

2022年6月11日(土)

## 第1会場

集会長講演

### [PL1] 看護を紡ぎ次代を拓く

座長:佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)  
09:10 ~ 09:40 第1会場 (国際会議場 メインホール)

#### [PL1-01] 看護を紡ぎ、次代を拓く。

○立野 淳子<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)  
09:10 ~ 09:40

特別講演

### [SL1] 特定行為研修修了者は病院の人材になりえるか

座長:後藤 明子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)  
10:10 ~ 11:00 第1会場 (国際会議場 メインホール)

#### [SL1-01] 特定行為研修修了者は病院の人材になりえるか

○宮脇 宏<sup>1</sup> (1. 小倉記念病院 麻酔科・集中治療部)  
10:10 ~ 11:00

特別講演

### [SL2] ICU専従医が思う魅力ある ICUとは—一人では何もできなかった—

座長:松岡 さおり(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)  
13:50 ~ 14:40 第1会場 (国際会議場 メインホール)

#### [SL2-01] ICU専従医が思う魅力ある ICUとは—一人では何もできなかった—

○松田 恵昌<sup>1</sup> (1. 小倉記念病院麻酔科・集中治療部)  
13:50 ~ 14:40

## 第6会場

特別講演

### [SL3] ICUナースに知っていてほしい緩和ケア

座長:田中 雄太(東北大学大学院医学系研究科)  
14:20 ~ 15:50 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

#### [SL3-01] がん患者に対する緩和ケア：概念と質の評価

○宮下 光令<sup>1</sup> (1. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野)  
14:20 ~ 15:05

#### [SL3-02] 実践！クリティカルケアの中でも緩和ケア

○石上 雄一郎<sup>1</sup>、吉野 俊平<sup>2</sup> (1. 飯塚病院 連携医療・緩和ケア科、2. 飯塚病院 集中治療科)  
15:05 ~ 15:50

## 第1会場

特別講演

### [SL4] クリティカルケアは病院収益にどのような意味をもたらすか

座長:丹山 直人(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)  
14:50 ~ 15:50 第1会場 (国際会議場 メインホール)

#### [SL4-01] クリティカルケアは病院収益にどのような意味をもたらすのか

○木澤 晃代<sup>1</sup> (1. 日本看護協会)  
14:50 ~ 15:50

2022年6月12日(日)

## 第1会場

特別講演

### [SL5] クリティカルケア領域における感染対策

座長:高見沢 恵美子(関西国際大学)  
09:00 ~ 10:00 第1会場 (国際会議場 メインホール)

#### [SL5-01] COVID-19の感染対策（特にクリティカルケア領域において）

○忽那 賢志<sup>1</sup> (1. 大阪大学大学院医学系研究科 感染制御学講座)  
09:00 ~ 10:00

## 第10会場

特別講演

### [SL6] クリティカルケア領域の未来予想図 -AIと遠隔ICUと看護の可能性-

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)  
12:00 ~ 13:00 第10会場 (総合展示場 G展示場)

#### [SL6-01] クリティカルケア領域の未来予想図 - AIと遠隔ICUと看護の可能性

○高木 俊介<sup>1</sup>、横山 暢幸<sup>1</sup>、出井 真史<sup>1</sup>、柏木 静<sup>1</sup>、横瀬 真志<sup>1</sup>、辻 杏歩<sup>2</sup>、青山 祥太郎<sup>2</sup>、田端 篤<sup>3</sup>、南部 雄磨<sup>3</sup>、藤吉 弘巨<sup>4</sup> (1. 横浜市立大学附属病院 集中治療部、2. 横浜市立大学医学部、3. 株式会社 CROSS SYNC、4. 中部大学 工学部 ロボット理工学科)  
12:00 ~ 13:00

2022年6月11日(土)

## 第1会場

招聘講演

### [IL1] 患者と家族の心をケアする共感的コミュニケーションの基礎

座長:山勢 善江(湘南医療大学/大学院)  
11:10 ~ 12:10 第1会場 (国際会議場 メインホール)

#### [IL1-01] 患者と家族の心をケアする共感的コミュニ

## ケーションの基礎

○古宮 昇<sup>1</sup> (1. カウンセリング・ルーム輝 (かがやき)  
)

11:10 ~ 12:10

### 第3会場

#### 招聘講演

[IL2] 米国の ECMO療法最前線- ECMOスペシャリス  
トからのメッセージ-

座長:道又 元裕(Critical Care Research Institute (CCRI) )

14:50 ~ 15:50 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[IL2-01] 米国の ECMO療法最前線 - ECMOスペシャリス  
トからのメッセージ-

○ピーターソン 由紀<sup>1</sup> (1. Michigan Medicine,  
University of Michigan, ECMO Program)

14:50 ~ 15:50

#### 教育講演

[EL1] クリティカルケア看護師のワークエンゲージメ  
ントを高める

座長:春名 純平(札幌医科大学附属病院)

10:00 ~ 11:00 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[EL1-01] クリティカルケア看護師のワークエンゲージメ  
ントを高める

○卯野木 健<sup>1,2</sup> (1. 札幌市立大学看護学部、2. 手稲区仁  
会病院)

10:00 ~ 11:00

#### 教育講演

[EL2] 看護師に知っておいてほしい栄養療法のポイン  
ト-窒素バランスを看護に活かす-

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院)

12:20 ~ 13:20 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[EL2-01] 看護師に知っておいてほしい栄養療法のポイン  
ト-窒素バランスを看護に活かす-

○中村 謙介<sup>1,2</sup> (1. 帝京大学医学部 救急医学講座、2.  
日立総合病院 救急集中治療科)

12:20 ~ 13:20

#### 教育講演

[EL3] クリティカルケア看護実践能力を磨くためのリ  
フレクション

座長:明神 哲也(東京慈恵会医科大学)

13:30 ~ 14:30 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[EL3-01] クリティカルケア看護実践能力を磨くためのリ  
フレクション

○宇都宮 明美<sup>1</sup> (1. 関西医科大学看護学部・看護学研究  
科)

13:30 ~ 14:30

### 2022年6月12日(日)

### 第6会場

#### 教育講演

[EL4] クリティカルケアにおける安全文化の作り方

座長:茂呂 悦子(自治医科大学附属病院)

09:00 ~ 10:00 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[EL4-01] クリティカルケアにおける安全文化の作り方

○濱本 実也<sup>1</sup> (1. 公立陶生病院)

09:00 ~ 10:00

### 第9会場

#### 教育講演

[EL5] 知っておきたい人材育成の基礎知識

座長:林 みよ子(静岡県立大学)

12:10 ~ 13:10 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[EL5-01] 知っておきたい人材育成の基礎知識

○矢野 博史<sup>1</sup> (1. 日本赤十字広島看護大学)

12:10 ~ 13:10

### 第10会場

#### 教育講演

[EL7] 終末期ディスカッション -担当医が患者中心の  
判断をしていないと感じた時どうする?-

座長:小泉 雅子(東京女子医科大学)

13:10 ~ 14:10 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[EL7-01] 終末期ディスカッション-担当医が患者中心の判  
断をしていないと感じた時どうする?-

○則末 泰博<sup>1</sup> (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

13:10 ~ 14:10

### 第1会場

#### 教育講演

[EL6] ガイドラインをクリティカルケア看護の実践に  
活かす

座長:清村 紀子(大分大学)

13:10 ~ 14:10 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[EL6-01] ガイドラインをクリティカルケア看護の実践に活  
かす

○河合 佑亮<sup>1</sup> (1. 藤田医科大学病院 看護部)

13:10 ~ 14:10

2022年6月11日(土)

第8会場

シンポジウム

[SY1] ルーティンケアの変遷

座長:植村 桜(地方独立行政法人 大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター)、安藤 有子(関西医科大学附属病院)

10:00 ~ 11:30 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[SY1-01] 排泄ケアの変遷

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

10:00 ~ 10:25

[SY1-02] 体位変換の変遷～腹臥位におけるケア～

○小池 真理子<sup>1</sup> (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院)

10:25 ~ 10:50

[SY1-03] 睡眠への援助を考える

○平良 沙紀<sup>1</sup> (1. 福岡大学病院)

10:50 ~ 11:10

[SY1-04] モビライゼーション

○増田 博紀<sup>1</sup> (1. 社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院)

11:10 ~ 11:30

第9会場

シンポジウム

[SY2] 特定行為関連看護師のタスクシフティング・タスクシェアリング -働き方はどう変わったか-

座長:溝口 裕美(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)、塚原 大輔(株式会社キュアメド)

11:30 ~ 12:50 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[SY2-01] 認定看護師と診療看護師の資格認定を持つ、特定行為関連看護師の活動の実際

○西村 基記<sup>1</sup> (1. 国立病院機構 北海道医療センター)

11:30 ~ 12:00

[SY2-02] 特定ケア看護師の5年間の働き方の変遷とこれからのミッション

-集中治療室から地域支援に向けて-

○畑 貴美子<sup>1</sup> (1. 横須賀市立うわまち病院)

12:00 ~ 12:25

[SY2-03] 救急医療の現場での診療看護師の意義を見出す

○後小路 隆<sup>1</sup> (1. 社会医療法人陽明会 小波瀬病院)

12:25 ~ 12:50

第1会場

シンポジウム

[SY3] 重症患者の症状緩和と看護

座長:片山 雪子(榊原記念病院)、大山 祐介(長崎大学生命医科学域保健学系)

12:20 ~ 13:40 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[SY3-01] クリティカルケアを受ける患者や家族は、何に苦しんでいるのか?

○加藤 茜<sup>1</sup> (1. 信州大学医学部保健学科)

12:20 ~ 12:40

[SY3-02] 呼吸困難の評価と緩和へのアプローチ

○櫻本 秀明<sup>1</sup>、鳩崎 千絵<sup>2</sup>、卯野木 健<sup>3</sup>、岡本 菜子<sup>4</sup>、川崎 紋子<sup>4</sup>、下村 真一<sup>5</sup>、福井 美和子<sup>6</sup>、小林 俊介<sup>7</sup>、相川 玄<sup>2</sup> (1. 日本赤十字九州国際看護大学、2. 筑波大学附属病院 ICU、3. 札幌市立大学 看護学部、4. 日立総合病院看護局、5. 筑波記念病院 ICU、6. 淀川キリスト教病院、7. 筑波大学附属病院 PICU)

12:40 ~ 13:00

[SY3-03] せん妄を発症した患者の体験から緩和方法を学ぶ

○北山 未央<sup>1</sup> (1. 金沢医科大学病院)

13:00 ~ 13:20

[SY3-04] 重症患者の抱える不安と恐怖

○星野 晴彦<sup>1</sup> (1. 国際医療福祉大学 成田看護学部)

13:20 ~ 13:40

第8会場

シンポジウム

[SY4] 一歩進んだ PICSケア -患者が入院前の生活を取り戻すために私たちができること-

座長:木下 佳子(日本鋼管病院)、卯野木 健(札幌市立大学)

13:10 ~ 14:50 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[SY4-01] PICSの概要について

○高橋 健二<sup>1</sup> (1. 地方独立行政法人山口県立病院機構 山口県立総合医療センター ICU)

13:10 ~ 13:30

[SY4-02] PICSメンタルヘルス障害に有効なケアはあるのか?

○春名 純平<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院)

13:30 ~ 13:50

[SY4-03] 古くて新しいせん妄ケア 私たちができること

○古厩 智美<sup>1</sup> (1. さいたま赤十字病院 高度救命救急センターHCU)

13:50 ~ 14:10

[SY4-04] ICUサバイバーの身体障害の評価と対策

○對東 俊介<sup>1</sup> (1. 広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門)

14:10 ~ 14:30

[SY4-05] PICSアセスメントツールの開発と活用

○江尻 晴美<sup>1</sup> (1. 中部大学生命健康科学部保健看護学  
科)

14:30 ~ 14:50

第10会場

シンポジウム

[SY5] クリティカルケア領域における終末期ケアの質  
座長:伊藤 真理(川崎医療福祉大学)、小島 朗(大原総合病院)

14:10 ~ 15:40 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[SY5-01] クリティカルケア領域の終末期に患者が抱える苦  
痛と向き合うケアの質とは

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

14:10 ~ 14:35

[SY5-02] クリティカルケア領域における終末期患者の家族  
が抱える苦痛

○三須 侑子<sup>1</sup> (1. 自治医科大学附属病院 看護部)

14:35 ~ 15:00

[SY5-03] クリティカルケア領域における終末期患者の意思  
決定支援の現状と課題

○森山 美香<sup>1</sup> (1. 島根県立大学看護栄養学部看護学科)

15:00 ~ 15:20

[SY5-04] 「救急・集中ケアにおける終末期看護プラク  
ティスガイド」公表1年後の活用状況と実践状況

○加藤 茜<sup>1</sup>、田中 雄太<sup>2</sup>、木澤 義之<sup>3</sup>、山勢 博彰<sup>4</sup>、田戸  
朝美<sup>4</sup>、立野 淳子<sup>5</sup> (1. 信州大学医学部保健学科、2.  
東北大学大学院医学系研究科保健学専攻、3. 神戸大学大  
学院医学研究科内科系講座、4. 山口大学大学院医学系研  
究科保健学専攻、5. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念  
病院)

15:20 ~ 15:40

2022年6月12日(日)

第10会場

シンポジウム

[SY7] クリティカルケア領域の人材育成

座長:山本 小奈実(山口大学大学院医学系研究科)、西村 祐枝(岡山市  
立市民病院)

09:00 ~ 10:30 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[SY7-01] 専門看護師の役割実践から考えるクリティカルケ  
ア領域の人材育成

○宮岡 里衣<sup>1</sup> (1. 岡山大学病院 看護教育センター)

09:00 ~ 09:25

[SY7-02] 医療情勢の変化に応じた看護教育の構築にむけて

の取り組み

○上澤 弘美<sup>1</sup> (1. 総合病院 土浦協同病院 看護部)

09:25 ~ 09:50

[SY7-03] 認定看護管理者として、クリティカル領域で働く  
看護師に期待する事と、優れた人材育成のための  
取り組み

○里田 佳代子<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念  
病院)

09:50 ~ 10:10

[SY7-04] リフレクションによる成長支援

○矢野 博史<sup>1</sup> (1. 日本赤十字広島看護大学)

10:10 ~ 10:30

第8会場

シンポジウム

[SY6] クリティカルケアの実践に倫理の基盤を築く  
座長:林 優子(関西医科大学)、大野 美香(国立病院機構名古屋医療セ  
ンター)

09:00 ~ 10:20 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[SY6-01] 救命救急センターにおける倫理的感受性、課題解  
決能力の醸成に向けた取り組み

○長岡 孝典<sup>1</sup> (1. 独立行政法人国立病院機構 呉医療セ  
ンター 救命救急センター)

09:00 ~ 09:25

[SY6-02] 集中治療領域で生じやすい倫理的問題とその解決  
にむけて

○藤本 理恵<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院)

09:25 ~ 09:50

[SY6-03] 救急外来における倫理的課題とその対応

○乾 早苗<sup>1</sup> (1. 金沢大学附属病院 看護部 ICU)

09:50 ~ 10:00

[SY6-04] 倫理的ジレンマに気づく感受性の醸成と問題解決  
への取り組み

○餘永 真奈美<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念  
病院)

10:00 ~ 10:20

第1会場

シンポジウム

[SY8] クリティカルケアのバトンを繋ぐ

座長:道又 元裕(Critical Care Research  
Institute (CCRI) )、佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛  
生学研究科)

10:10 ~ 11:50 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[SY8-01] クリティカルケアのバトンを繋ぐ



○道又 元裕<sup>1</sup>、佐々木 吉子<sup>2</sup>、山勢 博彰<sup>3</sup>、宇都宮 明美<sup>4</sup>、深谷 智恵子、櫻本 秀明<sup>5</sup>、立野 淳子<sup>6</sup> (1. Critical Care Research Institute (CCRI)、2. 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所、3. 山口大学大学院医学系研究科、4. 関西医科大学看護学部・看護学研究科、5. 日本赤十字九州国際看護大学、6. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)  
10:10 ~ 11:50

## 第8会場

シンポジウム

### [SY9] 最善の選択を目指す意思決定支援

座長:北村 愛子(大阪府立大学)、福田 友秀(武蔵野大学看護学部)  
10:30 ~ 11:50 第8会場 (総合展示場 E展示場)

#### [SY9-01] あらためて考える救急・集中治療領域での意思決定支援 –同席から参画へ–

○稲垣 範子<sup>1</sup> (1. 摂南大学看護学部看護学科)  
10:30 ~ 11:00

#### [SY9-02] 「対話」を通して意味と価値を共有すること ~その人の生き物語と思いを知り、尊重するために~

○比田井 理恵<sup>1</sup> (1. 千葉県救急医療センター)  
11:00 ~ 11:25

#### [SY9-03] 救急集中治療領域における共同意思決定とは?

○則末 泰博<sup>1</sup> (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)  
11:25 ~ 11:50

## 第3会場

シンポジウム

### [SY10] クリティカルケア看護の最前線で活躍している研究者は、どんなことを考えて研究をしているのか

座長:菅原 美樹(札幌市立大学)、佐藤 まゆみ(順天堂大学大学院医療看護学研究科)  
10:40 ~ 12:10 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

#### [SY10-01] PICU看護師のネットワークの必要性 (多施設研究・多国間研究の推進)

○松石 雄二郎<sup>1</sup> (1. 聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学)  
10:40 ~ 11:05

#### [SY10-02] 臨床に役立つ研究活動に向けて

○石川 幸司<sup>1</sup> (1. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科)  
11:05 ~ 11:30

#### [SY10-03] 問いを立てることをあきらめず、つながりを頼

りに進む

○野口 綾子<sup>1</sup> (1. 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科災害・クリティカルケア看護学分野)

11:30 ~ 11:50

#### [SY10-04] 研究テーマの探し方

○卯野木 健<sup>1,2</sup> (1. 札幌市立大学看護学部、2. 手稲溪仁会病院)

11:50 ~ 12:10

## 第8会場

シンポジウム

### [SY11] スペシャリストとジェネラリストの協働

座長:増山 純二(令和健康科学大学)、森 一直(愛知医科大学病院)  
12:00 ~ 13:20 第8会場 (総合展示場 E展示場)

#### [SY11-01] ジェネラリストに対する継続教育と協働する場の提供

○宮田 佳之<sup>1</sup> (1. 長崎大学病院)  
12:00 ~ 12:20

#### [SY11-02] 患者ケアの質の向上につなげる多職種でのコミュニケーション

○今泉 香織<sup>1</sup> (1. 佐賀大学医学部附属病院)  
12:20 ~ 12:40

#### [SY11-03] 救急科診療看護師とジェネラリスト、より良い治療を目指して、手を携えて

○伏見 聖子<sup>1</sup> (1. 関西ろうさい病院)  
12:40 ~ 13:00

#### [SY11-04] 救急看護認定看護師、看護師特定行為研修修了者としての多職種協働の実践

○恩部 陽弥<sup>1</sup> (1. 鳥取大学医学部附属病院)  
13:00 ~ 13:20

## 第9会場

シンポジウム

### [SY12] 集中治療室の安楽の確保に向けた環境を考える

座長:芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター)、河原崎 純(済生会横浜市南部病院)  
13:20 ~ 14:50 第9会場 (総合展示場 F展示場)

#### [SY12-01] 集中治療室の光環境と患者のサーカディアンリズムを調整するためのケアの重要性

○田口 豊恵<sup>1</sup> (1. 京都看護大学 看護学部)  
13:20 ~ 13:45

#### [SY12-02] 集中治療室管理中の音環境の現状と提供すべき看護援助の検討

○花山 昌浩<sup>1</sup> (1. 川崎医科大学附属病院 高度救命救急

センター)

13:45 ~ 14:10

[SY12-03] 集中治療室において家族の面会が急性・重症患者の安楽に与える影響と Synergy modelを用いた看護実践

○坂木 孝輔<sup>1</sup> (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

14:10 ~ 14:30

[SY12-04] 私が考える理想のICUケア環境とは？

○村野 大雅<sup>1</sup> (1. パラマウントベッド株式会社)

14:30 ~ 14:50

### 第3会場

シンポジウム

[SY13] 集中治療領域における医療安全

座長:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学医学部看護学科)、樽松 久美子(北里大学病院)

13:50 ~ 15:10 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[SY13-01] 集中治療領域における医療安全 Safety-Iのアプローチ

○中村 香織<sup>1</sup> (1. 杏林大学医学部付属病院)

13:50 ~ 14:20

[SY13-02] 対話型コミュニケーションを通して集中治療領域における医療安全文化の醸成を目指す

○春名 寛香<sup>1</sup> (1. 北播磨総合医療センター 看護キャリア開発支援室)

14:20 ~ 14:45

[SY13-03] 集中治療領域における医療過誤裁判例の概説

○白鳥 秀明<sup>1</sup> (1. 弁護士法人東京パブリック法律事務所)

14:45 ~ 15:10

### 第1会場

シンポジウム

[SY14] 気管挿管患者を人とつなぐコミュニケーションの技

座長:林 尚三(公益社団法人有隣厚生会富士病院)、富阪 幸子(川崎医科大学総合医療センター)

14:20 ~ 15:50 第1会場 (国際会議場 メインホール)

[SY14-01] 看護師は気管挿管患者とのコミュニケーションにどの様に取り組むのか -研究成果が示す実践-

○山口 亜希子<sup>1</sup> (1. 神戸大学大学院保健学研究科)

14:20 ~ 14:45

[SY14-02] 人工呼吸管理中の患者の求めるコミュニケーションとはなんだろう

○久間 朝子<sup>1</sup> (1. 福岡大学病院)

14:45 ~ 15:10

[SY14-03] 人工呼吸器装着患者とのコミュニケーション方法の実態と関連要因

○本田 智治<sup>1</sup>、大山 祐介<sup>2</sup>、久間 朝子<sup>3</sup>、山本 小奈美<sup>4</sup>、須田 果穂<sup>4</sup>、田戸 朝美<sup>4</sup> (1. 長崎大学病院 高度救命救急センター、2. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻、3. 福岡大学病院、4. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 臨床看護学講座)

15:10 ~ 15:30

[SY14-04] 「慢性病を生きる」を支える AAC (拡大・代替コミュニケーション)

- ALSに焦点をあてて -

○今澤 美由紀<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院)

15:30 ~ 15:50

### 2022年6月11日(土)

### 第10会場

パネルディスカッション

[PD2] COVID-19時代の看護教育

座長:浅香 えみ子(東京医科歯科大学病院)、政岡 祐輝(国立循環器病研究センター)

10:00 ~ 11:20 第10会場 (総合展示場 G展示場)

[PD2-01] withコロナ時代に求められる看護教育方法について

○藤崎 隆志<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

10:00 ~ 10:20

[PD2-02] 看護基礎教育課程でのDX化の取り組みと今後の展望

○益田 美津美<sup>1</sup> (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

10:20 ~ 10:40

[PD2-03] コロナ禍における継続教育の現状と課題

○向江 剛<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院)

10:40 ~ 11:00

[PD2-04] COVID-19により見つめなおされる「主観を伝える」看護教育

○古谷 和紀<sup>1</sup> (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻/京都大学医学部附属病院)

11:00 ~ 11:20

### 第9会場

パネルディスカッション

[PD1] ICUと病棟連携について考える -看護のバトン-

をつなぐ-

座長:吉里 孝子(熊本大学病院)、岡林 志穂(高知医療センター)  
10:00 ~ 11:20 第9会場(総合展示場 F展示場)

[PD1-01] ICU退室後患者の生活の質に焦点をあてた

ICUと病棟との連携

○北別府 孝輔<sup>1</sup> (1. 倉敷中央病院 ICU/HCU)

10:00 ~ 10:20

[PD1-02] ICU退室後も続く患者・家族の‘心身の痛み’に看護  
を届ける

- ICUから病棟へ看護のバトンはつながっている  
か-

○松村 千秋<sup>1</sup> (1. 岩手県立中央病院)

10:20 ~ 10:40

[PD1-03] 一般病棟における PICS予防を考える

○清田 和弘<sup>1</sup> (1. 東邦大学医療センター佐倉病院)

10:40 ~ 11:00

[PD1-04] ICUと病棟連携について考える -理学療法士の立  
場から-

○花田 匡利<sup>1,2</sup>、及川 真人<sup>1,2</sup>、名倉 弘樹<sup>1,2</sup>、竹内 里奈<sup>1</sup>、  
越川 翔太<sup>1</sup>、川上 悦子<sup>3</sup>、鳥越 綾美<sup>3</sup>、関野 元裕<sup>3</sup>、  
神津 玲<sup>1,2</sup> (1. 長崎大学病院 リハビリテーション  
部、2. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科理学療法  
分野、3. 長崎大学病院 集中治療室)

11:00 ~ 11:20

第6会場

パネルディスカッション

[PD3] 重症患者の栄養管理 -摂食機能回復への取り組  
み-

座長:亀井 有子(市立岸和田市民病院)、神田 直樹(北海道医療大学看護  
福祉学部看護学科)

11:40 ~ 12:50 第6会場(総合展示場 311-313会議室)

[PD3-01] 重症患者における栄養管理への根拠や最新の知見

○栗原 知己<sup>1</sup> (1. 札幌市立大学 看護学部)

11:40 ~ 12:05

[PD3-02] 当院の患者背景を特徴とした嚥下介入の取り組み  
について

○山口 大輔<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病  
院)

12:05 ~ 12:30

[PD3-03] 当院の集中治療室における摂食機能回復への取り  
組み

-栄養サポートチームとの連携-

○新井 智香子<sup>1</sup>、小倉 美佳<sup>1</sup>、阿部 絵美<sup>1</sup>、板垣 七奈子<sup>2</sup>  
(1. 前橋赤十字病院 看護部、2. 国立病院機構高崎総合  
医療センター 看護部)

12:30 ~ 12:50

第8会場

パネルディスカッション

[PD4] 本当に行えてる？ ABCDEFGHバンドル

座長:古賀 雄二(川崎医療福祉大学)、山田 奈津子(帝京大学福岡医療  
技術学部)

11:40 ~ 13:00 第8会場(総合展示場 E展示場)

[PD4-01] ABCDEFGHバンドルのオーバービュー

-バンドルを実践していたためのチーム作りのポイ  
ントを考えていく-

○剣持 雄二<sup>1</sup> (1. 青梅市立総合病院 集中治療室)

11:40 ~ 12:00

[PD4-02] 当院における ABCDEFGHバンドルの取り組みに  
ついて

○小川 哲平<sup>1</sup> (1. 奈良県立医科大学附属病院)

12:00 ~ 12:20

[PD4-03] 当院の PICS予防に向けた ABCDEFバンドルの実  
践

-導入から4年間を振り返り見えてきた課題-

○白坂 雅子<sup>1</sup> (1. 福岡赤十字病院)

12:20 ~ 12:40

[PD4-04] せん妄ケアチームから広げる ABCDEFGHバンド  
ルの取り組みとその課題

-どう進めていく？ F・G・H-

○池田 優太<sup>1</sup> (1. 東海大学医学部付属病院 集中治療  
室)

12:40 ~ 13:00

第6会場

パネルディスカッション

[PD5] 災害発生時のクリティカルケア看護管理

座長:川谷 陽子(愛知医科大学病院)、佐藤 憲明(日本医科大学付属病  
院)

13:00 ~ 14:10 第6会場(総合展示場 311-313会議室)

[PD5-01] 災害発生！看護管理者は何をすれば良いのか

○高橋 美千子<sup>1</sup> (1. 磐田市立総合病院 看護部)

13:00 ~ 13:25

[PD5-02] 災害発生時のクリティカルケア看護管理

○井浦 弥生<sup>1</sup> (1. 社会福祉恩賜財団 済生会熊本病院)

13:25 ~ 13:50

[PD5-03] 病院全体で取り組む災害対策にむけて

○雀地 洋平<sup>1</sup> (1. KKR札幌医療センター)

13:50 ~ 14:10

## 第9会場

パネルディスカッション

[PD6] 小児のクリティカルケア看護の教育を考える  
座長:中田 諭(聖路加国際大学)、辻尾 有利子(京都府立医科大学附属  
病院)

14:10 ~ 15:20 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[PD6-01] 「ナレッジ・シェアしながら学ぶ」教育へのシフト

○青木 悠<sup>1</sup> (1. 聖路加国際病院 救命救急センター)  
14:10 ~ 14:35

[PD6-02] 救急外来における重症小児患者の初期対応力を高める取り組み

○四宮 理絵<sup>1</sup> (1. 香川大学医学部附属病院 救命救急ICU)  
14:35 ~ 15:00

[PD6-03] 心臓血管外科手術後の小児患者に対し看護実践をする PICU看護師の教育の現状と課題について

○藏ヶ崎 恵美<sup>1</sup> (1. 福岡市立こども病院 PICU)  
15:00 ~ 15:20

## 2022年6月12日(日)

## 第3会場

パネルディスカッション

[PD7] クリティカルケア看護の QI を考える  
座長:卯野木 健(札幌市立大学)、辻本 雄大(奈良県立医科大学附属病院)

09:00 ~ 10:30 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[PD7-01] Quality Indicatorを用いて看護の質を可視化する  
-持続可能な QI活動について考える-

○河原 良美<sup>1</sup>、野村 慶子<sup>1</sup>、土肥 智史<sup>1</sup>、坂本 涼<sup>1</sup>、西村 李依<sup>1</sup>、田中 佑季<sup>1</sup>、山本 祐子<sup>1</sup>、伊藤 奈々<sup>1</sup> (1. 徳島大学病院 看護部)  
09:00 ~ 09:25

[PD7-02] Quality Indicatorの要件「RUMBA」と当院 ICUにおける具体的な QI

○相川 玄<sup>1</sup>、鳩崎 千絵<sup>1</sup>、小林 大夢<sup>1</sup>、佐藤 雅子<sup>1</sup> (1. 筑波大学附属病院 集中治療室)  
09:25 ~ 09:50

[PD7-03] 眠れる ICUを目指して -主観的睡眠評価を用いた睡眠ケアの改善にむけて-

○乾 茜<sup>1</sup>、卯野木 健<sup>2,1</sup> (1. 医療法人湊仁会 手稲深仁会病院、2. 公立大学法人 札幌市立大学 看護学部看護学科)  
09:50 ~ 10:10

[PD7-04] ICU患者が体験する、“Discomfort”に焦点を当て

た QIの取り組みについて

○佐々木 亜希<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院)  
10:10 ~ 10:30

## 第6会場

パネルディスカッション

[PD8] チームで行う早期リハビリテーション -それぞれの役割と課題-

座長:宮本 毅治(純真学園大学)、山口 典子(長崎大学病院)  
10:10 ~ 11:30 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[PD8-01] チームで行う早期リハビリテーション

-看護管理者の立場からチーム医療について考える-  
○長坂 信次郎<sup>1</sup> (1. 藤枝市立総合病院)  
10:10 ~ 10:30

[PD8-02] 早期リハビリテーションにおける医師の役割と課題

○若松 弘也<sup>1</sup>、藤本 理恵<sup>1</sup>、倉増 栄子<sup>1</sup>、小西 尚則<sup>2</sup>、金井 和明<sup>2</sup> (1. 山口大学医学部附属病院 集中治療部、2. 山口大学医学部附属病院 リハビリテーション部)  
10:30 ~ 10:50

[PD8-03] 当院の心臓血管外科における取り組みについて

○宮川 幸大<sup>1</sup> (1. 小倉記念病院 リハビリテーション課)  
10:50 ~ 11:10

[PD8-04] 患者の自己効力感を高める早期離床への取り組み

○楠川 翠里<sup>1</sup> (1. 国立循環器病研究センター)  
11:10 ~ 11:30

## 第9会場

パネルディスカッション

[PD9] クリティカルケアにおける超高齢患者と家族に対する看護実践

座長:矢富 有見子(国立看護大学校)、吉田 嘉子(国立病院機構別府医療センター)  
10:40 ~ 12:00 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[PD9-01] 超高齢者と家族の現状とクリティカルケアにおける課題

○丸谷 幸子<sup>1</sup> (1. 名古屋市立大学病院 看護部)  
10:40 ~ 11:00

[PD9-02] 超高齢患者の身体・精神機能の変化に対応するためのアセスメントと看護ケア

○松波 由加<sup>1</sup> (1. 済生会山口総合病院)  
11:00 ~ 11:20

[PD9-03] 急性期病院における認知症ケア実践に向けて

○吉里 美貴<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

11:20 ~ 11:40

[PD9-04] 超高齢患者を支える家族への看護実践における課題と実際、展望

○菊池 亜季子<sup>1</sup> (1. 日本赤十字社医療センター 救命救急センター)

11:40 ~ 12:00

## 第6会場

パネルディスカッション

[PD10] 意外と知らない？日常で行われる看護実践のピットフォール

座長:田村 富美子(聖路加国際病院)、門田 耕一(岡山大学病院)

11:40 ~ 12:50 第6会場(総合展示場 311-313会議室)

[PD10-01] GCS・JCSやMMT評価のピットフォール

○宮脇 奈央<sup>1</sup> (1. 国家公務員共済組合連合会 新別府病院)

11:40 ~ 12:05

[PD10-02] 鎮痛・鎮静・せん妄スケールをケアに活かしたい〜ピットフォールを回避するには〜

○竹田 智子<sup>1</sup> (1. 飯塚病院)

12:05 ~ 12:30

[PD10-03] DESIGN-R<sup>®</sup>正しくつけている？

○仮屋崎 通子<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

12:30 ~ 12:50

## 第10会場

パネルディスカッション

[PD11] COVID-19患者におけるクリティカルケア看護の困難さへの挑戦！

座長:明石 恵子(名古屋市立大学大学院看護学研究科)、吉田 紀子(獨協医科大学病院)

14:20 ~ 15:40 第10会場(総合展示場 G展示場)

[PD11-01] 重症 COVID-19患者への身体的・精神的苦痛緩和に必要な看護師の関わり

○豊島 美樹<sup>1</sup> (1. 大阪市立総合医療センター)

14:20 ~ 14:40

[PD11-02] COVID-19患者家族へのケアを考える

○津田 泰伸<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院)

14:40 ~ 15:00

[PD11-03] COVID-19対応から得た非日常に立ち向かうチームの力

○中村 香代<sup>1,2</sup> (1. 元 独立行政法人国立病院機構 災害

医療センター、2. 現 国立国際医療研究センター病院)

15:00 ~ 15:20

[PD11-04] COVID-19患者におけるクリティカルケア看護の困難さへの挑戦！

– COVID-19患者の急変対応の現状と課題–

○山口 庸子<sup>1</sup> (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

15:20 ~ 15:40

## 2022年6月11日(土)

### 第7会場

Pro-Con

[PC1] 人工呼吸器装着患者の管理は一般病棟でも可能か

座長:石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター)

11:40 ~ 12:40 第7会場(総合展示場 314-315会議室)

[PC1-01] 人工呼吸器装着患者は、一般病棟でも積極的に管理すべきか、慎重にすべきか

○富阪 幸子<sup>1</sup>、森安 恵実<sup>2</sup> (1. 川崎医科大学総合医療センター 集中治療室、2. 北里大学病院集中治療センター RST/RRT室)

11:40 ~ 12:40

### 第9会場

Pro-Con

[PC2] ICUに新卒看護師を配置すべきか否か

座長:細萱 順一(医療法人社団康幸会かわぐち心臓呼吸器病院)

13:00 ~ 14:00 第9会場(総合展示場 F展示場)

[PC2-01] ICUへの新人の配属推進派の見解

○嶋岡 征宏<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院 集中治療部)

13:00 ~ 13:30

[PC2-02] ICUに新人看護師の配置は反対!!

– ICUに配属された新人看護師の成長は、先輩看護師の力量にかかっている–

○加覧 妙子<sup>1</sup> (1. 鹿児島大学病院 救命救急センター)

13:30 ~ 14:00

## 2022年6月12日(日)

### 第7会場

Pro-Con

[PC3] あなたのキャリアビジョンはどう描く？

座長:荒井 知子(杏林大学医学部付属病院)

09:00 ~ 10:00 第7会場(総合展示場 314-315会議室)

[PC3-01] 臨床の看護師から看護教員、再びちょっと臨床

様々な場所での経験からキャリアビジョンを描く

○大山 祐介<sup>1</sup> (1. 長崎大学生命医科学域保健学系)

09:00 ~ 09:30

[PC3-02] 看護師としての専門分野をもつことは自分にとって、患者にとっても有益である。

Nurses, be ambitious.

○佐々木 謙一<sup>1</sup> (1. 岩手県立中央病院)

09:30 ~ 10:00

Pro-Con

[PC4] ICUで PNSは有効か？

座長: 剣持 功(東海大学)

10:10 ~ 11:10 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[PC4-01] ICUでの PNSは有効である。

○清水 正子<sup>1</sup> (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター)

10:10 ~ 10:40

[PC4-02] ICUで PNSは有効でない

○増居 洋介<sup>1</sup> (1. 北九州市立医療センター)

10:40 ~ 11:10

## 2022年6月11日(土)

### 第6会場

交流集会

[EM1] 利益相反委員会

10:00 ~ 11:30 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[EM1-01] 利益相反委員会交流集会 今更ですが COIって何ですか？-身近な事例をもとに考える-

○木下 佳子<sup>1</sup>、三浦 英恵<sup>2</sup>、村上 礼子<sup>3</sup>、福田 友秀<sup>4</sup>、福田 侑子<sup>5</sup> (1. 日本鋼管病院、2. 日本赤十字看護大学、3. 自治医科大学、4. 武蔵野大学、5. 自治医科大学附属病院)

10:00 ~ 11:30

### 第7会場

交流集会

[EM2] 研究推進委員会

10:00 ~ 11:20 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[EM2-01] 研究推進委員会交流集会 今だからこそ事例研究で看護を発信！-データ収集とデータ分析に焦点を当てて-

○松本 亜矢子<sup>1</sup>、吉田 紀子<sup>2,7</sup>、明石 恵子<sup>3,7</sup>、佐藤 まゆみ<sup>4,7</sup>、伊藤 真理<sup>5,7</sup>、清村 紀子<sup>6,7</sup> (1. 金沢大学附属病院、2. 独協医科大学病院、3. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、4. 順天堂大学大学院医療看護学研究

科、5. 川崎医療福祉大学保健看護学部保健看護学

科、6. 大分大学医学部看護学科、7. 研究推進委員会)

10:00 ~ 11:20

### 第3会場

交流集会

[EM3] 終末期ケア委員会

11:10 ~ 12:10 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[EM3-01] 終末期ケア委員会交流集会 クリティカルケア領域における効果的なデスカンファレンスの開催について考えよう

○山勢 博彰<sup>1</sup>、立野 淳子<sup>2</sup>、加藤 茜<sup>3</sup>、久間 朝子<sup>4</sup>、辻本 真由美<sup>5</sup>、藤岡 智恵<sup>6</sup>、藤本 理恵<sup>7</sup>、森山 美香<sup>8</sup> (1. 山口大学大学院医学系研究科、2. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院、3. 信州大学医学部保健学科、4. 福岡大学病院、5. 横浜市立大学附属市民総合医療センター、6. 飯塚病院、7. 山口大学医学部附属病院、8. 島根県立大学看護栄養学部看護学科)

11:10 ~ 12:10

### 第7会場

交流集会

[EM4] 編集委員会

12:50 ~ 14:10 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[EM4-01] 編集委員会交流集会 やればできる！論文投稿事例報告の取り組み方

○編集 委員会<sup>1</sup>、矢富 有見子 (1. 編集委員会)

12:50 ~ 14:10

### 第8会場

交流集会

[EM5] せん妄ケア委員会

15:00 ~ 16:00 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[EM5-01] せん妄ケア委員会交流集会 狙いを定めてせん妄ケア-業務に取り入れるせん妄ケアを考えよう-

○せん妄ケア委員会 せん妄ケア委員会<sup>1</sup>、五十嵐 真 (1. せん妄ケア委員会)

15:00 ~ 16:00

## 2022年6月12日(日)

### 第9会場

交流集会

[EM6] 口腔ケア委員会

09:00 ~ 10:30 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[EM6-01] 口腔ケア委員会交流集会 コロナ禍を経験して、クリティカルケアの口腔ケアを再考する  
○浅香 えみ子<sup>1</sup>、安藤 有子<sup>2</sup>、佐藤 恵明<sup>3</sup>、石井 恵利佳<sup>4</sup>、川原 千香子<sup>5</sup>、勅持 雄二<sup>6</sup>、佐藤 央<sup>1</sup>、門田 耕一<sup>7</sup>  
(1. 東京医科歯科大学病院、2. 関西医科大学附属病院、3. 日本医科大学付属病院、4. 獨協医科大学埼玉医療センター、5. 愛知医科大学、6. 東海大学医学部付属八王子病院、7. 岡山大学病院)  
09:00 ~ 10:30

### 第3会場

交流集会

[EM7] 国際交流委員会  
12:20 ~ 13:40 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

[EM7-01] 国際交流委員会交流集会 世界と繋がるには  
○櫻本 秀明<sup>1</sup>、卯野木 健<sup>2</sup>、池松 裕子<sup>3</sup>、北山 未央<sup>4</sup>、佐藤 隆平<sup>5</sup> (1. 日本赤十字九州国際看護大学、2. 札幌市立大学、3. 名古屋大学大学院医学系研究科、4. 金沢医科大学病院、5. 神戸市看護大学)  
12:20 ~ 13:40

### 第7会場

交流集会

[EM8] 教育委員会  
12:30 ~ 13:50 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[EM8-01] 教育委員会交流集会 ケアとキュアの融合と継続を目指す臨床判断能力を育てる  
○岩元 美紀<sup>2</sup>、近藤 ゆかり<sup>2</sup>、西村 祐枝<sup>2</sup>、路川 恵利加<sup>3</sup>、上澤 弘美<sup>3</sup>、大田 麻美<sup>4</sup>、益田 美津美<sup>1</sup>、石川 幸司<sup>5</sup>  
(1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、2. 岡崎市立市民病院、3. 総合病院土浦協同病院、4. 伊勢赤十字病院、5. 北海道科学大学保健医療学部看護学科)  
12:30 ~ 13:50

### 第8会場

交流集会

[EM9] COVID-19対策委員会  
13:50 ~ 15:20 第8会場 (総合展示場 E展示場)

[EM9-01] COVID-19委員会交流集会 患者をまもる 医療者をまもる 社会をまもる COVID-19委員会活動報告と Q&A  
藤野 智子<sup>1</sup>、○古賀 雄二<sup>2</sup>、卯野木 健<sup>3</sup>、櫻本 秀明<sup>4</sup>、古

厩 智美<sup>5</sup>、塚原 大輔<sup>6</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院、2. 川崎医療福祉大学、3. 札幌市立大学、4. 日本赤十字九州国際看護大学、5. さいたま赤十字病院、6. 株式会社キュアメド)  
13:50 ~ 15:20

### 2022年6月11日(土)

### 第2会場

プラクティスセミナー

[PS1] V-V ECMO装着患者のケア  
10:00 ~ 10:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS1-01] V-V ECMO装着患者のケア  
○山浦 章平<sup>1</sup> (1. 福岡大学病院 看護部 救命救急センター)  
10:00 ~ 10:50

プラクティスセミナー

[PS2] 最新の人工呼吸器 (機能) の紹介  
11:00 ~ 11:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS2-01] 最新の人工呼吸器 (機能) の紹介  
○外間 太樹<sup>1</sup> (1. 琉球大学病院 ICU)  
11:00 ~ 11:50

プラクティスセミナー

[PS3] クリティカルケアにおける栄養管理の考え方  
12:00 ~ 12:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS3-01] クリティカルケアにおける栄養管理の考え方  
○平敷 好史<sup>1</sup> (1. 那覇市立病院 集中治療室)  
12:00 ~ 12:50

プラクティスセミナー

[PS4] 体温管理療法  
13:00 ~ 13:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS4-01] 体温管理療法  
○山本 美也子<sup>1</sup> (1. 高松赤十字病院 看護部)  
13:00 ~ 13:50

プラクティスセミナー

[PS5] 敗血症性ショックのアセスメント  
14:00 ~ 14:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS5-01] 敗血症性ショックのアセスメント  
○菅 広信<sup>1</sup> (1. 秋田大学医学部附属病院 看護部キャリア支援室)  
14:00 ~ 14:50

プラクティスセミナー

[PS6] 脳卒中患者の周術期看護のポイント

15:00 ~ 15:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS6-01] 脳卒中患者の周術期看護のポイント

○岩本 雅俊<sup>1</sup> (1. 社会医療法人天神会 新古賀病院)

15:00 ~ 15:50

2022年6月12日(日)

第2会場

プラクティスセミナー

[PS7] 血液ガス評価

09:00 ~ 09:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS7-01] 血液ガス評価

○松本 垂矢子<sup>1</sup> (1. 金沢大学付属病院 看護部)

09:00 ~ 09:50

プラクティスセミナー

[PS8] グラフィックモニタのみかた

10:00 ~ 10:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS8-01] グラフィックモニタの見方

○戎 初代<sup>1</sup> (1. 東京西徳洲会病院)

10:00 ~ 10:50

プラクティスセミナー

[PS9] 補助循環装着患者のケア ( V-A ECMO、  
IMPELLA)

11:00 ~ 11:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS9-01] 補助循環装着患者のケア ( V-A ECMO、  
IMPELLA)

○夢田 覚<sup>1</sup> (1. 日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

11:00 ~ 11:50

プラクティスセミナー

[PS10] ECMO装着患者ケアにおける感染管理の実際

12:00 ~ 12:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS10-01] ECMO装着患者ケアにおける感染管理の実際

○渡邊 健太<sup>1</sup> (1. 杏林大学医学部付属病院 中央集中治療室)

12:00 ~ 12:50

プラクティスセミナー

[PS11] 循環モニタリングのみかた

13:00 ~ 13:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS11-01] 循環モニタリングのみかた

○生駒 周作<sup>1</sup> (1. 公立陶生病院 ER-ICU)

13:00 ~ 13:50

プラクティスセミナー

[PS12] 輸液管理

14:00 ~ 14:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS12-01] 輸液管理

○平井 亮<sup>1</sup> (1. 京都市立病院 看護部管理室付)

14:00 ~ 14:50

プラクティスセミナー

[PS13] 血液浄化療法中の患者ケア

15:00 ~ 15:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

[PS13-01] 血液浄化療法中の患者ケア

○沖 良一<sup>1</sup> (1. 倉敷中央病院 ICU)

15:00 ~ 15:50

2022年6月11日(土)

第5会場

術後管理マスタールーム

[PM1] 術後管理シリーズ (循環器、脳神経)

10:00 ~ 16:00 第5会場 (国際会議場 32会議室)

[15000-1000-1add] 術後管理シリーズ

10:00 ~ 12:00

[15000-1000-2add] 術後管理シリーズ

12:00 ~ 14:00

[15000-1000-3add] 術後管理シリーズ

14:00 ~ 16:00

2022年6月12日(日)

第5会場

術後管理マスタールーム

[PM2] 術後管理シリーズ (循環器、脳神経)

09:00 ~ 15:00 第5会場 (国際会議場 32会議室)

[25000-0900-1add] 術後管理シリーズ

09:00 ~ 11:00

[25000-0900-2add] 術後管理シリーズ

11:00 ~ 13:00

[25000-0900-3add] 術後管理シリーズ

13:00 ~ 15:00

2022年6月11日(土)

第10会場

共催セミナー

[CS1] (自称) 日本一わかりやすい輸液の講義



座長：古厩 智美（さいたま赤十字病院）  
演者：葉師寺 泰匡（葉師寺慈恵病院）  
11:40 ～ 12:40 第10会場（総合展示場 G展示場）

[100000-1140-1add] 共催セミナー  
11:40 ～ 12:40

共催セミナー

[CS2] クリティカル領域で取り入れたい褥瘡・スキン  
トラブル対策

座長：溝上 祐子（東京医療保健大学大学院 プライマリケア看護学領  
域 設置準備室）  
演者：志村 知子（日本医科大学付属病院）  
帯刀 朋代（東京医科大学病院）  
12:50 ～ 13:50 第10会場（総合展示場 G展示場）

[100000-1250-1add] 共催セミナー  
12:50 ～ 13:50

2022年6月12日(日)

第10会場

共催セミナー

[CS3] 情報医学の視点から考える病室環境

座長：林 尚三（公益社団法人有隣厚生会 富士病院）  
演者：本田 学（国立精神・神経医療研究センター神経研究所）  
10:50 ～ 11:50 第10会場（総合展示場 G展示場）

[200000-1050-1add] 共催セミナー  
10:50 ～ 11:50

第1会場

共催セミナー

[CS4] 敗血症性ショックの病態を学ぼう

座長：後藤 順一（河北総合病院）  
演者：道又 元裕（Critical Care Research Institute : CCRI）  
12:00 ～ 13:00 第1会場（国際会議場 メインホール）

[21000-1200-1add] 共催セミナー  
12:00 ～ 13:00

第6会場

共催セミナー

[CS5] 洗浄から清拭へ 陰部清拭用ワイプシートと陰部  
ケアの新しい形

ークリティカルケア領域における「ペリケ  
ア」の導入意義と課題ー

座長：山口 典子（長崎大学病院）  
演者：大西 哲郎（社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院）  
13:10 ～ 14:10 第6会場（総合展示場 311-313会議室）

[26000-1310-1add] 共催セミナー

13:10 ～ 14:10

2022年6月11日(土)

プラクティスセミナー

プラクティスセミナー（オンデマンド）

[WS1] プラクティスセミナー（オンデマンド配信）  
10:00 ～ 16:00 プラクティスセミナー（オンデマンド配信）

[WS1-01] 人工呼吸管理

○佐藤 慎哉<sup>1</sup>（1. 富山大学附属病院 看護部）  
10:00 ～ 11:00

[WS1-02] 術前心機能データのみかた

○長尾 工<sup>1</sup>（1. 公益財団法人 榊原記念財団附属 榊原記  
念病院）  
11:00 ～ 12:00

[WS1-03] 脳神経所見のみかた

○月俣 夏織<sup>1</sup>（1. 恩賜財団済生会 福岡県済生会八幡総  
合病院）  
12:00 ～ 13:00

[WS1-04] 心電図波形のみかた（基礎編）

○原田 愛子<sup>1</sup>（1. 国立循環器病研究センター 看護部）  
13:00 ～ 14:00

[WS1-05] 心電図波形のみかた（応用編）

○原田 愛子<sup>1</sup>（1. 国立循環器病研究センター 看護部）  
14:00 ～ 15:00

[WS1-06] 看護研究の進め方

○櫻本 秀明<sup>1</sup>（1. 日本赤十字九州国際看護大学）  
15:00 ～ 16:00

2022年6月12日(日)

プラクティスセミナー

プラクティスセミナー（オンデマンド）

[WS2] プラクティスセミナー（オンデマンド配信）  
09:00 ～ 14:00 プラクティスセミナー（オンデマンド配信）

[WS2-01] 酸素需給バランスの評価

○露木 菜緒<sup>1</sup>（1. Critical Care Research  
Institute (CCRI)）  
09:00 ～ 10:00

[WS2-02] クリティカルケア領域で理解が必要な検査データ

○柴 優子<sup>1</sup>（1. 筑波大学附属病院）  
10:00 ～ 11:00

[WS2-03] 遠隔 ICUの実際

○森口 真吾<sup>1</sup>（1. 株式会社T-ICU）  
11:00 ～ 12:00

[WS2-04] 画像検査のみかた

○奥山 広也<sup>1</sup> (1. 山形県立中央病院 ICU)

12:00 ~ 13:00

[WS2-05] 経腸栄養に対する不耐症対策

たまごが先か、にわとりが先か!? -重症患者の栄養療法の謎-

○巽 博臣<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学医学部集中治療医学)

13:00 ~ 14:00

2022年6月11日(土)

第4会場

一般演題

[O1] 優秀演題

座長:佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所)、矢富有見子(国立看護大学校)、藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院)、茂呂 悦子(自治医科大学附属病院)

10:00 ~ 11:10 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O1-01] ICU患者の口渇感に対するメントールの有効性を検討する探索的無作為化群間比較試験

○坂本 歩<sup>1</sup>、梅田 亜矢<sup>1</sup> (1. 国立国際医療研究センター病院)

10:00 ~ 10:14

[O1-02] 集中治療室における看護師たちの実践 -ともに働く空間に着目して-

○風野 美樹<sup>1</sup> (1. 和洋女子大学看護学部看護学科)

10:14 ~ 10:28

[O1-03] J-RCSQ 導入後の患者の睡眠に対する看護師の意識や行動についての実態調査

○山田 彩海<sup>1</sup>、安井 望<sup>1</sup>、中野 友博<sup>1</sup>、下鳥 由紀<sup>1</sup>、岩佐有華<sup>2</sup> (1. 新潟大学医歯学総合病院高次救命災害治療センター、2. 新潟大学医学部保健学科看護学専攻)

10:28 ~ 10:42

[O1-04] 緊急入院患者の人工呼吸器管理とICU退室1年後のメンタルヘルスの関連性

- Propensity Score IPTWによる分析-

○栗原 知己<sup>1</sup>、卯野木 健<sup>1</sup>、櫻本 秀明<sup>2</sup>、春名 純平<sup>3</sup>、大内 玲<sup>2</sup>、北山 未央<sup>4</sup>、植村 桜<sup>5</sup>、辻本 雄大<sup>6</sup> (1. 札幌市立大学看護学部、2. 茨木キリスト教大学看護学部、3. 札幌医科大学集中治療医学研究員、4. 金沢医科大学病院看護部ハートセンター、5. 大阪市立総合医療センター看護部、6. 奈良県立医科大学附属病院看護部)

10:42 ~ 10:56

[O1-05] ICU退室1年後の高齢患者の食欲不振とうつ症状の関連- SMAP- Hope- Study:SecondaryAnalysis

○梶山 優美<sup>1</sup>、卯野木 健<sup>2</sup>、佐々木 亜紀<sup>3</sup>、北山 未央<sup>4</sup>、植村 桜<sup>5</sup>、山口 貴子<sup>6</sup>、辻本 雄大<sup>7</sup>、白坂 雅子<sup>1</sup> (1. 福岡赤十字病院看護部、2. 札幌市立大学看護学部、3.

札幌市立大学看護学研究科急性期看護学専攻、4. 金沢医科大学病院看護部ハートセンター、5. 大阪市立総合医療センター看護部、6. 日本医科大学武蔵小杉病院看護部、7. 奈良県立医科大学附属病院看護部)

10:56 ~ 11:10

一般演題

[O2] 鎮痛・鎮静管理

座長:渡海 菜央(日本大学医学部附属板橋病院)

11:20 ~ 12:20 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O2-01] 小児の鎮静薬使用の現状と課題

○三村 健太<sup>1</sup>、竹林 洋子<sup>1</sup>、末永 順子<sup>1</sup>、三船 明日香<sup>1</sup> (1. JCHO九州病院看護部)

11:20 ~ 11:32

[O2-02] 小児の人工呼吸器装着中に鎮痛・鎮静薬を急速静脈注入した背景の実態調査

-発達段階の違いに着目して-

○佐藤 奎至<sup>1</sup> (1. 静岡県立こども病院 PICU)

11:32 ~ 11:44

[O2-03] 心臓血管外科術後患者に対する熟練ICU看護師の痛みの管理の看護実践

○青野 沙織<sup>1</sup>、齋藤 信介<sup>1</sup> (1. 国立循環器病研究センター)

11:44 ~ 11:56

[O2-04] オープンICUの看護師が捉える鎮痛管理の問題

-人工呼吸器管理における鎮痛管理-

○野中 恵子<sup>1</sup>、福田 昌子<sup>1</sup> (1. 岡崎市民病院)

11:56 ~ 12:08

[O2-05] クリティカルケア看護における苦痛症状のアセスメント実施状況とマネジメントの困難さ: 全国質問紙調査

○田中 雄太<sup>1</sup>、加藤 茜<sup>2,1</sup>、立野 淳子<sup>3</sup>、田戸 朝美<sup>4</sup>、山勢 博彰<sup>4</sup> (1. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻、2. 信州大学医学部保健学科看護学専攻、3. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院、4. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻)

12:08 ~ 12:20

一般演題

[O3] せん妄ケア

座長:藤村 賢宏(飯塚病院)

12:30 ~ 13:40 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O3-01] A病院ICU入室患者におけるせん妄発症の特性

○俵 加奈依<sup>1</sup>、濱崎 杏香<sup>1</sup>、川原 満里子<sup>1</sup>、森口 政臣<sup>1</sup>、清水 敦司<sup>1</sup>、谷 恵<sup>1</sup> (1. ベルランド総合病院)

12:30 ~ 12:42

[O3-02] 集中治療領域でのせん妄への介入における実態調

査

○山田 修平<sup>1</sup> (1. 北海道科学大学 保健医療学部 看護学  
科)

12:42 ~ 12:54

[O3-03] 外科的手術施行前の不安と術後せん妄発症との関  
連性:系統的レビュー

○赤松 夏季<sup>1</sup>、佐々木 康之輔<sup>1</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がん看護学分野)

12:54 ~ 13:06

[O3-04] 心臓血管外科手術施行患者を対象とした術前の自  
律神経活動評価による術後せん妄発症予測

○佐々木 康之輔<sup>1,2</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がん看護学分野、2. 東北大学大  
学院医学系研究科心臓血管外科学分野)

13:06 ~ 13:18

[O3-05] 循環器病棟におけるアクションリサーチを用いた  
せん妄に関する看護師の意識とケアの変化

○伊藤 聡子<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup> (1. 西宮渡辺心臓脳・血管セ  
ンター、2. 名古屋市立大学看護学部)

13:18 ~ 13:29

[O3-06] 集中治療室に入院した Stanford B型急性大動脈解  
離患者における自然音を聴くことによるせん妄予  
防

○坂口 洋通<sup>1</sup>、片山 由加里<sup>2</sup>、萩本 明子<sup>2</sup> (1. 国家公務員  
共済組合連合会 枚方公済病院 HCU/CCU、2. 同志社女子  
大学看護学部)

13:29 ~ 13:40

一般演題

[O4] エンド・オブ・ライフケア

座長:長岡 孝典(独立行政法人国立病院機構 呉医療センター)

13:50 ~ 15:00 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O4-01] 新人救急看護師のエンド・オブ・ライフケアに対  
する困難感-6名の面接調査結果より

○松本 蘭<sup>1</sup>、城丸 瑞恵<sup>2</sup> (1. 札幌市病院局 市立札幌病院  
救命救急センター、2. 札幌医科大学 保健医療学部看護学  
科)

13:50 ~ 14:02

[O4-02] A病院 ICUでの終末期看護に関する教育

○瀧 洋子<sup>1,2</sup> (1. 東京医科大学八王子医療センター、2.  
救命救急センターICU)

14:02 ~ 14:14

[O4-03] クリティカルケア領域における end of life care  
Awake ECMOで患者家族の思いに寄り添った1  
事例

○寺井 彩<sup>1</sup>、三輪 哲也<sup>1</sup> (1. 厚生連高岡病院)

14:14 ~ 14:26

[O4-04] エンド・オブ・ライフ・ケアを熟知した ICU看護  
師における死にゆく患者と家族への看護実践の基  
盤となるもの

○片岡 早希子<sup>1</sup>、江川 幸二<sup>2</sup> (1. 熊本大学病院、2. 神戸  
市看護大学)

14:26 ~ 14:38

[O4-05] 集中治療室において終末期と判断された急性重症  
患者の全人的苦痛に対する専門看護師が行う高度  
実践看護

○白石 祐亮<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>2</sup> (1. 東京慈恵会医科大学 大学  
院 医学研究科博士前期課程 先進治療看護学分野(クリ  
ティカルケア看護学領域)、2. 東京慈恵会医科大学 大学  
院 医学研究科 先進治療看護学分野(クリティカルケア看  
護学領域))

14:38 ~ 14:49

[O4-06] 親と死別体験した子どもの正常な悲嘆反応を促す  
ための終末期ケア

○永岡 千穂実<sup>1</sup>、杉本 あゆみ<sup>1</sup>、西村 祐枝<sup>1</sup> (1. 岡山市立  
市民病院)

14:49 ~ 15:00

第7会場

一般演題

[O5] COVID-19

座長:佐藤 みえ(東邦大学医療センター大森病院)

14:20 ~ 15:20 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[O5-01] COVID-19患者への安全な腹臥位療法を目指し  
て~抜管に成功した2症例を分析して~

○馬野 絢子<sup>1</sup>、富田 朱莉<sup>1</sup>、細田 彩花<sup>1</sup>、塚野 愛<sup>1</sup> (1.  
洛和会丸太町病院 救急・HCU)

14:20 ~ 14:32

[O5-02] COVID-19重症例における腹臥位療法の看護実践  
報告

○山口 高巧<sup>1</sup> (1. 医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院救命救  
急センター)

14:32 ~ 14:44

[O5-03] 重症 COVID-19対応のために ICUに配置転換に  
なった看護師への支援の検証

○並木 友里絵<sup>1</sup>、山根 正寛<sup>1</sup>、柴田 直樹<sup>1</sup>、佐野 由花<sup>1</sup>、  
岩本 好加<sup>1</sup>、洪 淑姫<sup>1</sup>、細川 雄生<sup>1</sup>、大道 知子<sup>1</sup>、堀井  
昭子<sup>1</sup> (1. 大阪市立総合医療センター)

14:44 ~ 14:56

[O5-04] 重症 COVID-19患者を受け持つ HCU/CCU看護師  
の身体的・精神的負担の軽減に繋がる感染対策の

## 検討

○本多 慶行<sup>1</sup>、萩本 明子<sup>2</sup>、片山 由加里<sup>2</sup> (1. 国家公務員  
共済組合連合会枚方公済病院 HCU/CCU、2. 同志社女子  
大学 看護学部)

14:56 ~ 15:08

[O5-05] 一般病棟での重症新型コロナウイルス感染症患者  
の看護を経験して

—看護師へのアンケート調査から振り返る—

○中下 備生<sup>1</sup>、竹内 若菜<sup>1</sup>、櫻谷 眞佐子<sup>1</sup> (1. 大阪府立中  
河内救命救急センター)

15:08 ~ 15:20

## 第4会場

### 一般演題

[O6] 呼吸・循環管理

座長:中田 健(独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター)

15:10 ~ 16:20 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O6-01] ハリーコールの現状分析 —予期せぬ院内心肺停止  
患者や死亡率の減少への取り組み—

○新井 祐介<sup>1</sup> (1. 新小文字病院)

15:10 ~ 15:22

[O6-02] 単層構造エアマットレスの CPR機能使用の有無が  
胸骨圧迫の有効性へ与える影響の検証

○兒玉 弘見<sup>1</sup>、帯刀 朋代<sup>1</sup>、山崎 克<sup>1</sup>、中野 雅司<sup>1</sup>、大林  
将人<sup>1</sup>、小出 泰子<sup>1</sup>、松本 優香<sup>1</sup>、太田 菜穂<sup>1</sup>、松村 一<sup>2</sup>  
(1. 東京医科大学病院 看護部、2. 東京医科大学病院  
形成外科)

15:22 ~ 15:34

[O6-03] 観血的動脈測定ラインの使用およびシーネ固定の  
実態調査

○岡村 英明<sup>1</sup>、白坂 雅子<sup>2</sup>、卯野木 健<sup>3</sup>、櫻本 秀明<sup>4</sup>、石  
川 幸司<sup>5</sup>、北山 未央<sup>6</sup>、中山 麻実<sup>7</sup>、池田 優太<sup>8</sup>、若林  
侑起<sup>9</sup> (1. NTT東日本札幌病院、2. 福岡赤十字病院 集中  
治療室、3. 札幌市立大学 看護学部、4. 茨城キリスト教大  
学 看護学科、5. 北海道科学大学 保健医療学部看護学  
科、6. 金沢医科大学病院 看護部ハートセンター、7. 獨協  
医科大学病院 看護部、8. 東海大学医学部付属病院 集中  
治療室、9. 神戸市立医療センター中央市民病院)

15:34 ~ 15:46

[O6-04] 胸腹部大動脈置換術後呼吸状態が悪化し再挿管と  
なった患者への酸素化改善に向け介入した症例

○中石 史香<sup>1</sup>、井野 朋美<sup>1</sup> (1. 熊本赤十字病院)

15:46 ~ 15:58

[O6-05] 高度救命救急センター ICUにおける抜管フ  
ローチャート導入前後での再挿管率の比較

○村松 暖香<sup>1</sup>、長崎 祐士<sup>1</sup>、高見 祐貴子<sup>1</sup>、島内 淳二<sup>2</sup>

(1. 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター、2.  
日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

15:58 ~ 16:09

[O6-06] 集中治療室における肺移植患者の呼吸困難の発症  
率、リスク因子、アウトカムとの関連

○佐藤 智夫<sup>1,2</sup> (1. 元京都大学医学部附属病院、2. 神戸  
市看護大学)

16:09 ~ 16:20

## 第7会場

### 一般演題

[O7] チーム医療

座長:山崎 友香子(信州大学医学部附属病院)

15:30 ~ 16:30 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[O7-01] HCUにおける多職種連携のためのツール展開にむ  
けた基盤研究

○後藤 由起子<sup>1</sup> (1. 秦野赤十字病院)

15:30 ~ 15:42

[O7-02] 集中治療の場での終末期看護における多職種カン  
ファレンスを実施した一例

○磯田 英里<sup>1</sup> (1. 草加市立病院)

15:42 ~ 15:54

[O7-03] 体位呼吸療法プロトコル導入後の効果と課題につ  
いて

—看護師の認識、実践の変化と多職種協働に関する  
変化—

○関根 庸考<sup>1</sup>、劔持 雄二<sup>1</sup>、清水 由香<sup>1</sup>、井上 正芳<sup>1</sup> (1.  
青梅市立総合病院 救命救急センター 集中治療室)

15:54 ~ 16:06

[O7-04] 集中治療室と一般病棟の看護師が認識する集中治  
療後症候群の予防に対する看護実践の重要度と実  
践度の実態

○内海 玲<sup>1,2</sup>、中村 美鈴<sup>3</sup> (1. 東京慈恵会医科大学大学院  
医学研究科看護学専攻、2. 東京慈恵会医科大学附属病  
院、3. 東京慈恵会医科大学)

16:06 ~ 16:18

[O7-05] タスクシフト/シェアにより変化する救急外来にお  
ける急性・重症患者看護専門看護師の実践

○大田 麻美<sup>1</sup>、益田 美津美<sup>2</sup> (1. 日本赤十字社 伊勢赤十  
字病院、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

16:18 ~ 16:30

2022年6月12日(日)

第4会場

一般演題

[O8] 看護教育

座長:園田 拓也(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

09:00 ~ 10:10 第4会場(国際会議場 21会議室)

[O8-01] A病棟における新人看護師の教育支援

—看護提供方式の変更に伴う課題への取り組み—

○石井 結花<sup>1</sup>、高橋 祐樹<sup>1</sup>、植木 玲<sup>1</sup>、渡邊 好江<sup>1</sup>、内田 真由美<sup>1</sup> (1. 杏林大学医学部付属病院)

09:00 ~ 09:12

[O8-02] 新人から継続して集中治療室に勤務する看護師の経験

—臨床判断能力の習得に焦点を当てて—

○小倉 亜沙子<sup>1</sup> (1. 東海大学医学部付属病院)

09:12 ~ 09:24

[O8-03] クリティカルケア領域2年目看護師が「怖さ」を感じた看護実践場面へのリフレクション支援

—ファシリテーターの関わりに注目して—

○福田 美和子<sup>1</sup>、本田 多美枝<sup>2</sup>、岡部 春香<sup>3</sup>、明神 哲也<sup>4</sup>、坂本 なほ子<sup>5</sup> (1. 目白大学看護学部、2. 日本赤十字九州国際看護大学、3. 東海大学医学部看護学科、4. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、5. 東邦大学看護学部)

09:24 ~ 09:36

[O8-04] 臨床判断モデルを活用したOJT研修の学習効果と課題

○藤井 絵美<sup>1,2</sup>、岩元 美紀<sup>1,3</sup>、佐藤 正和<sup>1,2</sup>、相良 洋<sup>1,2</sup>、西村 祐枝<sup>1,4</sup> (1. 岡山市立総合医療センター 岡山市立市民病院、2. 集中治療部、3. 救急外来、4. 看護部)

09:36 ~ 09:48

[O8-05] A病院 ICU・救急病棟看護師のレジリエンスを獲得していくプロセス

江川 亜維<sup>1</sup>、○鈴木 渚<sup>1</sup>、澤本 菜摘美<sup>1</sup>、吉田 茂<sup>1</sup> (1. 国立病院機構千葉医療センター 看護部)

09:48 ~ 09:59

[O8-06] オンラインを活用した情報交換・会議の有効性

—クリティカルケア認定看護師としての今後の展望—

○上原 均<sup>1</sup>、池澤 友郎<sup>5</sup>、大塚 文人<sup>2</sup>、長内 洋一<sup>3</sup>、佐藤 希<sup>4</sup>、関根 庸考<sup>6</sup>、矢嶋 恵理<sup>7</sup> (1. 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、2. 一般財団法人神奈川県警友会 けいゆう病院、3. 学校法人北里研究所 北里大学病院、4. 国立大学法人 旭川医科大学病院、5. 社会医療法人 近森会 近森病院、6. 青梅市立総合病院、7. 国立大学法人 信州大学医学部付属病院)

09:59 ~ 10:10

一般演題

[O9] 医療安全

座長:藤井 絵美(岡山市立市民病院)

10:20 ~ 11:20 第4会場(国際会議場 21会議室)

[O9-01] 急変予測に関するスタッフ教育の評価と今後の課題

○谷 澄代<sup>1</sup>、山村 尚裕<sup>1</sup>、宮地 富士子<sup>1</sup> (1. 東邦大学医療センター大森病院)

10:20 ~ 10:32

[O9-02] ICU看護師が抱く補助循環装着患者担当時の不安の実態

○池澤 友朗<sup>1</sup> (1. 社会医療法人近森会 近森病院)

10:32 ~ 10:44

[O9-03] 院内迅速対応システムの導入・運営における看護師の工夫

○吉本 早由利<sup>1,2</sup>、江川 幸二<sup>2</sup> (1. 神戸市立医療センター西市民病院、2. 神戸市看護大学大学院)

10:44 ~ 10:56

[O9-04] 抜管失敗に至った1事例における対応の検証

○張 葉留菜<sup>1</sup>、金 姫静<sup>1</sup>、後藤 順一<sup>1</sup>、森内 陽子<sup>1</sup> (1. 社会医療法人河北医療財団 河北総合病院)

10:56 ~ 11:08

[O9-05] EICUにおける想定外抜去に関するインシデント発生の要因

○宮本 遼<sup>1</sup>、上澤 弘美<sup>1</sup>、路川 恵利加<sup>1</sup> (1. 総合病院土浦協同病院 EICU)

11:08 ~ 11:19

一般演題

[O10] 看護管理ほか

座長:安藤 直美(岡山市立市民病院)

11:40 ~ 12:50 第4会場(国際会議場 21会議室)

[O10-01] 集中治療室看護師の集中治療後症候群に対する認知度とケアについての実態調査

○岡田 晋太郎<sup>1</sup> (1. 福岡市民病院)

11:40 ~ 11:52

[O10-02] 外科系集中治療室における早期経腸栄養開始を目指した取り組み

—早期経腸栄養開始の判断基準の検討—

友添 祐子<sup>1</sup>、○津城 香奈<sup>1</sup>、松山 真理<sup>1</sup>、前田 紗英子<sup>1</sup>、上川 朋美<sup>1</sup>、杉島 寛<sup>1</sup>、七種 伸行<sup>2</sup> (1. 久留米大学病院 看護部、2. 久留米大学外科学講座小児外科部門)

11:52 ~ 12:04

[O10-03] 集中治療室勤務の中堅看護師の職務継続に影響する経験

○中川 あゆみ<sup>1</sup>、岡田 佑果<sup>1</sup>、栗田 健志<sup>1</sup>、山田 裕紀<sup>1</sup>、平野 智子<sup>1</sup> (1. 広島大学病院)

12:04 ~ 12:16

[O10-04] 半構造化面接によって見いだしたわが国における  
クリティカルケア看護師の

Moral Distressの様相

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

12:16 ~ 12:28

[O10-05] 集中治療室の中堅看護師のキャリア・プラトーの  
様相

○工藤 孝子<sup>1</sup>、佐藤 まゆみ<sup>2</sup> (1. 順天堂大学医学部附属  
順天堂医院、2. 順天堂大学大学院医療看護学研究科  
がん・クリティカルケア 看護学)

12:28 ~ 12:39

[O10-06] 重症患者の回復過程における看護援助一患者の回  
復意欲に焦点を当てて一

○橋本 彩花<sup>1</sup>、林 優子<sup>1</sup> (1. 関西医科大学 看護学部  
(クリティカルケア看護学領域))

12:39 ~ 12:50

一般演題

[O11] 家族看護1

座長:中橋 厚子(健和会大手町病院)

13:00 ~ 14:10 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O11-01] 急性重症患者の終末期治療に対して救急・集中治  
療領域の看護師が行う代理意思決定支援の実践と  
影響要因

○小崎 麗奈<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>1</sup> (1. 東京慈恵会医科大学大学  
院 医学研究科看護学専攻 先進治療看護学分野 クリ  
ティカルケア看護学領域)

13:00 ~ 13:12

[O11-02] 救急・集中治療患者の終末期治療における家族の  
代理意思決定支援に対する中堅看護師の困難と対  
応

○内田 美穂<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>2</sup>、室岡 陽子<sup>2</sup> (1. 東京慈恵会  
医科大学大学院医学研究科看護学専攻博士前期課程先進  
治療看護学分野クリティカルケア看護学領域、2. 東京  
慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻先進治療看  
護学分野クリティカルケア看護学領域)

13:12 ~ 13:24

[O11-03] ICUにおける終末期代理意思決定支援に必要な視  
点一家族が患者の最善を考えられるようになった  
一例一

○内山 典代<sup>1</sup>、佐藤 遥<sup>1</sup>、今井 圭司<sup>1</sup> (1. 日本医科大学  
多摩永山病院)

13:24 ~ 13:36

[O11-04] コロナ禍における ICUダイアリーを活用した家族

ケア

○橋本 侑里香<sup>1</sup>、田中 貴子<sup>1</sup>、中村 小百合<sup>1</sup>、吉里 孝子<sup>1</sup>  
(1. 熊本大学病院 看護部)

13:36 ~ 13:48

[O11-05] 救命救急センターの集中治療室における患者の家  
族への関わり

: 成人前期の患者の家族の事例を通して

○下尾 菜摘<sup>1</sup> (1. 国立国際医療研究センター病院)

13:48 ~ 13:59

[O11-06] 日本語版 Parental Stressor Scale : Pediatric  
Intensive Care Unit の作成

○池田 光輝<sup>1,2</sup>、星野 晴彦<sup>3</sup>、松石 雄二郎<sup>4</sup>、小谷 美咲<sup>1,2</sup>  
(1. 筑波大学大学院 人間総合科学学術院 人間総合  
科学研究群 フロンティア医科学学位プログラム (修士  
課程)、2. 筑波大学附属病院 看護部 小児ICU病棟、3.  
国際医療福祉大学 成田キャンパス 急性期看護学、4.  
聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学)

13:59 ~ 14:10

## 第7会場

一般演題

[O12] 運動と休息

座長:藤岡 智恵(飯塚病院)

14:00 ~ 15:10 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[O12-01] A病院 ICUにおける早期離床介入の実態

一疾患別リハビリテーション導入前の人工呼吸器  
装着患者を対象として一

岩本 浩輔<sup>1</sup>、○川畑 瑠花<sup>1</sup>、中野 祐樹<sup>1</sup>、井野 朋美<sup>1</sup>  
(1. 熊本赤十字病院)

14:00 ~ 14:12

[O12-02] 集中治療室での早期リハビリテーション場面にお  
ける患者と看護師間の相互作用のなかでの看護実  
践

○岩見 静佳<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup> (1. 名古屋市立大学病院、2.  
名古屋市立大学看護学研究科)

14:12 ~ 14:24

[O12-03] 集中治療室活動度スケールを用いた人工呼吸器装  
着患者における身体活動能力の評価

○大島 梨華子<sup>1</sup>、金 静姫<sup>1</sup>、後藤 順一<sup>1</sup>、森内 陽子<sup>1</sup>  
(1. 社会医療法人河北医療財団 河北総合病院)

14:24 ~ 14:36

[O12-04] ICU Sleep Evaluation Scale ( ISES ) の評価者間  
信頼性の検証

○丸山 朝美<sup>1</sup>、嶋岡 征宏<sup>1</sup>、後藤 俊<sup>1</sup>、砂川 元汰<sup>1</sup>、嶋岡  
麻耶<sup>1</sup>、相楽 章江<sup>1</sup>、藤田 優子<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附

属病院 看護部)

14:36 ~ 14:48

[O12-05] 集中治療室入室患者における睡眠に影響する要因  
と睡眠ケアの検討

○野中 湧介<sup>1</sup>、西村 祐枝<sup>1</sup> (1. 岡山市立市民病院 看護  
部 ICU所属)

