

会期を通じた開催

会長講演

[PL] クリティカルケア看護への眼差し：ベッドサイドケアとしての看護の営み

演者:林 優子 (関西医科大学看護学部)

[PL] クリティカルケア看護への眼差し：ベッドサイドケアとしての看護の営み

○林 優子¹ (1. 関西医科大学看護学部)

特別講演

[SL1] 未来の看護を支える知的システム

演者:石黒 浩 (大阪大学大学院)

[SL1] 未来の看護を支える知的システム

○石黒 浩¹ (1. 大阪大学大学院)

特別講演

[SL2] クリティカルケア看護における倫理的ジレンマへの対応

演者:会田 薫子 (東京大学大学院)

[SL2] クリティカルケア看護における倫理的ジレンマへの対応

○会田 薫子¹ (1. 東京大学大学院)

特別講演

[SL3] シェアード・ディシジョンメイキングとは何か？：エビデンスと価値観の視点から

演者:中山 健夫 (京都大学大学院医学研究科)

[SL3] シェアード・ディシジョンメイキングとは何か？：エビデンスと価値観の視点から

○中山 健夫¹ (1. 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野)

特別講演

[SL4] 情報化時代の医療ークリティカルケアへの適用を考える

演者:黒田 知宏 (京都大学大学院医学研究科/情報学研究科/附属病院)

[SL4] 情報化時代の医療ークリティカルケアへの適用を考える

○黒田 知宏¹ (1. 京都大学大学院医学研究科/京都大学大学院情報学研究科/京都大学医学部附属病院)

教育講演

[EL1] 混沌とした臨床現場の実態把握と論理の発見～質的統合法（KJ法）を用いた研究の取り組み～

演者:山浦 晴男 (情報工房、千葉大学大学院看護学研究科)

[EL1] 混沌とした臨床現場の実態把握と論理の発見
～質的統合法（KJ法）を用いた研究の取り組み～
○山浦 晴男¹ (1. 情報工房、千葉大学大学院看護学研究科)

教育講演

[EL2] シミュレーション教育法を活用したクリティカルケア多職種連携教育の可能性

演者:駒澤 伸泰 (大阪医科大学医学教育センター)

[EL2] シミュレーション教育法を活用したクリティカルケア多職種連携教育の可能性

○駒澤 伸泰¹ (1. 大阪医科大学医学教育センター)

教育講演

[EL3] ICUから始める早期リハビリテーション

演者:玉木 彰 (兵庫医療大学大学院医療科学研究科)

[EL3] ICUから始める早期リハビリテーション

○玉木 彰¹ (1. 兵庫医療大学大学院医療科学研究科)

教育講演

[EL4] 終わりなき挑戦～人はどこまで救えるのか？そして救えない時、私たちに何ができるのか？～

演者:鹿野 恒 (鹿児島市立病院)

[EL4] 終わりなき挑戦～人はどこまで救えるのか？そして救えない時、私たちに何ができるのか？～

○鹿野 恒¹ (1. 鹿児島市立病院)

教育講演

[EL5] 再生医療の倫理ー求めたい看護の存在と力、生命倫理の視点からー

演者:有江 文栄 (国立精神・神経医療研究センター、上智大学生命倫理研究所、文部科学省研究振興局)

[EL5] 再生医療の倫理ー求めたい看護の存在と力、生命倫理の視点からー

○有江 文栄^{1,2,3} (1. 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 臨床研究支援部 倫理相談・教育研修室、2. 上智大学生命倫理研究所、3. 文部科学省研究振興局 ライフサイエンス課 生命倫理・安全対策室)

教育講演

[EL6] 敗血症の治療方針と各職種の連携

演者:向井 啓 (摂南大学)

[EL6] 敗血症の治療方針と各職種の連携

○向井 啓¹ (1. 摂南大学)

教育講演

[EL7] 医療政策の観点からクリティカルケア看護への

提言

演者:太田 凡 (京都府立医科大学大学院医学研究科)

[EL7] 医療政策の観点からクリティカルケア看護への提言

○太田 凡¹ (1. 京都府立医科大学大学院医学研究科 救急・災害医療システム学 救急医療学教室)

アドバンスセミナー

[AS1] 臨床で役立つ (かもしれない) 最新研究論文をレビューする

演者:卯野木 健 (札幌市立大学)

[AS1] 臨床で役立つ (かもしれない) 最新研究論文をレビューする

○卯野木 健¹ (1. 札幌市立大学 看護学部/看護学研究科)

アドバンスセミナー

[AS2] 侵襲に対する生体反応に纏わるトピックス

演者:道又 元裕 (国際医療福祉大学成田病院)

[AS2] 侵襲に対する生体反応に纏わるトピックス

○道又 元裕¹ (1. 国際医療福祉大学成田病院)

アドバンスセミナー

[AS3] 米国におけるプロトコルの使い方～人工呼吸器関連～

演者:戎 初代 (国際医療福祉大学成田病院)

[AS3] 米国におけるプロトコルの使い方～人工呼吸器関連～

○戎 初代¹ (1. 国際医療福祉大学成田病院)

アドバンスセミナー

[AS4] コンフォート理論の実践への活かし方

演者:江川 幸二 (神戸市看護大学)

[AS4] コンフォート理論の実践への活かし方

○江川 幸二¹ (1. 神戸市看護大学 急性期看護学分野)

アドバンスセミナー

[AS5] クリティカルケア看護への覚悟 ～ 患者と向き合い共に紡ぐ ～

演者:亀井 有子 (市立岸和田市民病院)

[AS5] クリティカルケア看護への覚悟 ～ 患者と向き合い共に紡ぐ ～

○亀井 有子¹ (1. 市立岸和田市民病院)

アドバンスセミナー

[AS6] クリティカルケア看護とエンド・オブ・ライフケアの連続性

演者:北村 愛子 (大阪府立大学)

[AS6] クリティカルケア看護とエンド・オブ・ライフケアの

連続性

○北村 愛子¹ (1. 大阪府立大学)

シンポジウム

[SY1] クリティカルケア領域におけるエンドオブライフケアの課題と挑戦

企画:植村 桜 (大阪市立総合医療センター)

[企画趣旨] クリティカルケア領域におけるエンドオブライフケアの課題と挑戦

植村 桜¹ (1. 大阪市立総合医療センター)

[SY1-1] 様々な死の軌跡を辿るクリティカルケア領域の患者へのACPを実践するために

○細萱 順一¹ (1. かわぐち心臓呼吸器病院 看護部)

[SY1-2] PICS-F 家族へのエンドオブライフケア

○櫻本 秀明¹ (1. 茨城キリスト教大学看護学部看護学科)

[SY1-3] エンドオブライフケアにおける看護師のモラルディストレス

○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)

シンポジウム

[SY2] 質の高い家族看護実践へのチャレンジ

企画:林 みよ子 (静岡県立大学)

[企画趣旨] 質の高い家族看護実践へのチャレンジ

林 みよ子¹ (1. 静岡県立大学)

[SY2-1] 質の高い家族看護実践へのチャレンジ

ー 学士課程・高度実践看護師教育課程の実習における家族看護実践ー

○明石 恵子¹ (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

[SY2-2] 急性期から退院後にかけての家族支援を考える

○樽松 久美子¹ (1. 北里大学病院看護部)

[SY2-3] 「質の高い家族看護実践へのチャレンジ」～代理意思決定支援における必要な家族支援のスキルとは～

○松本 修一¹ (1. 滋賀県立総合病院)

シンポジウム

[SY3] ICUサバイバーの声を聴く

企画:寺口 佐與子 (大阪医科大学)

[企画趣旨] ICUサバイバーの声を聴く

寺口 佐與子¹ (1. 大阪医科大学)

[SY3-1] ICUでの体験

○渡邊 源喜

[SY3-2] 患者と家族が支えられる環境についてあらためて考える

○八尾 みどり¹ (1. 大阪府三島救命救急センター)

[SY3-3] 医療従事者が入院すること

○川崎 俊也¹ (1. 大阪府三島救命救急センター)

シンポジウム

[SY4] クリティカルケア領域で働く看護師の育成－
エキスパートの役割機能を活かした全人的な
育成のワザと実践－

企画:川島 孝太 (りんくう総合医療センター)

[企画趣旨] クリティカルケア領域で働く看護師の育成－エ
キスハートの役割機能を活かした全人的な育成
のワザと実践－

川島 孝太¹ (1. りんくう総合医療センター)

[SY4-1] 組織の課題に対して取り組むスタッフ+CNSの教育
的な思考と実践

○北別府 孝輔¹ (1. 大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病
院)

[SY4-2] 副看護師長+ CN+ IDerの立場から全人的に育成す
るワザと実践

○政岡 祐輝¹ (1. 国立循環器病研究センター)

[SY4-3] 看護師長の立場から全人的に育成するワザと実践

○茂呂 悦子¹ (1. 自治医科大学附属病院)

パネルディスカッション

[PD1] 訪日・在留外国人へのクリティカルケア

企画:吉村 弥須子 (森ノ宮医療大学)

[企画趣旨] 訪日・在留外国人へのクリティカルケア

吉村 弥須子¹ (1. 森ノ宮医療大学)

[PD1-1] 訪日・在留外国人に対する診療とクリティカルケア
の現場で求められる看護職の役割

○大橋 一友¹ (1. 大手前大学国際看護学部)

[PD1-2] 急性期病院における訪日・在留外国人に対する多職
種調整と看護実践

○新垣 智子¹ (1. りんくう総合医療センター 看護局)

[PD1-3] 救命救急センターにおける外国人患者への看護実践
の問題点と課題～日本国際看護師としての視点か
ら～

○櫻谷 眞佐子¹ (1. 大阪府立中河内救命救急センター)

パネルディスカッション

[PD2] クリティカルケア看護に求められる役割と場の
多様性

企画:林 優子 (関西医科大学)

[企画趣旨] クリティカルケア看護に求められる役割と場の多
様性

林 優子¹ (1. 関西医科大学)

[PD2-1] 「one team」で国民の期待に応えよう

○劔持 功¹ (1. 東海大学看護師キャリア支援センター)

[PD2-2] 遠隔集中治療を支えるのは我々看護師である！

○森口 真吾^{1,2} (1. (株) T-ICU、2. 滋賀医科大学社会医
学講座法医学部門)

[PD2-3] CNSの特定行為は、医師のタスクシフトだけにあら
ず

○徳山 博美¹ (1. 関西医科大学附属病院)

パネルディスカッション

[PD3] 補助循環の最前線

企画:安藤 有子 (関西医科大学附属病院)

[企画趣旨] 補助循環の最前線

安藤 有子¹ (1. 関西医科大学附属病院)

[PD3-1] 補助循環の変遷と Impellaを含む補助循環への期待

○黒田 健輔¹ (1. 国立循環器病研究センター)

[PD3-2] IMPELLAの治療戦略とその可能性

○吉田 幸太郎¹、南 茂¹、松本 猛志¹、村辻 雄大¹、石川
慶¹、楠本 繁崇¹、吉田 靖²、高階 雅紀¹ (1. 大阪大学医学
部附属病院、2. 大阪大学大学院医学系研究科先進臨床工学
共同研究講座)

[PD3-3] IMPELLAを含む補助循環装着中の患者に対する看護
ケアーベストプラクティスとはー

○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)

パネルディスカッション

[PD4] PICSの終わりなき挑戦

企画:辻 佐世里 (関西医科大学香里病院)

[企画趣旨] PICSの終わりなき挑戦

辻 佐世里¹ (1. 関西医科大学香里病院)

[PD4-1] PICSについてわかっていること、わかっていること

○卯野木 健¹ (1. 札幌市立大学)

[PD4-2] 早期リハビリテーションは PICSを予防するか？

○飯田 有輝¹ (1. 豊橋創造大学保健医療学部理学療法学
科)

パネルディスカッション

[PD5] クリティカルケア領域における高齢患者の急

変・重症化を防ぐためのアセスメント・看護ケ
アの極意

企画:網島 ひづる (兵庫医療大学)、當日 雅代 (同志社女子大学)

[企画趣旨] クリティカルケア領域における高齢患者の急

変・重症化を防ぐためのアセスメント・看護ケ
アの極意

網島 ひづる¹、當日 雅代² (1. 兵庫医療大学、2. 同志社
女子大学)

[PD5-1] 救命救急センターにおける高齢者の急変と生命を助

けるための看護の目と力

○山口 真有美¹ (1. 関西医科大学看護学部治療看護分野クリティカルケア看護学)

[PD5-2] ICUにおける高齢者の重症化を防ぎ回復を促すための看護の目と力

○野口 綾子¹ (1. 京都府立医科大学附属病院)

[PD5-3] 外来における高齢患者の QOL を高めるための看護の目と力

○山岡 綾子¹ (1. 兵庫医科大学病院)

パネルディスカッション

[PD6] クリティカルケア領域における臨床研究の課題と挑戦

企画:山勢 博彰 (山口大学)

[企画趣旨] クリティカルケア領域における臨床研究の課題と挑戦

山勢 博彰¹ (1. 山口大学)

[PD6-1] クリティカルケアを促進させるための臨床研究

○濱元 淳子¹ (1. 国際医療福祉大学成田看護学部)

[PD6-2] 臓器移植看護における研究と課題—教育研究職の立場から—

○谷水 名美¹ (1. 関西医科大学看護学部)

[PD6-3] クリティカルケア領域での早期リハビリテーションの臨床研究の実践

○佐伯 京子¹ (1. 山口大学医学部附属病院 ICU)

[PD6-4] 看護の探求に繋げる研究活動—集中治療看護実践者の立場で取り組んだ経験—

○福田 侑子¹ (1. 自治医科大学附属病院)

一般演題 (口演)

[O1] 医療安全・感染管理

[O1-1] 経気管内挿管チューブを2面固定法で固定したときの看護ケアと挿管チューブのズレとの関係

○藤居 亜喜文¹、宮澤 拓也¹ (1. 長浜赤十字病院看護部)

[O1-2] Rapid Response System を起動する看護師の認識と行動に関する研究

○濱野 智恵子^{1,3}、原口 昌宏²、松本 和史² (1. 独立行政法人国立病院機構長崎川棚医療センター、2. 東京医療保健大学、3. 東京医療保健大学大学院 看護学研究科高度実践看護コース)

[O1-3] ICUにおける人工呼吸器装着患者の身体抑制要因分析

○有馬 勝洋¹、甲斐 留美子¹、坂本 美賀子¹ (1. 済生会熊本病院集中治療室)

[O1-4] 生体侵襲下にある患者へアセスメントシートを用いたケアの検討

○高木 涼子¹ (1. 地方独立行政法人総合病院国保旭中央病

院)

[O1-5] 先進救急医療センターにおける看護師管理中の歯ブラシに残る細菌数の実態

○村上 智恵¹、相楽 章江¹、山中 聖美¹、岩本 裕子¹、小嶋慶子¹、田戸 朝美² (1. 山口大学医学部附属病院 先進救急医療センター、2. 山口大学大学院医学系研究科)

[O1-6] COVID-19 医療チーム派遣の経験から考える 新興感染症対応における倫理的課題

○辻本 真由美¹ (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター 看護部)

一般演題 (口演)

[O2] 呼吸・循環

[O2-1] 舌壊死を来した症例から取り組む口腔ケア

○山本 容子¹、佐々木 みなみ¹、山浦 梨絵¹、藤村 喜子¹ (1. 南東北グループ 医療法人社団 三成会 新百合ヶ丘総合病院)

[O2-2] 在宅から救急搬送される循環器内科疾患患者の在宅内での初期症状と経過について

○南 利明¹ (1. 社会医療法人弘道会ないわ生野病院)

[O2-3] 人工呼吸器装着場面における熟練看護師の観察の特徴

○岡根 利津¹、長谷川 智之¹ (1. 三重県立看護大学)

[O2-4] ICUにおける気管挿管患者の口腔ケア充実にむけての取り組み

○末永 聡一郎¹、竹林 洋子¹ (1. 九州病院集中治療室)

[O2-5] ICTを活用した心不全高齢者への疾病管理サポートの現状

○田中 智子¹ (1. 四条畷学園大学看護学部看護学科)

[O2-6] 「人工呼吸器離脱に関わる看護実践力」尺度開発

○福田 美和子¹、岡部 春香²、本田 多美枝³、明神 哲也¹、坂本 なほ子⁴ (1. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、2. 東海大学医学部看護学科、3. 日本赤十字九州国際看護大学、4. 東邦大学看護学部)

[O2-7] 心臓血管外科手術施行患者における術後体位変換に伴う循環動態破綻に関連したリスク因子の探索的検討に向けて

○佐々木 康之輔¹、松井 憲子² (1. 東北大学大学院医学系研究科心臓血管外科学、2. 東北大学病院)

[O2-8] 補助人工心臓 (VAD) の装着患者に対する看護に関する文献レビュー

○千葉 由美¹ (1. 横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻がん・先端成人看護学)

[O2-9] 胸骨圧迫の質の低下に関する実際と自覚との乖離—看護大学生と看護師の比較—

○松山 大地¹、原口 昌宏²、松本 和史² (1. 板橋中央総合病

院、2. 東京医療保健大学)

一般演題 (口演)

[O3] せん妄ケア

[O3-1] 重症患者におけるフレイルとせん妄日数の関連性の検討

○小林 俊介^{1,2}、大内 玲^{1,3}、相川 玄^{1,3}、櫻本 秀明⁴、柴 優子¹、松嶋 綾¹ (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 フロンティア医科学、3. 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 疾患制御医学専攻、4. 茨城キリスト教大学)

[O3-2] ICU看護師のせん妄ケアにおける臨床判断

○馬屋原 健裕¹、大川 宣容² (1. 熊本赤十字病院、2. 高知県立大学 看護学部)

[O3-3] 自動瞳孔計によるICUせん妄発生予測の検討：前向き観察研究

○岡本 菜子¹、石澤 美保子² (1. 茨城キリスト教大学看護部看護学科、2. 奈良県立医科大学医学部看護学科)

[O3-4] 心臓血管外科の開胸術後患者とその家族に対する効果的なせん妄予防のための看護実践

○路川 恵利加¹ (1. 茨城県厚生連 総合病院 土浦協同病院)

[O3-5] HCUにおけるせん妄発症の背景

○河本 夏実¹、谷元 千晴¹ (1. 岡山済生会総合病院)

[O3-6] ICU入室患者における睡眠バンドルを用いたせん妄軽減への介入効果

○三浦 駿¹ (1. 岩手県立中央病院ICU)

[O3-7] ICU管理にある消化器手術後患者の身体抑制体験

○小侯 友里¹、山口 昂¹、渡辺 泰子¹ (1. 富士吉田市立病院)

一般演題 (口演)

[O4] 高度実践・家族看護

[O4-1] ICUに勤務する熟練看護師が実践する家族看護

○菅原 真寿美¹、熊代 妙子¹、藤原 光恵¹、杉之原 愛美¹、澤田 由美² (1. 岡山労災病院、2. 山陽学園大学)

[O4-2] ICUに緊急入院した患者・家族の記憶

ー ICUダイアリー導入・退室後訪問時のインタビューからー

○春原 梨沙¹、和田 咲奈¹、西 恵実¹、山越 かおり¹ (1. JA長野厚生連 南長野医療センター 篠ノ井総合病院 ICU)

[O4-3] 高度救命救急センターに入院する患者のセルフケア能力を高める支援の探究

○森川 かさね^{1,2}、森本 紀巳子³、加悦 美恵³、四方田 暁美¹ (1. 久留米大学医学研究科看護学専攻修士課程、2. 久留米

大学病院高度救命救急センター、3. 久留米大学医学部看護学科)

[O4-4] 急性・重症患者看護専門看護師が役割を獲得するプロセス

○有地 正人¹ (1. 社会医療法人多根総合病院)

[O4-5] 当院の集中治療領域における Nurse Practitionerの役割と特定行為の実施状況

○永谷 創石¹ (1. 公益社団法人地域医療振興協会 練馬光が丘病院)

一般演題 (口演)

[O5] チーム医療・看護管理

[O5-1] 一般病棟入院中の人工呼吸器離脱困難患者に対するCCNSの支援

○上野 沙織¹ (1. 京都第二赤十字病院)

[O5-2] 集中治療室での心停止に対する多職種回診の取り組み

○朝倉 良太¹、関 佳祐¹、宿谷 謙太¹、永谷 創石¹ (1. 地域医療振興協会練馬光が丘病院)

[O5-3] ICUでの腹臥位療法実施後、多発褥瘡が発生した一例への多職種協働

○小島 啓人¹、加藤 建吾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)

[O5-4] オープンICUでの早期リハビリテーションを目指した多職種カンファレンスの効果

○加藤 美樹¹、尾崎 悦崇¹、三浦 敦子¹ (1. 豊橋市民病院 集中治療センター)

[O5-5] 開設4年目になるA病院ICU看護師の自己効力感の特徴ーGSESを用いた一般病棟との比較ー

○高橋 美江¹、河西 真美¹、土屋 千草¹、木村 理加^{2,1}、田中 恵子¹ (1. 済生会川口総合病院 看護部、2. 聖路加国際大学大学院 看護学研究科 博士後期課程)

一般演題 (口演)

[O6] 早期リハビリテーション

[O6-1] 集中治療室における早期リハビリテーション実践の実態：横断調査

○矢坂 泰介¹ (1. 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻)

[O6-2] ICU看護師が捉えた人工呼吸器装着患者のセルフケア

○佐土根 岳¹、中村 恵子²、菅原 美樹²、神島 滋子² (1. 医療法人深仁会 手稲深仁会病院 看護部 ICU、2. 札幌市立大学大学院看護学研究科)

[O6-3] 灌流指数(Perfusion Index)と手術後初回離床時の起立性低血圧に伴う血圧の関連

○犬童 隆太¹、城丸 瑞恵²、齋藤 重幸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)

[O6-4] 早期離床プロトコル導入による効果と実際

○萬代 嘉子¹、木下 浩子¹、金山 美紀¹ (1. 大阪市立大学医学部附属病院 ICU)

[O6-5] 集中治療後症候群の発症を見据えた

ICUケアに対する看護師の認識と実践
○久保田 絢子¹、網島 ひづる² (1. 神戸市立医療センター中央市民病院、2. 兵庫医療大学看護学部看護学科)

一般演題 (口演)

[O7] 看護教育・看護倫理

[O7-1] PICSアセスメントツールの内容妥当性の検討

○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)

[O7-2] 集中治療領域における新人看護師の臨床判断の現状と教育支援一対話による省察支援過程の分析から一

○森田 敦子¹ (1. 聖路加国際病院ICU)

[O7-3] CCU配属1年目看護師教育にリフレクションを導入した効果—心臓血管外科術後入室場面での気づきと学び—

○森泉 あずみ¹、神山 淳子¹、茂呂 悦子¹ (1. 自治医科大学附属病院)

[O7-4] 救命救急センター看護師の仕事に対する意欲を維持・向上できている要因

○吉留 瑞紀¹、楠生 和希¹ (1. 日本医科大学千葉北総病院看護部)

[O7-5] 集中治療室で身体抑制減少にチャレンジした看護師の思考のプロセス

○松本 亜矢子¹、中根 未沙紀¹、横川 千尋¹、辻 千芽¹ (1. 金沢大学附属病院)

[O7-6] A病院 SICU看護師への倫理教育による倫理的行動変容

○山田 裕紀¹、田尾 悠也¹、上野 真菜美¹、栗田 健志¹、木佐 貴 尚美¹ (1. 広島大学病院SICU)

[O7-7] わが国におけるクリティカルケア看護師の Moral Distress-質的研究のメタ統合-

○松田 麗子¹、明石 恵子² (1. 名古屋女子大学健康科学部、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

[O7-8] 倫理的問題に対処・行動するために医師・看護師に期待すること

○平井 美恵子¹ (1. 東京医科歯科大学医学部附属病院 救命救急センター)

[O7-9] PICUにおける終末期患者の援助に対する看護師の葛藤と対処

○中根 梨加¹ (1. 東京都立小児総合医療センター)

[O7-10] 臓器提供の意思表示に関する実態と関連要因の検討

○水落 彩香¹、習田 明裕¹ (1. 東京都立大学大学院人間健康科学研究科看護科学域)

一般演題 (口演)

[O8] エンドオブライフケア

[O8-1] 集中治療室における終末期医療に関わる看護師の困難感 ~積極的治療から終末期医療への移行の時期に焦点をあてて~

○浅見 綾¹、水戸 優子² (1. 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部保健福祉学博士前期課程看護学領域、2. 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科基礎看護学)

[O8-2] クリティカルケア領域における終末期代理意思決定支援の専門的実践に関する実態調査

○松波 由加¹、山勢 博彰²、田戸 朝美² (1. 山口県済生会山口総合病院、2. 山口大学)

[O8-3] 救命困難となった SAH患者家族の受容を支えるエンドオブライフケア

○永友 舞¹ (1. 医療法人医誠会 医誠会病院)

[O8-4] 当院集中治療室における終末期医療の現状

○平川 しのぶ¹、太田 典子¹、松尾 和¹、立石 奈己¹ (1. 佐世保市総合医療センター)

[O8-5] 急性重症患者看護 CNSがエンド・オブ・ライフにあると認識する慢性重症疾患患者の思いを引き出す看護実践

○谷山 實¹、北村 愛子²、大江 理英² (1. 大阪市立大学医学部附属病院、2. 大阪府立大学大学院看護学研究科)

[O8-6] オンコロジックエマージェンシーで死にゆく患者と家族のケアに対して集中治療看護師が感じる困難

○奥井 久美子¹、北村 愛子²、大江 理英² (1. 大阪国際がんセンター、2. 大阪府立大学大学院看護学研究科)

[O8-7] 患者・家族の希望に寄り添い ICUから自宅退院し接管した終末期患者への意思決定支援

○岩尾 知佳¹、上野 沙織¹ (1. 京都第二赤十字病院)

一般演題 (口演)

[O9] 鎮痛・麻酔

[O9-1] クリティカルな状況にある人工呼吸器装着中の急性・重症患者が感じた Comfortの特徴

○井上 貴晃¹、中村 美鈴² (1. 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻クリティカルケア看護学分野、2. 東京慈恵会医科大学大学院クリティカルケア看護学)

[O9-2] 看護師 Numeric Rating Scale評価と鎮痛介入の実態調査研究

○中村 有加里¹、後藤 由香里¹、山下 直美¹ (1. 東京医科歯科大学医学部附属病院看護部 集中治療部)

[O9-3] 自覚覚醒トライアル (SAT) の実践における看護師の意識変化

○小池 康平¹、山本 恭代¹ (1. 松江市立病院)

[O9-4] ICUにおける人工呼吸患者の精神的苦痛を緩和する看護実践

○小倉 久美子¹、山田 聡子²、中島 佳緒里² (1. 一宮研伸大学看護学部、2. 日本赤十字豊田看護大学)

[O9-5] 三次救命救急センター ICUにおける鎮痛・鎮静プロトコル導入のための看護師教育の評価

○梅原 和美¹、山崎 憂紀¹、水野 奈美¹、櫻谷 眞佐子¹ (1. 大阪府立中河内救命救急センター)

一般演題 (口演)

[O10] その他

[O10-1] 食道がん患者が捉えた術前指導-術後患者の語りから-

○阿久澤 優佳^{1,2}、栗子 嘉美³、高谷 真由美^{4,2} (1. 順天堂大学大学院医療看護学研究所 博士後期課程、2. 順天堂大学医療看護学部、3. 富山県立大学看護学部、4. 順天堂大学大学院医療看護学研究所)

[O10-2] 一般病棟における周術期患者の重篤化を予測した看護実践

○原田 洋平¹ (1. 東邦大学医療センター佐倉病院)

[O10-3] 日本語版 COMHON-Indexの開発と測定者間信頼性の検証

○宮崎 直美¹、小木曾 雄大¹、内和田 寵児¹、森田 有紀子¹、村瀬 未菜美¹、池松 裕子² (1. 名古屋大学医学部附属病院看護部、2. 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻)

[O10-4] 救急外来でのフローチャートを活用した帰宅支援の評価

○大麻 康之¹、坂本 美紀¹、西浦 明菜¹、山口 雅子¹ (1. 高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター)

[O10-5] 患者が体験する看護援助による身体の心地よさ-ICUで人工呼吸器を装着していた患者に焦点を当てて-

○田中 郁恵¹、林 優子¹ (1. 関西医科大学大学院 看護学研究科 クリティカルケア看護学)

一般演題 (示説)

[P1] 看護教育

[P1-1] Structured DebriefingがSCU若手看護師の早期在宅移行に向けた家族看護実践に与える影響

○林 みよ子¹ (1. 天理医療大学)

[P1-2] 形成的評価を取り入れた急性期看護過程演習の継続評価

○田中 博子¹、三木 珠美¹ (1. 創価大学看護学部)

[P1-3] 病院救急車に同乗する看護師の課題の明確化と教育支援の検討

○北村 健¹、切手 純代¹、三木 珠美² (1. 医療法人社団永生会 南多摩病院、2. 創価大学 看護学部)

[P1-4] 救急医療センターにおける看護の質向上のための取り組み ~救急医療センターと一元化したHCUの教育的役割~

○上杉 如子¹、西 千津¹ (1. 国民健康保険小松市民病院)

[P1-5] 高度救命救急センターの初療室での看護実践における安楽に関わる体験

○柘植 陽¹、平田 璃愛奈¹、大山 祐介²、永田 明² (1. 長崎大学病院、2. 長崎大学生命医科学域保健学系)

[P1-6] 看護師の意識レベルスケール評定に関する実態調査 その1 一意識レベルスケール評定の現状一

○山口 浩美¹、河田 純子²、本山 仁美¹ (1. 大東文化大学 スポーツ・健康科学部看護学科、2. 埼玉医科大学総合医療センター)

[P1-7] 看護師の意識レベルスケール評定に関する実態調査 その2 事例におけるGCS評定の正答率に関する検討一

○本山 仁美¹、山口 浩美¹、河田 純子² (1. 大東文化大学 スポーツ・健康科学部看護学科、2. 埼玉医科大学総合医療センター)

[P1-8] 退院支援看護尺度使用によるCCU看護師の退院支援に関する意識の向上

○長埜 彩未¹、大金 智子¹ (1. 株式会社日立製作所日立総合病院)

一般演題 (示説)

[P2] 鎮痛・鎮静、せん妄ケア

[P2-1] The Critical-Care Pain Observation

Tool (CPOT) 導入後の活用の現状と課題

○多田 真太郎¹ (1. 鹿児島市立病院)

[P2-2] 評価ツール (RCSQ) 導入による睡眠満足度 (睡眠の質) の調査

福浦 麻里¹、○加来 晴菜¹ (1. 関西医科大学附属病院 G ICU)

[P2-3] ICUにおける心不全患者の鎮痛薬・鎮静薬投与の実態調査

○手島 正美¹、栗原 美穂¹、櫻井 祥子¹ (1. 恩賜財団 済生会横浜市東部病院)

[P2-4] 周手術期における術後疼痛とせん妄に関するレビュー

○荻田 明子¹ (1. 東京医療保健大学 東が丘・立川看護学部 看護学科)

[P2-5] 当院ICU患者におけるせん妄発症状況と関連する危険

因子の実態調査

○中村 倫文¹、越口 晋伍¹ (1. 公益財団法人慈愛会 今村総合病院 看護部)

[P2-6] 心臓血管術後のせん妄発症状況調査と今後の対応

○勝本 可奈子¹、中西 ゆきえ¹、立野 淳子² (1. 小倉記念病院心臓外科、2. 小倉記念病院)

一般演題 (示説)

[P3] 周術期看護、チーム医療、地域連携

[P3-1] 「地域で取り組む周術期の医療関連機器圧迫創傷 (MDRPU) 予防セミナー」における参加者の学び

○古川 智恵¹ (1. 岐阜聖徳学園大学看護学部)

[P3-2] 急性期治療後の医療依存度の高い患者の在宅に移行に関する国内研究の動向と課題

○小林 寛子¹、谷水 名美¹ (1. 関西医科大学看護学部)

[P3-3] ERASプロトコル (Enhanced Recovery After Surgery) 導入患者への術後回復過程に応じた看護実践

○井川 由貴¹、遠藤 みどり¹、山本 奈央¹ (1. 山梨県立大学看護学部)

[P3-4] 初めてICUに入室する手術予定患者が抱くICUのイメージと思い

○大西 里奈¹、正垣 淳子²、福田 敦子²、衣笠 友美³、齋藤 あすか³、奥平 さよ³、宮脇 郁子² (1. 神戸大学医学部附属病院、2. 神戸大学大学院保健学研究科、3. 関西労災病院)

[P3-5] 集中治療室における術前訪問の患者満足度調査

○朝吹 翔¹、榎元 陽一郎¹ (1. 新行橋病院)

[P3-6] 全身麻酔で手術を受ける患者の入院時の不安の程度とそれに関連する要因

○鈴木 宏昌¹、池田 七衣² (1. 豊橋市民病院看護局、2. 甲南女子大学看護リハビリテーション学部)

一般演題 (示説)

[P4] 家族看護、看護倫理、理論・概念

[P4-1] 患者のライフストーリーに関連の深い写真や物が医療者に与える影響

○布野 晴菜¹、船尾 梨名¹、北別府 孝輔¹ (1. 倉敷中央病院)

[P4-2] 延命治療の代理意思決定支援においてICU看護師が抱く困難と対処

○池端 廣紀¹、高橋 ふみ子¹ (1. 秋田大学医学部付属病院)

[P4-3] 重症患者家族支援チームの立ち上げと課題

○杉江 英理子¹、川村 修司¹ (1. 神戸市立医療センター中央市民病院)

[P4-4] クリティカルケアで活用できる臨床倫理分析ツール“ACTce-CCM”の作成

○山勢 博彰¹、立野 淳子²、田戸 朝美¹、山本 小奈実¹、佐伯京子³ (1. 山口大学大学院医学系研究科、2. 小倉記念病院、3. 山口大学医学部附属病院)

[P4-5] クリティカルケア看護領域におけるcomfortの概念モデルの内容妥当性検証

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

[P4-6] クリティカルケア看護におけるレジリエンスの活用に向けた課題

○森島 千都子¹ (1. 同志社女子大学 看護学部看護学科)

[P4-7] クリティカルケア領域における看護師の臨床判断に関する文献レビュー

○正垣 淳伍¹ (1. 関西医科大学大学院 看護学研究科博士前期課程)

一般演題 (示説)

[P5] 医療安全、呼吸・循環、看護管理

[P5-1] ICUにおける人工呼吸器装着患者に対する身体抑制フローチャート導入への取り組み

○尾崎 悦崇¹、加藤 美樹¹、三浦 敦子¹ (1. 豊橋市民病院)

[P5-2] 当院ICUにおける身体拘束実施に関する実態調査

○中村 文栄¹、高橋 真紀¹、佐土根 岳¹ (1. 手稲溪仁会病院看護部集中治療室)

[P5-3] 看護師における呼吸ケアの質の向上を目指した活動と課題

○工藤 順子¹、古川 智美¹、加藤 彩¹、守谷 千明¹、嶋田 正子¹、竹添 麻貴¹、小泉 雅子² (1. 東京女子医科大学病院、2. 東京女子医科大学看護学部)

[P5-4] 集中ケア認定看護師による特定行為を活用したリハビリテーションの3例

○奥山 広也¹ (1. 山形県立中央病院ICU)

[P5-5] クリティカルケア看護学分野における看護師の調整に関する国内文献の検討

○牧野 夏子¹、石川 幸司²、葛西 陽子³ (1. 札幌医科大学附属病院、2. 北海道科学大学保健医療学部、3. 手稲溪仁会病院)

[P5-6] 看護系大学を卒業した新人クリティカルケア看護師の専門性獲得と職業継続に関する現状

○茂田 玲子¹、矢富 有見子¹、森下 純子¹、富田 亜沙子²、矢澤 祐真³ (1. 国立看護大学校、2. 元 国立看護大学校、3. 元 国立看護大学校 研究課程部 後期課程)

[P5-7] 集中ケア認定看護師のキャリアに関する実態調査

○塚原 大輔^{1,2}、大城 祐樹³、水流 洋平⁴、山本 由美⁵、守谷 千明⁶、河村 葉子^{7,1}、阿部 絵美⁸ (1. 一般社団法人 集中ケ

ア認定看護師会、2. 順天堂大学医学部附属練馬病院、3.
医療法人財団健真会総合東京病院、4. 公益社団法人 日本
看護協会看護研修学校、5. 公立昭和病院、6. 東京女子医科
大学病院、7. 河北総合病院、8. 前橋赤十字病院)

[P5-8] 大卒新人クリティカルケア看護師育成のための臨床で
の教育と管理者が求める能力に関する現状

○矢富 有見子¹、森下 純子¹、富田 亜沙子²、茂田 玲子¹、矢
澤 祐貴³ (1. 国立看護大学校、2. 元国立看護大学校、3.
元国立看護大学校研究課程部後期課程)

ハープ演奏 Heart to Heart

[Harp] ハープ演奏 Heart to Heart

【演奏者】 池田 千鶴子

[Harp] ハープ演奏 Heart to Heart

会長講演

[PL] クリティカルケア看護への眼差し：ベッドサイドケアとしての看護の
営み

演者:林 優子（関西医科大学看護学部）

[PL] クリティカルケア看護への眼差し：ベッドサイドケアとしての看護の営み

○林 優子¹（1. 関西医科大学看護学部）

[PL] クリティカルケア看護への眼差し：ベッドサイドケアとしての看護の 営み

○林 優子¹（1. 関西医科大学看護学部）

キーワード：クリティカルケア看護、ベッドサイドケア

今や、世界はAI時代。音声、言語、画像認識などを含むAIは私たちの社会生活に参入し、日常生活の営みを効率の良い便利なものにしていきます。IoTやAI、ロボットといった技術革新の到来は、医療分野においても革命を引き起こそうとしています。私たち看護職も看護実践や看護教育の中に、どのようにAI技術を取り入れ、活用していくかを考えることが重要になるだろうと思います。

一方、このような時代において、医療人類学者であるアーサー・クライマン氏は、医療・看護・福祉の現場から真のケアの提供がなくなりつつある、今まさに、情緒的で倫理的に対応できる人間性のあるケアの回復が求められていると警鐘を鳴らしています。人間性のあるケアとはどのようなケアなのでしょう。私はそれを自らに問いかけながら、情緒的で倫理的に対応できる人間性のあるケアとは何か、より良いクリティカルケア看護とは何かを、鯨岡峻氏の関係発達論とアフアフ・メレイス氏の移行理論の視点から述べたいと思います。

鯨岡氏は、関係発達論の出発点として①人は両義的欲求（自己充実欲求と繋合希求欲求）をもち、その充足を目指して正負の心を動かす存在である、②人は対人関係の中で時間軸にそって変容していく存在であるという2つを基盤に、人と人との関係性の中で行う営みは、双方に生まれる様々な心の動き（情動や気持ち）によって展開していくものであると述べています。人と人が関わり看護する営みには、「看護する－看護される」という関係があります。看護するは、看護師の目（看護師の立場を踏まえる）であり、看護されるは、患者の目（患者の身になる）をさしています。関係し合う看護師と患者は共に両義的欲求を持つ存在であり、主体性のある人間です。

患者はベッド上で、痛み、死の脅威、不安、精神混乱、無力感などが渦巻く経験や、選択の余地の少ない過酷な治療に耐え、苦闘する経験をしています。患者には、「自分の苦痛やニーズを分かってもらいたい」との切実な思いがあり、その思いを看護師に向ける心の動きがあります。その思いが看護師に伝わり、その思いを受け止め、患者のニーズに応えようとする看護師の心の動きがあります。患者の思いを受け止める心の動き<温かく包む心の動き>と、患者の心の動きを看護師が間主観的にわかり、患者の回復に向けて看護する心の動き<患者のニーズに働きかける動き>、これが看護の営みなのです。この「看護する－看護される」という関係は、看護師の認識を随分と変えるものになります。例えば、相手の気持ちがわかるからこそ、痛みを配慮した身体ケアになるし、吸引や体位の工夫につながります。治療的介入も同じです。

メレイス氏は、発達上の変化や健康から疾病への変化など、これらの変化は内部プロセスを引き起こし、その変化は人によって異なる経験であり、変化への反応には、医療専門家の注意が求められると述べています。救命救急や手術、ICUで治療を受けることは、患者にとって安定した状態から危機的状態への変化であり、その状況は移行の始まりとなります。看護師は、患者にどのように対応すればよいのか、患者の家族はどのような状態であるのかなど、患者・家族の移行プロセスへの看護を始めることとなります。クリティカルケア看護はその看護の始まりといえましょう。

私は、長い間、臓器移植患者や家族と関わってきました。生命の危機的状況から回復過程を辿り、well-beingへと移行する臓器移植者にとって、well-beingに向かう原動力は、危機的状況での体験にあると実感しています。

特別講演

[SL1] 未来の看護を支える知的システム

演者:石黒 浩 (大阪大学大学院)

[SL1] 未来の看護を支える知的システム

○石黒 浩¹ (1. 大阪大学大学院)

[SL1] 未来の看護を支える知的システム

○石黒 浩¹ (1. 大阪大学大学院)

キーワード：ロボット

今後ロボットの応用範囲はさらに増え、工場内だけでなく日常生活の様々な場面で利用されるようになります。特にこれまでロボットが使われてこなかった人との対話サービスでの利用が期待されています。本講演では、そうした対話ロボットに関する研究を紹介すると共に、高齢者（認知症を含む）や子供（自閉症を含む）の対話相手としてどのような可能性を持っているかを議論します。

特別講演

[SL2] クリティカルケア看護における倫理的ジレンマへの対応

演者:会田 薫子 (東京大学大学院)

[SL2] クリティカルケア看護における倫理的ジレンマへの対応

○会田 薫子¹ (1. 東京大学大学院)

[SL2] クリティカルケア看護における倫理的ジレンマへの対応

○会田 薫子¹ (1. 東京大学大学院)

キーワード：臨床倫理、看護倫理、意思決定支援、臨床倫理検討シート、事例検討

一人ひとりの患者の医療やケアの意思決定をどのように支援すべきか。これは臨床倫理の中核の課題である。臨床倫理は医療とケアの現場で、医療・ケア従事者が患者や家族と対応しながら治療とケアを進めていく際に起きる諸問題について、「どうするのがよいか、どうすべきか」を、患者を中心に考える営みといえる。チーム医療が推進されている現代、臨床倫理は個々の患者に関わるすべての職種がチームで対応すべきものである。

倫理的ジレンマの多くは、一人ひとりの患者の医療やケアをめぐる、「あちらを立てれば、こちらが立たず」という状態にみられる。ジレンマへの対応として、倫理原則の優先順位を決めて順位の高いほうに従うことを薦めるテキストもあるが、臨床現場の実践においては、まず、どちらも満たすためにはどうすべきか、想像力を働かせ創造的に検討することが医療のプロフェッショナルには求められている。

一見、ジレンマのようにみえる状況でも、事情や背景の理解を深めることによって打開可能な場合も少なくない。看護師は「患者の擁護者」として、また、医療・ケアチームの要として、問題を読み解き対応を探ることが求められる。

倫理的ジレンマはしばしば、「患者が標準的な医療を拒否するとき、また、患者が適応外の治療を求めるとき（患者と医療者の意見が一致しない場合）」や「患者の意思が不明な場合」、「患者の意思と家族の意思が異なる場合」、「家族間の意見が一致しないとき」、「患者/患児の治療を家族/保護者が拒否するとき」、また「QOLと生命維持が両立しない場合」、「治療方針をめぐる医療者間で意見が一致しないとき」、「法的な懸念がある場合」などに発生する。これらの問題は、クリティカルケアの切迫した状況下ではより深刻になる。

特に、患者の人生の最終段階における倫理的ジレンマは、一層重大な問題になりやすい。そのため、日本クリティカルケア看護学会と日本救急看護学会は2019年に、臨床現場で日々の看護に活用できるガイドとして、「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」を発表した。同ガイドは、エンドオブライフの判断は「医学的側面だけでなく、治療に対する患者の意向や生き方に関する価値観も重要な判断材料となる」とし、これらの情報を多く持っている看護師がエンドオブライフの判断に寄与することの重要性を説いている。

こうした臨床倫理ガイドラインを参照しつつ、事例のジレンマを分析し今後の方針を立てたり、または death conferenceなどの振り返りを行い、次の事例におけるよりよい意思決定支援につないだりするために、「臨床倫理検討シート」が活用可能である。

「臨床倫理検討シート」は「事例提示用シート」、「カンファレンス用ワークシート」、「選択肢の益と害のアセスメント・シート」からなる。「カンファレンス用ワークシート」は、本人の身体的状態に関する「医学的・標準的最善の判断」の検討から始まり、分岐点の選択に関する「本人の思い（意向）」、「家族の思い（意向）」、「社会的視点からの留意点」、「合意を妨げている点」の検討を踏まえ、「本人の人生にとっての最善」の選択を検討し、本人にとっての最善の選択を実現するために「家族に必要な配慮」についても検討したうえで、「今後の対応の方針」（振り返る事例検討では、「あのとき、どうすればよかったか」）をまとめるよう作られている。

当日は、クリティカルケア看護の倫理的ジレンマに関して、これらのシートを使用し、倫理的に適切な対応のあり方を具体的に探る。

上述のシートは、以下のサイトから自由にダウンロードできる。

<http://clinicaethics.ne.jp/cleth-prj/worksheet/>

特別講演

[SL3] シェアード・ディジションメイキングとは何か？：エビデンスと価値観の視点から

演者:中山 健夫（京都大学大学院医学研究科）

[SL3] シェアード・ディジションメイキングとは何か？：エビデンスと価値観の視点から

○中山 健夫¹（1. 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野）

[SL3] シェアード・ディジジョンメイキングとは何か？：エビデンスと価値観の視点から

○中山 健夫¹ (1. 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野)

キーワード：エビデンス、価値観、意思決定、ナラティブ

医療において患者さんの価値観を尊重する社会的要請の高まりと共に、新たな臨床的な意思決定の方法としてシェアード・ディジジョンメイキング（shared decision making：SDM）が注目されています。

伝統的なインフォームドコンセント（IC）とSDMは重なる部分があり、混同される場合もあります。ICでは医療者が最良と考える方法を提示し、患者さんの納得が尊重されるにせよ、最終的にはそれに対する患者さんの「同意の有無」が到達点とされます。一方、SDMでは患者さんと医療者が新たな解決策を協力して見つけ出すとするもので、その意味で医療者の主導するICとは異なります。つまり「患者自身、そして医療者も、どうしたら良いか本当には分っていない時（確実なエビデンスが無い場合）に、協力して解決策を探す」取り組みがSDMと言えるでしょう。

SDMにおいて患者・家族と医療者に共有される内容は、大きく、「（双方の）情報」、「目標」、「責任」であり、双方向性・交互作用、そして時間と共に変化する過程を持つコミュニケーションが大切になります。SDMの過程で、医療者は患者さんの価値観の尊重、葛藤への共感、必要な時間を待ち、患者さんとご家族がいくつかの選択肢のメリット、デメリット、リスクをどう感じているか、それぞれの価値観と折り合いを付けて行く過程をどう支えていくか、など考えを深めていくべき多くの課題があります。

医師が診断結果と選択肢を一方向的に患者や家族に預けて意思決定を求めることは、SDMと似て非なる行為であり、SDMは患者さん・ご家族と医療者のそれぞれの意思決定と共に、関係する人間が責任を共有する合意形成の役割を担うものです。適切なSDMが実現できれば、それは患者と医療者の対立・緊張を解き、協力・協働の関係づくりに役立つ新たな可能性を生むコミュニケーションとなるでしょう。

今後、国内でもSDMの重要性は、医療の提供者・利用者双方の立場から次第に広く知られていくに違いありません。本講演ではエビデンスに基づくプラクティスや臨床現場に影響の大きい診療ガイドラインの本来の意義から始め、患者さんの価値観やそれを知る手掛かりとなるナラティブと関連づけて、SDMとは何か、その意義と可能性をお話しできればと思います。

特別講演

[SL4] 情報化時代の医療ークリティカルケアへの適用を考える

演者:黒田 知宏 (京都大学大学院医学研究科/情報学研究科/附属病院)

[SL4] 情報化時代の医療ークリティカルケアへの適用を考える

○黒田 知宏¹ (1. 京都大学大学院医学研究科/京都大学大学院情報学研究科/京都大学医学部附属病院)

[SL4] 情報化時代の医療ークリティカルケアへの適用を考える

○黒田 知宏¹ (1. 京都大学大学院医学研究科/京都大学大学院情報学研究科/京都大学医学部附属病院)

キーワード：ICT、IoT、AI

近年の情報技術の急速な発展は、「情報革命」とでも呼ぶべき大きな変化を社会全体に齎した。今や情報機器無しで社会生活を送ることは考えにくくなり、情報機器が身の回りに存在することが当たり前の社会に生まれ育った世代が、社会の中核を担いつつある。この、情報化時代とでも言うべき時代においては、「当たり前」が大きく変化し、これまでの仕事の仕方は通用しなくなることにある。

情報革命の波は、情報化が遅れていると言われて久しかった医療分野にも及びつつある。1999年の電子カルテ解禁以来、病院情報システムは急速に診療現場に浸透し、今や情報機器無しで診療業務を行うことは考えにくくなり、紙カルテなど使ったことも無い世代が診療現場の中核を担いつつある。電子化された診療現場から産み出されたデータは医学研究の一つの中核をなし、そのデータを活用したビッグデータ研究、医療AI研究は過熱の色を帯びつつある。

情報化は従来医療現場で行われていた業務を、日常生活の中へと展開してきた。様々な「ウェアラブルセンサ」によって日常空間内で各種生体信号を継続的に取得することが可能になり、一部の診療においては生活空間から送付されてくるデータを用いて病態管理を行う「オンラインモニタリング」が保険診療の一部として行われるに至っている。もはや医療の現場は医療機関を離れつつあるのかも知れない。

一方、ゲノム解析技術の発展とコモディティ化は、ゲノム検査を一般化させ、ゲノム情報を用いた「個別化医療」の途を拓きつつある。解析の結果入手されるものは「電子データ」に他ならず、ゲノム医療もまた、情報化時代の医療の一つの形態である。

こうやって、医療全体が情報化の波に飲み込まれる中、その波をくぐった先にある情報化時代の医療はどんな姿をしているのであろうか？本講演では、その姿を京大病院を窓として覗き見ながら、その時のクリティカルケア現場の姿を展望し、そこで働く人々が身につけるべきスキルを考えてみたい。

教育講演

[EL1] 混沌とした臨床現場の実態把握と論理の発見～質的統合法（KJ法）を用いた研究の取り組み～

演者:山浦 晴男（情報工房、千葉大学大学院看護学研究科）

[EL1] 混沌とした臨床現場の実態把握と論理の発見
～質的統合法（KJ法）を用いた研究の取り組み～

○山浦 晴男¹（1. 情報工房、千葉大学大学院看護学研究科）

[EL1] 混沌とした臨床現場の実態把握と論理の発見

～質的統合法（KJ法）を用いた研究の取り組み～

○山浦 晴男¹（1. 情報工房、千葉大学大学院看護学研究科）

キーワード：質的研究法、質的統合法（KJ法）

患者個人を対象にケアを提供する看護学分野でも、従来科学的の名のもとに「量的研究」が主流を占めていました。日本質的心理学会が発足して16年が経過するなかで、看護学の研究領域でも「質的研究」が多くなってきました。

しかし実際の研究の現場では、量的研究者からは、「質的研究は主観的で科学的でない」との批判がなされてきました。最近では状況がずいぶん違ってきているように思いますが、その見方は依然として根強いのではないかと思います。

臨床現場では患者一人ひとりの実態を、量と質の両面から把握しケアを提供しているのが実際の姿です。その意味で、両面のアプローチがセットになって初めて科学的だといえます。

教育講演では、文化人類学者川喜田二郎氏が創案したKJ法に準拠した質的統合法（KJ法）を用いて混沌とした臨床現場の実態把握と論理の発見の道筋を、事例を介して解説します。加えて、実態把握と考察の関係と考察法についても補足します。そして、質的研究も科学的なアプローチの仕組みを持つことが可能なことお話しします。

【話題】

1. 研究のプロセス構造：書齋科学・実験科学・野外科学
2. 混沌とした臨床現場の実態把握の方法
 - ・ヒントは「ジグソーパズル」にある
 - ・データを統合する方法はいたって単純なルールである
 - ・実態の論理の発見の意味：アブダクション
 - ・実態把握の実例
 - ・「学術スキル」を研く
3. 主観性の発揮と客観性の担保の仕組み
 - ・データの構造：現象の映り込みと問題意識の映り込み
 - ・主観性の発揮が質のよいデータをもたらす
 - ・主観性の排除が実態の論理を浮上させる＝客観性の担保
4. 実態把握と考察の峻別
 - ・考察の技術：ロジカル・ブレスト法
 - ・考察の3つの着眼点
 - ・考察の実例
5. 臨床現場での応用：見える化チームマネジメント

【参考文献】

山浦晴男『質的統合法入門 考え方と手順』（医学書院、2012年）

教育講演

[EL2] シミュレーション教育法を活用したクリティカルケア多職種連携教育 の可能性

演者: 駒澤 伸泰 (大阪医科大学医学教育センター)

[EL2] シミュレーション教育法を活用したクリティカルケア多職種連携教育の可能性

○駒澤 伸泰¹ (1. 大阪医科大学医学教育センター)

[EL2] シミュレーション教育法を活用したクリティカルケア多職種連携教育の可能性

○駒澤 伸泰¹ (1. 大阪医科大学医学教育センター)

キーワード：シミュレーション、クリティカルケア、多職種連携教育

シミュレーション教育法は「模擬的に経験を行い、その経験で得られた気づきを熟考し、新たな学びを得る」という経験型学修論理に基づいている。シミュレーション教育法は医学領域だけでなく、法曹・防衛・航空領域でも盛んに行われている。医学領域のシミュレーション教育法は、獲得目標であるテクニカルスキルおよびノンテクニカルスキルが複雑であることが多い。しかし、基本的な教育工学を理解すれば、必ず効果的なシミュレーション教育が可能である。シミュレーション教育法は必ずしもシミュレーターを用いる必要はなく、机上における施行も可能である。

本講演では、シミュレーション教育法の原理から、①事前学習と準備、②ブリーフィング、③シナリオ実行、④デブリーフィングの基本的な流れをまず解説する。その後、クリティカルケアにおける多職種連携を目指した組織内シミュレーション講習会の意義と産科緊急対応に関する実践例を報告する。

多職種連携教育の必要性は高いが、倫理的問題、参加人数制限、教育空間確保が問題となる。シミュレーション教育法は、多職種連携教育に大きく貢献できると筆者らは考えている。本講演が、皆様の施設におけるクリティカルケア領域の多職種連携教育におけるシミュレーション教育法活用に寄与できれば幸いです。

教育講演

[EL3] ICUから始める早期リハビリテーション

演者: 玉木 彰 (兵庫医療大学大学院医療科学研究科)

[EL3] ICUから始める早期リハビリテーション

○玉木 彰¹ (1. 兵庫医療大学大学院医療科学研究科)

[EL3] ICUから始める早期リハビリテーション

○玉木 彰¹ (1. 兵庫医療大学大学院医療科学研究科)

キーワード：リハビリテーション、早期離床、 ICU

集中治療室 (Intensive Care Unit; ICU) におけるリハビリテーションは、本邦では1990年頃からごく一部の施設で実施されるようになったが、当時は呼吸器合併症の予防や改善を目的とした排痰や呼吸練習などの介入が中心であった。また実際の介入開始時期についても主治医によって異なっていたため、早期リハビリテーションという考え方が強調されてきたのは比較的最近の事である。その背景には、ICUにおける早期からのリハビリテーション介入はせん妄の発症を抑制し、人工呼吸器装着期間を短縮し、さらに身体機能の改善を促進することなどが Schweickertら (2009) によって明らかにされたことが影響している。これらを受けて本邦でも早期からのリハビリテーションへの取り組みが徐々に浸透し、2017年には日本集中治療医学会より、『集中治療における早期リハビリテーション～根拠に基づいたエキスパートコンセンサス～』が発表され、その翌年の2018年には、早期離床・リハビリテーション加算が保険点数として新設された。このように現在ではICUにおける早期リハビリテーションは通常に行われるべき介入であることが認識されている。

それでは何故ICUにおいて早期からリハビリテーションを開始する必要があるのだろうか？現在早期リハビリテーションの考え方として、『疾患の新規発症、手術または急性増悪から48時間以内に開始する』という解釈が一般的であり、この間に可及的早期から離床などの介入を開始する必要がある。人工呼吸管理中の急性期患者に対し48時間以内のリハビリテーションを開始する意義については、ICU滞在中に発生する様々な身体および認知機能の低下が、短期的のみならず長期的予後を悪化させるという事実が大きく関係している。特にICUにおける問題として注目されているものが、集中治療後症候群 (post intensive care syndrome; PICS) であり、その中の身体機能低下の代表的なものとしてICU獲得性筋力低下 (ICU acquired weakness; ICU-AW) がある。これまでの研究において、不動による筋肉量の減少や筋萎縮は疾患の新規発症、手術または急性増悪から48時間以内に始まり、2～3週間以内に最大になるとされていることから、ICUで管理されている患者に対しては全身状態が許す限り、可及的早期からのリハビリテーション介入が重要であることは疑う余地がない。しかしこのような早期リハビリテーションを実施するためには、医師や看護師などの協力が絶対的に必要であり、チームで協力して進めていく必要がある。

本教育講演では、ICUから始める早期リハビリテーションの実際について、これまでに報告されている様々な知見を基に解説する。

教育講演

[EL4] 終わりなき挑戦～人はどこまで救えるのか？そして救えない時、私たちに何ができるのか？～

演者:鹿野 恒（鹿児島市立病院）

[EL4] 終わりなき挑戦～人はどこまで救えるのか？そして救えない時、私たちに何ができるのか？～

○鹿野 恒¹（1. 鹿児島市立病院）

[EL4] 終わりになき挑戦～人はどこまで救えるのか？そして救えない時、私たちに何ができるのか？～

○鹿野 恒¹ (1. 鹿児島市立病院)

キーワード：心肺蘇生、終末期医療、臓器提供

人はどこまで救えるのか？

救命救急医療の現場には心肺停止患者が日々搬送されてくるが、心肺蘇生の基本は薬剤投与や除細動を行い、何とか心臓を動かすことである。では心臓が動かなければ人は死ぬのか？世の中の一般常識として、あるいは医療者のほとんどが、心臓が止まれば人は死ぬ、心臓が動けば人は生きられる、と考えており、つまり心臓に人の生死の分かれ目があると考えている。

私は2000年より PCPS（経皮的心肺補助）を用いた心肺蘇生術を積極的に行っており、救急外来に心肺停止患者が搬送され、いろいろな処置を行っても心拍再開しない場合には、その適応があれば PCPSを迅速に導入する。すると、平均2～3日くらいで心臓は動き出し、長い場合には2週間後に PCPSを離脱して独歩退院していく。私たちのスタンスは「心臓が止まっても蘇生をあきらめない」であり、すなわち人の生死の分かれ目は心臓ではない。

しかしながら、どんなに医療を尽くしても救えない患者はいる。そんな時、私たちには何ができるのであろうか？

救えない患者のなかには脳死となる患者もいる。日本でも1997年に脳死下臓器移植が可能となり、2009年に本人の意思がなくても脳死下臓器提供が可能となる改正臓器移植法が成立した。

脳死は人の死か？それとも心臓死が死なのか？

医療者の多くもそのことに疑問を抱きながら、この臓器移植に向き合っている。私は2004年より救急医療の現場で臓器提供に関わり、今までに40例以上の臓器提供を行ってきたが、実は「脳死は人の死」とは考えていない。というより、患者家族と接している中で、温かく心臓も自分の力で動いている患者を死とは考えられない。しかしながら、一つだけ言えることは「脳死は現代の救命医療の限界点」ということである。すなわち、私たちは脳死となってしまった患者を「救う」というベクトルに戻すことはできない。必ず、脳死の患者はこの世から亡くなり逝くのである。先に述べたように、私にとって心臓が止まっていることは死に値しない。心臓が止まっても、患者には「救う」というベクトルが残っているのである。

現場の救急医療では、脳死が死なのか、心臓死が死なのかを決めることが重要なのではなく、私たち医療者がプロフェッショナルとして、どこまで人を救えるのか、あるいは患者は限界を超えてしまったのか、を見極めることこそが私たちに課せられた使命である。そして、その限界を超えてしまった患者やその家族に対して、私たちがプロフェッショナルとして何ができるのか？そこに、救急集中治療における終末期医療があり、そのなかに臓器提供があるのである。

そして、2020年。私たちは新たなる救命のステップに進む。それは、病院外、すなわち救急現場において蘇生のための PCPS導入を始める。

人の死を決めるのはまだ早い。

教育講演

[EL5] 再生医療の倫理—求めたい看護の存在と力、生命倫理の視点から—

演者:有江 文栄 (国立精神・神経医療研究センター、上智大学生命倫理研究所、文部科学省研究振興局)

[EL5] 再生医療の倫理—求めたい看護の存在と力、生命倫理の視点から—

○有江 文栄^{1,2,3} (1. 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 臨床研究支援部 倫理相談・教育研修室、2. 上智大学生命倫理研究所、3. 文部科学省研究振興局 ライフサイエンス課 生命倫理・安全対策室)

[EL5] 再生医療の倫理—求めたい看護の存在と力、生命倫理の視点から—

○有江 文栄^{1,2,3} (1. 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 臨床研究支援部 倫理相談・教育研修室、2. 上智大学生命倫理研究所、3. 文部科学省研究振興局 ライフサイエンス課 生命倫理・安全対策室)
キーワード：再生医療、看護、生命倫理、意思決定

「再生医療」、この言葉は今では広く一般に浸透してきた。この20年、我が国では再生医療を推進するために官民挙げて取り組んできた。その甲斐あって再生医療は基礎研究から臨床応用へと進み、今ではiPS細胞を用いた加齢黄斑変症やパーキンソン病等の臨床研究も開始され、それらは着実に成果を上げつつある¹⁾。再生医療と一口に言ってもその範囲は広く、第3種再生医療に分類される比較的リスクの低い自己体細胞加工物を用いたものから、第1種のES細胞やiPS細胞等を用いたものまでである²⁾。対象となる疾患も様々で、再生医療に人々は多大な期待を寄せ、この技術に一縷の望みをかけて臨床研究に参加している患者もいる。

安全性と有効性を検証しつつ慎重に進められている再生医療であるが、エビデンスが十分にあるといえないような医療が、自由診療で提供されているケースや、幹細胞を使用した新規性の高いものでは有害事象も報告されている¹⁾。このような再生医療においては、適切で十分な説明に基づいた患者の理解と判断が重要になってくるが、再生医療を受ける患者の理解と医療者（研究者）側が患者に伝えた、伝わったと思っていることに齟齬があったり、患者の期待と医療者（研究者）側の期待する効果にギャップがあったりする。再生医療を受ける患者は難病であることが多く、それ故に期待も大きくなる傾向にある^{1),3)}。このような状況の中で、再生医療を受ける患者と再生医療を提供する医療者のコミュニケーションが問題となり、医師だけではなく看護師の役割も重要になってくる。とりわけ患者や家族の意思決定の過程では、看護の存在と力が求められる。

本講演では、生命倫理、とりわけ医療倫理・研究倫理の視点から、再生医療において看護は何を期待されているのか、看護の存在と力についてお話したい。

参考文献

1. 有江文栄（2018）：再生医療の倫理—期待される看護の役割と責任—。日本移植・再生医療看護学会誌，13(1)，3－11。
2. 「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律施行令」及び「再生医療等の安全性の確保等に関する法律施行規則」の取扱いについて（平成26年10月31日医政研発1031第1号厚生労働省医政局研究開発振興課長通知）
3. 有江文栄。「再生医療・研究における倫理 再生医療等委員会に提出する際のポイント」講演資料、2016年8月27日第7回細胞治療研究会富士ソフト株式会社

教育講演

[EL6] 敗血症の治療方針と各職種連携

演者:向井 啓 (摂南大学)

[EL6] 敗血症の治療方針と各職種連携

○向井 啓¹ (1. 摂南大学)

[EL6] 敗血症の治療方針と各職種連携

○向井 啓¹ (1. 摂南大学)

キーワード：敗血症、抗菌薬、抗菌薬適正使用

抗菌薬の適正使用について看護師に出来ることは何だろうか。平成30年度診療報酬改定において、AST（抗菌薬適正使用支援チーム）の活動に新たに100点の診療報酬点数が新設された。ICT（感染制御チーム）では、看護師の活躍が大きな意味をなしており、看護師の存在なくして日々の成果を上げることは不可能に近い。ICT同様にASTでも看護師の活躍が期待されている。しかしながら、抗菌薬となると少し抵抗を感じる看護師もいるのではないだろうか。感染制御および抗菌薬適正使用のどちらでも言えることだが、チームに所属しているメンバーだけが努力しても成立することではない。大多数をしめるチーム以外の医療従事者が意識をして取り組むことによって初めて成果が出る内容である。つまり、医療従事者の大多数をしめる看護師の協力なくしては抗菌薬の適正使用は成立しないのである。

抗菌薬には同じような名前の物が多く、また対象となる菌も様々な種類があり勉強しにくいため少し拒否反応を示してしまう。これは看護師のみならず薬剤師でも同じである。抗菌薬について、または抗菌薬適正使用について勉強をすると膨大な知識と時間が必要となるが、医師に出来ること、薬剤師に出来ることはそれぞれの職種に任せれば良い。しかしながら、看護師にしか出来ないことも存在している。その看護師にしかできないことを適切に理解し適切に遂行すると抗菌薬適正使用に大いに貢献できるのである。

そこで本公演では、敗血症の治療を例に、看護師が抗菌薬の適正使用でどのようなことが出来るのかについて説明し、明日からの業務ですぐに活かせる内容を説明したいと考えている。具体的には、なぜ目の前の患者にこの抗菌薬が使用されているのかを簡単に述べ、抗菌薬の投与タイミングを意識する必要性やバンコマイシンの採血はなぜ投与前に行わなければならないかなどを説明する。また、それらの必要性を意識せずに行動した場合、患者にどのような不利益が生じるのかを解説する。

教育講演

[EL7] 医療政策の観点からクリティカルケア看護への提言

演者:太田 凡 (京都府立医科大学大学院医学研究科)

[EL7] 医療政策の観点からクリティカルケア看護への提言

○太田 凡¹ (1. 京都府立医科大学大学院医学研究科 救急・災害医療システム学 救急医療学教室)

[EL7] 医療政策の観点からクリティカルケア看護への提言

○太田 凡¹ (1. 京都府立医科大学大学院医学研究科 救急・災害医療システム学 救急医療学教室)

キーワード：医療政策、救急医療需要、働き方改革

わが国では、昭和38年に各自治体消防による救急業務が義務化された後から「救急車たらい回し」が社会問題となり、翌年には国会で議論されている。そうした背景から昭和39年に救急医療機関告示制度が発足し、昭和52年には初期・二次・三次の救急医療機関分類体制が導入され、翌年には初の三次救急医療機関として日本医科大学救命救急センターが設立された。平成9年に厚生省（当時）において作成された救急医療基本問題検討会報告書でも「救急医療体制の基本的条件」として「救急時に患者が混乱することなく、適切かつ迅速に救急医療を受けることが出来る体制、また救急隊が迅速に 患者を救急医療機関に搬送できる体制であること」と明記されている。

