

Sat. Jun 15, 2019

第2会場

Oral presentation

[PD1] 重症患者の生活支援“安楽”を守るチャレンジ
座長:露木 菜緒(国際医療福祉大学成田病院準備事務局)、後藤 順一(河北総合病院)

10:40 AM - 11:50 AM 第2会場 (3F 国際会議室)

[PD1-1] PD1-1

○大山 祐介^{1,2} (1. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程、2. 長崎大学生命医科学域保健学系)

10:40 AM - 10:55 AM

[PD1-2] PD1-2

○北別府 孝輔¹ (1. 倉敷中央病院 集中医療センター)

10:55 AM - 11:10 AM

[PD1-3] PD1-3

○合原 則隆¹ (1. 久留米大学病院高度救命救急センター)

11:10 AM - 11:25 AM

Oral presentation

[PD2] 未来に向けて特定行為研修制度の課題を考究する

座長:尾野 敏明(前 杏林大学医学部付属病院)、卯野木 健(札幌市立大学)

4:40 PM - 6:00 PM 第2会場 (3F 国際会議室)

[PD2-1] PD2-1

○劔持 功¹ (1. 東海大学看護師キャリア支援センター)

4:40 PM - 4:55 PM

[PD2-2] PD2-2

○村中 烈子¹ (1. 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院 ICU)

4:55 PM - 5:10 PM

[PD2-3] PD2-3

○桑村 直樹¹ (1. 公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)

5:10 PM - 5:25 PM

第4会場

Oral presentation

[PD3] 重症患者の生活支援“食べる”機能を守るチャレンジ

座長:亀井 有子(市立岸和田市民病院)、西村 祐枝(岡山市立総合医療センター岡山市立市民病院)

4:40 PM - 6:00 PM 第4会場 (1F 中会議室)

[PD3-1] PD3-1

○山下 亮¹ (1. 地方独立行政法人北九州病院機構 北九州市立八幡病院 救命救急センター 集中治療室)

4:40 PM - 4:55 PM

[PD3-2] PD3-2

○隈本 伸生¹ (1. 小倉記念病院 看護部 クオリティマネジメント科)

4:55 PM - 5:10 PM

[PD3-3] PD3-3

○後藤 孝治¹ (1. 大分大学医学部附属病院 集中治療部)

5:10 PM - 5:25 PM

[PD3-4] PD3-4

○田邊 美保子¹ (1. 大分大学医学部附属病院臨床栄養管理室)

5:25 PM - 5:40 PM

第5会場

Oral presentation

[PD4] 重症患者の生活支援“安全”を守るチャレンジ
座長:池松 裕子(名古屋大学大学院医学系研究科)、足羽 孝子(川崎医科大学総合医療センター)

4:40 PM - 6:00 PM 第5会場 (B2F リハーサル室)

[PD4-1] PD4-1

○志村 知子¹ (1. 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)

4:40 PM - 4:55 PM

[PD4-2] PD4-2

○吉里 美貴¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

4:55 PM - 5:10 PM

[PD4-3] PD4-3

○戸田 美和子¹ (1. 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院)

5:10 PM - 5:25 PM

Oral presentation

[PD1] 重症患者の生活支援 “安楽” を守るチャレンジ

座長:露木 菜緒(国際医療福祉大学成田病院準備事務局)、後藤 順一(河北総合病院)

Sat. Jun 15, 2019 10:40 AM - 11:50 AM 第2会場 (3F 国際会議室)

[PD1-1] PD1-1

○大山 祐介^{1,2} (1. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程、2. 長崎大学生命医科学域保健学系)

10:40 AM - 10:55 AM

[PD1-2] PD1-2

○北別府 孝輔¹ (1. 倉敷中央病院 集中医療センター)

10:55 AM - 11:10 AM

[PD1-3] PD1-3

○合原 則隆¹ (1. 久留米大学病院高度救命救急センター)

11:10 AM - 11:25 AM

10:40 AM - 10:55 AM (Sat. Jun 15, 2019 10:40 AM - 11:50 AM 第2会場)

[PD1-1] PD1-1○大山 祐介^{1,2} (1. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程、2. 長崎大学生命医科学域保健学系)

Keywords: 安楽、重症患者、概念

安楽は安全・安楽として安全とともに金科玉条のように用いられることが多い言葉でもあり、看護基礎教育のなかでも当然のように学習してきた。その影響からか私自身も臨床において看護実践するなかで、安全と安楽を漠然としたイメージで捉え、実践していたように思う。安楽は看護における基本原則であり、看護の目標や患者の回復のための戦略とされ、クリティカルケア看護領域においても重要な概念である。特にクリティカルケア看護の対象となる患者は、生命に直接かわるような健康問題を抱えた重症患者であることから、患者は多様な安楽のニーズがある状況であり、安楽を目指したチャレンジが行われていると考える。

