

2018年6月30日(土)

第1会場

集会長講演

集会長講演

安全と安心を信頼に繋ぐ

座長:清村 紀子(大分大学医学部看護学科)

09:40 ~ 10:30 第1会場 (5階 大ホール)

[PL] 安全と安心を信頼に繋ぐ

- 佐藤 憲明^{1,2} (1.日本医科大学付属病院 看護部, 2.富山大学大学院博士課程生命臨床医学専攻 危機管理医学・医療安全学)

2018年6月30日(土)

第1会場

特別講演

特別講演1

クリティカルケア領域に求められる危機管理と医療安全の最新動向

座長:松月 みどり(東京医療保健大学和歌山看護学部)

10:45 ~ 11:45 第1会場 (5階 大ホール)

[SL1] クリティカルケア領域に求められる危機管理と医療安全の最新動向

○奥寺 敬 (富山大学大学院医学薬学教育部危機管理医学・医療安全学)

特別講演

特別講演2

高度救命救急センターにおける終末期—看取りの場としての役割—

座長:山勢 博彰(山口大学大学院医学系研究科)

14:30 ~ 15:30 第1会場 (5階 大ホール)

[SL2] 高度救命救急センターにおける終末期—看取りの場としての役割—

○三宅 康史^{1,2} (1.帝京大学医学部 救急医学講座, 2.帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

2018年6月30日(土)

第2会場

招聘講演

招聘講演1

The future of neuroscience critical care is exciting

座長:山勢 善江(日本赤十字九州国際看護大学)

14:30 ~ 15:30 第2会場 (5階 小ホール)

[IL1] The future of neuroscience critical care is exciting

○DaiWai Olson (Neurosurgery, University of Texas
Southwestern, USA)

2018年6月30日(土)

第3会場

教育講演

教育講演1

看護師と共に考える ICUでの感染症マネジメント：予
防・診断・治療

座長:尾野 敏明(杏林大学医学部付属病院)

14:30 ~ 15:30 第3会場 (2階 桃源)

[EL1] 看護師と共に考える ICUでの感染症マネジメント：予
防・診断・治療

○志馬 伸朗 (広島大学大学院医歯薬保健学研究科救急集中治
療医学)

2018年6月30日(土)

第1会場

シンポジウム

シンポジウム1

チーム医療の充実と安全管理の成果 チームステップスの構築

座長:道又 元裕(杏林大学医学部附属病院 看護部), 座長:久間 朝子(福岡大学病院看護部 救命救急センター)
15:40 ~ 17:40 第1会場 (5階 大ホール)

[座長の言葉] 医療安全とチーム医療に纏わる話題提供

○道又 元裕 (杏林大学医学部附属病院 看護部)

[S1-1] 自施設 ICUスタッフのノンテクニカルスキルの現状と課題

○大槻 勝明 (土浦協同病院 GICU)

[S1-2] 当院の RRS・RSTにおけるチーム STEPPSの活用と今後の課題

○中村 紀子 (彦根市立病院 ICU・CCU病棟)

[S1-3] チーム医療の充実と安全管理の成果 チームステップスの構築 臨床工学技士の立場から

○石井 宣大 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 臨床工学部)

[S1-4] 医療安全管理者の立場からチームトレーニングの導入と効果を考える

○荒井 有美 (北里大学病院 医療の質・安全推進室)

[S1-5] チーム医療の充実—チームが機能するために—

○吹田 奈津子 (日本赤十字社和歌山医療センター 集中治療室)

第2会場

シンポジウム

シンポジウム2

クリティカルケアの安全管理教育を目的とした教授設計 ID (instructional design) とシステムのアプローチ

座長:浅香 えみ子(獨協医科大学埼玉医療センター), 座長:明石 恵子(名古屋市立大学看護学部)
15:40 ~ 17:40 第2会場 (5階 小ホール)

[座長の言葉] シンポジウムの論点

○浅香 えみ子 (獨協医科大学埼玉医療センター)

[S2-1] これからの医療安全マネジメントと医療安全管理者の育成

○熊谷 雅美 (公益社団法人日本看護協会)

[S2-2] 看護職の患者安全教育について

○松月 みどり (東京医療保健大学和歌山看護学部)

[S2-3] 臨床における患者安全教育の教授設計

○政岡 祐輝 (国立循環器病研究センター)

[S2-4] ICTによる患者安全教育の現状と可能性

○増山 純二 (長崎みなとメディカルセンター 救急部)

第3会場

シンポジウム

シンポジウム3

院内急変を未然に防ぐ Rapid Response System

座長:田村 富美子(聖路加国際病院 救命救急センター), 座長:森安 恵実(北里大学病院集中治療センター RST・RRT室)
15:40 ~ 17:40 第3会場 (2階 桃源)

[S3-1] 我が国のオンラインレジストリから見える RRSの現状と展望

○内藤 貴基¹, In-Hospital Emergency collaborators²

(1.聖マリアンナ医科大学 救急医学, 2.In-Hospital Emergency Study Group)

[S3-2] 病院の現状を考えた院内急変を未然に防ぐ Rapid Response Systemに向けての取り組み

○芝田 里花 (日本赤十字社和歌山医療センター 看護管理室)

[S3-3] 看護師の「気づき」を促す RRSをめざして

○八木橋 智子 (自治医科大学附属さいたま医療センター 集中治療部)

[S3-4] 当院における RRS看護師の役割

○黒岩 政之 (北里大学医学部 麻酔科学)

2018年6月30日(土)

第7会場

編集委員会企画セッション

編集委員会企画セッション

オンライン投稿・査読システム～論文投稿と査読が便利になります～

14:30 ～ 15:30 第7会場 (2階 蓬萊)

[ECP] オンライン投稿・査読システム～論文投稿と査読が便利になります～

2018年6月30日(土)

第7会場

ワークショップ

ワークショップ1

家族の心理状態を捉えた脳死下臓器提供の選択肢提示～事例から学ぶ選択肢提示における看護師の役割～
15:40～17:40 第7会場 (2階 蓬萊)

[W1-1] 家族の心理状態を捉えた脳死下臓器提供の選択肢提示～事例から学ぶ選択肢提示における看護師の役割～

○山勢 博彰¹, 田戸 朝美¹, 山本 小奈実¹, 佐伯 京子¹, 立野 淳子², 高橋 聡子³, 塚本 美保⁴, 間 里恵⁴, 本池 智彦⁴ (1.山口大学大学院医学系研究科, 2.一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院, 3.日本医科大学付属病院就職 高度救命救急センター, 4.日本臓器移植ネットワーク)

2018年6月30日(土)

第4会場

交流会

交流会1

クリティカルケア領域における終末期ケアプラク

ティスガイドライン（案）の作成

10:40～12:00 第4会場 (2階 福寿)

[交流会1] クリティカルケア領域における終末期ケアプラ

クティスガイドライン（案）の作成

立野 淳子, 小島 朗, 田山 聡子, 中谷 美紀子, 比田井
理恵, 藤本 理恵, 山勢 博彰

交流会

交流会4

利益相反（Conflict of Interest：COI）についての理
解—どこにでもある利益相反—

15:40～16:40 第4会場 (2階 福寿)

[交流会4] 利益相反（Conflict of Interest：COI）につい

ての理解—どこにでもある利益相反—

飯田 香緒里（東京医科歯科大学 教授・産学連携研
究センター長）

交流会

交流会5

急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルの構築

座長:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学 医学部看護学科)

16:45～17:45 第4会場 (2階 福寿)

[交流会5] 急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルの
構築

○明石 恵子¹, 宇都宮 明美², 茂呂 悦子³, 丸谷 幸子⁴,
吉田 紀子⁵, 松沼 早苗⁶, 町田 真弓⁷ (1.名古屋市立大学
看護学部, 2.京都大学大学院医学研究科, 3.自治医科学
大学附属病院, 4.名古屋市立大学 病院 ICUPICUCCU,
5.獨協医科大学病院, 6.自治医科大学附属病院 集中治
療部, 7.前橋赤十字病院)

第5会場

交流会

交流会2

院内で行うシミュレーション教育のコツ

10:40～12:00 第5会場 (2階 平安)

[交流会2] 院内で行うシミュレーション教育のコツ

○吉富 由紀子¹, 雀地 洋平² (1.福岡青洲会病院,
2.KKR札幌医療センター)

第6会場

交流会

交流会3

Stop！不正行為—投稿における落とし穴

10:40～12:00 第6会場 (2階 瑞雲)

[交流会3] Stop！不正行為—投稿における落とし穴

編集委員会

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

倫理委員会

秋元典子、伊藤真理、江川幸二、奥村美奈子、田口智
恵美

2018年6月30日(土)

第5会場

指定演題

指定演題1

事例セッション 退院支援

座長:鴫田 猛(学校法人 鉄蕉館 亀田医療技術専門学校), 座長:箱崎

恵理(千葉県こども病院 副看護局長)

15:40 ~ 16:40 第5会場 (2階 平安)

[指定1-1] 今求められる救命救急センターのあり方～退院支援調整を通して～

○山中 雄一 (日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター)

[指定1-2] 退院支援は意思決定支援…とはいっても何をすれば?

○宮崎 聡子 (東海大学医学部付属病院 看護部 特別病棟)

[指定1-3] 高度救命救急センターにおける脊椎・脊髄損傷患者の退院支援

○安彦 武 (東北大学病院 高度救命救急センター)

[指定1-4] 誤嚥性肺炎で入院中の90歳代高齢患者への退院支援 家族間で意見の相違があった事例

○山崎 千草 (東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程)

2018年6月30日(土)

第2会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー1

座長:伊与 恭子(日本医科大学付属病院)

12:10 ~ 13:10 第2会場 (5階 小ホール)

[LS1] イマドキの学生・新人・若手を育てる 一成果の出る授業・研修はどうあるべきかー

○浅香 えみ子 (獨協医科大学埼玉医療センター)

第3会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー2

座長:道又 元裕(杏林大学医学部付属病院)

12:10 ~ 13:10 第3会場 (2階 桃源)

[LS2] 電子カルテとスマートポンプの良い関係

○田中 聖人 (京都第二赤十字病院)

第4会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー3

座長:山崎 早苗(東海大学医学部付属病院)

12:10 ~ 13:10 第4会場 (2階 福寿)

[LS3] 術後肺炎を防ぐ ~あなたの口腔ケアは肺炎を予防しているか~

○渡邊 裕 (地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所)

第5会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー4

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

12:10 ~ 13:10 第5会場 (2階 平安)

[LS4] 院内急変を防ぐ観察とは ~呼吸数は記録できていますか?~

○杉田 学 (順天堂大学医学部附属練馬病院 救急・集中治療科)

第6会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー5

座長:横堀 将司(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター/日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野)

12:10 ~ 13:10 第6会場 (2階 瑞雲)

©日本クリティカルケア看護学会

[LS5] 脳神経評価の技術的進歩:瞳孔計

○DaiWai Olson (Neurosurgery, University of Texas Southwestern, USA)

第7会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー6

座長:森田 孝子(元横浜創英大学看護学部/元クリティカルケア看護学会)

12:10 ~ 13:10 第7会場 (2階 蓬莱)

[LS6] 睡眠セミナー「睡眠習慣を整え、きらきら輝く私に!!」

○臼杵 礼司^{1,2} (1.東洋羽毛工業株式会社, 2.一般社団法人日本睡眠教育機構 認定 睡眠健康指導士)

2018年6月30日(土)

第4会場

一般演題 (口演)

一般演題 (口演) O1群

呼吸・循環管理

座長:伊藤 聡子(神戸市看護大学), 座長:山崎 千草(東京女子医科大学大学院)

14:30 ~ 15:30 第4会場 (2階 福寿)

[O1-1] サブストラクション・アウトカムモデルを用いた人工呼吸器離脱への介入に関する文献検討

○竹下 智美¹, 清村 紀子² (1.大分大学医学部附属病院, 2.大分大学)

[O1-2] 『人工呼吸器離脱プロトコル』の有効性の検証

○竹下 智美¹, 清村 紀子², 坂本 照夫³, 竹中 隆一³, 松成 修³, 黒澤 慶子³, 塚本 菜穂³, 重光 修³ (1.大分大学医学部附属病院, 2.大分大学, 3.大分大学医学部附属病院高度救命救急センター)

[O1-3] 人工呼吸器離脱プロトコルを用いた看護師によるウイニングの効果

○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保健学専攻臨床看護学講座, 2.小倉記念病院)

[O1-4] 人工呼吸器ウイニング時の看護師による呼吸ケアの実践度と重要度—人工呼吸器離脱プロトコルの有用性—

○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保健学専攻臨床看護学講座, 2.小倉記念病院)

[O1-5] ICU看護師がARDS患者に実践する体位管理の判断

○荒木 隆志¹, 遠藤 みどり², 渡辺 かつみ² (1.山梨県立大学大学院看護学研究科看護学専攻急性期看護学分野, 2.山梨県立大学)

[O1-6] 外科系集中治療科における High-flow nasal cannula使用による嚥下への影響と評価

○中山 誠一, 亀ヶ谷 泰匡, 多田 覚, 杉山 理恵, 背戸 陽子, 石井 庸介, 梅井 菜央, 市場 晋吾 (日本医科大学付属病院外科系集中治療室)

第5会場

一般演題 (口演)

一般演題 (口演) O2群

看護実践・管理

座長:縦山 定美(いわき明星大学 看護学部), 座長:山崎 早苗(東海大学医学部附属病院 集中治療室)

14:30 ~ 15:30 第5会場 (2階 平安)

[O2-1] ICUにおける点滴注射にかかる不要コストの現状と削減の取り組み

○大内 玲¹, 矢口 実希¹, 櫻本 秀明¹, 佐藤 雅子¹, 柴 優子¹, 卯野 木 健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専攻, 3.筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター水戸協同病院)

[O2-2] 心停止後症候群で脳低温療法を受ける患者の体温管理の特徴

○宮本 愛¹, 横山 瑞恵¹, 高橋 幸憲¹, 田端 陽太¹, 川原 龍太¹, 高橋 聡子¹, 山崎 直人¹, 志村 知子¹, 横堀 将司² (1.日本医科大学付属病院 看護部, 2.日本医科大学大学院 医学研究科救急医学分野)

[O2-3] 嚥下困難であった患者が多職種による統一したケアによって経口摂取が可能となった一事例

○三浦 麻紗美, 近藤 美穂 (広島大学病院看護部)

[O2-4] TAVIを受ける高齢AS患者の事例を通じた看護支援に関する実践報告

○岩本 敏志¹, 安井 大輔¹, 山崎 早苗² (1.東海大学健康科学部看護学科, 2.東海大学医学部付属病院)

[O2-5] 患者の急変予兆を捉えた熟練看護師の臨床判断

○原口 弘章, 杉崎 一美 (鈴鹿中央総合病院)

[O2-6] クリティカルケア領域における浅い鎮静深度で管理されている人工呼吸器装着患者に対する看護実践の特徴

○大西 陽子, 村井 嘉子 (石川県立看護大学)

第6会場

一般演題 (口演)

一般演題 (口演) O3群

家族看護

座長:榊 由里(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター), 座長:福田 和明(徳島文理大学保健福祉学部看護学科) 14:30 ~ 15:20 第6会場 (2階 瑞雲)

[O3-1] 生命の危機的状態で初療に救急搬送された患者の家族が辿る代理意思決定のプロセス

○上澤 弘美¹, 中村 美鈴² (1.総合病院土浦協同病院看護部, 2.自治医科大学大学院クリティカルケア看護学)

[O3-2] 集中治療室に緊急入室した意識障害のある患者への家族のケア参加に関わるエキスパートナースの看護実践

○反保 沙由実¹, 酒井 明子² (1.福井大学医学部附属病院, 2.福井大学医学部看護学科)

[O3-3] 集中治療室看護師の家族看護の実態～CNS-FACEIIの分析から～

○中野 舞, 藤村 紀子, 高沢 千佳子 (富山赤十字病院)

[O3-4] ICUにおける終末期にある患者・家族の情報共有を目

指して

○古田 大 (東京医科大学茨城医療センター)

[O3-5] 集中治療室における家族のケア参加に対する支援の
検討—集中治療室看護師の視点から—

○松戸 麻華¹, 眞嶋 朋子¹, 國武 由香里¹ (1.千葉大学大学院
看護学研究科)

一般演題 (口演)

一般演題 (口演) O4群

エンドオブライフ

座長:秋元 典子(甲南女子大学 看護リハビリテーション学部),

座長:杉野 由起子(熊本中央病院)

15:40 ~ 16:40 第6会場 (2階 瑞雲)

[O4-1] CCUに救急入院した心不全患者のリビングウィルに
関する実態調査

○伊賀 真由美, 桐本 ますみ (独立法人労働者健康安全機構
大阪労災病院)

[O4-2] 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査 第1報
ケア実施状況の実態

○岡林 志穂¹, 井上 正隆², 佃 雅美², 森本 紗磨美², 西塔 依久美³,
大川 宣容² (1.高知医療センター, 2.高知県立大学, 3.東京
医科大学看護学科)

[O4-3] 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査 第2報
看護師の内省とデスカンファレンスによる影響の実
態

○井上 正隆¹, 佃 雅美¹, 岡林 志保², 西塔 依久美³, 森本 紗磨美¹,
大川 宣容¹ (1.高知県立大学看護学部, 2.高知医療セン
ター, 3.東京医科大学看護学科)

[O4-4] 集中治療領域における終末期患者への緩和ケアに対
する困難感

○小島 朗¹, 比田井 理恵², 立野 淳子³, 中谷 美紀子⁴, 田山 聡子⁵,
藤本 理恵⁶, 山勢 博彰⁷ (1.大原総合病院, 2.千葉県救急医
療センター, 3.小倉記念病院, 4.東京純心大学看護学部,
5.慶應義塾大学病院, 6.山口大学医学部附属病院, 7.山口大学
大学院)

[O4-5] 救命救急センター集中治療期において看護師が終末
期ケアに抱いている困難感

○片淵 静香, 下田 倫子, 右田 尚子, 久間 朝子 (福岡大学病
院)

[O4-6] ICUの看護師が終末期において抱える困難感とその関
連要因

○岡島 タ子¹, 城生 弘美² (1.東海大学大学院健康科学研究科
看護学専攻, 2.東海大学健康科学部看護学科)

2018年6月30日(土)

ポスター会場

一般演題 (示説)

一般演題 (示説) P1群

その他

座長:桑村 直樹(公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)

14:40 ~ 15:25 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[P1-1] 気管切開術へ移行しなかった脊髄損傷患者の呼吸管理
を通して一チーム医療において看護師に求められる能力

○古村 康樹, 三浦 敦子, 上野 厚子, 馬渡 敬介, 岡田 裕也
(豊橋市民病院)

[P1-2] 終末期医療の移行に関わる看護師の役割 ~術後合併
症患者の事例から~

○古知 里美 (地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立
総合病院)

[P1-3] 専門病院で働きたいと考えている看護師の特徴につ
いて

○石川 達久 (社団法人栄悠会綾瀬循環器病院)

[P1-4] 術前訪問の有効性の実態調査

○福井 彩夏, 角屋敷 健太, 武田 未希, 崎本 聖美 (東京慈恵会
医科大学葛飾医療センター)

[P1-5] ICUに勤務する看護師への Mテクニックによるリラク
セーション効果の検証

○田口 豊恵 (京都看護大学看護学部)

[P1-6] 高次脳機能障害のある患者に対し熟練看護師が抱く困
難とその対処

○松本 奈緒¹, 菅野 久美^{2,3} (1.浜松医科大学附属病院, 2.福島
県立医科大学看護学部, 3.前浜松医科大学医学部看護学科)

2018年6月30日(土)

第1会場

開会式

開会式

09:30 ~ 09:40 第1会場 (5階 大ホール)

[OTS1] 開会式

2018年6月30日(土)

第1会場

会員総会

会員総会

13:20 ~ 14:20 第1会場 (5階 大ホール)

[OTS3] 会員総会

2018年6月30日(土)

第5会場

懇親会

懇親会

18:00 ~ 20:00 第5会場 (2階 平安)

[OTS4] 懇親会

第6会場

懇親会

懇親会

18:00 ~ 20:00 第6会場 (2階 瑞雲)

[OTS5] 懇親会

2018年6月30日(土)

ポスター会場

ポスター貼付

ポスター貼付

09:00 ~ 10:20 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[OTS6] ポスター貼付

2018年6月30日(土)

ポスター会場

ポスター閲覧

ポスター閲覧

10:20 ~ 14:40 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[OTS8] ポスター閲覧

2018年7月1日(日)

第1会場

特別講演

特別講演3

2020年東京オリンピック・パラリンピックの医療体制を考える～救急・災害医療体制を検討する学術連合体の活動～

座長:鈴木 智恵子(日本医科大学付属病院 副院長・看護部長)

09:05 ～ 10:05 第1会場 (5階 大ホール)

[SL3] 2020年東京オリンピック・パラリンピックの医療体制
を考える～救急・災害医療体制を検討する学術連合
体の活動～

○横田 裕行 (日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野
同付属病院高度救命救急センター)

2018年7月1日(日)

第4会場

招聘講演

招聘講演2

Awarded development and implementation of
mobility teams in US－米国先進病院に学ぶ早期リハ
ビリテーションー

座長:池松 裕子(名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻)

10:15 ~ 11:15 第4会場 (2階 福寿)

[IL2] Awarded development and implementation of
mobility teams in US－米国先進病院に学ぶ早期リハ
ビリテーションー

○Brooke Nack (Franciscan Health Michigan City, USA)

2018年7月1日(日)

第1会場

教育講演

教育講演7

東京オリンピック・パラリンピック2020へ向け
て、テロに対する医療対応は大丈夫か？

座長: 剣持 功(東海大学 看護師キャリア支援センター)
13:40 ~ 14:40 第1会場 (5階 大ホール)

[EL7] 東京オリンピック・パラリンピック2020へ向けて、テ
ロに対する医療対応は大丈夫か？

○大友 康裕 (東京医科歯科大学 大学院救急災害医学分野)

第2会場

教育講演

教育講演2

過大侵襲下にある患者の体液管理の考え方
座長: 菅原 美樹(札幌市立大学看護学部 成人看護学領域)
09:05 ~ 10:05 第2会場 (5階 小ホール)

[EL2] 過大侵襲下にある患者の体液管理の考え方

○道又 元裕 (杏林大学医学部付属病院 看護部)

教育講演

教育講演5

重症患者を回復へと導くための栄養管理
座長: 亀井 有子(市立岸和田市民病院 看護局)
10:15 ~ 11:15 第2会場 (5階 小ホール)

[EL5] 重症患者を回復へと導くための栄養管理

○清水 孝宏 (那覇市立病院 看護部)

教育講演

教育講演6

敗血症の病態を理解してケアに結びつける
座長: 江川 幸二(神戸市看護大学)
11:20 ~ 12:20 第2会場 (5階 小ホール)

[EL6] 敗血症の病態を理解してケアに結びつける

○西田 修 (藤田保健衛生大学医学部 麻酔・侵襲制御医学講座
集中治療部)

教育講演

教育講演8

補助循環の最新治療と安全管理 ~ 瀕死の患者を救うた
めの道具と地図と知識を持とう! ~
座長: 小泉 雅子(東京女子医科大学大学院看護学研究科)
13:40 ~ 14:40 第2会場 (5階 小ホール)

[EL8] 補助循環の最新治療と安全管理

○立石 実 (聖隷浜松病院 心臓血管外科)

第3会場

教育講演

教育講演3

診療報酬改定をめざしたとりくみ - 実践・研究 -
座長: 明神 哲也(東京慈恵会医科大学医学部看護学科)
09:05 ~ 10:05 第3会場 (2階 桃源)

[EL3] 診療報酬改定をめざしたとりくみ - 実践・研究 -

○宇都宮 明美^{1,2} (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学
系専攻, 2. 京都大学医学部附属病院)

教育講演

教育講演9

医療事故調査制度における医療安全への取り組み
~ 看護職に期待されること ~
座長: 高見沢 恵美子(関西国際大学)
13:40 ~ 14:40 第3会場 (2階 桃源)

[EL9] 医療事故調査制度における医療安全への取り組み

~ 看護職に期待されること ~
○畑 涼子 (日本医療安全調査機構)

第5会場

教育講演

教育講演4

グラフィック波形の変化から読み取る、患者に起
こっている現象
座長: 立野 淳子(小倉記念病院)
09:05 ~ 10:05 第5会場 (2階 平安)

[EL4] グラフィック波形の変化から読み取る、患者に起

こっている現象
○戎 初代 (東京ベイ・浦安市川医療センター 看護部)

第7会場

教育講演

教育講演10

クリティカルケアにおける安全な酸素療法 ~ 酸素療
法からネーザルハイフロー ~
座長: 中田 諭(聖路加国際大学看護学研究科)
13:40 ~ 14:40 第7会場 (2階 蓬莱)

[EL10] クリティカルケアにおける安全な酸素療法 ~ 酸素
療法からネーザルハイフロー ~

○露木 菜緒 (杏林大学医学部付属病院)

2018年7月1日(日)

第1会場

シンポジウム

シンポジウム4

急性期医療から在宅へと安全に繋ぐ地域連携を考える

座長:三浦 稚郁子(公益社団法人 地域医療振興協会), 座長:中谷 茂子

(医療法人マックスール 巽病院 看護副院長)

10:15 ~ 12:15 第1会場 (5階 大ホール)

[S4-1] 救急医療に携わる立場から地域医療連携を考える

○寺地 沙緒里 (東海大学医学部付属病院)

[S4-2] 急性期医療から在宅へつなぐ地域連携~心不全ケアへの取り組みから~

○青木 芳幸 (JA長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター 看護部)

[S4-3] 地域包括ケアシステムにおける家族支援

○加藤 智子 (聖隷浜松病院 救命救急センター ER)

[S4-4] 早期からかかわる在宅復帰に向けた意思決定支援

○岩本 ゆり (楽患ナース株式会社 楽患ナース訪問看護ステーション)

シンポジウム

シンポジウム5

大規模災害時におけるクリティカルケア部門の管理体制

座長:佐々木 吉子(東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科),

座長:寺師 榮(東洋医療専門学校 救急救命士科)

14:50 ~ 16:30 第1会場 (5階 大ホール)

[S5-1] 大規模災害時における集中治療の継続~治療の継続と医療機器運用の限界~

○相嶋 一登 (横浜市立市民病院 臨床工学部)

[S5-2] 大規模災害時における放射線部門の管理体制を考える

○城 誠 (東京医科歯科大学医学部附属病院 放射線科)

[S5-3] 大規模災害時におけるクリティカルケア部門(手術室)の管理体制

○小池 伸享, 城田 智之, 町田 真弓, 阿部 絵美 (日本赤十字社 前橋赤十字病院 看護部)

[S5-4] 災害拠点病院のICU病棟における看護師の役割

○中村 香代 (独立行政法人国立病院機構 災害医療センター 9階ICU病棟)

[S5-5] クリティカルケア部門における災害リスクマネジメント

○小早川 義貴 (国立病院機構災害医療センター 災害医療部 福島復興支援室)

第3会場

シンポジウム

シンポジウム6

クリティカルケア領域における ACPの課題と可能性

座長:戸田 美和子(公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央

病院), 座長:正垣 淳子(神戸大学大学院 保健学研究科)

14:50 ~ 16:30 第3会場 (2階 桃源)

[S6-1] クリティカル領域における ACPの意義と可能性

○高田 弥寿子 (国立循環器病研究センター 看護部)

[S6-2] アドバンス・ケア・プランニング 患者の意向を尊重したケアの実践のために

○木澤 義之 (神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科)

[S6-3] 救急患者の ACP / (代理) 意思決定支援のあり方を考える ~看護の役割発揮に向けて~

○比田井 理恵 (千葉県救急医療センター 看護局)

2018年7月1日(日)

第2会場

パネルディスカッション

パネルディスカッション2

重症呼吸不全に対する ECMO治療のノウハウとチームアプローチ

座長: 瀧本 雅昭(東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター),
座長: 市場 晋吾(日本医科大学付属病院 外科系集中治療科)
14:50 ~ 16:30 第2会場 (5階 小ホール)

[PD2-1] 「看護が ECMO治療でべきこと」一行き場のない治療にさせないためにー

○亀谷 泰匡 (日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

[PD2-2] 「LungRest」を実現する～自然治癒力を最大化するためのケア～

○河合 佑亮 (藤田保健衛生大学病院 看護部)

[PD2-3] ECMO装着患者に対するリハビリテーション

○堀部 達也¹, 小谷 透² (1. 東京女子医科大学 リハビリテーション部, 2. 昭和大学医学部麻酔科学講座)

[PD2-4] チーム医療でつなぐ安全な ECMO管理～導入から搬送まで～

○古川 豊¹, 服部 憲幸², 長野 南¹, 宮崎 瑛里子¹, 安倍 隆三², 立石 順久², 今枝 太郎², 杉浦 淳史³, 高橋 由佳⁴, 後藤 潤⁴, 和田 啓太⁴, 島崎 美穂⁴, 織田 成人² (1. 千葉大学医学部附属病院 臨床工学センター, 2. 千葉大学大学院医学研究院 救急集中治療学, 3. 千葉大学大学院医学研究院 循環器内科学冠疾患治療部, 4. 千葉大学医学部附属病院 看護部 ICU/CCU)

[PD2-5] 重症呼吸不全に対する ECMOの現状から未来への展開

○市場 晋吾 (日本医科大学付属病院 外科系集中治療科)

第5会場

パネルディスカッション

パネルディスカッション1

人工呼吸器離脱に関わるコンフリクト

座長: 道又 元裕(杏林大学医学部附属病院 看護部), 座長: 濱本 実也(公立陶生病院 集中治療室)
10:15 ~ 12:15 第5会場 (2階 平安)

[PD1-1] 人工呼吸器離脱に関わるコンフリクト: 実際の離脱方法と課題

○齋藤 伸行 (日本医科大学千葉北総病院 救命救急センター)

[PD1-2] 人工呼吸器離脱に関するコンフリクト～救急病床および一般病棟での離脱プロトコル導入をめざして～

○藤岡 智恵¹, 竹田 智子¹, 野見山 由美子¹, 飛野 和則² (1. 飯塚病院 看護部 集中治療室, 2. 飯塚病院 呼吸器内科)

[PD1-3] 人工呼吸器離脱に関わるコンフリクト臨床工学技士の立場から

○奥田 晃久 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 臨床工学部)

[PD1-4] 人工呼吸器離脱プロトコルの運用にまつわるコンフリクト

○長谷川 裕貴 (亀田総合病院 心臓血管外科)

[PD1-5] 特定行為研修を終了した立場から

○辻本 雄大 (奈良県立医科大学附属病院 集中治療部)

[PD1-6] 当院の人工呼吸器離脱に関わるコンフリクト回避への取り組み

○栢田 ゆかり, 本莊 弥生, 大野 美香 (国立病院機構名古屋医療センター)

第6会場

パネルディスカッション

パネルディスカッション3

日本集中治療医学会口腔ケア委員会合同パネルディスカッション 気管挿管患者の安全で効果的な口腔ケアの確立-実践ケアガイドの導入と活用-

座長: 明神 哲也(東京慈恵会医科大学医学部看護学科), 座長: 北村 愛子(大阪府立大学 看護学研究科)
14:50 ~ 16:30 第6会場 (2階 瑞雲)

[PD3-1] 口腔ケアガイドの活用ー人材や物品の課題を解決し手順を定着させる為にー

○伊藤 貴公 (国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 集中治療室)

[PD3-2] 当院における気管挿管患者の口腔ケア実践の現状と課題

○文字 香織 (三菱京都病院 ICU)

[PD3-3] 口腔ケア実践ガイドに期待されるもの

○田戸 朝美 (山口大学大学院 医学系研究科)

[PD3-4] 気管挿管患者の口腔ケア実践ガイドの活用によって期待する変化

○門田 耕一 (岡山大学病院 総合診療棟ICU)

[PD3-5] 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の活用、普及に向けて

○渡邊 裕 (東京都健康長寿医療センター研究所 社会科学系)

第7会場

パネルディスカッション

パネルディスカッション4

未来は特定行為にどんな一歩を踏み出して欲しいと
思っているのか?～特定行為がもたらすクリティカル
ケアの質向上と安全性～

座長:塚原 大輔(公益社団法人日本看護協会看護研修学校), 座長:戒
初代(東京ベイ・浦安市川医療センター)

14:50 ～ 16:30 第7会場 (2階 蓬莱)

[PD4-1] 特定行為研修は今どうなっているのか?

○塚原 大輔 (公益社団法人 日本看護協会 看護研修学校
認定看護師教育課程)

[PD4-2] 東京医療センターにおける JNPの活動から考えるク
リティカルケアの質向上と安全性

○青木 瑞智子 (独立行政法人国立病院機構東京医療セン
ター クリティカルケア支援室)

[PD4-3] 二次医療機関における特定行為に係る看護師の現状
と今後の展望

○栗木 公孝 (医療法人社団 シマダ 嶋田病院 看護部)

[PD4-4] 救急看護認定看護師の特定行為実践における展望と
課題

○山岡 恭子 (ベルランド総合病院 救急センター)

[PD4-5] 特定行為研修を提供することで見えてきた研修の目
的地と課題

○青柳 智和 (水戸済生会総合病院 臨床研修センター 看護
師特定行為準備室)

[PD4-6] 特定行為研修事業に期待すること

○藤谷 茂樹 (聖マリアンナ医科大学 救急医学)

2018年7月1日(日)

第3会場

ワークショップ

ワークショップ2

重症患者のインシヤルケアからエンドオブライフへの
視座

座長:田村 葉子(京都看護大学), 座長:田山 聡子(慶應義塾大学病院)

10:15 ~ 12:15 第3会場 (2階 桃源)

[W2-1] 初療におけるエンドオブライフケアの実践

○上澤 弘美 (総合病院 土浦協同病院 看護部)

[W2-2] EICUにおけるエンドオブライフケアの実践と課題

○瀧本 雅昭 (東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)

[W2-3] VAD・ECMO装着患者へのエンドオブライフケアの
実践と多職種相互連携

○細萱 順一, 小池 祥子, 森 洋子 (地方独立行政法人 東京都
健康長寿医療センター 特定集中治療室)

2018年7月1日(日)

第6会場

Pro-con

Pro-con1

ICUにおける新人看護師の配置（推進派 vs 慎重派）

座長: 竹原 典子 (日本医科大学付属病院)

09:05 ~ 09:45 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro1-1] 新人看護師の教育でICUも育つ

○山田 亨 (東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)

[Pro1-2] 新人看護師にとってICUは酷な環境である

○菅 広信 (秋田大学医学部附属病院 集中治療室)

Pro-con

Pro-con2

重症患者の発熱に対するクーリング（推進派 vs 慎重派）

座長: 中田 諭 (聖路加国際大学看護学研究所)

09:55 ~ 10:35 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro2-1] クーリングの功績と罪過～効果のあるクーリングを再考する～

○勝 博史 (東京都立小児総合医療センター 看護部)

[Pro2-2] 重症患者の発熱に対するクーリングは慎重にすべきである

○平敷 好史 (地方独立行政法人 那覇市立病院 集中治療室)

Pro-con

Pro-con3

重症呼吸不全患者の人工呼吸器離脱プロトコルの適応（賛成派 vs 反対派）

座長: 尾野 敏明 (杏林大学医学部付属病院)

10:45 ~ 11:25 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro3-1] 重症呼吸不全患者の人工呼吸器離脱プロトコルの適応（賛成派）

○櫻本 秀明 (茨城キリスト教大学)

[Pro3-2] 人工呼吸器離脱プロトコル反対派の見解として

○後藤 順一 (河北総合病院 ICU)

Pro-con

Pro-con4

気管挿管患者の口腔ケア（清拭派 vs 洗浄派）

座長: 田戸 朝美 (山口大学大学院医学系研究科)

11:35 ~ 12:15 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro4-1] 口腔ケア；洗浄派の立場から

○安藤 有子 (関西医科大学附属病院 高度救命救急センター)

ター)

[Pro4-2] 気管挿管患者の口腔ケア（清拭派）

○梶持 雄二 (東海大学医学部付属八王子病院 看護部)

ICU・CCU)

2018年7月1日(日)

第4会場

交流集会

交流集会6

せん妄ケアはAAA（安全・安心・安楽） with
B（Balance）

14:50～16:30 第4会場（2階 福寿）

[交流集会6] せん妄ケアはAAA（安全・安心・安楽） with
B（Balance）

第5会場

交流集会

交流集会7

安全管理が求められる救急外来での院内トリ

アージ：トリアージは行なった後の評価が重要

座長:木澤 晃代(日本大学病院 看護部), 座長:山下 直美(東京医科歯科
大学医学部附属病院 看護部 (中央診療部))

14:50～16:30 第5会場（2階 平安）

[交流7-1] 当院における院内トリアージの実際

○若井 慎二郎（東海大学医学部附属病院 救命救急医学）

[交流7-2] 院内トリアージシステムによって適切な医療資源
を割り当てることができるかの検討

○峯田 雅寛（山形県立中央病院 救命救急センター 救急
室）

[交流7-3] 安全管理の視点から考える院内トリアージ

○直井 みつえ（済生会宇都宮病院 救急外来）

[交流7-4] トリアージナース育成の観点からトリアージの質
の保証を考える

○背戸 陽子（日本医科大学附属病院 医療安全管理部）

2018年7月1日(日)

看護研究・診断相談所

看護研究・診断相談所

看護研究・診断相談所

臨床のアイデアを研究にしよう -臨床研究なんでも相談所-

09:00 ~ 11:00 看護研究・診断相談所 (4階 和室)

[相談所] 臨床のアイデアを研究にしよう -臨床研究なんでも相談所-

木下 佳子, 明石 恵子, 中田 諭, 佐々木 吉子, 中村 真巳

2018年7月1日(日)

第4会場

指定演題

指定演題2

CNSが介入に難渋した事例

座長:松本 幸枝(公益財団法人日本心臓血圧研究振興会附属 神原記念病院 看護管理室), 座長:富岡 小百合(大阪府立中河内救命救急センター 看護部)

09:05 ~ 10:05 第4会場 (2階 福寿)

[指定2-1] 急性重症肺炎の腹腔内圧コントロールにおける看護介入

○島内 淳二 (日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)

[指定2-2] 多職種連携による意思決定支援

○福田 ひろみ (徳島赤十字病院 ICU)

[指定2-3] 術後、呼吸不全を併発し ICUに入退室を繰り返した患者に対する病棟看護師と協働した看護実践

○町田 真弓 (前橋赤十字病院)

[指定2-4] 重症肺炎患者の ECMO離脱にむけた看護介入の支援

○村上 香織 (近畿大学医学部附属病院 救命救急センター)

[指定2-5] 経過が長期化しゴールがみえない外傷による高度侵襲術後患者の受け入れに不安があるチームへの調整

○二藤 真理子 (地方独立行政法人りんくう総合医療センター 大阪府泉州救命救急センター集中治療室)

[指定2-6] CNSが介入に難渋した事例

○古厩 智美 (さいたま赤十字病院 高度救命救急センター-HCU)

第5会場

指定演題

指定演題3

救急外来の安全管理

座長:坂田 久美子(愛知医科大学病院), 座長:石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター)

13:40 ~ 14:40 第5会場 (2階 平安)

[指定3-1] 救急外来で待ち時間に転倒・転落した事例を振り返って

○和田 孝 (大垣市民病院 救命救急センター 救急外来)

[指定3-2] 救急外来の安全管理体制

○島 美貴子 (市立砺波総合病院 HCU/救急室)

[指定3-3] 多職種で行う救急外来での安全管理

○吉次 育子 (神戸大学医学部附属病院 救急・放射線部)

[指定3-4] 他職種連携の構築から考えた救急外来の安全管理

○後小路 隆 (独立行政法人 労働者健康安全機構 九州労災病院 救急部)

[指定3-5] 救急外来の安全管理

○上川 智彦 (山梨県立中央病院 救急看護認定看護師)

2018年7月1日(日)

ポスター会場

指定ポスター

指定ポスター1

My Proud 我が施設の ICU紹介

座長:石川 幸司(北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

13:40 ~ 14:20 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[指定P1-1] My proud 我が施設の ICU紹介

～心臓血管外科集中治療室に勤務する看護ス
タッフの課題～

○吉野 暁子 (埼玉医科大学国際医療センター)

[指定P1-2] 我が施設の ICU紹介-患者中心の全個室型 ICU-

○中村 香織, 濱野 繁 (杏林大学医学部付属病院 CICU)

[指定P1-3] My Proud我が施設の ICU紹介「獨協医科大学病
院」

○市村 健二, 増井 麻実, 吉田 紀子, 佐藤 晃子, 上村 千登
勢 (獨協医科大学病院 集中治療室)

指定ポスター

指定ポスター2

My Proud 我が施設の ER紹介

座長:苑田 裕樹(日本赤十字九州国際看護大学)

14:30 ~ 15:30 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[指定P2-1] 臨床推論の学習を基盤とした ER教育システム

○伊藤 敬介 (高知県・高知市病院企業団立 高知医療セ
ンター 救命救急センター)

[指定P2-2] Hybrid Emergency Room (Hybrid ER) 導入後
に明らかになった初療教育の課題と解決に向けた
方策

○山下 直美 (大阪急性期・総合医療センター 救急病
棟)

[指定P2-3] 救急・災害の要 前橋赤十字病院 高度救命救急セ
ンター

○城田 智之, 小池 伸享 (前橋赤十字病院 高度救命救急
センター)

[指定P2-4] プレホスピタルから全身管理まで- Our
Evolution, Your Smile-

○佐々 智宏^{1,2} (1.日本救急看護学会 プレホスピタル委
員会, 2.広島大学病院 高度救命救急センター)

[指定P2-5] My proud 我が施設の ER紹介 - A new
challenge -

○斉藤 徳子 (日本医科大学付属病院 高度救命救急セ
ンター)

2018年7月1日(日)

第3会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー7

座長:樽松 久美子(北里大学病院 看護部)

12:30 ~ 13:30 第3会場 (2階 桃源)

[LS7] クリティカルケア領域でこそ知っておきたい IADのベストプラクティス ~ 便秘管理システムの活用~

○志村 知子 (日本医科大学付属病院 看護部)

第4会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー8

座長:古賀 雄二(川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科)

12:30 ~ 13:30 第4会場 (2階 福寿)

[LS8] J-PADガイドラインのこれから ~ Early

Mobilizationと Sleep Promotionに焦点をあてて~

○吹田 奈津子 (日本赤十字社和歌山医療センター 集中治療室)

第5会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー9

座長:道又 元裕(杏林大学医学部付属病院)

12:30 ~ 13:30 第5会場 (2階 平安)

[LS9] ベストプラクティスの実践! スキン - テア (皮膚裂傷) を防ぐ

○紺家 千津子 (金沢医科大学 看護学部)

第6会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー10

座長:宇都宮 明美(京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻
臨床看護学講座 クリティカルケア看護学分野/京都大学医学部附属
病院 看護部)

12:30 ~ 13:30 第6会場 (2階 瑞雲)

[LS10] 今こそ実践! チームで行う早期離床 -成功組織が大事にしている6つのこと-

○Brooke Nack (Franciscan Health Michigan City, USA)

第7会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー11

座長:山勢 博彰(山口大学)

12:30 ~ 13:30 第7会場 (2階 蓬莱)

[LS11] 基本だから見直そう!! 気道管理

○立野 淳子 (小倉記念病院)

第8会場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー12

座長:清村 紀子(大分大学医学部看護学科)

12:30 ~ 13:30 第8会場 (4階 研修室)

[LS12] 臨床で役立つ 安心・安全のための輸液指示の理解

○石松 伸一 (聖路加国際病院 救急部)

2018年7月1日(日)

第4会場

一般演題 (口演)

一般演題 (口演) O7群

早期リハビリ

座長:小島 朗(大原総合病院 看護部/HCU), 座長:谷島 雅子(自治医科大学 附属病院 救命救急センター)

11:25 ~ 12:15 第4会場 (2階 福寿)

[O7-1] 人工心肺稼働下で心臓血管外科手術を受けた患者の ICUでの離床時の体験

○中村 珠実¹, 今井 将人¹, 村上 恵美¹, 飯田 晃佑¹, 目秦 文子¹, 森 恵子² (1.浜松医科大学医学部附属病院, 2.浜松医科大学 医学部看護学科)

[O7-2] 開心術後、致死性不整脈が頻発した患者のリハビリテーションの一事例—看護師の役割についての考察—

○木田 綾子 (一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院)

[O7-3] 救命救急センター ICUにおける早期離床に向けての取り組み

○清水 愛, 松本 みゆき (兵庫県立加古川医療センター)

[O7-4] ICUにおいて24時間以上人工呼吸器管理を受けた患者のリハビリテーションに関する実態調査

○坂木 孝輔, 宮城 久仁子, 右近 好美, 山口 庸子, 小川 智宏, 荒井 由紀 (東京慈恵会医科大学附属病院)

[O7-5] 心大血管術後急性期リハビリテーションにおける離床の実態と関連要因の検討

○佐藤 裕紀¹, 野澤 明子², 中川 理恵³ (1.浜松医科大学, 2.藤枝市立総合病院, 3.前浜松医科大学)

一般演題 (口演)

一般演題 (口演) O9群

せん妄ケア

座長:木下 佳子(N T T 東日本関東病院 集中治療部), 座長:始関 千加子(日本医科大学千葉北総病院)

13:40 ~ 14:40 第4会場 (2階 福寿)

[O9-1] 心臓血管外科術後患者とその家族における継続的なせん妄ケアに対する看護師の認識と看護実践

○林 祥子¹, 網島 ひづる² (1.公立豊岡病院 但馬救命救急センター, 2.兵庫医療大学)

[O9-2] 術後せん妄を発症している高齢患者の看護

○井田 美幸, 中村 香代 (独立行政法人国立病院機構災害医療センター)

[O9-3] 救命救急センターにおけるせん妄評価ツール CAM-ICU・ICDSC導入後の看護師の認識

○羽中田 夏美¹, 遠藤 みどり² (1.地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院, 2.公立大学法人 山梨県立大)

学)

[O9-4] 記憶のゆがみ予防の看護ケアバンドル導入後における記憶のゆがみの変化

○那須川 敏行, 白浜 伴子, 木下 佳子, 由井 多希, 原田 夏実, 米持 幸恵 (N T T 東日本関東病院)

[O9-5] 定期開心術後のICU入室患者に鏡を使う事で伝わる情報と患者に与える影響

○山本 達也, 森田 幸子, 濱田 愛 (神戸市医療センター中央市民病院)

[O9-6] 音楽聴取が腹腔鏡下胆嚢摘出術術後患者にもたらす睡眠への効果

○田中 由加, 新地 博晃, 川西 美保 (公立学校共済組合近畿中央病院)

第6会場

一般演題 (口演)

一般演題 (口演) O10群

創傷ケア・口腔ケア

座長:小澤 美津子(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院), 座長:有澤 文孝(地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター・東千葉メディカルセンター)

13:40 ~ 14:30 第6会場 (2階 瑞雲)

[O10-1] イレウス解除術後感染創・瘻孔により QOL低下をきたしたがん患者への看護 創傷ケアから QOL維持を考える

○内田 和美, 渡邊 久美, 渡邊 泰子 (国民健康保険富士吉田市立病院)

[O10-2] NPPVに伴う医療関連機器圧迫創傷の発生に関連する看護ケア要因

○牛島 麻衣, 志村 知子, 高橋 幸恵, 田端 陽太, 横山 瑞恵, 川原 龍太 (日本医科大学付属病院 看護部)

[O10-3] 小児心臓血管外科患者の褥瘡発生に関する危険因子・看護ケアの検討

○加覧 妙子 (鹿児島大学病院ICU)

[O10-4] 高度救命救急センターにおける口腔トラブルの現状と看護ケアの考察

○坂本 典子, 友清 敏之 (佐賀大学医学部附属病院)

[O10-5] ICU入室中の気管挿管患者に対する口腔ケアの実態

○橘 逸仁, 立野 淳子, 山田 剛史, 岩田 文仁 (一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

第7会場

一般演題 (口演)

一般演題 (口演) O5群

精神ケア

座長:染谷 泰子(帝京平成大学 健康メディカル学部), 座長:丹羽 由美

子(愛知医科大学病院)

09:05 ~ 10:05 第7会場 (2階 蓬莱)

[O5-1] 循環器疾患患者が入院環境に抱くストレスー

ICUと一般病棟で患者の抱くストレスはどのように異なるかー

○宮崎 圭奈子, 佐藤 麻美 (心臓血管研究所附属病院ICU)

[O5-2] 緊急手術を伴う二度の手術を乗り越えた高齢患者の力と看護師の関わりについて

○清水 真平, 中村 香代 (独立行政法人国立病院機構災害医療センター)

[O5-3] 術後患者が退院直後に抱く日常生活の不安・困り事

○松本 里加 (埼玉医科大学保健医療部看護学科)

[O5-4] 人工呼吸器が装着されていた患者のICU入室中の体験

○三浦 敦子^{1,2}, 森 恵子² (1.豊橋市民病院, 2.浜松医科大学大学院医学系研究科)

[O5-5] 除細動器付き植込み型心臓デバイスの新規植込み術を受けた患者が社会復帰に向けて抱く不確かさ

○鶴見 幸代, 中村 美鈴 (自治医科大学大学院看護学研究科)

[O5-6] 人工呼吸器装着患者に対するICU看護師のケアリング行動

○大崎 杏奈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)

一般演題 (口演)

一般演題 (口演) O6群

看護教育

座長:平尾 明美(神戸大学医学部附属病院), 座長:河合 正成(敦賀市立看護大学 看護学部看護学科)

10:15 ~ 11:15 第7会場 (2階 蓬莱)

[O6-1] SCUにおける口腔ケア教育前後の口腔内環境の変化

○中川 玲菜, 中西 優子, 瀬戸間 法恵, 立野 淳子 (一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

[O6-2] 計画外抜管からの学びと今後の課題

○日下 沙紀, 佐藤 奈緒子, 本間 隆子 (日本私立学校振興・共済事業団東京臨海病院)

[O6-3] 看護師のワーク・エンゲイジメントと職場サ

ポート、職場コミュニティ感覚および自律性の関連
○渡邊 成美¹, 金子 あけみ², 松本 和史² (1.済生会横浜市南
部病院, 2.東京医療保健大学 東が丘・立川看護学部)

[O6-4] 救命救急センターICUへ転職した既卒看護師が抱く看護実践と職場環境における困難感と対処方法

○歳森 千明¹, 石岡 修治², 内藤 綾² (1.前 恩賜財団大阪府済
生会千里病院ICU, 2.恩賜財団大阪府済生会千里病院ICU)

[O6-5] 二次救急医療施設における臨床判断の実際と臨床判

断能力育成における課題

○江口 秀子¹, 明石 恵子² (1.大阪青山大学健康科学部,
2.名古屋市立大学看護学部)

[O6-6] 看護実践能力の維持と向上～急変トレーニング導入の効果～

○清水 祐, 飯田 美沙 (地方独立行政法人長野市民病院)

一般演題 (口演)

一般演題 (口演) O8群

その他

座長:加藤 弘美(千葉県救急医療センター), 座長:星 豪人(医療法人社
団 筑波記念会 筑波記念病院 看護管理室)

11:25 ~ 12:15 第7会場 (2階 蓬莱)

[O8-1] 特定行為研修を修了した看護師が介入したRRS活動の一事例

○畑 貴美子, 高田 真希, 伊藤 清恵 (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)

[O8-2] 人工呼吸器装着患者の頭部挙上に関連する要因の検討～ICUと一般病棟の比較～

○大西 まゆみ, 須郷 恵美 (東邦大学医療センター大橋病
院)

[O8-3] 救急外来における疼痛管理の現状と今後の課題

○大麻 康之, 伊藤 敬介 (高知県・高知市病院企業団立高知
医療センター)

[O8-4] ICUにおける頭部挙上とポジショニング方法の統一に向けた取り組み

○神作 亜友美, 西山 晴奈 (成田赤十字病院ICU)

[O8-5] 早期離床に対するICU看護師の知識の実態

○森田 真理子, 吉川 祐輔, 佐々木 梢, 木田 遥乃 (宝塚市立病
院)

2018年7月1日(日)

ポスター会場

一般演題 (示説)

一般演題 (示説) P2群

看護教育

座長:今井 亮(文京学院大学 保健医療技術学部看護学科)

09:15 ~ 09:45 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[P2-1] 看護基礎教育におけるクリティカルケア看護の導入

(その1) -看護学生のクリティカルケアへの関心-

○大木 友美, 大滝 周 (昭和大学保健医療学部看護学科)

[P2-2] 看護基礎教育におけるクリティカルケア看護の導入

(その2) -高性能シミュレータを用いた BLS演習の効果-

○大滝 周, 大木 友美 (昭和大学保健医療学部看護学科)

[P2-3] 基礎看護教育における手術室看護実習指導の現状と課題

○下地 紀靖 (公立大学法人 名城大学 人間健康学部 看護学科)

[P2-4] ICU/HCUと手術室の見学実習で得られる学習内容と効果について

○小田桐 知子, 星野 知美, 熊谷 霞, 藤本 美鈴 (さいたま市立高等看護学院)

一般演題 (示説)

一般演題 (示説) P3群

看護教育・その他

座長:笠原 真弓(浜松医療センター 放射線・検査室)

09:45 ~ 10:15 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[P3-1] 救急搬送患者記録用紙改訂のとりくみ

○内堀 恵, 春日 美幸, 吉沢 裕恵, 有賀 まどか (伊那中央行政組合伊那中央病院)

[P3-2] 新生児搬送に同乗する NICU看護師の育成への取り組み-新生児搬送看護の看護技術評価表の作成を試みて-

○杉山 美峰 (埼玉県立小児医療センター)

[P3-3] ICUに配属になった中堅看護師のキャリア形成に関する能力-教育の現況と課題、必要な教育システム-

○磯崎 富美子 (日本赤十字秋田看護大学看護学部)

[P3-4] 大手術を受ける高齢患者 A氏に対する不安への看護

○小池 侑奈, 中村 香代 (独立行政法人国立病院機構災害医療センター)

一般演題 (示説)

一般演題 (示説) P4群

災害看護・その他

座長:赤池 麻奈美(東京女子医科大学東医療センター 看護部 救命ICU)

10:25 ~ 11:00 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[P4-1] 小児集中治療室における流量膨張式蘇生バッグの使用状況に関する実態調査

○原口 昌宏¹, 三浦 規雅² (1.東京医療保健大学 東が丘・立川看護学部, 2.東京都立小児総合医療センター 看護部 P ICU)

[P4-2] A病院における急変時対応の現状と課題~意識調査の結果から見えたもの~

○奥村 恵, 山岡 恭子 (ベルランド総合病院)

[P4-3] 当院集中治療室における敗血症患者の再入室のリスク因子 ~退室時のバイタルサインに着目した検討~

○春名 純平¹, 巽 博臣², 赤塚 正幸², 升田 好樹² (1.札幌医科大学附属病院集中治療部看護室, 2.札幌医科大学医学部集中治療医学)

[P4-4] 地震災害発生時に現地において被災者支援に携わった看護師の体験

○渡部 みさき¹, 鈴木 亜佑実², 佐野 有希³, 森 恵子⁴, 菅野 久美⁵ (1.聖隷三方原病院看護部, 2.社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市東部病院, 3.岡崎市市民病院看護局, 4.浜松医科大学医学部看護学科, 5.福島県立医科大学看護学部)

[P4-5] トリアージ演習に参加した看護学生に生じる戸惑い~倫理的葛藤に焦点を当てて~

○勝寄 菜, 森 恵子 (浜松医科大学医学部看護学科)

2018年7月1日(日)

第1会場

閉会式

閉会式

16:30 ~ 16:40 第1会場 (5階 大ホール)

[OTS2] 閉会式

2018年7月1日(日)

ポスター会場

ポスター貼付

ポスター貼付

08:30 ~ 09:00 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[OTS7] ポスター貼付

2018年7月1日(日)

ポスター会場

ポスター撤去

ポスター撤去

16:00 ~ 16:30 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[OTS9] ポスター撤去

集会長講演

集会長講演

安全と安心を信頼に繋ぐ

座長:清村 紀子(大分大学医学部看護学科)

2018年6月30日(土) 09:40 ~ 10:30 第1会場 (5階 大ホール)

[PL] 安全と安心を信頼に繋ぐ

○佐藤 憲明^{1,2} (1.日本医科大学付属病院 看護部, 2.富山大学大学院博士課程生命臨床医学専攻 危機管理
医学・医療安全学)

(2018年6月30日(土) 09:40 ~ 10:30 第1会場)

[PL] 安全と安心を信頼に繋ぐ

○佐藤 憲明^{1,2} (1.日本医科大学付属病院 看護部, 2.富山大学大学院博士課程生命臨床医学専攻 危機管理医学・医療安全学)

昨今では、産業界においても‘安全と安心’という言葉は定着し、もはや消費者にとっては常識ともいえるフレーズとなりました。医療界では、古くからそのニーズは高いところですが、繰り返される医療事故の発生から、近年では国民のニーズが劇的に変化をしています。

本来医療は、患者や家族と医療従事者の信頼関係、ひいては医療に対する信頼の下で、患者の救命や健康回復を最優先として行われるものですが、医療事故による痛ましい事案が発生したことで、国民の安心に最も密接な関わりを持つ医療に対し、信頼が揺らぎかねない状況となっています。このため、医療事故の発生を予防し、医療に対する患者の信頼を高めることが国策としても課題となっています。

近年の医療安全の取り組みでは、平成13年に患者安全推進年として、「Patient Safety Action」患者の安全を守るための医療関係者の共同行動が発令され、平成27年10月には、医療事故調査制度にかかる医療法施行規則の一部改正として、医療事故調査制度が施行されました。この制度では、医療機関で発生した医療事故の相談や支援、医療事故の再発予防を目的として、各領域の専門家による事故分析と調査が行われ、本学会はもちろんのこと、医療系専門学会が参画しています。しかし、我々が所属する急性期医療現場においても医療安全を目的とした臨床教育は画一的なものが多く、多くの医療機器や複雑な病態にある患者の看護を安全に行うための医療安全教育が充実しているとは言い難いところがあります。

まず、臨床実践者には、安全が保障できる個々のテクニカルスキルを習熟させ、そして、安全な医療を推進するための医療チームを構成する必要があります。

さらに、患者や家族とは、治療方針や治療の現状について情報を共有し、理解を頂きながら医療を進めることが、医療安全対策の鍵となり、ひいては信頼関係の醸成につながると確信します。

医療安全対策を講じる中で、必ずしも多くのエビデンスはありませんが、医療安全は、これまでの有害事象の分析から事故の再発予防策を講じる先行型安全管理に転じていく課題が急務となっています。

集会長講演では、昨今の医療安全の風潮と急性期医療における安全対策の現状を分析し、集会テーマとした「安全と安心を信頼に繋ぐ」について講演させていただきます。

特別講演

特別講演1

クリティカルケア領域に求められる危機管理と医療安全の最新動向

座長:松月 みどり(東京医療保健大学和歌山看護学部)

2018年6月30日(土) 10:45 ~ 11:45 第1会場 (5階 大ホール)

[SL1] クリティカルケア領域に求められる危機管理と医療安全の最新動向

○奥寺 敬 (富山大学大学院医学薬学教育部危機管理医学・医療安全学)

(2018年6月30日(土) 10:45 ~ 11:45 第1会場)

[SL1] クリティカルケア領域に求められる危機管理と医療安全の最新動向

○奥寺 敬 (富山大学大学院医学薬学教育部危機管理医学・医療安全学)

クリティカルケア看護を実践する上で、最新の危機管理医学の考え方、危機管理位医学の実際の医療現場への応用である医療安全学の基礎知識は常に up-dateすべき重要な事項である。ここでは、危機管理医学における近年の新しい事項、医療安全学における国際水準と日本の医療現場の乖離などについて紹介する。危機管理医学において近年の topicsは、CBRNE(Cheical, Biological, Radiological, Nuclear, Explosiveの頭文字)というしばしばテロの種別に用いられる key wordsに代表される。

C剤は、クアラルンプール空港で第2世代の化学兵器である VXのバイナリーが用いられ、ロンド郊外では第3世代化学兵器であるバイナリータイプのノビチョクが使用される事態が起きている。第3世代化学剤については、現行の装備では検出が不可能であり防護服も効果をなさない。さらに、これらの化学剤が市民生活の場面で使用されていることが大きな問題であると言える。

Bでは、気候の温暖化と訪日外国人の急増に伴いジカ熱、デング熱などが国内に入るのは時間の問題であろう。国内発症が常在化しつつある SFTSやエボラ出血熱、鳥インフルエンザなど RNAウィルスに対しては新たな治療薬 (RNA 依存性 RNAポリメラーゼ阻害剤) が富山大学において開発されており我が国をはじめとして各国で国家備蓄がなされているので概要を紹介する。

RNは今後の国内原発の廃炉作業で諸問題が顕在化するであろうし、Eにおいては東京オリンピックを控えており爆傷に対する応急手当ての up-dateも喫緊の課題であろう。

医療安全は、国際水準のシステムとは乖離があり、病床数削減、包括地域ケアによる在宅医療推進に伴い、医療安全の概念を迅速に包括医療、在宅医療に展開することが求められている。

国際的には、Patient Safety (直訳すれば患者安全)が正式な訳語であり、我が国の「医療安全」という訳語は誤っている。

「医療安全」なので病院の管理者がガバナンスを発揮するという誤ったミスリーディングによる力学構造が我が国固有のものであることを理解し、クリティカルケア看護における正しい「患者安全」を考える手がかりを提供したい。

特別講演

特別講演2

高度救命救急センターにおける終末期一看取りの場としての役割一

座長:山勢 博彰(山口大学大学院医学系研究科)

2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第1会場 (5階 大ホール)

[SL2] 高度救命救急センターにおける終末期一看取りの場としての役割一

○三宅 康史^{1,2} (1.帝京大学医学部 救急医学講座, 2.帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第1会場)

[SL2] 高度救命救急センターにおける終末期一着取りの場としての役割一

○三宅 康史^{1,2} (1.帝京大学医学部 救急医学講座, 2.帝京大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

平成28年版厚生労働白書によれば、2015年の高齢化(65歳以上)率は26.7%、年間死亡者数は129万人だが、2040年には同36.1%、168万人に達すると見込まれている。現状では80%以上が医療機関で死を迎えており、その状況に変化の兆しはない。当院高度救命救急センターでは年間約2,500例の三次救急症例を受入れ、そのうち心肺停止例(CPAOA)が最も多く600例、次いで外傷(AIS \geq 3)300例、脳血管障害200例、呼吸不全100例、敗血症100例と続く。65歳以上が半数を超え、75歳以上は1/3を超える。

三学会合同の救急・集中治療における終末期の判断は、(1)不可逆的な全脳機能不全が十分な時間を掛けて診断された場合、(2)人工的な装置なしには生命維持ができず、生命維持に必須の複数臓器が不可逆的な機能不全である場合、(3)追加で行える治療法がなく、現状の治療を続けても早晚死亡に到る場合、(4)回復不可能な疾病の末期であることが積極的治療後に判明した場合、である。具体的には、心肺停止後の蘇生後脳症の遷延(1)、PCPS/ECMO/CHDF/人工呼吸器に依存して生命維持が図られている状態(1)(2)、DICを含む多臓器不全とその末期的状況(1)(2)(3)、癌や肝硬変、COPDの末期(4)がこれにあたる。救命救急センターで終末期としての対応が必要となるのは(1)(4)のケースが多い。

急病者が発生すると、対応する救急隊は決められたプロトコル、すなわち発症経過、現場の生理学的異常、その急激な悪化、明らかな解剖学的異常、傷病者因子・属性(年齢、既往疾患、ADL他)に応じて現場の判断により三次搬送が決定される。掛かりつけ症例以外は大多数が初診であり、傷病者因子・属性のみならず身元すら明らかでない場合もある。受入れ救命救急センターでは、搬送症例の病態が原疾患そのものの悪化によるのか、合併した新たな重症疾患によるのか、実は元々の病態なのか、そして回復可能ならばどこまで侵襲的な治療を可とするのか、を見極める必要がある。それにはある程度の時間と専門的な判断を要する。その間死亡に到らぬよう救命治療を先んじて講じつつ、並行して診断へのアプローチと、ADL、既往歴とその治療経過、予後不良の場合の治療継続に関する本人の考え、それが確認できない場合には家族や血縁者を探し出して本人の意志を推測していく。鍵となる家族がいない場合には、受け持ち医療チーム内で多職種によるカンファレンスを繰り返し、決められた手順を踏んで誰もが納得いけるように今後の方針についてコンセンサスを形成し、院内倫理委員会に諮ってその是非の判断を仰ぐことになる。そのため初療室で救命のために気管挿管した症例でも、最終的にそれを抜去して患者の事前指示に従うこともあり得る。高齢者のみならず家族や社会と疎遠な単身者の場合も同様の手続きが必要となる。

招聘講演

招聘講演1

The future of neuroscience critical care is exciting

座長:山勢 善江(日本赤十字九州国際看護大学)

2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第2会場 (5階 小ホール)

[IL1] The future of neuroscience critical care is exciting

○DaiWai Olson (Neurosurgery, University of Texas Southwestern, USA)

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第2会場)

[IL1] The future of neuroscience critical care is exciting

○DaiWai Olson (Neurosurgery, University of Texas Southwestern, USA)

For nurses working in Neuroscience Critical Care, 2018 is both a very exciting and very challenging time. The past decade has seen advances in therapeutic options including new devices, new techniques, and new medications. Dr. Olson is a Professor of Neurology and Neurosurgery at the University of Texas Southwestern in Dallas Texas. During this session, he will provide insight towards the key role that nurses will play in developing and molding the future of neuroscience nursing. By examining the past and present for nursing as a science, this session will engage participants to more fully realize their individual potential and collective power to drive the science of caring for patients with neurological injury.

教育講演

教育講演1

看護師と共に考える ICUでの感染症マネジメント：予防・診断・治療

座長:尾野 敏明(杏林大学医学部附属病院)

2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第3会場 (2階 桃源)

[EL1] 看護師と共に考える ICUでの感染症マネジメント：予防・診断・治療

○志馬 伸朗 (広島大学大学院医歯薬保健学研究科救急集中治療医学)

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第3会場)

[EL1] 看護師と共に考える ICUでの感染症マネジメント：予防・診断・治療

○志馬 伸朗（広島大学大学院医歯薬保健学研究科救急集中治療医学）

ICU患者の約半数は何らかの感染症を有するとされ、感染症管理は患者予後改善に関わる重要な実践である。

感染症は予防することが何よりも重要である。ICUにおける予防策は、デバイス管理を中心として、看護師が中心となって関わりかつ制御しうる事項は極めて多い。

一方、診断と治療に関しては、主として医師あるいは薬剤師の関与領域であり、看護師の関与や関心は決して高いものではないかもしれない。しかし、質の高い感染症診断と治療を行うために、看護師の果たすべき役割は実はあんがい多い。

本講演では、どちらかと言えば常識化した予防策には取えず、予防策における落とし穴や tips を、加えて、診断治療において看護師が果たすべきことはなにかについて考える。

クリティカルケアに関わる看護師にとって一歩先の感染症管理へ進むための手がかりとなる議論ができればありがたい。

シンポジウム

シンポジウム1

チーム医療の充実と安全管理の成果 チームステップスの構築

座長:道又 元裕(杏林大学医学部附属病院 看護部), 座長:久間 朝子(福岡大学病院看護部 救命救急センター)

2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第1会場 (5階 大ホール)

[座長の言葉] 医療安全とチーム医療に纏わる話題提供

○道又 元裕 (杏林大学医学部附属病院 看護部)

[S1-1] 自施設 ICUスタッフのノンテクニカルスキルの現状と課題

○大槻 勝明 (土浦協同病院 GICU)

[S1-2] 当院の RRS・RSTにおけるチーム STEPPSの活用と今後の課題

○中村 紀子 (彦根市立病院 ICU・CCU病棟)

[S1-3] チーム医療の充実と安全管理の成果 チームステップスの構築 臨床工学技士の立場から

○石井 宣大 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 臨床工学部)

[S1-4] 医療安全管理者の立場からチームトレーニングの導入と効果を考える

○荒井 有美 (北里大学病院 医療の質・安全推進室)

[S1-5] チーム医療の充実—チームが機能するために—

○吹田 奈津子 (日本赤十字社和歌山医療センター 集中治療室)

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第1会場)

[座長の言葉] 医療安全とチーム医療に纏わる話題提供

○道又 元裕 (杏林大学医学部附属病院 看護部)

座長の言葉

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第1会場)

[S1-1] 自施設 ICUスタッフのノンテクニカルスキルの現状と課題

○大槻 勝明 (土浦協同病院 GICU)

Key words : 医療安全、チーム STEPPS、ノンテクニカルスキル、コンピテンシー

近年、情報テクノロジーの進歩、グローバル化に伴い、人々の価値観が多様化したことで、これまで以上に患者中心の考え方の重要性が問われ、個別性を重視したケアが必要とされてきています。また、医療技術の進歩・細分化に伴い治療、処置についても多様化、複雑化しています。それに相応すべく、看護師の判断能力や専門性に関わる研鑽は行われているものの、臨床におけるインシデント、アクシデントの発生を抑制できずにいるのが現状です。日本看護協会による看護職員実態調査において、「職場における悩みや不安」の第一位は「医療事故への不安(61.6%)」が挙げられ、約半数がそのことが原因で離職を考えたことがあると回答しています。したがって、患者が安心・安全で医療が提供されることは勿論のこと、医療職者が安心かつ安全に医療に従事できるよう医療安全に関して組織として取り組んでいく必要があります。

医療事故の多くは、コミュニケーションの障害などで実質的に機能しないチームワークの欠如から発生するとされています。このヒューマンエラーをチーム力でカバーしていくことでリスクを軽減させることが可能となります。そのためには、医療スタッフ間での連携を推進し、チームとして協働するためのスキル(ノンテクニカルスキル:テクニカルスキルを補って完全なものとする認知的、社会的、個人的なリソースとしてのスキルであり、安全かつ効率的なタスク遂行に寄与するもの)を身につける必要があります。このチームパフォーマンスを向上させるチームトレーニングプログラムとして、チーム STEPPSが推奨されています。チーム STEPPSの基本的枠組みには、1) リーダーシップ、2) 状況モニター、3) 相互支援、4) コミュニケーションの4つのコンピテンシーが掲げられており、医療チームメンバーが4つのコンピテンシーを実践することにより、知識、態度、パフォーマンスの3つの側面からのアウトカムが得られるとしています。

今回、医療安全の取り組みの第一段階として、自施設 ICUスタッフにおけるノンテクニカルスキルの自己および他者評価の現状調査から個々のスタッフのノンテクニカルスキル向上と次に取り組むべき課題について報告します。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第1会場)

[S1-2] 当院の RRS・RSTにおけるチーム STEPPSの活用と今後の課題

○中村 紀子 (彦根市立病院 ICU・CCU病棟)

当院の Rapid Response System(以下 RRS)と Respiratory Support Team(以下 RST)は、平成27年度より医療安全推進室の傘下で活動している。また、平成26年度に「チーム STEPPSプロジェクト」を立ち上げ、平成27年3月より病院全職員向けの研修を開始した。現在まで計7回348名(在籍890名)全体39%の参加者を集め、全職員の受講を目標に定期的な研修を継続している。

医療安全・チーム医療においてコミュニケーション技術は必要不可欠である。当院では医療事故防止・コミュニケーション技術の向上と共通言語の理解を目的としてチーム STEPPSを取り入れ、RRS・RSTの活動でもチーム

STEPPのツールを活用している。

RRSでは、病棟看護師はRRS要請時にPHSでMETに連絡を行う。その際、患者の状況をSBARで報告することを推奨している。RRSのコンポーネントでもある「患者急変を発見する要素」の中心となるのが、日々のケア・観察を行っている看護師である。些細な変化の裏に隠された異常の発見のためには、患者の正しいモニタリングが必要になる。当院の看護師は、呼吸に関する観察や記録が正しく実践できない現状が明確になっている。そこでバイタルサインの観察の重要性、予測・重症度判断の必要性、症例を用いた気づきを促す勉強会を積極的に行っている。また、コードブルー(Drコールと称す)症例を、テクニカルスキル・ノンテクニカルスキルの両側面から振り返りを行い、情報の共有や要請後の現場の統制、ノンテクニカルスキルに関する検証にチームSTEPPSツールを活用している。

RSTでは、毎週水曜日に他職種のメンバーで院内の人工呼吸器患者のラウンドを行っている。ラウンド日の朝にRST看護師が院内メールで患者の情報を配信し、ラウンド開始までに各メンバーが情報収集を行い、ラウンド直前にブリーフィングを行う。ラウンド中、早急に検討が必要な問題が生じれば、メンバーでハドルを行う。ラウンド終了時はデブリーフィングを行ない、情報の整理とメンバーの疑問の解決、対応策を話し合う。RSTラウンドでは他職種のメンバーが集まり、限られた時間内でラウンドを行うため、タイムマネジメントは重要である。RST看護師はリーダーシップを発揮し、メンバーが情報を迅速かつ的確に共有、把握できるよう活動している。

当院のRRS・RSTの活動では、他職種のメンバーで情報を共有し、タイムリーに実践を行う場面が多くあるため、チームの結束力が重要となる。チーム医療の神髄は患者中心の医療であり、メンタルモデルの共有にある。RRS・RSTの活動の根本は「患者が少しでもよくなれば」など医療者個人、チームの目標である。その目標達成までのプロセスを円滑に進めるためにチームSTEPPSのツールを活用している。当院のRRS・RSTをさらに活性化するためには、チームSTEPPSのエッセンスを有効に活用し、他職種のメンバーも異常の早期察知と早期対応に関してのトレーニングや教育を受け、実践していくための環境調整が課題であると考えられる。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第1会場)

[S1-3] チーム医療の充実と安全管理の成果 チームステップスの構築 臨床工学技士の立場から

○石井 宣大 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 臨床工学部)

チーム医療とは、医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供することとされている。

チーム医療の質を向上させるためには、権限移譲を促す必要があり、自身の医療職のアイデンティティを確立し他の医療職種の理解を深めること、ノンテクニカルスキルとしてコミュニケーション能力や状況認識の能力を高めること、テクニカルスキルの向上のために専門知識や技術を高め、信頼を得ることが挙げられる。

特に集中治療領域では、緊急度や侵襲度の高い治療が多く、口頭指示が多く認められることからコミュニケーションエラーを起こす環境である。

当学の医療安全部門はチームステップスを推進している。臨床工学技士のチームステップス導入状況や成果、課題について報告する。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第1会場)

[S1-4] 医療安全管理者の立場からチームトレーニングの導入と効果を考える

○荒井 有美（北里大学病院 医療の質・安全推進室）

北里大学病院では、2014年6月に「チーム STEPPS」を導入し、2017年11月までに約80回開催し2800名近くの参加があった。本題では、当院におけるチーム STEPPS導入の経緯ならびにその効果について報告する。

当院では、重大な有害事象を経験したことを契機とし、潜在的な安全管理上の課題を抽出する目的で、2012年12月に「医療における安全文化に関する調査」を実施した。この調査結果から「部署間でのチームワーク」に問題があることが明らかになり、改善を図る方策としてチームトレーニングを導入した。なお、この調査方法は、米国 AHRQ（Agency for healthcare Research and Quality）が提唱し、国立保健医療科学院によって有用性が証明されたものである。

チームトレーニングの導入に先行して、2014年3月に職員2名（医療安全管理者1名、医師（Rapid Response Team:RRT）1名）を米国 AHRQ主催のチーム STEPPS研修受講へ派遣した。その後、研修の実施計画ならびに具体的な研修内容を検討などの準備期間を経て、2014年6月より開始した。研修対象者は、職種や職位を限定せず、全職員とした。また、研修の効果評価指標は、インシデント全報告数、インシデント影響度レベル0（エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった）報告数、および RRT要請件数とした。前出の「医療における安全文化に関する調査」を2015年に再び実施した。その結果、「部署間でのチームワーク」について改善が認められた。

われわれ医療者は、従来、医療の中心は患者であることを認識しながら、それぞれの職域において最善を尽くしてきた。今日では、医療の高度化や複雑化に対応するための一つの方策として、チーム医療という概念が推し進められている。これは多職種が連携を密にし、専門家として協働していくことによって、高度な医療を提供し、安全な医療を実践するという考え方である。このようなチームワークの重要性は、WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版2011にも明確に示されている。一方、職種間の情報共有やコミュニケーション不足等に起因したエラーが発生している。

「チーム STEPPS」は、米国国防総省の研究助成によって、1995年頃よりチームトレーニングの研究が始められ、AHRQとの協力でエビデンスに基づいて開発されたものである。その後、米国連邦政府の事業として全米に広がり、医療チームのパフォーマンスを向上させ、医療安全の推進・質の向上に成果を挙げていると言われている。人間だからこそ起こし得る「うっかり」や、「無意識に」といった、ヒューマンエラーはたびたび問題となる。これらを防止するには、個人が細心の注意を払うだけでは充分ではなく、チームで改善に取り組むことも重要である。誰が何をすべきかを、職域を越え医療チーム全体で考え続けることが重要と考えられ、今日の医療においてチームトレーニングは必要不可欠であるといえる。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第1会場)

[S1-5] チーム医療の充実—チームが機能するために—

○吹田 奈津子（日本赤十字社和歌山医療センター 集中治療室）

チーム医療の重要性が強調され、それぞれの役割を持ち組織横断的に動くチームが多数結成され活動している。さらに患者の治療は、「主治医が行う」というものではなく、「多職種が関与する医療チームが行う」という考え方に変化してきている。私たち看護師もそのチームと一員としての役割が期待されている。

