

## 会期を通じた開催

### 学術集会長講演

[PL1] クリティカルケアにおける多様性への対応 演者：藤野智子（聖マリアンナ医科大学病院 看護部）

[PL1-01] [会長講演] **クリティカルケアにおける多様性への対応**  
— Correspondence to Diversity in Critical Care Nursing —

○藤野 智子<sup>1</sup>（1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部）

### 特別講演

[SL1] これからの看護職の働き方 — 就業継続が可能な働き方の提案 — 演者：熊谷雅美先生（済生会横浜市東部病院）

[SL1-01] [特別講演] **これからの看護職の働き方 — 就業継続が可能な働き方の提案 —**

○熊谷 雅美<sup>1</sup>（1. 済生会横浜市東部病院）

### 特別講演

[SL2] “医療をする”から“医療をつくる”、そして世界へ 演者：渡邊嘉行先生（総合川崎臨港病院）

[SL2-01] [特別講演] **“医療をする”から“医療をつくる”、そして世界へ**

○渡邊 嘉行<sup>1</sup>（1. 総合川崎臨港病院）

### 特別講演

[SL3] 医療と経済— COVID19前後での医療経済の変化とこれからの医療— 演者：真野俊樹（多摩大学大学院/中央大学大学院）

[SL3-01] [特別講演] **医療と経済— COVID19前後での医療経済の変化とこれからの医療—**

○真野 俊樹<sup>1,2</sup>（1. 多摩大学大学院、2. 中央大学大学院）

### 教育講演

[EL1] 若手看護職員の離職と生産性向上に向けた人材投資の方向性 — 民間企業を対象とした調査結果から — 演者：初見康行先生（多摩大学 経営情報学部）

[EL1-01] [教育講演] **若手看護職員の離職と生産性向上に向けた人材投資の方向性— 民間企業を対象とした調査結果から —**

○初見 康行<sup>1</sup>（1. 多摩大学 経営情報学部）

### 教育講演

[EL2] 多様性を認めた人材活用に向けて— 発達障害のある看護師との協働— 演者：北川明先生（帝京平成大学 ヒューマンケア学部）

[EL2-01] [教育講演] **多様性を認めた人材活用に向けて— 発達障害のある看護師との協働—**

○北川 明<sup>1</sup>（1. 帝京平成大学 ヒューマンケア学部）

### 教育講演

[EL3] クリティカルケア領域の看護に携わる人々のキャリアを考える 演者：道又元裕先生（Critical Care Research Institute（CCRI）代表）

[EL3-01] [教育講演] **クリティカルケア領域の看護に携わる人々のキャリアを考える**

○道又 元裕<sup>1</sup>（1. Critical Care Research Institute（CCRI）代表）

### 教育講演

[EL4] COVID-19時代の看護 — 求められる看護の新たなスタンス— 演者：山岸暁美先生（慶應義塾大学 医学部）

[EL4-01] [教育講演] **COVID-19時代の看護 — 求められる看護の新たなスタンス—**

○山岸 暁美<sup>1</sup>（1. 慶應義塾大学 医学部）

### 教育講演

[EL5] パンデミック時代&人工知能時代の医療・ヘルスケアってどうなる？：輝く未来の医療を創るために 演者：小林泰之先生（聖マリアンナ医科大学病院 医学研究科）

[EL5-01] [教育講演] **パンデミック時代&人工知能時代の医療・ヘルスケアってどうなる？：輝く未来の医療を創るために**

○小林 泰之<sup>1</sup>（1. 聖マリアンナ医科大学大学院 医学研究科）

### 教育講演

[EL6] これからのコロナ時代に向けた先見的アプローチの重要性 演者：松本哲哉先生（国際医療福祉大学成田病院 感染制御部）

[EL6-01] [教育講演] **これからのコロナ時代に向けた先見的アプローチの重要性**

○松本 哲哉<sup>1</sup>（1. 国際医療福祉大学成田病院 感染制御部）

教育講演

[EL7] 質の高い多様な看護の研究によって人々と社会  
に貢献していくために 演者：深堀浩樹先生  
(慶應義塾大学 看護医療学部)

[EL7-01] [教育講演] 質の高い多様な看護の研究によって  
人々と社会に貢献していくために

○深堀 浩樹<sup>1</sup> (1. 慶應義塾大学 看護医療学部)

教育講演

[EL8] クリティカルケア看護における患者・家族・医  
療者のスピリチュアリティ 演者：伊藤高章先生  
(上智大学大学院 実践宗教学研究科)

[EL8-01] [教育講演] クリティカルケア看護における患  
者・家族・医療者のスピリチュアリティ

○伊藤 高章<sup>1</sup> (1. 上智大学大学院 実践宗教学研究科)

シンポジウム

[SY1] 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) によ  
る影響で生じた、倫理的課題にどう向き合うこ  
とができるか？

座長：葛西 陽子(手稲沢仁会病院 看護部)

[SY1-01] [シンポジウム] COVID-19に関連したクリティカ  
ルケア領域の倫理的課題：看護実践の観点から

○鶴若 麻理<sup>1</sup> (1. 聖路加国際大学大学院 看護学研究  
科)

[SY1-02] [シンポジウム] COVID-19で生じた面会制限に伴  
う看護実践のジレンマとその対応

○村中 沙織<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院 看護部)

[SY1-03] [シンポジウム] COVID-19による意思決定支援の  
影響 ―私たちは何ができるか？―

○小島 朗<sup>1</sup> (1. 大原総合病院 看護部)

[SY1-04] [シンポジウム] 退院支援部門における COVID-  
19が及ぼす療養先選定と地域連携の現状

○保科 かおり<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護  
部)

シンポジウム

[SY2] 新たな時代の“クリティカルケア看護実践力育  
成のための教育”の共創 ―基礎教育と現任教  
育のトランスレーションへの挑戦―

座長：瀧口 千枝(東邦大学 健康科学部看護学科)

[SY2-01] [シンポジウム] 新たな時代の“クリティカル領域  
における看護実践力育成のための教育”の共創  
看護管理者の立場から

○別府 千恵<sup>1</sup> (1. 北里大学病院 看護部)

[SY2-02] [シンポジウム] 未知の状況でベストプラクティス  
を判断する力の育成

○佐藤 恵明<sup>1</sup> (1. 日本医科大学付属病院 看護部)

[SY2-03] [シンポジウム] COVID-19パンデミック下での実  
習に求められるレジリエンス

○原田 奈穂子<sup>1</sup> (1. 宮崎大学 医学部看護学科)

[SY2-04] クリティカルケア看護を学ぶ学生・新人看護師が  
大学や臨床に求める教育

○有水 萌<sup>1</sup>、永野 貴秋<sup>1</sup>、伊藤 舞英<sup>2</sup>、田中 結<sup>2</sup>、大津  
里菜<sup>2</sup>、三浦 柚衣香<sup>2</sup> (1. 東邦大学 健康科学部看護学  
科、2. 東邦大学医療センター大森病院 看護部)

シンポジウム

[SY3] デジタルトランスフォーメーション (DX) と  
新たな看護価値の創出

座長：福田 美和子(東京慈恵会医科大学 医学部看護学科)

[SY3-01] [シンポジウム] 看護を活かす ICT技術

○黄 世捷<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 循環器内  
科・医学教育文化部門)

[SY3-02] [シンポジウム] 昭和大学病院における tele-  
ICUの取り組み

○住永 有梨<sup>1</sup> (1. 昭和大学病院 看護部)

[SY3-03] [シンポジウム] 医療における IoTの活用とその一  
端を担うモバイル型投薬・点滴デバイスが拓く未  
来の医療

○中村 秀剛<sup>1</sup> (1. アットドゥズ株式会社)

[SY3-04] [シンポジウム] 看護界における ICT、IoTの現  
在・未来

○坪田 康佑<sup>1</sup> (1. 医療振興會)

[SY3-05] [シンポジウム] AI 時代における新たな看護価値  
の可能性

○遠藤 太一<sup>1</sup> (1. 時計台記念病院 臨床工学科)

シンポジウム

[SY4] 働き方 (キャリア) の多様化を考える ―至高の  
クリティカルケアを目指すための多様な活動―

座長：櫻本 秀明(茨城キリスト教大学 看護学部)、濱本 実也(公立陶  
生病院 看護局)

[SY4-01] [シンポジウム] 急性・重症患者看護専門看護師  
(CNS) という選択

○植村 桜<sup>1</sup> (1. 大阪市立総合医療センター 看護部)

[SY4-02] [シンポジウム] 診療看護師としてへき地医療に貢  
献するという選択

○芹田 晃道<sup>1</sup> (1. 隠岐病院 診療支援室兼総合診療科)

[SY4-03] [シンポジウム] 新たな看護サービスの挑戦  
―ワンコイン健診や新卒訪問看護師育

成、サッカーナースー

○川添 高志<sup>1</sup> (1. ケアプロ株式会社)

[SY4-04] [シンポジウム] **看護における ITツール活用の可能性**

ー看護師の業務オペレーションを支援する  
ITツールの開発者としてー

○澤田 優香<sup>1</sup>、築取 萌<sup>2</sup> (1. 株式会社OPERe (オペリ)、2. 一橋大学大学院 経営管理研究科)

[SY4-05] [シンポジウム] **Master of public health ( MPH) のキャリア選択と研究知見の臨床への還元**

○森田 光治良<sup>1</sup> (1. 東京大学大学院 医学系研究科 )

シンポジウム

[SY5] **ケアの多様性を考えるークリティカルケアと代替療法ー**

座長:多田 昌代(小田原市立病院 看護部)、津田 泰伸(聖マリアンナ医科大学病院 看護部) コメントーター:縄 秀志(聖路加国際大学大学院 看護学研究科)

[SY5-01] [シンポジウム] **代替療法： Alternative therapyの看護技術・看護ケアとしての確立とは？**

ー「気持ちよさ」・安楽性の観点から再考するー  
○縄 秀志<sup>1</sup> (1. 聖路加国際大学大学院 看護学研究科)

[SY5-02] [シンポジウム] **臨床アロマセラピーの理論と実践**  
○相原 由花<sup>1</sup>、栗屋 美紀<sup>2</sup> (1. ホリスティックケアプロフェッショナルスクール、2. 名古屋医療センター 看護部)

[SY5-03] [シンポジウム] **大学病院における動物介在療法の実践と成果**

○大泉 奈々<sup>1</sup>、竹田 志津代<sup>1</sup>、勤務犬 モリス<sup>2</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部、2. 聖マリアンナ医科大学病院)

[SY5-04] [シンポジウム] **その人らしさを支える音楽ーホスピス緩和ケアの現場からー**

○鍋木 陽子<sup>1</sup> (1. 聖ヨハネホスピスケア研究所)

[SY5-05] [シンポジウム] **似顔絵セラピーとホスピタルアートの可能性**

○村岡 ケンイチ<sup>1</sup> (1. 似顔絵セラピー・プロジェクト)

アカデミックセミナー

[ACS1] **診療ガイドラインを読んでもみる** 演者：卯野木健先生 (札幌市立大学 看護学部)

[ACS1-01] [アカデミックセミナー] **診療ガイドラインを読んでもみる**

○卯野木 健<sup>1</sup> (1. 札幌市立大学 看護学部)

アカデミックセミナー

[ACS2] **ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム看護師教育プログラムの開発経緯と実績** 演者：任和子先生 (京都大学大学院 医学研究科)

[ACS2-01] [アカデミックセミナー] **ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム看護師教育プログラムの開発経緯と実績**

○任 和子<sup>1</sup> (1. 京都大学大学院 医学研究科)

アカデミックセミナー

[ACS3] **COVID-19重症患者看護実践ガイドの活用の実際** 演者：春名純平先生 (札幌医科大学附属病院 看護部)

[ACS3-01] [アカデミックセミナー] **COVID-19重症患者看護実践ガイドの活用の実際**

○春名 純平<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院 看護部)

アカデミックセミナー

[ACS4] **日本救急看護学会セミナー委員会「救急初療看護に活かすフィジカルアセスメントミニガイド」作成の経緯と活用方法** 演者：石井恵利佳先生(日本救急看護学会)

[ACS4-01] [アカデミックセミナー] **日本救急看護学会セミナー委員会「救急初療看護に活かすフィジカルアセスメントミニガイド」作成の経緯と活用方法**

○石井 恵利佳<sup>1</sup>、石川 幸司<sup>1</sup>、市村 健二<sup>1</sup>、中野 英代<sup>1</sup>、田戸 朝美<sup>1</sup>、増山 純二<sup>1</sup> (1. 日本救急看護学会セミナー委員会)

アカデミックセミナー

[ACS5] **日本版敗血症診療ガイドライン2020を看護に活用する** 演者：河合佑亮先生 (藤田医科大学病院 看護部)

[ACS5-01] [アカデミックセミナー] **日本版敗血症診療ガイドライン2020を看護に活用する**

○河合 佑亮<sup>1</sup> (1. 藤田医科大学病院 看護部)

アカデミックセミナー

[ACS6] **EBP思考でベストプラクティスを探究しよう！ーリサーチエビデンスの読み方・使い方・学び方ー** 演者：友滝愛先生 (国立看護大学校)

[ACS6-01] [アカデミックセミナー] EBP思考でベストプラクティスを探究しよう！  
ーリサーチエビデンスの読み方・使い方・学び方ー  
○友滝 愛<sup>1</sup> (1. 国立看護大学校)

アカデミックセミナー 委員会企画

[ACS7] 2020年度「特定行為看護師の就労環境・就労内容等の実態調査」報告 企画：日本クリティカルケア看護学会将来構想委員会  
座長：菅原 美樹(札幌市立大学 看護部)

[ACS7-01] [委員会企画セッション] 2020年度「特定行為看護師の就労環境・就労内容等の実態調査」報告  
○後藤 順一<sup>1</sup>、○背戸 陽子<sup>1</sup>、○戸田 美和子<sup>1</sup>、○山口 典子<sup>1</sup>、○明神 哲也<sup>1</sup>、○宇都宮 明美<sup>1</sup>、○菅原 美樹<sup>1</sup> (1. 日本クリティカルケア看護学会将来構想委員会)

アカデミックセミナー 委員会企画

[ACS8] これからの人工呼吸ケアと教育 企画：日本クリティカルケア看護学会人工呼吸器ケア委員会

[ACS8-01] [委員会企画セッション] これからの人工呼吸ケアと教育  
○辻本 雄大<sup>1</sup>、○卯野木 健<sup>1</sup>、○道又 元裕<sup>1</sup>、○白坂 雅子<sup>1</sup>、○立野 淳子<sup>1</sup>、○濱本 実也<sup>1</sup>、○植村 桜<sup>1</sup>、○露木 菜緒<sup>1</sup>、○後藤 順一<sup>1</sup>、○坂本 孝輔<sup>1</sup> (1. 日本クリティカルケア看護学会人工呼吸器ケア委員会)

アカデミックセミナー 委員会企画

[ACS9] 科学の情報を活用してみんなで変えていこう！せん妄ケア！！ 企画：日本クリティカルケア看護学会せん妄ケア委員会

[ACS9-01] [委員会企画セッション] 科学の情報を活用してみんなで変えていこう！せん妄ケア！！  
○古賀 雄二<sup>1</sup>、○五十嵐 真<sup>1</sup>、○雀地 洋平<sup>1</sup>、○花山 昌浩<sup>1</sup>、○古厩 智美<sup>1</sup>、○茂呂 悦子<sup>1</sup>、○有田 孝<sup>1</sup>、○藤野 智子<sup>1</sup> (1. 日本クリティカルケア看護学会せん妄ケア委員会)

アドバンス全国セミナー

[ADS] これであなたもエキスパート！？エキスパート看護師の頭の中を覗き見！！  
プランナー：政岡 祐輝(国立循環器病研究センター 医療情報部)、山下 将志(聖マリアンナ医科大学病院 看護部)、山下 雄輔(聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

[ADS-01] [アドバンスセミナー] これであなたもエキスパート！？エキスパート看護師の頭の中を覗き見！！  
○政岡 祐輝<sup>1</sup>、○山下 将志<sup>2</sup>、○山下 雄輔<sup>2</sup> (1. 国立循環器病研究センター 医療情報部、2. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

プラクティスセミナー

[PS1] リークがあったのが無くなった！・・・これ大丈夫？ Chestドレーンの安全な管理

[PS1-01] [プラクティスセミナー] リークがあったのが無くなった！・・・これ大丈夫？ Chestドレーンの安全な管理  
○後小路 隆<sup>1</sup> (1. 小波瀬病院 看護部)

プラクティスセミナー

[PS2] 一歩進んだ早期離床 ベーシックーととのいました！早期離床のコンディショニング

[PS2-01] [プラクティスセミナー] 一歩進んだ早期離床 ベーシックーととのいました！早期離床のコンディショニング  
○鮫島 真奈<sup>1</sup> (1. 東京品川病院 看護部)

プラクティスセミナー

[PS3] あれ？もういない早期離床 アドバンス

[PS3-01] [プラクティスセミナー] あれ？もういない早期離床 アドバンス  
○柳田 和之<sup>1</sup> (1. 福岡和白病院 看護部)

プラクティスセミナー

[PS4] 輸液療法を理解する！はじめの一步

[PS4-01] [プラクティスセミナー] 輸液療法を理解する！はじめの一步  
○小林 奈美<sup>1</sup> (1. 町田市民病院 看護部)

プラクティスセミナー

[PS5] エクスパートはこう考える、輸液管理(循環作動薬)

[PS5-01] [プラクティスセミナー] エクスパートはこう考える、輸液管理(循環作動薬)  
○伊藤 貴公<sup>1</sup> (1. 平塚共済病院 看護部)

プラクティスセミナー

[PS6] 麻酔後合併症と術後疼痛管理の基礎

[PS6-01] [プラクティスセミナー] 麻酔後合併症と術後疼痛

## 管理の基礎

○吉田 奏<sup>1</sup> (1. 聖路加国際病院 麻酔科)

プラクティスセミナー

[PS7] 挿管してても口腔ケアは大切！

[PS7-01] [プラクティスセミナー] **挿管してても口腔ケアは大切！**

○井上 智子<sup>1</sup> (1. 京都大学医学部附属病院 看護部)

プラクティスセミナー

[PS8] これだけ知っておけば大丈夫！低体温療法の基本をマスターしよう。

[PS8-01] [プラクティスセミナー] **これだけ知っておけば大丈夫！低体温療法の基本をマスターしよう**

○嶋岡 征宏<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院 看護部)

プラクティスセミナー

[PS9] 循環管理、はじめの一步 -パラメータから何がみえる？どう活かす？-

[PS9-01] [プラクティスセミナー] **循環管理、はじめの一步 -パラメータから何がみえる？どう活かす？-**

○石田 幹人<sup>1</sup> (1. 関門医療センター 看護部)

プラクティスセミナー

[PS10] V-V ECMOと V-A ECMOの違いから見えるECMO管理

[PS10-01] [プラクティスセミナー] **V-V ECMOと V-A ECMOの違いから見える ECMO管理**

○高田 誠<sup>1</sup> (1. 宇治徳洲会病院 看護部)

プラクティスセミナー

[PS11] もう怖くない！！CRRT中の観察ポイントとアラーム対応

[PS11-01] [プラクティスセミナー] **もう怖くない！！CRRT中の観察ポイントとアラーム対応**

○伊藤 朋晃<sup>1</sup> (1. 小倉記念病院 検査技師部工学課)

プラクティスセミナー

[PS12] HFNC はじめの第一歩 -基本からケア・ちょっとだけ COVID-19-

[PS12-01] [プラクティスセミナー] **HFNC はじめの第一歩 -基本からケア・ちょっとだけ COVID-19-**

○畑中 晃<sup>1</sup>、岡 啓太<sup>2</sup>、前田 倫厚<sup>2</sup> (1. 京都岡本記念病院 診療技術部臨床工学科、2. 京都岡本記念病院

看護部)

プラクティスセミナー

[PS13] 人工呼吸器グラフィックモニターから見えるケア

[PS13-01] [プラクティスセミナー] **人工呼吸器グラフィックモニターから見えるケア**

○前田 倫厚<sup>1</sup> (1. 京都岡本記念病院 看護部)

プラクティスセミナー

[PS14] 「安全な発声までの道のり」 -気管切開患者の声を取り戻そう！-

[PS14-01] [プラクティスセミナー] **「安全な発声までの道のり」 -気管切開患者の声を取り戻そう！-**

○伊藤 孝博<sup>1</sup> (1. 京都岡本記念病院 リハビリテーション科)

プラクティスセミナー

[PS15] 明日から使えるエコーの見方、活用方法

[PS15-01] [プラクティスセミナー] **明日から使えるエコーの見方、活用方法**

○斉藤 岳史<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

プラクティスセミナー

[PS16] プロの洗髪はここが違う！！美容師による洗髪の極意

[PS16-01] [プラクティスセミナー] **プロの洗髪はここが違う！！美容師による洗髪の極意**

○石井 貴行<sup>1</sup>、○山口 友香<sup>2</sup>、○清水 太郎<sup>2</sup> (1. 株式会社CLEF、2. 株式会社MIC )

プラクティスセミナー (共催)

[PS17] 重症患者の褥瘡予防 -今、まさに、EBPが求められる- 共催：メンリッケヘルスケア株式会社

[PS17-01] [プラクティスセミナー] **重症患者の褥瘡予防 -今、まさに、EBPが求められる-**

○南條 裕子<sup>1</sup> (1. 東京大学医学部附属病院 看護部)

プラクティスセミナー (共催)

[PS18] この社会を変えるのは「誰」なのか？ -デジタルリビングウィルで守るあなたの意思- 共催：日本電気株式会社

[PS18-01] [プラクティスセミナー] **この社会を変えるのは**

「誰」なのか？

ーデジタルリビングウィルで守るあなたの意思ー

○荻沼 久美子<sup>1</sup>、峯尾 舞<sup>2</sup> (1. 北原国際病院 看護科、2. 北原国際病院 リハビリテーション科)

プラクティスセミナー (共催)

[PS19] AI音声認識による看護業務の効率化とその効果 共催：株式会社アドバンスト・メディア  
座長:本館 教子(聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

[PS19-01] [プラクティスセミナー] 病棟での  
AmiVoice活用の工夫と今後の取り組み

○高井 利奈<sup>1</sup> (1. 前橋赤十字病院 看護部)

[PS19-02] [プラクティスセミナー] AmiVoiceでスピード  
アップ  
ー音声入力による看護記録時間短縮への取り組みー

○小西 香<sup>1</sup> (1. 柏葉脳神経外科病院 人事・総合教育部)

プラクティスセミナー (共催)

[PS20] デジタル化で変わる看護ケア！？睡眠が“見える化”されて分かった新たな気づき 共催：パラマウントベッド株式会社

[PS20-01] [プラクティスセミナー] デジタル化で変わる看護ケア！？

睡眠が“見える化”されて分かった新たな気づき

○武田 理香<sup>1</sup>、○清水 美紀<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

プラクティスセミナー (共催)

[PS21] COVID-19患者受け入れを経験して(呼吸管理を中心に) 共催：コヴィディエンジャパン株式会社

[PS21-01] [プラクティスセミナー] COVID-19患者受け入れを経験して(呼吸管理を中心に)

○五十嵐 義浩<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 クリニカルエンジニア部)

プラクティスセミナー (共催)

[PS22] ICUにおける COVID-19呼吸療法・感染対策と看護のジレンマー ICTの考え、現場の気持ちー 共催：Fisher & Paykel Healthcare株式会社

[PS22-01] [プラクティスセミナー] ICUにおける COVID-

19呼吸療法・感染対策と看護のジレンマー  
ICTの考え、現場の気持ちー

○伊藤 雄介<sup>1</sup>、○宮本 真奈美<sup>2</sup> (1. 兵庫県立尼崎総合医療センター 小児救急集中治療科、小児感染症内科、2. 兵庫県立尼崎総合医療センター 看護部)

プラクティスセミナー (共催)

[PS23] 急性期重症患者の新・褥瘡予防戦略 共催：株式会社 照林社

[PS23-01] [プラクティスセミナー] 急性期重症患者の新・褥瘡予防戦略

○志村 知子<sup>1</sup> (1. 日本医科大学付属病院 看護部)

プラクティスセミナー (共催)

[PS24] 科学的視点で考える睡眠薬の適正使用ー VUCAな世の中だからこそ睡眠薬の適正使用を始めてみようー 共催：エーザイ株式会社

[PS24-01] [プラクティスセミナー] 科学的視点で考える睡眠薬の適正使用

ー VUCAな世の中だからこそ睡眠薬の適正使用を始めてみようー

○加藤 豊範<sup>1</sup> (1. 小林記念病院 診療技術部薬剤科)

プラクティスセミナー (共催)

[PS25] 送電線の電磁波って危ないの？ー WHOの見解を紹介しますー 共催：一般財団法人 電気安全環境研究所電磁界情報センター

[PS25-01] [プラクティスセミナー] 送電線の電磁波って危ないの？ー WHOの見解を紹介しますー

○大久保 千代次<sup>1</sup>、木下 浩一<sup>1</sup> (1. 一般財団法人電気安全環境研究所電磁界情報センター)

プラクティスセミナー (共催)

[PS26] 全てに繋がる「栄養管理」(ベーシック編) 共催：ネスレ日本株式会社

[PS26-01] 全てに繋がる「栄養管理」(ベーシック編)

○森 みさ子<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 看護部)

プラクティスセミナー (共催)

[PS27] 重症患者の栄養管理とケア(アドバンス編)ー回復へと導く栄養管理ー 共催：ネスレ日本株式会社

[PS27-01] [プラクティスセミナー] 重症患者の栄養管理とケア(アドバンス編)ー回復へと導く栄養管

理一

○清水 孝宏<sup>1</sup> (1. 日本看護協会 看護研修学校)

オンタイムセッション ハンズオンセミナー

[HS3] ICU面会について考える -制限の中でできること-

[HS3-01] ICU面会について考える -制限の中でできること-

○辻本 雄大<sup>1</sup>、○上野 沙織<sup>2</sup>、○須賀 麻由里<sup>3</sup> (1. 奈良県立医科大学附属病院 看護部、2. 神戸市看護大学看護学部、3. 名古屋第二赤十字病院 看護部)

オンタイムセッション ハンズオンセミナー

[HS4] 明日から活かせる ECMO看護の実際  
座長:石川 幸司(北海道科学大学 保健医療学部)

[HS4-01] 明日から活かせる ECMO看護の実際

○市村 健二<sup>1</sup>、○栗原 知己<sup>2</sup> (1. 獨協医科大学病院 看護部、2. 札幌市立大学 看護学部)

オンタイムセッション ハンズオンセミナー

[HS5] あるある事例で考える VAE予防ケア

[HS5-01] あるある事例で考える VAE予防ケア

○松本 誉伸<sup>1</sup>、○岡 啓太<sup>2</sup>、○前田 倫厚<sup>2</sup> (1. 武田病院看護部、2. 京都岡本記念病院 看護部)

オンタイムセッション ハンズオンセミナー

[HS6] すぐ実践! 失敗しない早期離床を進めるためのコツ

[HS6-01] [ハンズオンセミナー] すぐ実践! 失敗しない早期離床を進めるためのコツ

○市川 毅<sup>1</sup> (1. 東海大学医学部付属病院 リハビリテーション技術科)

オンタイムセッション ハンズオンセミナー

[HS7] 特定看護師が実践する明日から活かせるケアのコツ -NPPV-

[HS7-01] 特定看護師が実践する明日から活かせるケアのコツ -NPPV-

○藤田 勇介<sup>1</sup> (1. 静岡済生会総合病院 看護部)

オンタイムセッション ハンズオンセミナー (共催)

[HS1] 陰部清拭用ワイプシート 腹腔内圧測定用デバイス 便失禁ケアシステム 共催:株式会社メディコン

座長:道又元裕 (Critical Care Research Institute 代表)

《リクエストフォーム》

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=fObDIC2eAEimt2Ndl4ghZfZZeHnTo8dOgWgFejypOpZUNFdKMTBDTIRFNUJKTDZEWTK1QTVOTDIRMC4u>

[HS1-01] [ハンズオンセミナー] 陰部清拭用ワイプシート「ピュレル<sup>®</sup>シユアステップ<sup>™</sup>ペリケア」の使用  
方法

○露木 菜緒<sup>1</sup> (1. Critical Care Research Institute)

[HS1-02] [ハンズオンセミナー] IAP上昇をどう察知しますか? 腹腔内圧測定用デバイス「ハード<sup>®</sup> IAPモニタリングデバイス」の使用  
方法

○藤野 雄大<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

[HS1-03] [ハンズオンセミナー] 便失禁ケアシステム「ハード<sup>®</sup>ディグニシールド<sup>®</sup>」の使用  
方法

○中山 麻実<sup>1</sup> (1. 獨協医科大学病院 看護部)

オンタイムセッション ハンズオンセミナー (共催)

[HS2] 心肺蘇生後患者に起こりうる弊害回避と適切なアセスメント -当院の使用経験を基にしたハンズオンセミナー- 共催:株式会社メディコン / アイ・エム・アイ株式会社

座長:川谷 陽子(愛知医科大学病院 看護部)

[HS2-01] [ハンズオンセミナー] 心肺蘇生後患者に起こりうる弊害回避と適切なアセスメント

-当院の使用経験を基にしたハンズオンセミナー-

○小松 克弘<sup>1</sup> (1. 愛知医科大学病院 看護部)

オンタイムセッション ハンズオンセミナー (共催)

[HS8] 腹臥位療法 長き夜を安心して過ごすために  
共催:パラマウントベッド株式会社

[HS8-01] [ハンズオンセミナー] 腹臥位療法 長き夜を安心して過ごすために

○堀部 達也<sup>1</sup>、工藤 弦<sup>1</sup>、古川 智美<sup>2</sup>、嶋田 正子<sup>2</sup> (1. 東京女子医科大学 リハビリテーション部、2. 東京女子医科大学病院 看護部)

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

[CR1] ワークライフバランス! 多様性のある働き方  
座長:岩本 敏志(東海大学 看護学科)、木村 保美(聖マリアンナ医科大学東横病院 看護部)

[CR1-01] ワークライフバランス! 多様性のある働き方

○白坂 雅子<sup>1</sup>、○山中 源治<sup>2</sup>、○櫻本 秀明<sup>3</sup>、○山口 貴子<sup>4</sup> (1. 福岡赤十字病院 看護部、2. 東京女子医科大

学病院 看護部、3. 茨城キリスト教大学 看護学部、4.  
日本医科大学武蔵小杉病院 看護部)

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

[CR2] かゆいところに手が届く！なんでも研究相談室  
座長:櫻本 秀明(茨城キリスト教大学 看護学部)

[CR2-01] かゆいところに手が届く！なんでも研究相談室

○卯野木 健<sup>1</sup>、○佐藤 隆平<sup>2</sup>、○北山 未央<sup>3</sup>、○松石  
雄二郎<sup>4</sup>、○春名 純平<sup>5</sup> (1. 札幌市立大学 看護学  
部、2. 京都大学大学院 医学研究科、3. 金沢医科大学  
病院 看護部、4. 聖路加国際大学大学院 看護学研究  
科、5. 札幌医科大学附属病院 看護部)

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

[CR3] 将来どうしようかまよっている君へ！キャリア  
について聞いてみよう！

座長:岩本 敏志(東海大学 看護学科)、木村 保美(聖マリアンナ医科  
大学東横病院 看護部)

[CR3-01] 将来どうしようかまよっている君へ！キャリアに  
ついて聞いてみよう！

○月岡 悦子<sup>1</sup>、○齋藤 大輔<sup>2</sup>、○田本 光弘<sup>3</sup>、○畑 貴美  
子<sup>4</sup>、○井手上 龍児<sup>5</sup> (1. 日本医科大学武蔵小杉病院  
看護部、2. 関東中央病院 看護部、3. 京都大学医学部  
附属病院 看護部、4. 横須賀市立うわまち病院 看護  
部、5. 川崎市立多摩病院 看護部)

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

[CR4] そうだったのか！明日からの業務が楽しくなる  
看護実践・技術相談室

座長:大内 玲(茨城キリスト教大学 看護学部)、櫻本 秀明(茨城キリ  
スト教大学 看護学部)

[CR4-01] そうだったのか！明日からの業務が楽しくなる看  
護実践・技術相談室

○辻本 雄大<sup>1</sup>、○戎 初代<sup>2</sup>、○清水 孝宏<sup>3</sup>、○岡林 志穂<sup>4</sup>  
(1. 奈良県立医科大学病院 看護部、2. 東京西徳洲会  
病院 看護部、3. 日本看護協会 看護研修学校、4.  
高知医療センター 看護部)

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

[CR5] なやまない！ COVID-19対応なんでも相談室  
座長:岡林 志穂(高知医療センター 看護部)、木村 保美(聖マリアン  
ナ医科大学東横病院 看護部)

[CR5-01] なやまない！ COVID-19対応なんでも相談室

○森安 恵実<sup>1</sup>、○立野 淳子<sup>2</sup>、○山田 亨<sup>3</sup>、○小澤 康子  
<sup>4</sup>、○堅田 紘嶺<sup>5</sup> (1. 北里大学病院 看護部、2. 小倉記  
念病院 看護部、3. 東邦大学医療センター大森病院  
看護部、4. 川崎市立川崎病院 看護部、5. 聖マリアン

ナ医科大学病院 リハビリテーションセンター)

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

[CR6] ここでしか聞けない ICU教育のホンネと具体策  
座長:岡林 志穂(高知医療センター 看護部)、櫻本 秀明(茨城キリス  
ト教大学 看護学部)

[CR6-01] ここでしか聞けない ICU教育のホンネと具体策

○山守 めぐみ<sup>1</sup>、○三浦 和宏<sup>2</sup>、○大内 玲<sup>3</sup>、○木村  
保美<sup>4</sup> (1. JA愛知厚生連海南病院 看護部、2. 杏林大  
学付属病院 看護部、3. 茨城キリスト教大学 看護学  
部、4. 聖マリアンナ医科大学東横病院 看護部)

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

[CR7] すてきな ICUの作り方ーこっそりレシピ教えま  
すー

座長:大内 玲(茨城キリスト教大学 看護学部)、櫻本 秀明(茨城キリ  
スト教大学 看護学部)

[CR7-01] すてきな ICUの作り方ーこっそりレシピ教えま  
すー

○濱本 実也<sup>1</sup>、○片山 雪子<sup>2</sup>、○島津 かおり<sup>3</sup>、○河原  
良美<sup>4</sup> (1. 公立陶生病院 看護部、2. 日本海総合病院  
看護部、3. 聖路加国際病院 看護部、4. 徳島大学病院  
看護部)

オンタイムセッション 委員会企画

[HS9] 今だからこそ事例研究で看護を発信！ー事例研  
究を始めたい人に聞いてもらいたい座談会ー  
企画：日本クリティカルケア看護学会研究推進  
委員会

[HS9-01] [委員会企画セッション] 今だからこそ事例研究で  
看護を発信！

ー事例研究を始めたい人に聞いてもらいたい座談  
会ー

○伊藤 真理<sup>1</sup>、○関根 弘子<sup>2</sup>、○中田 諭<sup>1</sup>、○明石 恵子  
<sup>1</sup>、○佐藤 まゆみ<sup>1</sup>、○中村 真巳<sup>1</sup> (1. 日本クリティカ  
ルケア看護学会研究推進委員会、2. 日本赤十字看護大  
学大学院)

オンタイムセッション 委員会企画

[HS10] 重症患者のオーラルマネジメントー口腔ケア  
実践ガイドの活用と今後の展望ー 企画：日  
本クリティカルケア看護学会口腔ケア委員会  
座長:佐藤 恵明(日本医科大学付属病院)、北村 愛子(大阪府立大学)

[HS10-01] [委員会企画セッション] 重症患者のオーラルマ  
ネジメント

ー口腔ケア実践ガイドの活用と今後の展望ー



○岸本 裕充<sup>2</sup>、○田戸 朝美<sup>1</sup>、○門田 耕一<sup>1</sup>、○安藤  
有子<sup>1</sup>、○劍持 雄二<sup>1</sup>、北村 愛子<sup>1</sup>、佐藤 恵明<sup>1</sup> (1.  
日本クリティカルケア看護学会口腔ケア委員会、2.  
兵庫医科大学病院 歯科口腔外科)

オンタイムセッション 委員会企画

[HS11] Lightning Talkでつなぐ2020年看護基礎教育  
×継続教育 - 危機状況下での取り組みとこれ  
からのアジェンダ 企画：日本クリティカ  
ルケア看護学会教育委員会

座長：田戸 朝美(山口大学大学院 医学系研究科)、西村 祐枝(地方独  
立行政法人岡山市立総合医療センター岡山市立市民病院 看護部)

[HS11-01] [委員会企画セッション] Lightning Talkでつな  
ぐ2020年看護基礎教育×継続教育  
- 危機状況下での取り組みとこれからのア  
ジェンダ

○益田 美津美<sup>1</sup>、○中村 香代<sup>1</sup>、○上澤 弘美<sup>1</sup>、田戸  
朝美<sup>1</sup>、西村 祐枝<sup>1</sup>、石川 幸司<sup>1</sup>、山口 庸子<sup>1</sup> (1. 日本  
クリティカルケア看護学会教育委員会)

一般演題

[O1] 呼吸・循環管理

[O1-01] 心臓血管外科手術後患者の術後体位変換で生じる  
血圧低下に関連したリスク因子の検討

○佐々木 康之輔<sup>1</sup>、松井 憲子<sup>2</sup>、阿部 香<sup>3</sup>、吉田 詩織<sup>1</sup>、  
佐藤 富美子<sup>1</sup> (1. 東北大学大学院 医学系研究科、2.  
東北大学病院 看護部、3. 東北大学 保健学科)

[O1-02] 入退院を繰り返しながら療養する症候性心不全患  
者が抱く病気の不確かさと対処

○淤見 香織<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>1</sup>、室岡 陽子<sup>1</sup> (1. 東京慈恵会医  
科大学大学院 クリティカルケア看護学)

[O1-03] ストリームガード<sup>®</sup>による口腔粘膜の出血・潰瘍を  
予防するための効果的な取り組み

○宮本 佳穂里<sup>1</sup>、玉置 蓉子<sup>1</sup>、藤井 ゆか<sup>1</sup>、田原 翔子<sup>1</sup>、  
川尻 秀美<sup>1</sup>、越宗 厚子<sup>1</sup>、橋本 あゆみ<sup>1</sup> (1. 大阪警察  
病院 看護部)

[O1-04] スライドシートを用いた体位変換による腹臥位時  
間の延長とその効果

○小野 香苗<sup>1</sup>、竹下 智美<sup>1</sup>、大宅 隆博<sup>1</sup>、小田 依里香<sup>1</sup>、  
清村 紀子<sup>2</sup>、後藤 孝治<sup>3</sup>、古賀 寛教<sup>3</sup>、安部 直子<sup>1</sup> (1.  
大分大学医学部附属病院 看護部、2. 大分大学 医学部  
看護学科、3. 大分大学医学部附属病院 集中治療部)

[O1-05] 植込型補助人工心臓装着患者の生活-5事例の分  
析-

○松岡 由起<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup> (1. 名古屋大学医学部附属病  
院 看護部、2. 名古屋市立大学大学院 看護学研究科)

一般演題

[O2] 鎮痛・鎮静管理

[O2-01] 人工呼吸器装着患者への浅い鎮静を維持するため  
の判断と実践

○提島 智子<sup>1</sup> (1. 大阪労災病院 看護部)

[O2-02] 周術期患者とのコミュニケーションから生まれる  
看護

—疼痛に隠された A氏の訴え—

○小林 幸<sup>1</sup>、中村 香代<sup>1</sup> (1. 災害医療センター 看護  
部)

[O2-03] ICUに緊急入室となった患者の記憶の整理

○中平 貴恵<sup>1</sup>、岡崎 正和<sup>1</sup>、秋山 祐哉<sup>1</sup>、山本 里沙<sup>1</sup>、竹  
富 忍<sup>2</sup> (1. 高知大学医学部附属病院 看護部、2. 南部徳  
洲会病院 看護部)

[O2-04] ICU入室患者へ日本語版 RCSQを用いた睡眠の実態  
調査

○村田 洋章<sup>1</sup>、山口 庸子<sup>2</sup> (1. 防衛医科大学校 看護学  
科、2. 東京慈恵会医科大学附属病院 看護部)

一般演題

[O3] せん妄ケア

[O3-01] A病院集中治療室における開心術後患者に対する非  
薬理的せん妄ケアの成果と課題

○浦島 俊<sup>1</sup>、酒井 周平<sup>1</sup>、早坂 彩音<sup>1</sup> (1. 旭川医科大学病  
院 看護部)

[O3-02] 消化器外科手術における術後せん妄発症要因の実  
態調査

○久道 恵理子<sup>1</sup>、坂田 歩未<sup>1</sup> (1. 高岡市民病院 看護  
部)

[O3-03] 心臓血管外科術後患者の睡眠障害とせん妄への影  
響について

○平良 沙紀<sup>1</sup>、浦 綾子<sup>2</sup>、宮林 郁子<sup>3</sup> (1. 福岡大学病院  
看護部、2. 福岡大学 医学部看護学科、3. 清泉女学院大  
学 看護学部)

[O3-04] 心臓血管外科術後患者の多臓器障害の重症度とせ  
ん妄の関連

○小林 友也<sup>1</sup>、石塚 悠介<sup>1</sup>、岸田 啓佑<sup>1</sup>、齋藤 真由<sup>1</sup> (1.  
松江赤十字病院 看護部)

[O3-05] 当院 ICUにおけるせん妄発生と疼痛関連因子の影  
響

○井上 智子<sup>1</sup>、宇都宮 明美<sup>1</sup> (1. 京都大学医学部附属病  
院 看護部)

一般演題

[O4] 家族看護

[O4-01] 集中治療室で生命危機を脱した患者の退室に不安  
がある家族への情報提供の看護実践

○古知 里美<sup>1</sup>、北村 愛子<sup>2</sup>、大江 理英<sup>2</sup> (1. 静岡県立総合  
病院 看護部、2. 大阪府立大学 看護学研究科)

[O4-02] 救命救急の場でポストクリティカル期へ移行する  
患者の家族に対する支援と看護師が抱く困難感

○新井 希理<sup>1</sup>、中山 美由紀<sup>2</sup> (1. 宇治徳洲会病院 看護  
部、2. 大阪府立大学大学院 看護学研究科)

[O4-03] 集中治療室での生命危機状態にある乳児の侵襲的  
治療についての倫理調整

○花山 昌浩<sup>1</sup>、小川 加織<sup>1</sup> (1. 川崎医科大学附属病院  
看護部)

一般演題

[O5] エンドオブライフケア 他

[O5-01] 患者の意思を尊重した End of Life Care : クリ  
ティカルケア領域の看護師が語り合うことを通し  
て

○谷 幸一<sup>1</sup> (1. 北里大学病院 看護部)

[O5-02] 集中治療室における終末期医療の移行に関わる看  
護師の困難感

— 医師との関わりに焦点をあてて —

○浅見 綾<sup>1</sup>、水戸 優子<sup>1</sup> (1. 神奈川県立保健福祉大学  
保健福祉学部看護学科)

[O5-03] 集中治療室において臨死期にある患者とその家族  
に対する看護師の環境調整

○齋藤 信介<sup>1</sup>、北村 愛子<sup>2</sup>、大江 理英<sup>2</sup> (1. 国立循環器病  
研究センター 看護部、2. 大阪府立大学 看護学研究  
科)

[O5-04] 初療室に搬送された心肺蘇生を望まない臨死期の  
患者をケアする救急看護師のジレンマ

○宮澤 拓也<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup> (1. 長浜赤十字病院 看護  
部、2. 名古屋市立大学大学院 看護学研究科)

[O5-05] 救命救急センター看護師の ACPと DNARの捉え方  
— 事前指示書を持つ患者への関わりを通して —

○鈴木 英子<sup>1</sup> (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院 看護  
部)

[O5-06] ICU退室から1年後の患者の就労状況の実態、及び  
離職要因に関する検討 — SMAP-HoPe Studyサブ  
グループ解析 —

○福田 侑子<sup>1</sup>、北山 未央<sup>2</sup>、卯野木 健<sup>3</sup>、櫻本 秀明<sup>4</sup>、山  
口 貴子<sup>5</sup>、植村 桜<sup>6</sup>、辻本 雄大<sup>7</sup>、栗原 知巳<sup>8</sup> (1. 自治医  
科大学附属病院 看護部、2. 金沢医科大学病院 看護  
部、3. 札幌市立大学 看護学部、4. 茨城キリスト教大学  
看護学部、5. 日本医科大学武蔵小杉病院 看護部、6.  
大阪市立総合医療センター 看護部、7. 奈良県立医科大

学附属病院 看護部、8. 前橋赤十字病院 看護部)

一般演題

[O6] チーム医療

[O6-01] クリティカルケア看護におけるモニタリングの意  
味

○増田 喜昭<sup>1</sup>、森 恵子<sup>2</sup> (1. 藤枝市立総合病院 看護  
部、2. 岡山大学大学院 保健学研究科)

[O6-02] Critical Care Outreach Team(CCOT)活動におけ  
る汎用性の高い重症者把握システムの開発

○岡 啓太<sup>1</sup>、前田 倫厚<sup>1</sup>、橋本 礼子<sup>1</sup> (1. 京都岡本記念病  
院 看護部)

[O6-03] 特定行為研修修了生による RRS活動の報告

— 一般病棟リーダー看護師へのアンケート結果か  
ら —

○宮城 絵美<sup>1</sup>、古謝 真紀<sup>1</sup>、安里 宏美<sup>1</sup>、松永 宏美<sup>1</sup> (1.  
浦添総合病院 看護部)

[O6-04] ICUから一般病棟まで継続したケア介入により社会  
復帰に至った一例

○山田 かの子<sup>1</sup> (1. 近江八幡市立総合医療センター 看  
護部)

一般演題

[O7] COVID-19家族ケア

[O7-01] COVID-19病棟における患者-医療者間の iPad動画  
通話の有用性

○吉留 瑞紀<sup>1</sup>、水野 雅子<sup>1</sup>、今瀧 絵里香<sup>1</sup>、関口 玲奈<sup>1</sup>  
(1. 日本医科大学千葉北総病院 看護部)

[O7-02] COVID-19に対する面会制限中の ICUにおけるタブ  
レットを使用した面会の導入

○渡慶次 果奈<sup>1</sup>、古澤 陽菜<sup>1</sup>、飯田 紀代子<sup>1</sup>、小笠原  
倅<sup>1</sup>、深瀬 梢<sup>1</sup>、西山 晴奈<sup>1</sup> (1. 成田赤十字病院 看護  
部)

[O7-03] 新型コロナウイルス感染症患者と家族の入院から  
退院までの体験 — ダイアリーを活用した1事例を  
通して —

○生津 愛子<sup>1</sup>、崎田 麻美<sup>1</sup>、音田 三奈子<sup>1</sup>、野中 夏子  
<sup>1</sup>、齋藤 克<sup>1</sup>、村田 洋章<sup>2</sup> (1. 自衛隊中央病院 看護  
部、2. 防衛医科大学校 医学教育部看護学科)

[O7-04] COVID-19重症患者を担当した看護師の困難と対  
処

○牧野 夏子<sup>1</sup>、内山 真由美<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院  
看護部)

[O7-05] COVID-19に対しての集中ケア認定看護師として  
の取り組み

○竹内 真也<sup>1</sup> (1. 長岡赤十字病院 看護部)

一般演題

[O8] COVID-19呼吸ケア

[O8-01] A病院における COVID-19肺炎患者に対するハイフ  
ローセラピーの実施状況

○木村 禎<sup>1</sup> (1. 札幌市病院局市立札幌病院 看護部)

[O8-02] 一般病棟における人工呼吸器装着患者への腹臥位  
療法の実践ー COVID-19患者への対応を通じてー

○山崎 恵理子<sup>1</sup>、今井 晋平<sup>1</sup>、音田 三奈子<sup>1</sup>、野中 夏子<sup>1</sup>、  
齋藤 克<sup>1</sup>、村田 洋章<sup>2</sup> (1. 自衛隊中央病院 看護部、2. 防衛医科大学校 医学教育学部看護学科)

[O8-03] 重症 COVID-19肺炎患者が腹臥位療法を継続  
し、気管挿管を回避した一例ー患者の自己効力  
感を高めた関わりー

○大迫 明日香<sup>1</sup>、小笹 真美<sup>1</sup>、藤澤 瑠佳<sup>1</sup>、三宅 徹<sup>1</sup>、田  
中 杏奈<sup>1</sup>、服部 利香<sup>1</sup>、鶴田 美奈子<sup>1</sup> (1. 横浜医療セン  
ター 看護部)

[O8-04] 重症新型コロナウイルス感染症病棟での腹臥位療法導入の  
実際と今後の課題

○真道 綾乃<sup>1</sup>、狩野 清美<sup>1</sup>、奥野 剛<sup>1</sup>、佐藤 真由美<sup>1</sup>、中  
村 敦美<sup>1</sup> (1. 東京都立墨東病院 看護部)

[O8-05] COVID-19重症患者に対する腹臥位療法時の皮膚  
障害予防ケアの実践報告

○北川 美穂子<sup>1</sup>、村中 沙織<sup>1</sup>、春名 純平<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学  
附属病院 看護部)

一般演題

[O9] ケアリング

[O9-01] クリティカルケア看護の看護師が捉える患者の  
Comfort

○大山 祐介<sup>1,2</sup>、永田 明<sup>1</sup>、山勢 博彰<sup>2</sup> (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)

[O9-02] 救命治療過程にある患者への ICU看護師のケアリ  
ング

○齋坂 美賀子<sup>1</sup>、大川 宣容<sup>2</sup> (1. 近森病院 看護部、2.  
高知県立大学 看護学部)

[O9-03] クリティカルケア領域における看護師の触れる行  
為がもつ意味ー看護師の行動と認識からー

○牛尾 陽子<sup>1</sup> (1. 川崎市立看護短期大学)

[O9-04] 急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルの開  
発

ークリティカル領域に勤務する看護師の実践への  
認識ー

○丸谷 幸子<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>2</sup>、明石 恵子<sup>3</sup>、宇都宮 明美

<sup>4</sup>、茂呂 悦子<sup>5</sup>、吉田 紀子<sup>6</sup>、松沼 早苗<sup>5</sup>、阿久津 美代

<sup>5</sup>、町田 真弓<sup>7</sup> (1. 名古屋市立大学病院 看護部、2.

東京慈恵医科大学 医学部看護学科、3. 名古屋市立大学

大学院 看護学研究科、4. 京都大学大学院 医学研究

科、5. 自治医科大学附属病院 看護部、6. 獨協医科大学

病院 看護部、7. 日本赤十字前橋病院 看護部)

一般演題

[O10] 看護技術

[O10-01] 劇症型 Clostridioides difficile感染症に対しての  
注腸療法を実施した1例

○朝倉 良太<sup>1</sup>、関 佳祐<sup>1</sup>、永谷 創石<sup>1</sup> (1. 練馬光が丘病  
院 看護部)

[O10-02] カテーテル治療後の圧迫固定テープによる皮膚障  
害の検討

○山岸 美咲<sup>1</sup>、小島 朗<sup>1</sup>、大槻 友紀<sup>1</sup> (1. 大原総合病院  
看護部)

[O10-03] 経口挿管が口腔機能に与える影響

○高橋 真紀<sup>1,2</sup> (1. 北海道科学大学大学院 保健医療学  
研究科、2. 手稲深仁会病院 看護部)

[O10-04] アイスマッサージによる口腔機能の維持とセルフ  
ケアの援助

ー食事摂取を見据えた人工呼吸器装着患者への取  
り組みー

○佐藤 朱華<sup>1</sup>、中村 香代<sup>1</sup> (1. 災害医療センター 看護  
部)

[O10-05] 挿管中の経口摂取へのアプローチー食べるを守  
るー

○西口 秀美<sup>1</sup>、佐野 房子<sup>1</sup>、山田 かの子<sup>1</sup> (1. 近江八幡  
市立総合医療センター 看護部)

[O10-06] 集中治療領域における高齢者の活動と休息のパラ  
ンス

ー日中の活動量や仮眠と夜間睡眠との関連性ー

○立花 奈緒美<sup>1</sup> (1. 埼玉医科大学病院 看護部)

一般演題

[O11] 臨床判断

[O11-01] CCU入室中の気管挿管患者に対する身体拘束をし  
ない看護師の臨床判断

○高橋 菜々美<sup>1</sup>、高橋 祥子<sup>1</sup> (1. 大阪労災病院 看護  
部)

[O11-02] クリティカルケア領域における身体拘束を必要最  
小限にするための実態と取り組みに関する文献検  
討

○笹倉 祐輔<sup>1</sup> (1. 東京医科歯科大学医学部附属病院  
看護部)

[O11-03] **クリティカルケア領域の熟練看護師が実践する**

**「安楽なケア」の構造**

○西本 葵<sup>1</sup>、佐居 由美<sup>1</sup> (1. 聖路加国際大学大学院 看護学研究科)

[O11-04] **看護師が呼吸数を測定するための判断要素**

○竹林 正樹<sup>1</sup>、西村 聖子<sup>1</sup>、倉田 千晶<sup>1</sup>、澤村 千佳子<sup>1</sup>  
(1. 松阪中央総合病院 看護部)

[O11-05] **卒後4年目看護師の人工呼吸器装着中患者の回復  
促進を支えるケアの臨床判断**

○正垣 淳伍<sup>1</sup>、林 優子<sup>1</sup> (1. 関西医科大学大学院 治療看護分野)

---

一般演題

[O12] **看護教育**

[O12-01] **救急・集中領域に勤務する各キャリア段階にある  
看護師の終末期に関する学習ニーズ**

○伊藤 美智子<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup> (1. 名古屋学芸大学 看護学部、2. 名古屋市立大学大学院 看護学研究科)

[O12-02] **集中治療室に勤務する看護師のモニター心電図学  
習への苦手意識を低減させる教育方法の検討**

○關 容子<sup>1</sup>、阿久津 美代<sup>1</sup>、茂呂 悦子<sup>1</sup> (1. 自治医科大学附属病院看護部)

[O12-03] **臨地実習と学内実習を融合した新たな集中治療室  
実習での学生の学び**

○瀧口 千枝<sup>1</sup>、長谷川 真美<sup>1</sup>、笠間 秀一<sup>1</sup>、中矢 一平<sup>2</sup>、木戸 蓉子<sup>2</sup>、副島 里香<sup>2</sup> (1. 東邦大学 健康科学部看護学科、2. 東邦大学医療センター大森病院 看護部)

[O12-04] **退院後の患者との面接を経験したICU看護師の  
PICS予防に対する意識調査**

○梅原 和美<sup>1</sup>、山崎 憂紀<sup>1</sup>、水野 奈美<sup>1</sup>、喜田 雅彦<sup>2</sup>、富岡 小百合<sup>1</sup> (1. 大阪府立中河内救命救急センター 看護部、2. 大阪府立大学院 看護学研究科)

[O12-05] **集中治療部門に配置転換となった中堅看護師の実態**

○入田 貴子<sup>1</sup> (1. 新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院 看護部)

学術集会長講演

[PL1] クリティカルケアにおける多様性への対応 演者：藤野智子（聖マリアンナ医科大学病院 看護部）

---

[PL1-01] [会長講演] クリティカルケアにおける多様性への対応  
— Correspondence to Diversity in Critical Care Nursing —

○藤野 智子<sup>1</sup>（1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部）

## [PL1-01] [会長講演] クリティカルケアにおける多様性への対応

### — Correspondence to Diversity in Critical Care Nursing —

○藤野 智子<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

キーワード：クリティカルケア、多様性、Diversity

昨今、「多様性：ダイバーシティー」という言葉を耳にする機会が増えてきました。

この「多様性：ダイバーシティー」の言葉には、性別・年齢・国籍などの『属性』と、価値観やライフスタイルという『思想』の2つがあるとされています。では、なぜこの言葉が多用されるようになったのでしょうか。

我が国では、単一の価値観や周囲との同調をよしとする文化が根付いており、過去には多様性を排除する風土もあったかもしれません。しかし、今ではそれらを受容していく時代へと大きく変化しています。この背景には、世界的なイノベーションの加速や国内の労働者人口の減少などがあります。そして企業競争の激化により多様な能力を有する人材の確保、働き方改革など具体的な施策や行動レベルに変化しています。

「多様性：ダイバーシティー」をクリティカルケアに照らしてみますと、クリティカルな患者の病態構造は、生活習慣病などの基礎疾患により複雑・多様化しています。また、治療選択における意思決定や急性期からの在宅移行や遠隔医療など、療養の場も多様化しています。このような背景に伴い、チーム医療や看護師の役割拡大など医療者の価値観も変容していくことが社会に求められていると考えます。そして、看護師自身もミレニアル世代の若手と、定年延長に伴うベテランが共存している現在は、あらゆる価値観やライフスタイルも異なります。

このような流れを受け、第17回学術集会では「クリティカルケアにおける多様性への対応 - Response to Diversity in Critical Care Nursing -」をメインテーマといたしました。

刻々と変化する時代にあわせ、クリティカルケア看護領域へ新たな知見と示唆を提供できることを願っております。

特別講演

[SL1] これからの看護職の働き方 – 就業継続が可能な働き方の提案 – 演  
者：熊谷雅美先生(済生会横浜市東部病院)

---

[SL1-01] [特別講演] これからの看護職の働き方 – 就業継続が可能な働き方の提案 –  
○熊谷 雅美<sup>1</sup> (1. 済生会横浜市東部病院)

# [SL1-01] [特別講演] これからの看護職の働き方 — 就業継続が可能な働き方の提案 —

○熊谷 雅美<sup>1</sup> (1. 済生会横浜市東部病院)

キーワード：看護職 就業継続 働き方

2006年入院基本料看護配置基準7対1が新設され、看護職の確保困難が顕著になり、看護職の確保と定着が課題となった。そこで日本看護協会では、「働き続けられる職場づくり」事業に着手し、2013年2月、看護職が安全に健康で働き続けられる職場環境の整備を目指し、「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」（以下ガイドライン）を公表した。このガイドラインでは、夜勤・交代制勤務のマネジメントについて、勤務編成の基準などの具体的な対策を提案している。また2016年には、「看護職の賃金モデル」、2018年「看護職の健康と安全に配慮した労働安全衛生ガイドライン ヘルシーワークプレイス（健康で安全な職場）を目指して」を公表し、看護労働政策の取り組みを強化してきた。

そして国は、少子化による生産年齢人口減少に対し、長時間労働の是正、同一労働同一賃金を柱として、働き方を変えて生産性を向上させる、一億総活躍社会を目指した働き方改革を加速的に進めている。

このような動きがあるなかで、看護職がいくつになっても安心して、やりがいを感じてその人らしく働き続けられる働き方を示すことが必要だ。そこで2019年度日本看護協会は、医療機関で夜勤・交代制勤務を行っている病院と有床診療所の看護職を対象に、持続可能な働き方の実現に重要な要因を明らかにするために、「病院および有床診療所における看護実態調査」を実施した。

今回の調査から看護職の労働実態をみると、約8割非管理職の看護職が時間外労働を行っていた。さらに勤務終了後だけではなく、業務開始時刻前より業務を始める前残業や持ち帰り残業など、カウントされない時間外労働が常態化していた。

厚労省「衛生行政報告例」による就業看護職の平均構成は、2008年の40.3歳から2018年には、43.4歳へと高年齢化が進んでいる。2014年度以降は2年毎におよそ0.5歳上昇しており、仮にこのペースを維持した場合は2025年には45歳に到達すると推測される。また60歳以上の就業看護職も増加傾向にあり、2004年の3.6%から2018年には10.6%（9人に1人）となり、2025年度には60歳以上の8人に1人以上のプラチナナースが現場で活躍することになる。逆に20代は2018年度では18.0%と最も少なく、今後18歳人口が減少することで、看護職を目指す若者の確保が課題となる。年代別の就業場所をみると、40歳から診療所や介護施設等が増え、65歳以上では医療機関（病院や診療所）よりも介護施設等が増える。これらのことは、年代による夜勤・交代制勤務の限界を示していることが推察される。

このように、看護の現場では、夜勤・交代制勤務や長時間労働の問題に加え、「カウントされない時間外労働」「看護職の高年齢化」「医療機関における夜勤可能者の確保困難」「若い世代の看護職の減少」などの新たな課題が生じている。

今回の調査では、病院・有床診療所に就業している看護職員のデータをもとに、共分散構造分析を行い、看護職の持続可能な働き方の実現に関連する5要因を抽出した。それらをもとに、時間外労働が常態化した働き方から、働く人の健康・生活の満足度をより優先的に考える働き方に価値をおき、多様な働き方を可能にする社会を実現することを目指したい。



特別講演

[SL2] “医療をする”から“医療をつくる”、そして世界へ 演者：渡邊嘉行先生（総合川崎臨港病院）

---

[SL2-01] [特別講演] “医療をする”から“医療をつくる”、そして世界へ  
○渡邊 嘉行<sup>1</sup>（1. 総合川崎臨港病院）

## [SL2-01] [特別講演] “医療をする”から“医療をつくる”、そして世界へ

○渡邊 嘉行<sup>1</sup> (1. 総合川崎臨港病院)

キーワード：新型コロナPCR検査、医療とAI、NEDO

国立研究開発法人新エネルギー・産業技術総合開発機構（NEDO）「Connected Industries推進のための協調領域データ共有・AIシステム開発促進事業」採択プロジェクトのご紹介

新型コロナウイルス感染拡大は、ヒトが生きてゆくのに「医療」だけでなく「医学・研究」「経済」「政治」という、オーバーラップしたゴールではあるものの、少しずつ目的に違いのある多角的見地からなる「バランスある考察」の重要性を教えてくれた気がします。医療現場では「PCR陽性です」、「症状消失から〇〇日経過したので問題ありません」のようなマニュアル知識だけの独り歩きを残念に感じます。

世界では、新型コロナウイルス関連の疫学、診断、治療、予後の進歩に留まらず、どの医療現場においても日々、様々な医療・医学の進歩を見受けます。「最新医療機器〇〇を使用した一例」の発表や、新型呼吸器のマニュアル熟知は確かに重要な取り組みではありますが、医療職がもつライセンスを、医療現場だけに費やすのではなく、とくにアカデミアにおいては、医療を創る側にもエフォートを置くことが重要に思います。もちろん訪問診療などの現場から医療を創ることも可能です。一緒に医療の「シーズから創る」を考えませんか？

「難しそう、出来そうにない」で括るのではなく、「自らのもつ可能性と探求心」をもとに視野を広げて「医療をする”だけから”医療を創る”」を一緒に考えてゆきたいと思います。近年、渡航手段、情報技術（IT）だけでなく、ICT、IoT等のインフラ整備がすすむなか、討論や行動に国内外の壁を作る必要はありません。医療関係のライセンスをひとつのツールとして活かし、企業とのマッチングの場を構築、大学 TLOとの伴走を実現することで、自治体、振興財団、厚生労働省、経済産業省の助成金を活用することが可能になります。

本講演では、日本全国で行われている自治体「胃がん検診事業」を検査・術中にリアルタイムで自動診断（AI診断）補助するだけでなく、読影作業もクラウド化させることで、自施設だけでなく他県の内視鏡写真を遠隔読影可能に。さらには国外（現在は国立シンガポール大学）の遠隔読影も実現するという、国立研究開発法人新エネルギー・産業技術総合開発機構（NEDO）のプロジェクト「Connected Industries推進のための協調領域データ共有・AIシステム開発促進事業」をご紹介させていただきます。

特別講演

[SL3] 医療と経済－ COVID19前後での医療経済の変化とこれからの医療－  
演者：真野俊樹 (多摩大学大学院/中央大学大学院)

---

[SL3-01] [特別講演] 医療と経済－ COVID19前後での医療経済の変化とこれからの医療－

○真野 俊樹<sup>1,2</sup> (1. 多摩大学大学院、2. 中央大学大学院)

## [SL3-01] [特別講演] 医療と経済－ COVID19前後での医療経済の変化とこれからの医療－

○真野 俊樹<sup>1,2</sup> (1. 多摩大学大学院、2. 中央大学大学院)

キーワード：医療経済、コロナ禍

日本における新型コロナウイルス感染による死亡者数が少ないことが話題になっている。新型コロナウイルス感染症対策専門家会議の尾身茂副座長は、その理由について、医療体制や初期段階でのクラスター対策、国民の健康意識の高さを挙げている。

しかし、いま一つ納得がいかない国民が多く、すっきりした説明が求められている。

尾身副座長の指摘の医療体制だが、奇しくも新型コロナウイルス感染騒動によって死亡者数や感染者数が国際的に大きく違うことが話題になり、結果的に医療の国際比較に様々な人が関心を持った。そのおかげで私がダイヤモンドオンラインに書いた「コロナで絶体絶命のイタリアと違い、日本で死者激増の可能性は低い理由」という記事が非常に多くの反響を呼び、最終的にはYahooのヘッドラインにも加えられる勢いであった。しかし、いわゆる第三波がおきてからは、少し風向きが変わった。医療崩壊が日本でも起きる、あるいは起きた、という論調になった。

ここで、新型コロナウイルス感染の特徴を復習しておきたい。

新型コロナウイルスが風邪の症状を引き起こすウイルスということで、当初、インフルエンザと比較されることが多かった。ただ、両者の違いは新型コロナウイルスでは感染者の20%が重症化し、5%が人工呼吸器など高度な医療が必要になることである。この重症化した20%の人が主な感染源になるが、新型コロナウイルスに感染しても症状がなかったり、軽い風邪症状で終わったりする残りの80%の人も他人に感染させる可能性があるという特徴を持っている。患者数が医療キャパシティを超えると、病床が不足したり、人工呼吸器などの医療機器が不足したりする事態が発生し、専門用語でいう医療崩壊が起きる。医療崩壊とは、「患者が医学的な必要に応じ入院できないことなど、医師による適切な診断・治療を受けられないこと」で定義される。医療崩壊は新型コロナウイルスの感染が拡大するイタリアなどで起きたことである。また、医師があまりに多くの患者を目の前にして疲労困憊しても同じ結果を招く。

日本は医療のレベルが高く、医療のキャパシティも大きいので、諸外国に比べて新型コロナウイルス感染による死亡者数が非常に少なく抑えられている。逆に、イタリアのように医療崩壊が起きている国では死亡者数が多い。もちろん、中国のように都市の完全閉鎖といった手段を使えば、感染拡大が抑えられ、死亡者数は減る。突貫工事で病院を新設し、医療のキャパシティも増やした中国は新型コロナウイルスの感染拡大を乗り切りつつあるともいわれる。

後半は、医療経済の話題を述べたい。日本の医療費においては高額な最先端医療も、効果があれば原則として保険に収載する。このルールは、世界に冠たる国民皆保険制度の本質であるのだが、そのために、近年では社会の高齢化以上に医療の高度化が、医療費を高くしていると言われる。一方、コロナ禍において日本の医療の大きな特徴の一つである、身近な医療ということの意味が問われている。すなわち、「不要不急の医療」という概念である。医療費を減らすという意味では、高度な医療か身近な医療のどちらかを、もちろん両方でもいいのだが、減らすと言う流れになっていくであろう。さらに、コロナ禍で、世界が借金漬けになっている。