日本では1954年の看護の文献において、安楽を重要用語として最初に記述されたと言われている。一方で、ソーシャルメディアにおける安楽を調査した研究では、安楽という言葉は一般的使用頻度が低いことが明らかになっている。そのため、安楽という概念は看護独自のものとして存在していると考えられる。また、これまでの看護用語の安楽の使われ方としては、看護診断における「安楽の変調」として、疼痛、悪心／嘔吐、掻痒感の3つが阻害要因としてあげられている。この「安楽の変調」という看護診断は身体的側面における苦痛の要素が強いことが分かる。そして、「安楽な体位にする」のように、身体的な苦痛を取り除く、看護技術として使用されることも多いように思う。

このように安楽という用語は一般的には使用する機会が少ないこと、看護独自の意味があること、そして、以前多用されていた「安楽の変調」という看護診断などによるイメージが強く、限定的な捉え方をされやすいことも考えられる。

現在では、日本看護科学学会の用語集に掲載されている安楽や NANDA-I看護診断の「安楽障害」の定義は Kolcabaの comfort理論に基づいている。この理論では、「comfortは緩和、安心、超越に対するニードが、経験の4つのコンテキスト（身体的、サイコスピリットの、社会的、環境的）において満たされることにより、自分が強められているという即時的な経験である」と定義されている。この Kolcabaの comfortの概念の定義や comfortの3つのタイプ、経験の4つのコンテキストについて理解することで、クリティカルケア看護領域における安楽の理解につながると考える。しかし、クリティカルケア看護領域のように治療や病気の経過が変化しやすい患者を対象とした場合に適用の難しさがあるとの指摘もある。そこで、クリティカルケア看護領域における comfortの研究も合わせて紹介し、クリティカルケア看護領域における安楽の概念の理解が深まることを期待したい。

本セッションでは、安楽に関する理論や研究に視点を向け、重症患者の安楽の概念や課題について紹介する。

10:55 AM - 11:10 AM (Sat. Jun 15, 2019 10:40 AM - 11:50 AM 第2会場)

[PD1-2] PD1-2○北別府 孝輔¹ (1. 倉敷中央病院 集中医療センター)

Keywords: 生活支援、睡眠支援、活動促進

「環境は変われど、療養環境も患者にとっては生活の場」…臨床やカンファレンスにおいてこのような言葉をよく口にします。クリティカルケアが必要な重症患者の方々は、ベッド上に横たわっている“現在”以外に前後の長いストーリーがあって、“現在”はそのストーリーの中の“点”にすぎないのです。医療者として、この前提を強く意識しておくべきだと考えます。そのような対象の生活を守るためにどのようなケアを実践しているのか述べていきたいと思えます。

生活を送る上では、十分な睡眠と活動が必要です。まず近年のトピックスのひとつでもある睡眠についてですが、睡眠を適切に評価するためには定量的な評価が必要だといわれています。ポリソムノグラフィーのような正

確なモニタリングは臨床では困難ですので、当院 ICUでは患者の主観的な評価（睡眠充足度）と医療者の客観的な評価（夜間睡眠度、昼間覚醒度）を毎日測定し、多職種回診の中で患者ごとにグラフ化された画面を共有したうえで睡眠と活動におけるディスカッションをおこなっています。具体的には、①患者の夜間睡眠環境を整えるための方略は徹底されているか（光や音、夜間の刺激への対策）、②睡眠薬の使用状況と変更についてはどうか（薬剤師を中心に検討）、③日中の活動についてはどうか（理学療法士を中心に検討）、④睡眠グラフに変化があった時の状況変化や対応についてはどうか（せん妄得点の動きや対策も含む）、などの検討と対策を行っています。

次に日中の活動（早期離床）についてですが、睡眠と同様に多職種カンファレンスの中で毎日評価・検討されています。ここでは、患者の安静度や活動耐容能にとどまらず、患者とともに目標設定して適切に動機づけをして実施できるように心がけています。患者にとって必要な活動やケアが何かということを“患者と家族を含んだ多職種チーム”で共有すること、これが患者の安楽を守るという点においてとても重要なことだと考えます。療養環境において、患者は自身のコントロール感を失うことの連続の中にいます。その為、離床の目標だけでなく、日々のプランを共有したうえで全身清拭の時間をいつするか、どこの部分浴を希望するか、何時のTV番組をみたいからそこは外してほしいなど、可能な範囲で患者のニーズを確認しながらケア計画と提供をおこなっていきます。

冒頭で述べた「療養環境も患者にとっては生活の場」であるという前提に戻ると、患者の従来の生活リズムを確認したうえでのケア提供は必須です。そして、生活に戻るためにどのような機能が損なわれないように努めるのか、もしくはどのような機能の再獲得を目指すのか、当たり前を考えているはずなのに集中治療室という特殊環境によって徐々にフィルターがかかってしまいがちな「患者の生活」に焦点を当て続けることが大切なことなのだと考えます。今後の課題としては、そのような「前後のストーリーのある患者の生活」を想像する力を養い続けることもひとつ挙げられると考えています。

11:10 AM - 11:25 AM (Sat. Jun 15, 2019 10:40 AM - 11:50 AM 第2会場)

