

2019年6月15日(土)

メイン会場

集会長講演

[PL] クリティカルケア看護の叡智とワザ

演者:清村 紀子(大分大学医学部看護学科)

座長:林 優子(関西医科大学看護学部)

09:40 ~ 10:30 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

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

○清村 紀子¹ (1. 大分大学医学部看護学科)

09:40 ~ 10:30

2019年6月15日(土)

メイン会場

特別講演

[SL1] コードブルーが伝えなかった救急医療

演者:原 義明(日本医科大学付属病院高度救命救急センター)

座長:菅原 美樹(札幌市立大学)

10:40 ~ 11:50 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[SL1] コードブルーが伝えなかった救急医療

○原 義明¹ (1. 日本医科大学付属病院高度救命救急センター)

10:40 ~ 11:50

第2会場

特別講演

[SL2] せん妄ケアに新たな知見を

演者:上園 保仁(国立がん研究センター研究所)

座長:松月 みどり(東京医療保健大学)

14:20 ~ 15:20 第2会場 (3F 国際会議室)

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

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

14:20 ~ 15:20

2019年6月15日(土)

第2会場

招聘講演

[IL1] クリティカルケアを支える建築デザインの知恵と
ワザ

演者:鍋田 知宏(DesignLab.+Ca)

座長:佐藤 憲明(日本医科大学付属病院)

15:30 ~ 16:30 第2会場 (3F 国際会議室)

[IL1] クリティカルケアを支える建築デザインの知恵とワ

ザ～ 理想の院内環境を作る為に、取り組むべきこ

と、考えるべきこと～

○鍋田 知宏¹ (1. DesignLab.+Ca)

15:30 ~ 16:30

2019年6月15日(土)

メイン会場

教育講演

[EL1] 医療の質を可視化するワザ

演者:嶋田 元(聖路加国際大学、聖路加国際病院)

座長:立野 淳子(小倉記念病院)

15:40 ~ 16:40 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[EL1] 医療の質を可視化するワザ

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

15:40 ~ 16:40

2019年6月15日(土)

メイン会場

シンポジウム

[SY1] クリティカルケア領域のその人らしい最期を問
う

座長:木下 佳子(NTT東日本関東病院)、杉野 由起子(九州看護福祉大学)

14:20 ~ 15:30 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[SY1-1] 救急看護におけるその人らしい最期を考える

○大野 美香¹ (1. 名古屋学芸大学 看護学部 看護学科)
14:20 ~ 14:35

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

○安心院 康彦¹、三宅 康史¹、坂本 哲也¹ (1. 帝京大学医
学部救急医学講座)
14:35 ~ 14:50

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

○伊藤 真理¹ (1. 川崎医科大学総合医療センター 看護管
理室)
14:50 ~ 15:05

シンポジウム

[SY2] クリティカルの臨床指標を PDCAサイクルに載
せる

座長:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学)、中田 諭(聖路加国際大学)
16:50 ~ 18:00 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[SY2-1] PDCAサイクルを、臨床で定着させるために

○濱本 実也¹ (1. 公立陶生病院)
16:50 ~ 17:05

[SY2-2] 不確実な臨床を生き抜くための医療の質改善活動と
指標分析

○櫻本 秀明¹ (1. 茨城キリスト教大学 看護学部看護学
科)
17:05 ~ 17:20

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

○柳澤 八恵子¹ (1. 聖路加国際病院 救命救急センター)
17:20 ~ 17:35

2019年6月15日(土)

第2会場

パネルディスカッション

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

10:40 ~ 11:50 第2会場 (3F 国際会議室)

[PD1-1] 重症患者の「安楽」とは何か、安楽の概念や今後の課題

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

10:40 ~ 10:55

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

○北別府 孝輔¹ (1. 倉敷中央病院 集中医療センター)

10:55 ~ 11:10

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

○合原 則隆¹ (1. 久留米大学病院高度救命救急センター)

11:10 ~ 11:25

パネルディスカッション

[PD2] 未来に向けて特定行為研修制度の課題を考究する

座長:尾野 敏明(前 杏林大学医学部付属病院)、卯野木 健(札幌市立大学)

16:40 ~ 18:00 第2会場 (3F 国際会議室)

[PD2-1] 看護師が国民から信頼を得るための方策

○剣持 功¹ (1. 東海大学看護師キャリア支援センター)

16:40 ~ 16:55

[PD2-2] 認定看護師としての特定行為実践の現状と課題

○村中 烈子¹ (1. 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院 ICU)

16:55 ~ 17:10

[PD2-3] 特定行為研修の現状と課題

○桑村 直樹¹ (1. 公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)

17:10 ~ 17:25

第4会場

パネルディスカッション

[PD3] 重症患者の生活支援“食べる”機能を守るチャレンジ

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

16:40 ~ 18:00 第4会場 (1F 中会議室)

[PD3-1] 早期リハビリテーションとして摂食・嚥下機能への介入を考える

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

16:40 ~ 16:55

[PD3-2] 食べるを守るためのケア

○隈本 伸生¹ (1. 小倉記念病院 看護部 クオリティマネジメント科)

16:55 ~ 17:10

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

○後藤 孝治¹ (1. 大分大学医学部附属病院 集中治療部)

17:10 ~ 17:25

[PD3-4] 「“食べる”機能を守るために」～栄養士の立場から～

○田邊 美保子¹ (1. 大分大学医学部附属病院臨床栄養管理室)

17:25 ~ 17:40

第5会場

パネルディスカッション

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

16:40 ~ 18:00 第5会場 (B2F リハーサル室)

[PD4-1] 重症患者の褥瘡対策 ～今からはじめる予防ケア～

○志村 知子¹ (1. 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)

16:40 ~ 16:55

[PD4-2] その安全・安心は誰のためですか？—認知症看護の視点から—

○吉里 美貴¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

16:55 ~ 17:10

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

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

17:10 ~ 17:25

2019年6月15日(土)

第3会場

交流会

[AC1] 意外と簡単！英文アブストラクト

10:40～11:50 第3会場 (3F 小会議室31)

[AC1] 意外と簡単！ 英文アブストラクト

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

10:40～ 11:50

第4会場

交流会

[AC2] せん妄ケアは TBC

10:40～11:50 第4会場 (1F 中会議室)

[AC2] せん妄ケアは TBC

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

10:40～ 11:50

交流会

[AC3] 知って得する人工呼吸器離脱プロトコル

15:00～16:30 第4会場 (1F 中会議室)

[趣旨] 知って得する人工呼吸器離脱プロトコル

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

15:00～ 15:15

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

○露木 菜緒¹（1. 国際医療福祉大学成田病院準備事務局）

15:15～ 15:30

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

○辻本 雄大¹（1. 奈良県立医科大学附属病院）

15:30～ 15:45

[AC3-3] 人工呼吸器離脱プロトコル導入による看護師の実践

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

16:00～ 16:15

[AC3-4] 人工呼吸器離脱プロトコルの効果

○後藤 順一¹（1. 河北総合病院）

16:15～ 16:30

2019年6月15日(土)

第6会場

プラクティスセミナー

[PS1] 補助循環の看護

演者:相良 洋(岡山済生会総合病院ICU)

10:50 ~ 11:50 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[PS1] 補助循環の看護

○相良 洋¹ (1. 岡山済生会総合病院 ICU)

10:50 ~ 11:50

プラクティスセミナー

[PS2] 人工呼吸管理の基礎

演者:岡本 美穂(広島大学病院)

14:20 ~ 15:20 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[PS2] 人工呼吸管理の基礎

○岡本 美穂¹ (1. 広島大学病院)

14:20 ~ 15:20

プラクティスセミナー

[PS3] 画像の見方

演者:林 尚三(有隣厚生会富士病院)

15:30 ~ 16:30 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[PS3] 画像の見方

○林 尚三¹ (1. 公益社団法人 有隣厚生会 富士病院)

15:30 ~ 16:30

プラクティスセミナー

[PS4] フィジカルアセスメント

演者:佐藤 大樹(北海道循環器病院)

16:40 ~ 17:40 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[PS4] フィジカルアセスメント

○佐藤 大樹¹ (1. 社会医療法人 北海道循環器病院)

16:40 ~ 17:40

2019年6月15日(土)

第2会場

ランチョンセミナー

[LS1] よりよく眠るための心得

演者:久保 工(東洋羽毛工業株式会社営業開発)

12:00 ~ 13:00 第2会場 (3F 国際会議室)

[LS1] よりよく眠るための心得

12:00 ~ 13:00

第3会場

ランチョンセミナー

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

演者:山田 亨(東邦大学医療センター大森病院)

座長:卯野木 健(札幌市立大学)

12:00 ~ 13:00 第3会場 (3F 小会議室31)

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

12:00 ~ 13:00

第4会場

ランチョンセミナー

[LS3] 救命だけがICUじゃない！ 治るための経腸栄養

演者:泉野 浩生(長崎大学病院高度救命救急センター)

座長:清水 孝宏(那覇市立病院急病センター)

12:00 ~ 13:00 第4会場 (1F 中会議室)

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

12:00 ~ 13:00

第5会場

ランチョンセミナー

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

演者:後藤 孝治(大分大学医学部附属病院麻酔科学講座)

座長:清村 紀子(大分大学)

12:00 ~ 13:00 第5会場 (B2F リハーサル室)

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

12:00 ~ 13:00

第6会場

ランチョンセミナー

[LS5] ナースがおさえておきたい イマドキのバイタ
ルサインの理解

演者:石松 伸一(聖路加国際病院)

座長:道又 元裕(国際医療福祉大学成田病院準備事務局)

12:00 ~ 13:00 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[LS5] ナースがおさえておきたい イマドキのバイタルサイ
ンの理解

12:00 ~ 13:00

2019年6月15日(土)

第3会場

一般演題 (口演)

[O2] 精神ケア・家族ケア

座長:藤本 理恵(山口大学医学部附属病院)

14:20 ~ 15:30 第3会場 (3F 小会議室31)

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

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

14:20 ~ 14:30

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

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

14:30 ~ 14:40

[O2-3] 救急外来看護師の精神疾患合併患者への対応における困難感

○長澤 静代¹ (1. 相模原協同病院看護部)

14:40 ~ 14:50

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

○井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院集中治療病棟)

14:50 ~ 15:00

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

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

15:00 ~ 15:10

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

○山家 尚未¹、菊地 洋花¹ (1. 池上総合病院看護部CICU)

15:10 ~ 15:20

一般演題 (口演)

[O5] 鎮痛・鎮静・せん妄1

座長:神田 直樹(北海道医療大学)

15:40 ~ 16:40 第3会場 (3F 小会議室31)

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

○藤本 昌吾¹、池辺 諒¹ (1. 大阪母子医療センター 看護部ICU)

15:40 ~ 15:50

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

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

15:50 ~ 16:00

[O5-3] ICU患者の睡眠評価尺度の基準関連妥当性と内的一貫性の検証

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

16:00 ~ 16:10

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

○小高 貴直¹ (1. 日本赤十字社 大阪赤十字病院)

16:10 ~ 16:20

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

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

16:20 ~ 16:30

一般演題 (口演)

[O6] 鎮痛・鎮静・せん妄2

座長:丸林 美代子(浜の町病院)

16:50 ~ 18:00 第3会場 (3F 小会議室31)

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

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

16:50 ~ 17:00

[O6-2] 浅い鎮静管理の集中治療室における退室後患者の記憶の有無と妄想的記憶

○野口 綾子^{1,2} (1. 東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科 先端侵襲緩和ケア看護学分野 博士後期課程、2. 京都府立医科大学附属病院)

17:00 ~ 17:10

[O6-3] 鎮痛・鎮静評価尺度の統一と鎮痛・鎮静プロト

コールの使用に関する看護師の認識

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

17:10 ~ 17:20

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

○坂尻 美保¹、荒山 由紀²、高佐 紅夕子³、廣瀬 麗奈⁴、飯島 美樹⁵ (1. 東邦大学医療センター大森病院、2. 手稲溪仁会

病院、3. 帝京大学ちば総合医療センター、4. 日本医科大学
付属病院、5. 北海道科学大学保健医療学部看護学科)

17:20 ~ 17:30

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

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

17:30 ~ 17:40

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

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

17:40 ~ 17:50

第5会場

一般演題 (口演)

[O1] 優秀演題

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

10:40 ~ 11:50 第5会場 (B2F リハーサル室)

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

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

10:40 ~ 10:50

[O1-2] 集中治療室入室中に医療者から受けたケアに対する患者の快

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

10:50 ~ 11:00

[O1-3] クリティカルケア看護における看護実践に対する困難尺度の開発

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

11:00 ~ 11:10

[O1-4] SBS version of CAPDの妥当性と信頼性の検討

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

11:10 ~ 11:20

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

○古川 智恵¹ (1. 岐阜聖徳学園大学看護学部看護学科)

11:20 ~ 11:30

一般演題 (口演)

[O3] 呼吸・循環1

座長:坂本 美賀子(済生会熊本病院)

14:20 ~ 15:20 第5会場 (B2F リハーサル室)

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

○加寛 妙子¹ (1. 鹿児島大学病院ICU)

14:20 ~ 14:30

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

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

14:30 ~ 14:40

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

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

14:40 ~ 14:50

[O3-4] 看護師の吸引手技に関する実態調査

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

14:50 ~ 15:00

[O3-5] 人工呼吸器離脱困難事例に必要な支援-離脱プロトコルを参考に-

○竹林 洋子¹ (1. JCHO九州病院)

15:00 ~ 15:10

一般演題 (口演)

[O4] 呼吸・循環2

座長:芝田 香織(大分大学医学部附属病院)

15:30 ~ 16:30 第5会場 (B2F リハーサル室)

[O4-1] スライドシートを用いた腹臥位への体位変換の工夫

○小田 依里香¹、竹下 智美¹、佐藤 拓也¹、大宅 隆博¹、河野 志穂¹、安部 直子¹、清村 紀子² (1. 大分大学医学部附属病院看護部、2. 大分大学医学部看護学科)

15:30 ~ 15:40

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

田中 しのぶ¹、○山崎 圭祐²、佐藤 かおり¹、橋内 伸介

^{1,3}、田村 富美子¹ (1. 聖路加国際病院 救命救急センター、2. 聖路加国際病院 ICU、3. 千葉大学大学院 看護学研究科 博士後期課程)

15:40 ~ 15:50

[O4-3] ICUにおける非侵襲的陽圧換気装着患者の調整行動

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

15:50 ~ 16:00

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

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

16:00 ~ 16:10

[O4-5] 心臓手術を受けた患者の情報探索行動

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

16:10 ~ 16:20

2019年6月15日(土)

第7会場

一般演題 (示説)

[P1] 心理・社会的ケア

座長:徳永 美和子(九州中央病院)

14:40 ~ 15:30 第7会場 (B1F コンベンションホール)

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

14:40 ~ 14:47

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

14:47 ~ 14:54

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

14:54 ~ 15:01

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

15:01 ~ 15:08

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

15:08 ~ 15:15

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

15:15 ~ 15:22

一般演題 (示説)

[P2] 教育

座長:水流 洋平(日本看護協会看護研修学校)

15:40 ~ 16:30 第7会場 (B1F コンベンションホール)

[P2-1] 周術期患者の事例を用いた看護過程演習の評価

○三木 珠美¹、田中 博子¹ (1.創価大学看護学部)

15:40 ~ 15:47

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

15:47 ~ 15:54

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

15:54 ~ 16:01

[P2-4] グッドレポート提出促進に向けた取り組み

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

16:01 ~ 16:08

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

16:08 ~ 16:15

2019年6月15日(土)

メイン会場

会員総会

[GM] 会員総会

13:10 ~ 14:00 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

2019年6月15日(土)

エントランスホール

臨床推論ラリー

[RL] 臨床推論ラリー

14:20 ~ 17:20 エントランスホール (エントランスホール)

2019年6月15日(土)

第7会場

ポスター(貼付・閲覧)

[PP] ポスター貼付

09:00 ~ 10:15 第7会場 (B1F コンベンションホール)

ポスター(貼付・閲覧)

[PP] ポスター閲覧

10:15 ~ 14:40 第7会場 (B1F コンベンションホール)

2019年6月16日(日)

メイン会場

招聘講演

[IL2] クリティカルケア看護の展望

演者:道又 元裕(国際医療福祉大学成田病院準備事務局)

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)

13:10 ~ 14:10 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[IL2] クリティカルケア看護の展望

○道又 元裕¹ (1. 国際医療福祉大学成田病院準備事務局)

13:10 ~ 14:10

2019年6月16日(日)

メイン会場

教育講演

[EL2] 臨床倫理の叡智

演者:金城 隆展(琉球大学医学部附属病院)

座長:高見沢 恵美子(関西国際大学)

09:00 ~ 10:00 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[EL2] 臨床倫理の叡智～ Ethics is choices～

○金城 隆展¹ (1. 琉球大学医学部附属病院)

09:00 ~ 10:00

第1会場

教育講演

[EL4] これからの現場教育のためのミッション

演者:浅香 えみ子(獨協医科大学埼玉医療センター)

座長:北村 愛子(大阪府立大学)

13:10 ~ 14:10 第1会場 (2F レセプションホール)

[EL4] これからの現場教育のためのミッション

○浅香 えみ子¹ (1. 獨協医科大学埼玉医療センター)

13:10 ~ 14:10

第2会場

教育講演

[EL3] Post Acute Care Syndromeの概念を科学する、そして実践する

演者:中村 謙介(日立総合病院救急集中治療科)

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院)

10:40 ~ 11:50 第2会場 (3F 国際会議室)

[EL3] Post Acute Care Syndromeの概念を科学する、そして実践する

○中村 謙介¹ (1. 日立総合病院 救急集中治療科)

10:40 ~ 11:50

2019年6月16日(日)

メイン会場

シンポジウム

[SY4] クリティカルケアにおける倫理的ジレンマ

座長:明石 恵子(名古屋市立大学大学院看護学研究科)、岡田 彩子
(日本赤十字看護大学)

10:10 ~ 11:50 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[SY4-1] クリティカルケアにおける倫理的ジレンマ～現状を改善するためには～

○藤岡 智恵¹、竹田 智子¹ (1. 飯塚病院集中治療室)

10:10 ~ 10:25

[SY4-2] クリティカルケアにおける倫理的ジレンマ

専門看護師かつ教育研究者としての立場から

○津田 泰伸^{1,2} (1. 東京純心大学看護学部看護学科、2.

聖マリアンナ医科大学病院)

10:25 ~ 10:40

[SY4-3] クリティカルケアにおける倫理的ジレンマ 専門看護師、看護管理者の立場で

○乾 早苗¹ (1. 金沢大学附属病院 救急部)

10:40 ~ 10:55

[SY4-4] 小さなことからコツコツと倫理の花を咲かせましょう

○岡林 志穂¹ (1. 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)

10:55 ~ 11:10

シンポジウム

[SY6] 近未来のクリティカルケア看護を創造する

座長:芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター)、佐々木 吉子
(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

14:20 ~ 15:50 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[SY6-1] 近未来のクリティカルケア看護を創造する～専門看護師の立場から～

○宇都宮 明美¹ (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻)

14:20 ~ 14:35

[SY6-2] 近未来のクリティカルケア看護を創造する～救命救急と在宅のはざまに思うこと～

○箱崎 恵理¹ (1. 千葉県看護協会 ちば訪問看護ステーション)

14:35 ~ 14:50

[SY6-3] 近未来のクリティカルケア看護で求められる能力

○塚原 大輔¹ (1. 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)

14:50 ~ 15:05

[SY6-4] これからの医療と近未来に求められるクリティカル

ケア看護のあり方

○木澤 晃代¹ (1. 日本大学病院)

15:05 ~ 15:20

第1会場

シンポジウム

[SY5] PADISガイドラインの概要と現場活用

座長:小池 伸享(前橋赤十字病院)、古厩 智美(さいたま赤十字病院)

10:40 ~ 11:50 第1会場 (2F レセプションホール)

[SY5-1] PADISガイドラインの現場活用 - painに焦点をあてて-

○吹田 奈津子¹ (1. 日本赤十字社和歌山医療センター 集中治療室)

10:40 ~ 10:55

[SY5-2] PADISガイドラインは comfortケアの追及を促している

～不穏・せん妄に焦点をあてて～

○古賀 雄二¹ (1. 川崎医療福祉大学保健看護学科)

10:55 ~ 11:10

[SY5-3] PADISの概要、不働化と睡眠混乱に関する看護ケアについて

○伊藤 聡子¹ (1. 公立大学法人神戸市看護大学事務局教務学生係)

11:10 ~ 11:25

シンポジウム

[SY7] 現場教育の実践と課題

座長:江口 秀子(鈴鹿医療科学大学)、田村 富美子(聖路加国際病院)

14:20 ~ 15:50 第1会場 (2F レセプションホール)

[SY7-1] 現場教育の実践と課題-大学における教育の取り組み-

○苑田 裕樹¹ (1. 日本赤十字九州国際看護大学)

14:20 ~ 14:35

[SY7-2] ICUにおけるスタッフ育成への看護師長としての取り組み

○中村 香代¹ (1. 独立行政法人国立病院機構 災害医療センター)

14:35 ~ 14:50

[SY7-3] 臨床現場において学習者が必要とする教育を考える

○有田 孝¹ (1. 小倉記念病院)

14:50 ~ 15:05

[SY7-4] 臨床現場における教育体制としての課題

○石川 幸司¹ (1. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

15:05 ~ 15:20

第2会場

シンポジウム

[SY3] 多彩なキャリアデザインを描く

座長:原田 千鶴(大分大学)、益田 美津美(名古屋市立大学大学院看護学研究科)

09:00 ~ 10:30 第2会場 (3F 国際会議室)

[SY3-1] キャリアを振り返って見えてきたこと

○小林 裕美¹ (1. 株式会社在宅看護実践研究所)

09:00 ~ 09:15

[SY3-2] わたしのキャリアデザイン ~歩んできた道にできた

軌跡~

○森安 恵実¹ (1. 北里大学病院 集中治療センター R
ST・RRT室)

09:15 ~ 09:30

[SY3-3] キャリアデザインを描こう

○濱元 淳子¹ (1. 国際医療福祉大学 成田看護学部 成人看護学 急性期領域)

09:30 ~ 09:45

[SY3-4] 私のキャリアデザインー救急看護師として Nurse

Practitionerを志してー

○後小路 隆¹ (1. 独立行政法人労働者健康安全機構 九州労災病院)

09:45 ~ 10:00

2019年6月16日(日)

第2会場

パネルディスカッション

[PD5] 重症患者を回復に導く早期リハビリテーション

座長:久間 朝子(福岡大学病院)、田山 聡子(慶應義塾大学付属病院)

13:10 ~ 14:20 第2会場 (3F 国際会議室)

[PD5-1] 重症患者を回復に導く早期リハビリテーション教育の現状と課題

○小松 由佳¹ (1. 杏林大学医学部付属病院 看護部)

13:10 ~ 13:20

[PD5-2] エビデンスやガイドラインとの gap を考慮した早期リハビリテーションの実践

○入江 将考¹ (1. 国家公務員共済組合連合会 新小倉病院リハビリテーション部)

13:20 ~ 13:30

[PD5-3] 重症患者の早期リハビリテーションにおける現状と課題

○山田 亨¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院)

13:30 ~ 13:40

[PD5-4] 一般病棟勤務の集中ケア認定看護師からみた早期リハビリテーションの現状と課題

○増居 洋介¹ (1. 北九州市立医療センター 看護部)

13:40 ~ 13:50

パネルディスカッション

[PD7] 臓器移植における家族ケア

座長:林 優子(関西医科大学看護学部)、明神 哲也(東京慈恵会医科大学)

14:30 ~ 15:50 第2会場 (3F 国際会議室)

[PD7-1] 脳死下臓器提供における看護師の家族ケアの実際と今後の課題

○山本 小奈実¹ (1. 山口大学大学院医学系研究科)

14:30 ~ 14:45

[PD7-2] 最期を選択すること～家族担当コーディネーターの立場から～

○寶場 由佳¹ (1. 聖マリア病院)

14:45 ~ 15:00

[PD7-3] 臓器提供に関連した家族ケア～臓器移植コーディネーターの立場から～

○間 里恵¹ (1. 公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク)

15:00 ~ 15:15

[PD7-4] 脳死下臓器提供における家族ケアを考える

○岩田 誠司¹ (1. (公財) 福岡県メディカルセンター)

15:15 ~ 15:30

第4会場

パネルディスカッション

[PD6] 重症患者の生活支援 “つなぎ目なくケアをつなぐ” チャレンジ

座長:佐藤 富美子(東北大学大学院医学系研究科)、比田井 理恵(千葉県救急医療センター)

13:10 ~ 14:20 第4会場 (1F 中会議室)

[PD6-1] 院内で発生する予期せぬ急変を減らすために ～クリティカルケアナースラウンド (CCNR) ～

○福澤 知子¹、藤野 智子¹ (1. 聖マリアンナ医科大学病院看護部)

13:10 ~ 13:25

[PD6-2] 患者急変予防への取り組みと今後の課題

○石井 恵利佳¹ (1. 獨協医科大学埼玉医療センター)

13:25 ~ 13:40

[PD6-3] 当院 ICUにおける急変予防における気づきを促す取り組みの現状と課題

○辻本 雄大¹ (1. 奈良県立医科大学附属病院)

13:40 ~ 13:55

[PD6-4] 重症化につながる何かおかしいを拾って活かすには

○古賀 寛教¹ (1. 大分大学附属病院 集中治療部)

13:55 ~ 14:10

2019年6月16日(日)

第6会場

特別セミナー

[SS] 2020年東京オリンピック・パラリンピックにおける看護師の対応ガイドライン

演者: 嶋田 理佳 (京都先端科学大学), 喜熨斗 智也 (国士舘大学体育学部), 挾間 しのぶ (東京慈恵会医科大学教育センター)

座長: 嶋田 理佳 (京都先端科学大学)

09:00 ~ 10:20 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[SS] 2020年東京オリンピック・パラリンピックにおける看護師の対応ガイドライン

○嶋田 理佳¹、○喜熨斗 智也²、○挾間 しのぶ³ (1. 京都先端科学大学健康医療学部、2. 国士舘大学体育学部、3. 東京慈恵会医科大学 教育センター 看護キャリアサポート部門)

09:00 ~ 10:20

2019年6月16日(日)

第1会場

交流会

[AC4] 「学ぶ力」の育成支援

09:00 ~ 10:30 第1会場 (2F レセプションホール)

[AC4] 「学ぶ力」の育成支援

浅香 えみ子、三上 剛人、川原 千香子、河合 正成、小池
伸享、中村 香代、政岡 祐樹 (日本クリティカルケア看護学
会 教育委員会)

09:00 ~ 10:30

第4会場

交流会

[AC5] 気管挿管患者の口腔ケアの充実に向けた検討

09:00 ~ 10:20 第4会場 (1F 中会議室)

[趣旨] 気管挿管患者の口腔ケアの充実に向けた検討

北村 愛子¹、佐藤 憲明² (1. 大阪府立大学、2. 日本医科大学
付属病院)

09:00 ~ 09:10

[AC5-1] 口腔ケアにおける汚染物の回収効果について検討する

○田戸 朝美¹ (1. 山口大学大学院)

09:10 ~ 09:25

[AC5-2] 気管挿管患者の口腔ケア ; 高度なケア技術について再考する

○安藤 有子¹ (1. 関西医科大学附属病院)

09:25 ~ 09:40

[AC5-3] 口腔ケアの教育について検討する

○門田 耕一¹ (1. 岡山大学病院)

09:40 ~ 09:55

交流会

[AC6] 救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイドの公表

10:30 ~ 11:50 第4会場 (1F 中会議室)

[AC6] 救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイドの公表

立野 淳子¹、小島 朗¹、田山 聡子¹、中谷 美紀子¹、比田井
理恵¹、藤本 理恵¹、山勢 博彰¹、山勢 善江²、山本 小奈実²、岡林 志穂²、大野 美香²、芝田 里花²、福島 綾子² (1.
日本クリティカルケア看護学会 終末期ケア委員会、2. 日本
救急看護学会 終末期ケア委員会)

10:30 ~ 11:50

第6会場

交流会

[AC7] 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-第2弾

13:10 ~ 14:40 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[AC7] 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- 第2弾

木下 佳子¹、中田 諭²、明石 恵子³、佐々木 吉子⁴、中村 真巳⁵
(1. NTT東日本関東病院、2. 聖路加国際大学、3. 名古屋市立大学、4. 東京医科歯科大学、5. 埼玉医科大学国際医療センター)

13:10 ~ 14:40

2019年6月16日(日)

第3会場

プラクティスセミナー

[PS5] ダメージコントロールにおける看護師の役割

演者:山中 雄一(大阪赤十字病院救命救急センター)

09:00 ~ 09:50 第3会場 (3F 小会議室31)

[PS5] ダメージコントロールにおける看護師の役割

○山中 雄一¹ (1. 日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター)

09:00 ~ 09:50

プラクティスセミナー

[PS6] 家族看護

演者:井川 梨恵(大分大学医学部附属病院高度救命救急センター)

10:00 ~ 11:00 第3会場 (3F 小会議室31)

[PS6] 家族看護

○井川 梨恵¹ (1. 大分大学医学部附属病院 看護部 高度救命救急センター)

10:00 ~ 11:00

プラクティスセミナー

[PS7] 長期的視点を持ち考える敗血症看護

演者:五十嵐 竜太(新潟大学医歯学総合病院 集中治療部)

13:10 ~ 14:10 第3会場 (3F 小会議室31)

[PS7] 長期的視点を持ち考える敗血症看護

-敗血症への介入を病期で分けて理解しよう-

○五十嵐 竜太¹ (1. 新潟大学医歯学総合病院 集中治療部)

13:10 ~ 14:10

プラクティスセミナー

[PS8] 看護に活かす脳画像とその見方

演者:久松 正樹(中村記念南病院)

14:20 ~ 15:20 第3会場 (3F 小会議室31)

[PS8] 看護に活かす脳画像とその見方

○久松 正樹¹ (1. 社会医療法人 医仁会 中村記念南病院)

14:20 ~ 15:20

2019年6月16日(日)

第3会場

市民公開講座

[PEL] 99回挫折しても走り続ける

演者:山勢 拓弥(Kumae代表理事)

座長:深谷 智恵子(元亀田医療大学)

11:10 ~ 11:50 第3会場 (3F 小会議室31)

[PEL] 99回挫折しても走り続ける～僕がカンボジアで活動する理由～

○山勢 拓弥¹ (1. 一般社団法人 Kumae代表理事)

11:10 ~ 11:50

2019年6月16日(日)

第1会場

ランチョンセミナー

[LS6] 夜のICUで思い出したい！PADIS管理のポイント

演者:吾妻 俊弘(仙台医療センター 麻酔科)

座長:茂呂 悦子(自治医科大学附属病院)

12:00 ~ 13:00 第1会場 (2F レセプションホール)

[LS6] 夜のICUで思い出したい！PADIS管理のポイント

12:00 ~ 13:00

第2会場

ランチョンセミナー

[LS7] インテンシブケアトレーニング

演者:中村 謙介(日立総合病院救命救急センター)

座長:田戸 朝美(山口大学大学院)

12:00 ~ 13:00 第2会場 (3F 国際会議室)

[LS7] インテンシブケアトレーニング ~ ICU-AW・PACSに対抗する栄養・リハビリテーションとは~

12:00 ~ 13:00

第3会場

ランチョンセミナー

[LS8] 血漿分画製剤の使い方

演者:伊東 弘樹,後藤 孝治(大分大学医学部附属病院)

座長:富永 志津代(大分大学医学部附属病院)

12:00 ~ 13:00 第3会場 (3F 小会議室31)

[LS8] 血漿分画製剤の使い方

講演1: 知って欲しい血液製剤の取り扱い方~インシ
デントを防ぐために~講演2: 敗血症診療ガイドラインにおいて免疫グロブ
リン療法は否定されたのか?

12:00 ~ 13:00

第4会場

ランチョンセミナー

[LS9] Rapid Response System

演者:森安 恵実(北里大学病院RST・RRT室)

座長:有田 孝(小倉記念病院)

12:00 ~ 13:00 第4会場 (1F 中会議室)

[LS9] Rapid Response System~ ICUとの連携~

12:00 ~ 13:00

第5会場

ランチョンセミナー

[LS10] 実践に繋げる、ガイドラインの読み方、活かし方

演者:濱本 実也(公立陶生病院 集中治療室)

座長:道又 元裕(国際医療福祉大学成田病院準備事務局)

12:00 ~ 13:00 第5会場 (B2F リハーサル室)

[LS10] 実践に繋げる、ガイドラインの読み方、活かし方~

PADからPADISへ~

12:00 ~ 13:00

2019年6月16日(日)

第5会場

一般演題 (口演)

[O7] 看護教育

座長:宮本 いずみ(久留米大学)

09:00 ~ 10:10 第5会場 (B2F リハーサル室)

[O7-1] T大学病院 A病棟における急変時看護実践能力の調査
一看護記録の分析一○竇楽 かすみ¹、菅原 美和¹、宮地 富士子¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院)

09:00 ~ 09:10

[O7-2] 課題別総合実習(クリティカルケア)で指導が困難であった事例における指導上の課題の検討

○松岡 真菜¹、岩切 由紀¹ (1. 神戸常盤大学保健科学部看護学科)

09:10 ~ 09:20

[O7-3] 院内急変前対応研修における行動変容レベルでの成果評価

○古厩 智美^{1,2}、齋藤 美和^{1,2}、吉田 順子^{1,2} (1. さいたま赤十字病院、2. 専門・認定看護師会)

09:20 ~ 09:30

[O7-4] 集中治療後症候群(PICS)の教育に対する看護師の集中治療室経験年数別の認識

○江尻 晴美¹、篠崎 恵美子² (1. 中部大学生命健康科学部保健看護学科、2. 人間環境大学大学院看護学研究科)

09:30 ~ 09:40

[O7-5] 集中治療を受けている患者の異変を察知した急性・重症患者看護専門看護師の臨床判断

○安井 美和¹、明石 恵子² (1. 三重大学医学部附属病院、2. 名古屋市立大学看護学部)

09:40 ~ 09:50

[O7-6] A病院一般病棟における呼吸数の観察に対する教育の効果

○徳山 博美¹ (1. 関西医科大学附属病院)

09:50 ~ 10:00

一般演題 (口演)

[O8] その他

座長:小島 朗(大原総合病院)

10:20 ~ 11:30 第5会場 (B2F リハーサル室)

[O8-1] 急性大動脈解離による重症虚血から下肢に黒色壊死を来したが、フットケアが奏効した1例

○生田 尋美¹、前 千登世¹、太田 由佳² (1. トヨタ記念病院救命救急病棟、2. トヨタ記念病院)

10:20 ~ 10:30

[O8-2] A病院における災害訓練の効果と課題

～ガス爆発事故の患者受け入れを経験して～

○雀地 洋平¹ (1. KKR札幌医療センター)

10:30 ~ 10:40

[O8-3] 無輸血治療を希望する患者に対するCCNSの調整と課題

○伊藤 美和¹ (1. 名古屋掖済会病院 救命救急センター集中治療室)

10:40 ~ 10:50

[O8-4] 急性・重症患者看護専門看護師がクリティカルケア看護領域の患者のComfort(安楽)に関わる体験

○大山 祐介^{1,2}、永田 明²、山勢 博彰³ (1. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程、2. 長崎大学生命医科学域保健学系、3. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻)

10:50 ~ 11:00

[O8-5] 集中治療領域での終末期患者とその家族に対するインフォームドコンセントにおける看護師の実践

○川島 徹治¹、田中 真琴¹、川上 明希¹、村中 沙織² (1. 東京医科歯科大学保健衛生学研究科、2. 札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター)

11:00 ~ 11:10

[O8-6] 看護師による心疾患手術後患者における退院指導の実態調査

○佐伯 京子¹、山勢 博彰¹、田戸 朝美¹、山本 小奈実¹ (1. 山口大学大学院医学系研究科)

11:10 ~ 11:20

一般演題 (口演)

[O9] 医療安全

座長:平尾 明美(神戸大学医学部附属病院)

13:10 ~ 14:20 第5会場 (B2F リハーサル室)

[O9-1] 小児病院における院内迅速対応システムの導入が患者安全に及ぼす効果

○池辺 諒¹ (1. 大阪母子医療センター看護部ICU)

13:10 ~ 13:20

[O9-2] 根本原因分析及びバランススコアカードを活用した薬剤間違いインシデント対策の取り組み

○内藤 優¹、澤井 春花¹、白浜 伴子¹、善村 夏代¹、木下 佳子¹ (1. NTT東日本関東病院)

13:20 ~ 13:30

[O9-3] HCU予定外入室患者の傾向に基づくRRS活動の課題の検討

○大西 翠¹、菊谷 佳代¹、立野 淳子² (1. 社会医療法人共愛会 戸畑共立病院 集中治療室、2. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

13:30 ~ 13:40

[O9-4] 安全の視点から取り入れた看護提供方式の検討

○荒川 陽子¹、佐藤 奈緒子¹、本間 隆子¹ (1. 日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院)

13:40 ~ 13:50

[O9-5] 敗血症患者の予後は呼吸数異常発現からICU入室までの時間と関連する

○春名 純平¹、犬童 隆太¹、西 裕子¹ (1. 札幌医科大学附属病院 ICU病棟)

13:50 ~ 14:00

[O9-6] RRSとCCOを同時期に導入することの効果

○富士田 恭子¹、貝沼 光代¹、挾間 しのぶ² (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院看護部、2. 東京慈恵会医科大学附属病院)

14:00 ~ 14:10

一般演題 (口演)

[O10] 早期リハビリテーション

座長:山口 典子(長崎大学病院)

14:30 ~ 15:30 第5会場 (B2F リハーサル室)

[O10-1] 術前のフレイルが術後の患者の歩行能力に与える影響の実態と歩行に影響を及ぼす要因

○鶴飼 莉奈²、片岡 茉里奈⁵、杉脇 絢⁴、中司 達也³、井上 正隆¹ (1. 高知県立大学看護学部、2. 松江赤十字病院、3. 国立循環器病研究センター、4. 川崎医科大学総合医療センター、5. 日本医科大学付属病院)

14:30 ~ 14:40

[O10-2] ICU早期リハビリテーション初回実施時のバイタルサインの変化

○小松 恵¹、木島 由紀子¹、鏡 義彦¹ (1. 山形県立中央病院)

14:40 ~ 14:50

[O10-3] 消化器外科手術を受けた高齢者に対する術後3日間の就寝前看護援助

○内山 真由美¹、中村 恵子² (1. 札幌医科大学附属病院看護部、2. 札幌市立大学大学院 看護学研究科)

14:50 ~ 15:00

[O10-4] A病院ICUの人工呼吸器装着患者への早期離床に対する看護師の思いや考え

○塩月 祐輝¹、黒木 茂雄¹、井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院)

15:00 ~ 15:10

[O10-5] 深部静脈血栓症の理学的予防法における足関節底背屈他動運動が下肢血行動態及び安楽に及ぼす影響

○青木 麻耶¹、山勢 博彰²、田戸 朝美²、向江 剛¹、山本 小奈実²、佐伯 京子² (1. 山口大学医学部附属病院、2.