しかし、救命救急センター設置後も「救急車たらい回し」は解消されなかった。平成20年3月に初めて「救急搬送における医療機関における医療機関の受け入れ状況等実態調査の結果について」が公表されたが、そこでは、医師数も医療機関数も救命救急センター数も救急科専門医数も多い東京都において、重症以上であるにもかかわらず11回以上の受け入れ照会を要したことが1年間で614件あり、最高50の医療機関に受け入れ要請を行っていた重症傷病者がいたことが明らかになった。その後も現在に至るまで同様の報告書が毎年公表されているが問題は解決していない。

救急要請電話が消防本部間で50回もたらい回しにされることはあり得ない。外傷現場には向かうが高齢者介護施設には向かわないという救急隊はない。救急医療制度は社会のセーフティネットである。セーフティネットとして機能するためには救急車たらい回し問題が解決されなければならない。

一方、医療技術の進歩と高齢者数の増加を背景に救急医療需要は増大している。わが国の救急医療制度が確立した昭和52年度には年間1,601,045件であった全国の救急出動件数は、平成30年度には6,608,341件と約4倍となった。医療費、医療従事者数も増加しているが、社会保障制度の在り方を考えれば医療資源は有限である。日本の救急医療制度は医師の時間外労働を前提に維持されてきたが、今後の需要増加を見据えれば、過剰労働に頼るシステムは崩壊が免れない。

欧州、北米においても救急医療需要は同様に増大しているが、①急性期医療機関の集約化、②救急医のシフト勤務、③ナースプラクティショナーなどへのタスクシフトによって対応している。救急医療需要をコントロールすることは困難であり、有限な医療資源で社会保障としての救急医療を提供するためには、わが国でも同様のシステム整備、医療政策が必要である。

アドバンスセミナー

[AS1] 臨床で役立つ（かもしれない）最新研究論文をレビューする

演者:卯野木 健（札幌市立大学）

[AS1] 臨床で役立つ（かもしれない）最新研究論文をレビューする

○卯野木 健¹（1. 札幌市立大学 看護学部/看護学研究科）

[AS1] 臨床で役立つ（かもしれない）最新研究論文をレビューする

○卯野木 健¹（1. 札幌市立大学 看護学部/看護学研究科）

キーワード：ICUでの看護、研究の読み方、臨床での使い方

近年、クリティカルケアに関する看護実践は変化を繰り返している。代表的なものには、鎮静管理、せん妄の評価、人工呼吸器からの離脱方法、重症患者の早期離床が挙げられるだろう。また、まだ何が有効な介入か明らかではないが、Post-Intensive Care Syndrome（PICS）を予防するための援助もこれから発展するだろう。これらの変化は、自然発生したわけではなく、ルーツを辿ると、臨床研究によって明らかにされたものが普及し私達の実践を変化させているわけである。そのため、研究と実践は別の世界のものとして区別されがちだが、実践での気づきから研究が生まれ、研究から実践が生まれるのである。そのため、より良い実践をしたいのであれば、研究の結果を知らなければならない。いままで研究を基盤にして実践の変化があったように、これからも同様の変化は起きるのである。そのときに、流行りだからやろう、ではなく、研究結果に基づき、より良い医療を提供するという目的で行いたいものである。本公演では、私達、クリティカルケアに携わる看護師に関連のある、近年の研究に関して、できるだけ平易にレビューを行いたいと思う。限られた時間ではあるが、数多くの研究を紹介し、臨床に還元するとともに、研究の見方、も知っていただければ幸いである（というのは欲張りかもしれないが。）。良いとみんなが思っていたことが、良いという結果が得られていない介入があったり、興味深い内容であると個人的に信じている。

アドバンスセミナー

[AS2] 侵襲に対する生体反応に纏わるトピックス

演者:道又 元裕 (国際医療福祉大学成田病院)

[AS2] 侵襲に対する生体反応に纏わるトピックス

○道又 元裕¹ (1. 国際医療福祉大学成田病院)

[AS2] 侵襲に対する生体反応に纏わるトピックス

○道又 元裕¹ (1. 国際医療福祉大学成田病院)

キーワード：侵襲に対する生体反応

侵襲によって組織へのダメージが生じると、そのダメージが末梢組織の受容体や末梢神経への刺激となって、末梢からの刺激や興奮が中枢神経へ伝達されます。ダメージを受けた組織や周辺組織では、細胞膜酵素の活性化が起こり、肥満細胞からヒスタミンやロイコトリエンなどの種々の chemical mediatorが遊離され、血管透過性亢進（血管内皮細胞間隙の膨化開大）をはじめとして平滑筋収縮、血管拡張、腺分泌促進などをもたらします。これらの変化が刺激となって細胞膜酵素の活性化が一層促進されるとともに炎症性サイトカインがアラキドン酸カスケードを活性化して様々な生理活性を有するエイコサノイド産生します。一方、同じカスケードにリポキシゲナーゼが作用し、ロイコトリエンを産生させます。他方、アラキドン酸カスケードは、血小板機能を凝集する PAFをも産生し、産生された PAFがアラキドン酸カスケードを活性化します。PAFは血小板凝集のほか、気管支平滑筋の収縮や気道過敏性の亢進、また、心拍出力の低下と血管透過性亢進などの作用を持つため、血栓症、気管支喘息などのアレルギー疾患、エンドトキシンショックのメディエータでもあり、種々の受容体拮抗薬が治療薬として開発されてきています。

ダメージを受けた組織からはカリクレインが遊出し、血清タンパクの一部が分解されブラジキニンが生成されます。ブラジキニンは、血管内皮細胞収縮を起こし、間隙を開大させ血管透過性亢進を引き起こす他、発熱や痛み、一酸化窒素合成酵素（NOS）を活性化させます。NOSは血管内皮細胞内でアルギニンから血管平滑筋に対して強い弛緩作用を有する（血管拡張）NOを産生します。NOは敗血症性ショック時の血管拡張やニトログリセリン製剤の血管拡張の機序でも知られています。アラキドン酸カスケードの活性は、炎症反応に強く関与しており、発熱、痛み、血管拡張（特に細動脈）、血管透過性亢進、凝固・線溶系の不調和、脂肪代謝、Na⁺-K⁺チャンネルの変調、サイトカインの生成と抑制、好中球などの免疫細胞の活性と不活化、好中球の化学遊走性などをもたらします。

末梢神経の刺激は、交感神経の興奮を引き起こし、神経伝達物質であるカテコールアミンがストレスホルモンとして血中に放出されます。その結果、以下に示すようなそれぞれが有する生物活性を示し、優位な作用が標的組織・器官に強く表れます。

各種 chemical mediatorの遊離は、ダメージ部位を中心とした局所におけるマクロファージ）、顆粒球（特に好中球）、血管内皮細胞などを刺激し、それぞれから免疫情報伝達物質であるサイトカインを分泌産生します。そのサイトカインネットワークが侵襲時における急性相反応を大きく修飾しています。

炎症部位では、サイトカインに活性化されたマクロファージ、好中球、補体が、さらには、それら自身が炎症性サイトカインやNOを分泌します。その一方では、炎症性サイトカインの産生によって、細胞性免疫（リンパ球群）の活性は抑制されます。

炎症性サイトカインは、血液循環によって全身にデリバリーされ、各臓器の血管内皮細胞に存在する転写因子であるNF- κ Bを活性化し、接着分子（ligand）を発現させ（NF- κ Bがサイトカインの発現を増加させる）、免疫細胞は、接着因子を介して血管外へ遊走する。その結果、手術部位を中心とした局所の炎症反応が惹起され、それは数時間後に全身へと波及していき、SIRSの状態を形成します。

このような生体反応の仕組みの中で、最近における話題や注目すべき事柄について若干の示唆を含めて述べさせていただきます。

アドバンスセミナー

[AS3] 米国におけるプロトコルの使い方～人工呼吸器関連～

演者: 戎 初代 (国際医療福祉大学成田病院)

[AS3] 米国におけるプロトコルの使い方～人工呼吸器関連～

○戎 初代¹ (1. 国際医療福祉大学成田病院)

[AS3] 米国におけるプロトコルの使い方～人工呼吸器関連～

○戎 初代¹ (1. 国際医療福祉大学成田病院)

キーワード：人工呼吸、プロトコル

日本でも、人工呼吸管理のプロトコルを使用する機会が増えてきた。米国のA州における、人工呼吸管理のプロトコルを元に、それらをどのように臨床で使用しているのかを紹介する。また、そのプロトコルを使用するために呼吸療法士（米国では2年～4年課程教育の国家資格）がどのような教育を受けているのか、看護師とどのように協働しているのかについても紹介する。プロトコルを使用するにあたり、使用する者にどのような判断や裁量が必要となるのか、そのために必要な教育はどのようなものなのかを述べたい。

アドバンスセミナー

[AS4] コンフォート理論の実践への活かし方

演者:江川 幸二 (神戸市看護大学)

[AS4] コンフォート理論の実践への活かし方

○江川 幸二¹ (1. 神戸市看護大学 急性期看護学分野)

[AS4] コンフォート理論の実践への活かし方

○江川 幸二¹ (1. 神戸市看護大学 急性期看護学分野)

キーワード：コンフォート理論、キャサリン・コルカバ、実践活用

クリティカルケアの場における患者は、侵襲的な治療を受けるため多大な身体的・心理的およびスピリチュアルな面での苦痛を体験する。キャサリン・コルカバが提唱しているコンフォート理論は、こうした苦痛を緩和し患者のコンフォートを増進するためのヒントを提供してくれる。

コルカバはコンフォートの状態には「緩和」、「安心」、「超越」の3種類があるとしている。特にクリティカルケアの場では、気管内吸引のように合併症予防のために必要な看護ケア自体が、患者にとって大きな苦痛をもたらす場合もある。また数多くの侵襲的なチューブ・ルート類の挿入も、治療上必要なものであり、大きな苦痛をもたらす。そのため、クリティカルケアの場では「緩和」や「安心」といったコンフォートの状態を達成することは難しい。しかし、そうした状況にあっても「超越」の状態をもたらすことは可能であると、コルカバ自身が述べている。コンフォート理論では、「超越」とは「問題や苦痛を克服した状態」と説明しているが、この説明ではどのような状態が「超越」なのかがわかりにくい。

本セミナーでは、まずコンフォート理論の概要を説明し、クリティカルケア看護で特に求められる「超越」とはどのような状態なのかをわかりやすく解説する。またクリティカルケア看護において、どのようにしてこの理論を実践に活かすことができるのか、「超越」をもたらすためには何が必要なのか、などについて事例を用いながら解説する。

アドバンスセミナー

[AS5] クリティカルケア看護への覚悟 ～ 患者と向き合い共に紡ぐ ～

演者: 亀井 有子 (市立岸和田市民病院)

[AS5] クリティカルケア看護への覚悟 ～ 患者と向き合い共に紡ぐ ～

○亀井 有子¹ (1. 市立岸和田市民病院)

[AS5] クリティカルケア看護への覚悟 ～ 患者と向き合い共に紡ぐ ～

○亀井 有子¹ (1. 市立岸和田市民病院)

キーワード：よりよさ、考え抜くプロセス、覚悟

看護の本質は対人的なケアであり、看護師と患者・家族の双方向の関係性の中で、よりよさを見つけ出していくものと考えます。自分とは同じではない患者・家族の多様性を理解しようと、人生という物語に巻き込まれ、よりよさを探し出そうと徹底して考え抜く。その考えぬくプロセスに必要なのは、看護を実践する覚悟なのではないでしょうか。

よりよい看護を提供したいと思い続けてきました。よりよい看護は何かと考え、ひとつひとつのケアの根拠を追求し、生物学的生命の最善を選択していました。生命を救いたいと願って懸命にケアしていた患者から「何年生きられるかより、どのように生きたいかを考えている。生きるにしても、死ぬにしても管を入れる（気管挿管）のは嫌だとずっとずっと思ってきた。」というメッセージを受け取った時、私自身が追い求めていたよりよい看護は、患者のよりよさではないと理解することができました。患者に思いをよせていたつもりでしたが、立ち止まって患者と向き合っていなかったように思います。

患者や家族にとってよりよい決定や、今の現在もこれからの未来もよりよいため選択は、患者や家族の生きてきた人生の延長上にしかないと思います。患者や家族を尊重した決定や選択のために看護を実践する者は、患者と向き合い、巻き込まれながらも踏みとどまり考え抜こうとする勇気と覚悟が必要だと思えます。それは、看護師の責任でもあると考えています。

患者や家族との距離の置き方や声をかけるタイミングなどに悩んだ日々を送りながら、経験を積んだり年を重ねたりすることで、いつかは先輩のようにカッコよくこなせるようになると信じていました。しかし、よりよい看護を提供することを目標に挑戦するようになり、たくさんの患者や家族に出会い、何とかしなければという思いを持ち続け「クリティカルケア看護への覚悟」が備わり、患者・家族と共に紡ぎ、答えを考え抜くようになってきました。

アドバンスセミナーでは、自分自身が出会った患者や家族との関わりを通じて得られた「クリティカルケア看護への覚悟」について述べ、臨床の看護実践のエッセンスになればよいと思えます。

アドバンスセミナー

[AS6] クリティカルケア看護とエンド・オブ・ライフケアの連続性

演者:北村 愛子 (大阪府立大学)

[AS6] クリティカルケア看護とエンド・オブ・ライフケアの連続性

○北村 愛子¹ (1. 大阪府立大学)

[AS6] クリティカルケア看護とエンド・オブ・ライフケアの連続性

○北村 愛子¹ (1. 大阪府立大学)

キーワード：クリティカルケア看護、エンド・オブ・ライフケア

クリティカルケア看護領域では生死に直面しながらケアをすることが多く、特にクリティカルケアに携わる医療チームは、医学医療の進歩と共に複雑な病態に対する治療やケアが提供できるようになったため、救命処置や、集中治療の目的である『いのちを救う』ことに専心してチーム活動を行う。しかしながら、生命徴候が回復の傾向を来さない時、あるいは治療が全く功を奏しない時、クリティカルケア看護の実践の場においては、集中治療を遂行し生還をめざすための看護支援から、治療の限界に伴い死と向き合いながら苦痛を緩和するケアに移行することがある。

この移行のプロセスの中で、クリティカルケアに携わる看護師は、患者の生命危機状態によって家族が時間や関係性、自律性が失われ悲しみを感じていることに対して、倫理的で臨床的な洞察力と細やかな配慮が必要とされることを認識してはいるが、どうケアしていいのか戸惑うこともある。生死に直面した患者と家族がその出来事や状況に対して感情・心情・行動などの経験を時間と結び付け、人生の移行ができるように支えるトランジショナルケアを実践することで、クリティカルケア看護とエンド・オブ・ライフケアの連続性を支えるケアを展開することに繋がるのではないかと考える。

生と死の連続性を支えるケア：死に向かうためのケアとしては、人生の最終段階において身体の安楽と精神の平和を促進するためにスピリチュアルペインを含むトータルペインの観点で苦痛を緩和していくことが大切で、衝撃の中での意思決定の連続を経験する家族への倫理的配慮も欠かすことはできない。「こんなに怖くて仕方ない気持ちは初めてです。なにかしら毎日戦っている気分で、何とどう戦っているのかもわからなくて、恐ろしさを感じます。何をしても落ち着かなくて、考えてもわからないのに考える感じで」という不安を示し自己の時間的連続性を安心して過ごせない瞬間をとらえ、その苦しみを理解して緩和し看護で支えることが重要である。

本講演では、クリティカルケア看護とエンド・オブ・ライフケアの連続性を支えるケアの看護実践力をつけるために、患者と家族、医療者が過ごす時間的連続性の中で、それぞれの人々が役割をもって人生を歩んでいるという視点も加え、トランジショナルケアの観点から講演を進める。患者のエンドオブライフに関与する人々との人間関係を保ちながら自己存在感を確認し自己実現に向かっていくニーズを支え、スピリチュアルケアと悲嘆ケア、看取りにおける人間の尊厳を大切にされたケアについて述べ、患者の人生の終わりにその人らしさを支えるトランジショナルケアの在り方を検討する。また、死にゆく患者の治療・ケアに携わる医療職者の悲しみと苦悩への対処について、自己に揺らぎを感じながらも看護師自身が癒す方法を見つけ、職業人として成長しようとする看護師へのサポートの必要性について考察し今後の課題を述べる。

シンポジウム

[SY1] クリティカルケア領域におけるエンドオブライフケアの課題と挑戦

企画:植村 桜 (大阪市立総合医療センター)

[企画趣旨] クリティカルケア領域におけるエンドオブライフケアの課題と挑戦

植村 桜¹ (1. 大阪市立総合医療センター)

[SY1-1] 様々な死の軌跡を辿るクリティカルケア領域の患者への ACPを実践するために

○細萱 順一¹ (1. かわぐち心臓呼吸器病院 看護部)

[SY1-2] PICS-F 家族へのエンドオブライフケア

○櫻本 秀明¹ (1. 茨城キリスト教大学看護学部看護学科)

[SY1-3] エンドオブライフケアにおける看護師のモラルディストレス

○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)

[企画趣旨] クリティカルケア領域におけるエンドオブライフケアの課題と挑戦

植村 桜¹ (1. 大阪市立総合医療センター)

キーワード：エンドオブライフケア

「ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム」や「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」など、クリティカルケア領域におけるエンドオブライフケアの質の向上を目指すための実践的な取り組みが進行している。エンドオブライフケアの質は、患者のみならず PICS-Fなど家族にも長期的な影響を与え、ケア提供者である看護師にとっても後悔や不全感、倫理的ジレンマから大きなストレス因子となる。本シンポジウムでは、エンドオブライフケアの目指すべき姿に向かい多角的な視点から課題を掲げ、挑戦を続けるシンポジストにご登壇いただき、エンドオブライフケアの更なる発展について議論を深めたい。

[SY1-1] 様々な死の軌跡を辿るクリティカルケア領域の患者への ACPを実践するために

○細萱 順一¹ (1. かわぐち心臓呼吸器病院 看護部)

キーワード：人生会議、話し合いのプロセス、他領域連携

アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP) は、「将来 (近い将来も含む) の治療やケアについての患者の意思決定をサポートするために、治療やケアに関わる人たちが患者の価値観、人生のゴール、好みなどを理解して共有するプロセスであり、どの様な年齢や病態の患者もその対象になり得る」と定義されている。

昨年、厚生労働省は ACPの愛称を「人生会議」と決定し、11月30日 (いい看取り・看取られ) を「人生会議の日」としました。また、「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」により、ACPの重要な概念である“人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス”を行うことが推奨されている。

ここで、私たちのクリティカルケア領域で壁になるのが、“事前に”という点である。この時間軸の猶予がない当領域の特性から、十分に話し合いが行われない中で、ACPが流行り言葉のように使われ、「ACPをとる」のように終末期指示書のような認識がなされていると感じる場面がある。確かに、交通事故や急性疾患のような状況で救命が困難な場合は、終末期指示書は患者本人の意思を反映するためにも非常に重要なものになるが、指示書の内容を表明するのは多くが家族または重要他者であり、家族らが大事な人の人生＝ライフを想いながら意思決定できるように支援するプロセスが ACPになりうると考える。そのように意識しながら実践したケースを共有させていただきたい。

また、慢性心不全・腎不全のような慢性疾患の急性増悪による終末期の場合は、軽快と増悪を繰り返すプロセスの中での ACPの重要性は広く認識されている。さらに、最近では、長期的に抗がん剤を使用するがんサバイバーが増えている中で、用量依存性に発症する急性心不全で最期を迎えるケースが増加しており、今後クリティカルケア領域で遭遇する機会が多くなることが予測される。がんにより予測されていた疾患の予後よりも早い段階で最期を迎える状況になる場合は、がんと診断されてから構築されてきた本人の価値観やライフ、または家族との関係にも焦点をあてていく必要がある。そのような場合には、クリティカルケア領域の医療者のみでは十分な ACPを展開していくことは困難であり、それまで関わってきた他領域の医療者との連携が必要になってくる。地域によっては、在宅と基幹病院が医療用 SNSを活用して、在宅でやりとりされる人生の最終段階に関する重要な情報を地域全体で共有する仕組みも行われている。

クリティカルケア領域の ACPの質を向上させるためには、領域内の意思決定に関与するための「能力向上」と、領域外に率先して出向き、最期を迎える対象が関わってきた医療者らと関係性を構築するための「他領域連携の強化」が重要だと考えます。そのような実践をされている方や試みているご施設がありましたら情報共

有いただき、この機会と一緒に考えていければと思います。

[SY1-2] PICS-F 家族へのエンドオブライフケア

○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：PICS-F、エンドオブライフケア、家族看護

Post-Intensive Care Syndrome – Family (PICS – F) とは、ICU退室後患者の家族にあらわれる PICS 症状のことである。PICS-F の主な疾患・症状の発生率は、1 年後でうつ症状 6-43.4%、不安 15-24%、PTSD 33.1-49.0% である[1]。調査方法や期間がバラバラなため、単純な比較は難しいが、短期間のうちらか症状が観察され、長期にわたって高い割合で推移する。ICU に入室した患者の家族もまた、戦っているということだろうか。

さらに、不幸にもお亡くなりになったご家族であれば、なおさらである。死者との関係が親密であるほど、複雑性悲嘆のリスクは高いと言われ[2]、病棟で接する機械の多い家族ほどその傾向が高いのかもしれない。悲嘆そのものは一般的で、多くのひとにみられる普通のことである。だが遺族の一部には、通常よりも長く病的な喪が続き(6ヶ月以上)、精神・身体的な症状となってあらわれ日常生活に支障をきたす人たちがいる。こうした通常より長く喪の状態が続き生活に支障をきたすことを、複雑性悲嘆 (Complicated Grief)、持続性複雑死別障害 “Persistent complex bereavement disorder” “prolonged grief disorder” などと呼ぶ。身体症状を有するケースもあり、医療介入が必要となる。他の PICS-F 症状も同じである。

ICU に入室した家族、特に死や別離、存在を意識した家族に、我々は何ができるのだろうか。PICS-F 症状、複雑性悲嘆を予防する方法はあるのだろうか。今後、ますます変わる医療事情の中で、何ができるのか考えてみたい。

1. Inoue, S., et al., Post- intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Medicine & Surgery*, 2019.

2. Shear, M.K., Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 2015. 372(2): p. 153-160.

[SY1-3] エンドオブライフケアにおける看護師のモラルディストレス

○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：モラルディストレス、倫理

看護師が患者のエンドオブライフのさまざまな場面で、倫理的にはなにが正しいのだろうかと考える状況 (倫理的な不確実さ (moral uncertainty)) や何かを決定していくときに価値の対立を生じてしまう状況 (倫理的ジレンマ (moral dilemma)) が存在します。その状況に立ち会う医療職者は、「もっと何かができただけでは」、「十分なケアができなかった」というような不快な感情やケアに対する不全感、自らの無力感を感じると言われます。このような体験をしたことのある方は多いのではないのでしょうか。このような思いを倫理的苦悩 (moral distress) といいます (Jameton, 1984)。

クリティカルケア領域の看護師は、急激な発症から死の転帰や患者の意識が悪く自分の意思を伝えることができない、多職種でチーム医療を提供する場面が多く学問分野により価値の違い、高度な医療機器を駆使しながらのケア提供や家族の悲嘆ケアに対する能力不足の自覚、などを理由にモラルディストレスを感じやすいと指摘されている。モラルディストレスが高いだけでなく、モラルディストレスに対処できないと、バーンアウトし離職へとつながると指摘されている。

ここでは、看護師の内面に存在するモラルディストレスの存在（課題）を共有し、看護師自ら、または組織として対応（挑戦）していく方略についてディスカッションしていきたい。

シンポジウム

[SY2] 質の高い家族看護実践へのチャレンジ

企画:林 みよ子 (静岡県立大学)

[企画趣旨] 質の高い家族看護実践へのチャレンジ

林 みよ子¹ (1. 静岡県立大学)

[SY2-1] 質の高い家族看護実践へのチャレンジ

ー学士課程・高度実践看護師教育課程の実習における家族看護実践ー

○明石 恵子¹ (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

[SY2-2] 急性期から退院後にかけての家族支援を考える

○樽松 久美子¹ (1. 北里大学病院看護部)

[SY2-3] 「質の高い家族看護実践へのチャレンジ」 ～代理意思決定支援における必要な家族支援のスキルとは～

○松本 修一¹ (1. 滋賀県立総合病院)

[企画趣旨] 質の高い家族看護実践へのチャレンジ

林 みよ子¹ (1. 静岡県立大学)

キーワード：家族看護

近年の社会構造や医療制度改革から、クリティカルケア領域の看護師には、病院内での救命・集中治療にとどまらず、多くの役割が期待されており、次世代を担う看護師には、より高い看護実践能力が求められていると言える。

中でも、重症あるいは重篤な状態にある患者の家族に対しては、限られた情報から家族を捉えて、必要な介入を判断し、緊迫した状況下で対人関係を気づき、彼らの意思を尊重して適した方法で実践しなければならず、高度で専門的な知識や技術だけではなく、総合的な能力を必要とする。

そこで、本シンポジウムでは、大学教員、急性重症患者看護専門看護師、家族支援専門看護師から貴重な実践や体験をご発言いただき、次世代を担う看護学生あるいは若手看護師が、クリティカルケア領域においてより質の高い家族看護を実践できるようになるために、看護基礎教育及び医療現場においてどのような知識・技術・態度を育成する必要があるのか模索したい。

[SY2-1] 質の高い家族看護実践へのチャレンジ

ー 学士課程・高度実践看護師教育課程の実習における家族看護実践

○明石 恵子¹ (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

キーワード：学士課程、高度実践看護師教育課程、家族看護実践

クリティカルケア看護領域では、重篤な患者への全人的な看護と同時に家族への看護が行われている。以下に示す本学の学士課程と高度実践看護師教育課程の実習を通して、質の高い家族看護実践に必要な教育を議論したい。

1. 学士課程の実習における家族看護実践

本学におけるクリティカルケア看護領域の実習は、外科系病棟で周術期看護を学修する3年次の「クリティカルケア系」と救急・集中治療部門で緩和ケアを学修する4年次の「緩和・終末期系」の2科目（各2単位）である。ここでは後者における家族看護に関する特徴的な取り組みを紹介する。

「緩和・終末期系」の実習では、1学年80名が「がん看護学領域」と「クリティカルケア看護学領域」に分かれて実習している。「クリティカルケア看護学領域」における家族看護については、患者と家族が体験する全人的苦痛に焦点を当ててアセスメントし、その苦痛を緩和するための計画を立案する。学生は、家族がどのような苦痛を感じているかを考えて介入方法を検討し、実習指導者に見守られながら患者・家族と関わっている。また、実習中に学生が感じた倫理的問題について症例検討シートで情報を整理し、具体的な対策を検討している。倫理的問題として家族による代理意思決定場面が取り上げられることもあり、家族からの情報収集の必要性や家族の思いを理解することの重要性を学修する機会となっている。

救急病棟や集中治療室では家族の面会時間が限られる。実習時間中に家族と関われない学生も少なくないが、全人的苦痛と倫理的問題を実習カンファレンスで議論することで、学生の学びとしている。

2. 高度実践看護師教育課程（専門看護師）の実習における家族看護実践

本学は2007年にクリティカルケア看護専門看護師教育コースを設置し、現在は高度実践看護師教育課程（専門看護師38単位）として認定されている。実習は10単位であり、集中治療室を中心とする「クリティカルケア看護実習Ⅰ」3単位、救急初療室を中心とする「クリティカルケア看護実習Ⅱ」3単位、クリティカルケアとポストクリティカルケアを中心とする「クリティカルケア看護実習Ⅲ」4単位で構成されている。

学生は、実習要項に示された実習目標・到達目標に沿って実習計画書を作成して実習に臨む。実習計画書には行動計画や実習記録用紙が含まれ、これらを作成すること自体も専門看護師の学修と捉えている。家族看護は各実習の到達目標の一つであり、学生は、集中治療や救急医療を必要とする患者の家族の特徴をふまえてアセスメントの枠組みや介入方法を考える。学士課程との違いは、理論やモデルなどの活用である。学生は、家族ストレス理論、カルガリー家族看護モデル、危機理論、家族のニード&コーピングスケールなどを用いて家族看護を行う。また、治療方針の代理意思決定が家族に委ねられる場合は、意思決定モデルを用いて介入することもある。

また、実習部署の課題を見つけ、それに焦点を当てた組織分析を行い、課題解決に向けた具体的な方法を提案して実施することも課している。その一部として家族看護を取り上げ、集中治療室から一般病棟までの継続した家族看護をテーマとする学習会を企画した学生もいた。高度実践看護師教育課程の実習は、学生自身の学修にとどまらず、実習部署の課題解決の一助になることが期待されている。

[SY2-2] 急性期から退院後にかけての家族支援を考える

○樽松 久美子¹ (1. 北里大学病院看護部)

キーワード：家族の不安、急性期の家族支援、退院後の家族支援

急性期に家族支援の必要性があり関わった家族は、その後どのように過ごしているだろうか？あるいは、急性期に家族支援の必要性が顕在化しなかった家族は、その後どのように過ごしているだろうか？このように、家族のその後が気になっている人は私以外にもいるのではないだろうか。

数か月前、私はあることをきっかけに集中治療後の患者と家族に関わる機会を得た。患者は、家族が外出中に体調不良を自覚し自ら家族へ連絡をし、家族帰宅後に家族により救急要請をし、緊急搬送、緊急手術を受けることになった。術後はICUでの治療を要したが、経過は順調で数日間の集中治療の後、HCUを経由して一般病棟へ移動した。一般病棟でも落ち着いた状態で経過し、自宅退院となった。家族とは、ICU退室後より関わりを持ち、発症時からICU入室中は機械に囲まれた様子に圧倒されたがあっという間に過ぎた思いであること、退院時には自宅に戻った後に同じ様なことが起きなければよいと思っているが不安だと話された。次に家族に会ったのは退院1か月半後の頃であった。この時には、緊急搬送時の状況が急に思い出されることがあり怖い気持ちを抱くこと、小さな物音にドキッとすることがあること、夜は不安になり患者の存在を確認することがあることなどを話された。家族の話を傾聴すると家族から「だいぶ楽になった」との言葉が聞かれた。

この家族との関わりは家族支援を目的にしたわけではなかったが、家族と関わる中で不安や急性ストレス反応、心的外傷後ストレス障害（PTSD）と思われる症状で苦しんでいることが顕在化した事例であった。また、この他にも救急外来やICUで治療を受ける患者の姿を初めて見た時に受けた衝撃を後々になって思い出す、患者に生じた後遺症のことを思うと将来が不安であるなど、生命の危険性を脱した後にも様々な不安を表出した家族もいた。このような家族との関わりの経験から、患者の状態が不安定な急性期だけでなく、その後も家族を支援する必要性があるのではないかと考えてきた。しかしながら、医療の現場では在院日数の短縮化や業務のシンプル化を目指していることから、丁寧かつ継続的に関わるのが難しいという現状がある。まして、退院後においては、家族に際立った問題がない限りほぼ介入されていないことが考えられ、不安を抱えたまま日々の生活を送っている家族の存在が推測される。

そこで本シンポジウムでは、急性期から退院後にかけての家族支援の継続は必要か？支援の継続が必要であると判断するのであれば、どのような支援が求められているのか？あるいは、どのような支援であれば実践可能であるのか？これらを皆様と一緒に考えたいと思う。

[SY2-3] 「質の高い家族看護実践へのチャレンジ」 ～代理意思決定支援における必要な家族支援のスキルとは～

○松本 修一¹ (1. 滋賀県立総合病院)

キーワード：家族看護、代理意思決定支援

クリティカルケア領域の現場では、様々な治療が施され以前には救命することができなかった重症な患者の命を救うことが可能となった。その一方で回復の見込みが乏しく、意思疎通を図ることが不可能になった後も、医療機器や技術の力を借りて患者の生命が長期に存続する状況を作り出した。

こうした状況は目の前で行われている医療行為が、救命治療なのか、延命治療なのかの医療者の認識を曖昧なものにしており、様々なガイドラインを頼りに治療方針を検討していくが、延命治療の中断等最終的な判断は家族に委ねているのが現状である。このような状況下での家族は、患者の意向が推測しにくく、時間が限られた中で現状の把握も不十分なまま、患者に代わって意思決定をしなければならない。筆者は以前に代理意思決定のプロセスを経験した家族にインタビューを行い、家族の体験をまとめたことがある。家族からは、①医療機器によって生かされているだけの患者を不憫に思いながらも、患者の意向がわからないがゆえに治療を止めることができなかつたもどかしさや②「他の家族員の思いを察すると、治療の中止は決して口が裂けても言えなかつた」という家族間でのコミュニケーションの難しさが語られた。同時に筆者が問いかけたことをきっかけに、③「何年もずっと抱えていたものがやっと軽くなりました」、「やっと肩の荷が下りた気がします」と涙ながらに話され、良くも悪くも意思決定したことを何年も背負い生きている家族の姿があった。このインタビューは、①の延命治療をとりまく倫理的葛藤、②の危機的状況下での家族の混乱と調整の必要性、また③の代理意思決定が十字架となって、家族の悲嘆を複雑なものにしていることを物語っていた。

一方看護者は普段から、家族が行う代理意思決定の場面が家族にとって様々な思いが語れる場となり、納得した意思決定ができるように支援を行いたいと考えている。しかし現実には、医療者と家族間の関係性が築けていない中で、精神的に混乱している家族にどのように関わればいいのか方略が見いだせないまま、同時に医療者間でも治療方針に一致点が見いだせず、こうした葛藤の中で疲弊し、時間だけが過ぎるといった経験をした方も少なからずいることであろう。

上記で述べたのは、(1) 家族システム：家族間でお互いを思い憚るがゆえに意思決定ができない状況と、(2) 医療者と家族との関係性：緊急性ゆえに関係が築けず何もできないまま見守るしかない状況、(3) 医療システム：医療者として目の前の治療に倫理的葛藤を抱きつつも継続している状況、であった。

本シンポジウムでは、システムをどのようにアセスメントし、解決に向けて動きだすためにはどのような視点や調整スキルが必要なのか参加者のみなさんと考えたいと思う。

シンポジウム

[SY3] ICUサバイバーの声を聴く

企画:寺口 佐與子 (大阪医科大学)

[企画趣旨] ICUサバイバーの声を聴く

寺口 佐與子¹ (1. 大阪医科大学)

[SY3-1] ICUでの体験

○渡邊 源喜

[SY3-2] 患者と家族が支えられる環境についてあらためて考える

○八尾 みどり¹ (1. 大阪府三島救命救急センター)

[SY3-3] 医療従事者が入院すること

○川崎 俊也¹ (1. 大阪府三島救命救急センター)

[企画趣旨] ICUサバイバーの声を聴く

寺口 佐與子¹ (1. 大阪医科大学)

キーワード：ICUサバイバー

これまで本学会ではクリティカルケアを提供するケア者がケアを受ける患者・家族を理解し、よりよいケアの提供を目指して議論してきました。しかし、他方でケア者が考えている側面で本当に患者・家族に寄り添った看護ケアといえるかとの疑問が生じました。そこで、今回、初心に戻りICUでケアを受けた患者・家族がどのような経験をし、ケア者にどのように感じたのか、ICUサバイバーの声を聴くことが必要だと考えました。また、その貴重な経験をふまえてクリティカルケアの課題とクリティカルケアに携わる医療者にどのように期待するのかについて議論をしたいと思います。

3名のシンポジストの方々は、患者さんとして、患者さんのご家族として苦悩された日々の大変貴重な実体験からの経験を元に患者さんとして、医療者としてのお立場からお話ししていただきます。今回のシンポジウム開催にあたって、快く引き受けていただいたシンポジストの皆様から心から感謝し、明日からのクリティカルケア実践に活かしていくことを願っております。

[SY3-1] ICUでの体験

○渡邊 源喜

キーワード：ICU体験、エンパワメント、患者の語り

シンポジウムでは、先天性心疾患患者として心臓移植を受け、術後日々生き甲斐を持って社会と関わり、働いている私自身の体験を通して、患者の立場からICUでのケアについて語る。

移植手術を受けたのは11年前で、術後13日間をICUで過ごした。約2週間わたるICUでの生活は、社会復帰の出発点であり、その後の人生を肯定的に生きていくための貴重な時間となった。

脳死下臓器提供を受けての移植手術と集中治療管理は、患者にとっては心の準備ができていない状態での突然の出来事として現出する。その中においても治療に向き合う力を得られたのは、看護師を中心とする医療者の寄り添いと声掛けによるエンパワメントを受けたからである。

今回、実際に受けた寄り添い・声掛けでどのように力づけられたか、また、どのようなケアを求めていたかについて振り返る。

併せて、同じく移植手術を受けた他の複数の患者からICUでの体験について聞き取りを行い、その概要をまとめた上で発表する。なお、聞き取りの際は、その趣旨と使用目的を明示し、回答は目的以外には使用しないこと、また、個人情報に厳重に管理する旨を説明することをもって倫理的配慮とする。

[SY3-2] 患者と家族が支えられる環境についてあらためて考える

○八尾 みどり¹ (1. 大阪府三島救命救急センター)

キーワード：家族看護

看護師になって数年、救急初療で予期せぬ死を迎えた患者さんのご家族がその場で立ちすくむ姿を前にして、「看護師としてどう支えるべきなのか、何か支えになりたい」と思いながらも行動が起これずジレンマを感じ続けていた。それ以降、家族をテーマとする研究や実践に力を注いできた。そのような中で起こった長男の部活中の突然の受傷、自分自身が家族の立場を経験することになった。

幸運なことに長男は後遺症なく社会生活を送ることができているが、受傷の連絡内容から死を意識せざるを得ない瞬間があり、もしかしてオプション提示される？よくても重度の後遺症？それなら在宅で一緒に過ごしたい

と様々なことが頭をよぎった。病院から新たな情報を得ると、思い描く最悪なシナリオから、少しでも良い方向に捉えられる情報を探り、だからといって良い情報にすがらないようにと冷静に受け止めるよう努力し、そしてまた悪い事態を予測して怯えるといった日々が過ぎていた。

気持ちが大きく揺れ動きすぎて、動悸、息苦しさ、眠れないといった身体症状に加え自分が関わりたいと思える相手としか関わりたいくないといった気持ちが続き閉鎖傾向になっていた。しかし、その中で私たちの支えとなっていたものは、医療者だけでなく、自分達に関わる全ての方々配慮だった。親、友人、職場関連、大学・部活関係者の方々、長男の友人、その保護者の方など、その人だからこそできる配慮や支援が、私たちの支えに繋がっていた。

この経験であらためて認識した事は、入院中だからといって医療者だけが患者の支えになるのではないということ。こんなにも医療者の支援というのは一部分なのかと感じたことであった。医療の中心は確かに医療者であり、医療者なくしては患者の回復はないのだが、「生活人としての患者とその家族」を支えるのは、やはり日常生活で関わっている人々である。ゆえに、面会時間というのは患者にとって唯一社会との接点であり、自分の存在意義を確かめる場でもあり、意欲を向上させる機会とする時間でもある。ただ単なる気分転換の時間ではない。家族もまた、社会性を保てる患者の姿をみることで力を得ることができる。

よって、看護師は患者の社会的側面を理解するために、もっと面会時間に敏感になる必要があるのではないかと、患者をよく知る家族ともっとコミュニケーションをとり、双方が協力しながら患者を支えるように努力しなければならないのではないかと感じている。

長男が抜管後、まだもうろうとした中で家族を見て初めて口にした言葉は、「いつから練習に復帰できる？」だった。後に、あの時の心境はどうだったのかと本人に問うと、スポーツ推薦で大学に入り、200人近い選手の中で生き残っていくために尋常ではない決意と努力をし続けて勝ち取ってきたポジションを保つために、「自分に起こった事態をよく理解しておらず、こんなことしている場合ではないという焦りからくる苛立ちしかなかった」と語った。家族としては、抜管後の発言を聞き、すぐには返す言葉が見つからず、しばらく曖昧な返事で逃げていた。そして、そこから患者の身体的な回復過程に対する不安と選手生命が断たれた現実をどのように伝え、乗り越えさせるべきかという難題に向き合っていかなければならなかった。

受傷してもう3年、いやまだ3年というところで、どこまで整理してお伝えすることができるのか不安ではあるが、日ごろの自らの看護実践と関わった患者さん、ご家族の声を交えながら体験をお伝えすることで、「患者・家族を理解したよりよいケアの提供」について考える一助となればと思う。

[SY3-3] 医療従事者が入院すること

○川崎 俊也¹ (1. 大阪府三島救命救急センター)

キーワード：医療従事者

患者もしくはその家族が医療従事者であった際、医学知識を有しており病院のシステムも理解しているためインフォームドコンセント(IC)や処置が円滑に進むこともあれば、やりづらさを感じることもある。臨床現場で働く我々にとっては時折経験することであり、全ての患者・家族に平等に接する姿勢であっても無意識に普段と異なる対応を取ることを私自身感じていた。

私は当時医師5年目で救急医兼循環器内科医として救命救急センターに勤務していた。両親は非医療従事者であり、妻は主に基幹病院の循環器内科病棟に勤務していた経歴のある看護師で当時は専業主婦であった。

28歳で急性腎不全を発症し、近隣の医療機関を経由して自身が働く病院の集中治療室(ICU)に入院し、持続血液濾過(CHF)をはじめとした集中治療管理を受けた。私も妻も医学知識を備えており、病態や治療方針に関しては問題なく受け入れることができたが、理解しているが故の葛藤や不安も大きかった。また、家族内に医療従事者と非医療従事者が混在しており理解度に差が生まれ、私に意識障害が生じた際は多少なりとも混乱があった。

入院した経験から、医療従事者が入院することのメリット、デメリットを考え、自身が診療を行う際に入院の前後でどのように変化したか私見を交えて紹介する。

現在は発病前と同様に勤務しており、当時の担当医、担当看護師が引き続き同僚となっている。勤務していた医師、看護師にアンケートを取り、非医療従事者患者との違いや同僚が入院したことに対する思いなどを確認し、患者であった私自身との相違点も紹介する。

シンポジウム

[SY4] クリティカルケア領域で働く看護師の育成－エキスパートの役割
機能を活かした全人的な育成のワザと実践－

企画:川島 孝太 (りんくう総合医療センター)

[企画趣旨] クリティカルケア領域で働く看護師の育成－エキスパートの役割機能を
活かした全人的な育成のワザと実践－

川島 孝太¹ (1. りんくう総合医療センター)

[SY4-1] 組織の課題に対して取り組むスタッフ+CNSの教育的な思考と実践

○北別府 孝輔¹ (1. 大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院)

[SY4-2] 副看護師長+ CN+ IDerの立場から全人的に育成するワザと実践

○政岡 祐輝¹ (1. 国立循環器病研究センター)

[SY4-3] 看護師長の立場から全人的に育成するワザと実践

○茂呂 悦子¹ (1. 自治医科大学附属病院)

[企画趣旨] クリティカルケア領域で「働く看護師の育成—エキスパートの役割機能を活かした全人的な育成のワザ」と実践—

川島 孝太¹ (1. りんくう総合医療センター)

キーワード：看護師育成

人材育成において、知識や技術を教え込むことと、社会人・専門職業人的に育てることは別個に考えられがちである。例えば、CNやCNSは看護実践に関することを、それ以外は看護師長をはじめとする管理職が担当するイメージはないだろうか。本シンポジウムでは、卓越した看護実践力を認められ、かつそのスキルを活かしながらクリティカルケアナースを育成している方々から、管理者・スタッフといったそれぞれの職位や立場でのワザと実践を紹介してもらい、フロアーが育成に関する認識を再確認し、自施設の教育に役立ててもらいたい。

[SY4-1] 組織の課題に対して取り組むスタッフ+CNSの教育的な思考と実践

〇北別府 孝輔¹ (1. 大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院)

キーワード：専門看護師、教育、実践

ICUという組織に属するスタッフでありながら専門看護師としても活動している自身の発言や行動、臨床看護実践の多くは意図的であると自覚している。ベッドサイドでの患者に対する直接ケアでは、そのすべてがOJTという教育の場であることを認識して、患者への質の高い看護提供を通じた後進育成として教育的な狙いをもって実践している。特に、スタッフ+専門看護師としてマルチタスクを抱えている状況下でのOJTの場は大変貴重で、ひとつひとつの行動の意味付けや思考をICUスタッフと直接共有し、議論し、時には反復できるとても有意義な時間である。体位変換や吸引などの基礎看護技術ひとつとっても、患者個々の顕在的もしくは潜在的な問題に合わせた思考を有しているため、それらを共有することの積み重ねは、ICUという組織における質の高い看護の醸成に繋がると信じている。

また、専門看護師は「実践」「相談」「調整」「倫理調整」「教育」「研究」という6つの役割を担っているが、ひとつひとつが区切られた役割ではなく、すべてに教育的な思考を有している。ICUという組織以外での役割を発揮する場面でも、その組織の課題を分析し、症例に応じた役割機能を発揮する中で組織の課題に対してアプローチをしている。例えば「相談」であれば、困難な症例に対してコンサルティとともに、もしくはコンサルティが中心になってアセスメントや実践をおこない、次に同様の症例に対峙した際には問題解決能力が備わっていることを目指して介入している。実践していることはまさに教育的な内容も含まれており、「相談」という文脈の中には実際に教育という言葉も存在している。「調整」「倫理調整」「研究」という役割も同様である。それら単独の役割にとどまらない教育的な思考が存在している。

「教育」という役割のみで語るとするならば、その範囲は多岐にわたる。あくまで組織の課題に対してアプローチをしているので、組織に求められているタスク（例えば院内のフィジカルアセスメント教育、特定行為研修など）にとどまらず、専門看護師自身が課題を探索し、必要と判断すれば教育プランをもったうえで組織に申し入れをおこなっている。専門看護師自身が中心となっておこなっている教育的な活動としては、ICUに対しての「中堅看護師教育」、「QIに関する活動」、院内全体での「RRSにおける急変前対応研修」、「RRS症例の振り返り会」、「インストラクショナルデザイン研修」、「療法士の吸引プログラム」などがある。いずれも、組織の抱えている課題が解消されて看護の質が向上するために、能動的に学習できる組織文化の醸成のために、ひいてはそれらの恩恵を受ける患者家族のためにおこなっていることである。ただ、これらの活動も臨床現場での行動レベルがどう変わっているかを評価しなければならないため、その部分に関しては課題であり日々模索しているところである。

このように、ICUに所属するスタッフ+専門看護師として、クリティカルケア領域で働いている看護師や一般病棟でクリティカルな状態にある患者を支える看護師の育成に日々注力している。シンポジウムでは、これらの教育的な思考と実践をより言語化しながらディスカッションを深めていきたいと考えている。

[SY4-2] 副看護師長＋CN＋IDerの立場から全人的に育成するワザと実践

○政岡 祐輝¹ (1. 国立循環器病研究センター)

キーワード：人材育成、インストラクショナルデザイン、看護教育

患者ケアをする上で、その患者にとって現時点で得られる最善のエビデンスを、看護の専門知を用いて判断し、思慮深く使っていく。これは、EBMやEBNのことを意とするが、これを否定する看護師はほとんどいないであろう。その他、「安全」「効果的・効率的」、「患者中心」といった視点を持ち、看護実践をおこなうことは、当然とも言えることである。しかしながら、教育実践となると、どうであろうか？教育・指導も人を対象とした実践であり、学習者にとって、現時点で得られる最善のエビデンスを教え方に関する専門知を用いて判断し、思慮深く使っていくことが求められる。そして、学習者にとって「安全」な学習環境作り、「効果的・効率的」な教育指導の提供、「学習者中心」とした教育・指導の展開も、当然求められることである。「教える」役割は、ほとんどの看護師が担う役割であるが、看護師で「教え方」に関する専門的・体系的な教育を受けている者はほとんどいない。「教える」立場となった看護師の多くが、自分が受けてきた教育の経験や慣習や感を頼りに、見よう見真似でおこなっているのが実情である。

看護のエキスパートであっても、うまく教えることができるとは限らない。昨今、看護師になる人の質の変化や多様性の広がり、労務管理の厳格化など、人材育成を取り巻く環境は急速に変化している。その中で、古いパラダイムに浸っていると、効果的・効率的な人事育成ができないだけでなく、将来有望な学習者がドロップアウトする、教育側が疲弊してしまうといった、良くないケースをも引き起こしかねない。そのため、エキスパートの役割機能を活かした人材育成にあたっては、まず「教え方」に関する知識、スキル、態度を学ぶことが前提となる。このようなことを述べる中、「教育は難しい」との苦手意識や抵抗感を示す看護師もいる。確かに、学習者の成長には時間がかかるかもしれない。しかし、「教え方」は一部のしかできない特別なものではなく、誰もが身に着けられる「スキル」である。教え方に関するスキルに関しては、実地指導や教育担当に関するコンピテンシー（北別府2019、政岡2020）が明らかされているので、それを学習指針とすると良い。

「教え方」に関して学習科学の知見、それに基づくスキルの存在とそれを学習する意義を述べてきた。しかしながら、経験や慣習、社会的役割などに裏打ちされた頑固な価値観や枠組みが邪魔し、「教え方」に必要な知識やスキル・態度の習得・発揮を妨げることもある。効果的・効率的な「教え方」が臨床現場で展開されるには、経験に裏打ちされた価値観や枠組みを、学びほぐし、再学習させ、変容を促す学習方略も必要となる。併せて、エキスパートの暗黙知を形式知化し、人材育成に活用できる形とするナレッジマネジメント、組織内外の実践共同体を往還するナレッジ・ブローカー（知の媒介者）の存在も欠かせない。さらには、看護師個人の変容を促すだけでなく、そこに看護師個人の省察から紡ぎだされたセオリーを、部署としてまとめ標準化させる。そして、それを評価し、改善し続ける学習する組織への変容も求められる。ここには、関係性の質を高めることから始める、意図的失敗のためのアンカー作り、行為思考から意味思考の深い省察の支援、越境学習の場の提供、サーベイフィードバックなど、さまざまなワザと実践がある。

シンポジウムでは、教え方の専門家（IDer）であり、集中ケア認定看護師の資格を持つ副看護師長として、「感性に働きかけ、学びあう絆を組み、学習者や組織としての一皮むける学習体験」をコンセプトに、実践してきた具体的なワザを紹介する。

[SY4-3] 看護師長の立場から全人的に育成するワザと実践

○茂呂 悦子¹ (1. 自治医科大学附属病院)

キーワード：キャリア開発、目標管理面接、意思決定支援

私は、大学病院のICUで看護師長として勤務しています。看護部の人財育成として、キャリアラダーと年3回の目標管理面接を行っています。

私が部署の人財育成で大切にしているのはキャリア相談の機会となっている目標管理面接です。キャリア相談の内容はワークライフバランスやキャリアビジョンがもてない、進学・資格を取得したいなど様々ですが、傾聴・共感・支持的に関わり、スタッフが自分の考えを整理し、自分にあったキャリア開発の方法を見出せるよう支援することを心掛けています。具体的には、勤務シフトの調整や部署異動・勤務形態の変更、私の経験を踏まえた研鑽・資格取得に関する情報提供などを行っています。また、どのようなことに興味・関心をもてるのか一緒に考えたり、セミナーや学会への参加を促したりしています。

「看護師のキャリアとは、個人がライフステージとの関連でとらえた職業上の経験の積み重ねによって累積していく能力の変化であり、生涯を通じた継続的な自己実現に向けての一連の行動」¹⁾と定義されています。しかし、看護師長としては、部署や病院全体の発展のための人財育成も考慮する必要があり、目標管理面接では個人のニーズと組織のニーズの融和・統合も求められます。そのため、自己実現のための個々のニーズを理解し、ニーズを満たすための支援を基盤として、組織ニーズとの融和・統合ができること望ましいのではないかと考えます。また、自己実現に向けた行動には自律した意思決定が必要であり、意思決定支援にはキャリア・アンカーの理解も重要と考えます。キャリアアンカーは、他者との対話によって浮かび上がるといわれています。目標管理面接を通して、個々のスタッフが、前進するだけでなく、立ち止まって考えをまとめたり、進む方向を変更したり、休息したりするなど、その時々自分にとって最善の選択をしながらキャリア開発していけるよう支援していきたいと考えています。

看護師長としての経験は浅く、人財育成におけるワザというものはおこがましい内容ですが、一例として私の実践と課題を紹介し、会場の皆様と課題達成のための対策を考える機会にしたいと考えています。

1) 萩原桂子,野田部 他, わが国における看護師のキャリア自律の概念に関する文献検討, 大阪市立大学看護学雑誌第10巻, p35-40, 2014.

パネルディスカッション

[PD1] 訪日・在留外国人へのクリティカルケア

企画:吉村 弥須子 (森ノ宮医療大学)

[企画趣旨] 訪日・在留外国人へのクリティカルケア

吉村 弥須子¹ (1. 森ノ宮医療大学)

[PD1-1] 訪日・在留外国人に対する診療とクリティカルケアの現場で求められる看護職の役割

○大橋 一友¹ (1. 大手前大学国際看護学部)

[PD1-2] 急性期病院における訪日・在留外国人に対する多職種調整と看護実践

○新垣 智子¹ (1. りんくう総合医療センター 看護局)

[PD1-3] 救命救急センターにおける外国人患者への看護実践の問題点と課題～日本国際看護師としての視点から～

○櫻谷 眞佐子¹ (1. 大阪府立中河内救命救急センター)

[企画趣旨] 訪日・在留外国人へのクリティカルケア

吉村 弥須子¹ (1. 森ノ宮医療大学)

キーワード：訪日・在留外国人

訪日外国人旅行者や在留外国人の増加に伴い、医療機関を受診する外国人患者も増加している。訪日・在留外国人の多い大阪においては、外国人患者を受け入れている施設の約半数は、訪日中の不慮の怪我・病気等による受診である。外国人患者の対応に携わる看護師が苦慮することは、言語の違いや文化の違い、生活習慣の違い等であり、訪日・在留外国人患者を受け入れる施設の体制整備とともに、クリティカルな状況に対応できる看護職が求められる。そこで、本パネルディスカッションでは、以下のテーマで3名のパネリストにご講演いただく。

- ・ 訪日・在留外国人に対する診療とクリティカルケアの現場で求められる看護職の役割
- ・ 急性期病院における訪日・在留外国人に対する多職種調整と看護実践
- ・ 救命救急センターにおける外国人患者への看護実践の問題点と課題～日本国際看護師としての視点から～

[PD1-1] 訪日・在留外国人に対する診療とクリティカルケアの現場で求められる看護職の役割

○大橋 一友¹ (1. 大手前大学国際看護学部)

キーワード：外国人診療、Limited Japanese Proficiency

外国人患者という言葉の定義はあいまいであり、日常診療では「日本語で十分にコミュニケーションがとれない」という意味を示す Limited Japanese Proficiency (LJP)患者という言葉が用いられ始めています。この言葉には外国人や外国籍に限定せず、日本語というコミュニケーションの道具を適切に使えないすべての患者を含んでいます。つまり、日本語が理解できないのは外国人だけではないということを意味しています。そこで本パネルディスカッションでは、LJP患者診療の一般的な注意点を述べ、次にクリティカル期にある重症患者のケアについてお話ししたいと思います。

LJP患者を考える第一歩は日本語能力と日本の医療文化理解度を評価することです。さらに日本語能力の評価には会話力と文章読解力を確認することが重要であり、まず、日本語の会話力を評価し、次に日本語の文章読解力を評価します。両方の能力が高い場合には日本人と変わらないケアでよいわけですが、文書読解力が低い場合には患者の第一言語で書かれた文書を準備する必要があります。また、日本語会話が不十分な場合には、看護師はやさしい日本語もしくは医療では世界共通語である英語によってコミュニケーションをとることが重要になってきます。看護師は一般的な英会話を学ぶのではなく、専門用語もしくは問診に関わる用語の英語を学ぶ必要があると考えます。大手前大学では1年生より Practical English for Nursesという科目を設けており、1年生から4年生まですべての学年の学生が英語に取り組むシラバスを用いています。また、現役の看護師のための Practical Englishのセミナーを計画しています。もし患者が日常的な日本語しか理解できず、英語もわからない場合には、医療通訳をお願いすることになります。厚生労働省を中心となって行っている様々な医療通訳の養成・配置事業がありますので、積極的な利用が必要だと思われます。しかし、厚生労働省による外国人患者受入れ対象機関認証 (JMIP) を受けた5医療機関からの聞き取りによりますと、外国人患者受け入れ態勢整備には外国人患者一人当たり3~4万円程度かかるといわれており、この負担を誰が行うかの決定には至っていません。さらに、LJP患者の診療には医療コーディネーターが重要ですが、十分な養成はできていません。

クリティカル期にある重症患者のケアの場面では、看護師が接する対象者は患者本人以外に、患者家族や友人などになる場合も多いと思われます。また、病院以外で起こる交通事故や心停止などの場合であっても前述した診療の基本は全く同じですが、医療文化の違いが大きく出てくると考えられます。これらに対応するためにはあらかじめシミュレーションを行っておくことが重要であり、医療コーディネーターの重要性がさらに増すように思います。今後、臓器移植コーディネーターやがんゲノム医療コーディネーターのように、外国人診療における医療コーディネーターの養成も急務であると思われます。

2019年に日本を訪問した外国人は3000万人をこえ、これらの方々には救急診療のため日本中どこかの医療機関にかかる可能性があります。さらに COVID-19の感染の蔓延もあり、これらの方々のケアについても各医療施設で予め十分に検討しないとイケないと考えます。

[PD1-2] 急性期病院における訪日・在留外国人に対する多職種調整と看護実践

○新垣 智子¹ (1. りんくう総合医療センター 看護局)

キーワード：国際診療、外国人患者の健康問題、文化ギャップ

当院は関西国際空港の対岸に位置する急性期病院であり、救命救急センター、周産期センターなど地域の基幹病院としての役割を担っている。地域における役割と立地条件から多くの日本語運用が十分でない人（Limited Japanese Proficiency:以下、LJPとする）の診療を行ってきた。

2006年(平成18年)当院の国際診療科を前身である国際外来が7名のボランティア通訳とともにスタートし、日本におけるLJPの受療権利を守る体制の構築をスローガンに掲げ、国際診療科は活動を行ってきた。特に、LJP患者が治療方針を理解し、意思決定できる診療体制を支援する医療通訳システムや翻訳書類整備など体制整備を主軸として行ってきた。いわば、LJP患者の診療の潤滑油的な存在として活動展開してきており、院内の医療提供者にとってスムーズな診療体制を目指してきたのである。体制整備を行っていくうちに、2013年には厚生労働省の外国人患者受け入れ医療機関認証制度に日本で初めて認定された3つの医療施設の中の一つとなった。

開設当初は国際診療科の介入するLJP患者は日本の地域住民としての在留外国人がほとんどを占めており、言語ツールに重点を置いて医療提供者が日本語運用に問題のない患者と変わらない公平性のある診療ができる体制整備に尽力してきた。しかし、安倍内閣の経済成長戦略によりLJP患者の背景が年々変わってきている。海外からの観光客をターゲットに内需拡大を目指し、海外からの収益を主眼に置いた政策がスタートし、2008年(平成20年)観光庁が設立された。観光庁の政策は2020年には年間4000万人の訪日外客の受け入れを目指していたが、この戦略目標に合わせるように増大する訪日外客数に比例し、当院でも年々LJP患者の層が変遷してきたのである。LJP患者のなかでも訪日外国人の比率は年々増大しており、過去最高を更新している。東京オリンピック・パラリンピック、2025年大阪万博を目前に、日本を訪れる外客数はさらに増加することが見込まれる。

このように、日本にいるLJPの増加に伴い、健康問題を抱えるLJP患者数も比例し、増加していくことは必至である。今回のシンポジウムではクリティカルな場面に焦点をあて、LJP診療の潤滑油として国際診療科が介入したケースから、体制整備についての学びの共有と、今後予測される課題を提起し、議論展開したいと考えている。

[PD1-3] 救命救急センターにおける外国人患者への看護実践の問題点と課題～日本国際看護師としての視点から～

○櫻谷 眞佐子¹ (1. 大阪府立中河内救命救急センター)

キーワード：外国人患者看護、日本国際看護師、救命救急センター

今回、大阪府看護協会の日本国際看護師養成研修を受講する機会を得て、国際臨床医学会認定の日本国際看護師（NiNA）を取得した。その受講経験から、救命救急センターにおいて外国人患者へ看護実践を行う際の問題点と今後の課題について検討した。

自施設は30床の独立型救命救急センターで、中河内医療圏の三次救急医療を担っている。病院の位置する東大阪市は人口約50万人、モノづくりのまちとして事業所も多く（全国5位、事業所密度全国1位）、中小企業が多い特徴がある。少子高齢化により、主に製造業の人手不足が深刻であるため、外国人労働者の活用が進められており、外国人労働者数、外国人雇用事業所数は増加している。

当救命救急センターは年間約1,000人の救急患者を受け入れているが、そのうち外国人患者は年間で5～10名程度と少ない。その特徴は、在留外国人が殆どであり、訪日外国人は1割弱である。2015年から2019年までの5年間に受け入れた外国人患者の国籍は、ベトナム、韓国が多く、その約半数が当日または数日で軽快退院していた。日本語があまり理解できない患者は3割程度であり、その多くはコミュニケーションが取れる家族や友人、上司などの協力者がいた。しかし最近では、工作中的の事故や自殺企図も増加傾向にあり、より細やかな対応が求められる症例もあった。

以上のように、外国人症例の数は少なく、対応時に困った状況となったことは少ないものの、日本語が話せない外国人患者に対して、医療スタッフは困惑する。通常であればできるはずのことが出来ないのではないか、日本人患者と同じ水準の看護は提供できているのかとの疑念があり、外国人対応に関する知識の習得は必要であると考えられる。

日本国際看護師養成研修の受講は、今までの看護を振り返る機会にもなり、特別なこととして取り組むよりもユニバーサルな考えで整理していくことが必要であることを考えさせられた。現場における外国人対応の最大の悩みは言語の問題であり、コミュニケーションへの工夫や連携が必要である。また、スタッフの意識改革や教育などのソフト面とマニュアルや環境などのハード面を整備すること、一緒に活動してくれる人を集めチームで取り組むことが至要な課題である。

現状、外国人はまだ医療弱者である。今後の課題として、外国人へのクリティカルケアの質を高めるとともに、一連のヘルスケアシステムの中の一部であることを理解し、地域と協働して次に繋がるシステム作りが重要である。

パネルディスカッション

[PD2] クリティカルケア看護に求められる役割と場の多様性

企画:林 優子 (関西医科大学)

[企画趣旨] クリティカルケア看護に求められる役割と場の多様性

林 優子¹ (1. 関西医科大学)

[PD2-1] 「one team」で国民の期待に応えよう

○ 劔持 功¹ (1. 東海大学看護師キャリア支援センター)

[PD2-2] 遠隔集中治療を支えるのは我々看護師である！

○ 森口 真吾^{1,2} (1. (株) T-ICU、2. 滋賀医科大学社会医学講座法医学部門)

[PD2-3] CNSの特定行為は、医師のタスクシフトだけにあらず

○ 徳山 博美¹ (1. 関西医科大学附属病院)

[企画趣旨] クリティカルケア看護に求められる役割と場の多様性

林 優子¹ (1. 関西医科大学)

キーワード：役割、場の多様性

クリティカルケア看護師の活躍の場は、救急病棟、ICU、CCU、急性期病棟のみならず、重症患者を遠隔で支援する遠隔集中治療支援など院外へと広がっています。これからは、重症患者の在宅医療への移行、ACP、院内外との連携や継続看護に伴って、クリティカルケア看護師の役割拡大がますます求められていくのではないだろうかと考えています。CNSやCNの専門的役割の広がりとともに、一方で、外来NPの存在が問われる時代が来ることも期待したいと思います。パネルディスカッションでは、クリティカルケア看護の実践の場でそれぞれの役割を担いながら活躍している3名のパネリストに、現在行っている看護活動を突破口として、未来に向かうクリティカルケア看護について討論していただきながら、クリティカルケア看護に求められる役割と場の多様性について深めていきたいと思っています。

[PD2-1] 「one team」で国民の期待に応えよう

○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、one team

わが国では、高齢化が加速しており団塊の世代が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。少子高齢化社会をむかえるにあたり、医療界においても、人口減少、医師不足、医療の高度化・複雑化、医療の都市集中化、医療の地域格差、そして最大の問題である社会保障費(医療費を含む)の高騰など様々な問題がクローズアップされました。これらの命題を解決するために国は、健康寿命を伸ばし、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。その一つとして特定行為に係る看護師の研修制度が2014年6月に創設され、10月より研修が開始されました。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問題解決の一助とすることでした。しかし、2020年1月現在、特定行為研修修了者は目標の2%にしか達成されていません。地域包括ケア、チーム医療で大きな鍵を担うのは看護師です。特定行為研修制度は看護師に対する期待の現れでもあります。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認定看護師教育(B課程)を2020年から開始します。看護界は自分たち看護師の業務拡大に目を向けているように思います。看護界がone teamになり国民の期待に応えるために、今何をすべきかを皆さんと一緒に議論できればと考えています。

[PD2-2] 遠隔集中治療を支えるのは我々看護師である！

○森口 真吾^{1,2} (1. (株)T-ICU, 2. 滋賀医科大学社会医学講座法医学部門)

キーワード：遠隔ICU、スペシャリスト

本邦においてTele-ICUにおける取り組みの歴史はまだ浅い。しかし米国においては2000年頃からTele-ICUにおける取り組みがスタートし、近年においては、ICUベッドの約20%がTele-ICUで管理されている。つまり約8人に1人のICU患者がTele-ICUの恩恵を受けている。このような米国ではすでにTele-ICU関連の研究が数多くあり、ICU死亡率、病院死亡率、ICU入室期間、プロトコルの遵守率それぞれが改善するという報告がある。また、ICU専従医を配置することで病院死亡率が減少することは海外、本邦で報告されている。そのため、Tele-

ICUにより集中治療専門医に常に相談できる体制が構築されることはアウトカムにも良い影響を及ぼす可能性があるかもしれない。さらには、本邦において、認定看護師/専門看護師など高度実践看護師が関与することでアウトカムに関与したとする報告もあるため、遠隔ICUにおいても同様の効果が期待される。

我々 T-ICUは、2016年10月から遠隔重症患者支援サービスを提供している。サービス対象病院は、集中治療室を有する病院から、集中治療室は有さないが重症患者を診療している病院など様々である。様々な相談内容に対して24時間体制で支援を行う一方で、医療安全部門へのサポートや、研修会の開催なども行っている。さらには契約病院へ実際に訪問し直接アドバイスを行うことも不定期ではあるが取り組んでいる。

このように遠隔ICUにおいては、認定看護師が院内の枠を超えたリソースとして活躍をしている。5Gの時代が間もなく到来し、遠隔診療は多方面において益々充実していくと思われる。我々看護師もおいていかれるわけにはいけない。

[PD2-3] CNSの特定行為は、医師のタスクシフトだけにあらず

○徳山 博美¹ (1. 関西医科大学附属病院)