[PD1-3] PD1-3

○合原 則隆¹（1. 久留米大学病院高度救命救急センター）

Keywords: 救急初療、安楽、疼痛対策

A大学病院高度救命救急センターは、福岡県の南部に位置し、特定機能病院として、地域の中核を担っている。2002年にドクターヘリを全国で4番目に導入し、2016年には、久留米広域消防本部の委託をうけて、ワークステーションドクターカーを導入。年間1000件前後の救急患者の受け入れを行なっている。看護学大事典において、安楽（Comfort）とは「身体的・精神的に苦痛がなく、快適な状態、居心地の良さ、不自由でないこと、気楽なこと、苦悩や不安がないこと」と述べられている。しかし、救急患者の場合、突然のけがや不快な症状の出現、不慮の事故などで、大きな不安と疼痛や恐怖を感じながら来院されることが多いのに加え、救命を優先することから、新たに疼痛を伴う治療、処置が行われる場合もある。そのような状況下であることから、安楽な状態は、ほとんど認められないと考える。疼痛が持続することは、主要なストレス要因の1つとなり、せん妄の出現や人工呼吸器離脱を遅らせることなど、患者には悪影響となることから、近年集中治療の現場では、2014年に発表された「日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン」を基に、鎮痛優先の鎮静が推奨され、実施が行なわれている。しかし、初療では、正確な所見や症状がとりにくくなることや、鎮痛薬を使用することで、交感神経の緊張が低下し、血圧低下や呼吸抑制などが懸念されることから、国内においては、初療における鎮痛薬使用の明確な基準がないのが現状である。

そのような、初療の現場において、2018年1月から6ヶ月間当院に搬入された救急患者の現状を述べ、初療における ComfortCareとして、特に、鎮痛対策はどうあるべきか、また、そのための課題について、文献を用いて考察し報告するとともに、皆様と意見交換を行なっていきたいと考えます。

Oral presentation

[PD2] 未来に向けて特定行為研修制度の課題を考究する

座長:尾野 敏明(前 杏林大学医学部附属病院)、卯野木 健(札幌市立大学)

Sat. Jun 15, 2019 4:40 PM - 6:00 PM 第2会場 (3F 国際会議室)

[PD2-1] PD2-1

○ 劔持 功¹ (1. 東海大学看護師キャリア支援センター)

4:40 PM - 4:55 PM

[PD2-2] PD2-2

○ 村中 烈子¹ (1. 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院 ICU)

4:55 PM - 5:10 PM

[PD2-3] PD2-3

○ 桑村 直樹¹ (1. 公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)

5:10 PM - 5:25 PM

4:40 PM - 4:55 PM (Sat. Jun 15, 2019 4:40 PM - 6:00 PM 第2会場)

[PD2-1] PD2-1○ 剣持 功¹ (1. 東海大学看護師キャリア支援センター)

Keywords: 特定行為研修制度

わが国では、高齢化が加速しており団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年以降は、5人に一人が75歳以上、3人に一人が65歳以上という超高齢化社会に突入していきます（75歳以上は約2200万人）。その一方で、日本の人口は2004年をピークに減少に転じ、人口構造の変化が著しく起こっています。少子超高齢化社会を向かえるにあたり、人口減少、医師不足、医療の高度化、複雑化都市集中化、地域格差、医療費の高騰など様々な問題としてクローズアップされました。この命題を解決するため国は、健康年齢を伸ばし、その人らしく生まれ育った地域で暮らしていく地域包括ケアシステムの推進を行う一方、チーム医療の推進、働き方改革など具体的な方策を打ち出しました。

働き方改革に示されるように医療界における人手不足は最大の問題です。そこで、病院完結型の医療から自宅や地域で直す地域完結型の医療へと大きな政策転換を進めています。医療、介護を連携させる大きな鍵となるのが看護師です。方策の一つとして看護師による特定行為研修制度が平成27年より施行されました。この制度は看護師に対する期待の現れでもあります。この制度は3年目以上の看護師が研修により手順書を用いて包括的に医療を行うものです。この研修制度により2020年までに2桁万人の研修を終えた看護師を養成して上記の問題解決の一助にすることです。

看護協会は安全の担保、質の担保を図るために認定看護師に特定行為実施者として推進すべく認定看護師制度の再構築を図り、認定看護師教育に特定行為研修を組み入れた新たな認定看護師制度を2020年から始めようとしています。この制度が始まって4年2025年までの間に一つの評価をすると共に、この制度を活かし国民の健康と生活に看護師がどのように貢献できるかを考えなければならない時に来ています。ここでは、国民からの信頼を得るために、この制度の課題について皆さんと議論できればと考えています。

4:55 PM - 5:10 PM (Sat. Jun 15, 2019 4:40 PM - 6:00 PM 第2会場)

[PD2-2] PD2-2○ 村中 烈子¹ (1. 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院 ICU)

Keywords: 特定行為

現在、自施設で特定行為研修を修了している認定看護師は計3名（集中ケア・救急看護・がん性疼痛看護）在籍している。今後、他の領域の認定看護師も受講予定である。ジェネラリストの特定行為研修の修了者の在籍はない状況である。

私は集中ケア認定看護師として活動しており、2016年に日本看護協会の特定行為研修を受講し、救急集中ケアモデルの5行為14区分を修了した。私が自施設で初めての特定行為研修修了者であったことから、実践活動に関する試行として看護部に1年間配属となった。

