

Fri. Mar 1, 2019

第3会場

教育講演

[EL1] 教育講演1

座長:七戸 康夫(独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター救命救急センター 救急科)

9:00 AM - 9:40 AM 第3会場 (国立京都国際会館1F アネックスホール1)

[EL1] 専門医研修の現状と集中治療研修の可能性

福岡 敏雄 (倉敷中央病院救命救急センター)

教育講演

[EL2] 教育講演2

座長:今泉 均(東京医科大学麻酔科学分野・集中治療部)

2:00 PM - 2:40 PM 第3会場 (国立京都国際会館1F アネックスホール1)

[EL2] ICUに必要な画像診断と IVRの知識

船曳 知弘 (済生会横浜市東部病院 救命救急センター)

教育講演

[EL3] 教育講演3

座長:内山 昭則(大阪大学医学部附属病院集中治療部)

2:45 PM - 3:25 PM 第3会場 (国立京都国際会館1F アネックスホール1)

[EL3] NPPV、HFNC、侵襲的人工呼吸 使い分けを基礎から考える

小尾口 邦彦 (市立大津市民病院 救急診療科・集中治療部)

教育講演

[EL4] 教育講演4

座長:戸田 雄一郎(川崎医科大学附属病院麻酔・集中治療科)

3:30 PM - 4:10 PM 第3会場 (国立京都国際会館1F アネックスホール1)

[EL4] 小児の困難気道：ICUでのマネージメント

佐藤 光則 (静岡県立こども病院 小児集中治療科)

教育講演

[EL5] 教育講演5

座長:瀬川 一(京都大学医学部附属病院麻酔科)

4:15 PM - 4:55 PM 第3会場 (国立京都国際会館1F アネックスホール1)

[EL5] 急性胆道感染症の診断と治療 (Tokyo Guidelines

2018を中心に)

岡本 好司 (北九州市立八幡病院 外科/消化器・肝臓病センター)

第4会場

教育講演

[EL6] 教育講演6

座長:井上 茂亮(神戸大学大学院医学研究科外科系講座 災害・救急医学分野)

11:30 AM - 12:10 PM 第4会場 (国立京都国際会館1F アネックスホール2)

[EL6] 抄録を改善してみませんか？

林 淑朗 (医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 集中治療科)

第19会場

教育講演

[EL7] 教育講演7

座長:伊藤 聡子(神戸市看護大学事務局)

2:00 PM - 2:40 PM 第19会場 (グランドプリンスホテル京都B2F プリンスホール2)

[EL7] ICU看護師教育に活かすリフレクション

宇都宮 明美 (京都大学大学院 医学研究科)

教育講演

[EL8] 教育講演8

座長:河合 佑亮(藤田保健衛生大学病院看護部)

2:45 PM - 3:25 PM 第19会場 (グランドプリンスホテル京都B2F プリンスホール2)

[EL8] ECMO管理中の早期リハビリテーション ～ ECMO患者の明るい未来をめざして～

劉 啓文 (The University of Texas Medical Branch, Galveston)

教育講演

[EL9] 教育講演9

座長:卯野木 健(札幌市立大学看護学部)

3:30 PM - 4:10 PM 第19会場 (グランドプリンスホテル京都B2F プリンスホール2)

[EL9] クリティカルケア領域における看護師の育成-大人の学びを支援する-

道又 元裕 (杏林大学医学部付属病院 看護部)

教育講演

[EL1] 教育講演1

座長:七戸 康夫(独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター救命救急センター 救急科)

Fri. Mar 1, 2019 9:00 AM - 9:40 AM 第3会場 (国立京都国際会館1F アネックスホール1)

[EL1] 専門医研修の現状と集中治療研修の可能性

福岡 敏雄 (倉敷中央病院救命救急センター)

(Fri. Mar 1, 2019 9:00 AM - 9:40 AM 第3会場)