キーワード：CNS、特定行為、タスクシフト

私の所属施設は、751床45診療科で高度救命救急センターを有する特定機能病院である。病院目標に「断らない病院」、病床稼働率100%、平均在院日数10.5日を掲げており、病床稼働率97.1%、平均在院日数11.6日を呈する。医療圏の高齢化率は27.6%と全国平均を上回り、60歳以上の入院患者は63%以上を占めている。救急ICU、GICU、CCU各集中治療室の平均在院日数は4.0日～7.0日で一般病棟にも重症病態が遷延した患者が多く入院している。同時にその患者の多くは多数の既往症や加齢に伴う心身の脆弱性の高まった高齢者である。

自施設での私の所属は医療安全管理部看護部兼務、職位は看護師長、看護の専門領域はクリティカルケア看護であり救急看護認定看護師ならびに急性・重症患者看護専門看護師の役割を持つ。2019年度からは新たに当院1人目の特定看護師としての役割を担い実践している。医療安全管理部では急変の予測や環境整備等の指導、システム構築、急変後のリフレクションと対応策の構築、対応策遵守の促進である。認定看護師ならびに専門看護師としては、一般病棟で重症病態の加療中である患者の看護と重症化を予測される患者の看護を中心に取り組んでいる。特定看護師としては、高度救命救急センターで呼吸器関連や動脈血液ガス分析関連を中心に実践している。

折しも2019年に医師の働き方改革に関する検討会の報告書が提示された時でもあり、タスク・シェアリング／タスク・シフティングの担い手として特定行為研修修了者が注目される時期でもあった。そのため、多数の役割を持つ中でも病院からは特に特定看護師への期待が大きかった。実践までには、関連する様々な部門や職種と話し合いを重ね具体的な活動時間や活動範囲、活動内容を検討してきた。2019年6月から実践を開始したが、多職種との関わり方の変化や実践内容の変化、直視せざるを得ない乏しい実践力、制限された時間との間で苦悩する日々が続いた。活動の中で様々な患者との出会いや多職種との協働を繰り返し、自身が救急看護認定看護師ならびに急性・重症患者看護専門看護師の看護の基盤を持った上で特定看護師として実践することによってこそ実現できる看護があることに気づかされた。看護師との間だけでなく、医師との関係性が変化しコンサルテーションを介した関わりが増加した。また、看護師間ではOJTを充実することに繋がった。

ここでは現状について述べたが、本パネルディスカッションでは学びを踏まえクリティカルケア看護に求められる役割と場の多様性について検討していきたい。

パネルディスカッション

[PD3] 補助循環の最前線

企画:安藤 有子 (関西医科大学附属病院)

[企画趣旨] 補助循環の最前線

安藤 有子¹ (1. 関西医科大学附属病院)

[PD3-1] 補助循環の変遷と Impellaを含む補助循環への期待

○黒田 健輔¹ (1. 国立循環器病研究センター)

[PD3-2] IMPELLAの治療戦略とその可能性

○吉田 幸太郎¹、南 茂¹、松本 猛志¹、村辻 雄大¹、石川 慶¹、楠本 繁崇¹、吉田 靖²、高階 雅紀¹ (1. 大阪大学医学部附属病院、2. 大阪大学大学院医学系研究科先進臨床工学共同研究講座)

[PD3-3] IMPELLAを含む補助循環装着中の患者に対する看護ケア — ベストプラクティスとは —

○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)

[企画趣旨] 補助循環の最前線

安藤 有子¹ (1. 関西医科大学附属病院)

キーワード：補助循環

クリティカルケア領域において重症心不全、心原性ショック、心臓移植までの心肺補助など補助循環を要する患者は依然多い。補助循環の適切な管理、ケアによって救命に繋がり、その後のQOLのあり方にも影響を及ぼす。補助循環の新たな形態として、2017年9月より本邦において IMPELLAが導入された。本パネルディスカッションでは、各職種のスペシャリストより、IMPELLAを含む補助循環に関する最新の知見についてご講演いただき、明日からのベッドサイドケアの質を向上させるための示唆を共有することを目的とする。

[PD3-1] 補助循環の変遷と Impellaを含む補助循環への期待

○黒田 健輔¹ (1. 国立循環器病研究センター)

キーワード：補助循環、BTD (bridge to decision)、Impella

これまでの急性心原性ショックまたは重症心不全における補助循環治療は、内科的に挿入する経皮的な心肺補助装置（PCPS）や大動脈内バルーンポンピング（IABP）と、外科的に挿入する補助循環があるが、そのシステムは補助人工心臓（VAD; LVAD、RVAD、BVAD）や Central-ECMOと様式が多彩である。さらに近年、Impella（経皮的 VAD）が登場して、その役割と位置付けが問われている。また、Impellaという経皮的 VAD（PVAD）が登場したことで、内科側も VADに触れる機会が増え、重症心不全領域に関わる全ての職種がそれらの知識が求められるようになってきた。

急性心原性ショックまたは重症心不全においては、迅速かつ確実な血行動態確保が求められ、次の治療ステップまでの橋渡し（BTD, bridge to decision）として補助循環が挿入される。その目的に応じて、自己心機能回復を期待して挿入していれば BTR（bridge to recovery）、自己心機能の回復の見込みがなく将来的に心臓移植を検討していくのであれば、短期的な（急性期に挿入した）補助循環システムから長期的な補助循環システム（すなわち植込型補助人工心臓）へ切り替えて（BTB, bridge to bridge）、心臓移植までの橋渡しとする（BTT, bridge to transplantation）。また、自己心機能回復も期待できず、心臓移植適応もない症例においては、緩和医療を検討していくことになる。

一方、疾患に着目すると、急性心原性ショックまたは重症心不全に陥る病態として、急性心筋梗塞、劇症型心筋炎、心筋症増悪（慢性心不全急性増悪）と大きく分けて3つ存在する。これらの病態、患者背景は大きく異なるため、疾患特性を考慮したデバイス選択、そして患者・家族へのアプローチを含めた治療方針の決定を行っていく必要がある。特に心臓移植や緩和医療においては、医師のみならずメディカルスタッフの介入が必須であり、チームで患者治療に当たることが欠かせない。

本セッションでは、補助循環の変遷と新規デバイスである Impellaを含む補助循環への期待も含め、述べてみたい。

[PD3-2] IMPELLAの治療戦略とその可能性

○吉田 幸太郎¹、南 茂¹、松本 猛志¹、村辻 雄大¹、石川 慶¹、楠本 繁崇¹、吉田 靖²、高階 雅紀¹ (1. 大阪大学医学部附属病院、2. 大阪大学大学院医学系研究科先進臨床工学共同研究講座)

キーワード：補助循環、カテーテル、低侵襲

早期に循環を改善できる V-A ECMOは、重症心不全や心肺蘇生などの治療に欠かせない補助循環装置である。しかし、左心系の unloadingが不十分であるため、ときに肺うっ血や左心機能の回復遅延が生じて予後に大きく影響する。従来、このような臨床症状を示す場合は、開胸下に遠心ポンプを用いた temporary LVADが有効な補助循環手段であったが、IMPELLAの登場により適応が激減している。2017年10月から本邦で保険償還された補助循環用ポンプカテーテルである IMPELLAの臨床使用に伴い、補助循環の治療戦略は変遷している。左心室から大動脈へ血液を吐出することで、容易に効果的な左心系の unloadingを実現することが可能で、Bridge to recoveryに有効な優れたデバイスである。

当院では2017年10月から2020年2月までに IMPELLA 2.5を6例（7本）、5.0を28例（33本）、CPを6例（6本）を使用した。疾患は急性心筋梗塞、劇症型心筋炎、拡張型心筋症、植込型補助人工心臓の感染における摘出後のショック症例と多岐にわたる。また、右心不全を伴う場合もしばしば見受けられるが、重症な両心不全に対しても、IMPELLAを使用することで低侵襲な治療を実現可能とした。このように IMPELLAは重症心不全の新たな治療戦略となりつつあるが、新たなデバイスを安全に臨床使用するためには、安全に取り扱う体制を確立することが必要である。われわれ臨床工学技士はもちろんハートチームの一員である看護師にとっても重要な責務である。

今回、当院における IMPELLA管理方法とトラブルや安全管理に対する取り組みについて報告するとともに、V-A ECMOを併用した EPELLA、当院独自に施行している IMPELLAと経皮的 RVADを併用した経皮的 BiVADの施行方法についても併せて提示する。

[PD3-3] IMPELLAを含む補助循環装着中の患者に対する看護ケア ベストプラクティスとは一

○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：補助循環、IMPALLA、看護ケア

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活動を行っており、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っている。当院の内科系 CCUでは年間約900～1300人の患者を治療している。主な疾患は心不全と ACS（急性冠症候群）であり、重症患者に対しては VA-ECMO（体外式膜型人工肺）/PCPS（経皮的心肺補助）、IABP（大動脈内バルーンポンピング）、IMPELLAを用いて救命を行う。年間装着数は VA-ECMO20例前後、IABP50例前後、IMPELLA20例前後である。

補助循環の最前線と言えば、当然ながら2016年9月に承認された国内で最新の補助循環装置である IMPELLAであり、当院では2018年2月に装着を開始し、2020年2月までに41例の患者に装着している。IMPELLAは大動脈や鎖骨下動脈から左心室内にデバイスを挿入・留置し、左心室から脱血して上行大動脈に送血することにより体循環を補助するカテーテル式の血液ポンプであり、IMPELLA適正使用指針に基づいて心原性ショック等の薬物療法抵抗性の急性心不全に対して使用する。当院で装着した患者の疾患背景は、ACS（急性心筋梗塞、亜急性心筋梗塞）が約78%、激症型心筋炎が約10%、その他（術後や薬剤性、VTなど）が約12%であった。中でも激症型心筋炎は、ECMO装着となれば非常に救命が難しい疾患であったが、IMPELLA導入後の生存退院は100%であり、その効果が大いに期待できる。また、当院は市中病院であることから緊急での装着が多く、約90%が IMPELLA2.5または CPの装着であり、5.0へのアップグレードはそのうち約11%であった。IMPELLAはそれぞれに耐用期間があるため、耐用期間を考慮しながら治療方針を検討し、劣化のサインがあった場合にはすぐに対応できるようにしておく必要があるため、医師との情報共有が欠かせない。当院には ECMOチーム・重症心不全チームがあり、チャットを利用したタイムリーなディスカッションを行っており、専門看護師としてチーム内コーディネーションの役割も担っている。

補助循環装置装着中の患者に対する看護ケアは、器械管理のみならず、患者の病態把握や潜在的リスクの予

見、合併症予防、全人的苦痛に対するケア、家族看護、意思決定支援など多岐に渡り、より質の高い看護が必要である。特に器械管理は適切に行わないと生命に直結する事象が起こり得るということがあり、看護師の緊張は高い。したがって導入期には、専門看護師として、根拠まで記載したマニュアル作成やシステム構築に携わった。加えて、導入後は自身がロールモデルとなり、オンコール対応で全ての装着患者の初期対応にかかわってきた。現在は看護師が自律して看護を行っており、困難症例に対するコンサルテーションを受けている。

本セッションでは看護師の立場から、「安全な補助循環装置の管理とチーム医療」と「その人らしさを尊重した看護」について、事例を用いながら概説したい。

パネルディスカッション

[PD4] PICSの終わりなき挑戦

企画:辻 佐世里（関西医科大学香里病院）

[企画趣旨] PICSの終わりなき挑戦

辻 佐世里¹（1. 関西医科大学香里病院）

[PD4-1] PICSについてわかっていること、わかってないこと

○卯野木 健¹（1. 札幌市立大学）

[PD4-2] 早期リハビリテーションは PICSを予防するか？

○飯田 有輝¹（1. 豊橋創造大学保健医療学部理学療法学科）

[企画趣旨] PICSの終わりになき挑戦

辻 佐世里¹ (1. 関西医科大学香里病院)

キーワード：PICS

2012年の米国集中治療医学会において集中治療後症候群（post intensive care syndrome：PICS）という概念が提唱され、生還した患者の長期的な QOLや死亡率に関心が向けられるようになり、PICSとは、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病態と定義された。PICSは基礎疾患による病態に加えて、医療行為、環境、心的ストレスなどが作用して発症すると考えられ、臨床では、ICUにおける侵襲の長期予後への影響を認識し、予防する対策を講じる必要性が強調されている。近年では、患者家族に対しての精神的影響も含むものとして認識されはじめている。しかしながら、詳細な機序が未だ明確になっておらず、その予防対策にも課題がある。2019年、日本集中治療医学会において、「本邦の診療現場における PICSの実態調査に関するアンケート」が実施され、調査結果として、早期リハビリテーションや非薬理的せん妄ケアを実施している施設が多かったが、PICSの概念の周知は約6割との報告であった。このような現状から、今回は、PICS予防の課題とその解決に向けた糸口となる討議をしていきたい。との思いで企画したが、COVID-19の感染拡大にてディスカッションできないことは残念であるが、COVID-19患者の治療、看護を実施している医療従事者の皆様に敬意を表するとともに、COVID-19の感染による重症肺炎となった患者が一人でも多く PICSを起こすことなく警戒されることを願っている。

[PD4-1] PICSについてわかっていること、わかっていること

○卯野木 健¹ (1. 札幌市立大学)

キーワード：PICS

PICS（Post-intensive care syndrome: 集中治療後症候群）とは、集中治療室で治療するような重篤な患者（家族も）が、命をとりとめた後に起こる症状をまとめたものである。例えば記憶力の低下などの認知機能低下、不安障害、外傷性ストレス障害（Post-traumatic stress disorder）、うつ、運動機能の低下などが挙げられる。この PICSという言葉、この用語は2010年ごろに提唱された新しい概念で、急速に広まっている最中であり、関心も高まっている。様々な対策が検討されているが、一貫性のある強い対策はまだ見られておらず、日本においてはその実態すら十分にわかっていないのが現状である。本発表では、PICSに関してわかっていること、わかっていないことに関して知見をまとめたいと思う。

[PD4-2] 早期リハビリテーションは PICSを予防するか？

○飯田 有輝¹ (1. 豊橋創造大学保健医療学部理学療法学科)

キーワード：早期リハビリテーション、PICS、包括的介入

PICSと早期リハビリテーション

集中治療室 (intensive care unit: ICU) を退室した重症患者では、運動機能や認知機能、メンタルヘルスの障害が発生し、退院から数年にわたり残存することが知られている。加えて、抑うつや不安などメンタルヘルスの障害は、患者本人だけでなく家族においても発生する。米国集中治療医学会のステークホルダー・カンファレンスでは、このような ICU退室後も遷延する心身の障害を集中治療後症候群 (post intensive care syndrome: PICS) と定義している。PICSに規定される3つのドメイン（運動機能、認知機能、メンタルヘルス）は、長期的予後や QOLにも影響することから、ICUにおける早期リハビリテーションの果たす役割は大きいと考えられる。

早期リハビリテーションの効果

PICSに対して早期リハビリテーションはどの程度の効果が示されているのだろうか？早期リハビリテーション・エキスパートコンセンサスでは、早期リハビリテーションの科学的根拠は少ないものの、ADL獲得、ICU-AWの予防・改善、健康関連QOLを改善する可能性を示している。また、ICUにおける早期リハビリテーションは、身体機能やADLを改善し、ICU滞在日数や在院日数を短縮し、認知機能を改善すると報告されている。

PICSに対する早期リハビリテーションのメタ解析では、早期リハビリテーションは標準ケアまたは早期リハビリテーションなしと比較して、筋力増加（MRC）、ICU-AW発生率減少など短期身体関連アウトカムの有意味な改善を示した。一方、認知機能関連項目であるせん妄なしの期間、抑うつや不安の指標であるHADsスコアは、両群間で有意な差を認めなかった。健康関連QOLにおいても、早期リハビリテーションによるEQ5DとSF-36 PFの改善は示されていない。さらに認知・精神機能に関して、早期リハビリテーションがせん妄の罹患回避や期間短縮の有効な手段としつつも、その機序について明らかではない。これらより早期リハビリテーションは、ICU患者における身体機能の短期アウトカムについては改善させる可能性があるが、認知機能や精神機能に関するエビデンスレベルの効果は今のところ不明である。

PICS対策としての早期リハビリテーション

日本版敗血症診療ガイドライン2016では、敗血症あるいは集中治療患者においてPICSの予防に早期リハビリテーションを行うことを弱く推奨する、としている。エビデンスの要約としては、メタ解析の結果、エビデンスの強さは弱いものの、早期リハビリテーション介入は運動機能、6MWD、人工呼吸期間を有意に改善するという結果であった。早期リハビリテーションの実行可能性は現段階でほぼ実証されているが、PICS自体が長期アウトカムであり、ICU退室後の継続的なリハビリテーションの在り方如何によって結果は変容するものと考えられる。また重症患者の身体機能低下には様々な要因が複合的に関与することから、薬物療法や栄養療法なども含めた多面的な介入が必須である。PICS予防の方策としてABCDEFGHバンドルがあり、さらにICU日記を加え、患者・家族に主体を置いた包括的な関わり方が提唱されている。患者・家族を主体とした多面的あるいは相乗的な介入として、早期リハビリテーションもその一端を担っていると考えられる。

パネルディスカッション

[PD5] クリティカルケア領域における高齢患者の急変・重症化を防ぐための アセスメント・看護ケアの極意

企画: 網島 ひづる (兵庫医療大学)、 當日 雅代 (同志社女子大学)

[企画趣旨] クリティカルケア領域における高齢患者の急変・重症化を防ぐためのアセスメント・看護ケアの極意

網島 ひづる¹、 當日 雅代² (1. 兵庫医療大学、 2. 同志社女子大学)

[PD5-1] 救命救急センターにおける高齢者の急変と生命を助けるための看護の目と力

○山口 真有美¹ (1. 関西医科大学看護学部治療看護分野クリティカルケア看護学)

[PD5-2] ICUにおける高齢者の重症化を防ぎ回復を促すための看護の目と力

○野口 綾子¹ (1. 京都府立医科大学附属病院)

[PD5-3] 外来における高齢患者の QOLを高めるための看護の目と力

○山岡 綾子¹ (1. 兵庫医科大学病院)

[企画趣旨] クリティカルケア領域における高齢患者の急変・重症化を防ぐためのアセスメント・看護ケアの極意

網島 ひづる¹、當目 雅代² (1. 兵庫医療大学、2. 同志社女子大学)

キーワード：高齢者、救急

高齢者の増加や医療技術の進歩によって、クリティカルケア領域においても多くの高齢患者が医療を受けるようになった。高齢患者は加齢に伴う変化とともに、慢性的な病気や障害を抱えている。しかも罹患している複数の疾患が互いに影響し合っている、また症状が典型的でない、合併症が生じやすく重症化しやすいなどの身体的特徴があり、そのため、急変や認知機能の低下、治療後のADLの回復が遅れ他者のサポートが必要となるなどの事態をまねきやすいと指摘されている。高齢患者の急変・重症化を防ぎ、QOLを高めるには専門的な看護の目と力が必要である。今回は救命、ICU、看護外来で活躍されている方々をパネリストとして依頼し、それぞれの場でのアセスメント・看護ケアの極意についてディスカッションを行う。

[PD5-1] 救命救急センターにおける高齢者の急変と生命を助けるための看護の目と力

○山口 真有美¹ (1. 関西医科大学看護学部治療看護分野クリティカルケア看護学)

キーワード：高齢者、救命救急

5年前にまとめた修士論文では、救急専門とする医師や看護師の配置が少ない初期・二次救急外来において、患者の健康回復と患者を元の生活に戻すことに責任を負った救急看護認定看護師たちの実践を明らかにしました。そこには、医師が診察したあとも継続される看護師としての観察とアフターフォロー、自宅での生活のイメージ、重症化のリスクへの備えといった看護師の目と力が含まれており、その対象となる患者の多くは高齢患者さんでした。

皆さんもご存知のとおり、高齢者の疾患は、症状が分かりにくく見つけにくいという特徴があります。さらに背景にある慢性疾患や障害が複雑に絡んでくるため、応用編の看護が求められます。救急看護師は、限られた時間、少ない情報量という制限があるなかで、効率よく、安全に、より効果的な看護実践をせねばなりません。そうしたことから救急領域には様々なガイドラインやプロトコルがありますが、それらは目の前にいる一人の患者さんにとってのベストプラクティスが示されているわけではありません。目の前の高齢患者さんへの看護は、私たち個々の看護師が常にオーダーメイドの看護を創り上げていくことが求められています。

「看護師には“何かおかしい”を感知する力が必要であり、看護師のアセスメントが急変を防ぎ、生命を守る」とよく言われます。しかし、そのことを分かっているにもかかわらず、どう転ぶか分からない目の前の高齢患者さんの状況に難しさを感じたり、それが若いスタッフの日々の実践の疲弊に繋がっていきませんか？

今回、アメリカ救急看護学会 Emergency Nursing Association インターナショナルカンファレンスでの Geriatric course 受講の際の経験や、救急看護領域での高齢者看護に役立つと思われる論文のエビデンスを紹介しながら話題提供し、皆さんと一緒に考えていきたいと思います。

[PD5-2] ICUにおける高齢者の重症化を防ぎ回復を促すための看護の目と力

○野口 綾子¹ (1. 京都府立医科大学附属病院)

キーワード：ICU、高齢者、看護

高度先端医療がより低侵襲な技術へと発展するのに伴い、成人 Intensive care unit (ICU)に入室する患者の高齢化がめざましい。本発表では ICU看護師の立場から自施設における変化を紹介しつつ ICUにおいて高齢者の重症化を防ぎ、Quality Of Lifeを高め回復を促すために必要な看護について議論を深めたい。

自施設の ICUは地域の高度急性期医療を担う約800床の大学病院の6床の成人 ICUである。昨年の上室患者数は794例で、全入室患者の72%を65歳以上の高齢者が占める。ここ5年で高齢者の割合はほぼ10%増加し、2016年より高齢者の弁膜症のカテーテル治療である Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) が、2018年には Mitra Clipが開始されてからは、90歳を超える超高齢者の入室が著明に増加した。このような背景から ICUでの高齢者のケアは日常的になり、高齢者における高齢化も進み、後期高齢者とされる75歳がもはや「若い」と表現されるに至った。

高齢者は、Active of Daily Livingや認知機能、抱える疾患や障害の期間や重症度、フレイルの程度の差異が大きい。ICUでも、後期高齢者だからあるいは何歳であればこうすればいいといった定型的な看護は成り立たない。言い方を変えれば、高齢者のケアでは、人が個別多様であるという前提に立ち返り、固有の人として眼差す必要性が強調される。また高齢者は合併症や重症化のリスクが高く、加齢に伴って環境の変化への順応性は確実に低下する。医療やケアそのものが、あるいは ICUでの療養生活が、彼らの長きにわたる日常生活習慣からみたとき、彼らにどれほどの変化を要求することになるかの視点が求められる。これらの視点は、あらゆる人々に生じた急激な生命の危機的状態に対して、生命と生活の質の向上を目指すというクリティカルケア看護の本質への回帰を促す。その実践はまた、高齢者のみならずすべての ICU患者の看護に波及するのを実感する。

平成30年の厚労省の調査によると、80歳の平均余命はおよそ10年、90歳ではおよそ4、5年である。ICUで80歳を超える高齢者を受け入れ始めた当初より、高齢者に集中治療を必要とする治療を行うことに対する違和感や抵抗感の声を、医療スタッフの非公式の会話で耳にした。これは現在でも変わらない。当日は、超高齢者が ICUでの療養後の人生に希望する生活や ICUに入室した彼らのその後についても紹介したい。

[PD5-3] 外来における高齢患者の QOLを高めるための看護の目と力

○山岡 綾子¹ (1. 兵庫医科大学病院)

キーワード：高齢者、心臓血管外科看護

心臓血管外科手術を受ける患者は、体外循環による影響などに伴う高度生体侵襲による影響と心不全に伴う身体的機能低下を伴っている。また昨今では医療の更なる進歩に伴い、低侵襲手術が行われるようになり、高齢者に対する治療適応が拡大、75歳以上の手術適応患者が増加している。また、日本における高齢者数は増加の一途であり、疾病に伴う機能障害だけでなく、高齢に伴う衰弱（フレイル）という視点での予防が重要である。

フレイルとは、「高齢期に生理的予備能が低下することで、ストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転機に陥りやすい状態」（日本老年医学会.2014）と述べている。フレイルは要介護状態となる前段階であり、わが国でも多くの高齢者がフレイルに該当すると考えられている。フレイル状態にある患者へ適切なケア介入を行わなければ、患者の自立度や生活の質また医療費などの社会保障費などへの悪影響を及ぼす可能性があると考えられる。特に心不全患者では、サルコペニアを伴っていると術後回復遅延を伴うと予測されるため、可及的速やかな介入が必要である。

上記のことから、心臓血管外科手術を受ける高齢者患者の周術期看護には特にフレイル対策が求められる。このような背景をふまえ、当院心臓血管外科専門看護外来では、患者の心身の機能低下を起こさず、自宅退院を目指すことを目的とした介入を行っている。具体的には、フレイル患者のスクリーニングの実施、歯科受診をはじめとした感染予防行動や生活指導ならびに重症化する前の早期受診行動など患者家族に対する心不全教育を実践している。

実際の活動内容と照らし合わせながら、高齢患者の Q O Lを高めるためのアセスメントの視点について述べ、それ

それぞれの立場での視点の違いや共有点について議論していきたい。

パネルディスカッション

[PD6] クリティカルケア領域における臨床研究の課題と挑戦

企画:山勢 博彰 (山口大学)

[企画趣旨] クリティカルケア領域における臨床研究の課題と挑戦

山勢 博彰¹ (1. 山口大学)

[PD6-1] クリティカルケアを促進させるための臨床研究

○濱元 淳子¹ (1. 国際医療福祉大学成田看護学部)

[PD6-2] 臓器移植看護における研究と課題 —教育研究職の立場から—

○谷水 名美¹ (1. 関西医科大学看護学部)

[PD6-3] クリティカルケア領域での早期リハビリテーションの臨床研究の実践

○佐伯 京子¹ (1. 山口大学医学部附属病院 ICU)

[PD6-4] 看護の探求に繋げる研究活動—集中治療看護実践者の立場で取り組んだ経験—

○福田 侑子¹ (1. 自治医科大学附属病院)

[企画趣旨] クリティカルケア領域における臨床研究の課題と挑戦

山勢 博彰¹ (1. 山口大学)

キーワード：臨床研究

クリティカルケアでは、基礎研究よりも臨床研究が多く、その研究成果を臨床実践に還元しようとする傾向があります。したがって研究の狙いは、臨床に役立つもの、臨床実践を説明したり根拠づけるもの、新しい臨床知を見出すものなどが多いと思われます。最新の医療や高度医療が導入されやすいクリティカルケアでは、新しい取り組みや最先端のテーマを取り上げることも重要です。今回は、そのような状況で実施する臨床研究の課題と挑戦をテーマとして取り上げました。パネリストは、教育研究職と臨床看護師で、両者の立場から臨床研究に取り組んだ実体験を紹介してもらいます。

[PD6-1] クリティカルケアを促進させるための臨床研究

○濱元 淳子¹ (1. 国際医療福祉大学成田看護学部)

キーワード：臨床研究

看護師には、臨床実践を向上させることで、提供する看護ケアを最大限に効果があるものにすることが求められる。そのためには、知識や、スキルの向上など、いくつかの方法が考えられるが、ここでは臨床研究の活用に関心をあてて発表する。

具体的には、発表者自身が教育研究職として取り組んだ研究の中で、新しいものを導入し、その成果を臨床実践に還元できるか測定したものの。また臨床で行われているケアの成果を測定し、改善点を導き出すもので、これは2～3年目の臨床看護師が行う研究をサポートしたものである。これらのいくつかの研究を報告することで、クリティカルケア領域における研究成果の活用や、その課題、今後の挑戦についてディスカッションしたい。

[PD6-2] 臓器移植看護における研究と課題 —教育研究職の立場から—

○谷水 名美¹ (1. 関西医科大学看護学部)

キーワード：臓器移植看護、生体臓器移植

日本における臓器移植の始まりは1956年の生体腎移植である。その後、腎臓や肝臓、心臓などの死体からの移植が行われ、治療が発展していった。1964年には生体腎移植、1989年には生体部分肝移植が初めて行われた。1997年10月には「臓器の移植に関する法律」が施行され、日本も欧米並みに脳死下臓器移植が行われると期待されたが、法律制定後の初の脳死下臓器提供は1年4か月後の1999年2月であった。2010年に同法の一部改定が行われ、家族の承諾で臓器提供が可能となった。しかしながら、心臓死からの臓器提供数は減少しており、心臓死と脳死を合わせた死体臓器提供数に変化はない。海外と比較すると死体臓器提供数の不足は現在の課題として変わらず続いている。不足する状況のために、日本では海外と異なり、生体からの移植が中心となっている現状がある。

臓器移植医療が一般的な医療と異なるのは、患者と医療者の2者の関係性において成り立つものではなく、善意で臓器を提供するドナーの存在が必要不可欠という点にある。このようにドナーの意思に基づき成立するものであることから、個人、家族、社会が絡みあう、複雑で多様な倫理的問題が生じうる医療となっている。インフォームド・コンセントやそれに基づく意思決定に際し、様々な立場の葛藤が生じている医療現場において、周術期の身体的管理だけでなく、レシピエントやドナー、またその家族の権利擁護を行う職種の一つとして看護師がいる。

移植医療に関する看護の視点からの研究は1990年代中盤から事例検討がみられ始め、2000年代に入ると周術期の身体的ケアや心理的ケア、患者教育などの実践的な研究に加え、倫理的視点では意思決定の問題やジレンマ状況に関する研究がみられている。移植医療に携わる看護師には危機に対処できる能力の必要性や役割、責任範疇の明確化が求められてきたことが背景にある。

今回は、これまでに継続して行ってきた臓器移植看護に関する研究（主にはレシピエントや臓器移植にかかわる看護職を対象とした研究）をもとに、クリティカルケア領域における臨床研究の課題と今後への挑戦について報告したい。

[PD6-3] クリティカルケア領域での早期リハビリテーションの臨床研究の実践

○佐伯 京子¹ (1. 山口大学医学部附属病院 ICU)

キーワード：臨床研究、早期リハビリテーション、重症患者

クリティカルケア領域での臨床研究は、重症患者や家族に臨床研究の結果を還元できることを目的に実施していることが多い。私自身も臨床で研究を実施する際にいかに患者に還元できるかを考え、テーマを選択してきた。私は10年前から早期リハビリテーションについての研究を行っている。その研究テーマを見出したきっかけは、術後の回復過程の中で、早期リハビリテーションが順調にできる患者とそうでない患者がおり、その違いはなにかが気になったことである。そこで、ICU入室中から病棟退室後の期間で、リハビリテーション開始前・後の循環や呼吸に関連した指標に違いがないかの検討を行った。

その後、ICUにおける早期リハビリテーションの中でも順調にできる患者とできない患者がおり、それは循環や呼吸だけの問題ではないのではないかと考えた。また、順調にできない患者はリハビリテーションがすすまないままであり、看護師もまた徐々にリハビリテーションへの意欲が患者と同様に減ってきていると感じていた。そのため、ベッド上で安全にリハビリテーションができる方法があれば日々の看護実践に導入しやすいのではないかと考えた。そこで、早期リハビリテーションが順調にすすんでいない患者へのベッド上で実施できるリハビリテーションを検討した。ベッド上で実施できるリハビリテーションとして、深呼吸法とベッド上での下肢ペダリング運動法について、呼吸、循環、意欲、筋力の側面からクロスオーバーデザインで健常者に実施する基礎研究を行った。

平成30年の診療報酬改定で「早期離床・リハビリテーション加算」が新設された中で、今後も患者の状態をどのようにアセスメント・実践し、患者の回復を支える看護をしていくか、研究的に証明しながら実践していきたいと考えている。臨床研究を行っていくことは、臨床の中からテーマを見出していくクリティカルシンキングの力や研究計画を立て行っていく実践能力など多くの力が必要となる。近年看護師の働き方を改革し、ワークライフバランスの充実が求められているなか、業務的な問題も影響してきている。そのようななかでどのように臨床研究を実践していくかを本セッションで検討していきたいと考えている。

[PD6-4] 看護の探求に繋げる研究活動—集中治療看護実践者の立場で取り組んだ経験—

○福田 侑子¹ (1. 自治医科大学附属病院)

キーワード：研究、ICU、集中治療看護実践者

私は、現在ICUで急性・重症患者看護専門看護師、スタッフ看護師の立場で看護実践を行っている。実践を通して感じた臨床疑問をスタッフと気軽に話題にし、興味関心を寄せたスタッフとチームを組み、研究活動に繋げている。

現在、部署内で取り組んでいるテーマは、「早期離床リハビリテーションプロトコル導入後の成果」である。早期離床リハビリテーションは、プロトコルを導入したことで、確実にICU内で促進され、挿管患者の歩行支援をする場面も増えた。一方で、一般病棟に転棟した後の患者は追跡調査しておらず、退院時のADLやQOLへの影響などは明らかになっていない。近年、「集中治療後症候群」がトピックスになっているように、クリティカル領域のアウトカムは、例えば人工呼吸管理日数など短期的なアウトカムだけでは評価しきれない。ICU、一般病棟、退院時、在宅、とフィールドを変え、長期的なアウトカムの評価に寄与する知見の積み上げが重要だと考える。単施設調査、ひとつの領域による調査では限界があるものの、今取り組んでいる研究を推進してエビデンスから実態を探求し、早期離床リハビリテーションのケアのブラッシュアップをしていきたいと考える。

また、研究活動においては、研究で得られた成果を論文としてまとめる作業がある。以前に取り組んだ「集中治療室で終末期を迎えた患者家族の代理意思決定プロセス」では、ICUで看取りをした遺族にインタビュー調査を行い、患者が終末期に至った時の思いや代理意思決定の内容とその思いなどを聞き、分析をした。ICUで終末期を迎えた患者家族の代理意思決定プロセスの全体像をまとめたが、この成果は、学会発表したものの、まだ論文には至っていない。査読を受けて論文として公表することで、この研究の成果がより多くの人の目に触れ、臨床や今後の研究に生かしてもらえるようにすることが、研究に協力していただいた方への礼儀でもあり、研究活動のプロセスにおいて重要な課題だと考える。これについては、臨床看護師だけではノウハウが不十分なところもあり、大学一病院（臨床）で連携をもち、研究職の先生方にご指導賜りながらすすめていきたいと考える。

最後に、研究支援では、主にクリティカルなテーマに関連した研究に取り組む看護師の臨床疑問を研究課題へまとめる作業や計画書作成の支援などを行っている。今年度は、手術を控えた重症呼吸不全患者の腹臥位療法を安全に完遂できた一例を事例研究としてまとめたいと取り組んでいる看護師の支援をしている。私自身今まで事例研究の経験がなく、トライアンドエラーを重ね、共に学び合いながら計画書を作成している。これから分析に入るところであるが、計画を練っていくうちに、事例研究には臨床看護師の普段は気にとめないような暗黙知や工夫を可視化し、看護を伝え紡ぐことができる大切な要素があると気づかされた。ひとつひとつの事例研究によって、細かな知見の積み重ねが概念化され、看護のワザとなって質向上に寄与するのではないかと考える。

一般演題（口演）

[O1] 医療安全・感染管理

[O1-1] 経気管内挿管チューブを2面固定法で固定したときの看護ケアと挿管チューブのズレとの関係

○藤居 亜喜文¹、宮澤 拓也¹（1. 長浜赤十字病院看護部）

[O1-2] Rapid Response Systemを起動する看護師の認識と行動に関する研究

○濱野 智恵子^{1,3}、原口 昌宏²、松本 和史²（1. 独立行政法人国立病院機構長崎川棚医療センター、2. 東京医療保健大学、3. 東京医療保健大学大学院 看護学研究科高度実践看護コース）

[O1-3] ICUにおける人工呼吸器装着患者の身体抑制要因分析

○有馬 勝洋¹、甲斐 留美子¹、坂本 美賀子¹（1. 済生会熊本病院集中治療室）

[O1-4] 生体侵襲下にある患者へアセスメントシートを用いたケアの検討

○高木 涼子¹（1. 地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院）

[O1-5] 先進救急医療センターにおける看護師管理中の歯ブラシに残る細菌数の実態

○村上 智恵¹、相楽 章江¹、山中 聖美¹、岩本 裕子¹、小嶋 慶子¹、田戸 朝美²（1. 山口大学医学部附属病院 先進救急医療センター、2. 山口大学大学院医学系研究科）

[O1-6] COVID-19 医療チーム派遣の経験から考える 新興感染症対応における倫理的課題

○辻本 真由美¹（1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター 看護部）

[O1-1] 経口気管内挿管チューブを2面固定法で固定したときの看護ケアと挿管チューブのズレとの関係

○藤居 亜喜文¹、宮澤 拓也¹ (1.長浜赤十字病院看護部)

キーワード：経口気管内挿管、固定法、チューブのズレ

【研究目的】

経口気管内挿管チューブ（以下挿管チューブとする）の固定法は、施設によって違いがあるが、患者の状況に応じて4面固定法、3面固定法、2面固定法が推奨されている。しかし、4面固定法では口腔内の観察やケアが行いにくいいため、挿管患者のチューブ固定を口腔内の観察やケアが行いやすい2面固定法に変更しケアを行った。本研究では、挿管患者のチューブ固定の2面固定法において、看護ケアが挿管チューブのズレに影響を及ぼさないかの検証を行った。

【研究方法】

1.研究デザイン：記述統計

2.用語の定義：挿管チューブのズレは、気管内チューブの口角または門歯の固定位置から鉤までの長さの移動及び、気管分岐部から挿管チューブ先端までの長さの移動とした。

3.データ収集期間：平成30年12月より平成令和元年9月

4.対象者：ICUで2日以上経口挿管が必要で同意を得た35名の患者とした。

5.データ収集方法：1)挿管初日と2日目の胸部レントゲン写真の気管分岐部から挿管チューブ先端までの距離を計測する。2)体位変換、清拭、口腔ケアの前後で、挿管チューブの長さ（口角または門歯の固定位置からコネクター鉤まで）を距離計測スケールで計測し記録する。

6.データ分析方法：①鎮静薬の有無別による挿管チューブ先端から気管分岐部までの長さ、② RASSの値による挿管チューブ先端から気管分岐部までの長さ、③挿管チューブのテープ交換（以下テープ交換とする）からの時間毎での体位変換、口腔ケア、清拭の各看護ケア前後における挿管チューブの固定位置（口角または門歯）からコネクター鉤までの長さの比較を行った。

7.倫理的配慮：本研究は長浜赤十字病院看護部倫理委員会及び長浜赤十字病院医療倫理審査会の審査を受け承認を得て実施した。

8.利益相反 なし

【結果】

対象者の内、鎮静薬を使用している群は31人で、挿管初日と2日目の胸部レントゲン写真の気管分岐部から挿管チューブ先端までの距離差は 5.4 ± 5.08 (mean \pm S.D) mmで、鎮静薬を使用していない群は4人で 5.7 ± 4.08 mmで両群に差はなかった。また、RASSの値で比較すると、RASSが-3~-5の群は20人で、 4.9 ± 4.08 mm、RASSが-2~0の群は15人で 6.1 ± 5.41 mmであり、RASSのレベルでみた両群の差はなかった。

看護ケア別に前後のズレの幅をみると、体位変換前後におけるズレの幅は、テープ交換後12時間までの3時間毎のズレでは $0.14 \sim 0.72$ mm、テープ交換後12時間以降の3時間毎のズレは $0 \sim 0.97$ mmであった。口腔ケア前後にお

けるズレの幅は0～6mmであった。清拭前後におけるズレの幅は0～5mmであった。

【考察】

挿管チューブの固定方法においては、4面固定法が最も固定力が強いとされている。しかし、今回の研究では、鎮静剤の有無別、RASSの値別では、挿管患者のチューブ固定のズレに差はなかった。また、体位変換、口腔ケア、清拭の看護ケアの前後においても2面固定法でのズレは0～6mmの間で、安全性が維持できていると考えられた。

本研究は滋賀県立大学人間看護学部地域交流看護実践研究センターの共同研究助成を受けて行った。

[O1-2] Rapid Response Systemを起動する看護師の認識と行動に関する研究

○濱野 智恵子^{1,3}、原口 昌宏²、松本 和史² (1. 独立行政法人国立病院機構長崎川棚医療センター、2. 東京医療保健大学、3. 東京医療保健大学大学院 看護学研究科高度実践看護コース)

キーワード：Rapid Response System、看護師の認識と行動

【目的】患者の異常の気づきからRRSを起動するまでの過程において、看護師がどのように認識して行動するのかを明らかにする。

【方法】RRS起動に関わる看護師7名に半構造化面接を実施した。研究参加者が患者の異常に気づき、RRSを起動するまでの一連の状況をどのように認識し行動したか等、語った内容を抜き出し、相違性或類似性を比較検討した上で、[サブカテゴリー]、【カテゴリー】を抽出した。また一連の流れをプロセスとして捉え、【カテゴリー】間の関連性を検討し図式化した。本研究は所属機関の研究倫理委員会の承認を得た。研究参加者には研究説明書を用いて説明し、不利益を被ることは一切ないことを説明し書面にて同意を得た。

【結果】6カテゴリーとそれらを構成する22サブカテゴリーで構成されていた。患者の異常を発見した看護師は、[患者の状態が悪化したことへの不安]や[自分の手には負えない恐怖]を感じるなどの懸念から【重篤化する患者の状態に対することへの危惧】に直面していた。そしてRRSの起動前には、ほとんどの看護師が目の前の状況を早期解決するために、先輩や同期などの【看護師間での相談】を行っていた。その後、まずは【主治医への報告・相談】を行うものの、【RRS起動への躊躇】をしている状態となっていた。これらの3つのカテゴリーは一方向の認識・行動ではなく循環していた。その根底に【RRSを取り囲む病院システムと周囲環境】のさまざまな条件があることでRRS起動への決断を前進あるいは後退させていた。しかし、最終的には【RRS起動への確信と判断】に至った。経験や所属に関わらず、参加者はこの過程を辿っていた(図)。

【考察】先行研究では起動前に異変を察知しながらも「もう少し様子見てから」と考え、起動のタイミングが遅れていること(川口ら2014)や、看護師だけで起動することはかなりの勇気が必要で、心理的な葛藤があること(谷島ら2015)が知られているが、これは本研究の【RRS起動への躊躇】が相当していると考えられる。そのため、[起動が適切でなかった場合に批判されるかもしれないという懸念]や[経験・知識不足による自信のなさ]に対し、患者の状態がRRSを起動させるほどでないことが判明しても、コールしたことを称賛し、病院内の誰でもRRSを起動できる体制作りや経験・知識不足を補うシミュレーション等を用いた教育が必要であると考えられる。

[O1-3] ICUにおける人工呼吸器装着患者の身体抑制要因分析

○有馬 勝洋¹、甲斐 留美子¹、坂本 美賀子¹ (1. 済生会熊本病院集中治療室)

キーワード：ICU、身体抑制、人工呼吸器

【目的】 A病院集中治療室では、人工呼吸器装着患者が多く、自己抜管予防のため安全帯を使用した身体抑制を行っている。身体抑制中は毎日、身体抑制の適応の有無、解除計画の評価を行っている。しかし、人工呼吸器離脱に至るまで身体抑制を行う事例が多く、人工呼吸器装着中に身体抑制が解除できた事例は少ない。そこで、身体抑制を解除できた事例を振り返り、身体抑制解除ができる患者背景を明らかにすることが目的である。

【方法】 対象は、2019年6月1日から9月30日までのICUでの人工呼吸器装着患者とした。患者カルテより身体抑制解除できた患者を判別し、身体抑制解除できた患者をA群、身体抑制解除できなかった患者をB群とした。両群の年齢、性別、疾患、診療科、入室時の状況(緊急・定期)、認知症の有無、面会の有無、鎮静剤使用の有無と種類、鎮痛剤使用の有無と種類、JCS、GCS、RASS、CAM-ICU、疼痛の有無、NRS、BPSを調査し、比較した。

調査時点は、A群は身体抑制解除直前とした。そしてA群の身体抑制解除までの時間を調査し、その平均時間をB群の調査時点とした。B群のうち、身体抑制解除までの平均時間よりも人工呼吸器装着時間が短い場合は、人工呼吸器離脱直前を調査時点とした。

年齢、JCS、GCS、RASS、NRS、BPSは結果を平均と標準偏差によって示し、t検定により解析した。入室時の状況、認知症の有無、面会の有無、鎮静剤・鎮痛剤使用の有無、CAM-ICU、疼痛の有無はカイ二乗検定により解析した。統計結果は $P<0.05$ をもって有意差ありと判定した。

この研究を行うにあたり、看護部倫理審査会の承認を得た。また本研究で得られた患者情報、データは匿名化した上で厳重に管理し、目的以外に使用しない。

【結果】 対象数は158名、うちA群12名、B群146名であった。

年齢はA群 63.8 ± 15.6 歳、B群 72.9 ± 12.2 歳。面会の有無は、面会有りがA群12名、B群94名。RASSはA群 0.36 ± 0.51 、B群 -1.25 ± 1.48 。CAM-ICUはA群で陽性1名、陰性11名、B群で陽性79名、陰性45名、測定不可14名。この年齢、面会の有無、RASS、CAM-ICUで有意差を認め、身体抑制解除ができる患者背景に有意に関係していた。

性別、入室時の状況、認知症の有無、鎮静剤使用の有無、鎮痛剤使用の有無、JCS、GCS、疼痛の有無、NRS、BPSでは有意差を認めなかった。

また、入室時の状況は、A群で緊急10名(83%)、B群で緊急88名(60%)であった。そして、定期手術による人工呼吸器装着患者は60名、そのうち24時間以内に人工呼吸器離脱できた患者は46名であり、全てB群に含まれた。

【考察】 ICU患者におけるせん妄は、他の重要臓器障害と同様に急性発症する脳の機能障害であり、その発症率は80%以上という報告もある。そして、せん妄の準備因子には高齢があり、70歳以上であることは特にリスクの高い因子である。今回の調査では年齢、CAM-ICUにおいて有意差を認めており、せん妄の準備因子が少なく、せん妄がない状態が身体抑制解除につながると考える。

そして、RASSによる鎮静レベルが浅い方が有意に身体抑制解除できていることは、A群で緊急入室が多い場合でも、現状の理解や、気管チューブの理解につながったことが要因として考えられる。また面会の有無で有意差を認めた結果も、面会による現状把握の効果が考えられる。

入室時の状況で有意差を認めなかったが、定期手術における24時間以内の人工呼吸器離脱患者において身体抑制解除できた事例はなく、人工呼吸器離脱まで身体抑制が行われていたことが明らかになった。定期手術患者は事前に人工呼吸器装着の説明を受けているため、身体抑制解除につながるよう今後の介入が必要であると考えられる。

[O1-4] 生体侵襲下にある患者へアセスメントシートを用いたケアの検討

○高木 涼子¹ (1. 地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院)

キーワード：清拭、アセスメントシート、PressureRateProduct

【目的】

集中治療室（ICU）に入室する患者は過大な侵襲を受けている状態で、過剰な酸素消費量の増大、代謝亢進に繋がる全身管理は患者に不利益をもたらすため、積極的な看護ケアは控えるべきとされている。一方、清拭は全身観察やコミュニケーション、皮膚の清潔や整容を目的とし、毎日実施することが推奨されている。

当院 ICUでは、清拭の開始基準や中止基準はなく、実施するタイミングや中止の判断は担当看護師に委ねられていた。そこでバイタルサインのベースライン把握、禁忌評価、開始・中止基準、清拭部位選択、中止基準に該当した場合の対応、観察と記録、患者への対応等、個別性を考慮した清拭のアセスメントシートを作成し、その有効性と安全性を検討した。

【方法】

本研究は当院 ICUで行われた症例対照研究である。対象は2019年1月23日から2019年10月5日に入室し、組み入れ基準を満たした患者20例を連続登録した。選択基準は人工呼吸器管理、術後、体外循環、体表面積の80%以上を清拭する患者とし、除外基準は全身熱傷、陰部洗浄や部分浴のみの患者とした。これらの患者の ICU入室後初回の清拭介入を評価した。

従来通り清拭を実施した患者を対照群、アセスメントシートを用いて清拭を実施した患者を介入群とし、清拭前・清拭後・体位変換後の Pressure Rate Product (PRP)を測定し、7000から12000を正常とした。清拭前・清拭後・体位変換後の PRPを正常・逸脱の2群に分け、対照群と介入群の PRP逸脱症例の割合を χ^2 検定した。統計解析は統計ソフト JMP®を用いた。

患者本人からの同意取得が困難であるため、代諾者（家族等）に調査協力の諾否によって対象者が不利益を被らないことを説明の上書同意を得た。本研究実施に際し、対象施設倫理審査委員会の承諾を得た上で実施した。

【結果】

対照群と介入群で年齢、性別、心疾患の有無、カテコラミンや鎮痛薬の使用割合、重症度スコアに有意差はなかった。介入群では、アセスメントシートの利用により開始基準非該当1例、中止基準該当1例であり、清拭は介入していない。清拭前の PRP逸脱は対照群6例（60%）、介入群4例（40%）であった。清拭後の PRP逸脱は対照群7例（70%）、介入群4例（40%）であった。体位変換後の PRP逸脱は対照群7例（70%）、介入群2例（20%）であった。（ $p=0.0213$ ）なお、介入群で清拭前は正常であった PRPが清拭後に逸脱し、体位変換後に正常化した例があった。

【考察】

介入群で清拭を実施していない2例は、過大侵襲を防いだ視点からアセスメントシートを使用する意義があると考えられる。体位変換後の PRP逸脱割合は介入群に比較して有意に対照群で高く、生体侵襲下にある患者に対し状態を評価せずに清拭を行うことは過大侵襲となる可能性がある。また、介入群で清拭後に一時 PRPが逸脱した例があった。清拭には気管吸引や体重測定、更衣など付随する看護ケアがあり一時 PRPの変動を来すが、アセスメントシートに則ったケアを行う事で、逸脱した PRPを正常範囲内におさめる可能性が示された。以上の結果から禁忌や開始基準、中止基準を踏まえたアセスメントシートの有効性と安全性が示された。対照群でアセスメントシートを当てはめた場合、開始基準非該当例は5例、中止基準該当例は3例であることから、アセスメントシートを用いればバイタルサインの変動を最小限に抑えられた可能性がある。

[O1-5] 先進救急医療センターにおける看護師管理中の歯ブラシに残る細菌数の実態

○村上 智恵¹、相楽 章江¹、山中 聖美¹、岩本 裕子¹、小嶋 慶子¹、田戸 朝美²（1. 山口大学医学部附属病院 先進救急医療センター、2. 山口大学大学院医学系研究科）

キーワード：口腔ケア、歯ブラシ、細菌数

I. はじめに

近年、口腔ケアは重要視され、日常生活援助の視点から感染予防の視点へと変化している。先進救急医療センター（以下 Aセンター）では、患者の状態に応じて、ジェルまたは歯磨き剤を選択して口腔ケアを実施している。口腔ケアの物品の管理は、看護師個人の裁量に任されているのが現状である。我が国のクリティカルケア領域で、口腔ケア物品の管理方法の根拠を示したものはなく、その根拠となり得ないかと考え実態調査をしたので報告する。

II. 目的

Aセンターにおける、看護師が管理する歯ブラシに残る細菌数の実態を明らかにすることである。

III. 方法

1.期間：2018年10月24日～2019年12月31日

2.対象：Aセンターに入室し、非気管挿管患者（挿管管理後に抜管した患者は可）、年齢20歳以上、性別不問、自歯が1本以上ある、口腔ケア物品を看護師が管理する患者とした。現行の2種類の方法であるジェルと歯磨き剤を使用した群をそれぞれ、ジェル群と洗口液群と命名し、対象とした。歯磨き剤は、種類が異なるため、洗口液を一律に使用した。

3.方法：洗浄方法は7秒間とし、流水で歯ブラシの毛を5往復指で擦り洗う方法とした。使用後の歯ブラシは、専用コップに毛先が触れないように入れて、乾燥をさせた。

4.分析：対象となった日からの5日間で、口腔ケア前、ブラッシング後、洗浄後、洗浄後6時間の4点で、細菌数を細菌カウンター（Panasonic;DU-AAO1NP-H）で、ATP値をClean-Trace™NGi®(3M)を用いて測定した。データの分析にあたり、四分位範囲を確認し極値を除外した。分析は、統計ソフト SPSS Ver.17を使用した。

5.倫理的配慮：当該施設の臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。また、2016年度中西睦子看護研究助成金を使用した。

IV. 結果

分析対象となったのは、ジェル群：14例、洗口液群：13例であった。平均年齢は、ジェル群：65.28（±12.63）歳、洗口液群：59.15（±19.39）歳であった。

そのうち分析対象回数は、ジェル群は47回、洗口液群は38回で、同一群内の細菌数と ATP値における結果を比較した。

ジェル群では、ブラッシング後の歯ブラシの ATP値は593961RLU、洗浄後の ATP値は859RLUで、洗浄後に有意な低下を認めた。洗口液群では、ブラッシング後の歯ブラシの ATP値は108024RLU、洗浄後の ATP値は276RLUで有意な低下を認めた。ジェル群、洗口液群ともに同一群内のブラッシング後と洗浄後以外のタイミングでは、有意差を認めなかった。ジェル群、洗口液群ともに、同一群内のどのタイミングにおいても細菌数に有意差を認めなかった。

V. 考察

歯ブラシは口腔内に入れる器具であり、Clean-Trace™NGi®(3M)に明示されている食品衛生管理上の合格基準と照らし合わせた。その結果、ジェル群は、Clean-Trace™NGi®(3M)に明示されている ATP合格基準のシンクよりも高く、洗口液群はまな板よりも高値であった。これらの数値から、現行の洗浄方法や乾燥時間では、ジェル群、洗口液群ともに歯ブラシに活性化された菌が多く残っていると考える。

VI. 結論

ジェル群と洗口液群ともに、ブラッシング後と洗浄後に活性化した細菌が多く残っていた。口腔ケア前や洗浄後6時間の ATP値は、低下した。歯ブラシを十分に乾燥させることで活性化した菌が減少することが分かった。現行の洗浄方法では、活性化した菌を洗い流すことが出来ておらず、歯ブラシの洗浄方法、管理を変更する必要がある。

る。

[O1-6] COVID-19 医療チーム派遣の経験から考える 新興感染症対応における倫理的課題

○辻本 真由美¹ (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター 看護部)

キーワード：COVID-19、倫理的ジレンマ、DMAT

【目的】

COVID-19の感染者は中国武漢から世界へ拡大し、チャーター機で武漢から帰国した邦人は、国の宿泊施設などで潜伏期間の間、経過観察が行われた。帰国者の宿泊施設Aへの医療チーム派遣の経験を振り返り、新興感染症対応における課題を倫理的側面から検討する。

【方法】

活動記録を基に倫理的ジレンマに関連する場面を抽出し、新興感染症対応における倫理的課題を検討する。

【倫理的配慮】

所属施設の看護部倫理審査会の承認を得て、個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

帰国者は基本的に個室で過ごし、他者との交流はできない状況だった。中には、スタッフへの要望やメッセージをドアに貼り、医療チームを呼び止め話す帰国者がおり、不安で人との接触を求めていると感じた。また、飲酒できない苦痛から帰宅を望む帰国者が複数おり、「悪いことをしたわけではないのに、なぜ制限されるのか」「そんな権利あるのか」という声が聞かれた。元々の宿泊施設の規則や、集団秩序の維持と言う観点と、個人の権利が対立しており、対応職員もジレンマを感じた。さらに、狭い室内での生活が続いており「ジョギングがしたい。PCR陰性で症状がなく室外で人と接触しないのに、行動を制限するのはおかしい」との訴えが聞かれた。施設Aの近隣から、感染リスクを心配する問合せが入るなど、近隣住民らの不安は強く、地域の安心と帰国者の行動の自由が対立し、行動制限をせざるを得ない状況にあった。少しでも快適な環境を維持したいと考えるが、リネンやゴミの回収業者が見つからず、社会の不安が阻害要因となった。そのような中、帰国者への対応に一貫性を欠くと理不尽さが強まるため、多層的に介入している各組織が良好なコミュニケーションを維持し、対応を決定していくことが重要だった。

施設Aで働く職員は、帰国者から「自分達は帰れるからいいじゃないか」と言われながら、自らのコミュニティに戻ると周囲に感染源となるリスクのある人として見られる立場にあった。医療チームは、自らの安全を確保するだけでなく、自施設の病院関係者に不安を与えないことが課題だった。

【考察】

COVID-19は新興感染症であり未知のことが多く、前例で対応できないため、曖昧で根拠を欠いた対応となり、人々の不安と不満を強めるリスクがある。また、隔離のために人との交流ができないことが、不安を強め個人の対処能力を低下させる可能性がある。帰国者らは、感染拡大の防止という社会的な利益のために隔離に協力しているのであるが、飲酒など感染防止に直接関係しない行動も制限された。これは、社会の不安やパニックを回避するために、個人の利益や権利が制限されたと言える。また、個人の権利が制限される理由が不安や風評である場合、それを説明することでさらに個人を傷つける可能性があり困難が伴う。

また、新興感染症に対応する職員は不可欠だが、職員の子どもの保育を拒まれるなどの社会問題が報じられている。対応職員が自施設やコミュニティから感染源となるのではないかと懸念され、根拠の無い不利益が生じると、負のスパイラルとなる。社会の利益のために働く職員の、権利と利益を守ることも重要である。

これらの倫理的ジレンマの軽減に向け、医療チームの看護師として帰国者の心情に共感を示し、その人の努力が社会の利益に繋がっているという意味づけと敬意を示すことが求められると感じた。クリティカルケアで日頃実践している、危機介入や怒りへのケア、コミュニケーション能力が活用できると考える。そして、社会的な利益のために働く人を守るために、対応する職員の感染防護策を徹底し、可視化して社会に示すことが必要だと考える。

一般演題（口演）

[O2] 呼吸・循環

[O2-1] 舌壊死を来した症例から取り組む口腔ケア

○山本 容子¹、佐々木 みなみ¹、山浦 梨絵¹、藤村 喜子¹（1. 南東北グループ 医療法人社団 三成会 新百合ヶ丘総合病院）

[O2-2] 在宅から救急搬送される循環器内科疾患患者の在宅内での初期症状と経過について

○南 利明¹（1. 社会医療法人弘道会なにわ生野病院）

[O2-3] 人工呼吸器装着場面における熟練看護師の観察の特徴

○岡根 利津¹、長谷川 智之¹（1. 三重県立看護大学）

[O2-4] ICUにおける気管挿管患者の口腔ケア充実にむけての取り組み

○末永 聡一朗¹、竹林 洋子¹（1. 九州病院集中治療室）

[O2-5] ICTを活用した心不全高齢者への疾病管理サポートの現状

○田中 智子¹（1. 四条畷学園大学看護学部看護学科）

[O2-6] 「人工呼吸器離脱に関わる看護実践力」尺度開発

○福田 美和子¹、岡部 春香²、本田 多美枝³、明神 哲也¹、坂本 なほ子⁴（1. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、2. 東海大学医学部看護学科、3. 日本赤十字九州国際看護大学、4. 東邦大学看護学部）

[O2-7] 心臓血管外科手術施行患者における術後体位変換に伴う循環動態破綻に関連したリスク因子の探索的検討に向けて

○佐々木 康之輔¹、松井 憲子²（1. 東北大学大学院医学系研究科心臓血管外科学、2. 東北大学病院）

[O2-8] 補助人工心臓（VAD）の装着患者に対する看護に関する文献レビュー

○千葉 由美¹（1. 横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻がん・先端成人看護学）

[O2-9] 胸骨圧迫の質の低下に関する実際と自覚との乖離

—看護大学生と看護師の比較—

○松山 大地¹、原口 昌宏²、松本 和史²（1. 板橋中央総合病院、2. 東京医療保健大学）

[O2-1] 舌壊死を来した症例から取り組む口腔ケア

○山本 容子¹、佐々木 みなみ¹、山浦 梨絵¹、藤村 喜子¹ (1. 南東北グループ 医療法人社団 三成会 新百合ヶ丘総合病院)

キーワード：舌壊死、気管内挿管、口腔ケア

【目的】

気管内挿管管理中の患者の口腔内に舌壊死を来した症例からスタッフの意識改革を行い、アセスメントとケアの方法を明確にする。

【方法】

研究デザイン：症例報告 調査期間：2019年11月～2020年1月 対象患者：80歳代女性、腎腫瘍破裂による後腹膜血腫により緊急カテーテル動脈塞栓術（transcatheterarterial embolization：以下 TAE）施行した患者 データ収集・分析方法：口腔内写真撮影と診療及び看護記録を時系列で経過観察し、口腔ケアに関する教育の実践

【倫理的配慮】

院内倫理委員会へ報告し承諾を得た上で、研究、発表の主旨と目的、研究方法、個人が特定されない事を説明し対象者の同意を得た。

【結果】

患者は80歳代女性、後腹膜血腫により緊急 TAEを行い、術後 ICUへ入室した。入室時より気管内挿管をしていた。また、急性腎障害によるショック状態にあり、薬剤による循環管理と持続的血液透析濾過を行っていたが、主治医の指示により RASS-1～0の軽度の鎮静管理となった。患者の口腔内環境は、右第二～三大臼歯にかけて欠損していたため、バイドブロックを使用せずに挿管チューブを口角固定として管理した。早期抜管と VAP 予防に向けて、口腔ケアを1日3回実施していた。循環動態や全身状態は安定し、循環不全の要因となった薬剤投与は終了したが、抜管することはできず、入室8日目に気管切開術を施行した。入室12日目、ケア時に舌尖部の色調変化と口腔内乾燥を認め、主治医へ報告し経過をみたが、2日程度で黒色壊死を認めた。その時点で、口腔外科へコンサルトし、中切歯に舌尖部が当たっていることで舌壊死を来したことがわかった。壊死部のデブリドマンを行い、頻回な保湿管理を実施することで舌壊死部は徐々に消失し、白状粘膜へ移行し改善していった。今後、同様に舌壊死を生じることが無いよう、口腔環境アセスメントとケアの仕方について統一した観察が必要である。患者個々に合ったケアの仕方を実践していくために、まずは、ICUスタッフへの勉強会の実施とケア方法の指導、口腔内観察シート作成、口腔外科と連携して定期的な口腔内環境の評価、ケア方法についてのカンファレンスを行い、舌壊死を回避するために取り組みを開始した。

【考察】

当院では、これまでに気管内挿管患者の管理を行った際に舌壊死を起こすことはなかった。本症例の患者に舌壊死が起きた要因として、急性循環不全によるショックと腎腫瘍破裂、後腹膜血腫による全身浮腫と循環の安定を図るために使用した薬剤の副作用で起きた末梢循環不全が考えられる。また、患者の症状変化を明確にするために、軽度の鎮静としたことも浮腫を助長し、その結果、患者自身で舌を噛んでしまっていた事も要因となったと考える。浮腫により舌尖部の局所的な圧迫により舌壊死を来したと思われるが、私たち看護師は、舌浮腫から舌壊死に至ることまでは考えていなかった。そのため、舌尖部の色調変化がみられた時点で1日3回だけの保湿とケアで経過観察をしたことで悪化させてしまった。舌浮腫は長時間の頸部屈曲、気管チューブによる下顎唾液管圧迫などが原因で起こるといわれていたが、疾患や治療による内因性のものが原因で浮腫を起こし、気管チューブではなく、自身の歯があたることでも舌壊死を容易に引き起こしてしまうことがわかった。全身浮腫を伴う患者の看護ケアでは、日々の口腔ケアだけでなく、統一した口腔内の観察とアセスメントが重要で、異常を認めた際には早期に介入し障害発生を予防していくべきである。

[O2-2] 在宅から救急搬送される循環器内科疾患患者の在宅内での初期症状と経過について

○南 利明¹ (1. 社会医療法人弘道会なにわ生野病院)

キーワード：在宅、救急搬送、初期症状と経過

【目的】

高齢化と医療の進歩により、循環器疾患を持つ患者は増加している。救急や集中治療を受ける患者に加え、在宅治療を受ける患者も増加しており、今後「心不全パンデミック」が起これと言われている。2018年の大阪府の循環器系内科の搬送件数は4位であり、重症度・死亡率では1位となっている（救急年報、2018）。循環器疾患患者の救急搬送防止には、初期症状の見極めと早期対応が必要である。本研究は、循環器疾患増悪時の初期症状と救急搬送までの経過から、看護師のアセスメントと早期対応の重要性を明らかにすることが目的である。

【方法】

対象は在宅看護で受け持った患60名中で既往に循環器疾患を持ち、救急搬送から入院治療を受けた患者9名。期間：2019年8月～2020年1月。調査方法は9名の既往歴・内服薬・初期症状・入院に至るまでの期間・入院に至った病態を調査し考察した。倫理的配慮として、本研究に関しては施設の責任者と対象者に、研究の主旨・方法・匿名性・情報の取り扱い・本研究以外でデータを使用しない・研究終了後には施設名や個人が特定されないよう論文として公表する・研究終了後はデータを破棄する・研究協力者にいかなる場合も不利益を与えない。以上を口頭と文書で説明し施設の倫理委員会承諾を得た。

【結果】

1) 既往歴。心室拡張不全30%、弁膜症30%、洞不全症候群23%、高血圧17%、腹部大動脈瘤17%、心房細動17%。2) 内服薬。カルシウム拮抗薬55%、利尿薬45%、抗凝固薬42%、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬23%、抗不整脈薬・a b遮断薬・強心薬3%。3) 初期症状。微熱100%、鬱症状90%、食欲不振70%、咳嗽60%、冷感60%、倦怠感30%、傾眠30%。4) 入院に至るまでの期間。当日2名、1週間3名、2週間1名、3週間2名、4週間1名。5) 入院に至った病態。症例1から3は、当初は尿路感染と診断され微熱と食欲不振。抗生剤内服と水分摂取を促し、不足分は輸液で水分管理。入院時は血管内脱水と胸水貯留あり。症例4は鬱症状と食欲減退。認知症もあり、鬱との区別がつかずに経過観察。入浴時に血圧低下し心肺停止。蘇生後入院、うっ血性心不全。食事・飲水量減少も降圧剤は内服継続していた。症例5は既往に徐脈あり。徐々に食欲減退。食事介助と輸液管理。循環変動に注意していたが、早朝に意識消失。高度徐脈。症例6は感冒罹患、咳嗽持続も自覚症状なく経過観察。喘息症状が数日かけて増悪。入院時診断は心臓喘息。症例7は既往に心房細動。感冒罹患に解熱剤投与で経過観察。早朝に血圧低下。脱水からの心房性頻脈あり。症例8は微熱と倦怠感持続も食欲有り。循環変動もなく経過観察。抗凝固内服中。食事中に意識レベル低下。入院時ヘモグロビン5g/dl。血尿が続いていたと事後報告あり。症例9は不顕性誤嚥にて咳嗽出現し食事量減少。輸液、抗生剤、安静、経口栄養食で対処。7日後に痰増多で呼吸困難出現。入院時ヘモグロビン6g/dl。