このあたりのマクロの医療費の問題を、コロナ禍と関連づけて考えてみたい。

教育講演

[EL1] 若手看護職員の離職と生産性向上に向けた人材投資の方向性 – 民間企業を対象とした調査結果から – 演者：初見康行先生（多摩大学 経営情報学部）

---

[EL1-01] [教育講演] 若手看護職員の離職と生産性向上に向けた人材投資の方向性 – 民間企業を対象とした調査結果から –

○初見 康行<sup>1</sup>（1. 多摩大学 経営情報学部）

## [EL1-01] [教育講演] 若手看護職員の離職と生産性向上に向けた人材投資の方向性—民間企業を対象とした調査結果から—

○初見 康行<sup>1</sup> (1. 多摩大学 経営情報学部)

キーワード：若手看護職員、離職、人材投資

本教育講演の目的は、大きく2つです。第1に、若年早期離職の社会的背景を理解すること。第2に、現場の生産性向上を目的とした、人材投資の今後の方向性について理解を深めることです。本講演では民間企業を対象とした調査結果を援用し、若手看護職員の離職や今後の人材育成の在り方について検討していきます。

日本看護協会(2021)によれば、2019年度の正規雇用看護職員の離職率は11.5%、新卒看護職員の離職率は8.6%である。また、既卒採用の看護職員の離職率は16.4%となっており、前年比-1.3%減であることが指摘されている。この看護職員の離職問題については、リアリティショック、職場の人間関係、勤務時間・指導体制、バーンアウトなど、様々な観点から有益な実証研究が積み重ねられてきた。しかしながら、そもそも現在の若手看護職員がどのような社会的背景の中で育ち、いかなる価値観・態度を形成してきたのか、という社会的な観点からの分析は少ない。

初見(2018)は若年者の早期離職現象を社会的・時代的な観点から考察し、若年者の早期離職は「環境要因(経済環境)」が起点となって、「構造要因(産業構造)」、「企業要因(労働条件)」、「個人要因(職業観)」の変化を引き起こし、各要因が影響し合うことによって引き起こされる現象であることを指摘した。このようなマクロな視点から若年者の離職現象を理解することは、若手看護職員の価値観・態度形成に対する理解を深め、今後のマネジメントの在り方についても有益な示唆を提供すると思われる。

第2に、上記のような社会的背景の中で育ってきた若手看護職員の生産性を向上させるために、今後どのような人材投資を行っていくべきだろうか。看護職員の育成については、認定看護師、専門看護師、特定看護師、ナース・プラクティショナーなど、就職後の資格体系が構築されている。また、日本看護協会においても「看護師のクリニカルラダー」が提供され、看護の核となる実践能力とスキルの育成が強く推進されている。

守島・初見・山尾・木内(2020)は、企業の人材投資(個人の能力開発・自己啓発支援・組織開発)が従業員の主観的な生産性に与える影響を分析している。分析の結果、従業員の主観的な生産性を向上させる要因は「プロアクティブ行動」と「創造的思考プロセス」であることが明らかとなった。両者は、「より良い仕事のやり方を頻繁に取り入れようとする」、「職場がより効率的になるよう、新しい方法を導入する」、「問題の本質を理解するために、時間をかけて考える」、「新しいアイデアと創り出すため、多様な情報源を参考にする」など、「通常求められる範囲を超えた思考・行動」である。つまり、日々の業務で必要とされている範囲を超えた「Extra Behavior」や「Extra Thinking」ができているかどうか、個人の主観的な生産性に大きな影響を及ぼしていることが確認された。

また、このプロアクティブ行動や創造的思考プロセスを促進する要因として、「自己効力感」や「理念への共感」など、スキル・能力以外の側面が有意な影響を与えていることが確認された。本研究の結論として、従業員の生産性を向上させるためには、スキル・能力の「ハード面」だけでなく、従業員の価値観や感情・態度などの「マインド面」への働き掛けが重要であることが示唆される。また、マインド面への働き掛けを上司やプリセプターが「個別」に行うのではなく、いかに「組織単位」で体系的に行っていくかが今後の課題である。若手看護職員の育成においても、所属組織へのコミットメント向上に向けたマインド面への組織的かつ体系的なアプローチの重要性が今後増すことが推測される。

教育講演

[EL2] 多様性を認めた人財活用に向けて－発達障害のある看護師との協働－  
－ 演者：北川明先生(帝京平成大学 ヒューマンケア学部)

---

[EL2-01] [教育講演] 多様性を認めた人財活用に向けて－発達障害のある看護師との協働－

○北川 明<sup>1</sup> (1. 帝京平成大学 ヒューマンケア学部)

## [EL2-01] [教育講演] 多様性を認めた人財活用に向けて－発達障害のある看護師との協働－

○北川 明<sup>1</sup> (1. 帝京平成大学 ヒューマンケア学部)

キーワード：発達障害、支援

2001年の保健師助産師看護師法改正では、「目が見えない者、耳が聞こえない者又は口がきけない者」には免許を与えないとしていた絶対的欠格事由を削除し、“心身の障害により（中略）業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの”には、免許を与えないことがあるとした相対的欠格事由に変更された。この改正は障害者のノーマライゼーションを推進する動きの中で、内閣に設置されていた障害者施策推進本部が、“障害者に係る欠格条項の見直し”を決定したことが背景となっている。このことにより、障害を有していてもできる限り学習の機会を与え、免許を取得できる条件を整えていく流れとなった。

さらに2016年4月1日には、障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（差別解消法）が施行され、障害を理由とする差別を解消し、また障害のある人から配慮を求める意思の表明があった場合には、社会的障壁を取り除くために合理的配慮を提供することが求められるようになった。この法律は、障害のある人もない人も、互いにその人らしさを認め合いながら、共に生きる社会をつくる事を目指している。このような法律の後押しもあり、現在では障害があるからといって、看護師になってはいけない、看護師は辞めたほうがよいと言うことは差別になる。では、障害をもつ人が看護師として問題なく働けるかという、現在はまだ厳しい状況である。

2012年の全国の看護師養成機関（看護専門学校、看護短期大学、看護系大学）に対する調査によると、著しく指導/学習が困難であった学生数は2.3%おり、そのうちの半数弱が発達障害の疑われるものであったとされ、この発達障害が疑われる学生のうち31.7%はすでに退学していたと報告されている。同じく2013年の全国の病院に対する調査では、2.39%の新卒看護師が特別な支援を必要としていたとされており、このうち40.9%が1年以内に看護師を辞めていたとある。このように、概ね2.3%は、学校や職場において特別な支援を必要とする人がおり、そのうち30～40%は適応が出来ずにやめていくと言える。

発達障害は脳の機能障害であり、情動、認知、行動といった多くの領域に影響が出る障害である。そのため、社会生活を営む上で、さまざまな困難を生じる。例えば、自閉スペクトラム症（ASD）であれば、社会的交流において相手の発言の意図を理解できなかったり、言語的・非言語的コミュニケーションの解釈や使用方法が独特であったりするため、患者の心情を推察したり、仕事を他者と協力して進めていくことが困難である。また、注意欠如多動症（ADHD）であれば、不注意や多動性から忘れ物が多く、仕事をミスしたりすることも増えるため、患者の投薬を忘れてしまうこともあるかもしれない。限局性学習症（SLD）においても、社会生活の多くの場面で必要とされる読み、書き、計算に障害があるため、患者の事務手続きなどが上手くできないこともあるだろう。

発達障害は、一見してわかる障害ではないため、「なぜ、あの人はこんなこともできないのか？」「なぜ、あの人は何度注意されても同じ間違いを繰り返すのか？」と、周囲の人間には困惑が生じやすい。さらに、何度声をかけても一向に改善されないことへの徒労感や、業務をフォローし続けなければならない不公平感などから、発達障害者に対するイライラや不満へと繋がっていくことが多々ある。発達障害のある人は、得意なことと不得意なこととの差が大きく、その特性を知らねば、本人も周囲の人間も辛い状況になってしまう。本講では、発達障害の概要と人財活用に向けてどのような支援を行えば良いかについて話す。



教育講演

[EL3] クリティカルケア領域の看護に携わる人々のキャリアを考える 演  
者：道又元裕先生 (Critical Care Research Institute (CCRI) 代  
表)

---

[EL3-01] [教育講演] クリティカルケア領域の看護に携わる人々のキャリアを考える  
○道又 元裕<sup>1</sup> (1. Critical Care Research Institute (CCRI) 代表)

## [EL3-01] [教育講演] クリティカルケア領域の看護に携わる人々のキャリアを考える

○道又 元裕<sup>1</sup> (1. Critical Care Research Institute (CCRI) 代表)

キーワード：クリティカルケア、キャリアデザイン、エンプロイアビリティ

キャリア (Career) とは、一般に仕事・経歴・就職・出世などのイメージで使われることが多い言葉ですが、厚生労働省が提唱しているキャリアの概念の中には、『時間的持続性ないしは、継続性を持った概念』として定義されています。つまり、キャリアとは、将来のなりたい姿やありたい自分を持続的、継続的に実現 (自己実現) するために自分の職業人生 (勿論、プライベート含む) を主体的に設計し、実現していく行動を含んだ概念であると解釈できますか。そのキャリアを形成 (formation, development, promotion) する行動プロセスは、一般的に① Career image、② Career plan、③ design、④ path (帰属施設が有する Career program) を経ながら進んでいくことが多いのではないのでしょうか。

何れにせよ、自ら主体的に設計、実現するキャリアの形成は、私生活と仕事を調和させながら (ワークライフ・バランス) 今の社会を生き抜いていくために、良くて悪くても、不可欠? (それなりに必要) であり、非常に重要? (それなりに大事) とされています。

昨今では、中学、高校においても当たり前前にキャリアに関する教育が行われているようであり、一般のそれなりの企業においては、社員のキャリアデザインを支援する企業も増えてきており、社員自身が今のポジションでやるべきことや企業内でのキャリアパスを明確にすることで、離職防止やワーク・エンゲージメント向上に役立っている企業が増えていると言います。

いわゆるキャリアデザインということばが社会で注目される背景には、バブル崩壊後とともに、終身雇用、年功序列などの日本的雇用慣行が終焉をむかえつつあることや政府から発信された働き方改革の推進、ワークライフ・バランスを促進する就業形態の多様化、自身の人生のプロセスに対する価値観の多様化、学歴偏重社会からの脱却、開放主義の支持、成果主義、中途期における優秀な人財の雇用、登用などが大きく影響しているかも知れません。

政府は働き方改革のひとつに①キャリア形成ができる、②自己実現を追求できる、③所得が増加するなどの理由から副業・兼業の推進もするようご時世になってきています。また、副業・兼業は、新たな技術の開発、オープンイノベーションや起業の手段、そして第2の人生の準備として有効とされているとのことです。

キャリアを形成していくに当たっては、キャリア形成のプロセスや自身のライフスタイルを帰属組織ばかりに依存・委ねるのではなく、自身で実現する「自律型 (Autonomous) 人材」が求められ、言わば雇用される能力 (エンプロイアビリティ: employability)、就業能力を高めていくことが今の社会においては必要であり、望まれているようです。

ようするに、キャリアデザインは、自らの手でプランを構築し、種類はどうであれ、社会の誰かにとって、必要な欲しがるエンプロイアビリティを磨きながらキャリアをプロモーションしていくことが重要なのかも知れません。

しかし、そうは言っても人生100年時代と呼ばれているこの時代ですが、2018年にアデコグループが行った「人生100年時代」のキャリアビジョンに関する意識調査によると、およそ8割が今後の自分のキャリア構築に不安を感じているという結果が出ているようです。

では、常に将来なりたい職業の上位に君臨する看護師 (保健師、助産師含) のキャリアビジョンはどうでしょうか。例えば、一般の企業人が転職によってキャリアアップしていくのに比べると、看護師のキャリアアップにつながらないケースが多くあります。

本講では、クリティカルケア領域の看護に携わる人々のキャリアについて、現状と課題、未来への展望について、時には暗く、最後は明るい話を提供したいと思います。

教育講演

[EL4] COVID-19時代の看護 – 求められる看護の新たなスタンス – 演  
者：山岸暁美先生（慶應義塾大学 医学部）

---

[EL4-01] [教育講演] COVID-19時代の看護 – 求められる看護の新たなスタンス –  
○山岸 暁美<sup>1</sup>（1. 慶應義塾大学 医学部 ）

## [EL4-01] [教育講演] COVID-19時代の看護 ー求められる看護の新たなスタンスー

○山岸 暁美<sup>1</sup> (1. 慶應義塾大学 医学部 )

キーワード：Covid19、地域連携、ACP

第1波の際、感染流行地において Covid19の診療をしている病院は、病状の安定した患者の早期退院により、空床を確保し、増加する重症患者に備えた。ところが、これらの病院に入院中の患者が退院できない事態に陥った。元々、当該患者が入居していた高齢者施設が受け入れを拒否、ヘルパーにサービス提供を拒否されるなど、施設や自宅での生活が担保できなくなったのだ。こんな状況では退院できない。こうした事態が、新規受け入れ病床の確保を滞らせ、地域で発生した Covid19罹患者、PCR陽性者の受け入れを困難にした。また長期の入院を余儀なくされた高齢患者は、入院関連機能障害（Hospitalization-Associated Disability：HAD）のリスクが上がってしまった。

この時期、仮に患者の療養場所の意向が明確だったとしても、それを叶えられる基盤を、また選択肢を作ることができなかった。これは誰が悪いわけでもない。未知のウイルスの感染機序や予防法が確立しない時期、誰もが試行錯誤の連続、そして、まずは患者・利用者のいのちを守ることが最優先課題だったのだ。しかし、第3波まで乗り越えた私たちは今、この状況を打破できているだろうか？もちろん、感染予防対策は重要だ。ただ、あまりにも医療全体、介護全体がコロナシフトし、患者・利用者の意向、心身への影響がないがしろになってはいないだろうか？また、この事態だからといって、他の疾患の罹患者が減るわけではない。事実、がん患者は受診抑制が起こっている。このウイルスに「感染しない」「感染させない」は重要なことだ。しかし、その対策として、外出抑制をし、人との接触を避ける、介護サービス利用自粛などの徹底した行動制限策を取ると、特に高齢者の場合、感染リスクは下がるが、ADL低下、フレイルの進行、QOL低下、家族の介護負担が増加などのリスクが上がる。とにかく、この Withコロナ時代は、リスク共生の時代と言っても過言ではない。いや、今始まったことではないのだが、これが如実に突き付けられる時代になったともいえる。

高齢の方や基礎疾患を抱える方々は、このウイルスへの感染を予防するために、生活を大きく制限され、本来、人と人とのつながりの中に存在する「居場所」や「役割」、そして「生きがい」をも大きく侵蝕されている。感染リスクを軽減することは非常に重要なことであるが、しかし、これは目的ではなく、私たちが安心して生活するための手段の1つに過ぎないはずだ。人間の幸せや生活の担保と、感染リスクの兼ね合いを科学的に比較考量する方法の提案、さらには新たな社会標準のコンセンサスが求められている。そしてまた、個別の患者・利用者には、どこまでが「起こっても仕方ない」と思える範囲なのか、また、どこでどのような生き方を望むのかの丁寧な共同意思決定や Advance Care Planning(ACP)が求められている。

そもそも人の幸せや価値観は、多様である。“こうすべきといった絶対解”はない。ご本人はもちろんのこと、関わる人たちの“納得解”をいかに模索することができるか。この模索のプロセスそのものが、患者の尊厳を重視した倫理的側面からの“機関を超えたチーム医療・ケア”を強化していくことになる。そして、得られた“納得解”を地域全体で支えていくプロセスそのものが地域包括ケアになるのだ。看護職は、生活に軸足を置く医療者である。人々のいのちと健康と幸せに携わらせていただく看護職が、今こそ、新たな機能を果たすべきではないか？今こそ、病院と地域の看護職が繋がり、患者・利用者のみならず、住民のいのちと健康と生活、そして尊厳を守ることに本気で取り組むべき時なのではないだろうか？

現状の課題の整理の上で、COVID-19時代に求められる看護の新たなスタンスを紐解く時間としたい。

教育講演

[EL5] パンデミック時代&人工知能時代の医療・ヘルスケアってどうなる？：輝く未来の医療を創るために 演者：小林泰之先生（聖マリアンナ医科大学病院 医学研究科）

---

[EL5-01] [教育講演] パンデミック時代&人工知能時代の医療・ヘルスケアってどうなる？：輝く未来の医療を創るために  
○小林 泰之<sup>1</sup>（1. 聖マリアンナ医科大学大学院 医学研究科）

## [EL5-01] [教育講演] パンデミック時代&人工知能時代の医療・ヘルスケアってどうなる？：輝く未来の医療を創るために

○小林 泰之<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学大学院 医学研究科)

キーワード：デジタルトランスフォーメーション、人工知能、医療・ヘルスケア

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）により、社会や経済、働き方や生活様式、そして個人の嗜好や生き方に至るまであらゆるものが大きく変化する大変革期が到来している。COVID-19が終息したとしても次の新たな感染症が登場するようなパンデミック時代に突入する可能性も指摘されている。COVID-19はこれまでのデジタル・トランスフォーメーションのスピードを大きく加速させるとされるが、残念ながら日本は他国の後塵を拝しており、この領域に医療従事者がもっと関わっていくことが必要である。

AI(Artificial Intelligence)をはじめとした様々な最新の ICT(Information and Communication Technology)が医療の世界にも急速に導入されていく。人間がAIに絶対にはかなわない能力として、①無制限の集中力と持続力、②超高速の論理的思考力、③膨大な記憶力と検索力があり、さらに将来的には④直観的判断力、⑤（大量生産後には）低コストが挙がる。人間がAIを使いこなしてAIができることはAIに任せることで、これまで余裕がなくて現実的に行えなかった「人間でしかできない仕事」に我々は集中することができるようになる。これがAIの本質である。「AIを活用することにより医学は飛躍的に進歩するとともに、医療従事者が時間的・精神的余裕を獲得することにより医療の原点“人を癒す”に立ち返ることができる」とされる。ObermeyerらがNEJMの論文の結論で、“他の領域と同様に医療の世界でもAI導入により勝者と敗者が出現するが、AIが医療を変革することによる最大の勝者が患者さんであることは間違いない”と述べている。非常に重要な指摘であり、我々がこのような世界にしていかなければならない。

さて、これからの社会はどう変わっていくであろうか？「破壊的イノベーション」という言葉を御存じであろうか？破壊的イノベーションとは市場における既存のルールを根本的に覆し、そこにまったく新しい価値を創出するイノベーションのことである。「破壊的イノベーション」は我々の世界を大きく変えている。たとえば、Uber, Uber Eats, Airbnb, NetFlixなど既存の構造を大きく破壊して社会が進化している。医療の世界での「破壊的イノベーション」とは？米国ではBedを持たないVirtual Hospitalが登場している。世界は我々の想像をはるかに超えて進化し続けている。私たちが前進するためには、今、世の中にどんな変化の波が起きてどんな風が吹いているかを知って、時代や社会の変化を追い風にする必要がある。私達、医療従事者はAIをはじめとした様々なICTを最大限活用して患者さんや国民に真に向かい合った次世代医療と一緒に作り上げていく必要がある。

教育講演

[EL6] これからのコロナ時代に向けた先見的アプローチの重要性 演者：松本哲哉先生(国際医療福祉大学成田病院 感染制御部)

---

[EL6-01] [教育講演] これからのコロナ時代に向けた先見的アプローチの重要性

○松本 哲哉<sup>1</sup> (1. 国際医療福祉大学成田病院 感染制御部)

## [EL6-01] [教育講演] これからのコロナ時代に向けた先見的アプローチの重要性

○松本 哲哉<sup>1</sup> (1. 国際医療福祉大学成田病院 感染制御部)

キーワード：新型コロナウイルス感染症

2019年12月頃に中国の武漢で発生した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）はその後、急激に世界に広がり、世界の感染者数は2021年3月中旬に累計で約1.2億人、死者は260万人を超えている。特に感染者数の上位を占めている米国、インド、ブラジル、ロシア、英国、フランスなどでは厳しい状況が続いている。日本は累計の感染者数が2021年3月中旬に44万人、諸外国に比べれば相対的に少ない状況である。ただし死者は8千人を超え、第3波においては医療状況の逼迫が深刻であった。

このウイルス感染症については、国内で最初の感染者が報告されてから1年が経過し、診断、治療、感染対策、予防のあらゆる面で進展がみられている。まず診断においては、当初、PCR検査の対応の遅れが指摘され、第1波の頃は検査が十分に受けられなかった状況であったが、その後、格段に検査数は増加している。治療においてはレムデシビルとデキサメタゾンが承認され臨床現場でも使用可能となった。感染対策面では、飛沫感染と接触感染に加えてマイクロ飛沫（エアロゾル）による伝播も認識されるようになり、換気を含めた対策が重視されるようになった。予防においては、ファイザーによるワクチンが承認を受け、2021年2月より医療従事者を対象とした先行接種が始まっている。

上記のようにさまざまな面で進展があったにもかかわらず、いまだにこの感染症の脅威は去っていない。感染者を減らす頼みの綱であるワクチンもまだ十分に供給されておらず、感染免疫の成立にはほど遠い。治療薬開発に対する期待も大きいですが、まだ特効薬と呼べるような薬は承認されていない。さらに変異ウイルスの出現によって今後の状況は大きく変わってくる可能性があり、イギリス型、南アフリカ型、およびブラジル型のように感染力が高まっているウイルスが国内でも増加していることから、さらに封じ込めに向けた検査体制の整備や対応が必要になっている。

これまで私達、医療従事者は第1波から第3波を経験し、多くの経験と知識を得たと思われる。新たな課題も加わる中で私達は次なる第4波に備えて、先見的にアプローチしていくことが必要だと思われる。



教育講演

[EL7] 質の高い多様な看護の研究によって人々と社会に貢献していくために  
に 演者：深堀浩樹先生(慶應義塾大学 看護医療学部)

質問や感想がございましたら下記へお願いします。

<https://forms.gle/R5x9YFxDjY6E3sMy7>

---

[EL7-01] [教育講演] 質の高い多様な看護の研究によって人々と社会に貢献していくために

○深堀 浩樹<sup>1</sup> (1. 慶應義塾大学 看護医療学部)

## [EL7-01] [教育講演] 質の高い多様な看護の研究によって人々と社会に貢献 していくために

○深堀 浩樹<sup>1</sup> (1. 慶應義塾大学 看護医療学部)

キーワード：看護研究、Evidence-Based Practice

看護学の研究においては、対象となる人々や現象が多様であるのはもちろんのこと、研究の前提となる認識論・哲学的背景（研究観）、用いられる方法論、研究が発表される場（学会等）、活用される場など多くの多様性がある。この研究の多様性は、社会情勢の変化や人々の価値観の多様化、近年の看護系大学・大学院の増加、多職種で行われる学際的研究へのニーズの高まりなどを背景としてより増大しているように思われる。研究が多様であることにより、多様な人々のニーズや社会課題へ多様な対応が可能となるだろうし、異なる専門性やアイデアが組み合わせることで研究の飛躍発展につながることもあるだろう。看護学における研究が多様であることは基本的には好ましいことのように思われる。

しかし、研究・科学・学術に社会実装や社会変革への貢献がより求められていく中で、どのような看護学研究が人々・社会に貢献する価値や意義の高いもので、自分のエフォート、人生を賭けるに足るものか迷う研究者、どのような研究が自分の臨床実践にとって意味のあるものなのか迷う臨床家、どのような研究の成果が学生に享受し普及すべきものか迷う教育者もいるのではないだろうか。

演者はこれまで看護系大学の教員として20年弱のキャリアがある。そのキャリアの中で、基礎看護学、看護管理学、老年看護学と異なる分野に在籍してきた。また、短期間の海外研修や海外留学も経験し、多くの研究者・教員、大学院生、臨床看護師、海外の研究者といった共同研究者と比較的幅広いテーマの研究に様々な研究手法を用いて取り組んできた。行ってきた研究としては、高齢者の家族に関する研究、看護管理者のリーダーシップに関する研究、研究知見の統合、Evidence-Based Practiceに関する研究などがある。これらの経験から、ある時点で行った研究の限界が次の研究の動機につながることで、研究を行った当初は今一つと思っていた研究が意外に関心を引くこともあること、発表した研究が思ってもいない分野で着目されること、新たな共同研究者とタイミングよく協働することで研究の質やスピードが著しく向上するといったことがあると実感してきた。これらの経験から、研究者の強みを活かしながら質の高いものにしていくために粘り強く研究を行うことで、どのような研究であっても何らかの形で人々や社会に貢献するものにできると感じている。それと同時に、よりインパクトの高い人々・社会に貢献できる研究を行うためには自身や自身が所属するコミュニティの研究活動をもう一段階レベルアップさせる必要性も感じている。

本教育講演では、演者のこれまでの看護系大学や看護系学会における研究・社会貢献活動の経験から、人々・社会に貢献できる研究を行うためには個々の研究者が何を心がければよいのか、研究チームをどのように構成しどのように研究を進めていけばよいのか、そもそもどのような看護の研究がどのように人々・社会に貢献しうるのか、についてキャリア初期から現在に至るまでのつたない経験を振り返りながら私見を述べたい。

演者はクリティカルケア看護については門外漢であるが、他領域における研究者のキャリアや経験が、クリティカルケア看護学を専門とされる皆さまに何らかのヒントとなれば幸いである。

質問がございましたら以下の URL よりお願いいたします

<https://forms.gle/R5x9YFxDjY6E3sMy7>

教育講演

[EL8] クリティカルケア看護における患者・家族・医療者のスピリチュアリティ 演者：伊藤高章先生（上智大学大学院 実践宗教学研究科）

---

[EL8-01] [教育講演] クリティカルケア看護における患者・家族・医療者のスピリチュアリティ

○伊藤 高章<sup>1</sup>（1. 上智大学大学院 実践宗教学研究科）

## [EL8-01] [教育講演] クリティカルケア看護における患者・家族・医療者のスピリチュアリティ

○伊藤 高章<sup>1</sup> (1. 上智大学大学院 実践宗教学研究科)

キーワード：スピリチュアリティ、中動態、ネガティブ・ケイパビリティ

Light Sedationの重要性を認識する現代のクリティカルケアにおいて、患者の主観的経験への関心が高まってきている。客観的に観察できる患者の状態の背後でどのようなことが起こっているのか。それに少しでも接近したいという思いから、本教育講演が企画されたのだと思う。

患者・家族・医療者はそれぞれに深い経験をしている。本講演では、それらの経験にスピリチュアリティという切り口から接近を試みる。

- ・クリティカルケアにおける患者のスピリチュアリティはどのように働いているのだろうか。
- ・患者の急激な身体状況の変化を前に、家族は、完全には分かり得ない患者の思いに寄り添うことを願いながらの代理意思決定を迫られる。その場面で、代理意思決定をする家族のスピリチュアリティはどのように機能しているのだろうか。

- ・患者を見守り、家族を支える医療者は、どのようなスピリチュアルな経験をしているのだろうか。

Puchalski (2014) は、Palliative Careの現場を念頭にスピリチュアリティを次のように定義した。

スピリチュアリティとは人間性の力動的で本質的な一側面であり、

人は、それを通して、究極的な意味・目的・超越を探し求め、

それを通して、自己・家族・他者・コミュニティ・社会・自然

- ・大切にすべきもの・神聖なものとの関係を経験する。

スピリチュアリティは、信仰・価値観・伝統・実践を通して表出される。

この定義は、意識的な活動を前提に、価値観や人生観、死生観、宗教観の多様性について語っている面もある。しかし同時に、もう一步深く、意識状態に関わらず、人間の世界経験が白紙の上に描かれるのではなく、すでにパターンのある場に描かれることをも語っている。

宗教・思想・文化が形成する世界経験のパターンも重要である。しかしそれ以上に、その瞬間その瞬間の患者=家族、患者=医療者、家族=医療者の関係性が、その場のスピリチュアリティを形づくる。具体的な人間関係という場のなかで物事は経験される。関係性は、意図的で能動的な働きかけによってできる場合もある。しかし、重要な関係性は、さまざまな絡み合いの中でその時その場で立ち上がってくるものだろう。現代のケア学では、その湧き上がる関係性を「中動態」と表現する。患者・家族・医療者の中動態の関係性の中にスピリチュアリティを探ってゆきたい。

スピリチュアリティは、明確な因果律によって理解することはできない。矛盾や非合理性をたくさん含んだ人間の心の動きの一側面である。宗教・思想・文化によるパターンに加えて、解決のつかない課題、正解のない問い、不条理な苦しみ、それらが複合してスピリチュアリティを形づくる。精神科医で作家の帚木蓬生が語る「ネガティブ・ケイパビリティ」という考え方の中に、スピリチュアリティを理解する糸口があるように思える。

Puchalski, C.M. et al. 2014: "Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus" in Journal of Palliative Medicine. vol.17, No.6. Special Reports.

<https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>

帚木蓬生 2017: 『ネガティブ・ケイパビリティ: 答えの出ない事態に耐える力』(朝日選書)、朝日新聞出版

シンポジウム

**[SY1] 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響で生じた、倫理的課題にどう向き合うことができるか？**

座長:葛西 陽子(手稲溪仁会病院 看護部)

シンポジウム1は「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響で生じた、倫理的課題にどう向き合うことができるか？」をテーマとして企画いたしました。COVID-19の世界的大流行（パンデミック）に伴い看護の現場では様々な倫理的課題が浮上していると思われます。面会制限が余儀なくされる中で患者や家族に対する意思決定支援の難しさを痛感したり、最期を迎えようとしている患者が家族と一緒に過ごす事も許されない場面に倫理的ジレンマを感じるなど、これまで想像もしなかったような事象を体験された方もいるのではないのでしょうか。

当初コロナウィルスとは何者かよくわからず今後どうなるのか予想もできない状況で、私達はこれまで試行錯誤を繰り返してきました。ワクチンが現実的となり、効果的な治療も明らかになってきたとはいえ、その感染症の終息にはまだまだ時間がかかることが予想されます。このセッションでは現場の看護師の皆さんが、様々な工夫をしながら誰もが経験したことのない状況の中で、何を感じ、どの様に向き合い対応してきたのか、特に倫理的な事象や場面に焦点を当て共有し一緒に考える事ができればと考えています。未だ問題は山積みですが苦しい中でも「何ができるのか」、「どうすればできるのか」を考え、苦難や苦勞だけではなく知恵を絞り生み出した方法や工夫に関しても共有し、次に向け問題解決の糸口を見いだすことに繋がりたいと考えています。

**[SY1-01] [シンポジウム] COVID-19に関連したクリティカルケア領域の倫理的課題：看護実践の観点から**

○鶴若 麻理<sup>1</sup> (1. 聖路加国際大学大学院 看護学研究科)

**[SY1-02] [シンポジウム] COVID-19で生じた面会制限に伴う看護実践のジレンマとその対応**

○村中 沙織<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院 看護部)

**[SY1-03] [シンポジウム] COVID-19による意思決定支援の影響 — 私たちは何ができるか？ —**

○小島 朗<sup>1</sup> (1. 大原総合病院 看護部)

**[SY1-04] [シンポジウム] 退院支援部門における COVID-19が及ぼす療養先選定と地域連携の現状**

○保科 かおり<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

## [SY1-01] [シンポジウム] COVID-19に関連したクリティカルケア領域の倫理的課題：看護実践の観点から

○鶴若 麻理<sup>1</sup> (1. 聖路加国際大学大学院 看護学研究科)

キーワード：COVID-19、倫理的課題、クリティカルケア、看護実践

クリティカルケアに従事する医療者が、COVID-19に関連し直面する倫理的課題として5つが挙げられている<sup>1)</sup>。

1つは、感染爆発という状況の中で、重篤な病気の患者をケアしなければならないことである。COVID-19により多くの医療者の命が失われている。医療者は感染爆発の中、危険をさらして医療に従事している。

2つは、十分ではない防護具で患者をケアすることである。明らかにリスクの高い状態でも患者を救うために働かざるを得ない。

3つは、希少な医療資源の配分である。ICUのベッド、医療者の人員、高度医療機器等、誰にどのように配分することが適切なのか、という問題に直面する。

4つは面会者の制限による患者や家族への影響である。感染症は、人と人とが距離をおくことを要求し、それはたとえ親しいものであっても、また患者の状態が厳しいとしても、社会的距離を保つことを考えざるを得ない状況がある。このことはCOVID-19の患者のみならず、他の患者においても、同様の対応が求められ、医療者はどう患者や家族のケアをしていくのかを考えなくてはならない。私がクリティカルケア領域でCOVID-19の患者ケアに従事する看護師へのヒアリングから書いたコラム<sup>2)</sup>からも、医療者が家族と直接会い話をするができない状況のなかで、誰がどのように家族ケアを担っていくのか、今までにない新たな課題もみえている。

5つは、ICUで働く医療者とその家族とのかかわり方である。医療者も医療現場を離れば一人の人間としての生活があるが、自分が医療者であるがゆえに、感染のこともあり、家族や親しい者といかにかかわっていくのかという問題に直面している。

感染リスクの高い状態のなかで、医療者は気を張り詰めて働き続ける状況が続き、様々な調査より、特にクリティカルケア領域でCOVID-19の患者のケアに従事する看護職においては、不眠、眠りの質が浅い、慢性疲労、心理的苦悩、現実感の喪失、防護具による皮膚のトラブル等、心理的、身体的な問題が報告されている<sup>3) 4)</sup>。

クリティカルケア領域でCOVID-19の患者のケアに従事する看護職へのヒアリングもふまえて、看護実践という観点から、その倫理的課題をさらに論じたい。

1) Nelson SE.(2020) COVID-19 and ethics in the ICU. Critical Care. 24:519,1-3.

2) 鶴若麻理：読売新聞ヨミドクター 看護師のノートから 倫理の扉をひらく 「私は死ぬんですか」と聞かれ…新型コロナ病床で看護師が直面していること [https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20210303-YTET50003/?catname=column\\_tsuruwaka-mari](https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20210303-YTET50003/?catname=column_tsuruwaka-mari)

3) Chen R, et al.(2021) A Large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. International Journal of Mental Health Nursing 30:102-116.

4) Sagherian K, et al.(2020) Insomnia, fatigue and psychosocial well-being during COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States, Journal of Clinical Nursing, Nov.20:1-14.

## [SY1-02] [シンポジウム] COVID-19で生じた面会制限に伴う看護実践のジレンマとその対応

○村中 沙織<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院 看護部)

キーワード：COVID-19、面会制限、ジレンマ

新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）は、重症化すると呼吸不全を呈し生命危機状況となる。COVID-19のパンデミックにより、当施設では2020年3月から北海道および札幌医療圏入院調整チームの指示で重症患者対応を開始し、2021年2月までに北海道全域の人工呼吸器管理やECMO(体外式膜型人工肺)管理を要した50例を受け入れた。当院ではCOVID-19感染予防対策として受け入れ開始当初から原則面会禁止の対応がとられ、現在も面会制限措置を継続している。面会制限によって救命を治療目標とする生命危機に瀕した重症患者と家族との接触が断たれ、主に家族ケアと終末期ケアにジレンマを抱えることとなった。

家族ケアにおいては、当初から医師からの電話による病状説明後に看護師もケア説明や家族との対話を行っていた。しかし、家族が患者と対面できずに厳しい病状説明が繰り返される情報提供は、家族の不安を増大させ「病院からの電話が辛い」という理由で患者にとってのキーパーソンを遠ざける結果となることもあった。さらに医療チームは家族と対話する毎に家族の無力感を強く感じ、家族エンパワメントへの支援不足から不全感も強くなる一方であった。これらを打開するため、重症患者家族ニードの「接近」「情報」「保証」の充足を目的とし、副次的な医療チームの不全感軽減効果も期待して、タブレットを用いたオンライン面会を実現した。オンライン面会支援にあたり、有意義な面会のため患者周囲の環境や患者ケアの様子を見せて説明するなどの対応を確認した。また、医療チーム間の円滑な情報共有と分析視点の明確化を目的に、感染経路や家族のCOVID-19罹患状況や体調、病状説明内容と家族の反応、気がかりな点や介入などが把握できる家族情報シートを作成した。このシートの活用によりこれまで以上にケアの検討がなされシームレスなケアが実現されている。この面会支援の機会は、家族ケアの本質に迫るよい機会となり、スタッフの家族看護に関する能力開発と成長に寄与したと考えている。

終末期ケアにおいては、当初は感染予防対策のため臨終時でさえ家族の面会を制限せざるを得ない状況であり、家族と医療チーム双方に戸惑いと後悔が強かった。COVID-19濃厚接触者のため健康観察中の家族から臨末期の直接面会を強く希望された例を経験し、家族の思いの強さと最善のケア実践の難しさを改めて感じるようになった。当施設は7例の死亡例を経験し、その対応経験を基に直接面会の許可条件等について感染制御部および病院担当部署と協議を重ね、現在は終末期と判断された場合は家族の直接面会が可能となった。終末期の判断は、救命困難と判断しうる状態に至った際に、感染制御部医師、感染管理認定看護師も含めた多職種倫理カンファレンスを用いて行った。その結果、面会方法も事例に応じて柔軟に検討され、現在は意向を確認し家族が個人防護具（PPE）を装着し個室内で直接触れ合う時間を作ることも可能となった。入院早期から最善を考慮し最悪に備えるため、終末期に至る患者が予測できないか患者の血液データに着目し検討したところ、入院時の血清KL6値が影響している可能性が示唆された（AUROC:0.86 95%信頼区間 0.70-0.97、カットオフ値：710mU/ml、感度0.9、特異度0.8）。したがって、全身状態とあわせて血清KL6値等にも着目し、より重症化しやすい病態であることを認識して患者・家族ケアの充実を図ることも考慮している。

本シンポジウムでは、療養に伴い患者と家族が有意義な時間を過ごせるよう今後も病期に応じた効果的なケア展開とケアの重層化に務めるため、実践内容を共有し課題解決やケアの質向上の示唆を得たい。

## [SY1-03] [シンポジウム] COVID-19による意思決定支援の影響 — 私たちは何ができるか？ —

○小島 朗<sup>1</sup> (1. 大原総合病院 看護部)

キーワード：意思決定、倫理、ACP

猛威を振るっているCOVID-19で医療現場は、かなりの混乱と早急な対応を求められた。当院は、福島県の中心にある2次救急病院の役割を担っており、感染指定病院でもない。しかし、県内の感染指定病院だけでは患者受け入れを担うものでもなく、少しでもクラスターが発生すれば、入院難民が出てしまうことは予想されていた。そのためにCOVID-19患者の受け入れを余儀なくされた。日本中、いや世界中に同様の事が起こっているに違いない。有名人が亡くなり、感染者数が毎日公表される。テレビを付ければCOVID-19の事ばかりであり、まるで映

画の世界ではないかと逃避までしたくなる。未知なる敵と戦わないといけない恐怖が医療者たちを襲った。しかし、一番恐怖だったのは、患者やそのご家族であることは言うまでもない。

まずは、面会の完全中止があり、電話での病状説明や患者の状態説明、手術が終了しても緊急入院となっても、挿管されても面会ができない状況下に追い込まれた。通常であれば、面会の時間内に家族は自由に病院に入ることもでき、挿管している患者の手をとり、ぬくもりを感じながら、家族にしかできないケアを行ってもらった。その患者と家族の側に看護師は寄り添い、家族の不安や辛さを傾聴し患者の生きる応援を行い、時には推定意思を探る手立てができた。advance care planning(ACP)に含まれるが、「何を大事にしており」「どのように生きていきたいか」「生きていくか」を患者が語れなければ家族から語ってもらうことで、今どうして欲しいのか、そしてこれからどうしたいのかを家族とともに患者のケアを行っていた。しかし、この行為は現場から忽然と消えた。COVID-19の患者は隔離され、熱や倦怠感、咳などの症状と1人で戦わなければならなくなった。ナースコールを呼べば完全防護を着た表情もわかりにくい、声も聞こえにくい看護師たちが登場する。看護師達は、あまり長居をしないようにそそくさと部屋を出て行く姿を患者は見ている。ある患者は、「気をつけていたのに旦那がコロナに感染したから、こんなことになった。」と妻は咳をしながら不満げに答えた。夫は、自責の念で妻に「ごめん。俺のせいで。」とLINEを送る。壁一枚をはさんだ病室の個室でのやりとりだった。数日後に夫の病状が急激に増悪し、大学病院へ転院予定となった。転院日に夫婦にとって最悪なシナリオが脳裏にあったため、握手をお願いした。2人とも恥ずかしかったが、半ば強制的に転院するとき握手をお願いすると、2人とも照れながら握手をした。「絶対死んじゃダメよ。猫のためにも」とそっけなく言った言葉に夫は静かにうなずき「絶対良くなって。また連絡する。本当にごめんな」と握手をかわした。短い時間であったが、2人は何を思ったのであろうか。搬送されその後、夫はECOM装着となった。

COVID-19の影響で、一般のクリティカルケアを必要とする患者の意思決定にも影響は及んだ。気管切開を行う当日の手術室へ移動する場面で気管切開中止を申し入れた家族がいた。病状説明を主治医から数回行われ、耳鼻科の医師からの説明も家族は納得していた。しかし、手術入室時に気管切開中止の依頼を行った。

患者と家族の人生観や価値観、死生観をなどの物語を理解し、医療者の多職種チームが最善の提案を行う事から三浦(2019)は、患者や家族の意思決定の支援を行うには、ナラティブアプローチを取り入れた共同意思決定(Shared Decision Making:SDM)を推奨している。このアプローチは、COVID-19パンデミックの影響で看護師としての武器でもある「コミュニケーション」を妨害された。しかし、このような状況下の中で気づかされたこともある。事例を踏まえて意思決定支援への影響を伝える。

---

## [SY1-04] [シンポジウム] 退院支援部門における COVID-19が及ぼす療養先選定と地域連携の現状

○保科 かおり<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

キーワード：意思決定支援、療養先選定、地域連携

2020年春、私たちは今までに経験したことのない緊張感と不安、そして築き上げてきた地域連携の信頼関係をこのCOVID-19により脅かされることとなった。

当院では、転退院支援において長い年月をかけて近隣の医療・介護施設、在宅支援関係機関と顔の見える関係性を築き、様々な背景のある症例の転退院支援においても、快く患者の意思を尊重した療養環境を提供することを可能としてきた。

しかし2020年2月、当院がCOVID-19患者を受け入れていることが近隣に知り渡り、従来との関係性に歪みが生じた。具体的には、COVID-19に罹患していない入院患者の転院支援において、連携医療機関からCOVID-19の疑いや罹患の有無を問われ、また陽性患者との接触の有無や発熱の経時記録の提出、発熱を1度でも認めていた場合にはCOVID-19の陰性の確認を求められた。そのため、平常時とは異なる対応や情報提供を求められ、転退院支援を担う看護職として信頼感が失われるような気持ちに駆られた。しかし情報量が少なく対応に追われていた流行初期は、一般・療養病院は院内にウイルスを持ち込まないことに必死な時期でもあったため、受け入れ先の



不安な思いや警戒心はよく理解ができた。そのため今まで築き上げた信頼関係の元、正確な情報提供と包み隠さない情報提供で再構築を図っていった。

在宅療養支援においても、COVID-19が軽快し初の自宅退院を迎えた患者の地域関係機関との連携で、私たち相談部門のスタッフは様々な倫理的課題を抱えて送り出すことになった。患者にとって安心した退院支援とは何か、また患者を支える地域関係機関の安心したサービス提供につなげる情報とは何であるのか、地域連携の新たな課題を感じつつ患者・家族の希望する意思決定に沿い地域へ送り出すことになった。

私たちはこのような経験をしながら、早期に受け入れ可能な医療機関、対応可能な在宅サービス事業所の情報収集を行い、治療経過と感染の陰性化の状況を見ながら、退院基準に沿って次の療養先選定が行えるように準備を行ってきた。

COVID-19患者は通常の退院支援・退院調整とは異なり、地域へつなぐことが未だ困難な状況にあるため、早期から近隣の病院・在宅サービス等の地域関係機関との地域連携を図り、適切な時期に患者と家族が希望する次の療養環境へつなげていくことが求められていると考える。

シンポジウム

## [SY2] 新たな時代の“クリティカルケア看護実践力育成のための教育”の共創 –基礎教育と現任教育のトランスレーションへの挑戦–

座長:瀧口 千枝(東邦大学 健康科学部看護学科)

2020年は、新型コロナウイルス感染症の世界的蔓延を契機にクリティカルケア領域の看護師に求められる実践力が浮き彫りになり、その周辺に潜在していた教育的課題が喫緊の検討課題として私たちに突き付けられた年といえるのではないだろうか。

臨床の最前線では、物資・設備が制限され、未知の脅威の状況において、クリティカルケア領域の看護師が行う柔軟かつ的確な臨床判断と実践が患者の回復促進に貢献した。その一方で、病床確保のために一般病棟に転出した重症患者の管理を担う人材の確保が課題となるなど、クリティカルケア領域の看護師の思考や実践がクリティカルケア領域を超えて拡大される必要性が認識された。

また、看護基礎教育・初学者教育においては、臨地実習や研修が削減され、真に教育されるべきことを厳選し、より実践的な学びを達成する教育方法を創造することが求められただけでなく、代替教育のアウトカムを評価し、次のステップに繋いでいくことが必須となった。院内教育担当者は、より一層、多様な学習レディネスやニーズに配慮した教育を検討することが求められていくといえる。

本企画では、こうした新たな状況において、クリティカルケア領域の看護師の実践力を育成するための効果的な教育を検討する。クリティカルケア看護に精通したシンポジストをお招きし、看護師育成過程における複数の視座（看護トップマネージャー、院内教育担当者、看護基礎教育教員）から、クリティカルケア領域の看護師に求められる実践力を整理したうえで、教育の展望や課題、継続教育の可能性について議論する。さらに、クリティカルケア看護が他領域や看護基礎教育に果たす役割についても触れ、クリティカルケア看護の教育を体系化していくことが、クリティカルケア領域以外の実践力育成にも貢献するものか考えたい。また、本シンポジウムは、事前に学習当事者である看護学生、新人看護師から教育に関する率直な思いや意見を聴き、議論に反映させていく。

質問がございましたら、以下のURLよりお願い致します

《質問フォーム》

[https://docs.google.com/forms/d/124VH77zDw0WZtt8Qnl5L-rdBnt9pJSbJML\\_-EqcACc/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/forms/d/124VH77zDw0WZtt8Qnl5L-rdBnt9pJSbJML_-EqcACc/edit?usp=sharing)

### [SY2-01] [シンポジウム] 新たな時代の“クリティカル領域における看護実践力育成のための教育”の共創 看護管理者の立場から

○別府 千恵<sup>1</sup> (1. 北里大学病院 看護部)

### [SY2-02] [シンポジウム] 未知の状況でベストプラクティスを判断する力の育成

○佐藤 憲明<sup>1</sup> (1. 日本医科大学付属病院 看護部)

### [SY2-03] [シンポジウム] COVID-19パンデミック下での実習に求められるレジリエンス

○原田 奈穂子<sup>1</sup> (1. 宮崎大学 医学部看護学科)

### [SY2-04] クリティカルケア看護を学ぶ学生・新人看護師が大学や臨床に求める教育

○有水 萌<sup>1</sup>、永野 貴秋<sup>1</sup>、伊藤 舞英<sup>2</sup>、田中 結<sup>2</sup>、大津 里菜<sup>2</sup>、三浦 柚衣香<sup>2</sup> (1. 東邦大学 健康科学部看護学科、2. 東邦大学医療センター大森病院 看護部)

## [SY2-01] [シンポジウム] 新たな時代の“クリティカル領域における看護実践力育成のための教育”の共創 看護管理者の立場から

○別府 千恵<sup>1</sup> (1. 北里大学病院 看護部)

キーワード：クリティカルケア、看護実践力育成、看護管理

クリティカル領域は、新人看護師にとって最も人気のある配属先である。しかしながら、基礎教育の中では、見学実習に終わることが多く、急性期看護の中でクリティカル領域について講義できる教員も少ない。基礎教育では見えないからこそ、メディアの媒体を通じた憧れが先行する。

クリティカル領域は、患者の急変の可能性が高く、実習も受け入れていないことから、新人看護師を受け入れない病院もある。受け入れたとしても、新人看護師の時から患者の身体的所見を観察できるように叩き込まれる。さらに究極の状況に置かれた患者や家族のケアには繊細な対応が求められ、チーム医療の中でも患者を中心に置いた調整力等をトレーニングする必要がある。クリティカル領域の看護師の育成には、多くの学習と訓練を経るしかない。一方、今回の COVID19の感染禍において人工呼吸器や ECMO装着患者のケアができる看護師が不足したことからわかるように育成には時間がかかる。反面、これらの看護師は病棟に異動しても、即リーダーとして活躍できる人材であり、医師を含めたスタッフからの信頼も厚い。また、基礎教育の中でも、実習指導や教員として医学と看護を結ぶ思考を教えるには最も適した人材であるといえる。病院にとっては、クリティカル領域は、人材の宝庫でもある。しかし、クリティカル領域の看護師が他の領域に興味を持ち活躍するビジョンを持つかは、キャリアに対する考え次第である。この人材を組織の中でどのように活かしていくのか、このシンポジウムで討論していきたいと考える。

質問がございましたら、以下の URL よりお願い致します

《質問フォーム》 [https://docs.google.com/forms/d/124VH77zDw0WZtt8Qnl5L-rdBbnt9pJSbJML\\_-EqcACc/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/forms/d/124VH77zDw0WZtt8Qnl5L-rdBbnt9pJSbJML_-EqcACc/edit?usp=sharing)

## [SY2-02] [シンポジウム] 未知の状況でベストプラクティスを判断する力の育成

○佐藤 憲明<sup>1</sup> (1. 日本医科大学付属病院 看護部)

キーワード：臨床看護教育、クリティカルケア、On the Job Training (OJT)

看護師の臨床教育は、看護師として就職をした初心者教育から、ベテラン看護師を対象とするアドバンス教育まで様々である。今日では、クリニカルラダー制度が周知され、ほとんどの施設において看護師の経験値や能力に基づいた看護教育が実施されている。

同時に看護師のジェネラリスト育成も標準化され、ジェネラリストナースに必要な知識や技術を段階的な教育を実施することも推奨されている。しかし、個々の看護師が所属するフィールドは様々で、専門的かつ多様性のある教育も一方では求められている。

臨床で、獲得すべき知識や技術、そしてコンピテンシーは、研修・講習会の受講や個人の学習に加え、臨床実践場面の経験の反復によって得られていく。研修・講習会は、その項目と内容によって修得度が異なり、後者は、個人の経験と臨床実践場面で教育する指導者の指導内容によって差が生じる。臨床看護師が、どのようにして知識や技術の獲得をするかについては、それぞれの看護師が置かれた環境やその過程によって異なる。

クリティカル領域では、身体と生体侵襲の程度をさまざまな生命維持装置やモニタリングによる観察と評価を繰り返し、僅かな時間の中で臨床判断を求められる。また生体侵襲のある患者のケアは、基本的看護技術を駆使することはもちろんのこと、よりエビデンスの高いケア方法を様々なガイドラインやプロトコルに基づいて実施

しなければならない。このように、特殊な環境にあるクリティカルケア領域では、一般的な看護技術はもちろんのこと、臨床看護教育の最大のアウトカムである患者を守るための安全かつ専門的な知識と技術を持つ看護師を育成しなければならない。このため、知識を養う研修・講習会はもちろんのこと、臨床値を養うためにより一層のOJTの充実が求められる。OJTの充実は、研修・講習会の学習目標の設定からはじまる。すなわち、研修・講習会で学ぶ学習目標を単に受講生レベルに設定するのではなく、臨床に求められるアウトカムレベルの設定が鍵となる。もちろん、一つの研修・講習会だけは、評価に値する知識や技術の獲得は難しく、学習の対象者に修得させるべく値とその目標を一定期間で設定し、知識と技術の修得をねらいとした臨床現場における教育を反復的に実施することが必要である。例えるならば、人工呼吸器管理下のトラブルシューティング対応や、ショック状態の判断は、高度な知識と技術が必要で、最低でも臨床経験値が2～3年目以上と捉える看護管理者の方もおられるかもしれないが、それを可能とするのが、適切なる教育の実施とその管理である。

このセッションでは、クリティカルケア領域における臨床看護教育に求められるアウトカムと具体的な教育方法について、演者自身の経験をもとに考察し、今後の課題とともに基礎教育と現任教育のトランスレーションについて共有していきたいと考えている。

質問がございましたら以下の URL よりお願いいたします

《質問フォーム》

[https://docs.google.com/forms/d/124VH77zDw0WZtt8QnI5L-rdBbnt9pJSbJML\\_-EqcACc/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/forms/d/124VH77zDw0WZtt8QnI5L-rdBbnt9pJSbJML_-EqcACc/edit?usp=sharing)

---

## [SY2-03] [シンポジウム] COVID-19パンデミック下での実習に求められるレジリエンス

○原田 奈穂子<sup>1</sup> (1. 宮崎大学 医学部看護学科)

キーワード：看護基礎教育、レジリエンス、COVID-19パンデミック

COVID-19パンデミックにより、看護は臨床実習という集団学習かつ、実践による知識と技術の習得を基盤とする学習形態を根本から見直す必要に迫られた。しかしながら、これは教育分野にのみ関わるのではなく、人間の安全保障である保健医療の一翼を担う看護全体として、このパラダイムシフトを受け入れる必要があると考える。

看護実習において学生は、座学による知識の統合および対象への応用と適応、看護技術の実践、専門職者としての態度の涵養といった多面的かつ多層的な達成目標を、臨床という未知もしくは親和性の低い環境で取り組む。COVID-19パンデミックはこの環境要因に学生はアクセスができない状況を引き起こした。基礎教育は複合的な達成目標を因子分解し、オンラインもしくは学内演習の形態で各目標を達成するべく教育に取り組んだ。不慣れな環境や対人関係での臨地実習と異なり、学生にとっては知識の統合や技術の実践には従前より丁寧に取り組む時間的余裕が生まれた。一方で、多様な場における看護実践に向けた教育が求められているにもかかわらず、その場にいること、すなわちプレゼンスの叶わない状況は、場に応じた知識と技術の臨機応変な応用や、場に生じる倫理的課題などへのアクセスが制限された。

看護には、全体論的な見方（ホリスティック）すなわち全体は部分の総和以上のものであるという価値を持つ。基礎教育と現任教育のシームレス化実現の好機として COVID-19パンデミックによる影響を捉え議論したい。

質問がございましたら以下の URL よりお願いいたします

《質問フォーム》

[https://docs.google.com/forms/d/124VH77zDw0WZtt8QnI5L-rdBbnt9pJSbJML\\_-EqcACc/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/forms/d/124VH77zDw0WZtt8QnI5L-rdBbnt9pJSbJML_-EqcACc/edit?usp=sharing)

## [SY2-04] クリティカルケア看護を学ぶ学生・新人看護師が大学や臨床に求める教育

○有水 萌<sup>1</sup>、永野 貴秋<sup>1</sup>、伊藤 舞英<sup>2</sup>、田中 結<sup>2</sup>、大津 里菜<sup>2</sup>、三浦 柚衣香<sup>2</sup> (1. 東邦大学 健康科学部看護学科、2. 東邦大学医療センター大森病院 看護部)

キーワード：クリティカルケア看護、看護学生、新人看護師

私たちは、看護学生・新人看護師の立場からクリティカルケア看護を学ぶことについて考えます。数ある看護領域の中で、クリティカルケア領域に興味を持ったのは何故か、大学の授業や実習の中のどんな経験や学習がキャリアを方向づけることに影響したのかについて振り返ります。新人看護師の立場からは、働いてみて感じた「大学での学習」と「臨床での学習」のギャップ、特に役に立っている「大学での学習」、また、新人としてクリティカルケア領域で働くことの面白さや大変さについてディスカッションします。これらを通し、自分たちが目指す看護師像について再確認し、この先、職場や先輩にどんな教育的な支援を望むかについて考えてみたいと思います。

さらに、私たちはコロナ禍によって臨地実習や院内研修が中止となった初めての世代です。先輩方が受けてきたものとは異なる教育を受けた私たちは、学ぶべきことを学べていないのではないだろうかと不安な気持ちがあります。しかし、代替実習や早期からの現場教育では、様々な工夫や丁寧な支援を受け多くのことを学びました。このコロナ禍での学習で学べたこと、学べなかったことをディスカッションすることで、自分たちの課題を見つけたいと思います。

## シンポジウム

**[SY3] デジタルトランスフォーメーション (DX) と新たな看護価値の創出**

座長: 福田 美和子 (東京慈恵会医科大学 医学部看護学科)

科学技術の進歩が目まぐるしい社会情勢において、医療現場にもデジタルトランスフォーメーション (Digital Transformation;DX) を推進する動きが散見される。経済産業省はデジタルトランスフォーメーションを「企業がビジネス環境の激しい変化に対応し、データとデジタル技術を活用して、顧客や社会のニーズを基に、製品やサービス、ビジネスモデルを変革するとともに、業務そのものや、組織、プロセス、企業文化・風土を変革し競走上の優位性を確立すること」<sup>1)</sup>と定義し、これを推進するためのガイドラインを提示している。特にDXを推進することにより、日本政府が2016年に策定したSociety5.0で掲げる社会システムとして「新たな技術を日常や産業に取り入れ一人ひとりが活躍できる社会、課題を克服できる社会を目指す」取り組みが医療分野内外でなされている。まさに科学技術をどう使うのか、現代を生きる我々に突きつけられた課題でもある。

これまでのデジタル化は、いわば人間の営みに置き換えられるものであったり、とってかわる機能を機械に託す動きが中心であった。DXはこうした動きを基盤とし、いかに科学技術を実装するかを課題とするものでもある。つまり、科学技術を取り入れ、組織化し、使う人の目線で最適化し、最終的にその科学技術の恩恵を受ける人へ社会システムとして還元することが求められているのである。

科学技術はその使い方によって、多くの利益を生む。科学技術の何が応用できるのか、それは我々医療の営みのどのような課題を解決しうるのか、その際、科学技術と個々人の経験知がどのように融合できるのかが、使うものに期待される構えともいえよう。

このシンポジウムでは、科学技術の新たな可能性を模索し、システム構築に取り組み続けているシンポジストの活動を共有する。同時に、何が医療の質を上げることにつながるのか、医療の受け手である患者と患者を取り巻く人々がより健康になるよう、どのように発展させることができるのか、ディスカッションで深めたい。

## 引用

1) 経済産業省(2018). デジタルトランスフォーメーションを推進するためのガイドラインVer1.0.