では、チーム医療＝質の高い医療の提供なのか。チーム医療を構成する医療職（医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士、理学療法士、管理栄養士、医療社会福祉士など）がそれぞれ高い専門職としての技術を持っていることはもちろん必要だが、それだけでは医療の質は高まらない。その集団がチームとして機能する必要がある。集団とは「特定の目的を達成するために集まった、互いに影響を与え合い依存しあう複数の人々」と定義される。集団であるためには、構成員が共通の目的を持ち、それぞれが組織における自分の役割を認識し、互いに助け合い競い合いながら相互に交流することが必要なのである。これをチーム医療で考えてみると、そのチームを構成する職種の人々が患者の具体的なゴールを共有し、個々人が専門職としての知識と技術を活用する意義を認識し、互いに助け合いながら相互に交流すること、となる。

この「互いに助け合いながら相互に交流すること」というのはチームとして働くときには必要な技術であり、個々人の専門職としての知識や技術と同じく持っているのが理想である。しかし臨床では意識の高い専門職が相互に交流するためには、まだまだ調整という役割も必要なのではないかと考えている。

自施設でもさまざまなチームが活動し、ICUでは多職種が関与しながら患者に医療を提供している。これらのチームの実情から、チーム医療＝質の高い医療の提供、となるための課題について述べたいと考えている。

シンポジウム

シンポジウム2

クリティカルケアの安全管理教育を目的とした教授設計 ID (instructional design) とシステム的アプローチ

座長:浅香 えみ子(獨協医科大学埼玉医療センター), 座長:明石 恵子(名古屋市立大学看護学部)

2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第2会場 (5階 小ホール)

[座長の言葉] シンポジウムの論点

- 浅香 えみ子 (獨協医科大学埼玉医療センター)
- [S2-1] これからの医療安全マネジメントと医療安全管理者の育成
- 熊谷 雅美 (公益社団法人日本看護協会)
- [S2-2] 看護職の患者安全教育について
- 松月 みどり (東京医療保健大学和歌山看護学部)
- [S2-3] 臨床における患者安全教育の教授設計
- 政岡 祐輝 (国立循環器病研究センター)
- [S2-4] ICTによる患者安全教育の現状と可能性
- 増山 純二 (長崎みなとメディカルセンター 救急部)

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第2会場)

[座長の言葉] シンポジウムの論点

○浅香 えみ子 (獨協医科大学埼玉医療センター)

座長の言葉

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第2会場)

[S2-1] これからの医療安全マネジメントと医療安全管理者の育成

○熊谷 雅美 (公益社団法人日本看護協会)

1999年を契機に日本における医療安全対策は、確実に実施されてきている。たとえば医療安全施策として、平成14年4月には「医療安全推進総合対策～医療事故の未然防止のために～」が発出され、医療法や診療報酬等で医療安全管理体制の整備を図った。またその対策の中には、医療事故防止のための職能団体の役割として「医療従事者の資質の向上や提供する医療の質の向上を図ることを通じて、患者の安全が確保されるよう努めること」が明記された。1.医療の質の向上2.学習する組織文化の醸成のため「医療安全」マネジメントを推進している。そのためには、「医療安全を重視する組織文化を醸成できる医療安全管理者の養成」が重要であると考え、2000年より医療安全管理者養成に取り組んでいる。しかし近年、医療の現場では、患者の病態の複雑化、医療の高度専門分化化等が急速に進み、整備されてきた医療安全管理体制の形骸化が生じるようになった。たとえば2014年大学附属病院等で相次ぐ医療事故の報道がなされ、高度かつ先端的な医療を提供する施設である特定機能病院においては、一層高いレベルの医療安全管理体制の構築が求められ、2016年6月医療法改正によって特定機能病院の医療安全管理部門に、専従の医師、薬剤師、看護師の配置が原則義務化された。

このような状況をふまえ、2016年、本会における医療安全管理者養成カリキュラムを見直した。医療安全管理者がめざすことは、組織横断的な活動を通して、「より安全な医療を提供できる組織」「学習する組織」を創ることである。そのために2017年度の医療安全管理者養成から1.医療機関の組織構造や特徴を知る2.組織の意思決定や組織変革について学ぶことを新たに加えた。また受講生は成人学習であり、これまでの経験を吟味し再構築できることをめざし、自身の経験した事例、準備された事例を使ってのグループワークを取り入れた。

日本は、世界で一番、医療及び少子高齢の先進国となった。これからは地域包括ケアシステムにおいて、医療安全管理の場が、病院から在宅・学校など、人が暮らし生きる場所すべてに広がっていく。医療安全管理者に求められることは、広い視座・マネジメント力・推論アセスメントであると考えている。学び続ける医療安全管理者の育成をめざしたい。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第2会場)

[S2-2] 看護職の患者安全教育について

○松月 みどり (東京医療保健大学和歌山看護学部)

私は日本の患者安全の創成期のころからさまざまな関わりをもってきた。初期の頃は、医療者が気をつけて慎重に、注意すれば事故は防げるという幻想を持っていた。しかし、米国からの報告書は衝撃であった。人が間違える生き物であることは、人がどんな努力をしても間違えることを意味している。危険に気付けるように人間の認知機能の研究者と協働してさまざまな取り組みが現場では実践されている。5S運動、指差し呼称、時間切迫はミスが発生する頻度が高くなることも周知の事実である。

人の力で安全を確保できないのであれば、システムで安全を確保しようとシステムアプローチも多くの施設で実践された。工程分析をしたり、間違っても絶対つながらない接続サイズの工夫など、医療関連企業、製薬企業の努力は着実に成果をだしている。しかしである、患者安全はまだまだ到達できていない目標である。

それなら、チームの力で安全を確保しようと、チームステップスは WHO も推奨して多くの施設でトレーニングが行われている。しかし、この実践は日本の医療政策の多職種協働、地域包括ケア構想や医学系大学教育の IPE, IPW にもつながって患者安全の領域が広がっていると感じている。

翻って、看護基礎教育における患者安全教育は基礎看護分野の中でおこなわれているので、適正な教育者の人材は乏しく、まだまだ課題は山積みである。本シンポジウムでは多様な側面から患者安全教育が議論できたら幸いである。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第2会場)

[S2-3] 臨床における患者安全教育の教授設計

○政岡 祐輝 (国立循環器病研究センター)

医療に関連する不必要な害のリスクを許容可能な最小限の水準まで減らす(患者安全)ため、安全管理とともに患者安全に対する教育が重要であることは言うまでもない。各組織において、安全管理を効果的に推進するために、専任安全管理者が医療の専門性や医療者の労働環境・健康状態などを踏まえ、組織の安全を守る活動を展開している。しかしながら、インシデント・アクシデント発生に対し、対策を立てるがその対策が遵守されず、さらなる対策に追われ、思うように患者安全の改善が図れていない施設も多いのではないだろうか。

臨床現場は複雑かつ多様な状況下であり、職場の文化の影響や環境によって、患者安全における障壁も多種多様である。各々が置かれた状況のなかで、患者の安全を守るために必要な行為を考え、意思決定できる看護師を育てることが重要となる。患者安全に関する基本的な知識、看護業務を安全に実践するために必要な技能、リスクを減らす行為を選択しようとする態度。患者の安全を守る看護師を育成するには、どのような学習支援が必要なのか、どのような学習環境を創り上げる必要があるのか。臨床看護師の“学習”に焦点をあて、ID ; instructional design の知見から、クリティカルケアの患者安全教育について考えてみたい。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第2会場)

[S2-4] ICTによる患者安全教育の現状と可能性

○増山 純二 (長崎みなとメディカルセンター 救急部)

クリティカルケアの領域では、使用される薬剤、ME機器は多種多様であり、これらを管理する上では、多くの知識や技術が必要とされる。患者は緊急度、重症度が高く、患者自身に安全に関する協力を求めることは難しい状況である。また、気管挿管、循環作動薬、体外循環のカテーテル、栄養チューブなど患者に多くのチューブ、ラインが存在し、事故(自己)抜去、各種機器のトラブル、感染の危険性など、医療事故が起こるリスクが多く潜んでいる状況下にある。Ingeborg D Welters (2011) らの ICU におけるインシデント報告の分析において、上位を占めた項目は、薬剤、機器(ライン、チューブの事故含む)、および臨床実践(褥瘡、検体の取り扱い、感染管理、気道管理に関連する事象)に関するものであった。

安全な医療提供を行うために、院内全体の活動として、自ら進んでインシデント報告ができる環境づくりと、安全文化の構築や看護実践における安全確保の具体策として、患者のフルネームでの自己紹介による患者の確認、リストバンドの活用、指差呼称、6Rの徹底、転倒、転落のアセスメントシートの使用など患者誤認防止、誤薬の防止、転倒・転落の防止など行なっている。医療チームによる安全確保の取り組みとして、5S活動、KYTなどの取り組みがある。また、研修体制の整備も重要であり、国は全職員を対象に、年に2回程度、医療の安全を確保するための研修を求めている。

薬剤のインシデントに対する教育効果の報告では、パワーポイントを使った学習(Lu et al. 2013)、双方向性のある CD-ROM プログラム学習(Schneider et al. 2006)、オンライン学習(Sherriff et al. 2012)、ブレンディッド学習(Sung et al. 2008)、シミュレーション教育(Tsai et al. 2008)などが行われており、教育介入前後の知的評価の比

較において有効であったと報告されている。しかし、これらは授業内容や授業設計について、また、臨床での効果について明確にされていなかった。

そこで、今回、A病院のクリティカルケア領域のインシデント、アクシデントの報告の分析、教育の現状を調査し授業設計を行い、臨床での効果、学習の効率性を検討する。その上で、ICT(Information and Communication Technology)教育の設計を行い、また、インシデント、アクシデント報告システムの一環としてのICT教育の導入についても検討し、ICTによる教育の可能性について報告する。

シンポジウム

シンポジウム3

院内急変を未然に防ぐ Rapid Response System

座長:田村 富美子(聖路加国際病院 救命救急センター), 座長:森安 恵実(北里大学病院集中治療センター RST・RRT室)

2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第3会場 (2階 桃源)

[S3-1] 我が国のオンラインレジストリから見える RRSの現状と展望

○内藤 貴基¹, In-Hospital Emergency collaborators² (1.聖マリアンナ医科大学 救急医学, 2.In-Hospital Emergency Study Group)

[S3-2] 病院の現状を考えた院内急変を未然に防ぐ Rapid Response Systemに向けての取り組み

○芝田 里花 (日本赤十字社和歌山医療センター 看護管理室)

[S3-3] 看護師の「気づき」を促す RRSをめざして

○八木橋 智子 (自治医科大学附属さいたま医療センター 集中治療部)

[S3-4] 当院における RRS看護師の役割

○黒岩 政之 (北里大学医学部 麻酔科学)

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第3会場)

[S3-1] 我が国のオンラインレジストリから見える RRSの現状と展望

○内藤 貴基¹, In-Hospital Emergency collaborators² (1.聖マリアンナ医科大学 救急医学, 2.In-Hospital Emergency Study Group)

【目的】院内救急対策の大きな柱である Rapid Response System(RRS)は我が国でも広がっている。2014年に他施設 RRS・院内心停止オンラインレジストリが立ち上がり RRSは6700例、院内心停止は320例を超える症例が蓄積している。レジストリ運営は日本集中治療医学会・日本臨床救急医学会を中心とした院内救急検討委員会により行われ活動を発展させている。さらなる院内救急の改善のために、RRSのアウトカムとして院内心停止が測定可能となるように RRSと院内心停止のレジストリを一つに統合し、また米国心臓病学会に準拠し世界への発信に足るように改訂を加え、レジストリは新たな一歩を踏み出した。今回は RRSレジストリから見た我が国の院内救急の現状と、レジストリを用いて行われた過去の研究について再度考察する。

【方法】2014年1月から2017年8月までに RRSオンラインレジストリに登録された6787例を解析した。

【結果】患者背景は平均年齢69.5歳, 男性が59%と多く、背景としては敗血症11.6%, 担癌患者20.7% 術後患者11.4%, 産婦人科患者1.6%, 小児患者2.5%であった。またコードステータスに制限のある患者が21.0%であった。起動時のバイタルサインでは体温、呼吸数の欠損が多く、36.1%、27.8%であった。起動基準では酸素飽和度の低下が最も多く、33%、ついで意識障害26%、看護師の懸念25%、低血圧22%と続いた。行われた処置は挿管14%、CPR 6.6%であった。ICU入室は24%で、RRS時に死亡した症例を3.3%認めた。一ヶ月死亡率は28%であった。頻脈、低血圧、頻呼吸、徐呼吸を認めても起動されない症例が多くあり、特に頻呼吸ではそれが著明であった。National Early Warning Score(NEWS)の超低リスク群(NEWS grade 0), 低リスク群(NEWS grade 1), 中等度リスク群(NEWS grade 2), 高リスク群(NEWS grade 3)では予期せぬ ICU入室/1ヶ月死亡率はリスク層別化が可能であった。

【結論】我が国の現状として RRSが起動される症例は重症が多い。複数の起動基準をすでに満たしている症例が多く早期介入は十分でない可能性が示された。これらの問題の解決の一つとして NEWSを用いたスコアリングによる起動基準の制定の有用性が示唆された。現場教育だけでなく、バイタルサインをもれなく測定するためのシステムや機器などの開発が待たれる。

【結語】我が国の院内救急の現状が明らかとなった。今後はこのデータをもとに各施設の実情にそった対策が必要である。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第3会場)

[S3-2] 病院の現状を考えた院内急変を未然に防ぐ Rapid Response Systemに向けての取り組み

○芝田 里花 (日本赤十字社和歌山医療センター 看護管理室)

自施設は和歌山市にある診療科35科、稼働病床数727床、高度救命救急センターを持つ地域の中核病院である。自施設の急変対応システムは2010年に心肺停止に対応するコードブルーとして始まった。当初はがんや慢性疾患の終末期患者の治療方針が明確されていない事例やバイタルサインの異常やせん妄など急変の前兆がカルテに記載されている事例が散見していたことから、体制を2014年に「心肺停止やそれに準じた状況」への対応に変更した。始動基準は明確には示していないが、コードブルーと急変の前段階に対応にするシステムとの周知を得ている。

【体制】

平日日勤においては集中治療部医師、救急外来看護師が対応を行う状況になっているが、集中治療医、救急医のマンパワーの問題もあり、夜間は当直医師、看護師長が対応を行っている。

【現状の問題点】

急変を未然に防ぐための自施設の問題として(1)看護師のアセスメント能力不足、(2)医師の認識不足、(3)医師の診療科間のセクショナリズムがある。看護師のアセスメント能力不足については、患者の状態が気になっていても「医師の指示範囲内」と判断していることが散見している。そのため、看護師が患者の状態悪化に一刻でも早く気づく力をつけるため、集中ケア認定看護師を中心にフィジカルアセスメント能力の強化、救急看護認定看護師が急変対応として「急変リンクナース」の育成を行っている。(2)医師の認識不足については、病棟看護師が病態の悪化を認識し、医師に報告をした際に「様子を見ておいて」、「あとで行く」の返答があり、看護師はジレンマを感じつつも経過観察し、さらに患者が重篤化してしまう。また、救急看護認定看護師や集中ケア認定看護師が病棟からコンサルテーションを受けた場合においても診療科間のセクショナリズムが強いこともあり科を超えた依頼は非常に困難な状況がある。

【Rapid Response System 構築に向けた取り組み】

組織を動かすために急変対応コールや状態悪化により集中治療室に入室した患者の状況を分析し、対応の問題点を院内医療安全委員会で公表されているが、院内の周知には至っていない。集中治療医、救急医が少ない現状でチームを組み活動を行うことが困難であることから、看護師が患者の「状態が悪い」と判断した場合、「何か変」と感じた場合に診療科に関わらず集中治療医や救急医に相談を行うシステムの構築を医療安全部門に提案している。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第3会場)

[S3-3] 看護師の「気づき」を促す RRSをめざして

○八木橋 智子 (自治医科大学附属さいたま医療センター 集中治療部)

当院では2014年より RRS : rapid response systemの活動を開始した。主な活動内容は ICU医師による call対応で、担当する医師が持ち回り制で PHSを携帯し、様々な診療科からの相談を受けている。その件数は活動開始から徐々に増加し、2016年には年間100件を超えるようになった。この数値からも院内の RRSの認知度の向上とニーズの高さが伺え、さらに要請の約9割以上が看護師からであることから、RRSは看護師からの需要が非常に大きいことがわかる。しかし、RRS活動を開始してからの数年間、院内の急変コール件数は減少しておらず、むしろ増加しており、多くの病棟で看護師による正しい患者評価がなされていない可能性が考えられた。

今回のシンポジウムのテーマである「院内急変を未然に防ぐ rapid response system」を実現するためには、看護師の「気づき」は無くてはならないものである。しかし、看護師の「気づき」の促進は簡単なことではない。この「気づき」を高めていくためには、個人のスキルに頼ることは困難であり、コミュニケーションやチームワーク、リーダーシップなどのノンテクニカルスキルを効果的に発揮することが最大の方法である。当院の RRS活動では、これらのスキルの向上を目指し、SBARやチームビルディングの要素を含めた学習会の開催や、全部署に配置している RST/RRSリンクナースを通して、call内容の振り返りや RRSに関する情報共有などを行っている。また、RSTの病棟ラウンドを通して、ICU退出患者などの outreachを実施することで、患者評価や注意点などの提案を行っている。しかし、これらの活動だけでは、大きな課題である看護師の「気づき」を高めていくことになかなか繋がらない現状にあるため、今後は NEWS : 早期警告スコアや qSOFAなどのツールの活用と RRS要請時の看護師の同行、RRS看護師要請システムの開設を実現したいと考えている。病棟看護師が RRSへ callすることへのためらいをより少なくするために、RRSに看護師が加わり、要請時に看護師もベッドサイドに赴くことで、callしにくい状況を減らし、「何かがおかしい」と感じた時にすぐさま病棟看護師が気兼ねなく callできるシステム「看護師から看護師への RRSへの相談窓口(専用 PHS)」の開設によって、より早期の患者介入へ繋がることを狙っている。

当院の RRSはまだ課題が山積しているが、このセッションを通してこれからの RRSはどうあるべきか、RRS活動からどのようにして看護師の「気づき」を高めていくべきかなどを考えていきたい。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第3会場)

[S3-4] 当院における RRS看護師の役割

○黒岩 政之 (北里大学医学部 麻酔科学)

当院では2011年からRRSを部分稼働させ、2014年5月から24時間365日の稼働となっている。直近3か月の平均出動件数は54.4件/月で平日日勤帯が45.4%、平日夜間帯が22.1%、休日診療帯が32.5%である。出動症例の19.0%は緊急でICUに収容している。この出動の中で、平日夜間21時-翌日7時30分までおよび休日診療体制の16時30分-翌日7時30分はICU当直医師が単独で出動しているが、それ以外はRRS看護師（もしくはRRS理学療法士）が単独もしくは医師と同時に出動している。RRS看護師は専従が2名のほかに、トレーニングを受けた院内ICU看護師（2018年1月現在、トレーニング修了者10名、うち実働者5名）が当番制で担当している。

RRS看護師の役割は大きく分けて(1)トリアージ(2)コーディネーター(3)教育の3つがある。

(1)トリアージ：RRS看護師は、単独で出動した際にABCDのうち何の異常か（あるいは異常がないのか）、緊急の処置や検査の必要性、ICU収容の必要性などについて評価し、自身のアセスメントとリコメンデーションをもってRRS医師や担当診療科医師に報告する。これは経験のある救急・集中治療系看護師なら持ち合わせているテクニカル・スキルであるが、一方で普段の活動しているフィールド外でそのスキルを発揮するには一定の訓練と経験が必要である。

(2)コーディネーター：要請側のスタッフ（病棟看護師、担当診療科医師）と出動側のスタッフ（RRS医師、看護師、理学療法士など）が現場で、即席で組むチームは、コミュニケーションが円滑にいかない場合も想定される。重症患者を目前にすると気が回らなくなり、要請側を差し置いて出動側だけで診療していく、など。RRS看護師は出動側が何を疑って診療しているか、何を懸念しているかを理解し、それらを適宜、要請側に伝達しながら処置の準備や移動の準備などを進めていく。

(3)教育：要請側にはポジティブであれネガティブであれ、適切なフィードバックが必要である。このことが要請者を教育し、“気づきの力”が養われ、次なるRRS要請につながる。RRS看護師は出動後に必要があれば別途、要請者を訪問し、フィードバックをする。また、患者ケアで状況が解決できるような事例では、ケアを教育し、現場での危機回避力を高める。

当日は、上記について当院での実例を紹介しながら解説したい。

編集委員会企画セッション

編集委員会企画セッション

オンライン投稿・査読システム～論文投稿と査読が便利になります～

2018年6月30日(土) 14:30 ～ 15:30 第7会場 (2階 蓬莱)

企画:編集委員会

[ECP] オンライン投稿・査読システム～論文投稿と査読が便利になります～

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第7会場)

[ECP] オンライン投稿・査読システム～論文投稿と査読が便利になります～

編集委員会 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
Scholar Oneサポートセンター (株) 杏林舎 真鍋達弘

2018年7月1日より、オンライン投稿・査読システム「ScholarOne Manuscripts（日本語版）」を導入いたします。これまで事務局に論文を提出いただいておりますが、本学会のWebサイトよりオンラインで論文投稿ができるようになります。また、査読担当者もオンラインで査読結果を入力またはファイルをアップロードしていただくこととなります。このオンライン投稿・査読システムにより、投稿者、査読者の郵送の手間や時間が省け便利になります。

本説明会では、会員の皆様が基本的な操作方法を理解でき、翌日から早速論文投稿ができるように、実際の画面をみながら操作方法を説明します。主に次の内容をご説明いたします。

- ・論文投稿者向け：論文投稿の方法
- ・編集委員向け：査読者選出の方法
- ・査読者向け：査読論文のダウンロードと査読結果のアップロード

なお、簡易操作マニュアルはWeb上でご覧いただけるようになります。また、システム導入に伴い、投稿規程および投稿論文チェックリストも改訂されますので、投稿の際には新しい規程とチェックリストで確認をお願いいたします。投稿規程は、本学会ホームページでご覧いただけます。投稿論文チェックリストはオンライン投稿・査読システム上に表示されますので、確認の上、ご投稿下さい。

投稿規定 URL： <http://jaccn.umin.jp/cntrbt/index.html>

ワークショップ

ワークショップ1

家族の心理状態を捉えた脳死下臓器提供の選択肢提示～事例から学ぶ選択肢提示における看護師の役割～

2018年6月30日(土) 15:40～17:40 第7会場(2階 蓬莱)

共催:公益社団法人日本臓器移植ネットワーク

[W1-1] 家族の心理状態を捉えた脳死下臓器提供の選択肢提示～事例から学ぶ選択肢提示における看護師の役割～

○山勢 博彰¹, 田戸 朝美¹, 山本 小奈実¹, 佐伯 京子¹, 立野 淳子², 高橋 聡子³, 塚本 美保⁴, 間 里恵⁴, 本池 智彦⁴ (1.山口大学大学院医学系研究科, 2.一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院, 3.日本医科大学付属病院就職 高度救命救急センター, 4.日本臓器移植ネットワーク)

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 17:40 第7会場)

[W1-1] 家族の心理状態を捉えた脳死下臓器提供の選択肢提示～事例から学ぶ選択肢提示における看護師の役割～

○山勢 博彰¹, 田戸 朝美¹, 山本 小奈実¹, 佐伯 京子¹, 立野 淳子², 高橋 聡子³, 塚本 美保⁴, 間 里恵⁴, 本池 智彦⁴ (1.山口大学大学院医学系研究科, 2.一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院, 3.日本医科大学付属病院就職 高度救命救急センター, 4.日本臓器移植ネットワーク)

2010年に臓器移植法が改正され脳死下臓器提供数が増加した。その背景には、家族の承諾のみで臓器提供が可能となったことがある。改正後6年間で337件の脳死下臓器提供があり、その内訳は、家族からの申し出が165件と医療者側からの意思確認が172件であった。

クリティカルな状態にある患者は、救命が不可能と判断された場合、医療者が家族に終末期の宣告を行い、延命処置についての代理意思決定やその人らしい終末期についても家族は検討しなくてはならない。そのなかのひとつに臓器提供があり、本人の意思表示または家族の代理意思決定により臓器提供に至ることがある。脳死と判断された場合、主治医は、脳死下臓器提供の有無を家族に確認することがある（以下：臓器提供の選択肢提示とする）。このような家族に対して看護師は、家族の心理状態を把握したケアが必要とされる。脳死患者家族の心理過程は、「驚愕期」、「混乱期」、「現実検討期」を経て「受容期」に至るといわれている。各期では様々な心理的反応がみられ、看護師はそのような家族の心理状態を理解したうえで臓器提供の意思確認をすることが必要である。選択肢提示では、特に揺れ動く家族の心理状況を把握しながら家族に対応しなければならない。ケースによっては、日本臓器ネットワークコーディネーターと連携しながら選択肢提示を行うこともある。そこで今回、脳死とされうる患者家族の心理状態を捉えた脳死下臓器提供の選択肢提示において、看護師にはどのような役割が求められるのか、また、コーディネーターとの連携をどのようにすればいいのかを事例を通して学べるワークショップを開催する。

ワークショップは、グループワーク形式で行い、ロールプレイを通して臓器提供の選択肢提示における看護師の役割を学んでもらう。

臓器提供の経験があるなしにかかわらず、臓器提供で悩んでいる方、これから臓器提供に関わるかもしれない方など多くの皆様の参加を心よりお待ちしております。

交流集会

交流集会1

クリティカルケア領域における終末期ケアプラクティスガイドライン (案) の作成

2018年6月30日(土) 10:40 ~ 12:00 第4会場 (2階 福寿)

企画:終末期ケア委員会

[交流集会1] クリティカルケア領域における終末期ケアプラクティスガイドライン (案) の作成

立野 淳子, 小島 朗, 田山 聡子, 中谷 美紀子, 比田井 理恵, 藤本 理恵, 山勢 博彰

(2018年6月30日(土) 10:40 ~ 12:00 第4会場)

[交流集会1] クリティカルケア領域における終末期ケアプラクティスガイドライン（案）の作成

立野 淳子, 小島 朗, 田山 聡子, 中谷 美紀子, 比田井 理恵, 藤本 理恵, 山勢 博彰

本学会では終末期ケアの質の向上を図るために終末期ケアのあり方を検討することを目的に、平成27年より「終末期ケア検討ワーキング」を発足させました。

終末期ケア検討ワーキングの活動は、「わが国の集中治療における終末期ケアの組織体制と看護ケアの実態」についてアンケートによる全国調査から開始しました。その結果から、より良い終末期ケアの実践に向けて、意思決定支援やチーム医療の推進など具体的な指針の必要性を確認しました。このワーキンググループは、平成29年より「終末期ケア委員会」となり、看護師のための終末期ケアプラクティスガイドライン（案）の作成を進めています。

本交流集会では、このガイドライン（案）の内容を公表し、臨床現場で活用できるガイドラインにしていくために、会場の皆様の意見を伺いながら、ディスカッションさせていただきたいと思っております。

終末期ケアに興味のある方、臨床現場で終末期ケアに困った経験のある方、ガイドラインの必要性を感じている方にぜひ参加いただき、活発な議論をさせていただきたいと思っております。

多くの方の参加を心よりお待ちしております。

交流集会

交流集会4

利益相反（Conflict of Interest：COI）についての理解—どこにでもある

利益相反—

2018年6月30日(土) 15:40～16:40 第4会場(2階 福寿)

企画:利益相反委員会

[交流集会4] 利益相反（Conflict of Interest：COI）についての理解—どこにでもある 利益相反—

飯田 香緒里（東京医科歯科大学 教授・産学連携研究センター長）

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 16:40 第4会場)

[交流集会4] 利益相反 (Conflict of Interest : COI) についての理解—どこにでもある利益相反—

飯田 香緒里 (東京医科歯科大学 教授・産学連携研究センター長)

クリティカルケア看護学の研究は、企業、組織、団体等との産学連携等により行われる場合が少なくありません。研究においては公明性、中立性が求められますが、産学連携研究により、学術的、倫理的責任を果たすことによって得られる成果の社会への還元(公的利益)と、産学連携活動に伴い研究者個人が取得する金銭、地位、利権など(私的利益)の2つの利益が研究者個人の中に生じる『利益相反 (conflict of interest: COI、以下COI)』が発生することがあります。

そのため本委員会は、本学会における学術活動の公明性と中立性を確保するために会員に対してCOIに関する基本的な考え方を示すことを目的に、平成29年度に新しく設けられた委員会です。そして今回の学術集会から、自らのCOI状態を自己申告によって適切に開示し、本指針を遵守することを求められるようになりました。

そこで今回の交流集会では、臨床看護師にとっては聞きなれないCOIとは何か、重症患者の看護や看護研究・教育活動において起こりうるCOI、申告や開示が必要な理由などについて知ることから始めたいと考えています。本年度は、東京医科歯科大学において、産学連携活動推進及び知財管理、利益相反マネジメントを含む産学連携コンプライアンスの教育及び研究に従事し、臨床場面で直面するCOIについてわかりやすく解説いただける専門家の先生をお招きいたします。

<講師>東京医科歯科大学 教授・産学連携研究センター長 飯田 香緒里 先生

ご講演後には、具体例を交えながら、COIについて皆様と一緒に考えていきたいと思っております。

- 1) どこにでもある利益相反
- 2) この行為、利益相反になりますか？
- 3) 利益相反は悪いことですか

交流集会

交流集会5

急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルの構築

座長:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学 医学部看護学科)

2018年6月30日(土) 16:45 ~ 17:45 第4会場 (2階 福寿)

[交流集会5] 急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルの構築

○明石 恵子¹, 宇都宮 明美², 茂呂 悦子³, 丸谷 幸子⁴, 吉田 紀子⁵, 松沼 早苗⁶, 町田 真弓⁷ (1.名古屋市立大学看護学部, 2.京都大学大学院医学研究科, 3.自治医科大学附属病院, 4.名古屋市立大学 病院 ICUPICUCCU, 5.獨協医科大学病院, 6.自治医科大学附属病院 集中治療部, 7.前橋赤十字病院)

(2018年6月30日(土) 16:45 ~ 17:45 第4会場)

[交流集会5] 急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルの構築

○明石 恵子¹, 宇都宮 明美², 茂呂 悦子³, 丸谷 幸子⁴, 吉田 紀子⁵, 松沼 早苗⁶, 町田 真弓⁷ (1.名古屋市立大学看護学部, 2.京都大学大学院医学研究科, 3.自治医科大学附属病院, 4.名古屋市立大学 病院 ICU/PICU/CCU, 5.獨協医科大学病院, 6.自治医科大学附属病院 集中治療部, 7.前橋赤十字病院)

急性・重症患者の治療に対する看護実践は多く報告されていますが、回復を促すという看護独自の切り口で体系化された報告は見当りません。交流集会では、CNSの皆様を対象に実施したグループインタビューの分析結果から見出された急性・重症患者の心身の回復を促す看護実践の構成要素と、それをもとに考案した看護実践モデルについて、参加者の皆様と討議したいと考えています。討議の成果は、急性・重症患者の回復を促す実践のより処として臨床への寄与が期待できます。急激な健康破綻を生じ、急性・重症患者の回復を促す看護実践、下図で示すVラインをよりシャープにする看護実践モデルについて皆様と考究し洗練できればと思います。

また、今回は、看護実践モデル案の妥当性を検証するためのQRコードを用いた質問紙調査にもご協力いただければ幸いです。交流集会ではお待ちしております。
ご一緒に、急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルを考えてみませんか？

交流集会

交流集会2

院内で行うシミュレーション教育のコツ

2018年6月30日(土) 10:40 ~ 12:00 第5会場 (2階 平安)

企画:教育委員会

[交流集会2] 院内で行うシミュレーション教育のコツ

○吉富 由紀子¹, 雀地 洋平² (1.福岡青洲会病院, 2.KKR札幌医療センター)

(2018年6月30日(土) 10:40 ~ 12:00 第5会場)

[交流集会2] 院内で行うシミュレーション教育のコツ

○吉富 由紀子¹, 雀地 洋平² (1.福岡青洲会病院, 2.KKR札幌医療センター)

皆様、シミュレーション教育の悩みをお持ちではないでしょうか？

「やっているけど結果が出ない」、「やりたいけど指導者が少ない」

「ぐだぐだ、だらだらしたシミュレーションになる」、

「そもそもやったことないし、ドキドキする」

「デブリーフィングとフィードバック何が違うの」などなど。

近年、臨床での現任教育及び基礎教育において、積極的にシミュレーション教育が取り入れられています。その目的は、手技習得から、患者観察、倫理的課題など様々だと思います。ただ、臨床におけるシミュレーション教育は、体験学習として完結してしまいがちで、せっかくシミュレーションを取り入れたのに企画者と学習者の目標のずれが生じたりすることもあると思います。さらに、もっと悪いことは企画者がシミュレーション教育を実施することが目的となっていたりすることもあるようです。

そこで今回、シミュレーション教育を企画し実践している施設の取り組みをご紹介いただき、その基盤となる教授設計の考え方、ちょっとした考え方のポイントなど、学会員の皆さんと悩みを解決する場を設けたいと思います。奮ってご参加ください。このセッションは参加型です。しゃべって共感して、議論して、ぜひ何かを持って帰ってください。院内研修の極意について会場の皆様と共に考えていきたいと思っています。

教育委員のメンバーから本当は教えたくない内緒の話も聞けるかもしれません。

クリティカルケア看護学会教育委員

浅香えみ子、河合正成、川原千香子、小池伸享、

中村香代、政岡祐輝、三上剛人 (五十音順)

交流集会

交流集会3

Stop！不正行為－投稿における落とし穴

2018年6月30日(土) 10:40～12:00 第6会場 (2階 瑞雲)

企画:編集委員会・倫理委員会

[交流集会3] Stop！不正行為－投稿における落とし穴

編集委員会

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

倫理委員会

秋元典子、伊藤真理、江川幸二、奥村美奈子、田口智恵美

(2018年6月30日(土) 10:40 ~ 12:00 第6会場)

[交流集会3] Stop！不正行為－投稿における落とし穴

編集委員会

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

倫理委員会

秋元典子、伊藤真理、江川幸二、奥村美奈子、田口智恵美

近年、科学研究において、データのねつ造や改ざん等の不正行為が相次いで指摘されています。人々に貢献するクリティカルケア看護学の確立と発展を目指す本学会は、研究倫理の向上の一環として、編集委員会および倫理委員会共同で「日本クリティカルケア看護学会誌の投稿に関する不正行為防止のためのガイドライン」（以下、本ガイドライン）を作成しました。本ガイドラインには科学の本質に反し、科学への信頼を失う不正な論文投稿の抑止を図り、本学会誌の学術的(臨床研究)かつ社会の信頼性を確保するために、不正行為の定義を明確にし、不正行為が行なわれた場合の対応を示しました。

交流集会ではまず、本ガイドラインの概要について説明します。本ガイドラインで取り上げた投稿にあたっての不正行為について解説し、本ガイドラインの適用と対象、審査委員、本学会誌に投稿あるいは掲載された論文に対して、不正行為あるいは疑いが生じた場合の措置について説明します。

本ガイドライン策定過程にあたって、投稿には悪質ではない、勘違いによる不正もあることから、罰則を重視するのではなく、不正に当たる行為であることが判明した時の著者への教育並びに全体的な啓発活動が重要であることを確認しました。投稿時に特に注意してほしい不正行為、または悪質ではない、勘違いによる不正行為などの事例を取り上げ、参加された方々の疑問に答えていきます。さらに、投稿における不正行為全般について討議します。皆様の参加をお待ちしています。

投稿規定 URL : <http://jaccn.umin.jp/cntrbt/index.html>

指定演題

指定演題1

事例セッション 退院支援

座長: 鴫田 猛(学校法人 鉄蕉館 亀田医療技術専門学校), 座長: 箱崎 恵理(千葉県こども病院 副看護局長)

2018年6月30日(土) 15:40 ~ 16:40 第5会場 (2階 平安)

[指定1-1] 今求められる救命救急センターのあり方～退院支援調整を通して～

○山中 雄一 (日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター)

[指定1-2] 退院支援は意思決定支援…とはいっても何をすれば？

○宮崎 聡子 (東海大学医学部附属病院 看護部 特別病棟)

[指定1-3] 高度救命救急センターにおける脊椎・脊髄損傷患者の退院支援

○安彦 武 (東北大学病院 高度救命救急センター)

[指定1-4] 誤嚥性肺炎で入院中の90歳代高齢患者への退院支援 家族間で意見の相違があった事例

○山崎 千草 (東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程)

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 16:40 第5会場)

[指定1-1] 今求められる救命救急センターのあり方～退院支援調整を通して～

○山中 雄一 (日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター)

2025年問題に向けて、医療界では地域包括ケアシステムとして「病院から地域医療、在宅」で高齢者をケアする政策にシフトチェンジする取り組みなどが提示され、看護界でも特定看護師育成のための対策等が取られている。

当院では、過去には寝たきりの高齢者の救急搬送は、「救命救急センターの役割ではない」と積極的に受け入れる風土ではなかった。

しかし、現在65歳以上の割合は、総人口の27.3%(平成29年度版高齢社会白書 内閣府)、65歳以上の単独および夫婦のみの世帯は56.9%(平成29年度版高齢社会白書 内閣府)となり、救命救急センターにおける役割の変容は必須となっている。

今回、当救命救急センターの以下の役割を踏まえて、高齢者患者に対する取り組みについて紹介する。

救命救急センターの役割⇒トリアージとしての役割も

1. 重症患者

⇒高度急性期を当院が担当し、安定したら療養型の病院または在宅へ

2. 状態が安定しているが入院を希望している

⇒一旦当院で入院、もしくは直接療養型の病院へ転院

3. 生活がまともに送れていなかった患者

⇒当院で社会福祉支援を調整し、地域へ

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 16:40 第5会場)

[指定1-2] 退院支援は意思決定支援…とはいっても何をすれば？

○宮崎 聡子 (東海大学医学部付属病院 看護部 特別病棟)

退院支援とは、「意思決定支援」と「自立支援」が柱である。患者自身は退院後にどこでどのような療養生活を送りたいと考えているか、医療者には患者の自律的な決定を支援し、それを実現可能とする視点が必要である。

救急・重症集中の場にいる患者・家族は、予期せぬ発病や外傷などにより重篤で身体的にも精神的にも危機的な状態となっていることが多い。自立支援として機能的回復の促進のため、せん妄予防やその対応、早期リハビリに関して積極的に援助している報告は聞かれる。では意思決定支援はどうであろうか。患者・家族の意見が対立する、患者・家族の意見と医療者の見解が対立する、代理意思決定などの倫理的ジレンマや葛藤にたいし、それを察知しチームで検討することが大切であるという認識はある。しかし、入院していったん落ち着いたようにみえても、急激に変わる状況の中で精神的ダメージを受けているであろう患者や家族のことを考えると、すぐに退院についてなんて言い出せない…、また、退院支援加算が導入され入院7日以内に面談をしなければならないが、詳しいことは病状が落ち着いてから一般病棟で考えてもらおう…、と考えるクリティカルケアに携わる看護師もいるのではないかと。また一般病棟でも、患者が退院することがゴールと考えていないだろうか。

意思決定を支援するにあたり、やはりタイミングは大切である。救急・重症集中の場でのみで退院支援を検討することは難しい。意思決定支援では、患者の意思を過去・現在・未来の時間軸で捉え、医学的そして看護的判断として適切、適時な病状説明を行い、家族や周囲が話合う、という視点を持ちチームで合意形成を図っていく。クリティカルケアに携わる医療者が、患者の生活をイメージすること、そして患者・家族が入院治療・退院後の生活を考える動機づけを行うことができるように外来・病棟、そして地域と連携し、組織化した学習を発信していくことが必要である。

本セッションでは、救急・重症集中の場面における患者・家族に対して退院支援を考えると、どのような対応

が求められているのかを事例を検討しながら皆さんとともに学んでいきたい。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 16:40 第5会場)

[指定1-3] 高度救命救急センターにおける脊椎・脊髄損傷患者の退院支援

○安彦 武 (東北大学病院 高度救命救急センター)

—はじめに—

脊椎・脊髄損傷（以下、脊損）は外傷の中でも最も重症度の高い疾患の一つである。脊損患者は重篤な神経学的損傷のために、呼吸器系をはじめとした種々の合併症を併発する可能性があるばかりでなく、生命に直接影響を受ける危機的な状況に陥る場合もある。よって、初期治療は手術や集中治療への対応も可能な救命センターなどの施設がのぞまれる。また、脊損患者は全身状態が安定した後も長期のリハビリが必要であり、麻痺などの障害を残したまま療養生活を送らざるを得ない。救急加算が獲得できる期間を超えて入院を継続することは有効な病床管理とは言い難く、本来の施設機能を果たせなくなる可能性もでてくる。よって、退院支援による調整が必要であるが、脊損患者においては全身状態が安定しても介護が煩雑などの理由で受け入れ先がなく、長期入院を余儀なくされているのではないだろうか。

—当院の現状—

当救命センターは宮城県の三次救急施設の一つとして、ICU12床、HCU8床を有している。2017年1月～12月の患者受け入れ状況は、救急車受け入れ件数2847件、総受診数7591名、総入院数762名（内因性：406名、外因性：356名）であった。外因性疾患のうち外傷患者数は220名であり、脊損患者数は40名、約18%であった。平均入院期間は内因性疾患7.8日、外因性疾患8.8日であり、脊損患者のみでは13.6日とやや延長していた。

当救命センターでは入院時から退院支援のハイリスク患者をスクリーニングし、早期にメディカルソーシャルワーカーへつなげる対策を取っている。2017年の退院支援件数は296件であり、疾患別にみると、外因系123件、脊損26件であった。平均支援日数は全体で19.4日、外因系19.9日と変わらなかったが、脊損のみでは約26日と延長していた。

坂井らの報告では脊損患者の受け入れ困難な理由として、「スタッフ（専門医等）不足」、「設備が対応していない」、「診療報酬上の問題」、「合併症の対応が困難」、「転院先がない」などがあげられており、短期間では解決困難な問題が山積しているため、脊損医療を縮小せざるを得ない状況にあることがうかがえた。一般的に脊損患者の後方支援として、「物理的環境：家屋の改修、福祉機器の設置など」、「制度的環境：障害者福祉法、障害者自立支援法、自動車損害賠償法、労働者災害補償法など」、「人的環境：脊損への理解」、「社会・文化的環境：復学、職業復帰、イベントへの参加」などの環境調整があげられるが、急性期にどの項目をどのレベルまで解決するかは一律ではない。急性期～慢性期のいずれの時期を担当する医療機関も、責任をもって次のステップにつなぐことが重要である。

セッションでは事例をもとに救命センターにおける脊髄損傷患者の退院支援の在り方を考えたい。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 16:40 第5会場)

[指定1-4] 誤嚥性肺炎で入院中の90歳代高齢患者への退院支援 家族間で意見の相違があった事例

○山崎 千草 (東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程)

【事例紹介】誤嚥性肺炎で3次救急搬送された90歳代男性 A氏。初期治療で全身状態が安定し、ICUへ入室となった。ICU入室後のA氏の意識レベルはJCS 1-1～2、痰の自己喀出が行いきれず、痰が貯留してくるとSpO₂の低下があり、その度に気管支鏡による気管内吸引の実施が1～2回/日で続いていた。家族構成は、妻はす

でに他界し息子 B氏（60歳代）と二人暮らしだが、出張が多くほとんど不在。娘も2人おり（C氏、D氏、共に60歳代）、それぞれ近くに住んでいる。D氏が週に数回自宅へ通い、A氏の身の回りの世話をしている。キーパーソンはB氏。医師から家族へ救急搬送された意識障害は、誤嚥性肺炎が原因の一つであること、痰の量も多く毎日気管支鏡で痰の吸引を行っており、治療の選択肢の一つとして経口挿管の説明があった。B氏は「できる治療は全部やってできるだけ父さんに長生きしてほしい。」と話した。同席していたC氏は無言だったが、D氏は「いつも父さんを見ているわけじゃないのになんてことを言うの。父さんは延命になることはしたくないと言っていた。家で過ごしたいはず。」と強い口調で話した。【対応を要した課題】本人の意思を尊重した治療方針の決定を支援することで、家族間での意見の合意が行え、今後の療養先が決定できる。【看護実践内容】A氏の意思が明らかではなかったため、A氏の意識レベルのよい時間帯を選び、医師からの説明に対する家族の反応を伝えるとともに、A氏はどうしたいと思っているのか尋ねた。A氏は「辛いから口に管なんか入れたくない。それよりも早く家に帰って過ごしたい。」と話した。同日、面会にきたB氏へA氏が挿管はしたくない、家に帰りたと言っていることを伝え、同時に、家族間での意見の相違があるのに、話し合いをせずに自分の考えを押し通そうとするのは何故か率直にぶつけてみた。B氏は、他界した母親を数年間在宅介護していたがもっと何かできたのではと心残りがあること、今の仕事が軌道に乗り始めており、父親にも自分が成功しているところを見てもらいたいと思っていると話した。B氏の思いを理解できたところで、今後のことはA氏の意思も考慮した上で、家族で話し合って決めてほしいと伝えた。翌日B氏から「昨日看護師さんに話して自分の1人よがりだったかなと思った。妹たちとも話して挿管はせずに、本人の言うように家に連れて帰りたと思う。」と話した。自宅退院が可能かどうかを含め多職種カンファレンスを実施し、自宅への退院調整を行い3日後に退院となった。【考察】ICUでは、特に治療方針の決定を含め退院調整を行うまでの時間的余裕が少ないことが多い。限られた環境下の中でも本人や家族への理解を深める努力を行いながら、治療の可否にとらわれずに本人が“どう生きたいか”を家族と医療者が共に見出すことが重要であると考えられる。

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー1

座長:伊与 恭子(日本医科大学付属病院)

2018年6月30日(土) 12:10 ~ 13:10 第2会場 (5階 小ホール)

共催:レールダル メディカル ジャパン株式会社

[LS1] イマドキの学生・新人・若手を育てる ー成果の出る授業・研修はどうあるべきか

ー

○浅香 えみ子 (獨協医科大学埼玉医療センター)

(2018年6月30日(土) 12:10 ~ 13:10 第2会場)

[LS1] イマドキの学生・新人・若手を育てる ー成果の出る授業・研修はどうあるべきかー

○浅香 えみ子 (獨協医科大学埼玉医療センター)

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー2

座長:道又 元裕(杏林大学医学部附属病院)

2018年6月30日(土) 12:10 ~ 13:10 第3会場 (2階 桃源)

共催:テルモ株式会社

[LS2] 電子カルテとスマートポンプの良い関係

○田中 聖人 (京都第二赤十字病院)

(2018年6月30日(土) 12:10 ~ 13:10 第3会場)

[LS2] 電子カルテとスマートポンプの良い関係

○田中 聖人 (京都第二赤十字病院)

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー3

座長:山崎 早苗(東海大学医学部附属病院)

2018年6月30日(土) 12:10 ~ 13:10 第4会場 (2階 福寿)

共催:ニプロ株式会社

[LS3] 術後肺炎を防ぐ ～あなたの口腔ケアは肺炎を予防しているか～

○渡邊 裕 (地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所)

(2018年6月30日(土) 12:10 ~ 13:10 第4会場)

[LS3] 術後肺炎を防ぐ ～あなたの口腔ケアは肺炎を予防しているか～

○渡邊 裕 (地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所)

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー4

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

2018年6月30日(土) 12:10 ~ 13:10 第5会場 (2階 平安)

共催:コヴィディエンジャパン株式会社

[LS4] 院内急変を防ぐ観察とは ～呼吸数は記録できていますか?～

○杉田 学 (順天堂大学医学部附属練馬病院 救急・集中治療科)

(2018年6月30日(土) 12:10 ~ 13:10 第5会場)

[LS4] 院内急変を防ぐ観察とは ～呼吸数は記録できていますか？～

○杉田 学 (順天堂大学医学部附属練馬病院 救急・集中治療科)

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー5

座長:横堀 将司(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター／日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野)

2018年6月30日(土) 12:10 ～ 13:10 第6会場 (2階 瑞雲)

共催:アイ・エム・アイ株式会社

[LS5] 脳神経評価の技術的進歩：瞳孔計

○DaiWai Olson (Neurosurgery, University of Texas Southwestern, USA)

(2018年6月30日(土) 12:10 ~ 13:10 第6会場)

[LS5] 脳神経評価の技術的進歩：瞳孔計

○DaiWai Olson (Neurosurgery, University of Texas Southwestern, USA)

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー6

座長:森田 孝子(元横浜創英大学看護学部／元クリティカルケア看護学会)

2018年6月30日(土) 12:10～13:10 第7会場(2階 蓬莱)

共催:東洋羽毛首都圏販売株式会社

[LS6] 睡眠セミナー「睡眠習慣を整え、きらきら輝く私に!!」

○臼杵 礼司^{1,2} (1.東洋羽毛工業株式会社, 2.一般社団法人 日本睡眠教育機構 認定 睡眠健康指導士)

(2018年6月30日(土) 12:10 ~ 13:10 第7会場)

[LS6] 睡眠セミナー「睡眠習慣を整え、きらきら輝く私に!!」

○臼杵 礼司^{1,2} (1.東洋羽毛工業株式会社, 2.一般社団法人 日本睡眠教育機構 認定 睡眠健康指導士)

一般演題（口演）

一般演題（口演） O1群

呼吸・循環管理

座長:伊藤 聡子(神戸市看護大学), 座長:山崎 千草(東京女子医科大学大学院)

2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第4会場 (2階 福寿)

[O1-1] サブストラクション・アウトカムモデルを用いた人工呼吸器離脱への介入に関する文献検討

○竹下 智美¹, 清村 紀子² (1.大分大学医学部附属病院, 2.大分大学)

[O1-2] 『人工呼吸器離脱プロトコル』の有効性の検証

○竹下 智美¹, 清村 紀子², 坂本 照夫³, 竹中 隆一³, 松成 修³, 黒澤 慶子³, 塚本 菜穂³, 重光 修³ (1.大分大学医学部附属病院, 2.大分大学, 3.大分大学医学部附属病院高度救命救急センター)

[O1-3] 人工呼吸器離脱プロトコルを用いた看護師によるウイニングの効果

○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保健学専攻臨床看護学講座, 2.小倉記念病院)

[O1-4] 人工呼吸器ウイニング時の看護師による呼吸ケアの実践度と重要度—人工呼吸器離脱プロトコルの有用性—

○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保健学専攻臨床看護学講座, 2.小倉記念病院)

[O1-5] ICU看護師がARDS患者に実践する体位管理の判断

○荒木 隆志¹, 遠藤 みどり², 渡辺 かづみ² (1.山梨県立大学大学院看護学研究科看護学専攻急性期看護学分野, 2.山梨県立大学)

[O1-6] 外科系集中治療科における High-flow nasal cannula使用による嚥下への影響と評価

○中山 誠一, 亀ヶ谷 泰匡, 多田 覚, 杉山 理恵, 背戸 陽子, 石井 庸介, 梅井 菜央, 市場 晋吾 (日本医科大学付属病院外科系集中治療室)

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第4会場)

[O1-1] サブストラクショナル・アウトカムモデルを用いた人工呼吸器離脱への介入に関する文献検討

○竹下 智美¹, 清村 紀子² (1.大分大学医学部附属病院, 2.大分大学)

【目的】

近年、人工呼吸器離脱に関する様々な研究成果の報告がある。しかし、介入方法やその結果に用いられる指標は論文ごとに異なり、研究成果の比較には限界がある。本研究は人工呼吸器離脱の介入に関する研究成果の比較検討をより容易にすることを旨とし、サブストラクショナル・アウトカムモデルを用いた文献検討によって、1)人工呼吸療法中の患者情報、2)人工呼吸器離脱介入において必要なケア、3)人工呼吸器離脱のアウトカム、の指標を明確にすることを目的とした。

【方法】

「人工呼吸器取り外し」(医中誌 Web)、「ventilator weaning」「randomized controlled trial」(PubMed・CINAHL)をキーワードに2011~2016年の文献を検索し、抽出された121件のうち、アルゴリズムに従って厳選した13件を対象にサブストラクショナル・アウトカムモデルを用いて文献検討した。

【結果】

「人工呼吸療法中の患者」に「人工呼吸器離脱への介入」を行うことが「QOL」につながる、という仮説が成り立つ。これら3つを構成概念に設定し文献検討した。得られた結果は図で示す。

【考察】

サブストラクショナル・アウトカムモデルは、複数の文献を規則性に従って統合し、抽象度の高い研究枠組み(構成概念)から、データとして収集する具体(経験的指標)へと整理していくもので、新たな研究設計に有用とされることから、本研究の目的とする一貫性・妥当性のある変数・測定用具の抽出に適した方法と言える。

「人工呼吸療法中の患者」を構成していた経験的指標である、基本属性・重症度(意識レベル・APACHE2)は、人工呼吸器からの離脱に影響する患者の予備力等を反映しており、離脱を安全に進める上で妥当な指標と考える。また、「人工呼吸器離脱への介入」は、人工呼吸器離脱のための何らかの標準的方法・人工呼吸療法中のスタンダードケアの2つに整理された。いずれも1)標準化の進む介入である、2)安楽の保持・合併症予防に有効なケアである、の観点から、合併症を予防し早期離脱につながる有効な介入と判断できる。介入の目的は安全かつ早期の人工呼吸器離脱にあることから、評価すべきアウトカムである「QOL」で抽出された人工呼吸期間・人工呼吸器離脱時間は早期離脱の結果を示し、再挿管の有無・NPPV使用の有無などは離脱の安全性を示すことから、離脱への介入成果として妥当な指標と考えるものである。

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第4会場)

[O1-2] 『人工呼吸器離脱プロトコル』の有効性の検証

○竹下 智美¹, 清村 紀子², 坂本 照夫³, 竹中 隆一³, 松成 修³, 黒澤 慶子³, 塚本 菜穂³, 重光 修³ (1.大分大学医学部附属病院, 2.大分大学, 3.大分大学医学部附属病院高度救命救急センター)

【目的】

2015年『人工呼吸器離脱に関する3学会合同プロトコル』(以下、プロトコル)が発表されたが、現在のところ、プロトコルを用いた報告は認められない。本研究は、プロトコルの有効性を検証し、活用上の課題を明らかにすることを目的とする。

【方法】

研究デザイン：介入研究(前後比較研究)

介入期間：平成29年5月~10月

対象：対象は、A大学病院高度救命救急センター ICU（以下、救命 ICU）に入院し24時間以上人工呼吸療法を必要とした18歳以上の患者で、以下の3点を除外基準とした。(1)24時間未満及び14日以上的人工呼吸療法、(2)DNAR、(3)意識障害の遷延（GCS<8）。プロトコル使用に対象もしくは代諾者からの同意の得られた介入群と、平成25～28年の過去4年間で5月～10月の間に救命 ICUに入院し上記条件を満たすコントロール群の2群を設定した。コントロール群のデータは過去の診療録より収集した。

介入方法：介入群にプロトコルを用いた人工呼吸器離脱を試みた。

分析方法：プロトコルの有効性の評価には、既存文献より得られた、1) 抜管成功、2) 抜管後の再挿管の有無、3) 抜管後の非侵襲的陽圧換気使用の有無、4) ICU死亡率、5) 人工呼吸期間、6) 人工呼吸器離脱時間、7) ICU入室期間、8) 入院期間、の8つの変数を指標として用いた。1)～4)は χ^2 検定により対象全体の2群比較を行い、5)～8)はMann-Whitney U検定により離脱に成功した対象の2群比較を行った。全ての統計処理はIBM SPSS Statistics version 22を用いて有意水準を $P<0.05$ とし判定した。

倫理的配慮：介入群の対象または代諾者に文書・口頭で説明し同意を得た。コントロール群にはオプトアウトの機会を保障し救命 ICUのホームページに公開した。なお、本研究は、対象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1182）。

【結果】

介入群15名、コントロール群33名で、基本属性・重症度・身体的状態において2群で大きな違いはなく、2群ともに口腔ケア（3回/日）・ヘッドアップ・鎮痛鎮静管理といった基本的ケアや治療が実施されており、いずれもVAPの発生はなかった。一方、介入群全員が抜管後再挿管を必要としなかったに対し、コントロール群では2名が再挿管を必要としていた。また、RASSの平均値は介入群-2.7(SD1.5)、コントロール群-3.6(SD1.0)、 $p=0.02$ で有意差を認め、介入群で浅い鎮静管理が実践されていた。介入群のうち、初回 SBT開始安全基準を満たした患者は11名(73.3%)で、残り4名も7日目までに開始安全基準を満たした。初回 SBT実施で成功した患者は12名(80%)、初回 SBT成功後当日中に抜管に成功した患者は9名(60%)であった。離脱の成功は介入群93.3%、コントロール群87.9%。離脱に成功した2群の人工呼吸器離脱時間の中央値（四分位範囲）は介入群2.0時間（1.5-24.7）、コントロール群20.0時間(5.0-57.0), $p=0.038$ 、入院期間では介入群23日(15.5-26.0)、コントロール群37日(20.0-55.0), $p=0.031$ と有意差を認めた。人工呼吸期間、ICU入室期間に統計学的有意差は認めなかった。

【考察】

SAT実施による浅い鎮静管理の実践が人工呼吸器離脱時間の有意な短縮につながったと考えられる。初回 SBT成功率は、SBT開始安全基準を満たせば安全に SBTを実施でき、その成功率も高いというプロトコルの有効性、安全性を示唆するものである。

(2018年6月30日(土) 14:30～15:30 第4会場)

[O1-3] 人工呼吸器離脱プロトコルを用いた看護師によるウイニングの効果

○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保健学専攻臨床看護学講座, 2.小倉記念病院)

【目的】本研究の目的は、人工呼吸器離脱プロトコル（以下プロトコル）を用いて看護師が主体的にウイニングを実施した効果を明らかにすることである。【方法】研究デザイン：前後比較研究。プロトコルを用いないウイニングを<前>とし、プロトコルを用いたウイニングを<後>とした。対象者：対象患者は、3施設のICUで48時間以上人工呼吸療法を受け、離脱が見込めると主治医が判断した<前>28名、<後>28名。期間：平成26年12月～平成29年12月。<前>期間3か月～5か月、<後>期間2か月～3か月。研究方法：<前>は、各施設の医師が主体的にウイニングを実施した。<後>は、看護師が医師の包括的指示のもと主体的にプロトコルを用いてウイニングを実施した。このプロトコルは、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）が合同で策定した人工呼吸器離脱プロトコルで、その内容は、SAT（Spontaneous Awakening Trials）開始基準、SAT実施、SBT（Spontaneous Breathing Trial）開始基準、

SBT実施、抜管の検討、抜管、抜管後の評価で構成されている。測定項目：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とした。【分析方法】ICU在室日数、気管挿管日数、人工呼吸器装着日数は、カプランマイヤー（Kaplan-Meier）生存曲線分析法を用いた。【倫理的配慮】本研究は、研究協力者の所属する施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には、実施前に口頭及び文書で説明し同意を得て実施した。【結果】対象患者の年齢は、＜前＞71.5±12.0歳（平均±SD（以下同））、＜後＞69.2±14.4歳であった。疾患は、循環器疾患：＜前＞9名、＜後＞10名、呼吸器疾患：＜前＞9名、＜後＞8名、脳神経疾患：＜前＞3名、＜後＞5名、その他：＜前＞7名、＜後＞5名であった。入院状況は、予定入院：＜前＞1名、＜後＞2名、緊急入院：＜前＞27名、＜後＞26名であった。ICU在室日数は、＜前＞8.7±3.4日、＜後＞6.0±3.1日、気管挿管日数は、＜前＞5.9±2.6日、＜後＞4.0±1.8日、人工呼吸器装着日数は、＜前＞6.5±2.5日、＜後＞4.0±1.8日であった。生存曲線分析では、ICU在室日数、気管挿管日数、人工呼吸器装着日数ともに、＜後＞の方が有意に短かった（ $P<0.001$ ）。【考察】看護師がプロトコルを用いることで、ウイニングでの実践内容が明確になり、離脱促進につながったと考える。また、ウイニングまでの経過が視覚化され、看護師間だけでなく他職種との情報共有が容易になると考える。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ことで、ICU在室日数、気管挿管日数、人工呼吸器装着日数を短縮できた。したがって看護師がプロトコルを用いることは、患者に効果的なウイニングが提供でき、人工呼吸療法の長期化を防ぐことが期待できる。

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第4会場)

[O1-4] 人工呼吸器ウイニング時の看護師による呼吸ケアの実践度と重要度 —人工呼吸器離脱プロトコルの有用性—

○山本 小奈美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保健学専攻臨床看護学講座, 2.小倉記念病院)

【目的】本研究の目的は、人工呼吸器ウイニング時の看護師による呼吸ケアの実践度と重要度を明らかにし、人工呼吸器離脱に関する3学会合同プロトコル（以下プロトコル）の有用性を検証することである。【方法】研究デザイン：質問紙調査対象者：人工呼吸器装着患者のケアを実践した集中治療室経験3年以上の看護師66名（計3施設）。期間：平成26年12月～平成29年12月。方法：調査内容は、過去の呼吸ケアについての評価研究の文献をもとに、呼吸ケアの観察視点（循環動態、呼吸フィジカルアセスメント、鎮痛評価等）、呼吸ケア技術（体位ドレナージ、離床、呼吸理学療法等）、チーム医療（患者の情報共有、カンファレンス、チーム医療の取り組み等）の3カテゴリーからなる調査項目とした。それぞれの実践度と重要度を5段階のリッカートスケール（1点～5点）で回答を求めた。調査は、プロトコルを用いていない時（ $n=33$ ）（以下プロトコル用いていない群）と用いた時（ $n=33$ ）（以下プロトコルを用いた群）で同一の調査を実施した。【分析方法】カテゴリ平均を算出し、両群の実践度と重要度について集計・比較した。【倫理的配慮】本研究は、対象者の所属する施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には、文書に研究の目的、方法、回答の有無によって対象者が不利益を被らないことを記載し説明した。質問紙は、無記名で回収した。【結果】対象者の年齢は、28.5±6.6歳（平均±SD（以下同））、経験年数6.9±5.6、所属部署は、ICU32名、救急病棟1名であった。質問紙の回収率は、100%（有効回答100%）であった。実践度は、呼吸ケアの観察視点＜プロトコル用いていない群3.92点、プロトコルを用いた群4.05点＞（以下同）、呼吸ケア技術＜3.68点、4.04点＞、チーム医療＜3.14点、3.59点＞であった。重要度は、呼吸ケアの観察視点＜3.98点、4.14点＞、呼吸ケア技術＜3.39点、3.83点＞、チーム医療＜3.28点、3.71点＞であった。呼吸ケア技術は、プロトコルを用いた群の方が、実践度と重要度ともに有意に高かった（ $p<0.05$ ）。チーム医療は、重要度でプロトコルを用いた群の方が有意に高かった（ $p<0.05$ ）。【考察】実践度では、プロトコルを用いた群の方が呼吸ケア技術の実践が高く、看護師がプロトコルを用いることによって実践しやすくなったと考えられる。重要度では、プロトコルを用いた群の方が呼吸ケア技術の重要性を認識しており、認識の高さが実践にも関与している可能性が伺えた。また、チーム医療に関しては、プロトコルを用いた群の方が重要度の認識は高いものの実践には有意差が無く、その認識が実践にまで至っていない可能性が示唆された。

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第4会場)

[O1-5] ICU看護師がARDS患者に実践する体位管理の判断

○荒木 隆志¹, 遠藤 みどり², 渡辺 かづみ² (1.山梨県立大学大学院看護学研究科看護学専攻急性期看護学分野, 2.山梨県立大学)

<背景>近年, 急性呼吸窮迫症候群(acute respiratory distress syndrome: 以下ARDS)患者に対する腹臥位等の体位管理は, 酸素化の改善に有効であることが明らかにされている。しかし, 明確なガイドラインや指針がなく, 呼吸・循環動態への影響や医療事故等の弊害が指摘されている。看護師が安全・安楽な体位管理を実践するためには, 全人的な看護師独自の判断が重要であるが, 先行知見は希少である。そこで, 本研究では, ICU看護師がARDS患者の酸素化の改善に向けて実践する体位管理の判断を明らかにしたいと考えた。<目的> ICU看護師がARDS患者の酸素化の改善に向けて実践する体位管理を, どのような判断で行っているかを明らかにする<方法>質的記述的研究デザイン。研究参加者: ARDS患者への看護実践の経験があるICU経験年数5年以上の看護師。調査方法: 半構成的面接法。分析方法: 逐語録から, 本研究の目的について語られた内容をデータとしてコード化し, コードの意味内容の類似性に着目して, サブカテゴリー, カテゴリーを生成した。研究参加者へのコードの確認と教員のスーパーバイズを受け, 分析の真実性・信憑性の確保に努めた。倫理的配慮: 所属大学の研究倫理審査委員会及び研究協力施設の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究参加者には, 自由意思の尊重, 拒否する権利, 及びプライバシーの確保等を文書と口頭で説明し同意を得た。<結果>研究参加者は3名で, 臨床経験年数, ICU経験年数共に9~17年であった。面接回数は, 1回目の面接の内容の確認や不明な部分の確認が必要な看護師2名に対して日程調整を図った上で, 2回目の面接を実施した。面接時間は, 1名あたり平均65.6分であった。ICU看護師がARDS患者に実践する体位管理の判断について分析した結果, 76のコード, 30のサブカテゴリーから, <多角的所見による酸素化・体位効果の評価>, <酸素化の悪化・改善の見極め>, <低酸素の許容限界の見極め>, <循環動態の変動と変動要因の推測>, <苦痛の多角的な評価>, <苦痛を考慮した鎮痛・鎮静・体位選択とICの必要性>, <医療者間の協議の中での危険予測とリスク評価>, <安全確保のための体制と方法の見極め>の8つのカテゴリーが生成された。<考察>本研究のICU看護師は, ARDS患者の呼吸状態や循環動態を反映する情報を経時的, かつ多角的に捉え, 体位管理の実施や中止, 実施効果の判断をしていた。また, 酸素化の評価から酸素化の悪化・改善を推測しており, 医学的な知識に基づく体位管理の判断をしていたと考える。しかし, これらの判断は, ICU看護師個々人の看護実践能力に依拠した可能性があり, 体位管理の適切な判断のためには, ARDSの病態や体位管理の知識・技術の強化を図る必要性が示唆された。本研究のICU看護師は, ARDS患者の安楽性を考慮して, 患者の訴えや表情を重視しつつ, 客観的情報を含めた苦痛の多角的な評価をしていたと考える。また, 体位管理の安全性の確保に向けて, 鎮痛や鎮静, インフォームドコンセントの必要性を捉えていたが, ICU看護師がARDS患者の体位管理の安楽性や安全性を適切に評価するには, ARDS患者の全人的苦痛の理解と鎮痛鎮静の調整, 患者へのICの重要性が示唆された。さらに, 本研究のICU看護師は, ARDS患者の呼吸器合併症や医療事故の予防, 安全を重視した体位管理の判断をしていた。しかし, 体位管理の安全の確保において, 医師との協働や, 医師以外の医療専門職者との連携が図れていない可能性があり, 多職種連携を推進する必要性が示唆された。

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第4会場)

[O1-6] 外科系集中治療科における High-flow nasal cannula 使用による嚥下への影響と評価

○中山 誠一, 亀ヶ谷 泰匡, 多田 覚, 杉山 理恵, 背戸 陽子, 石井 庸介, 梅井 菜央, 市場 晋吾 (日本医科大学付属病院外科系集中治療室)

【目的、背景】近年、High-flow nasal cannula（以下 HFNCとする）は、会話や経口摂取のできる高流量酸素デバイスとして使用されている。先行文献では健常者で嚥下への影響も示唆され、その度合いは送気流量に比例しており、誤嚥に至る患者も存在し、安全性は確立されていないと報告されている。健常者でも嚥下に何らかの影響を及ぼしているとするれば、高流量は更に、嚥下に影響を及ぼし誤嚥を引き起こす可能性が考えられる。そこで、反復唾液嚥下テスト（以下 RSSTとする）を評価し、飲み込みづらさのアンケートを5件法での調査と嚥下への影響を評価し考察をする。【方法】対象は2017年11月～2018年1月までの心臓血管外科術後 HFNCを使用中、使用後の患者4例に対し、前向きに RSSTの評価と飲み込みづらさを5件法で実施した。従命反応のない患者と術前に嚥下障害のある患者は除外とした。また、統一した RSST評価を実施するため、摂食・嚥下認定看護師指導のもと RSST教育と技術の習得していることを評価者の条件としている。【倫理的配慮】本研究は、所属大学倫理委員会の承認を得た上で実施した。【結果】平均年齢71歳、男性4名、女性0名、術式 CABG2例、大血管2例。HFNC使用中 RSST陽性となった患者は1例、年齢78歳、挿管時間6060/minストマックチューブ有、HFNC設定40L40%、その他はすべて使用中、使用後共に陰性。HFNC使用中、陰性となった患者は平均年齢66歳、平均挿管時間14632/min、ストマックチューブすべて有り、平均 HFNC設定40L41%。アンケート結果は HFNC使用中飲みづらい1例、やや飲みづらい1例、どちらでもない2例、HFNC使用後は鼻カヌー3～4Lで飲みやすい1例、やや飲みやすい1例どちらでもない2例。【考察】RSST評価陽性となった患者は、陰性の患者と比較しても HFNCの設定流量も大きな差はなく、挿管時間も他の患者よりもむしろ短い。また、脳梗塞などの既往歴もなく、HFNC使用中にはすべての患者に16Frストマックチューブが挿入されている同じ条件下であった。このことから、高齢により、嚥下機能の低下している状態に高流量の酸素投与することにより、嚥下に影響を及ぼした可能性が考えられる。しかしながら、抜管後という条件下は高流量による影響と抜管による嚥下への影響の二つの可能性があることも否定できない。また、アンケートの5件法調査では、HFNC使用中に飲み込みづらさを訴えていた患者は、鼻カヌーで飲み込みやすい方向に感想は変化しており、HFNCが嚥下に影響を及ぼしていることが示唆された。これは高流量が第2相（咽頭相）に影響を及ぼし、のみ込みづらさにつながったのではないかと考える。【結語】今回、症例数は少なかったが、RSSTの評価は陽性となる患者も存在している。今後も HFNC使用症例は増加していくことが予測されるため、誤嚥のないよう看護していく必要があると考える。

一般演題（口演）

一般演題（口演） O2群

看護実践・管理

座長: 縦山 定美(いわき明星大学 看護学部), 座長: 山崎 早苗(東海大学医学部附属病院 集中治療室)

2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第5会場 (2階 平安)

[O2-1] ICUにおける点滴注射にかかる不要コストの現状と削減の取り組み

○大内 玲¹, 矢口 実希¹, 櫻本 秀明¹, 佐藤 雅子¹, 柴 優子¹, 卯野木 健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専攻, 3.筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター水戸協同病院)

[O2-2] 心停止後症候群で脳低温療法を受ける患者の体温管理の特徴

○宮本 愛¹, 横山 瑞恵¹, 高橋 幸憲¹, 田端 陽太¹, 川原 龍太¹, 高橋 聡子¹, 山崎 直人¹, 志村 知子¹, 横堀 将司² (1.日本医科大学附属病院 看護部, 2.日本医科大学大学院 医学研究科 救急医学分野)

[O2-3] 嚥下困難であった患者が多職種による統一したケアによって経口摂取が可能となった一事例

○三浦 麻紗美, 近藤 美穂 (広島大学病院看護部)

[O2-4] TAVIを受ける高齢AS患者の事例を通じた看護支援に関する実践報告

○岩本 敏志¹, 安井 大輔¹, 山崎 早苗² (1.東海大学健康科学部看護学科, 2.東海大学医学部附属病院)

[O2-5] 患者の急変予兆を捉えた熟練看護師の臨床判断

○原口 弘章, 杉崎 一美 (鈴鹿中央総合病院)

[O2-6] クリティカルケア領域における浅い鎮静深度で管理されている人工呼吸器装着患者に対する看護実践の特徴

○大西 陽子, 村井 嘉子 (石川県立看護大学)

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第5会場)

[O2-1] ICUにおける点滴注射にかかる不要コストの現状と削減の取り組み

○大内 玲¹, 矢口 実希¹, 櫻本 秀明¹, 佐藤 雅子¹, 柴 優子¹, 卯野木 健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専攻, 3.筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター水戸協同病院)

【背景】 ICUにおける医療コストは高額であり、特に、薬剤コストは院内薬剤コストの1/3を占めるといわれている。一方で、ICUでは、患者の多様な病態のため薬剤の変更や中断が多く、事前に用意されていた薬剤が使用されないことも多い。しかし、これまでICUにおける不要薬剤コストに関するデータの報告はほとんどない。【目的】 ICUにおける点滴注射にかかる不要コストの現状を調査し、コスト削減策を見出すこと【方法】 2015年4月から2016年3月までの期間、当院ICUにおいて、作成したが実際は未使用であった薬剤コストのデータを収集した。結果は毎月、病棟スタッフへフィードバックした。また、前半1年(2015年)の高価薬剤リストをスタッフへ提示して薬剤コストに関する知識を共有し、後半1年(2016年)の未使用薬剤コストと比較検討した。本研究において、個人情報に関わるデータを使用しないため倫理審査の必要性はないと審査委員より判断されている。【結果】 ICUにおける不要薬剤コストは総じて平均66563±38536円/月であった。2015年と比較し2016年の不要薬剤コストは有意に減少した(図)。薬剤種類別の分類では、循環作動薬が50%と半数を占め、次いで鎮痛・鎮静薬が多かった。【考察】 ICUで発生する不要薬剤コストは高額であった。定期的にデータをスタッフへ提示したことはコストに対する意識を高めた可能性がある。また、先行研究より、高価薬剤に対する知識不足が報告されており、高価薬剤リストの提示は不要薬剤コストの削減に効果的である。

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第5会場)

[O2-2] 心停止後症候群で脳低温療法を受ける患者の体温管理の特徴

○宮本 愛¹, 横山 瑞恵¹, 高橋 幸憲¹, 田端 陽太¹, 川原 龍太¹, 高橋 聡子¹, 山崎 直人¹, 志村 知子¹, 横堀 将司² (1.日本医科大学付属病院 看護部, 2.日本医科大学大学院 医学研究科 救急医学分野)

【背景】

脳低温療法の治療過程では冷却システムなどの機器管理と体温変動のモニタリングに対する緻密な看護介入が求められる。その内容は選択される冷却システムによって異なるべきであるが、検査や処置、清潔ケア等の医療的イベントによって生じる冷却中止期間の判断など、体温変動に影響を及ぼすと推測される看護介入の方法は個人の経験知に委ねられている。一方、病態や治療に起因した合併症などの発生を予防し重篤化を防ぐことも看護の役割であるが、冷却システムの違いによって特徴的に生じる患者への影響についてその内容は明らかではない。

【目的】

自動体温調節機能を持つ2つの冷却システム【パッド式の体表面冷却法 (Arctic Sun2000・5000) と血管内冷却法 (サーモガードシステム TM)】の体温管理の特徴を医療的イベントとの関連性ならびに患者への影響をもとに検証する。

【方法】

2014年~2016年の2年間に研究対象施設において体表面冷却法と血管内冷却法による脳低温療法を受けた心停止後症候群患者20名に対し、患者基本情報、脳低温療法実施期間における治療条件、体温変動に影響を与えると推測される検査・処置等の医療的イベント(以下イベント)、導入期を除く体温の推移と逸脱許容温度からの逸脱幅(絶対値)、逸脱頻度、二次的合併症、担当看護師の経験年数について後方視的調査を行った。逸脱許容温度は各機器メーカーが示す値とした(体表面冷却法: 標的体温±0.5℃、血管内冷却法: 標的体温±0.2℃)。患者を体表面冷却法実施者(体表面群)と血管内冷却法実施者(血管内群)に分け、収集した変数毎に2群を比較した。また各群において逸脱頻度とイベント発生との関係を検証した。統計手法はカイ二乗検定、Mann-WhitneyのU検定を用い、有意確率0.05未満で有意差ありと判定した。本研究は対象施設倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】

逸脱頻度において2群に有意な差はなかったが ($p=0.066$)、逸脱幅は血管内群において有意に低かった ($p=0.000$)。2群において逸脱頻度が平均値 (4.17%) を上回った時間帯は、いずれも研究対象施設で清拭や処置などの看護ケアが最も頻繁に実施される10時~12時台に合致せず、逸脱要因として明らかな医療的イベントは体温センサー不良であった (体表面群5回、血管内群1回)。また看護師の経験年数は体表面群で 5.41 ± 3.1 年、血管内群で 4.61 ± 3.0 年と有意に血管内群の方が低かった ($p=0.020$)。さらに統計的有意差はなかったが、肺合併症の発生頻度が体表面冷却群で高い傾向を示した。

[考察]

血管内冷却法は体表面冷却法に比較して標的溫度に対する逸脱許容幅がより厳正に制限されており、標的溫度への追従性も高く、経験年数に捉われずに看護師を配置できたものと考えられる。しかしいずれの冷却法であっても機器自体を原因とした管理不良が起り得るため、体温観察はダブルモニタリングで行われることが望ましい。また、身体可動域に制限のない血管内冷却法に対して胸郭全体をパッドで覆う体表面冷却法では、胸郭可動性の低下により肺合併症のリスクが高まる可能性がある。体温変動に影響を及ぼすと推測される清潔ケアや処置が実施される時間帯における実際の体温逸脱頻度は低く、これらの看護介入の影響は小さいと推測されるため、自動体温調節機能をもつ冷却システムを用いた場合には、感染症をはじめとする患者の合併症を予防するために、早期から清潔ケアや肺理学療法などの看護介入を積極的に行うべきである。

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第5会場)

[O2-3] 嚥下困難であった患者が多職種による統一したケアによって経口摂取が可能となった一事例

○三浦 麻紗美, 近藤 美穂 (広島大学病院看護部)