山口大学大学院医学系研究科)

15:10 ~ 15:20

2019年6月16日(日)

第7会場

一般演題 (示説)

[P3] 身体的ケア

座長:杉島 寛(久留米大学病院)

10:25 ~ 11:05 第7会場 (B1F コンベンションホール)

[P3-1] NPPVを受けている慢性呼吸不全患者における急性増悪の関連要因

○霜山 真^{1,2}、佐藤 富美子³、佐藤 菜保子³ (1. 宮城大学看護学群、2. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻がん看護学分野 博士後期課程、3. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻がん看護学分野)

10:25 ~ 10:32

[P3-2] 植込型補助人工心臓装着患者の術後 ICUでのADL再獲得にむけ介入した1事例

○中石 史香¹、杉原 里子¹、岩田 美樹¹、井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院)

10:32 ~ 10:39

[P3-3] 盲目的およびマノメータを用いた換気精度の比較—職種間の相違—

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)

10:39 ~ 10:46

[P3-4] 肥満、意識障害患者への呼吸ケアにより再挿管が回避できた一症例

○瀬戸間 法恵¹、立野 淳子¹、中西 優子¹ (1. 小倉記念病院 看護部)

10:46 ~ 10:53

[P3-5] 経管栄養剤に含まれる水溶性食物繊維が下痢に与える影響

○宮田 俊一¹ (1. 埼玉医科大学総合医療センター)

10:53 ~ 11:00

一般演題 (示説)

[P4] せん妄ケア・リハビリテーション

座長:月俣 夏織(済生会八幡総合病院)

11:10 ~ 11:50 第7会場 (B1F コンベンションホール)

[P4-1] テキストマイニングを用いた本邦のせん妄に関する看護研究の動向と課題

○高橋 啓太¹、渡部 大地²、佐土根 岳²、神田 直樹¹ (1. 北海道医療大学看護福祉学部、2. 手稲溪仁会病院)

11:10 ~ 11:17

[P4-2] サークリアリズムに働きかけた看護ケアのせん妄予防への効果

○牧野 愛美¹、中山 由理奈¹ (1. NHO嬉野医療センター)

11:17 ~ 11:24

[P4-3] ICU入室患者における早期離床に対する援助

○藤田 杏莉¹、三浦 未菜¹ (1. 市立釧路総合病院 ICU病棟)

11:24 ~ 11:31

[P4-4] 手術後早期離床の取り組みに関する看護師の研究動向と課題

○犬童 隆太¹、城丸 瑞恵² (1. 札幌医科大学大学院保健医療学研究科、2. 札幌医科大学保健医療学部看護学科)

11:31 ~ 11:38

[P4-5] ICUから始めるフットケア～第一報：現状と課題～

○三浦 真裕¹ (1. 社会医療法人 北海道循環器病院 ICU/CCU)

11:38 ~ 11:45

一般演題 (示説)

[P5] その他

座長:井野 朋美(熊本赤十字病院)

13:30 ~ 14:10 第7会場 (B1F コンベンションホール)

[P5-1] 救命救急センター配属直後の看護師が抱く救急看護の困難感

○太田 幸宏¹、八木橋 慶子¹、佐藤 雅美¹ (1. 青森県立中央病院)

13:30 ~ 13:37

[P5-2] 集中治療室における看護師の臨床判断に関する文献検討

○新庄 すみれ^{1,2}、矢富 有見子³ (1. 日本赤十字社東京都支部 大森赤十字病院、2. 国立看護大学校 研究課程部 前期課程、3. 国立看護大学校)

13:37 ~ 13:44

[P5-3] ICU Diaryにより生じるネガティブな感情

○西 裕子¹、春名 純平¹ (1. 札幌医科大学附属病院 ICU病棟看護室)

13:44 ~ 13:51

[P5-4] 北海道クリティカルケア研究会の活動と課題

○佐土根 岳⁵、山田 修平²、中村 公彦³、永野 のぞみ⁴、高橋 啓太¹ (1. 北海道医療大学 看護福祉学部 看護学科 成人看護学講座、2. 北海道科学大学 保健医療学部 看護学科、3. 札幌市立大学大学院 看護学研究科 博士前期課程、4. 国立病院機構 北海道医療センター 看護部、5. 手稲溪仁会病院)

13:51 ~ 13:58

[P5-5] 認定看護師の社会貢献活動についての一報告

○谷口 誠太¹、増居 洋介²、有田 孝³、山下 亮⁴、月俣 夏織⁵、大西 翠⁶、本田 稔⁷、清村 紀子⁸ (1. 社会医療法人財団 池友会 福岡和白病院 看護部、2. 北九州市立医療セン

ター 看護部、3. 一般財団法人 平成紫川会 小倉記念病院、4. 北九州市立八幡病院 看護部、5. 社会福祉法人 恩賜財団 福岡済生会八幡総合病院 看護部、6. 戸畑共立病院 看護部、7. 社会医療法人財団 池友会 新行橋病院 看護部、8. 大分大学医学部 基盤看護学講座 基礎看護学領域)

13:58 ~ 14:05

2019年6月16日(日)

第6会場

臨床推論ラリー解答編

[RL] 臨床推論ラリー解答編

担当：増山 純二 (長崎みなとメディカルセンター)

10:30 ~ 11:30 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

2019年6月16日(日)

第7会場

ポスター(貼付・閲覧)

[PP] ポスター貼付

08:30 ~ 09:00 第7会場 (B1F コンベンションホール)

ポスター(貼付・閲覧)

[PP] ポスター閲覧

09:00 ~ 10:25 第7会場 (B1F コンベンションホール)

ポスター(貼付・閲覧)

[PP] ポスター閲覧

11:50 ~ 13:30 第7会場 (B1F コンベンションホール)

集会長講演

[PL] クリティカルケア看護の叡智とワザ

演者:清村 紀子(大分大学医学部看護学科)

座長:林 優子(関西医科大学看護学部)

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

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

○清村 紀子¹ (1. 大分大学医学部看護学科)

09:40 ~ 10:30

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

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

○清村 紀子¹ (1. 大分大学医学部看護学科)

キーワード：クリティカルケア看護、叡智、ワザ、化学反応

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

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

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

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

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

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

特別講演

[SL1] コードブルーが伝えなかった救急医療

演者:原 義明(日本医科大学付属病院高度救命救急センター)

座長:菅原 美樹(札幌市立大学)

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

[SL1] コードブルーが伝えなかった救急医療

○原 義明¹ (1. 日本医科大学付属病院高度救命救急センター)

10:40 ~ 11:50

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

[SL1] コードブルーが伝えたかった救急医療

○原 義明¹ (1. 日本医科大学付属病院高度救命救急センター)

キーワード：コードブルー、救急医療

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

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

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

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

特別講演

[SL2] せん妄ケアに新たな知見を

演者:上園 保仁(国立がん研究センター研究所)

座長:松月 みどり(東京医療保健大学)

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

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

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

14:20 ~ 15:20

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

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

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

キーワード：せん妄、バイオマーカー、漢方薬

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

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

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

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

招聘講演

[IL1] クリティカルケアを支える建築デザインの知恵とワザ

演者:鍋田 知宏(DesignLab.+Ca)

座長:佐藤 憲明(日本医科大学付属病院)

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

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

○鍋田 知宏¹ (1. DesignLab.+Ca)

15:30 ~ 16:30

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

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

○鍋田 知宏¹ (1. DesignLab.+Ca)

キーワード：院内環境作り、デザイン、建築デザイン

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

新築や改修工事には、3つの国が関わり3つの言語が飛び交います。

- ・臨床現場国の言語
- ・事務方国の言語
- ・設計、施工国の言語

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

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

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

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

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

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

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

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

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

教育講演

[EL1] 医療の質を可視化するワザ

演者:嶋田 元(聖路加国際大学、聖路加国際病院)

座長:立野 淳子(小倉記念病院)

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

[EL1] 医療の質を可視化するワザ

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

15:40 ~ 16:40

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

[EL1] 医療の質を可視化するワザ

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

キーワード：医療の質、質指標、質改善

質の高い医療を提供することは医療に関わる全ての人々の思いである。

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

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

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

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

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

シンポジウム

[SY1] クリティカルケア領域のその人らしい最期を問う

座長:木下 佳子(NTT東日本関東病院)、杉野 由起子(九州看護福祉大学)

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

[SY1-1] 救急看護におけるその人らしい最期を考える

○大野 美香¹ (1. 名古屋学芸大学 看護学部 看護学科)

14:20 ~ 14:35

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

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

14:35 ~ 14:50

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

○伊藤 真理¹ (1. 川崎医科大学総合医療センター 看護管理室)

14:50 ~ 15:05

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

[SY1-1] 救急看護におけるその人らしい最期を考える

○大野 美香¹ (1. 名古屋学芸大学 看護学部 看護学科)

キーワード：終末期ケア

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

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

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

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

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

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

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

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

キーワード：救急・集中治療、終末期医療、コミュニケーション

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

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

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

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

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

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

○伊藤 真理¹ (1. 川崎医科大学総合医療センター 看護管理室)

キーワード：その人らしさ、延命医療

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

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

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

シンポジウム

[SY2] クリティカルの臨床指標をPDCAサイクルに載せる

座長:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学)、中田 諭(聖路加国際大学)

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

[SY2-1] PDCAサイクルを、臨床で定着させるために

○濱本 実也¹ (1. 公立陶生病院)

16:50 ~ 17:05

[SY2-2] 不確実な臨床を生き抜くための医療の質改善活動と指標分析

○櫻本 秀明¹ (1. 茨城キリスト教大学 看護学部看護学科)

17:05 ~ 17:20

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

○柳澤 八恵子¹ (1. 聖路加国際病院 救命救急センター)

17:20 ~ 17:35

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

[SY2-1] PDCAサイクルを、臨床で定着させるために

○濱本 実也¹ (1. 公立陶生病院)

キーワード：PDCA

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

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

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

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

[SY2-2] 不確実な臨床を生き抜くための医療の質改善活動と指標分析

○櫻本 秀明¹ (1. 茨城キリスト教大学 看護学部看護学科)

キーワード：医療の質改善、Quality Improvement

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

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

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

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

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

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

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

○柳澤 八恵子¹ (1. 聖路加国際病院 救命救急センター)

キーワード：VAE、手指消毒実施

【背景】

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

【方法】

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

【結果】

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

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

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

パネルディスカッション

[PD1] 重症患者の生活支援 “安楽” を守るチャレンジ

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

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

[PD1-1] 重症患者の「安楽」とは何か、安楽の概念や今後の課題

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

10:40 ~ 10:55

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

○北別府 孝輔¹ (1. 倉敷中央病院 集中医療センター)

10:55 ~ 11:10

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

○合原 則隆¹ (1. 久留米大学病院高度救命救急センター)

11:10 ~ 11:25

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

[PD1-1] 重症患者の「安楽」とは何か、安楽の概念や今後の課題○大山 祐介^{1,2} (1. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程、2. 長崎大学生命医科学域保健学系)

キーワード：安楽、重症患者、概念

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

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

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

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

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

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

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

キーワード：生活支援、睡眠支援、活動促進

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

生活を送る上では、十分な睡眠と活動が必要です。まず近年のトピックスのひとつでもある睡眠についてですが、睡眠を適切に評価するためには定量的な評価が必要だといわれています。ポリソムノグラフィーのような正確なモニタリングは臨床では困難ですので、当院 ICU では患者の主観的な評価（睡眠充足度）と医療者の客観的な評価（夜間睡眠度、昼間覚醒度）を毎日測定し、多職種回診の中で患者ごとにグラフ化された画面を共有したうえで睡眠と活動におけるディスカッションをおこなっています。具体的には、①患者の夜間睡眠環境を整えるための方略は徹底されているか（光や音、夜間の刺激への対策）、②睡眠薬の使用状況と変更についてはどうか（薬剤師を中心に検討）、③日中の活動についてはどうか（理学療法士を中心に検討）、④睡眠グラフに変化があった時の状況変化や対応についてはどうか（せん妄得点の動きや対策も含む）、などの検討と対策を行っています。

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

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

11:10 ~ 11:25 (2019年6月15日(土) 10:40 ~ 11:50 第2会場)

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

○合原 則隆¹ (1. 久留米大学病院高度救命救急センター)

キーワード：救急初療、安楽、疼痛対策

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

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

パネルディスカッション

[PD2] 未来に向けて特定行為研修制度の課題を考究する

座長:尾野 敏明(前 杏林大学医学部附属病院)、卯野木 健(札幌市立大学)

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

[PD2-1] 看護師が国民から信頼を得るための方策

○ 劔持 功¹ (1. 東海大学看護師キャリア支援センター)

16:40 ~ 16:55

[PD2-2] 認定看護師としての特定行為実践の現状と課題

○ 村中 烈子¹ (1. 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院 ICU)

16:55 ~ 17:10

[PD2-3] 特定行為研修の現状と課題

○ 桑村 直樹¹ (1. 公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)

17:10 ~ 17:25

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

[PD2-1] 看護師が国民から信頼を得るための方策

○ 剣持 功¹ (1. 東海大学看護師キャリア支援センター)

キーワード：特定行為研修制度

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

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

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

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

[PD2-2] 認定看護師としての特定行為実践の現状と課題

○ 村中 烈子¹ (1. 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院 ICU)

キーワード：特定行為

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

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

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

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

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

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

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

今回、自施設の特性を踏まえながら、特定行為実践の現状と課題について述べる。

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

[PD2-3] 特定行為研修の現状と課題

○桑村 直樹¹ (1. 公益社団法人日本看護協会 看護研修学校)

キーワード：特定行為研修

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

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

パネルディスカッション

[PD3] 重症患者の生活支援 “食べる” 機能を守るチャレンジ

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

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

[PD3-1] 早期リハビリテーションとして摂食・嚥下機能への介入を考える

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

16:40 ~ 16:55

[PD3-2] 食べるを守るためのケア

○隈本 伸生¹ (1. 小倉記念病院 看護部 クオリティマネジメント科)

16:55 ~ 17:10

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

○後藤 孝治¹ (1. 大分大学医学部附属病院 集中治療部)

17:10 ~ 17:25

[PD3-4] 「"食べる"機能を守るために」～栄養士の立場から～

○田邊 美保子¹ (1. 大分大学医学部附属病院臨床栄養管理室)

17:25 ~ 17:40

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

[PD3-1] 早期リハビリテーションとして摂食・嚥下機能への介入を考える○山下 亮¹ (1. 地方独立行政法人北九州病院機構 北九州市立八幡病院 救命救急センター 集中治療室)

キーワード：リハビリ、摂食・嚥下、栄養管理

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

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

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

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

[PD3-2] 食べるを守るためのケア○隈本 伸生¹ (1. 小倉記念病院 看護部 クオリティマネジメント科)

キーワード：嚥下機能、重症患者、経口摂取

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

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

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

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

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

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

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

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

○後藤 孝治¹ (1. 大分大学医学部附属病院 集中治療部)

キーワード：経腸栄養

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

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

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

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

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

いない」ということであり、安定した経腸栄養を確立するため幽門を越えた空腸内にチューブ先端を留置することが必要になる。方法として、内視鏡法、聴診法、超音波法、透視法などがあるが、それぞれに長所と短所がある。

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

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

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

[PD3-4] 「"食べる"機能を守るために」～栄養士の立場から～

○田邊 美保子¹ (1. 大分大学医学部附属病院臨床栄養管理室)

キーワード：栄養管理

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

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

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

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

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

パネルディスカッション

[PD4] 重症患者の生活支援 “安全” を守るチャレンジ

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

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

[PD4-1] 重症患者の褥瘡対策 ～今からはじめる予防ケア～

○志村 知子¹ (1. 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)

16:40 ~ 16:55

[PD4-2] その安全・安心は誰のためですか？—認知症看護の視点から—

○吉里 美貴¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

16:55 ~ 17:10

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

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

17:10 ~ 17:25

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

[PD4-1] 重症患者の褥瘡対策 ～今からはじめる予防ケア～

○志村 知子¹ (1. 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター)

キーワード：褥瘡、重症患者、予防

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

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

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

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

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

[PD4-2] その安全・安心は誰のためですか？—認知症看護の視点から—

○吉里 美貴¹ (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

キーワード：認知症、高齢者、安心

高齢社会白書によると2018年度の高齢化率は27.7%であり、我が国は超高齢化社会に突入した。団塊の世代が75歳以上になる2025年には、認知症の患者数は700万人に達し、65歳以上の高齢者の約5人に1人を占めると言われている。そのため、今後は急性期医療を必要とする認知症高齢者の増加が予測される。しかし、認知症高齢者が入院することは本人にとっては認識しづらい体験を受けるチャレンジとなり、ケア側も特別な配慮や対応を引き受けるチャレンジとなる。2016年度診療報酬改定では、一般病院における認知症患者への適切な医療の提供や認知症ケアの質向上を目的とした、「認知症ケア加算1・2」が新設され、一般病院における看護師の認知症ケアに対する知識や技術の向上が期待されている。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

キーワード：医療安全

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

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

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

交流集会

[AC1] 意外と簡単！英文アブストラクト

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

企画:編集委員会

[AC1] 意外と簡単！ 英文アブストラクト

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

10:40～ 11:50

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

[AC1] 意外と簡単！ 英文アブストラクト

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

キーワード：編集委員会、英文、アブストラクト

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

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

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

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

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

<タイムスケジュール>

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

オンライン投稿の諸注意20分（質疑応答・アンケート含む）

交流集会

[AC2] せん妄ケアは TBC

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

企画:せん妄ケア委員会

[AC2] せん妄ケアは TBC

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

10:40 ~ 11:50

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

[AC2] せん妄ケアは TBC

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

キーワード：せん妄ケアリスト

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

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

交流集会

[AC3] 知って得する人工呼吸器離脱プロトコル

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

企画:人工呼吸器ケア委員会

[趣旨] 知って得する人工呼吸器離脱プロトコル

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

15:00 ~ 15:15

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

○露木 菜緒¹ (1. 国際医療福祉大学成田病院準備事務局)

15:15 ~ 15:30

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

○辻本 雄大¹ (1. 奈良県立医科大学附属病院)

15:30 ~ 15:45

[AC3-3] 人工呼吸器離脱プロトコル導入による看護師の実践

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

16:00 ~ 16:15

[AC3-4] 人工呼吸器離脱プロトコルの効果

○後藤 順一¹ (1. 河北総合病院)

16:15 ~ 16:30

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

[趣旨] 知って得する人工呼吸器離脱プロトコル

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

キーワード：人工呼吸器離脱プロトコル

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

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

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

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

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

○露木 菜緒¹ (1. 国際医療福祉大学成田病院準備事務局)

キーワード：人工呼吸器離脱、プロトコル

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

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

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

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

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

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

○辻本 雄大¹ (1. 奈良県立医科大学附属病院)

キーワード：人工呼吸器離脱プロトコル、特定行為

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

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

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

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

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

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

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

[AC3-3] 人工呼吸器離脱プロトコル導入による看護師の実践

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

キーワード：人工呼吸器離脱プロトコル、看護実践、ウイニング

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

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

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

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

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

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

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

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

[AC3-4] 人工呼吸器離脱プロトコルの効果

○後藤 順一¹ (1. 河北総合病院)

キーワード：人工呼吸器離脱、人工呼吸器ケア委員会

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

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

プラクティスセミナー

[PS1] 補助循環の看護

演者:相良 洋(岡山済生会総合病院ICU)

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

[PS1] 補助循環の看護

○相良 洋¹ (1. 岡山済生会総合病院 ICU)

10:50 ~ 11:50

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

[PS1] 補助循環の看護

○相良 洋¹ (1. 岡山済生会総合病院 ICU)

キーワード：補助循環

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

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

プラクティスセミナー

[PS2] 人工呼吸管理の基礎

演者:岡本 美穂(広島大学病院)

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

[PS2] 人工呼吸管理の基礎

○岡本 美穂¹ (1. 広島大学病院)

14:20 ~ 15:20

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

[PS2] 人工呼吸管理の基礎

○岡本 美穂¹ (1. 広島大学病院)

キーワード：人工呼吸管理

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

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

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

プラクティスセミナー

[PS3] 画像の見方

演者:林 尚三(有隣厚生会富士病院)

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

[PS3] 画像の見方

○林 尚三¹ (1. 公益社団法人 有隣厚生会 富士病院)

15:30 ~ 16:30

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

[PS3] 画像の見方

○林 尚三¹ (1. 公益社団法人 有隣厚生会 富士病院)

キーワード：画像 レントゲン エコー 若手看護師

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

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

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

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

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

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

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

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

プラクティスセミナー

[PS4] フィジカルアセスメント

演者:佐藤 大樹(北海道循環器病院)

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

[PS4] フィジカルアセスメント

○佐藤 大樹¹ (1. 社会医療法人 北海道循環器病院)

16:40 ~ 17:40

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

[PS4] フィジカルアセスメント

○佐藤 大樹¹ (1. 社会医療法人 北海道循環器病院)

キーワード：フィジカルアセスメント、急性期

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

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

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

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

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

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

ランチョンセミナー

[LS1] よりよく眠るための心得

演者:久保 工(東洋羽毛工業株式会社営業開発)

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

共催:東洋羽毛工業株式会社

[LS1] よりよく眠るための心得

12:00 ~ 13:00

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

[LS1] よりよく眠るための心得

よりよく眠るための心得

ランチョンセミナー

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

演者:山田 亨(東邦大学医療センター大森病院)

座長:卯野木 健(札幌市立大学)

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

共催:アバノス・メディカル・ジャパン・インク

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

12:00 ~ 13:00

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

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

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

ランチョンセミナー

[LS3] 救命だけがICUじゃない！ 治るための経腸栄養

演者: 泉野 浩生(長崎大学病院高度救命救急センター)

座長: 清水 孝宏(那覇市立病院急病センター)

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

共催: ネスレ日本株式会社

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

12:00 ~ 13:00

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

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

救命だけがICUじゃない！治るための経腸栄養～プロトコールと合併症対策～

ランチョンセミナー

[LS4] クリティカルケアナースが知っておきたい ICUにおける呼吸療法

演者:後藤 孝治(大分大学医学部附属病院麻酔科学講座)

座長:清村 紀子(大分大学)

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

共催:ニプロ株式会社

[LS4] クリティカルケアナースが知っておきたい ICUにおける呼吸療法

12:00 ~ 13:00

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

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

クリティカルケアナースが知っておきたい I C Uにおける呼吸療法

ランチョンセミナー

[LS5] ナースがおさえておきたい イマドキのバイタルサインの理解

演者:石松 伸一(聖路加国際病院)

座長:道又 元裕(国際医療福祉大学成田病院準備事務局)

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

共催:株式会社学研メディカル秀潤社

[LS5] ナースがおさえておきたい イマドキのバイタルサインの理解

12:00 ~ 13:00

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

[LS5] ナースがおさえておきたい イマドキのバイタルサインの理解

ナースがおさえておきたい イマドキのバイタルサインの理解

一般演題（口演）

[O2] 精神ケア・家族ケア

座長:藤本 理恵(山口大学医学部附属病院)

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

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

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

14:20 ~ 14:30

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

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

14:30 ~ 14:40

[O2-3] 救急外来看護師の精神疾患合併患者への対応における困難感

○長澤 静代¹ (1. 相模原協同病院看護部)

14:40 ~ 14:50

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

○井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院集中治療病棟)

14:50 ~ 15:00

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

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

15:00 ~ 15:10

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

○山家 尚未¹、菊地 洋花¹ (1. 池上総合病院看護部CICU)

15:10 ~ 15:20

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

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

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

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

【目的】

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

【方法】

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

【結果】

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

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

【考察】

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

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

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

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

キーワード：人工呼吸管理、心臓手術患者、全身清拭、感情

【目的】

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

【研究方法】

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

【倫理的配慮】

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

【結果】

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

【考察】

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

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

[O2-3] 救急外来看護師の精神疾患合併患者への対応における困難感

○長澤 静代¹ (1. 相模原協同病院看護部)

キーワード：救急外来、精神疾患合併患者、困難感

【背景】

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

【目的】

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

【用語の定義】

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

【方法】

期間：2018年12月から2019年1月
対象：救急外来が経験1年以上の看護師
方法：①同意が得られた対象者に対しインタビューガイドにそって半構造化面接を行った②インタビュー内容をコード化し、内容を質的帰納的に分析を行った

【倫理的配慮】

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

【結果】

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

【考察】

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

【結論】

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

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

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

○井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院集中治療病棟)

キーワード：希望、体外式補助人工心臓

【はじめに】

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

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

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

【方法】

研究デザイン：質的記述的研究デザイン、事例研究

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

ICU入室期間：2017年X月Y日～（103日間）

研究期間：2018年5月～11月

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

【倫理的配慮】

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

【結果】

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

【考察】

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

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

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

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

キーワード：終末期看護、ルーカス、皮膚障害、家族ケア

【はじめに】

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

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

【目的】ルーカスを用いた CPRに伴う皮膚障害と看護の現状を明らかにする。

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

【研究方法】

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

調査期間:2018年12月6日～2019年1月25日。

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

【結果および考察】

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

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

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

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

○山家 尚未¹、菊地 洋花¹ (1. 池上総合病院看護部CICU)

キーワード：家族介入、家族看護、集中治療室

【目的】

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

【方法】

研究デザイン：質的事例研究

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

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

用語の定義：家族は、妻と長男のこと

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

【倫理的配慮】

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

【実際】

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

【考察】

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

【引用文献】

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

一般演題（口演）

[O5] 鎮痛・鎮静・せん妄1

座長:神田 直樹(北海道医療大学)

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

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

○藤本 昌吾¹、池辺 諒¹ (1. 大阪母子医療センター 看護部 ICU)

15:40 ~ 15:50

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

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

15:50 ~ 16:00

[O5-3] ICU患者の睡眠評価尺度の基準関連妥当性と内的一貫性の検証

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

16:00 ~ 16:10

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

○小高 貴直¹ (1. 日本赤十字社 大阪赤十字病院)

16:10 ~ 16:20

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

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

16:20 ~ 16:30

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

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

○藤本 昌吾¹、池辺 諒¹ (1. 大阪母子医療センター 看護部 ICU)

キーワード：鎮静、せん妄、鎮痛

【背景】

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

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

【仮説】

看護師主導の勉強会で、鎮痛・鎮静・せん妄に対するカルテ記載率が改善する。

【倫理的配慮】 院内倫理委員会の承認を得た。

【方法】

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

【結果】

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

【考察】

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

【結論】

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

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

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

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

キーワード：疼痛評価、ICU、新人看護師、人工呼吸器

【目的】

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

【方法】

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

【倫理的配慮】

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

【結果】

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

【考察】

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

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

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

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

[O5-3] ICU患者の睡眠評価尺度の基準関連妥当性と内的一貫性の検証

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

キーワード：睡眠評価、睡眠、ICU、客観的評価、主観的評価

【目的】

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

【方法】

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

ある。

データ収集期間：2017年11月～2018年4月。

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

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

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

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

【結果】

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

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

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

【考察】

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

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

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

○小高 貴直¹ (1. 日本赤十字社 大阪赤十字病院)

キーワード：せん妄、ICDSC

【目的】

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

【方法】

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

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

【倫理的配慮】

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

【結果】

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

【考察】

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

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

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

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

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

【目的】

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

【方法】

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

【倫理的配慮】

研究者所属施設、研究実施施設の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

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

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

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

【考察】

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

一般演題（口演）

[O6] 鎮痛・鎮静・せん妄2

座長:丸林 美代子(浜の町病院)

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

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

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

16:50 ~ 17:00

[O6-2] 浅い鎮静管理の集中治療室における退室後患者の記憶の有無と妄想的記憶

○野口 綾子^{1,2}（1. 東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科 先端侵襲緩和ケア看護学分野 博士後期課程、2. 京都府立医科大学附属病院）

17:00 ~ 17:10

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

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

17:10 ~ 17:20

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

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

17:20 ~ 17:30

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

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

17:30 ~ 17:40

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

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

17:40 ~ 17:50

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

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

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

キーワード：SAT、鎮静剤、RASS

【背景・目的】

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

【方法】

期間：2016年4月1日から2018年11月30日

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

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

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

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

【倫理的配慮】

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

【結果】

SAT導入前群135名、後群169名であり、対象の属性に有意差はなかった。

鎮静剤・鎮痛剤使用日数は、SAT導入前後で有意差はなかった。

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

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

【考察】

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

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

[O6-2] 浅い鎮静管理の集中治療室における退室後患者の記憶の有無と妄想的記憶

○野口 綾子^{1,2} (1. 東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科 先端侵襲緩和ケア看護学分野 博士後期課程、2. 京都府立医科大学附属病院)

キーワード：浅い鎮静、患者の記憶、妄想的記憶

【目的】

浅い鎮静管理を行うICUに入室した患者について退室後患者調査で得たデータより、ICUの記憶の実態を検討する。

【方法】

本調査は2016年4月から2017年10月にA大学病院の6床の成人ICUで実施されたアクションリサーチ(Noguchi, et al. 2019)における患者調査の二次分析である。ICUに12時間以上入室した18歳以上の患者を対象に、一般病棟の一般床に退室後訪床し、ICUの記憶の有無と記憶のある者はその内容について非構造化面接を実施した。母国語が外国語である者、ICU入室前または退室後に精神疾患と意識障害がある者は除外した。また研究期間を通して参加観察を行いICUの状況をフィールドノートに記載した。診療録より対象患者の年齢、性別、APACHEII、ICU滞在日数、経口挿管・気管切開の有無、人工呼吸日数、予定・緊急手術と非術後患者の別、術式、鎮静薬・鎮痛薬の2時間以上の持続投与の有無を抽出した。量的データ分析は多変量解析によりICUの記憶のないことに関連する因子、単変量解析により妄想的記憶に関連する因子を探索した。質的データ分析は内容分析を用いて、面接で得た患者の語りから妄想的記憶に関する語りを抜粋しカテゴリー化した。解釈には参加観察によるフィールドノートと看護記録から語りの背景となった入室中の状況を抽出し補完的に用いた。本研究は施設の倫理委員会の承認を得て実施し、ICUでの参加観察は患者のオプトアウトが保証されていた。面接は書面で同意を得て実施し、ICU入室中の経験について思い出したくない内容は応えなくてよいことを断った上で開始した。語られた記憶の内容は匿名化して使用することに同意が得られたもののみ記録した。

【結果】

研究期間中ICUに入室した患者616名中、患者選択基準に合致し研究参加に同意が得られた405名のデータを分析した。参加を拒否した10名のうち4名は思い出したくない、忘れるようにしているという理由であった。ICUの記憶のある患者199名とない患者206名において、多変量解析の結果、ICUの記憶のないことに関連する因子は24時間以上の人工呼吸管理 (OR, 9.67 [95%CI, 1.13-210.09])、人工呼吸日数 (1.60 [1.16-2.19])、年齢 (1.10 [1.06-1.13])、ICU滞在日数 (0.69 [0.54-0.88])であった。記憶がないことを苦痛と訴えた者はなかったが、8名が家族や医療者から聞かされることが恥ずかしいや不快であると述べた。記憶のある患者のうち11名が妄想的記憶を報告した。単変量解析の結果、妄想的記憶のあることに関連する統計学的有意な因子はなかった。面接データの内容分析の結果5つのカテゴリーが得られ、患者に妄想的記憶として語られたものの中にはICUで実際に観察された出来事が含まれていることがわかった。

【考察】

鎮痛を優先する浅い鎮静管理を行うICUでは退室後患者の半数に記憶がない。記憶の欠如には鎮静薬よりも人工呼吸器経験の関連が示唆された。記憶の欠落に苦悩する患者はなかった一方で、ICUの記憶の補完や修正は患者を傷つける可能性があることが示唆された。従来の深鎮静管理のICUでの報告と比較すると、浅い鎮静管理への変化はICU患者の妄想的記憶を少なくすることに寄与している可能性がある。他方で患者にとってICUでの理解できない非日常の経験が、患者に妄想として記憶される可能性が示された。入室中から患者の経験に注目し、理解できない状況に患者を置き去りにすることのないケアが求められる。

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

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

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

キーワード：鎮痛・鎮静、術後疼痛管理、プロトコール、看護師

【序論】

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

【目的】

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

【方法】

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

【倫理的配慮】

本研究は対象施設の病院長および看護部長に許可を得て実施した。

【結果】

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

【考察】

疼痛評価尺度による評価を開始し評価に統一性と客観性が生まれ、それが簡易的に評価でき、分かりやすい記録や申し送りにも繋がったと思われる。また疼痛への認識が向上し、新たな視点で評価をできるようになったと感じていた。評価をルーチン化することで、疼痛管理の有用性・必要性を感じる事ができた。しかし患者本人の希望を重視した看護実践や疼痛評価尺度の理解の欠如により部分的な困難さも感じており使用方法に関する教育上の課題がある。鎮痛・鎮静剤投与方法の指標となるプロトコールの存在は、オープンICUで緊急手術が多く主治医の指示確認がすぐにできないといった背景において、指示システムに関する悩みや不安を低減させると認識されていた。これは患者にとっての有用性だけでなく、看護師の職業意欲や満足度の向上にも繋がる可能性を持っているといえる。また医師の指示の明確化・統一化が図れ、多職種間のコミュニケーションも促進された。プロトコールは看護師の鎮痛・鎮静に対する正しい認識への手助けと、鎮痛・鎮静に対する意識の発展に繋がりが、経験年数に関わらず鎮痛・鎮静に肯定的影響を与えると考えられる。プロトコールの存在は、円滑な鎮痛・鎮静の実施につながり、さらに看護の時間が確保できるという結果を導き、プロトコールの使用が副次的にも看護の質の向上に繋がることが示唆された。一方で個々の患者による効果の違いや逸脱時の対応、看護師の経験や知識の差により部分的な困難さや、統一性が欠如するという側面もみられた。今後は学習会を定期的を実施し、確実な知識の向上を図れる教育体制の確立と、現在のプロトコールの妥当性の検討が必要であると考える。

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

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

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

キーワード：せん妄、家族、看護実践

【目的】

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

【方法】

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

【結果】

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

【考察】

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

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

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

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

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

キーワード：人工呼吸器、妄想的記憶、対処行動

【目的】

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

【方法】

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

研究デザイン：質的帰納的研究 研究期間：2017年8月～2018年11月

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

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

【倫理的配慮】

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

【結果】

妄想的記憶の体験と対処行動を合わせて4カテゴリー【 〇 】, 9サブカテゴリー『 』、28概念< >が生成された。

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

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

【考察】

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

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

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

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

キーワード：PADIS、ラウンドチーム、アセスメント評価

【目的】

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

【方法】

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

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

なお、本研究は筑波大学附属病院倫理審査委員会の承認を得ている。

【結果】

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

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

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

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

看護師による離脱症状の評価は全例で言語評価であり、PED- PADIWS STによる評価では全例で離脱症状は認めなかった。そして、看護師のツール評価と経験年数の関連については有意な関連が認められなかった。(オッズ比 1.4、95%信用区間 0.04-225)

【結論】

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

一般演題（口演）

[O1] 優秀演題

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

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

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

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

10:40 ~ 10:50

[O1-2] 集中治療室入室中に医療者から受けたケアに対する患者の快

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

10:50 ~ 11:00

[O1-3] クリティカルケア看護における看護実践に対する困難尺度の開発

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

11:00 ~ 11:10

[O1-4] SBS version of CAPDの妥当性と信頼性の検討

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

11:10 ~ 11:20

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

○古川 智恵¹ (1. 岐阜聖徳学園大学看護学部看護学科)

11:20 ~ 11:30

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

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

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

キーワード：専門看護師、コンピテンシー、急性期領域

【目的】

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

【方法】

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

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

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

【倫理的配慮及び利益相反】

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

【結果・考察】

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

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

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

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

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

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

[O1-2] 集中治療室入室中に医療者から受けたケアに対する患者の快

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

キーワード：集中治療室、ケア、快

【目的】

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

【研究方法】

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

【倫理的配慮】

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

【結果】

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

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

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

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

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

【考察】

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

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

[O1-3] クリティカルケア看護における看護実践に対する困難尺度の開発

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

キーワード：看護実践、困難、尺度開発

【背景】

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

【目的】

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

【方法】

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

【結果】

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

【考察】

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

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

[O1-4] SBS version of CAPDの妥当性と信頼性の検討

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

キーワード：小児、せん妄、鎮静

【目的】

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

【方法】

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

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

【結果】

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

【考察】

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

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

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

○古川 智恵¹ (1. 岐阜聖徳学園大学看護学部看護学科)

キーワード：人工肛門、受容、ICU看護師

【目的】

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

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

【方法】

研究デザイン：因子探索型質的帰納的研究

研究対象者：緊急で人工肛門造設術を受けた患者

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

分析方法：面接内容の逐語録を作成し、Krippendorffの内容分析の手法を参考に分析を行い、内容分析によって推論された最も上位の概念を「大表題」、 「大表題」の下位の概念を示す用語を「表題」とした。

【倫理的配慮】

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

【結果】

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

【考察】

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

一般演題（口演）

[O3] 呼吸・循環1

座長:坂本 美賀子(済生会熊本病院)

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

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

○加覧 妙子¹ (1. 鹿児島大学病院ICU)

14:20 ~ 14:30

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

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

14:30 ~ 14:40

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

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

14:40 ~ 14:50

[O3-4] 看護師の吸引手技に関する実態調査

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

14:50 ~ 15:00

[O3-5] 人工呼吸器離脱困難事例に必要な支援-離脱プロトコルを参考に-

○竹林 洋子¹ (1. JCHO九州病院)

15:00 ~ 15:10

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

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

○加覧 妙子¹ (1. 鹿児島大学病院ICU)

キーワード：口腔ケア、シミュレーション教育、気管内挿管患者

【はじめに】

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

【方法】

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

【倫理的配慮】

対象者へ文書にて調査目的・方法・守秘・結果公表について説明し、同意を得た。

【結果・考察】

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

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

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

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

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

キーワード：口腔ケア、OAG、口腔ケアガイド、デモンストレーション

【目的】

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

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

【方法】

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

研究期間：2018年X月から約4か月間

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

【結果】

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

【考察】

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

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

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

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

キーワード：口腔ケア、看護教育

【目的】

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

【方法】

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

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

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

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

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

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

【倫理的配慮】院内倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

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

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

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

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

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

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

【考察】

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

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

[O3-4] 看護師の吸引手技に関する実態調査

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

キーワード：呼吸管理、気管内吸引、人工呼吸

【背景】

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

にし、吸引手技が患者へ与える影響を調査した。

【方法】

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

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

【結果】

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

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

【考察】

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

【結論】

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

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

[O3-5] 人工呼吸器離脱困難事例に必要な支援-離脱プロトコルを参考に-

○竹林 洋子¹ (1. JCHO九州病院)

キーワード：人工呼吸離脱困難、人工呼吸離脱プロトコル

【目的】

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

【方法】

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

【症例】

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

【結果】

1.SAT(自発覚醒トライアル)

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

2.SBT(自発呼吸トライアル)

介入時の呼吸器設定は CPAP, FO_2 0.7, PEEP15cmH₂O, PS15cmH₂Oで、SBT開始安全基準に適う状況ではなかったが、HR:88bpm, MAP:58mmHg, ScvO₂:42%, RSBI:47回/min/Lで、血行動態や全身状態は安定していた。患者はファイティングが頻繁で、バックリングを誘発し、吸引も度々要し、酸素化や換気状態に相関しない呼吸困難感と2段様の頻呼吸を呈した。頻呼吸時は、ゆっくりと呼吸するよう傍で指導し改善することもあったが、発作の様に繰り返した。前日、臨床工学技士から呼気ポート式で吸気最大流速値が高い呼吸器に変更の提案があり、医師を交え検討した。変更後、患者は息が吸いやすくなったと述べたが、酸素化や換気状態と相関しない呼吸困難感と頻呼吸は、その後も認めた。初回の離脱失敗と臨床経過から、精神面の支援が重要と考え、離脱過程では意図的に達成体験を得る様な言葉掛けや配慮に努めた。また、希望に沿い、妻に同席を依頼した。

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

【考察】

1.介入の妥当性

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

2.離脱困難事例に必要な支援

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

一般演題（口演）

[O4] 呼吸・循環2

座長: 芝田 香織(大分大学医学部附属病院)

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

[O4-1] スライドシートを用いた腹臥位への体位変換の工夫

○小田 依里香¹、竹下 智美¹、佐藤 拓也¹、大宅 隆博¹、河野 志穂¹、安部 直子¹、清村 紀子² (1. 大分大学医学部附属病院看護部、2. 大分大学医学部看護学科)

15:30 ~ 15:40

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

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

15:40 ~ 15:50

[O4-3] ICUにおける非侵襲的陽圧換気装着患者の調整行動

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

15:50 ~ 16:00

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

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

16:00 ~ 16:10

[O4-5] 心臓手術を受けた患者の情報探索行動

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

16:10 ~ 16:20

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

[O4-1] スライドシートを用いた腹臥位への体位変換の工夫

○小田 依里香¹、竹下 智美¹、佐藤 拓也¹、大宅 隆博¹、河野 志穂¹、安部 直子¹、清村 紀子² (1. 大分大学医学部附属病院看護部、2. 大分大学医学部看護学科)

キーワード：腹臥位、人工呼吸、体位変換

【目的】

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

【方法】

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

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

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

【倫理的配慮】

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

【結果】

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

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

3)作成した手順導入後、腹臥位療法を実施した1事例を示す。

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

【考察】

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

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

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

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

キーワード：人工呼吸器離脱困難、PICS

【はじめに】

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

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

【事例】

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

【考察】

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

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

[O4-3] ICUにおける非侵襲的陽圧換気装着患者の調整行動

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

キーワード：呼吸管理、NPPV

【背景】

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

【目的】

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

【方法】

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

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

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

【結果】

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

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

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

【考察】

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

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

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

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

キーワード：NPPVマスク、MDRPU

【背景】

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

【目的】

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

【方法】

研究デザイン：診療録を用いた後ろ向き調査。

研究対象：入院しNPPV治療を実施した患者。

調査機関：2013年1月1日から2015年12月31日。

データ収集方法：診療録からのデータを収集。

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

分析方法：項目ごとに単純集計を行った。

【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承諾を得て実施した。

【結果】

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

【考察】

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

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

[O4-5] 心臓手術を受けた患者の情報探索行動

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

キーワード：心臓手術、情報探索行動

【目的】

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

ことと定義した。

【方法】

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

【結果】

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

【考察】

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

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

一般演題（示説）

[P1] 心理・社会的ケア

座長:徳永 美和子(九州中央病院)

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

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

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

14:40 ~ 14:47

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

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

14:47 ~ 14:54

[P1-3] 脳血管疾患患者家族の病気の不確かさの急性期から亜急性期の変化

○林 みよ子¹ (1. 天理医療大学医療学部看護学科)

14:54 ~ 15:01

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

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

15:01 ~ 15:08

[P1-5] 意識障害のある若年患者の両親に対する代理意思決定支援

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

15:08 ~ 15:15

[P1-6] 家族の支援で障害受容した耳鼻咽喉科術後患者への危機介入

○杉浦 陽子¹ (1. 千葉徳洲会病院)

15:15 ~ 15:22

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

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

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

キーワード：悲嘆ケア、救急看護

【目的】

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

【方法】

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

【結果】

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

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

【考察】

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

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

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

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

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

キーワード：エンドオブライフケア

【はじめに】

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

【目的】

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

【方法】

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

【結果】

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

【考察】

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

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

[P1-3] 脳血管疾患患者家族の病気の不確かさの急性期から亜急性期の変化

○林 みよ子¹ (1. 天理医療大学医療学部看護学科)

キーワード：脳血管疾患患者、家族、病気の不確かさ

【目的】

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

【方法】

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

【結果】

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

【考察】

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

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

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

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

キーワード：集中治療室、家族看護、臨床判断

【目的】

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

【方法】

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

【倫理的配慮】

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

【結果】

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

【考察】

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

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

[P1-5] 意識障害のある若年患者の両親に対する代理意思決定支援

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

キーワード：代理意思決定支援、若年患者、意識障害

【目的】

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

を振り返り、患者や家族の思いを尊重した看護とは何かを明らかにする。

【方法】

対象：神戸市内の救急救命センターに入院した A 氏（20 歳代女性）とその家族

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

【倫理的配慮】

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

【結果】

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

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

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

【考察】

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

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

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

[P1-6] 家族の支援で障害受容した耳鼻咽喉科術後患者への危機介入

○杉浦 陽子¹ (1. 千葉徳洲会病院)

キーワード：顔貌の変化、家族の支援、障害受容

【目的】

耳鼻咽喉科術後患者への危機介入による検討

【方法】

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

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

【結果】

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

【考察】

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

一般演題（示説）

[P2] 教育

座長:水流 洋平(日本看護協会看護研修学校)

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

[P2-1] 周術期患者の事例を用いた看護過程演習の評価

○三木 珠美¹、田中 博子¹ (1. 創価大学看護学部)

15:40 ~ 15:47

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

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

15:47 ~ 15:54

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

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

15:54 ~ 16:01

[P2-4] グッドレポート提出促進に向けた取り組み

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

16:01 ~ 16:08

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

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

16:08 ~ 16:15

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

[P2-1] 周術期患者の事例を用いた看護過程演習の評価○三木 珠美¹、田中 博子¹ (1. 創価大学看護学部)

キーワード：看護過程、周術期、演習、評価、成人看護学急性期

【研究目的】

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

【研究方法】

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

【結果】

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

【考察】

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

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

[P2-2] 救命救急センター再編成における看護師のワーク・モチベーションの変化吉留 瑞紀¹、○楠生 和希¹、水野 雅子¹ (1. 日本医科大学千葉北総病院)

キーワード：救命救急センター、病棟再編成、ワーク・モチベーション

【目的】

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

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

【方法】

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

【結果・考察】

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

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

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

【引用文献】

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

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

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

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

キーワード: 退院指導、実技指導

【目的】

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

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

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

【方法】

準備期間：2018年6月～8月

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

指導実施期間：2018年8月～2019年1月

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

【倫理的配慮】

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

【結果】

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

【考察】

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

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

[P2-4] グッドレポート提出促進に向けた取り組み

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

キーワード：救命救急、インシデント、レベル0

【はじめに】

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

【目的】グッドレポートの件数増加を目標。

【研究デザイン】実践報告

【取り組み】

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

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

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

【倫理的配慮】

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

【結果】

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

【考察】

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

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

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

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

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

キーワード：クリティカルケア、新人看護師、困難

【背景】

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

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

【目的】

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

【方法】

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

【結果】

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

【考察】

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

会員総会

[GM] 会員総会

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

臨床推論ラリー

[RL] 臨床推論ラリー

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

ポスター(貼付・閲覧)

[PP] ポスター貼付

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

ポスター(貼付・閲覧)

[PP] ポスター閲覧

2019年6月15日(土) 10:15 ~ 14:40 第7会場 (B1F コンベンションホール)

招聘講演

[IL2] クリティカルケア看護の展望

演者:道又 元裕(国際医療福祉大学成田病院準備事務局)

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)

2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:10 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[IL2] クリティカルケア看護の展望

○道又 元裕¹ (1. 国際医療福祉大学成田病院準備事務局)

13:10 ~ 14:10

13:10 ~ 14:10 (2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:10 メイン会場)

[IL2] クリティカルケア看護の展望

○道又 元裕¹ (1. 国際医療福祉大学成田病院準備事務局)

キーワード：クリティカルケア看護

日本の医療制度は、国民を支える経済状況が概ね安定、成長期に入りつつ、一方では医療費の抑制政策に転じ、これ以上の医療費投入は限界をむかえています。その結果として医療の崩壊が発生すると言われていす。よくメディアで取り上げられている2025年問題がそれであって、それにどう対応してゆくかが大きな課題となっています。

少子化、高齢化、超高齢化社会が進み人口の減少化へと変化、また、慢性疾患の増大、同時に少しずつ変わってきている社会システム、人々の価値観、そして、それとともに変化している医療政策と医療界、保健、医療、福祉のなかで看護、看護を生業にする看護師の仕事は、どう変わろうとしている、変わってゆくのでしょうか。どんな看護が求められ、自発的になを実践してゆくのでしょうか。

国民にとって意義のある専門家として存在してゆくためには、真摯に考え、柔らかく賢く変わっていかないとですね。

我が国の疾病構造も変容を遂げてきています。その中で、死亡順位は、悪性新生物（27.9%）、心疾患（15.3%）、脳血管障害（8.2%）、老衰（7.6%）、肺炎（7.2%）、不慮の事故（3%）、誤嚥性肺炎（2.7%）となっていますね。

この辺から類推すると、悪性新生物（がん）は減り、それ以下の上位死亡が台頭をなしてくることでしょう。つまり、がんそのものによる死亡は減り、それ以外の死亡、特に肺炎がぐ〜んと上がってきそうです。一方で、手術方法による外科医療は、内科的療法に置き換わって来ると思われます。

つまり、医療者の立場から提供している医療体制から医療を受ける人々のクオリティを重きにおいた医療体制へと変換してゆく流れで進んでゆくでしょう。

そこで、クリティカルケア看護は、また、その領域に生きる看護の人々は、今後どうあるべきかを考えることも重要です。働き方改革や昨今の各医療技術者のタスクシフティング、タスクシェアリング、重複型の医療サービス提供などを含めて、医療のあり方が根本的に問われはじめています。名ばかりではない、実のあるチーム医療の実践が今後の医療サービスの行方とあり方を握っていることは間違いありません。そのメンバーには、医療側に都合が良い人的資源の配置するような体制ではなく、医療を受ける人々にとって有益な様々な専門家が縦横無尽に参画し、持っている能力をいかに発揮することが当たり前なチーム医療を形成することが重要なのでしょう。

そのためにやるべきことは、真の専門性を発揮する人的資源の育成とそれを繋ぐ体制の構築、チーム医療メンバーとして医療を受ける人々とその家族の養成、ハイテクノロジーとヒューマンイズムの調和する文化の醸成、進化するAIの効果的活用、加えてまだあるヒエラルキーの破壊など、いろいろあります。

したがって、クリティカルケア看護の展望は、これらの趨勢を幅広くとらえつつ、グローバルな観点からの情報収集と活用は勿論のこと、専門性を深く追求する一方でクリティカルケア領域以外でも起用される多様な人材育成が重要です。また、有益なデバイスの開発に関わる看護理工的活動を行ってゆくことも望まれます。

本講演では、幾つかの視点から私信を中心にクリティカルケア看護における些かの展望について参加者の皆様と共学させていただきます。

教育講演

[EL2] 臨床倫理の叡智

演者:金城 隆展(琉球大学医学部附属病院)

座長:高見沢 恵美子(関西国際大学)

2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:00 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[EL2] 臨床倫理の叡智～ Ethics is choices～

○金城 隆展¹ (1. 琉球大学医学部附属病院)

09:00 ~ 10:00

09:00～10:00 (2019年6月16日(日) 09:00～10:00 メイン会場)

[EL2] 臨床倫理の叡智～ Ethics is choices～

○金城 隆展¹ (1. 琉球大学医学部附属病院)

キーワード：臨床倫理

倫理は「難しく面倒なもの」「聖人君子な生き方」と理解されがちだが、実のところ、倫理は私たちがよりよく豊かに生きる上で必要不可欠な、より身近で具体的な実践である。本講演を通して、倫理とは1人1人が毎日の臨床の現場で「何かおかしいぞ」と思った時にしっかりと立ち止まり、「なぜそうしなければならないのか」という理由を自分の頭でしっかり考えつつ、患者を置き去りにすることなく、独断・独善に陥らないように・思考停止しないように・中庸を心がけながら、皆で「何をなすべきか」を考える「姿勢」であるということ、そして、臨床で倫理的であるとは詰まるところ「その行為をする自分は何者か?と自分に向き合うこと」に他ならないということを皆さんと一緒に考える時間としたい。

教育講演

[EL4] これからの現場教育のためのミッション

演者:浅香 えみ子(獨協医科大学埼玉医療センター)

座長:北村 愛子(大阪府立大学)

2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:10 第1会場 (2F レセプションホール)

