 ICUは心臓血管外科が専門であり、手術の低侵襲化による患者の高齢化から術後は、不安定な循環動態や疼痛、安静度制限などから離床が困難となる場合がある。これらの要因に対応して、患者の早期離床を進めるため、2018年より多職種からなるチームを結成した。集中治療における早期リハビリテーション「根拠に基づくエキスパートコンセンサス」では、ICUの看護師の役割に「患者教育と心理的援助」「多職種連携の調整」があると述べられている。また、患者の早期離床を促進するため身体面だけでなく精神面についてのリスクを予測し、活動に必要な情報をチームで共有することで、多職種チームと患者を繋ぐことも集中ケア認定看護師の役割である。今回、患者の自己効力感に着目し早期離床を促進できた事例を振り返り、集中ケア認定看護師の役割と今後の課題について考察する。

【ケアの実際】 A氏50代男性は、人工血管感染により全弓部置換の再手術、頸部食道瘻造設、胃瘻造設を行った後ARDSを発症した。介入計画①早期離床と人工呼吸管理からの離脱の2つが課題であったが、チームで話し合った結果、早期離床は人工呼吸管理離脱を促進する可能性が示唆されていることから早期離床を中心とした介入をすることに決定した。人工呼吸器のウィーニングは医療者には回復の兆候と捉えることができるが、患者には変化が捉えにくい。一方、離床が進むことは患者自身が回復を実感でき、それが自己効力感につながることで心理的援助になると考えた。②術前からベッド上安静であったA氏に対して、病棟で理学療法士が行うリハビリテーションだけでは不十分であると考えた。そこで多職種で行う歩行リハビリテーションに加え、スクワットや足踏みなど看護師によるリハビリテーションを理学療法士と計画した。また看護計画の提示方法を工夫し、看護師間で統一したケアが実践できるよう支援した。そして目標評価の際は、スタッフと一緒に看護計画の遂行状況や目標の達成度について整理したのち、理学療法士と相談の場を設けることで、スタッフが中心となって看護計画を検討できるよう調整した。早期離床を進める過程で、人工呼吸器のウィーニングも徐々に行われ、術後33日目に人工呼吸管理を離脱した。そして術後37日目には歩行器を使用し200m歩行が可能となり、術後41日目にICU退室となった。

【考察】 ①早期離床を中心とした介入は、A氏の自己効力感に影響し歩行までの離床が達成できたと考える。A氏の全身状態から長期の療養になること、それが更なる精神的負担となり得ることが予測された。自身で「情けない」と否定的な気持ちを吐露されたことに対して介入をしたことで、制限の中で患者の「できる」を支えたことは精神的負担軽減の一助になったと考える。また、A氏は「みんなが頑張ってくれているのがわかるから、自分も頑張らないといけないと思う」と話された。A氏が多職種による支援を認識できたことも、自己効力感を高めることに繋がったと考える。②人工呼吸器を装着した状態で歩行リハビリテーションを行うため、多職種との時間調整や全身状態、離床の進行状況の共有は必須である。しかしそれに留まらず、歩行を可能にする準備を行うために多職種とスタッフの間に入り、連携を調整することも集中ケア認定看護師に必要な役割である。スタッフも交えて、患者に必要なリハビリテーションの内容とそれを可能にする方法を検討することで、絶え間ない離床の支援に繋がったと考える。今後もチームと患者、チームとスタッフの橋渡しの役割を果たすことで、患者の早期離床を促進する必要がある。

【結語】 集中ケア認定看護師として、患者の自己効力感に着目し心理的援助を行うと共に、チームで協働し介入方法を検討、調整することが患者の早期離床を支えている。

パネルディスカッション

[PD9] クリティカルケアにおける超高齢患者と家族に対する看護実践

座長: 矢富 有見子(国立看護大学校)

吉田 嘉子(国立病院機構別府医療センター)

演者: 丸谷 幸子(名古屋市立大学病院 看護部)

松波 由加(済生会山口総合病院)

吉里 美貴(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

菊池 亜季子(日本赤十字社医療センター 救命救急センター)

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

[PD9-01] 超高齢者と家族の現状とクリティカルケアにおける課題

○丸谷 幸子¹ (1. 名古屋市立大学病院 看護部)

10:40 AM - 11:00 AM

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

○松波 由加¹ (1. 済生会山口総合病院)

11:00 AM - 11:20 AM

[PD9-03] 急性期病院における認知症ケア実践に向けて

○吉里 美貴¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

11:20 AM - 11:40 AM

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

○菊池 亜季子¹ (1. 日本赤十字社医療センター 救命救急センター)

11:40 AM - 12:00 PM

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

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

Keywords: 超高齢患者、家族看護

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

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

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

Keywords: 超高齢患者、看護ケア

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

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

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

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

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

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

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

[PD9-03] 急性期病院における認知症ケア実践に向けて

○吉里 美貴¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: 急性期病院、超高齢者、認知症ケア

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

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

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

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

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

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

○菊池 亜季子¹ (1. 日本赤十字社医療センター 救命救急センター)

Keywords: 高齢患者、家族看護

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

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

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

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

パネルディスカッション

[PD10] 意外と知らない？日常で行われる看護実践のピットフォール

座長:田村 富美子(聖路加国際病院)

門田 耕一(岡山大学病院)

演者:宮脇 奈央(国家公務員共済組合連合会 新別府病院)

竹田 智子(飯塚病院)

仮屋崎 通子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

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

[PD10-01] GCS・JCSやMMT評価のピットフォール

○宮脇 奈央¹ (1. 国家公務員共済組合連合会 新別府病院)

11:40 AM - 12:05 PM

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

○竹田 智子¹ (1. 飯塚病院)

12:05 PM - 12:30 PM

[PD10-03] DESIGN-R[®]正しくつけれている？

○仮屋崎 通子¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

12:30 PM - 12:50 PM

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

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

Keywords: GCS、JCS、MMT

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

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

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

Keywords: 鎮痛スケール、鎮静スケール

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

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

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

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

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

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

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

[PD10-03] DESIGN-R[®]正しくつけれている？

○仮屋崎 通子¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: DESIGN-R[®]

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

パネルディスカッション

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

座長:明石 恵子(名古屋市立大学大学院看護学研究科)

吉田 紀子(獨協医科大学病院)

演者:豊島 美樹(大阪市立総合医療センター)

津田 泰伸(聖マリアンナ医科大学病院)

中村 香代(国立国際医療研究センター病院)

山口 庸子(東京慈恵会医科大学附属病院)

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

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

○豊島 美樹¹ (1. 大阪市立総合医療センター)

2:20 PM - 2:40 PM

[PD11-02] COVID-19患者家族へのケアを考える

○津田 泰伸¹ (1. 聖マリアンナ医科大学病院)

2:40 PM - 3:00 PM

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

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

3:00 PM - 3:20 PM

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

－ COVID-19患者の急変対応の現状と課題－

○山口 庸子¹ (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

3:20 PM - 3:40 PM

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

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

○豊島 美樹¹ (1. 大阪市立総合医療センター)

Keywords: 重症COVID-19、身体的苦痛緩和、精神的苦痛緩和

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

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

[PD11-02] COVID-19患者家族へのケアを考える

○津田 泰伸¹ (1. 聖マリアンナ医科大学病院)

Keywords: COVID-19、家族ケア

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

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

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

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

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

Keywords: COVID-19対応

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

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

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

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

－ COVID-19患者の急変対応の現状と課題－

○山口 庸子¹ (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

Keywords: COVID-19、急変対応

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

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

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

Pro-Con

[PC3] あなたのキャリアビジョンはどう描く？

座長:荒井 知子(杏林大学医学部附属病院)

演者:大山 祐介(長崎大学生命医科学域保健学系)

佐々木 謙一(岩手県立中央病院)

Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:00 AM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[PC3-01] 臨床の看護師から看護教員、再びちょっと臨床 様々な場所での経験からキャリアビジョンを描く

○大山 祐介¹ (1. 長崎大学生命医科学域保健学系)

9:00 AM - 9:30 AM

[PC3-02] 看護師としての専門分野をもつことは自分にとって、患者にとっても有益である。

Nurses, be ambitious.

○佐々木 謙一¹ (1. 岩手県立中央病院)

9:30 AM - 10:00 AM

9:00 AM - 9:30 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:00 AM 第7会場)

[PC3-01] 臨床の看護師から看護教員、再びちょこっと臨床 様々な場所での経験からキャリアビジョンを描く

○大山 祐介¹ (1. 長崎大学生命医科学域保健学系)

Keywords: キャリアビジョン

私のキャリアは臨床の看護師として15年、大学の看護教員として6年経過した。看護師としては脳神経外科、整形外科、脳卒中ケアユニット、救命救急センター、看護研修センターに所属した。クリティカルケア看護は、急性期から回復期を経て慢性期に至る過程のすべてに及ぶ(井上, 2005)ことから、様々な部署での経験によって急性期の限られた場所にいる患者だけでなく、回復過程や生活の場にいる患者を知ることができたことは重要であった。生命の危機状態にある患者の一時的な反応を捉えるだけでなく、患者の転帰を予測することができ、それが看護実践につながったと考える。これは、様々な部署を経験したメリットのひとつといえる。加えて、幅広く患者の様相を知ることが、看護実践の意味を考える機会となった。それは自分自身のキャリアのなかで大事にしたいこととなり、現在のキャリアビジョンにつながっている。

キャリアの選択にしたがって、自分が本当にやりたいことをよく考えるための拠り所となる概念をキャリア・アンカーという(Schein, 2003)。キャリア・アンカーは、職業に就いてから5~10年のキャリアの初期段階の時期に開発され、その後の職業選択やキャリア発達を方向付ける。実際の私もこの時期は自分が大事にしたいことは何か、迷っていたように思う。看護師6年目の脳神経外科から整形外科に異動した時期に、理論や研究を学ぶことで看護実践の意味を見いだせると考え、大学院(修士課程)に進学した。看護実践を意味づけるには患者を理解することが必要と考え、手術を受けた患者の手術前後の生活体験について研究したが、患者現象を知るとどまった。また、その後の部署でもいくつかの臨床疑問をもとに研究に取り組んだ。そして、臨床で看護師を続けるか、看護教員になるかを選択できる機会に恵まれた。看護師教育を経験し、教育に関心を持っていたことや研究をもっと勉強したいという思いがあり、看護教員に転職することを選択し、現在は成人看護学分野に在籍している。看護教員となってから、改めて看護理論を学習し看護実践を意味づけするなかで、救命救急センターに勤務していた時の患者の苦痛を取り除けなかった経験を振り返った。このことが大学院(博士課程)への進学、重症患者のコンフォートに関する研究に取り組むことにつながっている。

これまでを振り返り、様々な部署で患者と関わるなかで感じた疑問を研究という形にすることが、自分のキャリアの積み重ねだったように思う。看護する行為は、看護対象者の状態や変化する現象に対して「なぜ」という疑問を提起して、ある現象や出来事の根拠を追求していく行為であると述べられている(樋口, 1989)。臨床で捉えた現象を理論にもとづき振り返り、研究へとつなげ、その成果を臨床での看護実践に活かすことが重要と考える。そして、これまでの臨床経験や研究は、大学での教育にも活かされている。一方で、臨床現場を離れ6年経過し臨床感覚が薄れ、研究や教育において理想にばかり視点が向いている自分にも気づいた。自分は何か臨床に還元できているだろうかという疑問を持つようになり、研究で明らかになったことを自分自身で確認したいと考えようになった。そのため、わずかな時間ではあるが、臨床で看護師としても勤務し、取り組んだ研究成果を臨床に還元すること、そして臨床で経験したことを再び研究や教育に活かすことが現在のキャリアビジョンである。このように様々な場所での経験が大事にしたいことの気づきとなり、キャリアビジョンを描ききっかけになったと考える。

9:30 AM - 10:00 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:00 AM 第7会場)

[PC3-02] 看護師としての専門分野をもつことは自分にとって、患者にとっても有益である。 Nurses, be ambitious.

○佐々木 謙一¹ (1. 岩手県立中央病院)

Keywords: キャリアマネジメント、キャリアアップ

厚生労働省の報告書によると、キャリアとは時間的持続性ないしは継続性を持った概念としてとらえられ、職業経験を通して職業能力を蓄積していく過程であると言える。私たち看護師は、専門職としてどのようにキャリア形成をしていくのがベターなのだろうか。日本看護協会の『看護職の倫理綱領』のなかの1つに〈看護師は、常に、個人の責任として継続学習による能力の開発・維持に努める。〉とある。したがって、看護師の国家資格を取って実践し続けるだけではなく、専門職として常に自己研鑽し続ける必要がある。看護師として総合病院に入職すると、数年で配置換えが行われさまざまな病棟、診療科を経験する。また各施設のラダーや日本看護協会のラダーをもとに育成が行われ1人前の看護師へと成長する。現在の教育体制では、誰でもどこでも業務を遂行できるようなジェネラリストを育成する傾向がある。もちろんジェネラリストを否定するわけではないが、私は看護師として何か1つでも専門分野あるいは得意分野をもった方がよいと考えている。その分野が現在の部署で発揮されるものであれば、患者にとっても有益であろう。その専門性を高めた証拠の1つとして資格がある。クリティカルケア看護分野では日本看護協会がクリティカルケア認定看護師（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、日本看護系大学協議会と日本 NP教育大学院協議会が NP（ナースプラクティショナー）の認定を行っている。他にも学会認定資格や団体認定資格など多数の資格が存在する。これらの資格は、看護師の能力を評価する一つの指標にもなりうる。さらにエンプロイアビリティを高めることにもつながり、やりがいをもって働き続けることができ、組織にとっても有能な人材の存在と示すことも可能となる。私は特段キャリアデザインを意識してきたわけではないが、さまざまな経験や縁があって認定看護師の資格を取得し活動している。あらためてこれまでの看護師経験をふりかえると、これらの経験や縁は偶然ではなかったのかもしれない。本セッションでは、これまでの自身の経歴を紹介しつつ、その時どんなことを考え、どう行動してきたのかを考察しながら、参加者の今後のキャリアについて考える場となれば幸いである。

Pro-Con

[PC4] ICUで PNSは有効か？

座長: 劔持 功(東海大学)

演者: 清水 正子(横浜市立大学附属市民総合医療センター)

増居 洋介(北九州市立医療センター)

Sun. Jun 12, 2022 10:10 AM - 11:10 AM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[PC4-01] ICUでの PNSは有効である。

○清水 正子¹ (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター)

10:10 AM - 10:40 AM

[PC4-02] ICUで PNSは有効でない

○増居 洋介¹ (1. 北九州市立医療センター)

10:40 AM - 11:10 AM

10:10 AM - 10:40 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:10 AM - 11:10 AM 第7会場)

[PC4-01] ICUでの PNSは有効である。

○清水 正子¹ (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター)

Keywords: PNS、ICU、有効性

我が国における看護方式はこれまで様々開発され、その時代において診療報酬の影響を受けながら、看護の専門性を追求しながら各施設にて採用されてきた経緯があると言われている。そして2009年に福井大学附属病院で Partnership Nursing System (PNS) という新たな看護方式が開発された。近年 PNSを扱った論文が全国的に増加しており、急速な勢いで臨床現場に拡大していると想定される。看護方式に関しては、有効性の評価方法が確立されておらず、それぞれの看護方式のメリット、デメリットを踏まえて、各施設が選択しているのが現状である。PNS導入施設の報告を見ていくと、一般病棟での調査が多いものの、一定の効果を得ている。その為 PNSは ICUでも当然有効であると考えられ、ICUの特性から、ことさら PNSが有効であると考えられる。ICU看護は重症度や緊急度が高く、生理学的な知識とそれに基づいた臓器不全を発症した患者の看護に精通した看護師が必要である。看護師の力量によって患者の観察・状況判断に差が出る。また多くの医療機器を取り扱うため、機器に関する知識習得も求められる。その上、一つのミスが患者の生命に直結する環境にあるにも関わらず、スピードを求められる場面も多い。多重かつ困難な事象を瞬時に判断し、実践しなくてはならない環境が存在する場所である。また ICUではパートナー看護師が常に近い距離間で業務にあたるため、患者の状態を共有しやすく、相手の動きを認識しやすい環境にある。PNSはこのような ICUの特徴的な機能や環境にマッチし、不足していた部分を補える看護方式であると考えられる。

ここからは2016年から PNS研修を開始し、2020年4月より本格導入となった当 ICUでの現状を踏まえ、有効性を示したい。元々、当 ICUでは看護師1名が患者1名から3名を担当するスタイルを取っていた。リーダー看護師がサポートをしながら各看護師は自身の力量の中で看護を実践していた。しかし、リーダー看護師のサポート不足があれば、看護提供不足を招いたり、医師から処置の遅さを指摘されることもあり、特に若手看護師の業務遂行にはリーダー看護師の業務責任が非常に大きかった。また新人・異動者の定着率低迷や、看護師の疲弊感も存在していた。さまざまな課題がある中で院内の方針に則って PNSを導入した。その結果、当 ICUでは以下の効果を得ている。1. OJTでの教育やディスカッションが毎日行われる環境となり、患者の病態理解がわかりやすくなった。よって机上での説明時間を短縮できた。2. 看護実践を2名で行うことで、必要なケアをタイムリーに行うことができた。3. 異動者や新人が心臓血管術後や小児、ECMOなど比較的看護の難易度が高い症例を早期に担当することができた。4. パートナーと受け持ちをすることで、実践した看護行為の確認機会が増えた。5. リーダーが指導的役割をとっていたが、パートナー間で実施できるようになった。6. リシャッフルにより補完機能が発揮され、業務バランスがよくなった。7. パートナー2人が協力して業務を進めることで効率が良くなり、時間外労働時間が短縮できた。8. 看護師配置数が多い部署のため、継続的に関われる年間パートナーやグループが存在することは若手の安心感につながり、精神的支柱となること、また個人の進捗に応じた教育・指導が可能となった。以上の有効性が得られた結果、2年間の新採用者離職率低下につながっていることも非常に大きな成果である。

以上のことから ICUでも PNSは有効であり、取り入れていくべき看護方式であると主張する。

10:40 AM - 11:10 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:10 AM - 11:10 AM 第7会場)

[PC4-02] ICUで PNSは有効でない

○増居 洋介¹ (1. 北九州市立医療センター)

Keywords: PNS、ICU

看護方式の1つであるパートナーシップ・ナーシング・システム(以下 PNS)が福井大学で開発され、様々な効果の報告とともに導入または導入を検討している施設は増加傾向である。その一方で、集中治療領域など緊急性と専門性が求められる領域では、導入の躊躇や導入したもののその効果に疑問視する報告もある。私は、ICUで

PNSは有効でないと考えている。

一般的な PNSの効果として、「情報の共有ができる」、「時間外勤務が削減」、「認知行動の増加によるインシデントの削減」、「人材育成」、「離職率の低下」など報告されている。果たして、ICUで同様の効果が得られるのだろうか。施設の特徴をもとに、教育的側面・業務的側面・管理的側面など多方面から ICUでの有効性を検討する必要がある。ICUは2対1看護体制であり、仮に ICUの病床数が8床の場合、常時4人の看護師が勤務することになる。この4人がペアリングとなり、2人で4人の患者を受け持つことになる。ベテラン看護師同士のペアリングであれば可能かもしれないが、新人とベテランの組み合わせの場合、ベテラン看護師が1人で4人の患者を担当し、新人看護師に教育している光景が目に見えかねない。患者の病態が刻々と変化するクリティカルケア領域においては、ベテラン看護師に想像を絶する負担があるだろう。新人看護師の離職率は低下しても、ベテラン看護師の疲弊や離職はどうだろうか。少なくとも、良好な関係が構築できれば新人看護師にとってメリットは多い。しかし、このペアリングの関係が崩れると、途中からペアリングを組み直すことも容易ではなく、病棟全体に影響が及ぶ可能性を危惧する。そして、実際に指導が可能な人員が充足しているとも考えにくく、ペアリングで交代勤務のシフトを組むことも非常に困難と考える。

ICUでの PNSは、部分的な効果はあるかもしれない。しかし、総合的に考えれば有効ではない。どこに効果を求めるかが有効性を判断する鍵となる。このセッションを通じて、各施設における新しい看護方式を導入したい理由を整理し、各施設の特徴に合わせた工夫が見いだせるセッションにしたいと考えている。

交流集会

[EM6] コロナ禍を経験して、クリティカルケアの口腔ケアを再考する

委員会:口腔ケア委員会

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

[EM6-01] 口腔ケア委員会交流集会 コロナ禍を経験して、クリティカルケアの口腔ケアを再考する

○浅香 えみ子¹、安藤 有子²、佐藤 憲明³、石井 恵利佳⁴、川原 千香子⁵、劔持 雄二⁶、佐藤 央¹、門田 耕一⁷ (1. 東京医科歯科大学病院、2. 関西医科大学附属病院、3. 日本医科大学付属病院、4. 獨協医科大学埼玉医療センター、5. 愛知医科大学、6. 東海大学医学部付属八王子病院、7. 岡山大学病院)

9:00 AM - 10:30 AM

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

[EM6-01] 口腔ケア委員会交流集会 コロナ禍を経験して、クリティカルケアの口腔ケアを再考する

○浅香 えみ子¹、安藤 有子²、佐藤 憲明³、石井 恵利佳⁴、川原 千香子⁵、剣持 雄二⁶、佐藤 央¹、門田 耕一⁷ (1. 東京医科歯科大学病院、2. 関西医科大学附属病院、3. 日本医科大学付属病院、4. 獨協医科大学埼玉医療センター、5. 愛知医科大学、6. 東海大学医学部附属八王子病院、7. 岡山大学病院)

Keywords: 口腔ケア、口腔ケアガイド、新型コロナウイルス感染症

新型コロナウイルス感染症対策において、米国疾病管理予防センター（CDC）は標準予防策に加え、空気感染対策、接触感染対策¹⁾、世界保健機関（WHO）からは、標準予防策に加え、飛沫感染対策、接触感染対策かつエアロゾル発生手技(aerosol-generating procedures)では空気感染対策を用いるような勧告が出ている²⁾。また、日本環境感染学会による医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイドにおいては「エアロゾル発生手技（気管挿管・抜管、気道吸引、NPPV 装着、気管切開術、心肺蘇生、用手換気、上部消化管緊急内視鏡、気管支鏡検査、ネブライザー療法、誘発採痰など）においては、N95 マスクを装着する」としている³⁾。従って、短距離で行うエアロゾル発生手技としての口腔ケアを行う際は、飛沫感染対策にとどまらず空気感染対策が推奨される⁴⁾。これらのことから、高密度かつ高頻度にエアロゾルが発生することが懸念される口腔ケアにおいて、従来からの標準予防策、経路別感染対策で使用する PPE の考え方にとどまらない考え方が必要とされ、すでに実践されている施設が多いことが想定される。

当委員会は2021年2月に気管挿管患者の口腔ケアガイドを公表した。時を同じくして新型コロナウイルス感染症は世界規模のパンデミックに拡大し、今日に至るまで我々の日常を脅かしている。本交流集会では、クリティカルケアにおける口腔ケアがコロナ禍を経験して、どのように変化し、どのような工夫がなされているのか、口腔ケア実践ガイドの臨床における価値を基本原則に立ち返り、最善のケアを目指して再考する機会にしたいと考える。

文献

1. CDC : Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic, Updated Feb. 23, 2021
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
2. WHO : Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected, Interim guidance <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332447/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.1-eng.pdf>
3. http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide4.pdf
4. 厚生労働省 : 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引き 第 5 版, 2021
<https://www.mhlw.go.jp/content/000785119.pdf>

交流集会

[EM7] 世界と繋がるには

委員会:国際交流委員会

Sun. Jun 12, 2022 12:20 PM - 1:40 PM 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[EM7-01] 国際交流委員会交流集会 世界と繋がるには

○櫻本 秀明¹、卯野木 健²、池松 裕子³、北山 未央⁴、佐藤 隆平⁵ (1. 日本赤十字九州国際看護大学、2. 札幌市立大学、3. 名古屋大学大学院医学系研究科、4. 金沢医科大学病院、5. 神戸市看護大学)

12:20 PM - 1:40 PM

12:20 PM - 1:40 PM (Sun, Jun 12, 2022 12:20 PM - 1:40 PM 第3会場)

[EM7-01] 国際交流委員会交流集会 世界と繋がるには

○櫻本 秀明¹、卯野木 健²、池松 裕子³、北山 未央⁴、佐藤 隆平⁵ (1. 日本赤十字九州国際看護大学、2. 札幌市立大学、3. 名古屋大学大学院医学系研究科、4. 金沢医科大学病院、5. 神戸市看護大学)

Keywords: 国際交流、国外学会、WFCCN

国際交流委員会では、交流集会の企画として<世界と繋がるには>をテーマに3つの企画いたしました。遠くて、意外と近い国外の看護！そうした世界中の看護師とつながりながら活動をするためのヒントをご紹介します。

企画1：WFCCNの活動に参加してみよう！

WORLD FEDERATION OF CRITICAL CARE NURSES (WFCCN)をご存知ですか。世界クリティカルケア看護師連盟です。国際交流委員会では、この活動に参加、支援しています。今回交流集会企画として、この活動の報告とWFCCNのご紹介をしたいと思います。その一環として、WFCCN DIRECTOR FOR POLICY AND PARTNERSHIPSである Professor Ged Williamsからのビデオメッセージの紹介もいたします。

企画2：国際学会へ参加してみよう！

みなさん、国際学会に参加したことはありますか。実は国際学会への参加は、それほどハードルが高いものではありません。今回実際に、European society of intensive medicine (ESICM)へ参加し、学会発表された委員の体験談をご紹介します。私も国際学会に参加してみたい、発表してみたいそんなあなた！ぜひ、この企画に参加してみてください。

企画3：国際雑誌に投稿してみよう！

最近よく国際雑誌に投稿し、掲載されたという看護師のSNSをみかけます。英文誌への投稿は身近なものになってきたのではないのでしょうか。こうした英文誌への投稿を通じて、実は日本以外の看護と簡単につながることができます。今回の委員会企画では、実際に投稿を経験した委員の体験談をご紹介します。世界中の看護師と繋がりながら活動することや、世界の研究者と交流をもち研究をすすめるために必要なちょっとしたことをお伝えします。

交流集会

[EM8] ケアとキュアの融合と継続を目指す臨床判断能力を育てる

委員会:教育委員会

Sun. Jun 12, 2022 12:30 PM - 1:50 PM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[EM8-01] 教育委員会交流集会 ケアとキュアの融合と継続を目指す臨床判断能力を育てる

○岩元 美紀²、近藤 ゆかり²、西村 祐枝²、路川 恵利加³、上澤 弘美³、大田 麻美⁴、益田 美津美¹、石川 幸司⁵ (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、2. 岡崎市立市民病院、3. 総合病院土浦協同病院、4. 伊勢赤十字病院、5. 北海道科学大学保健医療学部看護学科)

12:30 PM - 1:50 PM

12:30 PM - 1:50 PM (Sun, Jun 12, 2022 12:30 PM - 1:50 PM 第7会場)

[EM8-01] 教育委員会交流集会 ケアとキュアの融合と継続を目指す臨床判断能力を育てる

○岩元 美紀²、近藤 ゆかり²、西村 祐枝²、路川 恵利加³、上澤 弘美³、大田 麻美⁴、益田 美津美¹、石川 幸司⁵ (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、2. 岡崎市立市民病院、3. 総合病院土浦協同病院、4. 伊勢赤十字病院、5. 北海道科学大学保健医療学部看護学科)

Keywords: ケアとキュアの融合、ケアの継続性、臨床判断能力

本交流集会では、看護基礎教育、継続教育、大学院教育、それぞれの立場から、患者の生命と生活を支え段差のないケアを目指すための臨床判断能力を育む教育の工夫について紹介する。＜看護基礎教育＞看護基礎教育においては2022年度から第5次カリキュラム改正が適用される。新カリキュラムでは臨床判断能力や倫理的判断の強化などが盛り込まれ、臨床判断能力の育成は大きな課題といえる。そこで、創意工夫しながら臨床判断能力の獲得に向けて取り組んできたシミュレーション教育や新カリキュラムの計画について話題提供する。＜継続教育＞継続教育については、教育委員会で、多岐にわたる看護実践能力を獲得するための効果的な教育を検討するために文献レビューを行った。その結果、領域横断型の幅広い教育の必要性が示唆され、クリティカルケア看護はあらゆる病期を対象としていることを改めて実感したところである。そこで、継続教育に関する2施設の教育的取り組みについて話題提供する。①多くの急性期病院が、COVID-19による有事と平時の医療・看護サービスの提供を余儀なくされ、限られた人的資源の看護師が可能な限り能力を発揮できるリリーフ体制を整え、クリティカルケアに従事する看護師の育成を図る必要があったのではなかろうか。自施設において、平時から求められるクリティカルケア看護スキルは、慣習的な観察とコミュニケーションで大きな問題は生じなかった。しかし、有事を契機に新たな人間関係や業務によって臨床判断と言語化における課題が浮き彫りとなった。同時期に、集合対面教育は困難となり、教育手法はe-learningやweb、OJTが強化されていった。そこで、2021年度よりJNAクリニカルラダーに準じた評価システムを活用し、クリティカルケア分野の臨床判断能力を向上させる取り組みを開始した。一般病棟看護師と救急・集中部門看護師がともに臨床判断能力を高めることを目的に、タナーの臨床判断モデルを参考に自施設で作成した教育システム「クリティカルケアバーディング」について話題提供する。②多くの施設に違わず、自施設もCOVID-19陽性重症患者の対応のため、小児科、消化器外科、産婦人科など一般病棟の看護師が2～3か月クールでの交代体制でEICUに応援に来てもらい看護師の増員を図った。応援看護師の多くは、今まで末梢動脈ラインや人工呼吸管理患者のケアを行ったことがない状況であった。EICUでは、JNAラダーを参考に作成したEICUラダーに沿って各段階で教育を行うだけでなく、タナーの臨床判断モデルを用いたOJTを行い、ラサターの臨床判断ルーブリックによる評価を実施していた。しかし、応援看護師は2～3か月クールで一般病棟に戻ってしまうため、EICUで学び得た看護を一般病棟でも活用できるように、臨床判断ルーブリックによる評価よりも、臨床判断モデルのリフレクションに重きをおき、対話を通して教育を行った。その後、EICUから一般病棟に戻った看護師たちが、EICUで学び得た看護をどのように活用しているかについて、実際の意見を提示しながら話題提供する。＜大学院教育＞最後に、卒後教育としての大学院教育については、専門看護師コース修了者の立場から話題提供する。専門看護師教育課程は2020年度までに38単位に移行し、新教育課程基準では、ケアとキュアの融合が強調されるようになった。そこで、2年間のコースワークの中で自身の看護実践を振り返り、ケアとキュアの融合とはどういうことか、概念と実践をどのように結びつけるかといった学びについて話題提供する。話題提供を通じ、皆様とともに、明日につながる看護教育のあり方について考え、ディスカッションしたいと考えている。(ファシリテーター 中村香代、山口庸子、田戸朝美)

交流集会

[EM9] 患者をまもる 医療者をまもる 社会をまもる COVID-19委員会活動 報告と Q&A

委員会:COVID-19対策委員会

Sun. Jun 12, 2022 1:50 PM - 3:20 PM 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[EM9-01] COVID-19委員会交流集会 患者をまもる 医療者をまもる 社会をまもる COVID-19委員会活動報告と Q&A

藤野 智子¹、○古賀 雄二²、卯野木 健³、櫻本 秀明⁴、古厩 智美⁵、塚原 大輔⁶ (1. 聖マリアンナ医科大学病院、2. 川崎医療福祉大学、3. 札幌市立大学、4. 日本赤十字九州国際看護大学、5. さいたま赤十字病院、6. 株式会社キュアメド)

1:50 PM - 3:20 PM

1:50 PM - 3:20 PM (Sun, Jun 12, 2022 1:50 PM - 3:20 PM 第8会場)

[EM9-01] COVID-19委員会交流集会 患者をまもる 医療者をまもる 社会をまもる COVID-19委員会活動報告と Q&A

藤野 智子¹、○古賀 雄二²、卯野木 健³、櫻本 秀明⁴、古厩 智美⁵、塚原 大輔⁶ (1. 聖マリアンナ医科大学病院、2. 川崎医療福祉大学、3. 札幌市立大学、4. 日本赤十字九州国際看護大学、5. さいたま赤十字病院、6. 株式会社キュアメド)

Keywords: COVID-19、スコーピングレビュー、PPE、バーンアウト

日本クリティカルケア看護学会は、2020年4月26日に「新型コロナウイルス感染症対応に従事されている保健医療職・学会関係者・市民の皆様へ」という代表理事声明を発表し、「クリティカルケア領域の医療・看護の質をまもる、医療者をまもる、社会をまもる」を理念として、活動を行ってまいりました。

COVID19に関する最新の知見を踏まえたガイドラインの作成・updateや政策提言を視野に入れた調査を行いました。更に学術団体として現場の看護師及び医療従事者のために何が出来るかを検討するために、COVID-19対策委員会を発足し、グローバル・ローカル双方の視点から最新情報に注目した情報集約を行うことを目的に研究を行いました。

2020年からの委員会活動の成果として、皆様に公開、もしくは公開予定の内容は以下となります。

1. 「COVID-19 重症患者看護実践ガイド」 2020年4月7日に初めて発出された新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言後、わずか5日で Ver.1を公表しました。その後日本集中治療医学会と共同で改訂し、現在 ver.3 を WEB 公開しております。
2. 「ICUにおける COVID-19 患者に対する看護 Q&A」 2020年4月24日に日本集中治療医学会が作成し、その後、本学会と共同で Ver.2改訂をしています。
3. PPE 装着に伴う医療者への有害事象、COVID-19 患者ケアを行う医療機関の看護師の心理社会的ストレス、についてスコーピング・レビュー(進行中) COVID19患者の医療提供に従事する看護師の視点から、抱える課題や有害事象を特定し、政策提言を行うための根拠資料を得るために研究を行いました。
4. COVID-19 患者のケアに携わる看護職からの相談への対応 COVID-19患者ケアについてのガイドラインやマニュアルが整備されていなかった初期の流行の頃に、施設を超えた相談を受け付けるしくみを提供しました。今回は、これら2020年度からの委員会活動について皆様にご報告するとともに、COVID-19パンデミックといわれてから2年経過して状況が変わった現在、当委員会成果物がどのように利用可能であるか、より実践に活かすための検討課題を明らかにするために、皆様からのご意見やご質問を承りたいと思います。

プラクティスセミナー

[PS7] 血液ガス評価

Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 9:50 AM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS7-01] 血液ガス評価

○松本 亜矢子¹ (1. 金沢大学附属病院 看護部)

9:00 AM - 9:50 AM

9:00 AM - 9:50 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 9:50 AM 第2会場)

[PS7-01] 血液ガス評価

○松本 亜矢子¹ (1. 金沢大学付属病院 看護部)

クリティカルケア領域において、血液ガス分析は日常的に行われている。測定された数値を評価することにより、酸素化や換気能、酸塩基平衡の状態を知ることができるため、患者の全身状態を把握するためには欠かせない検査となっている。看護師が患者の状態を把握し、起こり得る変化予測したり、その後のケアにつなげたりするためには、正常値や異常値だけではなく、その数値が何を示すものなのかを理解する必要がある。しかし、測定結果の多くの数値の中からどれを見たらよいかかわからない、 PaO_2 や SaO_2 など混乱しやすい言葉があるなどという声も聞かれ、血液ガスに苦手意識を持っている方もいるのではないかと考える。そこで本セミナーでは、苦手意識や不安を軽減し、明日からの実践に少しでも活用できるよう、混乱しやすい言葉の意味を整理しつつ、酸素化や換気能の評価を中心に、そして少しだけ酸塩基平衡にも触れながら皆さまとともに学びを得る機会としていきたいと考えている。

プラクティスセミナー

[PS8] グラフィックモニタのみかた

Sun. Jun 12, 2022 10:00 AM - 10:50 AM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS8-01] グラフィックモニタの見方

○戒 初代¹ (1. 東京西徳洲会病院)

10:00 AM - 10:50 AM

10:00 AM - 10:50 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:00 AM - 10:50 AM 第2会場)

[PS8-01] グラフィックモニタの見方

○戎 初代¹ (1. 東京西徳洲会病院)

Keywords: 人工呼吸、グラフィックモニタ

グラフィックモニタを活用すると、患者がどんな呼吸をしているのか、どのように変わってきたのかを把握しやすくなります。グラフィックモニタを見るときに大事なことは、まずは患者の呼吸している様子をしっかり確認することが前提です。前回と一緒なのか？の視点で観察し波形を追ってみると、視診でわからなかった小さな変化も見つけることができる可能性もあります。

今回は初学者用として、代表的な波形のうち、以下の3つを提示して一緒に学習していきたいと思います。

一回換気量-時間波形：リークの有無と評価を確認できます。

気道内圧-時間波形：トリガーの状況、不適切な吸気流量、非同調、コンプライアンスと気道抵抗の変化の情報を得ることができます。

流量-時間曲線：気道閉塞、気管支拡張剤使用前後の変化、PCVの吸気時間決定材料、回路内結露、AUTO-PEEPの情報を得ることができます

プラクティスセミナー

[PS9] 補助循環装着患者のケア (V-A ECMO、 IMPELLA)

