

2019年6月15日(土)

メイン会場

集会長講演

[PL] クリティカルケア看護の叡智とワザ

演者:清村 紀子(大分大学医学部看護学科)

座長:林 優子(関西医科大学看護学部)

09:40 ~ 10:30 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[PL] クリティカルケア看護の叡智とワザ ~化学反応がもたらす可能性を考える~

○清村 紀子¹ (1. 大分大学医学部看護学科)

09:40 ~ 10:30

2019年6月15日(土)

メイン会場

特別講演

[SL1] コードブルーが伝えなかった救急医療

演者:原 義明(日本医科大学付属病院高度救命救急センター)

座長:菅原 美樹(札幌市立大学)

10:40 ~ 11:50 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[SL1] コードブルーが伝えなかった救急医療

○原 義明¹ (1. 日本医科大学付属病院高度救命救急センター)

10:40 ~ 11:50

第2会場

特別講演

[SL2] せん妄ケアに新たな知見を

演者:上園 保仁(国立がん研究センター研究所)

座長:松月 みどり(東京医療保健大学)

14:20 ~ 15:20 第2会場 (3F 国際会議室)

[SL2] せん妄ケアに新たな知見を～バイオマーカーの探究と
漢方医療の現状～

○上園 保仁¹ (1. 国立がん研究センター研究所がん患者病態
生理研究分野)

14:20 ~ 15:20

2019年6月15日(土)

第2会場

招聘講演

[IL1] クリティカルケアを支える建築デザインの知恵と
ワザ

演者:鍋田 知宏(DesignLab.+Ca)

座長:佐藤 憲明(日本医科大学付属病院)

15:30 ~ 16:30 第2会場 (3F 国際会議室)

[IL1] クリティカルケアを支える建築デザインの知恵とワ

ザ～ 理想の院内環境を作る為に、取り組むべきこ

と、考えるべきこと～

○鍋田 知宏¹ (1. DesignLab.+Ca)

15:30 ~ 16:30

2019年6月15日(土)

メイン会場

教育講演

[EL1] 医療の質を可視化するワザ

演者:嶋田 元(聖路加国際大学、聖路加国際病院)

座長:立野 淳子(小倉記念病院)

15:40 ~ 16:40 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[EL1] 医療の質を可視化するワザ

○嶋田 元^{1,2,3} (1. 聖路加国際大学 情報システムセンター、2. 聖路加国際病院 ヘルニアセンター、3. 聖路加国際病院 消化器・一般外科)

15:40 ~ 16:40

2019年6月15日(土)

メイン会場

シンポジウム

[SY1] クリティカルケア領域のその人らしい最期を問
う

座長:木下 佳子(NTT東日本関東病院)、杉野 由起子(九州看護福祉大
学)

14:20 ~ 15:30 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[SY1-1] 救急看護におけるその人らしい最期を考える

○大野 美香¹ (1. 名古屋学芸大学 看護学部 看護学科)

14:20 ~ 14:35

[SY1-2] 救急・集中治療の終末期医療に関する課題とコ

ミュニケーションの重要性

○安心院 康彦¹、三宅 康史¹、坂本 哲也¹ (1. 帝京大学医
学部救急医学講座)

14:35 ~ 14:50

[SY1-3] 延命医療の継続がその人らしいのか、やめるのがそ
の人らしいのか?

○伊藤 真理¹ (1. 川崎医科大学総合医療センター 看護管
理室)

14:50 ~ 15:05

シンポジウム

[SY2] クリティカルの臨床指標を PDCAサイクルに載
せる

座長:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学)、中田 諭(聖路加国際大学)

16:50 ~ 18:00 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[SY2-1] PDCAサイクルを、臨床で定着させるために

○濱本 実也¹ (1. 公立陶生病院)

16:50 ~ 17:05

[SY2-2] 不確実な臨床を生き抜くための医療の質改善活動と
指標分析

○櫻本 秀明¹ (1. 茨城キリスト教大学 看護学部看護学
科)

17:05 ~ 17:20

[SY2-3] VAEサーベイランス、VAP予防バンドル実施率・入
力率、手指所毒実施率を活用したICUの取り組み

○柳澤 八恵子¹ (1. 聖路加国際病院 救命救急センター)

17:20 ~ 17:35

2019年6月15日(土)

第2会場

パネルディスカッション

[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 ~ 11:50 第2会場 (3F 国際会議室)

[PD1-1] 重症患者の「安楽」とは何か、安楽の概念や今後の課題

○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 ~ 10:55

[PD1-2] 重症患者の生活支援“安楽に向けた睡眠と活動”を支えるチャレンジ

○北別府 孝輔¹ (1. 倉敷中央病院 集中医療センター)

10:55 ~ 11:10

[PD1-3] 救急初療における Comfort Careと今後の展望を考える

○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 ~ 11:25

パネルディスカッション

[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)

16:40 ~ 18:00 第2会場 (3F 国際会議室)

[PD2-1] 看護師が国民から信頼を得るための方策

○剣持 功¹ (1. 東海大学看護師キャリア支援センター)

16:40 ~ 16:55

[PD2-2] 認定看護師としての特定行為実践の現状と課題

○村中 烈子¹ (1. 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院 ICU)

16:55 ~ 17:10

[PD2-3] 特定行為研修の現状と課題

○桑村 直樹¹ (1. 公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)

17:10 ~ 17:25

第4会場

パネルディスカッション

[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)

16:40 ~ 18:00 第4会場 (1F 中会議室)

[PD3-1] 早期リハビリテーションとして摂食・嚥下機能への介入を考える

○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)

16:40 ~ 16:55

[PD3-2] 食べるを守るためのケア

○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)

16:55 ~ 17:10

[PD3-3] 大分大学 ICU入室患者に対する“食べる”機能を守るチャレンジ～集中治療医の立場から～

○後藤 孝治¹ (1. 大分大学医学部附属病院 集中治療部)

17:10 ~ 17:25

[PD3-4] 「“食べる”機能を守るために」～栄養士の立場から～

○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)

17:25 ~ 17:40

第5会場

パネルディスカッション

[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)

16:40 ~ 18:00 第5会場 (B2F リハーサル室)

[PD4-1] 重症患者の褥瘡対策 ～今からはじめる予防ケア～

○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)

16:40 ~ 16:55

[PD4-2] その安全・安心は誰のためですか？—認知症看護の視点から—

○吉里 美貴¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

16:55 ~ 17:10

[PD4-3] せん妄予防・認知症看護への取り組みから得た“安全”に関する成果と課題

○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)

17:10 ~ 17:25

2019年6月15日(土)

第3会場

交流会

[AC1] 意外と簡単！英文アブストラクト

10:40～11:50 第3会場 (3F 小会議室31)

[AC1] 意外と簡単！ 英文アブストラクト

中村 美鈴、佐藤 富美子、清村 紀子、林 みよ子、田口 豊
恵、矢富 有見子、福田 美和子、岡田 彩子、小泉 雅
子、吉田 紀子（日本クリティカルケア看護学会 編集委員
会）

10:40～ 11:50

第4会場

交流会

[AC2] せん妄ケアは TBC

10:40～11:50 第4会場 (1F 中会議室)

[AC2] せん妄ケアは TBC

藤野 智子¹、古厩 智美²、茂呂 悦子³、古賀 雄二⁴、小幡 祐司⁵、有田 孝⁶、雀地 洋平⁷、川島 孝太⁸（1. 聖マリアンナ医科大学病院、2. さいたま赤十字病院、3. 自治医科大学附属病院、4. 川崎医療福祉大学、5. 公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター、6. 小倉記念病院、7. KKR札幌医療センター、8. 地方独立行政法人りんくう総合医療センター）

10:40～ 11:50

交流会

[AC3] 知って得する人工呼吸器離脱プロトコル

15:00～16:30 第4会場 (1F 中会議室)

[趣旨] 知って得する人工呼吸器離脱プロトコル

道又 元裕¹、濱本 実也²（1. 国際医療福祉大学成田病院準備事務局、2. 公立陶生病院）

15:00～ 15:15

[AC3-1] 人工呼吸器離脱プロトコルを導入できなくても、臨床現場では活用できる！

○露木 菜緒¹（1. 国際医療福祉大学成田病院準備事務局）

15:15～ 15:30

[AC3-2] 人工呼吸器離脱プロトコルの活用～特定行為として実践している立場から～

○辻本 雄大¹（1. 奈良県立医科大学附属病院）

15:30～ 15:45

[AC3-3] 人工呼吸器離脱プロトコル導入による看護師の実践

○山本 小奈実¹、山勢博彰¹、田戸朝美¹、佐伯京子¹、立野 淳子²（1. 山口大学大学院医学系研究科、2. 小倉記念病院）

16:00～ 16:15

[AC3-4] 人工呼吸器離脱プロトコルの効果

○後藤 順一¹（1. 河北総合病院）

16:15～ 16:30

2019年6月15日(土)

第6会場

プラクティスセミナー

[PS1] 補助循環の看護

演者:相良 洋(岡山済生会総合病院ICU)

10:50 ~ 11:50 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[PS1] 補助循環の看護

○相良 洋¹ (1. 岡山済生会総合病院 ICU)

10:50 ~ 11:50

プラクティスセミナー

[PS2] 人工呼吸管理の基礎

演者:岡本 美穂(広島大学病院)

14:20 ~ 15:20 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[PS2] 人工呼吸管理の基礎

○岡本 美穂¹ (1. 広島大学病院)

14:20 ~ 15:20

プラクティスセミナー

[PS3] 画像の見方

演者:林 尚三(有隣厚生会富士病院)

15:30 ~ 16:30 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[PS3] 画像の見方

○林 尚三¹ (1. 公益社団法人 有隣厚生会 富士病院)

15:30 ~ 16:30

プラクティスセミナー

[PS4] フィジカルアセスメント

演者:佐藤 大樹(北海道循環器病院)

16:40 ~ 17:40 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[PS4] フィジカルアセスメント

○佐藤 大樹¹ (1. 社会医療法人 北海道循環器病院)

16:40 ~ 17:40

2019年6月15日(土)

第2会場

ランチョンセミナー

[LS1] よりよく眠るための心得

演者:久保 工(東洋羽毛工業株式会社営業開発)

12:00 ~ 13:00 第2会場 (3F 国際会議室)

[LS1] よりよく眠るための心得

12:00 ~ 13:00

第3会場

ランチョンセミナー

[LS2] 集中治療室での早期離床・リハビリテーション
の効果を高めるためにできること

演者:山田 亨(東邦大学医療センター大森病院)

座長:卯野木 健(札幌市立大学)

12:00 ~ 13:00 第3会場 (3F 小会議室31)

[LS2] 集中治療室での早期離床・リハビリテーションの効果
を高めるためにできること～シームレスなICU退室後
の経過を目指して～

12:00 ~ 13:00

第4会場

ランチョンセミナー

[LS3] 救命だけがICUじゃない！ 治るための経腸栄養

演者:泉野 浩生(長崎大学病院高度救命救急センター)

座長:清水 孝宏(那覇市立病院急病センター)

12:00 ~ 13:00 第4会場 (1F 中会議室)

[LS3] 救命だけがICUじゃない！ 治るための経腸栄養～プロ
トコールと合併症対策～

12:00 ~ 13:00

第5会場

ランチョンセミナー

[LS4] クリティカルケアナースが知っておきたい I C
Uにおける呼吸療法

演者:後藤 孝治(大分大学医学部附属病院麻酔科学講座)

座長:清村 紀子(大分大学)

12:00 ~ 13:00 第5会場 (B2F リハーサル室)

[LS4] クリティカルケアナースが知っておきたい I C Uにお
ける呼吸療法

12:00 ~ 13:00

第6会場

ランチョンセミナー

[LS5] ナースがおさえておきたい イマドキのバイタ
ルサインの理解

演者:石松 伸一(聖路加国際病院)

座長:道又 元裕(国際医療福祉大学成田病院準備事務局)

12:00 ~ 13:00 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[LS5] ナースがおさえておきたい イマドキのバイタルサイ
ンの理解

12:00 ~ 13:00

2019年6月15日(土)

第3会場

一般演題 (口演)

[O2] 精神ケア・家族ケア

座長:藤本 理恵(山口大学医学部附属病院)

14:20 ~ 15:30 第3会場 (3F 小会議室31)

[O2-1] 法的脳死判定実施後、脳死下臓器提供に至らず人工呼吸器を中止した患者とその家族をケアした看護師の思い

○高田 雷太¹、井上 陽士¹、高橋 笑美¹ (1. 大分市医師会立アルメイダ病院)

14:20 ~ 14:30

[O2-2] 集中治療室で人工呼吸管理を受けた患者が全身清拭に対して抱いた感情

○田中 裕子^{1,2}、明石 恵子³ (1. 公立陶生病院救命救急センター、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、3. 名古屋市立大学看護学部)

14:30 ~ 14:40

[O2-3] 救急外来看護師の精神疾患合併患者への対応における困難感

○長澤 静代¹ (1. 相模原協同病院看護部)

14:40 ~ 14:50

[O2-4] 体外式補助時人工心臓装着となった70歳代女性の”希望”とその看護に焦点を当てた1事例

○井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院集中治療病棟)

14:50 ~ 15:00

[O2-5] 救急外来における終末期看護 自動心臓マッサージ機により生じた皮膚障害を通して

○貝沼 光代¹、高石 珠美¹、山村 絵美¹、大山 由梨絵¹、野澤 佳生¹ (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院)

15:00 ~ 15:10

[O2-6] 集中治療室に入室する患者家族への関わり～家族への介入が必要だった症例を通して～

○山家 尚未¹、菊地 洋花¹ (1. 池上総合病院看護部CICU)

15:10 ~ 15:20

一般演題 (口演)

[O5] 鎮痛・鎮静・せん妄1

座長:神田 直樹(北海道医療大学)

15:40 ~ 16:40 第3会場 (3F 小会議室31)

[O5-1] 小児集中治療室における傷み、不穏、せん妄評価のカルテ記載率現状調査

○藤本 昌吾¹、池辺 諒¹ (1. 大阪母子医療センター 看護部ICU)

15:40 ~ 15:50

[O5-2] ICUにおける患者の主観的疼痛評価と新人看護師の客観的疼痛評価の相関

○西村 基記²、田野 将尊¹、竹内 朋子¹ (1. 東京医療保健大学大学院看護学研究科、2. 独立行政法人国立病院機構北海道医療センター)

15:50 ~ 16:00

[O5-3] ICU患者の睡眠評価尺度の基準関連妥当性と内的一貫性の検証

○嶋岡 征宏¹、山勢 博彰²、田戸 朝美² (1. 山口大学医学部附属病院、2. 山口大学大学院医学系研究科)

16:00 ~ 16:10

[O5-4] A病院救急病棟における、せん妄評価ツール導入に向けた取り組みと課題

○小高 貴直¹ (1. 日本赤十字社 大阪赤十字病院)

16:10 ~ 16:20

[O5-5] 胸部ステントグラフト内挿術を受けるフレイル高リスク高齢患者に対する看護介入プログラムの試行と評価

○高梨 奈保子¹、宇都宮 明美^{2,3} (1. 船橋市立医療センター、2. 京都大学大学院、3. 京都大学医学部附属病院)

16:20 ~ 16:30

一般演題 (口演)

[O6] 鎮痛・鎮静・せん妄2

座長:丸林 美代子(浜の町病院)

16:50 ~ 18:00 第3会場 (3F 小会議室31)

[O6-1] SAT (自覚覚醒トライアル) 導入後の鎮静剤、鎮痛剤の使用量と鎮静深度の変化について

○道川内 巧¹、川崎 博史¹、谷口 里子¹ (1. 鹿児島市立病院看護部 集中治療部)

16:50 ~ 17:00

[O6-2] 演題取り下げ

[O6-3] 鎮痛・鎮静評価尺度の統一と鎮痛・鎮静プロト

コールの使用に関する看護師の認識

○富岡 靖友¹、東辻 朝彦² (1. 綾瀬循環器病院、2. 千葉大学大学院 看護学研究科博士前期課程)

17:00 ~ 17:10

[O6-4] 集中治療室におけるせん妄を発症した対象者家族への看護に関する研究

○坂尻 美保¹、荒山 由紀²、高佐 紅夕子³、廣瀬 麗奈⁴、飯島 美樹⁵ (1. 東邦大学医療センター大森病院、2. 手稲溪仁会病院、3. 帝京大学ちば総合医療センター、4. 日本医科大学付属病院、5. 北海道科学大学保健医療学部看護学科)

17:10 ~ 17:20

[O6-5] 緊急入院や予定外入室となった人工呼吸管理中の患者の妄想的記憶の体験と対処行動

○小磯 崇司¹、沖 貴美世¹、松本 修一¹ (1. 滋賀県立総合病院 HCU病棟)

17:20 ~ 17:30

[O6-6] 小児の痛み、不穏、せん妄、不動、離脱、睡眠サ
ポートチームラウンド時の看護師の PADアセスメン
ト分析

○松石 雄二郎^{1,2}、星野 晴彦^{1,2} (1. 筑波大学附属病院 看護部、2. 筑波大学 人間総合科学研究科 疾患制御医学専攻)

17:30 ~ 17:40

第5会場

一般演題 (口演)

[O1] 優秀演題

座長:江川 幸二(神戸市看護大学),佐々木 吉子(東京医科歯科大学),樽松 久美子(北里大学病院),富岡 小百合(大阪府立中河内救命救急センター)

10:40 ~ 11:50 第5会場 (B2F リハーサル室)

[O1-1] 急性期領域における専門看護師に求められるコンピ
テンシーに関する検討

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

10:40 ~ 10:50

[O1-2] 集中治療室入室中に医療者から受けたケアに対する
患者の快

○平尾 由香^{1,2}、明石 恵子³ (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、2. 岐阜大学医学部附属病院、3. 名古屋市立大学看護学部)

10:50 ~ 11:00

[O1-3] クリティカルケア看護における看護実践に対する困
難尺度の開発

○山本 伊都子¹、中村 美鈴² (1. 自治医科大学大学院看護学研究科、2. 東京慈恵会医科大学大学院 急性・重症看護学)

11:00 ~ 11:10

[O1-4] SBS version of CAPDの妥当性と信頼性の検討

○星野 晴彦¹、松石 雄次朗¹ (1. 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学)

11:10 ~ 11:20

[O1-5] 緊急で人工肛門造設術を受けた患者の人工肛門の受
容に繋がる ICU看護師の援助

○古川 智恵¹ (1. 岐阜聖徳学園大学看護学部看護学科)

11:20 ~ 11:30

一般演題 (口演)

[O3] 呼吸・循環1

座長:坂本 美賀子(済生会熊本病院)

14:20 ~ 15:20 第5会場 (B2F リハーサル室)

[O3-1] 気管内挿管患者への口腔ケアに対するシ
ミュレーション教育の取り組み

○加覧 妙子¹ (1. 鹿児島大学病院ICU)

14:20 ~ 14:30

[O3-2] 救命救急センター入室患者における口腔内環境改善
を想定した OAG評価と口腔ケアガイドに基づくケア
提供の導入

○小林 美穂¹、山田 大地¹、宮川 直子¹、伊藤 清恵¹ (1. 公益社団法人 地域医療振興協会 横須賀市立うわまち病院 看護部)

14:30 ~ 14:40

[O3-3] ICU入室中の気管挿管患者に対する口腔ケアマニユ
アルの改訂の効果

○橋 逸仁¹、立野 淳子¹、山崎 正勝¹、高橋 葵¹、有田 孝¹、田戸 朝美² (1. 小倉記念病院 看護部、2. 山口大学大学院医学系研究科)

14:40 ~ 14:50

[O3-4] 看護師の吸引手技に関する実態調査

大内 玲^{1,2}、○大関 武¹、相川 玄¹、小林 俊介¹、柴 優子¹、中島 久雄¹、松嶋 綾¹、櫻本 秀明³ (1. 筑波大学附属病院集中治療室、2. 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学、3. 茨城キリスト教大学)

14:50 ~ 15:00

[O3-5] 人工呼吸器離脱困難事例に必要な支援-離脱プロト
コルを参考に-

○竹林 洋子¹ (1. JCHO九州病院)

15:00 ~ 15:10

一般演題 (口演)

[O4] 呼吸・循環2

座長:芝田 香織(大分大学医学部附属病院)

15:30 ~ 16:30 第5会場 (B2F リハーサル室)

[O4-1] スライドシートを用いた腹臥位への体位変換の工夫

○小田 依里香¹、竹下 智美¹、佐藤 拓也¹、大宅 隆博¹、河野 志穂¹、安部 直子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)

15:30 ~ 15:40

[O4-2] 肺結核による人工呼吸器離脱困難患者の離脱に向け
た取り組み~ PICSに焦点をあてて~

田中 しのぶ¹、○山崎 圭祐²、佐藤 かおり¹、橋内 伸介^{1,3}、田村 富美子¹ (1. 聖路加国際病院 救命救急センター、2. 聖路加国際病院 ICU、3. 千葉大学大学院 看護学研究科 博士後期課程)

15:40 ~ 15:50

[O4-3] ICUにおける非侵襲的陽圧換気装着患者の調整行動

○石川 祐樹¹、大川 宣容² (1. 独立行政法人労働者健康安全機構 香川労災病院 ICU、2. 高知県立大学 看護学部)

15:50 ~ 16:00

[O4-4] NPPVマスクの形状選択に向けたアルゴリズム作成のための基礎調査

○齋藤 宝子¹、佐々木 佐知子¹、今井 奏¹ (1. 順天堂大学医学部附属練馬病院 看護部)

16:00 ~ 16:10

[O4-5] 心臓手術を受けた患者の情報探索行動

○宮田 洋¹、大川 宣容² (1. 日本赤十字社 高知赤十字病院、2. 高知県立大学 看護学部)

16:10 ~ 16:20

2019年6月15日(土)

第7会場

一般演題 (示説)

[P1] 心理・社会的ケア

座長:徳永 美和子(九州中央病院)

14:40 ~ 15:30 第7会場 (B1F コンベンションホール)

[P1-1] 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査～自由記述
内容のテキストマイニングによる分析○大川 宣容¹、井上 正隆¹、田中 雅美¹、森本 紗磨美¹、岡林
志穂²、西塔 依久美³ (1.高知県立大学看護学部、2.高知医
療センター看護局、3.東京医科大学医学部看護学科)

14:40 ~ 14:47

[P1-2] 急性期病棟におけるエンドオブライフ・ケアに必要な
コミュニケーション技法伝達の有効性○鴨木 玲央¹、生田 由希子¹、岡田 奈津美¹、谷本 玲子¹ (1.
鳥取大学医学部附属病院HCU)

14:47 ~ 14:54

[P1-3] 脳血管疾患患者家族の病気の不確かさの急性期から亜
急性期の変化○林 みよ子¹ (1.天理医療大学医療学部看護学科)

14:54 ~ 15:01

[P1-4] 集中治療室に緊急入室した患者家族に対する熟練看護
師による看護支援と臨床判断○渡邊 誠¹、杉崎 一美² (1.市立四日市病院、2.四日市看護
医療大学大学院)

15:01 ~ 15:08

[P1-5] 意識障害のある若年患者の両親に対する代理意思決定
支援○荒木 彩衣¹、西畑 佐江子¹ (1.神戸市立医療センター 中
央市民病院 EICU/CCU)

15:08 ~ 15:15

[P1-6] 家族の支援で障害受容した耳鼻咽喉科術後患者への危
機介入○杉浦 陽子¹ (1.千葉徳洲会病院)

15:15 ~ 15:22

一般演題 (示説)

[P2] 教育

座長:水流 洋平(日本看護協会看護研修学校)

15:40 ~ 16:30 第7会場 (B1F コンベンションホール)

[P2-1] 周術期患者の事例を用いた看護過程演習の評価

○三木 珠美¹、田中 博子¹ (1.創価大学看護学部)

15:40 ~ 15:47

[P2-2] 救命救急センター再編成における看護師のワーク・モ
チベーションの変化吉留 瑞紀¹、○楠生 和希¹、水野 雅子¹ (1.日本医科大学千
葉北総病院)

15:47 ~ 15:54

[P2-3] 虚血性心疾患で入院となった患者の家族への退院指
導～胸骨圧迫の実技指導を導入して～○宇佐美 真鈴¹、坂口 由布子¹、恩部 陽弥¹ (1.鳥取大学医
学部附属病院CCU病棟)

15:54 ~ 16:01

[P2-4] グッドレポート提出促進に向けた取り組み

○米山 夏実¹、工藤 理以奈¹、高橋 舞香¹、山田 翔生¹ (1.
北里大学病院救命救急・災害医療センター)

16:01 ~ 16:08

[P2-5] クリティカルケア領域における新人看護師の困難に関
する文献的考察○荒川 祐貴¹、富田 亜沙子²、茂田 玲子²、矢富 有見子² (1.
国立看護大学校 研究課程部 後期課程、2.国立看護大学校)

16:08 ~ 16:15

2019年6月15日(土)

メイン会場

会員総会

[GM] 会員総会

13:10 ~ 14:00 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[GM] 会員総会 議事次第・資料

13:10 ~ 14:00

2019年6月15日(土)

エントランスホール

臨床推論ラリー

[RL] 臨床推論ラリー

14:20 ~ 17:20 エントランスホール (エントランスホール)

2019年6月15日(土)

第7会場

ポスター(貼付・閲覧)

[PP] ポスター貼付

09:00 ~ 10:15 第7会場 (B1F コンベンションホール)

ポスター(貼付・閲覧)

[PP] ポスター閲覧

10:15 ~ 14:40 第7会場 (B1F コンベンションホール)

集会長講演

[PL] クリティカルケア看護の叡智とワザ

演者:清村 紀子(大分大学医学部看護学科)

座長:林 優子(関西医科大学看護学部)

2019年6月15日(土) 09:40 ~ 10:30 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[PL] クリティカルケア看護の叡智とワザ ~化学反応がもたらす可能性を考える~

○清村 紀子¹ (1. 大分大学医学部看護学科)

09:40 ~ 10:30

09:40 ~ 10:30 (2019年6月15日(土) 09:40 ~ 10:30 メイン会場)

[PL] クリティカルケア看護の叡智とワザ ~化学反応がもたらす可能性を考 える~

○清村 紀子¹ (1. 大分大学医学部看護学科)

キーワード：クリティカルケア看護、叡智、ワザ、化学反応

クリティカルケア看護は、急性期・回復期・慢性期・終末期といった健康レベルやICU・救急・手術室といった看護が提供される場を問わず、生命危機にある重篤な患者を対象とする看護領域です。1994年から順次はじまった専門看護師制度、認定看護師制度、そして昨今の特定行為研修制度と、そのスペシャリティは深化を遂げています。

看護が長年追求めてきた独自性やスペシャリティ深化の実現を喜ばしく思う一方で、13年あまり大学での解剖生理学を担当してきた筆者は、このスペシャリティが盤石な基礎の上に成り立っているのだろうか、と時折疑問を抱くことがあります。こうした疑問から、今回のメインテーマ「叡智とワザの化学反応 ~新たな時代をここから刻む~」が誕生しました。化学反応は、“1つ以上の化学物質を別に新たな化学物質へと変化させる過程”と定義され、触媒によってその反応は促進されます。化学反応によって新たに生まれる物質は、それ以前の物質とは全く異なり、物質の組み合わせによって新たに生まれる物質の種類は無限大です。その一方、化学反応は、分子を構成する原子の結合に変化はあったとしても、原子そのものが別のものになることはない、という特徴もっています。“変わるもの”と“変らないもの”が共存する化学反応は、筆者の抱く疑問を解決してくれる糸口になるのではないかと考えています。

看護は、「生から死への生命過程を生きる人間が健康的な日常生活をその人なりに支障なくおくる支援をする」ことを生業としています。看護実践は、人間に対する限りない関心(ケアリング)を基盤に、その人らしい生活のありようを支えるために専門的な知恵とワザを使って提供されます。こうした看護、看護実践の学問体系である看護学は、人の健康問題の理解とその援助、健康の維持・増進に寄与すべく、医学をはじめとして、社会科学領域(社会学、教育学、経済学等)、人文科学領域(心理学、文化人類学等)といった伝統的な学問領域と融合しながら、学際的に発展を遂げてきました。

看護学は、成長発達や健康レベルを中心に学問体系が構築されてきましたが、急速に変化する社会システムや生命科学の飛躍的な進歩の中にあって、分野・領域を横断的に取り扱うべき複雑な課題が増えてきました。あらゆる場や状況で展開されるクリティカルケア看護という概念は、その範疇を領域横断的におくという意味において、先駆的であると言えるでしょう。2025年以降に加速度を増して到来する少子高齢多死社会、老老医療社会では、さらに多様な課題に直面することが予測されます。医療・看護は今まさに大きな転換期にあると言っても過言ではなく、臨床、教育を問わず、これまでにない短いタイムスパンで既存概念からのパラダイムシフトが求められるかもしれません。

一方、学問的熟成という観点からは、先人たちから受け継いできた看護の本質を守っていくことも重要です。過去から現在までに蓄積された知恵としての叡智と最新の知見の融合あってこそ、看護学の発展があり、融合された叡智が臨床の場で看護のワザとして継承されてこそ看護の真の発展があると考えます。

そこで今回は、看護の本質について言及しつつ、“過去から蓄積されてきた叡智”と“新たな時代に柔軟に対応していく実践”について、国内外の文献を紐解きながら、クリティカルケア看護の学際的な融合・多職種との協働でうまれる『化学反応がもたらす可能性』について思索を深めていきたいと考えます。

特別講演

[SL1] コードブルーが伝えなかった救急医療

演者:原 義明(日本医科大学付属病院高度救命救急センター)

座長:菅原 美樹(札幌市立大学)

2019年6月15日(土) 10:40 ~ 11:50 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[SL1] コードブルーが伝えなかった救急医療

○原 義明¹ (1. 日本医科大学付属病院高度救命救急センター)

10:40 ~ 11:50

10:40 ~ 11:50 (2019年6月15日(土) 10:40 ~ 11:50 メイン会場)

[SL1] コードブルーが伝えたかった救急医療

○原 義明¹ (1. 日本医科大学付属病院高度救命救急センター)

キーワード：コードブルー、救急医療

バブルがはじけた1990年代後半に、当医局にフジテレビからリアリティのある救急医療ドラマを作成したいと言う依頼があり、松嶋菜々子、江口洋介主演の「救命病棟24時」に関わりました。私は2005年の3rdシーズンから医療指導を行い、以降ドラマの仕事に時々携わるようになり、数えてみたら40作品近くの協力をしていました。多忙な日常の気分転換と、きれいな女優さんと会えるミーハーな気持ちで始めましたが、携わっているスタッフや役者さんは少しでも良い作品をと極めて真面目に取り組んでいるのを目の当たりにすると、生半可な気持ちではいけないと襟を正して取り組むようになりました。

当院がドクターヘリ事業に2001年から本格参入し、ようやく軌道に乗ってきた2007年、「救命病棟24時」のプロデューサーからドクターヘリを扱った医師群像のドラマ作成の監修&指導の依頼が来ました。中々普及しないドクターヘリ事業を広く宣伝できる良い機会だと考え、直ぐにOKを出しました。しかし本格的な医療ドラマの監修は思いのほか大変であり、くじけそうになることも多々ありました。医師がドラマに関わる仕事には大きく2つの仕事があります。1つは「監修」であり、もう1つは「指導」です。「監修」は地味で大変な作業です。プロデューサーや作家と何度も話し合いを行い、疾患設定を検討します。主人公の疾患設定などはドラマの根幹に関わるので慎重に扱います。専門外の疾患は、その専門家に意見を聞いたり関連学会に問い合わせをしてドラマの設定に上手く組み込んでいきます。ここで手を抜くと現実味のない荒唐無稽なストーリーになってしまいます。もちろんエンターテイメントですから、ある程度は誇張・妥協もあります。しかし、その疾患について誤解を招くことは避け、不愉快な思いをさせず疾患の現実を知ってもらい、皆に勇気や希望を与えられる楽しいドラマを提供するため、台本を何度も練り直し齟齬のないことを確認する作業に時間をかけます。

もう1つの「指導」は撮影現場で役者さんの所作や目線、汗、血糊の付け方、患者の飾り付け、床の血、時には手先の代役などを行うもので、これはこれで結構大変です。撮影は一般に朝から夜中までかかってOAの約7-8分の撮影が出来ます。1時間のドラマではCMを除いて1話約48分の撮影を必要としますから、ほぼ1週間で1話が完成します。もちろん細かい修正や、音楽・効果音を入れ込む作業も必要ですし、ロケなどでは時間もかかりません。連続ドラマなどではほぼ自転車操業が続き、撮影が朝までずれ込むことも多く、スタッフも我々も労働基準を完全に無視した過酷な現場となります。