14:48 ~ 14:59

[O12-06] 心臓血管外科術後患者の主観的睡眠評価による睡  
眠の質の変化について

○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、2. 福岡大学医学部看護学科、3. 清泉女学院大学看  
護学部)

14:59 ~ 15:10

## 第4会場

一般演題

[O13] 家族看護2

座長:姥迫 由記子(山口大学医学部附属病院)

14:20 ~ 15:30 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O13-01] COVID19の面会制限下における集中治療を受け  
る患者の家族が望む情報

○大川 佳奈<sup>1</sup>、佐藤 みえ<sup>1</sup>、金川 里奈<sup>1</sup> (1. 東邦大学医  
療センター大森病院 特定集中治療室)

14:20 ~ 14:32

[O13-02] コロナ禍の面会制限におけるリモート面会の導入  
による患者家族への影響

○牟田 ゆうき<sup>1</sup>、服部 真奈美<sup>1</sup>、長谷川 遥<sup>1</sup>、島内 淳二<sup>1</sup>、  
木野 毅彦<sup>1</sup> (1. 日本医科大学付属病院 外科系集中治  
療室)

14:32 ~ 14:44

[O13-03] ICUに入室した重症小児患者の家族への看護に関  
する文献研究

○高瀬 愛<sup>1</sup>、清村 紀子<sup>2</sup> (1. 大分大学医学部附属病  
院、2. 大分大学医学部看護学科)

14:44 ~ 14:56

[O13-04] 面会制限下における家族ケアの取り組み -  
ICUダイアリーを導入を試みて-

○山田 理絵<sup>1</sup> (1. 順天堂大学医学部附属練馬病院)

14:56 ~ 15:08

[O13-05] 2年目看護師としてクリティカルケア領域での家  
族看護を考察する

-新型コロナウイルス感染症患者家族の面会での  
関わりを通して-

○永友 博明<sup>1</sup>、長田 孝幸<sup>1</sup>、森 弘太郎<sup>1</sup> (1. 飯塚病院)

15:08 ~ 15:19

[O13-06] COVID-19による面会制限における ICU看護師の  
患者や家族への対応と看護師のストレスに関する  
実態調査

○秋田 奈緒美<sup>1</sup>、園田 拓也<sup>1</sup>、高橋 葵<sup>1</sup>、有田 孝<sup>1</sup> (1.  
一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院 ICU)

15:19 ~ 15:30

## 第6会場

一般演題

[O14] 安楽と疼痛

座長:田下 博(長崎大学病院)

14:20 ~ 15:30 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

[O14-01] 治療が奏功しない重症患者に対する ICU看護師の  
comfortケア

○上村 明咲<sup>1</sup>、大川 宣容<sup>2</sup> (1. 社会医療法人近森会  
近森病院、2. 高知県立大学看護学部)

14:20 ~ 14:32

[O14-02] ICU入室中に早期リハビリテーションに難渋

し、それを乗り越えた患者の体験

○大串 健太<sup>1</sup>、江川 幸二<sup>2</sup> (1. 神戸市看護大学大学院看  
護学研究科博士前期課程実践看護学領域急性期看護学専  
攻CNSコース、2. 神戸市看護大学大学院)

14:32 ~ 14:44

[O14-03] HCUの看護ケアの質と comfortとの関連につい  
て

- discomfort状態と PICSとの相関から- : その1

○上杉 如子<sup>1</sup>、中出 卑那<sup>1</sup>、永田 知英美<sup>1</sup>、塚本 里佳<sup>1</sup>、  
石本 佳美<sup>1</sup>、新田 建也<sup>1</sup>、茗荷谷 美保<sup>1</sup>、佐藤 大介<sup>2</sup>  
(1. 国民健康保険 小松市民病院、2. 公立小松大学保健  
医療学部看護学科)

14:44 ~ 14:56

[O14-04] HCUの看護ケアの質と comfortとの関連につい  
て

- comfortに影響する医療者の介入から- : その  
2

○上杉 如子<sup>1</sup>、永田 知英美<sup>1</sup>、塚本 里佳<sup>1</sup>、中出 卑那<sup>1</sup>、  
石本 佳美<sup>1</sup>、新田 建也<sup>1</sup>、茗荷谷 美保<sup>1</sup>、佐藤 大介<sup>2</sup>  
(1. 国民健康保険 小松市民病院、2. 公立小松大学保健  
医療学部看護学科)

14:56 ~ 15:08

[O14-05] 人工呼吸器装着中の急性・重症患者の

Comfortニーズを捉えるためのアセスメント指標  
の作成

○山田 知世<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>1</sup> (1. 東京慈恵会医科大学大学  
院博士前期課程 先進治療看護学分野 クリティカルケア

看護学領域)

15:08 ~ 15:19

[O14-06] 人工心臓後患者の人工呼吸器離脱後から利尿期  
に至るまでの体験と看護

○河野 志穂<sup>1</sup>、清村 紀子<sup>2</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 基盤看護学講座)

15:19 ~ 15:30

## 第7会場

看護ラーニング回答編

[IL] 看護ラーニング回答編

11:20 ~ 12:10 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

[27000-1120-1add] 討議

11:20 ~ 12:10

2022年6月11日(土)

## 一般演題

一般演題 (オンデマンド)

[W1] 一般演題 WEB (オンデマンド配信)

10:00 ~ 16:00 一般演題 (オンデマンド配信)

[W1-01] 早期人工呼吸器離脱に向けての取り組み「人工呼  
吸器装着患者の実態調査」

○高橋 佳樹<sup>1</sup>、有馬 明<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会  
小倉記念病院)

10:00 ~ 10:20

[W1-02] ハイケアユニットで働くスタッフの、  
SAT/SBTに関する意識調査

○有馬 明<sup>1</sup>、高橋 佳樹<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会  
小倉記念病院)

10:20 ~ 10:40

[W1-03] 「侵襲的陽圧換気の設定の変更」を活用した入浴  
介助の例

○奥山 広也<sup>1</sup> (1. 山形県立中央病院)

10:40 ~ 11:00

[W1-04] COVID-19下において演習を含む科目をハイブ  
リッド教育で受けた学生の不安とスキル獲得への  
期待

○田中 智子<sup>1</sup> (1. 大阪青山大学)

11:00 ~ 11:20

[W1-05] COVID-19非挿管患者のセルフプローンの実施に  
向けて

—効果的な援助用具の選択と効果について—

○清水 尋<sup>1</sup>、板垣 弘美<sup>1</sup>、山本 奈々<sup>1</sup>、越智 貴子<sup>1</sup> (1.  
市立池田病院)

11:20 ~ 11:40

[W1-06] COVID-19流行時における重症患者家族の面会へ  
の取り組み

—危機回避のための精神的ケアの重要性—

○平尾 由美子<sup>1</sup>、須崎 大<sup>1</sup>、川口 祥子<sup>1</sup> (1. 済生会横浜  
市東部病院)

11:40 ~ 12:00

[W1-07] 重症 ARDS患者に対し少人数で腹臥位への体位変  
換を行う際の事故予防策の実態

○赤木 夏海<sup>1</sup> (1. 東京都立広尾病院 看護部)

12:00 ~ 12:20

[W1-08] ICUに勤務する看護師の患者の尊厳を守るための看  
護実践に関する研究

○浦山 いづみ<sup>1</sup>、山澄 直美<sup>2</sup> (1. 長崎みなとメディカル  
センター、2. 長崎県立大学)

12:20 ~ 12:40

[W1-09] 救急外来で自殺企図患者を看護する看護師の態度  
に関連する要因についての文献検討

○伊藤 美智子<sup>1</sup>、牧野 夏子<sup>2</sup> (1. 名古屋学芸大学看護学  
部、2. 札幌医科大学附属病院 看護部)

12:40 ~ 13:00

[W1-10] ICU新卒看護師の組織社会化を促進する要因

○吉田 真寿美<sup>1</sup>、清水 玲子<sup>2</sup>、村角 直子<sup>2</sup> (1. 金沢医科  
大学病院、2. 金沢医科大学大学院看護研究科)

13:00 ~ 13:20

[W1-11] 「小児集中治療に携わる看護師のためのクリニカ  
ルラダー」を活用した PICU看護師の育成

○篠原 実加<sup>1</sup>、辻尾 有利子<sup>1</sup>、井林 寿恵<sup>1</sup> (1. 京都府立  
医科大学附属病院 看護部 PICU)

13:20 ~ 13:40

[W1-12] 「小児の気管挿管介助ルーブリック」の開発と教  
育評価

○吉井 恵<sup>1</sup>、辻尾 有利子<sup>1</sup>、篠原 実加<sup>1</sup>、井林 寿恵<sup>1</sup> (1.  
京都府立医科大学附属病院)

13:40 ~ 14:00

[W1-13] 心臓血管外科開心術後患者の術後管理に関するシ  
ミュレーション教育の効果

○飯田 理沙<sup>1</sup>、寺島 大貴<sup>1</sup>、櫻井 真愛<sup>1</sup>、岩瀬 夏子<sup>1</sup>、大  
場 幸子<sup>1</sup> (1. 順天堂大学医学部附属浦安病院)

14:00 ~ 14:20

[W1-14] 記憶のゆがみに着目した PICSの早期発見・回復の  
ための教育プログラム実施

—一般病棟看護師の看護実践の変化—

○吉井 裕子<sup>1</sup>、林 優子<sup>2</sup> (1. 大阪医科薬科大学病院 看護  
部、2. 前関西医科大学大学院 治療看護分野 クリティカ  
ルケア看護学領域)



14:20 ~ 14:40

[W1-15] 重症外傷患者の看護に対するクリティカルケア領域の熟練看護師の学習ニーズ

○小川 謙<sup>1</sup>、牧野 夏子<sup>2</sup>、中村 恵子<sup>3</sup>、菅原 美樹<sup>4</sup> (1. JCHO北海道病院 看護部、2. 札幌医科大学附属病院 看護部、3. 札幌市立大学、4. 札幌市立大学看護学部)

14:40 ~ 15:00

[W1-16] クリニカルシナリオと心不全手帳導入による心不全患者への効果的なセルフケア支援への取り組み

○齋藤 瑳也伽<sup>1</sup> (1. 株式会社日立製作所 日立総合病院 看護局CCU)

15:00 ~ 15:15

[W1-17] 救急初療看護師のキャリアディプロップメント -高齢患者への看護実践に焦点をあてて-

○山崎 千草<sup>1</sup> (1. 東京女子医科大学病院)

15:15 ~ 15:30

[W1-18] 急性期領域における認定看護師のコンピテンシーを形成する要素

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

15:30 ~ 15:45

[W1-19] ICU看護師の Work Engagementに影響する要因

○春名 美恵<sup>1</sup>、城丸 瑞恵<sup>2</sup> (1. 日本医療大学 保健医療学部 看護学科、2. 札幌医科大学 保健医療学部 看護学科)

15:45 ~ 16:00

2022年6月12日(日)

一般演題

一般演題 (オンデマンド)

[W2] 一般演題 WEB (オンデマンド配信)

09:00 ~ 15:00 一般演題 (オンデマンド配信)

[W2-01] A病院 ICUにおける PICSの精神機能障害リスク因子と HADSスコアの関連性についての検討

小野 香苗<sup>1</sup>、尻屋 直子<sup>1</sup>、○松本 鈴子<sup>1</sup>、初井 しおり<sup>1</sup>、安部 直子<sup>1</sup> (1. 大分大学医学部附属病院 看護部)

09:00 ~ 09:20

[W2-02] 集中治療室での術後せん妄予防ケアの取り組みの効果

○崎谷 千絵<sup>1</sup>、堀田 彩<sup>1</sup>、塩川 友菜<sup>1</sup>、倉増 栄子<sup>1</sup>、後藤 直美<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院)

09:20 ~ 09:40

[W2-03] QOL維持に繋がった当院 ICUの看護実践

- PICS予防策 ABCDEFGHバンドルに沿って可視化して-

○片田 実子<sup>1</sup>、岩瀬 弥生<sup>1</sup>、京本 真樹<sup>1</sup>、藤木 智世<sup>1</sup> (1. 広島赤十字・原爆病院)

09:40 ~ 10:00

[W2-04] 集中治療室入室患者の退院後の体験と対処行動

○藤谷 公<sup>1</sup>、佐藤 まゆみ<sup>1</sup> (1. 順天堂大学大学院医療看護学研究科 がん・クリティカルケア看護学)

10:00 ~ 10:20

[W2-05] COVID-19重症感染症患者の家族ケアを担った緩和ケアチーム看護師の思い- GRACEプログラムを用いたインタビューより

○北田 なみ紀<sup>1,2</sup> (1. 地方独立行政法人大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター、2. 緩和ケアセンター)

10:20 ~ 10:40

[W2-06] 面会制限中のICUにおける終末期 COVID-19患者の家族ケアについて

○田村 優花<sup>1</sup>、福井 美和子<sup>1</sup>、東 真子<sup>1</sup> (1. 淀川キリスト教病院 看護部 ICU看護課)

10:40 ~ 11:00

[W2-07] 救命救急領域において代理意思決定を行う家族への支援時に看護師が重要視している事柄

○浦田 あかり<sup>1</sup>、森 恵子<sup>2</sup> (1. 岡山大学医学部保健学科、2. 岡山大学学術研究院保健学領域)

11:00 ~ 11:20

[W2-08] 緊急手術後に終末期となった心臓外科患者と家族に対する看護

田中 愛子<sup>1</sup>、○国本 有希<sup>1</sup>、武田 一美<sup>1</sup>、深水 愛子<sup>1</sup> (1. 大阪警察病院 看護部)

11:20 ~ 11:40

[W2-09] 救命病棟におけるデスカンファレンスの内容分析

○川口 祥子<sup>1</sup>、平尾 由美子<sup>1</sup> (1. 済生会横浜市東部病院)

11:40 ~ 12:00

[W2-10] 重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念分析

○岡本 武士<sup>1</sup>、北村 愛子<sup>2</sup> (1. 神戸市立医療センター中央市民病院、2. 大阪府立大学大学院看護学研究科)

12:00 ~ 12:20

[W2-11] ICU看護師のエンドオブライフケア評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検証

○新井 祐恵<sup>1</sup>、對中 百合<sup>2</sup> (1. 甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科、2. 畿央大学健康科学部看護医療学科)

12:20 ~ 12:40

[W2-12] 集中治療室に緊急入室し人工呼吸器を装着した患者の回復意欲を高める看護実践の検討

○福島 可奈子<sup>1</sup> (1. 自治医科大学附属病院)

12:40 ~ 13:00

[W2-13] 胃がん術後患者の身体症状とセルフケア能力の関  
連

○野口 明日香<sup>1</sup>、佐藤 富美子<sup>2</sup>、佐々木 康之輔<sup>2</sup>、吉田  
詩織<sup>2</sup> (1. 東北大学医学部保健学科看護学専攻、2. 東北  
大学大学院医学系研究科保健学専攻)

13:00 ~ 13:20

[W2-14] 活動拡大に向かう急性心不全患者への  
ICU/CCUにおけるセルフモニタリング支援

○竹本 智子<sup>1</sup>、大川 宣容<sup>2</sup> (1. 徳島厚生連 吉野川医療セ  
ンター、2. 高知県立大学大学院看護学研究科)

13:20 ~ 13:40

[W2-15] A高度救命救急センターにおける集中治療下での腹  
臥位療法実施時の看護師の困難

○中川 雄樹<sup>1</sup>、村中 沙織<sup>1</sup>、石井 祥子<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学  
大学附属病院 高度救命救急センター看護室)

13:40 ~ 14:00

[W2-16] クリティカルケア領域における患者の安全と療養  
を継続する熟練看護師の思考と実践

○川端 龍人<sup>1</sup> (1. 日本赤十字看護大学さいたま看護学  
部)

14:00 ~ 14:20

[W2-17] 手術室看護師が実践している創傷予防ケア

○古川 智恵<sup>1</sup> (1. 姫路大学 看護学部)

14:20 ~ 14:40

[W2-18] A病院の早期リハビリテーションに対する ICU看護  
師の認識

○山口 渚<sup>1</sup>、小関 英里<sup>1</sup> (1. 自衛隊中央病院 看護部)

14:40 ~ 14:50

[W2-19] 急性期病院における早期警告スコアを用いた重症  
者基準見直し

○三木 寛之<sup>1</sup>、時田 良子<sup>1</sup> (1. 関西電力病院)

14:50 ~ 15:00

## プラクティスセミナー

交流集会 (オンデマンド)

### [EMW] 交流集会 (オンデマンド配信)

14:10 ~ 15:40 プラクティスセミナー (オンデマンド配信)

### [EMW-01] 人工呼吸ケア委員会交流集会 次世代の人工呼 吸ケアを探求しよう

○辻本 雄大<sup>3</sup>、濱本 実也<sup>2</sup>、丸谷 幸子<sup>1</sup>、植村 桜<sup>4</sup>、坂  
木 孝輔<sup>5</sup>、白坂 雅子<sup>6</sup>、山田 亨<sup>7</sup>、山本 小奈美<sup>8</sup> (1.  
名古屋市立大学病院、2. 公立陶生病院、3. 奈良県立医  
科大学附属病院、4. 大阪市立総合医療センター、5.  
東京慈恵会医科大学病院、6. 福岡赤十字病院、7. 東邦  
大学医療センター大森病院、8. 山口大学)

14:10 ~ 15:40

集会長講演

## [PL1] 看護を紡ぎ次代を拓く

座長:佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

2022年6月11日(土) 09:10 ~ 09:40 第1会場 (国際会議場 メインホール)

Zoomはこちら

---

### [PL1-01] 看護を紡ぎ、次代を拓く。

- 立野 淳子<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)  
09:10 ~ 09:40

09:10 ~ 09:40 (2022年6月11日(土) 09:10 ~ 09:40 第1会場)

**[PL1-01] 看護を紡ぎ、次代を拓く。**○立野 淳子<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

キーワード：集会長講演

本学会は、クリティカルケア看護学に関わる多くの看護職が集結し、人々に貢献するクリティカルケア看護学の確立と発展をめざし2004年に設立されました。設立から18年の歩みの過程では、クリティカルケア看護に携わる看護職をとりまく環境は大きく変化しました。その一つは、高齢化に伴う疾病構造や国民の医療やケアに対するニーズ、長期化の様相をみせる新型コロナウイルス感染症を始めとする新興感染症の拡大、毎年のように全国各地で発生する災害など社会情勢の変化です。また、医療技術の飛躍的な進歩や医療者の働き方改革、看護職の役割拡大、チーム医療の推進、医療制度改革なども大きな変化と捉えることができます。このようにクリティカルケア看護を取り巻く環境が変化し続ける中においても、我々は看護の本質から逸れることなく、看護師の役割を変化、拡大させることで世の中のニーズに応え、クリティカルケア看護の専門性の構築に挑戦し続けています。では、クリティカルケア看護の本質とはなんのでしょうか。本学会設立に携わった深谷氏は、「クリティカルケア看護に携わる看護師が多いわりには、どのような看護を行っているか説明できないことが多い」ことを本学会学会誌の記念すべき1号1巻の中で述べられています。18年の時を経てもおこの重要な問いは探求を続ける重要課題であると考えます。同論文の中では、クリティカルケア看護の一つひとつを丁寧に見直し、根拠が明確でないことについては研究的（実証的）に取り組むこと、また研究的に明らかにされたことを看護実践に役立てることにより看護の追求を積み重ねていくことの必要性が述べられています。実践と研究という両輪がうまく機能してこそクリティカルケア看護は変化し発展していくものであると考えています。ここでいう実践と研究とは単にどのようなケアが best practiceなのかの探求ではありません。クリティカルケアに携わる看護職の労働環境や人材育成などの教育的、管理的な視点（影響因子）も含まれます。先人たちが紡いできたクリティカルケア看護の本質とは何であるかを今一度見つめ（照顧）、そして今、未来に求められるクリティカルケア看護を探求し、次代を切り拓いていきたいとの想いを「看護を紡ぎ、次代を拓く」というメインテーマに込めました。集会長講演では、本学会の18年間の発展を学会誌などから振り返るとともに、自身のこれまでの実践や研究活動の想起と評価を踏まえて、そう遠くない未来に向けて取り組むべき課題や向かうべき趨勢を述べてみたいと思います。

特別講演

## [SL1] 特定行為研修修了者は病院の人財になりえるか

座長:後藤 明子(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

2022年6月11日(土) 10:10 ~ 11:00 第1会場 (国際会議場 メインホール)

Zoomはこちら

---

### [SL1-01] 特定行為研修修了者は病院の人材になりえるか

○宮脇 宏<sup>1</sup> (1. 小倉記念病院 麻酔科・集中治療部)

10:10 ~ 11:00

10:10 ~ 11:00 (2022年6月11日(土) 10:10 ~ 11:00 第1会場)

## [SL1-01] 特定行為研修修了者は病院の人材になりえるか

○宮脇 宏<sup>1</sup> (1. 小倉記念病院 麻酔科・集中治療部)

キーワード：特定行為研修修了者

わが国では高齢化が進み、2025年にはいわゆる団塊の世代がすべて75歳以上（後期高齢者）となり、国民の5人に1人が75歳以上となることが予測されている。高齢化に伴い慢性疾患を抱える患者が増加し、医療のニーズに供給が追いつかないことが想定される。また、医師（勤務医）にも働き方改革が求められており、時間外労働の上限設定とともに、さまざまな労働時間短縮策に関する議論が進められている。その中でとくに重要視されている項目の1つが医師でなくとも可能な業務の他職種への移管（タスク・シフティング）があり、「特定行為に係る看護師の研修制度：特定行為研修」が2014年に創設された。本制度は、一定の診療補助を手順書（包括指示）に基づいて実施する看護師を育成する制度である。高齢者の増加とタスク・シフティングが重なったこともあり、育成制度が整備され、研修修了者も増加している。当院は、一般財団法人で656床の地域中核急性期病院のひとつであり、平成28年には創立100周年を迎えた。1982年に日本初の経皮的冠動脈形成術（PCI）に成功し、国内有数の治療実績を積み重ねてきた。内科的治療のみならず、心臓外科手術に関しても国内有数の症例数をこなしている。集中治療室（ICU）は20床、CCU（HCU）20床、SCU15床、セミCCU（一般病棟）と数多くのユニットを要しているが、専従医がいるのはICUのみである。このような環境の中で、当院の特定行為研修修了者はわずか1名（本大会長）であるが、大車輪の活躍をみせている。当院における特定行為研修修了者の活躍の秘訣と今後の課題について、特定行為指導者と病院管理者（副院長、麻酔科・集中治療部主任部長）の立場から講演する。特定行為研修修了者が活躍し病院の人材となるためには、本人の努力のみならず管理者側（看護部長、副院長、集中治療部長など）のマネジメントや支えが必要となることは言うまでもない。まず1人目が重要という考えのもと、人材の選定を行った。特定行為研修修了者が1名では大きな効力を発揮しにくいだけでなく、負担になるだけかもしれない。幸い最適者が立候補した。これまで急性・重症患者看護専門看護師としてクオリティマネジメント科に所属し、NST（栄養サポートチーム）やRST（呼吸ケアサポートチーム）などで活躍し、多くの部署だけでなく医師からの信頼も十分であった。必要とされる部署に関しても、時間外勤務が多く業務のタスクシフトが望まれる心臓外科患者で開始することで、反対意見は出なかった。開始後は安全第一と手順の見直し、定期的な委員会の開催、包括指示を出す医師のみならず、看護師からの意見も聞き、マネジメントと仕組みづくりを行った。病院経営の点からは数値化することは難しいが、十分過ぎる成果を上げていると思われる。今後の課題としては、仕事が増えすぎていること、それに1人目の大車輪の活躍が逆に2人目以降の立候補にプレッシャーをかけている可能性がある点などである。

特別講演

[SL2] ICU専従医が思う魅力ある ICUとは—一人では何もできなかった—

座長:松岡 さおり(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

2022年6月11日(土) 13:50 ~ 14:40 第1会場 (国際会議場 メインホール)

Zoomはこちら

---

[SL2-01] ICU専従医が思う魅力ある ICUとは—一人では何もできなかった—

○松田 憲昌<sup>1</sup> (1. 小倉記念病院麻酔科・集中治療部)

13:50 ~ 14:40

13:50 ~ 14:40 (2022年6月11日(土) 13:50 ~ 14:40 第1会場)

## [SL2-01] ICU専従医が思う魅力ある ICUとは-一人では何もできなかった-

○松田 恵昌<sup>1</sup> (1. 小倉記念病院麻酔科・集中治療部)

演者は、以前は教育病院に所属し、複数名が ICUで専従業務を行っていた。当施設に移り、所謂一人専従という形で ICU業務を開始することになった。実体験を交え、なぜ ICUが魅力的でなくてはならないかを考えてみた。医療を行うにはまず、患者の存在は当然として、例えば医師、看護師などの、特定の職種のみでは成立しない。重症度が高く、患者背景も多岐にわたる ICUでは、必要な職種やその人数が多数必要である。医師に関して考えると、集中治療学会の専門医研修施設では、医師は8ベッドあたり1名の専従がのぞましいとされる。特定集中治療室管理料1/2を算定している施設への聞き取りでは2018年度で80%の施設で医師が専従で勤務しているとされる。ただ、特定集中治療室管理を算定はしていないが、集中治療を行っている施設も全国には相当数あるが、専従医師がいる施設は少ないと思われる。看護師に関して考えると、看護師は120万人以上、その内病院で働く看護師は60%程度である。本学会員は1600名以上と聞き及ぶ。集中治療部設置のための指針2022年版では、1日の平均で患者 1.5人に対して看護師 1人以上の割合で勤務していることを推奨するとある。2020年度 ICU機能評価委員会調査では平日日勤帯の看護師の配置の中央値は病床 1床に 1人であったとされ、一見、集中治療に関与している人数は充足しているかに思える。しかしながら、施設によっては集中治療加算で可能な看護師の配置で業務を行っている施設もあり、ましてや、集中治療加算を取得していない施設では、看護師がより少ない人数のみが配置されていると想定される。医師、看護師のみならず、他の医療スタッフや事務スタッフなども同様で、充足には道半ばである。現状で日本において、ICUでは、医療スタッフが充足しているとは考えにくく、また、施設間でかなりの差が生じていると思われる。働き方改革推進や医療スタッフ配置の適正化のためにも、病院の統合などが話題になることがあるが、いまだ進んで居るとは言い難い。ICUでは、医療スタッフの人数が少ないのみではなく、様々なストレスによりバーンアウトが多い職場であることも示唆されている。診療報酬などで集中治療に適正な評価が必要なのは当然だが、たとえ、適正な評価がされたとしても、ICUが働く者にとって魅力があり、あらゆる職種がそこで働きたいと思う状態でなければ人を集める事は困難である。ICUでの魅力とは一体どんなものであろうかを考え整備していくことが、ICUが今後も発展していくためには、重要と思われる。



特別講演

## [SL3] ICUナースに知ってほしい緩和ケア

座長:田中 雄太(東北大学大学院医学系研究科)

2022年6月11日(土) 14:20 ~ 15:50 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

---

### [SL3-01] がん患者に対する緩和ケア：概念と質の評価

○宮下 光令<sup>1</sup> (1. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野)

14:20 ~ 15:05

### [SL3-02] 実践！クリティカルケアの中でも緩和ケア

○石上 雄一郎<sup>1</sup>、吉野 俊平<sup>2</sup> (1. 飯塚病院 連携医療・緩和ケア科、2. 飯塚病院 集中治療科)

15:05 ~ 15:50

---

14:20 ~ 15:05 (2022年6月11日(土) 14:20 ~ 15:50 第6会場)

## [SL3-01] がん患者に対する緩和ケア：概念と質の評価

○宮下 光令<sup>1</sup> (1. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野)

キーワード：緩和ケア、終末期

2020年に全国の救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師を対象に行われた調査では「WHOにおける緩和ケアの定義」を「知っている」と回答した割合は32%、「少し知っている(42%)」「あまり知らない(18%)」「全く知らない(6%)」であった。私はこの調査による緩和ケアの定義の認知度は決して低くはないと思う。それは看護基礎教育の成果でもあり、救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師の皆様がよく勉強されているということかもしれない。

がん領域では2007年のがん対策基本法施行後がん診療連携拠点病院の整備、診療報酬の充実、調査・研究など多くの施策が実施され、大きな進歩が得られた。看護では拠点病院では緩和ケアチームの設置および専門資格を持つ看護師が専従になることが義務化されたこと、看護師のみの面接で診療報酬が獲得できる「がん患者指導管理料(口)」が新設されたことなどが大きな進歩として挙げられる。

最近の緩和ケアのトピックは(すでに10年前になるので最近でもないが)、緩和ケアは必ずしも終末期だけのものではなく、再発・転移が発見された時点から専門的緩和ケアが介入することによりQOLが向上するだけでなく、生存期間を伸ばす可能性がある論文が発表され、「早期からの緩和ケア」が推進されるようになったこと、疼痛やその他の症状に対する新しい薬剤がいくつも上市されたこと、一時は6%程度まで低下したがん患者の自宅死亡率が13%程度まで上昇したことなどである。

そして、最も最近の大きな進歩が、緩和ケアの非がん疾患の拡大である。世界的には緩和ケアは疾患を問わないものであるが、わが国では現実的に「がんと少数のAIDS患者」を対象とするものであった。それが、2018年に「がんとAIDS」に限られていた一般病棟における緩和ケアチームの1回の診療当たり200点の診療報酬を請求できる「緩和ケア診療加算」に「心不全」が追加された。長らく「がんとAIDS」に限られていた緩和ケアを非がん疾患に拡大する嚆矢が放たれ、今後の展開が議論されている。

私はいままで主にがん領域における緩和ケアの質の評価に関する研究を行ってきた。本講演では、がんに対する緩和ケアの基本的事項から、緩和ケアの質の維持・向上に対する取り組みなどに関する研究を紹介する。その後、石上先生や司会の先生とクリティカルケア領域における緩和ケアのあり方について議論したい。

私がいままでクリティカルケア領域の看護師と接してきた印象は「とにかく行動力がある」「速い」「熱意がすごい」である。クリティカルケア領域の緩和ケアはがん領域が何十年かけて達成してきたことを、短期間で達成でき、それを凌駕する可能性も秘めていると思う。

---

15:05 ~ 15:50 (2022年6月11日(土) 14:20 ~ 15:50 第6会場)

## [SL3-02] 実践！クリティカルケアの中でも緩和ケア

○石上 雄一郎<sup>1</sup>、吉野 俊平<sup>2</sup> (1. 飯塚病院 連携医療・緩和ケア科、2. 飯塚病院 集中治療科)

キーワード：緩和ケア、コミュニケーション

緩和ケアというどのようなイメージをお持ちでしょうか？治療でできないことがない・最期にモルヒネを流される・死を待つだけという印象を持たれている人が多いかもしれません。最近では、がん以外の患者さんも、場所を問わず、より早い段階から緩和ケアを提供しようという方向に変わってきています。緩和ケアとは病気に伴う心と体の痛みを和らげて、患者と家族のQOLを上げることです。救急医療の中でも緩和ケアを提供することが最近重要視されています。筆者は元救急医で3年前に緩和ケア医に転身しました。救急医は目の前の人を助けるのが仕事ですが、残念ながら助からない人がいるのも事実です。たとえ身体が助けられなくても、心は助けられるようになりたいという思いで取り組んでいます。救急医療と緩和ケアは一見正反対に見えるかもしれませんが、しかし、命の危機に瀕している患者さんのためにできる限りのことをするという視点では心は同じです。当院で

は、救急集中治療部と連携医療緩和ケア科で定期的に勉強会を行っております。どんな過ごし方が目の前の患者さんにとって最もよいただろうか？どのような治療で“こんなはずじゃなかった”を避けられるだろうか？と真剣に向き合っています。当院におけるICUにおける緩和ケアの実践について紹介いたします。また、ICUナースに知ってほしい緩和ケアについてもお話します。緩和ケアの重要な要素として、症状緩和、社会資源の調整、コミュニケーションがあります。海外のICUでは緩和ケアと集中治療の統合が進んでいます。その中で最も重要なことがICU看護師のコミュニケーションと言われています。ICU看護師こそが共同意思決定を促す中心的な立場にあります。特にIMPACT-ICU(Integrating Multidisciplinary Palliative Care into the ICU)という取り組みが非常に有用です。これはベッドサイドの看護師を訓練および支援することにより、緩和ケアをICUに統合するためのコミュニケーションスキルトレーニングプログラムです。ICU看護師が行う3つのコミュニケーションについて紹介されています。1 看護師-家族の会話 2看護師-医師の会話 3 家族会議での看護師の役割 としてどのようなことが期待されるかについてご紹介します。

特別講演

## [SL4] クリティカルケアは病院収益にどのような意味をもたらすか

座長: 丹山 直人(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

2022年6月11日(土) 14:50 ~ 15:50 第1会場 (国際会議場 メインホール)

Zoomはこちら

---

### [SL4-01] クリティカルケアは病院収益にどのような意味をもたらすのか

○木澤 晃代<sup>1</sup> (1. 日本看護協会)

14:50 ~ 15:50

14:50 ~ 15:50 (2022年6月11日(土) 14:50 ~ 15:50 第1会場)

## [SL4-01] クリティカルケアは病院収益にどのような意味をもたらすのか

○木澤 晃代<sup>1</sup> (1. 日本看護協会)

キーワード：クリティカルケア、医療の質

近年の医療制度改革や地域医療構想により、病床機能の分化、連携を進めるための施設整備や、医療従事者の確保・養成等について施策が図られている。クリティカルケアは、高度で集中的な治療介入や、医療機器の管理、最重症の患者ケアという観点から、高度な臨床判断に基づく看護技術が必要である。その特殊性から、十分な人員の確保に加え、専門的な能力を有する看護師の配置が求められている。このように高度急性期においては、医療資源投入量が多く、高コストになる構造となっている。医療は診療報酬の影響が大きいいため、経営的な視点が重要であり、空床を極力減らし、稼働率を上げること、平均在室日数の最適化、施設基準の算定率の増加、高難度手術件数の増加、長期入室患者の減少などを指標として効率的なベッドコントロールが必要である。これを達成するためには、医療の質を上げることが重要なポイントである。高難度の手術を受けた患者が合併症の発症がなく予定通り回復していくためには、看護師の細部にわたるケアが重要であるが、緊急入院の場合や、患者背景によってケアの方法は個別性があり、予測的にかつ早期に介入する必要がある。合併症の発症は、ICU AW(ICU-acquired weakness)やせん妄の発症など離床が遅れることによりリハビリも遅れ在室日数の長期化による収益の減少ばかりでなく、患者の予後や社会復帰に大きな影響を及ぼす。そのためクリティカルケアには、早期からRST(Respiration Support Team),NST, Nutrition Support Team),RRS(Rapid Response Team),ICT(Infection Control Team),PUT(Pressure Ulcer Care Team)などといった横断的チームによる総合的な介入によって患者の回復過程に大きく貢献している。

一方で、一人の患者に多職種が集中的に関わることによって、それぞれの職種の専門性の主張から「患者にとっての最善」に対する意見の相違は散見されることであり、それぞれが考える「患者にとっての最善」のベクトル合わせを行う必要がある。これからの調整のキーパーソンとなるのは、クリティカルケアの専門的な教育を受けた看護師が最適である。ベッドコントロールに関しても患者の回復状態を多角的な視点で判断し、診療科間や看護師間の調整、患者家族や情報共有によって円滑な移動につながる。また患者家族の満足度も医療の質の重要な視点である。特にクリティカルな状況では、患者の医療依存度が高い状態であり、家族間の心理的距離や精神的、経済的な負担も大きいいためケア介入は重要である。クリティカルケアに携わる看護師は、やりがいがある一方で生命維持装置の管理や、患者の生死に近いことに関連する極度の緊張が持続することによって喪失感や無力感を感じ、職務を継続することが困難な場合も少なくない。勤務環境の調整や働き方の多様化など、持続可能な労務管理が必要である。また、クリティカルケア領域の看護師が自立的に職務ができるまでには時間を要するが、段階的な教育によって技能を取得する仕組みがあることによって、看護師が安心して働くことができ、ひいては患者の安全に繋がる。

このようなことから、医療機能の高度化や増床といったハード面の整備だけではなく、それを活用する医療人材の育成、連携強化といったソフト面を整え、医療の質を上げることが地域に求められる病院となり、結果的に収益に貢献することにつながるといえる。

特別講演

## [SL5] クリティカルケア領域における感染対策

座長:高見沢 恵美子(関西国際大学)

2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:00 第1会場 (国際会議場 メインホール)

Zoomはこちら

---

### [SL5-01] COVID-19の感染対策（特にクリティカルケア領域において）

○忽那 賢志<sup>1</sup> (1. 大阪大学大学院医学系研究科 感染制御学講座)

09:00 ~ 10:00

09:00 ~ 10:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:00 第1会場)

**[SL5-01] COVID-19の感染対策（特にクリティカルケア領域において）**○忽那 賢志<sup>1</sup> (1. 大阪大学大学院医学系研究科 感染制御学講座)

キーワード：COVID-19、ICU、SARS-CoV-2

成人の COVID-19感染者の約3~4割は無症候性感染者とされるが、発症者の潜伏期は約5日（オミクロン株では3日）でありインフルエンザ様症状を呈する。嗅覚障害・味覚障害は新型コロナウイルス感染症に特異度の高い症状であるがオミクロン株では頻度が低くなっており、ますます臨床症状だけでの診断が困難となっている。発症者の約2割が発症から7~10日目に重症化するのが典型的な経過である。高齢者や基礎疾患を持つ患者、肥満などがリスクファクターである。新型コロナウイルス感染症は、発症後しばらくの間はウイルスが増殖しており抗ウイルス薬が有効と考えられ、また重症化してくる頃には過剰な炎症反応が主病態となる。したがって、病期を適切に捉えた上で、抗ウイルス薬と抗炎症薬とを組み合わせることが重要である。2022年3月時点で国内承認されている抗ウイルス活性を持つ薬剤にはレムデシビル、カシリビマブ/イムデビマブ、ソトロビマブ、モルヌピラビル、ニルマトレルビル/リトナビルが、抗炎症薬にはデキサメタゾン、バリシチニブ、トシリズマブがある。また凝固異常も病態に関わっていることから、ヘパリンなどの抗凝固薬を併用することも一般的となっている。新型コロナウイルス感染症は、飛沫感染および接触感染によって広がるが、いわゆる3密と呼ばれる空間で伝播しやすいことが分かっている。国内で承認となっている新型コロナワクチンは3種類あり、2022年3月現在は主に2つの mRNAワクチンの接種が行われている。いずれも極めて高い感染予防効果が示されており、また第5波における致死率の低下に寄与したと考えられる。一方で、オミクロン株に対する感染予防効果は大幅に低下しており、また高齢者においては重症化予防効果も時間経過によって低下することから、ブースター接種によって再び感染予防効果・重症化予防効果を高める必要がある。

クリティカルケア領域での感染対策で特に問題になるのは、気管挿管などのエアロゾル手技、個人防護具の着脱、ゾーニングなどによる感染リスクである。一方で、すでに重症化した患者の感染性は発症前後の時期よりも低いということも分かっており、過剰な感染対策にならずに適切に行うことが重要である。

また、個人防護具の着用のための弊害もある。血液培養採取時のコンタミネーションの増加や、耐性菌伝播のリスク増加なども明らかになってきている。

---

特別講演

## [SL6] クリティカルケア領域の未来予想図 -AIと遠隔 ICUと看護の可能性-

座長:江川 幸二(神戸市看護大学)

2022年6月12日(日) 12:00 ~ 13:00 第10会場 (総合展示場 G展示場)

Zoomはこちら

---

### [SL6-01] クリティカルケア領域の未来予想図 – AIと遠隔 ICUと看護の可能性

○高木 俊介<sup>1</sup>、横山 暢幸<sup>1</sup>、出井 真史<sup>1</sup>、柏木 静<sup>1</sup>、横瀬 真志<sup>1</sup>、辻 杏歩<sup>2</sup>、青山 祥太郎<sup>2</sup>、田端 篤<sup>3</sup>、南部 雄磨<sup>3</sup>、藤吉 弘巨<sup>4</sup> (1. 横浜市立大学附属病院 集中治療部、2. 横浜市立大学医学部、3. 株式会社 CROSS SYNC、4. 中部大学 工学部 ロボット理工学科)

12:00 ~ 13:00



12:00 ~ 13:00 (2022年6月12日(日) 12:00 ~ 13:00 第10会場)

## [SL6-01] クリティカルケア領域の未来予想図 – AIと遠隔 ICUと看護の可能性

○高木 俊介<sup>1</sup>、横山 暢幸<sup>1</sup>、出井 真史<sup>1</sup>、柏木 静<sup>1</sup>、横瀬 真志<sup>1</sup>、辻 杏歩<sup>2</sup>、青山 祥太郎<sup>2</sup>、田端 篤<sup>3</sup>、南部 雄磨<sup>3</sup>、藤吉 弘巨<sup>4</sup> (1. 横浜市立大学附属病院 集中治療部、2. 横浜市立大学医学部、3. 株式会社 CROSS SYNC、4. 中部大学 工学部 ロボット理工学科)

キーワード：AI、遠隔診療、遠隔ICU、画像解析

高齢化が進む本邦では、合併症を持った重症患者の増加が予想され、重症系病床のニーズは高まっていく。一方で、重症系病床に従事する集中治療医は不足しており、遠隔診療や AIを用いた診療支援に期待が寄せられている。横浜市立大学附属病院では複数施設と連携して遠隔 ICUによる診療支援を開始した。遠隔 ICUでは50人以上の患者を同時に観察するため、患者の選定が必要になる。選定した重症患者に対してプロトコルなどの導入などを含めて標準治療の提供を行なっている。現状の遠隔 ICUでは看護師によるマニュアルでの患者選定を行なっているが、より効率的に行うために AIやビッグデータの活用が望まれる。当院の取り組みとして、患者選定に関連する患者の意識レベルの自動化を手掛けている。現状、患者の意識や鎮静レベルは看護師のマニュアルによる観察で評価をされている。しかし、日々刻々と容態が変化する複数の重症患者へのマニュアルでの判断には限界がある。そのため、意図せぬチューブやカテーテルの事故除去などのインシデントが絶え間なく生じている。こうした患者の多くは事前に不穏な行動の兆候が出ている。しかし、看護業務の負荷から、患者観察絶え間なくし続けることは困難である。こうした状況を解決するために、ICUベッド上に設置したカメラで収集した動画を AIで解析することで自動的に患者の意識レベルを判定するアルゴリズムの開発をおこなっている。意識レベルの判定には、AVPU (Alert, Verbal, Pain, Unresponsive)による評価を用いた。AIを用いて構築したアルゴリズムと看護師による評価を比較したところ、83%の一致率であった。現在、眼の開閉に加えて危険行動を察知する姿勢分析、興奮した不穏行動に関連する大きな動きを加速度分析などで解析している。今後、AI、ビッグデータの活用が進んだ先には、遠隔 ICUの世界も変わってくる。現状の課題であるマニュアルでのトリアージを AIがサポートすることで、刻一刻と変化する複数患者の複数情報を AIが解析をして、重症度判定を繰り返し、医療従事者に共有する。それにより、早期発見、治療介入が可能になる。遠隔 ICUに従事する看護師も患者のトリアージから、患者の看護ケアや現場スタッフとのコミュニケーションに重点を置くことが可能となる。これが集中治療領域での AI活用の意義と思われる。

招聘講演

## [IL1] 患者と家族の心をケアする共感的コミュニケーションの基礎

座長:山勢 善江(湘南医療大学/大学院)

2022年6月11日(土) 11:10 ~ 12:10 第1会場 (国際会議場 メインホール)

Zoomはこちら

---

### [IL1-01] 患者と家族の心をケアする共感的コミュニケーションの基礎

○古宮 昇<sup>1</sup> (1. カウンセリング・ルーム輝 (かがやき))

11:10 ~ 12:10

11:10 ~ 12:10 (2022年6月11日(土) 11:10 ~ 12:10 第1会場)

**[IL1-01] 患者と家族の心をケアする共感的コミュニケーションの基礎**○古宮 昇<sup>1</sup> (1. カウンセリング・ルーム輝 (かがやき) )

キーワード：心のケア、共感、コミュニケーション

医療者の皆さんはとくに、患者さんの役に立ちたい、という気持ちの強い方が多いのではないかと思います。それだけに、役に立てないのは辛いことです。苦しむ患者さんや、不安にさいなまれているご家族を目の前にして、治すことができないし、不安や苦しみを取り除いてラクにしてあげることができないとき、その無力感は辛いものでしょう。役に立てないどころか、患者さんから「あなたに何が分かるんだ！」とか「そんな治療はするものか！」「役立たず！」と怒られたりするのは、お持ちの方もおられるでしょう。目の前で、不安、悲しみ、絶望感などに苦しむ患者さんやご家族の苦しみを治せないとき、私たちに何ができるでしょう。私たちが本当に辛く苦しいとき、もっとも救いになるのは、ただ、その辛さ、苦しさを誰かが分かってくれること、そういうときがあります。例えば、あなたが大失恋をしたとします。悲しくて、寂しくて、不安で、怒りもいっぱい、苦しくてたまらない。そのあまりに辛すぎる気持ちを、思い切って人に話します。そのとき相手にできる最大のサポートは、前向きなアドバイスでも気休めでもなく、あなたの苦しみ、辛さを分かってくれて、一緒にいてくれることかもしれません。仮にあなたが「辛くて悲しくて、布団に入っても、なぜフラれたんだろう、何が悪かったんだろう、自分はどうなるんだろう、とぐるぐる考えてしまう・・・悲しくて悲しくて・・・」と打ち明けたとします。もしそのとき相手から、「そんなふうに思う必要はないよ」とか「もっといい人が見つかるから大丈夫だよ」と言われたり、「なぜうまく行かなかったか、よく反省して、原因を考えて、次からはうまく行くようガンバロー！」と前向きに言われたりしたら、どう感じるでしょう。さらには「抗うつ薬を出すよ」だったら(！?)

そんな応答をされると、いっそう辛くなったり、「やっぱり分かってもらえないんだ」と孤立感を強めたりするかもしれません。私たちは、本音を語ったときにそれを分かてもらえないと傷つきます。医療者の責任の1つに、指導すること、知識を与えることがあり、それはとても大切なことです。しかし医療者のみなさんが患者さんの心の苦しみに対応するとき、それではうまく行かないこともあるでしょう。ときに、患者さんや家族の苦しみに寄り添い、一緒にいること、それが最善のケアになることがあるかもしれません。心理師の私が思う心のケアとは、「心の異常な人を治して正常にするもの」ではなく、誰にもある人間らしい弱さをケアし、心の成長を支えるものです。そんなケアをするときにおこなうことの一つとして、共感的に話を聴く傾聴があります。傾聴とは、「相手を救おうとせず、気持ちをラクにしようとしてせず、相手を変えようともせず、相手の気持ちをなるべく相手の身になって理解し、理解したことを言葉で返す」ことです。傾聴をさまたげる最大の要因は、聴き手が、無力感、絶望感、不安、悲しみなど辛い感情に耐えられず、感情から逃げようとすることです。傾聴するには、自分の無力さを引き受け、無力感に耐えることが必要になります。それは決して楽でも簡単なことでもありません。次のような応答は傾聴になっていません。「うん、うん、そうですか。でも、そんなことはないですよ。」傾聴は一生かけても極められないどこまでも奥の深い営みですが、この講演でそのやり方の基礎をお伝えします。この講演ではさらに、「心のケアとは、異常を治すことではなく成長をサポートすること」について理解を深めていただけるお話と、医療者の燃えつきを防ぐためのご提案もしたいと思います。

招聘講演

[IL2] 米国の ECMO療法最前線 – ECMOスペシャリストからのメッセージ –

座長:道又 元裕(Critical Care Research Institute (CCRI) )

2022年6月11日(土) 14:50 ~ 15:50 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

---

[IL2-01] 米国の ECMO療法最前線 – ECMOスペシャリストからのメッセージ –

○ピーターソン 由紀<sup>1</sup> (1. Michigan Medicine, University of Michigan, ECMO Program)

14:50 ~ 15:50

14:50 ~ 15:50 (2022年6月11日(土) 14:50 ~ 15:50 第3会場)

## [IL2-01] 米国の ECMO療法最前線 – ECMOスペシャリストからの メッセージ

○ピーターソン 由紀<sup>1</sup> (1. Michigan Medicine, University of Michigan, ECMO Program)

キーワード：ECMO、ECMOスペシャリスト

2009年に、インフルエンザ H1N1の流行により、成人における ECMOの使用が、脚光を浴びました。テクノロジーの発展により ECMOを簡便に使用できるようになり、また ECMO使用患者の生存率も上がり、ECMOは、稀な治療ではなくなりました。そしてまた、今回の COVID-19によるパンデミックでは、ECMOという言葉が、テレビなどのメディアでも紹介されるなど、一般的にも知られるようになったと思います。

ECMOというものが身近になったとはいえ、かなりの侵襲的な治療法であることには変わりありません。今回、アメリカにおける、ECMOスペシャリストの仕事内容や、患者管理の実際、ケアのポイントなどをアメリカのコロナ事情なども交えてお伝えしたいと思います。

しかしながら、この2年間、パンデミックということで、色々規制を強いられたり、クリティカルケア看護師として、患者の家族がベッドサイドにいない寂しい最後を看取るなど、色々な辛い思いがあったかと思います。また、さまざまなことが、世界各地で起きており、世界中で、かなりの医療者が、燃え尽き症候群になっていることは、明らかです。ですので、ここは、あまりシビアにならず、リラックスモードで、アメリカの ECMO、看護事情をご紹介できればと思います。

教育講演

## [EL1] クリティカルケア看護師のワークエンゲージメントを高める

座長:春名 純平(札幌医科大学附属病院)

2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:00 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

Zoomはこちら

---

### [EL1-01] クリティカルケア看護師のワークエンゲージメントを高める

○卯野木 健<sup>1,2</sup> (1. 札幌市立大学看護学部、2. 手稲溪仁会病院)

10:00 ~ 11:00

10:00 ~ 11:00 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:00 第3会場)

## [EL1-01] クリティカルケア看護師のワークエンゲージメントを高める

○卯野木 健<sup>1,2</sup> (1. 札幌市立大学看護学部、2. 手稲溪仁会病院)

キーワード：ワークエンゲージメント、看護管理

さて、「ワークエンゲージメント」なるお題をもらった私は多少、混乱している。ワークエンゲージメントとは、仕事に関連するポジティブで充実した心理状態（Wikipedia）ということらしい。なるほど、雰囲気はわかる。しかし、私は看護師長の経験はあれど、看護管理学を専門としているわけではないし、ファーストレベルも受講していない。ただ、看護師長時代は、どうやって、スタッフに楽しく働いていただけるか？を常に考えていたことは事実だ。なので学術的なことでなくとも、なにか語ることは可能であろう。仕事で考えると複雑になるかもしれない。草野球に例えてみよう。「草野球に関連するポジティブで充実した心理状態」を作り出すにはどうしたらよいのだろうか。まずは、やはり試合に出れたほうが良い。みんなに認められたい。こういうことが満たされると、ポジティブ方向に向かうだろう。今まで8番だったのが4番に抜擢されたら、緊張しつつも期待に答えようとするだろう。前日の素振りも力が入ったものになる。これ、看護で例えると、優秀な看護師として認められることだろう。周囲のスタッフから、あるいは医師から、上司から、あるいは何かの資格を取得する、も同じかと思う。また、試合に勝つほうが負けるよりもポジティブだろう。うまく急変の予兆を見つけた、患者を助けることができたり、喜んでもらえた、などもそうだが、質の指標が向上した、はチームで行う分、勝った気がするだろう。また、仲間がいることも重要だ。喜びや悔しさを共有できる仲間がいるから、次の試合に向けた練習にも前向きに取り組める。「草野球エンゲージメント」はこのように作り出すことが可能かもしれない。え？草野球はそもそも好きな人がやっているわけで、仕事としての看護は必ずしもそうじゃなかったりするから難しいんじゃないの？と思ったあなた、良い質問ですね。この答えは一緒に考えようじゃありませんか。

教育講演

## [EL2] 看護師に知っておいてほしい栄養療法のポイント-窒素バランスを看護に活かす-

座長:藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院)

2022年6月11日(土) 12:20 ~ 13:20 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

Zoomはこちら

---

### [EL2-01] 看護師に知っておいてほしい栄養療法のポイント -窒素バランスを看護に活かす-

- 中村 謙介<sup>1,2</sup> (1. 帝京大学医学部 救急医学講座、2. 日立総合病院 救急集中治療科)  
12:20 ~ 13:20



12:20 ~ 13:20 (2022年6月11日(土) 12:20 ~ 13:20 第3会場)

## [EL2-01] 看護師に知っておいてほしい栄養療法のポイント -窒素バランスを看護に活かす-

○中村 謙介<sup>1,2</sup> (1. 帝京大学医学部 救急医学講座、2. 日立総合病院 救急集中治療科)

キーワード：栄養療法、窒素バランス、タンパク質

窒素バランスは体全体における日々の窒素のインとアウトの差を計算することで体タンパク質の変化を間接的に評価する、医学的に古来よりある評価手法である。そのインは栄養摂取でありタンパク質におよそ16%の窒素が重量として含まれること（窒素係数6.25を算出）、アウトは主に尿から排泄される（他に糞便や体液など）と考え、例として以下の様な計算式で算出をする：窒素イン {投与タンパク質(g)÷6.25 (g)} - 窒素アウト {尿中窒素排泄量 (尿中 UN濃度×尿量) ÷0.8+0.031×体重(kg)}。なお計算式には様々な算出方法が提案されており施設で一律の基準で評価することが重要である。窒素バランスは多くの limitationを含有しその測定値で一喜一憂することは危険であるとも言える。しかし一通りの limitationを知識として抑え日々の臨床における参考とすることは現在でもなお栄養療法に大きな意義として貢献する。すなわち、窒素バランスは筋肉量の日々の増減としてとらえることが可能なため、昨今重要視される PICSや ICU-AWのモニタリングに他ならないし、栄養療法の直接のアウトカムの一つと考えることができる。そして何より、窒素バランスの概念を知ること、実際に窒素バランスを計算せずとも患者の同化と異化を把握し、適切な栄養療法とそれを効率化する栄養療法以外の算段（例えば早期リハビリテーションなど）を模索することが可能となる。今こそ我々は窒素バランスの概念を勉強しなおし臨床に活かすべきなのである。本講演では窒素バランスの概念と計算、limitationをわかりやすく勉強した上で、日々の栄養療法やICUケアに窒素バランスを活かす方法に関して、急性期栄養療法×リハビリテーションの観点を中心にお話したい。なお、栄養計算と窒素バランス計算が簡便に行えるスマートフォンアプリを作成し、Android用 iPhone用ともに無料で公開しているので、是非ダウンロードして御使用いただきたい（本講演で計算を指南するので、御聴講いただける方は前もってダウンロードしておいていただけると幸いです）。

教育講演

## [EL3] クリティカルケア看護実践能力を磨くためのリフレクション

座長:明神 哲也(東京慈恵会医科大学)

2022年6月11日(土) 13:30 ~ 14:30 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

Zoomはこちら

---

### [EL3-01] クリティカルケア看護実践能力を磨くためのリフレクション

○宇都宮 明美<sup>1</sup> (1. 関西医科大学看護学部・看護学研究科)

13:30 ~ 14:30

13:30 ~ 14:30 (2022年6月11日(土) 13:30 ~ 14:30 第3会場)

## [EL3-01] クリティカルケア看護実践能力を磨くためのリフレクション

○宇都宮 明美<sup>1</sup> (1. 関西医科大学看護学部・看護学研究科)

キーワード：看護実践能力、リフレクション、思考発話

看護実践能力の要素として、知識、技術、実践的思考力があるとされている（池西）。また、看護実践能力は、臨床判断能力とも表現され、タナーは臨床判断モデルとして、「気づき」「推論」「実践」のプロセスを示している。臨床判断モデルではその能力の向上について、実践のプロセスの中で省察するリフレクション・イン・アクションと、実践後の省察であるリフレクション・オン・アクションの重要性を示している。リフレクションは、経験学習モデルを基盤とした考え方で、知識の習得やスキルトレーニングのような学習方法ではなく、経験したことを振り返ることで、知識と臨床実践を結びつけて考え、判断力を養い、次の実践に結びつけていくものである。リフレクションは、自ら行うことも可能であるが、多くの新人看護師はリフレクション能力を持たないため、先輩看護師の力を得て、リフレクションを行うことが望ましい。このためには、先輩看護師がリフレクションを促進する能力を身につけなければならない。今回は、思考発話（発問）という方法によるリフレクションについて説明し、臨床での活用方法についても提言したいと思う。

教育講演

## [EL4] クリティカルケアにおける安全文化の作り方

座長:茂呂 悦子(自治医科大学附属病院)

2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:00 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

---

### [EL4-01] クリティカルケアにおける安全文化の作り方

○濱本 実也<sup>1</sup> (1. 公立陶生病院)

09:00 ~ 10:00

09:00 ~ 10:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:00 第6会場)

## [EL4-01] クリティカルケアにおける安全文化の作り方

○濱本 実也<sup>1</sup> (1. 公立陶生病院)

キーワード：安全文化、Safety-I、Safety-II

医療において安全の担保が重要であることは、言うまでもありません。臨床では、安全を確保するために様々な取り組みが行われていますが、マニュアルの整備やスタッフの教育は、この代表的なものかもしれません。一方で、安全文化の醸成には時間がかかります。また、方向性を誤るとスタッフのストレスだけを蓄積することにもなりかねません。特に、命と直結するケアや管理を行うクリティカルケア領域においては、とりわけ事象を重くとらえる傾向が強くなると感じています。たとえば、点滴を固定したあとの確認で、ルートが屈曲していたとします。部署によっては「気を付けようね」で終わるかもしれませんが、私の知るICUでは、多分こう言います。「もしカテコラミンだったら、大変なことになっていたよ」確かに、小さなミスが大きな事故につながる可能性を考えて指導することは非常に重要です。ただ、小さなミスも決して許さないという環境は、安全文化の醸成を考えると、逆にマイナス面もあります。では、どうやって安全文化を作っていけばよいのでしょうか？この答えを探すため、代表的な安全のアプローチである Safety-I、Safety-IIについて少しおさえておきたいと思えます。

突然ですが、私は自転車で通勤をしています。小学校3年生の時に自転車の免許（当時は小学校が出していたのです）を頂いてからこれまで、事故になりそうな局面を何度も経験しています。Safety-Iの考え方は、自転車に問題がなくマニュアル通りの手順でミスなく運転できていれば、事故は起こらないという考え方に立脚しています。でも、実際は危うい目に何度もあっています。それは、風が強くて通常の運転ができなかったり、籠の荷物が重たくてハンドルをとられたり、雪が降って道路が滑ったり、そんな状況の変化によってもたらされました。ここで、Safety-Iの考え方で、対策を立ててみたいと思えます。まず、自転車の整備として、雨用のタイヤ、風が強い時の抵抗を軽減する工夫、雪の時のチェーン、籠が重い時の補助機能、または加重制限などを検討する必要があります。また、運転上の注意点やテクニックについて、雨風台風雪霰とあらゆる環境の変化に対応できるようマニュアルを作成しなければなりません。勿論、それぞれのバージョンでの運転訓練も欠かせません。ただ、ここまでしなければ安全に乗れないとなると、ちょっと現実的ではないかもしれませんね。少なくとも小学校3年生で免許をもらうのは無理そうです。では、Safety-IIではどう考えるのでしょうか？私がこれまで、事故になりそうな局面を回避できたのは、自転車の運転だけでなく、状況判断能力を含めて調整能力を持っていたからだと考えます。状況の変化に柔軟に対応できているから、安全に乗れているというわけです。

このように、Safety-Iは失敗や問題が関心の対象になりますが、Safety-IIではできていることや、うまくいっていることが関心の対象となります。臨床では、この2つのアプローチをバランスよく活用することが、安全文化を作るために重要だと考えています。今回、Safety-I、Safety-IIと実現に必要な4つの能力について紹介しながら、安全文化の作り方について、少々私見も交えながら、まとめていきたいと思えます。

教育講演

## [EL5] 知っておきたい人材育成の基礎知識

座長:林 みよ子(静岡県立大学)

2022年6月12日(日) 12:10 ~ 13:10 第9会場 (総合展示場 F展示場)

---

### [EL5-01] 知っておきたい人材育成の基礎知識

○矢野 博史<sup>1</sup> (1. 日本赤十字広島看護大学)

12:10 ~ 13:10

12:10 ~ 13:10 (2022年6月12日(日) 12:10 ~ 13:10 第9会場)

## [EL5-01] 知っておきたい人材育成の基礎知識

○矢野 博史<sup>1</sup> (1. 日本赤十字広島看護大学)

キーワード：教育の困難性、因果プラン、教育における理論の働き

「教えることは難しい」、多くの人がそう考えています。何を隠そう大学教師としての私もその一人です。最近ではコロナ禍という追い打ちもあって、教えることの難易度はさらに上がったと思わざるを得ません。私たちはこの「教育の困難性」とどのように向き合っていけばよいのか、この点について皆さんと一緒に考えていきたいと思えます。

私自身が教育の困難性から逃れられないと述べましたが、一方では、教育学者のひとりとして、その困難性から抜け出す術を求められる立場でもあります。辻褄の合わないことになっています。結論を先取りするなら、困難性は解消されるのではなく、引き受けるしかないものだと考えています。

もし教えることの困難性から抜け出すことができるとすれば、思い通りの教育を可能にする方法を見つけ出すしかないように思われます。ところが教育方法の完成版への探究は、たとえば紀元前4世紀頃にメノンという若者がソクラテスに問いかけた言葉にすでに始められています。二千数百年以上も前に始まった探究がいまだに続いているのです。

一方で、ルーマン(Luhman 2002/2004)という社会学者は、「テクノロジー欠如」こそが教育の特性なのだと言い切ります。「テクノロジー欠如」とは、要するに「熱いお湯(目的)を得たかったらヤカンに水を入れて火にかければよい(手段)」といった、いつでもどこでも妥当する一連の「目的-手段」の手続きは、教育に関しては存在していないということです。困難性は教えるという営みに内在している不可避の特性だと捉えられています。

しかし、「テクノロジー欠如」を指摘する一方で、ルーマンは教育者が経験の中で身につけた実践知には一定の意義があるとします。「こんな場合はこうすればうまくいくことがある」という経験知をルーマンは「因果プラン」と呼んでいます。この「因果プラン」によって教育実践は導かれているというのです。こうしてみると結局、ルーマンも“理論的なもの”に一定の意義を認める立場をとっていることになります。

ただし、ここからが重要です。ルーマンは、「因果プラン」が教育の成功を保障するものではない以上、それは常にバージョンアップされなければならないと考えます。教育者が常にバージョンアップに取り組む態度のことをルーマンは「アクラシア(Akrasia)」という言葉で表現しています。教育者としては忘れずにいたい言葉、心がけたい態度です。そして、この「アクラシア」こそが「教育の困難性」の引き受け方だといえます。

当日は、この「アクラシア」を進めるための事項を2点ほど確認していこうと考えています。一つ目は「リフレクション(reflection)」です。よく知られているように、「リフレクション」は経験に由来する私たちの学習をモデル化して提示するものです。教育者としての自己創出=熟達を可能にするこの「リフレクション」は「アクラシア」そのものであると言っても過言ではありません。

次に二つ目は、「因果プラン」のバージョンアップに欠かせない「理論」の働きについてです。「理論」には、「結果の予測」、「事実の説明・解釈」、「現象の整理」、「仮説の母体」になるという働きがあります(國分1980)。「テクノロジー欠如」の中で「理論」を語るという齟齬を勘案しながら「理論」によって教育実践に実りがもたらされる様子をお示ししたいと考えています。

### 参考文献

- ・Luhman,N.(2002)/村上淳一(2004).社会の教育システム.東京大学出版会.
- ・國分康孝(1980).カウンセリングの理論.誠信書房.

教育講演

## [EL7] 終末期ディスカッション -担当医が患者中心の判断をしていないと感じた時どうする？-

座長:小泉 雅子(東京女子医科大学)

2022年6月12日(日) 13:10 ~ 14:10 第10会場 (総合展示場 G展示場)

Zoomはこちら

---

### [EL7-01] 終末期ディスカッション-担当医が患者中心の判断をしていないと感じた時どうする？-

○則末 泰博<sup>1</sup> (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

13:10 ~ 14:10



13:10 ~ 14:10 (2022年6月12日(日) 13:10 ~ 14:10 第10会場)

## [EL7-01] 終末期ディスカッション-担当医が患者中心の判断をしていないと感じた時どうする？-

○則末 泰博<sup>1</sup> (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

キーワード：患者中心の意思決定、病院文化、4分割表

「予定手術なので撤退はあり得ない」、「治療を中止したら問題になるかも知れないから中止できない」、「今までこうしてきたから今回もこうする」、「高齢患者にこんな侵襲的な治療はあり得ない」、「一度挿管したら二度と抜けないかも知れないので挿管はしない」など、救急・集中治療領域では患者の意思や価値観とは無関係な要素により、患者が望まないことが予想される治療が継続される状況や、助かったはずの患者が見捨てられる状況が日々発生している。このような状況で最も倫理的なジレンマを感じるのは、医師ではなく、患者のベッドサイドで最も多くの時間を過ごすナースであろう。本講演では、担当医が患者中心の判断をしていないと感じる状況で何が出来るのかについて考察する。

教育講演

## [EL6] ガイドラインをクリティカルケア看護の実践に活かす

座長:清村 紀子(大分大学)

2022年6月12日(日) 13:10 ~ 14:10 第1会場 (国際会議場 メインホール)

Zoomはこちら

---

### [EL6-01] ガイドラインをクリティカルケア看護の実践に活かす

○河合 佑亮<sup>1</sup> (1. 藤田医科大学病院 看護部)

13:10 ~ 14:10

13:10 ~ 14:10 (2022年6月12日(日) 13:10 ~ 14:10 第1会場)

## [EL6-01] ガイドラインをクリティカルケア看護の実践に活かす

○河合 佑亮<sup>1</sup> (1. 藤田医科大学病院 看護部)

キーワード：診療ガイドライン

日本医療機能評価機構のEBM普及推進事業（Minds）によると、診療ガイドラインは「健康に関する重要な課題について、医療利用者と提供者の意思決定を支援するために、システマティックレビューによりエビデンス総体を評価し、益と害のバランスを勘案して、最適と考えられる推奨を提示する文書」と定義されています。この定義から分かるように、診療ガイドラインは看護師にとって金科玉条のごとくそのすべてに従うべきものではなく、看護師の意思決定（看護実践の判断）を支援するものであり、看護師が看護目標を達成するための看護計画の中に診療ガイドラインの推奨等を意識的に適用することでその真価が発揮されます。

例えば、日本版敗血症診療ガイドライン2020（J-SSCG2020）ではCQ10-3において、Light sedationを行うことは、Deep sedationと比較して人工呼吸器装着期間が約2.5日短縮すること等がシステマティックレビューで示唆され、弱く推奨されています（GRADE 2C：エビデンスの確実性＝「低」）。看護師は人工呼吸器管理中の成人重症患者に対して、人工呼吸器の早期離脱を看護目標に、CQ10-3を根拠にLight sedationの実施について医療チームに提案することを看護計画に組み込みました。一方で、前日から循環作動薬の使用量が漸増しており、臨床上的懸念がある場合には、看護師はLight sedationの非実施について医療チームに提案することを看護計画に組み込むかもしれません。これらはいずれも診療ガイドラインの看護実践への活用であり、人工呼吸器の早期離脱を目指した看護です。診療ガイドラインにおける推奨の強さは、エビデンスの確実性、利益と不利益のバランス、価値観や好み、コストや資源の4つの基準によって規定されるため、その推奨度は実質的には連続的なグラデーションであり、「白」または「黒」のように二項対立で捉えるのは不適切とされています。診療ガイドラインにおける「弱い推奨」は「白め淡い灰色」であり、行わない場合もありますが、行うことを奨められることが多い介入で、全体で見れば、益が害を上回る可能性が高く、しかし、患者によっては害のほうが強く生じることもありうる。と説明されています。そのため、患者の目の前にいる看護師がしっかりと考えて、看護目標の達成のために当該診療行為を適用する必要性を判断し、必要と選択した場合には医師の指示に基づいて実施するというのが、診療ガイドラインを看護実践に活用するための最も重要なポイントになると考えます。そしてこのポイントをおさえることができれば、エビデンスに基づいた質の高い看護実践の実現はもとより、看護師が自らのケアを価値あるものとして評価できることにも繋がり、クリティカルケア看護を一層楽しむことができるようになることが期待されます。

本講演ではJ-SSCG2020を中心に診療ガイドラインの見方を解説し、看護実践への活用について症例を通して見ていきます。

---

シンポジウム

## [SY1] ルーティンケアの変遷

座長:植村 桜(地方独立行政法人 大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター)、安藤 有子(関西医科大学附属病院)

2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:30 第8会場 (総合展示場 E展示場)

---

### [SY1-01] 排泄ケアの変遷

- 露木 菜緒<sup>1</sup> (1. Critical Care Research Institute (CCRI) )  
10:00 ~ 10:25

### [SY1-02] 体位変換の変遷～腹臥位におけるケア～

- 小池 真理子<sup>1</sup> (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院)  
10:25 ~ 10:50

### [SY1-03] 睡眠への援助を考える

- 平良 沙紀<sup>1</sup> (1. 福岡大学病院)  
10:50 ~ 11:10

### [SY1-04] モビライゼーション

- 増田 博紀<sup>1</sup> (1. 社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院)  
11:10 ~ 11:30

10:00 ~ 10:25 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:30 第8会場)

## [SY1-01] 排泄ケアの変遷

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

キーワード：陰部洗浄、陰部清拭、陰部清拭用ワイプシート、便失禁ケアシステム

従来の排泄ケアは、微温湯とボディソープを使用した陰部洗浄方法が一般的である。クリティカルケア領域では、膀胱留置カテーテルを使用している患者や下痢を繰り返している患者も多く、陰部洗浄は日常のケアとして頻繁に行われている。

陰部洗浄は、物品準備から後片づけまで、その業務に多くの時間と労力を要する。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の懸念事項が多い。さらに、下痢便による頻繁な皮膚汚染や、オムツで浸軟された皮膚へ繰り返される陰部洗浄は、皮膚トラブルも頻発する。このように排泄ケアは、看護師の労力、患者の感染管理、皮膚トラブルと種々の問題を抱えている。

そこで、昨今の排泄ケアは、陰部を洗浄しないケアへ変遷しつつある。まず、陰部清拭用ワイプシート「ピュレル シュアステップ パリケア」を用いた陰部清拭である。本製品は、1処置1パッケージ使い切りのワイプシートで、保湿剤を含むため皮膚保護効果も期待できる。さらに、持続的難治性下痢患者へは、直腸ヘドレナージチューブを挿入する「便失禁ケアシステム」による便のドレナージである。本製品は、バッグに貯留した便の性状や量を観察でき、バッグ毎破棄できる。このような排泄ケア製品の活用は、飛沫感染リスクや陰部の皮膚保護、看護師の労力低下を実現している。

以上、排泄ケアの観点からルーティンケアを見直せるように、本シンポジウムの話題提供としたい。

10:25 ~ 10:50 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:30 第8会場)

## [SY1-02] 体位変換の変遷～腹臥位におけるケア～

○小池 真理子<sup>1</sup> (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院)

キーワード：体位変換、腹臥位、皮膚障害

重症肺炎に対する腹臥位療法の効果については以前から有効性が示されている。COVID-19流行後、人工呼吸器管理が必要となった重症呼吸不全の患者に対して、腹臥位療法が多くの施設で実施されるようになり、腹臥位への反転をサポートする器具が複数のメーカーより発売されている。腹臥位療法を実施するに当たっては、患者の状態から呼吸・循環動態の変化、チューブトラブル、皮膚障害など様々なリスクが伴う。また、実施の方法については安全管理上から、実際の患者へ実施する前に練習が必要である。当院でも COVID-19流行の第1波より重症肺炎患者への腹臥位療法を実施している。長時間の腹臥位療法ではチューブトラブル、皮膚障害の回避のため患者の体型やチューブ位置に合わせたポジショニングが重要となる。当院では COVID-19流行の第4波より腹臥位反転及び体位維持をサポートする器具（以下、器具 A）を導入し、腹臥位療法を実施した。器具 Aはチューブ類への干渉が少なく体位維持ができる、肥満患者の腹臥位反転時にスタッフの身体的負担を軽減できるといったメリットがあるが、器具 Aを使用し腹臥位療法を数回実施すると皮膚障害が問題となった。皮膚障害はポジショニング枕使用時にも問題となったが、器具 Aでは支持基底面積が少ないため患者の身体と器具接触面の体圧が高くなり腹臥位中に30分～1時間毎に除圧を実施していても皮膚障害を防ぐことができなかった。また、器具を使用する上で関係するスタッフでの回練習が複数回必要となるが、当院ではチームの医師が週単位で入れ替わることなどから練習ができず、限られたスタッフしか器具 Aの使用ができなかった。さらに、器具自体が重く持ち上げにスタッフの身体的負担が生じること、器具が大きく保管の場所が必要となるなどの課題があり、器具 A導入前に使用していたポジショニング枕を使用した方法へと戻った。しかし、導入した器具 Aは決して安価なものではないため、使用する患者の選定や使用中の看護ケアについて検討し器具を活用していく必要がある。

---

10:50 ~ 11:10 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:30 第8会場)

## [SY1-03] 睡眠への援助を考える

○平良 沙紀<sup>1</sup> (1. 福岡大学病院)

キーワード：睡眠障害、睡眠評価

集中治療室 (Intensive care unit: ICU) に入室している多くの重症患者は、睡眠障害を体験している。ICU患者の睡眠障害の特徴は、頻回の睡眠の分断、浅い睡眠の増加と徐派睡眠や REM睡眠の減少・消失、概日リズム障害などが報告されている。その要因には、痛みや不安、照明や騒音などの様々な因子があげられ、夜間の睡眠の質の低下をきたしている。

2018年米国集中治療医学会は、鎮痛・鎮静・せん妄管理ガイドラインの改訂版で、不動・睡眠を加え、早期リハビリテーションと睡眠障害の予防と管理のための臨床診療ガイドラインを提唱している。それ以降、睡眠への援助の必要性を感じ、様々な因子に対してや非薬理的・薬理的など多角的な介入について検討されている。睡眠の働きは、一般的に脳と身体を休めることでエネルギー消費の減少、エネルギーの備蓄、組織の修復、代謝・免疫機能の最適化の役割があり、重症患者において睡眠を整えることは重要である。

看護師は、照明や音を調節し、ケアを積極的に日中に集中させるなど、夜間の睡眠環境を整える多角的な取り組みをしている。しかし、夜間眠れているように感じられる患者からも「あまり眠れていない」といった訴えを聞くことが多い。人工呼吸管理を受けている患者は深い鎮静により終始閉眼しており、一見眠っているように評価され、看護師が主観的に評価する睡眠と、患者の自覚する睡眠の質の評価は一致しないと言われている。また、各施設における鎮静評価の標準化が進んでいる中、看護師の判断は、浅い鎮静に向けた鎮静薬の積極的な減量には至っておらず、患者の状態は過鎮静の傾向にある。「鎮静=睡眠」といった睡眠導入を目的とした間違った認識のもとで鎮静剤の増減が行われていることも要因のひとつと考える。また、夜間に実施される看護ケアが患者の睡眠に影響を与える環境因子の一つであると指摘されており、睡眠を中断する看護ケアにはバイタルサイン測定や気管吸引、体位変換などが挙げられている。何気なく実践している看護ケアが睡眠障害の因子となりうることや集中治療後症候群 (Post-Intensive Care Syndrome: PICS) への影響を踏まえ、ルーチンケアは睡眠を中断させてまで本当に必要なケアであるか再度見つけ直す必要があるのではないかと考える。

当院のICUで心臓血管外科術後患者を対象に、主観的睡眠評価として日本語版 RCSQ・PSQI、客観的睡眠評価として Actigraphを用いて研究を行った。その結果、Actigraphでは睡眠の深さを測ることはできないが、総睡眠時間は正常範囲であるが、覚醒回数が多く、睡眠が分断されており、浅い睡眠が多いことは容易に推測され、熟眠感を得る睡眠とは言えない状況が窺えた。しかし、日本語版 RCSQによる主観的睡眠評価は、せん妄などの問題が内包されており、客観的な睡眠評価と異なる結果であった。また PSQI評価では、睡眠障害はICU入室中だけにとどまらず、ICU退室時や退院時にも持続しており、長期的な QOLの低下に影響を及ぼす可能性が伺えた。ICUでの睡眠評価には限界があり、患者の状況に応じた観察評価の方法を検討した上で、非薬理的・薬理的介入の検討を行う必要がある。

---

11:10 ~ 11:30 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:30 第8会場)

## [SY1-04] モビライゼーション

○増田 博紀<sup>1</sup> (1. 社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院)