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

[PS9-01] 補助循環装着患者のケア (V-A ECMO、 IMPELLA)

○多田 覚¹ (1. 日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

11:00 AM - 11:50 AM

11:00 AM - 11:50 AM (Sun. Jun 12, 2022 11:00 AM - 11:50 AM 第2会場)

[PS9-01] 補助循環装着患者のケア (V-A ECMO、 IMPELLA)

○夢田 覚¹ (1. 日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

Keywords: V-A ECMO、 IMPELLA、 ECPPELLA

補助循環装着患者のケアと聞くと、補助循環とは？ケアとは？？わからないことがわからない！？ことも多いと思います。 V-A ECMOは急性心筋梗塞、劇症型心筋症などを含む心原性ショックや難治性不整脈、致死的不整脈の出現時や、開心術後心不全などに用いられる機械的補助循環 (MCS : Mechanical Circulatory Support) です。遠心ポンプと膜型人工肺を用いた閉鎖回路の人工心肺装置による心肺補助装置で、大腿静脈から挿入した脱血管を介して遠心ポンプにより脱血し、人工肺で酸素化して大腿動脈に送血します。心臓のポンプ機能の肩代わりや、補助をおこないます。

「 IMPELLA補助循環用ポンプカテーテル」 (IMPELLA 2.5®、 IMPELLA CP®、 IMPELLA CP® SmartAssist®、 IMPELLA 5.0®) は、薬物療法抵抗性の急性心不全を適応として承認された、日本で唯一の経皮的左心室補助循環デバイスです。2017年から日本で導入され、現在4000件以上の使用実績があります。2022年3月現在、日本循環器学会を含む日本の10の学会・研究会からなる補助人工心臓治療関連学会協議会インペラ部会から、日本国内230の施設が IMPELLAによる治療が可能な施設として承認されています。

ここでは重症心原性ショックに用いられる ECMO・ IMPELLA、さらにその二つの併用した治療方法である ECPPELLAに関して、看護師が知るべきポイントやケアについて、皆様が補助循環装着患者を受け持つ際の一助となれるよう、話をしたいと思います。

プラクティスセミナー

[PS10] ECMO装着患者ケアにおける感染管理の実際

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

[PS10-01] ECMO装着患者ケアにおける感染管理の実際

○渡邊 健太¹ (1. 杏林大学医学部附属病院 中央集中治療室)

12:00 PM - 12:50 PM

12:00 PM - 12:50 PM (Sun, Jun 12, 2022 12:00 PM - 12:50 PM 第2会場)

[PS10-01] ECMO装着患者ケアにおける感染管理の実際

○渡邊 健太¹ (1. 杏林大学医学部付属病院 中央集中治療室)

Keywords: ECMO、感染管理

感染対策は何のために行うのか。それは患者や家族、自分自身を細菌やウイルスから守るためである。クリティカルケア領域に入院する患者は常に感染リスクに晒されている。糖尿病や慢性腎不全などによる細胞性免疫不全はもちろん、多種多様なデバイスの留置に伴うバリア機能の低下、抗菌薬の不適切使用や院内環境、医療者を介した薬剤耐性菌の伝播など、感染症を合併することで患者の生命に直結してしまう可能性が高い。

日本集中治療医学会のデータベース事業 (Japanese Intensive care Patient Database; JIPAD) の2020年度年次レポートでは登録施設に入院した患者の1.6%で V-A ECMOが、入院患者の0.6%が V-V ECMOが装着されている。新型コロナウイルス感染症 (以下 COVID-19) 患者に限って言えば6.1%の患者に V-V ECMOが装着されていた。中心ライン関連血流感染 (CLA-BSI) やカテーテル関連尿路感染 (CA-UTI) では適切な抗菌薬投与やカテーテルの交換や抗菌薬による治療が行われる。海外の報告では、V-V ECMOの血流感染発生率は8件/1,000device daysであり、これは日本環境感染学会の JHAIS委員会が報告している CLA-BSI発生率1.7件/1,000device daysと比較しても多い報告件数である。ECMOカテーテルが原因による感染の場合、カニューレの交換を行うことは容易ではなく、治療に難渋するケースが多い。

では、クリティカルケア看護師として、ECMO装着患者における感染管理をどのように行うことが必要なのか。答えは皆さんが普段から行なっている標準予防策やカテーテル関連血流感染予防である。カテーテル関連血流感染症については米国の CDC (Center for Disease Control and Prevention) がカテーテル関連血流感染予防のためのガイドラインを発行しており、挿入、管理、抜去に至るまでガイドラインに準じたカテーテル管理を行うことが大切である。ECMO患者における感染経路として、挿入時の汚染、挿入中の汚染の2つが挙げられる。前者では不十分な皮膚の消毒により患者の皮膚常在菌や、医療者の不十分な手指衛生やマキシマルバリアプリコーションの破綻により微生物が血管内に押し込まれることで感染を起こす。挿入中の汚染では不適切な固定や消毒、カテーテル管理によって細菌の定着や微生物が侵入することで感染を起こす。また、施設によっては ECMO回路から透析などが行われるケースもあり、十分な消毒を行い、清潔に回路接続を行うことが必要となる。また、COVID-19の流行後、2020年3月に関連団体、関連学会からプラズマリークの発生に伴い、新型コロナウイルスが拡散する可能性が指摘されている。

今後も、新興感染症などによる呼吸不全が発生した場合、ECMOを使用することが予想される。医療従事者が新型コロナウイルスを含めた職業感染を起こさないためにも適切な感染予防策を講じる必要がある。上記に掲げた中で最も重要かつ簡便な感染対策こそ、標準予防策である。標準予防策は全ての患者に行うべき感染対策で、全ての感染対策の基本となるものである。しかし、私は標準予防策の遵守こそ、一番難しい感染対策であると考えている。WHOの手指衛生の5つのタイミングの遵守はその際たるものであり、多くの文献でその遵守率は30%~45%程度であると言われており、院内の幹線対策部門と現場の臨床看護師が共に手を取り合い、改善に努めていく必要があると考えている。

本セミナーでは、各種ガイドラインを参考に、どのような感染対策が推奨されているのか、自施設での感染対策を交えながら説明をし、参加者の施設へ持ち帰っていただきたいと考えている。

プラクティスセミナー

[PS11] 循環モニタリングのみかた

Sun. Jun 12, 2022 1:00 PM - 1:50 PM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS11-01] 循環モニタリングのみかた

○生駒 周作¹ (1. 公立陶生病院 ER-ICU)

1:00 PM - 1:50 PM

1:00 PM - 1:50 PM (Sun, Jun 12, 2022 1:00 PM - 1:50 PM 第2会場)

[PS11-01] 循環モニタリングのみかた

○生駒 周作¹ (1. 公立陶生病院 ER-ICU)

Keywords: 循環、モニタリング

生命の危機的状態にある重症患者を対象とするクリティカルケア領域では、言わずもがな、刻々と変化する患者の全身状態を適切にアセスメントすることで最善の治療や看護ケアを選択し、患者の早期回復を支援していく必要があります。そのためには、五感を駆使したフィジカルアセスメントに加えて、心拍や血圧、呼吸数、体温といったモニターに表示される生体情報を適切に読み取る技術が必要不可欠になります。なかでも、「循環」に関連した情報のモニタリングは最も重要な項目と言えるでしょう。なぜなら、重症患者の治療は常に、「組織に十分な酸素が供給されているか」を考えながらすすめていく必要があるからです。セミナー当日は、「そもそも組織に酸素を届ける (DO₂) ってどういうこと?」、「数値の他に何を見ればいいのか?」「どうやって治療や看護に繋げたらいいのか?」そんな声にも応えられるよう、丁寧に解説していきたいと思えます。誰よりも患者の近くにいられる看護師だからこそ、少しでも多くのことに「気付ける」看護師になってやろうじゃありませんか。

プラクティスセミナー

[PS12] 輸液管理

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

[PS12-01] 輸液管理

○平井 亮¹ (1. 京都市立病院 看護部管理室付)

2:00 PM - 2:50 PM

2:00 PM - 2:50 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:00 PM - 2:50 PM 第2会場)

[PS12-01] 輸液管理

○平井 亮¹ (1. 京都市立病院 看護部管理室付)

Keywords: 輸液療法、目標指向型輸液管理、more is more と less is more

輸液は、日常的に実践している医療行為であるにもかかわらず、「なんとなく…」で実施していることが多いものではないでしょうか。ここには、「輸液は状況によりけり (context sensitive)」というクリティカルケア領域での輸液の前提や複雑さが影響しているからかもしれません。

一方で、治療で使われる輸液製剤の種類、つまり「モノの使い分け」は思っているほど複雑ではありません。そして、輸液療法の基本戦略、つまり「コトの使い分け」はクリティカルであろうがなかろうが変わらないもの。今回のプラクティスセミナーは、クリティカルケア領域での輸液のトレンド (目標指向型輸液管理、more is more と less is more) を押さえつつ、「状況」に合わせた、「モノ」の使い分け、「コト」の使い分けを参加者の皆さんと一緒に考えられる時間にしたいと思います。

プラクティスセミナー

[PS13] 血液浄化療法中の患者ケア

Sun. Jun 12, 2022 3:00 PM - 3:50 PM 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS13-01] 血液浄化療法中の患者ケア

○沖 良一¹ (1. 倉敷中央病院 ICU)

3:00 PM - 3:50 PM

3:00 PM - 3:50 PM (Sun, Jun 12, 2022 3:00 PM - 3:50 PM 第2会場)

[PS13-01] 血液浄化療法中の患者ケア

○沖 良一¹ (1. 倉敷中央病院 ICU)

Keywords: 血液浄化療法

血液浄化療法は、体内に蓄積した物質、または除去が必要な物質を排出し、不足物質を補給することを目的とした治療法である。通常、排出の対象となる物質は余剰な水分や代謝産物、電解質であるが、その他にも過量投与された薬物や過剰産生された病因関連物質なども含まれる。

血液浄化療法には、血液透析 (hemodialysis: HD)、血液ろ過 (hemofiltration: HF)、血液ろ過透析 (hemodiafiltration: HDF)、血漿交換 (plasma exchange: PE)、血液吸着 (hemoadsorption) などがあり、拡散やろ過、吸着などの基礎原理を用いている。血液透析には「拡散」の原理を用いられており、半透膜の細孔径より小さな物質が膜を介する2つの溶液間で均一な濃度になるまで移動する。血液ろ過と血漿交換には「ろ過」の原理を用いられており、半透膜で分けられた片側の溶液からもう片側の溶液に圧をかけることで溶媒と共に膜の細孔径よりも小さい物質が移動する。血液ろ過透析には「拡散」と「ろ過」の原理が用いられている。血液吸着には「吸着」の原理を用いられており、特別な膜に物質を直接吸着させて除去する。血液浄化療法に用いられる原理に応じて除去できる物質の分子量に違いがあるため、除去したい物質の分子量を把握した上で治療モードを設定することが重要である。

他にも、血液浄化療法の物質の除去効率は「持続的・間欠的施行」や「透析膜の選択」、「除去物質の因子」、「血液浄化療法の設定方法」も大きく関係する。持続的・間欠的施行は、持続的腎代替療法 (continuous renal replacement therapy: CRRT) と間欠的腎代替療法 (intermittent renal replacement therapy: IRRT) のことである。持続的腎代替療法と間欠的腎代替療法では低分子量の除去効率や循環動態への影響が異なるため、病態や緊急性、患者の状況を考慮した上で選択することが重要である。透析膜の選択は、膜素材や膜面積、priming volumeが代表的である。また、膜構造から分類される対称構造膜と非対称構造膜では透水性や溶質透過性が異なるため、透析膜の特性を理解した上で選択することが重要である。除去物質の因子は、前述した分子量以外にも蛋白結合率や分布容積、内因性クリアランスとの差など、それぞれが血液浄化療法の有効性に影響する。血液浄化療法によって血液中の特定の物質が除去可能かを考える上で重要である。血液浄化療法の設定方法は、血液流量 (Qb) や透析流量 (Qd)、ろ過流量 (Qf)、補充液流量 (Qs)、除水量がある。血液浄化療法の目的や病態、患者の状況に応じて適切にポンプ設定を行うことが重要である。

血液浄化療法についての基本的な知識を身につけておくことは、管理をする上で必須である。

血液浄化療法中の管理のポイントとして、ブラッドアクセスカテーテルの管理や抗凝固療法、回路マネジメント、合併症の早期発見・対処がある。ブラッドアクセスカテーテルの管理は、挿入部の固定状況や感染徴候、症状、開存性、疼痛などがある。抗凝固療法は、回路や透析膜で血液を凝固させないために必要だが、患者に過度の抗凝固を行わないという点にも注意が必要である。回路マネジメントは、血液ポンプ圧や入口圧、ろ過圧、返血圧、TMP圧から回路の経時的変化を捉え、状況を把握し対処することが重要である。合併症は、血圧低下や出血、低体温、感染症、電解質異常、不均衡症候群、身体的・精神的苦痛などがあるが、起こり得る合併症を知っておくことで系統立てた観察や異常の早期発見、介入に繋げることが可能となる。

術後管理マスタールーム

[PM2] 術後管理シリーズ（循環器、脳神経）

Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 第5会場 (国際会議場 32会議室)

[25000-0900-1add] 術後管理シリーズ

9:00 AM - 11:00 AM

[25000-0900-2add] 術後管理シリーズ

11:00 AM - 1:00 PM

[25000-0900-3add] 術後管理シリーズ

1:00 PM - 3:00 PM

9:00 AM - 11:00 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 第5会場)

[25000-0900-1add] 術後管理シリーズ

11:00 AM - 1:00 PM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 第5会場)

[25000-0900-2add] 術後管理シリーズ

1:00 PM - 3:00 PM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 第5会場)

[25000-0900-3add] 術後管理シリーズ

共催セミナー

[CS3] 情報医学の視点から考える病室環境

共催：株式会社セントラルユニ

座長：林 尚三（公益社団法人有隣厚生会 富士病院）

演者：本田 学（国立精神・神経医療研究センター神経研究所）

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

[200000-1050-1add] 共催セミナー

10:50 AM - 11:50 AM

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

[200000-1050-1add] 共催セミナー

共催セミナー

[CS4] 敗血症性ショックの病態を学ぼう

共催：ヴェクソン・インターナショナル株式会社

座長：後藤 順一（河北総合病院）

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

Sun. Jun 12, 2022 12:00 PM - 1:00 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[21000-1200-1add] 共催セミナー

12:00 PM - 1:00 PM

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

[21000-1200-1add] 共催セミナー

共催セミナー

[CS5] 洗浄から清拭へ 陰部清拭用ワイプシートと陰部ケアの新しい形
ークリティカルケア領域における「ペリケア」の導入意義と課題ー

共催：株式会社メディコン

座長：山口 典子（長崎大学病院）

演者：大西 哲郎（社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院）

Sun. Jun 12, 2022 1:10 PM - 2:10 PM 第6会場（総合展示場 311-313会議室）

[26000-1310-1add] 共催セミナー

1:10 PM - 2:10 PM

1:10 PM - 2:10 PM (Sun. Jun 12, 2022 1:10 PM - 2:10 PM 第6会場)

[26000-1310-1add] 共催セミナー

プラクティスセミナー（オンデマンド）

[WS2] プラクティスセミナー（オンデマンド配信）

Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 2:00 PM プラクティスセミナー（オンデマンド配信）

[WS2-01] 酸素需給バランスの評価

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

9:00 AM - 10:00 AM

[WS2-02] クリティカルケア領域で理解が必要な検査データ

○柴 優子¹（1. 筑波大学附属病院）

10:00 AM - 11:00 AM

[WS2-03] 遠隔 ICUの実際

○森口 真吾¹（1. 株式会社T-ICU）

11:00 AM - 12:00 PM

[WS2-04] 画像検査のみかた

○奥山 広也¹（1. 山形県立中央病院 ICU）

12:00 PM - 1:00 PM

[WS2-05] 経腸栄養に対する不耐症対策

たまごが先か、にわとりが先か!? –重症患者の栄養療法の謎–

○巽 博臣¹（1. 札幌医科大学医学部集中治療医学）

1:00 PM - 2:00 PM

9:00 AM - 10:00 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 2:00 PM プラクティスセミナー)

[WS2-01] 酸素需給バランスの評価

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

Keywords: 酸素供給量 (DO₂)、酸素消費量(VO₂)、酸素抽出率(O₂ER)、混合静脈血酸素飽和度(SvO₂)

酸素は生体にとって不可欠である。酸素を外気から取り込み、組織へ運搬する「酸素供給」と、その酸素を使用しエネルギーを作り出していく、「酸素需要」のバランスが重要である。酸素の供給と需要をどう評価し考えていくのか、以下の項目について解説する。

- ①酸素供給を考える
- ②酸素需要を考える
- ③酸素需給バランスを考える

10:00 AM - 11:00 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 2:00 PM プラクティスセミナー)

[WS2-02] クリティカルケア領域で理解が必要な検査データ

○柴 優子¹ (1. 筑波大学附属病院)

Keywords: 動脈血液ガス

クリティカルケア領域の対象となる患者は重症度が高いだけでなく、循環器、消化器、脳神経など理解すべき疾患や病態は多岐に渡ります。また、臨床で行われる検査も血液検査、X線、CT、MRIなど情報収集する検査データも数多く、病態理解やケアにつなげていくために私たち看護師が知るべきことも非常に多いです。今回は、その中でも動脈血液ガス分析に焦点を当てて基礎的なところから理解を深めていきます。

11:00 AM - 12:00 PM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 2:00 PM プラクティスセミナー)

[WS2-03] 遠隔 ICU の実際

○森口 真吾¹ (1. 株式会社T-ICU)

Keywords: 遠隔ICU

日本遠隔医療学会の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」によると、遠隔医療とは「情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為」と定義されている。そして、その遠隔医療は大きく2つに分けることができる。Doctor to Doctor (D to D) や Nurse to Nurse (N to N) など医療者が医療者を支援する遠隔医療と、医師や看護師が患者を診療・看護する遠隔医療である。そして遠隔ICUは、D to DやN to Nの遠隔医療に含まれる。

2021年に日本集中治療医学会から「遠隔ICU設置と運用に関する指針」が出されており、その中で遠隔ICUの定義についても記載されている。そこには、「遠隔ICUは現場医療に代わるものではなく、医療資源の活用とプロセスの標準化を通じて現場医療を強化するよう設計されている。」と記載されている。つまり、病院外の施設にいる専門医や認定看護師を集め、その施設と被支援病院のICUの間で情報通信技術を用いて患者の情報を共有し、プ

プロセスの標準化などを目的に診療・看護のアドバイスをするものである。これらはあくまでも医療現場を強化するために設計されるものであり、現場の医療に代わるものではないことを認識することが重要である。現在のシステムを用いた遠隔 ICU は、2000年頃からアメリカで開始されたが、日本においては2018年から開始されている。現在は大学と関連病院を結んだ支援や、都道府県をあげて大学が県内の病院を支援する取り組みなどが始まっている。その他、医療法人の枠を超えて企業が僻地の病院や、専門医・認定看護師などが不在の病院を支援する遠隔 ICU も進んできている。

これら遠隔 ICU には、支援体制により3つのモデルに分類されている。(図1) その中でも、遠隔 ICU を提供する企業である T-ICU は、主に計画ケアモデル及び急変時対応モデルで支援している。計画ケアモデルにおいては、遠隔 ICU 導入前から実施されていた多職種回診やカンファレンス、RSTなどの回診に参加する方法などで、支援を提供している。急変時対応モデルは、24時間問わず患者の状態に懸念がある時に医師・看護師からの相談にのることを実施している。忙しい臨床現場の中で効果的な支援が提供できるように、各病院の医師・看護師とこまめなコミュニケーションをとることを心がけている。また定期的に病院へ訪問し遠隔医療でありながらも顔の見える関係性構築を目指している。本セッションではこれら具体的な支援の実際・今後の構想について説明する。

12:00 PM - 1:00 PM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 2:00 PM プラクティスセミナー)

[WS2-04] 画像検査のみかた

○奥山 広也¹ (1. 山形県立中央病院 ICU)

Keywords: 胸部XP写真、画像の見方、看護ケア

画像検査といえば単純 X線撮影 (以下 XP)、CT、MRI、エコーなど様々な検査があります。その中でも皆さんが日頃仕事をする中で最も多く出会うのは XP ではないでしょうか? レントゲン写真は医師が見るものだ! と思っている方はいませんか? ですが、私たちが XP をみるということはとても大事なことです。患者さんの身体所見の異常と XP 写真を照らし合わせて今何がおきているのかを知る、自分たちが行う体位ドレナージや吸引などの看護ケアの評価、デバイスの適正位置をしり合併症を防ぐなど少しのポイントを抑えることで患者さんへのメリットがとて多くなります。

このセッションでは画像検査の中でも、触れる機会が多い胸部 XP 写真の見方について解説していきます。胸部 XP 写真の基本的な見方、臨床現場で遭遇しやすい胸水、無気肺、気胸の見方とそれらに対する看護ケア、デバイスの適正位置を一緒に見ていきましょう。

1:00 PM - 2:00 PM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 2:00 PM プラクティスセミナー)

[WS2-05] 経腸栄養に対する不耐症対策

たまごが先か、にわとりが先か!? – 重症患者の栄養療法の謎 –

○巽 博臣¹ (1. 札幌医科大学医学部集中治療医学)

Keywords: 栄養療法、経腸栄養、腸管不耐症

重症患者に対する栄養療法、特に経腸栄養の有用性が広く認識されている。重症患者の栄養療法ガイドラインが発表され、それに基づいた栄養療法を行うことを一つの条件として集中治療室における早期栄養介入管理加算も

算定できるようになった。2022年度からは対象は救急にも拡大され、静脈栄養でも算定できるようになったため、栄養アセスメントや適切な投与経路・投与量・栄養剤の選択はさらに重要となってきた。一方で、栄養療法に伴う問題点、特に経腸栄養に伴う消化器合併症（腸管不耐症）についての対応はガイドラインに記載されているものの、あまり具体的なことは記載されていないため、経腸栄養投与を中止したり、諦めたりするケースも少なくないであろう。

当院 ICUでは重症患者に対して、経鼻空腸チューブを留置しての積極的な経腸栄養投与を1989年から開始し、2005年からは経胃投与を first choiceとして経腸栄養を行っている。そのため、消化器合併症への対応はある程度確立していると感じている。本講演では、栄養療法に関する「たまごが先か、にわとりが先か!？」、すなわち、

「重症だから栄養状態が悪いのか、栄養状態が悪いから重症化するのか!？」

「腸が動かないから経腸栄養ができないのか、経腸栄養しないから腸が動かないのか!？」

「経腸栄養のせいで下痢なのか、経腸栄養しなくても下痢なのか!？」

「蛋白負荷のせいで BUNが高いのか、蛋白を入れないから BUNが高いのか!？」

「重症だから脂肪を入れないのか、脂肪を入れないから調子悪いのか!？」

などの疑問点の解決の糸口をみつけていただけるよう、当院 ICUにおける栄養療法の考え方、腸管不耐症への対応、栄養剤の選択などの実践的な方法について紹介する。

一般演題

[O8] 看護教育

座長:園田 拓也(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:10 AM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O8-01] A病棟における新人看護師の教育支援

－看護提供方式の変更に伴う課題への取り組み－

○石井 結花¹、高橋 祐樹¹、植木 玲¹、渡邊 好江¹、内田 真由美¹ (1. 杏林大学医学部付属病院)

9:00 AM - 9:12 AM

[O8-02] 新人から継続して集中治療室に勤務する看護師の経験

－臨床判断能力の習得に焦点を当てて－

○小倉 亜沙子¹ (1. 東海大学医学部付属病院)

9:12 AM - 9:24 AM

[O8-03] クリティカルケア領域2年目看護師が「怖さ」を感じた看護実践場面へのリフレクション支援：ファシリテーターの関わりに注目して

○福田 美和子¹、本田 多美枝²、岡部 春香³、明神 哲也⁴、坂本 なほ子⁵ (1. 目白大学看護学部、2. 日本赤十字九州国際看護大学、3. 東海大学医学部看護学科、4. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、5. 東邦大学看護学部)

9:24 AM - 9:36 AM

[O8-04] 臨床判断モデルを活用した OJT研修の学習効果と課題

○藤井 絵美^{1,2}、岩元 美紀^{1,3}、佐藤 正和^{1,2}、相良 洋^{1,2}、西村 祐枝^{1,4} (1. 岡山市立総合医療センター 岡山市立市民病院、2. 集中治療部、3. 救急外来、4. 看護部)

9:36 AM - 9:48 AM

[O8-05] A病院 ICU・救急病棟看護師のレジリエンスを獲得していくプロセス

江川 亜維¹、○鈴木 渚¹、澤本 菜摘美¹、吉田 茂¹ (1. 国立病院機構千葉医療センター 看護部)

9:48 AM - 9:59 AM

[O8-06] オンラインを活用した情報交換・会議の有効性

－クリティカルケア認定看護師としての今後の展望－

○上原 均¹、池澤 友郎⁵、大塚 文人²、長内 洋一³、佐藤 希⁴、関根 庸考⁶、矢嶋 恵理⁷ (1. 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、2. 一般財団法人神奈川県警友会 けいゆう病院、3. 学校法人北里研究所 北里大学病院、4. 国立大学法人 旭川医科大学病院、5. 社会医療法人近森会 近森病院、6. 青梅市立総合病院、7. 国立大学法人 信州大学医学部附属病院)

9:59 AM - 10:10 AM

9:00 AM - 9:12 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:10 AM 第4会場)

[O8-01] A病棟における新人看護師の教育支援

－看護提供方式の変更に伴う課題への取り組み－

○石井 結花¹、高橋 祐樹¹、植木 玲¹、渡邊 好江¹、内田 真由美¹ (1. 杏林大学医学部付属病院)

Keywords: 新人看護師教育、パートナーシップナーシングシステム、評価指標

【目的】 A病棟での新人看護師教育支援として、臨床看護実践能力のうち、知識、技術は、習得状況を確認できるチェックリストを活用しているが、受けもち人数を増やすタイミングは、統一した指標や評価方法がなく、支援者の評価に差異が生じていた。受けもち人数を段階的に増やしていくための指標として、STEP表と評価表を作成し、支援者が統一した視点で新人看護師の成長を評価できるようにしたが、パートナーシップナーシングシステム(PNS)が導入されることになり、1. 新人看護師の到達目標、2. 目標評価と個別支援方法、3. 主体性の育成について検討が必要になった。今回はその取り組みと今後の課題について報告する。

【研究方法】 取り組みの評価として、新人看護師4名と新人看護師支援に携わる3年目以上の看護師19名に、新人看護師の進捗状況の把握、目標や課題の明確化、主体性の育成に向けた支援の達成度について、リッカートスケールを用いた5段階評価と自由記載式のアンケート調査を実施した。回答は、単純集計および、自由記載は類似した意味内容でまとめて課題を抽出した。アンケートは無記名で実施し、所属大学の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】 新人看護師3名、3年目以上の看護師15名、計18名（回収率78.2%）から回答が得られた。3年目以上の結果は、1. 新人看護師の到達目標については、60%が「進捗状況が明確になった」、80%が「目標が明確になった」と回答していたが、個別の課題把握が難しかったという意見があった。2. 目標評価と個別支援方法については、80%が「達成内容が明確になった」、60%が「課題が明確になった」、93%が「進捗状況を共有することで課題達成に向けた支援が出来た」と回答した。3. 主体性の育成については、60%が「どちらでもない・できなかった」の回答であり、主体的に受けもちをさせる方法がわからないとの意見があった。新人看護師の結果は、STEP表や評価表を用いることで66%が課題や達成した内容が明確になったと回答したが、評価表をみても現状把握や課題がわかりにくいという意見もあった。

【考察】 PNS導入に伴い見直したSTEP表と評価表で、受けもち人数を増やすタイミングについて、新人看護師の進捗状況を統一した視点で評価し、課題に対する具体的な支援を検討できたことは、STEP表および評価表が新人看護師支援に有用であったと言える。しかし、3年目以上の看護師からは、「個別課題の把握が困難なこともあった」、新人看護師からは「現状把握や課題がわかりにくい」という意見もあったため、個別課題の把握方法については工夫が必要である。

主体性の育成については、3年目以上の看護師の半数以上が支援できていないと評価していた。新人看護師にはどのような主体性が求められているのかについて、スタッフ間で共有する場を設けていたが、主体性が広い概念であることから、主体性の捉え方に差異が生じてしまい、具体的な支援方法につなげられなかったことが要因ではないかと考えられた。PNSでは主体性が希薄になるとも言われているため、主体性がどのような意味をもち、新人看護師がどのような行動をとれば良いのかを提示し、認識を統一した上で具体的な支援方法を検討していく必要がある。

【結論】

- ・ STEP表、評価表は、新人看護師の教育支援に有用であったが、個別課題の把握については見直しが必要である。
- ・ PNSにおける主体性の育成は、主体性についての認識を統一し、具体的な支援方法を検討する。

9:12 AM - 9:24 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:10 AM 第4会場)

[O8-02] 新人から継続して集中治療室に勤務する看護師の経験

－臨床判断能力の習得に焦点を当てて－

○小倉 亜沙子¹ (1. 東海大学医学部付属病院)

Keywords: 臨床判断、集中治療室、経験

【目的】研究目的は、新人から継続して集中治療室（以下ICU）に勤務する看護師の経験について、臨床判断能力の習得に焦点化し明らかにすることである。その経験を言語化することで、ICU看護師自身が能力習得するための一助となる他、ICU看護師教育への示唆を得ることができると考えた。

【方法】質的記述的研究を研究デザインとして、関東圏内の三次救急指定病院2施設のICUにおいて新人から現在まで勤務し、リーダー経験をもつ7～8年目の中堅看護師3名が研究参加者となった。データ収集は、インタビューガイドを用いた半構成的面接60分程度を1人あたり2回行い、逐語録を作成し分析データとした。分析方法は、データの精読からICU看護師の経験がどのように臨床判断能力の習得に繋がっているのか解釈し、ICU看護師ごとに語りを再構成した。倫理的配慮として、筆者が研究実施時に在籍していた大学の研究倫理審査委員会の承認後実施した（承認番号2019-009）。データは匿名化し、個人が特定できないよう配慮した。

【結果】以下、頻出の語りを強調として“ ”と表す。1. A氏の臨床判断能力の習得の経験：A氏は自己学習を積みながらも、実際の患者急変時に“動けない”経験をした。その後A氏は更に知識を身につけ、シミュレーションの実施から急変対応を学び備えることを重視するとともに、その知識や技術を後輩に教えるようになった。またA氏は、医師等の第三者との意見の擦り合せが、患者の療養生活を前進させようという実感も得たことで、患者について積極的に医師と意見を交わすようになった。2. B氏の臨床判断能力の習得の経験：B氏は新人の頃から、患者のバイタルサインや周囲環境の確認を重視している。当初それは病棟ルールの遵守の為に行っていたが、インシデントを振り返ることで、確認には患者の安全を保つ意味があることに気づいた。またB氏は先輩看護師との関わりがきっかけで、自分の経験や不足点を書き加えた手順書を準備するようになり、それは看護の視点の理解を深める経験となっていた。3. C氏の臨床判断能力の習得の経験：C氏は患者急変を振り返り、患者を“ちゃんと”見れていなかった自分に気づいた。その後より細密な患者観察を行うようになり、その観察が患者の変化への気づきに繋がるという実感も得た。またC氏はリーダー役割を開始する際、知識不足に不安を感じ、勉強をし直した。リーダーを執るようになると業務に追われ、患者状態を把握できず“まずい”と感じた。そこでC氏はベッドサイドのラウンドを意識して行い、実際に患者を見たり受け持ち看護師から情報を得ることで、患者把握へ活かすようになった。

【考察】ICU看護師は、行為や行動に意味付けがなされるという、点が線となる経験をしていた。この経験は次に類似の事例に直面した際の臨床判断に活用できる可能性がある。また、ICU看護師の行為や行動は、シミュレーションのような身体性を伴う学習を行うことでその再現性を高め、患者急変時など特定の状況下における瞬時の対応が可能となることが期待できる。更にICU看護師は、先輩看護師や医師等、第三者との関わりを語っており、この関わりは、自身の知識の定着や他者の専門性や意図の共有に繋がり、その後の臨床判断に活用できる可能性がある。

【結論】ICU看護師の、行為や行動に意味付けがなされる経験や、身体性を伴う学び、他者との関わり方の経験が、その後の臨床判断に活かすことができる可能性がある。看護実践の示唆として、振り返りや身体性を伴う学習を教育の機会として設けていくこと、他者と関わり意見を交わしていくことも、臨床判断能力習得の経験になりうる事が明らかとなった。

9:24 AM - 9:36 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:10 AM 第4会場)

[O8-03] クリティカルケア領域2年目看護師が「怖さ」を感じた看護実践場面へのリフレクション支援：ファシリテーターの関わりに注目して

○福田 美和子¹、本田 多美枝²、岡部 春香³、明神 哲也⁴、坂本 なほ子⁵ (1. 目白大学看護学部、2. 日本赤十字九州国際看護大学、3. 東海大学医学部看護学科、4. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、5. 東邦大学看護学部)

Keywords: リフレクション、ファシリテーション、2年目看護師

【目的】「驚き」や「怖い」感情を伴う看護実践は、当事者が深く思考するきっかけとなり、知の組み換えが起きやすい。本研究の目的は、クリティカルケア領域に勤務する2年目看護師が「怖さ」を感じた場面のリフレクション支援に向け、どのようなファシリテートがリフレクティブな対話となるのかを明らかにする。【方法】対象：クリティカルケア領域に勤務する2年目看護師とファシリテーター役の研究者で設定したグループリフレクション（以下GR）内容。設定したGR：2016・2017年に企画し実施。1回120分のGRを1か月おきに3回実施。全回出席を条件に、1グループ構成員6～7名で参加者を募集。GR方法：グループ構成員1名に話題提供を求め、関連事象について互いに話題展開する形式。ファシリテーターの役割は、話題提供者の気がかり事象の具体・抱いた感情・取り組み内容・帰結の明確化とした。データ収集方法：許可を得てGR内容を録音。分析方法：「怖い」感情が伴う話題を抽出。当事者にとっての意味からみて、ファシリテーターのつなぎ方がどうか解釈しコード(以下『』で記載)化し、リフレクション内容を再構成した。【倫理的配慮】研究代表者が属した機関の倫理委員会（26023）と必要時研究協力施設の倫理委員会の承認を得て実施。利益相反はない。【結果】各年共に所属の異なる6名がGRに参加した。「怖さ」を伴う話題は3つ抽出された。話題1は、患者をみる上でうまくいかないと感じていたAさんのリフレクションである。後輩看護師が担当した患者の急変状況から「急変前に何かしらのサインがあるというのはこれなのだ」と感じた経験を語った。『うまくいかない感じへの回答を話題とせず、その場面での当事者としての動きを確認する』と、後輩との振り返りで日ごろの観察が大事であることに驚いた経緯を語った。振り返り内容を確認するため『驚きの感情が生じたときの事実状況の整理につなげる』問いをすると、決めつけてみる恐ろしさの気づきに帰結した。話題2は、全身状態をもれなくみることに課題をもつBさんのリフレクションである。Bさんは、鎮静薬調整に難渋した人工呼吸器装着患者を担当した際、挿管チューブが気になり、点滴漏れに気づけなかったことを紹介した。『他の構成員から工夫点を引き出したい話者の気持ちにこたえる前に当事者が何に着目したのか整理する』よう求めると、挿管はつらいという先入観と、先輩の助言が有用だったことを語った。『陥りがちな傾向に触れることをせず、対応困難な状況での手がかりを得る行動にうつせた時の考えに迫る』と、患者を守り切れない怖さと挿管チューブを守る責任に気がとられていたことに帰結した。話題3は、救急搬送された脳梗塞患者をCTとMRI検査帰室直後から担当したCさんのリフレクションである。Cさんは「最後は看護師がやらなきゃいけないから怖い」と前置きし、状態が不安定なまま亡くなられた患者のアセスメントの大変さを語った。『話者の課題の指摘はせず、もやもやしたアセスメント内容に添う』と、不要な鎮静をした怖さと1年目の頃とは異なる責任の怖さを吐露した。『怖い感情を抱くまでの背景を確認する』と、自分の介入による状態変化が命に直結しアセスメントに自信が持てないと帰結した。【考察】本結果は、2年目看護師が一人前へと向かう中で経験する「怖さ」を意味付け当事者なりの教訓を得て成長するための、ファシリテートの具体が記述できたと考える。【結論】「怖さ」と向き合いながらも思考し行動した事実を批評しないファシリテートが、リフレクション支援には重要である。(JSPS科研費課題番号(26463324)の助成を受け実施)

9:36 AM - 9:48 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:10 AM 第4会場)