[EL1] 専門医研修の現状と集中治療研修の可能性

福岡 敏雄（倉敷中央病院救命救急センター）

【オンデマンド配信】

教育講演

[EL2] 教育講演2

座長:今泉 均(東京医科大学麻酔科学分野・集中治療部)

Fri. Mar 1, 2019 2:00 PM - 2:40 PM 第3会場 (国立京都国際会館1F アネックスホール1)

[EL2] ICUに必要な画像診断と IVRの知識

船曳 知弘 (済生会横浜市東部病院 救命救急センター)

(Fri. Mar 1, 2019 2:00 PM - 2:40 PM 第3会場)

[EL2] ICUに必要な画像診断と IVRの知識

船曳 知弘（済生会横浜市東部病院 救命救急センター）

【オンデマンド配信】

1997年 慶應義塾大学医学部卒

1997年 慶應義塾大学医学部救急部研修医（放射線診断科研修）、1999年－専修医

2001年 国立病院機構災害医療センター放射線科医員

2004年 慶應義塾大学医学部救急医学助教

2007年 済生会横浜市東部病院救急科医長、2015年－副部長、2017年－部長（現職）

日本救急医学会救急科指導医、専門医

日本医学放射線学会放射線診断科専門医

日本外傷学会外傷専門医、日本IVR学会専門医

日本救急医学会評議員、日本外傷学会評議員、日本IVR学会代議員

DIRECT研究会代表幹事

ICUで重症患者を管理する上で必要なのは多方面から客観的に評価することである。これによって、よりよい患者管理を行うことが出来る。臨床経過、検査所見、などのアセスメントが重要である。この検査のうち、重要な役割の一つが画像検査である。しかしながら、画像検査は血液検査などのように正常値がないこともあり、正常範囲内であるのか、異常であってもどの程度異常なのか、アセスメントが疎かになりやすい検査でもある。ICUで一番身近な画像検査は胸部単純 X線写真である。通常の胸部単純 X線写真よりも撮影条件が不良であるにもかかわらず、院内で最も状態が悪い患者の評価をしなければならない。したがって、高度な評価が必要とされる。頻回に撮影されるため比較も重要である。比較するにあたって、体位を含めた撮影の条件も加味しなければならない。また近年では超音波で呼吸循環状態の変化を観察することも可能であり、患者の移動が困難なICUにおいて非常に有用な画像検査の一つである。

また治療法の一つとして IVR（Interventional radiology）は確立されたものになっている。ICUに入室するもしくは入室中の患者に対する IVRは多岐にわたっており、外傷 IVR、消化管出血などの内因性出血性疾患における IVR、膿瘍ドレナージや PTBD（Percutaneous transhepatic biliary drainage）などの感染症に対する IVR、さらに言えば、EVAR（Endovascular aortic repair）、脳動脈瘤に対するコイルリング、心臓における PCI（Percutaneous coronary intervention）なども広い意味では IVRである。ICUで患者管理をするうえで、基本的な IVRの内容や IVRの適応や限界、そして合併症などの知識を持っておくことは重要な事柄である。例えば、どのような血管を塞栓し、それによって効果が期待でき、反対にどのような合併症が起こりうるのか、どのようなバイタル変化・臨床所見の出現が要注意なのか、その時にどのように対応すべきであるのかなどを知っておかなければならない。これらの IVRには、特有の管理が必要であり、時に再 IVRもしくは手術などの代替治療を決断しなければならない場合もあるので、適切な判断を求められる。外傷診療では、従来から手術をするのかしないのかで分けられ、手術を選択しない場合の管理は NOM（Non Operative Management）と呼ばれ、IVRは保存的治療と同じように NOMの一つとされている。しかしながら、IVRは手術と並んで積極的な治療法の一つであり、手術も IVRを行わない管理を NIM（Non Intervention Management）とすべきであろう。外傷診療において IVRと手術は、治療の両輪であり、両者がかみ合ってよりよい診療を行うことが出来ることを、集中治療医としても知っておくべきであり、この2つは「or」で並ぶものではなく、「and/or」で考え、臨機応変に対応するべきである。