「コード・ブルー」では、救急医のリアルな日常を再現するのみでは無く、「ドクターヘリとはなんぞや」を多くの視聴者に伝えることができました。ドクターヘリ事業がその後、急激に全国的に広がったことは、ドクターヘリの特別措置法成立(2007年)のみで無く、このドラマが大きく影響していると自負しています。そのため、誤った情報を送らないことにはとても神経を使い、制作者側からヘリの中で手術のような医療行為をさせたなどの要望があったこともありました。このドラマが広く受け入れられたのは、役者さんのかっこよさ、かわいさのみだけではなく私たちを含めたスタッフ達のこだわりを軽視せず取り入れてくれた制作者側の熱意の結果だと思っています。

特別講演

[SL2] せん妄ケアに新たな知見を

演者:上園 保仁(国立がん研究センター研究所)

座長:松月 みどり(東京医療保健大学)

2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:20 第2会場 (3F 国際会議室)

[SL2] せん妄ケアに新たな知見を～バイオマーカーの探究と漢方医療の現状～

○上園 保仁¹ (1. 国立がん研究センター研究所がん患者病態生理研究分野)

14:20 ~ 15:20

14:20 ~ 15:20 (2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:20 第2会場)

[SL2] せん妄ケアに新たな知見を～バイオマーカーの探究と漢方医療の現状～

○上園 保仁¹ (1. 国立がん研究センター研究所がん患者病態生理研究分野)

キーワード：せん妄、バイオマーカー、漢方薬

せん妄は急性脳機能不全症候群のひとつであり、高齢者に発症しやすい。せん妄が消失したとしても死亡率の上昇及び認知機能低下につながりやすく、予防、早期発見、発症後の対応、せん妄からの離脱後のケアは大変重要となる。長時間の手術時および手術後にはせん妄が起こりやすく、注意力障害を中心に幻覚や妄想、コミュニケーション障害を起こし、患者・家族、特に最前線でケアにあたる看護師に大きな苦痛を招く。さらにせん妄は、手術成績ならびに患者の Quality of Life (QOL) の維持にも深刻な影響を及ぼす。私たちの先行研究では、緩和ケア医が支持療法・緩和ケアの中で治療や対応に苦慮する症状として、「しびれ」(77.2%)「だるさ」(72.3%)に次いで「せん妄」(54.7%)が挙げられた(H22-25年度厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業)。この中で対応が一番遅れているのがせん妄である。しかしながら、せん妄発症の機序はほとんどわかっておらず、確立した予防および治療法がないのが現状である。

国立がん研究センター中央病院における術後せん妄発症率の研究では、外科的がん切除後例の32%にせん妄発症が認められており、精神腫瘍科への診察依頼ではせん妄が最も多い。集中治療室(Intensive Care Unit, ICU)でのせん妄対策としては、認知機能の維持、鎮静などがあり、非挿管下でも行える鎮静方法として、アドレナリン性 α 2受容体アゴニストであるデクスメドミジン(Dex)が広く用いられている。Dexはせん妄予防効果が示されているものの、Dexの効かないせん妄もある。またDexを処方されても約3割の患者がせん妄を発症すること、さらにDexの副作用として重篤な除脈や低血圧が惹起されることもあり、せん妄対策としてDexが真に必要な患者を見極めるマーカーが切望されている。

私たちは現在、日本医療研究開発機構(AMED)の支援を受け、Dexが効くあるいは無効な患者を見分けるバイオマーカーを見つけ、それを応用することでせん妄の発症を防ぎ、早期発見をめざすための研究を行っている。現在国立がん研究センター中央病院で6時間以上の手術(長時間手術と定義)を受ける患者の術前、術後および回復期の血液を採取し、その血漿を用いてさまざまなサイトカインの動き、ならびに血漿メタボローム解析(血漿中の代謝物質を網羅的に解析し、候補物質を探索する解析)を行い、せん妄を起こしやすいマーカー、せん妄が重篤化、長期化しやすいマーカー、Dexが効きやすいあるいは不応なマーカーなどの探索を行っているところである。

さらにこれらの研究の取り組みに加え、ICUにおける鎮静管理せん妄状態の改善にその有効性が認められてきた漢方薬抑肝散について、その作用メカニズムなど、科学的エビデンスが明らかになったものを紹介しながら現状を伝えたい。せん妄に対する予防、早期発見、症状への対応ならびに離脱後のケアなど、クリティカルケアに携わる看護師の皆様の手術時、手術後せん妄の理解の一助になれば幸いである。

招聘講演

[IL1] クリティカルケアを支える建築デザインの知恵とワザ

演者:鍋田 知宏(DesignLab.+Ca)

座長:佐藤 憲明(日本医科大学付属病院)

2019年6月15日(土) 15:30 ~ 16:30 第2会場 (3F 国際会議室)

[IL1] クリティカルケアを支える建築デザインの知恵とワザ～ 理想の院内環境を作る為に、取り組むべきこと、考えるべきこと～

○鍋田 知宏¹ (1. DesignLab.+Ca)

15:30 ~ 16:30

15:30 ~ 16:30 (2019年6月15日(土) 15:30 ~ 16:30 第2会場)

[IL1] クリティカルケアを支える建築デザインの知恵とワザ～ 理想の院内環境を作る為に、取り組むべきこと、考えるべきこと～

○鍋田 知宏¹ (1. DesignLab.+Ca)

キーワード：院内環境作り、デザイン、建築デザイン

昨年の診療報酬の改定など大きな改革を機に、病院の改修工事や新築工事が話題になっておりますが、より良い環境作りには、「行うべきコミュニケーション」と「考えるべきポイント」の2つがあります。実は、この「行うべきコミュニケーション」の欠如が、最も大きな壁を作っていたりします。

新築や改修工事には、3つの国が関わり3つの言語が飛び交います。

- ・臨床現場国の言語
- ・事務方国の言語
- ・設計、施工国の言語

夫々が全く違う言語で会話をしているのですが、そもそもそんな事を問題視していないので、一見会話が通じているようになってしまふところが恐ろしいところで、その実、噛み合っておらず、結果、臨床の方々がストレスを抱え、最終的には泣き寝入り、という事が往々としてあります。

でも、これは、病院にとっておおきな損失ではないでしょうか。臨床現場国の住人が大きなモチベーションを持って、日々大活躍をしてくれることが病院の大きな収益や運営につながる事だと思うのです。イコール患者さんやご家族へのアプローチも向上していきます。

そして、その臨床現場国の住人が、環境について、もっと身近に捉える事がとても大きな意味を持つことになります。

それが「考えるべきポイント」です。自分の働く環境を、どのようにクリエイションするのか？医療の現場だけではなく、様々な職種でも問題になる事ですが、このポイントを自分達で作っていく習慣があまりないのが現状の日本でもあつたりします。飲食店のデザイン設計なんかは、売り上げに直結するので、とてもシビアなキャッチボールが料理人と行われます。物販も同じ。これは、店舗環境がダイレクトにブランド構築に繋がるからなんです。イコール長期的な売り上げです。そして何より客が店を選びます。

しかし、例えば、そこに直接お客が入らない空間、会社の執務室やスタッフだけが使うエリアなど、実際は、バックヤードなどと空間名が付けられ、なかなかお金を掛けてデザイン設計されない環境となっているのが実状です。でも、そこで働くスタッフにとっては、とても大きな問題ですし、スタッフのモチベーション、イコール会社の売り上げや発展に大きく繋がっていきます。とても重要です。

では、クリティカルケア領域ではいかがでしょうか？ 数種のプレーヤーが関わる環境となります。患者、家族、スタッフ、医療機器メーカーなどなど、、、そして、いちばん長くその環境に携わるのがスタッフとなります。患者変われどスタッフは毎日そこで仕事をします。オペレーションと環境とプレーヤーが密接に関係してするのが医療領域だと思ふ訳ですが、なかなか繋がっていない現状もそこにあります。

適切な眠りの環境、より良いリハビリ環境、、床壁天井だけではなく、照明環境の計画や、動線計画、必要機材による必要な面積、、当然、加算に対する環境整備、様々な問題が出てきます。

そんな問題を解決するのがコンサルであつたり、メーカーであつたり、実は、デザイナーであつたりします。

異なる3つの言語国の間に入り、通訳や整理をし、臨床現場それぞれの理想の仕事現場を具現化するのがデザイナーの大きな仕事となります。

教育講演

[EL1] 医療の質を可視化するワザ

演者:嶋田 元(聖路加国際大学、聖路加国際病院)

座長:立野 淳子(小倉記念病院)

2019年6月15日(土) 15:40 ~ 16:40 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[EL1] 医療の質を可視化するワザ

○嶋田 元^{1,2,3} (1. 聖路加国際大学 情報システムセンター、2. 聖路加国際病院 ヘルニアセンター、3. 聖路加国際病院 消化器・一般外科)

15:40 ~ 16:40

15:40 ~ 16:40 (2019年6月15日(土) 15:40 ~ 16:40 メイン会場)

[EL1] 医療の質を可視化するワザ

○嶋田 元^{1,2,3} (1. 聖路加国際大学 情報システムセンター、2. 聖路加国際病院 ヘルニアセンター、3. 聖路加国際病院 消化器・一般外科)

キーワード：医療の質、質指標、質改善

質の高い医療を提供することは医療に関わる全ての人々の思いである。

先人たちの知恵と努力と成果により、新たに病態が解明され、新たな治療法が開発され、健康アウトカムが改善するなど、医学は確実に進歩している。その意味で現在提供されている医療・ケアは洗練化・高度化され、昔に比べよりずっと質が高いことは明白である。

今も昔も医療サービスの目的は望ましい健康アウトカムを達成するために行われる。望ましい健康アウトカムとは単に生存率の延長や合併症の減少だけにとどまるものではない。自覚症状、日常生活制限、満足度・QOL、コストも健康アウトカムに含まれ、さらには患者個人の好みやニーズや価値観などに配慮した医療・ケアの提供も求められる。

医療の質の評価軸はドナベディアンモデルである「構造」「過程」「結果」が理解しやすい。各項目の関係は「医療が実践される構造的特徴が医療の過程に影響を与え、過程の変化が患者の健康状態に対する効果に影響を与える」とされる。つまり最終結果である健康アウトカムを変えるためには、過程の変化すなわち我々の医療・ケアの変化が必要なのである。

医療の質を評価することは、日常診療で提供している医療・ケアがどのように提供されているか、適正なのか、過剰・過少なのか、そもそも提供されていないのかなどをまずは知ることからはじまる。物事を知るすべとして「測定を行い数値化すること」は極めて一般的な手法であり、測定なくして質の改善は困難である。

1年前、数カ月前の自身が提供してきた医療・ケアを数値化・指標化することで「本来提供すべき医療・ケアが提供できていないと知ること」が可能で、課題が認識され質改善への第一歩となりうる。課題が皆に認識され要因が判明すれば改善策の立案や実践、評価は比較的容易であろう。

シンポジウム

[SY1] クリティカルケア領域のその人らしい最期を問う

座長:木下 佳子(NTT東日本関東病院)、杉野 由起子(九州看護福祉大学)

2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:30 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[SY1-1] 救急看護におけるその人らしい最期を考える

○大野 美香¹ (1. 名古屋学芸大学 看護学部 看護学科)

14:20 ~ 14:35

[SY1-2] 救急・集中治療の終末期医療に関する課題とコミュニケーションの重要性

○安心院 康彦¹、三宅 康史¹、坂本 哲也¹ (1. 帝京大学医学部救急医学講座)

14:35 ~ 14:50

[SY1-3] 延命医療の継続がその人らしいのか、やめるのがその人らしいのか？

○伊藤 真理¹ (1. 川崎医科大学総合医療センター 看護管理室)

14:50 ~ 15:05

14:20 ~ 14:35 (2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:30 メイン会場)

[SY1-1] 救急看護におけるその人らしい最期を考える

○大野 美香¹ (1. 名古屋学芸大学 看護学部 看護学科)

キーワード：終末期ケア

クリティカルケア領域の終末期は、急性期から終末期への移行時期が曖昧であり、また短期間であることが多い。クリティカルケア看護師は、曖昧で短い終末期にその人らしい死を迎えてもらうためにどのようなケアをしたら良いかと、日々悩みながら実践している。しかし、十分な終末期ケアができないまま看取りとなり、不全感を感じることも少なくない。救急看護においては、さらに短期間での終末期ケアが求められ、環境・時間・スタッフ・教育の不足により終末期ケアが困難であるという報告もある。

その人らしい最期を考える際に、良い死とは何かを考える必要がある。宮下(2008)は、Good death Inventoryとして、日本におけるがん患者の望む終末期のQOL(望ましい死)を示している。望ましい死として①身体的、心理的な苦痛がないこと、②人として尊重されること、③落ち着いた環境で過ごすことなど10項目が挙げられている。これは、がん患者が望ましい死とする項目であり、クリティカルケア領域の終末期ケアにおいても参考にできるが、患者により良い死とする状況は当然異なる。ゆえに、その人らしい最期を迎えてもらうためのケアでは、患者の人生、価値観、信念などや患者とともにいる家族についての情報収集・アセスメントが重要である。けれども、救急看護においては、短時間で十分な情報収集とアセスメントをするのは難しい。

厚生労働省は「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」において、人生の最終段階における医療・ケアはAdvanced Care Planning(以下、ACP)を行いながら決定することを推奨している。現在、終末期にどのような医療やケアを受けたいか、ACPを行っている患者は少ないが、今後はクリティカルケア領域でもACPを行ってきた患者の終末期ケアの実施が予測される。終末期ケアを行う際は、患者がACPを行ってきたか、行っている場合はどのような意思をもっているかを汲み取る必要がある。ACPが普及すると、救急看護においても患者の意思を短時間で知ることができるようになる可能性があり、普及が望まれる。

日本救急看護学会の終末期ケア委員会では、日本クリティカルケア看護学会の終末期ケア委員会と合同で、「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」(案)(以下、ガイド)を作成している。ガイドは、クリティカルケア領域の看護師がどのように終末期ケアを患者と家族へ提供したらよいか、実践場面で活用できるものである。このガイドを多くの看護師が使用して、クリティカルケア領域の終末期ケアが促進されると、その人らしい最期を迎えてもらうためのケアが多くの患者に提供されることに繋がると考える。

本シンポジウムでは、ガイド作成に携わり、救急初療や救命救急センターで終末期ケアを行ってきた立場から、事例をもとにその人らしい最期を迎えてもらうためのケアと今後の課題について考える。

14:35 ~ 14:50 (2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:30 メイン会場)

[SY1-2] 救急・集中治療の終末期医療に関する課題とコミュニケーションの重要性

○安心院 康彦¹、三宅 康史¹、坂本 哲也¹ (1. 帝京大学医学部救急医学講座)

キーワード：救急・集中治療、終末期医療、コミュニケーション

平成26年に日本救急医学会、日本集中治療医学会、および日本循環器学会は、合同で救急・集中治療における終末期医療に関するガイドラインを発表した。このガイドラインは、救急・集中治療における終末期を定義し、医療スタッフが患者の意思に沿い、意思不明な場合は患者にとっての最善の選択、そしてその後の判断や対応を支援する筋道を示された。これらの判断や対応には、主治医を含む多職種医療チームの総意、終末期に対する患者や家族の理解、意思の変化への対応が重要とされ、施設倫理委員会での検討も含む。

救急・集中治療における終末期の定義は、集中治療室等で治療中の急性重症患者に対し適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断される時期とされ、不可逆的な全脳機能不全や現行以上の治療法がなく近いうちに

死亡が予測されるなどが含まれる。終末期と判断した後、医療チームは、患者および家族や関係者(以下家族等)の理解を得て以下を判断する：(1)患者の意思決定能力あるいは事前指示がある場合はそれを尊重、(2)患者の推定意思のみで推定意思を尊重、(3)上記(1)、(2)とも不可なら家族総意の意思を確認。この後以下対応する：①積極的な対応を希望：患者の状態を伝え家族等の意思を再確認し、その後も継続して状況の理解を得る努力をする。②延命措置の中止を希望：延命措置の減量、終了の方法を選択する。③医療チームに判断を委ねる：患者にとって最善の対応を検討し、家族等と合意の形成をはかる。(4)本人の意思が不明で家族等と接触できない場合患者にとり最善の対応を判断する。すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などへの対応として、現在の治療を①維持、②減量、③終了する、④これらを条件付きで選択、などがある。苦痛軽減等は継続し、筋弛緩薬投与等で死期を早めない。

医療チームには、その専門性に基づき、医療倫理に関する知識や問題対応に関する方法の修得が求められる。かつ終末期の事実を告げられた家族等の心情を理解し、患者にとって最善となる意思決定ができ、患者がよりよい最期を迎えるように支援することが重要である。そのために医療チームは、家族等との良好な信頼関係を維持し、適宜情報提供を行い、また悲嘆への支援が必要となる。高度に専門化された救急・集中治療の場において、医師は専門的知識を用いて、主に客観的な医学的判断により対応を進める傾向にあるが、患者本人や家族等への支援においては、医療者側の一員として多職種により対応すること、患者、家族とはもちろんのこと、医療者間においても対等な立場での円滑なコミュニケーションにより、個々の意見や多様な考え方を共有することが重要であると考え。また、医療者は一般市民の考え方を理解した上で専門的知識を有していると考えがちだが、学生時代を通して専門的な知識を習得し職について経験を重ねる中で次第に一般市民の心情や考え方を失っている可能性がある。「その人らしい最期を問う」、つまり患者自身の人格を理解し、家族に寄り添い苦悩を共有するためには、治療内容や患者の状態について詳細な情報を提供する一方で、非医療従事者の心情や考え方を学ぼうとする謙虚な姿勢が問われているように思われる。

14:50 ~ 15:05 (2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:30 メイン会場)

[SY1-3] 延命医療の継続がその人らしいのか、やめるのがその人らしいのか？

○伊藤 真理¹ (1. 川崎医科大学総合医療センター 看護管理室)

キーワード：その人らしさ、延命医療

日本看護協会は、看護の目的を「健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最期まで、その人らしく生を全うできるように援助を行うこと」と言明している（日本看護協会、看護者の倫理綱領より）。『その人らしく』という用語は、看護の核となるもののようだ。しかし、クリティカルケア領域において、患者自身に「あなたらしさとは何ですか？」と問うことは、多くの場合不可能である。例え、意識が保たれていたとしても、80歳を超える高齢者に「延命医療を受けますか？やめますか？それはあなたらしい選択ですか？」と尋ねても、その問いに答えられる人が何人いるだろうか？

私がシンポジウムのテーマに選んだ「延命医療の継続がその人らしいのか、やめるのがその人らしいのか？」は、2018年11月に放映されたNHKスペシャルの中で会田薫子先生が発した言葉である。クリティカルケア領域において、人工呼吸器を含む延命医療を継続するか否かが問われる時代がやってきた。いやその前に救急初療の現場では、人生の最終段階を迎えている高齢者に積極的治療を始めるか否かという選択が、ある日突然ご家族に突き付けられる時代がやってきたのである。このような時代を迎える前から、2009年以降、世の中には「終活」ブームが到来している。この「終活」とは、人生の終わりについて考える活動であり、①エンディングノートを書く、②遺言を書く、③お墓を決めるが3大ポイントとなる。エンディングノートには自分の延命医療に関する考えを書くこともできる。しかし、自分の人生の最終段階に受ける医療について、事前指示書の作成に賛成する人（一般国民の69.7%）であってもその指示書を実際作成している人は8%に過ぎない（厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」平成29年度）。

つまり、延命医療を受けるか、受けないかについて、詳しく本人とは話したことがないけれどもご家族が決めなければならないケースがほとんどである。時間も切迫している。代弁する家族が存在しないケースもある。このような難題にクリティカルケア領域の看護師はどう対処していくのか。「ご家族で決めて下さい」と言い放ち、自分を蚊帳の外に置いてしまっているのか。出会って間もない患者さんの『その人らしさ』を、何を手掛かりに捉えていくのか。そもそも『その人らしさ』の正体とは何なのか？ 本シンポジウムでは、筆者が体験した事例を通して皆さんと考えていきたい。

シンポジウム

[SY2] クリティカルの臨床指標を PDCAサイクルに載せる

座長:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学)、中田 諭(聖路加国際大学)

2019年6月15日(土) 16:50 ~ 18:00 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[SY2-1] PDCAサイクルを、臨床で定着させるために

○濱本 実也¹ (1. 公立陶生病院)

16:50 ~ 17:05

[SY2-2] 不確実な臨床を生き抜くための医療の質改善活動と指標分析

○櫻本 秀明¹ (1. 茨城キリスト教大学 看護学部看護学科)

17:05 ~ 17:20

[SY2-3] VAEサーベイランス、VAP予防バンドル実施率・入力率、手指所毒実施率を活用したICUの取り組み

○柳澤 八恵子¹ (1. 聖路加国際病院 救命救急センター)

17:20 ~ 17:35

16:50 ~ 17:05 (2019年6月15日(土) 16:50 ~ 18:00 メイン会場)

[SY2-1] PDCAサイクルを、臨床で定着させるために

○濱本 実也¹ (1. 公立陶生病院)

キーワード：PDCA

PDCAサイクルの実践と定着には、いくつかの壁がある。例えば、臨床で「何かを改善したい」と思ったら、まず必要になるのは「現状評価」である。それは、実施に対する評価を行う上でも重要であるが、なにより「そもそも改善が必要なのか（その改善が最優先なのか）」を判断する必要がある。逆に、評価ができなければ必要性に気づくことが難しいだけでなく、無駄なケアを提案してしまうリスクもある。最初の壁は、私たちが評価に必要な指標をどれだけ持ち、また日常的にデータを蓄積できるかという問題である。次に、課題が見え対策を検討・実施する際には、スタッフの実践力を可能な限り高めることが重要となる。スタッフ自身が必要性を感じ、確実に実施することが理想であり、スタッフの実践力なくしてアウトカムは得られない。スタッフをどう巻き込むかが、二つ目の壁である。ところで、改善に寄与したケアや対策がいつの間にか途絶えるという事態を経験することがある。研究発表まで行い成果を得ているにもかかわらず、そのケアが消えてしまうのは何故だろう。それが3つ目の壁である。PDCAサイクルを回し成果を得たならば、それを継続するための維持管理を行わなければ臨床での定着は難しいといえる。

当ICUでは、せん妄、疼痛、睡眠状況、ADLなどの患者の状態から鎮痛・鎮静管理、身体拘束などの管理データを各勤務態で集積している。また、「安全管理」「感染管理」「褥瘡管理」「リハビリテーション」など、継続的に実施・評価すべきものは担当者（あるいは担当グループ）を割り当て、スタッフ主導で実践・評価、そして標準化に努めている。

今回、臨床での具体的な実施状況や問題点を紹介する中で、臨床指標の効果的な活用や課題などについて、会場の皆様と検討する機会としたい。

17:05 ~ 17:20 (2019年6月15日(土) 16:50 ~ 18:00 メイン会場)

[SY2-2] 不確実な臨床を生き抜くための医療の質改善活動と指標分析

○櫻本 秀明¹ (1. 茨城キリスト教大学 看護学部看護学科)

キーワード：医療の質改善、Quality Improvement

近年、膨大な量の論文が作成され、エビデンスはガイドラインとしてまとめられ活用されている。とはいえ、現在の集中治療は、未だ不確実なデータでつくられた、つり橋をわたっている最中にあるのではないかと。例えば、アメリカの循環器学会である American Heart Association:AHAのガイドラインでは、2006年の発表時に最も高い推奨を受けた治療が、2013年のアップデート時に、合わせて2割も変更をされている（推奨度を下げられたか、全く逆の推奨、はたまた削除）¹⁾。AHAは循環器系、内科系のデータを多く扱う集中治療のような臨床よりも研究データを蓄積しやすい土壌にあると言える。ときをへて時代が変われば、より確実な医療を提供できるだろうが、少なくとも現在はAHAですら20%も推奨が変わる時代に生きている。さらに、ガイドラインが作られた年には十分な研究結果が揃っていないことも多く、あるケア・治療方法の本当の効果はわからないといった事も多くおこる。特に、看護に関連した事柄であればなおさらではないだろうか。

したがって、この不確実な時代、我々が行う医療は、本当に効果があるのか半信半疑で実践する必要があるように思う。このとき、もっとも大事なものは介入を取り入れた結果、臨床はどう変わったのか（効果があるのか、害はないのか）よく観察して評価することであると考えている。いわゆる Quality indicator(または Improvement :QI)は、各施設における実践の根拠（エビデンス）であるとも言える。

さらに、我々の最終目標はより効果的に臨床のアウトカム（死亡率からQOLまで様々）を改善することにある。これは何も自施設に限った事柄ではない。したがって、臨床改善活動での工夫や得られたQIデータを学会などで他の施設の人と共有・比較し、日本全体で質の改善を目指す、そうした取り組みが必要ではないだろうか。例えば、米国クリティカルケア看護学会などでは研究の発表とは別に、クリエイティブソリューション

(creative solutions)と呼ばれるこうした臨床での質の改善活動やちょっとした工夫を共有し合う場や、医療の質指標などを使った各医療施設のICUを表彰する仕組みが存在する。こうした臨床の質改善活動やそこでの工夫は、研究というには大げさであるが、論文にはならない生きた知識が眠っている場合が多く、実践活動の役に立つことが多いのではないかと思う。したがって、今後、多くの施設でPDCAサイクルをまわせるようなサポートを組織的に提供する仕組みや、行われたQI結果や臨床での工夫を学会で共有する場所作りなどが重要ではないかと考えている。このシンポジウムのお借りして、こうしたことに関して考えてみたい。

1) Neuman, M.D., et al., Durability of class I American College of Cardiology/American Heart Association clinical practice guideline recommendations. JAMA, 2014. 311(20): p. 2092-2100.

17:20 ~ 17:35 (2019年6月15日(土) 16:50 ~ 18:00 メイン会場)

[SY2-3] VAEサーベイランス、VAP予防バンドル実施率・入力率、手指所毒実施率を活用したICUの取り組み

○柳澤 八恵子¹ (1. 聖路加国際病院 救命救急センター)

キーワード：VAE、手指消毒実施

【背景】

2013年米国疾病病対策センター医療安全ネットワークによるVAEサーベイランス定義の発表を受け、当院では2014年4月よりそれまでのVAPからVAEのうちIVAC、PVAPのサーベイランスへと移行した。さらに2015年7月からはVACを含めたVAEサーベイランスを開始した。当院では、米国看護認証センターによるマグネットホスピタルの認証に向けて取り組んでおり、VAEの予防は集中治療領域において、重要な位置づけとなっている。また、VAE予防として、「VAP予防バンドル」を実施し対策を行っている。当院には集中治療室が3部署（ジェネラルICU：以下ICU、救命救急センターICU、心血管センターICU）と準集中治療室が2部署（救命救急センターHCU、心血管センターHCU）計5か所存在する。2016年度より「VAP予防バンドル」実施率・入力率もVAEサーベイランスと共に各部署にフィードバックされるようになった。このフィードバックにより現状と課題が明らかになり、新たな予防策の計画へと進んでいる。

【方法】

PDCAサイクルによって実践された当院のVAEサーベイランスの結果を示すと共に、ICU内での取り組みを紹介する。

【結果】

2016年4月より、VAE発生率、「VAP予防バンドル」実施率・入力率のモニタリングとフィードバックを行っていった。2016年度のVAE発生率は1000人工呼吸器装着期間あたり6.4と目標値2.0を上回っていた。詳細を見てみると、2016年は集中治療領域16件VAEが発生しており、そのうちICUは3件であった。ICUの「VAPバンドル」実施率は80.1%（目標値95%）、入力率89.4%と5部署中最下位であった。2017年には「VAPバンドル」実施率70.9%、入力率78.1%とさらに低下している。VAEの発生率は全体で11件、（100人工呼吸器装着期間あたり3.8）と低下しているが、ICUは3件と変化は見られなかった。ICUでも「VAP予防バンドル」がなされていないわけではないが、大きな要因として、始業時前に電子カルテに「VAP予防バンドル」テンプレートを立ち上げはするが、記録を後回しにすることによる入力漏れが入力率と実施率の低下の要因と考えられた。また、2017年には「VAP予防バンドル」が始業時点検チェックテンプレートから、感染アセスメントテンプレートに移行したことも、入力漏れの要因であったとも考えられた。そこで、毎月のフィードバックや周知活動を行うことで、2018年度には「VAP予防バンドル」入力率・実施率とも上昇していった。

また、ICUは「VAP予防バンドル」の一つである手指消毒実施率が低く、実施率向上が課題であった。手指衛生実施率は、手指衛生5つのタイミングを元に、四半期ごと各部署モニタリングされた結果が報告される。2016年度院内の手指衛生実施率目標値は80%であったが、ICUは52%であった。看護師の要因としては、処置中やケアの入退室時に手指衛生を忘れることが多かった。その他の要因としては、医師の手指衛生忘れ

があげられた。当 ICUの管理はセミオープンであるため、多くの医師が ICUに訪れる。特に回診時に手指衛生を忘れ入退室をされるため、ICUでの手指衛生実施率が改善されずにいた。そこで、医師始め多職種で構成される感染予防委員会で ICUの現状と、取組みを発表し、医師からも「手指衛生を行いやすい環境づくり」のための提案をいただいた。その提案を生かした環境改善をおこなった結果、2017年度は68%と改善がみられた。

パネルディスカッション

[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)

2019年6月15日(土) 10:40 ~ 11:50 第2会場 (3F 国際会議室)

[PD1-1] 重症患者の「安楽」とは何か、安楽の概念や今後の課題

○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 ~ 10:55

[PD1-2] 重症患者の生活支援 “安楽に向けた睡眠と活動” を支えるチャレンジ

○北別府 孝輔¹ (1. 倉敷中央病院 集中医療センター)

10:55 ~ 11:10

[PD1-3] 救急初療における Comfort Careと今後の展望を考える

○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 ~ 11:25

10:40 ~ 10:55 (2019年6月15日(土) 10:40 ~ 11:50 第2会場)

[PD1-1] 重症患者の「安楽」とは何か、安楽の概念や今後の課題○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)

キーワード：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、搔痒感の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 ~ 11:10 (2019年6月15日(土) 10:40 ~ 11:50 第2会場)

[PD1-2] 重症患者の生活支援 “安楽に向けた睡眠と活動” を支えるチャレンジ○北別府 孝輔¹ (1. 倉敷中央病院 集中医療センター)

キーワード：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や“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 ~ 11:25 (2019年6月15日(土) 10:40 ~ 11:50 第2会場)

[PD1-3] 救急初療における Comfort Care と今後の展望を考える

○合原 則隆¹ (1. 久留米大学病院高度救命救急センター)

キーワード：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。

パネルディスカッション

[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)

2019年6月15日(土) 16:40 ~ 18:00 第2会場 (3F 国際会議室)

[PD2-1] 看護師が国民から信頼を得るための方策

○ 劔持 功¹ (1. 東海大学看護師キャリア支援センター)

16:40 ~ 16:55

[PD2-2] 認定看護師としての特定行為実践の現状と課題

○ 村中 烈子¹ (1. 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院 ICU)

16:55 ~ 17:10

[PD2-3] 特定行為研修の現状と課題

○ 桑村 直樹¹ (1. 公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)

17:10 ~ 17:25

16:40 ~ 16:55 (2019年6月15日(土) 16:40 ~ 18:00 第2会場)

[PD2-1] 看護師が国民から信頼を得るための方策

○ 剣持 功¹ (1. 東海大学看護師キャリア支援センター)

キーワード：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。

16:55 ~ 17:10 (2019年6月15日(土) 16:40 ~ 18:00 第2会場)

[PD2-2] 認定看護師としての特定行為実践の現状と課題

○ 村中 烈子¹ (1. 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院 ICU)

キーワード：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。

17:10 ~ 17:25 (2019年6月15日(土) 16:40 ~ 18:00 第2会場)

[PD2-3] 特定行為研修の現状と課題

○桑村 直樹¹ (1. 公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)

キーワード：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。

パネルディスカッション

[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)

2019年6月15日(土) 16:40 ~ 18:00 第4会場 (1F 中会議室)

[PD3-1] 早期リハビリテーションとして摂食・嚥下機能への介入を考える

○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)

16:40 ~ 16:55

[PD3-2] 食べるを守るためのケア

○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)

16:55 ~ 17:10

[PD3-3] 大分大学 ICU入室患者に対する “食べる” 機能を守るチャレンジ～集中治療医の立場から～

○後藤 孝治¹ (1. 大分大学医学部附属病院 集中治療部)

17:10 ~ 17:25

[PD3-4] 「"食べる"機能を守るために」～栄養士の立場から～

○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)

17:25 ~ 17:40

16:40～16:55 (2019年6月15日(土) 16:40～18:00 第4会場)

[PD3-1] 早期リハビリテーションとして摂食・嚥下機能への介入を考える○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)

キーワード：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。

16:55～17:10 (2019年6月15日(土) 16:40～18:00 第4会場)

[PD3-2] 食べるを守るためのケア○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)