【考察】

高齢者は水分摂取量減少や免疫力低下により、感冒罹患や尿路感染を起こし易い。初期症状は微熱や食欲減退であり、抗生剤や輸液で経過を観ることがある。循環器疾患により、貧血や脱水や水分過負荷、現状では適さない定期処方など、日常の軽労作で容易に循環変動を起こす。心不全に合併する鬱症状も見逃され、病状が緩やかで自覚症状も少なく、早期発見や早期対応を遅れさせる。循環変動時には、肺炎や心不全が重篤な状態まで進行している。食欲減退・咳嗽・微熱・鬱症状などは、循環器疾患増悪の初期症状と考え難い。これらの初期症状を経過観察ではなく早期対応することにより、在宅の循環器疾患患者の急変を未然に防ぐ可能性は高くなると考える。

[O2-3] 人工呼吸器装着場面における熟練看護師の観察の特徴

○岡根 利津¹、長谷川 智之¹ (1. 三重県立看護大学)

キーワード：人工呼吸器、熟練看護師、観察、眼球運動

【目的】本研究の目的は、人工呼吸器装着場面における熟練看護師の観察について眼球運動を用いて定量的に明らかにし、2年目看護師との比較からその特徴を可視化することである。

【方法】1) 研究参加者：集中治療領域の部署に勤務する看護師経験2年目の看護師(以下、2年目とする)8名と、同部署に勤務する集中ケア認定看護師/救急看護認定看護師/急性・重症患者看護専門看護師のいずれかの資格を有する看護師(以下、熟練とする)8名を対象とした。2) 実験手順：実験は実験室にて行い、参加者は椅子に着席し、帽子型の眼球運動測定装置（EMR-8B、(株)ナックイメージテクノロジー）を装着した状態で、頭部をヘッドレストに固定した。その状態で、84.5cm前方の液晶画面に提示された映像を観察した。実験課題は、人工呼吸器を装着した70代の女性がベッド上に臥床している様子を模擬患者で再現した動画であり、安静時と状態変化時の2場面を設定した。まず事例文をスライド2枚で提示し、読み終わったことを口頭で確認してから映像の観察を開始した。映像は、各場面30秒間ずつ提示し、画面の切り替えの際に1秒間のインターバルを設定した。3) 分析方法：画像の中に、注視領域として【顔】【呼吸器:画面】【呼吸器:回路】【モニター】【上半身・上肢】【下半身】【環境】の7領域を設定した。本研究では、状態変化時の各領域における注視時間、注視回数、視線移動回数を経験年数で比較し、t検定を行った。有意水準は5%とした。4) 倫理的配慮：三重県立看護大学研究倫理審査会の承認を得て実施した。

【結果】注視時間：各領域におけるt検定の結果、すべての領域において2年目と熟練に有意な差は認められなかった。注視回数：各領域におけるt検定の結果、【顔】領域のみ、2年目は 8.63 ± 1.92 回、熟練は 12.75 ± 4.65 回であり、有意差を認めた。しかし、その他の領域では有意な差は認められなかった。視線移動回数：注視回数で有意差を認めた【顔】を中心とした視線移動回数は、【顔】と【呼吸器:画面】の双方向の視線移動回数において、2年目は 8.63 ± 1.92 回、熟練は 12.75 ± 4.65 回であり、有意差を認めた。しかし、【顔】とその他の領域における視線移動回数に有意な差は認められなかった。

【考察】人工呼吸器装着場面における熟練看護師の観察から、熟練看護師は、患者に状態変化が生じた際には、患者の顔を基点として情報をより迅速に取り込んでいること、さらに、顔と呼吸器の画面からの情報を関連させながら重点的に取り込んでいるという特徴が明らかとなった。

先行研究において、クリティカルケアに携わる熟練看護師の技能について、中藤らは、患者の身体的な反応と同時に医療機器を最大限に活用することを明らかにしており、また福田らは、状況に応じて対応すべき事柄を瞬時に見極め的確な行為をすることを質的に明らかにしている。本研究の結果は、これらの熟練看護師の技能の一部を定量的な側面からとらえたものであり、熟練看護師の意図的な観察が可視化されたものであると考える。

熟練看護師の観察の特徴が定量的に明らかになることで、人工呼吸器装着中の患者の観察において、網羅的な教育にとどまらず、状況の変化に応じた観察内容やその方法などに関する具体的な教育が可能となり、多様な観察を効率的に習得するための教育の構築につながると考える。

[O2-4] ICUにおける気管挿管患者の口腔ケア充実に向けての取り組み

○末永 聡一郎¹、竹林 洋子¹ (1. 九州病院集中治療室)

キーワード：口腔ケア、OAG、気管挿管患者

【はじめに】経口挿管中は人工呼吸器関連肺炎（以下 VAP）のリスクが高い。VAP予防には定期的な口腔内の清潔保持が重要である。A病院集中治療室（以下 ICU）では口腔内環境の問題への対処は看護師の経験知に委ねられ、また口腔ケアは実施しているが口腔内の状態は記録していなかった。そのため、口腔内環境について看護師間の情報共有ができていない現状であった。今回、気管挿管患者を対象に、患者の口腔環境に合わせたケアの実現に向けて、口腔ケアアセスメントガイド Oral Assessment Guide（以下 OAG）を導入した。OAG導入前後で、OAGスコア評価と看護師のアンケート調査を比較し、導入による効果を明確にする。

【目的】気管挿管患者の口腔ケアに対する OAG導入の効果を明確にする

【方法】対象：① ICU看護師40名（当病棟経験年数 1～4年目：15名、5～10年目：16名、10年目以

上：9名) ②気管挿管患者13名(成人6名 小児7名) 期間：令和元年8月16日～12月1日 方法：①導入前後で看護師にアンケート調査を実施(質問2項目選択 自由記載あり)し、比較②導入前後で気管挿管患者に OAG スコアを評定。OAGは声、嚥下、口唇、舌、唾液、粘膜、歯肉、歯と義歯の8項目で評価し点数が低いほど口腔内環境は良いとされる。合計点数毎にケアプロトコルがあり個々の患者の口腔内環境にあったケアが提供できる。今回は気管挿管患者対象のため、声と嚥下は除外し6項目で評価し最高点6点、最低点18点とした。本研究にあたり施設の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】 OAG平均スコアは導入前8.52点、導入後7.44点で有意に差が認められた($p < 0.05$)。項目別での改善率は「唾液」が-0.3点で、口腔内乾燥に対するケアが改善したといえる。アンケート調査で、口腔内環境の状態を評価するスケールを知っているか尋ねたところ、はいと答えたスタッフは導入前45%に対して導入後97.1%へ増加した。また口腔ケアの自信の有無を尋ねたところ、導入前20.7%に対して導入後79.3%へ増加した。自由記載では「OAGを導入する事で継続的で統一した口腔ケアができた」、「保湿やブラッシングを意識して口腔ケアをするようになった」、「ケアの方法を引き継ぐことが出来た」等の意見があった。

【考察】 OAG導入により口腔内環境を評定し記録を残すことで、スタッフ間の情報共有ができるようになった。OAGでは項目別に評価するため、口腔内環境で問題がある項目を客観的に捉え、統一して介入できた。導入後、OAGスコアが最高点に近づき、口腔内環境の改善に役立ったといえる。OAGを項目別にみても「唾液」において口腔内乾燥に対するケアの意識が低かったが、OAGケアプロトコルで唾液ケアの方法を学びその必要性が認識できたと考えられる。

また OAG導入後は口腔内環境の客観的評価が可能となり、口腔ケアを実施毎に評定することで、介入が効果的だと実感し、口腔ケアに自信がついたと考えられる。継続介入により VAP 予防につながると期待される。

【結語】

OAG導入により、患者の口腔内環境について看護師間の情報共有ができ、問題となる項目に対して共通認識をもって介入し、患者の状態に合わせた口腔ケアが実施できた。

[O2-5] ICTを活用した心不全高齢者への疾病管理サポートの現状

○田中 智子¹ (1. 四条畷学園大学看護学部看護学科)

キーワード：疾病管理、心不全、ICT

【はじめに】

先進国は、高齢化が進み人口構成の変化は、社会や経済に対して影響を与え、今後より広範囲な分野で大きな影響をもたらすと予想されている。そのため、各個人が疾病予防や健康維持に努めるとともに早期診断、適切な予防サービスを多様な選択肢の中で購入でき、必要な時には世界最先端の医療やリハビリを受けられる適正な環境が確立された社会を目指すことを目標として挙げられている。我が国でも高齢化の進展とともに患者数が増加すると予測されている循環器疾患、特に心不全は予後不良な悪性疾患であると明記し、医療対策として患者教育増加の必要性を医療上及び経済上のニーズも十分に意識しつつ、発症予防・重症化に役立つ技術として広範囲で提供できるよう診療報酬が改定された。さらに、超高齢化社会における医療ニーズの変化を考慮し、健康長寿社会の実現に向けた研究支援体制の確立を目指している。その中で、我が国の健康医療情報(Information Communication Technology以下 ICT)のデータベース化・医療従事者の人材不足・医療経済の観点から研究開発基本方針の一つとして挙げられている。実際に心不全は、regimenに沿った疾病管理により再入院率の低下、寛解期延長を可能とすることが明らかだが、入院中の患者教育だけでは不十分であることが問題となっている。そのため、心不全を抱える高齢者への ICTを活用した疾病管理サポートの現状を文献検索により明らかにし効果的な患者教育の方針を考える。

【方法】

医中誌で「遠隔医療」「遠隔看護」「疾病管理」「患者教育」で、Pubmed, Cinale” Tele-medicine”, ” Tele-nursing”, “disease management””, patient education” を And検索し、原著論文で絞り心不全以外、日本語、英語以外の文献を除き検討した。

【結果】

心不全の大多数を占める高齢者は、自覚症状が非典型的で、自覚症状が出現しにくく、感覚機能の低下でさらに自覚症状を感じにくくなり、心不全の症状そのものが非典型的であり、病の自覚を持ちにくい状況にあり、疾病管理のアドヒアランスを確立しにくい。症状や体調の変化を自覚や病を自覚が困難で、入院中の患者教育だけで疾病管理の動機づけを行うのは難しい。そのため、疾病管理の核となるセルフメンテナンスを持続するために長期間低コストでできる ICTを活用した RCTを大規模介入研究で効果を実証したが、長い人生の中で培ってきた習慣の変更は困難で、自身のこだわりや生活に折り合いをつけ、生活習慣の整え方を長期的に個別的な患者教育で支援の必要性が明らかになった。

一方、疾病管理の基礎となるセルフモニタリングを ICTを活用した介入研究では、6~12ヶ月の介入で周期的に測定、記録、観察を通して症状や病の認識が強化されている。

さらに、心不全は、退院後1か月の突然死や再入院により病が進行し、本人が心不全との向き合い方を確立する前に重症化し、死を迎えることもある。そのため、重症不整脈を持たない心不全患者にも遠隔モニタリングのデータから受診を促したり、地域連携で看護師が訪問する必要性を示唆されている。

【考察】

心不全の高齢者の退院後1か月の再入院、突然死の予防に ICTを活用した疾病管理サポートは有効であると考えられる。特にセルフモニタリングにより病の実感をもち向き合い方の確立を促し、セルフメンテナンスへの動機づけが可能であると考えられる。また、病の症状が非定型的で、実感が不十分なまま突然死を迎えてしまう可能性を打開するためには、遠隔モニタリングにより医療従事者が疾病管理をサポートし、受診のアドバイスや生活習慣の中で変更が可能な要素や折り合いをつけられる要素を支える患者教育が必要であると考える。

[O2-6] 「人工呼吸器離脱に関わる看護実践力」尺度開発

○福田 美和子¹、岡部 春香²、本田 多美枝³、明神 哲也¹、坂本 なほ子⁴ (1. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、2. 東海大学医学部看護学科、3. 日本赤十字九州国際看護大学、4. 東邦大学看護学部)

キーワード：人工呼吸器離脱、看護実践力、尺度開発

【目的】人工呼吸からの早期離脱に向け、クリティカルケア領域に勤務する看護師は様々な関わりをしているが、その実践の構造は明らかではない。そこで人工呼吸器離脱に関わる看護実践力を測定する尺度の開発を試みた。

【方法】1.尺度原案作成及びプレテスト1)先行研究及び3学会合同人工呼吸器離脱プロトコルをもとにアイテムプール作成。研究者間で検討を重ね、6構成概念96項目の尺度原案 ver1を作成。2)関連領域の専門・認定看護師に内容妥当性の検討を依頼、結果6構成概念65項目の尺度原案 ver2を作成。3)表現の適切性、回答時間検討目的のプレテスト実施。2.パイロットスタディ1)対象施設;関東圏2次以上の救命救急病棟及びICUを有する10病院 2)対象者;クリティカルケア領域に勤務する常勤看護師で当該領域経験が2年目以上のもの。管理者を除く。3)調査期間2017年12月~2018年3月末。4)配布と回収;web調査。5)調査項目;個人属性、尺度原案 ver2 (回答形式は「全くできない」から「とてもよくできる」の5件法)、併存妥当性検討のため中山1)らが開発した『看護実践能力自己評価尺度』の「看護ケアの展開能力」37項目。3.本調査1)対象施設;日本救急学会・日本集中治療医学学会に登録の383施設の関連部署。2)対象者;パイロットスタディと同様。3)調査期間2018年12月~2019年9月末4)配布と回収; web調査。調査票にアクセス可能な URL付きポスターを対象施設に郵送し回答を求めた。5)調査項目;個

人属性、パイロットスタディの分析結果で得た3因子22項目からなる『人工呼吸器離脱に関わる看護実践力』。6)分析方法；因子分析を行った。分析は統計ソフト SPSSver26を用いた。

【倫理的配慮】パイロットスタディ及び本調査は、web上の調査票冒頭で本研究への同意確認の項にチェックがある回答のみ分析に用いた。本研究は倫理審査委員会の審査を受け実施した（パイロットスタディ承認番号29-172(8788)・本調査承認番号30-198(9219)）。

【結果】パイロットスタディは112名から回答を得て欠損などの確認後98名を分析対象とした。分析の結果、3因子22項目となった。第1因子は、呼吸負荷をかけ全身状態を評価する内容が高い負荷量を示し<呼吸負荷を見極め安定化を図る介入(9項目)>と命名した。第2因子は、挿管中の患者に安心感を与え回復に導く関わりが高い負荷量を示し<患者に状況理解を促し回復へと導く介入(8項目)>と命名した。第3因子は、自発呼吸の確立と安定化を図る内容が高い負荷量を示し<自発呼吸確立に向けた評価(5項目)>と命名した。本調査では314名の回答を得て、回答の欠損など確認し275名の回答を分析対象とした（有効回答率87.5%）。属性は男性77名女性198名、当該領域平均経験年数7.64年であった。分析した結果、<呼吸負荷を見極め安定化を図る介入>と<自発呼吸確立に向けた評価>はほぼ同様であった。しかし、<患者に状況理解を促し回復へと導く介入>に属していた項目は因子が移動していた。

【考察】本調査で、項目が別の因子に移動していた内容は、チームメンバーとの意見交換により率先して鎮静深度の管理や呼吸サポートの増減を提案するものであった。これらには看護師主導で治療の意思決定が難しい内容も含まれており、回答者に意味が伝わりにくい項目であったことは否めない。今後さらなる調査により尺度の信頼性・妥当性を確保する必要がある。

本研究は、JSPS科研費(課題番号26463324/18K10366)の助成を受け実施した。開示するCOIはない。文献;1)中山洋子他(2010). 看護実践能力の評価と評価方法に関する調査, 平成18-21年度科学研究費補助金(基盤研究(A)研究成果報告書).

[O2-7] 心臓血管外科手術施行患者における術後体位変換に伴う循環動態破綻に関連したリスク因子の探索的検討に向けて

○佐々木 康之輔¹、松井 憲子² (1. 東北大学大学院医学系研究科心臓血管外科学、2. 東北大学病院)

キーワード：循環管理、リスクアセスメント

ICUでは、無気肺や換気改善および酸素化能改善のため、廃用症候群予防のため、褥瘡予防のため、または苦痛緩和のために看護師は体位ドレナージを含む体位変換を頻繁に行っている。とくに、Early mobilizationが推奨されている昨今において、離床は理学療法士に限らず看護師が積極的に関与している。その早期離床の過程の中で、ときとして臨床現場では、仰臥位から左右側臥位へ体位変換を行った後、一過性に血圧や心拍出量の低下が生じる症例を経験的に認めているが、その頻度は不明な状況である。また、左右側臥位への体位変換に伴う循環動態の変動として、健常人を対象に左右側臥位時の心拍出量を心臓超音波検査または心臓MRI検査を用いて評価した我々の研究によると、両側臥位にて心拍出量の低下傾向を認めている。このことから、左右側臥位への体位変換に伴う血圧低下は、両側臥位で引き起こされる可能性があることが推察されるが、実臨床と合致しているかは定かではない。そこで今回、心臓血管外科手術施行患者を対象にICUで実施する術後体位変換に伴う循環動態破綻の発生頻度とそれに関連したリスク因子や循環動態の変化を後方視的に評価することを目的とした。心臓血管外科患者では、その高い手術侵襲性または心臓への直接的操作がおよぶことから、前述したイベントが発生しやすいのではないかと仮定した。2018年1月から2018年12月の期間で、A病院に入院し、冠動脈疾患・弁膜症疾患・大動脈疾患に対して心臓血管外科術を施行された18歳以上の患者を対象とした。手術は待機的手術および緊急手術の両方を含めた。除外基準は、18歳未満、ステントグラフト挿入施行患者、カテーテルを使用した低侵襲による治療患者、補助人工心臓装着患者、移植後患者、ICU入室後に体位変換を実施することなく死亡した患者とした。イベント発症は、仰臥位から左右側臥位への体位変換に伴う循環動態破綻（血圧低下・心拍出量低下）に対し、介入を要した場合と定義した。本研究は、倫理委員会の承認を得た後に行われた(承認番号：2019-1-313)。対象期間中、239名に対して心臓血管外科手術が施行され、その内、適格条件に合致する患者は156名で

あった。本適格症例に対して、イベント発症の有無を患者記録から調査し、発症の有無で2群に分類、比較検討の準備を進めている段階である。イベント発生に関連するリスク解析を実施することにより、左右側臥位への体位変換を行う際のリスクアセスメントに役立つ可能性があると考えられる。

[O2-8] 補助人工心臓（VAD）の装着患者に対する看護に関する文献レビュー

○千葉 由美¹（1. 横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻がん・先端成人看護学）
キーワード：補助人工心臓、看護、文献レビュー

【目的】

日本では1968年に初めて心臓移植が実施されたが、約20年前に臓器移植法が制定され法律下の心臓移植が開始した。重症心不全に対する植込型補助人工心臓治療ガイドラインによれば、日本の心臓移植の待機期間は2年以上に渡っており、90%以上が補助人工心臓（Ventricular Assist Device：VAD）を用いた橋渡し医療を必要とし、看護師を含むチーム医療体制や患者・家族指導が必要と示唆されている（日本循環器学会/日本心臓血管外科学会2011-2012年度合同研究班，2013）。看護師は、VADの装着患者が重篤疾患を有することからモニタリングといった周術期管理やデバイス管理、さらにセルフチェックを含む退院後支援に至るまで、継続的で質の高い看護の提供が求められる。VAD装着実施施設は2019年4月現在で、成人47施設、小児13施設とその数は決して十分とはいえない（日本臨床補助人工心臓研究会 HP，2020年2月28日閲覧）。今後、VAD装着患者が増加することが予測されることから、より質の高い看護実践が求められると考えられる。

そこで、本研究では、日本におけるVAD装着患者に対する看護実践に関するこれまでの動向を明らかにし、課題を検討することを目的として文献レビューを実施した。

【方法】

医学中央雑誌 Web版を用いて、検索キーワードを「心臓補助機器/TH or補助人工心臓/AL」「看護/TH or看護/AL」とし、「PT=原著論文」で絞り込んだ（検索日：2020年3月2日現在）。過去10年の検索を行い、VAD装着患者とその家族に関わる看護職の看護実践に関する論文22件を抽出し、対象が該当外、実践者が作業療法士である、登録システムなど看護実践と関連のみられなかった論文4件を除外した合計18件について、その研究デザインと具体的な看護実践の内容を整理した。

【結果】

論文18件の研究デザインについて、「症例報告」が12件、「症例集積（ケースシリーズ）研究」4件、「混合（ミックスメソッド）研究」1件、「文献研究」1件であった。症例報告として患者（あるいは家族）1名（1組）が対象となっていた論文は10件で、10代の患者の例が4件含まれていた。複数人の患者（あるいは家族）が対象となっていた論文は4件で対象人数は3から29名であった。さらに、看護師を対象とした論文は3件で対象人数は合計1から6名であった。

具体的には【VAD装着患者やその家族・介護者への療養支援】【安全なりハビリテーション】【患児・家族への関わり】【チーム医療における看護師の役割】【緊急入院・病棟受け入れ・病棟外出への対応】【VAD関連の看護実践（挿管チューブ固定法等）】【思い・価値観やQOLへの支援】【退院支援】【外出プログラム】に関する内容であった。

【考察】

日本における過去10年間のVAD装着患者に対する看護実践について文献レビューしたところ事例報告が最も多かったが、論文数は十分とはいえない。今後、橋渡し医療としてVAD装着患者の増加が見込まれることから、系統的、かつ適切な看護支援体制の構築のために、看護研究の推進がさらに必要と考える。

[O2-9] 胸骨圧迫の質の低下に関する実際と自覚との乖離

—看護大学生と看護師の比較—

○松山 大地¹、原口 昌宏²、松本 和史² (1. 板橋中央総合病院、2. 東京医療保健大学)

キーワード：胸骨圧迫、看護学生、BLS、看護師

【目的】

看護大学生と看護師との間に、1) 胸骨圧迫の質2) 実際の胸骨圧迫の質と質低下の自覚との乖離時間に差があるかどうかを検証する。

【方法】

BLSの演習経験がある看護大学生29名、救急・集中治療領域の経験がある看護師25名を対象とした。Laerdal Medical社製 Resusci Anneで胸骨圧迫を5分間実施し、胸骨圧迫の質低下を自覚した時点（自覚点）を口頭で研究者に報告した。胸骨圧迫の質として、10秒区間毎にテンポ、深度、胸壁の戻り、圧迫部位を測定した。適正率（適正深度圧迫回数／総圧迫回数）が80%未満となった点を臨界点とした。自覚点から臨界点までの時間を乖離とした。分析方法は2群間で胸骨圧迫の質および乖離を Mann-Whitney U検定を用いて比較した。

【倫理的配慮】

所属研究機関の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

胸骨圧迫の質は、深度では、学生群（41.6mm±6.7）、看護師群（47.1mm±4.3）と学生群が有意に浅く（ $p=0.001$ ）、適正率では、学生群（27%±25.5）、看護師群（43.4%±28.2）と学生群が有意に低かった（ $p=0.007$ ）。さらに乖離時間は、学生群（41.7秒±57.5）、看護師群（51.9秒±52.3）と両群で有意差はなかった（ $p=0.411$ ）。（表1）

【考察】

5分間の圧迫深度は、両群とも疲労などの影響により、ガイドライン（AHA 2016）推奨値に達していない。特に学生群は看護師群と比較して、適正率は低値であり、胸骨圧迫の技術不足があったと考えられる。原因としては、臨床経験やライセンス取得によるものが一因と考えられる。先行研究（McDonald et al.2015）同様に乖離の存在を認め、救助者は適切な胸骨圧迫を提供できないことを認識できないことが示唆された。両群で乖離時間に差がなく、技術の客観的評価は経験により向上はしないと考える。以上から、自覚点と臨界点の間には乖離が存在し、なおかつ経験に左右されるものではないことを意識しておく必要がある。質低下の自覚は正確性に乏しいため、自覚よりも早い交代要請、または第三者の交代指示が必要と考えられる。

【結論】

両群ともにガイドライン推奨値よりも深度は浅く、特に学生群は、適正率が低かった。両群とも質低下の自覚が遅れて生じており、実際の質低下との乖離時間に有意差はなかった。

一般演題（口演）

[O3] せん妄ケア

[O3-1] 重症患者におけるフレイルとせん妄日数の関連性の検討

○小林 俊介^{1,2}、大内 玲^{1,3}、相川 玄^{1,3}、櫻本 秀明⁴、柴 優子¹、松嶋 綾¹（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 フロンティア医科学、3. 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 疾患制御医学専攻、4. 茨城キリスト教大学）

[O3-2] ICU看護師のせん妄ケアにおける臨床判断

○馬屋原 健裕¹、大川 宣容²（1. 熊本赤十字病院、2. 高知県立大学 看護学部）

[O3-3] 自動瞳孔計によるICUせん妄発生予測の検討：前向き観察研究

○岡本 菜子¹、石澤 美保子²（1. 茨城キリスト教大学看護部看護学科、2. 奈良県立医科大学医学部看護学科）

[O3-4] 心臓血管外科の開胸術後患者とその家族に対する効果的なせん妄予防のための看護実践

○路川 恵利加¹（1. 茨城県厚生連 総合病院 土浦協同病院 ）

[O3-5] HCUにおけるせん妄発症の背景

○河本 夏実¹、谷元 千晴¹（1. 岡山済生会総合病院）

[O3-6] ICU入室患者における睡眠バンドルを用いたせん妄軽減への介入効果

○三浦 駿¹（1. 岩手県立中央病院ICU）

[O3-7] ICU管理にある消化器系術後患者の身体抑制体験

○小俣 友里¹、山口 昴¹、渡辺 泰子¹（1. 富士吉田市立病院）

[O3-1] 重症患者におけるフレイルとせん妄日数の関連性の検討

○小林 俊介^{1,2}、大内 玲^{1,3}、相川 玄^{1,3}、櫻本 秀明⁴、柴 優子¹、松嶋 綾¹ (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 フロンティア医科学、3. 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 疾患制御医学専攻、4. 茨城キリスト教大学)

キーワード：フレイル、せん妄

【背景】

近年、集中治療室（ICU）に入室する重症患者の中にもフレイル患者が一定数存在し、入院日数の延長、死亡率の上昇など、患者アウトカムの悪化と関連することが示されている。さらに、人工呼吸日数の延長やせん妄発症など、ICUに関連したアウトカムの悪化とも関連するという報告もある。しかし、せん妄発症率やせん妄日数について一定の見解は得られていない。我々は、虚弱性を示すフレイルは、せん妄の発症やせん妄日数の遷延を引き起こすのではないかと考えた。

【目的】

重症患者におけるフレイルの有無とせん妄の関連性を検討すること。

【方法】

2018年9月から2019年8月までにICUに入室した患者のうち人工呼吸管理を24時間以上必要とする成人患者を対象とした。除外基準は、入室前24時間以上の人工呼吸管理、フレイル判定困難、終末期に該当するCFS8以上、脳血管疾患・精神疾患の既往、心肺蘇生後の患者とした。

フレイルの判定はCFS(Clinical Frailty Scale)を用いて、CFS1-4を非フレイル群、CFS5-7をフレイル群と分類した。併せて、認知症の簡易尺度としてAD8J(Alzheimer Disease 8 Japanese)を測定した。

せん妄の評価はCAM-ICUを用いて判定し、ICU入室後から7日間は継続して定時に評価を行った。

多変量解析にて主要評価項目であるフレイルとせん妄日数との関連性を求めた。

本研究は筑波大学附属病院臨床研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した。対象患者または代諾者より研究参加の同意を取得した。

【結果】

研究期間中のICU入室患者は622名のうち、除外基準に該当する患者を除外し、対象患者84名を解析した。CFSの分布はCFS1;10名(12%), CFS2;17名(20%), CFS3;16名(19%), CFS4;21名(25%), CFS5;15名(18%), CFS6;4名(5%), CFS7;1名(1%)となった。

フレイルの有無で分類し、患者基本属性を比較すると、年齢(非フレイル群54[38,71]歳 vs フレイル群60[59,74]歳 $p = 0.764$)、男性(46名(72%) vs 14名(70%) $p = 0.871$)には有意差はなく、重症度を示すAPACHE IIスコア(28[26,31]点 vs 28[23,33]点 $p = 0.046$)には両群で有意差がみられた。

臨床アウトカムに関してフレイルの有無で比較すると、ICU入室後7日間のせん妄日数(1.0[1.0,2.5]日 vs 2.0[0.5,3.5]日, $p < 0.039$)に有意差がみられた。

多変量解析にてICU入室後7日間のせん妄日数に影響を与える因子を解析し、年齢($B = 0.032; 95\%CI [0.007, 0.057], p = 0.012$)、APACHE II ($B = 0.051; 95\%CI [0.009, 0.093], p = 0.019$)、フレイル($B = 1.001; 95\%CI [0.249, 1.754], p = 0.01$)は、せん妄日数を遷延させる要因として抽出された。

【考察】

年齢、重症度とともにフレイルの有無はせん妄日数を延長させる要因であった。フレイル患者では、全身の炎症が遷延しやすいといわれており、せん妄日数の遷延と関連した可能性が考えられた。

【結論】

重症患者におけるフレイルはせん妄日数を遷延させる可能性が示唆された。入院時の問診や医療記録からフレイルは簡易的に判定できるため、重症患者のフレイルを認識し、重点的な介入が必要だと考えられる。

[O3-2] ICU看護師のせん妄ケアにおける臨床判断

○馬屋原 健裕¹、大川 宣容² (1. 熊本赤十字病院、2. 高知県立大学 看護学部)

キーワード：ICU、看護師、せん妄ケア、臨床判断

【目的】

集中治療の場において、患者の生命を守ることが優先されることで、患者の生活に関して多くの制限が生じている。そのような制限がある中でも、ICU看護師は患者の個別性をとらえてせん妄ケアを実践している。本研究では、ICU看護師のせん妄ケアにおける臨床判断を明らかにし、せん妄ケアにおける看護への示唆を得ることを目的とした。なお本研究では臨床判断を「患者のせん妄の症状の緩和もしくは離脱に向け、患者の反応を把握し今後を予測したことを解釈し、患者に適切だと思われるケアを考え実践する、また実践したことについて振り返ること」とした。

【方法】

研究デザインは質的帰納的研究デザインを用いた。研究協力者は、県内外の急性期病院のICUに勤務する5年目以上の看護師（管理者を除く）とした。研究方法は、Tannerの臨床判断モデルを元に作成したインタビューガイドを使用し、半構造的面接を実施しデータを得た。分析方法はICU看護師のせん妄ケアにおける臨床判断の内容をコード化し、類似したコードからカテゴリー化を行った。本研究は、所属大学の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】

研究協力者は、2県3施設に所属するICU経験年数5～25年の看護師計6名であった。分析の結果、ICU看護師のせん妄ケアにおける臨床判断として、3つの本質的要素と9つのカテゴリーが抽出された（表）。

【考察】

ICU看護師は、患者の小さな変化や少ない情報をもとに、患者のせん妄を予測または症状の出現に早期に気づき、せん妄症状の増悪を抑制することでケアによる効果を高めていたと考えられた。また集中治療を受ける患者の全身状態を把握し、患者の治療管理と生活のバランスをみることで、患者にとってより効果的なケアの方法を選択していた。さらにせん妄ケアを振り返る中、患者のみならず、ケアを実践する自身と向き合い整えることで、せん妄ケアの成果を出そうとしていた。

【結論】

以上の結果から、ICU看護師のせん妄ケアの臨床判断とは、「ICU看護師がせん妄ケアについて常に振り返る中で、患者の反応を細やかにとらえ、得た情報を統合し意味づけしたことに対して、成果を見通し、治療管理と生活のバランスを整えることで、患者にとって安全で効果的なせん妄ケアを選択すること」と再定義された。

[O3-3] 自動瞳孔計によるICUせん妄発生予測の検討：前向き観察研究

○岡本 菜子¹、石澤 美保子² (1. 茨城キリスト教大学看護部看護学科、2. 奈良県立医科大学医学部看護学科)

キーワード：ICDSC、自動瞳孔計

【背景】ICUにおいて、せん妄は多臓器不全のひとつである急性の脳機能不全として考えられることが多い。そのため死亡率を含む予後と関連していることが多くの研究で明らかになっている。近年、脳幹および全脳機能を反映すると考えられている自動瞳孔計の測定値とCAM-ICUの評価との関連が海外の論文で発表されているが、ICDSCの評価と自動瞳孔計の測定値についての報告はない。

【目的】入室時の自動瞳孔計の測定値とICDSCによるせん妄発生の関連があるか否か評価すること

【方法】2018年7～9月にICUへ入室した20歳以上の患者を対象に、前向き観察研究を実施した。小児科、脳外科、心肺蘇生後、精神疾患・認知症の既往を除外とした。せん妄は、入室日より最大入室期間1週間までの間で調査を行い、その間で一度でもICDSCの評価において陽性(4点以上)となった場合に陽性とした。また、入室時に自動瞳孔計Npi-200を使用し測定を行い、測定値は左右眼の平均値とした。ICDSCの陽性・陰性の2群間で自動瞳孔計の測定値の比較検討を行った。統計手法は、Mann-WhitneyのU検定を用い、有意水準は5%未満とし

た。また、従属変数を ICDSC によるせん妄発生、独立変数を入室時の自動瞳孔計の測定値とし、ROC 曲線下面積を算出した。本研究は、奈良県立医科大学附属病院の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、患者データは匿名化を行い扱った。

【結果】期間中133名の患者を対象とした。平均年齢 67.9 ± 12.0 歳、男性34.6%、ICU入室時 SOFA score 中央値 5 (0-14)、ICU入室期間 3.66 ± 2.4 日、緊急入室38.3%、全身麻酔術後74.7%、人工呼吸管理27.8%であった。ICDSC陽性群103名、陰性群30名で、患者背景においては、陽性群の方がICU入室時 SOFA score 中央値が高く、入室期間も長かった。また、陽性群は緊急入室、人工呼吸管理の患者が占める割合が多かった。自動瞳孔計の測定結果の中央値は、神経学的瞳孔指標4.45 (2.55-4.9)、瞳孔収縮率 (CH) 21.25 (3.5-44.5)%、反応時間 (LAT) 0.27 (0.18-0.82) 秒、平均瞳孔収縮速度 (CV) 1.24 (0.15-3.89) mm/秒、最大瞳孔収縮速度 (MCV) 1.83 (0.33-5.82) mm/秒、平均拡張速度 (DV) 0.58 (0.05-1.61) mm/秒であった。ICDSCの陽性・陰性の2群間で自動瞳孔計の測定値の比較を行った結果、平均拡張速度 (DV) は陽性群0.40(0.16-1.28) mm/秒、陰性群0.66(0.50-1.64) mm/秒、 $p=0.017$ であり、陽性群の方が有意に遅かったが、その他の測定値に差は認めなかった。また、自動瞳孔計の測定値で ICDSC のせん妄発生の予測を行った結果、ROC 曲線下面積は、神経学的瞳孔指標0.47、瞳孔収縮率 (CH)0.41、反応時間 (LAT) 0.54、平均瞳孔収縮速度 (CV)0.41、最大瞳孔収縮速度 (MCV) 0.41、平均拡張速度 (DV) 0.41と全て低値を示した。

【考察】本研究では、ICDSCの陽性群は、自動瞳孔計の測定値のひとつである平均拡張速度 (DV) が有意に遅いことが明らかとなった。先行研究において、CAM-ICUのせん妄評価と瞳孔収縮率 (CH)・平均拡張速度 (DV) には関連があることが示されており、ICDSCによるせん妄評価においても同様であった。しかしながら、ROC 曲線下面積は低値を示しており、ICU入室時の自動瞳孔計の測定値がICU入室中のせん妄発生を予測することは困難であることが示唆された。

【結論】ICU入室時の自動瞳孔計の測定値である平均拡張速度 (DV) と ICDSC のせん妄発生には関連があった。

[O3-4] 心臓血管外科の開胸術後患者とその家族に対する効果的なせん妄予防のための看護実践

○路川 恵利加¹ (1. 茨城県厚生連 総合病院 土浦協同病院)

キーワード：せん妄予防、看護実践

I. 研究目的

心臓血管外科の開胸術を受ける患者とその家族に対する効果的なせん妄予防のための看護実践を明らかにする。

II. 用語の定義

せん妄予防：せん妄の危険因子に介入しせん妄を発症させない一次予防、せん妄ハイリスク状態の早期発見と介入によりせん妄を発症させない二次予防、せん妄の診断後の生活障害を減少させ早期にせん妄から回復させる三次予防 (Caplan, 1964 参考)

III. 研究方法

1. 事例研究

2. 対象者：一施設の特定機能病院で心臓血管外科の開胸術後に人工呼吸器管理が行われた Cardiac Care Unit (以下:CCU) に入室した患者とその家族 2 事例。

3. データ収集期間：2018年5月8日～2018年7月31日

4. データ収集方法：専門看護師養成教育課程の看護実習記録より、患者の基礎情報・せん妄に関する情報・看護師が行った看護実践を収集。

5. 分析方法：事例毎に実習記録を熟読し、入院から退院までの治療やせん妄に関する徴候について経過表にし、せん妄予防のための看護実践が必要な期間を限定。この期間に行われたせん妄予防に関するすべての看護実践を抽出し時系列にした。次に、これらをまとめて場面を構成。文献(E.W.E, 2016; Morandi, A, 2017; 布宮, 2014; 菅原, 2011)を踏まえたせん妄予防のための看護実践のリストに基づき、せん妄予防のための看護実践を抜き出した。その看護実践の意図を明確にし、各実践に「意味付け」を作成。それを類似性にまとめ『意味のまとめ』

り』にした。各『意味のまとめり』を『ABCDEFバンドル(以下:バンドル)の実践』と『バンドル以外の実践』に分類した。各類似性に沿ってまとめたものを【カテゴリー】、一つ前を〈サブカテゴリー〉とした。

6.倫理的配慮:所属する大学臨床研究等倫理審査委員会承認(臨大18-057号)

IV. 結果

1.概要: A氏、B氏共に無職、現病歴に心不全、せん妄診断なし、人工呼吸器装着48時間。

2.抽出されたせん妄予防のための看護実践

A氏、B氏は三次予防のカテゴリーは抽出されなかった。

1)A氏:70場面。一次予防【バンドルの実践】は【患者・家族から患者の痛みの感じやすさを確認した】【対話の中で患者の認知能力を確認した】などの4つ。【バンドル以外の実践】は【看護師が術前にオリエンテーションをすることで手術に対する不安を残さないようにした】。

二次予防【バンドルの実践】は、【患者の状態から疼痛を把握し緩和した】【早期人工呼吸器離脱を目指し医師・看護師が介入した】【せん妄の兆しを察知し悪化しないよう対処した】【良質な睡眠がとれるように介入した】【身体的負荷を考えながら、身体感覚を刺激した】【家族に患者の容態を説明して患者の傍にいられるようにした】などの7つ。【バンドル以外の実践】は【非侵襲的陽圧換気によって生じる患者の息苦しさを医師・看護師間で協働して緩和した】【よく観察し密なケアを提供することで不安を軽減した】【回復への気力を高めた】などの7つ。

V.考察 せん妄予防のための看護実践は以下の3つが効果があると考えられた。

1.術前のオリエンテーション時にせん妄予防に関わる情報を把握し術後のケアに繋げる。術前から術後にケアを担当する看護師が患者と関わり患者の不安に寄り添ったオリエンテーションを行う。

2.バンドルの実施率を上げるために、医師や看護師にバンドルの知識の提供し、バンドルの看護実践を患者家族に行う。

3.開胸術後の患者の体験を理解し、患者の意向を確認しながら苦痛を取り除く、患者が現状や治療に対して納得できるようにする。

[O3-5] HCUにおけるせん妄発症の背景

○河本 夏実¹、谷元 千晴¹ (1.岡山済生会総合病院)

キーワード:せん妄、せん妄ケア

【はじめに】A病院HCUの先行研究から、一般的にせん妄を起こしやすい準備因子を持つ患者より、それに当てはまらない患者に多くせん妄が出現していたことが分かった。せん妄発症状況と看護介入について再度調査し、せん妄患者への適切な看護介入の方法を見出したいと考えた。

【方法】対象:2017年7月~12月にHCUでせん妄を発症した患者50名。調査方法:後ろ向き研究で患者カルテより、年齢・認知症の有無・せん妄発症時期・時間別発生人数・せん妄症状・看護介入・HCUへの入室経路についてデータ収集を行い記述的分析をした。倫理的配慮:本研究は所属病院倫理審査委員会審査にて承認を得た。

【結果】HCUへの入室患者は、救急センターからの緊急入室35人、病棟からの転床9人、予定OP後入室6人だった。せん妄が発症した時期は、入室1日目50%、入室2日目26%、入室3日目14%、入室4日目8%、入室5日目0%、入室6日目2%だった。せん妄発症した時間別の発生人数は、入室1日目の深夜1人、入室1日目の日勤5人、入室1日目の準夜19人、入室2日目深夜2人、入室2日目の日勤0人、入室2日目の準夜11人、入室3日目の深夜2人、入室3日目の日勤0人、入室3日目の準夜5人、入室4日目の深夜1人、入室4日目の日勤1人、入室4日目の準夜2人、入室5日目の発生はなし、入室6日目の深夜0人、入室6日目の日勤0人、入室6日目の準夜1人だった。せん妄症状として一番多かった不穏においての年代別発生人数は、50歳代2人、60歳代3人、70歳代5人、80歳代11人、90歳代9人、100歳代1人だった。看護師がせん妄と判断した症状は、不穏54%、自己抜去17%、不眠15%、ルート類を触るが14%だった。せん妄発症時に看護師が行った介入方法は、身体抑制54%、投薬38%、観察強化のみ5%、心療内科で薬の調節を行ったのが3%だった。せん妄を発症し何らかの症状を起こす前に予防的に介入したのは60%、何らかの症状が発生後に対処的に介入したのは40%だった。せん妄症

状として一番多かった不穏における年代別発生人数は、50歳代2人、60歳代3人、70歳代5人、80歳代11人、90歳代9人、100歳代1人だった。せん妄発症した対象患者の認知症の有無は、あり38%、なし62%だった。

【考察】せん妄発症時期で入室1日目に50%、入室3日目までに90%の患者にせん妄が発症しており、救急センターからの緊急入室による環境の変化や急性期の重篤な時期であることが要因となっていると考えられる。また、せん妄発症年齢は80歳代が一番多いが、若い年齢でも発症したり、認知症がない患者の方が多く発症していることから、全ての患者へのせん妄リスクを念頭に置き、早期に介入をする必要があると考えた。また、入室日数に関わらず準夜帯に多く発症していることから、夜間帯は担当医が不在なことも多く、薬の投与や調整の対応が遅れることが影響しているのではないかと思った。そのため、看護介入方法として身体抑制を選択し、インシデント予防に努め、安全の確保と治療の遂行を最優先に考える看護師が多いのではないかと思った。しかし、身体抑制は誘発因子の一つであり、抑制による苦痛も加わることでせん妄発症が助長されていたとも考えられる。せん妄を疑った時は、まず身体的苦痛や不眠など根本的な原因は何かをアセスメントし、せん妄症状を早期に見極め、その苦痛を解決できるよう介入することが重要である。また、看護師がせん妄を理解し、看護ケアに繋がられるよう意識づけをしていく必要性も感じた。

【結論】A病院 HCUにおけるせん妄患者への適切な看護介入方法として、入室時より患者に起こっている苦痛の原因を考え、その苦痛を解決できるような看護ケアを行う。そのため、せん妄に対する知識を深めることが今後の課題である。

[O3-6] ICU入室患者における睡眠バンドルを用いたせん妄軽減への介入効果

○三浦 駿¹ (1. 岩手県立中央病院ICU)

キーワード：睡眠促進バンドル

【はじめに】ICUではせん妄が多く発症するため、予防が重要となる。せん妄はICUの滞在日数の延長や治療のアドヒアランスの低下などを引き起し、予後にも影響することが知られている。A病院 ICUでは早期離床など予防効果があるとされているケアを実践しているが、過去1年間のせん妄発症率は約22%で推移しており、それ以下にはならない現状にある。そこで、予防効果が示唆される睡眠促進バンドルを導入することで、せん妄発症率の更なる低減ができるのではないかと考えた。

【目的】ICU入院患者における睡眠バンドルを用いたせん妄軽減への介入効果を検証する。

【方法】20XX年4ヶ月間にA病院ICUに48時間以上入院した患者60名。コントロール群を睡眠バンドルによる介入を受けていない患者、介入群を Patelらにより報告された睡眠促進バンドルをA病院ICUに合わせて改訂し、介入を受けた患者とした。せん妄判定には Intensive Care Delirium Screening Checklist (以下 ICDSCとする)を用い、各群のせん妄発症率を χ^2 検定を使用し比較した。A病院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】コントロール群の平均年齢は69.5歳(SD±12.5)、男女比は男性26人で女性4人、入院区分は予定入院14人で緊急入院16人、ICU滞在日数の平均は8.7日、人工呼吸器装着日数の平均は4.4日、せん妄期間の平均は2.8日であった。介入群の平均年齢は69.5歳(SD±9.1)、男女比は男性19人で女性11人、入院区分は予定入院29人で緊急入院1人、ICU滞在日数の平均は7.1日、人工呼吸器装着日数の平均は3.4日、せん妄期間の平均は1.2日であった。男女比、入院区分において有意差がみられた。コントロール群のせん妄発症率は20.4%、介入群は10.4%であった。せん妄の発症率が低減した。

【考察】看護師が睡眠バンドルを活用し、統一したせん妄予防ケアを実施することで、ICUでの療養環境が整い、患者の睡眠が促進されたことが要因と考える。今回、コントロール群と介入群において年齢に差はなかった

が、男女の差がみられた。男性であることはせん妄発症の要因とされている。コントロール群において男性の比率が多かったことでせん妄発症率が高かった可能性が考えられる。人工呼吸器装着日数の平均に大きな差はなく、ICU滞在日数の平均においては約1日の差があった。せん妄発症が軽減されたことにより、ICUの滞在日数も減り早期にICUを退室できた可能性も考えられる。せん妄期間においても約2日の差がみられ、せん妄が発症した患者に対しても看護ケアや医学的介入の見直しを医師と協力して行うことによりせん妄の期間を短くできたと考える。入院区分ではコントロール群の緊急入院が多く、介入群は予定入院が多かった。経験上、緊急入院の患者はせん妄を発症する確率が高い傾向にある。挿管等の急な状態変化や緊急を要する手術により自身の病状や状態について十分に理解できていないことが要因であると考えられる。

【結論】睡眠促進バンドルを用いて睡眠を促進したことで、せん妄の発症軽減に効果があった。

[O3-7] ICU管理にある消化器系術後患者の身体抑制体験

○小俣 友里¹、山口 昂¹、渡辺 泰子¹ (1. 富士吉田市立病院)

キーワード：ICU、消化器系手術、身体抑制

【目的】 A病院 ICUでは、せん妄評価ツールや J-PADガイドラインを参考に独自にケアプロトコルを作成し、消化器系術後患者の安全管理上、医療者チームがやむを得ないと判断した場合に限り、一時的な身体抑制を行ってきた。しかし、退室後訪問で患者が身体抑制による恐怖体験を語ったことから、患者の主観的な身体抑制体験を理解することが抑制による苦痛に対する緩和や、早期解除に向けたケアの検討において有効と考え、本研究の目的を、ICU管理にある消化器系術後患者の身体抑制体験を明らかにすることとした。

【用語の定義】 身体抑制：物をつかむ動作の回避のためのミトンを用いた手関節から手指の運動抑制。体験：ICU入室後に一時的な身体抑制を受け、感じ考え、行動したこと。

【方法】

1. 研究デザイン：質的記述研究
2. 研究参加者：消化器系開腹術を受け胃管など複数のドレーン類が留置され、ICDSC3点以下で厚生省身体拘束予防ガイドライン等に基づき一時的にやむを得ないと多職種チームが判断し、ミトンによる身体抑制を受けた後に研究参加への同意が得られた壮年期以降の患者。
3. データ収集方法：独自に作成したインタビューガイドを用いて1回30分程度の面接を実施し、その内容は研究協力者の同意を得てICレコーダーに録音した。また、研究参加者についてカルテから年齢、既往、術式、手術時間、ドレーン種類、NRS、鎮痛剤・睡眠導入薬剤の使用状況、睡眠状態、ICDSC変化、術後リハビリ状況を収集した。
4. 分析方法：インタビュー内容を逐語録に起こし、コード化しカテゴリー化した。カテゴリー間の因果関係や相互関係に着目し、院内研究支援者の指導・助言を受けながら分析を行った。
5. 倫理的配慮：本研究は院内倫理委員会の承認を得た。研究参加者に研究の目的・方法、研究参加及び途中辞退の自由意思の尊重、プライバシーの保護、データの取り扱いや結果の公表は口頭及び文書で説明し同意を得た。面接は患者の体調を考慮しICU退室後に行った。

【結果】研究参加者は6名、平均年齢78.6歳、男性2名女性4名で、過去の手術経験者は2名で身体抑制経験者はいなかった。平均手術時間は2時間34分、平均麻酔時間は3時間15分で、身体抑制を受けた期間は術直後から翌朝と、術後1日目の夜間であった。ICU管理にある消化器系術後患者の身体抑制体験は、26のサブカテゴリーから【術後疼痛体験により身体抑制の不快を感じる余裕の無さ】【目視や触覚による身体抑制の気付きと不快な手触り・締め付けから波及する抑制上肢の重圧感】【身体抑制の記憶と身体抑制の長期化への抵抗感】【ドレーントラブルを懸念しての身体抑制を受けるという自己対処】【身体抑制を受ける理由が見いだせない中での強い拒否】【家族や看護師からの支えによる不快の軽減】の6つのカテゴリーが抽出された。

【考察】患者は、全身麻酔による影響、術後疼痛により身体抑制を意識する余裕はなかったが、その緩和と共に視覚や触覚を通して身体抑制に気づき、不快な手触り、締め付け、そして上肢全体へと重圧感を拡大してい

た。患者は、抑制の長期化への苦痛増大を懸念しながらも他者による説明で理解納得し自己抜去の回避など自ら対処していた。一方で、身体抑制の意味や状況が掴めず抵抗感を募らせ、その対処として排除を試みており、家族からの励ましや看護師の声掛けはその抵抗感を和らげて状況理解を促していた。患者の体験をふまえ、全人的苦痛緩和、合併症予防、術前ミトン装着体験による肯定的受け止めへの支援、医療者・家族による状況理解の促しなど、患者の状況認識を促し自らがリスクに対処できるよう支援することの重要性が示唆された。

一般演題（口演）

[O4] 高度実践・家族看護

[O4-1] ICUに勤務する熟練看護師が実践する家族看護

○菅原 真寿美¹、熊代 妙子¹、藤原 光恵¹、杉之原 愛美¹、澤田 由美²（1. 岡山労災病院、2. 山陽学園大学）

[O4-2] ICUに緊急入院した患者・家族の記憶

— ICUダイアリー導入・退室後訪問時のインタビューから —

○春原 梨沙¹、和田 咲奈¹、西 恵実¹、山越 かおり¹（1. JA長野厚生連 南長野医療センター 篠ノ井総合病院 ICU）

[O4-3] 高度救命救急センターに入院する患者のセルフケア能力を高める支援の探究

○森川 かさね^{1,2}、森本 紀巳子³、加悦 美恵³、四方田 暁美¹（1. 久留米大学医学研究科看護学専攻修士課程、2. 久留米大学病院高度救命救急センター、3. 久留米大学医学部看護学科）

[O4-4] 急性・重症患者看護専門看護師が役割を獲得するプロセス

○有地 正人¹（1. 社会医療法人多根総合病院）

[O4-5] 当院の集中治療領域における Nurse Practitionerの役割と特定行為の実施状況

○永谷 創石¹（1. 公益社団法人地域医療振興協会 練馬光が丘病院）

[O4-1] ICUに勤務する熟練看護師が実践する家族看護

○菅原 真寿美¹、熊代 妙子¹、藤原 光恵¹、杉之原 愛美¹、澤田 由美² (1. 岡山労災病院、2. 山陽学園大学)

キーワード：クリティカルケア、ICU、熟練看護師、家族看護

【目的】

急性期病院ICUに勤務する熟練看護師が実践する家族看護を明らかにし、質の高い看護を提供するための示唆を得る。

【方法】

研究協力の同意が得られた看護師経験年数10年以上の看護師(以下“熟練看護師”)を対象とし、研究者らが作成した半構造化面接により得られた家族看護に関する語りを質的帰納的に分析した。分析の妥当性・客観性を保つために、研究者間で意見の一致性を確認し、質的研究の実践者からスーパーバイズを受けた。研究者が所属する看護研究倫理審査会の承認を受けた後、対象者に研究の目的、方法、匿名性の保証、データの保管方法(IDで管理)と破棄、結果の公表について文書と口頭で説明し、自由意思による研究協力者を募った。面接の場所や日時は対象者の希望に沿い、語りたくない事を無理に語る必要は無い事、面接の中断・中止も可能である事を説明し、面接による苦痛を伴わないよう配慮し、個室で実施した。

【結果】

対象者は8名、看護師経験年数は平均18年、ICU経験年数は平均10年(10.375年)であった。熟練看護師の経験と実践知を用いた介入として、【家族の力を引き出す関わり】【現実を受け入れるための関わり】【家族との関係を築くための関わり】が抽出された。以下、大カテゴリを【】、中カテゴリを[]とする。【家族の力を引き出す関わり】は、家族の強みを支援する看護を意味し、[培ってきた専門的知識と技術によるケアリングを実践する][家族が患者と一緒に過ごせる環境をつくる][家族にケア参加を促す事で患者・家族・看護師が一つになる]で構成されていた。患者と過ごしたい家族の気持ちを汲み取り、家族がケアに参加出来る環境を整える介入が明らかになった。【現実を受け入れるための関わり】は、事実を伝える事で現実を受け止め、気持ちを整えるための支援を意味し、[亡くなったあとの心残りが少なくなるように関わる][ありのままの家族を受け止め寄り添う][厳しい状態であっても最善の介入が出来るよう関わる]で構成されていた。過去の看取りの経験から悔いが残らない関わりを意識し、家族をありのままに受け止め、家族が歪みのない知覚を持ち現実を受け入れるための介入が明らかになった。【家族との関係を築くための関わり】は、良好な人間関係の構築を意味し、[意図的に関わる事で家族ケアに繋げる][家族との距離を見極め対応や言葉遣いに配慮する][家族が患者の状況を理解出来る情報提供を行う][入室期間が介入への意識の差を生む]で構成されていた。困難さを感じながらも、関わる事で関係を築く事が出来ると信じ、日々の心のこもったきめ細やかな介入が明らかになった。

【考察】

熟練看護師はこれまでの経験と実践知を駆使する中でケアリングを用い、厳しい状況であっても心残りが少なくなるよう最善の介入を模索し、家族が現実を受け入れられるよう向き合っていたと考える。死に至るまでに時間的な猶予のないクリティカルケア領域では、家族が死を納得し受け入れる事は困難を極め、精神的にも危機的状态に陥りやすくなる。熟練看護師は、家族との距離を見極め、配慮し、家族が理解できる方法で事実を伝え、意図的に関わり続ける事で信頼関係の構築に向けてアプローチしていた。【家族との関係を築くための関わり】【家族の力を引き出す関わり】【現実を受け入れるための関わり】は相互に作用しており、良好な人間関係の構築を礎として家族の強みを支援し、家族の気持ちを整えるための看護が展開される事によって、看護の質の向上に繋がる事が示唆された。

[O4-2] ICUに緊急入院した患者・家族の記憶

— ICUダイアリー導入・退室後訪問時のインタビューから —

○春原 梨沙¹、和田 咲奈¹、西 恵実¹、山越 かおり¹ (1. JA長野厚生連 南長野医療センター 篠ノ井総合病院 ICU)

キーワード：ICUダイアリー、記憶、緊急入院、家族

【目的】近年集中治療後に生じる患者・家族の集中治療後症候群(Post-Intensive Care Syndrome:PICS)への取り組みが注目されている。集中治療後症候群の原因の一つに、ICU入室中の記憶の欠如、妄想的な記憶の残存がある。そこで今回その記憶の欠如を補い、記憶の再構築への援助に使用されているICUダイアリーを導入し、患者・家族がICU退室後にICUでの出来事をどう記憶しているかを振り返ることで、今後の看護への一助とするため本研究に取り組んだ。

【方法】研究期間は令和元年6月～11月。対象者はA氏(70代男性、急性大動脈解離、上行血管置換術後)、B氏(80代男性、急性大動脈解離、弓部血管置換術後)の2症例及びその妻とした。ICUダイアリーは先行研究を参考にガイドラインを作成し、ICU看護師にその目的と使用方法を周知し運用した。鎮静薬使用のため意識のない患者にかわり、家族に文書及び口頭にてICUダイアリー導入についての説明を行い、家族の同意が得られた患者・家族にICUダイアリーを導入した。調査は同意が得られた患者とその妻に対し作成したインタビューガイドに沿って半構成面接法に基づき実施した。インタビューガイドは入院後にその経緯を知った時期、ICUでの記憶、ICUダイアリーの内容と自身の記憶との相違など11項目で作成した。インタビューは患者がICU退室後、全身状態が落ち着き主治医より許可を得た時期に実施した。分析方法はICレコーダーに録音した会話内容に基づき逐語録を作成し、逐語録から抽出した内容をKJ法の手法に基づき内容分析した。全ての対象者に研究目的、個人情報保護の保護、調査協力の諾否によって不利益は生じない事、データは研究目的以外には使用しない事を書面及び口頭にて説明し同意を得た。また本研究は対象施設の医倫理委員会の承認を得て行った。

【結果】2症例のインタビュー内容を複数の研究者にて質的内容分析を行った結果、患者はコード23個、サブカテゴリー14個、カテゴリー5個で、家族はコード16個、サブカテゴリー11個、カテゴリー5個に分類した。患者のカテゴリー[]は[途絶した記憶とぐちゃぐちゃな記憶][苦痛は記憶というより身体が覚えている][混乱した記憶の自覚][ICUダイアリーを見た驚き][記憶を補うICUダイアリー]が抽出された。家族のカテゴリー《》は《突然の心臓の病気への信じがたい気持ち》《患者の記憶がなかった事への気づき》《日常と違う姿への戸惑い》《ICUダイアリーは宝物》《手術ができたのは奇跡》が抽出された。

【考察】分析の結果、ICUに緊急入院した患者はICUで過ごした出来事は覚えていないが、サブカテゴリー『』より『説明といわれてもわからないくらいぐちゃぐちゃ』な妄想的な記憶はICU退室後も患者の中に残存していた。また患者はICU入室中に看護師と一緒に見たICUダイアリーの内容を覚えていなかったが、インタビュー時にICUダイアリーを見返して自分に記憶がないという事実気づき、それまでの出来事を回想し記憶を補っているように思われた。家族は患者の普段と違う姿に戸惑いつつも、患者と共にICUダイアリーを見て、ICU入室中の患者の記憶のゆがみの存在に気づき驚いていたことがわかった。インタビューを通して患者・家族はICUでの体験を振り返り、ICUでの出来事に対する記憶の整理と共有化を図っていた。看護師がICUダイアリーを通して患者・家族の話を聴くことは、患者がICUでの体験を語り記憶を整理していくための重要な支援であると考えられる。一方で先行研究よりICUでの辛い経験を思い出したくないとの理由から、ICUダイアリーを否定的に捉える患者・家族がいることも明らかとなっており、その導入には患者・家族の思いをしっかり受け止めた上での介入が必要である。

[O4-3] 高度救命救急センターに入院する患者のセルフケア能力を高める支援の探究

○森川 かさね^{1,2}、森本 紀巳子³、加悦 美恵³、四方田 暁美¹ (1. 久留米大学医学研究科看護学専攻修士課程、2. 久留米大学病院高度救命救急センター、3. 久留米大学医学部看護学科)

キーワード：セルフケア能力、セルフケア支援、高度救命救急センター

【目的】

高度救命救急センターの看護師が患者のセルフケア能力を高める支援をどのように捉え、実践しているか明らかにする。

【方法】

対象者：4施設の高度救命救急センター（以下、救命センター）の看護師11名。選択の条件は、救命センター看護経験3年以上、「救急看護師のクリニカルラダー」レベルⅢ、「集中治療に携わる看護師のクリニカルラダー」レベルⅡ相当とし、施設代表者から紹介を得た。

調査期間：2019年9月～11月。

データ収集方法：救命センターでのセルフケア支援の捉え方、実践内容、患者のセルフケアに影響する因子などをインタビューガイドに沿って半構成的面接を実施し、対象者の許可を得て録音した。

分析方法：対象者の面接内容を逐語録にし、文節に整理した。その後類似する内容で2～3回コード化をした。次に11名の最終コードをサブカテゴリー、カテゴリー化し、さらに、カテゴリーの関連を構造化した。

倫理的配慮：本研究は久留米大学倫理委員会の承認を得た上で実施した(承認番号：19083)。

【結果】

対象者の年齢は平均 37.8 ± 5.3 歳、救急看護経験は平均9年8ヶ月 \pm 4年5ヶ月であった。救命センターでのセルフケア支援の実践について、10カテゴリーが抽出された。【看護師の役割認識】では、「セルフケア能力の拡大は看護師の責任である」と語られ、セルフケア支援を看護師の役割と認識していた。【セルフケア能力判断の困難】では、「患者の状態に変化を生じさせることが不安である」など、支援を始めることで病状悪化をもたらす不安が見受けられ、セルフケア能力の判断の難しさがあった。【セルフケア支援の開始基準】では、「患者の指示反応の有無でセルフケア支援の開始を判断する」と、意識の有無を糸口としていた。【患者の意思の尊重】では、「セルフケア能力の拡大には患者の意欲が影響する」と語られ、そのため患者の意思を尊重していた。【他職種との連携の重要性】では、セルフケア支援は看護師だけではできず、「医師や他職種とともに進めている」などの実践があった。【家族の存在意義】では、「家族も巻き込んだ支援が効果的である」と、家族の力を活用する看護があった。【生活者としての患者のイメージ化不足】では、「入院前や退院後の生活のイメージが難しく、支援できていない」と、支援の方向性が見出せない状況があった。【セルフケア支援への意志の欠如】では、「重症管理や急患対応に追われ、支援の時間がとれない」と諦める発言もあった。【患者の顕在する能力への対応】では、「患者のセルフケア能力をみて、必要な支援を判断している」と、患者ができていないことに目を向けていた。【患者の潜在能力への期待】では、「救命センターの患者も自分でできることはたくさんある」という期待を持っていた。カテゴリーの構造化では、実践過程において、躊躇する時期、実践の時期、振り返りの時期があり、【看護師の役割認識】の基盤がみられた。

【考察】

救命センターでは、患者のセルフケアより生命の維持が優先され、治療と並行して支援を開始することに躊躇し、このことはセルフケア支援の遅れに繋がると考えられる。その背景には、看護師の判断で支援を開始する自信のなさが見受けられたが、重症患者をケアする看護師の葛藤であると思われる。また、看護師の役割を意識して、患者に向かう姿勢もみられたが、救命センターでのセルフケア支援を諦めている看護師がいることは懸念される。今後の救命センターでのセルフケア支援は、患者の潜在能力に着目して、早期に支援を開始し、患者のセルフケア能力の向上に繋ぐ看護実践が求められる。

[O4-4] 急性・重症患者看護専門看護師が役割を獲得するプロセス

○有地 正人¹ (1. 社会医療法人多根総合病院)

キーワード：専門看護師、役割、獲得

急性・重症患者看護専門看護師（以下,CCNS）が役割獲得するプロセスを明らかにした。

対象となる CCNSの選定は,日本看護協会に登録されている登録者一覧を用い,CCNSの認定を受け3年以上経過し

た者4名を対象とした。データ産出には半構造化インタビューを用いた。修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにより、どのようなCCNSの役割から始めたか、組織のニーズの把握はどうしたかなどについてCCNSの語りを質的帰納的に分析した。

本研究は、所属大学倫理委員会の承認を得た研究計画書に基づき研究を実施した。

研究への参加に同意しない場合および途中で参加を辞退した場合であっても不利益を被らないことを保証し、研究への協力は自意思であることを研究依頼書に明記するとともに、口頭でも研究参加者に十分説明した。

生成された概念は13個あり、【活動を方向付ける思考】【成果を蓄積する好循環】の2個のコアカテゴリーと＜組織ニーズと自身の対応能力のバランス調整＞＜リソースとしての役割の明確化＞＜得意分野を基盤とした役割を精錬する活動＞＜活動による信頼関係の構築＞＜変革を期待する協働者の誘引＞＜活動による成果の産生＞＜看護管理者との交渉＞＜組織横断的な活動の獲得＞＜組織横断的な活動＞＜周囲への役割の周知＞の10個のカテゴリーを抽出した。

【成果を蓄積していく好循環】において、各所からCCNSのニーズが高まり、活動の範囲は拡大していた。その結果、組織横断的な活動を獲得し、さらなる成果を上げていくプロセスとなっていた。これは自部署のみならず、リソースとしてのニーズの拡大、つまりは、あらゆる診療科で活動する機会があることを意味している。そして、＜組織横断的な活動の獲得＞は、組織のニーズとして、CCNSが組織全体の急性期から終末期にかけて、クリティカルケアを担うという期待を意味していると考えられる。つまり、その活動があらゆる診療科に渡り、自部署以外からのニーズも高く、急性期から終末期にかけてクリティカルケアを網羅していることは、CCNSが役割を獲得するプロセスの特徴であった。

結論として、CCNSはリソースとしての責務とその権限を明確にすることで、与えられた役割の権限の範囲内、どのような活動ができるかを考え活動の方向性を常に再考し、自己分析を繰り返しながら組織への貢献のあり方を考えていた。また、＜周囲に対する役割の周知＞を行いながら活動による成果を上げ、その成果によって信頼関係の構築をし、変革を期待する協働者を誘引することで活動成果を上げていた。そして、その成果によって組織横断的な活動の獲得をし、さらなる成果を上げていくという【成果を蓄積する好循環】を起こしていた。CCNSが役割を獲得するプロセスにおいて、【成果を蓄積する好循環】が巡り始めるためには、卓越した看護実践から活動成果を上げることに尽力して、迅速な判断によってニーズを的確に捉えた対応をし、＜活動による信頼関係の構築＞をすることが重要である。

[O4-5] 当院の集中治療領域における Nurse Practitionerの役割と特定行為の実施状況

○永谷 創石¹ (1. 公益社団法人地域医療振興協会 練馬光が丘病院)

キーワード：Nurse Practitioner、特定行為、診療看護師

【目的・背景】

米国では集中治療領域の Nurse Practitioner（以下：NP）及び Physician Assistantの研究レビューが発表された。その中で各研究、施設でのNPの役割が不明確であり、標準化されていない事が課題として挙げられた。日本

では集中治療に関わる NPは年々増加していると思われるが、活動内容は明確化されていない。そこで集中治療領域の NPの役割を明確化する一助となることを期待し、当院集中治療室における NPの活動をまとめ報告する。

当院の NPは21区分の特定行為の研修を終了しており実施可能である。特定行為における手順書を使用せず、医師の直接指示のもと活動している。NPの活動を特定行為区分で集計することでその分野での資料となることを期待する。

NPの定義、用語に関しては本邦では明確に設定されておらず、ここでは日本 NP教育大学院協議会の NP資格認定試験合格者を NPと定義する。

【方法】

当院の集中治療室で勤務する NP1名の活動に関して、2019年4月～2019年12月のカルテ履歴より実施内容を単純集計した。本研究は当院の倫理委員会より承認を得て進めた。