[O8-04] 臨床判断モデルを活用したOJT研修の学習効果と課題

○藤井 絵美^{1,2}、岩元 美紀^{1,3}、佐藤 正和^{1,2}、相良 洋^{1,2}、西村 祐枝^{1,4}（1.岡山市立総合医療センター 岡山市立市民病院、2.集中治療部、3.救急外来、4.看護部）

Keywords: 看護教育、臨床判断能力、心理的安全性、OJT、タナーの臨床判断モデル

【目的】

クリティカルケアにおける臨床判断能力の向上をはかるための取り組みとして、双方向に学び合うOJT研修「クリティカルケア・パディ・ラーニング」（以下CBL）を構築した。今回、CBL研修における学習効果と課題について明らかにし、臨床判断能力向上のための教育方法について示唆を得たので報告する。

【方法】

CBL研修は、心理的安全性と『タナーの臨床判断モデル』を参考に授業設計した。「導入」は管理者と受講者が心理的安全性や臨床推論などの e-learningの受講を行った。「展開」は一般病棟の看護師と救急・集中治療領域がバディとなって看護実践を行い、「まとめ」は学習ツールを用いて臨床判断した場面を振り返り、バディで症例シートを記述することとした。調査対象はCBL受講者25名と指導者12名とし、研修終了直後にCBLからの学びに関する自由回答形式の質問調査を実施した。調査は無記名で行い、回収をもって同意とみなし、A病院の倫理審査の承認を得た。自由記載で得られたデータはクリティカルケア領域のスペシャリストで5名で内容分析した。

【結果】

調査回収率はCBL受講者88.0% (22名)、指導者100% (12名)であった。受講生の平均経験年数は9.2年であり、ラダーIが6名、ラダーIIが14名、ラダーIIIが2名で、そのうちクリティカル領域の経験者は3名であった。指導者の平均経験年数は14.4年であり、ラダーIIが8名、ラダーIIIが4名であった。内容分析により、45のコード、14のサブカテゴリー、5つのカテゴリーが抽出された。カテゴリーは、「初期把握」「対処パターンの獲得」「情報の意味づけ」「看護介入」「看護実践能力の発展」であった。45コードのうち、患者主体のコードは0件であった。

【考察】

臨床判断プロセスは『気づき』『解釈する』『反応する』『省察する』から成り立っている。臨床判断の中で、看護師が何に気づき、どのように所見を解釈、対応したのかを振り返るには、状況・背景・関係性が影響する。今回、『タナーの臨床判断モデル』に沿った症例シートを活用することで、「初期把握」「対処パターンの獲得」を認めた。このことから、OJTを強化にしたことで『気づく』能力の向上につながったと考える。また、心理的安全性の教育と共に学び合うバディ制度によって状況・背景・関係性に良い影響が働いたと推察できた。また、CBL研修で作成した学習ツールを使用したことは、双方向の思考プロセスの整理につながり、臨床判断プロセスを踏むことができたと考える。しかし、『省察』の大部分が、看護師自身の臨床判断に関する振り返りであったことから、CBL研修の課題として、患者の介入につながる意図的なリフレクションを促進する発問を取り入れることが必要である。

【結論】

心理的安全性を確保し、臨床判断能力のプロセスをふまえた一定の学習ツールを活用することはOJT研修の効果を高めることにつながった。今後、さらに学習効果を高めるために意図的なリフレクションが課題である。

9:48 AM - 9:59 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:10 AM 第4会場)

[O8-05] A病院 ICU・救急病棟看護師のレジリエンスを獲得していくプロセス

江川 亜維¹、○鈴木 渚¹、澤本 菜摘美¹、吉田 茂¹ (1. 国立病院機構千葉医療センター 看護部)

Keywords: レジリエンス

〔目的〕

A病院 ICU・救急病棟看護師のレジリエンスを獲得していくプロセスを明らかにする

〔方法〕

A病院 ICU・救急病棟に所属する看護師56名を対象に①属性②二次元レジリエンス要因尺度(Bidimensional Resilience Scale: BRS 以下 BRSとする)¹⁾の記名式質問紙調査を行った。BRSの総得点が高く、かつ獲得的要点数が高い看護師15名を対象に半構造化面接を行った。インタビュー内容は許可を得て録音し、記述データとした。意味のある文脈を切り取りコード化し、内容をカテゴリー化した。どのような業務上のストレスや困難な出来事を経験し、レジリエンスを獲得したかその様相を構造化した。本研究はA病院倫理審査委員会の承認を受けたうえで実施した。

〔結果〕

66のコードから29のサブカテゴリー、7のカテゴリーが導きだされた。それぞれの【個人の準備状況】で配属された看護師は、【クリティカルケア領域という生命に直結した場】での勤務に対し【期待と不安】を感じてい

た。その状況で【クリティカルケア領域で働く看護師が受けるストレス】を感じながらも【困難を乗り越えるための支援者の存在】や【自分なりのストレス対処】行動によってストレスを乗り越え、【やりがいと成長の実感】に至る。この【やりがいと成長の実感】により【個人の準備状況】は改善され、以前よりもストレス耐性を高めていた。

〔考察〕

ストレスフルな経験はつらい経験である一方、ポジティブな感情を生み出す可能性があり、この側面に気づくことがレジリエンス獲得を促す。単に経験を重ねるのではなく、経験をどう意味づけするかが重要だと示唆される。レジリエンス獲得のために【困難を乗り越えるための支援者の存在】と【自分なりのストレス対処】は不可欠な構成要素であり、これらのバランス保持要因を整える組織的な取り組みが必要となる。

〔結論〕

それぞれの資質的要因をもつ研究対象者は、様々なストレスを受けながらも、困難を乗り越えるために支援を受けていた。特殊な環境下で、試行錯誤しながら自分なりのストレスの対処行動をとっていた。看護師としてのやりがいと成長を実感する一連の流れが、A病院 ICU・救急病棟看護師のレジリエンスを獲得していくプロセスとなっている。

引用文献 1) 平野真理：レジリエンスは身につけられるか 個人差に応じたサポートのために,東京大学出版会,p.135,137, 2015.

9:59 AM - 10:10 AM (Sun, Jun 12, 2022 9:00 AM - 10:10 AM 第4会場)

[O8-06] オンラインを活用した情報交換・会議の有効性

ークリティカルケア認定看護師としての今後の展望ー

○上原 均¹、池澤 友郎⁵、大塚 文人²、長内 洋一³、佐藤 希⁴、関根 庸考⁶、矢嶋 恵理⁷ (1. 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、2. 一般財団法人神奈川県警友会 けいゆう病院、3. 学校法人北里研究所 北里大学病院、4. 国立大学法人 旭川医科大学病院、5. 社会医療法人近森会 近森病院、6. 青梅市立総合病院、7. 国立大学法人 信州大学医学部附属病院)

Keywords: クリティカルケア認定看護師、オンライン、情報

【目的】クリティカルケア認定看護師は ICUや救急に限らず、一般病棟や在宅まで場所を選ばず重症患者に対する看護実践が期待されている。今後は2025年問題へ向け、患者が地域でシームレスに療養できるようサポートする必要があると考える。しかし、クリティカルケア認定看護師の配置されている部署や特定行為の活用法など各施設により活動内容は様々であり、多岐にわたる役割を各々の学習・経験で担うことは困難であると考え、オンラインを使用した会議を月1回2時間程度継続的に行なった。共通認識を抱き各地で活動する同分野の認定過程卒業生によるオンライン会議を定期的に行うことによりケアの質の維持・標準化、クリティカルケア認定看護師の日頃の活動に与える影響を調査する。

【方法】研究デザイン：実践報告。2020年度看護研修学校クリティカルケア認定看護師教育課程を卒業した7施設7名でオンラインを使用した会議を2021年4月から実施。2021年12月の時点で毎月1回2時間程度の計8回の実施。オンライン会議でのディスカッション内容を議事録として残し情報の共有・振り返りができるようにした。情報共有した内容は各施設の状況に応じて活用し、看護の質向上に役立てるように努めた。オンライン会議の有効性・課題について議事録をもとにディスカッションし今後のオンライン会議の活用方法について検討する。本研究は所属する施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】研究参加者の所属部署は救急、ICU、一般病棟など様々であり、他部署・他施設の情報を知るきっかけとなっていた。オンライン会議で得た情報をもとに各施設でのクリティカルケア認定看護師の活動内容、特定行為の実践を情報共有することで各々の状況に応じた日々の看護実践の参考としていた。特に他施設で実施されている COVID-19患者・家族対応方法やせん妄患者に対して以前まで使用していなかった睡眠剤の提案を医師に行なったことで薬剤が導入され、せん妄が改善したとの報告があった。また、月に1回の開催でモチベーションの

維持にも効果的であると意見があった。

【考察】今までは他施設のケアや治療などは、勉強会や学会などの際に共有することしかできていなかったが、オンライン会議を通じて月に1回、多施設での情報交換を実施することで、各々が活用することができている。最新の論文やガイドラインなどの情報収集・解釈を個人で行う場合と比較し、複数名での解釈や看護実践の感想などを情報共有することは知識・看護技術の定着がより効率的であると考えられる。参加人数はグループワークに適した5人前後が集まることができ、全員参加型での会議が可能であった。専門性の高いメンバーでの討議は、クリティカルケア領域における専門的知識を深めることができ、各々のレベルアップにつながっていると考える。その反面で、オンライン会議を実践するにあたり患者の情報は個人情報の取扱い上注意する必要があるため、具体的な症例検討などの情報交換は行えていないのが現状である。また、一般的な文献や論文の情報交換や、日常ケアで患者情報を含まない内容での情報交換となっており、議題によっては具体性が乏しい内容もあると考える。

【結論】タイムリーなオンライン会議での情報共有については汎用性が高く有効性は高い。ただし情報交換の内容は十分にエビデンスを考慮する必要があると考える。症例検討などを行う際には各施設の承諾などが必要になると考えられるため、今後実践していくためには協議を行っていきたい。地域の異なる施設間でオンラインを用いて研究なども行っていき、時代に応じた看護実践を各施設で行っていきたい。

一般演題

[O9] 医療安全

座長:藤井 絵美(岡山市立市民病院)

Sun. Jun 12, 2022 10:20 AM - 11:20 AM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O9-01] 急変予測に関するスタッフ教育の評価と今後の課題

○谷 澄代¹、山村 尚裕¹、宮地 富士子¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院)

10:20 AM - 10:32 AM

[O9-02] ICU看護師が抱く補助循環装着患者担当時の不安の実態

○池澤 友朗¹ (1. 社会医療法人近森会 近森病院)

10:32 AM - 10:44 AM

[O9-03] 院内迅速対応システムの導入・運営における看護師の工夫

○吉本 早由利^{1,2}、江川 幸二² (1. 神戸市立医療センター西市民病院、2. 神戸市看護大学大学院)

10:44 AM - 10:56 AM

[O9-04] 抜管失敗に至った1事例における対応の検証

○張 葉留菜¹、金 姫静¹、後藤 順一¹、森内 陽子¹ (1. 社会医療法人河北医療財団 河北総合病院)

10:56 AM - 11:08 AM

[O9-05] EICUにおける想定外抜去に関するインシデント発生の要因

○宮本 遼¹、上澤 弘美¹、路川 恵利加¹ (1. 総合病院土浦協同病院 EICU)

11:08 AM - 11:19 AM

10:20 AM - 10:32 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:20 AM - 11:20 AM 第4会場)

[O9-01] 急変予測に関するスタッフ教育の評価と今後の課題

○谷 澄代¹、山村 尚裕¹、宮地 富士子¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院)

Keywords: 急変予測、早期警告スコア、呼吸イグザミネーション、急変時カンファレンス

【はじめに】「近年、院外心停止の蘇生率の改善は著しい。しかし、院内心停止の生存率は改善していない。(安宅・中川2015)」医療安全全国共同行動にて、「急変時の迅速対応」が求められ、多くの医療機関で院内急変対応システム (rapid response system:RRS) の導入が始まった。対象病院でも、早期警告スコア (national early warning score:NEWS) を発動基準とした RRSが導入された。対象病院 A病棟では看護師の急変予測に対する教育を、NEWS勉強会、呼吸イグザミネーションによる呼吸フィジカルアセスメントの強化、実際に起きた急変事例をもとに振り返る急変時カンファレンスという構造で教育設計図を計画し実施した。これらの教育の取り組みを振り返り、急変予測に関する教育の示唆を得ようと考えた。

【目的】急変予測に関する取りくみについて教育の効果を明らかにし、今後の急変予測に関する教育の示唆を得る。

【研究方法】1) 用語の定義 急変事例：患者の状態が悪化し ICUへ転出した事例。2) データ収集期間：2020年10月1日～10月27日。3) 研究対象者：2019年4月に A病棟に勤務していた32名の看護職員。4) データ収集方法：調査用紙の項目数と解答の選択枝。5) 分析方法：調査用紙の結果よりリーダー役割を担わない看護師を「1群」、リーダー役割を担う看護師を「2群」とし分析した。

【倫理的配慮】対象病院の倫理委員会の承諾 (承認番号 M20094) を得た。調査用紙は無記名とし、対象者の特定や不利益がされないようにデータ収集において、病棟外の職員の協力を得て実施した。

【結果】対象者32人へアンケートを配布し27人から回収を得た。欠損値のあった1人を除外し26人を分析対象とした (有効回答率96.3%)。設問「NEWSスコア勉強会が急変予測に役立ったか」は、「大変役立っている」1群2人 (14%) 2群3人 (25%) 「まあまあ役に立っている」1群10人 (71%) 2群6人 (50%) 「どちらでもない」1群2人 (14%) 2群1人 (8%) 「あまり役立っていない」2群2人 (16%) であった。設問「呼吸イグザミネーションが急変予測に役立ったか」は、「大変役立っている」1群5人 (35%) 2群5人 (41%) 「まあまあ役に立っている」1群7人 (50%) 2群6人 (50%) 「どちらでもない」1群2人 (14%) 2群1人 (8%) であった。設問「急変時カンファレンスにおいて急変予測に役立ったか」は「大変役立っている」1群3人 (21%) 2群5人 (42%) 「まあまあ役に立っている」1群7人 (50%) 2群6人 (50%) 「どちらでもない」1群3人 (19%) 2群1人 (8%) であった。設問「急変予測に関してどの程度の不安があるか」において「大変感じる」「少し感じる」と回答した24人のその要因は、「呼吸」23人 (95%)、「意識レベル」22人 (91%) であった。自身の急変時の不安要因は「知識」「急変対応の経験値」19人 (79%)、「看護技術」18人 (75%) であった。自身の急変時の不安要因を1群と2群と比較すると1群の方がより不安があると回答していた。

【考察】これらの取り組みは、80%以上のスタッフが急変予測に役立ったと回答していることから教育効果があったと考える。1群は急変予測の指標を学習することで経験を補うことができ効果があった。2群は急変時カンファレンスで思考を訓練し実践に備えることができ効果があった。

【結論】急変予測に関する教育設計図は、準備・実践・実践の振り返りという構造になっていたことが、学習転移を促し実践に即した教育方法であった。

10:32 AM - 10:44 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:20 AM - 11:20 AM 第4会場)

[O9-02] ICU看護師が抱く補助循環装着患者担当時の不安の実態

○池澤 友朗¹ (1. 社会医療法人近森会 近森病院)

Keywords: 看護管理、補助循環、教育、ECMO・IMPELLA・IABP

【目的】ICUで働く看護師は患者の重症度や環境の中にある緊張感により、過酷な状況に直面する機会が多く、看護実践におけるストレスが他の病棟より多いとされている。近年では医療機器の進歩などにより高度な医療が日

常的に行われる様になり、ECMO、IMPELLA、IABPは集中治療に欠かせない補助循環装置として使用される頻度が多くなっている。補助循環を使用されている患者に関しては重症度が必然的に高くなり、合併症の併発や不幸な転機をたどることも多く、看護師の業務に関わる精神的苦痛は通常よりも大きくなると考える。今回、A病院ICUスタッフを対象に補助循環装着患者担当時の不安の実態を明らかにするため調査を行った。調査結果をもとに、今後のスタッフの業務・精神的サポートや教育に役立てていきたいと考えるため報告する。

【方法】 A病院ICUスタッフを看護師38名に対し『経験』『知識』『トラブル対応』『準備性』にカテゴリー分けしアンケート調査を行った。A病院で採用されている補助循環のECMO、IMPELLA、IABPの3種に分類して集計を行い、不安の要因の考察を行った。また、本研究はA病院倫理審査に基づき研究・発表の許可を得た。

【結果】 アンケート回収率87%(33/38)。対象の看護師経験年数は1年目から17年目(中央値6年目)で、ICUの経験年数は1年目から9年目(中央値3年目)。それぞれ補助循環を担当した経験はIABP96%、Impella49%、ECMO45%。そのうち担当する上で常時以上に不安をいただいているスタッフは、IABP87%、Impella93%、ECMO93%と担当スタッフの多くが不安を抱いている結果となった。補助循環に関する知識については経験回数が増えるごとに理解度が高くなる結果であった。主な不安の要因は「経験不足」「トラブル対応がわからない」「病態理解が困難」が約半数以上を占めていた。ECMOに関しては「人的サポート不足」を感じるスタッフが半数以上を認める結果となった。

【考察】 いずれの補助循環も経験不足による不安が上位を占めた。A病院の2020年度の補助循環の症例件数はECMO26件、IMPELLA17件、IABP69件であり、その症例件数から担当機会が限られるため経験不足による不安が生じていると考えられる。補助循環に対する知識に関しては経験回数と相関して得ることができており On-the-job-trainingは有効であると考えられる。しかし、一定の知識を伴っていても不安の軽減には有効性を示さないことが示唆された。また、ECMOやIMPELLAなどの侵襲度の高い補助循環になるほど人的サポート不足による不安が明らかとなった。侵襲度の高い補助循環装着患者は必然的に重症度が高くなり、補助循環だけでなく人工呼吸器管理や血行動態管理など病態のアセスメントが複雑化する。そのため、機器の管理に割く時間が増えケアや対応に難渋し、不安を感じているのではないかと考える。看護師の配置の工夫や看護様式の変更、フォロー体制の工夫なども考慮し不安の軽減に努めていく必要があると考える。また、実際にはトラブルを経験するスタッフが少ないのも現状であり、不安の要因の一つとなると考える。現状では、経験不足やトラブル対応に対する積極的な取り組みを行ってこなかったため、管理体制の面も不安の要因となっているのではないかと考える。

【結論】 補助循環装着患者の担当に関しては常時以上に不安を抱く実態が明らかとなった。今後は経験不足を補うための症例検討会やリフレクションの機会を設け、担当へ向けての準備性を高める工夫など対策を行っていく必要があると考える。スタッフのメンタルサポートも行いながら様々な工夫で不安の軽減に努め、安全な補助循環の管理を行っていきたい。

10:44 AM - 10:56 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:20 AM - 11:20 AM 第4会場)

[O9-03] 院内迅速対応システムの導入・運営における看護師の工夫

○吉本 早由利^{1,2}、江川 幸二² (1. 神戸市立医療センター西市民病院、2. 神戸市看護大学大学院)

Keywords: 院内迅速対応システム、看護師、導入・運営の工夫

〔目的〕

院内迅速対応システム(以下、RRS)の導入・運営において、院内迅速対応チーム(以下、RRT)に所属する看護師の工夫を明らかにする。

〔方法〕

ホームページ上でRRTの活動を公開している日本国内の施設から選定した9施設の看護師9名に対してオンラインによる半構造化インタビューを実施し、院内迅速対応システムの導入に至るまでの取り組み、運営における試行錯誤や現在の取り組み、今後の構想について質問した。インタビューデータを逐語録にしてコード化し、コードの本質的な意味の類似性に着目して抽象度を上げ、サブカテゴリー、カテゴリーの生成を行った。本研究は神戸市看護大学倫理委員会の承認を得て実施し、研究参加者によるメンバーチェックングを行って分析結果の確実性

を確保した。

〔結果〕

分析の結果、38サブカテゴリー、6カテゴリーが抽出された。カテゴリーを【 】で示す。RRSに関心のある看護師がRRS導入を提案し、病院幹部とRRSの方向性を共有してトップダウンでRRSを導入することで【病院全体で組織的にRRSに取り組めるように働きかけ(る)】ていた。その看護師はRRTを結成し、RRS導入後は窓口となって相談を受け初期判断を行うという【RRTの活動の重要な役割を担(う)】っていた。そして、医療行為が必要な場合には【RRT看護師が医師と連携(する)】し、心停止に近い状態や治療方針を決定する段階にある場合、心肺蘇生を試みない方針が決定している場合にも対応することで、看護師だけでなく主治医の診療もサポートしていた。RRT看護師は、積極的に病棟に足を運んで声をかけるなど病棟看護師が安心して相談できる関係を築き、相談内容に制限を設けずどんな相談にも対応していた。また、心停止や重症化を予防できた事例を病院全体に伝え、病棟看護師や主治医がRRTに相談することのメリットを感じられるようにして【病棟看護師や主治医がRRTに相談しやすい環境を作(る)】っていた。RRT看護師は相談に対応するだけでなく、呼吸に関するインシデントを防ぐ、重症者の回復を促すという【心停止や重症化を予防する活動(を)する】していた。それらの活動を行うため、RRT看護師は【RRTメンバーが活動しやすい環境を作(る)】っており、急性期の分野に長く多職種との調整ができるメンバーでRRTを結成し、メンバー同士で協力したりRRT看護師が所属する部署や看護部のサポートを得たりしながら、専属や通常業務との兼務でRRTの活動を行っていた。

〔考察〕

RRSの導入・運営については、RRTを結成する医師や看護師のマンパワー不足、管理部門からのサポート不足、主治医の賛同や協力が得られない、病棟看護師がRRTに相談しづらい状況があり相談件数が増加しないなどといった問題が指摘されている。そのため、RRS導入を考えている看護師がRRSの目的や意義、その効果についてデータを用いて病院幹部に説明し、トップダウンでRRSを導入できるように働きかけることがスムーズなRRSの導入につながると考える。そのうえでRRT看護師が中心となってRRSの周知や病棟看護師への教育を行い、RRT看護師が病棟を訪れて直接相談を受けたり、病棟看護師が安心して相談できる関係を築いたりし、RRTが対応する事例を積み重ねて病棟看護師や医師がRRTに相談することのメリットを感じられるようにするという工夫を行うことは、RRTへの相談件数を増加させ、多くの患者の安全を守ることに寄与する重要な取り組みであると言える。また、マンパワー不足からRRSを24時間365日稼働させることが困難な場合でも、RRTメンバーだけでなく多職種や多部門と連携し、当直医やICU看護師の協力を得て夜間休日の相談に対応することで、RRSを病院に定着させることができると考える。

10:56 AM - 11:08 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:20 AM - 11:20 AM 第4会場)

[O9-04] 抜管失敗に至った1事例における対応の検証

○張 葉留菜¹、金 姫静¹、後藤 順一¹、森内 陽子¹ (1. 社会医療法人河北医療財団 河北総合病院)

Keywords: 再挿管事例、M&Mカンファレンス

【背景】人工呼吸器装着期間の短縮は、患者のADL・QOLを改善することが報告されている。当院ICUにおいても、人工呼吸器からの早期離脱、抜管、さらに抜管後の観察を目的としたプロトコルを作成し運用している。しかしプロトコルを運用していても、抜管失敗が多いとされる72時間以内の再挿管事例は6.7%存在している。そのため、より確実な抜管前後の観察と評価が求められる。しかし今回、抜管失敗の判断が遅れ、その後の対応に時間を有した事例を経験した。この事例から、医師・看護師間でMortality & Morbidity conference (以下M&M)での検証を行い、改善策を検討した。

【目的】抜管失敗の判断とその後の対応に時間を有した事例に対してM&Mでの検証を行い、改善策を検討する。

【方法】対象の患者がICUへ入院した日から、再挿管までの5病日の情報を診療録から収集した。患者に関わった医療者からインタビュー調査を行い、聴取した情報をまとめ、関わった医師と看護師でM&Mを行い検証した。本調査研究は当施設倫理委員会の承認を得たうえで実施した。

【結果】1) 事例紹介、患者は上腸間膜動脈症候群による嘔吐から誤嚥性肺炎をきたし、人工呼吸器管理となり

ICUへ入院した。2病日目に自発呼吸トライアルに成功し、3病日目に抜管した。抜管直後より、痰の喀出が困難であり、頻回な痰の吸引を必要としていた。抜管35時間後には痰の喀出困難と共に、酸素需要が上昇し頻呼吸を呈した。しかし医師へ抜管失敗の基準に該当したことを報告したのは、その17時間後であった。抜管56時間後に気道分泌物の貯留と低酸素により再挿管となった。

2) 分析、M&Mを行った結果、認知エラーでは「間違った知識」の要因が関与していることが考えられ、看護師におけるアセスメント不足があげられた。また、72時間以内は再挿管リスクが高いという認識が不足していたことがあげられた。システムエラーでは「患者要因」「チーム要因」「教育要因」などがあげられた。患者要因では、患者は抜管失敗の基準に該当する分泌物過多や頻呼吸、低酸素血症を呈していたことがあげられた。チーム要因では、抜管失敗に対する医師と看護師とのディスカッションの不足があげられた。また、再挿管が行なわれた日は祝日で、担当医師は不在であった。そのため医師間での情報共有の不足もあげられた。教育要因では、再挿管の可能性を視野に入れた、アセスメントの教育が不十分であることがあげられた。

3) 改善策、72時間以内の再挿管は抜管失敗であるという認識を常にもち、抜管後におけるアセスメントの教育と、抜管失敗の基準の周知が必要である。また、医師との情報共有と協議を密にすることが重要である。

【考察】抜管失敗による再挿管は、人工呼吸期間を延長し院内死亡率を上昇させることが知られている。そのため、抜管直後はプロトコルを用いて注意深く観察している。しかし今回の調査から、時間が経過し勤務者が交代してゆく中で、抜管後72時間以内の患者であるという認識が薄れてしまうことが考えられた。また、医師は交代制のシフトで勤務をするため、担当医師が不在の場合、患者の経過を熟知している医師はいない。このことから、常に患者を観察しているICU看護師は、勤務帯の患者の経過だけにとどまらず、抜管からの経過を確認し続けることが重要であると考え。また、その情報を看護師・医師間で共有し、状態の変化について協議することが必要であると考え。

【結論】抜管からの時間経過を把握し、72時間以内は再挿管のリスクが高いという認識を持つ必要がある。また、継続した観察を医療チームで行っていけるよう、看護師・医師間での情報共有を行うことが今後の課題である。

11:08 AM - 11:19 AM (Sun. Jun 12, 2022 10:20 AM - 11:20 AM 第4会場)

[O9-05] EICUにおける想定外抜去に関するインシデント発生の要因

○宮本 遼¹、上澤 弘美¹、路川 恵利加¹ (1. 総合病院土浦協同病院 EICU)

Keywords: インシデント、想定外抜去、要因、ICU

【研究目的】

EICUにおける想定外抜去に関するインシデントの発生要因を明らかにする。

【研究方法】

1. 分析対象：EICUにおいて想定外抜去が発生した際に作成したインシデントレポート 2. 研究期間：2019年4月1日～2021年3月31日 3. データ収集方法：EICUで生じたインシデントの中で、想定外抜去に関するインシデントレポートを集計する。4. 分析方法：想定外抜去に対するインシデントレポートを集計し想定外抜去発生時の事例内容や背景を抽出。抽出したデータをテキストマイニング(KH Coder)で前処理を行い、抽出語の確認と共起ネットワークを表示。表示したデータを使用し、発生時に生じているものや関連するものを絞り込み、可視化して要因を明確にする。5. 倫理配慮：病院倫理審査委員会承認

【結果】

1. 概要：EICUで発生した想定外抜去は56件を対象とした。2. 想定外抜去発生時の共起ネットワーク分析：語句の出現パターンや強さは白、灰色、黒の順で中心性が高くなる。共起の強さは、点線、線、太線の順で共起が強くなる。看護師要因では、危険予知、看護師不足の中心性が高かった。危険行動の予知や看護師間で情報共有が不十分なこと、休憩による看護師の人員不足が看護師との共起が強かった。患者要因では、鎮静剤、麻薬の持続的な使用、漸減、抑制を外す、老年期の中心性が高かった。看護師、患者双方の要因では、患者の不穏時のインシデント発生と看護師が不足している事の共起、中心性ともに低かった(図1)。

【考察】

看護師要因は、危険予知、看護師の不足の共起が強い事から看護師が患者の行動への危険予知が出来ていない事、担当看護師が休憩中の人員不足が想定外抜去の発生要因と考える。また CAM-ICUは、陰性時の中心性が高い。CAM-ICU陽性時、看護師は危険予知の精度が高まり、意図的に危険予知を行い想定外抜去を予防できる。しかし陰性時は、危険予知の精度が低下し、想定外抜去が発生すると考える。CAM-ICUの感度は75.5～81.0%(J-PADガイドライン,2014)であり、捉えられないせん妄を見逃す事も考えられる。患者要因は、老年、鎮静、持続が患者との中心性、共起ともに高く、高齢者への持続的な薬剤投与は、想定外抜去の発生要因と考える。鎮静剤使用は意識の混濁を招く恐れがあり、危険予知が出来ないと想定外抜去が発生する可能性が高くなると考える。以上のことから、継続的に危険予知訓練を進める事で、危険予知の精度が向上し想定外抜去を予防出来ると考える。

一般演題

[O10] 看護管理ほか

座長:安藤 直美(岡山市立市民病院)

Sun. Jun 12, 2022 11:40 AM - 12:50 PM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O10-01] 集中治療室看護師の集中治療後症候群に対する認知度とケアについての実態調査

○岡田 晋太郎¹ (1. 福岡市民病院)

11:40 AM - 11:52 AM

[O10-02] 外科系集中治療室における早期経腸栄養開始を目指した取り組み —早期経腸栄養開始の判断基準の検討—

友添 祐子¹、○津城 香奈¹、松山 真理¹、前田 紗英子¹、上川 朋美¹、杉島 寛¹、七種 伸行² (1. 久留米大学病院 看護部、2. 久留米大学外科学講座小児外科部門)

11:52 AM - 12:04 PM

[O10-03] 集中治療室勤務の中堅看護師の職務継続に影響する経験

○中川 あゆみ¹、岡田 佑果¹、栗田 健志¹、山田 裕紀¹、平野 智子¹ (1. 広島大学病院)

12:04 PM - 12:16 PM

[O10-04] 半構造化面接によって見いだしたわが国におけるクリティカルケア看護師の Moral Distressの様相

○松田 麗子¹、明石 恵子² (1. 名古屋女子大学健康科学部看護学科、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

12:16 PM - 12:28 PM

[O10-05] 集中治療室の中堅看護師のキャリア・プラトーの様相

○工藤 孝子¹、佐藤 まゆみ² (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院、2. 順天堂大学大学院医療看護学研究科 がん・クリティカルケア 看護学)

12:28 PM - 12:39 PM

[O10-06] 重症患者の回復過程における看護援助—患者の回復意欲に焦点を当てて—

○橋本 彩花¹、林 優子¹ (1. 関西医科大学 看護学部 (クリティカルケア看護学領域))

12:39 PM - 12:50 PM

11:40 AM - 11:52 AM (Sun. Jun 12, 2022 11:40 AM - 12:50 PM 第4会場)

[O10-01] 集中治療室看護師の集中治療後症候群に対する認知度とケアについての実態調査

○岡田 晋太郎¹ (1. 福岡市民病院)

Keywords: 集中治療室看護師、集中治療後症候群、認知度、ケア

【目的】 A病院集中治療室看護師の PICS認知度と、PICSを含めた合併症予防ケアの実態を明らかにする。

【方法】 1.研究デザイン：記述的研究。2.研究参加者：ICU看護師10名。3.期間：令和3年4月～9月。4.データ収集方法：関連する文献を基に PICSについて4項目の質問を作成し、構成的面接を行った。(以下質問内容) 1) 研究参加者の背景。2) PICS、PICS-Fという言葉を知っているか。3) PICS予防を目的として実践しているケア内容を、身体的障害予防、精神的障害予防、認知的障害予防に分け、自由に語ってもらった。4) PICS-F予防を目的として実践しているケア内容を自由に語ってもらった。5.データの分析方法：ケア内容について自由回答した項目は逐語録として書き起こした。研究参加者を PICSについて「知らない」と答えたものを知らない群、その他を知っている群と分類して比較した。回答で得られたケア内容はグループ化し、ネーミングした。6.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。

【結果】 1.研究参加者の背景：ICU経験年数の平均は3.9年(±3.92)であった。2.PICS、PICS-Fの認知度：知っている群は4名であった。そのうち PICS-Fを「知っている」と返答したのは2名であった。知らない群は6名であった。3.PICS予防に対するケアの実際：身体的障害予防は、知っている群で6種類、知らない群で4種類のケア内容が得られた。精神的障害予防は、知っている群で8種類、知らない群で10種類のケア内容が得られた。認知的障害予防は、両群でそれぞれ7種類のケア内容が得られた。4.PICS-Fに対するケアの実際：それぞれの群で8種類のケア内容が得られた。

【考察】 PICSの認知度は4割であり、先行研究の6割と比べて低かった。これは先行研究より ICU経験年数が短いことが影響していると考えられた。さらに PICSが認知されていない要因として、集中治療系の学会での講演や雑誌への掲載など知識を得る機会が限局され、PICSに関する情報を獲得する看護師が限られているため、いまだに十分に浸透していない現状であると考えられる。PICS-Fの認知度は PICS以上に低かった。知らない群でも、知っている群と同様に、せん妄のモニタリングやせん妄に対する非薬理的介入、リハビリ、鎮痛を行っており、これは早期リハビリ加算や施設としての取り組みが影響していると考えられた。PICS予防として ABCDEFGHバンドルが有用であると言われていたが、知っている群でも、バンドルの活用が十分にできているわけではなかった。知識として獲得するだけでなく、各個人で意識することや施設として取り組み、点で行われているケアを線で行っていく必要がある。PICS-F予防のケアでは、どちらの群においても、家族の上位ニードである「情報」「接近」「保証」のニードに対するケアを実践していた。PICS-F予防のケアとして重要なことは、いずれかを単独で実施するのではなく、総合して実施することである。そして、家族もケアの対象者であると認識して関わるのが重要であると考えられる。

【結論】 1.PICSの認知度は低く、ICU 経験年数の影響が示唆された。PICS-Fは、PICS以上に認知度が低かった。2.PICSの知識に関わらず、PICSや PICS-Fの予防ケアができていた。十分な介入には、点で行っているケアを線で行っていく必要がある。また、家族をケアの対象者と認識して関わるのが重要である。

11:52 AM - 12:04 PM (Sun. Jun 12, 2022 11:40 AM - 12:50 PM 第4会場)

[O10-02] 外科系集中治療室における早期経腸栄養開始を目指した取り組み —早期経腸栄養開始の判断基準の検討—

友添 祐子¹、○津城 香奈¹、松山 真理¹、前田 紗英子¹、上川 朋美¹、杉島 寛¹、七種 伸行² (1. 久留米大学病院 看護部、2. 久留米大学外科学講座小児外科部門)

Keywords: 外科系集中治療室、早期経腸栄養

【目的】 A病院外科系集中治療室（以下、SICUとする）は各科の医師が主治医となり治療方針を決め管理をするオープンICUであり、経腸栄養開始に関する統一した基準はない。そのため、患者の状態にあった経腸栄養の開始時期を見逃しているのではないかと疑問に感じることがあり、プロトコルなどの具体的な栄養開始基準があれば、適切な時期に経腸栄養が開始できるのではないかと考えた。そこで、SICUにおける早期経腸栄養開始基準の作成に向け、経腸栄養開始時期と、A病院の内科系集中治療室で使用している早期経腸栄養プロトコル（以下、プロトコルとする）に準じて開始可能と判断された時期について調査し、プロトコル使用の妥当性を明らかにする。

【方法】 2018年4月～2021年3月の調査期間に緊急手術となり、術後1日目に抜管できず、かつ経腸栄養が必要となった心・大血管外科患者を対象とした。18歳未満の小児患者は除外した。プロトコルの開始基準である乳酸値 3mEq/L 未満、平均血圧 65mmHg 以上に該当する日を「プロトコル該当日」、実際の開始日を「開始日」として単純集計し、経腸栄養開始時期について検討した。また、本研究は久留米大学倫理委員会の承認（研究番号21266）を得て実施した。

【結果】 調査対象者は、心・大血管外科患者120名で、そのうち適応基準に該当した患者は28名、平均年齢は 73.4 ± 11 歳であった。該当者の内訳は、人工心肺を用いた開胸術が21名、開腹術4名、開胸開腹を伴わないステントグラフト内挿術（以下、ステントグラフト内挿術とする）3名で、その内、補助循環装置使用患者は7名であった。プロトコル該当日平均は、全体で術後 3.43 ± 5.46 日目であり、開胸術患者は 3.76 ± 6.23 日目、開腹術患者は術後 2.75 ± 1.48 日目、ステントグラフト内挿術患者は 2 ± 0.82 日目、補助循環装置使用患者は 6.43 ± 10 日目であった。実際の開始日平均は、全体で術後 5.21 ± 4.03 日目、開胸術患者は 4.19 ± 2.92 日目、開腹術患者は 11.75 ± 4.32 日目、ステントグラフト内挿術患者は 3.67 ± 0.94 日目、補助循環装置使用患者は 4.14 ± 2.23 日目であった。プロトコル該当日と開始日の差の平均は、開胸術患者 0.43 ± 6.27 日、開腹術患者 9 ± 4.12 日、ステントグラフト内挿術患者 1.67 ± 0.47 日、補助循環装置使用患者 -2.29 ± 9.13 日であった。対象患者のうち24名がGFOを初回投与とし、その後17名はほかの栄養剤へ切り替えていた。選択された栄養剤はほとんどが増粘剤を用いて投与する半消化態栄養剤であり、残りは高濃度・粘度可変型製剤、成分栄養剤であった。