キーワード：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。

17:10～17:25 (2019年6月15日(土) 16:40～18:00 第4会場)

[PD3-3] 大分大学 ICU入室患者に対する“食べる”機能を守るチャレンジ～集中治療医の立場から～

○後藤 孝治¹ (1. 大分大学医学部附属病院 集中治療部)

キーワード：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。

17:25～17:40 (2019年6月15日(土) 16:40～18:00 第4会場)

[PD3-4] 「"食べる"機能を守るために」～栄養士の立場から～

○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)

キーワード：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。

パネルディスカッション

[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)

2019年6月15日(土) 16:40 ~ 18:00 第5会場 (B2F リハーサル室)

[PD4-1] 重症患者の褥瘡対策 ～今からはじめる予防ケア～

○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)

16:40 ~ 16:55

[PD4-2] その安全・安心は誰のためですか？—認知症看護の視点から—

○吉里 美貴¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

16:55 ~ 17:10

[PD4-3] せん妄予防・認知症看護への取り組みから得た “安全” に関する成果と課題

○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)

17:10 ~ 17:25

16:40 ~ 16:55 (2019年6月15日(土) 16:40 ~ 18:00 第5会場)

[PD4-1] 重症患者の褥瘡対策 ～今からはじめる予防ケア～

○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)

キーワード：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。

16:55 ~ 17:10 (2019年6月15日(土) 16:40 ~ 18:00 第5会場)

[PD4-2] その安全・安心は誰のためですか？—認知症看護の視点から—

○吉里 美貴¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

キーワード：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。

17:10 ~ 17:25 (2019年6月15日(土) 16:40 ~ 18:00 第5会場)

[PD4-3] せん妄予防・認知症看護への取り組みから得た“安全”に関する成果と課題

○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)

キーワード：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られたことから、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、計画外抜去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。

交流集会

[AC1] 意外と簡単！英文アブストラクト

2019年6月15日(土) 10:40～11:50 第3会場 (3F 小会議室31)

企画:編集委員会

[AC1] 意外と簡単！ 英文アブストラクト

中村 美鈴、佐藤 富美子、清村 紀子、林 みよ子、田口 豊恵、矢富 有見子、福田 美和子、岡田 彩子、小泉 雅子、吉田 紀子 (日本クリティカルケア看護学会 編集委員会)

10:40～ 11:50

10:40 ~ 11:50 (2019年6月15日(土) 10:40 ~ 11:50 第3会場)

[AC1] 意外と簡単！ 英文アブストラクト

中村 美鈴、佐藤 富美子、清村 紀子、林 みよ子、田口 豊恵、矢富 有見子、福田 美和子、岡田 彩子、小泉 雅子、吉田 紀子（日本クリティカルケア看護学会 編集委員会）

キーワード：編集委員会、英文、アブストラクト

本学会編集委員会は、クリティカルケア看護領域に関する「知の蓄積と発信」というミッションがあります。知の蓄積と発信のためには、質の高い論文公表が当然ながら重要となってきます。また、本委員会では、2018年7月1日より、オンライン投稿・査読システムを導入し、その後に論文投稿数は、着々と増加しています。

このような状況の中、原著論文での投稿の際は和文・英文ともに、英文アブストラクト（Abstract）は必須となります。実際に投稿されるアブストラクトでは、日本語をそのまま英語にした論文が多くあります。その構成は、査読員の目からは、非常に読みにくい場合もあります。

そこで、本交流集会では、岡田委員より、量的・質的にわけてアブストラクトの記載要領や規程を紹介し、本学会投稿論文として原著論文に必要な英文アブストラクトの作成を具体的に紹介していきます。さらに、会員の皆様にとって、わかりやすい内容にするために、題材となるケースを作成して、250wordsでどのように作成していくと良いかについて、交流したいと思います。具体的には、オブジェクティブ（Objective）やエイム（Aim）で用いると望ましい型や決まった用語を説明したいと思います。加えて、日本語と英語の構造の違いも説明します。

字数制限の範囲で何を記述すべきか（必要不可欠な要素）、また簡潔にまとめるための「こつ」等、基礎的知識を習得できるような企画を目指しています。そして、最後にオンライン投稿の諸注意20分について、矢富委員より、改めて説明します。

これから、論文投稿を予定している方、アブストラクトの作成方法を知りたい方など、多くの皆様のご参加をお待ちしています。

<タイムスケジュール>

アブストラクト50分（講義：20分、題材・ケースに基づき当てはめるワーク込みの質疑応答：30分）

オンライン投稿の諸注意20分（質疑応答・アンケート含む）

交流集会

[AC2] せん妄ケアは TBC

2019年6月15日(土) 10:40 ~ 11:50 第4会場 (1F 中会議室)

企画:せん妄ケア委員会

[AC2] せん妄ケアは TBC

藤野 智子¹、古厩 智美²、茂呂 悦子³、古賀 雄二⁴、小幡 祐司⁵、有田 孝⁶、雀地 洋平⁷、川島 孝太⁸ (1. 聖マリアンナ医科大学病院、2. さいたま赤十字病院、3. 自治医科大学附属病院、4. 川崎医療福祉大学、5. 公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター、6. 小倉記念病院、7. KKR札幌医療センター、8. 地方独立行政法人りんくう総合医療センター)

10:40 ~ 11:50

10:40 ~ 11:50 (2019年6月15日(土) 10:40 ~ 11:50 第4会場)

[AC2] せん妄ケアは TBC

藤野 智子¹、古厩 智美²、茂呂 悦子³、古賀 雄二⁴、小幡 祐司⁵、有田 孝⁶、雀地 洋平⁷、川島 孝太⁸ (1. 聖マリアンナ医科大学病院、2. さいたま赤十字病院、3. 自治医科大学附属病院、4. 川崎医療福祉大学、5. 公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター、6. 小倉記念病院、7. KKR札幌医療センター、8. 地方独立行政法人りんくう総合医療センター)

キーワード：せん妄ケアリスト

せん妄ケア委員会では、臨床において実践可能なせん妄ケアリストを作成すると同時に推奨するケアを普及・推進を目的にこれまで活動を行っています。今までの学術集会における交流集会では、専門看護師・認定看護師を対象に実施したアンケート調査の結果の発表や、交流集会にご参加いただいた皆様の現場の声を反映すべくリアルタイムアンケートを行い、せん妄ケアの課題の検討を行ってきました。そして、昨年度の学術集会では「せん妄ケアは AAA」として、患者の状態に応じた安全確保の方法や、せん妄に陥った患者家族ケアの例示、せん妄患者に対応する看護師が安心してケアに取り組めるシステムをどの様に取り入れていくのかなど、より具体的なせん妄ケアの内容を提案いたしました。

今回の交流集会では、先行研究成果やガイドライン等を参考にするとともに、精神科医等の専門家の意見も取り入れながら作成したケアリストを発表いたします。作成したケアリストを提示しながら、より多くの施設で実践可能なせん妄ケアを参加者の皆様と一緒にディスカッション出来ればと思っております。皆様の参加をお待ちしております。

交流集会

[AC3] 知って得する人工呼吸器離脱プロトコル

2019年6月15日(土) 15:00 ~ 16:30 第4会場 (1F 中会議室)

企画:人工呼吸器ケア委員会

[趣旨] 知って得する人工呼吸器離脱プロトコル

道又 元裕¹、濱本 実也² (1. 国際医療福祉大学成田病院準備事務局、2. 公立陶生病院)

15:00 ~ 15:15

[AC3-1] 人工呼吸器離脱プロトコルを導入できなくても、臨床現場では活用できる！

○露木 菜緒¹ (1. 国際医療福祉大学成田病院準備事務局)

15:15 ~ 15:30

[AC3-2] 人工呼吸器離脱プロトコルの活用～特定行為として実践している立場から～

○辻本 雄大¹ (1. 奈良県立医科大学附属病院)

15:30 ~ 15:45

[AC3-3] 人工呼吸器離脱プロトコル導入による看護師の実践

○山本 小奈実¹、山勢博彰¹、田戸朝美¹、佐伯京子¹、立野淳子² (1. 山口大学大学院医学系研究科、2. 小倉記念病院)

16:00 ~ 16:15

[AC3-4] 人工呼吸器離脱プロトコルの効果

○後藤 順一¹ (1. 河北総合病院)

16:15 ~ 16:30

15:00 ~ 15:15 (2019年6月15日(土) 15:00 ~ 16:30 第4会場)

[趣旨] 知って得する人工呼吸器離脱プロトコル

道又 元裕¹、濱本 実也² (1. 国際医療福祉大学成田病院準備事務局、2. 公立陶生病院)

キーワード：人工呼吸器離脱プロトコル

2015年2月、人工呼吸療法を主導する3学会（日本集中治療医学会・日本呼吸療法医学会・日本クリティカルケア看護学会）により「人工呼吸器離脱プロトコル」が作成された。この人工呼吸器離脱プロトコルによる手順の標準化は、各施設でのプロトコル作成を支援することにつながり、また人工呼吸器離脱に向け医療チームが協働する上での共通言語となり得る。

本学会では、臨床でプロトコルが活用されることを期待し、教育セミナーやeラーニング、シミュレーションコースなどを開催してきた。本プロトコルの発信と教育的アプローチを開始して3年以上が経過した今、改めてプロトコル導入による成果や問題点、そして導入を予定している際に準備すべきこと、または導入ができない施設での活用方法などを広く検討したい。

既に導入している施設の方は勿論、今後の導入を考えている方、難しいと諦めている方、興味はあるが具体的な方法に迷われている方など、多くのおみなさまにご参加いただき、今後のプロトコルの活用について実践的かつ発展的な意見交換ができることを期待している。

15:15 ~ 15:30 (2019年6月15日(土) 15:00 ~ 16:30 第4会場)

[AC3-1] 人工呼吸器離脱プロトコルを導入できなくても、臨床現場では活用できる！

○露木 菜緒¹ (1. 国際医療福祉大学成田病院準備事務局)

キーワード：人工呼吸器離脱、プロトコル

人工呼吸器離脱プロトコル（以下プロトコル）は、疾患などによっては導入が難しい場合がある。その一つに脳疾患がある。脳疾患で人工呼吸器を装着する患者は、鎮静剤の影響ではなく、中枢神経の障害により意識レベルの回復が望めない場合が多い。このような場合は、人工呼吸器離脱時にプロトコルに沿ってSATから開始することができない。したがって、プロトコル通りに進めていくことができないため、当院SCUではプロトコルを導入していない。しかし、脳疾患患者でも人工呼吸器を離脱する場面はあり、安全に進めていくために、プロトコルを参考にしている。

脳疾患患者も術後は鎮痛・鎮静剤を使用しており、それを中止するタイミングを考えるとプロトコルは役に立つ。SATの項目にある痙攣や頭蓋内圧亢進症状といった脳神経所見はSCU看護師なら確認するが、それ以外の不整脈の有無などは見落としがちである。しかし、プロトコルを確認すれば不整脈があれば鎮痛・鎮静薬を中止することは危険であると判断できる。鎮痛・鎮静剤を中止後は、RASSの評価はできないがSpO₂や頻呼吸の有無など、その後何を観察すべきなのか確認することができる。つまり、人工呼吸器離脱時に必要な観察事項が網羅されているため、手順書として活用できるのである。

SCUでの人工呼吸器管理は1回/月程度であり、頻繁に遭遇しないため、経験が積めずに抜管に不安を抱えているスタッフが多い。また、脳疾患患者は肥満短頸などの理由から再挿管や緊急気管切開になるケースもあり、あらかじめリスク評価をしたり、再挿管準備を整えたりしておくことが重要である。そのような場合でもプロトコルに沿って評価をし、準備をすれば、経験年数の浅いスタッフでも同じように進めていくことができる。実際に、プロトコルを紹介した後は、人工呼吸器装着患者の担当と分かると、自発的にプロトコルを確認し、ベッドサイドにプロトコルをおきながら患者観察や記録をしている場面をみかけるようになった。

このように、プロトコルは体形として導入できなくても、臨床現場では経験の浅い看護師の不安の軽減につながり、指導者も系統立てて指導することができ、安全な離脱につなげることができる。

15:30 ~ 15:45 (2019年6月15日(土) 15:00 ~ 16:30 第4会場)

[AC3-2] 人工呼吸器離脱プロトコルの活用～特定行為として実践している立場から～

○辻本 雄大¹ (1. 奈良県立医科大学附属病院)

キーワード：人工呼吸器離脱プロトコル、特定行為

人工呼吸器は、患者の救命において重要な役割を果たす一方で、人工呼吸器関連肺障害（VILI）や、人工呼吸器関連肺炎（VAP）などの原因となり、長期間に及ぶことで、せん妄やICU-AWなどのリスクが高まり、入院期間や予後にも影響を及ぼす。そのため、人工呼吸器の必要がなくなれば、できるだけ早期に人工呼吸器からの離脱を図ることが重要である。

人工呼吸器の離脱は、人工呼吸器のサポートを段階的に減少し、患者の自発呼吸を維持、増強することを意味し、定時の手術などで早ければ数時間、ARDSなど二次的肺障害に至ると数日から数週間以上の時間をかけて行われることもある。人工呼吸器離脱で重要なことは、患者の状態が、「軽症」「重症」にかかわらず、常に離脱の可能性について多職種連携チームで議論し、目標設定と必要なモニタリングの実施、情報共有、評価を行い、患者にとって最適な人工呼吸器離脱の時期を見極めて、可能な限り速やかに離脱させることにある。

人工呼吸器離脱の方法には、大きく分けて、医師が漸減的に設定を変更していく方法と、一連の流れをプロトコル化したもの2種類がある。プロトコルに従い離脱過程を進めることで、人工呼吸器期間の短縮、ICUの滞在時間の短縮、VAPの発症率の低下などが報告されている¹⁾。本邦では、2015年に3学会合同の「人工呼吸器離脱プロトコル」²⁾が公表され、人工呼吸器離脱に携わる全ての医療従事者が多職種連携チームとして標準的な介入ができるようになることを期待されている。

当院では、2016年度より、「特定行為に係る看護師の研修制度」（以下、特定行為研修）を、指定研修機関として行っている。特定行為区分のうち、「呼吸器（人工呼吸療法に関わるもの）の中に、「人工呼吸器からの離脱」や「人工呼吸器がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整」が含まれている。これらの内容は、前述した人工呼吸器離脱プロトコルの内容を包含している。特定行為は、手順書と呼ばれる、包括的指示書にのっとり、「看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲内」であれば、該当する診療の補助内容を実施できる制度である。2019年1月現在、当院ICUでは、計3名の特定行為研修修了者が勤務しており（2019年3月2名終了予定）、手順書のもとで人工呼吸器からの離脱を行っている。今回、人工呼吸器離脱プロトコルの概要を説明したのち、特定行為を終了した立場から、人工呼吸器離脱に対する当院の現状と課題について、私見を交えて述べてい。

1) Girard TD, et al: Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial). a randomized controlled trial. Lancet 371(9607):126-34, 2008.

2) 日本集中治療医学会, 日本呼吸療法学会, 日本クリティカルケア看護学会. 人工呼吸器離脱に関する3学会合同プロトコル. http://www.jsicm.org/pdf/kokyuki_ridatsu1503b.pdf. 2019年2月8日閲覧.

16:00 ~ 16:15 (2019年6月15日(土) 15:00 ~ 16:30 第4会場)

[AC3-3] 人工呼吸器離脱プロトコル導入による看護師の実践

○山本 小奈実¹、山勢博彰¹、田戸朝美¹、佐伯京子¹、立野淳子² (1. 山口大学大学院医学系研究科、2. 小倉記念病院)

キーワード：人工呼吸器離脱プロトコル、看護実践、ウイニング

人工呼吸器離脱プロトコル（以下プロトコル）の導入は、人工呼吸器装着期間の短縮や抜管成功率の増加、VAP発生率の低下、医療コストの低減に有効性が示され、諸外国において、スタンダードな人工呼吸器離脱プランとして確立している。プロトコルを主に使用している医療者は、医師以外の看護師や呼吸療法士であり、多職種がチームとしてプロトコルを活用することで早期のウイニングを可能にしている。

国内では、2014年人工呼吸器に関連する国内の主要3学会（日本集中治療医学会、日本クリティカルケア看護学会、日本呼吸療法医学会）が合同で、わが国独自のプロトコルを発表した。このプロトコルが導入され、医師の包括的な指示のもと看護師やその他の医療者からなる医療チームがウイニングに取り組むことにより、早期に人工呼吸器離脱が可能になることが期待されている。

そこで我々は、これまでに2つの研究を行い、人工呼吸器離脱プロトコルを用いて看護師が主体的にウイニングを実施した効果と患者ケアの変化を検討した。

まず一つ目の研究では、ICUに勤務する集中治療室経験3年以上の看護師66名を対象に実施した。方法は、プロトコル導入前後における呼吸ケアの観察視点、呼吸ケア技術、チーム医療の3カテゴリーからなる実践度と重要度の質問紙調査を行った。その結果、看護師の呼吸ケア技術では、導入群の方が、実践度と重要度ともに有意に高く、チーム医療では、導入群の重要度が有意に高かった。

2つ目の研究では、2次救急医療の3施設で人工呼吸器離脱プロトコル導入前後の患者背景（年齢、疾患、入院状況）、ICU在室日数、気管挿管日数、人工呼吸器装着日数について調査した。その結果、生存曲線分析では、ICU滞在日数、人工呼吸器装着期間、気管挿管日数ともに、導入後の方が有意に低かった。

以上のことから、看護師がプロトコルを用いることは、看護師のウイニングに関する認識を強化し、技術を向上させ、その結果、患者に効果的なウイニングが提供できることが明らかとなった。プロトコルを用いることで、人工呼吸療法の長期化を防ぐことが期待できるといえる。

本セッションでは、以上のようなプロトコルの活用の実態から効果や課題などを報告し、皆様と一緒に人工呼吸器離脱に関して議論したいと考える。

16:15～16:30 (2019年6月15日(土) 15:00～16:30 第4会場)

[AC3-4] 人工呼吸器離脱プロトコルの効果

○後藤 順一¹ (1. 河北総合病院)

キーワード：人工呼吸器離脱、人工呼吸器ケア委員会

人工呼吸器離脱のためのプロトコルとは、患者が安全に抜管できるまでの過程を標準化し示すものである。これら抜管までの過程を教育的なプログラムとして、人工呼吸器離脱に関する e-learning やシミュレーションコースが、本学会人工呼吸器ケア委員会主催により各地で開催されている。またそれぞれの施設においても、その成果がクリティカルケア主体の学会などで報告されてきており、このプロトコルは徐々に広がりつつある。

自施設では、2014年度より医師の包括的な指示のもと、看護師やその他の医療者からなるチームが、早期人工呼吸器離脱に向けてのプロトコルの運営に取り組んできた。人工呼吸器離脱から抜管までの一連の行為と評価方法を標準化したことにより、人工呼吸器離脱の成功・不成功の判断が、誰からもわかるように明確化された。そのため、患者により多く接する看護師による人工呼吸器離脱の判断が常に可能となり、より早期に人工呼吸器からの離脱が可能となった。さらにその結果は、人工呼吸器時間の短縮だけの成果だけではなく、鎮静薬使用量の削減、ICU滞在時間の短縮が成果として表された。それは患者への効果のみならず、医療施設における医療費削減、ベッド稼働率の向上としての成果としてもあげることが可能となった。看護師が人工呼吸器離脱プロトコルを活用しながら、医療チームで主体的に人工呼吸器からのウイニングを進めることで得られた成果を、今回発表する機会をいただいたためここに報告する。

プラクティスセミナー

[PS1] 補助循環の看護

演者:相良 洋(岡山済生会総合病院ICU)

2019年6月15日(土) 10:50 ~ 11:50 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[PS1] 補助循環の看護

○相良 洋¹ (1. 岡山済生会総合病院 ICU)

10:50 ~ 11:50

10:50 ~ 11:50 (2019年6月15日(土) 10:50 ~ 11:50 第6会場)

[PS1] 補助循環の看護

○相良 洋¹ (1. 岡山済生会総合病院 ICU)

キーワード：補助循環

「補助循環」といえば大動脈バルーンパンピング(以下 IABP) や経皮的心肺補助装置(以下 PCPS) などがあげられます。急性期、特に集中治療室で働く看護師にとって補助循環装置が駆動している患者を担当する機会は必ずあります。これは集中治療室で働く看護師にとって避けては通れないことです。しかし補助循環の管理方法や看護ケアの展開に強い苦手意識を持っている看護師が多いのではないのでしょうか？

今回のプラクティスセミナーでは今から実際に補助循環装置が駆動している患者を担当しようとしている看護師、今までこのような患者を見てきたけど、やっぱり苦手、自信がないと思っている看護師、このような看護師の方々に向けて補助循環の看護で必要なポイントを挙げて、わかりやすく説明させていただきます。そしてすぐに現場で活用でき、看護ケアの発展に少しでもお役に立てる内容をお伝えしたいと考えています。

プラクティスセミナー

[PS2] 人工呼吸管理の基礎

演者:岡本 美穂(広島大学病院)

2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:20 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[PS2] 人工呼吸管理の基礎

○岡本 美穂¹ (1. 広島大学病院)

14:20 ~ 15:20

14:20 ~ 15:20 (2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:20 第6会場)

[PS2] 人工呼吸管理の基礎

○岡本 美穂¹ (1. 広島大学病院)

キーワード：人工呼吸管理

クリティカルケア領域において、人工呼吸器装着患者の看護を行う機会が多いであろう。人工呼吸器を使用する目的は様々であり、治療過程で重要な役割を果たす。しかしその一方で、人工呼吸器が患者へ与える影響は多く、合併症を生じ回復を妨げることもある。そのため、人工呼吸器装着患者に対する看護は適切に行うべきであると言える。

人工呼吸器装着患者へ看護を行う上で、人工呼吸器の設定やアラームへの対応、適正な鎮痛・鎮静、人工呼吸器離脱に向けたアプローチ、吸引、口腔ケア、VAP予防、リハビリテーションなど多岐にわたる知識と技術が求められる。そのような日々の看護実践の中で、人工呼吸器の構造やモードの複雑さに「苦手」意識を抱き、最善の看護が実践できているのかと「不安」を感じることはないだろうか。人工呼吸器に対する知識を深め、求められるケアの意味を知ることにより、さらに患者へ歩み寄ることができる考える。

そこで本セミナーでは、人工呼吸器装着患者に対する看護を考えることにより苦手意識や不安を軽減し、明日からの実践に活用できるよう皆様とともに学び得る機会としたい。

プラクティスセミナー

[PS3] 画像の見方

演者:林 尚三(有隣厚生会富士病院)

2019年6月15日(土) 15:30 ~ 16:30 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[PS3] 画像の見方

○林 尚三¹ (1. 公益社団法人 有隣厚生会 富士病院)

15:30 ~ 16:30

15:30 ~ 16:30 (2019年6月15日(土) 15:30 ~ 16:30 第6会場)

[PS3] 画像の見方

○林 尚三¹ (1. 公益社団法人 有隣厚生会 富士病院)

キーワード：画像 レントゲン エコー 若手看護師

「我々クリティカルケア看護師は、画像を読む必要がありますか？」と聞かれたら、あなたは何と答えますか？

今や画像診断は、単純 X線より情報量の多い CTに頼ることが増えてきているのではないのでしょうか。しかし、クリティカルケア領域においては、その患者の特徴から今すぐに CT撮影ができる場面は多くなく、未だ、単純 X線に頼ることが多い領域と言えます。クリティカルケア看護は、「生命を脅かす健康問題に対する人間の反応について取り扱う看護の専門分野」(AACN)であり、合併症の予防、回復への支援が継続的に必要な領域です。画像から診断に結び付け、治療を行うことが我々看護師の役目ではありません。しかし診断に至らないにしても、我々の得意とする身体診察技術と画像診断技術が融合した時、患者へ提供するケアは確実に最適なものになるでしょう。我々クリティカルケア看護師に X線写真を読む技術は必須ではないのでしょうか。そうです、冒頭の質問の答えは「Yes!」でしょう。

さて、第15回日本クリティカルケア看護学会学術集会のメインテーマは「叡智とワザの化学反応 ~新たな時代をここから刻む~」です。大会長の清村紀子先生が学術集会長挨拶(公式 HP)で述べている、高齢多死、老々医療社会、そして在宅医療は時代のキーワードであり、今はまさに転換期に違いありません。新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会でも提言されている「タスクシフティング、タスクシェアリング」という言葉からも、我々医療従事者の働き方が変わるだろうと予測ができ、これからの時代、もしかしたら看護師が新たな役割を担うことが出てくるかもしれません。

ここまで読み進めると、私たち看護師は、技術・能力を高めていかなければいけないと想像できるのではないのでしょうか。

新たな時代をここから刻む。患者のために看護師の動きを変える。今こそ私たちは患者のために変化する時です。しかし、何をどう変化させるのでしょうか。多くを変化させる必要はありません。今までと同じく、身体診察技術と画像診断技術を持って患者の合併症の予防と早期回復の支援を行えばよいのです。ただ緊急と重症が表裏一体でスピードを要求される領域においては、画像診断技術にエコーを加えることで新たな価値を提供できると考えます。

近年 point-of-care ultrasound (POCUS) という概念が広まってきました。エコーはポケットに入る大きさまでとなり、低侵襲であり CT室へ移動しなくてもサッと体内を可視化できます。エコー検査を身体診察の一部として私たち看護師が行うべきと考えます。

本プラクティスセミナー「画像の見方」は、若手看護師を対象に、胸部 X線の基本的読み方の獲得とエコー画像の基本的な読み方を知ることが目的とし、明日からの看護ケアの向上を目指すものとします。

X線の発見から約125年。聴診器の発明から約200年。そして私たち看護師はエコープローブを手に、今こそ叡智とワザの化学反応を起こす時だ。

プラクティスセミナー

[PS4] フィジカルアセスメント

演者:佐藤 大樹(北海道循環器病院)

2019年6月15日(土) 16:40 ~ 17:40 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[PS4] フィジカルアセスメント

○佐藤 大樹¹ (1. 社会医療法人 北海道循環器病院)

16:40 ~ 17:40

16:40 ~ 17:40 (2019年6月15日(土) 16:40 ~ 17:40 第6会場)

[PS4] フィジカルアセスメント

○佐藤 大樹¹ (1. 社会医療法人 北海道循環器病院)

キーワード：フィジカルアセスメント、急性期

急性期看護の実践の場で患者をみる際、明らかに身体状況が悪化している患者や、改善に向かって身体状況が安定に向かっている患者によく遭遇します。また、身体状況は安定しているが「あれ。変だねこの患者さん」などと自らの勤が働く場合があります。

患者に接する前にカルテを閲覧し、患者の基礎情報や採血データ、画像など一通り確認します。患者の状態をおおよそ予測し患者の前に立ちます、ICUであればベッドサイドにモニターがあり、心電図、動脈ライン波形、肺動脈カテーテルデータ、SpO₂など様々な情報が確認できます。呼吸器装着患者であれば呼吸器のグラフィックモニターから肺の状態が視覚的に把握できます。これらの情報をもとにアセスメントすることは可能ですが、実際の患者の身体はどのような反応を示しているのかわかりません。実際の患者に触れて情報を得ることが肝要です。フィジカルイグザミネーションは問診・視診・触診・打診・聴診の技術のことを言います。フィジカルイグザミネーションから得られた情報とモニターなどから得られた情報をアセスメントし、患者の状態を把握することがフィジカルアセスメントなのです。

また、バイタルサインは呼吸回数、脈拍数、血圧、体温、意識状態のことを指しますがバイタルサインの測定にもフィジカルアセスメント技法が使われます。さらに味覚・触覚・聴覚・視覚・嗅覚の五感を活用するとフィジカルアセスメントの幅が広がります。

急性期患者ではショック状態に陥ることがあります。ショック状態になると蒼白（皮膚があおざめる）、虚脱（意識障害）、冷汗、脈拍触知不能、呼吸不全（頻呼吸）という代表的な5つの症状が出現します。ショック状態の患者の身体を触るとじっとりと汗をかいて冷たい。頻呼吸となっており、意識が朦朧として受け答えができなくなっている事があります。触診と視診でショック状態をフィジカルアセスメントすることができます。

急変しそうな患者では心停止する6～8時間前に呼吸、循環、意識の異常や悪化が認められると言われます。急変するかもしれないという勤が働いた時に、患者に対してフィジカルアセスメントすると何らかの異常を把握することが可能かもしれません。

日々の日常業務の中にフィジカルアセスメントを取り入れて、患者のサインを見過ごさないようにすることが大切です。本プラクティスセミナーでは、フィジカルアセスメントを活用して患者状況を把握する知識・技術を一緒に学びたいと思います。

ランチョンセミナー

[LS1] よりよく眠るための心得

演者:久保 工(東洋羽毛工業株式会社営業開発)

2019年6月15日(土) 12:00 ~ 13:00 第2会場 (3F 国際会議室)

共催:東洋羽毛工業株式会社

[LS1] よりよく眠るための心得

12:00 ~ 13:00

12:00 ~ 13:00 (2019年6月15日(土) 12:00 ~ 13:00 第2会場)

[LS1] よりよく眠るための心得

よりよく眠るための心得

ランチョンセミナー

[LS2] 集中治療室での早期離床・リハビリテーションの効果を高めるために
できること

演者:山田 亨(東邦大学医療センター大森病院)

座長:卯野木 健(札幌市立大学)

2019年6月15日(土) 12:00 ~ 13:00 第3会場 (3F 小会議室31)

共催:アバノス・メディカル・ジャパン・インク

[LS2] 集中治療室での早期離床・リハビリテーションの効果を高めるためにできること
～シームレスなICU退室後の経過を目指して～

12:00 ~ 13:00

12:00 ~ 13:00 (2019年6月15日(土) 12:00 ~ 13:00 第3会場)

[LS2] 集中治療室での早期離床・リハビリテーションの効果を高めるために
できること～シームレスなICU退室後の経過を目指して～

集中治療室での早期離床・リハビリテーションの効果を高めるためにできること～シームレスなICU退室後の経過を目指して～

ランチョンセミナー

[LS3] 救命だけがICUじゃない！ 治るための経腸栄養

演者: 泉野 浩生(長崎大学病院高度救命救急センター)

座長: 清水 孝宏(那覇市立病院急病センター)

2019年6月15日(土) 12:00 ~ 13:00 第4会場 (1F 中会議室)

共催: ネスレ日本株式会社

[LS3] 救命だけがICUじゃない！ 治るための経腸栄養～プロトコールと合併症対策～

12:00 ~ 13:00

12:00 ～ 13:00 (2019年6月15日(土) 12:00 ～ 13:00 第4会場)

[LS3] 救命だけがICUじゃない！ 治るための経腸栄養～プロトコールと合併症対策～

救命だけがICUじゃない！ 治るための経腸栄養～プロトコールと合併症対策～

ランチョンセミナー

[LS4] クリティカルケアナースが知っておきたい ICUにおける呼吸療法

演者:後藤 孝治(大分大学医学部附属病院麻酔科学講座)

座長:清村 紀子(大分大学)

2019年6月15日(土) 12:00 ~ 13:00 第5会場 (B2F リハーサル室)

共催:ニプロ株式会社

[LS4] クリティカルケアナースが知っておきたい ICUにおける呼吸療法

12:00 ~ 13:00

12:00 ~ 13:00 (2019年6月15日(土) 12:00 ~ 13:00 第5会場)

[LS4] クリティカルケアナースが知っておきたい I C Uにおける呼吸療法

クリティカルケアナースが知っておきたい I C Uにおける呼吸療法

ランチョンセミナー

[LS5] ナースがおさえておきたい イマドキのバイタルサインの理解

演者:石松 伸一(聖路加国際病院)

座長:道又 元裕(国際医療福祉大学成田病院準備事務局)

2019年6月15日(土) 12:00 ~ 13:00 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

共催:株式会社学研メディカル秀潤社

[LS5] ナースがおさえておきたい イマドキのバイタルサインの理解

12:00 ~ 13:00

12:00 ~ 13:00 (2019年6月15日(土) 12:00 ~ 13:00 第6会場)

[LS5] ナースがおさえておきたい イマドキのバイタルサインの理解

ナースがおさえておきたい イマドキのバイタルサインの理解

一般演題（口演）

[O2] 精神ケア・家族ケア

座長:藤本 理恵(山口大学医学部附属病院)

2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:30 第3会場 (3F 小会議室31)

[O2-1] 法的脳死判定実施後、脳死下臓器提供に至らず人工呼吸器を中止した患者とその家族をケアした看護師の思い

○高田 雷太¹、井上 陽士¹、高橋 笑美¹ (1. 大分市医師会立アルメイダ病院)

14:20 ~ 14:30

[O2-2] 集中治療室で人工呼吸管理を受けた患者が全身清拭に対して抱いた感情

○田中 裕子^{1,2}、明石 恵子³ (1. 公立陶生病院救命救急センター、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、3. 名古屋市立大学看護学部)