【結果】

当院集中治療室での NPは、重症患者を By systemにてアセスメント、プランニングを行い、多職種回診にてプレゼンテーションを実施。最終的に医師が判断、指示を行い、NPが実践していく。

集中治療室での平均の担当患者は1.36名/日であり、主に心臓血管外科、内科、外科の患者である。直接指示での活動を特定行為区分で分類した場合、侵襲的陽圧換気設定の変更(3.07回/日)、脱水に対する輸液補正の実施(1.89回/日)が多く、鎮静剤の調整、持続投与中の持続降圧薬、カリウム製剤の調整は看護指示プロトコルでの調整のため実施していない。カテコラミンの投与量調整に関してもプロトコルのあるノルアドレナリンの調整はなく、ドブタミンの調整(1.64回/日)のみであった。

【考察】

当院における NPは医師におけるシニアレジデント(研修医3年目)と同様の活動をしており、医師の判断のもと実践者として活動している。集中治療領域での NPの役割は世界的にも標準化されおらず、施設によって活動内容の相違はある。NPの特徴は高度実践看護師の中でも医学的な教育を集中的に受けているところであり、臨床では治療介入の評価や判断する場面が多い。治療介入の「開始」を判断することが多いため、集中治療室だけでなく人員が少ない一般病棟など、集中治療室外での活動を増やすことでその価値が高まる可能性がある。

特定行為区分では侵襲的陽圧換気設定の変更と輸液が多く、実施がない項目は、看護指示プロトコルにて調整されていたものであった。医師の直接指示のもとではあるが、自身でアセスメント、プランニングを行っており治療介入の必要性、前記のとおり「介入の開始」を判断をすることが多く、これは看護指示によるプロトコルでは対応できない部分である。今後、看護指示と特定行為の手順書による実施の差別化を図るため、「調整」だけでなく「開始」が特定行為に含まれることが肝要である。今後、集中治療領域での NPと特定行為の役割が明確化し、標準化していくことが望まれる。

一般演題（口演）

[O5] チーム医療・看護管理

[O5-1] 一般病棟入院中の人工呼吸器離脱困難患者に対するCCNSの支援

○上野 沙織¹（1. 京都第二赤十字病院）

[O5-2] 集中治療室での心停止に対する多職種回診の取り組み

○朝倉 良太¹、関 佳祐¹、宿谷 謙太¹、永谷 創石¹（1. 地域医療振興協会練馬光が丘病院）

[O5-3] ICUでの腹臥位療法実施後、多発褥瘡が発生した一例への多職種協働

○小島 啓人¹、加藤 建吾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）

[O5-4] オープンICUでの早期リハビリテーションを目指した多職種カンファレンスの効果

○加藤 美樹¹、尾崎 悦崇¹、三浦 敦子¹（1. 豊橋市民病院 集中治療センター）

[O5-5] 開設4年目になるA病院ICU看護師の自己効力感の特徴－GSESを用いた一般病棟との比較－

○高橋 美江¹、河西 真美¹、土屋 千草¹、木村 理加^{2,1}、田中 恵子¹（1. 済生会川口総合病院 看護部、2. 聖路加国際大学大学院 看護学研究科 博士後期課程）

[O5-1] 一般病棟入院中の人工呼吸器離脱困難患者に対するCCNSの支援

○上野 沙織¹ (1. 京都第二赤十字病院)

キーワード：専門看護師、コンサルテーション、人工呼吸器離脱

【目的】

病棟看護師からのコンサルテーションをきっかけに、一般病棟入院中の人工呼吸器離脱困難患者に対して、急性・重症患者看護専門看護師（以下CCNS）が支援した内容を報告する。

【倫理的配慮】

個人が特定できないよう匿名性を確保すること、諾否によって対象者が不利益を被らないことを家族へ口頭で説明し、同意を得た。また、所属施設の倫理委員会の承認を得た。

【事例紹介】

A氏70歳代男性、左側頭葉皮質下出血及び右小脳出血を認め、皮質下出血に対して内視鏡下血腫除去術を施行し救急病棟へ入室した。術後は人工呼吸器管理を続けながら意識状態の改善を待ったが、改善しなかったため第8病日に気管切開術を施行した。第14病日より日中はTピースへ変更、第18病日に人工呼吸器を離脱して翌日に一般病棟へ移動したが、夜間に無呼吸が持続するため人工呼吸器を再装着した。第60病日、病棟看護師より人工呼吸器が離脱できず転院が決まらぬと相談を受けた。

【方法】

病棟看護師・主治医と経過を整理し課題を抽出すると、家族が人工呼吸器を離脱してから脳神経専門のリハビリテーション病院へ転院を希望していること、無呼吸時間が長くCPAPへモード変更ができないこと、病棟で人工呼吸器離脱の経験がないことが挙げられた。コンサルティ中心のコンサルテーションとして、目標を①病棟看護師を支援することで、A氏は人工呼吸器が離脱できる②病棟看護師が人工呼吸器に関する知識・技術を身に付けることができると挙げ、介入を開始した。

【結果】

人工呼吸器離脱に伴い二酸化炭素の貯留や呼吸筋疲労を認めるかアセスメントが必要と考え、翌日に病棟看護師・主治医と人工呼吸器離脱を試み、前後の血液ガス分析や呼気終末二酸化炭素分圧（以下ETCO₂）モニターを装着して呼吸状態を評価することを提案した。そのため、病棟看護師に対してETCO₂と自発呼吸トライアル（以下SBT）の方法・評価についてレクチャーし、臨床工学技士へは生態モニターでETCO₂を測定できるよう依頼した。第61病日、病棟看護師・主治医と二酸化炭素の貯留がないことを確認してTピースへ変更した。30分間Tピースで過ごす中、30秒程度の無呼吸を認めたが、二酸化炭素の貯留や呼吸促迫徴候、HR・BP上昇やSpO₂の低下は認めなかったためSBTは成功した。病棟看護師・主治医・理学療法士・作業療法士と人工呼吸器離脱が目標であることを共有した。翌日からのリハビリテーションについて、CCNSからの助言を元に病棟看護師が主体となってTピース時間、端坐位や立位、車椅子移乗、呼吸筋の運動、睡眠援助の計画を立案した。また、家族がリハビリテーションの参加を希望したため、目標と計画内容を説明して面会時に実施するよう依頼した。CCNSは数日毎に病棟へ出向き、各職種と情報共有を行い、計画内容の評価や修正を助言した。その後、病棟看護師を主体にリハビリテーションを実施した結果、第81病日に人工呼吸器を離脱して、第89病日に脳神経専門のリハビリテーション病院へ転院することができた。

副次的効果として、当院にCCNSが在籍していることを知らないスタッフが多かったが、事例をきっかけに相談件数が増えた。

【考察】

CCNSはコンサルタントとして、客観的にA氏の病態、病棟看護師をアセスメントし課題を明確化したこと、課題を解決するための具体的な方略を各職種・家族とすぐ共有できたことが人工呼吸器離脱の成功に繋がった。また、病棟看護師と何度も目標到達度や課題を評価し共有できたことで、人工呼吸器離脱に関する知識・技術を身に付け主体的に取り組むことが可能となった。さらに成功事例を体験したことで、その後もスタッフがCCNSを活用することができた。

[O5-2] 集中治療室での心停止に対する多職種回診の取り組み

○朝倉 良太¹、関 佳祐¹、宿谷 謙太¹、永谷 創石¹ (1. 地域医療振興協会練馬光が丘病院)

キーワード：蘇生、ACLS、多職種回診、集中治療室

<はじめに>

集中治療室には臓器障害や過大な侵襲反応により、重篤な状態にある患者が多く入室する。そのため集中治療室に勤務する看護師には二次的救命処置（ACLS）の迅速な対応能力が要求される。アメリカ心臓協会は「AHA心肺蘇生と救急血管治療のためのガイドライン」を公開しており、日本でもそのガイドラインに則った研修プログラムが展開されているが、実際の集中治療室における臨床場面とは状況が異なる場合が多い。

<練馬光が丘病院の現状と目的>

当院（342床）の集中治療室は6床あり、心臓血管外科や循環器内科、外科、内科と幅広い領域の患者が入室する。集中治療室では一般病棟と異なり、人工呼吸器を装着している患者や中心静脈カテーテルが留置された患者、特殊治療を施している患者など、治療状況の特殊性が高い。集中治療室に従事する看護師には急変対応などの救急蘇生技術が臨床実践能力として求められているが、前記の通り集中治療室での蘇生は特殊な状況であり、単一のプロトコールだけでの対応は不可能である。また集中治療室ではリハビリテーションなど多職種で介入する機会が多い。以上のことから、集中治療室の臨床場面における心停止リスクや個別性のある蘇生処置の共有を目的として、多職種回診型で取り組みを行った。

<方法>

当院の集中治療室に従事する医師、診療看護師、看護師、理学療法士で蘇生時の対応について、ウォーキングカンファレンスを実施した。カンファレンスの内容は主病名、診療科、現在の状態、コード、コードハート適応の有無、キーパーソン、気道、呼吸、循環、薬剤、挿入物といった専用のフォーマットを作成し、電子カルテに記録した。今回の取り組みは、院内の倫理委員会の承認を得て進めた。

<実施と結果>

当院の集中治療室に在室する患者の中で心停止のリスクが高い特殊な治療が行われている患者を対象に、1日1症例として2ヵ月で30例のカンファレンスを実施した。カンファレンスは作成したフォーマットに準じて行い、電子カルテに記録した。カンファレンスを行う対象となったのは心臓血管外科術後患者や呼吸不全で人工呼吸器管理を必要とする患者が多かった。参加は主に集中治療医、看護師、診療看護師、理学療法士にであった。

<考察>

さまざまな治療状況下における心停止のリスクやコードハート適応の有無、中止すべき薬剤は何か、薬剤の投与経路はどのように確保するかなど、実際の臨床において多職種回診を実施することで、集中治療室に従事するスタッフが個別性のある対応を共有できることにつながった。今後は取り組みを継続的にを行い、得られる有用性について検討していく必要がある。

[O5-3] ICUでの腹臥位療法実施後、多発褥瘡が発生した一例への多職種協働

○小島 啓人¹、加藤 建吾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)

キーワード：腹臥位療法、急性呼吸窮迫症候群、多職種協働、医療関連機器圧迫創傷

【背景】

近年、急性呼吸窮迫症候群(以下：ARDS)に対する人工呼吸療法による肺保護戦略が提唱されるとともに腹臥位

療法の有効性が明らかになってきた。しかし、集中治療室(以下：ICU)での腹臥位療法は、挿管チューブや点滴ルートなど治療上必要となる医療機器や診療材料が多いため、様々な合併症のリスクが伴う。また、患者を安全に腹臥位にするためには、スタッフの一定水準以上の習熟度を要するという人間的な問題により実施に困難を伴う。今回、体外式膜型人工肺(VV-ECMO)や経口挿管人工呼吸器管理下においても酸素化の改善が得られなかった患者に対して、院内腹臥位療法プロトコル(以下：プロトコル)を活用した多職種での介入により、患者の状態改善と今後の看護介入方法への示唆が得られたため報告する。

【目的】

様々な医療機器を使用しているICU入室患者に対して、プロトコルを活用した腹臥位療法を実施し、本事例の考察と今後の介入方法への示唆を得る。

【方法】

研究方法：事例報告

【倫理的配慮】

所属施設の倫理審査委員会の規定に則り、以下の倫理的配慮を行なった。個人が特定されないよう匿名化し、研究上に必要な情報は慎重に吟味し不要な情報を可能な限り削除することで、倫理審査委員会からの承認を得て研究を実施した。

【患者紹介】

患者は80代男性。来院時SpO₂=60%台であり、酸素投与を10L/minで行うがSpO₂=80%台だったため、経口挿管人工呼吸器管理が必要な状態であった。重症肺炎・ARDSの診断のもと人工呼吸器による呼吸補助を行なったが、酸素化維持が困難なためVV-ECMOを導入しICUへ入室となった。ICU入室後も呼吸状態が改善されなかったため、筋弛緩薬を使用して20時間の腹臥位療法を実施した。腹臥位後は、血液ガスデータや胸部レントゲン撮影等を行い有効性を評価した。連日、全身状態を評価しつつ12～20時間程度の腹臥位療法を実施した。実施時の人員は医師、理学療法士、看護師の計4～6名であった。

【結果】

腹臥位療法後徐々に呼吸状態が改善され、ICU入室6日目にVV-ECMOを離脱し、9日目に人工呼吸器を離脱した。一方、褥瘡予防のために高機能エアマットレスや予防的ドレッシング材を使用して腹臥位を実施していたが、右頬部と鼻翼部と口唇に医療関連機器圧迫創傷(以下：MDRPU)、右腸骨と恥骨結合部と両膝部に自重関連褥瘡を形成した。新たな褥瘡発生予防と発生部位へのケアのために皮膚・排泄ケア認定看護師に介入を依頼した。約3ヶ月間の入院期間を経て自宅へ独歩退院となった。

【考察】

腹臥位療法実施後、呼吸状態が改善しVV-ECMOと人工呼吸器を離脱して一般病棟へ転棟となった。この結果は、腹臥位療法がクリティカルケアの実践として有効であった可能性を示唆する。一方、腹臥位療法に伴う可能性のある複数の褥瘡が発生した。ICUは、集中治療に伴う医療機器の管理を行いつつ、褥瘡の予防など看護の基本的な全身のケアも同時並行で実施する必要がある。また、これらのケアの実施には看護師だけでなく、医師や療法士、専門看護師、認定看護師などの多職種の協働が不可欠である。本事例では、腹臥位療法実施前の関節可動域評価を理学療法士、呼吸状態の評価を米国呼吸療法士が担うとともに、褥瘡発生後は皮膚・排泄ケア認定看護師にチームへの介入を依頼した。これらの多職種と協働し、新たな褥瘡発生予防と発生した褥瘡に対するケアを行うとともにプロトコルを改訂した。多職種の介入を要する状況では専門分化した情報を集約し、協働のための調整を行うこともチーム医療における看護師の役割のひとつであった。

[O5-4] オープンICUでの早期リハビリテーションを目指した多職種カンファレンスの効果

○加藤 美樹¹、尾崎 悦崇¹、三浦 敦子¹ (1. 豊橋市民病院 集中治療センター)

キーワード：人工呼吸器管理、早期リハビリテーション、多職種カンファレンス、チーム医療

【目的】早期からのリハビリテーション（以下リハビリ）はICU-AW(ICU-acquired weakness)の予防や人工呼吸器装着期間、ICU在室や在院日数の短縮に関係があるとされている。A病院ICU（6床）では従来各診療科医師が患者管理を行っており、多職種との協働は不十分であった。また、明確なりハビリ介入時期や内容などの基準がなく、スタッフ毎で異なっていた。その為、早期リハビリのためのプロトコルを作成し、多職種カンファレンスで具体的なりハビリ計画を共有するようにした。こうして多職種が協働し介入することが、早期リハビリに与えた効果を検討する。

【方法】2018年度より多職種カンファレンスを行い、個々の症例に応じた早期リハビリへの取り組みを行った。対象は、2018年1月から3月の人工呼吸器装着患者を非介入群、2018年10月から12月の人工呼吸器装着患者を介入群とした。早期リハビリプロトコルは、集中治療責任医師に相談し、看護師と理学療法士が協議を重ね作成した。運用に関して、多職種へ勉強会を開催し周知徹底をした。多職種カンファレンス導入は、各科医師、看護師、理学療法士、臨床工学技士、薬剤師の情報共有しやすい時間を検討し、カンファレンス内容やメンバー決定を行った。多職種カンファレンスを毎朝行い、患者の病態と治療目標を踏まえた上で、患者に合わせたリハビリ内容を決定し、それに応じた人員配置の調整などを行った。評価指標としては、48時間以内のリハビリ介入、離床実施内容、ICU在室日数、人工呼吸器装着日数、ICUでの早期リハビリにおける看護師の役割認識調査（n=16）とした。本研究は対象施設倫理委員会の承認（No. 458）を得た上で実施した。

【結果】ICUに入室した人工呼吸器装着患者における介入群のリハビリ介入率は77%であり、非介入群に比べ24%上昇、その中でも入室48時間以内のリハビリ介入率は57%であり、非介入群に比べ26%上昇した。人工呼吸器装着期間の最大リハビリ進行度は、他動運動46%から76%、座位6%から52%、端座位6%から28%、立位0%から12%、歩行0%から4%と全てにおいて上昇した。また平均人工呼吸器装着日数4.3日から3.2日（-0.9日）に短縮し、ICU在室平均日数6.1日から5.7日（-0.4日）に短縮した。早期リハビリにおける看護師の役割理解度は、「安全性の配慮」が69%から88%、「適応の判断・基準を高める援助」が25%から38%、「患者教育と心理的援助」が25%から44%と全体的に上昇したが、「多職種連携の調整」は50%から50%と変化はなかった。

【考察】オープンICUでの早期リハビリプロトコルを活用した多職種カンファレンスは、患者の情報と目標を共有し、互いの専門領域の役割を認識し合う場になった。その結果、患者にとって最適なタイミングでのリハビリ介入が可能になり、離床進行度や人工呼吸器装着日数、ICU在室日数の短縮に効果があったと考える。早期リハビリにおける看護師の役割理解の中で「多職種連携の調整」が上昇に至らなかったのは、多職種カンファレンス開始3ヶ月後の評価であることや調整方法が明確ではなかったことが原因であると考えられる。しかし、看護師は患者の生活を支援するという立場から、多職種の中で患者にとって最適なりハビリを実現させるための調整役を担う。今後は他職種への関心を喚起し、看護師が各職種間の仲介的役割を担っていくための学習の機会などを検討していく必要がある。

[O5-5] 開設4年目になる A病院 ICU看護師の自己効力感の特徴 – GSESを用いた一般病棟との比較 –

○高橋 美江¹、河西 真美¹、土屋 千草¹、木村 理加^{2,1}、田中 恵子¹（1. 済生会川口総合病院 看護部、2. 聖路加国際大学大学院 看護学研究科 博士後期課程）

キーワード：自己効力感、ICU看護師、GSES

目的:

ICU未経験者約7割の看護師で構成され、新規に立ち上げたA病院ICUにおいて、開設4年目のICU看護師の自己効力感の特徴を明らかにし自己効力感を高めるための方法を考察する。

方法:

質問紙調査による記述的研究デザイン。対象はA病院に勤務するICU看護師と一般病棟看護師とし、除外基準は師長・副師長・臨床経験3年目以下とした。質問内容は①基本的属性②自己効力感の程度を測定する尺度であるGSES③職務意識に関する質問7項目とした。

結果:

ICU所属の対象看護師42名のうち有効回答数は42名（回収率100%）であった。（以下、ICU群）。一般病棟の対象者選択は外科・内科に偏りがなく、消化器内科、整形外科、混合病棟の3病棟に協力を依頼した。対象看護師64名のうち有効回答数は42名（回収率65%）であった（以下、一般病棟群）。2群間の基本的属性において違いが見られた項目は性別($p=0.02$)のみであり、経験年数などその他の項目に差は見られなかった。またICU群の中でICU未経験で配属されたのは24名（67%）であった。GSES(0点～16点)の平均値はICU群 5.1 ± 2.8 点、一般病棟群 6.1 ± 3.1 点であった。GSESは「非常に高い」から「非常に低い」まで5段階に分類できる尺度であり、「非常に高い～普通」までを「GSES高い群」、「低い傾向～非常に低い」を「GSES低い群」として分析を行った。「GSES高い群」はICU群3名（7%）、一般病棟群14名（33%）であり、カイ2乗検定の結果ICU群では「GSES高い群」が有意に少なかった（ $p=0.003$ ）。また、職務意識に関する質問項目についてICU群と一般病棟群で比較した結果、ICU群では仕事満足度が高い（ $p=0.001$ ）、辞職希望が少ない（ $p=0.011$ ）、人間関係が良好（ $p=0.047$ ）という結果であった。職務意識に関する自由記載でICU群に多かったカテゴリーは「患者の回復過程」「人間関係が良好」であり、一般病棟群では「上司が評価してくれる」「患者や家族に感謝される」など「他者からの承認」のカテゴリーに含まれる回答が最も多かった。しかし、ICU群ではこの「他者からの承認」に含まれる回答は見られなかった。

考察:

A病院ICUでは「GSES高い群」に属する人数が一般病棟より有意に少なく、さらにGSESの平均値も先行文献と比較すると低かった。A病院ICUの特徴は、新規開設ICUにて各部署から看護師が配置されたICU未経験者が多く、看護技術・知識の不足感を感じていることが考えられる。これは自己効力感の構成要素のうち最も重要な「個人的達成」が得にくい状況であると考えられる。さらにICUという特殊な環境では看護師の自己効力感が向上しにくいとされている。一般病棟では「他者からの承認」に関する内容が最も多かったが、ICUの患者は生命の危機的状況にあるためコミュニケーションが困難でフィードバックが少ない。つまりICUでは自己効力感の構成要素である「社会的説得」が得にくい環境である。したがって、A病院ICUはこれらの2つの要因が重なることで自己効力感が低い看護師が多いと考えられる。一方で、先行文献では自己効力感の低さと辞職率との関連が明らかになっているが、A病院ICUでは辞職希望が明らかに少なかった。この理由として職場の人間関係の良好さや重症患者の回復過程に関わることでやりがいを見出していると考えられる。本研究よりA病棟ICU看護師に対して「他者からの承認」が不足していることが明らかになった。これまで積み重ねてきた経験と看護能力を認めること、フィードバックを行うといった「他者からの承認」により自己効力感が高まり、前向きに職務に取り組むことに繋がり、さらには患者への質の高い看護提供へと繋がると考える。

一般演題（口演）

[O6] 早期リハビリテーション

[O6-1] 集中治療室における早期リハビリテーション実践の実態：横断調査

○矢坂 泰介¹（1. 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻）

[O6-2] ICU看護師が捉えた人工呼吸器装着患者のセルフケア

○佐土根 岳¹、中村 恵子²、菅原 美樹²、神島 滋子²（1. 医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 看護部 ICU、2. 札幌市立大学大学院看護学研究科）

[O6-3] 灌流指数(Perfusion Index)と手術後初回離床時の起立性低血圧に伴う血圧の関連

○犬童 隆太¹、城丸 瑞恵²、齋藤 重幸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）

[O6-4] 早期離床プロトコル導入による効果と実際

○萬代 嘉子¹、木下 浩子¹、金山 美紀¹（1. 大阪市立大学医学部附属病院 ICU）

[O6-5] 集中治療後症候群の発症を見据えた

ICUケアに対する看護師の認識と実践

○久保田 絢子¹、網島 ひづる²（1. 神戸市立医療センター中央市民病院、2. 兵庫医療大学看護学部看護学科）

[O6-1] 集中治療室における早期リハビリテーション実践の実態：横断調査

○矢坂 泰介¹ (1. 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻)

キーワード：早期離床、ICU、早期モビライゼーション、実態調査、クリティカルケア

目的

近年、集中治療室（ICU）における早期からのリハビリテーション（リハビリ）の実施が推奨されており、先行研究において退院時の下肢筋力、ADL、QOL等の改善に有効であったことが報告されている。本研究では、ICUの入室患者に対するリハビリ実践状況およびICUスタッフの活動の実態を明らかにすることを目的とした。

方法

特定集中治療室管理料が算定されているICUを保有する病院（n=580）に勤務するICU看護管理者1名と専任医師1名を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。看護管理者への質問紙では、病院・ICUの施設特性（病床数、病院機能、診療報酬区分等）や人員配置体制（集中治療医の配置体制、専従理学療法士の配置、集中ケア認定看護師及び急性重症患者看護専門看護師の配置）、ICUリハビリに関するチームの活動（プロトコルの使用、過去1週間の多職種回診実施、過去1年間の院内研修実施）を尋ねた。また、調査当日のICU在室患者の特性（年齢、ICU在室日数、意識レベル；GCS、人工呼吸器使用）と各患者に対するリハビリ実践状況（調査当日のリハビリ実施レベル、ICU入室後2日以内のリハビリ開始）について記入を依頼した。専任医師への質問紙では、リハビリに関する活動の実施状況として、①リハビリの早期開始の検討、②他職種との意見交換、③毎日の目標達成度の評価、④計画立案時の患者や家族の参加の調整、の4項目について「全く行っていない」～「必ず行っている」の5件法で尋ねた。

分析は、ICUにおけるリハビリの実践状況およびチームの活動に関する変数の記述統計量を算出した。本研究は、研究代表者所属機関の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

結果

質問紙を配布した580病院のうち92病院より返送があり（有効回答率15.8%）、ICU看護管理者92名、ICU専任医師55名の回答を得た。調査当日のICU在室患者（n=405）の約60%に対してリハビリが実施されており、端座位より高いレベルのリハビリを受けている患者は25%だった。人工呼吸器使用患者（n=214）に限定した場合には、端座位より高いレベルのリハビリは14%の患者に対して実施されていた。2日以上ICUに在室している患者（n=295）において、リハビリが早期（ICU入室後2日以内）に開始されたのは49%だった。ICUリハビリに関するチームの活動に関して、過半数のICUでリハビリに関するプロトコル使用（64%）、多職種回診（79%）、院内研修（53%）が実施されていた。ICU専任医師の63%がリハビリの早期開始を検討し、54%が他職種と意見交換をしていた一方、毎日の目標達成度を評価していたのは18%、計画立案時に患者や家族を含めるよう調整していたのは9%であった。

考察

人工呼吸器使用患者の14%に端座位より高いレベルのリハビリが実施されているという本研究の結果は、ドイツ、米国などの先行研究（3~24%）と同程度であり、またICU入室後2日以内の早期リハビリが実施されていた患者は約半数にとどまっていた。チームの活動としてプロトコルの使用や多職種回診は一般的に実施されていたが、先行研究で重要とされている毎日の目標達成度の評価、ICUリハビリの計画に患者や家族を巻き込んだ実践は不十分な実態が示唆された。近年、本邦においてエキスパートコンセンサスの発表や診療報酬の新設により早期リハビリが推奨されているにもかかわらず、本研究の結果から、ICUの現場でのリハビリの実践が進んでいないことが推察された。本研究における有効回答率は約16%と低く代表性の点で限界があるため、結果の解釈には注意が必要である。今後、スタッフ個人の知識や技術の向上を目指した教育やチームの活動を促進する働きかけ等、ICUリハビリを進める方策の検討が必要である。

[O6-2] ICU看護師が捉えた人工呼吸器装着患者のセルフケア

○佐土根 岳¹、中村 恵子²、菅原 美樹²、神島 滋子² (1. 医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 看護部 ICU、2. 札幌市立大学大学院看護学研究科)

キーワード：セルフケア

はじめに：昨今、集中治療領域では浅い鎮静管理が推奨され、人工呼吸器装着患者は身の回りのことを自分でやりたいと思いつつも、自ら動くことが許されていないと感じている(野口,井上,2016)。そこで本研究は、人工呼吸器装着患者のセルフケアをICU看護師がどのように捉えているかを明らかにすることを目的とした。

研究方法：対象施設において人工呼吸器装着患者の看護経験が5年以上の看護師を対象に半構成的面接を行った。面接内容は、基本的属性と人工呼吸器装着患者のセルフケアをどのように捉えているかなどで構成した。分析は、録音データから逐語録を作成し、Berelson(1952/1957)の内容分析を参考に、言及事項を分析した。意味内容をコード化、サブカテゴリ化、カテゴリ化することで概念の抽象度を上げ、コードの比率を求めた。全過程において複数の大学教員からスーパーバイズを受けた。なお、本研究はA大学大学院看護学研究科博士前期課程の課題研究として、倫理審査会の承認(研究倫理審査結果通知 No.12②)を得て実施した。

結果：対象者6名、合計224分の語りから、184コードを抽出し、35サブカテゴリ、15カテゴリを生成し、意味内容から〔患者の状況〕、〔医療者の状況〕、〔セルフケアの意義〕に分類した。〔患者の状況〕は【全身状態により左右される】【治療により左右される】【できるかどうかは患者の背景と意欲による】【患者は何ができて何をしたらいいのかわからない】【患者は自分の置かれている状況を理解しようとする】の5カテゴリ、〔医療者の状況〕は【患者の意思に沿ってできそうなことをみつけて支援することが必要】【危険を避けるために阻害される】【医療者の価値観や捉え方の違いにより左右される】【マンパワーの調整により支援が可能になる】【基準がないことにより支援が難しい】【ICUでは患者が何をできるのか意識しないと気づけない】【患者の状況理解を支援することで可能になる】【看護師が過剰に代行することにより阻害される】の8カテゴリ、〔セルフケアの意義〕は【患者ができることがあるという気持ちを持つことに繋がる】【セルフケアは患者の今後の生活に影響を及ぼす】の2カテゴリであった。なお、〔医療者の状況〕を捉えたカテゴリが全体の65.8%を占めていた。

考察：医療者の状況を捉えたカテゴリが最も多く抽出されており、全身状態が改善しない状況では看護師が患者の主体性を引き出すことの難しさを示していると考えられた。そのような中でも、ICU看護師は人工呼吸器装着患者のセルフケアが精神状態や予後に関連する活動であると考え、支援が必要なものとして捉えていた。しかし、セルフケアを支援するための明確な基準がないことや、マンパワーの不足、医療者の捉え方などの様々な要因によって阻害されることが示唆された。そのため、ICUで人工呼吸器を装着している患者のような重症患者の主体性を引き出し、セルフケアを促進することが回復過程に与える影響を評価するとともに、看護師が介入の可否を判断し、セルフケアを促進するための具体的な支援のあり方を示していく必要がある。

結論：ICU看護師は、人工呼吸器装着患者のセルフケアに難しさを感じながらも、予後に関連した重要な活動であると捉えて支援していることが明らかになった。

[O6-3] 灌流指数(Perfusion Index)と手術後初回離床時の起立性低血圧に伴う血圧の関連

○犬童 隆太¹、城丸 瑞恵²、齋藤 重幸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)

キーワード：早期離床、起立性低血圧、Perfusion Index、手術後

【目的】

手術を受けた患者が早期離床に至るまでの灌流指数 (Perfusion Index, 以下 PI)と起立性低血圧の出現に伴う血圧低下の関連の有無を明らかにする。

【方法】

対象は A病院で全身麻酔による手術後、翌日に初回離床を行った患者とし、除外基準は手術後、挿管や安静度の制限により、数日間安静を要する手術患者、頭頸部の手術患者の2点とした。調査期間は、2019年3月から4月。方法として、仰臥位の血圧を基準に、30度・60度頭部挙上、端座位、立位を行い、その過程で起立性低血圧症状が出現した患者を起立性低血圧出現群 (以下出現群)、症状が出現せず立位に至った患者を起立性低血圧なし群 (以下なし群)に分けた。出現群は、仰臥位時の PIを基準に起立性低血圧が出現した時点の PIの低下率を算出し、なし群は、仰臥位時から立位時の PIの低下率を算出し比較した。分析は記述統計で対象者の概要を算出した。次に、正規性の有無の確認後に、対応のない検定で分析を行った (有意水準は5%)。また、起立性低血圧が出現する可能性のある PIの低下率に関するカットオフ値を得るために ROC曲線を作成し、Youden Indexからカットオフ値を算出した。これらに加えて、患者背景として性別、年齢、持続硬膜外麻酔 (Epidural anesthesia, 以下 Epi)の使用状況などを収集した。

PIの測定は耳袋で行い、Masimo社製のパルスオキシメーター Radical-7を使用した。なお、本研究は所属大学病院臨床研究審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

手術前日に同意説明文書を用いて説明・同意を得た56名のうち、出現群27名、なし群29名であった。出現群27名の属性は、男性16名 (59.3%)、女性11名 (40.7%)、年齢 64.7 ± 12.6 歳 (38歳~85歳)、Epi使用患者は22名 (81.5%)であった。一方で、なし群29名の属性は、男性9名 (31.0%)、女性20名 (69.0%)、年齢 56.6 ± 13.1 歳 (34歳~80歳)、Epi使用患者は9名 (31.0%)であった。また、研究対象となった患者の診療科は、呼吸器外科23例、消化器外科23例、婦人科5例、泌尿器外科5例であった。

両群間で、PIの低下率と起立性低血圧の有無の関連について、対応のない検定で分析した。その結果、出現群の方がPIの低下率が有意に高かった ($p < .001$)。

起立性低血圧が出現する可能性が高いPI低下率のカットオフ値を算出した。その結果、23.5% (AUC : 0.921, 感度 : 0.926, 特異度 : 0.828)であった。これをもとに、臨床での活用を踏まえ、起立性低血圧が出現する可能性が高いPIの低下率のカットオフ値を20%に定めた。

【考察】

出現群となし群の起立性低血圧の有無とPIの低下率の平均を比較した結果、PIの低下率に有意差が見出された ($p < .001$)。これは、起立性低血圧の有無をPIの低下率でモニタリングできる可能性があることを示唆している。つまり、離床中の起立性低血圧のモニタリングとして、PI測定が新たな観察項目として併用、もしくは代替ツールとなることを示している。また、今回、カットオフ値が明らかになったことで、PIの低下率がカットオフ値に近づいた場合に離床を中断するなど、起立性低血圧の予防にも活用することができる可能性が示唆された。

本研究では患者属性との関連は分析していないため、今後は属性とPIの関係を明らかにするため、コホート研究や症例集積を行う必要がある。

[O6-4] 早期離床プロトコル導入による効果と実際

○萬代 嘉子¹、木下 浩子¹、金山 美紀¹ (1. 大阪市立大学医学部附属病院 ICU)

キーワード：早期離床、プロトコル

【目的】早期離床によるICU在室期間の短縮や合併症の予防、せん妄予防などからICU入室48時間以内の離床が推奨される。当院ICUでは看護師の経験や知識による臨床判断で離床を行っていたが、統一した判断基準で行えるようプロトコルを作成・導入し、その効果を比較・検討した。【方法】当院ICUに3日以上在室した18歳以上の人工呼吸器装着患者で、プロトコル導入前2018年9～11月52症例、導入後2019年4～6月41症例の計93症例の1)ICU在室日数2)平均人工呼吸器装着時間(人工呼吸器非離脱症例はICU退室時間までを装着として算定)3)離床数4)離床を行った症例群(離床群)の入室からの離床開始時間5)離床当日・翌日のSOFAスコアの平均6)離床開始基準の逸脱項目7)離床の中止基準該当項目8)有害事象9)看護師の経験年数を後方視的にデータ収集、t検定(有意水準 $p < 0.05$)にて分析・比較した。離床の定義は端座位、立位、歩行とし、プロトコルは集中治療医学会早期リハビリテーション検討委員会によるエキスパートコンセンサスを基に作成した。当院の倫理委員会の承認を得て、データは個人名をコード化して収集し、院内のみの取り扱いとした。【結果】1)プロトコル導入前5.79日・後5.34日($p=0.63$)2)導入前87時間42分・後70時間12分($p=0.45$)3)導入前後ともに30例4)導入前48時間54分・後34時間9分($p=0.23$)5)導入前における当日6.80翌日5.93、導入後における30例のうち1例でSOFAスコア算定できず、29例で当日5.97翌日4.796)導入前9項目に計25例、導入後13項目に計32例7)導入前7項目に計17例、導入後11項目に計33例8)導入前再挿管1例、導入後再挿管3例、心房細動1例9)看護師経験年数は導入前10.64年、後11.88年($p=0.42$)、当院ICU経験年数は導入前4.44、後4.80年($p=0.72$)であった。【考察】1)2)4)はプロトコル導入後に短縮したが有意差はなかった。だが4)は導入後に目標の48時間以内を達成し、開始基準を毎日評価することで開始時期を逃さずに離床ができたと考えられる。一方で導入前の看護師の臨床判断を起点とした離床も有害事象数や内容からはプロトコルに劣らないアセスメントができていたことが考えられる。3)は開始基準が極端な離床数の制限にはならずむしろ増加しており、プロトコルにより離床を意識づけられたことが伺える。5)は導入前後ともに悪化に転じた傾向はなく、離床による全身状態への悪影響はなかったが、今回は長期的なSOFAスコアの推移や看護師の臨床判断とプロトコルでの比較ができず、今後、調査・検討が必要である。その他の効果として、離床の開始・中止基準ができたことで、特に「循環」「呼吸」「苦痛・疼痛」が詳細に評価されるようになった。看護記録からも離床時の開始・中止基準の該当や逸脱が明確になり、次に離床を行う際の情報となって安全・円滑な離床に繋がることが考えられる。看護師の経験年数による有意差がなく、経験や知識からの臨床判断とプロトコル導入の比較は困難であった。看護師の配置転換や人員定数削減などにより、今後は知識や経験からの一定した臨床判断が困難な環境となることが予測され、そのような状況ではプロトコルが有用と考える。【結論】プロトコルによってICU在室日数、人工呼吸器装着時間、離床開始時間の短縮はなく、導入前の知識や経験年数による臨床判断とプロトコルによる差は比較できなかったが、開始基準の逸脱や中止基準が明確となり、どの看護師でも離床開始時期を見逃さず安全に離床を進められる。

[O6-5] 集中治療後症候群の発症を見据えた

ICUケアに対する看護師の認識と実践

○久保田 絢子¹、網島 ひづる² (1. 神戸市立医療センター中央市民病院、2. 兵庫医療大学看護学部看護学科)

キーワード：集中治療後症候群、看護実践、ICU、認識

【目的】

ICUにおける患者の集中治療後症候群 (post intensive care syndrome:以下 PICSとする) の発症を見据えた看護実践の充実を図るために、ICU看護師のPICSの発症を見据えたケアに対する認識と看護実践を明らかにする。

【研究方法】

研究対象は、集中治療管理料の算定を受けている近畿県内の大学病院に勤務する臨床経験5年以上かつICUでの勤務経験3年以上の看護師で、日本看護協会「看護師のクリニカルラダー」レベルIII以上に該当し、過去1年以内にICUに4日以上入室し、かつ48時間以上人工呼吸器を装着した患者に看護実践を行った経験がある看護師である。研究方法は、半構成的質問紙を用いた面接調査を行い、データを質的帰納的に分析をした。

【倫理的配慮】

本研究は、兵庫医療大学の倫理審査承認・研究協力施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】

看護師は7名であり、経験年数は5～17年の平均9.1(SD±4.1)年、ICU経験年数は4～14年の平均7.1(SD±2.9)年であった。面接時間は、36～60分の平均47(SD±8.6)分であった。研究対象者全員が学会や院内の勉強会を通じてPICSに関して学習しており、PICSのリスクのある患者へのケア提供をほぼ毎日実施していた。

ICU看護師のPICSの発症を見据えたICUケアに対する認識は、15サブカテゴリーに分類され、さらに<PICSケアの現状><PICSの発症を見据えたケアへの考え><PICSの発症を見据えたケアへの希薄な関心>といった4つのカテゴリーに分類された。<PICSの発症を見据えたケアへの考え>には、【PICSの発症を見据えたケアは必要不可欠】【PICSの発症を見据えたケアより大切なケア】【PICSの発症を見据えることは不必要】【患者の救命が最優先】といった5つのサブカテゴリーが含まれていた。<PICSの発症を見据えたケアへの希薄な関心>には、【ICU退室患者に向かない意識】【ICU看護師のケアはICUの中で完結という意識】といった3つのサブカテゴリーが含まれていた。

ICU看護師が行っているPICS予防・軽減に対する看護実践は、27のサブカテゴリーに分類され、さらに<身心の苦痛を緩和するケア><入院前の生活に近づけるケア><患者の記憶を整えるケア><患者の全身状態を整えるケア><心身の状態を考えた最大限のリハビリテーション><ICU退室後患者をフォローする体制>などの9のカテゴリーに分類された。<心身の状態を考えた最大限のリハビリテーション>には、【主に早期離床をする】【早期からヘッドアップをする】【日常生活の自立を促しながらリハビリをする】【呼吸・循環が不安定な中でリハビリをする】といった9つのサブカテゴリーが含まれていた。

【考察・結論】

本研究のICU看護師の中には、PICSの発症を見据えたケアに対する否定的な考え、他に優先するケアがあるという考え、ICU退室後の患者への関心が希薄な者もいた。PICSは重症疾患を基盤として発症するという点で、ICUでの治療やケアから切り離せないため、こうしたICU看護師へのPICSに関する認識を変化させる教育が重要となる。PICSの予防・軽減のためのICU看護師の看護実践は、身体的リハビリテーションに偏っていた。PICSは身体機能、認知機能、メンタルヘルスの障害が絡みあうことで、患者の回復や社会復帰を困難にし、QOLを低下させる。このためICU入室中から、心身両面からの包括的な早期リハビリテーションを実施する必要がある。

一般演題（口演）

[O7] 看護教育・看護倫理

- [O7-1] PICSアセスメントツールの内容妥当性の検討
○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）
- [O7-2] 集中治療領域における新人看護師の臨床判断の現状と教育支援一対話による省察支援過程の分析からー
○森田 敦子¹（1. 聖路加国際病院ICU）
- [O7-3] CCU配属1年目看護師教育にリフレクションを導入した効果ー心臓血管外科術後入室場面での気づきと学びー
○森泉 あずみ¹、神山 淳子¹、茂呂 悦子¹（1. 自治医科大学附属病院）
- [O7-4] 救命救急センター看護師の仕事に対する意欲を維持・向上できている要因
○吉留 瑞紀¹、楠生 和希¹（1. 日本医科大学千葉北総病院看護部）
- [O7-5] 集中治療室で身体抑制減少にチャレンジした看護師の思考のプロセス
○松本 亜矢子¹、中根 未沙紀¹、横川 千尋¹、辻 千芽¹（1. 金沢大学附属病院）
- [O7-6] A病院 SICU看護師への倫理教育による倫理的行動変容
○山田 裕紀¹、田尾 悠也¹、上野 真菜美¹、栗田 健志¹、木佐貴 尚美¹（1. 広島大学病院SICU）
- [O7-7] わが国におけるクリティカルケア看護師の Moral Distress-質的研究のメタ統合-
○松田 麗子¹、明石 恵子²（1. 名古屋女子大学健康科学部、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科）
- [O7-8] 倫理的問題に対処・行動するために医師・看護師に期待すること
○平井 美恵子¹（1. 東京医科歯科大学医学部附属病院 救命救急センター）
- [O7-9] PICUにおける終末期患者の援助に対する看護師の葛藤と対処
○中根 梨加¹（1. 東京都立小児総合医療センター）
- [O7-10] 臓器提供の意思表示に関する実態と関連要因の検討
○水落 彩香¹、習田 明裕¹（1. 東京都立大学大学院人間健康科学研究科看護科学域）

[O7-1] PICSアセスメントツールの内容妥当性の検討

○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：PICS、看護、ICU

目的：作成した PICSアセスメントツールの項目ごと・項目全体の内容妥当性の検討を行い、内的妥当性を高める。

方法：①対象者は PICSの知識を持つ ICU経験10年以上の看護師と集中治療に関する専門・認定看護師とした。②調査内容は、基本属性と PICSアセスメントツールの各項目を「妥当である～妥当でない」の4段階で回答を求め、項目ごとの妥当性とツール全体の妥当性を確認した。③調査方法は、郵送法による無記名自記式質問紙調査である。④分析方法は、基本属性は基本統計量を求め、Lynnの内容妥当性の定量化の方法を用いて、Content Validity Index: CVIを算出した。先行文献より、項目ごとの妥当性 (I-CVI) は「妥当である、ほぼ妥当である」の割合を算出して 0.78以上を妥当とした。ツール全体の妥当性 (S-CVI) は、0.90以上を妥当とした。⑤本研究は、人間環境大学研究倫理審査委員会の承認を得たのちに、研究協力施設の同意を得て実施した (2019N-001)。対象者に対して自由参加であり、個人が特定されないことなどの配慮を文書で説明した。

結果：19名を分析対象とした。ICU経験平均年数は 10.8 ± 3.4 で、専門・認定看護師は5名であった。PICSアセスメントツールの PICSのリスクに関する項目のうち I-CVIが0.78以下の項目は「70歳以上」「女性」「失業者」「面会がないか週に1～2回」であった。PICS症状のチェックに関する項目のうち I-CVIが0.78以下の項目は「酸素投与下で SpO₂91%以下かベースラインより2%下回り持続」「異常呼吸音がある」「衣類をだらしなく着ている」であった。PICSへの対処に関する項目のうち I-CVI が0.78以下の項目は「ICU日記」であった。

上記の結果から「ICU日記」を残し、I-CVIが0.78以下の7項目を削除した。その結果、PICSのリスクに関する項目9項目、PICS症状のチェックに関する項目30項目、PICSへの対処に関する項目32項目を採用した。S-CVIを算出した結果、S-CVI=0.902であり妥当であるとされる0.90以上を確保した。

考察：対象者は、リスクに関して年齢や性別、職業の有無を問わず、アセスメントの必要性を考えていたといえる。PICS症状のチェックでは、対象者は肺機能障害として患者の PaCO₂の値をより重視していたと考える。「衣類をだらしなく着ている」は、ICUの患者の衣服が処置・観察を行いやすいように院内の病衣であることも推察され、アセスメント項目として妥当ではないと回答したと考える。また、病院の規模・役割による ICUの入退室基準の違いが回答に関係している可能性がある。

PICSへの対処の項目のうち「ICU日記」は I-CVIが0.78以下であった。しかし「ICU日記」は、患者の見当識の把握を助け、不安・抑うつ・PTSD症状を軽減して PICSを予防できる可能性があり、項目として残すこととした。

本研究では、I-CVIが0.78以下の項目のうち「ICU日記」を残し、他の7項目を除外し S-CVIを算出した。その結果、S-CVIは妥当とされる値を確保できており、PICSアセスメントツールは項目妥当性とツール全体の妥当性を確保できたツールと考える。

結論：PICSアセスメントツールは ICUにおいて PICSの早期発見に向けて一定水準以上で把握できることに貢献すると考える。

また、専門家からの意見を反映させてアセスメントツールの修正が必要であり、信頼性を高める必要がある。さらに、今後は ICU内において患者の観察を通して、アセスメントツールの実用可能性を検証することが必要である。

[O7-2] 集中治療領域における新人看護師の臨床判断の現状と教育支援一対話による省察支援過程の分析から一

○森田 敦子¹ (1. 聖路加国際病院ICU)

キーワード：新人看護師教育、臨床判断モデル、省察支援

<背景>

集中治療領域に配属された新人看護師は、学生時代には殆ど経験しない重症患者に対する迅速で多面的な臨床判断能力が求められる。Tanner(2006)の臨床判断モデルは臨床の場における看護師の思考を表現しており、臨床判断モデルに沿って構造化された省察支援による学習者の思考や臨床判断能力の向上が報告されている(Nielsen, Stragnell, & Jester, 2007)。これまでも業務後の振り返りを行うことで能力育成の支援を行ってきたが、より効果的と考えられる臨床判断モデルを枠組みとして用いた対話による省察支援に取り組んだ。

<目的>

臨床判断モデルを用いた対話による省察支援過程から、集中治療領域の新人看護師の臨床判断の現状を明らかにし、臨床判断能力育成のための教育支援の示唆を得る。

<方法>

集中治療領域の新人看護師を参加観察後、新人看護師が臨床判断を行った状況を共有し、臨床判断モデルの「気づき」「解釈」「反応」「省察」に沿って対話による省察支援を行い、内容を記述し分析した。省察支援後の新人看護師に対して、省察支援を受けて感じたことや考えたこと、臨床判断能力育成のための支援方法についてインタビューし、逐語録を分析した。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。

<結果>

期間は2018年8月～9月、対象はA病院心臓血管系集中治療室の新人看護師2名であった。参加観察の結果、新人看護師が臨床判断を行ったのは、患者の血圧変動時、患者の疼痛発生時、患者の尿量増加時、患者の発熱時の合計8事例であった。8事例に対して行った省察支援内容を分析した結果、臨床判断モデルの過程で支援を必要としたのは、「解釈」5事例、「反応」2事例、「行為中の省察」1事例であった。新人看護師は、これまで得た知識や経験を基に臨床判断を行っていたが、初めて直面した状況においては解釈や反応が状況に適しておらず、病態生理学やガイドラインを用いた知識提供や、行為や判断についての助言を受けることで、初めての状況に対する新たな解釈や反応や次の状況への臨床的な学びを得ていた。また、インタビュー調査の結果、新人看護師が認識する臨床判断モデルを用いた省察支援の効果は【自分の思考を系統立てて捉えることができる】【自分と他者の思考の違いを客観的にみられる】【状況を他者と共有できる】【省察が次の状況への臨床的な学びや自信につながる】【他者との対話や自己省察や自己学習の道具となる】であり、対話を用いた省察支援の効果は【自分の思考を他者に伝える場となる】【状況を整理できる場となる】【自分の引き出しを広げる場となる】であった。

<結論>

臨床判断モデルを用いた対話による省察支援により、新人看護師の臨床判断の過程や新人看護師が必要とする支援内容や方法を新人看護師と他者とで言語化し共有することが可能となり、集中治療領域における新人看護師の臨床判断能力の育成支援につながることを示唆された。

[O7-3] CCU配属1年目看護師教育にリフレクションを導入した効果—心臓血管外科術後入室場面での気づきと学び—

○森泉 あずみ¹、神山 淳子¹、茂呂 悦子¹ (1. 自治医科大学附属病院)

キーワード：リフレクション、気づき 学び、看護師教育

【目的】

CCU配属1年目看護師（以下1年目看護師と称す）の教育プログラムは、オリエンテーションやシミュレーション、勉強会、指導看護師との日々の振り返りで構成されている。しかし、振り返りは業務内容の確

認や反省に留まっており1年目看護師の看護実践能力の成長に繋がられていなかった。そこで、2018年度からリフレクションを導入した。今回は、1年目看護師が不安や緊張、苦手意識を表出することが多い「心臓血管外科患者の術後入室場面」についてリフレクションを行い、得られた気づきと学びを明らかにした。

【方法】

研究同意が得られた1年目看護師2名（A看護師、B看護師）を対象とし、プライバシーが確保される個室でリフレクションを行った。対象者のペースや考えを尊重し、共感的・支持的姿勢で傾聴しながら、必要に応じて表出を促した。会話は同意を得てICレコーダーに録音して逐語録を作成し、気づきと学びについて質的帰納的に分析した。分析の信頼性と妥当性を高めるため研究メンバーで繰り返し検討した。本研究は、所属大学病院倫理審査委員会の承諾を得て実施した。

【結果】

リフレクションの時間は平均56分であった。A看護師は、術後出血の事例のリフレクションを行い「自分は焦ってしまうタイプだが、医師や先輩看護師の助言を受けながら、パラメータや採血データの観察ができ、輸血や薬剤の調整の必要性が考えられた」という語りから【困難な場面の経験が自己の成長に繋がっている】という気づきを得ていた。また「自分は知識量を増やすための勉強は苦手な実践で知識を獲得するタイプだが、医師や先輩看護師の助言で自己の学習不足を痛感した」と繰り返し表出し【経験からの知識の習得には限界があり、学習は大切だ】という学びを得ていた。B看護師は、術後覚醒による血圧上昇で出血が増加した事例のリフレクションを行い「術後合併症は知っていたが、覚醒による血圧の上昇をアセスメントできなかった」と繰り返し表出し、【知識として知っているだけでなく実践から学ぶことも重要である】という気づきを得ていた。また「自分は医師に報告するのが苦手だが、術後の異常を発見し医師に報告し対処したことで、悪循環が断ち切れた」と語り【報告は苦手だが、患者の危機を回避するためには報告は重要】という学びを得ていた。さらに「知識不足のために、医師の指示を理解できず指示の確認もできなかった」と振り返り【知識不足があると患者に適切な看護実践ができない】という学びを得ていた。

【考察】

A・B看護師共に、リフレクションにより自己の性格や学習スタイル、自己の苦手な部分に対する気づきを得ていた。この気づきが、自己の考えや看護実践が正しいか吟味し判断する批判的思考力を高め、苦手意識を克服し報告や学習する重要性を学ぶ自己啓発力に繋がっていた。そして、内発的動機付けとなり看護師としての行動変容をもたらし、さらなる成長に繋がると考える。武藤らは、効果的なリフレクションの促進には先ず「聞くことの保証」が与えられることが必要¹⁾と示している。今回のリフレクションでは、1年目看護師に対する態度や環境に配慮し、支持と傾聴に努めたことで、「聞くことの保証」が提示でき、内発的動機づけとなる気づきや学びが得られたのではないかと考えた。

【引用文献】

1) 武藤雅子, 前田ひとみ: 新人看護職に対する複数回の臨床体験のリフレクション支援の効果, 日本看護科学会誌, 36, p.85-92, 2016

[O7-4] 救命救急センター看護師の仕事に対する意欲を維持・向上できている要因

○吉留 瑞紀¹、楠生 和希¹ (1. 日本医科大学千葉北総病院看護部)

キーワード: 救命救急センター、意欲、維持・向上

[はじめに]ストレスが健康状態に影響を与える関係性については首尾一貫感覚（SOC）が注目されている。本研究ではA病院の救命救急センターで働く看護師の前向きな思考に目を向け、仕事に対する意欲が維持・向上できている看護師の問題解決方法における特徴を捉え、SOC高値の要因について調査したので報告する。[目的]A病院の救命救急センターで働く看護師の前向きな思考に目を向け、SOC高値の要因について調査し、ストレスへの対処方法や、困難をどのように乗り越えてきたか、仕事に対する意欲を維持・向上できている要因を明らかにする。[研究方法]救命救急センターの看護師32名を対象に、SOCスケールを使用し調査する。SOCスケールの上位

5名に対し半構成面接を実施する。半構成面接で得た逐語録をもとにカテゴリー化し、救命救急センターの看護師の仕事に対する意欲を維持・向上できている要因を抽出する。[倫理的配慮]本研究は調査用紙に整理番号を付け、関わりのない第三者が番号表を管理しながら集計し、個人の判別がつかないように工夫するという方法で、A病院倫理委員の承認を得て実施した。(承認番号764)[結果]SOC調査用紙の回収率は84%で、上位5名は7～9年目1名、10年目以上3名、1～3年目が1名であった。全体平均得点51.7 (SD:12.4) となり、半構成面接では11個のカテゴリーと23個のサブカテゴリーが得られた。[考察]看護師としての在り方や倫理的な問題など様々な葛藤がある中で、SOCを高く維持・向上できるという事は、その葛藤している内容を上回れるほどのポジティブな考えや、乗り越えられるきっかけがあるのたど考えられる。Q5『日々の業務の中で本来ならば感じてはならない、感じたくないような感情を抱くことはありますか』に5名全員があると回答し、【マイナス感情との葛藤がある】のカテゴリーが得られ、SOC低下に影響すると考えられた。SOCには把握可能感、処理可能感、有意味感という3つの下位概念があり、SOCの高低に影響している。Q4『日々の業務であなたに喜びや満足を与えてくれるものは何かありますか』では【自分の成功体験を感じた時】のカテゴリーで何とかなる、何とかやっつけられるという処理可能感が高まっていた。またQ7『救命救急センターの看護師としてやりがいや達成感を感じていますか』では【自分自身が良い結果を感じたとき】のカテゴリーで、自分自身をプラス面で評価でき有意味感を感じることで、マイナス感情との葛藤を上回る結果に影響したと考える。その他Q6『業務の中で、自制心を保てなくなりそうとき、どのように対処していますか』では【メンタルコントロールが無意識に出来ている】のカテゴリーでは、自制心を保てなくなることは無いという結果であった。経験値が備わっていることで冷静に行動ができ、把握可能感が向上していると考えられる。また、各々が働いている意味をしっかりと把握し、自分の成長のためだという有意味感を感じていることが分かった。Antonovskyは、有意味感を最も重要な概念と考えており、SOC上位5名にも共通していることだと考える。さらに、SOCが形成されると言われている30歳頃までに介入が出来れば、仕事に対する意欲が低下することなく乗り越えていけるのではないかと考える。[結論]本研究では、経験年数とSOCが比例して高くなる結果となり、SOC高値に影響を与える内容が抽出された。しかし、どのようにしてSOCが高値となる要因を習得したのか解明されておらず本研究の限界であり、今後探求していく。[引用参考文献]1. アーロン・アントノフスキー著,山崎喜比呂,吉井清子監訳, 健康の謎を解くストレス対処と健康保持のメカニズム,有信堂,東京,2001

[O7-5] 集中治療室で身体抑制減少にチャレンジした看護師の思考のプロセス

○松本 亜矢子¹、中根 未沙紀¹、横川 千尋¹、辻 千芽¹ (1. 金沢大学附属病院)

キーワード：集中治療室、身体抑制、思考

<目的>

集中治療室(Intensive Care Unit 以下ICU)で身体抑制減少にチャレンジした看護師にどのような思考の変化があったか、その思考の変化に至るまでのプロセスを明らかにすることを目的とした。

<方法>

半構成的面接法を用いた質的記述的研究である。調査期間は2019年5月から6月である。A病院ICUで身体抑制減少にチャレンジした2016年以前からICUに在籍している看護師15名を対象に、身体抑制減少にチャレンジしたことでの思考の変化に関する質問を行った。分析は木下の修正版グラントッド・セオリー・アプローチの手法を用いて行った。本研究は所属施設の医学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

<結果>

看護師の思考の変化を明らかにする過程で、対象者が身体抑制減少に向けた取り組みを経て『患者へ最善の看護を提供するための方法を探求する』ことが見出されたため、このプロセスを分析テーマとした。分析結果から14個のカテゴリ(【】で示す)が生成された。【違和感を覚えながらも患者の生命の安全を守るために当たり前のようにしていた身体抑制】から始まり、取り組み当初は【身体抑制をなくすことはICUでは実現不可能】と感じていた。しかし、看護部の一員として【身体抑制をなくすことを達成するプレッシャー】を感じるため【抑制帯の代

わりに傍で見守る自分】がいた。その過程で【直に伝わる苦痛や欲求から気づく身体抑制していた時の患者の気持ち】や【看護師同士の語りの積み重ねから生まれた患者の行動の意図を考えてみる気持ちの芽生え】があり、【患者の些細な仕草から考える看護の視点】が生まれた。【身体抑制なしで患者の生命の安全を守ることから生まれるジレンマと困難感】と【身体抑制に頼らず患者ケアを重ねることで生まれたチームの一体感と成果の実感】を何度も繰り返し感じながら、【目的ではなく身体抑制をなくすことの看護としての意味づけ】に至った。しかし、今も【余裕がない状況で露わになるジレンマと負担感】と【患者に向き合う中で得られる看護の充実感と育まれたチーム力】を感じながら【患者へ最善の看護を提供するための方法の探求】をするというプロセスを示していた。このプロセスの根底には【自己抜去されるのではないかという怖さ】が常にあった。

<考察>

患者へ最善の看護を提供するための方法を探求するプロセスにおいて、ICUで身体抑制減少にチャレンジした看護師には【身体抑制なしで患者の生命の安全を守ることから生まれるジレンマと困難感】と【切迫した状況で露わになるジレンマと負担感】の2つのジレンマが存在していた。特に後者は生命維持装置を使用する患者が入室するICUで生じる特徴的なジレンマである。しかし、看護の成果の実感や充実感を得る中で、これらのジレンマを乗り越えながら、看護ケアの手応えを感じ、身体抑制をしないことを目的ではなく看護として意味づけ、患者へ最善の看護を提供するための方法を探求していた。そのため、自ら行った看護ケアが成果に結びついたと実感したり看護の充実感を得ることができるよう成果を共有する機会をもち、看護の専門性への追求を支援することが重要であると考え。また、看護の成果の実感や充実感と共に、チームの存在があった。チームの存在が看護の可能性や、やりがい、達成感を感じることに繋がっており、また、看護師の思考の変化と共にチームとしての成長があり、これらは相互作用していた。ゆえに、看護師同士が成功体験や悩みを語り合い共有する機会をもつこと、医師との連携がうまくとれるよう調整することが重要であると考え。

[O7-6] A病院 SICU看護師への倫理教育による倫理的行動変容

○山田 裕紀¹、田尾 悠也¹、上野 真菜美¹、栗田 健志¹、木佐貫 尚美¹ (1. 広島大学病院SICU)

キーワード：倫理的行動、倫理教育

【目的】

倫理教育によって倫理的感受性は高まるとされているが、倫理的行動がどう変化するか調査した研究はない。本研究の目的は、自部署独自の倫理教育の効果として対象者の倫理的行動の質変容を調査することである。

【方法】

研究デザイン：尺度測定による前後比較研究

対象：A病院 SICUに勤務する看護師長を除く看護スタッフ全員

期間：2019年10月1日～2020年1月31日まで

調査内容：看護師経験年数および永野らが開発した『看護師としての倫理的行動自己評価尺度』31項目。選択肢は頻度を問う「いつもそうである（4点）」～「ほとんどそうでない（1点）」の4件法で、最高点は124点。事前に関係者の許可を得て使用した。

調査方法：調査期間中に倫理に関する教育プログラムを段階的に実施し、その前後に測定具を用いてデータを収集した。教育プログラムは、自作の自由回答式アンケート調査から得られた質的記述データ（過去に体感した倫理的ジレンマ、自部署で起こり得る倫理的問題の認識、倫理に関する学習ニーズ）をもとに作成し、それぞれ異なるテーマで合計3回実施した。また、事例を要所で取り入れ、ディスカッションを含む勉強会形式とし、勤務時間内を利用して各15～30分程度で対象者全員に実施した。

分析：基本統計量（看護師経験年数は平均値±標準偏差、その他は中央値〔最小値－最大値〕で示す）を算出後、統計学的検討として Mann-Whitneyの U検定を行い、 $p<0.05$ を有意とした。

倫理的配慮：所属施設の倫理審査委員会の承認を得た上で行った（承認番号第2019025号）。対象者へ配布した各調査用紙には、調査の趣旨・目的に加えて、匿名性の確保、結果の公表などを説明し、調査用紙の回収をもって本調査研究への同意とした。

【結果】

倫理教育前（pre群）は26名（回収率90%）、倫理教育後（post群）は22名（76%）であり、有効回答率は両群とも100%であった。看護師経験年数はそれぞれ 8.24 ± 6.93 歳、 8.80 ± 7.18 歳であった。尺度31項目の合計得点はpre群：94.5 [79-116] 点、post群：101.5 [79-118] 点（ $p=0.078$ ）で、両群間に有意な差はみられなかった。項目別では、「患者・家族の不安や疑問が医師に伝わるよう代弁する」の項目でpre群：3 [1-4] 点、post群：3 [2-4] 点（ $p=0.02$ ）、「治療への疑問は医師と話し合い、疑問の解消できた治療を実施する」の項目でpre群：3 [1-3] 点、post群：3 [2-4] 点（ $p=0.017$ ）とpost群が有意に高かった。

【考察】

本研究で用いた測定具は、看護の対象者の特性や看護場面を限定することなく、病院に勤務する看護師が倫理的行動の自己評価に活用可能な尺度である。今回実施した倫理教育プログラムは、倫理原則など基本的な内容を含むものの、クリティカル領域における終末期に関連した考え方やケアを主にした内容であったため、日々の職務活動における倫理的行動全般の質向上には至らなかった。しかしながら、終末期の判断や患者・家族の意思の反映が容易とはいかないクリティカル領域において、有意差の認められた2項目は、看護師のアドボケーターとしての役割や最善の治療提供に向けた倫理調整につながる行動と言える。また、これらは『集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針』に基づく重要なケアであり、自部署で行った倫理教育が効果的にはたいたものと評価できる。

今後の課題は、倫理教育の手段・内容の再考と継続、そして倫理的行動による患者・家族のアウトカムを併せて調査することである。

[07-7] わが国におけるクリティカルケア看護師の Moral Distress-質的研究 のメタ統合-

○松田 麗子¹、明石 恵子²（1. 名古屋女子大学健康科学部、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科）

キーワード：Moral Distress、クリティカルケア看護師、メタ統合

【目的】 Moral Distressとは看護師が倫理的に適切な行動が必要であるのに、様々な制約により信念や価値観を妥協しなければならず、適切な行動ができないときに起こる心理的苦悩である。Moral Distressは看護師の陰性感情を引き起こし、仕事における達成感や患者ケアの質、および職務満足度を低下させ離職への影響が問題となっている。そこで本研究は、わが国におけるクリティカルケア看護師のMoral Distressの様相を質的研究のメタ統合により明らかにすることを目的とした。

【方法】 クリティカルケア領域における看護師のMoral Distressについて、医学中央雑誌web版を用いて検索した。検索対象の年代を限定せず、キーワードは「集中治療」「救急」「クリティカルケア」「ICU」「Moral Distress」「モラルディストレス」とした。しかし、クリティカルケア看護師のMoral Distressに焦点を当てた文献がなかったため、「困難」「道徳」「倫理」「苦痛」を加え再検索した。その中から倫理的問題について記述されていないものや量的研究を除外し、研究の焦点や研究成果より看護実践や体験について詳細に記述されている文献を選定した。分析方法は、Patersonらのメタ統合の手法に準拠した。対象文献を精読して、①倫理的な状況において看護師が適切だと考える行動や出来事の記述、②適切な行動ができなくなった時に看護師が感じた制約の記述、③①と②によって生じた心理的苦悩の記述、を抜き出し表にした。①②については、それぞれの記述から読み取れる現象を一文にしてコードとし、意味内容の類似性に着目してカテゴリ化した。③については、文脈の意味を損なわないよう苦しい気持ちを一言にして抽出した。そして、①②③の関係を検討し、Moral Distressの様相を図解で示した。なお、倫理的配慮として公表された文献のみを対象とした。また、カテゴリ化のプロセスでは共同研究者間で一致をみるまで討議を繰り返すことにより、信頼性・妥当性の確保に努めた。

【結果】 対象となった文献は8文献であった。それぞれの文献を分析し統合した結果、クリティカルケア看護師のMoral Distressの様相が明らかになった（図1）。

【考察】 クリティカルケア看護師のMoral Distressは、患者の生命維持と患者・家族の尊厳、看護の質の向上などの看護師が考える適切な行動が、クリティカルケアを必要とする患者、看護師自身、医療従事者、医療体制の状

況による制約によって妨げられた時に生じていた。

[O7-8] 倫理的問題に対処・行動するために医師・看護師に期待すること

○平井 美恵子¹ (1. 東京医科歯科大学医学部附属病院 救命救急センター)

キーワード：倫理的問題、救命救急センター、医師と看護師

【はじめに】 A病院 ER-ICUでは、看護師の倫理チームが中心となり、カンファレンス開催などを通じ、倫理的問題を語る機会を設けてきた。その中で、患者や医師からの情報不足や患者自身の意思確認の困難さから、治療内容や患者のQOLに関連し「医師と看護師間で認識にずれを感じる」という意見が挙がっていた。患者にとって最善の医療を提供するためには、医師・看護師それぞれに期待することを知り、連携・協働することが重要であると考えた。