**[SY3-01] [シンポジウム] 看護を活かす ICT技術**○黄 世捷<sup>1)</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 循環器内科・医学教育文化部門)**[SY3-02] [シンポジウム] 昭和大学病院における tele-ICUの取り組み**○住永 有梨<sup>1)</sup> (1. 昭和大学病院 看護部)**[SY3-03] [シンポジウム] 医療における IoTの活用とその一端を担うモバイル型投薬・点滴デバイスが拓く未来の医療**○中村 秀剛<sup>1)</sup> (1. アットドゥズ株式会社)**[SY3-04] [シンポジウム] 看護界における ICT、IoMTの現在・未来**○坪田 康佑<sup>1)</sup> (1. 医療振興會)**[SY3-05] [シンポジウム] AI 時代における新たな看護価値の可能性**○遠藤 太一<sup>1)</sup> (1. 時計台記念病院 臨床工学科)

## [SY3-01] [シンポジウム] 看護を活かす ICT技術

○黄 世捷<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 循環器内科・医学教育文化部門)

キーワード：ICT、AI、テレプレゼンス

コロナ禍により医療従事者の負担軽減や、医療供給体制の維持に注目が集まっている。特医師の働き方改革は2035年の達成を目標としており、ICT(Information and Communication Technology)の導入や、他職種へのタスクシフト/シェアが前提となっている。一方で、タスクシフト/シェアの候補となる193業務のうち、77業務が看護師へ移行される見込みであり、単なる看護師への業務委譲ではなく、「ICTを活用し、必要最低限なタスクに細分化・効率化する」タスクハックを段階的に看護業務に導入していくべきだと考える。当院におけるタスクハックの事例や展望を紹介する。

①外来の問診やトリアージは一定以上の経験と技能を有する看護師が行うため、人的な制限から診療フローのボトルネックとなりうる。紙の問診票では、十分な情報が得られないうえに内容が不正確な場合もあり、看護師の負担が大きい。AI問診は患者の症候にあわせて質問が分岐し、鑑別に有用な陽性/陰性所見を把握するとともに、カルテへ転載可能なため、転記ミスや負担の軽減に繋がる。また病歴から推定される疾患をリスト化することで、診断エラーの防止に有効であり、経験の浅い看護師のトリアージのサポートとして期待される。

②感染・被曝などのハイリスク環境での看護は、PPEやプロテクター脱着による時間の損失や身体的負担が加わる。遠隔操作可能なテレプレゼンスロボは、これらの環境でのナースコール対応や遠隔ダブルチェックに利用できる。また院外からのアクセスも可能なため、院外の専門職への遠隔コンサルト（透析装置の不調時の院外CEへの相談）に使用することで、電話よりも効率的に情報伝達が可能であり、かつオンコール負担の軽減にも繋がる。

③ Rapid Response System起動後、RRSチームの接触から救命センター到着までの患者情報伝達が課題となっている。PHSによる口頭での情報伝達に代わって iPhoneの FaceTimeを用いた伝達も試みられてきたが、報告のために医療従事者の手が塞がることや、処置と並行するため十分な患者情報が得られない、画像が不安定などの弊害が生じている。カメラとマイクを備えた首掛け型ウェアラブルデバイスは、ハンズフリーで情報伝達が可能であり、AIによる音声文章化が可能である。

本邦が迎える人口減少・超高齢社会において、「高い医療水準」と「国民の健康・安全保持」の両立には、医師だけでなく、看護師の働き方改革が不可欠である。看護を活かす ICT技術の確立には、現状維持バイアスを乗り越え、医療者側からのアプローチが不可欠である。本発表がその一つのきっかけになればと期待する。

補足：2019年4月の「働き方改革関連法」により、一般的な職業における「時間外労働」の上限は「月45時間、年360時間」とされたが、医師は2024年までこの対象外となっている。2024年からは医師の連続勤務時間を原則28時間までに制限する一方、「全医療機関での年間時間外労働時間960時間以内の達成」は2035年度末見込みで、その間は病院の実態に応じて960～1860時間/年の「時間外労働」が見込まれている。

## [SY3-02] [シンポジウム] 昭和大学病院における tele-ICUの取り組み

○住永 有梨<sup>1</sup> (1. 昭和大学病院 看護部)

キーワード：遠隔集中治療、tele-ICU

遠隔集中治療患者管理プログラム (tele-ICU) とは、遠隔地にある複数の ICUを24時間体制で支援する運用システムのことを指し、各施設と連携を図ることで患者アウトカムの向上につなげることを目標としている。米国では1990年代から展開されており、ICUベッドの約18% (約15000床) で導入され、成果を挙げている。

昭和大学では、重症患者の早期社会復帰を目指すことをビジョンとし、① ICU滞在日数の適正化、②人工呼吸器装着日数の短縮、③ ICU入室患者の増加、④患者およびスタッフのさらなる安全・安心を目標に掲げ2018年3月

より tele-ICUを運用開始した。2つの病院、5つの集中治療部門の各ベッドと院内に設置されたサポートセンターをVPNの接続により、患者状態やデータをサポートセンターでモニタリングし、双方向音声ビデオシステムにより支援している。サポートセンターには、tele-ICUのワークフローおよび使用するソフトウェアの訓練を受けた集中治療専門医1名、看護師1名、事務員1名の計3名が配置されており、土日を含む日勤帯と一部夜間の運用を行っている。昭和大学の tele-ICUでは、最大約50名の患者を同時にモニタリングでき、重症度スコアリング機能と四半期毎のレポート機能やビッグデータ解析機能が使用可能である。これらのツールを用いて評価することで、診療の質向上のための改善点が明らかとなる。

昭和大学の tele-ICUにおいて使用するソフトウェアが自動計算する APACHE IVスコアによると全ユニットの平均重症度は、2018年は53.7と全米平均の55を下回ったが年々上昇し、2020年6月時点で61.2に達している。しかし ICU内死亡は2018年21例（3.61%）であったが2019年には14例（2.63%）に減少傾向であり、成績は向上していた。tele-ICUの支援の内容を分析すると全支援件数は398件であり、職種による内訳は医師が198件、看護師が196件、事務員が4件であった。支援の契機別にみると tele-ICUへベッド側から要請できるボタン185件、アラーム機能37件、ビデオラウンド141件、その他35件とソフトウェア・ハードウェアの機能をバランスよく使用して支援していた。看護師が介入した支援内容の一例として定期ビデオラウンド中に呼吸器のアラームを確認し、人工呼吸器のグラフィックからチェンストークス呼吸を発見し、早期に治療介入に至ることができた。

現在、クリニカル・ラダー3相当の看護師が tele-ICUを担当しているが、担当者によって支援率に差異がある。今後原因分析と育成方法を検討し、tele-ICUの更なる発展に努めたいと考えている。

## [SY3-03] [シンポジウム] 医療における IoTの活用とその一端を担うモバイル型投薬・点滴デバイスが拓く未来の医療

○中村 秀剛<sup>1</sup> (1. アットドウス株式会社)

キーワード：IoT、モバイル点滴、QOL向上

今日、スマートフォンやタブレットなどの情報処理端末は一人で数台を保有する人も出てくるなど、目覚ましい勢いで普及している。スマートフォンは家族との連絡手段や娯楽目的で活用するだけでなく、企業におけるITの出入り口としてのインフラになってきている。企業活動におけるITの活動、すなわち、業務におけるITの活用は、これまでの業務にどれだけの変革を与えるのだろうか。

まずはクラウドを活用した2つの事例を紹介したい。1つ目は老舗旅館における顧客情報の管理・共有手段としてのIT活用である。旅館を1度でも利用したことのある顧客はクラウドシステム内で家族構成や食事の好み、旅館での過ごし方など、担当した従業員が気づいたことを次々と記録していく。また、宿泊のために乗ってきた車のナンバーは記録され、駐車場到着の際にナンバー読み取り機によって読み取られるため、従業員は宿泊客の名前を確認したうえで宿泊客を出迎えることができる。板前担当は翌日の宿泊客の好みやアレルギー等を確認したうえで、翌日の献立を立案し、仕入れ業者に材料の発注を行う。

2つ目の事例としては、牧場におけるITの活用である。牧場では牝牛のお産時期を正確に把握することが何よりも重要であった。しかしながら、牝牛の外見を見るだけでお産時期を正確に把握することは難しい。ところが、牛の歩数を記録する機械を用いると、毎日の歩数の変化によりお産の時期を推測することが可能となった。その結果、お産の時期が近づいて神経質になっている牝牛に対して従業員が適切に対応することが可能となった。また、個々の牛のバイタルデータが過去にさかのぼって蓄積される結果、食事の配合を変えたり量を調整したりといった個々の牛の状況に応じた対応が容易に実現できる。これら2つの事例で大切なポイントがある。それは、IT活用により業務を効率化することで、個々の宿泊客や個々の牛と深く付き合い、気持ちを込めて接する時間が確保できる点だ。この事例が示すことは医療の世界でも実現できるのではないだろうか。

本セッションのテーマであるDXは業務の効率化をもたらす。医療においてITの活用・業務を効率化する目



的は何か。それは一人一人の患者と深く付き合い、気持ちを込めて接する時間を確保するという事ではないだろうか。現在、Apple Watchに代表されるセンサー端末やスマートフォンを活用することで、個々の患者のバイタルデータがクラウド上に蓄積される世の中になっている。これらのデータを活用して患者の現状を正しく把握するとともに、今後の変化を予測することも技術的には可能な時代だ。AI技術の医療への活用はその道を拓く。現在開発中の持ち運び可能な点滴投与デバイス「アットドウスモバイル」は、電気の流れを水の流れに変える電気浸透流ポンプを活用している。その結果、ITとの相性が良く、患者の現状や未来の状況に合わせた投薬管理が可能である。投薬管理が自動化されることで、医療従事者はより多くの時間を患者との時間に充てることができる。また、患者の家族や関係者はバイタルデータと共に投薬データを遠隔で確認することができる。患者は点滴を受けている最中でもベッドや椅子などに拘束されず、比較的自由に行動することができる。

医療におけるITやIoT技術の活用は未来の医療を拓く。それは患者のQOLを向上し、医療従事者にとっても安全安心な医療を実現する助けとなるはずである。

## [SY3-04] [シンポジウム] 看護界における ICT、IoMTの現在・未来

○坪田 康佑<sup>1</sup> (1. 医療振興會)

キーワード：IoMT、ICT

2016年に行われた未来投資会議にて、安部元首相がオンライン診療や医療AIに関する事に触れたことから、それまではテクノロジーの進化として比較的個々の活動とされていた医療業界におけるICT・IoMT化が、国の推奨するものとして変化してきた。

2018年にアメリカで医療機器承認を受けた医療AI機器IDxが近未来の象徴として話題になったが、2020年には日本国内にも約10のAI搭載の医療機器が承認されて、テクノロジーが臨床現場で見受けられるようになってきた。また2020年には内閣府の戦略的イノベーション創造プログラム「AIホスピタルによる高度診断・治療システム」の社会実装に関して日本医師会で「医療AIプラットフォーム」構想を発表されたことから、最先端の医療機器という位置づけから日本全体で変わる流れが生まれてきている。2021年にはDX庁が創設されるので、この流れは止まらない。実際に看護界においても、IoMTによるウェアラブルデバイスでバイタルサイン測定の実施と記録がされるようになることを筆頭に、診療の補助の分野でのICT化は加速してきている。具体的には、オンライン診療もD to P (Doctor to Patient) と医師と患者だけのやり取りでは、実施出来ることが限られることから、D to P with N (Doctor to Patient with Nurse) と医師と患者のやり取りに看護師が同席する方法が在宅分野を中心に行われるようになっていった。特定看護師制度や訪問看護の制度に親和性が高い仕組みであったために、活用されていたが、当初のオンライン診療の規定では疑義が生じていた。しかしながら、2018年には、D to P with Nの活用を促すために、オンライン診療の規定が改訂された。医療資源が不足している日本において、新技術に対して反対する余裕はなく、どんどん事例が創られて、事例を後押ししていくように、規定もテクノロジー同様に進化する時代に突入した。

国家予算の側面でも、変化は訪れている。厚生労働省の看護関係予算でも、2020年からICTに関する予算が増えてきており、2021年度の厚生労働省の看護関係予算では、新型コロナウイルス感染症の影響も踏まえて、看護師養成所でのICT整備に関する予算が新設された<sup>1)</sup>。臨床現場だけではなく、教育現場にも予算配分されるようになってきた。教育機関の変化は、看護師の文化の変化に直接影響することから、ICTを活用が当たり前になる世界がより早く近づいてくることが予想される。また、看護関係予算だけではなく、2021年4月に行われる、介護報酬改定では、基本報酬の見直しの際に、大臣折衝事項として「ICT化の促進を行う」が加わったことから大きくICT活用が推進されている<sup>2)</sup>(図1)。

## [SY3-05] [シンポジウム] AI 時代における新たな看護価値の可能性

○遠藤 太一<sup>1</sup> (1. 時計台記念病院 臨床工学科)

キーワード：AI、機械学習、看護価値

AI技術を用いた研究開発、これらの臨床応用は、今や世界の潮流となっている。日本においては少子高齢化の流れは今後も加速し、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、医療・介護のニーズが急増すると予測されている。そのため、2025年に看護領域は需要が増しさらに人材不足になることが見込まれる。そのような状況において、クリティカルケア看護学の実践の場は、救命救急・集中治療室にとどまらず、一般病棟・外来から地域・在宅にまで広がっており、業界全体で負担が増えることも予想される。単純作業に関してはAIを活用し、負担を減らしていくことが重要ではないだろうか。例えば急性期病院におけるクリティカルケア看護では患者との関係性を構築する時間が短く、患者のパーソナリティや家族との関係性に関する情報は乏しい、そのため判断の手がかりとして、多くの場面で以前の類似した経験を用いていることが多い。将来的にこれらの患者の大量のデータ収集及び解析後の表示をAIが担うことで、クリティカルケア領域の看護師の負担が大きく減る可能性がある。

AIに仕事が全て代替されてしまうという意見もあるが、データ収集が得意なAIでも、患者の捉え方や、考え方をなどを考慮した、患者にとっての最善の看護を「創り出す」観点には人間にしかできない領域といえる。ここ数年でAIはとても簡便に利用できるように変化した。病院経営が厳しい状況においてメーカーのAIソフトをすぐ導入するのではなく、まずは、学会での繋がりや、職場のシステム関連部署と相談し、チームで作成していくことも一つの選択肢である。その際に、重要なのは看護学等の専門知識のある方の現場の意見である。

現在、演者は院内で医療従事者として働きつつ、医療機器管理データベースの作成と、特定保守管理医療機器の稼働台数、院内医療部材、DPC、FIM予測、内視鏡関連データ機械学習解析などを実施しているが、全てにおいて共通することは、専門分野に精通した方が必要で、そのような方々の指導のもとチームで作成していく事であると考え。クリティカルケア看護領域は需要が様々な分野で広がっており、2025年には急性期と在宅がデータでつながる可能性も考えられる。AI時代、進歩し続けるテクノロジーを看護に取り入れていくためには、臨床現場の看護知識を持つ方のアドバイスが最重要であり、AIはあくまでも道具にすぎないと考える。

シンポジウム

**[SY4] 働き方（キャリア）の多様化を考えるー至高のクリティカルケアを目指すための多様な活動ー**

座長:櫻本 秀明(茨城キリスト教大学 看護学部)、濱本 実也(公立陶生病院 看護局)

近年一般社会では、データサイエンティスト、youtuberなどの新しい多様な職業が脚光を浴びている。また、既存の職業であっても新形態での運営など、働き方の多様性は目まぐるしく変化しているように思う。こうした変化は、我々を襲ったCOVID-19の大きな波により後押しされているように感じる。加えて、今後社会は、ますますの高齢化や、Internet of Things :IOTや人工知能AI (Sociaty5.0含む)の発達により、大きく変化するように思われる。もちろん、そうした影響は、我々急性期・クリティカルケアを専門とする看護師にも及ぼされ、救急・集中治療も大きく変化していくことが予想される。

こうした多様に変化する社会に対応し、新たにおこるクリティカルケアの課題を解決するためには、既存の方法論や知識では、非効率的であることや解決できないことも増えるではないか。そこで重要な役割を果たすのが多様性である。歴史が証明するように、多様な性質や方法論をもった社会貢献のあり方が、新しい解決策を提案する可能性は高い。このシンポジウムでは、多彩なキャリアを有する各講師に、これまでのクリティカルケアの枠を超えた意見交換となるよう、さまざまな角度からご発表いただく。また、これを通じクリティカルケアに従事する看護師が今後のキャリアを考えるきっかけとなることを期待している。

**[SY4-01] [シンポジウム] 急性・重症患者看護専門看護師（CNS）という選択**

○植村 桜<sup>1</sup> (1. 大阪市立総合医療センター 看護部)

**[SY4-02] [シンポジウム] 診療看護師としてへき地医療に貢献するという選択**

○芹田 晃道<sup>1</sup> (1. 隠岐病院 診療支援室兼総合診療科)

**[SY4-03] [シンポジウム] 新たな看護サービスの挑戦**

**ーワンコイン健診や新卒訪問看護師育成、サッカーナースー**

○川添 高志<sup>1</sup> (1. ケアプロ株式会社)

**[SY4-04] [シンポジウム] 看護における ITツール活用の可能性**

**ー看護師の業務オペレーションを支援する ITツールの開発者としてー**

○澤田 優香<sup>1</sup>、築取 萌<sup>2</sup> (1. 株式会社OPERe (オペリ)、2. 一橋大学大学院 経営管理研究科)

**[SY4-05] [シンポジウム] Master of public health ( MPH ) のキャリア選択と研究知見の臨床への還元**

○森田 光治良<sup>1</sup> (1. 東京大学大学院 医学系研究科 )

## [SY4-01] [シンポジウム] 急性・重症患者看護専門看護師（CNS）という 選択

○植村 桜<sup>1</sup>（1. 大阪市立総合医療センター 看護部）

キーワード：専門看護師、キャリア開発

クリティカルケア領域は本当に奥が深いです。その対象はこどもから大人まで、その始まりは救急疾患など突然のこともあれば、予定手術に万全の体制で臨むこともあります。慢性期の急性増悪、終末期の予期せぬ急変など、人生の転機に関わり、その命を預かります。クリティカルケアの評価は患者さん自身が決めることですが、私自身が思い描く至高のクリティカルケアの目的は、患者さんの命が助かり、幸せな未来を創造できることに尽きます。そのためには、1. クリティカルな状況を未然に防ぐこと（予防）、2. 目の前の患者さんの全人的苦痛を緩和すること、3. 未来に貢献すること（長期的なアウトカムの改善と次世代の発展）という3つの目標があり、それを叶えるひとつの選択肢が急性・重症患者看護専門看護師（CNS）であると考えます。

クリティカルケアを支える場は、臨床、教育や研究など多様ですが、私がCNSを選択した動機は、ひとえに臨床現場でクリティカルケアに貢献したいという思いからでした。高度救命救急センターに配属となり5年目のころ、クリティカルケアの看護の質を向上させるためには、チーム医療（多職種との協働）の推進と現任教育の充実が不可欠であると考えました。専門看護師には6つの役割（実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究）があると知り自身の課題と適合していると考え、臨床経験を積みながら、大学院の受験準備を始めました。10年目で大学院に進学し、誰かに教えてもらうのではなく、自分自身の力で問いに対する答えを探し、それを伝える（アウトプットする）能力を獲得しました。そのお陰で、臨床現場に戻りCNSとして活動を始め10年間色々なことにチャレンジすることができました。Rapid response system、Ethics consultation teamなどチーム医療のシステム構築、クリティカルケア領域における現任教育システムの充実、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やCOVID-19における重症患者看護実践ガイドの作成などに携わることができました。そして、今現在は多様性に適応していくために、専門性を追求するI型（スペシャリスト）からT型（専門性を有したジェネラリスト）、さらに組織管理も専門分野とするダブルメジャーのΠ（パイ）型の人材となるべく、一般病棟に所属し管理業務を学びながら、ハイブリッドCNS（自称）を目指しています。

キャリア開発においてCNSという選択には、多くのメリットがあります。何よりの強みはCNSの教育課程は大学院であり、高度実践看護のコンピテンシーを学び、臨床現場に直接成果を還元できる実践能力という武器を有する点です。また、抽象と具体を転換でき、理論と実践を統合できる能力を基盤とした役割開発により、多くのプロジェクトに関わることができ、看護管理者、教育者や研究者など自身の目的や目標に合わせて活動の場を拡大できます。活動の場が広がることで、多くの人との縁に恵まれ、新しい目標や仕事・役割に出会い、自身のステージを自然に高めていけます。まさしく「フロー理論（ミハイ・チクセントミハイ）」でいうフロー状態（人が能力を最大限に発揮し、充足感を覚える）を維持しながら長く続けられる素晴らしい働き方（キャリア）ではないかと自負しています。

## [SY4-02] [シンポジウム] 診療看護師としてへき地医療に貢献するという 選択

○芹田 晃道<sup>1</sup>（1. 隠岐病院 診療支援室兼総合診療科）

キーワード：僻地医療、キャリア形成

クリティカルケアから離れて久しいところに、離島という医療機関の立地が困難な過疎地における医療の提供に、診療看護師という立場から多様な社会貢献をなされてきたストーリーを伝えて欲しいとの課題をいただいたので、恥ずかしながら自身の経験をお伝えさせていただく。

自身は高校卒業後から医療業界で働いているので約30年間はこの業界で仕事をしていることになる。大まかに世代ごとに振り返ると20代はがむしゃらに急性期領域で看護師として成長しようとあがいた時期で、30代は学舎でひたすら学び、急性期看護教育にも励んだ時期。40代は看護の新しいキャリアパスとしての診療看護師をいかに続けていけるかという自身のキャリアの模索をし続ける現在進行形の時期ということになるかもしれない。

私は特に人工呼吸管理が好きで、看護師として働きながら臨床工学技士免許も取り、患者さんの安楽や予後の改善のため人工呼吸器のモードや気道管理、鎮静・鎮痛・せん妄などを一生懸命に学び実践に活かし、修士論文をまとめ、教育活動にも励んで雑誌執筆や講習なども精力的に取り組んだ時期もあるし、大学教員として教鞭を執った時期もある。診療看護師としてクリティカルケア領域で活動をし続けるとも思っていた一方で、地域医療に貢献したいという思いは診療看護師を志した際には抱いていたし、ICU退室後に後遺症の残る患者の自宅退院の支援、治療中断に関する倫理調整などをした経験から地域医療にこそ診療看護師のニードはあるのではないかと思うようにもなっていた。また、米国と異なり日本の診療看護師の分布は急性期領域に偏っていることから、あまり人がやっていないことをしたいという生来の‘癖’みたいなものに突き動かされ、プライマリケアへのキャリアチェンジを決断し山間僻地を経て気がつけば島根県の有人国境離島である隠岐諸島の島後地域の隠岐の島町に所在する病院で診療看護師として活動している。現在は診療部所属の診療看護師として、入院患者や救急・外来患者への様々な対応のほか、倫理調整、訪問診療のモデレーターと実際の訪問診療の担い手としての活動、院内外の緩和ケア、ポリファーマシー、RRS対応など多様な役割を担わせていただく中で高度実践看護の担い手として充実した日々を送っている。

若かりし頃の私がなぜおまえは離島にいるの？と今の私をいぶかしむかもしれないが、「約30年間の看護経験が今の私の実践を支えているのは確かだぞ！」と、誇りを持って言える。

自身の経験がどの程度、看護師諸兄姉の皆様役に立つかはわからないものの、座長や演者の皆様との意見交換を通して何か少しでも参考になれば幸いである。

## [SY4-03] [シンポジウム] 新たな看護サービスの挑戦

### ワンコイン健診や新卒訪問看護師育成、サッカーナースー

○川添 高志<sup>1</sup> (1. ケアプロ株式会社)

キーワード：未病、訪問看護、公衆衛生、スポーツ救護、地域

ワンコイン健診や新卒訪問看護師、サッカーナースーなど、多様なヘルスケアニーズに対応する事業とキャリアをプロデュースしてきたことを紹介する。

幼少期に神奈川県立こども医療センターに入院したことで、病や障害さえも多様性として受け入れられる社会に変わっていく必要性を感じ、キュアからケアへのパラダイムシフトのために看護の道を志す。高校時代に、大企業の父がリストラになり、同質化したシステムの成功は続かないことを知り、起業を志す。2001年に創設された慶應義塾大学看護医療学部に入學し、夏休みに慶應病院で看護助手をすると男性ということに驚かれる。米国 MayoClinicで研修し、世界中から多様なプロフェッショナルや患者を集める力を知る。経営コンサルティング会社や東京大学医学部付属病院、全国訪問看護事業協会で勤務。東京大学医療政策人材養成講座で、医療提供者・患者・政策立案者・ジャーナリストと学び合う中で、ワンコイン健診の事業を計画し、2007年にケアプロ株式会社を創業。

現在、スーパーやパチンコ店と組み、セルフ健康チェックを全国展開。また、“私らしくいきたい”を支えるために、総合訪問看護ステーションを運営。新卒を15名以上採用し、がん研有明病院から出向受け入れ、病院併設ステーションを出店。そして、病や障害があっても外出できる交通医療サービス「ドコケア」を開始。病院や介護施設、訪問看護等の看護師が、1時間3,500円から5,000円でUberのように副業して、患者の通院や買物、冠婚葬祭、旅行などの支援を行う。ドコケアの提携病院や提携施設を増やし、看護師の新たな働き方と交通弱者の自由な外出を広めている。さらに、サッカーイベントにサッカーナースーを派遣し、新型コロナウイルス対策や救護を運営する。全国のサッカー好きの看護師が登録しており、増加する救急搬送件数の抑制にも貢献したい。

ケアプロの理念は、革新的なヘルスケアサービスをプロデュースして健康的な社会づくりに貢献することであ

る。医療界のジャニーズ事務所を目指し、多様な人財を採用し、その時代に必要な事業を作り続ける。日本クリティカルケア看護学会において、多様化するクリティカルケアニーズに対して、どのような課題と可能性があるのかを議論したい。

---

## [SY4-04] [シンポジウム] 看護における ITツール活用の可能性 —看護師の業務オペレーションを支援する ITツールの開発者として—

○澤田 優香<sup>1</sup>、築取 萌<sup>2</sup> (1. 株式会社OPERe (オペリ)、2. 一橋大学大学院 経営管理研究科)

キーワード：業務改善、テクノロジー、働き方改革、コロナウイルス、COVID-19、IT、ナースコール

新型コロナウイルス感染症患者と遠隔コミュニケーションができるアプリケーションツール「ちょいリク」の開発に至るまでの経緯と、実際の病院での運用から得られた気づきについて報告する。

ヘルスケア領域において、看護師の業務は他の職種以上に大きく変化している。最近の出来事でいえば、「特定行為に係る看護師の研修制度」や「麻酔看護師推進」がある。いずれも従来の看護師の業務範囲を大きく拡大するものである。加えて、昨年からのコロナ禍において、現場の看護師には今まで以上に様々な業務負担が生じている。

そのような拡大を続ける看護師の業務のあり方に対して、私は重大な懸念を抱いている。看護師の業務範囲は、いったいどこまで広がるのだろうか。全て担うことができればいいが、リソースには限界がある。超高齢社会に伴う医療需要の増加と労働人口の減少を考えると、看護業務の「選択と集中」は不可欠ではないだろうか。

そのために、看護師に対する外部からの支援は欠かせない課題である。近年では、医療・介護スタッフを支援する IT技術が積極的に導入され始めている。例えば、ダビンチ手術や、ロボットスーツは注目されて久しい。そのような技術とは別に、IT技術が看護師を支援できる可能性も高いと考える。そこで、私は、業務の流れ (Operation) を刷新 (Renew) する事業「OPERe (オペリ)」を立ち上げ、看護師一人ひとりの価値を最大化するための ITツールの開発を行なっている。

昨年、新型コロナウイルスが拡大し始めた際には、新型コロナウイルス感染症患者と遠隔コミュニケーションができるツール「ちょいリク」を開発し、複数病院での導入および運用をサポートしてきた。その開発過程では、病棟看護師が新型コロナウイルス感染症の入院患者の生活の世話に全責任を負わなければならない、本来外業務に忙殺されている現状が明らかになった。そのような現場の問題に対応するために、ITツールの活用を通じて「看護師の本来外業務」を徹底的に整理した。その結果、コロナウイルス病棟の看護師の業務を大幅に改善することができた。今後は他の入院病棟にもこのツールを拡大する予定である。

さらに今年は、入院オリエンテーション業務を支援するアプリケーションを開発している。このアプリを使えば、入院予定の患者はいつでもどこでも入院の説明を受けることができ、病院スタッフと気軽に連絡を取ることができる。このアプリも、看護師を支援する強力なツールとなると期待している。

現状、看護師が担える業務の範囲や量はすでに限界がきているのではないだろうか。そのような状況を打開して、一人ひとりの看護師が生き生きと看護に取り組むためには、新たな選択肢が必要であると考えます。我々のサービスが選択肢の1つとして選ばれるよう、誠実かつ現場主義に基づく事業展開を心掛けていきたい。

---

## [SY4-05] [シンポジウム] Master of public health ( MPH) のキャリア選択と研究知見の臨床への還元

○森田 光治良<sup>1</sup> (1. 東京大学大学院 医学系研究科 )

キーワード：キャリア、ビッグデータ解析、公衆衛生修士、臨床疫学

皆さんは「公衆衛生大学院(School of public health)」という修士課程があることをご存知でしょうか？昨今、新型コロナウイルス感染症流行下で「疫学」という言葉を耳にしたことがある方も多いかもしれません。この「疫学」という学問も、公衆衛生大学院で専門的に学ぶことのできる分野の一つです。

公衆衛生学は、医療のみならず社会システムや社会格差など健康に直結する様々な分野を対象とした学問体系で、疫学・統計学・医療経済学・医療マネジメント・医療政策・環境保健・行動心理学・社会学などを横断的に学び、社会全体の健康改善を目指すための学問です。日本での認知は不十分なものの、公衆衛生大学院で取得可能な修士号(Master of public health: MPH)は、公衆衛生行政や国際保健、臨床研究などの領域で国際的に高く評価される学位とされ、MPH取得者であることが能力を示す指標の一つとして国際的に確立されています。

演者は、看護師として臨床経験を積むなかで Evidence based medicine/nursingが誤った使われ方をされていることへの危機感、統計・臨床研究などの自己学習の困難さを感じたことから、疫学や生物統計を専門的に学ぶことができる公衆衛生大学院に進学しました。日本の医療界全体でもデータを活用したエビデンス創出や政策への応用は遅れをとっていますが、看護の定量化による評価は今後ますます必須であると考えており、大学院にて学んだビッグデータ研究から得られた知見を臨床に反映した一例などについて自身の経験をご紹介します。

シンポジウム

## [SY5] ケアの多様性を考えるークリティカルケアと代替療法ー

座長:多田 昌代(小田原市立病院 看護部)、津田 泰伸(聖マリアンナ医科大学病院 看護部) コメントーター:縄秀志(聖路加国際大学大学院 看護学研究科)

近年、医療技術はめざましく発展し、これまで救命できなかった多くの重症患者の命が救えるようになってきました。それと同時に、救命後に多くの後遺症や障害、苦悩を抱えながら社会に戻る患者が増えていることに着目されるようになりました。更に、未だ収束の目途が立たないコロナ禍によって、看護の技の提供に制限が生じるという、大きな変化に直面しています。

看護は、健康上の問題に対処すべく、診療の補助と療養上の世話をおこないます。しかし、このような社会変化の中で、看護に(クリティカルケア看護に)求められる役割を遂行し、その中で、安らぎの提供と生命力を高めるケアをいかに実践していくことができるのか、私たちはチャレンジし続けなければならないでしょう。

今回、このシンポジウムで取り上げる代替療法は、人々の健康とQuality of Life を考えた看護独自の介入とも言われています。現在、その名称は広く国民に知れ渡っていますが、クリティカルケアにおいては、その適用はまだまだ未知数です。新たなケアの在り方と多様性を考える上で、代替療法には多くのヒントが隠されているのではないのでしょうか。

今回、「アロマセラピー」「動物介在療法」「音楽療法」「似顔絵セラピー」の4つの代替療法を取り上げました。「アロマセラピー」は、ご自身も看護師であり、臨床家とコラボレーションしながらアロマセラピーの実践と教育に携わられている相原由花先生にお話をいただきます。「音楽療法」は、国内屈指のオルガニストであり緩和ケア領域で音楽療法士としてご活躍されている鍋木陽子先生にご登壇いただきます。「動物介在療法」は、看護師兼ハンドラーとして、日々セラピー犬と一緒にケアにあたられている大泉奈々先生にご登壇いただきます。「似顔絵セラピー」は近年メディアでも多く取り上げられ全国的な活動を展開されている村岡ケンイチ先生にお話をうかがいます。第一線でご活動されている著名な先生方から、それぞれの療法についての知見や療法の実際と成果などをご講演いただく予定です。更に看護技術学の立場から、縄秀志先生にコメントーターとしてご登壇いただき、いかにクリティカルケアと代替療法を統合することができるのか、演者の先生方と一緒に検討していきたいと思えます。

是非とも本シンポジウムをご視聴いただき、新たなケアの在り方を考える時間としていただけることを期待しています。

### [SY5-01] [シンポジウム] 代替療法：Alternative therapyの看護技術・看護ケアとしての確立とは？

#### ー「気持ちよさ」・安楽性の観点から再考するー

○縄 秀志<sup>1</sup> (1. 聖路加国際大学大学院 看護学研究科)

### [SY5-02] [シンポジウム] 臨床アロマセラピーの理論と実践

○相原 由花<sup>1</sup>、粟屋 美紀<sup>2</sup> (1. ホリスティックケアプロフェッショナルスクール、2. 名古屋医療センター 看護部)

### [SY5-03] [シンポジウム] 大学病院における動物介在療法の実践と成果

○大泉 奈々<sup>1</sup>、竹田 志津代<sup>1</sup>、勤務犬 モリス<sup>2</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部、2. 聖マリアンナ医科大学病院)

### [SY5-04] [シンポジウム] その人らしさを支える音楽ーホスピス緩和ケアの現場からー

○鍋木 陽子<sup>1</sup> (1. 聖ヨハネホスピスケア研究所)

### [SY5-05] [シンポジウム] 似顔絵セラピーとホスピタルアートの可能性

○村岡 ケンイチ<sup>1</sup> (1. 似顔絵セラピー・プロジェクト)



# [SY5-01] [シンポジウム] 代替療法：Alternative therapyの看護技術・看護ケアとしての確立とは？

## －「気持ちよさ」・安楽性の観点から再考する－

○ 縄 秀志<sup>1</sup> (1. 聖路加国際大学大学院 看護学研究科)

キーワード：代替療法、Alternative therapy

### 1. 「気持ちよさ」をもたらす看護ケアの研究

私は、ナースとして3年目頃に温電法/熱布バックケア（ケアとしての名称もなかった、以下バックケア）にハッとさせられた。開胸術後1病日の朝、気管チューブの抜管後にバックケアを実施した時のことである。蒸しバスタオルで患者の背中を温めると、患者は「ああ気持ちいい」と、ため息をついた。その後、清拭と更衣を終え、ベッドをギャジアップした時、CCUの入り口から医師が入ってきた。すると患者は、その医師に向かって「おはよう」と手をあげたのである。ケア前には、問いかけにうなづく程度の反応しか返せなかった患者が、ケア後には、表情を変えて、自ら進んで手をあげ、声をかけたのである。この現象は、総称としての開胸術後の患者から、個としてのAさんに変化したことを、ありありと示していた。バックケアの「気持ちよさ」をもたらす力ってすごい！これこそ看護だ！と思ったことが、「気持ちよさ」をもたらす看護ケアの研究を始めるきっかけである。

1997年～「気持ちよさ」をもたらす看護ケアの研究を開始した。術後1病日からの患者を対象としたバックケアの研究からは、①気持ちよさをもたらす、②痛みを軽減する、③自律神経のバランスを整える、④排便を促進する、⑤倦怠感を軽減する、⑥離床を促進する、⑦関心を高める、の効果が示された

(縄, 2000 a ; 2000 b ; 2007)。

### 2. 看護実践における看護技術・看護ケアとは？

看護実践の基盤は、患者と看護者の援助関係：ケアリングである。特にクリティカルケア領域の患者は、心身ともに脆弱性を顕在化しながらも自分らしく生きる（回復する）ことを目指しており、看護師は潜在的な患者の強みや力を確認しながらより良い看護を目指している。看護師の実践は、専門的知識と技術を使って①その人に関心を持つ、②その人を見る：観察のポイントがわかる、③異変や変化、苦悩に気づくこと、＜状況判断＞から始まる。その上で、患者のからだと思いを尊重しながら、その人に適した＜看護技術を選択＞する。看護技術の選択には、①どのような方法で提供するのか、②どのような心身の反応を引き起こすのか、③その反応の安全性、安楽性は保証されているか、④その反応が起こる作用機序・理論（根拠・裏付け・エビデンス）は何か、⑤目的を達成できる有効性はどれだけか、の5つの視点から実施可能性を判断している。しかし、全ての項目が明らかになっている看護技術はほとんどないと云える。そして、＜看護ケアを実施＞する。①看護師のコミュニケーション力・ケアリング力・看護技術力が高ければ、ケアがスムーズに提供され、②患者・家族が積極的にケアに参加し、コミュニケーションチャンネルが開放され、患者・家族と看護師との関係が構築される。また③患者・家族が気持ちよさを感じることで、苦痛の緩和や意欲の向上、生活拡大による自信の獲得がもたらされ、その人らしく生きる（回復する）ことを支えるという看護の目的が達成される。同時に、④看護師にとってもケアへの満足感、ケアへの自信と向上への意欲、チームでのケアの共有、看護観の醸成をもたらす。これらが、「気持ちよさをもたらす看護ケア」についての研究を通して考えてきたことである。

### 3. クリティカルケアにおける代替療法：Alternative therapyの看護技術・看護ケアの確立に向けて

登壇した代替療法の専門家の方々のご発表を踏まえて、クリティカルケアにおける代替療法：Alternative therapyの看護技術・看護ケアの確立は、今後どのように発展していくのか、看護師が代替療法をクリティカルケアの場に導入する時に考えるべきポイントは何か、について意見交換をしてみたいと思う。

## [SY5-02] [シンポジウム] 臨床アロマセラピーの理論と実践

○相原 由花<sup>1</sup>、栗屋 美紀<sup>2</sup> (1. ホリスティックケアプロフェッショナルスクール、2. 名古屋医療センター 看護部)

キーワード：アロマセラピー、補完代替療法、非薬物療法

臨床アロマセラピーは、精油の心理的作用、薬理作用、またアロマセラピーマッサージによるタッチの生理的作用によって、症状緩和やQOLの向上をもたらす、患者の自己治癒力を向上させる補完代替医療の一つである。すでに看護介入分類(NIC)には、「温和や鎮静、疼痛緩和、リラクゼーションや安楽のために、マッサージ法、軟膏またはローション剤の局所塗布法、入浴法、吸入法、灌注法、温電法または冷電法で精油を使用すること」と定義され、「漠然とした不安」、「死への不安」、「スピリチュアルペイン」に対する推奨実践として提示されている。アウトカムとして、呼吸数・心拍数の減少、筋緊張の減少、疲労の減少、痛みの減少、睡眠パターンの改善、嘔気の減少、便秘の減少、感染リスクの減少などが示されている。アロマセラピーは、1938年、フランスの科学者ルネ・モーリス・ガットホセによって「アロマセラピー」(Aromatherapie)という造語が作られ、殺菌作用をはじめとする様々な精油の薬理作用について研究が始まった。アロマセラピーで使用する「精油」は「エッセンシャルオイル」とも呼ばれ、植物の花、葉、枝、茎、根、実、木幹、蕾などから抽出した、フローラル系、ハーブ系、スパイス系など植物ごとに独自の香りを持つ、酸性の芳香性有機化合物である。鎮痛、鎮静、抗痙攣、抗炎症、蠕動運動促進、抗菌、子宮収縮促進、抗不安など精油によって作用は異なる。液体だが揮発性が高く、引火性がある。アルコールや脂質に溶け、水にはほとんど溶けず、ほとんどの精油の比重は1以下で水面に浮くという特徴を持つ。精油の蒸散や吸入、アロマセラピーマッサージなどの方法があるが、看護領域で最も使用されているのはアロマセラピーマッサージである。ホホバ油、アーモンド油、スクワラン油など肌滑りのよい植物オイルに、患者の嗜好性や緩和したい症状に合わせて選択した3~4種類の精油を混ぜ、1.0%~2%程度のブレンドオイルを作成する。これを体に塗布し、摩るような施術を行う。現在は、スウェーデンのPer Henrik Lingが考案したスウェーディッシュマッサージを基礎としたテクニックが使われている。

看護領域では、産科での導入から始まり、その後慢性期患者に対して使用され始めた。特にがん患者に対する有効性の報告が多くみられる。終末期患者にかかえる「痛み」「呼吸困難感」「倦怠感」「不安」「意欲低下」の緩和が図れ、その効果が少なくとも48時間程度は継続することも明らかとなっている。そのほか認知症患者や小児痙攣などに対する効果も報告され、最近では急性期でも導入が始まっており、その効果に期待が寄せられている。本シンポジウムでは、臨床アロマセラピーの効果と様々な臨床実践の紹介をし、看護において臨床アロマセラピーを行う意義を皆さんと考えたいと思う。

## [SY5-03] [シンポジウム] 大学病院における動物介在療法の実践と成果

○大泉 奈々<sup>1</sup>、竹田 志津代<sup>1</sup>、勤務犬 モリス<sup>2</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部、2. 聖マリアンナ医科大学病院)

キーワード：動物介在療法、チーム医療、代替補完医療

はじめに

欧米では、動物そのものが人間の医療や福祉の現場に活用され、リハビリや精神科領域において有効な事例が示されている。わが国においては、正式な補助療法として動物を用いている例はまだ少なく、試行錯誤がくり返されている。人間の医療の現場で動物を介在させる場合、その正式名称は、Animal Assisted Therapy (AAT) 動物介在療法となる。メディアなどで取り上げられている老人施設等を対象とした訪問活動は、Animal Assisted Activity (AAA) 動物介在活動である。動物介在療法は、人間の医療にかかわることを法的に認められている有資格者、医師や看護師、PT、OTなどが実施する。適切な対象者の選択、治療目標の設定、実施、評価、記録は、医療従事者主導で行われていることが条件である。当院では、2015年より、社会福祉法人日本介助犬協会との共同事業として、犬を用いた動物介在療法を実施している。当院所属の看護師2名が、日本介助犬協会

のハンドラー認定を取得し、看護業務との兼務で、犬の飼育を行いながら週2回活動している。この犬は、「勤務犬」という職名で、正式な辞令交付を受け職員として活躍している。これまで、すべての診療科からの依頼があり、6年間で延べ327名の患者に動物介在療法を取り入れた看護を提供している。

#### 動物介在療法の実践と成果

①クリティカルケア領域における実践：重症心不全により、IABP挿入、気管切開が必要になった患者は、ボディイメージの変化から、リハビリに前向きになれずにいた。なんとか一歩を踏み出すきっかけをつくってあげたいという病棟看護師の思いから、動物介在療法への依頼につながった。勤務犬が、撫でてほしくて甘える様子に、患者は、あふれる気持ちをホワイトボードいっぱい書き、満面の笑みを見せた。勤務犬が誘うかたちで離床を促し、徐々にリハビリにも積極的になった。病棟看護師と患者と一緒に立案した、「勤務犬と一緒に、杖で散歩して病院敷地内にある桜並木を見に行く」という目標は、見事達成された。

②小児領域における実践：長期入院を余儀なくされた、骨髄移植中の患児は、吐き気などの苦痛や、活動制限によるストレスから、次第に笑顔が減っていた。少しでも笑顔を取り戻したいというご家族の思いから、介入が始まった。クリーンルームのガラス越しに勤務犬を呼び寄せ笑顔を見せる患児の様子に、家族や病棟看護師も笑顔になった。また、これまで4年間手術を拒み続けてきた発達障害をもつ児が、手術日に向けて勤務犬と信頼関係を築くことによって、当日勤務犬と一緒に自らの足で手術室へ向かい、穏やかな麻酔導入を得ることができた。これらの事例から、勤務犬の、ひとに撫でてほしい、甘えたいという要求が、患者の自立心と笑顔を自然に引き出していることがわかる。また、介入回数を重ねるたびに、患者と勤務犬の信頼関係が構築され、困難や不安を乗り越える際に、本当の意味で寄り添うことができると考えている。

#### 今後の課題

動物介在療法は、チーム医療の中にあって初めて効果を発揮する。しかし、ただ犬と合わせればよい、という考えで、患者目標のはっきりしない依頼もある。動物介在療法を効果的に患者ケアに取り入れていくためには、ハンドラーとして、患者、家族のニーズに応じた介入方法を、病棟看護師や担当医を巻き込みながら検討していくことが課題である。また、動物介在療法の効果を全国の病院に知ってもらうために、事例を積み重ね発表していくこともハンドラーとしての課題である。

---

## [SY5-04] [シンポジウム] その人らしさを支える音楽 —ホスピス緩和ケアの現場から—

○鍋木 陽子<sup>1</sup> (1. 聖ヨハネホスピスケア研究所)

キーワード：その人らしさを支える、音楽で寄り添う、ケアリングマインド

私はホスピス緩和ケア領域の音楽療法士として、1998年以来、人生の最終段階にある患者さんとそのご家族と音楽を通して出会い、ともに過ごしてきました。ホスピス緩和ケアでは人生の最終段階にある患者さんの全人的痛み（身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペイン）に対し、ケアリングマインドを共有する多職種が連携して全人的ケアを行っており、音楽療法士もチームの一員としてケアに取り組んでいます。

ホスピス緩和ケアにおける音楽療法で用いられる音楽は、患者さんやご家族のリクエスト曲が中心です。それは何故でしょうか。音楽の好みは人間一人一人のアイデンティティと深く結びついており、「この曲が聴きたい・歌いたい」というリクエストには、その方の人生観（時には死生観も）、また思い出や大切にしている思いが込められていることが多いからなのです。また音楽を通じてのライフレビュー（人生の振り返り）や家族で思い出を語り合う時間も大切にしています。聴覚は最後まで残ると考えられるので、臨終間近な方のベッドサイドでセッションを行なうこともあります。

音楽は最後の瞬間まで患者さんやご家族に寄り添うことができるのです。人生の最終段階にある方に対して音楽を提供する意義についてお伝えできればと思っています。

## [SY5-05] [シンポジウム] 似顔絵セラピーとホスピタルアートの可能性

○村岡 ケンイチ<sup>1</sup> (1. 似顔絵セラピー・プロジェクト)

キーワード：似顔絵セラピー、ホスピタルアート

【活動の現状】「似顔絵セラピー」は、患者さんの人生のお話を傾聴しながらその方の輝いている時を想像して似顔絵を制作する取り組みです。現在活動14年目で、年12～20回程度のペースで行っています。ホスピタルアートは活動4年目。東京を拠点に活動中です。

【問題】なかなか開催する場が広がらないことが課題。定期的で開催して下さる医療施設がある一方で、まだ月2回の頻度でしか開催されていません。大きな病院ほど導入していただけるまでの壁が高く、医療施設で活動する難しさを実感しています。

【対策】「似顔絵セラピー」を体験していただく機会を増やし、効果を実感していただきます。また、絵描きという異業種ですが学会に参加させていただき発信を積極的に行うなど、存在を知っていただく活動を続けています。

### 【事例1：似顔絵セラピー】■広島県の病院 精神科の事例

60代男性 鬱患者。定期的な来院が必要なのに来院してくれない。家族に連れられ嫌々来院した際、病院からの提案で似顔絵セラピーを実施した。全く話をしてくれなかったが、好きな趣味や仕事など、大切にしていることを引き出した瞬間、和やかになりみんなで会話ができる。ずっと笑顔がなかった患者さんが、仕上がった絵を見て初めて笑顔に。それを見た精神保健福祉士の方が声をかけると、「たまには来ようかなあ」と患者さん自ら発言。実際に後日来院してくれたとのこと。

\*「来たくない」から「来てみようかな」への“心の変化”

似顔絵セラピーはアートの持つ力で、患者さんの精神的なところに訴えかけ、心を動かし、病気に対する姿勢を変えることができます。

### 【事例2：ホスピタルアート】■聖マリアンナ医科大学の事例

唯一の憩いのスペースである渡り廊下が古くて狭いため、心安らぐスペースに変えてほしい。また、医療従事者が病棟へ行く際の通路でもあるため、やる気が入るような空間にしてほしいとのご依頼。ケアデザイン開発室と共に利用者に半年間ヒアリングを行い、どうしたらリラックスして過ごせるかという検証を行い、それに基づいて制作した。現場や当時院長の北川先生(現在学長)から「体感温度が上がった」「気分が晴れる」など、明るく暖かい空間になったことを喜んでいただき、心安らぐ憩いの場が完成した。

【今後の可能性】医療の世界にアートがあるというのは日本ではまだまだ珍しいが、病院の中にアトリエがある時代を目指したい。芸術家やクリエイター、アートが好きな市民の方が病院で活動できるようになれば、似顔絵セラピーができる人が増え、患者さんも心のケアのひとつとしてアートを選択できるようになるのではないかと。多くの地域の方が参加できるようなプラットフォームを作りたい。似顔絵セラピーがもっと世の中に浸透していくことを目指しています。

アカデミックセミナー

[ACS1] 診療ガイドラインを読んでもみる 演者：卯野木健先生（札幌市立大学 看護学部）

---

[ACS1-01] [アカデミックセミナー] 診療ガイドラインを読んでもみる

○卯野木 健<sup>1</sup>（1. 札幌市立大学 看護学部）

## [ACS1-01] [アカデミックセミナー] 診療ガイドラインを読んでみる

○卯野木 健<sup>1</sup> (1. 札幌市立大学 看護学部)

キーワード：診療ガイドライン

ガイドラインという言葉はすでに定着した言葉であろう。世に出る似たものに「ガイド」というものもある。では、その2つはどのように違うのだろうか。診療ガイドラインはかなり厳密な手順に沿って作成されるもので、最近では安易にガイドラインという言葉は使用されなくなった。ガイドラインは昔は識者たちの意見で決まっていた時代もあったが、現在では系統的レビューをもとに作成されることが通例である。さて、ガイドラインと言うと、推奨の項目だけを見たりすることが多いのではないだろうか。弱い推奨、などである。では、実際にこれらをどう活用したら良いのであろうか。ガイドラインと言うと、そこに推奨されているものを行う、推奨されていないものは行わない、と思いがちだが、実はそう簡単な話ではない。端的に言うと、ガイドラインは意思決定の情報の一つなのである。看護では意思決定支援は重要な役割であるが、意思決定支援とガイドラインが同時に語られないのはちょっとおかしいと個人的には思っている。診療ガイドラインは、医療職、患者、家族の重要な意思決定に関する情報源なのである。特に、Shared Decision Makingが重要とされている今日、診療ガイドラインは重要な情報を医療者のみならず、患者とその家族にも提供できるものなのである。その上で患者とその家族の好みや価値観に沿って決めていくものなのである。本講演ではガイドライン作成のプロセスや活用方法を概説しようと思う。

---

アカデミックセミナー

[ACS2] ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム看護師教育プログラムの開発経緯と実績 演者：任和子先生（京都大学大学院 医学研究科）

---

[ACS2-01] [アカデミックセミナー] ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム看護師教育プログラムの開発経緯と実績

○任 和子<sup>1</sup>（1. 京都大学大学院 医学研究科）

## [ACS2-01] [アカデミックセミナー] ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム看護師教育プログラムの開発経緯と実績

○任 和子<sup>1</sup> (1. 京都大学大学院 医学研究科)

キーワード：エンド-オブ-ライフケア、看護師教育

ELNEC-Jクリティカルケア開発研究会 (<http://elnecc.jcc.hs.med.kyoto-u.ac.jp/>) は、クリティカルケア領域のエンドオブライフケアの質向上のために、ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム指導者用ガイドの開発や、これを元にして実施するELNEC-Jクリティカルケア看護師教育プログラムの開発を行っている。さらに、この指導者用ガイドを使って教育する指導者を養成するために、ELNEC-Jクリティカルケア指導者養成プログラムの開発と実施を行っている。指導者用ガイドの著作権は本研究会が有しており、これを使って指導するための指導者養成プログラムを実施できるのは本研究会のみである。指導者養成プログラム修了者は現在419名であり、この指導者が実施した看護師教育プログラム修了者は1393名(2021年5月31日現在)となっている。

ELNECとはEnd-of-Life Nursing Education Consortiumの略であり、2000年に米国のアメリカ看護大学協会とCity of Hope National Medical Centerが設立した共同体である。エンド・オブ・ライフ・ケアを提供する看護師に必要な知識を教育するための系統的・包括的なプログラムを開発・提供しており、世界100カ国に普及している。ELNEC-Jクリティカルケア看護師教育プログラムは、米国で開発されたELNEC-Coreの日本版とし、すでに開発されていたELNEC-Jコアカリキュラムをもとに、日本の文化・実情に合わせて開発したものである。

ELNEC-Jクリティカルケア看護師教育プログラムは、2年程度の経験のある看護師に理解できる内容で作成されており、クリティカルケア領域におけるエンド・オブ・ライフ・ケアに関することを系統的・包括的に学ぶことができる。具体的には、8つのモジュール(クリティカル領域におけるエンド・オブ・ライフ・ケア・痛みのマネジメント・症状マネジメント・倫理的実践・文化とスピリチュアリティ・コミュニケーション・悲嘆・看取り)で構成されている。指導者用ガイドの各モジュールには知識を整理したスライドとその解説などが含まれている。また、事例検討やロールプレイなどをさまざまな教育方法を用いて研修を行えるよう、ケーススタディや補助教材などを豊富に準備している。



アカデミックセミナー

[ACS3] COVID-19重症患者看護実践ガイドの活用の実際 演者：春名純平先生（札幌医科大学附属病院 看護部）

---

[ACS3-01] [アカデミックセミナー] COVID-19重症患者看護実践ガイドの活用の実際  
○春名 純平<sup>1</sup>（1. 札幌医科大学附属病院 看護部）

## [ACS3-01] [アカデミックセミナー] COVID-19重症患者看護実践ガイドの 活用の実際

○春名 純平<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院 看護部)

キーワード：COVID-19重症患者看護実践ガイド

2019年中国武漢から発生した COVID-19のパンデミックは医療システムと社会全体に多大な影響を及ぼしている。本邦においても、2020年2月から COVID-19重症患者が発生し、今もなお重症患者に対する対応が続いている。

本邦における、COVID-19重症患者への対応に関する情報は、発生当初乏しく、マスメディアによる報道やエキスパートからの意見等が錯綜し、どの情報がベストなのか判明しない状況にあった。しかし、私たち医療従事者は目の前の COVID-19患者の治療・ケアに当たらなければならない、大変不安な時期が続いた。日本クリティカルケア看護学会では、現場の看護師のニーズにいち早く対応し、2020年4月に「COVID-19重症患者看護実践ガイド」が作成された。同時期に、日本集中治療医学会から「ICUにおける COVID-19患者に対する看護 Q & A」が公表され、2020年7月からは日本クリティカルケア看護学会及び日本集中治療医学会2学会合同で「COVID-19重症看護実践ガイド」Ver.2が作成され、現時点で Ver.3まで更新されている。本ガイドには COVID-19重症患者、あるいは疑い患者を看護する上での注意点が述べられており、さまざまなガイドラインや指針などの情報が厳選されている。内容としては、患者の受け入れ体制や看護師の働き方に関する環境的側面、気管挿管や喀痰の吸引の方法、腹臥位療法等に関する実践的な内容、リハビリテーションや患者家族の面会に関する内容など多方面から文献レビューされ、臨床看護師の皆さんに役立つ内容となっている。私の所属する施設においても2020年4月から COVID-19患者を受け入れる中で、本ガイドを用いて実践することによって、根拠をもったケアを提供することが可能となったと考えている。

今回のアカデミックセミナーでは本ガイドの作成の背景や COVID-19重症患者のケアで困難と感じる点などについて、本ガイドを用いて解説したいと考えている。

---

アカデミックセミナー

[ACS4] 日本救急看護学会セミナー委員会「救急初療看護に活かすフィジカルアセスメントミニガイド」作成の経緯と活用方法 演者：石井恵利佳先生(日本救急看護学会)

---

[ACS4-01] [アカデミックセミナー] 日本救急看護学会セミナー委員会 「救急初療看護に活かすフィジカルアセスメントミニガイド」作成の経緯と活用方法  
○石井 恵利佳<sup>1</sup>、石川 幸司<sup>1</sup>、市村 健二<sup>1</sup>、中野 英代<sup>1</sup>、田戸 朝美<sup>1</sup>、増山 純二<sup>1</sup> (1. 日本救急看護学会セミナー委員会)

## [ACS4-01] [アカデミックセミナー] 日本救急看護学会セミナー委員会 「救急初療看護に活かすフィジカルアセスメントミニガイド」作成の経緯と活用方法

○石井 恵利佳<sup>1</sup>、石川 幸司<sup>1</sup>、市村 健二<sup>1</sup>、中野 英代<sup>1</sup>、田戸 朝美<sup>1</sup>、増山 純二<sup>1</sup> (1. 日本救急看護学会セミナー委員会)

キーワード：救急初療看護、フィジカルアセスメント、ジョブエイド、On-the-Job Training

日本救急看護学会セミナー委員会では、フィジカルアセスメントセミナー～救急初療看護コース～（以下、コース）を開催しており、コース開催にあたり、「救急初療看護に活かすフィジカルアセスメント（へるす出版）」の刊行も行っている。しかし、昨年度は COVID-19感染拡大によりコース開催が困難となり、また、感染拡大により医療現場は逼迫していた。そのような医療現場では、救急看護に精通していない看護師が救急外来に応援に行き、患者対応をしている現状があった。救急看護に精通していない看護師の教育が必要であるとともに、経験知が浅い看護スタッフでも救急初療に対応できるよう環境を整える（OJTの支援、ジョブエイドの充実）必要があると考えた。それらを鑑み、2020年4月に日本救急看護学会のホームページ上に「救急初療看護に活かすフィジカルアセスメントミニガイド」（以下、ミニガイド）を公表した。

ミニガイドは救急初療に必要な基本的フィジカルアセスメントに焦点を絞り、ベッドサイドで活用していただくことを目的としている。救急初療看護は予測性が求められるが、救急看護実践に不慣れな看護スタッフにおいてもミニガイド片手にフィジカルアセスメントを進めていくことで、緊急度判断、救急処置、検査・治療などにおいて予測性をもち対応できることを期待し作成した。「救急初療看護に活かすフィジカルアセスメント」のテキストを参考にし、急性症状のアセスメントと看護実践、第一印象、一次評価（ABCDEアプローチ）、二次評価（重点的アセスメント）、問診、呼吸のフィジカルアセスメント、循環のフィジカルアセスメント、脳神経のフィジカルアセスメント、腹部のフィジカルアセスメント、救急処置、緊急検査の構成になっている。

今回のアカデミックセミナーにて、ミニガイド作成の経緯と実際に臨床現場でどのように活用されているかを紹介するとともに、効果的な活用方法について提案させていただく。

アカデミックセミナー

[ACS5] 日本版敗血症診療ガイドライン2020を看護に活用する 演者：河合佑亮先生（藤田医科大学病院 看護部）

---

[ACS5-01] [アカデミックセミナー] 日本版敗血症診療ガイドライン2020を看護に活用する

○河合 佑亮<sup>1</sup>（1. 藤田医科大学病院 看護部）

# [ACS5-01] [アカデミックセミナー] 日本版敗血症診療ガイドライン 2020を看護に活用する

○河合 佑亮<sup>1</sup> (1. 藤田医科大学病院 看護部)

キーワード：敗血症、ガイドライン、看護

2021年2月25日に日本版敗血症診療ガイドライン（J-SSCG）2020が公開された。J-SSCG2020は、敗血症診療に従事または関与する医師のみならず、すべての医療従事者に向けて作成されており、ベッドサイドに従事する看護師にとっても活用しやすい内容になっている。J-SSCG2020は、「臨床課題（CQ）の立案」「システマティックレビュー（SR）によるエビデンスの検索、収集、統合とその確実性の評価」「推奨の策定」の3つの工程を経て作成されている。合計22領域、CQ118題からなる大規模なガイドラインであるが、診療の補助を独占業務とする看護師には、これらすべてのCQを看護に活用することが期待される。本セミナーでは、J-SSCG2020の看護への活用を推進するために、下記について説明する。

1. J-SSCG2020の概要とCQ、および推奨の解釈
2. PICOやエビデンスプロファイルを含めた、SRとエビデンスの確実性の見かた
3. Evidence to Decision（EtD）テーブルの見かたを含めた、推奨策定のプロセス

また、2020年度は折しもナイチンゲール生誕200年の年であり、看護師にとってJ-SSCG2020は、ナイチンゲールの言葉を借りれば、看護するための考え方のヒントなるものとする。薄井坦子氏は、「看護は、看護する人間の、主体的な思い方と主体的なとり組み（看護師の夢の実現過程）であり、これが、看護過程展開の技術の本質である」と述べている。本セミナーでは、看護過程展開の技術として、抽象化されたガイドラインの知識を、目の前の患者への看護実践に意識的に適用する考え方についても考察したい。J-SSCG2020を活用して看護を行うことは、看護の質の向上はもとより、看護師が自分の行為を価値あるものとして評価できることにも一層寄与すると考える。

アカデミックセミナー

[ACS6] EBP思考でベストプラクティスを探究しよう！－リサーチエビデンスの読み方・使い方・学び方－ 演者：友滝愛先生（国立看護大学校）

質問や感想がございましたら下記へお願いします。

<https://forms.gle/U81gdLHp7VndJnvV8>

---

[ACS6-01] [アカデミックセミナー] EBP思考でベストプラクティスを探究しよう！－リサーチエビデンスの読み方・使い方・学び方－

○友滝 愛<sup>1</sup>（1. 国立看護大学校）

# [ACS6-01] [アカデミックセミナー] EBP思考でベストプラクティスを探究しよう！

## ーリサーチエビデンスの読み方・使い方・学び方ー

○友滝 愛<sup>1</sup> (1. 国立看護大学校)

キーワード：Evidence-based practice、生涯学習、エビデンスに基づく実践、情報リテラシー

クリティカルケア領域は、多職種間で様々な研究の知見を共有しながら、ベストプラクティスを目指した多岐にわたる活動が展開されている代表的な分野です。このような活動は「エビデンスに基づく実践 (Evidence-based practice: EBP)」ということができ、EBPは多職種連携の鍵であるともいえます。EBPの語源となるEBM (Evidence-based Medicine) は、Guyattによって1991年に提唱され30年が経ちました。「エビデンスに基づく〇〇」という言葉は様々な場面で使われ、エビデンスに基づく臨床ガイドラインも多数公開されています。しかし、「エビデンス」という言葉が普及する一方で、医療に関する情報は誰でも発信できるようになり、爆発的に増加する玉石混交の情報の中から、信頼できる情報を適切に取捨選択する力が看護師にも求められています。

とくに看護分野では、EBPは人によって捉え方が様々で、例えば「看護研究のこと?」「新しいことを取り入れることですよ!」「個性を軽視していると思う…」のように誤解されることもあります。また「研究は難しい」「統計や量的研究は苦手」の声も多く聞かれます。これは、院内看護研究の機会があっても、EBPやリサーチエビデンスを体系的に学べる場が限られていることも影響しています。また、リサーチエビデンスを紐解くときに求められる研究の知識やスキルは、個人の努力だけに依存するのではなく、チームや組織として協働し、お互いに学び合う・補い合う組織風土や、生涯学習として継続して学びやすい環境であるかにも影響を受けます。私は現在、看護学部での教育活動や、看護師・看護学生を対象とした「EBPのための文献の批判的吟味」に焦点をあてた研究活動とEBPの普及活動に取り組んでいます。本セミナーでは、主に量的研究のリサーチエビデンスを中心に、臨床でリサーチエビデンスと向き合い、紐解くときの基本的な考え方を概観し、学び方の事例を紹介します。

本セミナーは、これからさらにキャリアを積んでいこうと思っている方々、EBPを後輩に伝えたり、EBPの組織文化を作る鍵を握るリーダー・管理職の方々、臨床と研究の橋渡しを担いたい!という想いを秘めた方々、臨床・教育・研究様々ステークホルダーに所属される全ての方が対象です。本セミナーがEBP思考を育むきっかけとなれば幸いです。一緒にEBPの旅へ出発しましょう!

質問や感想がございましたら下記へお願いします。

<https://forms.gle/U81gdLHp7VndJnvV8>



---

アカデミックセミナー 委員会企画

[ACS7] 2020年度 「特定行為看護師の就労環境・就労内容等の実態調査」報告 企画：日本クリティカルケア看護学会将来構想委員会

座長:菅原 美樹(札幌市立大学 看護部)

---

[ACS7-01] [委員会企画セッション] 2020年度 「特定行為看護師の就労環境・就労内容等の実態調査」報告

○後藤 順一<sup>1</sup>、○背戸 陽子<sup>1</sup>、○戸田 美和子<sup>1</sup>、○山口 典子<sup>1</sup>、明神 哲也<sup>1</sup>、宇都宮 明美<sup>1</sup>、菅原 美樹<sup>1</sup> (1. 日本クリティカルケア看護学会将来構想委員会)

## [ACS7-01] [委員会企画セッション] 2020年度 「特定行為看護師の就労環境・就労内容等の実態調査」報告

○後藤 順一<sup>1</sup>、○背戸 陽子<sup>1</sup>、○戸田 美和子<sup>1</sup>、○山口 典子<sup>1</sup>、明神 哲也<sup>1</sup>、宇都宮 明美<sup>1</sup>、菅原 美樹<sup>1</sup> (1. 日本クリティカルケア看護学会将来構想委員会)

キーワード：特定行為、診療報酬改定

〈司会〉菅原美樹 札幌市立大学

〈演者〉後藤順一 河北総合病院 看護部、背戸陽子 日本医科大学附属病院 看護部、戸田美和子 倉敷中央病院 看護部、山口典子 長崎大学病院 看護部

2015年10月から特定行為研修制度が開始された。現在、特定行為研修機関は、大学や専門学校などの教育機関や、病院などの医療機関を含め全国に222機関が存在し（2020年8月時点）、その環境下で特定行為研修を修了した看護師は現在17982人が存在している（2020年7月時点）。しかし、その特定行為研修を修了した看護師が、実際にどのような就労環境に配属され、取得した特定行為をどのように実践しているのか、また病院の看護管理者が、特定行為研修を修了した看護師をどのような処遇で受け入れ、特定行為を活用する就労環境を提供しているのかを、全国規模で調査している報告は見られない。

特定行為研修修了者の就労環境と就労内容を把握するとともに、特定行為研修修了者が医療施設で就労するための今後の課題を明確化することを目的として、2021年3月に実施した調査結果を報告する。これらの調査結果をもとに、特定行為研修修了者の活用、また、医師等の働き方改革の推進を視野に入れた業務変革のための診療報酬改定へ要望などの委員会活動を報告するとともに皆様からの意見をいただく機会としたいと考える。

なお本調査研究は、病院や医療施設に所属する特定行為研修を修了した看護師を対象とした Web（Google）によるアンケート調査で実施した。調査項目は21項目（選択、自由記載）で所要時間は10～20分程度であった。アンケートは無記名であり、個人を識別できる内容は含まない。また、アンケートは自由意思で回答するように設定した。調査データの管理に関しては特段の注意を払い、調査研究で得られた情報はこの研究目的以外には使用しない。アンケートへの回答をもって、研究参加への同意とした。本調査研究は日本クリティカルケア看護学会倫理委員会の承認を得て実施した。

---

アカデミックセミナー 委員会企画

[ACS8] これからの人工呼吸ケアと教育 企画：日本クリティカルケア看護学会人工呼吸器ケア委員会

---

[ACS8-01] [委員会企画セッション] これからの人工呼吸ケアと教育

○辻本 雄大<sup>1</sup>、卯野木 健<sup>1</sup>、道又 元裕<sup>1</sup>、白坂 雅子<sup>1</sup>、立野 淳子<sup>1</sup>、濱本 実也<sup>1</sup>、植村 桜<sup>1</sup>、露木 菜緒<sup>1</sup>、後藤 順一<sup>1</sup>、坂木 孝輔<sup>1</sup> (1. 日本クリティカルケア看護学会人工呼吸器ケア委員会)

## [ACS8-01] [委員会企画セッション] これからの人工呼吸ケアと教育

○辻本 雄大<sup>1</sup>、卯野木 健<sup>1</sup>、道又 元裕<sup>1</sup>、白坂 雅子<sup>1</sup>、立野 淳子<sup>1</sup>、濱本 実也<sup>1</sup>、植村 桜<sup>1</sup>、露木 菜緒<sup>1</sup>、後藤 順一<sup>1</sup>、坂木 孝輔<sup>1</sup> (1. 日本クリティカルケア看護学会人工呼吸ケア委員会)

キーワード：人工呼吸ケア、教育、ニーズ調査

人工呼吸ケア委員会では、質の高い人工呼吸ケアを広く啓発するため、これまで人工呼吸ケアに必要な基礎知識や最新の知見に関するセミナー、あるいは人工呼吸器離脱シミュレーション教育などの実践的な教育を企画・提供してきた。COVID-19によって教育の提供方法は大きく変わりつつあるが、今後も臨床のニーズに沿った充実した教育を提供したいと考えている。ところで、重症 COVID-19患者の治療においては、人工呼吸器や ECMO の導入が検討され、これらを管理・看護できる看護師への期待が高まっている。一方、患者数の増加により慣れないスタッフが対応せざるを得ない現状も明らかになってきており、臨床では教育にかかわるニーズが変化していることが予測される。

そこで、「人工呼吸器及び ECMO に関する教育ニーズについての調査」を行い、臨床現場における実態の把握を行った。調査期間は2021年1月16日～2月17日で、学会員に対してメールにて web アンケート調査への協力を依頼した。なお、調査は無記名で実施した。

今回の交流集会では、調査結果から明らかになった臨床での教育ニーズと、それを踏まえて委員会が企画する新たな教育について報告する。

---

アカデミックセミナー 委員会企画

**[ACS9] 科学の情報を活用してみんなで変えていこう！せん妄ケア！！ 企画：日本クリティカルケア看護学会せん妄ケア委員会**

---

**[ACS9-01] [委員会企画セッション] 科学の情報を活用してみんなで変えていこう！せん妄ケア！！**

○古賀 雄二<sup>1</sup>、○五十嵐 真<sup>1</sup>、○雀地 洋平<sup>1</sup>、○花山 昌浩<sup>1</sup>、○古厩 智美<sup>1</sup>、○茂呂 悦子<sup>1</sup>、○有田 孝<sup>1</sup>、藤野 智子<sup>1</sup> (1. 日本クリティカルケア看護学会せん妄ケア委員会)

## [ACS9-01] [委員会企画セッション] 科学の情報を活用してみんなで変えて いこう！せん妄ケア！！

○古賀 雄二<sup>1</sup>、○五十嵐 真<sup>1</sup>、○雀地 洋平<sup>1</sup>、○花山 昌浩<sup>1</sup>、○古厩 智美<sup>1</sup>、○茂呂 悦子<sup>1</sup>、○有田 孝<sup>1</sup>、藤野 智子<sup>1</sup> (1. 日本クリティカルケア看護学会せん妄ケア委員会)

キーワード：せん妄

せん妄患者の看護は、我々看護師が常に頭を悩ませる問題の一つである。

せん妄ケアや予防に関しての様々なガイドライン等が発表されているが、どう取り入れて活用すればよいかと悩んだり、自施設ではなかなか解決しない問題や、今さら聞けないせん妄についての疑問など、一人で解決出来ない問題も多い。

そこで今回、日常の苦慮しているせん妄患者の看護に関する質問を広く募り、せん妄ケア委員会メンバーが一問一答形式で、せん妄ケアの解決策を一緒に考える企画とした。

ぜひ日頃の困りごとや悩み事のお便り・メッセージをお寄せください

---

アドバンス全国セミナー

## [ADS] これであなたもエキスパート！？エキスパート看護師の頭の中を覗き見！！

プランナー:政岡 祐輝(国立循環器病研究センター 医療情報部)、山下 将志(聖マリアンナ医科大学病院 看護部)、山下 雄輔(聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

本アドバンスセミナーでは上述の問題・課題に応えるべく、「これであなたもエキスパート！？エキスパート看護師の頭の中を覗き見！！」と題したセミナーを行う。真正性の高い模擬事例と7つの学習コンセプトを定め、専門看護師や認定看護師などのエキスパート看護師らに、各学習コンセプトにおいて、「どのような行為を行い、その行為に至る思考過程」を教示してもらう。

---

### [ADS-01] [アドバンスセミナー] これであなたもエキスパート!?エキスパート看護師の頭の中を覗き見!!

○政岡 祐輝<sup>1</sup>、山下 将志<sup>2</sup>、山下 雄輔<sup>2</sup> (1. 国立循環器病研究センター 医療情報部、2. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

## [ADS-01] [アドバンスセミナー] これであなたもエキスパート!? エキスパート看護師の頭の中を覗き見!!

○政岡 祐輝<sup>1</sup>、山下 将志<sup>2</sup>、山下 雄輔<sup>2</sup> (1. 国立循環器病研究センター 医療情報部、2. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

キーワード：実践知、エキスパート、学習コンセプト

<プランナー>

国立循環器病研究センター医療情報部 政岡 祐輝

聖マリアンナ医科大学病院 看護部 山下 将志

聖マリアンナ医科大学病院 看護部 山下 雄輔

クリティカルケア領域に従事する看護師は、複雑な状況の中で問題と向き合い、その解決に向けた適切かつ迅速な判断と実践を展開していく能力が求められる。現在、病院・業界団体等で、さまざまな研修・セミナーが開催されており、知識が得られる場は数多くある。COVID-19感染拡大によりオンラインの利活用が加速し、自宅にいながら研修等へ参加でき、WebサイトやYouTubeなど、無料で知識を得られる場も多くある。しかし、知識を得ることができたとしても、その知識を実践に適用し、適切かつ迅速な判断を展開できるわけではない。一方、臨床現場は、慢性的な人手不足、患者ケアが優先される多忙な業務の中で、教育・指導にあてる時間の確保も難しい。このような状況において、長い年月をかけぬ熟達者を目指すのではなく、いかに短期間に必要となる知識やスキルを習得させられるかが組織内人材育成上の課題である。

多くの医療者は、これまでに受けた学校等での教育の影響により「基礎から学び、経験を積み上げていく」という観念が沁みついている。しかし、臨床で対峙する問題を解決するうえで、「基礎」にあたる知識やスキルが何に役立ち、どのように駆使されるのか、その「応用」が示されていない中で、「基礎から学び、経験を積み上げる」という学習プロセスが効果的・効率的とはいえない。この問題は、医療者の教育に関する慣習に加え、「応用」は特定状況に関する経験的な知識で、他人に伝えたりするのが難しい知識（暗黙知）を含んでいることも影響している。