キーワード：早期リハビリテーション、ルーティンケア

クリティカル領域におけるリハビリテーションは、Post intensive care syndrome (PICS) とされる身体機能、認知機能、精神機能の維持・改善において大きな役割を果たす。近年、その重要性は高まっており、2018年からは特定集中治療室で「早期離床・リハビリテーション加算」が導入され、本年度からは特定集中治療室以外の治療室においても算定が可能となる。リハビリテーションでは「早期介入」が重要であり、不動による筋の変性や筋量の減少が始まるとされている疾患の新規発症、急性増悪または手術から48時間以内の早期に介入を開始し、その後2~3週間は介入を強化する。

集中治療における早期リハビリテーションガイドラインにおいて、安全かつ効果的に早期リハビリテーションを提供するための看護師の役割として、適応の判断と準備を高める援助、患者教育と心理的援助、多職種連携の調整、安全性の配慮、早期リハビリテーションとしての日常生活行動の支援が求められている。さらに、体位を変える・座る・立つ・歩くなど負荷を伴う運動実施だけではなく、食事・更衣・整容・排泄などの基本的日常動作や、読書・テレビ鑑賞・家族と過ごすなどの患者のニーズに応じた日常生活動作を早期リハビリテーションの一部として支援することが示されている。

クリティカル領域では、患者状態が不安定であることや人工呼吸器・補助循環装置など医療機器が使用されていることから、リハビリテーションの実施には多くのマンパワーを要する。集中治療室におけるリハビリテーションは、理学療法士を中心に提供され、看護師はその環境や多職種間の調整役を担っている施設が多いのではないだろうか。そのため、理学療法士が不足する環境でのリハビリテーション提供体制には課題が生じやすい。最も患者に接する機会が多い看護師が、一定の水準を保ちつつリハビリテーションを提供できる体制を構築しておくことは患者に大きな利益となると考える。しかし、看護師のリハビリテーションに対する認識不足があることも否定できない。クリティカルケアに関わる看護師には様々な知識が必要であるが、薬剤や医療機器などの治療に関する知識に比べて、リハビリテーションに対する知識を十分に有する看護師は少ないと認識する。一方、集中治療領域で働く理学療法士のミニマムスタンダード作成を目的とした調査では、理学療法士には、専門的知識以外に集中治療に関わる治療やケアを広く理解しておくことが求められている。

職種間の技能に差はあるが、早期リハビリテーションを多職種協働によるシームレスケアとして安全で効果的に患者へ提供することは、クリティカルケアにおいて優先されるべきであると認識する。リハビリテーションと聞くと、患者を離床させた歩行や端座位訓練を想起されやすいが、身体機能だけでなく、呼吸機能や認知機能などを維持・改善・再獲得するために、様々な方法から患者に合わせた適切な方法を選択することが重要である。リハビリテーションが理学療法士の専門領域として定着してきた今、看護師が積極的、かつ主体的にリハビリテーションに参画するには、看護師の教育・業務整理だけでなく、多職種で協業するための情報共有を効率的に行う方法を見出すことが必要になる。そのため、医療者が十分に確保できない環境において、一定の水準を維持したリハビリテーションを提供するためにできる手技や情報共有について考察したため報告する。

シンポジウム

## [SY2] 特定行為関連看護師のタスクシフティング・タスクシェアリング -働き方はどう変わったか-

座長:溝口 裕美(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)、塚原 大輔(株式会社キュアメド)

2022年6月11日(土) 11:30 ~ 12:50 第9会場 (総合展示場 F展示場)

### [SY2-01] 認定看護師と診療看護師の資格認定を持つ、特定行為関連看護師の活動の実際

○西村 基記<sup>1</sup> (1. 国立病院機構 北海道医療センター)

11:30 ~ 12:00

### [SY2-02] 特定ケア看護師の5年間の働き方の変遷とこれからのミッション -集中治療室から地域支援に向けて-

○畑 貴美子<sup>1</sup> (1. 横須賀市立うわまち病院)

12:00 ~ 12:25

### [SY2-03] 救急医療の現場での診療看護師の意義を見出す

○後小路 隆<sup>1</sup> (1. 社会医療法人陽明会 小波瀬病院)

12:25 ~ 12:50



---

11:30 ~ 12:00 (2022年6月11日(土) 11:30 ~ 12:50 第9会場)

## [SY2-01] 認定看護師と診療看護師の資格認定を持つ、特定行為関連看護師の活動の実際

○西村 基記<sup>1</sup> (1. 国立病院機構 北海道医療センター)

キーワード：タスクシフティング

少子高齢化の進展や医療技術の高度化等により大きく変化する医療サービスは、医療計画制度により変革している。平成21年に、「チーム医療を推進するため、日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携の在り方等について検討を行う」ことを目的に「チーム医療推進会議」が発足され議論が進められた。看護師は、あらゆる医療現場で診察・治療に関連する業務から療養生活の支援に至る幅広い業務を担っており、チーム医療のキーパーソンとして役割が大きい。医療提供体制の改革から「2025年問題」に対応するべく平成27年に特定行為に係る看護師の研修制度が始まった。研修修了者は4393人に上り、研修機関も増加している。研修修了生が患者に関わる事でADL評価が有意に高かったと報告が出ており、今後の活動成果が期待される。特定行為に係る看護師の研修内容は、多くが急性期に必要な内容である。クリティカルケア領域の看護師は、さまざまな医療現場で侵襲的な治療場面に対応し、病態判断能力を必要とする。私は主にICUでの看護活動後、特定行為区分38行為21区分を取得し、現在の施設で就業している。当施設には、5人の診療看護師が在籍し、研修機関として認定看護師の特定行為の研修が始まっている。

本シンポジウムでは、特定行為関連看護師としての活動の実際を報告しながら、今後の方向性について検討したい。

---

12:00 ~ 12:25 (2022年6月11日(土) 11:30 ~ 12:50 第9会場)

## [SY2-02] 特定ケア看護師の5年間の働き方の変遷とこれからのミッション —集中治療室から地域支援に向けて—

○畑 貴美子<sup>1</sup> (1. 横須賀市立うわまち病院)

キーワード：特定行為研修、タスクシェア、働き方改革

私は、集中ケア認定看護師としてICUやRST (Respiration Support Team)、RRS (Rapid Response System)、院内外の看護師指導など6年間活動後、特定行為研修を受講した。特定行為研修を受講する動機は「患者を待たせることなくスムーズに対応したい」と漠然と考えていた。

私が研修を受けた特定行為研修機関は、所属する施設の経営母体である地域医療振興協会が運営するものである。地域医療振興協会は、地域医療、僻地医療を支えることを理念としている。そのため2015年10月に「いつでも、どこでも、誰にでも」をモットーに活動できる看護師育成のため、特定行為研修を開始した。本研修は、特定行為21区分38行為を1年間かけて修了し、その後1年間自施設や僻地の診療所で臨床研修を行ない、実践能力を身につけている。その特定行為研修を修了した看護師を「特定ケア看護師」と呼称している。特定ケア看護師に求められている能力は、特定行為だけにこだわらず、その背景に必要なフィジカルアセスメント、臨床推論などを駆使して、患者に「ケア」と「キュア」の視点で関わり、地域医療に貢献できることである。

このような背景で特定行為研修を修了し、特定ケア看護師として5年間活動してきた。活動開始当初は、院内初の特設ケア看護師であったため周囲の理解も少なく、組織横断的な活動は困難であった。そのため、まずはICU内で集中治療医と一緒にICU回診や多職種カンファレンスに参加し、直接指示のもと活動していた。徐々にRSTやRRSの活動も通じて、院内への周知や後輩育成に繋がり、現在は組織横断的に活動することができている。これまでの活動期間中に、関連施設の医師が少ない病院から派遣要請があり、特定ケア看護師として他施設での活動も経験してきた。特定ケア看護師として活動する自分自身のビジョンは、当初ICUで活動し、急変予防や急変対応に特定行為研修で得た知識を生かしたいと考えていた。しかし、ICUでは医師がそばにいる環境であり、手順書を用いた特定行為を実践することはなく、直接指示で実施する環境である。医師が不足している施設で活動する経験

を経て、地域で活動する特定ケア看護師の働き方も考えることができた。特定ケア看護師が必要とされる地域で活動するためには、十分な指導を受け、実践力を身につけることも重要である。また一人だけでは地域に出て活動することは、継続的な支援としては不十分である。現在は特定行為研修の指導にも関わり、後輩育成を急務として活動している。

本シンポジウムでは、私が経験してきた5年間の活動から得た学びと今後の課題を報告、検討していきたい。

---

12:25 ~ 12:50 (2022年6月11日(土) 11:30 ~ 12:50 第9会場)

## [SY2-03] 救急医療の現場での診療看護師の意義を見出す

○後小路 隆<sup>1</sup> (1. 社会医療法人陽明会 小波瀬病院)

キーワード：診療看護師、救急外来、タスクシフティング・タスクシェア

日本 NP教育大学院協議会では、診療看護師は、患者の QOL 向上のために医師や多職種と連携・協働し、倫理的かつ科学的根拠に基づき一定レベルの診療を行うことができる看護師と定めている。現在、救急外来を中心に初期対応、診療の補助的に医行為の実施や救急看護師とともに看護実践や診療の補助を行い、教育的立場も担っている。その他、救急科を含めた医師からの依頼を受け、入院中の患者さんの PICCの挿入や気管切開チューブや胃瘻交換など組織横断的にも活動している。単純に医行為を実施する、医師の業務の一部を担うことだけが、診療看護師の役割ではなく、医師、薬剤師等の多職種と連携・協働を図り、一定レベルの診療を自律的に遂行する。また、患者の「症状マネジメント」を効果的、効率的、タイムリーに実施することにより患者の QOLの向上を図り、個々の患者の症状に対応した「症状マネジメント」をタイムリーに実施していくことにより疾病の重症化等を防止し、患者の QOL の向上を図ることが役割であると考えている。「多職種との連携・協働」は診療看護師だけが行うものではなく、患者に関わるすべての職種が実施すべきことであり、患者の多様な問題に対して、医療に従事する多種多様なコメディカルが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供することが求められている。その中で、救急医療に従事する診療看護師は、患者さんにとってどのような役割が求められ、どんなアプローチが求められるか、未だ明確なものはなく、救急医療の現場で、診療看護師の役割と立場を明確にしていく必要がある。看護師としてファンダメンタルな部分は、救急医療で働く看護師と同様であるが、診療看護師としての独自の役割を明確化していくことが救急医療で働く意義を見出すことになると考えている。

今回、救急医療の実臨床の中で、診療看護師が働くことによってどのように現場が変化したのか、その変化がチーム医療を円滑に進める「連携・協働」となるのか、臨床の中で得た知見について発表したいと考えている。そのうえで、参加者の皆様と救急医療における診療看護師の意義について意見交換をいただき、今後の救急医療における診療看護師として活動のヒントになるような知見を得たいと考えている。

シンポジウム

## [SY3] 重症患者の症状緩和と看護

座長:片山 雪子(榊原記念病院)、大山 祐介(長崎大学生命医科学域保健学系)

2022年6月11日(土) 12:20 ~ 13:40 第1会場 (国際会議場 メインホール)

Zoomはこちら

### [SY3-01] クリティカルケアを受ける患者や家族は、何に苦しんでいるのか？

○加藤 茜<sup>1</sup> (1. 信州大学医学部保健学科)

12:20 ~ 12:40

### [SY3-02] 呼吸困難の評価と緩和へのアプローチ

○櫻本 秀明<sup>1</sup>、鳩崎 千絵<sup>2</sup>、卯野木 健<sup>3</sup>、岡本 菜子<sup>4</sup>、川崎 紋子<sup>4</sup>、下村 真一<sup>5</sup>、福井 美和子<sup>6</sup>、小林 俊介<sup>7</sup>、相川 玄<sup>2</sup> (1. 日本赤十字九州国際看護大学、2. 筑波大学附属病院 ICU、3. 札幌市立大学 看護学部、4. 日立総合病院 看護局、5. 筑波記念病院 ICU、6. 淀川キリスト教病院、7. 筑波大学附属病院 PICU)

12:40 ~ 13:00

### [SY3-03] せん妄を発症した患者の体験から緩和方法を学ぶ

○北山 未央<sup>1</sup> (1. 金沢医科大学病院)

13:00 ~ 13:20

### [SY3-04] 重症患者の抱える不安と恐怖

○星野 晴彦<sup>1</sup> (1. 国際医療福祉大学 成田看護学部)

13:20 ~ 13:40

---

12:20 ~ 12:40 (2022年6月11日(土) 12:20 ~ 13:40 第1会場)

## [SY3-01] クリティカルケアを受ける患者や家族は、何に苦しんでいるのか？

○加藤 茜<sup>1</sup> (1. 信州大学医学部保健学科)

キーワード：全人的苦痛、緩和ケア

クリティカルケアを受ける患者の多くは、疼痛や呼吸困難感、不眠、嘔気/嘔吐、便秘などさまざまな身体的苦痛を経験している。さらに、不安などの心理的苦痛、経済的基盤の喪失などの社会的苦痛、医療者に支配されている感覚や自己コントロール感の喪失などの尊厳が傷つけられるようなスピリチュアルな苦痛をも経験する。これらの苦痛は単独で存在する場合もあるが、多くは重複して生じる。そのため、医療者は患者が経験する苦痛を全人的に捉え、緩和に向けたケアを提供していく必要がある。

くわえて、近年ではICUサバイバーやPost-Intensive-Care-Syndrome(以下、PICS)、Post-Intensive-Care-Syndrome-Family(以下、PICS-F)という概念が確立し、世界各国で集中治療後の患者やその家族の追跡調査が行われている。日本の調査結果においては、約64%のICUサバイバーが身体的・心理(精神)的・認知的側面のいずれかにおいて機能低下を抱えているとされる。また、海外ではがんサバイバーと同様に、ICUサバイバーおよびその家族が集中治療後にFinancial Toxicityを抱え経済的に非常に困窮することも指摘されている。これらのことは、集中治療により生存にはつながったものの、その後の生活を営むことが困難な状況にあるサバイバーの存在を示す。

以上のような状況を踏まえ、現在世界的にクリティカルケア領域における緩和ケアの重要性が高まっている。世界保健機関(World Health Organization、以下 WHO)は緩和ケアを「身体的・心理的・社会的・精神的な側面から、生命を脅かすような疾患に関連した問題に直面する患者や家族のQOLを向上させるものである。」と位置づけている。さらに、「心血管疾患、がん、主要臓器不全、薬剤耐性結核、重度の火傷、終末期にある慢性疾患、急性外傷などを抱える患者、超低出生体重児、フレイルな高齢者などであっても緩和ケアを必要としている可能性があり、すべての治療段階で利用できなければならない」としている。つまり、患者が終末期であるかどうかにかかわらず、緩和ケアは提供されるべきケアであり、基本的クリティカルケアの一部として認識する必要がある(Fig.1)。

このシンポジウムでは、クリティカルケアを取り巻く緩和ケアの現状を示しながら、看護師が患者や家族の苦痛対しどのように向き合えばよいのかを共有したい。また、クリティカルケアナースが捉える患者・家族のニーズと患者・家族が抱えているニーズとのギャップ(アンメットニーズ)について、海外の報告を参考に皆さまと考察したい。

---

12:40 ~ 13:00 (2022年6月11日(土) 12:20 ~ 13:40 第1会場)

## [SY3-02] 呼吸困難の評価と緩和へのアプローチ

○櫻本 秀明<sup>1</sup>、鳩崎 千絵<sup>2</sup>、卯野木 健<sup>3</sup>、岡本 菜子<sup>4</sup>、川崎 紋子<sup>4</sup>、下村 真一<sup>5</sup>、福井 美和子<sup>6</sup>、小林 俊介<sup>7</sup>、相川 玄<sup>2</sup> (1. 日本赤十字九州国際看護大学、2. 筑波大学附属病院 ICU、3. 札幌市立大学 看護学部、4. 日立総合病院 看護局、5. 筑波記念病院 ICU、6. 淀川キリスト教病院、7. 筑波大学附属病院 PICU)

キーワード：呼吸不全、呼吸困難、RDOS

集中治療患者の呼吸困難は、人工呼吸を行っている患者の半数に見られ、強い苦痛であることが多い。また、非侵襲的人工呼吸を受けている患者では、呼吸器からの離脱の遅れ、挿管や死亡のリスクの増加と関連していることが報告されている。加えて、呼吸困難は評価できれば、その一部は呼吸器設定によっても緩和されることも報告されている。

その一方で、重症患者の30%近くは深鎮静や意識障害などによりコミュニケーションが困難であり、自己報告に

よる呼吸困難を訴えられない状況にある。そのため我々の研究チームにおいて、身体的および行動的徴候に基づく客観的呼吸困難感評価スケール Respiratory Distress Observation Scale (RDOS) の日本語版を作成し、このスケールの妥当性・信頼性を報告してきた。このスケールは、自己報告に代わる信頼性の高い有望な手段である。

重症患者に対し、これらの観察スケールを導入することで、コミュニケーションが困難な患者の呼吸困難に目を向け、人工呼吸器設定やオピオイド投与量等の調整などの緩和が行える可能性がある。加えて、現在までに集中治療領域で報告されている研究結果を概観し、我々にどのような症状緩和の手段があり得るのかを検討してみたいと考えている。

---

13:00 ~ 13:20 (2022年6月11日(土) 12:20 ~ 13:40 第1会場)

## [SY3-03] せん妄を発症した患者の体験から緩和方法を学ぶ

○北山 未央<sup>1</sup> (1. 金沢医科大学病院)

キーワード：せん妄予防、苦痛緩和、患者・家族の語り

2013年に PADガイドライン、2018年に PADISガイドラインが公表され多くの施設でせん妄評価、せん妄予防対策が実施されていることだろう。当院でも2016年からせん妄評価、せん妄予防バンドルを導入し7年が経過した。文献をもとにバンドルの内容を検討し、さまざまな取り組みを行ってきた。私たちはせん妄予防とせん妄から生じる苦痛が緩和できると信じ実践してきた。しかし、これらは常に看護師の視点で考えており、患者の立場になったとき、本当に苦痛が緩和できたかどうかを検討したことがなかった。

今回のセッションでは治療中にせん妄を発症し克服した患者とその家族の語りから、本当に効果的な緩和方法は何かについて考えていきたい。

---

13:20 ~ 13:40 (2022年6月11日(土) 12:20 ~ 13:40 第1会場)

## [SY3-04] 重症患者の抱える不安と恐怖

○星野 晴彦<sup>1</sup> (1. 国際医療福祉大学 成田看護学部)

キーワード：不安、恐怖、PTSD

本シンポジウムでは重症患者の不安や恐怖について解説する。不安は漠然とした葛藤的な恐怖に対する反応であり、精神疾患まで発展しない、誰もが経験する感情である。恐怖は対象が限定された脅威に対する反応である。先行研究は恐怖に関する報告は少ないものの、多くの重症患者を対象とした研究は、精神疾患である PTSDなどを対象としている。重症患者の不安、そして PTSDについて記述する。患者を ICU入室した過程で経験する精神的な苦痛は入室前・中・後に分かれる。苦痛は可能な限り除去する方が良いと思われるが、ICUの性質上、苦痛をゼロにすることは困難である。しかし ICUの入室に伴い感じた苦痛が、退室後に長期に継続することは避けたい。退室後の苦痛に対しては、外来などでフォローアップする方法が考えられるが、これらの効果が少ないとする報告もある[Oliver, 2018]。以上のこと、本学会に参加する方の特徴を踏まえ ICU入室に伴う長期的な苦痛に対して、ICU滞在中にどのようなことができるか考えていく。まずは発生率から記述する。いくつかの報告があるが、2018年フランスで行われた ICU退室1年後の1447名を対象とした報告では、不安が22%、PTSDが15%であった[Bastian, 2018]。この報告が数は以前のものと比較すると PTSD発症率が高く、研究離脱者が少ないことが関連しているかもしれない[Jackson, 2015]。これらの発生率を報告した研究の評価方法は不安を評価するツールは HADS-A・STAI・POMS、鬱は HADS-D・CES-D・BDI-II、PTSDは IES-R、PCL-Sなどが文献上で用いられている。症状の発生率を評価することは、行ったケア効果を知る上で最も重要なことである。同時に、長期的に症状を評価し続けるシステムの構築、マンパワーの確保は難しく、最大の壁とも考えられる。また苦痛の緩和のための方法について考えていくが確立した方策はない。一方で確実なことは倫理的な配慮がない環境では

苦痛を伴いやすいと考えられる。本セッションでは倫理的な配慮があった上でどのような対応が必要かを考えていく。不安やPTSDは精神的苦痛を伴うエピソードをともに発生することが知られている。これらの精神的苦痛を最低限にすることが必要である。一方でICUに入室したすべての患者が症状発症するわけではない。発症する患者の特徴として、人工呼吸器管理が長い患者、重症度が高い患者で発生することが知られている。これは精神的問題だけでなく、酸化ストレス、炎症、アポトーシス経路の活性化、および鎮静など身体的な影響が関与すると考えられているためである。そのため精神症状が緩和するためにも全身状態の緩和に対する介入が必要であると考えられる。全身状態の緩和はクリティカルケア看護師の得意な分野であり、新たな道具も必要としないため実践しやすいと考えられる。様々な方法が考えられるが、確立した方法としてABCDEバンドルが有効な可能性がある[Smith, 2021]。これらのフィジカルに関連した問題にアプローチした上で、非薬物的介入も効果的な可能性がある。ICUダイアリー、ミュージックセラピー、アロマ、リハビリテーションなどの非薬物的介入が症状を緩和させる可能性が報告されている[JW, 2018]。本シンポジウムは上記の内容について解説していく。

シンポジウム

## [SY4] 一歩進んだ PICSケア -患者が入院前の生活を取り戻すために私たちが ができること-

座長:木下 佳子(日本鋼管病院)、卯野木 健(札幌市立大学)

2022年6月11日(土) 13:10 ~ 14:50 第8会場 (総合展示場 E展示場)

### [SY4-01] PICSの概要について

○高橋 健二<sup>1</sup> (1. 地方独立行政法人山口県立病院機構 山口県立総合医療センター ICU)  
13:10 ~ 13:30

### [SY4-02] PICSメンタルヘルス障害に有効なケアはあるのか?

○春名 純平<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院)  
13:30 ~ 13:50

### [SY4-03] 古くて新しいせん妄ケア 私たちができること

○古厩 智美<sup>1</sup> (1. さいたま赤十字病院 高度救命救急センター-HCU)  
13:50 ~ 14:10

### [SY4-04] ICUサバイバーの身体障害の評価と対策

○對東 俊介<sup>1</sup> (1. 広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門)  
14:10 ~ 14:30

### [SY4-05] PICSアセスメントツールの開発と活用

○江尻 晴美<sup>1</sup> (1. 中部大学生命健康科学部保健看護学科)  
14:30 ~ 14:50

---

13:10 ~ 13:30 (2022年6月11日(土) 13:10 ~ 14:50 第8会場)

## [SY4-01] PICSの概要について

○高橋 健二<sup>1</sup> (1. 地方独立行政法人山口県立病院機構 山口県立総合医療センター ICU)

キーワード：PICS、PICSリスク因子、PICSの認知

近年、世界的な高齢化と合わせて、医療技術も進化を続けている。こうした現状の中、手術や内科的治療の適応拡大を受け、ICUで集中治療の対象となる患者も増加している。ICUで集中治療を受ける重症患者は、退院後も継続する身体的、精神的な障害により、社会復帰やQOLの維持が困難な状況となっている。その一因として注目されているのが、2012年に米国集中治療医学会で提唱された集中治療後症候群（post intensive care syndrome：PICS）である。PICSは、ICU在室中あるいはICU退室後、退院後に生じ、患者の長期予後に影響を及ぼす。主な症状は肺機能障害、神経筋障害、運動機能障害といった全般的な身体機能障害、実行機能障害、記憶障害、注意力障害といった認知機能障害、不安や急性ストレス障害、PTSD、鬱症状といったメンタルヘルス障害である。また、このメンタルヘルス障害は患者だけでなく家族にも発生し影響を及ぼすとされている（Needham DM et al.2012）（図）。PICSはICU患者の50~70%で発症するとの報告がされており（Myers EA et al.2016）、ICUを退室した多くの患者やその家族がPICSに悩まされている。PICSのリスク因子についても様々な研究がなされており、不動性や人工呼吸管理、敗血症、ARDS、低血圧、せん妄といった、ICUで頻繁に遭遇する疾患や治療、症状がPICSの因子とされている。このPICSに対して、ABCDEFHバンドルやICUダイアリーなどが推奨されており、日本集中治療医学会 PICS対策・生活の質改善検討委員会の報告（2019）では、回答者の92.1%がABCDEFHバンドルの一環である早期リハビリテーションに取り組んでいると回答している。しかし、PICSについての認知に関しては6割程度にとどまっている。他の研究でも回答者の内47.1%がPICSについて「知らない、聞いたことが無い」と回答している（江尻晴美 他.2019）。また、PICSに対しての看護支援に関する文献レビューでは、国内文献は無かったと報告されている。（江尻晴美 他.2021）本シンポジウムでは、皆様からのご意見を頂きながら、国内におけるPICSの認知拡大とPICSケアの発展に寄与できれば幸いである。

---

13:30 ~ 13:50 (2022年6月11日(土) 13:10 ~ 14:50 第8会場)

## [SY4-02] PICSメンタルヘルス障害に有効なケアはあるのか？

○春名 純平<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院)

キーワード：PICS

重篤な疾患にて集中治療の後、回復した患者の中には身体、認知、精神機能を生じたまま生活していることがある。このような集中治療後もなお続く身体、精神、認知機能障害のことを総称して、集中治療後症候群（post intensive care syndrome :PICS）と呼び、医療者の中でもよく認知されるようになってきた。その中でも、精神機能障害については、ICUサバイバーのうち約30%がうつと不安症状を有し、約20%の患者にPTSD症状が出現していることが報告されている。集中治療後の精神障害の予防と治療に関して、早期リハビリテーションやICUダイアリー、PICS外来、PICSに対する情報提供などが行われているが、未だ確証のある予防や治療の手段は確立していないのが現状である。私たちにできるPICS対策として、まず重要なことはPICSのリスク因子を理解することが重要である。集中治療後の精神障害のリスク因子には、女性、若年、教育歴、うつや不安神経症の既往歴などがリスク因子であることが言われている。最近行われた本邦における集中治療後の精神障害のリスク因子に関する報告の中には、ICUへの緊急入室が独立したリスク因子であることが示された。こうした、PICSのリスク因子を正しく理解し、医療者の共通認識としておさえる必要があると考えられる。次にこれまで試されたネガティブな結果となっているPICS対策について再考してみる必要がある。例えば、ICUダイアリーについては2019年にJAMAで報告されたRCTがよく知られているが、ICU患者のICU退室後3ヶ月後の精神障害に効果がないことが示されている。しかし、この研究では、PTSDのリスクとして言われている妄想的な記憶がある患者、ない患者も一緒に評価されている。したがって、ICU患者に対して全く効果がないと結論づけるのは時期尚早か



もしれない。また、近年 ICU管理において一般的になってきた、ABCDEFGHIJバンドルについても、ケアを束にして行うことで、精神障害を予防する可能性も秘めている。PICSについて正しく評価することも今後求められることであろう。現在、経時的に PICSについて調査している施設は少ないと思われるが、Hospital Anxiety and Depression Scale: HADSや Impact of Event Scale-Revised: IESRといった精神障害の一部を評価するためのツールは一般に公開されており、臨床現場でも評価が可能である。自施設の現状を理解することによって、より現実的な PICS対策が可能となるかもしれない。本シンポジウムにおいては、PICSの現状、リスク因子、私たち看護師にできることについて最新の文献を用いながら考える機会としたい。

13:50 ~ 14:10 (2022年6月11日(土) 13:10 ~ 14:50 第8会場)

## [SY4-03] 古くて新しいせん妄ケア 私たちができること

○古厩 智美<sup>1</sup> (1. さいたま赤十字病院 高度救命救急センター-HCU)

キーワード：せん妄ケア、ガイドライン、PICS、せん妄評価スクリーニング

私が、PICSを「ぴーあいしーえす」と言うようになったのは2014年の2月のことでした。PICSには、皆様ご存知のように、せん妄を含めた認知機能障害、身体機能障害、精神機能障害、そしてご家族への影響が含まれます。PICSについての関心が高まる昨今、その予防やケアには少なくともせん妄に対するケアと重なる部分が多数あります。

せん妄という言葉は、ラテン語で「溝から出る」、「錯乱する」という delirareに由来しているそうです。20世紀末に臨床に身を置いていたものとしては、せん妄を「ICU症候群」と呼び、心理的問題として捉えられ、性格特性に注目した研究があったことも記憶しております。

ICU症候群という用語を1つの例としても、歴史的に、急性期の精神機能障害を指す用語には、せん妄の他に脳症・急性脳障害・急性錯乱状態など用語が統一されておらず、研究データが取れない弊害があるだけでなく、私たちが医療を提供する際に、患者状態の伝達・検討する際のコミュニケーションにも影響があったと指摘されていきました。そのような経緯から、学会で用語のコンセンサスが提言されたのが2020年であったということも驚きでした。

せん妄は、昏睡に近いレベルの低下から激しい興奮まで覚醒度が大きく変化するだけでなく、妄想や幻覚・気分の変化などの症状を有する場合もあり、患者自身そしてケア提供側にも多大な苦痛を与える症候群として表現されています。せん妄の持続時間は数日~数ヶ月と幅広く、患者の背景や影響する危険因子は多岐にわたり、発症には複数の病因が関与していて、現在でも様々な研究がなされていますが、これから検証されるべき事柄が多い領域でもあるようです。

一方、Ely先生達が2001年に CAM-ICUを発表され、その後鶴田良介先生達が2007年に日本語版 CAM-ICUを発表されていらしたのに、私の勤務していた ICUで CAM-ICUを導入したのは2013年の時です。2014年にはわが国独自の医療体制を踏まえた J-PADガイドラインが発出され、せん妄はスクリーニングツールを使用しないと見逃されるということ、看護師がせん妄モニタリングを行うのに適しているということ等、看護師のせん妄ケアにおける役割の重要性について日本語で明記されたのは新鮮でした。2009年の日本集中治療医学会での調査では、人工呼吸器使用患者への CAM-ICU使用率は2~3%であった(2012)ところ、令和2年の調査(看護系学会等社会保険連合2019-2020年度研究助成成果 平成30年度診療報酬改定後の周術期病棟におけるせん妄・認知症評価の現状調査：古賀雄二)では、せん妄評価法(重複回答あり)では、ICDSC45.2%、CAM-ICU 57.7%、DST10.6%と、単純な比較はできませんが、クリティカルケア領域でのせん妄スクリーニングツールでの評価は、この10年でかなり広まってきていることは、皆様も感じられていると思います。

せん妄患者に対する介入は、2018年発出の PADISガイドラインで多角的非薬理学的要素の介入が提言されており、これらは今まで私たち看護師が基本的看護として認知していた行為が提示されました。併せて日本クリティカルケア看護学会せん妄ケア委員会せん妄ケアリスト ver1. (2020年)は、クリティカルケア領域における急性・重症患者看護専門看護師の実践を抽出し、その要素と J-PADガイドラインと PAIDSガイドラインの内容とを比較しリスト化したもので、より実践に即した内容となっていたと思います。クリティカルケア領域のせん妄の

知見は大きく動いておりますが、これを実践とするには、病棟・病院全体で行う必要があります。医療はチームで提供せざるを得ないので、どのように広めていくかについて、当院の例を出しながら皆様と検討できればと思います。

---

14:10 ~ 14:30 (2022年6月11日(土) 13:10 ~ 14:50 第8会場)

## [SY4-04] ICUサバイバーの身体障害の評価と対策

○對東 俊介<sup>1</sup> (1. 広島大学病院 診療支援部リハビリテーション部門)

キーワード：PICS

重症患者に生じる集中治療後症候群 (post-intensive care syndrome: PICS) の一つに、身体障害がある。身体障害は、認知機能障害や精神機能障害と同様に著しく生活の質 (Quality of life: QOL) を低下させるため、予防・管理すべき重要な問題である。2012年に出版された米国集中治療医学会のステークホルダーからの会議報告書の中には、PICSの身体障害として、肺機能障害、神経筋障害、身体機能障害の3つの要素が記載されている。各障害の概要と評価方法、主要なリスク因子、経過、管理の提案について解説する。また、最近の知見として Frailty についてと COVID-19 感染症による身体障害についても紹介する。

---

14:30 ~ 14:50 (2022年6月11日(土) 13:10 ~ 14:50 第8会場)

## [SY4-05] PICSアセスメントツールの開発と活用

○江尻 晴美<sup>1</sup> (1. 中部大学生命健康科学部保健看護学科)

キーワード：PICS、アセスメントツール、早期発見

集中治療後症候群 (post intensive care syndrome: PICS) の概念が提唱され、ICUで治療を受けた患者は、長期的なアウトカムも重視されるようになった。集中治療を受けた患者のICU退室後や退院後にも持続する運動機能低下や精神症状に対して、諸外国では多職種による継続的な支援が行われている (Egerod, 2013; Huggins, 2016)。しかし、国内ではまだこのようなシステムは構築されていない。さらに、国内では看護師の部署交代が定期的に行われることなどにより、ICU看護師のPICSに対する認知度は十分でないことが推察され (江尻, 篠崎, 2019)、PICSが見逃されている可能性がある。そこで我々は、ICUで治療を受けた患者が入院前の生活を取り戻すための継続的な支援システムの第一歩として、ICUで患者のPICSを早期発見するPICSアセスメントツールの開発を行った。まず国内外の文献検討を行い、アセスメントツールの構成と項目を明らかにした (江尻, 篠崎, 2020)。その後、ICU看護の専門家を対象とした調査で、項目ごと・項目全体の内容妥当性の検討を行い、内容妥当性 (CVI) を高めた。項目ごとの妥当性 (I-CVI) は、肯定的な回答の割合を算出して0.78以上を妥当とし、ツール全体の妥当性 (S-CVI) は0.90以上とした (Polit & Beck, 2008)。I-CVIを満たさなかった7項目を削除して、PICSのリスク9項目、PICS症状のチェック30項目、PICSへの対処32項目を採用した結果、S-CVIは0.902と内容妥当性が確認できた (江尻, 篠崎, 2021)。次に、評価者間信頼性と判定結果の一致度を検証した。看護師経験1年以上の看護師を対象に、動画と紙上事例患者をPICSアセスメントツールで評価して評価者間信頼性を検証した結果、 $\kappa$ 係数 (範囲) は0.58 (0.48-0.64) であり、判定基準 (平井, 2018) に基づき中程度の一致度が確認できた。一致度が低い項目は削除した (江尻, 篠崎, 2021)。最後に、実用可能性の検証として、4施設のICUにて48時間以上気管挿管をした昏睡でない患者を看護師が観察して、PICSアセスメントツールによる患者の評価を行った。評価の所要時間は $8.2 \pm 5.0$ 分で、96.6%が項目数は妥当であると回答し、87.9%は日常的に使用できそうであると回答した。カルテ記載及び研究協力者からの情報提供内容とアセスメントツールの記載の一致を確認したが、特に精神障害の確認ではカルテ記載や情報提供がなかった場面でも、患者の抑うつや不安症状についてPICSアセスメントツールへの記載が行われていた。以上より、本PICSアセスメントツールは信頼性と妥当性を確認したうえで実用可能性が確認できたツールである。段階的な開発過程を経たPICSアセスメ

ントツールは、48時間以上気管挿管しており鎮静スケール-1以上の患者を対象とし、看護師が入院後と毎日9時・21時にPICSのアセスメントを行う。PICSアセスメントツールの中で看護師が患者の情報や症状からチェックを入れる項目は、初回アセスメントとして6項目、毎回のアセスメントとして細項目を含めて32項目の計38項目とした。豆知識として、入院時・治療のリスクとPICS予防と悪化など43項目を示した。現在は1施設で試用中であり、看護師からの意見等をいただき、日常的に活用できるツールの作成を目指している。この機会に関心を持たれた方は是非ご連絡をお願いしたい。

シンポジウム

## [SY5] クリティカルケア領域における終末期ケアの質

座長:伊藤 真理(川崎医療福祉大学)、小島 朗(大原総合病院)

2022年6月11日(土) 14:10 ~ 15:40 第10会場 (総合展示場 G展示場)

Zoomはこちら

### [SY5-01] クリティカルケア領域の終末期に患者が抱える苦痛と向き合うケアの質とは

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

14:10 ~ 14:35

### [SY5-02] クリティカルケア領域における終末期患者の家族が抱える苦痛

○三須 侑子<sup>1</sup> (1. 自治医科大学附属病院 看護部)

14:35 ~ 15:00

### [SY5-03] クリティカルケア領域における終末期患者の意思決定支援の現状と課題

○森山 美香<sup>1</sup> (1. 島根県立大学看護栄養学部看護学科)

15:00 ~ 15:20

### [SY5-04] 「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」公表1年後の活用状況と実践状況

○加藤 茜<sup>1</sup>、田中 雄太<sup>2</sup>、木澤 義之<sup>3</sup>、山勢 博彰<sup>4</sup>、田戸 朝美<sup>4</sup>、立野 淳子<sup>5</sup> (1. 信州大学医学部保健学科、2. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻、3. 神戸大学大学院医学研究科内科系講座、4. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻、5. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

15:20 ~ 15:40

---

14:10 ~ 14:35 (2022年6月11日(土) 14:10 ~ 15:40 第10会場)

## [SY5-01] クリティカルケア領域の終末期に患者が抱える苦痛と向き合うケアの質とは

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

キーワード：患者の苦痛、終末期

クリティカルケア領域において、患者が意識障害を呈した状態から治療が開始されることは少なくない。そして発症・受傷後すぐに治療による救命が見込めない状態を宣告される場合もある。また、治療を開始したとしても、功を奏さずに終末期を迎えることもある。その間も、鎮痛・鎮静下での人工呼吸器管理となり、患者の意図を確認する術はごくわずかである。

このようなクリティカルケア領域の終末期における全人的苦痛は、身体的、心理・社会的、スピリチュアルな苦痛が存在する。これらの苦痛は顕在化していないこともある。

終末期に生じる身体的苦痛は、口渇や呼吸困難感、倦怠感など、比較的捉えやすい。身体的苦痛をスケールなどで評価することは可能な部分もある。そして、患者の身体的苦痛を緩和する介入は、ガイドラインなどの存在もあり積極的に実践している。しかし、不安や恐怖、気がかりなこと、役割喪失、寂しさ、特定の人に会いたいなどの心理・社会的苦痛は計り知れず、引き出すスキルと時間を要する。さらに、スピリチュアルな苦痛は、時間的猶予がなく捉えることが難しい。それは、将来や先を望めないこと、誰にもこの状況はわかってもらえない、自身が誰の役にも立てないというようなものである。治療を始めるか否かを決断することが不可能であったことも患者にとっては、苦痛とを感じる可能性がある。患者が心理・社会的、スピリチュアルな苦痛を感じているか否かをさまざまな情報から想像できても、どのような苦痛を感じているか、わからないままに最期を迎えることもある。

私たち看護師は、患者の物語を聞き、その物語を知ることが許されている。私たちが関わることのできる中から最善のものがいないか提案し、工夫することはできる。しかし、その提案や工夫が患者にとって満足できるものでなければ〈ケア〉として受け取ってもらえないと考える。患者のニーズを捉え、そのニーズに対する看護を実践し、その実践に対する反応一つ一つが患者からの評価となるかもしれない。それらを総じて終末期のケアの質と考えることはできないだろうか。また、「どのような終末期・最期を迎えたいか」と希望を把握すること、その希望に近づけることは可能であるが、「望んだものであったか否か」の評価は難しい。これらを実現するには、事前に患者が望むものを捉える必要がある。生命や心理的な危機的状況の中で、最期をどのように過ごしたいかを想像・推察すること、可能な限り確認することが望まれる。終末期ケアにおいてこのような過程が存在するか否かが、クリティカルケア領域の終末期ケアの質につながるのではないかと考える。シンポジウムの中で、それらをディスカッションできることを期待したい。

---

14:35 ~ 15:00 (2022年6月11日(土) 14:10 ~ 15:40 第10会場)

## [SY5-02] クリティカルケア領域における終末期患者の家族が抱える苦痛

○三須 侑子<sup>1</sup> (1. 自治医科大学附属病院 看護部)

キーワード：クリティカルケア領域、終末期、家族、苦痛

クリティカルケア領域の対象となる患者は、突然の疾病や外傷、慢性疾患の急性増悪、術後の重篤な合併症など急激かつ複雑な変化を来す急性重症患者が多い。救命や機能維持を目的として、あらゆる治療、看護などが集中的・多角的に行われる。しかし、最善の医療介入が行われても限界があり、救命困難と判断され、終末期に至るケースもある。クリティカルケア領域における終末期は、発症や受傷から、数時間あるいは数日という短い期間で迎えることも少なくない。我々看護師は、急性重症患者の心身のケアに尽くすと同時に家族のケアにも取り組んでいるが、限られた期間での関わりに困難を感じることもある。

クリティカルケア領域における患者の家族は、患者の生命危機を認識したり、非日常的な療養環境に応じたりせ

ざるを得ず、ストレスフルな状況におかれる。また、患者は鎮静や意識障害により、意思の表出が困難なことも多く、生命に関わる重要な意思決定は家族が代理で行うことになり、治療選択の葛藤、責任の重圧を抱えることもある。要因は様々であるが、ストレスフルな出来事により、家族は心理的な危機に陥りやすい。家族が、「頭が真っ白」と表現したり、同じ質問を繰り返したりするようなことを、よく経験するのではないだろうか。突然降りかかった患者の状況に動揺し、混乱や困惑を招き、正確に現状を認識することが難しくなりやすい。その結果、説明された情報処理が困難となり、過度の期待や悲観をもつ、ストレスに対する適切な対処行動がとれなくなる、などの反応が出る。ストレス反応としては、例えば、身体症状では、呼吸数の上昇、発汗、動悸、口喝、筋緊張、不眠などが現れ、精神症状では、不安や抑うつ、パニックなどが生じやすいといわれている。面会の時に、表情がこわばっていたり手を握りしめていたり緊張が強い様子がある、多弁あるいは無口、興奮を示す家族は少なくない。さらに、患者の死を意識した家族は、患者の喪失に対する強い悲しみや情緒的な苦しみを示す悲嘆反応も示す。悲嘆は正常な反応であるが、急性重症患者の終末期に特徴的な「予期していない死」は、家族の精神健康状態の悪化に影響し、死別後の複雑性悲嘆のリスクになるといわれている。悲嘆は、家族自身が悲嘆作業に取り組むことによって、心の整理を行い、時間とともに悲しみに適応していく作業である。一方で、複雑性悲嘆は家族自身だけの対処では乗り越えられず、重い精神症状や社会的な機能低下、日常生活に支障をきたし、専門的な介入が必要となる状態のことを指す。

急性重症患者の家族では、精神障害が高頻度に発症し、患者がICUを退室した後も症状が続くことが明らかにされてきた。これらはPICS-Fと呼ばれ、不安/急性ストレス反応、心的外傷後ストレス障害（PTSD）、抑うつ、複雑性悲嘆が挙げられている。

家族は、自身の大切な愛着ある家族の一員である患者が入院してから、様々なストレスから苦痛を抱えており、その反応は、患者との死別後も継続することがあり、家族の精神健康問題にも発展する。家族の苦痛の緩和を行うことは、その時の家族の安寧とその後の精神健康問題の予防の観点からも重要である。クリティカルケア領域の終末期では、家族のケアに取り組む時間的猶予はないかもしれないが、ケアは、そこにかかる時間ではなく内容、質でカバーすることもできる。限られた時間の中で効果的なケアを実施するために、家族の苦痛をどのように捉え、ケアし、評価につなげていくか。本セッションでは、事例を通して皆様と考察していきたい。

15:00 ~ 15:20 (2022年6月11日(土) 14:10 ~ 15:40 第10会場)

## [SY5-03] クリティカルケア領域における終末期患者の意思決定支援の現状と課題

○森山 美香<sup>1</sup> (1. 島根県立大学看護栄養学部看護学科)

キーワード：終末期、意思決定支援、Quality of death

救命や回復に向けた積極的治療を最優先とするクリティカルケア領域においても、終末期患者のその人らしさを尊重した治療やケアの選択をすることが重要視されている。患者のその人らしさを尊重した治療やケアの選択においては、患者の価値観、死生観、人生観、信念や希望等を踏まえて意思決定することが必要となる。

クリティカルケア領域においては、終末期患者は意識障害や鎮静下にあり自らの意思を伝えることができない場合がある。そのため家族が代理意思決定をせざるを得ないこともある。家族においては精神的な危機状態にあることに加え、大切な家族の生命を左右する治療の意思決定をするという重圧がかかる。また患者との意向が異なる場合や医療者との価値観の違い葛藤や苦悩を感じやすいことから、代理意思決定はPICS-Fを引き起こす危険性もある。一方で、終末期の治療における代理意思決定において医療者と患者の望みについて議論することなど十分な支援が受けられた場合、遺族の満足度は高くなるとされている。

クリティカルケア看護師は、限られた時間のなかで、患者家族の置かれている状況を念頭に置き、家族と医師との橋渡し、環境調整、多職種でカンファレンスをするなど医療・看護チームで協働して、患者家族の意向に沿った治療選択の支援をしている。しかし、看護師は関係性のない家族と関わることへの困難さや、価値観の違いによるジレンマを感じている。また終末期の意思決定の場に同席しても、擁護者としての役割が果たせていない現状もある。

終末期患者がその人らしい最期を迎え、死の質を向上させるために、患者や家族の意向をもとに医療チームとしての見解や判断を家族と一緒に話し合い、共に決断していけるようコミュニケーションスキルを高めていくことが求められる。

15:20 ~ 15:40 (2022年6月11日(土) 14:10 ~ 15:40 第10会場)

## [SY5-04] 「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」公表 1年後の活用状況と実践状況

○加藤 茜<sup>1</sup>、田中 雄太<sup>2</sup>、木澤 義之<sup>3</sup>、山勢 博彰<sup>4</sup>、田戸 朝美<sup>4</sup>、立野 淳子<sup>5</sup> (1. 信州大学医学部保健学科、2. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻、3. 神戸大学大学院医学研究科内科系講座、4. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻、5. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

キーワード：終末期ケアプラクティスガイド、ケアの質

【背景】2019年日本クリティカルケア看護学会および日本救急看護学会の合同委員会から「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド(以下、ガイド)」が公表された。このガイドは、救急と集中ケアの臨床場面で終末期看護を受ける患者と家族のQOL (Quality of Life) /QOD (Quality of Death) を向上させることを目的に、終末期看護の概要から具体的行動例までの一連の知識と行動を示している。日本のクリティカルケア領域における終末期ケアの現状を踏まえ、今後を展望するためには、このガイドがどの程度認知されているのか、また、どの項目がどの程度実践されているのかを明らかにする必要がある。

【目的】ガイドがどの程度周知されているのか、およびガイドを構成するケア内容がどの程度実践されているのか、を明らかにすること。

【方法】無記名自記式質問紙調査を行った。調査項目は1)ガイドの認知および活用状況(知らない、存在は知っているが目を通していない、目を通したが活用には至っていない、目を通し、活用している)、2)ガイドが示す目標および項目の41項目(全く行われていない、あまり行われていない、だいたい行われている、必ず行われている:4件法)、3)基本属性とした。

【対象】看護協会ホームページ上の「資格認定制度 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者 分野別都道府県別登録者検索」システムから病院施設に勤務する集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師 合計741名を無作為抽出した。

【結果および考察】質問紙は384部回収され(51.8%)、有効回答は359部(48.3%)であった。この調査の主要な知見は3つである。1つ目は、実際にプラクティスガイドを活用していた者は16.4%であり、目を通したが活用できていない45.8%、目を通していない26.6%、知らない11.3%であった。本ガイドが約40%の認定看護師・専門看護師に認知されていない現状から、ジェネラリストナースへの周知も不十分であると考えられる。2つ目は、患者の身体的苦痛緩和ケアは93.9%の者が行えている一方で、スピリチュアルな苦痛緩和ケアおよび心理・社会的苦痛緩和ケアはそれぞれ76.8%、53.5%が行えていなかった。また、46.5%が院内の専門的リソースを活用できていなかった。このことは、患者が経験する苦痛に対する緩和ケアには偏りがあることを示し、看護師だけで全人的苦痛緩和を図ることは困難であると考えられる。3つ目は、意思決定に向けた患者・家族の意向把握および情緒的支援は91.6%、71.4%の者が行えている一方で、30.1%が医療チームの患者および家族に対する支援体制の整備を行えていなかった。このことより、患者や家族に対し他職種とともにチームとして関わっていくシステムの構築が必要であると考えられる。

【結論】ガイドの認知が不十分であるため、学会を中心に積極的に周知活動を行っていく必要がある。また、患者の全人的苦痛に対する緩和ケアに偏りがあるため、看護師だけでなく他職種および他領域の医療者とも連携し、緩和ケアを促進していけるシステム構築が必要である。

---

シンポジウム

## [SY7] クリティカルケア領域の人材育成

座長:山本 小奈実(山口大学大学院医学系研究科)、西村 祐枝(岡山市立市民病院)

2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:30 第10会場 (総合展示場 G展示場)

Zoomはこちら

---

### [SY7-01] 専門看護師の役割実践から考えるクリティカルケア領域の人材育成

○宮岡 里衣<sup>1</sup> (1. 岡山大学病院 看護教育センター)

09:00 ~ 09:25

### [SY7-02] 医療情勢の変化に応じた看護教育の構築にむけての取り組み

○上澤 弘美<sup>1</sup> (1. 総合病院 土浦協同病院 看護部)

09:25 ~ 09:50

### [SY7-03] 認定看護管理者として、クリティカル領域で働く看護師に期待する事と、優れた人材育成のための取り組み

○里田 佳代子<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

09:50 ~ 10:10

### [SY7-04] リフレクションによる成長支援

○矢野 博史<sup>1</sup> (1. 日本赤十字広島看護大学)

10:10 ~ 10:30



---

09:00 ~ 09:25 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:30 第10会場)

## [SY7-01] 専門看護師の役割実践から考えるクリティカルケア領域の人材育成

○宮岡 里衣<sup>1</sup> (1. 岡山大学病院 看護教育センター)

キーワード：人材育成、教育、専門看護師

現代は VUCA時代と言われ、将来を予測することが難しく、変化が激しい時代です。クリティカルケア領域においても、医療の進歩により様々な治療の選択肢が増える一方で、複数の疾患を併せ持つ患者は増加、また患者の価値観は多様化しています。私は専門看護師となったのち、西日本豪雨災害や COVID-19パンデミック、脳死下臓器提供などを経験しました。チームで意思決定する苦悩の先には、これまでにない新たな価値が生まれ、スタッフと共に新たな課題に挑むことを続けてきました。私たちクリティカルケア領域に従事する医療スタッフには、現状を受け止め、柔軟かつ多様性を認めながらも患者の最善を重視した医療・ケアの実践が求められています。そのため、人材育成の面でも時代に即した形へと進化が求められていると感じています。

専門看護師は、看護者に対しケアを向上させるため教育的役割を果たす「教育」の役割を担っています。実践や相談、調整といった役割実践において、関わる医療スタッフの医療・ケアを支援し、そこには人材育成の視点も持ち合わせることでより発展的となります。自身がモデルとなりケアを導き、スタッフの考えや強みを承認し実践の後押しをする OJT、またカンファレンスでのチームへのフィードバック、キャリア開発ラダーで個々の看護師の気づきやアセスメントを紐解きながらリフレクションを行っています。どの場面においても看護の意味付けを行い、自らも思考発話しながら、その場にいる医療スタッフ全員にとっての示唆となるよう意図して続けてきました。その結果、多職種の意見を認めながら合意形成するチームが醸成されるだけでなく、看護師個々も他の看護師の語りや他職種とのコミュニケーションからの学びや気づきが聞かれるようになりました。これは、OJTでの経験を学びにし次の看護に活かす、臨床判断能力の向上につながると考えます。

また、現在は看護教育センターに所属しており、研修運営と看護実践の相互作用は重要であると考えています。Off-JTをOJTに活かす、OJTでの課題をOff-JTにつなげることをスタッフに意図的に伝える支援を行っています。学び方はOff-JTのみならず、個である看護師の強みを活かし互いを認め合うことが、学び続ける・働き続ける持続可能性のある人材育成として求められていると感じています。

本発表では、専門看護師としての実践を振り返り、人材育成の基盤となるもの、今後求められる在り方を考察したいと思います。

---

09:25 ~ 09:50 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:30 第10会場)

## [SY7-02] 医療情勢の変化に応じた看護教育の構築にむけての取り組み

○上澤 弘美<sup>1</sup> (1. 総合病院 土浦協同病院 看護部)

キーワード：臨床判断モデル、看護方式、教育

EICUでは様々な疾患の重症患者が入室してくるため、看護師はそれぞれの患者の特徴を捉えケアを提供するといった思考と実践が求められる。この実践は新人看護師にも求められる内容である。そのため、2018年度より Tannerの臨床判断モデルを導入し、シャドーイングや発話を中心に新人看護師教育を開始した。また、Lasaterの臨床判断ルーブリック日本語版を取り入れ、看護師の臨床判断の発達を評価していくとともに、臨床判断ルーブリック日本語版での評価を、日本集中治療医学会が公表している「集中治療に携わる看護師のクリニカルラダー」を自部署の特徴に合せて修正した EICUラダーとリンクさせ個々の評価を数値化(可視化)し教育を行ってきた。

しかし、新型コロナウイルス感染症(以下; COVID-19)が瞬く間に拡がりパンデミックを引き起こし、COVID-19陽性重症患者の対応のためクリティカルケア領域の看護師の増員が急務となった。そのため一般病棟の看護師3~5名が2~3か月クールの交代体制で EICUに応援にくることになった。応援に来る看護師のレディネス

は様々であるが、末梢動脈ラインや人工呼吸器管理をしている患者を看たことがないといった状況が共通してみられていた。

応援に来ている看護師の教育では、クリティカルケア看護学会から出ている「ICU 経験のない看護師のための重症患者管理クイックガイド」、「COVID-19 重症患者実践ガイド」などを活用し、EICUスタッフと患者と一緒に看てもらいながら、新人看護師の教育と同様にシャドーイングや思考発話による支援を行っていった。しかし、応援に来ている看護師の多くは人工呼吸器を装着している重症患者を1人で看ることに不安があり、看護師によっては応援に来ている期間1人で患者を看ることができない状況もあった。同時にEICU看護師もそのような状況に対して、自身たちの指導方法や関わり方が悪いのではないかと悩むようになり、EICU看護師、応援に来ている看護師ともに負担を与えていることが伺われた。

そのため、EICUでは従来プライマリーナーシングの看護方式をとりながら、看護を提供していたが、看護方式をパートナーシップ・ナーシング・システム（以下；PNS）に変更し教育を行った。具体的には、応援に来ている看護師がEICU看護師とパートナーをくみ、発問を行い、EICU看護師が様々な考え方を応援に来ている看護師に伝え、応援に来ている看護師にも自由に発言をしてもらいながら臨床判断モデルを活用していった。2～3か月クールの交代体制という短期間で応援にくる看護師に対して、EICUの看護師の思考と実践を知ることが、今後病棟に戻ったあともEICUでの経験を活かせることができると考えている。

今回のシンポジウムでは、COVID-19の影響による医療情勢の変化に対応するために、EICUへ応援にくる看護師の教育に苦慮したこと、看護方式を変更することに対する看護師の反応などについて、内容を抜粋して情報提供していきたい。

09:50～10:10 (2022年6月12日(日) 09:00～10:30 第10会場)

## [SY7-03] 認定看護管理者として、クリティカル領域で働く看護師に期待する事と、優れた人材育成のための取り組み

○里田 佳代子<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

キーワード：クリティカルケア領域の人材育成

自施設では、1996年よりクリニカルラダーを導入、その後、2008年、自施設独自の役割モデルとなる「小倉記念院内専門看護師」循環器・脳神経外科・がんの3コースを開始した。「基礎コース」は、共通基礎科目として、人間理解、リーダーシップ、看護研究、専門看護師活動、フィジカルアセスメントの5つの柱を32時間かけ、3コース共通で学習した。その後「専門コース」に分かれ、専門基礎科目(20時間)と専門科目(40時間)を、各分野特有の疾患などに関する講義、「演習・実習」を実施した。その後、救急看護コースを追加し、18名の小倉記念院内専門看護師が誕生した。2022年現在、急性・重症患者看護専門看護師2名・集中ケア看護認定看護師26名が各分野で活躍している。その中には、「小倉記念院内専門看護師」を取得した者もいる。クリティカル領域では、専門看護師2名、認定看護師1名が在籍しており、集中治療室を中心に組織横断的に活動している。以下に、クリティカル領域で働く看護師に期待する事と、優れた人材育成のための取り組みについて、述べる。クリティカルケア看護とは、生命の危機的状態(クリティカル期)にある重症患者に対して行われるケアを行うことを指す。クリティカル領域で働く看護師に期待することは、3つある。まず、1つ目は、認定看護管理者としては、診療報酬との関連である。令和4年度の診療報酬改定では、看護師の処遇改善があげられ、急性期充実加算において「院内迅速対応チーム」の設置が要件に加わった。自施設では、以前よりコードブルーの前のRRTの必要性をクリティカル領域で働く看護師から提案を受けており、早急な対応ができた。2つ目は、人材育成である。特に、機会教育(OJT)において、各部署で急変時の対応シミュレーションを実施しているが、その際アドバイザーとして参加して、一度実際に動画撮影を行いながら実施、その後リフレクションをスタッフと共に行い、再度実施するという各部署の主体性を重視したものになっている。又、今回RRTにおいても、当院の弱い部分である呼吸の観察においては、各部署に出向き、OJTを実施した。3つ目は、タスクシフトである。これまでは、重症な心臓外科の手術後は、医師がベッドサイドに付きっきりとなっていた現状があったが、クリティカル領域で働く看護師の特定行為の取得により、呼吸器の管理、抜管、ドレーン抜去、血ガスの採取など、医師とのタスク

シフトにも寄与している。

最後に、そうした優れた人材育成のための取り組みとして、上記に記載したように、クリニカルラダーというシステムだけでなく、組織の中に様々な場を生み出し、その場を機能させる。人々が対話を通じて学び合い、各部署を実践共同体として捉え、メンバー間でのやり取りの中で、情報を共有し活性化させる。自施設は、急性期病院であり、各チーム活動が活発で、カンファレンスが盛んに実施されている。その中で、クリティカル領域の看護師の発言やアドバイスは、カンファレンスを人材育成の場と変え、多くの気づきをスタッフに与えている。忙しい急性期病院では、仕事の現場でいかに学ばせるか、学習環境のデザインをする中でクリティカル領域の看護師は、重要なキーマンとなり、次の世代への継承となっていると考える。

参考図書 伊丹敬之(1999)「場のマネジメント 経営の新パラダイム」NTT出版

---

10:10 ~ 10:30 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:30 第10会場)

## [SY7-04] リフレクションによる成長支援

○矢野 博史<sup>1</sup> (1. 日本赤十字広島看護大学)

キーワード：経験学習、リフレクション、成長支援

職場においては日頃の経験を成長に結びつけることが大切です。この経験を通じた成長、すなわち経験学習を促進する働きとして重視されるのがリフレクション (reflection) です。人材育成の観点からはリフレクションをいかに促すのかという点が重要であるといえます。

以下に、リフレクションという働き、リフレクションの支援の2点に関してコルトハーヘンの ALACTモデルに即して確認していくことにします。

ALACTモデルでは、①行為 (action) ②行為の振り返り (looking back) ③本質的な諸相への気づき (awareness) ④行為の選択肢の拡大 (creation) ⑤新しい試み (trial) というサイクルとして経験学習は捉えられます。このサイクルを通じ、なぜそう振る舞ったのかという本質的な気づきに至ることを重視し、そこに生まれる〈問い〉の答えを考えるためのヒントになる理論を探して、次の行為の具体的な選択肢を拡大することが経験から学ぶことだと考えられています。

ALACTモデルが提示する支援者の役割は次の通りです。

まず、ALACTモデルに従って、例えば新人看護師 (以下新人) が省察できるように、意図的な課題を設定し、その実践の機会を提供し、その体験を基盤として新人は振り返りを行います。具体的には、新人が有用な経験を見つけるための機会を設け、その経験について具体的に語るのを、誠実に共感しながら受容し、何が起きたかを明確にし、向き合うことができるようにします。十分な分析、吟味ができると、新人は実際に何が起きていたのか、重要な点はどこにあったのかについて気づくことができます。例えば、感情と思考のずれ、しているつもりのことと実際の行動の差異、そうありたいこととそうであることのくい違い、言語メッセージと暗黙のメッセージの相反などの点です。こうして丁寧な分析で気づきが生じたら、他の選択肢はなかったのか、あるいはその行為がなぜ選択され、最良であったのか、新たな選択肢を用いたらどういった結果を生んだらうかと問いか、次の行為への可能性を広げます。このプロセスで支援者は、活用できる理論を紹介することや、調べるように示唆することができ、新人は自分の実践に対する理解を既存の理論によって深めることができるようになります。こうした支援者の役割は、何が正しくできていて、何を誤っているのか、次回は どう直せばいいのか、などを直接教えることにはない点に注意が必要です。リフレクションの対象は失敗した実践だけではありません。成功体験は成長の大きな助けになります。うまくいった理由の明確化は、自己効力感を高めるためにはとても有用だということも忘れずにいたいことです。

ところがこのサイクルはいつもうまく回るわけではありません。人はしばしば、分かっているのにできない、気づいているのに変えられないことがあります。その場合、何をするのかという点にフォーカスするのではなく、何のために今ここにいるのか、ここで何をしたいのかという〈意味〉、いわば行動や態度のコアを問うことも必要です。看護師になりたいから始まって、どんな看護師になりたいのか、何が看護のために重要な

か、看護師としての自分の役割は何か、という根本的な目標や信念のようなものに関わるリフレクションをしなければ行動はなかなか変わりません。自分にとっての〈意味〉を問い直す意味志向型のリフレクションも時に成長のための契機としては重要になる場合もあります。

参考文献

- ・ Korthagen,F.A.(2001)/武田信子監訳(2010).教師教育学.学文社.

---

シンポジウム

## [SY6] クリティカルケアの実践に倫理の基盤を築く

座長:林 優子(関西医科大学)、大野 美香(国立病院機構名古屋医療センター)

2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:20 第8会場 (総合展示場 E展示場)

---

### [SY6-01] 救命救急センターにおける倫理的感受性、課題解決能力の醸成に向けた取り組み

○長岡 孝典<sup>1</sup> (1. 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 救命救急センター)

09:00 ~ 09:25

### [SY6-02] 集中治療領域で生じやすい倫理的問題とその解決にむけて

○藤本 理恵<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院)

09:25 ~ 09:50

### [SY6-03] 救急外来における倫理的課題とその対応

○乾 早苗<sup>1</sup> (1. 金沢大学附属病院 看護部 ICU)

09:50 ~ 10:00

### [SY6-04] 倫理的ジレンマに気づく感受性の醸成と問題解決への取り組み

○餘永 真奈美<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

10:00 ~ 10:20

09:00 ~ 09:25 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:20 第8会場)

## [SY6-01] 救命救急センターにおける倫理的感受性、課題解決能力の醸成に向けた取り組み

○長岡 孝典<sup>1</sup> (1. 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 救命救急センター)

キーワード：倫理的感受性、倫理教育

クリティカルケア領域では、意思決定支援や身体抑制、治療方針に関する対立など、様々な倫理的課題に直面することが多い。その中で、倫理的課題に「気づく」ということが重要である。しかし、「倫理」という言葉を発すると、現場のスタッフたちはたちまち困ったような顔をしているのをよく目にする。その背景として、多くの看護師が日々多忙な業務に追われる中で、「何かがおかしい」と感じながらも、倫理的課題の本質に気づき、課題解決に向けた話し合いを行う機会に繋がっていくことは困難なことが挙げられる。そのため、まずは何が倫理的課題であるか気づくために必要な知識と、それを他者と冷静に対話でき、対話した内容を客観的に分析できる能力を育成していくことが必要となる。この能力こそが倫理的感受性であり、倫理的な行動に繋がっていく。倫理的行動の要素としては、以下の4つが挙げられる。①臨床における倫理的問題がそこに生じていることに気づく力（倫理的感受性）、②それが倫理的に問題である理由を説明できる力（倫理的推論）、③様々な障害を乗り越え、倫理的に行動しようとする力（態度表明・態度決定）、④状況の中で倫理的行為を遂行することのできる力（実現・実施）の4つである。しかし、臨床の中での上記の4つの要素を考慮しつつも、一人で倫理的課題解決を進めていくことは極めて困難である。その背景として、対立するそれぞれの価値観や意見の多様性が考えられる。それらを踏まえ、倫理的場面と感じた場合、それを周囲に伝え意見を共有することで、お互いの倫理的感受性の感度を高め、医療チーム全体で倫理的課題を共有し、介入していくことが重要である。

A病院では、2021年より積極的に看護師の倫理教育へ力を入れている。院内の教育ラダーに沿って、看護師の段階別達成度や期待される役割に沿って研修目的・目標を設定し、教育計画を行っている。昨年度は課題の一つとして、各部署内で倫理的課題に関する倫理カンファレンスを実施し、行った検討内容を集合研修内で話し合う取り組みを企画・実施した。私自身、救命救急センタースタッフの倫理的感受性を高めることに焦点を当て、部署内で活動を行った。具体的な活動として、救命救急センターの看護師へ看護倫理に関する基礎的知識や倫理カンファレンスの進め方について勉強会を実施した。勉強会では、看護師が感じる白黒ははっきりしないモヤモヤ、葛藤に対し Jonsenの4分割表を用いて情報を整理、解決するための思考過程について伝えた。また、倫理カンファレンスへ介入し、患者の意思決定支援や救急領域における終末期ケアに関する内容などを取り上げ、部署全体で倫理的課題について検討する取り組みを行った。今回の取り組みを通して、臨床の中で、スタッフの倫理的感受性を根付かせていくために、その疑問が倫理的な気づきであることを意図的に導いていくことが重要であると感じた。臨床倫理教育を考えていく上で、集合教育と分散教育の連携を考えていくことがより効果的である。しかし、実際の活動を通して、臨床現場で抱える倫理教育に関する課題も見えてきた。救命救急センター看護師の「倫理」に関する捉え方に個人差を感じることもあり、倫理的思考の整理の必要性や多職種を交えて合同カンファレンスを開催するなど、倫理教育に対する課題への介入が必要である。

今回のシンポジウムでは、私の従事する救命救急センター看護師の倫理的感受性を高め、課題解決思考の醸成へ繋げるために行った取り組みとその結果の詳細、今後の課題について考察し、皆さんと倫理教育についてディスカッションしていきたいと考える。

09:25 ~ 09:50 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:20 第8会場)

## [SY6-02] 集中治療領域で生じやすい倫理的問題とその解決にむけて

○藤本 理恵<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院)

キーワード：集中治療、倫理的問題、患者の尊厳

集中治療領域でよく遭遇する倫理的葛藤や問題には、医学的適応があるなかでの治療拒否や中止の要求、医学的適応がない状況での過度な医療や予後が期待できないのに積極的な治療の継続、終末期や緊急時対応の説明不足、限られた医療資源により最適な医療やケアが提供できないなどがあげられる。

倫理的葛藤や問題が生じる要因の一つに、患者本人の意向が確認できないことがある。患者は生命の危機状態にあり、生死に関わる重大な治療方針を決定しなければならないが、病態や薬物の影響により意識がないことや、意識があっても判断能力が低下していることも少なくない。その場合の判断は代理意思決定を行う家族に委ねられることが多い。しかしその家族も、時間的猶予がなく精神的動揺のなかで治療や患者の生命に関わる選択が求められる。

また倫理的葛藤や問題に、医師は治療方針に関する迷いや不安など心理的負担を持つことがあり、看護師は治療に関して患者と家族、患者・家族と医師との狭間で、患者の擁護者としてどのように行動すべきか苦悩を抱えることもある。

その他にも、看護師が抱く倫理的葛藤は、患者の安全と身体拘束に関することや患者への十分なケアができていないこと、患者への声かけや配慮の不足など、患者がひとりの人としての尊厳が尊重されていない場合などに生じやすいのではなからうか。医療現場では、時折、患者の尊厳を尊重するにはどうすればよいのか思い悩む声が聞かれる。

患者のいのちの尊厳や人としての尊厳の尊重は、集中治療領域に限ったことではなく看護師としての基本的姿勢である。しかし、日々の仕事に精一杯で、ケアを振り返ることや考えることができていない場合もあるかもしれない。もちろん患者の全身管理が重要なのはいうまでもないが、同時に患者や家族の立ち位置に身を置き、寄り添い、生活者としての患者、ひとりの人としての患者に向き合い支援していくことが重要である。患者や家族の思いに気付くこと、すくいあげること、看護師が患者全体像をみて支援することが、患者や家族にとっての良い医療につながると考える。

今回、臨床現場で看護師が抱きやすい倫理的葛藤や問題をあげ、それにどのように対応しているのかを紹介し、解決に向けた具体的な取り組みを皆さんと一緒に考えていきたい。

---

09:50 ~ 10:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:20 第8会場)

## [SY6-03] 救急外来における倫理的課題とその対応

○乾 早苗<sup>1</sup> (1. 金沢大学附属病院 看護部 ICU)

キーワード：救急外来、意思決定

救急患者は、突然の事故や疾病、慢性疾患の急性増悪など、予期せずして突然救急搬送されるうえ、意思決定までの時間も限られていることが多い。日本救急看護学会「救急看護師の倫理綱領において、①意識障害や認知機能障害などの病態の場合、本人の意思表示が難しく、自律尊重を配慮した「自己決定」を基本にしたインフォームドコンセントが成立しない、②患者に同意能力がないと判断された場合、家族は突然、しかも時間的余裕がない中で代理意思決定を迫られるため、家族の心理的葛藤が大きく、代理意思決定が困難になることが多い、③患者や家族の権利を擁護する立場にある救急看護師は、治療の決定プロセスにおいて患者・家族の意思が尊重されていないと感じ、医療者間の意見対立に向き合い葛藤が生じる、④患者の生命を維持し回復をめざすために高度の医療技術が駆使される場合、終末期医療の方針に対し、患者の尊厳を中心に患者・家族と医療者の間、または医療者同士の間での意見対立が生じることがある、⑤脳死患者、臓器提供、移植医療に伴う諸問題を抱えているなどの倫理的問題が生じやすい背景があると述べられている。令和2年度の高齢化率は28.8%と上昇を続け、救急搬送される患者における高齢者の割合は62.3%と半数以上が高齢者である。高齢患者の救急搬送では、本人が意思表示できる場合においても、家族によって意思決定される、独居高齢者で身寄りがなく代理意思決定者が不在のため、治療方針の決定が困難であるなどの倫理的ジレンマを感じることもある。また、がんの人生最終段階では救急搬送される場合、蘇生の希望がなくても心肺蘇生せざるを得ない場面などでジレンマを感じることもある。

本シンポジウムでは、そのような実際の場面を基に、みなさんとよりよい看護の実践を目指して意見交換を行い

たいと考えている。

10:00 ~ 10:20 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:20 第8会場)

## [SY6-04] 倫理的ジレンマに気づく感受性の醸成と問題解決への取り組み

○餘永 真奈美<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

キーワード：倫理的ジレンマ、感受性の醸成、倫理カンファレンスシート

医療やケアの場面において「何かもやもやする」という倫理的な問題に遭遇することがある。特に看護師は患者のそばでケアを行う時間が長いがゆえに、ジレンマを抱えより倫理的問題に気づく事が多い。しかしジレンマと感じた時、論じる場や対処の手段、方法がなかったときには、疲労、精神的な負担は大きくなりバーンアウトに繋がりがかねない。そのため医療のあらゆる場で生じる可能性がある倫理的ジレンマをキャッチする感受性を高め、解決に取り組むことは、医療やケアの質を高めるだけでなく医療者自身の精神的な負担の軽減やモチベーションの維持につながることを期待できる。当院は、倫理的ジレンマに気づく感受性の醸成、問題解決に向けたカンファレンス開催の工夫という二つの目標で委員会活動を行っている。1. 倫理的ジレンマに気づく感受性の醸成 ①当院の倫理問題の傾向分析からカテゴリーの生成 ②知識教育として院内Web研修、eラーニングの活用、倫理ジャーナルの発行 ③委員会で実際に行った倫理カンファレンスの症例報告 2. 問題解決に向けた取り組み ①カンファレンスシートの作成(3ステップ) ②コアメンバーによる倫理カンファレンス開催支援 上記の取り組みにより、QI指標としている倫理カンファレンス件数、率が増加した。また e-learningを取り入れたことにより、視聴率は100%となり、倫理に関する知識習得の機会を確保できたと考える。リンクナースの自己評価では、「倫理カンファレンスシート、カンファレンスが周知できていない」「スタッフから議題がでてこない」など倫理カンファレンス開催に対する困難な意見もあがったものの、「カンファレンスが定着した」「活発な意見交換が行われるようになった」「もやっとBOXを作った」「過剰な身体拘束が減った」「職員満足度が向上した」など肯定的な意見もあり、ケアへの満足感の上昇にも寄与していることが伺えた。委員会活動としては一定の目標達成ができたが、カンファレンスを運営する看護師の困難感は継続しているため、倫理カンファレンスシートの改良やカンファレンスの開催支援などの課題は残っており、今後の取り組みが必要である。倫理の基盤の構築には、倫理的感受性を高める研修や学習を促す動機付け、倫理カンファレンス実践を支援する仕組み、そしてそれらの活動の評価分析を継続する組織的な啓蒙活動が必須である。本シンポジウムでは、臨床現場における倫理的感受性の醸成と問題解決への取り組みについて、当院看護部倫理委員会が取り組んだ活動を元に、私見を交えて発表し、来場した方々ともディスカッションする機会としたいと考えている。



シンポジウム

## [SY8] クリティカルケアのバトンを繋ぐ

座長:道又 元裕(Critical Care Research Institute (CCRI) )、佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)

2022年6月12日(日) 10:10 ~ 11:50 第1会場 (国際会議場 メインホール)

Zoomはこちら

---

### [SY8-01] クリティカルケアのバトンを繋ぐ

○道又 元裕<sup>1</sup>、佐々木 吉子<sup>2</sup>、山勢 博彰<sup>3</sup>、宇都宮 明美<sup>4</sup>、深谷 智恵子、櫻本 秀明<sup>5</sup>、立野 淳子<sup>6</sup> (1. Critical Care Research Institute (CCRI) 、2. 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科、3. 山口大学大学院医学系研究科、4. 関西医科大学看護学部・看護学研究科、5. 日本赤十字九州国際看護大学、6. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

10:10 ~ 11:50

10:10 ~ 11:50 (2022年6月12日(日) 10:10 ~ 11:50 第1会場)

## [SY8-01] クリティカルケアのバトンを繋ぐ

○道又 元裕<sup>1</sup>、佐々木 吉子<sup>2</sup>、山勢 博彰<sup>3</sup>、宇都宮 明美<sup>4</sup>、深谷 智恵子、櫻本 秀明<sup>5</sup>、立野 淳子<sup>6</sup> (1. Critical Care Research Institute (CCRI)、2. 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科、3. 山口大学大学院医学系研究科、4. 関西医科大学看護学部・看護学研究科、5. 日本赤十字九州国際看護大学、6. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

キーワード：次世代へのメッセージ

### 【抄録】

本セッションは、クリティカルケア看護および本学会における発展の軌跡、足跡、現状を概観し、これまで紡いできた産物をバトンとして、将来への展望とともに次世代へ繋げる座談を予定しています。

座談の主なテーマは、実践（管理含む）、研究、能力開発を含めた教育と人的資源の育成、専門性の追及、将来展望、次世代へのメッセージ、その他を考えています。

### 【座談会参加者】

道又元裕 : Critical Care Research Institute (CCRI)

佐々木吉子 : 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

山勢博彰 : 山口大学大学院医学系研究科

宇都宮明美 : 関西医科大学看護学部・看護学研究科

深谷智恵子

櫻本秀明 : 日本赤十字九州国際看護大学

立野淳子 : 小倉記念病院

---

シンポジウム

## [SY9] 最善の選択を目指す意思決定支援

座長:北村 愛子(大阪府立大学)、福田 友秀(武蔵野大学看護学部)

2022年6月12日(日) 10:30 ~ 11:50 第8会場 (総合展示場 E展示場)

---

### [SY9-01] あらためて考える救急・集中治療領域での意思決定支援 –同席から参画へ–

○稲垣 範子<sup>1</sup> (1. 摂南大学看護学部看護学科)

10:30 ~ 11:00

### [SY9-02] 「対話」を通して意味と価値を共有すること

～その人の生き物語と意思を知り、尊重するために～

○比田井 理恵<sup>1</sup> (1. 千葉県救急医療センター)