【目的】 医療チームとして倫理的問題に対処・行動するために医師・看護師に期待することを明らかにすることを目的とした。

【方法】 対象者は、2018年～2019年3月31日までにA病院救急科に所属し、医局長より推薦され同意の得られた医師5名とER-ICUに所属し、2017年ラダーⅠ～Ⅴから各2名の同意の得られた看護師10名が本研究に参加した。調査内容は「倫理について」「チーム医療」「医師・看護師の協働・連携」とし、半構成面接を実施した。同意を得て、録音されたデータから逐語録を作成し、「期待すること」について抽出し、コードを作成した。誰が、誰に対し期待することかでコードを分類し、その後内容の類似性に基づきカテゴリ化を行った。本研究は、所属大学倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】 「期待すること」について、以下、【分類】《カテゴリ》〈コード〉を用いて示す。〔医師が医師へ〕〔医師が看護師へ〕〔看護師が医師へ〕〔看護師が看護師へ〕〔チームとして〕の5つに分類された。医師、看護師は互いにコミュニケーションの充実を期待していた。医師は看護師に対し〈患者背景を知っているため連携をして欲しい〉〈患者本人の言葉を拾って欲しい〉など《患者・家族の情報発信やサポートをして欲しい》と期待していた。看護師は看護師に対し、《患者・家族の仲介役》となり《インフォームド・コンセント（以下、I.C）の調整や共有をすると良い》と答えていたが、看護師は医師に対し〈中立的なI.C〉や〈わかりやすいI.C〉を期待し、《患者・家族の対応をして欲しい》答えていた。チームとして、《情報共有をする》や、《同じ思い、同じ方向を向いて役割分担をする》と良いと答えていた。

【考察】 救急領域では、突然の発症や刻々と変化する患者を前に動揺し、時間的猶予がないために、医療者主導のI.Cになりやすい。看護師は、医師に対し〈中立的なI.C〉〈わかりやすいI.C〉を期待しており、医師と患者・家族間の病状理解や治療内容についての認識のずれを感じていると思われる。医師は看護師に対し、患者のQOLや意思についての情報発信を期待していた。医師・看護師ともにチームとして連携・協働するために、情報共有を期待しており、コミュニケーションに改善の余地があると感じる。意思決定支援においてチームでの判断や話し合いのプロセスが重要であるとされている。カンファレンスなどで医師は、《情報共有》や《同じ思い、同じ方向を向いて役割分担をする》ことを期待し、看護師は他職種との連携を期待していた。医師はチーム医療のリーダー、看護師はコーディネーターの役割を担うと言われている。他職種と関わる機会が多い看護師は《患者・家族の仲介役》だけでなく、チーム医療の調整役として役割を果たすことが期待される。他職種とともにカンファレンスの目的や目標を共有することは重要であり、倫理的問題に対処・行動するための方策であると考えた。患者の入退室の多さ、時間やマンパワー不足の中で、医師・看護師が期待する役割を互いに発揮するための環境を整えることが今後の課題である。

[O7-9] PICUにおける終末期患者の援助に対する看護師の葛藤と対処

○中根 梨加¹ (1. 東京都立小児総合医療センター)

キーワード：PICU、終末期患者、看護師の葛藤、対処

I はじめに

A病院 PICUでは、集中治療から終末期医療への転換が考えられる患者に対し、医師と看護師が合同カンファレンスを開いて情報共有を行っている。しかしそれでも葛藤を抱え援助に当たることもあり、それぞれが抱える葛藤内容と対処方法を明らかにしたいと考えた。

先行研究では終末期医療へと転換した患者・家族との関りの中で看護師が抱く葛藤の概要は明らかになっているが、具体的な葛藤と対処方法は不明である。

II 研究の目的

PICUの看護師が終末期患者の援助に対して抱く葛藤と対処方法を明らかにする。

III 研究方法

2019年8～9月、A病院 PICUで終末期にある患者を受け持った際に葛藤を経験したことのある、PICUクリニカルラダーⅢ以上（実務経験3年以上）である者10名に半構造的面接を行ない、質的帰納的に分析を行った。面接内容から逐語録を作成し、「終末期にある患者に対し看護師が抱いた葛藤」と「葛藤に対する対処方法」を抽出してコード化し、サブカテゴリ、カテゴリへと抽象化した。カテゴリ間の関係を検討し図式化した。

IV 倫理的配慮

本研究はA病院倫理委員会の承認を得て実施した。

V 結果

1. 終末期患者の援助に対する看護師の葛藤

8つの[サブカテゴリ]が抽出され、それらは3つの【カテゴリ】にまとめられた。

(1) 【子どもへの看護ケアが十分に行えないこと】

このカテゴリには[子どもに看護ケアを優先したいが、集中治療を優先しなければならないこと][子どもの状況から終末期を考慮する時期と考えるが、医師が治療を提案していること]の2つのサブカテゴリが含まれる。

(2) 【子どもへの意思確認が十分に行えないこと】

このカテゴリには[子どもの意思確認をしないで、集中治療を行わなければならないこと][子どもに本当のことを伝えなければならないのに、主治医と家族の意向で伝えられないこと]の2つのサブカテゴリが含まれる。

(3) 【子どもの意向を十分に尊重しづらいこと】

このカテゴリには[子どもにとっては無益だと思うが、家族の治療に対する意思決定を支持しなければならないこと]などの4つのサブカテゴリが含まれる。

2. 葛藤に対する対処

5つの[サブカテゴリ]が抽出され、それらは2つの【カテゴリ】にまとめられた。

(1) 【自分から周りにアプローチをする】

このカテゴリには[医師へ今後の方針を確認する]などの3つのサブカテゴリが含まれる。

(2) 【自分の気持ちをコントロールする】

このカテゴリには[子どもの経過を振り返る][時間の経過を待つ]の2つのサブカテゴリが含まれる。

VI 考察

1. 他職種・他組織との関わりで感じる葛藤

医師は客観的なデータ等から終末期医療の実施を判断するのに対し、看護師は子どものQOL等を優先して終末期医療を考える。そのため、終末期への移行が考えられ始めた段階から医療者の意思統一が必要と考える。

一般病棟から転入した子どもの場合、十分な説明が行われずまま治療が行われていることが葛藤の要因になっている。子どもが意思決定できるように、病棟間で情報共有することが必要と考える。

2. 家族との関わりで感じる葛藤

家族は効果を期待して治療を希望するため、看護師は子どもの状態と家族の意思決定のギャップに葛藤する。看護師は、同じような葛藤を体験した者と情報共有し、子どもと家族へ対応していくことが必要と考える。

3. 葛藤への対処と支援

日頃から他職種・他組織と情報共有することは、お互いの考えを理解する上で有効な対処方略になると考える。また、看護師は葛藤の原因を認識することで、物事の捉え方を変化させ、新たな対処方法を模索していくことができると思う。

[O7-10] 臓器提供の意思表示に関する実態と関連要因の検討

○水落 彩香¹、習田 明裕¹ (1. 東京都立大学大学院人間健康科学研究科看護科学域)

キーワード：臓器提供、臓器移植、意思表示

【目的】日本における脳死下臓器提供は、本人の意思が不明な場合には、近親者の承諾で提供が行える“拡大された” オプト・イン方式を採用している。実際その多くが、脳死ドナーとなった本人の意思が分からずに、家族の判断によって行われている。脳死状態となる時は唐突に訪れることが多く、本人の意思が不明のまま代理意思決定を求める際の家族の苦悩、心的負担は図り知れない。生前の意思表示をもとに家族が判断をすることができれば、患者の意向を最優先に尊重したケアを実践する手段のひとつとなり、医療者にとっても患者、家族と共に行う最善のエンド・オブ・ライフケアに繋がるのではないかと考えられる。また、クリティカルケアに携わる看護師が、救命が最優先される中で、臓器提供の意思表示について死を前提としたものではなく、あくまでも患者の臓器提供の意思表示を支えることが患者とその家族のそばに寄り添う権利擁護者としての役割ではないかと考えられる。そこで、本研究の目的は臓器提供意思表示に関する実態と関連要因を検討し、明らかにすることである。

【方法】自動車教習所に通所し、運転免許証の取得を目的としている利用者を対象に全53問の無記名自記式質問紙調査を行った。分析は、各設問の基本統計量の記述統計の算出、【臓器提供の意思表示】を従属変数とした単変量解析、関連項目の因子分析、関連要因の検討の順で行った。なお倫理的配慮として、研究諾否によって運転免許講習並びに運転免許取得等に影響はなく不利益を被らないことを説明した。また本研究は、所属大学研究倫理委員会において審査を受け、承認を得てから実施した。

【結果】自動車教習所3施設に配布し、228人(回収率87.7%)から回答が得られ、1部を無効回答とした227人(有効回答率99.6%)を分析対象とした。臓器提供の意思表示の方法は、78.9%が既知だったが、実際に意思表示を記入している人は11.6%であった。しかし、運転免許証を取得した後は60.4%が意思表示をすると回答した。【臓器提供の意思表示】を従属変数、『個人属性』『意思表示に対する考え方』『臓器移植医療に対する考え方』『医療に対する信頼性』『脳死に対する考え方』『死生観』のカテゴリーの各設問を独立変数として単変量解析を行った結果、3つのカテゴリーで関連が見られた。関連があった項目と仮説をもとに探索的因子分析を行ったところ、《臓器移植医療に対する肯定的態度》《臓器移植医療に対する積極的関心》《意思を表明することへの不安》の3因子が抽出された。3因子と有意な関連があった質的データの「周囲に臓器提供の意思表示をしている人はいるか」の4変数を説明変数としカテゴリカル回帰分析を行った結果、分散の30.5%が説明された。《臓器移植医療に対する積極的関心》($\beta = .247, p < .001$)、《意思を表明することへの不安》($\beta = -.414, p < .001$)、「周囲に臓器提供の意思表示をしている人はいるか」($\beta = .171, p < .01$)と関連が見られ、《臓器移植医療に対する肯定的態度》($\beta = .114, n.s.$)のみ関連が見られなかった。

【考察】対象者の78.9%が臓器提供の意思表示の方法を知っているにもかかわらず、そのうちの約70%が自らの意思表示をしていなかった。一方、自らの意思を考える機会を設け、一人ではなく自分の身近な人と共に考える時間をつくるのが意思表示と関連することが示された。運転免許証の取得は臓器提供の意思表示について考える契機となり、“臓器提供したい、もしくはしたくない”という意識が、“臓器提供の意思表示をする”という行動へ移せるきっかけになることが示唆された。

一般演題（口演）

[O8] エンドオブライフケア

[O8-1] 集中治療室における終末期医療に関わる看護師の困難感 ～積極的治療から終末期医療への移行の時期に焦点をあてて～

○浅見 綾¹、水戸 優子²（1. 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部保健福祉学博士前期課程看護学領域、2. 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科基礎看護学）

[O8-2] クリティカルケア領域における終末期代理意思決定支援の専門的実践に関する実態調査

○松波 由加¹、山勢 博彰²、田戸 朝美²（1. 山口県済生会山口総合病院、2. 山口大学）

[O8-3] 救命困難となった SAH患者家族の受容を支えるエンドオブライフケア

○永友 舞¹（1. 医療法人医誠会 医誠会病院）

[O8-4] 当院集中治療室における終末期医療の現状

○平川 しのぶ¹、太田 典子¹、松尾 和¹、立石 奈己¹（1. 佐世保市総合医療センター）

[O8-5] 急性重症患者看護 CNSがエンド・オブ・ライフにあると認識する慢性重症疾患患者の思いを引き出す看護実践

○谷山 寶¹、北村 愛子²、大江 理英²（1. 大阪市立大学医学部附属病院、2. 大阪府立大学大学院看護学研究科）

[O8-6] オンコロジックエマージェンシーで死にゆく患者と家族のケアに対して集中治療看護師が感じる困難

○奥井 久美子¹、北村 愛子²、大江 理英²（1. 大阪国際がんセンター、2. 大阪府立大学大学院看護学研究科）

[O8-7] 患者・家族の希望に寄り添い ICUから自宅退院し抜管した終末期患者への意思決定支援

○岩尾 知佳¹、上野 沙織¹（1. 京都第二赤十字病院）

[O8-1] 集中治療室における終末期医療に関わる看護師の困難感 ～積極的治療から終末期医療への移行の時期に焦点をあてて～

○浅見 綾¹、水戸 優子² (1. 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部保健福祉学博士前期課程看護学領域、2. 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科基礎看護学)

キーワード：ICU、終末期医療、移行、困難感、看護師

【背景・目的】

集中治療室（ICU）は、救命の場であり積極的治療が優先されるが、死を迎える患者もいる。そのような環境下で2014年に「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～3学会の提言～」が出され、看護師も医療チームの一員として終末期医療の判断に関わる必要性が謳われた。本ガイドラインが出されて5年を経た現在、ICUでの終末期医療への移行に伴う看護師の困難感に変化したのかを明らかにしたいと考えた。本研究の目的は、ICUにおいて積極的治療から終末期医療への移行に関わる看護師の困難感を明らかにすることである。

【方法】

本研究は、質問紙調査法を用いた量的記述的研究である。対象施設は、関東圏内の2次、3次救急（ICUが6床以上）を行う計170の病院とした。対象者は、対象施設毎に看護師長1名と看護師4名（ICU経験年数3年目以上、かつリーダー又はプリセプター経験がある）の計850名である。調査期間は、2019年7月～8月である。質問紙は、先行研究を参考にし、研究者間での討議を重ねて自作で作成した。調査内容は、①対象者の属性、②ICUでの看取りの経験と困難感の有無と内容、③ICUにおける終末期医療への移行に関わる介入の経験の有無と終末期医療への関心の程度について多肢選択と自由記載である。研究依頼を看護部長に行い、承諾を得た後に看護師長経由で看護師に質問紙と返信用封筒の配布を行った。

本研究は、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号第17-13）を受けて実施した。依頼文書には、研究目的、自由意思による研究参加、匿名性の確保、同意頂けない場合も不利益はないこと、公表の方法について説明した。なお、質問紙の投函をもって、本研究への同意とみなした。

【結果】

対象者からの質問紙の回収数は206件（有効回答率24.2%）であった。ICUで患者の看取りを経験した看護師は199人(96.6%)であり、終末期への移行に伴って困難感を感じたことがある看護師は、189人(94.0%)であった。また、困難と感じなかった看護師は11人(5%)であった。困難感の内容（10項目の選択式、複数回答可）のうち、回答数の上位3項目は、「環境を整えるのが難しい」「患者の意思に沿った死の迎え方が難しい」「家族が死への受容ができない」であり、先行研究と類似した結果であった。一方、最も困難であった場面として挙げられたのは、「医師との連携がとりづらい」、「終末期への移行の時期の判断が難しい」、「家族が死への受容ができない」であった。この、最も困難であった場面の自由記載について内容分析を行ったところ、222コードが抽出され、＜治療か看取りかの迷い＞＜医療チームとの連携のしづらさ＞、＜最期まで治療が優先への疑問・戸惑い＞、＜看取りの為の物理的環境の不足＞の4つのカテゴリーに分類された。

【考察・結論】

本研究の対象者である看護師のほとんどがICUにおいて看取りを経験しており、また、終末期への移行に伴って困難感を感じていた。この結果をガイドラインが出される前の先行研究と比較すると、困難感が増加傾向にあると考えられた。これは5年を経てガイドラインに基づき看護師も終末期医療の医療チームの一員として、治療方針の検討や意思決定に参画しているのではないかと考えられる。困難感の内容分析でみると、迷い、疑問・戸惑いなどの感情の揺れや、目指す援助のしにくさが挙げられており、これらに看護師が対処していくためには、終末期医療における思考・判断力を育成する環境の整備が必要と考えられた。

[O8-2] クリティカルケア領域における終末期代理意思決定支援の専門的実践に関する実態調査

○松波 由加¹、山勢 博彰²、田戸 朝美² (1. 山口県済生会山口総合病院、2. 山口大学)

キーワード：終末期の代理意思決定支援、実態調査、急性・重症患者看護専門看護師

背景：クリティカルケア領域の終末期における代理意思決定者は精神的危機状態に陥ることがある。ただし、意思決定に関与することが患者の看取りに対する満足度を高めることにも繋がるため、終末期における代理意思決定支援は重要である。しかし、これらの支援は危機状態の家族に対して時間的制約がある中で行わなければならない、専門性の高い実践能力が求められるため、看護師は支援提供に対して困難さを感じている。そのため、様々なケア指針が発表されたが、臨床でどのような支援が行われているかは明らかになっていない。

目的：クリティカルケア領域における終末期代理意思決定支援の専門的実践の実態を明らかにする。

方法：研究デザインは自記式質問紙による実態調査研究で、対象は専門的な看護実践を行う者として国内の急性・重症患者看護専門看護師205名とした。本研究は所属大学の倫理審査委員会の承認後に実施した。調査項目は、基本属性と日本クリティカルケア看護学会・日本救急看護学会より発表された「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」より代理意思決定支援を示す【代理意思決定者の把握】【意向の把握】【医療チーム状況の把握】【医療チームの支援体制づくり】【環境の調整】【状況理解を促す支援】【情緒的支援】【決定後の反応の観察と心理的ケア】の8つのカテゴリーを基に具体的な看護実践状況を評価する36個の項目で構成した。項目の評価は「よくしている：5点」から「ほとんどしていない：1点」までの5段階とした。分析方法は統計学的分析と因子分析、クラスター分析を行った。

結果：有効回答は72名（有効回答率35.1%）であった。全36項目のうち、最も多く「よくしている」と回答した項目は「患者との続柄を家族に確認している」（63名、87.5%）であった。8つのカテゴリーのうち平均値が最も高かったのは【代理意志決定者の把握】（平均値=4.57, SD=0.40）であった。基本属性の所属部署別の比較では、「ノンクリティカルケア領域」群よりも「クリティカルケア領域」群の方が、【代理意志決定者の把握】（ $p=0.049$ ）と【意向の把握】（ $p=0.036$ ）が有意に低かった。因子分析では、6つの因子が抽出された。その因子を用いたクラスター分析では、《患者にとっての最善の探求》《看護チームによる情緒的支援》《ICの調整》《家族の意向の把握》で構成されるクラスターと《終末期におけるチームアプローチ》と《支援の方向性の共有》で構成されるクラスターの2つの階層構造が明らかになった。

考察：【代理意思決定者の把握】のカテゴリー平均値が高く、「患者との続柄を家族に確認している」の実践度合いが高かったのは、それらが終末期ケアに限らず、家族看護として普段よりよく行われている看護実践であるためだと考える。クリティカルケア領域で【代理意思決定者の把握】と【意向の把握】の平均値が低かったのは、それらの領域では時間的制約がある中で代理意思決定者を把握し、精神的動揺を抱えた家族から意向を把握することに困難さがあることが示唆された。クラスター分析で分類された《患者にとっての最善の探求》から始まる4因子と《終末期におけるチームアプローチ》《支援の方向性の共有》の2因子による構造からは、代理意思決定支援には看護師によるベッドサイドでの直接ケアを行いながらICを調整し、意向を把握する支援と医療チームによる支援の2つの側面があることが示された。代理意思決定支援の階層構造から得られた情報を活用することで、高い専門性が求められる患者・家族への支援を強化することができると思われる。

[O8-3] 救命困難となった SAH患者家族の受容を支えるエンドオブライフケア

○永友 舞¹ (1. 医療法人医誠会 医誠会病院)

キーワード：エンドオブライフケア、グリーンワーク、救命救急センター

【目的】

クリティカルケア領域で遭遇する死別は時間的猶予がないこと、予期せぬ急な死であることが多い。事例を振り

返ることでクリティカルケアにおけるエンドオブライフケアの質向上を目指す。

【方法】

回顧的事例研究。倫理的配慮は家族に口頭で学会発表することに許諾を得、看護部の審査で承認を得た。

【事例】

50代男性、維持透析患者。職場で倒れ緊急搬送された。SAH（grade V）が確認され、夜間に緊急ドレナージ術が行われた。翌朝に行われたアンギオ中に動脈瘤が破裂しコイル塞栓術が施行されたが、術直後より脳ヘルニアを起し救命困難な状況となった。家族構成は妻（40代）、高校生の長男、中学生の次男、小学生の長女。

【実践と結果】

医師から救命困難なことが伝えられると、妻は言葉にならない叫び声で泣きじゃくっていた。長男、次男、長女もみな声を上げ泣き叫んでいた。「なんで、なんで」「日ごろからもっと体調に気遣ってあげていたらよかった」「よりによってなんで今…明日は長男の誕生日なのに…」

ICの途中誘因なく ABP70台から60mmHgへ低下がみられた。家族の時間をもってもらえるよう個室への移動を検討していたが、搬送できる状態ではなくなってしまった。病態の発症様式が突然の出来事で家族が予期悲嘆できておらず、このまま患者が死の転帰を辿ることになれば、家族は複雑性悲嘆に移行する可能性が高いと考えられた。妻においては喪失に対処する力をつけることで、この先一人で3人の子どもを養うという役割を務めることができるのではないかと考えた。延命目的ではなく使用量の上限を決め、家族が受容できるまでの時間をもつことを目的に、カテコラミン使用の是非について医師と協議をした。このことを家族へ伝えると「はい、ぜひお願いします」と答えた。カテコラミン投与開始後 ABPは90-100mmHgへとすみやかに上昇し、バイタルサインの安定化を確認し個室へ移動した。

翌日妻より「病室で誕生日祝い、させてもらっていいですか」との申し出があった。長男、次男、長女と折り紙で病室を飾り付けし、長女が iPad で音楽を演奏し、家族4人揃って写真撮影を行った。ラミネート加工しデコレーションした写真を手渡すと、妻は「お祝いでできてよかった。みんないい顔している。夫は子どもたちをととても大切にしていたんです」と、患者のことをぽつりぽつり語り始めた。患者は翌日一般病棟へ転棟し、同日家族に見守られながら永眠された。

【考察】

クリティカルケアの場面では、死の状況や死に至るまでの時間的猶予のなさから、複雑性悲嘆へ移行する危険性が高いとされている。この事例では、遺された家族が重要他者の喪失後も前を向いて生きていくことをサポートする必要があった。カテコラミンを使用し、一時的にでも血圧を上昇させることで、家族が患者の死を受け入れる時間を持ち、正常な悲嘆過程を辿れるようなきっかけづくりを支援した。また、ICUはオープンフロアであり、常時他者のアラーム音が鳴り響く環境下にあるばかりでなく、時間を問わず入退室がある。残された時間が限られている中、家族だけの時間を過ごせる場の提供は、厳しい状況の中でも貴重な機会であったと考える。長男の誕生日会では、家族が揃う最期の時に、父として生きた証を妻が残してあげたい、子どもたちにも、父がこうやって懸命に生きようとしている、その姿を見せておきたい、との思いがあったのだと推察される。これらの過程が、遺された家族のグリーフワークとなり、大切な人の死を受け入れ、故人のいない生活に適応していく力となりうるのではないかと考える。

[O8-4] 当院集中治療室における終末期医療の現状

○平川しのぶ¹、太田典子¹、松尾和¹、立石奈己¹（1. 佐世保市総合医療センター）

キーワード：集中治療室、終末期医療、多職種カンファレンス、終末期医療ガイドライン、SOFAスコア

I 目的

SOFAスコアによる患者の経過と「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（以下ガイドライン）」の項目に沿って医療チームの関わりを分析し、ICUにおける終末期医療の現状を明らかにする。

II 方法

1. 対象：ICU入室5日以上かつ死亡となった患者28名

2.データ収集方法：平成29年4月～平成30年10月の対象患者について、電子カルテから情報を収集した

3.データ分析方法：属性は年齢、診療科、生命維持装置を集計した。対象患者のICU入室期間中のSOFAスコアを48時間毎に算出した。ICU入室から死亡退院までの経過と医療チームでの関わりをガイドラインの項目に沿って分析を行なった。

4.倫理的配慮：調査は当院の倫理委員会の承認後に開始した。症例は患者が特定出来ないように配慮した。

III 結果

1.対象患者の48時間毎のSOFAスコアの推移について武山らの「多臓器不全患者でSOFAスコア最高値13点以上最低値10以上、5日間以上継続するSOFAスコアの悪化を認めた場合は死亡率100%と予測される」またFerreiraによる「SOFA最高値11点以上、SOFA平均値5点以上の死亡率は80%」という研究結果を基準とし、SOFAスコアを分析した。SOFAスコア13点以上が5日間以上継続した症例は64%、SOFAスコア最高値11点以上、平均値5点以上の症例は96%であった。また、SOFAスコア最高値11点以上、平均値5点以上の症例で、何らかの特殊治療が行なわれていた症例は71%であった。

2.医療チームの対象患者への関わりについてガイドラインの項目に沿った分析

対象患者のうち、多職種カンファレンスを行なった症例は14%であった。

「救急・集中治療における終末期の判断」の項目では、終末期の判断がなされていたのは57%であった。「延命措置への対応の患者・家族の意思やその有無についての判断」の項目では、患者に意思決定能力がある、あるいは事前意思がある症例は7.1%、患者の意思は確認できないが推定意思がある症例は0%であった。患者の意思や推定意思が確認できない症例で、家族らが積極的な対応を希望している症例は3.6%、家族らが延命措置を中止を希望する症例は32.1%、家族らが医療チームに判断を委ねる症例は28.5%、延命措置への対応の記載がない症例は28.5%であった。

「救急・集中治療における終末期医療に関する診療記載について」の項目においては、医学的な検討とその説明において終末期であることを記載している症例は57%、終末期であることについて家族らに説明した内容を記載していた症例は75%、家族らによる理解や受容の状況を記載している症例は46%であった。

家族ケアについては、「集中治療における終末期患者家族へのこころのケア指針」に沿って分析した。家族の権利擁護は60.7%、家族の苦痛を緩和するは67.8%、家族との信頼関係を維持するは64.2%、家族に十分な情報を提供するは71.4%、家族のケア参画の場を促すは53.5%であった。

V 考察

SOFAスコアの推移と特殊治療の割合から、SOFAスコアが11点以上の多臓器不全で特殊治療を行っている症例は、死亡率が高いことが明らかになった。

また、SOFAスコアが高い症例でも多職種カンファレンスが行われていない現状から、終末期への移行や患者家族の意思を尊重した医療チームでの終末期医療は、十分に行われていなかった。

患者と家族の意向をもとに、SOFAスコアや終末期ガイドラインも判断材料にしなが終末期への移行の時期を多職種カンファレンスで検討する必要がある。それにより、医学的適応、QOL、患者の意向、周囲の状況といった倫理的側面の情報が多職種で共有され、患者・家族にとって最善と思われる終末期医療に繋がると考える。

[O8-5] 急性重症患者看護 CNSがエンド・オブ・ライフにあると認識する慢性重症疾患患者の思いを引き出す看護実践

○谷山 寶¹、北村 愛子²、大江 理英² (1. 大阪市立大学医学部附属病院、2. 大阪府立大学大学院看護学研究科)

キーワード：慢性重症疾患、エンド・オブ・ライフ、急性・重症患者看護専門看護師、看護実践

【目的】重症疾患に対する治療進歩により、救命後も集中治療への依存が長期化する慢性重症疾患（以下CCIと記す）をもつ患者が増加している。CCI患者の多くは集中治療室退室後1年未満の死亡リスクが高く、エンド・オブ・ライフケアの必要性は高いが、治療が継続されることからCCI患者が現状を認識し死の在り方も含めたエンド・オブ・ライフケアへの思いを引き出すことは容易ではない。増え続けるCCI患者が質の高いエンド・オ

ブ・ライフケアを受けるために必要な支援や教育への示唆を得ることが求められる。したがって、本研究の目的は急性・重症患者看護 CNS（以下 CCNSと記す）の経験の語りからエンド・オブ・ライフにあると認識する CCI患者の思いを引き出す看護実践を明らかにすることである。

【方法】研究参加者は CCNS10名で、エンド・オブ・ライフにあると認識する CCI患者の思いを引き出す看護実践を調査内容とし、2019年10月～12月に半構造的面接を実施した。質的記述的研究として、エンド・オブ・ライフにあると認識する CCI患者の思いを引き出す看護実践を表している内容を抽出、コード化し、さらにサブカテゴリー化、カテゴリー化した。本研究は、大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】研究参加者は CCNS10名であった。CCNSがエンド・オブ・ライフにあると認識する思いを引き出す看護実践の内容は《病状が悪化した時に支援のあり方を模索するために患者の望みを聞き始める》、《患者の個性を把握する》、《他者からこれまでの患者の思いを聞く》、《患者が話せる時期を見極める》、《患者が話せるように身体状態を整える》、《話しやすい状況をつくる》、《患者の反応に応じて踏み込むかどうかを見極める》、《共にある存在であることを伝える》、《患者のありのままを受けとめる》、《患者がこの先をどう生きたいか考えられるよう促す》、《患者の価値を明確にする》の11カテゴリーが抽出された。

【考察】CCNSは CCI患者の病状が悪化した時に支援のあり方を模索するために患者の望みを聞き始めることから思いを引き出す看護実践を始めていた。病状が悪化する時、患者の生死に関わる思いが表されないまま死を迎えてしまうかもしれないことで患者が人間的な終末期ケアを受ける権利（伊藤ら、2014）を阻害される可能性を危惧した CCNSの予防的な倫理介入であると考えられた。CCNSは CCI患者の個性を把握したり、他者から患者の思いを聞くという多様な方法で対象理解を深めており、これは、CCNSが慢性病態と共に生きる CCI患者の人生に着目し、これまでの経験から形づくられる価値を知り、エンド・オブ・ライフをその人らしく生きることへの支援につなげようとしていると考える。また、CCI患者の思いを引き出す適切な時期を判断し、対話中にも反応に応じて踏み込むかどうかを見極めることで感情や苦悩にさらに接近するかをアセスメントしていたと考えられた。CCI患者の思いを引き出す看護実践は、予測性をもって患者を全人的に捉え、思いを引き出す適切な時期を判断し、いかに患者の思いに迫ることができるかを評価しながら、アセスメントを繰り返していたものと考えられる。また、CCNSは思いを引き出す看護実践において CCI患者の身体状態や状況を整え、共在や共感の技術を用いて患者が安心して話せる関係性を構築することで CCI患者の表現を助け、価値が明確になるようにすることで CCI患者の個性に沿ったエンド・オブ・ライフケアにつなげようとしていたものと考えられた。

[O8-6] オンコロジックエマージェンシーで死にゆく患者と家族のケアに対して集中治療看護師が感じる困難

○奥井 久美子¹、北村 愛子²、大江 理英²（1. 大阪国際がんセンター、2. 大阪府立大学大学院看護学研究科）

キーワード：オンコロジックエマージェンシー、死にゆく患者と家族、集中治療看護師、困難

【目的】オンコロジックエマージェンシーに陥り、救命目的で集中治療を受ける患者の死亡率は高く、集中治療室（以下 ICUと記す）で死にゆくがん患者と家族へのケアは重要である。しかし、集中治療看護師は終末期ケアに困難を感じており、集中治療を受けたがん患者の遺族による終末期ケアの評価が ICU以外で死亡した場合より低く十分にできていない。したがって、本研究の目的は、オンコロジックエマージェンシーで死にゆく患者と家族のケアに対して集中治療看護師が感じる困難を明らかにすることである。

【方法】研究参加者：オンコロジックエマージェンシーで死にゆく患者と家族に関わった経験がある看護師経験年数5年以上、ICU経験年数3年目以上のがん診療拠点病院の集中治療看護師。調査方法：半構造化面接法。分析方法：逐語録からオンコロジックエマージェンシーで死にゆく患者と家族のケアに対する困難を表現している箇所を抽出してコード化し、さらにサブカテゴリー、カテゴリーを形成した。倫理的配慮：大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】研究参加者は11名で、ICU経験年数は平均6.9±2.9年であった。オンコロジックエマージェンシーで死にゆく患者と家族のケアに対する困難は「急変に混乱している家族への心理的支援ができない」、「限られた時間の中で家族と深く関わるのが難しい」、「現状を受け入れられない患者と家族の感情を受けとめきれない」、「急変した現状が理解できるように説明することが難しい」、「がん治療の継続を断念せざるを得ないことの説明が難しい」、「がん治療を受けきれなかった患者の思いを聴くことができない」、「がんの症状による苦痛を取り除ききれない」、「集中治療を続けるか苦痛緩和を優先するか悩む」、「治療の影響で変容する患者の姿を整えることができない」、「身体状態に影響するケアの継続の判断が難しい」、「患者の死を目前にした家族への死別のケアが十分にできない」、「ICUの制約のため最期を迎える患者と家族へのケアに限界がある」、「最期を家族と過ごすための病棟転棟の調整が難しい」の13カテゴリーであった。

【考察】集中治療看護師は、がん患者が急変してICUに緊急入室する際に心理的に強く動揺している家族との関係性を築く時間がないことから介入が難しいと感じており、ICU入室前のがん患者と家族を知る医師や看護師との連携や情報共有により入室前後の移行を支える必要があると考えられた。また、がん患者と家族が思い描いてきた最期のイメージとICUで集中治療を受けている現実とのギャップから引き起こされる強い悲嘆反応に対応しきれず、がん治療を断念せざるを得ない現状の認知を促すことに難しさを感じていると考えられた。がん患者の苦痛については、がん治療の影響で脆弱となっている身体状態に集中治療が加わるにより症状の評価が複雑で緩和しきれないことや、ICUの制約や環境によって看取りのケアが十分にできないことに倫理的苦悩を抱いていると考えられた。クリティカルケア看護領域においてオンコロジックエマージェンシーで死にゆく患者と家族へのケアを提供するためには、がん治療中の患者と家族の思いや心理的变化を理解し、がんの症状コントロールと苦痛緩和についての知識や技術を習得できる教育が必要である。さらに、ICUの環境や体制、ケアの方法を検討することや、集中治療看護師の倫理的苦悩を軽減するためにカンファレンスの実施や多職種との協働が必要であることが考えられた。

[O8-7] 患者・家族の希望に寄り添いICUから自宅退院し抜管した終末期患者への意思決定支援

○岩尾 知佳¹、上野 沙織¹（1. 京都第二赤十字病院）

キーワード：意思決定支援、チーム医療、悲嘆ケア

【目的】

救急・集中ケアにおける終末期では、家族は予期していない瀕死の患者を目の当たりにして動揺し悲嘆反応が表れるとともに、代理意思決定を求められるため、看護師は患者と家族がその人らしい最期を迎えられるように看護実践を行うことが重要である。今回、患者・家族が望んだ最期を迎えることが出来た事例を報告する。

【倫理的配慮】

個人が特定できないよう匿名性を確保すること、諾否によって対象者が不利益を被らないことを家族へ口頭で説明し書面にて同意を得た。所属施設の臨床研究審査委員会の承認を得た。

【事例紹介】

患者は80歳代後半で、窒息による心停止で搬入され通常の蘇生で自己心拍が再開しICUへ入室した。頭部CTで低酸素脳症、脳波は平坦なことを妻と長女へ説明した。病状説明の際に妻と長女は「自然な形で自宅で看取りたい」と話し自宅で看取することを希望した。

【看護実践】

入院時より面会の際には看護師は必ず家族と対話し、家族との関わりを記録に残して全てのスタッフが継続した家族ケアが行えるようにした。さらに可能な限り毎日の医師との面談調整をして、どのような説明を受け理解し

ているのか確認した。時には家族と清潔ケアを行い、自宅の環境に近づけられよう患者の好きな音楽を流し、孫が書いた絵や写真を飾った。看護師は患者だけのことではなく、家族の身体的・精神的苦痛の把握をしてストレス状態や危機状態に関するアセスメントを行い家族との信頼関係を築き、患者との死別過程に伴う悲嘆や苦痛、ストレス緩和を行った。

家族の希望を踏まえ第7病日に1回目の多職種カンファレンスを開催した。患者の推定意思について情報が不足していること、当院では自宅で抜管した経験がないこと、抜管直後に死亡する可能性があること、在宅医療ケアなどの課題が抽出された。そのため患者の今までの生き方や死生観、希望に至った家族成員の思いを聴く機会を設けた。

以前に患者は「管だらけや車椅子生活は嫌だ。出来たら自然な形で逝きたい、仏さんの前で死にたい」と語っていた。妻は「痙攣を見るのは怖いけど家の桜を見せてあげたいし、畳の上で最期を迎えてほしい。仏間も整頓しました」と語り、長女は「人が死ぬ時には何かの苦痛があるかもしれない。全てを受け入れて自宅で看取りたい」と語った。面談を設けることは医療者の情報収集の場だけではなく、改めて家族が感情表出する場となり悲嘆プロセスの促進に繋がった。一方で家族は「迷惑なら、病院でこんなに良くしてもらっている皆さんに囲まれて亡くなるのもいいかもしれない」と表出した。看護師は感情の揺らぎに寄り添い＜どんな選択も間違いでなくその考えを支援したい＞と家族の心理的負担を軽減するように支援した。

第9病日に2回目の多職種カンファレンスを開催した。家族の発言から自宅で看取る覚悟が出来ていると判断し、患者と家族にとって＜自宅へ帰る＞ことは最善の QOL・QODであると共有し、その結果を臨床倫理委員会へ提示し承認を得た。第9病日に在宅医療チームとの合同カンファレンスの後に退院し、自宅で抜管して2週間後に最期を迎えた。

【考察】

入院時から患者・家族と真摯に向き合い、思いに寄り添い続けたことが信頼関係の構築を促した。悲嘆ケアや意思決定支援を継続して行うことで、家族は患者の喪失への恐怖や悲しみを抱く中、感情表出することができ、その人らしい最期を選択することが出来た。患者・家族が希望した達成困難と思われたこの事例を通じて、日々行っている看護実践が基本的かつ重要であることを再認識した。

一般演題（口演）

[O9] 鎮痛・麻酔

[O9-1] クリティカルな状況にある人工呼吸器装着中の急性・重症患者が感じた Comfortの特徴

○井上 貴晃¹、中村 美鈴²（1. 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻クリティカルケア看護学分野、2. 東京慈恵会医科大学大学院クリティカルケア看護学）

[O9-2] 看護師 Numeric Rating Scale評価と鎮痛介入の実態調査研究

○中村 有加里¹、後藤 由香里¹、山下 直美¹（1. 東京医科歯科大学医学部附属病院看護部 集中治療部）

[O9-3] 自覚覚醒トライアル（SAT）の実践における看護師の意識変化

○小池 康平¹、山本 恭代¹（1. 松江市立病院）

[O9-4] ICUにおける人工呼吸患者の精神的苦痛を緩和する看護実践

○小倉 久美子¹、山田 聡子²、中島 佳緒里²（1. 一宮研伸大学看護学部、2. 日本赤十字豊田看護大学）

[O9-5] 三次救命救急センター ICUにおける鎮痛・鎮静プロトコル導入のための看護師教育の評価

○梅原 和美¹、山崎 憂紀¹、水野 奈美¹、櫻谷 眞佐子¹（1. 大阪府立中河内救命救急センター）

[O9-1] クリティカルな状況にある人工呼吸器装着中の急性・重症患者が感じた Comfortの特徴

○井上 貴晃¹、中村 美鈴² (1. 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻クリティカルケア看護学分野、2. 東京慈恵会医科大学大学院クリティカルケア看護学)

キーワード：Comfort、人工呼吸器装着患者、急性・重症患者

[目的]

クリティカルな状況にある人工呼吸器装着中の急性・重症患者がどのようなことから Comfortを感じたか、その特徴を明らかにし、今後の看護実践の示唆を得ることである。

[方法]

研究対象：

大学附属病院において、予定術後に ICUに入室し人工呼吸管理を要する患者8名を対象とし、対象患者を人工呼吸器装着中に看護する熟練看護師6名を研究協力者とした。

データ収集方法：

対象患者へ人工呼吸管理が行われている間、非参与観察を実施し、対象患者と熟練看護師との相互作用場面を観察した。その後、対象患者が ICUを退室した後に、対象患者へ半構造化面接を実施した。

分析方法：

得られたデータを質的帰納的に分析した。個別分析では、人工呼吸器装着中に患者へ苦痛の軽減をもたらしたものの、安心をもたらしたものの、勇気づけられた・励まされた感覚をもたらしたものの、Comfortを阻害した苦痛や問題という観点から、意味内容のまとまり毎に文章・文節単位で抽出し、二次コードまで抽象度を上げた。非参与観察で得られたデータは、語られた内容を忠実に解釈し説明するための補助データとして使用した。全体分析では、個別分析の結果を比較し、意味・内容を十分に解釈して、類似性に基づき、カテゴリを生成した。また、患者が感じた Comfortの特徴を見出すために、生成されたカテゴリの性質を、Kolcaba (2003/2008) の分類的構造を参考に吟味した。

倫理的配慮：

所属施設の倫理委員会と研究対象施設の臨床実施委員会の承認を得て実施した。研究参加への自由意思、個人情報保護の対象者に文書と口頭で説明し同意を得た。

[結果]

見出されたカテゴリは、人工呼吸器装着中に患者が感じた苦痛、人工呼吸器装着中に患者が Comfortを感じたものの2つに分類された。人工呼吸器装着中に患者が感じた苦痛として、「不快な騒音への苛立ち」、「辛さや思いを声に出して伝えられないもどかしさ」を含む19のカテゴリが見出された。人工呼吸器装着中に患者が Comfortを感じたものとして、「声に出せない辛さや思いを看護師が察して迅速に対応してくれた」、「心が和らぐような看護師の気遣い」、「何かあってもすぐに対応してもらえると感じられる状況」、「傍で見守られている感覚」、「朦朧とした意識の中でも感じていた医療者への信頼」、「手術が成功したという実感」、「生きているという実感」、「自分が置かれている状況の明確さ」、「自分になされる治療や行為への見通し」を含む14のカテゴリが見出された。患者は人工呼吸器装着中、多様な苦痛を感じる状況にあったが、上記のものから Comfortを感じていた。特に、「声に出せない辛さや思いを看護師が察して迅速に対応してくれた」、「心が和らぐような看護師の気遣い」、「何かあってもすぐに対応してもらえると感じられる状況」、「傍で見守られている感覚」の4つから、患者は緩和、安心、超越の3つの Comfortを複数の側面を感じており、患者が人工呼吸器装着中に Comfortを感じるための中核的な要素であった。

[考察]

患者は人工呼吸器装着中に、4つの中核的な要素を含む14のカテゴリによって、緩和、安心、超越と Comfortが高まると考えられた。人工呼吸器装着中に患者へ Comfortをもたらすためには、休息や睡眠を確保できるような環境調整を含む、患者が抱える苦痛や思いを汲み取る看護実践が求められると考える。また、患者の表情や動きなどの微細な変化を察知して迅速に近づくなど、患者が人工呼吸器装着中に安全と安心を感じられる状況を創り出す看護実践の必要性が示唆された。

[O9-2] 看護師 Numeric Rating Scale評価と鎮痛介入の実態調査研究

○中村 有加里¹、後藤 由香里¹、山下 直美¹ (1. 東京医科歯科大学医学部附属病院看護部 集中治療部)

キーワード：鎮痛管理、NRS、看護師経験年数

I、目的

ICUに入院する患者のせん妄発症は予後不良の独立危険因子であり、予防として疼痛コントロールを適切に行うことが有効だとされる。疼痛評価のツールとして、主観的評価のNRS、客観的評価のCPOTの有用性は証明されており、当院のICUでも3年前より独自のPADケアバンドルを作成し、NRS及びCPOTを6時～21時までの間3時間毎に評価している。しかし、PADケアバンドルではNRS \geq 4にて疼痛コントロールの介入を推奨しているものの、実際は患者がNRS \geq 4と訴えても鎮痛剤使用や疼痛緩和の介入がなされていない場面が見受けられる。その為、本研究はNRS評価のタイミングや看護師の主観的判断と疼痛管理における患者の満足度を明らかにすることを目的として取り組んだ。

II、方法

1. 研究デザイン:量的記述的研究

2. 対象:ICU、外科HCU病棟に在籍し研究協力を得られた看護師39名。ICU、外科HCU病棟に入室し研究協力を得られた患者100名

3. 実施期間:2019年6月～12月

4. データ収集:NRS評価の実施率及び鎮痛介入方法を看護記録から後ろ向き調査し、データ収集をした。看護師に対しNRS評価に関する意識の構造化面接し、データ収集をした。患者に対して質問紙調査方法を用いてデータ収集した。

5. データ分析:コーディングとカテゴリー分類

6. 倫理的配慮

本研究は東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施。

III、結果

NRS評価の3時間毎実施率は57%であった。5年目以下看護師の44%は痛みが発生した際に評価及び介入し、リハビリ実施など痛みが予測される際に評価、介入しているのは5%であった。それに対し6年目以上看護師26%は痛みが予測される際に評価、介入していた。3時間毎に評価していない理由として、6年目以上看護師はあえて評価していないが67%と最も多く、患者の表情やその他生体モニターなどモニタリングによる客観的評価を指標にしていた。鎮痛介入方法は74%が薬物介入、非薬物介入は6%だった。また、99%の患者がICU入室中になんらかの鎮痛ケアを受けたと答え、痛みが増強する場面として、咳が続くとき、寝る前、安静時、の順で多かったが看護師が、疼痛出現予測として挙げたりハビリ時は5番目に多い結果であった。さらに、32%の患者が痛みをNRSで表すことが難しいと答えた。

IV、考察

看護師経験年数により評価及び鎮痛介入のタイミングが異なった要因としては、経験豊富な看護師は、現状では痛っていない患者でも予測をたて予防介入が来ているのだと考えられる。ベナーは達人レベルの看護師は自分の状況把握を適切な行動に結びつけるのに、もはや分析的な原則である規則、ガイドライン、格率には頼らないと述べており、クリティカル領域である程度経験を重ねたことで、数値だけに頼ることなく、患者の苦痛を予測出来る能力が養われ、それが経験年数によって差をもたらしたと考える。疼痛に対する介入として非薬物療法が6%という結果に関しては、非薬物効果の場合、鎮痛効果が明確でない、物理的に時間がない、緩和について知識と技術がない、疼痛コントロールに関しての学習経験がないことなどが予測される。

また、32%の患者が痛みを数値化することが難しいと感じており、これは普段から疼痛を数値化することに慣れていないこと以外に、看護師が痛みの表現を的確に説明出来ていないことも考えられ、この点が今後の課題と捉える。

V 結語

NRS評価、鎮痛介入は看護師の主観と経験により左右された。疼痛に対し看護師の介入の判断と患者の希望には乖離があった。看護師の鎮痛介入はほとんどが薬物に頼っていた。患者は疼痛をNRSで表現することの困難さがあった。

[O9-3] 自発覚醒トライアル（SAT）の実践における看護師の意識変化

○小池 康平¹、山本 恭代¹（1. 松江市立病院）

キーワード：自発覚醒トライアル（SAT）、看護師の意識、ICU

【目的】

ICUでは人工呼吸ケアにおいて鎮静薬を使用するが、過鎮静による人工呼吸器装着期間の長期化、リハビリテーションの遅れ、せん妄などの弊害がある。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、毎日の自発覚醒トライアル（Spontaneous Awakening Trial：SAT）が推奨されているが、当院では定着していない。その理由として、看護師のSATに対する意識が関連しているのではないかと考えた。そこで、看護師のSATに対する意識を高める介入を行い、その変化を明らかにすることを目的に本研究に取り組んだ。

【方法】

1. 対象：研究同意を得られた当院ICU看護師12名
2. 期間：平成30年9月～令和元年5月
3. 方法：アクションリサーチ法
 - 1) 実態把握：SATに関するアンケート調査の実施。文献を元に、「実践したことがない」「対象患者に毎日SATを行っていない」「実践方法がわからない」「開始時期がわからない」「必要性がわからない」「SATを行うことに不安がある」「患者の苦痛が強くなりそう」「バイタルサインや状態に悪影響を与えそう」「事故のリスクが増えそう」「患者が痛みを感じているとき、鎮静薬を使用している」など、13項目の独自の調査表を作成した。5件法を用いて「1. そう思わない」を1点、「5. そう思う」を5点で得点換算した。
 - 2) 介入①：アンケート調査の結果を元に、勉強会の実施と多職種カンファレンスを導入。介入②：4か月間SATの実践。
 - 3) 介入評価：実態把握時と同様のアンケート調査の実施。各調査項目の前後の点数に対してWilcoxonの順位和検定を行い、有意水準は0.05%とした。
4. 倫理的配慮：当院倫理委員会の承認を得て実施した。対象者に研究の主旨及び方法、匿名性の保持、院内外で発表する可能性などを口頭および文書で説明し、同意を得た。

【結果】

調査得点が高い項目ほど、SAT実践の阻害要因になっていると言える。介入前に最も点数が高かった「開始時期がわからない」は、介入後に点数が大幅に減少した。しかし、「事故のリスクが増えそう」「患者が痛みを感じているとき、鎮静薬を使用している」は、点数が増加した。「患者の苦痛が強くなりそう」「バイタルサインや状態に悪影響を与えそう」の点数は微減だった。「必要性がわからない」については、介入前後で最も点数が低かった。介入前後の点数に対して Wilcoxonの順位和検定を行った結果、「実践したことがない」「対象患者に毎日 SATを行っていない」「実践方法がわからない」「開始時期がわからない」「SATを行うことに不安がある」の項目に有意差が認められた。

【考察】

介入により、「実践したことがない」「対象患者に毎日 SATを行っていない」「実践方法がわからない」「開始時期がわからない」「SATを行うことに不安がある」の項目で意識を向上させることが示唆された。勉強会やカンファレンスによる知識の習得と、チーム全体で SAT実施の妥当性を検討することは、SATの実践に対する不安の軽減に繋がったと考える。「患者の苦痛が強くなりそう」「バイタルサインや状態に悪影響を与えそう」の点数は微減だったが、介入前の自由記載で最も多かったこれらに関する不安の記述が介入後は全くみられず、良い徴候と言える。また、当院 ICU看護師は、SATの必要性について全項目の中で最も理解を示していることが分かった。これは、本研究開始以前にも SATの勉強会と業務への導入を行っており、すでに関心が高かったためだと考えられる。現時点では不安の払拭は十分とは言えず、安全保持との両立、適切な鎮痛薬の使用や疼痛評価に関する知識不足などの課題も明らかになった。

[O9-4] ICUにおける人工呼吸患者の精神的苦痛を緩和する看護実践

○小倉 久美子¹、山田 聡子²、中島 佳緒里² (1. 一宮研伸大学看護学部、2. 日本赤十字豊田看護大学)

キーワード：人工呼吸患者、精神的苦痛、看護実践

【目的】本研究は、ICU (Intensive Care Unit) における人工呼吸中の患者 (以下、人工呼吸患者) への精神的苦痛を緩和する看護実践に対する看護師の認識を明らかにすることである。人工呼吸患者は、モニター画面から絶えず光が発し24時間医療機器の音が響くという閉鎖的な ICU環境に置かれ、恐怖心や孤独感を抱き精神的苦痛が大きいといわれている。しかし、身体的苦痛に対する薬理学的介入の実証的研究は散見されるが、精神的苦痛に対する看護実践の研究蓄積は十分とはいえない。そこで、人工呼吸患者のニーズに応える看護実践を探求するうえにおいて、有益な一次資料になると考え、精神的苦痛を緩和する看護実践に着目した。

【方法】参加観察法及び面接法による質的記述的研究デザインである。研究協力施設は、中京圏の2施設を選定し、2019年10月～12月にデータを収集した。研究対象は、患者の全体像を把握する能力をもつ中堅レベル以上の看護師及び認定看護師を条件に、各施設3名とした。データ収集方法について参加観察は、観察者としての参加者の立場をとりインタビュー内容を解釈する上において、看護実践の現象を適切に捉えるための資料とした。面接は、精神的苦痛を緩和する看護実践に関する看護師の考え、判断、実践内容を視点にインタビューガイドを作成し、30分1回の実施とした。分析方法は、研究参加者にフィードバックしデータの信用性を高め、言葉の意味に注視しながらコードを作成し、類似性に沿って分類した。本研究は、研究者所属大学及び協力施設倫理委員会の承認を得た上で実施した。対象者の選定を看護師長に委ねており、上下関係による強制力が働かないよう、看護師長に文書および口頭で説明を行い、対象者が直接、研究者宛てに同意書を送付するよう配慮した。

【結果】看護師6名の ICU経験年数は4～16年であった。逐語録から191コードを抽出し、28サブカテゴリ、8カテゴリを導き出した。文中のカテゴリをで示す。精神的苦痛を緩和する看護実践に対する看護師の認識は、患者を二の次にしないよう、その人に合わせた1日のスケジュールを考え、家族との関わりを大切にしたい患者を置き去りにせず心を配るといふ思いや尊重する姿勢が基盤にあった。看護師は、孤独感や気管挿管に対する苦痛緩和の重要性を考えるなど非日常的な環境や侵襲的な処置から生じる患者の苦痛・不安を理解し意思の疎中が図れない患者の感情・ニーズを理解していた。そして、表情や動作、生体情報から患者の苦痛評価を行い、患者の苦痛を引き出す非言語的コミュニケーションを用いて思いを推測し、おかれている現状を説明することや、患者自身で確かめる方法など患者の不安を和らげ、落ち着いて過ごせるケアの実践、患者の苦痛緩和・回復を促すケア

の実践、患者に安心感を与えるケアの実践の必要性を認識していた。

【考察】人工呼吸患者にとってコミュニケーションの障壁は、多大なストレスとなる精神的苦痛であることから、看護師は発声が制限された人工呼吸患者が発信するメッセージを様々な方法や機会を活用して読み取る実践をしていた。そして、メッセージが理解できない時は申し訳ない気持ちになり、患者の思いを共有できると一緒に喜び、常に意思の疎通が図れない苦痛を考え模索している様相が伺えた。また、非日常のICU環境のなかで、侵襲的な治療を受け、安楽が阻害された療養生活を過ごす人工呼吸患者の苦しみを理解し、人工呼吸患者のニーズに応えるよう、心が癒され安心感を与える看護実践を追求していた。

[O9-5] 三次救命救急センター ICUにおける鎮痛・鎮静プロトコル導入のための看護師教育の評価

○梅原 和美¹、山崎 憂紀¹、水野 奈美¹、櫻谷 眞佐子¹ (1. 大阪府立中河内救命救急センター)

キーワード：鎮痛・鎮静管理、看護師教育

【目的】患者の快適性を維持し能動性を確保することで PICS 予防につなげることを目的とした鎮痛・鎮静プロトコル（以下プロトコルとする）を導入した。看護師主導の鎮痛・鎮静管理となるため、勉強会およびシステムの説明を行ったうえで導入し13例経験した。経験した症例から看護師の実践場面を振り返り看護師教育を評価する。【方法】2019年1月より約半年かけ鎮痛・鎮静・せん妄の評価方法、鎮静剤の特徴、せん妄のケア、鎮痛剤の特徴の勉強会およびプロトコルの説明を実施した。勉強会は稲垣らによる先行研究「クリティカルケア領域での鎮痛・鎮静管理における看護師の教育ニーズ」を参考にした。看護師が調整する頻度が高いと予想された鎮静薬に関する勉強会は全スタッフに実施したうえで、プロトコルチームで作成した簡易説明書を配布した。プロトコルを実施した13例の患者について、①鎮静評価②目標鎮静深度到達日数③疼痛評価④鎮痛管理の実際⑤せん妄評価⑥患者の能動性に関わるケア介入について評価した。本研究は対象施設倫理委員会に相当する機関の承認を得たうえで実施した。【結果】プロトコル導入例全例において鎮痛・鎮静・せん妄評価は実施されていた。目標鎮静深度までの到達期間は当日が46%、3日目が31%、2日目が7%であった。患者によっては目標鎮静深度に到達後に興奮状態を認めたが、鎮痛薬の追加やニードの充足で対応することで目標深度にコントロールできた。疼痛評価は CPOT が62%、NRS が23%、CPOT から NRS へ移行が15%であった。鎮痛薬の増量やボラス投与はチューブ不快の聴取など主観的表現に応じて実施されており、CPOT 評価で増減は行われていなかった。目標鎮静深度に到達後も CPOT での評価が継続され主観的評価に移行できていない例を75%認めた。導入例について、せん妄の発症例はなかった。患者の能動性に対する看護師の行動としては①現状認識を促す②ニードの抽出③歯磨き・洗面・体位変換の実施を促す④端坐位訓練を中心に取り組んでいた。患者のニードの抽出に力量の差があり、日中は意思疎通困難と評価されていた患者が夜間の看護師の介入で状況判断ができマウスケアに安全に取り組めるまで ADL が拡大できているケースもあった。【考察】鎮静に関連した勉強会を多く実施したことで、適切な鎮静管理を行うことができた。鎮痛に関しては詳細な表現を困難とする患者に対し主観的評価を行うことに消極的となっている可能性が考えられた。今後は NRS あるいはフェイススケールを指さしで使用できるツールを作成するなど、患者の主観的評価を助ける取り組みの導入が必要であると考えられた。ICU 滞在中のせん妄発症は認めなかったが、今後は後方病棟へ移動後の発症状況についても評価する必要がある。患者の能動性の拡大に関する看護師の行動は認められているが、看護師の感性や経験により差が生じている。システムとして離床プログラムの導入を検討するとともに、カンファレンスや先輩看護師からのアドバイス、一緒にやってみるなどの OJT を用いて看護師の育成を図る必要がある。システムの充実と現任教育・リーダー会との連携を図り患者の能動性の拡大に努めることが今後の課題と考える。

一般演題（口演）

[O10] その他

[O10-1] 食道がん患者が捉えた術前指導-術後患者の語りから-

○阿久澤 優佳^{1,2}、栞子 嘉美³、高谷 真由美^{4,2}（1. 順天堂大学大学院医療看護学研究科 博士後期課程、2. 順天堂大学医療看護学部、3. 富山県立大学看護学部、4. 順天堂大学大学院医療看護学研究科）

[O10-2] 一般病棟における周術期患者の重篤化を予測した看護実践

○原田 洋平¹（1. 東邦大学医療センター佐倉病院）

[O10-3] 日本語版 COMHON-Indexの開発と測定者間信頼性の検証

○宮崎 直美¹、小木曾 雄大¹、内和田 寵児¹、森田 有紀子¹、村瀬 未菜美¹、池松 裕子²（1. 名古屋大学医学部附属病院看護部、2. 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻）

[O10-4] 救急外来でのフローチャートを活用した帰宅支援の評価

○大麻 康之¹、坂本 美紀¹、西浦 明菜¹、山口 雅子¹（1. 高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター）

[O10-5] 患者が体験する看護援助による身体の心地よさ

-ICUで人工呼吸器を装着していた患者に焦点を当て-

○田中 郁恵¹、林 優子¹（1. 関西医科大学大学院 看護学研究科 クリティカルケア看護学）

[O10-1] 食道がん患者が捉えた術前指導-術後患者の語りから-

○阿久澤 優佳^{1,2}、榎子 嘉美³、高谷 真由美^{4,2} (1. 順天堂大学大学院医療看護学研究科 博士後期課程、2. 順天堂大学医療看護学部、3. 富山県立大学看護学部、4. 順天堂大学大学院医療看護学研究科)

キーワード：術前指導、食道がん

【目的】

食道がん患者が、術前に受けた指導をどのように捉えているのか術後に振り返ってもらい、術前指導の実態を明らかにすることを目的とする。

【方法】

研究対象：開胸腹または腹腔鏡下手術を受け、退院が決定し状態が安定している食道がん患者。調査期間：2018年9月～12月。データ収集方法：対象者1人につき1回、30分程度①どのような術前指導を受けたか②術前指導はどのような意味を持ったか③術前指導の内容を遂行する上で支えとなったこと④振り返って術前指導にのぞむもの について、半構造化面接を行った。分析方法：質的帰納的に分析した。倫理的配慮：所属大学倫理委員会及び対象施設倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】

研究参加者は8名（男性5名、女性3名）であり、年齢は60歳代6名、70歳代2名であった。対象施設における術前指導は、担当医師と外来看護師、病棟看護師により、手術日程決定日から手術前日まで断続的に行っている。受けた術前指導は、器具を使用した呼吸訓練や口腔内の清潔等が挙げられた。これに対し、研究参加者より得られた86のコードから、《考える余裕がないから医療者に委ねる》《術後という未知の世界に対して、なにか一部を知ることが出来る》《不安なことや質問したいことを医療者と話す機会が無い》《不親切な説明に憤り、説明方法の改善を望む》《診断直後はショックで記憶に残らない》等の20のサブカテゴリーと、【専門的知識を有する医療者に委ねるしかない】【患者自身が持つ意思や経験から、必要性を汲み取る】【指導の存在自体は否定しないが、充分ではない】【必要性が伝わってこない】の4のカテゴリーが抽出された（表1）。

【考察】

本研究の結果から、医師および看護師が実施している現状の術前指導では、患者には術前訓練の必要性が伝わっておらず、患者側が求めている援助が充分に提供出来ていないことが明らかとなった。術前の患者は、分からないことが分からない状況の中、【専門的知識を有する医療者に委ねるしかない】と捉えていることから、医学的エビデンスに基づいた正確な術前指導を行う必要がある。また、【指導の存在自体は否定しないが、充分ではない】や、術前訓練の【必要性が伝わってこない】と捉えていることから、必要性の伝わる指導を行うと同時に、術前患者の不安軽減に繋がる術前指導プログラムについて検討する必要があると示唆される。

[O10-2] 一般病棟における周術期患者の重篤化を予測した看護実践

○原田 洋平¹ (1. 東邦大学医療センター佐倉病院)

キーワード：一般病棟、看護実践、周術期患者、急変、重篤化

【背景と目的】

医療制度の変化に伴い、周術期患者の療養環境が大きく変化し、重篤な状態のまま一般病棟へ退室する患者が増えている。一般病棟における周術期患者の重症化に伴い、急変を未然に防ぐ関わりが一層重要である。患者の急変や重篤化を予測した際に、一般病棟における看護実践を記述することで、一般病棟のクリティカルケア看護の知の構築に繋がると考えた。

【方法】

半構造化インタビューを用いた質的記述的研究デザインである。関東圏内の病床数300床以上の急性期病院1施設の経験4年以上の看護師を対象とし、同意が得られた4名に、1人2回ずつインタビューを実施した。

対象者毎にエピソードを再構成し、どのように重篤化を予測し看護実践を行っていたのかに着目し、〈サブテーマ〉、テーマをつけた。

【倫理的配慮】

研究者の所属する大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者へは、口頭と書面にて研究の趣旨、研究諾否による不利益は生じないこと、個人情報保護の説明し、同意を得た。

【結果】

1. 急変への危機感を持ち、いつ急変しても対応できるように備える：A看護師

A看護師は部屋の状況から〈急変につながる違和感を感じ〉、〈違和感をそのままにせずモニターを手配する〉ことで、他の看護師も対応できるよう備えた。〈急変への危機感を募らせ、その場へとどまり〉、患者の呼吸停止の際も、即座に患者に飛びつき、〈胸骨圧迫をしながらスタッフへ指示を出した〉。

2. 患者の状態の悪化に対応するために、自ら行動する：B看護師

B看護師は、会話から喘鳴を捉え〈患者の普段との違いに気に留め〉、〈合併症の予兆に関する情報を集め、今後の予測を立てた〉。〈医師の迅速な対応を引き出すため、患者の状況を直接報告し〉、〈時間を確保できる自分が代わり、患者の対応を行う〉ことで、詳細な患者の観察を行なった。

3. 患者の状況を他者と共有することで患者の悪化予防につなげる：C看護師

C看護師は、〈術後患者の正常な経過との違いから合併症の可能性を予測〉し、切迫感を募らせていた。〈スタッフ間で患者の深刻な状況を共有し、医師へ伝え〉、〈日頃からの関係性を元に、患者の状況を伝えることで医師の行動を引き出し〉ていた。

4. 悪化する前に早め早めの対策をとる：D看護師

D看護師は、〈病棟ですれ違った時の様子から、患者の変化を読み取り覚えていた〉。〈患者の緊急度が高くなっても、早めに医師へ報告する〉ことで、医師の行動を引き出した。〈元気になった患者の話をして医師との関係性を構築し、お互いに協力する〉急変を未然に防ぐ実践であった。

【考察】

研究参加者は、一般病棟という多様な業務を抱え、時間的余裕が十分でない状況において、療養生活という状況の中から違和感を感じ、着目した。そして、違和感と普段との違いを知ること、急変への危機感を増し瞬時に急変へつながる状況を捉えていた。それは、急変への対応へ繋げる一歩として重要な意味を持つと考えられる。

また、モニター装着により患者の病態を共有し、他の看護師の実践を引き出していた。日頃からの医師との関係性は、個人としてお互いの価値や専門性を尊重できる関係性となっており、チーム医療の土台となっていた。急変につながる状況を改善するため、周囲の実践を引き出す一般病棟ならではの看護実践であったと考える。

患者の状態の変化という状況の中で、考えるよりも先にまずは行動していた。目の前の患者や状況に応じようと、看護師の経験、知識、考えに基づき生み出される実践は、刻一刻と悪化する状況に促され生じる看護実践であり、悪化を防ぐ再現性のない個別的な看護実践であったと考える。

[O10-3] 日本語版 COMHON-Indexの開発と測定者間信頼性の検証

○宮崎 直美¹、小木曾 雄大¹、内和田 寵児¹、森田 有紀子¹、村瀬 未菜美¹、池松 裕子² (1. 名古屋大学医学部附属病院看護部、2. 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻)

キーワード：COMHON-Index、褥瘡リスクアセスメント、ICU

【目的】

スペインで開発され英語版が作成された、クリティカルな状態の患者に特化した褥瘡リスクアセスメントツールである COMHON-Indexの日本語版を作成し、評価者間信頼性を検証することを目的とした。

【方法】

スペイン語版および英語版の作者の承諾を得た後、日本クリティカルケア看護学会国際交流委員会および研究者らで英語版の翻訳を行った。日本語版草案を海外で ICUに勤務する日本人看護師2名に逆翻訳してもらい、齟齬を調整し、暫定日本語版 COMHON-Indexを作成した。

外科系 ICUに入室した患者から25の患者・日カルテを無作為に抽出した。研究者5名（臨床経験3～16年の ICU看護師）それぞれにてカルテレビューを行い、13時時点における暫定日本語版 COMHON-Indexを測定した。測定結果より、級内相関係数(2,1)を算出した。

本研究は日本クリティカルケア看護学会および研究実施施設の研究倫理委員会の承認を得て行った。

【結果】

患者の性別は男性18名／女性7名、平均年齢±標準偏差は61.5±14.6歳、11例(44%)が心臓外科手術後であった。

暫定日本語版 COMHON-Index合計点の級内相関係数は0.948であった。指標項目それぞれの級内相関係数は、“意識レベル”は0.928、“活動性”は0.694、“血行動態”は0.876、“酸素化”は0.936、“栄養状態”は0.821であった。

【考察】

暫定日本語版 COMHON-Index合計点の級内相関係数は英語版よりも高い結果となった。

指標項目の中で級内相関係数が最も高かったのは“酸素化”であった。この項目は呼吸管理方法および吸入酸素濃度で構成されており、判断基準が明白であったためと考える。逆に最も低かったのは“活動性”であった。本研究では13時時点の評価対象としたが、リハビリ等の活動記録は定時記録されるものではなく、研究者によって前日や13時以降のリハビリ記録から測定していたことが影響したと考えられる。“栄養状態”についても、本研究での級内相関係数は目立って低いものではなかったものの、どの範囲での情報から測定すべきか、また“十分に”という文言をどのように解釈すべきか困惑したという研究者からの意見が多く、さらなる検証による改良が必要であると考えられる。

[O10-4] 救急外来でのフローチャートを活用した帰宅支援の評価

○大麻 康之¹、坂本 美紀¹、西浦 明菜¹、山口 雅子¹ (1. 高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター)