【考察】 プロトコルを使用することで、心・大血管外科患者は、術後3日目には経腸栄養を現在よりも早期に開始できると考える。さらに重症患者では、重要臓器への血流が優先され、カテコラミン投与時はより腎や腸管、末梢側の血管は収縮することから、患者の病歴や病態を考慮し開始時期、投与方法の検討が必要であるが、補助循環装置使用中は、心臓仕事量の軽減とともに血流補助を行うため、プロトコルの開始基準を満たせば、重症症例であっても早期経腸栄養開始ができるといえる。しかし腹部人工血管手術で開腹操作を行った場合、腸管麻痺を起こしやすいため、経腸栄養開始が遅れたと考えられる。また挿管日数が長くなることで逆流による流れ込み、誤嚥が懸念されるが、粘度可変型製剤を選択すれば安全性が確立しやすいと考える。

【結論】 SICUにおいて、プロトコルを活用することで、経験値だけでなく客観的な指標となり、心・大血管外科患者に対してより早期に経腸栄養が開始される可能性がある。

12:04 PM - 12:16 PM (Sun, Jun 12, 2022 11:40 AM - 12:50 PM 第4会場)

[O10-03] 集中治療室勤務の中堅看護師の職務継続に影響する経験

○中川 あゆみ¹、岡田 佑果¹、栗田 健志¹、山田 裕紀¹、平野 智子¹ (1. 広島大学病院)

Keywords: 集中治療室、中堅看護師、職務継続

〔目的〕 本研究の目的は、集中治療室勤務の中堅看護師が職務継続の危機に陥った経験と危機を乗り越えた経験を明らかにすることで、集中治療室看護師への職務継続支援について示唆を得ることである。

〔方法〕 研究デザイン：質的記述的研究 対象：A病院外科系集中治療室勤務の経験年数3年以上7年以下の看護師6名。研究期間：2021年5月～2022年1月。調査方法：先行研究を参考にインタビューガイドを作成し、半構造化面接を行った。インタビューはプライバシーが確保される場所で行い、承諾を得た上でICレコーダーで録音した。分析：逐語録に起こしたインタビュー内容をコード化し、類似性に基づきサブカテゴリー化を行った。さら

に、サブカテゴリーの共通性を検討し、抽象度を上げカテゴリー化した。その後、カテゴリー間の関係性について時系列を考慮しながら検討した。

〔倫理的配慮〕所属施設の倫理審査委員会の承認を得た上で行った（承認番号:2021016）。調査協力依頼文書と口頭にて趣旨・目的、匿名性の確保、データの取り扱いと保管、結果の公表などを説明した。調査協力は自由意思であり、諾否によって不利益を被らないこと、同意後の撤回も可能であることを説明し、同意文書の署名・提出を求めた。

〔結果〕職務継続の危機に陥った経験として、【苦手な人の存在】、【コミュニケーション困難による仕事のしにくさ】、【先輩からの辛辣な発言】、【他者からのネガティブな評価による自信喪失】、【望むキャリアプランとの不一致】、【業務と残務のストレス】、【看護実践上の不安】、【患者からのレスポンスの少なさ】、【クリティカルケアに対する重圧】のカテゴリーが抽出された。また、職務継続の危機を乗り越えた経験として、【対人関係能力の向上】、【先輩への反骨精神】、【仕事上の問題に対応できるコーピング方法や経験】、【同僚のサポート】、【望むキャリアプランとの一致】、【仕事へのやりがいとなる出来事】、【勤務形態や医療の質への満足感】、【仕事上の能力の向上】、【重症患者担当により高まる責任感】のカテゴリーが抽出された。

〔考察〕職務継続の危機に陥った経験と危機を乗り越えた経験に共通して職場での人間関係・キャリアプラン・看護実践能力に関係するカテゴリーが得られた。その中には、【対人関係能力の向上】や【仕事上の能力の向上】など自身のスキルを向上させ危機を乗り越えたものや、【同僚のサポート】や【仕事へのやりがいとなる出来事】のように他者からの支援や出来事によって危機を乗り越えたものがあり、先行研究と同様な結果を示した。集中治療室の特徴として、職務継続の危機に陥った経験には【クリティカルケアに対する重圧】、危機を乗り越えた経験では【重症患者担当により高まる責任感】が挙げられた。

刻々と容態変化する重症患者への看護実践には高度な知識、アセスメント、看護技術が求められる。故に、実践レベルの違いによりリアリティショックや負担感を生じやすく、経験年数を重ねても時として看護実践に対する不全感を抱くことも少なくない。一方で、それらが責任感の向上に繋がっている可能性も踏まえ、実践レベルに応じた支援が必要である。

〔結論〕集中治療室の中堅看護師が職務継続に陥った経験として【クリティカルケアに対する重圧】、それを乗り越えた経験として【重症患者担当により高まる責任感】があり、実践レベルに応じた支援の必要性が示唆された。

12:16 PM - 12:28 PM (Sun, Jun 12, 2022 11:40 AM - 12:50 PM 第4会場)

[O10-04] 半構造化面接によって見いだしたわが国におけるクリティカルケア看護師の Moral Distressの様相

○松田 麗子¹、明石 恵子² (1. 名古屋女子大学健康科学部看護学科、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

Keywords: クリティカルケア看護師、Moral Distress、半構造化面接

【目的】

クリティカルケア看護師は、倫理的問題が潜在する臨床状況において Moral Distress (以下、MD) を引きおこす可能性に曝されている。MDは看護師が看護観に基づいて倫理的に行動したいのに、何らかの制約によりそれができず、心理的苦痛を感じる体験である。我々はこれまでに質的研究のメタ統合により、看護師本人の看護観に基づく倫理的行動、それを妨げた状況、その際の心理的負担感というMDの構成要素とその様相を見出した。本研究の目的はメタ統合の結果に加え、クリティカルケア看護師のMDを半構造化面接により明らかにすることである。

【方法】

研究参加者は、看護師経験5年以上かつ、救命救急センター・ICU（成人対象）に勤務3年以上の看護師とし

た。研究デザインは、質的帰納的研究としデータは日常の看護実践における MDの体験について半構造化面接より得た。分析方法は、倫理的問題に対して看護師本人が適切だと思っていたこと、それを妨げた状況、その際の心理的負担感を表す文章をそれぞれ抜き出してコード化し、類似したコードからカテゴリ化を行った。このプロセスは共同研究者間で一致をみるまで討議を繰り返し信頼性・妥当性の確保に努めた。本研究は所属大学研究倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】

研究参加者は、クリティカルケア経験年数5～18年の看護師10名であった。看護師本人の看護観に基づいた倫理的行動は《救命と回復への集中》、《患者の人間性の尊重》を含む5カテゴリが抽出された。これらを妨げた状況は《危機的状況にある患者・家族と医療者との共通理解の困難さ》、《患者・家族を中心とした治療・処置やケアの不十分さ》を含む5カテゴリが抽出された。心理的負担感は、自責の念、無力感、怒りなどであった。

【考察】

本結果より関係性を表した(図1)。本研究では、メタ統合の結果とほぼ同様のカテゴリが形成されたが、サブカテゴリでは以下の新知見が得られた。看護師本人の看護観に基づいた倫理的行動では〔自らの経験を蓄積し看護ケアへ活かす〕、〔倫理的問題を口にさせる職場を作る〕であった。これらを妨げた状況では〔患者予後に対する家族と医師・看護師との認識の違い〕、〔患者背景を把握する困難さ〕、〔事故発生時に負わされる責任への危惧〕であった。心理的負担感では、自己嫌悪、欺瞞、怒りなどであった。クリティカルケア看護師への面接によって、より現実的な MDの様相が明らかになった。

12:28 PM - 12:39 PM (Sun, Jun 12, 2022 11:40 AM - 12:50 PM 第4会場)

[O10-05] 集中治療室の中堅看護師のキャリア・プラトーの様相

○工藤 孝子¹、佐藤 まゆみ² (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院、2. 順天堂大学大学院医療看護学研究科 がん・クリティカルケア 看護学)

Keywords: キャリア・プラトー、中堅看護師、集中治療室

【目的】超高齢・多死社会を迎えるにあたり急性期医療のニーズは高く、集中治療室(以下 ICU)のような急性期高度医療分野で高い専門性を持つ中堅看護師は組織にとっても必要不可欠な人的資源である。しかし、働く人のキャリアには紆余曲折があり、ときに停滞し、キャリア・プラトーの状態になることがある。本研究の目的は、ICUの中堅看護師がキャリアを中断せずにいきいきと働き続けられるような支援を検討するために、ICUの中堅看護師のキャリア・プラトーの様相を明らかにすることである。

【方法】以下の条件をみたす者を対象にインタビュー調査を実施した。① ICUに配属されて中堅看護師時代(ICU経験3～15年)にキャリア・プラトーになったことがある②過去のキャリア・プラトーを乗り越えた経験がある③キャリア・プラトーを乗り越えて3年以内で現在もICUに勤務している。得られたデータは修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した。本研究は、順天堂大学大学院医療看護学研究科研究等倫理委員会の承認を得て実施した(順看護倫第2021-5号)。

【結果】研究協力者は12名で、ICU経験年数は平均9.0年、キャリア・プラトー時のICU経験年数は平均5.2年であった。分析の結果、生成された概念は22概念で、このうち11概念から5カテゴリが生成され、残り11概念はカテゴリと同等の説明力を持つ概念であった。そしてこれらから3つの<コアカテゴリ>が形成され、以下のストーリーラインが作成された。ICUの中堅看護師のキャリア・プラトーの様相とは、ICUに配属され、<課題をクリアすることにより仕事が充実する>ものの、様々な理由から<自分のやりたいことができずに行き詰まる>り、キャリア・プラトーの状態となる。しかし、<自分のやりたいことができずに行き詰まる>りながらも、自ら目標を自ら見つけ、あるいは、他者の支援を得て目標を見つけて行き詰まりを乗り越えるプロセスであることが明らかとなった。

【考察・結論】ICUの中堅看護師のキャリア・プラトーの様相は、<課題をクリアすることにより仕事が充実する>、<自分のやりたいことができず行き詰まる>、<目標を見だし行き詰まりを乗り越える>をコアカテゴリ

とするプロセスであることが明らかになった。中堅の域に達した ICU看護師は、課題をクリアし仕事の充実を体験したものの、様々な理由から自分の次の目標が設定できず、あるいは目標設定できてもそれが達成できず仕事に行き詰まることでキャリア・プラトーの状態に至ると考えられた。そして、「ICUでの医療・看護にジレンマを感じて行き詰まる」、ICUでの役職数には限りがあることによる「ICUでの昇進の可能性が低い事によりキャリアが頭打ちになる」、他部署から ICUへの異動者に対する支援の不足等を含む「他者からの支援が得られず行き詰まる」等の概念/カテゴリは ICUならではの行き詰まりの要因と考えられた。さらに、キャリア・プラトーの状態を脱する鍵は目標の再設定であることが示唆された。これらの結果から、ICUの中堅看護師がキャリアプラトー状態になることを防ぐ看護支援として、①自分のちからでキャリア目標を見つけられるよう自律性を高める。②ジョブ・ローテーションによりマンネリズムを予防する。③ ICUでの看護にやりがいを得られるよう支援する。④やりたいことができるように支援する。⑤メンター・ロールモデルが機能する支援体制を構築する。⑥異動者の支援を充実させる。⑦看護管理者はプラトー状態にある中堅看護師にタイムリーに関わり支援に繋げる、の7つが重要であることが示唆された。

12:39 PM - 12:50 PM (Sun, Jun 12, 2022 11:40 AM - 12:50 PM 第4会場)

[O10-06] 重症患者の回復過程における看護援助—患者の回復意欲に焦点を当てて—

○橋本 彩花¹、林 優子¹ (1. 関西医科大学 看護学部 (クリティカルケア看護学領域))

Keywords: 回復意欲、クリティカルケア

〔目的〕本研究の目的は、重症患者の回復過程において、熟練看護師が患者の回復意欲をどのように捉え、どのような看護援助を行っているのかを明らかにすることである。

〔方法〕研究デザインは、質的帰納的研究である。クリティカルケア領域における熟練看護師5名を対象に、「重症患者の回復過程において、患者の回復意欲をどのように捉え、どのような看護援助を行っているのか」について個別に30分～1時間程度の半構成的面接を実施した。データ分析は、山浦晴男氏による質的統合法 (KJ法) を用いて行った。本研究は、所属大学倫理審査委員会の承認を得た上で実施した (承認番号: 2020314)。研究実施に際しては、研究の趣旨及び研究への参加は自由意志であること、断った場合にも不利益を生じないこと等について十分に説明し同意を得た。

〔結果〕重症患者の回復過程における回復意欲に焦点を当てた6つの看護援助が明らかとなった。それら6つの援助は、【回復への願いとあきらめない気持ち】という「回復を信じ、それを患者と共に目指そうとする関わり」、【患者の重症感からくる心理的苦痛の増幅を抑える看護援助】という「身体に心地よさをもたらす癒しのケアの工夫」、【患者に身体的苦痛を感じさせずに安心を促す看護援助】という「離床に伴う身体的苦痛や危険から守る関わり」、【変化の兆しの自覚を促す看護援助】という「リハビリや日常生活の動作・行為・気分・気持ちの良い兆しのキャッチとフィードバック」、【患者の自己肯定感・達成感を促す看護援助】という「医師・家族とともにリハビリに前向きに取り組む患者の頑張りや達成の称賛」、【患者に備わる主体性の発揮を促す看護援助】という「日常生活に戻ることを想起できることからの提示」であった。これらの看護援助は、【回復への願いとあきらめない気持ち】という看護師の信念を持った関わりを基盤として成立していた。その上で、熟練看護師は患者の回復過程にあわせて【患者の重症感からくる心理的苦痛の増幅を抑える看護援助】【患者に身体的苦痛を感じさせずに安心を促す看護援助】【変化の兆しの自覚を促す看護援助】【患者の自己肯定感・達成感を促す看護援助】【患者に備わる主体性の発揮を促す看護援助】という5つの援助を段階的に変化させていた。

〔考察〕熟練看護師の看護援助は、患者の回復を願い一緒に目指すという信念が基盤となっており、患者の回復意欲を積極的に感じ取ろうとする熟練看護師の信念を持った関わりが他の援助の原動力となっていることが考えられた。また、熟練看護師は【患者の重症感からくる心理的苦痛の増幅を抑える看護援助】【患者に身体的苦痛を感じさせずに安心を促す看護援助】【変化の兆しの自覚を促す看護援助】【患者の自己肯定感・達成感を促す看護援助】【患者に備わる主体性の発揮を促す看護援助】という5つの看護援助を段階的に変化させており、回復

過程の中で変化する患者の特性を見極めつつ、常に回復意欲が促進され続けられるように働きかけていたと考えられた。

〔結論〕熟練看護師は重症患者の回復意欲に焦点を当てた6つの看護援助を行っていた。それらの看護援助は、【回復への願いとあきらめない気持ち】を基盤に、重症患者の回復過程にあわせて段階的に変化している論理構造が明らかとなった。

一般演題

[O11] 家族看護1

座長:中橋 厚子(健和会大手町病院)

Sun. Jun 12, 2022 1:00 PM - 2:10 PM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O11-01] 急性重症患者の終末期治療に対して救急・集中治療領域の看護師が行う代理意思決定支援の実践と影響要因

○小崎 麗奈¹、中村 美鈴¹ (1. 東京慈恵会医科大学大学院 医学研究科看護学専攻 先進治療看護学分野 クリティカルケア看護学領域)

1:00 PM - 1:12 PM

[O11-02] 救急・集中治療患者の終末期治療における家族の代理意思決定支援に対する中堅看護師の困難と対応

○内田 美穂¹、中村 美鈴²、室岡 陽子² (1. 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻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看護学専攻先進治療看護学分野クリティカルケア看護学領域)

1:12 PM - 1:24 PM

[O11-03] ICUにおける終末期代理意思決定支援に必要な視点－家族が患者の最善を考えられるようになった一例－

○内山 典代¹、佐藤 遥¹、今井 圭司¹ (1. 日本医科大学多摩永山病院)

1:24 PM - 1:36 PM

[O11-04] コロナ禍における ICUダイアリーを活用した家族ケア

○橋本 侑里香¹、田中 貴子¹、中村 小百合¹、吉里 孝子¹ (1. 熊本大学病院 看護部)

1:36 PM - 1:48 PM

[O11-05] 救命救急センターの集中治療室における患者の家族への関わり ：成人前期の患者の家族の事例を通して

○下尾 菜摘¹ (1. 国立国際医療研究センター病院)

1:48 PM - 1:59 PM

[O11-06] 日本語版 Parental Stressor Scale : Pediatric Intensive Care Unit の作成

○池田 光輝^{1,2}、星野 晴彦³、松石 雄二郎⁴、小谷 美咲^{1,2} (1. 筑波大学大学院 人間総合科学学術院 人間総合科学研究群 フロンティア医科学学位プログラム (修士課程)、2. 筑波大学附属病院 看護部 小児ICU病棟、3. 国際医療福祉大学 成田キャンパス 急性期看護学、4. 聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学)

1:59 PM - 2:10 PM

1:00 PM - 1:12 PM (Sun, Jun 12, 2022 1:00 PM - 2:10 PM 第4会場)

[O11-01] 急性重症患者の終末期治療に対して救急・集中治療領域の看護師が行う代理意思決定支援の実践と影響要因

○小崎 麗奈¹、中村 美鈴¹ (1. 東京慈恵会医科大学大学院 医学研究科看護学専攻 先進治療看護学分野 クリティカルケア看護学領域)

Keywords: 代理意思決定支援、終末期治療、急性重症患者

【目的】終末期治療に対する代理意思決定は、急性重症患者の家族に重責で(清水他,2018),その支援は看護師の重要な役割である。終末期ケアに関する組織的な体制が十分に整備されていない課題(立野他,2014)や看護師の認識は、代理意思決定支援の実践に影響する。そこで本研究では、急性重症患者の終末期治療に対して救急・集中治療領域の看護師が行う家族への代理意思決定支援の実践と実践に影響する要因を明らかにする。

【方法】研究デザイン:仮説検証型研究デザイン。研究対象者:全国3次救急医療機関290施設の救急・集中治療領域の部署で、過去1年以内に急性重症患者の終末期治療に対する代理意思決定支援を実践した看護師。データ収集項目:先行研究より抽出した組織的な要因・看護師の特性、下地他(2017)の救急・集中治療領域の終末期治療における代理意思決定支援実践尺度(以下実践とする)による実践。データ収集方法:2021年6月14日~11月30日の期間に書類を郵送し、対象者の無記名質問票への回答・返送により収集した。分析方法:有意水準を5%とし、統計ソフト SPSS Ver.26を用いて Mann-WhitneyのU検定や二項ロジスティック回帰分析を行った。倫理的配慮:所属大学倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】69施設中689名の返送があり(回収率30.2%)612名(有効回答率88.8%)を分析対象とした。対象者の平均年齢は37.9±8.0歳、平均臨床経験は15.3±8.0年であった。救急・集中治療領域の終末期治療における代理意思決定支援実践尺度の平均総得点は49.4±9.6点、得点率では、偏りのない姿勢と説明の確認に関する実践度が79.3%と高く、代理意思決定の準備に関する実践度が58.1%で低かった。組織的な要因のうち、代理意思決定支援に関する評価や振り返りのカンファレンスの有無、手順書やマニュアルの有無、院内教育を受ける機会の頻度、上司や同僚からの知識の助言や精神的なサポートの頻度が実践に有意な差を認められた($p<0.001$)。また、上司や同僚からの知識の助言や精神的なサポートの頻度が実践に最も影響していた(オッズ比3.26, $p<0.001$)。看護師の特性のうち学習経験の程度($p<0.001$)などが実践と有意な差を認められた。

【考察】対象者は、俯瞰的な視点を持ちながら(反保,酒井,2019)、家族の代理意思決定する場面に同席し意図的に家族とかかわっていたために偏りのない姿勢と説明の確認に関する実践度が高かった(町田,中村,2016)。一方、人的資源の不足をサポートする体制がないため、代理意思決定の準備に関する実践度が低いと考える(上澤,中村,2013)。また、上司や同僚からの知識の助言や精神的なサポートの頻度が実践に最も影響した理由には、上司からの承認や、関係性にもとづく発達が柔軟に対応できる実践力につながるためと考えられた(佐野,2014; 武内他,2009)。救急・集中治療領域の終末期治療に対する代理意思決定支援の質の向上のために、人的資源の不足や代理意思決定支援に関する情報共有の充実にむけた課題を見出した。課題解決には、病棟間応援体制の構築や資格保有者による役割の発揮が示唆された。

【結論】急性重症患者の終末期治療に対して救急・集中治療領域の看護師が行う代理意思決定支援の実践は、偏りのない姿勢と説明の確認に関する実践度が高く、組織的な要因が影響し仮説は立証された。実践の質の向上には、病棟間応援体制の構築や資格保有者の役割発揮が示唆された。

1:12 PM - 1:24 PM (Sun, Jun 12, 2022 1:00 PM - 2:10 PM 第4会場)

[O11-02] 救急・集中治療患者の終末期治療における家族の代理意思決定支援に対する中堅看護師の困難と対応

○内田 美穂¹、中村 美鈴²、室岡 陽子² (1. 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻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看護学専攻先進治療看護学分野クリティカルケア看護学領域)

Keywords: 中堅看護師、代理意思決定支援、終末期治療、困難と対応

〔目的〕 救急・集中治療患者の終末期治療における家族の代理意思決定支援に対する中堅看護師の困難と対応を明らかにし、救急・集中治療患者の終末期治療における家族の代理意思決定支援に対する今後の実践上の示唆を得る。

〔方法〕 三次救急医療機関に勤務する看護師経験年数6年目以上の中堅看護師を研究参加者とし、救急・集中治療患者の終末期治療における家族の代理意思決定支援に対する困難と対応について半構造化面接法により面接を実施し、質的帰納的に分析した。本研究は大学の倫理委員会の承認を得た上で、研究参加者の自由意思に基づき実施した。

〔結果〕 参加者は中堅看護師11名、看護師経験年数は平均12.4年、面接時間は平均84分であった。分析より【家族を気にかけつつ家族に患者の状態を伝えることに悩みながら、できる範囲内で家族に伝わるように努める】、【受容できていない家族を前進させる方法に悩みつつ、家族の心情を推し量る】、【危機的状況にある家族への関わり方に戸惑いつつ、家族の心情を推し量る】、【治療選択に悩み揺らぐ家族を支えることが難しいが、家族に寄り添いつつ家族の意思決定を支持する】、【根拠のない支援方法を後輩に相談され返答に悩みながら、後輩の意見を聞いた上で一緒に支援する】、【代理意思決定を担う家族への関わり方の指導に悩むと同時に、熱い感情が込み上げる】、【自分の支援の家族への影響に常に悩みながら臨機応変な行動をし、他者の理解により気持ちを整理する】、【医師が家族に配慮した説明をしてくれないと感じ、医師に改善を掛け合う】、【医師と患者の治療について対等に話し合えず、やりきれなさを抱きつつ医師との関係性を考慮し働きかける】、【代理意思決定者の判断に悩み、患者と家族の関係性を考慮し医師と判断する】、【病棟全体で家族を支援していく態勢をつくるのが難しく、風土の改善へ意気込む】などの11のカテゴリを見出した。中堅看護師は、感情が揺れ動いている家族への関わり方に悩みながらも家族に寄り添い、家族の心情を推し量り家族の意思決定を支持していた。これは、自分の支援の家族への影響に悩みながら、臨機応変に行動し他者の理解により気持ちを整理し次の支援に繋げていることに関連していた。また、医師との関わりの困難に対しては対応が様々であった。さらに、中堅看護師は代理意思決定支援の方法が確立していない中で、後輩への指導に悩みながら後輩と共に支援を行い、病棟全体で家族を支援する態勢づくりに困難を抱き、風土の改善に意気込んでいた。

〔考察〕 救急・集中治療患者の終末期治療における家族の代理意思決定支援の中で、中堅看護師は、自分の支援に悩み揺らぐが、他者との共有や上司の承認を自信に繋げ揺らぎに向き合いながら、より質の高い看護を提供しようと努めていた（中村他，2003；山内，2019；横山，長谷川，2016）。また、中堅看護師は自律的態度の希薄さによる自信のなさや医師の看護師を尊重しない態度により、自身の想いや考えを医師に伝えられないと考えられた（宇城，中山，2006）。そして、中堅看護師は、病棟全体での家族の代理意思決定支援を目指す、病棟スタッフへの働きかけに困難を抱き、行為まで至らず支援を求めていると考えられた。

〔結論〕 救急・集中治療患者の終末期治療における家族の代理意思決定支援に対する中堅看護師の困難と対応として、11のカテゴリを見出した。中堅看護師は先行きの不確かな状況に揺らぎ不安な心情でいる家族への関わりに悩みながらも、心理的に最も近い医療者として家族のペースに合わせ、家族の心情を推し量り、中立的な立場で家族の意思決定を支持していた。しかし、病棟全体での家族支援に向け医師やスタッフへの働きかけに困難を抱き、行為まで至らず、中堅看護師の困難解消に向けた支援の重要性が示唆された。

1:24 PM - 1:36 PM (Sun, Jun 12, 2022 1:00 PM - 2:10 PM 第4会場)

[O11-03] ICUにおける終末期代理意思決定支援に必要な視点－家族が患者の最善を考えられるようになった一例－

○内山 典代¹、佐藤 遥¹、今井 圭司¹ (1. 日本医科大学多摩永山病院)

Keywords: 代理意思決定支援、家族看護

〔目的〕 代理意思決定が行えなかった家族が患者にとっての最善を考え代理意思決定が行えるようになった要因を明らかにする。

〔方法〕 1.研究場所：A病院救命救急センター 2.対象患者・家族 202X年9月X日～202X年10月X日に入院して

いた A氏とその家族。対象患者：A氏、60代男性。胸痛主訴に来院後、院内で急変し ICU入室となる。家族構成：A氏、妻、長男、長女。長女は出産直後であり妻・長男が ICを受けていた。3.倫理的配慮 A病院の症例報告に関するプロトコルに則り患者家族の特定ができない形に一般化を図った。

【結果】家族情報聴取時、妻は「娘は出産直後のため負担をかけたくないと考えている」と発言し ICは妻と長男が受ける事を希望した。DNARについての代理意思決定を求められた場面では「1%でも希望があるなら治療をして欲しい」と希望し、A氏の価値観について尋ねても妻・長男ともに言葉に詰まり「死んでほしくない」「いなくなったらどうしていいかわからない」という家族の思いを強く訴えた。妻は面会制限について理解を示す一方で、「少しでも近くにいたい」という思いを記載した手紙を持参して連日来院し面会を強く希望した。長男からは「母は自宅で食事も睡眠もとれていない。母だけでも面会させて欲しい」と希望があった。まずは家族のニーズを充足させるために、面会調整、web面会を通じた情報共有、訴えの傾聴、面談しやすい環境調整、家族についての情報共有と介入方法の統一を行った。第10+X病日、妻より「気持ちの整理をつけたい」と臨床心理士との面談を自ら希望し、長女を交えた家族会議で「A氏が治療の継続を希望するのか」という長女からの疑問を受けて、家族間での希望が異なることについての葛藤を表出するようになった。家族会議が行われた後の代理意思決定を求められる場面では、家族の希望だけでは無く A氏が望む事は何かという発言に変化があった。その結果、第20+X病日目に代理意思決定のもとで DNARとなる。

【考察】当初、A氏の家族は、看護師に対して面会希望を伝える、A氏の近くにいられないことがいかに苦痛かを話すなど家族の要望を訴えていた。ニーズの充足を続けるうちに代理意思決定が行えない自身に対する失意を訴えるようになるなど、看護師に対して求める役割が変化していった。これは、看護師が社会的支持の役割を担った事を示している。行った看護介入は救急・終末期看護プラクティスガイドの「意思決定支援」に該当しており、家族の代理意思決定を支える要因となったと推測できる。しかし、家族の発言内容は家族会議後に変化しており、長女の疑問提示が代理意思決定を行う上で重要な役割を果たしたと考えられる。家族情報収集時に長女は出産直後であり負担をかけたくないと発言があった事、キーパーソンである妻が心理的危機の状態となり身体症状を認めていた事から「A氏の家族」を妻とその社会的支持者である長男と認識し双方に対して介入を行った。そのため、長女についての情報収集が不十分となり A氏の家族システムについて十分な把握が行えなかった。本事例より代理意思決定支援として「個人としての家族」への介入だけでなく、「集団としての家族」にも目を向け、家族情報で得た先入観にとらわれず家族機能や関係性、役割機能などの家族システムについての継続した情報収集が必要であった。

【結論】看護介入は救急・終末期看護プラクティスガイドに該当する内容であり代理意思決定支援の要因となった。心理的危機に陥った家族に対し危機介入を行うだけでなく家族システムについて継続した情報収集が必要であった。

1:36 PM - 1:48 PM (Sun, Jun 12, 2022 1:00 PM - 2:10 PM 第4会場)

[O11-04] コロナ禍における ICUダイアリーを活用した家族ケア

○橋本 侑里香¹、田中 貴子¹、中村 小百合¹、吉里 孝子¹ (1. 熊本大学病院 看護部)

Keywords: ICUダイアリー、家族ケア、コロナ禍

【目的】新型コロナウイルスの感染拡大による感染予防策の一環として、多くの施設が家族面会を制限している。そのため、看護師は ICUにおける家族ケアのあり様を様々に工夫し変更せざるを得ない状況にある。本来、集中治療後症候群 (post intensive care syndrome) : 以下 PICSと略す)の患者の認知機能への介入として ICUダイアリーは紹介されている。幾つかの先行研究は、ICUダイアリーの活用は患者だけでなく、家族への心理的ケアにつながると述べている。一方で、ICUダイアリーを活用した家族ケアへの介入に関する先行研究は少ない。本研究で、ICUダイアリーを活用した家族ケアの実践を事例研究として考察することで、ICUダイアリーが家族の心理状態にどのような影響をもたらすかを明らかにする。【方法】質的記述的研究<対象>: 肝肺症候群の診断にて生体肝臓移植術後、呼吸不全が増悪し人工呼吸器管理ならびに体外式膜型人工肺 (extracorporeal membrane oxygenation ; ECMO) での管理が必要となった患者の家族 (妻)。<データ収集> 後方視的に診療記録、退院後

の家族の手紙より、家族（妻）の言動に関する情報を収集し、心理状態ならびにその変化に該当する語りを意味内容の類似したものに分け、サブカテゴリー「」、カテゴリー<>を抽出した。【倫理的配慮】本研究は研究施設の倫理委員会の承認を得て実施し、対象者には文書で同意を得た。また、個人情報保護法に則り、データ管理の徹底に努めた。【結果】得られたデータより23のサブカテゴリー「」と11のカテゴリー<>が生成された。家族（妻）は病状の悪化に伴いECMO導入となり、患者へ何もしてあげられない「無力感」を感じつつ「病状回復への希望」を持ち続けていた。ECMO離脱困難な状況と合併症の出現時期より「不可逆的な病状との対峙」し「喪失への不安」「死の覚悟」を余儀なくされていた。その間ICUダイアリーは家族（妻）にとってサブカテゴリー「会えない時間を埋める日記」「視覚的に患者と家族をつなぐ」「看護師への信頼」として捉えられ、<患者と家族をつなぐ道具>になっていた。さらに、ダイアリーを通して看護師への信頼が深まり、「患者と過ごす貴重な時間」の提供につながり「共に生きてきた軌跡」や「代理意志決定者としての苦悩」を語るように変化した。死亡退院後は家族で開くダイアリーが「夫の生きた証」として位置づけられ「悲嘆過程に寄り添う」ものとして存在していた。【考察】ICUダイアリーは病状改善が厳しい患者の闘病並びに代理意思決定を担う家族（妻）の苦悩を支えるための患者と家族をつなぐ道具となりえる。また、家族と看護師の信頼関係を強め、生命の危機的状況にある中で家族の自然な語りを生み、情動反応を促し正常な悲嘆反応のプロセスの一助になると考える。本事例においては、家族はICUダイアリーを退院後の家族の悲嘆過程に、「患者の生きた証」や「家族に寄り添う」ものとして存在の意味をとらえていた。【結論】家族ケアとしてのICUダイアリーの活用は、コロナ禍で面会を制限された患者と家族をつなぐ役割を担い、家族によって意味づけされた存在となり正常な悲嘆過程の一助になり得る。

1:48 PM - 1:59 PM (Sun, Jun 12, 2022 1:00 PM - 2:10 PM 第4会場)

[O11-05] 救命救急センターの集中治療室における患者の家族への関わり ：成人前期の患者の家族の事例を通して

○下尾 菜摘¹ (1. 国立国際医療研究センター病院)

Keywords: 家族看護

【目的】救命救急センターの集中治療室で行われている家族への関わりについて成人前期の患者の家族の事例を通して明らかにし、成人前期の発達段階や特徴に応じて行われている関わりを具体的に言語化する。

【方法】本研究は、半構造化インタビューを用いた質的記述的研究である。分析方法は、研究参加者ごとに分析を行い、<<サブテーマ>>と<テーマ>を導いた。データ収集は、2020年4月～2020年11月に行なった。研究参加者は現在関東圏内の三次救急医療機関のEICUに所属している看護師で、看護師の経験年数が5年目以上でかつ、EICUの経験年数が3年目以上とした。本研究は、研究実施時に所属していた倫理審査委員会の承認（承認番号：2019-104）を得て、実施した。

【結果】研究参加者は現在関東圏内の三次救急医療機関のEICUに所属している2名の看護師で、看護師の経験年数が5年目以上でかつ、EICUの経験年数が3年目以上であった。1人2回ずつオンラインインタビューを行い、総インタビュー時間はそれぞれA氏108分、B氏120分であった。A看護師のテーマは<患者の危機に直面している妻の存在を大事にしながら患者の社会復帰を見据えた関わり>で、B看護師のテーマは<突然の死や患者の障害に向き合う家族を支える関わり>であった。A看護師は、妻が不安な思いを吐露したことをきっかけに、<<妻の不安な状態に気づき、患者を支える妻の思いを大事にする>>関わりを行っていた。そして患者が生命の危機的状態を脱した後も予断を許さない<<不確実な状況の只中にある妻を支える>>関わりを行っていた。更にICUの特殊な環境を理解し<<患者と家族を繋ぎ家族が安心できるようにする>>関わりを行ないながら<<障害が残る可能性を受け入れようとする妻の気持ちの変化を捉える>>関わりを行っていた。B看護師は、集中治療の甲斐なく患者の死を迎える<<終末期において家族が患者に触れる機会を作る>>関わりや<<避けられない死と向き合う家族が患者と一緒にいられるように後悔のない時間を作る>>関わりを意図的に行っていた。また、集中治療を終えた<<患者の経過を予測し家族に少し先のことを伝える>>ことで家族が安心できるように関わりながら<<家族における患者の役割を捉え子どもを気遣う>>関わりも行っていた。

【考察】研究参加者は、子をなくす親の心情を捉えながら、家族が患者にできるICUでのケアを考え、患者がその人らしい自然な姿で逝けるようにケアをしていたと考えられる。Benner (1999/2018) は、家族員が子どもの悲しみと向き合えるようになるには、まだ生ききれていない生命への期待や望みを喪失する悲壮感が伴うと述べている (p. 609)。患者のその人らしさを大事にすることは、家族の心情を捉えたケアであることを看護師が認識し、意図的に行なっていたケアであったと示唆される。また、研究参加者は、家族がこの先の経過をイメージできるように準備しておくことで、実際にその状況になった時の家族の不安を最小限にできるよう関わっており、ICU退室後の看護につながる関わりを行っていたと考えられる。更に研究参加者は、避けられない死を迎える家族にとって、患者を悔いなく看取ることが重要であることを認識し、残された患者と家族だけの時間を大事にしながらかかわっていたと考えられる。研究参加者は家族のニーズが充足されるように患者の家族との関わりを行ない、家族にとってかけがえのない時間を確保していたと示唆される。

【結論】本研究では、成人前期の患者の家族の事例を通して、患者の危機に直面している妻の存在を大事にしながらか患者の社会復帰を見据えた関わりと突然の死や患者の障害に向き合う家族を支える関わりが明らかとなった。

1:59 PM - 2:10 PM (Sun, Jun 12, 2022 1:00 PM - 2:10 PM 第4会場)