11:00 ~ 11:25

### [SY9-03] 救急集中治療領域における共同意思決定とは？

○則末 泰博<sup>1</sup> (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

11:25 ~ 11:50

---

10:30 ~ 11:00 (2022年6月12日(日) 10:30 ~ 11:50 第8会場)

## [SY9-01] あらためて考える救急・集中治療領域での意思決定支援 –同席から参画へ–

○稲垣 範子<sup>1</sup> (1. 摂南大学看護学部看護学科)

キーワード：意思決定支援、看護師参画、シェアード・ディシジョンメイキング

救急・集中治療領域での意思決定への看護師の積極的な関与が少ないことが指摘されている。看護師の関与が言語化・可視化できずに埋もれているのか、補助的な役割に留まっているということなのか、積極的な関与とは何を意味するのだろうか。

この領域では、生命維持装置の適応判断・中止の選択、QOL低下が懸念される選択、患者の意識が確認できない状況での選択などの困難な選択が日々突き付けられており、欧米の学会からは Shared Decision-Making (SDM) を推奨する声明が出されている。その理由の一つとして、SDMは特に不確実性が高い状況で有用とされることが挙げられる。SDMは、患者参加を重視する社会の流れのなかで、治療方針の決定モデルの1つとして確立されてきた。治療方針の決定モデル(パターナリズムモデル、インフォームドモデル、シェアードモデル)のなかで、SDMは、双方向の情報交換が特徴で、医療者から患者への治療に関する情報の提供だけでなく、患者の社会的背景や病気の捉え方、価値観、希望などの患者の情報を医療者が理解し、共に考えることが強調されたモデルとも言える。

SDMは医師-患者の2者関係での定義づけから始まったが、実際には2者で決定しているわけではないことが多く、Inter-professional SDMモデルなどへと広がってきている。では、SDMに看護師はどのように関与しているのかという疑問を明らかにするために、重症心不全患者の治療選択におけるSDMへの看護師参画の実態について、急性・重症患者看護専門看護師10名を対象に調査した(稲垣, 2020)。SDMに看護師が十分に参画できていないが、その現状の打開に向けて、看護独自の取り組みと医療チームとしての取り組みが必要だと認識していた。看護独自の取り組みでは、形式的な支援でなく本人がどう生きたいかを考えるプロセスを重視すること、重症心不全患者の苦悩へ向き合うことなどが挙げられた。看護独自の取り組みが医療チーム内での意思決定に影響し、患者・家族と医療チームのSDMへとつながる構造も明らかとなった。

意思決定支援の枠組みで最も用いられているものに、オタワ意思決定支援フレームワーク(Ottawa decision support framework: ODSF)があり、20周年での改訂が近年発表された(Stacey et al., 2020)。意思決定のニーズを評価し、意思決定支援介入を行い、意思決定の結果に対する効果を評価する基本的な枠組みからなるODSFは、意思決定の質を向上させると言われている。意思決定のニーズ評価の項目として、①困難な意思決定の種類とタイミング、②反応不能な意思決定段階、③決定的葛藤、④不十分な知識、⑤非現実的な期待、⑥不明瞭な価値、⑦意思決定を行うために必要な支援と資源の質と量、⑧個人的ニーズの8項目がある。この枠組みは、様々な対象に適応できるよう設計された枠組みであるが、前提として、十分な情報を得た患者が自らの価値観を考慮することで質の良い意思決定につながるという論理に基づいている。この前提で救急・集中治療領域の意思決定支援は有効なのか、危機的状況の患者がどこまで自分の価値観を考慮できるのかなど、臨床の文脈とのすり合わせや検討が必要であろうと考える。

治療の選択は、どうしても医師-患者関係が中心で、説明の場に「同席する」支援が中心であるように考えがちであった。決してそれだけでなく、看護師は、患者・家族の価値観や希望などを捉えてきたはずである。最善の選択とはどのように導き出すべきなのか。治療法の説明と理解は何より重要であるが、それだけでなく文脈や患者・家族を支える看護師の支援を可視化し、参画していく必要がある。

---

11:00 ~ 11:25 (2022年6月12日(日) 10:30 ~ 11:50 第8会場)

## [SY9-02] 「対話」を通して意味と価値を共有すること ~その人の生き物語と意思を知り、尊重するために~

○比田井 理恵<sup>1</sup> (1. 千葉県救急医療センター)

キーワード：対話、患者の生き物語、意味と価値の共有

医療を利用する人々は、自分や家族の命の終焉や人生最期における医療のあり方についてイメージしたり、考えを深められている人ばかりではない。中でも、クリティカルケア領域の患者・家族は、突然の出来事に衝撃を受けている中で、大切な人の生命や人生に関わる意思決定を求められることも多い。その過程には大きな困難さをとれない、支援の重要性が報告されている。このような意思決定を支援するうえで、患者・家族の「最善の選択」を目指すために必要なこと、重要なこととは何か。この議論に向けて、意思決定支援に携わった2事例を通して得た学びや示唆をもとに考えていきたい。

事例1は、呼吸不全の末期に近い状態にある A氏の積極的治療の実施について、家族間で意見が分かれ家族・多職種カンファレンスを開催した事例である。家族の様々な疑問に多職種が各立場から応答し、各選択肢におけるメリット・デメリットと見直しについてのイメージ化を図り、共有した。同時に、家族から A氏の生きてきた過程—ここでは「生き物語」と呼ぶことにする—や大切にしていることなどをうかがい、対話を行う中で A氏と家族の生き物語への理解が深まり、最終的な家族の「積極的治療は行わず、苦痛緩和を図る」とする意思決定とその後の「家族と一緒にいられる時間を設ける」ことについて、参加していた医療者としても納得した感覚を覚えた。

事例2は、侵襲的治療は行わないとする明確な意思を持ち、終末期心不全で入院に至った B氏が急に病態悪化を来した際に、当初 B氏の意味を尊重し、苦痛緩和を積極的に行う方向性としていた家族がその意思を覆し、積極的治療を希望した事例である。結果として B氏の意味は尊重されたが、このエピソードの背景には、積極的治療で B氏の状態が安定すれば、鎮痛鎮静も解除でき、家族との会話や時間を共に過ごすことができるという家族の希望をもとにした認識があった。医療者と家族との話し合いの際には共通理解・共通認識ができたと判断していたが、結果的にずれが生じていた。これは、治療選択において医療者側が家族の世界を十分理解するまで踏み込んだ対話に至れておらず、家族のもつイメージとその意味を共有できていなかったことが主な要因と考えている。

「最善の選択」とは、患者その人の生き物語における流れや信条を汲んで、“患者の生き方に添った選択”あるいは“患者らしい生き物語を全うできる選択”であると、患者・家族のみならず、関わる医療者も同様に感じ、納得できるものとする。この状態を目指すためには、医療者は患者・家族の生き物語とともに、価値のあり様やその意味を知り理解すること、また、治療や各選択肢が患者の生き物語に及ぼす影響と意味について、患者・家族との対話を通して具体化し、共有することが重要なポイントになると考える。

「対話」は日常的に行う、当たり前のことと思いがちだが、相手の体験する世界を十分に理解するための「対話」は意識的で、自分の在り方や人間性が問われるものでもある。この「対話」は、意思決定支援に関わらず、すべての支援に共通する基盤となるものであり、そのスキルを磨き続けていくことがより質の高い支援につながると思う。

11:25 ~ 11:50 (2022年6月12日(日) 10:30 ~ 11:50 第8会場)

## [SY9-03] 救急集中治療領域における共同意思決定とは？

○則末 泰博<sup>1</sup> (1. 東京ベイ・浦安市川医療センター)

キーワード：救急・集中治療における意思決定支援、共同意思決定、お試し期間

患者や家族は、様々なジレンマを感じる困難な意思決定を迫られることがある。様々な意思決定の中でも、救急・集中治療領域での意思決定は、生死に直結する場合が多く、患者や家族が感じる心理的な負担、そして意思決定によってもたらされた結果に対する精神的なトラウマが大きいことは想像に難くない。本講演では意思決定支援の重要な手段である共同意思決定を救急・集中治療領域でどの様に行っていくかについて、米国での経験も踏まえて医師の立場から説明する。

シンポジウム

## [SY10] クリティカルケア看護の最前線で活躍している研究者は、どんなことを考えて研究をしているのか

座長:菅原 美樹(札幌市立大学)、佐藤 まゆみ(順天堂大学大学院医療看護学研究科)

2022年6月12日(日) 10:40 ~ 12:10 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

Zoomはこちら

### [SY10-01] PICU看護師のネットワークの必要性 (多施設研究・多国間研究の推進)

○松石 雄二郎<sup>1</sup> (1. 聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学)

10:40 ~ 11:05

### [SY10-02] 臨床に役立つ研究活動に向けて

○石川 幸司<sup>1</sup> (1. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

11:05 ~ 11:30

### [SY10-03] 問いを立てることをあきらめず、つながりを頼りに進む

○野口 綾子<sup>1</sup> (1. 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科災害・クリティカルケア看護学分野)

11:30 ~ 11:50

### [SY10-04] 研究テーマの探し方

○卯野木 健<sup>1,2</sup> (1. 札幌市立大学看護学部、2. 手稲溪仁会病院)

11:50 ~ 12:10

---

10:40 ~ 11:05 (2022年6月12日(日) 10:40 ~ 12:10 第3会場)

## [SY10-01] PICU看護師のネットワークの必要性（多施設研究・多国間研究の推進）

○松石 雄二郎<sup>1</sup> (1. 聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学)

キーワード：PICU

成人集中治療看護に比べて小児集中治療看護は未だ狭い領域であり、研究者の数も少ない。そもそも日本国内においてはPICU自体も少なく、臨床実践している看護師の数も少ないのが現状である。私は元々成人ICUで働き、PADIS（痛み、不穏/鎮静、せん妄、不動、睡眠障害）をアセスメントし、症状のマネジメントを行う必要性を体感していたことから、PICUで働くようになってからも疼痛・不穏・せん妄・不動・睡眠に関する研究を進めてきた。近年の国内の研究を見ていると、小児領域においても、疼痛やせん妄に関する研究が報告されてきており、ようやく小児領域のPADISに関する研究が始まったという状況であると考えられる。また、成人領域ではPICS（集中治療後症候群）に関するものも進んできているが、小児領域においては未だPICSは研究が進んでおらず、今後は小児領域においても患者及び家族の退院後のQOL向上に関する研究が重要になってくると考えている。他国の動向を見ていると、ヨーロッパ・アメリカにおいては小児領域でもICU退室後のQOLに関する研究が始まっており、多国間研究が現在進行している。これと比較して、アジア圏での小児領域の多国間研究は未だ盛んではなく、小児のPICSの認知も進んでいない。このようなことから、まずは小児集中治療看護領域では日本国内の結束した研究ネットワークが必要ではないかと考えている。また、小児集中治療看護領域では研究のみならずケアの質の標準化に関しても進んでいない。それぞれの施設がそれぞれのケアの方法を行っており、ケア内容と方法に一環したコンセンサスが得られていない現状がある。本シンポジウムの趣旨の通り、臨床と研究は本来つながっているべきであるが、小児領域においては特に研究と臨床がかけ離れた状態にある印象がある。しかし、本来であればPICUに勤務する看護師は人数も少ないことから成人ICUよりも結束しやすいのではないかと考える。昨今の研究スタイルを見ていると、インターネットやソーシャルネットワークを使った研究も盛んに行われており、データの共有に関してもクラウドを用いたものも多く見受けられる。情報の共有に関する技術の発展により、多施設研究または多国間研究は以前よりも容易に行える時代になっており、うまくネットワークを築くことができれば、小児集中治療看護領域の研究も大きく飛躍するのではないかと考える。よって、本シンポジウムに興味のあるような臨床に根ざした研究に関心のある小児集中治療領域の看護師が、学会や勉強会等の機会を通してコネクションが得られるような体制を築けることが私の今後の目標である。

---

11:05 ~ 11:30 (2022年6月12日(日) 10:40 ~ 12:10 第3会場)

## [SY10-02] 臨床に役立つ研究活動に向けて

○石川 幸司<sup>1</sup> (1. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科)

キーワード：臨床研究

本邦では、研究者の多くは基礎教育や卒後教育を実施する教育機関に所属しており、純粋に研究のみを実施している研究者は非常に少ないのではないだろうか。研究者は、基礎教育の学部生や卒後教育の大学院生への教育を主として働いており、研究へのエフォートが不十分になってしまうと感じている（研究者というより、教育者…）。これは、学生に対する教育は、多忙という理由で先延ばしにはできないが、研究は少し落ち着いてから…という思いからかもしれない。研究を実施する人を研究者というのであれば、臨床現場にも多く研究者は存在する。しかし、多忙な臨床において研究に多くの時間を費やすことは容易ではない。

このような背景において、研究を実施するにあたり、考えていることを整理する。やはり、まずは時間の確保であろう。研究を実施するには時間が必要である。暇な時間を見つけて…と考えている間は研究に取り組むことは困難であろう。時間を調整するというより、この研究が完成すると、こんな意義があるだろう、早く投稿して公開したい、など具体的に完成したときのイメージを強く持つことにしている。そうすることで、早く研究に取り

掛かりたいという動機が強くなり、少しの時間を見つけてでも取り組むようになる。

次に、できる限り臨床と近くあろうと考えている。これは、教育機関における実習だけではなく、自身で主体的に臨床に触れられる状況が良い。附属病院がない教育機関に在籍している研究者は、ハードルが高いかもしれないが、臨床現場に立っているか否かでは研究に取り組むためのアイデアや臨床疑問の質が異なる。しかし、これも時間的な余裕だけではなく、職場などのシステムから実現不可能なことも少なくない。そのような場合、臨床現場の第一線で働いているスタッフと協働できる場を作ることである。日進月歩する医療現場では、研究論文として紙面上にエビデンスが記述されていても、それを臨床でどのように活用するかが重要となる。実際の臨床現場での情報、新たな知見の状況などを共有し、共同研究として取り組む形が望ましい。

最後に、研究を実施するにあたり、この研究を実施することでどのような効果が得られるのか、期待する結果を考える。やはり、実践が重要である看護において、臨床現場で活用できるもの、疑問に感じていたことを解決できるものかを重要視している。たとえ素晴らしい研究デザインであっても、臨床での活用性が少ないものであれば、時間、労力、費用をかける価値はあるだろうか。研究者自身の疑問を解決するだけではなく、実際の臨床で活用してもらえそうな、活用するきっかけとなる内容かが重要と考える。

本セッションでは、このような考えをもとに実際に取り組んできたテーマを紹介し、研究計画を実現させるために行ってきた調整（メンターを見つけるなど）、実施内容について紹介する。

11:30 ~ 11:50 (2022年6月12日(日) 10:40 ~ 12:10 第3会場)

## [SY10-03] 問いを立てることをあきらめず、つながりを頼りに進む

○野口 綾子<sup>1</sup> (1. 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科災害・クリティカルケア看護学分野)

キーワード：アクションリサーチ、現象学、専門看護師

看護の実現は臨床にある。筆者はその視座に依拠し、臨床すなわち実践の現場を足場に研究している。日々の実践においても研究においても「この人にとってよりよいケアとは何か」の問いが立つ。その探求から実践の向上を目指す一方で、実践者として「研究の知見をいかに実践に活用するか」にも日々向き合ってきた。最近の研究を通して仲間との出会いに支えられる細々とした歩みを紹介し、登壇者・参加者の皆様との議論に参加したい。問いは患者さんとの出会いに始まる。重症患者の予後をよくする治療戦略として鎮痛を優先した鎮静管理が実践されるようになり、経口気管挿管中の人工呼吸器装着患者とコミュニケーションがとれるようになった。なっただけではなかった。しかし医療者主導で一方性のコミュニケーションに偏重している現状を目の当たりにした。予後をよくする EBMの実践は、当事者の患者にどう経験されているのか。そこに看護は必要なケアを提供しているか。その問いの探求は、現象学という哲学をてがかりに ICUで挿管中の患者にインタビューを実施し、患者の経験を質的に分析記述した研究<sup>1)</sup>となった。研究を通じた患者さんとの出会いは、「どうすれば経口気管挿管中で声が出せない人工呼吸器装着患者の発話希求に看護師が気づくようになるか」の問いを生起させた。この探求と実現を目指すアクションリサーチ<sup>2)</sup>で、臨床教育プログラムの一つとして Husserl(1929)の現象学を援用し、日常の実践場面で実施する“実践的エポケー”を開発した。実践的エポケーとは、挿管患者を担当中に看護師が担うすべてのケアや業務の手を止め、1分間、患者の関心にのみ注目する患者観察と、直後にその間の自身の行為、思考や感情の動きを他者に言語化するものである。これが「そこに看護は必要なケアを提供しているか」の問いに立ち返った看護師の実践の記述<sup>3)</sup>につながり、現象学と実践の接続の議論<sup>4)</sup>にもつながった。またアクションリサーチでは、患者アウトカムを調べるために ICU退室後の病棟患者約400名を訪床した。そこでの対話から立ち上がった問いは、ICU患者の記憶の研究<sup>5)</sup>につながった。

現在は ICUの実践がいかに成り立つかや患者の重症化をいかに防ぐかの問いを探求している。いかに急変前に気づき、クリティカルケアが必要な患者を早期に専門家へつなぐか。要である病棟看護師の重荷を減らし、日々のケアとその力を最大限活用して実現するにはどうすればいいか。医療情報の専門家と ITを活用し、電子カルテに入力されたバイタルサインデータを用いて自動で状態悪化を早期に捉える Early warning scoreを計算するアプリを開発した。ICUの CNSが EWSアプリで抽出した病棟のリスク患者をラウンドする Critical care outreachを導入し、効果を検討する研究からさらにその先の探求へと向かっている。重要なことは、筆者にとって研究は実践と



同様、決して一人では成し遂げられないということだ。出会う人とのつながりで成り立ち、それはかけがえのないものとなっている。当日はそれぞれの具体や研究プロセスのなかでの苦悩を共有したい。

1) DOI: 10.11153/jaccn.12.1\_39

2) DOI: 10.1016/j.iccn.2018.10.006

3) DOI:10.18910/76184

4) <https://clinicalphenomenol.wixsite.com/conference2019/blank-7>

5) DOI: 10.1016/j.iccn.2020.102830

---

11:50 ~ 12:10 (2022年6月12日(日) 10:40 ~ 12:10 第3会場)

## [SY10-04] 研究テーマの探し方

○卯野木 健<sup>1,2</sup> (1. 札幌市立大学看護学部、2. 手稲溪仁会病院)

キーワード：研究

私は主に Post-Intensive Care Syndrome (集中治療後症候群) に関して研究をしていることが多い。PICSは比較的新しい概念だ。新しく名付けられた合併症とも言える。こういう合併症が明らかになった場合、介入を！と各自が思いついたり、噂話で聞いた介入を試したくなるのだが、私は次のように考える。まずは、その頻度はどのくらいか、患者にとって、どの程度の重要性があるか？頻度は高いほど重要と考えられやすいし、また、それによって日常生活に支障が出る、などの問題があれば重要だろう。ここが分かっていなければ、調査を行うことになる。次に、リスク因子を探す。リスク因子はできるだけ、modifiable (修正可能) なものが良い。例えば、せん妄は、ベンゾジアゼピン系の鎮静薬がリスク因子であることが分かったため、その使用を制限することで発生を減らすことが可能だ。もし、リスク因子が年齢と言われても、若返らせることはできない(not modifiable)からリスク因子を見つけても対応ができない。このようにリスク因子を見つけることにより、予防法を見つけることができる。最後に (というか、研究的には同時期に誰かが行うと思うが)、その合併症が生じた結果、何が起きるのか、つまりアウトカムを見つける。死亡と関連していたり、寝たきりと関連していたりしていれば、やはり重要性が高いと考えることになる。せん妄で言えば、死亡や認知機能障害、医療費の上昇などがアウトカムとして知られている。このような段階を経て、気になる現象を明らかにしていく。これが基本的な考え方だ。その他にも、その現象をどうやって予測することが可能か、などの予測モデルの構築や、すでにいくつかの研究が行われていけば、メタ分析を行うなど、まだ行われていないものがあり、かつ、その手法を自分や共同研究者が行うスキルがあれば行うことになるし、自分でそのスキルを身につけたり、教えてもらうこともある。研究はその手法も日進月歩であり、より精度の高い、妥当な結果を得るには常々努力が必要と感じることが多い。

---

シンポジウム

## [SY11] スペシャリストとジェネラリストの協働

座長:増山 純二(令和健康科学大学)、森 一直(愛知医科大学病院)

2022年6月12日(日) 12:00 ~ 13:20 第8会場(総合展示場 E展示場)

---

### [SY11-01] ジェネラリストに対する継続教育と協働する場の提供

○宮田 佳之<sup>1</sup> (1. 長崎大学病院)

12:00 ~ 12:20

### [SY11-02] 患者ケアの質の向上につなげる多職種でのコミュニケーション

○今泉 香織<sup>1</sup> (1. 佐賀大学医学部附属病院)

12:20 ~ 12:40

### [SY11-03] 救急科診療看護師とジェネラリスト、より良い治療を目指して、手を携えて

○伏見 聖子<sup>1</sup> (1. 関西ろうさい病院)

12:40 ~ 13:00

### [SY11-04] 救急看護認定看護師、看護師特定行為研修修了者としての多職種協働の実際

○恩部 陽弥<sup>1</sup> (1. 鳥取大学医学部附属病院)

13:00 ~ 13:20

---

12:00 ~ 12:20 (2022年6月12日(日) 12:00 ~ 13:20 第8会場)

## [SY11-01] ジェネラリストに対する継続教育と協働する場の提供

○宮田 佳之<sup>1</sup> (1. 長崎大学病院)

キーワード：スペシャリスト、ジェネラリスト、継続教育

近年の医療の高度化、地域包括ケアシステムの構築に伴う入院期間の短縮化、在宅療養の推進など医療現場は大きな変革を迎えており、社会から見た看護職への期待は大きくなっている。そのような背景のもと、日本看護協会は専門看護師や認定看護師をスペシャリストと位置づけ、「特定の専門あるいは看護分野で卓越した実践能力を有する」者としている。一方でジェネラリストを「経験と継続教育によって習得した多くの暗黙知に基づき、その場に合った知識・技術・能力を発揮できる者」と定義し、特定の専門あるいは看護分野にかかわらず、どのような対象者に対しても質の高い看護サービスを提供することを志向する看護師としている。そしてジェネラリストとして働く看護師についてはキャリア開発ラダーなどによる人材育成を活用している施設も増えている。当院でもキャリアパスに基づいて、新人看護職員研修や全職員対象研修、またクリニカルラダー別の院内継続教育が設定されている。その中には各専門・認定看護師が主催する「専門コース」があり、毎年20前後のコースが企画、運営されている。また院内・部署内において指導的な役割を担い、実践能力の向上を図るとともにジェネラリストとしてのモチベーションアップを目的とした院内認定看護師制度も2015年より開設している。演者も救急看護認定看護師として専門コースにおいては「急変対応 Basic」、「急変対応 Advance」、「急変対応 Expert」、「災害急性期看護」を担当し、院内認定看護師コースとしては「急変対応」、「災害看護」を担当している。それらは院内における継続教育の一環として専門コースの受講をベースとした屋根瓦方式を取り入れた授業設計としており、また各コースに応じて徐々に到達目標のステップアップと、「教えられる側から教える側」への転換を図ったものとしている。成果としては、受講スタッフの部署内における症例の振り返りや、対応事例に関する相談が見られており、モチベーションの維持にも貢献していると考える。現在当院ではラピッド・レスポンス・システムを導入する準備を進めており、そのチームにも参画してもらうことを検討している。協働する場を提供し、部署内だけではなく横断的な活動としてもらうことにより、ジェネラリストとして汎用性を持った看護活動を行いながら、実践能力の高い看護提供が展開できるものとする。

---

12:20 ~ 12:40 (2022年6月12日(日) 12:00 ~ 13:20 第8会場)

## [SY11-02] 患者ケアの質の向上につなげる多職種でのコミュニケーション

○今泉 香織<sup>1</sup> (1. 佐賀大学医学部附属病院)

キーワード：協働、コミュニケーション

日本看護協会は、「ジェネラリストは、経験と継続教育によって習得した暗黙知に基づき、その場に合った知識・技術・能力が発揮できる者」（日本看護協会 継続教育の基準 ver.2 2012）と定義しています。一方、スペシャリストである専門看護師を「複雑で解決困難な看護問題をもつ個人・家族や集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた看護師」と規定しています。専門看護師の役割は「実践」「相談」「調整」「倫理調整」「教育」「研究」の6つであり、これらの役割を遂行することを通して「保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかる」ことが目的とされています。臨床における看護実践は、対象者を瞬時に把握し、看護のプロセスへと導く判断と技術が必要です。学習された経験知と理論知が融合されることにより、より洗練された質の高いケアへと繋がっていきます。臨床での経験知の多くは、日々の業務の中で語られ、実践を模擬することで伝えられていますが、行った看護過程や看護実践を、「普遍性」「論理性」「客観性」を持った科学の視点で可視化し、実践すること必要となります。スペシャリストの存在意義は、看護サービスの提供場面で、看護判断におけるスーパーバイズ、根拠に基づく技や看護プロセスを教育する、実践モデルとなる、などジェネラリストに力を与えることであると考えます。私は日々、看護スタッフ、すなわちジェネラリストと協働してケアを実践しています。ジェネラリストと近い距離に存在するので、スタッフが何に悩み、どのようなことに躓いているのかがよく見えています。そこで、適切な距離を保ちつ

つ、ジェネラリストが悩んでいる現象を分析し、状況を変化させるのに必要なことは何か、不足を補うことか、良いところをさらに伸ばしていくことかなど、個々のジェネラリストのもつ力と患者・家族の状況を見極めながら、さまざまな仮説を立ててアドバイスすることを心がけています。また、状況が複雑でありなかなかその糸を解くことが困難であるときには、専門看護師として直接的なケアを実践しています。患者・家族によりよいケアを提供するには両者が共にケアの方向性を共有しつつ、それぞれの役割をバランスよくしかも十分に発揮することが大切であると考えています。今回、COVID-19に罹患し、急速に呼吸状態・循環動態が不安定となった患者の看護介入、意思決定支援、家族の病状の受け入れについて、各診療科の医師と看護スタッフでの治療やケアの方向性を検討し実践を行いました。その中で、患者により良い看護を提供するために多くの検討を重ねた場面が多くありました。そこで私が意識していたことは、「相手の自発的な行動を促すコミュニケーション」でした。それぞれが協働するために持っている情報や考えを提供する、引き出すことを意識しつつ実践をしたので、この事例を振り返り協働に必要な要素について考えていきたいと思えます。

12:40 ~ 13:00 (2022年6月12日(日) 12:00 ~ 13:20 第8会場)

## [SY11-03] 救急科診療看護師とジェネラリスト、より良い治療を目指して、手を携えて

○伏見 聖子<sup>1</sup> (1. 関西ろうさい病院)

キーワード：診療看護師、ジェネラリスト、コミュニケーション能力

当院は兵庫県尼崎市に位置し、地域中核病院のひとつとして内因性疾患、交通外傷など一次～三次救急まで幅広い救急車の受け入れを行っている。医師のマンパワーを補うべく、当院は2015年より診療看護師の導入を開始した。現在救急科には4名の診療看護師が在籍し、プレホスピタルおよび救急外来、集中治療室、一般病棟とそれぞれの担当部署で日々の診療に携わっている。診療看護師は、指定の大学院で医学的知識と技術を取得し、すべての特定行為の実践が可能であるとともに医師の包括的指示のもと様々な医行為の実践が可能であるが、それだけが診療看護師の役割ではない。日々の診療の中で、医師や看護師をはじめ多職種と連携を取りながら、治療が滞ることのないようチームマネジメント的な役割を担うことも非常に重要な役割の一つである。中でもその場に応じた知識・技術・能力を発揮する看護師、すなわちジェネラリストとの連携や調整は日々欠かせない。

当院の救急科診療看護師は、看護記録や夜間の状態から患者を診察し、それらの情報をもとに毎日の朝のカンファレンスに臨み、医師とともにその日の患者の治療方針を検討する。決定した治療方針や必要な処置についてジェネラリストたちと情報を共有し、病態や治療内容をより理解しやすいよう不明な点があれば補足する。血液検査、画像検査等の結果を確認し、現行指示内容、追加処置、輸液や抗菌薬等薬剤変更の必要性について検討し、変更があれば情報の伝達を行う。その際、指示変更に至った経緯や根拠、変更に伴う観察のポイントを伝える。そして指示簿の医師代行入力を行う場合は、エラーを起こしかねない表現や煩雑な内容の指示となっていないか確認しながら、実践する看護師が困らないよう調整し、夜間休日において患者の状態変化があった場合に看護師が指示に沿った対応ができるよう予測指示を立てている。集中治療室では開腹や開胸、デグロビング損傷、広範囲熱傷など様々な手術や特殊な処置を行うことも多いが、医師と看護師の間に入りタイムスケジュール調整を行い、必要物品や手術・処置の流れなどの情報提供をし、事前準備を整えてもらうことでスムーズに手術・処置が遂行できるようにする。また必要時カンファレンスの参加、病棟会でジェネラリストと診療看護師がお互いの意見交換を行う機会も設けている。

これまでの自身のジェネラリストとしての経験や、より医師に近い視点を持つ診療看護師としての立場からも、多忙な医師と看護師間で十分なコミュニケーションが図れないことが治療の滞り原因となっている場面に遭遇してきた。診療看護師は、医師とジェネラリスト間を繋ぐ橋渡し役、いわば潤滑剤のような役割を担うことができる存在であると考えている。今では医師と連絡が取れないときだけでなく、医師への報告が必要か判断に迷う時や治療についての疑問や看護ケア方法についての相談がある時には必ず連絡を受けるようになり、医師に相談するよりもハードルが低く、共にアセスメントを行うことのできる存在であることがジェネラリストの安心感にも繋がっていると考えられる。

ジェネラリストとの協働において、良好な人間関係の形成は非常に重要である。そのためのスキルとして欠かせないのは円滑なコミュニケーション能力であると考えます。そしてジェネラリストを信頼し、謙虚な気持ちや感謝の気持ちを常に忘れないこと、相手の意見をよく聞き意見を尊重すること、お互いに自身の立場や役割を自覚し不足している部分を補完し合うことでさらなる相乗効果を生み出し、患者によりよい治療を提供できると考えます。

---

13:00 ~ 13:20 (2022年6月12日(日) 12:00 ~ 13:20 第8会場)

## [SY11-04] 救急看護認定看護師、看護師特定行為研修修了者としての多職種協働の実際

○恩部 陽弥<sup>1</sup> (1. 鳥取大学医学部附属病院)

キーワード：認定看護師、看護師特定行為研修修了者、多職種協働

救急看護認定看護師の資格を取得し二度目の更新を迎えた頃に、当院の看護師キャリアアップセンターでの看護師特定行為研修が開始されることとなった。救命救急センターでの院内トリアージの導入、ドクターカー導入に向けた体制整備に関わり、その後CCUの立ち上げに携わっていく中で、認定看護師としての能力を強化し、さらなる活動の場をひろげより高いレベルでの専門性の発揮と、多様化する医療ニーズにこたえる看護師が必要ではないかと考えるようになり1期生として看護師特定行為研修を受講することとなった。救急看護認定看護師として病棟での各カンファレンスの参加、チームメンバーとしてスタッコール、RRS症例の事後検証、病棟、各部門へのフィードバックや教育を行っている。また看護師特定行為研修修了者として病棟で実践するだけでなく、一昨年度より研修指導者としての役割を担い、各診療科医師、実習部署のスタッフ、受講生が所属する部署の師長、スタッフとの調整役となり、看護師特定行為研修の演習、実習が円滑に行えるよう支援をしている。チーム医療の推進には多職種連携、多職種協働は不可欠であり、自身の活動を振り返り多職種協働の実際について考えていきたい。

---

シンポジウム

## [SY12] 集中治療室の安楽の確保に向けた環境を考える

座長: 芝田 里花(日本赤十字社和歌山医療センター)、河原崎 純(済生会横浜市南部病院)

2022年6月12日(日) 13:20 ~ 14:50 第9会場 (総合展示場 F展示場)

---

### [SY12-01] 集中治療室の光環境と患者のサーカディアンリズムを調整するためのケアの重要性

○田口 豊恵<sup>1</sup> (1. 京都看護大学 看護学部)

13:20 ~ 13:45

### [SY12-02] 集中治療室管理中の音環境の現状と提供すべき看護援助の検討

○花山 昌浩<sup>1</sup> (1. 川崎医科大学附属病院 高度救命救急センター)

13:45 ~ 14:10

### [SY12-03] 集中治療室において家族の面会が急性・重症患者の安楽に与える影響と Synergy modelを用いた看護実践

○坂木 孝輔<sup>1</sup> (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

14:10 ~ 14:30

### [SY12-04] 私が考える理想の ICUケア環境とは？

○村野 大雅<sup>1</sup> (1. パラマウントベッド株式会社)

14:30 ~ 14:50

---

13:20 ~ 13:45 (2022年6月12日(日) 13:20 ~ 14:50 第9会場)

## [SY12-01] 集中治療室の光環境と患者のサーカディアンリズムを調整するためのケアの重要性

○田口 豊恵<sup>1</sup> (1. 京都看護大学 看護学部)

キーワード：集中治療室、光環境、サーカディアンリズム

看護の祖であるフローレンス・ナイチンゲールの生誕から200年が経ちました。著書の1つである看護覚え書9章 陽光の冒頭では、「直接射し込む太陽の光が病人には必要なのである。もし事情が許すならば、太陽の光がかげった部屋にそのまま病人を置きっぱなしにするよりも、陽を追いかけながら部屋の向きに沿って病人を連れ動いた方よい。・・・科学的な解説を調べなくても、太陽の光が人間の身体に目にもそれとわかる現実の効果をもたらすことを我々は認めるに違いない」と述べられています。生物は地球の自転による24時間周期の昼夜変化に同調して、ほぼ1日の周期で体内環境を積極的に変化させる機能を持ちます。ヒトにおいても体温やホルモン分泌などからだの基本的な機能は約24時間のリズムを示すことがわかっています。この約24時間周期のリズムはサーカディアンリズムと呼ばれ、本間ら(1989)によると、ヒトの視床下部に体内時計があり、睡眠-覚醒・ホルモン分泌・体温変化等の時間的なコントロールを行い、生活サイクルの基盤となっていることが明らかになっています。また、サーカディアンリズムは、様々な刺激によって変化しますが、物理的な刺激では光の影響が最大であることが分かっています。前述したナイチンゲールの著書では、光の重要性のみならず、サーカディアンリズムの調整についても予測していたのではないかと思います。私達はいくつもの人工的な光に囲まれて生活を送っています。治療の場である集中治療室においても光は不可欠です。照明用光源には白熱灯や蛍光灯がありますが、近年では長寿命であることがアドバンテージであるLED(発光ダイオード)の導入が進んでいます。

今回は、以下の2つのことをお伝えしようと考えています。1つ目は、照明用光源のもつ特長や集中治療室の光環境の実態調査についてです。筆者の研究成果に加え、集中治療室のベッド周囲の照度を昼夜において数回測定した結果について報告します。2つ目は、集中治療室に入室している患者のサーカディアンリズムの調整を目的としたケアについて先行研究や筆者の研究成果を用いて考察したいと思います。集中治療中の患者が安全かつ安楽な光環境で時間を過ごすための看護についてフロアーの皆さまとともに活発なディスカッションができることを楽しみにしております。

---

13:45 ~ 14:10 (2022年6月12日(日) 13:20 ~ 14:50 第9会場)

## [SY12-02] 集中治療室管理中の音環境の現状と提供すべき看護援助の検討

○花山 昌浩<sup>1</sup> (1. 川崎医科大学附属病院 高度救命救急センター)

キーワード：音環境、騒音、安楽

一般的に騒音とは音の中でも不快に感じる音とされており、基準を超えた場合、睡眠障害や不安症状、せん妄などを生じるストレス要因になる可能性を指摘されている。本邦において集中治療室における音環境についての研究は1990年頃より行われており、集中治療室における看護師が抱えるテーマの1つであると言える。World Health Organization(WHO)は、病院環境において一定のレベル以下に騒音を抑えて管理することを推奨しているが、先行研究からは推奨されている基準を超えているという報告も多く見られている。集中治療室では生命の危機的状態な患者が管理されている。そのため、多数の医療機器が使用されており、モニターアラーム音やシリンジポンプや輸液ポンプのアラーム音が作動している。中でもモニターアラーム音は患者の状態悪化を知らせるアラームはなくてはならないと考えられる一方で、誤警報が含まれる場合も多く患者にとって騒音となっていて、安楽を阻害している要因となっている。アラーム音の他にも心電図モニターの心拍同期音や人工呼吸器の動作音や High flow nasal cannula(HFNC)などの避けられない音環境への対策についても検討する必要がある。医療機器から発生する騒音の他にも留意すべき騒音も ICUには存在している。当施設の ICUはオープンフロアと個室

が混在しており、特にオープンフロアで管理されている患者にとって足音や話し声の他にエアコンの作動音やフロア全体に響くナースコールなどは騒音として捉えられる。音環境の面から看護師も患者が安楽に療養生活を過ごしていけるように様々な介入を行っている。例えば、前述したモニターアラーム音についてはアラーム設定をルーティン化した数値ではなく、患者の病態や状態に合わせた数値に設定することや医療機器のアラーム音量の調整を行うなどして騒音を減らして環境を整えている。他にも簡便に実施できるものとして耳栓を使用しての騒音対策や、施設によってはノイズキャンセリングのイヤホンやヘッドホン、消音スピーカーなどを使用して対策をとっている所もある。しかしながら、音環境の調整については課題も散見している。例えば、看護師が患者の容体について声かけをすることで安心や安楽を感じる患者がいる一方で、今は声をかけないで欲しいと思う人にとっては看護師の声かけは不快な音になってしまう場合もある。他にも患者の覚醒やリラックス、遮音効果を促す目的で音楽をかけることもあるが、これについても患者の年齢、性別、嗜好、病態などを考慮し、個々の状態に合わせて音楽を流さなければ、不快な音として捉えられる。あらゆる音は患者の背景によっては安楽に繋がり、一方で騒音にもなり得るという状況で看護師が何を考え、音環境をどのように整えて実践しているのかという観点から当院 ICUの音環境の実際と援助の在り方について検討する。

14:10 ~ 14:30 (2022年6月12日(日) 13:20 ~ 14:50 第9会場)

## [SY12-03] 集中治療室において家族の面会が急性・重症患者の安楽に与える影響と Synergy modelを用いた看護実践

○坂本 孝輔<sup>1</sup> (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

キーワード：家族面会、Synergy model

集中治療室において看護が必要とされる患者は、生命が脅かされる健康問題が生じるリスクが高く、脆弱で複雑になりやすいという特徴がある。集中治療の従来目的は短期の死亡率を減らすことであり、患者が過ごしやすいようにではなく、医療者が働きやすいようにつくられてきた背景がある。そのため、患者にとって安楽な環境を作るには多くの配慮が必要となり、患者の視点で物事を捉えることが重要である。集中治療室で人工呼吸器管理を受けた患者の不快な経験は、医療者の価値観の欠如やプライドを傷つけられること、無視、物として扱われること、非全人的ケアなどである<sup>1)</sup>。集中治療後の患者は、集中治療室退室後も不安や抑うつ症状が継続し、その割合は一般的な治療後の不安・抑うつ発症率よりも高いとされている。

また、集中治療室において、患者は家族や社会と隔絶された環境にある。集中治療室における家族の面会に関するシステムティックレビューでは、柔軟な面会によって、患者の不安が軽減することや、患者と家族の満足度が向上することが示唆されている<sup>2)</sup>。しかし、COVID-19の流行に伴い、多くの病院で面会が禁止されている現状がある。重症患者の家族のニーズに関する報告では、家族が優先するニーズは、情報、保証、接近であることが示されている<sup>3)</sup>。従来、家族の面会を通して看護師と家族の直接的な対話やケアへの参加が、信頼関係の構築やニーズの充足に繋がっていた。しかし、面会が制限されることでこれらのニーズが満たされにくい環境となっている。

このように、集中治療の分野では、患者中心のケアが難しくなりやすい。米国クリティカルケア看護協会(AACN)は、看護師と患者の相互作用に注目して AACN Synergy model for Patient Care (以下、Synergy model) という中範囲理論を開発している。特定の患者とその家族のニーズや特性と、看護師の能力を調和させることで、相乗効果(シナジー)が起こり、技術的で非人間的になりがちな集中治療室という環境を、人間的な癒しの場へと変えることができたという報告がある<sup>4)</sup>。

今回、Synergy modelの枠組みを用いた看護実践により、患者の安楽と家族の満足が向上し、看護チームの成長につながった事例を報告する。多様な患者と家族の特性に調和した実践を行うことで、技術的で非人間的になりがちな環境を、人間的な癒しの場へと変えていく提案をしたい。

### 文献

1. Samuelson, K. Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated



patients--findings from 250 interviews. Intensive and Critical Care Nursing. 2011;27(2):76-84.

2. Paulo A, et al. Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis. Crit Care Med. 2018;46(7):1175-1180.

3. Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. Heart Lung. 1991;20(3):236-44.

4. Kelleher, S. Providing patient-centered care in an intensive care unit. Nursing Standard.2006;21(13):35-40.

---

14:30 ~ 14:50 (2022年6月12日(日) 13:20 ~ 14:50 第9会場)

## [SY12-04] 私が考える理想のICUケア環境とは？

○村野 大雅<sup>1</sup> (1. パラマウントベッド株式会社)

キーワード：コラムユニット、シーリングペンダント、コード・ラインマネジメント、睡眠の見える化

わたしはパラマウントベッド社でICUの改修時や新築時の設計レイアウトサポートの仕事をしています。わたしの考える理想のICU環境は、このシンポジウムのタイトルのように、臨床スタッフはもちろん、患者も患者家族にとっても快適だと感じる環境です。患者や患者家族にとっては住み慣れた自宅のような環境が理想です。スタッフにとっては、ストレスなく患者にアプローチできる環境です。今回はベッド周りの、特に設備機器に関するケア環境にフォーカスしたいと思います。

「村野君、このコードだらけのICUを何とかしてくれないか？」それは2007年、研究フィールドとして紹介を受けたあるICUのなかで、先生から最初に言われた一言でした。私は当時「看護マネジメント学コース」の修士課程で、「ICUの看護動線」についての研究を始めようとしていました。

2009年にシュワイカートらの研究<sup>1)</sup>をきっかけに、ICUにおける早期リハビリテーションが盛んにおこなわれるようになりました。ICUベッドは、ベッド上に居ながら下肢下垂の座位ポジションがとれるなど高機能化が進みました。わたしは、「ベッドが高機能化されれば、リハビリが進み、患者や看護師の負担が減り、ケア環境は良くなる」と信じていました。ところが、希望通りベッドの機能は良くなっても、ベッド周りの環境が改善されない、あるいは高機能ICUベッドを導入したコンセプトが活かしきれていない、ということが少なからずあるということも同時にわかりました。

1) Schweickert WD, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. Lancet. 2009; 373: 1874-1882.

2014年に新たな特定集中治療室管理料<sup>1,2</sup>が創設され、20㎡/床を確保することなどの条件でより高い診療報酬がつくようになったことから、ICUをより広く改修する事例が増えてきました。改修をきっかけに、壁からエネルギーを供給するウォールケアユニットから天井からエネルギーを供給するシーリングペンダントに変わる事例が多く見受けられました。安静臥床を是とする時代であれば、ウォールケアユニットはスペースを最大限効率化したレイアウトとして優れていました。しかし早期離床のためのリハビリテーションが当たり前になると、背を起した患者とベッドサイドモニターとの距離、人工呼吸器の位置がどうしても遠くなってしまいます。コード類も、多くが患者の頭後ろから伸びて、床を這うような状況になってしまいます。これを解消するというコンセプトで、シーリングペンダントが普及し始めました。一見きれいにレイアウトされているように見えても、ベッド納品時に臨床スタッフとお話をすると、実に何度も耳にする同じ言葉がありました。「こんなはずじゃなかった…」と。一体どんな問題点があるのでしょうか。感染管理上優れているといわれる「床から浮いていることでコード類が這わず、床を掃除しやすい」という点についてもはたして本当なのでしょうか。コロナ禍を経験し、今後のICUのベッド周りのケア環境はもっと変わっていくことが予想されます。IT化が加速し、アセスメントの質をよりいっそう高めていくことになると思われるセンシングデバイスが開発されていくことも予想されます。この先、私たちが実現しなければならない理想のケア環境について議論ができたらと思っています。

---

シンポジウム

## [SY13] 集中治療領域における医療安全

座長:中村 美鈴(東京慈恵会医科大学医学部看護学科)、樽松 久美子(北里大学病院)

2022年6月12日(日) 13:50 ~ 15:10 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

---

### [SY13-01] 集中治療領域における医療安全 Safety-Iのアプローチ

○中村 香織<sup>1</sup> (1. 杏林大学医学部付属病院)

13:50 ~ 14:20

### [SY13-02] 対話型コミュニケーションを通して集中治療領域における医療安全文化の醸成を目指す

○春名 寛香<sup>1</sup> (1. 北播磨総合医療センター 看護キャリア開発支援室)

14:20 ~ 14:45

### [SY13-03] 集中治療領域における医療過誤裁判例の概説

○白鳥 秀明<sup>1</sup> (1. 弁護士法人東京パブリック法律事務所)

14:45 ~ 15:10

13:50 ~ 14:20 (2022年6月12日(日) 13:50 ~ 15:10 第3会場)

## [SY13-01] 集中治療領域における医療安全 Safety-Iのアプローチ

○中村 香織<sup>1</sup> (1. 杏林大学医学部付属病院)

キーワード：医療安全

集中治療領域では生命の危機状態にある患者に対して、多数の医療機器や薬剤などを使用し高度な医療・看護を提供している。医療者は、刻一刻と変化する患者の状況をアセスメントしながら健康回復へ向けた介入を絶え間なく行っている。このような患者の治療課程において、医療・看護上の間違い（ヒューマンエラー）が発生すると患者の生命が脅かされる。ヒューマンエラーには、「すべきことが事前定義されている場合のエラー」（Safety-I型のエラー）と、すべきことの詳細は事前に定義できない場合のエラー」（Safety-II型のエラー）がある。ヒューマンエラーを防止・撲滅していくため、マニュアルや手順を作成しその通りに行うことや、エラー発生時に要因分析を行い改善に向けた取り組みを行う安全活動を Safety-Iアプローチという。一方、医療現場では、対象となる患者や家族の状況は常に変化しており、対象にかかわる医療者の職種も多くどこでどのような変化が起こるか予測がつかない場合もある。また、患者の状況によっては時として手順通りに行うことでエラーが発生する可能性もある。そのため、医療者は必然と臨機応変な行動をとりエラーを回避している。この臨機応変さをレジリエンスといい、この活動を Safety-IIアプローチという。Safety-Iと Safety-IIともに臨床では重要であるため、ここではまず Safety-IIについて触れていきたい。Safety-Iアプローチとは、ヒューマンエラーの防止・撲滅活動である。例えば医療機器の使用や薬剤作成・投与、患者の引き継ぎなどは誤りが起こらないよう、「正しいやり方」を手順に定めて、スタッフ全員がそれに従うことが求められる。そのためには以下の1~3の検討を順番に行うことが必要である。1. 人を排除する。現在の業務プロセスを見つめ直し、無くせる部分はないのかを問いかける。2. 作業しやすい現場をつくる。医療機器が使いにくい、モニターが見にくい、廊下が通りにくい、など。人間の視力・聴力・記憶力などの作業能力には限界がある。そのため、スタッフ目線だけでなく患者目線からも「~しやすい」となるように改善する。3. マニュアルを定め周知徹底する。現実実行可能なマニュアルを作成し周知徹底する。今回、当ICUで薬剤投与に関する重大なアクシデントを経験した。患者への影響レベルが大きいケースであり、Safety-Iのアプローチにより対策を講じた。その結果、それ以降同様のアクシデントは予防できている。しかし対策の徹底の難しさや安全文化を醸成するための課題が明らかとなったため報告する。

14:20 ~ 14:45 (2022年6月12日(日) 13:50 ~ 15:10 第3会場)

## [SY13-02] 対話型コミュニケーションを通して集中治療領域における医療安全文化の醸成を目指す

○春名 寛香<sup>1</sup> (1. 北播磨総合医療センター 看護キャリア開発支援室)

キーワード：コミュニケーション、心理的安全性、レジリエンス

人々の高齢化や病状の複雑性に加え、医療やケアに対するニーズの多様化、医療技術の進歩により、医療現場は益々複雑化している。特に、クリティカルな状況にある患者は、顕在化した健康問題だけでなく、病状悪化のリスク要因を複数有していることや脆弱性などから容易に病状が変化しやすい。そのため、クリティカルな状況にある患者の治療やケアにおいては、予測性を持ちながら患者の状況変化を判断し、状況の改善や悪化を防ぐための柔軟な対応が求められる。

ホルナゲル（2014）は、複雑かつ変動し続ける状況下における「安全」の概念を「物事ができる限りうまくいく状態、あるいはできるならば全てがうまくいく状態」とし、「Safety-II」と定義づけた。そして、物事が正しい方向や意図した状態に至るのは、私達が状況の変化に合わせて対応を変化させた結果としている。つまり、Safety-IIの安全マネジメントでは、起こってしまった事象への対応措置ではなく、事象が起こらないように調整するといった能動的な行動が求められる。

状況変化に柔軟に対応する力として、レジリエンス (Resilience) があり、「回復力」「復元力」などの意味合いで用いられている言葉である。ホルナゲルら(2015)は、レジリエントなシステムの発揮に、①想定する②モニターする③対応する④学習するといった4つの能力が必要と述べている。また、心理的安全性も重要である。エドモンドソン (2019) は、心理的安全性を「対人関係のリスクを取っても安全だと信じられる職場環境」であり、「意義ある考えや疑問や懸念に関して率直に話しても大丈夫だと思える経験」と述べている。心理的安全性は、個人やチームのパフォーマンス、患者安全、組織学習などにポジティブな影響を及ぼすと期待されている。私が大事にしていることのひとつに、患者への医療やケアにおいて、看護師や病棟の管理者、多職種などの患者の治療とケアに携わる人々と、患者の病状や置かれている状況を「共有する」ということがある。患者の病状や状況が変化しつつある時、ケアの転換を考慮する必要があると捉えた時期、何らかの懸念や気がある時はもちろん、日常の患者の様子も含め「共有する」のである。「共有する」ことを意識し医療チームメンバーと関わる中で、メンバーからも各々が捉えた患者の状況や、ケアの転換が患者のアウトカムに功を奏した経験などを共有してもらうことが増える。このようなやりとりを通して、医療チームで患者への理解を深めていくのである。患者への理解が深まるプロセスの中で、いつもと違う患者の反応に気づき、必要なケアが提供されることに繋がる。

本シンポジウムでは、医療安全とレジリエンス・心理的安全性の関係性を整理した上で、対話型コミュニケーションをどのように促進し、集中治療領域における医療安全文化の醸成を目指すのかについて考えていきたい。

- 1) Edmondson AC. (2019) /野津智子 (2021) .恐れのない組織「心理的安全性」が学習・イノベーション・成長をもたらす.p30.東京:英治出版株式会社.
- 2) Hollnagel E. (2014) /北村正晴,小松原明哲 (2015) . Safety-I& Safety-II-安全マネジメントの過去と未来. p149. 東京:海文堂.
- 3) Hollnagel E , Braithwaite J ,Wears R. (2013) /中島和江 (2015) .レジリエンス・ヘルスケア-複雑適応システムを制御する-.p66.大阪:大阪大学出版会.

14:45 ~ 15:10 (2022年6月12日(日) 13:50 ~ 15:10 第3会場)

## [SY13-03] 集中治療領域における医療過誤裁判例の概説

○白鳥 秀明<sup>1</sup> (1. 弁護士法人東京パブリック法律事務所)

キーワード：医療安全、医療過誤

集中治療領域に医療行為に対しても、いくつかの医療過誤訴訟が提起され、裁判所による判断がなされている。一般的な医療過誤訴訟における基礎的な判断枠組みと、特に医療過誤事案で論点となりやすい、過失（注意義務違反）、因果関係などについて、解説したうえで、近年の集中治療領域に関する裁判例のうち、特に看護職の行為が問題となった事案を中心に、裁判所の判断内容（判決）を概括する。

また、裁判例から裁判所が医療者に求める医療行為や医療安全への取り組みがいかなるものか、その基礎的な考え方についても、検討する。

シンポジウム

## [SY14] 気管挿管患者を人とつなぐコミュニケーションの技

座長:林 尚三(公益社団法人有隣厚生会富士病院)、富阪 幸子(川崎医科大学総合医療センター)

2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:50 第1会場 (国際会議場 メインホール)

Zoomはこちら

### [SY14-01] 看護師は気管挿管患者とのコミュニケーションにどの様に取り組むのか – 研究成果が示す実践 –

○山口 亜希子<sup>1</sup> (1. 神戸大学大学院保健学研究科)

14:20 ~ 14:45

### [SY14-02] 人工呼吸管理中の患者の求めるコミュニケーションとはなんだろう

○久間 朝子<sup>1</sup> (1. 福岡大学病院)

14:45 ~ 15:10

### [SY14-03] 人工呼吸器装着患者とのコミュニケーション方法の実態と関連要因

○本田 智治<sup>1</sup>、大山 祐介<sup>2</sup>、久間 朝子<sup>3</sup>、山本 小奈実<sup>4</sup>、須田 果穂<sup>4</sup>、田戸 朝美<sup>4</sup> (1. 長崎大学病院高度救命救急センター、2. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻、3. 福岡大学病院、4. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 臨床看護学講座)

15:10 ~ 15:30

### [SY14-04] 「慢性病を生きる」を支える AAC (拡大・代替コミュニケーション) – ALSに焦点をあてて –

○今澤 美由紀<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院)

15:30 ~ 15:50

14:20 ~ 14:45 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:50 第1会場)

## [SY14-01] 看護師は気管挿管患者とのコミュニケーションにどの様に取り 組むのか –研究成果が示す実践–

○山口 亜希子<sup>1</sup> (1. 神戸大学大学院保健学研究科)

キーワード：コミュニケーション

クリティカルケア領域の看護師は日常的に気管挿管患者とのコミュニケーションを行なっているが、患者とのコミュニケーションには多くの課題を抱えている。例えば看護師は、患者が伝えるメッセージを正確に理解する事が難しい。この事は、身体機能が低下した患者が、コミュニケーションの代替手段を使い看護師に的確にメッセージを伝える事が難しい事に起因している。しかしこの様な状況下にあっても看護師は、コミュニケーションを通して患者の思いや考えを知り、患者のニーズを明確にして適切な治療や看護を提供する事が求められる。ならば我々看護師は、この困難さにどの様に立ち向かえば良いのだろうか。本シンポジウムではこれまでの研究で得られた知見をもとに気管挿管患者とのコミュニケーションの実践について検討する。なお、シンポジウムの冒頭に、言語的・非言語的コミュニケーションの定義や特徴、種類について解説を行う。

先行研究<sup>1)~3)</sup> から導かれたコミュニケーションの実践は以下である。

- ・患者のコミュニケーション能力をアセスメントする。クリティカルケア領域で治療を受ける患者の身体状態は日々変化する。それに従い患者のコミュニケーション能力も日々変化する。コミュニケーション能力のアセスメントは一日単位で必要となる。
- ・患者のコミュニケーション環境を整える。騒音や照明の暗さはコミュニケーションを阻害するため、静かで明るい環境下を準備する。臥床状態でのコミュニケーションは患者を疲れさせる。可能な限りヘッドアップから座位の姿勢をとる。普段メガネや補聴器の補助具を使用している場合はそれらを装着する。コミュニケーション手段の選択肢を多く準備しておく。
- ・患者とのコミュニケーション時間を確保する。気管挿管患者とのコミュニケーションには時間がかかるため、コミュニケーションのための時間を確保する。
- ・患者が伝えることを身体・心理・社会的側面の全方位から理解する。患者は医療上のニーズを伝える一方で、医療上のニーズ以上のものを伝える事を想定する。患者が伝えた内容を理解したのか否かを、また理解した内容を患者に必ずフィードバックする。

本来はこれらの実践によって、患者が伝える内容を理解できる事が理想である。しかし、看護師がどれだけ手を尽くしても、患者の伝えたい内容を理解できない状況が起き得る。この状況に看護師は無力感を抱くこともあるが、患者が伝えたいと願う内容を何とか知ろうとする看護師の態度は、患者が体験する話す事ができない辛さを乗り越える手助けとなるかもしれない。気管挿管患者とのコミュニケーションの実践の根底にあるものは患者への関心である。患者への関心を持ち続ける事がコミュニケーションの実践においては重要であると考える。

参考文献

1. 山口亜希子他(2013). ICU看護師が体験した人工呼吸器装着患者とのコミュニケーションの困難さおよび実践. 日本クリティカルケア看護学会誌. 9巻, 1号, 48-60.
2. 山口亜希子他(2015). ICUの人工呼吸器装着患者が体験したコミュニケーションの困難さと用いたコミュニケーションの方略. 日本クリティカルケア看護学会誌. 11巻, 3号, 45-55.
3. Akiko Yamaguchi et al (2022). Characteristics of scenes in which mechanically ventilated critically ill patients actively communicate: Video-based descriptive observational study. Proceedings of the 22nd KSCCM-JSICM Joint Congress. p40.

14:45 ~ 15:10 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:50 第1会場)

## [SY14-02] 人工呼吸管理中の患者の求めるコミュニケーションとはなんだろう

○久間 朝子<sup>1</sup> (1. 福岡大学病院)

キーワード：人工呼吸管理、会話、コミュニケーション、ニード

クリティカルケア領域において、人工呼吸管理は当たり前のように日々行われている。そして、ABCDEFバンドルが実践され、以前のように人工呼吸管理中の患者が Deep Sedationの中にあることもほぼみられなくなってきた。夜間は休息を促し、日中は覚醒を促してリハビリや Weaningに取り組み、そのことが早期に人工呼吸から離脱できる要因になっている。患者は覚醒している間、覚醒レベル・意識レベルの確認、身体に触れる際などに多くの医療者からの声を聞くことになる。人工呼吸管理中の患者は声が出せない。治療上必要なこととはいえ、Lance Patakの研究によると、患者は人工呼吸管理中の体験を「型破りな環境に置かれた」「肉体的にも心理的にも苦痛がある」中で「内省しながら自分を励まし続けている」ことが語られている。そしてその中で彼らは自分のニーズを他者に伝えること、わかってもらうことに高いレベルの不満・ストレスを抱えていたこともわかっている。私たちは、これまで声の出せない患者のニーズをキャッチしようと工夫してきた。例えば、単語カード、文字盤や筆談、読唇、スピーチバルブへの変更、気管カニューレへの酸素吹き流しによる音声確保などが一般的である。なんとか、患者の想いや訴えを拾おうと工夫しているが、果たしてそれは十分な「会話」になっていただろうか。例えば単語カードを使用している場面では「寒い」「痛い」など患者が指したりうなづいたカードに対応するが、それ以上の患者の声を文章として拾うことは少ないように感じる。ともすれば、Closed Questionのようになりがちなか中で私たちは、型破りな環境に置かれた患者のニーズを、思いを十分に汲み取ることができているのか。私たちが通常行っている手法は、コミュニケーションとして先の研究に表されている「自分のニーズを他者に伝えること、わかってもらうこと」に、十分対応できているのか。私は患者が単語のやり取りではなく、会話をしたいのだと強く実感した経験が何度もある。その場で聞き出したい、聞き取りたいと時間をかけても拾いきれずに患者を疲労させてしまうこともあった。神経難病のある患者はかろうじて動く指で電子パネルを操り、頸椎損傷の患者はナースコールを視線で操作する。ニーズを伝えたいその先には、例えば「あのね」や「それはね」などといった通常私たちが当たり前会話に使用する言葉が多く表現されていて、カードでのやりとりとは明らかに違う言葉や表情のリレーがあった。本セッションでは、人工呼吸管理下にある患者とのコミュニケーションの臨床現状とコミュニケーション媒体を含めた課題について整理しながら深めていきたい。

15:10 ~ 15:30 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:50 第1会場)

## [SY14-03] 人工呼吸器装着患者とのコミュニケーション方法の実態と関連要因

○本田 智治<sup>1</sup>、大山 祐介<sup>2</sup>、久間 朝子<sup>3</sup>、山本 小奈実<sup>4</sup>、須田 果穂<sup>4</sup>、田戸 朝美<sup>4</sup> (1. 長崎大学病院 高度救命救急センター、2. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻、3. 福岡大学病院、4. 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 臨床看護学講座)

キーワード：人工呼吸器装着患者、コミュニケーション、代替手段、ケアリング

近年、人工呼吸や鎮静のデメリットおよびICUせん妄・ICU-AW (ICU神経筋障害)などの医原性リスクにより生じる病態が負のサイクルを形成し患者に不利益をもたらすことが知られるようになった。それらを低減するための管理指針であるABCDEバンドルが提唱されている (Ely, 2017)。このバンドルが用いられるようになり人工呼吸器装着患者に対する鎮静は、浅い鎮静管理へと変化した。そのため、言語的コミュニケーションが取れない人工呼吸器装着患者の身体的、心理的、社会的、霊的ニーズを満たすべく、看護師のコミュニケーション力が注目されている。人工呼吸器装着患者とのコミュニケーションの難易度は高いが、看護師は患者を全人的に捉えメッセージを引き出し、適切な代替手段を選択してコミュニケーションを取っている (山口ら, 2013)。代替手段には、コミュニケーションボード、スピーキングバルブ、電気式人工喉頭、読唇、筆談、文字盤などがあり、これらの複数の方法を組み合わせることが推奨されている (TEN HOORN, 2016)。海外では、人工呼吸器装着患者とのコミュニケーション成功率が上昇する要因として、看護師のコミュニケーションスキルや拡大・代替コミュニケーション (augmentative and alternative communication devices: AAC) の使用に関する知識があるこ

と、そして言語聴覚士へ相談できるサポート体制（speech language pathologist consultation：SLP）があることが報告されている。加えて、看護師のコミュニケーション力には看護師の技術や経験が人工呼吸器装着患者とのコミュニケーションに大きく影響していることも明らかとなっている。看護師が患者に対して寄り添うことをせず無関心だった場合、患者は自身の生活における不安や心配、恐怖、脅威を感じることも報告されている（Dithole, 2016）。つまり、看護師の相手に寄り添いたいと真に感じるとる能動的な「願い」や「思い」を根底にもった看護実践であるケアリングが患者とのコミュニケーションにおいて重要である。以上のことから、看護師にはそれぞれの患者に適したコミュニケーションの代替手段を選択し、それらを組み合わせながらコミュニケーションを取る能力が求められる。そして、看護師のケアリングに対する認識やコミュニケーションに関するスキル、サポート体制は非言語的なコミュニケーションの成立に影響していると考えた。今回、人工呼吸器装着患者のケアに携わる看護師が実践しているコミュニケーション方法の実態と関連する要因を明らかにすることを目的に、全国の特設集中治療室及び救命救急センターに所属する看護師を対象に Web アンケート調査を行った。今回のシンポジウムでは、本研究の結果を報告するとともに、人工呼吸器装着患者のニーズを充足していくための AAC の選択や看護師のコミュニケーション力について一緒に考えていきたい。

15:30 ~ 15:50 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:50 第1会場)

## [SY14-04] 「慢性病を生きる」を支える AAC（拡大・代替コミュニケーション）

### ー ALS に焦点をあててー

○今澤 美由紀<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院)

キーワード：AAC、ALS、慢性病

「あなたたちは、パソコンが私にとって、どれだけ大事が分かっていない。」経験の浅かった私が、人工呼吸器を装着している ALS（amyotrophic lateral sclerosis；筋萎縮性側索硬化症）の方のコミュニケーション装置であるパソコンをうまく設置できなかった時に言っていた、今でも大事にしている言葉である。パソコンは、この方にとって唯一意思を伝えることのできる AAC（Augmentative and Alternative Communication；拡大・代替コミュニケーション）であり、人がコミュニケーション手段を奪われることの意味を深く考えることができた経験であった。

AAC とは、話すことや書くことなどのコミュニケーションに障害のある人が、残存能力とテクノロジーの活用によって、自分の意思を相手に伝えることである。AAC の技法の種類には、大きく分けて口文字などのノンテク、文字盤など身近な材料で作成できる補助手段を利用したローテク、コンピューターなどを活用したハイテクの3つがある。慢性疾患看護分野で、ハイテクエイドであるコミュニケーション機器が必要となる代表的な疾患のひとつとして、冒頭で紹介した ALS が挙げられる。

ALS のコミュニケーション障害は、構音・発声障害が主体となり、患者と家族の生活の質を著しく低下させる要因となる。そのため、初期より現在のコミュニケーション状況やコミュニケーションに関する希望、IT 機器の使用歴、身体機能評価、支援者の情報などについて確認を行い、コミュニケーション機器導入を見据えた支援を行う。AAC 手段を選択するうえでは、それぞれの手段の特性を考慮することが重要である。文字盤は手軽に使える反面、伝えることができる言葉の数が限られ、受け手の読み取り能力が必要となる。コミュニケーション機器では、使用練習が必要となるが一人でも伝達が可能となり、自発的なコミュニケーションができるようになる。

ALS では、構音障害が進行してきた時期に実際に使う AAC 手段を選択し練習していくことになるが、多くの患者は症状の進行に伴い精神的にも落ち込みやすい時期となるため、導入がスムーズに行えないことがある。また、急な症状進行によりコミュニケーションそのものを希望しない患者もいる。そうしたなか看護師は、根気強く、多職種や家族と連携しながらひとりひとりに合った AAC 手段を丁寧に選択し、使い分けていっている。そのことが、その人の最大限のコミュニケーション能力を引き出すことを可能にすると考える。

クリティカルケアにおいては、挿管している患者は発声ができず、コミュニケーションが制限されることによる



ストレスや不安などの存在が推測できる。クリティカルケアで AACアプローチは、慢性疾患と比較し AACの練習に割ける時間は当然短くなる。時間的制約とともに、鎮静レベル、意識障害、病状なども大きく影響し、多大な労力が必要となることが考えられる。また、機器導入における費用も問題になる。しかし、AACを活用したコミュニケーションは、意思決定、医療の質や QOLの向上のためにも重要であり、ハイテクを含めた選択肢が増えることで効果的なコミュニケーションの選択ができる可能性があると考え。今回、主に ALS患者への具体的な AAC導入の状況を紹介するなかで、クリティカルケア看護で、患者がコミュニケーションをどのように取りたいのかの希望を考慮し、患者に合わせたタイミングや機能に合わせた AAC活用の可能性を会場の皆様と検討する機会としたい。

---

パネルディスカッション

## [PD2] COVID-19時代の看護教育

座長:浅香 えみ子(東京医科歯科大学病院)、政岡 祐輝(国立循環器病研究センター)

2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:20 第10会場 (総合展示場 G展示場)

Zoomはこちら

---

### [PD2-01] withコロナ時代に求められる看護教育方法について

○藤崎 隆志<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

10:00 ~ 10:20

### [PD2-02] 看護基礎教育課程での DX化の取り組みと今後の展望

○益田 美津美<sup>1</sup> (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

10:20 ~ 10:40

### [PD2-03] コロナ禍における継続教育の現状と課題

○向江 剛<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院)

10:40 ~ 11:00

### [PD2-04] COVID-19により見つめなおされる「主観を伝える」看護教育

○古谷 和紀<sup>1</sup> (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻/京都大学医学部附属病院)

11:00 ~ 11:20

---

10:00 ~ 10:20 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:20 第10会場)

## [PD2-01] withコロナ時代に求められる看護教育方法について

○藤崎 隆志<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

キーワード：看護教育、COVID-19

COVID-19の感染拡大に伴い、対面による集合研修や新人看護職員へのオリエンテーションなどは時間の短縮や方法の変更を余儀なくされている。特に新人教育では集合教育をせずに現場で必要な技術を学ぶことになり、例年通りに出来ていた技術習得が遅れることで技術不足への不安を抱く新人もいる。また、集合研修は新人同士の情報交換・共有できる場の一つでもあり、その機会が少なくなり、不安や孤独感を感じてストレスが解消されない新人も多い。その他、看護師養成機関では、臨地実習時間が減少した影響で、入職後の新人看護師は「看護技術」「看護記録などケア以外の業務」「患者さんとのコミュニケーション」での経験不足を挙げる声が多く、実際の臨床現場の看護師からは「患者さんとのコミュニケーション」「看護技術」「自信のなさや強い緊張」での経験不足などを指摘する声が上がっている。一方で ICTでの教育は追い風になり eラーニングや遠隔授業など様々な便利なツールも出てきている。今では、ICTを活用して、集合研修やカンファレンス、会議、学会などを行うことが主流になってきており、看護教育にも欠かせないツールの一つとなっている。このような背景から、自部署では ICT、インストラクショナルデザイン、シミュレーション、OJTをそれぞれ駆使・連動させ臨床に直結するよう実務的・実践的な教育方法を実践している。自部署の看護師教育の実際の一部を紹介し、withコロナ時代に求められる教育方法について考えていく(表1)。脳血管内治療介助独り立ちまでの教育の特徴として、事前学習はインストラクショナルデザインに基づいた eラーニング教材へ移行し、習得主義を目指した設計を行った。脳血管内治療介助研修では、事前学習で脳血管内治療の介助に必要な知的技能は習得済みのため、実践を中心とした OJTを可能にし、指導者からも「事前知識があるので手技に集中して教えることが出来た」、「以前に比べてスムーズに手技を覚える」等という前向きな意見があった。結果的に、脳血管内治療介助の独り立ちまでの研修期間短縮にもつながった。このように、ICTとインストラクショナルデザインを駆使し、OJTとの整合性を確認し、評価・改善しながら進めることが、withコロナ時代に求められる教育方法の一つではないかと考える。

---

10:20 ~ 10:40 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:20 第10会場)

## [PD2-02] 看護基礎教育課程での DX化の取り組みと今後の展望

○益田 美津美<sup>1</sup> (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

キーワード：看護基礎教育、DX

2020年から続く新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 拡大という未曾有の事態では、現実世界での活動を前提としていた教育はおおきな変容を迫られた。発生から2年以上が経過し、未だ COVID-19の制限を受けながらの教育が続いている。驚いたことに、現在の看護学生は、大学生活のほとんどを COVID-19とともに過ごし、制限がある中での大学生活や看護実践が彼女らの通常となっている。2020年当初を振り返ると、多くの大学で看護学教育の軸となる臨地実習が中止あるいは学内実習やオンライン実習に置き換えるといった、教育者も今までに経験したことのないような出来事が起こり、私自身も先の見えない不安を抱えていたように思う。しかし、今にして思うと、これは看護学教育の DX化の促進につながったとも言える。そこで、本セッションでは、COVID-19感染拡大による制限下での看護基礎教育課程での取り組みと、これによって加速した教育の DX化の現在、未来について皆様と考えてみたいと思う。まず、本学において COVID-19下で取り組んだ教育方法について紹介したい。本学では、4年次にクリティカルケア看護学実習として、ICUと救命救急センター初療室で実習を行なっている。ICUでは重症患者を受け持ち、苦痛や倫理的問題にも焦点を当てながら看護過程を展開し、救命救急センターでは、Tanner,CAの臨床判断モデルに基づく気づきのトレーニングを実施している。しかしながら、2020年度は COVID-19により臨地での実習が中止となったため、急遽、ICUでの実習を模擬事例による Paper

Patientに、気づきのトレーニングをバーチャルシミュレーションに置き換えてオンライン実習を行なった。これらのオンライン実習による効果を考えると、思考のトレーニング、つまり臨床判断能力の育成や、学習機会の均てん化という一定の質の担保は可能であったと感じている。一方で、ガニエの学習成果分類の運動技能の習得までを含んだ看護実践の場で実際にケアに参画し看護を実施することは、やはり臨地での学びに勝るものはない。このようなCOVID-19下での教育的取り組みの経験から、今後の看護基礎教育の方向性を考えてみたいと思う。COVID-19下での看護基礎教育で私が学んだことは、臨地でなければできないこと、臨地ではなくてもできることを棲み分け、必要であればデジタル技術を活用することで看護学教育の質の担保および強化が図れるのではないかということである。臨地実習では、学生は一人の患者を受け持ち看護展開するのが通常と思われる。このような学習は受け持った患者によって学びの質が異なる。加えて、昨今の医療安全、患者意識の高揚などの観点から看護技術の習得への制約がある。一方、DX教材では思考のトレーニングはできるが、社会性や総合的な実践力を習得するには限界がある。そのため、DX教材を活用した学習や学内演習により全員が同じアウトカムの達成を目指し繰り返し何度も学習し、質を担保する。そして、臨地実習でそれを実践することで臨床実践能力を高めるとすることが可能であると考えている。このように、COVID-19下での教育の学びを経て、看護学教育の更なる発展に寄与したい。

---

10:40 ~ 11:00 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:20 第10会場)

## [PD2-03] コロナ禍における継続教育の現状と課題

○向江 剛<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院)

キーワード：コロナ禍、継続教育、院内教育

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、臨床における継続教育も様々な課題に直面した。集合研修によるクラスター発生のリスク、コロナ禍で卒業した新人看護職員など、感染対策を講じながら看護の質を保証するため、どのように研修運営を行うか、試行錯誤の日々であった。感染拡大が始まった2020年度から現在まで、幸いにもクラスターが発生することはなかった。今回、継続教育における研修運営の現状と課題について提示し、今後の看護教育のありかたについて検討したいと思う。

新型コロナウイルスの第1～3波が到来した2020年度は、集合研修を実施するか否かの検討から開始した。院内で実施している教育研修のうち約半数は演習やグループワークのない講義形式の研修であったため、事前録画による講義動画の視聴にするか、対面での講義にするか、感染制御部に助言を得ながら看護部と協議し、県内の感染者数や院内の入館制限レベルに合わせて決定した。対面講義から、自部署で録画講義を視聴する方法に変更したが、受講報告に例年との差はなく、Web上で繰り返し視聴できること、講師の負担も軽減できる等、メリットが見えてきた。また、入館制限にかかる県外の講師であってもオンライン講義により中止を回避できた。一方で、録画講義を視聴している受講者の反応が把握できないこと、小テスト等で研修毎に効果を確認することは難しい、という課題が見えてきた。

演習やグループワークが必要な研修は、オンラインでの実施を検討したが、ネットワーク環境や利用可能な端末不足などから実施が困難であった。そのため、対面で実施することを検討した。グループ人数を減らし、人との間隔を空け、会場を分散させることで濃厚接触者が発生した場合でも院内全体に拡散しないよう配慮した。開催に関しては指導・受講側から不安の声もあったが、看護部と協議した結果、看護の質を維持するためには実施することが望ましいと判断され、感染対策を講じながら対面で実施した。動画視聴による研修同様、受講報告に例年との差はなかったが、マスク着用のため相手の表情がわかりにくく、間隔が空いているために声が聴きとりづらいこと、研修によってはグループワークの時間を短縮したことで研修効果が低下した可能性が懸念された。

第4～6波が到来した2021年度は、ワクチン接種が進み、感染対策に関するガイドラインなどを参考に、対面による集合研修も実施するようになった。また、研修で学んだ知識が実践に活かされているのか、学習転移を確認するために事後課題を出し、活用の実際を見学する取り組みを開始した。2022年1月からオミクロン株が急拡大した第6波では、会場に集合して実施していた院内看護研究発表会・活動報告会の実施が危ぶまれた。しかし、オンライン配信することで、例年より倍近い人数の参加があった。休日や夜勤明けであっても参加しやすく、今後

も会場とオンラインでのハイブリッド開催を要望する声が多くあった。課題として、オンライン研修のトラブルに対処できる人員に限られるため、運営側の教育も必要であることが分かった。

研修の効果は目標設定と評価方法によって異なるが、対面、e-learning、オンラインと様々な方法がある中で、受講者自身が学習転移できれば、効果的な研修といえるのではないかと思われる。これからの看護教育は、学習転移しやすい内容や、それを確認することによる評価などの仕組みづくりが課題なのではないかと考える。

---

11:00 ~ 11:20 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:20 第10会場)

## [PD2-04] COVID-19により見つめなおされる「主観を伝える」看護教育

○古谷 和紀<sup>1</sup> (1. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 / 京都大学医学部附属病院)

キーワード：仮想現実 (VR: Virtual Reality)、一人称視点、主観

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 時代の看護教育として、本発表では現実に近い一人称の視点が体感できる仮想現実 (VR: Virtual Reality) 技術を用いた教育と効果を紹介するとともに、VR教育のニーズの高まりにより、「主観を伝える」ことを見つめなおす看護教育について議論を深めたい。