[EL4] これからの現場教育のためのミッション

○浅香 えみ子¹ (1. 獨協医科大学埼玉医療センター)

13:10 ~ 14:10

13:10 ~ 14:10 (2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:10 第1会場)

[EL4] これからの現場教育のためのミッション

○浅香 えみ子¹ (1. 獨協医科大学埼玉医療センター)

キーワード：自立、思考の転用、学び方の学び

看護師の育成を考える上で、目指すべき像は自立した看護師の姿です。自立とは、自らの力で問題解決ができる力をもつ状態であり、看護実践、看護師・人としての成長の問題点を自力で解決できる状態と考えます。

臨床における看護師の育成は看護実践の質に大きく影響するものであり、その手段に関心が寄せられています。そして、より効果的な手段を模索し、様々な研修方法が提案されています。

人材育成の状況は、業務量の増加、求められる役割の増加に伴い取り組むべき課題が増える一方で、働き方改革が進む中で人材育成に関わる業務は勤務時間内に制限され確保できる時間は減少しています。このような背景から、人材育成を効果的かつ効率的に行う方法の選択が課題として考えられます。

成果につながる学習支援を臨床現場で試行錯誤してきた中で、オリエンテーションと学習の混在、学ぶ力と現場の教育力の不足を感じています。この対応としてインストラクショナルデザインや学習環境デザイン、学習者の動機付け、経験学習といった知見に触れ、現場の教育・学習システムの改善を試みてきました。この試行錯誤の過程から現場の学習体制の課題と改善の方向性を私見を含めてお伝えしたいと思います。

クリティカルケア領域に特化した教育手段を構築するのではなく、個々の看護師をクリティカルケアの実践を通して育成するという考え方に立つことで、これからの現場教育が目指すべきミッションが見え、臨床の人材育成の在り方が明らかになってくると考えます。キーワードは“思考の転用”“学び方の学び”の支援です。

看護師の育成は臨床に立った時から始まるものではありません。Goal baseの考えに基づき看護師を目指した時から始まる看護師育成が現場教育のミッションを意味あるものにすると考え、臨床が担うべき基礎教育における役割に言及したいと思います。

教育講演

[EL3] Post Acute Care Syndromeの概念を科学する、そして実践する

演者:中村 謙介(日立総合病院救急集中治療科)

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院)

2019年6月16日(日) 10:40 ~ 11:50 第2会場 (3F 国際会議室)

[EL3] Post Acute Care Syndromeの概念を科学する、そして実践する

○中村 謙介¹ (1. 日立総合病院 救急集中治療科)

10:40 ~ 11:50

10:40 ~ 11:50 (2019年6月16日(日) 10:40 ~ 11:50 第2会場)

[EL3] Post Acute Care Syndromeの概念を科学する、そして実践する

○中村 謙介¹ (1. 日立総合病院 救急集中治療科)

キーワード : PICS、ICU-AW、PACS

昨今、集中治療の進歩とともに救命率が向上し集中治療後の後遺症に目が向けられるようになり、身体能力の低下を ICU-acquired weakness ICU-AWとし、認知機能低下や家族を含めたメンタルヘルスマまでを包括して Post intensive care syndrome PICSとして捉える考え方が全世界的に普及し、ICU-AW/PICSを最小限にするため急性期から様々な介入や対策が各施設で行われるようになった。この ICU-AW/PICSは年齢が強い危険因子になることがわかっており、高齢化社会日本では特に遭遇しやすく我々の問題意識も高かったといえるが、このような機能低下や障害が ICU内でだけ発生しているわけではないことを皆様も痛感しているのではないだろうか。すなわち集中治療室に入らない救急患者でも（特に高齢者の場合）後遺症により転帰に難渋することがよくみられ、全国的に高次機能病院の運営をも圧迫している。PICS集中治療後症候群という形で ICUでだけ対策するのではなく、今日本でこそ、救急医療全般による障害を Post-Acute Care Syndrome PACSとして捉え検討していくことが必要なのではないだろうか。実際に ICU-AW/PICSとの戦いは救急医療の段階（ICU入室前）から始まっており、入院前の評価や救急医療介入の影響も検討しなくてはならない。現在は PICS提唱以前から考案されてきた ABCDEバンドルに加え FGHまで拡大されたバンドル戦略が推奨されるようになっているが、このようなアプローチは ICU外入院や ICU退室後も考慮すべきであり、その実現と質の確保のためにはリハビリ科や栄養科などを含めた多職種連携は必須事項となる。さらに患者の評価は QOLや機能面など多岐にかつ長期に及ぶべきであり、ICU退室時だけでなく退院時、退院後180日あるいはそれ以上後日の評価も必要となり、間違いなく集中治療医や ICU看護師だけで実現することはできない。このように ICU-AW/PICSの対策や研究のためにも PACSという概念をもって臨むことが重要であることをこの講演にて提案し、日立総合病院救命救急センターにおける PACSに対する取り組み、RCTを含む積極的な研究活動について紹介したいと考える。

シンポジウム

[SY4] クリティカルケアにおける倫理的ジレンマ

座長:明石 恵子(名古屋市立大学大学院看護学研究科)、岡田 彩子(日本赤十字看護大学)

2019年6月16日(日) 10:10 ~ 11:50 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[SY4-1] クリティカルケアにおける倫理的ジレンマ～現状を改善するためには～

○藤岡 智恵¹、竹田 智子¹ (1. 飯塚病院集中治療室)

10:10 ~ 10:25

[SY4-2] クリティカルケアにおける倫理的ジレンマ

専門看護師かつ教育研究者としての立場から

○津田 泰伸^{1,2} (1. 東京純心大学看護学部看護学科、2. 聖マリアンナ医科大学病院)

10:25 ~ 10:40

[SY4-3] クリティカルケアにおける倫理的ジレンマ 専門看護師、看護管理者の立場で

○乾 早苗¹ (1. 金沢大学附属病院 救急部)

10:40 ~ 10:55

[SY4-4] 小さなことからコツコツと倫理の花を咲かせましょう

○岡林 志穂¹ (1. 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)

10:55 ~ 11:10

10:10～10:25 (2019年6月16日(日)) 10:10～11:50 メイン会場

[SY4-1] クリティカルケアにおける倫理的ジレンマ～現状を改善するためには～

○藤岡 智恵¹、竹田 智子¹ (1. 飯塚病院集中治療室)

キーワード：倫理的悩み、重症患者、クリティカルケア看護師

近年、医療の進歩に伴って治療の選択肢が広がり、従来は救えなかった生命も救うことが出来るようになった。一方で、人々の人生観・死生観は多様化し、患者自身が治療を選択するという考えが広まっている。終末期医療のあり方や人工的な延命という人間の尊厳に関わる新たな問題は、治療選択の「自己決定」という側面で議論が行われるようになった。重症患者の終末期医療についても各学会でガイドラインが作成された。いずれも「本人の尊厳を追求し、自分らしく最後まで生きる」ことの重要性が軸となり、その人らしい生き方を支える倫理的なケアの実践が求められるようになっていく。

クリティカルケア領域では、生命の危機状態にある患者と家族への医療が実施される。そこで勤務する医師や看護師を含む医療スタッフは、生命の危機に直面した患者を目の前にし、「患者の命を救いたい」という一つの大きな目標に向かって治療に取り組む。しかし患者の病態の経過によっては、ある時期からスタッフそれぞれが治療に対する考え方に相違や疑問を感じるようになることがある。

看護師が臨床で体験する倫理的問題とそれにより抱く思いには、倫理的な不確実さ (moral uncertainty) や倫理的ジレンマ (moral dilemma) がある。Jametonは、それらと共に看護師が体験する不快な感情や思いを倫理的悩み (moral distress) と定義した。その後 Corleyらによって看護師の倫理的悩みを測定するスケールが開発された。これは後に職種を超えた「改訂倫理的悩み測定尺度 (the Moral Distress Scale Revised: MDS-R)」として改訂され使用されている。MDS-Rを日本語に翻訳・検証されたものが、日本語改訂版倫理的悩み測定尺度 (JMDS-R) である。

実際に臨床の間でも、倫理的問題に関する悩みと思われる発言を耳にしたり、相談を受ける場合がある。最近ではその発言が増加しているように感じ、スタッフ自身がそれをどのように受け止めているのか、対処法はどうか、スタッフ自身の悩みとして残っているのではないかという問題を感じるようになった。その内容としては、大きく次の3項目に分類される倫理的悩みが存在するのではないかと予測した。

①患者の病態についてのジレンマ：多臓器不全や低酸素脳症などの不可逆的な病態に陥ったとしても、治療が継続され続ける症例も少なくない。医療者は患者の回復は望めない状態であることを感じたり、痛々しく変化していく容姿をみることに、患者・家族が望む医療を提供できているのかと葛藤する。②患者・家族へ提供される、治療やケアについてのジレンマ：「なぜこの状況の患者に、この薬剤 (生命維持装置) を投与し続けなくてはならないのか」「患者に優先されるべきケアであるのに、なぜ継続することが許されないのか」③医療チーム間のコンセンサスについてのジレンマ：患者・家族の思いに関する情報を共有できなかったり、多角的に議論することができないまま治療が続けられる。

これらの積み重なりは次第にジレンマとしてのしかかり、バーンアウトや離職へとつながる恐れがある。ここでは日常の中で見聞したスタッフの言動や意見から、実際に看護師が感じている倫理的問題を考察し、今後の課題を考える。

10:25～10:40 (2019年6月16日(日)) 10:10～11:50 メイン会場

[SY4-2] クリティカルケアにおける倫理的ジレンマ

専門看護師かつ教育研究者としての立場から

○津田 泰伸^{1,2} (1. 東京純心大学看護学部看護学科、2. 聖マリアンナ医科大学病院)

キーワード：倫理的ジレンマ、教育、専門看護師

誰しもが臨床のなかで、「これでいいのだろうか?」と違和感をもったり、ジレンマを感じたりしたことはあるだろう。例えば、「患者が辛そうなのに医師はオピオイドを使いたくないと考え、症状緩和が十分にはかかれていない」状況や、「患者は望んでいなかったのに、家族が希望するため / 医師が治療を諦めきれないために生命維持機器を用いた積極的治療が続けられる」状況などは、よく遭遇しジレンマを生じやすいのではないだろうか。このように本人の意思が分かりづらい中、治療方法や生命の終焉にかかわる意思決定が求められる場面は、ドラマチックであり領域の特徴でもある。しかし、それ以外にも「不要な身体拘束」や「プライバシーの配慮」「患者への情報提供や声かけ」「清潔ケアの方法選択」等といった日々の療養場面にも、倫理的に重要な瞬間はたくさんある。経験を積み看護師としての社会化を深めたせいだろうか、患者の人としての尊厳をなおざりにしてしまう看護師も中にはいる。そのような状況においても、否定的な感情と個人的な見解が呼び起こされ、倫理的ジレンマは生じやすい。

目の前にいる患者の最善を考え、ジレンマを解きほぐしていくためには、一人でモヤモヤしているだけでは足りず、アクションが必要になる。倫理的な視点で事象を捉えること、他者と対話を通しながら、関わり合う人の価値を明らかにしていくこと、方策や代替案をもちチームに働きかけること等、力が求められる。私は、専門看護師や認定看護師、一部の管理者にだけその能力が必要なわけではなく、各看護師が成長過程において素養を高め、倫理的問題に対応できる能力を発展させていく必要があると考えている。倫理的な組織風土の醸成と倫理的問題の予防には、看護師個々の成長は欠かせない。

倫理的ジレンマや倫理的問題に対応でき、チームを牽引できる人材をどう育成することができるのか。倫理的感受性をどう高めていくことができるのか。私からは、教育的側面に着目しながら、自身の実践例を振り返りつつ考えてみたいと思う。

10:40 ~ 10:55 (2019年6月16日(日) 10:10 ~ 11:50 メイン会場)

[SY4-3] クリティカルケアにおける倫理的ジレンマ 専門看護師、看護管理者の立場で

○乾 早苗¹ (1. 金沢大学附属病院 救急部)

キーワード：救急外来、終末期ケア、デスカンファレンス

救急患者は、突然の事故や疾病、慢性疾患の増悪などで搬送される。手術を受ける、蘇生処置を中止するなど生命に直結する重大な治療方針を決定する際、時間的余裕がなく、患者自身が意思決定できない状況の中で、家族などの代理者により意思決定されることが多い。こういった救急患者に生じる倫理的課題として、「救急医療領域における看護倫理」ガイドラインでは、①意識障害等で自己決定できない、②突然のことで動揺している家族間での意思決定が困難である、③緊急治療が重い障害が残るが救命率が低い場合、家族が治療を拒否することがある、④ターミナル期など本人が尊厳死を希望し救命し治療を拒否することがある、⑤自殺企図患者の本人と医療者間での治療選択に関する意見の対立、⑥警察などの第三者の介入時に本人のプライバシーの保護・保障が担保できない、⑦脳死患者の臓器提供移植医療に伴う諸問題をあげている¹⁾。

平成29年度の高齢化率は27.7%と上昇を続け、超高齢化社会に突入し、救急搬送される患者における高齢者の割合も増加しており、平成28年度では57.2%であった²⁾。高齢者の救急搬送では、独居高齢者で代理意思決定者がいない場合の治療方針の決定や、DNAR指示や治療の終了、差し控えなどについて、倫理的ジレンマが生じる場面がある。日本集中治療医学会会員看護師の蘇生不要指示に関する現状・意識調査によれば、終末期であること以外に、高齢、認知症、身寄りがない、日常動作が制限されているなどの要素でDNARを検討する状況となっており、適応を超えたDNR指示に問題提起されている³⁾。過度な救命治療をしても、不適切な治療の差し控えをしても患者の利益にはならず、実際の診療現場では、倫理的ジレンマを感じている。

救急領域では、患者や家族と初対面であることが多いうえ、本人の意思が確認できない中で、患者の意向に沿った、患者に最善のケアを行うことは容易ではなく、スタッフの不全感にもつながる可能性がある。

そういった様々な課題がある中でも、個々の要素が強い場面でもある、人生の最終段階での看護ケアを検討する目的で、デスカンファレンスを導入した。当院は、入院ベッドを持たないER型の救急外来であるため、院外心

停止の患者でのデスカンファレンスとなる。カンファレンスを開始し、患者個々の状況に合わせた看取りのためのケアについて医師・看護師で検討し、今後のケアに役立てることとした。このシンポジウムでは、この当院での取り組みを通じて、救急領域における終末期ケアについてみなさんと共に考えたいと思っている。

- 1) 一般社団法人日本救急看護学会：「救急医療領域における看護倫理」ガイドライン、
http://jaen.umin.ac.jp/pdf/nursing_ethics_guideline20130827ver.pdf 2019年3月14日閲覧
- 2) 厚生労働省：救急・災害医療に係る現状について、第8回救急災害医療提供体制等の在り方に関する検討会参考資料2、
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000360987.pdf> 2019年3月14日閲覧
- 3) 日本集中治療医学会倫理委員会：日本集中治療医学会会員看護師の蘇生不要指示に関する現状・意識調査、日集中医誌、24、244-53、2017

10:55 ~ 11:10 (2019年6月16日(日) 10:10 ~ 11:50 メイン会場)

[SY4-4] 小さなことからコツコツと倫理の花を咲かせましょう

○岡林 志穂¹ (1. 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)

キーワード：倫理的感受性の向上

当院は、がん・救命救急・総合周産期母子医療・循環器病・こころのサポート・地域医療の特徴的な6つのセンター機能を有する高度急性期を担う自治体病院です。病院全体で倫理的課題としてよく挙がる事例は、医療者の知識や認識不足、医療者間の対立などを中心とした終末期に関する事例が多くあります。

私の所属する救命救急センターは、年間約13,000人（救急搬送総数約4,000人、ヘリ搬送総数約500人）の救急患者を受け入れています。救命救急センターへの入院患者の疾患は、重症外傷、重症脳血管障害、重症敗血症が上位を占めており、年齢別では、80歳以上が半数以上を占めています。クリティカルケア領域特有の倫理的課題に加え、患者さんが高齢化していることがより複雑に絡み、倫理的課題の本質が見えにくくなってしまっています。

2016年度から救命救急センターの倫理的感受性の向上を目的とした取り組みを行っています。しかし、倫理的感受性の向上といっても、「倫理って何?」、「倫理って答えがないから難しい」、「倫理とか興味ない」などの言葉が多く聞かれる中からの取り組みの開始でした。また、倫理的課題は、1+1=2といった簡単なものではなく、正解があるものでもないこと、医療者個々の内的価値に左右されてしまうことなどから、倫理的感受性を向上させていくことは棘の道でした。

今年で取り組みも4年目となりました。倫理を考えるための基盤作りから始まり、繰り返し倫理的課題に関する事例検討を行いながら視点を広げていきました。また、倫理的にもやもやすると気軽に声を出せるような環境作りを行いました。数値的な評価としては難しいですが、「倫理的にもやもやする」と声に出し、そのもやもやする事例を Jonsen の4分割表を用いてチームで検討することなど主体的に行う変化がみられるようになっており、感覚的に倫理的感受性が向上してきている印象があります。

これまでの取り組みから倫理的課題が生じる要因として大半を占めているのは、患者・家族・医師・看護師間の十分な対話が不足していることが見えてきました。また、医療者として部署として組織として、倫理的感受性を向上させ、倫理的課題に取り組んでいくためには、標題にしているように、小さなことからコツコツと倫理の花を咲かせていくことに尽きるのではないかと考えます。

今回、4年間の取り組みについて紹介させていただき、皆様とのディスカッションを通して、倫理的感受性をさらに向上させていくためのヒントを得たいと思います。

シンポジウム

[SY6] 近未来のクリティカルケア看護を創造する

座長: 芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター)、佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

2019年6月16日(日) 14:20 ~ 15:50 メイン会場 (B1F フィルハーモニアホール)

[SY6-1] 近未来のクリティカルケア看護を創造する～専門看護師の立場から～

○宇都宮 明美¹ (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻)

14:20 ~ 14:35

[SY6-2] 近未来のクリティカルケア看護を創造する～救命救急と在宅のはざまに思うこと～

○箱崎 恵理¹ (1. 千葉県看護協会 ちば訪問看護ステーション)

14:35 ~ 14:50

[SY6-3] 近未来のクリティカルケア看護で求められる能力

○塚原 大輔¹ (1. 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)

14:50 ~ 15:05

[SY6-4] これからの医療と近未来に求められるクリティカルケア看護のあり方

○木澤 晃代¹ (1. 日本大学病院)

15:05 ~ 15:20

14:20～14:35 (2019年6月16日(日) 14:20～15:50 メイン会場)

[SY6-1] 近未来のクリティカルケア看護を創造する～専門看護師の立場から～

○宇都宮 明美¹ (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻)

キーワード：看護教育、看護管理

クリティカルケア領域において、2005年に専門看護師が誕生し、まもなく15年を迎える。現在はそのサブスペシャリティも、集中治療・救急・周術期にとどまらず、様々に活動の幅を広げている。つまり、専門看護師の6つの役割は変わらず、有機的に対象、施設、医療（社会）状況に応じて、役割発揮しているのだと推察する。

私は2018年から京都大学大学院医学研究科と京都大学医学部附属病院が共同での大学改革プロジェクトとして、日本で初めてのダブルアポイントメント教員として、活動を開始している。クリティカルケア看護が近未来に向けて発展していくためには、この領域で優秀な実践者と研究者、教育者を育成していくことが急務と考える。私自身の活動の実際も交えながら、今後の専門看護師のあり方についても検討したい。

14:35～14:50 (2019年6月16日(日) 14:20～15:50 メイン会場)

[SY6-2] 近未来のクリティカルケア看護を創造する～救命救急と在宅のはざまに思うこと～

○箱崎 恵理¹ (1. 千葉県看護協会 ちば訪問看護ステーション)

キーワード：クリティカルケア看護、在宅、地域包括ケア、医療の継続性

救命救急や重症集中治療に携わる多くの看護師が、患者家族の尊厳を守りながら、医療の質を上げるためにクリティカルケア看護を学び、研鑽を重ねている。しかし、近年の医療体制の変化を受け、救急外来や集中治療室だけでは、十分な看護ができないと気付いている。医療・看護の対象は生活を営んでいる人々であり、その一生が病院施設の中だけで完結することはないからである。

私が所属した高度救命救急センターでは、当時の在院日数短縮の流れを受けて看護師が退院調整をしていた。その中で割り切れない思いを経験している。例えば、有料老人ホームに入居中の90歳代の人が、フレイル（frail）を超えて老衰に至る過程の中で、心不全による呼吸困難を併発し、第三次救命救急センターに搬送されたケースがあった。Living Willがなく、親族の強い希望があって高度救命処置を実施した。また、事故で広範囲熱傷を受傷し、気管切開をして車いす生活ができるようになった70歳代のケースでは、在宅につなげるために、呼吸管理と摂食嚥下、精神面への支援が必要であった。かかりつけ医では対応しきれないとのことで、近隣で入所できる施設をあたったが、見つけることが出来ず、180km以上離れた県外の病院に転院した。結果、自宅へ帰るきっかけを失った。多くの人々の救命を使命とした病院施設であるが、傷病者を受け入れる際は入口を大きく開けているものの、退院という出口に、患者家族の尊厳や生活の質の担保が添えられなかった反省があった。

平成29年の全国メディカルコントロール協議会連絡会「救急医療に関わる医療計画の見直しについて」の報告では、高齢者の搬送割合が増加傾向にあり、平成27年度には5割以上を占めていた。そして、二次及び三次救急医療機関において救急搬送された後、来院方法に関わらず、8割程度が帰宅し2割程度が入院していた。救急搬送人員の伸びは、高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多かった。従来急性期と慢性期という枠組みだけではとらえきれず、ホリスティックな看護の提供が求められている。

この社会情勢の中で、病院施設内のクリティカルケア看護ができることは、重篤な状態にある患者家族へ意思決定支援に加え、病院施設の円滑な受け入れ体制の整備や退院問題に対応するため、かかりつけ医や介護施設等の看護関係者と連携・協議をする体制を構築することであると考える。これらを展開する前提には、看護師が患者の身体や精神状態、社会的背景、臨床判断を正確に把握し、包括できる高いアセスメント能力とマネジメント能力を持つ必要がある。

また、今後発展していく地域包括ケアシステムでは、在宅での医療依存度の高い人々に介入することが期待で

きる。医療機器が在宅で使用され、身体状況を把握し生活の支援をするために有用である。

在宅とクリティカルケア看護には共通点が多い。患者の身体状況を総合的にアセスメントし自らの行動を判断すること、臨機応変の対応が求められることなどがその例である。救命救急医療の偏在が指摘され、医療計画の見直しが行われている中、看護師自身もその政策に遅れず看護供給体制を考えたい。

私たちは医療者の思い込みを患者・家族に押し付けていないだろうか。病院は治療優先であり、患者・家族が病院の仕組みに合わせるが、在宅ではその人の身体に合わせてチームが編成される。そして家族がチームの中心にいる。病院から在宅への医療・看護の継続性と生活の統合が、これからの私自身の課題である。

14:50～15:05 (2019年6月16日(日) 14:20～15:50 メイン会場)

[SY6-3] 近未来のクリティカルケア看護で求められる能力

○塚原 大輔¹ (1. 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)

キーワード：集中ケア認定看護師

近未来の日本の医療はどうなっているのでしょうか。日本は2020年の東京オリンピック・パラリンピック後には、急速に高齢化が進み、国民の3人に1人が65歳以上に、6人に1人が75歳以上となる。高齢化の進行に伴い認知症高齢者や単身高齢世帯等の増加し、医療や介護サービス以外にも、在宅生活を継続するための日常生活支援を必要とする高齢者の増加が見込まれる。そのため、現在地域包括ケアシステムの構築が推進されており、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるような環境の整備が進められている。

本シンポジウムでは、近未来がどのようなクリティカルケア看護を必要とするのかについて考え、集中ケア認定看護師(1175名：2019年3月現在)が新たな価値の創造に向けてどのような看護に価値を見出し、どのように実践・指導・相談の役割を發揮していくのか？また、そのためには現在の働き方をどの様に変えていくのかについて述べる。

15:05～15:20 (2019年6月16日(日) 14:20～15:50 メイン会場)

[SY6-4] これからの医療と近未来に求められるクリティカルケア看護のあり方

○木澤 晃代¹ (1. 日本大学病院)

キーワード：クリティカルケア 臨床判断 特定行為研修

クリティカルケアは医療の高度化に伴い、侵襲的治療が多く、医療スタッフには様々な知識や技術が要求されている。1995年には日本看護協会により救急看護認定看護師の分野特定がされ、1997年には重症集中ケア認定看護師(現集中ケア認定看護師)の分野特定がされた。また2004年には、クリティカルケア看護専門看護師(現急性・重症患者看護専門看護師)の分野が特定され、より複雑で解決困難な看護問題の解決のために活躍することが求められてる。ここ20年以上の人材育成の過程で、クリティカル領域の看護の質が向上したのは明白であり、より専門性の高い知識と技術をもった看護師が全国で活躍している。2011年には、厚生労働省の「チーム医療の推進会議」において、チーム医療のキーパーソンとなる特定看護師(仮称)の創設が検討されたが、最終的に「看護師の特定行為に係る研修制度」となり、資格認定制度ではなく、「手順書に基づいて特定行為を実施する看護師は、所定の研修を受けなければならない。」とされている。特定行為研修では、臨床推論といった診断プロセスを学ぶことが規定されており、高度な臨床実践に医学的知識を付与し、医師と同じ思考プロセスで患者を評価する看護師を育成することを目的としている。特定行為研修の内容は、本来、臨床看護師に必要な基本的知識であり、専門職として責任をもって患者を診るために備えておくべき技術でもある。展望も含めて言え

ば、本制度は、現任教育に留まらず看護の基礎教育にも大きな影響を及ぼすものとなるであろう。クリティカルケア領域の医療では、患者を単独の疾患別、臓器別に診るのではなく、全身を総合的に評価し、患者家族のケアなど社会的な背景を考慮して介入することが必要である。医師の負担軽減、働き方改革の中、臨床現場で医師が少なくなることが予想されるため、クリティカル領域の看護師には、より高い臨床判断能力や調整能力のほか、侵襲的な手技を安全に行うこと、患者家族への丁寧な説明を行うことが求められている。医師と協働し、医学的判断を行い、治療ケアの質を担保することが、患者が安全に早期回復することにつながることは理解できるが、資格認定制度以降、看護師の臨床実践は大きく変化しているとはいえない。私達看護師が自覚と責任を持って患者のために必要な新たなスキルを模索する段階にきているのではないだろうか。そのために必要な教育、臨床実践、組織体制のあり方について検討する。

シンポジウム

[SY5] PADISガイドラインの概要と現場活用

座長:小池 伸享(前橋赤十字病院)、古厩 智美(さいたま赤十字病院)

2019年6月16日(日) 10:40 ~ 11:50 第1会場 (2F レセプションホール)

[SY5-1] PADISガイドラインの現場活用 — painに焦点をあてて—

○吹田 奈津子¹ (1. 日本赤十字社和歌山医療センター 集中治療室)

10:40 ~ 10:55

[SY5-2] PADISガイドラインは comfortケアの追及を促している

～不穏・せん妄に焦点をあてて～

○古賀 雄二¹ (1. 川崎医療福祉大学保健看護学科)

10:55 ~ 11:10

[SY5-3] PADISの概要、不働化と睡眠混乱に関する看護ケアについて

○伊藤 聡子¹ (1. 公立大学法人神戸市看護大学事務局教務学生係)

11:10 ~ 11:25

10:40 ~ 10:55 (2019年6月16日(日) 10:40 ~ 11:50 第1会場)

[SY5-1] PADISガイドラインの現場活用 – painに焦点をあててー○吹田 奈津子¹ (1. 日本赤十字社和歌山医療センター 集中治療室)

キーワード：痛み、鎮痛、PADISガイドライン

痛みに関するケアで2013年のPADガイドラインを受けてのJ-PADガイドライン、そして2018年9月に公開されたPADISガイドライン全てに共通して強調されているのは、「成人ICU患者の痛み管理は、日常的な痛みの評価に従って鎮静薬を考慮する前に痛みを治療すべきである」ということである。そして、痛みは個人が主観的に感じるものであり、自己申告がゴールドスタンダードであるが、自己申告できないからといって痛みがないとは言えず（IASP）、自己申告できない場合には妥当性および信頼性が証明された痛みの評価スケールを用いた客観的な評価を行い、痛みに対してなんらかの介入を行わなければならない、ということである。

そしてその介入には薬理的・非薬理的の両方があり、薬理的介入の第一選択がオピオイドであることも共通している。ただ、PADISガイドラインの特徴としては、オピオイドの使用量を最小限にするための工夫として、補助薬に何を使用するのが良いかなどを具体的に提案していること、非薬理的介入についても、マッサージや音楽療法、冷却両方、リラクゼーション療法が推奨され、サイバーセラピー（バーチャルリアリティ）や催眠術といった日本ではなかなか実際的ではないと思われるものは非常に低いエビデンスの質で条件付きで行わないことを勧めている、ということがある。

痛みの評価に関してPADISでは、自己申告できない場合の行動学的評価ツールとしてBPS、BPS-NI、CPOTを示しているが、代理報告者として家族なども疼痛評価に関与しても良いことが述べられていることも興味深い。さらにバイタルサインなどを痛みの評価の開始を判断する手掛かりにしたり、客観的に痛みを測定するテクノロジーの開発と適応の可能性についても述べられている。

J-PADガイドラインからPADISになり、痛みの領域に関してはなにか劇的に変わったかというところではなく、痛みの管理に関する考え方は継続しつつ、もっと患者さんの痛みを知ってもっと介入して痛みを管理することはできないか、その可能性を模索しているように感じる。今回は、J-PAD→PADISの流れの中で変わらないもの、今後考えていかなければならないことを中心に述べたいと考えている。

10:55 ~ 11:10 (2019年6月16日(日) 10:40 ~ 11:50 第1会場)

[SY5-2] PADISガイドラインは comfortケアの追及を促している**～不穏・せん妄に焦点をあてて～**○古賀 雄二¹ (1. 川崎医療福祉大学保健看護学科)

キーワード：せん妄

米国集中治療医学会が示したPADガイドライン（2013年）とPADISガイドライン（2018年）の違いは、大きく2つある。1つ目は不動（Immobility）と睡眠障害（Sleep disturbance）の要素が追加されたことであり、2つ目は全ての要素に対して非薬理ケアが具体化し重要性が強調されたことであり、これらがPADISガイドラインの新規性と考える。しかし、J-PADガイドライン（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,日本集中治療医学会,2013年）に対するPADISガイドラインの新規性は、さほど多くはないとも考える。

PADISの不穏とせん妄の項目について概説するが、PADISガイドラインを参考にする上で留意すべき点として、薬剤使用に関する項目については日本の用法・用量に基づくJ-PADガイドラインの推奨事項も参照しながら、各施設の運用に参考にするとよいと考える。不穏（Agitation）については、Light sedation（浅い鎮静）が推奨されるとの方向性は変わらず、鎮静薬の種類に関する推奨もあった。せん妄（Delirium）については、妥当性のあるツールでのせん妄評価に関する推奨、せん妄予防薬の使用法に関する推奨、せん妄治療薬に関する推奨、せん妄予防に高照度療法を行わないことに関する推奨などがあった。また、多角的介入として調整可能なせ

ん妄リスクファクターの低減、認知機能改善、睡眠の最適化、不動の低減、視聴覚の維持・改善なども推奨例として示された。そして、特筆すべきは、多角的介入とは、PADISガイドラインに今回示した項目だけではなく明記されていることである。

多角的介入はPADの枠組みに限らず、睡眠（Sleep）の最適化、不動（Immobility）の低減も含めており、PADISの各要素を包括的に管理することを求めている。そして、包括的管理のためにはPADガイドラインから続くPatient centered（患者中心）の概念をもとに、個別性をもってPADIS管理を阻害する因子を追及することであると考える。特に看護師は、生活という枠組みで介入可能な阻害因子を追及することが大切であり、その因子がPADISガイドラインでは「睡眠を阻害すると患者が報告した因子」としてまとめられている。それらは、環境因子、病態生理因子、ケア関連因子、精神的因子に分けられているが、そのすべてに看護師は日常的に関わっている因子であり、多角的介入の対象となり得る。

また、個別性とは、「あらゆる刺激は快（comfort）にも不快（discomfort）にもなる」ということであると考える。あらゆる刺激は医原性リスクになり得るという、ABCDEバンドルの基本概念に則り、患者のニードを捉えるために全人的（身体的・精神的・社会的・霊的）な関心を患者・家族に寄せること（holistic interest bundle: HIバンドル）が大切であり、各施設の状況において実行可能性の検討を行うことが、結果として不穏・せん妄ケアになり得ると考える。

11:10 ~ 11:25 (2019年6月16日(日) 10:40 ~ 11:50 第1会場)

[SY5-3] PADISの概要、不動化と睡眠混乱に関する看護ケアについて

○伊藤 聡子¹ (1. 公立大学法人神戸市看護大学事務局教務学生係)

キーワード：PADIS、不動化、睡眠混乱

2018年、米国集中治療医学会は、ICUにおける成人患者に対するPain, Agitation, Delirium（PAD）ガイドラインを改定した。これは、PADISガイドラインと呼ばれ、PADを最新のものに修正し、Immobility（不動化）、Sleep Disruption（睡眠混乱）を追加した。今回のシンポジウムでは、2018年のPADISガイドラインの全体像を簡単に紹介し、さらに追加された不動化、睡眠混乱の概要について述べる。また、不動化、睡眠混乱については、ガイドラインで紹介されているケア内容をクリティカルケア領域の現場で看護師がどのように活かせることができるかについて述べたい。

シンポジウム

[SY7] 現場教育の実践と課題

座長:江口 秀子(鈴鹿医療科学大学)、田村 富美子(聖路加国際病院)

2019年6月16日(日) 14:20 ~ 15:50 第1会場 (2F レセプションホール)

[SY7-1] 現場教育の実践と課題ー大学における教育の取り組みー

○苑田 裕樹¹ (1. 日本赤十字九州国際看護大学)

14:20 ~ 14:35

[SY7-2] ICUにおけるスタッフ育成への看護師長としての取り組み

○中村 香代¹ (1. 独立行政法人国立病院機構 災害医療センター)

14:35 ~ 14:50

[SY7-3] 臨床現場において学習者が必要とする教育を考える

○有田 孝¹ (1. 小倉記念病院)

14:50 ~ 15:05

[SY7-4] 臨床現場における教育体制としての課題

○石川 幸司¹ (1. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

15:05 ~ 15:20

14:20 ~ 14:35 (2019年6月16日(日) 14:20 ~ 15:50 第1会場)

[SY7-1] 現場教育の実践と課題—大学における教育の取り組み—

○苑田 裕樹¹ (1. 日本赤十字九州国際看護大学)

キーワード：シームレス、自己調整学習者、看護教育

新人看護職員研修は、2010年に努力義務化され、新人看護職員研修ガイドライン（2014年改訂）の推進や基礎と臨床の連携強化を通して、新人看護師の臨床実践能力の向上に向けた体制整備が進みつつある。看護教育は、多様化する社会・時代のニーズに適切に対応できる看護師の育成を効果的、効率的に行っていく必要がある。そのためには、養成教育のスタートラインである看護基礎教育と看護職としてのスタートラインである新人看護職員研修が、それぞれの制約条件がある中で、一本化しシームレスな教育のあり方を検討し、質の高い看護職の育成を目指す必要がある。本学はAP（Acceleration Program for University Education Rebuilding：大学教育再生加速プログラム）の採択校として、生涯学び続け、成長し続ける看護人材を育成するために、学士課程教育と就職先での現任教育とをシームレスに接続する「看護職キャリアパス基礎スケール〈仮称〉」と「ディプロマ・サプリメント（学位証明書補足資料）」を開発している。これにより、卒業時の学修成果を社会から評価することを可能にし、適切な現任教育に繋げることができ、看護基礎教育からエキスパートナース育成までの一貫した教育システムの確立に貢献することを目指している。

また、近年「自己調整学習」理論が教育分野で注目されている。「高等教育の主要な目標は、生涯学習者（lifelong learners）を育てることである。それは、自ら新しい知識を獲得、保持、検索できる、意図的、自立的、自己主導的な学習を意味する」と（学生を自己調整学習者に育てる：L・B・ニルソン著、美馬のゆり・伊藤崇達監訳）述べられているように、単に表面的な知識や技術を教え込むのではなく、「自ら学ぶ力」を育成することが大学教育の義務と記されている。本学のクリティカルケア科目（2018年度開講）では、この理論を参考とし、「動機付け」「学習方略」「メタ認知」（伊藤崇達：「学ぶ力を育む」方略）の3要素を踏まえた授業を設計し、「自ら学ぶ力」の育成を目指して取り組んでいる。

これらの本学の取り組みについてまだ成果は明らかに示していないが、シームレスな教育に向けた看護大学の取り組み、そして自己調整学習者を育成する授業方略の取り組みとして紹介する。

14:35 ~ 14:50 (2019年6月16日(日) 14:20 ~ 15:50 第1会場)

[SY7-2] ICUにおけるスタッフ育成への看護師長としての取り組み

○中村 香代¹ (1. 独立行政法人国立病院機構 災害医療センター)

キーワード：若手看護師 中堅看護師 看護の見える化

看護師長として私が大切にしていることは、自分自身がクリティカルケア看護に対する挑戦を続け、より多くの看護師にその魅力と一緒にとりつかれてもらえるように力いっぱい伝える、という意識です。そのためにはあらゆる情報をいち早く仕入れ、適切なタイミングで看護師それぞれのキャリアニーズに合った、場や機会を提供することができるよう努力しています。病棟の中で、一人の看護師がやる気に満ちて輝くと、周囲の看護師もまた刺激を受けて求めるようになったり、同僚に負けまいと頑張ったりする様子が伝播するのを感じます。それぞれのスタッフが、特性を生かして活躍できるように支援するためには、スタッフをよく知り理解すること、信頼しあうことが絶対条件です。看護師長として、看護師一人一人との会話を大切に、個々のキャリアニーズと一緒に確認し、現実的に計画を立てるプロセスを大切に、丁寧に行うように心掛けています。

ICUは、日常的に重症患者を短いサイクルで受け入れるという病棟の特徴から、重症患者の病態アセスメント力をつけること、速い展開に業務が追い付くことに優先度を置いた教育計画を立てています。当病棟は、スタッフの半数が1~3年目看護師で構成されており、患者さんを受け持ち、一日の患者さんのスケジュールを調整、管理するのがこの若手看護師中心となります。そのため、できるだけ早く実践能力を身につけることが期待され、中堅看護師は若手看護師の知識、技術習得を支援することがOJT教育の中心となります。

若手看護師は、知識・技術は未熟でありながらも、日々、ベッドサイドで患者さんとの時間を一番多く持

ち、実にたくさんの情報を得て、患者さんとともに笑い、泣き、精一杯看護をしています。この一つ一つの関りを埋もれさせず「見える化」させたいと考えて、2～3年目の若手看護師の課題の一つである重症患者病態アセスメント学習をもとに、その後中堅看護師から教育を引き継いで、ケーススタディとしてまとめるための指導に取り組むことにしました。若手看護師たちは、問いを繰り返すと素直に自分の言葉で看護を表現することができる、ということに驚かされます。一つ一つの関りが、その患者さんにとってどのような意味があったのか、若手看護師たちと何度もやり取りをしていくと、ケーススタディとして看護の「見える化」が実現していきます。

若手看護師の知識、技術の教育を中心に担当している中堅看護師たちが、重症患者の全人的個別患者アセスメント力を向上させ、さらにはそれを若手看護師に伝える力を高められれば、ICUの看護の質が向上することは間違いありません。中堅看護師のリーダーシップ課題への取り組みのグループディスカッションをみると、他者の話を聞き困っているメンバーを助ける能力が高いことに感心します。これは、リーダーとしてカンファレンスを運営したり、スタッフの意見を聞いたりする役割を通して身につけた能力であると考えます。一方、自身の実践を語り看護を言葉で表現することには、難しさを感じているということも分かりました。クリティカルケアを受ける患者さん一人一人を、生活者として個別にとらえ、その人の最善を支えることができるチームとしてスタッフ同士が学び合い、患者さんとの関りから看護を高めることができるといった、相乗効果を得ることができる病棟づくりが課題であると考えています。

14:50～15:05 (2019年6月16日(日) 14:20～15:50 第1会場)

[SY7-3] 臨床現場において学習者が必要とする教育を考える

○有田 孝¹ (1. 小倉記念病院)

キーワード：現場教育、教育方法

クリティカルケアを必要とする患者は、病態が複雑であるとともに家族も含めて心理・社会的にも危機の状態にさらされる。そのため、全人的に患者・家族の状態を捉える必要があり、そこには多くの知識と迅速な判断力が求められる。臨床現場では、教育によって必要な看護実践能力を高めていくことが必要とされ、様々な手法によって看護師への教育が行われている。

自施設では、所属する部署での教育プログラムやチェックリストが活用され、定期的に勉強会やセミナーの開催を行っていた。しかし、勉強会やセミナーは講義形式が中心となることや、OJT (on the job training) でも知識を学習者に伝えるという教育者主導になることで、十分に教育効果が得られないこともしばしば経験した。

そこで、専門看護師・認定看護師を中心にインストラクショナルデザインについての学習を深め、教育方法も講義形式であったものからシミュレーション教育も取り入れながら、参加者が中心となって学習できるよう教育方法を見直した。現在は、組織分析を取り入れた教育方法の検討について、専門看護師・認定看護師を中心としたコアメンバーで検討を行うようにしている。クリティカルケア領域における看護実践の問題点についての洗い出しを行い、出てきた問題に対しては、医療者側や患者側、または組織におけること等様々な角度から現在の状況と対応策について分析していくこととした。そこに、教育的な働きかけが必要であったものについては、問題解決となるような教育目標と計画を立案し、教育を実践するように働きかけている。

実施する教育が、臨床現場及び学習者にとって必要な教育となるように取り組んでいる教育方法とその課題について発表する。

15:05～15:20 (2019年6月16日(日) 14:20～15:50 第1会場)

[SY7-4] 臨床現場における教育体制としての課題

○石川 幸司¹ (1. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

キーワード：継続教育、臨床研究

クリティカルケア看護は、生命が危機的な状況にある患者を対象としており、急性期だけに限らず終末期まで病期を問わず、生活の再構築ができるように提供する看護である。集中治療のように場に規定されたものではない。また、疾病そのものを扱うのではなく、患者に出現する呼吸や循環の反応、身体および精神的苦痛などを扱うものといわれている。クリティカルな状況にある患者は、生命が危機的な状況にあり重症度が高いため、療養上の世話よりも診療の補助が優先されることも少なくない。この領域で日々実践している看護ケアの専門性とは何であろうか。臨床現場では、この問いに対する答えを新卒者や他部署からの異動者に教育しなくてはならない。そのためには、教育する側は実践している看護の特徴を理解し、言葉で説明することが望まれる。しかし、重症患者に対する看護ケアは、医療処置の介助や身体的な観察が多く、生活の再構築を目指した療養支援とは何かと自問自答している方も多いのではないだろうか。

多くの疾患や幅広い病期を対象するクリティカルケア領域において、疾患別看護や病態生理の把握などの研修を受ける機会は多い。しかし、「クリティカルケア看護とは何か」、という研修や臨床現場での教育機会は少ないように感じている。現場では、この専門性こそ教育していくべき内容であると考えられる。そのためには、部署のなかで教育的な役割を担うスタッフに対する教育が必要かもしれない。現在、水準の高い看護ケアを効率よく提供する急性・重症患者専門看護師（CCNS）がその役割を担うべく現場で実践、教育、研究活動などで活躍している。CCNSは、緊急度や重症度の高い患者に対して集中的な看護を提供し、患者本人とその家族の支援、医療スタッフ間の調整などを行い、最善の医療が提供されるよう支援するものとされている。CCNSのように専門的な教育を受けた実践者は、水準が高い実践について可視化し、現場で教育していくことが求められている。

近年、さまざまな看護師ラダーが改訂されており、基盤となる能力から専門的な能力を客観的に判断できるようになりつつある。しかし、看護ケアの根拠となると、臨床現場における看護研究を積み重ねることが望まれる。臨床研究を実施するには、メンター（指導者）が必要であり、実施したくてもできないという状況も少なくない。クリティカルケア領域では、たとえメンターがいても、勤務時間内で研究として取り組む暇がない、患者が重症であるため同意取得が難しいなど研究として取り組みにくいという悩みが多く聞かれる。最初から大規模な研究をする必要はなく、事例研究であっても実践した看護を振り返ることには有用である。臨床疑問は現場に多く存在しており、その解決は現場教育に大きく役立つものである。

本セッションでは、クリティカルケア領域の臨床現場において、専門性をどのように教育していくのか、日々の臨床実践を研究として明らかにしていく取り組みについて検討していきたい。

シンポジウム

[SY3] 多彩なキャリアデザインを描く

座長:原田 千鶴(大分大学)、益田 美津美(名古屋市立大学大学院看護学研究科)

2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:30 第2会場 (3F 国際会議室)

[SY3-1] キャリアを振り返って見えてきたこと

○小林 裕美¹ (1. 株式会社在宅看護実践研究所)

09:00 ~ 09:15

[SY3-2] わたしのキャリアデザイン ~歩んできた道にできた軌跡~

○森安 恵実¹ (1. 北里大学病院 集中治療センター RST・RRT室)

09:15 ~ 09:30

[SY3-3] キャリアデザインを描こう

○濱元 淳子¹ (1. 国際医療福祉大学 成田看護学部 成人看護学 急性期領域)