[O11-06] 日本語版 Parental Stressor Scale : Pediatric Intensive Care Unit の作成

○池田 光輝^{1,2}、星野 晴彦³、松石 雄二郎⁴、小谷 美咲^{1,2} (1. 筑波大学大学院 人間総合科学学術院 人間総合科学研究群 フロンティア医科学学位プログラム (修士課程)、2. 筑波大学附属病院 看護部 小児ICU病棟、3. 国際医療福祉大学 成田キャンパス 急性期看護学、4. 聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学)

Keywords: 家族看護、集中治療後症候群 (PICS)、PICS-Family (PICS-F)

【目的】近年、集中治療室 (Intensive Care Unit : ICU) 退室後に患者に生じる身体・認知・精神障害は集中治療後症候群 (Post Intensive Care Syndrome : PICS) と称され、家族で発生する長期的な心理・社会的障害を PICS-Family : PICS-F とされ、改善すべき目標とされている。PICS-F の症状として急性ストレス障害や心的外傷後ストレス障害などの心理的症状が見られ、ストレスは症状を引き起こす要因として知られている。Parental Stressor Scale : Pediatric Intensive Care Unit (PSS : PICU) は小児集中治療室 (Pediatric ICU : PICU) に入室した患者家族のストレス度と要因を測定するために開発され、様々な国と地域で翻訳され妥当性・信頼性が示されている。一方で PSS : PICU の日本語版は作成されておらず、本邦において PICU に入室した患者家族が感じているストレスは客観的に評価されていない。本研究の目的は、PSS : PICU の日本語版を作成することである。

【方法】2021年11月から12月の間に筑波大学附属病院の PICU に48時間以上滞在し、ICU 以外に転出した患者家族を前向きに観察した。PICU 滞在中に面会せず、日本語を流暢に読み書きできない、患者が死亡した、NICU に退室した、精神疾患を有した家族は除外した。PSS : PICU はガイドラインに沿って Back Translation 法を用いて日本語版を作成した。入室48時間以降の面会時に患者家族へ研究説明を行い、同意を得られた場合のみ暗号化、秘匿化された Web アンケートの QR コードを提供した。また作成した日本語版 PSS : PICU の翻訳手順において、尺度項目の領域と対照群に関して知識のある専門職との協議を通して内容的妥当性を検証し、また尺度全体に関して10人の専門職が構造的な問題がないかを評価した。各項目の関連性について評価・分類し、関連性が認められないとされた項目に関しては改訂を検討した。信頼性に関しては Cronbach- α 信頼係数を用いて内的整合性を検証した。本研究は筑波大学附属病院の倫理審査の承認を得て実施された。

【結果】原著者より使用許可を承諾後日本語版を作成した。作成された最終英語版は原著者を含んだ協議の中で臨的に内容の齟齬がないことを確認した。内容的妥当性に関しては翻訳過程での協議、専門職による尺度の印象の定量化によって評価し妥当であると判断した。信頼性評価のため、対象期間中の入室患者49名のうち基準を満たした17名の患者家族の内、同意を得て回答のあった20名 (回答率71.4%) に対して解析を行った。年齢 35(24-46)歳、母親が70%(14/20)、専業主婦とパート・アルバイトが各25%(5/20)と最も多かった。 α 信頼係数は尺度全体で0.9298、下位尺度で0.6838から0.9709であり内的整合性に優れていた。

【考察】ガイドラインに基づいて言語的、文化的差異に配慮し、臨床使用においても齟齬のない日本語版 PSS : PICUを作成した。 α 信頼係数においても先行文献同様高い値を示し、内的整合性については検証できた。一方で、内容的妥当性と内的整合性のみしか評価しなかったため、更なる妥当性・信頼性の評価が求められる。今後は本尺度を実際に臨床使用し、PICUに入室した患者家族のストレス度とストレス影響要因の調査を行っていく必要がある。

【結論】 Back Translation法を用いて日本語版 PSS : PICUを作成した。

一般演題

[O12] 運動と休息

座長:藤岡 智恵(飯塚病院)

Sun. Jun 12, 2022 2:00 PM - 3:10 PM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[O12-01] A病院 ICUにおける早期離床介入の実態

–疾患別リハビリテーション導入前の人工呼吸器装着患者を対象として–

岩本 浩輔¹、○川畑 瑠花¹、中野 祐樹¹、井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院)

2:00 PM - 2:12 PM

[O12-02] 集中治療室での早期リハビリテーション場面における患者と看護師間の相互作用のなかでの看護実践

○岩見 静佳¹、明石 恵子² (1. 名古屋市立大学病院、2. 名古屋市立大学看護学研究科)

2:12 PM - 2:24 PM

[O12-03] 集中治療室活動度スケールを用いた人工呼吸器装着患者における身体活動能力の評価

○大島 梨華子¹、金 静姫¹、後藤 順一¹、森内 陽子¹ (1. 社会医療法人河北医療財団 河北総合病院)

2:24 PM - 2:36 PM

[O12-04] ICU Sleep Evaluation Scale (ISES) の評価者間信頼性の検証

○丸山 朝美¹、嶋岡 征宏¹、後藤 俊¹、砂川 元汰¹、嶋岡 麻耶¹、相楽 章江¹、藤田 優子¹ (1. 山口大学医学部附属病院 看護部)

2:36 PM - 2:48 PM

[O12-05] 集中治療室入室患者における睡眠に影響する要因と睡眠ケアの検討

○野中 湧介¹、西村 祐枝¹ (1. 岡山市立市民病院 看護部 ICU所属)

2:48 PM - 2:59 PM

[O12-06] 心臓血管外科術後患者の主観的睡眠評価による睡眠の質の変化について

○平良 沙紀¹、浦 綾子²、宮林 郁子³ (1. 福岡大学病院、2. 福岡大学医学部看護学科、3. 清泉女学院大学看護学部)

2:59 PM - 3:10 PM

2:00 PM - 2:12 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:00 PM - 3:10 PM 第7会場)

[O12-01] A病院 ICUにおける早期離床介入の実態**－疾患別リハビリテーション導入前の人工呼吸器装着患者を対象として－**岩本 浩輔¹、○川畑 瑠花¹、中野 祐樹¹、井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院)

Keywords: 早期離床、人工呼吸器、リハビリテーション

【目的】 A病院 ICUにおける疾患別リハビリテーション処方の無い人工呼吸器装着患者の早期離床介入の実態を明らかにする。【方法】 2019年1月1日～2019年12月18日までに A病院 ICUに入室した人工呼吸器装着患者で、疾患別リハビリテーションの処方が出ていない患者、また疾患別リハビリテーションの処方が出されるまでの患者を対象とした。調査内容は、基本属性（年齢、性別、診療科）、ICU入室日数、呼吸器装着日数、離床チャート内の項目（立ち上げの有無、入室から初回立ち上げまでの時間、入室期間中に正確な入力が行われているかの有無、対象期間内の最終到達レベル）を診療録より抽出した。離床チャートの到達レベルは、レベル0:体位変換、レベル1:ヘッドアップ、レベル2:座位、レベル3:立位、レベル4:車椅子、レベル5:歩行を示す。各項目の結果を単純集計し基礎統計で分析した。倫理的配慮に関しては、すべてのデータを匿名化し、対象者個人が特定されないことのないようにした。また、所属施設の研究倫理審査委員会による承認を得た。【結果】 対象患者の選択基準を満たした患者は486名であった。年代の内訳は、60代91名(19%)、70代130名(27%)、80代128名(26%)で全体の約7割を占めていた。診療科の内訳は、心臓血管外科が131名(27%)、脳神経外科が92名(19%)、循環器内科が79名(16%)の順で多かった。ICU入室日数は、最短1日、最長46日であり、入室日数は平均 7.2 ± 6.3 (平均値 $\pm$ SD)日であった。呼吸器装着日数は平均 3.9 ± 4.9 (平均値 $\pm$ SD)日であった。離床チャート立ち上げありの人数は390名(80%)、立ち上げなしの人数は96名(20%)であった。立ち上げありの人数のうち、正確な入力のある人数は102名(26%)、入力がない人数は288名(74%)であった。最終到達レベルは、レベル0、1が383名(98%)、レベル2が7名(2%)であった。離床に制限が必要なデバイスが挿入されていた人数は90名(19%)であった。疾患別リハビリテーションの処方が出された患者は183名で、そのうち、処方されるまでの日数は、最短で0日、最長で20日であり、平均は 4.1 ± 4.3 (平均値 $\pm$ SD)日であった。【考察】 離床チャートの立ち上げが48時間以内にできていなかった2割と、ルール通りの入力がない7割の要因としては、スタッフへの入力方法の周知が十分でなかったことが考えられた。この点に関しては、今後離床チャートの入力方法を周知し、入力の徹底や活用を意識づけることが必要である。最終到達レベルがレベル0とレベル1で98%を占めた要因としては、1つ目に、予定手術の患者が約6割と多く、離床チャートを使用する期間が短くなるといった患者の選定の問題があると考えられた。2つ目の要因としては、患者の循環管理やデバイス挿入患者の離床に関する看護師の知識・スキルの問題が挙げられた。この点に関しては、ケアカンファレンス等の際に複数人で離床のレベルを評価することや、多職種を含めた教育のサポート体制を強化することで、知識やスキルを向上、均一化させ、離床のレベルを段階的に進めることができると考える。さらに、離床時の循環動態の変動への対応に関しては、講義形式での知識の付与を検討していきたい。【結論】 本研究結果で、離床チャートの入力が行われていたのは26%、入力がないのは74%であり、到達レベルは、レベル0とレベル1が98%を占め、レベル2は2%という現状であった。

2:12 PM - 2:24 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:00 PM - 3:10 PM 第7会場)

[O12-02] 集中治療室での早期リハビリテーション場面における患者と看護師間の相互作用のなかでの看護実践○岩見 静佳¹、明石 恵子² (1. 名古屋市立大学病院、2. 名古屋市立大学看護学研究科)

Keywords: 早期リハビリテーション、相互作用、看護実践

〔目的〕近年、集中治療領域において、早期からリハビリテーションを実施することの効果は報告されるようになった。そのようななかで、個々の患者の身体的・心理的状态に合わせたリハビリテーションを進めていくためには、患者と看護師の良好な援助関係が重要であると考えられる。本研究の目的は、早期リハビリテーション場面における患者と看護師間に生じる相互作用のなかでの看護実践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デザインとした。本研究では早期リハビリテーションを、手術または急性増悪から48時間以内に開始され、集中治療室入室中に実施された他動運動、自動運動、ギャッチアップ座位、端坐位、立位などの運動をすることと定義した。研究協力者は、集中治療室で早期リハビリテーションを受けた成人患者と、その患者の援助を行った看護師とした。データ収集方法は、診療録調査、参加観察および半構造化面接であった。参加観察では、リハビリテーション中の患者と看護師のやり取りを観察し、録音とフィールドノートへの記録を行った。半構造化面接では、患者と看護師両者にリハビリテーション中に抱いた感情などを質問した。分析方法は質的記述的分析とした。まず個別分析として、参加観察および半構造化面接のデータから、ウヴェ・フリックのテーマ的コード化の分析手順を参考に、意味内容を損なわない文章に要約しコードを抽出した。コードからサブカテゴリーを形成し、全体分析においてカテゴリーを形成した。本研究は、研究者の所属施設および研究協力施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究協力者に対して、研究目的、方法、倫理的配慮を説明し、書面で同意を得た。

〔結果〕研究協力患者は4名で、8場面を分析対象とした。これらの場面で援助を行った研究協力看護師は延べ13名であった。分析の結果、46のコード、26のサブカテゴリー、5つのカテゴリーが生成された。【日常生活動作への組み込み】は、歯磨きや食事、家族との面会のタイミングで座位や端座位の援助を行うことであった。【患者の意欲の優先】は、疼痛や不安よりも患者の意欲を優先してリハビリテーションを進めることであった。【患者の力の見極め】は、患者の動きや力の入り具合を評価し、安全を確保したうえで必要最低限の援助を行うことであった。【実現可能な個別目標の設定】は、患者の思い、ケアに対する反応や効果をもとに目標を設定して援助することであった。【心身の負担の考慮】は、常に患者の身体的・心理的負担を評価し、リハビリテーションの実施・継続・中断を判断することであった。

〔考察〕集中治療室において看護師は、リハビリテーションへ難色を示す患者に対して、日常生活動作に組み込み、意識させない援助を行っていた。患者のニーズに合わせた日常生活動作に組み込んだリハビリテーションの提案は、患者の意欲向上につながっていたと考える。また、看護師は患者の意欲を支えたいという思いをもち、患者が動く一瞬一瞬を評価し、身体的負担よりも意欲を優先するための判断を行うこともあった。看護師は、リハビリテーション中の身体的負担をバイタルサイン、表情や顔色、呼吸促拍などから捉え、さらに不安や恐怖などの心理的負担も考慮していた。患者の高い意欲が不安を隠している場面もあったため、心身両面への負担に注意する必要がある。

〔結論〕集中治療室での早期リハビリテーション場面における患者と看護師間の相互作用のなかで、看護師は日常生活動作に組み込むなどのきっかけを活用し、患者の持つ力と意欲を支持できるような看護実践を行っていることが明らかとなった。

2:24 PM - 2:36 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:00 PM - 3:10 PM 第7会場)

[O12-03] 集中治療室活動度スケールを用いた人工呼吸器装着患者における 身体活動能力の評価

○大島 梨華子¹、金 静姫¹、後藤 順一¹、森内 陽子¹ (1. 社会医療法人河北医療財団 河北総合病院)

Keywords: 集中治療室活動度スケール、早期リハビリテーション

【はじめに】近代の医療発展によりICUに入室した患者の救命率が増加している。ICUに入室した患者には、鎮静・鎮痛薬が投与され、人工呼吸器管理下におかれる場合も多くあり、病状により床上での安静が強いられる。このことから、筋力低下・関節拘縮・循環血液量減少など二次的合併症の発生が懸念されている。このようにICUでの治療に伴う不動な状態が遷延した廃用性萎縮はICU-Acquired Weakness(以下ICU-AW)の因子となり

える。ICU-AWの予防には、ICUへの入室後48時間以内に開始されるリハビリテーションが有効であると先行研究で明らかになっている。

しかし当院では、48時間以内にリハビリテーションを導入した人工呼吸器を装着している患者の身体活動能力について、指標を用いた評価を行ったことはなかった。そのため今回、人工呼吸器を装着した患者に対して集中治療室活動度スケール(IMS)を用いて評価を行い、それら患者の身体活動能力とその変化について検証する。

【目的】IMSを用いて人工呼吸器を装着した患者の身体活動能力とその変化について明確にし、今後のリハビリテーションの質の向上につなげる。

研究方法

期間：2021年4月1日から2022年2月1日

研究対象：ICUに入室し、48時間以内にリハビリテーションを開始した患者。人工呼吸器を装着し、鎮痛・鎮静薬を投与した挿管群と人工呼吸器、鎮静・鎮痛薬を使用していない非挿管群と分類した。

分析方法：後ろ向きコホート研究とし、身体活動能力をIMSで評価する。IMSはICU入室時と退室時の変化率を算出する。

倫理的配慮：本研究は所属病院の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】調査期間内にICUに入室した患者は306例であった。そのうち92例はICUに入室してから数時間で退室となったため除外した。また、初回のリハビリテーションに48時間以上要した患者24例も除外した。対象者の190例のうち挿管群28例のIMS平均変化率は+1.68(SD1.94)であった。

【考察】非挿管群は168例でありIMS平均変化率は+3.1(SD±2.82)であった。非挿管群は平均として3段階以上IMSが上昇した結果となり、入室時はIMS0の値である「活動なし」の場合であったとしても、退室時には3の値である「端坐位」や4の「立位」まで身体活動能力が拡大できた結果となった。しかし、挿管群は1段階程度の変化しか認められなかった。鎮静・鎮痛薬を投与中によりIMS0の値の「活動なし」の患者が、人工呼吸器を離脱した後であってもICU退室時には1の値である「ベッド上での運動」の身体活動能力である。このことから、人工呼吸器を装着した患者は、入室後48時間以内にリハビリテーションを開始したとしても、離床が進まないままICUから退室している現状があることが確認された。

【結論】IMSを用いたことにより、48時間以内にリハビリテーションを開始した患者の身体活動能力と、その変化を明確にすることができた。また挿管群・非挿管群との身体活動能力の差がより具体的に明確となった。

2:36 PM - 2:48 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:00 PM - 3:10 PM 第7会場)

[O12-04] ICU Sleep Evaluation Scale (ISES) の評価者間信頼性の検証

○丸山 朝美¹、嶋岡 征宏¹、後藤 俊¹、砂川 元汰¹、嶋岡 麻耶¹、相楽 章江¹、藤田 優子¹ (1. 山口大学医学部附属病院 看護部)

Keywords: 睡眠、ICU、評価尺度

【目的】クリティカルケア領域で信頼性と妥当性が検証された睡眠評価尺度として、ICU sleep evaluation scale (以下、ISES) があるが、ICU患者に対してISESを用いた際の評価者間の信頼性は検証されていない。本研究の目的は、看護師がISESでICU患者の睡眠評価を行った際の評価者間の一致度を明らかにすることである。

【方法】ISES：看護師が客観的に評価できる睡眠観察シートと、患者が主観的に評価できる睡眠自己評価シートから構成され、本研究では睡眠観察シート(以下、観察シート)のみを用いた。観察シートは7項目(①開眼反応、②身体反応、③睡眠時の姿勢、④呼吸回数、⑤心拍数、⑥眠気の程度、⑦身体的疲労の様子)で構成されている。22時から起床時までを3時間毎に、観察項目①から⑤を評価し、起床時に1回観察項目⑥、⑦を評価する。3段階尺度のうち最も当てはまる番号を選択し、総合点が高いほど睡眠時間が長く、深い睡眠であったことを示す。

データ収集期間：2021年10月～2021年12月

対象者：A病院の救命救急センター(以下センター)に2病日以上入院し、かつ、Glasgow Coma Scaleが14点以上(ただしVは5点とする)の、20歳以上の患者

評価者：ISES開発者から評価マニュアルを用いて説明を受けた上で、個人で3回以上実際の患者でISESの評価を試行しISESを習得した看護師6名である。センターは、ICU20床で、評価者は他の患者を受け持つことや急患の対応をするなど、通常業務内でISESを評価した。

データ収集方法：評価者2名が夜勤帯での観察を通して患者の睡眠を観察シートで評価した。分析方法：重み付けk係数95% Confidence Interval(以下、95% CI)を算出し比較した。分析ツールはSPSSVer.28を使用した。

倫理的配慮：本研究は、対象施設の倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】対象者は19名で、延べ40回分ISESを評価した。対象者の平均年齢は71.6±14.3歳、APCHEIIスコアの平均は、19.1±6.0であった。評価者の看護師経験年数の平均は、8.8±6.0年であった。ISES全項目の重み付けk係数は、k=.387 (95% CI=.315-.460)であった。22～7時までの各項目の重み付けk係数は、①開眼反応：k=.274 (95% CI=.110-.437)、②身体反応：k=.173 (95% CI=.010-.335)、③睡眠時の姿勢：k=.387 (95% CI=.202-.572)、④呼吸回数:k=.252 (95% CI=.058-.445)、⑤心拍数:k=.351 (95% CI=.123-.580)、⑥眠気の程度:k=.656 (95% CI=.471-.840)、⑦身体的疲労の様子:k=.732 (95% CI=.581-.882)であった。

【考察】ISES全項目は、ますます一致していた。眠気の程度や身体的疲労の様子などの一時点でした評価項目は、かなり一致していた。3時間の観察を通して評価したその他の項目は、わずかに～ますます一致していた。ISESの評価の特性上、観察頻度やタイミングは評価者の判断に委ねられる。そのため、一時点ではなく、一定時間を通して評価する項目は、観察頻度やタイミングの違いが結果に影響した可能性がある。また、リサーチナースはいなかったため、評価方法には限界があった。

【結論】ISESの観察シートの評価者間の信頼性を検証した結果、ますますの一致度であった。

2:48 PM - 2:59 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:00 PM - 3:10 PM 第7会場)

[O12-05] 集中治療室入室患者における睡眠に影響する要因と睡眠ケアの検討

○野中 湧介¹、西村 祐枝¹ (1.岡山市立市民病院 看護部 ICU所属)

Keywords: 睡眠、睡眠障害、鎮痛、眠剤

【はじめに】多くの集中治療室はワンフロアであり昼夜問わず入退院があり、常に照明や音による刺激がある。加えて緊急手術、鎮静剤の持続投与や夜間でも看護ケアや処置などが行われるため見当識や時間感覚が喪失しやすい環境にあることから、睡眠障害が生じやすいと言われている。そこで、集中治療室に入室した患者に対して患者の睡眠状況を測定し、睡眠に影響する要因を明らかに、睡眠促進ケアを検討したので報告する。

【目的】A病院のICU・HCUに入室した患者に対して、嶋岡らが作成した睡眠評価尺度ICU sleep evaluation scale (以後ISES)を用いて睡眠評価を行い、睡眠に影響する要因を明らかにする。

【方法】対象は、2021年8～11月にA病院ICU・HCUに2日以上入室し、睡眠状況を自己評価できる患者で、JCS2以上の意識障害患者は除外した。ISESを用いて、入室2日目22時～3日目8時までの10時間を看護師が評価した。ISESは、客観的評価51点・主観的評価18点で評価でき、高得点ほど眠れたと判断できる。データは単純集計し、先行研究で睡眠に影響を及ぼす可能性の高い項目(手術・食事・身体拘束・緊急入院・眠剤や鎮痛剤使用・吸引・眠剤常用・SCD・38度以上の発熱・職業等の有無・年齢(65歳以上と65歳未満)、診療科、部屋の位置、シリンジポンプ輸液ポンプの台数、デバイスの本数、苦痛(CPOT)、入院前の睡眠時間、入院2日目のCRP値)についてISES得点をt検定で比較した。有意水準は5%を有意差あり、10%を有意な傾向と判断した。なお、本研究はA病院倫理委員会の承認を得た。

【結果】対象者は44名で、平均年齢は63.4歳、男女比28:16、平均入室期間は4.65日、入室3日目で一般病棟退室患者は22名で最も多かった。診療科は循環器内科が47.7%、次いで脳神経外科が36.4%、内科が9.1%、神経内科が6.8%であった。客観的指標では、入院前の有職患者群よりも無職患者群の方が有意に眠れていた(p=.036)。手術後群よりも未手術群の患者の方が眠れる傾向にあった(p=.098)。次に主観的指標では、評価期間中に他患者の緊急入院があった患者群よりも他患者の緊急入院がなかった患者群の方が有意に眠れていた

($p=.010$)。また、眠剤投与群よりも眠剤未投与群の患者の方が有意に眠れていた ($p=.027$)。その他の項目では客観的・主観的ともに有意差は認めなかった。

【考察】睡眠に影響する因子として、入院前の仕事の有無・手術の有無・緊急入院の有無・眠剤の使用の有無であった。睡眠障害の因子として、精神的ショックや不安などの心理的要因があるとの報告から、入院前の仕事の有無や緊急入院は睡眠に影響を与えた可能性が高い。また、重症患者の睡眠の質に影響を与える因子としては、ICU入室中の痛み、環境刺激、ヘルスケア関連の安静中断、心理的要因、呼吸の要因と薬物であると報告されている。手術の有無が睡眠に影響を及ぼした理由として、術後痛や環境刺激、心理的要因など複数重なっている可能性が考えられた。主観的評価で眠剤を投与した群が睡眠に影響する要因であったことから、非薬理的介入の重要性も明らかになった。よって、可能な限り非薬理的な介入を行い、睡眠に影響する要因を認めた場合は精神的ケアや環境整備、鎮痛を行うことが必要であることが示唆された。

【結論】1. ICU・HCUに入室した患者に対して、ISESで睡眠評価を行い、睡眠に影響する要因を検討した。2. 睡眠に影響する因子は、主観的指標は入院前の仕事の有無・手術の有無で、客観的指標は緊急入院の有無・眠剤の使用の有無であった。3. 睡眠促進のために非薬理的な介入となる精神的ケアや環境整備、鎮痛を行うことが必要であることが示唆された。

2:59 PM - 3:10 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:00 PM - 3:10 PM 第7会場)

[O12-06] 心臓血管外科術後患者の主観的睡眠評価による睡眠の質の変化について

○平良 沙紀¹、浦 綾子²、宮林 郁子³ (1. 福岡大学病院、2. 福岡大学医学部看護学科、3. 清泉女学院大学看護学部)

Keywords: 睡眠、主観的評価、心臓血管外科術後

【目的】

集中治療室における睡眠障害は指摘されているが、術後の睡眠の質の変化は明らかにされていない。本研究は、心臓血管外科術後患者における人工呼吸器離脱後（以下抜管後）の主観的睡眠評価による睡眠の質の変化を明らかにし、睡眠の主観的評価と看護介入への示唆を得ることを目的とした。

【方法】

対象者は心臓血管外科術後患者22名。データ収集は抜管後4日間、日本語版 Richards-Campbell睡眠質問票(以下J-RCSQ)を使用し主観的睡眠評価を行った。データ分析は記述統計、睡眠の変化は Friedman順位付けによる双方向分析を行い、属性による比較は Mann-Whitneyの U検定を行った。福岡大学医に関する倫理委員会の承認(承認番号 U-19-06-008)を得た。

【結果】

対象者は平均年齢 65.4 ± 10.8 歳、男性14名、入院前眠剤の使用8名、人工心肺使用18名。平均手術時間 447.5 ± 134.2 分、平均麻酔時間 559.3 ± 134.0 分であった。抜管後の J-RCSQによる睡眠の質の平均は1日目 45.5 ± 29.8 点、2日目 52.2 ± 30.2 点、3日目 47.5 ± 24.1 点、4日目 51.7 ± 23.2 点で、抜管後の睡眠の変化は統計的な有意差を認めなかった。睡眠の質が高いのは4日が5名、3日が3名、2日が5名、1日が5名、0日が4名であった。属性の比較では、女性が4日目に睡眠深度、夜間覚醒、睡眠満足度、睡眠の質が有意に高かった。人工心肺を使用した人は1日目の睡眠満足度が有意に高かった。また、入院前の眠剤使用のない人は平均得点が4日間とも50点以上を示し、1日目と3日目に睡眠の質が高い傾向にあった。

【考察】

心臓血管外科患者の抜管後の睡眠の質は、毎日の変化が大きくばらついていた。対象者数が少ないこともあるが、睡眠は個人差が大きいことや重症患者の睡眠への影響要因が多様であることも推測される。また、本研究では、睡眠の質は男性であることや入院前に眠剤使用のある人が不良であり、影響を受けやすいことが確認された。睡眠不足は多くの重症患者の苦痛の原因であり、睡眠障害は ICUせん妄や免疫機能の乱れとなり、術後の回復過程に影響を与え入院期間の延長にもつながりやすい。睡眠の質は主観的な評価でしか計り知れず、客観的に入

眠しているように見えても睡眠の質と比例しているものではない。したがって、患者の主観的評価による睡眠の質を把握することや、男性の患者、入院前に眠剤を使用していた患者では、特に睡眠を整える援助が必要である。疾病からの回復過程にある患者において、睡眠覚醒リズムを整え睡眠の質を高めることは重要な役割がある。患者の睡眠の質が1日でも早く担保できるよう、入院前の睡眠習慣を把握し概日リズムが戻るよう環境や薬剤調整を行う必要がある。また睡眠深度は浅く、夜間覚醒回数が多い結果であり夜間の看護ケアは最小限とするなど睡眠促進への援助方法を検討する必要がある。

【結論】

心臓血管外科術後患者は、抜管後の睡眠の質は毎日の変化が大きく、男性・入院前の眠剤使用の経験があることが睡眠不良に影響する可能性がある。睡眠評価は看護師の客観的評価のみで判断せず、患者の主観的な評価をもとに評価し環境や薬剤の調整を行っていく必要がある。

一般演題

[O13] 家族看護2

座長:姥迫 由記子(山口大学医学部附属病院)

Sun. Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:30 PM 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O13-01] COVID19の面会制限下における集中治療を受ける患者の家族が望む情報

○大川 佳奈¹、佐藤 みえ¹、金川 里奈¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院 特定集中治療室)

2:20 PM - 2:32 PM

[O13-02] コロナ禍の面会制限におけるリモート面会の導入による患者家族への影響

○牟田 ゆうき¹、服部 真奈美¹、長谷川 遥¹、島内 淳二¹、木野 毅彦¹ (1. 日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

2:32 PM - 2:44 PM

[O13-03] ICUに入室した重症小児患者の家族への看護に関する文献研究

○高瀬 愛¹、清村 紀子² (1. 大分大学医学部附属病院、2. 大分大学医学部看護学科)

2:44 PM - 2:56 PM

[O13-04] 面会制限下における家族ケアの取り組み – ICUダイアリーの導入を試みて–

○山田 理絵¹ (1. 順天堂大学医学部附属練馬病院)

2:56 PM - 3:08 PM

[O13-05] 2年目看護師としてクリティカルケア領域での家族看護を考察する

–新型コロナウイルス感染症患者家族の面会での関わりを通して–

○永友 博明¹、長田 孝幸¹、森 弘太郎¹ (1. 飯塚病院)

3:08 PM - 3:19 PM

[O13-06] COVID-19による面会制限における ICU看護師の患者や家族への対応と看護師のストレスに関する実態調査

○秋田 奈緒美¹、園田 拓也¹、高橋 葵¹、有田 孝¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院 ICU)

3:19 PM - 3:30 PM

2:20 PM - 2:32 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:30 PM 第4会場)

[O13-01] COVID19の面会制限下における集中治療を受ける患者の家族が望む情報

○大川 佳奈¹、佐藤 みえ¹、金川 里奈¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院 特定集中治療室)

Keywords: 家族看護、ニーズ、集中治療室

【目的】本研究では、COVID19の面会制限下において集中治療を受ける患者の家族が望む情報とその具体的な提供方法を明らかにする。

【方法】令和3年10月から令和4年1月まで、T大学病院救命センター及び集中治療室で治療を受けた患者の家族を対象者とした。研究方法は無記名自記式質問調査とし、量的に比較分析した。質問内容は、Critical Care Family Needs Inventoryに含まれる5つのコード「支援」「安楽」「情報」「寄り添い」「保証」を参考にし、本研究目的の家族が望む情報を明らかにするために各項目の定義を検討した。操作的定義は、「情報:患者の生命兆候および反応や様子に関すること」「安楽:患者の生活している様子に関すること」「保証:患者の今後の経過に関すること」「支援:患者に対し看護師が行っているケアや家族が患者にできることに関すること」「寄り添い:患者と家族のやりとりに関すること」とし質問内容を作成した。家族が重要だと思う程度を5段階のリッカート尺度で回答を求めた。当部署入口に質問用紙一式を置き対象者の自由意志で持ち帰りとし、質問用紙回収方法は回収箱への投函または郵送とした。倫理的配慮に関しては、T大学病院の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】アンケートは59名に配布、18部回収し回収率30.5%であった。患者と対象者の関係は、子ども6名(33.3%)、配偶者4名(22.2%)、親5名(27.7%)、きょうだい3名(16.6%)であった。同居の有無は、同居7名(38.8%)、別居11名(61.1%)であった。各項目の「非常にそう思う」に着目すると、「患者の今後の経過に関すること」は76.0%、「患者の生命兆候および反応や様子に関すること」は66.0%、「患者と家族のやりとりに関すること」は65.0%、「患者の生活している様子に関すること」は51.0%、「患者に対し看護師が行っているケアや家族が患者にできることに関すること」は41.0%であった。医療者からの情報提供の頻度に関しては、「定期的に聞きたい」が46.0%、「病態変化時」が15.0%、「荷物を持ってきた時」が13.0%であった。患者とやりとりができるようになったことを知らせる時期に関しては、「やりとりができるようになった時」が56.0%、「病院に荷物を持ってきた時」が28.0%、「医師から連絡がきた時」が11.0%であった。患者とのやりとりの方法に関しては、「病院で電話越しのテレビ会話をする」が44.0%、「自宅で患者さんと電話で話す」が28.0%であった。

【考察】家族が望む情報として「患者の生命兆候および反応や様子に関すること」「患者の今後の経過に関すること」「患者と家族のやりとりに関すること」が高い結果となった背景には、家族は面会制限により患者を視覚的に捉え接することができず、家族自身が患者の生存、生命の危機状況を実感できないということが推測される。それを踏まえて、看護師は家族へ患者の生命兆候の状況、現在から今後の経過に関して情報提供が必要と考える。また、家族は定期的に情報提供を受けることで安心して自らの社会生活を送ることができると推測される。看護師は家族と情報提供の時期と方法を話し合い調整する役割を担うことが重要であると考えられる。

【結論】家族の望む情報は、「患者の生命兆候および反応や様子に関すること」「患者の今後の経過に関すること」「患者と家族のやりとりに関すること」が高い傾向だった。看護師は、家族が望む情報を定期的かつ視覚的な方法を活用し情報提供する必要性が示唆された。

2:32 PM - 2:44 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:30 PM 第4会場)

[O13-02] コロナ禍の面会制限におけるリモート面会の導入による患者家族への影響

○牟田 ゆうき¹、服部 真奈美¹、長谷川 遥¹、島内 淳二¹、木野 毅彦¹ (1. 日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

Keywords: リモート面会、COVI-19、面会制限、集中治療室

【目的】

集中治療室に入室する患者家族は、突然の出来事にショックを受け、心理的・社会的な危機状態に陥りやすいとされている。そのような中で、面会は重要な家族ケアの一つとして位置づけられている。しかし、COVID-19の流行（以下コロナ禍）に伴い、面会制限が実施され、当部署ではタブレットを用いたリモート面会制度の導入となった。そこで、患者家族へのインタビューを行い、コロナ禍における面会制限や、リモート面会が及ぼす患者家族への影響を明らかにすることとした。

【方法】

研究デザインは、質的記述的研究デザインとした。対象は、2021年10月～11月の期間に入室し、リモート面会を希望した患者家族のうち、自由意思による文書同意が得られた患者家族とした。分析は、データをもとに逐語録を作成し、コーディングを行い、内容を抽出してカテゴリー化を行った。本研究は、日本医科大学付属病院倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

分析した結果、107のコードから28のサブカテゴリー、4つのカテゴリーが抽出された。【面会制限における不安】をもたらす影響は、患者の病状が把握しにくいことや、患者と直接面会出来ないことが挙げられた。【面会制限により生じた希望】は、患者を見ることや病状把握のニーズが影響していた。【リモート面会がもたらす安心・安堵】は、患者家族の病状理解や、病状改善の実感、看護師の声掛けが影響していた。【リモート面会における不安・衝撃】は、患者の病状悪化や、患者の姿を見て受けた衝撃が影響していた。患者家族は【面会制限における不安】を抱き、【面会制限により生じた希望】に影響していた。【面会制限により生じた希望】は、リモート面会を通して、患者の姿を見ることや会話すること、適切な治療が行われていると実感することで満たされ、患者家族は【リモート面会がもたらす安心・安堵】を得ていた。また、患者家族はリモート面会によって【リモート面会がもたらす安心・安堵】を抱くと同時に、【リモート面会における不安・衝撃】を抱いていた。

【考察】

患者家族は、面会制限により、以前と比べ、情報量が少なく、医師からの病状説明が中心となった。そのような状況が、患者家族の不安を増強させたと考える。【面会制限により生じた希望】は、以前の面会におけるICU入室患者の家族のニーズと一致しており、それらのニーズが患者家族の希望を生じるきっかけとなったと考える。患者家族は、看護師からの情報提供や、リモート面会を通じた病状改善の実感や病状理解により、【リモート面会がもたらす安心・安堵】が得られたと考える。一方で、リモート面会はタブレット越しであり、得られる情報が限られ、患者家族が病状理解を十分にできず、【リモート面会における不安・衝撃】を抱いたと考える。また、リモート面会において、患者の姿が画面にまざまざと映し出されることで、精神的衝撃を受けたと考える。【面会制限における不安】は、【面会制限により生じた希望】をもたらし、リモート面会により【面会制限により生じた希望】が満たされることで、患者家族は【リモート面会がもたらす安心・安堵】を抱いたと考える。また、患者家族は、リモート面会で病状改善を実感し、安心・安堵を抱きながらも、病状悪化への不安を抱いており、常にアンビバレントな感情の中で揺れ動いていると考える。

【結論】

コロナ禍における面会制限やリモート面会によって、患者家族は、患者の病状変化や医療者の声掛けに心理的な影響を受けていることが明らかになった。

2:44 PM - 2:56 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:30 PM 第4会場)

[O13-03] ICUに入室した重症小児患者の家族への看護に関する文献研究

○高瀬 愛¹、清村 紀子² (1. 大分大学医学部附属病院、2. 大分大学医学部看護学科)