【目的】嚥下困難の患者が経口摂取ができるまでの過程を振り返り、医療者の統一したケアが嚥下機能回復につながったかを検証する。【方法】・研究対象期間：平成28年2月~6月・研究対象者：食道癌 (ステージ III、術後4年経過) のA氏、難治性潰瘍で約2か月間絶食中に呼吸状態が悪化し、気管切開術施行、人工呼吸器管理中であつた。潰瘍が軽快し飲水可能な状態になったが、長期間の絶食による低栄養、筋力低下による嚥下機能低下を認め、経口摂取開始を目的に介入を始めた。・データ収集方法：診療録から現病歴、治療、栄養、身体状態、ADLの状況、患者の訴え、看護ケアの項目について時系列にデータ収集を行った。・倫理的配慮：所属施設の看護部倫理委員会の承認を得て実施した。【看護の実際】患者はベッド上でテレビを見て一日を過ごし、リハビリも消極的で妻の面会時もその様子は変わらなかった。本人・妻は「食べられるようになりたい。元気になり自宅に戻りたい」と回復の希望があつた。そこで看護師・主治医・理学療法士でカンファレンスを行い、1.低栄養、2.長期の経口挿管・気管切開による嚥下機能の低下、3.全身の筋力低下の3点の課題を共有し、経口摂取開始を目標に1.NST (Nutrition Support Team) が介入し適切な経腸栄養剤の選択と評価、2.唾液のたれ込みが多いため、摂食嚥下障害看護認定看護師の助言の下、嚥下体操を毎日実施、3.清拭を端座位で行う等端座位時間を延ばす、理学療法士による座位練習、立位・足踏み練習の実施を計画した。患者家族に現状と、口から食べるために飲み込みの練習や筋力をつけるリハビリを行うことを説明し同意を得て、目標を共有した上で実践した。ケアは医療者が統一して実施できるよう定期的にカンファレンスを行い、現状を把握・評価、実践を繰り返した。【結果】1.NSTへ介入し適切な栄養管理を行うことで、NST介入から49日でTP: $5.4\rightarrow 6.7$ g/dL、Alb: $1.9\rightarrow 2.7$ g/dLと栄養状態の改善を認めた。2.医師の許可の下、とろみ水の飲水が開始となった。カフ上吸引時に水が吸引できる時があり少量の誤嚥を認めたが、呼吸状態の悪化はなかった。その後嚥下機能の改善とゼリー摂取に向けて嚥下体操を開始した。嚥下体操開始7日目で1日1回ゼリー摂取を開始し、むせなく摂取した。3.A氏は次第にリハビリを自ら取り組み、ケア開始20日目で端座位時間の延長や足踏み回数の増加ができ、段階的にリハビリ内容のステップアップを図った。同時にウィーニングを進め、ケア開始から24日目で人工呼吸器を離脱することができた。看護師はA氏の頑張りを認め、ケアを継続した。【考察】先行研究や文献では、食べることは生きる意欲や楽しみ、幸福をもたらすものであり、QOLの向上につながる。実際にA氏は経口摂取に対する希望を持っていたが、低栄養・嚥下機能低下・全身の筋力低下による意欲の喪失状態であつた。ケア介入により飲水が開始と

なったことで、本人は日々の嚥下体操やリハビリの効果を実感し、飲水だけでなく経口摂取の意欲が向上し、さらに積極的にリハビリに取り組んだ結果、経口摂取と人工呼吸器離脱に結びついたと考える。また本人の回復を喜ぶ妻の姿を見てさらに意欲的にリハビリ等に取り組んだことも、本人の回復を助長していると考えられる。今回の事例では、患者家族の「食べたい」という意思を尊重し、目標達成に向けて患者家族とともに課題抽出・計画立案し、多職種が連携し統一したケアを継続することにより、嚥下機能の改善を認めたと考える。【結論】患者と家族の意思に沿った多職種による統一したケアを行うことで、A氏は誤嚥することなく経口摂取ができた。

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第5会場)

[O2-4] TAVIを受ける高齢 AS患者の事例を通じた看護支援に関する実践報告

○岩本 敏志¹, 安井 大輔¹, 山崎 早苗² (1.東海大学健康科学部看護学科, 2.東海大学医学部付属病院)

【はじめに】 A病院では、2017年2月に経カテーテル的大動脈弁留置術（以下 TAVI：Transcatheter Aortic Valve Implantation）を導入し、院内の多職種におけるハートチームを結成した。TAVIの適応は、高齢で併存疾患があり、開胸術での弁置換が不能な重症大動脈弁狭窄症（以下 AS：Aortic Stenosis）患者である。TAVIは、低侵襲なため術後の早期離床や早期リハビリテーションにより、予定入院期間を短く設定することができる。しかし、TAVIを受ける高齢 AS患者や家族にとって不安が高まる要素がある。それは術後合併症や重症化のリスク以外にも、TAVIが実施できる設備のある病院への転院や紹介が必要なことや、ASは自覚症状がでにくい為、高齢患者で医学的な理解が困難な場合は、患者と医師が考える予後のリスクに差があり判断が異なることである。以上のことから、私はハートチームに参加し、モデルケースとして調整看護師の活動を開始した。今回は、私が経験した事例を通して、TAVIを受ける高齢 AS患者と家族への継続した看護支援の強化に向けた実践を報告する。【目的】 A病院で TAVIを受ける高齢 AS患者への看護支援に関する今後の課題や活動方針を明らかにする。【方法】 本報告は、事例を振り返り看護支援について考察を深めるものである。倫理的配慮は、患者と家族が特定可能な情報を記載しないことや、情報は本研究以外では使用しないことを患者と家族へ口頭で説明し承諾を得た。また、患者の入院施設の臨床研究実施規則に基づき倫理的配慮を行なった。1.事例 患者は80歳代の女性。歩行中に著明な呼吸困難を伴う重症な AS（NYHA 3）であった。以前に僧帽弁置換術を施行し、かかりつけの病院で経過をみていたが、症状の悪化と肺機能の低下もあり TAVI目的で A病院の外来を紹介受診した。TAVI施行後、後腹膜出血および急性腎障害を発症したが、1時的に血液透析療法を行い順調に回復し退院した。退院後の患者は息切れなど症状なく生活し、TAVIを受けて良かったと満足されている。2.看護活動 私は TAVIを受ける高齢 AS患者とスタッフの安全と安心の担保を目指し、入院前の外来や、術前後の病棟、手術室、集中治療室など、患者が移動する療養の場で患者の話を傾聴した。その際、患者や家族とともに目標を設定した。また、必要に応じて相談を受け各部署の関連スタッフと共有しカンファレンスを実施した。活動の主な意図は、各療養の場で1人の調整看護師が患者と家族の話を傾聴し関係性を構築させ、安心の定着に努めることや、患者と家族が TAVIの治療を選択したことを意味づけし、患者の将来に向けた最善な支援をスタッフ間で検討することであった。【結果・考察】 調整看護師は、患者と家族の話を傾聴し「退院後に遠方で暮らす親戚に会いに行く」という目標を設定した。更にハートチームおよび関連スタッフと情報共有を行い、部署間で切れ目のない看護支援を実施した。その結果、患者と家族は各療養の場で穏やかに過ごし、安心できる入院生活だったと語られた。しかし、調整看護師の活動成果を具体的に評価し提示するまでには至らなかった。今後、検討しなければならない課題は複数あるが、始めに取り組むべきことは、A病院で TAVIを受ける高齢 AS患者への意思決定支援であると考えられる。活動方針は、現在のモデルケースにおける調整看護師の活動を、将来的には院内に在籍する認定や専門看護師を中心としたシステムによる活動が望ましいと考える。更に先では、看護支援の対象や視野を拡大させ、心不全患者の緩和ケアに関する組織作りを検討していきたいと考えている。

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第5会場)

[O2-5] 患者の急変予兆を捉えた熟練看護師の臨床判断

○原口 弘章, 杉崎 一美 (鈴鹿中央総合病院)

【目的】入院中に心停止を起こす患者の多くはその8時間前までに症状増悪兆候を示すといわれている。その予兆を察知し迅速に対応するために Rapid Response Systemと呼ばれる院内救急対応システムを導入している病院もある。実際、熟練看護師が軽微な状態悪化のサインを捉え急変予兆を早期に察知し対処している場面がある。本研究の目的は、患者の急変予兆を事前に察知した熟練看護師がどのように異常を察知し懸念を抱いたのか、その時どのような臨床判断がなされたか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2016年10月～11月。研究対象者は、A県内400床以上、二次・三次救急指定の3総合病院に勤務する看護師経験5年以上かつ循環器病棟勤務5年以上かつ現在も循環器病棟に勤務している看護師。調査内容は、患者の急変の予兆を事前に察知した際、どのような事象を捉えることで察知したのか、その時どのような臨床判断がなされたか、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。倫理的配慮として、本研究は四日市看護医療大学大学院倫理審査の承認 (No.37)、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た。また、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】対象者は7名であった。看護師の臨床経験年数平均11.7年、循環器病棟経験年数平均7年であった。患者の急変の予兆を捉えた熟練看護師の臨床判断は、119の文脈単位から19のサブカテゴリーと11のカテゴリーが抽出され、さらに5つのコアカテゴリーが導かれた。以下コアカテゴリーは【】、サブカテゴリーは<>で示す。【異変の気づきから急変への懸念】では<事前に急変の可能性を予測><患者に現れた症状・変化から急変予兆を察知><新たな疾患への懸念と重症度予測>の3カテゴリー、【原因を探り推移を予測】では<詳細な状態把握のための確認><現状と今後を判断>の2カテゴリー、【急変に備えて応援要請のコーディネート】では<スタッフとの情報共有と役割分担><医師との情報共有>の2カテゴリー、【状態悪化予防のための処置・ケア・評価】では<病態・経験知を元に緊急度・重症度を判断><必要な処置とケアの判断><処置の効果の判断>の3カテゴリー、【患者の安寧・安楽】では<患者の不安を軽減するための対応の判断>の1カテゴリーであった。

【考察】患者の急変予兆を捉えた熟練看護師は、患者に生命の危機状態の徴候が現れる以前から、今後の急変の可能性を予測していた。これは診断された疾患名や既往歴といった断片的な情報から患者の今後の推移を押し量り判断することで、急変予兆を察知するための準備性を高めていたと考えられる。また新たな疾患への懸念を抱くとともに患者の異常の原因と、その懸念が本当に正しいのかを判明させるべくバイタルサインのチェックや動脈血液ガス分析採血の必要性を判断するなど、状況判断を確実にするための観察の必要性を重視していた。同時に患者の精神面をアセスメントし患者の不安が緩和・軽減されるように働きかけていることが確認できた。さらに医療チームスタッフに報告・相談し意見を求める、緊急事態に備えて情報共有と役割分担について判断する特徴がみられた。

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:30 第5会場)

[O2-6] クリティカルケア領域における浅い鎮静深度で管理されている人工呼吸器装着患者に対する看護実践の特徴

○大西 陽子, 村井 嘉子 (石川県立看護大学)

【目的】クリティカルケア領域における浅い鎮静深度で管理されている人工呼吸器装着患者に対する看護実践の特徴を明らかにする。

【用語の定義】本研究における浅い鎮静は Richmond Agitation-Sedation Scale : RASS -2~0とした。

【方法】デザイン：質的記述的研究。対象：主に北陸・関西圏の医療施設に所属する急性・重症患者看護専門看護師、及び集中ケア認定看護師。対象者の選定方法：日本看護協会ホームページより候補者を絞り込み、研究協力依頼書を送付し同意が得られた者。加えて、対象者から紹介され同意した者（雪玉式対象者選定法）。データ収集期間：平成28年3月から翌年10月。データ収集方法：半構造化面接を実施し、面接では対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。データ分析：逐語録を作成し、対象者ごとに個別分析、全体分析を実施した。その後、浅い鎮静における看護実践の具体的内容を抽出しカテゴリー化した。そしてカテゴリー間の関連性を検討した。

【信頼性・妥当性の検証】対象者にカテゴリーを提示し、フィット感について意見を求めた。

【倫理的配慮】研究者が所属する機関の研究倫理委員会の承認を得た。加えて、研究対象者が所属する施設の倫理審査等が必要な場合、その指示に従った。

【結果】対象者は9つの医療施設に所属する専門看護師2名、認定看護師11名の合計13名であった。分析した結果、《 》に示す6つの特徴が明らかとなった。看護師の《苦痛を読み取り積極的に緩和する》援助は全てのカテゴリーと関連しており、患者が治療を受け入れ療養生活を営む土台を形成している。看護師は《繰り返し見せたり触らせたりすることで、医療機器・器具の存在を示す》とともに《これまでに生じた身体の急激な変化や今後の見通しについて説明》することで患者の理解を促している。看護師は、患者の理解度を確認しながら《行動の行方を見守り危険度を見極め》、危険行動に至る場合は繰り返し説明することで補っている。また、危険度を見極めながらも《ケアやりハビリを仕向け同意的な行為を引き出す》ことで患者が動こうとするタイミングを見逃さず活動の拡大を目指していた。看護師が《患者と家族の距離を見計らう》ことは、患者の状況に合わせて家族を患者に接触させて良いか検討することであり、患者と家族の相互に安心感をもたらす治療を継続することを支えていた。これらの看護実践は、患者を侵襲的治療の場に馴染ませ、患者なりの動きを制限することなくタイミングを見計らい活動の拡大を目指していた。

【考察】看護師は《苦痛を読み取り積極的に緩和する》、《繰り返し見せたり触らせたりすることで医療機器・器具の存在を示す》、《これまでに生じた身体の急激な変化や今後の見通しについて説明する》ことによって患者の視覚・触覚・聴覚の感度を高め、理解を促し治療の場に馴染む状況を醸造していたと考えられる。《行動の行方を見守り危険度を見極める》援助は、患者の意味ある行動を見逃さず持ち得る運動機能を確認し、活動の拡大に結び付けようとしていたと考えられる。そして《ケアやりハビリを仕向け同意的な行為を引き出す》援助は、患者が出来そうな行為を仕向けることで自分で出来ることを実感させ、自信や達成感が得られるよう支援することであった。《患者と家族の距離を見計らう》援助は、患者が家族とのやりとりを通して自己像を保つことにつながっていたと考えられる。今後、看護師は患者の苦痛や鎮静レベルを適切にアセスメントする能力を高めること、コミュニケーションツールの新たな活用とアプローチ方法の工夫、患者の意思を汲み取る感度を高める必要性が示唆された。

一般演題（口演）

一般演題（口演） O3群

家族看護

座長:榊 由里(日本医科大学付属病院 高度救命救急センター), 座長:福田 和明(徳島文理大学保健福祉学部看護学科)

2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:20 第6会場 (2階 瑞雲)

[O3-1] 生命の危機的状態で初療に救急搬送された患者の家族が辿る代理意思決定のプロセス

○上澤 弘美¹, 中村 美鈴² (1.総合病院土浦協同病院看護部, 2.自治医科大学大学院クリティカルケア看護学)

[O3-2] 集中治療室に緊急入室した意識障害のある患者への家族のケア参加に関わるエキスパートナースの看護実践

○反保 沙由実¹, 酒井 明子² (1.福井大学医学部附属病院, 2.福井大学医学部看護学科)

[O3-3] 集中治療室看護師の家族看護の実態～ CNS-FACEIIの分析から～

○中野 舞, 藤村 紀子, 高沢 千佳子 (富山赤十字病院)

[O3-4] ICUにおける終末期にある患者・家族の情報共有を目指して

○古田 大 (東京医科大学茨城医療センター)

[O3-5] 集中治療室における家族のケア参加に対する支援の検討ー集中治療室看護師の視点からー

○松戸 麻華¹, 眞嶋 朋子¹, 國武 由香里¹ (1.千葉大学大学院看護学研究科)

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:20 第6会場)

[O3-1] 生命の危機的状態で初療に救急搬送された患者の家族が辿る代理意思決定のプロセス

○上澤 弘美¹, 中村 美鈴² (1.総合病院土浦協同病院看護部, 2.自治医科大学大学院クリティカルケア看護学)

目的

本研究の目的は、生命の危機的状態で初療に救急搬送された患者の家族が辿る代理意思決定のプロセスを明らかにすることである。

方法

1. 研究デザイン:質的記述的研究デザイン
2. 研究対象者: 生命の危機的状態で初療に救急搬送された患者の代理意思決定を担い、患者が EICUへ入室後、生命の危機的状況を脱していると医師から判断されている家族15名
3. データ収集期間:2016年11月~2017年5月
4. データ収集方法および分析方法:インタビューガイドを用い、半構造化面接法を実施した。逐語録に起こした発言記録をデータ化し、事例コード・マトリックスを参考に分析を行った。
5. 倫理的配慮: 本研究はA大学倫理審査会および該当医療施設の審査を受け承諾を得た後に、対象者には研究目的、方法、研究参加の任意性、匿名性の確保や個人情報の保護、データの公表およびデータの管理方法について書面を用いて説明し書面で同意を得た。

結果

抽出された概念的カテゴリは、【衝撃的な出来事の中で錯綜する思い】、【直面した患者の状況に募る不安と恐怖】、【様々思い浮かべて、患者の意思を忖度する】、【大きく迷いながらも決断に向き合う】、【成果がみえない患者の姿に気持ちが揺らぐ】、【治療結果としての患者の状況に左右される代理意思決定への思い】の6つであった。

自らが倒れている患者を発見した家族、他者から連絡をうけた家族ともに【衝撃的な出来事の中で錯綜する思い】を経験していた。家族は実際に患者と会うことで【直面した患者の状況に募る不安と恐怖】を経験する。同時に患者の事前意思や家族背景、金銭的な気付きなどにより【様々思い浮かべて、患者の意思を忖度する】中で、医師から治療を選択するよう求められ、【大きく迷いながらも決断に向きあう】ことになる。家族にとっては限られた時間での決断となるが、説明を聞いても内容が難しく想像もつかない状況や、患者に助かってもらいたい、病状や治療の知識がない、患者の治療を決めるには責任が大きいという背景から医師に治療を委ねていた。一方、医師が何度も説明を行った家族は、説明を理解し他の家族との話し合うことで決断できていた。意思決定後、自らが判断した家族、医療者へ治療を任せた家族ともに【成果がみえない患者の姿に気持ちが揺らぐ】ことが生じ、患者の意思が分からないため医療者に治療を任せたこと、患者の意思を尊重したがこの治療で良かったのかなどの思いが表れていた。これらは、患者の回復を家族が確信できたことで収まる。しかし、家族は患者が回復しなければ決定した内容を後悔することや、元の状態に戻らない患者を目の当たりにし本当にこの治療で良かったのか悩むといった、家族自身が望んでいた患者の状態に戻らない場合は揺れる思いを持続させており、【治療結果としての患者の状況に左右される代理意思決定への思い】が現れていた。

考察

家族は衝撃と混乱の中で、責任が大きい患者の治療を決定していくことができない背景から、医療者に治療を任せていたと考えられる。栗原らは、家族自身で治療方針の選択を判断できる領域ではないと捉えており、治療の選択を医師に任せることでコーピング行動をとっている(栗原ら, 2007)と述べていることから、家族は自身の対処行動として治療の選択を医療者に任せていたことが考えられる。また、家族は治療の選択後も揺らぎを生じていた。この揺らぎは、衝撃的な出来事に遭遇してから治療の選択までのような先行きが不確かな状況に対する揺らぎの他に、本当にこの治療を選択して良かったのかという治療の選択内容に対する揺らぎであると考えられる。

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:20 第6会場)

[O3-2] 集中治療室に緊急入室した意識障害のある患者への家族のケア参加に関わるエキスパートナースの看護実践

○反保 沙由実¹, 酒井 明子² (1.福井大学医学部附属病院, 2.福井大学医学部看護学科)

【目的】

ICUに緊急入室した意識障害のある患者の家族と関わるエキスパートナースは、家族を見て、何を感じ行為し、家族のケア参加を行っているのかを明らかにすること。

【方法】

2017年2月から2017年4月の期間において、A県のICUで勤務し、ICUに緊急入室した意識障害のある患者の家族に家族のケア参加を実践したエキスパートナース9名を研究協力者とし、半構成的面接法によりデータを収集した。インタビューの内容は、「ICUに緊急入室した意識障害のある患者の家族と関わってからケア参加後までの家族の様子や状況、それについて思ったこと、とった行動」を中心に問いかけ、自由に語ってもらった。得られたデータから家族の状況に対するエキスパートナースの思考・行動ごとにカテゴリーを生成し、エキスパートナースの思考と行動の関係性を質的帰納的に分析した。

【倫理的配慮】

A大学の医学系研究倫理審査委員会と研究協力者の所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究協力者には研究目的と方法、自由意思による研究への協力、同意後の撤回の自由、個人情報の保護などを説明し、書面による同意を得た。

【結果・考察】

家族のケア参加には、家族の心理過程に沿って、第1期（緊急入室時）、第2期（ケア参加前）、第3期（ケア参加時）、第4期（ケア参加後）という時間経過があり、家族の状況に対するエキスパートナースの思考は20カテゴリー、行動は20カテゴリー（以下【 】で示す）が生成された。そして、エキスパートナースの思考と行動の関係性から以下のことが明らかになった。

エキスパートナースは、緊急入室時から【視線や素振りから家族の状況を捉える】、【関わるタイミングを待つ】ことで【突然の患者の変化にパニック】である家族の様子を捉えていた。ケア参加前には、家族が【一人で抱え込みすぎている】、【なにもできず見ているだけ】、【張り詰めた状態で無理をしている】中でも、【声をかけるように変化】することや、【患者に触れることに躊躇がない】、【片時も離れず側にいる】様子から【なにか自分にできることを探している】こと、【置いていかれている感じ】があり、【患者との距離が離れていく】という家族の微妙な変化を捉え、家族のケア参加に繋げていたことが明らかになった。また、ケア参加時には家族の【反応を見ながら一緒に行く】、ケア参加後には患者に【接する様子を見守る】ことを行い、緊急入室時からケア参加後までの時間経過の中で、ただ現実に翻弄されるだけでなく、揺れ動きながらも現実に対処し続ける家族の状況をそのつど捉えていた。そして、エキスパートナースは、家族には緊急入室時から【患者との過去での関わりからの後悔や責任】があり、【ケア参加により患者との過去を振り返る】ことで【思いの整理に繋がるケア参加の継続】をしており、さらに、【話せない患者との間を繋ぐ】、【できることがあると伝える】ことで、【今後の家族を支える思い出を作る】実践をしていたことが明らかになった。

以上から、ICUに緊急入室した意識障害のある患者への家族のケア参加に関わるエキスパートナースの看護実践では、家族と関わる時間が短い中でも、目の前の家族が示す反応を早い段階で正確に捉え、微妙な変化を感じ取るという家族の状況をそのつど捉え直す俯瞰的な視点を持つこと、さらに患者と家族の関係性から過去だけでなく、今後の家族を想像し援助するという過去から未来までを見据えた俯瞰的な視点で今後の家族を支える思い出を作り、家族自身が患者の死に適応していく悲嘆作業の援助も視野に入れ、家族のケア参加を行っていくことが重要であると示唆された。

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:20 第6会場)

[O3-3] 集中治療室看護師の家族看護の実態～ CNS-FACEIIの分析から～

○中野 舞, 藤村 紀子, 高沢 千佳子 (富山赤十字病院)

【目的】集中治療室(以下、ICU)入室患者は、生命危機状態に陥っている場合が多く、患者家族は、患者の予後に対する不安やICUという慣れない環境から精神的動揺が大きい。そのため看護師は家族の心理状態を把握し、ニーズを捉え、迅速に対応していくことが必要である。今後の家族看護の意識を高め、家族援助に役立てたいと考え、本研究ではCNS-FACEII(山勢ら)を基盤とした看護カンファレンスを行った症例を振り返り、家族看護の実態を明らかにすることを目的とした。【方法】1.時期：平成X年Y月。2.対象：CNS-FACEIIを基盤とした看護カンファレンスを行い家族看護の実践をし、A病院の看護師12名。3.研究デザイン：質的事例研究。4.データ収集及び分析：看護カンファレンスや家族に関する看護記録等から看護実践を文脈上意味の損なわない範囲で区切り、データとした。言葉の意味に注意して内容の共通性と相違性を比較、類似化し、分類したものをカテゴリー化した。カテゴリー化したものを、CNS-FACEIIのニーズとコーピングを参考に分析した。分析の過程において、定期的に質的研究の経験者のアドバイスを受け、研究の信頼性と妥当性を確保した。5.倫理的配慮：看護師に研究主旨方法を説明し、匿名性を守ること、プライバシーの厳守について同意を得た。症例患者は経過が良好で認知機能に問題がなく、研究協力について意思の表示ができる者とし、研究の主旨とカルテ閲覧やデータ収集の同意を得た。本研究はA病院看護部倫理委員会の承認を得てから開始した。CNS-FACEIIの尺度借用の許諾を得た。【結果および考察】4個の〈カテゴリー〉、9個の《サブカテゴリー》、34個の「コード」、に大別することができた。1.〈心の状態を知る〉毎日短時間の家族面会時間での家族の言動から、その都度ニーズを捉え記録に残し、カンファレンスで情報の共有化を行い検討し、アセスメントし正しい情報提供とケアを伝えた反応を確認し、肯定的に共通理解して関わりを統一し、「妻の精神的負担の程度を知る」ことを継続し、家族の精神的状態の変化を把握して意識しながら声掛けや傾聴し、妻のうちに秘めた思いを表出できる関わりに繋がっていったと考えられ、有意義な看護介入であったと言える。2.〈情緒的支援〉看護カンファレンスで妻の思いを十分に表出できることが重要であると判断し、妻の心情を引き出すよう関わり傾聴した。短時間の関わりであっても看護師が家族に声をかけたり、その日の状態を伝えたり、積極的に関わる事で信頼関係の構築にもつながると考えられる。妻に対する思いの傾聴や時間を共有できるよう配慮したことで、妻の情動的コーピングが日を追って上昇し、妻自身の危機的状況から回復過程へとつながった。3.〈家族の疲労や健康への配慮〉家族は突然の生命危機状態により、妻は多くの複雑なストレスに直面していると考え家族が身体的な問題があることを示すようなサインを見逃さないように行っていたため、ニーズの上昇がみられなかったと考えられる。4.〈患者にかかわることを家族に伝える〉患者の状態、日々の入院生活の中での変化など身近な存在である看護師の持つ情報が家族にとって重要であり、看護師は家族への情報提供を積極的に行う必要があると考える。妻からの情報提供に関する不満や否定的な言動がなかったのは、看護師が、妻の質問や知りたいことを一つひとつ受け止め解決していったからではないかと考えられる。

(2018年6月30日(土) 14:30～15:20 第6会場)

[O3-4] ICUにおける終末期にある患者・家族の情報共有を目指して

○古田 大 (東京医科大学茨城医療センター)

【目的】ICUは救命の場であるという認識や環境、時間的制約があるため、患者・家族からの情報収集が困難な場合がある。A病院ICUでは、デスカンファレンス内で、患者・家族に関する情報収集の不足により意向に沿った支援が困難という課題が抽出された。そこで、随時適切な情報収集ができ、終末期にある患者・家族対応が円滑に行うことができるように情報共有用紙を使用した。今回、情報共有用紙の有用性を明らかにするため研究に取り組んだ。【方法】2017年8月～12月に在室した終末期にある患者・家族に対して情報共有用紙を使用。その後ICU看護師25名に、情報共有用紙についてのアンケートとデスカンファレンスの意見を集計・検討した。本研究は院内倫理委員会で承認を受け、対象者の同意を得て実施した。【結果】情報共有用紙を使用した患者・家族は6名であり、その中で患者・家族に関わることができた看護師は全体の72%であった。情報共有用紙についてのア

アンケートより「情報共有用紙内で活用できた項目（複数回答可）」は「本人・家族の希望」72%、「面会中の家族の言動/行動・家族の身体/精神面の変化」39%、「DNAR取得に至った経緯」33%の順で多く、「活用できなかった項目（複数回答可）」は「キーパーソンには頼れる人がいるか」22%、「家族間でのコミュニケーション状況」17%であった。「患者・家族からの情報収集に変化が見られたか」では、「はい」61%、理由は「家族対応の経緯が分かるので重複した情報収集をしなくなった」「積極的にコミュニケーションをとり情報収集しようという気持ちになった」であった。「いいえ」28%、理由は「在室期間が短く上手く活用できなかった」「使用する機会が少なかった」であった。「情報共有を図ることができたか」では、「はい」67%、理由は「効率的に情報を得られ共有が図れた」「対応中のことや家族の心理的变化を経時的に知ることができた」「過去のカルテ記載内容を探さなくても一覧で見やすい」であった。「いいえ」11%、理由は「使用頻度が少なかった」であった。「看護に繋げることができたか」では、「はい」66%、理由は「どのような関わりやアプローチが必要なのかわかった」「家族の意向を共有し希望に沿った看護ができた」であった。「いいえ」17%、理由は「対応した内容が用紙のみに記入されているため記録として残ると良い」「研究期間が短く評価ができない」であった。デスカンファレンスで聴取した意見より「家族と積極的にコミュニケーションを図るきっかけになった」「DNARの患者・家族の関わり方は難しいと感じるため、家族の気持ちやどのような希望があるのか書面で共有できるのはとても良い」であった。【考察】今回、終末期にある患者・家族対応に必要な情報を収集するための項目を、情報共有用紙に設けたことで、積極的かつ効率的に情報を得ることができたと考える。また、患者や家族の心理的变化や対応について経時的に集約されていたため、情報共有用紙を使用する前より情報共有が図りやすくなったと考える。これらのことから終末期にある家族対応を円滑に行うために、情報共有用紙は有用であったと言える。一方で、情報共有用紙内で活用できない項目があったのは、家族に関わる時間に限界がある中で、精神的に混乱している家族に対してどこまで踏み込んでよいか分からず、情報収集や介入を躊躇してしまうことが要因と考えられる。そのような環境の中でも必要な情報収集を行っていくためには個々のコミュニケーション能力を向上する必要があると考える。

(2018年6月30日(土) 14:30 ~ 15:20 第6会場)

[O3-5] 集中治療室における家族のケア参加に対する支援の検討—集中治療室看護師の視点から—

○松戸 麻華¹, 眞嶋 朋子¹, 國武 由香里¹ (1.千葉大学大学院看護学研究科)

【目的】

集中治療室（以下 ICU）に入院中の患者の家族は、看護師が予測するよりも患者のケアに参加することを望んでいると言われている。家族のケア参加により、患者・家族は安心感を獲得することが出来る等の効果が報告されており、家族のケア参加に対する支援の検討が必要とされている。

本研究の目的は、ICUで看護師が行う家族のケア参加に対する支援を明らかにし、ICUで家族により良いケア参加の支援を提供するための示唆を得ることである。

【方法】

対象施設：関東圏内の救急外来を有する施設の ICU

対象者：家族のケア参加の支援を行った経験があり、チームで家族支援を行う能力があると該当部署の師長から推薦を受けた看護師

調査内容：対象者の基本情報、対象者が想起した1事例を中心に家族のケア参加の支援について

調査方法：自記式質問紙と半構造化面接

分析方法：質的帰納的分析

倫理的配慮：所属大学及び対象施設の倫理審査委員会の承認後、対象者に口頭と書面にて研究目的と理的配慮の内容を説明し、同意を得た

【結果】

対象者は、3施設の ICU に勤務する看護師12名であり、看護師経験年数は平均10年（5～21年）、ICU経験年数

は平均4.2年（2～12年）、男性2名、女性10名であった。全体分析の結果、【家族の負担を最小限にすることを意識してケア参加の支援を行う】、【ケア参加中の患者の安全を確保するために、ICU全体の患者と業務の状況に配慮する】、【特殊な環境において、家族がケア参加をしやすくなるように配慮する】、【ケア参加の提案を断っても家族が患者と関わる事が出来るように、支援方法を工夫する】、【家族の満足に繋がるように、家族の希望に合わせた方法でケア参加を支援する】、【家族が集中治療中の患者の変化を直に感じることで、状況を把握できるように支援する】、【家族がケアに関わる事が患者に寄与するように、ケア参加を支援する】、【患者の死に向き合う家族の心理的ケアを意図して、ケア参加を支援する】、【回復傾向の患者を家族が援助できるように、社会復帰に繋がるケア参加を支援する】、【家族が主体的に患者と関わる事が出来るように、家族の意向を尊重して支援する】、【家族との信頼関係の構築に向けて、家族の様子に合わせて対応する】、【個別性のある看護を提供するために、ケア参加の支援を通して、家族から詳細な情報を収集する】、【ケア参加を支援する必要がある家族に継続して介入できるように、看護チームで協力する】の13のコアカテゴリーが明らかとなった。

【考察】

以上の結果から、ICUで行う家族のケア参加に対する支援は、「ケア参加中の患者の安全と家族の負担の軽減を目的とした支援」、「ケア参加時の関わりの中で把握することができる患者や家族への効果を意識した支援」、「家族とともに患者のケアを行うことを意識した支援」、「ケア参加を継続して行うための支援」の4つの特徴があると考えた。家族のケア参加に対する効果的な支援として、家族の持つ力を引き出すことが出来るように家族の主体性や意向を尊重した支援を行うことや、意図したケア参加の効果を得ることが出来るように患者と家族の状況や家族の希望に合わせたケア参加の支援を行う等の支援の必要性が示唆された。

【結論】

本研究では、患者の状況や家族の心理状況、ICUという特殊な環境を考慮し、ケア参加が患者や家族にとってどのような意味を持つかを考えたうえで、患者と家族が関わることを促す看護師の支援が、家族の満足や状況理解の促進に繋がる可能性が示唆された。

一般演題（口演）

一般演題（口演） O4群

エンドオブライフ

座長:秋元 典子(甲南女子大学 看護リハビリテーション学部), 座長:杉野 由起子(熊本中央病院)

2018年6月30日(土) 15:40 ~ 16:40 第6会場 (2階 瑞雲)

[O4-1] CCUに救急入院した心不全患者のリビングウィルに関する実態調査

○伊賀 真由美, 桐本 ますみ (独立法人労働者健康安全機構 大阪労災病院)

[O4-2] 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査 第1報 ケア実施状況の実態

○岡林 志穂¹, 井上 正隆², 佃 雅美², 森本 紗磨美², 西塔 依久美³, 大川 宣容² (1.高知医療センター, 2.高知県立大学, 3.東京医科大学看護学科)

[O4-3] 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査 第2報 看護師の内省とデスカンファレンスによる影響の実態

○井上 正隆¹, 佃 雅美¹, 岡林 志保², 西塔 依久美³, 森本 紗磨美¹, 大川 宣容¹ (1.高知県立大学看護学部, 2.高知医療センター, 3.東京医科大学看護学科)

[O4-4] 集中治療領域における終末期患者への緩和ケアに対する困難感

○小島 朗¹, 比田井 理恵², 立野 淳子³, 中谷 美紀子⁴, 田山 聡子⁵, 藤本 理恵⁶, 山勢 博彰⁷ (1.大原総合病院, 2.千葉県救急医療センター, 3.小倉記念病院, 4.東京純心大学看護学部, 5.慶應義塾大学病院, 6.山口大学医学部附属病院, 7.山口大学大学院)

[O4-5] 救命救急センター集中治療期において看護師が終末期ケアに抱いている困難感

○片淵 静香, 下田 倫子, 右田 尚子, 久間 朝子 (福岡大学病院)

[O4-6] ICUの看護師が終末期において抱える困難感とその関連要因

○岡島 夕子¹, 城生 弘美² (1.東海大学大学院健康科学研究科看護学専攻, 2.東海大学健康科学部看護学科)

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 16:40 第6会場)

[O4-1] CCUに救急入院した心不全患者のリビングウィルに関する実態調査

○伊賀 真由美, 桐本 ますみ (独立法人労働者健康安全機構 大阪労災病院)

【目的】 CCUに救急入院した心不全患者のリビングウィルに関する実態を明らかにする【方法】 研究対象はCCUに入院した心不全患者を対象とした。データ収集期間・機関は、2016年6月～2017年6月、A病院とした。データ収集方法はCCU退室時にアンケート用紙を渡し、記載を依頼した。個人属性に関してはカルテから情報を収集した。アンケートの内容は、「リビングウィルの認識」「リビングウィルを確認してほしい時期」「患者が望む治療方法」とし、治療の選択については患者が理解しやすいように治療に関するイラストを提示した。データ分析ソフトは、IBMのSPSSソフト ver19を用いて男女、年代、職業、学歴を初回入院患者と複数入院患者の「リビングウィルの認識」、「リビングウィルを確認する時期」、「患者が望む治療方法」をクロス集計し、Pearsonの χ^2 検定で分析した。倫理的配慮は対象者に同意を得、アンケート用紙は個人が特定されないよう無記名とした。A病院の看護研究倫理委員会の承認を得た後、研究を開始した。【結果】 調査期間中CCUに緊急入院し、一般病棟へ退室した50人にアンケートを配布した結果36人(72%)の回答を得られた。リビングウィルについて聞いたことがない人は29人(80.6%)、ある人が7人(19.4%)であった。リビングウィルについて自分で決定したい人が25人(69.4%)、決定したくない人が6人(16.7%)、無回答が5人(13.9%)であった。リビングウィルの説明を受ける時期はBNP200pg/ml以下の人は「一般病棟」が多かった($P<0.05$)。緩和ケアについては、終末期に苦痛の緩和を除去する治療を望んでいるが、死期が迫ったときには「自然に迎えたい」と「わからない」という意見が多かった。希望する治療については、自然に迎えるが12人、わからないが11人、心臓マッサージが7人、ペースメーカーが7人、人工呼吸器が4人、透析が4人、高カロリー輸液が4人、水分補給点滴が4人、電気ショックが2人、胃瘻が1人、PCPSが0人であった。【考察】リビングウィルについての認識は、リビングウィルについて聞いたことがある人は少ないが、自分でリビングウィルを決定したい人の割合は多いことが示唆された。リビングウィルを自分で決めたい心不全患者において、リビングウィルの認識の向上が必要と考えられる。医師からの説明を受ける時期は一般病棟を希望した割合が多くBNPが低い患者ではCCUでの説明を希望した。BNPが高い患者では一般病棟での説明を希望した。また告知してほしい人も多かった。心不全患者のリビングウィルは入院の度に患者の状態が落ち着いた時点で患者へ説明確認をしていく必要があると考えられる。心不全緩和治療について患者は、苦痛を除去する治療を望んでいることがわかった。患者と意思疎通が図れる段階で患者の望む治療を確認しておくことで緩和ケアを導入しやすいのではないかと考える。患者が望む侵襲的治療が多かったのが、心臓マッサージとペースメーカーであった。全国的に心肺蘇生処置の普及活動が一般市民へ実施されており、Iwami et alは「胸骨圧迫のみの心肺蘇生によって社会復帰した推計される院外心停止数が増加した」と述べている。一般国民が心肺蘇生処置を身近に感じていることが、心臓マッサージが多かった背景と考えられる。今回の結果では、PCPSによる治療を患者は望んでいなかった。早期から心不全の経過と共に今後の治療や病気についてリビングウィルを想起できるようアドバンス・ケア・プランニングを行い患者が望む治療・生活に寄り添える医療を提供していくことが必要であると考えられる。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 16:40 第6会場)

[O4-2] 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査 第1報 ケア実施状況の実態○岡林 志穂¹, 井上 正隆², 佃 雅美², 森本 紗磨美², 西塔 依久美³, 大川 宣容² (1.高知医療センター, 2.高知県立大学, 3.東京医科大学看護学科)

【目的】 クリティカルケアにおける悲嘆ケアガイドラインの開発を最終目的に救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査をおこなった。本研究は、悲嘆ケアがどのように行われているのか実態を明らかにすることを目的にした。

【方法】岡林が行った救急外来看護師が行う悲嘆ケアに関する質的研究及び先行研究を基に、看護師の属性11項目、悲嘆ケアの実施状況32項目、看護師の内省6項目の質問紙を作成した。回答方法は、「全くあてはまらない」を1点「とてもあてはまる」を7点とする7段階の尺度とした。救命救急センターを標榜する病院全284施設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施設に1392枚の質問紙を配布した。673件を直接郵送法で回収し、有効な回答が得られた669件を分析に用いた。統計分析は、悲嘆ケアの実施状況32項目を内容に即して治療期のケア、臨終期のケア、その後のケアに分け分析した。看護師の内省と各ブロックそれぞれの得点を合計し理論上の満点で割った実施率を求めた。有意水準は、0.05を用いた。研究実施に際し、所属大学の研究倫理委員会の承認を得て行った。

【結果】看護師経験年数は15.4±7.5年、救急経験年数は8.0±11.9年であった。悲嘆ケアの実施状況の項目は、全て天井効果とフロア効果が無く、全平均は4.5±1.4であった。最も得点の高い質問項目は、「患者の外観や周囲の環境を整える」(6.3±0.9)で、最も低い質問項目は、「電話訪問により遺族のその後の反応を確認する」(1.6±1.3)であった。

ブロック間の実施率の比較では、治療期のケア(75.7±11.1)と臨終期のケア(76.8±12.5)が最も高く、両者に有意な差はなかった。その後のケアは最も実施率が低く(39.2±17.7)、標準偏差は逆に最も高かった。また、看護師の内省(67.5±14.0)は、治療期のケアと臨終期のケアより実施率は低く、標準偏差は高かった。ブロック間の実施率の関係は、全ての組み合わせで有意な相関関係を認めた。最も高い相関関係は、治療期のケアと臨終期のケアであった($r=0.71, p<0.001$)。

ケアの関連性を明らかにするために、各質問項目間の関連性を相関分析で確認すると、「家族が十分に悲しみを表現できているかを確認する」が22項目の質問項目と有意な相関があり、最も他の質問項目と関係性を持っていた。また、この質問項目は各ブロック合計得点と有意な相関関係があった。他に同様の相関関係があった質問項目は、「エンゼルケアをしながら家族が患者の思い出を語れるようにする」、「個人的に他のスタッフとケア場面や体験を共有する」、「カンファレンスで、スタッフとともにかわりを振り返る」の3つであった。この内2つの質問項目は、看護師の内省に属していた。

【考察】救急外来看護師が行う悲嘆ケアの中で患者の外観や周囲の環境を整えるケアが最も行われているケアであった。また、個々のケアは関連し合い、特に治療期のケアと臨終期のケアは強い関係性があった。その中で家族が十分に悲しみを表現できているかを確認することは、他のケアとの関係性が強く、悲嘆ケアの指標に近いものとして作用していることが示唆された。また看護師の悲嘆ケアを内省する行為は、ケアの実施状況を高める作用があることが示唆された。

本研究は JSPS 科研費 16K159050001 の助成を受けたものです。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 16:40 第6会場)

[O4-3] 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査 第2報 看護師の内省と デスカンファレンスによる影響の実態

○井上 正隆¹, 佃 雅美¹, 岡林 志保², 西塔 依久美³, 森本 紗磨美¹, 大川 宣容¹ (1.高知県立大学看護学部, 2.高知医療センター, 3.東京医科大学看護学科)

【目的】悲嘆ケアガイドラインの開発を最終的な目的として救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査をおこなった。ここでは、看護師の内省とデスカンファレンスによる影響の実態を明らかにすることを目的に研究を行った。

【方法】岡林が行った救急外来看護師が行う悲嘆ケアに関する質的研究及び先行研究を基に、看護師の属性11項目、悲嘆ケアの実施状況32項目、看護師の内省6項目の質問紙を作成した。解答法は、7件法のリッカート尺度を用いた。全国の救命救急センターを標榜する病院の中で協力同意の得られた施設に質問紙を送付し、返信は直接郵送法とした。最終的に1392枚の質問紙を配布し、673件を回収し、有効な回答が得られた669件を分析に用いた。統計分析は、デスカンファレンスの有無と看護師の内省の実施状況とでそれぞれ全体を2群に分け、他の質問項目に差を生じさせているかを確認した。有意水準は、0.05を用いた。研究実施に際し、所属大学の研究倫理委

員会の承認を得た。

【結果】30.8%の研究協力者が、デスカンファレンスを実施していた。内省の実施状況は、「個人的に他のスタッフとケア場面や体験を共有する」が平均値 4.0 ± 1.7 で、45.9%がやや当てはまるからとても当てはまると回答していた（以下実施群比率とする）。「カンファレンスで、スタッフとともにかかわりを振り返る」は、平均値 3.6 ± 1.8 、実施群比率35.2%、「家族にかかわった体験をもとに次にいかせることを考える」は、平均値 5.0 ± 1.4 、実施群比率71.7%であった。

デスカンファレンスの有無による各質問項目の平均値の差は、38項目の全ての質問項目で有意にデスカンファレンス有群の方が高かった。一方で効果量に注目すると[内省]以外の質問項目では、全ての項目で $r < 0.3$ であった。このため、デスカンファレンスの有無により有意な差が生じるが、[内省]以外の質問項目ではその効果は小さいものであった。また、看護師1人当たりの救急車対応台数には有意な差は認めなかった。

「個人的に他のスタッフとケア場面や体験を共有する」と「カンファレンスで、スタッフとともにかかわりを振り返る」「家族にかかわった体験をもとに次にいかせることを考える」の内省に関する質問項目の平均点で全体を2群に分けた分析では、3つの質問項目とも他のすべての質問項目で有意な差があり、実施群の方が高かった。効果量に注目するとデスカンファレンスの有無による群分けとは対照的に複数の項目で $r \geq 0.3$ の中程度以上の効果を認めた。最も複数の項目に効果があったのは、「家族にかかわった体験をもとに次にいかせることを考える」による群分けで、15項目の質問に効果が及び、治療期のケア、臨終期のケアに影響を与える傾向にあった。一方、「個人的に他のスタッフとケア場面や体験を共有する」と「カンファレンスで、スタッフとともにかかわりを振り返る」による群分けでは、治療期のケア、臨終期のケアに加え、死亡退院後の家族へのケアへも影響を与えていた。一方、看護師1人当たりの救急車対応台数には有意な差は認めなかった。

【考察】デスカンファレンスによる救急外来看護師が行う悲嘆ケアへの直接的な効果は、看護師の内省に関連する行為に限局し、看護師の内省に関連する行為が、悲嘆ケア全体に効果を示すものであった。また、スタッフ間での体験の共有を行う内省と改善方法を検討する内省が、効果をもたらすケアに差異があった。

本研究はJSPS科研費16K159050001の助成を受けた。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 16:40 第6会場)

[O4-4] 集中治療領域における終末期患者への緩和ケアに対する困難感

○小島 朗¹, 比田井 理恵², 立野 淳子³, 中谷 美紀子⁴, 田山 聡子⁵, 藤本 理恵⁶, 山勢 博彰⁷ (1.大原総合病院, 2.千葉県救急医療センター, 3.小倉記念病院, 4.東京純心大学看護学部, 5.慶應義塾大学病院, 6.山口大学医学部附属病院, 7.山口大学大学院)

【目的】本調査は、わが国の集中治療領域における終末期患者への緩和ケアに対する看護師が抱える困難感を明らかにすることである。尚、本調査は日本クリティカルケア看護学会終末期ケア検討ワーキンググループで行った調査の一部である。

【方法】

- 1.研究デザイン：質問紙を用いた実態調査
- 2.対象：全国病院リストからブロック層化ランダムサンプリング法を用いて抽出された集中治療領域398部署に勤務する終末期ケアに携わった経験のある、集中治療経験2年目以上の看護師1990名。
- 3.データ収集期間：平成28年3月から4月
- 4.調査内容：調査内容は、終末期患者への緩和ケア実施において困難と感じることを、自由記載で回答をしてもらった。
- 5.収集方法：質問紙は依頼文とともに対象病院看護部長宛てに郵送し、当該部署の管理者から対象看護師に配布を依頼した。回収は郵送法で看護師1人につき1つの返信用封筒に密封した上で返送を依頼した。
- 6.データ分析方法：質的帰納的分析
- 7.倫理的配慮：質問紙に、自由意思による参加、無記名、不参加による不利益がないことを明記した。本調査は日本クリティカルケア看護学会倫理委員会の承認を受けた。

【結果】

総回答数は435件（回答率21%）。回答者の平均年齢は35歳、集中治療領域での通算経験年数10年目以上が64%を占めており、所属は救命ICU、HCUが多かった。自由記載で得た回答を分析した結果、231コード、29カテゴリ、9テーマが抽出された。緩和ケアへの困難感についての9テーマは【クリティカルケア領域における終末期の判断】【医師・看護師・家族との意見の相違】【代理意思決定】【終末期・緩和ケアの具体的導入方法】【終末期ケアのタイミング判断】【緩和ケアの展開】【緩和ケアを行う時間的余裕の不足】【ICU環境に伴う家族ケアの限界】【緩和ケアに携わる機会の少なさと知識不足】であり、各テーマに関連して看護師は様々な困難感を示していた。クリティカルケア領域における終末期患者への緩和ケアにおいて、医師と看護師の意見の相違が多くあり「医師と看護師の思いの違い」や「医師と看護師、家族の考え方が異なるときの対応方法」が困難の1つとして挙げられていた。更に「鎮静・鎮痛により死期が早まると家族の受け入れができないまま亡くなることがある」や「薬物投与を開始するタイミング」において看護師は、薬物を使用したいが、いつから使用すれば患者の安楽が図れるのか悩み困難感を感じていた。そして、「あまり終末期患者がいないため戸惑う」ことや「終末期看護の実施の場が少なく、知識が不足している」など、救命を使命とするクリティカルケア領域であるがゆえに、患者が終末期に移行した際の対応に困難感を示していた。

【考察】

終末期患者への緩和ケアにおける看護師が抱える困難感は、医師、看護師、家族の意見の違いや薬剤の使用方法における見解の違いがあり、これに対しては「チーム医療の推進」を行っていく必要がある。また、緩和ケアを推進する上で看護師の経験不足や、環境の限界を感じているため、これに対しては知識や実践方法の教育や患者や家族への最善の看護ケアが行える体制を整える必要があると考える。

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 16:40 第6会場)

[O4-5] 救命救急センター集中治療期において看護師が終末期ケアに抱えている困難感

○片淵 静香, 下田 倫子, 右田 尚子, 久間 朝子 (福岡大学病院)

1. 目的

救命救急センター集中治療期において、看護師が終末期ケアに関して抱えている困難要素を明らかにする。

2. 方法

1. 対象：集中治療期において終末期ケアに関わった経験のある看護師のうち、研究参加に同意が得られた46名。

2. 期間：2017年10月～2018年1月

3. 方法：

1) データ収集：先行文献を参考に、独自に作成した質問紙を用い、終末期にある患者へのケアや業務上の困難感を記述式で調査した。

2) データ分析方法：回答をデータとしてコード化し、類似性・特異性に着目してサブカテゴリー化、カテゴリー化した。

4. 倫理的配慮

研究の主旨と参加・不参加の自由、個人情報の保護を文書と口頭にて説明し同意を得た。不参加や中止の際も不利益は一切生じないことを保証した。得られたデータは研究者のみで取り扱い、本研究以外では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て実施した。

3. 結果

コードを「斜体」、サブカテゴリーを〈 〉、カテゴリーを【 】で示す。終末期ケアにおける確認事項や調整等のうち、補助循環装置に関しては〈終了時期や離脱時期の難しさ〉など【治療の管理やその限界、目標の見えない状況】にジレンマがあった。また、「離脱時期の判断が患者の死期決定に関連している」と感じ「補助循環が家族の意向をくみ取ったものではなかったことを知った時に落胆」するなど、【選択肢・治療そのものへの看

【看護師の倫理的感受性】が明らかになった。同様に呼吸管理に関しては、「挿管中の患者に意識があり、チューブを取ってとジェスチャーされた時」など【治療が患者や家族の苦しみとなっている事を知った時の看護師の困難】があった。看護師は〈切迫した状況での DNAR取得に対する戸惑い〉に葛藤しながらも〈家族の理解や思いを心配する〉、〈患者の思いを察する〉ことで、患者や家族に関わっていた。

看護師には、〈代理意思決定自体が患者の意思を尊重されているのか疑問に思う〉などの状況に応じた対応の難しさや意思決定支援そのものへの躊躇があった。しかし、その反面、看護師は【意思決定支援のありよう】を心がけるなど、困難感を持ちながらも大切なケアであることを認識していた。

4.考察

看護師は、補助循環、呼吸管理など生命に直結する治療の是非について、状況が患者や家族にとって最善であったのかに常に疑問を持ち、困難感やジレンマを抱いていた。そして、患者や家族へ繊細な配慮を持ちながら直接的アプローチをし、病床を管理的アプローチの視点で考えていた。集中治療における終末期のケアにおいて、意思決定支援や情報提供に困難さを抱えながらもそれらを終末期医療における重要なケアの要素としてとらえ実践していた。その要素は、ガイドラインで推奨されている終末期ケアの CoreCompetency と合致している。看護師が重要視しているケアの共有や職種間に生じているジレンマを発信したり解決できるよう、カンファレンスを事例毎に開催するなど、ケアや対応のチーム内合意形成に取り組んでいく必要がある。また、このことは、看護師の終末期患者や家族と関わる困難感の軽減や苦手意識をもつことなく介入できる糸口となる可能性があると考えられる。

6.結論

1. 救命救急センターの看護師は、終末期治療やケア上の確認事項と共に、患者や家族の思いや QOL に関することにジレンマや困難感を抱いていた。
2. 看護師が集中治療期における終末期ケアに困難感を感じている要素は、看護師個々が大切にしたいと心がけている要素と合致していた

(2018年6月30日(土) 15:40 ~ 16:40 第6会場)

[O4-6] ICUの看護師が終末期において抱える困難感とその関連要因

○岡島 タ子¹, 城生 弘美² (1.東海大学大学院健康科学研究科看護学専攻, 2.東海大学健康科学部看護学科)

【研究背景】 日本の集中治療室は設置基準として、「内科系、外科系を問わず呼吸、循環、代謝そのほかの重篤な急性機能不全の患者を収容し強力かつ集中的に治療、看護を行うことにより、その効果を期待する部門である」と定義され、ICUの看護師に求められるのは、重症患者の看護という専門知識と看護実践である。一方、高齢者に対してもICUで集中治療が行われ、救命や回復するようになってきた。しかし、疾患の複雑化により、集中治療を行ったにもかかわらず、死亡する患者は17%と報告され、患者の死は避けられない。課題は、ICUは患者の救命のための専門領域であり、看護師は集中治療における看護実践を行っている一方で、治療の効果が得られずに、死の経過をたどる患者の終末期ケアの実践を同時に求められていることである。【研究目的】 ICUで終末期ケアに関わる看護師が抱える困難感と、その関連要因を明らかにする。【研究方法】・研究デザイン：質問紙調査による量的研究・研究対象者は日本集中治療医学会が集中治療専門医の養成の施設として認定を受けているICU（救急救命センター併設を含む）部門において勤務する看護師・質問用紙：基本属性、ICU看護師の終末期ケア困難感尺度：Kinoshita・Miyashita（2011）が作成した尺度を採用。ICUで働く看護師の患者の死の捉えかた：15項目。・データ収集方法：質問紙郵送法・倫理的配慮：本研究は所属大学倫理委員会の承認を得た上で実施した。質問用紙は無記名での回答とし自由意志での参加であることを書面に記載し質問用紙を配布し、質問用紙は個別に封筒に入れ、郵送法で回収を行った。・データ分析方法：対象者の基本属性、「ICU看護師の終末期ケア困難感尺度」、「ICUで働く看護師の患者の死の捉えかた」の記述統計と Mann-Whitney の U 検定または、Kruskal-Wallis 検定を実施し各群間の平均値を比較した。【結果】 6施設224名のICUで勤務する看護師に質問用紙を配布し、その結果、48名から回答(回収率21.4%、有効回答率100%)を得た。看護師の臨床経験年数は10.5±6.5年(平均値±SD)、ICUの経験年数の7.4±5.0年。看護師臨床経験のうち、ICU経験のみの看護師は

22名で病棟経験がある看護師は26名であった。臨床経験0～4年の看護師は、【終末期ケアに自信を持つことに関して】の7項目のうち6項目において、10年以上の看護師より有意に高値であった。ICU経験のみの看護師は、【終末期ケアに自信を持つことに関して】の7項目のうち、5項目において、一般病棟の経験のある看護師より有意に高値であった。【考察】 10年以上の経験のある看護師は、ICUでの経験と知識が充実し、重症患者と家族と関わり、患者の死に何度も立ち合う経験をしていると考えられる。経験がそれ以下の看護師と比べ、終末期ケアに自信を持つことに関する困難感が低減していたと推測される。一般病棟の経験のある看護師は、日常から患者、家族とコミュニケーションをとっているが、ICUの患者の意識がないことや人工呼吸器管理など、意思疎通が取れないことも多い。さらに、家族とのコミュニケーションや信頼関係は時間や場所が限られることから、ICU経験のみの看護師が困難感を抱く要因となったと推測された。ICUでの終末期ケアは病棟と異なり、死に至るまでの時間が短い。しかし、患者が亡くなるまでのわずかな時間でも、家族に対して患者を悔いなく看取るためのケアは必要であると捉える看護師が困難感を抱くことにつながると推測する。

一般演題（示説）

一般演題（示説） P1群

その他

座長:桑村 直樹(公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)

2018年6月30日(土) 14:40 ~ 15:25 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[P1-1] 気管切開術へ移行しなかった脊髄損傷患者の呼吸管理を通して一チーム医療において看護師に求められる能力ー

○古村 康樹, 三浦 敦子, 上野 厚子, 馬渡 敬介, 岡田 裕也 (豊橋市民病院)

[P1-2] 終末期医療の移行に関わる看護師の役割 ～術後合併症患者の事例から～

○古知 里美 (地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立総合病院)

[P1-3] 専門病院で働きたいと考えている看護師の特徴について

○石川 達久 (社団法人栄悠会綾瀬循環器病院)

[P1-4] 術前訪問の有効性の実態調査

○福井 彩夏, 角屋敷 健太, 武田 未希, 崎本 聖美 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター)

[P1-5] ICUに勤務する看護師への Mテクニックによるリラクゼーション効果の検証

○田口 豊恵 (京都看護大学看護学部)

[P1-6] 高次脳機能障害のある患者に対し熟練看護師が抱く困難とその対処

○松本 奈緒¹, 菅野 久美^{2,3} (1.浜松医科大学附属病院, 2.福島県立医科大学看護学部, 3.前浜松医科大学医学部看護学科)

(2018年6月30日(土) 14:40 ~ 15:25 ポスター会場)

[P1-1] 気管切開術へ移行しなかった脊髄損傷患者の呼吸管理を通してー チーム医療において看護師に求められる能力ー

○古村 康樹, 三浦 敦子, 上野 厚子, 馬渡 敬介, 岡田 裕也 (豊橋市民病院)

【目的】

患者が人工呼吸器から離脱できるかどうかは、患者や家族の QOLを左右する大きな問題である。今回、脊髄損傷患者の抜管後の呼吸管理において、侵襲的呼吸管理を回避できた事例を経験し、チーム医療において看護師に求められる能力について示唆が得られたため報告する。

【方法】

本症例の経過を細田のチーム医療の4要素の視点にて振り返る。

【倫理的配慮】

個人情報保護と参加の自由、不参加によって不利益を被ることのないことを患者・家族に口答と書面にて説明し、同意を得た。院内看護局倫理委員会の承認を得た。

【結果】

30歳代男性。溺水および C5破裂骨折と診断され、頸椎後方固定術施行。術後無気肺のため人工呼吸器管理となった。主治医、担当理学療法士（以下 PT）決定後、主担当看護師が中心となり多職種間の調整を図った。その後、無気肺は改善し、術後7日目に抜管。

抜管後、酸素化不良のためネーザルハイフロー使用。咳嗽が弱く、痰の喀出が不十分であることから、気管切開の必要性について医師から患者へ説明され、同意が得られた。抜管翌日、看護師・PT間で排痰方法を検討し、排痰補助装置カフアシストを用いた排痰援助を導入。喀痰の程度や患者の苦痛を確認しながら、看護師が共通した手技で排痰援助を実施した。徐々に痰量減少のためカフアシスト使用頻度も減少し、抜管8日目ネーザルカニューラに変更となり、翌日 ICU退室。

【考察】

細田のチーム医療の4要素から看護師の果たした役割を考察。

1. 専門性志向（各職種が専門性を発揮すること）：常に患者を観察し、変化を察知。アセスメントから適切な介入方法を選択し、排痰援助を行った。多職種とコミュニケーションを図り、意見や情報交換をし、ケアの調整をした。
2. 患者志向（患者が中心であること）：抜管後、患者は「声が出なくても良くなるためなら何でもして下さい」と、気管切開に同意する発言があった。しかし、排痰困難が持続した際には「もうちょっとで出そうだから、もう少し頑張ってもいい」と繰り返し、できれば発声機能を失う再挿管や気管切開は避けたいという気持ちが伺えた。看護師はその思いに寄り添い、多職種カンファレンスで患者の気持ちを代弁し、挿管回避の可能性について検討した。
3. 職種構成志向（複数の職種が関わること）：医師、看護師、PTが主体となり介入。必要に応じて他職種の介入を依頼した。
4. 協働志向（複数の職種が互いに協力していくこと）：医師に排痰援助への参加を呼びかけ、PTと協働して効果的な排痰援助方法を検討した。

本症例において、患者の呼吸状態の変化をアセスメントし、適切な排痰援助方法を選択したことと、患者や多職種とコミュニケーションを図り、排痰ケアやリハビリ計画の調整をしたことが看護師の果たした役割であったと考える。看護師は「チーム医療のキーパーソン」として期待は大きいとされている。期待に応えるためには、患者の最も身近にいる医療従事者として今回果たした役割が必要になると考える。役割遂行のためにアセスメント能力、コミュニケーション能力と多職種との調整能力が必要であり、今後は能力取得のための取り組みが課題と考える。

【結論】

1. 患者の状態変化を察知し、アセスメントから適切な介入方法を選択する能力が必要である。
2. 患者や多職種と意見や情報交換ができるコミュニケーション能力が必要である。
3. 多職種と協働して役割を遂行できる調整能力が必要である。

(2018年6月30日(土) 14:40 ~ 15:25 ポスター会場)

[P1-2] 終末期医療の移行に関わる看護師の役割 ～術後合併症患者の事例から～

○古知 里美 (地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立総合病院)

【目的】 根治目的の手術後に合併症で長期療養となった患者の終末期医療の移行に関して、職種により患者にとっての最善の考えが異なる中で、看護師の役割について考える。【方法】 1. 事例紹介 A氏50代男性。既往歴は強皮症、間質性肺炎。左肺上葉肺腺癌で胸腔鏡下舌区部分切除術施行。その後、気胸と難治性肺癆を併発。術後1か月後に呼吸不全の悪化で人工呼吸器装着し集中治療加療となった。4ヶ月間癒着術や気管支充鎮術施行したが閉鎖せず。徐々に呼吸不全と強皮症が進行、腸粘膜障害によりるいそうも著名となり、術後7カ月後に死亡退院となった。2. 倫理的配慮患者個人が特定されないようにデータはすべて記号化しプライバシー、匿名性、気密性を厳守した。また本件に関して利益相反はない。【結果】 手術直後の本人と家族の希望は回復して家に帰る事だったが、集中治療を開始し2カ月ほど経過すると、現状のまま家に帰りたいという気持ちに変わっていった。看護師は肺癆が閉鎖しないこと、強皮症の悪化から全身の衰弱が進行していることから、A氏は終末期の段階なのではないかと考えた。苦痛緩和を行い、呼吸器や中心静脈栄養の指導を行えば在宅療養が可能になるのではないかと考え、患者の意向に添いたいと医師との話し合いを重ねたが、医師の方針は現行治療を継続することだった。それは根治術後であること、終末期医療の移行は治療を諦めることになり、それにより患者の闘病意欲が低下すると考えたためだった。そこで医療チーム全体で方針の共有が必要と考え、医師・看護師・PT・NST・RSTでの多職種カンファレンスを開催した。看護師は自宅に帰りたいという思いや家族のこれ以上辛い思いをさせたくないという思いを代弁し、PTはリハビリ時の疼痛が強いため戸惑いを感じ、NST・RSTからは現状以上の改善は難しいという意見だった。医師からもA氏は今後治療を継続しても病状の進行を止めることが難しいと判断され、参加者は終末期であると共通理解をした。その結果、日常生活で生じる苦痛軽減のため持続オピオイドを開始し、リハビリは本人の気分に合わせて施行、呼吸器は呼吸困難感が無いように設定を調整した。A氏はその後も自宅へ帰りたいと訴え、家族も可能ならその希望に沿いたいと発言はあったが調整が進まず、在宅療養はかなうことなく徐々に昏睡となり死亡退院となった。【考察】 今回看護師は患者の意向と現状の方針に違いを感じ、話し合いの中で医師に理解して貰えないというジレンマを抱いた。終末期医療に関して高田らは「医師は自分がこの判断に関して責任を持つ者であると認識しており、それゆえに慎重になることが必要だと考えていた」と述べている。根治術を目的とし患者と関係を築いてきた医師にとって、終末期医療への移行とその説明は心理的負担が大きい。一方で柳沢らは「治療を目指す医師とは違い、看護師は最後までその人らしくあることを願う」と述べている。そのため、看護師の方が終末期医療の移行を早期に必要と感じ、ジレンマを抱きやすい。この患者の場合は多職種カンファレンスを開催することにより、在宅療養はかなわなかったが、苦痛緩和を主とする終末期医療へ移行することができた。ベッドサイドで多くの時間を過ごす看護師は、患者に最も寄り添える職種であり、代弁者となる立場である。しかし代弁者となるだけでなく、多職種間の調整役となることが多い。それぞれの職種が患者への思いや患者にとっての最善の考えがあるため、チームで同じ方針を共有できるようお互いを尊重しカンファレンスを重ねていく必要があると考える。

(2018年6月30日(土) 14:40 ~ 15:25 ポスター会場)

[P1-3] 専門病院で働きたいと考えている看護師の特徴について

○石川 達久 (社団法人栄悠会綾瀬循環器病院)

【研究背景】看護師は現役の間、数カ所の病院や介護福祉施設で勤務経験をするとされている。または、ローテーションなどで同施設でも違う診療科の看護を経験する事がある。そこから自らの好きな看護分野を見つけ、看護を学ぶために入職・転職してくる看護師が、臓器別、及び患者対象が絞られる診療科に特化した病院(以下専門病院と定義、C病院も該当)には多い。日本看護協会は看護職の労働環境の整備推進を進めている。そのデータの一つとして同協会は、2016年度病院看護実態調査結果を公表している。このレポートによると、2016年度、看護師の離職率は、常勤10.9%・新卒は7.8%であり、特に離職率が高率なのは、小規模病院(専門病院を含む)・個人病院・医療法人の順である事を指摘している。専門病院は特に看護師の離職が多い為、早急な離職防止対策が必要である。その為には、看護師が専門病院に入職したい動機を知ることが必要である。【研究目的】専門病院に入職を希望する看護師はどのような特性があるのかを明らかにすることにより、離職を防ぐ対策を検討する。【方法】2010年から2016年にC病院に入職応募書類を提出してきた看護師の入職目的記入欄に記載されている言語を忠実にword2010に入力。経験年数・過去の所属部署のデータベースを作成(n=284)。言語分析ソフトKHcoder <<http://khc.sourceforge.net>>を使用。対応分析結果から共起ネットワークを作成した。【倫理的配慮】病院長・看護部長に許可を得て、病院管理部門である一室を使用し情報が漏洩しないようにした。【結果】対応分析から共起ネットワーク30語を抽出。共起ネットワーク作図結果より、・専門性の深い知識、技術を身につけたい・自分の今までの経験を活かしていきたい・医療の質を高めたい・病院理念と専門病院の関連性・専門病院ならではの手術救急件数・学べる環境が整っている・院内の教育制度に魅力を感じている・看護を中心とした教育体制が充実している病院に魅力を感じている看護師が多いという言語が抽出された。またデータベースから入職希望看護師経験年数が平均2~4年・混合病棟出身者が専門病院を希望していることが分かった。【考察】看護師は看護実践に対して喜びと充実感を得て業務をする職種である。診療科の配属希望が叶わない場合は何で看護師になったのかといった自責にかられたり、看護をしている充実感が得られない場合もある。ストレス要因にもなる。また情緒的消耗感が生まれバーンアウトに陥る事もある。配属希望が通らない場合、専門病院に転職を考えるのではないか。看護師経験年数が2~4年と低いこと・混合病棟出身者が専門病院を希望していることから伺い知ることが出来る。看護師は学習意欲が高く、今までの経験値を活かして専門病院で働きたいといった傾向が見て取れたが、看護師が一人前になるには最低5年以上の歳月を要するといった文献もある。専門病院は特性上高度な医療知識と看護経験が求められるため、専門分野で勤務した事のない看護師は今までの経験を活かすことは難しい。看護の職場は幅広い年代層が本来は勤務しているのが理想である。しかし全国的には看護師は不足しており、また経験豊富な看護師が病院にあまりいない現状がある。専門病院はさらに看護師の離職率が高い。定着率を上げるには経験豊富な指導者を育成できる教育体制を整え、働きやすい環境作りを行っていく事が重要であると考えられる。【結語】専門病院で看護師を定着させるには、経験豊富な看護師を育成できる教育体制を整え、働きやすい環境作りを提供していく事が1つの解決策である事が考えられた。

(2018年6月30日(土) 14:40 ~ 15:25 ポスター会場)

[P1-4] 術前訪問の有効性の実態調査

○福井 彩夏, 角屋 敷 健太, 武田 未希, 崎本 聖美 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター)

【はじめに】術前訪問は手術を受ける患者への情報提供により患者・家族の不安の軽減を行うことで術後経過を良好に維持するために重要と言われており、手術室や集中治療室の看護師による術前訪問が行なわれている。当院集中治療室でも、集中治療室での治療・環境を患者が理解することで精神的ストレスの緩和を図ること、患者をフローで捉え個別性のある看護を提供することを目的に、集中治療室看護師による術前訪問を行っている。しかし集中治療室への入室予定患者すべてに術前訪問を行う事は、人員的時間的に困難な状況であった。そこで集中治療室看護師の術後経過の経験値から術前訪問を行う独自のスクリーニング項目を作成し、医学的看護的視点から患者を選択し術前訪問を行っている。このスクリーニングを使用した術前訪問が目的を達成できているかは明らかになっていない。

【研究目的】

- 1) 術前訪問が患者の不安の軽減に繋がっているのか
- 2) スクリーニングを用いた術前訪問が患者のニーズと一致しているのか
- 3) 術前訪問のニーズがある患者に特徴があるのか

【研究方法】

1)データ収集方法

配布方法：集中治療室看護師が手術前日までに、研究説明文書、自記式質問紙、封筒を入れたものを配布する。今研究の目的及び自記式質問紙への回答をもって研究への同意となることを口頭にて説明する。

回収方法：自記式質問紙を封筒に入れ、病棟看護師に渡してもらう。病棟へ定期的に封筒の回収に行き、回収した封筒は病棟内の鍵のかかるキャビネットに保管した。

2)データ分析方法

量的データに関しては記述統計処理を行う。

3)対象者

術後集中治療室へ入室予定の患者全て

4)期間

2017年6月12日～12月31日

【倫理的配慮】東京慈恵会医科大学倫理委員会の承認を得(28-072(8315))、葛飾医療センターの臨床研究審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】118名へアンケートを配布し、55の回答を得た。そのうち有効回答数は16であった。不安は最小値0、最大値10で記述し、術前訪問の前後で不安を比較した。結果は平均-2.06、標準偏差4.13、P値=0.064であった。また術前訪問を、術前に希望する患者と希望しない患者で不安を比較した結果、前者は平均-4.00、標準偏差4.17、後者は平均-0.12、標準偏差3.27、P値=0.057であった。術前訪問を希望し、かつスクリーニングに該当する患者は3名だった。術前訪問後に不安が軽減した患者を年齢・性別・入院歴・手術歴・癌で手術をする・ICUへの入室/見学歴があるという項目で、それぞれ多変量解析で分析した結果、どの項目においても有意差は認められなかった。

【考察】術前訪問を行う事で不安が軽減される傾向にあることが明らかとなった。また術前訪問を希望している患者の方が、術前訪問を行う事でより不安を解消できると考えられる。術前訪問を希望している患者は、看護師が術前訪問が必要だと思う患者と必ずしも一致しておらず、スクリーニングのみでは術前訪問を必要としている患者すべてに術前訪問を行う事が困難であることが明らかとなった。しかし、術前訪問を希望する患者は不安が軽減する傾向にあるため、術前訪問を希望する患者に術前訪問を行う事がより効果的であると考えられる。

本研究の限界としては母集団が少ないことである。集中治療室看護師が予定の術前訪問を業務上実施出来なかったこと、手術を控えている患者にとってアンケート自体が負担となった可能性や複数のタイミングで回答をしなければならないアンケート自体の複雑さが有効回答数の低下を招いた原因と考えられる。

(2018年6月30日(土) 14:40 ~ 15:25 ポスター会場)

[P1-5] ICUに勤務する看護師への Mテクニックによるリラクゼーション効果の検証

○田口 豊恵 (京都看護大学看護学部)

【目的】

Mテクニックとは、英国の Jane Buckle博士によって開発された ICUに入室している重症患者にも適応可能なマッサージ法である。Mとはマニュアルという意味をもち、通常のマッサージ圧を10とすると3の圧で行う手法である。英国や米国では ICUでの取り組みがなされ、重症患者に対するリラクゼーション効果が得られている。研究代表者は、2013年に日本クリティカルケア看護学会主催の Jane Buckle博士による研修セミナーに参加し、Mテクニックの教授を受けた。その後、2015年6月に Mテクニックプラティクショナー国際認定を受け、健常ボランティアや ICUに入室している患者を研究対象に検証をすすめてきた。本研究の目的は、ICUに勤務する

看護師への昼休憩時間を用いた Mテクニックによるリラクゼーション効果を検証することである。

【方法】

対象者は、A病院のICUに勤務する看護師であり、Mテクニック介入群と非介入群に分け、昼休憩時間に無臭のキャリアオイルを使用し、約10分間のMテクニックを研究代表者が実施した。介入群はベッドに臥床してもらい、両上腕から肘関節にかけて計10分間Mテクニックを実施した。一方、非介入群には臥床のみで10分間過ごしてもらった。リラクゼーション効果は、唾液アミラーゼ値の変化および心拍変動解析を用いて副交感神経系(以下、HF)の変化を比較した、主観的評価は介入前後の自由記述内容とした。統計学的処理は、SPSSVer.24 for Windowsを用いて2群間の介入前後のデータを検定した。心拍変動は、AC-301Aアクティブトレースを用いて心拍数(R-R間隔)を記録し、専用解析ソフト MemCalcを用いて解析を行った(GMS社製)。本研究は、研究協力病院および研究代表者の所属大学および研究協力病院の研究倫理委員会の承認を得、対象者に事前に十分な説明と文書で同意を得た上で実施した。介入については、事前にパッチテストを行い、皮膚異常や気分不良がないことを確認し、介入当日も異常の早期発見に努めた。

【結果】

研究対象は23名。介入群10名(男性1名)、非介入群13名(男性1名)、年齢は20歳代~40歳代で両群ともに30~40歳代が最も多く、約80%を占めた。両群の看護師経験年数やICU勤務年数に差はなかった。マン・ホイットニ検定を実施したところ、Mテクニック前後の唾液アミラーゼ値には有意な差はなかった。介入前後のHF中央値と四分位偏差については、介入群は介入前97.3(54.5) msec²、介入後201.6(176) msec²、非介入群は前104.6(60.0) msec²、後193.3(126.5) msec²であり、介入群にてMテクニック後にHFが有意に高くなる傾向を示した(p<0.05)。介入後の主観的評価については、「リラックスできた」、「朝から忙しかったので癒された」、「気分が落ち着いて、次の勤務に取り組めた」、「マッサージは弱く感じたが、リラックスできた」、「午前中の業務の振り返り、午後からのことなど考えることができた」、「自分の好みの香りがあるといい」等であった。

【考察】

ICUで勤務する看護師は重症患者の看護という役割を担うため、常に緊張を強いられた状態にあることが多い。そのような中において休憩時間を利用したMテクニックは、看護師の勤務中の思考整理や癒しにつながる可能性が示された。

(2018年6月30日(土) 14:40 ~ 15:25 ポスター会場)

[P1-6] 高次脳機能障害のある患者に対し熟練看護師が抱く困難とその対処

○松本 奈緒¹, 菅野 久美^{2,3} (1.浜松医科大学附属病院, 2.福島県立医科大学看護学部, 3.前浜松医科大学医学部看護学科)

【目的】高次脳機能障害とは、外傷性脳損傷、脳血管障害等により脳に損傷を受け、その後生じた記憶障害、注意障害、社会的行動障害などの認知機能障害等と定義される。近年、その患者数は増加傾向にあり、また、急激な情動コントロールの障害や意欲・発動性が低下などの症状の多様性から、看護師は多くの困難に遭遇していることが考えられる。そこで、高次脳機能障害のある患者に対し、受傷直後からの早期リハビリテーション看護を行う上で、熟練看護師がどのような困難感を抱き、対処しているかを明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザイン：質的記述的研究 対象者：ICUおよび急性期病棟において高次脳機能障害患者の看護を5年以上経験のある看護師、または脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 データ収集方法：研究者の作成したインタビューガイドに基づき、看護実践の中で困難と感じた場面や出来事、思いや考え、対処した行動について半構造化面接を行った。分析方法：面接内容の逐語録を質的データとして、内容分析法に準じて質的帰納的に分析を行った。＜倫理的配慮＞研究者の所属するA大学の臨床研究倫理委員会の承認を得て実施した。対象候補者を施設の所属長から紹介を受け、研究の趣旨とともに自由意思に基づく研究参加、拒否や中断の自由や不利益の回避、プライバシーの保護、データの管理等について文書と口頭で説明し、同意を得た。

【結果】研究参加者は3名であった。分析の結果、熟練看護師が抱く困難には、【一度恐怖を感じた攻撃的な患者

に再度関わらなければならない】【安全を優先するために患者の望まないケアをしなければならない】【業務に追われて患者に必要なケアやリハビリが実施できない】【自分自身の状況を理解できない患者がやむを得ず治療を中断してしまう】【意思決定ができない患者の思いを汲み取ることができていないように思う】【若年の患者には関わりにくい】【家族が患者の状態を正しく受け入れられていない】【家族の要望や苦情をぶつけられ、我慢しつづければならぬ】の8つのカテゴリーが導き出された。また、その困難への対処として、【患者の話を受け止めているという姿勢を分かりやすく示しながら話を聞く】【患者の状態に合わせて適切な対応を使い分ける】【患者の興奮につながるスイッチを避けながら工夫して関わる】【意欲の低下した患者の回復のためにリハビリと生活援助をつなげる】【意思疎通の図れない患者に戸惑う家族へ意図的に関わる】【患者家族の情報を共有するためにチーム全体で連携を取り合うよう努める】【経験から積み上げられた対応の仕方を後輩に繋げる】の7つのカテゴリーが導き出された。

【考察】熟練看護師が抱える困難には、患者からの拒否やマイナスな反応を精神的負担として感じるなどあり、これは、看護師がケアを行う責任や果たすべき役割と患者の認知状態の変化から生じていると考えられた。その対処として、看護師はこれまで積み上げた経験をいかし、患者との関わり方を看護の視野を広げながら模索し、適切な対応につなげていることが考えられた。また、患者の家族の戸惑いや苛立ちを受け止めなくてはならない点も困難と感じていた。その対処として、看護師一人でこの状況を抱えるのではなく、医療チーム間で連携を取りあい、家族の状態を観察しながら意図的に関わっていた。さらに、これらの連携の際に、熟練看護師の持つ知識や技術を後輩に継承していることが考えられた。以上より、患者や家族への意図的な関わり、医療チームの連携強化、知識や技術の継承などの看護実践への具体的な示唆が得られた。

開会式

開会式

2018年6月30日(土) 09:30 ~ 09:40 第1会場 (5階 大ホール)

[OTS1] 開会式

(2018年6月30日(土) 09:30 ~ 09:40 第1会場)

[OTS1] 開会式

会員総会

会員総会

2018年6月30日(土) 13:20 ~ 14:20 第1会場 (5階 大ホール)

[OTS3] 会員総会

(2018年6月30日(土) 13:20 ~ 14:20 第1会場)

[OTS3] 会員総会

懇親会

懇親会

2018年6月30日(土) 18:00 ~ 20:00 第5会場 (2階 平安)

[OTS4] 懇親会

(2018年6月30日(土) 18:00 ~ 20:00 第5会場)

[OTS4] 懇親会

懇親会

懇親会

2018年6月30日(土) 18:00 ~ 20:00 第6会場 (2階 瑞雲)

[OTS5] 懇親会

(2018年6月30日(土) 18:00 ~ 20:00 第6会場)

[OTS5] 懇親会

ポスター貼付

ポスター貼付

2018年6月30日(土) 09:00 ~ 10:20 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[OTS6] ポスター貼付

(2018年6月30日(土) 09:00 ~ 10:20 ポスター会場)

[OTS6] ポスター貼付

ポスター閲覧

ポスター閲覧

2018年6月30日(土) 10:20 ~ 14:40 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[OTS8] ポスター閲覧

(2018年6月30日(土) 10:20 ~ 14:40 ポスター会場)

[OTS8] ポスター閲覧

特別講演

特別講演3

2020年東京オリンピック・パラリンピックの医療体制を考える～救急・災害医療体制を検討する学術連合体の活動～

座長:鈴木 智恵子(日本医科大学付属病院 副院長・看護部長)

2018年7月1日(日) 09:05 ～ 10:05 第1会場 (5階 大ホール)

[SL3] 2020年東京オリンピック・パラリンピックの医療体制を考える～救急・災害医療体制を検討する学術連合体の活動～

○横田 裕行 (日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野 同付属病院高度救命救急センター)

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第1会場)

[SL3] 2020年東京オリンピック・パラリンピックの医療体制を考える～救急・災害医療体制を検討する学術連合体の活動～

○横田 裕行 (日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野 同付属病院高度救命救急センター)

2020年7月～8月にかけて東京オリンピック・パラリンピックが東京都を中心に全国37の会場で開催される。大会期間中だけでなく、前後1カ月は世界中の多くの国々から観光客や大会関係者等が多数集まることになる。したがって、大会期間中を中心に開催会場周辺の救急医療体制の一層の整備はもちろん、全国各地を訪問する国内外からの観光客への円滑な救急医療対応が求められている。また、世界的政治状況の不安定要因からテロの危険性も議論されている。一方、開催期間中は本邦で最も夏の暑さが厳しい時期であり、多数の熱中症患者の発生や落雷による被害も危惧されているところである。このような中、救急医療に関わる9学会と組織(平成29年12月1日現在、日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本外傷学会、日本集団災害医学会、日本中毒学会、日本熱傷学会、日本救急看護学会、日本小児学会)と東京都医師会からなる会議体、「2020年東京オリンピック・パラリンピックに係る救急・災害医療体制を検討する学術連合体(コンソーシアム)」が組織された。コンソーシアムでは過去に我が国で開催された国際的な Mass Gathering Event(平成20年北海道洞爺湖サミット、平成23年日本 APEC横浜、平成28年伊勢志摩サミットなど)の経験、リオデジャネイロやロンドンオリンピックの救急医療体制を参考に、上記関連学会や組織等から、2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会時の救急医療体制のモデル案を提示することを目的としている。具体的には地域医師会や地域 MC協議会との連携、日常の救急医療体制維持、Mass Gathering Eventに関連した傷病者対応、熱中症への対応や予防、テロへの救急医療対応、特に爆傷や銃創への対応、NBC対応等を専門家の立場から提言してゆく予定である。

招聘講演

招聘講演2

Awarded development and implementation of mobility teams in US－米 国先進病院に学ぶ早期リハビリテーション

座長:池松 裕子(名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻)

2018年7月1日(日) 10:15 ~ 11:15 第4会場 (2階 福寿)

[IL2] Awarded development and implementation of mobility teams in US－米国先進 病院に学ぶ早期リハビリテーション

○Brooke Nack (Franciscan Health Michigan City, USA)

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 11:15 第4会場)

[IL2] Awarded development and implementation of mobility teams in US – 米国先進病院に学ぶ早期リハビリテーション

○Brooke Nack (Franciscan Health Michigan City, USA)

While physicians, nurses and therapists recognize the harms of immobility, they often are unable to achieve Early Mobility in their daily routine. Each disciplinary uses different clinical decision making methods and terminology, making a team approach to early mobility difficult.