認定看護師としてこれまでと同様の組織横断的な活動を通し、看護ケアと特定行為の実践・多職種からのコンサルテーション・教育支援に対応してきた。特定行為実践では、臨床推論力や病態判断力により、異常の早期発見・対応に繋がったケースもあった。特に呼吸ケアチームでの活動では、医師が不在時でも患者評価や異常時対応などがタイムリーに行えることで、チーム全体の機動力が上がったとチーム内での評価も得られている。看護スタッフだけではなく、他職種から患者の状態変化の報告や対応に関する相談が増加した。

また、特定行為実践のプロセスを活用することで、従来よりも治療上で必要となる医師間の連携調整がスムーズとなり、看護スタッフが葛藤を抱えやすくなる場面を減少させることにも繋がっていると実感している。特定行為を医師と柔軟にタスクシェアすることで、状態が変化しやすい重症患者や救急患者に対してタイムリーかつ効果的に医療提供することが可能となっている。

一方、実践可能な特定行為が違う認定看護師が複数存在しており、現場周知が難しい。特定行為の行為内容の

情報だけが先行することで、介入依頼に偏りが生じることもあった。また、特定行為の実践者が少ないため、時には継続的な介入が困難となる。周囲の理解と協力がなければ継続性の維持は難しい。

今後の特定行為研修制度の研修内容の変更により、実践者の多様性がさらに生じることになる。多様性のある実践を有効活用するためには、どのような働き方が実際の現場、病院特性やニーズと一致するのかを慎重に見極め、検討を重ねていくことが重要であると思われる。

今回、自施設の特性を踏まえながら、特定行為実践の現状と課題について述べる。

5:10 PM - 5:25 PM (Sat. Jun 15, 2019 4:40 PM - 6:00 PM 第2会場)

[PD2-3] PD2-3

○桑村 直樹¹ (1. 公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)

Keywords: 特定行為研修

特定行為に係る看護師の研修制度は、チーム医療を推進し、看護師がその役割をさらに発揮するため、2014年6月に創設され、10月より研修制度が開始された。厚生労働省のホームページによると、「2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助（例えば脱水時の点滴（脱水の程度の判断と輸液による補正）など）を行う看護師を養成し、確保していく必要があり、このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことを目的とする。」とされている。

特定行為として21区分38行為を定め、共通科目と区分別科目からなる研修カリキュラムを作成し、指定研修機関で教育を行っている。研修制度開始から3年が経過した2018年9月末の特定行為研修修了者数は1205名となっている。厚生労働省は2025年までに二桁万人の修了者を輩出させたいと考えているが、現時点では思うような人数が確保されていない状況である。また、特定行為研修を行っている指定研修機関は2019年2月末現在、39都道府県で113機関と、徐々に増加してきているが、まだ必要な人数を養成するには不足している状況である。研修方法も、大学院教育に組み込んでいる機関、認定看護師を対象に行っている機関、看護師を対象に行っている機関、自施設の看護師を対象に行っている機関など多様であり、研修修了している特定行為区分数も多様である。このような現状の中で、本会の特定行為研修を中心に、現在の特定行為研修の内容や修了生の活動状況などを踏まえ、今後に向けた課題などを検討していきたい。

Oral presentation

[PD3] 重症患者の生活支援 “食べる” 機能を守るチャレンジ

座長: 亀井 有子(市立岸和田市民病院)、西村 祐枝(岡山市立総合医療センター岡山市立市民病院)

Sat. Jun 15, 2019 4:40 PM - 6:00 PM 第4会場 (1F 中会議室)

[PD3-1] PD3-1

○山下 亮¹ (1. 地方独立行政法人北九州病院機構 北九州市立八幡病院 救命救急センター 集中治療室)

4:40 PM - 4:55 PM

[PD3-2] PD3-2

○隈本 伸生¹ (1. 小倉記念病院 看護部 クオリティマネジメント科)

4:55 PM - 5:10 PM

[PD3-3] PD3-3

○後藤 孝治¹ (1. 大分大学医学部附属病院 集中治療部)

5:10 PM - 5:25 PM

[PD3-4] PD3-4

○田邊 美保子¹ (1. 大分大学医学部附属病院臨床栄養管理室)

5:25 PM - 5:40 PM

4:40 PM - 4:55 PM (Sat. Jun 15, 2019 4:40 PM - 6:00 PM 第4会場)

[PD3-1] PD3-1○山下 亮¹ (1. 地方独立行政法人北九州病院機構 北九州市立八幡病院 救命救急センター 集中治療室)

Keywords: リハビリ、摂食・嚥下、栄養管理

平成30年度診療報酬改定により、ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価として早期離床・リハビリテーション加算の新設が行われた。また、集中治療医学会からも、「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～」が作成され、集中治療領域での早期リハビリテーションが定着されつつある。早期リハビリテーションでは、退院後のADL再構築やICU-AW(ICU-acquired weakness)、ICU-AD(ICU-acquired delirium)の改善、ICU在室期間や在院日数を短縮させる可能性が示唆されている。しかし、現時点において、早期リハビリテーションとしての摂食・嚥下機能への介入方法や効果等については、不明確である。