09:30 ~ 09:45

[SY3-4] 私のキャリアデザインー救急看護師として Nurse Practitionerを志してー

○後小路 隆¹ (1. 独立行政法人労働者健康安全機構 九州労災病院)

09:45 ~ 10:00

09:00 ~ 09:15 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:30 第2会場)

[SY3-1] キャリアを振り返って見えてきたこと

○小林 裕美¹ (1. 株式会社在宅看護実践研究所)

キーワード：在宅看護実践研究

現在、クリティカルケア看護に特に携わっていない私ですが、このような発表の機会をいただいたことを深く感謝いたします。今回、自分自身のキャリアを振り返り、その軸となったものは何だったのか、少し整理することができました。これらを紹介することで参加する方のキャリア形成に少しでもヒントになればと存じます。

私は、1985年に千葉大学看護学部を卒業し、新卒で東京都にある「国家公務員等共済組合連合会 虎の門病院」に就職しました。最初の配属先はCCUで、看護職としてのキャリアがスタートしました。新卒看護師時期の環境は看護実践の基本になるため、病院の教育体制や医療レベルの高さなどの点で恵まれた環境でのスタートだったと言えます。そうは言っても、最初の半年間は苦悩に満ちた毎日でした。その後の仕事では、看護実践の場で約15年、教育・研究の場（大学教員）で約16年を経て、今年の4月より、株式会社 在宅看護実践研究所を設立し、新たな仕事を踏み出したところです。これらすべての仕事を看護のフィールドと考えていますが、説明上、以下の5つに分けて紹介します。

<看護のフィールド>

1. 都会の大病院（CCU,循環器科病棟，看護教育部） 5年 ; 東京
2. 地域の病院（泌尿器科病棟，内科病棟） 約5年 ; 福岡
3. 在宅看護の実践（在宅医療部，訪問看護ステーション）約5年 ; 福岡
4. 大学（学士課程、修士課程、博士課程の）教育と研究 約16年 ; 福岡
5. 株式会社（在宅看護実践者に対する教育・在宅看護の実践を研究）起業したばかり ; 福岡

このような自分の経歴を俯瞰してみると、大きな流れとしては、急性期の看護→慢性期の看護→在宅看護→教育・研究による看護といった感じで、その中に細かな自分のライフイベントが組み込まれていたと思います。さらに、自分のキャリアに関する目標は何であったか、現時点で考えてみたところ次の3つであったと思います。「1 一人前の看護婦になる」「2 結婚した看護婦になり、自分のライフイベントと調整しながら最大限、看護を続ける」「3 看護実践に役立つ研究ができることを最終目標とする」

3つ目の目標も20歳代で立てたものですが、達成に近づけるかどうかは、今後にかかっています。16年という最も長い期間、働いた大学教員の仕事では、当初「看護実践、特に在宅看護実践の面白さを学生に伝えること」に力を注いできました。しかし学士課程の学生の変化などから、数年前から、実践的な看護の手前の教育つまり、学修のしかたや生活面の調整などの重要性が増してきた現状がありました。大学院の研究指導では、修士、博士の院生が看護実践で抱いたリサーチクエストを研究テーマとすることが多く、それをサポートすることは看護実践に役立つ研究に少しだけ近づけたように思います。このような経緯から、3つ目の目標の達成に向けて、在宅看護実践を研究にしたいという思いをそのまま「在宅看護実践研究所」という会社を作りました。まだ実績もありませんが、在宅看護・訪問看護は、発展途上で将来性があり、また質の高い看護を実践している事業所が多くあるので、その看護をたくさん公表していける事業を実現していきたいと思っています。

以上より、私のキャリアの軸となったものは、「ライフイベントの流れに沿いながら最大限の看護をすること」「自分の向上心を満たしていくこと」と考えます。クリティカルケア看護は、在宅看護と決して遠くはなく隣りあわせにいますので、今後、皆さまとも一緒に研鑽していければ幸いです。

09:15 ~ 09:30 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:30 第2会場)

[SY3-2] わたしのキャリアデザイン ～歩んできた道にできた軌跡～

○森安 恵実¹ (1. 北里大学病院 集中治療センター RST・RRT室)

キーワード：キャリアデザイン、RRS、クリティカルケア

【はじめに】

今回、自分が指定演者となったことに、自身ではいささか不思議な感覚を感じている。自身のキャリアデザインを計画的に意識し歩んできたわけではなく、振り返ればこのような道を歩いてきたというのが正直なところと感じているからかもしれない。ゆえに、今回、論述的・学術的にも示すことは到底できそうもない。この歩みに影響を及ぼしたと思うことを振り返ってみたいと思う。

【経歴】

神奈川県鎌倉市出身、県立高校卒業、北里大学看護学部看護学科卒業、北里大学病院入職、脳神経外科病棟3年、ICU・CCU12年、RST・RRT室専従となり現在9年目。
2004年集中ケア認定看護師取得、2018年特定行為研修終了、現在、大学院在籍中。

【現在組織内で行っていること】

2011年、Rapid Response System[RRS]を院内に導入し、現在そのシステムのマネジメント及び対応要素として専従として在籍している。Rapid Response Team[RRT] 要請の場面では、病棟チームと協働し、認定看護師としてクリティカルケアを実践し、内容によって、特定行為を実践している。また、その場面ではOJTとしてフィジカルアセスメントの教育の場としている。また、要請件数を増やすための周知活動・教育は、認定看護師としての役割と合致しており、院内への役割は無限に広がっている。病院で生活する患者がより安全に、早期に退院を目指せるという当たり前の事について、組織全体として取り組むRRSというシステムの構築・成長をサポートできればと考えている。

【キャリアデザインとはなにか】

キャリアデザインとは、キャリアゴールと現実のギャップをいかに埋めるかの筋道を描くものであり、個人の価値観のみならず、現在の保有能力の棚卸しが必要であるとされる。また、道筋を考える上では、自分の能力、自分の価値、自分の欲求の3つの問に向き合い、考えていくことで開けてくるとされている。そしてこれがキャリア・アンカーとなる。しかし、このキャリア・アンカーがどうだったかを振り返ると、自分は人との出会いや繋がりに多くの影響を受けていると感じている。いろいろな価値・動機を考えたときに、ロールモデルとなっていた少し前を歩く先輩の存在や自分自身では考えもつかなかった認定看護師を勧めてくれた感謝の思いが絶えない大先輩の存在がある。また、患者を通しての経験も大きい。ICUの治療やケアを施すことによりやっとの思いで病棟退出した患者が数日後に重症肺炎で再入室し助けられなかった事や、もう少し早くICUに入室したらと思う命に対して、どうにかしなければと感じたこともキャリア・アンカーの要素になっている。

私は、小さい頃から看護師になりたかったということでもなく、大学時代も就職してからも看護師とはなにかと自問自答していた。多くの医療者や患者を通じて思うことから何かを考え、組織のタイミングとなんらかのきっかけで流れ着いた今がある。

はやり、私のキャリアデザインは、先々まで計画することでできたものではなく、歩んできた道という結果に過ぎないのかもしれない。

09:30～09:45 (2019年6月16日(日) 09:00～10:30 第2会場)

[SY3-3] キャリアデザインを描こう

○演元 淳子¹ (1. 国際医療福祉大学 成田看護学部 成人看護学 急性期領域)

キーワード：キャリアデザイン

看護師としての「キャリア」について改めて関心を向けたとき、「キャリア」とは、単に自分自身のスペシャリティをどこに置くかといったことではなく、より長期的なスパンからなる生涯を見据えた生き方そのものであることに気づいた。このように「キャリア」を捉えたうえで、今回は、以下の3つの視点で自らの考えについて述べ

たい。

一つ目は、自分にとっての仕事の価値について、二つ目は、生涯学習とキャリアについて、三つめは生涯設計としてのキャリアデザインについてである。これまでキャリア目標を明確に設定し進んできたわけではないが、振り返ると、そこには歩んだ道があるため、キャリアデザインという視点で振り返りたい。

09:45 ~ 10:00 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:30 第2会場)

[SY3-4] 私のキャリアデザインー救急看護師として Nurse Practitionerを志してー

○後小路 隆¹ (1. 独立行政法人労働者健康安全機構 九州労災病院)

キーワード：キャリアデザイン、救急看護認定看護師、Nurse Practitioner

当院は、年間約12000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。救急部門は独立した部署ではなく、外来部門の1単位として配置されている。私は2009年に救急看護認定看護師資格を取得し、それから当院の救急外来で勤務している。現在は常勤の救急医が在籍しているが、救急外来に配属された当初は、救急医は不在で、各科の医師が当科の業務の傍に当番制で救急患者の対応を行っていた。各科の医師は専門外の病態に対しては苦手意識があり、該当する専門家の選択、必要とされる検査、治療など、タイムリーに患者に提供することができず、十分な医療を提供できていない現状があった。

認定看護師の役割は「実践」、「指導」、「相談」である。その中の「実践」とは救急患者への看護実践や多職種との調整・連携などがある。その調整・連携とは、搬送される救急患者に適切な医療を提供できるよう調整、連携することが求められる。救急看護認定看護師として業務する中で、各科の医師が、専門外の病態の患者に対して困惑し、適切な医療を提供できていない現状を目の当たりにし、いつも自分自身の調整力不足に対して葛藤があった。

この病院で救急看護を実践する上でもっと自分にできることはないのか、救急看護認定看護師を3年過ぎたあたりからそのように考えるようになった。その時に、救急看護認定課程の教員より「二次救急医療施設の救急看護師には必要な技術ではないか」との助言を得て、「特定行為研修制度」を知った。私が医学的知識と技術を少しでも身につけることができれば、今以上の調整能力が付き、患者に対して適切な医療がタイムリーに提供できるのではないかと、その思いから私はこの制度を利用したいと考えるようになり、NP（Nurse Practitioner）課程が行われている大学院への進学を決意した。

大学院の教育課程では、病態生理学、薬理学その他臨床に必要な医学知識を1年間学び、2年次より手術や診察などを行う実習が行われた。その実習で知識や技術を得ることはもちろんであるが、私が一番実習で学んだことは医師の目線から見た患者であった。必要十分な検査、処置を行う重大さ、診断することの決断力、これらのことを知ることは、今後、看護師として救急医療の現場で働く上で大きな財産となった。

現在は、救急外来で、Nurse Practitionerと救急看護認定看護師の2つの役割を持ちながら業務している。その2つの役割を十分に果たせているとは言い難いが、様々な医療ニーズに対して適宜、使い分けながら担っていくことが今の私に求められている調整・連携することではないかと考えている。

今回、演者の皆様と意見交換しながら、自分自身のキャリア形成を再考するとともに、多くの皆様のキャリア形成に寄与することができれば幸いである。

パネルディスカッション

[PD5] 重症患者を回復に導く早期リハビリテーション

座長:久間 朝子(福岡大学病院)、田山 聡子(慶應義塾大学附属病院)

2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:20 第2会場 (3F 国際会議室)

[PD5-1] 重症患者を回復に導く早期リハビリテーション教育の現状と課題

○小松 由佳¹ (1. 杏林大学医学部附属病院 看護部)

13:10 ~ 13:20

[PD5-2] エビデンスやガイドラインとの gapを考慮した早期リハビリテーションの実際

○入江 将考¹ (1. 国家公務員共済組合連合会 新小倉病院リハビリテーション部)

13:20 ~ 13:30

[PD5-3] 重症患者の早期リハビリテーションにおける現状と課題

○山田 亨¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院)

13:30 ~ 13:40

[PD5-4] 一般病棟勤務の集中ケア認定看護師からみた早期リハビリテーションの現状と課題

○増居 洋介¹ (1. 北九州市立医療センター 看護部)

13:40 ~ 13:50

13:10 ~ 13:20 (2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:20 第2会場)

[PD5-1] 重症患者を回復に導く早期リハビリテーション教育の現状と課題○小松 由佳¹ (1. 杏林大学医学部付属病院 看護部)

キーワード：早期リハビリテーション、回復支援

近年、重症患者の各種治療法や全身管理の進歩により救命率は向上したが、単なる延命や長寿等医療の量的進歩に留まらず、社会の日常生活や社会生活が質的・内容的に充実した医療への願望の高まりから、ICU退出後や退院後においてもその人らしい生活を送れることを前提とした医療へと変化してきている。その背景には、2012年の Society of Critical Care Medicine (SCCM)で、post-intensive care syndrome (以下、PICS)という概念や、ICU-acquired weakness(ICU-AW)という概念が提唱され、集中治療を受けた患者の身体に限らず心理・社会的側面の機能改善を含めた長期転帰改善を検討すべきとされている。さらには、2013年に発表された PADガイドラインの特徴は薬物投与ありきでなく、すべての患者は痛みを有するものとしてその対応を最優先にすることが強調され「analgesia first sedation」として十分な鎮痛と浅めの鎮静を組み合わせることが推奨されてきた。しかし患者を中心とした苦痛やストレスに対応するケアが推奨されてきたにもかかわらず、ICU後の運動制限、知的・精神的障害、QOLの低下、数ヶ月経過しても1/3の患者が社会復帰できないことなど様々な後遺症に苦しみ、さらには高額な医療費を払い続けていることが重要な問題として捉えられ、2018年には PADに早期離床と睡眠促進を加えた PADISガイドラインとして発表されるなど ICU患者の長期転帰改善への期待はさらに高まりつつある。一方、ICU患者の早期リハビリテーションの効果においては、せん妄期間の短縮やICU在室期間や在院日数短縮、退院時 Barthel Indexおよび機能的自立度の改善、退院時 ADL再獲得の報告は少ないが身体機能や基本的動作を改善することが認識されつつある。つまり本邦では、超高齢化社会が進展し、ますます深刻化する医療経済や倫理的側面の問題を抱えながら生活している人々が多くなると考えられる中、早期リハビリテーションを単体で行うことに焦点をあてるのではなく包括的なケアの一貫としての早期リハビリテーションとして重要なポジションにあるといえる。言い換えれば、ICU退出後や退院後においてもその人らしい生活を送れることを目的とし、包括的な早期リハビリテーションを専門的多職種チームで実践していくことが重要といえるのではないだろうか。

2018年4月診療報酬改定により、ICU入室後48時間以内に専門的多職種チームが連携して、予め作成したプロトコルに基づいて早期リハビリテーションを実施することが求められている。チーム体制を整備することの利点は、円滑なスタッフ間のコミュニケーションに基づき「情報の共有化」と「業務の標準化」によって「安全面の担保」が確保できることにある。また、早期リハビリテーションにおける看護師のチーム内での役割は、安全かつ効果的に実施するための環境を整備し、患者の日常生活を支援することである。現在、多職種を対象とした学習会を指導している中で、チーム全員があるプロトコルに従い、どのタイミングで何を観察し、どのように評価・実践するかを中心に指導すると同時に、その人らしさを意識し個別に対応した机上訓練学習や演習を通じて、チーム内での自身の役割が認識出来るといった成果がある。今回は、そのような学習の現状と今後の課題について述べる。

13:20 ~ 13:30 (2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:20 第2会場)

[PD5-2] エビデンスやガイドラインとの gapを考慮した早期リハビリテーションの実際○入江 将考¹ (1. 国家公務員共済組合連合会 新小倉病院リハビリテーション部)

キーワード：早期リハビリテーション

近年、重症患者に対する早期リハビリテーション（早期リハ）が重要視されてきている。我が国でも早期リハ加算が保険収載され、また日本集中治療医学会がエキスパートコンセンサスを上梓し、もはやその必要性は、広く浸透してきていると言える。一方で、早期リハの実践には、様々な障壁が存在する。例えば、深い鎮静管理、人

工呼吸器，各種ルート・デバイスといった環境要因，マンパワーや関連職種間の連携不足といった人的要因である。これらは現場における，早期リハの習慣・文化が不足していることに起因していることが大きく，これを根付かせることが重要である。もう一つの阻害要因は，重症患者を動かす事に伴う安全性の担保の難しさである。そのため，様々な安全基準や中止基準が，専門家らによって公表されている。その内容は，呼吸器系，循環器系，その他の領域と体系的にまとめられ，必要に応じて数値的基準も設けられている。また，実際の流れやプロトコルも提示され，これらの活用は早期リハの実践に役立つものである。

しかしながら，疾患の重篤さや，病態・病勢の不安定性によって，画一的なリスク管理は困難で，実際には各患者で臨機応変に対応しなくてはならない場面もある。本パートでは，離床や早期運動（モビライゼーション）を実践する理学療法士の立場から，各種基準やプロトコルを活用するためのポイントを概説する。

理学療法士の役割には，患者のアセスメント，実施中のモニタリング，効果のフィードバックが含まれている。つまり，“運動負荷を掛けて良いのか”，“どの程度掛けるのか”，“効果的であったのか”を，適切に判断できなくてはならない。負荷を掛けて良いのかという根拠は，禁忌や開始基準に含まれている。禁忌は安静を優先させるべき状態，つまり“安静の効果”が“安静のリスク”を上回る状態である。つまり，病態・病勢の把握と，現行治療の効果判定，各種臓器の予備能を評価できなくてはならない。諸家による各種基準を活用するのは有益だが，重要なのはそれらを丸暗記することではなく，各項目が何を意味し，数値基準が示す各種臓器機能の障害度を理解しておくことである。

実施中のモニタリングのポイントは，離床や早期運動がどの位の負荷になるか，そして，患者がどの程度の臓器予備能を有しているか，という両者のバランスを“動かしながら読み取っていくこと”にある。予備能を超える過度なリハビリを回避するには，潜在的なリスクは患者毎に異なるため，各々の呼吸・循環パラメータの変動上限・下限をチーム内で確認しておく必要がある。また，リスク管理だけでなく，各患者に至適運動負荷が掛かっているのかを判断するために，許容範囲内で各パラメータが適度な上昇を伴っているのかチェックすることも忘れてはならない。

このようなモニタリングや効果判定は，各種基準と照らし合わせるだけでは不十分で，この gap を埋めるには，“ディコンディショニング”の存在が鍵となる。これは診断名ではなく，ベッド臥床や不動が原因となり多臓器系に引き起こされる生理学的現象である。狭義には，運動耐容能（酸素運搬能）の低下を指すが，急性期では起立耐性能低下から始まることが多い。ICU患者は，基礎疾患や病態によって呼吸・循環器系の予備能低下を生じやすい。しかし早期リハ実施中は，疾患関連因子による予備能低下と，安静・不活動による悪影響とを区別しなくてはならない。つまり，後者を示すディコンディショニングが，どの程度存在するのかを，離床・早期運動という負荷試験を行いながらモニタリング・効果判定するのが重要となる。

13:30 ~ 13:40 (2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:20 第2会場)

[PD5-3] 重症患者の早期リハビリテーションにおける現状と課題

○山田 亨¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院)

キーワード：リハビリテーション、多職種連携

2017年に集中治療室における早期リハビリテーション～根拠に基づくエキスパートコンセンサス～が日本集中治療医学会から発表された。また、2018年には、診療報酬改定で、特定集中治療室管理料などの見直しがあり、その中で特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取り組みに係る評価が新設された。早期リハビリテーションは、その有用性が認められ、重症患者に積極的に取り組まれるようになり、算定要件と施設基準を満たすことで、『早期離床・リハビリテーション加算』が14日を限度として1日につき500点加算されるようになった。

当院集中治療室では、早期リハビリテーションに関して、積極的に取り組んできたという印象はないが、気がつけば、ルーティンに実践するようになってきた。これまでの早期リハビリテーションに関する経過を振り返ると、まずは、鎮静薬と鎮痛薬の見直し、同時にせん妄スクリーニングツールの運用が開始されたことが大き

い。従来は、人工呼吸中の患者に対しては、RASS（Richmond Sedation Agitation Scale）-5から-3の鎮静薬管理がされ、鎮痛管理に関しては、十分でない状況だった。これより、人工呼吸中の患者が過鎮静により数日間臥床状態になるということや、鎮静終了後にせん妄を生じる患者が減ったように感じた。人工呼吸中の患者が、ナースコールで看護師を呼び、筆談によるコミュニケーションを図るために、身体抑制が外れていった。長期挿管患者では、患者が自分で口腔内吸引をすることや、タブレットを使用してゲームや動画を見ることが可能となった。

また、Shittan®が導入されたことで、人工呼吸中の患者を端座位にすることが増えた。通常の端座位では、端座位になるために多くのマンパワーを要し、端座位になったとしても、看護師が患者の姿勢をそばで支える必要があることから数分で、もとの体位に戻るため、端座位にすること自体が非常にハードルの高い介入だった。しかし、Shittan®の使用から比較的長い時間、端座位で安定した体位を維持することができるようになった。このことで、端座位による効果も上がり、看護師が患者を端座位にさせることに習熟することで、人数も以前ほど要さなくなった。

そして、理学療法士や作業療法士がベッドサイドで介入するタイミングで、日常看護師と患者でできるリハビリテーションの手技を確認することや、これらリハビリスタッフが来るタイミングに合わせて、端座位を取ることを実践する場面も増えた。人数が必要な場合は、医師の手も借りることもある。このように人手が必要な際に、多職種連携により介入する風土が構築されている。これは理学療法士を中心に、医師、臨床工学技士とともにECMO（extraorporeal membrane oxygenation）装着中の患者に、離床を行い、目的としていた患者の無気肺の改善に大きく寄与した経験が関連していると思う。

重症患者に対して早期にリハビリテーションを行うことは、現状の集中治療室の課題でもあるが、同時に集中治療室に働く看護師にとって必須の能力だと言える。今回、この早期リハビリテーションに関して、当院の経過を踏まえ、現状と課題に関して、話題提供をする。

13:40～13:50 (2019年6月16日(日) 13:10～14:20 第2会場)

[PD5-4] 一般病棟勤務の集中ケア認定看護師からみた早期リハビリテーションの現状と課題

○増居 洋介¹ (1. 北九州市立医療センター 看護部)

キーワード：早期リハビリテーション

重症患者に対する早期リハビリテーションは、ABCDEバンドルやPADISガイドラインなどの普及により、積極的に取り組まれている。そのなかで集中ケア認定看護師は、チームの中核として集中治療室のみならず一般病棟において活動をする。対象となる患者は、高齢化に加え基礎疾患の影響で回復が遅延することも少なくない。そのような現状で、リハビリテーションは集中治療室での早期介入のタイミングを逃さないこと、一般病棟での継続した段階的リハビリテーションの介入が重症患者を回復に導く鍵となる。日常生活動作の自立支援（離床援助）をする看護師として、より効果的なリハビリテーションのためには、リハビリテーションチームとの連携や患者の理解と協力が不可欠である。

当院の集中治療室では、集中ケア認定看護師によるガイドラインやプロトコルのスタッフ教育、リハビリテーションチームとの連携強化により、多職種で患者の全身状態をアセスメントし可及的速やかにリハビリテーションが開始されている。集中治療領域における重症患者のリハビリテーションは、鎮静との関係が深いことや医学的判断の元に開始されるため、医療従事者の主導のもと実施されることが多い。そのため、医療従事者間での情報共有とスケジュール調整ができれば、早期リハビリテーションは比較的实施しやすい状況になっている。

一方、一般病棟でのリハビリテーションは、より患者主導の傾向となり生活の中でのタイミング（術後であれば鎮痛薬との関係）や患者の意欲の影響を受けやすい。そのため、予定入院の術前であれば、入院後から早期リハビリテーションができるように患者教育を行っている。しかし、入院期間の短縮と煩雑な業務の中での患者教育は、多くの情報を提供するためパンフレットによる提示となることが多く、個別性に欠けている。そのた

め、患者や看護師の意識によって、患者教育の効果が得られにくいことも経験する。また、リハビリスタッフの介入があっても、連携不足により患者の意欲や疼痛、看護ケアや検査の影響で実施のタイミングを逃すこともある。看護師も患者の日常生活の自立を目指して積極的に取り組んでいるが、リハビリテーションチームとの連携は薄い状況にある。

このようなことから、重症患者を回復に導くリハビリテーションのための当院の課題は、一般病棟における「リハビリテーションチームとの連携の充実」と「質の高い患者教育」である。今後は、病棟内に専属の理学療法士とリハビリ室を設置し、より患者のそばで看護師と連携を図りながら課題を改善していく予定である。このセッションでは、集中治療室と一般病棟での勤務経験をしている集中ケア認定看護師として、当院の早期リハビリテーションの現状と課題からディスカッションをしたいと考えている。

パネルディスカッション

[PD7] 臓器移植における家族ケア

座長:林 優子(関西医科大学看護学部)、明神 哲也(東京慈恵会医科大学)

2019年6月16日(日) 14:30 ~ 15:50 第2会場 (3F 国際会議室)

[PD7-1] 脳死下臓器提供における看護師の家族ケアの実際と今後の課題

○山本 小奈実¹ (1. 山口大学大学院医学系研究科)

14:30 ~ 14:45

[PD7-2] 最期を選択すること～家族担当コーディネーターの立場から～

○寶場 由佳¹ (1. 聖マリア病院)

14:45 ~ 15:00

[PD7-3] 臓器提供に関連した家族ケア～臓器移植コーディネーターの立場から～

○間 里恵¹ (1. 公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク)

15:00 ~ 15:15

[PD7-4] 脳死下臓器提供における家族ケアを考える

○岩田 誠司¹ (1. (公財) 福岡県メディカルセンター)

15:15 ~ 15:30

14:30 ~ 14:45 (2019年6月16日(日) 14:30 ~ 15:50 第2会場)

[PD7-1] 脳死下臓器提供における看護師の家族ケアの実際と今後の課題

○山本 小奈実¹ (1. 山口大学大学院医学系研究科)

キーワード：脳死下臓器提供、家族ケア、多職種連携

脳死下臓器提供は、本人の意志または本人の推定意思を踏まえた家族の意志で提供されている。

国内の脳死下臓器提供数は徐々に増加している。その背景には、家族の同意のみで臓器提供が可能になったことがある。脳死下臓器提供数が増加した現在、提供施設での看護師の役割が重要とされているが、年間提供数からみても臓器提供に関わる看護師は少なく、経験したことのない看護師も多い。また脳死患者家族は、大切な家族員の死に直面する中で、臓器提供について意思決定しなければならないことでさらなる心理的負担を抱えることになる。深い悲しみの中で、臓器提供をするのか、しないのかという重大な決断に苦悩する家族を側で支える看護師の役割は重要である。

これまでに、脳死下臓器提供における看護師の実践についていくつかの研究を行ってきた。そのひとつの成果として、看護師の役割ガイドライン（案）を作成した。このガイドライン（案）作成や実際の現状を通して、看護師が実践できている項目と実践できていない項目が明確になった。看護師は、患者と家族の意思を尊重したいという思いと同時に、経験の少ない臓器提供のプロセスが始まることへの緊張や、知識不足を背景とした不安を抱えていた。また、臓器提供する家族へのケアは、看護師だけでなく多職種と連携しながら家族を支えていくことも必要である。

今回は、脳死下臓器提供における家族ケアの実践と課題について報告する。

14:45 ~ 15:00 (2019年6月16日(日) 14:30 ~ 15:50 第2会場)

[PD7-2] 最期を選択すること～家族担当コーディネーターの立場から～

○寶場 由佳¹ (1. 聖マリア病院)

キーワード：家族ケア

【はじめに】

我々は人生の最終段階における医療の1つとして、臓器提供を推進している。無理なく円滑に臓器提供を実施できるシステムを構築すべく、2016年10月に Donor Action Program（以下、DAP）を導入し、院内コーディネーターチーム（以下、CO）に急性期における grief careを担う家族担当 COを設置した。患者とその家族に寄り添い、患者にとって最善となる意思決定ができる支援に努めている。

【目的】

臓器提供における院内 COチーム内の家族担当 COの活動やそこから見えた役割を報告する。

【取組み】

＜活動＞ DAP導入後の2016年10月から2018年12月までの約3年間に、29例のポテンシャルドナーに対して27例の選択肢提示を行い、脳死下臓器提供2例、心停止下角膜提供6例を実施した。

＜役割＞家族担当 COはただ選択肢を提示し決定を待つのではなく、病状・状況の解説・補完をすることで家族の理解を深め、家族の言葉で語ってもらい理解がどの程度成されているかを評価し、選択する力を引き出す。複雑な想いを抱えながら選択をしていく過程において寄り添い、助けを担保する。そして疾患からではなく、患者や家族を取り巻く環境や価値観等を理解しその側面から患者・家族を捉え、最期を選択できるよう支援する役割がある。

【考察】

最期を選択するための情報提供があり、その中の1つの選択に臓器提供がある。1人1人違う選択があり、その人により選ぶ意思を受けとめ最大限に尊重し実現するための支援姿勢が重要である。しかし、近年の救急医療の現場は災害・自殺・虐待等の多種多様な事象への対応も増え多忙を極めている。このような環境下、また短時間の中で患者の今までの人生（生活）を捉え、十分な信頼関係を構築できないままに家族 careを行うことは極めて困

難であると考え。これは医師に限ったことではなく、看護師や院内 CO も同様であり、多岐にわたる役割を同時に担う中で、本当に十分な家族 care ができない可能性がある。つまり、家族担当 CO は臓器提供に限らず急性期における人生の最終段階において、患者・家族に寄り添い、人生の最期をどう過ごしていくのか一緒に考え支える存在であることが重要と考える。

【おわりに】

人は必ず最期を迎える。それが救急医療現場であるならば、臓器提供の選択結果に関わらず家族 care を考えていくべきで、急性期における最期を支える家族 care, grief care を等しく提供すべきである。

15:00 ~ 15:15 (2019年6月16日(日) 14:30 ~ 15:50 第2会場)

[PD7-3] 臓器提供に関連した家族ケア～臓器移植コーディネーターの立場から～

○間 里恵¹ (1. 公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク)

キーワード：臓器移植

1997年10月に脳死後の臓器提供を可能にする「臓器の移植に関する法律」(臓器移植法)が施行された。昨年の臓器提供件数は95件(脳死後66件、心停止後29件)で、2018年末までに565名の方が脳死後に臓器を提供している。一方、昨年の臓器移植件数は358件で、現在も約14,000名の方が移植を希望して待機しているのが現状であり、国内で臓器移植が受けられる確率は、わずか2.5%に留まっている。

私たちには、臓器移植に関して4つの権利がある。死後に臓器を「提供したい」「提供したくない」、あるいは移植が必要なときに臓器を「移植したい」「移植したくない」という権利であり、どの考え方も尊重されなければならない。移植コーディネーターは、これら4つの権利が保障されるよう患者や家族に対して、適切な情報を開示し、事実認識に基づいた倫理的価値判断がなされるよう支援することが求められる。

実際、臓器提供を決断する家族の背景は様々だが、承諾理由としては、「本人の意思を尊重したい」、「人の役に立ちたい、社会貢献をしたい」、「どこかで生き続けてほしい」などの思いが挙げられ、家族が臓器提供を考える際に、本人の意思の存在が頼りになり支えになることもある。

しかしながら、救命不能と診断される患者は、脳血管障害や事故、自死等、入院当初より重篤な場合が多い。家族にとっては突然の発症で予期せぬ出来事の場合が多く、移植コーディネーターが初めて出会う家族の反応は多岐にわたる。家族の抱える心情は、患者の死因(疾患)や家族構成によって異なり、時に心理的、身体的、社会的問題を複合的に抱えている場合もある。移植コーディネーターは家族への介入の際、あらゆる状況を把握した上での全人的視点から家族の意思決定支援やピリブメントケアを行う必要があり、そこには患者家族を取り巻く医療者等、多職種との連携が必須となる。

そこで今回は、家族面談からその後のフォローアップに至るまで、JOTが取り組んでいる臓器提供に関連した家族ケアについて述べるとともに、新たな取り組みと今後の方向性について報告する。

15:15 ~ 15:30 (2019年6月16日(日) 14:30 ~ 15:50 第2会場)

[PD7-4] 脳死下臓器提供における家族ケアを考える

○岩田 誠司¹ (1. (公財)福岡県メディカルセンター)

キーワード：家族ケア、臓器提供

2010年7月、改正臓器移植法が施行となり、条件が緩和されたことで、脳死下での臓器提供者は増加した。それに伴い、新たに検討すべき課題も浮き彫りになってきている。

その一つが、臓器提供者家族への心理サポート体制の更なる強化の必要性である。

脳死下臓器提供を承諾した場合、ご家族は通常とは大きく異なる臨終の場を経験することとなる。臓器移植法では、法的脳死判定を6時間以上（6歳以上の場合）空けて二度行い、二度目の判定終了時刻が死亡時刻となると定められている。

つまり、死の三兆候の確認による死亡宣告ではなく、脳死状態において、いわばまだ身体も温かく、見た目には判定前と何も変わらない状態のまま、死亡宣告が行われる。そして、ドナー管理が手術開始まで継続される。手術の時間はご家族と相談しつつ決定するが、死亡宣告時間から24時間以内に設定されることが多い。やがて、手術開始時刻となれば、ご家族に見守られながら手術室に搬入となる。実際のご家族のお別れはこの時点であり、握った、まだ温かい手を離し手術室へ送り出す。そして、次に家族が面会するのは摘出手術が終了し、冷たい身体となってかえってきたときとなる。

このように脳死下臓器提供を承諾した家族は、『特殊な臨終』を経験する。この特殊な体験には、慣習から大きく外れることへの不安からか、葛藤や自責の念を生む多くの要因を含んでいると思われる。

そのようなご家族からのサインは、症例中のみならず、数年経過し表出されることもある。

移植コーディネーターは、心理サポートについて専門性を有しておらず、そのようなサインが表出された際、どう対処すべきか苦慮することも多い。安易な行動や発言で、状況を悪化させることを避けるためにも、精神科医や臨床心理士等、専門家介入の必要性を感じることもある。このような現状を踏まえ、脳死下臓器提供における家族ケアについて、今後求められる体制について検討する。

パネルディスカッション

[PD6] 重症患者の生活支援 “つなぎ目なくケアをつなぐ” チャレンジ

座長:佐藤 富美子(東北大学大学院医学系研究科)、比田井 理恵(千葉県救急医療センター)

2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:20 第4会場 (1F 中会議室)

[PD6-1] 院内で発生する予期せぬ急変を減らすために ~クリティカルケアナースラウンド (CCNR) ~

○福澤 知子¹、藤野 智子¹ (1. 聖マリアンナ医科大学病院看護部)

13:10 ~ 13:25

[PD6-2] 患者急変予防への取り組みと今後の課題

○石井 恵利佳¹ (1. 獨協医科大学埼玉医療センター)

13:25 ~ 13:40

[PD6-3] 当院 ICUにおける急変予防における気づきを促す取り組みの現状と課題

○辻本 雄大¹ (1. 奈良県立医科大学附属病院)

13:40 ~ 13:55

[PD6-4] 重症化につながる何かおかしいを拾って活かすには

○古賀 寛教¹ (1. 大分大学附属病院 集中治療部)

13:55 ~ 14:10

13:10 ~ 13:25 (2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:20 第4会場)

[PD6-1] 院内で発生する予期せぬ急変を減らすために ~クリティカルケア ナースラウンド (CCNR) ~

○福澤 知子¹、藤野 智子¹ (1. 聖マリアンナ医科大学病院看護部)

キーワード：病棟ラウンド、専門看護師・認定看護師活動

「こんにちは クリティカルケアナースラウンドです。」平日日中、急性・重症患者看護専門看護師、集中ケア認定、救急看護認定看護師、手術看護認定看護師が、各病棟をクリティカルケアナースラウンド (CCNR) で訪問します。CCNRは、病院内で発生する予期せぬ急変患者を減少できることを目的に始まった活動です。

当院では1999年より、不定期に集中ケア認定看護師2名が実践活動として病棟の不定期ラウンドを開始し、2014年8月より CCNRとして定期ラウンドに発展しました。

当院は1208床の大学病院で、診療科は31科、病棟数は26病棟を有しています。2005年より、コードブルー体制、2010年より Rapid Response System (RRS) を開始しています。CCNRは、これらの院内システムと情報交換や連携しながら、専門看護師・認定看護師による独自の院内システムとして行ってきました。

CCNRでは、各病棟スタッフからの依頼や、ラウンドを通して病棟スタッフからの情報提供をもとに、患者の状態を確認していきます。そして部署へのフィードバックやカルテ記録を行い継続フォローの体制をとります。

CCNR開始当初は、各部署で「重症者」「対応に困っている患者」を確認して対応しました。また、重症化する前の徴候を発見して介入するため、SIRSの基準として「発熱」からピックアップし、患者の情報提供をしてもらいました。しかし、この時点では、部署看護師の病態アセスメント、察知力、情報提供が頼りで、重症化する前の徴候をとらえ、急変兆候のある患者の選定を行うには限界がありました。各病棟からの情報提供に頼らざるを得ない状況に課題を感じていました。

2012年に英国で開発された早期警告スコア (NEWS: National Early Warning Score)は、近年日本でも多く活用されています。早期警告スコアは患者さんのバイタルサインを点数化し、状態変化を知らせるツールで、これを用いることで、入院患者のリスク層別化が可能で、入院患者の病状変化の早期発見に有効とされています。呼吸数、経皮的動脈血酸素飽和度、酸素投与の有無、体温、収縮期血圧、心拍数、意識レベルの7項目を指標とし、合計点によって、低リスク、中等度リスク、高リスクと3段階で評価されます。2018年度から当院でも電子カルテに情報を入力すると自動計算される仕組みになっています。

早期警告スコアは、CCNRにも活用しています。病棟看護師からの情報提供に加え、早期警告スコアの評価を電子カルテからピックアップできます。CCNRにこのシステムを用い始めてから、定期ラウンド回数も増やしました。各病棟からの情報提供だけではなく客観的な基準に基づいた患者選定を加え、臨床経験に左右されず、一定の質でラウンドを行うことがメリットとして挙げられると考えています。

早期警告スコアを活用するには、必要な情報、バイタルサインを電子カルテに確実に入力することが必要です。観察項目として呼吸回数観察が問題視されていますが、呼吸回数観察と測定値の入力は当院でも課題と感じています。また、当院の一般病棟では重症患者の記録は紙面記録の為、重症患者には早期警告スコアの自動計算が行えません。そのことから、早期警告スコアの活用と共に病棟での情報収集、各部署での学習会や事例検討への参加、呼吸回数観察の重要性の指導は必要と感じています。今後、当院でも CCOT: Critical Care Outreach Teamの体制も検討されている為、CCNRとの連携や協働も考えていかなければなりません。

13:25 ~ 13:40 (2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:20 第4会場)

[PD6-2] 患者急変予防への取り組みと今後の課題

○石井 恵利佳¹ (1. 獨協医科大学埼玉医療センター)

キーワード：気付き、メンタルチェンジ、行動様式のチェンジ

医療者・家族全員が無事に退院すると考えていたにもかかわらず、入院中に心停止に陥る事態「予期せぬ心停止」を後ろ向きに検討すると次のような事実があると明らかになっている。

- ①予期せぬ心停止が発生する6～8時間前には呼吸・循環・意識の異常などの前兆がある
- ②看護師は前兆に気づいており、それを看護記録に記載している
- ③しかし看護記録に記載する以上の行動（詳細な評価を行い原因を検索するなど）をおこなっていない
- ④報告を受けても医師による対応が行われていないことが多い

看護師は常時、急変の前兆を監視し、急変の前兆に気づいたら次の行動につなげなければならない。そのためには、看護師は患者の病状を認識し、起こるかもしれない変化を予測し、変化を早期発見するための観察プランをたて患者のベッドサイドにいく必要がある。

獨協医科大学埼玉医療センターでは、クリニカルラダーレベルⅠの看護師を対象として「急変の前兆に対する気付き能力が向上できる」「気付いたことの報告ができ応援を要請できる」「応援が到着するまでに救急処置ができる」を目標とした院内研修を実施している。集合研修でまずメンタルチェンジとして、必要な知識、知的技能をひとつずつ順番に習得し、新しい仕事の手順について一連のイメージを持つ。次に頭では分かっているが、実際にできるとは限らないため、On-the-job Training（OJT）で実際に体を動かし、新しい仕事ができるように訓練する（行動様式のチェンジ）構成としている。研修で習得したことを臨床実践で活用するためには、職場環境を整えていく必要があると考えている。

今回のパネルディスカッションでは上記について発表させていただき、患者の「何かおかしい」に気づき、チームナースや医師との間でどのように情報共有し、急変を予防するにかについて皆様と議論していきたい。

13:40～13:55 (2019年6月16日(日) 13:10～14:20 第4会場)

[PD6-3] 当院 ICUにおける急変予防における気づきを促す取り組みの現状と課題

○辻本 雄大¹ (1. 奈良県立医科大学附属病院)

キーワード：急変対応、チーム医療、特定行為

クリティカルケア領域では、緊急度や重症度が高く、急変が生じやすいことは言うまでもない。そして、急変を生じた場合、生命予後だけでなく、機能予後にも多大なる影響を与える。そのような中、RRS(Rapid Response System)が注目され、致死性の急変に至るのを未然に予防するシステムが徐々に普及し始めている。心停止した患者の70%は、心停止前の8時間以内に呼吸器症状の増悪所見を呈しており、さらに患者の66%が心停止前の6時間以内に異常症状や徴候の所見を呈しているが、医師は25%しか認識していないと言われている。このような背景の中、24時間、患者に対応する時間が長い看護師の臨床判断能力が向上し、チームで協力し、対応に当たることが望まれる。しかし、残念ながら当院では、RRSのような急変前対応システムは、依然確立されておらず、十分であるとは言い難く、今後の課題である。

当院 ICUは、循環器内科、心臓血管外科は主科が担当、麻酔科は集中治療医が担当する、セミクローズド ICUである。科によって指示系統が違い、情報交換がうまくいかない場面も見受けられた。そのような中、数年前から、チーム医療に意識が高い、麻酔科から多職種カンファレンスを導入しはじめ、徐々に他科にも浸透しつつある。カンファレンスの中では、看護師同士の意見はさることながら、医師はじめ多職種の考えや価値観をお互いに出し合い、現在そして未来における患者にとって betterなゴールを日々検討している。この中には、本シンポジウムの主題でもある、重症患者の生活支援“に繋がるよう、生活者としての支援を意識するように心がけている。クリティカルケア領域では、病状の回復に主眼が置かれがちであるが、苦痛緩和や QOLの向上を目指すことが重要である。多職種連携のコンピテンシー¹⁾には、「他職種を理解する」「職種役割を全うする」「自職種を省みる」「関係性に働きかける」がある。様々な職種の意見に日々関わることは、少なからず、チーム医療の体制づくりに寄与し、自身が感じた「何かおかしい」という違和感を言語化することにつながっているのではないと思う。

当院の特徴として、特定行為の指定研修機関として、2019年現在、急性期コース修了生が、集中治療部5名、救命センター2名（1名休職）が配属されている。特定行為研修は、2025年問題に対応するために、医療・保健・福祉（在宅）をつなぎ、タイムリーな医療の提供を行うために厚労省による保健師助産師看護師法の一部を改正した、「チーム医療の推進」の具体策の一つに位置づけられている。特定行為は診療の補助であり、手順書に順じて医師の指示を待たずに特定行為を実施することができる。特定行為は、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生かした“急変させない看護”の実践の一方略として活用できるのではないかと考えている。

以上、ICUにおいて、急変の予兆に気づき対応するために、CCNSとして、どのような教育体制や連携体制を調整しているのか、現状と課題について述べたい。

1) 多職種連携コンピテンシー開発チーム：医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー、2015.