Successful Early Mobility uses an evidence-based, standardized, and inter-professional approach to progressively mobilize the hemodynamically complex patient. Our team approach utilizes a numeric scale to rate mobility from ICU through hospital discharge. All team members drive vertical positioning, weight-bearing, and equipment selection within their own role as a nurse, a therapist, a physician or a respiratory therapist so that patients perform maximal activity three times daily. We also made a Nursing Mobility Competence Assessment tool to enhance nursing skill on Early Mobility.

In 2015, program results reduced:

1. hospital acquired pressure ulcers by 70% 褥瘡発生率70%減
2. worker back injuries by 40% 腰痛発生率40%減
3. readmission rates by 43% 再入院率43%減
4. post-acute care services by 39% 亜急性施設利用率39%減
5. total length of hospital stay by 2 days 在院日数2日減

As we continue to innovate our program and ease Early Mobility effort, we are using new advances in equipment such as tilting bed.

医師、看護師、セラピストは不動の弊害を認識していますが、早期モビリティをルーティン業務として実施できずにいるのが実態です。私たちは各職種別に異なる臨床的意思決定方法や専門用語を用いており、それが早期モビリティに対するチームアプローチを困難にしています。

成功する早期モビリティは、エビデンスに基づき、標準化された、職種別専門性の連携アプローチによって、血行動態の複雑な患者を段階的に動かしていきます。私たちのチームアプローチは、ICUから退院までのモビリティを評価するために数値スケールを利用し、すべてのチームメンバーが、患者がでさうる最大の運動を1日3回行えるように、看護師、セラピスト、医師、呼吸療法士がそれぞれの役割の中で、立位ポジショニング、重力負荷、および機器の選択を行います。また、現場看護師にはコンピテンシー評価をおこないスキル向上マネジメントをおこなっています。

私たちのチームでは現在、さらなるアウトカム向上と労力軽減を目指して、チルトベッドといった最新の機器活用に取り組んでいます。

※ Nack先生の取組は Franciscan Health Michigan City 14病院で適用され、世界的に有名な Rehabilitation Institute of Chicago Quality Fest, 2014と2017 Safety Summit of Indiana Hospital Association' s Innovation Awardで表彰されています。

教育講演

教育講演7

東京オリンピック・パラリンピック2020へ向けて、テロに対する医療対応は大丈夫か？

座長: 劔持 功(東海大学 看護師キャリア支援センター)

2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第1会場 (5階 大ホール)

[EL7] 東京オリンピック・パラリンピック2020へ向けて、テロに対する医療対応は大丈夫か？

○大友 康裕 (東京医科歯科大学 大学院救急災害医学分野)

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第1会場)

[EL7] 東京オリンピック・パラリンピック2020へ向けて、テロに対する医療対応は大丈夫か？

○大友 康裕 (東京医科歯科大学 大学院救急災害医学分野)

2020年東京オリンピック・パラリンピック大会をひかえ、わが国でテロが発生するリスクは決して低くない。現在、中東、アメリカ、ヨーロッパで毎週のようにテロが発生している。一方、多くの国民は内心では「日本は平和な国。テロは起こらない」と考えている。しかしながら世界からは「日本は様々な手段のテロが世界で初めて発生したテロ先進国」と見られている。一般市民を無差別に標的とした世界初の爆弾テロとして三菱重工東京本社ビル爆破事件(1974年8月30日)が、同様に化学テロとして東京地下鉄サリン事件(1995年3月20日)が発生した。また日本は世界唯一の原爆被爆国であり、2011年には原子力発電所事故も経験している。2008年の秋葉原通り魔事件はトラックの暴走という手段が用いられた世界初の無差別テロである。

イスラム国は、「今後は世界のどこであろうと、日本国民、日本権益を発見次第、我々の戦士、仲間による攻撃の対象となった」宣言している。世界の若者へのSNSを活用した過激思想の宣伝工作を通して、多数の「ホームグロウンテロリスト」を生み出している。さらに十分に訓練されたテロリストを、スリーパーとして数年かけて潜伏させ、テロの準備を行う手法もとる。東京オリンピック2020に照準を合わせていてもおかしくはない。北朝鮮も米国と軍事衝突となった場合、日本国内に潜伏しているとされる数千人の工作員が、日本国民をターゲットとしてテロ行為を行う可能性がある。

わが国でテロが発生しないことを祈るが、備えを怠らないことが最大の抑止力であると考ええる。

地下鉄サリン事件および2001年ニューヨーク同時多発テロを受けて、わが国のテロ対策の強化が、内閣官房・防衛省・警察庁・消防庁・厚生労働省において進められている。しかしテロ被害者に対する医療対応は、必ずしも有効な体制が構築されているとは言い難い。わが国の地震等の自然災害への医療対応は、阪神淡路大震災後、数多くの震災を経験する毎に、対応体制が改善されてきた。一方、テロに対する医療対応は、阪神淡路大震災と同じ年に発生した地下鉄サリン事件以降、明確な進歩がないと言える。

講演では、過去のテロ事件の個々の概要を紹介し、わが国のテロに対する急性期医療に関する問題点を示すとともに、東京オリンピックへ向けて解決すべき課題を提示する。

教育講演

教育講演2

過大侵襲下にある患者の体液管理の考え方

座長:菅原 美樹(札幌市立大学看護学部 成人看護学領域)

2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第2会場 (5階 小ホール)

[EL2] 過大侵襲下にある患者の体液管理の考え方

○道又 元裕 (杏林大学医学部附属病院 看護部)

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第2会場)

[EL2] 過大侵襲下にある患者の体液管理の考え方

○道又 元裕 (杏林大学医学部付属病院 看護部)

輸液の起源は割愛しますと、1832年にイギリスの Thomas Aichison Lattaが塩化ナトリウム0.5%と炭酸水素ナトリウム0.2%を含む製剤をコレラの治療に投与したのが電解質輸液の始まりとされています。しかし、脱水と電解質異常は改善されても、敗血症で不幸な転帰を辿る患者も数多くいました。その後、半世紀以上の1883年に Sydney Ringerが塩化ナトリウムの他にカルシウムやカリウムを配合したリンゲル液を開発し、輸液の歴史に大きな変革が起きました。それから半世紀後（1932年）には、Alexis Frank Hartmannがリンゲル液に乳酸ナトリウムを加えた乳酸リンゲル液（ラクテック）を開発しました。現在は乳酸リンゲル液に酢酸リンゲル液、重炭酸リンゲル液が加わり、補充輸液の選択幅が拡大しています。何れにせよ、これらは侵襲時の細胞外液の補充やアシドーシス補正も可能であるため、急性期の不可欠な基礎的輸液製剤として現在も尚、汎用されています。他方、我が国には、我が国独自の輸液分類と呼称があります。それが、1号液(開始液)、2号液(脱水補給液)、3号液(維持液)、4号液(術後回復液)です。つまり、細胞外液を補充する基礎的輸液製剤には、「ゼロ号輸液」ということとなります。

本教育講演では、先述の歴史を踏まえながら侵襲下にある患者に対する体液管理の考え方とその際、看護師がおさえるべきポイントについて概説します。

侵襲が加わると、組織のダメージによって、毛細血管透過性亢進が惹起され、水分とナトリウムが third spaceへ移動し、非機能的細胞外液域（浮腫）を形成します。透過性の亢進度が高い場合にはアルブミンの移動が起こります。その結果、血管内細胞外液量の減少が起こり、hypovolemiaの状態になります。その時、患者は血圧低下（脈圧の狭小化）、頻脈、乏尿を呈するようになります。それに対して、血管内体液の不足分を循環動態の安定と適正尿量が得られるまで、細胞外液に近い組成のクリスタル輸液による補充輸液を行います。その後、third spaceに貯留した非機能細胞外液は、血管内へrefillingされ血圧の上昇（脈圧の増大化）、尿量増加が訪れます（利尿期）。この時期には、過剰な前負荷を避けるために補充輸液量を徐々に減少させながら、K増量とNaの減量を図りつつ、維持輸液へ変更し、以降は水・電解質の平均的必要量の輸液となります。

臨床下、輸液療法を実践するとき、看護師は実に多くの観察とモニタリング、呼吸・循環・腎機能・体液バランスなどのアセスメント、輸液管理に係わるスキルが求められます。また、そのプロセスでは、いつもピットフォールへ陥るリスクが付きまとっていますので、周到的な安全管理も必要です。それが、クリティカルな患者の場合には、より複雑化、微細性が求められるため、一層の精密・濃密化による輸液管理の実践が提供されなければなりません。

教育講演

教育講演5

重症患者を回復へと導くための栄養管理

座長: 亀井 有子(市立岸和田市民病院 看護局)

2018年7月1日(日) 10:15 ~ 11:15 第2会場 (5階 小ホール)

[EL5] 重症患者を回復へと導くための栄養管理

○清水 孝宏 (那覇市立病院 看護部)

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 11:15 第2会場)

[EL5] 重症患者を回復へと導くための栄養管理

○清水 孝宏 (那覇市立病院 看護部)

クリティカルケア領域の患者さんは様々な疾患や病態、全身状態が複雑に絡み合っています。このような患者さんの回復に最も重要なのは適切な診断と治療です。適切な診断がなされ治療が進んでいても回復には時間を要することが多々あります。この回復までの期間に新たな合併症を予防するための取り組みが大変重要です。代表的な合併症として感染症や筋力低下、せん妄などが挙げられます。これら合併症は生命予後への影響やICU退室後や退院後の日常生活へも影響します。我々クリティカルケア領域に携わる看護師はこのような合併症に注目し、いかに合併症を防ぐか、あるいは合併症を最小限に食い止めるかを日々考えながら看護をしているのではないでしょうか。重症患者への栄養管理もこのような合併症を予防するための取り組みのひとつです。例えば入院早期から実施する経腸栄養には感染性合併症を予防する効果が期待できます。栄養投与におけるタンパク質の十分な補充は筋力低下を予防する効果が期待できます。このような効果が栄養管理で期待できる一方で、重症患者は消化管の蠕動運動は低下し消化吸収能は低下しています。また侵襲による炎症や耐糖能異常、各種臓器機能障害の合併も多いため、十分な注意が必要です。

私自身、基礎教育では栄養管理にはそれほど興味はありませんでした。しかし実際の臨床では栄養管理の重要性を改めて認識し、日々患者さんの回復に寄与する栄養管理を学んでいるところです。

本教育講演では重症患者への栄養管理の意義や具体的な栄養管理の方法について、栄養管理に興味を湧き、栄養管理が楽しくなるようなお話しができればと考えています。

教育講演

教育講演6

敗血症の病態を理解してケアに結びつける

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)

2018年7月1日(日) 11:20 ~ 12:20 第2会場 (5階 小ホール)

[EL6] 敗血症の病態を理解してケアに結びつける

- 西田 修 (藤田保健衛生大学医学部 麻酔・侵襲制御医学講座 集中治療部)

(2018年7月1日(日) 11:20 ~ 12:20 第2会場)

[EL6] 敗血症の病態を理解してケアに結びつける

○西田 修 (藤田保健衛生大学医学部 麻酔・侵襲制御医学講座 集中治療部)

世界で数秒に1人が敗血症で命を落としている。敗血症は、あらゆる年齢層が罹患する重篤な疾患であり、発症率、致死率も高く、集中治療領域で最も重要な症候群の一つであると言える。発症早期から、一刻を争う迅速かつ適切な全身管理が必要とされ、単に抗菌薬治療に留まらず、初期蘇生、人工呼吸管理、栄養管理など、様々な集学的アプローチを必要とする。

本講演では、

1. 敗血症の病態生理

2. 敗血症の新国際定義と新診断基準

3. 敗血症の治療の概略とトピックス

について、概説する。

1. 敗血症の病態生理

病原体やその構成成分が、免疫担当に認識されるとサイトカインが産生される。サイトカインは病原体の排除に作用するが、自己の組織傷害も惹起する。傷害された自己の細胞から放出されたヒストン、HMGB1、ミトコンドリア断片などは、病原体と同様の炎症反応を惹起させ、炎症反応が増幅される。これらの炎症反応が全身に広がり、自己細胞が連鎖的に傷害され、臓器障害が進行していく病態が敗血症である。よって、敗血症は病原体そのものの作用によって生じている病態というよりは、病原体を排除しようとする過剰な免疫反応により生じてる病態といえる。

2. 敗血症の新国際定義と新診断基準

【旧定義】感染によって発症した全身性炎症反応症候群（SIRS）を「敗血症」、更に臓器障害を伴うものを「重症敗血症」、十分な輸液負荷を行っても低血圧が持続するものこれを「敗血症性ショック」と定義した。

【新定義】2016年2月発表された新定義では、敗血症を「感染症に対する**制御不能な宿主反応**に起因する生命を脅かす**臓器障害**」とし、「重症」敗血症の用語を廃止した。また、SIRSの診断基準を満たすことは問われなくなった。さらに、敗血症性ショックは「大幅な死亡率増加につながる循環不全と細胞代謝の異常を呈する敗血症のサブセット」と定義された。

【新診断基準】

新定義の概念では、臓器障害は敗血症の診断に必須となる。ため、臓器障害の評価として、SOFAスコアを用い、「感染症により、SOFAスコアのベースラインから2点以上の急激な増加を認めるものを敗血症と診断する」とされた。また、敗血症を疑うための簡便なスクリーニングツールとしてqSOFAが新しく導入され、呼吸数22回/分以上、GCS15未満、収縮期血圧100mmHg以下の2項目以上を満たす場合を陽性とした。

敗血症性ショックの新診断基準は、「十分な輸液にも関わらずMAP \geq 65mmHgを維持するために血管作動薬を必要とし、かつ血清乳酸値が2mmol/L(18mg/dL)を超えるもの」とされ、乳酸値の具体的な値が診断基準に盛り込まれた。

3. 敗血症の治療の概略とトピックス

日本集中治療医学会と日本救急医学会が合同で作成した**日本版敗血症診療ガイドライン（J-SSCG2016）**の紹介を行い、初期蘇生、**Post-Intensive Care Syndrome（PICS）**、**早期リハビリ**などのホットな話題に触れながら、看護の視点からもお話ししたい。

教育講演

教育講演8

補助循環の最新治療と安全管理 ～瀕死の患者を救うための道具と地図と知識を持とう！～

座長:小泉 雅子(東京女子医科大学大学院看護学研究科)

2018年7月1日(日) 13:40 ～ 14:40 第2会場 (5階 小ホール)

[EL8] 補助循環の最新治療と安全管理

○立石 実 (聖隷浜松病院 心臓血管外科)

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第2会場)

[EL8] 補助循環の最新治療と安全管理

○立石 実 (聖隷浜松病院 心臓血管外科)

「補助循環」は命の根源である心臓が動かなくなった患者を救命するための唯一の究極の手段です。様々なデバイスの開発により、10~20年前には助けられなかった患者を救命できるようになりました。しかし、そんな死の淵にいる患者を救うには、デバイス(=道具)だけでなく、治療に導く道しるべ(=地図)と、そして医療者の「知識」は極めて重要です。

(1) 補助循環の歴史的な流れと位置づけ：現在、IABP、PCPS(VA-ECMO)、体外式VAD、植込型VADなど様々な補助循環があります。これらの歴史的な流れや、これから導入されるインペラなどの新しいデバイスを含めた各デバイスの特徴(補助流量、アクセスルート、侵襲性、抗凝固管理、補助可能な期間など)、治療における位置づけなど全体像を知ること、道具の使い分けをマスターしましょう。

(2) 補助循環の管理のツボはKY(危険予知)：瀕死の患者を救うのは、医療者にとっても危険な細く暗い道を進むようなものです。そんな道を手探りで進むのは不安ですし、何より危険です。より安全に、よりよい方向に進むために、何を指標にして進むべきか？その道にどんな危険があるのか？危険に陥らないようにするためにはどうすべきか？危険に陥った時にはどんな手段があるのか？を知っておくことが、患者を救う手段です。また、救うためのデバイスは様々ですが、補助循環の基本的な目標は全てのデバイスに共通しており、「臓器灌流を維持する」と「うっ血を防ぐ」ことです。見るべき指標、予測される危険、危険に陥った時の対処について解説します。

(3) 医の倫理：瀕死の患者をなんとか救い出し、元気になった姿を目の当たりにすることは、医療者にとって大きな喜びです。しかし、どうしても救うことができない患者もいます。補助循環を使うことは、単なる延命措置になる可能性を常に孕んでいます。そんな時に、患者本人や家族の想いを尊重して、よりよい治療の選択ができるようにするためにはどうすればよいのか？終末期における意思決定支援などについて、ガイドラインなどを踏まえて共に考えていきたいと思えます。

「重症な患者さんを助けたい」という想いがあってこの学会に参加されている方が多いと思います。私の個人的な目標は「今まで救えなかった患者さんを救うことで、医学の進歩に1mmでも貢献すること」、そして「どんなに重症でも、患者さんや家族を幸せにすることをサポートすること」です。講演を聞いて下さる方にこの想いが伝わるようにお話ししたいと思います。

教育講演

教育講演3

診療報酬改定をめざしたとりくみ ー実践・研究ー

座長:明神 哲也(東京慈恵会医科大学医学部看護学科)

2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第3会場 (2階 桃源)

[EL3] 診療報酬改定をめざしたとりくみ ー実践・研究ー

○宇都宮 明美^{1,2} (1.京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻, 2.京都大学医学部附属病院)

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第3会場)

[EL3] 診療報酬改定をめざしたとりくみ —実践・研究—

○宇都宮 明美^{1,2} (1.京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻, 2.京都大学医学部附属病院)

平成30年度診療報酬改定において、クリティカルケア領域においては、特定集中治療室管理料1/2において、看護師要件の追加と新たに早期リハビリテーション加算が追加された。クリティカルケア領域での看護師要件などに踏み込んだ評価は本邦初となる。また、緩和ケアの対象患者に心不全患者も拡大されたこと、退院支援から入退院支援の推進へと名称を変更することで切れ目のない看護の提供を推進するものとなった。

本学会は、看護系学会等保険連合（看保連）から特定集中治療室管理料の看護師要件追加を申請してきた。昨年の学術集会では将来構想委員会主催の交流集会として、申請に向けての調査結果を会員の皆さまと共有する機会をもった。本講演では本案件の申請者として、申請から決定までのプロセスと改定内容を解説する。

診療報酬はエビデンスに基づく実践や効果的なケアやシステムに対して、支払われる対価という見方ができる。申請において困難をきたしたのが、クリティカルケア領域におけるケアエビデンスの少なさ、認定看護師・専門看護師の実践の曖昧さであった。今回の診療報酬改定は結果ではなく、実践を可視化する、実践のアウトカムをデータとして示すことへの取り組みの必要性という課題を突き付けられたともいえる。この課題をクリティカルケア領域の看護師・研究者で共有し、学会として取り組むべき課題を検討したいと思う。

教育講演

教育講演9

医療事故調査制度における医療安全への取り組み ～看護職に期待されること～

座長:高見沢 恵美子(関西国際大学)

2018年7月1日(日) 13:40 ～ 14:40 第3会場 (2階 桃源)

[EL9] 医療事故調査制度における医療安全への取り組み ～看護職に期待されること～

○畑 涼子 (日本医療安全調査機構)

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第3会場)

[EL9] 医療事故調査制度における医療安全への取り組み ～看護職に期待されること～

○畑 涼子 (日本医療安全調査機構)

「医療事故調査制度」は、医療機関で起きた予期しない死亡事例を自ら「院内調査」として振り返り、その原因を明らかにし、臨床現場の改善、ひいては、患者安全向上に繋がることが期待されている。医療事故調査・支援センターは、その貴重な調査結果を集積し有効な再発防止策を提言することで、個々の医療機関の経験を医療界全体の安全課題として活かしていく仕組みとなっている。

平成30年3月末現在、制度開始から2年半を経過し、センターには547件の貴重な報告書が集積されている。これらの事例は、診療科や疾患、提供された医療行為は、多種多様である。その中で重要なテーマを順次抽出し、「中心静脈穿刺に関連した死亡事例」、「肺血栓塞栓症に関連した死亡事例」「アナフィラキシーに関連した死亡事例」の報告書がまとめられたところである。今後は、気管切開後早期のチューブ迷入、腹腔鏡下胆嚢摘出術、胃管誤挿入に関連した事例、人工呼吸器に関連した事例を分析し、再発防止の提言を予定している。事例の検討には、看護職に参加協力いただいている。死亡に至らないためにはどうしたらよかったかを分析する過程では、「いかに患者のサインを把握するか、特に early signを見逃さずに、共有するか」が重要であると痛感する。また、医療は、医師だけ、看護師だけで提供するものではなく、チームで提供するプロセスである。特に、現代の専門分化した医療においては、患者のサインを受け取った看護師の切迫感をも含めた情報を共有しあえるような「チーム医療」が、安全な医療のために求められている。

また、事例を振り返る際には、「観察内容」や「報告のタイミング」など、看護専門職としての判断や行動が問われる部分が必ず存在する。提供した看護が適切であったのかを分析し、より良い対応に言及することが、次世代の安全な看護へ繋がることと期待している。

教育講演

教育講演4

グラフィック波形の変化から読み取る、患者に起こっている現象

座長:立野 淳子(小倉記念病院)

2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第5会場 (2階 平安)

[EL4] グラフィック波形の変化から読み取る、患者に起こっている現象

○戎 初代 (東京ベイ・浦安市川医療センター 看護部)

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第5会場)

[EL4] グラフィック波形の変化から読み取る、患者に起こっている現象

○戒 初代 (東京ベイ・浦安市川医療センター 看護部)

10年前とくらべ、人工呼吸器のグラフィックモニタを活用している方々は増加し、参考書や学会などでの話題も多く見られるようになってきました。

グラフィックモニタは、患者の呼吸メカニクスをより理解しやすくしているツールです。数値だけではイメージがわきにくいコンプライアンスやレジスタンスも、描かれた線によって視覚的に直感的に理解を助けてくれます。

普段、グラフィックモニタの観察を行っている方は、すでにご存知かもしれませんが、注意してほしい波形には呼び名がついています。それらの波形が観察された場合に、患者にどのような影響が起こっているのか、どのような対応が必要になるのかについて知っておくことは、安全な呼吸管理に必要な知識です。

今回の発表では安全な呼吸管理の視点から、そのまましておかない方がよいと思われる波形の中から、ポイントを絞ってお話させていただきます。

教育講演

教育講演10

クリティカルケアにおける安全な酸素療法 ～酸素療法からネーザルハイ フロー～

座長:中田 諭(聖路加国際大学看護学研究科)

2018年7月1日(日) 13:40 ～ 14:40 第7会場 (2階 蓬莱)

[EL10] クリティカルケアにおける安全な酸素療法 ～酸素療法からネーザルハイ フロー～

○露木 菜緒 (杏林大学医学部附属病院)

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第7会場)

[EL10] クリティカルケアにおける安全な酸素療法 ～酸素療法からネーザルハイフロー～

○露木 菜緒 (杏林大学医学部付属病院)

クリティカルケア領域では、呼吸状態の悪い患者が多く酸素療法は日常的に行われているが、その適切な使用方法や仕組みを理解せず使用していることも多い。ここでは、基本的な低流量システムと高流量システムの違いや、間違いやすい設定方法などを解説する。

また、酸素療法は状態に応じてデバイスを変更する必要がある。鼻カニューラを用いて高流量酸素療法を可能にした Nasal High Flowシステム (NHF) は、クリティカルケア領域では使用する頻度も高い。従来の酸素療法デバイスは、酸素濃度と加湿面に問題を抱えているが、NHFはその問題を解決し、分泌物のクリアランスの改善や標準的な酸素療法には反応しない呼吸不全に対しても有益な効果を得ている。しかし、利点の多いNHfではあるが、管理上では押さえておきたい注意点もある。

一方、NHfの登場でより高濃度の酸素療法が可能になっているが、酸素療法には功罪がある。酸素は生体にとって必要であるが、余剰な酸素は害になることも知っておく必要がある。最後には酸素療法の合併症にも触れていく。

シンポジウム

シンポジウム4

急性期医療から在宅へと安全に繋ぐ地域連携を考える

座長:三浦 稚郁子(公益社団法人 地域医療振興協会), 座長:中谷 茂子(医療法人マックスール 巽病院 看護副院長)

2018年7月1日(日) 10:15 ~ 12:15 第1会場 (5階 大ホール)

[S4-1] 救急医療に携わる立場から地域医療連携を考える

○寺地 沙緒里 (東海大学医学部附属病院)

[S4-2] 急性期医療から在宅へつなぐ地域連携～心不全ケアへの取り組みから～

○青木 芳幸 (JA長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター 看護部)

[S4-3] 地域包括ケアシステムにおける家族支援

○加藤 智子 (聖隷浜松病院 救命救急センター ER)

[S4-4] 早期からかかわる在宅復帰に向けた意思決定支援

○岩本 ゆり (楽患ナース株式会社 楽患ナース訪問看護ステーション)

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 12:15 第1会場)

[S4-1] 救急医療に携わる立場から地域医療連携を考える

○寺地 沙緒里 (東海大学医学部付属病院)

2025年問題に向け厚生労働省の構想の一つとして、「地域医療の充実」と「病院と地域連携強化」が挙げられ、各都道府県では地域医療の運用について議論・対策が行われている。それぞれの病院が所属する都道府県の方針に則り、病院や地域でも具体的な取り組みが行われている。

日本看護協会からはこの2025年問題に立ち向かうべく、平成30年の診療報酬改定に向けた要望書を提出している。この内容としては「1. 効果的・効率的な医療の実現に資する看護機能の強化」と「2. 医療と介護をつなぐ看護機能の強化」、「3. 安全・安心な医療・看護提供体制の整備」、「4. 医療・介護提供体制を支える看護職員の労働環境の整備」が挙げられている。

高度救命救急センターからの地域連携を考えた場合、上記4項目中「1. 効果的・効率的な医療の実現に資する看護機能の強化」と「2. 医療と介護をつなぐ看護機能の強化」の小項目のなかのうち特に「高度急性期、急性期医療におけるケアの充実」と「専門性の高い看護師の地域における積極的な活用の推進」、「退院支援の取り組みの充実」、「入院中の認知機能やせん妄等の症状悪化を防ぐ取り組みの評価」が、急性期医療から患者がよりよい状態で、早期に地域の生活へ帰るために取り組まなければならない重点課題である。

この中でも救命救急センターの地域の中での役割は、A. 外来やERからの地域から医療への受け入れ窓口としての役割と、B. 集中治療・急性期治療管理後からの地域へ繋ぐことが挙げられる。平均在院日数の短縮に伴い、患者とその家族は「重篤な病」を抱えた状態で病院から地域へ帰宅することを与儀なくされる。患者・家族が帰宅後に抱える生活困窮の背景には、高齢化や、患者・家族背景の多様化（独居、老老介護、経済的な困窮、核家族化で家族の協力が得られない等）があり、私たち医療者には個々の生活に合わせた看護ケアと、病を抱えた状態で生活すること前提に地域での生活支援を考慮した医療の提供が求められている。さらに、地域で病と共に生活していた人の慢性疾患の増悪や症状悪化等により、再入院を余儀なくされるケースに対応することも少なくない。

このように、患者の望む人生の在り方や家族の望む患者の予後、それに応えられるための医療者間の連携など、様々な課題を抱えている現状がある。

今回は救急医療に携わる立場から、患者にとってより良い地域医療とは何かについて考えていきたい。

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 12:15 第1会場)

[S4-2] 急性期医療から在宅へつなぐ地域連携～心不全ケアへの取り組みから～

○青木 芳幸 (JA長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター 看護部)

現在、本邦の慢性心不全患者は100万人規模とされているが、類を見ないスピードで高齢化が進行しており、2025年には「心不全パンデミック」といわれる患者の急増が予測されている。さらに、有病率の上昇だけではなく、心不全患者は1年間で約30%が増悪により再入院する。増悪をきたした患者は救急搬送されることも多く、最初の受け皿となる救急や集中治療領域の負担も増加することが予測されている。本セッションでは心不全患者への支援を例に、増悪予防と地域における包括的支援の実現に向けた取り組みをもとに、急性期から在宅へつなぐ地域連携を考える。

本邦の心不全患者の特徴は、高齢で再入院率が高いこと。また再入院の誘因は治療・服薬に対するコンプライアンスの低下が最多を占める点があげられる。この様な背景から、退院後も疾病管理指導や病状モニタリングを継続し、増悪やアドヒアランスの低下を予防する目的で、2014年に心不全看護外来を開設した。また2015年から心不全患者の在宅訪問指導も開始し、退院後早期に介入することで増悪を未然に予防する取り組みにも力を入れている。

在宅へつなぐ地域連携においては、心不全患者を対象とした在宅チームとの連携を2015年から本格的に開始し、心不全ケアの勉強会の開催、在宅チームとの協働訪問など連携の地盤づくりを進めてきた。さらに再入院率の高い心不全患者が退院後も再入院することなく、それまでの生活を継続できるよう、当施設に限らず他施設の訪問看護ステーションとも協働で在宅訪問を積極的に行い、注意点やコンサルト基準を統一化し、同じ目標で支援することで、地域のケアの質向上にも努めている。また現在、当院の在宅チームとともに、強心薬が切れないうことで入院が長期化している患者に対し、在宅でのカテコラミン持続投与が行いながらの外泊を支援する「お家に帰ろうプロジェクト～Heart Care～」にも着手している。このプロジェクトの目標は、現状では制度が追いついていない病院外での強心薬の投与を実現することで、病院で最期を迎えることが多かった心不全ステージD患者が、望んだ環境で治療・療養を継続することにある。

今後更なる高齢化社会の進行とともに心不全患者の急増が予測されるが、急性期医療を担う基幹病院と在宅医療とが連携し合い、急性期からの流れを途切れさせることなく在宅まで引き継ぐことで、患者や家族のニーズにも含めた柔軟性のある包括的支援が実現されると考える。また同時に、この体制の実現は救急医療の圧迫回避にもつながる。「心不全パンデミック」の到来が間近に迫った今、我々はそれぞれの立場外にも目を向け、急性期から在宅までをシームレスにつなぐ歩みを着実に進めなければならない。

(2018年7月1日(日) 10:15～12:15 第1会場)

[S4-3] 地域包括ケアシステムにおける家族支援

〇加藤 智子 (聖隷浜松病院 救命救急センター ER)

急性期病院において、在院日数が短縮化され、退院調整看護師の専従化が進み、在宅医療・療養の推進が強化されている。少子高齢化が進むわが国において、これからの保健医療体制の変化も予測されると考えられる。医療では、医療技術の進歩によって「治す医療」から「治し支える医療」へと進化している。近年では、地域包括ケアシステムのもと「医療は医療機関である病院、保健は地域」という従来の区分が成立しなくなっている現状である。医療・看護・介護・世話といったケアの境目も曖昧化し、さらにケアは専門職や家族だけが担うものでもなくなり、地域社会の人々が多様な形でケアし合うことが求められるようになってきた。このように人々は様々な場で、多様な医療・看護・介護・ケアを日常生活に組み込みながら生活する構造に変化している。そして人生の最終段階を様々な場所で迎えるようになってきている。高齢者だけでなく、小児の救命率の向上と共に在宅医療の推進によって、医療的ケアを抱えながら療養生活することが当然の時代になってきている。

このような時代の変化の中で、私達看護師は患者の安全・安心を支えるために「患者を含めた家族」を援助対象として看護実践し、関わる場面に多く遭遇する。看護は個人・家族・地域を対象とする事を前提としていることから、看護師には家族に対するケアも実践するという重要な使命があると考えられている。具体的には、家族の尊厳を守り関係性を構築することや、根拠に基づき健康問題を抱える患者を含めた家族をアセスメントし、必要な看護ケアを計画する。そして健康問題を有する家族員及びその家族に対して適切な看護ケアを提供することや医療チームと協力して家族を支援することなどを行っているのではないだろうか。現代の家族は多様な価値観を持ち、家族の構造、家族関係の質、家族生活の共同性の選択など様々である。私達看護師は、このような現代の家族の特性を理解し、家族の力をエンパワーメントしていくことが重要なのではないかと考える。

シンポジウムでは、クリティカルケア領域から療養病床、そして地域への連携において、現代の多様な価値観や選択性をもつ家族へどのような支援が必要なのかを問い、困難な状況を少しでも減らして、患者を含む家族にとって安全・安心を支えるケアに焦点を当てて発言したいと考えている。

(2018年7月1日(日) 10:15～12:15 第1会場)

[S4-4] 早期からかかわる在宅復帰に向けた意思決定支援

○岩本 ゆり（楽患ナース株式会社 楽患ナース訪問看護ステーション）

急性期病院から患者を在宅に受け入れる際に、どうすれば、患者さんの意思に沿った連携ができるのか？在宅にかかわる医療者であれば多かれ少なかれ悩む事柄である。

人は病気になると、治療法や病院選び、療養環境の選択など様々な場面で重要な決断を迫られる。どの選択肢もメリットデメリットがあり、それ故、本人の納得が大事になる。医療者はその決断を支援するために、医療情報の提供だけでなく、今後の生活や生き方など、その人の価値観について一緒に考える支援が必要とされる。

しかし、世話をする方とされる方という関係の中で、「される方」は「する方」に、なかなか本音を語らない。その上、一般の人は確かな医療情報を取得することが時に困難であり、仮に情報があっても、自分にとっての解釈も困難だ。また、病気になって自分の体がこれからどうなっていくのか、どうやって生きていくのか、そういった、これまでなかなか向き合ってきた問題に向き合う時、自分ひとりでは抱えきれなくなる。

私たち楽患ナース訪問看護ステーションは、在宅緩和ケアを広めたいという思いから、東京都足立区で活動を始めて8年目に入った。その一方で私は、中立的な立場で患者の意思決定を支援する自費相談を行っている。2003年の開業以降のべ1,000件以上の相談経験を基に、患者が納得して意思決定していくプロセスを標準化したのでそれを紹介したい。

繰り返しゆっくりと患者と関わる事が出来る訪問看護は、患者の意思決定に深く関わる事が出来る職種である。入院早期から在宅復帰に向けた意思決定を行うためにはどのような支援が効果的なのか、プロセスを用いて実際の支援方法を紹介する。

シンポジウム

シンポジウム5

大規模災害時におけるクリティカルケア部門の管理体制

座長:佐々木 吉子(東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科), 座長:寺師 榮(東洋医療専門学校 救急救命士科)

2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第1会場 (5階 大ホール)

[S5-1] 大規模災害時における集中治療の継続～治療の継続と医療機器運用の限界～

○相嶋 一登 (横浜市立市民病院 臨床工学部)

[S5-2] 大規模災害時における放射線部門の管理体制を考える

○城 誠 (東京医科歯科大学医学部附属病院 放射線科)

[S5-3] 大規模災害時におけるクリティカルケア部門 (手術室) の管理体制

○小池 伸享, 城田 智之, 町田 真弓, 阿部 絵美 (日本赤十字社前橋赤十字病院 看護部)

[S5-4] 災害拠点病院のICU病棟における看護師の役割

○中村 香代 (独立行政法人国立病院機構 災害医療センター 9階ICU病棟)

[S5-5] クリティカルケア部門における災害リスクマネジメント

○小早川 義貴 (国立病院機構災害医療センター 災害医療部 福島復興支援室)

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第1会場)

[S5-1] 大規模災害時における集中治療の継続～治療の継続と医療機器運用の限界～

○相嶋 一登 (横浜市立市民病院 臨床工学部)

【はじめに】集中治療部門は生命の危機に瀕した重症患者を、24時間を通じた濃密な観察のもとに、先進医療技術を駆使して集中的に治療する場所である。集中治療には多くの医療機器とそれを支える電気および医療ガス設備が必要である。一方で過去に発生した地震災害では、電気を始めとするライフラインの途絶が数日以上発生しており、集中治療継続に重大な影響が出ている。

【大規模災害がクリティカルケアに及ぼす影響】過去には地震による電柱の倒壊、発電所や変電所の自動停止、医療施設内の受電設備、配電設備の故障などが原因となり停電が発生している。集中治療部門では非常電源が設置されており、自家発電機の稼働によって電力供給が行われことになっているが、過去の災害では自家発電機が稼働しなかったり、稼働しても短時間で停止したケースが報告されている。阪神淡路大震災では、給排水管や高置水槽の破損により漏水が発生し、長期にわたって電気、水道が使用出来なかったという事例がある。このように、耐震化された建物では建物の倒壊は防げるが、建物内の破損が見られている。これに対して免震構造では建物内の設備や医療機器の破損は発生しておらず、建物構造によって被害が異なっていた。人工呼吸器の駆動には電源とともに医療ガスが必要である。人工呼吸器にはバッテリーが搭載されているが、集中治療で使用される人工呼吸器の場合は長くても60分程度しかもたない。また医療ガスの供給が途絶した場合には人工呼吸器の稼働は停止する。このような場合の代替手段としては徒手的換気があるが、集中治療ではPEEPの負荷、一回換気量の制限、自発呼吸への同調性を考慮すると徒手的換気の長時間実施は患者の状態を悪化させる可能性がある。血液透析の実施には大量の水道水およびRO水精製装置、個人用透析装置を稼働させるための多くの電力が必要となる。断水がある場合の血液透析実施は不可能である。持続腎代替療法では、水道水を必要としないため、電力のみで施行可能である。医療機器の転倒防止については、従来から様々な検討が行われている。耐震構造の建物で直下型地震を想定した場合にはキャスターロックを行わない方が良いとされているが、免震構造の建物での長周期地震動を想定した場合にはキャスターロックを行う方が良いとされており、これも建物構造によって対策が異なっている。大規模災害発生後はしばらく医療機器企業による修理対応が行えなくなることを考えると、施設の状態に応じた医療機器の損壊防止策を検討しておくことが必要である。【まとめ】大規模災害時における集中治療の継続には医療機器の稼働が必須であり、そのためには電気、水道、医療ガスの安定供給が必須となる。自施設の構造、設備を理解し、医療機器の損壊防止、医療機器使用不能時の代替手段を検討しておくことが必要である。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第1会場)

[S5-2] 大規模災害時における放射線部門の管理体制を考える

○城 誠 (東京医科歯科大学医学部附属病院 放射線科)

災害時には、多数の傷病者が来院することで医療需要は急増する。その反面病院自体が損害を受けることにより事業活動は制限され、医療供給が急激に低下してしまう「需要と供給の極端なアンバランス」が生じることになる。被災を最小限にするための準備を行い、病院機能を維持し早期の診療再開を可能にすることが「今後必ず起こる災害」に向けた病院に求められる備えである。

東京医科歯科大学医学部附属病院は、災害発生時に傷病者の受け入れを行うと同時にDMATの派遣等を行う、区中央部の災害拠点病院である。災害時には災害対策本部を中心に初療～重症部門、病棟部門、中央診療部門が連携し病院の機能維持にあたらなければならない。所属している放射線部は中央診療部門に位置し放射線治療、CT/MRI、血管撮影などの検査・治療に従事している部署である。特に血管撮影室では心臓カテーテル検査や外傷性出血に対する塞栓術も行われており、非常時の対策を講じておくことは必須であると考えられる。

しかし当部署の現状としては、過去に行われた院内防災訓練への参加率も低く、資機材の整備もされていないなど災害対策への取り組みには消極的な印象が強い。また放射線部は医師、看護師、診療放射線技師、臨床工学技士と多職種が協働する部署であるため、災害時のイメージを共有することも容易ではなく、取り組むべき課題である。今回血管撮影室のアクションカードを改訂し運用を開始するまでに至ったが、病棟・手術室など一般的な知見が散見できる部署と比較し、放射線部という部門に関する参考文献が払底しているために実際の災害時に活用可能であるのか評価が困難である。

本シンポジウムで様々な立場の方と情報交換し、放射線分野における災害対策の示唆を得たいと思う。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第1会場)

[S5-3] 大規模災害時におけるクリティカルケア部門（手術室）の管理体制

○小池 伸享, 城田 智之, 町田 真弓, 阿部 絵美 (日本赤十字社前橋赤十字病院 看護部)

東日本大震災後、病院危機管理として震災対策が重要な位置を占めている。震災では建物の倒壊や、ライフラインの破壊など多大な被害報告があり、現在の教訓として活かされている施設が多い。今後も想像の超えた震災被害が発生することが予測され、対策を講じる事が重要と考える。

大災害が起こった時に、被災地病院においてまず最も重要なことは、迅速な初動対応と被災者の受け入れ体制の確立である。中小規模の病院であれば、いかに業務を継続するか、business continuity planning (BCP) にのっとった体制準備が必要となり、大規模の災害拠点病院であれば、それに加えてDMAT (Disaster Medical Assistance Team: 災害派遣医療チーム) の参集、当該地域の医療救護活動の統括までも視野に入れた備えが要求される。そのような状況下、手術室では通常の定期手術が実施されていることに加え、震災による緊急手術患者の受け入れ体制を確立するなど災害対応に切り替える事を要求される。また、手術室自体の継続、安全、人員確認など多大な対応が求められる。そのためには、様々な対応が講じられるための災害対応マニュアルと訓練を繰り返し行う事が必要とされる。マニュアルは災害発生後の被害状況やライフラインのチェックは誰がどのような手順でやるのか、指揮命令系統や連絡体制はどうなっているのか、職員はどのように動くのか、担当部署はどこなのか、必要な物資はどこにどのくらい保管して誰がどこに展開するのか、などが具体的・実務的に見やすく示されたものでなければならない。またそれに対応した訓練も同様に必須である。

今回のセッションでは大規模災害時における手術室の管理体制について日本手術医学会 手術医療の実践ガイドラインを参考に当施設の考察を行った。話題として提供させて頂き、皆様と多様な意見交換をさせて頂ける場としたいと考える。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第1会場)

[S5-4] 災害拠点病院のICU病棟における看護師の役割

○中村 香代 (独立行政法人国立病院機構 災害医療センター 9階ICU病棟)

大規模災害時における多数傷病者発生時、災害拠点病院では、最大数の傷病者と共に重症者を収容する役割を担うことになる。災害が発生した直後には、病院機能の維持継続が可能かどうかをいち早く評価し、BCPを作動させる。通常モードから、災害対応モードに切り替えてスムーズに多数傷病者を受け入れることを可能とするためには、平時からの備えが重要であることはいまでもない。災害対策は、その時何が起るのかについて過去の経験や報告からどれだけのことを想定して対応の準備をしておくことができるか、ということに鍵があると考えられ、クリティカルケアの実践と類似している。

災害拠点病院は平時には通常の病院機能を稼働して24時間、地域の医療を担っている。当院においても、救命救急センターを保有し高度急性期医療を担う役割を果たしておりICUは、ほぼ毎日が満床である。備えのために、災害訓練を実施することは重要であると認識しつつも、入院患者に影響を与えることなく実動訓練をするこ

とは大変困難であり、回数、スケールともになかなか拡大することができないというジレンマを抱えている。災害はこのような日常に、ある日突然やってくるということであり、訓練でさえも混乱する状況を目の当たりにするたびに、焦る気持ちでマニュアルの改訂を繰り返している。

当院では災害拠点病院として多数傷病者を受け入れるために、災害発生直後から赤、黄、緑、臨時ICUといったエリアを新規に立ち上げ、各部署から新設エリアに人員を配置させて傷病者の対応にあたる。新設部門で重症者の対応をするためには、日常的にクリティカルケア実践を行っているICUの看護師の配置が求められるため、ICU内に最小限のスタッフを残して新設部門へ出向くことになる。しかし、災害発生前から在室しているICU患者の管理に加え、重症な被災患者を受け入れるための空床確保のための調整、さらに新設部門で最低限の処置をただけの状態を受け入れなければならない不安定な状態の重症傷病者の管理など、日常以上の実践力を要求される状況となることを忘れてはならない。ICUが円滑に重症者の受け入れを行い、できるだけ早くかつ適切に状態の安定化をはかり、急変の可能性ができるだけ低い状態で後方病棟へ患者を送り出すという機能を果たすことで、多数傷病者受け入れ病院としての歯車を効率的に回すことができるのだと考えられる。

限られた人、限られた場所、限られたもの、限られた時間の中であって、限界を拡げるべく努力するための備えに取り組むには、できる限り「そのとき」の状態を想定内の事態として迎えられよう、あらゆる可能性について検討をしておくことが重要なのではないかと考える。そして、想定外の事態への対応を可能にするのは、日常的に80%の力で120%の成果を追究するような「余力のある最大の実践」の訓練なのではないかと考える。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第1会場)

[S5-5] クリティカルケア部門における災害リスクマネジメント

○小早川 義貴 (国立病院機構災害医療センター 災害医療部 福島復興支援室)

一般にリスクはハザードによる影響の大きさとその発生確率で定義される。クリティカルケア部門において、災害によるリスクは他の因子によるリスクより高いのかどうか、まずは気になるところである。災害以外にもたくさんリスクがあり、災害対応の優先度はどの程度なのか。またリスクマネジメントと書くとなんとなく医療安全室活動などのイメージがわいてくるが、あまり災害とは関係なさそうである。

仮にリスクが低いもしくは計算ができないといって準備をしなくてもよいのかどうか。否、クリティカルケア部門の関わる患者は通常重症度や緊急度が高い患者であるから、その場合においては予防的アプローチを張る必要がある。具体的にはどのようにするのか。

リスクの算定・評価ができたとして、次にリスクの回避や低減はどのように図るのか。地域や院内でのコミュニケーション、患者のケアキャパシティ確保、スタッフの確保など、津波や火災などさまざまなハザードが迫った時にどう対応するか。東日本大震災や熊本地震でも避難した病院がたくさんあった。新規の患者を受けないとしても、物資の供給をどうにかしてそのまま残ることはできなかったのか。病院避難によって最終的にリスクは低減されたのか。

これだけ災害のことを考えると、平時において個々の患者に適切なケアを提供できなくなるのは間違いない。PCPSの勉強をするほうが患者さんのためになる。そうだ、いっそ災害のことなど考えず、毎日の臨床をがんばろう。そのほうが全体のメリットは大きい。ところで全体のメリットってなんだろう。

発表当日までに以上のようなことを考えてみる予定です。どうぞよろしくお願いたします。

シンポジウム

シンポジウム6

クリティカルケア領域における ACPの課題と可能性

座長:戸田 美和子(公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院), 座長:正垣 淳子(神戸大学大学院 保健学研究科)

2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第3会場 (2階 桃源)

[S6-1] クリティカル領域における ACPの意義と可能性

○高田 弥寿子 (国立循環器病研究センター 看護部)

[S6-2] アドバンス・ケア・プランニング 患者の意向を尊重したケアの実践のために

○木澤 義之 (神戸大学医学部附属病院 緩和支援治療科)

[S6-3] 救急患者の ACP / (代理) 意思決定支援のあり方を考える ~看護の役割発揮に向けて~

○比田井 理恵 (千葉県救急医療センター 看護局)

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第3会場)

[S6-1] クリティカル領域における ACPの意義と可能性

○高田 弥寿子 (国立循環器病研究センター 看護部)

質の高いエンドオブライフ・ケアは、患者の苦痛緩和を大事にする、患者の自律を尊重する、不要な延命を避ける、愛する人との関係性を深める、家族の負担を軽くするという5つの要素があると質的研究結果から明らかになっている。意思決定支援の観点からこの5つの要素を捉えた場合、患者の自律を尊重した意思決定支援は、患者の望む医療の実現、患者の苦痛緩和、不必要な延命治療を避けることにつながり、その結果、家族の負担を軽くすることになると考えられる。つまり、患者の自律性を尊重した意思決定支援は、質の高い終末期ケアの中核的要素であると考えられ、クリティカルケア領域においてもアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACPとする）の推進が望まれる。ACPとは、将来の身体機能の低下や意思決定能力の低下を見据えて、前もって人生の最終段階における治療・ケア・療養生活について、患者、家族、医療者などの関係者が共に話し合い、患者の意向を尊重したケアを立案していくプロセスである。近年、ACPは患者の Quality of deathの実現に向けて様々なガイドラインや提言において推奨されている。特に、集中治療室における終末期医療の意思決定は、代理意思決定者が行うことが多く、治療選択に対する家族の苦悩が、家族のグリーフの過程に影響をもたらすことが明らかになっていることから ACPの推進は重要であると考えられる。

一方で、集中治療室に入室する患者は、治療による鎮静や意識レベルの低下により ACPが難しいケースが多い。また、近年、高齢化社会の到来により、集中治療により救命できた場合においても著しい身体機能の低下により、回復の見通しが予測できないケースも多い。このような症例では、患者の心身の脆弱性が高く、集中治療室における ACPが侵襲的になるリスクが高いため、医療者は、ACPのタイミングをいつにするか、どのように進めていけばよいか葛藤することも多い。そこで、本セッションでは、クリティカルケア領域で ACPを実施した事例を紹介し、クリティカル領域における ACPの意義と可能性について述べたいと思う。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第3会場)

[S6-2] アドバンス・ケア・プランニング 患者の意向を尊重したケアの実践のために

○木澤 義之 (神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科)

アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning;以下 ACPと略)とは、「患者・家族・医療従事者の話し合いを通じて、患者の価値観を明らかにし、これからの治療・ケアの目標や選好を明確にするプロセスのこと」を指す。ACPは緩和ケアと終末期ケアの質を向上させるものとして、英国連邦を中心とした世界各国で注目され、その臨床実践が進んできている。これらのモデルでは、患者さんがどんな人生を生き、どんなことを大切にしているか、何を希望しているかを、患者一患者が信頼する本人の代わりとなる者（家族）一医療従事者があらかじめ話し合っ、診療録に残すというプロセスを重要視しており、患者・家族アウトカムを改善することが近年明らかとなってきている。（患者の希望が尊重した終末期医療が実践され、遺族の抑うつが減少する：Detering K.BMJ 2010）これらの取り組みは、クリティカルケアに従事する医療従事者によって行われていることも少なくない。

わが国でも、患者の意向を尊重した医療を実践するために ACPの普及が望まれており、厚生労働省の委託事業である「人生の最終段階における医療体制整備事業」が実施され、独自の ACPプログラムである E-FIELDプログラムに基づいた ACPの啓発普及がなされている。ACP実践の要点は、1) 侵襲的でないコミュニケーションを心がけること、2) 代理意思決定者をまず選定し、代理意思決定者とともに意思決定を進めること、3) アドバンス・ディレクティブや DNRなどの書類や決まりにとらわれず、患者の価値や決断の理由を探索すること、の3点である。本講演では同プログラムに基づいて ACPの基礎と実践を概説し、クリティカルケア領域での応用についても述べる。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第3会場)

[S6-3] 救急患者の ACP / (代理) 意思決定支援のあり方を考える ～看護の役割発揮に向けて～

○比田井 理恵 (千葉県救急医療センター 看護局)

少子超高齢多死社会への移行にともない、救急搬送される患者の病態も複数疾患を兼ね合わせるなど、より複雑で多診療科・多専門領域にまたがる状況が多く見られるようになった。元来救急医療の現場には、年齢や社会背景、疾病の発症／受傷状況などにおいて、多様な患者が有無を言わず搬送されてくる。その多くが突然生じた何らかの出来事をきっかけに、日常から非日常への生活を余儀なくされる。同時に、健康や身体の一部・機能、大切な人やものなどの何らかの喪失体験をともない、その先の人生や生き方の岐路になり得る重要な選択を求められる人も多い。そのような判断や決定を行う際に最も重要となるのが患者本人の意思であるのは言うまでもない。しかしながら、患者自身の意思表示が困難なことの多い救急医療の現場では、その選択の際に、患者の意思や考え方、希望に添えているのか、患者の生き方に適しているのかという点において、家族とともに話し合い模索していくことが求められるが、時間的猶予の不足などから十分に行えていないのが現状である。このような中で、少しでも患者の生き方や考え方を反映した医療につなげる一助となり得るのが Advance Care Planning (以後 ACP とする) である。

ACP は、心づもりの支援 (清水, 2015) とも言われており、「自分がどのように生きていきたいか」や「こんな場合にはどのように考えるか」などの考えや思いを家族や友人、医療者などと話し合い、表したもので、Advance Directive (以後 AD とする) よりもプロセスの意味合いが強い。ACP や AD の目的は、終末期に至った時に「蘇生や積極的治療をする／しない」という判断や意思決定自体ではなく、生命が脅かされたときに、その人らしい、尊厳を大切にしたい生き方や死に方を導くことが本質といえる。このことから考えると、身体状況が変化の前だけでなく、変化後にもその人の考えや生き方を理解し、その状況における最善が何かを検討するための、心づもりをもとにした話し合いの時間やコミュニケーションが必要であり、それにより患者・家族・医療者の納得につながると考える。

今回 ACP の課題や可能性を考えるにあたり、がんで最期の治療にかけて入院したものの、予後宣告後に急変した事例、また外傷により寝たきりで生活をしていたが急変し搬送された事例、の経験をもとに、救急医療における ACP の有効性や課題とともに看護が果たす役割を検討していきたいと考えている。

パネルディスカッション

パネルディスカッション2

重症呼吸不全に対する ECMO治療のノウハウとチームアプローチ

座長: 瀧本 雅昭(東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター), 座長: 市場 晋吾(日本医科大学付属病院 外科系集中治療科)

2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第2会場 (5階 小ホール)

[PD2-1] 「看護が ECMO治療すべきこと」 一行き場のない治療にさせないために一

○ 亀ヶ谷 泰匡 (日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

[PD2-2] 「LungRest」を実現する～自然治癒力を最大化するためのケア～

○ 河合 佑亮 (藤田保健衛生大学病院 看護部)

[PD2-3] ECMO装着患者に対するリハビリテーション

○ 堀部 達也¹, 小谷 透² (1. 東京女子医科大学 リハビリテーション部, 2. 昭和大学医学部麻酔科学講座)

[PD2-4] チーム医療でつなぐ安全な ECMO管理～導入から搬送まで～

○ 古川 豊¹, 服部 憲幸², 長野 南¹, 宮崎 瑛里子¹, 安倍 隆三², 立石 順久², 今枝 太郎², 杉浦 淳史³, 高橋 由佳⁴, 後藤 潤⁴, 和田 啓太⁴, 島崎 美穂⁴, 織田 成人² (1. 千葉大学医学部附属病院 臨床工学センター, 2. 千葉大学大学院医学研究院 救急集中治療医学, 3. 千葉大学大学院医学研究院 循環器内科学冠疾患治療部, 4. 千葉大学医学部附属病院 看護部 ICU/CCU)

[PD2-5] 重症呼吸不全に対する ECMOの現状から未来への展開

○ 市場 晋吾 (日本医科大学付属病院 外科系集中治療科)

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第2会場)

[PD2-1] 「看護が ECMO 治療すべきこと」 一行き場のない治療にさせないために一

○亀ヶ谷 泰匡 (日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

今回のセッションへの参加にあたり、本学術集会の「安全と安心を信頼に繋ぐ」というテーマについて考えた際、思い浮かべた言葉があった。

「ECMO治療において、最もクリティカルな問題は回路の破綻である。この問題に適切な対応をとることがECMOナースの最も重要な役割の一つである」。

これは、ECMOの国際的な組織である ELSO (Extracorporeal Life Support Organization) の次期会長 Mark Ogino, MDから教示された言葉である。この回路の破綻の要因には、人工肺、ポンプの機能不全、カニューレトラブルや回路チューブの破裂、空気混入などが含まれる。ELSOのデータベースによると、成人のRespiratory ECMOで生じた機械関連の合併症の中で、回路チューブの破裂が発生率0.3%で最も少ない。一方で、回路チューブの破裂が生じた場合の生存率は25%で最も低く、いかにクリティカルな問題であるかが分かる。しかしながら、この回路の破綻は多職種によるチームアプローチなくしては、乗り越えられない事象である。そのため、ECMO治療では回路の破綻が患者の生命の危機へ直結することを、治療に携わる医療スタッフが共通認識していなければならない。

では、安全なECMO治療を提供するためにはどのようなチームビルディングが必要なのであろうか。当院では、2011年に医師、臨床工学技士、看護師の多職種からなるECMOチームを発足後、マニュアルやプロトコルの作成、座学やハンズオントレーニングなどの教育体制を確立してきた。また、現在ではECMO搬送にも注力し、院内外の搬送体制の確立に取り組んでいる。当院での経験に触れながら、欧米のECMO specialistといった資格制度がない本邦において、看護師がECMO治療の安全と安心にどこまで寄与できるのか議論していきたい。

また、ECMO治療のチームアプローチを進めていくうえで、考えなくてはならないのが倫理的側面である。ECMOは治療や回復までの時間的猶予をもたらすが、一転、その役割が死までの時間的猶予をもたらすことへと変化する。その変化は、患者や家族のみならず、医療スタッフを巻き込み、複雑な意思決定や倫理的ジレンマをもたらす。

2012年にECMOプロジェクトが開始されて以降、ECMOが多くに関心を集め、看護においても様々な議論がなされるようになった。しかし、ECMO治療に関する倫理的側面についての議論は未だ不十分であり、ECMOチームとしてどのようなアプローチが必要なのか十分な検討が必要である。

世界的には長い歴史のあるECMOであるが、日本ではどこか全く新しい治療方法として扱われている感が否めない。しかし、もうすでに「やりたい看護」から「やらなければならない看護」へと昇華させる時期にきているのではないだろうか。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第2会場)

[PD2-2] 「LungRest」を実現する～自然治癒力を最大化するためのケア～

○河合 佑亮 (藤田保健衛生大学病院 看護部)

Respiratory ECMOは呼吸不全に対する究極の対症療法であり、患者が自分の力で回復するまでの間、肺を使用しなくてよい状況を作り出すために呼吸機能を代替する治療法である。その目的は「Lung Rest (肺を休ませる)」であり、患者が自身の自然治癒力をより効果的に発揮できる最適な環境を整えるという考え方が基本となる。これはナイチンゲールが説いた看護の定義に合致するものであり、ECMOは重症呼吸不全患者への究極の看護といっても過言ではない。しかしECMOは万能ではなく、「どこで」「誰が」「何を使って」行うかによってその効果が大きく変わる、きめ細かな管理が必要な治療法である。本発表では、ECMOの真価を発揮するための自施設の取り組みについて報告する。

看護理論家ヴァージニア・ヘンダーソンや心理学者アブラハム・マズローが記すように、第1に挙げられる患者のニードは、正常な呼吸（生理的ニード）である。この正常な呼吸を満たすためには、十分な酸素供給量を安全に確保することが重要である。ELSO（Extracorporeal Life Support Organization）のガイドラインでは、酸素消費量の3倍以上の酸素供給量を確保することが推奨されている。自施設では、毎日の多職種カンファレンスや定期的な勉強会、マニュアル作成を通して、ECMO管理下の特殊な生理学と管理法の習熟、合併症予防と対策の向上のために多職種が日頃から協働している。また、ベッドサイドにおいて、看護師は人工呼吸患者への基本的な観察事項に加えて、スウィープガス設定や遠心ポンプ回転数と血流量、各種回路圧やECMO脱血酸素飽和度（ $cSvO_2$ ）、血算・凝固や出血状態などの観察に注力し、多職種と密に情報共有している。十分な酸素供給によって正常な呼吸がある程度満たされれば、より高位のニードを満たすため、鎮静薬を漸減し、Awake ECMOに取り組む。肺を休めるのに全身まで休ませる必要はなく、それ自体がPICS（Post Intensive Care Syndrome）のリスクになり、患者のQOLを低下させる。Lung Restの状況下で覚醒していることで、話す、知る、家族と過ごす、本を読む、食べる、座るといった日常生活を送ることや、治療や早期リハビリテーションに患者自身が参加することが可能になり、患者と医療者の双方に大きな益をもたらす。Awakeの方法や安全基準については、人工呼吸患者へのそれに準じるが、ECMO装着下の場合、ECMO血流量の低下（回路圧の変化）、酸素消費量の増加（ $cSvO_2$ の低下）やリサキュレーションの増加（ $cSvO_2$ の上昇）に注意し、これらを安全基準に追加する。一方で、多くのECMO患者は、現存する臓器障害や、人工呼吸管理等の治療関連因子により日常生活が制限され、苦痛を感じている。私たちはただAwakeに取り組むのではなく、患者のそばに寄り添い傾聴することで、その人の一つひとつのニードを理解し、満たし、その喜びを共有する包括的生活支援に取り組むことが大切である。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第2会場)

[PD2-3] ECMO装着患者に対するリハビリテーション

○堀部 達也¹, 小谷 透² (1.東京女子医科大学 リハビリテーション部, 2.昭和大学医学部麻酔科学講座)

ARDSの概念が報告されてから半世紀が経過し、医学の進歩と共にARDSの治療法も大幅に進歩した。革新する治療技術はICUに入室する重症疾患の生存率を大幅に改善したが、その生存者には長期間継続する身体機能障害・精神心理機能障害などの合併症、さらに家族をも含めた生活の質(QOL)の低下が生じることがPost Intensive Care Syndrome (以下PICS)として報告されている。

2009年に報告されたCESAR trialにおいてARDSに対するExtracorporeal Membrane Oxygenation装置(以下ECMO)の有用性が証明され本邦でも普及し始めている。生存率の改善と共にPICSの様な医原性の影響を最小限に抑制するため鎮痛・鎮静の管理、人工呼吸器からの早期離脱、ケアへの家族の参加などの取り組みと同時に、ICUにおけるリハビリテーション(以下リハビリ)は、ECMO患者においても身体機能の維持のみならず、QOL維持のために必要かつ重要である。しかしECMO患者へのリハビリは、疾患の重症度、Femoral Catheter挿入などデバイスの理解やECMO中の超急性期リハビリ介入への理解が医療チームで共有されていない(早期リハビリの文化の欠如)など様々なバリアが存在する。

今回はこれまで公表されている論文のレビューに加え、我々が経験したECMO症例を振り返り、バリアへの対応を含めICU入室中であっても重症患者の生活を止めない努力についてお話ししたい。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第2会場)

[PD2-4] チーム医療でつなぐ安全なECMO管理～導入から搬送まで～

○古川 豊¹, 服部 憲幸², 長野 南¹, 宮崎 瑛里子¹, 安倍 隆三², 立石 順久², 今枝 太郎², 杉浦 淳史³, 高橋 由佳⁴, 後藤 潤⁴, 和田 啓太⁴, 島崎 美穂⁴, 織田 成人² (1.千葉大学医学部附属病院 臨床工学センター, 2.千葉大学大学院医学研究院 救急集中治療医学, 3.千葉大学大学院医学研究院 循環器内科学冠疾患治療部, 4.千葉大学医学部附属病院 看護部 ICU/CCU)

【はじめに】

ECMO（体外式膜型人工肺）は1970年代にヨーロッパで論文報告され、近年の集中治療分野において、重症呼吸不全や心不全治療の選択肢の一つとしてその有効性が報告されてきた。また、2009年のInfluenza（A/H1N1）パンデミックを契機として論文報告数は増加の一途を辿っている。救急領域においても、Extra-Corporeal Cardiopulmonary Resuscitation（ECPR）として成功例が数多く報告され、症例数の増加に伴い、治療中の搬送事例もまた増加している。

【ECMOチーム】

安全なECMO治療のためにはチームによる総合的な管理が必須である。そのために海外ではECMO Centerを設置し、患者集約と集中的な人・資材の投入が行われている。全身管理を必要とするECMO治療のためには、多職種間での連携が行われ、共通の認識の下で治療を進めていくことが重要である。当院でもICU全体でECMO患者の治療にあたるなか、中心的な役割を担うために多職種によるECMOチームを結成しており、治療と症例検討、シミュレーションを繰り返し、ECMOの安全な施行に向けて取り組んでいる。

【治療の実際】

○導入

ECMOの導入目的は緊急性の高いECPRから呼吸補助を目的としたVV-ECMOまで様々であり、その場面は一様ではないため混乱を来しやすい。当院ではスムーズな導入を行えるように、ECMOチームの看護師を中心として導入時基本セットを事前作成しスタッフ全体に周知をすることで、ECMOチームメンバーがいない場面であっても、基本的な導入準備であれば誰も行える体制をとっている。

○管理

当院では、基本的なECMO管理はチェックシートを用いてICUスタッフ全員が同じように行えるようにしており、決してECMOチームのみでの管理が行われているわけではない。また、長期管理中の患者に対するリハビリテーションも重要である。基本的には合併症に注意した安全なリハビリテーションを実施することが求められるが、患者の治療意欲向上のために離床など積極的なリハビリを行うこともある。多職種での連携が安全に大きくかわる場面である。

○搬送

ECMO導入を行える施設の増加、患者管理の長期化などにより、より治療経験のある施設への患者集約の必要性も高まっている。当院では、ECMO患者搬送時、新規開発したバックボード装着型搬送用架台(Back board tree; BBT[®])を用いている。患者・バックボード・BBTを一体化させ、BBTに患者回路、輸液ポンプ類とモニターを取付けた搬送法(BBT法)を考案し、昨年度までにECMOチームにより航空搬送を含む10例以上の施設間搬送を安全に実施している。

【おわりに】

ECMO治療は多職種が連携して治療にあたるのが重要であり、コミュニケーションと知識・意識の共有が必須である。各施設の習熟度に合わせ、多症例施設への患者移送を含めた管理レベルの見極め、安全な管理手法を模索していくことが重要と考える。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第2会場)

[PD2-5] 重症呼吸不全に対するECMOの現状から未来への展開

○市場 晋吾（日本医科大学付属病院 外科系集中治療科）

Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)は、重症呼吸・循環不全に対して長期間、通常数日から週の単位で持続的な呼吸・循環補助を、膜型人工肺を組み込んだ体外循環装置で行う方法である。ECMOは、人工心肺装置を簡素化した形態で、高性能な遠心ポンプと膜型人工肺から構成される補助循環である。ECMOの臨床的意義は、体に必要なガス交換を代行して、生体心または肺を休め、VILIを回避しながら、原因疾患の治療の時間稼ぎをすることである。デバイスの改良に伴い、より長期安全なECMOが可能となり、様々な応用技術が試みられ

ている。例えば、心肺両不全の患者に対する hybrid configuration ECMO、ECMOチームが搬送先の病院に出向き、ECMOを導入して安定させてから搬送する ECMO transport、ECMOを導入して覚醒させてリハビリをしながら肺移植の待機をする bridge to lung transplant、COPDなどの慢性呼吸不全の急性増悪に対して、CO₂のみを除去し、抜管を避ける Extracorporeal CO₂ removal(ECCO2R)などである。ECMOは、複雑な集中治療技術であり、適切な機器や設備、そして ECMO治療に習熟した専門医療チーム、緊急時の各科のバックアップ体制を有する施設で行うべきである。人工心肺装置により、24時間、2~3週間以上、安全に、重症患者の呼吸循環を維持管理できる施設的能力が必要であり、長期体外循環に伴う機械的あるいは患者に発生する合併症に迅速に、かつ的確に対応できるように、常に訓練が必要である。今後この治療法をさらに発展させることにより、よりハイレベルな集中治療技術が開発され、我々が直面している感染症のパンデミック、移植医療や高齢化社会に対応していく必要がある。

パネルディスカッション

パネルディスカッション1

人工呼吸器離脱に関わるコンフリクト

座長:道又 元裕(杏林大学医学部附属病院 看護部), 座長:濱本 実也(公立陶生病院 集中治療室)

2018年7月1日(日) 10:15 ~ 12:15 第5会場 (2階 平安)

[PD1-1] 人工呼吸器離脱に関わるコンフリクト：実際の離脱方法と課題

○齋藤 伸行 (日本医科大学千葉北総病院 救命救急センター)

[PD1-2] 人工呼吸器離脱に関するコンフリクト～救急病床および一般病棟での離脱プロトコル導入をめざして～

○藤岡 智恵¹, 竹田 智子¹, 野見山 由美子¹, 飛野 和則² (1. 飯塚病院 看護部 集中治療室, 2. 飯塚病院 呼吸器内科)

[PD1-3] 人工呼吸器離脱に関わるコンフリクト臨床工学技士の立場から

○奥田 晃久 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 臨床工学部)

[PD1-4] 人工呼吸器離脱プロトコルの運用にまつわるコンフリクト

○長谷川 裕貴 (亀田総合病院 心臓血管外科)

[PD1-5] 特定行為研修を終了した立場から

○辻本 雄大 (奈良県立医科大学附属病院 集中治療部)

[PD1-6] 当院の人工呼吸器離脱に関わるコンフリクト回避への取り組み

○栢田 ゆかり, 本荘 弥生, 大野 美香 (国立病院機構名古屋医療センター)

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 12:15 第5会場)

[PD1-1] 人工呼吸器離脱に関わるコンフリクト：実際の離脱方法と課題

○齋藤 伸行（日本医科大学千葉北総病院 救命救急センター）

最近の集中治療室（ICU）では、人工呼吸器からの離脱は多職種によるチームで進めていくことが行われており、大学病院など人的資源が豊富な施設では一般的となりつつある。しかし、ICUの専従医が少ない施設や、診療科主治医がすべての治療方針を決定する施設では、医師の判断が人工呼吸器からの離脱を最も左右する。このように本邦では人工呼吸器離脱の方法は、施設ごとで異なっている可能性があり、我々は2015年に人工呼吸療法の実態を把握するため「人工呼吸療法に関する横断研究（MVP investigation）」を行った。方法：調査対象日の朝8時に集中治療室で人工呼吸を行っている患者を対象として、1施設3日間のデータを収集した。調査項目には、施設特性、患者特性、人工呼吸器設定値、実測値を含めた。結果：42施設の49ICUsから491名の人工呼吸実施患者のデータを収集した。研究に参加した49ICUsのうち人工呼吸離脱プロトコル、VAPバンドルは、それぞれ20.4%、61.2%で有していた。また、鎮静スケールはすべての施設が使用しており、せん妄スケール、鎮痛スケールはそれぞれ81.6%、83.7%のICUで使用していた。調査対象患者の平均年齢は、65.8歳、ICU在室5日目（中央値、4分位：3-10）、人工呼吸日数5日（3-9）で、人工呼吸に至った理由は急性呼吸不全（術後含む）が73.7%を占めていた。人工呼吸器の設定を集中治療医が行っていた割合は、ICU管理方針（専従医管理10施設、主治医管理9施設、混合管理30施設）によって異なっていた（80%、0%、50%、 $P<0.01$ ）。離脱を試みていない患者347人のうち201人（57.9%）は、呼吸器設定値が $FiO_2 0.4$ 以下かつ $PEEP 8cmH_2O$ 以下であった。この患者群の人工呼吸器設定モードでは、非集中治療医は自発呼吸モードよりも（22.4% vs 40.8%、 $P<0.01$ ）、SIMVモードを多く選択していた（41.4% vs 18.7%、 $P<0.01$ ）。離脱を試みていない患者において自発呼吸モードをより選択していたのは、都市部の病院（オッズ比：2.07, 95%信頼区間：1.17-3.67, $P=0.01$ ）と専従医管理のICU（3.41, 1.13-10.27, 0.03）であった。

考察：ICUにおける人工呼吸療法は、施設特性によって異なっていることが明らかとなった。離脱を試みていないとされた患者の6割で、呼吸器設定が一般的な離脱可能基準を下回っており、客観的指標よりも医師の判断が優先されている実態が明らかとなった。さらに、非集中治療医は自発呼吸モードよりもSIMVモードを好んでいた。この研究では参加施設の地域的な偏りや重症度が不明であったなどの限界があるものの、離脱を含む標準的な人工呼吸療法の教育に地域差があることが影響している可能性が考えられた。

結語：本邦において人工呼吸療法の実践はICUの特定によって異なり、依然として離脱は医師の判断に委ねられていた。今後、多職種チームとして離脱に取り組むためには、施設内プロトコルのトレーニングが不可欠である。

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 12:15 第5会場)

[PD1-2] 人工呼吸器離脱に関するコンフリクト～救急病床および一般病棟での離脱プロトコル導入をめざして～○藤岡 智恵¹, 竹田 智子¹, 野見山 由美子¹, 飛野 和則²（1. 飯塚病院 看護部 集中治療室, 2. 飯塚病院 呼吸器内科）