本アドバンスセミナーでは上述の問題・課題に答えるべく、「これであなたもエキスパート!? エキスパート看護師の頭の中を覗き見!!」と題したセミナーを行う。真正性の高い模擬事例と7つの学習コンセプトを定め、専門看護師や認定看護師などのエキスパート看護師らに、各学習コンセプトにおいて、「どのような行為を行い、その行為に至る思考過程」を教示してもらう。

学習コンセプト

全国アドバンスセミナー 模擬事例(PDF)



プラクティスセミナー

[PS1] リークがあったのが無くなった！・・・これ大丈夫？チェストドレーンの安全な管理

---

[PS1-01] [プラクティスセミナー] リークがあったのが無くなった！・・・これ大丈夫？チェストドレーンの安全な管理

○後小路 隆<sup>1</sup> (1. 小波瀬病院 看護部 )

## [PS1-01] [プラクティスセミナー] リークがあったのが無くなった！・・・

### ・これ大丈夫？チェストドレーンの安全な管理

○後小路 隆<sup>1</sup> (1. 小波瀬病院 看護部 )

キーワード：胸腔ドレナージ、ドレーン管理

胸腔ドレナージを行う目的は、胸腔内に貯留した空気や液体(血液,胸水)を体外に排出させ、肺の拡張を促し、再虚脱を防止することです。ICUなどで、胸腔ドレナージが行われる病態には、胸壁の解放創により低換気と低酸素が生じる開放性気胸や損傷部の一方弁によって、空気が胸腔内に流入し排出できず健側肺までもが圧迫されて換気障害が起きる緊張性気胸、穿通性、鈍的外傷に伴う大量血胸や、肺や胸膜の炎症や感染による胸水、胸腔に膿性の胸水が貯留した膿胸などがあります。

病態によって、ドレナージの目的、種類,留置する部位、管理方法は様々ですが、胸腔にドレーンを挿入することで、患者は疼痛を伴い、ADLにも影響します。閉塞、狭窄、故障などの不適切なドレーン管理は、抜去の遅延による障害や合併症、入院期間、生存率にも影響してきます。これらのことから適切な胸腔ドレーン管理は、看護師の重要な役割だと考えます。

今回は、胸腔内の解剖と生理学、胸腔ドレーンのメカニズムと管理のポイントを踏まえた適切なドレーン管理についてお話しさせていただきます。

---

プラクティスセミナー

[PS2] 一歩進んだ早期離床 ベーシック ーととのいました！早期離床のコンディショニング

---

[PS2-01] [プラクティスセミナー] 一歩進んだ早期離床 ベーシック ーととのいました！早期離床のコンディショニング

○鮫島 真奈<sup>1</sup> (1. 東京品川病院 看護部)

## [PS2-01] [プラクティスセミナー] 一歩進んだ早期離床 ベーシック ーととのいました！早期離床のコンディショニングー

○鮫島 真奈<sup>1</sup> (1. 東京品川病院 看護部)

キーワード：早期離床、PICS、PICS-F、ABCDEFバンドル、ICU-AW

「早期離床」

やったほうがいいのはなんとなく知っていて、現場でもやっていますよね。

ただ、学校や臨地実習ではあまり習わない分野です。クリティカルケアに関わるようになってからも、患者さんの病態の把握や技術取得に手いっぱい、勉強が後回しになりがちではありませんか。(私はそうでした)

皆さんも知っている通り、重症だからといって患者さんに安静臥床を強いる必要はありません。むしろ動かさないことによるデメリットがたくさんあります。

ただし、重症だからこそ、患者さんを動かす前の準備が大切です。

鎮痛鎮静、デバイスの管理はもちろん、病態に合わせて適応や開始基準を考えます。患者さんや家族に説明して同意を得ることも大切です。安全に動かすために必要な人員はどれくらいでしょうか。コメディカルとも連携をとっていきます。急変時の備えも必要ですね。

本セミナーのベーシック編では、そもそも早期離床をしたほうがいいのはなぜか？というところから、重症患者さんの離床を進めるにあたって知っていてほしい知識、考えてほしいこと、必要な準備についてお話いたします。

先輩の真似っこや、ルーチンでやっている離床ではなく、自分でリハビリプランを立てて、自信をもって離床を進めていけるようになることを目的としています。

「しっかり準備して、ととのいました…！」では、患者さんを起こしてみましよう。

---

プラクティスセミナー

[PS3] あれ？もういない早期離床 アドバンス

---

[PS3-01] [プラクティスセミナー] あれ？もういない早期離床 アドバンス

○柳田 和之<sup>1</sup> (1. 福岡和白病院 看護部)

## [PS3-01] [プラクティスセミナー] あれ？もういない早期離床 アドバンス

○柳田 和之<sup>1</sup> (1. 福岡和白病院 看護部)

キーワード：早期離床

2018年度診療報酬改定で「早期離床リハビリテーション加算」が新設されたこともあり、「早期離床」がICU入室患者にとって効果がある事だという事は集中治療部で働く看護師にとって、かなり認知されてきているのではないのでしょうか。

ひと昔前まで、大手術や過大侵襲下にある患者は、ベッド上でしばらく安静臥床を強いられていました。その後いざ起きようとする、筋力は低下し、患者の気持ちもなかなか上向かないような状況をよく目にしていました。現在のように、より早期に患者を離床させようという意識は低かったように感じます。そしてそれは大昔のことではなく、ここ10年ほどのように感じています。しかし、どんなに早期離床が効果的だと言われていても、重症患者のリハビリテーションはとても恐怖ですし、気を使いますよね。「より安全に」と考えると、リハビリをしたくないと考えてしまうかもしれません。

そこで、今回の講義を通してそのような看護師を対象に『離床のコツ』をベーシック編に引き続き、出来る限りわかりやすく解説したいと思います。そしてこの講義を聞いた次の日から皆様の現場での行動が少しでも変われることを期待しています。

---

プラクティスセミナー

## [PS4] 輸液療法を理解する！はじめの一步

---

### [PS4-01] [プラクティスセミナー] 輸液療法を理解する！はじめの一步

○小林 奈美<sup>1</sup> (1. 町田市民病院 看護部)

## [PS4-01] [プラクティスセミナー] 輸液療法を理解する！はじめの一步

○小林 奈美<sup>1</sup> (1. 町田市民病院 看護部)

キーワード：輸液療法

日々の臨床現場の中で実施頻度が高い輸液療法ですが、難しい、よくわからないと感じている人も多いのではないのでしょうか。尿量が減ってきた、血圧が下がった、食事が摂れないなど様々な理由で輸液の開始や変更の指示が出ます。また、「ナトリウムが高いからxxに変える」、「嘔吐しているから〇〇にしよう」などの指示変更も耳にします。このような場合、数多くある製剤の中からどんなことを基準に輸液を選択しているのでしょうか？

通常、私たちは食事や水分を経口的に摂取し、不要な水分や電解質などの排泄を調節して生体の恒常性を図っています。体を構成している水分や電解質の分布と輸液の種類を結び付けて理解すると、患者の状態と医師の指示がつながり、どんな時にどんな輸液が必要なのかが見えてきます。大差がない製剤もあれば、根本的に異なる製剤もあります。輸液療法は治療のひとつなので、投与する看護師としてそれにより生じることについても知っておかなくてはなりません。輸液療法の大枠を理解して安全な輸液療法が実施できるように、今回は輸液療法の基本となる考え方や製剤の種類についてお伝えしていきたいと思います。



---

プラクティスセミナー

[PS5] エキスパートはこう考える、輸液管理（循環作動薬）

---

[PS5-01] [プラクティスセミナー] エキスパートはこう考える、輸液管理（循環作動薬）

○伊藤 貴公<sup>1</sup> (1. 平塚共済病院 看護部)

## [PS5-01] [プラクティスセミナー] エキスパートはこう考える、輸液管理 (循環作動薬)

○伊藤 貴公<sup>1</sup> (1. 平塚共済病院 看護部)

キーワード：循環管理、昇圧剤、看護

循環作動薬といっても、さまざまあります。血圧をあげる薬や血圧を下げる薬。心収縮力を強くしたり、血管拡張作用があったりと、使用される薬剤の種類や投与量でさまざまな効果が期待されます。今回は、循環作動薬の中でも「昇圧剤」と言われる薬剤について述べていきます。

昇圧剤といっても、単に血圧をあげることのみが目的ではありません。投与方法によっては血管拡張作用を示すこともあります。代表的な薬剤は「カテコラミン系」と言われる薬剤ですが、血圧をあげることのみを目的にする薬剤はほかにもあります。手術室などで使われることの多いエフェドリンやフェニレフリン、救急の場面で使われることの多いバソプレッシンもあります。これらの薬剤のほとんどは、交感神経の $\alpha$ や $\beta$ に作用し血管抵抗を高めたり、心収縮力を高めたりします。

我々看護師が決して忘れてはいけないことは、これらの薬剤の目的を十分に理解して、正しく、安全に、安定して投与することです。そしてその効果が正しく得られているか、薬剤の作用時間などを意識して観察を続けます。結果、患者の循環が改善し QOLが高まったかを評価できることが、看護として理想なのだと考えます。

---

プラクティスセミナー

## [PS6] 麻酔後合併症と術後疼痛管理の基礎

---

### [PS6-01] [プラクティスセミナー] 麻酔後合併症と術後疼痛管理の基礎

○吉田 奏<sup>1</sup> (1. 聖路加国際病院 麻酔科)

## [PS6-01] [プラクティスセミナー] 麻酔後合併症と術後疼痛管理の基礎

○吉田 奏<sup>1</sup> (1. 聖路加国際病院 麻酔科)

キーワード：術後看護、術後疼痛管理、麻酔合併症

術後患者の合併症は手術と麻酔によるもの到大別される。全身麻酔、脊髄くも膜下麻酔、末梢神経ブロックなど麻酔方法により術後看護師の観察すべきポイントも異なってくる。

例えば、術後持続硬膜外麻酔を行っている患者で、両足に力が入らず動かせないと訴えている場合、何を懸念すべきか。硬膜外麻酔後には、稀だが起こると重篤な合併症の一つに、硬膜外血腫がある。発症後、早期に発見し血腫を除去できれば神経学的な回復が見込まれる。この硬膜外血腫で出現する主症状に下肢筋力低下がある。いつから動かないのか、少し動くようになってきているのか、手術室からの引き継ぎ情報でも必ず確認しなければならないポイントだ。麻酔効果か合併症か、医師と情報共有しながら注意深い観察を要する。

今回のセミナーでは、麻酔に伴う術後合併症の観察項目と対処、術後疼痛管理の基礎的な知識を皆様と共有することで、クリティカルケア領域での術後看護を一緒に考えていきたい。

---

プラクティスセミナー

**[PS7] 挿管してても口腔ケアは大切！**

---

**[PS7-01] [プラクティスセミナー] 挿管してても口腔ケアは大切！**

○井上 智子<sup>1</sup> (1. 京都大学医学部附属病院 看護部)

## [PS7-01] [プラクティスセミナー] 挿管してても口腔ケアは大切！

○井上 智子<sup>1</sup> (1. 京都大学医学部附属病院 看護部)

キーワード：口腔ケア

気管挿管により人工呼吸管理となっている場合、患者の多くは全身状態が悪化し、易感染状態となっている。また口腔機能を使用しないことによる唾液分泌量の低下や、口腔内乾燥に伴う口腔内の自浄作用が低下することにより、口腔内細菌叢の変化が生じる。これにより人工呼吸管理の患者では人工呼吸器関連肺炎（Ventilator-Associated Pneumonia:VAP）が発生する恐れがある。このVAPの合併は死亡率の増加や在院滞在日数延長に影響すると言われており、VAP予防は重要であると考えられる。

口腔ケアによる口腔内への刺激は、唾液分泌量を増加させ、口腔内細菌叢を整えることができる。しかし適切な方法で口腔ケアを行わなければ、口腔内分泌物が気管内へ流れ込みVAPを発生させてしまう。そのため挿管患者の口腔ケアは非常に重要な看護ケアといえる。今回、当院で実施している挿管患者への口腔ケア方法を紹介し、安全で効果的な口腔ケア方法について考えたい。

プラクティスセミナー

[PS8] これだけ知っておけば大丈夫！低体温療法の基本をマスターしよう。

---

[PS8-01] [プラクティスセミナー] これだけ知っておけば大丈夫！低体温療法の基本をマスターしよう

○嶋岡 征宏<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院 看護部)

## [PS8-01] [プラクティスセミナー] これだけ知っておけば大丈夫！低体温療法の基本をマスターしよう

○嶋岡 征宏<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院 看護部)

キーワード：低体温療法、心停止後症候群

心拍再開後には、心停止に伴う全脳虚血や再灌流障害で惹起される脳障害が問題となる。そのため、心拍再開後の限られた時間内に、どれだけ適切な治療を実施できたかということは、神経学的および生命学的予後において非常に重要である。

心停止後症候群（PCAS）に対する代表的な治療の1つとして、低体温療法がある。これは患者の体温を32–34℃の低体温（12-24時間）にすることで、細胞の代謝を抑制し、脳損傷を防ぐことで脳機能を保護するものである。蘇生後の患者に対して低体温療法を実施することで、神経学的な転帰を改善させられる可能性が見出されている。『心肺蘇生』だけでは十分でなく、『脳蘇生』までを含めた包括的な集中治療が必要になってきている。低体温療法は神経学的転帰の改善が期待できる反面、低体温に伴う生理学的変化により、合併症が生じる。安全に低体温療法を実施するためには、低体温療法をすることによる生理学的変化、合併症を十分理解しておく必要がある。

本セミナーでは、低体温療法をこれから経験する看護師を対象に、低体温療法のエビデンスや患者管理に必要な基本的な知識の取得を目標に解説する。



---

プラクティスセミナー

[PS9] 循環管理、はじめの一步 –パラメータから何がみえる？どう活かす？–

---

[PS9-01] [プラクティスセミナー] 循環管理、はじめの一步 –パラメータから何がみえる？どう活かす？–

○石田 幹人<sup>1</sup> (1. 関門医療センター 看護部)

## [PS9-01] [プラクティスセミナー] 循環管理、はじめの一步 –パラメータから何がみえる？どう活かす？–

○石田 幹人<sup>1</sup> (1. 関門医療センター 看護部)

キーワード：循環管理

救命救急センターや集中治療室に入院している患者は、様々な機器に囲まれています。患者を見守るモニタリング機器もその一つです。現在は基本的な循環パラメータである心拍数や血圧に加え、動脈ラインに接続したデバイスから心拍出量や体血管抵抗などのパラメータを得ることができます。過大侵襲を受けた患者の呼吸・循環管理は非常に重要です。患者の循環動態の変化を捉えるために「前負荷」「心収縮力」「後負荷」の評価は、そこに従事する看護師であれば避けて通れません。

「循環動態に注意して！」

クリティカル領域においてこの台詞を聞かない日はありません。経験の浅い看護師や新たに配属された看護師にとって、様々なデバイスから得られるデータを統合、判断することはハードルが高く、苦手に思っている人も多いのではないのでしょうか。この講義では心拍数や血圧、動脈圧波形など循環動態を捉えるために必要な基本的パラメータの解釈、そして看護ケアや報告にどう活かしていくのかを講義していきます。

---

プラクティスセミナー

[PS10] V-V ECMOと V-A ECMOの違いから見える ECMO管理

---

[PS10-01] [プラクティスセミナー] V-V ECMOと V-A ECMOの違いから見える  
ECMO管理

○高田 誠<sup>1</sup> (1. 宇治徳洲会病院 看護部)

## [PS10-01] [プラクティスセミナー] V-V ECMOと V-A ECMOの違いから見える ECMO管理

○高田 誠<sup>1</sup> (1. 宇治徳洲会病院 看護部)

キーワード：ECMO、補助循環

COVID-19に関する報道に接する中で、一般の方でも ECMO(extracorporeal membrane oxygenation)という名称を耳にするようになりました。しかし、ECMOという名称を聞いたことがあっても、ECMOの役割について理解されている方は少ないでしょう。看護師の中でも ECMOに携わった経験がある方も少ないのではないのでしょうか。

ECMO管理は、集中治療の中でもトップクラスに難易度の高いものと考えています。これは、管理を誤ると生命予後に直結するからです。また、ECMOを導入することによって、生理的な呼吸循環動態とは異なった形で生命が維持されることになり、看護をする上で治療に関する十分な把握が重要になります。ECMO管理は難易度が高いといえますが、十分な理解の上、安全に管理することが求められています。

今回は ECMOを、V-V(Venous-Venous) ECMOと V-A(Venous-Artery) ECMOに分けて知識を整理していきます。これら2つの方法の違いと臨床的な棲み分けを確認することでより深く ECMOを理解することができ、観察するポイントが見えてきます。

本セミナーでは、ECMO管理の基本をもとに V-V ECMOと V-A ECMOの違いについてお話ししていきたいと思えます。

---

プラクティスセミナー

**[PS11] もう怖くない！！ CRRT中の観察ポイントとアラーム対応**

---

**[PS11-01] [プラクティスセミナー] もう怖くない！！ CRRT中の観察ポイントとアラーム対応**

○伊藤 朋晃<sup>1</sup> (1. 小倉記念病院 検査技師部工学課)

## [PS11-01] [プラクティスセミナー] もう怖くない！！ CRRT中の観察ポイントとアラーム対応

○伊藤 朋晃<sup>1</sup> (1. 小倉記念病院 検査技師部工学課)

キーワード：血液浄化

持続的腎代替療法（continuous renal replacement therapy; CRRT）は、主に急性腎障害患者に対して蓄積する水分、老廃物除去を目的に行われる。原理としては、血液浄化技術の、拡散、ろ過、吸着でありこれらの原理を装置で制御しながら治療が行われる。設定される項目としては、血液流量、捕液流量、透析液流量、ろ過流量である。装置でモニタされる項目は、入口圧、返血圧、膜間圧力差であり、漏血、脱血ピロー、捕液・透析液はセンサーで監視される。

CRRTにおけるアラームの成因は、ローラーポンプにより発生した過度な陰圧、陽圧への変化であり、頻発するアラームはスタッフ、患者さんともに精神的ストレスの原因となる。他の医療機器とのアラーム対応の違いとして、ポンプ駆動している特性上、正しくアラーム成因を特定し、血液ポンプ回転を再開できるか否かの判断が重要になる。本セミナーでは、観察ポイントを患者側として凝固能、脱血・送血能、回路側では血栓形成、膜凝固にわけて、アラーム成因と原因特定、対応を考察できるようになり、脱血・送血にかかる圧力値を、適切にCRRTが行われているか知覚的に把握できることを目標とする。

---

プラクティスセミナー

[PS12] HFNC はじめの第一歩－基本からケア・ちょっとだけ COVID-19－

---

[PS12-01] [プラクティスセミナー] HFNC はじめの第一歩－基本からケア・ちょっとだけ COVID-19－

○畑中 晃<sup>1</sup>、岡 啓太<sup>2</sup>、前田 倫厚<sup>2</sup> (1. 京都岡本記念病院 診療技術部臨床工学科、2. 京都岡本記念病院 看護部)

## [PS12-01] [プラクティスセミナー] HFNC はじめの第一歩 —基本から ケア・ちょっとだけ COVID-19—

○畑中 晃<sup>1</sup>、岡 啓太<sup>2</sup>、前田 倫厚<sup>2</sup> (1. 京都岡本記念病院 診療技術部臨床工学科、2. 京都岡本記念病院 看護部)

キーワード：HFNC、ハイフローセラピー、高流量システム、COVID-19

HFNCとは、経鼻的高流量酸素療法(High-flow nasal canula oxygen therapy)と称され、原理としては酸素及び圧縮空気配管からガスの供給を受け、ガスブレンダでコントロールした高流量(30-60 L/min)かつ高濃度の酸素(21-100 %)を加温加湿し、鼻カヌラから投与する酸素療法である。酸素療法には、「高流量システム」と「低流量システム」があり、成人の場合30 L/min以上の混合ガスが供給できるものを「高流量システム」と定義されている。この「高流量システム」には、ベンチュリマスクやインスピロンネブライザなどがあるが、この HFNCはそ  
の中で唯一最大 60L/minの高流量を高濃度の酸素(21-100 %)を鼻カヌラから投与可能である。従来の酸素療法と比較して高精度な呼吸管理が行える上に、飲食やコミュニケーションも可能であり、患者の不快感も少なく QOL維持も高い治療法である。本セミナーは、この HFNCの基本的な原理、HFNCの効果、拡大する治療適応、HFNCの使用上の注意点を当院のインシデント事例を交えて示し、HFNC施行時に必要なケアの知識などを中心に紹介する。また昨今世間を騒がす COVID-19に対する HFNCの最新の知見についても少し触れ、我が国では第1・2波の時は untouchableであった COVID-19への HFNCの応用についても考えていければ幸いである。



---

プラクティスセミナー

[PS13] 人工呼吸器グラフィックモニターから見えるケア

---

[PS13-01] [プラクティスセミナー] 人工呼吸器グラフィックモニターから見えるケア

○前田 倫厚<sup>1</sup> (1. 京都岡本記念病院 看護部)

## [PS13-01] [プラクティスセミナー] 人工呼吸器グラフィックモニターから見えるケア

○前田 倫厚<sup>1</sup> (1. 京都岡本記念病院 看護部)

キーワード：呼吸管理、人工呼吸器、グラフィックモニター

医療技術の発展に伴い様々な医療機器が進歩してきた。人工呼吸器も同様に様々な換気モードが提唱されている。それに伴い昨今では人工呼吸器の目的や適応なども多様に変化してきている。その中で看護師はいかに患者さんの苦痛を取り除けるか、日々考慮しケア介入を実施している。また人工呼吸器関連肺障害や人工呼吸器関連肺炎をおこさないためのケアも日々アセスメントをしながら行っている。

このアセスメントの指標となるものには、呼吸数や呼吸状態などフィジカルアセスメントに関するものからSPO<sub>2</sub>やPaO<sub>2</sub>などの数字として示されるものなどがある。これらの情報から最適なものを選択して看護ケアの提供をおこなっている。

その選択肢の中で人工呼吸器から直接得られる指標も多い。代表的なものは換気量や気道内圧などの数字であるが、グラフィックモニターから得られる情報も多い。このグラフィックモニターから患者さんの呼吸状態や苦痛などを知り、呼吸仕事量の軽減をはかれるようケア介入できることもある。そのためには、グラフィックモニターの意味や正常、異常を知ることから考えてみたい。

---

プラクティスセミナー

[PS14]「安全な発声までの道のり」－気管切開患者の声を取り戻そう！－

---

[PS14-01] [プラクティスセミナー]「安全な発声までの道のり」－気管切開患者の声を  
取り戻そう！－

○伊藤 孝博<sup>1</sup> (1. 京都岡本記念病院 リハビリテーション科)

## [PS14-01] [プラクティスセミナー]「安全な発声までの道のり」 一気管切開患者の声を取り戻そう！

○伊藤 孝博<sup>1</sup> (1. 京都岡本記念病院 リハビリテーション科)

キーワード：気管切開、カニューレの管理と選定、カニューレ閉塞、気管切開ラウンド

通常、気管切開術後は適切な呼吸管理がなされ全身状態が安定すれば気管孔を閉鎖し、治療・リハビリを進めていきます。しかし、現在のところカニューレ抜去を含む気管切開管理に関して標準化されたガイドラインやプロトコルは存在していません。目の前で『話せない』ストレスを抱えた患者に医療者の多くが日々悩みながら対応を行っています。また気管切開患者のカニューレ管理は複雑で分かりにくい面もあり、医療者側の時間的、精神的ストレスも多いのが現状と考えます。そのような中では、カニューレの選定や管理方法の理解が非常に重要になってきます。

本セミナーでは、適切なカニューレの選定と管理に必要な観察ポイント、注意事項等を説明します。次に、当院で約一年前から始めた認定看護師(摂食・嚥下障害看護)と言語聴覚士による気管切開患者へのラウンドについて、多職種連携の視点から紹介します。最後に発声の代替手段として電気式人工喉頭、酸素投与による気管カニューレ・サイドライン送気法について簡単に紹介します。

---

プラクティスセミナー

**[PS15] 明日から使えるエコーの見方、活用方法**

---

**[PS15-01] [プラクティスセミナー] 明日から使えるエコーの見方、活用方法**

○齊藤 岳史<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

## [PS15-01] [プラクティスセミナー] 明日から使えるエコーの見方、活用方法

○齊藤 岳史<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

キーワード：エコー（心臓、腹部、表在）、集中治療室

現代の集中治療室において、重症患者様の生命兆候は様々な生体情報モニターからタイムリーに評価が可能となっており、フィジカルイグザミネーションと合わせて、患者様に起きている事象をアセスメントしているかと思えます。重症ケアユニットに従事する看護師の皆様は、見る能力と同じくらい診る能力も必要と感じます。しかし、重症患者様は一元的に説明できない複雑な病態から生命兆候が悪化している事も臨床では認められます。

臨床医は、モニタリングから検出された problem に対し、臨床推論を行う過程でエコーも行っています。エコーは侵襲が低く、多くの情報量を得られるリソースであり、近年では小型化も進み、病棟、外来、在宅領域でも普及し、看護師の実践報告も聞かれます。救急集中治療領域においては、看護師による実践報告例は少なく、発展途上にあると考えます。エコーを使ってどのように評価しているのか、その所見を理解する事で、医師と思考のリンクが可能となり、次にすべきことが理解でき、アクションが早くなる事で患者様への対応もスムーズになります。聖マリアンナ医科大学病院には、診療看護師(Nurse practitioner：NP)27人と特定行為研修修了生3名が在籍し、ER,ICU,HCU一般病棟で、患者様に起こっている様々な problem に対し、身体診察、エコーを使用し診療にあたっております。

今回、救急外来、集中治療室に従事し、日常的にエコーを実践している NP がエコーの所見と明日から使えるエコー技術を解説いたします。今回のセミナーで皆さんのエコーに対する意識が変わり、患者様のために行動変容できれば幸いです。

---

プラクティスセミナー

**[PS16] プロの洗髪はここが違う！！美容師による洗髪の極意**

---

**[PS16-01] [プラクティスセミナー] プロの洗髪はここが違う！！美容師による洗髪の極意**

○石井 貴行<sup>1</sup>、○山口 友香<sup>2</sup>、○清水 太郎<sup>2</sup> (1. 株式会社CLEF、2. 株式会社MIC )

## [PS16-01] [プラクティスセミナー] プロの洗髪はここが違う！！美容師による洗髪の極意

○石井 貴行<sup>1</sup>、○山口 友香<sup>2</sup>、○清水 太郎<sup>2</sup>（1. 株式会社CLEF、2. 株式会社MIC）

キーワード：看護技術、洗髪、美容師

日々、基本的な看護技術として実施している洗髪。毛髪や頭皮に付着している汚れを除去し、痒みや悪臭を除去するとともに、頭皮の血行促進や身だしなみを整えるなど、入院生活を送るうえで欠かせない看護技術のひとつです。

一方、美容業界における洗髪は、対象に違いはありますが、毛髪や頭皮の汚れを除去し生理機能を高める、身だしなみを整えるといった目的では、看護師が行う洗髪と共通する部分も多いように思います。しかしながら、美容師が行う洗髪は、とても心地よく、精神的にも癒され、満足度が高いと感じるのは私だけでしょうか。美容師と看護師が行う洗髪を比較した研究では、美容師が行う洗髪は、看護師が行う洗髪に比べて患者の主観的反応から満足度が高いという報告もあり、美容師が行う洗髪には、対象をより満足させる「何か」があると感じます。

本セミナーは、現役のベテラン美容師を講師としてお招きし、美容師が行う洗髪について、知識、技術はもちろん、その根拠も踏まえながらわかりやすく解説・実演していきます。今までより「ワンランク上」の洗髪を習得するチャンスです。



プラクティスセミナー（共催）

[PS17] 重症患者の褥瘡予防 —今、まさに、EBPが求められる— 共  
催：メンリッケヘルスケア株式会社

---

[PS17-01] [プラクティスセミナー] 重症患者の褥瘡予防 —今、まさに、EBPが求め  
られる—

○南條 裕子<sup>1</sup>（1. 東京大学医学部附属病院 看護部）

## [PS17-01] [プラクティスセミナー] 重症患者の褥瘡予防 ― 今、まさに、EBPが求められる ―

○南條 裕子<sup>1</sup> (1. 東京大学医学部附属病院 看護部)

キーワード：褥瘡予防、EBP

褥瘡は潜在的に予防可能とされていますが、頻繁に発生する有害事象です。

重症患者の褥瘡発生には、生命を脅かす疾患の病態とその治療に伴う合併症が関連しており、呼吸・循環・代謝等の急性機能不全に伴う組織の酸素化・血液灌流・栄養状態の不良に加え、侵襲に伴う生体反応によって生じる皮膚の生理機能や組織耐久性の低下が関与します。重症患者は、生命維持を最優先した治療を受けているという特徴があり、これらの治療は重要臓器を保護する一方、褥瘡発生の引き金にもなります。具体的には、30度以上のヘッドアップは、高い死亡率が報告されている人工呼吸器関連肺炎の予防に推奨されていますが、仙骨部や尾骨部の皮膚に圧迫やずれを生じやすい体位でもあります。鎮痛・鎮静療法や早期経腸栄養法は、侵襲に対するストレス反応の緩和・抑制効果があるとされていますが、鎮痛・鎮静薬の投与は患者の知覚反応や自発的運動を抑制し、また、経腸栄養剤の投与によって頻繁に生じる下痢は、でん部の皮膚に浸軟を生じます。いずれも褥瘡発生の高いリスクとなります。

では、患者の病態や優先される治療に対して、私たち看護師はどこまで対応できるのでしょうか。

コロナ禍にある現在、私たちの看護ケアの提供においては、患者との時間や距離（心理・物理的な側面も含む）に一定の制限があることから、これまで以上に、ケアの効果、効率、安全といった、いわゆる根拠に基づく質の高い実践 = EBP: Evidence-based Practiceが求められています。

本セミナーでは、以上のような背景を踏まえながら、重症患者の褥瘡発生に関する基礎知識と予防のためのEBPの学習の機会を提供します。皆さんの実践の一助としていただきたく思います。

---

プラクティスセミナー（共催）

[PS18] この社会を変えるのは「誰」なのか？ —デジタルリビングウィル  
で守るあなたの意思— 共催：日本電気株式会社

---

[PS18-01] [プラクティスセミナー] この社会を変えるのは「誰」なのか？  
—デジタルリビングウィルで守るあなたの意思—

○荻沼 久美子<sup>1</sup>、峯尾 舞<sup>2</sup>（1. 北原国際病院 看護科、2. 北原国際病院 リハビリテーション科）

## [PS18-01] [プラクティスセミナー] この社会を変えるのは「誰」なのか？

### ーデジタルリビングウィルで守るあなたの意思ー

○荻沼 久美子<sup>1</sup>、峯尾 舞<sup>2</sup> (1. 北原国際病院 看護科、2. 北原国際病院 リハビリテーション科)

キーワード：デジタルリビングウィル、救急医療

想像してください。

ある日、帰宅途中のあなたの目の前で高齢者が転倒し頭部を受傷しました。あなたは救急要請した後、神経所見を確認。明らかな麻痺はみられないが、意識は朦朧としており、名前も生年月日も住所も言えません。所持品からも身元がわかるものはありません。救急隊到着後は、身元不明のため推定年齢と性別だけで病院選定が開始されました。遅れて警察が介入するも、身元不明、高齢者、認知症の疑いという触れ込みで、病院の受け入れが進みません。20分経過後に東京ルールが発動され、司令センター、病院コーディネーター含め病院選定が多方面で始まりましたが、それでも受け入れ先が見つからず、50分経過後に、患者の右半身の動きがなくなり、意識状態は悪化し、左瞳孔が散大し対光反射の消失が確認されました。

上記は日本の救急医療の現場で、すでに起こっていることです。

患者さんがあなたの勤務する病院に搬送されてきたら、医療者であるあなたは何とかして目の前の命を助けたいと思うでしょう。

しかし、あなたは同時に考えなければなりません。

- ・後遺症が残るとしたら、本当に本人は救命を望んでいたでしょうか？
- ・後から連絡がついた家族からは、本人は救命を希望していなかった。勝手に病院がしたことだから治療費は支払わないと言われたらどうしますか？
- ・支払い能力がなければ治療費を全て国は補助してくれますか？
- ・もし亡くなった場合、遺体は誰が引き取りに来てくれますか？

ご存知の通り日本は世界一の高齢社会。今後も少子高齢化が進み近い将来、現行の国民皆保険制度は継続できなくなります。これからの日本で私たちが安心して生きていくためには、新たな仕組みが必要なのです。我々北原グループは持続可能な医療・社会を実現する「八王子モデル」を開発しています。開発中のシステムである、デジタルリビングウィル（以下 DLW）は、個人の意思情報を事前に登録することができるデータベースで、救急医療に必要な情報も含まれているため、患者の病院受け入れ、検査・治療が迅速に行えるようになります。DLWを北原ライフサポート倶楽部（以下 TLS）と連携する事で救急医療が抱える課題だけでなく、高齢社会で起こる様々な課題を解決できる可能性があります。

今回は DLW、TLSの現状と課題、今後の展望についてご紹介します。

---

プラクティスセミナー（共催）

**[PS19] AI音声認識による看護業務の効率化とその効果 共催：株式会社アドバンスト・メディア**

座長:本館 教子(聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

---

**[PS19-01] [プラクティスセミナー] 病棟での AmiVoice活用の工夫と今後の取り組み**

○高井 利奈<sup>1</sup> (1. 前橋赤十字病院 看護部)

**[PS19-02] [プラクティスセミナー] AmiVoiceでスピードアップ  
ー音声入力による看護記録時間短縮への取り組みー**

○小西 香<sup>1</sup> (1. 柏葉脳神経外科病院 人事・総合教育部)

---

プラクティスセミナー（共催）

## [PS19]AI音声認識による看護業務の効率化とその効果 共催：株式会社アドバンスト・メディア

座長:本館 教子(聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

---

### [PS19-01][プラクティスセミナー] 病棟での AmiVoice活用の工夫と今後の取り組み

○高井 利奈<sup>1</sup> (1. 前橋赤十字病院 看護部)

キーワード：音声認識、DPNS看護、時間外労働削減

自院では、2018年6月の新築移転後から iPhoneを活用し様々な業務改善に取り組んでいる。看護部と情報システム課でアプリの検討・検証を実施し、看護師の時間外労働削減目的で音声認識（以下 AmiVoice）を導入した。自部署では、iPhone・AmiVoice担当係を選定し、係が中心となり AmiVoiceの利用推進を図るとともに、病棟年間目標に「AmiVoiceを活用し、効率的に業務を遂行する」を掲げ、病棟全体で取り組む体制とした。係が積極的に利用し、「全員が使用することができる」を月間目標とした。また、毎日行うカンファレンスで AmiVoice を活用して記録することを決定した。自部署は、利用している15部署の中で一番の使用量を誇っているが、毎月の使用者・使用量は偏りがあった。聞き取り調査では、「PCの方が使いやすい、誤入力の訂正が大変、フリック入力している」などの意見があった。課題はあるが、月に1人1回は利用することや、DPNSペア看護師の1人に利用してもらうなど、継続的に取り組んでいる。利用しているスタッフからは、「音声の方が楽、慣れれば使いやすい」などの意見が聞かれている。時間外削減との関連は課題であり、今後も効率的に看護業務を遂行するためのツールとして、積極的に活用していきたい。

《視聴後アンケート》

<https://questant.jp/q/X3ACA7L9>



URL、QRコードのどちらからでも入力いただけます。

---

プラクティスセミナー（共催）

## [PS19]AI音声認識による看護業務の効率化とその効果 共催：株式会社アドバンスト・メディア

座長:本館 教子(聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

---

### [PS19-02][プラクティスセミナー] AmiVoiceでスピードアップ ー音声入力による看護記録時間短縮への取り組みー

○小西 香<sup>1</sup> (1. 柏葉脳神経外科病院 人事・総合教育部)

キーワード：音声入力、看護記録時間の短縮

看護の働き方改革を考えるうえで看護記録業務の負担は解決すべき大きな課題である。当院ではその解決策として、電子カルテへの記載を音声入力にすることで業務負担軽減を目指すこととした。音声入力のシステムとして、アドバンスト・メディア社 AmiVoiceを2019年12月に導入。使用を呼びかけたもののほとんど普及しない状態だった。理由として「スマホに向かって一人で話しかけているのが恥ずかしい」「忙しいのに新しいことに取り組むのは面倒」「スマホやパソコン操作が苦手」等の声が聞かれた。そこで先行導入施設で成功事例を報告されていた聖マリアンナ医科大学病院に指導と助言をお願いすることとなった。同院でも導入当初は全く同じ状況で苦労したことを伺った。指導をもとに当院では、まず導入前の勤務実態の把握を開始し、次いで興味を持つ看護師を絞り込み使用してもらい、取り組み4ヶ月目で導入前後の勤務実態の変化を評価することとした。習熟した看護師で看護記録に要する時間が、急性期病棟で20分、亜急性期病棟で60分短縮されていることがわかり、その手ごたえを感じている。また、取り組みに対し前向きな意見が聞かれるようになり、全体への普及が期待される。

《視聴後アンケート》

<https://questant.jp/q/X3ACA7L9>



URL,QRコードのどちらからでも入力いただけます。

プラクティスセミナー（共催）

[PS20] デジタル化で変わる看護ケア！？睡眠が“見える化”されて分かった  
新たな気づき 共催：パラマウントベッド株式会社

---

[PS20-01] [プラクティスセミナー] デジタル化で変わる看護ケア！？  
睡眠が“見える化”されて分かった新たな気づき

○武田 理香<sup>1</sup>、○清水 美紀<sup>1</sup>（1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部）



プラクティスセミナー（共催）

## [PS20]デジタル化で変わる看護ケア！？睡眠が“見える化”されて分かった 新たな気づき 共催：パラマウントベッド株式会社

### [PS20-01][プラクティスセミナー] デジタル化で変わる看護ケア！？ 睡眠が“見える化”されて分かった新たな気づき

○武田 理香<sup>1</sup>、○清水 美紀<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

Keywords:睡眠センサー、アセスメント、非接触モニタリング、呼吸モニタリング、活動量、眠りSCAN

「〇〇号室のAさんが急変です！」

急性期外科病棟では、ICUのように全患者にベッドサイドモニターがないので、日々のモニタリングとアセスメントは非常に重要だ。パラマウントベッド社の睡眠センサー「眠りSCAN®」はマットレスの下に敷くシート状の患者非接触センサーで、得られた情報をステーションのPCモニタで閲覧することができる。呼吸数・心拍数も同時に長期・連続的に取得ができることから活用価値があると考えられ、クリティカルケアを必要とするA病院外科病棟において運用した結果を報告する。

まず、私たちは、患者の現在状態（睡眠中・覚醒中・離床）や蓄積された過去の睡眠/呼吸/心拍の推移を示す睡眠日誌を利用した。次に、睡眠状態と同時に取得できる呼吸数・心拍数の推移を定量的に評価した。その結果、患者が訴えられない苦痛や精神状況を把握することができ、看護師の通常の観察とは違う気づきを得られた。

睡眠の質の低下によるせん妄の発症や離床中のインシデントは、入院日数延長や予後不良のリスクとなる。眠りSCAN®は、入院中の安全確保とQOLの維持、在宅期を見据えたケアを提供するうえでも重要なアセスメントツールとなることが示唆された。

【視聴後アンケート】

<https://media.paramount.co.jp/entryform030-nemuriscan202107/>



プラクティスセミナー（共催）

[PS21] COVID-19患者受け入れを経験して（呼吸管理を中心に） 共  
催：コヴィディエンジャパン株式会社

---

[PS21-01] [プラクティスセミナー] COVID-19患者受け入れを経験して（呼吸管理を  
中心に）

○五十嵐 義浩<sup>1</sup>（1. 聖マリアンナ医科大学病院 クリニカルエンジニア部）

## [PS21-01] [プラクティスセミナー] COVID-19患者受け入れを経験して (呼吸管理を中心に)

○五十嵐 義浩<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 クリニカルエンジニア部)

キーワード：呼吸管理

### 【背景】

当院では、COVID-19感染患者が日本で確認された当初からマニュアルやエビデンスもない中、重症患者の受け入れを行ってきた。現在では、各種ガイドラインから提言されている内容を元に、各病院で様々な工夫をし、COVID-19に対する呼吸管理や対策を行っていると思われる。本ランチョンセミナーでは、当院での経験を元に、COVID-19感染患者に対する臨床工学技士としての経験を含めた、ガイドラインやエビデンスに基づいた対策・呼吸管理と実際の臨床現場での対策・呼吸管理について説明を行う。

『臨床現場での COVID-19に対する対策』として、災害モードでの多職種の『情報共有』は必須であり、当院では医療情報通信アプリ JOIN(アルム(株))や遠隔モニタリングのような様々なデバイスを活用し、迅速な対応を求められる中、災害拠点病院としての役割を果たしてきた。

COVID-19肺炎による『感染対策』は、慣れない環境下のもと、感染対策をしながら個人用防護具 (Personal Protective Equipment) 着脱やゾーニングを行っており、受け入れ当初より、日々変化している。また、『院内での取り決め』で、人工呼吸器を管理するにあたり特に重要となったのは、ME機器全般の清拭を含めた管理方法、患者移動、閉鎖式吸引の交換、人工呼吸器回路交換の方法は、多職種で関わり決定した事項であり、その方法を説明する。

COVID-19肺炎患者に関する『呼吸管理』では、病態に応じた COVID-19肺炎患者の臨床症状にも特徴があり、アセスメントが重要である。呼吸管理の中で、挿管前に『高流量酸素療(High Flow Nasal Canula)』を使用する施設も出てきており、適応や取扱いも施設により使用機会が異なるため、その使用基準や認識も様々で、文献をもとに、当院での見解を内容に示す。

また、COVID-19『肺炎のタイプ』には、Type Lと Type Hがあり、挿管後の呼吸管理では、患者の過度な自発呼吸の出現により引き起こされる、P-SILI (Patient self-inflicted injury自発呼吸誘発肺障害)を予防することが、COVID-19の呼吸管理に有用とされており、通常の『肺保護換気による呼吸器設定方法』の他に、食道内圧を用いた『経肺圧測定』や『閉塞圧(P0.1)測定』をすることで、自発呼吸の強さの指標に用いる方法があり、当院での症例をもとに症例提示をおこなう。さらに、COVID-19重症症例では、酸素化改善のために、『腹臥位療法』『人工心肺装置 ECMO (Extracorporeal Membranous Oxygenation:体外式膜型人工肺)』が用いられ、呼吸管理で重要な方法の1つである。

これらの COVID-19患者を受け入れにあたり、当院での経験したこと、特に呼吸管理に関して、最新の論文や当院の経験をもとに説明を行う。

プラクティスセミナー（共催）

[PS22] ICUにおける COVID-19呼吸療法・感染対策と看護のジレンマ－  
ICTの考え、現場の気持ち－ 共催： Fisher &Paykel  
Healthcare株式会社

---

[PS22-01] [プラクティスセミナー] ICUにおける COVID-19呼吸療法・感染対策と看護のジレンマ－ ICTの考え、現場の気持ち－

○伊藤 雄介<sup>1</sup>、○宮本 真奈美<sup>2</sup>（1. 兵庫県立尼崎総合医療センター 小児救急集中治療科、小児感染症内科、2. 兵庫県立尼崎総合医療センター 看護部）

## [PS22-01] [プラクティスセミナー] ICUにおける COVID-19呼吸療法・感染対策と看護のジレンマ — ICTの考え、現場の気持ち —

○伊藤 雄介<sup>1</sup>、○宮本 真奈美<sup>2</sup> (1. 兵庫県立尼崎総合医療センター 小児救急集中治療科、小児感染症内科、2. 兵庫県立尼崎総合医療センター 看護部)

キーワード：COVID-19、新型コロナウイルス、感染対策

「やりたい看護ができないことは、感染の心配よりストレスです」

第1波が終わろうとしていたある日、ICUのスタッフから ICTが言われた言葉である。当院は県内における COVID-19診療の重点基幹病院として、中等症から重症患者を中心に2020年春より患者を受け入れてきた。ICUでの COVID-19感染対策は非常に難しい。人工呼吸器やハイフローセラピーなどいわゆるエアロゾル発生手技と呼ばれる各処置、腹臥位管理や呼吸リハビリなど多くのスタッフを必要とするケア、スタッフや処置が多いがゆえに足りなくなる PPEなど、様々な問題を抱えていた。

そのような中で当初 ICTとしては“なるべく最小限の人と処置で”を軸に感染対策を決めていった。確かに ICTの使命は「スタッフを感染させないこと」である。しかし、そのことばかりを考えていたため、従来おこなっていた治療やケアが提供できていないことがあった。そしてそれは、実はスタッフのストレスにもなっていたのである。

ICUにおける COVID-19の感染対策は難しい。しかし、COVID-19の診療を継続するなかで、気をつけるべき点とそうでない点がわかってきたのも事実である。本講演では、感染症内科の医師と集中治療室の看護師の2名でお話をさせて頂く。最初に ICTの立場からこの1年でわかってきたいくつかのエビデンスと当院の集中治療室における感染対策をお話する。その後、看護師の立場から“感染対策と看護のジレンマ”について、現場で何が起こっていたのか、それをどう乗り越えていったのかをお話したい。本講演が各施設の集中治療室における感染対策の見直しに役立てていただき、“患者が必要としている”“スタッフが提供したい”ケアを行うきっかけになればと思っている。

---

プラクティスセミナー（共催）

[PS23] 急性期重症患者の新・褥瘡予防戦略 共催：株式会社 照林社

---

[PS23-01] [プラクティスセミナー] 急性期重症患者の新・褥瘡予防戦略

○志村 知子<sup>1</sup>（1. 日本医科大学付属病院 看護部）

## [PS23-01] [プラクティスセミナー] 急性期重症患者の新・褥瘡予防戦略

○志村 知子<sup>1</sup> (1. 日本医科大学付属病院 看護部)

キーワード：創傷管理、褥瘡、予防

2002年に施行された「褥瘡対策未実施減算」を皮切りに、これまでわが国では診療報酬制度に基づいた総合的な褥瘡対策が実施されてきました。それにより、国内の褥瘡有病率は低下の一途を辿りましたが、大学病院に焦点を絞ってこの10年間における褥瘡有病率ならびに推定発生率を振り返ってみると、実際にはその低減率に低迷を認めているのが現状です。その要因として、褥瘡ハイリスク患者に対する褥瘡予防ケアが未だ十分に確立していないことが挙げられます。

褥瘡ハイリスク患者の多くは集中治療の対象となる急性期重症患者です。また、2006年に施行された「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定要件に該当するものも、その殆どが急性期重症患者です。つまり、診療報酬制度によって重点的な褥瘡対策が講じられてもなお、褥瘡発生率が低減しない集中治療領域の現状は大きな問題であると考えられます。

急性期重症患者の褥瘡発生率を低減させるという大きな課題に対し、求められるのは「確実な効果をもたらす褥瘡予防対策」です。そこで、このセミナーでは、現行の看護ケアでは発生を防ぐことが困難な褥瘡を予防するための新・褥瘡予防戦略について考えてみたいと思います。

プラクティスセミナー（共催）

[PS24] 科学的視点で考える睡眠薬の適正使用 – VUCAな世の中だからこそ  
睡眠薬の適正使用を始めてみよう – 共催：エーザイ株式会社

---

[PS24-01] [プラクティスセミナー] 科学的視点で考える睡眠薬の適正使用  
– VUCAな世の中だからこそ睡眠薬の適正使用を始めてみよう –

○加藤 豊範<sup>1</sup>（1. 小林記念病院 診療技術部薬剤科）



## [PS24-01] [プラクティスセミナー] 科学的視点で考える睡眠薬の適正使用 — VUCAな世の中だからこそ睡眠薬の適正使用を始めてみよ う—

○加藤 豊範<sup>1</sup> (1. 小林記念病院 診療技術部薬剤科)

キーワード：睡眠薬の適正使用、睡眠薬と転倒、薬剤経済、睡眠薬と薬剤性嚥下障害、フォーミュラリ

2019年12月に新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)感染症(COVID-19)が世界に出現し、世界は劇的に変化しました。仕事、買い物、健康管理など人々の行動様式も劇的に変化しました。このような時代において、「VUCA」という言葉が注目を集めている。「VUCA」とは、Volatility(変動性)、Uncertainty(不確実性)、Complexity(複雑性)、Ambiguity(曖昧性)の頭文字をつなぎ合わせた造語である。要約すると、環境が目まぐるしく変化し、予測が困難な現在の社会となる。VUCAな時代に必要な能力は、組織で顕在化していない本質的な課題を見つけ、問題の解決策をいち早く提案、実行できることである。

一方で、向精神薬の多剤併用の抑止を目的に、2012年から数回にわたり診療報酬改定が行われ、一定の成果を上げた。今後は診療報酬改定による誘導に加え、各医療機関が睡眠薬の適正使用に取り組んでいく必要がある。

小林記念病院(以下、当院)は、回復期機能を主体とした地域密着型の在宅療養支援病院である。2016年の当院入院患者の約35%は睡眠薬等の向精神薬を内服し、睡眠薬による転倒も多く睡眠薬の適正使用がなされていなかった。そこで、薬剤師が中心となり睡眠薬の適正使用を目的に、1)睡眠薬と転倒の関連性、2)睡眠薬と転倒の薬剤経済、3)睡眠薬と薬剤性嚥下障害の関連性を科学的視点で解析を行った。その解析結果を睡眠薬のフォーミュラリという形で院内啓発を行い、睡眠薬の適正使用に努めている。

本シンポジウムでは、不確実な VUCA時代において、問題の解決策を提案し、実行してきた睡眠薬の適正使用の中で、「睡眠薬と転倒の関係」、「薬剤経済の視点から見た睡眠薬のコストパフォーマンス」、さらには「睡眠薬による薬剤性嚥下障害」について紹介したい。さらに、睡眠薬をはじめとしたフォーミュラリの作成の有用性も併せて紹介したい。

プラクティスセミナー（共催）

[PS25] 送電線の電磁波って危ないの？－ WHOの見解を紹介します－ 共催：一般財団法人 電気安全環境研究所電磁界情報センター

---

[PS25-01] [プラクティスセミナー] 送電線の電磁波って危ないの？－ WHOの見解を紹介します－

○大久保 千代次<sup>1</sup>、木下 浩一<sup>1</sup>（1. 一般財団法人電気安全環境研究所電磁界情報センター）

## [PS25-01] [プラクティスセミナー] 送電線の電磁波って危ないの？－ WHOの見解を紹介します－

○大久保 千代次<sup>1</sup>、木下 浩一<sup>1</sup> (1. 一般財団法人電気安全環境研究所電磁界情報センター)

キーワード：電磁波、健康影響、WHO

近年、個人あるいは事業目的による電磁界（電磁波）発生源の増加やその形態の多様性には眼を見張るものがある。これらの技術は我々の生活をより便利に、より快適にする一方、電気を使えば必ず電磁界が発生し、その健康影響に関する国民の不安は少なくない。1996年に開始した、WHO（世界保健機関）の国際電磁界プロジェクト（International EMF Project）は、静（Static, 0 Hz）、超低周波（ELF; extremely low frequency, >0-300 Hz）、中間周波（IM; intermediate frequency, 300 Hz-10 MHz）、無線周波（RF; radiofrequency, 10 MHz-300 GHz）の各電磁界（EMF; electromagnetic fields）の健康リスクを行うことを目的としている。

WHOはこれまでに、静電磁界および100kHzまでの低周波電磁界の健康リスク評価を終了し、高周波電磁界のリスク評価は2018年以降に行う予定である。講演では、① WHOの健康リスク評価手法、②2007年に発行された低周波電磁界に関する環境保健クライテリア238、③ WHOのリスク評価を受けて、ICNIRP（国際非電離放射線防護委員会）が2010年に発行した新たなばく露防護ガイドライン、④商用周波磁界ばく露の小児白血病への寄与リスク等について説明したい。

（参考資料）

1. WHO International EMF Project web site: [www.who.int/peh-emf](http://www.who.int/peh-emf)
2. ICNIRP: <http://www.icnirp.org/>
3. EHC (2007), Environmental Health Criteria 238, ISBN 978-92-4-157238-5
4. WHO (2007) - Fact Sheet N°322（現在は Backgrounder June 2007）: <http://www.who.int/peh-emf/publications/factsheets/en/>
5. ICNIRP (2010) Guidelines for Limiting Exposure to Time-Varying Electric and Magnetic Fields (1 Hz - 100 kHz). Health Physics 99(6):818-836

—  
2005年 WHOジュネーブ本部 WHO国際電磁界プロジェクト サイエнтиスト  
2008年 一般財団法人電気安全環境研究所 電磁界情報センター 所長  
2014年 電波の日 総務大臣表彰  
2015年 瑞宝小綬章

プラクティスセミナー（共催）

[PS26] 全てに繋がる「栄養管理」（ベーシック編） 共催：ネスレ日本株式会社

---

[PS26-01] 全てに繋がる「栄養管理」（ベーシック編）

○森 みさ子<sup>1</sup>（1. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 看護部）

## [PS26-01] 全てに繋がる「栄養管理」(ベーシック編)

○森 みさ子<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 看護部)

キーワード：栄養管理、早期経腸栄養、重症患者、必要量の算出

重症患者が低栄養を合併すると人工呼吸器装着期間が延長し、合併症、死亡率が上昇します。これを回避するために入院後48時間以内の経腸栄養を開始することが推奨されていますが、適正な量を投与する必要があります。皆さんは、必要量に対する過不足を見極められるでしょうか。経腸栄養を患者に投与するのは多くの場合看護師です。私は、われわれ看護師が適正な投与量を見極めて患者にあった栄養管理を提案できれば、救える命が増えると信じています。

本セッションでは、栄養療法の基本について、簡単な計算を含めて、超わかりやすくレクチャーします。

急性期の患者の必要量(熱量、タンパク質量)は？

急性期の患者に適した栄養剤ってあるの？

持続投与中のリハビリってどうなの？

タンパク質とアミノ酸ってどう違うの？ などなど・・・

「今さら聞けない・・・」と思っている方や、「栄養が苦手」と感じている方、大歓迎です！  
超初学者向けのセミナーですので是非ご参加ください！

---

プラクティスセミナー（共催）

[PS27] 重症患者の栄養管理とケア（アドバンス編）－回復へと導く栄養管理－ 共催：ネスレ日本株式会社

---

[PS27-01] [プラクティスセミナー] 重症患者の栄養管理とケア（アドバンス編）－回復へと導く栄養管理－

○清水 孝宏<sup>1</sup>（1. 日本看護協会 看護研修学校）

## [PS27-01] [プラクティスセミナー] 重症患者の栄養管理とケア（アドバンス編）—回復へと導く栄養管理—

○清水 孝宏<sup>1</sup>（1. 日本看護協会 看護研修学校）

キーワード：栄養管理、重症患者

患者が重症であればあるほど、回復には時間を必要とします。からだが元の状態に戻ろうとする治癒力を引き出すのが我々クリティカルケアナースの役割です。回復するまでの時間を一緒に過ごすなかで様々な合併症が回復を妨げます。最も合併症として重要なのが感染性合併症です。また筋力低下も回復後の日常生活に支障をきたします。重症患者の栄養管理は早期栄養開始による感染症合併予防と適切なタンパク投与による筋力低下予防に貢献している可能性があります。患者は個々、年齢や体格、原疾患や併存疾患の存在、患者の栄養補給時の耐性など同じ栄養管理では対応できないやや複雑な管理が要求されます。複雑な管理が要求されるのは栄養だけではなく、人工呼吸ケアや鎮静・鎮痛、せん妄、リハビリテーション、家族ケアなどもあります。このような複雑な絡み合った糸を解くように丁寧な患者ケアを行った先に患者の回復があり、私たちのやりがい感のようなものがあるのではないのでしょうか。

本プラクティスセミナーでは重症患者の栄養管理とケアについて最新のトピックスも入れながら回復へと導くための栄養管理についてご聴講のみなさまと共有できればと考えております。

---

オンタイムセッション ハンズオンセミナー

## [HS3] ICU面会について考える –制限の中でできること–

---

### [HS3-01] ICU面会について考える –制限の中でできること–

○辻本 雄大<sup>1</sup>、○上野 沙織<sup>2</sup>、○須賀 麻由里<sup>3</sup> (1. 奈良県立医科大学附属病院 看護部、2. 神戸市看護大学 看護学部、3. 名古屋第二赤十字病院 看護部)



オンタイムセッション ハンズオンセミナー

## [HS3]ICU面会について考える –制限の中でできること–

参加申し込み

### [HS3-01]ICU面会について考える –制限の中でできること–

○辻本 雄大<sup>1</sup>、○上野 沙織<sup>2</sup>、○須賀 麻由里<sup>3</sup> (1. 奈良県立医科大学附属病院 看護部、2. 神戸市看護大学 看護学部、3. 名古屋第二赤十字病院 看護部)

キーワード：ICU面会

PICS /PICS-Fの予防として、面会制限緩和・自由化が活発に議論される一方で、医療者不在時の容態急変や十分なスペース確保の困難など、環境整備は容易ではなく、単純に制限緩和・自由化を推進できない現状がある。また、ICUダイアリーのような取り組みの有効性についても、議論が尽きない。このように、ICUに入室する重症患者の家族とのコミュニケーションのあり方は、施設の特性やICUの運用方針などに左右されやすく各施設の状況も影響する課題でもある。

このような状況の中でも、医療者は組織の特徴に合わせながら積極的に家族とのコミュニケーションがとれるよう、工夫して面会のあり方に取り組んでいると思われる。ガイドラインのような統一したケア方針は立てにくいものの、同様の状況下にある施設同士では実践知の共有が可能なのではないかと考えた。

本セッションでは、①面会可能者の条件がある場合、②面会の時間制限がある場合、③新型コロナウイルス患者への面会の場合、の3テーマを設定し、それぞれの経験が共有できるようディスカッションをメインとしたICU面会を考える機会を提供する。

#### 《参加登録》



オンタイムセッション ハンズオンセミナー

## [HS4] 明日から活かせる ECMO看護の実際

座長:石川 幸司(北海道科学大学 保健医療学部)

参加申し込み

---

### [HS4-01] 明日から活かせる ECMO看護の実際

○市村 健二<sup>1</sup>、○栗原 知己<sup>2</sup> (1. 獨協医科大学病院 看護部、2. 札幌市立大学 看護学部)

オンタイムセッション ハンズオンセミナー

## [HS4]明日から活かせる ECMO看護の実際

座長:石川 幸司(北海道科学大学 保健医療学部)

参加申し込み

### [HS4-01]明日から活かせる ECMO看護の実際

○市村 健二<sup>1</sup>、○栗原 知己<sup>2</sup> (1. 獨協医科大学病院 看護部、2. 札幌市立大学 看護学部)

キーワード: ECMO

COVID-19の世界的な流行によって、Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) 治療への期待やニーズが高まっています。これまでECMO治療を積極的に行ってきた施設のみならず、そうでない施設においてもECMO患者の看護にあたる機会が増えているのではないのでしょうか。また、そのような状況下において十分な学習やトレーニングがままならず不安を抱えながら看護に当たっている方も多いのではないのでしょうか。

ECMO治療には、静脈から脱血し、動脈に送血する(Veno arterial: VA)方法と静脈から脱血し、静脈に送血する(Veno venous: VV)方法の大きく分けて2通りの方法がありますが、同じECMOと呼んでも、この2つは管理の目的が大きく異り、考えるポイントや、観察点も異なってきます。参考書などにおいては一般的な観察ポイントが挙げられていますが、実践の中で何を考えどう判断していくのかについてはあまり述べられていないのではないのでしょうか。

本セミナーでは、ECMO看護を事例で紹介するだけでなく、補助循環として何を補助しているのか、病態から看護診断までの思考について、ECMO看護のビギナーの方にもわかりやすい内容で参加者の皆様と考えていきたいと思えます。

#### 《参加登録》



---

オンタイムセッション ハンズオンセミナー

## [HS5] あるある事例で考える VAE予防ケア

---

### [HS5-01] あるある事例で考える VAE予防ケア

○松本 誉伸<sup>1</sup>、○岡 啓太<sup>2</sup>、○前田 倫厚<sup>2</sup> (1. 武田病院 看護部、2. 京都岡本記念病院 看護部)

オンタイムセッション ハンズオンセミナー

## [HS5]あるある事例で考える VAE予防ケア

参加申し込み

### [HS5-01]あるある事例で考える VAE予防ケア

○松本 誉伸<sup>1</sup>、○岡 啓太<sup>2</sup>、○前田 倫厚<sup>2</sup> (1. 武田病院 看護部、2. 京都岡本記念病院 看護部)

キーワード：VAE予防ケア

クリティカルケアの領域で人工呼吸器関連肺炎（以下、VAP）は最も発生頻度の高い院内感染であり、合併した患者はさまざまな不利益を被ることになる。VAPサーベランスは評価者の経験に頼らざるを得ない項目があるなど、運用上の難しさが指摘されており、人工呼吸器関連イベント（以下、VAE）サーベランスの概念が新たに提唱された。

VAEは、人工呼吸器装着によりいったん安定、あるいは改善した呼吸状態が悪化するという合併症に対するサーベランスに焦点を当てたものである。VAP予防バンドルを遵守するとVAPの発生率は低下するが、VAEの低減につながるというエビデンスは示されていない。

VAP予防であれ、VAE予防であれ、人工呼吸器管理は早期に離脱することがゴールドスタンダードのケアになる。一方で、重症患者看護の場面では離脱困難な状況や判断が難しくなる状況に出会うことも多いだけでなく、VAPやVAE予防の観点だけで人工呼吸器の離脱を急ぎ過ぎてしまうと、逆に患者の状態を悪化させることもある。このように、人工呼吸器装着中の患者の看護は、人工呼吸器管理の知識だけでなく、患者背景を踏まえた統合的なアセスメントが求められる。

そこで、本セッションでは、人工呼吸器離脱の可否について悩むあるある事例を通して、ディスカッションをメインにしたワークから、VAEを予防するための看護実践について学ぶ機会を提供する。

#### 《参加登録》



オンタイムセッション ハンズオンセミナー

## [HS6] すぐ実践！失敗しない早期離床を進めるためのコツ

参加申し込み

---

### [HS6-01] [ハンズオンセミナー] すぐ実践！失敗しない早期離床を進めるためのコツ

○市川 毅<sup>1</sup> (1. 東海大学医学部附属病院 リハビリテーション技術科)

オンタイムセッション ハンズオンセミナー

**[HS6]すぐ実践！失敗しない早期離床を進めるためのコツ**

参加申し込み

**[HS6-01][ハンズオンセミナー] すぐ実践！失敗しない早期離床を進めるためのコツ**○市川 毅<sup>1</sup> (1. 東海大学医学部附属病院 リハビリテーション技術科)

キーワード：早期離床、リハビリテーション、Early mobilization

集中治療領域における早期離床および早期運動（Early mobilization）は、早期リハビリテーションの核となるプログラムである。また、本邦では平成30年度の診療報酬改定にて、特定集中治療室（ICU）における早期離床・リハビリテーション加算が新設され、早期離床に対する注目度が高まっている。近年の報告（Lancet 2009;373:1874-82, Intensive Care Med 2017;43:171-83, Cochrane Database Syst Rev 2018;3:CD010754, BMJ Open 2018;8:e019998）によると、ICUにおける早期離床および Early mobilizationは、ICU-acquired weakness（ICU-AW）やせん妄の予防・改善、ICU退室時の筋力の改善、ならびに退院時のADL機能的自立度の改善効果が示されている。しかし、実際には離床に向けた準備の不十分さやアセスメント不足によって、離床の失敗につながる場合もある。また、本邦では高齢化が進んでおり、早期離床へのアプローチがさらに難渋化している側面がある。本セミナーでは、ICU患者の早期離床を成功に導くために、ポジショニングやコンディショニングをはじめとした準備段階から離床までのポイントについて、明日からの臨床にすぐ実践できる内容を提供したい。

## 《参加登録》



---

オンタイムセッション ハンズオンセミナー

**[HS7] 特定看護師が実践する明日から活かせるケアのコツ –N P P V–**  
参加申し込み

---

**[HS7-01] 特定看護師が実践する明日から活かせるケアのコツ –N P P V–**

○藤田 勇介<sup>1</sup> (1. 静岡済生会総合病院 看護部)



オンタイムセッション ハンズオンセミナー

**[HS7]特定看護師が実践する明日から活かせるケアのコツ –N P P V –**  
参加申し込み**[HS7-01]特定看護師が実践する明日から活かせるケアのコツ –N P P V –**○藤田 勇介<sup>1</sup> (1. 静岡済生会総合病院 看護部)

キーワード：N P P V、特定看護師

NPPV(Non invasive Positive Press Ventilation)療法は、侵襲的気道確保せずマスクを介して換気を行う呼吸療法である。急性期・慢性期を問わず、使用場所は多岐に渡っている。近年では様々な病態に対してNPPVの有用性が示されており、集中治療領域でも呼吸管理に多用される。NPPVにおける看護師の役割は、患者の苦痛を最小限に抑えつつ、安全にNPPVを実施することである。さらに厚生労働省が認める特定行為の1つになったことで、その役割はさらに大きくなっている。具体的には、適切なマスクフィッティング、呼吸状態の観察と判断、その判断を踏まえた適切な設定の提案などが挙げられる。本セミナーでは、NPPV装着におけるケアのコツや注意点、特定行為の実際などを踏まえて、参加者とインタラクティブにディスカッションを行うことで理解を深め、明日から活かせるようなケアを提案する。

## 《参加登録》



---

オンタイムセッション ハンズオンセミナー（共催）

**[HS1] 陰部清拭用ワイプシート 腹腔内圧測定用デバイス 便失禁ケアシステム 共催：株式会社メディコン**

座長：道又元裕（Critical Care Research Institute 代表）

《リクエストフォーム》

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=fObDIC2eAEimt2Ndl4ghZfZZeHnTo8dOgWgFejyp0pZUNFdKMTBDTIRFNUJKTDZEWTk1QTVOTDIRMC4u>

---

**[HS1-01] [ハンズオンセミナー] 陰部清拭用ワイプシート「ピュレル<sup>®</sup>シュアステップ<sup>™</sup>ペリケア」の使用方法**

○露木 菜緒<sup>1</sup>（1. Critical Care Research Institute）

**[HS1-02] [ハンズオンセミナー] IAP上昇をどう察知していますか？ 腹腔内圧測定用デバイス「バード<sup>®</sup> IAPモニタリングデバイス」の使用方法**

○藤野 雄大<sup>1</sup>（1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部）

**[HS1-03] [ハンズオンセミナー] 便失禁ケアシステム「バード<sup>®</sup>ディグニシールド<sup>®</sup>」の使用方法**

○中山 麻実<sup>1</sup>（1. 獨協医科大学病院 看護部）

---

オンタイムセッション ハンズオンセミナー（共催）

## [HS1]陰部清拭用ワイプシート 腹腔内圧測定用デバイス 便失禁ケアシステム 共催：株式会社メディコン

座長：道又元裕（Critical Care Research Institute 代表）

参加申し込み

---

### [HS1-01][ハンズオンセミナー] 陰部清拭用ワイプシート「ピュレル® シュアステップ™ペリケア」の使用方法

○露木 菜緒<sup>1</sup> (1. Critical Care Research Institute)