13:55 ~ 14:10 (2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:20 第4会場)

[PD6-4] 重症化につながる何かおかしいを拾って活かすには

○古賀 寛教¹ (1. 大分大学附属病院 集中治療部)

キーワード：パネル

現場でいち早く「何かおかしい」を察知し、適切に対処していくことは、患者の転帰を大きく左右する重要なファクターである。昨今の医療現場で発生している医療過誤、医療事故の事例を振り返ると、「何かおかしい」をもっと早く察知できていれば、「そういえば、あの時の何かおかしかった」をもっと重要視しておけば、重篤化を防ぎ得たものが少なくないことに気付く。急変前の兆候を見逃してはいけないと誰もが知っている。しかし、そのさらに前段階である、いつもとは何か違う、何かおかしいを感じる、いわば第6感ともいべき感覚を研ぎ澄ませていくこと、また、その感じたことをチームで共有し、患者管理に反映させていくことが、いかに重要であるかを思い知らされる。

では、「何かおかしい」を感じるためには、何が必要か。

まずは、その患者にとっての正常な様子、行動、所見（必ずしも一般的な正常とは限らない）を理解することである。日常の患者管理に際し、最大限の洞察力をもって接しているかが問われる。そして、「何かおかしい」を、「迅速評価」する手法として、患者の急変につながる危険な兆候（キラーシンプトム）を見極めることが有効とされている。キラーシンプトムとは、呼吸不全や循環不全・ショック、中枢神経障害、代謝異常といった、急変につながる兆候である。このような迅速に患者の状態を把握することを習慣づけることが、今後重症化する兆候を逃さないための一助となる。また、こうした、「何かおかしい」を察知する能力は、とすれば、経験による差がものをいう能力ととらえられがちである。確かに経験による観察力の違いが影響してくる場面はあるだろう。しかし一方で、様々な先入観がない若手だからこそ気付くという事例も多々あり、経験のあるなしに関わらず、意識して常に磨き続ける必要がある感覚である。そうした、経験による差を最小限にし、皆が鋭敏な感性をもったチームを作り上げるためには、上記のような、迅速に患者状態を把握する習慣づけることがカギとなる。

次に、こうした「何かおかしい」を察知した際に、上級看護師、医師に報告し、適切な対応がとられるためには、正確な状況説明が不可欠である。そのためには、報告手法が、簡潔かつ体系化したものであることが重要である。具体的には、SBAR（エスパー）を用いた報告手法が推奨されてきている。SBARは、Situation（状況）、Background（背景）、Assessment（判断）、Recommendation（提案）を意識した医療安全のためのコミュニケーションスキルである。

また、感性がものをいう「何かおかしい」「危険な兆候」を、より客観的に評価し、重症化の危険性をはらむ状態として捉える指標が定められてきている。その一つとして、敗血症を疑うqSOFA（quick SOFA）スコアが挙げられる。qSOFAは、ICU以外の場所で敗血症をスクリーニングするためのツールとして提唱されており、現場の「何かおかしい」を①呼吸数 22/分、②意識の変化、③収縮期血圧100 mmHgと、簡便に判定できる客観的

項目に置き換えたものである。今後、敗血症という重篤な病態に移行していく可能性をいち早く察知し、より厳重な観察へと引き上げていくための効果的な指標である。

「何かおかしい」を確実に捉え、チームで共有し、最適な対処をとる。

この一連の流れに何が必要か、皆様と討論出来る機会を頂いたことを感謝する。

特別セミナー

[SS] 2020年東京オリンピック・パラリンピックにおける看護師の対応ガイドライン

演者: 嶋田 理佳 (京都先端科学大学), 喜熨斗 智也 (国土舘大学体育学部), 挾間 しのぶ (東京慈恵会医科大学教育センター)

座長: 嶋田 理佳 (京都先端科学大学)

2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:20 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

[SS] 2020年東京オリンピック・パラリンピックにおける看護師の対応ガイドライン

○嶋田 理佳¹、○喜熨斗 智也²、○挾間 しのぶ³ (1. 京都先端科学大学健康医療学部、2. 国土舘大学体育学部、3. 東京慈恵会医科大学 教育センター 看護キャリアサポート部門)

09:00 ~ 10:20

09:00 ~ 10:20 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:20 第6会場)

[SS] 2020年東京オリンピック・パラリンピックにおける看護師の対応ガイドライン

○畠田 理佳¹、○喜熨斗 智也²、○挾間 しのぶ³ (1. 京都先端科学大学健康医療学部、2. 国士舘大学体育学部、3. 東京慈恵会医科大学 教育センター 看護キャリアサポート部門)

キーワード：オリンピック

2020年に開催される東京オリンピック・パラリンピックでは、各会場やその周辺に世界中から何万人もの人が訪れると予想され、近隣医療機関では対応に苦慮することが懸念されています。また、テロによって同時に多数の傷病者が発生する可能性を想定した備えも必要となっています。これに対応するため、救急災害医療体制に係る学術連合体（コンソーシアム）が結成され、日本クリティカルケア看護学会も参加することになりました。

東京オリンピック・パラリンピックにおける医療ケアを考える際のキーワードは、「夏季」「多数傷病者」「外国人」「テロ」です。開催期間の7月下旬から9月初旬は気候的に熱中症が多発する時期であり、予防を含めた対策が不可欠です。当然、外傷や急性症状への対応も必要となります。種々の感染症のリスクもあることから、発生と拡大を予防するための対策も求められます。さらに、外国からの来訪者に対しては、言語、宗教、文化など多方面の配慮も必須となります。多数の人々が集まることから、単独の傷病への対応だけでなく、群集心理やテロといった非常事態によるリスクを想定した準備も、大変重要となります。

こうした状況下では、会場などの現場で傷病者に提供される早期医療と、搬送先の医療施設における救急医療が効果的に展開されることが第一義的な課題となり、コンソーシアムでは看護ガイドラインを策定しました。本ガイドラインは、具体的な看護を指南するマニュアルではなく、会場および後方搬送先となる医療機関における看護師の役割を示す看護活動のガイドラインです。内容としては、大規模イベント会場の医療救護、熱中症、多数傷病者事故、銃創・爆傷患者、感染症、外国人対応、ICU管理などが含まれます。

本セミナーでは、全体のガイドライン構成について概説し、次いで救護所等におけるファーストエイド、受け入れ病院（ICU部署）における看護師の役割についてお話しします。

2020年東京オリンピック・パラリンピックにおける
看護師の対応ガイドライン

交流集会

[AC4] 「学ぶ力」の育成支援

2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:30 第1会場 (2F レセプションホール)

企画:教育委員会

[AC4] 「学ぶ力」の育成支援

浅香 えみ子、三上 剛人、川原 千香子、河合 正成、小池 伸享、中村 香代、政岡 祐樹（日本クリティカル
ケア看護学会 教育委員会）

09:00 ~ 10:30

09:00 ~ 10:30 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:30 第1会場)

[AC4] 「学ぶ力」の育成支援

浅香 えみ子、三上 剛人、川原 千香子、河合 正成、小池 伸享、中村 香代、政岡 祐樹（日本クリティカルケア看護学会 教育委員会）

キーワード：学ぶ力、メタ認知、経験学習

私たちの学習は様々な要素によって構成されています。学習環境、学習教材そして学習支援方法とともに「学ぶ力」があります。同じ条件のもとに学習した場合の成果は学習者個々によって異なります。これは「学ぶ力」の相違によるものである可能性があります。この「学ぶ力」は、看護に関わる学びのみならず、日常の様々な場面に存在しています。「学ぶ力」は人の生き抜く力としても重要であり、ATC21s（Assessment and Teaching of 21st Century Skills）の10要素の一つである思考の方法“学びの学習”として扱われています。

「学ぶ力」には経験学習などの体験型学習によるメタ認知的アプローチによる習得方法があります。本交流集会では、事例を介して効果的に「学ぶ力」を育成するための支援方法にテーマを置き、皆様と交流していきます。

交流集会

[AC5] 気管挿管患者の口腔ケアの充実に向けた検討

2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:20 第4会場 (1F 中会議室)

企画:口腔ケア委員会

[趣旨] 気管挿管患者の口腔ケアの充実に向けた検討

北村 愛子¹、佐藤 憲明² (1. 大阪府立大学、2. 日本医科大学付属病院)

09:00 ~ 09:10

[AC5-1] 口腔ケアにおける汚染物の回収効果について検討する

○田戸 朝美¹ (1. 山口大学大学院)

09:10 ~ 09:25

[AC5-2] 気管挿管患者の口腔ケア；高度なケア技術について再考する

○安藤 有子¹ (1. 関西医科大学付属病院)

09:25 ~ 09:40

[AC5-3] 口腔ケアの教育について検討する

○門田 耕一¹ (1. 岡山大学病院)

09:40 ~ 09:55

09:00 ~ 09:10 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:20 第4会場)

[趣旨] 気管挿管患者の口腔ケアの充実に向けた検討

北村 愛子¹、佐藤 憲明² (1. 大阪府立大学、2. 日本医科大学付属病院)

キーワード：口腔ケア

当委員会では、2015年より日本集中治療医学会と連携し、気管挿管患者における人工呼吸器関連肺炎の予防をねらいとする口腔ケア実践ガイドの策定に向けて、クリティカルケア領域における調査研究を踏まえて取り組んでまいりました。実践ケアガイドでは、様々な施設環境と使用物品などの制約がある中で、どのような施設でも、充実した口腔ケアが行えるようブラッシングケアと維持ケアの二つのケア方法を提案しています。また気管挿管患者の口腔内洗浄では、洗浄水とともに細菌が下気道に流入するとの仮説から、口腔内洗浄を中止する施設が多くなりました。その結果、気管挿管患者における口腔ケアは簡素化される現状にあります。しかし、簡素化された気管挿管患者の口腔ケアは、正常な口腔機能の維持が難しく、そして気道管理が長期化する患者にも適応できるかのエビデンスはありません。

また、本来気管挿管患者の口腔ケアは、時に時間も要する専門的ケアである必要性があるとも言えます。そこで、改めて気管挿管患者の口腔ケアの充実するケアについて検討することをねらいとして第15回学術集会において交流集會を企画させていただきました。

交流集會では、気管挿管患者への口腔ケアの特徴を述べ、1) 口腔ケア方法の問題について検討 2) 口腔ケアの汚染物の回収方法、3) 口腔ケアの教育の3点について当委員会の委員より発表をさせていただき、皆様とともにディスカッションを深めていきたいと考えています。

<ファシリテーター>

「口腔ケアにおける汚染物の回収効果について検討する」

田戸朝美 (山口大学大学院)

「気管挿管患者の口腔ケア；高度なケア技術について再考する」

安藤有子 (関西医科大学付属病院)

「口腔ケアの教育について検討する」

門田耕一 (岡山大学病院)

<口腔ケア委員会委員>

担当理事：北村愛子 大阪府立大学

佐藤憲明 日本医科大学付属病院

田戸朝美 山口大学大学院

安藤有子 関西医科大学付属病院

剣持雄二 東海大学医学部付属八王子病院

門田耕一 岡山大学病院

09:10 ~ 09:25 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:20 第4会場)

[AC5-1] 口腔ケアにおける汚染物の回収効果について検討する

○田戸 朝美¹ (1. 山口大学大学院)

キーワード：口腔ケア

口腔ケア実践ガイドの完成を目前に控え、委員会として改めて気管挿管患者への口腔ケアの難しさを感じている。その理由は以下の3つの点がある。気管挿管患者の口腔ケアは、気管チューブにより視野確保が難しい。また操作するスペースが十分確保できない。さらに口腔ケア時に気管チューブ抜去のリスクがあることがある。このような困難な状況下でも、口腔ケアの重要な目的である口腔内を清浄に保つために、プラークの除去、破壊した

プラーク等の回収、湿潤環境の維持を達成しなくてはならない。

このように高度な技術を必要とする気管挿管患者の口腔ケアにおいて、その手技は本邦では標準化されたものがなく、本委員会が提示した口腔ケア実践ガイドが標準化の道しるべとなることを目指している。そこで、本セッションでは、実践ガイドの中で用いている2つの汚染物回収方法である「洗浄法」と「清拭法」の効果の違いを、汚染物の回収効果、口腔衛生環境、流れ込みの程度の3つの視点から検討した結果を報告する。

09:25 ~ 09:40 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:20 第4会場)

[AC5-2] 気管挿管患者の口腔ケア；高度なケア技術について再考する

○安藤 有子¹ (1. 関西医科大学附属病院)

キーワード：口腔ケア

気管挿管を要する重症患者にとって適切な口腔ケアについては長きに渡り議論がなされてきた。しかしながら本邦においては確固たるエビデンスが確立されておらず、その必要性を認識しているものの、最善の方法は未だ模索している現状にある。気管挿管患者における口腔ケア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。クリティカルな状況にある患者は、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。気管挿管を介する経気道的な病原体の侵入によりひとたびVAPなどの二次的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。

一方、生命・暮らし・人生を支援する看護の視座では、正常な口腔機能の維持、口渇の緩和、快適性の保持などもまた口腔ケアの重要な目的である。口腔ケアはリスクを心得て、ベネフィットを最大限にもたらすことを意識し、細心の注意を払いながらも実施すべき高度で複雑なケアであると考え。本セッションでは、口腔ケアのベストプラクティスを考え、この高度なケアをどのように継承していくかを検討したいと考える。

09:40 ~ 09:55 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:20 第4会場)

[AC5-3] 口腔ケアの教育について検討する

○門田 耕一¹ (1. 岡山大学病院)

キーワード：口腔ケア

クリティカルケア領域での看護実践の中で必須として身につけておくべき「口腔ケア」、その実践ガイド策定に向けて日本クリティカルケア看護学会口腔ケア委員会では日本集中治療医学会とともに時間をかけて検討を重ねてきた。近日中の公表にあたり今後、口腔ケアをどのように教育してケアの標準化に繋げていくかを検討しておく必要がある。

病院各々で口腔ケアの実施方法に違いが生じている理由は、これまでの発表にもあるように基礎教育で取り上げられておらず、各施設での教育に委ねられていることがその1つと考えられる。そこで今後、「気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド」が公表された後に、皆様にはこれを基軸にして各施設の口腔ケアおよびその教育方法を「修正」ではなく「再検討」して頂きたいと考えている。重要なことは、自施設の方法が「合っている」「間違っている」を明確にすることではなく、実施されている口腔ケアがその目的に合った方法が実践できているかを、基準を持って再確認することにある。まず、口腔ケアの目的を「VAP予防」と直線的に考えるのではなく、「良好な口腔環境の維持」すなわち「口腔内の自浄効果が発揮できる湿潤環境の維持」にあることを再認識する必要がある。その上で、他の不顕性誤嚥の予防策を並行して講じることで、結果としてVAP予防に繋がると考えるべきである。このことは、各国が口腔ケアを他の不顕性誤嚥のためのケアを包含したVAPバンドルの1つとして取り入れていることにも通じている。このことが理解できていれば、ベッドサイドで患者個々の状態に応じ

た柔軟な「看護実践としての口腔ケアの検討」も可能になる。私は、「口腔ケアの目的の明確化」が口腔ケアの教育の要点と考えている。

次に、口腔ケアの実施手技についても検討されなければならない。洗浄法については不顕性誤嚥の危険性があることは言うまでもない。しかしながらブラッシングにより破壊された汚染物の除去は、洗浄法により効果的に回収できることは、いくつかの文献に散見される。そのため、ブラッシング法が安全に実施でき、その上で維持法によって適正な口腔内環境が維持できるように教育する必要がある。これらの具体的な方法は「口腔ケア実践ガイド」に盛り込んでいるが、それをどのように伝えていくことが効果的なのか、このことも会場の皆様と検討していきたい。

また、口腔ケア実施の評価についても検討してみたい。前述の内容から、口腔ケアの評価も「VAPが起こったかどうか」は評価の一助にはなるがそれだけですべてを評価できないことは言うまでもない。要は、ケアの目的を明確にすることで、その方法の評価や検討すべき点が明確になる。口腔ケアの目的が「口腔内の自浄効果が発揮できる環境にあるか」ということであれば、「口腔粘膜の湿潤度」「口腔内各部位での口腔内細菌数」「口腔の臭気」などもその評価に有用かと思われる。不顕性誤嚥の有無を評価するのであれば抜管後の気管チューブのカフの染色による汚染面積の評価も有効であろう。

このセッションでは当院の口腔ケアの現状をお示しした上で、どのように口腔ケアの教育や評価を進めていくかについて、会場の皆様との有効なディスカッションができればと考えている。

交流集会

[AC6] 救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイドの公表

2019年6月16日(日) 10:30～11:50 第4会場 (1F 中会議室)

企画:終末期ケア委員会

[AC6] 救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイドの公表

立野 淳子¹、小島 朗¹、田山 聡子¹、中谷 美紀子¹、比田井 理恵¹、藤本 理恵¹、山勢 博彰¹、山勢 善江²、山本 小奈実²、岡林 志穂²、大野 美香²、芝田 里花²、福島 綾子² (1. 日本クリティカルケア看護学会 終末期ケア委員会、2. 日本救急看護学会 終末期ケア委員会)

10:30～ 11:50

10:30 ~ 11:50 (2019年6月16日(日) 10:30 ~ 11:50 第4会場)

[AC6] 救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイドの公表

立野 淳子¹、小島 朗¹、田山 聡子¹、中谷 美紀子¹、比田井 理恵¹、藤本 理恵¹、山勢 博彰¹、山勢 善江²、山本 小奈実²、岡林 志穂²、大野 美香²、芝田 里花²、福島 綾子² (1. 日本クリティカルケア看護学会 終末期ケア委員会、2. 日本救急看護学会 終末期ケア委員会)

キーワード：終末期ケア、プラクティスガイド、救急・集中治療

救急・集中ケア領域では、あらゆる治療や看護を講じても救命しえない患者が存在する。ここでのケアに携わる看護師は、患者と家族がその人らしい最期を迎えるために何が出来るのかに悩み、終末期看護に困難さを感じることも少なくない。多死社会を前に、この領域でも、Good Death（望ましい死）のために、Quality of Death（死の質）を求められる時代になっている。

そこで、日本クリティカルケア看護学会と日本救急看護学会では、2017年から終末期ケア合同委員会を発足させ、救急・集中ケアに携わる看護師が終末期看護の実践で活用可能なガイドの作成に着手した。

2018年には、両学会学術集会（6月・10月）の交流集会で案を公表し、参加者との意見交換を行い、さらに、2019年2月のパブリックコメントを経て、今回、最終版を公表するに至った。

本ガイドは、三部構成となっており、第一部は、救急・集中ケアにおける終末期ケアの目的や用語の定義・終末期看護の全体像、また、第二部は終末期看護における看護師の役割や5つのケア概念の内容、そして、第三部では救急・終末期ケアに必要な重要用語や概念、アセスメントツール等の解説を行っている。

本交流集会では、「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」について、第一部と第二部それぞれの主要部分を解説するとともに、このガイドの活用方法について参加者とディスカッションしたいと考えている。

多くの皆様のご来場を心よりお待ちしております。

<交流集会内容>

1. プラクティスガイド全体像の説明（日本クリティカルケア看護学会終末期ケア委員会担当理事 立野淳子）
2. 終末期看護の5つの概念の解説（日本クリティカルケア看護学会終末期ケア委員会 中谷美紀子、田山聡子）
3. 今後の展開についての説明（日本救急看護学会終末期ケア委員会担当理事 山勢善江）
4. ディスカッション

交流集会

[AC7] 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-第2弾

2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:40 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

企画:研究推進委員会

[AC7] 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— 第2弾

木下 佳子¹、中田 諭²、明石 恵子³、佐々木 吉子⁴、中村 真巳⁵ (1. NTT東日本関東病院、2. 聖路加国際大学、3. 名古屋市立大学、4. 東京医科歯科大学、5. 埼玉医科大学国際医療センター)

13:10 ~ 14:40

13:10 ~ 14:40 (2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:40 第6会場)

[AC7] 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 – 第2弾

木下 佳子¹、中田 諭²、明石 恵子³、佐々木 吉子⁴、中村 真巳⁵ (1. NTT東日本関東病院、2. 聖路加国際大学、3. 名古屋市立大学、4. 東京医科歯科大学、5. 埼玉医科大学国際医療センター)

キーワード：看護研究

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、研究助成や教育・支援活動を行っています。本学術集会では、昨年に引き続き、臨床研究なんでも相談所を開催いたします。どんな相談内容でも結構ですので、是非相談にお越しく下さい。

今回は、相談する側、受ける側の相互理解をしやすいするために、リサーチクエッションを構造化するための要素を PICO (Patient、Intervention、Comparison、Outcomeの頭文字をとったもの) と PECO (Interventionの代わりに Exposure) にのっとり、簡単にメモしてきていただければと思います

●研究のテーマ

● Patient; 対象としようとしている人 (例えば、〇〇の手術をした人など)

● 介入あるいは要因 (どちらか)

□ Intervention; 介入 (何をしようとしているのか? 例えばプログラムの適用など)

□ Exposure ; 要因 (何をされた人なのか? 例えば、身体拘束をされた人、ICUに入った人など)

● Comparison ; 比較 (何と何を比較するのか? 例えば、プログラムを適用した人としない人、身体拘束をされた人とされなかった人など)

● Outcome ; 結果（結果を何で測るのか？）

研究によっては、リサーチクエスチョンに至らない場合や記入できない部分もあると思います。

その他の相談事項も含めて記入できる範囲の準備をしていただけることによりスムーズに相談が行えると思います。

研究の実現に向けて一緒に考えていきましょう。

皆様のお越しをお待ちしています。

プラクティスセミナー

[PS5] ダメージコントロールにおける看護師の役割

演者:山中 雄一(大阪赤十字病院救命救急センター)

2019年6月16日(日) 09:00 ~ 09:50 第3会場 (3F 小会議室31)

[PS5] ダメージコントロールにおける看護師の役割

○山中 雄一¹ (1. 日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター)

09:00 ~ 09:50

09:00 ~ 09:50 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 09:50 第3会場)

[PS5] ダメージコントロールにおける看護師の役割

○山中 雄一¹ (1. 日本赤十字社 大阪赤十字病院 救命救急センター)

キーワード：外傷死の三徴、ダメージコントロール、PTD回避

ダメージコントロール。と聞いてイメージがつかますか？

美容分野では、傷んだ頭髮の補修をすることを指します。そもそもダメージコントロールは、軍事分野で使われる言葉です。軍艦が攻撃を受けた際に、沈没をしないためにその場で可能な範囲で修復を行い、被害を最小限にして基地に戻ることです。

この一連の流れを重症外傷患者に充てはめると、①蘇生的手術で呼吸循環に係る治療を最優先し、②集中治療で外傷死の三徴(代謝性アシドーシス、血液凝固障害、低体温)をコントロールして、③全身状態が安定した時点で計画的再手術を行うこととなります。

初療、手術室、集中治療室で勤務する看護師は、PTD回避のために、ダメージコントロール戦略を理解して対応することが求められます。このセミナーを通じて、みなさんと一緒に学びの機会になれば幸いです。

プラクティスセミナー

[PS6] 家族看護

演者:井川 梨恵(大分大学医学部附属病院高度救命救急センター)

2019年6月16日(日) 10:00 ~ 11:00 第3会場 (3F 小会議室31)

[PS6] 家族看護

○井川 梨恵¹ (1. 大分大学医学部附属病院 看護部 高度救命救急センター)

10:00 ~ 11:00

10:00 ~ 11:00 (2019年6月16日(日) 10:00 ~ 11:00 第3会場)

[PS6] 家族看護

○井川 梨恵¹ (1. 大分大学医学部附属病院 看護部 高度救命救急センター)

キーワード：家族看護、クリティカルケア

家族の形は、単独世帯や夫婦のみの世帯、夫婦と子どもからなる世帯などさまざまである。その中でも近年は、単独世帯や夫婦と子どもの世帯、高齢者の親と高齢者の子どもの世帯などが増加していることが特徴である。

家族にとって患者は、「とても大切な存在です。この人がいなくなったらどうすればよいのか」という家族や、「その人とは疎遠ですので、死んだときにだけ連絡をください」という家族、「妹とはもう十数年くらい疎遠でしたけど、父(患者)が危ない状況になったので連絡をしました。父がそのような縁をくれたのだと思います」という家族、「籍は入れていないけど、もう十数年一緒に暮らしています」という家族など、家族の歴史や生活背景、環境によりさまざまな家族の関係性がある。

クリティカルケア領域では、患者が急に生命の危機的状況に陥ってしまうことや障害を持ちながら生活をしなければならない状況に陥ることも少なくない。そのような時家族は、今まで当たり前に行っていた生活を送ることが困難となり、患者の病状の理解やこれから先のことを考えたりと、日常の生活が変化するなかで不安な日々を過ごさなければならない状況にもなる。クリティカルケア領域では、患者が意識障害を来していることも多く、患者の治療などは家族が決定する代理意思決定などの判断を迫られることもある。

クリティカルケア領域の看護師は、急速に変化する患者の状態と向き合い、患者の生命の危機的状態を回避でき、患者が日常生活に戻ることができるよう、患者への看護が必要である。そして家族へも家族が患者の状態を正しく理解でき、治療などを選択できるように援助を行ったり、家族の役割が変化をする中で、家族が役割を変えながら、家族の機能が働くように家族への看護を実践することも必要となる。

今回は、このような特徴のあるクリティカルケア領域における家族への看護に必要な知識や技術を、ひとつでも明日から実践できるように、事例検討を通して一緒に考えたい。

プラクティスセミナー

[PS7] 長期的視点を持ち考える敗血症看護

演者:五十嵐 竜太(新潟大学医歯学総合病院 集中治療部)

2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:10 第3会場 (3F 小会議室31)

[PS7] 長期的視点を持ち考える敗血症看護

-敗血症への介入を病期で分けて理解しよう-

○五十嵐 竜太¹ (1. 新潟大学医歯学総合病院 集中治療部)

13:10 ~ 14:10

13:10 ~ 14:10 (2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:10 第3会場)

[PS7] 長期的視点を持ち考える敗血症看護

-敗血症への介入を病期で分けて理解しよう-

○五十嵐 竜太¹ (1. 新潟大学医歯学総合病院 集中治療部)

キーワード：敗血症

敗血症で、本邦でも年間10万人もの患者が命を落としていると推定されています。敗血症によって急激に死の経過をたどる方がいらっしゃる一方で、長期にわたる療養を強いられ、二次感染や多臓器障害で命を落とされる方も多くいらっしゃいます。敗血症の症状が、急性期だけではなく、長期に影響するという背景には、その病態が密接にかかわっています。

敗血症の定義の歴史は、「感染症に伴う全身性炎症反応症候群(SIRS)」を敗血症とした Sepsis-1 (1992年) に遡ります。SIRSは過剰炎症を表す概念として非常に有名です。敗血症では病原体側・宿主側それぞれの因子の相互の反応によって、炎症が炎症を呼び、臓器障害が進行します。しかし、2016年に発表された敗血症の定義 Sepsis-3では、敗血症は「感染症によって重篤な臓器障害が引き起こされた状態」へと変更されました。感染症で臓器障害を有する患者のうち、SIRSが陰性であった患者が8人に1人いたことが報告されるなど、敗血症の病態はSIRSだけでは説明できないと考えられるようになってきました。

敗血症を引き起こした患者は、体力低下が進行し、普段なら罹患しないような二次感染を引き起こすことを、我々はしばしば経験します。近年の研究で、敗血症による炎症は持続性で、かつ進行性の免疫抑制を伴い、異化亢進が長期化する病態であることがわかってきました。また、Post intensive care syndrome (集中治療後症候群) の概念も広く認知されるようになり、敗血症の集中治療を受けた後に、ICU-AWに代表される身体機能障害や、そのほかにも認知機能・メンタルヘルスの障害に長い間苛まれるといわれています。つまり、敗血症はダイナミックな炎症反応だけを重要視する時代から、これに加えて患者の長期予後やQOLを考え、クリティカルケア看護を具体化する、そんな時代に変化しているといえます。これは最近のクリティカルケア看護の方向性と合致する考え方です。

私たちクリティカルケア看護に携わる者が患者と関わるのは、患者や家族の人生の中でほんの僅かな時間だけであることがほとんどです。しかし、その僅かな時間の中に、患者の命を、そしてこれからの生活を左右する、重要な治療やケアが含まれています。このセミナーでは、敗血症の病期を「急性期」「亜急性期」「回復期～慢性期」に分け、それぞれに必要なケアを、文献等を交えて考察します。例えば、急性期は、細胞外液による輸液やノルアドレナリンなどの使用によって循環を立て直し、生命を維持しようとする時期です。この時期には、私たち看護師は敗血症の早期認識と初期診療の補助、そして酸素需給バランスを意識した看護ケアなどが求められます。循環が安定化しつつある亜急性期には、急性期から亜急性期への転換を確認しつつ、せん妄への介入や早期リハビリテーションなど、生活者として視点を持ったケアが求められます。また、免疫抑制を考慮し、さらなる感染症を予防することも非常に重要です。回復期～慢性期へのケアは、実は急性期・亜急性期からの連続性のあるケアによって構成されることが多く、早期から患者の退院後を考えたケアが必要であると考えます。

緊急を要するクリティカルな状況でも、長期的な視点を持つことで、私たちの実践を、患者の生活に根差したものへと少しずつ変えることができるのではないのでしょうか？クリティカルケア看護の経験のある3-5年目のスタッフに焦点を当て、基礎的な知識に触れながら、できるだけ平易にかみ砕き説明いたします。

プラクティスセミナー

[PS8] 看護に活かす脳画像とその見方

演者:久松 正樹(中村記念南病院)

2019年6月16日(日) 14:20 ~ 15:20 第3会場 (3F 小会議室31)

[PS8] 看護に活かす脳画像とその見方

○久松 正樹¹ (1. 社会医療法人 医仁会 中村記念南病院)

14:20 ~ 15:20

14:20 ~ 15:20 (2019年6月16日(日) 14:20 ~ 15:20 第3会場)

[PS8] 看護に活かす脳画像とその見方

○久松 正樹¹ (1. 社会医療法人 医仁会 中村記念南病院)

キーワード：脳卒中、脳卒中看護、脳画像

例えば頭に聴診器を当てて頭蓋骨の中の音を聞く。頭を触診してみる。頭蓋骨の中の音は聞こえませんし、頭に触れてわかるものと言えれば皮下血腫くらいでしょうか。本来、身体情報を得るための技術である聴診や打診などは脳神経の領域では本来の効果を示さないかもしれません。これまで私達脳神経領域で働く臨床の看護師は、頭蓋内でどんなことが起きているのかを知るために意識レベルや運動機能など神経学的な所見に頼ってきました。ある意味それしか知らなかったと言っても過言ではありません。しかし、ここに「脳画像」という所見をアセスメントの一つに加えてみます。血液データは患者さんに表れている症状を理解するためにはなりません。脳画像だって同じです。

脳神経疾患を発症した患者さんの多くは、麻痺や高次脳機能障害を抱え退院していきます。このセミナーで焦点を当てる脳卒中に関しても、治療が終了したからと言って退院ができるという事にはなりません。患者さん達は自分らしい生活を整えるために、失われた機能の回復や改善を目指し、苦しいリハビリテーションに取り組まなければなりません。つまり障害を抱えた患者さんは新たに生活を再構築していく必要があるのです。しかし、生活の再構築は、決して急性期を脱してから行われるものではなく、クリティカルケア領域から退院後の生活を見据えた介入が必要と考えます。特にこのクリティカル領域でのケアの質によって予後は大きく変わってきます。脳は複雑で難しい。何度話しを聞いても結局解からない。ただでさえ難しいと考えているのに、脳神経の専門用語ばかり聞いていてもただただ眠くなるばかり。しかし、いつまでも目を背けているわけにはいきません。

このセミナーでは「脳画像を看護に活かす」をテーマに学習していきます。脳神経領域で働く臨床看護師の目線から、どんな事に注意をむけて看護をしているのか、症状の根拠から観察の根拠まで、実際の事例を用いながら話を進めていきます。

まずはこの画像 ここにはある重要なものが隠されています。さあ何がみえるでしょうか。

市民公開講座

[PEL] 99回挫折しても走り続ける

演者:山勢 拓弥(Kumae代表理事)

座長:深谷 智恵子(元亀田医療大学)

2019年6月16日(日) 11:10 ~ 11:50 第3会場 (3F 小会議室31)

[PEL] 99回挫折しても走り続ける～僕がカンボジアで活動する理由～

○山勢 拓弥¹ (1. 一般社団法人 Kumae代表理事)

11:10 ~ 11:50

11:10～11:50 (2019年6月16日(日) 11:10～11:50 第3会場)

[PEL] 99回挫折しても走り続ける～僕がカンボジアで活動する理由～

○山勢 拓弥¹ (1. 一般社団法人 Kumae代表理事)

キーワード：市民公開講座

2012年に日本の大学を中退し、ボランティアを目的にカンボジアに渡った。その時に偶然訪れたゴミ集積所で、都会から持ち込まれた悪臭や危険物、再利用可能な資源の混在したゴミ山で働く多くの人々と接し、「なぜ、ここで働いているんだろう」と疑問を持ち、ゴミ山に住み込んで働いてみることにした。毎日一緒にゴミの中から換金可能なものを拾いながらわかってきたことは、ほとんどの子供たちが「観光ガイド」「医者」「ゴミを拾う」以外の職業を知らないこと。そして親は「できればここで働きたくないが、これしかできない」と思っていることだった。これは、何の疑問もなく学校に通い、安全な生活が当たり前だった19歳の僕にとって、衝撃の出来事だった。幼いころ親に「将来生きる選択肢を増やすためにきちんと勉強しなさい」と言われ続けたことの意味が初めて理解できた瞬間でもあった。

そこで、2013年8月に、カンボジア王国シェムリアップ州バコン郡アンルンピー村に日本語学校を設立し、無料で日本語を教えることにした。日本語ができることは彼らにとって憧れの「観光ガイド」に就ける貴重な能力であると考えたからだ。現地のクメール語もままならない僕が、日本語を教えるためには、クメール語の絵本・小学校・中学校の教科書などあらゆるものが破れるほど勉強しながらの毎日だった。開校当初は物珍しさもあって90名ほどの子供たちが集まったが、本気でガイドを育成したいと思い、宿題をやってこないと授業が受けられないルールを設けたところ、その数は減り、現在は15名の精鋭たちが学び日本語検定3級に合格するほどの成果を上げている。

2014年になり、日本語学校での教育が少しずつ軌道にのってきたころ、「危険かつ不安定な収入にもかかわらずゴミ集積所で働くしかない親たちが、何らかの安定した収入を得る方法はないか」と考え始め、カンボジアの大自然の恵みを受けて育ったバナナの木から繊維を削り出し、叩いて柔らかくし、煮込んでドロドロにしたものを和紙のように漉いて乾燥させる、「バナナペーパー」作りに取り組んだ。その後、改良を重ね、ポリエステルなどの繊維を混ぜ、破けにくいバナナペーパー「Ashi」を使い、トートバッグや小物入れなども製作し、商店の一角を借りて販売できるようになった。現在では12人のスタッフを雇い、3つの店舗で比較的安定した収入を得ることができる成果を上げている。スタッフの一人は「安全で安定した収入を得る毎日が楽しく、もう二度とゴミ山には戻りたくない。拓弥の活動に心から感謝している」と話してくれた。

また、村に通い続け、ゴミ集積所で働く人たちと対話をし続けてきたからこそその信頼関係を生かし、観光ツアーも手掛けている。これは、単なる「見学ツアー」ではなく、電気もガスもない村での「体験ツアー」であり、学生にも大変人気のツアーとなっている。

しかし、カンボジアでの生活がすべて順調に進んだわけではない。バナナペーパー工場の地主から突然の退去を命ぜられたり、スタッフにお金を持ち逃げされたり、暴漢から鉄パイプで殴られ大けがをしたり、工房建築中に電気のこぎりであわや切断のけがをしたり、貯金が底をつき何日も水だけで過ごしたり…。失敗を数えたらきりが無いほどある。「ここにいて楽しいのは1%、99%はつらいことの連続だ」「日本でもっと楽に暮らそうかな」と弱音を吐きたくない時もあるが、僕の中にある何かが僕をカンボジアにとどまらせてくれる。

ランチョンセミナー

[LS6] 夜のICUで思い出したい！ PADIS管理のポイント

演者: 吾妻 俊弘(仙台医療センター 麻酔科)

座長: 茂呂 悦子(自治医科大学附属病院)

2019年6月16日(日) 12:00 ~ 13:00 第1会場 (2F レセプションホール)

共催: ファイザー株式会社

[LS6] 夜のICUで思い出したい！ PADIS管理のポイント

12:00 ~ 13:00

12:00 ~ 13:00 (2019年6月16日(日) 12:00 ~ 13:00 第1会場)

[LS6] 夜のICUで思い出したい！ PADIS管理のポイント

どう管理する？ ICUにおける PADIS

ランチョンセミナー

[LS7] インテンシブケアトレーニング

演者:中村 謙介(日立総合病院救命救急センター)

座長:田戸 朝美(山口大学大学院)

2019年6月16日(日) 12:00 ~ 13:00 第2会場 (3F 国際会議室)

共催:アボットジャパン株式会社

[LS7] インテンシブケアトレーニング ～ICU-AW・PACSに対抗する栄養・リハビリテーションとは～

12:00 ~ 13:00

12:00 ~ 13:00 (2019年6月16日(日) 12:00 ~ 13:00 第2会場)

[LS7] インテンシブケアトレーニング ~ ICU-AW・PACSに対抗する栄
養・リハビリテーションとは～

インテンシブケアトレーニング ~ ICU-AW・PACSに対抗する栄養・リハビリテーションとは～

ランチョンセミナー

[LS8] 血漿分画製剤の使い方

演者:伊東 弘樹,後藤 孝治(大分大学医学部附属病院)

座長:富永 志津代(大分大学医学部附属病院)

2019年6月16日(日) 12:00 ~ 13:00 第3会場 (3F 小会議室31)

共催:日本製薬株式会社

[LS8] 血漿分画製剤の使い方

講演1 : 知って欲しい血液製剤の取り扱い方～インシデントを防ぐために～

講演2 : 敗血症診療ガイドラインにおいて免疫グロブリン療法は否定されたのか?

12:00 ~ 13:00

12:00 ~ 13:00 (2019年6月16日(日) 12:00 ~ 13:00 第3会場)

[LS8] 血漿分画製剤の使い方

講演1：知って欲しい血液製剤の取り扱い方～インシデントを防ぐために～

講演2：敗血症診療ガイドラインにおいて免疫グロブリン療法は否定されたのか？

講演1：知って欲しい血液製剤の取り扱い方～インシデントを防ぐために～

講師：伊東 弘樹(大分大学医学部附属病院)

講演2：敗血症診療ガイドラインにおいて免疫グロブリン療法は否定されたのか？

講師：後藤 孝治(大分大学医学部附属病院麻酔科)

ランチョンセミナー

[LS9] Rapid Response System

演者:森安 恵実(北里大学病院RST・RRT室)

座長:有田 孝(小倉記念病院)

2019年6月16日(日) 12:00 ~ 13:00 第4会場 (1F 中会議室)

共催:株式会社セントラルユニ

[LS9] Rapid Response System～ICUとの連携～

12:00 ~ 13:00

12:00 ～ 13:00 (2019年6月16日(日) 12:00 ～ 13:00 第4会場)

[LS9] Rapid Response System～ ICUとの連携～

Rapid Response System～ ICUとの連携～

ランチョンセミナー

[LS10] 実践に繋げる、ガイドラインの読み方、活かし方

演者:濱本 実也(公立陶生病院 集中治療室)

座長:道又 元裕(国際医療福祉大学成田病院準備事務局)

2019年6月16日(日) 12:00 ~ 13:00 第5会場 (B2F リハーサル室)

共催:ニプロ株式会社

[LS10] 実践に繋げる、ガイドラインの読み方、活かし方～ PADから PADISへ～

12:00 ~ 13:00

12:00～13:00 (2019年6月16日(日) 12:00～13:00 第5会場)

[LS10] 実践に繋げる、ガイドラインの読み方、活かし方～PADから
PADISへ～

実践に繋げる、ガイドラインの読み方、活かし方～PADからPADISへ

一般演題（口演）

[O7] 看護教育

座長:宮本 いずみ(久留米大学)

2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:10 第5会場 (B2F リハーサル室)

[O7-1] T大学病院 A病棟における急変時看護実践能力の調査—看護記録の分析—

○寶樂 かすみ¹、菅原 美和¹、宮地 富士子¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院)

09:00 ~ 09:10

[O7-2] 課題別総合実習（クリティカルケア）で指導が困難であった事例における指導上の課題の検討

○松岡 真菜¹、岩切 由紀¹ (1. 神戸常盤大学保健科学部看護学科)

09:10 ~ 09:20

[O7-3] 院内急変前対応研修における行動変容レベルでの成果評価

○古厩 智美^{1,2}、齋藤 美和^{1,2}、吉田 順子^{1,2} (1. さいたま赤十字病院、2. 専門・認定看護師会)

09:20 ~ 09:30

[O7-4] 集中治療後症候群（PICS）の教育に対する看護師の集中治療室経験年数別の認識

○江尻 晴美¹、篠崎 恵美子² (1. 中部大学生命健康科学部保健看護学科、2. 人間環境大学大学院看護学研究科)

09:30 ~ 09:40

[O7-5] 集中治療を受けている患者の異変を察知した急性・重症患者看護専門看護師の臨床判断

○安井 美和¹、明石 恵子² (1. 三重大学医学部附属病院、2. 名古屋市立大学看護学部)

09:40 ~ 09:50

[O7-6] A病院一般病棟における呼吸数の観察に対する教育の効果

○徳山 博美¹ (1. 関西医科大学附属病院)

09:50 ~ 10:00

09:00 ~ 09:10 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:10 第5会場)

[O7-1] T大学病院 A病棟における急変時看護実践能力の調査—看護記録の分析—

○寶樂 かすみ¹、菅原 美和¹、宮地 富士子¹ (1. 東邦大学医療センター大森病院)

キーワード：看護記録、急変

【目的】

T大学病院 A病棟では、看護実践能力の向上を目指し、平成27年度よりスタッフ全員で予定外特定集中治療室（以下 ICUとする）へ転出となった症例を振り返る急変時カンファレンスを行っている。急変時症例を振り返ることは、重症化する前後の看護師個々の観察・アセスメントの向上に向けた自己学習をする貴重な機会となっている。しかし、急変時の看護記録量は少なく、振り返りに十分活用できないことから、急変時に何を観察し、記録しているのか実態を調査したいと考えた。そこで、本研究は A病棟における急変時の看護記録の実態を明らかにすることを目的とした。

【方法】

期間：平成27年4月～平成28年3月

対象：平成27年～28年に消化器外科 A病棟から予定外 ICU転出患者16名の看護記録

方法：平成27年～平成28年の予定外 ICU転出患者16名の急変24時間前の看護記録から言語を抽出。その後、類似性のある言語をコード化、カテゴリー分類し、内容分析を行った。

本研究は、当院の倫理委員会の承認を得て実施した。患者情報の保護に努め、記録記載者が特定されないよう配慮した。

【結果】

T大学病院 A病棟の平成27年、28年の手術件数はそれぞれ年間500件であった。予定外 ICU転出件数は、平成27年11件、内訳は呼吸不全8件、敗血症2件、出血性ショック1件であった。平成28年4件、内訳は心不全1件、敗血症3件であった。急変時の看護記録から抽出されたコード数は462である。カテゴリーは、脳神経、呼吸、循環、消化器の4つに分類された。抽出されたコード数は、「循環」「呼吸」「消化器」「脳神経」の順であった。「循環」に関するコード数は203で、心拍数58、血圧57、水分出納バランス40、体温28、末梢循環9、心電図波形5、レントゲン所見3、その他3であった。「呼吸」に関するコード数は156で、酸素飽和度73、気道内分泌物25、呼吸音18、呼吸回数17、呼吸様式10、呼吸苦7、血液ガス値3、咳嗽2であった。「消化器」に関するコード数は55で、消化器症状26、排便16、創部6、腹部所見3、その他4であった。「脳神経」に関するコード数は48で、意識レベル35、瞳孔所見9、その他4であった。急変時前の記録を8時間毎にさかのぼると、急変時から急変8時間前の記録が最も多かった。しかし、「循環」は急変24時間前より記載されていた。

【考察】

「呼吸」「循環」のコード数が他コードよりも多かったのは、予定外 ICU転出要因である呼吸不全、敗血症の観察と一致していたからだと考える。コードが多い酸素飽和度、心拍数、血圧等は、医療機器で測定し数値化されるものである。記載が多いのは、基準値が定められているため、正常か異常か判断しやすいのではないかと考える。反対に、コードが少ないレントゲン所見や心電図波形等は、知識と判断が必要とされる。そのため、看護師は病態に関連した知識不足により、観察に至らず、また観察はしたが判断に迷うため、記載が少ないのではないと思われる。急変24時間前より循環に関する記載がされていたのは、急変時カンファレンスによる教育的介入により、敗血症のメカニズムを通して qSOFAを含めた振り返りを行なったことが一因と考えられる。

09:10 ~ 09:20 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:10 第5会場)

[O7-2] 課題別総合実習（クリティカルケア）で指導が困難であった事例における指導上の課題の検討

○松岡 真菜¹、岩切 由紀¹ (1. 神戸常盤大学保健科学部看護学科)

キーワード：クリティカルケア看護、看護学生、実習指導

【目的】

クリティカルな状態にある患者の看護を考える上では、患者は身体機能が不安定な上、病態の変化が速く、患者の変化に即座に対応できる観察力・洞察力・アセスメント能力が必要となる。また患者は生命を維持するため非日常的な環境にある中で患者を生活者として理解する力も必要となる。

看護学生のクリティカルケア実習では、徹底した安全管理や感染管理、精神的身体的ケアの実施、豊富な専門的知識を習得による患者の生命を守る看護などの学びが報告されている。

研究者が所属する大学の総合実習：クリティカルケアでは、過大侵襲下に集中治療を受ける対象の理解を深め、生体機能を補助しながら生命の維持と生活機能の回復に向けた援助を考え実践できる能力を養うことを目的としている。

看護過程が十分に展開できない学生は、患者の状態把握に必要な情報収集、アセスメントに多くの時間を要し、集中治療を受ける患者に必要な看護が十分に考えられない。学習の途上にある学生が、クリティカルケア看護の場で、実践の中から看護の意味を理解できるようどのように指導をしたら良いかと考えた。

本研究は、クリティカルケア看護に関心を持ちながらも総合実習で指導困難であった事例から、学生の学習上の問題と指導上の課題を明確にし、学生のクリティカルケア看護の興味、関心を高めながら効果的な指導を検討することを目的とする。

【方法】

研究方法：事例研究

研究期間：2018年12月12日から2019年1月31日

研究対象：総合実習でクリティカルケアを履修した学生4名のうち研究への協力に同意を得た学生2名。

データ収集方法：実習記録やレポートから学生の学習の計画と内容及び実践状況を整理し記述した。学習経過と実習の状況を整理した内容から、教員と臨地実習指導者による指導介入の内容を抽出しデータとした。分析方法は指導上、困難な場面と指導内容から学生の課題を抽出し指導上の課題を明確にした。

【倫理的配慮】

本研究は研究者が所属する大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力者は、研究者が直接指導をした学生である為、研究の協力を依頼する事で圧力を感じる危険性がある。成績評価後に実施し、研究協力者の自己決定を保障し、不利益を受けない事、プライバシー・匿名性・機密性確保等について、文書と口頭で説明し同意を得た。本研究における利益相反はない。