教育講演

[EL3] 教育講演3

座長:内山 昭則(大阪大学医学部附属病院集中治療部)

Fri. Mar 1, 2019 2:45 PM - 3:25 PM 第3会場 (国立京都国際会館1F アネックスホール1)

[EL3] NPPV、HFNC、侵襲的人工呼吸 使い分けを基礎から考える

小尾口 邦彦 (市立大津市民病院 救急診療科・集中治療部)

(Fri. Mar 1, 2019 2:45 PM - 3:25 PM 第3会場)

[EL3] NPPV、HFNC、侵襲的人工呼吸 使い分けを基礎から考える

小尾口 邦彦（市立大津市民病院 救急診療科・集中治療部）

【オンデマンド配信】

1993年京都府立医科大学医学部卒業

1993年京都府立医科大学附属病院研修医

1994年京都第一赤十字病院研修医

1999年京都府立医科大学大学院卒業

1999年大津市民病院救急診療科・集中治療部

2011年大津市民病院救急診療科診療部長

現在に至る

HFNC(high-flow nasal cannula)は2010年代に導入され短期間に全国的に普及しました。急性期医療のみならず、ガン末期患者においての使用も報告されるなど、幅広く用いられます。演者施設ICUにおいても、急性呼吸不全のみならず人工呼吸離脱・抜管後患者にHFNCを積極的に使用するといったプラクティスが一般的となっています。HFNCを使用すると確かに、ただの酸素療法を大きく上回る、その能力の高さを感じます。

HFNCが登場する約10年前、NPPVがやはり全国的に急激に普及し、ブームともいえる状況があったことを思い出します。医師・看護師・臨床工学技士などが、それぞれの立場に応じた切り口でNPPVに取り組み、その成果やコツが発信されました。

HFNCの急激な普及に伴い、NPPVとHFNC、あるいは従来の酸素療法とNPPVの予後を比較した研究が発表されつつあり、あるいは多くが進行中です。「NPPV, HFNC, 侵襲的人工呼吸をどう使い分けるか？」に頭を悩ませる医療者は多いのではないのでしょうか。

急性呼吸不全患者を対象としたFLORALI study(NEJM. 2015;2185)において、HFNCがHFNC, 酸素マスクに比して28日時点の挿管率が最も低かったと報告されました。「さよならNPPV。これからはHFNC。」的に解釈される向きもあります。しかし、FLORALI studyは、本来NPPVが得意とする慢性呼吸不全の増悪、心原性肺水腫、重篤な好中球減少症などを対象から除外し、I型呼吸不全を対象としていること、多くが肺炎患者であったことなど、NPPVの不利は当然といえるものでした。エビデンスの集積はこれからといったところです。演者はNPPVが好きなのですが、NPPVをうまく使いこなすためにはさまざまなコツを必要とし、「NPPVは乗り手を選ぶ」と感じています。NPPVのコツやポイントを知らずに使用しても、おそらく良い結果は得られません。逆説的に言うなら、NPPVのコツやポイントを知らないのであれば、他のデバイスを選ぶべきでしょう。

本教育講演においては、今一度呼吸管理の基礎をおさらいし、NPPV、HFNC、侵襲的人工呼吸の比較をしようと思います。

肺保護換気といっても、ARDSに対する肺保護換気とCOPDに対する肺保護換気のポイントは異なります。肺胞傷害疾患の代表格としてのARDS、閉塞性肺疾患の代表格としてのCOPDについて復習しましょう。その上で、NPPV・HFNC・侵襲的人工呼吸をいかに使い分けるか？に結びつけたいです。

人工呼吸にまつわる話は難しくなりがちですが、基礎の復習と整理に重点をおきます。明日からの実臨床に役立つものになりたいと考えます。

教育講演

[EL4] 教育講演4

座長:戸田 雄一郎(川崎医科大学附属病院麻酔・集中治療科)