Keywords: 重症小児患者、家族看護、内容分析、文献研究

【目的】

ICUに入室した重症小児患者家族への看護について、先行研究から網羅的に明らかにする。

【方法】

文献は、医中誌 Web、CiNii、PubMedを用いて、2011年～2020年9月時点までに公開された学術論文について、シソーラス用語「ICU」「クリティカルケア看護」「小児」「家族看護」、MeSH用語「Intensive Care Units」「Pediatric Nursing」「Family Nursing」「Critical Care Nursing」、をキーワードに検索した。結果、国内文献25件、国外文献70件が抽出され、ICUに入室した重症小児患者家族への看護について記述があることを選定条件に選別し、最終的に国内文献6件、国外文献12件の計18文献を対象文献として、Berelson,Bの内容分析手法で分析した。対象文献を各1文脈単位として、重症小児患者家族への看護について記述された箇所を主語と述語からなる記録単位として抽出した。記録単位を意味内容の類似性に着目してサブカテゴリ化、さらに飽和状態に至るまでカテゴリ化した。分析のプロセスでは共同研究者間で十分吟味し、信用性・信憑性の確保に努めた。データ抽出では著者の意図および論文中の意味内容が損なわれないように留意し、また文献の使用においては出典を明記することで著作権を侵害しないよう倫理的配慮に努めた。

【結果】

495記録単位が抽出され、サブカテゴリ化（55）、カテゴリ化（13）に至った。抽出されたカテゴリは、＜児の最期の時まで家族に寄り添う＞、＜家族の意思決定を支援する＞、＜家族全体をケアする＞、＜児の状態について情報提供する＞、＜信頼関係を構築する＞、＜親役割が果たせるように支援する＞、＜医療チームとして家族を支える＞、＜親子の愛着形成を支援する＞、＜家族の衝撃を緩和する＞、＜児へのケアに家族も取りこむ＞、＜安心できる環境を準備する＞、＜家族の健康状態に配慮する＞、＜児と家族が共に過ごせる時間を大切にする＞、であった。

【考察】

カテゴリ＜安心できる環境を準備する＞、＜児へのケアに家族も取りこむ＞、＜児と家族が共に過ごせる時間を大切にする＞、＜児の状態について情報提供する＞は、重症小児患者の家族へ日常的に繰り返し提供されるべき看護と考えられた。また、カテゴリ＜医療チームとして家族を支える＞、＜信頼関係を構築する＞は、家族と医療チームが協力して児を支えるさまを表すもので、重症小児患者家族の看護における家族を含むチームアプローチの重要性を示すものと考えられた。一方、カテゴリ＜家族の衝撃を緩和する＞、＜家族の意思決定を支援する＞、＜児の最期の時まで家族に寄り添う＞は、クリティカルケア看護領域における特徴的なカテゴリと言え、病態や状況が刻々と変化する状況・場面に応じた看護として捉えることができる。さらに、カテゴリ＜家族全体をケアする＞、＜親子の愛着形成を支援する＞、＜親役割が果たせるように支援する＞は、小児看護領域における特徴とも言える家族の発達課題を達成するための支援を包含しており、重症小児患者家族への看護において家族の成長を視座にもつ重要性を示すものとする。

【結論】

先行研究を内容分析した結果、13のカテゴリが抽出された。13カテゴリには、日常的に提供される看護、チームとして提供される看護、状況・場面に応じて提供される看護、家族の発達課題を達成するために提供される看護が包含されていた。

2:56 PM - 3:08 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:30 PM 第4会場)

[O13-04] 面会制限下における家族ケアの取り組み – ICUダイアリーの導入を試みて–

○山田 理絵¹ (1. 順天堂大学医学部附属練馬病院)

Keywords: ICUダイアリー、家族看護

【目的】

新型コロナウイルス(SARS-CoV-2：以下 COVID-19)感染拡大に伴い、2021年より病院全体として家族の面会制限が開始となった。ICU病棟に入院する重症患者の家族は、突然の入院や発症、重篤化、さらに治療中の患者に面会できないという不安など精神的負担があり、集中治療後症候群（post intensive care syndrome-family：以下

PICS-F) 発症リスクの要因とされている。ICU病棟における家族ケアの必要性を考え、PICS-Fの予防を目的としたICUダイアリーを導入した。

【方法】

期間：2021年4月～12月末。対象者：入院時の家族の言動や面会希望があるなど、担当看護師やリーダー看護師を中心にカンファレンスを行いICUダイアリーの必要性があると判断し、承諾が得られた症例。方法：2021年4月よりICU病棟に所属する看護師39名にICUダイアリーの導入目的、運用、記載方法について説明を行った。記載は、受け持ち看護師が介入したその日のケアや患者の反応とした。家族の来院時に、感染対策を行った上でICUダイアリーを見てもらい、家族の希望に応じて思いを記載してもらった。

【倫理的配慮】

ICUダイアリー導入患者を集計し、個人が特定されないよう記号化し保存した。また、所属看護部の許可を得た。

【結果】

ICUダイアリー導入は28例であった。年齢：幼児～80歳代。そのうち、COVID-19重症患者のICUダイアリー導入は8件（ICU病棟に入室したCOVID-19患者の23.5%に導入）であった。家族が来院した際にICUダイアリーを見てもらい、ICU看護師の記載した内容に涙を流す家族や患者の様子を知ることが出来てよかったと肯定的な発言をする家族が多くいた。また、家族がICUダイアリーに患者に向けたメッセージや自身の日常の出来事、看護師に対する感謝の言葉の記載があった。

【考察】

PICS-Fの予防のため、ABCDEFGHバンドルの活用が重要とされており、家族ケアを早期に取り組む必要がある。家族は、ICUダイアリーを通して、入院中の患者の様子を知ることができ、安心感や医療者への信頼感を感じることができていた。ICU看護師は、家族が患者のことをどのように捉え、不安やニーズが表出できるように関わる必要がある。そのためには、ICU看護師が早期よりPICS-F予防に対する意識をもち、ICUダイアリーを通して今後も家族ケアに取り組む必要があるといえる。

【結論】

COVID-19感染対策による面会制限下における家族ケアは、今後も必要と考えられる。ICUダイアリーがPICS-F予防を含め、どのように影響を与えているか、分析と運用方法の検討を継続していく必要がある。その中で、ICU看護師は、特に不安の強い家族の場合、どのように患者の現状を伝えるか記載や表現方法を、家族の思いに寄り添って進めていく必要があるといえる。ICUダイアリーは、面会制限下における家族と患者、医療者を繋ぐツールであり、今後もPICS-F予防目的とした運用・活用を行っていく。

3:08 PM - 3:19 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:30 PM 第4会場)

[O13-05] 2年目看護師としてクリティカルケア領域での家族看護を考察する

—新型コロナウイルス感染症患者家族の面会での関わりを通して—

○永友 博明¹、長田 孝幸¹、森 弘太郎¹ (1. 飯塚病院)

Keywords: 家族看護

【目的】家族面会は、患者にとって安心感をもたらす、闘病意欲を向上させるなどの目的がある。新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）患者と家族面会の場に担当看護師として携わった。隔離環境下において、担当看護師は今回の家族面会で何もできず無力感を抱いた。この症例を通し、急激な病状変化による家族の心理状態、特殊な状況下にある患者の家族看護を考察する。

【方法】症例報告

【倫理】院内倫理審査の承認を得て、院内倫理委員会規定のもと、個人情報保護の厳守と、患者家族に不利益が生じないように配慮した。

【患者紹介】患者 A氏：60歳台、男性 家族構成：妻、娘2人 COVID-19に罹患し、ホテル療養中に呼吸状態悪化し救急搬送、B病院入院後は挿管し呼吸器管理。数日間は筆談で会話可能だったが、急激に全身状態が悪化し、呼名反応も乏しくなった。B病院での COVID-19患者への面会は病院自宅間面会では ZOOM、来院可能な家族には FaceTime を使用していた。当日の面会も家族来院後の FaceTime を予定。入院後16病日、娘 C（当日、濃厚接触隔離期間終了）も同席での医師より病状説明後、面会実施、入院後17病日死亡。

【結果】家族は突然状態悪化の報告が入り、混乱した状態で来院し、病状説明後すぐに面会が行われた。家族は気持ちの整理がつかず、A氏の顔を見ることが出来なかった。この場面の家族のニードを CNS—FACE を使用して測定すると、社会的サポート、情報、情緒的サポートの値が高かった。隔離環境下において、担当看護師は今回の家族面会で何もできず無力感を抱いた。

【考察】クリティカルケア領域では、突然の事態により家族は動揺し気持ちを整理できないことが多くみられる。今回の症例でも、そのまま別れを迎えた家族は、A氏の死をうまく受け入れられなかったと考える。病状に対する情報のニードを持ちながら、一方で不安や恐怖の感情を抱え、他者からのサポートが必要だったと考えられる。面会制限により、医師から病状説明後の家族の感情と現状の受け止め方について情報を取れずにいたこと、その上で反応をみながらケアを提供できなかったことは、家族の予期悲嘆を悪化させることとなった可能性がある。面会中に A氏の反応を知ることが出来れば家族が気持ちを少しでも落ち着かせることができると考え、担当看護師は家族の声に対する A氏の反応の有無を確認していた。しかし実際は、A氏の反応は無く家族に何を伝えれば良いかわからず、不安や恐怖感を助長させたのではないかと考える。これは、担当看護師は救急病棟経験2年目であり、そのほとんどを COVID-19感染症患者の対応をしてきたため、クリティカルケア領域での知識、経験が不足した状態であったことも要因となると考える。担当看護師を含めチームでケアを考案出来ていれば、面会前に家族へ正しい情報を提供し、家族の感情に共に寄り添えた可能性がある。また、家族は面会において A氏の顔を見ることができ、悲嘆ケアに繋がった可能性がある。隔離環境という家族間・医療者間に距離が生じる中では、日常以上に確実な情報共有を行い医療者からの働きかけが重要となる。

【結論】

- ・ COVID-19禍での面会制限は、面会の目的がうまく果たせず家族対応の困難さを生じることになった。
- ・ 家族の情報は心理状態を知る上でも重要であり、家族とのコミュニケーションが減少する時こそ、医療者間での共有を深めることが必要である。
- ・ COVID-19禍では、その機会が減少することを念頭に、看護師は通常通り室内で待つだけに留まらず、方法を工夫しながら家族とコンタクトを取り、ケアに活かすことが必要である。
- ・ 特殊な状況下では、ケア提供に困難が生じることを考慮し、チーム内での連携を高める努力が必要である。

3:19 PM - 3:30 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:30 PM 第4会場)

[O13-06] COVID-19による面会制限における ICU看護師の患者や家族への対応と看護師のストレスに関する実態調査

○秋田 奈緒美¹、園田 拓也¹、高橋 葵¹、有田 孝¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院 ICU)

Keywords: COVID-19、面会制限、家族看護

【目的】 COVID-19による面会制限での看護師の患者家族への対応や看護師のストレスおよび困難の実態調査を行い、看護師のストレス軽減や患者と家族対応への一助とすること

【方法】 A病院 ICUに勤務する看護師48名を対象に2021/11/01~2021/11/14を調査期間とし無記名式の質問紙調査を実施。質問紙の内容は COVID-19患者看護の有無、リーダー従事の有無、面会の効果や目的を①患者および家族が互いに会うことができる保証、②患者および家族が適切にインフォームドコンセントを受けられること、③家族へ患者の現在の状況を伝えること、④患者および家族の希望する治療方針の把握、⑤患者の状態に対する家族の理解度の把握、⑥患者および家族の希望の把握、⑦患者および家族の不安の緩和、⑧家族のケアへの参加、⑨患者の日常生活の情報収集、⑩家族の精神状況の把握、⑪家族の身体状況の把握、と想定し、5段階で回答する15の質問項目と困難を感じた内容及び面会制限での工夫に自由記載欄を設け、厚生労働省「職業性ストレ

ス簡易調査票」も配布した。分析は困難の有無、職業性ストレス簡易調査の単純合計評価基準を参考にストレスの有無の群に分類し、Mann-WhitneyのU検定を行った。自由記載内容は質的帰納的に分析を行った。統計解析にはEZRを使用した。倫理的配慮は質問紙への回答をもって同意を得たとみなし、質問紙は無記名、個人が特定されないように厳重に管理した。当研究は所属施設の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】44名（回収率91%）から回答、39名（有効回答率88%）を分析対象とした。COVID-19患者看護経験あり17名（44%）なし22名（56%）、リーダー従事あり29名（74%）なし10名（26%）、面会制限で困難あり31名（79%）なし8名（21%）、職業性ストレス簡易調査でストレスあり6名（15%）、なし33名（85%）と回答した。面会効果・目的に関する15項目については各群において有意差はみられなかった。面会制限において苦労したことについては50のサブカテゴリーから《面会希望に対応することへの困難》、《面会制限を強いる苦痛》、《家族が患者の病状把握ができない》、《患者の情報が得られず理想のケアができない》、《患者と家族の不安を緩和できない》、《家族の希望に応えられない》、《電話対応の困難》の7カテゴリー、面会制限下における工夫については30のサブカテゴリーから《患者と家族への電話や写真を用いたコミュニケーションの提供》、《医師に電話でのICの依頼》、《いつでも電話連絡できる保証》、《家族へ細やかな説明と対応》、《家族の心情の理解と寄り添い》、《医療者間での情報共有》の6カテゴリーが抽出された。

【考察】職業性ストレス簡易調査の単純合計評価では「心身のストレス反応」に重点を置いており、今回の調査でストレスがあると判断された看護師は少なかったと推測される。しかし面会制限により困難を感じた看護師は79%に及んでおり、多くのICU看護師が面会制限により困難を感じていることが明らかになった。看護師は家族の病状理解が難しかったり、面会希望に応えられなかったりすることに困難を抱えつつ、写真や電話などの媒体を使用し解決への働きかけを行っていると考えられる。今回の調査では写真や電話でのコミュニケーションが重要視されており、コミュニケーションツールの使用が困難の緩和やより良い患者と家族対応の重要な要素になると示唆された。

【結論】面会制限で多くの看護師が困難を抱えており、写真や電話などの媒体を使用しながら対応を行っていることが明らかになった。

【研究の限界】本研究は1施設を対象にしており結果の一般化には限界がある。抽出度を高めるために更なるデータ収集が求められる。

一般演題

[O14] 安楽と疼痛

座長:田下 博(長崎大学病院)

Sun. Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:30 PM 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[O14-01] 治療が奏功しない重症患者に対する ICU看護師の comfortケア

○上村 明咲¹、大川 宣容² (1. 社会医療法人近森会 近森病院、2. 高知県立大学看護学部)

2:20 PM - 2:32 PM

[O14-02] ICU入室中に早期リハビリテーションに難渋し、それを乗り越えた患者の体験

○大串 健太¹、江川 幸二² (1. 神戸市看護大学大学院看護学研究科博士前期課程実践看護学領域急性期看護学専攻CNSコース、2. 神戸市看護大学大学院)

2:32 PM - 2:44 PM

[O14-03] HCUの看護ケアの質と comfortとの関連について

– discomfort状態と PICSとの相関から– : その1

○上杉 如子¹、中出 卑那¹、永田 知英美¹、塚本 里佳¹、石本 佳美¹、新田 建也¹、茗荷谷 美保¹、佐藤 大介² (1. 国民健康保険 小松市民病院、2. 公立小松大学保健医療学部看護学科)

2:44 PM - 2:56 PM

[O14-04] HCUの看護ケアの質と comfortとの関連について

– comfortに影響する医療者の介入から– : その2

○上杉 如子¹、永田 知英美¹、塚本 里佳¹、中出 卑那¹、石本 佳美¹、新田 建也¹、茗荷谷 美保¹、佐藤 大介² (1. 国民健康保険 小松市民病院、2. 公立小松大学保健医療学部看護学科)

2:56 PM - 3:08 PM

[O14-05] 人工呼吸器装着中の急性・重症患者の Comfortニーズを捉えるためのアセスメント指標の作成

○山田 知世¹、中村 美鈴¹ (1. 東京慈恵会医科大学大学院博士前期課程 先進治療看護学分野 クリティカルケア看護学領域)

3:08 PM - 3:19 PM

[O14-06] 人工心肺術後患者の人工呼吸器離脱後から利尿期に至るまでの体験と看護

○河野 志穂¹、清村 紀子² (1. 大分大学医学部附属病院 看護部、2. 大分大学医学部看護学科 基盤看護学講座)

3:19 PM - 3:30 PM

2:20 PM - 2:32 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:30 PM 第6会場)

[O14-01] 治療が奏功しない重症患者に対する ICU看護師の comfortケア○上村 明咲¹、大川 宣容² (1. 社会医療法人近森会 近森病院、2. 高知県立大学看護学部)

Keywords: comfortケア、comfort、全人的苦痛緩和、ICU看護師、クリティカルケア

〔目的〕クリティカルケア看護が対象とする患者は生命に直接関わるような健康問題を抱えた重症患者であり、全人的苦痛を抱えている。看護師は日頃より患者の苦痛緩和と安楽の提供を凶っているが、一方でその実践に困難さを感じている。また患者が重症であるがゆえに救命や治療的側面が重視され、その達成が困難なケースにおいて看護師は無力感、ジレンマを感じる。よって comfortを目指したケアをより重視する必要がある。

Comfortは安楽よりも全人的で、他者との関係性の中で気づけられるような意味を含む概念であり、ICUにおいて痛みなど身体的苦痛が取りきれないようなケースであっても comfortを目指すことは可能と考えられる。しかし comfortはいまだ曖昧に使用されており、特にクリティカルケア領域における comfortケアについての研究は少ない。そこで本研究では、治療が奏功しない重症患者に対する ICU看護師の comfortケアを明らかにすることで、ICUにおいて患者の全人的苦痛緩和のために行う看護実践への示唆を得ることを目的として取り組んだ。

〔方法〕本研究は質的記述的研究デザインを用い、A県内の急性期病院 ICUに勤務する臨床経験5年、ICU経験3年以上の看護師4名を対象に半構成的面接を行った。語りの中から治療が奏功しない重症患者に対して ICU看護師が行う comfortケアの内容を研究協力者ごとに抽出し、内容の特性によってコード化を行い個人コードとした。さらに、個人コードについてケースを超えて意味内容の類似するものを集めてカテゴリー化を繰り返し、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。なお、本研究は所属大学研究倫理委員会の承認を得た上で実施した。

〔結果〕治療が奏功しない重症患者に対する ICU看護師の comfortケアとして、【あらゆる方法で患者の苦痛を捉えありのまま受け止める】【救命と苦痛緩和の狭間で葛藤しながら目の前の患者にとって必要なケアを立ち止まって考える】【患者が今を耐え乗り越えられるよう苦痛の波及を防ぐ】【揺らぐ患者が前を向けるよう投げ所を示す】【患者の反応の意味づけを共有しケアの継続を図る】の5つのカテゴリーが抽出された。

〔考察〕治療が奏功しない重症患者は全人的な comfortニーズを抱えており、脆弱で不安定で複雑な存在だからこそ、わずかなきっかけで状態が変化しうる。ICU看護師はそのことを理解し、患者の苦痛をより深く捉え、患者にとって必要なケアを考え、それらが継続して提供されるようにしていた。そして患者の苦痛の波及を防ぎ、投げ所を示す関わりを通して、患者が苦痛を抱えながらも今を耐え乗り越えられるよう患者を支えていたと考えられる。そして患者を全人的に捉え、患者—看護師間の相互作用を通して、患者が大切にされていると感じられるよう関わることが、さらなる comfortの増進へ繋がっていたと考えられる。

〔結論〕ICU看護師は、治療が奏功しない重症患者へ comfortをもたらすため、【あらゆる方法で患者の苦痛を捉えありのまま受け止める】【救命と苦痛緩和の狭間で葛藤しながら目の前の患者にとって必要なケアを立ち止まって考える】【患者が今を耐え乗り越えられるよう苦痛の波及を防ぐ】【揺らぐ患者が前を向けるよう投げ所を示す】【患者の反応の意味づけを共有しケアの継続を図る】という実践を行っていた。ICU看護師は患者にとって必要なケアが提供されるよう、患者の苦痛をより深く捉え、その波及を防ぎ、投げ所を示す関わりを通して、患者が苦痛を抱えながらも今を耐え乗り越えられるよう患者を支えていた。それらの関わりは、患者を全人的に捉え、患者—看護師間の相互作用を通して患者が自分を大切にされていると感じられる関わりを積み重ねていく実践であった。

2:32 PM - 2:44 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:30 PM 第6会場)

[O14-02] ICU入室中に早期リハビリテーションに難渋し、それを乗り越えた患者の体験○大串 健太¹、江川 幸二² (1. 神戸市看護大学大学院看護学研究科博士前期課程実践看護学領域急性期看護学専攻 CNSコース、2. 神戸市看護大学大学院)

Keywords: 早期リハビリテーション、体験、回復

【目的】ICUの重症患者は、集中治療後症候群になりやすく、予防ケアバンドルの一つとして早期リハビリテーション（以下、早期リハビリ）が行われている。一方で、患者は身体的苦痛、無力感、コントロール感の喪失、孤独といった精神社会的苦痛を感じており、痛みや倦怠感は身体活動の阻害要因となっている。しかし、早期リハビリに難渋した患者がどのようにして乗り越えたのかという体験はこれまで明らかにされていない。よって、本研究は早期リハビリに難渋し、それを乗り越えた患者の体験を明らかにすることを目的とした。

【方法】1.研究デザイン：質的記述的研究 2.研究参加者：ICU入室中に早期リハビリに難渋しそれを乗り越えたICU看護師長が判断した患者。3.データ産出期間：2020年7月～2021年11月。4.データ産出方法：オンラインビデオ通話ツールを用いた半構造化面接法により実施した。5.データ分析方法：逐語録から研究目的に沿って意味のあるまとまりでコード化した後、相違点や共通点について比較・分類し、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。6.倫理的配慮：本研究は所属大学倫理委員会及び研究協力施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】1.研究参加者の概要：男性2名、女性2名（計4名）で年齢は57～76歳であり、全参加者が心臓血管外科術後であった。2.分析結果：18のサブカテゴリーと9のカテゴリーが抽出された。以下〈〉をカテゴリーで示す。患者は早期リハビリ開始以降に痛みや呼吸のしづらさ、筋力の低下など〈身体の異常を感じ〉ていた。また身体状況から将来を予測し、仕事への復帰や退院後の自宅での生活など〈自分自身の将来について心配〉していたが、〈身体機能の回復を楽観的に捉え〉てもいた。自身が知覚・認識した身体状況と医療者が認識している身体状況との間に〈医療者との認識のズレを感じ〉ていた。安静制限により動けないことが辛いと感じ、身体機能の低下により諦めの感情も抱いており〈思い通りにならないと感じ〉ていた。しかし患者はその状況下でも自分なりの考えによって行動し、医療者のアドバイスを元に自分で実践するなどして回復する為に〈主体的に対処〉していた。患者は身体状況の改善や、ICU内の静かな個室へ転室する事、点滴が取れる事など周囲の環境や状況の変化から〈回復している実感を持つ〉ていた。また医療者と関わる中で気遣いや安心感を感じ、家族と関わる中では絆を感じるなど〈家族や医療者との関わりにより気持ちが和ら〉いでいた。他者と関わる中で家族のため、医療者のために頑張りたいと感じ、目標を立てて〈前に向かう気持ちを持つ〉ていた。

【考察】患者は身体状況の改善だけでなく環境や状況の変化によっても回復を実感しており、医療者が回復したと判断し行った行為が、患者にとって回復の保証を感じさせるものであったと考える。さらに、自分なりの感覚や周囲の雰囲気を実感する回復を感じることは患者の支えとなっており、患者が回復の実感を持つことは、困難を乗り越える上での支えになっていたと考える。患者は、家族の期待や、医療者の誠意に応えようという他者志向的動機だけでなく、他者と関わることで生き甲斐や希望を見つけており、「他者のため」「自分のため」という二つの価値が融合され早期リハビリに取り組んでいた。患者は、家族や医療者との関わりにより安心感や前向きな気持ちを持ち、回復するために〈主体的に対処〉していたことから、患者の主体性は他者と関わる中で発揮され促進していたものと考えられる。よって、主体性を発揮し促進できるような関わりや、他者との関係性が重要と考える。

2:44 PM - 2:56 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:30 PM 第6会場)

[O14-03] HCUの看護ケアの質と comfortとの関連について

－ discomfort状態と PICSとの相関から－：その1

○上杉 如子¹、中出 卑那¹、永田 知英美¹、塚本 里佳¹、石本 佳美¹、新田 建也¹、茗荷谷 美保¹、佐藤 大介² (1. 国民健康保険 小松市民病院、2. 公立小松大学保健医療学部看護学科)

Keywords: クリティカルケア、comfort、PICS

【目的】集中治療後症候群(以下 PICS)と言われる合併症が問題となる中、クリティカル領域の患者がもつ多様な comfortニーズに対し、質の高い看護ケアを提供することは、PICS予防につながると考えた。そこで、PICS発症と入床する患者の comfort状態を把握するために、comfortではない状態(以下 discomfort状態)、医療者の介入状況、環境について多側面から調査、分析し、看護ケアの方向性を導き出すこととした。

【方法】対象はHCUに入床した意識レベル JCS20以上、鎮静レベル RASS-3以上の患者とした。調査内容は個人属性（診療科等）、PICS発症の有無を入床時と退床後に調査した。PICS発症の有無は、運動機能障害を徒手筋力テストの合計（Medical Research Council 以下 MRC）、認知機能障害をミニメンタルステート検査（Mini-Mental State Examination以下 MMSE）、メンタルヘルス機能障害を簡易抑うつ症状尺度（Quick Inventory of Depressive Symptomatology以下 QIDSJ）で評価した。また、discomfort状態、HCUの外的環境を各勤務毎に調査した。分析方法は、調査項目の記述統計量を算出後、カイ二乗検定およびスピアマンの順位相関係数を算出し分析した。院内看護研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】対象は41名、内訳は脳外科14名、内科6名、循環器内科8名、外科13名であった。MRCは1名、MMSEは7名、QIDSJは9名に悪化を認めた。科別の有意差は認めなかった。MRC、MMSE、QIDSJが悪化した群と discomfort状態、外的環境との関連では、MRCは記憶の欠如($p=0.014$)、MMSEは恐怖($p=0.04$)、QIDSJは怒り($p=0.019$)、アラームへの不快感($p=0.047$)によって悪化していた。悪化に関連した各症状と discomfort状態、外的環境との順位相関係数の結果では、各変数の多くが精神的側面と相関関係を認めた。PICS危険因子との関連では、MRCはせん妄($p=0.002$)、MMSEは低血圧($p=0.04$)が出現すると悪化していた。人工呼吸器と MRC、MMSE、QIDSJの悪化に関連は認めなかったが、discomfort状態の身体的側面とスピリチュアル的側面に関連を認めた。せん妄発症は特に精神的側面との関連を認めた。

【考察】MRC、MMSE、QIDSJの悪化に関連した症状の多くは discomfortの精神的側面であった。療養環境の非現実的な日常や不快感は、患者にとって混乱や恐怖を覚え、怒りという陰性感情を生み出している。それが、MMSEや QIDSJの悪化につながる可能性が示唆されたことから、discomfortの精神的側面に着目したケア介入により PICSが予防できると考える。また、人工呼吸器患者は、discomfort状態の身体的、精神的、スピリチュアル的苦痛が相互に影響していると考えられた。人工呼吸器患者は鎮静薬で眠るより覚醒し人と関わりたいと願っていると言われており、家族など人との繋がりを実感出来る働きかけを行う事で、言葉以上の安心を得る事ができ、comfortが満たされ PICS等の合併症予防に繋がると考える。

【結論】1. discomfort状態の精神的側面に着目したケア介入が PICSの予防に繋がる。2. 人工呼吸器患者は、身体的、精神的、スピリチュアル的苦痛が相互に影響し合い、discomfort状態になっている。

2:56 PM - 3:08 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:30 PM 第6会場)

[O14-04] HCUの看護ケアの質と comfortとの関連について

— comfortに影響する医療者の介入から—：その2

○上杉 如子¹、永田 知英美¹、塚本 里佳¹、中出 卑那¹、石本 佳美¹、新田 建也¹、茗荷谷 美保¹、佐藤 大介² (1. 国民健康保険 小松市民病院、2. 公立小松大学保健医療学部看護学科)

Keywords: クリティカルケア、comfort、PICS

【目的】集中治療後症候群(以下 PICS)と言われる合併症が問題となる中、クリティカル領域の患者がもつ多様な comfortニーズに対し、質の高い看護ケアを提供することは、PICS予防につながると考えた。そこで、医療者に対する患者の主観的・客観的評価から患者の comfort状態を把握し看護ケアの方向性を検討する。

【方法】対象はHCUに入床した意識レベルが JCS20以上、RASS-3以上の患者とし、個人属性（診療科等）、PICS発症の有無を入床時と退床後に調査した。PICS発症の有無は、運動機能障害を徒手筋力テストの合計（以下 MRC）、認知機能障害をミニメンタルステート検査（以下 MMSE）、メンタルヘルス機能障害を簡易抑うつ症状尺度（以下 QIDSJ）で評価した。医療者の介入についてインタビューガイドを基に半構成的面接法にてデータを収集した。分析方法は、MRC、MMSE、QIDSJの入床時、退床時の点数に対し、科別毎に対応のある t 検定を実施した。また、入床時の MMSE、QIDSJの点数をカットオフ値に従って分類、退床時との点数と比較し、その変化値を検定した。統計処理は SPSSver25.0を用いて分析した（有意水準を 5%）。院内看護研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】対象は41名、内訳は脳外科14名、内科6名、循環器内科8名、外科13名であった。集団における MRC、MMSE、QIDSJの悪化はなく、科別での有意差は認めなかった($p=0.698$ 、 $p=0.457$ 、 $p=0.541$)。入床時

MMSE21点以下の患者は6名で平均点数は10.5±6.1、退床時平均点数は18.8±9.5 (p=0.013)、入床時 QIDSJ11~15点の患者は9名で平均点数は12.22±1.39、退床時平均点数は6.25±4.80 (p=0.031)と改善を認めた。面接結果は、2個の『カテゴリ』、8個の「サブカテゴリ」、37個の「コード」に分けられた。『医療者の行動』は5つのサブカテゴリに分けられ、「患者への態度」で「親近感があった」、「患者への声かけ」で「そばにいるから大丈夫と言われて安心感があった」、「患者との関わり」で「手を握ってくれた」、「コミュニケーションの重要性」で「話しやすかった」「できたことを褒めてくれた」、「チームワークの確立」で「あうんの呼吸で動いていた」「多職種で情報共有していた」などのコードが抽出された。『医療者の資質』は3つのサブカテゴリに分けられ、「医療者の性格」で「みんな明るい」「気さく」、「医療者の表情」で「笑顔」、「医療者の人間性」で「自分のペースに合わせてくれた」などのコードが抽出された。

【考察】 A病院 HCU看護師と患者とのつながりは、本人の認識に深くかかわっていたことが明らかとなった。先行の研究結果から、患者は身体的、精神的、スピリチュアル的に discomfort状態にあったが、集団での MRC、MMSE、QIDSJの悪化は認めていない。A病院 HCU看護師はケア提供者としての能力を発揮し、そのつながりにより患者が comfortを得られ、合併症を予防することができたのではないかと考えられる。患者に寄り添い、患者の discomfort状態に対しケア提供者としてその能力を発揮した介入を続けることで PICSの予防にも繋がるのではないかと示唆された。

【結論】 医療者がケア提供者の能力を発揮し、discomfort状態に対し適切な介入を行うことで PICSの予防につながる可能性がある。

3:08 PM - 3:19 PM (Sun. Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:30 PM 第6会場)

[O14-05] 人工呼吸器装着中の急性・重症患者の Comfortニーズを捉えるためのアセスメント指標の作成

○山田 知世¹、中村 美鈴¹ (1. 東京慈恵会医科大学大学院博士前期課程 先進治療看護学分野 クリティカルケア看護学領域)

Keywords: 人工呼吸器装着患者、Comfortニーズ、アセスメント指標

【目的】 人工呼吸器装着中の患者は Comfortニーズの元となる様々な苦痛を抱えている(Danielis et al., 2020)が、それを訴える事が困難であり(Patak et al., 2004)、看護師も訴えを読み取ることに困難を抱えている(小池, 高取, 2020)。以上より人工呼吸器装着中の急性・重症患者の Comfortニーズを捉えるためのアセスメント指標を作成し今後の実践の示唆を得ることを研究目的とした。

【方法】 研究対象者：関東圏・関西圏の病院に勤務する集中ケア・クリティカルケア認定看護師495名
データ収集方法:デルファイ法 (Sinead et al., 2011) による2回の郵送質問票調査と専門家会議でデータを収集した。2回目の調査は1回目の調査に協力した者へ依頼した。

データ収集項目:年齢,看護師・認定看護師経験年数,所属部署,Comfortについての学習経験。

アセスメント指標は国内外の人工呼吸器装着患者の体験についての先行研究を元に作成した。先行研究から患者の Comfortニーズを抽出し、それをアセスメントするための指標42項目を作成した。1回目の質問票調査では42項目のアセスメント指標の適切性について9段階のリッカートスケールで調査を行った。また調査項目以外で必要と考えるアセスメント指標を自由記載で回答を求めた。2回目の質問票調査は1回目の質問項目に加えて、自由記載欄より得られたアセスメント指標を追加し全43項目のアセスメント指標の適切性について調査を行った。1回目の調査結果を開示した上で、再度アセスメント指標の適切性について回答を求めた。専門家会議は2回目の調査結果を基に開催し、デルファイ法でコンセンサスを得られなかった指標について分析結果のもと吟味を行い、重要であると判断された項目はアセスメント指標に加えた。文言の修正が必要な場合は修正を行い最終的なアセスメント指標を見出した。

分析方法：個人属性は記述統計にて集計を行った。アセスメント指標の適切性はコンセンサス率を80% (Keeney et al., 2006) とし「9. 極めて重要である」～「7. かなり重要である」と回答した人数が80%を越えたものを認定看護師によりコンセンサスを得たアセスメント指標とした。

【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。研究参加への自由意思、個人情報保護の対象者に文書で説明し同意を得た。

【結果】1回目の質問票調査では136名（回収率:27.5%）より回答を得た。1回目の調査でコンセンサスを得たアセスメント指標は27項目であった。自由記載欄より【体動制限による苦痛を感じていないか確認する】というアセスメント指標が見出された。2回目の質問票調査では88名（回収率:64.7%）より回答を得た。2回目の調査でコンセンサスを得たアセスメント指標は28項目であった。専門家会議の結果8項目を追加し16項目の文言の修正を行い、最終的にアセスメント指標36項目を見出した。

【考察】作成された36項目のアセスメント指標は認定看護師・専門看護師により妥当性を確認した。患者が今後意識のある中で療養する中で、身体面のみならず環境・社会文化的側面を含めた視点から情報収集し Comfortニーズを捉えることが患者の Comfortを高めるために重要であると考えられた。

【結論】人工呼吸器装着中の急性・重症患者の Comfortニーズを捉えるためのアセスメント指標36項目を作成し妥当性を確認した。本アセスメント指標を活用し、患者の Comfortニーズを査定しそれに対応するような看護実践が求められていることが示唆された。

3:19 PM - 3:30 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:20 PM - 3:30 PM 第6会場)

[O14-06] 人工心肺術後患者の人工呼吸器離脱後から利尿期に至るまでの体験と看護

○河野 志穂¹、清村 紀子²（1. 大分大学医学部附属病院 看護部、2. 大分大学医学部看護学科 基盤看護学講座）

Keywords: 体験、人工心肺、重症患者

【目的】人工心肺術後24時間以内に人工呼吸器を離脱し、利尿期に至るまでの期間に患者が感じる体験を明らかにする。

【方法】人工心肺術後24時間以内に人工呼吸器を離脱し、本研究の趣旨に賛同し同意の得られた患者4名を対象に、心身の状態に関連した様々な症状・苦痛といった体験に関する半構造化面接を実施した。得られたデータは質的記述的に分析した。本研究は所属大学の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】人工呼吸器離脱後から利尿期に至るまでの期間は、語りの内容から、傷害期・傷害期～利尿期の2つの時期に分けられた。

1. 傷害期

この時期の体験として、212のコード、64のサブカテゴリから、＜生還できたことへの安堵と生への喜びを感じる＞、＜甦っていない自分の状況を理解する能力と感覚＞、＜区別のつかない現実と非現実＞、＜何をすることも感じる経験したことの無い痛み・疲れ・脱力感＞、＜自分でコントロールできない身体とからだの感覚＞、＜ただただ喉が渇き唾液を飲んで口渇をしのぐ＞、＜同一体位により感じる苦痛＞、＜ただ生かしているだけで死なせもしない＞、＜人の情が感じられない治療や看護＞、＜自分の姿に哀れさを感じる＞、＜ただただ苦痛に耐えるしかなく生きていなくてもいいと思う＞、＜このまま死ぬのかなという思いと死ぬわけにはいかないという思い＞、＜混濁していた意識が戻りはじめ自分の身体に起きていることの原因と生きる意味を考える＞、＜命のために動きを制限して身体に入る管を守る＞の14のカテゴリが抽出された。