キーワード：帰宅支援、フローチャート

【はじめに】

救急搬送後に帰宅する患者は、「帰宅後の ADL低下」「要介護状態」「30日以内の死亡」「予定外の入院」「救急外来への再受診リスク」が高く、救急外来における帰宅時の患者支援のニーズが高まっている。そこで、救急外来看護師が帰宅患者の生活状況を短時間でアセスメントすることができ、院内外が多職種と連携し統一した支援を行うことを目的にフローチャートを作成し、救急搬送された患者の帰宅支援を開始した。

【目的】

フローチャートを活用した帰宅支援によって、救急外来看護師の行動変化や帰宅患者の地域への情報提供数に変化があったか検討する。

【倫理的配慮】

本研究は対象施設臨床研究審査委員会の承認を得た。

【方法】

フローチャートは、先行研究を基に院内の救急外来看護師、救急科医師、医療ソーシャルワーカー（以下MSWとする）で作成した。フローチャートは、救急搬送され平日時間内に帰宅可能となった20歳以上の患者について「ADL」「認知機能」「生活支援者」「生活支援力」「担当ケアマネジャーの有無」の5つの視点で評価し、最終的に支援レベル1～4に分けられるものとした。支援レベル4は基本的に介入不要とした。支援レベル3は、救急外来看護師が地域包括支援センターのパンフレットを活用した帰宅指導を行った。支援レベル1・2は、救急外来看護師からMSWに介入依頼をし、MSWの面談後に地域のケアマネジャーや地域包括支援センターへの情報提供を行う運用とした。フローチャートは、電子カルテ内で展開できるシステムの構築を依頼し、情報を院内でリアルタイムに共有できるようにハード面の整備を行った。また、地域の関連施設への広報活動を積極的に行いスムーズな運用を目指した。本研究は、救急外来看護師のフローチャートの記載率・地域への情報提供数を算出し帰宅支援の評価を行う。

【結果】

帰宅支援開始後(2019年7月1日～11月30日)、帰宅患者131名に対して看護師のフローチャート記載件数は101件(77%)であった。支援レベル別の内訳は、支援レベル1が6名(5.8%)、支援レベル2が6名(5.8%)、支援レベル3が19名(18.4%)、支援レベル4が72名(69.9%)で、支援レベル1・2の患者12名に対してのSW介入件数は11件(91.6%)であった。既に社会資源が導入されている支援レベル3の症例も含めて16名の患者の情報を地域につなげることができた。また、フローチャート活用によって、救急外来看護師が帰宅患者の生活状況をアセスメントし記録として残せるようになった。

【考察】

救急医療の現場では、限られたマンパワーのなかで重症な患者のケアが優先されることや、継続的な治療やケアが困難なため患者との信頼関係が構築しづらいこと等から、救急外来から帰宅する患者に対して看護師が十分な対応ができていないとの指摘がある。A病院救急外来においても、こうしたことが原因で帰宅患者への介入は全くできていない現状があった。しかし、帰宅支援フローチャートを作成し運用方法のルール作りをしたことで、限られたマンパワーのなかでも帰宅後の生活困難に関するアセスメントが容易となり、看護師の経験値に影響されない一定基準の帰宅支援を行うことが可能となった。今後の課題は、フローチャート活用率の向上、MSWが滞在していない時間外の帰宅支援ができるための環境整備、などがあげられる。

【結論】

救急外来で帰宅支援フローチャートを活用したことで、看護師が短時間で一定基準のアセスメントが行えるようになり、帰宅後に問題を抱える患者の情報を多職種と連携し地域につなげることが可能となった。

[O10-5] 患者が体験する看護援助による身体の心地よさ

-ICUで人工呼吸器を装着していた患者に焦点を当てて-

○田中 郁恵¹、林 優子¹ (1. 関西医科大学大学院 看護学研究科 クリティカルケア看護学)

キーワード：人工呼吸管理、苦痛、身体の心地よさ、看護援助

【目的】本研究の目的は、ICUで人工呼吸管理を受けた患者が看護援助によって体験する身体の心地よさに着目し①ICUで人工呼吸器を装着していた患者がどのような苦痛を体験しているのか②苦痛を体験している患者がどのような看護援助を受けて、どのような身体の心地よさを感じているのかを明らかにすることである。【方法】研究デザインは、質的帰納的研究である。研究参加者は、A施設のICUで人工呼吸器管理を受けた患者とした。データ収集は患者の属性を診療録と看護記録より収集し、患者の苦痛の体験、看護援助と心地よさの体験について半構成的面接を実施した。面接調査はICU退出後で患者の全身状態が安定し、精神面でも問題がないことを確認後、個別に実施した。分析方法は、記述全体を文脈単位、1内容を1項目として含むセンテンスを記録単位とし、個々の記録単位を意味内容の類似性に基づき分類・命名するベレルソンの内容分析の考え方を参考にした。【倫理的配慮】所属施設の医学倫理審査委員会と対象施設の倫理審査委員会の承認を得て、参加者に研究の趣旨を説明し同意を得て実施した。【結果】参加者は9名、年齢は30代～70代、挿管時間は9時間30分～222時間30分であった。ICUで人工呼吸管理を受けた患者の苦痛を伴う体験は「人工呼吸器装着中の不快」「抜管直前の不安」「抜管直後の不快」「痛み」「身体の不自由さ」「不眠」「時間感覚の喪失」「心身の変調の兆し」のカテゴリーに分類され、心地よさの体験は「人工呼吸器装着中の不快の和らぎ」「抜管直後の不快の和らぎ」「痛みの和らぎ」「身体の不自由さの和らぎ」「不眠からの解放」「時間感覚の回復」「方向感覚の回復」「心身の活力の兆し」のカテゴリーに分類された。さらに、21の看護援助が見出された。苦痛を伴う体験は、自ら対処しているものもあれば、看護援助によって心地よさの体験となっていた。看護援助を受けた患者の身体の心地よさの体験は、深呼吸を促し息苦しさを感じさせない吸引により、息苦しさからの解放感や、クッションによるポジショニングの工夫によって、痛みの和らぎを体験していた。また、お互いの感情を受け止め合うことにより、看護師と分かり合えた感覚や、患者の心を捉えた言動により、心とむしを思っていた。さらに、回復の兆しを捉えた心身の活力への促しによって、回復意欲の高まりを体験していた。【考察】クッションによるポジショニングの工夫による痛みの和らぎは、手術後に肩甲骨の痛みがある時、バスタオルで枕の高さを調整する援助を受けて、痛みの和らぎを体験していた。これは、看護師の経験や知識、苦痛を理解したケアの工夫によって身体の心地よさをもたらす援助となっていた。またICUにおける患者と看護師の関係性を示す体験として、お互いの感情を受け止め合うことにより看護師と分かり合えた感覚や、患者の心を捉えた言動により、患者は心とむしを思っていた。看護師は挿管の影響などで声が出にくい患者の気持ちを感じ取り、苦痛に感じていることや欲求を患者が言わなくても分かろうとしていた。そして回復に向けたリハビリテーションや治療を受け続ける患者に感謝し、その思いを患者に伝えていた。患者もその言動に心とむしを思っていた。このことから、患者の気持ちや感情、大切にしているものを感じ取ろうとする思いが通じた時、看護師と患者は分かり合えた感覚になると考えられる。このような看護援助は、人工呼吸管理を受けた患者の苦痛を緩和し、心身の回復を促進するものであることが示された。

一般演題（示説）

[P1] 看護教育

[P1-1] Structured Debriefingが SCU若手看護師の早期在宅移行に向けた家族看護実践に与える影響

○林 みよ子¹（1. 天理医療大学）

[P1-2] 形成的評価を取り入れた急性期看護過程演習の継続評価

○田中 博子¹、三木 珠美¹（1. 創価大学看護学部）

[P1-3] 病院救急車に同乗する看護師の課題の明確化と教育支援の検討

○北村 健¹、切手 純代¹、三木 珠美²（1. 医療法人社団永生会 南多摩病院、2. 創価大学 看護学部）

[P1-4] 救急医療センターにおける看護の質向上のための取り組み～救急医療センターと一元化した HCUの教育的役割～

○上杉 如子¹、西 千津¹（1. 国民健康保険小松市民病院）

[P1-5] 高度救命救急センターの初療室での看護実践における安楽に関わる体験

○柘植 陽¹、平田 璃愛奈¹、大山 祐介²、永田 明²（1. 長崎大学病院、2. 長崎大学生命医科学域保健学系）

[P1-6] 看護師の意識レベルスケール評定に関する実態調査 その1 ー意識レベルスケール評定の現状ー

○山口 浩美¹、河田 純子²、本山 仁美¹（1. 大東文化大学 スポーツ・健康科学部看護学科、2. 埼玉医科大学総合医療センター）

[P1-7] 看護師の意識レベルスケール評定に関する実態調査 その2 ー事例における GCS評定の正答率に関する検討ー

○本山 仁美¹、山口 浩美¹、河田 純子²（1. 大東文化大学スポーツ・健康科学部看護学科、2. 埼玉医科大学総合医療センター）

[P1-8] 退院支援看護尺度使用による CCU看護師の退院支援に関する意識の向上

○長埜 彩未¹、大金 智子¹（1. 株式会社日立製作所日立総合病院）

[P1-1] Structured Debriefingが SCU若手看護師の早期在宅移行に向けた家族看護実践に与える影響

○林 みよ子¹ (1. 天理医療大学)

キーワード：早期在宅移行支援、Debriefing、SCU、若手看護師

【目的】継続的に行う Structured Debriefingが SCU若手看護師の早期在宅移行に向けた家族看護実践にどのような影響を与えるのか明らかにすること。

【方法】SCU勤務1～2年の看護師を対象として、Gibbsの提唱する Structured Debriefingを2ヶ月に1回1年間実施した。質問紙を用いて介入前と介入6ヶ月後の「在宅移行に向けた家族看護実践」と「自律した看護実践」の重要度・実践度の自己評価を量的データ、毎回の Debriefingでの語りの内容を質的データとして収集した。量的データは、データ収集時点ごとに在宅移行に向けた家族看護の関心度・実践度および自律した看護実践に関する自己評価の項目ごとに記述統計量を算出して前後の得点を比較した。質的データは、対象ごとの Debriefingで語られた内容から在宅支援に関する自己の看護実践について語った部分を引き出してコード化し看護実践の変化や影響する出来事を時系列に整理した。倫理的配慮として、文書と口頭で研究目的や方法、途中辞退は可能であること、協力の諾否は対象者の不利益にならないこと、質問紙は無記名とすること、成果を看護系学会で報告すること等を説明し同意を得た。本研究は、研究者所属施設と研究対象者所属施設の研究倫理審査の承認を得て行なった。

【結果】Debriefingの中で語った看護師の早期在宅移行に向けた家族看護実践は、4局面を経て変化した；局面1<患者の身体状態以外を考える余裕がない>、局面2<突然の発症に対する家族の不安や悲しみを察する>、局面3<患者と家族のニーズに注目し患者と家族の今後を推測する>、局面4<患者と家族の真意を引き出し、患者と家族が納得できる点を探す努力をする>。各局面には、[先輩のフォローに感謝する] [先輩の助言・発言に関心を寄せる] [患者の今後を予測する視点を知る] [転棟後の患者に関心を寄せる] [想像もしなかった患者・家族の気持ちがあることに気づく] [先輩看護師の良い実践モデルの提示] [自己の実践を振り返る機会] が関わっていた。4局面の変化は、若手看護師の“個人からチーム”、“現在から今後”、“目に見えることから目に見えないこと”という3つの視野の拡張によって生じていた。一方、「在宅移行に向けた家族看護実践」（2項目）の重要度・実践度自己評価は、2項目とも重要度認識は上昇したが実践度認識は変化がなく、「自律した看護実践」（12項目）の重要度・実践度自己評価は、全項目の平均点や重要度認識に変化はなかったが、項目ごとの実践度認識の得点では「過去の援助経験を活用して判断する」「必要に応じて他職種の医療者に助言・意見を求める」「内容に適した相手を見つけて相談する」「自身の能力を高めるために先輩に積極的に指導を求める」は上昇、「これまでに獲得した技術を活用する」「不足する知識を獲得するための自己学習を行う」は低下した。

【考察】本研究では、対象者の早期在宅移行に向けた家族看護実践は肯定的に変化しており、先行研究でも類似する結果が報告されていることから、急性部署の若手看護師の成長には先輩看護師の助言・発言や実践への関心・気づきが大きく影響すると考えられる。Debriefingは、先輩看護師の教育的助言や熟練した実践に若手看護師が気づく機会を提供したと考える。また、本研究では対象者の自律した看護実践にも変化があった。これは、Debriefingで他者に自己の看護実践を語ることによって、自己の判断・実践を客観的に捉え、次の実践を模索し、それを実施することを繰り返し、次第に自己の実践に自信を持つことができ、先輩看護師への全面的な依存から自律的に行動するように変化してきたと考えられる。

[P1-2] 形成的評価を取り入れた急性期看護過程演習の継続評価

○田中 博子¹、三木 珠美¹ (1. 創価大学看護学部)

キーワード：看護過程演習、形成的評価、周手術期看護

はじめに

周手術期患者を対象とした急性期実習での学習効果を高めるために、知識の関連づけとアセスメント方法の理解を目的とした看護過程演習を展開している。本研究では2年間にわたり、演習時の形成的評価に基づいた教育的介入の実施を導入し、その評価を行なった。

方法

1. 対象：A大学看護学部3年次学生（2018年度生76名、2019年度生82名）合計156名
2. 研究期間：2018年6月～2019年6月
3. データ収集内容と方法：
 - ①形成的評価（演習点数）：看護過程演習の記録物（アセスメント用紙、関連図、看護計画）を評価基準に沿ってA～Cの3段階評価をした。別途、アセスメントの身体面を採点基準をもとに点数化した（以下、演習点数とする。40点満点）。
 - ②個別指導をCの全員と、AとBの希望者に実施した。
 - ③総括的評価（試験点数）：演習と類似事例のアセスメントの記述を定期試験で課した。採点基準は、演習点数と同様とした（40点満点）。
4. 分析方法 2018年度と2019年度それぞれで以下の分析を行なった。
 - ①演習点数と試験点数の記述統計を算出した。
 - ②演習点数の25%タイルを基準に4群（低、中低、中、高）に分け、さらに個別指導あり・なしの2群別に Wilcoxonの符号付き順位検定を行ない平均点の比較を行なった。統計処理は、SPSSver.26を用い、有意水準は5%とした。
5. 倫理的配慮：研究目的・方法、自由意志の尊重、個人情報保護・成績に影響しない等の倫理的配慮を文書と口頭で説明し、同意書に署名を得た。所属機関の研究倫理委員会の承認を得て実施した。

結果

2019年度は低群だけでなく中低群の個別指導あり群にも有意に試験点数の上昇がみられた。2年間の傾向では、低群の個別指導あり群が試験点数で大幅な上昇があった一方で、高群の個別指導なし群では試験点数の有意な低下がみられた。表1参照

考察

複数年の分析により、特に低群で個別指導あり群は試験点数の上昇幅が大きいことが明らかとなり、形成的評価に基づいた個別指導の効果を客観的に示すことができた。一方で、高群の個別指導なし群の試験点数の低下の傾向が判明した。高群の学生には、自己学習力を活かし復習の意欲が高まる働きかけが必要になると考える。今後は学習成果が急性期実習でどのように活かされたかという観点からも分析し、課題を授業改善につなげていきたい。

[P1-3] 病院救急車に同乗する看護師の課題の明確化と教育支援の検討

○北村 健¹、切手 純代¹、三木 珠美²（1. 医療法人社団永生会 南多摩病院、2. 創価大学 看護学部）

キーワード：病院救急車、看護教育

【目的】

我が国の救急車による救急出動件数は、過去最多となり多くの問題を抱えている。これに対し東京都八王子市では、1753機関からなる「高齢者救急医療体制広域連絡会」を設立し、公的に運用する病院救急車による患者救急搬送システムを2014年に開始し6年目を迎える。

本研究の目的は、病院救急車にて患者救急搬送時に同乗する看護師に必要とされる知識やスキルを明確化し、教育支援について検討することである。

【研究方法】

1. 調査方法と内容：

①2018年10月～2019年9月の過去1年間における A病院救急車の搬送内容

②2019年10月に A病院救急車に同乗したことがある看護師32名を対象に「病院救急車に同乗する上で不明なことや不安なことと必要な教育」についてアンケートによる調査を実施した。

2. 分析方法：①②とも単純集計し、自由記載については内容分析を行った。

3. 倫理的配慮：本研究は対象施設倫理委員会の承認を得た上で実施し、搬送データは番号で取り扱い、また質問紙は無記名で実施し、個人が特定できないよう配慮した。調査協力の諾否によって対象者が不利益を被らないことを説明した。

【結果】

1. 年間搬送件数は527件、搬送時間の中央値は19分、搬送機関は A病院から他院の搬送が183件(35%)で最多であり、その他には在宅から A病院や他院から他院の搬送などもみられた。年齢層は1～104歳であり、80歳代が201件(38%)で最多であった。搬送先受け入れ科は内科が223件(42%)で最多であり、疾患では胸腰椎骨折が38件、次いで気管支炎・肺炎が28件と多かった。

2. アンケートの有効回答率は62.5% (n=20) であった。ER・HCU・訪問診療の部署の看護師が同乗しており、過去の同乗回数は10回未満が6名、10回以上が14名であった。病院救急車内で必要とされる実践において、不明もしくは不安な項目について調査した結果、『搬送時における患者の状態変化の連絡方法や手順』、『患者移動に使用する搬送器材の選択と使用方法』、『車内物品補充内容と方法』、『在宅医療資器材(シリンジポンプ・人工呼吸器など)の操作と管理』、『車内における一次救命処置(BLS)』、『搬送途上の事故対応』において、回答者の7割以上が不明なままもしくは不安を抱えたまま同乗していると回答していた。

3. 自由記載では、「同乗における改善点」について10項目が抽出され、『情報と実際の患者の容態が違っていることもあるため情報伝達と準備に関すること』や『救急救命士と看護師の役割や責任の明確化』などが含まれていた。「必要な教育」においては11項目が抽出され、『車内の急変時の対応』や『車内機材や物品の正しい使用方法』などが含まれていた。

「同乗に関する思い」では、病院救急車による事業取り組みに対し、同乗看護師は不安だけではなく、魅力も感じており、同乗し院外の環境下で活動することによって看護師としてより経験知が深まると肯定的に捉えていることが分かった。

【考察】

同乗看護師の実践に関する不安や不明な部分を解決するために優先される内容は、同乗看護師の役割(業務)の明確化と病院救急車の同乗マニュアルの整備である。また、同乗する看護師が病院救急車内の設備や使用方法について、画像などでいつでも繰り返し見ることができるようシステムも必要と言える。教育支援として、在宅医療機器に関する取り扱いや急変時の対応マニュアル作成とシミュレーション教育が必要である。さらに定期的に搬送患者の症例検討や実際の活動のリフレクションや情報共有する場を設けることで、安全・安楽な病院救急車における患者搬送に繋がると考える。

[P1-4] 救急医療センターにおける看護の質向上のための取り組み～救急医療センターと一元化した HCUの教育的役割～

○上杉 如子¹、西 千津¹ (1. 国民健康保険小松市民病院)

キーワード：一元化、看護の質

【背景】

A病院は、平成28年から外来と病棟との一元化に取り組み、新体制へと変化した。この新体制により、専門性の向上、質の高い看護ケアの提供や入院から退院後までの情報共有が可能となる。退院後も見据えたケアは、患者や家族の安心や QOLの向上につながる。

この新体制で HCUは救急医療センター(以下救急外来)と一元化した。しかし、当直体制を必要とする救急外来

は、日当直勤務を他病棟看護師が従事する旧体制に頼らざるを得ず、この旧体制で従事する看護師は延べ150名にもものぼる。このような体制下において、救急看護を中心的に提供する役割を担う看護主任（以下主任）の教育は重要である。そこで、HCUの教育的役割として、救急外来の専門性や看護ケアの質の向上を目的に平成29年からHCU看護師が学習会を開催、主任の参加を呼びかけている。

初年度は急性冠症候群(以下ACS)、脳卒中、心肺機能停止(以下CPA)対応の3チームに分かれ、循環器内科や脳神経外科の医師と協働し実践的なデモンストレーション学習会を開催し、次年度は多職種の専門性知識の共有と連携を意識したより臨場感のある内容のデモンストレーション学習会を開催した。成果として、Door to Balloon timeが短縮された。今年度は、同じ質の看護ケアを提供するためには根拠を知る必要があると考え、フィジカルアセスメント能力の向上を目的としたチーム(以下フィジカルチーム)を新たに設け、ACS、脳卒中对応の3チームを再編成した。ACS、脳卒中对応チームは根拠を知り実践に生かせることを目標とし、「なぜ」そうするのかという根拠を具体的に提示したデモンストレーション学習会を医師と協働し開催した。フィジカルチームの学習会では、患者のサインに気づけること、根拠に基づいたトリアージが実施できることを目標にABCDEアプローチの学習会を実施した。特に、呼吸数は急変に気づく重要なサインであること、敗血症診断においても重要であることを伝えた。学習会后、トリアージ用紙を改修し、トリアージ専用のクリップボードを作成した。

【目的】

HCUの教育的役割としての活動を振り返り、学習会の効果と課題を見出す。

【方法】

平成29年度から3年間分の目標管理シートの最終評価を総括評価した。平成31年度の学習会后アンケート結果、主任参加率を算出し、単純集計した。学習会后にACS、脳卒中对応した看護師の意見を逐語録とした。学習会後の看護師の行動変化を無作為に観察した。本研究は、学習会参加看護師へオプトアウトを作成し所属施設倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

主任参加率は平均65%、アンケート結果は「理解できた」91%、「対応できる自信がある」41%であった。「ACSの対応が自信を持って出来た」、「t-PAの薬剤投与までスムーズに対応できた」「呼吸数って大事だね」という意見が聞かれ、ACS、脳卒中对応時に根拠を確認しながら実践する看護師の姿も見られている。トリアージ用紙への呼吸数の記入が増え、日当直で従事した他病棟看護師が自部署でも呼吸数を測定するようになってきている。

【考察】

HCU所属全看護師で開催する学習会は発信力も強く、多職種協働で行うデモンストレーションによりマニュアルを可視化することができる。フィジカルアセスメントや実践能力の向上は救急外来におけるソフト面の充実、用紙改定やクリップボードの作成はハード面の強化となり、看護師のパフォーマンスの変化につながったと考えられる。しかし、救急外来の専門性や看護ケアの質を向上していくためには、全看護師のパフォーマンスを変化させていかなければいけない。そのためには、リーダーとなる主任の行動変化につながるような学習会を計画していくことが必要となる。

[P1-5] 高度救命救急センターの初療室での看護実践における安楽に関わる体験

○柘植 陽¹、平田 璃愛奈¹、大山 祐介²、永田 明²（1.長崎大学病院、2.長崎大学生命医科学域保健学系）

キーワード：安楽、体験

I.はじめに

救命を最優先とする看護が行われており、救急の場面ではどのように救命処置と折り合いをつけて患者の安楽に対する看護が行われているのか考えるようになった。Morse(1992)は救急の看護師が無意識のうちに安楽ケアを実践していると述べている。しかしながら「安楽」と救急を結び付ける文献は少ないため、本研究では高度救命救急センターで働く看護師の埋め込まれた「安楽」の意識を掘り起こそうと考えた。

II.目的

高度救命救急センターの初療室において看護師が実践する安楽に関わる体験を明らかにすることを本研究の目的とした。

III.研究方法

研究デザインは質的記述的研究とした。高度救命救急センターの初療室で働く看護師3名を対象に、半構造的インタビュー調査をインタビューガイドを用いて実施した。インタビュー時間は約60分とした。調査項目は、看護師の安楽の捉え方、安楽ケアに関わることができた体験などとした。分析はインタビューの逐語録を作成後コード化し、「看護師の捉え方」の共通点と相違点を考慮してカテゴリー化した。その後、高度救命救急センターの初療室で行われている安楽ケア、安楽ケア実践に影響を及ぼす要因の特徴を考察した。

倫理的配慮として、説明と同意、匿名性の確保などを保証した。本研究は所属施設の研究倫理審査委員会によって承諾を得て実施した。

IV.結果

高度救命救急センターの初療室配属の看護師3名にそれぞれ60分程度のインタビューを行った。インタビューを通して4つのテーマが明らかになった。

救命処置が主とされる高度救命救急センターの初療室にも、一般病棟と変わらない患者の安楽へ向けた考えが存在していることが明らかになった。例えば、安楽としての考え方はどこであろうと一緒に述べており、【病棟でも初療室でも安楽のイメージは変わらない】ことが分かった。しかし、救命処置が優先されることに変わりはなく、頑張っってねっという感じで処置を優先したりする場面もありはすと述べており、【安楽はどうしても二の次になってしまう】ことが明らかとなった。この体勢だったら自分だったらきついなと【意識がない人は確認ができないため患者の思いを頭に浮かべて対応】していた。しかし、普段あわない症例の時には患者のことを考える余裕がないと述べていることから、【救命処置など目の前のことに一生懸命になると患者の声に耳を傾けられなくなる】ため、安楽ケアを行うには余裕が必要であることも明らかになった。

V.考察

江川(2014)は Comfortケアがクリティカルケアの場においていかに重要であることを示唆している。看護師が抱く「安楽」のイメージは初療室でも同様であった。河合ら(2018)の「生命の危機や意識不明の状態にある患者の前に看護師は救命に対して強いこだわりを持ち最優先は救命へのケアを行っていた」という先行研究の結果からも、救命処置が最優先されることがわかった。佃ら(2016)は、ICUにおいて意思疎通困難な患者に対して看護師は患者の立場に立って患者に応じた看護援助を探求していることが明らかにされており、本研究でも同様のことがいえる。そして、江川(2007)の「意思表示ができない患者が大半であり、(中略)人間としての尊厳を傷つける危険性ははらんでいる」という結果に類似していた。初療室においても、看護師は患者の安楽のために、試行錯誤をしながらケアを行っていることが明らかになった。初療室における安楽を追求するための介入モデルの開発が求められる。

[P1-6] 看護師の意識レベルスケール評定に関する実態調査 その1 一意識 レベルスケール評定の現状一

○山口 浩美¹、河田 純子²、本山 仁美¹ (1. 大東文化大学 スポーツ・健康科学部看護学科、2. 埼玉医科大学総合医療センター)

キーワード：意識レベルスケール、GCS評定、看護師、関連要因

【目的】意識障害患者の変化していく状態を素早く評価するために簡便で、かつ状態を正しく反映できる評価スケールとして、Glasgow Coma Scale (以下 GCS) や Japan Coma Scale (以下 JCS) がある。その一つの GCS は国内外で普及している意識レベルの評価方法であるが複雑で理解されにくい問題点が指摘されている。そのため、全国的な質問紙調査を行い、看護師の GCS に関する実態を明らかにすることを目的とした。ここでは、意識レベルスケール評定に関する自信度、評定における迷いに関して分析した結果を報告する。【方法】調査期間は、2019年7月～2020年2月で全国の病床数200以上の一般病院に調査依頼を行った。対象は、依頼に同意のあった24施設の新人看護師を除く病棟看護師1219名に質問紙を配布し、462名に回答を得た。質問紙内容は、看護師の性別、看護師経験や経験病棟の基本属性、意識レベルスケールの使用状況、意識レベルに関する自信度、講習会参加状況、事例における GCS 評価などである。データ分析は、STATFLEX ver.7 を使用し、Mann-Whitney U 検定を行った。倫理的な配慮として、無記名、個人の自由意志での協力、データの統計処理と学術的研究利用に限定することを明記し事前に協力依頼書により承諾を得た施設に対して質問紙を送付した。質問紙は、対象個人が返信封筒にて無記名で直接研究者に返送する方法をとった。また、所属機関の倫理審査を受審、承認のもとに実施した。【結果・考察】看護師経験年数に関しては、3年未満が34名、3年以上～5年未満が5名、5年以上～10年未満が90名、10年以上～20年未満が149名、20年以上が137名であった。意識レベルスケールの使用状況では、意識レベル評定をしたことがあるが456名、なしが2名であった。使用頻度は少ないが151名、多いが307名であった。院内外の講習会参加はありが147名、なしが310名であった。講習会参加の有無が意識レベル評定に関する自信度に違いがあるかを Mann-Whitney U 検定で分析したところ、5つの項目である音声刺激の与え方、疼痛刺激の与え方、開眼の評定、発語の評定、運動機能の評定のすべてに有意差が認められ、参加者はそれらの項目において非参加者よりも自信を持って評定していることが示された。講習会参加の有無と GCS・JCS の迷いの頻度における違いでは、GCS の迷いに有意差が認められ、参加者の方が GCS 評定で迷いが少なかった。看護師経験年数と意識レベル評定に関する自信度では、疼痛刺激の与え方のみ有意差が認められ、経験年数が多い方が疼痛刺激の与え方に自信があることが示された。経験年数と GCS・JCS 迷いの頻度における違いでは有意差が認められなかった。使用頻度と意識レベル評定に関する自信度では、音声刺激の与え方、開眼の評定、発語の評定、運動機能の評定で有意差が認められ、使用頻度が多い方がそれらの項目に自信があった。使用頻度と GCS・JCS の迷いの頻度の違いでは、使用頻度と GCS 評定で迷う頻度に有意差があり、使用頻度が多い方が GCS で迷うことが少ないことがわかった。【結論】講習会の参加が多く、経験年数があり、日頃からスケールを使用していることが意識レベルスケール評定に関する自信を持たせることが示唆された。また、GCS 評定の迷いが少ない場合は講習会参加の多さと日頃の使用頻度によるものであった。一方、JCS 評定における迷いの頻度においては、講習会参加、経験年数、使用頻度における違いが認められなかった。

※本研究は科学研究費助成事業基盤研究(C)の助成を受けて行っている一部である(課題番号19K10961)。

[P1-7] 看護師の意識レベルスケール評定に関する実態調査 その2 - 事例における GCS 評定の正答率に関する検討 -

○本山 仁美¹、山口 浩美¹、河田 純子² (1. 大東文化大学スポーツ・健康科学部看護学科、2. 埼玉医科大学総合医療センター)

キーワード：意識レベルスケール、GCS 評定、関連要因、看護師

【目的】意識レベルを評価する時に多くの施設で用いられているスケールにグラスゴー・コーマ・スケール(以後 GCS)がある。しかし GCS は国内外において評価が複雑で難しいという問題が指摘されている。そこで本研究は看護師の意識レベル評価に関する実態を明らかにすることを目的に調査をおこなった。ここでは事例における GCS 評定の回答から GCS 評定で誤りやすい所や評定に関連する要因について報告する。

【方法】調査期間は2019年7月から2020年2月であった。対象は新人看護師を除外した病棟看護師で、462名を分析対象とした。調査内容は性別、看護師経験や経験病棟の基本属性、意識レベルスケールの使用状況、評定の自信度、講習会参加状況、6つの事例文に対する GCS 評定であった。事例は先行研究で誤答が多い意識レベルをオ

リジナルで作成した。GCS評定の正誤はスーパーバイザーに確認してもらった。分析はStarfrefx ver.7を使用してMann-Whitney U検定をおこなった。また、本研究は所属大学倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した。

【結果・考察】正答率は事例のE,V,Mごとに検討した。すべての事例で開眼の正答率は97%以上であった。最良言語反応はV4が正解の事例で正答率が50%であり、V5と評定したのが多かった。また、正解がV3の事例で正答率が51%で、V2もしくはV4と評定に分かれた。最良運動反応はM5が正解の事例で正答率が17%、25%と極めて低く、いずれもM4と評定したものが多かった。またM3が正解の事例で正答率が41%で、M2と評定したものが多かった。次に経験年数と正答率の違いを検討したが、有意差は認められなかった。評定の使用頻度と正答率を検討したところ、正答率の低かった項目であるV4、V3、M5の事例で有意差が確認され、使用頻度の多い方が正答率が高かった。講習会参加の有無と正答率では、正答率の低かったすべての項目で有意差が確認され、講習会に参加した方が正答率が高かった。GCS評定の迷う頻度と正答率では、正答率が低いすべての項目とV1、M2の事例で有意差が確認され、迷いが少ない方が正答率が高かった。

【結論】GCS評定において最良言語反応と最良運動反応の評定で誤りが多くなった。また、意識レベル評定の頻度、講習会参加、評定で迷う頻度が正答率と関連することが示唆された。※本研究は科学研究費助成事業基盤研究(C)の助成(課題番号19K10961)を受けて行っている一部である。

[P1-8] 退院支援看護尺度使用によるCCU看護師の退院支援に関する意識の向上

○長埜 彩未¹、大金 智子¹ (1. 株式会社日立製作所日立総合病院)

キーワード：退院支援看護尺度、退院支援、CCU

1. はじめに

A病院CCU(以下CCU)に入室した患者のほとんどは一般病棟を経由して退院となる。そのためかCCUではMSWとカンファレンスをする機会が少なく、退院支援に関する看護師の意識が低いと感じていた。そこで、山岸らの「在宅の視点のある病棟看護尺度」を参考に、CCUにおける退院支援看護尺度(以下、退院支援看護尺度)を作成した。この尺度をもとに、退院支援カンファレンスを開催することで、カンファレンス内容を統一化することができ、CCU在室中から退院後の生活に関しどのような不安があるか明確となり、CCU看護師の退院支援に関する意識が向上するのではないかと考えた。

2. 目的

退院支援看護尺度を用い、退院支援カンファレンスの内容を統一することで、CCU看護師の退院支援に関する意識の向上と退院支援カンファレンス実施率の向上を目的とする。

3. 方法

1) 研究期間：2019年7月～11月

2) 研究対象：CCU看護師24名(研究者・看護師長を除く)

3) 研究方法

(1) 退院支援看護尺度を用いた退院支援カンファレンスの方法について説明

退院支援スクリーニングシートハイスコア患者を対象とし、退院支援看護尺度をもとに患者や家族についてMSWとカンファレンスを実施し、その記録の記載・登録方法について説明した。

(2) 退院支援看護尺度を用いた5項目の事前アンケートの実施

(3) 退院支援カンファレンスの実施

(4) 退院支援看護尺度を用いた5項目の事後アンケートの実施

(5) 事前・事後のアンケート結果をウィルコクソン検定を用いて分析(有意水準5%未満)

4. 倫理的配慮

参加は任意であり、研究で得られた個人情報は個人が特定できないように処理し、データおよび結果は研究の

目的以外に用いないことを保証し、アンケートの回収を以って同意とした。A病院倫理委員会の承認を得た。山岸らの「在宅の視点のある病棟看護尺度」の使用に関しては作成者に了承を得ている。

5. 結果

2018年度対象者は2件で退院支援カンファレンスの実施率は0%だった。2019年度、退院支援看護尺度を用いた退院支援カンファレンス方法を説明したことにより、対象者5件中の実施率は100%となった。また、退院支援看護尺度導入前後のアンケート結果の比較では、「自宅で過ごすことについて、患者がどう思っているのかをきいている」「患者が自宅で過ごすことについて、家族がどう思っているのかをきいている」「どのような状態になったら退院したいと考えているかを家族にきいている」「家族が退院後の介護にどれくらいの負担を感じているかをきいている」の4項目において有意差が得られた。

6. 考察

退院支援看護尺度を導入したことで、CCUでの退院支援カンファレンスの実施率は向上し、カンファレンス内容が統一されたと考える。アンケートの結果からもCCU看護師の退院支援に関する意識は向上しており、患者の退院後の生活について具体的な質問ができる退院支援看護尺度を使用したことは有用であったと言える。今後は、CCUから一般病棟への看護を引き継いでいけるよう、退院支援看護尺度を用いた退院支援カンファレンスを定着化し、CCUでできる退院支援を深めていくことが課題である。

7. 結語

- 1) 退院支援カンファレンス方法を説明することにより、実施率を上げることができた。
- 2) 退院支援看護尺度使用によりCCU看護師の退院支援に対する意識は向上した。

一般演題（示説）

[P2] 鎮痛・鎮静、せん妄ケア

[P2-1] The Critical-Care Pain Observation Tool（CPOT）導入後の活用の現状と課題

○多田 真太郎¹（1. 鹿児島市立病院）

[P2-2] 評価ツール（RCSQ）導入による睡眠満足度（睡眠の質）の調査

福浦 麻里¹、○加来 晴菜¹（1. 関西医科大学附属病院 GICU）

[P2-3] ICUにおける心不全患者の鎮痛薬・鎮静薬投与の実態調査

○手島 正美¹、栗原 美穂¹、櫻井 祥子¹（1. 恩賜財団 済生会横浜市東部病院）

[P2-4] 周手術期における術後疼痛とせん妄に関するレビュー

○苅田 明子¹（1. 東京医療保健大学 東が丘・立川看護学部 看護学科）

[P2-5] 当院 ICU患者におけるせん妄発症状況と関連する危険因子の実態調査

○中村 倫丈¹、越口 晋伍¹（1. 公益財団法人慈愛会 今村総合病院 看護部）

[P2-6] 心臓血管術後のせん妄発症状況調査と今後の対応

○勝本 可奈子¹、中西 ゆきえ¹、立野 淳子²（1. 小倉記念病院心臓外科、2. 小倉記念病院）

[P2-1] The Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) 導入後の活用の現状と課題

○多田 真太郎¹ (1. 鹿児島市立病院)

キーワード：CPOT、疼痛評価

【目的】

A病院 ICUで CPOTを導入し、総合的アセスメントによる疼痛評価に取り組んできた。導入後は、ほぼ全患者に対して CPOTを使用して疼痛評価を実施している状況であるが、どのタイミングでどのように CPOTを活用し疼痛評価を実施しているかについては不明であった。本研究は、CPOTの活用状況や CPOTに対する看護師の認識を明らかにすることを目的とする。

【方法】

A病院 ICU看護師を対象にアンケート調査を実施した。参加は自由とし、アンケートの提出をもって同意とすること、協力の諾否によって対象者が不利益を被らないことを説明した。アンケートは無記名で行い、個人が特定されないように配慮した。得られたデータを要約化し共通性にてまとめ、さらに相互関係を検討しながらカテゴリリーにて分類し、“CPOTの活用に対する認識”という視点で分析した。本研究の発表について、A病院看護部倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

31名にアンケートを配布し30名より回答を得られた。(回収率97%)

得られた結果を、カテゴリ『』生データ「」にて示す。

CPOTを『状態が変化した/状態の変化が予測される時』に実施している者や、「勤務時間内」や「痛みの訴えがない時は勤務中に最低1回」など『個々が定めた自身のタイミング』で実施している者がいた。また、CPOTを『疼痛評価のアセスメントツール』や『他職種への情報共有手段』として活用している者もいれば、「0～2点ばかりで活用できていない」など『活用できていない』と感じる者もいた。CPOT使用で困っていることについて、「CPOTでは0点でも、痛みの訴えがある時にどちらに視点を置いて考えるべきか悩む」「1点でもつけば介入の必要はあるのかで悩む」などの回答があり、『点数の意味付けが難しい』ととらえている者もいた。

【考察】

CPOTの活用状況として、患者の状態を見極め疼痛の変化を予測し経時的に疼痛を評価するツールとして活用したり、鎮痛ケアによる疼痛コントロールを図るために医師などの他職種へ疼痛に関する情報を共有する手段として活用していることが明らかとなった。CPOT導入は、それまで感覚的に行っていた疼痛評価における看護ケアに予測性をもたらし、根拠のある看護実践を可能にする一助となったと考えられる。その一方で、「勤務中に最低1回」など、単に点数をつける作業ととらえ実施していることをうかがわせる回答もあり、その活用に対する認識に個々ではばらつきがある可能性が考えられた。CPOTを用いた疼痛評価を、業務としてこなさなければならない作業としてではなく、疼痛のスクリーニングツールや観察ツールとして、また疼痛に関する情報を共有する手段として意図的に CPOTを活用することが重要となる。そのことを部署で共通認識し、有効的な疼痛評価を統一して実践する必要がある。

また CPOTの点数の意味付けという点において、悩みや難しさを感じている者がいることも明らかとなった。ICUという部署特性から、鎮静下などの患者状態により CPOTが0～2点を示すことが多く、疼痛の存在を示す3点以上になることが少ない状況がある。そのことが、CPOTの点数を疼痛評価に活用する際に不全感や困難感が生じている一因として推察された。CPOTのその時々点数だけではなく経時的変化にも着目することでスクリーニングツールとしての役割を果たすことにも繋がり、0～2点が続いていることにも意味付けができる。また、一つの疼痛評価ツールにて明らかに疼痛の存在を示さなくても、患者の主観的疼痛評価や CPOT、バイタルサインなどの疼痛を示す情報から総合的にアセスメントすることが重要であり、個々の看護師がその視点を深め正確な疼痛評価に繋げていく必要がある。

[P2-2] 評価ツール（RCSQ）導入による睡眠満足度（睡眠の質）の調査

福浦 麻里¹、○加来 晴菜¹（1. 関西医科大学附属病院 GICU）

キーワード：RCSQ、プレセデックス、睡眠の質、ICU

I. はじめに

A大学病院の総合集中治療室（以下 GICU）では手術直後の患者が多いことから、睡眠調整が困難なため鎮静剤にはデクスメトミジン塩酸塩（以下 DEX）が使用されている。看護師は、DEX使用後に患者は入眠できていると感覚的に判断していたが、実際には DEXを使用しても眠れなかったという患者の訴えもあった。そこで、患者の睡眠満足度はどの程度なのか、当院で不眠時に使用している DEXは睡眠の質を改善できているのかに疑問を持ち、本調査を実施した。

II. 目的

患者の主観的評価による睡眠満足度（睡眠の質）を調査し、GICU手術後の患者の DEX使用患者と未使用患者の睡眠満足度の差を明らかにすること

III. 研究方法

期間：令和元年9月～11月

対象：手術後、抜管して GICUに入室した患者235名（DEX使用群：94名、DEX未使用群：102名、除外例該当：39名）

方法：1）評価ツールの導入

先行研究¹⁾で使用された、評価ツール（Richard- Campbell Sleep Questionnaire）の和訳した専用用紙に患者IDなどを記入する欄を追記し使用した。評価ツールは5項目で構成されており、各項目が0～100のスケールを用いて評価するものである。患者自身がスケールに縦線を記入し、その縦線の位置を計測、5問の合計500点満点としてスコアリングした。

方法：2）DEX使用の有無による比較

データ収集方法：後ろ向き研究法

データ分析方法：DEX使用群と未使用群に分け、有意差があるか調査した。項目ごとの評価は実施せず5項目のトータルスコアを比較した。DEX使用群と未使用群の睡眠満足度には差がないと仮定し、等分散を仮定した2標本による t 検定を実施した（有意水準5％）。

IV. 倫理的配慮

本研究は、看護部倫理委員会の承認を得て、患者が特定されないように留意し実施した。

V. 結果

- ・全体の睡眠満足度は48.2%(RCSQ測定値合計/人数)であった。
- ・t検定の結果、t値境界値：2.30、t値：0.598となり境界値よりも小さくなった。また、P両側値：0.57と $\alpha:0.05$ 以上であっ

た。以上より2群のデータは等しいとなり、帰無仮説は棄却されず有意差は認められないという結果になった。

よって、DEX使用群と未使用群の睡眠満足度には差がない。

- ・本調査により、患者の睡眠の質に関して看護師による感覚的評価が中心であったが、患者の主観的評価を得るこ

とができた。

VI. 考察

夜間の DEX使用については PADISガイドライン²⁾で「睡眠を改善するために夜間にデクスメトミジンを使用することに関して、推奨はしない」と記されている。今回の調査でも DEX使用群と未使用群で有意な差がなく、DEX使用による睡眠満足度の向上は認められなかった。これまで当施設において睡眠に対する患者の主観的評価は実施されておらず、看護師が感覚的に「眠れていた」と感じる評価とは異なる結果となった。

VII. 結語

本調査により、今までは看護師が感覚的に評価していた患者の睡眠を、評価ツール（RCSQ）を使用することで、患者の主観的な評価を基に数値化することができた。DEX使用群と未使用群の睡眠満足度は差がないことが明らかになった。今後は看護師の感覚的評価のみでなく、患者の主観的評価を基礎として、ICUにおける睡眠の質確保に取り組んでいきたい。

引用・参考文献

- 1) Hiroaki Murata(2019),The Japanese version of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire: Reliability and validity assessment, Nursing Open.2019;6:808-814
- 2) Society of Critical Care Medicine,日本集中治療医学会(2019)

[P2-3] ICUにおける心不全患者の鎮痛薬・鎮静薬投与の実態調査

○手島 正美¹、栗原 美穂¹、櫻井 祥子¹ (1. 恩賜財団 済生会横浜市東部病院)

キーワード：ICU、心不全患者、鎮痛・鎮静

【目的】

超高齢化が進む現在、心不全患者は増加傾向にあり、今後も増加することが予測されている。さらに、心不全患者の病状は憎悪と寛解を繰り返し、難治性心不全と移行することが明らかになっている。当院においても入院してくる患者の多くは高齢者であり、複数の併存症を合併している。また、心不全憎悪で救急搬送される患者や、入院中に心不全の急性憎悪によりICUに緊急入室する患者が増えている。その中には、慢性心不全により入院を繰り返す、急性憎悪により回復の見通しがたらず、難治性心不全へ移行する患者が増えてきている。先行研究において、心不全の治療に用いる強心剤や抗不整脈薬などによる症状マネジメントに焦点をあてたものはあるが、ICUに入室した心不全患者の鎮痛薬・鎮静薬を用いた症状マネジメントに焦点をあてた研究は少ない。そこで、ICUに入室した心不全患者に対し、鎮痛薬・鎮静薬を使用した結果、症状マネジメントとなっていくのかどうかの実態を調査することを目的とした。

【方法】

診療記録を用いた後方視的研究である。対象は2016年4月1日から2019年3月31日の間に、ICUに入室した心不全患者とした。手術した患者は手術による鎮痛・鎮静管理、手術手技に左右される場合があるため除外した。項目は、カテコラミン、人工呼吸器、NPPV、NHF、IABP、V-AECMO、維持透析、死亡とし、鎮痛・鎮静に対する影響因子の抽出を行った。統計方法は Student-t検定・フィッシャーの正確率検定とロジスティック回帰分析を用い、 $p<0.05$ を有意とした。統計処理には EZRを用いた。

本研究は対象施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した。施設内において公開文書を提示し、診療記録から得た患者データは匿名化を行い扱った。

【結果】

対象期間中ICUに入室した心不全患者の総患者は1131名であり、対象患者は309名(27%)であった。年齢 75.5 ± 1.9 歳、男性258名、女性51名、APACHE Score 21.197 ± 7.60 、鎮痛薬投与は50名(16.1%)、鎮静薬投与は65名(21%)であった。フィッシャーの正確率検定で有意差があったのは、鎮痛薬投与群ではカテコラミンを投与した患者32名(13.5%)、人工呼吸器装着患者のうち22名(48.8%)、NHF装着患者のうち18名(64.2%)であった。鎮静薬投与群ではNPPV装着患者のうち25名(11.9%)であった。鎮痛薬と鎮静薬の双方において有意差があったのは、IABP装着患者と死亡患者であった。IABP装着患者は鎮痛薬投与8名(53.3%)、鎮静薬投与12名(80%)であった。死亡患者では鎮痛薬投与4名(44.4%)、鎮静薬投与5名(55.5%)であった。項目のうち有意差がなかったのは、V-AECMO、維持透析であった。加えてロジスティック回帰を行った結果、鎮静薬投与は人工呼吸器、NPPV、IABPと有意差があった。また、鎮痛薬投与はカテコラミン、NHF、IABPに有意差があった。

【考察】

心不全患者において、実態調査の項目を使用した際には鎮痛・鎮静のどちらかの薬剤、または双方が投与されていた。これは、J-PADガイドラインに沿った鎮痛評価を行い、薬剤投与の介入ができていたと考える。また、鎮痛薬を投与している患者は、カテコラミン、IABPとの有意差があるため何らかの循環補助が必要となることが考えられる。さらに、酸素化が不安定な心不全は侵襲的・非侵襲的を問わず呼吸器管理が必要であったため、呼吸苦の軽減を目的とした鎮静を行う必要があったと考える。

[P2-4] 周手術期における術後疼痛とせん妄に関するレビュー

○ 〇田 明子¹ (1. 東京医療保健大学 東が丘・立川看護学部 看護学科)

キーワード：術後疼痛、せん妄

【目的】

2018年に示された PADISガイドライン(SCCM, 2018)において疼痛の要因、パターンがさまざまであり、患者の痛みの感受性や痛みの耐性幅が大きいため、これらの管理は複雑であり、疼痛評価と管理に対する一貫したアプローチが最も重要と述べられている。先行研究において患者と看護師の痛みの評価に差異が生じ、看護師は患者の痛みを過小評価していることが報告されている。そこで周手術期における疼痛管理とせん妄予防についての文献を概観し、疼痛管理とせん妄予防との関連について検討することを目的とした。

【方法】

データベースは、医学中央雑誌（WEB版）を用いて「術後痛」「鎮痛」「鎮静」「せん妄」をキーワードとして文献検索を行い、2010年～2019年までの10年間に掲載された研究論文を対象とした。術後痛、せん妄の看護系の論文は46件であった。選別された論文を看護で絞り込み最終的に18件を分析対象とした。本研究は、周手術期における疼痛とせん妄に焦点化したため、小児、終末期、精神疾患に関する論文は除外とした。なお、本調査は既に刊行された論文を調査対象としているため、倫理審査は受けていない。

【結果】

分析対象とした文献の研究内訳は（1）術後疼痛管理に関する文献6件（2）せん妄発生要因に関する文献2件（3）せん妄予防ケアに関する文献7件（4）ICU入室による不安に関する文献3件であった。対象文献のうち15件が看護師や医療従事者を対象とした研究で、患者を対象とした研究でその他は看護師や医療者を対象とした研究であった。術後疼痛とせん妄との関連についての結果として、術後痛を客観的に評価していない、術後せん妄のガイドラインの整備が不十分であり、せん妄の評価を行っていない。そのため薬剤の投与がされづらく患者の苦痛が増している。疼痛の緩和を行っていないことによる睡眠リズムの乱れからせん妄を発症している。術後の早期離床や生活リズムを整えせん妄予防を実践し2次的合併症を予防しているなどであった。

【考察】

術後疼痛は最も脅威となる症状の一つであり、不安や恐怖、怒りや抑うつなど患者の精神面へも影響する（井川ら, 2012）と述べているように、術後疼痛の管理は麻酔覚醒から行う必要性を看護師は認識して実践する必要がある。しかし痛みは主観的な訴えであり、患者によって表現や伝達方法が異なるため、看護師が一律に正確に評価することが難しく、看護師は患者の痛みを過小評価する傾向がある。しかし看護師の疼痛や術後せん妄のアセスメントが不十分であり、鎮痛薬の使用は疼痛緩和に効果があると理解していても、その副作用の出現から回復遅延につながることを危惧し使用を控えていることから、術後せん妄の発生を助長させている状況が見て取れ

る。積極的な疼痛管理の実践が術後せん妄の発生を予防し2次的合併症併発させないために、PADISガイドラインの周知やガイドラインに基づいた看護実践、患者のQOLを見据えたケアに関する教育の必要性が示唆された。また、実態調査や実践報告は発表されているが、その一方で、患者を対象とした研究は少なかったため、今後は患者を対象とした研究や実証研究などの蓄積が必要であると考えられる。

[P2-5] 当院 ICU患者におけるせん妄発症状況と関連する危険因子の実態調査

○中村 倫丈¹、越口 晋伍¹ (1. 公益財団法人慈愛会 今村総合病院 看護部)

キーワード：せん妄、危険因子

<目的>

せん妄を引き起こす危険因子は、Lipowskiらの分類によると、直接因子、誘発因子、準備因子の3種類に類型化されており、これらの3つの要因が重なり合ってせん妄が発症することが知られている。せん妄を発症すると、死亡率の増加・ICU滞在日数の延長・人工呼吸器装着期間の延長だけではなく、認知機能の低下をもたらすなどの有害転帰が指摘されており、せん妄発症自体が治療経過・予後に影響を及ぼす。そのため、当院ICUにおけるせん妄発症状況と関連する危険因子を調査することで、今後のせん妄発症の予防ケアを考え、取り組む契機につなげることができないかと考えた。

<方法>

2019年4月から2019年7月に当院ICUに入室した患者191名（外科系術後患者：腹部外科、脳外科、その他外科。内科系患者：総合内科、循環器内科、その他内科）に対して、ICDSCでせん妄の有無を評価した。せん妄発症に関連する危険因子については、Lipowskiらの分類に基づいた項目を抽出し有無を調査した。分析にはExcel統計2013ソフトを使用した。年齢に関してはt検定を用いた。危険因子の各項目ごとの2群間の比較には、 χ^2 検定、フィッシャー検定を用いた。なお、本研究は研究施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

<結果>

対象患者191名の平均年齢は69±16歳であった。せん妄発症群は53名（27.7%）、非せん妄発症群は138名（72.2%）であった。男女差は、非発症群/発症群では、男性71名/30名、女性67名/23名であり、有意差はなかった。年齢は、発症群で76±15歳、非発症群で66±16歳であり、有意差がみられた（ $P<0.001$ ）。せん妄発症者の年齢分布は、65歳から69歳が3名（5.6%）、70歳から74歳が3名（5.6%）、75歳から79歳が5名（9.4%）、80歳から84歳が11名（20.7%）、85歳から90歳が15名（28.3%）、91歳以上が4名（7.5%）となった。また65歳以下の患者でもせん妄は発症し、年齢問わず発症しているが、高齢になるほど発症率が高い結果となった。せん妄の発症日は、入室日30名（57%）、2日目13名（25%）、3日目3名（6%）とICU入室すぐが多かった。危険因子を分析した結果、有意差があったものは、「認知症」「鎮静薬」「人工呼吸管理」「身体拘束」であった。これらの人数の内訳は、非発症群/発症群では、認知症11名/15名（ $P=0.002$ ）、鎮静薬41名/45名（ $P<0.001$ ）、人工呼吸管理27名/19名（ $P=0.018$ ）、身体拘束11名/36名（ $P<0.001$ ）であった。

<考察>

せん妄はICU入室日から翌日までに最も多く発症しており、入室直後から早期に介入する必要があることを再認識する結果となった。高齢者ほど発症率が高く、認知症を有する患者では、より発症しやすくなっており、入院時にスクリーニングすることでせん妄になりやすい人を特定し、せん妄の予防的計画を立て看護ケアにあたる

ことが重要と考えられる。

人工呼吸器患者では酸素化の安定、呼吸器との同調を図るためにも鎮静薬の投与が気管挿管した初日から開始されることが多い。一方で、気管挿管の直後は安全確保の目的から、一時的であっても身体拘束をせざる得ないことも多い。入室日から2日目にせん妄発症率が高いことは、これらに関連した影響がでていると考えられた。

[P2-6] 心臓血管術後のせん妄発症状況調査と今後の対応

○勝本 可奈子¹、中西 ゆきえ¹、立野 淳子² (1. 小倉記念病院心臓外科、2. 小倉記念病院)

キーワード：せん妄、周手術期、心臓血管外科

【目的】

心臓外科手術は生体にとって過大侵襲であり、せん妄は術後合併症の一つである。外科病棟におけるせん妄の発症率は30～40%と言われており、せん妄対策は不可欠である。現在、当院心臓外科病棟では、術後せん妄の評価を看護師の主観で行っている。今後、患者の高齢化はますます進むことが予測され、せん妄発症による術後回復の遅延が懸念される。そこで、現在の心臓外科術後患者のせん妄発症状況を明らかにすることを目的に調査を行った。

【方法】

対象：2019年9月～2020年1月の期間に、当院心臓外科で手術を受けた患者を対象にした。創部デブリーメント、ペースメーカーワイヤー抜去術、胸骨ワイヤー再固定術、局所麻酔による手術は対象から除外した。

データ収集方法：患者がICUから一般病棟に退出した当日に、DST (Delirium Screening Tool) を用いて初回せん妄評価を受け持ち看護師が行い、以後、24時間毎に毎日評価を行った。DST評価を行いA項目、B項目、C項目すべてにおいて1つ以上の該当がある患者をせん妄発症と判断した。DST導入に際しては、評価者によるばらつきを無くし、正確な評価を行うために、調査開始前に病棟看護師を対象にDSTの評価方法に関する勉強会を行い、看護師は少なくとも1回以上は勉強会に参加してもらった。さらに、勉強会終了後より2週間のスケール評価練習期間を設けてから調査を開始した。調査した項目は、Excelを使用し単純集計を行った。

【倫理的配慮】

本研究は、当院看護研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

せん妄発症状況は106例中10例(内、緊急手術3例)であり、10例はすべて開心術であった。発症時期は、ICU退出当日が5例、ICU退出2日目が4例、3日目が1例であった。術後せん妄は、ICU退出後 3.4 ± 3.2 日で軽快した。せん妄準備因子である脳血管疾患の既往のある患者は17例中せん妄発症は1例であり、せん妄発症との関連は確認できなかった。認知症を既往にもつ患者2例中1例でせん妄発症を認め、発症後はせん妄状態が10日間持続していた。平均在院日数は、せん妄発症のない患者で 20.1 ± 7.6 日、せん妄発症した患者で 24.2 ± 6.36 日であった。今回の10例では、NRSスケール評価が術後早期から0～3であり、鎮痛剤内服状況は1日1回程度であった。

【考察】

心臓外科術後の一般病棟におけるせん妄発症率は約9%であった。術後せん妄発症患者の特徴として、ICUから一般病棟へ退出した当日の夜間にせん妄症状が強く出現する傾向が多いことがわかった。当院では、心臓外科で手術を受ける患者は術後1日目で一般病棟に退出することが多く、術後侵襲期にあることが術後せん妄の発症または症状の増強に影響していることが考えられる。また、環境の変化や昼夜の区別がつかない等の生活リズムの乱れが、術後せん妄の促進に関与していることも推察される。本研究において、術後せん妄は、ICU退出後 3.4 ± 3.2 日で軽快していることがわかっており、手術侵襲の影響が減少するまでの期間、せん妄を早期に発見し、患者が環境の変化に順応するよう関わることや生活リズムを整えるなどの介入が重要であると考えられる。また、疼痛コントロールの不足もせん妄発症の因子に関与するとされており、一般的に最も痛みが強いとされる術直後から、安静時の痛みが軽減されてくる術後1～5日間では予防的に鎮痛剤を内服するなどの対応も必要である。術後せん妄を全て予防することは難しいが、発症を早期発見するためには共通した評価指標が必要であり、今後もDSTによる

評価を継続して実施し、術後せん妄の早期発見と対応につなげていく。

一般演題（示説）

[P3] 周術期看護、チーム医療、地域連携

[P3-1] 「地域で取り組む周術期の医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）予防セミナー」における参加者の学び

○古川 智恵¹（1. 岐阜聖徳学園大学看護学部）

[P3-2] 急性期治療後の医療依存度の高い患者の在宅に移行に関する国内研究の動向と課題

○小林 寛子¹、谷水 名美¹（1. 関西医科大学看護学部）

[P3-3] ERASプロトコル（Enhanced Recovery After Surgery）導入患者への術後回復過程に応じた看護実践

○井川 由貴¹、遠藤 みどり¹、山本 奈央¹（1. 山梨県立大学看護学部）

[P3-4] 初めてICUに入室する手術予定患者が抱くICUのイメージと思い

○大西 里奈¹、正垣 淳子²、福田 敦子²、衣笠 友美³、齋藤 あすか³、奥平 さよ³、宮脇 郁子²（1. 神戸大学医学部附属病院、2. 神戸大学大学院保健学研究科、3. 関西労災病院）

[P3-5] 集中治療室における術前訪問の患者満足度調査

○朝吹 翔¹、榎元 陽一郎¹（1. 新行橋病院）

[P3-6] 全身麻酔で手術を受ける患者の入院時の不安の程度とそれに関連する要因

○鈴木 宏昌¹、池田 七衣²（1. 豊橋市民病院看護局、2. 甲南女子大学看護リハビリテーション学部）

[P3-1] 「地域で取り組む周術期の医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）予防セミナー」における参加者の学び

○古川 智恵¹（1. 岐阜聖徳学園大学看護学部）

キーワード：地域、医療関連機器圧迫創傷、セミナー

【目的】A地域では、その地域で在勤・在住の皮膚・排泄ケア認定看護師が集まって、地域の看護の質向上に向けた取り組みとして、A地域の医療・福祉・介護職員を対象としたセミナーを行っている。その中で、開催された「地域で取り組む周術期の医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）予防セミナー」における参加者の学びを明らかにし、セミナーの評価を行うこと。

【方法】1. **研究デザイン**は、因子探索型質的帰納的研究。2. **研究参加者**は、A地域で開催された、周術期の医療関連機器圧迫創傷（MDRPU）予防セミナー（以下、セミナー）参加者のうち、本研究の趣旨に同意が得られた看護師。3. **調査方法**は、インタビューガイドを用いた半構造化面接とした。4. **分析方法**は、面接内容の逐語録を作成し、Krippendorffの内容分析を参考に、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。5. **倫理的配慮**：A大学研究倫理委員会の承認のあと、セミナー参加者に研究の趣旨と目的、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研究参加候補者に文書と口頭で説明し、同意を得た。

【結果】セミナー参加者37名のうち、研究参加者は14名（男性4名、女性10名）で、平均年齢は42.5歳であった。周術期の看護経験年数は中央値が4.5年であった。面接時間は、平均47.5分であった。セミナーにおける参加者の学びとして、24の表題から【曖昧な知識の自己認識】、【協働できる地域の心強さ】、【学ぶ意欲の覚醒】、【知識の再形成】、【自施設への還元】の5つの大表題が形成された。

【考察】周術期におけるMDRPU予防は、一般病院の看護師にも周知されており、取り組みが行われていると考えていた。しかし、本セミナーの参加者は、セミナーに参加することで、これまでのケアに対する【曖昧な知識の自己認識】に気づき、【協働できる地域の心強さ】を感じながら、【学ぶ意欲の覚醒】に繋がっていることから、本セミナーの取り組みは、地域の看護の発展に貢献できたのではないかと考える。自施設の看護力を高めることはもちろん大切であるが、地域で知識やケアを共有しながら、看護力を高めていくことは、地域全体の看護力が向上し、患者が安心して、ケアを受けられる地域づくりに繋がるのではないかと考えられる。

[P3-2] 急性期治療後の医療依存度の高い患者の在宅に移行に関する国内研究の動向と課題

○小林 寛子¹、谷水 名美¹（1. 関西医科大学看護学部）

キーワード：急性期、医療依存度、在宅移行

【目的】日本の高齢化は2042年にピークを迎える。今後、高齢化社会の進行により、急性期病院から在宅に退院する、あるいは地域包括ケア病棟から早期に退院する可能性があり、在宅療養の需要はますます増加する。このことで、今後は手術療法を受けた後、より短期間で在宅療養を強いられるなど、急性期の医療依存度の高い患者が在宅療養の対象となることが予想される。海外では既に在院日数は短く、在宅療養が重要な位置づけであるが、医療保険制度の違いもあり日本ではまだその位置付けにない。そのため、まずは日本の在宅療養の現状を把握する必要がある。そこで、本研究では、2000年から2019年までの10年間に、日本国内で掲載された急性期治療後の医療依存度の高い患者の在宅に移行に関する研究の動向と課題を明らかにすることを目的とする。

【方法】web版医学中央雑誌で、「急性期」「重症」「医療依存度/高い」「術後」「在宅/自宅」のキーワードで検索を行い、研究デザイン、方法、内容の分析を行った。対象文献における研究内容は、各文献を精読し、研

究目的に対応した研究結果から、一文一意味になるよう忠実に要約し、コードを作成した。加えて、本研究目的に対応した著作権の侵害がないように倫理的配慮のもと、分析した。【結果】対象文献は25論文であり、質的研究は2件(8.0%)、量的研究は、23件(92.0%)であった。質的研究のアプローチは、探索的・記述的研究1件(4.0%)、修正版グラウンデッドセオリー法1件(4.0%)であった。量的研究のデザインは、記述的研究デザイン23件(92.0%)であった。研究対象は、患者を対象としている研究が23件(92.0%)、看護師を対象としている研究が2件(8.0%)であった。また、患者を対象とした研究の対象者の疾患は、脳卒中10件(43.5%)、脳神経疾患(脳腫瘍など)1件(4.3%)、肺炎1件(4.3%)、外傷1件(4.3%)、心不全1件(4.3%)、腰椎疾患1件(4.3%)、胸部大動脈瘤1件(4.3%)、腹部大動脈瘤1件(4.3%)、消化器がん1件(4.3%)、廃用症候群1件(4.3%)であった。看護師を対象とした研究の対象者の所属は、訪問看護師1件(50.0%)、病棟看護師1件(50.0%)であった。研究内容は「急性期病院から退院する退院先関連因子」(9コード:36.0%)、「急性期病院の入院・在院・滞在日数における影響要因」(5コード:20.0%)、「急性期にあった患者の身体、心理、日常生活活動における影響」(8コード:32.0%)、「急性期病院入院中における支援内容」(3コード:12.0%)の4つのカテゴリに集約された。

【考察】以上の結果より、急性期治療後の医療依存度の高い患者の在宅に移行に関する研究は、機能障害を持ち家族支援や介護を必要とする脳卒中患者が主として研究がなされていた。その一方で、手術療法に関する患者の研究は少ないことが明らかとなった。今後、急性期治療後の医療依存度の高い患者の在宅移行に向けた動きが加速することが予測される中、その実態を明らかにすることの必要性を意味している。また、研究内容として、退院先関連因子や急性期病院の入院・在院・滞在日数における影響要因など、退院先や長期在院日数の要因の検討をしている研究が多く、急性期治療後の医療依存度の高い患者の在宅に移行する支援確立まで至っていないことが示された。今後、在宅療養の対象疾患として増加することが予想される手術後患者の早期退院後の支援の確立に向けて、喫緊の課題として実態調査の実施の必要性が示唆された。

[P3-3] ERASプロトコル (Enhanced Recovery After Surgery) 導入患者への術後回復過程に応じた看護実践

○井川 由貴¹、遠藤 みどり¹、山本 奈央¹ (1. 山梨県立大学看護学部)

キーワード：周術期看護の実践、術後回復の質 (QoR40J)、ERAS (術後回復力強化プログラム)

I. 研究目的

ERASプロトコル (術後回復強化プログラム) を導入し在院日数が短縮化する消化器外科病棟において、手術患者への術後回復過程に応じた看護実践の実際を明らかにする。

II. 研究方法

1. 調査対象者

ERASプロトコル (Enhanced Recovery After Surgery) を導入している消化器外科病棟に勤務する看護師5名

2. 調査方法と内容

60分程度のインタビュー調査を行う。基本属性のほか、これまで受け持った胃切除術を受けた患者への看護実践を想起してもらい、QoR-40J (術後回復の質評価) の5側面 (安楽、感情、身体機能、心理的支援、疼痛) をインタビューガイドとして用い、術前・術後 (1, 2~3日目, 5~6日目) の看護実践について聴取した。得られたデータを周術期の回復過程ごとに、内容の類似性にそってカテゴリー化した。