14:30 ~ 14:40

[O2-3] 救急外来看護師の精神疾患合併患者への対応における困難感

○長澤 静代¹ (1. 相模原協同病院看護部)

14:40 ~ 14:50

[O2-4] 体外式補助時人工心臓装着となった70歳代女性の”希望”とその看護に焦点を当てた1事例

○井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院集中治療病棟)

14:50 ~ 15:00

[O2-5] 救急外来における終末期看護 自動心臓マッサージ機により生じた皮膚障害を通して

○貝沼 光代¹、高石 珠美¹、山村 絵美¹、大山 由梨絵¹、野澤 佳生¹ (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院)

15:00 ~ 15:10

[O2-6] 集中治療室に入室する患者家族への関わり～家族への介入が必要だった症例を通して～

○山家 尚未¹、菊地 洋花¹ (1. 池上総合病院看護部CICU)

15:10 ~ 15:20

14:20 ~ 14:30 (2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:30 第3会場)

[O2-1] 法的脳死判定実施後、脳死下臓器提供に至らず人工呼吸器を中止した患者とその家族をケアした看護師の思い

○高田 雷太¹、井上 陽士¹、高橋 笑美¹ (1. 大分市医師会立アルメイダ病院)

キーワード：脳死下臓器移植、人工呼吸器の中止、看護師の思い、ドナー看護、家族看護

【目的】

看護師から得られたインタビューデータをもとに、法的脳死判定実施後、脳死下臓器提供に至らず人工呼吸器を中止した患者とその家族をケアした、一事例における看護師の思いについて明らかにする。

【方法】

本事例を経験した看護師で、①ドナー看護の実践に関わった者、②院内認定移植コーディネーター、③本事例の経験及び複数回の臓器移植患者の看護経験者、④プライマリー看護師、⑤担当看護師、⑥法的脳死判定時に介入を行った看護師、⑦家族ケアを実践した看護師のいずれか1つ以上を満たす者を研究対象者とし、2017年12月～2018年3月に半構成的インタビューによる調査を実施した。インタビューでは、1.対象者の基本属性、2.本事例を経験して、思い出されることや忘れられないこと、3.本事例を経験して、学んだこと、気づいたこと、4.本事例を経験して、困ったこと、辛かったこと、5.本事例を経験して、今後に反映させたいこと、6.その他、という内容を基本とし、データ収集を行った。さらに得られたデータは Krippendorff の内容分析を参考に分析を行った。なお、本研究は所属施設による倫理審査で承認を得るとともに、協力者には研究の目的と趣旨及びプライバシーの保護について具体的に書面と口頭にて説明し、同意を得たのちに実施した。

【結果】

1.研究対象者の概要:対象者は条件を満たした看護師4名であり、内1名は男性であった。臨床経験年数は7～34年(平均17.8年)、ICU経験年数は6～13年(平均8.8年)、臓器移植患者の看護経験回数は1～3例(平均2.3例)であった。

2.患者とその家族をケアした看護師の思いについては、157コード、37サブカテゴリー、【家族ケアの重要性を認識し、自身と置き換え、家族が希望する最期を迎えられることを望む】【人為的に人工呼吸器を止めるという忘れられない初めての死の経験をする】【自身の役割を認識した調整を図る】【法的脳死判定を臓器移植のひと過程と認識する一方で、臓器別提供者(ドナー)適応基準を疑問視する】【臓器移植に関わる看護師に対してのシステムの構築や精神的なサポート支援を希望する】【臓器移植を肯定的に捉え、臓器移植に対する考え方や死生観に変化が生じる】の6カテゴリーが抽出された。

【考察】

本研究の看護師が抱いた思いは、人工呼吸器を中止するという通常の看護ケアでは経験し得ない事例を経験しているため、人工呼吸器を中止した事に対して特別な思いを抱いていることが予測されたが、家族ケアや役割を認識した調整といった通常の終末期ケアと変わらない思いを抱いている事が考えられた。また、法的脳死判定実施後に臓器提供者(ドナー)適応基準に該当し人工呼吸器を中止しなければならないという臓器提供システムに疑問を抱く一方で、今後同様の事例が起きる事が懸念されるため、心理的サポート体制における取組みの検討が必要であると考えられる。

14:30 ~ 14:40 (2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:30 第3会場)

[O2-2] 集中治療室で人工呼吸管理を受けた患者が全身清拭に対して抱いた感情

○田中 裕子^{1,2}、明石 恵子³ (1. 公立陶生病院救命救急センター、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、3. 名古屋市立大学看護学部)

キーワード：人工呼吸管理、心臓手術患者、全身清拭、感情

【目的】

集中治療室に入室する人工呼吸管理患者は浅鎮静管理によって意識が保たれることからうまく思いが伝わらずもどかしい思いをすることがある。また、患者によっては我慢しなければならないと思い込み、本心を言えないこともある。とくに全身清拭では体位変換に伴い呼吸循環動態に影響することがあり、看護師のペースで行ってしまうことが多い。このことから、本来の全身清拭がもたらす爽快感などは得られにくく、ストレスになっているのではないかと考える。そこで、本研究の目的は、集中治療室に入室し人工呼吸管理を受けた患者が、全身清拭を経験し全身清拭に対してどのような感情を抱いたのか明らかにすることとした。

【研究方法】

研究デザインは質的記述的研究とした。研究対象者は、せん妄・認知症・精神疾患・脳神経系疾患がなく、集中治療室で人工呼吸管理中に全身清拭を経験した成人患者とした。データ収集方法は、診療録調査と半構造化面接とした。面接は、集中治療室退室後に行い、人工呼吸管理中に受けた全身清拭に対する感情を中心に質問した。そして、事例ごとに全身清拭に対する感情を示すデータを抽出し、類似性をもとにカテゴリー化した。その後、事例間の共通点と相違点を検討した。

【倫理的配慮】

本研究は、研究者の所属施設および研究協力施設の研究倫理審査の承認を得た。研究協力者には書面で研究目的、研究方法、研究協力の自由意思ならびに拒否権、匿名性の確保について説明し、同意を得た。

【結果】

選定条件に合致し、研究協力を同意を得られたのは3名だった。事例 Aは50歳代の男性で、冠動脈バイパス術後、6日間人工呼吸管理を受けていた。全身清拭に対し【人工呼吸中は清拭をしてもらっていることを考える余裕がない】【苦痛が強いときの清拭には丁寧さよりも素早さを望む】【抜管後の全身清拭の方が気持ちいい】【朝から贅沢な気持ちになる全身清拭を待ちわびる】【動きたくても動けないときの全身清拭はありがたい】【丁寧な声かけとともに拭いてもらえると頑張れる】という思いが語られた。事例 Bは70歳代の女性で、僧帽弁形成術後、3日間人工呼吸管理を受けていた。全身清拭に対し【看護師に拭いてもらうよりも自分で拭くほうがさっぱりする】【創の状態に合わせて拭いてもらっていると感じる】【温かいタオルで手際よく拭いてもらうのが気持ちいい】【異性の看護師による清拭に戸惑う】という思いが語られた。事例 Cは80歳代の女性で、大動脈弁置換術後、2日間人工呼吸管理を受けていた。全身清拭に対し【創が弾けることが怖くて自分では拭けない】【洗ったり拭いたりしてもらえると気持ちがいい】【異性の看護師による清拭の方がよい】という思いが語られた。

【考察】

本研究では、3事例とも看護師から適宜声をかけて拭いてもらえると感じていたことから、声をかけてもらうことで状況を理解することができ、安心感につながり、痛みの有無にかかわらず拭いてもらうことで気持ちのよさを感じていたと考えられた。このことから、集中治療室での全身清拭においても爽快感を得られることが明らかになった。そして、患者に対する気遣いが大切であり、短期間でも声をかけて関わり続けることで患者と看護師の関係性が深まることがわかった。また、男性看護師が行う全身清拭には、事例 Bと事例 Cで受け止め方の違いがあった。しかし、実際に男性看護師を拒むことはなく、看護師が真摯な態度を示していた結果と推察された。このことから、考え方には個人差があり、患者の物事に関する価値観を捉えた援助方法を検討することが必要であると考えた。

14:40 ~ 14:50 (2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:30 第3会場)

[O2-3] 救急外来看護師の精神疾患合併患者への対応における困難感

○長澤 静代¹ (1. 相模原協同病院看護部)

キーワード：救急外来、精神疾患合併患者、困難感

【背景】

二次救急病院では内因性の身体症状を主訴に搬送される患者が主であるが、その中には精神疾患を合併する患者やメンタルヘルスの不調が要因となっている患者も含まれる。多くの二次救急医療機関では精神科医が常駐していることが少なく、すぐに対応するのが困難な状況にある。A病院も精神科病棟をもたない二次救急病院である、身体症状を訴える精神疾患患者やメンタルヘルスの不調が要因と考えられる患者の受け入れを行っているが、対応に戸惑うことも多い。そこで、このような患者への対応の方向性を見出したいと考え、研究に取り組んだ。

【目的】

B市内の救急外来看護師が精神疾患合併患者およびメンタルヘルス不調の患者の対応時に抱く困難感を明らかにする

【用語の定義】

精神疾患合併患者：認知症、急性アルコール中毒を除く精神疾患を合併する患者
メンタルヘルス不調患者：精神面での不調が要因となり身体症状を訴える患者

【方法】

期間：2018年12月から2019年1月

対象：救急外来が経験1年以上の看護師

方法：①同意が得られた対象者に対しインタビューガイドにそって半構造化面接を行った②インタビュー内容をコード化し、内容を質的帰納的に分析を行った

【倫理的配慮】

対象者に対し書面と口頭で研究の主旨と目的、参加・不参加の自由、個人情報保護を説明し同意を得た。不参加や途中中止の際も不利益は一切生じないことを保障した。得られたデータは研修者のみで取り扱い、本研究以外で使用しないようにした。本研究は、所属施設の看護研究倫理審査委員会の承認を得た実施した。

【結果】

研究参加者5名で全員女性であった。看護経験年数は9～26年、救急外来経験は2～5年であった。精神疾患合併患者対応時の困難感は<どう対応してよいかわからない><苦手><時間をかけて関われない>など【患者対応への自信のなさ】があり、<薬物の適切な使用方法がわからない>という【精神科医不在による不安】があった。<不定愁訴という思い込み>など【先入観による見落とし】、<直接専門医につなげない><またすぐ搬送されるのではないかと【帰宅後のフォローができない】ことへの危惧があった。また【過去の辛い体験】では<看護師に対するフォローのなさ>がさらなる苦手意識を生じさせていた。

【考察】

救急外来看護師は精神疾患とその看護に関する知識が不足していることで対応に自信が持てずにいた。そして、他の業務を行いながら対応することで、じっくり患者とかがかわることができないジレンマも感じていた。さらに精神面が問題だという先入観をもつと身体疾患を見落としたり、悪化させてしまう危険があるとも感じていた。また、身体症状は落ち着いても精神面の問題は解決していないため、不安が残るまま帰宅させなくてはならないことへのもどかしさを感じていた。さらに、過去の関わった患者の死という体験が苦手意識を助長させたり、対応した看護師へのフォローがなく長く苦しんでいることも明らかになった。

【結論】

- ・救急外来看護師が感じる困難感は、精神疾患合併患者対応への自信のなさや精神科医不在による不安であった
- ・精神的問題が解決しないまま帰宅する患者へのフォロー体制の検討が必要である
- ・患者に対応する看護師への精神面の支援の必要性が示唆された

14:50～15:00 (2019年6月15日(土) 14:20～15:30 第3会場)

[O2-4] 体外式補助時人工心臓装着となった70歳代女性の”希望”とその看護に焦点を当てた1事例

○井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院集中治療病棟)

キーワード：希望、体外式補助人工心臓

【はじめに】

本研究は巨細胞性心筋炎の診断で体外式補助人工心臓を装着し、約100日間をICUで過ごした患者の“希望”とその看護に焦点を当て事例を振り返った。

【目的】体外式補助人工心臓装着となった70歳代女性の“希望”とその看護に焦点を当て内容を明らかにする。

【用語の定義】“希望”とはその人にとってより良い状態を期待し、その状態が実現することを望むこと。

【方法】

研究デザイン：質的記述的研究デザイン、事例研究

対象：巨細胞性心筋炎の診断で体外式補助人工心臓装着となった70歳代女性、A氏。

ICU入室期間：2017年X月Y日～（103日間）

研究期間：2018年5月～11月

データ収集および分析：データ収集は診療録を振り返り、A氏の“希望”と考えられる箇所およびその看護と思われる記録を抽出し記載した。また、データの整理は、事例研究で使用できるワークシート（山本研究室 HP:許可取得）を用いて整理した。分析は、整理されたデータを繰り返し見直し、“希望”およびその看護と考えられる箇所を注視し、実存主義を基礎としたトラベルビーの理論を採用し分析した。

【倫理的配慮】

対象者に対する研究参加への同意は、A氏の長女に研究の主旨および個人情報の保護、データの取り扱い等に関して口頭で説明し書面にて同意を得た。また所属施設の看護研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

A氏がICUに入室していた期間をワークシートに基づき《前期》《中期》《後期》に分類し“希望”およびその看護に関するキーワード（内容を把握するための手がかりとなるような重要な言葉）を導き出した。《前期》はICU入室～10日頃で全身状態の管理が中心であった時期である。この時期のA氏の希望は“生きたい”というものであり、看護師はA氏の【希望を見出す】および【希望をつなぐ】看護を実施していた。《中期》はICU入室11～64日頃で全身状態が安定化し、自立に向けて医療を提供していた時期である。この時期のA氏の最大の希望は“孫に会いたい”というものであり、看護師はその希望の実現のために他職種と連携し【希望を支える】看護を実施していた。《後期》はICU入室65～103日の死亡までの時期であり、A氏の状態が悪化していく時期である。この時期のA氏の希望は“休みたい”“安楽死させて”というものであり、看護師は【共感する】および【希望は支えきれない】という状況が見出された。

【考察】

《前期》の“生きたい”は、意思の表出が困難な中においても家族からの問いかけに応え、未来をつなぐために発せられたものとする。看護師はそのやりとりを見出し、それを希望としそれをつなぐために医師と協働しA氏が生命の危機を脱することができるよう看護を行っていた。《中期》は、本人の意思が明確になり、様々な希望の表出の中でも孫に会いたいということが最大の希望と考えられた。A氏はその希望が叶うことを強く信じ、支えとし、辛いリハビリにも耐えA氏自身が希望の実現を引き寄せたものとする。看護師はA氏の希望実現のため、他職種と連携し希望を支え続け、孫との面会を実現させていた。《後期》は、A氏の身体的、精神的側面が不安定となり、苦悩していた時期と考える。この時期のA氏は希望を全く感じられない絶望に近い状態にあったのかもしれない。看護師は共感するまたは対応の困難さを感じ、希望を支えることができない状況に陥っていたと考えられた。患者が「希望をもちつづけ絶望をさけるように病人を援助するのが、専門実務看護婦の職務」であるならば、患者が考える生きる意味に目を向け、希望を見出し、看護介入を模索していく必要がある。

15:00～15:10 (2019年6月15日(土) 14:20～15:30 第3会場)

[O2-5] 救急外来における終末期看護 自動心臓マッサージ機により生じた皮膚障害を通して

○貝沼 光代¹、高石 珠美¹、山村 絵美¹、大山 由梨絵¹、野澤 佳生¹ (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院)

キーワード：終末期看護、ルーカス、皮膚障害、家族ケア

【はじめに】

当救命救急センターは来院患者の12.35%が3次救急患者であり、患者・家族にとっても危機的状況が非常に強く終末期医療が予測される患者が来院する。

当施設では心肺停止患者に対し自動心臓マッサージ機システム（以下ルーカス）を導入している。ルーカスは¹⁾『胸骨圧迫中断時間調査において、用手群では胸骨圧迫時間比73%、ルーカス群では92%』と、ルーカス群使用での胸骨圧迫中断時間が短いことを示し、高い冠灌流圧を維持していることが報告されている。限られた人材の中でも人員の確保・治療や看護実践に専念することができ、蘇生処置の質を保つことができる大きな医療材料となっている。しかし、ルーカス導入により患者は皮膚障害を生じている現状がある。皮膚障害はルーカス使用上の副作用で明記されているが、副作用対策は各施設に任されている現状にあり救命に至ることができない患者の皮膚の治癒再生は困難であるため、皮膚障害を起こさない予防的処置が必要である。また、生じた皮膚障害へのケア介入と悲嘆にある患者家族に対するケア介入も必要である。突然死や外傷による急性疾患により患者家族の予期悲嘆を十分に支援するだけの時間を持つことができず、家族が死別した患者の皮膚障害を認識した際に悲嘆を助長する可能性があり、その対応は救急看護師個人に任されている現状がある。ルーカスによる皮膚障害対策の研究は確認されたが、皮膚障害を生じた際のケア介入に関する研究は確認できなかった。このことから当施設のルーカス使用による皮膚障害の現状調査を行った。また、救急看護師の皮膚障害のケア介入と家族へのかかわりについて、調査期間前後でアンケート調査を行った。

【目的】ルーカスを用いた CPRに伴う皮膚障害と看護の現状を明らかにする。

【倫理的配慮】当院看護研究実施許可申請書に基づき個人が特定されないように配慮した。

【研究方法】

研究対象:救命センター看護師29名。調査期間中に来院した心肺停止患者57名。

調査期間:2018年12月6日～2019年1月25日。

調査方法:救命センター看護師29名に対し、ルーカス使用による皮膚障害に対する患者家族のケア介入についてアンケート調査を実施。患者の皮膚障害の現状とアンケート結果を基に救急看護師と学習会を実施した。

【結果および考察】

ルーカス使用により皮膚障害を経験した看護師は79%であった。そのうちケア介入をした看護師は41%、皮膚障害に関して自身の心理的变化はある看護師は86%であった。ケアの方法がわからないためにケア介入がされていないことが読み取れた。そこでルーカスの使用方法の勉強会を開催し、ルーカスによって生じた皮膚障害を話す場を設けたことで、学習会後の CPRに伴う皮膚障害に対し意識を高く持っているが学習会前10%、学習会後89%、ケア介入は学習会後74%と大きく変化している。

ルーカスによって生じた皮膚障害は、救急看護師へも心理的变化を及ぼしており、このことから死別となる家族が皮膚障害を認識した際に、悲嘆のプロセスにある感情に影響を及ぼす可能性があると考え。広瀬は²⁾『死後の患者ケアは家族ケアである』と述べている。統一された皮膚障害のケア方法をみただけではなく、死別となる患者状態、背景、悲嘆過程を見据え、皮膚障害に対するケアの提供・支援をしていくことが必要であると考え。

15:10～15:20 (2019年6月15日(土) 14:20～15:30 第3会場)

[O2-6] 集中治療室に入室する患者家族への関わり～家族への介入が必要だった症例を通して～

○山家 尚未¹、菊地 洋花¹ (1. 池上総合病院看護部CICU)

キーワード：家族介入、家族看護、集中治療室

【目的】

集中治療室（以下、CICUとする）において患者の意思が確認出来ない場合、家族が代理意思決定を行うことが多い。病状が急性に変化していく患者家族は患者の病状理解をするとともに治療方針の選択に迫られる。今回、入院時より患者と家族への介入が十分に行えず後悔した症例を体験した。患者家族の言動を振り返り、行われるべきであった家族への介入について明らかにする。

【方法】

研究デザイン：質的事例研究

患者がCICUに入室していた期間のカルテから経過とIC内容を振り返った。医療者からの説明に対する家族の反応から家族がどのように理解していたのか抽出しカテゴリー化し、家族の心理を分析した。

研究対象：A氏、70歳台男性、妻と二人暮らし、長男は近所に在住 本人の意向：延命の希望なし、妻も同意

用語の定義：家族は、妻と長男のこと

経過：予定外来にて受診時、VTの診断にてCICU入院。入院当日、妻が面会に来た際には会話も可能な状態であった。長男には妻より「すぐに退院できるから」との連絡のみであった。3病日目にCICU退室し、カテーテルアブレーション治療・ICD植込み実施。10病日目、状態悪化しCICU再入室。IABP、PCPS、人工呼吸器管理するが状態改善せず死亡退院となった。

【倫理的配慮】

本研究で得られたデータは、個人が特定されないよう配慮し、院内研究倫理審査委員会の承認を得た。

【実際】

医療者からの説明に対する家族の反応を4つのカテゴリーに分類できた。①集中治療が家族に与えた影響：「もう治療を止めてもらうわけにはいきませんか？次から次ですもんね。もう治療は出来ないってはっきり言ってもらってもいいんです。」妻からは混乱している発言があった。②家族が医療者の説明をどう理解していたか：「本人はいつもの外来のつもりで来たら入院になっちゃったんですね。こんなことになってしまっただけ。」治療が必要であったことが理解されていなかった。③サポートシステム（家族、医療者）の把握、活用が出来ていたか：入院時、医師からの説明を聞いていたのは患者と妻のみであり、ICの時の妻の反応や理解度を看護師が直接的にアセスメントすることができなかった。しかし、面会時の妻の様子やコミュニケーションから、患者の病状理解に問題ないと判断し、長男への協力依頼や介入を行っていなかった。④不足していた関わり：妻から長男への説明内容の確認が行われていなかった。また、重症化するまでのICの場に看護師の立ち会いはなく、ベッドサイドで本人と妻のみにICが行われていた。

【考察】

平原氏はコンセンサス・ベースド・アプローチの重要性を述べている。しかし今回の症例において、入院初期から家族への介入が行えていなかったことにより、家族は患者の病状把握をできず、十分な説明を聞くことがないまま治療が優先された。入院初期から家族を含めたICの場を設け、情報提供、病状理解の確認、理解内容の修正が必要だったと考えられる。また、山勢¹⁾氏は、効果的な家族援助を行うためには、家族の抱くニーズに注目することが多いと述べている。家族は患者になされたことについて知りたいと思っているが、今回それは満たすことができていなかった。患者・家族が納得できる意思決定支援が行えるよう、入院時よりコンセンサス・ベースド・アプローチを積極的に行っていくことが課題である。

【引用文献】

- 1) 山勢博彰. (2010). 救急・重症患者と家族のための心のケア メディカ出版

一般演題（口演）

[O5] 鎮痛・鎮静・せん妄1

座長:神田 直樹(北海道医療大学)

2019年6月15日(土) 15:40 ~ 16:40 第3会場 (3F 小会議室31)

[O5-1] 小児集中治療室における傷み、不穏、せん妄評価のカルテ記載率現状調査

○藤本 昌吾¹、池辺 諒¹ (1. 大阪母子医療センター 看護部 ICU)

15:40 ~ 15:50

[O5-2] ICUにおける患者の主観的疼痛評価と新人看護師の客観的疼痛評価の相関

○西村 基記²、田野 将尊¹、竹内 朋子¹ (1. 東京医療保健大学大学院看護学研究科、2. 独立行政法人国立病院機構北海道医療センター)

15:50 ~ 16:00

[O5-3] ICU患者の睡眠評価尺度の基準関連妥当性と内的一貫性の検証

○嶋岡 征宏¹、山勢 博彰²、田戸 朝美² (1. 山口大学医学部附属病院、2. 山口大学大学院医学系研究科)

16:00 ~ 16:10

[O5-4] A病院救急病棟における、せん妄評価ツール導入に向けた取り組みと課題

○小高 貴直¹ (1. 日本赤十字社 大阪赤十字病院)

16:10 ~ 16:20

[O5-5] 胸部ステントグラフト内挿術を受けるフレイル高リスク高齢患者に対する看護介入プログラムの試行と評価

○高梨 奈保子¹、宇都宮 明美^{2,3} (1. 船橋市立医療センター、2. 京都大学大学院、3. 京都大学医学部附属病院)

16:20 ~ 16:30

15:40 ~ 15:50 (2019年6月15日(土) 15:40 ~ 16:40 第3会場)

[O5-1] 小児集中治療室における痛み、不穏、せん妄評価のカルテ記載率現状調査

○藤本 昌吾¹、池辺 諒¹ (1. 大阪母子医療センター 看護部 ICU)

キーワード：鎮静、せん妄、鎮痛

【背景】

当センター小児集中治療室(Pediatric Intensive Care Unit : PICU)ではこれまで鎮静の評価のために、独自で改訂した改訂版 State Behavioral Scale : SBSを使用していた。しかし、原文版と比較しても信頼性、妥当性ともに低いと考えられる。そのため2018年2月に原文版 SBSについて ICU看護スタッフへの周知を行った。また、当センターではこれまで痛みについての評価スケールは使用していなかったため2018年2月に勉強会を行い、自己申告が可能な患者に対しては Numeric Rating Scale : NRSもしくは、フェイススケールを導入、自己申告が不可能な患者に対しては Face, Legs, Activity, Cry, Consolabilityスケール : FLACCを導入した。せん妄については、Cornell Assessment of Pediatric Delirium : CAPDを活用することで、せん妄に対する知識向上を目的とした。2018年2月にせん妄についての勉強会を行い、スケールを導入した。

しかし、このような背景の中では評価とカルテ記載率が不十分であると考え、当センターの看護師に向けて、再度 PADケアに対する認識の向上を目的とした勉強会を主催した。看護師主導の講義形式の勉強会を行った前後での、鎮静スケール(SBS)、痛みスケール (NRS・フェイススケール・FLACC)、せん妄スケール(CAPD)のカルテ記載率を調査することとする。

【仮説】

看護師主導の勉強会で、鎮痛・鎮静・せん妄に対するカルテ記載率が改善する。

【倫理的配慮】 院内倫理委員会の承認を得た。

【方法】

本研究は単施設前後比較研究である。2018年5月に PICU看護師を対象とした PICU看護師主導の勉強会(講義形式)を行った。対照群は2018年4月、介入群は2018年6月に入室した患者の各項目カルテ記載率である。SBS、NRS・フェイススケール・FLACC、CAPDの記載率を調査し、EZR version 1.37を用いて統計解析を行った。

【結果】

対照群と介入群との比較を表1に示す。CAPDは統計学的に有意に増加していたが、SBSに関しては統計学的に有意に減少していた。NRS・フェイススケール・FLACCは、前後ともに1例の記載があった。

【考察】

SBSに関しては減少したが CAPDは上昇した。FLACC及び NRS、フェイススケールは、前後ともに1例のみのため統計学的変化を述べるまでも達していなかった。今後は、カルテ記載率の向上を行うためにも、鎮痛・鎮静・せん妄に対するケアの質改善を目指した、包括的な方略を検討する必要がある。

【結論】

小児集中治療室における痛み、不穏、せん妄評価のカルテ記載率は、SBSに関しては減少したが CAPDは上昇した。FLACC及び NRS、フェイススケールは、前後ともに1例のみのだった。

15:50 ~ 16:00 (2019年6月15日(土) 15:40 ~ 16:40 第3会場)

[O5-2] ICUにおける患者の主観的疼痛評価と新人看護師の客観的疼痛評価の相関

○西村 基記²、田野 将尊¹、竹内 朋子¹ (1. 東京医療保健大学大学院看護学研究科、2. 独立行政法人国立病院機構北海道医療センター)

キーワード：疼痛評価、ICU、新人看護師、人工呼吸器

【目的】

客観的疼痛評価スケールである Behavioral Pain Scale(以下 BPS)と Critical Care Pain Observation Tool(以下 CPOT)を用いて新人看護師が人工呼吸器装着患者の疼痛評価を行なった場合、どちらの評価が患者の主観的疼痛評価に近いかを明らかにする。

【方法】

対象看護師は、関東地区3施設のICUに勤務するICU経験が3年未満の看護師（以下新人看護師）21名とした。対象患者は、20歳以上のICUに入室している術後24時間以内の人工呼吸器装着患者（以下ICU患者）とした。新人看護師に無記名自記式の調査用紙を用いてICU患者1名の疼痛をBPSとCPOTで評価してもらった。ICU患者には Numerical Rating Scale(以下 NRS)を用いて評価してもらった。分析は、各項目の基本統計量を算出し、次に NRSに対するCPOTとBPSの Spearman' ρ を算出した(有意水準5%)。

【倫理的配慮】

本研究は、東京医療保健大学ヒトに関する研究倫理委員会および対象施設の倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には口頭および文章で研究内容を説明し同意を得た。また、いつでも同意撤回が可能である事、回答により不利益が被らない事を説明した。

【結果】

CPOT合計点とNRSに有意な相関はみられなかった。CPOTの下位項目では、「表情」および「身体運動」とNRSに有意な正の相関を認めた。「筋緊張」および「人工呼吸器との順応性」とNRSには有意な相関はみられなかった。BPS合計点および下位項目とNRSに有意な相関はみられなかった(表)。

【考察】

CPOT「表情」と「身体運動」の項目は、人工呼吸器管理以外のICU患者にも日常的に観察している項目である。「表情」は眼球や口角の筋肉の動き、顔の動きなど詳細な状態の記載があり、「身体運動」は状態の説明が目的動作などで記載され具体的であり、ICU患者の主観的な疼痛評価に近い正確な評価を行うことができたと考えられる。「筋緊張」では抵抗の判断が評価者により異なる可能性があり、「人工呼吸器の順応性」では咳込みや人工呼吸器への抵抗を判断するには人工呼吸器管理の経験が必要と考えられる。

一方、BPSは合計点と各下位項目全てに有意な相関を認めなかった。新人看護師にとってBPSの項目は簡易的であり、状態の説明が少ない可能性があると考えられる。

本研究の結果より、新人看護師が人工呼吸器装着患者の疼痛を評価する場合、ICU患者の疼痛自己評価に近似した評価を行うためには客観的疼痛評価スケールCPOTが使用しやすい事が示唆された。

16:00 ~ 16:10 (2019年6月15日(土) 15:40 ~ 16:40 第3会場)

[O5-3] ICU患者の睡眠評価尺度の基準関連妥当性と内的一貫性の検証

○嶋岡 征宏¹、山勢 博彰²、田戸 朝美² (1. 山口大学医学部附属病院、2. 山口大学大学院医学系研究科)

キーワード：睡眠評価、睡眠、ICU、客観的評価、主観的評価

【目的】

ICUにおける睡眠評価方法は確立していないため、睡眠評価にばらつきがあることに加え、多角的視点から正確な睡眠評価が行えていない現状がある。本研究の目的は、簡便かつ適切にICU患者の睡眠評価が行えるICU睡眠評価尺度を作成することである。

【方法】

ICU睡眠評価尺度：使用したICU睡眠評価尺度は3段階評定尺度で、看護師が客観的に11の観察項目から睡眠を評価できる睡眠観察シートと、患者が主観的に7項目から睡眠を評価できる睡眠自己評価シートから構成されている。尺度は、ICU看護師を対象とした調査で、内容妥当性、表面妥当性、評価者の安定性と等価性を検証済みで

ある。

データ収集期間：2017年11月～2018年4月。

対象者：2日間以上ICUに入院した、GCSが14点以上（Vは5点）の患者20名。

データ収集方法：患者の担当看護師により夜間の睡眠状況を睡眠観察シートで評価した。患者には脳波計を装着し、起床時に自己評価シートで評価してもらった。患者の基本情報と脳波計による睡眠変数（睡眠効率：総睡眠時間/就床時間、総睡眠時間、中途覚醒時間、入眠潜時、NREM睡眠時間（N1+N2+N3）、Wake、N1、N2、N3、REM）を収集した。

分析方法：基準関連妥当性に関しては、尺度総合点と睡眠変数間の相関分析を行った。内的一貫性に関しては、Cronbachの α を算出した。項目の検討に関しては、Item-Total相関分析、尺度項目間の相関分析、尺度項目と睡眠変数間の相関分析をした。

【倫理的配慮】院内の研究倫理審査委員会の承認を受け、対象患者への説明と同意後に実施した。

【結果】

対象患者のAPACHE IIスコアは 10.3 ± 5.21 、入院日数は 4.3 ± 3.3 日であった。

観察シートのCronbachの α は0.71であった。観察シートの総合点と睡眠の量的な概念である睡眠効率、総睡眠時間との相関は、 $r = .309 \sim .313$ であり、やや相関を認めた。睡眠の質的な概念であるN1との相関は、 $r = -.314$ であり、やや相関を認めた。特にREMとの相関は、 $r = .484$ （ $p < 0.05$ ）であり、かなりの相関を認めた。睡眠の量と質的な概念である睡眠効率+REMとの相関は、 $r = .455$ （ $p < 0.05$ ）であり、かなりの相関を認めた。