人工呼吸器は様々な領域の患者に使用されている。長期の人工呼吸器装着や気管挿管は合併症リスクを増加させるため、早期の離脱・抜管が重要となる。一方で早すぎる離脱・抜管は、不十分な酸素化や呼吸筋疲労などにより呼吸状態を悪化させ、患者にとって更なる侵襲となる可能性がある。

集中治療医学会は2010年に我が国独自の人工呼吸器関連肺炎（VAP）バンドルを提言した。また、人工呼吸患者の管理を包括的に改善するために提唱されたABCDEバンドル（近年「F：患者家族」の要素が追加された）や日本版・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（J-PAD）も徐々に普及している。2015年には人工呼吸器を主導する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）から、早期の安全な呼吸器離脱を推進するため「人工呼吸器離脱に関する

る3学会合同プロトコル」が発表された。プロトコルは標準的内容を提案したものとされ、各施設にあった展開が期待されている。

当院は病床数1048床の地域救急を担う急性期病院である。肺炎や慢性呼吸不全急性増悪などの呼吸器疾患患者だけでなく、敗血症や外傷、心不全など多岐に渡る病態の患者で人工呼吸器が装着されている。診療科は42科

(部)あり、一般病棟でも人工呼吸器装着患者の診療が行われているため、集中治療室外でも人工呼吸器離脱可能な患者を適切に選定し、安全な離脱を行う方策を確立する必要がある。

しかし、現在一般病棟においては、人工呼吸器離脱の判断はほぼ主治医に委ねられており、重なる職務の中適切な時期に離脱が出来ていない傾向にある。また、看護師・臨床工学技士も適切なサポートができていない状況にある。医療従事者が共通の離脱プロトコルをベースにした診療が根付けば、そのような問題解決へ効果をもたらす可能性がある。またその過程の中で、施設内の呼吸管理に対する長短が見えてくるのではないかと考え、一般病棟での導入をめざす事とした。

ここでは一般病棟での離脱プロトコル運用開始に向けての過程と、その結果見えてきた現状、また今後の課題を発表する。

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 12:15 第5会場)

[PD1-3] 人工呼吸器離脱に関わるコンフリクト臨床工学技士の立場から

○奥田 晃久 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 臨床工学部)

本邦には呼吸療法に特化した専門職は存在せず、人工呼吸器への知識と技術から臨床工学技士は呼吸療法を支える専門職の一員として活躍している。人工呼吸器からの早期離脱は患者の予後改善のみならず医療経済の視点からも重要な要素であり、チーム全体で取り組むことが鍵となる。2015年に3学会による「人工呼吸器離脱に関する3学会プロトコル」が提言され、医師以外の職種が人工呼吸器離脱に関わるための大きな支援となった。臨床工学技士は、業務指針において医師の指示の下に患者の状態に合わせて人工呼吸器の設定を行うことは基本業務とされており、プロトコルを活用することで業務は大きく拡大する。一方、プロトコルを活用するためには課題もある。本プロトコルは人工呼吸器離脱の標準的な方法であるが、プロトコルを活用する上で患者アセスメントが重要となる。従来の臨床工学技士は、学生時代に患者アセスメントに関する教育を受けていない。また、患者アセスメントに関する研修会などの開催も皆無に等しい。そのため、臨床工学技士が本プロトコルを活用するには、患者アセスメントに関する教育体制の構築が望まれる。

本セッションでは、臨床工学技士の立場からプロトコルの活用の実態から問題・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。

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 12:15 第5会場)

[PD1-4] 人工呼吸器離脱プロトコルの運用にまつわるコンフリクト

○長谷川 裕貴 (亀田総合病院 心臓血管外科)

人工呼吸器離脱の遅延は合併症の増加、死亡率の上昇、医療費の増加などにつながると報告されている。そのため、人工呼吸器からの離脱は可及的速やかに、かつ安全に行われることが不可欠であり、共通認識を有した多職種チームによるアプローチ (Multidisciplinary Team Approach) が推奨されている。そのような側面から人工呼吸器離脱プロトコルを導入することは効果的な手段の一つとされており、医師の判断を主体に離脱を行うよりも早期に離脱が可能であったとの報告もある。

このプロトコルは医師以外の医療従事者が実施しても安全に運用できる内容でなくてはならない。米国では呼吸療法士が中心となり、各施設で定められたプロトコルに準じ、人工呼吸器の離脱を進めている。筆者が勤務する施設においても2012年より心臓血管外科術後の患者を対象とした人工呼吸器離脱プロトコルを作成し、コメ

ディカル主導のもと、人工呼吸器の離脱を行っている。

人工呼吸器離脱プロトコルを運用するにあたり生じるコンフリクト（主義・主張上の衝突）はそれを運用する医療従事者間で発生するケースが多い。医師は治療者として刻々と変化する患者の病態に対応すべく迅速な現場判断を必要とされる。そのため、呼吸器離脱のプロセスにおいてもプロトコルの内容から逸脱した評価基準をもって方針を変更するケースがある。そのような変更が周知されない場合は多職種間での共通認識が破綻し、プロトコルに準じた円滑な離脱が困難になることがある。同様に医師や看護師など、勤務交代時に十分な申し送りが実施されない場合にも人工呼吸器離脱のプロセスが頓挫するケースがある。

人工呼吸器離脱プロトコルを現場に浸透させ効果的に運用するためには、設定されたプロトコルを多職種が協同して粛々と遵守することが重要だと考えられる。多種多様な病態を背景とした人工呼吸器患者に対し、定められたプロトコルを機械的に応用することに疑問を抱く医療従事者も少なくないが、まずは多職種チームで念入りに熟考、設定されたプロトコルを運用し、その過程で問題点を抽出し内容を修正していくというステップを踏むことが望ましい。医師がやむを得ず、臨床的判断でプロトコルから逸脱した行動をとった場合は、その判断基準を以後のプロトコルに反映させ、内容をブラッシュアップしていくことが重要である。そのような過程を省略することは医療者側、患者側、双方の不利益につながる可能性が示唆される。

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 12:15 第5会場)

[PD1-5] 特定行為研修を終了した立場から

〇辻本 雄大（奈良県立医科大学附属病院 集中治療部）

人工呼吸器は、生命維持装置として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である。この見極めを謝ると、合併症に罹患するリスクが高まり、「軽症」であっても離脱困難な状況に陥ることがある。

人工呼吸器離脱プロトコルは、ICUで一般的に利用可能なものであり、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。いずれも海外の報告であり、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」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。一方で、2014年6月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」が成立し、「特定行為に係る看護師の研修制度」（以下、特定行為研修）が法制化された。特定行為研修では、特定行為区分のうち、「呼吸器（人工呼吸療法に関わるもの）関連のうち、「侵襲的陽圧換気の設定の変更」「人工呼吸器からの離脱」「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。これは、人工呼吸器離脱に関する3学会合同プロトコルと同様の構成になっている。当院では、平成28年1月から、特定行為研修を開始し、筆者を含め3名の修了生が、現在同じ集中治療部で勤務している。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、私見を交えて述べたい。

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 12:15 第5会場)

[PD1-6] 当院の人工呼吸器離脱に関わるコンフリクト回避への取り組み

○ 榎田 ゆかり, 本荘 弥生, 大野 美香 (国立病院機構名古屋医療センター)

当院は、病床数740床、診療科32、看護単位17、救命救急センター（ICU8床・HCU20床）、心臓血管センター（CCU6床）を有する3次救急病院である。人工呼吸管理は主にICU・HCU・CCUで管理し、人工呼吸器離脱に努めている。一般病棟では、NIPPV管理が増加し、人工呼吸管理は減少傾向にある。診療科医師や一般病棟看護師の人工呼吸管理に対するICU依存の意識は高く、人工呼吸管理目的で一般病棟からICUに院内転床することも多い。現在はICU・HCU・CCUでの救命や急性期の治療後においても長期人工呼吸管理を必要とする患者や、終末期の患者、管理が安定している在宅人工呼吸の患者の場合に一般病棟で人工呼吸管理をしている状況である。

当院では、2011年に一般病棟における人工呼吸管理ケアの安全性向上を目的として、呼吸ケアサポートチーム（以下RST）を発足した。RSTは一般病棟での人工呼吸管理を推奨するチームではなく、やむを得ず一般病棟で人工呼吸管理を必要とする患者とスタッフのサポートをする位置づけで活動している。以降、一般病棟における酸素療法・NIPPV・人工呼吸管理に関する療養環境の安全点検やケアサポート、NIPPVや人工呼吸器からの離脱サポート、院内教育、インシデント分析・対策をしている。一般病棟における人工呼吸器離脱に関わるコンフリクトは様々であり、検討を重ねながらRST活動を継続している。

当院のICUには全診療科の救急搬送患者、院内急変患者、過大侵襲術後患者が入室する。集中治療ケアは、集中治療科医師と診療科主治医・担当医で協働する体制であるが、人工呼吸管理や人工呼吸器離脱に向けた設定変更、変更後の判断は主に集中治療科医師が実践している。ICU看護師の人工呼吸器離脱過程における介入は、経験知によって様々である。経験知が少ないICU看護師にとっては人工呼吸器離脱過程への介入は難易度が高い看護ケアである。集中治療科医師は、3学会合同人工呼吸器離脱プロトコルに概ね沿って実践していたため、人工呼吸器離脱プロトコルをICU看護師の教育ツールとして活用を試みた。ICU看護師の人工呼吸器離脱過程の理解や観察、判断についての理解を深めることができ、安全と安心に繋がっている。

人工呼吸器離脱に向けた取り組みは、救命のための気管挿管・人工呼吸管理から患者の長期予後を見すえた集中治療ケアである。リハビリテーション、栄養管理、薬剤管理、医療機器管理、療養調整、医療安全を含めて、人工呼吸器離脱に関わる各々の抱えているコンフリクトを多職種で検討し、患者にとって最善のケアを実践することが信頼の獲得にもなる。今回は、看護師の立場から当院の人工呼吸器離脱に関わるコンフリクト回避への取り組みについて報告し、皆様とディスカッションを深めたいと考えている。

パネルディスカッション

パネルディスカッション3

日本集中治療医学会口腔ケア委員会合同パネルディスカッション 気管挿管患者の安全で効果的な口腔ケアの確立 -実践ケアガイドの導入と活用-

座長:明神 哲也(東京慈恵会医科大学医学部看護学科), 座長:北村 愛子(大阪府立大学 看護学研究科)

2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第6会場 (2階 瑞雲)

[PD3-1] 口腔ケアガイドの活用—人材や物品の課題を解決し手順を定着させる為に—

○伊藤 貴公 (国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 集中治療室)

[PD3-2] 当院における気管挿管患者の口腔ケア実践の現状と課題

○文字 香織 (三菱京都病院 ICU)

[PD3-3] 口腔ケア実践ガイドに期待されるもの

○田戸 朝美 (山口大学大学院 医学系研究科)

[PD3-4] 気管挿管患者の口腔ケア実践ガイドの活用によって期待する変化

○門田 耕一 (岡山大学病院 総合診療棟ICU)

[PD3-5] 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の活用、普及に向けて

○渡邊 裕 (東京都健康長寿医療センター研究所 社会科学系)

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第6会場)

[PD3-1] 口腔ケアガイドの活用—人材や物品の課題を解決し手順を定着させる為に—

○伊藤 貴公 (国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 集中治療室)

昨年、日本集中治療医学会 看護ガイドライン検討委員会、日本クリティカルケア看護学会 口腔ケア委員会の合同委員会より「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(案)」が発表されました。現在、パブリックコメントを頂き、最終調整を行っている段階にあります。さまざまな意見をいただきましたが、いくつか「今までの自分たちの方法が否定されているような気がする。」といった感情が垣間見えるような意見もありました。しかし、本ガイドはあくまでもガイドなので、このように実践しなさい、ではなく上手く活用してください、といったスタンスで読み解いていただくと幸いです。

本ガイドのすべてをさまざまな現場で実践しようとすると、非常に困難であると考えます。実際、当院でも本ガイド通り実践するには、物品、人材育成など問題点が多数あります。そこで、さまざまな施設の環境を考慮し、ガイドをいかに活用し定着させるか、私の経験を踏まえ、発表させていただきます。

まず一つ目、物品の問題。キット化された物品も数年前より出ていますが、当院での採用は困難です。患者が持ち込んだブラシを活用するしかありません。しかしガイドに掲載されている歯ブラシでは、粘膜を傷つける問題、スポンジブラシでは歯垢などが十分に落とせない問題が考えられます。どちらも使うやどちらかを使うではなく、重要なのは、歯垢の除去と分泌物の除去なので、たとえばガーゼのようなものを用いても、その目的が達成されれば問題はありません。

次に、人材育成の問題。いままで行ってきた方法を変えていくことは、とても労力を要することです。そこで一度口腔ケアの目的に立ち返ってみましょう。口腔ケアの目的は、良好な口腔環境の確立と維持です。なので、いままで行ってきた方法でそれらが達成されているのであれば、手順の変更をする必要はないかもしれません。しかし、なにか問題を感じているスタッフがいたり思ったより成果が得られていなかったりすれば、ガイドを活用し、まずは問題点の解決や、成果を得るところから始めてみましょう。患者への成果ができればおのずとスタッフはついてくるはずですよ。

そして最後に、それらを定着させるために。大切なことは患者に合った方法で、安全にかつ効果的に継続して実践できることで、患者も看護師も達成感が得られることです。その達成感、喜びを得ることが、新たな手順の定着になると考えます。なので自施設に合った方法を、ガイドを参考に確立させ、実践し、達成感を皆で分かち合ってください。

口腔ケアを行う上で重要なこと、維持することと合併症を引き起こさないことです。それらを念頭に、本ガイドを読み解いていただくと幸いです。ぜひ、皆様が中心になって、本ガイド発表後には、上手く活用してください。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第6会場)

[PD3-2] 当院における気管挿管患者の口腔ケア実践の現状と課題

○文字 香織 (三菱京都病院 ICU)

【はじめに】近年、気管挿管患者に適切な口腔ケアを行えば、人工呼吸器関連肺炎(以下、VAP)の発生率を有意に減少させることが明らかとなった。しかし、歯垢の不十分な回収など適切な方法で口腔ケアを行わなければ、その効果は得られない。VAPを予防するためには、VAPバンドルケアに加え、口腔ケアの適切な方法と手順を整備し実施することが重要である。2016年12月に日本集中治療医学会と日本クリティカルケア看護学会の合同委員会によりVAP予防のための気管挿管患者の口腔ケア実践ガイドが策定されている。今回、当院ICUでの周術期等の口腔機能管理の実際やVAP発生率、気管挿管患者の口腔ケアに関する看護師の認識を明らかにし、この口腔ケアガイド導入に向けた問題点および課題を抽出したため、ここに報告する。

【周術期等の口腔機能管理の実際】 当院では、心臓外科手術患者と消化器外科の悪性腫瘍に対する手術患者に対して、術前より歯科衛生士の専門的な口腔ケアの実施や口腔ケア用品の指導が行われている。また、手術直後もしくは手術翌日に歯科衛生士による口腔内清掃状態チェックのラウンドが実施され看護師と連携をとっている。しかし、緊急手術の場合、歯科衛生士の介入が遅れ何らかの口腔内トラブルが発生した時点から介入していることが多いのが現状である。

【VAP発生率】 呼吸療法サポートチーム（以下、RST）活動として、週に1回ラウンドを行なっている。そのラウンドでは、早期人工呼吸器離脱や安全な抜管に向け、多職種で積極的な意見交換や介入を行なっている。また、2015年より集中ケア認定看護師と感染管理認定看護師の協働によりVAP予防に関するスタッフへの勉強会なども実施している。その結果、VAP発生率は、2016年3.82から2017年2.27へ減少している。

【口腔ケアに関する看護師の意識調査】 今回、口腔ケアガイド導入に向け、看護師へのアンケートにより口腔ケアの現状について調査した。アンケート結果から、口腔アセスメントツールを導入していないため、観察項目の統一が図れていないことがわかった。また、手技に関しても不十分な点があることや、VAP予防の観点での体位変換前の口腔内吸引への意識が低いことが明らかとなった。【考察】 当院は、RSTや歯科口腔外科があるため周術期においても歯科衛生士の介入や連携が図れていることが大きな強みである。しかし、看護師のVAP予防に向けた口腔ケアの知識は不十分であり、観察項目の統一を図ることや口腔ケアガイドに記載されている歯垢・汚染物の除去に関する手技の習得、保湿に関して強化していく必要がある。また、鎮静深度も考慮しながらブラッシングケアと維持ケアのタイミングについても検討していく必要がある。

【結論】 安全・安心な口腔ケア実践のため、口腔ケアガイドを参考に全ての気管挿管患者に活用できる看護手順書を作成し導入していきたい。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第6会場)

[PD3-3] 口腔ケア実践ガイドに期待されるもの

○田戸 朝美（山口大学大学院 医学系研究科）

クリティカルケア領域における口腔ケアの目的は人工呼吸器関連肺炎（Ventilator Associated Pneumonia: VAP）や誤嚥性肺炎の危険性を予防することである。特に気管挿管患者に発生するVAPは院内感染の一つであり、その予防は重要である。予防バンドルとして、わが国では2010年に日本集中治療医学会から出された人工呼吸器関連肺炎予防バンドルがあるがその中には口腔ケアは含まれていない。一方、海外では各多数のガイドラインで口腔ケアを含めているものが散見されている。また、わが国の気管挿管患者に対する口腔ケア方法は、各施設や各病棟でも異なっており、標準化されたものがない。米国では、AACN (American Association of Critical-Care Nurses)などの学会からVAPの高リスク患者に対する口腔ケアのマニュアルが提示され標準化されており、教育においてもその指針に則った教育が行われている。口腔ケアに関する基礎教育でも大きな差があり、米国では看護学校で口腔ケアの技術を学んだ者が67%存在するのに対し、日本では22%と少なく、多くは臨床の現場で学んでいる。このような背景のなか、日本クリティカルケア看護学会では、2015年口腔ケア委員会を設立、2016年日本集中治療医学会看護ガイドライン検討委員会と合同ワーキングを設立した。合同ワーキングは、2017年人工呼吸器関連肺炎予防のための口腔ケア実践ガイド（案）を提示しており、現在パブリックコメントを受け最終案を検討中である。

このような現状から気管挿管患者に必要な口腔ケアの要素は何か、現在あるエビデンスを踏まえ標準化を目指すことが口腔ケア実践ガイドに期待されていると推察している。本セッションでは、口腔ケア実践ガイド（案）を紹介しつつ、期待される成果について発表する予定である。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第6会場)

[PD3-4] 気管挿管患者の口腔ケア実践ガイドの活用によって期待する変化

○門田 耕一（岡山大学病院 総合診療棟ICU）

気管挿管患者に対する合併症の1つに、人工呼吸器関連肺炎（ventilator-associated pneumonia；VAP）が挙げられる。その要因として、気管チューブのカフと気管壁の間隙から下気道への上気道細菌の播種（内因的要因）や人工呼吸器回路内の細菌の直接的な下気道への播種（外因的要因）があり、内因的要因に対する予防ケアとして、口腔ケアの充実は不可欠である。しかし、気管挿管患者の口腔ケアに関する指導が学部教育に組み込まれている例は少なく、さらに諸外国と比して「口腔ケアの方法」に統一見解が示されていない現状もある。Hutchinsら¹⁾が、口腔ケアの標準化がVAP発生率低減に寄与する可能性を示している中、0.12%グルコン酸クルルヘキシジンが口腔粘膜に使用できない本邦においてはVAPバンドルに口腔ケアが明記されていないことも踏まえると、その検討と解決は急務と考える。

現在、日本集中治療医学会と日本クリティカルケア看護学会が合同で検討を重ねて『気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド』の作成に取り組んでおり、一昨年前のパブリックコメントを踏まえて「実践可能かつ有効な方法の確立」を目指している。パブリックコメントでは「排唾管」や「洗口液」などの使用物品に関する内容から「洗浄法の是非」といった実践方法について、さらに「口腔ケアによるVAP予防効果の根拠は乏しい」などのケア自体の目的に至るまで、多くのご意見が示された。2学会が合同で口腔ケア実践ガイド作成を進めている意義は、「国内で行われている方法の中での平均的な合意点」を探っているのではなく、現状で明らかになっている文献を元に「気管挿管患者への有効な口腔ケアの基準」を学会が主導して発信していくことにある。それによって、どの施設においても「看護師が自信を持って口腔ケアを説明し、実践できる」という看護の質保証に繋がり、新たな課題も明確になり口腔ケアに関する議論が基準を持って活発になることを期待する。

特定の口腔ケアキットや洗口液を有効に活用しながら口腔ケアを実施している施設から、これまでの自施設の手法を継続しながら口腔ケアの質を担保している施設まで、多種多様であることは言うまでもない。本セッションを通じて、組織パターンリズムが大きく影響する「気管挿管患者への口腔ケア」に関するご意見を改めて皆様から頂き、「口腔ケア実践ガイド」の早期作成に繋げていきたい。

1) Hutchins K., Karras G., Erwin J., Sullivan KL. Ventilator-associated pneumonia and oral care: A successful quality improvement project. Am J Infect Control 2009;37:590-7

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第6会場)

[PD3-5] 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の活用、普及に向けて

○渡邊 裕（東京都健康長寿医療センター研究所 社会科学系）

人工呼吸器関連肺炎は死亡率が高くその予防はクリティカルケア領域の重要な課題となっている。その中で口腔ケアは気道感染予防に位置づけられ、多くの医療施設で口腔ケアマニュアルが作成されている。しかし、根拠ある口腔ケア方法はいまだ提示されていないため、人工呼吸器関連肺炎予防を目的とした気管挿管患者の口腔ケアは、各施設、各実施者によって方法が異なり、わが国では標準化された手順は存在していない。そこで、日本集中治療医学会と日本クリティカルケア看護学会では、標準的な口腔ケアが実施できるように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を共同で策定した。この実践ガイドについては両学会よりパブリックコメントの募集が行われ、多くのコメントが寄せられた。コメントの多くは、この実践ガイドを肯定的にとらえたものであったが、否定的な意見もいくつか認められ、現在それら対応中となっている。

実際のところ2016年に改訂された重症患者の人工呼吸器関連肺炎予防に関する口腔のケアに関するコクランレビューにおいても、強く推奨される口腔ケア方法はほとんどなく、口腔ケアに関する教育と実習の実施が唯一推奨できるものである。しかし日本は人工呼吸器関連肺炎予防のバンドルアプローチの中に口腔ケアが位置づけられていない、数少ない国の一つとなっており、教育現場での普及も含め人工呼吸器関連肺炎予防のための気管挿

管患者の口腔ケアプログラムの提示は喫緊の課題となっている。そのためにも本実践ガイドを速やかに公開し、教育やクリティカルケアの現場での口腔ケアの標準化をはかり、さらにエビデンスを構築し、より効果の高い口腔ケア方法の開発、検証を行っていく必要がある。

そこで本発表では、実践ガイドを公開するための問題と今後の展開について考察する。

パネルディスカッション

パネルディスカッション4

未来は特定行為にどんな一歩を踏み出して欲しいと思っているのか？～特定行為がもたらすクリティカルケアの質向上と安全性～

座長:塚原 大輔(公益社団法人日本看護協会看護研修学校), 座長:戎 初代(東京ベイ・浦安市川医療センター)

2018年7月1日(日) 14:50～16:30 第7会場(2階 蓬莱)

[PD4-1] 特定行為研修は今どうなっているのか？

○塚原 大輔 (公益社団法人 日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程)

[PD4-2] 東京医療センターにおける JNPの活動から考えるクリティカルケアの質向上と安全性

○青木 瑞智子 (独立行政法人国立病院機構東京医療センター クリティカルケア支援室)

[PD4-3] 二次医療機関における特定行為に係る看護師の現状と今後の展望

○栗木 公孝 (医療法人社団 シマダ 嶋田病院 看護部)

[PD4-4] 救急看護認定看護師の特定行為実践における展望と課題

○山岡 恭子 (ベルランド総合病院 救急センター)

[PD4-5] 特定行為研修を提供することで見えてきた研修の目的地と課題

○青柳 智和 (水戸済生会総合病院 臨床研修センター 看護師特定行為準備室)

[PD4-6] 特定行為研修事業に期待すること

○藤谷 茂樹 (聖マリアンナ医科大学 救急医学)

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第7会場)

[PD4-1] 特定行為研修は今どうなっているのか？

○塚原 大輔 (公益社団法人 日本看護協会 看護研修学校 認定看護師教育課程)

平成26年6月18日、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」が可決、成立した。「特定行為に係る看護師の研修制度」は医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師を育成する制度である。慢性疾患や複数の疾患を抱えながら地域で暮らす人々が増加し続けている状況の下で、こうした看護師の誕生はチーム医療を推進し、高齢社会において多様な医療ニーズを持つ多くの人々を支え、在宅医療の推進に寄与することが期待されている。平成30年1月現在、厚生労働大臣から54施設（29都道府県）が指定教育機関として認可を受けているが、在宅医療等を支える看護師を地域（都道府県）で計画的に養成するために医療計画が一部改正され、多くの看護師が特定行為を地域で受講できる研修体制の整備（指定研修機関及び実習を行う協力施設の確保並びに研修生の確保）が進められている。

さて、抄録を書いた5ヵ月後の今はどうなっているのだろうか？

未来が望む一步一步を歩んでいるのだろうか？

今回は、「特定行為に係る看護師の研修制度」の情報提供の場としたい。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第7会場)

[PD4-2] 東京医療センターにおける JNPの活動から考えるクリティカルケアの質向上と安全性

○青木 瑞智子 (独立行政法人国立病院機構東京医療センター クリティカルケア支援室)

国立病院機構では、日本 NP教育大学院協議会が定める大学院修士課程（2年課程の特定看護師養成コース）を卒業し、NP資格認定試験に合格した者を、国立病院機構診療看護師（Japanese Nurse Practitioner：JNP）と称している。国立病院機構では、2012年から卒後研修を開始し、現在、全国の国立病院機構29施設85名のJNPが在籍している。

当院では、13名のJNPが在籍している。統括診療部に所属し、入職1年目は、救命救急センター、外科、総合内科を臨床推論や手技、救急対応の基礎を学ぶ基幹領域と位置付けて各3ヶ月、リハビリテーション科、放射線科（CT読影）、生理検査室（腹部超音波検査）などの関連領域を各1ヶ月と1年間のローテーション研修を受ける。2年目には配属先が決定し、現在、救急科には4名のJNPが在籍している。

救急科でのJNPの主な業務は、二次救急外来診療、三次救急患者の診療サポート、受け持ち患者の日々の診療を行っている。その他に、「ERST」と称する早期離床サポートチームをJNPが立ち上げ、リハビリ科や救急科医師と連携を取りながら、救命救急センターを中心に重症患者のリハビリを早期から積極的に行っている。また、離床だけではなく、人工呼吸器離脱後等の早期嚥下評価・訓練についても、JNPが中心に行っている。現在では、院内のコンサルトにも対応しており、組織横断的に活動の場を広げている。さらに、院内NSTと連携し、救命救急センター栄養サポートチームの立ち上げに向け、準備を行っている。チーム医療の質を向上させることは、クリティカルケアの質の向上に繋がると考える。そのチーム医療のリーダーやコーディネーターとしての役割をJNPが担うことが期待されている。それは、JNPが特定行為や臨床推論、患者の病態把握、それに基づく判断能力に加えて、看護師としての視点を兼ね備えているからである。

今後、クリティカルケアの質を向上させるためには、医師の診療補完業務といった医師不足による量的貢献だけではなく、特定行為における知識や手技に加え、臨床推論に基づく判断力を身につけた看護師の人数が増加することが必要であると考えるとともに期待したい。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第7会場)

[PD4-3] 二次医療機関における特定行為に係る看護師の現状と今後の展望

○栗木 公孝 (医療法人社団 シマダ 嶋田病院 看護部)

演者は、人口7万人の医療圏の急性期医療を担う地域支援病院にて、集中ケア認定看護師として勤務している。自施設では、集中治療室8床と急性期病棟96床を有しており、認定看護師としてこれまで、人工呼吸器装着患者の全身管理、異常の早期発見と対処を行ってきたが、担当医の多重課題に伴い早期介入に繋がらないケースを経験してきた。また、急性期病棟では呼吸器を専門としている医師が少なく、集中治療室退出後の呼吸管理が医師の裁量によって異なり、ほとんどの症例で設定調整されることなく経過している現状であった。そのため、自施設でニーズの高い「人工呼吸器関連」とその評価に関する「動脈血液ガス関連」の研修を受講することで、重症化を回避するための早期介入と管理方法の統一化を図るのではないかと考え特定行為研修の受講を希望した。特定行為研修修了後に取り組んだことは医師への周知である。医師の理解が乏しいと活動が行えないため、医局会、管理者会議に参加し特定行為に関するプレゼンテーションや手順書の提示を通して特定行為に関する理解を深めた。次に、指導医として集中治療専門医へ研修修了後のフォローを依頼した。指導医の指示のもと、集中治療室内で特定行為の実践を重ねることで徐々に他の医師の特定行為の認知に繋がることができた。成果として9ヶ月間で集中治療室からは動脈ライン挿入の依頼32件、急性期病棟では動脈血液ガス評価の依頼29件であった。

また、呼吸器設定変更に関する実践では、研修前は自分が行った評価を医師へ伝え人工呼吸器の設定調整を依頼していたが、特定行為研修修了後は手順書の範囲内で患者の全身状態を評価し、呼吸器設定変更を20件実践することができた。

特定行為を実践する中で、手順書範囲外や判断に困る場合は、指導医がサポートしてくれることで、安心して特定行為を実践することができている。今後も自分の限界を知ったうえで、安全に特定行為を実践できるよう、患者の全体像をみて総合的に評価し実践することを心がけていきたい。

研修を終えて今後の展望として、当院は訪問看護ステーションがあり、在宅で呼吸管理を行っている患者、待機患者も多いため、院内活動にとどまらず、訪問看護師と協働し、地域診療、在宅療養支援に貢献できるよう活動範囲を拡大していきたい。また、当地域の現状として特定行為研修制度への認知が低いいため、訪問看護、在宅医療現場の関係者に対して、特定行為研修の認知を広める企画等を検討し、地域包括ケアシステムにおける特定行為研修修了者の育成に繋げる活動も行っていきたい。

数少ない特定行為研修修了者の一人として、当院の役割や現状を踏まえ、地域医療のニーズを理解しながら、地域の住民が自宅でその人らしい生活が送れるよう、クリティカルケアの専門的介入を活かして地域医療包括ケアシステムに貢献していきたいと考える。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第7会場)

[PD4-4] 救急看護認定看護師の特定行為実践における展望と課題

○山岡 恭子 (ベルランド総合病院 救急センター)

「特定行為に係る看護師の研修制度」が施行され3年を向えようとしている。

わたしは、2012年に日本看護協会で開催された看護師特定能力養成調査試行事業実施課程を受講し、制度化を受け改めて特定行為研修を受講、7区分12行為の研修を修了した。

この研修制度は、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師を育成する制度であり、臨床現場での特定行為実施が目されることが多い。

しかし、実際の救急現場では医師が側にいることもあり、手順書を活用し特定行為を実施する機会は想定が難しいと感じている。一方、特定行為研修で学ぶ臨床病態生理学や症候学、臨床推論などの医学知識を活かした判断と救急看護認定看護師として培った経験を活かした実践はさまざまな場面で活用が可能であると考えている。

医師の思考プロセスを理解し、フィジカルアセスメントや身体診察を駆使した観察を行うことで、病態や緊急度

の判断ができ看護師の臨床判断能力を活かした“急変させない看護”の実践が可能になる。これらは、急変による予期せぬ死亡、院内心停止を回避するRRT（rapid response Team）の活動においても実践が期待されている。

これらの看護の役割を精巧に導くためには、救急現場での実践が大いに活かせる。救急患者のトリアージや問診、観察の視点や医師の直接指導の下実施する特定行為は、さまざまな症例での病態の判断や特定行為の技術経験に繋がっている。

救急看護認定看護師として、これまでに学び得た知識と経験を活かし、この特定行為研修制度の活用や活躍できるフィールド、役割について、これまでの実践から得られた経験を踏まえ今後の展望と課題について述べたい。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第7会場)

[PD4-5] 特定行為研修を提供することで見えてきた研修の目的地と課題

○青柳 智和（水戸済生会総合病院 臨床研修センター 看護師特定行為準備室）

近森会近森病院（高知県）において看護師特定行為研修に関わり、現在は水戸済生会総合病院（茨城県）で指定研修期間の申請を行っている。自らの看護師特定行為（以下、特定行為）の実践と教育の経験から一定の知見を得たためここに報告するとともに、広く多様な意見を頂きたい。

まず、自らが特定行為を実践するに当たり、特定行為の持つ主体性に気付いた。看護師は医師の指示により医療行為を行うが、直接指示はその指示の妥当性を考慮せずとも、「発熱時に解熱薬」と言ったように能動的に作業ができる。一方で特定行為は手順書に記載されている状況に一致しているかの確認が常に求められるため主体性が磨かれる。特定行為を実施しようとするとう液ひとつを行うにも「難しく、怖い」という感情が常にあった。しかし、手順書に準じていることを確認することができればそれはタイムリーであり、セーフティーであった。つまり、特定行為は看護師に主体性を持たせることのできる方策であり、医療安全に直結している。

次に研修の難しさである。看護師は「診断」は行わないが、常に「判断」は求められる。例えば発熱時、その熱の原因はなにか判断しなければならず、その判断には医師と同等の思考過程が求められる。つまり指示通りに作業を行うのではなく、状況判断（臨床推論）を行うための「情報収集能力」とその情報の「分析能力」を習得せねばならず、これらの習得は短期間では難しい。臨床推論は特定行為の如何に関わらず求められるが、特定行為研修における共通科目は幅が広く、区分別科目は奥が深い。研修開始前から幅広い知識とある程度の専門性を持ち、医療と看護を強く意識した実践経験を有していることが安全な特定行為を提供できる看護師としての第一歩を踏み出す鍵となるであろう。

最後に自身の特定行為を提供した経験と教育した経験から、研修の目的は「医療安全」であると考え、特定行為研修の方策はその目的を十分に果たせると感じる。一方で医療は日進月歩で深化し、より複雑性が増している。医療を必要とする人に最良の医療を提供するために、「医師には医師にしかできないこと」に注力できる環境を整える必要がある。チーム医療という言葉が浸透し、人口減少時代の中で働き方改革が多く分野で検討されている中、特定行為は、医療安全の確保、医師不足と偏在、医療の複雑高度化と言った現代医療の抱える難問の解決への糸口となる可能性を秘めている。個人的には「急変予兆の早期発見と早期対応」に主眼を置いているが、安全な特定行為の実践への課題としては、「アセスメント能力の向上」が必須と考えている。そのためには受講開始時にある程度の知識と経験を有している必要があり、「受講開始時に習得していることが望ましい知識」を提示することで卒業特定行為を意識した働き方ができ、結果安全で高品質な医療の提供につながると考えている。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第7会場)

[PD4-6] 特定行為研修事業に期待すること

○藤谷 茂樹 (聖マリアンナ医科大学 救急医学)

2012年に厚労省の診療看護師試行事業による第一期生が卒業してから、2015年度の特定行為のできる看護師育成事業にも当初から関わってきた。このきっかけは、2000年より2007年まで米国で研修をしてきたが、その中でも集中治療と感染症フェローシッププログラムでは、Nurse practitionerにとりわけお世話になった。常日頃患者に近い位置に存在し、フェローや指導医への橋渡し、そして、フェローには、彼ら彼女たちの長年培った経験に基づいたアドバイスなど、特に右も左もわからぬ1年生フェローにはとてもありがたい存在であった。日本でも、Nurse practitioner制度について、国会でも審議されたが、日本での受け入れはまだ、時期尚早ということで、特定看護師としての位置づけとなってしまった。

医師のポジションを奪われたくない、看護師がどうしても、ミニ医者みたいことをしなければならないのか、薬剤師の持っていない処方権などどうして、代行であったとしても診療看護師・特定看護師ができるのであろうか。などなど、解決されていない問題がある中での見切り発進となった。

その一方で、働き方改革という新たなキーワードの出現で、労働時間の削減と医師のサポートをすることが重要であるという追い風の流れになってきている。厚労省の当初の狙いは、2025年までに10万人の特定看護師を育成し、在宅診療の強化を図ろうと試みている。それが、ここに来て、医師のサポート体制の強化というフレーズを使ってきている。

特定行為研修は、共通科目315時間の履修と、21区分38特定行為のうち、自分の好きな区分を選択できる制度である。集中治療の認定看護師は、どの区分が必要であろうか。患者の全身を診る（見る）という観点から、ほぼすべての区分が必要ではないだろうか。共通科目を受けて晴れて特定看護師になったとしても、今までにいくつもの施設で行われてきたことが、手順を踏めば、法的に守られるということになるが、診療の質はほとんど変わっていない。

私は、地域医療振興協会という地域で人材不足に困る施設で、特定看護師に21区分すべて指導している。これは、この行為をすべて診療で使用するしないにかかわらず、どのような状況に置かれても、一定の卒後研修を受ければ、どの行為もできるようにならなければならないと考えているからである。また、診療看護師が2年の卒業後の育成期間を設けているのと同様に、特定看護師も、診療看護師に近づけるべく、臨床推論やカルテ記載など、実地研修をしっかりさせている。

集中治療認定看護師から、特定看護師になれる方には、現場レベルでチームとして活躍していただくためには、パートしかできないという特定看護師ではなく、是非、診療看護師に近い形で、業務に携わっていただきたいと切に願っている。

ワークショップ

ワークショップ2

重症患者のイニシャルケアからエンドオブライフへの視座

座長:田村 葉子(京都看護大学), 座長:田山 聡子(慶應義塾大学病院)

2018年7月1日(日) 10:15 ~ 12:15 第3会場 (2階 桃源)

[W2-1] 初療におけるエンドオブライフケアの実践

○上澤 弘美 (総合病院 土浦協同病院 看護部)

[W2-2] EICUにおけるエンドオブライフケアの実践と課題

○瀧本 雅昭 (東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)

[W2-3] VAD・ECMO装着患者へのエンドオブライフケアの実践と多職種相互連携

○細萱 順一, 小池 祥子, 森 洋子 (地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 特定集中治療室)

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 12:15 第3会場)

[W2-1] 初療におけるエンドオブライフケアの実践

○上澤 弘美 (総合病院 土浦協同病院 看護部)

初療における初療に救急搬送される患者の中には、突然予期しない疾患の発症や偶発的な事故などにより心肺停止となり搬送されてくる患者がいる。そのような患者に対して、私たち医療者は全力で患者の命を繋げていけるよう救命に力を注いでいる。

心肺停止状態で救急搬送される患者の多くは、Advance Care Planningのような意思決定能力がなくなった場合の対応について話されてもおらず、患者の家族は今まで元気だった患者を失ってしまうかもしれないという衝撃と恐怖、戸惑いのなか患者の生命に直結する非常に重い責務である代理意思決定を求められる。

また、救命の甲斐なく患者が死の経過を辿った場合、家族は処置中に待合室で待たされ、患者と対面をした時が死亡確認時となることもあり、家族は予期悲嘆もないまま短時間の間に家族の死を体験することになる。さらに救急で患者の死亡が確認された場合の多くが、警察の介入を受けることになるため、家族は突然訪れた患者の死を十分悲しむ時間もないまま、警察への対応や親戚などの連絡を行わなければならない。予期悲嘆がないまま、患者の死を体験した家族は複雑性悲嘆となることがある。しかし、そのような家族に医療者が関りをもつ時間は約2時間ともいわれており、限局した時間の中でどのようなエンドオブライフケアを家族に提供することができるのかを日々、探求しながら実践しているのが現状ではないだろうか。

初療におけるエンドオブライフケアは救命と同じく重要であるが、患者の処置を優先しなければならない現状や看護体制が整っていないことから、十分に関わる時間を確保することができないために家族に関わるのが難しい現状もある。

今回は事例を通して、実際に現場で抱えているエンドオブライフケアに対する悩みや経験を共有し、解決するにはどんな方法があるか、看護師として大切にしていけることはなにかについてともに考えていきたい。

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 12:15 第3会場)

[W2-2] EICUにおけるエンドオブライフケアの実践と課題

○淵本 雅昭 (東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)

限られた時間と情報の中で治療方針の決定を余儀なくされる救急医療の現場においても、患者家族の意向に沿った医療を行うことには変わりはない。特に初療の現場では突然で予期せぬ病気や事故にみまわれ、心身ともに正常な判断ができない状態で患者本人の意思決定や、患者家族の代理意思決定が行われていることは周知の事実である。突然の発症や突然の死を向かえたり、患者の家族は時間的な制約および十分な予期悲嘆がないまま、かつ代理意思決定を行いながら救命初療で経過されるであろう。そのような状況の中、患者本人の希望や意志に沿った治療や最後を迎えるには、当然患者本人の事前意思や代理意思決定者としての家族や近親者の存在が重要になる。初療において家族は精神的機器に直面し衝撃や悲嘆の中で、「積極的治療を行うかどうか」、「現状の治療を維持するのか、あるいは終了するのか」、「延命措置を差し控えるかどうか」など次々と意思決定を迫られる。家族や近親者による代理意思決定は、初療で家族の代理意思のもと救命処置が施され、何らかの形で救命ICUに入室し状況や気持ちが少し落ち着いたところで、気持ちの変化や一度決定したことが果たして良かったのかと不安になることが往々にして見られる。クリティカルケア領域の看護師は、家族の意思決定支援を重要度の高いケアであると認識しているが、看護師も様々な葛藤や困難を抱えていると言われている。看護師は最善の医療と看護が提供されるような倫理的意思決定ができない時、割り切れない気持ちを残したり、自分の行った判断が正しいかどうかについての自問をしていることも指摘されている。「救急医療における看護倫理」ガイドライン、「集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針」において、代理意思決定の支援、患者の尊厳・権利擁護などについて方向性は示されているものの、クリティカルケア領域におけるエンドオブライフケアに対する意思決定プロセスは、看護師にとって難しい介入であることには間違いない。

本発表では初療において積極的な延命治療を望まれたが、EICU入室後に延命治療から緩和治療への気持ちが揺

らいだ家族のケースを紹介しながら、EICUに入室された患者家族の代理意思決定をどのように支援していくか考えていきたい。そして、患者家族の意思決定を支えることとエンドオブライフがどのような繋がりを持つのか検討して行きたい。

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 12:15 第3会場)

[W2-3] VAD・ECMO装着患者へのエンドオブライフケアの実践と多職種の相互連携

○細萱 順一, 小池 祥子, 森 洋子 (地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 特定集中治療室)

当院は、補助人工心臓 (ventricular assist device : 以下 VAD) の施設認定をうけ、重症心不全患者の bridge to transplantationの役割を担っている。先進国では高齢化に伴い心不全が最大の医療上の問題になっており、本邦の心不全患者も急速に増加している。欧米では治療抵抗性の心不全において心移植や人工心臓は標準的治療になっており、植込型 VADを治療の最終ゴールとするデスティネーションセラピー (destination therapy : DT) も主流になってきている。日本も近い将来に DT導入という流れもあり、「どのように人生の終焉を迎えたいか」や「医療者はどのようにエンドオブライフ (EOL) ケアを提供すればよいのか」という課題に直面することになると予測される。

今後の心不全患者の EOLケアを考える上で、実際に経験した事例におけるイニシャルケアを報告する。事例は、20代 Aさん。劇症型心筋炎にて他院から転院後に体外式 VADを装着し、肺機能低下のため膜型人工肺 (ECMO) も導入した。長期的な呼吸器管理のため気管切開を行うも、意識は清明で容易に口の動きや筆談でコミュニケーションがとれ、食事も経管栄養を併用しながら経口摂取できていた。リハビリテーションでは PT・ME・看護師で端座位を行い、リラクゼーションのための足浴なども取り入れた。ご家族は毎日来られ、Aさんの好きなディズニーの DVDをレンタルいただき、気分転換の大事なツールと活用させて頂いた。VAD・ECMOの回路交換を繰り返しながら管理を続けていたが、約3カ月後から徐々に全身状態の悪化を伴い、補助循環の交換を行わないことに関して、ご両親と医療者での合意形成が図られた。その時点で、意思決定能力のある Aさんに現状と積極的治療からの撤退に関して説明すべきかという点について、医療者間での conflict (対立) を認めためカンファレンスを行った。また、数カ月間の加療の中で Aさんは様々な苦悩を表現され、看護師は直面してきた。時には Aさんと一緒に涙を流したり、リハビリ場面では一緒に喜びを分かち合った。そのような苦悩を表現する Aさんに対して、思いを傾聴し、沈黙を共有し、その場に「共にいる」ことを意識した。これは、ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラムのコミュニケーションで学習するスキルであり、その方略を CNSとしてスタッフと実践し、効果的な実践を提供しているスタッフを承認する関わりを意識した。今回、そのような実践をしてくれたスタッフの苦悩も皆様と共有したい。Aさんが亡くなった後には緩和ケアチームの協力のもと多職種によるデスカンファレンスを行い、様々な苦悩を表出する機会を設けた。それぞれの苦悩を共有し、緩和ケアチームや他職種からの支持的意見を受けることで、実践内容の肯定的受容につなげる機会となった。

今回の事例におけるイニシャルケアを通して、皆様が臨床において EOLケアを実践する中で困難に感じることや具体的な実践内容を共有したい。

Pro-con

Pro-con1

ICUにおける新人看護師の配置（推進派 vs 慎重派）

座長: 竹原 典子 (日本医科大学付属病院)

2018年7月1日(日) 09:05 ~ 09:45 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro1-1] 新人看護師の教育で ICU も育つ

○ 山田 亨 (東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)

[Pro1-2] 新人看護師にとって ICU は酷な環境である

○ 菅 広信 (秋田大学医学部附属病院 集中治療室)

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 09:45 第6会場)

[Pro1-1] 新人看護師の教育でICUも育つ

○山田 亨 (東邦大学医療センター大森病院 救命救急センター)

■看護師不足・看護師の高齢化の問題

高齢化率世界一の我が国において、人口構造の変化は看護職者においても同様に問題となっている。看護師不足、看護師の高齢化という問題は避けられない。看護師、特に新人看護師を病院に確保するかどうかは重大な問題である。厚生労働省の資料をみると、平成24年の看護師の就業者数は、1,067,760人であり、徐々に増加している。離職や再就職などを加味した看護職員における就業者数の前年に対する増加に関しては、看護職員全体で3万人程度の増加を示している。しかしこれは、あくまで看護職員全体での人数であるということである。

■ICUへの配属希望者

では、その中でICUへの配属希望を見てみるとどうなのだろうか。平成26年度のナースセンター登録データに基づく報告では、全求職者のうち24歳以下の1940名の配属希望者の割合は、病棟看護(67.8%)、外来看護(40.7%)であり、ICU(2.6%)、CCU(2.7%)、NICU(3.0%)、救命救急(5.5%)である。ICU配属を希望する1698名を年齢別でみると24歳以下では5.5%であるが、徐々にその割合は低下し、25-29歳で5.3%、30-34歳で5.1%、35-39歳で3.4%、40-49歳で1.7%、50-59歳で0.4%、60歳以上では0.3%となっている。つまり、新人を含め若手看護師が配属を希望する場所としては、希望されやすいのかもしれないが、配置移動や再就職の希望としては、ライフスタイルの問題や勤務環境の問題などから、希望する看護師は少なくなっていくようだ。病棟で経験を積んで、その後ICUで働いてもらうことは、現実的ではないのかもしれない。

■ICUへの新人看護師をどのように定着させるための教育をすることが問題

新人看護師は、基礎看護教育の中でICU看護に関する教育を受ける機会が少ない。そのような中で、重症患者の症状や疾病に関する理解を進めながら、現在の状況を患者の訴えや多くのデータから統合し、ケアにつなげていく必要がある。また、生命の危機的状況にある患者の心理的側面や、その家族をいかに支援していくか、倫理的な側面に関しても介入することを要する。他にも新人看護師が身につけなくてはならない能力が多く存在する。また、新人特有のリアリティショックにも遭遇する。これらは、新人看護師にとって大きな負担になる。

新人看護師と同様に、それを支援する先輩看護師にも負担はある。しかし、新人看護師がICUで育っていけるように支援し、教育をすることで、先輩看護師にとっても再学習の機会や、新たな視点の発見につながり、成長につながると思っている。新人看護師、先輩看護師が負担を少なく、互いに成長していける環境を作ることが課題になるのではないだろうか。

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 09:45 第6会場)

[Pro1-2] 新人看護師にとってICUは酷な環境である

○菅 広信 (秋田大学医学部附属病院 集中治療室)

ICUへの新人看護師配属、慎重派という立場で、いかにICUが新人に酷な場所であるかということを説明していきたい。皆様の施設では新卒看護師は配属されているだろうか。配属されていない施設は想像して欲しい。教育することができそうだろうか。異動者の教育だけでも、大変だと感じているのではないだろうか。もしくは、自分が異動された際のことを思い出して欲しい。まるで自分が新人にでもなったかのように、なぜか能力を発揮できずに、数カ月、もしくは年単位で過ごしたのではないだろうか。経験していないことに対して、初心者になってしまうことはベナーも指摘している。したがって、新人がICUで働くことの困難さは、現在ICUで働いている看護師の予想以上なのかもしれない。

2003年、日本看護協会における調査では新人看護職員の離職率は9.2%と発表され、問題視された。理由としては、看護基礎教育と現場での乖離が一因とされ、2010年には、新人看護職員研修が努力義務化されている。新人看護職員研修ガイドラインも整備され、2014年には改訂も行われている。このような施策の評価の1つとして、2016年の新卒者の離職率は7.8%であった。数値の減少がみられるものの、劇的な効果があったとは言えない

数値ではないだろうか。そして、その理由はなんだろうか。

論文を確認すると山口らの研究では10名の看護師のインタビューから新人看護師の離職につながる要因をカテゴライズし、「初めて体験することの連続」、「大学教育とのギャップ」、「先輩達への気兼ねと恐怖」、「同期に対する劣等感と自己の未熟さの認知」の4つを示している。また、加藤らは就職6ヶ月時におけるバーンアウトの実態について、やる気を喚起する項目に「看護ケアの効果」、「患者からの感謝」を示し、やる気が低下する要因として、「知識不足」、「インシデント」、「心身の疲労」を示している。これらのことは一般病棟よりもICUという環境においては負の影響を示す事が多いと考えられる。例えば、「初めて体験することの連続」では一般病棟よりもICUの方が必然的に重症な症例が多く、様々なことが起こりやすい。「先輩達への気兼ねと恐怖」ではサブカテゴリーの内容に「すべての行動が先輩達の視線で監視されているという実感」と示されている。ICUでは一般病棟よりも、新人の行動はすべて確認しやすい環境にある。また、バーンアウトに関しては、意識のない症例が多いことから、自分の行ったケアに対して、患者から感謝をされにくいことがあげられる。ましてや、重症例に対しては自分の行った看護ケアがどのような意味を持ったのか、実感しにくいこともある。例だけでも、ICUという環境は新人が最初に配属される場所としては働きにくい場所と考えることができる。当日は実際にICUで働いた新人のアンケートも踏まえて、議論をしていきたいと考えている。

Pro-con

Pro-con2

重症患者の発熱に対するクーリング（推進派 vs 慎重派）

座長: 中田 諭 (聖路加国際大学看護学研究科)

2018年7月1日(日) 09:55 ~ 10:35 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro2-1] クーリングの功績と罪過～効果のあるクーリングを再考する～

○ 勝 博史 (東京都立小児総合医療センター 看護部)

[Pro2-2] 重症患者の発熱に対するクーリングは慎重にすべきである

○ 平敷 好史 (地方独立行政法人 那覇市立病院 集中治療室)

(2018年7月1日(日) 09:55 ~ 10:35 第6会場)

[Pro2-1] クーリングの功績と罪過～効果のあるクーリングを再考する～

○勝 博史 (東京都立小児総合医療センター 看護部)

クーリングに関して、多くの研究や専門誌において解熱効果は懐疑的な意見が主流を占めている一方で、臨床では指示や慣習により継続して実践されている現状がある。筆者は、解熱処置としてのクーリングは効果が低いと考えているが、臨床現場にてクーリングが継続して実施されている現状を鑑み、本 Pro-conセッションにおいてはクーリングに pros (賛成) の立場として効果的クーリングについて再考する。

臨床で実施されているクーリングとは、頸部・腋窩・鼠径部など体の表層を走行している太い血管を、氷嚢などで冷却することにより体温の低下を期待するものである。しかし、多くの場合は寒冷反応から血管の収縮(熱放散の阻害)やシバリング(熱産生)が起これ、解熱には至らないことからクーリングが否定されている。クーリングが効果的に実施できるのは、寒冷反応を起こさないかつ熱などセットポイントの異常がない外的環境因子による高熱の場合か、全身麻酔などにより体温調整中枢(視床下部)が抑制されている状態のみである。このセッションのテーマである「重症患者の発熱に対するクーリング」として考えると、クリティカルケアを必要とする重症患者の多くは人工呼吸管理等により鎮静されている場合が多い。つまり、体温調節反応が起きにくい状態であるため、クーリングを効果的に実施することが可能であると考えられる。AHAやJRCのガイドライン2015では、クリティカルケア領域における低体温療法(広義のクーリング)の効果が認められている。そこで、改めてクーリングの意義について考えると、解熱により(1)心拍数を低下できる(特に小児領域)、(2)酸素消費量を低下できる、(3)爽快感や疼痛緩和が得られるなどのメリットがある。これらのメリットは、前述した通り限られた状況下においてのみ得られる効果ではあるが、筋弛緩薬による全身麻酔時や鎮静下の状態など患者を正しくアセスメントできれば効果的なクーリングが可能になると考える。また、臨床にてクーリングが継続されている理由として、解熱効果よりも(3)に示した患者の安楽や鎮痛の効果を目的に実施されていると考える。クリティカルケア領域における重症患者においては、不安や疼痛などのストレスはセカンドアタックを惹起する要因となる。解熱処置としてのクーリングの効果は限定的であるが、安楽や疼痛緩和によりセカンドアタック予防の効果も期待できるため、患者の状態を正しくアセスメントすることにより効果のあるクーリングが実施できると考える。

看護師として、「発熱したらクーリング」などの慣習的なケアや、事象が起きてから対応する対症看護ではなく、重篤化させないようにケアする予防看護の実践が重要である。提供するケアの意味と患者への効果をアセスメントした上で、予防看護として実施するクーリングにおいては pros (賛成) の立場とする。

(2018年7月1日(日) 09:55 ~ 10:35 第6会場)

[Pro2-2] 重症患者の発熱に対するクーリングは慎重にすべきである

○平敷 好史 (地方独立行政法人 那覇市立病院 集中治療室)

本セッションでは、「重症患者の発熱に対するクーリングは慎重にすべきである」との立場から意見を述べる。重症患者の発熱は、感染性、非感染性を問わず、生体に侵襲が加わることで起きる生体反応の一つである。発熱は、酸素消費量の増大や呼吸数増加など様々な問題を惹起し、患者の不快感は増大する。しかし同時に、発熱により好中球やマクロファージなどが活性化することで、生体が侵襲からの防御をする反応であるとも考えられている。

ICUにおける発熱は、重症患者の多くで見られるバイタルサインの変調の一つであり、我々看護師も発熱を悪者視してきた。発熱がない状態は侵襲が終息化したと認識され、なんとかして解熱を得ようと経験則的に行ってきた介入がクーリングである。クーリングによって解熱を得られたということは、患者が侵襲からの回復過程にある、もしくは、看護師がクーリングという介入を行うことにより患者の回復の一助になったという希望的観測を持っている事も事実であり、わずかに1~2℃の体温の変動に一喜一憂しながら看護業務を行っている現状がある。確かに、氷嚢やブランケットを患者の体表や当て皮膚表面や鼠径、腋窩などの動脈を冷却することで、解熱とい

う目的を達成しうる可能性はある。しかしそれは、寒冷反応を抑制するための深い鎮静が必要となり、鎮静を行わなければ寒冷反応を惹起し、むしろ酸素消費量や換気量は増大する。

健常人の場合、腋窩や鼠径部などの局所に氷嚢が接して不快に感じれば、氷嚢の接触位置をずらす、または氷嚢を止めるなどの選択ができ行動ができる。しかし重症患者の場合、人工呼吸器が装着され、自らの意志では自由に動けないことが多い。そのため長時間、局所に氷嚢が接している患者は不快であるということは容易に推測できる。

奇しくも、近年では人工呼吸器装着患者において、早期の抜管のため“なるべく浅い鎮静を”という時代が到来していることは論を俟たない。となれば、クーリングのための鎮静をするということは、本末転倒であり、重症患者にとってクーリングは、現実的には実施困難であり有益であるとは言い難い。

また、例えクーリングで解熱を得られたとしても、それが本当に患者の状況を好転させているのかは疑問符がつく。なぜなら、今日においても、どのような病態に対して、どの程度までの発熱が生体にとって有益か不利益であるか、最も基本的な命題が未だ解明できていないからである。その為、一律に平熱を得る目的での“重症患者の発熱に対するクーリングは慎重にすべきである”と述べられる。

Pro-con

Pro-con3

重症呼吸不全患者の人工呼吸器離脱プロトコルの適応（賛成派 vs 反対派）

座長:尾野 敏明(杏林大学医学部付属病院)

2018年7月1日(日) 10:45 ~ 11:25 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro3-1] 重症呼吸不全患者の人工呼吸器離脱プロトコルの適応（賛成派）

○櫻本 秀明（茨城キリスト教大学）

[Pro3-2] 人工呼吸器離脱プロトコル反対派の見解として

○後藤 順一（河北総合病院 ICU）

(2018年7月1日(日) 10:45 ~ 11:25 第6会場)

[Pro3-1] 重症呼吸不全患者の人工呼吸器離脱プロトコルの適応（賛成派）

○櫻本 秀明（茨城キリスト教大学）

個々の患者に対して、医療がテーラーメイドに提供されるに、越したことはない。だが、患者にテーラーメイドな医療が適切に提供されるためには、何かしらの基準となる存在が必要である。そうした基準と呼べるものが、抗がん剤のレジメや、プロトコルなどである。基準というからには、もちろんある程度の効果が保証されている。人工呼吸器離脱プロトコルにも、確固たるまでとはいかないものの、それでも十分な質・量の研究データが存在する[1]。一般的な、人工呼吸器離脱プロトコルには、いわゆる自発覚醒トライアル（Spontaneous Awakening Trial: SAT）と自発呼吸トライアル（spontaneous breathing trial, SBT）、カフリリーステストなどが含まれる。プロトコルは包括的な手順に関する総称のことで、その内容はもちろん完璧とは言えない。だが、日々改善されおり、例えば、気道因性の問題すなわち、痰の正常・量などを加味しようとする傾向もある。

また、国の報告によると2014年の時点で、特定集中治療室を有する施設数は780施設、6552床、9月中の取り扱い患者数117317人[2]ということになっている。これに対し、2013年度、集中治療専門医数は984名[3]である。これらの数字を集中治療専門医1人あたりに換算すると、専門医数0.78人／施設、6.5床／人、患者数117.3名／月／人ということになる。はたして、この数値は、十分な数と言えるだろうか。おそらく、多くの施設では集中治療の専門家がICU患者を常に受け持っていない。大学病院ですら、集中治療の専門家と呼べる人は限られていて、24時間365日、目を光らせてはいないだろう。多くの場合、若い非専門家の医師を介して、集中治療は提供されている。従って、状況によっては、エビデンスに基づいた適切な医療がタイムリーに提供されない可能性もあるだろう。さらに、2015年に特定行為制度がスタートし、人工呼吸器離脱に関する特定行為を行えるようになっている。挿管・抜管などの行為も引き続き検討中であり、社会的な後押しもある。こうした社会的な前提を抜きに、今回のセッションテーマを考えることはできないと思う。

そして、こうした状況を鑑みれば、はたして重症呼吸不全患者の人工呼吸器離脱プロトコルの適応について、今更、その是非を問う必要があるか疑問に思えてくる。この点に風穴をあけるような奇抜な発想や新規の小規模データなど反対派の意見を通じて、議論が進むことを祈る。

1. Girard, TD., et al.: *Am J Respir Crit Care Med* 2017, **195**(1):120-133.
2. 厚生労働省大臣官房統計情報部: 平成26年（2014）医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況.
3. 専門医数の現在 加盟学会の専門医数の一覧表 [<http://www.japan-senmon-i.jp/hyouka-nintei/data/>] (2017/1/10現在)

(2018年7月1日(日) 10:45 ~ 11:25 第6会場)

[Pro3-2] 人工呼吸器離脱プロトコル反対派の見解として

○後藤 順一（河北総合病院ICU）

人工呼吸患者の管理において、速やかな人工呼吸からの離脱・抜管の企図の重要性が謳われている。より早期における人工呼吸器からの離脱そして抜管は、人工呼吸器誘発肺損傷、人工呼吸器関連肺炎、気道損傷などの関連合併症の回避に繋がること、さらにはICU滞在時間の短縮やコスト削減への影響が知られている。そもそも人工呼吸器離脱とは何か？「人工呼吸器離脱とは人工呼吸が必要となった病態が改善し離脱の可能性がある」と判断してから実際に抜管が成功するまでの過程」と本学会では提言している。このことから、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とが言える。これら抜管までの過程を教育プログラムとして、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。またその成果がクリティカルケア領域において徐々に広がりつつあり、コース開催回数の増加と共に増える受講生の数が、現代のクリティカルケア環境における、人工呼吸器離脱プロトコルの教育的ニードとして表されてと言えよう。

この人工呼吸器離脱プロトコルでは、気管挿管患者の抜管までの過程を、気道、呼吸、循環、意識や筋力、その他の全身状態の改善程度を包括的に評価する必要があることとあげている。その中で、鎮静の管理においては自覚覚醒トライアル（Spontaneous Breathing Trial：SAT）、呼吸の評価としては自発呼吸トライアル（Spontaneous Breathing Trial：SBT）がほぼ確立した手法となっている。しかし、SBTの成功は人工呼吸器からの離脱を保証するものであるが、抜管を必ずしも保証するものではない。これら評価の末に安全な抜管が目標としてプロトコルが存在するのであればいささか矛盾を感じる。また、SBTにおいて、最終的な人工呼吸器設定を変更し人工呼吸器離脱を指示を出すのは医師である。プロトコルが適切に行われ、人工呼吸器離脱の過程が滞りなく進んだとしても、最終判断は医師に委ねられ、医師の裁量一つで覆る可能性があることが現状である。

SATにおいても SBTにおいても共に Trial である。要するに、開始安全基準を満たした患者に対して人工呼吸器のサポートを中断し耐えられるかを Trial（試す、試験する）することが、このプロトコルの有用性が発揮できる要素であると私は考える。果たして医師個人の意思が最終判断となるプロトコルは有用であろうか？今回はこのプロトコルの有用性または必要性について、cons（反対）の立場に立ち一度見直し考える時間を頂いたため、一石を投じることができればと考えている。

Pro-con

Pro-con4

気管挿管患者の口腔ケア（清拭派 vs 洗浄派）

座長: 田戸 朝美(山口大学大学院医学系研究科)

2018年7月1日(日) 11:35 ~ 12:15 第6会場 (2階 瑞雲)

[Pro4-1] 口腔ケア；洗浄派の立場から

○安藤 有子（関西医科大学附属病院 高度救命救急センター）

[Pro4-2] 気管挿管患者の口腔ケア（清拭派）

○劔持 雄二（東海大学医学部附属八王子病院 看護部 ICU・CCU）

(2018年7月1日(日) 11:35 ~ 12:15 第6会場)

[Pro4-1] 口腔ケア；洗浄派の立場から

○安藤 有子（関西医科大学附属病院 高度救命救急センター）

クリティカルケアにおいて二次的合併症の予防は看護にとって重要な使命である。ひとたび合併症を併発すれば、生命の存続に直結し、患者の生命力を著しく低下させてしまうことは言うまでもない。気管挿管患者の口腔ケアにおいては常に人工呼吸器関連肺炎；VAPのことを意識しなければならない。それは、(1)口腔ケアによるVAPの予防の視点と(2)私たちが行う口腔ケアがVAPの原因になりうるリスクである。更に(3)本来の口腔ケアの目的を再認し、適切なケアを検討しなければならない。口腔ケアの目的は、口腔内の細菌の繁殖を減少させ、全身性・局所性の感染防止を図ること、口臭や口腔内乾燥を軽減し、気分を爽快にすること、歯肉の血行循環を促進し、歯周病を予防することなどが一般的である。目指すは健康な我々の口腔内と同じ状態であり、口腔内や口唇のトラブルを防止し、食べられる、話ができる口腔機能を最大限維持することを目的とする。

気管挿管患者においては、免疫能の低下や低栄養、意識障害、咳嗽力の低下など全身性の要因に加えて、気管チューブの存在で閉口困難となり、口腔内の乾燥や唾液分泌の低下によって自浄作用が低下し、種々の抗菌剤の投与で常在細菌叢の乱れなどがあり、バイオフィームが形成されやすい状況にある。VAPの観点では、気管挿管を介する経気道的な病原体の侵入が最も深刻である。VAPを予防するための口腔ケアは、現状では抗菌薬入りの口腔ケア用品の使用による病原細菌の化学的除去法か、ブラッシングによる物理的除去法の2つが主流である。しかし、我が国においては両者ともにVAP予防に効果があると断定するには十分なエビデンスが示されていない。私は洗浄派の立場で口腔ケアを概観するが、一昔前まで当たり前に行われていた多量の水を使用した口腔内洗浄を推奨するわけではない。ここで重要視したいことはブラッシングであり、ブラッシングにより除去された汚染物をどのように回収するかという点である。誤嚥のリスクを低減するためには水を使わない口腔ケアは理想的である。しかし、挿管患者の口腔内の状態は様々であり、予定手術のように口腔環境が事前にコントロールされた状態にある者ばかりではない。そこで、洗浄法というスキルも持ち合わせているということを含め、気を付けなければならないことを考えていきたい。

(2018年7月1日(日) 11:35 ~ 12:15 第6会場)

[Pro4-2] 気管挿管患者の口腔ケア（清拭派）

○劔持 雄二（東海大学医学部付属八王子病院 看護部 ICU・CCU）

一般的な口腔ケアの目的には、口臭予防、歯周病予防、う蝕予防、爽快感の提供、唾液分泌の促進などであり、これらに加えてクリティカルケア領域で行う口腔ケアの目的はVAP予防である。VAPは胃内容物が口腔・咽頭に逆流してVAPの発症率が増加することは一つの原因とされており、口腔に貯留した病原微生物が不顕性誤嚥のみならず、口腔ケアによって下気道に侵入させてしまえば本末転倒であり、口腔ケアでもっとも重要なことは、もともと貯留しているまたはケアによって小削げ落ちた「汚染物の回収を安全に効果的に行うにはどうするか？」である。口腔ケアにおける清拭法は、殺菌成分が含有された洗口液を塗布し、口腔粘膜・歯牙・歯肉、舌・口唇に付着した汚染物をスポンジブラシ・ガーゼなどで除去をする。ケアの前に保湿剤を塗布することで口腔ケアによる粘膜損傷を予防し、ケアの後に保湿剤を塗布することで乾燥による病原微生物の増殖を抑制する。清拭法は少量の水分によってケアを行うため、ケアによって口腔に貯留した病原微生物の誤嚥のリスクは少なく、米国クリティカルケア看護協会における「人工呼吸器・非人工呼吸器装着患者に対する気管チューブと口腔ケアに関する手順書」においては前述した方法にブラッシングを加えた方法が採用されている。一方、洗浄法は2016年に発表されたコクランレビューによるとVAP発生の抑制に生理食塩水によるリンスは生理食塩水綿棒よりも有効(RR:0.47, 95%CI:0.37 - 0.62, P<0.001) であるとしており、これにより大量の洗浄水によって病原微生物が希釈されることによる効果は大きいことが考えられる。しかし、これも重要なことは「汚染物の回収を安全に効果的に行う」ということであり、熟練した看護師であれば、知識と経験による技術でカバーできるが、看護教育で口腔ケアを十分に習得してきていない未熟な新人看護師が十分にかつ安全に行えるか疑問が残る。さら

に洗浄法は清拭法に比べて大幅に時間を要することや洗浄をする者に加えて、気管チューブや固定具・テープを把持する者が追加で必要とし、看護師の負担が多い。患者側においては、昏睡・深鎮静状態の場合、誤嚥を回避しやすいが、覚醒していればある程度のセルフケア感覚が必要で洗浄水を注入しても頬に洗浄水を止めておける、口外へ垂れ流すことができる能力が必要である。体位制限があり側臥位ができない場合も困難である。吸引具（排唾管やヤンカー、吸引エジェクターなど）や気管チューブの構造（カフ上部デバイスの有無）によっても洗浄による誤嚥のリスクは異なってくる。

交流集会

交流集会6

せん妄ケアは AAA（安全・安心・安楽） with B（Balance）

2018年7月1日(日) 14:50～16:30 第4会場(2階 福寿)

企画:せん妄ケア委員会

[交流集会6] せん妄ケアは AAA（安全・安心・安楽） with B（Balance）

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第4会場)

[交流集会6] せん妄ケアは AAA (安全・安心・安楽) with B (Balance)

座長・演者：藤野智子 茂呂悦子 古賀雄二 有田孝 小幡祐司 古厩智美 雀地洋平 川島孝太

当委員会は、過去2回の交流集会を行った。

第1回目は「せん妄ケアは AMK」として、せん妄ケアを導入する際のステップごとの課題とそれに対する取り組み例を提示した上で、会場の参加者からも情報を得た。この結果を元に、より詳細に急性期に密度の高い医療を必要とする患者に対するせん妄ケアの現状を知るために、急性重症患者看護専門看護師・集中ケア認定看護師・救急看護認定看護師を対象に質問紙調査を行なった。

第2回目の交流集会「せん妄ケアは YMK」は、当該質問紙調査の結果と認定看護師や専門看護師に限定しない参加者のリアルアンケート比較を行なった。これらのプロセスから得られた結果としては、せん妄ケア関連の「ガイドラインやバンドルを導入する」から「具体的な業務として落とし込む」までのプロセスには、いくつかのハードルがあることがわかった。

ここから明らかになった課題と先行研究成果を援用し、患者の状態に応じた安全確保の方法の提案、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についての提案など、より具体的なせん妄ケア内容を提案するのが今回の交流集会の狙いである。平成30年度診療報酬改定においてせん妄状態の患者の判定基準の見直しに言及されている等、せん妄ケアを取り巻く環境の変化を見据えつつ、参加された皆様には、率直なご意見をいただければと思う。

交流集会

交流集会7

安全管理が求められる救急外来での院内トリアージ：トリアージは行なった後の評価が重要

座長:木澤 晃代(日本大学病院 看護部), 座長:山下 直美(東京医科歯科大学医学部附属病院 看護部 (中央診療部))
2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第5会場 (2階 平安)

[交流7-1] 当院における院内トリアージの実際

○若井 慎二郎 (東海大学医学部附属病院 救命救急医学)

[交流7-2] 院内トリアージシステムによって適切な医療資源を割り当てることができているかの検討

○峯田 雅寛 (山形県立中央病院 救命救急センター 救急室)

[交流7-3] 安全管理の視点から考える院内トリアージ

○直井 みつえ (済生会宇都宮病院 救急外来)

[交流7-4] トリアージナース育成の観点からトリアージの質の保証を考える

○背戸 陽子 (日本医科大学付属病院 医療安全管理部)

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第5会場)

[交流7-1] 当院における院内トリアージの実際

○若井 慎二郎 (東海大学医学部付属病院 救命救急医学)

【はじめに】当院では、時間外の walk in患者に対して緊急度判定支援システム（以下 JTAS）を使用してトリアージを行っている。当院におけるトリアージへの取り組みとして、事前準備としての当院開催 JTASコース（オープンコース）受講や事後検証の体制について紹介する。【JTASコースについて】当院は2011年2月に JTASの前身である CTASコースの第1回神奈川コースを開催した。その際のアンケートにて「どのように臨床に應用すればよいかわからない」などの意見がみられた。このような意見を受け、当院では従来の JTASコースに加えて2日目に机上訓練や実際の模擬患者を用いたシミュレーションを行うコースを開催している。今回この JTAS2日コースの概要について述べる。【事後検証について】当院ではトリアージされた全症例において事後検証を実施している。まず一次検証としてトリアージシートをもとに、指導的立場にある経験豊富なトリアージナースが検証を行う。次に問題があった症例、アンダートリアージと出会った症例、急変や転帰が悪かった症例、その他医学的に助言が必要と考えられた症例について、担当の医師が二次検証を行うようにしている。また、さらに全員に共有しておきたい知識を含む症例などについては、月に1回の事後検証会を行いそこで議論を深めている。【問題点】いずれにおいても人員不足により時間がとれないことが最大の問題点である。JTASの2日コースについては、当院職員が事前の準備から模擬患者までをほぼ担っている。他施設の方もインストラクターとして参加していただいているが、多くはその献身性に依存しているのが現状である。また事後検証についても、特に事後検証会についてはなるべく多くの職員に参加してもらう関係上勤務終了後の21時近くになってからの開催となり、職員への負担となっている。また医師の参加はやはり時間の関係上、特定の医師以外はほぼないのが現状である。【結語】今後はより多くの職種、あるいは他施設の看護師なども含めて、事後検証についての取り組みを広げていければと考えている。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第5会場)

[交流7-2] 院内トリアージシステムによって適切な医療資源を割り当てることができているかの検討

○峯田 雅寛 (山形県立中央病院 救命救急センター 救急室)

【はじめに】平成24年4月より、Japanese Triage and Acuity Scale ; JTAS) を用いて院内トリアージを開始した。JTASでは、院内トリアージとは、診察前の患者の状態を評価し、緊急度・重症度を見極め、治療の優先性を判断することであり、目的を1) 現在の症状を評価し緊急度を決定する、2) 患者を緊急度判定のカテゴリーに当てはめる、3) 適切な治療を受けるまでの過程を決定する、4) 効果的・効率的に業務を遂行するために、適切な人的医療資源を割り当てることとしている。当施設では、院内トリアージ開始当初、JTASで示す目的1) から3) について、実践できているかということの評価し取り組んできた。は、目的4) について検証しようとする取り組みでいる。今回、当施設のこれまでのトリアージの実施状況を示しながら、目的4) を達成するための取り組みと、現段階での当施設で課題として捉えていることについて報告する。【当施設院内トリアージ実施の背景】1. 山形県の可住地面積100km²当対医師数は、85.2人(全国43位、平成26年)、人口10万対医療施設従事医師数は、219.5人(全国34位、平成28年)と、それぞれ全国平均230人、240.1人を大きく下回る。2. 山形県立救命救急センターは、ER型で、診察室数は、重症患者対応ベッド2床、中等症患者対応ベッド2床、Walk in患者対応診察室6床である。年間受診者数は、約14,000人(平成26年度)。看護師は23名(トリアージナース14名)、三交代勤務で対応している。【適切な医療資源を割り当てることができているかに関する取り組み】当施設のトリアージシステムは、電話トリアージ、受付職員によるトリアージ、トリアージナースによる院内トリアージの3つの構造を持っている。それぞれの段階で、緊急度の評価に基づき、適切な医療資源を割り当てることができるよう取り組んでいる。この間システム改善の対策として、JTASレベル2の患者が、トリアージ終了後15分以内に診療が

開始されることが増加するよう、トリアージ終了からの経過時間を共有する仕組みの構築や、遅出勤務

(12:15~21:00)の導入による救急室煩雑時間のスタッフ増員、救急室の滞在時間短縮を図った入院病棟への働きかけと、ベッドコントロール専任師長を配置するなど対策を講じてきた。しかし、それら対策の効果を検証しようとする、記録やデータの収集方法の問題により、容易ではないという状況であった。【当施設で院内トリアージに関する課題】推奨されるトリアージプロセス順守性に関するものとして、トリアージ実施率が改善してきているものの全患者に実施できていないこと、再トリアージの実施率が向上しないこと、また、適切な医療資源を割り当てることができているかについては、実態を容易に可視化できないことと捉えている。【まとめ】実施している取り組みや支援を評価し可視化するための、記録やデータ収集方法の見直しが急務である。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第5会場)

[交流7-3] 安全管理の視点から考える院内トリアージ

○直井 みつえ (済生会宇都宮病院 救急外来)

院内トリアージは、効率的かつ効果的な救急医療を提供するために重要なスキルであり、現在、多くの病院で取り入れられている。また、トリアージによる緊急度判断は、医療者側の利点のみならず、患者側の安全保持の視点からも必要不可欠となっている。

A病院では、2007年から直接来院した全患者に対し、院内トリアージを実施している。トリアージの導入に際しては、施設の理解の下、医師の協力を得ながら教育プログラムや基準を作成し、システムを構築し、適宜改訂を行っている。看護師によるトリアージにおいて重要なことは、緊急度判断の質を担保することであり、安全管理の一つと考えられる。誰がトリアージを行っても、同じように緊急度判断ができるよう基準を明確にし、医師や救急外来事務と共通認識を持ち、連携をはかりながら実施している。

また、緊急度判定後、診察を待つ患者に対する配慮も重要である。トリアージナースは、待合室での患者の様子を定期的に観察し、状態把握や早期から感染予防に努めている。その際、重要となるのが、緊急度のレベルに則した再評価である。再評価では、患者の状態を時間軸でアセスメントし、再度緊急度レベルを判定している。現在、再評価の実施率向上に努めているが、予定時間に実施できない事例や、待ち時間の提示や説明、苦痛の緩和など、多くの課題が挙げられている。再評価は、患者が重複する多忙な状況下ほど必要性が高まるが、実施できていない事例もみられるため、確実に実行できるよう今後も対策を検討し、取り組んでいきたいと考える。

さらに、トリアージの質向上のため、医師、看護師合同による事後検証会を定期的に開催している。検証会では、第一印象、問診、フィジカルアセスメント、バイタルサインなど様々な情報から、どのように緊急度を判断したのか思考過程を振り返り、病態を踏まえた適切な緊急度判断について検討を行っている。実際のトリアージ事例の検証結果からは、問診時の情報不足や病態予測のための知識不足などの課題が明らかになっている。そこで、今後は継続教育として、臨床推論や批判的思考を踏まえたトリアージ教育の方法について検討していきたいと考える。