キーワード：陰部清拭用ワイプ

陰部清拭用ワイプシートとは、従来の微温等とボディソープを使用した陰部洗浄方法に代わる「拭き取り」で陰部洗浄を行うためのワイプシートである。クリティカルケア領域では特に尿道留置カテーテルを使用している患者も多く、日常の看護ケアとして陰部洗浄を行う頻度は高いが、物品準備から処置、使用した物品の後片付けまでを考えると、その業務に多くの時間と労力が掛かっていると考えられる。また、カテーテル関連尿路感染症の観点からは洗浄水の飛沫や洗浄ボトルの使いまわしなど、注意すべき点は多い。加えて洗浄の処置後は皮膚保護のために保湿クリームの塗布も日常的に行われ、大きな看護負担となっている。本ハンズオンセミナーでは、1処置で1パッケージ使い切りのワイプシートを用いた陰部清拭方法について、その有用性を使用手順と製品特長を交えて紹介したい。

#### 《リクエストフォーム》



オンタイムセッション ハンズオンセミナー（共催）

## [HS1]陰部清拭用ワイプシート 腹腔内圧測定用デバイス 便失禁ケアシステム 共催：株式会社メディコン

座長：道又元裕（Critical Care Research Institute 代表）

参加申し込み

### [HS1-02][ハンズオンセミナー] IAP上昇をどう察知していますか？ 腹腔内圧測定用デバイス「バード® IAPモニタリングデバイス」の使用方法

○藤野 雄大<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院 看護部)

キーワード：腹腔内圧測定、腹部コンパートメント症候群、IAP

ICUに入室するような重篤患者において、進行性の臓器障害がある場合、Intra-Abdominal-Hypertension（腹腔内圧上昇：以下 IAH）/Abdominal-Compartment-Syndrome（腹部コンパートメント症候群：以下 ACS）のリスク因子をスクリーニングすることが必要である。2つ以上リスク因子がある場合、Intra-Abdominal-Pressure（腹腔内圧：以下 IAP）を測定することが推奨されており、IAPは IAH/ACSの診断基準に位置づけられている。

クリティカルケア領域において、IAPモニタリングデバイスを必要とする患者は存在するが、医師からの指示がない、または使用する際に不安を感じる看護師がいるという声がある。IAPを測定することは、値を得るだけでなく、IAH/ACSリスク因子を考慮したフィジカルイグザミネーション、フィジカルアセスメントにつなげることが重要である。

本セミナーでは、実際の IAPモニタリングデバイスを用いた測定方法の動画を使用し、使用方法、注意点などについて説明する。また、事例より IAH/ACSのリスク因子についてディスカッションし、アルゴリズムを用いながら看護ケアについて検討する。

#### 【到達目標】

- ・ IAPモニタリングデバイスの使用方法、注意点について理解でき、アセスメントアルゴリズムを実際の測定時に活用できる
- ・ 事例により IAH/ACSのリスク因子を考えることができる

#### 《リクエストフォーム》



---

オンタイムセッション ハンズオンセミナー（共催）

## [HS1]陰部清拭用ワイプシート 腹腔内圧測定用デバイス 便失禁ケアシステム 共催：株式会社メディコン

座長：道又元裕（Critical Care Research Institute 代表）

参加申し込み

---

### [HS1-03][ハンズオンセミナー] 便失禁ケアシステム「バード®ディグニシールド®」の使用方法

○中山 麻実<sup>1</sup> (1. 獨協医科大学病院 看護部)

キーワード：便失禁ケアシステム

便失禁ケアシステムとは、直腸に挿入し、水様または泥状便の誘導及び排出に用いるチューブのことである。ベッド上での治療を要する成人患者に対し、便の皮膚接触を最小限にした便失禁管理を目的に使用する。直腸の中にバルンを留置することになるため、正しい知識がなく長期に使用する直腸穿孔などの合併症のリスクともなり得る。本ハンズオンセミナーでは、使用できる便の状態、適応症例の例、有用性について考え、デバイス使用中に起こりえる合併症を回避するための看護ケアや知っておくべき製品の特長について理解を深めることを目的としたいと考える。

#### 《リクエストフォーム》



---

オンタイムセッション ハンズオンセミナー（共催）

[HS2] 心肺蘇生後患者に起こりうる弊害回避と適切なアセスメント – 当院  
の使用経験を基にしたハンズオンセミナー – 共催：株式会社メ  
ディコン/ アイ・エム・アイ株式会社

座長:川谷 陽子(愛知医科大学病院 看護部)

---

[HS2-01] [ハンズオンセミナー] 心肺蘇生後患者に起こりうる弊害回避と適切なアセス  
メント

– 当院の使用経験を基にしたハンズオンセミナー –

○小松 克弘<sup>1</sup> (1. 愛知医科大学病院 看護部)

オンタイムセッション ハンズオンセミナー（共催）

[HS2]心肺蘇生後患者に起こりうる弊害回避と適切なアセスメント – 当院  
の使用経験を基にしたハンズオンセミナー – 共催：株式会社メ  
ディコン/ アイ・エム・アイ株式会社

座長:川谷 陽子(愛知医科大学病院 看護部)

参加申し込み

[HS2-01][ハンズオンセミナー] 心肺蘇生後患者に起こりうる弊害回避と適  
切なアセスメント  
– 当院の使用経験を基にしたハンズオンセミナー –

○小松 克弘<sup>1</sup> (1. 愛知医科大学病院 看護部)

キーワード：心肺蘇生後、体温管理、脳低温療法、ハンズオン、瞳孔、集中治療、フィジカルアセスメント

〈座長〉

川谷陽子 愛知医科大学病院 看護部 EICU 看護師長

〈演者〉

小松克弘 愛知医科大学病院 集中ケア認定看護師

心肺蘇生後患者に行う脳低温療法は、非施行群に比較して有意に転帰が改善すると報告され、多くの施設で導入されている。しかし、シバリングや血圧低下等の副作用も起こりやすく、看護師は対策を 考えて看護をしなければならぬ。脳低温療法に使用するアークティックサンのジェルパッドは、患者の状態変化によりスキントラブルが発生しやすい為、予防は必須であり、当院では看護技術マニュアルを作成し予防に努めている。集中治療において瞳孔の観察は予後予測の重要な指標であると言われている。患者のフィジカルアセスメントの中で、ペンライトで瞳孔を観察するが、看護師個々の技術や主観により、数値の誤差が危惧されるため、近年は客観的指標となる瞳孔記録計の使用が推奨されている。

今回、脳低温療法中の様々な合併症予防を看護師の視点から考え、ジェルパッド装着のポイントや、フィジカルアセスメントに役立つ瞳孔記録計を用いてハンズオン形式でのセミナーとしたい。

《参加登録》



オンタイムセッション ハンズオンセミナー（共催）

**[HS8] 腹臥位療法 長き夜を安心して過ごすために 共催：パラマウント  
ベッド株式会社**

参加申し込み

---

**[HS8-01] [ハンズオンセミナー] 腹臥位療法 長き夜を安心して過ごすために**

○堀部 達也<sup>1</sup>、工藤 弦<sup>1</sup>、古川 智美<sup>2</sup>、嶋田 正子<sup>2</sup>（1. 東京女子医科大学 リハビリテーション部、2. 東京女子医科大学病院 看護部）



オンタイムセッション ハンズオンセミナー（共催）

## [HS8]腹臥位療法 長き夜を安心して過ごすために 共催：パラマウント ベッド株式会社

参加申し込み

### [HS8-01][ハンズオンセミナー] 腹臥位療法 長き夜を安心して過ごすために

○堀部 達也<sup>1</sup>、工藤 弦<sup>1</sup>、古川 智美<sup>2</sup>、嶋田 正子<sup>2</sup> (1. 東京女子医科大学 リハビリテーション部、2. 東京女子医科大学病院 看護部)

キーワード：腹臥位、Prone position

COVID-19は200以上の国で発生している世界的なパンデミックであり、100万人以上の死亡が報告されている。

<sup>1</sup> 本邦でも2021年3月7日時点での陽性者数は436,687人、死亡者数は8000人を超えている。<sup>2</sup> 疫学的にはCOVID-19では重症患者の約20%がARDSを発症することが知られている。<sup>3,4</sup>

重症呼吸不全患者へのVV-ECMOの導入や腹臥位療法について従来からのエビデンスとともに、近年報告されたSurviving Sepsis Campaign COVID-19のサブコミッティが報告したガイドライン<sup>5</sup>では中等症～重症のARDS患者に対する腹臥位療法が推奨され、ECMO下での腹臥位療法の報告も増加しており、今やニュースでECMOや腹臥位療法の映像が流れる時代になっている。しかし腹臥位への体位変換方法は、2000年に報告されたパンケーキメソッド<sup>6</sup>（2013年に報告されたPROSEVA Studyでも動画共有された方法<sup>7</sup>）のほか、各施設で様々な方法で試行錯誤しているのが現状ではないだろうか？

今回ECMOを含む身体挿入物が目視で確認が可能なイージーブローンを利用した腹臥位管理について、各種合併症を最小限に抑える方法や、そのメリットとデメリットも併せて共有したい。

#### 《参加登録》



1. World Health Organization. WHO Coronavirus disease (COVID-19) dashboard. Available from: <https://covid19.who.int/>. (accessed 22 October, 2020).
2. 厚生労働省ホームページ [https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html#h2\\_1](https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html#h2_1)
3. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA 2020; 323: 1239-42
4. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 subjects hospitalized with COVID-19 in the New York City area. JAMA 2020; 323: 2052-9
5. Alhazzani W, Møller MH, Arabi YM, et al. Surviving sepsis campaign: Guidelines on the management of critically ill adults with coronavirus disease 2019 (COVID-19). Intensive Care Med. 2020; 48:1-34
6. Balas MC. Prone positioning of patients with acute respiratory distress syndrome: applying research to practice. Crit Care Nurs 2000; 20:24-36.
7. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1214103>

---

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

## [CR1] ワークライフバランス！多様性のある働き方

座長:岩本 敏志(東海大学 看護学科)、木村 保美(聖マリアンナ医科大学東横病院 看護部)

質問受付フォーム参加申し込みフォーム

---

### [CR1-01] ワークライフバランス！多様性のある働き方

○白坂 雅子<sup>1</sup>、○山中 源治<sup>2</sup>、○櫻本 秀明<sup>3</sup>、○山口 貴子<sup>4</sup> (1. 福岡赤十字病院 看護部、2. 東京女子医科大学病院 看護部、3. 茨城キリスト教大学 看護学部、4. 日本医科大学武蔵小杉病院 看護部)

---

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

## [CR1]ワークライフバランス！多様性のある働き方

座長:岩本 敏志(東海大学 看護学科)、木村 保美(聖マリアンナ医科大学東横病院 看護部)

質問受付フォーム参加申し込みフォーム

---

### [CR1-01]ワークライフバランス！多様性のある働き方

○白坂 雅子<sup>1</sup>、○山中 源治<sup>2</sup>、○櫻本 秀明<sup>3</sup>、○山口 貴子<sup>4</sup> (1. 福岡赤十字病院 看護部、2. 東京女子医科大学病院 看護部、3. 茨城キリスト教大学 看護学部、4. 日本医科大学武蔵小杉病院 看護部)

キーワード：ワークライフバランス

ワークライフバランスは、働き続けるうえで大きな課題となります。クリティカル領域でも子育てをしながら、家庭と仕事を両立しながら働いている看護師多く、様々な視点を持ち活躍しています。また、男性看護師、女性看護師それぞれに悩みを抱えて働いていることもあると思います。このコンサルテーションルームでは、働いている中でよりよいワークライフバランスについての悩みを共有し、解決に向けた方策をともに考えていきたいと思っています。難しいテーマではありますが、幅広い方々のご意見や悩みをともに解決していきたいと考えております。

#### 1. 質問例

- ・家庭と仕事の両立は、どうしたらいいですか？
- ・両立出来ているように見えて、実は困っています
- ・男ってだけで、先輩の扱いが違う？女ってだけで、多職種とうまくいかない？など
- ・子育て中、どんなサポートを活用していますか？

#### 2. どんなことを質問してみたいですか？質問募集いたします！

ワークライフバランスについての質問は、事前登録者から受け付けています。質問に関して、小テーマごとにコンサルタントの方々と座談会のような形式で課題や疑問を解決していきたいと思っています。ぜひ、参加登録とともに質問をお願いします。

#### 3. ライブ配信中は、質問を受け付けています。

コンサルテーションルームは、LIVE配信のみセッションです。視聴している方々からの質問も受け付ける予定です。よりよい働き方を目指し、ともに語り合いませんか？

### 《参加登録》



---

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

## [CR2] かゆいところに手が届く！なんでも研究相談室

座長:櫻本 秀明(茨城キリスト教大学 看護学部)

質問受付フォーム参加申し込みフォーム

---

### [CR2-01] かゆいところに手が届く！なんでも研究相談室

○卯野木 健<sup>1</sup>、○佐藤 隆平<sup>2</sup>、○北山 未央<sup>3</sup>、○松石 雄二郎<sup>4</sup>、○春名 純平<sup>5</sup> (1. 札幌市立大学 看護学部、2. 京都大学大学院 医学研究科、3. 金沢医科大学病院 看護部、4. 聖路加国際大学大学院 看護学研究科、5. 札幌医科大学附属病院 看護部)

---

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

## [CR2]かゆいところに手が届く！なんでも研究相談室

座長:櫻本 秀明(茨城キリスト教大学 看護学部)

質問受付フォーム参加申し込みフォーム

---

### [CR2-01]かゆいところに手が届く！なんでも研究相談室

○卯野木 健<sup>1</sup>、○佐藤 隆平<sup>2</sup>、○北山 未央<sup>3</sup>、○松石 雄二郎<sup>4</sup>、○春名 純平<sup>5</sup> (1. 札幌市立大学 看護学部、2. 京都大学大学院 医学研究科、3. 金沢医科大学病院 看護部、4. 聖路加国際大学大学院 看護学研究科、5. 札幌医科大学附属病院 看護部)

キーワード：研究相談

講義を聞いてわかった気になってもやっぱり研究できない。実際には、施設に特有の個別の課題があって、セミナーで学んだことがうまくいかせない。そんな経験をしたことはないでしょうか？このコンサルテーション企画では、クリティカルケアの教育に携わるコンサルタントに、直接、いつもは聞けないような、細かな質問をすることができます。また、通常の講義では聞けないような、『ホンネ』や『裏側』についても、疑問に答える座談会のような形式で聞くことができるよう企画しています。

#### 1：質問例

- ・統計がわからないのですが、研究できますか？
- ・研究の相談を職場でできません。何かいい方法をご存知ないでしょうか？
- ・管理者から研究をしろと言われるのですが、毎年研究をしても現場はよくなり、やる気ができません。本当に研究は必要でしょうか？

#### 2：質問を募集します！

教育に関するご質問を事前登録者から受け付け、質問・相談内容をある程度の小テーマにまとめます。コンサルタントの方に、その小テーマにしたがって、座談会のような形式で、課題や疑問を解決していきます。

#### 3：ライブ配信中の疑問、質問受け付けます！

場のライブ感を大切にしたセッションとなればと考えております。そのため視聴者の方からの追加質問をセッション時間内でも受け付ける予定です。

### 《参加登録》



---

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

## [CR3] 将来どうしようかまよっている君へ！キャリアについて聞いてみよう！

座長:岩本 敏志(東海大学 看護学科)、木村 保美(聖マリアンナ医科大学東横病院 看護部)

質問受付フォーム参加申し込みフォーム

---

### [CR3-01] 将来どうしようかまよっている君へ！キャリアについて聞いてみよう！

○月岡 悦子<sup>1</sup>、○齋藤 大輔<sup>2</sup>、○田本 光拡<sup>3</sup>、○畑 貴美子<sup>4</sup>、○井手上 龍児<sup>5</sup> (1. 日本医科大学武蔵小杉病院 看護部、2. 関東中央病院 看護部、3. 京都大学医学部附属病院 看護部、4. 横須賀市立うわまち病院 看護部、5. 川崎市立多摩病院 看護部)

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

## [CR3]将来どうしようかまよっている君へ！キャリアについて聞いてみよう！

座長:岩本 敏志(東海大学 看護学科)、木村 保美(聖マリアンナ医科大学東横病院 看護部)

質問受付フォーム参加申し込みフォーム

### [CR3-01]将来どうしようかまよっている君へ！キャリアについて聞いてみよう！

○月岡 悦子<sup>1</sup>、○齋藤 大輔<sup>2</sup>、○田本 光弘<sup>3</sup>、○畑 貴美子<sup>4</sup>、○井手上 龍児<sup>5</sup> (1. 日本医科大学武蔵小杉病院 看護部、2. 関東中央病院 看護部、3. 京都大学医学部附属病院 看護部、4. 横須賀市立うわまち病院 看護部、5. 川崎市立多摩病院 看護部)

キーワード：キャリア

“看護師として、この先どんな目標に向かっていくのが良いか悩む…”、“看護師としての今後の働き方で、どんな人生を歩んでいくのか…”。そんな看護師のキャリアについて考えてみたことはありませんか？

このコンサルテーション企画では、クリティカルケア看護に携わる演者（コンサルタント）が、学会参加者の皆さんからのキャリアに関する疑問・質問にお答えします。しかも、Zoomを用いたLIVE配信型のセッションなので、通常の講演では聞けないような『ホンネ』や『裏側』についてもリアルタイムな意見交換が可能です。経験豊富なコンサルタント達が、看護師のキャリアについて語り合う座談会のような形を企画しています。

#### 1：質問例

- ・どのようにして現在のキャリアを選んだのですか？
- ・家庭と仕事の両立はどうしたらいいのですか？
- ・学校では、どんな勉強をするんですか？大変ですか？
- ・そもそも“キャリア”とはどんなことをいうのですか？

#### 2：質問を募集します！

キャリアに関するご質問を事前登録者から受け付け、質問・相談内容をある程度の小テーマにまとめます。コンサルタントが、その小テーマにしたがって座談会のような形式で、課題や疑問を解決していきます。

#### 3：ライブ配信中の疑問、質問受け付けます！

場のライブ感を大切にしたいセッションとなればと考えております。

そのため視聴者の方からの追加質問をセッション時間内でも受け付ける予定です。

### 《参加登録》



---

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

## [CR4] そうだったのか！明日からの業務が楽しくなる看護実践・技術相談室

座長:大内 玲(茨城キリスト教大学 看護学部)、櫻本 秀明(茨城キリスト教大学 看護学部)

質問受付フォーム参加申し込みフォーム

---

### [CR4-01] そうだったのか！明日からの業務が楽しくなる看護実践・技術相談室

○辻本 雄大<sup>1</sup>、○戎 初代<sup>2</sup>、○清水 孝宏<sup>3</sup>、○岡林 志穂<sup>4</sup> (1. 奈良県立医科大学病院 看護部、2. 東京西徳洲会病院 看護部、3. 日本看護協会 看護研修学校、4. 高知医療センター 看護部)



---

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

## [CR4] そうだったのか！明日からの業務が楽しくなる看護実践・技術相談室

座長: 大内 玲(茨城キリスト教大学 看護学部)、櫻本 秀明(茨城キリスト教大学 看護学部)

質問受付フォーム参加申し込みフォーム

---

### [CR4-01] そうだったのか！明日からの業務が楽しくなる看護実践・技術相談室

○辻本 雄大<sup>1</sup>、○戒 初代<sup>2</sup>、○清水 孝宏<sup>3</sup>、○岡林 志穂<sup>4</sup> (1. 奈良県立医科大学病院 看護部、2. 東京西徳洲会病院 看護部、3. 日本看護協会 看護研修学校、4. 高知医療センター 看護部)

キーワード：看護実践、技術相談

なんとなく分かっているんだけど、うまくできない。セミナーで学んだことがうまくいかせない。そんな経験をしたことはないでしょうか？看護技術や実践に関する悩みは人それぞれです。このコンサルテーション企画では、クリティカルケアの看護実践に携わるコンサルタントに、直接、いつもは聞けないような、細かな質問をすることができます。また、通常の講義では聞けないような、『ホンネ』や『裏側』についても、疑問に答える座談会のような形式で聞くことができるよう企画しています。

#### 1：質問例

- ・ 吸引のコツ教えてください
- ・ 腹臥位ってどうやってますか？
- ・ ICUのせん妄患者にどう対応するのがいいですか？
- ・ 睡眠ケアに力を入れたいのですが、良い方法はありますか？

#### 2：質問を募集します！

看護実践・看護技術に関するご質問を事前登録者から受け付け、質問・相談内容をある程度の小テーマにまとめます。コンサルタントの方に、その小テーマにしたがって、座談会のような形式で、課題や疑問を解決していきます。

#### 3：ライブ配信中の疑問、質問受け付けます！

場のライブ感を大切にしたいセッションとなればと考えております。そのため視聴者の方からの追加質問をセッション時間内でも受け付ける予定です。

### 《参加登録》



---

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

## [CR5] なやまない！ COVID-19対応なんでも相談室

座長:岡林 志穂(高知医療センター 看護部)、木村 保美(聖マリアンナ医科大学東横病院 看護部)

質問受付フォーム参加申し込みフォーム

---

### [CR5-01] なやまない！ COVID-19対応なんでも相談室

○森安 恵実<sup>1</sup>、○立野 淳子<sup>2</sup>、○山田 亨<sup>3</sup>、○小澤 康子<sup>4</sup>、○堅田 紘頌<sup>5</sup> (1. 北里大学病院 看護部、2. 小倉記念病院 看護部、3. 東邦大学医療センター大森病院 看護部、4. 川崎市立川崎病院 看護部、5. 聖マリアンナ医科大学病院 リハビリテーションセンター)

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

## [CR5]なやまない！ COVID-19対応なんでも相談室

座長:岡林 志穂(高知医療センター 看護部)、木村 保美(聖マリアンナ医科大学東横病院 看護部)

質問受付フォーム参加申し込みフォーム

### [CR5-01]なやまない！ COVID-19対応なんでも相談室

○森安 恵実<sup>1</sup>、○立野 淳子<sup>2</sup>、○山田 亨<sup>3</sup>、○小澤 康子<sup>4</sup>、○堅田 紘頌<sup>5</sup> (1. 北里大学病院 看護部、2. 小倉記念病院 看護部、3. 東邦大学医療センター大森病院 看護部、4. 川崎市立川崎病院 看護部、5. 聖マリアンナ医科大学病院 リハビリテーションセンター)

キーワード：COVID-19

COVID-19が国内で確認されて以降、一年が経過しました。今では少しずつガイドなどが出てきていますが、手探りでの対応で疑問や葛藤など多く経験されているのではないのでしょうか？このコンサルテーション企画では、COVID-19の対応に携わるコンサルタントに、直接、いつもは聞けないような、細かな質問をすることができます。また、通常の講義では聞けないような、『ホンネ』や『裏側』についても、疑問に答える座談会のような形式で聞くことができるよう企画しています。

1：質問例 ・呼吸管理（NPPV,NHF）はどうしていますか？

- ・看護師の勤務調整はどのように行っていますか？
- ・患者さんが亡くなった際の面会はどうしていますか？
- ・先の見えない対応に心身ともに疲れ果てています。どうしたらいいですか？

2：質問を募集します！

COVID-19対応に関するご質問を事前登録者から受け付け、質問・相談内容をある程度の小テーマにまとめます。コンサルタントの方に、その小テーマにしたがって、座談会のような形式で、課題や疑問を解決していきます。

3：ライブ配信中の疑問、質問受け付けます！

場のライブ感を大切にセッションとなればと考えております。そのため視聴者の方からの追加質問をセッション時間内でも受け付ける予定です。

#### 《参加登録》



---

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

## [CR6] ここでしか聞けない ICU教育のホンネと具体策

座長:岡林 志穂(高知医療センター 看護部)、櫻本 秀明(茨城キリスト教大学 看護学部)

質問受付フォーム参加申し込みフォーム

---

### [CR6-01] ここでしか聞けない ICU教育のホンネと具体策

○山守 めぐみ<sup>1</sup>、○三浦 和宏<sup>2</sup>、○大内 玲<sup>3</sup>、○木村 保美<sup>4</sup> (1. JA愛知厚生連海南病院 看護部、2. 杏林大学付属病院 看護部、3. 茨城キリスト教大学 看護学部、4. 聖マリアンナ医科大学東横病院 看護部)

---

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

## [CR6]ここでしか聞けない ICU教育のホンネと具体策

座長:岡林 志穂(高知医療センター 看護部)、櫻本 秀明(茨城キリスト教大学 看護学部)

質問受付フォーム参加申し込みフォーム

---

### [CR6-01]ここでしか聞けない ICU教育のホンネと具体策

○山守 めぐみ<sup>1</sup>、○三浦 和宏<sup>2</sup>、○大内 玲<sup>3</sup>、○木村 保美<sup>4</sup> (1. JA愛知厚生連海南病院 看護部、2. 杏林大学付属病院 看護部、3. 茨城キリスト教大学 看護学部、4. 聖マリアンナ医科大学東横病院 看護部)

キーワード：ICU教育

講義を聞いても、よいことしか聞けない。実際には、施設に特有の個別の課題があって、セミナーで学んだことがうまくいかせない。そんな経験をしたことはないでしょうか？このコンサルテーション企画では、クリティカルケアの教育に携わるコンサルタントに、直接、いつもは聞けないような、細かな質問をすることが出来ます。また、通常の講義では聞けないような、『ホンネ』や『裏側』についても、疑問に答える座談会のような形式で聞くことができるよう企画しています。

#### 1：質問例

- ・ どうしたらスタッフに勉強してもらえますか？みんなやる気がありません。
- ・ Webで教育をしたいのですが、やり方がわかりませんし、お金もありません。どうすればいいですか？
- ・ 病棟勉強会をしても、あまり効果が感じられません。思い切ってやめてみてはと思っていますがいかがでしょうか？

#### 2：質問を募集します！

教育に関するご質問を事前登録者から受け付け、質問・相談内容をある程度の小テーマにまとめます。コンサルタントの方に、その小テーマにしたがって、座談会のような形式で、課題や疑問を解決していきます。

#### 3：ライブ配信中の疑問、質問受け付けます！

場のライブ感を大切にしたいセッションとなればと考えております。そのため視聴者の方からの追加質問をセッション時間内でも受け付ける予定です。

### 《参加登録》



---

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

**[CR7] すてきな ICUの作り方ーこっそりレシピ教えますー**

座長:大内 玲(茨城キリスト教大学 看護学部)、櫻本 秀明(茨城キリスト教大学 看護学部)

質問受付フォーム参加申し込みフォーム

---

**[CR7-01] すてきな ICUの作り方ーこっそりレシピ教えますー**

○濱本 実也<sup>1</sup>、○片山 雪子<sup>2</sup>、○島津 かおり<sup>3</sup>、○河原 良美<sup>4</sup> (1. 公立陶生病院 看護部、2. 日本海総合病院 看護部、3. 聖路加国際病院 看護部、4. 徳島大学病院 看護部)

---

オンタイムセッション コンサルテーションルーム

## [CR7]すてきな ICUの作り方ーこっそりレシピ教えますー

座長:大内 玲(茨城キリスト教大学 看護学部)、櫻本 秀明(茨城キリスト教大学 看護学部)

質問受付フォーム参加申し込みフォーム

---

### [CR7-01]すてきな ICUの作り方 ーこっそりレシピ教えますー

○濱本 実也<sup>1</sup>、○片山 雪子<sup>2</sup>、○島津 かおり<sup>3</sup>、○河原 良美<sup>4</sup> (1. 公立陶生病院 看護部、2. 日本海総合病院 看護部、3. 聖路加国際病院 看護部、4. 徳島大学病院 看護部)

キーワード：ICU

質の高いすてきな ICUを作りたい。これは私たちクリティカルケアに従事する医療者に共通する目標です。そのための一つのアプローチに質の指標や臨床指標の活用があります。それらの指標をもとに私たちのやってきたこと（過程）、そして患者に起きたこと（結果）を考えていくことが必要になります。しかし、やり始めてみたものの活用方法やプロセスで悩み、困っていることはないでしょうか。このコンサルテーション企画では、クリティカルケアの管理や質の評価に携わるコンサルタントに、直接、いつもは聞けないような、細かな質問をすることができます。また、通常の講義では聞けないような、『ホンネ』や『裏側』についても、疑問に答える座談会のような形式で聞くことができるよう企画しています。

#### 1：質問例

- ・よい ICUの作り方が知りたいのですが、どうすればいいですか？
- ・急性期の看護の質評価にはどのようなものがありますか？
- ・集めたデータをどうやって活用したらいいですか？
- ・どうしてもうまく ICUに馴染めないスタッフがいます。どうしたらいいですか？

#### 2：質問を募集します！

ICUの管理に関するご質問を事前登録者から受け付け、質問・相談内容をある程度の小テーマにまとめます。コンサルタントの方に、その小テーマにしたがって、座談会のような形式で、課題や疑問を解決していきます。

#### 3：ライブ配信中の疑問、質問受け付けます！

場のライブ感を大切にしたいセッションとなればと考えております。そのため視聴者の方からの追加質問をセッション時間内でも受け付ける予定です。

### 《参加登録》



---

オンタイムセッション 委員会企画

**[HS9] 今だからこそ事例研究で看護を発信！－事例研究を始めたい人に聞いてもらいたい座談会－ 企画：日本クリティカルケア看護学会研究推進委員会**

ご感想 / ご質問など、是非お寄せください。お待ちいたしております。

《フォーム》

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSciQ\\_m-dWNYtoEKH1Zhcr0CJWjaCy-U7C-57Fv8X4oWWCPmPQ/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSciQ_m-dWNYtoEKH1Zhcr0CJWjaCy-U7C-57Fv8X4oWWCPmPQ/viewform)

---

**[HS9-01] [委員会企画セッション] 今だからこそ事例研究で看護を発信！  
－事例研究を始めたい人に聞いてもらいたい座談会－**

○伊藤 真理<sup>1</sup>、○関根 弘子<sup>2</sup>、○中田 諭<sup>1</sup>、○明石 恵子<sup>1</sup>、○佐藤 まゆみ<sup>1</sup>、○中村 真巳<sup>1</sup> (1. 日本クリティカルケア看護学会研究推進委員会、2. 日本赤十字看護大学大学院)



オンタイムセッション 委員会企画

## [HS9]今だからこそ事例研究で看護を発信！－事例研究を始めたい人に聞いてもらいたい座談会－ 企画：日本クリティカルケア看護学会研究推進委員会

参加申し込み

### [HS9-01][委員会企画セッション] 今だからこそ事例研究で看護を発信！ －事例研究を始めたい人に聞いてもらいたい座談会－

○伊藤 真理<sup>1</sup>、○関根 弘子<sup>2</sup>、○中田 諭<sup>1</sup>、○明石 恵子<sup>1</sup>、○佐藤 まゆみ<sup>1</sup>、○中村 真日<sup>1</sup> (1. 日本クリティカルケア看護学会研究推進委員会、2. 日本赤十字看護大学大学院)

キーワード：事例研究、実践知、看護実践、看護研究

昨年より新型コロナウイルス感染症が猛威を振るい、重症患者の医療を担う集中治療室の様子が度々報道されています。「ごめんね、ちょっと横向くね・・・」防護具を着用したICU看護師が挿管中の患者に声を掛けながらケアしている場面、『大変』というメッセージだけではなく、ICU看護師は何を『大切』にして実践しているのかを発信したいと思うようになりました。今だからこそ、事例報告を事例研究に発展させたい、そのきっかけづくりにしたいと考え、本交流集会を企画いたしました。

近年、臨床における複雑な状況から意味のあるケアや概念を見出す事例研究への関心が高まっています。看護における事例研究によって、読み手の中に類似の状況が想起され、他の事例に応用できるようになります。すなわち、大切にしている“実践知”を全国の看護職と共有する意義があるのです。

臨床の看護師が事例研究に取り組むには、まず、印象に残っている事例や困難な事例の典型事例についての事例報告（ケースレポート）から始め、その後、事例研究に発展させるとよいと思います。事例報告は、詳細な実践を記述し他者に伝えることが目的ですが、事例研究には「何らかの新しい知見」が必要です

（東，他，2018）。例えば、新型コロナウイルス感染症重症患者の看護には、おそらくARDS患者の看護とは違う何かが必要なのではないでしょうか。この新しい知見を得るためには、構造化した研究のプロセスが必要となります。意識化されていない実践をその時の状況や意図を含めてデータとして引き出す支援者も必要です。日頃の実践の意味を分析する作業は、困難な道のりですが、是非ともクリティカルケア看護の奥深い実践を見つめ、言語化に挑戦したいものです。

本交流集会では、研究推進委員会メンバーと事例研究経験者が、事例報告を事例研究に発展させるために私たち実践者・研究者はまず何に取り組むべきか、どのような準備が必要なのか、率直な意見交換を行います。是非、皆さまの参加をお待ちしております。

《視聴後アンケートにご協力ください》



---

オンタイムセッション 委員会企画

[HS10] 重症患者のオーラルマネジメント –口腔ケア実践ガイドの活用と  
今後の展望– 企画：日本クリティカルケア看護学会口腔ケア委員  
会

座長:佐藤 憲明(日本医科大学付属病院)、北村 愛子(大阪府立大学)

参加申し込み

---

[HS10-01] [委員会企画セッション] 重症患者のオーラルマネジメント  
–口腔ケア実践ガイドの活用と今後の展望–

○岸本 裕充<sup>2</sup>、○田戸 朝美<sup>1</sup>、○門田 耕一<sup>1</sup>、○安藤 有子<sup>1</sup>、○劔持 雄二<sup>1</sup>、北村 愛子<sup>1</sup>、佐藤 憲  
明<sup>1</sup> (1. 日本クリティカルケア看護学会口腔ケア委員会、2. 兵庫医科大学病院 歯科口腔外科)

---

オンタイムセッション 委員会企画

## [HS10]重症患者のオーラルマネジメントー口腔ケア実践ガイドの活用と今後の展望ー 企画：日本クリティカルケア看護学会口腔ケア委員会

座長:佐藤 憲明(日本医科大学付属病院)、北村 愛子(大阪府立大学)

参加申し込み

---

### [HS10-01][委員会企画セッション] 重症患者のオーラルマネジメントー口腔ケア実践ガイドの活用と今後の展望ー

○岸本 裕充<sup>2</sup>、○田戸 朝美<sup>1</sup>、○門田 耕一<sup>1</sup>、○安藤 有子<sup>1</sup>、○剣持 雄二<sup>1</sup>、北村 愛子<sup>1</sup>、佐藤 憲明<sup>1</sup> (1. 日本クリティカルケア看護学会口腔ケア委員会、2. 兵庫医科大学病院 歯科口腔外科)

キーワード：口腔ケア、オーラルマネジメント

<司会>

佐藤憲明 日本医科大学付属病院 看護部

北村愛子 大阪府立大学 看護学類・看護学研究科

<演者>

重症患者のオーラルマネジメントと口腔ケア実践ガイドの活用と今後の展望

岸本裕充 兵庫医科大学病院 歯科口腔外科

口腔ケアに必要なアセスメント

田戸朝美 山口大学大学院 医学系研究科

物品管理とポジショニング

門田 耕一 岡山大学病院 看護部

ブラッシングケアと洗浄法

安藤 有子 関西医科大学付属病院 看護部

口腔内の清拭と粘膜ケア

剣持 雄二 東海大学医学部付属八王子病院 看護部

この度「気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド」を本学会ホームページに公開し、実践ガイドをもとに令和3年3月に第1回公開セミナーを実施した。これまで本学会の交流集会実施した際も、看護師の口腔ケアに対する意見は多様であり、口腔ケアにおける洗浄の是非、安全な口腔ケア実践の教育方法について困難が生じていることが明らかとなった。今回公開した「気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド」をもとに看護師への実践教育や安全で安楽な口腔ケアの追究は重要となってくる。

集中治療を受ける重症患者の多くは、高度侵襲と治療に伴う絶食時期があり、口腔環境の変化に伴う口腔粘膜の変化を含む合併症の予防が必要である。重症患者の口腔ケアの目的は、口腔機能を低下させないことにあり、それによって患者の合併症予防と回復の促進をもたらしている。そのため昨今では、重症患者のオーラルマネジメントの考え方も重要視されている。重症患者のオーラルマネジメントにおける看護師の役割は、口腔の観察とアセスメント、ケアの実施とその評価を含めて継続的なケアが患者に施されるようマネジメントしていくことが必要で、今後「気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド」が活用されることを期待している。

このセッションでは、気管挿管患者のオーラルケアマネジメントの考え方について学び、気管挿管患者の口腔ケア実践ガイドのポイントを解説していくが、今後、臨床現場での活用や教育方法について参加者とともに交流を深めたい。

《参加登録》



---

オンタイムセッション 委員会企画

**[HS11] Lightning Talkでつなぐ2020年看護基礎教育×継続教育 – 危機状況下での取り組みとこれからのアジェンダー 企画：日本クリティカルケア看護学会教育委員会**

座長:田戸 朝美(山口大学大学院 医学系研究科)、西村 祐枝(地方独立行政法人岡山市立総合医療センター岡山市立市民病院 看護部)

参加申し込み

---

**[HS11-01] [委員会企画セッション] Lightning Talkでつなぐ2020年看護基礎教育×継続教育**

**– 危機状況下での取り組みとこれからのアジェンダー**

○益田 美津美<sup>1</sup>、○中村 香代<sup>1</sup>、○上澤 弘美<sup>1</sup>、田戸 朝美<sup>1</sup>、西村 祐枝<sup>1</sup>、石川 幸司<sup>1</sup>、山口 庸子<sup>1</sup>  
(1. 日本クリティカルケア看護学会教育委員会)

オンタイムセッション 委員会企画

## [HS11]Lightning Talkでつなぐ2020年看護基礎教育×継続教育 – 危機状況 下での取り組みとこれからのアジェンダ – 企画：日本クリティカ ルケア看護学会教育委員会

座長:田戸 朝美(山口大学大学院 医学系研究科)、西村 祐枝(地方独立行政法人岡山市立総合医療センター岡山市  
立市民病院 看護部)

参加申し込み

### [HS11-01][委員会企画セッション] Lightning Talkでつなぐ2020年看護基 礎教育×継続教育

#### – 危機状況下での取り組みとこれからのアジェンダ –

○益田 美津美<sup>1</sup>、○中村 香代<sup>1</sup>、○上澤 弘美<sup>1</sup>、田戸 朝美<sup>1</sup>、西村 祐枝<sup>1</sup>、石川 幸司<sup>1</sup>、山口 庸子<sup>1</sup> (1. 日本クリ  
ティカルケア看護学会教育委員会)

キーワード：看護教育

〈司会〉田戸朝美 山口大学大学院 医学系研究科、西村祐枝 岡山市市民病院 看護部

〈演者〉益田美津美 名古屋市立大学大学院 看護学研究科、中村香代 災害医療センター 看護部、上澤弘美  
総合病院土浦協同病院 看護部

〈ファシリテーター〉山口庸子 東京慈恵医科大学附属病院 看護部、石川幸司 北海道科学大学 保健医療学  
部看護学科

2020年は、看護基礎教育においても、継続教育においても大きな危機に直面し、新型コロナウイルス感染症（  
COVID-19）とともに過ごした1年となった。そこで本セミナーでは、大学教員、ICU管理者、EICU管理者とし  
ての立場から、危機状況下において変化を求められ、対応したクリティカルケア教育の実行プランやリアルな姿  
を紹介する。話題提供を通じ、皆様とともにこれからのアジェンダについて考えたい。

#### ① オンラインクリティカルケア看護実習における学生の学びを保证する取り組み

2020年4月大学キャンパスに学生の姿はなかった。COVID-19により講義、演習、実習は全面的なオンライン  
化を余儀なくされた。通常のクリティカルケア看護学実習はICUでの重症患者の看護実践、ERでの「気づきのト  
レーニング」を行うが、2020年度は paper patients とバーチャル・シミュレーションによるオンライン実習に切  
り替えた。ネットワーク環境・設備の構築、実習計画の変更、関連部署や教員との調整、学生対応など、実習の  
質を担保する取り組みについて大学教員の立場から話題提供する。

#### ② ICU管理者としての経験：新人看護師や既存のスタッフの育成と成長

新年度をスタートして間もなく、COVID-19重症患者対応ICU（以下、コロナICU）の管理体制を構築するこ  
ととなった。未知なるウィルスに対峙して、自ら感染することへの恐怖や感染対策を強化するための業務変更へ  
の緊張感、混乱する現場に新人看護師を配置することは困難であった。やむを得ず、既存の看護師のみでコロナ  
ICUをスタートさせた。見えないものへの恐怖に呑み込まれることなく組織力を発揮するための戦略、3か月遅れ  
でICUに配属された新人看護師を迎えるための教育計画、新たなOJTの在り方などICU管理者としての経験から  
話題提供する。

#### ③ EICU管理者としての経験：他部署スタッフをICUに迎えての教育

自施設EICUでは、COVID-19陽性の有無に関わらず、重症かつ緊急性の高い患者を断らずに入室できるような  
病床管理を維持するために、他部署から看護師を迎えての教育体制を構築することとなった。様々な背景、モチ  
ベーションの看護師が2～3か月毎にローテーション中、応援看護師が自立して安全な看護を提供できるため  
の教育に苦慮した。また、2～3ヶ月毎に変わる応援看護師への支援に悩むスタッフもいた。EICU看護師のモチ  
ベーション維持やストレス緩和、異動者または応援看護師に対する教育の在り方などについてEICU管理者の立場  
から話題提供する。

《参加登録》



一般演題

## [O1] 呼吸・循環管理

### [O1-01] 心臓血管外科手術後患者の術後体位変換で生じる血圧低下に関連したリスク因子の検討

○佐々木 康之輔<sup>1</sup>、松井 憲子<sup>2</sup>、阿部 香<sup>3</sup>、吉田 詩織<sup>1</sup>、佐藤 富美子<sup>1</sup> (1. 東北大学大学院 医学系研究科、2. 東北大学病院 看護部、3. 東北大学 保健学科)

### [O1-02] 入退院を繰り返しながら療養する症候性心不全患者が抱く病気の不確かさと対処

○淤見 香織<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>1</sup>、室岡 陽子<sup>1</sup> (1. 東京慈恵会医科大学大学院 クリティカルケア看護学)

### [O1-03] ストリームガード<sup>®</sup>による口腔粘膜の出血・潰瘍を予防するための効果的な取り組み

○宮本 佳穂里<sup>1</sup>、玉置 蓉子<sup>1</sup>、藤井 ゆか<sup>1</sup>、田原 翔子<sup>1</sup>、川尻 秀美<sup>1</sup>、越宗 厚子<sup>1</sup>、橋本 あゆみ<sup>1</sup> (1. 大阪警察病院 看護部)

### [O1-04] スライドシートを用いた体位変換による腹臥位時間の延長とその効果

○小野 香苗<sup>1</sup>、竹下 智美<sup>1</sup>、大宅 隆博<sup>1</sup>、小田 依里香<sup>1</sup>、清村 紀子<sup>2</sup>、後藤 孝治<sup>3</sup>、古賀 寛教<sup>3</sup>、安部 直子<sup>1</sup> (1. 大分大学医学部附属病院 看護部、2. 大分大学 医学部看護学科、3. 大分大学医学部附属病院 集中治療部)

### [O1-05] 植込型補助人工心臓装着患者の生活—5事例の分析—

○松岡 由起<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup> (1. 名古屋大学医学部附属病院 看護部、2. 名古屋市立大学大学院 看護学研究科)



## [O1-01] 心臓血管外科手術後患者の術後体位変換で生じる血圧低下に関連したリスク因子の検討

○佐々木 康之輔<sup>1</sup>、松井 憲子<sup>2</sup>、阿部 香<sup>3</sup>、吉田 詩織<sup>1</sup>、佐藤 富美子<sup>1</sup> (1. 東北大学大学院 医学系研究科、2. 東北大学病院 看護部、3. 東北大学 保健学科)

キーワード：体位変換、血圧、心臓血管外科

【目的】心臓血管外科手術後患者を対象に、術後体位変換に伴う血圧低下の発生頻度と関連したリスク因子を明らかにする。

【方法】A病院で2018年に心臓血管外科手術を行った患者を対象とした。術前情報、手術関連情報、術後情報を診療支援端末および日本成人心臓血管外科手術データベースより収集し、血圧低下イベント発生の有無を確認した。イベント発生の定義は、体位変換前、血圧に影響を及ぼす薬剤投与量の変更を行っていない状況下で、仰臥位から左右側臥位への体位変換後、血圧低下が起こり、それが持続したため、治療的介入を行った場合とした。イベントの発生頻度を算出し、多変量解析によるリスク因子の評価を行った。倫理委員会の承認後、HPIにて研究内容を公表した。

【結果】心臓血管外科手術後患者155名を解析対象とした。イベント発生は41名(26.5%)であり、その内イベントの再発を認めたのは24名(63.4%)であった。イベント発症時の側臥位の向きは左側臥位が21名(51.2%)、右側臥位が20名(48.8%)であった。イベントなし群と比較して、イベント発生群は年齢が有意に高く、特に70歳以上の患者の割合が大きかった。手術関連情報で、両群の術式や手術時間、人工心肺装着時間、出血量に差は認めなかった。術後情報では、イベント発症群で収縮期肺動脈圧が高く、持続緩徐式血液濾過透析、一酸化窒素、カテコラミン製剤2種併用を行っている割合が有意に大きかった。イベント発生群の集中治療部滞在期間、初回端座位や初回立位までの期間は有意に延長していた。血圧低下イベントに関連するリスク因子として、70歳以上、持続緩徐式血液濾過透析、一酸化窒素、カテコラミン製剤2種併用の4つが抽出された。これら因子が重なるに従いイベント発生率は高くなった。

【考察】70歳以上は加齢による心機能低下に関連し、持続緩徐式血液濾過透析や一酸化窒素の使用は肺うっ血や肺高血圧の存在を反映するため、循環動態への影響が予想される。また、カテコラミン製剤2種併用は循環動態の不安定性を示す。これら4つの因子が重複する場合、患者は循環動態の変調を来しやすい状態であると想定できる。

【結論】心臓血管外科手術後患者の術後体位変換時の血圧低下イベントの発生率は26.5%であった。リスク因子は70歳以上、持続緩徐式血液濾過透析の使用、一酸化窒素の使用、2種類のカテコラミン製剤併用であり、これらのリスク因子が重なると血圧低下イベントの発生率は上昇することが示唆された。

## [O1-02] 入退院を繰り返しながら療養する症候性心不全患者が抱く病気の不確かさと対処

○湊見 香織<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>1</sup>、室岡 陽子<sup>1</sup> (1. 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：症候性心不全患者、病気の不確かさ、対処

【目的】高齢化が進む本邦において、心不全患者は増加の一途をたどることが危惧されている。症候性心不全は、増悪と軽快を繰り返しながら徐々に身体機能が悪化する経過をたどる(Lynn, 2001)。その中で急性増悪による入退院を繰り返す患者には、自己管理を行っていたとしても徐々に低下していく身体機能と共に自己管理能力も制限され、様々な感情の狭間で揺れ動き、先の読めない状況が存在する(山下他, 2011; Corcoran et al., 2013)。病気に関連する様々な出来事の意味づけができないときに不確かさは生じるとされる(Mishel, 1988)が、本邦においては、入退院を繰り返す症候性心不全患者がどのような不確かさを抱え、またどのように対処しているかについての知見は今のところ見当たらない。以上の背景より、本研究では入退院を繰り返しながら療養する心不全患者が抱く病気に対する不確かさと対処を明らかにすることを目的とした。

【方法】研究対象者は関東近郊の大学病院に外来通院し、心不全の急性増悪による入退院を繰り返しながら療養する症候性心不全患者とした。外来通院時に半構造化面接法を用いて「不確かさ」と「対処」に関するデータ収集を行い質的帰納的に分析した。

所属大学の倫理委員会、対象施設の臨床研究実施委員会の承認を得て実施した。研究への参加は、研究概要を読み参加者自身で協力意思を郵送にて返送することで自由意思を尊重し、いつでも辞退は可能で不利益を被らないことを説明し、書面にて同意を取得した。

【結果】対象者は6名で、平均年齢は71.5歳、全員が心不全ステージC、NYHAII～IIIの症状を抱える高齢者であり、心不全加療目的の入院回数は平均4.7回であった。分析の結果、入退院を繰り返しながら療養する症候性心不全患者が抱く病気の不確かさは【心臓の状態を解釈できない】、【自分に何が起きているのか把握できない】、【病気になった理由がわからない】、【心臓がどこまで耐えられるのかわからない】、【周囲の人との調和のとり方がうまく掴めない】、【病気に向き合っていけるのか気がかりである】、【病気の経過が予測できない】、【今後の生活の見通しをもつことができない】の8個のカテゴリであった。また、病気の不確かさへの対処は【これまでの経験から自分なりに工夫する】、【病気について自ら情報を得る】、【これからの生きる糧を思い描く】、【前向きな気持ちで病気と向かい合う】、【周囲との繋がりを頼りにする】、【気がかりな思いから意識をそらす】、【今自分ができるところに目を向ける】、【現実には抗わずありのままに受け入れる】の8個のカテゴリであった。

【考察】患者が抱く病気に対する不確かさには、増悪と軽快を繰り返しながら徐々に身体機能が悪化していく先の読めない経過と症状に付随し、そこから日常生活における様々な制約や周囲のサポート環境、この先の見通しへと波紋のように広がりゆくという特徴がある。また対処には、不確かさを直接軽減し緩和しようとする対処、不確かさを抱きながら今の在りように折り合いをつけていく対処が特徴としてあった。不確かさと対処の関係性は一方向ではなく、患者は自分なりに対処していても入退院を繰り返し行きつ戻りつ揺れ動く心情の中で、これらの不確かさを繰り返し感じながら、自身の望む生活を紡ぎなおしつつ今の在りように折り合いをつける対処も相互に行っていると推察された。

【結論】患者が望む生活の質を保ち、自分らしく生きることを支える支援において、患者のもつ不確かさと対処に視座から寄り添い、気持ちが揺らぎやすい患者の背景を推し量りながら、生活を紡ぎなおしていく過程を医療チームで態勢を整え患者に伴走していく看護の必要性が示唆された。

## [O1-03] ストリームガード<sup>®</sup>による口腔粘膜の出血・潰瘍を予防するための効果的な取り組み

○宮本 佳穂里<sup>1</sup>、玉置 蓉子<sup>1</sup>、藤井 ゆか<sup>1</sup>、田原 翔子<sup>1</sup>、川尻 秀美<sup>1</sup>、越宗 厚子<sup>1</sup>、橋本 あゆみ<sup>1</sup> (1. 大阪警察病院看護部)

キーワード：バイトブロック、口腔粘膜の出血・潰瘍

【目的】ICUでは気管チューブ管理の問題点として、固定による口腔粘膜の出血・潰瘍が挙げられる。当院でも、ストリームガード<sup>®</sup>のスリットに沿った潰瘍が口腔粘膜に発生し、壊死を伴った一例があった。その原因として、スリットが粘膜に接触し潰瘍が発生したと考え、ストリームガード<sup>®</sup>の固定方法を見直し、口腔粘膜の出血・潰瘍の予防方法を検討した。その結果、ストリームガード<sup>®</sup>による口腔粘膜の出血・潰瘍は、患者側の要因がトラブル発生の一因になることが示唆されたため、報告する。

【方法】当院では気管チューブのインフレーションライン破損予防のため、ストリームガード<sup>®</sup>を使用していたが、発生機序が明らかとなっていない口腔粘膜の出血・潰瘍が発生していた。固定方法の詳細なメーカー情報はなく、ストリームガード<sup>®</sup>の形状からスリットの位置と向きが要因の一つと考え、研究者自身が固定方法を考案した。具体的には、スリットは凹凸を形成するため、スリットを口腔の内側に向けることで、口腔粘膜への接触面積を広くし圧迫を回避させた。また、気管チューブの固定位置より1cm外側にスライドすることで、セーフティーフックが口唇に接触しないようにした。その後、気管チューブとストリームガード<sup>®</sup>を使用し、研究者自身が病棟スタッフにデモンストレーションした。そして、ストリームガード<sup>®</sup>使用患者70名を対象に固定方法と口腔

ケアアセスメントガイド（以下 OAGとする）を使用し、口腔内の評価をした。

対象者のプライバシーや匿名性の保護に十分配慮する。収集したデータや関連資料は、研究目的以外では使用せず厳重に管理する。本研究は、所属施設の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】デモンストレーションしたことで、考案したスリットの位置と向きによる固定方法の習得ができた。しかし、OAGで観察した結果、70名中口腔粘膜の出血・潰瘍が11件発生した。その内訳として、口唇の浮腫によりストリームガード®と口唇が接触し潰瘍を形成したものが2件、ストリームガード®が口角に接触し潰瘍を形成したものが1件。上歯が全て又は部分欠損しており、歯肉や上顎にストリームガード®が接触し、潰瘍を形成したものが5件。歯の動揺が強く、またストリームガード®を咬合し、歯の部分欠損部にはまり込み潰瘍を形成したものが2件。硬口蓋にストリームガード®が接触し、潰瘍を形成したものが1件であった。

【考察】ストリームガード®の固定方法を指導したことで、病棟スタッフは位置調整に注意を払うことができた。歯牙欠損や動揺歯、強い咬合がある場合に口腔粘膜の出血・潰瘍が発生していたため、OAGの評価に加え、患者側の要因にも着目した観察が重要であり、個別性に適した固定方法を検討していく必要がある。

【結論】今回の研究を通して、ストリームガード®による口腔粘膜の出血・潰瘍は、患者側の要因がトラブル発生の一因になることが示唆された。今後は、ストリームガード®の固定方法の院内統一化を目指し、マニュアル作成の指標としていきたい。そして、ICUにおける気管チューブの管理の最適化の一助となれば幸いである。

## [O1-04] スライドシートを用いた体位変換による腹臥位時間の延長とその効果

○小野 香苗<sup>1</sup>、竹下 智美<sup>1</sup>、大宅 隆博<sup>1</sup>、小田 依里香<sup>1</sup>、清村 紀子<sup>2</sup>、後藤 孝治<sup>3</sup>、古賀 寛教<sup>3</sup>、安部 直子<sup>1</sup>（1. 大分大学医学部附属病院 看護部、2. 大分大学 医学部看護学科、3. 大分大学医学部附属病院 集中治療部）

キーワード：腹臥位療法、スライドシート、体位変換

【目的】重症呼吸不全患者への腹臥位療法は有効性が示唆され、長時間の腹臥位が生命予後を改善するとの報告がある。しかし、従来の腹臥位への体位変換は、①人的・物理的負担が大きい、②チューブトラブルや長時間腹臥位による皮膚トラブルなど有害事象のリスクがある、といった課題があった。こうした課題に対応すべく、A病院では、2018年12月よりスライドシートを用いた体位変換を導入している。本研究は、スライドシートを用いた体位変換（以下、スライドシート法）が、腹臥位時間の延長につながるか、さらにその効果について従来の方法（以下、従来式）とスライドシート法を比較検証することを目的とする。

【方法】1) 重症呼吸不全患者（ $F_{iO_2} \geq 0.6$ かつ  $PEEP \geq 5 \text{cmH}_2\text{O}$ で  $P/F \leq 200$ ratioの18歳以上）で腹臥位療法を実施した患者のうち、従来式で体位変換を実施した患者を従来群（2017年12月～2018年11月）、スライドシート法で体位変換を実施した患者をスライドシート群（2018年12月～2020年12月）とし、後方視的に電子カルテより、年齢、性別、疾患、腹臥位開始時の APACHEII、人工呼吸時間、初回腹臥位から抜管までの時間、1回の腹臥位時間、1日の腹臥位時間、総腹臥位時間、初回腹臥位前 P/F・TV、腹臥位前後の P/F・TV、皮膚トラブル・チューブトラブル・CHDF装着の有無を抽出した。2) データは記述統計で整理し、名義尺度は $\chi^2$ 検定、比率尺度・間隔尺度は正規性の検定後、 $t$ 検定もしくは Mann-Whitney  $U$ 検定を行った。腹臥位前後の P/F、TVは対応のある $t$ 検定を行った。全ての統計処理は IBM SPSS Statistics version 22®を用い、有意水準0.05で、 $P < 0.05$ を有意差ありと判定した。3) 倫理的配慮：所属施設の倫理審査委員会の承認を得た（承認番号1555）。対象者にはオプトアウトの機会を保障し対象施設集中治療部ホームページに公開した。

【結果】基準を満たした従来群9例、スライドシート群9例を分析対象とした。年齢・重症度・酸素化障害の程度は2群に差はなかった。1回の腹臥位時間の平均は従来群4.98時間、スライドシート群4.02時間と従来群が長い。1日の腹臥位時間の平均は従来群4.98時間、スライドシート群8.05時間（ $P=0.00$ ）とスライドシート群の方が有意に長かった。人工呼吸時間に統計学的な有意差はなかった（ $P=0.196$ ）が、スライドシート群で平均24時間の短縮を認めた。腹臥位前後の P/Fは2群共に有意に改善した。腹臥位前後の TVは2群で改善し、スライドシート群のみ有意差が認められた。皮膚トラブル発生は2群とも2件、チューブトラブル発生は2群とも0件で

あった。CHDF装着中の腹臥位への体位変換のべ実施回数は従来群7回、スライドシート群33回とスライドシート群が多かった。

【考察】スライドシート法では1日に複数回の腹臥位への体位変換が可能となり、結果、腹臥位時間の延長につながった。既存研究結果同様、腹臥位時間の延長が酸素化・換気量の改善につながり、人工呼吸時間の短縮に寄与する可能性が示唆された。腹臥位時間の延長により体位変換の回数が増えたが、皮膚トラブル・チューブトラブルの発生に差はなく、スライドシート法の安全性も担保されるものと考ええる。

【結論】スライドシート法は、安全に複数回の体位変換が実施可能で腹臥位時間の延長に有効な方法であり、呼吸パラメータの改善に寄与する可能性があることが示唆された。

## [O1-05] 植込型補助人工心臓装着患者の生活—5事例の分析—

○松岡 由起<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup> (1. 名古屋大学医学部附属病院 看護部、2. 名古屋市立大学大学院 看護学研究科)

キーワード：補助人工心臓、生活

【目的】重症心不全患者にとっての唯一の治療は心臓移植であり、多くの患者が補助人工心臓(Ventricular Assist Device：以下 VAD)の助けを借りて待機期間を過ごしている。VADを装着した患者がどのように生活を送り、どのような思いを抱えているのかを理解することが患者一人一人に合わせた支援を考える一助になると考え、植込型 VAD装着患者がどのような思いを抱えて生活しているのかを明らかにすることとした。

【方法】質的記述的研究デザインとし、研究参加者は心臓移植を前提として植込型 VADを装着し、研究への同意が得られた外来通院中の成人患者5名とした。患者の VAD装着期間は1年1か月～5年2か月であった。調査期間は2020年10月～11月で、調査方法は診療録調査と半構造的面接とし、質的記述的分析を行った。本研究は研究者の所属施設および研究実施施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】分析の結果、17サブカテゴリから7カテゴリが形成された。【VADとともに生活している自分を受け入れている】は<VADとの生活を自然だと思ふ>< VADとの生活に慣れてきた>の2サブカテゴリで形成され、患者にとって VADは自分の体の一部であり、VADとの生活は自然に任せて慣れるしかないと感じていた。【VAD装着による生活上の制限を我慢する】は< VAD装着によって生活行動が制限される>< VAD装着によって行動範囲が狭くなったことを我慢する>の2サブカテゴリで形成され、VAD装着によって生活行動に制限が生じることを我慢するしかないと感じていた。【自分と VADを守るために周囲に気をつける】は<自分で自分の身を守らなければならない><常に VADのトラブルを防止するよう気をつける>の2サブカテゴリで形成され、VADのトラブルを防止するため常に周囲に気をつけて生活していた。【可能な範囲で VAD装着前と同じように過ごす】は<可能な範囲で VAD装着前の生活に近づきたい>< VAD装着前後で生活は変わらないと思う>< VADによる制限を意識せず過ごしたい>の3サブカテゴリで形成され、可能な範囲で VAD装着前と同じ生活を送ろうとしていた。【負担をかけている家族にできる範囲で貢献する】は<家族に負担をかけている><できる範囲で家族に貢献する>の2サブカテゴリで形成され、家族に支えられているが、常に負担をかけていると感じていた。【体重が増えないように食事と運動に注意する】は<体重と体力を維持するために運動する><体重が増えないように食事制限をする><体重管理に気をつける>の3サブカテゴリで形成され、心臓移植に備えて食事と運動に気を付けて生活していた。【期待と不安のなかで VADに頼って心臓移植を待つ】は< VADに頼って生きる>< VAD装着に伴う合併症が不安である><生への期待と不安を持ちながら心臓移植を待つ>の3サブカテゴリで形成され、VAD装着に伴う合併症の不安を抱えながら心臓移植に期待と不安を抱いて生活していた。

【考察】植込型 VAD装着患者は、VADとともに生活している自分を受け入れている一方で、VADによる生活上の制限を我慢していた。また、家族に対して遠慮する気持ちを持っていた。さらに、良い状態で心臓移植を受けるために食事制限と運動により体重を管理していた。看護師は、植込型 VAD装着患者は常に我慢しながら生活していることを理解した上で、患者を支えていくことが重要である。また、患者が日々努力していることを認め、患者の生活に即した具体的な支援を行うことが求められる。

【結論】植込型 VAD装着患者がどのような思いを抱えて生活しているのかを分析した結果、7カテゴリが形成された。看護師には患者一人一人の背景を深く理解した上で、患者の生活に即した継続した支援が求められる。

一般演題

## [O2] 鎮痛・鎮静管理

### [O2-01] 人工呼吸器装着患者への浅い鎮静を維持するための判断と実践

○提島 智子<sup>1</sup> (1. 大阪労災病院 看護部)

### [O2-02] 周術期患者とのコミュニケーションから生まれる看護 —疼痛に隠された A氏の訴え—

○小林 宰<sup>1</sup>、中村 香代<sup>1</sup> (1. 災害医療センター 看護部)

### [O2-03] ICUに緊急入室となった患者の記憶の整理

○中平 貴恵<sup>1</sup>、岡崎 正和<sup>1</sup>、秋山 祐哉<sup>1</sup>、山本 里沙<sup>1</sup>、竹富 忍<sup>2</sup> (1. 高知大学医学部附属病院 看護部、2. 南部徳洲会病院 看護部)

### [O2-04] ICU入室患者へ日本語版 RCSQを用いた睡眠の実態調査

○村田 洋章<sup>1</sup>、山口 庸子<sup>2</sup> (1. 防衛医科大学校 看護学科、2. 東京慈恵会医科大学附属病院 看護部)

## [O2-01] 人工呼吸器装着患者への浅い鎮静を維持するための判断と実践

○提島 智子<sup>1</sup> (1. 大阪労災病院 看護部)

キーワード：人工呼吸器装着患者、浅い鎮静、判断と実践

【目的】2014年に日本集中治療学会から「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ガイドライン」が発表され、A病院ICUでも浅い鎮静を維持するようになっている。患者とコミュニケーションを図り、せん妄予防や早期リハビリテーションを進めていくために浅い鎮静を維持することは、看護師の判断と実践により実現できると考える。本研究は、看護師が人工呼吸器装着患者への浅い鎮静を維持するためにどのような判断と実践を行っているかを明らかにすることを目的とした。

【方法】質的記述的研究デザインを用い、A病院ICU看護師26名を対象に、半構造的面接を行った。RASS -1~-2を逸脱した場合にどのような判断、実践を行っているかの内容をコード化し、類似したコードを集めて抽象化を繰り返してカテゴリー化を行った。倫理的配慮は、A病院の看護研究倫理委員会で承認を得て実施した。

【結果】研究対象者のICU経験年数平均は4.5年、ICU経験5年以下は80%、臨床経験年数平均は12年、臨床経験年数5年以下は42%であった。

以下カテゴリーを[]で示した。RASS 0~+4の場合の判断は、3のカテゴリー[鎮痛と鎮静の評価]、[薬剤使用の判断]、[他者への報告・相談]に分類し、実践は6のカテゴリー[鎮静薬の増量]、[誤抜去予防のための付き添いやルート整理]、[スタッフへの応援依頼]、[コミュニケーションによる原因の追究]、[身体的苦痛や挿管チューブ不快の緩和]、[現状や治療上の必要性の説明と声掛け]に分類した。RASS -3~-5の場合の判断は、3のカテゴリー[深い鎮静を保つ判断]、[深い鎮静の評価]、[鎮静を浅くする判断指標]に分類し、実践は5のカテゴリー[必要がある深い鎮静の保持]、[医師への指示確認]、[鎮静薬の減量]、[他者との相談や提案]、[鎮静薬の維持]に分類した。

【考察】RASS 0~+4の場合、パートナーシップを活用し、鎮静薬の調整について[他者への報告・相談]という判断を行い、患者の自発的な行為や危険度を見極めながら[誤抜去予防のための付き添いやルート整理]、見守りができない場合や危険と判断する場合は[スタッフへの応援依頼]という実践を行っていたと考える。[コミュニケーションによる原因の追究]では積極的に患者とコミュニケーションを図り、患者が何に苦痛を感じているかを追求し[身体的苦痛や挿管チューブ不快の緩和]する実践や、安心感が得られるよう[現状や治療上の必要性の説明と声掛け]を行っていたと考える。RASS -3~-5の場合、バイタルサインやモニター、呼吸状態、意識レベルなどに注意し、有効な鎮静が得られるよう[深い鎮静の評価]の判断から、鎮静深度の現状・目標を共通認識するため[医師への指示確認]し、PICS予防のためにも[鎮静薬の減量]する実践を行っていたと考える。またICU経験年数や臨床経験が短い看護師は的確なフィジカルアセスメントや判断について困難さを感じ[鎮静薬の維持]を行っていたと考えられ、ICU経験年数や臨床経験の短い看護師に対して鎮静についての教育を行っていくことや、スタッフ全体で実践していけるような取り組みが必要である。

【結論】RASS 0~+4の場合、薬剤の適正量のアセスメントやコミュニケーションによる原因の追究が、痛みの緩和や苦痛の軽減、安全管理、患者に安心感を与える実践につながり、浅い鎮静が維持できると考える。RASS -3~-5の場合、深い鎮静が必要であるかをアセスメントすることが重要であり、医師やスタッフと相談し、早期のリハビリテーションやせん妄予防、PICS予防のためにも、鎮静薬を減量していくことで浅い鎮静を維持できると考える

## [O2-02] 周術期患者とのコミュニケーションから生まれる看護

### —疼痛に隠されたA氏の訴え—

○小林 幸<sup>1</sup>、中村 香代<sup>1</sup> (1. 災害医療センター 看護部)