自己評価シートのCronbachの α は0.72であった。自己評価シートの総合点と睡眠の量的な概念である総睡眠時間、中途覚醒時間、入眠潜時との相関は、 $r = -.399 \sim .312$ であり、やや相関を認めた。特に睡眠効率との相関は、 $r = .458$ （ $p < 0.05$ ）であり、かなりの相関を認めた。睡眠の質的な概念であるNREM睡眠時間、W、N2、REMとの相関は、 $r = -.262 \sim .336$ であり、やや相関を認めた。特にN1との相関は、 $r = -.456$ （ $p < 0.05$ ）、N3との相関は、 $r = .422$ （ $p < 0.05$ ）であり、かなりの相関を認めた。睡眠の量と質的な概念である睡眠効率+REMとの相関は、 $r = .352$ であり、やや相関を認めた。また、観察シートの総合点と、自己評価シートの総合点間の相関は、 $r = .486$ （ $p < 0.05$ ）であり、かなりの相関を認めた。

【考察】

完成したICU睡眠評価尺度は、睡眠変数に対して基準関連妥当性があり、内的一貫性も良好であると考えられた。2つのシートを併用することで、睡眠の量と質的な概念を相互補完的に多角的視点から適切に評価できると考えられる。観察シートに関しては、患者の主観的な睡眠を反映できる可能性があり、自己評価ができない患者の睡眠評価を代替えで行うことができる可能性がある。

16:10～16:20 (2019年6月15日(土) 15:40～16:40 第3会場)

[O5-4] A病院救急病棟における、せん妄評価ツール導入に向けた取り組みと課題

○小高 貴直¹ (1. 日本赤十字社 大阪赤十字病院)

キーワード：せん妄、ICDSC

【目的】

近年、せん妄の発症は患者の予後を悪化させる要因であり、入院期間の延長とも関連がある事が明らかとなった。客観的にせん妄を評価し、早期介入を行うため、せん妄の評価ツールを用いる事が薦められている。今回、部署でのICDSCの導入に向けての取り組みを行う中で、せん妄評価ツール導入に関する課題が明らかになったため、ここに報告する。

【方法】

調査方法：A病院救急病棟のスタッフに対して、せん妄の発症要因として認識していること、せん妄の評価ツールを知っているか、またそれを用いているか、せん妄患者に対するケアで困った経験を自由記載方式のアン

ケートを配布し調査し、23名より回答を得た。分析方法：得られた回答を質問項目ごとに集計し、A病院救急病棟のスタッフが認識している、せん妄の発症要因と、せん妄評価ツールの認知率、せん妄評価ツールの使用率を分析した。

【倫理的配慮】

アンケートは無記名とし、個人が特定されないよう匿名化した。本研究は大阪赤十字病院看護部倫理委員会で承認された。

【結果】

認知症をせん妄の発症要因として認識しているスタッフは80%であった。また同様にアルコール依存や薬物依存を発症要因として認識しているスタッフも80%であった。一方で電解質異常や炎症反応といった、疾患から惹起されるリスクを認識しているスタッフは30%にとどまった。せん妄評価ツールを知っているスタッフは73%であったが、使用しているスタッフは17%にとどまった。せん妄患者に対するケアに関して困っていることでは、70%のスタッフが「認知症とせん妄の判別」を困難であると感じていた。

【考察】

A病院救急病棟に入院する患者の多くは、高齢であり、認知症の既往がある場合が多い。そのため、せん妄の発症要因として、認知症を挙げるスタッフが多くなったと考えられる。一方で救急病棟に入院する患者は、電解質異常や感染症、手術等による生体侵襲が大きく、それ自体がせん妄の発症リスクを高める要因になるという認識は低く、予防的なケアに繋がっていないと考えられた。また、認知症による混乱か、せん妄かの判断が出来ない要因として、せん妄評価ツールを使用していない事が考えられる。ICDSCやCAM-ICUを知っているスタッフであっても、部署内で統一したツールを設定していないため、ツールが共通言語として機能していないと考えられる。部署内で統一したせん妄評価ツールを導入するためには、入院患者に潜在的なせん妄ハイリスク要因があることを認識し、ルーチンとしてせん妄の評価を行っていく必要性を教育していく必要がある。またせん妄評価ツールの使い方についても、具体的な事例を通して、学習する機会を設定する必要があると考えられた。また精神科リエゾンチームや、認知症看護認定看護師との連携を図っていく必要があると考えられた。

16:20 ~ 16:30 (2019年6月15日(土) 15:40 ~ 16:40 第3会場)

[O5-5] 胸部ステントグラフト内挿術を受けるフレイル高リスク高齢患者に対する看護介入プログラムの試行と評価

○高梨 奈保子¹、宇都宮 明美^{2,3} (1. 船橋市立医療センター、2. 京都大学大学院、3. 京都大学医学部附属病院)

キーワード：胸部ステントグラフト内挿術、フレイル悪化予防、看護介入プログラム、高齢患者

【目的】

胸部ステントグラフト内挿術（以下、TEVAR）を受けるフレイル高リスク高齢患者に対する看護介入プログラムの試行と評価を行い、看護の示唆を得る。

【方法】

研究デザインは、事例研究である。対象者は、同意の得られたTEVARを受ける75歳以上の患者とした。独自に作成したフレイル悪化予防を志向したTEVAR周術期看護介入プログラム（術前のパンフレットを用いたフレイル予防教育、患者に応じたリハビリテーションの開始・中止基準の検討）を用いて看護外来と入院から退院まで、高齢者に起こりやすい合併症である筋力低下、せん妄・認知機能低下、呼吸器合併症を予防患者教育を含む実践をパッケージとして受け持ち看護師とともに介入した。自宅退院の有無、身体機能低下、栄養状態、せん妄の発症・認知機能を介入の評価とし、合わせて参加した看護師へのインタビューから本プログラムの実施可能性と課題を得ることとした。

【倫理的配慮】

研究者所属施設、研究実施施設の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

介入した患者の年齢はA氏80歳代、B氏90歳代、C氏80歳代の3名だった。手術前はFriedのフレイル評価(歩

行速度の低下、握力低下、強い疲労感、身体活動低下、予期せぬ体重減少)で A氏はフレイルの状態、B氏はプレ・フレイルの状態、C氏はフレイルの状態だった。TEVAR後の脳障害、脊髄神経障害・動脈損傷による重度合併症は起こさず経過した。転帰は2名が自宅、1名がTEVAR術前からの嚥下障害のためリハビリ病院への転院となった。入院期間はA氏10日、B氏8日、C氏107日だった。C氏は弓部大動脈置換術後、呼吸状態の悪化、嚥下障害の遷延が影響し、入院期間は弓部大動脈置換術前から2期的TEVARを含む日数である。退院時、A氏とC氏はFriedのフレイル評価、FIM評価は改善し、せん妄の発症はなく、認知機能の低下も認めなかった。B氏はFIM評価は改善し、Friedのフレイル評価は変化しなかった。せん妄の発症はなく、認知機能の低下も認めなかった。3名とも栄養状態のALBとTPが手術前より低下したが、体重減少はなかった。

看護介入プログラムに対する意見を集中治療室看護師、一般病棟看護師の合計6名からインタビューをした。肯定的意見として、【計画内容が具体的に示されているので実施しやすい】【普段実施していることがまとめてあるので無理なくできる】【ケア内容が予防的介入であり実施しやすい】などだった。課題として、【チームで継続的に介入するためクリニカルパスみたいに、業務の中に組み込むことが必要である】【看護介入プログラムを使用するスタッフに対しての教育が必要である】【評価するには、もう少し事例が必要である】【導入するには、チーム間での意思統一が必要である】などだった。

【考察】

3名とも栄養状態の低下を認めたが、フレイル評価の悪化はみられなかった。これは、フレイル状況を事前に確認したことで、患者・看護師ともにフレイルの認識が高まり継続できたこと、患者と看護師の治療的パートナーシップ形成が結果に影響したと考える。本研究では3人の介入にとどまっており、この看護介入プログラムの効果を示していくにはさらなるデータ収集が必要である。さらに、看護介入プログラム導入にはシステム化やスタッフ教育の必要性が示唆された。クリニカルパスのように業務へ組み込みことで、実施可能性が示唆された。しかし、新しいプログラム導入には患者に対する説明だけでなく、スタッフの意思統一も必要である。また外来から退院までのマネジメントする看護師の必要性も示唆された。

一般演題（口演）

[O6] 鎮痛・鎮静・せん妄2

座長:丸林 美代子(浜の町病院)

2019年6月15日(土) 16:50 ~ 18:00 第3会場 (3F 小会議室31)

[O6-1] SAT（自発覚醒トライアル）導入後の鎮静剤、鎮痛剤の使用量と鎮静深度の変化について

○道川内 巧¹、川崎 博史¹、谷口 里子¹（1. 鹿児島市立病院 看護部 集中治療部）

16:50 ~ 17:00

[O6-2] 演題取り下げ

[O6-3] 鎮痛・鎮静評価尺度の統一と鎮痛・鎮静プロトコールの使用に関する看護師の認識

○富岡 靖友¹、東辻 朝彦²（1. 綾瀬循環器病院、2. 千葉大学大学院 看護学研究科博士前期課程）

17:00 ~ 17:10

[O6-4] 集中治療室におけるせん妄を発症した対象者家族への看護に関する研究

○坂尻 美保¹、荒山 由紀²、高佐 紅夕子³、廣瀬 麗奈⁴、飯島 美樹⁵（1. 東邦大学医療センター大森病院、2. 手稲溪仁会病院、3. 帝京大学ちば総合医療センター、4. 日本医科大学付属病院、5. 北海道科学大学保健医療学部看護学科）

17:10 ~ 17:20

[O6-5] 緊急入院や予定外入室となった人工呼吸管理中の患者の妄想的記憶の体験と対処行動

○小磯 崇司¹、沖 貴美世¹、松本 修一¹（1. 滋賀県立総合病院 HCU病棟）

17:20 ~ 17:30

[O6-6] 小児の痛み、不穏、せん妄、不動、離脱、睡眠サポートチームラウンド時の看護師のPADアセスメント分析

○松石 雄二郎^{1,2}、星野 晴彦^{1,2}（1. 筑波大学附属病院 看護部、2. 筑波大学 人間総合科学研究科 疾患制御医学専攻）

17:30 ~ 17:40

16:50 ~ 17:00 (2019年6月15日(土) 16:50 ~ 18:00 第3会場)

[O6-1] SAT (自発覚醒トライアル) 導入後の鎮静剤、鎮痛剤の使用量と鎮静深度の変化について

○道川内 巧¹、川崎 博史¹、谷口 里子¹ (1. 鹿児島市立病院 看護部 集中治療部)

キーワード：SAT、鎮静剤、RASS

【背景・目的】

2015年に「人工呼吸器離脱に関する3学会合同プロトコル」で自発覚醒トライアル（以下 SAT）、自発呼吸トライアル（SBT）が発表された。A総合病院では、2017年8月に SATを導入した。これまで SATに関連した人工呼吸期間、ICU在室日数の報告はあるが、鎮静剤・鎮痛剤の使用量に関する具体的な先行文献はなかった。本研究の目的は、SAT導入前後の鎮静剤・鎮痛剤の使用量と鎮静深度の変化を明らかにする。

【方法】

期間：2016年4月1日から2018年11月30日

対象：上記期間に A総合病院の ICUに入室し、人工呼吸管理を行った患者。ただし以下の患者については除外した。1) 14歳以下2) 死亡退院3) 蘇生に成功した心肺停止患者4) 人工呼吸管理15日以上患者。

調査項目：性別、年齢、手術の有無、RASS、入院情報、人工呼吸期間、鎮静剤・鎮痛剤（ミダゾラム、プロポフォール、プレセデックス、フェンタニル）の平均使用日数、平均使用量（mg/kg/day、 μ g/kg/day）

分析方法：SAT導入前群、SAT導入後群の2群に分類し、2群間の患者属性の比較を行った。2群間の鎮静剤・鎮痛剤の使用日数と使用患者数、また使用量の比較を行った。RASSは、人工呼吸管理中で患者一人当たりの最頻値を代表値とし、RASS-5から-3を深鎮静、-2から+1を浅鎮静として評価した。日勤帯の SAT導入前後、夜勤帯の SAT導入前後の RASSの比較を行い、さらに SAT導入前群と後群でそれぞれ日勤帯と夜勤帯の RASSの比較を行った。

以上は、マン・ホイットニーの U検定、 χ^2 検定を用いて有意水準5%で分析を行った。

【倫理的配慮】

A総合病院の臨床研究倫理委員会の審査の結果、承認を得た（認証番号2017-44）。データは匿名加工情報等として扱った。

【結果】

SAT導入前群135名、後群169名であり、対象の属性に有意差はなかった。

鎮静剤・鎮痛剤使用日数は、SAT導入前後で有意差はなかった。

鎮静剤・鎮痛剤使用患者数は、プレセデックス使用患者数が、SAT導入前群106名、後群153名で有意差（ $p=0.003$ ）があった。またプレセデックス平均使用量においても、SAT導入前群 9.0 ± 4.9 （ μ g/kg/day）、後群 7.8 ± 4.4 （ μ g/kg/day）であり有意差（ $p=0.04$ ）があった。

RASSは、日勤帯、夜勤帯共に SAT導入前後で有意差はなかった。SAT導入前群の日勤帯と夜勤帯の RASSの比較では有意差はなかったが、SAT導入後群の日勤帯と夜勤帯の RASSの比較では有意差（ $p=0.005$ ）があった。

【考察】

「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」では、鎮静薬使用を必要最小限にする鎮静管理が推奨されている。SAT導入を機に、鎮静剤中断や減量までの手順が明確に標準化されたことに伴い、少ない鎮静剤の投与量で鎮静深度を保つことができたと考えられる。また、SAT導入後の日勤帯と夜勤帯の RASSに有意差があった。これは、人工呼吸管理下でも生理的な日内変動に近づける働きかけをすることによって、日勤帯と夜勤帯の鎮静深度に差がついたと考えられる。浅鎮静は、人工呼吸管理下でのコミュニケーションを可能にし、早期リハビリテーションやせん妄予防にも繋がる。今後は、現行の自発呼吸トライアル（SBT）プロトコルをチームで紹介し、人工呼吸期間の短縮に向けた積極的な取り組みが必要である。

(2019年6月15日(土) 16:50 ~ 18:00 第3会場)

[O6-2] 演題取り下げ

17:00 ~ 17:10 (2019年6月15日(土) 16:50 ~ 18:00 第3会場)

[O6-3] 鎮痛・鎮静評価尺度の統一と鎮痛・鎮静プロトコルの使用に関する看護師の認識

○富岡 靖友¹、東辻 朝彦² (1. 綾瀬循環器病院、2. 千葉大学大学院 看護学研究科博士前期課程)

キーワード：鎮痛・鎮静、術後疼痛管理、プロトコル、看護師

【序論】

術後疼痛は術後患者が直面する苦痛の1つで、鎮静管理は患者の安寧に直接影響を与える医療行為であり術後ケアを行う看護師にとって大きな課題である。しかし集中治療における鎮痛剤使用頻度が少なく、過鎮静管理になりやすいという現状がある。患者の苦痛除去には看護師を始めとした医療者の意識が重要となるため、鎮痛・鎮静プロトコルの新規導入に関する看護師の認識を明らかにする事を目的として調査を実施した。

【目的】

鎮痛・鎮静評価尺度の統一と、鎮痛・鎮静プロトコルの使用に関連した、看護師の鎮痛・鎮静管理に対する認識を明らかにする。

【方法】

データ収集：A病院のオープンICUで働く看護師に対して「鎮痛・鎮静プロトコル」に関するアンケートを実施。分析：質的帰納的分析。回答結果を質問項目毎にコード化し、類似するコードをサブカテゴリーとしてまとめ、サブカテゴリーの類似性に基づきカテゴリーを抽出した。

【倫理的配慮】

本研究は対象施設の病院長および看護部長に許可を得て実施した。

【結果】

回答者は26人（回答率100%）。平均看護師歴11.6年、クリティカル領域平均経験年数は8年だった。疼痛評価尺度を使用した患者の疼痛評価に対する認識という項目は、【客観的な指標である】、【自分の看護実践能力の発展】、【効果的だとは思わない】、【部分的な困難さを感じる】、鎮痛・鎮静プロトコルを使用した疼痛管理に対する認識という項目は、【患者管理に有効である】、【多職種コミュニケーションの促進】、【鎮痛・鎮静に対する看護師の意識の発展】、【部分的な困難さを感じる】、鎮痛・鎮静プロトコルを使用した疼痛管理があなたの看護にもたらした影響という項目は、【鎮痛・鎮静の意識と実践の向上】、【統一した医療提供ができる】、【看護の時間が確保できる】、【看護が疎かになる】、【統一性が欠如することがある】のカテゴリーに分類された。

【考察】

疼痛評価尺度による評価を開始し評価に統一性と客観性が生まれ、それが簡易的に評価でき、分かりやすい記録や申し送りにも繋がったと思われる。また疼痛への認識が向上し、新たな視点で評価をできるようになったと感じていた。評価をルーチン化することで、疼痛管理の有用性・必要性を感じる事ができた。しかし患者本人の希望を重視した看護実践や疼痛評価尺度の理解の欠如により部分的な困難さも感じており使用方法に関する教育上の課題がある。鎮痛・鎮静剤投与方法の指標となるプロトコルの存在は、オープンICUで緊急手術が多く主治医の指示確認がすぐにできないといった背景において、指示システムに関する悩みや不安を低減させると認識されていた。これは患者にとっての有用性だけでなく、看護師の職業意欲や満足度の向上にも繋がる可能性を持っているといえる。また医師の指示の明確化・統一化が図れ、多職種間のコミュニケーションも促進された。プロトコルは看護師の鎮痛・鎮静に対する正しい認識への手助けと、鎮痛・鎮静に対する意識の発展に繋がりが、経験年数に関わらず鎮痛・鎮静に肯定的影響を与えると考えられる。プロトコルの存在は、円滑な鎮

痛・鎮静の実施につながり、さらに看護の時間が確保できるという結果を導き、プロトコルの使用が副次的にも看護の質の向上に繋がることが示唆された。一方で個々の患者による効果の違いや逸脱時の対応、看護師の経験や知識の差により部分的な困難さや、統一性が欠如するという側面もみられた。今後は学習会を定期的を実施し、確実な知識の向上を図れる教育体制の確立と、現在のプロトコルの妥当性の検討が必要であると考えられる。

17:10～17:20 (2019年6月15日(土) 16:50～18:00 第3会場)

[O6-4] 集中治療室におけるせん妄を発症した対象者家族への看護に関する研究

○坂尻 美保¹、荒山 由紀²、高佐 紅夕子³、廣瀬 麗奈⁴、飯島 美樹⁵ (1. 東邦大学医療センター大森病院、2. 手稲溪仁会病院、3. 帝京大学ちば総合医療センター、4. 日本医科大学付属病院、5. 北海道科学大学保健医療学部看護学科)

キーワード：せん妄、家族、看護実践

【目的】

ICUにおいてせん妄を発症した対象者の家族がたどる心理的变化に関する先行研究は散見されたが、具体的な看護実践に関する原著論文はあまりみられなかった。そのため、ICUにおけるせん妄を発症した対象者の家族に対し看護師がどのような看護を実践しているのか明らかにすることを本研究の目的とする。

【方法】

研究デザインは半構造的面接による質的記述的研究である。研究対象者はICUに勤務し、術後せん妄を発症した対象者を受け持った経験のある看護師とし、面接内容は家族に対する対応、情報提供、環境整備等とし、内容分析によりデータを分析した。倫理的配慮として、研究目的および方法、自由意思による参加、研究参加に同意した後も中止可能、不参加および中断による不利益を被らない、個人情報及びプライバシーの保護、話したくない内容については話さなくともよい、学会への公表することについて、文書を用いて説明し文書による同意を得た。なお、本研究は北海道科学大学の倫理審査委員会の承認を受けた(申請番号 第342号)。

【結果】

研究対象者は4名ですべて女性であり、ICU勤務経験年数は3.6～20年であった。面接時間は14～28(平均21.5)分であった。半構造的面接の内容から逐語録を作成し分析した結果、68切片、30ラベル、18サブカテゴリ、以下の6カテゴリが抽出された。①【衝撃を受けた家族への共感と対応】のカテゴリは<家族の思いを受け止める><共感><家族の反応><恐怖心への対応><家族の不安の軽減>の5つのサブカテゴリから構成された。同様に、②【せん妄・病状・ケアの情報提供】のカテゴリは<せん妄についての情報提供><治療や看護ケアの説明>の2つのサブカテゴリから、③【家族の疲労への対応】のカテゴリは<面会サポート><面会調整><面会環境調整><家族の疲労へのケア><家族の休息>という6つのサブカテゴリから、④【意図的に対象者とのかわりを促す】のカテゴリは<対象者にとって重要な関わりを促す>というサブカテゴリから、⑤【家族からの情報を得て環境づくり】のカテゴリは<感覚器への刺激>と<日常生活に近づける工夫>の2つのサブカテゴリから、そして⑥【対象者の効果的なケアへの参加を促す】のカテゴリは<家族が行えるケア><ケアの提案><対象者に寄り添うことを勧める>の3つのサブカテゴリから構成された。

【考察】

せん妄を発症した対象者を目の当たりにした家族は、普段と違う対象者の様子に戸惑い、衝撃を受け、混乱するが、対象者の状態を理解するには情報が不足していることが予測される。本研究の結果から、看護師は家族の反応に合わせた心理的援助、情報提供、家族の表情から疲労を読み取り、声掛けを行い、家族の負担を軽減しながら面会を継続できるような関わりを行っていた。さらに、家族に対して対象者への関わりを促し、家族にとっても対象者と関わる機会ができることで不安の軽減や家族のニーズを満たすことにつながると考えられる。本研究において看護師は家族が行えるケアを提案し参加してもらうことだけでなく、家族が対象者に寄り添う事の必要性について述べていた。これらは、山勢ら¹⁾の重症・救急患者家族アセスメントのためのニーズ&コーピングスケールのうち、社会的サポート、情緒的サポート、安楽・安寧、接近のニーズを充足するための看護

が実践されていた。

引用文献 1)山勢博彰：重症・救急患者家族のニードとコーピングに関する構造モデルの開発—ニードとコーピングの推移の特徴から—,日本看護研究学会雑誌,29(2),p95-102,2006.

17:20～17:30 (2019年6月15日(土) 16:50～18:00 第3会場)

[O6-5] 緊急入院や予定外入室となった人工呼吸管理中の患者の妄想的記憶の体験と対処行動

○小磯 崇司¹、沖 貴美世¹、松本 修一¹ (1. 滋賀県立総合病院 HCU病棟)

キーワード：人工呼吸器、妄想的記憶、対処行動

【目的】

集中治療後に生じる不安やうつ、心的外傷後ストレス障害などのメンタルヘルスの障害は、集中治療中の体験や記憶などが関係しており、なかでも妄想的記憶がメンタルヘルスの障害の発症要因とされている。そこで本研究の目的は、人工呼吸管理中の患者が妄想的記憶の中でどのような体験をし、その体験をどのような形で保持し、どのような対処行動をとるのかを明らかにすることである。このことは、妄想的記憶を持つ患者に対して、看護ケアを提供する上で重要な知見になると考える。

【方法】

対象者：緊急入院や予定外入室となり、気管挿管後24時間以上の人工呼吸管理が必要となった患者で、妄想的記憶を保持していた4名。

研究デザイン：質的帰納的研究 研究期間：2017年8月～2018年11月

データ収集方法：HCU病棟を退室後14日以内に後方病棟を訪問し、半構成的面接法を用いて個人面接を行った。対象者の許可を得て面接内容をボイスレコーダーで録音し逐語録を作成した。

データ分析方法：逐語録をデータとして、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの手法を参考に分析を行った。

【倫理的配慮】

滋賀県立総合病院の倫理審査委員会の承認を得た上で、対象者に研究の目的・意義、研究方法、研究の参加・協力への自由意思、参加・協力の中断及び中止、プライバシーの保護について同意書を口頭で説明し文書で同意を得た。また、個人面接中は対象者の反応や表情などを注意深く観察し、疲労や精神的苦痛がある場合は中断可能であることを伝えた。対象者の精神的苦痛が大きい場合には、大学院などで専門的な教育を受けた者に支援を依頼することとした。

【結果】

妄想的記憶の体験と対処行動を合わせて4カテゴリー【 】, 9サブカテゴリー『 』、28概念< >が生成された。

対象者は、人工呼吸管理開始後に目を覚ますと何が起こったのか分からず『曖昧な状況把握』をしていた。『曖昧な状況把握』を起点に【夢と現実の境界】【生と死の彷徨い体験】<気にならない声や気配>を感じるといった体験を繰り返していた。体験の最中では『できる限りの意思表示』という対処行動をとっていた。そして<現状認知のための重要他者>の存在が対象者を現実に引き戻すきっかけとなっていた。

抜管後は人工呼吸管理中に起こった体験の解釈ができず『辻褃の合わない意味付け』をしていた。この『辻褃の合わない意味付け』は、時間が経過しても薄れることはなく、次第に<頭に居座り続ける気掛かりさ>に変化し対象者を思い悩ませていた。この<頭に居座り続ける気掛かりさ>に対して<過去と現状の結び付け><失っている記憶の補填>【語りの共有】を行いながら【否定を避けながらの自己完結】という一連の対処行動をとっていた。

【考察】

『できる限りの意思表示』という対処行動は、非現実の中でも現実を感じることができていた対処行動であ

り、非現実と現実の2つの世界を共存させる架け橋であったと考えられる。そして〈現状認知のための重要他者〉の存在が、対象者を現実に戻すきっかけとなっていたことから、妄想的記憶の体験の最中から意識的に現状認知を促し、正しい記憶を構築していくことが重要であるとする。また、抜管後は今回の体験と過去の人工呼吸管理中の体験を繋ぎ合わせ、家族や看護師から人工呼吸管理中の様子を聞き、体験した出来事を家族や看護師と共有することで自己完結をしていた。対象者が語る体験を傾聴し、否定をせず、共感する姿勢を持つことが重要であると示唆された。

17:30 ~ 17:40 (2019年6月15日(土) 16:50 ~ 18:00 第3会場)

[O6-6] 小児の痛み、不穏、せん妄、不動、離脱、睡眠サポートチームラウンド時の看護師のPADアセスメント分析

○松石 雄二郎^{1,2}、星野 晴彦^{1,2} (1. 筑波大学附属病院 看護部、2. 筑波大学 人間総合科学研究科 疾患制御医学専攻)

キーワード：PADIS、ラウンドチーム、アセスメント評価

【目的】

小児においては痛みやせん妄はアセスメントツールを使用しないと評価が難しいことが既に報告されており、アセスメントツールを使用することの重要性が叫ばれている。しかしながら、未だアセスメントツールを使用して小児患者の症状をアセスメントする文化が普及しているとは言えない。そこで、現在当院では小児の痛み、不穏、せん妄、不動、離脱、睡眠サポートチーム (Pediatric Pain, Agitation, Delirium, Immobility, Withdrawal, Sleep support team: PED- PADIWS ST) を結成しラウンドを行っている。今回、ラウンド活動時に受け持ち看護師のアセスメント構造にアセスメントスケールが用いられているかの評価を行ったため報告する。

【方法】

筋弛緩中を除き、ラウンドチームがラウンド中に受け持ち看護師に痛み、鎮静、せん妄、離脱症状を評価してもらい、その際の発言が①:アセスメントツールを用いて表現したか(以下、ツール評価)、評価②:薬剤の投与量で評価したか(以下、薬剤による評価) 評価③:アセスメントツールを用いず、それぞれの言葉で表現し評価を行ったか(以下、言語評価)の記録を行った。なお、①②③を組み合わせると発言した場合は①>②>③の優先順位の評価とした。

また、ラウンドチームは鎮静評価は RASS、SBS、せん妄評価は CAPD、psCAM-ICU、SOS-PD、精神科医の判断、疼痛評価は FLACC、NRS、FaceScale、離脱評価は WAT-1、SOS-PDの記録を行った。また、看護師のツール評価と経験年数に関連性があるかを患者の年齢と発達障害を共変量としてベイズ推定に基づく一般化混合線形モデルで評価した。

なお、本研究は筑波大学附属病院倫理審査委員会の承認を得ている。

【結果】

対象となるアセスメントの評価はのべ47回であった。看護師の集中治療室での平均経験年数は3.7年 (SD±2.5) であり、対象の患者は平均年齢23週齢(SD±50)、対象の19%は発達遅滞の診断があり、12%は21トリソミーの診断のある患児であった。

PED- PADIWS STによる鎮静評価では昏睡が42%に生じており、看護師による評価はツール評価:6%、薬剤による評価:31%、言語評価:48%であった。

看護師の疼痛評価はツール評価:4%、薬剤による評価:2%、言語評価:94%であり、PED- PADIWS STによる評価では疼痛が13%に生じていた。しかしながら、全ての症例で看護師はスケールが使用しておらず、言語評価で疼痛は無いと表現されていた。

看護師のせん妄評価はツール評価:2%、言語評価:98%であり、PED- PADIWS STによるせん妄評価では発生率は26%であった。しかしながら、看護師による評価では1例のみ言語評価によってせん妄を疑うと表現されており、その他の症例は症状を見逃されていた。

看護師による離脱症状の評価は全例で言語評価であり、PED- PADIWS STによる評価では全例で離脱症状は認め

なかった。そして、看護師のツール評価と経験年数の関連については有意な関連が認められなかった。(オッズ比 1.4、95%信用区間 0.04-225)

【結論】

経験年数に有意な関連無く、ラウンド時における看護師の PAD に対するアセスメントはどの症状に対しても 10%以下に留まり、疼痛及びせん妄は症状が見逃されていた。今後教育プランを展開し、アセスメントを強化する必要があると示唆される。

一般演題（口演）

[O1] 優秀演題

座長:江川 幸二(神戸市看護大学),佐々木 吉子(東京医科歯科大学),樽松 久美子(北里大学病院),富岡 小百合(大阪府立中河内救命救急センター)

2019年6月15日(土) 10:40 ~ 11:50 第5会場 (B2F リハーサル室)

[O1-1] 急性期領域における専門看護師に求められるコンピテンシーに関する検討

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

10:40 ~ 10:50

[O1-2] 集中治療室入室中に医療者から受けたケアに対する患者の快

○平尾 由香^{1,2}、明石 恵子³ (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、2. 岐阜大学医学部附属病院、3. 名古屋市立大学看護学部)

10:50 ~ 11:00

[O1-3] クリティカルケア看護における看護実践に対する困難尺度の開発

○山本 伊都子¹、中村 美鈴² (1. 自治医科大学大学院看護学研究科、2. 東京慈恵会医科大学大学院 急性・重症看護学)

11:00 ~ 11:10

[O1-4] SBS version of CAPDの妥当性と信頼性の検討

○星野 晴彦¹、松石 雄次朗¹ (1. 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学)

11:10 ~ 11:20

[O1-5] 緊急で人工肛門造設術を受けた患者の人工肛門の受容に繋がる ICU看護師の援助

○古川 智恵¹ (1. 岐阜聖徳学園大学看護学部看護学科)

11:20 ~ 11:30

10:40～10:50 (2019年6月15日(土) 10:40～11:50 第5会場)

[O1-1] 急性期領域における専門看護師に求められるコンピテンシーに関する検討

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

キーワード：専門看護師、コンピテンシー、急性期領域

【目的】

急性期領域の専門看護師のコンピテンシーを形成する要素を探求し、それぞれのコンピテンシー概念モデルを構築する。

【方法】

日本看護協会のホームページ上に氏名を公表し、関東圏内勤務の急性・重症患者看護専門看護師（以下 CNS）をランダムに抽出し50名へ研究協力を求める往復はがきを送付した。CNSへのプレテスト後、研究の同意が得られた CNS10名に対して、研究者1名が Maclelland & Dailey(1972)による行動結果面接（Behavioral Event Interview, BEI）を参考に成功例と失敗例を各々1つ以上物語として語ってもらう半構成的面接を行った。面接内容を逐語録にし、CNSにどのようなコンピテンシーが備わっているかに着目して、コンピテンシー・ディクショナリー（Maclelland & Dailey 1972/2016）を参考に分析した。

コンピテンシー・ディクショナリーは、21の代表的なコンピテンシーの群（以下クラスター）に分類され、一つのクラスターは-1～9の尺度化されたコンピテンシー・レベルで構成される。クラスターの数（頻度）やコンピテンシー・レベルが仕事をするすぐれたパフォーマーにとっての重要さの程度を表すことを前提とする。

CNSの逐語録より、①コンピテンシーのクラスターを抽出、②コンピテンシー・レベルを見出し頻度として数え、分析した。分析結果の信憑性・真実性・信用性を担保するために、急性期分野が専門の共同研究者間で分析結果を相互に確認し精練させた。

【倫理的配慮及び利益相反】

本研究への参加は自由意思であり中断も可能であること等を研究者が口頭と文書で説明し同意を得た。また、帝京平成大学研究倫理審査委員会の審査を経て「承認」を得て実施した（承認番号26-083）。本研究は、一般社団法人日本クリティカルケア看護学会から供与された奨学金（研究費）で行われ、利害関係について帝京平成大学利益相反委員会の審査と判定を受けている（番号26-162）。