2. 傷害期～利尿期

この時期の体験として、147のコード、41のサブカテゴリから、＜動こうと思えば動けるが手術を台無しにしたくないので動きを我慢する＞、＜時間と共に体の感覚と動きを取り戻す＞、＜記憶の欠落に気付くが見当識は取り戻しにくい＞、＜幻覚が続くがどうしようもない＞、＜タイミングを合わせて呼吸するのに力を使う＞、＜痰を出して呼吸の苦しさから逃れる＞、＜鼻汁が喉に垂れてきて呼吸ができない＞、＜基本的ニーズが充足されず苦しさで精神的に追いやられる＞、＜現状を認識しはじめ説明と照らし合わせる＞、＜管による束縛からの解放に歓喜し快復の兆しを自覚する＞の10のカテゴリが抽出された。

【考察】術後早期に人工呼吸器離脱に至った患者は、体液が血管内へ戻るまでの傷害期を、意識が混濁し自らが置かれた状況を把握することもできず、声すら出せない状態の中で、創部とは異なる経験したことの無い耐え難

い身体的苦痛を医師や看護師に伝えるすべもないまま、ただただ耐えるしかないといった体験をしていた。利尿期を迎えると、ニードが少しずつ充足され、自分で動けるといった身体的な回復を契機に、術前の説明で得た情報や不完全な中で感じ取った情報から、自分の現状について、命懸けの手術から生還したことの意味を見出し、過酷な状況の中で生への意欲を再び甦らそうとしていた。合併症予防の観点から人工呼吸器早期離脱が推奨される。その一方で、本研究結果から、傷害期を脱する前の人工呼吸器離脱が、患者に様々な心身に関連した苦痛と言える体験をもたらすことが明らかとなった。本研究結果は、人工呼吸器早期離脱がもたらす影響について、医学的指標のみならず、患者の体験という側面についても思いをはせる必要があると考える。

【結論】人工心肺術後24時間以内に人工呼吸器を離脱した患者は、耐え難い苦痛の中で、自身の生死について考え、自らができる命を守る行動をとる、といった体験をしていた。患者の言葉にできないメッセージをいかに理解し対応できるかが、クリティカルケア看護に課せられた課題である。

看護ラリー回答編

[IL] 看護ラリー回答編

Sun. Jun 12, 2022 11:20 AM - 12:10 PM 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[27000-1120-1add] 討議

11:20 AM - 12:10 PM

11:20 AM - 12:10 PM (Sun. Jun 12, 2022 11:20 AM - 12:10 PM 第7会場)

[27000-1120-1add] 討議

一般演題（オンデマンド）

[W2] 一般演題 WEB（オンデマンド配信）

Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題（オンデマンド配信）

[W2-01] A病院 ICUにおける PICSの精神機能障害リスク因子と HADSスコアの関連性についての検討

小野 香苗¹、尻屋 直子¹、○松本 鈴子¹、粉井 しおり¹、安部 直子¹（1. 大分大学医学部附属病院 看護部）

9:00 AM - 9:20 AM

[W2-02] 集中治療室での術後せん妄予防ケアの取り組みの効果

○崎谷 千絵¹、堀田 彩¹、塩川 友菜¹、倉増 栄子¹、後藤 直美¹（1. 山口大学医学部附属病院）

9:20 AM - 9:40 AM

[W2-03] QOL維持に繋がった当院 ICUの看護実践

– PICS予防策 ABCDEFGHバンドルに沿って可視化して–

○片田 美子¹、岩瀬 弥生¹、京本 真樹¹、藤木 智世¹（1. 広島赤十字・原爆病院）

9:40 AM - 10:00 AM

[W2-04] 集中治療室入室患者の退院後の体験と対処行動

○藤谷 公司¹、佐藤 まゆみ¹（1. 順天堂大学大学院医療看護学研究科 がん・クリティカルケア看護学）

10:00 AM - 10:20 AM

[W2-05] COVID-19重症感染症患者の家族ケアを担った緩和ケアチーム看護師の思い—GRACEプログラムを用いたインタビューより

○北田 なみ紀^{1,2}（1. 地方独立行政法人大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター、2. 緩和ケアセンター）

10:20 AM - 10:40 AM

[W2-06] 面会制限中の ICUにおける終末期 COVID-19患者の家族ケアについて

○田村 優花¹、福井 美和子¹、東 真子¹（1. 淀川キリスト教病院 看護部 ICU看護課）

10:40 AM - 11:00 AM

[W2-07] 救命救急領域において代理意思決定を行う家族への支援時に看護師が重要視している事柄

○浦田 あかり¹、森 恵子²（1. 岡山大学医学部保健学科、2. 岡山大学学術研究院保健学領域）

11:00 AM - 11:20 AM

[W2-08] 緊急手術後に終末期となった心臓外科患者と家族に対する看護

田中 愛子¹、○国本 有希¹、武田 一美¹、深水 愛子¹（1. 大阪警察病院 看護部）

11:20 AM - 11:40 AM

[W2-09] 救命病棟におけるデスカンファレンスの内容分析

○川口 祥子¹、平尾 由美子¹（1. 済生会横浜市東部病院）

11:40 AM - 12:00 PM

[W2-10] 重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念分析

○岡本 武士¹、北村 愛子²（1. 神戸市立医療センター中央市民病院、2. 大阪府立大学大学院看護学研究科）

12:00 PM - 12:20 PM

[W2-11] ICU看護師のエンドオブライフケア評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検証

○新井 祐恵¹、對中 百合²（1. 甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科、2. 畿央大学健康科学部看護医療学科）

12:20 PM - 12:40 PM

[W2-12] 集中治療室に緊急入室し人工呼吸器を装着した患者の回復意欲を高める看護実践の検討

○福島 可奈子¹ (1. 自治医科大学附属病院)

12:40 PM - 1:00 PM

[W2-13] 胃がん術後患者の身体症状とセルフケア能力の関連

○野口 明日香¹、佐藤 富美子²、佐々木 康之輔²、吉田 詩織² (1. 東北大学医学部保健学科看護学専攻、2. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻)

1:00 PM - 1:20 PM

[W2-14] 活動拡大に向かう急性心不全患者へのICU/CCUにおけるセルフモニタリング支援

○竹本 智子¹、大川 宣容² (1. 徳島厚生連 吉野川医療センター、2. 高知県立大学大学院看護学研究科)

1:20 PM - 1:40 PM

[W2-15] A高度救命救急センターにおける集中治療下での腹臥位療法実施時の看護師の困難

○中川 雄樹¹、村中 沙織¹、石井 祥子¹ (1. 札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター看護室)

1:40 PM - 2:00 PM

[W2-16] クリティカルケア領域における患者の安全と療養を継続する熟練看護師の思考と実践

○川端 龍人¹ (1. 日本赤十字看護大学さいたま看護学部)

2:00 PM - 2:20 PM

[W2-17] 手術室看護師が実践している創傷予防ケア

○古川 智恵¹ (1. 姫路大学 看護学部)

2:20 PM - 2:40 PM

[W2-18] A病院の早期リハビリテーションに対するICU看護師の認識

○山口 渚¹、小関 英里¹ (1. 自衛隊中央病院 看護部)

2:40 PM - 2:50 PM

[W2-19] 急性期病院における早期警告スコアを用いた重症者基準見直し

○三木 寛之¹、時田 良子¹ (1. 関西電力病院)

2:50 PM - 3:00 PM

9:00 AM - 9:20 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-01] A病院 ICUにおける PICSの精神機能障害リスク因子と HADSスコアの関連性についての検討

小野 香苗¹、尻屋 直子¹、○松本 鈴子¹、柁井 しおり¹、安部 直子¹ (1. 大分大学医学部附属病院 看護部)

Keywords: PICS、精神機能障害、HADS

【目的】 集中治療領域では、患者の救命だけではなく、長期的な予後を見据えた PICSの予防と対策の充実が、QOLの維持・向上や健康寿命延伸のための大きな課題とされている。A病院 ICUでは、ICU退室後の患者の回復過程を知ること、患者の声（体験）を聞くことで ICUでの看護を評価することを目的に退室後訪問を実施し、Hospital anxiety and depression scale日本語版（以下 HADS）を使用し精神機能障害のスクリーニングも実施している。本研究は、退室後訪問の結果や HADSスコアから、A病院 ICU退室後患者の精神機能障害に関連性の高いリスク因子を明らかにすることを目的とする。【方法】 1) ICU滞在期間が心臓血管外科術後は3日（2泊3日）以上、その他は4日（3泊4日）以上で、2020年7月1日～2021年6月30日に退室後訪問を実施し、退室後訪問用紙のすべての質問事項への回答と HADSの評価ができた患者を、HADS8点以上をうつ・不安あり群（以下あり群）、7点以下を疑診を含むうつ・不安なし群（以下なし群）とした。後方視的に電子カルテより、基本属性として年齢、性別、診療科、治療介入因子として ICU入室時の APACHEII、ICU在室日数、人工呼吸時間、ベンゾジアゼピン系薬剤投与の有無、ICU退室時の CAM-ICUを抽出した。また、退室後訪問用紙より、環境因子として環境と看護師の接し方への満足度、精神因子として痛みのコントロールと睡眠への満足度、記憶の欠落・ゆがみの有無を抽出した。2) データは記述統計で整理し、名義尺度は χ^2 検定、比率尺度・間隔尺度は正規性の検定後t検定もしくは Mann-Whitney U検定を行った。全ての統計処理は IBM SPSS Statistics version 22[®]を用い、有意水準0.05で $P < 0.05$ を有意差ありと判定した。順序尺度は単純集計を行い、2群を比較した。3) 倫理的配慮：所属施設の倫理審査委員会の承認を得た（承認番号2217）。対象者にはオプトアウトの機会を保障し、対象施設看護部ホームページに公開した。【結果】 期間内に退室後訪問を実施したのは109例であった。うち87例が基準を満たし、あり群30例、なし群57例を分析対象とした。基本属性は、2群に差はなかった。治療介入因子は、すべて統計学的な有意差はなかった。環境因子、精神因子で満足・まあまあ満足と答えたのは、環境はあり群64%、なし群41%、看護師の接し方はあり群73%、なし群86%、痛みのコントロールはあり群57%、なし群74%、睡眠はあり群37%、なし群47%であり、環境以外であり群での満足度が低かった。記憶の欠落・ゆがみがあったのは、あり群83.3%、なし群68.4%であった。【考察】 治療介入因子は、ICU退室後患者の精神機能障害への関連性は認めなかった。A病院 ICUでは、ABCDEバンドルの活用が継続されていることから、治療介入因子に統計学的な有意差が出なかった可能性が考えられた。一方で、環境因子、精神因子は、環境以外であり群の満足度が低く、治療介入因子よりも ICU退室後患者の精神機能障害への関連性が高いことが示唆された。既存研究結果同様、記憶の欠落・ゆがみはあり群に多く、記憶が正確でないことが満足度に影響した可能性は否定できないが、環境因子、精神因子においては看護の視点で介入できる点も多く、ICU退室後患者の精神機能障害予防につながることを示唆された。【結論】 ICU退室後患者の精神機能障害により関連性が高いと考えられたリスク因子は、環境因子と精神因子であった。

9:20 AM - 9:40 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-02] 集中治療室での術後せん妄予防ケアの取り組みの効果

○崎谷 千絵¹、堀田 彩¹、塩川 友菜¹、倉増 栄子¹、後藤 直美¹ (1. 山口大学医学部附属病院)

Keywords: せん妄予防ケア、集中治療室、術後せん妄

【目的】 せん妄は入院期間の長期化、死亡率の上昇などを招くことが多くの研究にて明らかにされている。A病院集中治療室（以下 ICU）でもせん妄がたびたび発症しており、せん妄予防ケアの必要性を感じているものの、対応する看護師の知識やケア内容にばらつきがあり、看護師個人に委ねられている状況であった。そこで、日本クリ

ティカルケア看護学会より発表されたせん妄ケアリストのせん妄予防ケアに着目し、2019年7月より以下のせん妄予防ケアを開始した。①現状認知の促進：挿入されているデバイスを説明する、TV視聴を促す、②不安・苦痛の緩和と安心・安楽の促進：疼痛コントロールを行う、③生活リズム・サーカディアンリズムの調整：日付・時間が分かるように時計やカレンダーを見える所に設置する、④不動化の解除と早期離床の促進：不要なルート類の抜去を行う、早期離床を行う。上記の4カテゴリーに加え、⑤定期的にCAM-ICUでせん妄評価を行う、の5項目を看護師間で統一して実施した。

本研究では、A病院ICUに入室した術後患者に対して実践したせん妄予防ケアの効果を明らかにすることを目的とした。また、それにより今後のせん妄予防ケアの示唆を得ることが出来ると考える。

【方法】せん妄予防ケアの方法が看護師個人に委ねられていた期間（2018年4月1日～2019年3月31日）をせん妄予防ケア導入前群、せん妄ケアリストを元に統一したせん妄予防ケアを行った期間（2020年7月1日～2021年6月30日）をせん妄予防ケア導入後群とした。対象は20歳以上、全身麻酔の予定手術を受けICUに入室（24時間以上120時間未満）、全身麻酔中止後6時間経過した時点でJCS0～2の患者とし、年齢、性別、疾患、手術時間、APACHEIIスコア、認知症の既往、せん妄発症歴、ICU入室後のせん妄発症の有無（CAM-ICU）を電子カルテより収集した。収集した項目を記述統計した後、せん妄発症の有無を χ^2 検定で比較した。有意水準は $P<0.05$ とし、解析にはEZR（ver1.55）を使用した。

本研究は所属大学倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】導入前群108件、導入後群127件で、収集した項目のうちAPACHEIIスコア（前群 16.1 ± 4.1 、後群 12.6 ± 5.9 ）に有意差を認めた。CAM-ICUの陽性率は導入前群14.8%、導入後群5.5%であり有意に低下していた。せん妄予防ケアの実施率は①現状認知の促進（デバイスを説明する：8.3%→56.6%、TV視聴を促す：7.4%→96%）、②不安・苦痛の緩和と安心・安楽の促進：100%→100%、生活リズム・サーカディアンリズムの調整：11.1%→100%、④不動化の解除と早期離床の促進（計画抜去：2.7%→44%、早期離床：100%→100%）であり、どのケアの実施率も大きく上昇していた。

【考察】導入後群のAPACHEIIスコアが有意に低かったため、せん妄発症リスクも低くなった可能性が考えられる。しかし、せん妄は準備因子、直接因子、促進因子の3要素が絡み合って発症する病態であり、せん妄発症リスクの高さに関わらず、せん妄予防ケア（促進因子の軽減）を実施したことが、せん妄発症率を低下させた要因の1つであると考えられる。ケアリスト自体の臨床適応効果については検証を行う必要があるとクリティカルケア看護学会でも提言されており、本研究でも4つのうち2つのカテゴリーは導入前群の期間にも行われており、せん妄予防への程度効果があるかは明らかに出来なかった。

【結論】せん妄予防ケア導入によりA病院ICUに入室した術後患者のせん妄発症率は低下したことが分かった。しかし、対象群に有意差があったことから、せん妄予防ケアのみの効果を検証することは本研究では出来なかった。

9:40 AM - 10:00 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-03] QOL維持に繋がった当院ICUの看護実践

－ PICS予防策 ABCDEFGHバンドルに沿って可視化して－

○片田 実子¹、岩瀬 弥生¹、京本 真樹¹、藤木 智世¹（1. 広島赤十字・原爆病院）

Keywords: PICS、ABCDEFGHバンドル、QOL、SF-8

【目的】 Intensive care unit（以下、ICU）入室により運動機能・認知機能・精神に障害が生じ、ICU退室後も長期間にわたり罹患前のQuality of Life（以下、QOL）に戻れない患者は多い。その要因として考えられるのが集中治療後症候群（以下、PICS）である。そこで、本研究は、QOL維持に繋がった当院の看護実践を報告する。

【方法】 事例研究。2021年5月～7月に当院ICUへ入室した人工呼吸器装着患者で、精神疾患、認知症、高次機能障害がなく、退院後健康関連QOL尺度（以下、SF-8）の評価でQOLを維持した患者1例。当院で作成した実施状況表を用いて、看護実践をABCDEFGHバンドル（以下、バンドル）に沿って1日毎に可視化し、QOL維持の結果に繋がった要因を分析・考察した。本研究は、当院倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】1) 患者の背景：60歳代男性。既往歴：高血圧症、高脂血症あり。日常生活は自立していた。COVID-19に罹患し人工呼吸器管理目的で入院し、面会は制限していた。2) SF-8の結果：入院前・退院後1ヶ月のSF-8の結果を比較すると、維持した項目はPF・RP、上昇した項目はBP・GH・VT・SF・RE・MHであった。また、PCS・MCSも上昇していた。3) ケアの実施状況では、A+B・Cは抜管前から計画的に鎮痛、鎮静、せん妄予防薬を使用していた。COVID-19に伴う感染予防の観点から、SATは入室14日目（抜管当日）に実施し、SBTは入室7日目と入室13日目（抜管前日）、入室14日目に実施した。Dは、入室2日目から退室まで、非薬理的せん妄予防として、せん妄ケアリストを参考にモニター調光や日付・時間を伝える等を行なった。Eは、入室24時間以内に他動運動の介入、入院日より経腸栄養を開始し退室まで継続した。Fは、ICUダイアリー（以下、ダイアリー）を入室当日から導入し毎日実施した。Gは、看護計画評価、看護添書作成、看護師間での申し送りを実施した。Hは、家族へのPICS・PICS-Fの情報提供、ダイアリーの実施、看護師にはPICSについての勉強会やポスターでPICSの周知、非薬理的せん妄予防、早期離床、家族看護について勉強会を行った。PICS予防に必要なケア項目の一覧を電子カルテ内に作成し、記録に残せるようにした。

【考察】1. 可視化したケアの実施状況を文献と比較した結果、PICS予防策として推奨されているバンドルに沿った看護実践ができていたことが分かった。① SAT・SBTは毎日実施できなかったが、不穏なく安定した状態で人工呼吸器離脱ができた要因

COVID-19に伴う感染予防の観点から毎日実施できなかったが、抜管前から計画的に鎮痛、鎮静、せん妄予防薬を使用したことでSAT・SBT実施時に不穏を起さず、呼吸・循環が安定した状態で人工呼吸器離脱ができたと考えた。②非薬理的せん妄予防、リハビリ（ROM等）、家族看護が実施できた要因それぞれの看護師がせん妄予防、リハビリ、家族看護の必要性を感じられるように、PICS予防の勉強会を定期的開催していたことが実施状況に影響を与えた要因と考えた。また、記録に残っていないことが課題であったため、記録が漏れなく簡単に残せるように、ケア項目の一覧を作成したことで、やるべきケアが意識でき、実践・継続に繋がったのではないかと考えた。2.QOLが維持できた要因：日々の看護実践をバンドルに沿って行っていたことで、PICS予防に繋がり患者のQOLの維持ができたと考えた。

【結論】QOLが維持できた患者の看護実践を分析すると、当院ICUスタッフによりPICS予防策として推奨されているバンドルに沿った看護が継続的に実践されていた。

10:00 AM - 10:20 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-04] 集中治療室入室患者の退院後の体験と対処行動

○藤谷 公司¹、佐藤 まゆみ¹ (1. 順天堂大学大学院医療看護学研究科 がん・クリティカルケア看護学)

Keywords: 集中治療後症候群

【目的】

集中治療室入室患者の退院後の体験と対処行動を明らかにし、社会復帰に向けた看護援助の示唆を得ることである。

【方法】

以下の条件を満たす者を対象に半構造化面接を行い、データを質的記述的に分析した。1) 20歳以上、2) 集中治療部門に4日以上滞在、3) 退院後半年以上2年以内、4) 退院後に身体的、精神的、認知的変化のいずれかを自覚、等。本研究は所属大学等の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

対象者は6名。平均年齢63歳、ICU入室時平均SOFA得点7.6点。分析の結果、「動き出せず、また途中で休まないと動けない」等17の退院後の体験、「時間が解決してくれるのを待つ」等10の対処行動、退院後に求める医療者からのサポートとして「退院後の状況や回復するための方法を気軽に相談する場がほしい」が明らかになった（表1）。

【考察・結論】

対象者は退院後に、動き出せず、また途中で休まないと動けないという体験をしていた。対象者のICU入室時

SOFAスコアが高いこと等を考えると、ICU入室中にICU-AWを発症し、それが退院後にまで継続していた可能性がある。また、対象者は、ICUで体験した幻覚が抜けないまま生活を送っており、さらに、声が出ない、巧緻作業が困難、眩暈がする、といった体験もし、その結果、支援を求めている。また、対象者は、以前の状態まで回復できるかという不安やICUでの恐怖体験が蘇る不安などを体験し、気力、記憶力、集中力の低下といった体験をしていたが、一方で、生きて生活を営めることに幸せを感じるという体験もしていた。さらに対象者はこれらの変化に対して、回復方法を探索し実行する、時間が経過するのを待つ、サポートを得る、社会資源を導入する、といった対処行動をとっていた。そして、回復のための方法を相談したり、自分の思いを発散したりできる場の設置を医療者に求めていることが明らかになった。以上から、患者の社会復帰を促す看護援助として、①ICU-AWの重症化を予防する②ICU入室中の記憶を整理・再構築できるように心理的に支援する③回復のための行動を獲得し実行できるように支援する④必要な社会資源の導入を促す⑤回復の過程を理解し焦らずに時間の経過を待つことができるようにする⑥生きていることの喜びを実感し、回復の原動力になるように支援する⑦家族からのサポートを得ることができるようになる⑧退院後の状況や思いを相談し、継続して支援できる場を設ける、が示唆された。

10:20 AM - 10:40 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-05] COVID-19重症感染症患者の家族ケアを担った緩和ケアチーム看護師の思いー GRACEプログラムを用いたインタビューより

○北田 なみ紀^{1,2} (1. 地方独立行政法人大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター、2. 緩和ケアセンター)

Keywords: COVID-19重症感染症、家族、緩和ケア

【目的】ICUから緩和ケアチーム（以下PCT）看護師に家族ケアが要請され、PCT看護師は、COVID-19重症感染症患者の看護経験がない中、電話越しのカウンセリングやリモート面会の調整を行った。どのような思いで家族ケアを行っていたのかを明らかにする。

【方法】対象は、2020年5月～2021年7月に上記ケアを行ったPCT看護師。所属施設の臨床研究倫理委員会で承認を得て実施した。GRACEプログラムは、ケアする人自身をケアしコンパッションを育むトレーニングプログラムであり自己への気づきや落ち着きを取り戻せるとされる。GRACEプログラムに沿ったフォーカスグループインタビューを実施し、問いごとにグラウンディング・深呼吸・自身の感覚に集中して答え、あるいは答えないプロセスを経た。問いは家族ケアに参加した動機・家族ケアで感じたしっくりいかなさ・家族ケアで大切だと感じたこと・家族が看護師に望んでいたこと・あなたが恐れていたこと・家族ケアの効果・家族ケアとは何だったのか・家族ケアは志に沿っていたかの8項目である。対象者の許可を得て録音、内容を逐語録にし、質的記述的に分析した。

【結果】対象者は女性3名で平均年齢40.3歳、1人が平均30例の家族を担当していた。思いとして23の<カテゴリー>と55の〔サブカテゴリー〕を得た。ケアに参加した動機は<患者家族の分断と医療者の危機><看護師としての倫理観>であった。期間中<問いに答えられないこと>などに恐れを抱き、<医師と家族の認識のずれ><面会制限に対するジレンマ>にしっくりいかなさを感じながらも、家族ケアで大切なことは<気遣いと傾聴><家族の尊厳を守ること><患者と家族が会うこと～患者家族の絆の結び直し～><家族の理解を促進し、患者の最善をともに目指す支援>だと気づいた。さらに家族は<気持ちや状況の傾聴><患者の過ごし方・状態を理解するための説明>を望んでいたと感じている。そして全員が<私たちの家族ケアは緩和ケアであった>と感じていた。

【考察】パンデミック下、PCT看護師は、倫理観に突き動かされて家族ケアに参加していた。家族には〔医師は理解していると思っているが実際は違う〕認識のずれがあり、PCT看護師には経験がないゆえに<問いに答えられない>恐れがあった。一方で〔患者と家族が会うこと〕で、家族間に絆の結び直しが起こり、PCT看護師による<気遣いと傾聴>が家族の理解を促進させると体験している。そして、家族ケアで大切な役割は〔医療者に自分のつらさを言えない家族がいることに気づく〕という、<家族の尊厳を守る>ことだと感じている。これらケ

アの折り重なりがあって家族は<医療者とともに患者の最善を目指す>ことができるというケアの意義を感じている。

【結論】PCT看護師の思いは、看護師としての倫理観であった。家族の問いに答えられない恐れをいだきながらも、ケアには家族の尊厳を守る役割があると感じていた。さらに家族ケアは患者との絆を結び直すことと傾聴によって病状理解を促進できると体験し、それにより家族が医療者とともに患者の最善を目指せるという思いがあった。

10:40 AM - 11:00 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-06] 面会制限中のICUにおける終末期COVID-19患者の家族ケアについて

○田村 優花¹、福井 美和子¹、東 真子¹ (1. 淀川キリスト教病院 看護部 ICU看護課)

Keywords: 家族看護、エンドオブライフケア、COVID-19

【はじめに】新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）による終末期の特徴として、感染予防のため面会や看取りが困難な状況があり、それにより、遺族の死の受容の困難、罪責感や後悔が強くなることがあげられる。今回、COVID-19患者の終末期において、家族の「患者に触れたい、お葬式をあげたい。」という希望がありチーム内で検討を重ね希望を叶える事ができ、患者・家族にとってよりよい最後を迎えることができたため報告する。

【目的】終末期 COVID-19患者の家族の希望を叶えるために実施した看護について振り返り考察する。

【方法】事例検討

患者紹介：A氏60代男性、COVID-19肺炎で入院。2日目 呼吸状態悪化し、ICUへ転棟後、体外式膜型人工肺（以下、ECMO）装着となる。家族情報：キーパーソン妻、長女。倫理的配慮：本研究にあたって当院の倫理委員会に承諾を得た。

【結果】ECMO導入後も治療は継続されたが、医学的に回復の見込みが難しく終末期医療へのシフトが望ましいと判断され、入院33日目、今後の方針について面談が行われた。A氏の「延命治療はしたくない。」という意思を尊重しDNARの方針となったが、家族は「本当に回復の見込みはないのか。」と現実を受け入れられない様子であった。面会制限中であったが、チームで検討し、リモート面会と窓越し面会の回数を増やし、家族が患者と過ごす時間を設けた。また、「母だけでも直接会わせてあげたい」という長女の希望から、妻のみPPE装着下でベッドサイドでの面会を一度だけ実施し、顔の清拭などケア参加することができた。一方、リモート面会ではA氏の容貌の変化や苦悶表情が近くで見えるため、面会後に家族が落ち込む様子もあった。このことから、面会前にA氏の負担となるケアは控えるなど症状緩和について医師と検討した。A氏の状態が徐々に不安定となり、家族は「お葬式をあげてあげたい。」「お葬式ができるかできないかは大きいと思っています。お骨だけで帰ってくることは避けたい。」と話された。ICTと検討し、PCR検査で陰性を確認後、隔離解除となった。家族は死別前にA氏と直接会い身体に触れることができ、葬儀を行う事ができた。

【考察】集中治療を受ける患者の家族への精神面への影響は、救命の有無に関わらず生じるとされており、これらの予防のために患者と家族が共有できる時間を確保することが重要とされている。本事例では、面会制限下においても家族を孤独にさせないこと、できるだけニーズを満たすことで家族が正常な悲嘆過程を迎えるよう支援を行った。家族の「患者に会いたい、触れたい」というニーズに対し、面会緩和が許可され、家族が患者の様子を見ながら思いを表出する場面もあり、終末期への移行であることを認識し予期悲嘆を促進できたのではないかと考える。一方、本事例でのリモート面会では、窓越し面会では分からなかった苦悶表情が画面上で映し出され、家族の負担になっていたことが明らかとなった。今後導入時は、慎重に検討することが必要である。看取りができないことやその後の葬儀において故人との接触が制限されたり、葬儀自体が通常の形で行われない場合では、死の受容が困難になることが考える。死別前に家族が患者に直接触れ、葬儀を実施できたこと、これまでの家族の希望に寄り添ったチームでの関わりは、家族のニーズを充足させただけでなく、家族・医療者間の信頼関係の構築にも繋がり、家族の悲嘆作業を促進したと考える。

【結論】 COVID-19による面会制限は家族の悲嘆作業の妨げとなる。課題は多いが、面会制限の緩和や終末期の家族ケアは今後も検討していく必要がある。

11:00 AM - 11:20 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-07] 救命救急領域において代理意思決定を行う家族への支援時に看護師が重要視している事柄

○浦田 あかり¹、森 恵子² (1. 岡山大学医学部保健学科、2. 岡山大学学術研究院保健学領域)

Keywords: 代理意思決定支援、半構造化面接、内容分析

【目的】 救命救急領域において代理意思決定を行う家族への支援時に看護師が重要視していることについて明らかにすることである。

【方法】 A大学病院の高度救命救急センターに勤務している看護師に、インタビューガイドを用いて、半構造化面接を実施した。面接内容の逐語録を質的データとし、Krippendorffの内容分析の手法を用いて分析を行った。分析に際しては、研究者間でディスカッションを行うとともに、救命救急領域での看護実践経験のある専門家よりスーパーバイズを受けることで、分析内容の真実性の確保に努めた。また、対象候補者に、研究参加の任意性と中断の自由、不利益の回避、個人情報守秘、データの保管と管理、結果の公表、研究終了後のデータの破棄について説明し、文書で承諾を得て対象者とした。本研究実施に際しては、所属大学倫理委員会の承認を得た。

【結果】 対象は、高度救命救急センターに勤務している看護師5名(男性2名、女性3名、平均年齢は38.6歳)であった。平均看護師経験年数は16年、平均高度救命救急センター勤務年数は10.8年であった。対面での面接を行った者が3名、オンラインでの面接を行った者が2名であった。すべての対象者から録音の許可が得られた。分析の結果、救命救急領域において代理意思決定を行う家族への支援時に看護師が重要視していることとして、“家族と信頼関係を構築するために何が必要か考える”“家族が後悔しない意思決定が行えるよう支援を行う”“多職種チームの中で調整役を担いながら、チームとして家族支援を行う”“代理意思決定支援に関わる上で必要なスキルの取得や疑問解決に向けた努力を行う”の4のカテゴリーと17のサブカテゴリーが抽出された。

【考察】 救命救急領域において代理意思決定を行う家族への支援時に4つの視点を重要視して関わって行くためには、①積極的に家族と向き合う力、②家族との関係構築を行うためにその家族に応じて関わり方を工夫する力、③家族の心情を推測する力、④チームメンバーそれぞれが力を発揮して代理意思決定支援が行えるように調整する力、⑤患者の些細な変化に気付く観察力など10の能力の獲得の必要性が示唆された。

【結論】 限られた時間の中でも積極的に家族と関わり、加えて、多職種と関わりの中で、自分に足りない能力の獲得に向けて、継続的に努力を積み重ねていくことが必要である。

11:20 AM - 11:40 AM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-08] 緊急手術後に終末期となった心臓外科患者と家族に対する看護

田中 愛子¹、○国本 有希¹、武田 一美¹、深水 愛子¹ (1. 大阪警察病院 看護部)

Keywords: 家族看護、終末期

【目的】

心臓手術後に永眠された患者と家族に実施した看護介入を報告する。

【方法】

患者1名と家族らに対し20XX年4月～8月に行った看護介入に対して事例検討を行った。

B病院の看護倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

A氏50歳代男性。妻、小学6年生長男、小学2年生長女と同居、両親は別居。10歳で頸部悪性リンパ腫に対し手術し5年間放射線療法と化学療法施行。大動脈弁閉鎖不全症と冠動脈疾患、心不全で入院し、緊急大動脈基部置換術と冠動脈バイパス術を施行。放射線の影響で心筋障害が強く、術後補助循環と人工呼吸器管理で離脱困難。意志疎通不可。病状説明の際、妻は流涙した。代理意思決定が委ねられたが、A氏の意味が確認できない不安があった。タッチングや思いの傾聴、看護師カンファレンスを実施し、面会時の様子を看護記録に記載し情報共有を行った。ハートチームカンファレンスで慢性心不全看護認定看護師に介入依頼し、多方面からサポートした。A氏は状態の増悪と寛解を繰り返していた。面会時、妻が流涙した時には傍に寄り添い傾聴し、寛解時期にはA氏とコミュニケーションを取れるよう環境調整した。妻は悩んでいる様子や発言はなく看護師に労いの声掛けをするなど穏やかに振る舞っていたが、徐々に妻から治療の選択やA氏周囲の面会制限などに悩んでいる発言が見られた。妻と、A氏が何を大事に生きてきたのか、A氏ならどのような選択をしたと思うか、A氏の尊厳を守ることができる選択は何か、残された時間の過ごし方などを共に考え、追加で左心バイパス術を施行したが状態は改善しなかった。共に考える中で、毎年家族旅行が楽しみで今年も行く予定であったと情報を得た。病室の装飾を提案し、長男、長女へも装飾の作成を依頼。妻と両親、長男、長女が来院され、病室を一緒に装飾し家族写真を撮影した。「旅行に来れたみたい。写真に残せてよかった。」と反応あり。その後死亡確認となった。

【考察】

集中治療領域において、今回のような術後回復を認めず、増悪と寛解を繰り返す患者、家族に対して、治療の選択や残された時間の過ごし方をどの段階で共に考えるかは難しい。最期を看取る患者とその家族が満足し、心残りを残さないようにするにはどのような看護を提供する必要があるのか、安藤悦子は「死別後の遺族を対象として終末期における GoodPracticeについて調査して文献レビューを通して終末期患者の家族が満足する GoodPracticeを明らかにしている。A氏らしい治療の選択を支援し、残された時間を有意義に過ごせるように家族と共に考え介入を行った。その看護実践には、患者の状態に関する情報提供、患者に役立つ援助方法の説明、患者と過ごす時間への配慮、家族が患者を看取るための精神的支援が含まれており、これらの看護実践の提供は家族をエンパワーメントし、その後続く悲嘆に肯定的な影響をもたらすケアになったと考える。そして、最期をA氏らしく迎えるまでの充実した時間や看取りの場づくりに繋がった。今後は、集中治療領域においても早期から治療の選択や残された時間の過ごし方を患者、家族と考え、より患者らしく最期を迎えられるように介入することを課題とする。

【結論】

このように、患者がその人らしく最期を迎えるために家族と話し患者を理解することが、患者と家族に残された時間の過ごし方や家族支援に繋がる。

11:40 AM - 12:00 PM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-09] 救命病棟におけるデスカンファレンスの内容分析

○川口 祥子¹、平尾 由美子¹ (1. 済生会横浜市東部病院)

Keywords: 終末期医療、デスカンファレンス、チーム医療

【目的】デスカンファレンス記録から救命病棟の終末期患者の特徴や看護の実際を明らかにすること、デスカンファレンスの効果や課題を検討することを目的とする。

【方法】2019年6月～2022年1月に済生会横浜市東部病院救命救急センターで行われたデスカンファレンス30例の記録を調査し内容分析を行った。患者背景を記述統計量で算出、カンファレンスでの医療者の言動をコードとして抽出し、サブカテゴリー、カテゴリーとした。分析は1名の研究者が独立して行い、集中ケア領域専門家のスーパービジョンを受けた。本研究は所属病院倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】デスカンファレンス30例の対象患者の疾患はCPA、COVID-19の順に多く、患者の多くは入院時より意識障害により意思表示困難であった。平均入院日数は32日で、終末期医療移行から死亡までの日数は3日以内が47%であった。記述326コードから25の〈サブカテゴリー〉、6の【カテゴリー】に分類された。以下、多くの

コード数を含んだ順にカテゴリーを示す。

1. 【家族の思いを支える（n=94, 28.8%）】 〈悲嘆過程の支援を考える〉〈代理意思決定支援について考える〉〈家族の希望を支える〉の順に多く、看護師が重視し実践していることがわかった。
2. 【患者の苦痛を緩和し思いを支える（n=53, 16.3%）】 多くは〈苦痛を緩和する難しさを感じる〉〈患者の意向が確認できず後悔する〉などの困難感であったが、〈患者の意思を尊重し希望を支える〉ことを重視し実践していた。
3. 【看護師が思いを語る（n=51, 15.6%）】 〈つらく悲しい気持ちを言葉にする〉は最も多いコード数を含み、悲観的な感情が多かった。しかし〈次へ活かしたいと思う気持ち〉〈後輩の頑張りを労う〉などケアを肯定化し労うことができていた。
4. 【最善の治療を考える（n=47, 14.4%）】 医師、看護師とも〈終末期医療移行の時期の難しさ〉を語っていた。さらに看護師は患者の苦痛や尊厳を第一に考え〈治療方針への葛藤を感じる〉現状があった。
5. 【多職種が関わりを語る（n=43, 13.2%）】 専門的な立場から振り返る一方で、後悔や悲観的な感情も語られていた。
6. 【今後の課題を共有する（n=38, 11.7%）】 〈多職種協働の推進を話し合う〉など課題を共有していた。