キーワード：術後疼痛、恐怖、コミュニケーション、疼痛コントロール

【背景（目的）】看護を実践するために、看護師は患者を十分に知る必要がある。そして患者の個別性を知るためには患者との十分なコミュニケーションを図ることが必要である。そのために看護師は患者が理解しやすい言葉を使用し、評価ツールを使用することで患者の抱える症状や訴えを患者と共有する。ICUでは、主観的な疼痛の訴えを数値化させることで疼痛評価を行っている。しかし心理的因子に対しては、患者が感じる不安の程度の評価が不十分だと考えた。肝部分切除術を受けた60歳代男性のA氏は手術前訪問時に「前回手術のあとに凄く痛くて、ベッドから起き上がるのなんて無理だった。今回も痛いだけは本当に嫌だ。」と話されていた。術前から疼痛の恐怖を話すA氏に対する看護を振り返り、様々なツールによる患者との情報共有やコミュニケーションから生まれた看護について検討したことについて報告する。

【方法および分析の概要】Hospital Anxiety and Depression Scale（以下HADS）とNRSを組み入れた疼痛コントロール表を作成し、A氏に説明したうえでA氏と看護師がコミュニケーションを図り、共同して疼痛コントロールに取り組んだ看護について振り返り、検討した。

倫理的配慮として使用した情報の管理に努め、情報の匿名性を厳守しプライバシーの保護に努めた。e-APrinの研究者コースを取得している（AP0000306638）

【経過/結果】術後1日目の夜間、A氏はNRS8点の疼痛を訴えておりHADSは7点であった。頓用の鎮痛薬を使用することでNRS2点、HADS5点まで減少した。「痛みは落ち着いてきた。でも次いつ痛くなるのか分からないね」と話され就寝した。術後2日目起床時NRS4点と夜間よりも上昇していたがHADS4点と減少した。A氏に鎮痛薬が使用できることを伝えると「今は痛いけど大丈夫。昨日寝る前が一番痛かったから、そこで使える鎮痛薬があると知っているだけでも安心して過ごせますよ」と話された。A氏へ術後のNRSとHADSの経過を伝えながら、鎮痛薬の使用タイミングや離床のタイミングを話し合うと「昼間は頓用の鎮痛薬は使わずに定時の鎮痛薬の後でリハビリをして、夜寝る前に頓用の鎮痛薬を使います」と話されていた。術後3日目A氏と話し合い決めた疼痛コントロールスケジュールにより、夜間疼痛で覚醒することなく入眠でき、付き添い歩行まで離床を進めることができた。

【考察】術当日はNRSの点数減少に伴ってHADSの点数も減少したが、NRSが4点以下になるとHADSの点数は上昇していた。術後2日目になり「痛みは落ち着いたけど次にまた痛くなるかもしれない」「痛いけれど頓用で使える痛み止めがあると安心」と話されていた。疼痛という身体的側面だけを考慮した場合NRS0点を目標に疼痛コントロールするが、A氏の場合はNRSが0点に近づくほど鎮痛薬の効果が切れるタイミングに恐怖を感じていたことが明らかになった。NRS4点程度の疼痛を自覚しながら、自分の決定するタイミングで鎮痛薬を使用できるという安心感が、A氏の疼痛コントロールにおいて重要であると考えた。A氏にとって疼痛が消失することだけではなく、疼痛をコントロールできるという実感が、恐怖をも克服することにつながったのではないかと考えた。A氏と共に検討し、NRS4点の疼痛を目安として離床のタイミングや鎮痛薬使用を決定することで恐怖を克服し、自立した治療計画管理につなげることができたと考える。

【結論】疼痛を訴えるA氏に必要な看護とは、疼痛を消失させるだけではなく、疼痛を自分でコントロールできるという実感をもたせることが必要であり、疼痛への恐怖の克服が自立した治療計画管理につながった。

## [O2-03] ICUに緊急入室となった患者の記憶の整理

○中平 貴恵<sup>1</sup>、岡崎 正和<sup>1</sup>、秋山 祐哉<sup>1</sup>、山本 里沙<sup>1</sup>、竹富 忍<sup>2</sup>（1. 高知大学医学部附属病院 看護部、2. 南部徳洲会病院 看護部）

キーワード：ICU緊急入室患者、記憶の整理、回復

【目的】集中治療室（Intensive Care Unit：以下ICU）で治療が必要な患者は、侵襲的治療に伴う心身のストレスによって、非現実的な体験や記憶の喪失により記憶が混乱し、心的外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder：PTSD）を発症しやすくQOLの向上を阻害していることが報告されている。得に、ICUに緊急入室となる患者は、治療や手術を受ける心身の態勢が整わずに治療を余儀なくされるために多大な心身のストレスを抱えていると考えられる。ICUに緊急入室となる患者が、精神の障害を回避し回復過程が辿れるための看護援助を見出すには、まずはICUに緊急入室となった患者が自身の体験をどのように認知し、記憶の整理を行っているのかを

明らかにする必要がある。ICUに緊急入室となった患者の記憶の整理を明らかにし、看護実践への示唆を得ることである。記憶の整理とは、患者自身が記憶の歪みや欠落を自覚し、周囲のサポートを得ることで欠落した部分を補う作業や、非現実的な体験を捉えなおすことと定義した。なお、本研究では記憶の整理を患者の認知と捉えた。

【方法】ICUに緊急入室となった患者を対象に、半構成的面接を行った。面接内容から文脈に沿って患者の認知や記憶の整理に関する内容をコード化し、類似した記憶の整理の内容をまとめ、それを忠実に反映する命名を行いカテゴリー化を繰り返した。研究対象者に目的・方法を文書と口頭で説明し同意を得て実施した。研究を進めるにあたり、高知大学医学部倫理委員会の承認を得た。

【結果】研究協力者は、ICUに緊急入室となった男性患者5名であり、年齢は45～67歳であった。ICUに緊急入室となった患者の記憶の整理として、6つのカテゴリーと24のサブカテゴリーが抽出された。〔ICU入室中の記憶の曖昧さを自覚する〕は、【自分の思っている時間と実際の時間の違いに気づき混乱する】などのサブカテゴリーから構成された。〔自らの非現実的な体験を認識する〕は、【体験と記憶を照らし合わせ自分の記憶の歪みや欠落に気づく】などから構成された。〔身体感覚から現実的な体験を自覚する〕は、【身体症状を通して自分の置かれている状況を解釈する】などから構成された。〔見聞きした情報から時間の感覚を取り戻そうとする〕は、【周囲の人からの情報を頼りに時間を把握する】などから構成された。〔記憶が不確かであるが事実を知ろうとしない〕は、【ICU入室中の欠落した記憶は必要ないため自ら知りたと思わない】などから構成された。〔家族や医療者の支えを得ることで精神的な安心に繋がる〕は、【医療者との関わりが治療に対する安心感に繋がる】などから構成された。

【考察】得られたデータより分析の結果、ICUに緊急入室となった患者の記憶の整理は、〈多くの苦痛に苛まれながらも記憶の歪みや欠落を自覚する〉〈自らが必要な情報を選択し記憶を補完する〉〈周囲の人の支えを得る〉の3つの特徴が明らかとなった。これらより、患者が自身の体験を語ることで状況の認識に至ることや、家族や医療者は患者が自身の体験をどのように捉えているのかについて把握することが可能となり、これらの関わりが記憶の補完の手助けとなると考える。そのため、患者の心身の状態を見極めた上で、患者に語りを促す機会を設けることで、自身の体験を客観的に捉え記憶の歪みや欠落に気づくとともに、自身が記憶を整理できるように関わるのが重要である。

【結論】ICUに緊急入室となった患者の記憶の整理として、6つのカテゴリーが明らかとなった。看護実践の示唆として、患者のニーズに応じた情報提供や、ICUでの出来事を言語化できるような関わりによって身体のみならず精神的な安寧を図ることが重要であると考えられる。

## [O2-04] ICU入室患者へ日本語版 RCSQを用いた睡眠の実態調査

○村田 洋章<sup>1</sup>、山口 庸子<sup>2</sup> (1. 防衛医科大学校 看護学科、2. 東京慈恵会医科大学附属病院 看護部)

キーワード：睡眠、RCSQ、ICU

【目的】ICUに入室する重症患者の多くは、睡眠の質が障害されることが polysomnography等を用いた客観的データから分かりつつある。しかし、侵襲的な治療や環境等が患者の主観的な睡眠感への様に影響しているかは不明瞭である。そこで本研究では、ICU入室患者の主観的睡眠状況を酸素療法や人工呼吸療法毎に明示することを目的とした。

【方法】対象はA大学附属病院ICUに入室し、自ら意思を表出でき本研究への同意が得られた患者を対象とした。睡眠の実態調査は、研究者2名で患者が目覚めた午前中に日本語版 The Richards-Campbell Sleep Questionnaire (日本語版 RCSQ)を使用しデータ収集した。収集したデータは、患者が受けている酸素療法や人工呼吸療法別に群分けし分散分析を行った。主効果で有意差があった際、どの療法間に差があるかを確認するために Bonferroni法による多重比較を行うこととした。なお、本研究は対象施設の倫理審査委員会の承認を得た上で実施した研究であり、本研究に関連する利益相反は無い。

【結果】対象者は124名(男性91名・女性33名)、年齢は66.8±12.5歳であった。また、酸素療法や人工呼吸療法



別では、「経鼻酸素カニューレや酸素マスク群」72名、「高流量鼻カニューレ(HFNC)群」23名、「気管挿管群」10名、「非侵襲的陽圧換気(NPPV)群」19名であった。

対象者全体の日本語版 RCSQの total scoreは、 $45.6 \pm 22.9$ であった。酸素療法や人工呼吸療法別では、「経鼻酸素カニューレや酸素マスク群」 $48.3 \pm 22.4$ 、「HFNC群」 $52.2 \pm 19.1$ 、「気管挿管群」 $44.6 \pm 19.3$ 、「NPPV群」 $27.9 \pm 23.3$ であった。また、一元配置分散分析の結果、酸素療法や人工呼吸療法別による主効果が  $p < 0.01$  で有意であった。さらに、Bonferroni法による多重比較を行ったところ、「経鼻酸素カニューレや酸素マスク群」と「NPPV群」、「HFNC群」と「NPPV群」間に  $p < 0.01$  で有意差を認めた。

【考察／結論】本研究では、対象者が少数ではあるがICU入室患者の主観的睡眠状況を酸素療法や人工呼吸療法毎に明示することができた。その中でも、「NPPV群」が他の療法に比べ主観的睡眠感が低いことが分かった。今後、「NPPV群」で主観的睡眠感が低い要因を探索しつつ、睡眠の質向上に向けた看護や医療の提供に努める必要がある。

一般演題

## [O3] せん妄ケア

### [O3-01] A病院集中治療室における開心術後患者に対する非薬理的せん妄ケアの成果と課題

○浦島 俊<sup>1</sup>、酒井 周平<sup>1</sup>、早坂 彩音<sup>1</sup> (1. 旭川医科大学病院 看護部)

### [O3-02] 消化器外科手術における術後せん妄発症要因の実態調査

○久道 恵理子<sup>1</sup>、坂田 歩未<sup>1</sup> (1. 高岡市民病院 看護部)

### [O3-03] 心臓血管外科術後患者の睡眠障害とせん妄への影響について

○平良 沙紀<sup>1</sup>、浦 綾子<sup>2</sup>、宮林 郁子<sup>3</sup> (1. 福岡大学病院 看護部、2. 福岡大学 医学部看護学科、3. 清泉女学院大学 看護学部)

### [O3-04] 心臓血管外科術後患者の多臓器障害の重症度とせん妄の関連

○小林 友也<sup>1</sup>、石塚 悠介<sup>1</sup>、岸田 啓佑<sup>1</sup>、齋藤 真由<sup>1</sup> (1. 松江赤十字病院 看護部)

### [O3-05] 当院 ICUにおけるせん妄発生と疼痛関連因子の影響

○井上 智子<sup>1</sup>、宇都宮 明美<sup>1</sup> (1. 京都大学医学部附属病院 看護部)

## [O3-01] A病院集中治療室における開心術後患者に対する非薬理的せん妄ケアの成果と課題

○浦島 俊<sup>1</sup>、酒井 周平<sup>1</sup>、早坂 彩音<sup>1</sup> (1. 旭川医科大学病院 看護部)

キーワード：非薬理的せん妄ケア、集中治療室、開心術後患者

【目的】集中治療領域では、生体侵襲や環境の変化などからせん妄を発症することが多い。これまで、A病院の集中治療室のせん妄ケアは、各スタッフに一任されケアに対する意識に違いがあった。そのため、統一したケアを実践することで、せん妄の発症を低下させることを目的として、6か月に渡り取り組みを実施した。本研究は、その成果と課題を明らかにし、今後の示唆を得ることを目的とする。

【方法】診療記録を用いる後ろ向き観察研究。日本クリティカルケア看護学会のせん妄ケアリストを参考に、①環境を整える関わり、②認知機能を維持する関わり、③療養環境を日常生活に近づけて見当識を刺激する関わり、④身体的苦痛を緩和し快適さを促す関わり、⑤早期離床を促す関わりの5つのカテゴリーからなる、独自の非薬理的せん妄ケアリストを作成した。対象者は、開心術後の緊急入室となった70歳以上の患者のうち、Intensive Care Delirium Screening Checklist(以下、ICDSC)の1.意識レベルの評価がC.D.E.となった患者とし、ケアリストに沿ってせん妄ケアを実施した。取り組みの導入前(2018年4月~2019年3月)と導入後(2019年10月~2020年3月)の2群に分けて、せん妄発症の有無および発症日数、患者背景について比較検討した。ICDSC4点以上をせん妄ありとした。また、ケアの実施状況や記録の記載状況についても確認した。統計学的検定には、t検定や $\chi^2$ 検定を用い有意水準は5%未満とした。本研究は旭川医科大学病院倫理委員会の承認を得た上で実施し、個人を特定できないよう各対象患者に番号を設定しデータを管理した。

【結果】導入前群28例、導入後群15例を対象とした。せん妄発症率(71.4%vs73.3%)およびせん妄日数(2.2日 vs2.1日)は、ともに有意差はなかった。患者背景について、早期離床に関して端座位までの実施率(57.1%vs80.0%, $p<0.05$ )に有意差を認めた。年齢(79.3歳 vs77歳)や気管挿管日数(3.2日 vs3.1日)、抑制の装着の有無(92.8%vs93.3%)に差はなかった。実施状況は、対象者すべてで実施されていたが、記録忘れが3件ありスタッフ間で取り組む様子や記録に偏りが見られた。

【考察】今回、せん妄ケアを導入しても、せん妄発症率の低下や発症日数の短縮には至らなかった。この要因としては、疼痛や不眠などのせん妄発症の因子が対象者に存在していた影響が想定されるため、それらについても評価方法を検討していく必要があると考える。加えて、家族の面会に関するデータも十分に収集できていなかった。面会制限のある現状においては、オンライン面会などの方法についても積極的に取り入れていく必要があると考える。そして、記録忘れなどスタッフ間で偏りが見られた結果から、依然としてせん妄ケアへの意識には差が存在すると考える。病棟全体にせん妄ケアを定着させるためには、各スタッフがせん妄ケアについての知識を深め、その価値と効果を正しく認識する必要がある。そのため、実際の事例を共有するなどして取り組みの周知を継続することが重要であると考えられる。また、スタッフからの意見も取り入れ運用を見直し、より実施しやすい形を模索することも必要である。

【結論】本研究において、非薬理的せん妄ケア導入によりせん妄発症率の低下やせん妄日数の短縮には至らなかった。今後も取り組みの周知と見直しを継続し、せん妄ケアを定着させるよう活動していく必要がある。

## [O3-02] 消化器外科手術における術後せん妄発症要因の実態調査

○久道 恵理子<sup>1</sup>、坂田 歩未<sup>1</sup> (1. 高岡市民病院 看護部)

キーワード：せん妄、手術

【目的】消化器外科手術における術後せん妄の発症要因を明らかにする。

【方法】消化器疾患(大腸癌・胃癌・肝臓癌・膵臓癌・鼠径ヘルニア・腹壁癒痕ヘルニア・胆嚢炎・胆管炎・総胆管結石・イレウス・虫垂炎・消化管穿孔・消化管出血)で全身麻酔下での手術を受けた患者(106名)を対象とした。術後1~3日目に日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケールにて点数化し、24点以下をせん妄発症群、25点以上

を非発症群として分類した。せん妄発症の要因として考えられる12項目(年齢(65歳以上・64歳以下)・性別・聴覚障害の有無・入院から手術までの期間・術前後の睡眠導入薬や抗不安剤等の使用の有無・緊急手術の有無・絶食期間・術式(腹腔鏡下・開腹)・ライン(中心静脈カテーテル・末梢静脈カテーテル・胃管・ドレーン・硬膜外麻酔・膀胱留置カテーテル、酸素チューブ)数・硬膜外麻酔の有無・術後ICU入室の有無)について二項ロジスティック回帰分析変数減少法を用いて分析した。また、本研究は高岡市民病院看護研究審査委員会の承認を得て行った。患者情報は研究目的以外に使用しないこととし、研究終了後一定期間の保存をした後、データを削除することとした。委員会承認番号は1\*1-2。

【結果】対象患者は106名。日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケールで24点以下の患者は24名だった。二項ロジスティック回帰分析変数減少法で術後せん妄発症と有意な関連性を示したのは、65歳以上の年齢(OR=30.2)、術後の睡眠導入薬や抗不安剤等の使用(OR=29.2)、ライン数3本以上(OR=5.0)の3項目であった。また、入院から手術までの期間(OR=4.46)、絶食期間(OR=4.26)、開腹手術(OR=3.11)の項目も有意な傾向を示した。

【考察】特に術後せん妄と関連が強かったのは65歳以上の年齢という項目であった。小松らは、高齢者は新しい環境に適応しにくく、入院による生活環境の変化や検査・手術などが契機となり、不眠や精神的混乱などが出現することがあると述べている。入院生活に適応できず、心の準備が不十分なまま手術を受けると、術後の身体的変化や精神的変化を受け入れられず、不安やストレスを抱え込み、不眠・抑うつ・幻覚・幻聴などの精神症状が出現することがある。高齢者は加齢に伴う身体の諸機能の変化により手術侵襲が大きく、さらに理解力や判断力の低下や環境への不適応によって混乱状態を招きやすく、術後せん妄を発症しやすいと考えられる。次に術後せん妄と関連が強かった項目は術後の睡眠導入薬や抗不安剤等の使用であった。北村は、睡眠効果が増強することで覚醒に時間を要したり、覚醒時にせん妄症状を引き起こすと述べている。睡眠導入薬の効果が翌日まで持ち越され、日中傾眠傾向になることで昼夜逆転となる。夜間の良眠や熟眠感を得るために、睡眠導入薬使用の時間を考慮したり、できる限り日中に離床を進めたりすることで生活リズムを整える援助が必要となる。3番目に術後せん妄と関連が強いのはライン数3本以上という項目であった。カテーテル類の挿入により心身共に抑制状態にあり、拘束感が強まりせん妄発症へと結びつきやすくなると考えられる。外科手術後は身体的にも精神的にも大きなストレスを生じさせ、複数の要因が重なり合っせん妄を発症する。手術前後での身体・精神・生活背景などから患者の状況をアセスメントし予防を行うことが重要である。

【結論】本研究において、年齢が65歳以上、術後の睡眠導入薬や抗不安剤等の使用、ライン数3本以上の3項目が消化器外科手術における術後せん妄発症要因として強い関連を認めた。

### [O3-03] 心臓血管外科術後患者の睡眠障害とせん妄への影響について

○平良 沙紀<sup>1</sup>、浦 綾子<sup>2</sup>、宮林 郁子<sup>3</sup> (1. 福岡大学病院 看護部、2. 福岡大学 医学部看護学科、3. 清泉女学院大学 看護学部)

キーワード：睡眠覚醒リズム、Actigraph、せん妄

【目的】心臓大血管手術後せん妄の頻度は3～57%と非心臓大血管手術の5～28%より高く、術後せん妄の発症因子には高齢、腎不全、視覚障害、大動脈瘤手術、緊急手術などが報告されている。集中治療室における睡眠障害はせん妄への影響が指摘されるが、侵襲の大きい心臓外科術後患者の睡眠とせん妄の関係は十分に検討されていない。本研究は、心臓血管外科術後患者における人工呼吸器離脱後の睡眠障害によるせん妄への影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象者は心臓血管外科術後患者6名。データ収集は人工呼吸器離脱後にActigraphを4日間非利き腕に装着し睡眠の量について客観的評価を行った。せん妄評価はCAM-ICUを使用した。Actigraphによる睡眠変数は専用ソフトAW2により解析し記述統計を行い、事例ごとに睡眠覚醒リズムの影響を検討した。福岡大学医に関する倫理委員会の承認(承認番号U-19-06-008)を得た。

【結果】対象者は平均年齢69.3±2.3歳、人工心肺使用4名。手術時間7時間18.1±1時間49.9分、麻酔時間9時間6.6±1時間46.5分、SICU入室時のAPACHEIIスコア21.5±5.6点、人工呼吸時間31時間10.8±15時間37.5分

あった。SICU+CCU在室時間4日間+10時間29分±21時間34.7分、在院日数30.3±7.71日であった。Actigraphによる睡眠変数の平均値は、静止時間帯の睡眠時間252.8±155.7分、5分以上の覚醒回数8.2(±5.2)回、覚醒時間36.1±21.4分、入眠潜時13.1±24.4分。活動時間帯の睡眠時間288.6±159分。総睡眠時間541.4±314.7分であった。夜間は患者6名とも人工呼吸器離脱後よりオレキシン受容体拮抗薬や $\alpha_2$ 作動性鎮痛剤を用いていたが、静止時間帯の睡眠時間が減少し、活動時間帯の睡眠時間が多く睡眠覚醒リズムの乱れが5名に認められた。そのうちCAM-ICU陽性が2名にあり、1名は静止時間帯と活動時間帯が不明瞭で、連続した2時間以上の睡眠が確保されず、他の1名は人工呼吸器離脱後2日目に睡眠時間が全くとれていなかった。せん妄の直接因子である、人工呼吸器時間やAPACHEIIスコア、炎症所見等の値はせん妄発症患者の方が低かった。

【考察】本研究では、静止時間帯の入眠潜時は短い覚醒回数が8.2回と多く、睡眠時間の不足を活動時間帯で確保し、総睡眠時間は正常範囲であるが睡眠覚醒リズムは乱れ、PADISガイドラインに示される重症患者の睡眠の特徴と一致していた。Actigraphでは睡眠の深さを評価できないが、一晩に2回以上目が覚める中途覚醒は、小さな物音や少しの刺激で覚醒してしまい熟眠感が得にくい睡眠障害である。せん妄を発症した患者は、睡眠覚醒リズムが乱れていたが、他のせん妄の直接因子の値は低く、睡眠覚醒リズムの乱れによる睡眠への影響が推測された。しかし、症例数が少なく関連要因の分析には十分ではない。人工呼吸器装着中は浅い鎮静が行われ、概日リズムに基づく睡眠覚醒リズムが変化しており、正常な睡眠覚醒リズムを早期に戻せる援助が重要である。

【結論】心臓血管外科術後患者の人工呼吸器離脱後は、静止時間帯の覚醒回数が多く睡眠時間が短く、活動時間帯の睡眠時間が多く睡眠覚醒リズムが乱れていた。せん妄を発症した患者は睡眠覚醒リズムが乱れ、睡眠時間が短くなっていた。

## [O3-04] 心臓血管外科術後患者の多臓器障害の重症度とせん妄の関連

○小林 友也<sup>1</sup>、石塚 悠介<sup>1</sup>、岸田 啓佑<sup>1</sup>、齋藤 真由<sup>1</sup> (1. 松江赤十字病院 看護部)

キーワード：せん妄、多臓器障害

【目的】集中治療領域では心・血管系、脳神経系等の術後せん妄が多く、心疾患患者はせん妄要因であるが<sup>1)</sup>、ICUでの臓器別のスコア化された多臓器障害とせん妄の関連は報告されていない。本研究では特に侵襲が高い心臓血管外科開心術後のICU入室患者の多臓器障害重症度とせん妄症状の関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】2019年1月～2020年3月に研究対象病院で心臓血管外科術後ICU入室患者68人を対象とした。せん妄リスク因子16項目と、ICU入室中のせん妄評価としてCAM-ICU評価(評価不可は除外)、SOFA scoreデータを電子カルテから2次利用した。せん妄の有無とせん妄リスク因子の関連は $\chi^2$ 乗検定、せん妄の有無とSOFA scoreの関連はt検定を用い、有意確率5%未満とした。分析にはExcel 2013を用いた。倫理的配慮では研究対象病院看護研究倫理委員会の審査承認後研究を開始した。病院ホームページ上に研究内容を公開し情報利用の拒否が可能なことを保証した。

【結果】ICU入室中の死亡退院を除く66人を対象とした。平均年齢71.0±8.4歳、男性44人、女性22人、ICU平均入室日数4.7±1.3日であった。せん妄発症はあり群35人、なし群31人で、あり群のうち1病日目せん妄発症は22人、2病日目10人、3病日目以降は3人だった。せん妄の有無とせん妄リスク因子では性別、年齢、睡眠導入剤使用、鎮静剤使用、疼痛等では関連はなかったが、ICU入室期間5日以上、絶食期間3日以上、挿管期間16時間以上の3項目で有意差を認めた(p<.05)。SOFA score総得点は1病日目せん妄発症の有無で有意差はなかったが、2病日目発症ではあり群が有意に高かった(p<.05)。臓器別では1病日目発症で〈循環〉、2病日目発症で〈凝固〉、〈脳〉、〈腎〉で有意差を認めた(p<.05)。

【考察】入室期間、絶食期間、挿管期間が長期化した患者にせん妄発症が多くみられ、いずれも術後経過の重症度により長期化する因子であると考えられた。せん妄発症日は1、2病日目で全体の91%を占め、先行研究と同様、術後早期にせん妄を発症しやすいことが明らかとなった。心臓血管外科手術は高侵襲であり、様々な要因から循環動態が変動しやすくSOFA scoreは高得点となる。手術侵襲度は循環動態に大きく影響を与え、1病日目の〈循環〉に最も表されると考えられる。〈凝固〉では2病日目のせん妄発症で得点が高く、血小板減少の遷延が関連していた。原因には出血やDICが挙げられ、術侵襲に加え感染など術後の2次的な身体状態がせん妄発症に関連していた。

していると考えられた。また、意識レベルで評価される〈脳〉は鎮静状況も評価に影響するため、術直後は高得点となりやすい。2病日目以降も遷延する意識レベル低下は、より身体状態を反映しせん妄発症と関連があると考えられた。開心術ではAKIのリスクが高く、さらに循環動態が不安定で腎血流を十分に保てないことも腎機能に影響を与えるため、手術侵襲とそれに伴う循環動態も〈腎〉に反映していると考えられた。看護職は特に臓器別SOFA scoreを重症度評価だけでなくせん妄アセスメントにも活用することで、せん妄を早期に予期し予防的ケアを実践できると考える。また、医師、看護師をはじめ多職種がSOFA scoreに目を向け、日々のスコアから身体面とせん妄の経過を関連付けて捉えることで、身体管理を行う治療、看護と連動させた質の高いせん妄ケアを提供できると考える。

【結論】2病日目のせん妄発症者はSOFA scoreが有意に高かった。臓器別では1病日目で循環、2病日目で凝固、脳、腎の臓器障害がせん妄発症と関連していた。

<sup>1</sup>山田宇以:せん妄の最近の知見と現状,Medical Alliance,1(2),112-118,2015.

## [O3-05] 当院 ICUにおけるせん妄発生と疼痛関連因子の影響

○井上 智子<sup>1</sup>、宇都宮 明美<sup>1</sup> (1. 京都大学医学部附属病院 看護部)

キーワード：せん妄日数、関連因子、ICU、疼痛、倦怠感

【目的】2014年にJ-PADガイドラインが発表され、鎮痛の重要性とせん妄管理について広く認知された。当院では2017年にCAM-ICUの導入を行い、導入後1年6ヶ月間のせん妄発生率は16.6%であった。当院ICUの入室患者のうち、術後入室は約80%であり、せん妄患者の大半が術後患者であることが推測される。術後疼痛管理として、手術室より継続して、オピオイドを経静脈あるいは硬膜外より持続投与しているが、覚醒確認等の理由により、早期に終了することがあるため、術後せん妄の発症要因として、不十分な鎮痛が考えられると感じた。

そこで、当院ICUでの術後患者のせん妄と疼痛の影響について明らかにすることを本研究の目的とした。

【方法】研究デザイン：観察研究。研究対象：2017年7月～2018年12月までに当院ICUに3日以上入室した術後の患者。調査項目：オピオイドの中断の有無、倦怠感を訴えた回数、呼吸苦を訴えた回数、疼痛を訴えた回数、屯用鎮痛剤の使用の有無、入室日数、年齢、診療科とせん妄の関係。分析方法：解析ソフトEZR (V1.41) を使用による線形回帰分析。有意水準；P値0.05未満。倫理的配慮：本研究は所属大学倫理委員会 (R2369-1) の承認を得た上で実施した。

【結果】対象患者125名のうちせん妄発症者は29名 (23.2%)。せん妄と各症状における結果は、オピオイドの中断 (Estimate: 0.05, 95%CI:-0.2-0.3)、倦怠感を訴えた回数 (Estimate: 0.15, 95%CI:0-0.3) であり、呼吸苦を訴えた回数 (Estimate: 0.16, 95%CI:-0.07-0.39)、疼痛を訴えた回数 (Estimate: 0.07, 95%CI:-0.09-0.23)、屯用鎮痛剤の使用の有無 (Estimate: -0.03, 95%CI:-0.1-0.04)、入室日数 (Estimate: 0.01, 95%CI:-0.01-0.03)、年齢 (Estimate: 0.01, 95%CI:0-0.02) 診療科：心臓血管外科 (Estimate: -0.19, 95%CI:-0.94-0.56)、診療科：呼吸器外科 (Estimate: -0.47, 95%CI:-1.48-0.76)、診療科：麻酔科 (Estimate: -0.23, 95%CI:-1.04-0.58)。せん妄日数との関係において優意に影響を与えた症状は倦怠感であった。また、患者背景である年齢にも優意な影響が認められた。

【考察】本研究においてせん妄日数と疼痛には有意な関連性は認められなかった。理由として、当院ICUでは術後のオピオイド中断は行われているものの、疼痛スケールを活用し、鎮痛剤を投与するというケアの実践で、有意差がでなかったのではないかと考える。このことは先行研究の、浅鎮静によるコミュニケーションが可能なことが疼痛に対応でき、せん妄発症を予防できるという結果と一致すると考える。今回有意な関連を認めた年齢は、高齢はせん妄の危険因子としても認知されており、これまでの研究と同様の結果となった。もう1つの有意差を認めた倦怠感においては、倦怠感とせん妄との関連性についての文献はなく、本調査における新たな知見といえる。倦怠感における観察ならびにケアについては、確立されたものがなく、今後の課題であると考えた。

【結論】本施設で術後3日以上ICUに入室している患者において、せん妄発生に年齢と倦怠感において関連性を認めた。

一般演題

## [O4] 家族看護

### [O4-01] 集中治療室で生命危機を脱した患者の退室に不安がある家族への情報提供の看護実践

○古知 里美<sup>1</sup>、北村 愛子<sup>2</sup>、大江 理英<sup>2</sup> (1. 静岡県立総合病院 看護部、2. 大阪府立大学 看護学研究科)

### [O4-02] 救命救急の場でポストクリティカル期へ移行する患者の家族に対する支援と看護師が抱く困難感

○新井 希理<sup>1</sup>、中山 美由紀<sup>2</sup> (1. 宇治徳洲会病院 看護部、2. 大阪府立大学大学院 看護学研究科)

### [O4-03] 集中治療室での生命危機状態にある乳児の侵襲的治療についての倫理調整

○花山 昌浩<sup>1</sup>、小川 加織<sup>1</sup> (1. 川崎医科大学附属病院 看護部)

## [O4-01] 集中治療室で生命危機を脱した患者の退室に不安がある家族への 情報提供の看護実践

○古知 里美<sup>1</sup>、北村 愛子<sup>2</sup>、大江 理英<sup>2</sup> (1. 静岡県立総合病院 看護部、2. 大阪府立大学 看護学研究科)

キーワード：情報提供、不安がある家族、退室、集中治療室

【目的】患者の集中治療室（以下 ICUと記す）の退室は環境やケアの提供者の変化から不安が生じるとされる。また、ICU退室時の患者の病状は家族と医療者で相違があり、そのずれを埋める情報提供の必要性が示唆されている。不安がある場合、現状を正しく認識することが難しく介入の必要性は高いが、ICUの退室においてどのような情報提供の看護実践が行われているかは明らかでない。そこで、ICUで生命危機を脱した患者の退室に不安がある家族への情報提供の看護実践を明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザイン：質的記述的研究。研究参加者：ICUで生命危機を脱した患者の退室に不安があると判断した家族に情報を提供した経験がある集中治療に携わる看護師のクリニカルラダーレベルⅢ以上の看護師。データ収集期間：2020年8月～2020年11月。データ収集方法：半構造化面接法。分析方法：インタビューから逐語録を作成し、ICUの退室に不安がある家族への情報提供に際する看護師のアセスメント、ケアと評価を含む看護実践を表現している内容を抽出してコード化し、意味が類似しているコードをまとめてサブカテゴリ化、カテゴリ化した。倫理的配慮：研究参加は自由意思であり協力の諾否により研究参加者が不利益を被らないこと、匿名性の遵守およびデータの取り扱いと管理について書面と口頭で説明し同意を得た。所属組織の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】研究参加者は4施設のICU看護師5名。ICUで生命危機を脱した患者の退室に不安がある家族への情報提供の看護実践は、<<情報を受け止める力量を判断する>>、<<家族が不在時の患者が回復している様子を伝える>>、<<患者の現状を視覚的に示し理解を促す>>、<<退室に伴う変化を予告し家族の準備性を高める>>、<<退室後の情報は時期と内容を見極めて伝える>>、<<退室後のケアの継続性を保証する>>、<<情報を焦点化し簡潔に伝える>>、<<退室説明後の家族の理解度を評価する>>の8カテゴリ、28サブカテゴリ、99コードが明らかになった。

【考察】<<情報を受け止める力量を判断する>>は、家族の現状認識から不安の程度を捉え、情報を受け止める力量をアセスメントし、家族の心理的危機を回避していると考えられた。

<<家族が不在時の患者が回復している様子を伝える>>では、家族が短い面会時間で患者の回復を理解することは容易ではないため、患者の変化がわかりやすい出来事を伝え、モニターや文章を用いて<<患者の現状を視覚的に示し理解を促す>>ことや、内容を短く区切って伝えるなど<<情報を焦点化し簡潔に伝える>>ことで情報処理を容易にし、現実認知を促していると考えられる。また、<<退室に伴う変化を予告し家族の準備性を高める>>ことで退室に関する漠然性を減らし、<<退室後の情報は時期と内容を見極めて伝える>>ことで家族の対処能力に応じた情報提供を行い心理的危機を回避し、新たな環境に適応できるよう支援していると考えられた。さらに、<<退室後のケアの継続性を保証する>>ことで家族に安心を与え、療養の場の移行を乗り越えられる様に介入していると考えられた。情報提供の評価では、<<退室説明後の家族の理解度を評価する>>ことで情報提供のあり様を振り返っているものと考えられた。

【結論】ICUで生命危機を脱した患者の退室に不安がある家族への情報提供の看護実践は、家族の心理的危機回避を行いつつ対処能力を高め、移行を乗り越えられる様に援助する看護実践と考える。今後は本研究結果を退室に伴う家族の不安に対するICUでのカンファレンスや教育活動に活かしていく必要がある。

## [O4-02] 救命救急の場でポストクリティカル期へ移行する患者の家族に対する 支援と看護師が抱く困難感

○新井 希理<sup>1</sup>、中山 美由紀<sup>2</sup> (1. 宇治徳洲会病院 看護部、2. 大阪府立大学大学院 看護学研究科)

キーワード：家族、移行、クリティカル期、ポストクリティカル期、集中治療室



【目的】救命救急の場で、クリティカル期からポストクリティカル期へ移行する患者の家族に対する支援と看護師が抱く困難感を明らかにする。

【方法】研究デザイン：質的記述的研究。研究参加者：救急搬送された患者が入室する集中治療室の臨床経験3年以上の看護師7名。研究方法：1人1回30分程度の半構成的面接を行った。分析方法：面接内容から逐語録を作成し、調査内容を表現している記述をコード化し、抽象化してカテゴリーを作成した。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と研究協力施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】研究参加者の看護師経験年数は平均 $8.57 \pm 10.0$ 年、集中治療室での経験年数は平均 $5.42 \pm 4.47$ 年であった。必要な支援は、【患者が集中治療室に入室した直後から、患者の移行を見据えて家族と関わる】【関わりの第一歩として、関係性構築のためにまずは家族の側にいて思いの表出を促す】【家族の立場に立って心情を読み取り、必要な支援を考えて実施する】【患者の病状の推移を家族がどのように捉えているのかを確認して、現状把握への支援を行う】【一般病棟への退室に向けた準備をする】【療養上の課題を推定して、退院後の生活を見据えた関わりを行う】【退院後の生活の家族の意向を確認し、退院支援部門と連携する】【移行において支援が必要な家族への関わりを充実できるよう体制を整える】【家族の現状から、カンファレンスでよりよい関わりを検討する】の9カテゴリーに抽象化された。看護師が抱く困難感は、【患者が生命の危機を離脱しても、その変化に追いつかない家族や現状をどのように捉えているか分からない家族を目の前に、戸惑う】【患者が集中治療室入室中に、家族と継続的に関わる時間の確保が難しい】【家族と医療者で今後の治療や療養生活への認識が異なる状況に困る】【生命の危機を離脱しても、入院前の状態までは戻らない患者の家族にどのように関わるか悩む】【患者・家族の関係性、生活に関する内容の把握や今後の支援の方向づけに困る】【一般病棟に家族への関わりを引き継ぐのが難しく、家族にどのような関わりが継続されているか分からない】【家族を含めた退院後の生活をイメージした支援を十分に実施することが難しい】【マンパワーの不足や経験年数により、家族と十分に関わるのが難しい】の8カテゴリーに抽象化された。

【考察】看護師は、患者がクリティカル期の段階から移行に備えて、家族と関わったり、患者が退室する際の家族の心情を予測して、関わる必要があると捉えていた。

しかし、患者がポストクリティカル期へ移行しても、家族が「不安やパニック」を生じたりすることで【患者が生命の危機を離脱しても、その変化に追いつかない家族や現状をどのように捉えているか分からない家族を目の前に、戸惑う】という困難感や患者の療養場所が変わり、【一般病棟に家族への関わりを引き継ぐのが難しく、家族にどのような関わりが継続されているか分からない】という困難感を抱いていたと考える。

【結論】救命救急の場で、クリティカル期からポストクリティカル期へ移行する患者の家族に対する支援は、9カテゴリー、看護師が抱く困難感は、8カテゴリーで構成された。必要だと捉えた支援に対する、困難感を軽減させることで、看護師はクリティカル期からポストクリティカル期へ移行する患者の家族への支援に積極的に取り組むことができると考える。患者の移行を促進するためには、家族が移行を前向きに捉えることが必要であることから、集中治療室において、移行する患者の家族に対する支援を充実することは、患者の移行の促進に寄与すると考える。

## [O4-03] 集中治療室での生命危機状態にある乳児の侵襲的治療についての倫理調整

○花山 昌浩<sup>1</sup>、小川 加織<sup>1</sup>（1. 川崎医科大学附属病院 看護部）

キーワード：倫理調整、意思決定支援、家族看護

【背景（目的）】集中治療室で生命危機状態にある乳児の治療方針を選択する際に実施した家族への意思決定支援について振り返る。

【方法および分析の概要】診療記録をもとに看護実践内容を振り返り、患者の状態や家族の言動、医療者との関わりについて時系列に文章化して意思決定支援に関する項目をまとめた。また、本事例を発表するに際し、ご家族への同意を得た上で川崎医科大学・同附属病院の倫理委員会の承認を得た（承認番号5158-00）。

【結果/経過】C氏、4ヵ月女児。心停止で発見。ドクターヘリスタッフが接触後挿管と昇圧剤の投与を実施後蘇

生し、A病院搬送後に集中治療室へ入室。キーパーソンは母親。病日3日目に聴性脳幹反応検査を実施して脳波は平坦。翌日主治医から両親に対して意識が改善することが困難であること、人工呼吸器の離脱が困難であることを説明。病日5日目に両親から主治医に気管切開術をはじめとした現状以上の侵襲的治療の差し控への申し出があった。申し出を受けて、病棟内カンファレンスを実施した際に主治医より、昇圧剤が中止できるまで全身状態は安定してきているため、今後小児科一般病棟に転棟する可能性も考えると気管切開術は必要な処置になるとの意見があった。以上のことより、家族の申し出と医療者間において倫理的ジレンマが生じていると考えた。そのため、自らの意思が表出することができないC氏の今後の治療方針について関係者間での合意形成を図る必要があった。まず、母の心情を確認するために、連日面会に来ていた母と面談の機会を設け、現在の心情や侵襲的治療差し控への判断に至った経緯について確認した。母は、暗い表情で「家族で決めたことなので」というばかりで具体的な内容までは発言しなかった。そこでC氏の今後の治療方針について再度合意形成を図ることを目的に両親、祖父母、医師、看護師で話し合いの場を設けた。医師より、気管切開を含めた治療方針、実施した場合と実施しない場合の予後について説明を実施。両親はICの内容から再度侵襲的治療について拒否の姿勢を示し、その背景として祖母の意向が強く反映されていることが明らかとなった。祖母の意向が、キーパーソンである母親の意向に強く影響を与えている可能性を考慮したため、両親と医療者で話し合いの場を設けた。前回の説明に加えて使用する社会資源や小児科病棟に転棟することで両親がC氏と関わることのできる情報を提示した。また、院内の倫理コンサルテーションチームに事例について相談を行い、両親が気管切開の治療を選択した場合と選択しなかった場合の対応をそれぞれ協議した。この際、臨床心理士より両親が治療方針について充分理解できており、代理意思決定者として患者の推定意思を限りなく汲んだ意思決定ができる状況であるという情報を共有した。結果的に両親と医療者でC氏の状況と今後の治療方針について説明し、両親は気管切開を実施しない治療方針を希望した。C氏は挿管チューブを挿入した状態で病日34日に小児科病棟に転棟となった。

【結論】本症例のように突発的な出来事に巻き込まれた代理意思決定者が、乳児の意思を汲んだ意思決定を行うことは、非常に困難である。そのため、医療者は一方向的な支援を提案するのではなく、多職種で協働して多角的な視点から家族に対する支援のあり方を検討して、家族が選択できる機会を提供する必要がある。さらに、代理意思決定者が意思決定するための環境を整えることに並行して、医療者、家族間において最善策を探し続けるために協議する場を調整することが意思決定の正当性を確保する手段に繋がると考える。

一般演題

## [O5] エンドオブライフケア 他

- [O5-01] **患者の意思を尊重した End of Life Care : クリティカルケア領域の看護師が語り合うことを通して**  
○谷 幸一<sup>1</sup> (1. 北里大学病院 看護部)
- [O5-02] **集中治療室における終末期医療の移行に関わる看護師の困難感—医師との関わりに焦点をあてて—**  
○浅見 綾<sup>1</sup>、水戸 優子<sup>1</sup> (1. 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部看護学科)
- [O5-03] **集中治療室において臨死期にある患者とその家族に対する看護師の環境調整**  
○齋藤 信介<sup>1</sup>、北村 愛子<sup>2</sup>、大江 理英<sup>2</sup> (1. 国立循環器病研究センター 看護部、2. 大阪府立大学看護学研究科)
- [O5-04] **初療室に搬送された心肺蘇生を望まない臨死期の患者をケアする救急看護師のジレンマ**  
○宮澤 拓也<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup> (1. 長浜赤十字病院 看護部、2. 名古屋市立大学大学院 看護学研究科)
- [O5-05] **救命救急センター看護師の ACPと DNARの捉え方—事前指示書を持つ患者への関わりを通して—**  
○鈴木 英子<sup>1</sup> (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院 看護部)
- [O5-06] **ICU退室から1年後の患者の就労状況の実態、及び離職要因に関する検討—SMAP-HoPe Studyサブグループ解析—**  
○福田 侑子<sup>1</sup>、北山 未央<sup>2</sup>、卯野木 健<sup>3</sup>、櫻本 秀明<sup>4</sup>、山口 貴子<sup>5</sup>、植村 桜<sup>6</sup>、辻本 雄大<sup>7</sup>、栗原 知巳<sup>8</sup>  
(1. 自治医科大学附属病院 看護部、2. 金沢医科大学病院 看護部、3. 札幌市立大学 看護学部、4. 茨城キリスト教大学 看護学部、5. 日本医科大学武蔵小杉病院 看護部、6. 大阪市立総合医療センター 看護部、7. 奈良県立医科大学附属病院 看護部、8. 前橋赤十字病院 看護部)

## [O5-01] 患者の意思を尊重した End of Life Care : クリティカルケア領域の看護師が語り合うことを通して

○谷 幸一<sup>1</sup> (1. 北里大学病院 看護部)

キーワード：患者の意思、End of Life Care、クリティカルケア、フォーカスグループインタビュー

【目的】クリティカルケア領域は、患者の意思の把握が困難なため、患者の意思を尊重した End of Life Care [EOLC] を実践することが難しい。フォーカスグループインタビュー（Focus Group Interview ; 以下、FGI）を用いた語り合うことを通して、クリティカルケア領域における患者の意思を尊重した EOLC を明らかにすることを目的とし、それらを実践するための示唆を得たいと考えた。

【方法】FGIを用いた質的記述的研究である。研究参加者は7名で、救急ICUやICU、専門看護師などのスペシャリストであった。患者の意思を尊重した EOLC を主題とした。主題が複雑な出来事や経験であるため、FGIを2～3か月ごとに3回行った。分析は、文脈の意図を損なわないよう FGIごとにカテゴリーを抽出した。その後、FGI1～3回目を比較検討し、全体の流れをつかみながら各 FGIの特徴や流れをテーマとして表した。所属大学の研究倫理審査委員会の承認（承認番号2019-010）を得て実施した。

### 【結果】

FGI1回目：患者や家族の心情に寄り添うために視野を広げる

看護師は、患者を良かれと思い車椅子に乗せたが、心肺蘇生法をしないと決めた家族には、患者が元気で強く生きようとしていると映り、家族に泣かれた経験を語った。この経験から看護師は、患者や家族が意思決定した背景を把握するなど、善意が擦れ違わないよう患者や家族の心情に寄り添うことの重要性を確認し合っていた。そしてタイミングを逃さず、患者の最期の思いに応えていた。

FGI2回目：看護の原点に立ち返って患者や家族に寄り添うことを探求する

看護師は、患者の最期が近いことを認識できるよう患者や家族の心の機微に触れ、家族の思いを尊重し、患者を気遣う家族の思いに応えていた。また、患者や家族、医療者のそれぞれが認識している思いを受け止めながら、そのずれに気付いたタイミングを逃さず関わるなど、看護師が患者や家族、医療者間の認識のずれに対し、それぞれが歩み寄っていけるよう関わっていた。

FGI3回目：救急外来を患者と家族が最期を過ごす大切な空間に変えていく

看護師は、家族が全員揃うまで、すぐに霊安室に移動せず、患者が急激な死を迎った状況を家族が感じ取ることができるよう敢えて救急外来の空間に居てもらっていた。救急外来に患者が次々に搬送され、ずっと関わるのが困難な状況であるからこそ、患者と家族が居たたまれない様子を捉え、折に触れて声を掛けるなど、患者と家族に関心を寄せていることが伝わるよう関わっていた。

【考察】クリティカルケア領域は、患者の意思を把握することが難しく、専門性の高い治療やケアが行われているため、看護師が他者に代わって引き受けることによって、患者や家族の思いとかけ離れた配慮にもなりかねない。そのため、クリティカルケア領域の看護師は、患者や家族がありがたい姿でいられるよう支えていく配慮が重要であることを確認し合っていたと考える。また、患者が急激な死を迎った場所であるからこそ、クリティカルケア領域の看護師は、敢えて家族がその状況を感じ取ることができるよう知りたいニーズに応え、救急外来の空間に居ることの意味を最大に活かしていたと考える。

【結論】クリティカルケア領域の看護師は、善意が擦れ違わないよう患者や家族の心情に寄り添うことを探求し、関わっていたことが明らかになった。また、救急外来の場を患者と家族が最期を過ごす大切な空間に変えていたことが明らかになった。

## [O5-02] 集中治療室における終末期医療の移行に関わる看護師の困難感 — 医師との関わりに焦点をあてて —

○浅見 綾<sup>1</sup>、水戸 優子<sup>1</sup> (1. 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部看護学科)

キーワード：ICU、終末期医療、移行、医師との関わり

【目的】集中治療室（ICU）は、救命の場であり積極的な治療が優先されるが、終末期に向かうケースもある。2014年に3学会の定義が出され、これまでのガイドラインと大きく異なることは、終末期への移行期にはチームで関わるということである。本研究は、2019年にICUにおける終末期医療への移行に関わる看護師の困難感の実態調査を行い、その概要を報告した。その中で、医師との関わりについて困難感を抱く看護師が多かったが、しかし、何らかの対処を行いながら、医師と協働している様子が伺えた。そこで本発表は、終末期への移行において看護師が医師と関わる上での困難感に焦点をあて、対処方法についても明らかにする。

【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。関東地方県内の2次救急、3次救急のあるICUが6床以上ある病院、合計170施設で、対象者は、ICUに勤務する看護師長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）合計850名とした。調査期間は、2019年7月～8月である。調査内容は、先行研究と研究者の臨床経験を基に、自作の無記名自記式質問紙を作成した。その内容は、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する経験の有無と終末期医療への関心の程度、④終末期への移行に関わる医師との関係についてである。このうち本研究では、③④のうち終末期への移行に関わる医師との関係に関する困難感と対処方法に関する回答から数値的に関連（ $\chi^2$ 検定）をみるとともに自由記述の内容分析を行い、カテゴリーを抽出した。

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を受けて実施した。

【結果】回収数209件、有効回答数206件（有効回答率24.2%）であった。終末期医療の移行に対して医師との関係性について調査した結果、163人（84.1%）の看護師がジレンマや困難感があると回答した。また、看護師のジレンマや困難感の有無との関連（ $\chi^2$ 検定 有意水準5%）では、「終末期医療への判断（ $p=0.032$ ）」「医師との関係性（ $p=0.001$ ）」「終末期医療の移行判断の参画希望（ $p=0.017$ ）」が認められ、つまり、困難感のある看護師は、終末期医療への判断に関わることで医師との関係に困難を感じるが、しかし、移行への判断に参画希望を持っている者が多いということが言えた。医師との関係に関する自由記載の内容分析では、＜医療者間の方針のすり合わせ困難＞＜医師が看護師の意見に耳を傾けない＞＜医師と患者家族との狭間に立つ＞という3つのカテゴリーが抽出された。また、対処方法に関する自由記載の内容分析では、＜話し合う＞、＜医師と家族の橋渡しとなるようにかかわる＞＜あきらめる＞という3つのカテゴリーが挙げられた。＜話し合う＞のカテゴリーはさらに3つのサブカテゴリーからなり、それらは[看護師の視点をもって医師と看護師間で話し合う][医療者間で同じ方向を向くまで根気よく話し合う][看護師間でチームを作って話し合う]であった。

【考察】ICUの多くの看護師は、終末期医療の移行において医師との関係で困難感を感じていた。それは従来であれば、医師の方針や決定に従った役割、又はケア方針でよかったことが、ガイドラインが出されて、チームでかかわることが必要になったことも関係していると言える。そして、患者家族の思いを汲み取る看護師の立場であるからこそ、終末期医療の移行の判断に参画すべきと考え、医師と患者家族の狭間に立つという困難感を感じていると推察される。本研究において明らかになった対処方法のうち＜あきらめる＞を除く2つのカテゴリーは、今後のケアの指針になるものと考えられる。

## [O5-03] 集中治療室において臨死期にある患者とその家族に対する看護師の環境調整

○齋藤 信介<sup>1</sup>、北村 愛子<sup>2</sup>、大江 理英<sup>2</sup> (1. 国立循環器病研究センター 看護部、2. 大阪府立大学 看護学研究科)

キーワード：集中治療室、臨死期、環境調整

【目的】集中治療室（以下ICUと記す）に入室する患者の中には救命し得ない患者も存在し、ICUで死を迎える事も少なくない。そのためICU看護師にも終末期ケアの実践が求められ、穏やかな死を迎えられるような環境作りが必要とされている。しかし、ICUにおいて臨死期にある患者と家族に対してICU看護師が行う環境調整の内容は明

らかにされていない。そのため本研究では、臨死期にある患者と家族にとって望ましい環境を整えるために、ICU看護師が行う環境調整の内容について明らかにする。

【方法】研究デザインは質的記述的研究である。研究参加者は、近畿圏内のICUを有する施設に勤務し臨死期にある患者と家族に対して環境調整を実施した経験のある看護師。集中治療に携わる看護師のクリニカルラダーレベルⅣ以上（日本集中治療医学会，2019）とし、各施設のICUの管理者に研究対象に該当する看護師を紹介頂いた。データ収集期間は2020年6月～12月。データ収集方法は半構造的面接とした。調査内容はICUにて臨死期にある患者と家族に対する環境調整についてインタビューを行った。分析方法は逐語録の臨死期の環境調整の内容を表す語りからコードを抽出し、意味が類似するものをまとめサブカテゴリー化、カテゴリー化した。

本研究への参加は自由意思で選択できる事を伝えた上で、研究参加によって得られる利益と不利益、研究参加撤回方法、個人情報取り扱い、研究結果の公表について理解が得られるように十分な説明を行い、口頭と文書による研究参加の同意を得た。また、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】研究参加者は看護師6名。看護師経験は平均 $21.5 \pm 6.4$ 年、ICU看護師経験は平均 $9.8 \pm 4.8$ 年。環境調整の内容は「患者と家族の日常の有り様を探る」「環境調整へのチームの認識を高める」ことから始めていた。そして「心静かに寄り添える空間を作り出す」「患者と家族の希望に添った空間を作る」「家族への環境刺激を統制する」ために物理的資源を活用し空間を作り上げていた。さらに「家族が患者の側で過ごせる時間を作り出す」ために社会的資源としての面会の規則を緩和し、人的資源である看護師を見極め、「看護師が家族へ情緒的支援の提供ができるよう配慮する」調整を行っていた。そしてICUで死を迎えるために「死の間際の患者と家族のケアに看護師を配置する」「最期の別れを感じ取れるようにする」の9カテゴリーが抽出された。

【考察】看護師は患者の代弁者である家族から患者の日頃の様子を探り当て、そして、医療チームに対しても臨死期の環境調整に共通の認識を持ち協働できるよう方向性を定めることから環境調整を始めていた。そして、心静かに寄り添える患者と家族の希望に添った空間をICU内の物理的資源や、家族の思い入れの強い物を活用し作り上げていた。これは家族が環境刺激から守られ心静かにお互いの存在を感じ患者との人生を振り返ることができるよう、そして家族が感情表出しやすい環境を作り上げることで悲嘆作業を支えていたと考える。さらに面会の規則を緩和し、患者と家族の時間を作り出す事で、お互いの繋がりが感じ取れ霊的苦痛を和らげる事のできる環境調整をしていたものと考え。最期には、患者との別れを迎える家族を支援する看護師を確保し、最期の別れの瞬間に患者が亡くなった事を感じ取れるようにすることで家族の死別を支えていたと考える。

【結論】ICU看護師の臨死期の環境調整は、患者の苦痛を和らげ家族の悲嘆作業を支えることから、擁護者としてのICU看護師の役割を果たすことが明らかになった。

## [O5-04] 初療室に搬送された心肺蘇生を望まない臨死期の患者をケアする救急看護師のジレンマ

○宮澤 拓也<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup>（1.長浜赤十字病院 看護部、2.名古屋市立大学大学院 看護学研究科）

キーワード：救急看護師、ジレンマ、救急搬送、DNAR

【目的】救急外来初療室（以下、初療室とする）には、軽症患者から急性で重篤な患者が来院するが、超高齢やがん終末期といった理由で、アドバンス・ケア・プランニングにより心肺蘇生処置を行わないという事前意思を有している患者もいる。そのような患者をケアする救急看護師は、ジレンマを感じていると考えた。そして、救急看護師のジレンマを明らかにすることで、初療室で心肺蘇生を望まない臨死期の患者をケアする救急看護師への支援の手がかりを得ることができると考え、そのような患者をケアする看護師のジレンマを明らかにすることを目的とした。

【方法】質的記述的研究デザインとし、三次救急領域の経験3年以上で、初療室での勤務経験がある看護師を対象とした。1人1回30-45分の半構造化面接を行った。面接データから逐語録を作成・熟読し、救急搬送された心肺蘇生を望まない臨死期の患者をケアする救急看護師のジレンマについて語られている部分を抽出し、カテゴリー化した。

本研究は、研究者の所属施設及び研究協力施設の倫理委員会の承認を得て実施した。研究参加者には、本研究の趣旨と方法、自由意思による研究参加・拒否・辞退の保障、参加・不参加に関わらず不利益は生じないこと、プライバシーの保護に努めることを口頭および文書にて説明し、同意を得た。

【結果】8名の救急看護師の参加協力が得られた。分析の結果、＜患者の尊厳より優先される救命＞＜救命と安楽を踏まえた患者の最善への迷い＞＜多忙による不十分な家族ケア＞が初療室に搬送された心肺蘇生を望まない臨死期の患者をケアする救急看護師のジレンマとして生成された。また、分析の過程で、救急看護師のジレンマには背景が存在し、ジレンマを感じた際の感情や行動も語られていることがわかり、ジレンマの背景とジレンマを感じた際の感情・行動も分析の視点とした。ジレンマの背景として＜不明確な患者の事前意思＞＜患者家族と地域医療福祉の看取りに関する認識不足＞＜救命が使命の救急隊と初療室＞が、ジレンマを感じた際の感情・行動として＜救急隊への負の感情＞＜地域医療福祉への疑問＞＜患者や家族の苦痛を軽減するケアの提供＞が生成された。

【考察】初療室に搬送された心肺蘇生を望まない臨死期の患者をケアする救急看護師のジレンマは、患者の尊厳を守りたいが救命が最優先となる自律尊重と善行との板挟み、救急看護を行うがその結果として患者や家族に苦痛を与えてしまう善行と無危害との板挟み、家族ケアをしたいがマンパワーが必要だという善行と正義との板挟みといった倫理原則が対立している状況で生じていたと考えられる。そのジレンマの背景は、救急搬送された患者の事前意思が確認できないこと、患者が在宅看取りを希望していても家族や施設が救急要請すること、救急隊や初療室ではどのような患者にも救命処置が優先されることがあると考えられた。そして、救急看護師は救急隊への負の感情といったモラルディストレスや、在宅看取りを希望する患者に対する地域医療福祉の体制に疑問を持ちながらも、救急搬送された臨死期の患者とその家族が安楽になるケアを提供していると考えられた。

【結論】救急看護師のジレンマは、倫理原則である自律尊重と善行との対立、善行と無危害の対立、善行と正義の対立によって生じていた。その背景には、事前意思が不明確な患者が心肺蘇生処置を行われながら初療室に搬送されてくるといった状況があった。また、救急看護師はジレンマを感じた際に負の感情や疑問を持ちながらも、患者と家族にとって最善を考えたケアを行っていた。

## [O5-05] 救命救急センター看護師の ACPと DNARの捉え方 —事前指示書を持つ患者への関わりを通して—

○鈴木 英子<sup>1</sup> (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院 看護部)

キーワード：アドバンスド・ケア・プランニング

【背景(目的)】アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは、意思決定ができるうちに人生の最終段階に受けたい医療やケアについて患者、家族、医療従事者が繰り返し話し合い共有する取り組みである。しかし、救急の臨床の場で患者が突然生命の危機的状況に陥った場合に、患者の事前意思を確認する機会は少ない。今回、事前意思表明を行っていた患者への関わりを通し、Do Not Attempt Resuscitation(DNAR)と患者の意思に沿った医療について考察する。

【方法および分析の概要】研究デザイン：症例報告、対象者：A氏 60歳代 男性 多発性皮膚膿瘍、急性腎不全、敗血症性ショック

呼吸困難感、体動困難を主訴に受診し緊急入院となった。第1病日より切開排膿、昇圧剤、CHDFによる治療を開始し、フェンタニルによる鎮痛を行った。入院時よりせん妄により意思疎通を図ることは困難であった。第2病日、内縁の妻(以下B氏とする)から、A氏は日本尊厳死協会の会員であると伝えられ、以前記載した事前指示書が提示された。しかし、B氏は内容を把握しておらず、指示書も本人のサインはあったが内容のチェックがなく、本人の意向を尊重することは難しい状況だった。

本研究はA氏の代理意思決定者であるB氏と所属病院看護部倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果/経過】治療の選択はB氏の意向を確認し行っていた。B氏と面談した際、事前指示書の存在は知っているものの内容は把握していなかった。以前、子供が植物状態になり介護を経験したため、早く死ぬことを望んでいたと話された。B氏に患者が今元気だったらどう望むか考えていただいた。内容については、すべて事前指示書通りに考えてい

と思うとのことであった。現行の医療行為についても併せて説明し、患者の意志が確認できないため、医師と家族とで相談しながら検討することを確認し、医師との話し合いの機会を設けた。再度、医師と家族と共に事前指示書の内容を確認し、現行治療は継続しながらも、急変時にはDNARとする方針に変更された。

一方、看護師からは、事前指示書によって積極的治療をA氏が望んでいないにも関わらず、現行治療の継続されていることに対し、A氏の意向が反映されていないという意見が聞かれた。そのため、受け持ちとリーダー看護師に対し聞き取りをし、カンファレンスを開催した。22名に実施し、A氏の治療は患者の意向を反映していないと考えているスタッフが70%以上を占めていた。また、B氏の意向に沿った治療であり、緩和治療にシフトすべきという考えが半数以上を占めていた。第19病日目にA氏は死亡された。

【結論】日本集中治療医学会のDo Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告では、「DNAR指示は心停止時のみに有効である。心肺蘇生不開始以外はICU入室を含めて通常の医療・看護については別に議論すべきである」と述べられている。しかし、本事例で看護師は、A氏の事前指示書の存在によって、現行治療が患者の意向に反していると捉え、積極的治療を行うべきでないと考えた。しかし、事前指示書の前提は、「回復が困難であると判断される」まさに人生の最終段階に患者の意向に沿った医療が提供されることである。救急の臨床の場では、その最終段階にあるかの判断は困難であり、看護師はDNARと人生の最終段階における患者の意向を同意義に捉える傾向にあるのではないかと推察される。また、そのことは看護師のジレンマにも繋がる。患者の意向が確認しづらい救急の場であるからこそ、多職種・家族が話し合いを繰り返すACPの理念に沿った治療が重要になると考える。

## [O5-06] ICU退室から1年後の患者の就労状況の実態、及び離職要因に関する検討ー SMAP-HoPe Studyサブグループ解析ー

○福田 侑子<sup>1</sup>、北山 未央<sup>2</sup>、卯野木 健<sup>3</sup>、櫻本 秀明<sup>4</sup>、山口 貴子<sup>5</sup>、植村 桜<sup>6</sup>、辻本 雄大<sup>7</sup>、栗原 知巳<sup>8</sup> (1. 自治医科大学附属病院 看護部、2. 金沢医科大学病院 看護部、3. 札幌市立大学 看護学部、4. 茨城キリスト教大学看護学部、5. 日本医科大学武蔵小杉病院 看護部、6. 大阪市立総合医療センター 看護部、7. 奈良県立医科大学附属病院 看護部、8. 前橋赤十字病院 看護部)

キーワード：ICU退室後、PICS、雇用

【目的】本研究の目的は、ICU入室前に就労していた患者がICUを退室した1年後の就労状況の実態及び離職に関連する要因を明らかにすることである。

【方法】本研究は、既発表の全国12施設のICUにおける多施設共同研究のサブグループ解析である。主管施設および各施設の倫理委員会の承認を得て実施した。研究デザインは前後両方向コホート研究である。対象は、ICUに3泊以上在室し、2019年10月から2020年7月の時点でICU退室から1年経過し自宅で生活している18歳以上の患者とした。ICU退室から1年経過した患者を後方視的にスクリーニングし、画像上明らかな中枢神経疾患、重度の認知症、1年以内の再入室、院内死亡が記録されている患者は除外した。また、対象候補に電話し、連絡が取れない患者や自記式の質問紙に回答できない患者を最終的に除外した後、対象者に調査票を郵送した。調査票の返送率は91.1% (754名)であった。本研究では、就労状況に焦点を当てたため、全てのデータのうち、65歳以下で入院前に就労していた患者に限定したサブグループ解析を行った。データは、基本属性(年齢、性別、APACHEIIスコア、ICU在室日数、入院形態)、入院前の就労状況および復職状況とそれぞれの就労形態、入院前と現時点での自覚的な認知機能として記憶力や集中力の変化、EQ-5D-5L日本語版を通じて普段の活動を行う問題の程度(以下、活動)を用いた。基本属性と就労状況は記述統計を行った。さらに、目的変数を離職、説明変数を年齢、入院前就労形態、認知機能、活動としてSTATA IC ver16を用いて、MICEで欠損値を補完した後、マルチレベルロジスティック回帰分析を行った( $P < 0.05$ )。

【結果】分析対象は178名であった。基本属性(中央値【IQR】)は、年齢53歳【44-60】、APACHEIIスコア12【8-18】、ICU在室日数5日【4-7】、性別は男性153名(86%)で、形態は緊急入室が87名(49%)であった。ICU退室1年後に離職していた者は32名(18.0%)を占めた。就労維持の有無と基本属性の単変量解析では、それぞれ、年齢52歳【43-59】 vs 59歳【51-63】、 $P=0.004$ 、APACHEIIスコア12【7-18】 vs 15【12-19】、 $P=0.01$ で有意差を認めた。離職に影響する因子に関する多変量解析では、入院前の就労形態



[OR : 0.439、95% CI:0.193–1.000、 $P=0.05$ ]、認知機能 [OR : 0.452、95% CI : 0.196–1.044、 $P=0.063$ ]、年齢 [OR : 0.971、95% CI : 0.930–1.015、 $P=0.190$ ]、活動[OR : 0.744、95% CI : 0.306–1.805、 $P=0.513$ ]であった。