COVID-19の影響により、臨床現場では対面指導や研修が実施し難い状況となっており、また、看護基礎教育においては、非常事態宣言等により臨地での実習中止を余儀なくされ、実習に代えて学内での演習・実習等により必要な知識及び技能を修得する必要性が生じている。このような状況のなかで看護教育においてVR技術を用いた教育のニーズが高まっていると考える。VRは、人間の五感すべてを拡張して現実に近い臨場感のある状況を構築することで、本質的あるいは効果として現実感を体験する技術であり、現実感のある一人称の視点を体験することができるシミュレーション<模擬体験>と、感情に作用する感覚の体験をポテンシャルとして持ち合わせている。クリティカルケア看護分野におけるVR教育コンテンツとしては、救急医療において心肺蘇生をうける当事者体験VRや、体外式膜型人工肺 (ECMO) 管理のトレーニングVRが知られているところである。これらVRコンテンツを活用することで相手の立場にたち、クリティカルケアの対象となる当事者の思いに寄り添ったり、医療チームでの互いの動きや経験を共有し、理解するためのツールのひとつになると考える。本発表においては、VR教材の魅力や選定、コンテンツ制作、教材を体験者に落とし込むプログラムとファシリテーションのポイントについて演者の経験から紹介する。

また、ケアの受け手である患者視点だけでなく、演者がVRなどでケア提供者である看護師の一人称視点の映像教材を作成するなかで、これまで臨床現場や臨地実習の指導者は「主観」をどのように具体的に学習者に伝えるのかに思いを巡らせるようになった。医療分野の情報通信技術がより普及されることにより、臨床や教育の場で看護師の一人称視点での体験やその振る舞いをリアルタイム映像で共有されることも想定される。現状の一例として、COVID-19患者に対応する臨床現場の看護で活用ができるのではないだろうか。その理由としては、感染隔離エリアという限られた人員しか立ち入りができないなかでの観察や判断、感染防護具を長時間着用してのケアなど孤立化が懸念される環境において、医師やスタッフ間でより現実感のある情報共有や判断ができ、医療チームとして体験世界の相互理解につながると考える。

COVID-19時代の看護教育は、客観を超えて主観を持つことが看護専門職には求められ、看護師の一人称視点での具体的な体験や振る舞いも含めて「主観を伝えること」が必要となってくるのではないだろうか。

パネルディスカッション

[PD1] ICUと病棟連携について考える -看護のバトンをつなぐ-

座長:吉里 孝子(熊本大学病院)、岡林 志穂(高知医療センター)

2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:20 第9会場 (総合展示場 F展示場)

[PD1-01] ICU退室後患者の生活の質に焦点をあてた ICUと病棟との連携

○北別府 孝輔<sup>1</sup> (1. 倉敷中央病院 ICU/HCU)

10:00 ~ 10:20

[PD1-02] ICU退室後も続く患者・家族の‘心身の痛み’に看護を届ける

– ICUから病棟へ看護のバトンはつながっているか–

○松村 千秋<sup>1</sup> (1. 岩手県立中央病院)

10:20 ~ 10:40

[PD1-03] 一般病棟における PICS 予防を考える

○清田 和弘<sup>1</sup> (1. 東邦大学医療センター佐倉病院)

10:40 ~ 11:00

[PD1-04] ICUと病棟連携について考える –理学療法士の立場から–

○花田 匡利<sup>1,2</sup>、及川 真人<sup>1,2</sup>、名倉 弘樹<sup>1,2</sup>、竹内 里奈<sup>1</sup>、越川 翔太<sup>1</sup>、川上 悦子<sup>3</sup>、鳥越 綾美<sup>3</sup>、関野 元裕<sup>3</sup>、神津 玲<sup>1,2</sup> (1. 長崎大学病院 リハビリテーション部、2. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 理学療法学分野、3. 長崎大学病院 集中治療部)

11:00 ~ 11:20

---

10:00 ~ 10:20 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:20 第9会場)

## [PD1-01] ICU退室後患者の生活の質に焦点をあてた ICUと病棟との連携

○北別府 孝輔<sup>1</sup> (1. 倉敷中央病院 ICU/HCU)

キーワード：PICS、病棟間連携、フォローアップ、退室前カンファレンス

ICU退室後に患者が抱える身体的、精神的問題について、集中治療後症候群（Post Intensive Care Syndrome：以下 PICS）という概念が広まりつつある。ICUに関連した神経筋障害である ICU-AW（ICU-acquired weakness）では、「敗血症、多臓器不全、長期人工呼吸などの基準を満たす重症患者の約46%もの患者が ICU-AWと診断された」と報告されており、認知機能障害については「ARDSにより集中治療を受けた生存患者の56%に認知障害が認められ、24%に短期記憶障害および実行機能障害が存在した」、メンタルヘルスについては「ARDS罹患後の精神症状として38%の患者に実質的な不安、32%の患者にうつ症状、23%の患者に PTSD症状を呈する経過であった」と報告されている。このように、昨今の集中治療は救命することがゴールではなく、急性期の段階からいかに PICSを予防するためのケアが継続できるかが重要になってきている。PICSの予防においては ABCDEFGHバンドルの導入が提唱されている。当初このバンドルは ABCDEバンドルとして人工呼吸器装着患者に対してせん妄や ICU-AWを予防するための戦略として実践されていたが、現在は、F（family involvement・Follow up referrals・Functional reconciliation）、G（Good handoff communication）、H（Handout materials on PICS and PICS-F）を加えたバンドルとなっており、PICS予防も含めた内容になっている。“FGH”を加えたことにより、家族を巻き込んだ治療参画や方針の決定、適切な申し送り、紹介状での治療の継続、PICS（PICS-F）についての情報提供などが含まれるようになった。当院では、退室先病棟への適切な申し送り、PICS（PICS-F）についての情報提供、患者に必要なケアの継続などを目的として、「ICU退室前カンファレンス」や「リソースナースによる ICU退室後のフォローアップ」などをおこなっている。退室先病棟では患者の退院後の生活を見据えた目標設定を行い、看護師、療法士、薬剤師、管理栄養士、医師などの多職種と協働して ADL/QOLの向上に努めている。現状の課題としては、ICU退室後の（やむを得ない）医療/看護の質低下、後方病院へ転院後のフィードバックや継続的なコミュニケーション体制の未整備などが挙げられる。本パネルディスカッションでは、これら臨床における連携の実際を共有したいと考えている。急性期を超えても、様々な問題に直面する患者の生活の質を守るため、医療チームとして何を考えて実践していくべきなのか、ディスカッションの中で何かしらのヒントを得ていただければ幸いである。

---

10:20 ~ 10:40 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:20 第9会場)

## [PD1-02] ICU退室後も続く患者・家族の‘心身の痛み’に看護を届ける

－ ICUから病棟へ看護のバトンはつながっているか－

○松村 千秋<sup>1</sup> (1. 岩手県立中央病院)

キーワード：ICUと病棟連携、PICS

2010年に Society of Critical Care Medicineが提唱した ICU-AW(ICU-acquired weakness)や PICS(post-intensive care syndrome)、PICS-F(PICS-Family)という概念が浸透しつつある。ICU-AWは、四肢の筋力低下を呈する症候群であり、要因として敗血症やステロイド薬・筋弛緩薬の使用、長期的な人工呼吸器装着が関与することが示唆されている。一方 PICS-Fは、運動機能、認知機能、精神の心身両面の障害、さらには家族に及ぼす精神障害も含めた症候群である。要因として、疾患や重症度、医療、ケア、環境、精神的要因が影響するとされ、特に敗血症の関連が示唆されている。どちらも ICU入室中から発症し、数力月から年単位の長期的な障害を起し、ICU退室後の社会復帰や QOLに影響することが報告されている。治療法はまだ確立されておらず、予防策として、ABCDEバンドル<sup>\*</sup>や早期離床、PICS-Fに対応した ABCDEFGバンドル<sup>\*</sup>の効果が期待されている。これらを踏まえて、看護が出来ること、すべきことは何か。各地の ICUでは、すでに ABCDEバンドルや早期離床に注目し、取り組んでいることが報告からも知ることが出来る。当院 ICUにおいても同様である。

しかし、ICU-AWや PICSという心身の障害は、原疾患が軽快し ICUを退室した後も続いている。ICU退室後も続く患者・家族の‘心身の痛み’に看護を届けたい。患者の望む QOLの実現、生活の場への早期復帰に向けて、ICUから病棟、さらには転院先や地域へと、看護のバトンをつないでいく必要がある。患者の状態に相応した看護のバトンは、ICUから病棟へとつながっているだろうか。

臨床現場では、PICSの概念が提唱される以前から、ICUに入室した患者、特に重症敗血症など回復に時間を要した患者に運動・認知機能の低下がみられることは、ICU・病棟双方に認識されていたように思う。しかし今なお、それらの予防や早期回復に向けた看護の継続性には、看護師の配置比率の違いや看護者の異動に伴う認識の変化などを背景に課題を残している。看護提供密度や認識の変化に左右されない連携を構築し、ICUから病棟へ、生活の場に届く看護のバトンをつないでいく必要があるのではないだろうか。

今回、ICU退室時の患者の心身の問題に対する病棟との連携について、当院の現状と課題を紹介させていただき、看護のバトンをつなぐために必要な連携の在り方について、参加された皆さまと共に考えたい。

#### ※ ABCDE、ABCDEFGHバンドル

- A : Awaken the patient daily: sedation cessation (毎日の覚醒トライアル)
- B : Breathing: daily interruptions of mechanical ventilation (毎日の呼吸器離脱トライアル)
- C : Coordination: daily awakening and daily breathing ( A+B の毎日の実践) 、  
Choice of sedation or analgesic exposure (鎮静・鎮痛薬の選択)
- D : Delirium monitoring and management (せん妄のモニタリングとマネジメント)
- E : Early mobility and exercise (早期離床)
- F : Family involvement (家族を含めた対応) 、  
Follow-up referrals (転院先への紹介状) 、  
Functional reconciliation (機能的回復)
- G : Good handoff communication (良好な申し送り伝達)
- H : Handout materials on PICS and PICS-F ( PICS や PICS-F についての書面での情報提供)

---

10:40 ~ 11:00 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:20 第9会場)

### [PD1-03] 一般病棟における PICS 予防を考える

○清田 和弘<sup>1</sup> (1. 東邦大学医療センター佐倉病院)

キーワード：PICS、一般病棟

集中治療の発展により、重症患者の生存率は飛躍的に改善してきたが、運動機能の低下や認知・精神機能の障害などを引き起こし、退院後の QOLにも影響を及ぼしていることが問題視されている。この PICS (集中治療後症候群) を防ぐため、ケアの工夫や多職種との連携などに尽力している ICUは多いのではないだろうか。しかしながら、重症患者は ICUでの集中治療の後、一般病棟へと療養の場が移っていくが、ICUで過ごした時間以上の期間を一般病棟で過ごすこととなる。そのため、PICS予防には ICU在室中のケアに加えて、一般病棟においても可能な範囲でケアを継続していくことが重要と考えることができる。私は2年前まで一般病棟で勤務をしていた。一般病棟の看護師は療養の援助をしながら早期退院を目指し、患者の望む退院先に向けて退院支援専門の看護師をはじめ多職種と連携している。しかしながら、一般病棟では PICSという言葉は一般的ではなく、ICU退室後の患者が特に身体・認知・精神機能の低下が起こりやすいという認識は乏しい。また、一般病棟では看護師1人あたりの受け持ち患者数が多く、ICUと比較し1人の患者にかけられる時間が絶対的に短くなることから、看護師付き添いで行うリハビリテーションの時間などが減ってしまうのは当然である。上記の課題に取り組むためには、一般病棟の看護師が何を重視して看護ケアを提供しているのか、また ICUから患者を引き継ぐ際にどのような情報を求めているのかを知る必要がある。そして、PICSという概念を一般病棟の看護師や医師が理解すること、その上で、ICUで行なっている PICS予防のケアをそのまま病棟で実践しようとするのではなく、一般病棟で実現可能な形に変換することが重要と考える。病院の規模や重症度によっても異なるが、一般病棟で実践している退院支援につ



なげるための看護ケアは、結果として PICS 予防につながっていることも多くある。一般病棟の看護師、関連する職種、患者・家族が PICS について理解を深め、共通の目的に向かうこと、そのために整理しなければならない業務の優先順位や具体的な看護実践の方法を、ICU と一般病棟双方向から考えることで、今できることが見えてくるのかもしれない。今回、重症患者が早期に元の生活、元の QOL に戻れるよう、ICU と一般病棟がどのように連携していくことが望ましいのか、一般病棟からの視点を交えながら検討する機会としたい。

11:00 ~ 11:20 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:20 第9会場)

## [PD1-04] ICU と病棟連携について考える – 理学療法士の立場から –

○花田 匡利<sup>1,2</sup>、及川 真人<sup>1,2</sup>、名倉 弘樹<sup>1,2</sup>、竹内 里奈<sup>1</sup>、越川 翔太<sup>1</sup>、川上 悦子<sup>3</sup>、鳥越 綾美<sup>3</sup>、関野 元裕<sup>3</sup>、神津 玲<sup>1,2</sup> (1. 長崎大学病院 リハビリテーション部、2. 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科理学療法学分野、3. 長崎大学病院 集中治療部)

キーワード：ICU、病棟、理学療法士

重症患者に合併するせん妄や運動機能障害とその長期的影響が明らかとなり、早期リハビリテーションがその予防と対策のために不可欠な手段として認識されてきた。現在、ICU に専従で配置される理学療法士も増えつつあり、重症患者の早期回復の役割を担っている。ICU における早期リハビリテーションは、対象者が重症であり、かつ多くの医療機器やライン、ドレーンなどが接続、留置されているため、リハビリテーションスタッフのみで施行できるものではない。リハビリテーションを安全かつ効果的に進めるためには、医師・看護師・臨床工学技士などによるチームで実践すべきであることが「集中治療における早期リハビリテーション：根拠に基づくエキスパートコンセンサス」でも明記されている。また、ICU は治療の場であると同時に、患者にとっては生活の場でもあり、身体活動や生活の質の向上に努める必要もある。このような積極的なリハビリテーションの実践には多職種連携、特に情報と問題点、方針の共有が必須であり、そのためのカンファレンスは必要不可欠である。ICU では、一般病棟と比較してスタッフとの距離感が近いために、このようなコミュニケーションは比較的行いやすく、各種治療やケア、リハビリテーションの実施においては有利であると言える。しかしながら、重症患者では ICU での治療に長期間を要し、機能障害の予防が困難であったり、退室後もその改善に難渋し、障害が遷延する症例も存在する。したがって、早期リハビリテーションは ICU 内でいかに実施するかということも重要ではあるが、むしろ退室後にいかに進めていくかが重要な課題であり、シームレスでかつ個別化されたリハビリテーション実施システムの構築が求められる。そのためのポイントは、ICU 退室後の環境調整や身体機能の状態について、退室前より一般病棟の看護師と事前情報として共有しておくことである。患者の安楽さに加えて離床しやすいベッドマットレスの選択、点滴スタンドや医療機器の配置など、安全性の確保とともに、患者の身体機能を最大限発揮できる環境調整や、病棟看護師が援助しやすい環境づくりも重要となる。また、ICU では各患者に担当看護師が配置されるため、理学療法士と協働でリハビリテーションを行うことは少なくないが、一般病棟では看護師が複数の患者を受け持つために、協働でのリハビリテーションは困難である。リハビリテーションの進捗状況は診療記録でも確認、共有できるが、リハビリテーションの効果は患者の身体機能の回復に合わせて実際の ADL に反映されることに大きな意義がある。そのため、看護スタッフの皆様にもリハビリテーションの実施状況を実際に見てもらうことが効果的である。具体的な ADL の場面に応じた情報共有や協議は、最適なりハビリテーションの提供および方針決定には欠かせないものである。また、ICU 退室後の状況について、当該スタッフへのフィードバックは、急性期のケアの見直しに生かすことも可能となり、継続して関わる機会の多い理学療法士は ICU から病棟だけでなく、病棟から ICU への情報提供も行い、相互のかかわり合いを強化できるよう働きかけるべきである。本セッションでは、ICU から一般病棟へのシームレスなりハビリテーションの考え方や実際について、当院での取り組みや課題も含めて紹介させていただく予定である。

---

パネルディスカッション

**[PD3] 重症患者の栄養管理 -摂食機能回復への取り組み-**

座長: 亀井 有子(市立岸和田市民病院)、神田 直樹(北海道医療大学看護福祉学部看護学科)

2022年6月11日(土) 11:40 ~ 12:50 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

---

**[PD3-01] 重症患者における栄養管理への根拠や最新の知見**

○栗原 知己<sup>1</sup> (1. 札幌市立大学 看護学部)

11:40 ~ 12:05

**[PD3-02] 当院の患者背景を特徴とした嚥下介入の取り組みについて**

○山口 大輔<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

12:05 ~ 12:30

**[PD3-03] 当院の集中治療室における摂食機能回復への取り組み**

**-栄養サポートチームとの連携-**

○新井 智香子<sup>1</sup>、小倉 美佳<sup>1</sup>、阿部 絵美<sup>1</sup>、板垣 七奈子<sup>2</sup> (1. 前橋赤十字病院 看護部、2. 国立病院機構高崎総合医療センター 看護部)

12:30 ~ 12:50

11:40 ~ 12:05 (2022年6月11日(土) 11:40 ~ 12:50 第6会場)

**[PD3-01] 重症患者における栄養管理への根拠や最新の知見**○栗原 知己<sup>1</sup> (1. 札幌市立大学 看護学部)

キーワード：栄養管理

重症患者の回復に向けて、我々看護師は、多職種と協働しながら様々な医療サービスを提供している。その医療サービスとは、治療に必要とされる薬剤投与や処置、看護、リハビリテーションプログラムなどが挙げられるが、その中の一つに栄養管理がある。我々人間は、食事を摂取し、その食事に含まれる栄養素を分解し、身体に吸収することで身体機能を維持している。それは重症患者においても同様であり、重症患者の回復過程において栄養管理は非常に重要だと言われている。また、その栄養管理の状況が患者の予後に影響を及ぼすことは、既にご存じの方も多いだろう。しかし、健康な人間であれば経口での食事摂取ができるが、集中治療室に入室している重症患者は、経口での食事摂取ができない期間が生じてしまうことも現状である。このように経口での食事摂取ができないことで嚥下機能が低下し、集中治療室を退室する時期や、退室後に嚥下機能のリハビリテーションが必要になる状況についても、皆さんご経験があるのではないだろうか。

栄養管理と一言で言っても、栄養管理には様々な要素がある。それは、どのような栄養が身体に必要なのか、それはどの程度の量が必要なのか、患者のどの時期から栄養管理を開始すべきなのか、どのような投与方法があるのか、などであるが、これらは栄養管理を実際行う上では非常に重要な要素である。このような栄養管理方法について世界各国でガイドラインが策定されており、日本国内にも存在する。しかし、栄養管理に関する研究は日々進歩しており、これらのガイドラインは数年毎に改訂され、その内容が見直されているばかりではなく、関連する研究論文も日々発表されているような現状である。我々看護師は多職種と連携しながら患者の栄養管理を行っていくが、それぞれの専門職だけでなく、看護師も最新の知見に触れ、その知見に基づいた栄養管理を目指すことが重要であり、それが患者により良い栄養管理を提供することにつながるだろう。

そこで本演題では、なぜ栄養管理が重要なのか、栄養管理における基礎的な知識をお伝えしつつ、や最新の栄養管理のエビデンスはどのようになっているのか、各国のガイドラインの模様や、文献レビューを通して皆さんにお伝えしたいと思っている。加えて、経口での栄養摂取ができないことは、患者にどのような影響を及ぼすのか、集中治療室で経口摂取に関するエビデンスはどのようになっているのか、という点についてもお伝えしたいと考えている。

本演題、及びパネルディスカッション全体を通して、参加者の皆さんと栄養管理の現状や、集中治療室に入室している期間での理想的な栄養管理、摂食機能の維持や回復に向けた示唆を共有できたら幸いである。

12:05 ~ 12:30 (2022年6月11日(土) 11:40 ~ 12:50 第6会場)

**[PD3-02] 当院の患者背景を特徴とした嚥下介入の取り組みについて**○山口 大輔<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

キーワード：急性期、嚥下障害、嚥下介入

当院は急性期病院であり、地域の中核病院としての役割を担っている。また、北九州方式といわれる「機能別救急体制」に基づいて循環器内科、心臓血管外科、脳神経外科を主体に重症患者を受け入れている。摂食嚥下障害の代表疾患として脳卒中があげられるが、当院は循環器や心臓血管外科疾患を背景とした嚥下介入を必要とする患者が数多く存在する。また、当院の平均在院日数は11.6日と短期ではあるが、昨年度の嚥下介入が必要であった患者の在院日数は30.1(±5.6)日と長期化する傾向にあった。2021年度の嚥下介入依頼患者数は730件であった。その内訳としては循環器疾患236件、脳卒中疾患231件、心臓血管外科101件であり、この3科が依頼件数の約半数以上を占める。脳卒中による嚥下障害は神経、筋症状を有する機能的な原因による嚥下障害が代表的である。しかし、他科では複数の要因が複合的に関連した症状によって嚥下機能が低下している患者も多く存在しており、脳卒中患者への対応とは質的に異なる症例も多い。また、介入患者の平均年齢は81.4(±12.1)歳と高齢であった。高齢者は加齢に伴う嚥下機能の低下がありながらも入院前は誤嚥なく経口摂取を継続していたと

考えている。しかし、急激な急性疾患の発症や、それに伴う体力低下によって機能を保てず嚥下機能の低下が著明に顕在化してしまう状況が推測される。このような患者への嚥下介入の対応として重要なことは、早期から専門的な視点を持った介入に繋ぐための環境を構築することであると考える。この介入が遅れると誤嚥性肺炎の併発や主疾患の重症化に繋がるリスクが高くなり、在院日数の長期化に繋がり QOLが低下することも考えられる。そのため、早期介入に向けた方法の検討や看護師の「嚥下障害の視点を養う」ための教育方法の実践が必要であると考える。継続的な嚥下リハビリは非常に重要であるが、急性期症状の中での経口摂取開始は治療を左右する重要な加療のスタート地点でもある。「食べることを可能な限り継続する」を念頭に置きながら食事継続可否の判断を早期に行い、主疾患治療を支えることが初期介入を行う評価者の役割でもある。そして、病態によって変動していく嚥下機能の状況の中で、経口摂取訓練の中止や再開のタイミングを見逃がさずに介入を継続することが、食べる能力の維持や継続していくための必要な援助の一つであると考えられる。このセッションでは、当院の患者背景を踏まえた摂食・嚥下障害患者の特徴や取組みの実際について述べる。

12:30 ~ 12:50 (2022年6月11日(土) 11:40 ~ 12:50 第6会場)

## [PD3-03] 当院の集中治療室における摂食機能回復への取り組み

### —栄養サポートチームとの連携—

○新井 智香子<sup>1</sup>、小倉 美佳<sup>1</sup>、阿部 絵美<sup>1</sup>、板垣 七奈子<sup>2</sup> (1. 前橋赤十字病院 看護部、2. 国立病院機構高崎総合医療センター 看護部)

キーワード：嚥下障害、経口摂取

#### 【はじめに】

当院は高度救命救急センターを有する第3次急性期病院であり、集中治療室（intensive care unit：以下、ICU）は、集中治療科・救急科医師で形成された集中治療専従医師の管理の下、全科の重症患者の入室を扱う Closed General ICUである。病床数は24床で、熱傷急性期や重症呼吸器不全、意識障害、ショック状態などの患者が多数を占める。

#### 【ICUでのNSTとの連携】

当院では入院時と週に1度実施する栄養スクリーニングで低栄養や嚥下障害などの栄養障害リスクがあり、医師によりNST介入の同意があった場合にNST回診を行っている。NSTの構成メンバーは医師や看護師、栄養士、薬剤師、歯科医、歯科衛生士である。NST回診では①医師は栄養不良の原因検索と診断から栄養療法の適応を判断し、②看護師は患者が安全に栄養療法を受けられるように環境を整える、③栄養士は栄養障害患者の抽出とともに、必要エネルギー量の算出や摂取栄養量の算出を行い、④薬剤師は輸液や内服の処方が適正かどうかを評価、⑤歯科医師・歯科衛生士は口腔内の診察と、有害事象に対するケアの指導を行うなど各職種が専門性を持った役割を担っている。NSTリンクナースと称する看護師がNST回診時に回診メンバーに同行することで、最新の患者情報を回診メンバーに伝えることができ、また回診での内容を該当患者の担当医や担当看護師に直接伝え、患者の状態に合わせた栄養療法に繋げることができている。

#### 【NST介入の効果と課題】

ECMOや多量のカテコラミンサポートが必要な超重症患者でも、入院早期よりNSTが介入したことで挿管管理中から歯科衛生士による機能的口腔ケアが行われ、約1か月間挿管管理をしていたにも関わらず、抜管翌日には言語聴覚士による嚥下評価が可能となり、さらにその二日後には直接訓練が開始となった事例を経験した。NSTが介入することで食機能回復への取り組みの第一歩に繋がり、「口から食べたい」という患者のニーズを満たすことができた。NSTが介入することで急性期治療中から食べるという目標に向けて多職種での介入が可能となる。ICUでのNST介入人数、延べ回数は2020年度は39名、94回で2021年度は35名、104回であった。今回はこのことについてさらに詳細に説明する。ICU入室中の患者の多くは長期挿管管理により嚥下機能低下や口腔内機能低下を来しやすく、抜管後に摂食嚥下障害を生じやすい。そのため早期から嚥下・口腔機能低下予防を目的とした関わりが重要となるが、食べるということが目標となりにくく嚥下評価が後回しとなることが多い。この背景としては、重症患者の状態を把握するための情報量が多く、嚥下機能評価をするまでに至らない事が現状である。そ

のため、経験的な部分だけではなく専門的な知識が必要であり、全ての看護師が標準的な評価を実施できるようなパスなどを作成していきたい。

**【まとめ】**

重症患者においても入院早期から積極的な栄養管理や嚥下リハビリテーションを開始し、「口から食べる」という目標に向かい歯科衛生士や言語聴覚士を含めた緊密な多職種連携を実践していくことが重要である。

---

パネルディスカッション

## [PD4] 本当に実践できてる？ ABCDEFGHバンドル

座長:古賀 雄二(川崎医療福祉大学)、山田 奈津子(帝京大学福岡医療技術学部)

2022年6月11日(土) 11:40 ~ 13:00 第8会場 (総合展示場 E展示場)

---

### [PD4-01] ABCDEFGHバンドルのオーバービュー

–バンドルを実践していたためのチーム作りのポイントを考えていく–

○ 劔持 雄二<sup>1</sup> (1. 青梅市立総合病院 集中治療室)

11:40 ~ 12:00

### [PD4-02] 当院における ABCDEFGHバンドルの取り組みについて

○ 小川 哲平<sup>1</sup> (1. 奈良県立医科大学附属病院)

12:00 ~ 12:20

### [PD4-03] 当院の PICS 予防に向けた ABCDEFバンドルの実践

–導入から4年間を振り返り見えてきた課題–

○ 白坂 雅子<sup>1</sup> (1. 福岡赤十字病院)

12:20 ~ 12:40

### [PD4-04] せん妄ケアチームから広げる ABCDEFGHバンドルの取り組みとその課題

–どう進めていく？ F・G・H–

○ 池田 優太<sup>1</sup> (1. 東海大学医学部付属病院 集中治療室)

12:40 ~ 13:00

---

11:40 ~ 12:00 (2022年6月11日(土) 11:40 ~ 13:00 第8会場)

## [PD4-01] ABCDEFGHバンドルのオーバービュー

—バンドルを実践していたためのチーム作りのポイントを考えていく—

○劔持 雄二<sup>1</sup> (1. 青梅市立総合病院 集中治療室)

キーワード：ABCDEFGHバンドル、チーム作り、心理的安全性

ABCDEバンドルとは、2010年前後から提唱され始めた人工呼吸器装着患者の管理において医原性合併症を減らす管理をバンドルで行う概念である (Balas MC, 2014)。医原性合併症とは主に人工呼吸器期間の延長、せん妄、ICU acquired weakness (ICU-AW)、post-intensive care syndrome (PICS)のことを言う。近年、ICU患者のアウトカムは患者のQOLやADLの維持といったPICSを予防するケアが重視され、このABCDEバンドルがフォーカスされている。ABCDEバンドルでは、鎮静、せん妄、不動がPICSのリスクであることを強調しており、PICSを減らすために、ABCDEバンドルに「FGH」が加えられ(Harvey MA, 2016)、ABCDEFGHバンドルとなった。FGHの要素は、患者の状態改善によりICUから一般病床や他施設への移動を想定したものである。またABCDEFバンドルの遵守によって生存期間が延長し、せん妄が減少した(Barnes-Daly MA, 2017)とする報告があり、ABCDEFバンドルは、PICSおよびPICS-Fの予防につながるものといえる。ABCDEFGHバンドルの実践は日常的なICUケアの本質と言っても過言ではなく、その本質的なケアを継続していくことが患者とその家族を回復させていくことに繋がると考える。一方で、このABCDEFGHバンドルを実践していくことの障壁として、1.患者の不安定さ、2. 医師や医療スタッフの知識の欠如、3. プロトコルのわかりにくさ、4. 多職種チームの協働が挙げている(Morandi A, 2017)。この報告ではバンドル順守率が50%前後と低いことが明らかになり、この要因として多職種チーム内のコミュニケーション、連携、調整が不十分である可能性が示唆された。このようなチーム作りには何が必要なのかと考えた時、あのGoogleが行なったプロジェクト・アリストテレス(C. Duhigg, 2016)が参考にできる。ここで言われたことは働き方や単にメンバーの能力の違い、優秀なメンバーが集まったチームが成功しているかということと実際はそうではなかったようである。チームを形成する上で成功のカギは「心理的安全性」で、「他者への心遣いや同情、あるいは配慮や共感」といったメンタルな要素の重要性である。心理的安全性と呼ばれる安らかな雰囲気チーム内に育めるかどうか、成功のカギなのだという。この心理的安全性と言うのは「自己開示」・「自己表現」・「自己認識」を促すことで、このような環境づくりをしていくことがチームの生産性を上げていくとしている。ABCDEFGHバンドルの実践は日常臨床におけるケアそのものである。これを実践していくためには多職種チーム連携が肝要であり、そのチーム内で常に核となる看護師がチーム作りに必要な要素を理解しておくことは極めて重要である。

---

12:00 ~ 12:20 (2022年6月11日(土) 11:40 ~ 13:00 第8会場)

## [PD4-02] 当院における ABCDEFGHバンドルの取り組みについて

○小川 哲平<sup>1</sup> (1. 奈良県立医科大学附属病院)

キーワード：ABCDEFGHバンドル

集中治療室に入室する重症患者には、入院中および退院後も持続する、身体機能、認知機能、精神機能における障害が起きやすい傾向にある。これらのPICS (Post Intensive Care Syndrome) に対する予防の観点は重要視され、重症患者のマネジメントのための管理指針、ABCDEバンドルが提唱されるようになった。当院でも、鎮痛・鎮静のプロトコルの導入からSAT、SBTの実施など、せん妄、睡眠の質評価などABCDEバンドルを臨床現場での実践をするための体制づくりを行った。ケアを普及するための記録用紙の作成を行い、少しずつではあるが、バンドルの活用ができていく現状がある。その一方で、患者の情報が記録されてはいるものの、それが十分にケアにつながっていない現状もある。多職種カンファレンスへの情報共有を行い、SAT、SBT、早期離床、また家族面会ができないコロナ禍での家族情報の共有など、患者を取り巻くさまざまな情報を治療、ケアにつなげ

ていくために、どのように進めていくかが今後の課題である。さらに、重症患者のICU退室後のQOLを見据えて、医師、看護師、理学療法士、薬剤師など多職種チームで取り組むことで、PICSの予防、リスクを低減しつつ、ABCDEHGHバンドルの遵守率を上げることで、患者のアウトカムに寄与できているかの評価をしていく必要がある。また、当院では、2016年より特定行為研修が開始され「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」「呼吸器（人工呼吸器療法に係るもの）関連」「栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）」関連「動脈血液ガス分析関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「術後疼痛管理関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」の7区分を取得した特定看護師がICUに従事している。ICUには集中治療医が常駐しているが、外来や処置、緊急手術などでICUに不在になることも多い。また緊急入室や急変対応中など、他の患者に対応できない場合もある。今後、特定看護師が人工呼吸器の調整や鎮静剤の調整などを特定看護師が行っていくことは、タイムリーな医療の提供だけでなく、バンドルの遵守にもつながると考える。まだまだタスクシフトという形で明確には行えていないのが現状であるが、今後、特定看護師としての活動の場は広がっていくことが期待される。特定看護師が医師の医療行為を代替するというだけではなく、看護師の視点を持ちながら高度な臨床実践能力（ケアとキュア）を効率的・効果的に発揮することで、患者に必要なケアを提供していくことも、バンドルの普及、患者の予後の改善につながることを期待する。

---

12:20～12:40 (2022年6月11日(土) 11:40～13:00 第8会場)

## [PD4-03] 当院のPICS予防に向けたABCDEFバンドルの実践

### —導入から4年間を振り返り見えてきた課題—

○白坂 雅子<sup>1</sup> (1. 福岡赤十字病院)

キーワード：人工呼吸器離脱、せん妄、早期リハビリテーション

重症患者が生存退院した後に抱える様々な身体および精神障害であるPICSは、患者の生活の質を貶め、社会復帰を妨げる大きな要因とされている。しかし、日本においてPICSを専門的に介入できる医療機関は少ない。PICSを回避するためには、超急性期の段階から退院を見据えたケアの介入が重要であり、ABCDEFバンドルの実践が重要視されている。当院でも2019年より導入を開始、今年で4年目を迎える。当初は、早期リハビリテーション及び早期栄養介入加算を導入したばかりであり、バンドルの「E」を中心に推進した。早期リハビリテーションプロトコルを作成し、人工呼吸器装着下でも離床を目指し医師や理学・作業療法士と協働しながら、早期離床を推進した。また、2020年からバンドル「D」、せん妄への対策強化としてCAM-ICUに加え、ICDSCを導入し、より客観的なせん妄評価ができる体制を整えた。また、DELTAプログラムの導入によりせん妄予防および治療的介入を行っている。2021年では、患者のセルフコントロールを高めるため、浅い鎮静への取り組みとしてバンドル「A」、人工呼吸器装着期間の短縮を目指したバンドル「B」、より患者の病態と現状を反映するためのバンドル「C」の実践を踏まえ、鎮痛・鎮静プロトコル、人工呼吸器離脱プロトコルを作成、導入している。2022年度の診療報酬改定において早期栄養介入加算が改定され、SATおよびSBTの実践が新しく算定できるようになったことは、これらの取り組みの大きな追い風となっている。

今回、当院での4年間の取り組みを発表し、その成果と見えてきた課題を提示し、ディスカッションの題材とした。

---

12:40～13:00 (2022年6月11日(土) 11:40～13:00 第8会場)

## [PD4-04] せん妄ケアチームから広げるABCDEFHGHバンドルの取り組みと

### その課題

### —どう進めていく？ F・G・H—



○池田 優太<sup>1</sup> (1. 東海大学医学部附属病院 集中治療室)

キーワード：ABCDEF GHバンドル、PICS、PICS-F

【目的】近年、PICS (Post Intensive Care Syndrome) が注目されている。PICSとは、ICU退室後に生じる身体・認知・精神障害である。このPICSは患者だけでなく、PICS-F(Family)とされ家族にもうつ、不安、PTSDなどの精神障害を生じることがわかってきている。このPICSの予防に期待されているのがABCDEF GHバンドルである。当院ICUでは、2018年度よりせん妄ケアチームを結成し、せん妄ケアの浸透と定着を目指し、活動を行った。2019年度にはせん妄ケアからPICSにまで活動範囲を広げ、ABCDEF GHバンドルに基づく介入を目指した。

【活動内容方法】ABCDEF GHバンドルのチェック表(以下チェック表)の内容は、せん妄ケアチームのメンバーの議論を踏まえて作成した。内容は以下の通りである。A：1)NRS $\geq$ 3、CPOT $\geq$ 2で経過している2)RASS:-2~0の浅い鎮静である3)RASS：+1以上ではないB：4)自発呼吸トライアルの評価が実施されているC：5)毎日のA+Bがされている6)ドルミカムを使用していないD：7)各勤務1回のCAM-ICU評価はされている8)せん妄アセスメントシートが使用されているE：9)早期リハビリテーション介入している10)ヘッドアップやROMを実施している11)理学療法士が介入しているF：12)退院支援計画書が立案されている13)家族の面会があるG：14)申し送り時にこのチェック表を用いているH：15)せん妄のパンフレットを患者家族に渡している16)思いやりカレンダー(カレンダーに患者へのメッセージやリハビリの内容・看護師名の記載、家族や患者本人のリハビリ中の写真などがあるカレンダー)を使用している上記内容を項目としたチェック表を作成し、実践した。この活動を通してA・B・C・D・Eは定着した。しかし、F・G・Hについては課題が残された。Fの課題は、COVID-19の影響による面会制限である。これに対しては、WEB面会を導入したものの、十分ではなかった。Gに関しては、周知不足による申し送り時にチェック表が活用されなかったため、申し送りに関するルールづくりが必要と考える。Hに関しては、パンフレットの活用をより推進すべきであった。さらに、PICS-Fを予防するためにはABCDEF GHバンドルとともに、急性期における患者家族の意思決定を支援しACP (Advance Care Planning) を考えることも重要である。今後は、PICS、PICS-FとともにACPについても自施設の課題と捉え、多職種とともに検討していきたい

【結語】自部署においてA・B・C・Dは定着したが、F・G・Hの実践に課題が残った。自施設の課題をより明確にし、改めてABCDEF GHバンドルの活用方法を考える機会としたい。

パネルディスカッション

## [PD5] 災害発生時のクリティカルケア看護管理

座長:川谷 陽子(愛知医科大学病院)、佐藤 憲明(日本医科大学付属病院)

2022年6月11日(土) 13:00 ~ 14:10 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

---

### [PD5-01] 災害発生！看護管理者は何をすれば良いのか

○高橋 美千子<sup>1</sup> (1. 磐田市立総合病院 看護部)

13:00 ~ 13:25

### [PD5-02] 災害発生時のクリティカルケア看護管理

○井浦 弥生<sup>1</sup> (1. 社会福祉恩賜財団 済生会熊本病院)

13:25 ~ 13:50

### [PD5-03] 病院全体で取り組む災害対策にむけて

○雀地 洋平<sup>1</sup> (1. KKR札幌医療センター)

13:50 ~ 14:10

---

13:00 ~ 13:25 (2022年6月11日(土) 13:00 ~ 14:10 第6会場)

## [PD5-01] 災害発生！看護管理者は何をすれば良いのか

○高橋 美千子<sup>1</sup> (1. 磐田市立総合病院 看護部)

キーワード：リーダーシップ、スピード感、早期対応

昨年より、私は病棟担当副看護部長として看護管理業務に従事している。また、DMATインストラクター、DMATロジスティックチームとしても活動をしている。これまで、DMATとして地震・水害・土砂災害・停電・新型コロナウイルス感染症と様々な災害対応を行ってきた。その中で災害時、看護管理者の役割として、DMAT看護師隊員の派遣調整や、院内対応では、病棟担当副部長として病床管理、各病棟の災害対応フローを作成したりし、フォローなどを行ってきた。現在、新型コロナウイルス感染症により、日本はおろか世界中が今まで経験したことのない状況と向き合い3年が経過しようとしている。全国的な患者増加に伴い医療資源の不足や、スタッフ・周囲の感染にて勤務調整によるマンパワー不足、コロナ病棟の陽性者入院患者数に応じた人員調整、スタッフの新型コロナウイルス患者を受け持つことによる感染リスクの不安などから、管理者のスピードと変化、力強いリーダーシップが求められた。7つの習慣のステイブン・R・コヴィーは「大きな変化を望むならパラダイムシフトが必要である」と言っている。リスク分析し、PDCAサイクルを回し、出来ることをスピーディーに対応し変化をさせていく必要があった。新型コロナウイルス対応を主に災害発生時の対応を振り返り、看護管理者として必要なことを抽出する。

当院は2類感染症指定病院であり、新型コロナウイルス感染症が叫ばれ始めた頃、私は救命センター師長をしており、陰圧室とERの管理を行っていた。突然の変化に対応していかなければならず、ICTにも協力を得て、副師長を交えてチームを作成し、そしてスタッフから意見を聞き、リスク分析を行った。見通しのつかない未来に人は不安になるため、スピード感を持って、管理者としての今後の方針を明確にしていく必要があった。その結果、多数のマニュアルを作成することが出来、スタッフも安心して患者の受け入れができる体制が整った。しかし、自身の部署だけの取り組みでは限界を感じ、組織への働きかけも必要であることが分かった。だが、組織的なサポートが思うように得られず、個人への負荷が増大し、自身を含め、数人のスタッフから高いストレス状態の反応が出ていた。そのため、院内で定期的な会議を開催し、情報を集約、評価し、問題や不安に対処する場が必要と考えた。防災マニュアルとは別の組織図を作成し、ICTへ提出をし、定期的な会議をしていくことを提案し、毎週会議が開催されるようになった経緯がある。そんなコロナ禍で院内クラスターが発生し、本部設営をし、DMATが本部運営の手伝いをしていたが、同時に近隣施設でのクラスター対応の派遣要請もあり、時間内での派遣が厳しくなっていた。しかし、クラスター対応として、DMATが介護福祉施設に介入をした例を挙げると、静岡県西部地区データにて、DMAT/ICT早期介入施設の陽性利用者の死亡率は3.9%、厚生労働省が示す80歳以上の陽性者死亡者数12.3%と比べ低値であった。そのため早期に本部立ち上げ介入派遣の必要性を感じ、初期介入を継続した。

災害時、管理者は強いリーダーシップが求められる。それにはビジョン、スピード感、決断力、責任、誠実、チャレンジ精神が必要である。そして、クラスター発生した介護福祉施設へのDMAT/ICT早期支援にて陽性者の死亡率が低値を示しているところから、災害時は早期に情報を集約し、評価する場を立ち上げることが大切である。そして、職員も組織からのサポートを受けられている実感も出る。早期に情報を集約し、評価していく場を作ることは死亡率の低下、職員の心のケアに重要な役割を示している可能性がある。

---

13:25 ~ 13:50 (2022年6月11日(土) 13:00 ~ 14:10 第6会場)

## [PD5-02] 災害発生時のクリティカルケア看護管理

○井浦 弥生<sup>1</sup> (1. 社会福祉恩賜財団 済生会熊本病院)

キーワード：災害時の看護管理、災害種別に応じた訓練、人材育成、受援体制

災害発生時、多くの病院は、災害フェーズに合わせ診療体制、看護体制を柔軟に変化させ、地域住民が求めるニーズに対応する役割がある。そのため、平時より、災害マニュアルや業務継続計画書（Business

Continuity Plan：BCP)を策定し、病院機能を継続させることが重要である。救命救急センターを有し災害拠点病院であるA病院では、院内防災委員が中心となり、災害マニュアルやBCPの策定、多数傷病者受け入れ訓練を実施し、有事に備えていた。また、看護部の現任教育では、災害コースを企画し、部署ごとに現場に即したアクションカードを作成していた。2016年発生した熊本地震では、連続した2回の震度7以上の地震が発生し大きな被害をもたらした。A病院も、貯水槽の破壊、水道の断水、本棚やカルテ庫が倒壊する被害を受けたが、BCPに則り、自家発電や地下水への切り替え、最低限のライフラインを確保し診療を継続した。当時、私は、救命救急外来で看護管理業務を行うと同時に、院内防災委員、DMAT隊員として災害教育やマニュアル整備の役割を担っていた。熊本地震を振り返り、1. 災害種別に応じた訓練や人材育成、2. 受援体制整備が、看護管理者としての課題と考えたため、以下に述べる。1. 災害種別に応じた訓練や人材育成 災害マニュアルは、紙と電子媒体で準備し、各部署へ設置していたが、混乱する状況下では枚数が多く利便性が悪いことが明らかとなった。しかし、マニュアルと一緒に設置していたアクションカードは、スタッフの行動指針となり有効活用できた。また、例年の災害訓練実施により、災害発生直後の自主参集、本部設置、受け入れ準備は、混乱なく受け入れ体制確立が図れた。災害種別や様々な状況を想定し、地域から求められる病院役割を考慮し、実働可能なマニュアルの整備や現場に即した訓練を実施することが課題と捉える。現在、アクションカードの見直しとマニュアル改訂、WEBを活用した参集訓練や未参集者の安否確認訓練、現任教育内容や研修方法を検討し、災害対応能力向上を目指した人材育成に取り組んでいる。2. 受援体制の整備 災害時の支援体制については、計画的な人材育成や物品整備をしており、被災地へのDMATや災害支援ナースの派遣を複数回経験していた。しかし、受援体制については、十分ではなく、熊本地震時に他職種と協働し、受け入れ窓口の一本化を行うなど、受援体制を構築した。看護部で行った取り組みとして、まず、支援者担当を明確化し、支援者の看護経験や専門スキルを把握した。その上で、個人に合わせた役割分担の実施や勤務場所選定、勤務シフトを調整した。平時から、繁忙状況により、病棟を超えた応援体制を構築しており、外部支援者への依頼内容等の標準化が円滑に実施出来た。今後は、院外支援者に対し、医療安全的視点を含め、権限移譲の範囲等を検討しマニュアルに明文化する必要がある。また、病院として、地域や関連施設間で協議し、支援や受援の基準策定をしておくことが、円滑な受援体制に繋がると考える。看護管理者は、刻々と変化する状況に応じ、正確な情報収集や迅速な判断が求められる。今回述べた2点以外にも、災害発生時の安全確保、病床管理、人員調整、職員サポートなど看護管理者としての役割がある。平時に様々な有事を想定し訓練や計画的な人材育成、災害発生時体制整備の改定を重ねていくことが重要である。

13:50～14:10 (2022年6月11日(土) 13:00～14:10 第6会場)

## [PD5-03] 病院全体で取り組む災害対策にむけて

○雀地 洋平<sup>1</sup> (1. KKR札幌医療センター)

キーワード：災害対策

### 【目的】

東日本大震災以降、全国的に災害対策の取り組みが行われている。災害対策は医療の現場においても重要な取り組みであり、災害訓練、災害研修、マニュアルの改訂など多くの病院で実施されている。当院は、災害拠点病院などではないが、地域医療支援病院として発災時には地域住民を受け入れ医療を提供するという役割がある。しかし当院の災害対策に対する現状は、救急科の医師や災害対策に取り組んでいる医師は不在であり、看護部主体の研修や訓練は開催されているが病院全体として災害に対する意識が高いとはいえない状況であった。災害対策委員会も院内の管理者で構成されており、実働的なスタッフは1～2名であった。このような状況の中、当院は北海道胆振東部地震、病院近隣でのガス爆発事故を経験し、病院として取り組むべき課題がいくつも明らかとなり、災害に備える組織作りが必要となった。

### 【方法】

そこで、各病棟の看護師で組織されている災害ワーキンググループを中心に、災害対策マニュアル、災害訓練、災害研修を元に課題を整理し対策案を検討した。課題としては、本部機能と情報伝達方法の整理、多職種の

連携体制、職員の安全と日常生活の確保、応急手当てに必要な技術習得、非常時の物品の確保、地域住民の対応などがあった。その内容と対策案を院内の災害対策委員会に提出し、今後の取り組みを検討した。また、災害対策委員会に、多職種で構成され、より実働的な内容を検討できる小委員会を設置した。現場へ伝達や検討を依頼する際には、小委員会から発信するように統一した。

**【結果】**

災害ワーキンググループを中心とした取り組みだけではなく小委員会での検討を行うことで、各部門の意見が反映された災害対策マニュアルの改訂となった。災害訓練に関しては、参加部門も増えマニュアルに沿った方法や役割で実施することができた。災害対策の知識や技術向上は、院内システムを使用し全スタッフ対象に WEB運用となった。多くの部門が参加することにより、院内全体で災害対策に取り組む体制が整い意識も高まった。

**【結論】**

今後は、様々な方法の訓練を繰り返すことで災害対策マニュアルを改訂する。多職種で検討することで、様々な立場で意見し合いより具体的な内容とする。取り組みを継続することで、スタッフの防災への意識を維持する。地域医療支援病院として災害発生時を想定した地域連携医との協働方法も検討する。

---

パネルディスカッション

## [PD6] 小児のクリティカルケア看護の教育を考える

座長:中田 諭(聖路加国際大学)、辻尾 有利子(京都府立医科大学附属病院)

2022年6月11日(土) 14:10 ~ 15:20 第9会場 (総合展示場 F展示場)

---

### [PD6-01] 「ナレッジ・シェアしながら学ぶ」教育へのシフト

○青木 悠<sup>1</sup> (1. 聖路加国際病院 救命救急センター)

14:10 ~ 14:35

### [PD6-02] 救急外来における重症小児患者の初期対応力を高める取り組み

○四宮 理絵<sup>1</sup> (1. 香川大学医学部附属病院 救命救急ICU)

14:35 ~ 15:00

### [PD6-03] 心臓血管外科手術後の小児患者に対し看護実践をする PICU看護師の教育の現状と課題について

○藏ヶ崎 恵美<sup>1</sup> (1. 福岡市立こども病院 PICU)

15:00 ~ 15:20

---

14:10 ~ 14:35 (2022年6月11日(土) 14:10 ~ 15:20 第9会場)

## [PD6-01] 「ナレッジ・シェアしながら学ぶ」教育へのシフト

○青木 悠<sup>1</sup> (1. 聖路加国際病院 救命救急センター)

キーワード：ナレッジ・マネジメント、心理的安全性、リーダーシップ

誰もが予測しなかった世界的なパンデミックを経験して、これまで以上に VUCAな社会に生きる子どもとその家族に関連する健康問題はますます複雑化・多様化している。小児救急の現場では、よくある子どもの病気だけでなく、被虐待児、再入院を繰り返す医療的ケア児、自殺企図を重ねる小児、クリティカルケアを必要とする小児まで、緊急度・重症度を効率よく判断しながら、幅広いニーズへの対応が求められている。しかし、基礎教育や卒後教育でこのような臨床スキルを系統的に学ぶ機会は限られており、私の所属する施設では、新人看護師に限らず、子どもへの苦手意識やリアリティショックを感じる救急・集中治療領域の看護師は少なくない。

小児救急の特徴として、重症患者は少なく軽症患者が大多数を占めることが挙げられる。そのため、小児のクリティカルケア領域において、気道緊急や蘇生場面など、「差し迫った決断」を経験する機会が成人に比べて圧倒的に少ない。したがって、いざ危機的状況にある小児に遭遇すると、心理的負担による認知機能の低下やコミュニケーションエラー等により、チームパフォーマンスは低下する傾向にある。その結果、成功体験も限られ、小児患者への苦手意識がさらに増幅するという悪循環に陥る。

上記より、小児クリティカルケアの主要な教育課題は、まず効率よく知識・スキルを共有できる教育体制の仕組み作りである。そして、「差し迫った」状況でも高いパフォーマンスを発揮できるチーム作りである。こうした課題を解決し、危機的状況にある子どもとその家族に持続可能な価値あるケアを提供することが求められている。

このような課題に対する方略として、個人や組織の知識学習を促していくためにナレッジ・マネジメント理論 (SECIモデル) を意識しながら知識体系の整備を目指した。限られた資源しかない救急の現場では、経験豊かな看護師のアートな思考ともいえる暗黙知によって優れた臨床判断や実践が展開されている。しかし、その暗黙知が個人に蓄積されたままでは組織の知識学習は拡大されないため、暗黙知を共有しながら主に若手看護師が成長する機会の創出を目指した。同時に、若い感性を巻き込むことが鍵となるため、組織の知識学習のプロセスに若手看護師の参加が不可欠である。なぜなら、若い感性は柔軟で学んだことをすぐに生かすラーニング・アジリティの傾向が高く、DX時代ではリバーズメンタリング効果も期待できるためである。

「差し迫った決断」を伴う経験を増やすことはできなくても、日常臨床の場面から、心理的安全性の高い職場環境やリーダーシップを意識しながらチームを育成することで、チームのパフォーマンスを高められる。特に「差し迫った」状況が繰り返されるクリティカルケア領域では、チームコミュニケーションや心理的安全性は医療安全の観点からも軽視できず、リーダーではなくても誰もがリーダーシップを持って現場にコミットするマインドは高いチームパフォーマンスには肝要となるため、これからの看護教育で育むべきエッセンシャルな素養である。

淀みない小児救急医療を実現するために、教育的アプローチを共有することで、現状の課題だけでなく、今後の展開についてもディスカッションしていきたい。

---

14:35 ~ 15:00 (2022年6月11日(土) 14:10 ~ 15:20 第9会場)

## [PD6-02] 救急外来における重症小児患者の初期対応力を高める取り組み

○四宮 理絵<sup>1</sup> (1. 香川大学医学部附属病院 救命救急ICU)

キーワード：救急外来、重症小児患者、虐待

香川県は日本で最も面積の小さい県であり、県内のアクセスは非常に良い。当院 (全613床) は第3次救急医療施設であるが、地域の基幹病院として1次から3次救急までの救急搬送患者を受け入れている。さらに小児救急医療として、初期から2次救急患者を診る病院群輪番制も担っている。県内では小児の3次救急対応ができる病院は限られているため、重症小児の救急患者は、瀬戸内の離島を含む県内各地から搬送されている。今年度からドク

ターヘリの運用も開始となり、今後より一層当院が担う役割は高まっていくと考えられる。頭部外傷やC P A等救急搬送時に事故か虐待を疑うような場合には、搬送時の情報収集や洞察力、家族との関り方など看護師に求められることは多岐に渡る。現在のところ、当院の重症小児の救急搬送件数は、年間を通して数例程度である。そのため重症小児患者の対応経験が乏しいスタッフも多く、救急搬送時の初期対応の煩雑さや必要物品の選択にとまどいと不安を感じている。そこで重症小児患者の対応経験が乏しいスタッフであっても、迅速で適切な対応ができることを目指し、救急外来の環境・小児物品整理、ツールの作成にこれまで取り組んできた。例えば、モニターや挿管・ルート、薬剤等の必要物品の写真を多用した視覚的な小児 CPAシートの作成や小児用救急カートの物品のセットとチェックリストの作成などがあげられる。これらのシートは救急搬送時の受け入れ準備を事前学習や記憶に頼らなくても、効率よく可能にするものである。さらに OJTとして救急外来での小児 CPA例を想定し、作成した小児 CPAシートと小児用救急カートを使用したシミュレーションを行っている。この方法は実際の場面を想定して物品の準備や初期対応を体験することとなり、どのスタッフでも迅速で適切な対応につながる効果を期待している。これらのツールを活用したシミュレーションを繰り返すことは、現場経験の乏しいスタッフにとって知識・スキルの向上とイメージ化が図られ、救急搬送時の初期対応時の煩雑さの低減や不安の軽減につながるのではないかと考える。また、小児病棟と救命病棟とのスタッフで小児 CPA対応や小児 BLS、虐待をテーマとした合同勉強会を実施している。例えば、小児死亡事例の場合は症例が少なく、困難さを感じやすいため、家族からの質問内容やその時の看護師の受け答えや看護師が抱いた感情の振り返りなどがあげられる。このような事例は経験値を積み上げるのが困難で、状況により対応も様々であり、救急病棟と小児病棟の現場のそれぞれの立場や経験の違いを共有する機会となっている。これまで私自身、頭部外傷やC P A等救急搬送時に事故か虐待を疑うような場合の対応の困難さを実感している。そこで、虐待を疑う初期対応医師や看護師、救急隊員など多職種間で連携を図ることが虐待への早期介入を可能とすると考え、救急隊員の虐待対応と多職種連携に関する研究に取り組んでいる。小児救急医療の現場では、虐待を疑う症例の初期対応の質向上のために、救急外来における救急隊からの情報入手が鍵となる。看護師も虐待対応の視点で必要な情報を考え、連携が図れるように救急現場に特化した虐待対応のシミュレーション教育を医師・看護師・救急隊員等の多職種で実施することを考えている。今後もこれら救急外来でのクリティカルケア看護教育を積み重ねることで、小児救急医療のさらなる質向上を目指していきたい。

15:00 ~ 15:20 (2022年6月11日(土) 14:10 ~ 15:20 第9会場)

## [PD6-03] 心臓血管外科手術後の小児患者に対し看護実践をする PICU看護師の教育の現状と課題について

○藏ヶ崎 恵美<sup>1</sup> (1. 福岡市立こども病院 PICU)

キーワード：PICU、看護師教育

質の高い医療・サービスの提供が求められる今日、組織においては優れた人材の育成と活用がより一層求められる<sup>1)</sup>とされている。病院理念「こどものいのちと健康をまもる」の下、小児集中治療室（以下 PICU）は、小児とその家族に質の高い看護とサービスが提供できる PICU看護師の育成に取り組んでいる。当 PICUは、重症先天性心疾患小児患者の手術直後からの集中ケアを担っており、クリティカルケア看護と小児看護、更には心臓血管外科術後看護という専門性の高い看護を求められている。そのため、PICU看護師はストレスの高い環境下で知識と技術を習得していかなければならず、やりがいを感じられるまでになるには多くの困難があると思われる。今回、副看護師長であり集中ケア認定看護師の立場から当院 PICUの現状と課題について述べる。

当院は2014年に新病院として移転、2015年から PICU病棟として運用開始した。PICUは8床、入室する小児は心臓血管外科手術後であり、手術は年間400例を超える。入室する小児の年齢は生まれて間もない新生児から複数回手術を受けた思春期までで、この内新生児・乳児期が6割を占める。小児の心臓血管外科術後管理は根治術と肺体血流比バランスが鍵となる姑息術があり、その特殊性から術後看護について明記した教本は殆どなく、自己学習が難しい。当 PICUへの看護師の配属は、以前は他施設・他病棟の経験者のみであったが、7年前より小児の手術後や集中ケアにかかわりたいと希望する新卒新人看護師も含まれるようになった。現在、当病棟のスタッフ構成



は、看護師経験3年未満が3割、4～9年未満が3割、残り4割は10年以上である。当病棟の教育は、入職して半年以降に夜勤勤務、1年後には新生児期の先天性心疾患根治術直後の小児患者の受け持ちとして担当できるように指導をしている。2年目で胸腔ドレーン挿入介助、中心静脈カテーテルや動脈ライン留置介助など当病棟に必要な処置が自立して行え、3年目でリーダー業務やECMOなど補助循環が必要な先天性心疾患術後の小児患者を受け持つことができるよう医師・教育担当スタッフと協働した off-JTを行っている。

以上のことから、当病棟の看護師教育の課題について3点述べる。1つ目は、今まで配属した新人看護師は、小児看護とは幼児期や学童期のこどものプレパレーションをすることをイメージし、病気と闘うこどもたちの看護に携わりたいという思いを胸に入職している傾向にある。しかし現実には、重症心臓血管外科手術後で新生児・乳児が多く、治療上鎮静治療を受けている小児患者を看ている当病棟では小児とのコミュニケーションとることが少なく、モチベーションに影響している。2つ目は、当病棟は、知識や技術だけでなく、新卒新人看護師がリアリティショックとならないよう面談を頻回に行うなど新人教育に注力する一方、2年目以降の教育まで行き届かないことである。3つ目は、術式による血行動態とパラメータを用いて経時的に述べるができるが、心不全や鎮痛鎮静・せん妄、離床といったクリティカルケア看護の視点でのアセスメントについて文章化することが難しいことである。

今回は、当病棟の看護師教育の課題と現在行っている取り組みについて紹介した上でディスカッションし、小児とその家族にとって質の高い看護が提供できる PICU看護師教育の在り方について深めたいと考える。

#### 引用文献

1) 手島恵：すぐれた人材の育成と活用，井部俊子/中西睦子監修，手島恵編集，看護管理学習テキスト第2版第4巻 看護における人材資源活用論，日本看護協会出版会，58,2018

パネルディスカッション

## [PD7] クリティカルケア看護の QIを考える

座長:卯野木 健(札幌市立大学)、辻本 雄大(奈良県立医科大学附属病院)

2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:30 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

Zoomはこちら

### [PD7-01] Quality Indicatorを用いて看護の質を可視化する –持続可能な QI活動について考える–

○河原 良美<sup>1</sup>、野村 慶子<sup>1</sup>、土肥 智史<sup>1</sup>、坂本 涼<sup>1</sup>、西村 李依<sup>1</sup>、田中 佑季<sup>1</sup>、山本 祐子<sup>1</sup>、伊藤 奈々<sup>1</sup>  
(1. 徳島大学病院 看護部)

09:00 ~ 09:25

### [PD7-02] Quality Indicatorの要件「RUMBA」と当院 ICUにおける具体的な QI

○相川 玄<sup>1</sup>、鳩崎 千絵<sup>1</sup>、小林 大夢<sup>1</sup>、佐藤 雅子<sup>1</sup> (1. 筑波大学附属病院 集中治療室)

09:25 ~ 09:50

### [PD7-03] 眠れる ICUを目指して –主観的睡眠評価を用いた睡眠ケアの改善にむけて–

○乾 茜<sup>1</sup>、卯野木 健<sup>2,1</sup> (1. 医療法人溪仁会 手稻溪仁会病院、2. 公立大学法人 札幌市立大学 看護学部看護学科)

09:50 ~ 10:10

### [PD7-04] ICU患者が体験する、“Discomfort”に焦点を当てた QIの取り組みについて

○佐々木 亜希<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院)

10:10 ~ 10:30

---

09:00 ~ 09:25 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:30 第3会場)

## [PD7-01] Quality Indicatorを用いて看護の質を可視化する – 持続可能な QI活動について考える –

○河原 良美<sup>1</sup>、野村 慶子<sup>1</sup>、土肥 智史<sup>1</sup>、坂本 涼<sup>1</sup>、西村 李依<sup>1</sup>、田中 佑季<sup>1</sup>、山本 祐子<sup>1</sup>、伊藤 奈々<sup>1</sup> (1. 徳島大学病院 看護部)

キーワード：Quality Indicator、看護の質、持続可能

クリティカルケア看護は、急激な生命の危機状態に対して専門性の高い看護ケアを提供することで、生命と生活の質（Quality of Life, QOL）の向上を目指すことと定義されている。患者への最善を考え、看護を計画し、実施、評価、改善を繰り返すことで持続的な看護を実現している。チーム医療の推進により、個人で一連のプロセスを展開することは少なくなったが、直接的に提供される看護はやはり個人に委ねられるのが現状である。個人の考える最善は、既存の知識や経験、価値観、過去の体験等に大きく影響される傾向にあり、必ずしも質の高い看護であるとは限らない。また、看護は個人で完結するものではなく、メンバーを交代しながらバトンを繋ぐリレー形式で連鎖的に展開され、その構造・過程・成果が看護の質を決定することとなる。その中で、Quality Indicator (QI)を用いた看護の数値化は、最善の看護の方向性を示し、チームとして提供する看護の質評価・改善活動に大きく役立つ。当院では、2015年より ICUで、2021年より HCUで Quality Indicator (QI)による看護実践の数値化による質改善活動に取り組んでいる。導入の契機は、自分達のつなぐ看護実践の評価が主観的かつ不確かであり、水準さえ明確になっていないという現実に直面したことである。当院の QI活動の特徴は、ケアチームという小規模での主体的活動により、ベッドサイドレベルでの小さな質改善活動がタイムリーかつ効率的に展開されることであり、これらの活動の集積により組織としての看護の質向上を目指していることにある。QIには、抑制実施率や離床到達率等があるが、Richmond Agitation- Sedation Scale(RASS)や Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) などアセスメントや情報共有に用いるスケール評価の信頼性をみるものや、患者-医療者の短期目標共有率なども設定している。医療の高度化や複雑化、Evidence-Based Medicine (EBM) の概念の普及により、様々なガイドラインやプロトコル、バンドル介入が推奨されている。看護実践に取り入れることで最善の看護を試みることは可能であるが、QIを用いることでその効果を可視化し、質の向上を図ることが期待できる。近年、QIを活用した質改善活動は注目されているが、難しそう、面倒、周囲との熱量に差があるなど様々な課題を抱えている方も少なくない。当院の活動の実際と課題を共有することで、サステナブルな QI活動について考える機会としたい。

---

09:25 ~ 09:50 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:30 第3会場)

## [PD7-02] Quality Indicatorの要件「RUMBA」と当院 ICUにおける具体的な QI

○相川 玄<sup>1</sup>、鳩崎 千絵<sup>1</sup>、小林 大夢<sup>1</sup>、佐藤 雅子<sup>1</sup> (1. 筑波大学附属病院 集中治療室)

キーワード：Quality indicator、RUMBA

近年、質の指標（Quality indicator: QI）を用いた組織改革が多くの施設でおこなわれている。本邦においても全国的に広まりつつあり、日本病院会における QIプロジェクト事業に参加する医療施設も年々増加している。QIは組織の質を「見える化」し、その質をより向上していくための重要なツールである。しかしその一方で、QI測定には多くの人員や時間といったコストを費やすため、測定をおこなうスタッフは QIに対して抵抗感を示す者も少なくないだろう。実際に当院 ICUにおいても QIの測定は通常業務+αの力が必要であり、手間がかかると思われがちである。おそらく一部のスタッフには、測定に対して消極的になっている者もいるに違いない。QIの測定はおこなわれているものの、果たしてその採用した QIはスタッフに受け入れられているのだろうか。当院 ICUでは看護の質向上のために PADIS、感染、リハビリ、皮膚、コンフォートケアなどのチームを結成している。各チームがそれぞれの分野に適した QIを採用し、ベッドサイドケアの合間合間で日々前向きに観察、もし

くは後ろ向きに電子カルテから情報を掻き集めデータを蓄積している。PADISチームでは主に患者の痛みや不眠に耳を傾け、感染チームでは看護師の手指衛生遵守を監査している。またリハビリチームは離床がどれだけ積極的におこなわれているかをチェックし、皮膚チームにおいては褥瘡・医療関連機器圧迫創傷・スキン-テア・失禁関連性皮膚炎といった皮膚傷害の発生を観察している。さらにコンフォートケアチームにおいては最近注目されている口渴感の調査をおこなっている。各チームは集めたデータをまとめて図表として「見える化」し、毎月の病棟会において具体的にフィードバックをおこない、スタッフ全員に自部署の現状を把握するよう、また次のケアをより質の高いものにできるように働きかけている。この活動が始まり10年目となるが、開始当時イニシアチブを取っていたスタッフが去っていった今でも活動を継続できているのは、その必要性を現在のスタッフの多くが理解していることと、採用したQIが「RUMBA」の法則に適合しているからだろう。RUMBAとはQIの要件であり、それを踏まえたQIを採用しなければスタッフに受け入れられない可能性が高い。本ディスカッションにおいては、このRUMBAについて概説するとともに実際に当院ICUで採用している具体的なQIを紹介しつつ、当院の課題を見出しながら会場の皆様とQIの可能性について考える機会としたい。

---

09:50 ~ 10:10 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:30 第3会場)

## [PD7-03] 眠れるICUを目指して – 主観的睡眠評価を用いた睡眠ケアの改善にむけて –

○乾 茜<sup>1</sup>、卯野木 健<sup>2,1</sup> (1. 医療法人深仁会 手稲深仁会病院、2. 公立大学法人 札幌市立大学 看護学部看護学科)

キーワード：睡眠評価、睡眠の質

当院集中治療室では、2021年より日本語版 Richards-Campbell Sleep Questionnaire(RCSQ)を用いた睡眠の質指標を測定している。そもそも、なぜ睡眠について測定するようになったかということ、2019年から取り組んできた「せん妄予防ケアの見直し」がきっかけであった。まず、最初に行ったのはせん妄発症率の測定であった。しかし、せん妄発症率を測定するには、2つの課題があった。まず、評価対象の基準が決まっていないこと、そして、そもそも評価方法が決まっていないということであった。そこで、評価基準、評価方法を確立し、せん妄発症率が測定できるようになった。次に行ったのは、そのデータを利用した、せん妄発症の要因分析であった。その結果、せん妄患者の約8割が、睡眠障害を持つことがわかった。睡眠障害はせん妄の誘発因子であり、また、同時にせん妄それ自体の症状であるから、睡眠障害が必ずしもせん妄を誘発するかは不明であるが、眠れないこと自体がせん妄を誘発すると考えるのは妥当だと考えた。睡眠障害は、ICUという特殊な環境の中で常に課題としてあげられるものの、環境を考えると十分睡眠が取れないのは仕方ないと考えてしまう傾向がある。本当に仕方ないのか、看護ケアで睡眠の質を高めることはできないのか。そもそも、本当に患者は眠れていないのか、まずはその実態を探るべく2021年よりRCSQを用いた評価を開始した。最初は、睡眠の質をどの様に測定すれば良いのか頭を抱える状況であった。看護記録から患者の睡眠状況を抽出しデータとする案や、睡眠ケアバンドルを用いたケアの実践と看護師の意識の変化を見る案など多彩なアイデアは挙がったが、継続的に指導を受けていた大学教員から「現状がわからないと向かう先もわからない」とアドバイスを受けた。つまり、現状とは患者の睡眠の実態であり、看護師が認識する睡眠状況ではなく、その実態を測定しなければ看護ケアの効果を評価することも不可能であるという示唆を受けた。現在もRCSQに関するデータの収集に加え、分析を行っている。CAM-ICUの導入など、スタッフ全員が同じ評価ツールを使用し、繰り返し評価することは、せん妄に対する観察力の向上に繋がった。同時に病棟スタッフ病棟全体がせん妄の早期発見、早期対応への空気が流れるようになったと感じた。これも、指標を活用する事による効果だと感じている。しかし、課題も山積している。本発表では、これまでの取り組みに加え、今後の展望も含め、共有できれば幸いである。

---

10:10 ~ 10:30 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:30 第3会場)

## [PD7-04] ICU患者が体験する、“Discomfort”に焦点を当てた QIの取り組みについて

○佐々木 亜希<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院)

キーワード：discomfort、口渇、呼吸困難感

日々、患者と関わる中で、「喉が乾いた」「水が飲みたい」「寝られない」「酸素が足りない感じがする」「お腹がすいた」「暑い」「寒い」「寂しい」「不安」など患者の discomfortな表出を耳にする機会は多くはないだろうか。

私達は、患者が体験する discomfortをどのくらい理解する事ができているのか。日々のケアを通して、疑問に感じる事がある。なぜなら、患者の表出する discomfortsは、優先順位が低い事柄として扱われてしまう場面に遭遇するからである。私達は患者の discomfortを過小評価していないだろうか。そして、私達が想像している以上に、患者の discomfortは多く、深刻度も強いと考えられる。

人工呼吸器管理を要する患者の discomfortの原因は、疼痛、呼吸困難感、口渇、睡眠不足、不安、自由がないこと、コミュニケーションが取れない事と言われている(Schmidt et al. 2014)。身体的な要素だけではなく、「騒音」「明るい」「面会の制限」「電話ができない」「情報がない」など ICUの環境や制限なども、discomfortの要因となっている(Baumstarck et al. 2019)。

口渇は、ICUに入院している患者の約80%が経験する症状であり、口渇の苦痛は中等度である事が言われている(Puntillo et al. 2010)。また、持続する口渇、喉の渇きは、せん妄に移行する可能性がある事が示唆されており(Sato et al. 2019)、口渇ケアは患者の discomfortへの介入と共に、せん妄予防の一貫にもなる事が考えられる。しかし、当院 ICUでの口渇ケアは、統一されたケアはなく、看護師判断に委ねられているのが現状である。人工呼吸器管理を要している患者の、約半数は呼吸困難感を感じており(Schmidt et al. 2014)、また、多くの患者がその時の記憶を苦痛やストレス体験として覚えている(Rotondi et al. 2002)。呼吸困難感患者の恐怖となり、後の PTSDの原因となり得る可能性がある。呼吸困難感を改善するためには、観察した内容を評価する事が重要である。しかし、疼痛の評価のように、呼吸困難感を経時的評価した報告は殆どない。

当院の患者においても、呼吸不全患者のリハビリテーションやウィーニングを行う際に、呼吸困難を訴える患者が多くいる。ベッドサイドに近い看護師が、呼吸困難感をタイムリーに評価することによって、患者の苦痛を最小限にすることが可能と考えられる。

今回そこで私たちは、患者の discomfortの症状の一つである、口渇と呼吸困難に着目し、2021年12月より、口渇のスコアリングと、2021年に日本語に翻訳された、日本版 Japanese version of Respiratory Distress Observation Scale(RDOS) (Sakuramoto et al. 2021)を用いて、呼吸困難感のスコアリングを開始した。評価のために看護師への学習会の開催、評価の開示等を行い、患者の苦痛に着目した看護師の意識を向上させる働きかけを行った。

今回、この2つのスコアリング導入に至るまでの経緯と、スコアリングの結果、実際の活動内容及び QI測定における障壁について報告する。

---

パネルディスカッション

## [PD8] チームで行う早期リハビリテーション -それぞれの役割と課題-

座長:宮本 毅治(純真学園大学)、山口 典子(長崎大学病院)

2022年6月12日(日) 10:10 ~ 11:30 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

---

### [PD8-01] チームで行う早期リハビリテーション

-看護管理者の立場からチーム医療について考える-

○長坂 信次郎<sup>1</sup> (1. 藤枝市立総合病院)

10:10 ~ 10:30

### [PD8-02] 早期リハビリテーションにおける医師の役割と課題

○若松 弘也<sup>1</sup>、藤本 理恵<sup>1</sup>、倉増 栄子<sup>1</sup>、小西 尚則<sup>2</sup>、金井 和明<sup>2</sup> (1. 山口大学医学部附属病院 集中治療部、2. 山口大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

10:30 ~ 10:50

### [PD8-03] 当院の心臓血管外科における取組みについて

○宮川 幸大<sup>1</sup> (1. 小倉記念病院 リハビリテーション課)

10:50 ~ 11:10

### [PD8-04] 患者の自己効力感を高める早期離床への取組み

○楠川 翠里<sup>1</sup> (1. 国立循環器病研究センター)

11:10 ~ 11:30

---

10:10 ~ 10:30 (2022年6月12日(日) 10:10 ~ 11:30 第6会場)

## [PD8-01] チームで行う早期リハビリテーション

### —看護管理者の立場からチーム医療について考える—

○長坂 信次郎<sup>1</sup> (1. 藤枝市立総合病院)

キーワード：リハビリテーション、チーム医療

重症症例に対して総合的・集中的な治療を行う集中治療室（以下、ICU）では、「生命の危機に瀕した重症患者を、24時間を通じた濃密な観察のもとに、先進医療技術を駆使して集中的に治療する」とともに、近年チーム医療により様々な職種がその専門性を発揮し始めている。2017年には集中治療医学会より「集中治療における早期リハビリテーション—根拠に基づくエキスパートコンセンサス〜ダイジェスト版」が発行され、2018年の診療報酬改定で始まった「早期離床・リハビリテーション加算」により、集中治療室における早期リハビリテーション医療が注目を浴びている。しかし、早期リハビリテーションは私が看護師になった30年前より取り組まれており、ベッドサイドで行う関節可動域訓練、体位排痰ドレナージ・気道クリアランス手技、術後歩行など廃用症候群の予防として早期離床が重要とされていた。しかし、多くの施設では「急性期は安静」という概念と早期離床に伴うリスクを受容して、積極的な実践が普及していたというには及ばなかった。当ICUでは、2018年の診療報酬改定から「早期離床・リハビリテーション加算」を導入し、医師や認定看護師、理学療法士が協働して早期離床・リハビリテーションを実施することができた。ICUの朝カンファレンスでは、ICU担当医および各診療科医師、ICU看護師、理学療法士、薬剤師、管理栄養士、臨床工学技士が参加し、臨床病状と治療検討をするとともに、ガイドラインを参考に作成された段階的なリハビリテーションプログラムについてディスカッションをし、早期離床・リハビリテーションの方針を確認・検討、決定を行う場となった。ICUでのリハビリテーションにおけるチーム医療は、「医療の質」向上に貢献できることを期待されている。早期離床・リハビリテーションを多職種チームとして形成する上で、看護管理者としての立場からその課題について述べる。

---

10:30 ~ 10:50 (2022年6月12日(日) 10:10 ~ 11:30 第6会場)

## [PD8-02] 早期リハビリテーションにおける医師の役割と課題

○若松 弘也<sup>1</sup>、藤本 理恵<sup>1</sup>、倉増 栄子<sup>1</sup>、小西 尚則<sup>2</sup>、金井 和明<sup>2</sup> (1. 山口大学医学部附属病院 集中治療部、2. 山口大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

キーワード：リハビリテーション、チーム、医師

早期離床・リハビリテーション加算導入により、当施設でも多職種連携が進み、①リハビリテーション実施率の向上、②車椅子や歩行でのICU退室の増加、③呼吸器装着患者のリハビリテーションの増加などの成果がみられた。これは、理学療法士、看護師、医師によるチームの形成によるところが大きい。

チームとして機能を高めるためには、チームメンバー同士の情報の共有化は欠かせない。当施設では、毎朝ICU医師、各診療科担当医、理学療法士、看護師などが参加するカンファレンスを行っている。カンファレンス時に、医学的側面から全身状態を評価してリハビリテーションの適応を判断し、多職種でリハビリテーションのプランニングを行うが、医師はその中心的役割を担っている。