院内トリアージは、救急医療の重要なスキルの一つであり、質を保証し患者の安全が守られることが重要となる。今回のセッションでは、院内トリアージの実際から、安全管理について検討したいと考える。

(2018年7月1日(日) 14:50 ~ 16:30 第5会場)

[交流7-4] トリアージナース育成の観点からトリアージの質の保証を考える

○背戸 陽子 (日本医科大学付属病院 医療安全管理部)

平成24年度診療報酬改定時に初診時の院内トリアージ実施料が算定できるようになった。現在においては、多くの施設でトリアージナースが患者の症候から得られた情報を基に緊急度判定を行っている。しかし、トリアージナースが実際の緊急度判定を行う上で、患者の症候から得られる情報から緊急度判定するための専門的知識

や、技術の修得のほかに、患者や家族、また医療者間や多職種とのコミュニケーションなど、本来トリアージナーズがもつべき個人的特性や知識的特性に関連した部分で生じるストレスがかかると言われている。緊急度判定は救急外来における業務の一過程であり、施設で標準化されたガイドラインに基づき、患者の評価や治療の優先度を判断することである。そして、患者が治療をうけるまで安全に待つ時間を決定することである。そのために、トリアージナーズは自分が行った緊急度判定が妥当であったか、適切な症候選定の適正や、緊急度判定の整合性、時間経過の適正、再評価の適正、臨床推論の評価などを検証し、より充実した緊急度判定ができるようにしていかなければならない。検証の方法も看護師間での一次検証を行い、問題症例を抽出する。そして、メディカルアドバイザーでもある医師と医学的に二次検証を行い、トリアージナーズに医学的見地からのアドバイスを行うことでよりトリアージの質の保証につながる。緊急度判定を行うだけでもストレスフルな状況であるにも関わらず、検証時の振り返りはネガティブな出来事を取り扱うことが多い。振り返りを行う看護師にとって安全な環境が保証できないと有効な学びへとつながらないと考える。そのために振り返る作業で使われる能力として情報を客観的に分析、吟味する能力を磨くことで、重要な問題を論理的に考えることができ、自ら問題解決に取り組むことが可能になると考える。決してネガティブな物事ばかりでなく、あつぱれ事例なども振り返ることも必要である。そのように実際の緊急度判定の検証を繰り返し行い、トリアージナーズで情報を共有することで疑似体験をし、自分ひとりだけで立ち向かわなければならない重圧を緩和することができ、共同で問題解決に取り組むことができる。そして、問題解決に結びつけるためにより高い目標を設定することもできる。このようなトリアージナーズを育成することが患者が治療まで安全に待つことのできる適正な緊急度判定につながると考える。

看護研究・診断相談所

看護研究・診断相談所

臨床のアイデアを研究にしよう -臨床研究なんでも相談所-

2018年7月1日(日) 09:00 ~ 11:00 看護研究・診断相談所 (4階 和室)

企画:研究推進委員会

[相談所] 臨床のアイデアを研究にしよう -臨床研究なんでも相談所-

木下 佳子, 明石 恵子, 中田 諭, 佐々木 吉子, 中村 真巳

(2018年7月1日(日) 09:00 ~ 11:00 看護研究・診断相談所)

[相談所] 臨床のアイデアを研究にしよう -臨床研究なんでも相談所-

木下 佳子, 明石 恵子, 中田 諭, 佐々木 吉子, 中村 真巳

研究推進委員会では、クリティカルケア領域の看護研究の推進を目的として、これまでの学術集会において「克服しよう！臨床研究のカベ」「臨床研究の壁をどのように突破したか？ーここでいたい！看護研究ウラ話ー」をテーマに、2年続けて交流集会を開催しました。交流集会では、研究テーマの絞り込み、文献検討、研究計画書の立案、倫理審査、対象者への協力依頼、調査や介入の実施、結果のまとめ、成果発表…など、その過程に立ちはだかる様々なカベについて解決方法を解説したり、打開策を検討したりしてきました。しかし、実際の研究プロセスにおいては、実施しようとする者の立場や経験の違いによって、研究のテーマやデザインの選択など、個人では乗り越えることが難しい壁や課題が存在していることがわかりました。そこで、今回の交流集会では、研究初心者の方を対象に、臨床研究のテーマやアイデアを持ち寄り、個別に当委員会のメンバーと一緒に考えたり、話し合ったりするという試みを企画しました。日々の看護実践の中で疑問に感じながらもリサーチクエスチョンが見いだせない、実際に取り掛かっている、あるいは取り掛かろうとしているなかで困っていること、ひょっとして研究テーマになるかなと思っていること、あるいは、研究計画書の途中経過などなど、何でも気軽に相談に来てください。研究したいけど相談する人がいなくて困っている方も是非この機会をご利用ください。アイデアが研究につながるよう一緒に検討したいと思います。皆様のご参加を委員一同心よりお待ちしております。

指定演題

指定演題2

CNSが介入に難渋した事例

座長:松本 幸枝(公益財団法人日本心臓血圧研究振興会附属 榊原記念病院 看護管理室), 座長:富岡 小百合(大阪府立中河内救命救急センター 看護部)

2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第4会場 (2階 福寿)

[指定2-1] 急性重症膵炎の腹腔内圧コントロールにおける看護介入

○島内 淳二 (日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)

[指定2-2] 多職種連携による意思決定支援

○福田 ひろみ (徳島赤十字病院 ICU)

[指定2-3] 術後、呼吸不全を併発し ICUに入退室を繰り返した患者に対する病棟看護師と協働した看護実践

○町田 真弓 (前橋赤十字病院)

[指定2-4] 重症肺炎患者の ECMO離脱にむけた看護介入の支援

○村上 香織 (近畿大学医学部附属病院 救命救急センター)

[指定2-5] 経過が長期化しゴールがみえない外傷による高度侵襲術後患者の受け入れに不安があるチームへの調整

○二藤 真理子 (地方独立行政法人りんくう総合医療センター 大阪府泉州救命救急センター集中治療室)

[指定2-6] CNSが介入に難渋した事例

○古厩 智美 (さいたま赤十字病院 高度救命救急センター-HCU)

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第4会場)

[指定2-1] 急性重症膵炎の腹腔内圧コントロールにおける看護介入

○島内 淳二 (日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)

急性重症膵炎は、血管透過性亢進により体液が血管内から非機能的細胞外液層に移行する3rd.space lossが特徴的な病態であり、高度浮腫が1～2週間以上の長期にわたってみられ病態を複雑にする。その中でも、腹腔内圧コントロールには難渋するケースが多く、2次合併症に移行するリスクも高いと言われている。今回、腹水・胸水貯留にて腹腔内圧コントロール、呼吸状態の安定化に難渋し、それに対するケア管理を行い回復に至った事例を経験したので報告する。

倫理的配慮：

個人が特定されるデータに注意し、匿名性の保持を遵守した。

事例紹介：

A氏20代男性。急性重症膵炎（Grade 2, 予後因子4点）の診断にて、輸液療法・膵局所動注療法・CHDFによる治療目的にてICU入室となった。第2病日、呼吸状態悪化および腹腔内圧管理目的にて人工呼吸管理・筋弛緩薬の開始となった。その後もIAHの状態が続き、腹水ドレナージを繰り返し実施していた。また、呼吸状態は、胸水貯留・無気肺形成に伴い酸素化・換気能ともに低下し、連日の胸水ドレナージ施行と高圧での人工呼吸管理にて経過中であった。第10病日、血液データは、膵酵素・炎症所見共に改善傾向にて経過中であった。

ICU入室後から繰り返す腹水・胸水の貯留は、重症膵炎による3rd.space lossにより血管透過性亢進状態が続いていることが考えられた。これにより腹腔内圧は、筋弛緩薬を使用せずには、適切に維持できない状況であった。また、筋弛緩薬の使用やIAP管理に伴う体位制限により、気道クリアランスも悪く、さらなる呼吸状態の悪化やCARSに伴う感染リスクも高く呼吸状態の悪化が引き金となり、全身状態悪化の可能性があった。そこで適切な体液管理を行うことができ、腹腔内圧コントロールが維持できることを目標に以下の看護介入を担当医と検討し実施した。適切な水分管理：血管内水分量の指標は、尿量の厳密な観察に加え、循環動態モニター、血液データにて評価し、腹水・胸水ドレナージの検討指標とした。腹腔内圧管理：IAP指標を用いた体位管理の実施。筋弛緩薬終了は、血液データを考慮した。適切な呼吸管理：体位ドレナージ施行は、IAP管理を考慮した。

結果：

IAPを一定に維持でき、第12病日IAP低下し、筋弛緩薬投与終了となった。その後、第13病日以降は、腹水・胸水ドレナージ実施なく経過できた。また、呼吸状態の悪化を招くことなく管理ができ第18病日抜管し、ICU退室となった。

考察：

今回は、体液管理に必要な指標を担当医と検討し、適切なタイミングで腹水・胸水ドレナージの実施やリフィリング期まで筋弛緩薬の投与を継続したことで腹腔内圧を一定に管理できた。また、腹腔内圧の上昇が生じやすい状況における体位ドレナージは、IAPを経時的に測定することにより安全で効果的に実施できたと考える。さらにリフィリング期を見極めた筋弛緩薬の投与終了は、人工呼吸器離脱の鍵となったと考える。

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第4会場)

[指定2-2] 多職種連携による意思決定支援

○福田 ひろみ (徳島赤十字病院 ICU)

当院は徳島県南部医療圏に位置し、救急医療を中心とした急性期に特化した施設である。「断らない医療」である病院の基本理念を軸に、県下全域の救急重症患者の最後の砦として機能してきた。そして重症患者を治療・看護する中核部署となるICUでは、2016年以降、多職種連携が更に強化されてきた。従来体制では不在であった理学療法士や薬剤師の専従化、集中治療医師の増員などマンパワーも強化され、これら多職種が一同に介し、患者の治療方針や看護問題について検討・協議できる場を設定できるようになった。現在ではウォーキングカンファレンスとして部署内の業務の一環となり定着してきたという背景がある。このような体制は、クリティカル

ケアに従事する全国の多くの施設において通常実施されていることであろうが、当院がここまでの体制に強化されたことは、ICUとしても地域医療連携においても大きな進歩でもあった。クリティカルケア看護の対象となる患者・家族には、多くの専門職が関わり、難渋する課題について各々の専門性を発揮しながら問題解決にむけて検討を重ねている。当院が歩んできたこれらの背景を軸に、従来以上にクリティカルケア看護の対象となる患者・家族への全人的支援を強化できる機会が得られたことで、看護スタッフ一丸となって多職種連携による大きな成果も経験することができている。

一方、多職種が介入することで課題の明確化が困難となり、患者と家族のゴール設定を支援し、関連職種全体で共有することに難渋した事例もある。この事例の一つとして今回、重症呼吸不全によりICUで治療を継続した患者の看護を振り返る機会を得た。CNSとして患者の意思決定支援を行う上で複雑に絡み合う課題を冷静に分析し、介入の方策を検討できたのか、多職種連携を効果的にコーディネーションすることができたのか、本事例を通して改めて検討した。結果、CNSの立場、そして病棟管理者の立場と双方の視点からの課題が明確となった。

最後に、本事例を話題提供として、本大会のメインテーマである「安全と安心を信頼に繋ぐ」ことについて、クリティカルケア看護に従事する皆さまと共に意見交換させていただきたい。

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第4会場)

[指定2-3] 術後、呼吸不全を併発しICUに入退室を繰り返した患者に対する病棟看護師と協働した看護実践

○町田 真弓 (前橋赤十字病院)

A病院では開心術後の患者は術後、人工呼吸器離脱し全身状態が安定して一般病棟での管理に移動し、自宅退院に向けリハビリテーションを進めている。今回大動脈弁置換術とメイズ手術を施行され、術後呼吸不全となり長期間ICU入室した患者を人工呼吸器装着のまま一般病棟へ転棟した患者に対し、病棟看護師と共にリハビリテーション転院に向けた看護を実践した。

患者はICUへ2回再入室した経緯があり、病棟看護師と情報共有を密にし、患者および家族に対する看護方針や患者の状態について慎重に検討した。人工呼吸器装着離脱に向けて主治医やCE、リハビリテーションスタッフと情報共有や治療・看護の方針を確認した。患者や家族と人工呼吸器離脱とセルフケアの拡大という目標を共有し、療養意欲の維持できるよう支援しながら、病棟看護師に対しても看護実践への意欲維持へ働きかけた。患者は3度目のICU入室を回避し、無事紹介病院へ転院することができた。

本事例での経験から専門看護師として行えた役割、また課題が見出された。同時に自施設における活動の可能性と限界をあらためて感じる事となった。

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第4会場)

[指定2-4] 重症肺炎患者のECMO離脱にむけた看護介入の支援

○村上 香織 (近畿大学医学部附属病院 救命救急センター)

クリティカルケア領域では重症な疾病や外傷による過大な侵襲から生体機能に障害をきたしている患者が多い。患者の状態は変化しやすく、わずかな刺激でもその刺激が生体に影響を及ぼし、治療や患者の予後に左右することもある。また、患者は多くのデバイスや生命維持装置に囲まれ、非日常的な環境下での生活を余儀なくされ身体・精神的に危機的状態の中大きなストレスを受けている。クリティカルケア領域の看護師には、このような患者の状態を常に観察し、生体侵襲を配慮しながら安全で効果的な看護を提供することが求められている。患者の状態を観察し生体情報を中心とした患者情報を集約しアセスメントを行い、看護問題を抽出する。そして、問題解決のための看護計画を立案し実践・評価を行う中、自身の価値観で看護ケアを実践し、治療の停滞や

看護ケア効果がみられず様々なジレンマや不安を抱えることがある。

今回、ECMOが導入された重症肺炎患者のECMO離脱に向け看護ケアを提供する中で、患者の治療が停滞し医師との間でジレンマが生じた看護師に関わった。担当看護師は、治療効果がみられない患者の様々な生体反応や治療・看護ケア介入の効果を整理し、患者の状態改善や増悪予防のために必要なケアを考え実践を試みようとしたが、医師との意見の相違からジレンマが生じた。またジレンマが生じる中、デバイス類のトラブルから患者の状態が変化し、その変化に過剰な責任を感じた看護師は自身のケアに不安を覚え、罪悪感や不全感を引き起こした。ジレンマや不全感を抱えた看護師へ関わりながら、重症肺炎患者のECMO離脱に向けた看護介入を支援した症例を振り返り、ジレンマや不全感を解くことに繋がった実践を考察する。

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第4会場)

[指定2-5] 経過が長期化しゴールがみえない外傷による高度侵襲術後患者の受け入れに不安があるチームへの調整

〇二藤 真理子 (地方独立行政法人りんくう総合医療センター 大阪府泉州救命救急センター集中治療室)

【諸言】

外傷により高度侵襲を受け、後方病棟へ転床後もしばしば敗血症により集中治療室と後方病棟を行き来する事例を経験した。ケアが複雑で所謂「手間がかかる」、また、変容した身体と向き合えない患者に対し、後方病棟の看護師達は複雑な思いを抱いており、転床受け入れに不安があった。これまでの入院プロセスを振り返り、目標を患者と多職種で共有し、看護のあり方を見直した。結果、患者の行動変容を認め、集中治療室から後方病棟へ移行できたので報告する。

【倫理的配慮】個人が特定できないよう配慮し、学会発表以外の目的で情報を用いないようプライバシー保護に努めた。また、所属病院看護局の倫理審査を受け承認を得た。

【事例】

A氏、40歳代男性。

病名：外傷性脾・左腎・横行結腸・上腸間膜静脈損傷。

入院期間：892日、CNS介入期間：648～835病日目

現病歴：脾・十二指腸全摘、左腎摘、回腸人工肛門造設、胃空腸吻合と内瘻化拡張術を繰り返し施行。206病日目に後方病棟へ転床したが、胃・結腸断端縫合不全部に皮膚瘻を形成、食事が瘻孔から漏出し胆管炎併発、敗血症により集中治療室と後方病棟を行き来していた。648病日目に尿路感染による敗血症で集中治療室管理となった。

【結果・考察】

(1)主治医・看護師(集中治療室、後方病棟、各々の管理者)・理学療法士(以下、関係者と略す)と経過を振り返り問題点と課題を抽出、A氏の体重増加と気持ちの変化を待った時期：皮膚瘻の根治術を行うために、低栄養改善が必要であるという見解を主治医から得て、手術待機期間中に本人の現実認知を促進し、低栄養改善に取り組んだ。また、人工肛門は恒久的なものであるが、皮膚瘻根治術後は退院が見込めることを主治医から説明してもらった。また、関係者間でカンファレンスを持ち、複雑な管理が簡素化するまでは、集中治療室で経過をみることに合意形成を得た。A氏は「自己管理とか無理」と述べていたが、「将来ジーパンとか履けるかな」等の新たな自己をイメージする発言をするに至った。A氏に現状と希望、課題を伝え、手術待機期間中に支持的態度で認識が徐々に変化する過程を待ったことは、A氏の成長を促したと考えられる。

(2)根治術後、状態が安定しコントロール感覚を高めるための介入を強化した時期：体重が増加し瘻孔閉鎖、大腸・胃幽門部切除術、回腸人工肛門再造設を施行した。状態安定後は、糖尿病の自己管理、離床、ストマ管理を主軸とした自己管理能力を強化するために集中治療室看護師間でカンファレンスを重ね、ステップアップで

きるよう段階的に目標を立案、達成できるよう支援的に関わった結果、A氏はストマ管理以外目標達成できた。また、転床のために関係者間でカンファレンスを複数回重ね、835病日目に転床できた。A氏の経過を関係者で共有し、問題を皆で検討しながら進めたことでA氏だけではなく、チームの気運を高めたと考える。

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第4会場)

[指定2-6] CNSが介入に難渋した事例

○古厩 智美 (さいたま赤十字病院 高度救命救急センターHCU)

私たちクリティカルケア領域に携わる看護師は、病態の複雑化かつ重症化した患者を対象にケアを提供していきます。医療の進歩は、日進月歩で、次々と新しい薬品や医療機器が出てきます。次々と新たなエビデンスが提示されて行き、目まぐるしく変化して行く潮流に身を置いていることをみなさんも日々感じられているのではないのでしょうか？

一方で、患者の状態が短時間で大きく変化する時期にある患者に医療を提供する際は、多職種スタッフと一緒に連携しつつ進めて行くことが多いと思います。チーム医療の重要性が叫ばれるようになって早くも数年が経ようとしています、やはり依って立つ学問が異なるということは、同じ現象を見ても視点が異なったり表現する言葉の意味が異なったりするということがあり、互いに理解をする姿勢が必要となります。

このような中で、私たち専門看護師（以下 CNS）は、6つ役割：1.実戦、2.相談、3.調整、4.倫理調整、5.教育、6.研究を使用して行きますが、医療提供する際は、CNS一人で全て介入するわけではありません。特にクリティカルケア領域では、「もたれ合い型チーム医療」と表現されるように、導入されるリソースが一同に会することが多いため、CNS単独での介入が成果を生み出すことはほとんどありません。様々な職種やその部署のスタッフ全員と協力をして一定程度の医療を絶え間無く提供することが重要となります。そのような状況を目指すために CNSは上記6つの役割やそのほかの知識などを利用してもらうように活動しているわけです。

今回は、当院の事例をご紹介しますが、病院の立地や役割が変化することによって、全職種スタッフの配置なども大きく変わって行く中で生じた出来事が、看護師の困りごととなり、CNSとして介入するという事例がありました。Ongoingの困難事例のため、学会当日に経緯をご紹介します、皆様からのご意見も機会があればお伺いしたいと思います。

指定演題

指定演題3

救急外来の安全管理

座長:坂田 久美子(愛知医科大学病院), 座長:石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター)

2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第5会場 (2階 平安)

[指定3-1] 救急外来で待ち時間に転倒・転落した事例を振り返って

○和田 孝 (大垣市民病院 救命救急センター 救急外来)

[指定3-2] 救急外来の安全管理体制

○島 美貴子 (市立砺波総合病院 HCU/救急室)

[指定3-3] 多職種で行う救急外来での安全管理

○吉次 育子 (神戸大学医学部附属病院 救急・放射線部)

[指定3-4] 他職種連携の構築から考えた救急外来の安全管理

○後小路 隆 (独立行政法人 労働者健康安全機構 九州労災病院 救急部)

[指定3-5] 救急外来の安全管理

○上川 智彦 (山梨県立中央病院 救急看護認定看護師)

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第5会場)

[指定3-1] 救急外来で待ち時間に転倒・転落した事例を振り返って

○和田 孝 (大垣市民病院 救命救急センター 救急外来)

【はじめに】

患者の高齢化や在院日数の短縮に向け在宅医療へ移行することで、外来通院に介護の必要な患者が増加している。救急外来においても転倒・転落など患者安全が脅かされる状況にある。過去2年間における転倒・転落の発生件数は8件であった。今回、救急外来を受診して経過観察中に転倒・転落した事例をもとに今後の対策について報告する。

【事例】

1. 80代男性、主訴：ふらつきと嘔吐、経過：22時入浴後にふらつきと嘔吐を認めたため救急要請する。観察室で家族付き添いのもと点滴治療となった。1時間後トイレに行こうと自らストレッチャーから降りる際に転倒する。このとき家族は、電話連絡のため席を外していた。
2. 40代女性、睡眠薬を大量服薬して救急搬送となる。統合失調症で近医に通院中である。JCS100、家族付き添いのもと点滴治療で覚醒するまで様子観察となる。4時間後、突然覚醒してストレッチャーの柵を乗り越え床に転落する。家族は付き添っていたが、対応できなかったと言う。

【考察】

事例1：多くの先行研究において、転倒・転落の要因で多いのが排泄行為に関連した事象であり、危険予知の向上に努める必要がある。対策として、(1)「転倒・転落アセスメントスコア」をもとに危険度に応じた予防策を講じる、(2)家族に席を外す場合は、看護師に伝えるように説明をする、(3)家族がいない時は、離床検知装置を考慮する。

事例2：服薬した薬剤や量に応じては救急外来で覚醒を待つケースがあるが、いつ覚醒するか予測できないことが危険である。付き添い家族に協力を依頼するとともに、突然覚醒する事を予知して、(1)柵が高いストレッチャーを選択する、(2)離床検知装置の使用、(3)身体的拘束が必要か協議する、(4)家族に転落の説明と協力要請する、を対策として周知していく。

法的側面から転倒の可能性のある患者に対しては、施設側には回避手段をとる義務が生じる。対策がなされること無く転倒・転落による傷害が発生した場合は、安全配慮義務違反の責任が問われる。医療裁判では、「証拠」により「事実」を認定し、「過失」などの要件を満たすかが争われる。いかに事実を記録に残すかが重要になる。当院では、転倒・転落の予防策を講じたら、容易に看護記録に記載できるようにテンプレートを作成した。今後は、監査を行い記載率の向上を図っていく。

【結語】

国際患者安全目標 (IPSG) では、「転倒・転落による患者の傷害を低減するための対策を実施している」という項目が掲げられている。これは、入院患者のみならず外来患者にも適用される。当院は、入院患者に対してはマニュアル化して予防策を講じているが、外来では個々の経験値から対応しているのが現状である。今後は、勤務開始時にペアナースとともに危険予知ラウンドを実施して情報共有する。また、病棟との連携の一環として、救急外来から転倒・転落の評価と予防策を引き継ぐ必要があると考える。

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第5会場)

[指定3-2] 救急外来の安全管理体制

○島 美貴子 (市立砺波総合病院 HCU/救急室)

当院は富山県の西側に位置し、人口約13万人の二次救急医療圏の中核病院である。休日、夜間の救急車受け入れは当院を含め3病院で輪番制をとっているが、原則救急車とドクターヘリは断らない方針のため、三次対応に相当する重症外傷も受入れている。しかし救急当番医が専門領域外の受け入れを判断するのは困難な現状から、救急隊からの連絡は救急看護師が対応し受け入れ側の状況を判断している。受け入れのマネジメントには、救急隊の情

報から患者の緊急度や重症度を評価し必要物品を準備する一方、病院側の状況を把握し、必要な医師や薬剤師、関連するメディカルスタッフにも同時に対応できる調整や情報の共有を図る必要がある。当院ではこのような重症患者を受け入れる場合、現場安全の「スイッチ」を入れると言っている。このスイッチとはできるだけ早い段階から人員確保や物品準備の体制を整備し、安全に患者を受け入れる認識を持ち行動することを言う。患者安全の第一は、患者の生命を救うことである。救急外来ではトリアージを実施することや、院内急変には、Rapid Response System（以下RRS）が導入され患者安全に努めている施設もある。RRSには、(1)患者急変の認識や発見、(2)患者急変に対応するチーム作り、(3)急変対応システムの検証作業とフィードバック、(4)システム運営の管理体制作りなどが挙げられる。当院の救急外来で患者安全に取り組む内容の一つに、重症外傷の受け入りに、外科、整形外科、脳神経外科、麻酔科、及び臨床工学技士で構成された救急サポート「外傷チーム」を起動している。このチームのスイッチを押すのは救急看護師である。スイッチを押すタイミングや搬送されてきた患者状況から診療内容を予測しチームで対応し、業務が終了した後は安全に対応できたか症例を振り返り研鑽するよう心がけている。また、当院の救急体制は専門医師が常時院内にはおらず必要な時にコールするため「心筋梗塞」「クモ膜下出血」「大動脈解離」など緊急かつ重症疾患と診断された場合、専門医師が到着するまでに実施しておく「初期治療プロトコル」により早期診療の補助を実践している。限られた人員や物品、治療の制限がある中で多職種が協働しチーム医療を実践していくには、人員を確保する「スイッチ」を早く入れチームのコマンドーを決定し対応する必要がある。最近ではコマンドーが救急患者の全身管理を行い、同時にIVRなどの専門治療を実践するハイブリッド治療にも取り組み患者安全をチームでサポートすることが可能となった。また、組織で患者安全に取り組む内容として、昨年より院内の医療安全委員会に「BLS部」を立ち上げ急変患者対応の検証や再発防止をサポートする部門を設置した。これは急変患者を検証する組織の管理体制部門として位置づけられ、患者の安全管理ならびにスタッフの急変患者の「気づき」を高め、危機に備えた管理体制の整備につながっている。

(2018年7月1日(日) 13:40～14:40 第5会場)

[指定3-3] 多職種で行う救急外来での安全管理

○吉次 育子（神戸大学医学部附属病院 救急・放射線部）

医療の現場では、患者誤認や誤薬などが発生しないように安全管理として様々なシステムなどが導入されています。例えば、注射薬については、オーダーされると薬剤部で処方箋が発行され、薬剤部のダブルチェック、病棟に搬送後、看護師同士、または医師とダブルチェックされ、最終的に患者のもとで、ネームバンドと照合するなどの方法がとられ、多数の医療者がかわり安全管理を行っています。

しかし、救急外来に搬送されてくる患者は、生命の維持が困難な状態で検査・治療に時間的猶予がないことが多い状況です。患者の状態から、医師による口頭指示を緊迫した状況から看護師は受け実施を行っています。そのような現場では、患者への影響レベルに関係なくヒヤリハットが出易い状況であるといえます。今回、当院で起こったヒヤリハット報告内容とその対応策などをご紹介します。それぞれ救急外来での安全管理について考えたいと思います。

また、緊急治療を要する状況では、患者の救命だけでなく、社会復帰も見据え多職種で連携を行っています。外傷分野では、JATECやJNTECなどのガイドラインから初期診療を各施設でどう行うか検討したりしていると考えます。今回は、当院で現在取り組んでいることとして、脳卒中初期診療ガイドライン（ISLS）から「脳血管治療に対する院内業務フロー」を多職種で作成し、血管造影検査室まで安全にかつ迅速に行えるよう検討をしている内容についてご報告させていただきます。

このように救急外来では、救命、治療までの時間との戦いの中、迅速かつ安全に救急患者の対応できるよう、日々多職種で考えることが重要であると考えています。

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第5会場)

[指定3-4] 他職種連携の構築から考えた救急外来の安全管理

○後小路 隆 (独立行政法人 労働者健康安全機構 九州労災病院 救急部)

A病院は、二次医療機関に位置し、年間約15000人(救急搬送約3600台)の救急患者を受け入れている病床数450床の急性期病院である。私は、2009年に救急看護認定看護師を取得し、2016年に特定行為研修(21分野38項目)を修了し診療看護師の資格を取得した。現在は、救急部に所属し、救急外来で活動を行っている。

A病院の救急外来は、救急医が1名在籍し、日中は救急専門医が初期診療を行っているが、夜間・休日は救急専門医が不在で、各科の医師が内科系、外科系に分かれ、診療を行っている。また、看護体制も夜間・休日では一般外来の看護師が救急外来の看護師とともに業務を行っている。

救急外来経験の浅い看護師や日当直を行っている医師にとって、専門外の急性心筋梗塞や脳卒中、消化管出血などの初期診療は難しいとの意見があり、専門医の来院までの時間は搬送された患者の安全を十分に担保できていないと考えられた。そこで、救急科医師、各科診療科部長と診療の谷間を生じさせないことも目標に「各科オンコール医師が来院するまでの30分~1時間の間に実施できる治療の明確化を目的」にプロトコルの作成に取り組んだ。このプロトコルを救急外来内に明示することで、当直する医師や看護師が、夜間・休日の救急患者へ患者の安全を確保し、質の高い医療を提供することができると考えた。

特に近年では、急性期脳梗塞の患者に対して、血栓溶解療法やカテーテルを用いた血栓回収療法も実施されている。これらの治療は、発症から治療までの時間に制約があり、早期であればあるほど患者の予後は良好となる。A病院でも急性期脳梗塞患者に対して、血栓溶解療法および血栓回収療法は行っており、この治療を行うためには、医師、看護師への血栓溶解療法やカテーテルを用いた血栓回収療法のプロトコル作成と別に、臨床検査部、放射線科、薬剤部などの迅速な対応も求められる。

これらの部門との連携を図るために各部門と協議を重ね、臨床検査部門へは、提出された対象患者の検体の優先度を上げ、検査結果を検査担当者から提出医師へ口頭での連絡、放射線科部門へのCTやMRIの撮影条件のテンプレート化と対象患者の優先撮影、薬剤部へは使用する薬剤のセット化することを実施した。その結果、対象患者来院から治療開始まで平均61.7±25分で治療を開始できるようになった。

このようにA病院の救急外来の安全管理を考えた場合、搬送される患者へ提供する医療・診療の谷間を生じさせないSeamlessな体制の取り組みが必要であり、その取り組みの1つに、患者を取り巻く他職種との連携が重要であると考えた。

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第5会場)

[指定3-5] 救急外来の安全管理

○上川 智彦 (山梨県立中央病院 救急看護認定看護師)

救急外来では、様々な患者や家族、職種が往来し煩雑な環境になることは少なくない。煩雑な環境では、普段起きないようなミスが起きてしまうことや、単独では害を及ぼさない程度の小さなミスが重なり、大きな過誤(=エラー)が起きてしまう可能性がある。米国、Institute of Medicineの「医療の質に関する委員会」は1999年に、「人は誰でも間違える」「医療は過誤(=エラー)という呪縛からは決して逃れることができない」と、報告した。また、年間44000人の患者が米国内で予防可能な医療事故のために死亡しているとも報告している。しかし、「医療における安全確保の取り組みは、他のハイリスク産業(航空産業など)と比べて10年以上遅れている」とも報告し、医療界の安全管理に警鐘を鳴らしている。日本国内においても医療過誤訴訟がこの30年で数倍に増加し、医療事故防止、リスクマネジメントへの関心が高まっている。そこで、日本では医療の安全に対する意識の普及の一つとして、医療安全全国共同行動においてM&M(Morbidity&Mortality)の導入について報告している。

M&Mカンファレンスとは、「重大事象が起きたときに事実関係を明らかにし、原因を究明すべく関係者でディスカッションし、未来に活かすために個人かつシステムとして学習するプロセス」と言われるカンファレン

ス方法の一つである。

当院の救命救急センター（以下、当救命センター）では、救急外来の医療の安全・質を追求するために2015年度より医師・看護師合同のM&Mを導入した。2014年度までの当救命センターでは、救急外来での死亡症例の事象の把握や確認を研修医や指導医のみで行う「デス」カンファレンスを月に一度行なっていた。「デス」カンファレンスでは、死亡症例から医師各個人の修練・知識・技術などの習得、予期せぬ死亡症例を減少させることに努められていた。しかし、2015年度より医師だけではなく看護師もカンファレンスへ参加し、医療の安全・質の追求をチームで行うようにした。また、対象事例を死亡症例だけではなく、全ての有害事象に変更した。頻度は、有害事象が発生した場合に開催を行うようにしたため、1から3ヶ月に一度程度であった。今までに開催したM&Mの内容は、人工呼吸器装着患者の呼吸管理、再挿管患者の抜管時期・判断、DVT予防方法について、輸血投与についてなどであった。

指定ポスター

指定ポスター1

My Proud 我が施設のICU紹介

座長:石川 幸司(北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:20 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[指定P1-1] My proud 我が施設のICU紹介

～心臓血管外科集中治療室に勤務する看護スタッフの課題～

○吉野 暁子 (埼玉医科大学国際医療センター)

[指定P1-2] 我が施設のICU紹介-患者中心の全個室型ICU-

○中村 香織, 濱野 繁 (杏林大学医学部附属病院 CICU)

[指定P1-3] My Proud我が施設のICU紹介「獨協医科大学病院」

○市村 健二, 増井 麻実, 吉田 紀子, 佐藤 晃子, 上村 千登勢 (獨協医科大学病院 集中治療室)

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:20 ポスター会場)

[指定P1-1] My proud 我が施設の ICU紹介**～心臓血管外科集中治療室に勤務する看護スタッフの課題～**

○吉野 暁子 (埼玉医科大学国際医療センター)

A病院は、地域および日本の医療に貢献する目的で2007年4月に開設された。病院の使命は、埼玉県全域を範囲とし、がん、心臓病、脳卒中、救命救急に対する高度専門医療に特化し、かつ高度な医療を提供することである。2015年には国際的な病院機能評価にあたる「JCI: Joint Commission International」の認証を取得している。A病院が有する集中治療室は、それぞれの分野ごとに設置されており、当部署は特定集中治療管理料4、入室基準は「心臓血管外科術後および心疾患を有する患者で集中治療を必要とする患者」を対象とし、部署名は「CICU: Cardiovascular Intensive Care Unit」である。病床数は14床である。年間入室件数は、約700件であり、そのほとんどが術後患者である。主な術式は、冠動脈バイパス術 (off-pump)、大動脈弁置換術、経カテーテル的大動脈弁置換術、僧房弁置換術・形成術、上行・下行動脈置換術、ステントグラフト内挿術、などである。看護体制は、2:1配置であり、診療体制は集中治療医1名、心臓血管外科医6名との協働体制である。また、臨床工学技士の常駐を整備しており人工呼吸器管理を看護師と協働して行っている。(看護スタッフのうち呼吸療法認定士は6名) 看護スタッフは、看護師長(認定看護管理者)、副看護師長(救急看護認定看護師)、主任2名、スタッフ36名である。スタッフの平均臨床経験年数は、6.2年(SD3.95)である。標準化教育プログラムは、一次および二次救命処置は受講率100%でありその他、各個人のスキルアップとして災害、外傷、集中治療をそれぞれ分野ごとに数名ずつ取得している状況である。当部署の臨床経験5年以下の割合は半数に及ぶ。看護スタッフの大半は入職時の配置以降、異動せず臨床経験年数がCICU在籍年数となる。2年前より集中治療室の新人配置はなく、卒後2年目以上で構成されている。当部署の心臓血管外科術後患者は、多くの薬剤と、生命維持装置を始めとするME機器が使用されており、各種パラメータの解釈や薬剤管理、定期的な電解質チェックに必要な採血、ベッドサイドケアなど術後管理はめぐるしい。しかし、ここ数年同じ看護スタッフで構成される当部署は、相互理解のもと日々業務は円滑に進められており、これは最大の強みとなっている。また、2015年3月に「集中治療室における臨床工学技士業務に関する提言(日本臨床工学技士会)」を受け、臨床工学技士の常駐が3年前より開始となった。これにより集中治療医の監督・指導のもと、臨床工学技士による人工呼吸器管理および離脱が7時から21時まで行われ、21時以降は夜勤看護師に引継がれている。引き継いだ看護師は、「引継ぎ内容」を参考に観察、ケアにあたり、設定変更が必要な時には当直医へコールする、という連携体制を確立している。現在、「看護師特定行為研修」を1名受講中であり、今後はチーム医療のさらなる推進を目指し基盤を作りたい。一方で、臨床経験5年以下の看護スタッフを5割抱える我が集団の弱みは、「事象を科学的根拠に基づくアセスメントと優先順位に即したアクションへの意思決定」に迷いが見られる時がある。特に、水分管理では、術後侵襲ステージに即した判断に「術前体重の呪縛」が垣間見える。ペースメーカー、βブロッカー剤の使用などは、血管内脱水時に頻脈として出現しにくく、急性循環不全に関する臨床症状をマスクしてしまう可能性をはらんでいる。術後の血圧の変動はいわゆる「心外術後の日常的なプロセス」となりがちであり、時に再開胸のタイミングを見逃す危険性がある。今後は、心臓血管外科の特徴を踏まえつつ課題をクリアしさらなる安定した集団を目指したい。

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:20 ポスター会場)

[指定P1-2] 我が施設の ICU紹介-患者中心の全個室型 ICU-

○中村 香織, 濱野 繁 (杏林大学医学部附属病院 CICU)

はじめに

当院は東京西部地区三多摩唯一の特定機能病院として地域医療機関と連携を密に図りながら高度医療を提供している。許可病床数1153床のうち、3ユニット計70床のICUを有している。その中において当ICUは、院内急変

や過大侵襲を受けた患者等を収容する General ICUとしての役割を担い、診療科と麻酔科が協働して治療にあたる Semi Closed ICUの形態をとっている。全18床の病室は個室となっている。

看護師の意見が取り入れられた ICUの構造

非日常的な空間で治療を余儀なくされる患者の早期回復はもちろんのこと、少しでも日常的な空間に近づくことができるよう患者と家族の時間を大切するため全床個室の ICUが設計された。中央にスタッフステーションを配置し、それを囲むように病室を配置している。病室の外側に廊下を作り、廊下沿いには面会者が利用できるスペースとして待合室や ICを行うための面談室3室を確保した。面会者は、外周廊下から直接各病室に入るため、他患者や医療者の緊迫した雰囲気に触れる機会を減らすとともに患者・家族のプライバシーが担保できる。しかし、病室には自然採光を取り入れる窓がなく、日内リズムの調整や時間等の感覚遮断から、せん妄を発症する患者が増加することが懸念されたが、開設前後で優位な増加は認めていない。医療者にとっては、面会者がワーキングエリアを通らないことで業務の寸断が起りにくく、動線の短縮や死角の軽減につながっている。しかし病室内は壁で仕切られているため、他病室の状況が把握しにくいというデメリットもある。

面会について

当 ICUでは非日常的な環境を少しでも日常的な環境に近づけるため、24時間面会可とし、1回の面会時間の制限も設けていない。面会者については本人または主要家族の希望がある場合は、友人・知人も許可しており、年齢の制限もなく面会可能としている。主要家族の面会については、看護師がケアを実施している時でも待たせることがないよう配慮し、家族の希望に沿って可能な範囲でケアの参加を促している。家族は日常的な看護師の関わりやケアの実際を知り、時にケアに参加することで情報・接近・保証のニーズの充足に繋がる。また看護師は家族や患者とのコミュニケーションを通して、入院前の患者、家族の情報をタイムリーに収集し、個別性のあるケアに繋げることが出来るため。患者・家族・医療者の3者にとって有益であると考えられる。

まとめ

当 ICUの全床個室という構造は、集中治療を必要とする患者とその家族の療養環境としては適していると考えられる。また面会についても患者・家族に配慮した対応ができていていると考える。しかし、さらに日常的な空間に近づけていくためには、構造上の問題を少しでも補うため、今ある環境の中で、看護を実践する看護師が他職種との連携を密に図りながら、個のニーズに合わせた医療・看護が提供できるように日々取り組んでいくことが求められると考える。

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:20 ポスター会場)

[指定P1-3] My Proud我が施設の ICU紹介「獨協医科大学病院」

〇市村 健二, 増井 麻実, 吉田 紀子, 佐藤 晃子, 上村 千登勢 (獨協医科大学病院 集中治療室)

【病院概要】

A大学病院は栃木県南部に位置し、特定機能病院としての地域医療の中核を担い、急性期から高度先進医療まで幅広く対応を行っている。また、2010年に栃木県ドクターヘリが導入され、県全域の三次救急医療の一端を担うとともに、近隣(群馬・茨城)からも患者を受け入れている。

病床数は1167床であり、平成28年度の1日あたりの平均入院患者数は1007名である。

【集中治療室概要】

- ・ 病床数は10床、クローズドシステムをとり、治療方針は各科主治医とカンファレンスを行った上で決定している。
- ・ 看護師26名(男性8名、女性18名)、医師26名(他科からの出向者含む)が勤務している。
- ・ 入室患者総数は750名(予定入室436名、緊急入室314名)、病床稼働率80%。(平成28年度)
- ・ 補助循環装置装着症例数(平成28年度)：IABP 102例、ECMO 50例、体外式VAD 3例、植込みVAD 2例。
- ・ ICU入室主科トップ3(平成28年度データ)；1位 心臓血管外科：269名(36%)、2位 消化器外科：253名(34%)、3位 循環器内科：72名(10%)

以上のような当施設において、看護の側面からみた Good & Badの一例を以下に示す。

ポスターセッションにおいては当施設内容をオープンにし、他施設の多くの方々と意見交換を図りながら、自施設の Badを Goodに変えられるように取り組んでいきたいと考えている。

【A大学病院 ICUの Good & Bad】

－ Good－

- ・パートナーシップを導入し、スタッフ間の協力体制や教育体制が構築されてきている。
- ・ CNS、CNを中心としたスタッフ教育が行えている。
- ・他職種とコミュニケーションが図りやすい職場環境であり、協働して患者ケアが行えている。
- ・面会調整や早期の退院支援など、家族を含めた看護を重要視出来るようになってきている。
- ・ CNS、CNがエキスパートとして、実践の手本を示している。それにより、エキスパートの実践を目の当たりにする機会が多い。

－ Bad－

- ・マンパワー不足によって、離床や呼吸ケアなどが満足に行えないことがある。
- ・院内では教育ラダーに沿って教育が行われているが、ICU内での教育ラダーが確立されていない。そのため、2年目以降の教育体制が十分とはいえない。
- ・せん妄ケアに対する取り組みが十分になされていなく、同様のインシデントが多数発生している。
- ・手指消毒薬の使用量が少ない。

指定ポスター

指定ポスター2

My Proud 我が施設の ER紹介

座長:苑田 裕樹(日本赤十字九州国際看護大学)

2018年7月1日(日) 14:30 ~ 15:30 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[指定P2-1] 臨床推論の学習を基盤とした ER教育システム

○伊藤 敬介 (高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター 救命救急センター)

[指定P2-2] Hybrid Emergency Room (Hybrid ER) 導入後に明らかになった初療教育の課題と解決に向けた方策

○山下 直美 (大阪急性期・総合医療センター 救急病棟)

[指定P2-3] 救急・災害の要 前橋赤十字病院 高度救命救急センター

○城田 智之, 小池 伸享 (前橋赤十字病院 高度救命救急センター)

[指定P2-4] プレホスピタルから全身管理まで- Our Evolution, Your Smile-

○佐々 智宏^{1,2} (1.日本救急看護学会 プレホスピタル委員会, 2.広島大学病院 高度救命救急センター)

[指定P2-5] My proud 我が施設の ER紹介 - A new challenge -

○齊藤 徳子 (日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)

(2018年7月1日(日) 14:30 ~ 15:30 ポスター会場)

[指定P2-1] 臨床推論の学習を基盤とした ER教育システム

○伊藤 敬介 (高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター 救命救急センター)

1.救命救急センター

高知医療センター救命救急センター（以下、当センター）は2005年3月に高知医療センター開院とともに開設された。当センターでは「救急医療は医の原点」という理念のもと、全次型救急医療機関としての役割とともに、へき地医療拠点病院として高知県全域の広範囲の救急患者を受け入れている。また、プレホスピタルからの救急医療にも比重を置き、高知県ドクターヘリの基地病院としての役割を担うとともに、緊急車両型ドクターカーやラピッドカー（欧州型ドクターカー）によるプレホスピタルケアも積極的に行っている。それとともに当センター救急外来（以下、ER）では、全次の救急搬送患者の受け入れとともに、救急搬送以外で救急外来を受診する患者（以下、walk-in患者）も受け入れている。

2. ERと看護師の教育

ERでは、院外心肺停止や重症外傷、重症急性疾患に対する救命治療を提供するとともに、ドクターヘリ、ドクターカーにより医師・看護師を救急現場へ派遣してプレホスピタルから高度な救命医療を提供している。それとともに初期から3次までの患者が混在する walk-in患者に対しては、診療の優先順位を決定する院内トリアージを専任の看護師が実施している。

ERに従事する看護師は、救急患者の緊急度・重症度の判断にくわえ、医学診断を予測した診療の補助が求められる。ERでは、院内トリアージにおける適切な緊急性の判断のための臨床推論を教育基盤とし、ERにおける看護の質向上に取り組んでいる。医学診断を予測するための臨床推論の教育は、院内トリアージの場面のみならず、救急搬送された患者の初期診療から、プレホスピタルケアにおいても、迅速かつ適切な診療の補助を実践するためには必須の学習であるといえる。今回、ERにおける看護やプレホスピタルにおける看護の質向上のために実施している臨床推論の省察的学習を中心に、当センター ERを紹介したい。

(2018年7月1日(日) 14:30 ~ 15:30 ポスター会場)

[指定P2-2] Hybrid Emergency Room（Hybrid ER）導入後に明らかに なった初療教育の課題と解決に向けた方策

○山下 直美 (大阪急性期・総合医療センター 救急病棟)

当センターは、大阪府下にある768床を有する急性期病院であり、私たち救命センターの72人の救急看護師は、30床の高度救命救急センターのうちの18床の救急部門（TCU）と一次から三次の救急外来を担当している。救急外来から入院し、集中治療終了まで継続した看護を提供できることが当センターの特徴であり、看護師1年目から初療対応を経験できることを目標に教育体制を整備している。

2011年8月救急外来の1つの初療室にIVR-CT設備を導入した。これにより患者は移動する事なくCT検査による診断と動脈塞栓術や手術などの治療が出来るようになった。この世界初の救急初療室をHybrid ERと命名した。Hybrid ER導入により治療成績は上がったが、若手看護師とそれを指導する中堅看護師の負担が増え、当センターの初療教育は転換期を迎えた。看護師はHybrid ERでの救急初療に期待と同時に不安とストレスを感じており、その原因はHybrid ERにおける治療に関する知識と技術の未熟さによる不安やストレス、さらに、医師との協働におけるコミュニケーションの問題などであることがわかった。

これらを解決するために2015年12月より、症例を担当した医師・看護師がペアとなり、初療ビデオなどの記録から自分たちの動きを振り返り、その内容を共有するための検討会を医師・看護師・放射線技師・薬剤師等とともに始めた。その検討会の積み重ねから頭部外傷に対するNEC（Neurological Emergency Call：神経緊急宣言）、骨盤外傷におけるPEC（Pelvic Emergency Call：骨盤緊急宣言）の2つのプロトコルを作成した。このプロトコルは、必要な物品、薬剤、処置をリスト化することで、Hybrid ERでの看護師の動きを標準化し、か

つ迅速化するのに役立っている。この検討会は月に2回行われ、医師の Hybrid ER特有の治療戦略を共有しながら、若手看護師は新しい救急初療について学習し、中堅看護師は他人の症例対応を見ることで自らのモチベーション向上と研鑽に役立っている。

初療教育には様々な方法が考案され、各施設で行われているところである。Hybrid ERでの救急初療には、今までとははるかに速いスピードで初療対応をする必要があり、これまでの段階的な看護実践教育に留まらず、医師、放射線技師、薬剤師を含めた多面的なチームとしての取り組みが重要であると考え。そのためには初療チーム全体の動きを把握するための、初療ビデオを参考にした多職種の検討会は、自分が参加していない症例を共有でき、若手看護師が救急初療をイメージできることにつながった。そのような救急初療教育環境によって、今後の更なる救命率の向上と、患者や家族への安心につながるような看護展開が期待される。

(2018年7月1日(日) 14:30 ~ 15:30 ポスター会場)

[指定P2-3] 救急・災害の要 前橋赤十字病院 高度救命救急センター

○城田 智之, 小池 伸享 (前橋赤十字病院 高度救命救急センター)

前橋赤十字病院は、平成30年6月1日に移転し開院致します。新病院での基本方針に、「みんなにとってやさしい、頼りになる病院」を掲げ、前橋保健医療圏のみならず広く群馬県における高度急性期・救急医療を担う地域の中核病院として、これまで以上に信頼され安心・安全の拠りどころとなる病院を目指しています。その中で、当院の高度救命救急センターは北関東で唯一の高度救命救急センターであり、群馬県ドクターヘリの基地病院でもあります。また、ドクターカーもステーション方式にて運行を始め、救急救命士とともに現場に急行しています。その中で、我々の救急外来は ER型の救急外来であり、一次から三次まで全ての患者を受け入れています。Walk-Inの患者は、全てトリアージナースがトリアージを行い、緊急度・重症度を判断し診療科を決定します。救急車の要請は断らないを掲げ、すべての救急要請を受け入れる体制を整えています。ICUは EICU・GICU 含め 24 床、救命救急センターは 48 床あり、入院体制もしっかり整えています。また県内はもとより関東近県等における災害医療を担う災害基幹病院として、局地災害から大規模災害まですべての災害に対応できるよう日頃より体制を整えています。新病院には、自衛隊の双発ヘリ、複数のドクターヘリが離着陸可能なヘリポートを備え、災害時には SCUとして機能できるように災害対応エリアを新設しました。救急外来の看護師は、プレホスピタルからインホスピタル、災害までオールマイティに活動できるよう日頃より救命のためチーム一丸となり全力で取り組んでいます。

(2018年7月1日(日) 14:30 ~ 15:30 ポスター会場)

[指定P2-4] プレホスピタルから全身管理まで- Our Evolution, Your Smile-

○佐々 智宏^{1,2} (1.日本救急看護学会 プレホスピタル委員会, 2.広島大学病院 高度救命救急センター)

広島県で唯一の高度救命救急センター (20床) として認定を受けています。救急入室件数は年間約1,500件、交通事故や災害に関連した重症外傷、急性中毒、全身熱傷、切断指肢などの外因性疾患から急性呼吸不全、敗血症、脳卒中、急性心筋梗塞などの内因性疾患までの超急性期から急性期の治療・看護を行っています。以下は、My Proud 我が施設の ER紹介の一部です。

【ドクターヘリ】

救急医療体制の充実のため2013年より運航を開始した広島県ドクターヘリの基地病院であり、発進基地方式を採用して運用しています。また、ドクターヘリが県境を越えて隣県で活動できる「中国5県ドクターヘリ広域連携協定の締結」や広島県消防・防災ヘリとの3機連携体制などの先駆的なヘリコプター救急医療体制を実現しています。

【災害医療】

広島県災害拠点病院に指定されています。活動実績は2011年3月の東日本大震災、2014年8月の広島土砂災害、2016年の山陽道トンネル火災事故および熊本地震において現地へのDMAT派遣（ドクターヘリ含む）を行いました。広島土砂災害では災害拠点病院として重症患者の受け入れを行い、土砂崩落現場で活動したDMATは2名の要救助者を生存救出しました。

【ECMOセンター】

近隣病院との連携で重症呼吸不全患者の集約化ができつつあり、呼吸管理として体外式膜型人工肺（VV-ECMO）症例は国内有数の症例数となっており、呼吸不全の救命に効果を上げています。医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士など多職種でのECMOチームを構築し、ECMO指導施設（全国3カ所）としてECMOシミュレーション広島コースが実施されています。

【緊急被ばく医療】

2011年3月の東日本大震災および東京電力福島第一原子力発電所事故が発生した直後から、継続して緊急被ばく医療チーム（医師、看護師、放射線技師等）を延べ1,300人派遣しました。2015年には原子力規制庁より高度被ばく医療支援センターならびに原子力災害医療・総合支援センターの指定（全国5カ所）を受けました。役割は高度専門的な診療支援・看護および原子力災害拠点病院の支援をします。当センターには高度専門教育研修を修了した医師・看護師が在籍しています。

【ICT（Information and Communication Technology）】

プレホスピタル・災害現場との情報共有として、2011年から広島市消防局の全救急車44台にカメラ・生体モニターを搭載しています。救急車内の映像を4医療機関の救命センターに配信する救急画像伝送システムを開発して、プレホスピタルから病院到着までの救急患者の容態や負傷状況、心電図等のデータを画像情報として臨床活用しています。

【まとめ】

私達は健康と福祉の向上のために全人的医療・看護の実践、新しい医療・ケアの探求、優れた医療人の育成に努め、新生児期から老年期までの緊急度・重症度の高い患者に最善の医療・看護が提供されるよう日々研鑽しています。

(2018年7月1日(日) 14:30 ~ 15:30 ポスター会場)

[指定P2-5] My proud 我が施設の ER紹介 — A new challenge —

○齊藤 徳子（日本医科大学付属病院 高度救命救急センター）

日本医科大学付属病院高度救命救急センターは、1977年に救急医療センターとして開設し、1993年には全国救命センターの“The Best of Bests”として第1号の高度救命救急センターとして認定を受けた。

当施設は、東京都第3次救急医療施設として重症疾患患者を年間1600~1800人受け入れている。初期対応から、ICU管理までを、医師（約40名）、看護師（約100名）が24時間体制で実践している。年間入室患者の内訳は、多発外傷などの重症外傷が約20%を占め、脳血管障害、広範囲熱傷、急性中毒、急性腹症、各種臓器不全および心肺停止患者が50%を構成している。

2018年1月1日のグランドオープンに先駆け、2017年10月30日より“新・高度救命救急センター”が始動した。救命救急科（40床）、心臓血管集中治療科（12床）、脳卒中集中治療科（8床）と3科の診療科が統合され、国内でも最大規模の60床で運営している。初療室は3床となり、専用手術室はハイブリット化され、屋上にはヘリポートを設置して、さらなる重症症例が集約されている。そのため、新体制前には、他職種合同で患者搬送のシミュレーションを実施し、問題点を抽出するなど安全に患者搬送ができるように取り組んだ。また、診療体制が違う3科が統合されるため、何度も合同カンファレンスを行い、お互いが歩みより情報共有を図ることで、同じ目標に向かって動き始めている。結果、救命センターから心臓血管集中治療科へのコンサルテーションの件数が増えるなど、患者への治療がスムーズに行われるようになった。また、看護師のローテーションも始まりさらなる知識の修得が期待されている。さらに、初療室が3床になってから、3件同時に入室することもあり、初療室での実践力やマネジメント力が求められている。そのため、マニュアルを作成し、導入期間中は毎日オリエン

テーションを実施するなど、患者の安全と安心を考え日々実践している。

設備面に関しては、救急搬送出入口や CT室、アンギオ室、手術室への直通エレベーターなどが救命センターを中心に集約され、アクセスしやすい環境が整っている。一方、初療室は広いが収納場所が少なくなったため、物品の整備に苦労した。いかに、導線に無駄がなく、迅速に初期対応が行えるかを考え、初期対応と収納が同時に行えるように物品整備を工夫した。例えば、Damage control surgeryや穿頭術、ECMO挿入などの手術・処置が迅速に行えるよう、各物品カートを作成し、同時に収納もできるようにした。これらは、初療室のみならず ICUでも使用され、手術実施までの時間の短縮に繋がっている。

新体制となり5ヶ月が経過したが、まだまだ改善の余地があり、これからも緻密で繊細な治療・看護を目指しチーム一丸となって“A new challenge”を合い言葉に邁進している。

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー7

座長:樽松 久美子(北里大学病院 看護部)

2018年7月1日(日) 12:30 ~ 13:30 第3会場 (2階 桃源)

共催:コンバテック ジャパン株式会社

[LS7] クリティカルケア領域でこそ知っておきたい IADのベストプラクティス ～便失禁管理システムの活用～

○志村 知子 (日本医科大学付属病院 看護部)

(2018年7月1日(日) 12:30 ~ 13:30 第3会場)

[LS7] クリティカルケア領域でこそ知っておきたい IADのベストプラクティス ~便失禁管理システムの活用~

○志村 知子 (日本医科大学付属病院 看護部)

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー8

座長:古賀 雄二(川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科)

2018年7月1日(日) 12:30 ~ 13:30 第4会場 (2階 福寿)

共催:ファイザー株式会社

[LS8] J-PADガイドラインのこれから ~ Early Mobilizationと Sleep Promotionに焦点をあてて~

○吹田 奈津子 (日本赤十字社和歌山医療センター 集中治療室)

(2018年7月1日(日) 12:30 ~ 13:30 第4会場)

[LS8] J-PADガイドラインのこれから ~ Early Mobilizationと Sleep
Promotionに焦点をあてて~

○吹田 奈津子 (日本赤十字社和歌山医療センター 集中治療室)

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー9

座長:道又 元裕(杏林大学医学部附属病院)

2018年7月1日(日) 12:30 ~ 13:30 第5会場 (2階 平安)

共催:アルケア株式会社

[LS9] ベストプラクティスの実践！スキン - テア（皮膚裂傷）を防ぐ

○紺家 千津子（金沢医科大学 看護学部）

(2018年7月1日(日) 12:30 ~ 13:30 第5会場)

[LS9] ベストプラクティスの実践！スキン - テア（皮膚裂傷）を防ぐ

○紺家 千津子（金沢医科大学 看護学部）

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー10

座長:宇都宮 明美(京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 臨床看護学講座 クリティカルケア看護学分野/
京都大学医学部附属病院 看護部)

2018年7月1日(日) 12:30 ~ 13:30 第6会場 (2階 瑞雲)

共催:パラマウントベッド株式会社

[LS10] 今こそ実践！チームで行う早期離床 -成功組織が大事にしている6つのこと-

○Brooke Nack (Franciscan Health Michigan City, USA)

(2018年7月1日(日) 12:30 ~ 13:30 第6会場)

[LS10] 今こそ実践！チームで行う早期離床 -成功組織が大事にしている6つのこと-

○Brooke Nack (Franciscan Health Michigan City, USA)

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー11

座長:山勢 博彰(山口大学)

2018年7月1日(日) 12:30 ~ 13:30 第7会場 (2階 蓬莱)

共催:ハリヤード・ヘルスケア・インク

[LS11] 基本だから見直そう！！ 気道管理

○立野 淳子 (小倉記念病院)

(2018年7月1日(日) 12:30 ~ 13:30 第7会場)

[LS11] 基本だから見直そう！！ 気道管理

○立野 淳子 (小倉記念病院)

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー12

座長:清村 紀子(大分大学医学部看護学科)

2018年7月1日(日) 12:30 ~ 13:30 第8会場 (4階 研修室)

共催:学研メディカル秀潤社

[LS12] 臨床で役立つ 安心・安全のための輸液指示の理解

○石松 伸一 (聖路加国際病院 救急部)

(2018年7月1日(日) 12:30 ~ 13:30 第8会場)

[LS12] 臨床で役立つ 安心・安全のための輸液指示の理解

○石松 伸一 (聖路加国際病院 救急部)

一般演題（口演）

一般演題（口演） O7群

早期リハビリ

座長:小島 朗(大原総合病院 看護部/HCU), 座長:谷島 雅子(自治医科大学附属病院 救命救急センター)

2018年7月1日(日) 11:25 ~ 12:15 第4会場 (2階 福寿)

[O7-1] 人工心肺稼働下で心臓血管外科手術を受けた患者のICUでの離床時の体験

○中村 珠実¹, 今井 将人¹, 村上 恵美¹, 飯田 晃佑¹, 目秦 文子¹, 森 恵子² (1.浜松医科大学医学部附属病院, 2.浜松医科大学医学部看護学科)

[O7-2] 開心術後、致死性不整脈が頻発した患者のリハビリテーションの一事例—看護師の役割についての考察—

○木田 綾子 (一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院)

[O7-3] 救命救急センターICUにおける早期離床に向けての取り組み

○清水 愛, 松本 みゆき (兵庫県立加古川医療センター)

[O7-4] ICUにおいて24時間以上人工呼吸器管理を受けた患者のリハビリテーションに関する実態調査

○坂木 孝輔, 宮城 久仁子, 右近 好美, 山口 庸子, 小川 智宏, 荒井 由紀 (東京慈恵会医科大学附属病院)

[O7-5] 心大血管術後急性期リハビリテーションにおける離床の実態と関連要因の検討

○佐藤 裕紀¹, 野澤 明子², 中川 理恵³ (1.浜松医科大学, 2.藤枝市立総合病院, 3.前浜松医科大学)

(2018年7月1日(日) 11:25 ~ 12:15 第4会場)

[O7-1] 人工心肺稼働下で心臓血管外科手術を受けた患者の ICUでの離床時の体験

○中村 珠実¹, 今井 将人¹, 村上 恵美¹, 飯田 晃佑¹, 目秦 文子¹, 森 恵子² (1.浜松医科大学医学部附属病院, 2.浜松医科大学医学部看護学科)

【目的】心臓疾患のために人工心肺を使用し心臓血管外科手術を受けた患者が,ICU滞在中の離床時にどのような体験をしているかについて明らかにすること【方法】1)研究デザイン:質的帰納的研究デザイン2)データ収集方法:以下の4つの条件を全て満たす患者を研究対象者とする(1)A大学医学部附属病院心臓血管外科において,人工心肺稼働下で心臓血管外科手術を受けた60歳以上80歳未満の患者(疾患名は限定しない),(2)ICU在室中に早期離床(用語の定義参照)ができ,ICU退室後,循環動態が安定(検温指示が3検以下)し,A大学医学部附属病院心臓血管外科病棟において療養中の患者,(3)認知機能に問題がなく,精神疾患の既往のない患者,(4)研究参加の同意が得られた患者.4)用語の定義,早期離床:日本離床研究会における定義を参考に「心臓血管外科手術後3病日までにICUにおいて端坐位または立位をとること」とする.4)倫理的配慮:研究実施に際しては,浜松医科大学臨床研究倫理委員会の承認を得た(E16-094)5)研究対象者の選定方法:データ収集フィールドの看護師長より紹介を受けた対象候補者に,研究協力依頼書を提示しながら研究目的およびデータ収集方法について説明し,研究参加の同意を得る.6)データ収集方法:研究者が作成した半構成的質問紙を用いて自由回答法による半構造化面接を実施し,研究対象者からの承認が得られた場合に限り,面接内容を録音する.加えて,対象者の診療記録と患者記録から術式等の情報を得る.7)分析方法:面接内容の逐語録を質的データとし,Krippendorff(2001)の内容分析の手法を用いて,個別分析,全体分析の2段階で分析を行い,分析にあたっては研究者間でディスカッションを行うとともに,質的研究の専門家のスーパーバイズを受けることで分析内容の信用性の確保に努める.【結果】10名の患者(男性8名,女性2名,平均年齢71.6歳)に面接を実施した.分析の結果,心臓疾患のために人工心肺を使用し心臓血管外科手術を受けた患者のICU滞在中の離床時の体験として,術後早期からのICUでの離床に対して戸惑う,手術により生きていられるという思いから,退院に向け強い思いで離床に臨む,看護師の離床援助により安心して離床が行なえる,離床による心身への効果から,回復を実感するの4つのカテゴリーと,16個のサブカテゴリーが明らかになった.【考察】患者は侵襲度の高い手術を受け,多くのルート類や痛みのある中で術後早期から離床することにどう対処してよいか分からず,術後早期からのICUでの離床に対して戸惑うという体験を持つに至ったと考える.一方で,手術を乗り越えた安堵感から早期の回復を望み,手術により生きていられるという思いから,退院に向け強い思いで離床に臨むという体験に繋がったと考える.そして,離床を継続することで,背部痛の軽減や,徐々に離床の負荷が上がっていくことにより確かな回復の手ごたえを感じ,離床による心身への効果から,回復を実感する体験に至ったと考える.患者が術後の苦痛感が残る中でも安心して離床に取り組めた要因には,看護師の離床への援助があり,そのことは患者に,看護師の離床援助により安心して離床が行なえるという体験をもたらしたと考える.人工心肺稼働下で心臓血管外科手術を受けた患者が,術後早期からのICUでの離床に対して戸惑うことなく離床に取り組めるよう,術後早期からの離床の必要性や離床がもたらす回復への効果について説明を繰り返し,患者が納得して離床に取り組めるような関わり必要性が示唆された.【結論】術後早期から離床の必要性や離床がもたらす回復への効果を説明し,患者が納得して離床に取り組めるような関わり必要性が示唆された.

(2018年7月1日(日) 11:25 ~ 12:15 第4会場)

[O7-2] 開心術後、致死性不整脈が頻発した患者のリハビリテーションの一事例—看護師の役割についての考察—

○木田 綾子 (一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院)

【目的】開心術後より致死性不整脈が頻回にみられている状態下での患者のリハビリテーション(以下リハビリとする)に関わった。この事例から、致死性不整脈が頻発するという高リスクな状態で安全にリハビリを行うために

どのような関わりが有効であったかを明らかにする。

【方法】入院カルテ、看護記録から看護師の関わりを抽出し、文献を用いて客観的に分析する。所属施設の倫理審査を受け、データは個人が特定できないよう配慮した。

【症例】A氏60歳代女性、冠動脈狭窄にて開心術施行。術後よりVT(Ventricular Tachycardia)が頻回にみられ、その都度除細動器を使用。致死性不整脈に対する治療についてカテーテルアブレーション、ICD(Implantable Cardioverter Defibrillator)、ペースメーカー植え込み治療が検討された。不整脈に対する積極的治療を行うためには、術後より続いていた意識障害の改善が必要であり、致死性不整脈が頻発するという高リスクな状態下であるがリハビリを行う方針となった。

【結果】リハビリはヘッドアップから始まり、徐々に端坐位～立位、歩行練習を実施した。

リハビリ実施に対する関わりとして大きく分けて3つのことを行なった。

1. リハビリに関わる多職種間で連携を図った：多職種間で合同カンファレンスの開催、情報交換を実施。検査データや患者の状態からその日のリハビリ予定について話し合い、患者の状態や方針についての情報共有化を図った。
2. 急変時に備えた環境・体制づくりをした：ベッドサイドでは常に除細動器、救急カートを設置。除細動器使用のためのAEDパットは常に装着した状態とし、不整脈出現時に早期対応できる環境を整えた。医師もリハビリのステップアップ時は付添い、急変時はすぐに駆けつけられる体制をとった。
3. 常に患者の状態の観察・モニター管理を行いアセスメントしながら関わった：看護師は常にベッドサイドでモニター管理、全身状態の観察を行い状態の変化の早期発見、対応ができるよう関わった。

A氏は致死性不整脈が頻発しているという高リスクな状態であったが、不整脈出現や急変などもなく安全にリハビリを実施することができた。リハビリ実施に伴う効果として、術後より意識障害の状態が続いていたが、徐々に覚醒傾向、声掛けに対する反応がみられるようになった。ADLではベッド上でほぼ四肢の自動運動がなく、一時寝たきりの状態であったが、介助で歩行ができるまで改善がみられた。

【考察】多職種間で患者の状態に関する様々な情報を共有、協議検討することは、患者のその日の状態に最も適したリハビリ計画が立案でき、患者へ大きな負担をかけることなく安全にリハビリ実施するという事に繋がったと考えられる。その上で、日々の患者の状態の観察・アセスメントを通したリスク管理が重要であった。日々の状態の変化を観察すること、モニター管理をしながら心電図変化を確認していくことは、患者の状態把握、アセスメントをする上で重要である。それを踏まえた関わりにより患者への身体的負担を最小限としながら安全に効果的にリハビリを実施することに繋がられたと考えられる。また、本事例ではいつ急変や致死性不整脈が出現するかわからない高リスクな状況下でのリハビリであった。そのため急変、致死性不整脈出現などリスクを想定した環境・体制づくりは重要であり、安全な環境下でのリハビリ実施に繋がられたと考える。致死的不整脈が頻発する中で安全にリハビリを行うためには本事例においてこれらの関わりは有効であったと考える。

(2018年7月1日(日) 11:25 ~ 12:15 第4会場)

[O7-3] 救命救急センター ICUにおける早期離床に向けての取り組み

○清水 愛, 松本 みゆき (兵庫県立加古川医療センター)

【目的】近年、クリティカルケア領域では早期離床が推奨され、重要性が高いと言われている。しかし、A病院の救命救急センター ICUでは、個々の看護師の判断で医師への安静度指示の確認や、端坐位・車椅子移乗の実施が行われていたり、医師によってリハビリテーション（以下リハビリ）依頼の時期が異なっている状況があり、離床が遅れる傾向にあった。そのため、第一段階として早期離床チェックリストを作成・導入し、第二段階では、早期離床のためのカンファレンスを導入した。その結果、より早期に離床への介入ができるようになったため報告する。【方法】1. 対象：2016年3～5月、2017年3～5月、2017年10～12月にICUに入室した患者（ICU入室が24時間以内の患者、広範囲熱傷患者を除く）2. 方法：チェックリスト導入前（2016年3～5月）をA群、チェックリスト導入後（2017年3～5月）をB群、カンファレンス導入後（2017年10～12月）をC群と

し、リハビリ依頼・端坐位実施・車椅子移乗までの平均日数、リハビリ依頼率、端坐位実施率、人工呼吸器中の端坐位実施率、車椅子移乗実施率を比較した。3. 倫理的配慮：所属施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した。【結果】1. 対象者の背景：A群の対象者数は61名、ICU平均在室日数は8.5日、B群の対象者数は64名、ICU平均在室日数は8.5日、C群の対象者数は67名、ICU平均在室日数は8.1日であった。2. リハビリ依頼・端坐位実施・車椅子移乗までの平均日数：リハビリ依頼までの平均日数は、A群では7.8日、B群では5.0日、C群では3.9日であった。端坐位実施までの平均日数は、A群では7.5日、B群では6.7日、C群では5.7日であった。車椅子移乗までの平均日数は、A群では10.1日、B群では9.1日、C群では7日であった。3. リハビリ依頼率・端坐位実施率・人工呼吸器中の端坐位実施率・車椅子移乗率：リハビリ依頼率は、A群では34%、B群では41%、C群では57%であった。端坐位実施率は、A群では31%、B群では38%、C群では46%であった。人工呼吸器中の端坐位実施率は、A群では7%、B群では8%、C群では27%であった。車椅子移乗率は、A群では25%、B群では28%、C群では33%であった。【考察】早期離床チェックリストの導入により、リハビリ依頼・端坐位実施・車椅子移乗までの平均日数は短縮し、リハビリ依頼率・端坐位実施率・人工呼吸器中の端坐位実施率・車椅子移乗率は上昇した。さらに早期離床カンファレンスを導入することで、より平均日数が短縮し、割合も上昇した。このことは、まずチェックリストを導入することで、看護師の早期離床への意識が高まり、早期離床のためにすべきことが明確になり、ケアに継続性が生まれたことによるものと考えられる。しかし、患者が離床可能かどうかの判断や医師への安静度指示の確認は、個々の看護師の知識・判断力や医師・理学療法士とのコミュニケーション力が影響している。よってカンファレンスで複数の看護師により、リハビリの適応や離床可能な状態にあるか、離床を阻害する要因は何か、医師・理学療法士へのアプローチ方法等を検討することで、より早期にかつ多くの患者に、看護師から医師にリハビリ依頼や安静度指示の確認ができるようになったと考える。また、カンファレンスは、経験の浅い看護師にとって、早期離床を実践するための知識・判断力・コミュニケーション力を高めるための教育の場にも繋がっていたと考える。しかし、離床への早期介入が十分でなかった症例もあるため、今後は多職種連携を強化する等、更なる取り組みが必要である。

(2018年7月1日(日) 11:25 ~ 12:15 第4会場)

[O7-4] ICUにおいて24時間以上人工呼吸器管理を受けた患者のリハビリテーションに関する実態調査

○坂木 孝輔, 宮城 久仁子, 右近 好美, 山口 庸子, 小川 智宏, 荒井 由紀 (東京慈恵会医科大学附属病院)

【目的】

ICUに入室する重症患者は、鎮静や人工呼吸管理などによりベッド上での安静が強いられ、筋力低下や筋萎縮、関節拘縮などが生じやすい。近年、ICUにおける早期のリハビリテーションが、患者のADLやQOLを早期に向上させ、ICU滞在日数や在院日数の短縮に貢献することが注目されている。しかし、理想と実際の現場の状況には課題があると言われている。そこで、ICUにおいて24時間以上人工呼吸器管理を受けた患者のICUにおけるリハビリテーションの実態を明らかにし、看護介入の示唆を得ることを目的とした。

【方法】

1.研究デザイン：診療録を用いた量的記述研究。2.研究対象：ICUに入室した患者のうち24時間以上人工呼吸器管理を必要とし、退院・転院時に生存していた患者。3.調査期間：2016年1月1日から2016年12月31日。4.データ収集方法：診療録からのデータを収集。5データ収集内容：基礎情報（年齢、性別、身長、体重、診療科、APACHE2スコア、入室期間、入院前のADL）、ICU在室中のリハビリ状況（ICU滞在期間におけるリハビリ介入の割合（看護師・理学療法士）、ICU滞在中のSICU Optimal Mobilisation Score（SOMS）の達成日と平均点（0：体動不可、1：ROM、2：坐位、3：立位、4：歩行）、看護ケアの内容（体交、清潔ケア、洗面、食事、呼吸器装着中のコミュニケーション））。6.分析方法：項目毎に単純集計を行った。7.倫理的配慮：所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

研究期間に人工呼吸器管理を必要とした480名のうち、未成年56名、退院時までの死亡47名、人工呼吸器管理24

時間未満の353名を除外した72名を対象とした。平均年齢は63.9±15.8歳、男性は45名（62.5%）、平均APACHE2は22.2±7.0点、人工呼吸管理時間は71.7[38.9-170.7]時間、ICU在室日数は8[6-13]日であった。診療科は心臓外科（37.5%）、神経内科（13.9%）、脳外科（11.1%）の順で多く、入院前のADLは73.6%が自立していた。ICU在室日数において看護師から11.1[0-25]%, 理学療法士から33.3[12.5-42.8]%のリハビリ介入を受けており、SOMS平均点は0.89[0.33-1.43]点、ROM開始まで5[4-6]日かかり、全く介入の記載がない患者が15.3%いた。清潔ケア、体位交換、口腔ケア、食事に関して81.9%に患者本人の協力を得たり、筋力や関節可動域を評価した記載があった。

【考察】

ICUでの早期リハビリテーションは、2016年にオーストラリア、ドイツ、アメリカの5大学病院でおこなわれた多施設 RCTにおいて、早期目標指向型の介入により有害事象の有意な増加なく、ICU入室初日から100%の患者でROMを行い、ICU在室日数の短縮と退院時の移動性の有意な改善が示されている。一方で本邦においてはリハビリテーションに関するプロトコルがないことや実施率が低いことが指摘されている。今回の調査においても、SOMS平均値は低く、リハビリテーションの介入が遅くなっている現状が見えてきた。これはプロトコルがなく、現場の状況に一任されていることが背景にあると考える。しかし、一方でベットサイドにいる看護師は日常生活動作のタイミングを活かし、清潔ケアや体位交換などの際に患者の力を引き出し、日常を取り戻すプロセスにおいて重要な関わりをしている状況も見えてきた。後ろ向き調査による限界があり、記載の漏れが多いことも推測される。今後は早期リハビリテーションに関するプロトコルの作成や、意図的な看護介入を行い、患者に対する影響を前向きに測定しより良い看護実践を模索していく必要があると考える。

(2018年7月1日(日) 11:25 ~ 12:15 第4会場)

[O7-5] 心大血管術後急性期リハビリテーションにおける離床の実態と関連要因の検討

○佐藤 裕紀¹, 野澤 明子², 中川 理恵³ (1.浜松医科大学, 2.藤枝市立総合病院, 3.前浜松医科大学)

【目的】心大血管手術を受けた患者の急性期リハビリテーションにおける離床状況の実態と関連要因を明らかにする。【方法】平成23年6月～平成24年3月に心大血管手術を受けた108名を対象に調査を実施した。離床状況および関連因子について離床状況調査用紙および診療録より収集し、得られたデータは統計分析ソフト SPSS ver.18を用いて分析した。初回端坐位、立位、および歩行病日の中央値をもとに早期群と後期群に分類し、術後の離床状況と要因による影響について、t検定、カイニ乗検定、およびロジスティック回帰分析を行って比較検討した。いずれも危険率5%未満を有意水準とした。本研究は所属大学医の倫理委員会の承認を得た上で実施した。対象候補者へ、研究目的、方法、データの取り扱いおよびプライバシーの保護等について文書および口頭で説明を行い、術前に書面による同意を得た。緊急手術患者については、術後に同様の説明を行い書面による同意を得た。また研究者の連絡先を明示し、調査終了後に対象者が調査に関する問い合わせが可能であるように取り計らった。【結果】対象者は男性84名（77.8%）、女性24名（22.2%）で年齢69.1±11.1歳（平均±標準偏差）であった。術式は、大血管手術では腹部大動脈置換術およびステントグラフト内挿術（以下、腹部およびステント術）が31例、上行弓部大動脈置換術が25例、下行大動脈置換術が9例、冠動脈バイパス術が12例、弁膜症手術が25例、その他の手術が6例であった。端坐位開始病日（以下、端坐位）は3.8±3.3病日（平均±標準偏差）、立位開始病日（以下、立位）は4.1±3.5病日、および歩行開始病日（以下、歩行）は5.6±4.7病日であった。手術内容ごとに端坐位、立位、および歩行の開始病日を見ると、上行弓部大動脈置換術が最も遅い傾向にあり、腹部およびステント術が最も早い傾向にあった。随伴症状として、端坐位、立位、および歩行のいずれにおいてもふらつきが最も多くみられた。立位および歩行においては後期群で有意に多く見られた（ $p<0.05$ ）。端坐位、立位および歩行のいずれにおいても、長期にわたる挿管、術後合併症の出現および術後認知機能障害の出現が後期群で有意に多く見られた（ $p<0.01$ ）。術後最低アルブミン値（以下、術後最低 Alb値）では、端坐位および歩行において早期群で有意に高値であり（ $p<0.01$ ）、立位においても早期群で有意に高値であった（ $p<0.05$ ）。ロジスティック回帰分析の結果、立位に関して ICUでの初回立位実施の有無、術後認知機能障害の有無および