重症患者では、生体侵襲に伴う代謝変化によって、エネルギー需要の増加による骨格筋タンパクの減少に伴い、筋力低下を招きやすい状況下にある。それに加え、脳血管障害などの原疾患に伴うものや、鎮静管理、気管挿管チューブや胃管などの栄養チューブの存在に伴い、摂食・嚥下機能を低下させやすい状況下である。また、このような状況の特殊性は、重症患者の早期栄養管理の介入においても、経静脈もしくは経管経腸栄養を選択せざる大きな理由ともなる。栄養管理としては、経静脈もしくは経管経腸栄養の選択により、早期栄養管理がなされる一方で、結果として、摂食・嚥下機能への介入が遅れがちな状況が生じる。現に、重症患者における摂食・嚥下機能への介入は、経口摂取が可能となった状況になり、はじめて行われることもめずらしくない。

摂食・嚥下機能は、食物を認知することから始まり、口腔内への取り込み、咽頭、食道を経て胃に至るまでの過程(先行期・準備期・口腔期・咽頭期・食道期)全てを示す。そのため、経口摂取の有無に関わらず、摂食・嚥下機能の低下を予防し、機能保持や回復を目指すことを目的に早期から取り組むことは重要な意味を持つ。アプローチするタイミングや方法等は、摂食・嚥下機能の障害部位やリスクによっても異なるが、早期リハビリテーションの一環として介入していく必要性が非常に高いものであると考える。現在、重症患者における摂食・嚥下機能への介入するタイミングや方法等は、個々や各施設の基準によって行われているのが現状であり、標準的ケアとして確立したものがないのが現実である。そこで、今回、重症患者における早期リハビリテーションとしての摂食・嚥下機能への介入の可能性について検討したい。

4:55 PM - 5:10 PM (Sat. Jun 15, 2019 4:40 PM - 6:00 PM 第4会場)

[PD3-2] PD3-2○隈本 伸生¹ (1. 小倉記念病院 看護部 クオリティマネジメント科)

Keywords: 嚥下機能、重症患者、経口摂取

本邦においては、超高齢社会となり今後も高齢化率が高くなることが予測されている。高齢人口の急激な増加により疾病構造が変化してきていることで、入院患者の背景も大きく変わろうとしている。また、高齢者は不可逆的な身体機能低下に加え様々な基礎疾患を抱えているケースが多く、疾患の急性増悪によりクリティカルケアでの加療を受ける高齢患者も多くなっている。このような背景がある高齢者では、過大侵襲を脱した後、生命は維持できたものの「口から食べる」ことができなくなることも少なくない。そのため「食べる」機能を守るチャレンジを摂食嚥下障害看護認定看護師の立場から述べる。

高齢者では、加齢に伴う身体機能の低下を念頭に置いた関わりが必要となる。「食べる」機能に最も関連した嚥下機能も同様に低下していくことは一般的にも知られている。しかし、過大侵襲を脱した後、誤嚥性肺炎発症を恐れるがあまり過剰なリスク管理が行われるため、「食べる」ことを避け長期の絶食を強いられる傾向にある。このような問題に対して、私たちができるケアを考えていかなければならない。

経口摂取開始が遅れる要因には、経口摂取開始基準が不明確であることが挙げられる。医療者の主観的に食べることができないと判断するのではなく、客観的に評価することが重要である。評価するポイントは口腔内の観

察を行い、口腔内の清潔保持に努め「食べるための準備」から始める。口腔内環境を整えることは、誤嚥性肺炎予防の観点からも重要である。次に、覚醒状況と呼吸状態の観察を行い、評価が可能な状況であれば、速やかに嚥下機能評価を実施し、経口摂取が可能であるかを評価する必要がある。

嚥下機能評価では、嚥下に関連したフィジカルの評価を行った後に、ベッドサイドで実施可能な標準化された嚥下障害スクリーニングテストを行うことが推奨されている。スクリーニングテストで代表的なものに RSST（反復唾液嚥下テスト）、MWST（改定水飲みテスト）、FT（フードテスト）などがあるが、これらを患者の状況に合わせて行うことが必要である。経口摂取が可能であれば患者の嚥下機能に合わせた食事の提供を行うが、初回の食事摂取には注意が必要である。また、患者の状態に変化があるときは再評価を行い適切な対応が必要となる。重症患者への経口摂取に向けた取り組みでは、ケアと評価を繰り返して行うことが「安全に食べる」食べる機能を守ることに繋がる。

重症患者の栄養療法においては、日本集中医療学会より出版されている日本版重症患者の栄養療法ガイドラインの中で48時間以内の経腸栄養開始が推奨されている。そのため各施設で早期経腸栄養開始に向けた取り組みが多くされているようになりプロトコル作成などで標準的にケアが行われるようになってきている。しかし、経腸栄養の投与方法は経管栄養での投与のみで、経口摂取に関しては触れられていない。重症患者の経口摂取に関する指針もガイドラインに追加されると重症患者の「食べる機能を守る」取り組みが広がっていくのではないかと考える。また、最高の栄養摂取手段である経口摂取を目指すべきである。