【結果と考察】

学生が受け持った患者の疾患は、急性心筋梗塞、心停止蘇生後、消化管穿孔、急性硬膜下血腫であった。

学習上の課題は、患者の生体機能を補助する治療の理解に必要な情報が多く、これらを統合し必要な看護を考える事が困難であった。情報収集からアセスメントを行うが基本的な看護過程の展開が困難な為、診断名から推測する観察計画に留まった。

情報を統合し患者に必要な看護を考える事に時間を要するため、変化する患者の状態の理解、その悪化する要因の理解、生命維持と生活機能の回復に向けた看護を並行して連続的に考える上での問題があった。

指導上の課題では、学生が教科書に対応する一般的な看護問題を挙げた場合でも、患者の現状を照らし合わせて理解を促す必要がある。また情報量が多いことによる混乱では、過剰な情報を除外し思考の整理を促す。

変化する状態とその要因の理解では、学生は患者の状態変化を予測して看護を考えることが困難である。そのため変化する現象の中で、要因となる情報を追加し患者の身体変化の経過を理解できるよう支援する。

また生命維持と生活機能の回復に向けた看護を連続的に捉える為には、看護師の実践と自己の体験を通して、看護実践の意味が理解できるような介入が求められる。

09:20 ~ 09:30 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:10 第5会場)

[O7-3] 院内急変前対応研修における行動変容レベルでの成果評価

○古厩 智美^{1,2}、齋藤 美和^{1,2}、吉田 順子^{1,2} (1. さいたま赤十字病院、2. 専門・認定看護師会)

キーワード：急変前対応研修、行動変容、成果評価

【目的】

当院の専門・認定看護師会は、2012年にシナリオベースシミュレーション形式で急変前～急変時リーダートレーニングの企画・運営を開始し、2014年には急変前兆候を察知するテクニカルスキル獲得を研修のコアスキルに変更し、リーダーとしてのチームビルディングを含めたノンテクニカルスキル構造を追加し、2段階研修とした。2017年からは急変前兆候を察知するテクニカルスキル獲得を中心にし、新卒者・日々リーダー・チームリーダー各役割に応じたノンテクニカルスキルを含めた3段階研修を行っている。今回は、本トレーニングのコアスキルの1つであり、入院患者の急変予測因子としてエビデンスが確立している呼吸数 (McGee,2012)の測定数変化を比較し、研修の行動変容レベルでの評価を行う。

【方法】

1. 研究デザイン：後ろ向き研究
2. 研究対象：電子カルテにおける診療録（呼吸数と比較対照として心拍数）
3. 研究期間：2019年1月
4. データ収集方法

電子カルテ検索可能な2015年1月～12月に無作為抽出した各1日の全入院患者の呼吸数と対照としての心拍数、および2018年1月～12月の各1日の全入院患者の呼吸数と心拍数を比較した。各月の調査日の無作為抽出方法は Excelのランダム関数で抽出した。

5. データ分析方法：各データの記述統計と対応のない2群の平均値の差の検定を行った

【倫理的配慮】

データ収集は院内規定に基づき個人が特定されない様に抽出し、呼吸数・心拍数は総数での扱いとした。院内看護研究審査会の審査を受けて行った。

【結果】

当該研修の成果として、2015年と2018年の1月～12月にランダムに設定した調査日における患者一人当たり呼吸数平均測定回数と心拍数平均測定回数をカウントした。2015年の調査日における患者一人当たり呼吸数平均測定回数は0.66～1.26回/人/日、2018年は4.25～5.49回/人/日であった。一方、2015年の心拍数平均測定回数は2.41～2.9回/人/日で、2018年は6.85～7.92回/人/日であった。

2015年と2018年の呼吸数平均測定回数の2群の平均値の差の検定は、 0.896 ± 0.201 vs. 4.757 ± 0.354 回 ($p < 0.0001$)であった。一方、2015年と2018年の心拍数平均測定回数の2群の平均値の差の検定では、 2.65 ± 0.146 vs. 7.25 ± 0.272 ($p < 0.0001$)と両者共に有意な差があった。

また、2015年から2018年まで、研修効果をOJTに生かす狙いで、師長や看護係長・プリセプターリーダーへ研修の伝達や、スキル定着のための環境整備の依頼をした。研修生には、所属部署への伝達講習を事後課題とした。

このプロセスでの受講者数の変遷は、2015年の研修（2段階）は年間70名だったが、2017年の3段階研修では年間240名となった。

【考察】

平成30年度当院には861名の看護師が就業しており、そのうちの27.9%が当該研修のいずれかを受講している。その前年度の受講者を踏まえると、それより多い看護師が急変前兆候察知のためのスキルについて知識を得ていると考える。当該研修開始当初は呼吸数測定が定着しなかったが、エビデンスに基づくスキル獲得の教育と、Off-JTとOJTをつなぐ環境整備を併行する事で、行動変容が伺える成果を得ることができた。

先行研究での研修評価は、カークパトリック研修評価レベル1の満足度もしくは、レベル2の研修中の知識・技能評価が殆どであり、行動変容についての評価はほとんどない。今後は、院内急変前対応システムに貢献できるよう、引き続き研修の評価を行い、受講生の特性に合わせたプログラム再構築を行う。

09:30 ~ 09:40 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:10 第5会場)

[O7-4] 集中治療後症候群 (PICS) の教育に対する看護師の集中治療室経験年数別の認識

○江尻 晴美¹、篠崎 恵美子² (1. 中部大学生命健康科学部保健看護学科、2. 人間環境大学大学院看護学研究科)

キーワード：集中治療後症候群 (PICS) 、教育

【はじめに】

集中治療後症候群 (PICS) は、集中治療室 (ICU) 在室中あるいは退室後、さらには退院後に生じる身体機能、認知機能、精神の障害である。ICU死亡率や28日生存率など、短期的なアウトカムの改善に伴い、集中治療を受けた患者に対するICU内外の多職種医療者による継続的な支援が必要である。

【目的】

ICU看護師のICU経験年数別におけるPICSの教育に対する考えを明らかにする。

【方法】

対象者：A地方1県の急性期病院63施設のうち、研究協力の同意を得た24施設のICU看護師475名。

データ収集方法：無記名自記式郵送質問紙調査。調査内容：作成した調査票で①対象者の背景②PICSについて「知っている」「少し知っている」「聞いたことがある」「知らない」で回答をしてもらった。③PICSを「知らない」と回答した対象者以外に、PICSの看護に関する認識の10項目と、PICSの症状・要因34項目を「非常にそう思う」～「全く思わない、わからない」の6段階で回答を求めた。今回は、日本看護研究学会東海地方会にて報告した本調査項目全体の概要をもとに、PICSの看護教育に関する認識3項目についてICU経験年数別に二次分析した。分析にはIBM SPSS Statistics Ver 22.0を用いた。

【倫理的配慮】

当該施設倫理審査委員会の承認を得て行った(30014)。無記名調査であること、研究協力の自由とデータの厳重な管理、結果公表等を文書で説明した。

【結果】

177名より回答を得て、記載漏れのない155名分を分析した。看護師経験年数は平均11.3年 \pm 7.6、ICU経験年数は平均5.3年 \pm 4.1であった。PICSを知っているかの問いに対して、「知っている」「少し知っている」「聞いたことがある」と回答した者は82名(52.9%)であった。82名のICU経験年数の内訳は、3年未満15名(18.3%)、3年以上5年未満17名(20.7%)、5年以上10年未満30名(36.6%)、10年以上20名(24.4%)であった。ICU経験年数3年未満の対象者50名のうち、70%がPICSを知らないと回答した。82名にPICSに関する看護の認識を確認した。PICSに関する看護基礎教育の必要性については、「非常にそう思う」「ある程度そう思う」と回答した者は42名(51.2%)で、うち24名はICU経験が5年目以上であった。PICSのICU内での勉強会の必要性については、「非常にそう思う」「ある程度そう思う」と回答した者は66名(80.5%)で、うち41名はICU経験が5年目以上であった。PICSの院内での勉強会の必要性については、「非常にそう思う」「ある程度そう思う」と回答した者は40名(48.7%)で、うち24名はICU経験が5年目以上であった。

【考察】

対象者のうち、約半数はPICSを知らないと回答しており、特に3年未満の看護師の中で知らないと回答した割合が高かった。このことから、PICSの概念は広く浸透しているとはいえず、特に3年未満の看護師はその傾向が強かったといえる。我々の先行研究では、学会やセミナーの参加、雑誌等からの情報収集によりPICSを知ったことが明らかになっており、経験年数の長い看護師は、自らの学習の機会を得てPICSを知ることになったと考える。PICSについてのICU内での勉強会は、ICU経験年数5年目以上の看護師が必要であると強く考えており、特にICU経験年数の浅い看護師に対するPICSに関する教育の必要性が示唆された。

09:40 ~ 09:50 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:10 第5会場)

[O7-5] 集中治療を受けている患者の異変を察知した急性・重症患者看護専門看護師の臨床判断

○安井 美和¹、明石 恵子² (1. 三重大学医学部附属病院、2. 名古屋市立大学看護学部)

キーワード：臨床判断、急性・重症患者看護専門看護師、集中治療室

【目的】

クリティカルケア領域における臨床判断には、生命危機状態にある患者の特徴を考慮し、短時間でアセスメントを行い、介入することが求められる。しかし、その急変・異変の判断に至る過程は、看護師個々の知識、能力、経験によってさまざまであるといえる。卓越した看護実践者である急性・重症患者看護専門看護師（以下CCNS）は、クリティカルケア領域において質の高い看護を行っているかと推察できるが、これらの看護実践は言語化されることが少なく、CCNSの臨床判断に関する報告は少ない。CCNSが集中治療を受けている患者の異変をいかにして察知し、どのように解釈を加え行動し、その後の振り返りを次の実践につなげているのか、その一連のプロセスと構成内容を明らかにする。

【研究方法】

研究デザインは質的帰納的研究で、集中治療室に勤務するCCNSを対象に半構造化面接を実施した。データ分析は修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）を用い、分析焦点者を「CCNS」、分析テーマを「異変を察知した後行動し、振り返りを行うまでの一連のプロセスである臨床判断」と設定した。そして得られたデータから概念を抽出し、概念間の関係からサブカテゴリー、サブカテゴリー間からカテゴリーを形成し、ストーリーラインを作成した。本研究は、所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力者へは研究目的、方法、研究への協力の自由意思と拒否、プライバシーおよび個人情報の保護等の倫理的配慮について書面および口頭で説明を行い、同意を得た。

【結果】

研究協力者は6名であった。分析の結果39個の概念と16個のサブカテゴリーおよび4個のカテゴリーが生成された。得られた結果からストーリーラインを作成すると、CCNSの臨床判断のプロセスは、【高い予測性と洞察力による異変の察知】を行い、【情報活用能力を駆使した原因検索】へと進んでいた。そして患者の異変の原因を解決すべく、【様々な視点で精選するケア】にてケアを決定し実践していた。そして、一連の実践の後【より良い実践への多様なリフレクション】を行い、自身の経験知と知識を蓄積するとともに、スタッフや部署全体に向けて次の実践へとつなげていた。そして【より良い実践への多様なリフレクション】が、【高い予測性と洞察力による異変の察知】へと循環していた。また、CCNSの臨床判断の構成内容として、高い予測性と洞察力、新しい知見の応用、視点と思考の切り替えが明らかとなった。

【考察】

CCNSの臨床判断のプロセスの特徴は、経験知に文献などから得た新しい知見を加えた情報の解釈であった。臨床判断の構成内容では、CCNSのもつ豊富な医学的知識や経験で培った患者の反応パターンの熟知が、高い予測性と鋭い洞察力につながっていると考えられた。またCCNSは患者に照準を合わせたり、全体を俯瞰したりする視点の切り替えと、自身の判断を批判的に検討することで、自身の介入ポイントを探りながら患者へのケアを精選していた。さらに必要な情報を整理し、筋道を立てるといった論理的思考にもとづく実践は、自身の実践の言語化を可能にし、後のリフレクションへとつなげていた。経験知を蓄積するにはリフレクションが重要であり、CCNSのリフレクション能力の高さが卓越した看護実践につながっていると示唆された。本研究からリフレクション学習の必要性が示唆され、臨床における看護実践能力向上に向けたリフレクションの方略の検討が必要であると考えた。

09:50 ~ 10:00 (2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:10 第5会場)

[O7-6] A病院一般病棟における呼吸数の観察に対する教育の効果

○徳山 博美¹ (1. 関西医科大学附属病院)

キーワード：呼吸、観察、教育

【背景】

患者の急変は、看護師が第一発見者になることが多い。看護師には、早期に発見する能力や適切に対応する能力が求められ、その能力の向上のために様々な学習会が開催されている。急変の予兆として呼吸に変化があることを複数報告されている。

2017年に発表された早期警告システム（National Early Warning Score；NEWS2）でも経皮的酸素飽和度や血圧、脈拍、意識レベル、体温に加え呼吸の項目が設定されている。また、2016年に提案され quick SOFA（qSOFA）では、呼吸数 ≥ 22 回/分、収縮期血圧 ≤ 100 mmHg、意識状態の変調をもって敗血症の早期発見が可能な qSOFAスコアとして呼吸数が含まれている。このように呼吸数の評価は、急変を早期発見する上で重要視すべき項目である。

一方で、呼吸数の観察は、バイタルサインの中でも不十分であることが指摘されている。A病院でも敗血症で発熱が持続している患者や呼吸状態が悪化している患者であっても正常範囲の呼吸数が記載されていることが散見された。そこで、一般病棟の看護副師長に呼吸に関する基礎知識や呼吸の観察の必要性を指導した。さらに各部署の看護副師長は、学習した内容と部署の特性を踏まえた方法で看護スタッフに指導を行った。

【目的】

看護スタッフへの教育の前後で呼吸数の観察を調査し、教育効果を明らかにすることを目的とする。

【方法】

対象：A病院一般病棟 呼吸数の正常値の違いから小児を対象としている子ども病棟を除外した。

時期：前期；平成30年7月1日から8月31日 後期；平成30年12月1日から平成31年1月31日

データ収集方法：副師長が自部署の患者で重症あるいは軽症と判断した患者各5人を選択する。選択した患者の任意の1週間に観察された呼吸数を1日のうちで最高値と最小値を含む4回までを記載する。

分析方法：基本統計量ならびに対応のない t検定(有意水準0.05)

【倫理的配慮】

データ収集期間中に入院していた患者に研究の目的や利用する情報の項目、利用方法、情報の匿名化、研究利用の拒否機会の確保についてホームページ上に提示する。

【結果】

対象病棟は15病棟であった。各部署から重症例・軽症例共に5事例ずつ部署の特徴的な疾患の患者であった。

患者ごと1日に観察され提示されたデータ数は、1回目の調査で重症例・軽症例共に0~4、2回目の調査で重症例・軽症例共に1~4であった。

1回目は、重症事例全体は平均値 18.8 ± 3.60 回/分、軽症事例全体は平均値 19.1 ± 6.65 回/分であった。2回目は、重症事例全体は平均値 18.8 ± 3.08 回/分、軽症事例全体は平均値 17.7 ± 1.5 回/分であった。

重症事例の1回目と2回目間の6部署、軽症事例の1回目と2回目間の6部署で優位差を認めた。

【考察】

有意差を認めた部署は、1回目で1日のうちに観察されたデータ数が0から2回目で1以上に増加した部署や1回目に測定された値が18回/分のみから2回目にはばらつきが見られた部署があった。中には、病棟に特徴的な疾患で多呼吸を伴う事例が含まれていた部署があった。

また、有意差が認められなかった部署は、1回目と2回目で変化がなかっただけでなく1回目からデータ数にばらつきが有り正確な観察が実施されていると推測される部署もあった。

【結語】

呼吸数の観察が部署によって大きく異なることが明らかになった。しかし、部署の特性に合致した教育を実施することで正確な観察が可能になることが推測された。また、急変に備え日常的に呼吸数の観察を正確に実施できるように働きかける必要がある。

一般演題（口演）

[O8] その他

座長:小島 朗(大原総合病院)

2019年6月16日(日) 10:20 ~ 11:30 第5会場 (B2F リハーサル室)

[O8-1] 急性大動脈解離による重症虚血から下肢に黒色壊死を来したが、フットケアが奏効した1例

○生田 尋美¹、前 千登世¹、太田 由佳² (1. トヨタ記念病院 救命救急病棟、2. トヨタ記念病院)
10:20 ~ 10:30

[O8-2] A病院における災害訓練の効果と課題 ～ガス爆発事故の患者受け入れを経験して～

○雀地 洋平¹ (1. KKR札幌医療センター)
10:30 ~ 10:40

[O8-3] 無輸血治療を希望する患者に対する CCNSの調整と課題

○伊藤 美和¹ (1. 名古屋掖済会病院 救命救急センター 集中治療室)
10:40 ~ 10:50

[O8-4] 急性・重症患者看護専門看護師がクリティカルケア看護領域の患者の Comfort (安楽) に関わる体験

○大山 祐介^{1,2}、永田 明²、山勢 博彰³ (1. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程、2. 長崎大学生命医科学域保健学系、3. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻)
10:50 ~ 11:00

[O8-5] 集中治療領域での終末期患者とその家族に対するインフォームドコンセントにおける看護師の実践

○川島 徹治¹、田中 真琴¹、川上 明希¹、村中 沙織² (1. 東京医科歯科大学保健衛生学研究科、2. 札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター)
11:00 ~ 11:10

[O8-6] 看護師による心疾患手術後患者における退院指導の実態調査

○佐伯 京子¹、山勢 博彰¹、田戸 朝美¹、山本 小奈実¹ (1. 山口大学大学院医学系研究科)
11:10 ~ 11:20

10:20 ~ 10:30 (2019年6月16日(日) 10:20 ~ 11:30 第5会場)

[O8-1] 急性大動脈解離による重症虚血から下肢に黒色壊死を来したが、フットケアが奏効した1例

○生田 尋美¹、前 千登世¹、太田 由佳² (1. トヨタ記念病院 救命救急病棟、2. トヨタ記念病院)

キーワード：創傷ケア

【目的】

急性大動脈解離による腎動脈から下肢への血流量の低下、さらに術後大量の昇圧剤投与により、両側の足趾と踵部に黒色壊死を生じた若年症例に対し、皮膚の改善を目的に行った取り組みとその効果を検証する。

【対象患者】

30歳代男性。仕事中に突然背部痛出現し、救急搬送。急性大動脈解 Stanford A 型の診断で大動脈弁・上行血管置換術後 ICU入室。術後より多剤大量の昇圧剤を投与し循環を維持。発症3日目より両下肢冷感、両踵部にチアノーゼ出現。両足背動脈触知不可。発症6日目より右踵部の一部、左右足趾一部に壊死組織である黒色化出現。発症10日目昇圧剤終了後も循環維持。発症11日目両足趾の黒色化の拡大。両踵部にも黒色化とチアノーゼ拡大を認めた。

【倫理的配慮】 所属施設の倫理委員会の承認を得た。

【方法と看護介入の実際】

発症3日目の冷感、チアノーゼにはエアパット特定加温装置システムを使用した保温方法を検討したが、末梢血管拡張による血圧低下を考慮し掛け物で両下肢を包み保温を実施した。循環動態が安定した発症11日目より血流改善効果を目的とし、炭酸浴によるフットケアを開始した。1日3回39~40度の湯に市販の入浴剤1/4個を投入し、炭酸浴を15分実施。その後、保湿クリームを塗布した。発症14日目からは炭酸浴と平行して離床を開始した。発症23日目、両足趾の黒色壊死部の拡大は止まり、古い角質が剥がれ再生された表皮がみられた。黒色壊死部分以外の足部全体が表皮化し皮膚色も淡紅色となった。発症27日目、立位がとれ歩行訓練を開始した頃、下肢の疼痛と倦怠感を訴え、悲観的な言葉が聞かれ、リハビリを拒否するようになった。そのため、発症30日目より目標共有のため医療者と患者・両親を含めたカンファレンスを定期的に開催した。カンファレンスでは、現状の病状と治療内容、リハビリの必要性と進行状況を共有した。立位時間が長くなると壊死した踵部に荷重がかかり疼痛を生じる事が判明し、疼痛軽減の方法を検討した。カンファレンスの内容を踏まえ短期目標を毎日歩行訓練に臨めるとし、具体策として①血流改善を目指し炭酸浴は毎日実施②歩行訓練を短時間でも毎日必ず行うとした。リハビリに対して消極的だった患者は、カンファレンスで医療チームが自分のためにサポートしてくれることに感激し、毎日歩行訓練に励むようになった。また、母も面会時には炭酸浴を実施しケア参加が得られた。

【結果】

発症35日目、歩行器使用し8m歩行が可能となり ICU退室。発症87日目、リハビリ病院へ転院。

【考察】

炭酸浴で皮膚血流促進効果が得られるとの既報告から、炭酸浴を毎日実施し保温も行う事で皮膚の改善を認めた。また、端座位や立位時には下腿に貯留している血液が、胸腔に戻るため静脈還流量と心拍出量が増加する。その結果、圧受容体が刺激され、末梢血管が拡張するとある。炭酸浴だけでなく離床を同時に実施することで、皮膚変化を認めた。また、カンファレンスにより、課題や到達目標と成果を患者・家族と医療者が共有することで患者の主体性に働きかけ回復意欲が向上し、皮膚改善への一因となったと考える。

本症例におけるフットケアの介入時期について、血圧が安定し昇圧剤が不要となった時期を選定したことは、ケアの介入による全身状態の悪化を及ぼすことなく経過できたため妥当であったと考える。重症患者には、状態に合わせたケアを組み合わせることで実施していくことが重要であるといえる。

10:30 ~ 10:40 (2019年6月16日(日) 10:20 ~ 11:30 第5会場)

[O8-2] A病院における災害訓練の効果と課題

～ガス爆発事故の患者受け入れを経験して～

○雀地 洋平¹ (1. KKR札幌医療センター)

キーワード：災害看護、災害訓練、トリアージ

【はじめに】

A病院は、がん診療と救急診療を柱として地域の急性期医療を担う総合病院である。救急部門では、24時間体制で救急患者の受け入れを行っており、全診療科の2次救急も受け入れている。救急外来では、救急科の専従の医師、看護師はおらず、各科の医師や看護師が当番制で勤務している。災害に対する取り組みとしては、全職員を対象にした被災状況報告とトリアージ訓練を年に1回実施している。看護部では、トリアージ訓練を中心とした災害訓練を各部署で任命したリンクナースを中心に年に1回と、各部署での被災状況報告訓練や応急処置の学習会などを年に数回行っている。

【目的】

今回近隣で夜間に発生したガス爆発事故により、熱傷、擦過傷、骨折などを受傷したトリアージカテゴリーII・IIIの患者が26名緊急搬送された。災害発生による外傷患者のトリアージ訓練は災害訓練時に実施していたが、実際に受け入れる経験は今までなかった。そこで、今回の災害発生時の患者受け入れに対して、今まで実施してきた災害訓練などの効果と課題を見出すことを目的とした。

【方法】

今回の患者受け入れ要請から終息するまでの出来事と、災害対策マニュアル、患者受け入れフロー、必要物品を時系列で照合し整理した。また、受け入れを行った職員との振り返りで意見も取り入れた。その中から訓練されていたことと、訓練されていなかったことに分け、院内で選出した災害小委員会内で効果と課題を具体的に整理した。本研究は当院看護部の倫理委員会の審査を受け実施した。

【結果】

訓練の効果があつたこととして、トリアージタグの使用方法や各救護所の活動内容を理解し患者の処置を実施することができた。災害緊急連絡網を使用して、医師、看護師、コメディカル、事務員など60名以上の職員が集まった。課題としては、CSCATTTについてとそれぞれの役割の認識に個人差があつた。緑救護所が訓練時の状況設定との違いが大きく、処置の効率が悪かつた。消防や警察との連携やトリアージタグの運用方法の取り決めが不十分であつた。訓練では、季節、天候、時間帯を具体的に想定しておらず、必要物品に不足があつた。カルテ記載やコスト算定についても課題が残り、後日の診療や会計に支障がでた。

【考察】

今回明らかとなつた課題や経験を、委員会内で検討しながらマニュアルの修正を行っていく必要がある。マニュアルは、概論ばかりではなくフローを活用し実用可能な内容に整理する必要がある。また災害小委員会を定期開催し、院内全体への発信と、今回の経験をもとにした訓練を企画運営していく必要がある。

10:40～10:50 (2019年6月16日(日) 10:20～11:30 第5会場)

[O8-3] 無輸血治療を希望する患者に対する CCNSの調整と課題

○伊藤 美和¹ (1. 名古屋掖済会病院 救命救急センター 集中治療室)

キーワード：無輸血治療、調整

【目的】

絶対的無輸血を希望する患者に対する術後ICUでの調整の限界から、院内システム改善への示唆を得たので報告する。

【方法】

1. 介入を必要とした経緯

患者 X は、出血性ショック状態で救急搬送され、緊急手術を行う方針となった。しかし、手術についての説明を受けている際に、宗教上の理由から絶対的無輸血での手術を希望していた。一方で、麻酔科は、相対的無輸血の立場であったため撤退となった。そこで、院内マニュアルに基づき転院調整をしていたが困難であったという背景がある。その間も患者の容態は悪化しており、2時間に及ぶ説得ののち、患者は相対的無輸血を渋々受け入れて、当該科による自科麻酔で手術を受けることとなった。術中も、重症貧血状態ではあったが、無輸血で対応されていた。

CCNSは、これらの情報収集を行い、術後 ICU で相対的無輸血の適応について調整の必要性を予測し、患者の受け入れ準備を行った。

2. 調整の方向性

相対的無輸血の方針として、輸血実施の判断の指標を医療チームで議論し共有することができる。

【倫理的配慮】

個人が特定できないよう匿名性を確保した。さらに、超急性期において、宗教上の理由から輸血を拒否する状況の特殊性を考慮し、性別・診療科・病名・宗教名・国籍を伏せることとした。

【結果】

1. 相対的無輸血に対するコンセンサス形成

ICU入室後、血圧・心拍数は維持されているものの、ヘモグロビン値2.0g/dl台まで貧血が進行していた。このため、当該科の医師チームに対し、相対的無輸血の具体的な判断指標の不明確さについて問題を提議し、ベッドサイドカンファレンスを開催した。しかし、「輸血はできない人だから」などと、それ以上聞かれても困るという雰囲気であった。“本当に危ない状態には輸血を実施する”と患者・家族に説明して手術に挑んでおり、術中・術後にどういう状況に至ったら輸血を実施する予定であったのか確認すると「CPAになってから?」「その時になってみないと判断できない」など、医師の間にもコンセンサスが得られていないまま手術に踏み切っていたことが明らかになった。そこで、赤血球輸血以外の血液製剤の使用について検討することで、アルブミン製剤を許容することが明らかになり、ショックの進行を回避することができた。

2. 院内システムの限界の明確化

後日、多職種カンファレンスを開催したところ、以下の3点が輸血実施の指標を医療チームで共有する調整を失敗した原因であることが明らかになった。

- ① 転院が困難であった場合に対する記載が院内マニュアル・宗教的輸血輸血拒否に関するガイドラインにないことによる判断の躊躇
- ② 宗教関係者も家族と一緒に ICU 家族待合室へ案内されており、輸血施行した場合の宗教関係者への脅威による判断の躊躇
- ③ 輸血施行せずに患者が死亡した場合や、逆に輸血施行して患者が精神的な苦痛を負った場合、どちらにしても訴訟リスクを孕んでおり、一個人として訴えられることに対する強い脅威

【考察】

術後 ICU での調整を失敗した背景は、後日のカンファレンスで明らかになったため、以下の4点が院内システムの改善の方向性として必要であると考えた。

1. 転院調整ができなかった場合の対応の院内マニュアルへの追加
2. 病院の方針のホームページ公開
3. 相対的無輸血の方針となった場合の輸血施行の判断指標に対する医療チーム内でのコンセンサス形成
4. 医師にとっては脅威となる宗教関係者の術中の待機に対するコントロール

10:50 ~ 11:00 (2019年6月16日(日) 10:20 ~ 11:30 第5会場)

[O8-4] 急性・重症患者看護専門看護師がクリティカルケア看護領域の患者の Comfort (安楽) に関わる体験

○大山 祐介^{1,2}、永田 明²、山勢 博彰³ (1. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程、2. 長崎大学生命医科学域保健学系、3. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻)

キーワード：comfort、安楽、急性・重症患者看護専門看護師、体験

【目的】

本研究の目的は、看護師がクリティカルケア看護領域の患者の comfortに関わる中でどのように感じ、考え、行動しているのかという体験を明らかにすることである。

【方法】

研究デザインは Sandelowskiが論ずる質的記述的研究である。2018年7月から2019年1月の期間において、臨床で看護実践する急性・重症患者看護専門看護師を対象に半構造化インタビューによるデータ収集を行った。1回のインタビュー時間は45～86分であった。インタビューでは、①クリティカルケア看護における comfortのイメージ、②患者の comfortな状態や comfortではない状態、③ comfortに関する観察や介入、④ comfortになった患者の反応、⑤患者が comfortになることでもたらされる成果について、自由に語ってもらった。インタビューで得られたデータから逐語録を作成した。その後、研究目的の内容を示す語りの文節を取り出しコードとした。取り出した語りのコードを共通点と相違点を考慮してカテゴリーを作った。カテゴリーに含まれる看護師の語りの文節をクリティカルケア看護領域における患者の comfortの特徴を踏まえてカテゴリー名を付けた。本研究は、所属大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した（管理番号：537）。

【結果】

研究参加者は9人であった。分析の結果、患者の comfortに関わる体験を示すコードから24個のサブカテゴリーを抽出し、【そもそも苦痛がある中で、安楽のための関りが十分にできない】、【傍にいてコミュニケーションをとりながら人として向き合う】、【背景を踏まえて話を聴き、選択できるように伴走する】、【全人的な安楽のためケアを紡ぐ】、そして【患者が発するサインから変化を感じ取る】の5個のカテゴリーが見出された。

研究参加者は、疾患や外傷そのものによる痛みや不確かさだけでなく、不快な刺激や制限が多い療養環境によって患者には様々な苦痛があると捉えている。その苦痛の原因を探りつつも患者の心の内を把握する難しさなどから、【そもそも苦痛がある中で、安楽のための関わりが十分にできない】と感じている。その中で、絶えず comfortを意識し、【傍にいてコミュニケーションをとりながら人として向き合う】ことが大切なことだと考えている。特に【背景を踏まえて話を聴き、選択できるように伴走する】という、患者が自立した感覚を持てるような関わりをしている。また、苦痛がある中でも耐えられることを目指し、その時々患者の状態に応じたケアを積み重ねるといって【全人的な安楽のためにケアを紡ぐ】ことを語っている。そして、身体的反応や発言の内容、行動、活動に注意し、【患者が発するサインから変化を感じ取る】ことで、comfortかどうかを判断している。

【考察】

クリティカルケア看護が対象とする患者は生命の危機状態にある重症患者であることから、身体的な治療が優先され、comfortになるためには他者に依存しなければならない状況にある。専門看護師が感じているように、患者は comfortとは正反対の状態であり、たとえ専門看護師であっても患者を comfortにすることは容易ではないことがわかった。その中で、患者に関心を持ち、患者の反応を確認した上で自立性を持てるように関わることは重要である。Comfortは患者の主観であるため、ケアの受け手である患者の観点から comfortを捉えることで、患者の全人的な側面や状態の変化に応じたケアを行うことができ comfortにつながることを示唆された。

11:00～11:10 (2019年6月16日(日)) 10:20～11:30 第5会場)

[O8-5] 集中治療領域での終末期患者とその家族に対するインフォームドコンセントにおける看護師の実践

○川島 徹治¹、田中 真琴¹、川上 明希¹、村中 沙織² (1. 東京医科歯科大学保健衛生学研究科、2. 札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター)

キーワード：終末期看護、インフォームドコンセント

【目的】

集中治療領域での終末期患者とその家族に対するインフォームドコンセント(以下、IC)における看護師の実践に関するリストの作成および各実践の重要度を検討する。

【方法】

本研究は、リストの作成、重要度調査の2段階で行った。リスト作成は、文献検討(和文11件・英文10件の合計21件)および1回のフォーカスグループインタビュー(急性重症患者看護専門看護師3名)、7名の個別インタビュー(急性重症患者看護専門看護師5名・集中ケア認定看護師2名)により、集中治療領域での終末期患者とその家族に対するICにおける看護師の実践リスト65項目を作成した。重要度調査は、全2回の質問紙によるデルファイ調査を行った。対象者は、機縁法によりリクルートした集中治療領域での終末期患者とその家族に対するICに関して豊富な経験を有する看護師55名とした。調査内容は、作成した実践リスト65項目の重要度について、9段階リッカートスケール(1:全く重要でない~9:とても重要である)を用いて尋ねた。重要度の分析は、2回目調査の回答を用い、中央値を算出した。回答分布から、回答者の80%以上が重要度7,8,9を選択した場合、重要であると合意がえられた項目と見なした。倫理的配慮として、研究目的や個人情報管理、回答の有無によって対象者が不利益を被らないこと等を文書にて説明し同意を得た。なお、本研究は所属大学医学部倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】

実践リスト65項目はICの準備段階、ICの実施段階、IC後の段階の3領域に分類された。ICの準備段階(16項目)では、患者や家族の受け止めを確認することや話し合いに向けた準備性を高める実践が多かった。ICの実施段階(32項目)では、コミュニケーションに関する実践や参加者の観察や確認といった項目が多くを占めた。IC後の段階(17項目)では、患者や家族の受け止めの確認や話し合い後の支援、医療者自身の支援に関する実践が挙げられた。質問紙調査は、第1回調査にて55名に配布し、50名より回答を得た(回収率90%)。その後、第1回調査にて回答のあった50名に対して第2回質問紙を配布し、46名より回答を得た(最終有効回答率:83.6%)。実践が重要であると合意の得られた項目は全65項目中49項目(75.4%)となり、それら項目の中で、中央値9は36項目、中央値8は8項目、中央値7は5項目であった。文献検討では明らかとならず、インタビュー調査によって明らかとなり、本研究において特徴的と言える項目は、①迅速な話し合いの設定や調整に関する項目、②身体的反応や心理的反応の観察および対応に関する項目、③医師や医療者への配慮や心理的支援に関する項目の大きく3点、合計10項目であった。

【考察】

本研究により、先行研究において一般にICで実践すべきとされている項目が集中治療領域における看護師の実践としても重要であることを裏づけた。また、エキスパート看護師への調査を行うことで、集中治療領域での終末期における実践として特徴的な項目を抽出しており、終末期患者と家族に対するICに関して看護師が行っていくべき実践を網羅的に示していると言える。重要度が高い項目の特徴は、患者や家族への配慮やケアが中心であり、コミュニケーションの促進や家族の思いや考えを引き出す関わり、推定意思だとしても患者が話し合いの中心となるような関わりが挙げられ、エキスパート看護師にとってより重要と考えられていた。本研究において実践リストおよびそれら実践の重要度を示したことで、患者や家族へのケアの質向上の一助となると考える。

11:10 ~ 11:20 (2019年6月16日(日) 10:20 ~ 11:30 第5会場)

[O8-6] 看護師による心疾患手術後患者における退院指導の実態調査

○佐伯 京子¹、山勢 博彰¹、田戸 朝美¹、山本 小奈実¹ (1. 山口大学大学院医学系研究科)

キーワード：退院指導、心疾患手術後

【背景】

心疾患患者の退院指導に関するガイドライン European Guidelinesには、国内のガイドラインに含まれていない認識-行動変容の項目がリストされ、心疾患の一次予防を踏まえたものとなっている。本邦では、退院指導は各施設で独自に行われており、このようなガイドラインに基づく退院指導がどれだけの範囲で、どこまで実施されているのか実態は明らかになっていない。

【目的】看護師による心疾患手術後患者に対する退院指導の現状を明らかにすることである。

【方法】

対象者：心臓血管外科専門医認定修練施設のうち基幹施設350施設（心臓血管外科手術が100例/年以上）に勤務する心疾患の手術を受けた患者への退院指導の経験のある看護師

期間：2018年12月～2019年1月

研究デザイン：実態調査研究（質問紙調査）

研究方法：調査項目は、対象者の基本的属性と European Guidelinesの大項目である11項目[①患者の認識の確認や行動へのケア、②喫煙に関する指導、③栄養に関する指導、④運動に関する指導、⑤心理・社会的ケア、⑥体重管理の指導、⑦血圧管理の指導、⑧糖尿病がある患者への指導、⑨抗凝固薬を内服している患者への指導、⑩今後の支援への情報提供、⑪術後の創部管理や一般的な指導]とした。そして、国内の2つのガイドラインと先行研究から実際に退院指導に必要な項目を11項目中に分類し加えた。各項目は退院指導時に実際にどの程度実施しているか（実施度）と退院指導に重要と思うもの（重要度）を各々5段階評価で質問した。分析方法は、得られたデータを項目毎に実施度・重要度で記述統計を行った。

【倫理的配慮】

研究代表者の所属する研究倫理審査委員会の承認を得た。質問紙の回答と返送をもって同意とした。

【結果】

1,750名に配布し、470名から回答があった（回収率26.9%）。看護師経験年数 11.2 ± 5.25 年（平均 \pm SD）。循環器系外科病棟所属418名、循環器系内科病棟所属282名（複数回答可）。循環器系病棟の勤務年数 7.0 ± 5.2 年。退院指導経験数は、延べ50～100件が最も多かった。施設に退院指導マニュアルがあるのは85名（18%）、患者配布用資料があるのは390名（83%）であった。項目毎の「実施度,重要度」（平均 \pm SD）は、①患者の認識の確認や行動へのケアは「 $3.7 \pm 1.1, 4.4 \pm 0.8$ 」、②喫煙に関する指導は「 $3.9 \pm 1.3, 4.5 \pm 0.7$ 」、③栄養に関する指導は「 $4.3 \pm 1.0, 4.7 \pm 0.6$ 」、④運動に関する指導は「 $3.8 \pm 1.2, 4.3 \pm 0.8$ 」、⑤心理・社会的ケアは「 $3.5 \pm 1.3, 4.1 \pm 1.0$ 」、⑥体重管理の指導は「 $3.8 \pm 1.3, 4.4 \pm 0.8$ 」、⑦血圧管理の指導は「 $4.6 \pm 0.8, 4.8 \pm 0.5$ 」、⑧糖尿病がある患者への指導は「 $4.2 \pm 1.0, 4.7 \pm 0.6$ 」、⑨抗凝固薬を内服している患者への指導は「 $4.3 \pm 1.3, 4.7 \pm 0.6$ 」、⑩今後の支援への情報提供は「 $4.4 \pm 1.0, 4.8 \pm 0.4$ 」、⑪術後の創部管理や一般的な指導は「 $4.6 \pm 0.8, 4.8 \pm 0.5$ 」であった。実施度が高い項目は、栄養、血圧管理、糖尿病管理、抗凝固薬管理、今後の支援、術後の創部管理や一般的な指導であった。重要度は全項目において高かった。

【考察】

全項目において看護師は退院指導の重要性を感じていた。運動に関する指導の実施度が低かったのは、理学療法士により指導が実施されており、看護師は直接的に指導を行っていないためと考えられた。体重管理の指導は、入院中に毎日実施しており、改めて退院指導として実施していないため実施度が低かったと考えられる。また、患者の認識や行動へのケアと心理・社会的ケアの重要性は認識できてはいるが実施できていなかった。現状の退院指導には「患者の認識確認や行動へのケア」、「運動に関する指導」、「心理・社会的ケア」と「体重管理の指導」の部分が不足しており、今後充実させていく必要があると考えられた。

一般演題（口演）

[O9] 医療安全

座長:平尾 明美(神戸大学医学部附属病院)

2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:20 第5会場 (B2F リハーサル室)

[O9-1] 小児病院における院内迅速対応システムの導入が患者安全に及ぼす効果

○池辺 諒¹ (1. 大阪母子医療センター看護部ICU)

13:10 ~ 13:20

[O9-2] 根本原因分析及びバランススコアカードを活用した薬剤間違いインシデント対策の取り組み

○内藤 優¹、澤井 春花¹、白浜 伴子¹、善村 夏代¹、木下 佳子¹ (1. NTT東日本関東病院)

13:20 ~ 13:30

[O9-3] HCU予定外入室患者の傾向に基づく RRS活動の課題の検討

○大西 翠¹、菊谷 佳代¹、立野 淳子² (1. 社会医療法人共愛会 戸畑共立病院 集中治療室、2. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

13:30 ~ 13:40

[O9-4] 安全の視点から取り入れた看護提供方式の検討

○荒川 陽子¹、佐藤 奈緒子¹、本間 隆子¹ (1. 日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院)

13:40 ~ 13:50

[O9-5] 敗血症患者の予後は呼吸数異常発現から ICU入室までの時間と関連する

○春名 純平¹、犬童 隆太¹、西 裕子¹ (1. 札幌医科大学附属病院 ICU病棟)

13:50 ~ 14:00

[O9-6] RRSと CCOを同時期に導入することの効果

○富士田 恭子¹、貝沼 光代¹、挾間 しのぶ² (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院看護部、2. 東京慈恵会医科大学附属病院)

14:00 ~ 14:10

13:10 ~ 13:20 (2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:20 第5会場)

[O9-1] 小児病院における院内迅速対応システムの導入が患者安全に及ぼす効果

○池辺 諒¹ (1. 大阪母子医療センター看護部ICU)

キーワード：院内迅速対応システム、患者安全

【はじめに】

従来、当センターでは患者が予期せぬ心肺停止状態に陥った際に発動される全館放送の蘇生コードシステムのみが存在した。しかし、危機的状態の予防や、早期発見の具体的な対策、教育などを包括的に管理・実施する部門が存在しなかった。Aoki¹⁾らは、2013年以降の4年間に当センターの一般病棟から小児集中治療室（Pediatric Intensive Care Unit：PICU）への計画外転棟患者244人のうち、病棟での心肺蘇生を要した患者が9人いたのみならず、実に68人もが「危険な転棟」（病棟での気管挿管後の転棟、もしくは、PICU入室後1時間以内に気管挿管、カテコラミンサポート、または3回以上のボラス輸液を要した転棟（心肺蘇生症例を除く））に該当することを報告した。また、危険な転棟を要した68人（危険群）は、その他の167人（非危険群）に比べて、PICU在室日数が有意に長く（危険群：9日（5-16日）>非危険群：4日（2-9日））、死亡率も有意に高い（危険群：9例（13%）>非危険群：7例（4.2%））ことが明らかになった。

【目的】

入院患者の心肺停止を含む重篤有害事象の減少を目的に、当センターでは2017年12月より院内迅速対応システム（Rapid Response System：RRS）、Medical emergency team：METを導入した。当センターにおけるRRSが患者安全に及ぼす効果を検証する。

【方法】

METデータフォームから、METコール件数、METコール理由などのデータを後方視的に収集した。また、「危険な転棟」の発生数を主要アウトカムとし、RRS導入前の48ヶ月間、RRS導入後の9ヶ月間で患者アウトカムを比較する前後比較研究を実施、EZR version 1.37を用いて統計解析を行った。

本研究は、院内倫理委員会により承認されるとともに、研究対象者となられる方から同意をいただくことに代えてオプトアウトを行い、研究計画書などの関連資料の閲覧方法、個人情報の開示に係る手続き、問い合わせ先等を明示し、研究参加への拒否の機会を保障した。

【結果】

2017年12月よりMETラウンドとMETコールを開始、約10ヶ月が経過しMETコール総数は35件であった。RRS導入前（2013-2016年）と導入後（2018年1-10月）の「危険な転棟」の比較を表1に示す。危険な転棟はRRS導入後で減少しており、統計学的に有意であった。病棟でのCPRも減少しているが、統計学的には有意ではなかった。RRS導入後の病棟での気管挿管は0人であり、統計学的に有意であった。

【結論】

RRS導入後に「危険な転棟」が減少しており、病状悪化の早期発見・早期介入の重要性が院内に普及しつつある。RRS導入の効果を正確に評価するためには長期的な情報収集が必要であり、今後も院内での教育と合わせてRRSの評価を継続していく。

1) Aoki Y, et al. J Paediatr Child Health. 2018 Aug 24.