Fri. Mar 1, 2019 3:30 PM - 4:10 PM 第3会場 (国立京都国際会館1F アネックスホール1)

[EL4] 小児の困難気道：ICUでのマネージメント

佐藤 光則 (静岡県立こども病院 小児集中治療科)

(Fri. Mar 1, 2019 3:30 PM - 4:10 PM 第3会場)

[EL4] 小児の困難気道：ICUでのマネージメント

佐藤 光則（静岡県立こども病院 小児集中治療科）

2006年千葉大学卒

2008年より横浜市立大学麻酔科学教室に入局し、関連病院に勤務。横浜労災病院、横浜市立大学附属市民総合医療センターで成人ICUに従事

2012年静岡県立こども病院、麻酔科

2013年静岡県立こども病院、小児集中治療科

現在に至る

ICUでの気道確保は、患者の状態が悪い、基礎疾患が重篤である、人員や物品の制約がある、など、非常にリスクが高い処置の一つである。加えてその患者が小児であったとしたら、我々は集中治療医としてどういうマネージメントをすべきであろうか。

成人・小児にかかわらず、気道確保のマネージメントで最も重要なことは困難気道への対応である。評価、導入、マスク換気、喉頭展開、すべての段階で困難気道を意識し、対応できる手段を用いなければならない。

その一方で小児に関する困難気道への知見は、成人と比較すると非常に少ない。成人においては換気・挿管困難を予測する指標が多数存在するが、小児では確立された予測指標が存在しない。困難気道に関するアルゴリズムも、ほとんどが成人の手術麻酔を対象としたものであり、小児のICU settingでの困難気道への対応について指針となるべきものは現時点では存在しない。このような限られた情報のなかで、最善と思われる対応を選択しなければならない。

本講演ではICUで出会う小児の困難気道に関して、事前評価、準備すべき物品、導入方法、声門上器具の使用、喉頭展開のデバイス、気管チューブの選択、輪状甲状間膜穿刺などを「集中治療医」としてどうマネージメントすべきかを、最新の知見と当施設の経験を踏まえて述べる。小児の気道マネージメントはまだ正解のない領域ではあるが、それゆえに個人の技術や知識が結果の成否を大きく左右すると感じている。本講演が皆様の日々の診療の助けになれば幸いである。

教育講演

[EL5] 教育講演5

座長:瀬川 一(京都大学医学部附属病院麻酔科)

Fri. Mar 1, 2019 4:15 PM - 4:55 PM 第3会場 (国立京都国際会館1F アネックスホール1)

[EL5] 急性胆道感染症の診断と治療 (Tokyo Guidelines 2018を中心に)

岡本 好司 (北九州市立八幡病院 外科/消化器・肝臓病センター)

(Fri. Mar 1, 2019 4:15 PM - 4:55 PM 第3会場)

[EL5] 急性胆道感染症の診断と治療 (Tokyo Guidelines 2018を中心に)

岡本 好司 (北九州市立八幡病院 外科/消化器・肝臓病センター)

【オンデマンド配信】

1992年 産業医科大学大学院卒 医学博士

同年 産業医科大学第1外科学 助手

2002年 同 講師

2011年 同 准教授

2011年 北九州市立八幡病院 外科主任部長、消化器・肝臓病センター、センター長

2012年 産業医科大学 医学部 第1外科学 臨床教授併任(現在)

2013年 佐賀大学 医学部 救急医学 臨床教授併任(現在)

2015年 北九州市立八幡病院 副院長(現在)