5:10 PM - 5:25 PM (Sat. Jun 15, 2019 4:40 PM - 6:00 PM 第4会場)

[PD3-3] PD3-3

○後藤 孝治¹ (1. 大分大学医学部附属病院 集中治療部)

Keywords: 経腸栄養

大分大学医学部附属病院集中治療部（当 ICU）は、1985年の開設以来、全身管理を専門にしている麻酔科医が集中治療を担う“closed ICU”システムで運営している。これまで我々が治療した重症患者数はすでに14,000例を超しており、大分県下最大規模の急性期医療の「最後の砦」として重要な役割を担っている。入室患者の約7割は当院の定例手術後患者で、残り約3割を院内または院外からの重症救急患者が占める。

当 ICUにおける敗血症性ショック患者の入室症例数は年間約50名程度である。当 ICUにおける敗血症患者の28日死亡率は、2015年:8.9%(4/45)、2016年:8.7%(4/46)、2017年:9.5%(4/42)と良好に推移しているが、ガイドラインに準じた敗血症の標準的治療とともに積極的に早期経腸栄養を施行している。

敗血症性ショックのような重症患者では、侵襲に加えて絶食による腸粘膜の萎縮や透過性亢進のために腸管の免疫防御機能の低下し、病原微生物や産生された毒素などによって全身性に過剰な炎症を引き起こし、予後を悪化させる原因となる。経腸栄養は、腸管機能と腸内細菌叢を正常に維持することで免疫防御機構を改善させ、経静脈栄養よりも死亡率や感染症発症率を改善させることができ、さらに安価なため医療費の削減にもなることから、ICU管理を要する敗血症に対して経腸栄養を優先することが強く推奨されている。さらに、経腸栄養の早期施行は腸管絨毛に対し消化管内腔からのエネルギー補充、腸管血流の増加により、腸管の免疫組織を保持・刺激し、これらが全身の免疫賦活につながり、その結果感染症発症を防ぐことで予後を改善することから、敗血症発症後、数日の内に経口摂取で十分な量のエネルギーを摂取出来ない見込みである場合は、早期(48時間以内)に経腸栄養を開始することが推奨されている。

では、ICUで経口的に食べることができずに経鼻胃管からの栄養剤投与でも逆流してしまうような患者に対し、どのようにして“食べる”機能を守るのでしょうか？

ICUに入室中の重症患者の多くは、血行動態不安定（特に高用量カテコラミン使用中やIABP・PCPS・VVECMOなど機械的補助施行中）、持続鎮静中（特に筋弛緩薬使用中）などによって経胃栄養が逆流してしまうような患者が多い。また、そのような状況になくとも胃残が多く口腔内に逆流し誤嚥のリスクが高い患者も多く経験する。経鼻胃管から投与した栄養剤が逆流するということは、すなわち、「経腸栄養ができてない＝食べていない」ということであり、安定した経腸栄養を確立するため幽門を越えた空腸内にチューブ先端を留置するこ

とが必要になる。方法として、内視鏡法、聴診法、超音波法、透視法などがあるが、それぞれに長所と短所がある。

当 ICUでは2007年以前までは胃内排泄遅延による経腸栄養逆流症例に対して内視鏡下に十二指腸・空腸内へ経腸栄養用チューブを挿入していたが、内視鏡抜去時のチューブ抜去や蠕動に伴うチューブ先端の胃内脱出などの問題があった。しかし、2007年以降からは内視鏡下にバルーン付き十二指腸チューブを使用することで全例において容易に早期経腸栄養の確立が可能となっている。

このように、重症患者の“食べる”機能を守るチャレンジとして早期に経腸栄養を開始することは当然であるが、臨床の場では様々な問題があり、患者背景や各施設の状況に合わせた工夫をすることも必要であろう。

5:25 PM - 5:40 PM (Sat. Jun 15, 2019 4:40 PM - 6:00 PM 第4会場)

[PD3-4] PD3-4

○田邊 美保子¹ (1. 大分大学医学部附属病院臨床栄養管理室)

Keywords: 栄養管理

高齢者、特に75歳以上の超高齢者にとって長期の絶食は嚥下機能低下のリスクであり、術後早期の経口摂取開始が望まれる。そのため、周術期における感染症など合併症の発生は絶食期間の長期化につながる要因の1つとなる。また近年、サルコペニア状態にある高齢者の手術リスクや合併症の発生リスクが高いことが報告されている。絶食管理後の嚥下障害の発生は、栄養状態の低下および骨格筋量の低下のある患者が引き起しやすいとされる。今回のテーマである「重症患者の生活支援、“食べる”機能を守る」ため、周術期の栄養管理について、また実際に周術期を経過した症例を振り返り、今後の課題について検討する。