3. 倫理的配慮

調査対象者の自由意思を尊重し、調査協力の諾否によって不利益を被らないことを説明した上で実施した。本研究は所属大学倫理委員会の承認を得た上で実施した。

III. 結果

1. 対象者の背景

調査対象者は20歳代から40歳代の5名で、男性3名、女性2名、臨床経験年数は6年～19年で外科病棟の経験は3年～7年であった。

2. 周術期患者への看護実践

術前の関わりとして、【周術期の不安緩和】【個別性への対応と課題】【主体的な術後行動への患者教育】【術後に向けた術前アセスメント】【術後経過を見据えた支援】の5カテゴリー（84コード）が抽出された。術後1日目の関わりとして【術後不快感の理解と払拭／安楽・快適さの提供】【術後疼痛の軽減】【早期離床援助／活動拡大の見極め】【術後の安全管理】【患者－看護師関係における安心感の提供】【術後合併症早期発見のための観察】【情報へのニーズへの対応】の7カテゴリー（184コード）が抽出された。また術後2～3日目の関わりとして【ADL自立を自ら目指す離床援助】【状況変化や疾患への不安の緩和／介入への躊躇】【継続的な術後疼痛管理】【実践経験を活かした援助】。さらに術後5～6日目の関わりとして【継続的な心理サポートと困難感】【身体・精神面の回復の実感】【生活をイメージした患者中心の退院支援】【多職種と連携した計画的な退院支援】【患者の回復に合わせた退院支援】の5カテゴリー（173コード）が抽出された。

IV. 考察

ERAS導入を含め在院日数が短縮化する外科病棟において看護師は、術後各期の特徴に応じて、安楽・快適、感情の安定、身体機能の回復、心理的サポート、苦痛の緩和の5要素に含まれる特徴的な関わりを行っていた。

術前は、術後一時的に低下するADLを予測し、離床の意識付けや術後の経過を安心して受け止められるような関わりを行う一方で、時間のなさから患者の個別性に合わせた説明ができないことを課題としていた。術後1日目は、手術侵襲や医療機器による苦痛、早期離床に伴う身体・精神的負担が大きい時期であるが、看護師はこの後続く患者の自立を見据え、援助すべき行動と患者が自立して行うべき行動を見極めた関わりを行っていた。また看護師は、事故防止や効率を考えた安全管理にも目を向け援助を行っていた。術後2日～3日目は、患者に自立への意識付けを行い、多職種と連携しながら離床援助を行う一方、患者の多くが、がん患者であることから短期間で患者との関係性を築けない事の限界や、スピリチュアルな関わりへの難しさに躊躇を感じていた。また患者の回復に伴う他患者への平等な医療資源の分配にも配慮していた。術後5日～6日目は、患者の回復状況を確認し、患者と共に退院後の目標を定め継続的な退院支援を行うとともに、後続治療や今後の不安に意識を向けた関わりを行っていた。短期間の中で術後時期の特徴に応じた看護実践を行う一方、課題も明らかになった。

[P3-4] 初めてICUに入室する手術予定患者が抱くICUのイメージと思い

○大西 里奈¹、正垣 淳子²、福田 敦子²、衣笠 友美³、齋藤 あすか³、奥平 さよ³、宮脇 郁子²（1. 神戸大学医学部附属病院、2. 神戸大学大学院保健学研究科、3. 関西労災病院）

キーワード：ICU、周手術期、患者の体験、患者の思い、ICUのイメージ

背景：術後にICUに入室予定の患者は、手術への不安に加えて、ICU入室に対する不安を抱えた状態で手術に臨む可能性がある。近年、ICU退室後に抑うつ症状を有する患者がいること（Bienvenu,2009）や、その危険因子の一つにICU入室前の抑うつ状態があること（Craig,2006）が明らかになっており、ICU入室に対する不安もその一因と考えられる。そのため、術後にICUに入室する予定である患者が抱えているICUに対するイメージや思いに寄り添ったケアを行うことが、不安の軽減において重要であると考えられる。しかし、術後ICUに予定入室する患者がICU入室に対してどのような「イメージ」や「思い」を抱えているかは明らかになっていない。

目的：術後に初めてICUに入室する患者の看護への示唆を得るため、術後に初めてICUに予定入室する患者が、ICUに対して抱く「イメージ」と「思い」を明らかにする。

方法：術後に初めてICUに入室する予定の患者を対象に、ICU入室前後に「ICUと聞いて思い浮かべる像や情景（イメージ）」と「ICUと聞いて感じる不安、恐怖、安心、期待などの心情（思い）」について半構造化面接を行った。得られたデータは質的帰納的に分析した。本研究は所属大学、調査施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

結果：対象者は男性2名女性2名、平均年齢68.3歳、平均ICU滞在日数4.1日、術式は、食道亜全摘3名、冠動脈バイパス術1名であった。分析の結果、ICU入室前の語りから12サブカテゴリー（〈 〉）、6カテゴリー（【 】）が、ICU退室後の語りから21サブカテゴリー、8カテゴリーが抽出された。ICU入室前のICUの「イメージ」については、〈どんな部屋かわからない〉などから【具体的なイメージは湧かない】が抽出された。入室前の「思い」では、【怖いを通り越しての不安がある】、〈術後ICUに入室しなければならないほど重篤だと思う〉などから【手術のことを連想させる】、〈一般病棟にいるより安心〉などから【ずっと見てくれていて安心できる】、〈術前に多くのことを知っても気持ちが持たない〉などから【深く知ると怖いので知りたくない】、〈待合室ではゆっくりできそうになく家族に悪いと思う〉などから【待合室で待つ家族に申し訳なく思う】が抽出された。ICU退室後の「イメージ」では、【バタバタしていて騒がしい場所】、【自然光の入らない無機質な部屋】が抽出された。また、退室後の「思い」では、〈したいことができない〉〈眠れない〉などから【したいことができず辛い】、〈術後の状況は想定外だった〉などから【想像していたことと違う】、〈自分ができないことをしてもらえてありがたい〉などから【医療者から受けたケアが良かった】、〈看護師は専門的な介抱をされていてすごい〉などから【ICU看護師の仕事ぶりや専門的なケアがすごい】、【手術後起こることは仕方がない・当然である】、〈手術後のことを術前に知っていてもどうにもならない〉などから【術前に知っておく情報は多ければ多いほど良い訳ではない】が抽出された。

考察：術後に初めてICUに入室する患者は、入室前にはICUのイメージが湧きにくく、ICUや手術に関連した様々な不安や期待、深く知ると怖いという思いを抱えていた。退室後は、非日常的なイメージが残り、治療や安静、身体症状に伴う苦痛に対して辛い思いを抱える一方で、専門職性を実感できる医療者の関わりに肯定的な思いを持っていた。そして、退室後も情報が多いほど良いわけではないという思いを抱えていた。以上より、術後初めてICUに入室する患者への看護では、患者が持つICUについての「イメージ」や「思い」を十分に知った上で、情報過多にならないような支援の必要性が示唆された。

[P3-5] 集中治療室における術前訪問の患者満足度調査

○朝吹 翔¹、榎元 陽一郎¹（1. 新行橋病院）

キーワード：術前訪問、集中治療室

新行橋病院 集中治療室 ●朝吹翔 榎元陽一郎

【はじめに】

当集中治療室（以下ICU）では、術後ICUに入院する患者に対して、術後合併症予防、患者との関係構築を目的とした術前訪問を実施している。しかし、術前訪問での看護師の説明・対応などについて患者がどのように受け止めているのか調査したことがない。実態調査を行い術前訪問における患者満足度を明らかにすることで、今後の術前訪問看護に活かしたいと考えた。

【方法】

研究デザイン：実態調査研究、質問紙法

研究対象者：意志疎通可能で、術後 ICU入室予定の術前訪問を受けた患者 22名

期間：2019年6月～12月

調査項目：「説明内容」、「看護師の対応」、「今後の課題」にカテゴリ分類した。回答はリッカート尺度で「よくわかった・よかった」を4とし、「全くわからない・全くできない」を1とした。

分析方法：得られたデータは、単純集計した。

【倫理】

本研究は研究者が所属する倫理審査委員会の審査を受けて行った。対象者には、口頭で説明し、同意を得てアンケートに回答してもらった。回収は、病棟にある回収箱に投函してもらった。

【結果】

術後 ICU入室となった22名に対し、アンケート実施。アンケート回収率86.3%、有効回答率は100%であった。対象平均年齢は69歳であった。男性10名、女性9名。19名全員が術前訪問を受けた。手術歴初回が74%、二回目以上が26%であり、ICU初回入室は83%であった。ICU見学は94%が実施した。「説明内容」、「看護師の対応」、「今後の課題」カテゴリ別で、「説明の内容」では「意識の確認」と「術後 ICUのイメージ」が3.05点と高く、「せん妄」は2.74点と低かった。「看護師の対応」では「術前訪問した看護師」、「ICU看護師」ともに大きな差は見られなかった。「今後の課題」に関しても、全体的に高かった。しかし、手術歴、ICU入室歴、訪問歴の有無で比較したところ、「意識確認」に関して、手術歴では「せん妄」の項目で有りが3.6点と高く、無しが2.43点と低かった。ICU入室歴では有りで各項目3.5点と高く、「せん妄」で無しが2.53点と低かった。術前訪問歴では有りで各項目3.5点と高く、「せん妄」の項目で歴無しで2.53点と低かった。次に、看護師の対応で、術前訪問した看護師では手術歴有り、術前訪問歴有り、ICU入室歴有りでは全項目4点であった。しかし「不安や質問を聞いてくれた」の項目で、手術歴無し3.07点、術前訪問歴無し3.13点、ICU入室歴無しで3.13点と有りに比べて点数が低かった。ICU看護師の対応に手術歴有り、術前訪問歴有り、ICU入室歴有りでは全項目4点であった。しかし手術歴無しで「話す速さ」3.14点、ICU入室歴無しで「わかりやすさ」3.33点「話す速さ」3.20点、術前訪問歴無しで「話す速さ」3.20点と歴有りに比べて有意に点数が低かった。最後に今後の課題として「パンフレットがあったほうが良かったか」、「ICU見学をしたほうが良かったか」、「入室後のイメージは変化したか」という質問に関しては全体的に点数が高かった。

【考察】

手術歴・ICU入室歴・術前訪問歴において経験のない方では、「せん妄」「意識」の項目で理解が得られていないことから、経験のない患者にとってせん妄や意識という言葉自体の意味やその理解が不足していると考えられる。看護師の対応では、「話し方・姿勢」「話すスピード」の満足度が低く、スタッフで統一した対応を考えていく必要がある。

[P3-6] 全身麻酔で手術を受ける患者の入院時の不安の程度とそれに関連する要因

○鈴木 宏昌¹、池田 七衣² (1. 豊橋市民病院看護局、2. 甲南女子大学看護リハビリテーション学部)

キーワード：手術、不安

【目的】

全身麻酔で手術を受ける患者の入院時の不安の程度とそれに関連する要因を明らかにし、患者が抱える不安に対して関わりが必要な視点の示唆を得る。

【方法】

対象は2018年9月から2019年1月までにA病院B病棟に全身麻酔で手術目的に入院してきた患者。調査は入院時に自記式質問紙にて行った。内容は、手術、麻酔、術後の身体状態、術後の苦痛、術後の生活のそれぞれに対する不安の程度(全て0~100点のVASで評価。得点が高いほど不安が強い)、説明されている手術所要時間などの質問項目を作成。さらに STAIの特性不安と状態不安(共に最大80点であり得点が高いほど不安が強い)も調査した。手術経験、再発、転移の有無などはカルテで確認した。解析について、群間による各種不安の程度、STAIの得点の比較は Wilcoxonの順位和検定、手術時間と各種不安の程度、STAIの得点の関連は spearmanの相関係数をみた。解析には JMP11.0を用いた。本研究は調査対象施設の倫理委員会の承認を得て行った。

【結果】

解析対象者は67人。平均年齢は66.9±12.2歳、男性43名、女性24名であった。疾患別では腸疾患20名、胃疾患13名、食道・肝・胆・膵疾患19名、胆嚢疾患15名、アプローチ法別では開腹術32名、腹腔鏡補助下35名であった。各種不安の程度は手術38.4±26.6、麻酔33.6±28.3、術後の身体状態43.5±23.6、術後の苦痛48.8±26.6、術後の生活43.1±28.1であった。STAIの特性不安は41.3±8.0点、状態不安は45.4±9.8点であった。説明されている手術所要時間は4.1±1.7時間であった。手術経験がある人の割合は59.7%、再発ありは10.4%、転移ありは17.4%であった。患者背景別でみると、再発、転移がある人は STAIの状態不安の得点が高かった(*:p<0.05)。転移がある人は手術に対する不安*も強かった。手術所要時間と各種不安の程度、STAIの得点の間に関係はなかった。アプローチ法別では、術後の苦痛に関して開腹術の方が不安*が強かった。仕事の有無では、仕事をしていない人の方が手術、術後の身体症状、術後の苦痛に対する不安*が強かった。

【考察】

今回、説明されている手術所要時間と各種不安との間に関係はなかった。手術所要時間が長いと高侵襲手術と捉えられることがしばしばあるが、今回は関係はなかった。アプローチ法別では、開腹術の方が術後の苦痛に対する不安が強かった。これらから、手術を受ける患者は、侵襲の強さに関わらず同様の不安を抱えていることを踏まえ、入院時から解決に努める必要があると考えられた。なかでもアプローチ法別では先行研究からも同様のことがいわれているため、術後の苦痛緩和についてより時間をかけて関わるが必要になると考えられた。

手術経験では関係はみられなかったが、再発、転移のある人、術前化学療法を行っている人は STAIの状態不安の得点が高かった。これらの患者には病状の進行が背景にあると考えられる。術前に着目し関わることも重要であるが、術後も継続して不安の解決に努める必要があると考えられた。

対象者を仕事の有無別でみると、仕事をしていない人の方が手術や術後の身体状態、術後の苦痛に対する不安が強かった。先行研究では、術前の患者には入院期間中も仕事に対して不安になることが示されているものもある。仕事をしていない人は仕事に関して考えることが少ない分、より自身の手術に対して考える時間が長くなることで、不安が生じやすくなると推察された。

一般演題（示説）

[P4] 家族看護、看護倫理、理論・概念

[P4-1] 患者のライフストーリーに関連の深い写真や物が医療者に与える影響

○布野 晴菜¹、船尾 梨名¹、北別府 孝輔¹（1. 倉敷中央病院）

[P4-2] 延命治療の代理意思決定支援においてICU看護師が抱く困難と対処

○池端 廣紀¹、高橋 ふみ子¹（1. 秋田大学医学部附属病院）

[P4-3] 重症患者家族支援チームの立ち上げと課題

○杉江 英理子¹、川村 修司¹（1. 神戸市立医療センター中央市民病院）

[P4-4] クリティカルケアで活用できる臨床倫理分析ツール“ACTce-CCM”の作成

○山勢 博彰¹、立野 淳子²、田戸 朝美¹、山本 小奈実¹、佐伯 京子³（1. 山口大学大学院医学系研究科、2. 小倉記念病院、3. 山口大学医学部附属病院）

[P4-5] クリティカルケア看護領域におけるcomfortの概念モデルの内容妥当性検証

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

[P4-6] クリティカルケア看護におけるレジリエンスの活用に向けた課題

○森島 千都子¹（1. 同志社女子大学 看護学部看護学科）

[P4-7] クリティカルケア領域における看護師の臨床判断に関する文献レビュー

○正垣 淳伍¹（1. 関西医科大学大学院 看護学研究科博士前期課程）

[P4-1] 患者のライフストーリーに関連の深い写真や物が医療者に与える影響

○布野 晴菜¹、船尾 梨名¹、北別府 孝輔¹ (1. 倉敷中央病院)

キーワード：ライフストーリー、写真、PICS予防、看護介入

【目的】

患者のライフストーリーに関連の深い写真や物が医療者に与える影響を明らかにする

【方法】

研究デザイン：前向き観察研究（量的研究）、研究対象：A病院ICU看護師（29名）、介入内容：2日以上ICU滞在見込みの患者を対象に「患者のライフストーリーに関連の深い写真や物」を持参してほしいことを、研究チームが作成した用紙を用いて家族に説明を行うようICU看護師に依頼した。データ収集期間：2019年6月～11月、データ収集方法：介入開始前、介入開始6か月後にICU看護師を対象に11項目のアンケート調査を5件法（1：意識的に取り組めていない～5：意識的に取り組んでいる）で行った。データ分析：SPSS.ver20を用いてt検定を行った。

倫理的配慮：本研究は、A病院看護研究審査会の承認を得て実施している。原則として、本研究で得られた患者のデータは本研究の目的以外には使用しない。対象者のプライバシー保護に十分配慮し、登録されたデータは登録番号のみで識別し、個人を特定できる情報は記載しない。研究参加者は、原資料の閲覧によって知り得た対象者のプライバシーに関する情報を第三者に漏えいしない。また、本研究の参加可否は自由意志であることを説明し、アンケートの回答時には同意欄へのチェックをもって同意とした。

【結果】

研究参加者は29名であった。分析の結果、【ICUダイアリーの実施】の平均点が1.7から2.8点（ $P=0.00$ ）に上昇、【患者のライフストーリーを想像しながら看護実践を行えている】の平均点が2.5から3点（ $P=0.02$ ）に上昇し、2つの項目に有意差がみられた。その他の項目では有意差はみられなかったが、【患者や家族とのコミュニケーションの頻度】で3.4点から3.5点、【鎮痛鎮静コントロール】で3.8点から3.9点、【家族との面会調整】で3.3点から3.4点、【その人らしさを尊重した目標を患者本人や家族と共有する機会をもつ】で2.6点から3点、と複数の項目で肯定的な変化が見られた。肯定的な変化が見られなかった項目としては、【患者のライフストーリーに関する情報を意図的に収集している頻度】3.2点から3.1点、【毎日のセルフケア】3.8点から3.7点、【毎日の離床】3.6点から3.6点、【多職種連携】3.5点から3.5点、【生活リズムや睡眠の調整】3.9点から3.8点であった。

【考察】

「患者のライフストーリーに関連の深い写真や物」を積極的に持参してもらうことで、写真や物から患者に興味を持ち、患者としてではなく“その人”として捉えることの一助になったのではないかと考える。結果として、写真や物が患者家族との会話のきっかけとなり、患者の退院後あるべき姿を想像した看護実践に繋がったと考える。これらにより、患者の目指すべきADLに向けた看護ケアやリハビリの思考が促進され、【患者のライフストーリーを想像しながら看護実践を行えている】が達成されたと考える。【ICUダイアリーの実施】については、患者の退院後の生活の再構築に向けた看護実践が必要であること、その為にメンタルヘルスにもアプローチする必要があることに意識が向いたため、ICUダイアリーという手段に繋がったのではないかと考える。「患者のライフストーリーに関連の深い写真や物」を持参してもらうための説明や活動を通して、ICU入室中の患者の前後のストーリーを意識しながら看護実践を行うという看護師の意識変容に繋がったと考える。

【結論】

「患者のライフストーリーに関連の深い写真や物」を積極的に持参してもらうことで、看護師が患者の退院後の生活を思考するという意識変容をもたらす可能性について示唆を得ることができた。

[P4-2] 延命治療の代理意思決定支援において ICU看護師が抱く困難と対処

○池端 廣紀¹、高橋 ふみ子¹ (1. 秋田大学医学部附属病院)

キーワード：延命治療、代理意思決定支援、家族

I. 研究目的

A病院 ICUにおける延命治療の代理意思決定支援に関して看護師が抱いている困難と対処を明らかにする。

II. 用語の定義

- ・延命治療…生命予後不良の患者に対して行われる生命を延長することを目的としたすべての治療¹⁾。
- ・代理意思決定…意識が無く自己決定できない患者に代わって患者の家族が生命や予後の生活に影響を及ぼしうような治療の内容を決定することとする。治療内容の具体例は急変時や心肺停止時の対応、手術、人工呼吸器による呼吸管理・気管切開術・透析・人工心肺の実施や継続についてとする²⁾。
- ・家族…血縁、婚姻関係に関わらず自身が家族であると認識し、（患者が意思決定出来ない状況において）代理意思決定に参加する成人とする²⁾。

III. 研究方法

研究デザイン：半構造化面接調査を用いた質的研究

研究期間：倫理審査承認日～2020年7月30日

研究場所：特定機能病院 A ICU

研究対象：専門看護師、看護師長を除いた看護師6名

データ収集・分析方法：インタビューガイドを作成し、半構造化面接を行った。インタビュー内容を基に逐語録を作成しカテゴリー化した。

IV. 倫理的配慮

本研究は秋田大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て行った。

V. 結果

面接内容を質的に分析した結果、106コード、46サブカテゴリーから、看護師が抱く困難に関しては【危機的状況にある家族との関わり】【患者の意思の不確かさ】【患者・家族へ共感するがゆえのジレンマ】【死に対す

る普遍的な問い】などの8カテゴリー、困難に対する対処に関しては【家族との関係性の確立】【家族の受容を促すための関わり】【患者・家族への意思確認】【心理的な防衛】などの8カテゴリーが明らかとなった。

VI. 考察

ICU看護師は、重篤な患者とその家族に関わる際に、【危機的な状況にある家族との関わり】という困難に直面しながらも、【自由な面会への配慮】や【患者・家族支援のための情報収集】を行い、【家族との関係性の確立】を図っていた。また、代理意思決定支援を行ううえで【患者の意思の不確かさ】などの困難が生じるが、【患者・家族への意思確認】をすることで対処していた。動揺が大きい家族に対しては、【家族の受容を促すための関わり】などをしながら、患者にとっての最善を考えて家族が代理意思決定できるように支援しており、これらの対処は看護者の倫理綱領に基づくものであると考えられた。また、日々の関りの中で【患者・家族へ共感するがゆえのジレンマ】や【死に対する普遍的な問い】などの困難にも直面し、それに対して【心理的な防衛】をとっていたが、その他に具体的な対処行動が挙げられなかったことから、困難に対処しきれていないことが考えられた。ICU看護師は【みんなが納得した代理意思決定をするための関わり】を心掛けていたが、それと同時に【医療者間のすれ違い】などの困難も抱えていた。このような状況への解決策として、看護師個人ではなく、チームとして困難を解消していく必要があると考えられた。患者や家族の希望を治療方針に反映させることができるように、看護チームとして多職種に働きかけることが重要であると考えられた。

VII. 結論

ICU看護師は危機的な状況にある家族との関わりに困難を感じながらも、患者の最善を考えつつ家族の代理意思決定を支援していた。代理意思決定支援のなかで生じる困難に対し、看護チームとして対処していく必要性が示唆された。

VIII. 引用文献

- 1)清水玲子他：救急医療において延命治療の代理意思決定を行った家族の体験.関西国際大学研究紀要19,45-55. 2018
- 2)石塚紀子他：救命救急領域における家族の代理意思決定時の思いと看護支援の実態.日本クリティカルケア看護学会誌,11(3),11-23.2015.

[P4-3] 重症患者家族支援チームの立ち上げと課題

○杉江 英理子¹、川村 修司¹ (1. 神戸市立医療センター中央市民病院)

キーワード：家族支援、終末期医療、チーム医療

目的：救急・集中治療領域へ緊急入院となる患者は重症者が多く、同時にその家族も危機的な状況に陥っている。患者を受け入れるICU等では、重症患者の治療・ケアと共に家族への支援も必要とされるが、組織的な家族支援体制がある施設はほとんどなく、現場の医師や看護師などの個人的な努力で補っていることが多い。一方で家族が、当該部署の職員に率直な思いや治療などに対する不安などを伝えることをためらい、家族と医療従事者との見解の相違が生じることもある。このような状況を避けるために、直接、診療にかかわらない職員が、中立的な立場で家族を支援していくことが必要と考え、入院時から家族の思いや病状の理解度を確認しながら、医療

チームで情報を共有する、「重症患者家族支援チーム」（以下支援チーム）を立ち上げた。

方法：支援チームは急性重症患者看護専門看護師、精神看護専門看護師、ソーシャルワーカーで構成した。救急ICU・CCU（以下EICU・CCU）を対象に、入室直後から家族支援を行った。介入対象は、EICU・CCU入室中でGCS5点以下、もしくはEICU・CCUのスタッフから介入依頼があった患者家族とした。介入は可能な限り、専門看護師とソーシャルワーカーの二名で行い、家族と支援チームの安全空間を作ることを第一に介入を行った。介入は、家族の心理状態に合わせて、現在の不安、病状の理解度、医療チームに期待すること、患者の価値観、家族背景等について語っていただき、その都度、不安や疑問が解消されるよう支援した。支援チームが得た情報は部署の職員と共有した。必要時は治療方針決定の場に『家族の支援者』として立ち会い、医療者からの説明後に家族の気持ちの確認などを行い、意思決定支援を行った。なお本発表において、調査協力の諾否によって対象者が不利益を被らないことを説明した。

結果：2019年12月中旬から活動を開始し、介入のべ件数は55件、30家族に介入した。介入した家族からは、経済的な不安、現在の病状への不安、意思決定への迷いなどが聞かれたが、その都度介入を行い、不安が解消した等の言葉が聞かれた。また、家族から直接、介入依頼があった症例は3件で、それぞれ①医療従事者の説明に対する不満、②スタッフの対応についての不満、③自身の精神的症状についてであった。支援チームが家族と面談を行い、そこで得た情報を医療チームと共有した。その結果、①の症例では、医療従事者と家族の間での病状理解の違いが明らかになり、家族の思いや疑問を解消しながら意思決定支援が行われた。②の症例では、対象となったスタッフと部署へのフィードバックを行い、面会で得た家族の心理的状況を考慮したうえでの必要なケアを助言し、結果的にはご家族から満足度の高い終末期を迎えられたという言葉が聞けた。③の症例では、危機的状況であった家族の心理状態をアセスメントしながら面談した結果、ご家族からこの面談を契機に、自分らしさを取り戻すことができたという言葉が聞けた。また部署からも、家族支援チームの活動によって、家族の真意を把握しやすくなり、家族ケアや意思決定支援への困難感が軽減したという言葉が聞かれた。

考察：急性期における家族支援について重要性は多くの文献で述べられているが、支援者の立場について明記されているものはない。今回、家族支援チームが中立的立場で家族を支援したことが、家族が率直に思いを語ってくれる場を生み出したと考えられた。しかし、このような支援チームは日本においてもまだ存在していないため、今後は支援チームの介入評価測定が課題と考える。

[P4-4] クリティカルケアで活用できる臨床倫理分析ツール “ACTce-CCM” の作成

○山勢 博彰¹、立野 淳子²、田戸 朝美¹、山本 小奈実¹、佐伯 京子³（1. 山口大学大学院医学系研究科、2. 小倉記念病院、3. 山口大学医学部附属病院）

キーワード：臨床倫理分析、ツール作成

【目的】

クリティカルケアで生じる倫理上の問題について分析し、問題を適切に導くことができる臨床倫理分析ツールACTce-CCM（Analysis and Coordination Tools of Clinical Ethics in Critical Care Medicine）の作成。

【方法】

ACTce-CCMの構成概念の設定とプロトタイプ版の作成、架空事例への適用、フォーカスグループインタビューと質問紙調査による内容的妥当性を検討した。

〔構成概念の設定とプロトタイプ版の作成〕倫理分析方法について、原則論、物語論、手順論の側面から構成概念を設定し、プロトタイプ版を作成した。

〔プロトタイプ版による架空事例への適用〕2つの架空事例について、プロトタイプ版による分析と計画立案を研究者内で実施した。

〔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（以下CCNS）、救急看護／集中ケア認定

看護師等20名を対象にした倫理上の問題と倫理調整の実際をフォーカスグループインタビューにて調査した。

〔質問紙調査〕 CCNS 43名を対象に、臨床で生じる倫理上の問題とそれに対する看護師の倫理調整の実際を調査した。

各研究は所属機関の研究倫理審査委員会から承認を受けた。フォーカスグループインタビューでの発言者は匿名化し、質問紙調査は無記名調査とした。

【結果・考察】

網羅的に情報整理ができる手順論による手法を採用し、「医学的適応」、「患者の意向」、「QOL/QOD（Quality of Death）」、「家族の心理・社会的状況」、「医療チームの状況」、「周囲の状況」の6分割表で構成されるプロトタイプ版を作成した。

プロトタイプ版による2事例を適用した結果、6分割表によって適切な情報整理と分析ができた。問題抽出と目標設定では、患者・家族側と医療者側の問題を容易にリストすることができた。ケア立案では、問題リスト毎にケアのポイントを整理することができた。

フォーカスグループインタビューでは、6分割毎に問題が整理されることが確認でき、構成概念の内容的妥当性があることが裏付けられた。

質問紙調査では、臨床で生じる倫理上の問題と解決のための倫理調整の実際をリストした。実際の倫理上の問題は6分割毎に整理することができ、倫理調整による解決法を導けることが確認できた。

【結論】

ACTce-CCMは、倫理分析の枠組みを提供し、倫理上の問題を適切に見出し、クリティカルケアのさまざまなシーンで起こる倫理上の問題解決を支援するツールとして活用可能である。

[P4-5] クリティカルケア看護領域における comfortの概念モデルの内容妥当性検証

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

【目的】

我々は国内外のクリティカルケア看護領域の comfortに関する文献を用いて概念分析を行った。その結果に基づきクリティカルケア看護領域における comfortの概念モデルを作成した。すでに概念モデルの各項目については急性・重症患者看護専門看護師11人を対象に質的研究を行い、表面的妥当性を確認した。本研究では、先の研究で作成したクリティカルケア看護領域における comfortの概念モデルについて内容妥当性の検証を行うことを目的とした。

【方法】

研究デザインは質問紙調査研究である。2019年9月から10月の期間で、クリティカルケア看護領域に精通する専門家を対象に質問紙調査を行った。調査内容は対象者の属性として、現在の主たる業務および、最終学歴の2項目を問うた。内容妥当性を検証する調査項目は概念分析、質的研究の結果をもとに、「患者の comfortではない状態について」42項目、「患者の comfortを阻害する外的環境について」14項目、「患者の comfortではない状態に対する看護師の観察やケアについて」19項目、「患者に関わるケア提供者の特性や態度について」9項目、「患者の comfortな状態について」20項目、「患者の comfortを看護師が知覚するサインについて」17項目、「患者に comfortが生じたことによってもたらされるものについて」12項目の合計133項目を作成した。項目の評価は4段階のリッカート尺度（1＝関連性がない、2＝項目の修正なしでは関連性を評価することはできない、3＝関連性はあるが、わずかな修正が必要である、4＝非常に関連があり合致している）を用いた。また、項目毎に用語や文章の言いまわしなど、表現方法について意見を求めた。データの分析は、Polit et al（2007）が論ずる内容妥当性検証の方法に準じた。まず、個々の項目の内容妥当性指標（item-level content validity index：I-CVI）は

0.78以上（3，または4に評価した専門家の割合）を指標とした。次に項目全体の内容妥当性指標（scale content validity index：S-CVI）は、全項目の平均値を算出し、0.9以上を指標とした。

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：598）。

【結果】

対象者は合目的なサンプリング法で選出した。クリティカルケア看護領域に精通する専門家8人に調査用紙を郵送し、7人から返送があった。そのうち、6人は教育および研究職で、1人は臨床で看護師として勤務していた。また、全員が博士課程修了者であった。

I-CVIは0.43～1.00の範囲を示した。133項目のうち120項目は7人中6人以上が妥当であると回答し、0.86以上の値を示した。13項目はI-CVIが低値を示し、推奨水準を満たさなかったため、内容妥当性が低いと判断して削除した。また、内容妥当性を確認できた120項目のうち30項目については、対象者からの意見に基づき表現方法などを修正した。全項目の平均であるS-CVIは0.93であった。

【考察】

クリティカルケア看護領域におけるcomfortの概念モデルの項目は内容妥当性が確保された。今後は概念モデルの妥当性を高めるために構成概念妥当性を検証し、構造的側面の妥当性についても確認する必要がある。

[P4-6] クリティカルケア看護におけるレジリエンスの活用に向けた課題

○森島 千都子¹（1. 同志社女子大学 看護学部看護学科）

キーワード：レジリエンス、文献検討

【目的】本研究の目的は、看護で用いられているレジリエンスの概念を検討し、クリティカルケア領域での活用に向けた示唆を得ることである。

【方法】文献検索は、医中誌Web、PubMed、CINAHLを使用した。キーワードは、国内文献では、「レジリエンス」and「概念分析」とし、海外文献では、"resilience" and "concept analysis" and "nursing"とした。包含・除外基準による検討から、国内文献4件、海外文献13件の計17件を分析した。

【結果】対象文献の分析方法は、Walker & Avantの概念分析が10件、Rodgersの概念分析が4件、Schwartz-Barcott & Kimの hybrid model と Meleisの概念分析、Narrative synthesisが各1件であった。分析対象は、個人が15件、集団が2件であった。個人としては、「成人」、「子ども」、「思春期」、「85歳以上」、「軍人」、「慢性疾患を持つ子どもの介護者」、「若年性認知症患者の介護者」、「血液透析患者」が各1件、「がん患者」が2件、「不明」が5件であった。集団については、「家族」と「コミュニティ」が各1件であった。対象文献から抽出された定義は、『能力』と『過程』に分類でき、能力には、[不利な状況から回復する能力]と[状況を好転させる能力]が抽出された。過程には、[回復過程]、[適応過程]、[成長過程]が抽出された。

属性は、『心理特性』、『個人特性』、『対処力』、『調整力』、『決断力』、『自己認識』、『肯定的な見方』、『資源』、『ネットワークを築く』、『パターンがある』、『プロセスがある』ことが認められた。先行要件は、状況や変化、疾患、持続に関する[ストレス]と[逆境]からおこる『不利な状況』があり、『個人要因』としては、[潜在的レジリエンス]と[認識力]が抽出された。『環境要因』には、[人的資源]と[社会資源]が抽出された。

帰結は、『個人機能』、[Positive thinking]と[心理的苦痛の程度]からなる『心の所在』、[Well-being]、[回復]、[肯定的な結果]、[社会生活への適応]、[社会生活の維持]、[成長]、[対処能力]、[適応] [個々の機能の向上]からなる『肯定的な変化』、『効果的な対処』が抽出され、レジリエンスが低い場合には『否定的な結果』になることが抽出された。

【考察】レジリエンスは、不利な状況を認識することによってレジリエンスが高められることや、人はレジリエ

ンスを潜在的に保有していることから、クリティカルケア期の患者とその家族にも適用可能であると考えられる。さらに、レジリエンスは、能力または過程として定義されていることから、能力向上に向けた看護介入プログラムの構築や過程を明らかにすることで、その過程に応じた介入支援が可能になると考えられる。しかし、クリティカルケア期にある患者とその家族にたいして、発症前からレジリエンスを向上させる看護介入は困難である。今後は、クリティカルケア期にある患者とその家族のレジリエンスの実態を明らかにし、潜在的レジリエンスを支え、肯定的な変化を促す看護介入モデルの構築を検討していく必要があると考える。

[P4-7] クリティカルケア領域における看護師の臨床判断に関する文献レビュー

○正垣 淳伍¹ (1. 関西医科大学大学院 看護学研究科博士前期課程)

キーワード：臨床判断、文献レビュー、クリティカルケア

【目的】 クリティカルケア領域における看護師の臨床判断に関する文献レビューをおこなうことによって、研究の動向を明らかにする。

【方法】 医学中央雑誌 web版を使用して国内の文献検索を行った。国内としたのは医療制度の違いから臨床判断に違いが出るとしたためである。期間は、2020年2月までのものとした。「臨床判断」「臨床的判断」をキーワードとし原著論文、看護論文に絞って検索をおこない259件が抽出された。抽出した文献で、クリティカルケアの場面以外の文献や臨床判断の教育、学生を対象とした文献を除外した。分析は、発表年次ごと、研究対象者の看護師経験年数ごと、臨床判断が行われた場面ごと、研究対象者の所属部署ごとに分類した。看護師経験年数の分類では、多くの文献で4年目以上を熟練看護師としていたため、その区分を採用した。臨床判断の内容については、思考のプロセスや判断の要因に焦点をあてて分類した。

【結果】 17件の文献が選定された。年次推移は、1998年が1件、2005年から2009年が5件、2011年から2015年が5件、2016年から2019年が6件であった。看護師の経験年数による分類では、4年目以下の文献が3件、4年目以上の経験年数が対象の文献が6件、さまざまな経験年数の看護師が対象の論文は7件、対象者の経験年数が不明なものは1件であった。研究対象者の属性ごとでは、ICUなどのユニット系が8件、救急外来が1件、一般病棟が8件（ICUと一般病棟が研究対象の文献があり重複あり）であった。臨床判断の場面ごとの分類では、ICUにおけるケアが3件、一般病棟での周術期ケアが3件、救急外来でのケアが2件、急変対応が7件、その他（入室対応、呼吸ケア）が2件であった。ICUにおけるケアの内容では、体位変換や人工呼吸器管理の早期離脱や離床に関する臨床判断の文献であった。周術期ケアにおいては離床に関する文献であった。臨床判断の内容については、ICUや周術期ケアについては臨床判断のプロセスに焦点が当てられ、救急外来や急変対応においては臨床判断の要因に焦点を当てていた。

【考察】 文献の年次推移では、2014年を境に徐々に増加傾向となっている。看護師の経験年数や所属部署という属性での特徴は、さまざまな経験年数における論文が多くなっており、教育の効果や経験年数での対比によって臨床判断を明らかにしようとする論文が増えていることを示唆している。看護師の所属部署では、ICUといったユニットと一般病棟での論文がほぼ同数であり、一般病棟におけるクリティカルケア領域の臨床判断能力が求められていると考える。2014年以降では、患者の回復過程における臨床判断の論文が増えている傾向にある。人工呼吸器管理や離床に関する内容であり、これはクリティカルケア領域において看護師が主体性をもって患者の回復過程に関わっていることが反映されていると考える。その反面、臨床判断が必要な場面ごとの分類では急変時対応での場面がもっとも多いことから、急変時対応における臨床判断の重要性は強いと思われる。急変対応と患者の回復促進という面において、所属の場所を問わず看護師の臨床判断能力が求められていることが考えられる。今後は、患者の回復過程における看護師の臨床判断能力の向上が望まれるとともに、その臨床判断能力は一般病棟で活かされる体系化された教育が必要となると考える。また、急変対応に関しては看護師の気づき

や経験値を向上させる振り返りや教育が必要となると考える。

一般演題（示説）

[P5] 医療安全、呼吸・循環、看護管理

[P5-1] ICUにおける人工呼吸器装着患者に対する身体抑制フローチャート導入への取り組み

○尾崎 悦崇¹、加藤 美樹¹、三浦 敦子¹（1. 豊橋市民病院）

[P5-2] 当院 ICUにおける身体拘束実施に関する実態調査

○中村 文栄¹、高橋 真紀¹、佐土根 岳¹（1. 手稲溪仁会病院看護部集中治療室）

[P5-3] 看護師における呼吸ケアの質の向上を目指した活動と課題

○工藤 順子¹、古川 智美¹、加藤 彩¹、守谷 千明¹、嶋田 正子¹、竹添 麻貴¹、小泉 雅子²（1. 東京女子医科大学病院、2. 東京女子医科大学看護学部）

[P5-4] 集中ケア認定看護師による特定行為を活用したリハビリテーションの3例

○奥山 広也¹（1. 山形県立中央病院ICU）

[P5-5] クリティカルケア看護学分野における看護師の調整に関する国内文献の検討

○牧野 夏子¹、石川 幸司²、葛西 陽子³（1. 札幌医科大学附属病院、2. 北海道科学大学保健医療学部、3. 手稲溪仁会病院）

[P5-6] 看護系大学を卒業した新人クリティカルケア看護師の専門性獲得と職業継続に関する現状

○茂田 玲子¹、矢富 有見子¹、森下 純子¹、富田 亜沙子²、矢澤 祐貴³（1. 国立看護大学校、2. 元 国立看護大学校、3. 元 国立看護大学校 研究課程部 後期課程）

[P5-7] 集中ケア認定看護師のキャリアに関する実態調査

○塚原 大輔^{1,2}、大城 祐樹³、水流 洋平⁴、山本 由美⁵、守谷 千明⁶、河村 葉子^{7,1}、阿部 絵美⁸（1. 一般社団法人 集中ケア認定看護師会、2. 順天堂大学医学部附属練馬病院、3. 医療法人財団健貢会総合東京病院、4. 公益社団法人 日本看護協会看護研修学校、5. 公立昭和病院、6. 東京女子医科大学病院、7. 河北総合病院、8. 前橋赤十字病院）

[P5-8] 大卒新人クリティカルケア看護師育成のための臨床での教育と管理者が求める能力に関する現状

○矢富 有見子¹、森下 純子¹、富田 亜沙子²、茂田 玲子¹、矢澤 祐貴³（1. 国立看護大学校、2. 元国立看護大学校、3. 元国立看護大学校研究課程部後期課程）

[P5-1] ICUにおける人工呼吸器装着患者に対する身体抑制フローチャート導入への取り組み

○尾崎 悦崇¹、加藤 美樹¹、三浦 敦子¹ (1. 豊橋市民病院)

キーワード：身体抑制フローチャート、人工呼吸器

【目的】 A病院ICUでは、今まで明確な身体抑制の判断基準を設けておらず、個々の判断に委ねられていることで看護師が不安を抱えている現状があった。そこで人工呼吸器装着患者を対象とした抑制帯フローチャート（以下フローチャートとする）を導入し、ICU看護師の意識に与える影響を明らかにしたいと考えた。err

【方法】 導入前準備として2019年3月から、他施設(小坂ら2012)の抑制帯フローチャートを参考に抑制を最小限に留められる当病棟用の人工呼吸器装着患者抑制帯フローチャートを作成。ICU看護師に対して、鎮痛・鎮静に関する薬剤、自覚覚醒トライアル、ICDSCの学習会を実施し、その後フローチャート使用方法の説明会を行った。

フローチャートは2019年5月から導入し、看護師複数名で身体抑制の必要性を判断した。看護師16名に対し、フローチャート導入前後でアンケート調査を実施した。アンケートは「フローチャートの必要性」「抑制開始・解除の判断に関する不安」「フローチャートの判定に沿った抑制解除が行えたか」など14項目について行った。本研究は所属病院倫理委員会の承認を得た上で実施した（NO.458）。

【結果】 看護師16名、回収率100%であった。フローチャート導入期間での対象患者数は39名であった。アンケートの結果、フローチャートの必要性については100%が必要だと回答した。理由として「身体抑制に対して判断に迷うため、開始・解除の根拠や判断基準が欲しい」「フローチャートを基に判断することで過剰な抑制を防ぐことに繋がる」との意見が聞かれた。抑制開始判断に関する不安では、導入前アンケートでは75%が不安を感じていたが、導入後には13%へと減少した。理由として「フローチャートの判定通りに実施することで不安が軽減した」「フローチャートにより倫理面について考えることができた」との意見が聞かれた。抑制解除判断に関する不安では、導入前アンケートでは100%が不安を感じていたが、導入後には75%へと減少した。理由として「基準が曖昧であったが、指標があることで不安が軽減した」「予定外抜去リスクが高いとの判断で抑制をしていたが必要性を検討するようになった」との意見が聞かれた。フローチャートの判定通りに抑制を解除できなかったと答えた割合は19%であった。理由として「個室などスタッフの目が届きにくい状況で不安」「患者が口元に手を持っていく動作が頻回だと不安」との意見が聞かれた。

【考察】 フローチャートに沿って判定を行うことで、抑制を開始・解除する際の判断に統一した基準ができ、看護師の不安軽減に繋がった。またフローチャートには抑制を回避するための手段が示されていることから、看護師のアセスメントの視点が変化し、患者の尊厳を守ることに意識が向けられた可能性がある。一方で抑制解除時に75%の割合で不安が残った理由として、個室への入室や継続的な観察が行えない状況があった。結果を踏まえ、個室入室の際は継続的観察が行える担当看護師の割り振りや夜間帯での鎮静深度について医師と検討するなどフローチャート修正を図ることが今後の課題となる。

[P5-2] 当院 ICUにおける身体拘束実施に関する実態調査

○中村 文栄¹、高橋 真紀¹、佐土根 岳¹ (1. 手稲溪仁会病院看護部集中治療室)

キーワード：身体拘束

【目的】 身体拘束は、切迫性・非代替性・一時性が成立する場合にのみ安全確保を目的に用いられる。一方で、関節拘縮や筋力低下などの身体的弊害、不安や怒り、認知症の進行などの精神的弊害を引き起こし、生活の質を根本から損なう危険性がある。そのため、当院ICUの身体拘束実施に関する実態を調査し、不必要な身体拘束ゼロ化に向けた課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】 2018年4月1日～2019年3月31日に当院ICUに入室し、身体拘束を必要とした成人患者を対象とし

た。対象の基本情報、身体拘束に関する情報および看護師の判断材料に関する記録の有無を診療録から後方視的に抽出し、記述統計を算出した。本研究では身体拘束を「衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を抑制し、その運動を抑制する行動の制限」と定義した。なお、本研究は当院倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】 ICUに入室した成人患者910名のうち、対象者は23名(2.5%)であり、男性10名(43.5%)、平均年齢65.0±15.2歳、平均 APACHEII 20.9±7.4点、平均 ICU入室期間14.0±8.7日、臨時入室91.3%であった。身体拘束開始から解除までを1件とした場合の身体拘束件数は59件、拘束時間の中央値は155分(25-1522分)であった。身体拘束の内訳は、上肢抑制72.9%、抑制ミトン23.7%、体幹抑制5.1%、その他3.4%であった。身体拘束開始時に使用していた医療デバイスは3~7種類で、経鼻胃管91.5%が最も多く、次いで膀胱留置カテーテル86.4%、中心静脈カテーテル72.9%、挿管チューブ72.9%であった。身体拘束実施前の安全対策は、見守り93.2%、環境整備45.8%、薬剤調整44.0%、留置デバイスの固定強化20.3%であった。身体拘束理由は、一時的に見守りが困難64.8%、見守りでは安全確保困難18.6%、処置時の安静確保8.5%であった。身体拘束開始時の記録記載率は、意識レベル59.3%、鎮静レベル40.6%、CPOTでの鎮痛評価3.3%、CAM-ICUでのせん妄評価3.3%であった。

【考察】 身体拘束実施前の安全対策として、9割以上の患者が見守りで代替されていることや、一時的な身体拘束が最も多かったことから、臨床状況により身体拘束が必要になる場面が生じていることが示唆された。また、多くの患者に複数の医療デバイスが使用されており、計画外抜去などを予防するために身体拘束が用いられていた。しかし、患者自ら安全を確保することが困難であると判断するための患者状態を尺度等を用いて定量的に記載したものは少なかった。そのため、どのような状態の患者に身体拘束が必要と判断されているのかは明らかではなかった。以上のことから、患者状態を繰り返し評価し、定量的に比較検討することが、不必要な見守りや身体拘束減少につながると考えられる。

【結論】 身体拘束は見守りが一時的に困難である場合に実施されていた。身体拘束実施時の患者評価の記録記載率は3.3~59.3%に留まり、患者状態を繰り返し評価し、身体拘束の必要性を検討することが課題である。

[P5-3] 看護師における呼吸ケアの質の向上を目指した活動と課題

○工藤 順子¹、古川 智美¹、加藤 彩¹、守谷 千明¹、嶋田 正子¹、竹添 麻貴¹、小泉 雅子² (1. 東京女子医科大学病院、2. 東京女子医科大学看護学部)

キーワード：呼吸ケア、RST、看護相談

【目的】

A病院では、2012年から Respiratory Support Team (RST) が立ち上がり、ついで2015年には Respiratory Support Team Nursing Project (RSTNP) が始動した。RSTNPの目的は、人工呼吸に特化しない呼吸ケアの質の向上とした。始動の背景には、2014年の診療報酬改定でICUの施設基準が変更になり、その結果として人工呼吸器患者が一般病棟で管理されることが余儀なくされたことが影響している。これまでの活動では、24時間体制で看護相談に対応するシステムの導入など適時性、迅速性の担保に力を注いできた。導入後の相談実績は2015年には223件であったが、2019年には18件まで減少した。そのため今回の目的は、過去5年間に於いて看護相談の件数が減少した要因を明らかにし、今後のRSTNPの活動への示唆を得ることとする。

【方法】

2014~2019年の5年間に於いた相談記録を後ろ向きに抽出し、相談内容を示すワードにラベルをつけ、類似性に着目してカテゴリー化した。各カテゴリーのラベル数を単純集計して、各々の件数とした。

データの使用および結果の公表にあたっては所属施設に目的、方法および個人情報の保護について説明し同意を得るとともに、看護部門研究倫理検討会の承認を得た(承認番号 T-2019-27)。

【結果】

延べ相談件数は405件、年度別割合は2015年55.1%、2016年21.7%、2017年8.9%、2018年9.9%、2019年4.4%であった。複数回の相談は2015年83件、2016年45件、2017年3件であり、すべて【呼吸ケア】に関連していた。

相談内容は加湿調整や気道管理などの【呼吸ケア】、人工呼吸ケア、フィジカルアセスメントなどの【勉強会】、呼吸器設定など医学的判断を要する【医行為】、人工呼吸器のアラーム対応などの【人工呼吸器トラブル】、手順書作成、医療安全への対応などの【その他】のカテゴリーに分類された。

カテゴリー別の割合は【呼吸ケア】75.3%、【勉強会】13.8%、【その他】5.9%、【医行為】3.0%、【人工呼吸器トラブル】2.0%であった。年度別では2015年の【呼吸ケア】が42.5%を占め、2016年17.8%、以降は6.4~2.2%【勉強会】は2015年6.2%、以降は1.5~2.2%であった。【人工呼吸器トラブル】は2015年1.7%であったが、2017年以降の相談はなかった。

【呼吸ケア】の内訳は気道管理26.2%、人工呼吸ケア25.3%、フィジカルアセスメント17.4%、加湿調整12.8%、終末期における呼吸困難の緩和ケア6.6%などであった。年度別では、2015年の人工呼吸ケアが23.9%と最も多かった。ついで2015年、2016年の気道管理がそれぞれ10.8%、8.5%、2015年、2016年のフィジカルアセスメントがそれぞれ7.2%、6.2%であった。

【考察】

看護相談はRSTNP始動の2015年からの2年間に集中し、とりわけ【呼吸ケア】は延べ相談件数の60.3%を占めたが、2016年以降は複数回の相談や【人工呼吸器トラブル】が減少した。その要因として、現場のニーズや課題が多かった人工呼吸ケア、気道管理、フィジカルアセスメントへの対応、部署依頼の【勉強会】開催など、集中的に支援したことが考えられ、看護師の呼吸ケア能力が向上したと推察された。

また、終末期における呼吸困難の緩和ケアを目的とした相談も少なくなく、リソースの調整をさらに強化する必要性が示唆された。

[P5-4] 集中ケア認定看護師による特定行為を活用したリハビリテーションの3例

○奥山 広也¹ (1. 山形県立中央病院ICU)

キーワード：特定行為、リハビリテーション

【背景】

特定行為研修制度が開始され4年が経過した。特定行為は手順書に基づき医師からの包括指示として診療の補助の範疇で行為を実施するものである。当院では集中ケア認定看護師兼特定行為研修修了者（以下特定看護師）1名と診療看護師1名が医師と共に医療および看護ケアを提供しており、そのうち集中ケア認定看護師兼特定看護師は集中治療部の一員として活動している。従来、重症患者のリハビリテーション時に医療介入が必要な患者は医師が立ち合いのもと行う必要があった。

【目的】

リハビリテーション時に特定行為を有効に活用できた症例を報告する。

【方法】

当院において2017年7月～2019年1月までの期間に、集中治療部が介入した患者の中から特定行為を活用してリハビリテーションを行った3症例を選出した。

本症例の報告は山形県立中央病院の倫理委員会の承認を得ている。

【結果】

<症例1> インフルエンザウイルス A型感染症に細菌性肺炎を合併した63歳女性。高度肥満（BMI40）あり。人工呼吸器管理を行っており、持続鎮静中であった。実施した特定行為は侵襲的陽圧換気の調整（人工呼吸器の設定：SPONT FiO₂0.4、PS5、PEEP5→FiO₂0.4～0.5、PS5～8、PEEP5）及び鎮痛薬の調整（フェンタニル50μg/h→20～40μg/h）。早期リハビリテーションの一環として挿管下にてベッド上端坐位と Electric Muscle Stimulation（以下 EMS）を使用した。

<症例2> 自宅の給湯器の故障で入浴中に下肢の広範囲重症熱傷（BI27、PBI103、下肢熱傷範囲%）となった76歳男性。受傷後はICUにて集中治療管理を行いながら連日の熱傷処置を実施した。循環動態も安定し感染もコントロールされたため、一般病棟へ転棟したが創部の疼痛が強く、リハビリテーションが難渋した。実施した特定行為は鎮痛薬の調整（フェンタニル10μg/hの持続投与中に60～100μgのボラス投与）。患者のリハビリテーション前後の疼痛の状況に合わせてボラス投与の増減を行った。疼痛コントロールを行いながらリハビリテーションを進めることができた。

<症例3> 急性心筋梗塞による心不全で集中治療管理が必要であった59歳女性。新原生ショックであったため、PCPS及びIABPを挿入し循環管理を行った。その後循環補助装置は離脱したが、低心拍出量症候群のため常時カテコラミン（ドブタミン15mg/h）を投与していた。人工呼吸器の離脱にむけてリハビリテーションを開始。実施した特定行為は侵襲的陽圧換気の調整（人工呼吸器の設定：SPONT FiO₂0.3、PS10、PEEP7→FiO₂0.3～0.5、PS10～12、PEEP7）。患者のバイタルサインや疲労度、呼吸状態に合わせて設定変更を行った。

上記3症例全てにおいて、当院で使用している離床プログラムの中止基準にかかることなく、リハビリテーションを実施することができた。

【考察】

これまでは人工呼吸器の調整や鎮痛薬の調整など、リハビリを行う上で医師が調整を行っていた。集中ケア認定看護師兼特定行為看護師が介入することで、病態の把握や全身の状態に合わせて特定行為による調整が可能となり、リハビリテーションを安全かつ効果的に施行することができた。

今後の課題として、現在の体制では休日の対応が困難なため、特定看護師が不在時は同様のリハビリテーションが継続されにくい課題がある。今後に向けて特定行為研修修了者の養成および配置を確立していく必要がある。

[P5-5] クリティカルケア看護学分野における看護師の調整に関する国内文献の検討

○牧野 夏子¹、石川 幸司²、葛西 陽子³（1. 札幌医科大学附属病院、2. 北海道科学大学保健医療学部、3. 手稲溪仁会病院）

キーワード：調整、看護師、文献検討、クリティカルケア看護学分野

【目的】本研究の目的はクリティカルケア看護学分野における看護師の調整に関する国内文献の検討を行い看護師の調整に関する内容を明らかにすることである。なお、本研究の「調整」とは「クリティカルケア看護において最善のケアを提供するために、そこに携わる様々な職種が最大限のチームワークを発揮することができるように、人、場、時間、情報、資源を整えるための看護師の行動」と定義した。

【方法】医学中央雑誌 Web版 ver.5を用いて期間は定めず「看護師」「調整」と「クリティカルケア看護」「クリ

ティカルケア」「救急看護」「急性期看護」「集中治療看護」をキーワードとし原著論文を検索した(最終検索日:2019年5月28日)。論文言語は日本語のみとした。その結果、272件が抽出され、重複文献を除外し115件となった。タイトルレビューにより、商業雑誌、病院紀要、研究会集録24件と、クリティカルケア看護の調整内容とは若干異なると考えられる母性・精神看護学分野と調整内容が特徴的な新生児・小児を対象とした文献15件を除外し76件を分析対象とした。分析対象文献を精読し本研究の調整の定義に言及している文献27件を最終分析対象とした。最終分析対象文献のうち看護師の調整について記述されている箇所を抽出しコードとし、意味内容の類似性に沿ってサブカテゴリー、カテゴリーと質的帰納的に分析した。データ分析過程において共同研究者間で繰り返し検討し妥当性の確保に努めた。倫理的配慮として公表されている文献のみを対象とし著作権に留意した。

【結果】最終分析対象文献は2006年～2019年に出版されていた。文献より163コード、39サブカテゴリー、19カテゴリーが生成された。19カテゴリーは【円滑な救急外来対応に向けた医療職者の采配】【家族への家族成員参集の依頼】【適切な治療・看護の実現に向けた各専門職の活用】【患者の安全・安楽のための看護師間の協働】【家族が現状認知するための医師への働きかけ】【家族成員の治療参加に向けた働きかけ】の6カテゴリーからなる‘人の調整’、【患者の搬入体制を整える場の整備】【家族が感情を整理するための場の提供】【患者の治療および安全を考慮した療養環境の整備】【患者・家族の意向に沿った面会の整備】【患者の状況に合わせた家族への場の提供と整備】【家族が患者との最期の時をより善くできるような場の工夫】の6カテゴリーからなる‘場の調整’、【患者状況に合わせた家族の面会のタイミングの調整】【患者への症状説明のための時間確保】【家族の納得と意思決定のための時間の確保・保守】の3カテゴリーからなる‘時間の調整’、【医療者間における患者・家族情報の収集と共有】【家族の現状認知を促す情報提供】の2カテゴリーからなる‘情報の調整’、【患者の病状に適したサービスの確保】【退院支援に向けた院内外の医療機関との連携】の2カテゴリーからなる‘資源の調整’に分類された。

【考察】本邦のクリティカルケア看護学分野における看護師は急性期から社会復帰まで長期間にわたり‘人’‘場’‘時間’‘情報’‘資源’の調整を行っていることが明らかとなった。更に即時性のある調整や危機的状況にある患者・家族に対する調整が明らかとなり当該分野の特徴であった。また、調整の対象は患者、家族、医療職者のみならず社会資源や退院支援を含めた視点で捉えており、多職種と協働することにより円滑に治療や看護が進むように働きかけていた。以上より、クリティカルケア看護学分野の看護師の調整内容が可視化された。調整が必要とされる場面において看護師が意図的な調整を行うことが期待される。

[P5-6] 看護系大学を卒業した新人クリティカルケア看護師の専門性獲得と職業継続に関する現状

○茂田 玲子¹、矢富 有見子¹、森下 純子¹、富田 亜沙子²、矢澤 祐貴³ (1. 国立看護大学校、2. 元 国立看護大学校、3. 元 国立看護大学校 研究課程部 後期課程)

キーワード：クリティカルケア、新人看護師、専門性獲得、職業継続

【背景】本邦では超高齢化社会の到来や医療の高度化を背景に、クリティカルケア看護師の確保が質ならびに量ともに一層求められている。2010年に卒後臨床研修が努力義務化されたことにより、新人看護師全体の離職防止に一定の効果を得たものの、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などは依然課題となっている。大学基礎教育では幅広い内容の教育を行う必要があるため、クリティカルケア看護に関する専門的な教育はほとんど行われていない。しかし、大学基礎教育と臨床が連携し早期にクリティカルケア看護教育を行うことによって、専門性の高いクリティカルケア看護師の育成と新人のリアリティショックへの対応や早期離職の防止につながる事が予想される。

【目的】クリティカルケア領域における大学基礎教育からのキャリア開発支援システムの構築に向け、新人クリティカルケア看護師の専門性獲得や職業継続に関する現状を明らかにし、大学基礎教育の充実を図るための示唆を得る。

【方法】対象は、看護系大学を卒業後、新卒でクリティカルケア領域に配属され、現在も病院のクリティカルケア領域に属する看護師とした。Webによるアンケート調査を実施した。質問内容は、看護師1年目に習得した技術や、卒後1・2年目に専門性獲得に向けて役立った取り組みや困難、職業継続の要因などである。倫理的配慮として、本研究は所属する施設の倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。事前に看護系大学卒業の新人看護師をクリティカルケア領域に配属している病院に研究協力の承諾を得たうえで、対象者にアンケート調査を依頼し無記名での実施とした。

【結果】1. 対象者：461名に送付し105名から回答が得られた。そのうち有効回答数は92であった（有効回答率20%）。回答者の看護師経験年数は平均2.6年目、所属部署は集中治療室（ICU）56名、救急救命室（ER）・救命救急センター16名、高度治療室（HCU）13名、心疾患集中治療室（CCU）6名、その他1名であった。2. Webアンケート調査結果：1)看護師1年目に習得した技術として80%以上の回答者が答えた項目は30項目中17項目であり、「吸引の実施（口腔・気管内）」「生体モニターの管理」「動脈ライン採血」などであった。2)1・2年目に専門性獲得に向け自身が行ったことで、とても役に立った、またはある程度役に立ったと80%以上の回答者が答えた項目は、「先輩看護師への相談」「部署内での勉強会への参加」「同僚看護師への相談」などであった。3)専門性獲得や職業継続における困難として、とても困難、またはやや困難と80%以上の回答者が答えた項目は、「急変時の対応」「疾患や治療などの幅広い知識の理解」「根拠に基づく的確なアセスメント」などであった。

【考察】新人看護師は、クリティカルケア領域に特徴的な多くの技術を1年目で習得していた。また、専門性獲得に向けた取り組みは、直属の先輩看護師への相談や部署内での勉強会への参加などが多く、それらは配属部署で求められる実践に即するためと考えられる。専門性獲得や職業継続において示された困難には、緊迫した環境や看護を提供する対象者の特殊性、クリティカルケア領域特有の多重課題や迅速な判断が求められることなどが反映されていると考える。本研究で明らかになった新人クリティカルケア看護師の専門性獲得と職業継続に関する現状は、大学基礎教育の充実を図る一助となると考える。

[P5-7] 集中ケア認定看護師のキャリアに関する実態調査

○塚原 大輔^{1,2}、大城 祐樹³、水流 洋平⁴、山本 由美⁵、守谷 千明⁶、河村 葉子^{7,1}、阿部 絵美⁸（1. 一般社団法人集中ケア認定看護師会、2. 順天堂大学医学部附属練馬病院、3. 医療法人財団健貢会総合東京病院、4. 公益社団法人 日本看護協会看護研修学校、5. 公立昭和病院、6. 東京女子医科大学病院、7. 河北総合病院、8. 前橋赤十字病院）

キーワード：集中ケア認定看護師、キャリア、実態調査

【目的】集中ケア認定看護師のキャリアに関する実態調査から、活動実態と課題、成果を明らかにすることでキャリア支援の在り方を検討する。

【方法・倫理的配慮】研究対象は集中ケア認定看護師とした。2012年日本看護協会が実施した「認定看護師の活動及び成果に関する調査」を参考に調査用紙を作成した。調査期間は令和1年12月24日から令和2年2月24日とし、web形式によるアンケート調査を実施した。調査は個人が特定できないよう配慮し、対象の回答により研究同意を得たと判断した。本研究は倫理委員会の承認を得た上で実施した。調査結果は職位での層化でキャリアに関する実態を分析した。

【結果】集中ケア認定看護師312名から回答を得た。このうち、活動実態と課題、成果に関する項目に無回答のもの、および調査時点で臨床実践を行っていないもの計13名を除外した299名を研究対象とした。対象者の属性は集中ケア認定看護師の経験が平均6.9年であり、職位は管理職13.7%、監督職51.8%、スタッフ34.4%であった。認定看護師の役割(実践・指導・相談)発揮の割合は管理職（実践23.4%・指導37.3%・相談26.1%）、監督職(実践49.8%・指導31.0%・相談15.9%)、スタッフ(実践58.1%・指導14.6%・相談28.5%)であった。また、自由記述から実践・指導・相

談における課題として、【自己研鑽の機会】【自律した人材の育成】【指導の継続性】【ケアの質向上】等の10カテゴリーが、活動の成果として【医療チームの軸】【人材育成とケアの質向上】【倫理的課題への対応】等の7カテゴリーがそれぞれ抽出された。

【考察】2012年に実施された「認定看護師の活動及び成果に関する調査」以降の集中ケア認定看護師のキャリアにおける活動実態と課題、成果が明らかになった。これにより、集中ケア認定看護師のキャリア支援の在り方に関する示唆を得た。

[P5-8] 大卒新人クリティカルケア看護師育成のための臨床での教育と管理者が求める能力に関する現状

○矢富 有見子¹、森下 純子¹、富田 亜沙子²、茂田 玲子¹、矢澤 祐貴³ (1. 国立看護大学校、2. 元国立看護大学校、3. 元国立看護大学校研究課程部後期課程)

キーワード：クリティカルケア、新人看護師、看護管理者、専門性獲得

【背景】超高齢化社会到来に向けて入院期間の短縮化と高度先進医療による救命率の向上は、病院の急性期化を進め、重症・集中ケアを要するクリティカルケア患者が増加し、クリティカルケア領域の看護師が必要とされている。新人看護師の卒後臨床研修が進められてきたが、クリティカルケア看護師の育成に特化した教育体制は確立されておらず、臨床現場で独自に工夫しながら専門性を獲得するための教育が行われている。大学の基礎教育においても、看護師に必要な基礎的教育が幅広く行われているため、大学卒業後にクリティカルケア領域に配属された看護師のストレス度は高く、離職の原因ともなり、依然として問題となっている。【目的】クリティカルケア看護領域における大学基礎教育からのキャリア開発支援システムの構築に向け、臨床における大卒新人クリティカルケア看護師への臨床での教育と管理者が求める能力に関する現状を明らかにし、大学基礎教育の充実を図るための示唆を得る。【方法】大学卒業後すぐに新人看護師を受け入れているクリティカルケア領域の看護管理者を対象に Web 調査によるアンケートを実施した。質問内容は、教育方法・内容、教育サポートシステム、獲得して欲しい技術や期待する能力に関するものである。倫理的配慮は、研究者らが所属する施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。事前に、看護系大学卒業後の看護師をクリティカルケア領域に配属している病院であるか確認し、研究協力の承諾を得た。承諾をえられた病院に調査説明書を送付した。アンケートは施設や氏名がわからないように回答してもらった。【結果】1. 全国325病院に依頼し、承諾が得られた施設の対象者180名に調査説明書を送付し、62名から回答が得られた（有効回答率33.3%）。2. クリティカルケア領域の集合教育は、病院・看護部では74.2%、部署では90.3%が実施しており、急変対応や呼吸管理、モニターや病態の勉強会などがあった。3. 教育サポートシステムは、プリセプターシップ、チェックリスト、教育計画の作成、研修など、98.4%が何らかのシステムがあると回答していた。4. 求める技術は、重症患者への日常生活援助や各種ラインやモニター管理、呼吸管理や吸引、挿管介助、動脈血ガス分析結果の判断など多くの技術を求めている。また求める資質としては、実践力やアセスメント能力の他、社会性やコミュニケーション能力、前向きさや積極性、専門職としての自覚や行動といったものも挙げられていた。【考察】大卒新人看護師は、クリティカルケア領域に特徴的な多くの技術が求められており、その習得のために病院や部署ごとに様々な取り組みが実施されていた。そして、専門性の獲得に向けて、ほとんどの病院が教育体制やサポートシステムを独自に整えていたが、それが十分とは言えないと考える。また、管理者は大卒新人看護師に専門的技術や能力と共に、社会性や看護職としての資質を求めている。クリティカルケア領域の新人看護師は多くの技術を修得することが求められ、緊急性や人命にかかわる多重課題を目の当たりにする。臨床における教育体制の確立や、大学教育でその準備教育の実施を検討する必要があるのではないかと考える。

ハープ演奏 Heart to Heart

[Harp] ハープ演奏 Heart to Heart

【演奏者】 池田 千鶴子

[Harp] ハープ演奏 Heart to Heart

[Harp] ハープ演奏 Heart to Heart