【結果・考察】

面接は一人1回、平均時間は64.9分だった。研究に同意が得られた CNS10名の CNS取得後の平均年数は4.1年（0.5～11年）で、看護師としての臨床経験平均年数は16.4年（10～26年）であった。

語った事例は、CNSの6つの役割の中で「調整」が多く、次いで「実践」、「倫理調整」と「教育」が同数で、患者・家族のニーズを充足するために組織風土やシステムを段階的に変革した事例を成功例、他職種とのコミュニケーションに悩んだ事例を失敗事例と捉えていた。

コンピテンシー・レベルは、0が中間ポイントで平均的人材として位置づけられるが、0やマイナスはいなかった。CNS経験年数にかかわらず、コンピテンシーのレベルが高い人は、抽出されたレベルは全体的に高かった。

クラスターの抽出傾向は類似しており、21のクラスターの中でも「対人関係理解（IU）」「顧客サービス重視（CSO）」「インパクトと影響力（IMP）」がほとんどの CNSに認められた。

語られた事例の背景を考慮しながら、抽出されたクラスターの意味内容に従って構造について検討した結果、CNSは患者や看護師などチームとのラポールを築きながら、患者の心身の訴えという根底の問題に向き合っていた。また、患者の状態をよりよくするため、個別のケースに留めることなく、組織的な介入へと段階的に拡大していた。そこには「分析的思考（AT）」が働いており、「チームワークと協調（TW）」を基盤として現状を変革するなどの成果に結びつけていた。

10:50 ~ 11:00 (2019年6月15日(土) 10:40 ~ 11:50 第5会場)

[O1-2] 集中治療室入室中に医療者から受けたケアに対する患者の快○平尾 由香^{1,2}、明石 恵子³ (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、2. 岐阜大学医学部附属病院、3. 名古屋市立大学看護学部)

キーワード：集中治療室、ケア、快

【目的】

ICUに入室した患者の多くは、不快な記憶ばかりではなく快の記憶も持っていると言われている。これまでのICU入室体験による記憶の研究は、患者の不快な記憶に焦点があてられており快の記憶は注目されてこなかった。快の記憶はストレスを取り除き、患者が前に進むことを助ける作用があり、ストレスによって精神的外傷を負うことを防いでいる可能性が示唆されている。そこで本研究は、患者に快を与えるケアを実践するために、患者がICU入室中にどのような状況に置かれ、医療者からどのようなケアを受け、どのような快を感じたのかを明らかにすることを目的とした。

【研究方法】

研究デザインは事例研究である。調査期間は2018年8月から2018年12月である。研究対象者は予定手術を受けてICUに入室した20歳以上の同意の得られた者とした。データ収集方法は診断名や術式などの診療録調査、退院前に実施したICU入室中の患者の状況、受けたケア、快についての半構造化面接である。分析はSCAT (Steps for Coding and Theorization) の分析手法を用いた。事例ごとに患者の状況・ケア・快を示す言語データをセグメント化し4ステップのコーディングによってテーマを抽出し、そのテーマを用いて患者の状況、ケアと快のストーリーラインの記述と理論記述をした。

【倫理的配慮】

本研究は、所属施設及び研究協力施設の倫理委員会で承認を得た。そして、対象者の身体状況が安定した時期に目的、方法やプライバシー保護などを説明し、自由意思による同意を得た。

【結果】

対象となった4事例それぞれの患者の状況・ケア・快におけるテーマを用いたストーリーラインの一例を以下に示す。

A氏は50歳代女性で、胸腔鏡下食道全摘術を受けた。A氏は【安静時の息苦しさ】や【医療者の配慮の無い手技によって生じる痛みによる呼吸困難】を感じた状況で、ICUスタッフの【素早い異常への気づき】と【的確な呼吸の指導】によって、【息苦しさからの解放】され【安堵】と【安楽】を感じた。

B氏は70歳代女性で、冠動脈大動脈バイパス術を受けた。B氏は【何をされるのかわからない不安】な状態の中で、頻繁に訪れる看護師が【一つ一つケア行動を説明】することで【行われるケア内容の理解】が促され、【不安の消失】を感じた。

C氏は60歳代女性で、右開胸食道切除術を受けた。C氏は【医療環境の中で感じ取る様々な医療者の感情】がある中で、医療者の【相手の気持ちを尊重】し【問いかけるような言葉】や【決めつけない言い方】から、【思いやり】を感じ【医療者の言葉をすっと受容】できる【気持ちよさ】を感じた。

D氏は50歳代男性で、胸腔鏡下食道全摘術を受けた。D氏は【常時感じる急変への恐怖】があり【医療者が視界に入らないことへの恐怖】を感じる状況で、【医療者が常時身近に存在】し【目が合うだけでニードを察知】することや【視界に入る医療者の気にかけている様子】から【守られているような安心】を感じた。

【考察】

予定手術を受けてICUに入室した患者のケアと快の特徴は、看護師が患者の辛さや望みを察することで、患者に心強さや安心がもたらされることであった。患者が受けたケアには、患者を安楽にしてあげたいという看護師の思いによるケアリングがあった。また、クリティカルな状態では、看護師が医学的に適切な臨床判断を行うための知識を基盤としたケア技術に患者の快が存在している。患者が快を感じる前提として、不安や辛さなどの患者の苦痛が存在していた。看護師には、医学的知識に基づく知識と技術、そして、患者の状況を的確に把握し患者の安楽に対するニーズや反応に合わせて介入をしていけるような柔軟さが求められると考える。

11:00 ~ 11:10 (2019年6月15日(土) 10:40 ~ 11:50 第5会場)

[O1-3] クリティカルケア看護における看護実践に対する困難尺度の開発

○山本 伊都子¹、中村 美鈴² (1. 自治医科大学大学院看護学研究科、2. 東京慈恵会医科大学大学院 急性・重症看護学)

キーワード：看護実践、困難、尺度開発

【背景】

クリティカルケア看護に携わる看護師は、緊迫した状況下で患者の生命に直結する看護実践や患者の家族との関わりに対して困難が生じていると推察される。しかし、クリティカルケア看護における看護実践に対する困難についての全容は明らかにされていない。

【目的】

クリティカルケア看護における看護実践に対する困難尺度を開発し、信頼性と妥当性を検討するとともに、クリティカルケア看護に携わる看護師の看護実践に対する困難を構成する因子の構造を明らかにする。

【方法】

Walker & Avantの概念分析の手法を参考にして、「クリティカルケア看護における看護実践に対する困難」の定義と属性を明確にした。尺度項目を作成するにあたり、文献検討および急性・重症患者看護専門看護師（以下CNS）から臨床の現状について話を聞くことで広くアイテムを集めた。集めたアイテムから仮の尺度項目を作成した。仮の尺度項目について、専門家会議（CNSで構成）で内容的妥当性を検討するとともに、ICU、CCU、救命救急センターに勤務している看護師またはこれらの場所で勤務経験のある大学院生計8名に項目に回答してもらい、回答しづらい項目などないか意見を求め、検討を重ねた。その結果、尺度項目は28項目となった。調査は、乱数表を用いて救急医療体制を有する200床以上の病院を選定し、そこで働く役職に就いていない看護師を対象とした。データは、探索的因子分析にて解析を行い、因子負荷量0.4未満を目安に項目を削除した。信頼性については、内的一貫性を示すクロンバック α 係数を算出し、 α 係数0.8を判断基準とした。統計解析ソフトはSPSS Statistics ver.25を使用した。倫理的な配慮として、対象者へ研究参加は自由意思であること、個人が特定されることはないこと、参加の有無による不利益は生じないこと、調査で得られたデータは研究以外の目的で使用しないこと、データの保管は厳重にすることを文書で説明するとともに、回答の諾否について問う項目を設けて回答の同意を確認した。回答後の質問紙は返信用封筒にて返送してもらった。なお、本研究は、研究者が所属する大学の倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】

配布数640部のうち253部回収した（回収率39.5%）。このうち201部を解析対象とした。対象者は女性が168名（83.6%）で、平均年齢は31.77歳（SD 6.11歳）、臨床経験年数の平均は9年9か月（SD 5年7か月）、現在の病棟での経験年数の平均は3年9か月（SD 3年0か月）だった。探索的因子分析（一般化最小二乗法、プロマックス回転）を行った結果、5因子19項目となり、因子を構成する項目の内容から因子を解釈し、第1因子【患者や家族の状態・状況の変化に応じて最適な看護を実践する難しさ】、第2因子【苦悩のなかにいる家族に対する関わりの難しさ】、第3因子【患者・家族と意思疎通を図る難しさ】、第4因子【看護実践の意味を捉えきれないもどかしさ】、第5因子【1つ1つの看護実践に対する重責】と因子名をつけた。各因子のクロンバック α 係数は0.7以上だった。

【考察】

本尺度の信頼性についてはクロンバック α 係数の値から、信頼性を有することが確認できた。妥当性については、内容的妥当性、構成概念妥当性について検討し、その結果から妥当性を有することが確認できた。探索的因子分析で明らかになった因子の構造から、クリティカルケア看護に携わる看護師の看護実践に対する困難を把握するツールとしての活用が期待できる尺度であると考えた。

11:10 ~ 11:20 (2019年6月15日(土) 10:40 ~ 11:50 第5会場)

[O1-4] SBS version of CAPDの妥当性と信頼性の検討

○星野 晴彦¹、松石 雄次朗¹ (1. 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学)

キーワード：小児、せん妄、鎮静

【目的】

Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD)は小児集中治療室の患者のせん妄を評価するために作成されたせん妄アセスメントツールであるCAPDを評価するにあたってRichmond Agitation-Sedation Scale (RASS)を使用するが、RASSは目の動き、言葉への反応から鎮静深度を評価することから新生児や乳児の鎮静深度を適切に評価ができるか課題が残る。そのため我々は小児患者の鎮静深度を評価するために作成されたState Behavioral Scale (SBS)をRASSに置き換えて同様の評価ができるかを検証した。

【方法】

本研究は当院小児集中治療室で行われた前向き観察研究である。対象は2017年5月から2018年5月に小児集中治療室に入室した患者をコンビニエンスサンプル法で抽出した。除外基準は原文と同様にRASS-4orSBS-2以下の患者とした。せん妄判断のゴールドスタンダードはDSM5を元に2名の精神科医が判断したものとした。使用するアセスメントツールは言語的、文化的意味内容を反映するために逆翻訳法を使用し日本語化した。CAPDは研究者(看護師)2名が評価した。SBSは挿管患者のために作成されたツールであることから、非挿管患者に対してはSBSの呼吸ドライブ、呼吸器への反応、咳の項目は除外し評価した。

妥当性を評価するために、測定したゴールドスタンダードの結果とCAPDのスコアを比較し、ROC曲線下面積、カットオフ値、感度、特異度、陽性適中率、陰性適中率、正診率、陽性尤度比、陰性尤度比を求めた。看護師2名が評価したCAPDの結果のCohen's κ を測定し、信頼性の基準とした。本研究は筑波大学附属病院の倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】

合計で152回CAPDの評価を行った。全ての測定の中で、62回の評価はRASS-4orSBS-2以下であったため除外した。結果、41名を90回観察し、本研究の対象とした。観察した患者の月齢の中央値は8ヶ月(IQR 6-16)、女性が50名(56%)、男性が40名(44%)、人工呼吸器患者は39名(43%)、重症度(Paediatric Index of Mortality II:PIM2)の中央値は2.2(IQR; 0.9-3.9)であった。精神科の判断による全体のせん妄の発生率は47名(52%)であった。人工呼吸器患者(73% vs 39%)、重症度が中央値以上(PIM2 \geq 2.2)の患者(64% vs 42%)、ミタゾラムが投与されている患者(73% vs 24%)のせん妄の発生率が高かった。SBSを使用したCAPDのROC曲線下面積は0.92(95%CI; 86-98)、カットオフ値は9点、感度は89%(95%CI; 78-97)、特異度は88%(95%CI; 75-96)、陽性適中率は89%(95%CI; 77-97)、陰性適中率は89%(95%CI; 75-96)、正診率89%(95%CI; 81-95)、陽性尤度比7.7(95%CI; 3.4-17.6)、陰性尤度比0.1(95%CI; 0.05-0.3)であった。信頼性を示す κ 値は0.87(95%CI; 0.79-0.98)であった。各目の κ 値は0.66(95%CI; 0.54-0.80)から0.83(95%CI; 0.74-0.93)の値であった。

【考察】

SBS version CAPDは原文と同様の高い妥当性と信頼性が認められた。本研究から、SBS version CAPDは臨床で有効に使用できるせん妄アセスメントスケールであると考えられる。

11:20 ~ 11:30 (2019年6月15日(土) 10:40 ~ 11:50 第5会場)

[O1-5] 緊急で人工肛門造設術を受けた患者の人工肛門の受容に繋がる ICU看護師の援助

○古川 智恵¹ (1. 岐阜聖徳学園大学看護学部看護学科)

キーワード：人工肛門、受容、ICU看護師

【目的】

近年、高齢者の腸穿孔による腹膜炎などにより緊急で人工肛門を造設する患者が増えている。緊急手術の場

合、患者は苦痛があるため手術前の医師や看護師からの説明を十分に理解することができず、代理意思決定によって手術が行われることがある。このような状況で手術を受けた患者が、手術後に人工肛門の説明を受け、人工肛門の受容に至るまでには様々な過程を経ることが推察される。そこで、本研究は、緊急で人工肛門造設術を受けた患者のストーマ受容に繋がるICU看護師の援助について示唆を得ることを目的とした。

【方法】

研究デザイン：因子探索型質的帰納的研究

研究対象者：緊急で人工肛門造設術を受けた患者

調査方法：研究参加者への同意が得られた対象者に研究者の作成したインタビューガイドを用いて「人工肛門の受け入れに繋がったICUでの看護師の援助」について半構造化面接を実施した。

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「表題」とした。

【倫理的配慮】

山陽学園大学の研究倫理委員会の承認およびA県の人工肛門造設患者を対象とした社会適応訓練事業の代表者に本研究の趣旨と目的を説明し承諾を得たあと、研究参加候補者を紹介してもらい、研究の趣旨と目的、自由意思に基づく研究参加拒否や中断の自由、不利益の回避、プライバシーの保護、データの管理等について対象候補者に文書と口頭で説明し、同意を得た。

【結果】

研究参加者は5名（男性2名、女性3名）で、平均年齢は71.5歳（範囲69歳～77歳）であった。人工肛門造設期間は中央値が1.5年（範囲6か月～2年）であった。面接時間は、平均42.5分であった。緊急で人工肛門造設術を受けた患者が人工肛門の受容に至るICU看護師の援助として、24の表題から【状況を説明しながら必死にケアする看護師の態度】、【手際の良いケアによる信頼感・安心感】、【苛立ちや不安に時間をかけてくれる看護師の存在】など6つの大表題が形成された。

【考察】

緊急手術で人工肛門造設を受けた患者は、排泄経路の変更を伴う人工肛門について十分な理解がないまま手術を受けており、手術後に人工肛門を造設したことに戸惑いや悲嘆を経験するためその受容過程は、待機手術で人工肛門造設術を行った患者と比較して複雑で時間を要するのではないかと考えていた。しかし、患者はICUでの看護師の関わりや援助する姿勢を見ながら、人工肛門についての受容過程を経験していることが明らかとなった。人工肛門のケアはICUで患者が覚醒した時から始まっており、患者はケアする看護師の声かけや態度、援助を通しての患者への関わりの重要性が示唆された。

一般演題（口演）

[O3] 呼吸・循環1

座長:坂本 美賀子(済生会熊本病院)

2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:20 第5会場 (B2F リハーサル室)

[O3-1] 気管内挿管患者への口腔ケアに対するシミュレーション教育の取り組み

○加覧 妙子¹ (1. 鹿児島大学病院ICU)

14:20 ~ 14:30

[O3-2] 救命救急センター入室患者における口腔内環境改善を想定した OAG評価と口腔ケアガイドに基づくケア提供の導入

○小林 美穂¹、山田 大地¹、宮川 直子¹、伊藤 清恵¹ (1. 公益社団法人 地域医療振興協会 横須賀市立うわまち病院 看護部)

14:30 ~ 14:40

[O3-3] ICU入室中の気管挿管患者に対する口腔ケアマニュアルの改訂の効果

○橘 逸仁¹、立野 淳子¹、山崎 正勝¹、高橋 葵¹、有田 孝¹、田戸 朝美² (1. 小倉記念病院 看護部、2. 山口大学大学院医学系研究科)

14:40 ~ 14:50

[O3-4] 看護師の吸引手技に関する実態調査

大内 玲^{1,2}、○大関 武¹、相川 玄¹、小林 俊介¹、柴 優子¹、中島 久雄¹、松嶋 綾¹、櫻本 秀明³ (1. 筑波大学附属病院集中治療室、2. 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学、3. 茨城キリスト教大学)

14:50 ~ 15:00

[O3-5] 人工呼吸器離脱困難事例に必要な支援-離脱プロトコルを参考に-

○竹林 洋子¹ (1. JCHO九州病院)

15:00 ~ 15:10

14:20 ~ 14:30 (2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:20 第5会場)

[O3-1] 気管内挿管患者への口腔ケアに対するシミュレーション教育の取り組み

○加覧 妙子¹ (1. 鹿児島大学病院ICU)

キーワード：口腔ケア、シミュレーション教育、気管内挿管患者

【はじめに】

A病院 ICUでは、全入室患者のうち気管内挿管患者が66%を占めている。人工呼吸器関連肺炎 VAPの発生件数は増加傾向にあり、バンドルをもとにベッドアップ・口腔ケア技術向上、カフ圧管理などの看護ケアを実施している。気管内挿管患者は、誤嚥性肺炎や感染症を引き起こす可能性が高く、予後に大きく影響するため口腔ケアは重要なケアの1つである。挿管患者への口腔ケアは、技術の習得が必須であり毎年新入職者や異動者へ口腔ケア方法の指導を行ってきた。しかし、スタッフの技術や知識不足・経験の個人差やケアが不十分で実施できていない現状があるのではないかと疑問を持った。そこで今回、知識や技術の見直しを行い、看護師経験に関係なくケア方法の統一を図るため、歯科口腔ケアチームによる講義・シミュレーション等を行い、看護師の口腔ケアに関する意識の変化について、比較・検討したので報告する。

【方法】

2018年7月1日～8月30日 A病院 ICU看護師42名を対象とした。講義受講前に現状把握のため事前アンケートを実施。その後、第1段階「講義」第2段階「DVD視聴」第3段階「模擬患者を使用したシミュレーション」を行い、第3段階が終了した1か月後、アンケートを実施した。結果について χ^2 検定を用い、比較・検討を行った。

【倫理的配慮】

対象者へ文書にて調査目的・方法・守秘・結果公表について説明し、同意を得た。

【結果・考察】

口腔ケアに「自信がある」と答えたスタッフは、講義前9%、講義後33.3%であり、講義前後での「自信がある」を比較した結果、有意差がみられた($p < 0.006$)。これは、「水による流水洗浄が不要」「ブラッシングの方法」などの知識や技術を得られたことで、有効なケア方法を獲得し、自信へつながったのではないかと推察される。一方で、「自信がない」と答えたスタッフは減少していなかった。理由として、「潰瘍や粘膜腫脹の強い患者に対するケア」「開口困難な患者の口腔ケアが難しい」などの意見があった。今回の講義は、開口障害のある患者の開口方法や易出血状態にある患者のケア方法は含まれていた。しかし、1回の講義では手技を習得することができず、患者へのケア実施への自信にはつながらないのではないかと考えた。

今回は口腔ケアに対するスタッフの意識の変化に対する調査を行った。今後は、口腔ケアチームの専門的知識・技術を活用し、シミュレーションを継続することで技術の向上を目指したい。また、ICU看護師の専門的な口腔ケアに関する指導者の育成を行い、プロトコルの作成などでケアの質を向上させ、個々の患者に合ったケアを提供できるシステム作りが必要であることが示唆された。

14:30 ~ 14:40 (2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:20 第5会場)

[O3-2] 救命救急センター入室患者における口腔内環境改善を想定した OAG評価と口腔ケアガイドに基づくケア提供の導入

○小林 美穂¹、山田 大地¹、宮川 直子¹、伊藤 清恵¹ (1. 公益社団法人 地域医療振興協会 横須賀市立うわまち病院 看護部)

キーワード：口腔ケア、OAG、口腔ケアガイド、デモンストレーション

【目的】

救命救急センターに入室する患者は意識レベル低下に伴うセルフケア能力の低下や、絶食管理、人工呼吸器管理が必要になるため、口腔内状態が悪化しやすい状態にあり、看護管理の一つとして全身管理の面から口腔内の

清潔保持を行うことが重要である。A病院救命救急センターでは、数年前から「口腔ケアアセスメントガイド」（以下 OAG）の導入と日本クリティカルケア学会のパブリックコメントに掲載されている「人工呼吸器関連肺炎予防のための気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド」（以下、口腔ケアガイド）に基づく口腔ケアの勉強会を行い、評価とケアの質の向上を試みた。しかし、なかなか定着せず、個々の看護師に委ねられた援助の提供に留まっていた。そこで今回は、介入する対象患者を明確にした上で OAG を使用し口腔内環境の評価を行い、さらに、同部署所属看護師を対象に口腔ケアガイドに基づく勉強会とデモンストレーション実施の取り組みを行った。その効果を報告する。

【方法】

研究対象：A病院救命救急センターに入院された患者（入室時 GCS：E4/V4/M6以下もしくは認知症がある）および同センターに勤務する全看護師。

研究期間：2018年X月から約4か月間

研究方法：①従来の口腔ケアの実施（OAGは導入後）、②看護師を対象として口腔ケアの勉強会を希望者へ実施、③②の後に口腔ケアデモンストレーションを同部署所属の全看護師を対象に実施した。この①②③を3期間に分けて、この期間に入院した患者の入室時と退室時の OAG をデータとし、統計ソフト IBM SPSSver.25 を用いて差の検定を行った（一元配置分散分析、対応ある t 検定）。本研究は施設の倫理委員会の承認を得た上で実施し、研究の詳細は当該施設ホームページにて情報公開した。

【結果】

①②③の期間の入室時と退室時の OAG の差の比較を行った結果、入室時の「嚥下」のみ有意な差が認められた ($p < 0.05$)。つまり、③の期間の患者は入室時より「嚥下」点が高く、嚥下機能が低下した状態であった。その他の期間の入室時と退室時の OAG 合計点及び各項目いずれも有意な差は認められなかった。そこで期間ごとに入室時と退室時の OAG 合計点及び各項目について対応ある t 検定を行ったところ、①ではいずれも有意差がなく、②では OAG 合計点に差はないものの「唾液」「歯・義歯」に、③では「嚥下」「舌」「唾液」「粘膜」および OAG 合計点に有意な差が認められ ($p < 0.05$)、いずれも退室時の点数が低くなっており、口腔内環境は入室時よりも退室時の方が改善されていた。

【考察】

OAG 導入のみでは改善が見られなかった OAG 合計点および各項目が、勉強会を、さらには勉強会とデモンストレーションの導入により、有意差をもって、入室時より退室時の点数が低くなったことから、患者の口腔内環境は改善され、ケア提供の効果があったと言える。引き続き、OAG を用いつつ、効果的な口腔ケアの提供を行っていきたい。

14:40 ~ 14:50 (2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:20 第5会場)

[O3-3] ICU入室中の気管挿管患者に対する口腔ケアマニュアルの改訂の効果

○橘 逸仁¹、立野 淳子¹、山崎 正勝¹、高橋 葵¹、有田 孝¹、田戸 朝美² (1. 小倉記念病院 看護部、2. 山口大学大学院医学系研究科)

キーワード：口腔ケア、看護教育

【目的】

本研究の目的は、気管挿管患者に対する口腔ケアマニュアルの改訂の効果を、看護師による口腔ケア手技と患者の口腔内衛生環境の視点から検証することとした。

【方法】

研究デザイン：口腔ケアマニュアル改訂前（対照群）と改定後（介入群）の看護師による気管挿管患者への口腔ケアの質を口腔ケア手技と患者の口腔内衛生環境の視点から比較する介入研究デザイン。

対象者：看護経験が1年以上ある ICU 看護師で、気管挿管患者の口腔ケアを日常業務で行っている者

研究期間：平成29年1月～11月（対照群）、平成30年6月～平成31年1月（介入群）

介入方法：口腔ケアマニュアルは、1日1回のブラッシングケアと1日2回の保湿ケアを取り入れ、30°の頭部挙上や口腔内の観察、気道ケアの手順を統一するように改定した。改訂口腔ケアマニュアルは、個別に配布し、ケアの手順を解説した教育ビデオを最低1回視聴してもらった。

データ収集方法：看護師1名につき、1名の気管挿管患者への昼のブラッシングケアを実施する際に、口腔ケア手技（ブラッシング時間、体位など）と患者の口腔内衛生状態として、細菌数、保湿度、汚染度を、口腔ケア直前、ブラッシング後、口腔ケア終了時の3時点（以後、前・中・後）で測定した。気管挿管患者の選定基準は、有歯者とし、年齢や疾患は問わなかった。細菌数は細菌カウンター[®]（パナソニック社製）、保湿度は口腔水分計モイスチャーチェッカームーカス[®]（ライフ社製）、汚染度はルミテスター PD-30[®]（キッコーマン社製）を用いて測定した。

分析方法：口腔ケア手技は項目ごとに単純集計を行い、細菌数、保湿度、汚染度は二元配置分散分析にて分析した。

【倫理的配慮】院内倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

1.対象者の背景：対照群は、看護師12名、平均看護経験年数は8.5年。介入群は、看護師13名、平均看護経験年数は8.2年。

2.患者の背景：対照群の平均年齢は72.2歳で、性別は女性7名、平均挿管日数は7.6日で、開心術後が6名と多かった。介入群の平均年齢は69.9歳で、性別は女性7名、平均挿管日数は7.8日で、開心術後が10名と多かった。

3.口腔ケア手技：ブラッシングの平均時間は、対照群91.3秒、介入群144.7秒であり、体位の平均角度は、対照群13.5度、介入群20.8度であった。

4.細菌数：測定結果は1～7段階のフェイスマークで表示され、対照群の平均値は、前4.7、中4.3、後3.4であり、介入群の平均値は、前4.7、中5、後4.0であった。口腔ケアマニュアル改訂後は、改定前に比べて、口腔ケア実施前よりもブラッシング後に細菌数が増加し、口腔ケア終了後に細菌数は減少した（ $p<0.05$ ）。

5.保湿度：対照群の平均値は、前34.4、中49.8、後44.3であった。介入群の平均値は、前21.5、中24.7、後29.7であった。口腔ケアマニュアル改訂後は、改定前に比べて、口腔ケア実施前よりもブラッシング後に保湿度が増加し、口腔ケア終了後にも保湿度は開始前よりも高かった（ $p<0.05$ ）。

6.汚染度：対照群の平均値は、前16182.8RLU、中27455.0 RLU、後23179.6 RLUであった。介入群の平均値は、口腔ケア開始前5320.4 RLU、中6648.3 RLU、後3652.2 RLUであり、口腔ケアマニュアル改訂前後に違いは認めなかった。

【考察】

細菌数は、ブラッシング後で上昇を認め、口腔ケア後で低下するパターンで、特に介入群ではその変化が大きかった。看護師による口腔ケア手技では、改定後にブラッシング時間は長くなり、実施体位も30°に近づいた。口腔ケアマニュアルの改訂が、看護師のブラッシングケアや、ブラッシングによって破壊されたプラークの吸引による回収手技の質の改善に有益であった可能性が考えられる。

14:50～15:00 (2019年6月15日(土) 14:20～15:20 第5会場)

[O3-4] 看護師の吸引手技に関する実態調査

大内 玲^{1,2}、○大関 武¹、相川 玄¹、小林 俊介¹、柴 優子¹、中島 久雄¹、松嶋 綾¹、櫻本 秀明³ (1. 筑波大学附属病院集中治療室、2. 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学、3. 茨城キリスト教大学)

キーワード：呼吸管理、気管内吸引、人工呼吸

【背景】

人工呼吸患者に対する気管内吸引に関して、米国呼吸ケア学会および日本呼吸療法医学会よりガイドラインが公表されているが、そのエビデンスは強固に支持されたものではない。また、閉鎖式吸引が一般的となった近年、ガイドラインの推奨方法以上の吸引圧、時間や深さで実施される場面が散見されるが、合併症発症頻度を含めた実態に関する調査は十分とは言えない。そのため本研究では、臨床で看護師が行う吸引手技の実態を明らか

にし、吸引手技が患者へ与える影響を調査した。

【方法】

2018年6月から12月の間に、コンビニエンスサンプリングで抽出された人工呼吸患者を対象に前向き観察研究を実施した。看護師が行う吸引手技を直接観察法にて調査した。同一患者が複数回抽出されることによる影響を減らすため、同一患者に対する観察は最大3回までと規定した。吸引手技の観察に加え、吸引前後の生理学的変化等を観察し合併症を判断した。治療や介入を要さない軽微な合併症を、ベースラインから20%以上の血圧・脈拍数・一回換気量の変化、ベースラインから4%以上のSPO₂低下、新たな不整脈の出現とした。致死的不整脈の出現、呼吸状態悪化に伴う人工呼吸器設定の変更を重大な合併症とし合併症の出現率を求めた。データは記述統計を用いて分析した。

本研究は、筑波大学附属病院臨床研究倫理委員会の承認を得た上で実施した。公開文書を提示し、また、患者データは匿名化を行い扱った。

【結果】

期間中85名、171ポイントの吸引手技を観察した。患者属性は、平均年齢63±16歳、男性75%、APACHE IIスコア中央値25 (21-29)であった。吸引手技のうち、閉鎖式吸引が89%、開放式吸引が11%であった。吸引圧の中央値は263(225-300)mmHg、ガイドラインで推奨される150mmHg以下の吸引圧で実施した割合は7%であった。吸引時間の中央値は10秒、1吸引あたり15秒を超える手技を行っていた割合は12%であった。また、91%で深い吸引手技が実施されていた。

軽微な合併症は15件(9%)であり、一回換気量の低下など呼吸器系8件(3.5%)、脈拍数減少などの循環器系7件(3.0%)であった。一方で、重大な合併症は観察されなかった。

【考察】

ガイドラインでは浅い吸引チューブの挿入、100-150mmHg以下の吸引圧を用いることなどが推奨されているが、実際に看護師が行う吸引は深い手技が多く、吸引圧は高いことが明らかになった。先行研究においても、臨床では推奨圧以上の吸引圧を用いる機会が多いことが示されており、今回の結果と矛盾しない。事前に定めた軽微な合併症が9%で認められたが、胸腔内圧の変化や苦痛の緩和によるものと考えられた。今回の調査において、治療を要する重大な合併症は認められなかった。

【結論】

臨床で実施される吸引手技はガイドラインの推奨と比較して、深く、高い吸引圧で実施されている。しかし、吸引による合併症は少なく軽微であり、また重大な合併症は発生しなかった。

15:00 ~ 15:10 (2019年6月15日(土) 14:20 ~ 15:20 第5会場)

[O3-5] 人工呼吸器離脱困難事例に必要な支援-離脱プロトコルを参考に-

○竹林 洋子¹ (1. JCHO九州病院)

キーワード：人工呼吸離脱困難、人工呼吸離脱プロトコル

【目的】

人工呼吸離脱が困難と考えられた事例の離脱を経験知に基づき実施した人工呼吸離脱プロトコルを参考に、介入の妥当性と離脱困難事例に必要な援助を考える。

【方法】

入院カルテの記録を、人工呼吸離脱プロトコルを参考に振り返る。患者家族の同意を得て、施設の倫理審査を受け、個人が特定できないよう配慮する。

【症例】

30代男性、先天性複雑心疾患で乳児期に複数回の手術を経て根治、成人後に大動脈人工弁置換術施行、今回ベントール手術を受けた。術後2日目に抜管、低酸素血症で再挿管となり、肺炎を併発し離脱に難渋した。気管切開を視野に抜管を試す方針で再挿管7日目、医師が離脱を進めるよう指示した。

【結果】

1.SAT(自覚覚醒トライアル)

介入時点で患者は SAT成功基準を満たし、状況を認知し、説明を聞き、理解を示していた。離脱過程と離脱困難時の気管切開、呼吸訓練や気道浄化の必要性を具体的に説明し、患者に意志を確認した。また、中断は常時可能と伝え、質問に応じた。

2.SBT(自発呼吸トライアル)