日本腹部救急医学会理事

日本外科感染症学会理事

日本Acute Care Surgery 学会理事

日本血栓止血学会理事

急性胆道感染症の診断と治療は、各施設での独自の診断や治療がなされていた時代から、2005年に高田忠敬先生を中心に筆者らが「科学的根拠に基づく急性胆管炎・胆嚢炎の診療ガイドライン」を本邦で世界に先駆け作成し、診断基準や重症度判定基準などが統一されることとなった。さらに、海外のエキスパートたちとの国際会議後に Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis 2007 (TG07)が制定され、日本発のガイドラインが国際的にも使用されるようになった。その後、国外国内様々な施設よりガイドラインに対する validation studyなどの報告があり、よりエビデンスが蓄積され、2013年に TG13、2018年に TG18として改訂されている。

急性胆道感染症、特に急性胆管炎の病態は、時として敗血症から多臓器不全や播種性血管内凝固症候群(DIC)などを発症し、予後不良となることが知られている。従って、患者を診察した場合、初期治療を行いながら診断を並行して行うことが求められる。TGでは、診療フローチャートとして重症度別に治療指針が作成されている。急性胆道感染症が疑われる患者の初期診療においては、まず、バイタルサイン測定による緊急性の有無の評価を行う。緊急性ありと判断された場合は診断確定を待たずに初期治療と必要に応じて呼吸・循環管理を直ちに開始する。次に詳細な診察(問診、理学的所見)に引き続き、血液検査と画像検査を行い、それらの結果を踏まえて急性胆管炎・胆嚢炎の診断基準を用いて診断を確定する。診断が確定したら直ちに初期治療を開始するとともに急性胆管炎・胆嚢炎の重症度判定基準を用いて重症度判定を行うとともに全身状態の評価を行う。全身状態の評価には Charlson co-morbidity index (CCI)や The American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status (PS) classificationが有用である。重症度を判定したら急性胆管炎・胆嚢炎診療フローチャートに基づいて治療方針を決定し迅速に遂行する。

急性胆道感染症治療の基本は、感染巣のコントロールである。すなわち、急性胆管炎では内視鏡的胆管ドレナージや経皮経肝胆道ドレナージであり、急性胆嚢炎では胆嚢摘出術や胆嚢ドレナージである。全身状態を考慮しつつ、適切な手技にて治療を行うべきである。決して、無理をせず、その施設で最も得意とする手技で行うことが肝要である。重症例などで集中治療などの全身管理が不可能な施設では、TGに示されている搬送基準に則って、然るべき施設に搬送することが望ましい。さらには、バンドルをTG13から作成し、チェックリストと共に診療の一助としている。以上について、TG作成に最初から携わっていたものとして、集中治療を専門とする医師の方々に紹介させて頂く。

教育講演

[EL6] 教育講演6

座長:井上 茂亮(神戸大学大学院医学研究科外科系講座 災害・救急医学分野)

Fri. Mar 1, 2019 11:30 AM - 12:10 PM 第4会場 (国立京都国際会館1F アネックスホール2)

[EL6] 抄録を改善してみませんか？

林 淑朗 (医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 集中治療科)

(Fri. Mar 1, 2019 11:30 AM - 12:10 PM 第4会場)