【考察・結論】対象患者は急激な発症で、意思表示困難なまま1ヶ月の間に終末期医療へ移行し、多くは3日以内に死を迎えていた。これより救命病棟での終末期患者は、予期せぬ疾病の発症から時間的猶予なく終末期へ至り、患者本人の意思決定が困難であることが特徴であると言える。看護師は限られた時間で患者の苦痛を緩和し家族の思いを支えるケアの実践と、患者が意思表示できる機を逃さず代弁者となる重要性を再認識していた。また医師、看護師は終末期医療移行の時期について困難感があり、思いのずれが生じていた。デスカンファレンスでは多職種が参加し、話し合える環境はあると言える。今後はタイムリーにカンファレンスを行い治療やケアのずれを調整していくことが課題であるとする。さらに全職種において後悔や悲観的な感情も多く語られた。時間的制約の中、患者家族との関係性構築や救命困難な状況に不全感は大きいと推察される。デスカンファレンスは多職種が患者の死と向き合い感情表出する場として有効であると同時に、行った支援を認証し医療者間で肯定的な評価を行う機会となるとと言える。最終的に今後の課題を共通認識することは質の高い医療提供につながると考える。

12:00 PM - 12:20 PM (Sun, Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-10] 重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念分析

○岡本 武士¹、北村 愛子² (1. 神戸市立医療センター中央市民病院、2. 大阪府立大学大学院看護学研究科)

Keywords: 重症心不全患者、スピリチュアルケア、概念分析

【目的】重症心不全患者は終末期への移行に困難を伴い、緩和ケアがなければ安らぎや希望を持って最期まで生きることが困難となる（高田，2018）ため、スピリチュアルケアが重要となる。スピリチュアルケアは、全人的ケアの基盤を成す概念で、ケアの全ての局面を統合する様式とされている（Mayer, 1992）。よって、重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念を看護実践の中で理論化することが必要である。本研究の目的は、重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念を明確にして看護実践への示唆を得ることである。

【方法】実践での概念の扱われ方を示す特徴を持つ Hybrid Model（Schwartz-Barcott and Kim, 2000）を用い概念分析した。理論の段階では、重症心不全患者のスピリチュアルケアに関する文献から概念の本質的要素を抽出し作業定義を作成した。フィールドワークの段階では、重症心不全患者のスピリチュアルケアの経験がある急性・重症患者看護専門看護師を対象に半構造化面接を行った。最終分析段階では、理論とフィールドワークの段階で抽出した本質的要素を比較し、看護実践への適応を目指し概念を洗練化した。本研究は大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】理論の段階では、重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念の本質的要素は、<<自己存在や人生の意味を見出すことを助ける>><<身体的・心理的・社会的ケアを統合する>><<自律性を高める>><<対話する>><<思いやりのある人間関係を築く>><<希望を支える>><<超越を促進する>><<祈りにより穏やかさを保つ>><<人生に折り合いを

つける努力を支える」<<最期まで共にある>><<孤独を和らげる>>の11カテゴリで構成された。

フィールドワークの段階では、重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念は、『存在を支える対話をする』『積極的に傾聴する』『生きる力になる言葉をかける』『身体的・心理的・社会的ケアを全て繋ぐ』『最期までその人らしさを尊重する』『最期まで症状緩和に努める』『基本的ニーズを満たす』『祈りを支える』『心臓と人生の折り合いをつけることを支える』『死に向き合い寄り添う』の10カテゴリで構成された。

最終分析段階では、重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念は、『存在を支える対話』という目標志向性を持つケアであり、『身体・心理・社会的ケアを統合する』ことで『最後までその人らしさを尊重し自律性を高める』機能があることが明らかになった。また、<<思いやりのある人間関係を築く>>ことは、スピリチュアルケアの基盤であり、ケアの姿勢を示すものであるためスピリチュアルケアそのものではないと考えた。対処方略としては、『最後まで症状緩和に努め希望を支える』『祈りを支える』『人生に折り合いをつける努力を支える』『死に向き合い寄り添う』が明らかとなったが、これらは具体的な看護介入であったため定義には含めなかった。

【考察】本研究の結果、重症心不全患者のスピリチュアルケアにおいて看護師は、存在を支える対話によって急性増悪により生命の危機的な状況にある重症心不全患者の自己概念を支え、患者が人生に折り合いをつけることが出来るよう支援する必要があること。また、治療の限界を迎え死にゆく最期においても、看護師は最後まで症状緩和に努めることで患者の希望を支え、死に向き合い寄り添うことで残された時間の中でもその人らしさを尊重し、自己実現できるよう支援していく必要があることが示唆された。

【結論】重症心不全患者のスピリチュアルケアとは、「存在を支える対話と共に身体・心理・社会的ケアを統合することで最期までその人らしさを尊重し自律性を高めていく支援」と定義した。

12:20 PM - 12:40 PM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-11] ICU看護師のエンドオブライフケア評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検証

○新井 祐恵¹、對中 百合² (1. 甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科、2. 畿央大学健康科学部看護医療学科)

Keywords: エンドオブライフケア、ICU看護師、評価尺度

【目的】本研究の目的は、ICUにおける終末期患者の臨死期において、患者の Quality of Dying and Deathを尊重するケアとし、個々の看護師やICU内のチームでケアを評価するためのケアの評価尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検討することである。【方法】ICU看護師のエンドオブライフケア評価尺度（以下ICUのEOLC尺度）は、アイテムプールの作成、内容妥当性の検討と項目の修正、本調査、項目分析、探索的因子分析、尺度の信頼性の検討、尺度の妥当性の検討の手順を踏んだ。予備調査から得られたデータと文献検討に基づき、ICUのEOLC尺度原案を作成した。内容妥当性の検討から尺度原案を修正し、57項目の尺度原案修正版を作成し、本調査を実施した。27施設のICU看護師408名を対象に郵送による自記式質問紙調査を実施し、信頼性と妥当性を検討した。倫理的配慮は、調査を依頼する施設管理者および対象者に、研究の目的、概要、研究の協力と中断の自由、プライバシー保護のための対策、データの取り扱いと廃棄、業務評価との無関係性、研究成果の学会等での報告、研究者の連絡先と問い合わせ先などについて文書を用いて説明し同意を得た。本研究は所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。【結果】回収数210名（回収率51.4%）、有効回答数194名（有効回答率47.5%）既知グループの急性・重症患者看護専門看護師は回収数59名（回収率39.3%）、有効回答数54名（有効回答率36.0%）であった。EOLC尺度の分析対象者は平均年齢35.7歳、看護師経験平均年数13.8年、ICU経験平均年数6.1年。主因子法プロマックス回転による探索的因子分析の結果、3領域11因子53項目が抽出された。各領域の因子名と項目数は、知識領域は【その人らしい終末期ケア】7項目、【ICU患者の特徴】5項目、【臨死期の家族ケア】2項目、実践領域は【患者の苦痛を軽減するケア】9項目、【多職種と実践する臨死期ケア】4項目、【家族への死の準備支援】6項目、【グリーフケア】4項目、【患者・家族への看取りケア】2項目、態度領域は【患者・家族への誠実さ】5項目、【ICU看護に関するマネジメント】6項目、【死に対する共感性】3項目で

あった。尺度の信頼性は、Cronbach's α 係数0.950（下位尺度は0.490~0.900）、再テスト法による信頼性係数0.717で内的整合性と一貫性が確認された。基準関連妥当性は、ICU終末期ケア困難感尺度（木下ら, 2011）5因子28項目、Frommeltのターミナル態度尺度日本語版（中井ら, 2006）3因子30項目の各項目間においてある程度の相関を認めた。構成概念妥当性は、既知グループ技法で確認された。【考察】信頼性の検討においては、基準値以上の信頼性係数が得られ、尺度の信頼性は保証されたと考える。妥当性の検討においては、既存尺度との関連性と専門性が高い既知グループが優位に高いケア評価であったことから、専門的なケア評価ができる尺度であると考えられる。【結論】ICUのEOLC尺度は、3領域11因子53項目が抽出され、知識領域【その人らしい終末期ケア】【ICU患者の特徴】【臨死期の家族ケア】、実践領域【患者の苦痛を軽減するケア】【多職種と実践する臨死期ケア】【家族への死の準備支援】【グループケア】【患者・家族への看取りケア】、態度領域【患者・家族への誠実さ】【ICU看護に関するマネジメント】【死に対する共感性】と命名された。また一定の信頼性と妥当性が確認された。

12:40 PM - 1:00 PM (Sun, Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-12] 集中治療室に緊急入室し人工呼吸器を装着した患者の回復意欲を高める看護実践の検討

○福島 可奈子¹ (1. 自治医科大学附属病院)

Keywords: 集中治療室、緊急入室、人工呼吸器、回復意欲

【目的】 看護師の臨床知からの語りから、ICUに緊急入室し人工呼吸器を装着した患者の回復意欲を高めた看護実践を明らかにする。

【方法】 質的記述的研究デザイン。対象者は当院 ICUでの実務経験6年以上、且つ院内のクリニカルラダーIV認定者とし、患者の回復意欲が高まったと感じた場面について半構成的面接法で、30分前後で語ってもらった。本研究は所属施設の臨床研究等倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。対象者に研究の目的、方法、選定理由、研究参加及び途中辞退の自由意思の尊重、個人情報保護、データの取り扱い方法、結果の公表について口頭及び文書で説明し、同意を得た。

【結果】 対象者は6名であった。回復意欲を高める看護実践として、18のカテゴリーと41のサブカテゴリーが抽出された。【苦痛の緩和を行い、早期の回復を促す】では「辛い時は回復している状況を自分のこととして認識できないため、苦痛の緩和を行う」など、【現状の理解を促す】では「今後の見通しがいまいちと回復意欲は高まらないため、病状や現状・今後の見通しを説明する」などが語られた。【回復を実感してもらおう】では「闘病から気を逸らせている時や患者が回復を実感している時に、回復していることを伝える」など、【回復している事実を伝える】では「普段の様子を知っている主治医から回復していることを伝えてもらう、もしくは代わりに伝える」などが抽出された。リハビリテーションに関しては、【達成感を感じられるようリハビリテーションを行う】では「リハビリテーションに意欲的な場合は、医師に相談し安静度を拡大する」など、また【サポート的な雰囲気を作る】【リハビリテーションの目標を共有する】が明らかになった。【自己の再認識を促す】では、「患者自身で出来ることはやってもらい、自分で出来ることがあると実感してもらおう」などが抽出された。【多職種との関わりを調整する】では「関係性の深い主治医から声を掛けてもらう」など、【関係性の良い家族らとの関わりを調整する】では「キーパーソンに限らず、家族や関係性の良い人・患者にとって影響が大きい人に面会してもらう」などで構成された。その他、【必要時は休息を優先する】【経過の良さを伝える】【回復の様子を話題に取り上げる】【身体機能の改善を称賛する】【一緒に退院後の目標を設定する】【回復に集中できる穏やかな環境を整える】【対等で相互作用がある信頼関係を築く】【人物像を捉えた上で回復意欲に働きかける】が抽出された。

【考察】 回復意欲を高めるには身体の早期回復・休息を促し、回復に集中できる環境調整を行い、精神的余裕を作ることが重要であり、回復の事実を伝える有効な時期も病状の安定と関係性があると考えられた。また現状や今後の見通しを患者自身が理解し、できたことを実感して自己効力感を高め、課題を明確にした目標設定を医療者と共有し、医療者のサポート的な関わりが重要な要因であると考えられた。さらに、信頼関係を築いた医療

者を含めた、重要他者と過ごす時間も、回復意欲に大きく関係していると考えられた。

【結論】多職種による、苦痛の緩和や身体の早期回復のための身体的援助、また現状理解や回復を実感できるような精神的援助、重要他者と過ごす時間の調整が回復意欲を高める看護実践であると示唆された。

1:00 PM - 1:20 PM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-13] 胃がん術後患者の身体症状とセルフケア能力の関連

○野口 明日香¹、佐藤 富美子²、佐々木 康之輔²、吉田 詩織² (1. 東北大学医学部保健学科看護学専攻、2. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻)

Keywords: 胃がん、術後身体症状、セルフケア能力

【目的】胃切除術後患者のセルフケア能力向上のための看護支援について考察するために、胃切除術後患者の後遺症である身体症状とセルフケア能力の関連を明らかにする。

【方法】2021年3月から9月まで、A大学病院外来に通院している胃切除術後患者を対象に無記名の自己記入式質問紙調査を実施した。個人変数は、年齢、性別、手術前後の体重変化量、術後経過年月数、胃切除術の術式、医療機関受診頻度、家庭における主な調理者、就業状況の8項目とした。胃切除術後患者の身体症状は、中村ら(2014)が開発した逆流障害4項目、活動力障害6項目、食直後通過障害7項目、ダンピング症候群7項目、移送障害4項目、低血糖障害2項目、下痢障害2項目の計32項目の上部消化管がん患者の術後機能障害評価尺度(Dysfunction After Upper Gastrointestinal Surgery Questionnaire, 以下 DAUGS32)を用いた。合計得点が高いほど障害が大きいことを示す。セルフケア能力は本庄(2015)が開発した健康に関心を向ける能力5項目、選択する能力5項目、体調を整える能力6項目、生活の中で続ける能力7項目、支援してくれる人をもつ能力7項目の計30項目のSelf-Care Agency Questionnaire(以下,SCAQ30)を用いた。分析は、記述統計を算出後、DAUGS32とセルフケア能力の関連について Spearman順位相関係数を用いて解析した。調査者には調査協力の可否によって不利益を被らないことなどを文書で説明し、文書で同意を得た。本研究は所属大学倫理委員会の承認(2020-1-1159)を得た上で実施した。

【結果】57名に調査を依頼し、51名から同意を得た。35名(68.6%)が男性で、平均年齢は70.0±10.3歳であった。19名(37.3%)が有職者だった。術式は胃部分切除が45名(88.2%)で幽門側胃切除 29名(56.8%)が最も多く、46名(90.2%)が腹腔鏡手術であった。平均術後経過期間は22.4か月であり、術後1年以上4年未満が最も多かった(60.8%)。DAUGS32 総合得点(32~102点)の平均点は55.7±15.2点であった。術後機能障害で多かった症状が下痢障害19名(37.0%)、活動力障害18名(35.0%)であり、セルフケア能力では、健康に関心を向ける能力21.51±3.01点(12~25点)、体調を整える能力25.04±4.35点(10~30点)が高かった。DAUGS32とセルフケア能力との関連は、健康のために選択する能力(rs=-.337;p<.05)、生活の中で続ける能力(rs=-.320;p<.05)、支援してくれる人をもつ能力(rs=-.420;p<.01)の得点が高いほど、活動力障害の発生頻度は有意に低かった。

【考察】胃切除術後、下痢障害や活動力障害などを抱えながら生活する患者には、問題解決のために情報を理解・活用できる能力が必要である。胃切除術後の患者が抱える身体症状を把握し、退院後の生活を支えていきつつ、患者が正確な医療情報へアクセスし、術後身体症状への対処方法を選択し、実施・継続していけるように定期的に相談支援が受けられる医療体制が必要である。

【結論】術後身体症状を軽減するためには、患者が自身のライフスタイルに合った健康管理方法を見つけ、それを選択し、継続して実施していけるようにセルフケア能力を獲得する支援の必要性が示唆された。

1:20 PM - 1:40 PM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-14] 活動拡大に向かう急性心不全患者へのICU/CCUにおけるセルフ

モニタリング支援

○竹本 智子¹、大川 宣容² (1. 徳島厚生連 吉野川医療センター、2. 高知県立大学大学院看護学研究科)

Keywords: 急性心不全患者、ICU/CCU、セルフモニタリング支援

【目的】急性心不全は、急速に心原性ショックや心停止に移行する可能性のある逼迫した状態である。故に、血行動態の破綻を来さないよう患者の身体管理に細心の注意が必要となるため、患者自身の自発的な活動拡大への支援が不足しがちになる。そこで本研究は、活動拡大に向かう急性心不全患者に対し、看護師が実践しているICU/CCUにおけるセルフモニタリング支援の内容を明らかにし、セルフモニタリングを支援する看護実践への示唆を得ることとした。

【方法】質的記述研究デザインを用い、集中治療領域において3年以上の経験を有する看護師4名を対象とし、半構造的面接によりデータを得た。分析方法は、活動拡大に向かう急性心不全患者に対し、看護師が行うICU/CCUにおけるセルフモニタリング支援の内容をコード化し、類似性、相違性を検討しながらカテゴリ化を行った。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。

【結果】活動拡大に向かう急性心不全患者へのセルフモニタリング支援として、「表現されない体感を患者の反応から推測する」「患者と看護師の見立ての違いを捉える」「一緒に動くことで身体に生じる症状の自覚を促す」「心臓への負荷を認知できるよう患者の体感とモニター画面を関連づける」「身体を意味づけられるよう変化してきた症状と一緒に比較する」「症状に関心が向けられるよう経過を共に想起する」の6つのカテゴリと、2つの側面が見出された(図)。

【考察】ICU/CCU看護師は、反応をもとに患者中心に捉え続け、身体の変化への気付きを促し、患者自身が意味づけていくことを支えていると考えられた。これらは、症状が残存していたり、心不全徴候の記憶が鮮明な時期であるというICU/CCUの特性を活かした関わりであった。つまり、救命と生命維持に主眼が置かれ、医療機器の管理や操作、各種パラメーターの読解など診療の補助業務の占める割合が多いクリティカルケア領域において、自己のコントロール感を失いやすい急性心不全患者の身体感覚や症状の程度など、患者の主観的理解を尊重した支援であった。

【結論】活動拡大に向かう急性心不全患者へのICU/CCUにおけるセルフモニタリング支援とは、「関わりを通して患者中心に捉え続け、身体の変化に患者の意識が向くように、また、気付いたことから自らの症状と身体変化を意味づけていけるよう支えること。」と再定義された。

1:40 PM - 2:00 PM (Sun. Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-15] A高度救命救急センターにおける集中治療下での腹臥位療法実施時の看護師の困難

○中川 雄樹¹、村中 沙織¹、石井 祥子¹ (1. 札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター看護室)

Keywords: 腹臥位療法、困難、集中治療、テキストマイニング

【目的】

A高度救命救急センターでは、重症肺炎患者に対して腹臥位療法を実施している。安全な腹臥位療法のため、集中治療下での腹臥位療法実施時に看護師が感じていた困難の内容を明らかにすることとした。

【方法】

2021年7月～12月にA高度救命救急センターで10回以上の腹臥位療法の経験がありクリティカル領域の経験年数3年以上かつ、JNAラダーに準じた施設のクリニカルラダーレベルⅢ以上の看護師6名を対象に、基本属性を確認し、先行研究を元に作成したインタビューガイドを用いて腹臥位療法実施時の困難に関する半構造的面接を実施した。データ分析は、逐語録より腹臥位療法実施時の困難について意味内容ごとに要約し、テキストマイニング(KHCorder)を用いて上位抽出語、共起ネットワーク分析を実施した。倫理的配慮として所属施設の看護研究

倫理審査委員会の承認の上実施した。

【結果】

対象者の概要は男女各3名、平均年齢31.6±6.50歳、看護師経験平均年数9±5.05年、クリティカルケア経験平均年数6±2.60年、腹臥位経験平均回数は66±25.81回だった。テキストマイニングの上位抽出語は「腹臥位」68が最も多く、次いで「大変」38、「必要」29、「褥瘡」21、「人手」18であった。共起ネットワーク分析(図)の結果から、集中治療下での腹臥位療法実施時の困難は、【分泌物によるテープ固定や皮膚保護剤の交換の際に人手を集める必要性】【循環動態の変動】【仰臥位でいられる時間の短い患者のケア】【皮膚状態の観察がしにくい】【体格が大きい人の徐圧】【通常ベッド使用時の褥瘡予防】【始めた当初の手順が毎回変わる事や事故除去への不安】【経験を重ねたことによる自信】の8つのカテゴリが生成された。

【考察】

集中治療下での腹臥位療法実施時の安全管理や、全身状態の変化への対応時には仰臥位への変更も含めて人手が必要であり、多職種で素早く対応する必要があるため不安が強いことが明らかとなった。また、腹臥位は褥瘡予防のための観察や対応が必要だが、普段のケアとの違いに困難を感じていると考えられた。腹臥位療法実施時の詳細なケア手順書を作成して事象や経験を基に改善し、ケア実践を蓄積することが不安解決の一助になっていることが明らかとなった。

【結論】

腹臥位療法実施時の困難は、多職種での対応、褥瘡予防ケア、手順や事故除去への不安が挙げられた。困難の対策として、多職種での対応に関する体制の強化や簡便で効果的な褥瘡予防ケアの検討、手順の伝達や技術の維持が必要であると考えられる。

2:00 PM - 2:20 PM (Sun, Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-16] クリティカルケア領域における患者の安全と療養を継続する熟練看護師の思考と実践

○川端 龍人¹ (1. 日本赤十字看護大学さいたま看護学部)

Keywords: 継続、思考、実践、熟練看護師

【目的】

クリティカルケア領域に勤務する熟練看護師が、患者の安全と療養をどのように継続しようとしているのか、その思考と実践を明らかにすることである。思考と実践の定義について、「研究参加者が患者にとって望ましいと考え、とられた行動。また、行動に至るまでの直観的な認識や自己の省察も含む」とした。クリティカルケア領域の定義について、「集中治療室、高度治療室、冠疾患集中治療室」とした。

【方法】

クリティカルケア領域の看護師経験年数が5年以上であり、病棟チームリーダーや教育的立場など看護実践の中心となる役割の経験を1年以上有する看護師を対象とした。場面を踏まえながら、患者の安全と療養を継続するためにどのように考え行動していたのかについて、インタビューガイドを用いて半構成的面接を実施した。分析方法は、思考と実践に関する内容をコード化し、類似性に従ってカテゴリー化した。

倫理的な配慮として、本研究は所属施設の研究倫理審査委員会から承認(承認番号2019-100)を得た上で実施した。研究参加者には、研究への参加は自由意志であること、いつでも同意撤回が可能であること、参加の諾否にかかわらず不利益を被ることはないことを説明した。得られたデータは、仮称を用いて匿名性に留意した。新型コロナウイルス流行下であったため、感染拡大防止に留意し、十分なセキュリティ対策の元でzoomを用いたインタビューとした。

【結果】

研究対象者は2施設に所属する6名であった。看護師経験年数は平均12.2年、クリティカルケア領域経験年数は平均8.7年、面接時間は平均73.3分であった。分析の結果、6つのカテゴリーが抽出された。クリティカルケア領域

における熟練看護師は、患者の安全と療養を継続するために、《先々の勤務帯について予測する》とともに、《看護師に目を向ける》ことと《最善のケアに向けたコミュニケーション》によって、次の勤務者が《落ち着いてケアできる環境の提供》を実践していた。また《夜間休日の多職種の状態を考える》ことや《他部署の特性を考慮する》ことが行われていた。

【考察】

クリティカルケア領域における熟練看護師は、患者の療養環境を整えるだけでなく、次の勤務者がケアを提供する環境も整えることで、患者の安全と療養の継続を支えていた。これには、物品の管理や薬剤の準備、身体抑制の活用といった物理的環境にとどまらず、次の勤務者の精神的な環境を整えることにまで及んでいることが考えられた。このような実践には次の勤務者について理解することが不可欠であり、日頃から看護師に目を向け、理解に努めていた。一方で、看護師に目を向けるだけでなく、協働する多職種や他部署についても思考を巡らせることで、患者の療養環境を網羅的に捉え、安全と療養の継続に働きかけていた。

【結論】

クリティカルケア領域における熟練看護師は、患者の安全と療養を継続するために先々の勤務帯について予測するとともに、看護師に目を向けコミュニケーションを図ることで、次の勤務者が落ち着いてケアできる環境の提供を実践していた。また、多職種の状態を考えることや他部署の特性を考慮し、行動していた。

2:20 PM - 2:40 PM (Sun, Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-17] 手術室看護師が実践している創傷予防ケア

○古川 智恵¹ (1. 姫路大学 看護学部)

Keywords: 創傷ケア、手術室看護師

〔目的〕

近年、少子高齢化により、手術を受ける患者は基礎疾患など様々なリスク因子を抱えている。そのため、手術中に発生する創傷を予防するため手術室では多様な工夫が行われている。そこで今回、手術室看護師が実践している創傷予防ケアの実践について検討した。

〔研究方法〕

1. 研究デザイン：因子探索型質的帰納的研究 2. 用語の定義：創傷とは、皮膚・皮下組織などの開放性もしくは表在性の損傷などを含めた全ての損傷のことであり、褥瘡を含む。 3. 研究参加者：急性期病院の手術室に勤務し、創傷予防ケアを実践している看護師 4. 調査方法：研究参加への同意が得られた研究参加者にインタビューガイドを用いて「手術室看護師が実践している創傷予防ケア」について半構造化面接を実施した。 5. 分析方法：面接内容の逐語録を作成し、Krippendorffの内容分析の手法を参考に分析を行い、内容分析によって推論された最も上位の概念を「大表題」、「大表題」の下位の概念を示す用語を「全体分析における表題」とした。 5. 倫理的配慮：調査当時所属していた大学の研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究参加候補者に研究の趣旨と目的を説明し、文書への署名をもって同意とした。

〔結果〕

対象者は看護師15名であった。看護師経験年数は平均7.0年（範囲3年～12年）であった。手術室看護師の創傷予防ケアの実践として、28の全体分析における表題から【手術の進行を見極めながら速やかに対応する】、【術前のリスク評価を徹底する】【術者への声掛けのタイミングをはかる】【ケアの知識・技術力を高める】【看護師としての倫理観をもつ】の5つの大表題が形成された。

〔考察・結論〕

手術室における創傷予防ケアとして、手術体位や手術時間だけでなく【術前の患者のリスク評価を徹底する】ことで、術者や麻酔科医と連携し【手術の進行を見極めながら速やかに対応する】実践を行っていることが明らかとなった。

2:40 PM - 2:50 PM (Sun, Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-18] A病院の早期リハビリテーションに対する ICU看護師の認識

○山口 渚¹、小関 英里¹ (1. 自衛隊中央病院 看護部)

Keywords: 早期離床リハビリテーション、集中治療室

【目的】

早期のリハビリテーション(以下、リハビリ)はせん妄や ICU-AWを減少させると考えられている。A病院 ICUではリハビリプロトコルを一部の循環器疾患にのみ使用しており、リハビリは各科の医師の判断や看護師の臨床経験に基づき開始されている。このような背景の中で、早期にリハビリが開始出来ない症例やリハビリの実践状況が不明確な症例が見られた。そこで早期リハビリの推進を目指し、ICU看護師が早期リハビリをどのように認識し実践しているかを調査した。

【方法】

A病院 ICUに勤務する看護師6名に半構成的面接を行い、質的帰納的に分析した。本研究は自衛隊中央病院倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】

対象の属性は女性6名であり、ICU勤務年数5年以上の看護師は3名、そのうち1名は集中ケア認定看護師資格を有していた。ICU勤務年数5年未満の看護師は3名だった。面接で得られたデータから3つのカテゴリー、10のサブカテゴリーが構成された(表1)。

【考察】

日本集中治療医学会は「ICUでの早期リハビリテーションにおける看護師の役割」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援助行動の支援」の5項目を挙げている。面接ではそれら5項目全てに該当する発言があり、役割を果たそうとしていた。早期にリハビリを行うべきという認識は共通していたが開始の判断基準にばらつきがあった。実施時期・方法に対して特に勤務年数5年未満の看護師から不安に感じている発言があった。既存のプロトコルを使用中の患者については、経験の浅い看護師もそれに従って実践できると発言があり、具体的なりハビリ計画の有無が経験の浅い看護師のりハビリの実施に影響していると考えられた。勤務年数に関わらず多職種との連携不足に関する発言があり、多職種と連携した具体的なりハビリ計画の作成や、それらを共有できる手段の確立の必要性が考えられた。教育に関しては特に勤務年数5年以上の看護師からの発言が多くあり、配属当初からの教育が重要であると考えられた。

【結論】

A病院のICU看護師は勤務年数にかかわらず早期にリハビリを行うべきであるという認識は共通していた。しかし、開始判断基準にばらつきがあり、具体的なりハビリ計画の作成や更なる多職種との連携の必要性などの課題が明らかになった。

2:50 PM - 3:00 PM (Sun, Jun 12, 2022 9:00 AM - 3:00 PM 一般演題)

[W2-19] 急性期病院における早期警告スコアを用いた重症者基準見直し

○三木 寛之¹、時田 良子¹ (1. 関西電力病院)

Keywords: NEWS、重症者基準、予定外ICU入室

【目的】

急性期病院では適切な医療提供を行なうため、重症者を定め、認識を共有し、常に異常の早期発見に努めている。A病院の入院患者の重症者の把握には、重症者基準を設定し管理をしている。しかし、一般病棟からICUへ予定外で入室する症例が多く発生し、従来から活用している重症者基準では、患者の状態に応じた重症者の抽出ができていないのではないかとこの疑問より、重症者基準の見直しを行った。重症者基準の見直しにはバイタルサ

インに基づいた臨床評価ツールである早期警告スコア National Early Warning Score(以後 NEWS)を新基準に導入し、一定の効果を得たため、報告する。

【方法】

1. 2018年4月～2019年3月の旧基準の重症者を抽出し、NEWS7項目である呼吸数、酸素飽和度、酸素療法の有無、体温、収縮期血圧、心拍数、意識レベルを点数化した。また、抽出した重症者をICU入室患者と一般病棟入院患者に分け、NEWSの点数を比較検討し、NEWSの値で重症者の新基準を定めた。2. 2019年10月より重症者基準設定後、看護部で新基準の説明を行い、2020年4月から運用を開始した。3. 新基準による重症者の抽出を行い、運用開始後の予定外ICU入室数の推移と予定外ICU入室患者のNEWS変化を調査した。

1) 対象

2018年4月～2021年3月のA病院基準の重症入院患者

2) 倫理的配慮本研究を進めるにあたり、当院研究倫理審査を受けて了承を得た。

【結果】

旧基準の重症患者148名、重症患者の内訳はICUが43.2%(64名)、一般病棟が56.7%(84名)。NEWSは全体が4.9(±3.3)、ICU5.7(±2.7)、一般病棟3.7(±3.5)であった。上記の結果よりNEWS5点以上を重症者とした。2018年4月から2019年3月までの予定外ICU入室患者は104名、2020年4月から2021年3月までは61名。2018年4月から2019年3月までの予定外ICU入室患者のNEWSは5.2(±2.8)、2020年4月から2021年3月は6.6(±2.3)であった。

【考察】

重症者をNEWSにて数値化した結果、重症者の捉え方に大きな乖離はないが、一般病棟の重症者評価はばらつきを認め、主観的な評価によって影響されていることが考えられた。また、ICUと一般病棟の重症者を振り分け、比較したことで、一般病棟の重症者にはICUと同等のNEWS得点になる患者が存在することが明らかになった。旧基準のデータより新基準では重症者をNEWS5点以上と定め、重症者の抽出を行った。重症者全体のNEWS、ICU入室患者や予定外ICU入室患者のNEWS平均値はNEWSの中等度リスクである5～6点と近似値であり、当院の重症者新基準はNEWS5点以上の患者が妥当であったと考える。新基準後、予定外ICU入室患者数、予定外ICU入室患者のNEWSのばらつきは減少した。減少した背景として、日々測定するバイタルサインの数値を点数化し、客観的データから重症者を容易に認知できたことで、能力に左右されずに統一された認識のもとで観察やケアができ、急変予防への行動に繋がったと考えられる。しかし、基準見直し後の予定外ICU入室患者の平均値は上昇している。理由としては、重症者の選定が容易になったことで早期に治療開始したが、より濃厚な処置が必要となりICUへ入室していた。また、急激な状態悪化によるICU入室を多く認めていたことで平均値が上昇したことが考えられる。患者の安全な療養環境を担保する為には、予見的に適切な療養環境で管理することも大事になるため、確実な重症者の抽出が行えるよう、より精度をあげていく必要がある。

【結論】

新基準では、定められた項目からの数値化であり、看護実践能力に左右されることなく重症者の抽出ができることが示唆された。

交流集会（オンデマンド）

[EMW] 次世代の人工呼吸ケアを探求しよう

委員会:人工呼吸ケア委員会

Sun. Jun 12, 2022 2:10 PM - 3:40 PM プラクティスセミナー（オンデマンド配信）

[EMW-01] 人工呼吸ケア委員会交流集会 次世代の人工呼吸ケアを探求しよう

○辻本 雄大³、濱本 実也²、丸谷 幸子¹、植村 桜⁴、坂木 孝輔⁵、白坂 雅子⁶、山田 亨⁷、山本 小奈美⁸（1. 名古屋市立大学病院、2. 公立陶生病院、3. 奈良県立医科大学附属病院、4. 大阪市立総合医療センター、5. 東京慈恵会医科大学病院、6. 福岡赤十字病院、7. 東邦大学医療センター大森病院、8. 山口大学）

2:10 PM - 3:40 PM

2:10 PM - 3:40 PM (Sun, Jun 12, 2022 2:10 PM - 3:40 PM プラクティスセミナー)

[EMW-01] 人工呼吸ケア委員会交流集会 次世代の人工呼吸ケアを探求しよう

○辻本 雄大³、濱本 実也²、丸谷 幸子¹、植村 桜⁴、坂木 孝輔⁵、白坂 雅子⁶、山田 亨⁷、山本 小奈美⁸ (1. 名古屋市立大学病院、2. 公立陶生病院、3. 奈良県立医科大学附属病院、4. 大阪市立総合医療センター、5. 東京慈恵会医科大学病院、6. 福岡赤十字病院、7. 東邦大学医療センター大森病院、8. 山口大学)

Keywords: 人工呼吸ケア、教育

本学会のテーマである「看護を紡ぎ、次代を拓く」から、未来に求められる人工呼吸ケアを探求する機会としてパネルディスカッションを企画した。3名のパネリストがそれぞれ以下の3つのテーマで講演し、その後、人工呼吸ケア委員とパネリストが次代を切り拓く人工呼吸ケアや、次世代へ人工呼吸ケアを紡ぐ方策についてディスカッションする。

1. ABCDEF-R bundleのR; Respiratory-drive-controlを紐解こう 丸谷 幸子 (名古屋市立大学病院) 近年、ARDS患者の過剰な自発呼吸は肺障害 (P-SILI) や横隔膜損傷を引き起こす可能性があり、呼吸ドライブを抑制する重要性が指摘されている。これをうけて、PICS対策のための ABCDEFGHバンドルに呼吸ドライブに対するケアを含めた ABCDEF-R bundleとして介入する、という概念が2020年に提案された。このバンドルケアは、呼吸ドライブの問題に対し、鎮静ではなく病態や不安への対応や呼吸器設定の適正化により人工呼吸器非同調の解決をまず図ることを推奨している。人工呼吸器非同調は人工呼吸器治療を受けている患者のおよそ25%に生じているとされ、人工呼吸ケア委員会として取り組むべき課題である。今回のセッションではこのバンドルの共有と実践に活かす方法を検討したいと考えている。

2. 人工呼吸ケアを受ける重症患者家族への Family centered careの探求 大友 千夏子 (東京慈恵会医科大学附属病院) ICUに入室した重症患者が様々な治療をしても改善せず、終末期を迎えることがある。そのため、患者本人の意思を確認するタイミングが難しく、治療方針の決定に苦慮する場面が多い。特に症状の進行が急激な場合は、患者や家族はその事態を受け入れる余裕もないまま短時間で重大な決断を迫られる。欧州の研究では、ICUでの終末期医療を説明したパンフレットを家族に事前に配布することで、患者の死後、家族の PTSDの発症が抑制された。さらに、別の研究では、Webサイトとパンフレットを作成することで、終末期医療に対する家族の理解が深まり、意思決定のサポートに有用だったと報告されている。これを受け、当院では、患者家族に向け、集中治療そのものや重症患者が終末期に受ける医療についての予備知識を提供することで、医療者と家族のコミュニケーションのギャップを軽減し、患者家族の意思決定を支援する目的で Webサイトとパンフレットを新たに作成した。今回は、その取り組みについて共有していきたいと考えている。

3. Technologyを駆使した最先端の人工呼吸ケア教育 菅 広信 (秋田大学医学部附属病院) 成人学習の特徴として、経験に基づき実践的であることが挙げられる。人工呼吸器の学習が難しいと思われる背景には、経験したことの無い、どんなことが起きるのか分からない機械とされていることが推測される。そこで、教育的な Technologyと科学的な Technologyを組み合わせ、人工呼吸器ケアを効果・効率的に学習するプログラムを開発した。教育 Technologyは、インストラクショナルデザインに基づいた、研修設計を行い、科学的な Technologyでは肺シミュレーターと高機能シミュレーター、人工呼吸器の実機を組み合わせ、リアルな患者とシナリオを再現した人工呼吸ケア教育プログラムを紹介する。

閉会式

[CL] 閉会式

Sun. Jun 12, 2022 4:00 PM - 4:10 PM 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[CL] 閉会式

4:00 PM - 4:10 PM

4:00 PM - 4:10 PM (Sun. Jun 12, 2022 4:00 PM - 4:10 PM 第1会場)

[CL] 閉会式