13:20 ~ 13:30 (2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:20 第5会場)

[O9-2] 根本原因分析及びバランススコアカードを活用した薬剤間違いインシデント対策の取り組み

○内藤 優¹、澤井 春花¹、白浜 伴子¹、善村 夏代¹、木下 佳子¹ (1. NTT東日本関東病院)

キーワード：薬剤間違い対策、バランススコアカード、RCA

【背景】

インシデントが発生すると、その原因を解明するために根本原因分析（RCA）を行うが、その結果からインシデント減少へ結びつけることが困難であった。そこで、目標を明確にし、財務・患者・業務プロセス・学習の4つの視点から戦略的に目標達成を目指すバランススコアカード（BSC）の考え方を活用し、薬剤間違いインシデント対策に取り組んだので報告する。

【目的】

RCAの結果をもとに、BSCを活用した薬剤間違いインシデント対策の有効性を明らかにする。

【方法】

1) 対象：急性期病院の8床のICU、看護師、担当薬剤師、医師

2) 期間：対策前2018/6/20~8/31 対策後9/1~12/31

3) 方法：

a) 看護師8名で、薬剤間違いインシデントについてRCAを実施した。まず薬剤間違いインシデント発生までの出来事を時系列で記述した。それぞれの出来事がなぜ生じたのかを抽出することで、3点の原因が明らかになった。

b) BSCの考え方をもとに、患者の視点「正確な薬剤投与」を目標とし、RCAで明らかになった原因に対し業務プロセス及び学習の視点から対策を立案し Key Performance Indicator(KPI)を設定した。

c) 看護師、薬剤師、医師の協力を得ながら、立案した対策を実行できるように調整し、実行した。

d) 業務プロセス、学習の視点で設定した KPIを評価した。

e) 「正確な薬剤投与」の目標達成状況を評価した。

【倫理的配慮】

研究を行うにあたり施設長の承認を得た。個人情報の管理を徹底した。

【用語の説明】

口頭指示：医師が看護師に口頭で薬剤投与を指示すること。

医師の指示：電子カルテ上で入力された指示。

【結果】

RCAから以下の3点の原因が明らかになった。

①緊急時以外でも口頭指示を受けている。

②在庫薬剤を使用しているため、薬剤師が確認プロセスに関与していない。

③看護師のダブルチェックが有効に機能していない。

これらの原因に対する対策として、BSCから以下の業務プロセス及び KPIを設定した。

① ICUで頻繁に使用される緊急時薬剤を15種類に限定しそれ以外の薬剤は口頭指示を受けない。

KPI：在庫薬剤請求額の減少(口頭指示で薬剤を投与する際は在庫薬剤を使用するため、在庫薬剤請求額の減少は口頭指示の減少を反映する)

②緊急時以外は在庫薬剤を使用せず医師の指示に応じて薬剤部から薬剤を配送されるシステムに変更した。

KPI：ICUで印刷する薬剤ラベル使用数の減少(医師の指示時は、薬剤部からラベル・薬剤が配送されるため、ICUで印刷するラベル使用数の減少が薬剤搬送システムの活用を反映する)

③ダブルチェック時に確実に目視で確認できるよう指さし呼称をする。

KPI：指さし呼称実施率の上昇

次に、学習の視点として以下の教育及び KPIを設定した。

業務プロセスの①~③について連絡ノート、病棟会で周知した。

KPI：連絡ノート確認率、病棟会出席率

これら業務プロセスと学習の視点で設定した KPIを評価した。

- 1) 学習の視点 KPI(対策後) : 連絡ノート確認率30/30人(100%)、病棟会開催計3回、総出席者数17/30人(57%)、病棟会ノート確認率13/30人(43%)
- 2) 業務プロセス KPI(対策前→対策後) : 在庫薬剤請求額4,759,961円→2,596,657円, ICUラベル使用数12個→1個、指さし呼称実施率18%→43%
- その結果として、患者の視点及び財務の視点の目標達成状況を評価した。
- 3) 患者の視点 対策前→対策後 薬剤間違いインシデント数1件→0件
- 4) 財務の視点 薬剤間違いインシデントによる治療・入院費などの損失0円

【考察】

RCAで明らかになった原因に対し、BSCを活用することで、業務プロセス・学習の視点からプログラムを立案でき、その達成状況を評価することで、インシデントの減少に結びついたと考えられる。

13:30 ~ 13:40 (2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:20 第5会場)

[O9-3] HCU予定外入室患者の傾向に基づく RRS活動の課題の検討

○大西 翠¹、菊谷 佳代¹、立野 淳子² (1. 社会医療法人共愛会 戸畑共立病院 集中治療室、2. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

キーワード : 予定外入室、RRS、重篤有害事象

【目的】

本研究の目的は、A病院 HCUに予定外入室した患者の傾向分析から、重篤有害事象 (Serious adverse event : SAE) を防ぐための RRS (Rapid Response System) の課題を明らかにすることである。

【方法】

2018年1月1日から11月31日の期間に、HCUに予定外入室した患者のうち、手術・処置に伴う合併症や緊急入院を除外した者を対象に、患者概要 (年齢、性別、入室時間、HCU入室理由、入室時 MEWSスコア (Modified early warning score : 修正早期警戒スコア)、転帰) と、病状変化の兆候の有無やその後の対応について、電子カルテより後視的にデータ収集を行った。病状変化の兆候は、HCU入室8±2時間前にキラーサインと思われる症状を担当看護師が記録していたものを「有」とした。データは項目ごとに単純集計を行なった。

研究に際し、A病院看護部倫理委員会の承認を得た。

【結果】

対象者数は70名であった。

1. 患者の概要

性別は、男性が50名 (71.4%)、平均年齢は77.8歳であった。HCU入室時間は、12時~18時が27名 (38.5%) と最も多く、次いで6時~12時の25名 (35.7%) が多かった。入室理由は、呼吸不全が35名 (50.0%) と最も多く、循環不全17名 (24.3%)、脳神経系障害11名 (15.7%) と続いた。

入室時の平均 MEWSスコア (呼吸数、心拍数、収縮期血圧、意識状態、体温の5項目について0~3点の範囲で得点化し、合計0~15点の範囲で点数が高いほど急変の可能性が高いと評価する) は、4.31点であった。項目別では、呼吸数スコアの平均得点が1.86点と最も高く、ついで心拍数スコアが平均1.57点と高かった。

転帰は、生存が49名 (70.0%) で、死亡21名 (30.0%) であった。

2. 病状変化の兆候の有無とその後の対応

HCU入室8±2時間前に病状変化の兆候を生じていた者は56名(80.0%)であった。病状変化の兆候として観察された症状は、SpO2低下が26名 (37.1%)、頻呼吸11名 (15.7%)、頻脈10名 (14.3%) が多かった (n=56,重複回答あり)。病状変化の兆候を観察したあとに医師に報告がなされたのは21名 (37.5%) で、医師が診察したのは20名 (95.2%) であった。病状変化を把握したのち、医師への報告の有無による患者の死亡数は、「報告あり」が6名 (6/21件28.5%) で、「報告なし」が11名 (11/34件32.4%) であった。

【考察】

本研究では、入室時の平均 MEWSスコアの項目では、呼吸数や心拍数スコアが高かった。これは、病状変化の

前兆において、呼吸、心拍数の変化を捉えることの重要性を示している。

本研究では、HCU予定外入室患者の80%に何らかの病状変化の兆候を認めていたにも関わらず、医師への報告が行われたのは33%に留まっていることがわかった。「院内心肺停止患者の60~80%に急変の6~8時間前に前兆が認められる」と言われているが、これらに関する専門的な教育を受ける機会が少ないことも影響していると考えられる。

病状変化の兆候を急変の前兆として認識できれば、異常の察知が早まり、医師報告数が増加し、SAEの減少、HCU入室時の重症度低下につながる可能性がある。今後は、病状変化を反映する観察項目を正確に評価するためのフィジカルアセスメントや急変の前兆を認めた場合の対応方法、医師への報告方法について教育を強化し、RRSへの早期情報提供へとつなげて行くことが課題である。

13:40 ~ 13:50 (2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:20 第5会場)

[O9-4] 安全の視点から取り入れた看護提供方式の検討

○荒川 陽子¹、佐藤 奈緒子¹、本間 隆子¹ (1. 日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院)

キーワード：計画外抜管、医療機器関連圧迫創傷、クリティカルケア看護

【はじめに】

29年度は人工呼吸療法中の計画外抜管など生命に危機を及ぼすアクシデントが連続して発生した。アクシデントを検討した結果、集中治療領域における経験不足、知識不足という要因が明らかとなり集中治療領域での教育が急務となった。同時にアクシデントの発生防止も急務であり、教育効果や安全な看護の提供が可能とされるパートナーシップナーシングを改良し導入した。導入した結果、当施設における効果が明らかとなったためここに報告する。

【目的】

当施設版 PNSを導入し効果を明らかにするとともに、今後の課題を明確にする。

【方法】

29年8月より計画外抜管の要因を検討し当施設においてパートナーシップナーシング（以下当施設版 PNSと記す）の導入について検討を開始。導入期間30年4月1日より受持制の看護方式より当施設版 PNSへ変更。11月にパートナーの再編成を行い、31年1月当施設版 PNSについて所属看護師へアンケート調査を実施。

【倫理的配慮】

この研究を行うにあたり東京臨海病院倫理委員会の承認を得た。また調査協力は自由意思であり、協力しない場合においても不利益なことはないこと、アンケートは無記名であり研究終了後5年間保存しその後破棄することを説明して同意を得た。

【結果】

29年度3a以上のアクシデントは11件、内2件の計画外抜管が発生した。30年度3a以上のアクシデントは8件計画外抜管の発生は1件に減少、計画外抜管の減少率は50%であった。29年度、30年度とも3a以上のアクシデントの大半は医療機器関連圧迫創傷（以下 MDRPUと記す）であり MDRPUの件数減少には至らなかった。

【考察】

計画外抜管が50%に減少したことは、2名の看護師の視点によるアセスメントの効果と考える。日本病院機能評価機構の統計によると看護師によるアクシデントは看護師経験10年以下、配属期間3年以下に多い。当施設の集中治療室所属看護師の2/3は経験3年以下であり経験の浅い看護師は、経験豊富な看護師とペアになることが多く、経験豊富な看護の視点を学ぶ機会となり計画外抜管予防への対応能力が向上したと考えられた。計画外抜管を減少させることはできたが MDRPUは減少できなかった。MDRPUの発生時期は集中治療室入室患者の重症度が非常に高い時期と一致しており、予防対策だけでは限界であったと考える。しかし看護業務が煩雑となっていたことも要因と思われ、今後の課題と考える。

アンケートには自己の成長について「先輩のやり方を学び考えが深められた」や「他のスタッフのアセスメントや看護について聞く機会が増え学びとなった」などの回答があった。また、パートナーの成長についても「自分

の考えを持って仕事ができるようになった」や「報告連絡相談ができるようになった」などの回答があった。このことから当施設版 PNS導入により書籍だけでは学ぶことのできない様々な経験知を学ぶことができたと考えられる。

さらに新人看護師からは、新人看護師を含め3人を一組とすることにより1人の先輩看護師が多忙であっても、もう1人の先輩看護師に声をかけられるとの意見があり、新人看護師の職場適応や成長には効果的と考えられた。

【結語】

当施設版 PNS導入により計画外抜管の件数は50%減少し、計画外抜管予防への一助となることが明らかとなった。また自己の成長やパートナーの成長などを実感することができ、教育的効果も明らかとなった。一方で新人看護師などサポートを要する看護師は、医療事故に対する不安が軽減され職場環境に適応しやすい看護提供方式と示唆された。

13:50 ~ 14:00 (2019年6月16日(日) 13:10 ~ 14:20 第5会場)

[O9-5] 敗血症患者の予後は呼吸数異常発現から ICU入室までの時間と関連する

○春名 純平¹、犬童 隆太¹、西 裕子¹ (1. 札幌医科大学附属病院 ICU病棟)

キーワード：呼吸数、敗血症

【はじめに】

敗血症では種々のバイタルサインの中でも呼吸数の異常が早期認識の項目として有用であることが示唆されており、ICU入室12時間前から重症化を示すバイタルサインの変化を認めるとい報告もある。患者のバイタルサインを観察する看護師は最も患者の異常に気づくチャンスをもつことから敗血症のスクリーニングのための観察の視点としてまずは呼吸数を測定することと、呼吸数の異常に対する適確な対応が重要である。そこで、本研究では、ICU入室12時間前という時間に着目し、呼吸数の異常発症からICU入室までの時間と予後との関連について検討することとした。

【目的】

敗血症のためICUに緊急入室した患者に対する呼吸数異常発症からICU入室までの時間と予後との関連について検討する。

【方法】

対象は、2011年4月から2017年10月に当院ICUに緊急入室した敗血症患者のうち、18歳未満の小児患者、ICUに入室する12時間前に当院入院していなかった患者、ICUに入室する12時間前までに呼吸数の記録がなかった症例および呼吸数が正常であった症例を除いた66例とした。呼吸数は22回/分以上の場合を異常とした。分析方法は、ICU入室12時間前までの呼吸数異常の最も古い時間からICU入室までの時間を用いて、度数分布から25パーセンタイルを算出(2時間30分)し、これを基準に早期ICU入室(early ICU admission: EIA)群と晚期ICU入室(Late ICU admission group: LIA)群の2群とした。この2群における年齢、性別、ICU入室時のSOFA score・APACHE II score、ventilator free days for 28 days (VFD)、ICU在室日数、死亡イベントおよび生存日数についてMann-Whitney U testおよび χ^2 乗検定を用いて比較検討した。また、生存日数は、Kaplan-Meier法を用い、両群の比較にはlog-rank検定を行った。全ての項目に関して、有意水準は5%とした。統計解析にはSPSS ver. 25を用いた。本研究は所属施設の倫理審査の承認を受けており、開示すべき利益相反はない。

【結果】

対象患者は66例のうち、EIA群は16例、LIA群は50例であった。SOFA・APACHE II score、VFD、ICU在室日数に両群で有意差はなかった。90日死亡率はLIA群で有意に高かった($P=0.04$)。さらに、Kaplan-Meier法による生存日数は有意にEIA群で長かった($P=0.04$)。

【考察】

本研究では呼吸数をもとにした敗血症患者における早期ICU入室は、生命予後と関連していた。しかし、当院

における過去の調査では、一般病棟からICUに緊急入室する前の呼吸数が記録されているのは、約4割に止まっているという現状があり、最も患者の異常を感知できる看護師には呼吸数測定の意義を理解していない場合も多いことが考えられた。幸い呼吸数を日常的に測定し、病棟での敗血症の早期認識や介入につなげるための方策としてqSOFAというツールの使用が提唱されている。さらに感染症を疑う患者の敗血症への進展を早期に覚知し対応するためにもRapid response system (RRS)の構築や有効活用できるような組織の体制などがあり、患者に関わる頻度の高い看護師がこれに参画することが期待される。

【結論】

呼吸数をもとにした敗血症患者における早期介入は生命予後と関連していた。本検討の結果は敗血症患者において、生体反応として生じる各種バイタルサインの中で呼吸数の異常を早期に察知することが、敗血症を疑う患者の生命予後改善と関連するスクリーニング法の検討を行うための理論的な根拠の一つとなると考えられる。

14:00～14:10 (2019年6月16日(日) 13:10～14:20 第5会場)

[O9-6] RRSとCCOを同時期に導入することの効果

○富士田 恭子¹、貝沼 光代¹、挟間 しのぶ² (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院看護部、2. 東京慈恵会医科大学附属病院)

キーワード：RRS、CCO、NEWS 2

【目的】

近年、世界的に心肺停止に至る6～8時間前に徴候があるとされ、その徴候を察知すれば、迅速に対応していくRapid Response system(以下RRS)が導入されてきている。当施設の平成22年の研究で、心肺停止等の緊急事態に発令するスタットコール事例において急変の2～10時間前に徴候が多く出現していたこと、医療チームが患者の訴えや症状を急変の徴候と認識していれば、患者の状況をアセスメントしようとする行動化につながる事が明らかになった。このことからRRSの4つの構成因子の遠心性の視点である「危機への対応」としてRRSを導入し、求心性の視点である「危機の察知」を拾い上げていくCritical Care Outreach (以下CCO)を導入した。そこで、RRSとCCOを同時期に導入することにより見えてきた急変事例の現状を分析し、その成果と課題について報告する。

【方法】

研究期間：平成27年4月～平成30年12月

研究方法：スタットコール、RRSコール報告書を基に急変兆候出現時刻や急変時刻、NEWS2スコア等を後方視的に分析を行った。

【倫理的な配慮】 当施設看護研究実施許可を申請し、分析にあたり個人が特定されないよう配慮した

【結果】

RRS発令件数は平成30年4月から12月までは平均3.67件/月、平成30年度CCO対応件数は平均86.80件/月であった。CCOが介入した時点の全英早期警告スコア(National Early Warning Score2以下NEWS2)のスコア平均は4.58(SD 2.82)であった。平成27年度の急変徴候認識からスタットコールの発令時間は平均8時間41分であった。平成30年度の急変徴候認識からRRS発令時間は平均2時間10分と短縮していた。CCO対応後のRRS発令は42.9%であった。スタットコール件数はCCO、RRS導入後減少した。

【考察】

CCOで共通のスコアを用いて連日評価することで、要観察患者が抽出され、患者の変化の動向をつかみ継続してチームでアセスメントと対応することに繋がった。RRS対応は当施設の発令基準を浸透させ、24時間のシステムを構築することで急変兆候の認識によりチームでの早期介入に繋がった。

その結果、予測外の急変から予測内の急変への移行や観察不足や対処不足によるスタットコールが減少したと考えられる。

一般演題（口演）

[O10] 早期リハビリテーション

座長:山口 典子(長崎大学病院)

2019年6月16日(日) 14:30 ~ 15:30 第5会場 (B2F リハーサル室)

[O10-1] 術前のフレイルが術後の患者の歩行能力に与える影響の実態と歩行に影響を及ぼす要因

○鶴飼 莉奈²、片岡 茉里奈⁵、杉脇 絢⁴、中司 達也³、井上 正隆¹ (1. 高知県立大学看護学部、2. 松江赤十字病院、3. 国立循環器病研究センター、4. 川崎医科大学総合医療センター、5. 日本医科大学付属病院)

14:30 ~ 14:40

[O10-2] ICU早期リハビリテーション初回実施時のバイタルサインの変化

○小松 恵¹、木島 由紀子¹、鏡 義彦¹ (1. 山形県立中央病院)

14:40 ~ 14:50

[O10-3] 消化器外科手術を受けた高齢者に対する術後3日間の就寝前看護援助

○内山 真由美¹、中村 恵子² (1. 札幌医科大学附属病院 看護部、2. 札幌市立大学大学院 看護学研究科)

14:50 ~ 15:00

[O10-4] A病院 ICUの人工呼吸器装着患者への早期離床に対する看護師の思いや考え

○塩月 祐輝¹、黒木 茂雄¹、井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院)

15:00 ~ 15:10

[O10-5] 深部静脈血栓症の理学的予防法における足関節底背屈他動運動が下肢血行動態及び安楽に及ぼす影響

○青木 麻耶¹、山勢 博彰²、田戸 朝美²、向江 剛¹、山本 小奈実²、佐伯 京子² (1. 山口大学医学部附属病院、2. 山口大学大学院医学系研究科)

15:10 ~ 15:20

14:30 ~ 14:40 (2019年6月16日(日) 14:30 ~ 15:30 第5会場)

[O10-1] 術前のフレイルが術後の患者の歩行能力に与える影響の実態と歩行に影響を及ぼす要因

○鶴飼 莉奈²、片岡 茉里奈⁵、杉脇 絢⁴、中司 達也³、井上 正隆¹ (1. 高知県立大学看護学部、2. 松江赤十字病院、3. 国立循環器病研究センター、4. 川崎医科大学総合医療センター、5. 日本医科大学付属病院)

キーワード：フレイル、歩行、リハビリテーション

【目的】

術前のフレイルの要素が術後の生活にどのような影響を及ぼすか明らかにし、生活面での予後を予測する示唆を得る。

【方法】

平成29年9月～10月の期間に A病院で消化器外科手術を行う60歳以上の手術を受ける患者を包含基準とした。除外基準を車いすや寝たきりで生活している者、認知機能が低下している者、術前に化学療法を実施している者とした。

退院前日に質問紙の配布・回収と握力測定を左右1回ずつ行った。並行しカルテから、握力、運動器に関する既往歴、IADL、栄養、気分、認知、手術への捉え、年齢、薬剤、手術、意欲、居住状況をデータ収集し、フレイルの要素として挙げた。また、退院後1週間となる日に、現在の運動状況を問う質問紙に回答し、付属の封筒で郵送してもらった。

分析方法は、術後の患者の歩行能力に影響を及ぼす術前のフレイルの因子は何かと、その因子に関連性の強い要素は何かの2つを明らかにするため、Mann-WhitneyのU検定、Wilcoxonの符号付き順位検定、相関分析、カイ2乗検定を行った。研究実施に際しては、データ収集前に研究の目的と方法等を説明し、同意を得た。データは、すべて匿名化して分析を行った。また本研究は、高知県立大学看護研究倫理審査委員会および協力施設の承認を得て行った。

【結果および考察】

17名の研究協力者を得て分析を行った。まず、術後の患者の歩行能力に影響を及ぼす術前のフレイルの要素は何かを明らかにするために、入院中の歩行能力に着目し分析を行った。入院中の歩行能力の指標である、病棟歩行可能周数(制限群、非制限群)と離床開始日から術前と同じ歩行形態で歩けるようになるまでの日数(平均以下群、平均超過群)をそれぞれ2群に分け分析を行った。結果、栄養状態、入院前の運動頻度、活動への意欲と有意な差がみられた。このことから、周手術期を通しての予後に関連するフレイルの要素であることが示唆された。一方で、薬剤、握力、運動器の既往歴、居住状況、認知、手術への捉えと有意な差がみられず、周手術期を通しての予後に関連するフレイルの要素ではないことが明らかとなった。

次に、退院後の歩行能力に視点を移し、分析を行った。退院後の歩行能力の指標として、退院後1週間の1日の運動時間(低活動群、高活動群)を2群に分け、分析を行った。結果、退院前日の握力と有意な差がみられ、退院後1週間の予後に関連するフレイルの要素であることが示唆された。一方で、薬剤、手術侵襲、運動器の既往歴、入院前のADL・IADL、栄養、居住状況、認知、気分・意欲、手術への捉えと有意な差がみられなかったことから、退院後1週間の予後に関連するフレイルの要素ではないことが明らかとなった。

さらに、上記の因子に関連性の強い要素は何かを明らかにするために相関分析を行った。結果、退院後1週間の1日の運動時間と術前のALB値、TP値は、病棟歩行可能周数と正の相関関係がみられた。

これらの結果から、退院後1週間の1日の運動時間は、入院中の歩行距離に影響を受け、入院中の歩行距離は、術前のタンパク質に関する栄養状態の影響を受けていたと言える。

【結論】

退院後1週間の予後を予測する指標として握力が有用であるが、併せて術前のALB・TP値も含めることことで、退院までに術前の歩行能力に近づけることができたかどうかを評価することが可能であると示唆された。

14:40 ~ 14:50 (2019年6月16日(日) 14:30 ~ 15:30 第5会場)

[O10-2] ICU早期リハビリテーション初回実施時のバイタルサインの変化○小松 恵¹、木島 由紀子¹、鏡 義彦¹ (1. 山形県立中央病院)

キーワード：ICU、早期リハビリテーション、バイタルサインの変化

【目的】

看護師による安全な早期リハビリテーション（以下早期リハ）の実施につなげるため、ICU入室後48時間以内に床上関節他動・自動介助運動を実施した患者の、初回リハビリテーション（以下リハビリ）実施時のバイタルサインや症状の変化を明らかにする。

【方法】

2018年7～10月、ICU入室成人患者のうちリハビリ開始基準を満たし48時間以内に初回床上他動・自動介助運動を実施し同意を得られた患者を対象とし、初回早期リハ実施時のバイタルサインと症状の変化、リハビリ中止の有無とその理由を調査した。全患者、手術群、非手術群で、開始時と開始3分後、開始3分後と終了時、開始時と終了時のバイタルサインを対応のある t検定を用いて比較、検討した。研究協力依頼は患者又はキーパーソンに文書と口頭で行った。本研究は所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

対象患者99人、同意が得られた患者72人（72.7%）、分析対象者60人（83.3%）。中止基準に該当したのは心拍数（以下 HR）<40回/分の患者1人（1.7%）。自覚症状は1人（1.7%）に腰痛があり、他覚症状は全員がなかった。バイタルサインについて、SpO₂、呼吸回数は平均値の変化がなかった。HRは開始時から3分後に微増し、終了時にかけて低下した。収縮期血圧（以下 SBP）、拡張期血圧（以下 DBP）、平均血圧（以下 MBP）は開始時から3分後に微増した。SBPと DBPは開始時と開始3分後、開始時と終了時に、MBPは開始時と開始3分後に有意差を認めた。分析対象者全員を手術群、非手術群の2群に分けて検討すると、手術群で HR、SBP、DBP、MBPが開始時と開始3分後に、DBPは開始時と終了時にも有意差を認めた。非手術群は有意差がなかった。A病院では SBP80mmHg未満もしくは180mmHg以上の場合を早期リハの中止基準に設定しているが、血圧が低下、上昇した場合の設定はない。本研究対象者の中に該当した患者はいなかった。しかし、関連した先行文献による「収縮期または拡張期血圧の20%低下」に該当する患者が2人（3.3%）、運動時 SBP40mmHg以上の上昇に該当した患者が1人（1.7%）いた。

【考察】

本研究結果から、看護師による初回早期リハ実施時に、バイタルサインの変化や自覚・他覚症状の出現はほとんどなく、安全に早期リハを実施することができた。適切な開始・中止基準やマニュアルを作成し、看護師が常時モニタリング、全身状態の観察をしたこと、多職種が連携して知識や情報を共有して早期リハを実施したことで有害事象のリスクが軽減したと考えられる。基準を守ってリハビリを実施しても、急激にバイタルサインが変化する可能性があり、初回リハビリ実施時、特に術後の患者はリハビリ開始から3分間の HRと血圧の変化に注意して実施すること、また患者の訴えを傾聴して症状の変化に注意することで個々の患者の状態に合わせて早期リハを実施することが看護師に求められると考えられる。先行文献によると早期リハには様々な効果がある可能性が示されているため、A病院における効果についても引き続き検討していく。

14:50 ~ 15:00 (2019年6月16日(日) 14:30 ~ 15:30 第5会場)

[O10-3] 消化器外科手術を受けた高齢者に対する術後3日間の就寝前看護援助○内山 真由美¹、中村 恵子² (1. 札幌医科大学附属病院 看護部、2. 札幌市立大学大学院 看護学研究科)

キーワード：高齢患者、就寝前、看護援助、術後せん妄

【目的】

近年、医学・医療技術の進歩により、治療選択の幅は広がり、高齢者も侵襲の高い手術を選択できるようになった。術後早期の合併症には、後出血、無気肺、術後せん妄等がある。術後せん妄は高齢者に多くみられ、加齢とせん妄の発症には関連性がある。睡眠-覚醒周期のリズムを整え、回復を促すためには、昼から夜へ移行する時間帯で、巧みな就寝前の看護援助が必要となる。しかし、就寝前看護援助に関する先行研究は殆どなく、詳細は明らかにされていない。本研究は、高齢者の術後3日間の看護援助から、術後早期の合併症の予防に着目し、術後3日間の就寝前看護援助を明らかにすることを目的とした。

【方法】

研究デザインは、手段的事例研究である。75歳以上の術前患者のうち、術後せん妄の3因子の各項目に1つ以上該当した者に対し、術当日～術後2日目までの期間、就寝前の時間帯に看護援助を行う者のうち、研究協力の同意を得た看護師を研究対象者とした。事例は、3事例とした。非介入型の参加観察法によりデータ収集をし、1事例毎にデータを時系列に整理し、その後3事例を統合し、質的帰納的に分析をした。本研究は、A大学院看護学研究科倫理審査会の承認を得て実施した。

【結果】

研究期間は2017年6月～2018年9月、データ収集期間は2017年8月～12月、該当患者3名、研究対象看護師22名であった。3事例を統合した結果、412コード、118サブカテゴリー、69カテゴリー、11コアカテゴリー、ニーズを満たすための看護援助、回復を促すための看護援助、であった。術当日は様々な苦痛を生じ、最も多くの看護援助を必要としていた。

ニーズを満たすための看護援助は、「呼吸を助ける」「排泄を助ける」「体位や身体の移動を助ける」「休息と睡眠を助ける」「体温が正常範囲内に保つのを助ける」「身体を清潔に保ち、身だしなみよく、また皮膚を保護するのを助ける」「環境の危険を避けるのを助け、また感染などの危険から守る」「意思を伝達し、欲求や気持ちを表現するのを助ける」の8コアカテゴリーより構成された。

また、回復を促すための看護援助は、ニーズを満たすための看護援助とは異なる性質をもち、「苦痛を緩和する」「患者の安全を守る」「認知機能を助ける」の3コアカテゴリーより構成された。

【考察】

ニーズを満たすための看護援助は、Virginia Henderson(1960)の基本的看護の構成要素14項目のうち、身体的・精神的ニーズの看護援助8項目に相当した。全身状態の観察、輸液管理におけるモニタリングは高度な看護実践であり、術後の重症度や高齢患者の特性に応じ、細かい時間間隔で、濃厚に観察を行い、経時的変化を捉えるものであった。また、高齢患者に対する丁寧なコミュニケーションは、意思伝達を助け、異常の早期発見に役立つことや、認知機能の回復を図り、術後せん妄の発症を予防するためにも重要であった。コミュニケーションによる脳活性化や、活動量の増加に伴い、睡眠-覚醒リズムは整い、睡眠を得ることにより、術後の回復を促すことに繋がっていたことが示唆された。

15:00～15:10 (2019年6月16日(日)) 14:30～15:30 第5会場)

[O10-4] A病院 ICUの人工呼吸器装着患者への早期離床に対する看護師の思 いや考え

○塩月 祐輝¹、黒木 茂雄¹、井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院)

キーワード：早期離床、人工呼吸器装着患者、ICU看護師

【はじめに】

近年、入院早期から原疾患に対する治療と並行し、積極的に離床を促進することが推奨されている。A病院ICUにおいても2018年1月より独自に作成した人工呼吸器装着患者の早期離床プロトコルを導入した。導入後の調査では、約7割の看護師がプロトコルを使用していると回答していたが、早期離床ができていると感じている看護師は約3割という結果であった。先行研究では早期離床による患者への効果は数多く報告されているが、人工呼吸器装着患者の早期離床に対する看護師の思いや考えを明らかにしている研究は見当たらなかった。

【目的】

A病院 ICUの人工呼吸器装着患者の早期離床に対する看護師の思いや考えを明らかにすること。

【方法】

研究デザイン：質的記述的研究

研究対象：A病院 ICUにおいて、看護実践ラダーⅢ以上取得しており、リーダー業務を行っている看護師

データ収集期間：2018年8月～9月

データ収集方法および分析：研究同意が得られた9名を3グループに分け、半構成的グループインタビューを実施した。インタビュー内容は、対象者の許可を得て録音した。録音データから逐語録を作成、逐語録を繰り返し読み返し、研究目的に関連した文章を抽出しコード化した。意味内容の類似性に基づいてサブカテゴリーを抽出し、さらにカテゴリーを抽出した。

【倫理的配慮】

研究対象者には研究目的・意義及びプライバシーの保護の保障、研究参加は自由意思であること、データ研究以外に使用しないことを口頭と書面で説明し、研究者所属施設の研究倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

インタビュー時間は平均60分であった。分析から、28個のコード、13個のサブカテゴリーが抽出され、以下の4個のカテゴリーが抽出された。【早期離床の捉え方は看護師によって違う】のカテゴリーは、≪早期離床は、端座位や、立位などのベッドから離れることだと思う≫≪早期離床は、端座位や立位になるプロセスも含まれると思う≫の他2個のサブカテゴリーで構成された。【早期離床に対して負の思いがある】は、≪早期離床に対して、自信がない≫他2個で構成された。【早期離床より優先させたいケアがある】は、≪早期離床より循環の安定が優先≫他3個で構成された。【ICUでは早期離床の困難さを感じている】は、≪患者の状態では早期離床に対しての困難さを感じている≫他1個で構成された。

【考察】

【早期離床の捉え方は看護師によって違う】では、早期離床が出来ている、出来ていないかの看護師個々の認識の違いが生じていることが考えられ、早期離床の捉え方を統一することが重要と考えた。【早期離床に対して負の思いがある】は、ICUでの離床の実施は、患者の状態変化のリスクが伴うため躊躇すること、また端座位から離床と捉えているならば、安全性への不安が生じ、離床に対しての負の思いを助長することにつながると考えた。そのため、ヘッドアップや体位変換などの日常生活動作を離床として付与することで、離床に対する負の思いの軽減につながると考える。【早期離床より優先させたいケアがある】は、患者の状態によって求められるケアは変わってくる。優先度についてはその時の状況によって判断されるため、カンファレンスなどでケアについて議論することが必要である。【ICUでは早期離床の困難さを感じている】は、その要因として看護師のスキル不足が考えられ、またそれを補う教育やサポート体制が不足していることが関係していると考えられた。

15:10～15:20 (2019年6月16日(日) 14:30～15:30 第5会場)

[O10-5] 深部静脈血栓症の理学的予防法における足関節底背屈他動運動が下肢血行動態及び安楽に及ぼす影響

○青木 麻耶¹、山勢 博彰²、田戸 朝美²、向江 剛¹、山本 小奈実²、佐伯 京子² (1. 山口大学医学部附属病院、2. 山口大学大学院医学系研究科)

キーワード：深部静脈血栓症、理学的予防法、下肢血行動態、安楽

【目的】

DVTの理学的予防法のうち、血流改善効果が高い足関節底背屈他動運動を取り入れたケアが、下肢血行動態、及び安楽に与える影響を明らかにすること。

【方法】

研究デザイン：単純ランダム割り付けクロスオーバーデザイン。

対象者：20歳以上40歳未満の健常女性16名。

実験期間：平成29年12月から平成30年9月。

実験操作：IPC（間欠的空気圧迫法）を75分間装着する群（IPC群）、IPCを15分間装着し除去後30分に1分間足関節底背屈他動運動の介入を行う群（足関節運動群）、IPCを15分間装着し除去後IPCの再装着、及び足関節底背屈他動運動の介入を行わない群（対照群）の3群とした。

評価項目：下肢血行動態（大腿静脈最高血流速度、下肢組織酸素代謝指標）、凝固線溶反応（FMC、TAT、PIC、D-dimer）、自律神経活動（HF、LF/HF）、主観的感覚（圧迫感、拘束感、足が重い、足が蒸れる、足が暑い、についてVASを測定）とした。

分析方法：下肢血行動態、凝固線溶反応、自律神経活動は、対応のある反復測定による2要因分散分析を行った。主観的感覚は、対応のある1要因分散分析を行った。

【倫理的配慮】

研究代表者の所属する倫理審査委員会の承認を得た。対象者に対し文書で説明を行い、同意を得た。

【結果】

下肢血行動態、凝固線溶反応、自律神経活動は12例を分析対象とし、主観的感覚は16例を分析対象とした。大腿静脈最高血流速度は、足関節運動群は、開始後45分以降低下したことから、足関節底背屈他動運動を行ったことにより大腿静脈最高血流速度の低下が示された。下肢組織酸素代謝指標である、 Δ HHb、 Δ O Hb、 Δ cHbは、IPC群が3群中最も低い値で推移し、対照群が最も高い値で推移した。足関節運動群は、開始後45分以降、 Δ HHbは低下したことから、足関節底背屈他動運動を行ったことにより Δ HHbの低下が示された。凝固線溶反応のうち、FMCとTATは、IPC群と足関節運動群は開始前と比較して終了後に低下し、PICは3群とも開始前と終了後の値は横ばいであったことから、介入の違いによるFMC、TAT、PICの推移に変化は示されなかった。D-dimerは、足関節運動群で開始前と比較して終了後に低下したことから、足関節底背屈他動運動の介入によりD-dimerの低下が示された。自律神経活動のうち、HFは、IPC群は15分以降、他2群と比較して低い値で推移したことから、IPC装着を継続したことによりHFの低下が示された。主観的感覚のVAS値は、5項目すべて、及び主観的感覚5項目の合計値において、IPC群が3群中最も高い値であったことから、75分間IPCを装着したことにより主観的感覚のVAS値が高くなることが示された。

【考察】

足関節運動群の大腿静脈最高血流速度が開始後45分以降低下したことは、足関節底背屈他動運動により下腿に貯留した血液が駆出されたことで血液量が低下した結果であると考えられる。 Δ HHbの推移から足関節底背屈他動運動は、下肢静脈うっ滞を改善させることが示唆された。足関節運動群は凝固能が亢進しなかったことから、DVTの理学的予防法として安全に取り入れることが出来る介入であると考えられる。また、IPC群は副交感神経活動の低下と主観的感覚のVAS値が高値であったことから、IPCの継続使用は不快感が強いことが示唆された。これらのことから、足関節運動群は、下肢静脈うっ滞の増悪、及び凝固能の亢進を生じず、IPCを継続使用した場合に生じる不快の感覚を軽減させる看護介入であることが示唆された。

一般演題（示説）

[P3] 身体的ケア

座長:杉島 寛(久留米大学病院)

2019年6月16日(日) 10:25 ~ 11:05 第7会場 (B1F コンベンションホール)

[P3-1] NPPVを受けている慢性呼吸不全患者における急性増悪の関連要因

○霜山 真^{1,2}、佐藤 富美子³、佐藤 菜保子³ (1. 宮城大学看護学群、2. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻がん看護学分野 博士後期課程、3. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻がん看護学分野)

10:25 ~ 10:32

[P3-2] 植込型補助人工心臓装着患者の術後 ICUでの ADL再獲得にむけ介入した1事例

○中石 史香¹、杉原 里子¹、岩田 美樹¹、井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院)

10:32 ~ 10:39

[P3-3] 盲目的およびマノメータを用いた換気精度の比較—職種間の相違—

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)

10:39 ~ 10:46

[P3-4] 肥満、意識障害患者への呼吸ケアにより再挿管が回避できた一症例

○瀬戸間 法恵¹、立野 淳子¹、中西 優子¹ (1. 小倉記念病院看護部)

10:46 ~ 10:53

[P3-5] 経管栄養剤に含まれる水溶性食物繊維が下痢に与える影響

○宮田 俊一¹ (1. 埼玉医科大学総合医療センター)

10:53 ~ 11:00

10:25 ~ 10:32 (2019年6月16日(日) 10:25 ~ 11:05 第7会場)

[P3-1] NPPVを受けている慢性呼吸不全患者における急性増悪の関連要因○霜山 真^{1,2}、佐藤 冨美子³、佐藤 菜保子³ (1. 宮城大学看護学群、2. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻がん看護学分野 博士後期課程、3. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻がん看護学分野)

キーワード：慢性呼吸不全、非侵襲的陽圧換気療法、急性増悪、セルフケア

【目的】

在宅療養中の非侵襲的陽圧換気療法（Noninvasive Positive Pressure Ventilation; NPPV）を受けている慢性呼吸不全患者は、呼吸機能の予備能や運動耐用能も乏しいことから感冒などにより容易に急性増悪をきたし緊急入院に至ることが多い。本研究は NPPVを受けている慢性呼吸不全患者における急性増悪に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

【方法】

2017年10月から2018年6月までに、A県内の総合病院呼吸器内科外来に通院中の NPPVを受けている慢性呼吸不全患者を対象に、診療録およびセルフケア能力に関する質問紙（Self-Care Agency Questionnaire; SCAQ）から調査を行った。データ収集内容は年齢、性別、主病名、NPPV継続年数、喫煙経験の有無、過去3カ月間の急性増悪の有無、過去3か月間の急性増悪回数、ADL、セルフケア能力とした。データ分析方法は過去3か月間の急性増悪の有無と各調査項目を Mann-Whitney の U 検定およびカイニ乗検定を用いて比較検討した。

【倫理的配慮】

東北大学大学院医学系研究科および各協力機関の研究倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

同意が得られた対象は31名であった。性別は男性18名（58.1%）、平均年齢は73.0±10.2歳であった。慢性呼吸不全の主な原因疾患は COPD13名（41.9%）、肺胞低換気症候群10名（32.3%）、肺結核後遺症6名（19.4%）であった。平均 NPPV継続年数は3.0±3.7年、喫煙経験がある者は19名（61.3%）であった。過去3か月間の急性増悪があった者（増悪経験群）は8名であり、3か月間の平均増悪回数は1.1±0.4回であった。セルフケア能力の下位尺度の平均得点は健康管理法の獲得と継続41.3±6.6、体調の調整30.6±3.3、健康管理への関心32.5±2.8、有効な支援の獲得20.6±4.2であった。セルフケア能力の平均総得点は124.9±12.4であった。各調査項目を増悪経験群と急性増悪がなかった群（増悪なし群）で比較検討した結果、増悪経験群は増悪なし群に比べて、NPPV継続年数とセルフケア能力（健康管理法の獲得と継続、体調の調整、健康管理への関心、総得点）が有意に低かった（ $p<0.05$ ）。

【考察】

NPPVを受けている慢性呼吸不全患者における急性増悪に関連する要因として、NPPV継続年数とセルフケア能力が明らかとなった。過去に急性増悪があった者は NPPV継続年数が短く、NPPV機器の取り扱いや療養生活に不慣れであることが推察される。また、セルフケア能力が低かったため、セルフケア能力の向上を目的とした看護支援を行うことの重要性が示唆された。

10:32 ~ 10:39 (2019年6月16日(日) 10:25 ~ 11:05 第7会場)

[P3-2] 植込型補助人工心臓装着患者の術後 ICUでの ADL再獲得にむけ介入した1事例○中石 史香¹、杉原 里子¹、岩田 美樹¹、井野 朋美¹ (1. 熊本赤十字病院)

キーワード：植込型補助人工心臓

【目的】

わが国の植込型 VAD 治療は、現時点で心臓移植へのブリッジ使用を目的としており長期にわたる移植待機期間を乗り切るために使用されている。A氏の術後経過は良好であったが、ADLの再獲得ができていない状況が

あった。そこで、看護チームは問題と捉え ADLの再獲得に着目し看護ケアの見直しを行った。今回、看護ケアと多職種カンファレンスを実施し A氏の ADLが変化したため、ここに報告する。

【方法】

症例報告

【事例紹介】

重症虚血性心不全の診断で植込型補助人工心臓手術を行った60歳代男性、A氏。

A氏の入院前のADLは自立していた。入院後は、指示で床上安静とIABP挿入肢の屈曲禁止、寝返りは可能だが、起き上がりはギャッチアップ30度までの制限が設けられていた。廃用症候群予防目的に術前より心臓リハビリテーションの介入はなされていた。約3週間床上安静であったため、ADLの介助を必要としていた。

【倫理的な配慮】

研究対象者には研究の趣旨、研究参加の自由と途中辞退の自由、秘密の保持、途中辞退の場合もその後の治療や入院生活に全く影響しないことを文書で示し署名により研究参加の同意を得た。所属施設の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

A氏の術後経過は良好で、リハビリと機器の取り扱いには積極的であったが、ADL再獲得に関しては看護師に依存していた。介入する看護師によってケアにばらつきが見られており、自宅退院を意識した介入が統一できていなかった。また、チームでA氏の現状を把握する必要があると考えた。そこで自宅退院を見据え①ADL再獲得に向けた看護ケアの見直しと②ADL再獲得に向けたチームアプローチの2つを計画した。①に関しては、リハビリ以外の時間も日常生活動作を積極的に行えるように看護ケアの再構築を行い、リハビリチェック表やセルフケア獲得表などを使用し看護ケアの統一を図った。看護チームで随時カンファレンスを実施し、A氏の状況を共有し、看護ケアの評価、修正を行った。②に関しては情報提供を行い、チームで目標を設定し共有した。また、リハビリや機器の取り扱い指導がA氏の疲労となっていることを共有し、チームとして補助人工心臓の指導を一旦中止し、ADL獲得を最優先することを決定した。そのため、チームとしての意向をプライマリーナースがA氏に説明し、同意を得た。ADL再獲得に向けた看護ケアを見直した結果、特に【食事】【移乗】に関する項目でADLが変化した。【食事】に関して介入前、食事環境を整える準備は全て看護師が実施しており、ベッド上で食事を摂取していた。A氏と目標を共有し、看護ケアの統一を行った結果、自己にて食器の蓋を開け車椅子に移乗し食事を行えるようになった。【移乗】に関して介入前は立位保持困難のため、数名で車椅子に移乗していた。リハビリ以外での移乗の機会を増やし、日中はバッテリーへの切り替えを行い活動性の拡大を図った。その結果、軽介助にて立位可能となった。また転出時には、ICUでのADL状況と介入内容を一般病棟へ申し送り、再獲得に向け継続した看護ケア介入を依頼した。

【考察】

今回、ADL再獲得に向けて看護師がケアの再構築、評価、修正を行った。また、看護師が多職種へ働きかけ調整を図り、チーム全体で目標を共有し介入したことでA氏のADLに変化が生じたと考えられる。

10:39 ~ 10:46 (2019年6月16日(日) 10:25 ~ 11:05 第7会場)

[P3-3] 盲目的およびマンメータを用いた換気精度の比較—職種間の相違—

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)

キーワード：流量膨張式蘇生バッグ(FIRB)、マンメータ、呼吸管理、小児

【目的】

小児は成人に比べ、呼吸原性に心停止することが多く、蘇生の成功には適切な換気が重要であるといわれている(Berg et al., 1999)。小児の呼吸管理を行う際、一般的にバックバルブマスク(BVM)と流量膨張式蘇生バッグ(FIRB)がある。FIRBは、呼気終末陽圧(PEEP)の維持、最大吸気圧(PIP)や吸気・呼気時間の調節等の利点が報告されており(松下, 2003)、重症小児患者に有用な用手換気用具である。また、新生児や乳幼児では、肺容

量が少なく、肺コンプライアンスが低いため、患児の病態などを考慮した気道管理を必要とされる。そこで、本研究では、小児集中治療室(PICU)の医師・看護師を対象とし、盲目的換気と加圧値を可視できるマノメータを用いた換気との比較を通して、換気の精度を検証することを目的とした。