一般的に、ICUでの早期リハビリテーションにおける医師の役割には、①早期リハビリテーションの適応の判断、②リハビリテーションの処方および実施計画書の作成、③リハビリテーションのプランニング、④リハビリテーション実施の支援、⑤リハビリテーション実施中のリスク管理、⑥リハビリテーションスタッフの適切な配置、⑦育成と指導などがある。リハビリテーション中の緊急対応など医師が全面的に対応を求められることもあるが、これら医師の役割は、理学療法士、看護師の役割と重なる部分も多い。この役割をどのように分担していくのかは大きな課題だと思われる。

「働き方改革関連法」が2019年より施行されたが、医師の勤務環境を他職種と同等に扱くと医療崩壊をきたすことが危惧され、施行は2024年に先延ばしとなった。救急医療など緊急性の高い医療を提供する医療機関での労働

時間の上限は、年1,860時間以下/月100時間未満と過労死ラインの2倍まで認められるが、それでも2年以内にすべての医師がそれを遵守するのは難しいといわれている。日本の人口あたりの医師数は、先進国30カ国中の26位と少なく、医療費抑制に向けて医師数がコントロールされている現状において、この問題を解決するのは困難である。このような環境でも、患者へのきめ細かなケアによる医療の質を向上させるためには、医師だけでなく多様な職種の連携によりチームで医療を提供することが求められる。リハビリテーションをチームで実践するためのポイントは、理学療法士、看護師などの医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できる仕組みを整えることだと考えている。当施設でのリハビリテーションの成功は、能動的なスタッフに支えられている。

チーム医療において、医師はリーダーシップを発揮することが求められているが、すべての医師にその資質があるかは甚だ疑問である。リーダーがどう行動するかと同じくらいフォロワーがどう行動するかは大事であり、看護師は模範的なフォロワーとして、質の低いリーダーをコントロールするボス・マネジメントができるとよいだろう。当施設のスターフォロワーに私がどのようにマネジメントされているかも紹介したい。

---

10:50 ~ 11:10 (2022年6月12日(日) 10:10 ~ 11:30 第6会場)

## [PD8-03] 当院の心臓血管外科における取組みについて

○宮川 幸大<sup>1</sup> (1. 小倉記念病院 リハビリテーション課)

キーワード：早期離床・リハビリテーション、心臓血管外科、チーム医療

当院では2020年1月よりICU入室中の心臓血管外科の患者について早期離床・リハビリテーション加算の算定を開始した。早期離床・リハビリテーションの目的は、集中治療室において、より質の高い医療を提供するため、多職種による早期離床の取り組みを入室後早期から行うこととされており、各職種の専門性を活かし、協働して患者と向き合うことがチームとして求められている。

当院の心臓血管外科術後における転帰（自宅退院、転院）や歩行自立獲得までの日数、在院日数に関連する因子を検討したところ、術後因子（挿管時間、合併症の有無、歩行開始までの日数など）だけでなく、術前因子（栄養状態、フレイル、患者背景など）がより多く関連していることがわかった。このことから、術前より関連因子を把握し介入を行うことが、術後の早期離床に向けたチームの取り組みを円滑に行うために必要になってくると思われる。そのため当院では外来の段階より多職種による取組みが始まっている。

術前については、特に栄養状態やフレイル、家族の介護力の問題の有無を術前に評価し把握しておくことで、術後のリハビリの頻度や離床時間を増やす対策などを術前の段階で立ることができるとともに、術前より介入を始めることで、術後のリハビリをよりスムーズに進めることができると思われる。

術後については、速やかに離床を図り、歩行を開始し、運動耐容能を再獲得していく取組みを行うことがチームに求められており、術後リハの第一歩として初回離床を成功させることが、その後の離床をスムーズに進めていくために大切になると思われる。

当院では日本集中治療学会が提唱している「早期離床や早期からの積極的な運動の開始基準」に準じて離床開始基準を作成している。できる限り離床開始の基準値を満たした状態にて安全に離床を行うことを心がけている。ガイドラインでは心臓血管外科術後について術後4日目に歩行自立を目指すプログラムが標準とされている。現在の当院心臓血管外科術後の歩行自立獲得までの日数は3~5日となっており、概ね達成できており、チームとしての取組みの一応の成果が得られているものと思われる。

今後の検討事項として、早期離床・リハビリテーション加算算定対象患者の拡大と理学療法士のICU専属配置の必要性の検討が挙げられる。

---

11:10 ~ 11:30 (2022年6月12日(日) 10:10 ~ 11:30 第6会場)



## [PD8-04] 患者の自己効力感を高める早期離床への取り組み

○楠川 翠里<sup>1</sup> (1. 国立循環器病研究センター)

キーワード：早期離床、自己効力感

【はじめに】A病院 ICUは心臓血管外科が専門であり、手術の低侵襲化による患者の高齢化から術後は、不安定な循環動態や疼痛、安静度制限などから離床が困難となる場合がある。これらの要因に対応して、患者の早期離床を進めるため、2018年より多職種からなるチームを結成した。集中治療における早期リハビリテーション「根拠に基づくエキスパートコンセンサス」では、ICUの看護師の役割に「患者教育と心理的援助」「多職種連携の調整」があると述べられている。また、患者の早期離床を促進するため身体面だけでなく精神面についてのリスクを予測し、活動に必要な情報をチームで共有することで、多職種チームと患者を繋ぐことも集中ケア認定看護師の役割である。今回、患者の自己効力感に着目し早期離床を促進できた事例を振り返り、集中ケア認定看護師の役割と今後の課題について考察する。【ケアの実際】A氏50代男性は、人工血管感染により全弓部置換の再手術、頸部食道瘻造設、胃瘻造設を行った後ARDSを発症した。介入計画①早期離床と人工呼吸管理からの離脱の2つが課題であったが、チームで話し合った結果、早期離床は人工呼吸管理離脱を促進する可能性が示唆されていることから早期離床を中心とした介入をすることに決定した。人工呼吸器のウィーニングは医療者には回復の兆候と捉えることができるが、患者には変化が捉えにくい。一方、離床が進むことは患者自身が回復を実感でき、それが自己効力感につながることで心理的援助になると考えた。②術前からベッド上安静であったA氏に対して、病棟で理学療法士が行うリハビリテーションだけでは不十分であると考えた。そこで多職種で行う歩行リハビリテーションに加え、スクワットや足踏みなど看護師によるリハビリテーションを理学療法士と計画した。また看護計画の提示方法を工夫し、看護師間で統一したケアが実践できるよう支援した。そして目標評価の際は、スタッフと一緒に看護計画の遂行状況や目標の達成度について整理したのち、理学療法士と相談の場を設けることで、スタッフが中心となって看護計画を検討できるよう調整した。早期離床を進める過程で、人工呼吸器のウィーニングも徐々に行われ、術後33日目に人工呼吸管理を離脱した。そして術後37日目には歩行器を使用し200m歩行が可能となり、術後41日目にICU退室となった。【考察】①早期離床を中心とした介入は、A氏の自己効力感に影響し歩行までの離床が達成できたと考える。A氏の全身状態から長期の療養になること、それが更なる精神的負担となり得ることが予測された。自身で「情けない」と否定的な気持ちを吐露されたことに対して介入をしたことで、制限の中で患者の「できる」を支えたことは精神的負担軽減の一助になったと考える。また、A氏は「みんなが頑張ってくれているのがわかるから、自分も頑張らないといけないと思う」と話された。A氏が多職種による支援を認識できたことも、自己効力感を高めることに繋がったと考える。②人工呼吸器を装着した状態で歩行リハビリテーションを行うため、多職種との時間調整や全身状態、離床の進行状況の共有は必須である。しかしそれに留まらず、歩行を可能にする準備を行うために多職種とスタッフの間に入り、連携を調整することも集中ケア認定看護師に必要な役割である。スタッフも交えて、患者に必要なリハビリテーションの内容とそれを可能にする方法を検討することで、絶え間ない離床の支援に繋がったと考える。今後もチームと患者、チームとスタッフの橋渡しの役割を果たすことで、患者の早期離床を促進する必要がある。【結語】集中ケア認定看護師として、患者の自己効力感に着目し心理的援助を行うと共に、チームで協働し介入方法を検討、調整することが患者の早期離床を支えている。

---

パネルディスカッション

## [PD9] クリティカルケアにおける超高齢患者と家族に対する看護実践

座長: 矢富 有見子(国立看護大学校)、吉田 嘉子(国立病院機構別府医療センター)

2022年6月12日(日) 10:40 ~ 12:00 第9会場 (総合展示場 F展示場)

---

### [PD9-01] 超高齢者と家族の現状とクリティカルケアにおける課題

○丸谷 幸子<sup>1</sup> (1. 名古屋市立大学病院 看護部)

10:40 ~ 11:00

### [PD9-02] 超高齢患者の身体・精神機能の変化に対応するためのアセスメントと看護ケア

○松波 由加<sup>1</sup> (1. 済生会山口総合病院)

11:00 ~ 11:20

### [PD9-03] 急性期病院における認知症ケア実践に向けて

○吉里 美貴<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

11:20 ~ 11:40

### [PD9-04] 超高齢患者を支える家族への看護実践における課題と実際、展望

○菊池 亜季子<sup>1</sup> (1. 日本赤十字社医療センター 救命救急センター)

11:40 ~ 12:00

---

10:40 ~ 11:00 (2022年6月12日(日) 10:40 ~ 12:00 第9会場)

## [PD9-01] 超高齢者と家族の現状とクリティカルケアにおける課題

○丸谷 幸子<sup>1</sup> (1. 名古屋市立大学病院 看護部)

キーワード：超高齢患者、家族看護

我が国は高齢化率28.7%(2020年)という超高齢社会であり、世界で最も高い状況にある。集中治療室に入室する高齢患者も増加しており、私の働く施設でも85歳以上の高齢者の入室数は、2017年の79名(うち予定入室5名)から2021年には124名(うち予定入室27名)であった。緊急入院などのやむを得ない状況だけでなく、予定手術による入室も増えている。厚労省の体力・運動能力調査の結果によると、高齢者の身体機能は20年前より5歳ほど若返っており、また「高齢者とは何歳から」という質問に対し、75歳以上と答えた割合が20年前の25.1%から2014年は48.8%になっている。こうした身体機能の向上や高齢者という枠組みの変化は積極的な治療という選択肢につながっていると考える。医療の進歩も治療の可能性を拡大している。近年積極的に行われている経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVI)や血管内動脈瘤修復術(EVAR)はこの代表的なものと見える。また、加齢に伴い心不全の発症は増加するため、心不全治療のために集中治療室に入室する超高齢者も増加している。高齢者の治療の可能性が広がったことを喜ばしく思う反面、「よかった」と必ずしも思えない事例も存在する。手術は無事に終了したが、患者は術後せん妄を生じ、なかなか回復せず、入院期間が長くなっている間にADLは低下し、自宅退院が困難となり、こういった事例をしばしば経験する。このような事例では、患者の意向を確認し、治療の選択をどうするか話し合うことが必要となる。しかし、超高齢者は病態の悪化やせん妄により意思を明確に示せない場合が多い。クリティカルケア分野に限らず、超高齢者は本人が疾病や予後を知らず、希望する死の迎え方ができていないこと、家族の意向で治療の選択がなされていることなどが報告されている。クリティカルケアの場合では終末期が見えにくく判断が難しいが、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に沿って患者の望む治療やケアの方針を患者・家族、多職種で考え、選択することが大切である。また、たとえ認知症や病状の悪化があっても、調子のよい時に患者と話し、本人が理解しやすい説明を行い、患者の思いを知ること、日々のケアの中で患者の表情や反応を観察し、今行われている治療や看護ケアが患者の苦痛につながっていないか見極めるよう努める。患者の意向に沿ったケアにつなげるためには家族支援も重要である。家族は代理意思決定者としての役割を担うが、患者が生命の危機状態にあるという不安を抱えながら命に関わる代理意思決定をしなければならず、強いストレスにさらされている。家族背景も多様化しており、代理意思決定を担う家族が一人しかいない、家族も高齢者である、という家庭も多い。これは思いを語り合い、代理意思決定について話し合う相手が存在しないということである。看護師はその心情に寄り添いつつ、家族が患者の意向に沿った治療を選択できるよう支援する必要がある。2011年に発表された「集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針」は家族の悲嘆に寄り添い、代理意思決定を支えるための指針である。この指針に沿って実践し、組織的に患者家族を支えることが重要である。私たちの超高齢者看護は次代につながっていく。今回の交流集会では、後期高齢者とその家族が安心して受けられるクリティカルケア看護を検討したいと考えている。

---

11:00 ~ 11:20 (2022年6月12日(日) 10:40 ~ 12:00 第9会場)

## [PD9-02] 超高齢患者の身体・精神機能の変化に対応するためのアセスメントと看護ケア

○松波 由加<sup>1</sup> (1. 済生会山口総合病院)

キーワード：超高齢患者、看護ケア

90歳以上の超高齢者は、加齢変化により様々な身体機能が低下する。具体的には、呼吸筋力・咳嗽力の低下や心拍出量の減少などにより呼吸・循環系の機能が低下している。また、細胞内液の減少により脱水になりやすいが、輸液負荷によって心負荷は増大しやすい。更に、免疫細胞数の減少やストレスに対する抵抗力の低下により

免疫機能も低下しているため易感染性の状態にある。そのため、病態が重症化しやすく、回復が遅延するだけでなく、様々な合併症を生じやすい。そして、このような身体機能の低下は、生体反応を鈍化させるため疾患の典型的な症状を認めない、また症状の発現を遅延させる。精神機能の加齢変化では、認知機能低下や流動性知識の低下による記憶力・問題処理能力の低下を認める。また、コミュニケーションの特徴として、流暢さが低下し、話しが脱線しやすくなる。このような精神機能の低下は、患者から主観的情報を的確に収集することを難しくさせる。

加齢による身体・精神機能の低下によって生じる疾患の症状発現の遅延や消失、主観的情報の不足によって、異常の早期発見や臨床推論の展開が困難となる。そのため、超高齢患者のアセスメントでは、患者からの主観的情報だけでなく身近な関係者からも普段の様子について情報を収集することが必要である。また、身体症状は全体的に確認し、1つ1つの症状は多面的に捉えなければならない。そして、集めた情報をもとに患者の全体像を把握して健康上の問題を抽出し、対処すべき優先順位を判断しなければならない。

超高齢患者に対するケアは、病状を早期に安定させ、合併症を予防することと早期にリハビリテーションを開始し、廃用症状の発現を防ぎ日常生活の再獲得を目指すことである。そして、抵抗力、耐久力、回復力が著しく低下した超高齢患者に対して、このようなケアを提供するためには様々な専門職による集学的アプローチが必要である。また、急性期では患者の救命や回復が最優先となり医療者主導のケア提供となりやすい。しかし、変化や時間経過が早い急性期ケア提供の場面でも超高齢患者は、医療者とは違う時間の流れ、患者独自の生活環境が存在している。これは、長年の生活パターン、信念・智恵、経験などによって確立されたものである。救命が最優先されるケア提供場面であっても患者独自のこのような時間の流れや生活環境を軽視してはいけない。

急性期ケアから回復期・慢性期ケアへと移行する場面では、病棟との連携強化が必要である。超高齢患者は、急性期を脱しても合併症を生じやすく、病状が悪化するリスクを抱えている。そのため、急性期での看護ケアを一般病棟でも継続しなければならない。そこで、病棟と連携し継続看護を行うために情報共有とコミュニケーションが重要となる。療養環境を整えるための詳細な情報を診療録だけでなく、カンファレンスや病棟訪問など双方向の情報交換が行える場をつくる必要がある。また、超高齢患者は「人生の最終段階」に在ると捉えることができる。そのため、患者のQODの質向上を目指すために治療に関する情報だけでなく、患者の生活環境に関する細やかな情報を共有することも重要となる。

このように、身体・精神機能が低下した超高齢患者に対し、急性期看護を提供しながらも患者独自の生活環境を尊重した関わりを行うためには、アセスメント力だけでなくアドボカシー、責務、協力、ケアリングという倫理的看護実践の高い能力が必要だと考える。

11:20 ~ 11:40 (2022年6月12日(日) 10:40 ~ 12:00 第9会場)

## [PD9-03] 急性期病院における認知症ケア実践に向けて

○吉里 美貴<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

キーワード：急性期病院、超高齢者、認知症ケア

高齢者社会白書によると2020年の高齢化率は28.8%であり約3.9人に1人が75歳以上という超高齢化社会を迎えている。加齢は認知症発症のリスク因子であり、65歳以上の高齢者における認知症の有病率は2015年の15.7~16.0%から2035年には22.0~25.4%にまで昇ると推測されている。これに伴い急性期医療を必要とする認知症高齢者の増加が予測される。

「急性期病院において認知症高齢者を擁護する」日本老年看護学会の立場表明2016の中で、「人々は、自身が望む最前の急性期医療を受ける権利を有する。これは、認知症高齢者においても、なんら妨げられることのない、基本的な権利である。」とし、急性期病院医療を受ける認知症高齢者とその家族の安心と安寧を保障する看護を推進している。また、2016年度診療報酬改定では、一般病院における認知症患者への適切な医療の提供や認知症ケアの質向上を目的とした、「認知症ケア加算1・2」が新設され、一般病院における看護師の認知症ケアに対する知識や技術の向上が期待されている。しかし、急性期病院に入院する認知症高齢者は環境の変化や身体症状、治療の開始の中で混乱を生じやすいため、治療や入院生活の継続が困難となり、ケアに苦手意識を持つ看護

師も少なくない。看護師が認知症看護に良いイメージを持つためには、成功体験の積み重ねが重要だと考える。認知症看護実践において、大切な視点は「患者が安心感を得られること」である。急性期病院という限られた環境の中で患者が安心感を得るためには、記憶や見当識障害の程度、身体的要因、心理的要因、環境要因の側面から根底にある患者の思いを推測し、反応を見ながらの関わりが必要である。また、認知症高齢者には、入院の目的となる疾患回復に向けたケアと認知症症状を悪化させないためのケアが求められる。

急性期病院において看護師が認知症看護にやりがいを感じ、根拠あるケアを実践していくための取り組みや今後の課題について認知症看護認定看護師の立場から考えたい。

---

11:40 ~ 12:00 (2022年6月12日(日) 10:40 ~ 12:00 第9会場)

## [PD9-04] 超高齢患者を支える家族への看護実践における課題と実際、展望

○菊池 亜季子<sup>1</sup> (1. 日本赤十字社医療センター 救命救急センター)

キーワード：高齢患者、家族看護

医療の目まぐるしい発展とともに、ICUや救命救急センターなどクリティカルケア領域においても、超高齢患者の入室は増加している。近年は超高齢者が独居で自立した生活をしていることも多く、家族はその現状を知らないまま急な入院となる場面もある。平均入院日数の減少、早期退院に向けた支援は、クリティカルケア領域においても重要視されており、在宅療養をさらに拡大していくうえで家族の理解や支援は重要となる。そのような背景から、退院支援や心理的支援において家族への看護実践の重要性はさらに増してきている。

家族への看護実践における課題として、患者と家族が必ずしも同居しているとは限らず、超高齢者が独居で厳しい生活状況にあることを家族が知らないことが挙げられる。家族は、入院を機会に生活がままならない様子であったことを患者の家屋から目の当たりにすることもある。また、集中治療を要する生命の危機的状況の中で、超高齢者本人の意思が伝えられない状況下においては、家族が代理意思決定を迫られる場面も少なくない。そこに加えてコロナ禍における入院中の面会制限という物理的距離が生まれ、家族の不安のみならず、看護師にとっても代理意思決定支援が難しい現状がある。生命の危機を脱することができ、スムーズな退院・転院を目指す上でも、患者本人の状態が家族から見て支援が可能な段階かについても面会の制限から、総合的な判断を難しくさせている。

これらの課題は、早期退院・地域連携を推し進める社会背景の中で重要とされている一方、看護師の自助努力に任せられている現状もある。当院 ICUではハイリスク手術前の術前訪問、そして早期リハビリテーションの介入、家族との面会の工夫によって家族支援を行なっている。緊急入院が多い救命救急センターにおいては、入院時オリエンテーションを家族支援の好機と捉え、現状の不安を伺いながら、今後の予測や介護保険申請の提案、MSWの紹介を行なっている。そして長期入院が予測される場合や、不安が強く支援が難しい家族などに対する電話対応（Familyコール）の導入を行なっている。経済的状況や遠方につき直接支援が難しい状況なども確認し、MSWや退院調整部門との密な連携、そして心理支援が必要なご家族への臨床心理士の紹介などを担当医と相談しながら看護実践につなげている。専従理学療法士との協働で早期リハビリテーションの介入、普段の様子をFamilyコールで伝え、家族のイメージと実情のギャップを埋める、看護の専門性を生かした家族看護実践を行っている。

生命の危機状態にある患者の治療をそばで支援しつつ、危機を乗り越えた先の支援につなげる、予測した介入はときに複雑で困難であり、俯瞰的な視点が求められる。患者の身体状況を予測する知識や技術に加え、患者を支援する存在となりうる家族へ看護実践することは看護職のみでは難しい。リハビリテーション部門、退院調整部門、心理支援部門などとの日頃からの情報交換から必要な専門職との連携を進めていくことが、先を見据えた家族への看護実践の大きな一助となると考えている。

---

パネルディスカッション

## [PD10] 意外と知らない？日常で行われる看護実践のピットフォール

座長:田村 富美子(聖路加国際病院)、門田 耕一(岡山大学病院)

2022年6月12日(日) 11:40 ~ 12:50 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

---

### [PD10-01] GCS・JCSやMMT評価のピットフォール

○宮脇 奈央<sup>1</sup> (1. 国家公務員共済組合連合会 新別府病院)

11:40 ~ 12:05

### [PD10-02] 鎮痛・鎮静・せん妄スケールをケアに活かしたい～ピットフォールを回避するには～

○竹田 智子<sup>1</sup> (1. 飯塚病院)

12:05 ~ 12:30

### [PD10-03] DESIGN-R<sup>®</sup>正しくつけれている？

○仮屋崎 通子<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

12:30 ~ 12:50

---

11:40 ~ 12:05 (2022年6月12日(日) 11:40 ~ 12:50 第6会場)

## [PD10-01] GCS・JCSやMMT評価のピットフォール

○宮脇 奈央<sup>1</sup> (1. 国家公務員共済組合連合会 新別府病院)

キーワード：GCS、JCS、MMT

生命の危機状態にある患者も来院する救急外来では、生命の危機状態を早期に認知し蘇生処置を開始するため、まず Primary Survey(ABCDEアプローチ)に沿って診療が開始される。そのため、意識障害患者でなくとも D:dysfunction of CNS(中枢神経異常)では Glasgow Coma Scale(GCS)または Japan Coma Scale(JCS)は必ず観察が必要となる。外傷診初期診療において GCS8点以下や GCS2点以上の急速な意識レベルの低下は切迫する Dと定義され蘇生処置を行い、Secondary Surveyの最初に CT撮影を行うこととしている。また、頭部外傷の重症度分類では GCS3~8点を重症、9~13点を中等症、14、15点を軽症としている。脳卒中ガイドラインでは、高血圧性脳出血の手術的適応や術式に関して JCSが使用されている。しかし、GCS、JCSは評価者によって差異があるという問題を散見する。そもそも、意識とは「外界からの刺激を受け入れ、自己を外界に表出することのできる機能」を意味している。「覚醒」「認知」「反応」の3つの要素があり「覚醒」は上行性網様体賦活系が、「認知」は大脳皮質が担っている。そのため、意識レベルの低下は脳幹の障害や広範囲の大脳皮質の障害を意味する。GCSは1974年に英国で外傷性脳障害による意識障害の評価スケールとして発表され、「開眼」「最良言語反応」「最良運動反応」の3側面を評価し、13段階120通りの組み合わせで評価される。先行文献では、E3/4、V4/5、M2/3/4/5の誤判定が起こりやすく、その原因としては、見当識障害の有無の判定、音声に対する開眼反応の判定、逃避と疼痛部位認識の運動の区別が挙げられている。JCSは GCSと同じ1974年に日本で頭部外傷や脳血管障害の急性期における脳ヘルニアの進行を評価するために開発された。GCSと比較し JCSは覚醒を中心に評価するため簡便であり医師、看護師だけでなく救急隊員なども習熟し、幅広い場面で使用されている。しかし、「JCS1:ほぼ意識清明」や「JCS20:大きな声で開眼」、「JCS10:呼びかけで容易に開眼」など評価者の主観に影響されるため評価者間での差異が生じる原因となる。これらの評価者間での差異や誤判定の原因を踏まえた上で、正しい評価を行う方法とポイントを提示したい。また、GCSや JCSと同様、脳血管障害を疑う患者に使用することの多い徒手筋力テスト (MMT) も評価者の主観によって患者の筋力を判定するため差異が生じやすい評価スケールである。MMTの誤判定は症状悪化の早期発見を妨げるだけでなく、転倒転落などの事故の発生や不必要な身体拘束の実施など患者へ多くの不利益が生じる恐れがある。MMTについても正しい評価方法を検討したい。

---

12:05 ~ 12:30 (2022年6月12日(日) 11:40 ~ 12:50 第6会場)

## [PD10-02] 鎮痛・鎮静・せん妄スケールをケアに活かしたい~ピットフォールを回避するには~

○竹田 智子<sup>1</sup> (1. 飯塚病院)

キーワード：鎮痛スケール、鎮静スケール

人工呼吸器や体外循環装置の装着が必要な患者にとって、適切な鎮痛・鎮静管理が行われることは、患者の苦痛の軽減だけでなく、早期離床や合併症の予防にとって非常に重要である。近年多くの医療施設では、疼痛スケールとして Numerical Rating Scale(NRS),Behavioral Pain Scale(BPS),Critical-Care Pain Observation Tool(CPOT)。鎮静・せん妄に関するスケールとして、Sedation-Agitation Scale(SAS),Richmond Agitation-Sedation Scale(RASS),Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit(CAM-ICU), Ramsay Scale などを使用した患者管理が行われている。

2013年米国集中治療医学会より PADガイドラインが公表され、2018年には PADISへ改訂された。それとともにスケールを使用しての鎮痛・鎮静評価は、さらに有用性あるものと認識され、ICUに限らず多くの医療現場で定着するようになった。

鎮痛・鎮静スケールの定着により、疼痛の程度・鎮静の深度を測定し評価した結果は、バイタルサインと同等に重要な内容として記録されている。しかし記録された後、その内容は有効活用されているだろうか。

スケールを使用する目的は、患者を同じ指標で観察・評価し医療者間で共有することである。しかし実際はそれだけにとどまらず、患者が最適な状態で治療に向かうためのツールとして、治療・ケアに活用することが必要である。鎮痛・鎮静についても評価された内容が単独ではなく、ベッドサイドリハビリ、面会のタイミング、人工呼吸器離脱のタイミング、患者の希望や日常性の獲得など、全体的なスケジュールを考慮し管理されることが理想である。

鎮痛・鎮静スケールを使用する上でのピットフォールは、「測定・評価し、結果を記録に残す」という作業だけを繰り返し、その内容を有効活用せず終わってしまうことではないか。

当院 ICUでは患者の早期離床・合併症予防を目指す中で、鎮痛・鎮静管理をケアに活かすことを重要項目の一つとし、看護師の意識・知識・ケア実践の向上を目指した取り組みを行なった。その取り組みを紹介し、スケールを使用した評価をケアに活かすことについて検討したい。

12:30 ~ 12:50 (2022年6月12日(日) 11:40 ~ 12:50 第6会場)

## [PD10-03] DESIGN-R<sup>®</sup>正しくつけれている？

○仮屋崎 通子<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

キーワード：DESIGN-R<sup>®</sup>

褥瘡対策は2002年度に「褥瘡対策未実施減算」が施行され、2004年度には「褥瘡患者管理加算」、2006年度には褥瘡対策未実施減算が廃止され「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」が新設、2012年からは入院基本料に組み込まれることになりました。医療機関はすべての入院患者に対し褥瘡対策を実施することが必要となりました。つまり看護師にとって褥瘡のアセスメントを行うことが日常業務となったのです。その際に作成される褥瘡対策に関する診療計画書の中に褥瘡評価スケールとして DESIGNが組み込まれたことにより、多くの施設で使用されるようになりました。DESIGNとは2002年に日本褥瘡学会学術委員会が開発した褥瘡状態判定スケールです。その後経過と同時に重症度が見られるように、それぞれの項目の点数の重みづけが行われ、DESIGN-R<sup>®</sup>として公表されました。そして2020年、「深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い」と「臨界的定着疑い」が追加され DESIGN-R<sup>®</sup>2020となり現在に至ります。クリティカル領域においては生命維持に関わる医療処置が第一優先となります。患者の多くは合併症のリスクを抱えており、循環動態の不安定な状況や治療に関連した医療機器装着による定期的な体位変換制限、褥瘡予防に必要と言われる30度以下の頭側挙上体位がクリティカル領域では人工呼吸器関連肺炎の発症リスクとなるため推奨されないなど褥瘡予防ケアが患者に提供できない時があります。褥瘡の治療にはまずは予防的ケア、発生した褥瘡には早期発見、適切な局所治療を行うことが大切です。適切な治療を行うためには褥瘡を評価し、褥瘡の状態に応じて創傷被覆材や外用薬を選択することが重要です。褥瘡の状態をきちんと評価することが、適切なケアにつながり治癒の促進が期待できます。当院では褥瘡を評価するためのツールとして DESIGN-R<sup>®</sup>を使用しています。しかし看護記録において褥瘡の状態を正しく評価できていないことが散見されます。2020年に褥瘡リンクナースを対象としたアンケートでは、DESIGN-R<sup>®</sup>の評価に自信があるかとの問いに「ある、とてもある」と答えた割合は0%、「ない、あまりない」は60%でした。また、褥瘡リンクナース対象に褥瘡回診時、褥瘡の創状態を見て DESIGN-R<sup>®</sup>で評価してもらい、皮膚排泄ケア認定看護師が評価したものを基準に7項目について、一致率を算定しました。褥瘡状態評価件数35件に対し、DESIGN-R<sup>®</sup>の採点の7項目全てが一致した割合は0%でした。なぜ DESIGN-R<sup>®</sup>で褥瘡の状態を正しく評価できないのでしょうか。当院でのクリティカル領域における DESIGN-R<sup>®</sup>評価の現状と問題点、今後について皮膚排泄ケア認定看護師の立場から考えていきたいと思えます。



---

パネルディスカッション

## [PD11] COVID-19患者におけるクリティカルケア看護の困難さへの挑戦！

座長:明石 恵子(名古屋市立大学大学院看護学研究科)、吉田 紀子(獨協医科大学病院)

2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:40 第10会場 (総合展示場 G展示場)

Zoomはこちら

---

### [PD11-01] 重症 COVID-19患者への身体的・精神的苦痛緩和に必要な看護師の関わり

○豊島 美樹<sup>1</sup> (1. 大阪市立総合医療センター)

14:20 ~ 14:40

### [PD11-02] COVID-19患者家族へのケアを考える

○津田 泰伸<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院)

14:40 ~ 15:00

### [PD11-03] COVID-19対応から得た非日常に立ち向かうチームの力

○中村 香代<sup>1,2</sup> (1. 元 独立行政法人国立病院機構 災害医療センター、2. 現 国立国際医療研究センター病院)

15:00 ~ 15:20

### [PD11-04] COVID-19患者におけるクリティカルケア看護の困難さへの挑戦!

－ COVID-19患者の急変対応の現状と課題－

○山口 庸子<sup>1</sup> (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

15:20 ~ 15:40

14:20 ~ 14:40 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:40 第10会場)

## [PD11-01] 重症 COVID-19患者への身体的・精神的苦痛緩和に必要な看護師の関わり

○豊島 美樹<sup>1</sup> (1. 大阪市立総合医療センター)

キーワード：重症COVID-19、身体的苦痛緩和、精神的苦痛緩和

当院は、病床数1063床を有する高度急性期医療を提供している大阪の基幹病院である。第一種・第二種感染症指定機関に登録されており、2021年4月までに重症 COVID-19患者を205人受け入れ、気管挿管が必要な患者は79.6%であった。人工呼吸管理中は、鎮痛鎮静薬を投与しているが、咽頭痛や肺炎の病態悪化に伴う呼吸困難感から同調性の悪化を認めることが多かった。また、隔離された状況であるため安全面を考慮し、身体抑制を実施しており患者の身体的苦痛緩和に難渋した。また、肺傷害を最小限にとどめるために筋弛緩薬の使用や深鎮静で管理することもあり、患者との意思疎通や思いを汲み取ることが難しい状況であった。さらに、面会制限のため家族から情報を得ることもできず、患者の人となりやライフストーリー、大切にしていることが分からず、スタッフはどのように精神的苦痛を緩和すればよいか困難さを抱いていた。日々の直接実践のなかで感じたことは、患者の多くは自らの思いを語らない傾向にあるということであった。COVID-19患者の入院初期の心理的体験には、人工呼吸管理によるトラウマや死に対する恐怖、スティグマ、回復後の不安、周囲へ感染させた罪悪感、隔離の苦しみなどがあり、このような経験が持続するとメンタルヘルス障害のリスクが増加すると言われている。感染管理上、制約のある中で患者の身体的・精神的苦痛を含めた全人的苦痛を緩和するにはどのような介入が必要か検討した。人工呼吸器装着患者の看護は、肺保護戦略や鎮痛鎮静管理、フィジカルアセスメント、体位ドレナージ、気道浄化を促すためのケアを行い、合併症を最小限に抑え早期回復へ向かうよう援助する高い専門性が要求されるが、身体的苦痛の緩和として普段のケアを丁寧に行うことから始めた。訪室時にはタッチングしながら落ち着いたトーンで声を掛け、どのようなケアを行うか説明し、患者に看護師の声が届き理解を示しているか反応を確かめた。鎮痛鎮静レベルは、RASSやBPSなど客観的評価を行いながら患者の細かな変化まで捉えるように努め、多職種で鎮痛鎮静薬の増減について検討した。体位ドレナージが必要な患者には、枕の位置や体位による四肢や体幹に違和感がないか問いかけ、口渴を強く訴える患者に対し冷水を用いたマウスケアを実施するなどコンフォートケアを実践するように心がけた。精神的苦痛の緩和として、看護師による傾聴やケアリングが重要であることを共有し、メンタルヘルス障害予防としてICU Diaryの記載を実践した。人工呼吸器装着による死に対する恐怖や回復への不安に対し、患者が現状を正しく認識できるよう平易な言葉を用いて丁寧に説明し、治療の効果や見通しについて医師へ追加の説明を依頼するなど医療者が全力でサポートする意思を伝えた。また、患者の人となりを理解しようとする姿勢で関わった。その結果、患者から「あんなに気をつけていたのに」「会社みんなは大丈夫だろうか」「俺はまだ生きているのか」など心の中にとどめていた想いを聴く機会が増えていった。看護師のケアに対し、手を握りながら「ありがとう」と幾度と伝えてくれた。また、感染症病棟へ転棟後、直接ICU Diaryを手渡した際「みなさんにこんなに大切にしてもらっていたんですね」と何度もDiaryを読み返していた。重症 COVID-19患者の身体的・精神的苦痛緩和は、特別なケアを実践しなければいけないという感覚ではなく、いつも当たり前のようにしているケアを丁寧に実践することが重要であると考えている。

14:40 ~ 15:00 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:40 第10会場)

## [PD11-02] COVID-19患者家族へのケアを考える

○津田 泰伸<sup>1</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院)

キーワード：COVID-19、家族ケア

聖マリアンナ医科大学病院 救命救急センターでは2020年2月より新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）診療を開始した。当初、1-2年はこのコロナ対応が継続すると予測していたが、残念ながらその予測は的中し、完全にコロナ共生社会に突入してしまった。2021年12月末までの当院救命救急センターのデータでは、

COVID-19で入院した重症患者数は326人、死亡者数は58人に及ぶ。政府より施設内感染を徹底的に防止する必要性が示された後、他院同様、当院でも面会制限を開始したが、家族は患者から隔絶されることで、不安障害、抑うつ、心的外傷後ストレス障害（PTSD）等の PICS-F の症状をより生じやすい状態となることが懸念されている。また、家族が抱える様々なストレスは、もともとの身体状態や既往疾患を悪化させる可能性があり、同時に経済的、社会的地位も脅かすことにつながり、社会復帰が困難となりかねない。大切な家族を、あいまいなまま喪失してしまうことに起因する複雑な悲嘆反応も問題となる。当院では、そのような家族の反応に対応しようとケアの在り方を進化させてきた。丁寧な情報共有のみならず面会はタブレットを用いたビデオ通話を通常ケアとして行っていたが、対応をするスタッフからは直接面会が家族にとって一番の安心につながるとの意見が多くあり、法人レベルの組織的な動きのもと2021年4月から医療者付き添いの下、終末期の COVID-19患者に限って家族の直接面会を開始している。更に、通常診療の一貫として、看取りをした家族へ電話でフォローアップすることを開始した。ビデオ通話での面会と直接面会を行った家族面会ではどちらが効果的であるか、また、COVID-19における PICS-F 予防介入に焦点を当てた研究は乏しく、未だ不明な点が多い。今回、当院の家族ケアをどのように進化させてきたのか、その実際と課題について報告したい。また、看取り時にビデオ通話面会をした家族と、直接面会をした家族の語りの聴取から、その後、家族が引き続き抱える PICS-F の症状、死別の受容、ADL、社会復帰の状況について考えたい。

15:00 ~ 15:20 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:40 第10会場)

## [PD11-03] COVID-19対応から得た非日常に立ち向かうチームの力

○中村 香代<sup>1,2</sup> (1. 元 独立行政法人国立病院機構 災害医療センター、2. 現 国立国際医療研究センター病院)

キーワード：COVID-19対応

クリティカルな状態となり集中治療を必要とする状況に陥ったとき、その人にとっては日常と大きくかけ離れた厳しい非日常を強いられることとなる。クリティカルケアに携わる看護師として、一人一人の患者さんに寄り添い、その人の日常を知るよう努め、今ここで非日常を過ごす患者さんが一日でも早く日常を取り戻すことができるよう、看護に取り組んできた。しかし、COVID-19によりいつもの職場が変わったとき、非日常がどれだけ厳しく辛いものであるかということに全く理解できていなかったと痛感した。非日常そのもののつらさ、非日常を経験している側から感じる他者に対する「当事者にしかわからない」という孤独さに襲われたとき、それを引き起こすのが他者の存在であったのと同時に、助け合い支えあうことで非日常に対峙し歩いていく力を与えてくれるのもまた、他者であることを知った。COVID-19重症患者に対応するため、自分たちの手でICU内を改造することになった。たくさんの命と向き合い大切に手入れしてきた私たちのICUを、自分たちの手で患者さんから距離をとるような構造に作りかえていくのは、切ない作業だった。また、未知なる事が多い感染症による重症患者の対応をするためには、メンバー編成を検討する必要があり、大事なチームを分散させる必要があった。いつも以上に結束する必要がある状況にも関わらず、チームを分散させることでチームのパフォーマンスを低下させる危機となった。このような状況でCOVID-19重症患者を受け入れるために何よりも重要なことは、チームの結束を守る事であると考えられた。チームとは、個々のメンバーが協調し合うことでシナジーを生み、その総力は個々のメンバー努力の総和以上のパフォーマンスをあげるものである。メンバー1人1人が役割意識を持って受け入れ準備から関わり、大切な日常を壊す作業であっても自分たちの手でやっていき、記録に収めてCOVID-19対応マニュアルを作成した。COVID-19重症患者受け入れが始まると、慣れない感染予防対策の中で重症度の高い患者さんをケアする事の困難さにスタッフの疲弊は大きかった。受け入れ要請に対応する医師は、満床になり応需出来ない状況が続くと、応じられなかった患者の安否を気にして表情を曇らせていた。早期離床リハビリテーションに取り組んできたリハビリチームは、思うように介入できないことに残念な気持ちを募らせた。看護師、医師、コメディカルなどグループごとに他のグループのマイナス点を批判するような徴候が見られたとき、グループを患者中心のチームとして繋ぐためにはコミュニケーションが鍵になると考えた。さまざまなグループが訪れるごとに、リーダー看護師がしっかりとコミュニケーションをはかりミニカンファレンスをくり返し情報をつなぐよう努めた。多職種がコミュニケーションによってつながり、患者を取り巻く一つのチームと

なった実感がある中、感染予防対策として、家族の面会禁止という院内のルールについて一歩進むためにチームで取り組むことへ発展した一例があった。たとえ終末期にあっても家族の面会は叶わず、看取りは医療者だけで行っていた状況で看護師は、家族が面会できない事、お断りの直接対応のつらさに心を痛めていた。そこで、何とか面会をさせられないものかと医師が言い始め、多職種倫理カンファレンスを行った。看護師、主治医、ICT、病院幹部と様々な観点から検討し、リモート面会の導入とケースバイケースでのガラス越し面会の許可を得ることができ、ガラス越しの看取り立ち合いが実現した。確かに COVID-19は私たちの日常を破壊した。しかし、結束を強める機会を得たと逆手に取り、屈することなく挑戦を続けたい。

---

15:20 ~ 15:40 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:40 第10会場)

## [PD11-04] COVID-19患者におけるクリティカルケア看護の困難さへの挑戦!

### – COVID-19患者の急変対応の現状と課題 –

○山口 庸子<sup>1</sup> (1. 東京慈恵会医科大学附属病院)

キーワード：COVID-19、急変対応

COVID-19に罹患した患者は、急激な酸素化の悪化や塞栓症などにより急変するリスクは高い。また腹臥位療法中の急変など、特殊な状況下で迅速な対応が求められる。その上 COVIDエリアでは、医療者自身が感染を起こさないように確実な感染対策が必須である。

当院では、ICU全体が COVID-19エリアとなるのではなく、通常診療も行いながら、ICU内でゾーニングを行い COVID-19患者の対応にあたっている。通常では、医師がすぐにベッドサイドに来て患者の状況を共有できるが、COVID-19患者のレッドゾーンでは、患者の状態のタイムリーな共有が行いにくい状況にあった。そのため、グリーンゾーンとの情報共有や、物品配置など環境整備の工夫が必要であった。

数日後には病棟退室が検討されていた患者が急変し ECPRを行なった事例を経験した。この事例を振り返りながら、COVID-19患者の急変対応の現状と通常対応との違い、課題について考えていきたい。

---

Pro-Con

## [PC1] 人工呼吸器装着患者の管理は一般病棟でも可能か

座長:石井 恵利佳(獨協医科大学埼玉医療センター)

2022年6月11日(土) 11:40 ~ 12:40 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

---

### [PC1-01] 人工呼吸器装着患者は、一般病棟でも積極的に管理すべきか、慎重にすべきか

○富阪 幸子<sup>1</sup>、森安 恵実<sup>2</sup> (1. 川崎医科大学総合医療センター 集中治療室、2. 北里大学病院集中治療センター RST/RRT室)

11:40 ~ 12:40

11:40 ~ 12:40 (2022年6月11日(土) 11:40 ~ 12:40 第7会場)

## [PC1-01] 人工呼吸器装着患者は、一般病棟でも積極的に管理すべきか、慎重にすべきか

○富阪 幸子<sup>1</sup>、森安 恵実<sup>2</sup> (1. 川崎医科大学総合医療センター 集中治療室、2. 北里大学病院集中治療センター RST/RRT室)

キーワード：人工呼吸器装着患者

### 【趣旨】

人工呼吸器が長期装着となっている患者への安全とケアの質保証は、我々が取り組むべき重要課題である。一般病棟での人工呼吸ケアについては、施設間でさまざまな議論がなされている。この度の COVID-19パンデミック後、人工呼吸器から離脱できない重症肺炎後の患者が多数存在し、ICUからの後方ベッド探しにおいても、苦慮したのではないだろうか？

本セッションでは、人工呼吸器が長期装着となった患者の管理において、それぞれの立場からディスカッションを展開していく。本テーマは、クリティカルケア領域で働く皆さんにとっても身近なテーマと思われる。是非、会場で議論をお聞きいただき、質と安全を担保した患者管理のためのヒントにしていきたい。

演者1：一般病棟でも積極的に人工呼吸器装着患者を管理すべきだ

演者2：一般病棟では人工呼吸器装着患者を管理するのは慎重にすべきだ

上記の主張の立場から理由等を元に議論をしていきます。

---

Pro-Con

## [PC2] ICUに新卒看護師を配置すべきか否か

座長:細萱 順一(医療法人社団康幸会かわぐち心臓呼吸器病院)

2022年6月11日(土) 13:00 ~ 14:00 第9会場 (総合展示場 F展示場)

---

### [PC2-01] ICUへの新人の配属推進派の見解

○嶋岡 征宏<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院 集中治療部)

13:00 ~ 13:30

### [PC2-02] ICUに新人看護師の配置は反対!!

– ICUに配属された新人看護師の成長は,先輩看護師の力量にかかっている–

○加覧 妙子<sup>1</sup> (1. 鹿児島大学病院 救命救急センター)

13:30 ~ 14:00

---

13:00 ~ 13:30 (2022年6月11日(土) 13:00 ~ 14:00 第9会場)

## [PC2-01] ICUへの新人の配属推進派の見解

○嶋岡 征宏<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院 集中治療部)

キーワード：ICU、新人

平成30年度病床機能報告においては、特定集中治療室管理料を算定する ICUのうち、実に6割以上の ICUが1.5対1以上の手厚い看護師配置を行っていることが報告されている。また、患者1.5名に対して看護師1名以上を配置した場合に患者死亡率が低下するという海外でのエビデンスもある。特に COVID-19の人工呼吸患者に関しては、感染防御の観点からも、多くの施設で患者1名に対して看護師2名での対応がなされている。ICUはマンパワーが必要であり、各施設は多くの人員配置を ICUに行っていると考えられる。また、2006年度の日本の ICU看護体制の調査において、新卒看護師が配属される ICUは約3分の2であった。ICUの離職者の補充のために一般病棟から多くの看護師が異動すれば、一般病棟の看護レベルの維持に支障を来す。したがって、現実的に ICUへの配属は、新人でなく、既卒看護師のみを配属するのは困難であり、新人看護師の ICUへの配属は必然のものとなっている。

ICUは重症患者を管理する領域であり、看護師は、常に患者の観察を必要とし、医療機器の取り扱い、急変時の対応などを求められる。そのため、そこで働く看護師はストレスフルな状況におかれている。ICUに配属された新人看護師は、このような環境で、日々の看護実践場面で困難な状況に直面している。それらがリアリティショックとなり、早期離職に繋がっていることが問題となっている。一方、ICUへ配置転換した看護師は、配置転換することによる新しい人間関係の形成や知識の獲得、未経験の業務、期待される能力の変化に対して役割ストレスを生じ、心身のエネルギーの多大な消耗を伴うと指摘されている。加えて新人と同様に新たに求められる知識や技術、医療機器の取り扱いなどに不安や戸惑いを感じることもすでに明らかになっている。以上から、新人、既卒看護師の両者にとって、ICU環境がストレスフルなことに変わりはない。新人、既卒看護師の ICUの離職率に関する比較は明らかとなっておらず、新人看護師を ICUに配属することは、離職に拍車をかけるとは一概に言えない。

看護基礎教育課程では、ICU看護の教育にあてられる時間は極めて少なく、すべての学生が等しく、ICU看護を学習しているとは保証され難いと言われている。そのため、新人看護師を ICUへ配属するための前提として、新人が直面する困難感に対応できる環境・教育体制を整えておくことが必要である。また、新人看護師を支援する看護師の負担も考慮しておく必要がある。厚生労働省(2014)の「新人看護職員研修ガイドライン改訂版」に示される理念の1つに新人看護師を皆で育てるという組織文化の醸成が重要であると記されている。つまり、新人看護師の看護実践能力の習得には、スタッフ全員が現場教育の指導者の役割を担い、それぞれのポジションに応じた役割を果たす必要がある。新人看護師が ICUで育っていけるように支援し、教育をすることで、先輩看護師にとっても再学習の機会や、新たな視点の発見に繋がり、成長につながると考えられる。新人を育てながら、組織も育っていく仕組みを作ることが課題だと考えられる。

---

13:30 ~ 14:00 (2022年6月11日(土) 13:00 ~ 14:00 第9会場)

## [PC2-02] ICUに新人看護師の配置は反対!!

— ICUに配属された新人看護師の成長は、先輩看護師の力量にかかっている—

○加覧 妙子<sup>1</sup> (1. 鹿児島大学病院 救命救急センター)

キーワード：新人看護師、ICU配属、新人教育、プリセプター

ICUに配属された新人看護師は、ICUにおける看護実践に必要な専門的知識・技術を学びきれておらず、重症患者を的確にアセスメントすることに難渋している。さらに新型コロナウイルス感染症の影響は、実習期間の短縮により患者との対話や事例展開が少なくなり、社会人としてのコミュニケーション力の習得が難しくなった。ICUで



は、人工呼吸器や鎮静下にあり患者との対話ができない状況が多く、患者の反応が得られにくいいため、やりがいの喪失へと繋がりやすい。そのため、指導者は、新人が看護の素晴らしさを実感し、看護に誇りが持てるように、ロールモデルとして、新人に示していくことが望まれる。また ICUの現場において実習では経験できない看護技術が多く、超急性期の高度な技術が求められる。そのため看護基礎教育と臨床のギャップが大きくなっていることから、基本的技術を飛び越え、自分の知識・技術の未熟さを痛感し、自信を喪失していく新人看護師が多い。一方で ICUへの配属を希望する新人看護師は、やる気に満ち溢れ、意欲的な印象がある。患者の安全・救命を優先するため緊急で行う処置やケアを先輩看護師が行う場面も多く、新人看護師が不平不満につながることも少なくない。一般的に新人看護師は、自己評価が高い、「自分に問題がある」とは考えられない、といった特性があるとされている。新人看護師の特性を理解した指導方法と姿勢には相当の配慮が必要である。安全環境の確保、技術習得の機会をつくるサポート体制には、ICUという特殊な状況に加え、患者のケアを行わなければならない。患者の安全を考慮し、新人看護師個々の反応やスピードに合わせたサポートはとても神経を使い、根気がいる。また、新人看護師のスピードに合わせるとタイムリーな処置やケアが滞り、患者の生命に関わる可能性が高い。新人看護師の業務遂行に必要な能力育成を先輩看護師が OJT で推進するシステム「プリセプターシップ」を ICUでも導入されている。そもそも、プリセプターをする看護師がまだ完璧ではないことを前提に、新人看護師とともに学び、成長するための制度である。プリセプターは、職場での経験も浅く、新人の気持ちや置かれている状況がよく分かる世代の人たちが担当するため、精神的サポートがメインとなる。プリセプターとチームメンバーによる知識・技術支援など先輩看護師がそれぞれ役割を担い、教育体制を構築し、情報共有を行って個別的な指導を行えるよう新人看護師が必要とする支援・教育方法に現場は難渋している。一般病棟と比べ、ICUの患者は重症度や緊急性が高いことが多く、何事にもタイムリーさが求められる点では一般病棟とは時間軸が大きく違う。このような特殊な環境で新人看護師が ICUで基本的技術を習得しながら、専門的な知識・技術・環境など様々なサポートが必要となる。教育を担う先輩看護師も、重症患者を担当するストレス、タイムリーかつ安全を確保しながらケアの提供を行い、新人看護師と接している。先輩看護師は、新人に教育的に関わる能力、新人と適切な関係を築くコミュニケーション能力などが備わっており、何より自己の感情をコントロールすることが必要で、新人看護師のロールモデルという存在である。先輩看護師の関わり次第で、新人の看護師人生が決まるのは重圧ではないかと危惧している。さらに COVID-19による感染者・重症患者増加により、煩雑な業務をこなしながら教育的介入を行うことは困難であり、新人・先輩看護師ともに心身にも負担が増している。そのような現場で、新人看護師が満足できる教育的介入が十分でできるとは言い難い。生涯の看護師人生を左右する最も大切な時期に、ICUからスタートさせてよいものか疑問である。

---

Pro-Con

## [PC3] あなたのキャリアビジョンはどう描く？

座長:荒井 知子(杏林大学医学部附属病院)

2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:00 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

---

### [PC3-01] 臨床の看護師から看護教員、再びちょっと臨床 様々な場所での経験からキャリアビジョンを描く

○大山 祐介<sup>1</sup> (1. 長崎大学生命医科学域保健学系)

09:00 ~ 09:30

### [PC3-02] 看護師としての専門分野をもつことは自分にとって、患者にとっても有益である。

Nurses, be ambitious.

○佐々木 謙一<sup>1</sup> (1. 岩手県立中央病院)

09:30 ~ 10:00

09:00 ~ 09:30 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:00 第7会場)

## [PC3-01] 臨床の看護師から看護教員、再びちょっと臨床 様々な場所での経験からキャリアビジョンを描く

○大山 祐介<sup>1</sup> (1. 長崎大学生命医科学域保健学系)

キーワード：キャリアビジョン

私のキャリアは臨床の看護師として15年、大学の看護教員として6年経過した。看護師としては脳神経外科、整形外科、脳卒中ケアユニット、救命救急センター、看護研修センターに所属した。クリティカルケア看護は、急性期から回復期を経て慢性期に至る過程のすべてに及ぶ(井上, 2005)ことから、様々な部署での経験によって急性期の限られた場所にいる患者だけでなく、回復過程や生活の場にいる患者を知ることができたことは重要であった。生命の危機状態にある患者の一時的な反応を捉えるだけでなく、患者の転帰を予測することができ、それが看護実践につながったと考える。これは、様々な部署を経験したメリットのひとつといえる。加えて、幅広く患者の様相を知ることが、看護実践の意味を考える機会となった。それは自分自身のキャリアのなかで大事にしたいこととなり、現在のキャリアビジョンにつながっている。

キャリアの選択にしたがって、自分が本当にやりたいことをよく考えるための拠り所となる概念をキャリア・アンカーという(Schein, 2003)。キャリア・アンカーは、職業に就いてから5~10年のキャリアの初期段階の時期に開発され、その後の職業選択やキャリア発達を方向付ける。実際の私もこの時期は自分が大事にしたいことは何か、迷っていたように思う。看護師6年目の脳神経外科から整形外科に異動した時期に、理論や研究を学ぶことで看護実践の意味を見いだせると考え、大学院(修士課程)に進学した。看護実践を意味づけるには患者を理解することが必要と考え、手術を受けた患者の手術前後の生活体験について研究したが、患者現象を知るとどまった。また、その後の部署でもいくつかの臨床疑問をもとに研究に取り組んだ。そして、臨床で看護師を続けるか、看護教員になるかを選択できる機会に恵まれた。看護師教育を経験し、教育に関心を持っていたことや研究をもっと勉強したいという思いがあり、看護教員に転職することを選択し、現在は成人看護学分野に在籍している。看護教員となってから、改めて看護理論を学習し看護実践を意味づけするなかで、救命救急センターに勤務していた時の患者の苦痛を取り除けなかった経験を振り返った。このことが大学院(博士課程)への進学、重症患者のコンフォートに関する研究に取り組むことにつながっている。

これまでを振り返り、様々な部署で患者と関わるなかで感じた疑問を研究という形にすることが、自分のキャリアの積み重ねだったように思う。看護する行為は、看護対象者の状態や変化する現象に対して「なぜ」という疑問を提起して、ある現象や出来事の根拠を追求していく行為であると述べられている(樋口, 1989)。臨床で捉えた現象を理論にもとづき振り返り、研究へとつなげ、その成果を臨床での看護実践に活かすことが重要と考える。そして、これまでの臨床経験や研究は、大学での教育にも活かされている。一方で、臨床現場を離れ6年経過し臨床感覚が薄れ、研究や教育において理想にばかり視点が向いている自分にも気づいた。自分は何か臨床に還元できているだろうかという疑問を持つようになり、研究で明らかになったことを自分自身で確認したいと考えようになった。そのため、わずかな時間ではあるが、臨床で看護師としても勤務し、取り組んだ研究成果を臨床に還元すること、そして臨床で経験したことを再び研究や教育に活かすことが現在のキャリアビジョンである。このように様々な場所での経験が大事にしたいことの気づきとなり、キャリアビジョンを描ききっかけになったと考える。

09:30 ~ 10:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:00 第7会場)

## [PC3-02] 看護師としての専門分野をもつことは自分にとって、患者にとっても有益である。 Nurses, be ambitious.

○佐々木 謙一<sup>1</sup> (1. 岩手県立中央病院)

キーワード：キャリアマネジメント、キャリアアップ

厚生労働省の報告書によると、キャリアとは時間的持続性ないしは継続性を持った概念としてとらえられ、職業経験を通して職業能力を蓄積していく過程であると言える。私たち看護師は、専門職としてどのようにキャリア形成をしていくのがベターなのだろうか。日本看護協会の『看護職の倫理綱領』のなかの1つに〈看護師は、常に、個人の責任として継続学習による能力の開発・維持に努める。〉とある。したがって、看護師の国家資格を取って実践し続けるだけではなく、専門職として常に自己研鑽し続ける必要がある。看護師として総合病院に入職すると、数年で配置換えが行われさまざまな病棟、診療科を経験する。また各施設のラダーや日本看護協会のラダーをもとに育成が行われ1人前の看護師へと成長する。現在の教育体制では、誰でもどこでも業務を遂行できるようなジェネralistを育成する傾向がある。もちろんジェネralistを否定するわけではないが、私は看護師として何か1つでも専門分野あるいは得意分野をもった方がよいと考えている。その分野が現在の部署で発揮されるものであれば、患者にとっても有益であろう。その専門性を高めた証拠の1つとして資格がある。クリティカルケア看護分野では日本看護協会がクリティカルケア認定看護師（集中ケア認定看護師・救急看護認定看護師）、急性・重症患者看護専門看護師、日本看護系大学協議会と日本 NP教育大学院協議会が NP（ナースプラクティショナー）の認定を行っている。他にも学会認定資格や団体認定資格など多数の資格が存在する。これらの資格は、看護師の能力を評価する一つの指標にもなりうる。さらにエンプロイアビリティを高めることにもつながり、やりがいをもって働き続けることができ、組織にとっても有能な人材の存在と示すことも可能となる。私は特段キャリアデザインを意識してきたわけではないが、さまざまな経験や縁があって認定看護師の資格を取得し活動している。あらためてこれまでの看護師経験をふりかえると、これらの経験や縁は偶然ではなかったのかもしれない。本セッションでは、これまでの自身の経歴を紹介しつつ、その時どんなことを考え、どう行動してきたのかを考察しながら、参加者の今後のキャリアについて考える場となれば幸いである。

Pro-Con

## [PC4] ICUで PNSは有効か？

座長: 劔持 功(東海大学)

2022年6月12日(日) 10:10 ~ 11:10 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

---

### [PC4-01] ICUでの PNSは有効である。

○清水 正子<sup>1</sup> (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター)

10:10 ~ 10:40

### [PC4-02] ICUで PNSは有効でない

○増居 洋介<sup>1</sup> (1. 北九州市立医療センター)

10:40 ~ 11:10

---

10:10 ~ 10:40 (2022年6月12日(日) 10:10 ~ 11:10 第7会場)

## [PC4-01] ICUでの PNSは有効である。

○清水 正子<sup>1</sup> (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター)

キーワード：PNS、ICU、有効性

我が国における看護方式はこれまで様々開発され、その時代において診療報酬の影響を受けながら、看護の専門性を追求しながら各施設にて採用されてきた経緯があると言われている。そして2009年に福井大学附属病院で Partnership Nursing System (PNS) という新たな看護方式が開発された。近年 PNSを扱った論文が全国的に増加しており、急速な勢いで臨床現場に拡大していると想定される。看護方式に関しては、有効性の評価方法が確立されておらず、それぞれの看護方式のメリット、デメリットを踏まえて、各施設が選択しているのが現状である。PNS導入施設の報告を見ていくと、一般病棟での調査が多いものの、一定の効果を得ている。その為 PNSは ICUでも当然有効であると考えられ、ICUの特性から、ことさら PNSが有効であると考えられる。ICU看護は重症度や緊急度が高く、生理学的な知識とそれに基づいた臓器不全を発症した患者の看護に精通した看護師が必要である。看護師の力量によって患者の観察・状況判断に差が出る。また多くの医療機器を取り扱うため、機器に関する知識習得も求められる。その上、一つのミスが患者の生命に直結する環境にあるにも関わらず、スピードを求められる場面も多い。多重かつ困難な事象を瞬時に判断し、実践しなくてはならない環境が存在する場所である。また ICUではパートナー看護師が常に近い距離間で業務にあたるため、患者の状態を共有しやすく、相手の動きを認識しやすい環境にある。PNSはこのような ICUの特徴的な機能や環境にマッチし、不足していた部分を補える看護方式であると考えられる。

ここからは2016年から PNS研修を開始し、2020年4月より本格導入となった当 ICUでの現状を踏まえ、有効性をお示ししたい。元々、当 ICUでは看護師1名が患者1名から3名を担当するスタイルを取っていた。リーダー看護師がサポートをしながら各看護師は自身の力量の中で看護を実践していた。しかし、リーダー看護師のサポート不足があれば、看護提供不足を招いたり、医師から処置の遅さを指摘されることもあり、特に若手看護師の業務遂行にはリーダー看護師の業務責任が非常に大きかった。また新人・異動者の定着率低迷や、看護師の疲弊感も存在していた。さまざまな課題がある中で院内の方針に則って PNSを導入した。その結果、当 ICUでは以下の効果を得ている。1. OJTでの教育やディスカッションが毎日行われる環境となり、患者の病態理解がわかりやすくなった。よって机上での説明時間を短縮できた。2. 看護実践を2名で行うことで、必要なケアをタイムリーに行うことができた。3. 異動者や新人が心臓血管術後や小児、ECMOなど比較的看護の難易度が高い症例を早期に担当することができた。4. パートナーと受け持ちをすることで、実践した看護行為の確認機会が増えた。5. リーダーが指導的役割をとっていたが、パートナー間で実施できるようになった。6. リシャッフルにより補完機能が発揮され、業務バランスがよくなった。7. パートナー2人が協力して業務を進めることで効率が良くなり、時間外労働時間が短縮できた。8. 看護師配置数が多い部署のため、継続的に関われる年間パートナーやグループが存在することは若手の安心感につながり、精神的支柱となること、また個人の進捗に応じた教育・指導が可能となった。以上の有効性が得られた結果、2年間の新採用者離職率低下につながっていることも非常に大きな成果である。

以上のことから ICUでも PNSは有効であり、取り入れていくべき看護方式であると主張する。

---

10:40 ~ 11:10 (2022年6月12日(日) 10:10 ~ 11:10 第7会場)

## [PC4-02] ICUで PNSは有効でない

○増居 洋介<sup>1</sup> (1. 北九州市立医療センター)

キーワード：PNS、ICU

看護方式の1つであるパートナーシップ・ナーシング・システム(以下 PNS)が福井大学で開発され、様々な効果の報告とともに導入または導入を検討している施設は増加傾向である。その一方で、集中治療領域など緊急性と専門性が求められる領域では、導入の躊躇や導入したもののその効果に疑問視する報告もある。私は、ICUで

PNSは有効でないと考えている。

一般的な PNSの効果として、「情報の共有ができる」、「時間外勤務が削減」、「認知行動の増加によるインシデントの削減」、「人材育成」、「離職率の低下」など報告されている。果たして、ICUで同様の効果が得られるのだろうか。施設の特徴をもとに、教育的側面・業務的側面・管理的側面など多方面から ICUでの有効性を検討する必要がある。ICUは2対1看護体制であり、仮に ICUの病床数が8床の場合、常時4人の看護師が勤務することになる。この4人がペアリングとなり、2人で4人の患者を受け持つことになる。ベテラン看護師同士のペアリングであれば可能かもしれないが、新人とベテランの組み合わせの場合、ベテラン看護師が1人で4人の患者を担当し、新人看護師に教育している光景が目に見えかねない。患者の病態が刻々と変化するクリティカルケア領域においては、ベテラン看護師に想像を絶する負担があるだろう。新人看護師の離職率は低下しても、ベテラン看護師の疲弊や離職はどうだろうか。少なくとも、良好な関係が構築できれば新人看護師にとってメリットは多い。しかし、このペアリングの関係が崩れると、途中からペアリングを組み直すことも容易ではなく、病棟全体に影響が及ぶ可能性を危惧する。そして、実際に指導が可能な人員が充足しているとも考えにくく、ペアリングで交代勤務のシフトを組むことも非常に困難と考える。

ICUでの PNSは、部分的な効果はあるかもしれない。しかし、総合的に考えれば有効ではない。どこに効果を求めるかが有効性を判断する鍵となる。このセッションを通じて、各施設における新しい看護方式を導入したい理由を整理し、各施設の特徴に合わせた工夫が見いだせるセッションにしたいと考えている。

---

交流集会

## [EM1] 利益相反委員会

2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:30 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

---

### [EM1-01] 利益相反委員会交流集会 今更ですがCOIって何ですか? –身近な事例をもとに考える–

○木下 佳子<sup>1</sup>、三浦 英恵<sup>2</sup>、村上 礼子<sup>3</sup>、福田 友秀<sup>4</sup>、福田 侑子<sup>5</sup> (1. 日本鋼管病院、2. 日本赤十字看護大学、3. 自治医科大学、4. 武蔵野大学、5. 自治医科大学附属病院)

10:00 ~ 11:30



10:00 ~ 11:30 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:30 第6会場)

## [EM1-01] 利益相反委員会交流集会 今更ですがCOIって何ですか? –身近な事例をもとに考える–

○木下 佳子<sup>1</sup>、三浦 英恵<sup>2</sup>、村上 礼子<sup>3</sup>、福田 友秀<sup>4</sup>、福田 侑子<sup>5</sup> (1. 日本鋼管病院、2. 日本赤十字看護大学、3. 自治医科大学、4. 武蔵野大学、5. 自治医科大学附属病院)

キーワード：利益相反、COI

学会発表するときに、COI申告のスライドの提示を求められますが、それってどういう意味?と疑問を持つことはありませんか? 利益相反は私たちにとって、まだなじみが薄く、理解が難しい現状があります。研究や教育、臨床においても利益相反にあたるのかどうか? 起こった事象をどのように考えてよいか迷う場面や利益相反にあたることに気が付かないことがおこっています。しかし、利益相反を適切に管理することは、学術活動の公明性と中立性を確保するために、非常に重要なことです。日本クリティカルケア看護学会では、利益相反に関する基本的な考え方を示した「学術活動の利益相反 (Conflict of Interest : COI) に関する指針」や「利益相反 (Conflict of Interest : COI) に関する指針の運用方法」を策定し、これに従い利益相反を管理しています。また、利益相反委員会では、HPに Q& A を掲載するなど学会員の皆様の理解を深めるための活動をしています。今回の交流集会では、身近な事例を提示し、どのように考えればよいのかを東京医科歯科大学 産学連携研究センターの飯田香緒里先生に解説していただき利益相反についての理解を深めたいと思います。

---

交流集会

## [EM2] 研究推進委員会

2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:20 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

---

### [EM2-01] 研究推進委員会交流集会 今だからこそ事例研究で看護を発信！ -データ収集とデータ分析に焦点を当てて-

○松本 亜矢子<sup>1</sup>、吉田 紀子<sup>2,7</sup>、明石 恵子<sup>3,7</sup>、佐藤 まゆみ<sup>4,7</sup>、伊藤 真理<sup>5,7</sup>、清村 紀子<sup>6,7</sup> (1. 金沢大学附属病院、2. 独協医科大学病院、3. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、4. 順天堂大学大学院医療看護学研究科、5. 川崎医療福祉大学保健看護学部保健看護学科、6. 大分大学医学部看護学科、7. 研究推進委員会)

10:00 ~ 11:20

10:00 ~ 11:20 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:20 第7会場)

## [EM2-01] 研究推進委員会交流集会 今だからこそ事例研究で看護を発信！ —データ収集とデータ分析に焦点を当てて—

○松本 垂矢子<sup>1</sup>、吉田 紀子<sup>2,7</sup>、明石 恵子<sup>3,7</sup>、佐藤 まゆみ<sup>4,7</sup>、伊藤 真理<sup>5,7</sup>、清村 紀子<sup>6,7</sup> (1. 金沢大学附属病院、2. 独協医科大学病院、3. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、4. 順天堂大学大学院医療看護学研究科、5. 川崎医療福祉大学保健看護学部保健看護学科、6. 大分大学医学部看護学科、7. 研究推進委員会)

キーワード：事例研究

研究推進委員会では、第17回学術集会の交流集会で「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」をテーマにオンライン上でハンズオンセミナーを開催しました。参加者アンケート結果から事例研究への関心の高まりが感じられ、データ収集や分析について知りたいというご希望がありました。そこで今回は、事例研究におけるデータ収集と分析・統合に焦点をあて、事例研究への理解を深めたいと考えています。

看護師は日々の実践の中で経験を積み上げており、とてもよい結果が生まれる事例にも遭遇します。しかし、素晴らしい看護の実践は自認されにくく、言語化に至らぬまま埋もれてしまうことがあります。皆さまの経験知が形式知に変換されないということです。事例を通して得られた看護の意味を見つけ出して名前をつける、概念化する。そして、その見出された看護を目の前の患者さんの個別性を考慮しながら実践に活用することで、新たな看護の価値が創られます。より良い看護実践のバリエーションが豊かになります。実践の現場から、新たな看護の価値を創り上げていくことができる事例研究は、実践の科学である看護にとってはとても有意義な研究方法の一つだと考えています。

今回の交流集会では、クリティカルケア看護領域での事例研究の経験者とともデータ収集と分析・統合の方法を議論いたします。皆さまのご質問にもお答えいたします。多くの方々のご参加をお待ちしております。

---

交流集会

## [EM3] 終末期ケア委員会

2022年6月11日(土) 11:10 ~ 12:10 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

---

### [EM3-01] 終末期ケア委員会交流集会 クリティカルケア領域における効果的なディスカッションの開催について考えよう

○山勢 博彰<sup>1</sup>、立野 淳子<sup>2</sup>、加藤 茜<sup>3</sup>、久間 朝子<sup>4</sup>、辻本 真由美<sup>5</sup>、藤岡 智恵<sup>6</sup>、藤本 理恵<sup>7</sup>、森山 美香<sup>8</sup> (1. 山口大学大学院医学系研究科、2. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院、3. 信州大学医学部保健学科、4. 福岡大学病院、5. 横浜市立大学附属市民総合医療センター、6. 飯塚病院、7. 山口大学医学部附属病院、8. 島根県立大学看護栄養学部看護学科)

11:10 ~ 12:10

11:10 ~ 12:10 (2022年6月11日(土) 11:10 ~ 12:10 第3会場)

## [EM3-01] 終末期ケア委員会交流集会 クリティカルケア領域における効果的なデスカンファレンスの開催について考えよう

○山勢 博彰<sup>1</sup>、立野 淳子<sup>2</sup>、加藤 茜<sup>3</sup>、久間 朝子<sup>4</sup>、辻本 真由美<sup>5</sup>、藤岡 智恵<sup>6</sup>、藤本 理恵<sup>7</sup>、森山 美香<sup>8</sup> (1. 山口大学大学院医学系研究科、2. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院、3. 信州大学医学部保健学科、4. 福岡大学病院、5. 横浜市立大学附属市民総合医療センター、6. 飯塚病院、7. 山口大学医学部附属病院、8. 島根県立大学看護栄養学部看護学科)

キーワード：デスカンファレンス、終末期ケア、クリティカルケア領域

救命、そして早期回復を担うクリティカルケア領域においても終末期ケアの重要さとともにその難しさが明確になってきています。患者の入れ替わりが頻繁にあり、時間的猶予のない中でも、終末期患者に対して、その人らしい最期が迎えられるようよりよい介入を模索しているのが現実ではないでしょうか。

デスカンファレンスは、患者の死亡退院後に提供した治療と看護ケアについて振り返り、そのなかで感じたことを多職種で語り合い、気持ちを分かち合う場です。その効果には、今後の看護ケアの向上、医療者自身のグリーフケア、バーンアウトの予防、死生観の育成などがあります。しかし、デスカンファレンスの開催には、多職種参加の難しさや振り返りの意図の共有の困難さ、進め方などの障壁をクリアしていくことが求められます。また終末期ケア自体が非常にデリケートな事柄であるため、クリティカルケア領域におけるデスカンファレンスの実態はほとんど報告されていません。

本交流集会では、話題提供として、3名の演者から救急領域やICU、慢性期領域において、どのようにデスカンファレンスを実施しているのかをご紹介いただき、終末期ケアを振り返るデスカンファレンスの開き方、進め方など具体的なヒントを得ながらディスカッションしたいと思っています。多くの方のご参加を心よりお待ちしております。

### 座長

久間朝子 (福岡大学病院)

森山美香 (島根県立大学看護栄養学部看護学科)

### 演者

小島 朗 (大原総合病院)

辻本真由美 (横浜市立大学附属市民総合医療センター)

山崎友香子 (信州大学医学部附属病院)

交流集会

## [EM4] 編集委員会

2022年6月11日(土) 12:50 ~ 14:10 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

---

### [EM4-01] 編集委員会交流集会 やればできる！論文投稿 事例報告の取り組み方

○編集委員会<sup>1</sup>、矢富 有見子 (1. 編集委員会)

12:50 ~ 14:10

12:50 ~ 14:10 (2022年6月11日(土) 12:50 ~ 14:10 第7会場)

## [EM4-01] 編集委員会交流集会 やればできる！論文投稿 事例報告の取り 組み方

○編集委員会<sup>1</sup>、矢富 有見子 (1. 編集委員会)

キーワード：事例報告、論文投稿

本学会編集委員会は、クリティカルケア看護領域における知の蓄積と発進というミッションを掲げ、質の高いクリティカルケア看護に関する論文の発刊を目標として活動しています。2018年のオンライン投稿開始から2021年までの採択論文件数は47件で、事例報告として採択されたのは4編(2021年, 2017年, 2008年, 2006年)と少ないのが現状です。

事例報告が少ない理由は明確ではありませんが、「忙しい業務の合間を縫って事例をまとめることができない」、「日々の看護実践で疑問や困難を覚える、あるいは効果的であったなど印象に残る事例はあるけれど、どのようにまとめたらよいかわからない」といった状況が推察されます。

私たちは自分の実践が患者にとってどうであったのか、という問いを持つ場合があります。そのような問いは、そのままにしておくで一瞬にして過ぎ去ってしまいます。心に留めた問いを持ち続けることにより、「こういうことだったのか」という腑に落ちる振り返りにつながる場合もありますが、それは個々の看護師のなかで実践知として蓄積されるにとどまります。看護実践を丁寧に振り返り、その個別具体性や看護の実践課題と成果を事例報告として共有することは、実践知を形式知に変換すること、すなわち知の創造につながると考えます。また、他者にとっては、「何らかの事実を知り、洞察を見出して次の実践に向かう」という経験をすることになり、結果的に一つの事例が多く臨床家の豊かな看護実践につながります。そして、振り返りの中で見出した共通の現象は次の研究の一步となる可能性も持ち合わせています。

以上より、本学会編集委員会ではより多くの実践事例を事例報告として投稿していただきたいと考えています。そこで、本交流集会は事例報告に焦点を絞り、その理解を深めるために企画いたしました。

具体的なプログラムとしてはまず、事例報告とは何か、について投稿規程とあわせて説明いたします。ひとつの臨床事例を用いて、事例報告にまとめるプロセスを紹介したいと考えています。臨床事例を俯瞰し、報告につながるよう、どのように焦点化するのか、その方法について具体的に説明しながら会員の皆様と交流したいと考えています。続いて、報告した事例を論文としてまとめる際の要点についても説明いたします。

これから事例報告をまとめてみようと思う方、事例報告の研究を指導される方など、多くの皆様のご参加をお待ちしております。

〈タイムスケジュール〉①事例報告のまとめ方45分(参加者のワーク含む) ②事例報告の発表、論文執筆時のポイント20分 ③まとめ、質疑応答、アンケート15分

編集委員会：荒井 知子<sup>1</sup>、村田 洋章<sup>2</sup>、矢富 有見子<sup>3</sup>、佐藤 富美子<sup>4</sup>、中村 美鈴<sup>5</sup>、清村 紀子<sup>6</sup>、田口 豊恵<sup>7</sup>、福田 美和子<sup>8</sup>、小泉 雅子<sup>9</sup>、田口 智恵美<sup>10</sup> (1. 杏林大学医学部付属病院、2. 防衛医科大学校、3. 国立看護大学校、4. 福島県立医科大学、5. 東京慈恵会医科大学、6. 大分大学、7. 京都看護大学、8. 目白大学、9. 東京女子医科大学大学院、10. 千葉県立保健医療大学)

交流集会

## [EM5] せん妄ケア委員会

2022年6月11日(土) 15:00 ~ 16:00 第8会場 (総合展示場 E展示場)

---

### [EM5-01] せん妄ケア委員会交流集会 狙いを定めてせん妄ケア –業務に取り入れるせん妄ケアを考えよう–

○せん妄ケア委員会 せん妄ケア委員会<sup>1</sup>、五十嵐 真 (1. せん妄ケア委員会)