ICU滞在日数が影響していた。【考察】離床開始援助の際、手術による循環動態の変化および下肢筋力低下によるふらつきの出現が離床遅延要因となる可能性が示唆された。また、術後における認知機能障害およびAlb値の低下が離床遅延リスクとなる可能性があることが示された。心臓血管外科手術を受ける患者は様々な既往を抱えている場合が多く、加えて、高齢化傾向にあるとされている。そのため、術前活動量の低下が認められる患者に限らず、術前から積極的なリハビリテーションの導入が必要である。心大血管手術を受ける患者に対し、医師、看護師、理学療法士および栄養サポートチームと協働して術前から認知機能障害出現の予防を図り、食事摂取状況のアセスメントを行うことが重要である。また、ICUにおける立位の実施および早期退室が早期離床につながる可能性が明らかとなった。看護師は、ICUにおいて術直後からの体位変換、ギャッチアップ、および床上運動を促し、術翌日からは日常生活動作の中で端坐位時間の確保を行うといった積極的な離床を促していくことが重要である。

一般演題（口演）

一般演題（口演） O9群

せん妄ケア

座長:木下 佳子(N T T東日本関東病院 集中治療部), 座長:始関 千加子(日本医科大学千葉北総病院)

2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第4会場 (2階 福寿)

[O9-1] 心臓血管外科術後患者とその家族における継続的なせん妄ケアに対する看護師の認識と看護実践

○林 詳子¹, 網島 ひづる² (1.公立豊岡病院 但馬救命救急センター, 2.兵庫医療大学)

[O9-2] 術後せん妄を発症している高齢患者の看護

○井田 美幸, 中村 香代 (独立行政法人国立病院機構災害医療センター)

[O9-3] 救命救急センターにおけるせん妄評価ツール CAM-ICU・ICDSC導入後の看護師の認識

○羽中田 夏美¹, 遠藤 みどり² (1.地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院, 2.公立大学法人山梨県立大学)

[O9-4] 記憶のゆがみ予防の看護ケアバンドル導入後における記憶のゆがみの変化

○那須川 敏行, 白浜 伴子, 木下 佳子, 由井 多希, 原田 夏実, 米持 幸恵 (N T T東日本関東病院)

[O9-5] 定期開心術後のICU入室患者に鏡を使う事で伝わる情報と患者に与える影響

○山本 達也, 森田 幸子, 濱田 愛 (神戸市医療センター中央市民病院)

[O9-6] 音楽聴取が腹腔鏡下胆嚢摘出術術後患者にもたらす睡眠への効果

○田中 由加, 新地 博晃, 川西 美保 (公立学校共済組合近畿中央病院)

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第4会場)

[O9-1] 心臓血管外科術後患者とその家族における継続的なせん妄ケアに対する看護師の認識と看護実践

○林 詳子¹, 網島 ひづる² (1.公立豊岡病院 但馬救命救急センター, 2.兵庫医療大学)

【目的】心臓血管外科患者とその家族に対するせん妄ケアを充実させるための示唆を得るために、人や場を超えた継続的なせん妄ケアに対する病棟・ICU看護師の認識と看護実践を明らかにする。【方法】対象：心臓血管外科手術を実施している施設の病棟及びICUに勤務し、過去2年以内にせん妄状態と判断された患者とその家族への看護経験があり、研究参加の同意が得られた看護師。調査期間：2016年10月から11月までの2カ月とした。調査方法：半構成的質問紙を用いた面接調査。分析方法：質的帰納的分析方法。【倫理的配慮】大学及び対象施設の倫理審査委員会の承認を得て行った。対象者に、研究目的・方法・個人情報保護などを文書と口頭で説明し同意を得た。面接調査は、個人の能力を査定するものではなく研究同意を撤回しても勤務査定には影響しないこと、対象者の勤務と生活に支障のない日時を設定した。【結果】研究対象者は、2施設の病棟・ICUに勤務する看護師12名（病棟6名、ICU6名）。せん妄ケアの継続看護に対する認識は、病棟・ICU共に11カテゴリーに分類された。以下カテゴリーを【】に示す。病棟・ICUの共通の現状は、【せん妄ケアを継続している実感の不足】【せん妄ケアに関する情報共有の不足】【病棟間の交流の場の不足】【療養の場によるケア方法の違い】などの継続看護の不足を示す4カテゴリーであった。また、せん妄ケアの継続看護にとって必要と感じていることは、【病棟間で共有すべき情報の多さ】【計画を活用することによるせん妄ケアの継続が必要】【療養過程で生じる患者の変化の理解が必要】【連携する体制づくりが必要】の4カテゴリーであった。病棟のみは、【病棟移動後は患者のせん妄評価が必要】【患者に関係する部署でのせん妄ケアに関する共通理解が必要】、ICUのみは、【ケアの継続による予後改善の期待】であった。看護実践は病棟が6カテゴリーに、ICUが7カテゴリーに分類された。病棟・ICUに共通していた看護実践は、【継続に必要な患者情報の収集】【活用できる情報源からの患者情報の収集】【継続に必要な患者情報の共有】【引き継がれた内容を評価・修正したケアの提供】の5カテゴリーであった。病棟のみは、【受け入れ体制の整備】【病棟看護師の場を超えた患者の支援】であり、ICUのみは、【せん妄発生を予測した患者観察】【家族への説明】であった。【考察】看護師は、病棟・ICU共に、療養の場によるケア方法の違いを認識し、引き継がれた内容を評価・修正しケアを提供していることが明らかとなった。それぞれの療養環境で提供するケア内容が異なることを両者が明確に認識したうえで、せん妄改善を目標に連携し協働することが専門職種間の継続看護を可能とする。さらに、せん妄ケアの充実を図るためには、病棟・ICU共に、療養過程で生じる患者の変化の理解が必要であるとも認識していた。他部署における患者の療養環境・治療内容と患者の心身の変化を理解することは、看護師の対象理解が深まり、患者に掛ける言葉の内容やかかわり方にも変化が生じる。看護師が療養の場を超えて支援することは、患者自身に体験を話す機会を与え、より患者の心身の術後回復過程に沿った・個別性のあるせん妄ケアに繋がると考えられる。

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第4会場)

[O9-2] 術後せん妄を発症している高齢患者の看護

○井田 美幸, 中村 香代 (独立行政法人国立病院機構災害医療センター)

【はじめに】術後患者を看護する上でせん妄ケアを行うことは重要な看護の一つである。せん妄は生命予後の悪化や入院期間の延長に繋がるとされている。しかし、看護師の主観的な判断でせん妄の有無を判断されることが多いとされている。また、M・A・ニューマンは「病気と健康は分けがたい現象である」としており、術後せん妄を発症したA氏にとって家族と過ごす時間は安らぎの時間であった。そこで、ICDSCを用いて患者のせん妄状態を評価し、安楽な時間をできるだけ多く確保するために家族と共同して介入をした症例の報告を行う。

【目的】術後せん妄を発症した患者が、安心した療養を継続するために家族と共同して介入をすることの必要性を明らかにする。

【倫理的配慮】本研究はケーススタディーとして取り組み患者の人権を損なうことのないように十分配慮し、個人情報保護を遵守した。また、災害医療センター看護部倫理委員会の承認を得て行った。

【患者紹介】腰椎椎体骨折後脊椎後弯変形に対し、脊椎後方固定術後の80歳代女性のA氏。息子家族と同居。前回の手術時にせん妄の既往あり。A氏は「自分の足で残りの人生を送りたい」という思いで手術をした。家族は再びせん妄を発症し、A氏が混乱する事を心配していたが、「元気に歩いて帰れるように」と強く望んでいた。

【看護実践】看護問題：急性混乱

看護目標：A氏はICDSCの点数が悪化せず、療養を継続できる。

A氏は高齢であり環境の変化がせん妄を発症した原因であると考えた。A氏は夜間帯に家族の名前をしきりに叫んだり、つじつまの合わない発言をしていた。家族が患者を心配し生活の様子を尋ねる様子があった。術後1日目CNS-FACE2では特に情報と保証のニードが高く（共に3点台）、家族に対して十分に情報提供を行った。家族との充実した時間を取れるよう面会時に家族と共にケアを実施。A氏は家族と過ごす時間は、「痛くないよ、大丈夫」と表情穏やかに過ごしていた。

夜間帯は、家族の話を交えて安心できる環境を整えた。翌朝は自分の生い立ちや家族のことについて柔らかい表情で語る姿が見られた。

【結果】術日の夜間帯ICDSC：6点であったが、ICU退出時(術後3日目)には2点になった。

【考察】A氏のせん妄の原因は高齢であり環境の変化がせん妄を誘発したと考えた。せん妄を発症した後、A氏にとって家族が居ないICUという環境は不快な場所になっていたと考える。しかし、家族面会時は穏やかな表情をしていた。M・A・ニューマンは「健康は意識の拡張である」としており、せん妄状態にあるA氏であっても家族と過ごす時間は病を忘れることのできる安楽な時間であったと考えた。また、M・A・ニューマンは「健康はこれらの時間、空間、運動の相互の関連に生じる個別の意識の現れ」とも考えた。A氏にとっての家族と過ごす時間はICUという不快な環境を家族との会話による相互関係を生むことで、ICUが穏やかに過ごせる環境へと変化させる事ができたと言える。せん妄ケアにおいて患者の安楽とは何かを考える事が重要であると考えた。

【結論】患者の安楽な環境を作る上では家族との時間が重要であり、安楽な環境はせん妄の症状の軽減に繋がることがわかった。

【まとめ】せん妄を発症している患者に対し、ICDSCで評価し、家族関係を踏まえ介入を行った。CNS-FACE2の結果で家族に患者の情報提供し、家族の時間を確保したことで家族が落ち着いて面会をすることができた。A氏にとって家族と過ごす時間は気持ちも穏やかに過ごす時間でありせん妄の軽減に繋がった。家族との関係を維持し、せん妄を悪化させないための要因についてアセスメントし介入することが重要だと考える。

(2018年7月1日(日) 13:40～14:40 第4会場)

[O9-3] 救命救急センターにおけるせん妄評価ツール CAM-ICU・ICDSC導入後の看護師の認識

○羽中田 夏美¹, 遠藤 みどり² (1.地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院, 2.公立大学法人 山梨県立大学)

【はじめに】救命救急センターにせん妄評価ツールのCAM-ICUとICDSCを導入したが、せん妄評価ツールの活用やせん妄ケアが十分に行えていない現状が明らかになった。そこで、CAM-ICU・ICDSC導入後1年経過した中で、看護師がせん妄予防・せん妄ケアをどのように捉え、どのようにせん妄評価のための評価ツールを活用し、課題をもっているかの認識を明らかにしたいと考えた。【目的】救命救急センターにおける看護師のせん妄ケアと評価ツール活用に対する認識を明らかにし、せん妄評価ツール活用の定着に向けた基礎資料を得る。【方法】1) 対象者:救命救急センターに所属する看護師 2) 研究デザイン:量的記述研究デザイン。3) 調査内容・方法:せん妄の要因・せん妄ケア・せん妄評価ツール活用等に対する認識を問う設問項目無記名用紙を1人1部ずつへ配布。2週間の留め置き。4) 分析方法:記述統計量の算出と記述内容の集約。5) 倫理的配慮:自由意思の尊重、拒否権利の保証、匿名性の保持を遵守し、文書と口頭で研究協力への同意を得た。所属施設の看護局研究倫理審査会の承認を得て実施した。【結果】配布数31部、調査回収数(回収率)は29名(93.5%)、有効回答数

(有効回答率)は19名(61.29%)であった。せん妄要因は「禁食」が平均2.57で、その他は平均3.0以上であった。せん妄ケアの内容は「過活動時、低活動時の医師と薬剤調整」「生活リズムの記録」等が平均よりも低い結果であった。せん妄評価の活用は95%、頻度は「毎日行っている」、「せん妄発症の兆候があった時」が50%であった。せん妄評価ツール活用の利点は「早期発見」「ケアへの早期介入」等が50%以上であったのに対し、「せん妄タイプの見極め」「多職種との連携」は10-20%程度であった。せん妄評価ツールの種類はCAM-ICUが全体の11%、ICDSCは89%であった。CAM-ICUで評価困難な項目は「無秩序な思考」が一番に多く、ICDSCの項目は「精神運動的な興奮・遅滞」であった。せん妄評価ツール活用の困難さでは、「ケアに活かすこと」「他職種と共有しにくい」の2項目が約40%であった。【考察】看護師はICDSCのせん妄評価ツールを多く活用していることが明らかになったが、活用利点の認識は高くなく、生活状況の記載等が低い結果であった。看護実践への活用や他職種との連携の困難感も有していたことから、今後は、事例を用いたせん妄評価ツールの活用とせん妄評価の検討や他職種とのせん妄予防等の検討機会を設定する必要性が示唆された。【結論】せん妄評価ツールの活用により、看護師はせん妄評価の必要性を理解がしていることが明らかになった。一方、せん妄評価ツールの定着には、事例を用いた実践的な学習機会や他職種との検討機会の設定が必要であることが示唆された。

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第4会場)

[O9-4] 記憶のゆがみ予防の看護ケアバンドル導入後における記憶のゆがみの変化

〇那須川 敏行, 白浜 伴子, 木下 佳子, 由井 多希, 原田 夏実, 米持 幸恵 (N T T 東日本関東病院)

【目的】ICU入室患者は重篤な疾患や侵襲的な治療により身体的、精神的苦痛を感じている。ICUでの辛い体験の記憶、あるいは記憶の欠落はICU退室後も患者を苦しめ Post-Traumatic stress disorder(PTSD)や抑うつ状態となり患者のQOLを著しく低下させる。そこで、記憶のゆがみ予防の看護ケアバンドルを実践することにより、記憶のゆがみを改善する効果について明らかにすることを目的とした。

【用語の定義】記憶のゆがみとは、記憶の欠落、混乱した感じ・落ち込んだ感じ・不安や恐れなどの不快な感覚、いじめられたなどの被害的な体験、幻覚妄想など非現実的な体験を1つでも有したものとする。

【方法】対象：ICUに48時間以上入室した患者。そのうち、脳血管疾患や認知障害がある患者は除外した。研究期間：ケアバンドル導入前2016年6月1日～2017年1月19日導入後2017年1月23日～2017年9月15日ケアバンドルの作成と遵守：記憶のゆがみやせん妄を引き起こす要因についての先行研究をもとに、音や光の調整、感覚障害の矯正、早期モビライゼーションなど全8項目を設定した。患者を受け持つ看護師は、その項目の遵守状況についてチェックリストを使用して、勤務帯ごとに遵守の有無を記録した。バンドル導入前には、スタッフに十分な説明を行った。調査方法：ICU退室後訪問を行い、ICUメモリーツールを参考に作成した調査票をもとに、「記憶の欠落」「混乱した・不安・落ち込んだ感じ」「いじめられたなどの体験」「幻覚妄想などの非現実的な体験」の有無を尋ねた。バンドルの遵守状況については、チェックリストごとに集計を行い、統計的に分析した。統計ソフトはEZRを使用した。

【倫理的配慮】データは個人が特定されないようコード化しプライバシーの保持に努めた。研究施設倫理委員会の承認を得た。

【結果】バンドル導入前の対象は59名(男43名)、バンドル導入後は56名(男36名)であった。患者の内訳は、導入前群は年齢72歳(66.0～77.0)心臓血管外科31名、消化器外科19名、その他9名。導入後群は年齢71歳(63.7～76.5)心臓血管外科39名、消化器外科10名、その他7名であった。バンドルの遵守率は、1.事前説明61.6%、2.愛用品使用4.9%、3.光の調節99.1%、4.音の調節97.5%、5.疼痛コントロール99.3%、6.日時の認識95.5%、7.感覚器補正27.6%、8.早期離床68.2%であった。バンドル導入前の記憶のゆがみを呈したのは61.0%であり、導入後は44.6%であった。記憶のゆがみの項目の内訳は、1.記憶の欠落：導入前25.4%、導入後37.5%、2.不快な感覚：導入前25.4%、導入後23%、3.被害的体験：導入前8%、導入後7%、4.非現実的な体験：導入前30.5%、導入後17.8%であった。ケアバンドルを導入することによって有意差はなかったが、記憶の

ゆがみは減少し、特に非現実的な体験の減少が見られた。

【考察】看護ケアバンドルの中で音や光の調節に対する遵守率が高く、患者の夜間の環境を整えることで記憶のゆがみ、特に非現実的な体験が減少したと考えられる。患者への事前説明はバンドル導入前に全く行っていないため、記憶のゆがみの減少に関与した可能性がある。愛用品の使用率が低いと、徹底することで記憶のゆがみに変化が見られるか再検討する余地がある。

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第4会場)

[O9-5] 定期開心術後のICU入室患者に鏡を使う事で伝わる情報と患者に与える影響

○山本 達也, 森田 幸子, 濱田 愛 (神戸市医療センター中央市民病院)

【目的】本研究は、集中治療室の患者に鏡を用いる事で伝わる情報、患者に与える影響を調査し、ICU患者の情報整理や状況理解の補助となるのか検討する事を目的とした。【方法】研究デザイン：介入研究。当院のICUに入室した予定手術の開心術後患者を対象にプロトコル化した鏡を使った介入を実施し、介入終了後に質問票を用いて半構成面接調査を行った。また診療録より対象者に関する基本的情報(年齢、性別、疾患、ICU入室期間、入院期間、挿管期間、鎮静期間、せん妄発症人数、プロトコル実施率)を得た。得られた質的データはKJ法で分析し、数量データは単純集計(記述統計)した。データ収集期間は平成29年4月1日～6月7日であった。【倫理的配慮】本研究は研究実施施設の看護部倫理審査会の承認を得た。対象者へは文書を用いて、研究の趣旨、研究参加の有無により対象者が不利益を被らない事、匿名性の確保について説明し、文書で同意を得た。【結果】対象者は男性16名、女性5名の計21名、鏡を見たことを覚えていたのは20名(95%)であった。鏡を使って見て確認した事からは、【鏡に映った自分】、【自分の生死を確認】など4カテゴリーが抽出された。鏡を見て感じた事からは、【見えた事で理解が深まった】、【自分の予想との相違】など6カテゴリーが抽出された。鏡を見て考えたことからは、【外見の変化】、【挿入物の位置のわかりやすさ】、【自分の状況を想像】などの7カテゴリーが抽出された。鏡を見た印象は、良い印象、悪い印象、印象がない、に分類され、良い印象からは、【自身や挿入物が確認出来た】、【説明だけより理解しやすい】、【安堵する】など5カテゴリーが抽出された。悪い印象からは、【痛みでそれどころではなかった】など4カテゴリーが抽出された。印象がないからは、【事前に説明されていた】の1カテゴリーが抽出された。看護師から鏡を見せられて受けた説明と感じた事は、覚えている、あまり覚えていない、説明は受けたが記憶にない、覚えていない、に分類された。覚えているからは、【口腔ケアに利用するよう説明を受けた】、【手術後の状態の説明を受けた】など4カテゴリーが抽出された。あまり覚えていないからは、【挿入物の説明はあったかもしれない】、【整容に利用するよう勧められた気がする】など3カテゴリーが抽出された。説明を受けたが記憶にないからは、【鏡は見たが説明は記憶にない】など2カテゴリーが抽出された。覚えていないからは1カテゴリーが抽出された。【考察】【手術後の状態の説明を受けた】など、プロトコルで提示した鏡像の記憶が面接時まで保持されていた事実は、先行研究にあるように鏡による視覚情報が事実記憶の保持に有効である可能性を示唆している。また【説明だけより理解しやすい】ように、鏡を用いて説明することは、視覚・認知機能を補い、情報整理や状況理解に有益である可能性が示された。対象者は鏡を見て、自身の置かれた状況を捉えようと自発的な試みを行っており、【自身の生死を確認】、【自分の予想との相違】を分析することで回復意欲の強化に繋がったと考えられる。また鏡を見る事で【安堵する】感覚を抱いていたことは、鏡を見る行為自体が回復の意欲を高める援助となっていた。しかし、一方で【痛みでそれどころではなかった】などストレスの存在や、対象者の需要と一致しない場合は鏡を使用することが悪い印象を抱く場合もある。【結論】鏡を用いて説明する事は、視覚・認知機能を補い、情報整理や状況理解に有益である可能性がある。一方、対象者の心情に十分に配慮して使用する必要がある。

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:40 第4会場)

[O9-6] 音楽聴取が腹腔鏡下胆嚢摘出術術後患者にもたらす睡眠への効果

○田中 由加, 新地 博晃, 川西 美保 (公立学校共済組合近畿中央病院)

【目的】術後患者は手術侵襲によってせん妄を誘発することが知られている。せん妄は患者の予後を増悪させ、集中治療室退室後も続く認知機能障害に関連があり、せん妄予防に対する看護介入が重要である。せん妄の誘発因子には不眠があり術後患者では51%にのぼると報告がある。また、ベンゾジアゼピン系を中心とする睡眠薬自体がせん妄を誘発することも知られている。A病院では、術後患者の不眠に対して睡眠薬を与薬するが効果が得られず、睡眠の確保に難渋している。先行研究では、非薬物療法として足浴やアロマテラピー、音楽聴取を用いた看護介入の効果が多数報告されている。そのなかでも我々は、簡易かつ一定の質で施行できる音楽療法に着目した。しかし、集中治療室に入室した術後患者に就寝前の音楽聴取と、睡眠薬使用の有無を客観的に比較検討した文献は存在しなかった。そこで、本研究はA病院 High Care Unit (以後 HCU) での睡眠薬使用の有無と終夜睡眠ポリグラフ検査(polysomnography以後 PSG)を指標として音楽聴取の効果を検討した。【方法】対象は2016年9月から2017年1月に、A病院のHCUに入室した腹腔鏡下胆嚢摘出術後で、創部痛は Numerical Rating Scaleが3以下、かつ音楽が35 dBの音量で聴取できる患者とした。除外対象は、自己調節鎮痛法の使用や研究の中断、認知症または精神疾患の既往がある患者とした。音楽は、対象者の両耳にイヤホンを着用し、手術後当日の21時から22時まで実施した。PSGは睡眠評価装置(AlicePDX®, PHILIPS社)を使用し、21時から翌朝6時まで測定した。睡眠薬の使用の有無、年齢、性別の情報はカルテから収集した。年齢、睡眠変数は平均値±標準偏差で示した。本研究はA病院倫理審査委員会の承認を受け実施した。全研究対象者に研究目的や方法、研究結果の公表、協力、協力の撤回は自由意志であること、協力が得られなくても不利益を受けないことについて口頭および説明文書を用いて説明を行い、書面による承諾を得た。個人情報取り扱いは、個人情報保護法に準じ厳守した。本研究に関連し、開示すべき利益相反関係にある企業や団体はなし。【結果】腹腔鏡下胆嚢摘出術を受けHCUに入室した対象は10名。男性4名女性6名、平均年齢は59±13歳であった。睡眠薬の使用人数は0名であった。PSGでは睡眠段階1+2は87.3±9.9%、睡眠段階3+4は1.7±4.8%、REM睡眠は10.8±6.5%であった。睡眠潜時は32.1±14.1分、覚醒反応指数は46.1±23.7回/時間であった。【考察】音楽聴取を実施した対象者は睡眠薬を使用しなかった。健常成人と比較し、PSGでは浅眠で分断化を認めたが、睡眠潜時は短縮していた。先行研究では音楽聴取は交感神経の過緊張を緩和し、ストレス反応も低下することが報告されているが、今回の研究対象者からは「何回か、目は覚めたけど、寝付きには困らなかった」などの回答が得られた。これらのことから、音楽聴取による弛緩効果により、睡眠導入への効果が認められ、睡眠薬の使用減少に繋がったことが示唆された。今回の研究結果は手術侵襲を受ける患者すべてに適応できるかは明らかではない。対象を腹腔鏡下胆嚢摘出術後患者に限定したからである。そのため、今後の研究によって音楽聴取が、あらゆる侵襲下の患者の睡眠導入に対して効果を認められれば、せん妄予防の一助となり、予後の改善や認知機能障害の予防に繋がることが期待できる。【結論】音楽聴取が睡眠導入の一助となる可能性が示唆された。

一般演題（口演）

一般演題（口演） O10群

創傷ケア・口腔ケア

座長:小澤 美津子(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院), 座長:有澤 文孝(地方独立行政法人東金九十九里地域医療センター・東千葉メディカルセンター)

2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:30 第6会場 (2階 瑞雲)

[O10-1] イレウス解除術後感染創・瘻孔により QOL低下をきたしたがん患者への看護 創傷ケアから QOL維持を考える

○内田 和美, 渡邊 久美, 渡邊 泰子 (国民健康保険富士吉田市立病院)

[O10-2] NPPVに伴う医療関連機器圧迫創傷の発生に関連する看護ケア要因

○牛島 麻衣, 志村 知子, 高橋 幸憲, 田端 陽太, 横山 瑞恵, 川原 龍太 (日本医科大学付属病院 看護部)

[O10-3] 小児心臓血管外科患者の褥瘡発生に関する危険因子・看護ケアの検討

○加覧 妙子 (鹿児島大学病院ICU)

[O10-4] 高度救命救急センターにおける口腔トラブルの現状と看護ケアの考察

○坂本 典子, 友清 敏之 (佐賀大学医学部附属病院)

[O10-5] ICU入室中の気管挿管患者に対する口腔ケアの実態

○橘 逸仁, 立野 淳子, 山田 剛史, 岩田 文仁 (一般財団法人 平成紫川会 小倉記念病院)

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:30 第6会場)

[O10-1] イレウス解除術後感染創・瘻孔により QOL低下をきたしたがん患者への看護 創傷ケアから QOL維持を考える

○内田 和美, 渡邊 久美, 渡邊 泰子 (国民健康保険富士吉田市立病院)

【目的】創傷管理への関心が集中してしまい患者の活動や睡眠を阻害することなどに至った事例を経験した。日常生活維持を重視した創傷管理方法を検討し実践した結果、患者の日常生活のあり方を改善し創傷治癒促進に繋がったことから創傷管理の看護実践を振り QOL維持を考慮した看護のあり方について今後の看護の示唆を得る。【方法】事例紹介：A氏 進行性胃癌に対して外科的に切除術施行。約1年半後にイレウスのため入院され、保存的治療の効果なくイレウス解除術施行され ICU入室。ADLは自立されており物静かな、寡黙な性格であった。キーパーソンは妻。方法：事例研究。看護記録・医師記録から患者の意向・苦痛緩和・QOLの維持に重きを置いた看護介入を分析し考察する。倫理的配慮：A病院倫理審査委員会の承認を得た。患者は死去されており妻へ往復はがきにて研究参加を依頼しインフォームドアセントを行った。【結果】術後5時間後より正中創から便汁様の浸出あり、創部の離開も認めためたため腹部 CTを施行。皮下筋層部縫合不全及び膿瘍形成疑いが明らかとなった。医師は一時的な創部の持続的洗浄を開始したが汚染が強く効果的な洗浄効果は得られず、24時間持続的な洗浄へ変更とした。創感染拡大の回避・治癒のための創傷管理を継続していく一方で、ガーゼへの浸出が増加し寝衣汚染・更衣も頻回となり不快感の増強や夜間不眠につながり、日中も含め寝返りなど日常生活動作が阻害されている現状にあった。問題を「浸出液管理が困難な現状の創傷管理方法の継続が疼痛や不眠、不快感がストレスを増強させ、活動耐性低下、回復意欲の低下、回復の見通しへの不確かさをもたらし QOLを低下させている」と捉え、主治医と改めて創傷管理方法の再検討を行った。主治医は感染コントロールを優先させるため現状維持はやむを得ないとの見解であり問題解決のための新たな創傷管理方法を見いだせずいた。ICU看護スタッフはその人らしさの擁護、安心安全な日常生活と回復意欲の保持が患者の尊厳の尊重という意味でも重要であると共有し、水準の高い創傷管理ケアを提供できる皮膚・排泄ケア認定看護師をリソースとして依頼した。既成の排液ドレナージバック使用は困難であり創全体をポリウレタンフィルムで保護し洗浄・吸引用のカテーテルをそれぞれ独立した状態で密閉し、創内持続陰圧洗浄療法を開始。消化液残渣による閉塞回避のため吸引カテーテルのサイズを上げ、確実な陰圧管理のためポリウレタンフィルム貼付部位の平面を確保するなど細部にわたる工夫を実施した。結果、効果的に浸出液が誘導でき4時間程度の睡眠時間の確保に繋がられた。その後、既成の排液ドレナージバックを使用できるようになり更に効果的に持続吸引が行え、術後11日目には薬剤に頼ることなく夜間睡眠が継続でき、15日目には術後初めて端坐位をとることができた。A氏の表情にも笑顔がみられリハビリテーションに意欲的に取り組むように変化していった。【考察】術後からの創部洗浄法は、創傷管理としてその目的を達成する意味では効果的であったが、一方でA氏の QOL低下に影響していたことは明確であった。創傷管理により日常生活を低下させていることを問題として捉え、多職種が連携しチームとして介入し身体的側面だけではなく全人的に患者を捉えたことでニーズに合ったケアに繋げることができた。創内持続陰圧洗浄療法は創傷管理に効果的であるといわれておりその中でも工夫できたことは QOL維持には効果的であったと考える。全身管理や局所管理を行う上で患者の日常生活やその人らしさ、QOLをも考慮した創傷ケアの検討が重要であり、かつ今後の課題であるといえる。

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:30 第6会場)

[O10-2] NPPVに伴う医療関連機器圧迫創傷の発生に関連する看護ケア要因

○牛島 麻衣, 志村 知子, 高橋 幸憲, 田端 陽太, 横山 瑞恵, 川原 龍太 (日本医科大学付属病院 看護部)

[背景]

急性期領域では非侵襲的陽圧換気療法（以下 NPPV）による医療関連機器圧迫創傷（以下 MDRPU）の発生割合が高い。その要因にはリーク対策に伴うストラップの過剰な締め付け、マスクフィッティングの良否、予防的に

用いられる創傷被覆材による発見遅延などがある。これらは MDRPU 予防対策において看護の質がより密接に関連するケア要因であり、その具体には看護ケアを導く思考や行動に影響を与える個人特性が影響を及ぼしていると考えられる。

[目的]

NPPVにおける看護の実際と MDRPU発生予防に向けた看護ケアを導く思考・行動に影響を与える看護師の個人特性について明らかにし、看護ケアの改善策を導く。

[方法]

研究デザインは質問紙による調査研究である。MDRPU発生に影響を及ぼすケア要因に関わる臨床での看護場面を取り上げ、それに関わる看護師の思考や行動を導き、closed formによる44細目の質問を作成した。看護師経験年数やNPPVに関する教育経験などのほか、患者に対する看護場面に関する質問を調査内容に含めた。2017年12月(1ヶ月)の期間にA病院集中治療領域の看護師222名を対象に調査を実施し、対象者の背景のほか、看護ケアを導く思考・行動と個人特性との関係についてカテゴリー化し、集中治療領域のクリニカルラダーを基に職位のある者、CNS・CNなどの資格取得者を含む看護師経験年数6年目以上の看護実践能力中堅者以上群とそれ未満群で比較検討した。データは記述統計とMann-WhitneyのU検定を用いた。本研究は所属施設の倫理審査委員会の承認を得て行った。

[結果]

調査対象者222名中182人から回答が得られ(回答率81.98%)、全項目に回答があった170名を分析対象とした(有効回答率76.58%)。中堅者以上の割合は47.06%で、全体の94.00%がNPPVを受ける患者の看護を経験していた。73.13%の看護師が主に院内教育によるNPPV教育を受けていたが、フィッティング教育受講者は53.13%に留まった。また、68.13%の者が患者の理解と協力が得られないことによってフィッティングに苦慮した経験を持ち、その理由として「せん妄・不穏」という病態を挙げた。さらに、MDRPUを発生した際に「意識清明であった患者」であるにも関わらず「痛みの訴えがなかった患者」は17.95%であった。リーク調整はその多くがベルトによって行われ、アーム等のマスクの機能を理解している者は60.00%に留まった。解析では、“MDRPU発生経験”、“MDRPU予防対策への意識や実践”

“医療機器の機能・構造に関する知識”などのカテゴリーが中堅者以上において有意にその割合が高かった。

[考察]

MDRPU発生経験や看護経験に伴う役割認識などが予防に向けた意識の向上と実践度に関与している。実践能力の高い看護師を組織内教育に活用し、マスクの機能やフィッティング、外力低減ケアの適正評価に関する院内教育をこれまで以上に進める必要がある。意識が清明でありながら疼痛の訴えがなかった患者の背景には、呼吸困難によるコミュニケーション障害や疼痛の自己抑制が存在したと考えられる。教育内容にはNPPVマスクによって生じる閉塞感や不安感、疼痛の疑似体験などを盛り込み、疼痛緩和ケアの手段を習熟させるとともに、MDRPU発生リスクや提供する看護ケアに関する丁寧な情報提供により患者や家族が治療やケアに参加できる環境を構築する必要がある。

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:30 第6会場)

[O10-3] 小児心臓血管外科患者の褥瘡発生に関する危険因子・看護ケアの検討

○加覧 妙子 (鹿児島大学病院ICU)

【はじめに】重度の先天性心疾患をもつ1歳未満の心臓血管外科術後患者の多くは、急性期で循環動態が不十分な状況にある。そのため、人工呼吸管理や循環管理を要し、鎮静薬の投与は必須であり、体動が制限される。またバイタルサインの変動や浮腫を併発する患者も多く褥瘡発生の危険性が高い状況下にある。褥瘡予防対策は、全入室患者に体圧分散マットを使用し、スキンケアや体位変換、除圧などのケアを行っているが、現在の対策だけでは褥瘡発生を低下させるのは困難と考えた。褥瘡発生の要因は多様であり、統一的なアセスメントや、個々の患者に合わせた褥瘡対策が十分に行われていないことが褥瘡発生率低下にいたらない理由の一つと考えた。そこ

で、ブレードン Qスケールを参考に褥瘡発生危険因子を抽出し、小児心臓血管外科患者の特殊性を踏まえた看護ケアについて検討した。【目的】小児心臓血管外科患者の褥瘡発生因子を明らかにし、今後の褥瘡予防ケアへの活用について検討する。【方法】対象者：平成26年4月1日～平成29年7月31日に A病院 ICUに入室した5歳以下の小児心臓血管外科患者284名調査期間：平成26年4月1日～平成29年7月31日分析方法：ブレードン Qスケールの評価項目を基準に、独自に褥瘡発生危険因子の32項目を挙げた。褥瘡発生危険因子と褥瘡発生の関連性を χ^2 検定あるいは独立したサンプルの t検定、多重ロジスティック回帰分析を用いて検討した。有意水準は $p < 0.05$ とした。褥瘡の状況、ケア方法を診療録から抽出した。【倫理的配慮】 A病院ホームページ上に本研究の実施を公開し、研究対象者またはその代諾者が研究の対象になることを拒否できる機会を保障した。研究データ、結果の公開については個人情報保護のため、データはセキュリティロックの機能のある電子媒体に保存し管理した。また、所属施設の看護研究倫理審査委員会で承認を得た。【結果】対象患者は284名(男児155名、女児129名)であり、平均月齢は8.8(± 8.9)、平均体重は6.73kg (± 2.54)であった。そのうち褥瘡発生患者は14名、褥瘡発生部位は14名中13名後頭部に発生している。 χ^2 分析・t検定では、体重 $p=0.026$ 手術時間 $p=0.032$ 術中心肺使用時間 $p=0.01$ 再手術 $p=0.014$ PCPS・ECMO $p=0.014$ CHDF使用 $p=0.001$ 術後未閉胸 $p=0.005$ 入室期間 $p=0.024$ アドレナリン投与 $p < 0.001$ コアテック投与 $p=0.009$ 鎮静剤2剤以上使用 $p=0.019$ 筋弛緩薬使用 $p=0.003$ 人工呼吸器使用日数 $p=0.032$ 体位変換禁止 $p=0.003$ 抑制の使用 $p=0.007$ 腋窩温 $p=0.009$ 以上の16項目に有意差がみられた。多重ロジスティック回帰分析では、ボスミン投与 $p=0.039$ オッズ比46.9倍(1.2-1824)であった。褥瘡予防のケアとして、除圧・耐圧分散マットを使用を行っていた。【考察】褥瘡発生に有意な因子として「アドレナリン投与」が抽出され、組織還流の低下につながり、薬剤の機序を理解した観察や組織還流改善するためのケアを検討していく必要がある。鎮静剤や筋弛緩剤を投与する循環動態が不安定な患児は、体位変換が禁止されている場合がほとんどであり、観察もできない状況にある。予防的に除圧を行っていたが、看護師個々の判断で行われており、方法や時間が統一されておらず有効な除圧ではなかったことが示唆される。褥瘡好発部位である後頭部が耐圧分散マットと点として接しているため、頭部が大きい小児では褥瘡発生リスクが高い状況であった。小児におけるマットの検討も必要である。【結語】小児心臓血管外科術後の褥瘡発生予防として、組織還流を促すケアが必要である。また除圧の方法やマットの選択などの検討が必要である。

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:30 第6会場)

[O10-4] 高度救命救急センターにおける口腔トラブルの現状と看護ケアの考察

○坂本 典子, 友清 敏之 (佐賀大学医学部附属病院)

【はじめに】高度救命救急センターに入室する患者は、絶食管理、人工呼吸器管理が必要な場合も多く口腔状態が悪化しやすい。口腔状態の悪化は、誤嚥性肺炎や人工呼吸器関連肺炎などの原因になると言われており、全身管理の面からも口腔内の清潔保持が重要である。A病院 EICUでは、毎日全ての入院患者を対象に Eilers口腔アセスメントガイドを改訂した口腔ケアアセスメントガイド(以下、アセスメントガイド)を使用し、口唇、舌、唾液、粘膜、歯肉、歯と義歯、口蓋、歯牙動揺の8項目を点数化し評価している。アセスメントガイドの点数は、8点から23点とし、点数の低い方が口腔状態は良好としている。また、口腔状態に合わせたケアをチェック方式で選択し、必要なケアを看護指示に記載している。そこで今回は、口腔トラブルの現状と看護指示の有無による口腔トラブルの経過の違いを明らかにし、良好な口腔状態を保つための看護ケアについて考察した。【方法】研究対象：EICU入院患者のうち、口腔ケアアセスメントガイドを3日以上使用した97人。研究期間：2017年5月～2017年12月。研究方法：入院から24時間以内(以下、入院時)とアセスメントガイドの合計点数が最も悪い時(以下、増悪時)、EICU退出時やアセスメントガイドの評価終了時(以下、終了時)の3つの時点において、アセスメントガイドの点数と口腔トラブルに関する看護指示の有無及びその内容を診療記録より抽出した。さらに、看護指示の有無による増悪時と終了時のアセスメントガイド合計点の差を比較した。分析は、JMPVer.13を用い2群間の比較には t検定を行った。倫理的な配慮：所属施設の倫理審査会で承認を得

た。【結果】看護指示の記載状況は、対象患者97人のうち指示あり群65人、指示なし群32人であった。増悪時と終了時のアセスメントガイド合計点の差は、対象患者全員を看護指示あり群と指示なし群で分けると p 値：0.001 ($p < 0.05$) で統計的有意差が見られた。増悪時の口腔トラブルの状態は、口腔内乾燥77人、口腔汚染71人、舌苔71人、口唇乾燥53人、口蓋汚染30人、歯肉潰瘍・出血26人、口唇出血・潰瘍17人、歯牙動揺13人、口蓋潰瘍・出血4人であった。看護指示の内容は、口唇保湿45人、口腔観察28人、口腔内保湿23人、舌苔ケア22人、チューブ除圧22人、十分なブラッシング10人、歯牙動揺の観察7人、口蓋ケア1人であった。【考察】増悪時と終了時のアセスメントガイド合計点の差は、看護指示の有無で比較すると、指示あり群の方が指示なし群より点数の改善が見られた。この結果から、看護指示により統一した口腔ケアが継続でき、口腔状態の改善に繋がった事が考えられ、口腔トラブルの改善には、看護指示による継続したケアを行っていく事が重要であると示唆された。口腔トラブルの状態は、口腔内乾燥、口腔汚染、舌苔、口唇乾燥が多く、看護指示の内容は、口唇保湿や口腔観察、口腔内保湿、舌ケア、チューブ除圧の順に多かった。口腔トラブルの状態と看護指示の内容を比較すると、口腔内保湿、十分なブラッシング、舌ケアの看護指示は少なく、口腔トラブルに合せた看護指示が十分では無いことがわかった。口腔トラブルで多かった口腔内乾燥、口腔汚染、舌苔を予防し悪化を防ぐ為には、口腔状態に合わせて口腔内保湿、十分なブラッシング、舌ケアを早期から行う事が必要であると考えられる。

(2018年7月1日(日) 13:40 ~ 14:30 第6会場)

[O10-5] ICU入室中の気管挿管患者に対する口腔ケアの実態

○橘 逸仁, 立野 淳子, 山田 剛史, 岩田 文仁 (一般財団法人 平成紫川会 小倉記念病院)

【はじめに】ICUにおいて最も頻度が高く、人工呼吸器装着期間やICU滞在時間の延長、死亡率の増加につながる重大合併症にVAE(人工呼吸器関連イベント)がある。VAEの発生経路は、上気道に存在する原因菌や、逆流した胃内容物など気管チューブのカフ上に貯留した分泌物が下気道に流れ込むことが主因であり、口腔ケアは後者の予防を目的としている。口腔ケアの方法はいくつか提唱されているが十分なエビデンスはない。当院では、病院独自の方法で実施しているが、口腔ケアの効果の検証は行っていなかった。そこで、患者の口腔内の細菌数、乾燥度、汚染度の視点から気管挿管患者への口腔ケアの実態を明らかにすることを目的に調査を行った。【方法】対象者：当院のICUで看護師経験が1年以上ある看護師。データ収集方法：気管挿管されている患者(有歯者)の受け持ち看護師が昼の口腔ケアを実施する際に、口腔内測定器を使用して口腔ケア実施前・ブラッシング後・口腔ケア後の3時点における口腔内細菌数、乾燥度、汚染度を測定した。期間：H29年1月～H29年11月。分析方法：得られた結果を単純集計したのち、細菌数、乾燥度、汚染度を一元配置分散分析を用いて分析した。又、ブラッシング時間と総口腔ケア時間との関連をPersonの相関係数を用いて、ブラッシングの有無による違いはウィルコクソン検定を用いて分析した。倫理的配慮：院内倫理審査委員会の承認を得て調査を実施した。得られた情報から、個人の特定が出来ないよう個人情報厳密に取り扱うなど倫理的配慮を遵守した。【結果】1.対象者の背景：対象看護師は8名、平均経験年数は8.5年、性別は男6名であった。2.患者の背景：患者の平均年齢は72歳、性別は男5名であった。3.口腔ケアの実態1)口腔ケア中の口腔内細菌数、乾燥度、汚染度口腔ケア開始前、ブラッシング後、口腔ケア後における細菌数、乾燥度、汚染度のいずれも平均値に統計学的な有意差は認めなかった(細菌数：前33924500、中22488583、後12012417、乾燥度：前34.35、中49.79、後44.25、汚染度：前16182、実施中27455、終了後23179)。2)口腔ケア手技平均口腔ケア時間は282.2秒であり、平均ブラッシング時間は91.3秒であり、両者に有意な関連はなかった。口腔ケア実施中の平均ギャッチアップ角度は16.2度であった。ブラッシングの有無による細菌数、保湿度、汚染度の違いはなかった。【考察】細菌数は、経時的に有意な差は認められなかった。ブラッシング後は、歯垢が破壊され口腔内に飛散するため、細菌数は増加すると仮定していたが、本調査では細菌数が不変もしくは減少していた。これは、効果的なブラッシングができていない可能性や歯ブラシの使用率が半分であることが原因と考えられる。乾燥度に関して有意な差は認められなかった。口腔ケア実施後は保湿度が高い状態の対象者もいたが、実施後に保湿度使用していたのは1名しかおらず、実施後の乾燥度に影響した可能性がある。気管内挿管していることや

高齢者であることから、唾液分泌が減少し口腔内乾燥の増加によって口腔粘膜の損傷、口腔環境が悪化する可能性があるため保湿ジェルを使用するなど考慮する必要があった。汚染度についても有意差は認められなかった。時間経過観察では、実施中から終了後減少しているが、開始前より増加していた。これは、口腔ケア中もしくは口腔ケア後の吸引が適切に行われていなかった可能性を示唆する。今回の結果より現在の口腔ケア方法では、半数以上が口腔内の細菌数・汚染度を増加させ口腔ケアを終えている状態といえる。今後効果的な口腔ケア方法を行うために、口腔ケアに関する教育に取り組む必要がある。

一般演題（口演）

一般演題（口演） O5群

精神ケア

座長:染谷 泰子(帝京平成大学 健康メディカル学部), 座長:丹羽 由美子(愛知医科大学病院)

2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第7会場 (2階 蓬莱)

[O5-1] 循環器疾患患者が入院環境に抱くストレスー ICUと一般病棟で患者の抱くストレスはどのように異なるかー

○宮崎 圭奈子, 佐藤 麻美 (心臓血管研究所付属病院ICU)

[O5-2] 緊急手術を伴う二度の手術を乗り越えた高齢患者の力と看護師の関わりについて

○清水 真平, 中村 香代 (独立行政法人国立病院機構災害医療センター)

[O5-3] 術後患者が退院直後に抱く日常生活の不安・困り事

○松本 里加 (埼玉医科大学保健医療部看護学科)

[O5-4] 人工呼吸器が装着されていた患者の ICU入室中の体験

○三浦 敦子^{1,2}, 森 恵子² (1.豊橋市民病院, 2.浜松医科大学大学院医学系研究科)

[O5-5] 除細動器付き植込み型心臓デバイスの新規植込み術を受けた患者が社会復帰に向けて抱く不確かさ

○鶴見 幸代, 中村 美鈴 (自治医科大学大学院看護学研究科)

[O5-6] 人工呼吸器装着患者に対する ICU看護師のケアリング行動

○大崎 杏奈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)

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第7会場)

[O5-1] 循環器疾患患者が入院環境に抱くストレスー ICUと一般病棟で患者の抱くストレスはどのように異なるかー

○宮崎 圭奈子, 佐藤 麻美 (心臓血管研究所付属病院ICU)

【研究背景】 ICUでの治療を受ける患者は特殊な療養環境で侵襲的治療を受けることも多く、一般病棟に入院する患者とは異なるストレスを抱えているのではないかと考えた。そこで今回は、ICUに入院となった患者と一般病棟に入院となった患者ではストレスの度合いや内容にどのような差異があるのかについて明らかにすることを目的とし調査・検討を行った。

【研究方法】 2017年9月～12月下旬までに循環器専門 A病院 ICUおよび一般病棟へ入院した患者を対象に、入院生活のストレスに関わる内容とストレスの程度について質問紙調査を実施した。尺度には、川口らが作成し、入院環境により患者がストレスと感じる要因38項目からなるストレス場面アンケートを使用。尺度使用に当たっては開発者へ承諾を得た。ストレスの程度については、4.当てはまる、3.やや当てはまる、2.あまり当てはまらない、1.全く当てはまらない、の4段階リッカートスケールで評価するとともに、38項目の得点の合計をストレス得点とし分析を行った。療養環境と入院期間がストレスの度合いに関連すると考え、ICU群、一般病棟群、短期入院となるクリティカルパス群の3群に分類し、ストレスの度合いとストレス要因の差異について、有意水準5%未満とし統計学的に分析を行った。

【倫理的配慮】 研究の趣旨、自由意思の尊重、個人情報保護の厳守などについて記した説明文書を用い研究者が直接対象者へ説明を行い、同意が得られた対象者へのみ質問紙を配布した。質問紙は無記名自記式とし、封シール付き封筒を調査票と共に配布し回収した。患者への身体的負担を最小限にとどめるため、一般病棟群へは治療が終了し退院が決定した時期に、クリティカルパス群は退院前日に質問紙を配布した。ICU群へはICU在室中の記憶が残っている時期を考慮し、病状が安定しICUを退室後2～3日目に質問紙を配布した。尚、本研究は当施設倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】 ICU群22名 (23.2%)、一般病棟群36名 (37.9%)、クリティカルパス群37名 (38.9%) より回答を得た。入院環境によるストレスの内容の差異について比較した結果、「されている治療の内容が分からないこと (p=0.01)」の1項目はICU群でストレスに感じている患者の割合が有意に多く、「同じ部屋に他人が寝ていること (p=0.00)」「手術・検査のことを考えると不安 (p=0.02)」「看護師・医師の立てる音が気になること (p=0.01)」「手術のことで心が痛むこと (p=0.05)」「同室者が重病で話しが出来ないこと (p=0.04)」の5項目は一般病棟群でストレスに感じている患者の割合が有意に高かった。その他32項目においては有意差を認めず、ストレス場面アンケート38項目の得点を合計した得点においても群間に有意差は無かった (ICU群: 64.5点 vs. 一般病棟群: 65.7点 vs. クリティカルパス群: 67.7点, p=0.79)。

【考察】 ICU群においては、「されている治療の内容が分からないこと」にストレスを感じている患者の割合が高かった。医師、看護師は治療やケアを行う前に説明を行ってはいるが、患者の状態によっては患者が状況を理解できているか否かに関わらず治療や処置を最優先に行わなければならない状況もある。医療者は患者がこのことにストレスを感じていることを念頭に置き、優先すべき治療や処置を終えたあとに補足説明を行うなどのケアを行っていく必要がある。

【結論】 ICU患者においては、行われている治療の内容がわからない事にストレスを感じる者が多いことが明らかとなった。

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第7会場)

[O5-2] 緊急手術を伴う二度の手術を乗り越えた高齢患者の力と看護師の関わりについて

○清水 真平, 中村 香代 (独立行政法人国立病院機構災害医療センター)

【はじめに】老年人口の著しい増加に伴い高齢者に対する治療の機会が増加しており、同時に手術件数も増加している。高齢者は加齢による身体機能・予備能力の低下や種々の併存基礎疾患を抱える特徴を有しており、ひとたび合併症が発生すると、連鎖的に重要臓器が機能不全に陥る危険性がある。また、手術患者は、その疾患の重症度や手術の内容に関わらず、ストレス状況下であり、手術の成功、術後の経過、痛み、生活への影響など様々な不安を抱えている。それらの不安や恐怖は手術後の疼痛の程度や回復過程に大きく影響すると言われている。私が受け持ちを行ったA氏は高齢でありながら、緊急手術を伴う二度の手術を乗り越えることができた。そのことから、看護師の関わりが、手術を乗り越えた高齢患者の力にどのような影響を与えたのかを明らかにしたいと考えた。

【目的】救急看護に携わる看護師の関わりが、緊急手術を伴う二度の手術を乗り越えた患者の力にどのような影響を与えたのかを振り返る。

【倫理的配慮】災害医療センター看護部倫理審査委員会の承認を得た。

【患者紹介】A氏、80歳代で胃癌に対して幽門側胃切除術を施行されたのち一般病棟に戻られたが、術後脾動脈に仮性動脈瘤が発見され、緊急手術を受けた。

【結果】A氏は1回目の予定手術の際は、疼痛の訴えも少なく、治療にも積極的な様子が見られ、早期から離床を進めることが出来ていた。今回ICUに再入室した際、吐血し全身状態は不安定であったが、意識レベルの低下はなかったため、「大丈夫よ」と気丈に振る舞っていた。しかし、ICUでも再度吐血し、医師から緊急手術が必要であると説明を受けると「急にこんな事になって。大丈夫かな」と不安と緊張が入り交じった表情が見られた。そのため、看護師は緊急手術まで患者の言動や表情の変化に注意しながら、患者の不安を傾聴し、精神的な苦痛の軽減に努めた。緊急手術後、1回目の手術とは異なり、帰室時から「痛い、痛い早くなんとかしてよ」、「体も凄く熱い」と強い口調で話された。そのため、看護師は出来だけ患者の近くで訴えに耳を傾け、鎮静剤の使用やクリーニングを実施した。朝方になり、痛みと体熱感が落ち着くと「1回目より痛みが強くてびっくりした。昨日はごめんなさいね。助かりました。」との発言が聞かれた。その後、術後訪問にて、ICUの看護師の対応について質問すると「みなさん凄く良くしてくれて、痛み止めや氷枕を準備してもらって助かりました。話しも聞いてもらえて良かったです。」との返答が聞かれた。また、緊急手術から現在までを振り返ってみての思いを質問すると「最初は不安もあったけど、今は前向きに考えようと思っていて、早く退院できるよう頑張っています。」との発言が聞かれた。

【考察】アギュララは危機に遭遇した人が、危機を回避するか、危機に陥るかは出来事の知覚、社会的支援、対処機制など問題解決を決定づける要因によって左右されると述べている。A氏は緊急手術に対し、不安を感じながらも、現実の出来事として正しく知覚することができており、高齢であるA氏の人生経験の多さが問題解決に繋がったと考えられる。さらに、看護師が手術前後から親身になって関わったことが、患者の身体的・精神的な支えとなり、緊急手術を乗り越え、退院に向けた前向きな行動に繋がったのではないかと考えられる。しかし、高齢者の誰しもが同様の経過をたどるわけではなく、患者一人一人が異なった性格や考えを持っているため、今後の課題として、性別・家族背景・ニードなどを考慮した個別性のある介入が必要である。

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第7会場)

[O5-3] 術後患者が退院直後に抱く日常生活の不安・困り事

○松本 里加 (埼玉医科大学保健医療部看護学科)

【目的】わが国の医療制度は、病院から早期に在宅への移行を推し進めている。2018年度の診療報酬・介護報酬の同時改定により、急性期医療を受ける患者の在院日数は更なる短縮が課題となる。術後患者にとって早期退院は、経済的負担の軽減や早期の社会復帰が期待できる。しかし、以前であれば入院中に受けていたケアを居宅で継続せざるを得ない状況になる。特に全身麻酔下の手術は身体侵襲があり、術後の身体機能の変化が身体的にも心理的にも退院後の生活に影響する可能性が高い。そこで、全身麻酔下で手術を受けた患者を対象に、退院直後

の時期において、直面した日常生活の不安や困り事について調査した。【方法】研究対象：全身麻酔下で手術を受け自宅に退院した患者。調査時期：2015年6月～10月。調査内容：基本情報、在院日数、困り事の有無、困り事の内容とその程度、看護師による退院指導の有無とその内容、指導が役立ったかどうか、外来受診と訪問看護の有無。困り事の内容は先行文献を参考に、病気に関する困り事9項目と日常生活に関する困り事9項目計18項目を作成し、5件法で質問した。調査方法：研究対象には、質問紙を退院前日または当日に配布し、退院後14日以内に回答し、郵送返信を依頼した。分析方法：基本情報は性別、在院日数は14日以内と15日以上、年齢は69歳以下と70歳以上、疾患は6項目、術式は4項目に分類し、それらや退院指導、外来受診、訪問看護の有無を困り事の内容の平均点により Mann-Whitneyの U検定、Kruskal-Wallis検定で検討した。統計解析は SPSS (vol.23) を用いて $p < 0.050$ を有意とした。倫理的配慮：所属大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。調査の協力は任意で個人が特定されないことを文書で説明した。【結果】協力を得た施設に220部配布し、79名(回収率35.9%)の回答のうち70名(有効回答率88.6%)を分析対象とした。在院日数は14日以内50名(71.4%)平均11.3日、年齢は69歳以下53名(75.7%)平均58.1歳、性別は男女各35名(50.0%)。傷病は消化器系43名(61.4%)、術式は内視鏡下手術31名(44.3%)が最も多かった。困り事のある患者は42名(60.0%)、退院指導を受けた48名(68.6%)のうち46名(95.8%)は指導が役立ったと回答した。困り事の項目は、在院日数14日以内が15日以上より『傷の痛み』($p=0.002$)『医療器具の取り扱い』($p=0.002$)『シャワー・入浴』($p=0.004$)『嗜好品の制限』($p=0.006$)等17項目、女性が男性より『入院前の役割』($p=0.008$)『排泄』($p=0.014$)『食事』($p=0.016$)『家族の負担』($p=0.033$)等7項目で得点が高く、有意な差がみられた。術式は筋骨系手術で『移動動作』($p=0.029$)の得点が高かった。【考察】退院後の困り事は、14日以内が15日以上より17項目で得点が高く、在院日数が少ないと困り事があるという先行研究と一致していた。在院日数の短縮は、患者が生活を再構築するための時間が短縮されている。そのため、医療者は身体的に回復を認めても、術後患者は退院直後に不安や困り事を抱いていたと考えられる。先行研究では高齢者の不安や困り事が大きいとされていたが、年齢による差はなかった。研究対象病院には退院調整部門があり、高齢者には入院時のスクリーニングによって、早期より退院支援された可能性がある。女性の方が7項目で得点が高かったのは、退院直後から家事や育児等生活における役割を担う傾向が考えられる。そのため、術後のセルフケア以外の負担が予測される。この時期は入院前同様の役割遂行が困難なため、不安や困り事が生じたと推測される。

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第7会場)

[O5-4] 人工呼吸器が装着されていた患者の ICU入室中の体験

○三浦 敦子^{1,2}, 森 恵子² (1.豊橋市民病院, 2.浜松医科大学大学院医学系研究科)

【目的】 近年、人工呼吸中の成人患者に対する鎮静は意思疎通が図れる程度に浅く管理することが広まっている。そのため、ICUに入室中している人工呼吸器装着患者は、以前と比べて覚醒している時間が増え、筆談等意思疎通が可能なことも多い。海外では、こうした患者がICU入室中にどのような体験をしていたのかを明らかにするための研究が進んできているが、国内では同様の研究が少ない現状がある。このため、本研究では、ICUにおいて人工呼吸器が装着されていた患者が、ICU入室中にどのような体験をしていたのかを明らかにし、ICUにおける看護支援を検討することを目的とした。

【方法】

1. 研究デザイン：質的記述的デザイン
2. 研究対象者：A大学病院ICUにおいて、術後12時間以上人工呼吸器を装着していた75歳未満の上部消化管外科・心臓血管外科の成人患者のうち、すでにICUを退室し歩行できる程度まで回復しており、インタビューの回答に支障がなく、研究への参加に同意が得られた者。
3. データ収集期間：平成29年1月～平成29年6月
4. データ収集方法：インタビューガイドを用いた自由回答法による半構造化面接
5. データ分析方法：面接内容の逐語録をデータとし、データが示す本質的意味を見出すために、Krippendorffの内容分析の手法を用いて分析を行った。

6. 倫理的配慮：本研究は A大学臨床研究倫理委員会の承認を得て実施した(16-209)。対象候補者には本研究の目的及び方法、研究への参加と途中辞退の自由、個人情報保護について研究者が文書と口頭で説明し、署名により同意を得た。

【結果】対象者は、40～70歳台までの9名（男性6名、女性3名）。分析の結果、ICUにおいて人工呼吸器が装着されていた患者の、ICU入室中の体験として、9つのカテゴリーとそれを構成する28のサブカテゴリーが抽出された。明らかになった9つのカテゴリーは、【自分の置かれた状況や病状を把握したいと望む】【喋れないことで生じる苦痛や不安】【曖昧な記憶や幻覚の体験による不快感】【絶えず聞こえる周囲の雑音に対する諦め】【睡眠に対する気持ちを切り替えることで夜間不眠の苦痛が緩和する】【心身の不快を改善するための対処を看護師に求める】【回復のため自分にできる努力はするが専門的なことは医療者に任せたい】【家族の面会に安心感を覚えるが余計な心配はさせないよう振舞う】【顔の見える場所に医療者がいて自分のことを考え見守ってくれていることに安心する】であった。

【考察】患者は、ICU入室中に様々な体験していることが明らかになった。患者は慣れない状況に戸惑いながらも、まずは自力で問題に立ち向かおうと試行錯誤していた。そして、自力での対処が困難な場合は看護師に支援を求めるが、それでも状況が改善しない場合、患者は諦めることで状況に適応しようとしていた。看護師は、患者が置かれているこのような状況にもっと注目すべきである。患者が諦めざるを得ない状況を少しでも減らすために、看護師はより一層患者理解に努める必要がある。さらに、患者が自ら状況に対処できるような方法を検討するなど、患者の自立性を助けるような看護援助の必要性が示唆された。

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第7会場)

[O5-5] 除細動器付き植込み型心臓デバイスの新規植込み術を受けた患者が社会復帰に向けて抱く不確かさ

○鶴見 幸代, 中村 美鈴 (自治医科大学大学院看護学研究科)

【目的】除細動器付き植込み型心臓デバイスの植込み患者は、今後の生命や社会復帰への不確かさを抱いていると考えられる。患者が心身ともに良好な状態で社会復帰を果たすには、社会復帰に向けた不確かさの把握とそれに伴う看護実践や生活指導の充実が必要であり、これらの確立が急務であると考えられる。そのため、除細動器付き植込み型心臓デバイスの新規植込み術を受けた患者が退院前に抱く社会復帰への不確かさを明らかにし、その不確かさに対する今後の看護実践や生活指導への示唆を得ることを本研究の目的とした。【方法】研究対象者は、デバイスの新規植込み術を受けた30歳以上の成人期以降で退院後に入院前と同様の社会復帰を予定している患者とした。患者属性は、患者の許可を得て電子カルテから情報を得た。データ収集内容は、インタビューガイドを用いた半構成的面接法でデータを得た。得られたデータを、患者の発した言葉を構造的にとらえ、前後の文脈を重視して不確かさを明らかにする Krippendorffの内容分析の方法を参考に質的帰納的に個別分析と全体分析を行った。倫理的配慮は、研究対象施設の臨床研究等倫理審査委員会の承認を得た。対象者には、研究趣旨や参加の自由意思、個人情報保護などを、文書と口頭で説明し同意を得た。【結果】研究対象者は8名であった。患者が抱く不確かさは、【予測できない死や不整脈への恐怖がある】、【心臓やデバイスに影響のない生活スタイルへの変更ができるのだろうか】、【デバイスを植込んだ後の生活のイメージがわからない】、【変容した自己イメージの受容ができるのだろうか】、【デバイスへの電磁波の影響が気になりである】、【入院前と同様の就労体制に復帰できるのだろうか】、【自動車の運転ができなくなるため移動手段が確保できるのだろうか】、【高額な医療や就労スタイルの変更に伴う金銭面の気になりがある】、【生活/就労スタイルの変更に伴うソーシャルサポートへの気になりがある】、【社会復帰後の生活での人との関わりが気になりである】の10のカテゴリーが明らかになった。【考察】不確かさには、漠然とした生活への不確かさと具体的な生活への不確かさがあり、その両方の不確かさの根底には【予測できない死や不整脈への恐怖がある】という不確かさがあることが考えられた。また、Mishel (1988) の不確かさの理論より、不確かさの要因には、疾患やデバイス、退院後の社会生活に関連した知識や情報の不足が関連していると考えられた。そのため、理解度に合わせた様々な知識や情報提供を行い、不確かさをポジティブにとらえて対処し、適応できるような看護実践が必要であることが示唆され

た。【結論】1. 社会復帰に向けて抱く不確かさは、【予測できない不整脈や死への恐怖がある】などを含む10の不確かさであった。2. 不確かさを抱く要因は、新規でデバイスを植込んだ患者特有の、退院後のデバイスとともに送る社会生活が未経験であることが考えられた。また、デバイスや致死性不整脈などの治療や疾患が複雑であり入院期間が短期間であることなどから、治療や疾患についての理解や情報収集が不十分であり出来事の意味を見出せていないことも要因であると考えられた。3. 不確かさに対する入院中の看護実践や生活指導は、患者の情報処理能力や理解力を把握した信頼できる医療者からの、疾患や治療に関する正確な知識の提供と、退院後の社会復帰に向けてのソーシャルサポートを含めた情報提供が必要であることが示唆された。また、患者が不確かさをポジティブにとらえて対処し、不確かさに適応できるような看護実践と生活指導が必要であることが示唆された。

(2018年7月1日(日) 09:05 ~ 10:05 第7会場)

[O5-6] 人工呼吸器装着患者に対する ICU看護師のケアリング行動

○大崎 杏奈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)

【目的】本研究は、人工呼吸器装着患者に対する ICU看護師のケアリング行動を明らかにすることにより、クリティカルな状況にある人工呼吸器装着患者に対する相互作用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。なお、本研究における人工呼吸器装着患者に対する ICU看護師のケアリング行動は、ICU看護師が、人工呼吸器装着患者から表出される多様で変化を伴う反応を敏感に察知し、相互作用の中で人工呼吸器装着患者に対する理解を深めながら、ニーズを引き出し応答し、さらに患者から得られた反応を次のケアに繋げる一連の行為と定義した。

【方法】本研究は質的記述的研究デザインを用い、A県内の2箇所の急性期病院で、臨床経験5年以上、ICU経験3年以上の看護師5名を対象に、半構成的面接を行った。人工呼吸器装着患者に対する ICU看護師のケアリング行動の内容をコード化し、ケースを越えて意味内容の類似するものを集めてカテゴリー化を繰り返し抽象化した。さらに分析をすすめ人工呼吸器装着患者に対する ICU看護師のケアリング行動の本質的要素を抽出した。研究は所属大学の研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】研究協力者は、A県内の2施設の ICUで勤務する看護師5名であった。ICU経験年数は平均8年であり、臨床経験年数は平均12年であった。人工呼吸器装着患者に対する ICU看護師のケアリング行動として、7つのカテゴリーと19のサブカテゴリー、3つの側面が見いだされた。以下、側面は〔 〕、カテゴリーは【 〕、サブカテゴリーは《 》で示す。〔意思を徹底的に汲み取る〕では【わずかな変化を意味づけながら体験を理解する】や【積極的に関与しニーズを感知する】が抽出され、《微細な反応を注視し訴えを掴む》、《ケアを通してニーズを察知する》等が含まれた。〔安心の感覚をもたらす〕では【やりとりし続けることにより動揺を鎮める】や【関心を向けてくれる人々の存在を示す】が抽出され、《記憶の保持が困難な患者に繰り返し関わる》、《繊細な状況にある患者に応答し続ける》等が含まれた。〔主体的な力を後押しする〕では【回復に向け前進する力を支える】【過剰な負担から患者を護る】【力を合わせケアの効果を生み出す】が抽出され、《主体的に取り組める部分を増やす》、《必要性を検討しケアの調整を図る》、《他職種が介入するタイミングで効果的にケアを行う》等が含まれた。

【考察】ICU看護師は〔意思を徹底的に汲み取る〕ことを基盤としながら、〔安心の感覚をもたらす〕ことや、〔主体的な力を後押しする〕ことにより人工呼吸器装着患者の存在そのものに関心をもち、わずかな変化を捉えながら応答し続けていた。ICU看護師がただ一方的に〔主体的な力を後押しする〕のではなく、患者の〔意思を徹底的に汲み取る〕り、それを反映させることや、人工呼吸器装着患者の脆弱性に配慮し、〔安心の感覚をもたらす〕しながら、〔主体的な力を後押しする〕ことが患者の存在そのものを支え関係性を深めていくと考えられた。結論として、人工呼吸器装着患者に対する ICU看護師のケアリング行動とは、ICU看護師が人工呼吸器装着患者の変化を捉え、意思を徹底的に汲み取ることを基盤としながら安心の感覚をもたらすことや、主体的な力を後押しするを通して人工呼吸器装着患者の存在そのものを尊重し、関係性が深まっていくものである。

一般演題（口演）

一般演題（口演） O6群

看護教育

座長:平尾 明美(神戸大学医学部附属病院), 座長:河合 正成(敦賀市立看護大学 看護学部看護学科)

2018年7月1日(日) 10:15 ~ 11:15 第7会場 (2階 蓬莱)

[O6-1] SCUにおける口腔ケア教育前後の口腔内環境の変化

○中川 玲菜, 中西 優子, 瀬戸間 法恵, 立野 淳子 (一般財団法人 平成紫川会 小倉記念病院)

[O6-2] 計画外抜管からの学びと今後の課題

○日下 沙紀, 佐藤 奈緒子, 本間 隆子 (日本私立学校振興・共済事業団東京臨海病院)

[O6-3] 看護師のワーク・エンゲイジメントと職場サポート、職場コミュニティ感覚および自律性の関連

○渡邊 成美¹, 金子 あけみ², 松本 和史² (1.済生会横浜市南部病院, 2.東京医療保健大学 東が丘・立川看護学部)

[O6-4] 救命救急センター ICUへ転職した既卒看護師が抱く看護実践と職場環境における困難感と対処方法

○歳森 千明¹, 石岡 修治², 内藤 綾² (1.前 恩賜財団大阪府済生会千里病院ICU, 2.恩賜財団大阪府済生会千里病院ICU)

[O6-5] 二次救急医療施設における臨床判断の実際と臨床判断能力育成における課題

○江口 秀子¹, 明石 恵子² (1.大阪青山大学健康科学部, 2.名古屋市立大学看護学部)

[O6-6] 看護実践能力の維持と向上～急変トレーニング導入の効果～

○清水 祐, 飯田 美沙 (地方独立行政法人長野市民病院)

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 11:15 第7会場)

[O6-1] SCUにおける口腔ケア教育前後の口腔内環境の変化

○中川 玲菜, 中西 優子, 瀬戸間 法恵, 立野 淳子 (一般財団法人 平成紫川会 小倉記念病院)

【目的】意識障害患者の口腔ケアに関する教育の効果をも口腔内細菌数・湿度・汚染度の視点から検証すること

【方法】研究デザインは、意識障害患者に対する口腔ケアの方法について看護師に教育を行った後の口腔ケアの状況を患者の口腔内環境の視点から明らかにする前後比較研究である。対象者は当院 SCUに勤務する看護師（1年目看護師と管理者は除外）とした。教育方法として、意識障害患者の口腔ケアに関連した知識及び、手技について解説したビデオ教材を作成し、看護師に勤務中に最低1回以上視聴してもらった。ブラッシングスキルについては実際に口腔モデルを準備し、ビデオをみながら、練習できるよう配慮した。データ収集方法は、口腔ケア教育を実施する機関を1カ月とし、その前後で昼の口腔ケア実施時に、使用物品、ブラッシング及び口腔ケア時間、細菌数（細菌カウンター®）、湿度（口腔水分計ムーカス®）、汚染度（ルミテスター PD-30®）を測定した。データ収集は、口腔ケア前、ブラッシング後、口腔ケア後の3時点で測定を行った。分析方法は、データを単純集計した後、口腔ケア教育前後を2元配置分散分析で分析した。【倫理的配慮】調査の実施に対し、院内看護研究倫理審査委員会の承認を得た。対象看護師及び患者家族に同意撤回の機会を確保するため、SCU病棟の出入りに研究の詳細について記したポスターを掲示した。【結果】1. 看護師背景 対象看護師は20名で前平均年齢は30.4歳、SCU経験年数は5.2年、後平均年齢は33.1歳、SCU経験年数は4.6年。2. 患者背景 教育前の患者の平均年齢は75.3歳で、教育後は66.03歳であった。性別は、教育前は女性が11名、教育後は女性が4名であった。疾患や意識レベルには前後で差はなかったが、教育後は前に比べて指示動作が入らない人が有意に多かった。3. 口腔ケア教育の効果 2元配置分散分析の結果、交互作用は確認できなかった。そこで教育前後それぞれの細菌数、湿度、汚染度の変化を1元配置分散分析を行ったところ、教育前では、細菌数および汚染度に有意な差は認めなかった。湿度は、口腔ケア開始前に比べ、ブラッシング直後及び口腔ケア後に有意に湿度が上がっていた。教育後では、口腔ケア前、ブラッシング直後、口腔ケア後の3時点で口腔内の汚染度に有意差を認めた。口腔ケア前に比べ、ブラッシング後は有意に汚染度は増加し、口腔ケア後は有意に汚染度は改善した。湿度に違いは認めなかった。細菌数は、口腔ケア前に比べブラッシング直後及び口腔ケア後に有意に減少した。【考察】今回、SCUスタッフへ意識障害患者の対する口腔ケアの教育の効果を検証した。教育の効果は統計学的に有意なものは確認できなかったが、教育前に比べ教育後の口腔内の汚染度は口腔ケア開始前に比べ、ブラッシング直後には、汚染度が増し、口腔ケア後は汚染度が改善するというパターンをとることがわかった。これは、ブラッシングのスキル向上によりプラーク破壊ができたこと、また吸引の回収スキルの向上により汚染度が改善したことを意味すると考える。このことより、口腔ケア教育はブラッシングスキルやその後の菌の回収スキルに有益であった可能性がある。意識障害患者の誤嚥性肺炎は重症化につながる重大合併症でもあるため、今後は口腔ケア教育の方法を再度見直し、よりスキルの向上を目指すことの必要性が示唆された。

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 11:15 第7会場)

[O6-2] 計画外抜管からの学びと今後の課題

○日下 沙紀, 佐藤 奈緒子, 本間 隆子 (日本私立学校振興・共済事業団東京臨海病院)

【目的】気管チューブのトラブルとして計画外抜管は非常に緊急度が高く生命に危険を及ぼす可能性が高い。さらに再挿管は人工呼吸器装着期間の延長をきたすと言われており、結果的に集中治療室在院期間の延長となりかねない。今回私たちは計画外抜管を2件経験した。このアクシデント2件の要因を分析し集中治療室内における問題点を抽出し、今後の改善案を検討したためここに報告する。

【方法】ImSAFERを用いて2件のアクシデントの分析を行い、今後の課題を明確にする。

【結果】

2件のアクシデントに共通する要因として、1.看護師の知識・学習不足、2.集中治療領域での看護師経験不足、3.リーダー看護師としての看護業務のマネジメント不足、4.処置や検査などの計画されている業務優先の環境という4項目が明確化された。

【考察】

1.の看護師の知識・学習が不足している内容については、鎮静スコア Richmond Agitation Sedation Scale、薬剤、気管内挿管中の看護、ICDSC、行動制限、倫理の6項目であった。知識を深めることを目的とし病棟内での学習会を開催しているが、シフト業務のなか全員参加での学習会開催は困難であり、効果的な学習方法ではなかった。また自己学習は各個人により方法や習得度に差があるため全員が一定レベルの内容を理解できていないと考える。

2.の集中治療領域での看護師経験不足については、当集中治療室では新人看護師、既卒を含め集中治療室における経験年数が3年以下の看護師が2/3を占めており経験知の浅い看護師が多く在籍している。そのため知識不足の解消は重要課題の1つである。また、集中治療室では多様な状況に対応する必要があり、臨床からの学びの価値は非常に大きい。今回のケースに限らず経験知の少ない看護師の危険予測が不十分なことからアクシデントが発生していると考えられる。本来であればチームで補完しあうことが理想だが、経験知の少ないチームでの業務となる時間帯もあり病棟看護師全体のレベルアップが急務と考える。

3.のリーダー看護師の看護業務のマネジメント不足については知識不足に加え、不十分なアセスメントによる判断や、不十分な観察下での行動制限解除から発生している。しかしこれは、患者の鎮静状態や行動制限に関してリーダー看護師と受け持ち看護師との間で情報やアセスメントが共有されていなかったことが重大なアクシデントを招いたと考えられる。リーダー看護師として患者の状態をもとにユニットマネジメント、業務遂行状況を把握することが必要でありマネジメント能力を高めることも重要な課題と考える。

4.処置や検査などの計画された業務優先の環境については集中治療室という環境から患者の病態は常に変化しており、患者スケジュールに基づく看護業務だけの対応では不十分である。患者の病態をアセスメントし必要な時に必要な看護ケアが提供されなければならない。今回のアクシデントに関しては、患者の状態よりも計画された業務が優先された結果であり、適切なアセスメントに基づいた看護ケアが実施されていれば回避できたアクシデントと考えられる。

【結語】

能力向上のための看護師教育において現状の体制では不十分なこと、安全管理の視点を強化するための環境調整の必要性が高いことから、1.看護提供方式についての検討,2.OJTの充実が重要課題である。

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 11:15 第7会場)

[O6-3] 看護師のワーク・エンゲイジメントと職場サポート、職場コミュニティ感覚および自律性の関連

〇渡邊 成美¹, 金子 あけみ², 松本 和史² (1.済生会横浜市南部病院, 2.東京医療保健大学 東が丘・立川看護学部)

【目的】クリティカルケア領域における看護師の Work Engagement (以下 WEと略す)と職場サポート (上司), 職場サポート (先輩), 職場コミュニティ感覚及び看護師の自律性の関連を明らかにする。

【方法】対象者は、関東圏4病院のクリティカルケア領域 (ICU, HCU, CCU, 救外/救命センター)に勤務する2年目以上の看護師とし、無記名自記式質問紙調査を実施した。調査内容は基本属性, WE, 職場サポート (上司), 職場サポート (先輩), 職場のコミュニティ感覚, 看護師の自律性であった。単変量解析と重回帰分析により WEに関連する要因を分析した。なお、本研究は研究者の所属大学倫理委員会の承認を得た上で実施し、研究趣旨や匿名性確保の方法および回答の有無によって対象者が不利益を被らない旨を文書で説明した。

【結果・考察】看護師262名に配布し、151名(有効回答率57.6%)から有効回答を得た。平均年齢は29.9±6.8歳、全体の WE平均値は2.5±1.3であり、先行研究との比較では、一般的な女性労働者、病棟看護師および ICU看護師と差異はなく同レベルの WEを有していた。