【考察】本研究は日本におけるICU退室患者の就労実態を調査した初めての多施設共同研究である。日本以外の研究を対象としたシステマティックレビューでは、ICU生存患者の1年後における離職率は63%という報告があり、これに比較すると、本研究では離職率18%と低い結果であった。これは日本の特徴的な制度である終身雇用が影響している可能性がある。また、過去の研究では離職に関連する要因として認知機能が影響しているとされている。本研究はサブグループ解析であるため、サンプルサイズが不十分であり、ICU退室後の就労復帰をアウトカムとした大規模な研究が必要であると考えられる。

【結論】65歳以下で入院前に就労があった者のうち、ICUを退室してから1年後の時点において、18%の者は離職していた。離職に関連する要因として、年齢、入院前就労形態、認知機能、活動を分析したが、統計学的に有意な因子はなかった。

一般演題

## [O6] チーム医療

### [O6-01] クリティカルケア看護におけるモニタリングの意味

○増田 喜昭<sup>1</sup>、森 恵子<sup>2</sup> (1. 藤枝市立総合病院 看護部、2. 岡山大学大学院 保健学研究科)

### [O6-02] Critical Care Outreach Team(CCOT)活動における汎用性の高い重症者把握システムの開発

○岡 啓太<sup>1</sup>、前田 倫厚<sup>1</sup>、橋本 礼子<sup>1</sup> (1. 京都岡本記念病院 看護部)

### [O6-03] 特定行為研修修了生による RRS活動の報告

— 一般病棟リーダー看護師へのアンケート結果から —

○宮城 絵美<sup>1</sup>、古謝 真紀<sup>1</sup>、安里 宏美<sup>1</sup>、松永 宏美<sup>1</sup> (1. 浦添総合病院 看護部)

### [O6-04] ICUから一般病棟まで継続したケア介入により社会復帰に至った一例

○山田 かの子<sup>1</sup> (1. 近江八幡市立総合医療センター 看護部)

## [O6-01] クリティカルケア看護におけるモニタリングの意味

○増田 喜昭<sup>1</sup>、森 恵子<sup>2</sup> (1. 藤枝市立総合病院 看護部、2. 岡山大学大学院 保健学研究科)

キーワード：モニタリング、ケアリング、高度医療機器、急性・重症患者看護専門看護師

【目的】クリティカルケア領域の達人看護師がおこなう高度医療機器を駆使したモニタリングの実践知をもとに、クリティカルケア看護におけるモニタリングの意味を明らかにすること。

【方法】本研究において、モニタリングとは、3P (Pharmacology, Pathophysiology, Physical assessment) をはじめ医学的な知識を基に、患者の健康状態を包括的に評価し、臨床判断を行なう一連の思考プロセスと定義した。質的記述的研究デザインを選択した。研究対象者は、国内の病院に所属する急性・重症患者看護専門看護師とし、半構成的質問紙に基づく自由回答法による半構造化面接を実施した。半構成的質問紙は、『モニタリングで得た情報をどのようなものと捉えますか』、『モニタリングはどのような意味を成す行為だと考えますか』等の内容で構成した。データ収集期間は、2016年7月1日～10月31日であった。面接内容の逐語録を作成し、Krippendorffの内容分析の手法を用いて、個別分析、全体分析の2段階で分析した。内容分析によって推論された最も上位の概念を「大表題」、「大表題」の下位の概念を示す用語を「表題」とした。倫理的配慮としては、所属大学院の臨床研究倫理委員会において承認を得た上で実施した。また対象者に対して口頭及び文書を用いて説明し、十分な理解と同意を確認した後、同意書への署名を依頼した。

【結果】対象者は5名で、全員女性だった。平均面接時間は74分、全逐語録はおよそ86,000文字であった。データの結果、個別分析で得た記録単位は212、そこから125の表題を得た。全体分析では22の表題にまとめ、最終的にクリティカルケア看護におけるモニタリングの意味として、『患者の快適性を推測しながら複雑な事象を解釈する』、『瞬時の判断と振り返りのサイクルにより看護ケアの意味を見出す』、『安全な範囲を柔軟に伸縮させながらニーズを満たす看護ケアを創造する』、『コンテキストによって数値の意味を補完し患者中心の医療を強化する』、『ありのままの体験の共有者を増やし社会との繋がりを支える』、『看護師-患者の相互作用がクリティカルな状況に立ち向かう力を引き出す』、『全人的に捉えた患者との関係性の中で生きる道を見通し伴走する』の7つの大表題に集約された。

【考察】達人看護師は、様々なコンテキストやわずかな経時変化から患者の体験を読み解き、客観的情報と関連づけることによって、複雑な事象を解釈していることが明らかとなった。さらに、『コンテキストによって数値の意味を補完し患者中心の医療を強化する』では、客観的情報を用いて患者の快適性を合理的に説き、情報共有に努めている他、『ありのままの体験の共有者を増やし社会との繋がりを支える』では、患者の体験の共有に重点を置き、体験の共有者を拡大することで、社会との繋がりを修復していることが明らかとなった。また、『看護師-患者の相互作用がクリティカルな状況に立ち向かう力を引き出す』、『全人的に捉えた患者との関係性の中で生きる道を見通し伴走する』では、患者を先導する医療者-患者の関係性と、患者の主体性に応じる人-人との関係性の中で、柔軟で動的な関係性を構築し、看護師-患者の相互作用によって、看護師は「救命への熱意と看護実践の探求心」を、患者は「自律・回復」を獲得していることが明らかとなった。

【結論】クリティカルケア領域の達人看護師がおこなう高度医療機器を駆使したモニタリングの実践知をもとに、クリティカルケア看護におけるモニタリングの意味について分析を行った結果、7つの意味が明らかとなった。看護師-患者の相互作用の結果は、クリティカルケア看護におけるケアリングの象徴の一つであることが示唆された。

## [O6-02] Critical Care Outreach Team(CCOT)活動における汎用性の高い重症者把握システムの開発

○岡 啓太<sup>1</sup>、前田 倫厚<sup>1</sup>、橋本 礼子<sup>1</sup> (1. 京都岡本記念病院 看護部)

キーワード：CCOT、重症者把握システム、NEWS、RRS、院内心停止 IHCA

【背景（目的）】近年では、電子カルテの経過表にバイタルサインを入力すると早期警告スコアが自動計算されるシステムが開発されている。しかし大多数の施設では導入できず、施設全体での重症者の把握は困難な現状にある。当院では2018年7月より集中ケア認定看護師による CCOT活動を開始し、Rapid response system (以下 RRS)立ち上げに向けての現状調査・分析を経て、2019年4月に RRSを始動した。CCOT活動においては、重症患者の抽出が重要であり、従来の手作業では情報収集に膨大な時間を要した。そこで情報収集および初動時間の短縮化を図るため、当院独自の重症患者把握システムを開発し、運用に至った。また、他施設でも運用可能な汎用性の高いシステムであることが確認されたので報告する。

【倫理的配慮】発表にあたり、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。

【方法および分析の概要】CCOT始動当初は、院内酸素投与・人工呼吸器使用患者リストをベースにし、早期警告スコア(National Early Warning Score: NEWS)を活用して、電子カルテの経過表から手作業でスコア化した中等～高度リスク患者をリストアップしていた。その後、病棟管理者とそれらの情報を共有し、急変が懸念される重症患者へのケア介入につなげていた。しかし、重症者抽出に約3時間を要していたため、情報システム課と独自のシステム開発を検討した。電子カルテのデータウェアハウス機能を活用。特定の条件の基で経過表のデータなどを抽出し Excel上で再集計した。それらのデータを用いて NEWSを自動計算し、危険度のリスト化が可能となったため新システム運用を開始した。

【結果/経過】新システム導入後は、重症者リストの作成を約2分にまで短縮することができた。スムーズな初動開始につながり、CCOT活動の効率化を図るに至った。また、誰でも同水準の集計が可能となり、作業時間の短縮、集計ミスの減少、酸素投与、人工呼吸器使用以外の重症患者も把握できるようになった。さらには、本システムを電子カルテシステムが異なる施設へも紹介したところ、当院と同様の運用が可能であることが確認できた。問題点として、抽出データが定点値であること、意識レベルの入力が様々でデータ抽出ができないこと、全スタッフとのローデータ共有、重症者の把握が困難なことなどがあり、今後の課題である。

【結論】当院のシステムは、重症患者を効率的・効果的に把握することができ、低コストで他施設でも運用可能な汎用性の高いシステムであることが確認された。本システムを多施設で共有・運用することでアウトカム検証や研究を重ね、統一されたシステムとしてさらなる発展を遂げることが期待される。リスクスコアやスコアリングシステムの発展により、積極的に Track(追跡)and Trigger(起動)できる可能性が広がる。しかし、スコアの精度を高めるにはデータの測定や記録の遵守が不可欠であり、そのためのスタッフ教育が RRS活動推進の重要な鍵となる。

## [O6-03] 特定行為研修修了生による RRS活動の報告

### — 一般病棟リーダー看護師へのアンケート結果から —

○宮城 絵美<sup>1</sup>、古謝 真紀<sup>1</sup>、安里 宏美<sup>1</sup>、松永 宏美<sup>1</sup> (1. 浦添総合病院 看護部)

キーワード：RRS活動、特定行為研修修了生

【背景（目的）】当院では、患者の急変・重篤化の予防を目的に、Rapid Response System (以下、RRS) 活動として、特定行為研修修了生が平日定時に一般病棟へ出向き、日々の一般病棟リーダー看護師から患者情報を得ている。その件数は平均3～4件/日である。一般病棟リーダー看護師から得た患者情報は、特定行為研修修了生からその日のベッド調整担当者へ引き継ぎ、24時間継続して患者管理ができるよう繋げている。今回、RRS活動に対する一般病棟リーダー看護師の受け止めを明らかにし、今後の活動方法の示唆を得ることを目的とした。

【方法および分析の概要】一般病棟リーダー看護師55名を対象に、無記名自記式アンケート用紙を配布し、留め置き法で回収した。なお、調査協力の可否によって対象者が不利益を被らないことを文書で説明し同意を得た。質問内容は、① RRS活動の認知、②相談内容、③一般病棟リーダー看護師の不安軽減への効果、④今後のRRS活動への期待であった。結果は、単純集計、及び、自由記述より分析を行った。

【結果/経過】50名から回答を得た(回収率91%)。臨床経験年数は3年から33年(平均12.1±7.2年)、一般病棟リーダー看護師経験年数は1年から17年(平均5±4.3年)であった。一般病棟リーダー看護師の98%が RRS活動を知っていた。「何か気になる、または看護師が不安に思った」「酸素化・呼吸が気になる」場合、80%の一

一般病棟リーダー看護師が相談していた。また、測定値のうち、患者の「意識レベル」「呼吸数」「HR」「SpO<sub>2</sub>」が変化した場合は相談すべき項目として認識していた。一方で、測定値の「血圧」「尿量」の変化は相談への認識が低かった。一般病棟リーダー看護師の約80%がRRS活動により不安が軽減したと回答した。その理由の6割が「観察項目・ケアのアドバイスがもらえた」「アセスメントが承認してもらえた」であった。その他、気になっていることが特定行為研修修了生によって言語化されて医師への報告につながった、患者情報がベッド調整担当者にも伝わっていて負担が軽減された、等があった。今後の期待として、人工呼吸器管理に関する実践、医師とのかけ橋になってほしいが上位にあった。

何か気になる等、曖昧な内容が相談項目の多くを占めていたことは、特定行為研修修了生が同じ職種の看護師であるため、曖昧さを表現することに迷いが少なかったからであろう。また、特定行為研修修了生以外にも、相談した患者の情報が伝わった実感は、不安の軽減につながっていた。今回、「血圧」「尿量」の変化に関し、相談すべき認識が低かった理由として「血圧90以下」という質問項目を、いつもと状態の変化がないため相談すべきでない事と捉えた可能性があること、一般病棟での精密な時間尿量管理の経験が多くないことが要因と考える。そのため、特定行為研修修了生が意図的に一般病棟リーダー看護師から情報を引き出し、ともに患者アセスメントのプロセスをたどる必要性が示唆された。本研究は、一般病棟リーダー看護師からの回答であるため、院内看護師の全体は反映していない。

【結論】RRS活動は、一般病棟リーダー看護師に周知されていた。RRS活動は、言語化しにくい状態の患者の相談先として機能し、一般病棟リーダー看護師の心理的支援につながっていた。今後、急変予測の視点が意識化できるよう介入の工夫が必要である。

## [O6-04] ICUから一般病棟まで継続したケア介入により社会復帰に至った一例

○山田 かの子<sup>1</sup> (1. 近江八幡市立総合医療センター 看護部)

キーワード：人工呼吸器管理、継続ケア、ICU、チーム医療

【背景(目的)】人工呼吸器管理は、ICU(集中治療室)のような呼吸器管理に慣れた部署で行うことが理想であるが、経過が長期化した場合に一般病棟での管理を余儀なくされることも多い。しかし、慣れない部署での管理は安全面だけでなく患者個々に合わせたケア介入が難しいことがある。今回、ICUから一般病棟転棟後も看護師が主軸となり継続ケア介入が可能となった症例を経験したので報告する。

【方法および分析の概要】長期間の呼吸器管理を余儀なくされた症例に対して、看護師間およびRST協働により継続看護を目指した症例。

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。

【結果/経過】51歳女性。徐行してきた自動車のバンパーに挟まれる形で受傷。右側広範囲肺挫傷、左血気胸、肝損傷、両鎖骨骨折、両恥座骨骨折などを認め挿管管理されICU入室となる。第4病日MRI・CTにて脳梗塞および外傷性血管損傷等が無いことを確認し鎮静中断し覚醒状況確認するがGCS3点(E1VTM2)であった。その後も意識遷延が続き第9病日に気管切開術実施し、第10病日一般病棟へ退室となる。家族からは、どのようなかたちであれ生きてほしいとの発言が多く聞かれていた。第16病日よりRST(人工呼吸サポートチーム)介入となる、GCS10点(E4VTM6)と意識状態は改善しており呼吸器離脱困難および離床困難、水溶性下痢の持続が問題点として挙げられた。SAT(自発覚醒トライアル)実施するが、不適合となる。しかし、離脱可能症例であると判断、毎日のSBT(自発呼吸トライアル)を実施する方針とし、一般病棟看護師のサポートは集中ケア認定看護師(以下CN)が行った。CN介入時には一般病棟看護師の思いを傾聴し、業務内で実践可能な方法を取り入れるなど協議を繰り返した。また、家族のサポートもあったため、医療者だけでなく家族も踏まえた話し合いを開催した。第23病日、SATは成功したがSBTは呼吸回数増加および痰量増加にて中断となる。肺実質損傷により陽圧換気が必要である可能性が疑われた。離床は安静度ベッド横端坐位までの許可が出ていたが、両尾恥骨骨折による疼痛や呼吸器装着による抵抗感から臥床状態が続いていた。そこで、CN中心に離床を目指したケアプランを一般病棟看護師とともに作成した。一般病棟ではプライマリーが他の看護師に対し、統一した看護提供ができ

るよう定期的にカンファレンスを開くなど前向きな取り組みが見られた。RSST（反復唾液嚥下テスト）5回、MWST（改訂水飲みテスト）5点と嚥下機能改善を認めため直接訓練を開始。第26病日には経腸栄養から経口摂取へ完全移行となった。経口摂取へ変更により下痢も改善し、便器での排泄が可能となった。第27病日 SBTが成功し日中のみ人工呼吸器を離脱、人工呼吸器が外れた事により一般病棟看護師だけでの離床が可能となった。第40病日人工呼吸器離脱に成功し RST介入終了、第61病日気管孔閉鎖術施行、第70病日自宅退院となった。

【結論】人工呼吸器患者のサポート体制として RSTが活動しているが、タイムリーな対応が困難な状況も多く見られた。そのため、人工呼吸器に不慣れな病棟では知識の習得や安全体制の確立、アセスメントが不十分な現状があった。本症例において、多職種が協働することにより超急性期から社会復帰まで個別性に合わせた継続ケアが可能となり、QOL向上へ導くことが出来る可能性を再認識した。そのためには、関連部署の看護師が組織横断的な関わりの重要性を理解することが重要となる。今後も、患者の目標を明確にし、継続したケア提供ができるようにしていきたい。

一般演題

## [O7] COVID-19家族ケア

### [O7-01] COVID-19病棟における患者-医療者間の iPad動画通話の有用性

○吉留 瑞紀<sup>1</sup>、水野 雅子<sup>1</sup>、今瀧 絵里香<sup>1</sup>、関口 玲奈<sup>1</sup> (1. 日本医科大学千葉北総病院 看護部)

### [O7-02] COVID-19に対する面会制限中の ICUにおけるタブレットを使用した面会の導入

○渡慶次 果奈<sup>1</sup>、古澤 陽菜<sup>1</sup>、飯田 紀代子<sup>1</sup>、小笠原 倅<sup>1</sup>、深瀬 梢<sup>1</sup>、西山 晴奈<sup>1</sup> (1. 成田赤十字病院 看護部)

### [O7-03] 新型コロナウイルス感染症患者と家族の入院から退院までの体験－ダイアリーを活用した1事例を通して－

○生津 愛子<sup>1</sup>、崎田 麻美<sup>1</sup>、音田 三奈子<sup>1</sup>、野中 夏子<sup>1</sup>、斎藤 克<sup>1</sup>、村田 洋章<sup>2</sup> (1. 自衛隊中央病院 看護部、2. 防衛医科大学校 医学教育部看護学科)

### [O7-04] COVID-19重症患者を担当した看護師の困難と対処

○牧野 夏子<sup>1</sup>、内山 真由美<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院 看護部)

### [O7-05] COVID-19に対しての集中ケア認定看護師としての取り組み

○竹内 真也<sup>1</sup> (1. 長岡赤十字病院 看護部)

## [O7-01] COVID-19病棟における患者-医療者間の iPad動画通話の有用性

○吉留 瑞紀<sup>1</sup>、水野 雅子<sup>1</sup>、今瀧 絵里香<sup>1</sup>、関口 玲奈<sup>1</sup> (1. 日本医科大学千葉北総病院 看護部)

キーワード：COVID-19、ICT、コミュニケーション

【背景】2019年12月以降我が国でも COVID-19の発生が報告され、入院し隔離状態となった患者の一部には、医療者との直接的なコミュニケーションが制限された状況での診療に対し、不安を強く訴え、しばしばメンタルヘルス科の介入を要している。COVID-19診療では、患者、医療者共にマスクなどの感染防具装備が必要で、双方の顔が見えない状況下で限られた時間でのコミュニケーションを求められていた。隔離状態の患者と医療者のコミュニケーション困難に対して、ICTの使用が有用であると考え COVID-19病棟で iPadを導入し調査したため報告する。

【目的】 COVID-19病棟に入院した患者と医療者とのコミュニケーションに iPadを使用し、有用性について検証を行う事を目的とする。

【方法】 A病院の COVID-19病棟(重症5床)へ入院した患者へ、2020年11月18日-2021年2月10日(2か月23日)の期間、患者-医療者のコミュニケーションで iPad(メーカー:Apple、ver:iOS10)の Facetime(メーカー:Apple)を使用した動画通話、ナースコール、ベビーモニターを使用した医療者へアンケートを施行した。iPadの動画通話の有用性は、「非常に有用」「まあ有用」「あまり有用でない」「全く有用でない」の4段階評価とし、iPad動画通話の有用性判定の理由は自由記載で回答を求めた。アンケートは Googleフォームを使用した。【倫理的配慮】本研究は A病院倫理委員会の承認を得た上で実施した。(承認番号859)

【結果】64人を対象にアンケートを実施し、COVID-19病棟看護師20名、医師13名、リハビリ3名、ME17名の回答を得た。iPadによる動画通話は、「非常に有用」29人、「まあ有用」17人で、回答者の87%が有用と回答した。17人(34%)が有用な理由として、「顔を見ながらのコミュニケーションができること」と回答した。「感染を心配することなく時間をかけてコミュニケーションが取れる」「患者の表情が見えることで、自分の看護にフィードバックを受けることが出来たと感じた」などの回答もみられた。一方で、特に重症度の高い患者や電子端末の使用に不慣れな患者では活用しにくいなどの問題点も指摘された。

【考察】 iPad動画通話は、COVID-19により隔離状態となった患者-医療者のコミュニケーションに、大多数の医療者が有用と感じていた。双方向で顔を見ながら会話できる事が、有用と判定された主な理由であった。マスク等の感染防護服のために、双方の表情など非言語的コミュニケーションが困難な環境であることを iPad動画通話が補完出来ていると考えられた。アンケートの回答の一部によれば、iPad活用は患者の利益のみならず医療者の診療や看護行為の効果判定が可能になったり、医療者の達成感やメンタルヘルス維持に寄与している可能性も認められた。今後は患者-患者家族のコミュニケーション、リハビリテーションへの活用、患者および医療スタッフのメンタルヘルスへの有用性などを追加研究する予定である。プライバシー保護の問題など留意すべき項目はあるが、ICTの活用は COVID-19環境下では積極的に推進すべきと考えられる。

【結論】 COVID-19病棟において入院患者-医療者間の iPad動画通話は有用で、非言語的コミュニケーションの補完が有用性の主な理由と考えられた。なお今回の研究では、患者・家族へ調査を行っておらず双方向のコミュニケーションでの iPadの有用性は明らかでなく、今後の課題である。

【参考文献】重村淳, 高橋晶, 大江美佐里, 黒澤美枝:COVID-19(新型コロナウイルス感染症)が及ぼす心理社会的影響の理解に向けて, ト라우マティックストレス, 第18巻, 73-74, 2020.

## [O7-02] COVID-19に対する面会制限中の ICUにおけるタブレットを使用した面会の導入

○渡慶次 果奈<sup>1</sup>、古澤 陽菜<sup>1</sup>、飯田 紀代子<sup>1</sup>、小笠原 倅<sup>1</sup>、深瀬 梢<sup>1</sup>、西山 晴奈<sup>1</sup> (1. 成田赤十字病院 看護部)

キーワード：タブレット、家族看護、ICU、面会制限、COVID-19



【背景（目的）】現在、国内外で COVID-19が流行している。当院でも院内感染対策として家族面会を制限しており、当 ICUでは医師の許可がある場合のみ3名まで面会が可能となっていた。面会が制限されている中で、看護師からは家族看護の場がない、何とか面会できる機会を設けられないか、という意見が聞かれた。また、患者の急変が起きた際に気持ちの整理ができず患者の病状変化や死を受け入れられない家族がいた。そこで、ICUにおける家族看護について看護師の想いを明らかにすること、家族の病状の受入れを促進しつつ家族の不安を軽減させることを目的にタブレット面会を導入し、その効果を明らかにすることとした。

【方法および分析の概要】実践期間は2020年6月～2020年10月、対象は ICU在室中患者の家族で週1回、1回10分、1家族3名までのタブレット面会を希望する者及び ICU看護師29名である。実践方法はタブレット面会実施後に家族アンケート(面会時間・頻度・人数、良かった点、改善点)を実施し、タブレット面会導入前後で看護師アンケート(面会時間・頻度・人数、良かった点、改善点)を実施した。倫理的配慮として、所属施設倫理委員会の迅速書面審査の承認を得た。

【結果】2020年7月～10月の ICU在室総患者数168名、1週間以上在室した患者数28名であった。そのうち、タブレット面会実施者は8名、平均在院日数は26日、タブレット面会未実施者は20名、平均在院日数は18日であった。タブレット面会について説明されていたのは12名、直接面会合計数は79回であった。タブレット面会予定だったが当日に直接面会に切り替えた回数は5回であった。対象患者28名のうち、同意を得られた8家族にタブレット面会を合計20回実施し、平均実施時間は11分であった。面会毎にアンケートを配布とし、18枚配布、回収率100%、同一人物による回答重複あり。本人の様子が分かってよかった、医師とも話せてよかった、これからの心構えをするための大切な機会となった、自宅で面会が出来るようになれば尚よい、映像が度々消えてしまう、タブレット面会が定着すると思う等の回答があった。

看護師の事前アンケートは26名回収、回収率は89%（有効回答率100%）であった。

看護師の事後アンケートは26名回収、回収率は89%（有効回答率92%）であった。アンケート結果よりタブレット面会を導入後、タブレット面会に関わったことのあるスタッフは83%(24名)であった。面会制限がある中でも視覚的な情報を患者と家族へ提供することができた、家族の不安が軽減できていると思う、患者家族の精神面へのケアや家族看護の実践の場になったという回答があった。基本的に看護師1名以上がタブレット面会中は常に付き添い、家族からの希望に沿ってタブレットで身体の状態や装着している機械類を映したり、日々の状態の変化や現状をありのままに説明していた。

【考察】タブレット面会は看護師の家族看護の実践の場となり、タブレット面会を導入することで看護師は患者と家族をつなぐことが看護師の役割であると再認識していた。また、受け持ち看護師から家族への患者情報の提供が、直接面会以上に細かく提供されていたことが家族の安心につながっていた。面会制限において患者から隔離されている状況において、タブレット面会は、家族の不安軽減につながると考えた。

【結論】COVID-19に対する面会制限の中でタブレット面会を導入した。タブレット面会は看護師にとって家族看護の実践の場となった。家族にとって看護師と患者の関わりを知り、病状の把握と不安軽減に繋がった。看護師・家族からの意見を取り入れながら、タブレット面会の頻度の増加等、より効果的な面会のあり方を検討していく。

## [O7-03] 新型コロナウイルス感染症患者と家族の入院から退院までの体験 —ダイアリーを活用した1事例を通して—

○生津 愛子<sup>1</sup>、崎田 麻美<sup>1</sup>、音田 三奈子<sup>1</sup>、野中 夏子<sup>1</sup>、斎藤 克<sup>1</sup>、村田 洋章<sup>2</sup>（1. 自衛隊中央病院 看護部、2. 防衛医科大学校 医学教育部看護学科）

キーワード：COVID-19、患者の体験、家族の体験

【背景（目的）】新型コロナウイルス感染症（以下、「COVID-19」とする）重症患者は、「家族や友人と直接面会できない・唯一直接関わるスタッフは物々しい防護服を着用している」という通常では遭遇しない特殊な環境へ突然入院する。この特殊な入院環境は、退院後に患者へ不安や抑うつ等の精神障害を引き起こす可能性が高いと考えた。そのため、COVID-19重症患者をケアする看護スタッフで対策を検討し、挿管管理となり鎮静剤が

投与され記憶が欠落する可能性の高い COVID-19重症患者を対象に、看護スタッフでダイアリーを活用することとした。

そこで、本研究ではダイアリーを実施し関わった COVID-19重症患者の入院中から退院後までの1事例の体験を詳細に提示することを目的とした。

【方法および分析の概要】対象は、2020年2月以降に入院した COVID-19罹患患者のうち、挿管管理が必要となり入院中にダイアリーを活用した患者と家族を対象に、退院から4か月後に半構造化面接法によってデータ収集を行った。また、収集したデータ分析は、質的帰納的に行った。分析では、入院中にダイアリーを活用した COVID-19重症患者に特異的な体験に関する箇所に着目し「<カテゴリー>」を生成した。

本研究は、所属施設の倫理審査委員会の承認と対象の同意を得た上で実施している（承認番号02-036）。

【結果/経過】対象は、患者 A氏70歳代 男性、家族40歳代 男性(続柄：長男)。

A氏は入院直後より挿管管理となり鎮痛剤・鎮静剤が投与された。入院8日目に抜管、入院52日目に退院となった。A氏の体験として、「<医療者や他患者への申し訳ない思い><入院中に起きた非現実的な体験><ダイアリーを読み返すことで状況を再認識><新型コロナウイルスの流行と再感染への不安>」などのカテゴリーが抽出された。特に、スタッフが防護服を着用していることが、医療スタッフや自分よりも重症な他患者への申し訳なさを感じる要因になっていた。

ダイアリーは A氏が入院してから抜管後2日目までは看護師が記載。抜管後は、挿管中の出来事をダイアリーを用いて看護師がフィードバックした。抜管後3日目からは A氏に記載するよう促した。A氏は入院時から抜管後数日の記憶が欠如していたが退院後に「<ダイアリーを読み返すことで状況を再認識>」できていた。

また、家族の体験としては「<未知の病気への不安><ICTを活用した医療者の支援で得られた安心感><隔離中でも必要物品が手配できた環境><退院への不安に関する医療者の精神的ケアによる安心感>」などのカテゴリーが抽出された。家族は濃厚接触者という状況であり、院内感染予防のためにも面会できないという立場で、危機的な状況の患者に対する治療や意思決定の判断を下さなければならない。その中でも適時適切な情報提供を、できる限りリモートで行っていたことが家族の安心感につながっていた。

【結論】 A氏は入院時から抜管後数日までの記憶の欠如を体験していた。その中で COVID-19に特徴的な体験のカテゴリーとして、「<入院中に起きた非現実的な体験><医療者や他患者への申し訳ない思い><ダイアリーを読み返すことで状況を再認識>」であった。家族からは「<未知の病気への不安>」を感じながらも、自身も濃厚接触者という背景があり「<ICTを活用した医療者の支援による安心感>」や「<退院への不安に対する医療者の精神的ケアによる安心感>」などの体験が特徴的であり、医療者による支援の重要性が示唆された。

## [O7-04] COVID-19重症患者を担当した看護師の困難と対処

○牧野 夏子<sup>1</sup>、内山 真由美<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院 看護部)

キーワード：COVID-19、困難、対処、看護師

【目的】我が国で流行した COVID-19の影響により通常の診療や看護の提供が困難となり、COVID-19患者を担当する看護師の疲労や離職が知られている。COVID-19流行初期は情報が少なく看護ケアにあたる看護師は困難を抱えながら仕事を全うしていたことが推察されるがその実態は明らかではない。特に、人工呼吸器管理等を必要とする COVID-19重症患者は入院期間が長期化しその看護ケアも複雑である。本研究では COVID-19流行から6か月以内に COVID-19重症患者を担当した看護師の困難とその対処を明らかにすることを目的とする。

【方法】2020年8月、COVID-19流行から6か月以内に重症患者を担当した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、COVID-19流行から6か月以内に COVID-19重症患者を担当した際の困難と対処で構成した。データ分析は COVID-19重症患者を担当した際の困難と対処を抽出し意味内容ごとに要約した後、類似性と共通性に沿って集約し、コード、サブカテゴリー、カテゴリーと抽象度を上げ生成した。分析過程は共同研究者間で検討し妥当性を確保した。なお、面接時期は COVID-19重症患者の担当期間を終え、通常勤務となった後とした。倫理的配慮として研究者が所属する施設の看護部看護研究倫理審査委員会の承認を受けて実

施した。対象者に文書で研究趣旨・目的、研究参加の自由意思、研究協力諾否の自由、匿名性と守秘義務の遵守、データの保管・廃棄方法、体験の想起に伴う心理的負担と対応、結果の公表方法等を説明し同意を得た。

【結果】対象者は5名(女性、看護師経験年数 $14.4 \pm 7.9$ 年、集中治療室経験年数 $8.2 \pm 6.1$ 年)であった。対象者の語りから COVID-19重症患者を担当した看護師の困難は、【明確な治療戦略が確立していない中での看護ケアの難しさ】【閉鎖された環境に伴う看護ケアの滞りと十分なケア介入ができない葛藤】【感染する危険の恐怖を抱えながら実践する看護ケアと感染予防の難しさ】【COVID-19重症患者を担当することでの身体的・精神的負担】【COVID-19に感染している可能性を踏まえた生活様式の変更】【組織の体制・整備・対応に対する不満】【PPEの物資不足への不安と不必要な PPE使用への憤り】の7カテゴリー、対処は【円滑な看護ケア提供のための情報共有と看護師間の協力】【限られた環境での看護ケアの実現性に向けた工夫】【医師との連携による疑問点の払拭】【ICUダイアリーを通して得た家族ケアの実感】【閉鎖空間における音楽による気分転換】【体験の内省を通して得られた成果の実感・消化】【自らのコーピングの強化】の7カテゴリーが生成された。

【考察】COVID-19の流行から6か月以内に重症患者を担当した看護師は情報が錯綜し未知の感染に恐怖を抱きながら看護ケアに従事していたことが明らかとなった。これは感染流行後6か月以内という情報整理、伝達が確立していない時期の特徴が反映されたと推察される。重症患者の長期に渡る COVID-19対応は看護師にとって患者の回復を実感できないことや閉鎖空間から生じる身体的・精神的な負担に繋がっていたこと、限られた環境により通常の看護業務を遂行できない難しさがあり、看護師の心身状態の把握と対応、日々の看護業務での困難の集約と早期解決が必要だと考える。また組織が危機管理に成熟していない時期であり、運用の弊害や保証への不満も明らかとなった。一方で困難に対して限られた資源のなかで工夫し患者への看護ケアを行っていたことも明らかとなり、看護師の対処について共有し支援内容を検討する必要性が示唆された。

## [O7-05] COVID-19に対しての集中ケア認定看護師としての取り組み

○竹内 真也<sup>1</sup> (1.長岡赤十字病院 看護部)

キーワード：COVID-19、集中ケア認定看護師、チーム

【背景(目的)】当院は、第二種感染症指定医療機関に認定された三次救急病院であり、10床の感染症病棟を有しているが、現在は、COVID-19感染症が治療を受ける病室として開設している。A県は、患者受け入れ調整センター(PCC)を設置し、COVID-19 感染症患者を受け入れ病院へ振り分ける作業を行っている。当院は、複数の既往を持った患者や様々なリスク因子を持った重症化する可能性が高い患者が入院する方針となっており、これまでも COVID-19 感染症患者において、低流量酸素療法だけでなく、高流量酸素療法や挿管・人工呼吸器管理も経験した。今回、COVID-19 感染症患者を感染症病棟に受け入れて治療するに当たり、看護師の配置が変更され、患者の重症度によって受け持つ看護師が変わるものとなった。酸素投与がない状態、もしくは低流量～高流量酸素療法を行う場合は呼吸器内科病棟の看護師、人工呼吸器管理が必要となった場合は救急病棟の看護師、補助模型人工肺(ECMO)が必要となった場合はICUの看護師が担当するというものであった。

【方法および分析の概要】私は、集中ケア認定看護師として、COVID-19 感染症患者を直接担当する看護師が、感染防止をしながら安全に看護ケアを行えるようにしなければならぬと考え、ICUにおいては COVID-19対応の ECMOチームを立ち上げ、さらに院内には COVID-19 重症者対応合同対策チームを立ち上げ、活動した。

【結果/経過】当院のICUは、日常的に ECMOを使用した経験がないが、2020年7月に、他院での ECMO経験のある看護師を中心にメンバーを選定し、チームを発足した。さらに救急医、臨床工学技士とともに ECMOnet主催の ECMO学習会に参加し、さらに様々な資料を使いながら当院の COVID-19 における ECMOマニュアルを作成した。今では毎月医師、看護師、臨床工学技士、放射線技士とともに、COVID-19 感染症患者における ECMOの導入・管理・トラブル時のシミュレーションを行い、安全に COVID-19 感染症患者を担当することを目的として訓練を重ねている。COVID-19 重症者対応合同対策チームでは、実際に COVID-19 感染症患者を担当する呼吸器内科病棟看護師、救急病棟看護師、ICU看護師と、COVID-19 感染症患者が急変した際に対応する救急外来看護師に参加してもらい、2020年8月から毎月1回ずつの会議を重ねた。会議を重ねながら、流動的に、しかも急速に重症

化する COVID-19 感染症患者の看護管理に不安を抱く看護師が多いことがわかり、COVID-19 の特徴を捉えた COVID-19 感染症患者の看護管理マニュアルを作成した。このマニュアルを使用しながら、挿管介助のシミュレーションや人工鼻と閉鎖式吸引回路の交換シミュレーションなどを行った。また、救急看護認定看護師とも共同し、COVID-19 感染症患者が急変した場合の急変対応マニュアルを作成した。従来の院内急変コード（コードブルー）では、多くの医療スタッフが集結してしまうことが懸念されたため、これまでと違う新たな感染症病棟専用院内急変コード（コードイエロー）の体制作りを行い、必要以上に医療スタッフが集結しないようにした。これに関しては、感染症病棟における急変対応シミュレーションを行い、関係する看護師に参加してもらいながら、周知を図った。

【結論】今回、集中ケア認定看護師として、2つのチームを発足し、マニュアルや院内の体制を少しずつ構築することで、看護師が安全に COVID-19 感染症患者に対して看護ケアを行えるように活動した。

一般演題

## [O8] COVID-19呼吸ケア

### [O8-01] A病院における COVID-19肺炎患者に対するハイフローセラピーの実施状況

○木村 禎<sup>1</sup> (1. 札幌市病院局市立札幌病院 看護部)

### [O8-02] 一般病棟における人工呼吸器装着患者への腹臥位療法の実践－ COVID-19患者への対応を通じて－

○山崎 恵理子<sup>1</sup>、今井 晋平<sup>1</sup>、音田 三奈子<sup>1</sup>、野中 夏子<sup>1</sup>、斎藤 克<sup>1</sup>、村田 洋章<sup>2</sup> (1. 自衛隊中央病院 看護部、2. 防衛医科大学校 医学教育学部看護学科)

### [O8-03] 重症 COVID-19肺炎患者が腹臥位療法を継続し、気管挿管を回避した一例－患者の自己効力感を高めた関わり－

○大迫 明日香<sup>1</sup>、小笹 真美<sup>1</sup>、藤澤 瑠佳<sup>1</sup>、三宅 徹<sup>1</sup>、田中 杏奈<sup>1</sup>、服部 利香<sup>1</sup>、鴫田 美奈子<sup>1</sup> (1. 横浜医療センター 看護部)

### [O8-04] 重症新型コロナウイルス感染症病棟での腹臥位療法導入の実際と今後の課題

○真道 綾乃<sup>1</sup>、狩野 清美<sup>1</sup>、奥野 剛<sup>1</sup>、佐藤 真由美<sup>1</sup>、中村 敦美<sup>1</sup> (1. 東京都立墨東病院 看護部)

### [O8-05] COVID-19重症患者に対する腹臥位療法時の皮膚障害予防ケアの実践報告

○北川 美穂子<sup>1</sup>、村中 沙織<sup>1</sup>、春名 純平<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院 看護部)

## [O8-01] A病院における COVID-19肺炎患者に対するハイフローセラピーの実施状況

○木村 禎<sup>1</sup> (1. 札幌市病院局市立札幌病院 看護部)

キーワード：ハイフローセラピー、COVID-19

【背景（目的）】 A病院は2020年1月より12月末日までに585名の COVID-19肺炎患者を受け入れている。当初は新型コロナウイルス感染症 COVID-19診療の手引きをもとに、高流量酸素投与が必要な場合、早期に挿管・人工呼吸器管理が実施されていたが、挿管を回避しリザーバマスクによる酸素投与で治療を継続した場合でも予後が良好であるケースが散見した。これらを背景に A病院では、高流量かつ高濃度酸素を安定して投与できるハイフローセラピーを COVID-19肺炎患者へ実施するようになった。また、呼吸ケアや患者の苦痛緩和へのケアとともにハイフローセラピーの導入、設定の調整、離脱の過程で、医師の指示をもとに看護師が主体となって介入を図った。以下にその実施状況について報告する。

【方法および分析の概要】 1. 対象者： COVID-19肺炎により A病院でハイフローセラピーを受けた患者 28名。 2. データ収集・分析方法：後方視的に患者年齢・性別・ハイフローセラピー後の転機・ SpO<sub>2</sub>・心拍数（以下、HR）または脈拍数（以下、PR）・呼吸数（以下、RR）を集計し記述統計量を算出した。 SpO<sub>2</sub>・RR（実測値またはインピーダンス法による計測値）、FiO<sub>2</sub>からハイフローセラピー導入時・2時間後・6時間後・12時間後の ROX index（SpO<sub>2</sub>/ FiO<sub>2</sub>/ RR）を算出し、ハイフローセラピー離脱群（以下、離脱群）と死亡群にわけて一元配置分散分析を用いて ROX indexの平均値の推移を分析した。統計処理は Statcel4を使用した。 3. 倫理的配慮：本調査は A病院ホームページ上に掲載している個人情報保護の内容にもとづき、個人が特定できないようデータを加工し、インターネット接続がされていないパソコンでデータ収集・分析を行った。本調査の公表について研究者所属施設の看護研究倫理審査部会の承認を得た。

【結果】対象者の平均年齢は68.2±10.2歳、男性：22名（78.6%）、女性：6名（21.4%）であった。2020年12月末日時点でハイフローセラピー離脱：17名（60.7%）、気管挿管への移行：2名（7.1%）、死亡：6名（21.4%）、ハイフローセラピー継続中：3名（10.7%）であった。ハイフローセラピー導入時・2時間後・6時間後・12時間後の SpO<sub>2</sub>・RRが記録されていた患者は17名で、そのうち転帰が判明している患者14名を離脱群（10名）・死亡群（4名）にわけて ROX indexの平均値を算出した。その結果、離脱群の ROX indexは導入時：4.47、2時間値：6.60、6時間値：6.52、12時間値：6.59であった。死亡群では導入時：5.36、2時間値：5.31、6時間値：4.23、12時間値：4.19であった。各群の ROX index平均値の推移は、一元配置分散分析で5%水準で有意差は認められなかった。

【考察】各群の ROX index平均値の推移に有意差はなかったが、離脱群では導入時から2時間後値が上昇している傾向が認められた。それに対し、死亡群では顕著な変化は認められず経時的に数値が低下している傾向が認められた。本調査では、RRは実測値のみならずインピーダンス法による計測値であったため、データの精度が低い可能性が考えられる。ハイフローセラピー実施後の評価として、SpO<sub>2</sub>の推移のみならず、RRをはじめとする呼吸状態の評価を確実に行っていくことが必要である。

【結論】ハイフローセラピーを実施した COVID-19肺炎患者のうち約6割が離脱できた。離脱群・死亡群の ROX indexの平均値の推移では統計学的有意差はなかったが、離脱群で導入時から2時間後値が上昇している傾向が認められ、死亡群では顕著な変化は認められず経時的に数値が低下した。

## [O8-02] 一般病棟における人工呼吸器装着患者への腹臥位療法の実践— COVID-19患者への対応を通じて—

○山崎 恵理子<sup>1</sup>、今井 晋平<sup>1</sup>、音田 三奈子<sup>1</sup>、野中 夏子<sup>1</sup>、斎藤 克<sup>1</sup>、村田 洋章<sup>2</sup> (1. 自衛隊中央病院 看護部、2. 防衛医科大学校 医学教育学部看護学科)

キーワード：一般病棟、腹臥位療法、COVID-19

【背景（目的）】重症 COVID-19患者への腹臥位療法は、低酸素症の改善に関する有効性が示唆されているが、腹臥位療法の実施にはマンパワーと経験が不可欠であり、病院の現状に応じた体制作りが重要である。当院では、COVID-19患者に対して、院内感染の防止を重視し、陰圧管理が可能な一般病棟で人工呼吸器管理を行った。そのため、人工呼吸器装着患者に対する腹臥位療法の実施にあたり、医師・病棟看護師・ICU看護師で協議しながら対応し、即席的なチームであるにもかかわらず、概ね大きな合併症や医療者への二次感染の発生なく腹臥位療法を行うことが出来た。

そこで本実践報告では、腹臥位療法の経験が少ないスタッフが多い一般病棟における即席的なチームで、腹臥位療法の中断を必要とする合併症の発生なく実施できた要因を明らかにすることを目的とした。

【方法および分析の概要】調査対象は、当院において2020年4月1日から5月31日までの期間に、COVID-19の罹患が原因で人工呼吸器を装着し腹臥位療法を行った患者4名と、その腹臥位療法に携わった看護師、医師、理学療法士（以下、スタッフ）50名とした。患者のデータは後方視的に電子情報システムから収集し、項目は腹臥位療法実施前後の SpO<sub>2</sub>や、トラブルの有無等の患者状態とした。また、スタッフに対しては自記式質問紙により「継続的な腹臥位療法が実施できた要因」や「継続して腹臥位療法を行うために必要なこと」等についてデータを収集し、質的帰納的に分析した。本実践報告は、当院の倫理審査委員会の承認を得た上で実施したものである（承認番号02-035号）

【結果／経過】当院では、看護師は重症 COVID-19患者対応のために重症患者1名に対し1-2名の看護師が対応し、ICU看護師がサポートできる体制をとった。医師側は呼吸器内科医を中心に麻酔科医・救急医等からなる6-7人程度の重症患者チームを編成した。即席的なチームであり、看護師と医師の連携を緊密にするためリーダー看護師は医師カンファレンスに参加し、治療方針の積極的な共有を行った。必要物品についてはICUで使用している資器材の一部をユニット化し、一般病棟内に配置した。ICU看護師から病棟看護師に対し、実技経験の少ない挿管患者の腹臥位療法の実施方法や挿管患者・人工呼吸器の管理や動脈血ライン採血等の教育を行いながら看護ケアを実施した。腹臥位療法実施の時間は看護師のマンパワー、処置や経管栄養の時間等を考慮しながら日々医師と調整した。データ収集では、対象患者4名全員に、腹臥位療法実施による SpO<sub>2</sub>の改善がみられた。事故除去やチューブトラブル、褥瘡の発生はなかったが、腹臥位中のポジショニングクッションによる皮下出血が1件発生した。

質問紙による分析では、PPE装着による身体的負担、腹臥位療法導入や感染に対する不安はあったものの、マンパワーの確保、ICU看護師による教育、多職種連携により腹臥位療法を実施できたと考えるスタッフが多かった。さらに、酸素化の改善を目の当たりにすることにより、腹臥位療法の治療としての効果や教育の効果を実感できたことによって、過酷な状況であったにも関わらず、腹臥位療法を継続して実施することができた。

【結論】腹臥位療法を安全に継続できた要因として、診療・看護体制の拡充、資器材の集約、実施時間の調整、ICU経験者の配置と病棟看護師への継続的な教育が寄与したと考えられる。また、腹臥位療法の効果や教育の効果を実感することで、精神的負担軽減や、知識・技術不足への対処ができた。安全で継続的な実施には、マンパワーを確保した上で、医師、病棟看護師、ICU看護師、理学療法士等の多職種が連携して協働することが重要である。

## [O8-03] 重症 COVID-19肺炎患者が腹臥位療法を継続し、気管挿管を回避した一例 —患者の自己効力感を高めた関わり—

○大迫 明日香<sup>1</sup>、小笹 真美<sup>1</sup>、藤澤 瑠佳<sup>1</sup>、三宅 徹<sup>1</sup>、田中 杏奈<sup>1</sup>、服部 利香<sup>1</sup>、鴛田 美奈子<sup>1</sup>（1. 横浜医療センター 看護部）

キーワード：COVID-19、腹臥位、自己効力感

【背景（目的）】当 ICUでは重症 COVID-19患者を受け入れており、気管挿管下で治療を行う患者が多い中、気管挿管を回避できた症例も数例経験してきた。1日12～16時間の腹臥位維持は肺障害の改善に有効とされており、今回看護師の働きかけにより患者自らが腹臥位を長時間継続的に行い、病態の悪化を防ぎ気管挿管を回避できた症例を経験した。この症例を振り返り今後の学びとしたいと考えた。

【方法および分析の概要】A氏、40代男性、BMI 35、2020年7月に発熱、PCR検査陽性を確認後、他院で入院加療をしていた。発症10日目、肺炎と無気肺による呼吸状態悪化を認め、気管挿管を含めた治療のため転院搬送となる。

A氏個人が特定されないよう配慮する旨を説明し同意を得た。

【結果／経過】発症11日目、当院へ転院搬送。5Lマスクで酸素化係数（以下 P/F値とする）170であるが呼吸苦はなかった。発症12日目、P/F値110。高流量カニユラ（以下 HFNCとする）50L50%で開始。A氏は「酸素を上げると良くなるのでしょうか。自覚がないのに悪化していると言われて、元に戻れなくなる気がして怖い。」と話す。発症13日目、HFNC60L70%にてP/F値78。A氏、医師、看護師と無気肺改善のため腹臥位を2時間行う計画を立て実施。A氏は実施中 SpO<sub>2</sub>96%に上昇みられ、腹臥位の効果を実感できた。発症14日目、腹臥位はA氏に効果的であったがP/F値の改善はなく、医師より気管挿管が必要となる可能性を説明されたが、「人工呼吸器も管を入れるのも怖い、良くなっているのかわからない。精神的に疲れた。」と話し、否定的な感情になっていた。A氏に対し看護師はこれまでの頑張りを容認し、気管挿管を回避するために有効とされる12時間以上の腹臥位実施を提案し実施できるよう調整した。看護師はA氏が腹臥位中でも気分転換ができるようTV視聴やインターネット環境を整備した。また、できる限りベッドサイドで見守り、腹臥位を実施中にはSpO<sub>2</sub>値の上昇が見られていることを伝え、長時間腹臥位保持ができたことへの頑張りを容認する声をかけ続けた。発症16日目、HFNC60L70%にてP/F値92。A氏より自発的に食事時間を除く時間、腹臥位を取り組む様子が見られる。P/F値100とやや改善、A氏へ値が少し改善していることを伝えると共に、呼吸機能回復訓練機器を使用したりハビリを実施しHFNC60L60%に減量できた。

A氏が腹臥位と呼吸機能回復訓練機器の取り組みを連日続けたことにより、発症19日目にHFNC離脱し酸素4LカヌラでP/F値230まで改善。気管挿管をすることなく翌日ICUを退室となった。

【結論】A氏はCOVID-19罹患後、自覚症状がないまま呼吸状態が悪化していたこと、治療開始後も改善がないことから今後の経過に恐怖を感じていたと考えられる。また、隔離状態による精神的ストレスも生じていた。そのような状況の中でも環境を整え、看護師がA氏に腹臥位による効果や頑張りを容認し、腹臥位による治療の成功体験を共有できたことが、患者の自己効力感を高め治療に意欲的に取り組めたと考える。

## [O8-04] 重症新型コロナウイルス感染症病棟での腹臥位療法導入の実際と今後の課題

○真道 綾乃<sup>1</sup>、狩野 清美<sup>1</sup>、奥野 剛<sup>1</sup>、佐藤 真由美<sup>1</sup>、中村 敦美<sup>1</sup>（1. 東京都立墨東病院 看護部）

キーワード：重症新型コロナウイルス感染症、腹臥位療法、新規ケア導入、重症集中ケア

【目的】重症新型コロナウイルス感染症による急性呼吸窮迫症候群（以下 ARDS）に対し腹臥位療法が推奨されている。A病院では2020年1月より新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを開始、同年5月からA病棟が重症患者の担当となった。8月の腹臥位療法導入時は動画視聴にて実践方法を確認し、初回実施後に簡易マニュアルを作成した。翌年1月まで15名に実施し、有害事象は皮膚トラブル2件であった。今回、腹臥位療法の実践経験者が少ない中、導入が円滑に実施できた要因を分析し、その結果を明らかにすることで、今後の新規ケア導入時の課題を見出すことができると考え、本研究を実施した。

【方法】A病棟看護師23名へ無記名の自記式質問用紙を配布した。A病院倫理委員会の承認を受け対象者へ研究主旨と目的を書面および口頭で説明した。研究参加は個人の自由意志であること、可否により不利益が生じないことを保証し提出をもって同意とした。結果は看護師の属性を単純集計、導入に際し役立ったこと、不安なこと、不安改善に必要と思うこと、導入全体に対する意見についての自由回答は、テキストマイニングを用いラベル付けをしたのちカテゴリー化し、因子探求型の研究とした。



【結果】回収率95.6%、看護師歴5～30年（平均・中央値ともに15年）、重症 ARDSの集中管理経験者12名（54%）、腹臥位療法実践経験者5名（22%）、導入時参考にしたのは、実践経験者からの伝達(94.6%)、動画視聴18名（81.8%）、簡易マニュアル19名（86.3%）であった。自由回答の設問では回答「」から16個のラベル《》4つのカテゴリー【】が抽出された。「動画でイメージが付き、マニュアルが役に立った」より《視聴覚資料の効果》となり【効果的な伝達方法】が抽出された。「褥瘡発生への不安」や「ポジショニングへの不安」より《褥瘡管理》《ポジショニング関連》となり【長時間の同一体位に対する看護】が抽出された。「主導してくれる人が必ず必要」や「繰り返しスキルアップしていく」より《リーダーシップへの期待》《経験の蓄積》となり【実践能力の獲得】が抽出された。「酸素化がよくなる患者を何人もみてやりがいを感じた」や「物品の充実が必要」より《治療効果への実感》《実践環境の整備》となり【取り組み意識の向上】が抽出された。今後の腹臥位療法の実施に向けての設問では「不安はあるができる」86.3%、「不安なくできる」13.7%であった。

【考察】【効果的な伝達方法】では、新規ケア導入時の知識の付与には経験者からの伝達に加え、視聴覚資料はイメージが容易で実際の動きに繋がりがやすく効果的であったと考える。【長時間の同一体位に対する看護】では、腹臥位療法中は日常的な目視による観察に限られることで看護への不安が生じており、実践と管理両面のマニュアルが必要であったと考える。【実践能力の獲得】では、知識の習得や経験の蓄積のために、実施中の注意点などの助言ができるリーダーの存在は新規ケア実践時の不安解消に繋がる。【取り組み意識の向上】では、ケアの効果が実感できたことが看護師のやりがい感の獲得に影響し、今後の改善点などの前向きな意見が多かったことから意識の向上が示唆された。結果、今後の継続に関しても「不安はあるができる」という結果が得られたと考える。

【結論】新規ケア導入を円滑にする要因は1) 伝達方法は視聴覚資料も併用すること。2) ケア実施の環境整備と成功体験を獲得すること。明らかになった課題は3) 実施と管理の両方の視点でマニュアルを作成する。4) 実践で助言ができるリーダーの育成が必要である。

## [O8-05] COVID-19重症患者に対する腹臥位療法時の皮膚障害予防ケアの実践報告

○北川 美穂子<sup>1</sup>、村中 沙織<sup>1</sup>、春名 純平<sup>1</sup>（1. 札幌医科大学附属病院 看護部）

キーワード：腹臥位療法、皮膚障害、COVID-19

【背景（目的）】 COVID-19患者に対する腹臥位療法は肺傷害を改善するために行う治療の一つで、連続12時間を超える腹臥位療法は皮膚障害が生じやすく、患者の苦痛を増強させるため予防対策は重要である。A病院では2020年3月から連続16時間の腹臥位療法を行う COVID-19 重症患者に対して皮膚障害予防対策マニュアルを作成し実践してきた。そこで、COVID-19患者に対する腹臥位療法時の皮膚障害予防ケアの実践内容とその効果及び皮膚障害のリスク因子について報告する。

【実践内容】2020年2月、COVID-19重症患者に対する腹臥位療法実施時の皮膚障害予防ケアについてマニュアルを作成し、A病院高度救命救急センター看護師に周知した。内容は、①空気流動型ベッド導入、②クッション使用方法、③皮膚障害好発部位に対する被覆材の使用方法、④挿管チューブ、胃管カテーテルと皮膚接触部に対するシリコンジェルシートの使用方法、⑤皮膚と接触する部分の除圧の間隔と方法である。これらについてベッドサイドでの継続的な実践指導を行った。

【方法および分析の概要】対象は、2020年3月から2021年1月までにA病院高度救命救急センターで腹臥位療法を行った COVID-19患者である。分析方法は、皮膚障害の発生の有無で2群とし、2群における対象患者の背景、腹臥位実施日数、Alb、T.P、Hb、BMI、褥瘡ハイリスク患者ケア加算項目の該当数、褥瘡/MDRPUの新規発生件数について Mann-Whitney U testおよび×2乗検定を用いて比較検討した。全ての項目に関して、有意水準は5%とした。統計解析には SPSS ver. 27を用いた。本実践報告は報告に際して、患者あるいは家族の同意を得ており、開示すべき COIはない。

【結果/経過】対象患者43例のうち、皮膚障害発生群は8例、未発生群は35例だった。年齢、性別、BMI、

Alb、T.P、BMI、腹臥位実施日数に両群で有意差はなかった。褥瘡ハイリスク患者ケア加算項目の該当数に有意差を認めた(4.3 vs 3.1  $p=0.013$ )。皮膚障害新規発生件数は褥瘡8件、MDRPU3件だった。発生部位は、膝蓋7件(5月までに6件、6月以降1件)、肩、鼠径部、鼻翼、足関節がそれぞれ1件で、皮膚障害深達度はDESIGN-Rでd1～d2だった。

【考察】腹臥位療法時の皮膚障害新規発生率は高いが、先行研究と比較した発生率は18%と低い。要因として、減圧目的で導入した空気流動型ベッドの使用、好発部位と創傷被覆材の特徴を考慮した使用、再現性のあるケア方法の構築と手技定着までの継続的指導が効果的だったと考える。発生頻度が高い膝蓋は、足背部にクッションを使用した影響で下腿に角度が付き荷重が増加したためと推測された。多層性フォーム使用とクッション使用方法を変更したことで減圧・摩擦軽減につながり、発生頻度が減少したと考える。皮膚障害発生群で褥瘡ハイリスク患者ケア加算項目の該当数が有意に高かった。すべての患者に該当した「麻薬・鎮痛剤使用」「特殊体位」「医療関連機器装着」の外的要因に、「ショック状態」「末梢循環不全」など内的要因の該当項目が加わると皮膚障害発生リスクがさらに高まること予測された。

【結論】腹臥位療法中の皮膚トラブルは先行研究と比較して低い発生率で抑えることができた。腹臥位療法時の空気流動型ベッド、シリコンジェルドレッシング、シリコンゲルシート、多層性フォームの使用と、再現性のあるケア方法の構築と手技獲得までのベッドサイドでの指導が効果的だった。皮膚障害ハイリスク患者を理解し予防ケアを強化する必要がある。

一般演題

## [O9] ケアリング

### [O9-01] クリティカルケア看護の看護師が捉える患者の Comfort

○大山 祐介<sup>1,2</sup>、永田 明<sup>1</sup>、山勢 博彰<sup>2</sup> (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)

### [O9-02] 救命治療過程にある患者への ICU看護師のケアリング

○齋坂 美賀子<sup>1</sup>、大川 宣容<sup>2</sup> (1. 近森病院 看護部、2. 高知県立大学 看護学部)

### [O9-03] クリティカルケア領域における看護師の触れる行為がもつ意味－看護師の行動と認識から－

○牛尾 陽子<sup>1</sup> (1. 川崎市立看護短期大学)

### [O9-04] 急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルの開発 －クリティカル領域に勤務する看護師の実践への認識－

○丸谷 幸子<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>2</sup>、明石 恵子<sup>3</sup>、宇都宮 明美<sup>4</sup>、茂呂 悦子<sup>5</sup>、吉田 紀子<sup>6</sup>、松沼 早苗<sup>5</sup>、阿久津 美代<sup>5</sup>、町田 真弓<sup>7</sup> (1. 名古屋市立大学病院 看護部、2. 東京慈恵医科大学 医学部看護学科、3. 名古屋市立大学大学院 看護学研究科、4. 京都大学大学院 医学研究科、5. 自治医科大学附属病院 看護部、6. 獨協医科大学病院 看護部、7. 日本赤十字前橋病院 看護部)

## [O9-01] クリティカルケア看護の看護師が捉える患者の Comfort

○大山 祐介<sup>1,2</sup>、永田 明<sup>1</sup>、山勢 博彰<sup>2</sup> (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)

キーワード：comfort、重症患者

【目的】重症患者の comfort を捉える看護師の視点を明らかにすることで、目指すべき患者の状態が明示され、comfort に向けた意図的なケアが可能になると考えた。クリティカルケアの看護師が comfort をどのように捉えているか明らかにする。

【方法】データ収集は2020年2月から3月の期間でオンライン質問紙調査を行った。対象は comfort ケアを意図的に行い、実践知を有していると考え、急性・重症患者看護専門看護師 (CCNS)、集中ケア認定看護師 (ICN)、救急看護認定看護師 (ECN) とした。質問紙の内容は年齢、性別、所属部署、専門資格、経験年数であった。重症患者の comfort に関する項目 (Comfort Item in Critical Care: CICC) は、概念分析、質的記述的研究、内容妥当性検証をもとに34項目作成した。CICCは「症状緩和」「自立性」「平静」「満足」「生理的反応の安定」「落ち着いた行動・睡眠」の6つのカテゴリで構成された。回答は4段階のリッカート尺度で求めた。各項目は項目合計 (I-T) 相関分析を行い、 $p < .3$  は削除した。次に因子分析モデルから標準化パス係数を推定した。 $p < .05$  を有意とした。CICCの全項目と各カテゴリの信頼性は、Cronbach's  $\alpha$  を算出した。最後に「症状緩和」「自立性」「平静」「満足」の潜在変数を主観的 comfort、「生理的反応の安定」「落ち着いた行動・睡眠」の潜在変数を客観的 comfort として確認的因子分析 (CFA) を行った。各カテゴリの項目の平均値を観測変数とした。適合度指標は  $CMIN/DF < 3$ ,  $GFI > .90$ ,  $AGFI > .90$ ,  $RMSEA < .08$ ,  $CFI > .90$  の範囲で評価した。データは、SPSS Ver 25.0および AMOS Ver 25.0を使用して分析した。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: 607)。

【結果】120人が回答した (回答率8.1%)。対象者の半数以上が40代 ( $n=64$ , 53.3%) で、3分の2以上が女性 ( $n=82$ , 68.3%) であった。所属は、ICU ( $n=41$ , 34.2%)、救急外来 ( $n=23$ , 19.2%) の順に多かった。専門資格は、ECN ( $n=52$ , 43.3%)、ICN ( $n=44$ , 36.7%)、CCNS ( $n=22$ , 18.3%) であった。対象者の多くは、クリティカルケア看護における6年以上の看護経験 ( $n=116$ , 96.7%) を有していた。CICCの得点は平均3.10~3.93であった。I-T相関係数は $p=.30$ ~.636で、.30未満の項目はなかった。CICC34項目のうち「耐えられると感じる」は、標準化パス係数 ( $\beta=.15$ ,  $p=.103$ ) をもとに削除した。したがって、その後の分析は33項目で行った。CICC33項目の Cronbach's  $\alpha$  は.923で、各カテゴリでは.684~.895であった。CFAの結果、適合度指標は、 $\chi^2=11.578$  ( $df=7$ ,  $p=.115$ )、 $CMIN/DF=1.654$ 、 $GFI=.971$ 、 $AGFI=.914$ 、 $RMSEA=.074$  (90% CI=.000, .147)、 $CFI=.984$  で推奨値を満たしていた。主観的 comfort と客観的 comfort の間のパス係数は.61であった。

【考察】看護師は重症患者の comfort について、患者の主観的な反応と客観的に表れる反応を捉えていた。その中で、「平静」、「満足」、「落ち着いた行動・睡眠」に重点が置かれていた。これらの看護師が捉える視点は、重症患者が comfort であるかの観察の視点だけでなく、目指すべき患者の状態になると考える。

【結論】CICC33項目は患者の主観的な反応と客観的な反応を捉え、患者が comfort であるかを総合的に分析するために使用できる可能性がある。

## [O9-02] 救命治療過程にある患者への ICU看護師のケアリング

○齋坂 美賀子<sup>1</sup>、大川 宣容<sup>2</sup> (1. 近森病院 看護部、2. 高知県立大学 看護学部)

キーワード：ICU看護師、ケアリング

【目的】本研究は、救命治療過程にある患者と、ICU看護師の相互作用を基盤とした看護の実践の示唆を得るために、救命治療過程にある患者への ICU看護師のケアリングについて明らかにすることを目的とした。本研究においてはケアリングを、「患者の人間性を守るために、患者の反応と ICU看護師のケアの実践との間で相互作用を繰り返し、互いに活力を高めあうもの」と定義した。

【方法】 A県内のICU看護師を対象に半構成的面接法にてデータ収集を行った。面接で得られたデータを内容分析の手法を用いて質的に分析し、類似する内容をテーマとしてまとめた。

本研究は、所属大学研究倫理委員会の承認を得た上で実施した。研究協力者に研究目的、方法、倫理的配慮等を文書を用いて説明し、自由意思による同意を得た。

【結果】 研究協力者は3つの急性期病院の看護師4名で、ICU経験年数は5～23年であった。分析の結果、救命治療過程にある患者へのICU看護師のケアリングとして、4つのテーマと10のサブテーマが抽出された。[表出されにくい患者の思いを想像してでも分かろうとする]は、病態によって表出されにくい患者の思いにICU看護師が関心を寄せ、想像しながら患者を分かろうとしていくことであり、〈微細な反応に注目し見えないニーズを見出していく〉などの3つのサブテーマが含まれた。[身体の安定化と共に患者の心に目を向け続ける]は、ICU看護師が治療経過の中で身体の状態と一致しない患者の心に気づき、患者と共にあることを心がけていくことであり、〈予想と異なる患者の姿に気づき立ち止まる〉などの3つのサブテーマが含まれた。[関わり合いを手がかりに、患者に接近していく]は、ICU看護師が患者と関わりコミュニケーションをとる中で、関係の変化を自覚し、心の距離が接近していくことであり、〈患者との関係の変化を自覚し関心が高まっていく〉などの2つのサブテーマが含まれた。[成果を意味付けていく]は、ICU看護師が患者の反応を成果として意味付け、さらに患者への関心を高めケアが広がっていくことであり、〈ケアの成果から患者への関心が伝わりケアが広がっていく〉などの2つのサブテーマが含まれた。

【考察】 ICU看護師は、救命治療過程にある患者から明確な反応を得られなくても、思いを想像してでも分かろうとしていた。患者が置かれている状況的文脈から看護師自身の感情を沸かせ、患者への関心を高め微細な反応を捉え続けると考えられた。そして、想像した患者の思いを確かめていく中で、身体の状態と一致しない患者の心に目を向け続け、反応を捉え、患者の関心に添うケアを細やかにを行うことを可能とする。これらを繰り返すことにより、患者の心身を整え、患者理解をより確かなものにしていくと考えられた。ICU看護師は、意図的に患者とかかわり変化を捉えることで、患者の心を読み解く感受性を高めていた。そしてケアの成果を意味づけることによりさらに患者への関心を高めていくと考えられた。

【結論】 救命治療過程にある患者へのICU看護師のケアリングとは、表出されにくい患者の思いを想像し、身体の安定化と共に常に患者の心に目を向けて反応を確かめ、その過程で患者の変化を感じ取り、ケアの成果として意味付けていくことであると考えられた。

## [O9-03] クリティカルケア領域における看護師の触れる行為がもつ意味— 看護師の行動と認識から—

○牛尾 陽子<sup>1</sup> (1. 川崎市立看護短期大学)

キーワード：触れる行為、touch

【目的】 クリティカルケア領域における、看護師が患者に「触れる行為」を分析し、「触れる行為」の意味を明らかにする。

【方法】 研究デザインは、質的記述的研究である。ICUに従事する3年目以上の看護師10名（およびその受け持ち患者13名）を対象に、看護師が患者に触れる場面の参加観察と看護師に対する半構造的面接を行い、看護師の行動と認識についてデータを収集した。データ収集期間は2018年5月から2019年3月。データ分析は、Uwe Flickのテーマ的コード化を参考にした。まず事例毎にテーマとなる「触れる行為」が行われていた場面を明らかにしたうえで抽出し、抽出した「触れる行為」をさらに詳細に〔触れた状況〕、〔触れ方・触れる方法〕、〔触れた帰結〕に着目して分析することで、共通点を明確化した。倫理的配慮は、所属機関の倫理審査委員会の承認と協力施設の了承を得て実施した。