15:00 ~ 16:00



15:00 ~ 16:00 (2022年6月11日(土) 15:00 ~ 16:00 第8会場)

## [EM5-01] せん妄ケア委員会交流集会 狙いを定めてせん妄ケア – 業務に取り入れるせん妄ケアを考えよう –

○せん妄ケア委員会 せん妄ケア委員会<sup>1</sup>、五十嵐 真 (1. せん妄ケア委員会)

キーワード：せん妄、せん妄ケア、せん妄ケアリスト

せん妄ケアは、独立したケアではありません。普段、皆さんが行っている看護ケアの一環です。では、どのような看護ケアがせん妄ケアになっているのでしょうか。

入院時のせん妄ハイリスクの評価、入院中のせん妄を見逃さないためのせん妄スクリーニング、そして日常の看護ケアの中にあるせん妄ケア…。

今回は、せん妄ケア委員とみなさんでディスカッションをしながら、普段の業務に取り入れられるようなせん妄ケアを探っていく交流集会を企画しました。

難しく構えず、実際の患者プロセスと一緒に見ながら、ご自身の所属施設で、すでにやっていたりしゃること、まだ取り組まれていないけどできそうなこと、少し頑張った方が良さそうなことをせん妄ケア委員会のメンバーと一緒に考えていきましょう。

せん妄ケアやせん妄ケアリストに関するお悩み、質問、当日のディスカッションで取り上げて欲しいことがあれば下記の QRコードからお寄せください。

---

交流集会

## [EM6] 口腔ケア委員会

2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:30 第9会場 (総合展示場 F展示場)

---

### [EM6-01] 口腔ケア委員会交流集会 コロナ禍を経験して、クリティカルケアの口腔ケアを再考する

○浅香 えみ子<sup>1</sup>、安藤 有子<sup>2</sup>、佐藤 憲明<sup>3</sup>、石井 恵利佳<sup>4</sup>、川原 千香子<sup>5</sup>、劔持 雄二<sup>6</sup>、佐藤 央<sup>1</sup>、門田 耕一<sup>7</sup> (1. 東京医科歯科大学病院、2. 関西医科大学附属病院、3. 日本医科大学付属病院、4. 獨協医科大学埼玉医療センター、5. 愛知医科大学、6. 東海大学医学部附属八王子病院、7. 岡山大学病院)

09:00 ~ 10:30

09:00 ~ 10:30 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:30 第9会場)

## [EM6-01] 口腔ケア委員会交流集会 コロナ禍を経験して、クリティカルケアの口腔ケアを再考する

○浅香 えみ子<sup>1</sup>、安藤 有子<sup>2</sup>、佐藤 憲明<sup>3</sup>、石井 恵利佳<sup>4</sup>、川原 千香子<sup>5</sup>、剣持 雄二<sup>6</sup>、佐藤 央<sup>1</sup>、門田 耕一<sup>7</sup> (1. 東京医科歯科大学病院、2. 関西医科大学附属病院、3. 日本医科大学付属病院、4. 獨協医科大学埼玉医療センター、5. 愛知医科大学、6. 東海大学医学部附属八王子病院、7. 岡山大学病院)

キーワード：口腔ケア、口腔ケアガイド、新型コロナウイルス感染症

新型コロナウイルス感染症対策において、米国疾病管理予防センター（CDC）は標準予防策に加え、空気感染対策、接触感染対策<sup>1)</sup>、世界保健機関（WHO）からは、標準予防策に加え、飛沫感染対策、接触感染対策かつエアロゾル発生手技(aerosol-generating procedures)では空気感染対策を用いるような勧告が出ている<sup>2)</sup>。また、日本環境感染学会による医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイドにおいては「エアロゾル発生手技（気管挿管・抜管、気道吸引、NPPV 装着、気管切開術、心肺蘇生、用手換気、上部消化管緊急内視鏡、気管支鏡検査、ネブライザー療法、誘発採痰など）においては、N95 マスクを装着する」としている<sup>3)</sup>。従って、短距離で行うエアロゾル発生手技としての口腔ケアを行う際は、飛沫感染対策にとどまらず空気感染対策が推奨される<sup>4)</sup>。これらのことから、高密度かつ高頻度にエアロゾルが発生することが懸念される口腔ケアにおいて、従来からの標準予防策、経路別感染対策で使用する PPE の考え方にとどまらない考え方が必要とされ、すでに実践されている施設が多いことが想定される。

当委員会は2021年2月に気管挿管患者の口腔ケアガイドを公表した。時を同じくして新型コロナウイルス感染症は世界規模のパンデミックに拡大し、今日に至るまで我々の日常を脅かしている。本交流集会では、クリティカルケアにおける口腔ケアがコロナ禍を経験して、どのように変化し、どのような工夫がなされているのか、口腔ケア実践ガイドの臨床における価値を基本原則に立ち返り、最善のケアを目指して再考する機会にしたいと考える。

### 文献

1. CDC : Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic, Updated Feb. 23, 2021  
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
2. WHO : Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected, Interim guidance <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332447/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.1-eng.pdf>
3. [http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/ COVID-19\\_taioguide4.pdf](http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide4.pdf)
4. 厚生労働省：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き 第5版, 2021  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000785119.pdf>

---

交流集会

## [EM7] 国際交流委員会

2022年6月12日(日) 12:20 ~ 13:40 第3会場 (国際会議場 国際会議室)

---

### [EM7-01] 国際交流委員会交流集会 世界と繋がるには

○櫻本 秀明<sup>1</sup>、卯野木 健<sup>2</sup>、池松 裕子<sup>3</sup>、北山 未央<sup>4</sup>、佐藤 隆平<sup>5</sup> (1. 日本赤十字九州国際看護大学、2. 札幌市立大学、3. 名古屋大学大学院医学系研究科、4. 金沢医科大学病院、5. 神戸市看護大学)

12:20 ~ 13:40

12:20 ~ 13:40 (2022年6月12日(日) 12:20 ~ 13:40 第3会場)

## [EM7-01] 国際交流委員会交流集会 世界と繋がるには

○櫻本 秀明<sup>1</sup>、卯野木 健<sup>2</sup>、池松 裕子<sup>3</sup>、北山 未央<sup>4</sup>、佐藤 隆平<sup>5</sup> (1. 日本赤十字九州国際看護大学、2. 札幌市立大学、3. 名古屋大学大学院医学系研究科、4. 金沢医科大学病院、5. 神戸市看護大学)

キーワード：国際交流、国外学会、WFCCN

国際交流委員会では、交流集会の企画として<世界と繋がるには>をテーマに3つの企画いたしました。遠くて、意外と近い国外の看護！そうした世界中の看護師とつながりながら活動をするためのヒントをご紹介します。

企画1：WFCCNの活動に参加してみよう！

WORLD FEDERATION OF CRITICAL CARE NURSES (WFCCN)をご存知ですか。世界クリティカルケア看護師連盟です。国際交流委員会では、この活動に参加、支援しています。今回交流集会企画として、この活動の報告とWFCCNのご紹介をしたいと思います。その一環として、WFCCN DIRECTOR FOR POLICY AND PARTNERSHIPSである Professor Ged Williamsからのビデオメッセージの紹介もいたします。

企画2：国際学会へ参加してみよう！

みなさん、国際学会に参加したことはありますか。実は国際学会への参加は、それほどハードルが高いものではありません。今回実際に、European society of intensive medicine (ESICM)へ参加し、学会発表された委員の体験談をご紹介します。私も国際学会に参加してみたい、発表してみたいそんなあなた！ぜひ、この企画に参加してみてください。

企画3：国際雑誌に投稿してみよう！

最近よく国際雑誌に投稿し、掲載されたという看護師のSNSをみかけます。英文誌への投稿は身近なものになってきたのではないのでしょうか。こうした英文誌への投稿を通じて、実は日本以外の看護と簡単につながることができます。今回の委員会企画では、実際に投稿を経験した委員の体験談をご紹介します。世界中の看護師と繋がりながら活動することや、世界の研究者と交流をもち研究をすすめるために必要なちょっとしたことをお伝えします。

---

交流集会

## [EM8] 教育委員会

2022年6月12日(日) 12:30 ~ 13:50 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

---

### [EM8-01] 教育委員会交流集会 ケアとキュアの融合と継続を目指す臨床判断能力を育てる

○岩元 美紀<sup>2</sup>、近藤 ゆかり<sup>2</sup>、西村 祐枝<sup>2</sup>、路川 恵利加<sup>3</sup>、上澤 弘美<sup>3</sup>、大田 麻美<sup>4</sup>、益田 美津美<sup>1</sup>、石川 幸司<sup>5</sup> (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、2. 岡崎市立市民病院、3. 総合病院土浦協同病院、4. 伊勢赤十字病院、5. 北海道科学大学保健医療学部看護学科)

12:30 ~ 13:50

12:30 ~ 13:50 (2022年6月12日(日) 12:30 ~ 13:50 第7会場)

## [EM8-01] 教育委員会交流集会 ケアとキュアの融合と継続を目指す臨床判断能力を育てる

○岩元 美紀<sup>2</sup>、近藤 ゆかり<sup>2</sup>、西村 祐枝<sup>2</sup>、路川 恵利加<sup>3</sup>、上澤 弘美<sup>3</sup>、大田 麻美<sup>4</sup>、益田 美津美<sup>1</sup>、石川 幸司<sup>5</sup> (1. 名古屋市立大学大学院看護学研究科、2. 岡崎市立市民病院、3. 総合病院土浦協同病院、4. 伊勢赤十字病院、5. 北海道科学大学保健医療学部看護学科)

キーワード：ケアとキュアの融合、ケアの継続性、臨床判断能力

本交流集会では、看護基礎教育、継続教育、大学院教育、それぞれの立場から、患者の生命と生活を支え段差のないケアを目指すための臨床判断能力を育む教育の工夫について紹介する。＜看護基礎教育＞看護基礎教育においては2022年度から第5次カリキュラム改正が適用される。新カリキュラムでは臨床判断能力や倫理的判断の強化などが盛り込まれ、臨床判断能力の育成は大きな課題といえる。そこで、創意工夫しながら臨床判断能力の獲得に向けて取り組んできたシミュレーション教育や新カリキュラムの計画について話題提供する。＜継続教育＞継続教育については、教育委員会で、多岐にわたる看護実践能力を獲得するための効果的な教育を検討するために文献レビューを行った。その結果、領域横断型の幅広い教育の必要性が示唆され、クリティカルケア看護はあらゆる病期を対象としていることを改めて実感したところである。そこで、継続教育に関する2施設の教育的取り組みについて話題提供する。①多くの急性期病院が、COVID-19による有事と平時の医療・看護サービスの提供を余儀なくされ、限られた人的資源の看護師が可能な限り能力を発揮できるリリーフ体制を整え、クリティカルケアに従事する看護師の育成を図る必要があったのではなかろうか。自施設において、平時から求められるクリティカルケア看護スキルは、慣習的な観察とコミュニケーションで大きな問題は生じなかった。しかし、有事を契機に新たな人間関係や業務によって臨床判断と言語化における課題が浮き彫りとなった。同時期に、集合対面教育は困難となり、教育手法はe-learningやweb、OJTが強化されていった。そこで、2021年度よりJNAクリニカルラダーに準じた評価システムを活用し、クリティカルケア分野の臨床判断能力を向上させる取り組みを開始した。一般病棟看護師と救急・集中部門看護師がともに臨床判断能力を高めることを目的に、タナーの臨床判断モデルを参考に自施設で作成した教育システム「クリティカルケアバーディング」について話題提供する。②多くの施設に違わず、自施設もCOVID-19陽性重症患者の対応のため、小児科、消化器外科、産婦人科など一般病棟の看護師が2~3か月クールでの交代体制でEICUに応援に来てもらい看護師の増員を図った。応援看護師の多くは、今まで末梢動脈ラインや人工呼吸管理患者のケアを行ったことがない状況であった。EICUでは、JNAラダーを参考に作成したEICUラダーに沿って各段階で教育を行うだけでなく、タナーの臨床判断モデルを用いたOJTを行い、ラサターの臨床判断ルーブリックによる評価を実施していた。しかし、応援看護師は2~3か月クールで一般病棟に戻ってしまうため、EICUで学び得た看護を一般病棟でも活用できるように、臨床判断ルーブリックによる評価よりも、臨床判断モデルのリフレクションに重きをおき、対話を通して教育を行った。その後、EICUから一般病棟に戻った看護師たちが、EICUで学び得た看護をどのように活用しているかについて、実際の意見を提示しながら話題提供する。＜大学院教育＞最後に、卒後教育としての大学院教育については、専門看護師コース修了者の立場から話題提供する。専門看護師教育課程は2020年度までに38単位に移行し、新教育課程基準では、ケアとキュアの融合が強調されるようになった。そこで、2年間のコースワークの中で自身の看護実践を振り返り、ケアとキュアの融合とはどういうことか、概念と実践をどのように結びつけるかといった学びについて話題提供する。話題提供を通じ、皆様とともに、明日につながる看護教育のあり方について考え、ディスカッションしたいと考えている。(ファシリテーター 中村香代、山口庸子、田戸朝美)

---

交流集会

## [EM9] COVID-19対策委員会

2022年6月12日(日) 13:50 ~ 15:20 第8会場 (総合展示場 E展示場)

---

### [EM9-01] COVID-19委員会交流集会 患者をまもる 医療者をまもる 社会をまもる COVID-19委員会活動報告と Q&A

藤野 智子<sup>1</sup>、○古賀 雄二<sup>2</sup>、卯野木 健<sup>3</sup>、櫻本 秀明<sup>4</sup>、古厩 智美<sup>5</sup>、塚原 大輔<sup>6</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院、2. 川崎医療福祉大学、3. 札幌市立大学、4. 日本赤十字九州国際看護大学、5. さいたま赤十字病院、6. 株式会社キュアメド)

13:50 ~ 15:20



13:50 ~ 15:20 (2022年6月12日(日) 13:50 ~ 15:20 第8会場)

## [EM9-01] COVID-19委員会交流集会 患者をまもる 医療者をまもる 社会をまもる COVID-19委員会活動報告と Q&A

藤野 智子<sup>1</sup>、○古賀 雄二<sup>2</sup>、卯野木 健<sup>3</sup>、櫻本 秀明<sup>4</sup>、古厩 智美<sup>5</sup>、塚原 大輔<sup>6</sup> (1. 聖マリアンナ医科大学病院、2. 川崎医療福祉大学、3. 札幌市立大学、4. 日本赤十字九州国際看護大学、5. さいたま赤十字病院、6. 株式会社キュアメド)

キーワード：COVID-19、スコーピングレビュー、PPE、バーンアウト

日本クリティカルケア看護学会は、2020年4月26日に「新型コロナウイルス感染症対応に従事されている保健医療職・学会関係者・市民の皆様へ」という代表理事声明を発表し、「クリティカルケア領域の医療・看護の質をまもる、医療者をまもる、社会をまもる」を理念として、活動を行ってまいりました。

COVID19に関する最新の知見を踏まえたガイドラインの作成・updateや政策提言を視野に入れた調査を行いました。更に学術団体として現場の看護師及び医療従事者のために何が出来るかを検討するために、COVID-19対策委員会を発足し、グローバル・ローカル双方の視点から最新情報に注目した情報集約を行うことを目的に研究を行いました。

2020年からの委員会活動の成果として、皆様に公開、もしくは公開予定の内容は以下となります。

1. 「COVID-19 重症患者看護実践ガイド」 2020年4月7日に初めて発出された新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言後、わずか5日で Ver.1を公表しました。その後日本集中治療医学会と共同で改訂し、現在 ver.3 を WEB 公開しております。
2. 「ICUにおける COVID-19 患者に対する看護 Q&A」 2020年4月24日に日本集中治療医学会が作成し、その後、本学会と共同で Ver.2改訂をしています。
3. PPE 装着に伴う医療者への有害事象、COVID-19 患者ケアを行う医療機関の看護師の心理社会的ストレス、についてスコーピング・レビュー(進行中) COVID19患者の医療提供に従事する看護師の視点から、抱える課題や有害事象を特定し、政策提言を行うための根拠資料を得るために研究を行いました。
4. COVID-19 患者のケアに携わる看護職からの相談への対応 COVID-19患者ケアについてのガイドラインやマニュアルが整備されていなかった初期の流行の頃に、施設を超えた相談を受け付けるしくみを提供しました。今回は、これら2020年度からの委員会活動について皆様にご報告するとともに、COVID-19パンデミックといわれてから2年経過して状況が変わった現在、当委員会成果物がどのように利用可能であるか、より実践に活かすための検討課題を明らかにするために、皆様からのご意見やご質問を承りたいと思います。

---

プラクティスセミナー

[PS1] V-V ECMO装着患者のケア

2022年6月11日(土) 10:00 ~ 10:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

---

[PS1-01] V-V ECMO装着患者のケア

○山浦 章平<sup>1</sup> (1. 福岡大学病院 看護部 救命救急センター)

10:00 ~ 10:50

10:00 ~ 10:50 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 10:50 第2会場)

## [PS1-01] V-V ECMO装着患者のケア

○山浦 章平<sup>1</sup> (1. 福岡大学病院 看護部 救命救急センター)

キーワード：V-V ECMO、COVID-19

体外式膜型人工肺(extracorporeal membrane oxygenation：ECMO)は、1972年に重症呼吸不全患者における最初の救命例が報告されて以降、成人の重症呼吸不全に対する有効性に関して議論や研究がなされてきたが、その結果は芳しくなかった。2009年に流行した H1N1インフルエンザでは、ECMOによって多くの重症呼吸不全患者が救命されたが、主に経験不足や管理の難しさ、適切なデバイスや資機材の欠如による影響で日本の生存率は他の先進国と比べて大きく劣っていた。この経験から、ECMO管理の質向上を目的に ECMOプロジェクトが発足し、海外へスタッフを派遣し、ECMO講習会で知識・技術などの ECMO管理の質向上を図り、現在では、世界でもトップクラスの生存率を誇っている。

2019年より始まった COVID-19のパンデミックは、2年近く経過しており、今もなお第6波の渦中にある。さまざまな治療薬やワクチンが開発されてきたが、重症化した患者に有効な治療法はいまだ十分には開発されておらず、人工呼吸器や静脈-静脈体外式膜型人工肺(V-V ECMO)を用いた支持療法を行っている現状にある。WHOのガイドラインにも ECMO導入が指針として示されており、当院の救命救急センターでは、ECMOセンターとして2020年4月より人工呼吸器や ECMO管理を必要とする重症 COVID-19患者の受け入れを開始した。当初は、COVID-19についての情報や管理方法・感染対策について、明確な情報がない状態であり、当院での V-V ECMO症例も年間約5、6例と少なく、医師・看護師ともに不慣れな状態での受け入れ開始であった。受け入れ病床は、救命救急センターの病床を縮小し、重症 COVID-19患者をこれまでに73症例を受け入れ、42症例に V-V ECMOを導入し管理を行った。当院での生存率は77.8%であり、人工呼吸器や V-V ECMOの管理を行ううえで、Lung restによる呼吸管理や回路内圧管理、腹臥位療法など、多職種で協力しながら、医療・看護を提供している。そのなかで、凝固障害や回路内血栓、褥瘡、神経障害などのトラブルを経験しながらも、多職種で協力し、問題解決を行っていくことで当センターでの ECMO管理方法が少しずつ確立してきている。

より安全で質の高い ECMO装着患者に対する看護を提供するためには、我々看護師の役割も重要であり、特に ECMO中の患者を担当する看護師には、通常の重症患者を看護する力に加えて、ECMOの構造や原理を踏まえ、機械的合併症や身体的合併症を早期に発見する力が必要となる。今回のプラクティスセミナーでは、当院での経験を基に、ECMOの仕組みや導入から離脱までの押さえておきたい看護のポイントを紹介する。

プラクティスセミナー

## [PS2] 最新の人工呼吸器（機能）の紹介

2022年6月11日(土) 11:00 ~ 11:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

---

### [PS2-01] 最新の人工呼吸器（機能）の紹介

○外間 太樹<sup>1</sup> (1. 琉球大学病院 ICU)

11:00 ~ 11:50

11:00 ~ 11:50 (2022年6月11日(土) 11:00 ~ 11:50 第2会場)

## [PS2-01] 最新の人工呼吸器（機能）の紹介

○外間 太樹<sup>1</sup> (1. 琉球大学病院 ICU)

キーワード：人工呼吸、自動ウィーニング、人工呼吸離脱、クローズドループ

1950年代に陽圧換気式の人工呼吸器が開発され、以降、人工呼吸療法は重症呼吸不全の治療に必要不可欠なものとなっている。一方で、人工呼吸管理自体が肺障害を悪化させ、死亡率を増加させる一因となることも明らかにされてきた。また長期間の人工呼吸管理は廃用や VAPの発症リスクとなるため、呼吸器からの早期離脱が重要である。これらを防ぐために、肺保護換気戦略やプロトコール化された人工呼吸離脱戦略が発表されている。上記にあわせて人工呼吸器の機能も発展してきた。ウィーニングの自動化や  $P_{0.1}$ （気道閉塞圧）測定による非侵襲的肺メカニクス評価、また P-SILI（自発呼吸誘発性肺障害）予防や適切な PEEP設定を主眼においた経肺圧測定機能を搭載した人工呼吸器が登場・流通してきている。

当院では HAMILTON MEDICAL社の人工呼吸器の使用頻度が高く、術後患者において INTELLiVENT®-ASV（以下 iASV）を使用した人工呼吸の自動ウィーニングが行われている。また、昨年から同社の HAMILTON-C6機が導入され、COVID-19患者を始めとした重症呼吸不全患者に、経肺圧をひとつの指標とした人工呼吸管理も行っている。

iASVはクローズドループ機構の換気モードで、患者の換気パターンや  $EtCO_2$ 及び  $SpO_2$ のデータを人工呼吸器にフィードバックする機能をもつ。機械換気から自発呼吸優先への設定変更だけでなく、吸入酸素濃度や換気量、及び PEEPまでも自動的に変更することが可能である。また、離脱までのサポートを実施する機能（Quick wean⇔ SBT）も付属され、人工呼吸ウィーニングの自動化、呼吸器からの早期離脱に寄与している。

このように進化を遂げた人工呼吸器であるが、視診や聴診など医師や看護師が行うフィジカルイグザムは当然網羅出来るものではない。クローズドループを制御する患者-人工呼吸器間の連携は向上している一方で、気管チューブやカプノメーター、パルスオキシメーターから得られた数値を用いているのみに過ぎず、看護師の専門的な知識に基づいた観察は必要不可欠である。

本セミナーでは、人工呼吸器 HAMILTON-C6搭載の諸機能について解説をしていく。また人工呼吸ウィーニングの自動化において、看護師が果たす役割についても学びを得る機会となれば幸いである。

---

プラクティスセミナー

## [PS3] クリティカルケアにおける栄養管理の考え方

2022年6月11日(土) 12:00 ~ 12:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

---

### [PS3-01] クリティカルケアにおける栄養管理の考え方

○平敷 好史<sup>1</sup> (1. 那覇市立病院 集中治療室)

12:00 ~ 12:50

12:00 ~ 12:50 (2022年6月11日(土) 12:00 ~ 12:50 第2会場)

## [PS3-01] クリティカルケアにおける栄養管理の考え方

○平敷 好史<sup>1</sup> (1. 那覇市立病院 集中治療室)

キーワード：栄養管理

クリティカルケア領域における栄養管理の重要性が叫ばれてから久しいが、現段階においても、必要な投与エネルギーや投与タンパクなどの栄養管理の基本的な事項がいまだ未解決のままとなっている。その理由として、生体が自らに加わった侵襲に対しての宿命的な生体反応があげられる。

生体は自らに加わった侵襲に対して、生命活動を維持させるため、神経・内分泌、免疫反応を惹起しエネルギー代謝亢進を行う。しかし、同時にこの反応は、自らの体を取り崩し生命活動に必要なエネルギーを産生する内因性エネルギーの供給を招く。これらは侵襲の程度に応じて変化するため、加わる侵襲が大きくなれば、その分、エネルギー代謝亢進と内因性エネルギーの供給は増幅すると考えられている。一般的には侵襲の程度は可視化・数値化できないため、侵襲により、どの程度エネルギー代謝亢進と内因性エネルギーの供給が行われているのか把握する術がないため、おのずと必要な投与エネルギーや投与タンパクが不明確となる。

そのためクリティカルケア領域における栄養療法は、侵襲が加わった生体の反応を考慮しながら、過不足の少ない至適なエネルギーをいかに安全に投与できるのかが重要となってくる。

本邦において、現時点では殆どの施設で急性期の栄養管理の多くを看護師が担っている現状があり、クリティカルケア領域での栄養療法の成否は看護師にかかっていると言える。クリティカルケア領域の栄養管理については、まだ解明されていないことも多くあり、渾渾沌沌とした中で、各施設で試行錯誤しながら、医師、看護師、コメディカルと共に栄養管理を取り組んでいる事が多いと思われる。

本セミナーでは、クリティカルケア領域の看護師に必要な、侵襲を受けた生体反応と代謝動態の関係、栄養療法の基礎知識、そして合併症をなるべく少ない栄養管理の実際と共有方法を解説する。

プラクティスセミナー

## [PS4] 体温管理療法

2022年6月11日(土) 13:00 ~ 13:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

---

### [PS4-01] 体温管理療法

○山本 美也子<sup>1</sup> (1. 高松赤十字病院 看護部)

13:00 ~ 13:50



13:00 ~ 13:50 (2022年6月11日(土) 13:00 ~ 13:50 第2会場)

## [PS4-01] 体温管理療法

○山本 美也子<sup>1</sup> (1. 高松赤十字病院 看護部)

キーワード：体温管理療法、TTM

体温管理療法（TTM: Targeted Temperature Management）」とはいわゆる「低体温療法」と「平熱療法」を含み、高体温を回避することで脳障害の進行を防ぐことに加え、代謝や酸素消費量を抑え脳保護作用（頭蓋内圧が亢進し、脳虚血や低酸素状態とならないようにすること）を期待する治療法です。体温管理療法を行うことで二次性脳損傷を予防し、転帰改善に繋がると考えられており、PCAS（心停止後症候群）患者においては無作為化対照試験による低体温療法の有効性が示されました。それ以来、心肺停止蘇生後の昏睡状態の患者では体温管理療法を行うことが推奨されています。

体温管理療法は基本的に心肺停止後に行われるので、緊急入室と同時に開始される事が多いです。ICUでは比較的行われる治療なので、ICU看護師は体温管理療法の観察項目等を理解しておく必要があります。

今回のプラクティスセミナーでは今から実際に体温管理療法をしている患者を担当しようとしている看護師、今までこのような患者を見てきたけど、ちょっと苦手、自信がないと思っている看護師、自施設では体温管理療法を行ってないけど興味がある看護師、このような方々に向けて体温管理療法の基本的な知識や看護で必要なポイントを挙げて、わかりやすく説明させていただきます。そしてすぐに現場で活用でき、苦手意識や不安を軽減し、明日からの実践に活用できるよう皆様とともに学びを得る機会としたいと考えております。

プラクティスセミナー

## [PS5] 敗血症性ショックのアセスメント

2022年6月11日(土) 14:00 ~ 14:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

---

### [PS5-01] 敗血症性ショックのアセスメント

- 菅 広信<sup>1</sup> (1. 秋田大学医学部附属病院 看護部キャリア支援室)  
14:00 ~ 14:50

14:00 ~ 14:50 (2022年6月11日(土) 14:00 ~ 14:50 第2会場)

**[PS5-01] 敗血症性ショックのアセスメント**○菅 広信<sup>1</sup> (1. 秋田大学医学部附属病院 看護部キャリア支援室)

キーワード：敗血症、アセスメント

最初にとある日の私の経験を紹介したい。70歳代後半の男性。疾患は食道がん。ロボット支援下胸腔鏡下食道亜全摘、3領域リンパ節郭清、胸骨後経路胃管再建術を施行した。手術時間 12時間11分であった。ロボット支援下とはいえ、食道がんの手術の身体への侵襲は大きい。術後、手術室で気管チューブを抜去したが、せん妄が出現。RASS+3、創部の安静を保てず、呼吸状態も悪化したためにICUで再挿管、人工呼吸器管理とした。術後2日目の夜であった。血圧が120mmHg台あったものが、徐々に低下しはじめた。侵襲の大きい手術は、血管透過性の亢進の為に血管内脱水となり、血圧が低下することがある。このようなときは、輸液量を増量し、ドパミン塩酸塩の投与を開始すれば、血圧は上昇するはずであった。しかし結果は逆に下がる一方であり、次の手段であるアルブミン製剤の投与を始めた。アルブミン製剤を投与することで、血漿浸透圧を上昇させ、血管外の水を血管内に引きつける効果を狙った。しかし、血圧は上昇しなかった。収縮期血圧65mmHg台の維持がやっとであった。更に気が付けば、SpO<sub>2</sub>は低下しはじめており、P/F比は150程度。患者は鎮静されていたが、呼吸回数が増加した上に大きい呼吸になっている。医師を含め我々は、明らかにいつもの手術侵襲による変化と異なることを理解した。そして、ノルアドレナリンの投与を開始することにし、これでも血圧を維持できない場合は、バソプレシンの投与も指示された。薬剤の準備や記録などしている内に体温が39℃前後になっていた。いや、もしかしたらもっと前から体温は上昇していたのかもしれない。緊急採血結果からβ-Dグルカン、90pg/mL、プロカルシトニン、10ng/mLと高値であり、真菌感染症による敗血症性ショックが濃厚であった。それにしても、血圧が低下してからの対応が全て、甘い対応に終始し、後手後手になってしまったことを否めず、もっと早くからできることはなかったのかと、後悔した。症例について、みなさんはどう思っただろう。「あるある」と思ったのか、「いやいやその対応はマズイだろう」と思ったのか気になるところだが、「あるある」が若干多いのではないかと推測している。敗血症性ショックに陥る前に、患者は様々な身体の状態が変化しているはずである。ショックの5徴はその典型例で、「蒼白・冷汗・虚脱・脈拍不触・呼吸不全」とされているが、蒼白や冷汗は敗血症性ショックのときは、逆に温かいときもあり、判断が難しい時がある。また、虚脱は意識状態の変化を示すが、鎮静している状態では判断は難しい。脈拍不触は血圧が低下すれば起こりえるので、術後の浸透圧亢進だと思い込むこともある。呼吸不全も気胸や胸水や痰の貯留などでも起こりえる。つまり、敗血症性ショックはショックの5徴だけを考えていては、早い対応はできない恐れがある。敗血症性ショックへの対応では、敗血症性ショック1時間バンドルなどもあり、1時間以内の治療の開始に強いエビデンスは否定されているが、早期に治療を始めるという考え方は間違っていないはずである。

そこで、今回の症例のように後手後手にならないように、早期から何をモニタリングし、アセスメントするか？そして、治療を始めたあとも、看護師ができる適切な対応とは何かを考えながら説明していきたいと考えている。

---

プラクティスセミナー

## [PS6] 脳卒中患者の周術期看護のポイント

2022年6月11日(土) 15:00 ~ 15:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

---

### [PS6-01] 脳卒中患者の周術期看護のポイント

○岩本 雅俊<sup>1</sup> (1. 社会医療法人天神会 新古賀病院)

15:00 ~ 15:50

15:00 ~ 15:50 (2022年6月11日(土) 15:00 ~ 15:50 第2会場)

## [PS6-01] 脳卒中患者の周術期看護のポイント

○岩本 雅俊<sup>1</sup> (1. 社会医療法人天神会 新古賀病院)

キーワード：血圧管理、頭蓋内圧コントロール、脳血管攣縮期の全身管理、神経所見

脳卒中は2020年の死亡総数のうち、全死因の4番目と未だ高い水準である。脳卒中は死亡を免れても、脳神経障害の高次機能障害や麻痺により、日常生活に大きな制約が生じ介護・福祉の負担が増えることがある。一方で国内65歳以上の高齢者人口は、総人口に対して28.7%と高く超高齢社会である。15~65歳の生産年齢人口は減少しており、社会が提供出来る医療資源にも限界がある。人類が経験したことのない異常な社会構造において、患者の尊厳を保ち、少しでも自立した生活を送れるよう周術期合併症をつくらない管理が必要である。

脳卒中の診療はQOLの改善からも、社会的自立の観点からも重要な役割をしめる。このセッションでは、術前から術後まで総合的な知識と技術が求められるくも膜下出血の管理を中心に解説し、さらに脳出血、脳梗塞の周術期看護のポイントを提示していく。

### 1. くも膜下出血の管理

#### ①血圧管理

脳動脈瘤の破裂で起こるくも膜下出血では、初回破裂後6時間以内に再破裂を起こすことが多い。再破裂を起こした場合の死亡率は約50%である。このため、術前は再破裂予防が極めて重要であり、血圧の変動を起こす侵襲的な処置や検査は血圧管理、鎮静後に行う必要がある。失禁できずに膀胱内に尿が貯まると血圧は上昇するため、適切な降圧・鎮静後尿道カテーテル挿入を行う。ニカルジピンにて降圧を図るが、併用の点滴流量を一定にしないと体内流入量に変化し、血圧コントロール不良となる。また、同じルートから他の薬剤の注入を行うと流量変化をきたす。血圧管理を成功させるポイントはニカルジピンの安定流量確保と安静である。血圧はコントロールされている必要があるため、薬剤増量等を適切に行い、数分以内に改善できようコントロールする。コントロール不良な場合は速やかに主治医に報告するなど厳密な管理を心掛けている。我々が行っている周術期血圧管理のポイントを提示する。

#### ②頭蓋内圧コントロール

くも膜下出血の重症度が上がったたり水頭症を合併したりすると、頭蓋内圧が上昇する。頭蓋内圧の上昇は脳の還流障害につながるため、適切な管理が必要である。抗浮腫薬の使用に加えて、頭部の挙上、気道管理が重要である。鎮静に伴ういびき様呼吸、換気不全による高二酸化炭素血症、咳嗽による頭蓋内圧上昇にも注意している。

#### ③脳血管攣縮期の全身管理

くも膜下出血術後早期はバイタルサインの安定とドレーン管理が重要になる。脳室ドレーン、腰椎ドレーンの管理について概説する。また、脳血管攣縮期には血圧や頭蓋内圧管理に加えて血管を虚脱させない管理が重要である。すなわち、①脱水②低栄養③貧血の予防が必要である。中心静脈圧モニタリング下に水分出納バランス確認、発熱時は不感蒸泄増加による脱水、輸液過多による心不全に注意する。栄養管理は早期より腸管を活かすことを目標とし、経口摂取が出来ない場合は少量からの経管栄養を行っている。当院では特に食事管理の重要性を考えており、術後早期からNST (Nutrition Support Team) と連携し栄養管理を行っている。

#### ④神経所見

くも膜下出血の脳血管攣縮期には、状態の悪化により、神経所見が変化・悪化することがある。JCS、GCS、NIHSSにより神経所見を数値化し客観性を持たせることで変化に気づきやすくしている。神経所見の見方について概説する。

上記の管理ができれば、脳梗塞、脳出血の管理は可能と考える。

プラクティスセミナー

## [PS7] 血液ガス評価

2022年6月12日(日) 09:00 ~ 09:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

---

### [PS7-01] 血液ガス評価

○松本 亜矢子<sup>1</sup> (1. 金沢大学附属病院 看護部)

09:00 ~ 09:50

09:00 ~ 09:50 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 09:50 第2会場)

## [PS7-01] 血液ガス評価

○松本 亜矢子<sup>1</sup> (1. 金沢大学付属病院 看護部)

クリティカルケア領域において、血液ガス分析は日常的に行われている。測定された数値を評価することにより、酸素化や換気能、酸塩基平衡の状態を知ることができるため、患者の全身状態を把握するためには欠かせない検査となっている。看護師が患者の状態を把握し、起こり得る変化予測したり、その後のケアにつなげたりするためには、正常値や異常値だけではなく、その数値が何を示すものなのかを理解する必要がある。しかし、測定結果の多くの数値の中からどれを見たらよいかわからない、 $\text{PaO}_2$ や $\text{SaO}_2$ など混乱しやすい言葉があるなどという声も聞かれ、血液ガスに苦手意識を持っている方もいるのではないかと考える。

そこで本セミナーでは、苦手意識や不安を軽減し、明日からの実践に少しでも活用できるよう、混乱しやすい言葉の意味を整理しつつ、酸素化や換気能の評価を中心に、そして少しだけ酸塩基平衡にも触れながら皆さまとともに学びを得る機会としていきたいと考えている。

プラクティスセミナー

## [PS8] グラフィックモニタのみかた

2022年6月12日(日) 10:00 ~ 10:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

---

### [PS8-01] グラフィックモニタの見方

○戒 初代<sup>1</sup> (1. 東京西徳洲会病院)

10:00 ~ 10:50



10:00 ~ 10:50 (2022年6月12日(日) 10:00 ~ 10:50 第2会場)

## [PS8-01] グラフィックモニタの見方

○戎 初代<sup>1</sup> (1. 東京西徳洲会病院)

キーワード：人工呼吸、グラフィックモニタ

グラフィックモニタを活用すると、患者がどんな呼吸をしているのか、どのように変わってきたのかを把握しやすくなります。グラフィックモニタを見るときに大事なことは、まずは患者の呼吸している様子をしっかり確認することが前提です。前回と一緒なのか？の視点で観察し波形を追ってみると、視診でわからなかった小さな変化も見つけることができる可能性もあります。

今回は初学者用として、代表的な波形のうち、以下の3つを提示して一緒に学習していきたいと思います。

一回換気量-時間波形：リークの有無と評価を確認できます。

気道内圧-時間波形：トリガーの状況、不適切な吸気流量、非同調、コンプライアンスと気道抵抗の変化の情報を得ることができます。

流量-時間曲線：気道閉塞、気管支拡張剤使用前後の変化、PCVの吸気時間決定材料、回路内結露、AUTO-PEEPの情報を得ることができます

---

プラクティスセミナー

[PS9] 補助循環装着患者のケア ( V-A ECMO、 IMPELLA)

2022年6月12日(日) 11:00 ~ 11:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

---

[PS9-01] 補助循環装着患者のケア ( V-A ECMO、 IMPELLA)

○多田 覚<sup>1</sup> (1. 日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

11:00 ~ 11:50

11:00 ~ 11:50 (2022年6月12日(日) 11:00 ~ 11:50 第2会場)

## [PS9-01] 補助循環装着患者のケア ( V-A ECMO、 IMPELLA)

○夢田 覚<sup>1</sup> (1. 日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

キーワード : V-A ECMO、 IMPELLA、 ECPPELLA

補助循環装着患者のケアと聞くと、補助循環とは？ケアとは？？わからないことがわからない！？ことも多いと思います。 V-A ECMOは急性心筋梗塞、劇症型心筋症などを含む心原性ショックや難治性不整脈、致死的不整脈の出現時や、開心術後心不全などに用いられる機械的補助循環 ( MCS : Mechanical Circulatory Support ) です。遠心ポンプと膜型人工肺を用いた閉鎖回路の人工心肺装置による心肺補助装置で、大腿静脈から挿入した脱血管を介して遠心ポンプにより脱血し、人工肺で酸素化して大腿動脈に送血します。心臓のポンプ機能の肩代わりや、補助をおこないます。

「 IMPELLA補助循環用ポンプカテーテル」 ( IMPELLA 2.5®、 IMPELLA CP®、 IMPELLA CP® SmartAssist®、 IMPELLA 5.0® ) は、薬物療法抵抗性の急性心不全を適応として承認された、日本で唯一の経皮的左心室補助循環デバイスです。2017年から日本で導入され、現在4000件以上の使用実績があります。2022年3月現在、日本循環器学会を含む日本の10の学会・研究会からなる補助人工心臓治療関連学会協議会インペラ部会から、日本国内230の施設が IMPELLAによる治療が可能な施設として承認されています。

ここでは重症心原性ショックに用いられる ECMO・ IMPELLA、さらにその二つの併用した治療方法である ECPPELLAに関して、看護師が知るべきポイントやケアについて、皆様が補助循環装着患者を受け持つ際の一助となれるよう、話をしたいと思います。

---

プラクティスセミナー

[PS10] ECMO装着患者ケアにおける感染管理の実際

2022年6月12日(日) 12:00 ~ 12:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

---

[PS10-01] ECMO装着患者ケアにおける感染管理の実際

○渡邊 健太<sup>1</sup> (1. 杏林大学医学部附属病院 中央集中治療室)

12:00 ~ 12:50

12:00 ~ 12:50 (2022年6月12日(日) 12:00 ~ 12:50 第2会場)

## [PS10-01] ECMO装着患者ケアにおける感染管理の実際

○渡邊 健太<sup>1</sup> (1. 杏林大学医学部付属病院 中央集中治療室)

キーワード：ECMO、感染管理

感染対策は何のために行うのか。それは患者や家族、自分自身を細菌やウイルスから守るためである。クリティカルケア領域に入院する患者は常に感染リスクに晒されている。糖尿病や慢性腎不全などによる細胞性免疫不全はもちろん、多種多様なデバイスの留置に伴うバリア機能の低下、抗菌薬の不適切使用や院内環境、医療者を介した薬剤耐性菌の伝播など、感染症を合併することで患者の生命に直結してしまう可能性が高い。

日本集中治療医学会のデータベース事業（Japanese Intensive care Patient Database；JIPAD）の2020年度年次レポートでは登録施設に入院した患者の1.6%でV-A ECMOが、入院患者の0.6%がV-V ECMOが装着されている。新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）患者に限って言えば6.1%の患者にV-V ECMOが装着されていた。中心ライン関連血流感染（CLA-BSI）やカテーテル関連尿路感染（CA-UTI）では適切な抗菌薬投与やカテーテルの交換や抗菌薬による治療が行われる。海外の報告では、V-V ECMOの血流感染発生率は8件/1,000device daysであり、これは日本環境感染学会のJHAIS委員会が報告しているCLA-BSI発生率1.7件/1,000device daysと比較しても多い報告件数である。ECMOカテーテルが原因による感染の場合、カニューレの交換を行うことは容易ではなく、治療に難渋するケースが多い。

では、クリティカルケア看護師として、ECMO装着患者における感染管理をどのように行うことが必要なのか。答えは皆さんが普段から行なっている標準予防策やカテーテル関連血流感染予防である。カテーテル関連血流感染症については米国のCDC（Center for Disease Control and Prevention）がカテーテル関連血流感染予防のためのガイドラインを発行しており、挿入、管理、抜去に至るまでガイドラインに準じたカテーテル管理を行うことが大切である。ECMO患者における感染経路として、挿入時の汚染、挿入中の汚染の2つが挙げられる。前者では不十分な皮膚の消毒により患者の皮膚常在菌や、医療者の不十分な手指衛生やマキシマルバリアプリコーションの破綻により微生物が血管内に押し込まれることで感染を起こす。挿入中の汚染では不適切な固定や消毒、カテーテル管理によって細菌の定着や微生物が侵入することで感染を起こす。また、施設によってはECMO回路から透析などが行われるケースもあり、十分な消毒を行い、清潔に回路接続を行うことが必要となる。また、COVID-19の流行後、2020年3月に関連団体、関連学会からプラズマリークの発生に伴い、新型コロナウイルスが拡散する可能性が指摘されている。

今後も、新興感染症などによる呼吸不全が発生した場合、ECMOを使用することが予想される。医療従事者が新型コロナウイルスを含めた職業感染を起こさないためにも適切な感染予防策を講じる必要がある。上記に掲げた中で最も重要かつ簡便な感染対策こそ、標準予防策である。標準予防策は全ての患者に行うべき感染対策で、全ての感染対策の基本となるものである。しかし、私は標準予防策の遵守こそ、一番難しい感染対策であると考えている。WHOの手指衛生の5つのタイミングの遵守はその際たるものであり、多くの文献でその遵守率は30%~45%程度であると言われており、院内の幹線対策部門と現場の臨床看護師が共に手を取り合い、改善に努めていく必要があると考えている。

本セミナーでは、各種ガイドラインを参考に、どのような感染対策が推奨されているのか、自施設での感染対策を交えながら説明をし、参加者の施設へ持ち帰っていただきたいと考えている。

プラクティスセミナー

## [PS11] 循環モニタリングのみかた

2022年6月12日(日) 13:00 ~ 13:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

---

### [PS11-01] 循環モニタリングのみかた

○生駒 周作<sup>1</sup> (1. 公立陶生病院 ER-ICU)

13:00 ~ 13:50

13:00 ~ 13:50 (2022年6月12日(日) 13:00 ~ 13:50 第2会場)

## [PS11-01] 循環モニタリングのみかた

○生駒 周作<sup>1</sup> (1. 公立陶生病院 ER-ICU)

キーワード：循環、モニタリング

生命の危機的状態にある重症患者を対象とするクリティカルケア領域では、言わずもがな、刻々と変化する患者の全身状態を適切にアセスメントすることで最善の治療や看護ケアを選択し、患者の早期回復を支援していく必要があります。そのためには、五感を駆使したフィジカルアセスメントに加えて、心拍や血圧、呼吸数、体温といったモニターに表示される生体情報を適切に読み取る技術が必要不可欠になります。なかでも、「循環」に関連した情報のモニタリングは最も重要な項目と言えるでしょう。なぜなら、重症患者の治療は常に、「組織に十分な酸素が供給されているか」を考えながらすすめていく必要があるからです。セミナー当日は、「そもそも組織に酸素を届ける (DO<sub>2</sub>) ってどういうこと?」、「数値の他に何を見ればいいのか?」「どうやって治療や看護に繋がらいいのか?」そんな声にも応えられるよう、丁寧に解説していきたいと思えます。誰よりも患者の近くにいられる看護師だからこそ、少しでも多くのことに「気付ける」看護師になってやろうじゃありませんか。

プラクティスセミナー

## [PS12] 輸液管理

2022年6月12日(日) 14:00 ~ 14:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

---

### [PS12-01] 輸液管理

○平井 亮<sup>1</sup> (1. 京都市立病院 看護部管理室付)

14:00 ~ 14:50



14:00 ~ 14:50 (2022年6月12日(日) 14:00 ~ 14:50 第2会場)

## [PS12-01] 輸液管理

○平井 亮<sup>1</sup> (1. 京都市立病院 看護部管理室付)

キーワード：輸液療法、目標指向型輸液管理、more is more と less is more

輸液は、日常的に実践している医療行為であるにもかかわらず、「なんとなく…」で実施していることが多いものではないでしょうか。ここには、「輸液は状況によりけり (context sensitive)」というクリティカルケア領域での輸液の前提や複雑さが影響しているからかもしれません。

一方で、治療で使われる輸液製剤の種類、つまり「モノの使い分け」は思っているほど複雑ではありません。そして、輸液療法の基本戦略、つまり「コトの使い分け」はクリティカルであろうがなかろうが変わらないもの。今回のプラクティスセミナーは、クリティカルケア領域での輸液のトレンド (目標指向型輸液管理、more is more と less is more) を押さえつつ、「状況」に合わせた、「モノ」の使い分け、「コト」の使い分けを参加者の皆さんと一緒に考えられる時間にしたいと思います。

プラクティスセミナー

## [PS13] 血液浄化療法中の患者ケア

2022年6月12日(日) 15:00 ~ 15:50 第2会場 (国際会議場 11会議室)

---

### [PS13-01] 血液浄化療法中の患者ケア

○沖 良一<sup>1</sup> (1. 倉敷中央病院 ICU)

15:00 ~ 15:50

15:00 ~ 15:50 (2022年6月12日(日) 15:00 ~ 15:50 第2会場)

## [PS13-01] 血液浄化療法中の患者ケア

○沖 良一<sup>1</sup> (1. 倉敷中央病院 ICU)

キーワード：血液浄化療法

血液浄化療法は、体内に蓄積した物質、または除去が必要な物質を排出し、不足物質を補給することを目的とした治療法である。通常、排出の対象となる物質は余剰な水分や代謝産物、電解質であるが、その他にも過量投与された薬物や過剰産生された病因関連物質なども含まれる。

血液浄化療法には、血液透析 (hemodialysis: HD)、血液ろ過 (hemofiltration: HF)、血液ろ過透析 (hemodiafiltration: HDF)、血漿交換 (plasma exchange: PE)、血液吸着 (hemoadsorption) などがあり、拡散やろ過、吸着などの基礎原理を用いている。血液透析には「拡散」の原理を用いられており、半透膜の細孔径より小さな物質が膜を介する2つの溶液間で均一な濃度になるまで移動する。血液ろ過と血漿交換には「ろ過」の原理を用いられており、半透膜で分けられた片側の溶液からもう片側の溶液に圧をかけることで溶媒と共に膜の細孔径よりも小さい物質が移動する。血液ろ過透析には「拡散」と「ろ過」の原理が用いられている。血液吸着には「吸着」の原理を用いられており、特別な膜に物質を直接吸着させて除去する。血液浄化療法に用いられる原理に応じて除去できる物質の分子量に違いがあるため、除去したい物質の分子量を把握した上で治療モードを設定することが重要である。

他にも、血液浄化療法の物質の除去効率は「持続的・間欠的施行」や「透析膜の選択」、「除去物質の因子」、「血液浄化療法の設定方法」も大きく関係する。持続的・間欠的施行は、持続的腎代替療法 (continuous renal replacement therapy: CRRT) と間欠的腎代替療法 (intermittent renal replacement therapy: IRRT) のことである。持続的腎代替療法と間欠的腎代替療法では低分子量の除去効率や循環動態への影響が異なるため、病態や緊急性、患者の状況を考慮した上で選択することが重要である。透析膜の選択は、膜素材や膜面積、priming volumeが代表的である。また、膜構造から分類される対称構造膜と非対称構造膜では透水性や溶質透過性が異なるため、透析膜の特性を理解した上で選択することが重要である。除去物質の因子は、前述した分子量以外にも蛋白結合率や分布容積、内因性クリアランスとの差など、それぞれが血液浄化療法の有効性に影響する。血液浄化療法によって血液中の特定の物質が除去可能かを考える上で重要である。血液浄化療法の設定方法は、血液流量 (Qb) や透析流量 (Qd)、ろ過流量 (Qf)、補充液流量 (Qs)、除水量がある。血液浄化療法の目的や病態、患者の状況に応じて適切にポンプ設定を行うことが重要である。

血液浄化療法についての基本的な知識を身につけておくことは、管理をする上で必須である。

血液浄化療法中の管理のポイントとして、ブラッドアクセスカテーテルの管理や抗凝固療法、回路マネジメント、合併症の早期発見・対処がある。ブラッドアクセスカテーテルの管理は、挿入部の固定状況や感染徴候、症状、開存性、疼痛などがある。抗凝固療法は、回路や透析膜で血液を凝固させないために必要だが、患者に過度の抗凝固を行わないという点にも注意が必要である。回路マネジメントは、血液ポンプ圧や入口圧、ろ過圧、返血圧、TMP圧から回路の経時的変化を捉え、状況を把握し対処することが重要である。合併症は、血圧低下や出血、低体温、感染症、電解質異常、不均衡症候群、身体的・精神的苦痛などがあるが、起こり得る合併症を知っておくことで系統立てた観察や異常の早期発見、介入に繋げることが可能となる。

術後管理マスタールーム

## [PM1] 術後管理シリーズ（循環器、脳神経）

2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 第5会場 (国際会議場 32会議室)

---

[15000-1000-1add] 術後管理シリーズ

10:00 ~ 12:00

[15000-1000-2add] 術後管理シリーズ

12:00 ~ 14:00

[15000-1000-3add] 術後管理シリーズ

14:00 ~ 16:00

10:00 ~ 12:00 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 第5会場)

[15000-1000-1add] 術後管理シリーズ

---

12:00 ~ 14:00 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 第5会場)

[15000-1000-2add] 術後管理シリーズ

---

14:00 ~ 16:00 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 第5会場)

[15000-1000-3add] 術後管理シリーズ

術後管理マスタールーム

## [PM2] 術後管理シリーズ（循環器、脳神経）

2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 第5会場 (国際会議場 32会議室)

---

[25000-0900-1add] 術後管理シリーズ

09:00 ~ 11:00

[25000-0900-2add] 術後管理シリーズ

11:00 ~ 13:00

[25000-0900-3add] 術後管理シリーズ

13:00 ~ 15:00

09:00 ~ 11:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 第5会場)

[25000-0900-1add] 術後管理シリーズ

---

11:00 ~ 13:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 第5会場)

[25000-0900-2add] 術後管理シリーズ

---

13:00 ~ 15:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 第5会場)

[25000-0900-3add] 術後管理シリーズ

共催セミナー

## [CS1] (自称) 日本一わかりやすい輸液の講義

共催：株式会社大塚製薬工場

座長：古厩 智美（さいたま赤十字病院）

演者：薬師寺 泰匡（薬師寺慈恵病院）

2022年6月11日(土) 11:40 ~ 12:40 第10会場（総合展示場 G展示場）

---

[100000-1140-1add] 共催セミナー

11:40 ~ 12:40



11:40 ~ 12:40 (2022年6月11日(土) 11:40 ~ 12:40 第10会場)

[100000-1140-1add] 共催セミナー

共催セミナー

## [CS2] クリティカル領域で取り入れたい褥瘡・スキントラブル対策

共催：スミス・アンド・ネフュー株式会社

座長：溝上 祐子（東京医療保健大学大学院 プライマリケア看護学領域 設置準備室）

演者：志村 知子（日本医科大学付属病院）

帯刀 朋代（東京医科大学病院）

2022年6月11日(土) 12:50 ～ 13:50 第10会場 (総合展示場 G展示場)

---

[100000-1250-1add] 共催セミナー

12:50 ～ 13:50

12:50 ~ 13:50 (2022年6月11日(土) 12:50 ~ 13:50 第10会場)

[100000-1250-1add] 共催セミナー

共催セミナー

## [CS3] 情報医学の視点から考える病室環境

共催：株式会社セントラルユニ

座長：林 尚三（公益社団法人有隣厚生会 富士病院）

演者：本田 学（国立精神・神経医療研究センター神経研究所）

2022年6月12日(日) 10:50 ～ 11:50 第10会場（総合展示場 G展示場）

---

[200000-1050-1add] 共催セミナー

10:50 ～ 11:50

10:50 ~ 11:50 (2022年6月12日(日) 10:50 ~ 11:50 第10会場)

[200000-1050-1add] 共催セミナー

共催セミナー

## [CS4] 敗血症性ショックの病態を学ぼう

共催：ヴェクソン・インターナショナル株式会社

座長：後藤 順一（河北総合病院）

演者：道又 元裕（Critical Care Research Institute：CCRI）

2022年6月12日(日) 12:00 ～ 13:00 第1会場 (国際会議場 メインホール)

---

[21000-1200-1add] 共催セミナー

12:00 ～ 13:00

12:00 ~ 13:00 (2022年6月12日(日) 12:00 ~ 13:00 第1会場)

[21000-1200-1add] 共催セミナー

共催セミナー

[CS5] 洗浄から清拭へ 陰部清拭用ワイプシートと陰部ケアの新しい形  
ークリティカルケア領域における「ペリケア」の導入意義と課題ー

共催：株式会社メディコン

座長：山口 典子（長崎大学病院）

演者：大西 哲郎（社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院）

2022年6月12日(日) 13:10 ~ 14:10 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

---

[26000-1310-1add] 共催セミナー

13:10 ~ 14:10



13:10 ~ 14:10 (2022年6月12日(日) 13:10 ~ 14:10 第6会場)

[26000-1310-1add] 共催セミナー

---

プラクティスセミナー（オンデマンド）

## [WS1] プラクティスセミナー（オンデマンド配信）

2022年6月11日(土) 10:00～16:00 プラクティスセミナー（オンデマンド配信）

---

### [WS1-01] 人工呼吸管理

○佐藤 慎哉<sup>1</sup>（1. 富山大学附属病院 看護部）

10:00～11:00

### [WS1-02] 術前心機能データのみかた

○長尾 工<sup>1</sup>（1. 公益財団法人 榊原記念財団附属 榊原記念病院）

11:00～12:00

### [WS1-03] 脳神経所見のみかた

○月俣 夏織<sup>1</sup>（1. 恩賜財団済生会 福岡県済生会八幡総合病院）

12:00～13:00

### [WS1-04] 心電図波形のみかた（基礎編）

○原田 愛子<sup>1</sup>（1. 国立循環器病研究センター 看護部）

13:00～14:00

### [WS1-05] 心電図波形のみかた（応用編）

○原田 愛子<sup>1</sup>（1. 国立循環器病研究センター 看護部）

14:00～15:00

### [WS1-06] 看護研究の進め方

○櫻本 秀明<sup>1</sup>（1. 日本赤十字九州国際看護大学）

15:00～16:00

---

10:00 ~ 11:00 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 プラクティスセミナー)

## [WS1-01] 人工呼吸管理

○佐藤 慎哉<sup>1</sup> (1. 富山大学附属病院 看護部)

本セミナーでは、人工呼吸管理の初学者向けに「人工呼吸管理の基礎」と「人工呼吸器装着患者のケア」について基本的事項を述べる。

「人工呼吸管理の基礎」では、主に陰圧呼吸と陽圧呼吸の仕組みや人工呼吸器のモードに焦点を当てる。人工呼吸管理を行うには、自然呼吸（陰圧呼吸）と人工呼吸（陽圧呼吸）の共通点と相違点を理解することが肝要である。両者に共通することは、大気圧との間に圧較差を作り、気流を作る点にある。自然呼吸（陰圧呼吸）では、安静時において大気圧より低い胸腔内圧（陰圧）を作ることで肺を膨張させ、ガスが大気中から気管を經由し、肺胞に引き込まれるように流入する。一方、人工呼吸（陽圧呼吸）では大気圧よりも高い圧（陽圧）を人工的に作ることで、ガスが肺胞に押し込まれるように流入する。両者の相違点は、「引き込む」か「押し込む」かにある。次に、人工呼吸器の基本モードである A/C、SIMV、CPAPについてお伝えする。A/C（Assist/Control）は、補助/調節換気（いわゆる強制換気）と呼ばれ、自発呼吸がない場合は設定した換気回数だけ調節換気として強制換気を行うが、自発呼吸が発生した場合はそれに同期し、補助換気として強制換気を行う。タイムトリガー（調節換気）と患者トリガー（補助換気）の両者に対し、回数の制限なく強制的に同一の器械換気が行われることが特徴である。SIMV（Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation）は、同期式間欠的強制換気（いわゆる半強制換気）と呼ばれ、先に述べた A/Cと後に述べる CPAPとの中間的なモードに位置する。自発呼吸がなければ、A/Cと同様に設定した換気回数だけ調節換気（強制換気）が行われる。自発呼吸がある場合は、それがトリガーウィンドウ内であれば同期（synchronize）して補助換気（強制換気）が行われ、トリガーウィンドウ外であれば設定した圧で PSV（Pressure Support Ventilation：圧支持換気）となり、呼吸仕事量が軽減される。設定した換気回数だけ強制換気が行われ、それ以上の自発呼吸は PSVとなるのが特徴である。CPAP（Continuous Positive Airway Pressure）は、持続的気道陽圧といい、いわゆる自発換気モードである。自発呼吸に PEEP（Positive End Expiratory Pressure：呼気終末陽圧）を付加したモードといえる。通常、PSVを付加し、呼吸仕事量を軽減する。A/Cや SIMVのように強制換気がないため、完全に自発呼吸に依存するのが特徴である。

「人工呼吸器装着患者のケア」では、基本的なケアである気管吸引や体位管理のほか、トラブルシューティングなどについてお伝えする。気管吸引は、気管分泌物を吸引することが目的であるが、同時に肺胞虚脱や気道損傷のリスクもあることを考慮しなければならない。これらを回避するためには、吸引圧・吸引時間・吸引カテーテルの挿入の深さの3点が重要となる。体位管理は、目的によって方法が異なる。患者の状態をアセスメントし、体位ドレナージ、下側肺障害予防、VAP予防などの目的別に適切なポジショニングを選択していくことが重要である。トラブルシューティングは、アラームを種類（コンプライアンス低下・気道抵抗上昇・リーク・非同調の4点）と部位（人工呼吸器・回路/気管チューブ・患者の3点）の視点で4×3表に分類して考えると、原因と対処法が理解しやすい。正確にトラブルの原因を鑑別し、問題にアプローチすることが重要である。

以上が概略となる。人工呼吸管理は学べば学ぶほど奥深さに気づかされる分野である。初学者にその一端に触れていただければ幸いである。

---

11:00 ~ 12:00 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 プラクティスセミナー)

## [WS1-02] 術前心機能データのみかた

○長尾 工<sup>1</sup> (1. 公益財団法人 榊原記念財団附属 榊原記念病院)

キーワード：心機能評価、術前、若手看護師

術前の心機能評価と聞いて、どんな項目を観察して、周術期にどう活用したら良いでしょうか？

心機能を評価するためには、多くのデータを統合し、アセスメントすることが必要となります。今では、多くの医療機器により収集できるデータは、心エコーやレントゲン、カテーテル検査、血液検査結果など多く収集する

ことができます。その他にも病歴、身体所見からも心機能を推測できる場合もあります。一方で緊急手術を受ける患者さんの場合は、これらのデータが少なく、心機能を評価することは困難となりやいです。しかし、クリティカルケア看護を行うものにとって、心機能を評価し、術中・術後に起こる事象を推論していくためには必須ではないでしょうか。

クリティカルケア領域で手術は、多かれ少なかれ侵襲であり、潜在的にもしくは明らかに心臓疾患を持っている場合では致命的な心不全を起こす可能性が高くなります。医療技術が進歩した今では、手術適応が拡大しており、超高齢者の方でも手術に臨まれる場面も少なくなりません。高齢患者さんが手術に臨むと、基礎疾患の多さや合併症リスクが高いことで回復に時間を要してしまう場合もあります。手術の難易度や重症度によって、周術期の問題が多くなりやすく、アセスメントと提供するケアの選択は重要となります。どんな患者さんであっても、合併症の予防と早期回復を図るために安全な周術期看護を提供することが、クリティカルケア看護師には求められていると思います。

術前の心機能評価を行うために、盲目的に患者さんのデータを収集すると、データ評価やアセスメントにも時間を要してしまいます。毎回、膨大な時間を要した結果で効果的なケアを提供していれば問題はありません。しかし、忙しい日常業務の中では、膨大な時間を割くことは困難だと思います。そのため、より効果的にデータを収集・評価、アセスメントしていただくために、ポイントを絞り、優先度を考えておくことが必要ではないでしょうか。本プラクティスセミナー「術前心機能データのみかた」では、若手看護師を対象とし、基礎的な知識から、データを用いて周術期（術中・術後）のアセスメントにどう活かすのかについて一緒に学習していければと思います。

---

12:00 ~ 13:00 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 プラクティスセミナー)

## [WS1-03] 脳神経所見のみかた

○月俣 夏織<sup>1</sup> (1. 恩賜財団済生会 福岡県済生会八幡総合病院)

脳神経所見における観察では、意識障害や瞳孔所見、運動障害といったモニタリングでは確認できない所見が多く、看護師の観察力が重要な分野である。特に、脳は、頭蓋内圧、脳代謝、脳循環といった要素によって機能を保っており、早期発見が患者のその後の生命や QOL を大きく左右することも多い。そのため、看護師は患者の小さな変化を敏感に察知する必要がある。脳神経所見をみるうえで、特に重要となってくる「意識」については、バイタルサインの1つであるという捉え方を再認識してもらいたい。また、脳そのものに障害がある一次的中枢神経系意識障害と脳以外の臓器に機能障害がある二次的中枢神経系意識障害について学んでもらい、意識障害=脳と思われがちであるが、約40%は脳以外の臓器による二次的中枢神経系意識障害だということを認識し、総合的に観察できる視野を習得してもらいたいと考える。そのためにも、脳のはたらきに必要不可欠となる頭蓋内圧、脳代謝、脳循環にも触れ、解剖生理の面からも説明する。これらのことを理解してもらうことで、脳神経所見をみるには、全身状態の観察とアセスメントが必須の分野であることがわかる。観察のポイントの面では、ジャパンコーマスケール（以後 JCS）、グラスゴーコーマスケール（以後 GCS）をはじめ、瞳孔所見や MMT、言語障害など、基礎的な所見をはじめとし、すぐにベッドサイドで活用できるものを中心に、観察のポイントとともに進行していく。昨今では、中枢神経モニタリングの躍進はあるものの、ベッドサイドにおける脳神経所見の観察では、身体症状から神経学的機能を評価するという看護師の観察力が最も重要となる分野である。さらに、クリティカルケアにおけるものになれば、全身状態の重症度も高いため、さらなる細やかな観察と迅速な判断や対応が必要になる。脳神経所見におけるアセスメントの向上につながるができるよう、展開していきたい。

---

13:00 ~ 14:00 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 プラクティスセミナー)

## [WS1-04] 心電図波形のみかた（基礎編）

○原田 愛子<sup>1</sup>（1. 国立循環器病研究センター 看護部）

キーワード：心電図、不整脈

クリティカルな状態の患者を観察するうえで切り離せないものの一つとして心電図がある。しかし、よほどの心電図好きでなければ多少なりとも苦手意識を持っている方が多いのではないだろうか。心電図波形を正しく理解し、患者状況を把握するためには、まず心電図が体のどのような反応をもとにして現れているか、正常な心電図とはどのようなものかということの理解が必須となる。

心電図は大きく分けると生体モニターとして常時観察を行うモニター心電図と、より詳しく状態を把握するために施行する12誘導心電図がある（18誘導心電図などもあるが、今回は省略する）。モニター心電図は全身状態把握のために循環器疾患の有無によらず重症患者に装着していることが多く、ゆえに何か変化があった時にすぐに異常に気付けるかどうかの知識が必要となる。また、より詳しく患者状況を把握できる12誘導心電図は、その結果はもちろんのこと、どのようなときに実施するかという実施のタイミングも重要となる。そして、より確実に異常を知るためにはやみくもにモニターをつけるのではなく、「正確で見やすい波形」をこちらで作り出すことが必要となる。日常的に目にして心電図だからこそ基本的な管理を確実にいき、異常を見逃さないようにしていくことが重要である。

心電図波形は、大きく分けるとP波、QRS波、T波の3つから成り立っている。まずはこれらが何を表しているのかということを理解し、そのうえでそれぞれの波形の異常時には患者の体でどのようなことが起こっているのかということ予測できるようにしていく。さらに、その異常はしばらく様子を見てよいものか、すぐに医師に報告が必要なものかという判断が行えるよう、基礎編ではモニター心電図を中心に心電図波形の基本的な見方を一緒に学んでいきたい。これまでモニター心電図を装着している患者を担当していても心拍数のみを注視し、モニターの心電図波形は意識していなかったという人も、モニターの「波形」を意識して患者のアセスメントに活かせるように一つ一つ説明していきたい。

---

14:00 ~ 15:00 (2022年6月11日(土)) 10:00 ~ 16:00 プラクティスセミナー)

## [WS1-05] 心電図波形のみかた（応用編）

○原田 愛子<sup>1</sup>（1. 国立循環器病研究センター 看護部）

キーワード：心電図、不整脈

集中治療領域で日常的に使用されている心電図は、患者の変化を瞬時に受け取ることができ、重症患者のアセスメントには欠かせないものとなっている。基礎編では基本的な心電図波形や日常的に見る機会の多い異常波形について説明した。本セミナーでは応用編として心電図波形の見方を説明するが、この応用というのは、なかなか判別の難しい珍しい症例を読み解くことを目的とはせず、基本的な内容を理解したうえでどのように看護につなげていくか、より具体的に疾患と結びつけながら心電図をもとに患者の繊細な変化に気付けるかということに重点を置いて説明していく。

通常、集中治療室では24時間モニタリングが可能なモニター心電図を使用するが、それだけでは不十分な場合はより細かな情報を得られる12誘導心電図を用いる。特に急性心筋梗塞では12誘導心電図を実施することが必須であり、そこから発症時期・部位・今後の治療方針などを予測することができる。もちろん心エコーや胸部X線画像も重要な検査ではあるが、12誘導心電図は非侵襲的であり看護師がすぐに行える貴重な検査の一つである。実際にどのように12誘導心電図を実施して判断し、患者情報と結びつけていくのか、事例を通して一緒に考えていきたい。また、心臓自体に異常がなくても起こる心電図変化などについても学び、心電図波形が全身状態を映すものであることを理解して患者のアセスメントにつなげられるようにしていきたい。そして、本セミナーを受講した後は、常に患者のそばで観察を行っている看護師だからこそ心電図波形の異常を早期に発見し、心電図波形を通してこれまでよりも患者の状態をより深くアセスメントできるようになるとともに心電図に対する苦手意識が少しでも克服されることを期待したい。

15:00 ~ 16:00 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 プラクティスセミナー)

## [WS1-06] 看護研究の進め方

○櫻本 秀明<sup>1</sup> (1. 日本赤十字九州国際看護大学)

キーワード：研究デザイン、研究方法

研究に『看護』とあえてつける必要があるのかどうかはさておき、みなさんは研究の進め方の何が知りたいのだろうか。

大学教員を含む研究機関所属の職業研究者には、おそらくこのオンデマンドセッションは必要ないであろう。であれば大学院生や臨床で研究をとお考えの方に、届けるもののようにも思う。加えて、大学院生は、各指導教員から勉強することを考えると、ここでの対象は自ずと臨床で研究をとお考えの方に限られる。

そうした方に私がこのオンデマンドセッションでお伝えしたいことは、

- ・「それは本当に研究しなければ解決できないことなのか」をあらためて調べ直す方法
- ・日々の実践の結果を研究として報告する方法

の2つである。

今回は前者に軽く触れたうえで、後者の日々の実践結果を研究として報告する方法に絞って発表させていただければと思う。特に、日々の実践結果の多くは、医療の質改善活動（Quality Improvement）として海外雑誌等でも報告することが可能である。とはいえそこにはルールやちょっとしたコツも存在する。筆者の経験も含めそうしたことをみなさんと共有できたらと思う。

1) Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P., Davidoff, F., & Stevens, D. (2016). SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): Revised Publication Guidelines From a Detailed Consensus Process. *Journal of nursing care quality*, 31(1), 1–8.