[EL6] 抄録を改善してみませんか？

林 淑朗（医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 集中治療科）

【オンデマンド配信】

【略歴】

学歴

1998年 3月 群馬大学医学部医学科卒

2007年 3月 群馬大学大学院医学系研究科博士課程修了（医学博士）

職歴

1998年 6月 群馬大学医学部附属病院研修医

2000年 6月 済生会宇都宮病院麻酔科医員

2001年 4月 株式会社日立製作所日立総合病院麻酔科医員

2002年 6月 群馬大学医学部附属病院集中治療部医員

2005年10月 群馬大学医学部附属病院集中治療部助教

2008年10月 キーンズランド大学臨床研究センター博士研究員

2011年 2月 Royal Brisbane and Women's Hospital集中治療科

2012年 5月 キーンズランド大学臨床研究センター上級講師

2013年 1月 医療法人鉄蕉会亀田総合病院 集中治療科部長（現在に至る）

2013年 2月 キーンズランド大学臨床研究センター名誉准教授

資格

日本集中治療医学会認定集中治療専門医

日本麻酔科学会認定麻酔科指導医・専門医

社会活動

日本集中治療教育研究会（JSEPTIC）理事長

日本集中治療医学会 評議員

日本集中治療医学会では、学術集会あり方委員会および過去数回の総会大会長を中心に、学術集会の抄録の水準を向上させるべく取り組みを行っている。学術集会の抄録は、研究で得た知見を端的に読者に伝えるものでなければならず、演題の優劣や採否を決定するための唯一の材料であるばかりか、参加者にとっても多数の演題の中から聴講する演題を決めるための判断材料になる。また、学術集会の抄録は、将来第三者が行う研究のための資料になることもある。学術集会の抄録はこのような目的に即したものでなければならない。さらには、多くの学会員にとって、抄録執筆が最も身近な研究執筆活動である点も重視し、抄録の書き方の指針を与えることは日本集中治療医学会の責務でもあると考えている。

しかし、従来の日本集中治療医学会学術集会では、抄録執筆に関する制限は最大字数のみであった。そのためか、形式が多様で、科学学研究的報告に必要な項目が欠如していたり、行われた研究と直接関係のない unnecessary 文言が記述されていたりと、上記の抄録に期待される用途に適わない抄録が少なくなかった。

一方、近年、多くの学術集会では、構造化抄録を採用している。構造化抄録とは、【背景】【目的】【方法】【結果】【結語】などの項立てに沿って記述された抄録を指す。日本集中治療医学会学術集会総会でも、前回より、この形式での記述を推奨している。そして今回（第46回）は、【背景】と【目的】を分けて記載すること、【目的】に可能な限り仮説を明示すること、【方法】に研究デザイン、対象患者、介入方法（介入がある場合）、主要評価アウトカムを明示すること、そして考察は不要であることを指針として明示した。

また、日本集中治療医学会学術集会の発表演題全体に占める症例報告の割合が極めて大きい点を考慮し、症例報告のための抄録執筆の指針を提案した。まず、症例報告の内容に関して、症例や経験などの報告事項にどのよう

な価値があるか、何が新規の知識として追加されるかが読者にわかるように記載することを求めた。価値ある報告事項としては、非典型的な臨床経験、新しい診断方法の報告、新しいもしくは稀な有害事象の経験、アウトカムを改善した介入の経験、臨床ケアを改善した経験、教育（臨床提示）が主なものである。形式は、症例報告でも構造化抄録とし【背景】【臨床経過】【結論】の形式での記述を推奨した。さらに、タイトル中に「～の1症例」、「症例報告」、「ケースレポート」などの用語を入れること、【背景】に、この症例報告の価値ある点の説明を求めた。

日本集中治療医学会としては、教育セミナー等も開催し会員とともに学びながら学術集会の抄録の改善を段階的に行なっていきたいと考えている。本講演もその一環である。最後に、抄録改革に取り組み始めてまだ2年目で、改革に取り組む側にも様々な不備があり、会員の皆様に不都合が生じた点をお詫び申し上げる。

教育講演

[EL7] 教育講演7

座長:伊藤 聡子(神戸市看護大学事務局)

Fri. Mar 1, 2019 2:00 PM - 2:40 PM 第19会場 (グランドプリンスホテル京都B2F プリンスホール2)

[EL7] ICU看護師教育に活かすリフレクション

宇都宮 明美 (京都大学大学院 医学研究科)

(Fri. Mar 1, 2019 2:00 PM - 2:40 PM 第19会場)

[EL7] ICU看護師教育に活かすリフレクション

宇都宮 明美 (京都大学大学院 医学研究科)