【方法】

研究協力に同意した看護師29名(経験年数 7.2 ± 5.1 年、PICU経験年数 3 ± 3.7 年)および医師7名(経験年数 10.3 ± 1.9 年、PICU経験年数 4 ± 2.4 年)、合計36名を対象とした。検証方法は酸素ガス流量を $8\text{L}/\text{min}$ とし、FIRB、フローアナライザー PF-300(imt社製)、SMSモデル肺(imt社製)を用いた圧測定回路を用いて、研究協力者に設定圧を提示し、研究協力者が適正圧と判断してから30秒間圧測定を行い、PEEP平均値、PIP平均値をそれぞれ記録した。設定圧は、標準圧(PIP $20\text{cmH}_2\text{O}$ 、PEEP $5\text{cmH}_2\text{O}$)、高圧(PIP $30\text{cmH}_2\text{O}$ 、PEEP $10\text{cmH}_2\text{O}$)の2群を提示し、肺モデルは、基準肺モデル(コンプライアンス $50\text{mL}/\text{cmH}_2\text{O}$ 、気道抵抗 $20\text{mL}/\text{cmH}_2\text{O}/\text{L}/\text{sec}$)、傷害肺モデル(コンプライアンス $10\text{mL}/\text{cmH}_2\text{O}$ 、気道抵抗 $200\text{mL}/\text{cmH}_2\text{O}/\text{L}/\text{sec}$)、ETT(Endotracheal tube)リークモデルを設定し、合計6パターンの肺モデルとした。データは、盲目的およびマノメータ(マーキュリーメディカル社製)使用下で実施した。得られたデータはEZRV1.37を用いて分散分析を行い、有意水準を5%以下とした。なお、本研究は所属機関の倫理委員会の承認を受けて実施した。

【結果】

すべての設定圧および肺モデルにおいて、職種間には、統計学的有意差はなかった(p 値: $0.16 \sim 0.93$)。しかし、看護師は設定圧より逸脱することがあり、特に盲目的換気では認められた(例: 高圧損害肺モデル(PIP)/設定値 vs 測定値[median]: 30 vs 38.4)。またマノメータを用いた換気では、測定値の幅が設定値に近いケースが多く認められた(例: 高圧 ETTリークモデル(PIP)/ 30 vs 30.1)。

【考察】

盲目的およびマノメータを用いた換気の精度に関して、職種間では統計学的有意差が生じていなかった。これは職種間における技術の違いが生じていないことを示唆している可能性がある。PIPについて先行研究(Neumann et al., 1985)では盲目的換気において、指示加圧値を上回り、盲目下加圧による圧損傷の危険性を報告している。このことから、盲目的換気は過剰圧換気が引き起こす可能性を示唆している。先行研究(原口ら, 2019)において、FIRBによる換気補助は肺のコンプライアンスによって、換気量や加圧値に差異が生じるとされている。本研究の結果から、マノメータ使用下の換気は、肺のコンプライアンスにより生じる換気量や加圧値の差異を抑えることができる可能性を示唆している。

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て実施している。また本研究におけるすべての著者には規定されたCOIはない。

10:46 ~ 10:53 (2019年6月16日(日) 10:25 ~ 11:05 第7会場)

[P3-4] 肥満、意識障害患者への呼吸ケアにより再挿管が回避できた一症例

○瀬戸間 法恵¹、立野 淳子¹、中西 優子¹ (1. 小倉記念病院看護部)

キーワード: 呼吸管理

【目的】

当院SCUでは動脈瘤や脳梗塞に対する血栓溶解療法や血管内治療を必要とする患者の割合が多く、人工呼吸管理を必要とする患者は少ない。人工呼吸器管理となった場合は、ケアの経験や知識不足から呼吸ケアに難渋することがある。

今回、肥満体型と意識障害により人工呼吸器離脱後の呼吸管理に難渋したケースを振り返ることで看護への示唆を得ることを目的とした。

【方法】

症例紹介: A氏 60代男性 既往歴: 高血圧、狭心症 体型: BMI (body mass index) 34
右被殻出血の診断で開頭血腫除去術と外減圧術を施行した後、術後2日目に人工呼吸から離脱、抜管と

なった。意識レベル1-3 MMT：左上肢1/5、下肢2/5 NIHSS17点。抜管翌日、酸素マスク6L/minで SpO₂ 88%に低下、呼吸回数32回/分の頻呼吸、呼吸様式は努力呼吸を呈し、NPPV（noninvasive positive pressure ventilation）が開始となり、再挿管も検討されていた。

研究期間：平成30年10月～12月

分析方法：介入期間を、抜管直後の時期とリハビリ促進時期に分けて、各期における看護介入について看護記録を元に振り返った。

【倫理的配慮】 院内看護研究倫理委員会の承認を得た。

【結果】

1. 抜管直後の時期

1) 現状に関する情報共有とケア計画の立案

問題点の整理とケア計画の立案を目的とした看護カンファレンスを開催した。カンファレンスでは、現在の問題点として、胸水貯留による圧排性無気肺と心不全併発によるシャント増加と換気血流不均衡、拡散障害に起因する酸素化障害をきたしていること、肥満体型から頭部挙上体位による腹部圧迫から横隔膜が挙上することで有効な呼吸運動を妨げていることを整理することができた。看護計画では、ベッドのローチェア機能を使用した体位の工夫により腹部の圧迫を緩和し、安楽な姿勢を保持した上で、定期的な背面解放を試みること、フローアシスト効果とPeeP様効果を期待して高流量酸素療法と無気肺改善を目的としたNPPVの間断的な実施を取り入れた。また、ケアを統一するために、ベッドサイドに1日のスケジュールを掲示した。看護計画の評価のためにカンファレンスを繰り返し実施すると、左半身麻痺により体位の保持が困難な状況があることがわかり、枕を使用した体位の保持について看護チームで検討を行なった。

2. リハビリ促進期

1) 日常生活動作の中にリハビリを取り入れる取り組み

術後7日目には、酸素化は安定し始め、同時に意識レベルの改善に伴い少しずつ発語を認める様になったため、嚥下評価ののちに経口摂取の開始が検討されていた。嚥下評価では、水分ではムセがあり、咽頭期の嚥下障害を認めた。左麻痺のある患者では、口腔内左側に食物残渣が残ることが誤嚥に繋がり、呼吸状態の悪化をきたすことが危惧された。そこで、誤嚥予防を看護目標とし、理学療法士や言語聴覚療法士からの助言を得て、食事介助や食後の体位を工夫し、統一したケアができる様に情報共有を行なった。

結果、誤嚥性肺炎を起こすことなく、酸素をOFFしても酸素化を維持することができた。

【考察】

SCU病棟では意識障害が多く機能回復に時間を要す。そのような患者に多職種間で情報共有、カンファレンスを行うことで統一した目標設定、ケアを行うことができる。今回多職種との連携にて個別性あるケアが実施され意識改善・機能回復ができたと考えられる。人工呼吸器管理後に難渋する症例は多くないからこそ、人工呼吸に関連した呼吸ケアの知識向上に努め、個別性あるケアを提供する必要がある。

10:53～11:00 (2019年6月16日(日) 10:25～11:05 第7会場)

[P3-5] 経管栄養剤に含まれる水溶性食物繊維が下痢に与える影響

○宮田 俊一¹ (1. 埼玉医科大学総合医療センター)

キーワード：経管栄養、プロ・プレバイオテックス、下痢

【はじめに】

静脈経腸栄養ガイドラインでは、腸が機能している場合は、経腸栄養を選択することを推奨しており¹⁾、生理的で、コスト面からも経静脈栄養より優れている。しかし、通常の経口摂取と異なり合併症も多く、特に消化器系合併症は、30～38%と頻度が高い。その中で、下痢は最も多い合併症とされている。今回、重症患者に対し水溶性食物繊維が配合された経管栄養剤を使用し下痢の改善を認めた症例を経験したので報告する。

【倫理的配慮】

口頭及び書面にて個人が特定されないように匿名化することまた、研究利用に拒否をした場合にも診療上の不

利益を生じないことを説明し同意を得た。

【症例】

70歳代女性 既往歴：甲状腺機能低下症（未指摘）、糖尿病、軽度知的障害、日常生活は可能 BMI:13.8

【経過・結果】

自宅階段3段より転落し、翌日ケアマネが発見し救急要請した。C5椎体・椎弓骨折に対し手術加療を行った。経管栄養剤は、3病日目に開始となった。術後、呼吸器離脱困難にて8病日目に気管切開術を行った。10病日目より、下痢（ブリストルスケール7）が認められた。15病日目には、発熱、白血球数の増加、痰の性状の変化が認められVAPと判断し抗菌薬治療開始となる。その間も下痢の改善はなく、整腸剤（ラックビーN）の開始及び一時的に腸管休息を行い下痢の改善を待った。19病日目に下痢の改善が認められ、消化態栄養であるペプチーノが開始となった。34病日目のNST介入時には、下痢が再度持続し、BMI13.1と低下を認められた。必要エネルギー量に対し過不足であり脂質投与不足も考慮し、MAR-2への変更、投与速度時間の調整を提案した。しかし、下痢（ブリストルスケール6から7へ）の改善は認められず、83病日目にアイソカルRTUへの変更及び投与速度のさらなる調整を行った。排便性状は変わらないものの排便回数の減少が認められた。96病日目から下痢（ブリストルスケール7から5へ）の改善も認め、排便回数も安定した。

【考察】

経管栄養剤における下痢の合併症対策として、経管栄養剤の投与速度や浸透圧を調整する。また乳糖不耐症例に対しては、乳糖フリー製剤への変更や、吸収・消化障害を呈する場合は、成分栄養剤に変更する。今回、一症例であったが、外傷、手術、感染などの大きな侵襲による腸内細菌叢の破綻が下痢の要因と考えられた。アイソカルRTUの特徴として、体液と等張な浸透圧に加え水溶性食物繊維（グアーガム分解物）が含まれている。先に投与されていた整腸剤の単独投与のみでは、腸内細菌叢のバランスを整える作用が弱く、今回アイソカルRTUを加えた事で、水溶性食物繊維がプレバイオテックスとして働きプロバイオテックス（整腸剤）の餌となり整腸作用が強化した可能性が考えられた。

【結論】

経管栄養剤における消化器系合併症（下痢）の対策の一つとして、腸内細菌叢に着目したプロ・プレバイオテックスを活用し、整腸剤の投与に加えて食物繊維を含有した経管栄養剤を併用することで下痢の改善につながる可能性がある。

引用文献

1)日本静脈経腸栄養学会編. 静脈経腸栄養ガイドライン 静脈経腸栄養を適正に実施するためのガイドライン第3版.照林社,東京,2013,p14-15.

一般演題（示説）

[P4] せん妄ケア・リハビリテーション

座長:月俣 夏織(済生会八幡総合病院)

2019年6月16日(日) 11:10 ~ 11:50 第7会場 (B1F コンベンションホール)

[P4-1] テキストマイニングを用いた本邦のせん妄に関する看護研究の動向と課題

○高橋 啓太¹、渡部 大地²、佐土根 岳²、神田 直樹¹ (1. 北海道医療大学看護福祉学部、2. 手稲溪仁会病院)

11:10 ~ 11:17

[P4-2] サーカディアンリズムに働きかけた看護ケアのせん妄予防への効果

○牧野 愛美¹、中山 由理奈¹ (1. NHO嬉野医療センター)

11:17 ~ 11:24

[P4-3] ICU入室患者における早期離床に対する援助

○藤田 杏莉¹、三浦 未菜¹ (1. 市立釧路総合病院 ICU病棟)

11:24 ~ 11:31

[P4-4] 手術後早期離床の取り組みに関する看護師の研究動向と課題

○犬童 隆太¹、城丸 瑞恵² (1. 札幌医科大学大学院保健医療学研究科、2. 札幌医科大学保健医療学部看護学科)

11:31 ~ 11:38

[P4-5] ICUから始めるフットケア～第一報：現状と課題～

○三浦 真裕¹ (1. 社会医療法人 北海道循環器病院 ICU/CCU)

11:38 ~ 11:45

11:10 ~ 11:17 (2019年6月16日(日) 11:10 ~ 11:50 第7会場)

[P4-1] テキストマイニングを用いた本邦のせん妄に関する看護研究の動向と課題

○高橋 啓太¹、渡部 大地²、佐土根 岳²、神田 直樹¹ (1. 北海道医療大学看護福祉学部、2. 手稲溪仁会病院)

キーワード：せん妄、テキストマイニング

【はじめに】

せん妄は、死亡率の上昇やICU滞在日数・入院期間の延長と関連があり、クリティカルケアを受ける患者において重要な課題である。本邦においても、近年せん妄に関する看護研究が多数報告されているが、動向は把握されていない。

【目的】本邦のせん妄に関する看護研究の動向を把握し、課題を検討することを目的とする。

【研究方法】

医学中央雑誌のタイトル検索で「せん妄」をキーワードとし、論文種類は「原著論文」「会議録」、分類は「看護」で絞り込み検索を行った。年次別の文献数の推移から、年間20件を超えて増加傾向にあった2002年から2018年までの文献タイトルを分析対象として、テキストマイニングを行なった。分析にはKH coder (樋口、2014)を用い、抽出語分析、および、「せん妄」を関連語とする共起ネットワーク分析を実施した。

【結果】

文献検索の結果、1326件の文献タイトルを対象とした。抽出語リストで多かったものは、名詞で「せん妄」「患者」「術後」、サ変名詞で「看護」「発症」「予防」であった。「せん妄」を関連語とする共起ネットワーク分析では、「患者」「術後」「看護」「予防」「ケア」「要因」「発症」との共起関係が強く表されていた(図1)。

【考察】

抽出語リスト及び共起ネットワークにおいて、せん妄に関する看護研究は、術後患者を対象にせん妄発症の要因や予防に対する看護ケアの観点で行われていることが示唆された。また「CAM-ICU」「ICDSC」と「導入」「意識」「変化」「現状」「調査」「評価」などの語がネットワークを結んでいることから、J-PADガイドラインの発表に伴い、多くの施設でスケールの導入が進められていると考えられる。一方で「効果」の語が「予防」「術後」と共起関係を表す線で結ばれているが、「看護」「ケア」「発症」とは結ばれていない。このことから、せん妄予防の効果が研究されているが、せん妄患者の看護に対する効果を検証した研究が比較的少ないことが示唆される。せん妄期間の延長は長期的な認知機能障害や実行機能障害との関連が指摘されており、せん妄発症に対する看護ケアとその効果を長期的な視点で評価していくことが今後の課題であると考えられる。

【結論】

本邦におけるせん妄に関する看護研究では、術後患者を中心に発症要因や予防の観点での研究が多い傾向であった。せん妄患者に対する看護ケアの効果を検証した研究は少なく、今後の研究の積み重ねが期待される。

11:17 ~ 11:24 (2019年6月16日(日) 11:10 ~ 11:50 第7会場)

[P4-2] サーカディアンリズムに働きかけた看護ケアのせん妄予防への効果

○牧野 愛美¹、中山 由理奈¹ (1. NHO嬉野医療センター)

キーワード：サーカディアンリズム、人工呼吸器装着、せん妄予防、CAM-ICU

【目的】

今回は、サーカディアンリズムに働きかける看護ケアを含めた統一した介入が、人工呼吸器装着患者のせん妄予防に効果があったのかを検討することを目的とした。

【方法】

1.対象

(1)従来ケア群：平成30年2月～平成30年4月までの期間に A病院の ICUに入室していた人工呼吸器装着・従来ケアを実施した患者で、CAM-ICUを使用し、せん妄評価を行った患者4名。

(2)看護介入群：平成30年5月～平成30年9月までの期間に A病院の ICUに入室した人工呼吸器装着・サーカディアンリズムに働き

かける統一した看護ケアを実施した患者12名。

1)統一した看護ケア内容として、①日中の覚醒を促す、②音楽を聴いてもらう、③消灯時間は電気を消し可能であればカーテンを閉める、④朝起床時に電気をつけブラインドをあける等を行い、チェック表を用いてケアの実施確認をした。

2.収集データと分析方法

使用した鎮静薬の種類、鎮静薬の投与量、RASS・CPOT・CAM-ICUの各スコア、自己抜管発生の有無、身体抑制の有無、初回りハビリまでの日数をカルテより収集し、t検定を用いて分析を行った。

【倫理的配慮】本研究は、所属施設の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

看護介入群・従来ケア群ともにせん妄発症率は50%であったが、CAM-ICUを使用し初めてせん妄ありと評価された平均日数は従来ケア群で1.75日、看護介入群で4.33日であった。その他項目については表1に示す。

【考察】

看護介入群と従来ケア群では、せん妄発症率は同じ50%となっているが、せん妄発症までは2.55日の差があった。サーカディアンリズムに働きかけた看護ケアを実施した事は、重要な介入であったと考える。また、RASSの評価を考慮し、医師の協力を得て鎮静を適切に行う事も、せん妄を発症するまでの期間の延長に繋がったと考える。今回作成していたケア表の効果として、せん妄に対する統一した看護介入が実施できたと考える。今後もサーカディアンリズムに働きかける事を意識し、統一した看護介入を継続することが重要である。

11:24～11:31 (2019年6月16日(日) 11:10～11:50 第7会場)

[P4-3] ICU入室患者における早期離床に対する援助

○藤田 杏莉¹、三浦 未菜¹ (1. 市立釧路総合病院 ICU病棟)

キーワード：早期リハビリテーション、せん妄、精神的援助

【目的】

ICU入室患者の早期離床のためには、適切な鎮痛・鎮静を図り、せん妄を予防し早期からリハビリテーション(以下リハビリとする)を介入することが重要とされている。今回適切な鎮痛・鎮静・せん妄管理を行うことで、早期からリハビリを可能にし、早期離床に繋がった症例を振り返り、今後の看護援助に活かせるよう本研究に取り組んだ。【患者紹介】A氏、女性、間質性肺炎、急性呼吸促進症候群により人工呼吸器装着。第17病日目に抜管。翌日に呼吸状態悪化あり再挿管。第28病日目に再抜管、翌日に一般病棟へ退室。

【方法】

対象者の診療録・看護記録・リハビリ記録から情報収集を行い、関わった援助内容について抽出し振り返り、文献を使用して客観的に分析を行う。医師指示では疼痛時NRS>4、CPOT>3でフェンタニルクエン酸塩を1時間量早送り、10分後に再評価。不穏時はRASS+1以上で介入、RASS目標-1～0、夜間-3～-1、20時～6時はデクスメトミジン塩酸塩を使用し就眠を促進。せん妄はCAM-ICUで評価し、発症時は指示薬使用。

【倫理的配慮】

対象者へ研究目的・方法・個人情報の保護、研究参加の有無により対象者が不利益を被らないことを文書と口頭で説明し同意を得た。所属施設の倫理審査委員会を通し承認を得て実施した。

【結果】

入室時より医師の指示通り、適切な鎮痛・鎮静が図れるよう薬剤や環境の調整を行った。また保清や口腔ケアの方法をA氏と相談しながら行うことで満足感が得られ、ICU在室期間はせん妄を発症せず経過でき、ストレスの増強はなくリハビリに対しては初期から意欲的な言動が聞かれた。主治医や理学療法士らと多職種間でカンファレンスや情報交換を行い、その日のA氏の状態やリハビリの予定や方針について話し合い、連携を図った。またA氏を交えて目標を設定し、入室翌日からリハビリを開始し筋力低下はなく、段階的に端坐位や立位を行った。第24病日目にはカスターを使用して歩行訓練を開始し、継続して行うことができ早期離床に繋がった。

【考察】

早期リハビリとは疾患の新規発症、手術または急性憎悪から48時間以内には開始するリハビリのことであり、A氏は入院翌日からリハビリを介入することができていた。ICUに入室するすべての重症患者において適切な鎮痛・鎮静管理、認知機能が維持されることで、積極的な早期リハビリを取り入れることが容易になるとされている。A氏に対して適切な鎮痛・鎮静管理やせん妄の予防を行い、セルフケアや日常生活動作の低下がないようにA氏と相談し統一した援助を行った。その結果、認知機能の維持に繋がって早期からのリハビリを可能にしたと考える。集中治療における早期リハビリテーション～根拠に基づくエキスパートコンセンサス～では、看護師の役割は、「安全かつ効果的に早期リハビリテーションを行うための環境を整備し、患者の日常生活を支援すること」としている。A氏に対して、主体的にリハビリが取り組めるよう計画を立て、目標をA氏や多職種と共有することで主体性を重視した関わりとなり、安全で効果的なリハビリに繋がったと考える。また保清や口腔ケアなど日常生活動作の支援を行うことで満足感が得られ精神的援助となり、リハビリに対する意欲へ繋がったと考える。

【結論】

早期離床を容易にするために適切な鎮痛・鎮静、せん妄管理を行い、多職種と連携を図ることや精神的援助が重要であると再認識し、今回の結果を通し、今後ICUに入室する患者に対して効果的な援助ができるよう活かしたいと考える。

11:31 ~ 11:38 (2019年6月16日(日) 11:10 ~ 11:50 第7会場)

[P4-4] 手術後早期離床の取り組みに関する看護師の研究動向と課題

○犬童 隆太¹、城丸 瑞恵² (1. 札幌医科大学大学院保健医療学研究所、2. 札幌医科大学保健医療学部看護学科)

キーワード：早期離床、研究動向

【目的】

本研究は、早期離床に関する研究について検討し、早期離床の取り組みに関する研究動向と今後の課題について示唆を得ることを目的とした。

【方法】

文献の抽出には医学中央雑誌 Web Ver.5を使用し、検索期間は1999年～2018年、検索キーワードは、「早期離床」&「手術後」として看護文献・原著文献から抽出した。

その結果、123件が抽出され、重複文献、内容が解説・事例である文献を除外し、64文献を分析対象とした。研究目的・内容から、「早期離床に関する取り組み(18件)」、「早期離床による合併症(2件)」、「早期離床に関する認識(12件)」、「早期離床に関する基礎資料(32件)」に分類できた。本研究では、早期離床への具体的な実践に関する研究動向について示唆を得ることを目的としているため、「早期離床に関する取り組み」に関する研究18文献を最終的な分析対象とした。

【倫理的配慮】

文献研究として著作権に留意した。また、分析の過程では共同研究者との検討を行い妥当性の確保に努めた。

【結果】

研究目的は、「マニュアル・基準作成、基準見直しに関する取り組み(以下マニュアル・基準)」の12件と、「その他」の6件に大別され、「マニュアル・基準」は、12件中11件が量的研究であり、主に自施設内で独自に作成

したマニュアル・基準の効果を検証する研究が行われていた。「その他」では、6件すべてが量的研究であり、足浴などの快刺激を与えること、段階的離床の実施が行われ、その効果を検証する研究であった。また、研究全体では、量的研究のうち記述統計のみの研究が11件、記述統計に加え推測統計を行っている研究が6件であった。

【考察】

早期離床の取り組みに関する研究では、マニュアルや基準作成の効果を検証する研究が行われていた。これは、早期離床の必要性の認識が高まる一方で、各病棟の疾患が多様化し、それに応じたりハビリテーションを目標にしていることが背景にあると考えられる。

量的研究において、用いられた分析方法は、自施設に関する記述統計のみの研究が多くみられた。記述統計は自施設の取り組みを評価できる半面、一般化が難しい。今後は研究成果の一般化が可能な標本サイズを持つ研究の増加が期待される。

手術後の早期離床では、心臓血管外科や消化器外科など疾患が多岐にわたり、手技の統一が困難であることが考えられる。そのため、各疾患共通で活用できる観察項目やリハビリテーション基準の導入と、その研究結果の共有が必要と考えられる。

11:38 ~ 11:45 (2019年6月16日(日) 11:10 ~ 11:50 第7会場)

[P4-5] ICUから始めるフットケア～第一報：現状と課題～

○三浦 真裕¹ (1. 社会医療法人 北海道循環器病院 ICU/CCU)

キーワード：ICU、フットケア、早期離床

【背景】

近年、早期リハビリテーションは短期的にも長期的にも有用であること報告がされている。しかし、重症患者では下肢のトラブルが発生し、リハビリテーションを開始できないことがある。現在ICU看護師のフットケアに対する認識やケアに関する先行研究は少ない。そこでICU看護師のフットケアに対する認識やケアを調査し現状を把握し、今後の課題を見出すことにした。

【目的】

ICU看護師のフットケアに対する認識やケアの調査をして現状を把握し、今後の課題を見出す。

【方法】

当院ICU看護師23名を対象にしたアンケート調査をし、課題を見出す。

【倫理的配慮】

本研究は所属長の許可を得て研究を進めた。対象に対してアンケートの回答は自由意思であり回答のしないことと何ら不利益を生じないこと、アンケート結果は個人を特定できないように通し番号で管理すること、本研究発表以外に使用しないこと、アンケート結果は研究終了後に研究者が速やかに破棄することを文書と口頭で説明した。

【結果】

アンケート回収率は100%。「下肢の観察を行う疾患」では閉塞性動脈硬化症（18名）、糖尿病（18名）、心不全（14名）であった。「下肢の観察項目」では動脈触知（22名）、チアノーゼ（22名）、創傷の有無（22名）であった。「いつ観察するか」では受け持ち開始時（12名）、体位変換時（10名）、手術直後（8名）、心臓カテーテル検査または治療後（8名）であった。「観察の目的」では末梢循環の確認（8名）、異常の早期発見（5名）、フィジカルアセスメント（5名）であった。「実践しているケアは」では保湿（17名）、足浴（11名）、爪切り（11名）、弾性ストッキング（11名）であった。

【考察】

「下肢の観察を行う疾患」では結果で上述した疾患以外は、動静脈疾患の回答が多かった。これはICU看護師が普段から動静脈疾患に接することが多いためと考えられた。下肢のトラブルが頻発し、ICUにも一定数存在する透析患者との回答は0であった。「下肢の観察項目」では胼胝のみが低かった。胼胝は他の観察項目に比べ、重

要視されにくいまたはトラブルと認識していない可能性がある。「いつ観察するか」では日常のケア以外は下肢のルート挿入に関連した時であり、ルート挿入時には下肢血流を観察していると考えられる。下肢のトラブルを回避するためには、できるだけ初期にトラブルの発生を確認する必要があるがルート挿入時に特に意識されている傾向にある。「観察の目的」でトラブルの発生を確認すると答えた割合は全回答から8.6%にとどまった。またリハビリテーションのためと回答はなかった。「実践しているケアは」保湿が一番多かった。

【結論】

- ・ A病院のICU看護師はフットケアを行なっているが、認識やケアは統一されていない。
- ・ 下肢トラブルのリスクの高い疾患や観察などが系統的に行えておらず、フットケアに対する基礎知識が低い。
- ・ 課題はICUでなぜフットケアが必要であるかの動機づけである。

一般演題（示説）

[P5] その他

座長:井野 朋美(熊本赤十字病院)

2019年6月16日(日) 13:30 ~ 14:10 第7会場 (B1F コンベンションホール)

[P5-1] 救命救急センター配属直後の看護師が抱く救急看護の困難感

○太田 幸宏¹、八木橋 慶子¹、佐藤 雅美¹ (1. 青森県立中央病院)

13:30 ~ 13:37

[P5-2] 集中治療室における看護師の臨床判断に関する文献検討

○新庄 すみれ^{1,2}、矢富 有見子³ (1. 日本赤十字社東京都支部 大森赤十字病院、2. 国立看護大学校 研究課程部 前期課程、3. 国立看護大学校)

13:37 ~ 13:44

[P5-3] ICU Diaryにより生じるネガティブな感情

○西 裕子¹、春名 純平¹ (1. 札幌医科大学附属病院 ICU病棟看護室)

13:44 ~ 13:51

[P5-4] 北海道クリティカルケア研究会の活動と課題

○佐土根 岳⁵、山田 修平²、中村 公彦³、永野 のぞみ⁴、高橋 啓太¹ (1. 北海道医療大学 看護福祉学部 看護学科 成人看護学講座、2. 北海道科学大学 保健医療学部 看護学科、3. 札幌市立大学大学院 看護学研究科 博士前期課程、4. 国立病院機構 北海道医療センター 看護部、5. 手稲溪仁会病院)

13:51 ~ 13:58

[P5-5] 認定看護師の社会貢献活動についての一報告

○谷口 誠太¹、増居 洋介²、有田 孝³、山下 亮⁴、月俣 夏織⁵、大西 翠⁶、本田 稔⁷、清村 紀子⁸ (1. 社会医療法人財団 池友会 福岡和白病院 看護部、2. 北九州市立医療センター 看護部、3. 一般財団法人 平成紫川会 小倉記念病院、4. 北九州市立八幡病院 看護部、5. 社会福祉法人 恩賜財団 福岡済生会八幡総合病院 看護部、6. 戸畑共立病院 看護部、7. 社会医療法人財団 池友会 新行橋病院 看護部、8. 大分大学医学部 基盤看護学講座 基礎看護学領域)

13:58 ~ 14:05

13:30 ~ 13:37 (2019年6月16日(日) 13:30 ~ 14:10 第7会場)

[P5-1] 救命救急センター配属直後の看護師が抱く救急看護の困難感

○太田 幸宏¹、八木橋 慶子¹、佐藤 雅美¹ (1. 青森県立中央病院)

キーワード：救命救急センター、配属直後、困難感

【目的】

救命救急センター配属直後の看護師が抱く救急看護の困難感を明らかにする。

【方法】

調査期間は9月12日～10月25日。対象は、A病院救命救急センター配属3年未満の看護師（以下看護師とする）である。調査内容は、対象者の属性、救命救急センター配属直後に感じた救急看護の困難感について半構造的面接を行った。分析は、逐語録を作成し内容分析の手法を参考にコード化、カテゴリー化した。

【倫理的配慮】

研究対象者には、研究の趣旨・方法について文書と口頭で説明し同意を得て面接を実施、研究で得たデータは本研究以外では使用せず、研究終了後速やかに破棄することとした。本研究は青森県立中央病院の倫理審査委員会の承認を得たものである。

【結果】

対象者は6名（男性1名、女性5名）、平均年齢 35.3 ± 2.01 歳、平均看護師経験年数113ヶ月（min55ヶ月～max235ヶ月）、平均配属年数21ヶ月（min18ヶ月～max24ヶ月）、平均面接時間は20分（min13分～max26分）である。結果、17つのコード、5つのサブカテゴリーと2つのカテゴリーが得られた（表1参照）。カテゴリーを【】、サブカテゴリーを“ ”で表記する。看護師は、“これまでの知識・経験が通用しない危機感”や、“予期せぬ突然の異動”から【これまでの知識や経験が通用しない未知の領域へ対応することへの困難感】を抱いていた。また、【救急看護で直面する臨床判断能力・調整能力の不足】では、“救急看護で直面する臨床判断能力の不足”を体験し、“危機状態にある患者・家族の精神的ケア”、“多様な診療科に関わる難しさ”から生じる困難感があった。

【考察】

看護師の困難感には、“これまでの知識・経験が通用しない危機感”や“救急看護で直面する臨床判断能力の不足”等、経験年数に関わらない共通した困難感があった。また、【これまでの知識や経験が通用しない未知の領域へ対応することへの困難感】には、配属前の心づもりや自己学習などの事前準備により緩和できる困難感があった。以上の結果から、救急看護における困難感の緩和には、異動決定後から配属直後の支援方法の検討が重要と考える。

【結論】

救命救急センター配属直後の看護師が抱く救急看護の困難感には、【これまでの知識や経験が通用しない未知の領域へ対応することへの困難感】と【救急看護で直面する臨床判断能力・調整能力の不足】がある。

13:37 ~ 13:44 (2019年6月16日(日) 13:30 ~ 14:10 第7会場)

[P5-2] 集中治療室における看護師の臨床判断に関する文献検討

○新庄 すみれ^{1,2}、矢富 有見子³ (1. 日本赤十字社東京都支部 大森赤十字病院、2. 国立看護大学校 研究課程部 前期課程、3. 国立看護大学校)

キーワード：集中治療室、看護師、臨床判断

【背景】

集中治療における医療の高度化、専門化が進むなかで、集中治療室の看護師には質の高い実践が求められている。臨床判断は、看護師の実践的な思考方法であり、患者の病態への解釈や、状況に適した行動をとるために用いられる。集中治療室に入院している患者の多くは生命の危機状態にあり、自力での生活が困難である。患者の

救命から日常生活行動援助まで多岐に渡る役割を担う集中治療室の看護師にとって、臨床判断は看護実践の基盤であり、臨床判断能力の向上は重要である。これまで、国内において集中治療室の看護師が行う臨床判断に着目して行われた文献検討はない。そこで、本研究では集中治療室における看護師の臨床判断について文献検討を通して明らかにすることとした。

【目的】

本研究では、集中治療室の看護師が行う臨床判断の具体的な内容について文献検討を通して明らかにすることを目的とする。

【方法】

医中誌 Webで、1983年から2018年までに発表された原著論文を対象に検索を行った。キーワードは「ICU」「クリティカルケア」「臨床判断」「判断」とし複合検索を行った。得られた文献から集中治療室における看護師の臨床判断に関する文献を選択した。まず、文献マトリクス表を作成し調査方法について概観した。次に、これらの文献から臨床判断の具体的な内容について述べている文献を選択し分析の対象とした。分析では、サブカテゴリーとコードのうち同程度の抽象度で表現されたものを選択し、共通性や相違点に着目し分類を行った。倫理的配慮として、文献の解釈や臨床判断に関する分類について筆者の記述意図を変えないよう引用を行い、出典を明示した。

【結果】

検索で得られた文献から、救急領域やハイケアユニット、一般病棟の看護師を対象とした文献を除外し16の文献を選択した。1998年に初めて集中治療室における看護師の臨床判断に関する文献が発表され、以後毎年1～4件の文献が発表されていた。16の文献を概観すると質問紙を用いて行われた量的研究が3件、インタビューや観察法を用いて行われた質的研究が13件であった。対象患者は成人が15件、小児が1件であった。内容は、診療の補助行為に関連した文献が多く、患者の安全確保、日常生活行動援助、病態の変化に着目した文献、臨床場面を特定していない文献があった。次に、臨床判断の内容が具体的に記述されている10の文献を対象に分析を行った。集中治療室における看護師の臨床判断は、患者および家族、看護師を含む医療従事者に向けて行われていた。また、価値観や行動特性など臨床判断の基盤となる事柄や、行為後の評価も臨床判断とされていた。臨床判断の内容としては、せん妄や呼吸理学療法など患者の病態や治療に関するもの、治療に伴う苦痛緩和に関するものがみられた。さらに、ともに働く看護師や医療従事者への実践能力の判断やそれを踏まえた配慮、チームの一員としての行動も臨床判断として挙げられていた。

【考察】

集中治療室の看護師が行う臨床判断は、患者への直接的ケアに密接に関わるもの、チームでともに働く看護師や他職種に向けたもの等幅広い内容であった。集中治療室に入室している患者は継続的な治療と多くのケアを必要としていること、集中治療室が診療科や職種を越えて治療や看護を行う場であるためと考えられる。また、いくつかの文献において、臨床判断そのものと臨床判断の影響要因が重複していた。集中治療室の看護師が行う臨床判断は、複数の重症患者や多様な医療従事者が関与する場である集中治療室の特徴を反映しており、このような特徴を踏まえた臨床判断能力の向上が必要である。

13:44 ~ 13:51 (2019年6月16日(日) 13:30 ~ 14:10 第7会場)

[P5-3] ICU Diaryにより生じるネガティブな感情

○西 裕子¹、春名 純平¹ (1. 札幌医科大学附属病院 ICU病棟看護室)

キーワード：PICS、ICU Diary、ネガティブな感情

【目的】

欧米では PICSの精神障害の予防や改善に ICU Diaryは有効とされているが、明確なエビデンスは存在しない。そのような現状の中、ICU退室時に ICU Diaryを開示した際、PTSDと類似した症状がみられた事例があった。そのため、ICU Diaryにより生じたネガティブな感情を明らかにし、より良い ICU Diaryの方法への示唆を得ることを目的とした。

【方法】

研究デザインは質的記述的研究。研究対象者は、ICUに緊急入室し気管挿管を行い、持続的な鎮静または意識障害があり、ICUに72時間以上滞在した患者。ICU Diaryの記載は、看護師が行い写真を貼付した。研究対象者が一般病棟に移動になる際に本研究の内容と研究協力について説明し同意を得て開示し、ICU退室約1週間後に半構造化面接を実施した。半構造化面接の内容はICU Diaryを「見たときの感情」「閲覧後の気持ちの変化」「記憶への影響」「閲覧後の意欲の変化」とした。分析は、ICU Diaryによるネガティブな感情を抽出して、サブカテゴリーとカテゴリーにラベルをつけた。本研究は札幌医科大学附属病院看護部看護研究倫理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】

対象患者は6症例（男性3名、女性3名）で、平均年齢は74.6歳、平均在室日数4.7日、ICU入室理由としては、敗血症性ショック3名、大動脈解離2名、呼吸不全1名であった。ネガティブな感情として【恐怖心を与えるICU Diary】【不快感を与えるICU Diary】【ICU Diaryに対する無関心な反応】の3つのカテゴリーが抽出された。

【考察】

ICU入室や入室中の出来事がトラウマ体験となり、ネガティブな記憶として存在している場合、ICU Diaryを閲覧することによりそれが想起され、【恐怖心を与えるICU Diary】へとつながる可能性が示唆された。そのため、ICU Diaryの開示時期の検討、開示する前に本人の精神状態やICUでの記憶や体験の把握が必要である。【不快感を与えるICU Diary】は、ICU Diary閲覧により新たに生じた不快感であるが、写真はICU Diaryに必要な要素であるとも言われており、ICU Diaryそのものや写真に対して不快を感じる事を考慮し、文章の内容や写真を撮影する際の容姿等には配慮が必要である。本研究では、ICUでの記憶がない患者が半数以上いた。こうした記憶の欠落を有している患者は、【ICU Diaryに対する無関心な反応】を示す傾向があった。こうした反応をみせたという先行文献は見当たらない。今後、患者の背景やICU Diaryの内容の検討の余地がある。

13:51 ~ 13:58 (2019年6月16日(日) 13:30 ~ 14:10 第7会場)

[P5-4] 北海道クリティカルケア研究会の活動と課題

○佐土根 岳⁵、山田 修平²、中村 公彦³、永野のぞみ⁴、高橋 啓太¹ (1. 北海道医療大学 看護福祉学部 看護学科 成人看護学講座、2. 北海道科学大学 保健医療学部 看護学科、3. 札幌市立大学大学院 看護学研究科 博士前期課程、4. 国立病院機構 北海道医療センター 看護部、5. 手稲溪仁会病院)

キーワード：クリティカルケア、研究会

【はじめに】

北海道クリティカルケア研究会（以下、研究会）は、北海道のクリティカルケアの発展を目指し、情報の共有および外部への情報発信を目的として2017年10月に発足した団体である。発足から1年が経過し、活動を見直すことで地域に密着した多施設参加型研究会の課題を検討したため報告する。

【目的】

北海道クリティカルケア研究会の活動を振り返ることで課題を明らかにし、活動の示唆を得ること。

【方法】

研究会コアメンバーで活動報告会を開催し、報告会で得られた内容を記述、研究会の目的に照らして分類することで課題について検討した。検討にあたっては結果を公表することをメンバーに周知し、自由意思に基づく参加とし、個人が特定されないように配慮した。

【結果】

情報の共有に関しては、ワークショップを定期開催することが、「毎回15～30人程度が参加し、情報共有や自施設の課題解決の場として活用されている。」のように活動基盤となっていた。また、「毎月テーマを設定し、事前に年間スケジュールを提示したことで興味に合わせて参加することが出来た。」「専門分野に配慮した輪番制

の担当者が研修内容を企画することで、意欲的に取り組むことが出来た。」のように参加者や担当者の関心や専門分野に配慮することで、「会員数は、医療機関16施設20セクション、教育機関3施設から、看護師39名（看護師、大学教員）、薬剤師1名（2019年1月現在）。」のように道内多施設の現状や課題を共有する場となっていた。しかし、「ビデオ通話やオンラインストレージを活用したが、参加者は政令指定都市に偏在しており、遠隔参加については検討が必要である。」のように、敷地面積が広大である北海道ならではの課題も浮き彫りとなった。外部への情報発信に関しては、「複数のSNSを活用することで、活動の形態に自由度を持たせることが出来た。」「オンラインアンケートを用いて道内のクリティカルケアの現状調査を行い、地域の介入ニーズを把握し学術集会で還元することが出来た。」「計4回の公開セミナーの企画や運営に携わることで、学習ニーズの把握と研究会の周知にも繋がった。」など、活動を限定せずに提案者が自由に研究会を活用することが効果的に働いていた。さらに、「会員から大学院進学や認定看護師を志す声が多数学がっている。」「医療従事者を志す学生が18名（2019年1月）在籍し、ポジティブな意見が多数聞かれている。」など、会の活動が資格の枠を超えて影響していた。

【考察】

様々な活動を通して、会員が増加していることが研究会の存在意義を物語っている。北海道は医療拠点が点在しているが、教育セミナーなどの情報源は政令指定都市に偏在している。そのため年間スケジュールの事前提示や各種オンラインサービスを導入することで参加のしやすさに配慮しているが、遠隔地域からの参加方法を確立できていないことが課題と考えられた。また、研究会に参加することで多施設の状況をタイムリーに把握し、自施設の看護を再考するきっかけとなっていることや、キャリアを考える機会にもなっている。しかし、研究会の活動が臨床にどのように還元されているかについて具体的に把握できていないため、検証が必要である。

【結論】

活動を振り返ることで、地域に密着した多施設参加型研究会の意義が確認された一方で、研究会の活動拠点から遠隔地域に対する活動展開や、日々の看護に研究会活動がどのように寄与しているかを評価することが課題である。

13:58 ~ 14:05 (2019年6月16日(日) 13:30 ~ 14:10 第7会場)

[P5-5] 認定看護師の社会貢献活動についての一報告

○谷口 誠太¹、増居 洋介²、有田 孝³、山下 亮⁴、月俣 夏織⁵、大西 翠⁶、本田 稔⁷、清村 紀子⁸ (1. 社会医療法人財団 池友会 福岡和白病院 看護部、2. 北九州市立医療センター 看護部、3. 一般財団法人 平成紫川会 小倉記念病院、4. 北九州市立八幡病院 看護部、5. 社会福祉法人 恩賜財団 福岡済生会八幡総合病院 看護部、6. 戸畑共立病院 看護部、7. 社会医療法人財団 池友会 新行橋病院 看護部、8. 大分大学医学部 基盤看護学講座 基礎看護学領域)

キーワード：認定看護師、社会貢献

【目的】

認定看護師は、実践・指導・相談の役割を担う。我々は、「地域の医療スタッフとともにクリティカルケア看護の質の向上とクリティカルケア領域の情報の発信・教育・研究活動を行う」ことを目的に2014年に九州クリティカルケア研究会を発足し、以降、地域の看護師を対象に教育セミナーの開催を中心に活動している。現在までに、概ね5回/年の教育セミナーを定期的開催し、参加者総数は約1500人におよぶ。今回は、認定看護師の施設内にとどまらない社会貢献としての九州クリティカルケア研究会の活動について報告する。

【方法】

2015~2018年までに開催したセミナー受講者からのリアクションを整理し、今後の認定看護師の活動拡大について検討する。セミナー受講者からのリアクションは、セミナー受講後のアンケート結果（資料内容・講義内容・講義時間・満足度、今後希望するセミナー内容、コメント等）を用いる。アンケートはすべて無記名で、資料内容・講義時間は3段階評価で行い、講義内容・満足度は4段階評価で行っている。今後希望するセミナー内容については、自由記載とし、個人が特定されることはなく、また、受講者にはアンケートの活用について、今後

の活動に還元していくことを目的とすることを周知している。

【結果】

1) 開催したセミナーは、大きく、①呼吸・循環・神経系・呼吸器管理に関する基礎知識を講義する「基礎教育講座」と、②演習を中心とする「フィジカルアセスメントセミナー」で、2018年度からは③「急変対応講座」を新たに加えた。2015～2018年までの間、計①基礎教育講座10回、②フィジカルアセスメントセミナー4回、③急変対応講座2回、を実施した。②フィジカルアセスメントセミナーでは、シミュレータを活用し、6～7人の受講者を1人のファシリテーターが担当する体制で指導を行った。

2) 1回のセミナーの受講者数の平均は87名で、受講者の大半は一般病棟に勤務する看護師で、在宅に携わる看護師も増加傾向にあった。

3) 受講者に対する満足度のアンケートは、ほとんどが“大変満足”“満足”であったが、特に、②フィジカルアセスメントセミナーの満足度は高かった（大変満足87%、満足13%）。

4) 受講者が今後希望すると回答していたセミナーは、人工呼吸器の管理方法と病態生理、心電図の基礎とその読解、循環作動薬の使用法と管理方法、臨床検査データの読み方、循環補助（IABP/PCPS）の看護、離床について、画像の読み方、生体侵襲について、等であった。

5) セミナー開催に際し、主催側としての課題は、①開催場所の確保、②日程調整、③広報活動、④運営資金の確保、などが挙げられた。

【考察】

受講者数、受講者の満足度から、開催したセミナーの目標は、概ね達成されたと言える。同時に、臨床看護師の継続学習への意欲の高さもうかがえた。施設内にとどまらない認定看護師の社会貢献活動は、看護師の質の向上において、成果につながっていくことが推察される。一方、こうした活動を継続していくためには、認定看護師としての個々の使命感だけでなく、オフィシャルな形でのネットワークを形成し、活動拠点としての盤石な組織作りが今後の重要な鍵となる。

臨床推論ラリー解答編

[RL] 臨床推論ラリー解答編

担当：増山 純二 (長崎みなとメディカルセンター)

2019年6月16日(日) 10:30 ~ 11:30 第6会場 (B1F 小会議室2・3)

ポスター(貼付・閲覧)

[PP] ポスター貼付

2019年6月16日(日) 08:30 ~ 09:00 第7会場 (B1F コンベンションホール)

ポスター(貼付・閲覧)

[PP] ポスター閲覧

2019年6月16日(日) 09:00 ~ 10:25 第7会場 (B1F コンベンションホール)

ポスター(貼付・閲覧)

[PP] ポスター閲覧

2019年6月16日(日) 11:50 ~ 13:30 第7会場 (B1F コンベンションホール)