介入時の呼吸器設定は CPAP, FO_2 0.7, PEEP 15cmH₂O, PS 15cmH₂Oで、SBT開始安全基準に適う状況ではなかったが、HR: 88bpm, MAP: 58mmHg, ScvO₂: 42%, RSBI: 47回/min/Lで、血行動態や全身状態は安定していた。患者はファイティングが頻繁で、バックギングを誘発し、吸引も度々要し、酸素化や換気状態に相関しない呼吸困難感と2段様の頻呼吸を呈した。頻呼吸時は、ゆっくりと呼吸するよう傍で指導し改善することもあったが、発作の様に繰り返した。前日、臨床工学技士から呼気ポート式で吸気最大流速値が高い呼吸器に変更の提案があり、医師を交え検討した。変更後、患者は息が吸いやすくなったと述べたが、酸素化や換気状態と相関しない呼吸困難感と頻呼吸は、その後も認めた。初回の離脱失敗と臨床経過から、精神面の支援が重要と考え、離脱過程では意図的に達成体験を得る様な言葉掛けや配慮に努めた。また、希望に沿い、妻に同席を依頼した。

離脱は PEEP値とサポート圧値のいずれか、あるいは両方を緩徐(2~5cmH₂O)に漸減した。評価は患者の自覚と、呼吸仕事量の増大が呼吸訓練で是正可能かをもとに判断した。傍でフィジカルアセスメントを繰り返し、必要に応じて端坐位を含めた体位管理や呼吸訓練、咳嗽指導等で気道浄化を継続した。全過程で患者のペースに合わせ、参画を促した。呼吸の安定に時間を要した際、中断するか問うと、親のように慕う小児科医の退任を前に頑張りたいと述べたため、意思を尊重して妻と共に励ました。離脱開始から4時間、医師は呼吸器設定値と血液ガス検査値から抜管を判断したが、再度サポート圧を漸減した評価と非侵襲的陽圧換気を準備する必要性を話し合った上で、患者の返事を待ち、抜管した。抜管時は SBT成功基準を満たし、非侵襲的陽圧換気を2日施行し、低流量酸素療法に移行した。

【考察】

1.介入の妥当性

SATの成立で患者は先を見据えた意思決定が促され、認知可能な患者の訴えは評価を助け、効果的な支援に繋がった。しかし、SBT安全開始基準は満たさず、失敗の恐れがあった。離脱開始から抜管2時間後まで、末梢冷感は軽度持続したが、HR: 88±4.8bpm, MAP: 69±7.5mmHg, ScvO₂: 57±7.6%, RSBI: 52±17回/min/Lで、血行動態悪化や呼吸不全進行は認めなかった。リスク認識と詳細な評価、適時的な支援、医師との問題共有により、介入は妥当であった。

2.離脱困難事例に必要な支援

長期療養背景や患者/家族の支え、望みを知り、強みを引き出し、共感し信頼関係を築いた。患者は準備性を高め、言語的説得、情動的喚起や成功体験など自己効力感が高められ、参画が促進した。多職種連携による多面的支援の強化も重要であった。

一般演題（口演）

[O4] 呼吸・循環2

座長: 芝田 香織(大分大学医学部附属病院)

2019年6月15日(土) 15:30 ~ 16:30 第5会場 (B2F リハーサル室)

[O4-1] スライドシートを用いた腹臥位への体位変換の工夫

○小田 依里香¹、竹下 智美¹、佐藤 拓也¹、大宅 隆博¹、河野 志穂¹、安部 直子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)

15:30 ~ 15:40

[O4-2] 肺結核による人工呼吸器離脱困難患者の離脱に向けた取り組み～ PICSに焦点をあてて～

田中 しのぶ¹、○山崎 圭祐²、佐藤 かおり¹、橋内 伸介^{1,3}、田村 富美子¹ (1. 聖路加国際病院 救命救急センター、2. 聖路加国際病院 ICU、3. 千葉大学大学院 看護学研究科 博士後期課程)

15:40 ~ 15:50

[O4-3] ICUにおける非侵襲的陽圧換気装着患者の調整行動

○石川 祐樹¹、大川 宣容² (1. 独立行政法人労働者健康安全機構 香川労災病院 ICU、2. 高知県立大学看護学部)

15:50 ~ 16:00

[O4-4] NPPVマスクの形状選択に向けたアルゴリズム作成のための基礎調査

○齋藤 宝子¹、佐々木 佐知子¹、今井 奏¹ (1. 順天堂大学医学部附属練馬病院 看護部)

16:00 ~ 16:10

[O4-5] 心臓手術を受けた患者の情報探索行動

○宮田 洋¹、大川 宣容² (1. 日本赤十字社 高知赤十字病院、2. 高知県立大学 看護学部)

16:10 ~ 16:20

15:30 ~ 15:40 (2019年6月15日(土) 15:30 ~ 16:30 第5会場)

[O4-1] スライドシートを用いた腹臥位への体位変換の工夫

○小田 依里香¹、竹下 智美¹、佐藤 拓也¹、大宅 隆博¹、河野 志穂¹、安部 直子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)

キーワード：腹臥位、人工呼吸、体位変換

【目的】

近年、重症呼吸不全患者において腹臥位療法の有効性が報告されており、長時間腹臥位を適応することが生命予後を改善すると報告されている。腹臥位への体位変換には多数の人員を必要とし、チューブトラブルや褥瘡発生など有害事象のリスクを伴う。A病院では、2017年度集中治療室に入室した患者のうち30名、延88回の腹臥位療法を実施した。腹臥位への体位変換は医療者5～6名で患者を持ち上げて実施していた。そのうち9%に皮膚トラブルが発生し、1%にチューブトラブルが発生した。そこで、皿田ら(2017)の報告を参考に、安全かつ簡便な腹臥位への体位変換方法としてスライドシートを用いた方法を手順化し導入したため、その結果を報告する。

【方法】

1)皿田ら(2017)の報告を参考に、スライドシート(トレイジー、東レ[®])を用いた腹臥位への体位変換の手順を作成した。

2)ICU看護師全員を対象に、スライドシートの使用方法について体験型学習会を実施した。

3)2018年12月より、作成した手順を用いて腹臥位への体位変換を開始した。

【倫理的配慮】

データ活用について所属施設の倫理審査委員会からの承認を受け実施した(承認番号1555)。また、対象者にはオプトアウトの機会を保障し対象施設集中治療部ホームページに公開した。

【結果】

1)スライドシート、バスタオル、防水シート、除圧用枕を用いて、最低必要人数3名(医師1名、看護師2名)以上での腹臥位への体位変換の手順を作成した。1回の腹臥位時間を約4時間とし、必要に応じて反復して実施すること、腹臥位中の除圧方法を腹臥位実施手順に加えてICU専任医師、看護師に周知した。

2)スライドシートを用いた体位変換の体験型学習会を実施し、ICU看護師全員が患者、援助者を体験した。

3)作成した手順導入後、腹臥位療法を実施した1事例を示す。

70代男性。腹部大動脈瘤術後、肺炎のため再挿管し、人工呼吸管理、持続的血液濾過透析(CHDF)が施行された。再挿管翌日から腹臥位療法を開始した。挿入ルートは、挿管チューブ、中心静脈カテーテル、動脈ライン、CHDF用ブラッドアクセスカテーテル、経鼻胃管チューブ、末梢静脈ルート、尿道カテーテルが留置されていた。医師、看護師、臨床工学技師の計4名での腹臥位への体位変換を実施した。人工呼吸管理6日間のうち4日間、合計4回、平均4.6時間/日の腹臥位を実施した。体位変換の所要時間は約5分であった。腹臥位療法実施に伴う皮膚トラブル、チューブトラブルの発生はなかった。患者は5日目に抜管し、人工呼吸器離脱に至った。

【考察】

スライドシートを用いた手順により、少ない人員で腹臥位への体位変換が可能となった。事例において有害事象はなく、多職種が協力し安全に腹臥位療法を実施できる手順であると考えられる。今回の事例では長時間の腹臥位療法には至っていない。今後は、患者状態に応じて多職種で協議し、反復して体位変換を取り入れ腹臥位時間の延長につなげ、腹臥位療法の安全性、有効性についてさらなるデータ蓄積を行っていくことが課題である。

15:40 ~ 15:50 (2019年6月15日(土) 15:30 ~ 16:30 第5会場)

[O4-2] 肺結核による人工呼吸器離脱困難患者の離脱に向けた取り組み～ PICSに焦点をあてて～

田中 しのぶ¹、○山崎 圭祐²、佐藤 かおり¹、橋内 伸介^{1,3}、田村 富美子¹ (1. 聖路加国際病院 救命救急センター、2. 聖路加国際病院 ICU、3. 千葉大学大学院 看護学研究科 博士後期課程)

キーワード：人工呼吸器離脱困難、PICS

【はじめに】

近年、重症疾患に対する病態の理解や治療の進歩により、ICUでの救命率が著しく向上する中、生存患者の長期的なQOLや予後に関心が向けられるようになった。そのような背景で提唱された集中治療後症候群（以下、PICS）は、ICU在室中あるいは退院後に生じる運動機能障害、認知機能障害、精神障害であり、長期予後に影響を与えるとされている。今回、ICU滞在中よりPICSの症状を呈し、人工呼吸器離脱困難となっていた患者の離脱に向けた取り組みを経験したため報告する。

【倫理的配慮】本研究は所属施設の研究倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

【事例】

A氏40代男性。肺結核の診断で入院後、第26病日喀痰によって窒息しCPAとなり、ICUへ入室した。敗血症性ショックを合併し、高用量カテコラミン投与及びCHDFが必要な状態で施行、副腎不全もありステロイド投与も行われた。その後徐々に状態は安定し意識レベル改善を認めたが、両側肺に班状影・粒状影がびまん性に散在し、空洞内部に液体貯留も認めて、更に、入院前からの食思不振及び偏食により低栄養状態（身長170cm、体重48.7kg、Alb2.1g/dL）であったことに加え、ICU入室後虚血性腸炎による下痢を繰り返し、栄養摂取がなかなか進まずに低栄養状態が長期に続いている状態であり、四肢の筋力低下も著しかった。また、第40病日を過ぎた辺りから不安症状が強くなり、長期陰圧室内滞在によるストレス・不眠も重なって抑うつ的な発言もみられた。また、窒息を経験したことから急性ストレス障害の症状も出現し、痰が貯留した時などパニック発作を頻回に繰り返していた。このように様々な要因が重なって人工呼吸器離脱困難を呈しており、多職種チームアプローチによる離脱を目指した介入を開始した。介入したチームメンバーは医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、NST、リエゾンチーム、RSTであった。看護師はプライマリーチームを立ち上げ各職種との連携を行い、多職種カンファレンスにてチームで患者の目標を共有した。そのうえで、運動機能障害に対しては日々のリハビリプランを立案し栄養内容も見直し、栄養状態の改善を目指しながら筋力増強に向けた取り組みを行い、呼吸リハビリテーションを実施しながら段階的な人工呼吸器離脱を進めていった。また精神症状に対しては、抗精神病薬の調整を行いながら、日々の睡眠が確保できるよう睡眠剤の調整にも努め、A氏の気分転換が図れるようポータブル人工呼吸器を使用した散歩を企画したり、パニック発作時の対応をスタッフ全員で共有しA氏が安心できる環境を整えた。その結果PICSの症状も軽快し、第179病日に人工呼吸器を離脱することができた。

【考察】

A氏は敗血症性ショックによる多臓器不全、長期人工呼吸管理、長期のステロイド使用などPICSのリスク因子が多く、それらが複合的な要因となってPICS症状を呈したと考えられる。更に窒息からCPAとなったことが急性ストレス障害の症状を引き起こし、精神症状のコントロールにも難渋した。今回多職種チームアプローチにより、リハビリテーションを積極的に行い、栄養状態の改善に努め、精神症状のコントロールを行ったことが最終的に人工呼吸器離脱につながったと考えられる。本事例ではPICSという視点から人工呼吸器離脱過程を振り返ったが、今後も重症患者の救命率が高まっていくなかでPICSの患者は増えていくことが予測される。そのため、PICS患者のリスク因子を把握し、早期から予防に努めることが重要であるといえる。

15:50～16:00 (2019年6月15日(土) 15:30～16:30 第5会場)

[O4-3] ICUにおける非侵襲的陽圧換気装着患者の調整行動

○石川 祐樹¹、大川 宣容² (1. 独立行政法人労働者健康安全機構 香川労災病院 ICU、2. 高知県立大学 看護学部)

キーワード：呼吸管理、NPPV

【背景】

急性呼吸不全に対する NPPVによる治療には、患者の協力が不可欠であり、積極的な鎮静は行わず患者の意識が保たれていることが多い。NPPV装着には圧迫感や口渇などの不快感を伴うことが報告されており、患者はその不快感を和らげようと調整行動をとっていると考えた。患者の調整行動を理解することで、患者の努力を支援するケアを考案することへつながると考えた。

【目的】

本研究は、ICUにおける NPPV装着患者の調整行動を明らかにし、クリティカルな状況にある NPPV装着患者の理解を基盤とした看護実践への示唆を得ることが目的である。

【方法】

ICUに入室し NPPVを装着した患者4名を対象に、半構成的面接法を用いて、質的記述的研究を行った。

なお、本研究における調整行動とは、「状況を認知し、複数の物事から行動を選択・実施し、自分の行動の評価を行いながら、自分自身を整えていくこと」と定義した。

研究協力者には自由意思の尊重や研究協力の取り消し方法、得られたデータは個人が特定されないようアルファベットで記載すること、諾否によって不利益を被らないこと、研究を受けることで心身へ負担が生じる可能性があることや得られる利益について説明し、倫理的配慮を行ったうえで研究の同意を得た。なお、本研究は、高知県立大学研究倫理委員会および、研究協力施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

研究協力者はすべて男性であり、年齢は50歳代から80歳代、NPPV装着期間は1名不明であるが他3名が約1日から3日間であった。各研究協力者の語りから得られたコードを分析し、15のサブカテゴリーを抽出した。さらにサブカテゴリーを分析し、ICUにおける NPPV装着患者の調整行動として、【NPPV装着による自分の変化に気付く】、【医療者の対応から自分なりに推測する】、【今は苦痛や困難を凌ぐ】、【限られた選択肢の中で行動する】、【自尊心の揺らぎに気付く】の5つのカテゴリーが抽出された。

患者は、NPPV装着により不快感や自覚症状の改善など自分の変化に気付き、医療者の対応から自分の体調や療養環境を推測し、今後自分に起こる可能性のある事柄や、行動の見通しを立てて行動を選んでいった。また、自分の行動に対する医療者の反応から自分なりに状況を考え、治療と人としての尊厳の間で葛藤しながらも、治療や環境に自分が納得できる理由を見出すことにより不快感を背負い込み、その場をやり過ごしていた。

ICUにおける NPPV装着患者の調整行動とは、【NPPVの装着による自分の変化に気付く】、それをきっかけに【医療者の対応から自分なりに推測する】ことで状況を理解し見通しを立て、命の危機やベッド上安静などの制限の中で【（限られた選択肢の中で）行動する】ことや、【自尊心の揺らぎに気付く】、治療と人間性の尊厳の間で葛藤しながらも、自分が納得できる理由を付けることで【今は苦痛や困難を凌ぐ】という自分を整える行動であることが明らかになった。

【考察】

ICUにおける NPPV装着患者は、自分の変化に気付き、治療・環境に意味や理由を考えることで納得し、不快なことに耐えられるように自分を整えていることが考えられた。また、患者は、自分を脅かす変化に対し、状況を好転しようと主体的に行動した結果、看護師やアラームにより行動が中断されることを経験していたが、自分の心の中でバランスを取るといった、自分ができるところを行っていたと考えられた。ICU看護師は、患者の表情や言動から納得の査定をするだけでなく、患者の納得までのプロセスを理解することで、患者自身の意思を尊重し、人としての尊厳を守ることができると示唆された。

16:00 ~ 16:10 (2019年6月15日(土) 15:30 ~ 16:30 第5会場)

[O4-4] NPPVマスクの形状選択に向けたアルゴリズム作成のための基礎調査

○齋藤 宝子¹、佐々木 佐知子¹、今井 奏¹ (1. 順天堂大学医学部附属練馬病院 看護部)

キーワード：NPPVマスク、MDRPU

【背景】

近年、非侵襲的陽圧管理（noninvasive positive pressure ventilation:NPPV）の適応疾患は拡大され使用頻度も増えている。NPPVは24時間マスクを顔に装着させ換気を行うため皮膚損傷が起きやすい。日本褥瘡学会ではこれらの損傷を医療関連機器圧迫損傷（Medical Device Related Pressure Ulcer:MDRPU）として従来の褥瘡と区別して位置づけている。褥瘡学会が実施した医療関連機器圧迫損傷に関する実態調査（2013）では大学病院におけるMDRPU発生の原因となった医療機器の中でもNPPVマスクは全体の20%を占め2番目に多い。NPPVマスクによるMDRPUを予防するための方法として、患者にあったマスクサイズや形状の選択が重要である。しかし、マスクのサイズや形状は複数あり、現場では変更する種類やタイミング等については看護師個々の判断に委ねられている。そのため、NPPVマスクを選択するためにアルゴリズムを作成する必要がある。

【目的】

A病院におけるNPPVマスクが原因のMDRPUが発生した患者の基礎データを収集し、MDRPU発生要因を抽出しアルゴリズム作成に活かす。

【方法】

研究デザイン：診療録を用いた後ろ向き調査。

研究対象：入院しNPPV治療を実施した患者。

調査機関：2013年1月1日から2015年12月31日。

データ収集方法：診療録からのデータを収集。

データ収集内容：基礎情報（年齢、性別、体重、BMI、診療科、診断名、義歯の有無、浮腫の有無、マスク着用に対する理解度、せん妄の有無）、NPPV治療状況（使用日数、モード、鎮静剤使用の有無、マスク形状、リーク率）、MDRPU発生状況（発生日、発生部位）、予防処置（時期、内容）。

分析方法：項目ごとに単純集計を行った。

【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承諾を得て実施した。

【結果】

対象者は134名で、男性76名（56%）、女性58名（43%）で平均年齢は74.4歳であった。NPPVマスクによるMDRPU発生は9件（6%）あり、治療開始後平均1.3日（最低0日～最大3日）で発生していた。マスク使用日数は平均4.2日であった。皮膚損傷の部位は鼻根部が8件（88%）、頬が1件（11%）であった。予防処置は発生群では8件（88%）未発生群では61件（49%）実施しており、全件鼻根部への創傷被覆材を貼付していた。義歯の有は発生群で5件（56%）、未発生群で53件（42%）であった。NPPVマスクのリーク率はMDRPU発生群で平均45.0%、未発生群では平均45.5%であった。

【考察】

MDRPUの発生時期は長くても3日以内で発生していることから、今回の調査では長期使用が発生の原因とはいえない。そのため、治療開始の早期段階での予防ケアが重要であるといえる。また、発生部位は鼻根部が88%であった。治療中はベッドアップしているためマスクに下方への重力がかかる。義歯を装着している患者の場合、義歯をはずすと頬や顎がくぼむことで、マスクが接触し圧が加わりやすい鼻根部にMDRPUが発生しやすい。以上のことから、サイズ変更の時期、義歯の有無に着目したアルゴリズムの作成が望まれる。

16:10～16:20 (2019年6月15日(土) 15:30～16:30 第5会場)

[O4-5] 心臓手術を受けた患者の情報探索行動

○宮田 洋¹、大川 宣容² (1. 日本赤十字社 高知赤十字病院、2. 高知県立大学 看護学部)

キーワード：心臓手術、情報探索行動

【目的】

本研究は、心臓手術を受けた患者の術前における情報探索行動を明らかにし、術前の効果的な看護実践の示唆を得ることを目的とした。本研究における情報探索行動とは、患者が手術時へのストレスをきっかけとし、手術のストレスを軽減するための対処として情報の探索を行い、次の行動などを決定するためにその情報を活用する

ことと定義した。

【方法】

研究協力施設及び研究協力者に対し、書面と口頭にて説明を行い、研究の同意が得られ、予定された心臓手術を受けた患者4名を対象に半構成的インタビューガイドを用いて面接調査を行った。面接内容から、心臓手術を受けた患者の術前における情報探索行動の内容をコード化し、類似したものをカテゴリーとしてまとめた。本研究は、高知県立大学研究倫理委員会および研究協力施設の承認を得て実施した。面接で得られたデータは、組織や個人が特定できないように匿名性の確保に努めた。

【結果】

研究協力者は、予定された心臓手術を受けた女性患者4名、年齢は60歳代～80歳代であった。心臓手術を受けた患者の術前における情報探索行動として、【自分自身の認識を言葉にして医師に伝える】【疾患や手術を受け止めるための情報を探す】【手術を受ける自分自身の目安になる人を探す】【術後の見通しをつけるための情報を探す】【集めた情報を吟味する】【手術に向かうために安心する情報を探す】【決意が揺らがないようにあえて他の情報を取り込まない】の7カテゴリーが抽出された。

【考察】

心臓手術を受ける患者は、医師から疾患や手術の必要性の説明を受けると【自分自身の認識を言葉にして医師に伝え（る）】たり、【疾患や手術を受け止めるための情報を探（す）】して今の状況を理解しようとしていた。また、【手術を受ける自分自身の目安になる人を探す】ことで死を意識することや自分が大変な状況であると認識することになり、手術を受ける自分自身の現状理解をしていた。そして、家族や本を用いて疾患や手術のことを調べ、経験者から術後の生活について聞き、【術後の見通しをつけるための情報を探（す）】し、自分自身の術後の生活をイメージしていた。情報が集まると心臓手術を受ける自分自身の納得につながっているのか【集めた情報を吟味（する）】し、必要であれば、次の行動を選択しながら手術に納得をして臨んでいた。さらに、手術に納得し、覚悟を決めると【手術に向かうために安心する情報を探（す）】して手術を受ける自分自身を後押しし、【手術への決意が揺らぐ情報をあえて取り込まない】ようにして手術への決意を固めていた。

以上のことから、心臓手術を受けた患者の術前における情報探索行動は、疾患や手術の必要性の説明を受けた時から手術を受けるまでの間に、自分自身の現状の理解や、術後の生活をイメージしながら、自分自身が命をかけて受ける心臓手術に納得をするために繰り返され、手術に納得すると、手術への決意が揺らがないようにするためにとられる対処行動であるとした。そして、現状理解を促す支援、術後の見通しをつける支援、手術への納得につながる支援、手術への決意を固める支援の必要性が示唆された。

一般演題（示説）

[P1] 心理・社会的ケア

座長:徳永 美和子(九州中央病院)

2019年6月15日(土) 14:40 ~ 15:30 第7会場 (B1F コンベンションホール)

[P1-1] 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査～自由記述内容のテキストマイニングによる分析

○大川 宣容¹、井上 正隆¹、田中 雅美¹、森本 紗磨美¹、岡林 志穂²、西塔 依久美³ (1. 高知県立大学看護学部、2. 高知医療センター看護局、3. 東京医科大学医学部看護学科)

14:40 ~ 14:47

[P1-2] 急性期病棟におけるエンドオブライフ・ケアに必要なコミュニケーション技法伝達の有効性

○鴨木 玲央¹、生田 由希子¹、岡田 奈津美¹、谷本 玲子¹ (1. 鳥取大学医学部附属病院HCU)

14:47 ~ 14:54

[P1-3] 脳血管疾患患者家族の病気の不確かさの急性期から亜急性期の変化

○林 みよ子¹ (1. 天理医療大学医療学部看護学科)

14:54 ~ 15:01

[P1-4] 集中治療室に緊急入室した患者家族に対する熟練看護師による看護支援と臨床判断

○渡邊 誠¹、杉崎 一美² (1. 市立四日市病院、2. 四日市看護医療大学大学院)

15:01 ~ 15:08

[P1-5] 意識障害のある若年患者の両親に対する代理意思決定支援

○荒木 彩衣¹、西畑 佐江子¹ (1. 神戸市立医療センター 中央市民病院 EICU/CCU)

15:08 ~ 15:15

[P1-6] 家族の支援で障害受容した耳鼻咽喉科術後患者への危機介入

○杉浦 陽子¹ (1. 千葉徳洲会病院)

15:15 ~ 15:22

14:40 ~ 14:47 (2019年6月15日(土) 14:40 ~ 15:30 第7会場)

[P1-1] 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査～自由記述内容のテキストマイニングによる分析

○大川 宣容¹、井上 正隆¹、田中 雅美¹、森本 紗磨美¹、岡林 志穂²、西塔 依久美³ (1. 高知県立大学看護学部、2. 高知医療センター看護局、3. 東京医科大学医学部看護学科)

キーワード：悲嘆ケア、救急看護

【目的】

救急外来看護師を対象として悲嘆ケアの実施について実態を把握するために調査を行った。本研究では、調査票の自由記述内容をテキストマイニングにより分析し、その特徴を記述することを目的とした。

【方法】

救命救急センターを標榜する全284病院の看護責任者宛に依頼文書を送付し、研究協力の可否と質問紙送付部数を確認し、最終的に92病院に1392通の調査票を送付した。673件を無記名直接郵送法で回収し、自由記載欄に悲嘆ケアに関する記述のあった266件を分析対象とした。自由記載の内容をテキストファイル化した後、KHCoder3 (樋口、2004) を使用してデータの概要を把握し、コーディングルールを作成し、記述内容を分類した。また、性別、経験年数、エンドオブライフケア研修受講の有無などの変数を外部変数として、対応分析とクロス集計を行った。なお、有意水準は5%とした。本研究は高知県立大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

266件の記述を分析対象とした。記述内容は712文で、総抽出語数は7160語であった。男性22名、女性241名、無回答3名であった。記述内容は、《介入の困難さ》118件(44.36%)《介入の工夫》107件(40.23%)《介入の迷い》85件(31.95%)《介入する看護師の姿勢》51件(19.17%)《救急外来での看取りの現状》34件(12.78%)《介入に伴うジレンマ》32件(12.03%)《介入の共有》27件(10.15%)《介入評価の困難さ》5件(1.88%)に分類できた。

外部変数とコードとの関連性では、救急外来での経験年数と《介入の工夫》、エンドオブライフケア研修受講の有無と《介入の共有》、忙しさ度合いと《救急外来での看取りの現状》、デスカンファレンスの有無と《介入の困難さ》で、それぞれ有意差を認めた。また、対応分析では、救急外来経験年数と記述内容の特徴として、0-3年は、「自分」「救命」「対応」、4-5年は、「経験」「実際」「行う」、6-10年は、「現状」「声」「ジレンマ」、10年以上は、「思い」「状況」「感じる」「考える」などがあつた。

【考察】

看護師は経験年数を重ね、《介入の工夫》を持つ一方、《介入に伴うジレンマ》を抱きながら、救急外来の特徴を考慮した家族へのかかわりを模索していると考えられた。また、《介入の困難さ》がある中でも、家族の反応を注意深く見ながら《介入の工夫》を実践し、看護師間で《介入の共有》をして、救急外来という場で必要となる介入を思案していると考えられた。救急外来では、短時間のかかわりとなることから《介入評価の困難さ》が《介入の迷い》を生じさせている可能性もある。介入の困難さを感じ、迷いながら介入する看護師が、家族にとって適した介入を考えていけるようにするためにも、チームでの振り返りの機会が重要であることが示唆された。

本研究は JSPS 科研費 16K159050001 の助成を受けた研究の一部である。

14:47 ~ 14:54 (2019年6月15日(土) 14:40 ~ 15:30 第7会場)

[P1-2] 急性期病棟におけるエンドオブライフ・ケアに必要なコミュニケーション技法伝達の有効性

○鴨木 玲央¹、生田 由希子¹、岡田 奈津美¹、谷本 玲子¹ (1. 鳥取大学医学部附属病院HCU)

キーワード：エンドオブライフケア

【はじめに】

当院 A病棟においては突如疾患によって死に直面する患者が多く入床している。そのような患者家族は予期しない急激な発症や病状の悪化、生命に対する不確かさによって多重なストレスを抱えている。そこで看護師は差し迫った死や来る死について考える人が最期まで最善の生を生きることができるよう支援する「エンドオブライフ・ケア」を実施していくことが重要であると言われている。しかし当病棟看護師は患者家族が予後説明を受けた後に困ることなく返答することができるかと答えたのは、全体56名中の約6割であり、患者家族のコミュニケーションに対して苦手意識を持っていると分かった。そこで看護師がエンドオブライフ・ケアに対して自信を持てるよう NURSE（命名、理解、承認、支持、探索）と沈黙・反復・問いかけのコミュニケーション技法に関する勉強会と患者家族へのコミュニケーションについてのロールプレイを実施した。そしてコミュニケーション技法が浸透することで、エンドオブライフ・ケアに関わる看護師の自信につながったのでその取り組みを報告する。

【目的】

看護師がエンドオブライフ・ケアに必要なコミュニケーション技法である NURSEと沈黙・反復・問いかけを習得しコミュニケーション技法の向上と家族看護の質の向上を図ることを目的とする。

【方法】

当院において長期的な視点での看護実践や倫理的根拠をもった看護の実践においては発達段階であるとされているクリニカルラダーのⅠ、Ⅱに該当する看護師は4年目以下のものである。つまり彼らにはエンドオブライフ・ケアの実践に関して苦手意識が有り、根拠を持ち実践できていないのではと考えた。そこで高次集中治療室の4年目以下の看護師に対して事前にメールにて本取り組みの参加について自由参加である旨を伝え、同意を得た看護師14名を対象とし、患者役、看護師役となりシナリオを確認する。次にシナリオをみない状態で、NURSEと沈黙・反復・問いかけのコミュニケーション技法を用いたロールプレイを実施。実施3ヶ月後に対象者にアンケートをとり、勉強会前後におけるエンドオブライフ・ケアの実践状況について確認する。また、質問紙は無記名で回収した。

【結果】

ロールプレイ直後の感想では「沈黙は実際にやってみると難しい。」「反復してもらおうと自分の考えをまとめることができた。」「自分からは話しにくいことでも問いかけてもらえると話しやすかった。」との意見があった。ロールプレイ前後でのアンケートの結果は「患者家族に行う看護に関して情報収集ができる。」が上昇。「家族に対するコミュニケーションに苦手意識がある。」が減少。「医師から患者の予後に関する説明を受けた後終末期に関して話ができるようになった。」が上昇していた。エンドオブライフ・ケアの実践状況に関しての看護師が患者家族との関わり方で心掛けていることは、NURSEを用いて話を聞くようになった。沈黙を用いて家族と関わるようになった。患者家族の言葉を反復しながら思いを受け入れるようにしているようになったとの回答があった。

【考察】

今回のロールプレイを通して新たなコミュニケーション技法を取得することで、看護師のエンドオブライフ・ケアを看護師の自信につながる一助につながった。今回の取り組みでは、エンドオブライフ・ケアの実践状況に関しては本人の自己評価を基にしている。当病棟ではエンドオブライフ・ケア援助士の育成にも取り組んでいるため、今後は専門的視点からみた、他者評価も行いエンドオブライフ・ケアの質の向上にも取り組む。

14:54 ~ 15:01 (2019年6月15日(土) 14:40 ~ 15:30 第7会場)

[P1-3] 脳血管疾患患者家族の病気の不確かさの急性期から亜急性期の変化

○林 みよ子¹ (1. 天理医療大学医療学部看護学科)

キーワード：脳血管疾患患者、家族、病気の不確かさ

【目的】

本研究の目的は、急性期にある脳血管疾患患者の家族成員の抱く病気の不確かさの変化を明らかにすることである。

【方法】

急性期〔集中治療室入室後2-3日目〕(T1)と亜急性期〔集中治療室から一般病棟への転棟1週間程度〕(T2)で、脳卒中患者の主な援助者となる家族成員を対象に「家族の病気の不確かさ尺度日本語版尺度(MUIS-FM-J)」(5段階。得点が高いほど不確かさが大きいことを示す)を用いてデータ収集した。対象者の属性とMUIS-FM-J得点の相関および2時点の得点差を比較した。分析はSPSS for Windows ver.19を用い、有意水準は5%未満とした。調査は研究者所属施設と調査協力施設の倫理審査で承認を受けて行った。質問紙は家族が心理的に安定していることを確認してから、本調査への協力の可否が治療や看護に影響しないこと・成果を関連学会で報告すること・質問紙は無記名であることなどを記載した文書を同封して配布し、郵送で返信とした。

【結果】

配布した20名のうち、T1で11名・T2で12名から回答を得、MUIS-FM-J得点はそれぞれ85.8と78.0であった。MUIS-FM-J得点と属性との間に相関関係はなかった。両時点の回答者は7名で、患者は平均66.7歳で「手助けを受ければかなり自分でできる」が半数の4名、対象者は平均67.7歳、妻4名・夫1・息子1名・実母1名、全員が患者と同居、2名が仕事を持っていた。この7名の分析は以下のとおりであった：平均MUIS-FM-J得点は84.0(T1)から82.1(T2)と不確かさは改善したが、2時点での有意差はなかった。T1のMUIS-FM-J各項目について高得点は得点順に、「病がどれくらいで終わるのか予測できる」(4.00)、「退院したらどのように私は家族の世話をして行くのか漠然としている」(3.86)、「家族に何が起こるのかはっきりしない」(3.57)、「他に悪いところは何も見つからないことを確信している」(3.43)、「病気の経過は変化を続けている。調子の良い日もあれば悪い日もある」(3.29)、「症状は予測なく変化を続ける」(3.29)であったが、「他に悪いところは何も見つからないことを確信している」をのぞいて、T2ではそれぞれ3.71、2.86、2.29、2.71、2.71と低下した。また、「必要時にはそこにいる看護師に私は頼ることができる」と「医師や看護師は日常的な言葉を使ってくれるので行っていることは理解できる」はいずれも逆転項目であるが、T1の1.57点がT2で2.43点に上昇した。