【ライブ配信】 【オンデマンド配信】

略歴

2004年大阪府立看護大学大学院 看護学研究科博士前期課程 急性期看護学 修了

1987～2002年 国立循環器病センター

2004～2011年 兵庫医科大学病院 看護部 看護部次長

2011～2018年 聖路加国際大学大学院 急性期看護学 准教授

2019年 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻准教授

京都大学医学部附属病院 看護部 副看護部長

2005年 急性・重症患者看護専門看護師 認定

臨床判断能力は専門的知識を活用する→状況をとらえ、何が起きているか（起っていないのか）を考える→専門的知識や技術（エビデンス・ナラティブ）を活用して行動するものと考えることができる。この3要素は統合されて実践されるものであり、その深みや正確さが看護の質そのものと言えるかもしれない。この中でも重要な「考える」という思考の育成には、時間や労力、そしてスキルが必要である。このスキルの1つにリフレクション（省察）がある。リフレクションには実践中に「考える」reflection in action と実践を終えて「振り返って考える」reflection on actionが存在するといわれている（Tunmer）。高度な看護実践者になると自分でreflectionすることも可能になるが、多くの看護師の臨床判断能力育成のreflectionには支援者が必要である。支援者はタイミングに応じて発語（発問）をしながらreflectionを行う。発語（発問）とは支援者が学習者の学びを高める（深める）ために問いを投げかけるものである。問いは質問ではない。私たちは臨床現場で学習者に質問をする。それは一緒に考えているように見えて、教える側が誘導して正解を言わせる状況を作ってしまう。そうすると学習者は自分で考えず、支援者の頭の中を探って話すようになってしまいます。支援者は学習者の臨床判断能力をとらえながら、それを広げる発話（発問）を考えなくてははいけません。今まで受けてきた現任教育の変換時期に差し掛かるいまこそ、reflectionについて考えてみましょう。

教育講演

[EL8] 教育講演8

座長:河合 佑亮(藤田保健衛生大学病院看護部)

Fri. Mar 1, 2019 2:45 PM - 3:25 PM 第19会場 (グランドプリンスホテル京都B2F プリンスホール2)

[EL8] ECMO管理中の早期リハビリテーション ～ ECMO患者の明るい未来をめざして～

劉 啓文 (The University of Texas Medical Branch, Galveston)

(Fri. Mar 1, 2019 2:45 PM - 3:25 PM 第19会場)

[EL8] ECMO管理中の早期リハビリテーション ～ ECMO患者の明るい未来をめざして～

劉 啓文 (The University of Texas Medical Branch, Galveston)