周術期での感染症対策の重要なポイントの1つが、腸管の使用である。重症患者の栄養療法ガイドライン（J-CCNTG）では、腸管の使用が可能な患者に対し、治療開始後24～48時間以内の速やかな経腸栄養の開始を推奨している。腸管の使用により、腸管粘膜の保護、バクテリアルトランスロケーションの抑制、免疫機能の保持を目的としている。さらに中心静脈栄養によるカテーテル感染のリスク低減にもつながる。また、絶食中の口腔内環境を整えることが口腔内の細菌増加を抑え誤嚥性肺炎予防に有効とされている。周術期における適切な口腔ケアは、唾液の分泌促進、口腔機能の低下防止に重要である。

経腸栄養開始に当たっては、まず患者の栄養状態の評価、必要栄養量の算出を行い、原疾患や病態に応じて栄養剤を選択する。経腸栄養剤は、組成の違いや対象となる疾患に応じて多くの種類があるため、特徴を十分把握した上で使用することで患者の早期回復につなげる。経腸栄養開始時投与量は overfeeding に注意しながら決定する。経腸栄養開始後は、目的の投与量までスムーズに達成できるように経腸栄養投与による合併症の出現に注意が必要であり、栄養剤の嘔吐による誤嚥性肺炎や下痢の発生を最小限に抑えるための注意点について述べる。

また、今回当院で食道がんの再建手術を行った患者で、手術直前に体成分分析装置 Inbodyによる骨格筋量の測定を行った患者70名（男性65名、平均年齢66歳±8.0歳〈48－83〉・女性5名、平均年齢60歳±12.5歳〈47－77〉）における、術後食事開始までの期間を調査し、非高齢者群（65歳未満）と高齢者群（65歳以上）に分類し、骨格筋指数（以後 SMI）との関係について調査した。その結果より、高齢者群において、SMIが低値であるほど、術後食事開始までの期間が長期化した（ $p<0.05$ ）。また、高齢者群において、SMIの値とICU在室日数に負の相関関係が見られた（ $p<0.05$ ）。このことから絶食期間の長期化がさらなる嚥下機能の低下を助長する可能性が示唆された。

周術期の適正な栄養管理の重要性は言うまでもなく、術前から栄養状態の把握を行い、サルコペニアなどを有する周術期誤嚥ハイリスク患者の嚥下機能維持のためには、術前からの積極的な介入が必要である。高齢者の食べる機能を守るためには術前、周術期、術後を通し、栄養管理、摂食嚥下リハビリ、口腔ケアなど多職種連携と継続的な看護が重要であると考えられる。

Oral presentation

[PD4] 重症患者の生活支援 “安全” を守るチャレンジ

座長:池松 裕子(名古屋大学大学院医学系研究科)、足羽 孝子(川崎医科大学総合医療センター)

Sat. Jun 15, 2019 4:40 PM - 6:00 PM 第5会場 (B2F リハーサル室)

[PD4-1] PD4-1

○志村 知子¹ (1. 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)

4:40 PM - 4:55 PM

[PD4-2] PD4-2

○吉里 美貴¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

4:55 PM - 5:10 PM

[PD4-3] PD4-3

○戸田 美和子¹ (1. 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院)

5:10 PM - 5:25 PM

4:40 PM - 4:55 PM (Sat. Jun 15, 2019 4:40 PM - 6:00 PM 第5会場)

[PD4-1] PD4-1

○志村 知子¹ (1. 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)

Keywords: 褥瘡、重症患者、予防

これまでわが国では重点的な褥瘡ケアが必要とされる患者に対し、診療報酬加算による総合的な褥瘡対策が実施されてきました。それにより国内における褥瘡有病率は低下の一途を辿りましたが、現在、国内の大学病院における褥瘡推定発生率は1.16%とその低減率に低迷を認めています。その要因として、褥瘡ハイリスク患者に対する褥瘡予防ケアが未だ十分に確立していないことが挙げられます。

褥瘡ハイリスク患者の多くは救急・集中治療の対象となる急性期重症患者です。この領域の褥瘡発生率は国内外において3.0%～21.3%と報告されており、慢性期や回復期にある患者の褥瘡発生率に比較して高いことが特徴です。急性期重症患者は、概して生命維持が困難で重篤な状態にあり、活動性や可動性、知覚を認知する能力が大幅に低下します。患者の多くは多臓器不全の病態にあり、人体最大の臓器である皮膚もまた機能不全に陥ります。このような病態は患者の褥瘡発生リスクを高め、一旦生じた褥瘡を悪化しやすく、また治癒しにくくさせます。

あらゆる医療の場、どの疾患においても生じる褥瘡の発生率は、転棟・転落率や医療安全対策実施率などと同様に、病院の医療の質を測る指標です。また、高齢者に発生する危険性が高い褥瘡は、今後本格的な超高齢社会に突入するわが国の医療政策にとって極めて重要な問題でもあります。このような医療情勢のなか、急性期重症患者の褥瘡を予防し、その発生率を低減させることが目下の課題であると考えられます。

以上を踏まえ、このセッションでは、” 現行の看護ケアではその発生を防ぐことが困難な、急性期重症患者に生じる褥瘡 ” を予防するための次の一手について考えてみたいと思います。

4:55 PM - 5:10 PM (Sat. Jun 15, 2019 4:40 PM - 6:00 PM 第5会場)