【結果】 分析の結果、33の触れる場面が抽出され、《患者の身体に侵襲を与えないようなケアをするために触れる》《触れてみて、起こりうる急激な状態変化の可能性を確かめる》《安寧の提供と危険回避のために触れる》《距離感を図りながら触れて関係性を作る》《言葉だけでは伝わりにくいことを触れて伝える》という「触れる行為」の特徴が浮かびあがった。これらの特徴において、看護師らの1つの触れる行為は、多重的な〔触れ

方・触れる方法〕で行われていた。例えば、《患者の身体に侵襲を与えないようなケアをするために触れる》では、医療機器や薬剤による補助が必要な循環・呼吸が不安定な状態の患者に〔触れた状況〕において、患者の身体に負担をかけずに状態を把握することと、患者の身体に負担をかけずに動かすという〔触れ方・触れる方法〕が重なり合っており、それが患者の状態を把握する、身体や動きを支えるという2つの〔触れた帰結〕に繋がっていた。《安寧の提供と危険回避のために触れる》というテーマでは、せん妄状態と興奮や失見当識のある状態の患者に〔触れた状況〕において、危険回避のために触れた手が、そのまま精神的安定と安寧を与える〔触れ方・触れる方法〕となり、危険な動きを防止することと安楽にするという〔触れた帰結〕に繋がったり、さらにそれが身体症状の訴えの原因を探るための〔触れ方・触れる方法〕となり、患者の状態を把握するという〔触れた帰結〕に繋がっていた。

【考察】看護師らの「触れる行為」は、1つの行為でありながら、〔触れ方・触れる方法〕が1つ以上となり、複数の〔触れた帰結〕に繋がっていた。〔触れ方・触れる方法〕は自覚的・無自覚的に関わらず、それを実施する者の行動と認識が反映されており、それが「触れる行為」の意味として現れていると考える。このことから「触れる行為」は、実践の場で多重な意味を持ちながら患者のケアに役立っていると考えられる。「触れる行為」が持つ意味の多重性は、行為とその行為の意味が1対1の対応をしないため、従来の構造化された研究方法を用いて測定したりすることの困難性に繋がると考える。しかし看護師自身が「触れる行為」の意味の多重性を理解し、より深く考えていくことで、侵襲的を与えないようなケアや状態変化の予測性、安寧提供や危険回避、関係性構築などに繋がり、患者ケアの質の向上に繋がっていくと考える。

【結論】実践の場において「触れる行為」は多重の意味を持っていた。意味の多重性を看護師自身が理解し考えていくことが、患者ケアの質の向上に寄与する。

## [O9-04] 急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルの開発

### ークリティカル領域に勤務する看護師の実践への認識ー

○丸谷 幸子<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>2</sup>、明石 恵子<sup>3</sup>、宇都宮 明美<sup>4</sup>、茂呂 悦子<sup>5</sup>、吉田 紀子<sup>6</sup>、松沼 早苗<sup>5</sup>、阿久津 美代<sup>5</sup>、町田 真弓<sup>7</sup> (1. 名古屋市立大学病院 看護部、2. 東京慈恵医科大学 医学部看護学科、3. 名古屋市立大学大学院 看護学研究科、4. 京都大学大学院 医学研究科、5. 自治医科大学附属病院 看護部、6. 獨協医科大学病院 看護部、7. 日本赤十字前橋病院 看護部)

キーワード：急性・重症患者看護、回復促進支援、看護実践モデル開発

【目的】我々は急性・重症患者の回復を促す看護実践モデルの開発とその臨床応用を目指している。これまでに急性・重症患者看護専門看護師を対象とするフォーカス・グループ・インタビューの結果から、その構成要素として①思考②実践③評価④促進要因⑤阻害要因⑥看護提供システム⑦課題を抽出した。現在は各構成要素に対する認識を明らかにし、看護実践モデルを開発する段階にある。今回はその途中経過として、クリティカルケア領域の看護師の②実践の構成要素20項目に対する認識を明らかにする。

【方法】クリティカルケア領域に勤務する全国の看護師を対象とし、2018年6月～2020年12月に Web調査を実施した。回答者の属性13項目と上述の7つの構成要素79項目で構成された質問票を作成した。このうち②実践に対する認識は「いつも実践している：4」から「全く実践していない：1」の4段階で回答を求めた。研究参加者は、質問票にアクセスするためのQRコード付きのチラシを関連学会の学術集会会場などで配布して募集した。また、日本集中治療医学会 Clinical Trial Group委員会の承認を得て、学会員向けに研究参加を促すメールが配信された。研究参加者はQRコードまたはURLによって質問票にアクセスし回答した。分析には統計ソフト SPSS Ver.27を使用した。個人属性は基本統計量を算出した。回復を促す看護実践に対する認識の基本統計量を算出し、因子分析を行った。

本研究は A大学倫理審査の承認を得た。Web調査の冒頭で研究参加への同意を求めて実施した。得られた回答は入力時に匿名化されている。

【結果】262名から有効回答を得た。施設の病床数は100～399床17%、400～799床54%、800～999床

14%、1000床以上15%であった。所属部署はICU67%、救急病棟15%、HCU6%、一般病棟15%であった。平均年齢は、37.6±7.2歳であった。クリティカルケア領域の経験年数は6年以上が80%を占めていた。実践への認識が高い項目は「苦痛を緩和する(3.7)」「生命の維持を最優先し全力を尽くす(3.7)」「不安定な時期からリスクコントロールしながらケアの工夫を行う(3.6)」、低い項目は「患者とともに目標や計画を設定する(2.8)」「理論やツールを活用して実践する(2.9)」「家族と患者の目標を調整する(3.0)」であった。また、因子分析の結果、患者の回復を促す実践として『主体性をとらえて日常を取り戻す力を引き出す』『リスクや苦痛を最小限にして“いのち”を護る』『サインを察知してその人らしい療養生活を支える』の3因子が抽出された。

【考察】クリティカルケア領域の看護師は生命の維持を重視し、リスクや苦痛などの侵襲を低減しながらケアを行っていることを認識していた。これは、患者の生命を脅かす変化を見逃してはならないという思いと、ケアそのものが侵襲となりうることを認識したうえでの実践であると考えられる。また、生命の危機状態から脱して日常へ戻る力を引き出し、その人らしい生活を支える、という患者の回復過程に沿った実践をしており、病態に応じてケアを変化させていることを認識していた。しかし、患者と目標を共有するという視点はやや低く、患者の意識レベルの低下や見通しの立ちにくさなどが原因と考えられた。

【結論】クリティカルケア領域の看護師は急性・重症患者の状況を見極め、回復過程に沿って実践していると認識していた。

一般演題

## [O10] 看護技術

### [O10-01] 劇症型 Clostridioides difficile感染症に対する注腸療法を実施した1例

○朝倉 良太<sup>1</sup>、関 佳祐<sup>1</sup>、永谷 創石<sup>1</sup> (1. 練馬光が丘病院 看護部)

### [O10-02] カテーテル治療後の圧迫固定テープによる皮膚障害の検討

○山岸 美咲<sup>1</sup>、小島 朗<sup>1</sup>、大槻 友紀<sup>1</sup> (1. 大原総合病院 看護部)

### [O10-03] 経口挿管が口腔機能に与える影響

○高橋 真紀<sup>1,2</sup> (1. 北海道科学大学大学院 保健医療学研究科、2. 手稲溪仁会病院 看護部)

### [O10-04] アイスマッサージによる口腔機能の維持とセルフケアの援助

－食事摂取を見据えた人工呼吸器装着患者への取り組み－

○佐藤 朱華<sup>1</sup>、中村 香代<sup>1</sup> (1. 災害医療センター 看護部)

### [O10-05] 挿管中の経口摂取へのアプローチ －食べるを守る－

○西口 秀美<sup>1</sup>、佐野 房子<sup>1</sup>、山田 かの子<sup>1</sup> (1. 近江八幡市立総合医療センター 看護部)

### [O10-06] 集中治療領域における高齢者の活動と休息のバランス

－日中の活動量や仮眠と夜間睡眠との関連性－

○立花 奈緒美<sup>1</sup> (1. 埼玉医科大学病院 看護部)



## [O10-01] 劇症型 Clostridioides difficile感染症に対する注腸療法を実施した1例

○朝倉 良太<sup>1</sup>、関 佳祐<sup>1</sup>、永谷 創石<sup>1</sup> (1. 練馬光が丘病院 看護部)

キーワード：注腸、クロストリジウム・ディフィシル感染症

【背景(目的)】劇症型 Clostridioides difficile感染症(以下、劇症型 CDI)の治療として、患者がイレウスなどを併発している場合、IDSA/SHEAガイドライン(2017)ではバンコマイシンの注腸療法が推奨されている。しかし注腸量、注腸後の停留時間はガイドラインや文献ごとに大きなばらつきがあり、また注腸療法に対する看護ケアや患者の反応などをまとめた報告はない。当院の集中治療室において劇症型 CDIを発症した患者に対してバンコマイシンの注腸療法を経験したため、患者の反応、必要と思われる看護ケアについて報告し、この先注腸療法を受ける患者の反応予測と患者への安全な看護実践に役立てたい。

【方法および分析の概要】注腸療法は IDSA/SHEAガイドラインに則り、医師の指示によりバンコマイシン 500mgを生食100mlに溶解し6時間毎で開始した。注腸の方法に関してはガイドラインで詳細の記載はなく、投与に使用する物品、投与体位、停留時間に関してはいくつかの先行研究を参考とした。患者の体位は仰臥位とし、投与には下部消化管造影検査に用いられるオールシリコン製の直腸バルーンカテーテル(18Fr)を使用した。経肛門的にカテーテルを挿入して直腸内に留置し、薬剤投与後はプラスチックキャップにてクランプした。1回注腸量100ml、停留時間は30分で開始したが状態改善乏しく、1回注腸量250ml、500mlと増量、停留時間も60分まで増量した。注腸量、クランプ時間、実施前後の心拍数、血圧、呼吸回数、RASS、BPS、鎮静剤、鎮痛剤の量をカルテから後ろ向きにデータ収集した。本症例を報告するにあたり患者本人へ紙面と口頭で説明し、同意および当院倫理委員会の承認を得た。

【結果/経過】患者は特に既往のない58歳男性、胸背部痛を訴え当院へ救急搬送された。精査の結果、StanfordA型急性大動脈解離と診断され、オープンス Tent 併用上行弓部置換術を実施した。術後から発熱、低酸素血症が遷延し人工呼吸器管理継続となり ICUにて管理されていた。術後5日目より水様便を認め、腹部膨満を呈した。便中 CDトキシン、抗原検査を実施したところ抗原陽性であり、腹部 CT検査にて巨大結腸症、イレウスの所見と認めることから劇症型 CDIと診断され注腸療法開始となった。注腸量100mlでクランプ時間30分を3日間、注腸量100mlでクランプ時間60分を5日間、注腸量250mlでクランプ時間60分を1日、注腸量500mlでクランプ時間60分を14日間で、注腸療法は合計23日間実施した。注腸量、クランプ時間に比例し RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)、BPS (Behavioral Pain Scale)の上昇を認め、呼吸回数の上昇を認めた。特に注腸量500mlでクランプ時間60分に増量したところ、RASSがベースラインより2~3上昇し、BPSは表情と上肢のスコアが4まで上昇した。呼吸回数はベースラインより5~10回/分で増加した。またそれに伴い、鎮静薬のポーラス回数も増加した。

【結論】バンコマイシンの注腸劇症型 CDIに対する注腸療法で確立されたものではなく、患者の状態で治療内容も変化することが予想される。今回はカルテから後ろ向きにデータ収集しているため限界はあるが、1回注腸量を増やすことにより RASS、BPSの上昇を認めているため、処置前に予め鎮痛鎮静薬の投与量を調整することが必要であると考えられる。劇症型 CDIの症例自体が多くなく今後大規模な介入比較試験などは困難と思われるため、看護ケアに関しては症例の蓄積が重要である。この報告が今後、注腸療法を受ける患者の反応予測や看護ケアプランの検討に活用されることを期待する。

## [O10-02] カテーテル治療後の圧迫固定テープによる皮膚障害の検討

○山岸 美咲<sup>1</sup>、小島 朗<sup>1</sup>、大槻 友紀<sup>1</sup> (1. 大原総合病院 看護部)

キーワード：カテーテル検査、皮膚障害

【背景(目的)】当院では心臓カテーテル検査(以下 CAG)および経皮的冠動脈形成術(以下 PCI)、脳血管内治療にて、鼠径動脈穿刺時には圧迫止血綿の上からエラテックス®・S(アルケア)を使用し圧迫固定を行っている

る。これら CAG,PCI、脳血管内治療後に HCU 入室となる患者の大半は緊急で行うため、事前にアレルギー反応の有無を把握することは困難であり、圧迫における皮膚障害の予防を検討していく必要があると判断した。皮膚障害が発生した症例の要因を明らかにし、今後の皮膚障害の発生予防につなげていきたいと考えた。

【方法および分析の概要】期間は、2018年1月1日～2021年1月31日とした。研究対象は、HCU 内にて CAG または PCI 施行後、脳血管内治療後の圧迫固定テープで皮膚障害が発生した患者。分析方法は、検査および治療後に HCU 入室した患者のカルテより、剥離された部位、テープ除去時の処置方法、その後の発赤の有無、入院時の浮腫や皮膚の菲薄化などの皮膚脆弱の有無、BMI に対して Excel にて単純集計を行った。

倫理的配慮は、電子カルテからデータを収集する時に個人が特定されないように暗号化した。所属施設の倫理委員会の承認を得ている。

【結果/経過】調査期間中院内での検査件数は CAG 664 件、PCI253 件、脳血管内治療は 10 件であった。CAG、PCI、脳血管内治療後 HCU へ入室した件数 132 件中、圧迫固定による皮膚障害を認めた患者は 23 件 (17.4%) であった。年度別にみると 2018 年 39 件中 3 件 (7%)、2019 年 36 件中 9 件 (25%)、2020 年 56 件中 11 件 (19.6%)、この調査期間中に皮膚障害を認めた 7 件は圧迫固定解除時に剥離剤の使用や愛護的にテープ除去を行ったが皮膚障害が発生した。圧迫固定解除後の皮膚障害が発生していた。症例も踏まえ、皮膚障害を起こした患者のデータから、4 点が明らかとなった。

- ・入院時に皮膚が脆弱と判断されたのは皮膚障害を認めた 23 件中 5 件(22%)
- ・2 件中 1 件パッチテストでは反応はなかったが、圧迫解除後に皮膚障害が発生した
- ・圧迫固定の起点となる腸骨に皮膚障害が起きていたのは 23 件中 18 件(78%)
- ・BMI は 18.5～25 未満の普通体重の患者が多く 23 件中 20 件(86.9%)

【考察】入院時に皮膚脆弱であると判断された患者ほど圧迫解除後の皮膚障害件数が少なかったのは、皮膚脆弱であるということが医師、看護師が圧迫を解除する時の皮膚損傷予防に対する意識が高まっていたと考えられる。また 2018 年に比べ 2019 年は発生件数が増えているが、CAG、PCI 後、脳血管内治療後の圧迫解除後の皮膚に対する記録も写真の添付と共に詳細にかかれており、スタッフの皮膚障害に対する意識が高まったと考える。スタッフから圧迫解除前に剥離剤の使用の声掛けにより主治医からも圧迫固定解除時にすぐにテープを外すのではなく、愛護的に外すなど協力を得ることが増えたことも影響していると考えられる。

今回の調査では、一般病棟へ転室した後の経過が記録から把握することができず、治癒の経過を追うことができない状態で退院となってしまっているケースが多くあった。転室時、申し送りで情報共有はしているが、皮膚損傷に関する看護計画が立案されておらず統一して観察できていないと考える。皮膚障害が発生した時点で皮膚の観察、処置を含めた看護計画を立案し、継続した看護を行う必要がある。引き続き症例を振り返り、現在施行中の圧迫固定方法においての問題点の把握を行い、改善策を試み、皮膚障害を減らしていきたい。

## [O10-03] 経口挿管が口腔機能に与える影響

○高橋 真紀<sup>1,2</sup> (1. 北海道科学大学大学院 保健医療学研究科、2. 手稲深仁会病院 看護部)

キーワード：経口挿管、口腔機能

【目的】経口挿管抜管後の患者の嚥下障害は誤嚥で評価されており、咀嚼や食塊形成に関わる口腔や頬の評価はされていない。そこで本研究では、口唇、舌、頬の機能を口腔機能と定義し、経口挿管が口腔機能に与える影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は全身麻酔の手術を受けた患者とした。基本情報は、年齢、性別、挿管時間について、口腔機能はオーラルディアドコキネシス(以下、OD)の/pa/、/ta/、/ka/、/ra/の1秒間の発声回数、舌の左右・前後運動の1秒間あたりの回数、頬の運動は膨らまし、すぼめる、それらの左右交互の可否について、挿管前、抜管1時間後、抜管3時間後の3地点で評価し、統計学的に分析した。本研究は所属大学倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】対象者は18名(男性10名)、平均年齢は72.1±9.0歳であった。平均挿管時間は371.1±302.3分であった。口腔機能の結果を表1に示した。ODの/pa/、/ta/、/ka/、舌の前後運動で有意差が認められ、挿管前と比較し抜管1時間後に有意に低下していた。/pa/は抜管3時間後に有意に改善したが、挿管前よりは有意に低

かった。/ta/は抜管3時間後も挿管前より有意に低いままであった。/ka/、舌の前後運動は抜管3時間後で有意な改善は認められなかったが、挿管前とは有意差はなかった。

【考察】/pa/は口輪筋による口唇の動きであり、挿管チューブの挿入により口唇を閉じる運動が制限されたことが影響したと考えられる。ODの/ta/、/ka/は舌骨上筋群、舌骨下筋群が関与し、これらの筋群は舌の前後運動にも関与している。挿管チューブにより口腔内の舌運動のスペースが制限されたことが機能低下に影響したと推測される。本研究においては頬運動の有意差は認められなかった。口唇の運動と比較し、頬運動には頬筋、広頸筋などの大きな筋が関与することが影響したと考えられる。口唇、舌、頬運動に関わる筋は咀嚼や嚥下にも複合的に関与しており、結果的に誤嚥を引き起こす可能性がある。そのため、挿管中から口唇・舌の筋に刺激を与えるような口腔ケアや患者状態に合わせた口唇・舌のリハビリ実施の必要性が示唆された。

【結論】経口挿管抜管後の口腔機能は低下しており、挿管前の口腔機能維持のためのケアの必要性が示唆された。

## [O10-04] アイスマッサージによる口腔機能の維持とセルフケアの援助 — 食事摂取を見据えた人工呼吸器装着患者への取り組み —

○佐藤 朱華<sup>1</sup>、中村 香代<sup>1</sup> (1. 災害医療センター 看護部)

キーワード：人工呼吸器、口腔ケア、アイスマッサージ

【背景（目的）】ICUでは活動が制限されている患者に対して様々なセルフケアの援助を行っている。特に、口腔ケアを行えない患者に対して看護師が代行して行うことが多い。A氏は、手術後人工呼吸器装着をしていたためセルフケアを行うことが困難な状態であった。介入時は禁食中だったが、今後経口摂取を目指すA氏に対して口腔機能を維持することは必要であると考えた。アイスマッサージは嚥下反射の誘発や唾液分泌促進による自浄作用の向上などが得られることが明らかになっており<sup>1)</sup>、今後経口摂取を行うために必要なケアであると考え、取り入れることとした。口腔機能の維持を目的に行ったアイスマッサージが、A氏の経口摂取に向けたセルフケアの援助としてどのような効果を与えたかについて振り返る。

【方法および分析の概要】A氏へ1日3回アイスマッサージを実施した。同様の手技で行えるようアイスマッサージの概要をパウチ化し、ICU看護チームへ周知を実施した上で、OAG（Oral Assessment Guide、以下OAGとする）にて口腔機能の変化を評価した。倫理的配慮として、症例報告をまとめるにあたって使用したデータの管理に努め、データは匿名性を厳守しプライバシーの保護に努めた。e-Aprinの研究者コースを取得している。（AP0000414225）

【結果/経過】A氏80歳代男性。食道癌術後。術直後より経口挿管にて人工呼吸管理を実施。術後2日目に抜管したがCPAとなり、再挿管になった。術後15日目に再度抜管し、NPPV管理となる。しかし、呼吸状態悪化に伴い3回目の挿管を実施した。術後31日目に逝去した。介入期間：術後10日～31日目。OAGスコアの維持を目標に介入した。A氏にとって栄養摂取とは命を繋ぐために重要な役割を示しており、退院後は経口摂取での栄養補給が必須であった。非経口摂取が長期間に及ぶ患者は口腔機能が低下していき、経口摂取が困難になってしまう。早期より口腔機能の維持、向上を目指し口腔内を刺激するアイスマッサージは、新たな障害を防ぎ経口摂取へと向けるケアとして期待できる<sup>1)</sup>。経口摂取を行えない場合でも、アイスマッサージの導入により早期から摂食セルフケアの補完が可能であると考えた。そこで、人工呼吸管理中のA氏のケアに、経口摂取への準備としてアイスマッサージを取り入れた。介入は20日間実施し、嚥下反射の誘発やOAG評価が介入前の16点から14点に改善された。

【考察】ヘンダーソンは看護の方法として、セルフケアの補完は個別性のあるケアが重要であることを唱えていることから<sup>2)</sup>、個人に応じたケアの選択が必要であると考えられた。口腔機能の維持や食に対する意欲への介入ができるアイスマッサージは、食事を趣味としていたA氏に適していると考えた。アイスマッサージを実施することで、挿管中のA氏より積極的にスポンジブラシを吸う様子がみられた。A氏にとって、アイスマッサージは口渇

感の減少や嚥下反射の誘発のため、必要なケアであったと考える。その後、A氏は挿管のまま逝去したため、食への介入には至らず、食への反応をみることはできなかった。しかし、A氏への介入から患者の今後の生活を見据え、その人らしく生きられるセルフケア補完の方法を検討していく必要性を学ぶことができた。

【結論】今回口腔機能の維持を目指し、人工呼吸器装着患者へアイスマッサージを行った。口腔ケアはVAP予防や口腔内を清潔に保つのみではなく、口腔の機能低下を防ぎ、将来セルフケアを充足させていく準備としても重要と言える。ICUには様々な病態を抱え、ADLも個々により違う患者が入室する。そこで、患者個々を多面的に捉え、その人らしさを活かすセルフケア補完の方法の選択をしていくことが重要である。

---

## [O10-05] 挿管中の経口摂取へのアプローチ – 食べるを守る –

○西口 秀美<sup>1</sup>、佐野 房子<sup>1</sup>、山田 かの子<sup>1</sup> (1. 近江八幡市立総合医療センター 看護部)

キーワード：嚥下訓練、食べる

【目的】近年、ICU-AW(ICU-acquired weakness)に対する介入に注目を集めている中、今回注目したのは長期挿管患者に引き起こされる嚥下障害である。口から物を食べられないことは、ADL低下だけでなくQOLも下がることに繋がる。挿管中に引き起こされる嚥下力低下を機能的口腔ケア導入により予防できたかを検討する。

【方法】対象：挿管後48時間以上（長期挿管患者）のICU入室全患者。小児および定期手術患者は除外。機能的口腔ケア：長期挿管患者に対して機能的口腔ケアフローチャートを使用し肩甲骨温電法、開口訓練、挺舌訓練を3回/日実施。評価タイミング：抜管後2時間以上経過した時点。分析方法：抜管後のRSST（反復唾液嚥下テスト）とMWST（改訂水飲みテスト）の、介入前後比較を実施。本研究は所属病院倫理委員会の承諾を得たうえで実施した。

【結果】1) 挿管中からの機能的口腔ケアに関して、48時間以上の長期挿管患者で介入前後比較を実施。RSST点数改善は認めず（ $P=0.16$ ）、MWSTは点数の改善を認めた（ $P=0.01$ ）2) 研究介入前後での嚥下評価までの時間短縮はあったが、有意差は認められなかった（ $P=0.11$ ）3) 長期挿管患者での摂食嚥下障害の発生率は介入前43%であり、介入後は22%であり有意差を認めなかった（ $P=0.59$ ）

【考察】1) RSSTでは認知機能低下の影響で指示に従えなかった患者を陽性と判断した可能性がある。一方、MWSTは意志の疎通が取れなくとも、自動的に嚥下運動を促すことができたと考える。なぜなら、舌骨上筋群の機能が保持できていなければ嚥下は行えないため、機能的口腔ケアは嚥下機能保持に有効であった可能性が示唆される。2) 研究介入にあたり嚥下評価を言語聴覚士だけでなく看護師が介入したことによる、嚥下評価までに有した時間の短縮は認めなかった。嚥下評価のタイミングが適切であれば、患者の嚥下能力が早期に見極められ、二次的合併症を回避できることにつながるのではないかと考える。3) 研究介入前後で摂食嚥下障害の発生率は減少傾向であったが有意差は認めなかった。要因として、対象者数の偏りや挿管前の摂食嚥下能力の把握が難しかったことが挙げられる。

【結論】長期挿管患者に引き起こされる嚥下障害に対して、機能的口腔ケアを実施することは、摂食嚥下プロセスモデルの準備・口腔期への働きかけが有用であった。機能的口腔ケアの効果により嚥下機能を保持できたことは、嚥下力低下の予防だけでなく、QOL維持向上につながる可能性があると考えられる。

---

## [O10-06] 集中治療領域における高齢者の活動と休息のバランス

### – 一日中の活動量や仮眠と夜間睡眠との関連性 –

○立花 奈緒美<sup>1</sup> (1. 埼玉医科大学病院 看護部)

キーワード：早期リハビリテーション、睡眠、心臓血管外科術後、高齢者

【目的】集中治療領域における高齢患者を対象とし、OSA睡眠調査票(MA版)を用いた夜間睡眠の主観的満足感と、日中の活動量及び仮眠の実態調査を行い、夜間睡眠との関連性を明らかにすることである。

【方法】対象：2019年1月24日～2020年4月30日に入室した65歳以上の心臓血管外科術後患者。調査項目：《基礎情報》年齢・性別・疾患・術式・術後鎮静期間・SOFAスコア・術前の睡眠状況《術後経過》術翌日より毎日、仮眠の有無・リハビリテーションの時間帯・リハビリテーション強度を記録し、起床時夜間睡眠の満足感を評価した。評価にはOSA睡眠調査票（起床時の睡眠内省を評価する心理尺度で5因子形16項目構成）を用いた。分析方法：OSA睡眠調査票を用い得点化し使用した比率尺度であり、正規分布を仮定しており、①仮眠の有無②リハビリテーション時間帯③リハビリテーション強度、の3項目と睡眠評価得点について対応のないt検定、または一元配置分散分析を実施し、有意水準は5%とした。本研究は、所属施設研究倫理委員会の承認を得て実施した。対象者へ文書を用いて説明を行い、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、同意を得た。

【結果】対象27名(男性19名、女性8名)、年齢75.4±6.2歳。①術後1日目は全例が「仮眠有」であった。術後2、3日目は「仮眠有」「仮眠無」の2群で睡眠評価得点に有意差は認めなかった。②『起床時眠気』の項目で術後2日目は「午後」「午前午後」の2群で、「午後」のみリハビリテーションを実施した群が有意に高得点だったが( $p=0.03$ )、術後3日目は「午前午後」とリハビリテーションを実施した群の方が高得点だった( $p=0.007$ )。③術後1日目「床上ROM」「端坐位」「立位・足踏み」「室内歩行」の4群間で『入眠と睡眠維持( $p=0.02$ )』と『睡眠時間( $p=0.03$ )』の項目で有意差があり、多重比較で「端坐位」レベルが「立位・足踏み」に比較し有意に点数が低かった(入眠と睡眠維持  $p=0.032$ ) (睡眠時間  $p=0.04$ )。術後3日目『睡眠時間』の項目で「立位・足踏み」「室内歩行」の2群間のうち「室内歩行」レベルが有意に高得点だった( $p=0.001$ )。

【考察】①術後1日目では全例が仮眠しており、術後2日目以降も仮眠の有無は、夜間睡眠の主観的満足感に影響しないと示唆された。術後数日は、神経・内分泌反応やサイトカイン誘発反応、エネルギー代謝などの様々な変化から睡眠の質は低下し、概日リズムが阻害されることを前提とし、日中の仮眠も侵襲からの回復に向けての“必要な休息”だと捉えられる。②③リハビリテーションの時間帯と強度については、同じ術後日数であっても主観的睡眠感に差があった。術後早期は、麻酔や手術による侵襲に加え、治療的・身体的苦痛が最も強い時期にあり、リハビリテーションの時間や強度が過負荷となり、夜間睡眠の質を落としている可能性が考えられた。今後、リハビリテーションや看護について、適切な介入ができていくか、『活動と休息のバランス』を評価し、主観的睡眠感を“休息の質の評価”とし、重症度などに関して層別化した一定の重症患者群において、更なる比較検討を重ねていく必要がある。

【結論】術後1日目は全例が日中仮眠をとっている状況にあり、術後2日目、3日目においても仮眠の有無は主観的睡眠感に影響を与えていなかった。日中の仮眠は夜間の睡眠に影響していないということが示唆された。また、同じ術後日数であっても、リハビリテーションの時間帯や強度によって主観的睡眠感に差があることがわかった。

一般演題

## [O11] 臨床判断

### [O11-01] CCU入室中の気管挿管患者に対する身体拘束をしない看護師の臨床判断

○高橋 菜々美<sup>1</sup>、高橋 祥子<sup>1</sup> (1. 大阪労災病院 看護部)

### [O11-02] クリティカルケア領域における身体拘束を必要最小限にするための実態と取り組みに関する文献検討

○笹倉 祐輔<sup>1</sup> (1. 東京医科歯科大学医学部附属病院 看護部)

### [O11-03] クリティカルケア領域の熟練看護師が実践する「安楽なケア」の構造

○西本 葵<sup>1</sup>、佐居 由美<sup>1</sup> (1. 聖路加国際大学大学院 看護学研究科)

### [O11-04] 看護師が呼吸数を測定するための判断要素

○竹林 正樹<sup>1</sup>、西村 聖子<sup>1</sup>、倉田 千晶<sup>1</sup>、澤村 千佳子<sup>1</sup> (1. 松阪中央総合病院 看護部)

### [O11-05] 卒後4年目看護師の人工呼吸器装着中患者の回復促進を支えるケアの臨床判断

○正垣 淳伍<sup>1</sup>、林 優子<sup>1</sup> (1. 関西医科大学大学院 治療看護分野)

## [O11-01] CCU入室中の気管挿管患者に対する身体拘束をしない看護師の臨床判断

○高橋 菜々美<sup>1</sup>、高橋 祥子<sup>1</sup> (1. 大阪労災病院 看護部)

キーワード：気管挿管患者、身体拘束、臨床判断

【目的】 A病院 CCUでは「身体拘束予防ガイドライン（日本看護倫理学会 2015）」等を参考にアセスメント用紙を作成、それを基にカンファレンスを実施しその結果身体拘束実施の件数は減少したが、看護師からは「自己抜管された時に責任がとれない」等の意見が出たため、看護師が過度の不安やストレスが緩和され安全に身体拘束をしない選択が出来る必要があると考えた。看護師が身体拘束をしないアセスメントや思考を明らかにすることで、身体拘束を減らすための方法の検討等に活用でき、不必要な身体拘束を減らすことに繋がるのではないかと思われた。そこで、本研究では、CCU入室中の気管挿管患者に身体拘束をしなかった看護師を対象とし、その臨床判断を明らかにすることを目的とした。

【方法】 A病院 CCU所属の看護師20名を対象に2020年2月～3月に実施した。気管挿管中の患者を受け持った時に、身体拘束をする必要がないと判断する状況とその理由について半構成面接調査法を行った。インタビューは1人1回、30分で実施し、質的記述的に分析を行った。インタビュー内容をもとに逐語録を作成し、目的に合致した内容についてコード化した。類似したコードを集めて抽象化し、サブカテゴリー化、さらにカテゴリー化、コアカテゴリー化をした。

倫理的配慮として、A病院の看護研究委員会で倫理審査を得てから実施。インタビューは個室で行い、得られたデータは対象者が特定されないように暗号化し、鍵のかかる所へUSBを保管した。利益相反はない。

【結果】 研究参加者は20名であり、研究参加者のインタビューから274コードが抽出され、47サブカテゴリー、10カテゴリー、5コアカテゴリーが分類された。コアカテゴリーを《》、カテゴリーを【】、サブカテゴリー〔〕で示す。今回は下記コアカテゴリーについて述べる。《業務の状況》は135コードを抽出し、28サブカテゴリー、3カテゴリー、【見守りが出来る人がいれば拘束は不要】等が抽出された。《意識レベル・認知力》は62コードを抽出し、3サブカテゴリー、1カテゴリー【動かなければ拘束は不要】等が抽出された。

【考察】 《業務の状況》の【見守りが出来る人がいれば拘束は不要】では〔どの勤務帯でも見守り出来るなら拘束は不要〕が抽出された。柳澤は自己抜管は通常業務に加え入院の受け入れ対応が重なる等看護師の目が患者から離れた際に起こっており、看護師が忙しさを感じる時の自己抜管のリスクの高さを示している。本カテゴリーでは看護師は患者から目が離れることがなければ、身体拘束をしなくても自己抜管を防ぐことができると判断していたと考えられる。《意識レベル・認知力》の【動かなければ拘束は不要】では〔従命行動がとれるなら拘束は不要〕が抽出され、看護師は従命動作がとれる認知力であれば身体拘束は要らないと判断していた。しかし栗原らは、危険行動がないため拘束を解除したところ自己抜去となった事例があったと述べている。また、栗原らは自己抜去の要因分析を多角的な視点で行っており、このことから本研究では【動かなければ拘束は不要】というカテゴリーが抽出されたが、多角的に自己抜去のリスクをアセスメントする必要性があると考えられる。

【結論】 1. 《業務の状況》においては、カテゴリー数は3個【見守りが出来るなら拘束は不要】等と、《意識レベル・認知力》においては【動かなければ拘束は不要】が抽出された。2. 勤務帯や業務状況に関わらず見守りが出来るなら身体拘束は不要との結果から、不必要な身体拘束を減らすには看護師の人員配置や業務調整について検討する必要があると考える。

## [O11-02] クリティカルケア領域における身体拘束を必要最小限にするための実態と取り組みに関する文献検討

○笹倉 祐輔<sup>1</sup> (1. 東京医科歯科大学医学部附属病院 看護部)

キーワード：身体拘束、physical restraint、クリティカルケア

【背景（目的）】クリティカルケア領域では患者の生命が優先され身体拘束が必要となるが、その有用性と安全性を示す明確なエビデンスはなく、身体拘束を最小限にしていくためには多くの困難がある。よって、その活動の実態や取り組みについて調査し、身体拘束を必要最小限にするための対策を明らかにすることを目的とする。

【方法および分析の概要】文献検索は、国内文献は医学中央雑誌 Web版（ver.5）を用い、検索語は「身体拘束」「身体抑制」「抑制帯」「拘束具」「physical restraint」「クリティカルケア」「クリティカルケア看護」「ICU」「急性期病院」「急性期」「intensive care unit」「critical care」「acute care」「ccu」「熱傷ユニット」「stroke care unit」とし、海外文献はPubMed、CINAHL、Cochrane Libraryを用い、検索語は「physical restraint」「critical care/acute care」「acute phase/acute stage/acute period」「ICU/CCU/coronary care unit」に設定した。対象の年代は、国内においてICUにおける身体拘束（抑制）ガイドライン（日本集中治療医学会看護部会,2010）が発表された2010年からここ最近の10年間とした。得られた文献について記述内容を抽出しながら要約し活動の実態や取り組み、その結果による影響や要因に着目し、上記ガイドラインの身体拘束（抑制）判断基準フローチャートの判断基準における患者アセスメント、抑制以外の対策を参考に整理・統合した。

倫理的配慮は、著者の意向に配慮しながら論旨を尊重し、データ分析はクリティカルケア看護学領域の研究者の協力のもと適正に実施し、そのうえで研究結果の信頼性の確保に努めた。

【結果】文献検索の結果、国内が5件、海外が8件の13文献を対象とした。分析した結果、身体拘束の要因となる患者アセスメント、身体拘束以外の対策としてそれぞれ身体的、心理・社会的、組織、倫理的問題へのアプローチとしてデータを統合した。患者アセスメントに関する文献は6件で、予測できない変化していく動きの見極めや、不穏、せん妄などの行動と病態変化の双方から身体拘束の判断を行っていた。身体的アプローチに関する文献は5件で、患者が現状を理解することを促すために、頻繁なコミュニケーションやオリエンテーションを繰り返す取り組みや予防的な薬剤投与による苦痛への対応がなされていた。心理・社会的アプローチに関する文献は6件で、患者と家族の関係性を保つことや、面会時に身体拘束を解除することで家族の不安や恐怖につながらないように配慮することも述べられていた。組織へのアプローチに関する文献は10件で、業務調整や専門的な看護師の関わり、TeamSTEPPS、身体拘束管理バンドルなど組織全体として取り組みが実施されていた。倫理的問題に関する文献は5件で、患者を擁護したい思いを抱きながらもこの状況に倫理的ジレンマを抱えていた。

【結論】クリティカルケア領域における身体拘束を必要最小限にするための取り組みには、患者アセスメント、身体的、心理・社会的、組織、倫理的問題のそれぞれへのケアのアプローチが必要であることが明らかとなった。しかし、サンプル数の少なさや研究デザインの困難さから、一般化可能な取り組みについては認められなかった。

今後、身体拘束を必要最小限にするための取り組みについてエビデンスの蓄積と、身体拘束が抱える倫理的問題への対策が必要であることが示唆された。

## [O11-03] クリティカルケア領域の熟練看護師が実践する「安楽なケア」の構造

○西本 葵<sup>1</sup>、佐居 由美<sup>1</sup>（1. 聖路加国際大学大学院 看護学研究科）

キーワード：安楽ケア、熟練看護師

【目的】「安楽」は看護の中心定理であり、「安全・自立」と共に看護の基本原則と説明されている一方で、知識の体系化はされておらず、様々な領域における安楽ケアの相違についても明らかではない。そこで、本研究では、クリティカルケア領域における熟練看護師が実践する安楽なケアの構造を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て7年以上臨床経験のある看護師を熟練看護師とし、インタビューガイドを用いた半構造的面接法を実施した。分析方法は継続比較法とした。逐語録を精読し、意味のある最小単位にて文章を抽出し、内容を表すコードを付与した。ケースごとに、内容の関係性に基づいて構造を図示化し、5ケースを比較検討し構造を示した。



本研究は、研究者が所属する研究機関の研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した。研究依頼時に口頭と書面にて研究目的や協力の有無によって不利益は被らないこと等を説明し同意を得た。

【結果】対象となった看護師5名は、30～34歳が4名、35～39歳が1名で、クリティカルケア領域での経験年数は平均9.4（9～11）年であった。インタビュー時間は平均56.8（53～64）分となった。語られた安楽なケアの内容は、術後早期離床時の疼痛緩和、床上安静中の体位調整、床上安静中の皮膚障害予防、絶飲食中の口渴予防、腹臥位体位ドレナージによる呼吸ケアであった。分析の結果、クリティカルケア領域の熟練看護師が実践していた「安楽なケア」は、表情、動き、触れた感覚、検査データ、バイタルサインズといった、[表出される情報から患者の変化を捉え][先回りをしたケアにより患者の苦痛を最小限]にし、また[強い苦痛を極力抑え患者自身が乗り越えられるよう準備を整える]ケアの実践であり、「避けられない苦痛を最小限に抑えるためのケア」が共通項として見出せた。

【考察】本研究において「安楽なケア」として語られた内容は、患者の治療、処置に直接的に関連したことであり、避けて通れない苦痛があることを前提としつつその最小限を目指したケアであったことは、強い侵襲を伴うクリティカルケア領域特有の要素であると考えられる。そして、意識レベルの低下や、鎮静により苦痛を伝えることすら困難である状況で、経験したことの無い苦痛を感じている患者へ安楽なケアを実践するには、その前提として、バイタルサインズのみならず、微々たる表情や動きの変化を捉えケアを思考する段階が示され、改めてアセスメントの重要性が示唆された。また、クリティカルケア領域の安楽なケアの構造を明らかにしたことで、初学者をはじめとした看護師への実践教育の一助となることが期待される。

【結論】クリティカルケア領域における熟練看護師が実践する安楽なケアについて明らかにすることで、領域特有のケア内容と共通項が見出され構造化された。〈本研究は、JSPS科研費 JP18H03078の助成を受けている〉

## [O11-04] 看護師が呼吸数を測定するための判断要素

○竹林 正樹<sup>1</sup>、西村 聖子<sup>1</sup>、倉田 千晶<sup>1</sup>、澤村 千佳子<sup>1</sup>（1. 松阪中央総合病院 看護部）

キーワード：呼吸数、急変、五感、バイタルサイン、判断要素

【目的】看護師が呼吸数を観察する重要性は報告されているが、臨床では呼吸数の測定や記録が省略されることが多い。このため、看護師が呼吸数を測定するための判断要素を明らかにする。

【方法】A病院の看護師および准看護師343名を対象に無記名自記式の質問紙を用いて調査した。質問内容は独自に作成し、4件法(必ず測定する～全く測定しない)で回答を得た。分析方法は回答を得点化(4点～1点)のうえ平均値、標準偏差を算出し、統計解析ソフトウェア SPSSver24を用いて探索的因子分析(一般化された最小2乗法、プロマックス回転)を行った。因子の共通項目は cronbach's  $\alpha$ 係数を用いて、妥当性および信頼性を確認した。また、本研究はA病院の倫理審査で承認を受けて実施した。研究対象者には、研究目的、研究への参加は自由意思であること、質問紙は無記名で個人が特定できないように得られたデータは統計学的に処理すること等を文書で説明し、質問紙の回答をもって同意を得た。

【結果】質問紙の回収率は84%、有効回答率は80%であった。探索的因子分析では、2因子が抽出された。第1因子【気管と呼吸と意識に関連する症状の変化】の内容と各項目の平均値±標準偏差は、気管からの気になる音を認める場合 $3.03 \pm 0.845$ 、 $SpO_2$ 値が90%以下の場合 $3.19 \pm 0.795$ 、無呼吸を認める場合 $3.61 \pm 0.621$ 、異常呼吸(換気量、呼吸リズムの異常)を認める場合 $3.61 \pm 0.621$ 、意識の変容を認める場合 $3.49 \pm 0.78$ であった。第2因子【循環と体温に関連する数値の変化】の内容と各項目の平均値±標準偏差は、心拍数が40回/分以下の場合 $3.10 \pm 0.898$ 、心拍数が130回/分以上の場合 $2.82 \pm 0.827$ 、収縮期血圧90mmHg以下の場合 $2.48 \pm 0.808$ 、収縮期血圧200mmHg以上の場合 $2.39 \pm 0.814$ 、体温35度以下の場合 $2.55 \pm 0.937$ 、体温38度以上の場合 $2.62 \pm 0.849$ 、尿量の低下(50ml/4時間)の場合 $2.28 \pm 0.801$ であった。

【考察】【気管と呼吸と意識に関連する症状の変化】の因子は、患者の身体的な情報である。五感是人間の感覚であり認識した情報に違和感があれば、アセスメントすることで患者の急変につながる症状を察知するきっかけになる。看護師は異常の有無を確認するときに患者の非言語的な反応を五感で評価しており、とくに視覚による観察を重視していると考えられる。視覚や聴覚で得る情報は、状態の変化をとらえやすく看護師が呼吸数を測定する

ための判断要素になりやすい。このことから、看護師は臨床で記録に呼吸数を記載していない場合はあるが、患者の呼吸の変化は視覚や聴覚で確認している可能性があると考え。【循環と体温に関連する数値の変化】の因子は、バイタルサインがほとんどであり、測定する頻度が高く数値で患者の変化をとらえやすいためではないかと考える。しかし、各因子の平均値±標準偏差は、【気管と呼吸と意識に関連する症状の変化】よりも低かった。看護師は医療機器によるバイタルサイン測定が日常的になり、測定値を基準とした機械的なアセスメントを行ってしまっている可能性がある。このことから、数値の変化のみでは看護師が呼吸数を測定するための判断要素になりにくいと考える。

#### 【結論】

1. 【気管と呼吸と意識に関連する症状の変化】の因子は、看護師が呼吸数を測定するための判断要素になりやすい。
2. 【循環と体温に関連する数値の変化】の因子は、看護師が呼吸数を測定するための判断要素になりにくい。

## 【O11-05】卒後4年目看護師の人工呼吸器装着中患者の回復促進を支えるケアの臨床判断

○正垣 淳伍<sup>1</sup>、林 優子<sup>1</sup> (1. 関西医科大学大学院 治療看護分野)

キーワード：臨床判断、看護ケア、4年目看護師、人工呼吸器装着患者

【目的】本研究の目的は、クリティカルケア領域で働く4年目看護師の人工呼吸器装着中の患者に対する回復促進のためのケアを行う際の臨床判断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。人工呼吸器装着中患者の受け持ち経験のある卒後4年目看護師に対して半構成的面接を実施した。分析方法は、逐語録からケアの臨床判断と思われる部分を抜粋し、文脈の意味が損なわれないように整理し、要約した上で、臨床判断についての解釈を行った。解釈した記述内容を類似性に基づき分類し、分類ごとに名称をつけた。本研究は対象施設倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】研究参加者は、近畿圏の2カ所の病院に所属する男性2名、女性5名の計7名であった。分析の結果、4年目看護師の臨床判断は、30の解釈が得られ、3つの大カテゴリーと9つのカテゴリーに分類され、大カテゴリーは、【呼吸・循環・意識や患者の願いなどの身体的・心理的な情報を集め、患者に必要なケアの方法を考え工夫している】【患者の生理的データから、予測される合併症予防のためのケアを考え実施している】【治療方針の理解によって、治療の見通しを立てた確実なケアを考え実践している】であった。ケアを実施する判断のための情報・手がかりとして、呼吸や循環の生理学的データの把握や患者の訴えから情報を得ること、患者の状態から合併症リスクを把握すること、ケア実施による効果や患者の全身状態のバランスへの影響を考慮していることが明らかとなった。

【考察】4年目看護師は、患者の様々な主観的や客観的な情報を集め、治療を理解することで、患者の状態の変化を予測し、患者の状態に合った必要なケアや合併症予防のケアを考え実践していた。また、医師や先輩看護師に治療方針やケア内容を確認することによって確実なケアを考え実践していた。本研究では、ケアの対象が人工呼吸器装着中の患者であったため、【患者の生理的データから、予測される合併症予防のためのケアを考え実施している】からわかるように、看護師が主として合併症予防の役割を担ってケアを考え実施していることを示すものであると言える。先行研究では5年目以上の看護師が主観的・客観的データによって身体・心理面の情報を得て、ケアの内容を見極めていくことが明らかにされているが、本研究の4年目看護師において【呼吸・循環・意識や患者の願いなどの身体的・心理的な情報を集め、患者に必要なケアの方法を考え工夫している】という臨床判断がされていたことが示された。また、【治療方針の理解によって、治療の見通しを立てた確実なケアを考え実践している】のようにケアについて医師や先輩看護師に治療方針やケアの内容を確認し確実なケアを考えて実施していることから、治療が重視され患者の状態が不安定であるクリティカルケア領域において、安全なケアが看護師に求められている背景があると考え。今後、4年目看護師が自己のおこなったケアが正しいかどうかを常に考え続けるような場を作り、ケアの振り返りを行うことは、臨床判断を向上させる契機になると考える。

【結論】4年目看護師の人工呼吸器装着中患者に対する回復を促進するケアの臨床判断は、生理的データ、予測

される合併症リスク、ケアの効果などケアを実施する判断のための情報や手がかりを基に、患者に必要なケアの方法を考えて実践することであった。

一般演題

## [O12] 看護教育

### [O12-01] 救急・集中領域に勤務する各キャリア段階にある看護師の終末期に関する学習ニーズ

○伊藤 美智子<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup> (1. 名古屋学芸大学 看護学部、2. 名古屋市立大学大学院 看護学研究科)

### [O12-02] 集中治療室に勤務する看護師のモニター心電図学習への苦手意識を低減させる教育方法の検討

○關 容子<sup>1</sup>、阿久津 美代<sup>1</sup>、茂呂 悦子<sup>1</sup> (1. 自治医科大学附属病院看護部)

### [O12-03] 臨地実習と学内実習を融合した新たな集中治療室実習での学生の学び

○瀧口 千枝<sup>1</sup>、長谷川 真美<sup>1</sup>、笠間 秀一<sup>1</sup>、中矢 一平<sup>2</sup>、木戸 蓉子<sup>2</sup>、副島 里香<sup>2</sup> (1. 東邦大学 健康科学部看護学科、2. 東邦大学医療センター大森病院 看護部)

### [O12-04] 退院後の患者との面接を経験したICU看護師のPICS予防に対する意識調査

○梅原 和美<sup>1</sup>、山崎 憂紀<sup>1</sup>、水野 奈美<sup>1</sup>、喜田 雅彦<sup>2</sup>、富岡 小百合<sup>1</sup> (1. 大阪府立中河内救命救急センター 看護部、2. 大阪府立大学院 看護学研究科)

### [O12-05] 集中治療部門に配置転換となった中堅看護師の実態

○入田 貴子<sup>1</sup> (1. 新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院 看護部)

## [O12-01] 救急・集中領域に勤務する各キャリア段階にある看護師の終末期に関する学習ニーズ

○伊藤 美智子<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup> (1. 名古屋学芸大学 看護学部、2. 名古屋市立大学大学院 看護学研究科)

キーワード：終末期、学習ニーズ

【目的】救急・集中領域で終末期を迎える患者の看護を実践する各キャリア段階の看護師の学習ニーズを明らかにする

【方法】新人・若手・中堅の各キャリア段階にある看護師を対象に、救急・集中領域で終末期を迎える患者に関する看護の学習ニーズについて半構造的面接を実施した。面接内容の逐語録から終末期看護に関する学習ニーズを表現している内容を抽出し、意味内容を損なわないよう要約してコードとした。類似性によってコードを統合して抽象度を上げ、カテゴリを生成した。

本研究は、研究者が所属する施設の倫理審査委員会の承認を受けて実施し、対象者には文書を用いて研究目的や不参加による不利益がないことを説明し、同意書を得た。

【結果】参加者は新人6名、若手8名、中堅6名の計20名であった。新人看護師では<患者の意思を知る方法>や<場に応じた家族への接近方法>など7カテゴリの学習内容に関するニーズと、<先輩のサポート>など2カテゴリの学習方法に関するニーズがあった。若手看護師では<患者の本当の気持ちに添う方法>や<家族の気持ちや要求に沿った対応の方法><医師と看護師の考える終末期の違い>など8カテゴリの学習内容に関するニーズと、<他の看護師の知識や経験を知る方法>など2カテゴリの学習方法に関するニーズがあった。中堅看護師では<患者の尊厳を守る方法>や<家族が求める終末期看護>、<終末期に多職種でかかわる方法>など5カテゴリの学習内容に関するニーズと、<議論で得た知見を終末期看護に活かす方法>など2カテゴリの学習方法に関するニーズがあった。

【考察】学習内容に関するニーズは、患者に関する内容、家族に関する内容、チーム医療に関する内容に分けられ、各キャリア段階で異なっていた。患者に関する内容は、新人看護師では<患者の意思を知る方法>であったが、若手看護師では<患者の本当の気持ちに添う方法>と患者に寄り添う方法が求められ、中堅看護師では<患者の尊厳を守る方法>とより患者を尊重したいというニーズに変化した。家族に関する内容は、新人看護師では<場に応じた家族への接近方法>という接近するためのニーズが、若手看護師では<家族の気持ちや要求に沿った対応の方法>と家族の気持ちをくんだ看護のためのニーズになり、中堅看護師では<家族が求める終末期看護>という家族が求めることを理解してケアを提供できるよう学びたいというニーズに変化した。チーム医療について、新人看護師ではカテゴリが生成されなかった。若手看護師は<医師と看護師の考える終末期の違い>を知りたいと思い、中堅看護師は<終末期に多職種で関わる方法>を学ぶことで看護師の専門性を活かしたいというニーズになったと考えた。

学習方法に関するニーズも各キャリア段階で異なっていた。新人看護師の<先輩のサポート>を得て学ぶというやや受動的な状況から、若手看護師は<他の看護師の知識や経験を知る方法>になり、中堅看護師は<議論で得た知見を終末期看護に活かす方法>となった。新人看護師は、自分のケアや考えについて先輩の承認を得たいためと考える。若手看護師は、他者の意見を聞いて自身の終末期ケアを確認し、不足している知識の焦点化をしたいのだと考えた。中堅看護師は、他者と議論をすることで、看護を振り返り、新たな方法を自身の引き出しに加えたいという思いがあると考えた。

【結論】各キャリア段階で学習内容や学習方法のニーズは異なるため、それぞれの段階に合わせた終末期看護に関する教育を設計する必要があると示唆された。

本研究は平成28年度日本クリティカルケア看護学会研究費助成を受けて実施しました。

## [O12-02] 集中治療室に勤務する看護師のモニター心電図学習への苦手意識を低減させる教育方法の検討

○關 容子<sup>1</sup>、阿久津 美代<sup>1</sup>、茂呂 悦子<sup>1</sup> (1. 自治医科大学附属病院看護部)

キーワード：モニター心電図、苦手意識、教育方法、集中治療室

【目的】集中治療領域に配属された看護師は、モニター心電図の学習に苦手意識をもつ者が多い。先行研究ではスモールステップで到達点を明確にした教育が学習性無力感を避け、自己学習促進のサポートになると報告されている。Rui Zengらは、graphics-sequence memory method (正常心電図と異常心電図の形態の概略図を示し、心電図の生成順序に従って波形を解釈する方法)により、短時間で精度の高い心電図判読ができるようになったと報告している。今回、集中治療室に勤務しモニター心電図に苦手意識をもつ者を対象に、スモールステップの目標設定で、graphics-sequence memory methodを参考に教育することで、苦手意識を低減し判読精度を向上できるか検証した。〔言葉の定義〕苦手意識とは、得意でない、いやだ、見たくない、勉強したくないなど、心電図の学習を妨げる感情と定義する。

【方法および分析の概要】1. 研究対象：当院集中治療部に勤務し、モニター心電図学習に苦手意識を自覚し、研究に同意が得られた看護師12名。2. 研究期間：2020年12月～2021年1月。3. 調査方法：教育前後に、先行研究を参考に作成したモニター心電図学習への苦手意識に関する15問の4段階のリッカート評価による質問紙調査を行った。また、教育効果については不整脈判読精度のテスト(8問16点満点)を実施した。4. 教育内容：graphics-sequence memory methodを参考に資料を作成、自由に閲覧学習できるようにした。また、学習内容についての質問に適宜応じた。5. 分析方法：教育前後で質問紙調査および不整脈判読精度テストの点数の記述統計量を算出し比較した。本研究は所属施設の臨床研究等倫理審査委員会より審査不要事項、研究実施許可と判断され実施した。

【結果】質問紙調査の平均点と標準偏差の比較では「心電図学習を後回しにしてもどうにかなると思う」が教育前1.5点(±0.5)・教育後1.42点(±0.49)、「膨大な課題を前にしているような負担感がある」は教育前1.67点(±0.47)、教育後1.83点(±0.55)で変化がなかった。「学習の抵抗感が減った」は教育前2.08点(±0.64)から教育後2.67点(±0.47)に増加し「緊急を要する検査であり早急な判断が必要である」は教育前3.42点(±0.49)・教育後3点(±0.57)「判読を間違ったら大変なことになる」は教育前3.67点(±0.47)・教育後3.08点(±0.64)に減少した。不整脈判読精度のテスト結果は、教育前平均7.66点(±4.05)、教育後11.33点(±3.42)であった。教育前後とも、名称は正答したが判断根拠が不十分のものが半数近くあった。

【考察】対象者は苦手意識をもちながら、心電図学習は後回しでよいとは考えていなかったことから心電図学習の必要性を感じていたと考える。学習のニーズはあり、今回の取り組みが学習開始の動機づけになったと考える。また、学習後も必要性を高く感じながら、学習への抵抗感が減ったと自覚しており、スモールステップが苦手意識を低減したと考える。しかし、教育後テストの得点増加、特に判断根拠の正解率増加が乏しく、教育効果の低さが示唆された。今回の教育方法は、感染対策から資料を参照する自己学習になった。Nattawatはpeer-assistant-learningが個人学習よりも理解を促進すると述べている。今後は、少人数グループなど直接的な関わりをもつ方法で、上級者からの支援を強化し、心臓での現象と心電図波形を結びつけてイメージできるよう理解促進につなげていきたい。

【結論】心電図学習ニーズはあるが、資料閲覧による個人学習では苦手意識の改善のみで、判読精度の向上にはつながらなかった。

## [O12-03] 臨地実習と学内実習を融合した新たな集中治療室実習での学生の学び

○瀧口 千枝<sup>1</sup>、長谷川 真美<sup>1</sup>、笠間 秀一<sup>1</sup>、中矢 一平<sup>2</sup>、木戸 蓉子<sup>2</sup>、副島 里香<sup>2</sup> (1. 東邦大学 健康科学部看護学科、2. 東邦大学医療センター大森病院 看護部)

キーワード：集中治療室、コロナ禍、看護学実習

【目的】A大学健康科学部看護学科において、実習目的達成を目指してコロナ禍で行った臨地実習と学内実習を融合した新たな集中治療室実習での学生の学びを明らかにすること。

- 【研究方法および期間】 1. 新たな実習形態の概要 (図) 臨地実習を短縮し、臨地と協働した学内実習で補完した。臨地実習で学生は、事例と類似病態の患者看護を見学し、臨地実習指導者と教員は病態やケアの根拠の理解を促した。臨床指導者同席のオンラインカンファレンスを実施した。
2. 新たな実習形態での学生の学びの明確化 対象：2020年度 A大学健康科学部の3年次実習科目において新たな実習形態で集中治療室実習を実施した学生25名の実習記録【リフレクションシート】のべ150日分 分析：質的帰納的分析
3. 倫理的配慮 所属大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。学内掲示板を用いて、自由意思による協力を依頼した。成績確定後の依頼とし、データは学業や個人の評価には関係しないことを説明した。
- 【結果】 1. 事例アセスメント (個人ワーク) 多くの学生が、病態、データ解釈や時間経過に伴う変化、複雑に絡む多角的な情報の整理に困難を感じていた。 2. 集中治療室でのシャドウイング 医療機器の多さやプライバシーが保たれない環境に驚き倫理的課題を感じていた。生命維持・回復促進のために看護師の観察・予測、多職種連携や看護師同士の連携が重要と捉えていた。気管挿管中のコミュニケーション技術や看護師の姿勢の重要性に言及した。
3. グループでの事例展開 他者の視点により、病態や心理社会的な影響の理解、ケアのアイデアが広がっていた。
4. 事例のシミュレーション演習 実際行うと患者への説明、医療機器装着中や循環動態が不安定な患者の体位変換に難しさを感じ、ディスカッションを通して個別性やケアの根拠を考慮する思考過程を学んでいた。
5. 臨地実習指導者同席のオンラインカンファレンス 指導者の助言から臨地の看護の実際を知り、看護は直接的ケアに限らないと理解し、退院後の生活を見据える視点も学んでいた。
- 【考察】 個人ワークで理解が困難でも、臨地と協働したシャドウイングとグループワークにより理解が促進していた。複雑な病態の重症患者を対象とした看護学実習では、グループワークとシミュレーションを主体とし、臨地と学内を融合した新たな実習形態は効果的である可能性がある。
- 【結論】 臨地と大学が協働し、見学実習とシミュレーション実習を連動させることで、具体的な臨床場面に基いた実践的な問題解決思考を学んでいた。

## [O12-04] 退院後の患者との面接を経験した ICU看護師の PICS予防に対する意識調査

○梅原 和美<sup>1</sup>、山崎 憂紀<sup>1</sup>、水野 奈美<sup>1</sup>、喜田 雅彦<sup>2</sup>、富岡 小百合<sup>1</sup> (1. 大阪府立中河内救命救急センター 看護部、2. 大阪府立大学院 看護学研究科)

キーワード：PICS予防、看護師教育、退院後の患者ケア

【背景 (目的)】 当センターのICUでは、PICS予防を目的とし、十分な鎮痛・至適鎮静深度の維持・早期離床・生活リズムの確立のための看護実践に努めている。令和2年5月より重症新型コロナウイルス感染症患者に対する退院後の外来フォローが開始となった。患者のICUでの体験や看護ケアに対する感想、退院後の日常生活について知ることは、PICS予防の理解促進につながると考え、「患者インタビュー」と称し、外来フォロー時にICU看護師と患者との面接の機会を調整した。患者との面接を経験したICU看護師がどのような意識をもったのか明らかにすることを目的に質問紙調査を行った。

【方法および分析の概要】 外来フォロー時に患者との面接を行ったICU看護師を対象に自記式質問紙調査を行った。質問項目は、①実施した件数、②要した時間、③どのような経験となったかとその理由、④大変だったこととその理由、⑤感想とした。本調査は所属施設の倫理委員会に相当する機関の承認を得た上で実施し、対象者には調査について口頭および文書で説明し同意を得た。自記式質問紙は無記名とし個人が特定されないように配慮した。

【結果/経過】 対象となったICU看護師は7名で回収率は100%であった。①患者との面接を実施した件数は1~8件/人、1日当たりに対応した件数は1~3件、②患者との面接に要した時間は10~60分/件であった。③すべ

ての看護師が「良い経験」となったと返答した。理由として「挿管・鎮静中の患者の気持ちを知ることができた」「自宅退院後の生活状況や社会復帰の状況を聞いたことで ICU看護を振り返る機会になった」「ICUでの記憶がある患者と全く覚えていない患者がいて面白いなと思った」「筋力低下を感じている患者が多くベッド上リハビリの早期介入が大事だと思えた」「退院後の患者の様子が知れてより退院後の生活を意識して関わられるようになった」などが挙げられた。④大変だったことに関しては「マンパワー不足」が4件、「不確かな拘束時間」が4件、「情報収集」が2件、「記録」が1件、「その他」が1件で「精神的負担」は0件であった。理由として「患者の来院時間もまちまちで業務調整がしづらい」「患者によっては様々な思いを話してくださりその思いのまま記録に残したかったので記録に時間がかかった」「その日によって受け持ちやリーダーの役割となっていることもありインタビューに行けなかったことは残念」などが挙げられた。⑤感想として「良くなった患者・家族の姿を写真に収めスタッフと共有できたらと思った」「もっとインタビューを担当したい」などがあつた。

【結論】退院後の患者が語る ICUでの体験や退院後の日常生活を知ること、面接した ICU看護師は ICUでの看護を再考する機会を得たと考えられた。対応した患者の多くが社会復帰しており、日頃の看護ケアの成果を感じ励みにするとともに、日常生活や社会復帰に着目し、PICSにおける身体機能障害の予防に対する意識を高めることに繋がったと考えられた。マンパワー不足や面接の時間調整に難渋する面がありながらも、患者との面接を「良い経験」としていることから、ICU看護師が退院後の患者と関わる機会は重要であると考えられる。対応できる ICU看護師の育成と業務調整を行いながら負担なく継続する方法を確立することに加え、患者の ICUでの体験が及ぼす精神面への影響についてさらに重要性を認識し、PICSにおける認知機能障害・精神機能障害予防に対する意識を高めていく必要があり今後の課題と考える。

## [O12-05] 集中治療部門に配置転換となった中堅看護師の実態

○入田 貴子<sup>1</sup> (1. 新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院 看護部)

キーワード：中堅看護師、配置転換、集中治療部門

【目的】集中治療部門に配置転換した中堅看護師について先行研究のレビューを行い、中堅看護師の実態を把握し、中堅看護師の育成に効果的な教育支援の示唆を得ることを目的とした。

【方法】研究対象の文献は、医学中央雑誌 Web(Ver.5) (以下、医中誌と記載) を用い、「集中治療、ICU、配置転換、異動、看護」をキーワードとして、2009～2019年12月までの原著論文と総説を抽出した。尚、配置転換は日本特有の文化であるため、結果に影響を与えると考え、データベースは医中誌のみに限定した。文献の選定において、次の条件で検索を行った。一次スクリーニングでは表題および抄録から、二次スクリーニングでは論文全体の精読によって文献を抽出した。文献選定基準は、適応基準を①集中治療部門における看護の文献であること、②配置転換をした看護師の文献であること、③目的が配置転換をした看護師を明らかにする文献であることとした。除外基準は、①研究の体裁が整えられていない文献であること、②対象が日本以外の文献であることとした。スクリーニングによって抽出された対象論文を、著者・発行年・研究デザイン・対象者の属性・結果から配置転換した中堅看護師の実態を示す記述内容を抽出し、類似性のある内容をまとめ、分類した。倫理的配慮は、先行研究のオリジナリティや価値、位置づけなどの著者の意向に配慮しながら論旨を尊重し、得られたデータの分析に関しては分析的バイアスが生じないように適正に実施し、そのうえで研究結果の信頼性の確保に努めた。

【結果】「集中治療、ICU、配置転換、異動、看護」をキーワードとして、2009～2019年の原著論文と総説に絞り抽出された文献は93件であった。一次スクリーニングの結果、15件の文献を抽出した。二次スクリーニングの結果、6件文献を抽出し対象文献とした。対象論文は原著論文6文献、総説0文献、研究デザインは半構成的面接調査5文献、無記名自記式質問紙調査1文献であった。対象者の属性では、対象部署が集中治療部門3文献、救命救急センター2文献、ICUと救命救急センター1文献だった。分析対象論文一覧を作成後、配置転換した中堅看護師の実態を示す記述内容を類似性のある内容によって分類した。集中治療部門に配置転換した中堅看護師の実態は、集中治療部門の環境や患者特性に伴う心理的な影響、臨床判断や看護実践における困難、配置希望の有無が影響を与える配置転換後の疲労、同僚や自己成長による配置転換した看護師の支え、集中治療への関



心と将来の自己像による看護師のやりがいが増えたと感じた。

【結論】集中治療部門に配置転換した中堅看護師の実態において、集中治療部門の環境や患者特性に伴う心理的な影響、臨床判断や看護実践における困難により、今まで培ってきた経験が活かされないことに対して不安や戸惑いを抱いていると考えられる。

配置転換した中堅看護師の教育支援には、集中治療部門の特殊性から生じる心理的な影響や中堅看護師の役割を果たせないことの喪失感などによる、ストレスを生じやすい環境にあることを念頭に置きながら関わる必要がある。また、集中治療部門に配置転換した中堅看護師の教育は、臨床判断能力の獲得に主眼を置き、中堅看護師に適した教育方法を検討していくことが望ましいことが示唆される。