単変量解析で WEとの関連を認めた基本属性は、年齢、婚姻、子供の有無、看護師経験年数であった。WEは、年齢及

び看護師経験年数が高くなるに伴い上昇した。経験が仕事の能力や自信を培い、WEを向上させると考える。また、WEは既婚者、子供がいる者の方が高く、家族の存在や家庭生活が仕事の切り替えを上手くサポートし、活力・熱意・没頭とのバランスを取り仕事意欲の向上を高める可能性があると考えた。

WEを目的変数とした重回帰分析(表)の結果、職場コミュニティ感覚、自律性、婚姻状況で有意な関連を示した。職場のコミュニケーションを円滑にし、相互支援し合える環境を作ることが重要であることが示唆された。WEを高めるために、役割を持たせ、目標設定を具体化し、良きロールモデルを作るなど自律性を養う支援が必要であると考えられる。

【結論】WEとの間で有意な関連がみられたのは、職場コミュニティ感覚、自律性、婚姻であった。WE得点は職種および部署に伴う差異はなかった。クリティカルケア領域において良い職場環境を築くことはWE向上に繋がり、役割遂行や価値を見出すことで自律性が養われWE向上に繋がる可能性が示唆された。

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 11:15 第7会場)

[O6-4] 救命救急センター ICUへ転職した既卒看護師が抱く看護実践と職場環境における困難感と対処方法

○歳森 千明¹, 石岡 修治², 内藤 綾² (1.前 恩賜財団大阪府済生会千里病院ICU, 2.恩賜財団大阪府済生会千里病院ICU)

【背景・目的】 A病院のICUは救命救急センターICUであり、毎年多くの既卒看護師の転職を受け入れている。個々の既卒看護師に合わせた支援を行っているが、その背景は様々であり、既卒看護師は職務上で多くの困難感を抱えている現状がある。先行研究ではICUへ配置転換した看護師は看護実践と職場環境において困難感を抱くことが明らかにされているが、救命救急センターICUにおいて同様の研究は無かった。そこで救命救急センターICUに転職した既卒看護師の抱く、看護実践や職場環境における困難感と対処方法を明らかにすることで、今後の支援を検討することを目的に本研究に取り組んだ。【方法】対象：A病院ICUに転職した既卒看護師。方法：入職後1年間に抱いた、看護実践や職場環境における困難感と対処方法について、半構成的面接調査を実施し逐語録を作成。意味単位での内容分析を行い、コード化、カテゴリー化を実施。倫理的配慮：本研究は対象施設倫理委員会の承認を得た上で実施した。研究参加は自由意志であること、得られたデータや結果は個人が特定されないように匿名化すること、勤務に影響の無い時間帯に面接を実施し個人の職務上に不利益がないことを研究協力者へ説明し同意を得た。【用語の定義】「既卒看護師」：他病院での勤務経験があり転職した看護師【結果】研究協力者12名。転職時の看護師経験年数平均8.5年。転職前に救急・ICU経験のある看護師4名。看護実践における困難感は<救急ICUでの看護体制へのとまどい><今までの経験と比較した看護方法の違い><新しい知識や技術を習得すること><自己の看護観の再構築>の4カテゴリー、職場環境における困難感<救急看護の習得に関連した人間関係の構築><救急・重症患者への看護実践が1人で出来ないこと><看護に自信が持てない中での医師との協働>の3カテゴリーが抽出された。対処方法は<相談する><気分転換><考え方を変える><自己の対応を工夫する><救急・重症患者の看護を学ぶ><明確な転職理由があった>の6カテゴリーが抽出された。【考察】看護実践では、多様な疾患で急激な病態変化を迎えることが多い患者・家族の看護において、これまでとの看護の違いを認識し、転職前の経験では業務遂行が十分にできないことや、多発外傷や自殺企図、若年者の看取りなど経験がない患者・家族への看護に困難感を抱いており、自問自答しながら看護観の再構築を行っていた。部署での看護実践が自立し、目指す看護師像に到達するには数年の期間を要することが多いため、長期的な視点での支援が必要である。職場環境では、新人扱いされるストレスや、看護に自信が持てず慣れない環境における看護師経験年数の短いスタッフや医師との協働に困難感を抱いており、既卒看護師が経験を生かし自己肯定感を持ちながら職場適応できるような支援が重要である。対処方法では、新しい環境において自己と向き合い、新たな看護を学び自己の看護実践を深めていた。また、初療やドクターカー業務といった今後のステップアップも含め明確な転職理由があることも職務継続を支える要因であったため、希望に沿った看護実践ができるような支援の重要性が示唆された。【結論】救命救急センターICUに転職した既卒看護師は、転職前の経

験では業務遂行が十分にできないことや経験がない看護に困難感を抱き、看護観の再構築を行っていた。また、新人扱いされるストレスや看護に自信が持てず慣れない環境でのスタッフとの協働に困難感を抱いていた。長期的視点での関わりと、自己肯定感を持ちながらの職場適応、希望に沿った看護実践が行えるような支援の重要性が示唆された。

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 11:15 第7会場)

[O6-5] 二次救急医療施設における臨床判断の実際と臨床判断能力育成における課題

○江口 秀子¹, 明石 恵子² (1.大阪青山大学健康科学部, 2.名古屋市立大学看護学部)

【目的】 多様な患者を対象とする二次救急医療施設では、院内トリアージをはじめ多くの場面で臨床判断が必要となる。しかし、救急専従看護師が少なく他部署との兼務看護師が多いため、救急患者に対する臨床判断能力が育ちにくい環境であると考えられる。そこで本研究の目的は、二次救急医療施設で勤務する看護師の臨床判断の実際と臨床判断能力育成における課題を明らかにすることとした。【研究方法】 対象：近畿圏内の二次救急医療施設に勤務する看護師で、日本救急看護学会が提示している救急看護クリニカルラダーの分類に基づいてビギナー群、スタンダード群、チームリーダー群、スペシャリスト群それぞれ3~5名とした。データ収集方法：フォーカスグループインタビューを行い、許可を得て録音した。分析方法：録音データから逐語録を作成し、臨床判断能力獲得もしくは指導の実際とその影響要因についての語りを抜き出し、コードとした。抽出したコードを類似性に従って分類・整理し、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。倫理的配慮：本研究は所属施設の研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究への参加は自由意思であり、発言内容については施設や個人が特定されないように配慮することを口頭と文書で説明し、文書で同意を得た。【結果】 抽出されたカテゴリー数は、ビギナー群7、スタンダード群8、チームリーダー群7、スペシャリスト群12であった。カテゴリーを【】、サブカテゴリーを『』で示す。ビギナー群の臨床判断能力獲得の促進要因は、【高い自己効力感】と【経験の積み重ね】であった。その一方で、『指導看護師との日々の振り返り』の中で『できない自分と向き合うことでの自信喪失』が【自身が持てないことでの不安】につながっていた。スタンダード群の臨床判断能力獲得の促進要因は、【高い自己効力感】【より良い関係性の上に成り立つ指導】【経験知】であった。チームリーダー群の指導の実際としては、体験学習など【興味・関心を引き出す工夫】をはじめ【効果的な学習方法の模索】をしていた。さらにスペシャリスト群は、【効果的な学習環境の調整】も行き、【先輩から後輩につながる経験知】として実践モデルになること意識し、『自分たちの学びの経験を後輩指導に活かす』ようにしていた。次にビギナー・スタンダード群を学習者、チームリーダー・スペシャリスト群を指導者として分析した。その結果、学習者は【先輩の助言を受けながら進める臨床判断のプロセス】を経て、タナーの臨床判断モデルの一連のプロセスに則って判断ができるようになっていた。そして【経験の積み重ね】を【経験知】にしているためには振り返りが重要であることを認識する一方で、リフレクションへの抵抗感を示していた。指導者は【効果的な学習方法を模索】し、【経験からの学び】を直観的推論につなげるためには振り返りが重要と捉えていた。しかし、【救急を取り巻く忙しさ】による『多忙な中での指導時間の確保のむずかしさ』が臨床判断能力育成を困難にする要因になっていた。【考察】 学習者も指導者も臨床判断能力を高めていくためには、経験の積み重ねと振り返りが必要であることを認識し、【より良い関係性の上に成り立つ指導】と【高い自己効力感】が重要と捉えながら、そこには認識のずれが生じていることが明らかになった。経験学習を効果的に行うためには、1) 学習者の臨床判断能力やレジネスに応じた目標設定、2) 学習者の承認欲求や自信を高める関わり、3) 学習者と指導者とのコミュニケーションが重要である。

(2018年7月1日(日) 10:15 ~ 11:15 第7会場)

[O6-6] 看護実践能力の維持と向上～急変トレーニング導入の効果～

○清水 祐, 飯田 美沙 (地方独立行政法人長野市民病院)

【目的】 集中治療室における急変トレーニング導入の効果を明らかにする【方法】 期間：平成28年2月～平成30年1月対象：ICU・HCUCCU看護師69名 プログラム概要：トレーニング達成度表に基づき経験年数別目標を設定する。蘇生に必要なスキル、チーム力を構成する要素であるノンテクニカルスキルについての事前学習を参加条件とした。トレーニングは、シナリオ実施グループと観察グループに分かれて実施した。データの収集・分析：カークパトリックの4段階評価モデル「level2学習プログラムで何を学んだか」について(1)トレーニングの理解度・達成度を質問1～5に5段階での自己評価(2)設問1～7のpostテスト正誤率について数値化、 X^2 検定で統計分析を行った。「level3どのように行動変容したか」について、トレーニングの3ヶ月後質問紙のノンテクニカルスキル項目について、トレーニング参加回数・看護師経験・リーダー経験において X^2 検定で統計分析を行った。また、各項目でピアソン積率相関分析において相関関係をみた。対象者に研究の目的を説明、質問紙は無記名で行ない個人が特定されないように配慮する。得られたデータは本研究以外に使用しないことを明示する。当院倫理委員会の審査を受け承認を得た。【結果】 質問4以外で「5理解できた」と回答した人は、トレーニング1回目参加者より2回目では平均10%上昇した。トレーニング回数と平均正解率について、設問1～5において X^2 検定で有意差が認められた(図)。ノンテクニカルスキル項目について、トレーニング回数1回目参加者より2回目で3%上昇した。リーダー経験年数別では、4年目以上を「あり」としたt検定では $p<0.05$ 、 X^2 検定で有意差は認められなかった。看護師経験年数別では、1～3年より4年以上では20%上回り、 X^2 検定で有意差が認められた。経験年数とリーダー経験年数でr絶対値0.5で有力な相関が認められた。【考察】 トレーニングを重ねることで理解度・postテストの正解率が上昇していることから、本プログラム概要に沿って定期的を実施し回数を重ねることで集中治療室看護師全体の実践能力の維持に効果があった。ノンテクニカルスキルについてリーダー経験と一定の経験年数以上の看護師で有意差が認められていることから、患者の状態が変化していくトレーニングで経験年数別の目標に基づいてチームワークを意識して行うことで看護実践能力の向上に寄与すると考えられる。

一般演題（口演）

一般演題（口演） O8群

その他

座長:加藤 弘美(千葉県救急医療センター), 座長:星 豪人(医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院 看護管理室)

2018年7月1日(日) 11:25 ~ 12:15 第7会場 (2階 蓬莱)

[O8-1] 特定行為研修を修了した看護師が介入した RRS活動の一事例

○畑 貴美子, 高田 真希, 伊藤 清恵 (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)

[O8-2] 人工呼吸器装着患者の頭部挙上に関連する要因の検討～ ICUと一般病棟の比較～

○大西 まゆみ, 須郷 恵美 (東邦大学医療センター大橋病院)

[O8-3] 救急外来における疼痛管理の現状と今後の課題

○大麻 康之, 伊藤 敬介 (高知県・高知市病院企業団立高知医療センター)

[O8-4] ICUにおける頭部挙上とポジショニング方法の統一に向けた取り組み

○神作 亜友美, 西山 晴奈 (成田赤十字病院ICU)

[O8-5] 早期離床に対する ICU看護師の知識の実態

○森田 真理子, 吉川 祐輔, 佐々木 梢, 木田 遥乃 (宝塚市立病院)

(2018年7月1日(日) 11:25 ~ 12:15 第7会場)

[O8-1] 特定行為研修を修了した看護師が介入した RRS活動の一事例

〇畑 貴美子, 高田 真希, 伊藤 清恵 (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)

はじめに

2015年特定行為に係る看護師の研修制度が開始された。特定行為研修では、その医行為だけではなく、身体診察、病態アセスメント、臨床推論を学ぶことができる。そのため、特定行為研修を修了した看護師（以下特定看護師と省略する）は、患者の状態変化時に、身体診察、判断、処置をすることができ、患者の重症化予防、急変回避につながるのではないかと考えた。そこで今回 A病院 RRSで特定看護師が介入した一事例を客観的に振り返り、今後 RRS活動に特定看護師が介入することの効果、問題点を見出すこととした。

【目的】

A病院における RRS活動における特定看護師の活動の効果と問題点を見出す

【方法】

本研究は所属する倫理委員会の承認を得た

特定看護師が介入した RRS活動の一事例を時系列に並べ、その時の患者の状態、特定看護師の行動を共同研究者と分析した

【結果】

1) 事例紹介

肺結核、右肺胸郭形成術後の既往がある ADL自立した80代女性。大動脈弁狭窄症に対し、大動脈弁置換術施行後、人工呼吸器離脱困難で気管切開術施行。術後1ヶ月を経過し、人工呼吸器を離脱し、リハビリ入院中であつた。

日勤看護師が患者を訪問したところ、意識障害を認め、RRS要請あり

2) バイタルサイン

体温38.4度、心拍数80回/分、血圧90/60mmHg、呼吸数35回/分

3) 身体所見

眼球結膜蒼白なし、口腔内乾燥あり、舌根沈下あり、呼吸音 rhonchiあり、左呼吸音減弱あり、心雑音はなく、腹壁軟、四肢末梢は温かくチアノーゼなし。意識は GCS E2VTM2、MMT 2/2/2/2、瞳孔径3.0mm、対光反射あり

4) 介入内容

主治医と共に検査、鑑別診断を進めた。

鑑別診断として、脳卒中、ショック、感染症、低血糖、電解質異常、低酸素血症を優先的に考えた。

採血、動脈血血液ガス検査を実施し、胸部 X線検査を実施。発熱に対して、血液、痰、尿の培養検査を実施。抗菌薬の選択を医師と行い、広域にカバーできる抗菌薬投与を開始した。また輸液投与を行い、収縮期血圧が80台まで低下したため、急速輸液とカテコラミン製剤の持続投与を開始した。

5) 介入した特定行為

直接動脈穿刺法による採血、橈骨動脈ラインの挿入、抗菌薬投与、輸液負荷、カテコラミン投与量調整

6) 介入後の経過

輸液、カテコラミン製剤投与を開始し、ICU入室。意識の回復を認め、翌日カテコラミン離脱し、尿培養の結果 Proteus mirabilisが検出され、抗菌薬を de escalation実施し、ICU退室した

7) スタッフへのフィードバック

状態変化時の患者の状態、看護師が感じたことを特定看護師と振り返り、よりよく対応するためにできることを見出した。

【考察】

特定看護師の介入により、RRS要請時に必要な複数の医行為を医師と分担して実施することができる。それにより、鑑別診断や、敗血症性ショックに対する介入は短時間で実施することができた。

本事例においては、ショックからすぐに離脱でき、ICU入室期間が短期間であつた。今後も特定看護師による RRS活動を重ねていき、その評価していくことが必要である。また症例の振り返りも特定看護師と行うことで、医学的視点と看護の視点で実施することができる。しかし A病院には特定看護師は現在1名であり、24時間毎日介入

することは困難である。今後特定看護師の養成や RRSスタッフの教育を行い、質の維持が課題である。

【結論】

1. RRS活動に特定看護師が介入することで、患者の状態変化への対応をスムーズすることが示唆された
2. RRS活動に特定看護師が介入することで、RRS対応患者の予後に影響する可能性がある
3. RRS介入事例を特定看護師と行うことで医学的視点、看護の視点で振り返ることができる
4. 活動の質を維持するためには、複数の特定看護師の養成が必要である

(2018年7月1日(日) 11:25 ~ 12:15 第7会場)

[O8-2] 人工呼吸器装着患者の頭部挙上に関連する要因の検討～ICUと一般病棟の比較～

○大西 まゆみ, 須郷 恵美 (東邦大学医療センター大橋病院)

【目的】 人工呼吸器関連肺炎 (VAP) の予防において頭部挙上は重要とされている。当院における2015年の人工呼吸器装着患者の頭部挙上角度30度以上の実施率は、ICU・一般病棟共に50%であった。その中で頭部挙上を阻害する理由がなく頭部挙上角度が30度以下であるのがICUは20%、一般病棟は40%と差があったため、当院におけるICUと一般病棟での頭部挙上に関連する要因を明らかにすることを目的とする。【方法】 対象者を一般病棟 (A病棟) の看護師5名 (2年目、6-9年目、10年目以上各1名、3-5年目2名) とICUの看護師4名 (2年目、3-5年目、6-9年目、10年目以上各1名) とし、病棟看護師の臨床経験年数の分布と同様の分布で無作為に選出した。インタビューガイドを用い人工呼吸器装着患者の頭部挙上に関する知識やスキル、病棟の特色について半構成的面接を実施し許可を得て録音した。逐語録を作成、コード化、カテゴリー化し頭部挙上に関する要因を生成した。本研究は、対象施設倫理委員会の承認を得た上で実施した。研究対象者に口頭と文書を用いて研究の趣旨、目的、方法等を説明し、研究への協力の同意が得られた対象者から同意書にサインを得、同意書の提出は後日でもいい旨を伝えた。同意撤回書を同時に配布し、参加の同意後も途中で中断でき、かつそのことによる不利益は生じない事を説明した。また、インタビューの内容により対象者が不利益を被らないことを説明した。【結果】 頭部挙上に関連する要因として、ICUとA病棟それぞれ6つのカテゴリーを生成した。ICUでは〔ICUには角度がわかるベッドが少なく角度が正確に測れない〕〔頭部挙上が行えない理由は患者の要因である〕〔VAPや予防策に対する知識はある〕〔頭部挙上は病棟内で意識し合っているため浸透している〕〔頭部挙上の根拠を理解し習慣化することが重要である〕〔VAP頭部挙上の理解をもっと深める必要がある〕、A病棟では〔頭部挙上ができない患者は、状態不安定、体勢が崩れやすい、または本人の意志〕〔VAPやその予防の知識がある〕〔VAPの知識や人工呼吸器装着患者のケアを先輩から学んだ〕〔病棟の患者やスタッフの背景が頭部挙上に関連する〕〔人工呼吸器装着患者には頭部挙上を実施している〕〔情報共有は、複数の方法を用いる〕であった。【考察】 頭部挙上阻害要因として「患者の状態や病態」が両病棟で挙がり、患者側の要因が抽出され、ICUとA病棟で大きな違いはなかった。先行研究でも、ICUでの頭部挙上阻害要因は「患者の状態・治療規制」による因子が多いとされており今回の結果と相違はなかった。A病棟は一般病棟であるが人工呼吸器の稼働率が他の一般病棟に比べ高い事から、人工呼吸器に関しての看護に精通しているため、知識・技術不足に起因する要因はなく、ICUと同様、患者側の要因が抽出されたと考える。頭部挙上を実施されている要因として、両病棟からスタッフ同士の意識や関わりあいに関するカテゴリーが挙げられたことから、先輩看護師によるOJT (On the job training) が充実していることが考えられる。このことから、看護師がVAP予防のケアに対する知識と技術を身につけていれば、病棟の場所により頭部挙上に関連する要因に差がないことが示唆された。

(2018年7月1日(日) 11:25 ~ 12:15 第7会場)

[O8-3] 救急外来における疼痛管理の現状と今後の課題

○大麻 康之, 伊藤 敬介 (高知県・高知市病院企業団立高知医療センター)

【はじめに】疼痛は患者にとって大きな苦痛であるだけでなく、組織酸素分圧を低下させると言われている。そのため、組織への酸素運搬量を維持することが最優先に求められる初期診療において、疼痛管理は必要不可欠なケアであるといえる。一方で、先行研究では、疼痛を訴えて救急外来を受診した患者の多くが十分な疼痛の軽減がされていないといった報告があり、救急外来における疼痛管理は十分に行われていない可能性がある。そこで今回、当院救急外来における疼痛管理の実態調査と意識調査を行い、現状と今後の課題について検討した。【目的】救急外来における看護師による疼痛管理の現状と課題を明らかにする。【方法】疼痛を訴えて救急搬送される成人患者の電子カルテ経過表から、「NRS (Numerical Rating Scale) 評価率」「鎮痛薬投与件数」「鎮痛薬投与までの時間」「NRS4以上の疼痛改善件数」の実態調査を行った。調査期間は2017年1月1日～1月31日とした。また、疼痛管理の意識調査は、救急外来専任看護師14名を対象にして行った。意識調査項目は、「NRS評価」「複数回の疼痛評価」「医師に対して鎮痛薬の促し」ができていたか、「救急外来での疼痛管理が十分か」「疼痛管理を十分に行えない原因には何があるか」であった。【倫理的配慮】本研究は対象施設倫理委員会の承認を得て実施した。【結果】成人の救急搬送数件数は381件で、そのうち疼痛を訴えた症例は84件(22%)、NRS評価は12件(14.3%)であった。なかでも、疼痛を訴える患者の内訳で最も多かった外傷症例(60.7%)ではNRS評価率0%であった。一方で胸痛・腹痛・頭痛といった内因性疼痛症例(38.1%)のNRS評価率は41.3%であった。鎮痛薬使用件数は20件(23.8%)で、鎮痛薬投与までの平均時間は47.2分であった。NRS4以上の疼痛改善件数は3件(50%)であった。また、疼痛管理に対する意識調査では、救急外来における疼痛管理について78%が「不十分」と返答した。疼痛管理を十分に行えない原因として最も多かったのが、「診断に影響を与えそう」であった。【考察】NRS評価率で内因性疾患と外傷症例での格差が生じた原因としては、疼痛を訴える患者の内訳で最も多かった外傷症例(60.7%)ではNRS評価率が0%であったことから、外傷症例も疼痛評価の対象であるという認識が低いことが考えられた。そのため、疼痛管理プロトコルなどを作成し、外傷症例も含む疼痛を訴える患者すべてに共通の評価基準を設定することは有効であると考えられる。先行研究によると、救急領域では、救命を最優先としたチーム医療が行われるため、救命処置に関わる看護師の救急看護技術の教育ニーズは高いとされている。一方で、救急外来における疼痛管理の教育に関しての文献は見当たらず、疼痛管理に関する十分な教育が行われていない現状がある。今回の意識調査で疼痛管理を積極的に行えない原因として「診断に影響を与えそう」が最も多かったことから、疼痛管理よりも診断優先と考える看護師が多いことが予測された。急性腹症ガイドライン2015では、『原因にかかわらず鎮痛剤を使用することによって診察、診断をする上での弊害はない(レベル1推奨度A)』と述べられている。外傷に関しても、鎮痛や鎮静を図ることで診察や検査がよりやりやすくなり、患者の苦痛を取り除き、患者満足度も高くなるとされている。こうした疼痛管理の知見を周知し意識改革を図るとともに、積極的な疼痛管理を行うことができるシステム作りを整備することが必要である。【結論】当院救急外来における疼痛管理は不十分であり、救急外来看護師が積極的な疼痛管理を行うためのシステム作りが必要である。

(2018年7月1日(日) 11:25 ~ 12:15 第7会場)

[O8-4] ICUにおける頭部挙上とポジショニング方法の統一に向けた取り組み

○神作 亜友美, 西山 晴奈 (成田赤十字病院ICU)

【背景・目的】

2010年に日本集中治療医学会が提唱したVAPバンドルにおいて、30°以上の頭部挙上推奨されている。しかし、A病院ICUでは経験年数によって知識や技術に個人差が生じ、十分な挙上角度が確保されていない現状がある。2015年度のVAP感染率調査では9.6(/1000デバイス日)との結果が出ており、日本感染環境学会 JHAIS委員会

による全国平均の3倍であることが明らかとなった。

正しい頭部挙上角度の周知により、肺炎予防と嚥下機能の早期回復を目指し、また頭部挙上角度が30°以上の場合に生じうる苦痛にも注目し、頭部挙上とポジショニングについての知識と技術の統一化を図り、看護ケアの質向上を目指した。

【方法】

研究期間：平成29年8月～11月

対象者：A病院ICUに勤務する看護師長・研究者を除く看護師30名

実践内容：1.実践前後アンケートの実施。2.正しい頭部挙上角度と体位交換後の四肢のポジショニング、頸部異常位防止のための正しい頭部枕の使用についての勉強会の実施。3.ベッドフレームに30°挙上の目印となるシールを貼付。4.実践前後での頭部挙上角度の比較調査。

倫理的配慮：アンケート実施に際し、本実践の趣旨を説明すると共に、協力は強制ではないこと、回答から個人が特定されないよう配慮すること、結果を院内外で発表する可能性について明記し、回答をもって同意とした。

【結果】

1.実践前後アンケート

「頭部挙上に関する意識」について、実践前は「正確な角度での頭部挙上を行えている」と回答した看護師は52%に留まった。実践後には経験年数に関係なく85%が「30°以上となるように意識した」と回答し、多くの看護師に意識の改善が見られた。また、約半数の看護師が30°の高さに対し「イメージより実際の角度の方が高かった」と回答しており、挙上角度に対する認識のずれが明らかとなった。「頭部挙上角度の評価方法」については、挙上角度の目安として【30°】のシールをベッドフレームへ貼付し、これにより「角度の評価がしやすくなった」との意見が挙がった。「ポジショニングの実際」に関しては、全員が「身体がずれないように意識・工夫している」と回答したが、頸部のポジショニングに限局すると、頭部用枕をタオル等で代用している看護師が26%であり、実践後のアンケートで「(今まで)過進展している人が多かったのではないか」との意見が挙がり、81%が「頸部が過伸展・側曲していないかより注目するようになった」と回答した。

2.頭部挙上角度の実践前後の比較

実践前に行った頭部挙上角度の測定では、全体の平均頭部挙上角度は18.25°、うち挿管患者は18.3°、非挿管患者は18.1°と挿管の有無に関わらず、大きく30°を下回った。実践後に再度頭部挙上角度の測定を行ったところ、全体の平均頭部挙上角度は31.7°、うち挿管患者は35°、非挿管患者は31.2°であった。

【考察】

今回の結果から、ほとんどの場面において、VAPバンドルで推奨されている頭部挙上角度30°に達していなかったことが判明した。今回の活動によって、挙上角度の大幅な上昇がみられ、活動が現状の改善に有効であったと考える。

ポジショニングに関しては、勉強会で周知はしたが実態調査までには至らなかった。また、A病院ICUではポジショニングに関するケア方法が統一されておらず、看護師個人の主観や経験に基づき実施されている現状がある。同様に頸部のポジショニングについてもタオルで枕の代用をしている看護師が多く、誤嚥予防の管理としては、頸部の屈曲角度が不十分である可能性が考えられた。引き続き、ポジショニングについて周知し枕の活用を促すと共に、評価の統一を目指した取り組みを続けていく必要がある。

(2018年7月1日(日) 11:25 ~ 12:15 第7会場)

[O8-5] 早期離床に対するICU看護師の知識の実態

○森田 真理子, 吉川 祐輔, 佐々木 梢, 木田 遥乃 (宝塚市立病院)

【目的】ICUに入室する多くの患者はICUを退室する時期になっても、筋肉萎縮、筋力低下により寝たきりで歩けない患者が多い。これらの障害はICU-acquired weakness (ICU-AW) と呼ばれている。急性期重症患者のICU管理において、2010年に提案されたABCDEバンドルや2013年に策定されたPADガイドラインが提唱され、ICU-AW予防のために早期離床が重要視されている。そこで早期離床に必要な知識、技術を習得するために、早期

離床チームによる勉強会を実施し、勉強会前後のスタッフの意識の変化について検証した。【方法】調査期間：2017年7月～2018年2月調査対象：A病院集中治療室看護師研究デザイン：質的研究分析方法：勉強会の内容は、講義と技術実習を行った。その後いつでもパソコンから実技動画を閲覧できるようにした。アンケート調査を勉強会前の7月、勉強会後の2月に実施した。それぞれのアンケート項目は2～3段階評価で行った。データは正規分布にはならず、又途中スタッフの退職もあり同じ群での比較が出来なかったためマンホイットニーU検定および主成分分析を行った。【倫理的配慮】アンケートで得られた情報は、本研究以外には使用しないものとし、提出をもって研究参加の同意を得た。所属部署、個人の不利益やプライバシーが侵害される事のないように配慮した。【結果】質問 Q1は $p<.003$, Q2は $p<.004$, Q6は $p<.021$ となり「有意差がある」という結果となった。Q3は勉強会後で中央値が低下しているが検定の結果は $P<.365$ となり「有意差はない」という結果となった。その他の「有意差がない」となった質問群は、勉強会前のデータの中央値が2～3と良く、第1四分位数、第3四分位数の大きな変化がみられない。逆に「有意差がある」となった質問 Q1, Q2, Q6について、Q1は、中央値に変化はないが、前では第1四分位数の上昇が見られた。Q2、Q3では、中央値の変化、第3四分位数も上昇している。この結果の意味するもの明確にするため主成分分析を行った。勉強会前のデータは、第2主成分までで約57.02.%の情報量が集約された。第1主成分の正の方向は「リハビリの一般的知識がある」、第2主成分の負の方向は、「リハビリによる生体反応が分かる」と解釈した。勉強会後のデータは、第2主成分までで約63.75.%の情報量が集約された。第1主成分の負の方向は「リハビリの一般的知識がある」、第2主成分の正の方向は、「端座位の効果について分かる」と解釈した。【考察】勉強会を実施する事で、多くの項目で有意差が出るであろうと仮定していたが、そうではなかった。アンケートの選択項目が3つと少なかった事も誘因であると考ええる。しかし3つの項目については、有意差が出た。このデータの特徴を捉えるため、主成分分析を行った。勉強会前は、リハビリの一般的知識や、リハビリの生体反応についての知識について、ばらつきが見られた。しかし、勉強会後には、データが真ん中に集まっており、前後を比較して知識が定着しているのが分かる。リハビリの概念や、筋肉運動など目に見えるものに対しては、勉強会の影響があると言えるが、目に見えにくい内部の生体反応についての知識の定着については、勉強会が与える影響は少ない。したがって、早期離床に対する知識、技術の向上には、与える勉強会と、自己学習の2つの選択が必要であったと考えられる。【結論】勉強会の実施だけでは、知識、技術の向上は難しい。視覚的に見える内容は勉強会によって効果が得られるが、視覚的に見えない内容は勉強会による効果は得難い。各個人が早期リハビリに興味を示し、自ら自己学習できるようにする事が今後の早期離床の課題とする。

一般演題（示説）

一般演題（示説） P2群

看護教育

座長:今井 亮(文京学院大学 保健医療技術学部看護学科)

2018年7月1日(日) 09:15 ~ 09:45 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[P2-1] 看護基礎教育におけるクリティカルケア看護の導入（その1）-看護学生のクリティカルケアへの関心-

○大木 友美, 大滝 周（昭和大学保健医療学部看護学科）

[P2-2] 看護基礎教育におけるクリティカルケア看護の導入（その2）-高性能シミュレータを用いた BLS演習の効果-

○大滝 周, 大木 友美（昭和大学保健医療学部看護学科）

[P2-3] 基礎看護教育における手術室看護実習指導の現状と課題

○下地 紀靖（公立大学法人 名桜大学 人間健康学部 看護学科）

[P2-4] ICU／HCUと手術室の見学実習で得られる学習内容と効果について

○小田桐 知子, 星野 知美, 熊谷 霞, 藤本 美鈴（さいたま市立高等看護学院）

(2018年7月1日(日) 09:15 ~ 09:45 ポスター会場)

[P2-1] 看護基礎教育におけるクリティカルケア看護の導入（その1）-看護学生のクリティカルケアへの関心-

○大木 友美, 大滝 周（昭和大学保健医療学部看護学科）

【目的】

近年、医療の発展・高度化に伴い、看護者らは様々な知識を統合して看護を提供することが求められる。看護学教育の在り方に関する検討会報告の中で、看護学生らが卒業時到達度の特定の健康問題を持つ人への実践能力として、「健康の危機的状況にある人への援助」が必要であるとされ、看護基礎教育の中に組み込まれている。看護系A大学では、一般目標「生命の危機的な状況にある患者やその家族へ看護援助を行うために、クリティカルケア看護における基礎的な知識と援助方法を理解する。」を目的に、4年次前期にクリティカルケア看護を開講している。構成は、クリティカル領域を専門とする教員および実践の場で勤務している集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師などによる90分8回の授業が行われる。その後、看護学生らは自身の関心のあるテーマを考え、レポートにまとめ提出を行っている。

そこで本研究では、レポートに挙げたテーマを分析し、学生の関心について明らかにすることを目的とする。

【方法】

対象は、4年次クリティカルケア看護を選択した学生87名とした。分析方法は、提出されたレポートのテーマをテキストと位置づけ、テキストデータの中から言葉同士の関係性や規則を見つける手法であるテキストマイニング分析を行った。NTT数理システムテキストマニング6.03であり、単語頻度解析およびことばネットワークの手法で分析した。本研究は、研究者が所属するB倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

分析をしたテキストの基本情報は、総文章数75、平均文章長（文字数）21.9、延べ単語数326語、単語種別数123であった。最初に、テキスト中で、どのような単語が何回出現するかカウントすることができる単語頻度解析を行った。設定は、抽出頻出を名詞・動詞・形容詞・形容動詞とした。その結果として、＜家族＞37回、＜看護援助＞29回、患者＜28回＞、＜ICU＞22回、＜クリティカルケア看護＞14回、＜急性期＞10回の順であった。次に、テーマで用いられた言葉の共起関係を確認するために、ことばネットワークを行った。設定（共起ルール）は、抽出品詞を話題一般（名詞-形容詞・形容動詞・動詞・サ変名詞）とした。その結果として、＜家族＞と＜患者＞＜看護援助＞＜手術＞＜迎える＞＜終末期＞など、＜看護援助＞と＜手術＞＜迎える＞＜終末期＞など、＜患者＞と＜状態＞＜手術＞＜関わり＞に複雑な共起関係が見られた。また、その他に＜ICU＞と＜終末期看護＞、＜看護師＞と＜役割＞に共起関係が見られた。

【考察】

単語頻度解析およびことばネットワークの分析より、看護学生らは、＜家族＞＜看護援助＞＜患者＞に関心を持っていることが明らかとなった。本調査結果では、看護援助の主な対象である＜患者＞よりさらに患者の＜家族＞に対する強い関心を持っていることが推察される。これは講義を通して、クリティカルケア看護の対象が＜患者＞だけにとどまらず、患者の＜家族＞も対象として捉えることを実感できた可能性が考えられる。また、＜急性期＞にある＜患者＞だけではなく、＜終末期＞にある＜患者＞や＜終末期看護＞に関心を持っていることが明らかになった。

(2018年7月1日(日) 09:15 ~ 09:45 ポスター会場)

[P2-2] 看護基礎教育におけるクリティカルケア看護の導入（その2）-高性能シミュレータを用いたBLS演習の効果-

○大滝 周, 大木 友美（昭和大学保健医療学部看護学科）

【目的】

平成16年より一般市民が自動体外式除細動器を使用することが認められて以来、AEDを用いた一次救命処置（Basic Life Support：以下、BLSとする）の普及が社会的取り組みとして進められている。医療系大学では、生命を守る医療従事者には欠くことのできない技術としてBLSに関する講義や演習が行われており、その課題として、質の高いBLS技術獲得することが挙げられている。看護系A大学では、1年次全員がBLS演習後、演習する機会がなかったが、今年度より4年次のクリティカルケア看護の履修者に対し講義内でBLS演習の導入を行った。

そこで本研究は、看護学生が感じた高性能シミュレータを用いたBLS演習の効果について調査したので報告する。

【方法】

対象は、4年次クリティカルケア看護を選択した学生50とした。方法はBLS演習終了後に自記式無記名式質問紙調査を行った。質問紙は、BLS演習の効果を「とても効果的だった：以下、項目1」「効果的だった：以下、項目2」「効果的ではなかった：以下、項目3」「全く効果的ではなかった：以下、項目4」の4件法で尋ね、その理由を自由記述で問うた。4件法は単純集計を行った。自由記述で得られた記述をテキストと位置づけ、テキストデータの中から言葉同士の関係性や規則を見つける手法であるテキストマイニング分析を行った。NTT数理システムテキストマイニング6.03を用いて、単語頻度解析、ことばネットワークの手法で分析した。倫理的配慮として、参加は自由意思であること、参加の有無が学業成績に影響しないことなどを説明し同意が得られた者を対象とした。

【結果】

質問紙は、50名中44名（回答率88%）の学生の回答があった。単純集計の結果は、「項目1：29名（65.9%）」「項目2：11名（25.0%）」「項目3：4名（9.1%）」「項目4：0名」であった。否定的な意味を示す項目3が4名と分析対象が少ないため、肯定的な意味を示す項目1、2と回答した40名の理由のテキストを分析対象とした。テキストの基本情報は、総文章数45、平均文章長（文字数）35.1、延べ単語数292、単語種別数133であった。テキスト中で、どのような単語が何回出現するかカウントすることができる単語頻度解析の設定は、抽出品詞を名詞・動詞・形容詞・形容動詞とした。その結果、＜良い＞15回、＜行う＞13回、＜BLS＞10回の順であった。言葉の共起関係を確認するために、ことばネットワークの分析を行った。設定（共起ルール）は抽出品詞を話題一般）、文章単位とした。その結果、＜良い＞と＜胸骨圧迫＞＜位置＞＜深さ＞＜復習+できる＞＜シミュレータ＞など、＜行う＞と＜久しぶり＞＜確認＞など複雑な共起関係が見られた。その他に、＜演習＞と＜効果＞、＜行う+できる＞と＜リアル＞に共起関係が見られた。

項目3の理由（抜粋）として、「自分では深さを示すモニターが見えなかった。」「どれくらい圧迫の深さが足りているか分からなかった。」などが挙げられた。

【考察】

9.1%の学生が「効果的でなかった」と回答したが、その理由はモニターが見えなかったなどBLS演習での課題であり、BLS演習の実施に対することではなかったと言える。一方、BLSを演習した看護学生の90.9%が肯定的な意味を示す「とても効果的だった」「効果的だった」と回答しており、多くの学生がBLS演習を行い効果的であったと感じていたことが明らかとなった。その理由として、＜BLS＞演習で＜胸骨圧迫＞の＜位置＞や＜深さ＞を確認できたことや＜復習+できる＞と感じていたことが推察される。また、＜シミュレータ＞を用い＜リアル＞に行くことで＜良い＞や＜効果的＞な＜演習＞だと感じていたことが明らかとなった。

(2018年7月1日(日) 09:15～09:45 ポスター会場)

[P2-3] 基礎看護教育における手術室看護実習指導の現状と課題

〇下地 紀靖（公立大学法人 名城大学 人間健康学部 看護学科）

【目的】手術室看護実習の現状は、特殊な環境の中で実習が行われるため手術室内での学生指導は教育側から実習指導者側に一任されている傾向がある。手術室看護実習の教育に関する文献では、手術室看護実習を通しての学生の学び（奥村2003）（北村2004）。実習記録の検討（奥村2003）はあるが、臨床指導者や教員への調査は

少ない。そこで今回、臨床指導者と担当教員へのアンケートをもとに手術室の看護実習の教育の現状と課題について検証した。【方法】同意の得られた県内手術室看護実習を実施している病院11施設の手術室に勤務する看護師154名及び5つの教育機関の急性期看護を担当する看護教員15名を対象とした。分析方法：アンケート調査を元にした臨床指導者と看護教員間の認識に関する比較・検討した。倫理的配慮として、名城大学研究倫理審査委員会の承認を得た。（承認番号28-001-1）【結果】対象の属性として看護師経験年数は臨床指導者13.9年（±8.1）看護教員は、21.0年（±10.2）。手術室経験年数臨床指導者9.1年（±6.2）看護教員経験年数12.5年（±7.3）である。臨床指導者の教育に関する研修の受講の有無に関しては、受けている17名（11.0%）、受けていないものが137名（89.0%）、看護教員は、受けている12名（80.0%）、受けていないものが7名（20.0%）である。実習指導内容の「現在の実習の達成度」「需要度」における比較では表1の通りである。【考察】臨床指導者と看護教員の比較では、「医療安全や環境の理解」など看護教育内容として必要な項目としての達成度において、お互いの認識に差が生じていた。また「チーム医療・連携」「病棟実習の連携」で差があるが、実際に多職種との連携やケアの継続を、実際どのように教授していくのが課題となった。さらに特殊環境下における学生へのサポートとして「恐怖心・緊張の軽減」が必要であることが伺え効果的な学習環境づくりが求められている。また手術室での特殊な環境での看護での魅力・関心を描かせるような教育内容の検討も必要である。達成度と重要度の比較では、「心理的援助」「手術倫理」での両者とも差があり、患者が命を託さないといけない現場の中で、看護独自の視点での教授法の検討が必要である。「病棟との連携」においても、看護独自のケアの継続の連携の教授法の検討が望まれる。全般において指導者教員間での学びの共有と連携が必要となる。

(2018年7月1日(日) 09:15 ~ 09:45 ポスター会場)

[P2-4] ICU／HCUと手術室の見学実習で得られる学習内容と効果について

○小田桐 知子, 星野 知美, 熊谷 霞, 藤本 美鈴 (さいたま市立高等看護学院)

【目的】成人看護学実習2（急性期・周手術期実習）における、ICU／HCUと手術室の見学を通して、学生が学び得た内容から見学実習の学習効果について明らかにする。【方法】1)対象：A看護専門学校(3年課程)3年次31名。2)実施期間：平成29年5月～7月。3)調査方法：独自に作成した自記式質問紙調査法（無記名）。4)分析方法：単純集計。自由記載は研究メンバーでカテゴリ分析した。5)倫理的配慮：A看護専門学校(3年課程)の倫理委員会にて承認を得た。対象学生に本研究の趣旨を説明し、自由意思による参加、不参加でも不利益を生じないこと、匿名性を保証すること、研究結果の発表について文書および口頭により説明し同意を得た。6)実施内容：a.実習時間：ICUまたはHCUはそれぞれ半日(4時間)と手術室実習は2日間で実施している。b.調査項目：(1)ICUまたはHCUで学べた内容（選択肢と自由記載）、(2)ICUまたはHCUで印象に残っている見学内容、(3)ICU、HCU見学の時間数、(4)ICU、HCU見学によって興味が持てたか。また、その理由について。(5)ICU、HCU見学を通しての感想。(6)手術室見学で学べた内容（選択肢と自由記載）、(7)手術室見学で印象に残っている見学内容、(8)手術室見学の時間数、(9)手術室見学によって興味が持てたか、またその理由について。(10)手術室見学を通しての感想。【結果】有効回答率は、26名（86.7%）。自由記載より、下記に示したサブカテゴリからカテゴリが考えられた。ICU／HCU見学では「1.術後の管理と観察（離床、ライン類、モニター、状態に合わせた観察ポイント）」「2.日常生活援助」「3.環境」「4.ICU／HCU看護師の実際（知識、実践、イメージ）」の4つのカテゴリに分けることができた。手術室見学では、見学できた手術の術式数は27あり、「呼吸器外科」「消化器外科」「整形外科」「脳神経外科」「婦人科」「耳鼻科」「泌尿器科」「循環器内科（PCI）」と8科であった。その中で、「1.安全管理」「2.感染管理」「3.手術の実際（臨場感、術式）」「4.看護師の実際（器械出し看護師の役割、外回り看護師の役割）」「5.体験からの学び」の5つのカテゴリに分けることができた。【考察】見学により実際を知ること、看護師の役割と現場の臨場感を体験できたことから、より臨床に近い実践的な学びができたと考える。また、重症患者や急変した患者の対応を目の当たりにすることでイメージが具体化した学びにつながる効果があった。

一般演題（示説）

一般演題（示説） P3群

看護教育・その他

座長:笠原 真弓(浜松医療センター 放射線・検査室)

2018年7月1日(日) 09:45 ~ 10:15 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[P3-1] 救急搬送患者記録用紙改訂のとりくみ

○内堀 恵, 春日 美幸, 吉沢 裕恵, 有賀 まどか (伊那中央行政組合伊那中央病院)

[P3-2] 新生児搬送に同乗する NICU看護師の育成への取り組みー新生児搬送看護の看護技術評価表の作成を試みてー

○杉山 美峰 (埼玉県立小児医療センター)

[P3-3] ICUに配属になった中堅看護師のキャリア形成に関する能力-教育の現況と課題、必要な教育システム-

○磯崎 富美子 (日本赤十字秋田看護大学看護学部)

[P3-4] 大手術を受ける高齢患者 A氏に対する不安への看護

○小池 侑奈, 中村 香代 (独立行政法人国立病院機構災害医療センター)

(2018年7月1日(日) 09:45 ~ 10:15 ポスター会場)

[P3-1] 救急搬送患者記録用紙改訂のとりくみ

○内堀 恵, 春日 美幸, 吉沢 裕恵, 有賀 まどか (伊那中央行政組合伊那中央病院)

【目的】当院は長野県南信地域にあり、主に急性期医療と高度専門医療を担っている。平成24年に救命救急センターの指定を受け、地域の三次救急を行っている。初療チームスタッフは煩雑な業務の中で、患者優先となり家族への対応が後回しになってしまうというジレンマを抱えていることがわかった。実際に記録を見直すと家族に関する記録が少なく、患者家族との関わりが薄いと考えられる。水谷氏は待合室での家族対応に関して「家族にとって、患者の状況がわからないことはさまざまな想像をかき立て不安が増強されやすい。適宜、家族への情報提供を行い家族が患者の状況を認知できるよう対応する必要がある」¹⁾と述べている。今回、救急搬送患者家族に焦点をあて、早期介入のひとつのツールとして搬送患者記録用紙を「同乗者の確認とその反応」が記入できるように改訂した。記録を書くことにより、スタッフの家族への対応に関する意識や行動の変化がみられたためここに発表する。

【方法】研究期間は平成29年5月～12月。方法1救急搬送患者記録用紙の変更。2記録用紙変更前後1カ月間の患者家族に関する記録内容を調査・比較。3記録用紙変更2か月後初療スタッフに対して患者家族に対する意識調査を実施。アンケート対象は救急初療室看護師11名

【結果】チーム内で救急搬送時の家族の様子とその反応を記載してもらおうよう周知したが、実践できていなかった。そこで、救急搬送記録用紙へ「同乗者の確認とその反応」を記載する欄を追加した。2か月後、使用してみて行動と意識がどう変化したかアンケートを実施した。来院時心肺停止患者に関しては変更前も変更後も全例で家族の反応の記載が行われていた。軽症者から重症者の記録では、変更前は6%だったものが変更後は42%へ増加していた。スタッフからは「搬送記録用紙に項目があることで同乗者の確認を本人や救急隊へ早めに行うことができる。」「来院時意識して患者を迎え入れ、声掛けができるようになったと思う。」「誰が来ているのか意識してできるようになり、以前より面会のことや家族のことを意識してするようになった。」などの意識変化がみられた。

【考察】家族対応に関してジレンマを感じていたスタッフが多かった。来院時心肺停止患者は搬送されてすぐに事務員が待合に案内し、面会時の家族の反応を見てから看護師が個室に案内するなどの対応を行っていた。記録用紙改訂後は搬入時から家族の様子を観察し、必要時個室に案内するなど家族に対しての働きかけが行えるようになった。軽症患者から重症患者の記録が増えきているとはいえ、42%にとどまったことは、軽症の患者の家族では比較的動揺が見られなかったこと、診察時間が短時間のため記録が残らなかったのではないかと考える。重症であればあるほど家族の精神的負担は大きい。水谷氏は三次救急患者の看護の実際について「家族も患者の身体的危機状態から患者の生命に対する不安が強く危機的状态に陥りやすい。危機に対し患者・家族が適応するには早期からの介入が重要である。」²⁾と述べている。搬入時の家族の様子を観察し、声かけを行う事は患者家族の安心感にもつながり、信頼関係を築くことに繋がる。記録用紙を改訂したことにより、スタッフの意識付けや情報共有の場にもなり効果的だったと考える。

【課題】今後は煩雑な業務の中でも、すべての患者家族に対して来院時から関わりがもてるよう、役割分担の工夫など検討しながら記録用紙を活用していきたい。

【引用文献】1)、2) 救急患者と家族のための心のケア 山勢博彰編著

(2018年7月1日(日) 09:45 ~ 10:15 ポスター会場)

[P3-2] 新生児搬送に同乗する NICU看護師の育成への取り組みー新生児搬送看護の看護技術評価表の作成を試みてー

○杉山 美峰 (埼玉県立小児医療センター)

【目的】

A病院の新生児病棟（以下 NICU）では、新生児搬送用ドクターカー（以下搬送車）に、新生児科医師と NICU 看護師が同乗し依頼先の病産院へ向かい、診療しながら A 病院へ搬送するお迎え搬送を実施している。2014年度の総入院数395人中お迎え搬送は189件(47.8%)で、搬送に同乗する看護師の育成は重要な課題である。シミュレーション教育を受けた看護師は搬送経験のある看護師（以下指導者）と共に同乗し評価を受けるが、詳細な評価指標がない現状である。このことから指導者は、統一した指標による評価ができていないのではないかと、また適切な指導を行えたか不安を抱えていると推察された。そこで、新生児搬送の看護技術評価表（以下、評価表とする）を作成し、実際トレーニングで使用後に、統一した指標で評価でき課題の明確化ができたかを明らかにする。また、指導者の不安が変化したかどうかについて明らかにすることとした

【方法】

- 1.対象:研究期間中に A病院 NICU 新生児搬送実地トレーニングを受ける看護師5名と指導者5名
- 2.方法:搬送トレーニングを受ける看護師と指導者へ、研究者が作成した評価表を配布した。評価表の内容は1)搬送車へ移動するまでのNICUでの準備、2)搬送車内の準備、3)依頼病院での看護実践、4)NICUまでの車内での看護実践、5)NICU到着から入院担当看護師への引き継ぎ、6)その他の6項目で構成した。トレーニング終了後の振り返りおよび評価後に、双方へ質問紙調査(多肢選択法と自由記載)を実施した。
- 3.研究調査期間:平成28年3月～平成28年12月
- 4.倫理的配慮:対象者には、目的・方法・参加の自由意志、不利益からの保護について書面で説明を行った。研究参加は、質問紙の提出をもって同意とした。質問紙は無記名とし、得られたデータは個人が特定されないように集計した。また、本研究は所属施設の看護部倫理審査会の承認を得て実施した。
- 5.用語の定義:新生児搬送とは病産院から依頼を受けて、A病院の新生児搬送用ドクターカーに新生児科医師と共にNICU看護師が同乗して新生児を迎えに行き、A病院へ搬送すること。

【結果】

指導者5名中5名回収。看護師経験平均17.4年。搬送経験年数平均14.2年。過去同乗指導経験1名。搬送手順の再確認など指導時の事前準備は5名とも無、内4名が「突然の指導で準備できなかった」と回答した。評価表は5名が「役立つ」と回答した。理由は「一通りの流れに漏れがない」、「課題が明確になる」、「評価ポイントが明確」等であった。全員が「今後も活用したい」と回答、理由は「わかりやすく使いやすい」だった。指導経験のある1名は、指導に「不安はなかった」と回答した。その理由は「何度か指導経験があったから」であった。

搬送トレーニングを受けた看護師5名中3名回収。看護師経験平均5年。3名が「課題が明確になった」、「今後の自己学習に役立つ」と回答した。また、評価表を用いたことで自身の成果を振り返り、現状把握できたかについては、「できた」と3名が回答した。

【考察】

指導経験者の不安に関しては、複数の指導経験が不安を軽減する要因となっていた。今回指導経験者の回答が1名であり、経験の少ない指導者の不安については明らかにできなかった。しかし、搬送経験年数平均が10年以上であっても、搬送指導が初めての場合もあり指導に当たることがコンスタントにないという現状が明らかになった。指導は突然依頼されるため、指導のための事前準備できない場合が多い。しかし、評価表によって統一した指標での指導ができるとともに、搬送トレーニングを受けた看護師の課題が明確になり今後の自己学習に役立つと考えられた。

(2018年7月1日(日) 09:45～10:15 ポスター会場)

[P3-3] ICUに配属になった中堅看護師のキャリア形成に関する能力-教育の 現況と課題、必要な教育システム-

〇磯崎 富美子（日本赤十字秋田看護大学看護学部）

【目的】

クリティカルな状況において医師・看護師が協働し高度医療水準を維持するためには、絶対数の多いジェネラリ

ストのキャリア形成が重要である。臨床看護の経験者である ICU に配属となった中堅看護師（新任中堅看護師）に焦点を当て、望ましいキャリア形成に関する能力を検討した。必要な看護実践の内容と知識について第 11 回クリティカルケア看護学会で報告した。今回、教育の現況や必要な教育システムについて報告する。

【方法】

対象は承諾を得た 46 病院の ICU に勤務する看護管理者（以下管理者）および勤務交替を経験（1～2 年以内）した中堅看護師 229 名である。「新任中堅看護師への教育の現況と課題」と「クリティカルケア看護実践能力維持のために必要な教育システム」についての自由記述を求めた。意味内容の類似性をもとに分析した。倫理面への配慮：無記名の返送をもって同意とし、研究者施設の研究倫理審査委員会で倫理審査を受け承認を得た。

【結果】

<新任中堅看護師への教育の現況と課題>

看護師：教育の現況は「プリセプターによる指導」「認定看護師の担当」などの【指導者の選定】、「マニュアルに基づく指導」「教育ツールの作成」などの【基準の明確化】、「科別の経験（段階を踏む）」「ラダーに沿った経験」「未経験項目の明確化」「検討会」などの【経験によるステップアップ】「自己学習に任せる」などの【自己学習による向上】、「指導者のスキルにばらつきあり」「交替勤務による指導者の不在」などの【指導継続の困難さ】であった。教育の課題は【指導者の不足】【経験者独自のマニュアルの作成の必要性】【指導者のスキルアップ】であった。

看護管理者：教育の現況は【指導者の選定】、【基準の明確化】、【経験によるステップアップ】、【自己学習による向上】、「以前の経験が多様である」などの【経験の把握の困難】であった。教育の課題は【指導者の不足】【経験者独自のマニュアルの作成】【指導者のスキルアップ】「緊張感の強い現場への戸惑いへのサポート」【看護実践上の精神面への配慮不足】であった。

<クリティカルケア看護実践能力維持のために必要な教育システム>

看護師：「定期的な勉強会」「各時期に沿った研修会」などの【研修機会の充実】、「スタンダードエディケーションプラン」などの【計画的な教育方法の確立】、「認定看護師の活用」「スタッフ全員での取り組み」などの【多様な教育方法の工夫】「スキルアップへの支援」などの【実践能力向上への組織的支援】であった。

看護管理者：「指導者の教育システム」などの【新任中堅看護師教育システムの確立】、「専門的スキルを身につける支援」「シミュレーション教育の充実」などの【教育教材活用の発展】であった。

【考察】

教育の現況は、看護師、管理者共に【指導者の選定】、【基準の明確化】、【経験によるステップアップ】、【自己学習による向上】であった。対象看護師の背景を考慮した教育を行っていることがわかった。しかし、看護管理者の【経験の把握の困難】では、看護師の経験が多様であるために、身につけている能力の見極めが困難であることがわかった。課題として【経験者独自のマニュアルの作成】が挙げられたことは、個別の対応をシステムティックに行うことを必要としていると考える。

クリティカルケア看護には、救命に関する能力が求められ、ジェネラリストとしては身につけているべき知識である。そのため教育システムとしては、経験の背景を考慮した取り組みをのぞむ内容であり、多様なシステムでクリティカルケア看護実践能力を維持していかなければならないことが示唆された。

(2018年7月1日(日) 09:45～10:15 ポスター会場)

[P3-4] 大手術を受ける高齢患者 A 氏に対する不安への看護

○小池 侑奈, 中村 香代 (独立行政法人国立病院機構災害医療センター)

【はじめに】不安は術後の順調な回復、すなわち適応状態に影響を及ぼすことがある。ICU でケアを受けた患者は自分の病気は ICU で対応しなくてはならない程に重篤な状態なのかと思うようになる。また、極度の不安から精神に異常をきたしてしまう PICS の原因ともなると言われている。そこで今回、短期間でも看護師-患者間の関係プロセスを意識して関わることで不安の軽減に繋がるのではではないかと考えた。【目的】大手術を受ける高齢

患者 A氏に対して不安を軽減する看護について振り返ることを目的とする。【倫理的配慮】災害医療センター看護部倫理審査委員会承認を得た。【患者紹介】A氏 80歳代女性 胃切除後 夫と2人暮らし 家事はA氏が行っていた 入院時から漠然とした不安を抱えていた患者 【看護実践】当院ICUでは予定手術患者に対しICU入室前訪問を実施しており、A氏は入院時から漠然とした不安を抱えているという情報を診療録から得ていた。A氏は初め、心配そうな表情に見えた。「不安はいろいろありますね。話す수록長くなるからいいです」と不安というキーワードは看護師へ伝えてくれたが、具体的な内容を話そうとしなかった。そこで術後の経過について細かく説明した。手術前後で看護師はA氏のことを理解したいという気持ちを忘れずに接し、安心して療養生活・退院後も生活できるように関わった。手術後、A氏は次第に看護師に対して具体的に不安の内容を話すようになった。その中でも「胃をとったことでの今後の食生活が不安。夫が早食いね。つられないか心配」と胃を切除したことによる今後の食生活について一番不安を抱えていた。A氏のニーズに応じられるように看護師は食事前には必ずパンフレットを使用し、注意点やダンピング症状について説明した。【結果】短期間でも看護師-患者間のプロセスを意識して関わることで不安の軽減に繋がり、A氏から「食事の際は今もパンフレットを読んでいます。看護師さんが親身になって考えてくれたから助かりました。食事のことは夫もパンフレットを読んでくれて協力してくれるので頑張ります」という発言がみられた。【考察】ペプロウは患者-看護師間の関係は4つの局面からなると述べている。方向付けの段階ではA氏の切実なニーズは何かと考えた。結婚してから夫と食生活を共にしてきたA氏が今までの生活背景が変わることに対しての不安を抱えているのではないかと考えた。ペプロウは「患者は切実なニーズをもっている。その問題に立ち向かうために援助が必要であると感じてはじめて、看護師と患者の最初の関係が始まる」と述べているようにA氏の言葉の中に隠されたキーワードを導くことが大切であると考えた。同一化の段階ではA氏は次第に看護師に対して具体的に不安の内容を話すようになった。A氏は看護師との関係の中で患者自身が抱える思いを表現できていることがわかる。ペプロウの役割変遷を用いると今回の事例では「情報提供者」「相談相手」の機能をしたと思われる。開拓利用の局面では食生活について不安を抱えていることを看護師へ伝えていることから援助の必要性を感じて、援助を求めるようになったと考えられるため、毎食前にパンフレットを使用し説明した。問題解決の段階では毎食前にパンフレットを使用し説明したことでA氏の自信や意識付けに繋がったと考えられる。今後も、どんな患者に対してもICU入室という短い時間の中でもプロセスを意識し、関わっていくことが課題である。

一般演題（示説）

一般演題（示説） P4群

災害看護・その他

座長:赤池 麻奈美(東京女子医科大学東医療センター 看護部 救命ICU)

2018年7月1日(日) 10:25 ~ 11:00 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[P4-1] 小児集中治療室における流量膨張式蘇生バッグの使用状況に関する実態調査

○原口 昌宏¹, 三浦 規雅² (1.東京医療保健大学 東が丘・立川看護学部, 2.東京都立小児総合医療センター 看護部 PICU)

[P4-2] A病院における急変時対応の現状と課題～意識調査の結果から見えたもの～

○奥村 恵, 山岡 恭子 (ベルランド総合病院)

[P4-3] 当院集中治療室における敗血症患者の再入室のリスク因子 ～退室時のバイタルサインに着目した検討～

○春名 純平¹, 巽 博臣², 赤塚 正幸², 升田 好樹² (1.札幌医科大学附属病院集中治療部看護室, 2.札幌医科大学医学部集中治療医学)

[P4-4] 地震災害発生時に現地において被災者支援に携わった看護師の体験

○渡部 みさき¹, 鈴木 亜佑実², 佐野 有希³, 森 恵子⁴, 菅野 久美⁵ (1.聖隷三方原病院看護部, 2.社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市東部病院, 3.岡崎市民病院看護局, 4.浜松医科大学医学部看護学科, 5.福島県立医科大学看護学部)

[P4-5] トリアージ演習に参加した看護学生に生じる戸惑い～倫理的葛藤に焦点を当てて～

○勝寄 菜, 森 恵子 (浜松医科大学医学部看護学科)

(2018年7月1日(日) 10:25 ~ 11:00 ポスター会場)

[P4-1] 小児集中治療室における流量膨張式蘇生バッグの使用状況に関する 実態調査

○原口 昌宏¹, 三浦 規雅² (1.東京医療保健大学 東が丘・立川看護学部, 2.東京都立小児総合医療センター 看護部 PICU)

【目的】

流量膨張式蘇生バッグは、終末呼気陽圧、最大吸気圧、吸気・呼気時間の調節、肺のコンプライアンスの推測、患者の呼吸リズムに合わせた換気ができる等、重症患者に有用な用手換気用具である。しかし、その取扱いは一般に熟練を要するとされ、不適切な手技による患者への不利益も懸念される。本研究は、小児集中治療室における流量膨張式蘇生バッグの使用状況に関する実態を明らかにし、今後の課題について検討する。

【方法】

小児集中治療室を有する施設を対象に、流量膨張式蘇生バッグの使用状況や教育状況などに関する現状を質問用紙にて調査した。本研究は所属研究機関の承認を得た上で実施し、質問紙は無記名で回収、回答の有無によって対象者が不利益を被らない等の倫理的配慮をした。

【結果】

調査は、14施設に依頼し、9施設より回答を得た。7施設では、流量膨張式蘇生バッグを使用していた。流量膨張式蘇生バッグの取り扱いに関する教育方法は、集合教育によるテスト肺を用いたシミュレーション教育や講義など、施設毎に様々であった。流量膨張式蘇生バッグによる用手換気時のマンメーター使用の有無に関しては、全例で使用しているのは、2施設のみであった。さらに流量膨張式蘇生バッグでの用手換気時に経験した有害事象について、多くの施設で、肺胞虚脱や換気不足による低酸素血症や高圧換気による低血圧や徐脈を経験していた(図1)。

【考察】

多くの施設において、原則として流量膨張式バッグが選択され、有用性が認識されている。一方で、使用に関する指導方法については、標準化されている施設は1施設にすぎず、また全スタッフを教育対象としている施設は3施設でしかなく、流量膨張式蘇生バッグ取り扱いに関して十分な教育がされていない可能性がある。気道内圧を可視できるマンメーターを用いた換気は、総ての症例に用いる施設は2つ、他の施設では圧を厳密に管理しなくてはいけない先天性気管狭窄症などに使用しており、安全性の担保に努めていると考えられる。しかし、多くの施設において、流量膨張式蘇生バッグに起因する有害事象を経験しており、その取り扱いについては教育の必要性があると考えられる。

なお、本研究は、平成28年度日本クリティカルケア看護学会研究費助成を受けた。

(2018年7月1日(日) 10:25 ~ 11:00 ポスター会場)

[P4-2] A病院における急変時対応の現状と課題～意識調査の結果から見えたもの～

○奥村 恵, 山岡 恭子 (ベルランド総合病院)

【目的】 A病院は、高度急性期病院として年間7,000件の救急搬送があり、救急患者の約22%が一般病床に入院している。病状が不安定な場合や治療や疾患が確定できないまま入院になることもあり、緊急入院患者の病態や症状をいち早く捉え速やかに対応する事が求められる。緊急招集体制も確立されており、年間約20件の要請がある。しかし、病院内心停止を未然に防ぐことが重要であり、急変させない看護の実践力を高めることを目的とし、RRS (Rapid Response System) 発足準備のため現状調査を行い検討した。【方法】 院内看護部、経験年

数2年目以上の保健師、助産師、看護師543名とし、平成29年5月20日～5月31日に質問用紙を用いて15項目の調査を行った。倫理的配慮は、個人が特定できないよう無記名とし、アンケートの提出をもって同意とした。【結果】質問紙回収率は、95.3%、内訳は看護師87%、助産師8%、保健師3%、准看護師1%記載なし1%であった。院内急変の遭遇の割合は「あり」が83%、「なし」は15%であった。また、特殊病棟を除く一般病棟の急変遭遇は87%であった。そのうち経験年数別では3年目以上での急変遭遇率は91%であった。実際に心肺蘇生した割合は「あり」が51%、「なし」は47%とであった。3年目以上では60%が実施していた。急変時対応の自信が「あり」は10%、「なし」は88%であった。また、一般病棟の3年目以上では「あり」は6%、「なし」は90%であった。急変時の自信がない理由では不安や怖が多かった。急変時自信がないと回答した88%のうち研修参加率は84%であった。RRSの認知度は69%が知らないと回答した。【考察】A病院看護部の急変遭遇の割合は8割以上を占め、約半数のスタッフが実際に心肺蘇生の経験を有していた。しかし、急変対応は8割以上で、自信がなく、特にチームリーダーを担う3年目以上では9割で自信がないことが明らかになった。急変時対応の研修を受講していても予期せぬ急変や状態変化が想定できず知識を行動に繋げることができないことや、日常的に実践していない急変時の行動を成功体験としてつなげる機会がなく対応に自信が持てないことが要因として考えられる。さらにA病院は、高度急性期病院であり、一般病棟にも重症度が高い病態や状態の不安定な患者が多く入院する。その為、急変遭遇率も高いことから、予期せぬ急変を回避するためにRRSの運用が必須であり、患者の状態変化に気付くことができる看護師の臨床判断能力やフィジカルアセスメント能力の向上が重要であると考えられる。急変時対応の知識を行動レベルに落とし込むために、さまざまな状況を想定し、臨場感のある環境設定したシミュレーションの企画と行動の振り返りを実施し、急変時対応に自信がもてる看護師の育成が必要である。【結論】現場の看護師が相談・活用できる看護師を主体としたRRSの運用を検討するとともに看護師の臨床判断能力と急変時対応力向上に対する教育の強化が課題である。

(2018年7月1日(日) 10:25～11:00 ポスター会場)

[P4-3] 当院集中治療室における敗血症患者の再入室のリスク因子～退室時のバイタルサインに着目した検討～

○春名 純平¹, 巽 博臣², 赤塚 正幸², 升田 好樹² (1.札幌医科大学附属病院集中治療部看護室, 2.札幌医科大学医学部集中治療医学)

【背景】敗血症および敗血症性ショックの死亡率は著しく高い。このような敗血症患者に対するICUでの治療後、一旦退室したにもかかわらず、病態が悪化して再入室することがある。一般に、ICUの再入室は病院滞在日数を増やし、病院死亡率の独立したリスク因子であるとされている。また、ICUに再入室することで患者家族のQOLは低下する。したがって、死亡率の高い敗血症患者の再入室はさらに、生命予後や患者家族に強い影響を及ぼす可能性があるため、その予防が重要となると考えられる。【目的】ICUに入室した敗血症患者のICU退室時のバイタルサインから再入室のリスク因子を明らかにし、ICU退室後の病棟での看護ケアの支援方法を検討すること。【研究方法】対象は、2011年4月～2017年10月にICUに入室した患者のうち、死亡症例、18歳未満の小児患者を除いた214例とした。調査法は後方視的診療記録調査で調査項目は年齢、性別、ICU入室時のAPACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation)2スコア・SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)、ICU在室日数、ICUでの治療として人工呼吸日数・腎代替療法の有無と日数、気管切開の有無、退室時のバイタルサインとして、呼吸数・心拍数・収縮期血圧・せん妄の有無を調査した。結果は、症例数と群内における割合、あるいは平均値と標準偏差で示した。統計処理は、SPSS Ver.25を用い、Mann-WhitneyのU検定及びFisherの正確確率検定を行った。また、再入室に影響する要因を調査するために、再入室の有無を従属変数とし、退室時の呼吸数・心拍数・収縮期血圧・せん妄の有無を独立変数として、ロジスティック回帰分析を行った。さらに、呼吸数・収縮期血圧についてROC曲線を作成し、カットオフ値を算出した。すべての項目につき、有意水準は5%とした。本研究は札幌医科大学附属病院看護部看護研究審査委員会の承認を受けており、開示すべき利益相反はない。【結果】敗血症214例中ICU再入室患者(再入室群)は42例で、非再入室患者(非再入室群)は172例であった。両群の年齢、性別、重症度(APACHE II, SOFA score)、基礎疾患に有意差

はなかった。両群で退室時のバイタルサインを比較したところ、呼吸数 ($P<.01$) と収縮期血圧 ($P=.005$)、せん妄の有無 (Fisher's exact probability $<.01$) が関連していた。ロジスティック回帰分析の結果、有意なモデルが得られた ($\chi^2=39.52$, $df=4$, $P<.01$)。独立した危険因子オッズ比 (OR) / 95%CIは、呼吸数[1.169/1.078-1.268]、収縮期血圧[1.025/1.004-1.045]、せん妄の有無[0.359/0.132-0.873]であった。さらに、呼吸数および収縮期血圧のROC曲線を作成したところ、呼吸数 ($P<.01$, AUC:0.72)、収縮期血圧 ($P=.005$, AUC:0.64) であり、それぞれのカットオフ値は呼吸数24回、収縮期血圧115mmHgであった。【考察】退室時の呼吸数・収縮期血圧・せん妄の有無は有意に再入室群で高かった。呼吸数のカットオフ値を qSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment) と比較すると、「呼吸数22回以上」の項目とほぼ一致する結果であった。また、意識の変容についても、再入室群と関連が見られた。これらから、敗血症患者において、一般病棟での qSOFAに着目した看護師の観察が重要であると考えられる。加えて、敗血症患者のICU退室時の基準についても qSOFAをもとに検討する必要があると考える。【結論】退室時の呼吸数・収縮期血圧・せん妄の有無は有意に再入室群で高かった。これらの観察項目をもとに、看護師の観察による患者の重症化予防が期待される。

(2018年7月1日(日) 10:25 ~ 11:00 ポスター会場)

[P4-4] 地震災害発生時に現地において被災者支援に携わった看護師の体験

〇渡部 みさき¹, 鈴木 亜佑実², 佐野 有希³, 森 恵子⁴, 菅野 久美⁵ (1.聖隷三方原病院看護部, 2.社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市東部病院, 3.岡崎市民病院看護局, 4.浜松医科大学医学部看護学科, 5.福島県立医科大学看護学部)

【背景】災害発生時に被災者支援に携わった看護師の体験を明らかにすることは、今後発生が予測される地震災害発生時に、看護職としてどのような被災者支援が求められるのか、被災者支援を行う看護職に対してどのような支援が必要になるかを検討する一助になる。【研究目的】地震発生現場に派遣され現地において被災者の支援に携わった看護師が、被災地でどのような体験をしたかについて明らかにすること。本研究での地震災害とは、阪神淡路大震災、東日本大震災、熊本地震の3つとした。【方法】1. 研究デザイン：質的記述的研究デザイン 2. 研究対象者：地震災害発生時に被災地へ派遣され、被災者支援に携わった体験を持つ看護師。3. 研究参加への同意の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半構造化面接を実施した。4. 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】A大学の臨床研究倫理委員会の承認を得て実施した。対象候補者に研究の趣旨、研究参加の任意性と中断の自由、不利益の回避、個人情報への守秘、データの保管と廃棄、結果の公表について書面を用いて説明を行ない、署名による承諾を得た。研究対象者は、地震発生早期に被災地の悲惨な状況の中で被災者に対する心身への援助を提供する為に現地に入った看護師であるため、災害発生当時の事を思い出し、面接途中で精神的動揺を来した場合には、面接の継続の可否を研究対象者に確認すると共に、面接途中あるいは面接終了後に、看護部関係者に報告を行い、対応を依頼することとした。【結果】1. 対象者の概要：対象者は9名で、派遣地は阪神淡路2名、東北4名、熊本2名、東北・熊本1名、派遣時の看護師としての経験年数は、3年から27年であった。派遣時の活動内容は様々であり、派遣時期は、地震災害発生数日後から2か月後までであった。面接時間は平均36.2分であった。2. 被災者支援に携わった看護師の体験として、【被災者のところへ赴いて行う積極的な情報収集と傾聴】【準備の不足やタイミングの問題で適切な看護援助ができなかったという不全感】【被災地で生活をともにし、チームメンバーを思いあひながらの協働】【支援活動のための準備と場づくり、人や情報を結び合わせる役割】【十分な準備をして臨んだが、一喜一憂させられた被災地での生活】【被災地のさまざまな現場を目の当たりにし衝撃を受けたことで、被災の現状を他人事と思えない思い】【日常生活が取り戻され、支援活動が終了するとともに他人事になってしまう思い】【夢中でし続ける支援活動】【被災者のためになっているという手ごたえを感じたときの嬉しさ】の9つが明らかとなった。【考察】被災地で被災者支援に携わった看護師が持った被災を他人事と思えない気持ちが、派遣後に日常生活を取り戻すにつれて他人事になってしまうことに戸惑いを感じる事が明らかとなった。また、活動時には感じなかった疲労や負担が、派遣後の生活に影響するのではな

いかと推察された。これらのことから、災害派遣を通じた感情の変化について事前に学ぶことや、派遣後のフォロー体制の強化が必要であることが考えられた。【結論】地震発生現場に派遣された看護師の被災地での体験として、9つの体験が明らかとなった。また、災害派遣を通じた感情の変化について事前に学ぶことや、派遣後のフォロー体制強化の必要性が示唆された。

(2018年7月1日(日) 10:25 ~ 11:00 ポスター会場)

[P4-5] トリアージ演習に参加した看護学生に生じる戸惑い～倫理的葛藤に焦点を当てて～

○勝寄 菜, 森 恵子 (浜松医科大学医学部看護学科)

【背景】災害時医療では、「災害医療の3T (Triage、Treatment、Transportation)」が鍵となり、中でもトリアージが一番重要とされる。研究者の所属施設においても救急看護の授業の中でトリアージ演習を実施しているが、再現された災害現場や傷病者の状況に対して看護学生がショックを受け、茫然と立ち尽くす様子や、自分の行なったトリアージに自信が持てず、自分の判断の正当性、黒タグをつける際の葛藤について振り返りを行う学生が多い。【研究目的】 A大学医学部看護学科において、平成29年度4年次後期に開講される救急看護の中で行なわれるトリアージ演習において、看護学生がトリアージを実施する際に生じる戸惑いを明らかにすること。【方法】 1. 研究デザイン：質的記述的研究デザイン。2. 研究対象者：A大学医学部看護学科において、平成29年度4年次後期に開講される救急看護の授業でトリアージ演習に参加した学生のうち、研究への参加に同意の得られた学生。3. データ収集方法：研究者が作成したインタビューガイドを用いて、自由回答法により、4名1グループでフォーカスグループ面接を実施した。4. データ収集期間：平成29年11月。5. 分析方法：面接内容の逐語録を質的データとして、Krippendorffの内容分析の手法を参考に分析を行った。【倫理的配慮】 A大学の倫理委員会の承認(承認番号：17-177)を得た後、対象者に研究参加の任意性、不利益の回避、プライバシーの保護、匿名性の遵守、個人情報の保護、データの保管と管理および破棄、研究結果の公表について説明し同意を得た。また、看護学生が研究対象者であるため、研究参加に同意しないことにより成績およびその後の学生生活に不利益が及ばないことについて説明した。面接の中で自分自身の体験を語ることで、演習での出来事が日常的に想起され、心理的負担が生じる可能性があるため、インタビュー実施後に心身の変化が生じた場合は、研究責任者に速やかに相談するようあらかじめ説明を行うなどの配慮を行った。【結果】 1. 対象者の概要：対象者は4名(男性1名、女性3名)で、面接時間は約50分だった。2. トリアージ演習に参加した看護学生に生じる戸惑いとして、【自信のない中で、傷病者の優先順位をつける】【トリアージで行う判断は、自分が考える看護ではないと感じる】【限られた時間の中で傷病者や家族に対して何をすればいいかわからない】【傷病者やその家族のためを思い根拠のはっきりしない声掛けをしてしまう】の4つが抽出された。【考察】災害は突然起こる事象であり、今まで教育を受けてきた患者・家族への関わり方ではトリアージ場面に対応できず、【トリアージで行う判断は、自分が考える看護ではないと感じる】体験をもたらしていた。【自信のない中で傷病者の優先順位をつける】【限られた時間の中で傷病者や家族に対して何をすればいいかわからない】体験は、自分が行いたい看護とトリアージで求められる役割の違いをより学生に認識させていた。各論実習の中で様々な患者と出会い、対象への援助を考え実施してきた4年生であっても、演習において再現された災害現場や傷病者に対してトリアージを行う中で、自分の持つ知識・技術が充分でないことを思い知らされたことが「戸惑い」に繋がったと考える。学生の戸惑いを表出する場を設け、学生が演習の中で感じた「戸惑い」が、災害医療、トリアージについての知識を深め、今後臨床の中でさらに経験を積んでいくことのモチベーションに繋がるような教育内容の検討の必要性が示唆された。

閉会式

閉会式

2018年7月1日(日) 16:30 ~ 16:40 第1会場 (5階 大ホール)

[OTS2] 閉会式

(2018年7月1日(日) 16:30 ~ 16:40 第1会場)

[OTS2] 閉会式

ポスター貼付

ポスター貼付

2018年7月1日(日) 08:30 ~ 09:00 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[OTS7] ポスター貼付

(2018年7月1日(日) 08:30 ~ 09:00 ポスター会場)

[OTS7] ポスター貼付

ポスター撤去

ポスター撤去

2018年7月1日(日) 16:00 ~ 16:30 ポスター会場 (1階 展示ホール)

[OTS9] ポスター撤去

(2018年7月1日(日) 16:00 ~ 16:30 ポスター会場)

[OTS9] ポスター撤去