[PD4-2] PD4-2

○吉里 美貴¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

Keywords: 認知症、高齢者、安心

高齢社会白書によると2018年度の高齢化率は27.7%であり、我が国は超高齢化社会に突入した。団塊の世代が75歳以上になる2025年には、認知症の患者数は700万人に達し、65歳以上の高齢者の約5人に1人を占めると言われている。そのため、今後は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。しかし、認知症高齢者が入院することは本人にとっては認識しづらい体験を受けるチャレンジとなり、ケア側も特別な配慮や対応を引き受けるチャレンジとなる。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。

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急な環境の変化や治療の開始による苦痛などで認知症症状を悪化させないためのケアが必要である。急性期医療を受ける認知症高齢者の「安全」を守るためのケアについて、現状や取り組み、今後の課題を認知症看護認定看護師の立場から考えたい。

当院では入院時のスクリーニング結果により多職種からなる認知症ケアチームが介入する仕組みになっている。症状から認知症のタイプや病期を予測しケアの検討や実践、環境調整、薬剤の見直しや変更について提案している。介入内容の上位3つはせん妄、入院後の混乱、不眠である。

認知機能低下のある患者は、中核症状により現実認識がさらに難しく、環境から受けるストレスの閾値も低くなるため、日常生活とかけ離れた入院環境下では不安や恐怖、緊張から行動・心理症状を起こしやすい。さらに認知症高齢者は、自分自身の力だけで安全で安心感のある環境を整える事が困難となる。認知症患者の「安全」を守るためには「安心感」を得られる環境調整や関わりが必要である。

また、集中治療室では様々なラインやチューブ類の挿入がされており、自己抜去により生命を脅かされること

もある。薬剤による鎮静や身体拘束の実施がやむを得ない状況もあるが身体拘束は、認知症を進行させる要因や廃用性の筋力低下など身体疾患の回復にも影響を与えかねない。身体拘束を必要最小限にすることも課題である。

急性期医療を受ける認知症高齢者が、根拠を持った意味のあるケアを受けられ、漠然と身体拘束を継続されない事で、一日の中で少しでも「安心感」を得られる時間を作るためのチャレンジを続けて行きたい。

5:10 PM - 5:25 PM (Sat. Jun 15, 2019 4:40 PM - 6:00 PM 第5会場)

[PD4-3] PD4-3

〇戸田 美和子¹ (1. 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院)

Keywords: 医療安全

当院は集中治療部門としてICU 10床・救急ICU 8床・CCU 24床（内科系CCU16床と外科系CCU8床）・NCU 8床を有する。私は2007年から急性・重症患者看護専門看護師として内科系CCUに所属しながら組織横断的に質の高い看護を提供するという役割を担うべく活動をしてきた。当院の内科系CCUは1年間で延べ約800～1000人の入室がある。主な疾患は心不全と急性冠症候群であり、ほとんどの患者が覚醒した状態で侵襲的な治療を受けている。そのうえ、治療のための活動制限、低酸素血症などの病態、非侵襲的陽圧換気などの苦痛を伴う医療機器、鎮痛剤や降圧剤などの薬剤といったせん妄を誘発するリスク因子が多く存在する。集中治療室で治療を受ける必要のある循環器疾患患者に対してこれらのリスク因子を除去することは困難であり、加えて、せん妄症状に対する薬物療法は、呼吸・循環抑制による病状の悪化を懸念する医師から投与の指示を得ることが困難であった。そのため看護師は抑制や見守りによる対応をせざるを得ず、疲弊する状況があった。また、近年の高齢者人口の増加から、認知症患者の増加、それに伴うせん妄ハイリスク患者の増加があり、計画外抜去や転倒転落といった患者にとっての“危険”をいかに防ぐかという課題があった。

2014年の日本版集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン（JPADガイドライン）の公表後、せん妄予防への取り組みを急務とし、医師が中心となって勉強会を開催した後に、医師と看護師で協働してせん妄ケアプロトコルを作成し、2015年7月から運用を開始した。ICDSCをもとに睡眠障害への介入を早期に行い、看護介入をリスト化して予防ケアを徹底した。プロトコル運用前後のせん妄発症率は大きくは低下しなかったが、せん妄の重症度や持続期間、その後への後遺症としてのPICSの予防には貢献したと考える。また多変量解析の結果から疼痛の存在がせん妄発症の因子として挙げたことから、同様に医師と看護師とで協働して疼痛ケアプロトコルを作成し、2017年8月から運用を開始した。さらに、2018年5月からは看護師の取り組みとして認知症スコアを用いて見当識の継続的欠如や慢性・急性混乱、自己抜管のリスク状態といった患者の“安全”を守るケア介入が含まれる看護問題を積極的に立案するようにフローシートを作成して活用を促進するとともに、ユマニチュードの勉強会を開催するなど基本的ケアの標準化を行った。その結果、計画外抜管や転倒転落の件数は減少している現状がある。

本セッションでは、内科系CCUの患者に対して、せん妄予防や認知症対策で取り組んだ内容とそれが患者の“安全”に関してどのように成果を得たのかを具体的に紹介する。