【ライブ配信】 【オンデマンド配信】

平成24年3月 東京慈恵会医科大学 卒業

平成24年4月 栃木県済生会宇都宮病院 初期研修医

平成26年4月 前橋赤十字病院 集中治療科救急科

平成29年10月 救急専門医 取得

平成30年6月 University of Texas Medical Branch現在に至る。

専門分野は集中治療、救急一般。テーマは早期離床、ECMO、心肺停止後症候群など。現在はECMO、敗血症、ARDS、出血性ショックの研究に従事。

Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO、膜型人工肺)は、従来の方針では救命が困難とされる患者の命を救えるデバイスとして注目を集めている。2009年 CESAR trialで ECMOの有用性が報告されて以降、ECMOデバイスの開発、ELSO (ECMO国際学会)による ECMO管理の普及と啓蒙のおかげで、全世界の ECMO使用数は10年の間に3倍に増加した。一方で、ECMOによりかろうじて救命された患者は、ECMOを使っていない患者より身体認知機能障害が強く、社会復帰率も低いことがわかった。ECMO患者はその重症度ゆえに、生存後のQOLが著しく低いことがわかったのだ。その現状を打破すべく、ECMO管理中からの早期リハビリテーションが推奨されている。ECMOには Rescueを目的とした治療 ECMOと移植までの生命維持を目的とした移植 ECMOの2種類ある。日本では移植を目的とした ECMOの使用は非常に少なく、また移植 ECMOに対するリハビリテーションは多くの海外の報告によりその役割と意義が確立されている。Rescue治療 ECMOに対する早期リハビリテーションは未だコンセンサスがなく、各施設で模索的に行っているのが現状である。治療 ECMOにおける早期リハビリテーションの確立には3つのステップがある。1つめのステップは、ECMOの管理に施設全体としてある程度習熟する必要がある。治療 ECMO患者は、重症度が非常に高く臓器障害合併も多く管理は難しい。また出血などの合併症に見舞われることも多い。管理・看護には多職種の協力も必須である。まずは患者管理、ECMO管理のレベルを上げ、安全性を最大限に高める必要がある。施設内での勉強会、マニュアル作成、シミュレーショントレーニングなどが推奨されている。2つ目のステップは患者を覚醒させる、Awake ECMOという状態にすることである。ここが最大の障壁と思われる。鎮痛・鎮静の管理、そして水分管理、精神面の管理などへの知識をアップデートし活用する必要がある。3つ目のステップは患者の選定と安全な早期リハビリテーションの実施である。すべての治療 ECMO患者が積極的なリハビリテーションを享受できるわけではない。2ステップの Awake ECMOを超えられない患者も一定数存在する。どのような患者にどこまでリハビリテーションを行うのか、多職種と協同し適切な患者選定および適度なリハビリテーションの提供が安全に行われるためのシステムを作る必要がある。ECMOのリハビリテーションは難しい。早期というと尚更である。しかし、各施設にあった有効な方法は必ず存在する。共有し、交流することで、日本の ECMOの技術は発展し、ECMO患者の命だけでなく未来の生活も救うことができる。

教育講演

[EL9] 教育講演9

座長:卯野木 健(札幌市立大学看護学部)

Fri. Mar 1, 2019 3:30 PM - 4:10 PM 第19会場 (グランドプリンスホテル京都B2F プリンスホール2)

[EL9] クリティカルケア領域における看護師の育成-大人の学びを支援する-

道又 元裕 (杏林大学医学部附属病院 看護部)

(Fri. Mar 1, 2019 3:30 PM - 4:10 PM 第19会場)

[EL9] クリティカルケア領域における看護師の育成-大人の学びを支援する- 道又 元裕 (杏林大学医学部附属病院 看護部)

【ライブ配信】 【オンデマンド配信】

現在、杏林大学医学部附属病院 看護部長

一般に看護師の臨床における教育プログラムの方法とアウトカムは、帰属施設において決定されていて、その方法は何がしかのプロトコールのようなものに沿ってプログラムを進めてゆくのでしょうか。そこで、それぞれの学びを支援する者、される者は、その相互関係のプロセスと結果において看護職としての自己決定や判断力が養われ、看護職として仕事をしてゆこうとする一定の未来を歩みだす意思と意志が育まれることを期待しているのでしょうか。そして、学びを支援する者、される者、何れも器用、不器用、積極的、消極的、社交的、人見知り・・様々な性格やスタイルを有していることでしょうか。このことを考えるならば、機械的に機械的なプログラムを進めることが良いのか悪いのか難しいですね。しかし、大事なことは学びを支援する者、される者は、双方の学習スタイルと結果を感情的にならずに評価し、そのうえで学習方法を決定してゆくことなのかも知れません。また、管理者とすべての周囲の支援者達は、この内容を把握しながら学びを支援をすることが不可欠です。学ぶ当事者とそれを支援する者は、全部なんてじゃなくても、半分程度でも納得しながら、しかし、相互の立場をそれなりに理解しながら、仕事上の習得すべきことについて段階を踏みながら仕事として進んでゆくことが大切であるという感情が養われることがとても重要なことです。学びをすることを軸にして、それぞれの役割を持った個人が生き、集団も生きるのです。それは、決してよそ事ではなく、自分達が決定した自らの学び方に対する自由と責任を持つことなのです。教育論を振りかざしても、結局は人と人との信頼関係が礎であり、それがすべてです。このことが前提となり、自ら学び、自ら決定する意志が育まれるための学びの支援が行われることが望まれます。