【考察】

T1では患者の病状変化の不確かさが大きかった。急性期は病状変化の先を判断しがたく、経過を見て判断するといった説明をされることが多いため、病状変化を不確かに捉えた可能性がある。先行研究(2014)では、MUIS-FM-Jは入院2日目100.8、3-13日目81.3と有意に低下しており、本研究とは異なる結果である。この先行研究は、調査時期や家族状況は類似するが、脳血管疾患以外に脳腫瘍患者も多い点が本研究と異なっていることから、患者の疾病経過が家族の病気の不確かさに関係する可能性が考えられる。看護師は、医師からの説明時の反応や患者の発症経過を踏まえて、家族の不確かさを判断する必要があると考える。また、本研究では、医師や看護師の存在や対応に関する項目は、わずかながらT2で上昇していた。これは、一般病棟では集中治療室のような密接な関わりが難しいために、家族は医師や看護師に頼りなさのようなものを感じる可能性がある。

15:01 ~ 15:08 (2019年6月15日(土) 14:40 ~ 15:30 第7会場)

[P1-4] 集中治療室に緊急入室した患者家族に対する熟練看護師による看護支援と臨床判断

○渡邊 誠¹、杉崎 一美² (1. 市立四日市病院、2. 四日市看護医療大学大学院)

キーワード：集中治療室、家族看護、臨床判断

【目的】

集中治療室（Intensive Care Units：ICU）に緊急入室した患者家族の特徴として、突然の出来事に患者だけでなく家族成員がそれぞれ激しく混乱し、深刻な危機に陥っている。そのため危機状況に陥っている家族に対する看護支援も重要であるが、現実には患者への対応が主となり、家族に対して十分な支援ができていない。一方、エキスパートナースにおいては家族の些細な言動から臨床判断し看護支援を行っている場面をみることがある。本研究の目的はICUへ緊急入室した患者の家族に対して、熟練看護師による看護支援とその支援に至った臨床判断の特徴を明らかにすることである。

【方法】

質的帰納的記述的研究デザイン。データ収集期間は2015年10月19日～11月25日。研究対象者はICUを有するA県内の2総合病院に勤務する看護師経験7年以上、ICU経験5年以上で現在もICUで勤務している看護師である。調査内容は、①緊急入室時の患者の家族に行った具体的な支援内容、②支援を行うに至った理由、の2つを主軸としインタビューガイドに基づき半構造化面接法を行った。分析方法は、Berelson, B.の内容分析の手法を参考に、逐語録をコード化し、コードの類似性に基づき分類しサブカテゴリーを作成した。さらにサブカテゴリーの類似性に基づきカテゴリー、コアカテゴリーとした。

【倫理的配慮】

本研究は所属大学および研究協力病院の倫理委員会による承諾を得て実施した。研究協力者に研究目的、方法、病院・個人が特定できないような配慮、プライバシーの保護について文書および口頭にて説明し、病院および個人が特定されるようなデータを全て削除し匿名性に努めた。

【結果】

研究対象者は5名、看護師の臨床経験年数は平均17年、ICU経験年数は平均8.6年であった。以下コアカテゴリーは【】、カテゴリーは<>で示す。ICUへ緊急入室した患者の家族に対する熟練看護師による看護支援は、5つのカテゴリー<入室前に行う患者と家族に関する情報収集><看護チームの調整><家族への安心感・支持の提供><家族が患者へ近づけるための支援><状況に応じた家族への情報提供>から、【危機的状況から脱するための支援】のコアカテゴリーが抽出された。熟練看護師の臨床判断は、6つのカテゴリー<家族の状況を把握するための心構え><看護師側の受け入れ体制の査定><家族の心理・情緒面に関する情報の把握および分析><家族間のサポート力の査定><家族の状況に適した支援内容の選択><支援の継続の必要性を判断><家族に応じた説明の内容と説明時期の決定>から、【家族の全体像を形成】【家族が良好な状態に向かうための判断】の2つのコアカテゴリーが抽出された。

【考察】

ICUへ緊急入室した患者の家族に対して熟練看護師による看護支援の特徴は、看護チームの調整を行いながら、家族が安心感を得られ患者に近づけるための支援から、状況に応じた情報提供を行い、全体として危機的状況から脱する支援を行っていた。その背景にある臨床判断の特徴は、過去の経験知を基盤とし、入室前の情報から推測した家族像と、直接対面した時の状況を総合的に分析して家族の全体像を形成させ、さらに家族が良好な状態に向かうための判断をしていた。看護支援と臨床判断の様相は、家族が危機的状態から脱することを目的としてほぼ同時に行われ、看護支援の最中にも継続的に家族の状況を評価・判断し、最初に形成した家族の全体像を修正・追加するという看護支援と臨床判断のサイクルを短時間のうちに繰り返し連続的に行っていると考えられた。

15:08～15:15 (2019年6月15日(土) 14:40～15:30 第7会場)

[P1-5] 意識障害のある若年患者の両親に対する代理意思決定支援

○荒木 彩衣¹、西畑 佐江子¹ (1. 神戸市立医療センター 中央市民病院 EICU/CCU)

キーワード：代理意思決定支援、若年患者、意識障害

【目的】

突如脳症により意識障害を来した若年患者の両親が代理意思決定を行う過程での看護実践や多職種との関わり

を振り返り、患者や家族の思いを尊重した看護とは何かを明らかにする。

【方法】

対象：神戸市内の救急救命センターに入院した A氏（20歳代女性）とその家族

方法：診療録から A氏とその家族との関わりを抽出し、A氏について代理意思決定のプロセスについてまとめた。

【倫理的配慮】

対象の家族に対し研究の目的を説明し、本人が特定されないよう配慮すること、いつでも辞退できることを説明し、口頭と文書にて同意を得た。

【結果】

A氏は、自己免疫性脳炎の疑いで緊急入院となり、様々な治療が施されたが意識状態の改善は見られなかった。その後小康状態を保っていたが腸炎による敗血性ショックで心肺停止状態となり、非閉塞性腸管虚血に対しては手術が必要な状態であったが、現状を考えると術中死のリスクが高い上に術後合併症の発症も免れない状況となった。

医師より家族に対して上記の内容を含め、全身状態は非常に厳しく、意識の回復も望めない状態であることの説明がされた。しかし、家族より現状の説明だけでは「見通しが分からない。今後どうしたらいいのか分からない。」という発言が聞かれたため、説明の内容や家族の思いを共有する場として医療者間で多職種カンファレンスの場を設けた。その後、家族に対し今後の状況を含めた説明を行い、手術は行わず内科的治療のみ行い急変時は蘇生措置を行わないこととなった。しかし、翌日に父より「やはり手術をして欲しい。」という申し出があり、再度話し合いの場を設け両親の思いを確認した。両親は「親としてできることはしたい」という思いと、「でも、A氏は痛いことは嫌だろう」という思いの間で揺れ動いていたが、最終的にA氏の思いを代弁し手術など侵襲的な処置は行わない方針となった。経過の中で方針が決定していても、現状に対し両親から「もうできることは何も無いということですか。」という発言が聞かれるようになった。そのため、A氏の尊厳を護り最期までA氏らしく生を全うできるようにすることはないと家族とともに考え、今までの関わりからA氏が大事にしている整容のケアを中心に行った。また、A氏の様子や面会者のメッセージなどなんでも記載できる日記帳を作成し、看護師、家族や面会者へ記載を依頼すると、A氏の今までの人生やA氏へのたくさんの愛情が刻まれていった。

これらの関わりの結果、両親は最終的にはA氏の思いを尊重した代理意思決定を下すことができ、A氏との最期の時間を穏やかに過ごすことができた。

【考察】

A氏の厳しい状況を見守る中、両親からは混乱や迷い絶望が感じられたが、言葉の端々から意識改善へのわずかな希望を持っているものと考えられた。そこで、多職種カンファレンスを開催し、家族へ一貫した説明を行う目的で、治療や目標の共有を行い、家族の声を看護師が代弁したことで、家族の求めている内容の説明となり納得した上で治療方針の合意ができたと考える。

また、医師が父の「やはり手術をしてほしい」という思いを受け止めた上でA氏の思いを尊重した助言を行った。さらに、看護師が両親の思いを支持し、A氏のこれまでの人生を振り返ったことで、A氏らしい人生を最期まで全うすることが出来ていると感じられたのではないかと考える。両親の「もうできることは何もないのですか」といった発言に対して、整容へのケアを継続し行ったことや、日記帳の作成がA氏の人生観を理解し、尊厳を守ることに繋がったと言える。そしてそれらのことが、揺れ動く両親の代理意思決定を支援したのではないかと考える。

15:15 ~ 15:22 (2019年6月15日(土) 14:40 ~ 15:30 第7会場)

[P1-6] 家族の支援で障害受容した耳鼻咽喉科術後患者への危機介入

○杉浦 陽子¹ (1. 千葉徳洲会病院)

キーワード：顔貌の変化、家族の支援、障害受容

【目的】

耳鼻咽喉科術後患者への危機介入による検討

【方法】

対象: 1)氏名: M氏 2)年齢: 40代 3)性別: 女性 4)診断名: 舌根部癌 5)術式1回目: 右舌癌摘出・下顎区域切除・右ND・左外側大腿皮弁再建術 2回目: 左大胸筋皮弁再建術 6)家族構成: 独身・家族は姉家族

方法: 看護記録から、面会状況・言動・表情を調査し、M氏の変化と危機プロセス・看護を振り返る。本研究は当病院倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

術後1日目。M氏が涙を流して不安を筆談で訴え、看護師が傾聴する。面会時、姉が号泣する。私は、M氏と姉の面会の様子を見て、M氏にとって、姉との面会が本人の精神的回復に大きな影響をもたらすと考え、面会時間制限解除を提案し、プライベート空間の保持に努めた。姉は毎日必ず面会に訪れ、カーテンで仕切ったプライベート空間で、30分から90分程度面会する。一般病棟転棟予定日に皮弁壊死部位出現し、M氏と姉へ皮弁壊死と有茎皮弁再手術のICあり。M氏は、再手術を受け止められず、姉の支援で再手術を決意するが、精神的に不安定となり、姉が面会時間外も付き添う。翌日、皮弁壊死する。M氏と姉は、再手術で歯を残すことを強く希望する。再手術当日、M氏の表情は暗い。術中、姉の承諾で、下歯全抜歯する。再手術1日目。M氏へ下歯全抜歯をICする。M氏の表情は浮かない。姉も落ち込んだ様子のため、M氏と姉、ふたりきりで過ごしていただく。翌日、M氏が「頑張ります。」と筆談する。その後、M氏の表情が明るくなり、前向きな発言や笑顔がみられ、ICUから病棟へ転棟する。

【考察】

患者にとって、家族による支援の大きさは、家族間の関係性やつながりが関係する。そして、クリティカルな状況に置かれた患者と家族は、さまざまなストレスを抱えて、精神的危機状況となる。この危機状況によって心理的恒常性が損なわれるところから、その恒常性を取り戻し、適応へと至る心の過程を記述するものが、危機理論である。フィンク危機モデルの受容段階には、①衝撃段階②防衛的退行段階③承認段階④適応段階がある。M氏は、術後の状態にショックを受け、衝撃段階となる。その後、皮弁壊死となり、再び大きなショックを受ける。私は、精神不安が増強する可能性があるとしてアセスメントし、不安を、患者の表情や言動で評価した。M氏は、毎日、姉とふたりで話をし、信頼する相手と心を開ける時間を持つことで、防衛的退行から承認へと変化していった。そして、再手術2日目に「頑張ります。」という初めて前向きな発言が聞かれた。M氏は、絶え間ない家族の支援を受けることにより、承認、適応段階へと辿りつくことができたと思われる。危機は、適応への過程における一時的な心理防衛反応と言える。しかし、様々な要因から不適応反応が悪化する患者もあり、精神的危機状況への支援は非常に重要である。耳鼻咽喉科術後患者は、患者自身が自分を受け入れられずに苦しみ、自己の存在意義を否定的に捉えることがある。また、家族も患者と同じように大きなショックを受け、現実を受け止めきれず、苦しむ。だからこそ、患者と家族を分けて考えるのではなく、家族を丸ごとの単位として考え、看護を提供する必要がある。耳鼻咽喉科術後患者は、危機プロセスの各段階を乗り越えて、顔貌や機能的変化を受容しなければならない。私達看護師は、患者が術後の変化を受け入れ、変化した自己の価値を認め、その後の人生を前向きに考えるように援助しなければならない。

一般演題（示説）

[P2] 教育

座長:水流 洋平(日本看護協会看護研修学校)

2019年6月15日(土) 15:40 ~ 16:30 第7会場 (B1F コンベンションホール)

[P2-1] 周術期患者の事例を用いた看護過程演習の評価

○三木 珠美¹、田中 博子¹ (1. 創価大学看護学部)

15:40 ~ 15:47

[P2-2] 救命救急センター再編成における看護師のワーク・モチベーションの変化

吉留 瑞紀¹、○楠生 和希¹、水野 雅子¹ (1. 日本医科大学千葉北総病院)

15:47 ~ 15:54

[P2-3] 虚血性心疾患で入院となった患者の家族への退院指導～胸骨圧迫の実技指導を導入して～

○宇佐美 真鈴¹、坂口 由布子¹、恩部 陽弥¹ (1. 鳥取大学医学部附属病院CCU病棟)

15:54 ~ 16:01

[P2-4] グッドレポート提出促進に向けた取り組み

○米山 夏実¹、工藤 理以奈¹、高橋 舞香¹、山田 翔生¹ (1. 北里大学病院救命救急・災害医療センター)

16:01 ~ 16:08

[P2-5] クリティカルケア領域における新人看護師の困難に関する文献的考察

○荒川 祐貴¹、富田 亜沙子²、茂田 玲子²、矢富 有見子² (1. 国立看護大学校 研究課程部 後期課程、2. 国立看護大学校)

16:08 ~ 16:15

15:40 ~ 15:47 (2019年6月15日(土) 15:40 ~ 16:30 第7会場)

[P2-1] 周術期患者の事例を用いた看護過程演習の評価

○三木 珠美¹、田中 博子¹ (1. 創価大学看護学部)

キーワード：看護過程、周術期、演習、評価、成人看護学急性期

【研究目的】

成人看護学急性期領域における周術期の看護過程演習の教育効果について評価し、学生の理解と知識の定着に向けた授業改善を検討する目的で研究を行った。

【研究方法】

- 1) 対象者：成人看護学急性期領域で看護過程演習を受けたA看護大学生。
- 2) 調査内容：ゴードンの機能的健康パターンを用いて「周術期の大腸がん患者」の事例にて看護過程の展開を演習で実施した。演習を評価するため、特に重要とされる4パターン「健康知覚-健康管理・栄養-代謝・排泄・活動-運動」に対し、8項目の評価表（リッカート1-5点）を作成し、合計40点満点とした。(1)演習にて記述したアセスメント内容を学生が自己評価し、同様に教員も評価を実施した。(2)知識の定着を評価するために、定期試験では、「周術期の胃がん患者」のミニ事例を用い、4パターンのアセスメント記述を出題し、演習と同様の評価表を用いて教員が採点し評価した。
- 3) 分析方法：単純記述統計を行った。
- 4) 倫理的配慮：A大学倫理審査の承認を得た後、学生に口頭と紙面で説明して実施した。

【結果】

調査対象者は76名であった。(1)演習の学生評価の平均点は27.09点、教員評価の平均点は24.25点で、学生の自己評価の方が高い傾向にあった。(2)試験評価の平均点は24.25点であり、演習の教員評価と同点数であった。(3)アセスメント項目ごとでは、試験評価において平均点が最も低いのは、「健康知覚①」であり、次に「活動⑧」であり、「栄養④」「排泄⑥」についても3点以下であった。

【考察】

演習評価と試験評価における教員の点数に差がなかったことから、演習において一定の知識とアセスメント能力の習得ができていていると考える。アセスメント項目ごとでは、「健康知覚①」は、試験評価だけでなく演習評価ともに低く、病期と治療との関係の理解が弱いと考える。また、「栄養④」の試験評価が低いのは、解答内容から創感染と縫合不全の区別が理解できていないことが考えられる。「離床⑧」では、学生の自己評価は高いが、試験評価の点数が低いのは、離床の阻害要因は一つではなく複数関連していることへの理解が弱いと考える。本研究から、周術期の看護過程において学生の理解の弱い部分が明らかとなり、今後それらに関して演習の教育指導方法の改善と強化が必要であることが示唆された。

15:47 ~ 15:54 (2019年6月15日(土) 15:40 ~ 16:30 第7会場)

[P2-2] 救命救急センター再編成における看護師のワーク・モチベーションの変化

吉留 瑞紀¹、○楠生 和希¹、水野 雅子¹ (1. 日本医科大学千葉北総病院)

キーワード：救命救急センター、病棟再編成、ワーク・モチベーション

【目的】

A病院の救命救急センターは、2次3次救急患者の受け入れやドクターヘリを運行しており、外傷患者を始め多くの重症患者を受け入れている。2018年8月、救命救急センターが再編成され3部署より39名の看護師が集まることとなった。救命救急センター再編成に向け、必要とされる知識の習得、働きやすい職場環境の整備、人間関係の構築を目的に、事前取り組みとして2対1未経験の看護師へ、知識や技術の勉強会と1か月間のICU研修を実施し

た。また、全看護師へ、自主参加型のチーム活動（業務手順・看護手順・電子カルテ運用・物品の準備と配置について希望者を募りチームを編成し、開設に向けた取り組み）を実施し、さらに、3部署の看護師達で交流会を実施した。今回、事前の取り組みを実施したことが、「看護師のワーク・モチベーション」にどのような変化をもたらすのか調査する事を目的とした。

【方法】

「看護師のワーク・モチベーション測定尺度」¹⁾（①スタッフとの調和を保つこと、②スタッフ同士で話をする時間をもつこと、③他職種と連携をとること、④患者や家族の力を信じること、⑤患者や家族の個別的なニーズに柔軟に応えること、⑥よりよいケアを工夫すること、⑦看護師として業績を残すこと、⑧リーダーシップをとること、⑨看護師としての将来の目標を達成すること、⑩適切に感染予防対策を実施すること、⑪業務で生じるストレスに対処すること、⑫確実にリスクを回避すること）を用い、4段階評価（最小1点～最高4点）の質問紙を作成し、2018年10月（1回目）と2019年1月（2回目）、調査を実施した。調査対象は、臨床経験2年目～16年目の救命救急センター看護師32名とした。結果の分析は、単純集計と2群間の比較はMann-WhitneyのU検定を行った。なお、本研究はA病院倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果・考察】

1回目の回収は32名中、24名で回収率は75%、2回目の回収は32名中、20名で回収率は62.5%であった。全体の集計結果の1回目と2回目を分析したところ、⑪業務で生じるストレスに対処することにおいて有意差を認めたが、これは、救命救急センター病床編成後、少しずつ環境や業務に体が慣れ、ストレスに対処しなければならない機会が減少していったためだと考えられた。また、チーム活動への参加や研修・講習会への参加、日々の交流、上司との面接を通して知識面や人間関係などの不安の軽減が図れていった結果が影響したのではないかと考えた。

チーム活動参加の有無と看護師経験年数別に集計して比較を実施した結果、チーム活動の参加の有り群と無し群では、1回目と2回目では有意差はみられなかったため、平均値で比較をした。その結果、参加有り群の平均値が参加無し群よりも全体的に高得点であった。これは、自主参加型のチーム活動（業務手順・看護手順・電子カルテ運用・物品の準備と配置など）により、自分達で救命救急センターを一から作り上げることが仕事へのやりがいとなり、ワーク・モチベーションの維持へつなげたのではないかと考えられた。

今回の研究では、質問紙調査の参加者が一致していなかったこと、変化をみるには3か月と期間が短かったこと、また、ワーク・モチベーションには個人要因、環境要因など様々な要因が影響して変化することから、これらの要因をどのように評価、考察していくかが今後の課題となった。

【引用文献】

1) 西村夏代, 井出涼介, 中嶋和夫, 山口三重子: 看護師のワーク・モチベーション測定尺度の開発, 社会医学研究 第34巻 第2号 Vol.34 (2) 2017 (尺度作成者へ使用許可済)

15:54 ~ 16:01 (2019年6月15日(土) 15:40 ~ 16:30 第7会場)

[P2-3] 虚血性心疾患で入院となった患者の家族への退院指導～胸骨圧迫の実技指導を導入して～

○宇佐美 真鈴¹、坂口 由布子¹、恩部 陽弥¹ (1. 鳥取大学医学部附属病院CCU病棟)

キーワード: 退院指導、実技指導

【目的】

日本では1995年以降、脳卒中は減少しているが、虚血性心疾患の死亡率は横ばいで推移しており、なかでも冠動脈疾患は相対的には増加している。中でも急性冠症候群は突然死の原因として最も多く、病院到着前に死亡する場合も少なくない。

A病院心疾患集中治療室（以下CCU病棟）では、虚血性心疾患患者の入院も多く、退院指導の一環として患者の家族へパンフレットを使用した心肺蘇生法を口頭で説明する指導を行ってきた。

今回、虚血性心疾患で入院となった患者家族の退院後の不安軽減を図る目的で、心肺蘇生法の指導を見直し、口頭での指導から胸骨圧迫の実技指導を導入した取組を報告する。

【方法】

準備期間：2018年6月～8月

- ・実技指導実施マニュアル、実技指導チェック表作成
- ・A R C S 動機づけモデルを参考に、魅力ある指導法について救急看護認定看護師より全スタッフへ研修会を実施。併せて、指導の目的、方法をスタッフへ周知した。
- ・虚血性心疾患患者用の退院指導パンフレットの見直し。
- ・全スタッフが統一した指導ができるよう、音声入りのDVD指導用教材を作成。

指導実施期間：2018年8月～2019年1月

- ・指導時期の決定：ピークCPK値、合併症の有無等をもとに主治医と入院期間についてカンファレンスを実施し指導時期を検討。最終的には指導を受ける家族と調整し指導日時を決定。
- ・実技指導実施マニュアルに基づき、家族へ胸骨圧迫の実技指導を実施。
- ・実技指導では、まずDVD教材を試聴してもらい、その後蘇生人形を用いて実際に胸骨圧迫を実践。
- ・指導者は実技指導チェック表に基づきチェックを行い、家族の理解度を確認した。
- ・指導時の家族の反応や様子は看護記録に記載し、CCU病棟一循環器一般病棟スタッフで共有できるようにした。

【倫理的配慮】

実技指導を受けなかったことで患者家族に不利益が生じないこと、発表の際には個人が特定されないことを口頭で説明し同意を得た。

【結果】

2018年8月～2019年1月末までにCCU病棟入院となった患者は144名であり、そのうち虚血性心疾患患者は47名であった。死亡退院、指導を希望しない家族を除いた37名の患者家族に胸骨圧迫の実技指導を行った。患者の85%は初回発症であった。年齢構成は30～90歳台で60～70歳台が最も多く、男女比は8：2で男性が多い結果となった。指導を受けた家族と患者の関係性は、配偶者が49%で最も多く、子ども32%と続いた。指導を受けた家族からは「意外と力が要る」「体験するとしないとでは違うのでやって良かった」「知識を得ることが出来て良かった」等の感想が聞かれた。

【考察】

虚血性心疾患で入院となった患者の家族の9割が胸骨圧迫の実技指導を希望されていた。近年、テレビやインターネット等から情報を得ることができ、虚血性心疾患が突然死の原因となること等一般市民の認知度が向上していることも、胸骨圧迫の実技指導の希望が高かった理由と考えられる。また指導方法をパンフレットの読み合わせによる口頭だけでなく、体験型の実技指導を取り入れたことは、受講者の興味・関心・満足度の向上に繋がりが学習効果が高いと言われており、胸骨圧迫の実技指導の導入は有効であったと推察される。

16:01～16:08 (2019年6月15日(土) 15:40～16:30 第7会場)

[P2-4] グッドレポート提出促進に向けた取り組み

○米山 夏実¹、工藤 理以奈¹、高橋 舞香¹、山田 翔生¹ (1. 北里大学病院救命救急・災害医療センター)

キーワード：救命救急、インシデント、レベル0

【はじめに】

クリティカル看護領域における、リスク感度向上に向けた取り組みとして、2017年度よりグッドレポートを導入し、インシデント「レベル0」提出促進する活動を実施したため報告する。

【目的】グッドレポートの件数増加を目標。

【研究デザイン】実践報告

【取り組み】

2017年度：計画①グッドレポートの概要を明確化し、スタッフへ周知する②ルールを遵守、エラー拡大阻止し患者へ害を与えなかった出来事はグッドレポートとして報告する③勤務終了時デブリーフィングで共有し、デブリーフィングシートに簡潔的に記載する④始業前の全体の申し送りで、インシデントレポートと同様に読み上げ周知する。⑤グッドレポート件数を50件/年以上報告を目標とした。

2018年度：計画追加⑥当病棟のリスク係がデブリーフィングシートに書かれた内容を代理入力することを係活動とした。⑦グッドとなる出来事を発見した場合は積極的に「それグッドだよ」とリアルタイムで声を出し認識を持たせる行動をした。

【情報収集期間】2017年4月から2019年2月までのグッドレポート件数を算出し、内容を分析する。

【倫理的配慮】

個人が特定できないよう配慮、対象は自由意思が尊重され不利益は生じないことを説明し同意を得た。データはパソコン内に保管、管理者がアクセス権を限定し管理した。

【結果】

2017年4月から2018年3月までのグッドレポート提出件数は25件、2018年4月から2019年2月までの件数は80件であり報告件数は上昇し目標は達成できた。合計件数105件の内容を分析した結果、A)患者へ実施されたが早期発見によりエラー拡大阻止できた21%、B)ルールを遵守した結果、準備時に薬剤、経管栄養、食事内容、患者誤認を予防できた17%、C)疑義照会し患者へ影響を与えることなくエラーを阻止できた32%、D)療養上の世話・看護20%、E)その他10%に分類できた。その中でも疑義照会をしたことでエラーを阻止できた事例が多かった。内容は特に薬剤関連が多く、使用経験のない薬剤やカリウム含有量などを薬剤師や医師へ確認した内容であった。次に経管栄養量や食事の配膳前に実際の食事箋とワークシートの内容が違うことに気づき、医師や栄養部へ確認しエラーを阻止できた内容であった。

【考察】

野中ら¹⁾は、インシデントレポートの提出を拒む理由としては時間的余裕がないことと心理的負担が考えられると述べている。グッドレポート提出件数が上昇した理由として、病棟スタッフへの聞き取りより「入力する時間的余裕がない」「面倒くさい」「自分の出来事を書くことに躊躇がある」との意見があった。時間的余裕は、リスク係の役割として認識し代理入力したことで補うことができた。心理的負担は、グッドとなる出来事を「それグッドだよ」と声に出しフィードバックしたことで、提出が促進されたと考える。エラーを阻止することができた事例から、リスク感度は向上していると推測できる。業務上のハイリスクな状況下で、安全管理の為に、危機管理の原則を理解し、周到的な準備と対応が必要であると考え。今後、看護・医療を可視化し、質の向上に繋がられるよう活用することも可能なのではないかと考え、この取り組みを継続する。

<引用・参考文献>1)野中 悠・小澤千恵・谷島春江：看護職のヒヤリハット提出促進に関する現状と課題，第45回日本看護学会論文文集 看護管理 P276-279 2015年

16:08～16:15 (2019年6月15日(土) 15:40～16:30 第7会場)

[P2-5] クリティカルケア領域における新人看護師の困難に関する文献的考察

○荒川 祐貴¹、富田 亜沙子²、茂田 玲子²、矢富 有見子² (1. 国立看護大学校 研究課程部 後期課程、2. 国立看護大学校)

キーワード：クリティカルケア、新人看護師、困難

【背景】

入院期間の短縮や医療の高度化に伴う救命率の上昇により、病院の急性期化は進み、重症・集中ケアを要する患者が増加している。それに伴いクリティカルケア領域の看護師の需要が高まるとともに、高度先進医療に対応し、心身ともに脆弱な患者の療養を支えるクリティカルケア看護師のさらなる役割発揮が期待されている。その一方で、常に命と向き合い緊張感の漂う場の特殊性から、クリティカルケア看護師のストレスの高さやバーンアウト

ウトの多さも指摘されている。加えて看護基礎教育の段階では、クリティカルケア看護といった専門に特化した教育はほとんど行われていない。そのため多くの看護師は、就職後に各施設の取組みや個人の自助努力により専門性を高めているのが現状である。このような看護基礎教育と臨床現場の乖離を小さくし、今後の社会においてますます必要性が高まるクリティカルケア領域の看護師を確保していくことが重要となる。そのためには臨床現場で新人看護師が直面している困難を勘案し、大学における看護基礎教育を考えていくことが必要である。

【目的】

本研究では、クリティカルケア領域に配属となった新人看護師の困難を明らかにすることを目的とする。

【方法】

医中誌 Webで、過去10年以内（2009年～2018年）に発表された原著論文を対象に、クリティカルケア領域における新人看護師の困難に関する文献を検索した。キーワードは「クリティカルケア看護 or急性期看護」「クリティカルケア or集中治療」「臨床能力 or実践能力」「新人」「困難」を用いた。得られた文献を精査し、研究目的に沿う文献のみを分析対象とした。さらに各文献の参考文献を基に、関連するものを追加した。分析では、得られた文献を精読し、研究結果からクリティカルケア領域における新人看護師の困難に沿った記述を抽出した。その上で、類似した内容を集め、意味内容を考え、カテゴリー化した。なお、倫理的な配慮として、著作権を侵害しないため文献の引用を正確に行い、出典を明記した。

【結果】

検索で得られた文献は19件であった。内容を精査した上で、クリティカルケア領域に特化せず幅広い病棟を対象としたものや新人看護師の困難以外に焦点があてられたものなど、研究目的に合致しない文献を除外した。なお、本研究の分析方法を鑑み、質的研究法を用いた文献のみを分析対象とした。各文献の参考文献を基に関連する文献を追加し、最終的に7文献が分析対象となった。7文献の研究対象には全て新人看護師が含まれていたが、その定義は就職後3ヶ月～2年目までと文献によって様々であった。ただし、いずれも看護基礎教育を終え、免許取得後すぐにクリティカルケア領域（集中治療室、SICU、ERなど）に配属された者を指していた。7文献の研究結果からクリティカルケア領域における新人看護師の困難を抽出したところ、クリティカルケアという独特の環境に圧倒されている様子や、期待されるクリティカルケア看護師の役割に大きなプレッシャーを抱いていることが明らかとなった。加えて、自身の知識や看護技術に自信が持てず、研鑽が必要だと焦る一方で、新たな生活になじめずどのように対処して良いのかがわからず戸惑っている様子が示された。

【考察】

クリティカルケア領域における新人看護師の困難には、クリティカルケア領域に特有のものから、領域を問わず新人看護師に共通のものまで幅広く含まれていた。これらの困難を念頭に置き、今後の大学における看護基礎教育の在り方を検討していくことが求められる。

会員総会

[GM] 会員総会

2019年6月15日(土) 13:10 ~ 14:00 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[GM] 会員総会 議事次第・資料

13:10 ~ 14:00

13:10 ~ 14:00 (2019年6月15日(土) 13:10 ~ 14:00 メイン会場)

[GM] 会員総会 議事次第・資料

1. 報告事項

- 1) 理事会・社員総会報告
 - 2) 平成30年度事業報告
 - 3) 平成30年度委員会活動報告
 - 4) 平成30年度収支決算及び監査報告
 - 5) 令和元年度事業計画
 - 6) 令和元年度委員会活動計画
 - 7) 庶務報告
 - 8) 第17回学術集会長
 - 9) 新役員の紹介
2. 令和元年優秀・奨励論文賞表彰
 3. 第16回学術集会長挨拶

臨床推論ラリー

[RL] 臨床推論ラリー

2019年6月15日(土) 14:20 ~ 17:20 エントランスホール(エントランスホール)

ポスター(貼付・閲覧)

[PP] ポスター貼付

2019年6月15日(土) 09:00 ~ 10:15 第7会場 (B1F コンベンションホール)

ポスター(貼付・閲覧)

[PP] ポスター閲覧

2019年6月15日(土) 10:15 ~ 14:40 第7会場 (B1F コンベンションホール)