<https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000153>

2) SQUIRE 2.0 Guidelines 一覧表 <http://squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&PageID=471>

---

プラクティスセミナー（オンデマンド）

## [WS2] プラクティスセミナー（オンデマンド配信）

2022年6月12日(日) 09:00～14:00 プラクティスセミナー（オンデマンド配信）

---

### [WS2-01] 酸素需給バランスの評価

- 露木 菜緒<sup>1</sup>（1. Critical Care Research Institute (CCRI)）  
09:00～10:00

### [WS2-02] クリティカルケア領域で理解が必要な検査データ

- 柴 優子<sup>1</sup>（1. 筑波大学附属病院）  
10:00～11:00

### [WS2-03] 遠隔 ICU の実際

- 森口 真吾<sup>1</sup>（1. 株式会社T-ICU）  
11:00～12:00

### [WS2-04] 画像検査のみかた

- 奥山 広也<sup>1</sup>（1. 山形県立中央病院 ICU）  
12:00～13:00

### [WS2-05] 経腸栄養に対する不耐症対策

- たまごが先か、にわとりが先か!? –重症患者の栄養療法の謎–  
○巽 博臣<sup>1</sup>（1. 札幌医科大学医学部集中治療医学）  
13:00～14:00

09:00 ~ 10:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 14:00 プラクティスセミナー)

## [WS2-01] 酸素需給バランスの評価

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

キーワード：酸素供給量 (DO<sub>2</sub>)、酸素消費量(VO<sub>2</sub>)、酸素抽出率(O<sub>2</sub>ER)、混合静脈血酸素飽和度(SvO<sub>2</sub>)

酸素は生体にとって不可欠である。酸素を外気から取り込み、組織へ運搬する「酸素供給」と、その酸素を使用しエネルギーを作り出していく、「酸素需要」のバランスが重要である。酸素の供給と需要をどう評価し考えていくのか、以下の項目について解説する。

- ①酸素供給を考える
- ②酸素需要を考える
- ③酸素需給バランスを考える

10:00 ~ 11:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 14:00 プラクティスセミナー)

## [WS2-02] クリティカルケア領域で理解が必要な検査データ

○柴 優子<sup>1</sup> (1. 筑波大学附属病院)

キーワード：動脈血液ガス

クリティカルケア領域の対象となる患者は重症度が高いだけでなく、循環器、消化器、脳神経など理解すべき疾患や病態は多岐に渡ります。また、臨床で行われる検査も血液検査、X線、CT、MRIなど情報収集する検査データも数多く、病態理解やケアにつなげていくために私たち看護師が知るべきことも非常に多いです。今回は、その中でも動脈血液ガス分析に焦点を当てて基礎的なところから理解を深めていきます。

11:00 ~ 12:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 14:00 プラクティスセミナー)

## [WS2-03] 遠隔 ICU の実際

○森口 真吾<sup>1</sup> (1. 株式会社T-ICU)

キーワード：遠隔ICU

日本遠隔医療学会の「オンライン診療の適切な実施に関する指針」によると、遠隔医療とは「情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為」と定義されている。そして、その遠隔医療は大きく2つに分けることができる。Doctor to Doctor (D to D) や Nurse to Nurse (N to N) など医療者が医療者を支援する遠隔医療と、医師や看護師が患者を診療・看護する遠隔医療である。そして遠隔ICUは、D to DやN to Nの遠隔医療に含まれる。

2021年に日本集中治療医学会から「遠隔ICU設置と運用に関する指針」が出されており、その中で遠隔ICUの定義についても記載されている。そこには、「遠隔ICUは現場医療に代わるものではなく、医療資源の活用とプロセスの標準化を通じて現場医療を強化するよう設計されている。」と記載されている。つまり、病院外の施設にいる専門医や認定看護師を集め、その施設と被支援病院のICUの間で情報通信技術を用いて患者の情報を共有し、プロセスの標準化などを目的に診療・看護のアドバイスをするものである。これらはあくまでも医療現場を強化するために設計されるものであり、現場の医療に代わるものではないことを認識することが重要である。

現在のシステムを用いた遠隔ICUは、2000年頃からアメリカで開始されたが、日本においては2018年から開始されている。現在は大学と関連病院を結んだ支援や、都道府県をあげて大学が県内の病院を支援する取り組みなどが始まっている。その他、医療法人の枠を超えて企業が僻地の病院や、専門医・認定看護師などが不在の病院を支援する遠隔ICUも進んできている。



これら遠隔 ICUには、支援体制により3つのモデルに分類されている。(図1) その中でも、遠隔 ICUを提供する企業である T-ICUは、主に計画ケアモデル及び急変時対応モデルで支援している。計画ケアモデルにおいては、遠隔 ICU導入前から実施されていた多職種回診やカンファレンス、RSTなどの回診に参加する方法などで、支援を提供している。急変時対応モデルは、24時間問わず患者の状態に懸念がある時に医師・看護師からの相談にのることを実施している。忙しい臨床現場の中で効果的な支援が提供できるように、各病院の医師・看護師とこまめなコミュニケーションをとることを心がけている。また定期的に病院へ訪問し遠隔医療でありながらも顔の見える関係性構築を目指している。本セッションではこれら具体的な支援の実際・今後の構想について説明する。

---

12:00 ~ 13:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 14:00 プラクティスセミナー)

## [WS2-04] 画像検査のみかた

○奥山 広也<sup>1</sup> (1. 山形県立中央病院 ICU)

キーワード：胸部XP写真、画像の見方、看護ケア

画像検査といえば単純 X線撮影 (以下 XP)、CT、MRI、エコーなど様々な検査があります。その中でも皆さんが日頃仕事をする中で最も多く出会うのは XPではないでしょうか？レントゲン写真は医師が見るものだ！と思っている方はいませんか？ですが、私たちが XPをみるということはとても大事なことです。患者さんの身体所見の異常と XP写真を照らし合わせて今何が起きているのかを知る、自分たちが行う体位ドレナージや吸引などの看護ケアの評価、デバイスの適正位置をしり合併症を防ぐなど少しのポイントを抑えることで患者さんへのメリットがとて多くなります。

このセッションでは画像検査の中でも、触れる機会が多い胸部 XP写真の見方について解説していきます。胸部 XP写真の基本的な見方、臨床現場で遭遇しやすい胸水、無気肺、気胸の見方とそれらに対する看護ケア、デバイスの適正位置を一緒に見ていきましょう。

---

13:00 ~ 14:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 14:00 プラクティスセミナー)

## [WS2-05] 経腸栄養に対する不耐症対策

### たまごが先か、にわとりが先か!? –重症患者の栄養療法の謎–

○巽 博臣<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学医学部集中治療医学)

キーワード：栄養療法、経腸栄養、腸管不耐症

重症患者に対する栄養療法、特に経腸栄養の有用性が広く認識されている。重症患者の栄養療法ガイドラインが発表され、それに基づいた栄養療法を行うことを一つの条件として集中治療室における早期栄養介入管理加算も算定できるようになった。2022年度からは対象は救急にも拡大され、静脈栄養でも算定できるようになったため、栄養アセスメントや適切な投与経路・投与量・栄養剤の選択はさらに重要となってきた。一方で、栄養療法に伴う問題点、特に経腸栄養に伴う消化器合併症(腸管不耐症)についての対応はガイドラインに記載されているものの、あまり具体的なことは記載されていないため、経腸栄養投与を中止したり、諦めたりするケースも少なくないであろう。

当院 ICUでは重症患者に対して、経鼻空腸チューブを留置しての積極的な経腸栄養投与を1989年から開始し、2005年からは経胃投与を first choiceとして経腸栄養を行っている。そのため、消化器合併症への対応はある程度確立していると感じている。本講演では、栄養療法に関する「たまごが先か、にわとりが先か!?」、すなわち、

「重症だから栄養状態が悪いのか、栄養状態が悪いから重症化するのか!？」

「腸が動かないから経腸栄養ができないのか、経腸栄養しないから腸が動かないのか!？」

「経腸栄養のせいで下痢なのか、経腸栄養しなくても下痢なのか!？」

「蛋白負荷のせいで BUNが高いのか、蛋白を入れないから BUNが高いのか!？」

「重症だから脂肪を入れないのか、脂肪を入れないから調子悪いのか!？」

などの疑問点の解決の糸口をみつけていただけるよう、当院 ICUにおける栄養療法の考え方、腸管不耐症への対応、栄養剤の選択などの実践的な方法について紹介する。

一般演題

## [O1] 優秀演題

座長:佐々木 吉子(東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科)、矢富 有見子(国立看護大学校)、藤野 智子(聖マリアンナ医科大学病院)、茂呂 悦子(自治医科大学附属病院)

2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:10 第4会場 (国際会議場 21会議室)

### [O1-01] ICU患者の口渇感に対するメントールの有効性を検討する探索的無作為化群間比較試験

○坂本 歩<sup>1</sup>、梅田 亜矢<sup>1</sup> (1. 国立国際医療研究センター病院)

10:00 ~ 10:14

### [O1-02] 集中治療室における看護師たちの実践 –ともに働く空間に着目して–

○風野 美樹<sup>1</sup> (1. 和洋女子大学看護学部看護学科)

10:14 ~ 10:28

### [O1-03] J-RCSQ 導入後の患者の睡眠に対する看護師の意識や行動についての実態調査

○山田 彩海<sup>1</sup>、安井 望<sup>1</sup>、中野 友博<sup>1</sup>、下鳥 由紀<sup>1</sup>、岩佐 有華<sup>2</sup> (1. 新潟大学医歯学総合病院高次救命災害治療センター、2. 新潟大学医学部保健学科看護学専攻)

10:28 ~ 10:42

### [O1-04] 緊急入院患者の人工呼吸管理と ICU退室1年後のメンタルヘルスの関連性 – Propensity Score IPTWによる分析 –

○栗原 知己<sup>1</sup>、卯野木 健<sup>1</sup>、櫻本 秀明<sup>2</sup>、春名 純平<sup>3</sup>、大内 玲<sup>2</sup>、北山 未央<sup>4</sup>、植村 桜<sup>5</sup>、辻本 雄大<sup>6</sup>

(1. 札幌市立大学 看護学部、2. 茨木キリスト教大学 看護学部、3. 札幌医科大学集中治療医学研究員、4. 金沢医科大学病院看護部ハートセンター、5. 大阪市立総合医療センター 看護部、6. 奈良県立医科大学附属病院 看護部)

10:42 ~ 10:56

### [O1-05] ICU退室1年後の高齢患者の食欲不振とうつ症状の関連- SMAP- Hope-Study:SecondaryAnalysis

○梶山 優美<sup>1</sup>、卯野木 健<sup>2</sup>、佐々木 亜紀<sup>3</sup>、北山 未央<sup>4</sup>、植村 桜<sup>5</sup>、山口 貴子<sup>6</sup>、辻本 雄大<sup>7</sup>、白坂 雅子

<sup>1</sup> (1. 福岡赤十字病院 看護部、2. 札幌市立大学看護学部、3. 札幌市立大学看護学研究科急性期看護学専攻、4. 金沢医科大学病院 看護部ハートセンター、5. 大阪市立総合医療センター 看護部、6. 日本医科大学武蔵小杉病院 看護部、7. 奈良県立医科大学附属病院 看護部)

10:56 ~ 11:10

10:00 ~ 10:14 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:10 第4会場)

## [O1-01] ICU患者の口渇感に対するメントールの有効性を検討する探索的 無作為化群間比較試験

○坂本 歩<sup>1</sup>、梅田 垂矢<sup>1</sup> (1. 国立国際医療研究センター病院)

キーワード：口渇、メントール、ICU

【目的】 ICUでのストレス経験は、退院後の QOL に深く関わっていることが近年の研究で明らかになっている。口渇感、患者が感じる様々なストレスの中でも看護師が想像しているよりも大きなストレスになっているとの報告がある。一方で、標準的な介入方法が確立されていない。メントールは、がん患者への口渇の緩和に有効であるとされているが、ICU患者への効果を検証した先行研究はみられない。そこで、本研究は禁飲食中の ICU 患者にメントールを使用した含嗽、またはスワブによる清拭で口渇感が軽減するか、水道水と比較することでメントールの有効性を探索的に評価することを目的とした。

【方法】 デザインは単施設無作為化比較試験とした。対象は禁飲食の期間が24時間以上経過し、意識レベルが清明でコミュニケーションがとれる成人患者とした。同意取得後、無作為に介入群と対照群に割り付けた。介入方法は、非挿管患者には、0.1%のメントール水で含嗽を連続3回、挿管患者にはスワブで口腔内清拭を連続3回とした。対照群には水道水を使用し、同様の口腔ケアを実施した。口渇強度 NRS と口渇苦痛度 NRS の2項目で構成された口渇主観的アナログスケールを用いて、口腔ケア前後のスケールの変化量を主要評価項目とした。副次評価項目は、口腔ケア後1時間以内に、追加で患者が希望した口腔ケアの回数とした。また、スケールでは拾えない患者の体験を明らかにするために、患者への聞き取りと看護師から見た患者の様子を収集した。本研究は所属施設の倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】 80名から同意を得られ、無作為に介入群40名、対照群40名を割り付けた。そのうち、対照群に割り付けた2名が脱落したため、分析は介入群40名、対象群38名とした。口腔ケア前後のスケールの変化量は、口渇強度 NRS で介入群3.2、対照群3.3、口渇苦痛度 NRS で介入群3.0、対照群3.2と、両群の比較において2項目とも統計的有意差は認められなかった。口腔ケア直前の口渇強度 NRS(0-10)の平均は、介入群で7.0、対照群で7.2、口渇苦痛度 NRS 平均は介入群で7.0、対照群で6.9と、どれも高値であった。また、口腔ケア後1時間以内の、患者が希望した口腔ケアの回数も統計的有意差は認められなかった。口腔ケア後は両群とも口渇強度 NRS、苦痛度 NRS のスコアに大幅な改善が認められた ( $p < .001$ )。患者への聞き取り調査では、介入群の患者から「スッキリした」とのコメントが多く聞かれた。また、看護師が観察した患者の様子では、口腔ケア後は表情が穏やかになったと報告したものが多かった。

【考察】 禁飲食中の ICU 患者の口渇感の強度、苦痛度は非常に高く、先行研究と同様にストレスは強かった。今回、メントールを使った口腔ケアの有効性に統計的有意差は認められなかった。しかし、患者からの聞き取りでは、対象群と比較して「スッキリした」と答えた患者が多くみられた。メントールの風味や清涼感が患者の嗜好にあえば、苦痛の緩和に役立つと考えられる。また、メントールの使用に関わらず、口腔ケアを実施後は、口渇強度・苦痛度 NRS のスコアが半減しており、口渇感の緩和に短期的な効果が認められた。ICU 看護師は、禁飲食中の患者が口渇感により強い苦痛を感じていることを認識し、口腔ケアを積極的に提案することで苦痛緩和につとめる必要があると考えられる。

【結論】 ICU 患者の口渇感に対するメントールの有効性は確認できなかった。しかし、禁飲食中の ICU 患者は、口渇の強度・苦痛度が非常に高く、メントール、水道水とも含嗽やスワブによる口腔ケアは口渇の緩和に短期的な効果があることが明らかとなった。

10:14 ~ 10:28 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:10 第4会場)

## [O1-02] 集中治療室における看護師たちの実践 –ともに働く空間に着目して–

○風野 美樹<sup>1</sup> (1. 和洋女子大学看護学部看護学科)

キーワード：協働実践、現象学的研究、参加観察

【目的】協働実践の実際は、複数の医療者が状況に応じて関わる文脈を持った出来事である。本研究では、ともに働く空間に着目し、その都度編成される看護師たちの実践を明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザインは現象学的研究とした。調査方法は、救命救急センターで15年以上の経験をもつ看護師でもある研究者が、参加観察および非構造化面接を実施した。本稿では、フロアーの構造や勤務開始時に集まる丸テーブルでの看護師たちの何気ないやりとりや立ち位置を記述した。なお本研究は2018年度首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会と研究対象施設の研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】丸テーブルは、集中治療室におけるナースステーションを意味しており、勤務開始時に全員が集まる場所であった。丸テーブルの先はオープンフロアーとなっているため、そこに立っているだけで患者の状態が目に入った。調査では、申し送り前から丸テーブルにいる複数人の看護師たちのやり取りが見られた。1人の看護師が、フロアーにいる患者の1人を見ながら「昨日いた人ー」と声を発した。それに対してその場にいる複数の看護師たちは、昨日の情報、それに対する判断、また過去の経験の想起といった様々な種類の会話が次々と生まれ、患者の理解が広がった。さらに1人の看護師の質問に看護師たちが即座に回答したことは、その患者に対して看護師たちが関心を持っていたためと捉えられた。また丸テーブルでの看護師たちの立ち位置に着目した。時間になっても丸テーブルにいない看護師に気づき心配していた。師長の立ち位置は毎回同じで、他のメンバーにも暗黙に了解されていた。リーダー、メンバーは丸テーブルの近くにいたが、フリー業務者や応援勤務者は離れていることがあった。師長の「30分ですよー」という言葉が、申し送りの開始を示していた。丸テーブルからフロアーの方に振り返ると、深夜のリーダー看護師がフロアーからやって来て、夜間帯の申し送りが始まった。丸テーブルでの看護師の立ち位置や行動によって、お互いのその日の役割や馴染み具合を習慣的に理解していると捉えられた。

【考察】原(2010)の研究によると、ナースステーションにおける看護チームの相互作用は、ほとんどが2人で構成され、意見交換は少なく情報交換が中心であった。それに対して本研究においては、申し送り前から複数の看護師が何気ないやり取りにより、情報交換だけでなく、意見交換もする場となっていることが明らかになり、新たな知見が見出された。また集中治療室における外傷患者の転帰とベッドの配置についての研究(Pettit, Wood, Lieber, & O'Mara, 2014)によると、有意差は見られなかったものの、集中治療室の構造とベッドの配置が患者の転帰に影響すると看護師が捉えていることを示している。本研究においては、ナースステーションから見えるベッドの位置が看護師たちの会話を生み出し、患者の理解を深めたことは明らかであった。これは集中治療室の空間構造を検討する上での一示唆となったと考える。さらに習慣化された暗黙の了解により、言葉に出さずとも実践が営まれていることが明らかとなった。これはメルロ=ポンティ(1945/1967)の言葉である、我々の身体は、目に見えない「習慣的身体」の層が、人の行動を支えていることを表している。

【結論】看護師たちの協働実践は、患者の今の状態が見える集中治療室の場の構造により、患者に関心が向かうことから編成されていた。また看護師たちがともに居合わせることで、病棟全体としての協働実践の下地となっていた。

10:28 ~ 10:42 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:10 第4会場)

## [O1-03] J-RCSQ 導入後の患者の睡眠に対する看護師の意識や行動についての実態調査

○山田 彩海<sup>1</sup>、安井 望<sup>1</sup>、中野 友博<sup>1</sup>、下鳥 由紀<sup>1</sup>、岩佐 有華<sup>2</sup> (1. 新潟大学医歯学総合病院高次救命災害治療センター、2. 新潟大学医学部保健学科看護学専攻)

キーワード：睡眠、J-RCSQ、看護師の意識・行動

### 【目的】

2018年集中治療医学会は「成人ICU患者に対する鎮痛・鎮静・せん妄管理ガイドライン改訂版(以下PADISガ

イドライン)」を示した。しかし、先行研究から、実際にはICU患者の睡眠に関する医療従事者の意識は高いとはいえないこと、看護師の主観的な睡眠評価は患者の睡眠を過大評価する傾向があることが示されている。

そこで、Richards-Campbell睡眠質問票日本語版(以下 J-RCSQ)を使用することにより、患者の睡眠への看護介入の実施など行動の変化が期待できるのではないかと考え、2020年7月より J-RCSQを導入した。今回、J-RCSQ導入後の看護師の患者の睡眠に対する考え及び行動の実態を明らかにすることを目的に調査を行った。

#### 【方法】

A病院の J-RCSQを使用している高次救命災害治療センターとICUの看護師長を除く看護師64名を対象に、無記名自記式質問紙票によるアンケート調査を行った。質問紙票は使用している看護師からのヒアリング内容、PADISガイドライン、先行研究を参考に作成し、基本属性、今現在患者の睡眠に関して行っている行動、J-RCSQの実施回数、J-RCSQ導入後の意識や行動の変化を問う項目で構成した。調査は2021年6月1日～2021年6月14日に実施した。調査結果は記述統計を行い、さらに、今現在患者の睡眠に関して行っている行動と経験年数、配属年数との関係性を探索するため Pearsonのカイ2乗検定を行った。また睡眠に関して行っている行動と J-RCSQの実施頻度との関係性を探索するため Pearsonの相関係数分析を行った。統計学的分析には統計解析ソフト SPSS(Ver.24)を用い、有意水準  $P < 0.05$  とした。

#### 【倫理的配慮】

本研究は新潟大学における人を対象とする研究等倫理審査委員会の承認(承認番号2021-0006)を得て実施した。

#### 【結果】

対象者64名のうち39名から回収した(回収率60.9%)。回答者39名のうち記入不備や研究に同意を得られなかった2名を除き37名を有効回答とした(有効回答率57.8%)。今現在患者の睡眠に関して行っている行動(複数回答)については、『不眠時薬の積極的な使用をした』37名が最も多く、次に『夜間の必要以上の観察を控えた』34名と続いた。患者の睡眠に対して行っている行動と経験年数、配属年数との関連性があるか探索するためカイ2乗検定を行ったが、どの項目においても有意差は認められなかった。また、対象者が患者の睡眠に対して行っている行動と対象者が患者に J-RCSQ実施した頻度の関係性では、実施回数と今現在睡眠に関して行っている行動『日中の活動を促した』の項目とで有意差( $p=0.03$ ,  $r=0.362$ )が確認された。

「J-RCSQを実施するようになってから睡眠に対する意識は変化したか」について、27名(73%)が意識の変化があったと回答した。対象者の内34名が実際に J-RCSQを確認し、さらにその内の25名がその結果を受けて『眠れなかった原因を患者と一緒に考えた』『医師に薬剤の調整について相談した』『日中の活動を促した』などの何らかの対処行動をとっていた。

#### 【考察】

今回の結果から J-RCSQ導入後に患者の睡眠に対する意識の変化があったと回答した看護師は7割おり、J-RCSQ導入による効果を示唆された。また J-RCSQで低い値を確認した際に実際とられた行動から、患者の不眠を解決しようとする意識をもっていると推測され、J-RCSQ導入によって意識や行動の変化が起きているということが示唆された。

10:42 ~ 10:56 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:10 第4会場)

## [O1-04] 緊急入院患者の人工呼吸管理とICU退室1年後のメンタルヘルスの関連性

### – Propensity Score IPTWによる分析 –

○栗原 知己<sup>1</sup>、卯野木 健<sup>1</sup>、櫻本 秀明<sup>2</sup>、春名 純平<sup>3</sup>、大内 玲<sup>2</sup>、北山 未央<sup>4</sup>、植村 桜<sup>5</sup>、辻本 雄大<sup>6</sup> (1. 札幌市立大学 看護学部、2. 茨木キリスト教大学 看護学部、3. 札幌医科大学集中治療医学研究員、4. 金沢医科大学病院看護部ハートセンター、5. 大阪市立総合医療センター 看護部、6. 奈良県立医科大学附属病院 看護部)

キーワード：PICS

## 【背景】

Post-Intensive Care Syndrome (PICS)のうちメンタルヘルスに関するリスク因子に関しては明確ではなく、ICUで行われる処置等が関連しているか否かも結論が出ていない問題である。

## 【目的】

集中治療室（Intensive Care Unit: ICU）における侵襲的人工呼吸管理は、ICU退室から1年後の Post-traumatic Stress Disorder（PTSD）や、うつ症状と関連があるかを検討した。

## 【方法】

本研究は全国12施設のICUにおいて実施した多施設共同研究（以下 SMAP-HoPe Study, Unoki T, 2021）の二次分析である。SMAP-HoPe Studyは2019年10月から2020年7月の間にICUに3日以上滞在し、ICUを退室してから1年経過した18歳以上の患者778名に対し、メンタルヘルス評価を含む質問紙を郵送した。本分析では、そのデータから、PICSのリスクが高い緊急入室の患者のみを対象とした。PTSD症状は Impact of Event Scale-Revised（IES-R）、うつ症状には Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS-D）をそれぞれ用いた。対象患者のうち侵襲的人工呼吸器を使用した患者を暴露群とし、PTSDとうつ症状をそれぞれアウトカムと設定した。統計解析には Propensity Score (PS)による逆確率重み付け推定法（Inverse Probability of Treatment Weighting: IPTW）を用いた。侵襲的人工呼吸管理を目的変数とし、年齢、性別、APACHE II、SOFA、せん妄の有無、精神疾患の有無、ベンゾジアゼピン系薬剤の使用歴を共変量としてPSを算出した。次に、PSを用い、IES-RとHADSをそれぞれアウトカムとしたIPTW解析を行い、c統計量、オッズ比（OR）、95%信頼区間（95%CI）、p値を算出しそれぞれの関係性を推定した。有意確率は<0.05に設定した。これらの解析には R 4.1.2（R Foundation for Statistical Computing, 2020）を使用した。なお、SMAP-HoPe Studyは主管施設および参加した各施設の倫理委員会の承諾を得て実施した。

## 【結果】

対象者は398人（51.2%）であった。分析対象者に関する年齢の中央値[四分位範囲]は69.5歳[56 - 77]、男性289人（72.6%）であった。PSを算出した際のc統計量は0.83（95%CI, 0.79 - 0.87）であったが、IPTW調整後の一部変数についてSMD（Standard Mean Difference）が0.1以上であった。IPTW解析の結果、IES-RではOR,0.45（95%CI, 0.16 - 1.19; p=0.11）、HADSではOR, 0.53（95%CI, 0.28 - 0.99; p=0.05）であった。

## 【考察】

本分析により、緊急入室患者に対する侵襲的人工呼吸器の使用は、ICUを退室してから1年後のうつ症状、PTSD症状とは関連がないことが示唆された。PICSに関するリスク因子は今後も探索する必要性がある。

10:56 ~ 11:10 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 11:10 第4会場)

## [O1-05] ICU退室1年後の高齢患者の食欲不振とうつ症状の関連- SMAP-HoPe Study:SecondaryAnalysis

○梶山 優美<sup>1</sup>、卯野木 健<sup>2</sup>、佐々木 亜紀<sup>3</sup>、北山 未央<sup>4</sup>、植村 桜<sup>5</sup>、山口 貴子<sup>6</sup>、辻本 雄大<sup>7</sup>、白坂 雅子<sup>1</sup>（1. 福岡赤十字病院 看護部、2. 札幌市立大学看護学部、3. 札幌市立大学看護学研究科急性期看護学専攻、4. 金沢医科大学病院 看護部ハートセンター、5. 大阪市立総合医療センター 看護部、6. 日本医科大学武蔵小杉病院 看護部、7. 奈良県立医科大学附属病院 看護部）

キーワード：集中治療後症候群、うつ症状、食欲不振、高齢者

【目的】食欲不振は高齢者によく見られ、サルコペニアの独立した危険因子である。現在、集中治療後症候群が注目されているが、ICU退室後の食欲不振について調査した研究は稀である。そこでICUから退室し、自宅で生活する1年後の患者において食欲不振の発生、および、集中治療後症候群のひとつである、うつ症状との関係を明らかにすることを目的とした。

【方法】本研究は全国12施設のICUにおける多施設共同研究（以下、SMAP-HoPeとする）のサブグループの解析である。主管施設および各施設の倫理委員会の承諾を得て実施した。SMAP-HoPe Studyは2019年10月から

2020年7月の間に ICUに4日以上滞在し、1年経過後に在宅で生活している18歳以上の患者778名に対し、メンタルヘルスや QOL、食欲を含む質問票一式を送付し、集中治療後症候群に該当する症状の発生頻度とリスク因子を調査した。本研究では、サルコペニアのリスクが高くなる65歳以上の患者を抽出した。食欲不振は、日本語訳簡易栄養食欲調査票（J-SNAQ）を用い、14未満を食欲不振とした。うつ症状は Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS）の HADS-Dを用いた。統計解析は、連続変数、尺度変数に関しては中央値（四分位範囲[IQR]）、カテゴリカル変数は割合で表記した。食欲不振は J-SNAQ14点未満と定義し、うつ症状の強さと食欲不振と関連は、一般化線形混合モデルを用いた(GLMM)。共変量としては、消化器疾患、うつ病、ICU入室時の悪性腫瘍などを事前規定した。解析には R software 4.0.2 (R Foundation for Statistical Computing, 2020) と Stata/IC16 (Stata Corp, TX) を使用した。

【結果】対象患者501名のうち、J-SNAQの項目が欠落していた33名を除外し、完全ケース分析として468名を対象にした。年齢の中央値は75歳[71-80]で約70%が男性、半数が予定手術であり、もっとも多い入室理由は心臓血管外科手術後（218名46.4%）であった。J-SNAQスコアは $14.2 \pm 1.6$ で食欲不振の有症状率は25.4%（95% CI、21.5-29.5）であった。GLMMでは、高いうつ症状があると食欲不振である確率が高かった。（OR,1.20:95% CI,1.14-1.28: p = 0.00）

【考察】過去の研究と比較すると、食欲不振（J-SNAQ<14）の有病率は在宅で過ごす高齢者の9.8%、リハビリテーション病棟の24.7%の報告がある。本研究では在宅で生活している患者であるが、食欲不振の有病率は、リハビリテーション病棟のそれと同程度であった。また、うつ症状の重症度が高いと食欲不振の確率が高くなることに関連していることが示唆された。この関係性の原因は明らかではないが、うつは食欲不振の原因であることは、重症患者を対象とした患者以外では既知の事実であり、PICSのひとつである、うつが食欲不振に寄与している可能性はあるといえる。しかしながら、本研究では、うつ症状と食欲不振症状は同時に測定しており、因果関係は明らかではない。よって、今後は因果関係を明らかにする研究が必要である。

【結論】ICU退室12ヶ月後の患者において、うつ症状の強さと、食欲不振である確率は関連している可能性が示唆された。退室後もメンタルヘルスのモニタリングは必要である。



一般演題

## [O2] 鎮痛・鎮静管理

座長: 渡海 菜央(日本大学医学部附属板橋病院)

2022年6月11日(土) 11:20 ~ 12:20 第4会場(国際会議場 21会議室)

### [O2-01] 小児の鎮静薬使用の現状と課題

○三村 健太<sup>1</sup>、竹林 洋子<sup>1</sup>、末永 順子<sup>1</sup>、三船 明日香<sup>1</sup> (1. JCHO九州病院 看護部)

11:20 ~ 11:32

### [O2-02] 小児の人工呼吸器装着中に鎮痛・鎮静薬を急速静脈注入した背景の実態調査 —発達段階の違いに着目して—

○佐藤 奎至<sup>1</sup> (1. 静岡県立こども病院 PICU)

11:32 ~ 11:44

### [O2-03] 心臓血管外科術後患者に対する熟練ICU看護師の痛みの管理の看護実践

○青野 沙織<sup>1</sup>、齋藤 信介<sup>1</sup> (1. 国立循環器病研究センター)

11:44 ~ 11:56

### [O2-04] オープンICUの看護師が捉える鎮痛管理の問題

—人工呼吸器管理における鎮痛管理—

○野中 恵子<sup>1</sup>、福田 昌子<sup>1</sup> (1. 岡崎市民病院)

11:56 ~ 12:08

### [O2-05] クリティカルケア看護における苦痛症状のアセスメント実施状況とマネジメントの困難さ：全国質問紙調査

○田中 雄太<sup>1</sup>、加藤 茜<sup>2,1</sup>、立野 淳子<sup>3</sup>、田戸 朝美<sup>4</sup>、山勢 博彰<sup>4</sup> (1. 東北大学大学院 医学系研究科保健学専攻、2. 信州大学 医学部保健学科看護学専攻、3. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院、4. 山口大学大学院 医学系研究科保健学専攻)

12:08 ~ 12:20

11:20 ~ 11:32 (2022年6月11日(土) 11:20 ~ 12:20 第4会場)

**[O2-01] 小児の鎮静薬使用の現状と課題**○三村 健太<sup>1</sup>、竹林 洋子<sup>1</sup>、末永 順子<sup>1</sup>、三船 明日香<sup>1</sup> (1. JCHO九州病院 看護部)

キーワード：小児の鎮静

【はじめに】 A病院集中治療室（以下 ICU）には、先天性心疾患術後患者が毎年160名前後入室し、循環動態安定を目的に鎮静薬を使用する。鎮静薬使用の判断は担当看護師（以下 Ns）が患児の啼泣や体動、顔色やバイタルサイン等の変化を適時的に評価し、経口摂取やあやす等の対応で安静が保てなければ指示に従い実施する。しかし、鎮静薬が奏功しない場合や頻繁に鎮静薬使用を要する場合もある。今回、小児の鎮静の現状を調べ、課題を明らかにする。尚、調査にあたり所属施設の倫理委員会の承認を得た。

【方法】 1. 2019/2020年度の先天性心疾患術後患者（3か月~3歳未満）の背景及び鎮静薬使用状況 2. ICU-Ns（36名）に鎮静薬使用に関わる質問紙調査 3. 2019/2020年度の小児患者のインシデント状況

【結果】 1. 症例調査（図表参照） 2. 質問紙調査（2択）回収率:91.2% 小児の鎮静で困った経験がある:84.8% 小児を RASSで評価した:57.6% 小児を RASSで評価し鎮静剤を使用した:30.3% 3. アクシデント:0件、インシデント:3件 内訳:中心静脈カテーテル、動脈ライン、挿管チューブトラブル各1件

【考察】 2019年度と2020年度で、先天性心疾患特有の姑息術、一酸化窒素吸入実施症例や、患者背景、鎮静薬使用回数は有意差なく同程度であった。単回使用する鎮静薬の多くはミダゾラムで、抜管後も同様だった。2020年度では持続鎮静のデクスメトメジン終了が早く、鎮静薬が奏功しない場合に使用する薬剤は異なっていた。鎮静深度が循環動態に与える影響を含め、管理方針の違いと捉えられた。質問紙調査では、小児を RASSで評価した Nsは約60%に対し、RASSで評価し鎮静薬を使用すると答えたのは30%程度で、RASSの評価は薬剤使用の判断に活かされていない。インシデントは、いずれも重要度が高いデバイスで、鎮静を要する状況に関連していた。多くの Nsが小児の鎮静に困難感を抱える背景には、重症度を含む管理上の鎮静目標の違い、RASSでの評価の問題、鎮静薬使用の状況判断等が関わると考えられる。有用とされる小児用鎮静スケールは、評価項目が多く普及率は低いが、RASSに比べ評価指標が判りやすい。その指標を参考に評価を言語化し、鎮静の程度を共通認識して状況判断することが重要である。

【結語】 先天性心疾患術後症例の鎮静薬使用の現状から、小児の鎮静状況を調査した。鎮静薬使用の機会が多いが、鎮静状態の評価や鎮静薬使用の状況判断に曖昧な側面があり、Nsは小児の鎮静に困難感を抱えていた。小児用鎮静スケールを参考に評価を言語化し、状況判断に活かす課題を得た。

11:32 ~ 11:44 (2022年6月11日(土) 11:20 ~ 12:20 第4会場)

**[O2-02] 小児の人工呼吸器装着中に鎮痛・鎮静薬を急速静脈注入した背景の実態調査****—発達段階の違いに着目して—**○佐藤 奎至<sup>1</sup> (1. 静岡県立こども病院 PICU)

キーワード：PICU、鎮痛、鎮静、人工呼吸器、発達段階

〔目的〕 人工呼吸器装着中の小児において、発達段階ごとに鎮痛・鎮静薬をボーラスした理由を実態調査することで発達段階ごとの鎮痛・鎮静薬ボーラスに起因する特徴を明らかにし、必要な看護支援を考えることを目的とした。

〔方法〕 量的実態調査研究（後方視的）とした。PICU入室患者のうち、鎮痛・鎮静薬を持続注入している人工呼吸器装着中の253名を対象とした。鎮痛・鎮静薬をボーラスした記録から、ボーラス回数およびボーラスした理由を抽出した。その後カテゴリー【看護ケア】、【医療処置】、【体動・覚醒】、【原因不明】、【疼痛の訴え】に分類した。新生児期から幼児期（以下 A群とする）と学童期から青年期（以下 B群とする）に分別し、A群、B群でカイ2乗検定を用いて検定した。鎮痛・鎮静薬ボーラス回数に対して、年齢および鎮痛・鎮静薬ボーラス理由を説明変数とし、一般推定方程式（GEE）を用いた。統計解析には JMPを用いた。

〔倫理的配慮〕当院倫理審査委員会の承認を得た。データ収集は施設内で行い、個人情報に記載されている資料、データは鍵のかかるロッカーで厳重に管理した。電子データはパスワードを設定して保存した。研究者以外のアクセスを制限した。収集した資料、データに関しては、本研究が終了後に速やかに破棄した。

〔結果〕両群で発達段階の違いによる有意差と独立性が示唆された（ $P < 0.001$ ）。人工呼吸器管理1日における鎮痛・鎮静薬ボース理由と平均では、幼児期の【体動・覚醒】（2.25回/日）が多く、B群の特徴としては【疼痛の訴え】による鎮痛・鎮静薬ボースの理由が見られた。

〔考察〕A群の【体動・覚醒】による鎮痛・鎮静薬ボースに対しては、医療機器デバイスの安全性を優先したうえで、医療者が発達段階別に子どもの特徴を踏まえて想像力を働かせ、子どもにとって何が必要なのかアセスメントして対応していくことで鎮痛・鎮静薬ボースを少なくすることに繋がると考える。B群の【疼痛の訴え】による鎮痛・鎮静薬ボースに対しては、術前のプレパレーションやオリエンテーションで手術後の経過、患者自ら思いを訴えるツールを患者と一緒に考え使用していくことで、言葉で表現できないことや我慢してしまう発達段階に対して支援していくことができると考える。また、コミュニケーションの中から患者のニーズを捉え、鎮痛・鎮静薬ボースではなく、その他の鎮痛薬の使用や不要素を取り除く看護支援を行うことによって、鎮痛・鎮静薬ボース回数を少なくすることが重要であると考えられる。

〔結論〕1.発達段階での鎮痛・鎮静薬ボースの理由に有意性と独立性が示唆された。2.新生児期から幼児期にかけて全てのカテゴリーにおいて鎮痛・鎮静薬ボース回数が多くなり、学童期から青年期にかけて全てのカテゴリーで鎮痛・鎮静薬ボース回数が少なくなった。3.全対象患者では、【体動・覚醒】による鎮痛・鎮静薬ボース回数が多かった。4.鎮痛・鎮静薬ボース回数を少なくするために医療者は、非薬物療法としての看護支援を考えていく必要がある。5.小児の人工呼吸器装着中の患者に対しては、発達の特徴を把握した上で、患者の「代弁者」としての役割を果たしていくことが必要である。

11:44 ~ 11:56 (2022年6月11日(土) 11:20 ~ 12:20 第4会場)

## [O2-03] 心臓血管外科術後患者に対する熟練 ICU看護師の痛みの管理の看護実践

○青野 沙織<sup>1</sup>、齋藤 信介<sup>1</sup> (1. 国立循環器病研究センター)

キーワード：鎮痛管理、熟練看護師

〔目的〕日常的に何らかの痛みを感じているといわれる重症患者に対して、一貫した痛みの管理を提供することは、様々な合併症を予防する上で非常に重要である。先行研究において、経験年数の少ない看護師が患者の痛みへの対応に困難感を抱いており、看護師間において痛みの緩和のためのケアの質に差があるという実態があった。そこで、熟練看護師が行っている痛みへの看護実践を明らかにし、患者への適切なケアの提供へ繋げることを目的とした。

〔方法〕対象は経験年数10年以上の看護師とし、文書を用いて研究目的等を説明した。心臓血管外科術後の患者に対して痛みへの介入を行った1場面を想起してもらい、その場面における痛みのアセスメントや介入・評価について半構造化面接を行った。半構造化面接で得られた内容をもとに逐語録を作成して繰り返し読み、痛みへの看護実践について語られた部分を抽出し、意味内容を損なわないようにコード化した。類似したコードを集めサブカテゴリーとし、表現の修正を繰り返し、意味内容の類似するものにまとめてカテゴリーとした。本研究は所属施設の倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

〔結果〕熟練看護師の痛みの管理の看護実践について抽出した42のコードから、類似したコードをまとめた結果、15のサブカテゴリーに分類された。さらに類似したサブカテゴリーをまとめた結果、【患者の回復意欲を育む】【多角的な視点で痛みを評価する】等の7のカテゴリーに分類された。

〔考察〕熟練看護師が痛みの管理の看護実践として行っていたことは、【患者の回復意欲を育む】ために【現状の疼痛管理に疑問を持ち】【多角的な視点で痛みを評価する】、【患者の痛みの個別性を捉え】【痛みの管理の継続性を確保する】、【痛みの増強を抑え、閾値を上げる介入を行う】ために【チームアプローチを図り】ガイドラインやエビデンスを遵守する、であった。効果的に痛みの管理を行うためには、痛みを多角的に捉えてアプ

ローチし、個別的に介入することが重要である。また、回復意欲に関するコードが最多であったことから、痛みの管理には患者の回復意欲が鍵であり、その促進のためには患者の痛みの追求と連続的かつ包括的なケアリングが必要であると考えられる。

〔結論〕 熟練看護師は、現状の疼痛管理に疑問を持ち痛みを多角的に捉え、連続的かつ包括的なケアリングにより、患者の回復意欲を促進する実践を行っていた。

11:56 ~ 12:08 (2022年6月11日(土) 11:20 ~ 12:20 第4会場)

## [O2-04] オープン ICUの看護師が捉える鎮痛管理の問題 —人工呼吸器管理における鎮痛管理—

○野中 恵子<sup>1</sup>、福田 昌子<sup>1</sup> (1. 岡崎市民病院)

キーワード：鎮痛管理、オープンICU、人工呼吸器管理

〔目的〕 近年、人工呼吸器管理の一つとして十分な鎮痛と浅い鎮静が推奨され、疼痛評価やプロトコルの導入が進んでいる。A病院は「鎮痛・鎮静プロトコル」を導入し3年が経過したが、A病院の先行研究では鎮痛管理が不十分であった。そこで、プロトコル導入後のオープンICUの看護師が捉える鎮痛管理の問題を明らかにし、今後の教育やシステムの構築、チーム医療のあり方について示唆を得たいと考えた。

〔方法〕 2021年10月4日～2021年10月31日にA病院集中治療センターに勤務する看護師を対象に「人工呼吸器装着患者の鎮痛管理において問題に感じていること」を問い、自由記述で回答を得た。対象者には自由意志で参加できることや回答をもって同意とすること、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紙面で説明した。匿名性の担保のため回答用紙は無記名とした。本研究は、A病院臨床研究審査委員会の承諾を得た上で実施した。

〔結果〕 有効回答が得られた31名の概要は、集中治療領域経験年数4年以下が13名、5年以上が18名であった。自由記述内容から得られたデータをコード化し、内容の類似性に基づき分析した結果、25のサブカテゴリーと4つのカテゴリーが抽出された。〔システムの不備〕は、医療者の疼痛評価、ツールの活用、薬剤の選択の認識の違い。【鎮痛評価の困難さと薬剤調整や薬剤効果の限界】は、疼痛評価の困難さや薬剤調整の困難さ。【疼痛緩和不足へのジレンマ】は、迅速な疼痛緩和ができない葛藤。【多職種のコミュニケーション・協働不足】は、診療科・多職種の連携不足や協働不足を表している。

〔考察〕 最もコード数が多かったカテゴリーは【システムの不備】であり、次に【鎮痛評価の困難さと薬剤調整や薬剤効果の限界】であった。医療者の『ツール活用不足』や薬剤管理において認識の差があり、オープンICUでの最適な鎮痛管理の困難さが伺えた。また、看護師は『痛みの評価の難しさ』『興奮時の対応の難しさ』があり、過鎮静や意識障害により自己評価ができない患者や興奮した患者の疼痛評価に困難さを抱いていた。そのため、診療科を問わず適切な鎮痛管理を行えるシステムの構築が必要だと考える。現在の「鎮痛・鎮静プロトコル」にせん妄を加えたフローチャートを導入することで、医療者間の認識が統一でき、問題解決に必要なステップの可視化、行動の明確化ができると思われる。また、包括的指示によって看護師が参加する管理は有効であると示唆されており、フローチャートの導入は、看護師が患者の疼痛や疼痛評価を意識することにつながると考える。【疼痛緩和不足のジレンマ】は、『苦痛の原因を理解したい』『苦しむ患者を見ることへの葛藤』があり、人工呼吸器装着中の挿管患者は痛みを有する前提で看護師間、医療者間のディスカッションを行っていく必要があると思われる。【多職種のコミュニケーション・協働不足】は、『医師間のコミュニケーションの期待』『専門チームの支援への期待』があり、早期離床サポートチームが人工呼吸器装着患者の鎮痛管理においてリーダーシップを発揮することが求められている。

〔結論〕 1) 看護師は、人工呼吸器管理における鎮痛管理の問題として【システムの不備】【鎮痛評価の困難さと薬剤調整や薬剤効果の限界】【疼痛緩和不足へのジレンマ】【多職種のコミュニケーション・協働不足】と捉えていた。2) 痛み・せん妄・興奮を合わせたフローチャートを導入する。3) 看護師間、医療者間で疼痛のディスカッションを行う。4) 鎮痛管理において早期離床サポートチームのリーダーシップが求められている。

12:08 ~ 12:20 (2022年6月11日(土) 11:20 ~ 12:20 第4会場)

## [O2-05] クリティカルケア看護における苦痛症状のアセスメント実施状況 とマネジメントの困難さ：全国質問紙調査

○田中 雄太<sup>1</sup>、加藤 茜<sup>2,1</sup>、立野 淳子<sup>3</sup>、田戸 朝美<sup>4</sup>、山勢 博彰<sup>4</sup> (1. 東北大学大学院 医学系研究科保健学専攻、2. 信州大学 医学部保健学科看護学専攻、3. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院、4. 山口大学大学院 医学系研究科保健学専攻)

キーワード：症状アセスメント、身体的苦痛、精神的苦痛、質問紙調査

【目的】クリティカルケアを受ける患者が経験する身体的・精神的苦痛を緩和し、Quality of Lifeの維持・向上を図るために、経時的な症状アセスメントとマネジメントは重要である。本研究は、経時的にアセスメントされている苦痛症状と、看護師がマネジメントの困難さを感じる苦痛症状を明らかにすることを目的とした。

【方法】集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師741名を対象に、郵送による無記名自記式質問紙調査を行った。主な調査内容は以下の3項目とした。1) NRS、BPS、RASS等のスケールを用いて、経時的に(決められた時間ごと、または毎日)記録されている苦痛症状9項目(疼痛、呼吸困難、口渇、嘔気、便秘・下痢、せん妄、不安・抑うつ、不眠、倦怠感)について、複数回答可の選択式で回答を求めた。2) 看護実践においてマネジメントの困難さを感じている症状について、“とても困難である”~“まったく困難ではない”の6件法で回答を求めた。3) マネジメントが困難な場合の対応について、複数回答可の選択式で回答を求めた。

調査期間は2020年10月~12月であった。本研究は、所属施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】有効回答は356部(48%)であった。回答者の背景は、看護師経験年数21年(標準偏差±6.3)、副師長以上の管理者52%(n=185)であった。緩和ケアに関連するトレーニングを受けた経験があると回答したのは66%(n=235)であった。

NRS、BPS、RASS等のスケールを用いて、経時的に(決められた時間ごと、または毎日)記録されている症状は、疼痛94%(n=336)、せん妄79%(n=280)、呼吸困難21%(n=74)の順に多かった。一方、口渇3%(n=11)、倦怠感4%(n=15)、不安・抑うつ5%(n=17)は少なかった。看護師がマネジメントの困難さを感じている症状は、倦怠感82%(n=291)、不安・抑うつ81%(n=289)、不眠74%(n=262)、せん妄72%(n=258)の順に多く、疼痛44%(n=155)が最も少なかった。マネジメントが困難な場合の対応は、“主治医へ相談する”88%(n=314)、“看護チームでカンファレンスを行う”80%(n=285)、“多職種チームカンファレンスを行う”60%(n=212)の順に多かった。

【考察】看護師は、倦怠感や不安・抑うつ等の苦痛症状に対しマネジメントの困難さを感じているものの、経時的にアセスメントがされていないことが明らかになった。この結果は、倦怠感や不安・抑うつは、患者が自己申告できない場合に客観的評価することが困難な症状であることが1つの要因であるかもしれない。疼痛・せん妄に関しては、Society of Critical Care Medicineと日本集中治療医学会が公表しているPADISガイドラインの普及によって、概ね実践されていると考えられる。クリティカルケアを受ける患者が経験する身体的・精神的苦痛を早期に捉え、緩和するために、経時的に評価可能なツールを活用し、網羅的な苦痛のアセスメントが必要かもしれない。

【結論】クリティカルケア看護において、疼痛、せん妄については経時的にアセスメントされていた。一方で、倦怠感や不安・抑うつについては経時的にアセスメントがされていることが少なく、看護師はマネジメントの困難さを感じていることが明らかになった。

一般演題

## [O3] せん妄ケア

座長:藤村 賢宏(飯塚病院)

2022年6月11日(土) 12:30 ~ 13:40 第4会場 (国際会議場 21会議室)

### [O3-01] A病院 ICU入室患者におけるせん妄発症の特性

○俵 加奈依<sup>1</sup>、濱崎 杏香<sup>1</sup>、川原 満里子<sup>1</sup>、森口 政臣<sup>1</sup>、清水 敦司<sup>1</sup>、谷 恵<sup>1</sup> (1. ベルランド総合病院)

12:30 ~ 12:42

### [O3-02] 集中治療領域でのせん妄への介入における実態調査

○山田 修平<sup>1</sup> (1. 北海道科学大学 保健医療学部 看護学科)

12:42 ~ 12:54

### [O3-03] 外科的手術施行前の不安と術後せん妄発症との関連性:系統的レビュー

○赤松 夏季<sup>1</sup>、佐々木 康之輔<sup>1</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がん看護学分野)

12:54 ~ 13:06

### [O3-04] 心臓血管外科手術施行患者を対象とした術前の自律神経活動評価による術後せん妄発症予測

○佐々木 康之輔<sup>1,2</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がん看護学分野、2. 東北大学大学院医学系研究科心臓血管外科学分野)

13:06 ~ 13:18

### [O3-05] 循環器病棟におけるアクションリサーチを用いたせん妄に関する看護師の意識とケアの変化

○伊藤 聡子<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup> (1. 西宮渡辺心臓脳・血管センター、2. 名古屋市立大学看護学部)

13:18 ~ 13:29

### [O3-06] 集中治療室に入院した Stanford B型急性大動脈解離患者における自然音を聴くことによるせん妄予防

○坂口 洋通<sup>1</sup>、片山 由加里<sup>2</sup>、萩本 明子<sup>2</sup> (1. 国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 HCU/CCU、2. 同志社女子大学看護学部)

13:29 ~ 13:40

12:30 ~ 12:42 (2022年6月11日(土) 12:30 ~ 13:40 第4会場)

## [O3-01] A病院 ICU入室患者におけるせん妄発症の特性

○俵 加奈依<sup>1</sup>、濱崎 杏香<sup>1</sup>、川原 満里子<sup>1</sup>、森口 政臣<sup>1</sup>、清水 敦司<sup>1</sup>、谷 恵<sup>1</sup> (1. ベルランド総合病院)

キーワード：せん妄、集中治療、ICDSC、CRP、乳酸値

【目的】 A病院 ICUは、年間780人が入室し、うち約70%人が緊急入室である。その中でも気管内挿管や、高流量のカテコラミンの使用、補助循環の導入など、循環動態が不安定な状態にある事が多い。環境的、身体的にも大きなストレスがかかり、せん妄が起りやすい状況にあり、入室後せん妄を発症する事例が多い。A病院 ICUでは、ICDSCの評価とせん妄リスクを捉え、日本クリティカル看護学会が出しているせん妄ケアリスト<sup>5)</sup>を参考に、せん妄予防に努めている。しかし、せん妄の発症率の低下には至らないことに現状がある。緊急入室の多いA病院 ICUにおけるせん妄発症の因果関係を分析し、その特性が示唆されたので報告する。

【方法】 1. 研究対象者：調査期間内の ICU入室患者457名に対して、うち ICDSC(せん妄評価ツール) 4点以上の患者120名。2. 研究期間：2020年12月～2021年5月。3. 研究方法：量的研究、過去の診療録より調査。4. 分析方法：120名の主な科を調べ、科別に ICDSCの平均値と乳酸値を比較。挿管有無、抑制帯有無、認知症既往有無・使用薬物(ミダゾラム・プロポフォール・フェンタニル塩酸・デクスメトミジン等)について、それぞれ ICDSC点数別に比較し、緊急・非緊急の比較も実施。CRP値と ICDSC点数の相関関係を調べ、科別に CRP値の比較を実施。

【倫理的配慮】 本研究は所属施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した。本研究は研究実施に関して、看護研究及び看護行為の対象となる個人の人権擁護として今回知り得たデータは本研究以外に使用せず、研究協力者が特定されるようなデータは取り扱わず、収集したデータ結果は USBに保管、金庫管理とし本研究メンバー以外が閲覧できないように保管する。

【結果】 ICU入室患者の主な科別ごとの ICDSCに対する緊急と非緊急の比較ではほぼ緊急の方が、ICDSCの点数は高い。乳酸値と ICDSC点数との比較では、乳酸値が高いと ICDSC点数は高い傾向にある。乳酸値は外科・心臓血管外科・循環器の順で高かった。挿管有無、抑制帯有無、認知症既往有無の緊急と非緊急に関しては、各 ICDSC点数比較において同数か緊急の方が人数が高い。薬剤のミダゾラム・プロポフォール・フェンタニル塩酸・デクスメトミジンの使用と ICDSCの因果関係は今回の研究から得ることはできなかった。CRPと ICDSCに関しては相関関係が得られ、CRPは特に外科・呼吸器内科で高値である。

【考察】 ICU入室患者の平均年齢が74.87歳で、挿管患者の80%が緊急入室であり、現状認識ができないまま入室となっている。緊急入室は、せん妄の準備因子に加え、急激な周囲の環境の変化や、鎮静下での生命維持装置の装着、抑制帯など自己不動への急性ストレスとなり、さらにせん妄を助長している結果となった。また、循環動態の不安定さや侵襲的手術がもたらす末梢循環不全が、せん妄発症要因であることが示唆された。高 CRP値もせん妄の発症要因であり、末梢循環不全という要因と重なると、よりせん妄を引き起こすことが示唆された。薬剤投与に関しては、今研究では相関関係は明らかにはならなかったが、オープン ICUであり、ミダゾラムなど使用方法も統一されていなかった。

【結論】 今後は、緊急入室患者への精神的混乱へのサポートの強化し、循環動態の不安定な患者には、循環不全を助長しないようなケアの選択をしていく必要がある。薬剤は、人工呼吸器管理についての鎮静に関する統一された使用方法の検討と、覚醒リズムをつけたせん妄予防へつなげる。

12:42 ~ 12:54 (2022年6月11日(土) 12:30 ~ 13:40 第4会場)

## [O3-02] 集中治療領域でのせん妄への介入における実態調査

○山田 修平<sup>1</sup> (1. 北海道科学大学 保健医療学部 看護学科)

キーワード：せん妄、集中治療室、実態調査

【はじめに】 近年、集中治療室(以下、ICUとする)では、患者の命を救うだけでなく治療後の QOLの向上を目標としたケアが求められている。せん妄は ICU入室期間や入院期間を延長させ、長期的な認知障害と関連しているこ

とが報告されており、集中治療領域での看護における重要な課題となっている。集中治療におけるせん妄への介入指針として、2018年に出された PADISガイドラインが広く知られている。ガイドラインの公開から4年が経過した今、臨床においてガイドラインの内容がどの程度浸透し、実践に活かされているかについて実態を明らかにするために本邦の特定集中治療室管理料を取得する全ての部署を対象として実態調査を行った。

【研究方法】本邦においていずれかの特定集中治療室管理料を取得しており、厚生労働省の届出受理医療機関名簿に記載のある643の部署を対象にオンラインアンケートの web ページにアクセスするための QRコードを記載した依頼書を送付した。回答は部署を代表する一名のみとした。オンラインアンケート上で同意を表明できる欄を設け、同意の得られた場合にのみアンケートに回答できるように設計した。本研究は北海道科学大学 学長の許可を受けて実施した(倫理審査申請番号 587)。また、本研究は同大学の個人症例研究費の助成を受けて実施した。

【結果】オンラインアンケートにより、150の回答が得られ、その内回答の欠損の少ない125の回答を有効回答とした(19.4%)。疼痛や鎮静の管理、睡眠薬の使用などについて医師が主導している部署は1~6%と少なく、90%程度の部署が「医師と看護師が共同して管理」あるいは「手順書があり決められた範囲内で看護師が管理」していた。疼痛の程度や鎮静深度の評価についてはガイドラインで推奨されているスケールを用いた評価を8時間以下の頻度で行なっている施設がほとんどであった。せん妄については90%の部署で推奨されるスケールを用いて評価が行われており、せん妄のリスク因子についても85%の部署で何らかの方法で評価がされていた。せん妄の有病率を「把握していない」「分からない」部署が36%であった。せん妄の有病率を把握している部署とそうでない部署では、せん妄のリスク因子として重要視する観察項目やせん妄の予防・改善のための介入について有意な差が認められた。観察項目や介入の内容が多様な施設の方がせん妄の有病率を把握できていることが多かった ( $p < 0.05$ )。

【考察】対象の多くの部署においてガイドラインで推奨される方法で患者の観察や状態評価が行われており、ガイドラインの内容が本邦の集中治療領域において一般的な内容となってきたことが示唆された。しかし、せん妄の予防あるいは改善のための介入については不十分な点があった。せん妄の有病率を把握できていない施設が36%程度と多く、せん妄の観察や介入が多様な施設では有病率を把握できている場合が多かった。部署でのせん妄の発生状況をタイムリーに把握することはスタッフの意識の向上や実践力の向上につながるのではないかと考えられる。せん妄に対する看護の質向上に向けてせん妄の有病率の把握と部署内での共有が重要となる可能性がある。

【結論】1. せん妄のリスク評価やスクリーニングは多くの施設がガイドラインの内容を遵守していた。2. ガイドラインで推奨される観察や介入を多く実践している施設では、せん妄の有病率が把握されていることが多かった。

12:54 ~ 13:06 (2022年6月11日(土) 12:30 ~ 13:40 第4会場)

## [O3-03] 外科的手術施行前の不安と術後せん妄発症との関連性:系統的レビュー

○赤松 夏季<sup>1</sup>、佐々木 康之輔<sup>1</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がん看護学分野)  
キーワード: 術前不安、術後せん妄、メタアナリシス、外科的手術

【目的】系統的レビューにより、術前不安と術後せん妄発症の関連性を明らかにし、術前不安に対する術前看護介入プログラムを考察する。

【方法】医中誌 Web, MEDLINE/PubMed, Scopusを用い、「術前不安」、「せん妄」、「preoperative anxiety」、「preoperative uneasiness」、「delirium」をキーワードとして、文献検索を行った。対象期間は1985年から2021年8月までとした。文献精査後、術前不安と術後せん妄に関連がないと示したものと、またはあると示したものに分類し、質的分析を行った後、メタアナリシスを実施した。本研究は、レビューのため倫理委員会の承認を必要としないものである。

【結果】358件の抽出文献のうち適格基準を満たした研究は7件であった。そのうち文献の特徴として、3件は術前不安と術後せん妄に関連がないと報告し、4件は関連があると報告していた。対象手術は、心臓手術、癌の腫瘍切除術、整



形外科手術であり、術後せん妄発症率は17.8%~41.1%であった。術前不安を測定するための尺度には HADS, STAI, APAISが、術後せん妄の評価には CAM, CAM-ICU, ICDSC, DSM-5, Neecham Confusion Scaleが使用されていた。術前不安および術後せん妄評価日に関して、文献間による差は認められなかった。結果として、術前不安と術後せん妄発症の関連性について文献の特徴からの評価は困難であった。そのため、対象となった4件の文献でメタアナリシスを実施した。ランダム効果モデルを用いた解析では OR=1.37, 95% CI (0.80-2.33) となり、術前不安と術後せん妄発症に有意な関連は認められなかった。

【考察】文献検索の結果、分析可能な研究数は乏しかったため、術前不安と術後せん妄発症に関する研究はこれまで十分に集積されていないことが明らかとなった。今回、術前不安と術後せん妄発症には関連がない可能性が示唆されたが、術前不安は術後回復遅延、再入院や死亡率、医療利用の増加などに影響を及ぼすことが報告されているため、術前不安の軽減を図るケアを行うことは重要であると考えられる。

【結論】術前不安と術後せん妄発症の関連性について系統的レビューを行った結果、術前不安は術後せん妄発症のリスク因子ではない可能性が示唆された。しかし、少ない文献数であったため、さらなる前向き研究の蓄積により、術前不安と術後せん妄発症の関連性を再評価する必要がある。

13:06 ~ 13:18 (2022年6月11日(土) 12:30 ~ 13:40 第4会場)

## [O3-04] 心臓血管外科手術施行患者を対象とした術前の自律神経活動評価による術後せん妄発症予測

○佐々木 康之輔<sup>1,2</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がん看護学分野、2. 東北大学大学院医学系研究科心臓血管外科学分野)

キーワード：心臓血管外科、術後せん妄、自律神経活動

### 【目的】

術後せん妄は発生率の高い術後合併症で、医療負担の増加や QOL低下に繋がり、退院後の生命予後や認知機能にも影響をおよぼす。術後せん妄の病態生理は未解明だが、急性脳機能障害のため自律神経と関連している可能性がある。したがって我々は、術前の自律神経活動が術後せん妄発症に関連すると仮説を立て、検証した。せん妄発症リスクの高い患者を予測できれば、予防的ケアを集中的に行い、せん妄に伴う負の影響を回避できるかもしれない。

### 【方法】

2015年10月から2019年3月の期間で、心臓血管外科手術施行予定患者120例を登録した。術前に心電図を記録し、心拍変動周波数解析で自律神経活動を定量化し、術後せん妄発症の有無を前向きに観察した。術後せん妄は CAM-ICUを用い、ICU看護師が評価した。術前背景、手術関連情報、術後経過を診療録より収集した。自律神経活動、とくに副交感神経活動レベルを四分位で分類、術後せん妄発症率を比較した。術後せん妄発症に関連するリスク要因をロジスティクス回帰分析で行った。本研究の評価方法は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得た後、患者に説明と同意を得た上で実施した。本研究は主研究データの二次利用であり、情報公開文書にて通知した。

### 【結果】

緊急手術や予定手術延期等が生じ、解析は109例で実施した。術後せん妄発症は30例(27.5%)であった。副交感神経活動と関連する心拍変動の高周波成分を分類した際、術後せん妄発症率は、第一分位(副交感神経活動レベルが低い群)44.4%、第二分位7.4%、第三分位25.0%、第四分位33.3%(副交感神経活動レベルが高い群)と四分位毎に異なり(p=0.019)、年齢調節オッズ比は、第一分位と第四分位で有意に高値であった(図A)。多変量解析の結果、60歳以上、副交感神経活動レベルの高低および長い手術時間が術後せん妄のリスク因子であった(図B)。

### 【考察】

年齢は高周波成分に影響をおよぼすが、年齢調節後も術前の副交感神経活動はリスク要因となりえ、術後せん妄

発症との関連性が示唆された。副交感神経活動の減弱および亢進状態がせん妄発症に関連している可能性が報告されており、本研究と一致する知見であった。

【結論】

術前の自律神経活動レベルを評価することにより、術後せん妄発症リスクの高い心臓血管外科手術施行患者を区別できる可能性が示された。自律神経活動と術後せん妄発症の病態生理学的関係を明らかにするためには、さらなる検討が必要である。

13:18 ~ 13:29 (2022年6月11日(土) 12:30 ~ 13:40 第4会場)

## [O3-05] 循環器病棟におけるアクションリサーチを用いたせん妄に関する 看護師の意識とケアの変化

○伊藤 聡子<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup> (1. 西宮渡辺心臓脳・血管センター、2. 名古屋市立大学看護学部)

キーワード：せん妄ケア、アクションリサーチ、循環器疾患患者

【目的】近年、せん妄のガイドラインの発表により、看護師がせん妄ケアの知識を得る機会は多くなった。しかし、現状は、実践での活用が不十分でせん妄発症患者は後を絶たない。そこで、せん妄ケアの質の向上を目指し、意識や行動を変え、現状に変化を生み出すアクションリサーチを行った。目的は、循環器病棟における看護チームで行ったせん妄患者の事例検討を通して、せん妄に関わる看護師の意識とケアの変化を明らかにすることである。

【方法】1)研究方法；アクションリサーチ。2)用語の定義；①せん妄ケアチーム（以下、チーム）は、研究実施部署でせん妄ケアに興味のある看護師が作ったチームを指し、そのチームのメンバーをチーム看護師、メンバーが開催する会議をチーム会とした。②ケアの変化は、せん妄ケアの修正や新しい取り組み等に関する看護師の意識や行動の変化とした。3)研究参加者；近畿圏急性期総合病院内の循環器内科・心臓血管外科病棟看護師。4)データ収集期間；2013年1月から2014年4月まで。5)データ収集方法；チーム会に研究者が参加し、チーム看護師が印象に残った入院中のせん妄患者事例を共に検討した。データは、月1回のチーム会の逐語録、議事録、チーム看護師の自己内省ジャーナル、フィールドノートとした。6)分析方法；5)で得られたデータを熟読し、研究参加者のせん妄に関する意識やケアの変化に注目し、経時的にチーム会前後の変化や相互作用を明らかにした。分析の視点は、①せん妄ケアを提供する上での課題（以下、課題）、②課題を改善するための方策（以下、方策）、③チーム看護師の気づき（以下、気づき）、④チーム看護師含む病棟看護師の行動の変化（以下、行動の変化）とした。そして全体の流れから、チームが大きく変化した時点を転換点とし、局面と捉えて命名した。7)倫理的配慮；本研究はA大学および研究施設の倫理審査会の承認を得て実施した。研究参加者には、目的、方法、参加の自由、途中辞退の保障など文章と口頭で説明し同意を得た。研究期間中の対象患者には、研究協力依頼を示したポスターを病棟内に掲示し、質問等があれば対応した。

【結果】研究参加者は、女性6名、男性1名の7名で、看護師経験年数は5年以上であった。チーム会は、合計14回開催し、1回の会議が60分から80分であった。せん妄に関する看護師の意識とケアの変化を分析した結果、3つの局面に分けられた。第1局面は第1回から5回で『病棟のせん妄ケアの状況把握とその対策につなげる方法の模索』、第2局面は第6回から9回で『せん妄事例からの発症要因の探求とケアへつなげる手立ての発見』、第3局面は第10回から14回で『事例カンファレンスの重要性の認知と検討結果への実践への適用』と命名した。第1局面では、[せん妄評価][薬剤の使用法]、第2局面では、[腹部大動脈瘤術後のせん妄要因の調査][興奮の強いまたは認知症のあるせん妄患者の対応][長期人工呼吸器使用患者の睡眠援助の方法]、第3局面では、[急性大動脈解離患者の対応]、全局面を通じて、[新人・異動者に対するせん妄の教育][病棟看護師に対するせん妄の教育]に関する課題・方策・気づき・行動の変化がみられた。

【考察】チーム会での事例検討から課題をみつけ、方策を考え、気づきを言語化したことで、チーム看護師は、新人と異動者へのせん妄の教育の開始や鎮静評価の導入を実施した。また、病棟看護師は、チーム看護師との協働により、せん妄ケアを浸透させ、ケアの幅を広げた。

【結論】アクションリサーチを行うことで、せん妄に関する看護師の意識とケアの変化がみられた。

13:29 ~ 13:40 (2022年6月11日(土) 12:30 ~ 13:40 第4会場)

## [O3-06] 集中治療室に入院した Stanford B型急性大動脈解離患者における 自然音を聴くことによるせん妄予防

○坂口 洋通<sup>1</sup>、片山 由加里<sup>2</sup>、萩本 明子<sup>2</sup> (1. 国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 HCU/CCU、2. 同志社女子大学看護学部)

キーワード：せん妄予防、自然音、1/f ゆらぎ

### 【目的】

2000~2016年における国内の先行研究では、ICU入院患者のせん妄発症率は7.6~60.9%である。A病院のHCUにおいて、60歳以上の患者のせん妄発症率は、Stanford B型急性大動脈解離患者が70.0%と高値であり、予防策を検討した。Gould van Praag et al.(2017)は、一般人を対象に、自然音を聴くことでリラックスした状態になり、不安などの心理的ストレスが強い人ほどその効果が高いことを報告している。自然音とは、川のせせらぎや風の音、波の音など、自然界が醸し出す音である。今回、Stanford B型急性大動脈解離患者において自然音を聴くことでのせん妄予防を検証した。

### 【方法】

A病院 HCUにて加療する Stanford B型急性大動脈解離患者を対象とした。2019~2020年に入院した患者8名を自然音介入群（以下、介入群）として、自然音が録音された市販音源を用いて、患者の耳元で40~50dBとなるように調整し、入院2~4日目の計3日間の毎日7時から21時まで持続的に流した。心理的ストレスを、Stress Response Scale：SRS-18にて自然音開始前と開始48時間後に評価し、せん妄を、Intensive Care Delirium Screening Checklist：ICDSCにて開始後から2時間おきに48時間分を評価した。対照群は2017~2018年に入院していた患者8名とし、カルテより調査した。統計処理は、SPSS Ver. 27.0にて、t検定とx二乗検定を行った。倫理的配慮として、研究目的と意義、方法を書面で説明し、自由意思による参加であること、守秘義務、結果の公表、個人の不利益や匿名性の確保、利益相反がないことについて同意を得た。A病院倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号2018-025）。

### 【結果】

性別は両群共に男女4名ずつであり、年齢、Sequential Organ Failure Assessment、HCU滞在日数（いずれもM±SD）は、対照群が77.25±6.58歳、1.38±0.75点、4.75±1.04日、介入群が72.13±6.58歳、1.38±0.75点、6.38±3.82日であり、有意差は認められなかった。ICDSC合計得点（M±SD）は、対照群が20.50±14.41点、介入群が1.63±3.46点であり、有意差が認められた（ $p<0.1$ ）。せん妄発症率は、対照群が62.5%、介入群が12.5%であり、せん妄発症者全員に鎮静剤を使用された。SRS-18（抑うつ・不安、不機嫌・怒り、無気力）の平均点は、開始前が9.6点（4.38、2.13、3.13）、開始48時間後が2.5点（1.25、0.75、0.50）と減少したが、有意差は認められなかった。

### 【考察】

自然界の様々な現象に見られる周期性の微妙な変動は1/fゆらぎと呼ばれ、自然音に含まれる1/fゆらぎは、自律神経の調和や感情・情緒を安定させ、血液循環の促進や安心・心地よさを感じ、疼痛緩和や睡眠導入効果などが期待できる（井上ら、2014）。本研究の限界として、症例数の少なさと対照群が後ろ向き調査であることがあるが、ICDSC得点とせん妄発症率の減少は、自然音の聴覚刺激が影響したと考えられる。音を聴くことは簡便であり、臨床現場で取り入れやすいと考える。

### 【結論】

集中治療室に入院した Stanford B型急性大動脈解離患者が自然音を聴くことで、せん妄が予防できる可能性が示唆された。

一般演題

[O4] エンド・オブ・ライフケア

座長:長岡 孝典(独立行政法人国立病院機構 呉医療センター)

2022年6月11日(土) 13:50 ~ 15:00 第4会場 (国際会議場 21会議室)

[O4-01] 新人救急看護師のエンド・オブ・ライフケアに対する困難感—6名の面接調査結果より

○松本 蘭<sup>1</sup>、城丸 瑞恵<sup>2</sup> (1. 札幌市病院局 市立札幌病院 救命救急センター、2. 札幌医科大学 保健医療学部看護学科)

13:50 ~ 14:02

[O4-02] A病院 ICUでの終末期看護に関する教育

○瀧 洋子<sup>1,2</sup> (1. 東京医科大学八王子医療センター、2. 救命救急センターICU)

14:02 ~ 14:14

[O4-03] クリティカルケア領域における end of life care  
Awake ECMOで患者家族の思いに寄り添った1事例

○寺井 彩<sup>1</sup>、三輪 哲也<sup>1</sup> (1. 厚生連高岡病院)

14:14 ~ 14:26

[O4-04] エンド・オブ・ライフ・ケアを熟知した ICU看護師における死にゆく患者と  
家族への看護実践の基盤となるもの

○片岡 早希子<sup>1</sup>、江川 幸二<sup>2</sup> (1. 熊本大学病院、2. 神戸市看護大学)

14:26 ~ 14:38

[O4-05] 集中治療室において終末期と判断された急性重症患者の全人的苦痛に対する  
専門看護師が行う高度実践看護

○白石 祐亮<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>2</sup> (1. 東京慈恵会医科大学 大学院 医学研究科博士前期課程 先進治療看護学分野(クリティカルケア看護学領域)、2. 東京慈恵会医科大学 大学院 医学研究科 先進治療看護学分野(クリティカルケア看護学領域))

14:38 ~ 14:49

[O4-06] 親と死別体験した子どもの正常な悲嘆反応を促すための終末期ケア

○永岡 千穂実<sup>1</sup>、杉本 あゆみ<sup>1</sup>、西村 祐枝<sup>1</sup> (1. 岡山市立市民病院)

14:49 ~ 15:00

13:50 ~ 14:02 (2022年6月11日(土) 13:50 ~ 15:00 第4会場)

## [O4-01] 新人救急看護師のエンド・オブ・ライフケアに対する困難感－6名の面接調査結果より

○松本 蘭<sup>1</sup>、城丸 瑞恵<sup>2</sup> (1. 札幌市病院局 市立札幌病院 救命救急センター、2. 札幌医科大学 保健医療学部看護学科)

キーワード：エンド・オブ・ライフケア、困難感、新人看護師、救急看護師、2年目

【目的】救急看護師は、生命の危機的状況にある患者及び家族を看護の対象とし、救命困難な患者及び家族に対し、最期までその人らしい生と死を支えるエンド・オブ・ライフケアを実践している。このような実践の中で救急看護師はエンド・オブ・ライフケアに困難を感じ、その内容は環境・時間の制約・代理意思決定の場面などである(高野、2003/宮岡・宇都宮、2018)と明らかにされている。一方、新人救急看護師がエンド・オブ・ライフケアを行う際に抱く困難感は、これまで明らかにされていない。他領域の新人看護師は、エンド・オブ・ライフケアにおいて経験不足に伴う実践への困難感を抱え(小池他、2012)ており、新人救急看護師も同様の可能性がある。そこで本研究は、新人救急看護師への教育や支援の一助となるよう、成人期以降にある患者とその家族に対して新人救急看護師がエンド・オブ・ライフケアを行う際に抱く困難感を明らかにする。

【方法】質的記述的研究。調査期間は2019年12月～2020年2月である。看護基礎教育機関を卒業後すぐに救命救急センター設置施設に就職し、1年目の4月から調査時まで継続して救急患者の集中治療に携わる2年目救急看護師を対象とした。エンド・オブ・ライフケアを行う際に抱く困難を感じた経験の有無とその内容について半構造化面接を行った。逐語録を意味のあるまとまりごとに文章・文節で区切り要約し、相違性と類似性に留意しながらサブカテゴリー・カテゴリーを生成した。分析は質的研究者のスーパーバイズを受けた。所属大学倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力者には、研究目的、自由意志の尊重、個人情報保護等を文書を用いて口頭で説明し、同意後に面接を実施した。

【結果】研究対象者は4施設6名の看護師で、平均年齢23.2歳、看護師経験年数は1年9ヶ月が1名、1年10ヶ月が3名、1年11ヶ月が2名であった。面接時間は平均41.5分であった。分析の結果、92コード、16サブカテゴリーから5カテゴリーが抽出された。文中の【 】はカテゴリーを示す。【救命から看取りへの方向転換に自分を沿わせることの難しさ】では、救命困難と判断され、看取りへと方針が転換した時から臨終を迎えるまでの過程で、様々な現実に関心を沿わせることができないでいた。【苦痛を伴う治療方針への割り切れなさ】では、患者に行われている苦痛を伴う治療方針に対し、気にかかることや割り切ることのできない思いを抱いていた。【患者に対応する際の自分自身の判断と技術への悩み】では、病状が変化していく患者への対応を行うことが精一杯で、患者の状況に適した判断の難しさや実践することに対し、悩みを抱いていた。【先輩看護師の言動に抱く苦悩】では、先輩看護師の態度や振る舞いに対し、研究協力者自身の考えや思いなどの大切にしたいこととの間に食い違いを感じ、持って行き所のない思いや解決する方法が見出せないことに思い悩んでいた。【患者と家族が死への過程でどのように時を過ごしたいのか考え、援助することの難しさ】では、亡くなるその時まで患者と家族がどのように時を過ごしたいかを考えて援助することに戸惑い、悩んでいた。

【考察】研究協力者は、患者の治療方針が救命から看取りへの転換に対し、受け入れ難さがあることが明らかになった。また、自分の行為をきっかけに患者の病状が悪化する事が怖いと感じ、患者の状況に適した判断や実践をすることに悩んでいた事が伺えた。新人救急看護師の知識と臨床で起きていることを関連させて意味づけするなどの新人救急看護師の経験知を蓄積するための支援が必要であると考えられる。

14:02 ~ 14:14 (2022年6月11日(土) 13:50 ~ 15:00 第4会場)

## [O4-02] A病院 ICUでの終末期看護に関する教育

○瀧 洋子<sup>1,2</sup> (1. 東京医科大学八王子医療センター、2. 救命救急センターICU)

キーワード：ICU、教育、終末期看護、悲嘆ケア

【背景】医療の高度化に加え、高齢多死社会化や人々の価値観の多様化により ICUでの終末期看護の質向上が求められている。ICUでの終末期看護に関して看護師が困難感を抱いていることは既知の事実であり、その要因も検討されている。

【目的】 JNAラダーIを修了した ICU看護師を対象とした終末期にある患者家族への悲嘆ケアに関する教育介入の実際と効果を報告すること。

【方法】 1. 組織分析 A病院 ICUの JNAクリニカルラダーIを修了した看護師は、終末期看護に関する教育を受ける機会がなく、COVID-19による患者家族の面会制限により、心理的危機的状況にある患者家族と対峙する機会が極めて少ない状況であった。そのため、終末期に至り患者家族が面会した際に表出する強い悲嘆反応にどのように対処すべきかわからないという困難を抱いていた。2. 介入内容 成人学習理論や先行研究(伊藤ら, 2020)を参考とし、教育プログラム(以下、教育)を作成した。終末期にある ICU患者と家族の特徴や心理的危機状態にある患者家族と悲嘆ケアについて学習後、事例検討を行った。事例検討では、実際の ICU入室症例を取り上げることで、学習に対しての動機付けを行った。また、臨床現場での悲嘆ケアに関して行動レベルで提示した。OJTでは座学で学習した内容と対象者とともに実践することで、具体と抽象のやり取りを強化した。また、対象者の終末期看護に関する実践や記録にも着目し、その内容や困難を抱きながらも取り組む姿勢を承認した。3. 教育の効果判定 知識と技術を獲得した結果、終末期ケアに関しての困難感が低下すると仮定した。ICU看護師の終末期ケア困難感尺度(Kinoshita et al, 2011)を用い、教育介入前後で数値の変化を評価した。

【倫理的配慮】 A病院所属長に承認を得た。対象者には学会発表に関して同意を得た。COIはない。V. 結果 対象者は3名で、ICU経験年数、看護師経験年数ともに2年であった。ICU看護師の終末期ケア困難感尺度平均点数は、①終末期ケア環境を整えることに関しては10.3点、教育後14.3点、②終末期ケア体制を整えることに関しては、教育前13点、教育後14.3点、③終末期ケアに自信を持つことに関しては教育前24点から教育後21点、④終末期患者と家族のケアに関しては教育前22.3点から教育後18.2点、⑤治療優先から終末期ケアへ転換することに関しては教育前8.7点から教育後9.7点であった。

【考察】 ICU看護師の終末期ケア困難感尺度平均点数を見ると、具体的なケア実践を反映すると考えられる項目③④では平均点数は低下し、対象者の困難感は低下したと推察された。教育対象者の行動変容を促すには効果的な研修計画を立てることが重要である(ガニエ, 2007)。本教育では、対象者のレディネスや組織分析に基づき、具体的な症例を用いた事例検討や具体的な行動レベルまで落とし込んだ内容とした。これらは成人学習理論やADDIEモデルなど理論的枠組みを踏まえた教育であったと考えられ、終末期看護に関する教育においても重要であることが示唆された。ICUでの質の高い終末期看護を提供するためには、ICU看護師の直接ケア実践に加え多職種連携や組織体制整備が重要である(日本クリティカルケア看護学会, 2019)。組織体制整備やチーム医療推進の要素が含まれると考えられる①②⑤の項目では、教育開始前より平均点数は上昇していた。本教育により、終末期看護に関する基本的な知識や技術の獲得に加え、OJTとのリンクや実際の症例を用いた事例検討を実施により、対象者の内省が促されたと推察された。その結果、対象者らは自身の終末期看護の実践能力と目標とすべき実践との乖離を認識し、結果点数が上昇した可能性があると推察された。

14:14 ~ 14:26 (2022年6月11日(土) 13:50 ~ 15:00 第4会場)

## [O4-03] クリティカルケア領域における end of life care

### Awake ECMOで患者家族の思いに寄り添った1事例

○寺井 彩<sup>1</sup>、三輪 哲也<sup>1</sup> (1. 厚生連高岡病院)

キーワード：エンドオブライフケア

【目的】呼吸不全に対し人工呼吸器管理に加え VV-ECMOを導入するも治療の効果なく終末期ケアに移行したが、患者家族の思いを叶えるために抜管し、ECMO回路の寿命を迎えるまで実践した患者への end of life careについて報告する。

【方法】データは電子カルテに記載されている診療録、看護記録を用いた。A病院研究倫理審査委員会の承認(＃

20211216002)と、患者の家族の同意を得た上で実施した。調査期間は2021年5月～6月。患者・家族の概要：元来健康な60代女性。夫・長女と3人暮らしで、次女は遠方に住んでいる。家族関係は良好だが、家族間におけるACP関連のやり取りについては十分になされていなかった。

【結果】急激な呼吸状態の悪化に対しCOVID-19を疑いVV-ECMOが導入されたが、検査の結果多発性筋炎による急性間質性肺炎の診断を受けた。全ての治療を終了したが、肺は不可逆的な状態であり、終末期ケアに移行した。医療チームでは回路の寿命を約3～4週間と予測した。クリティカルケア領域における終末期ケアを検討する上で、患者家族が望むことに焦点があてられた。家族が望んだことは患者が安楽に過ごせること、そして最期にもう一度声が聞きたいというものだった。患者が安楽に過ごせることについては、鎮静剤や鎮痛剤を使用してコントロールできていた。もう一度声が聞きたいという希望に対しては、抜管という方法しか残されていなかった。ECMOが稼働していれば抜管は可能であり、関係職種間で検討し、患者家族の意向に沿い抜管した。抜管後数日は発声できないものの、口唇の動きがわかりやすくなり、家族と少しずつコミュニケーションがとれるようになり、1週間後にはささやかに声が出せるようになった。また、飴をなめたりアイスを味わったりすることもできた。家族が望んだ、患者が安楽に過ごせること、声が聞きたいという目標は達成していた。また一緒に清潔ケアを実施したり、家族写真を撮ったりと、家族が過ごせる時間を設けることができ、クリティカルケア領域におけるend of life careの在り方を模索できた1事例であった。

【考察】本事例は積極的治療から一転終末期への移行し、患者の生命の期限がある程度予測されたものだった。その限られた終末期をどう過ごすか、患者家族・医療者で何度も話し合いをした。患者家族の意思を丁寧に確認し、抜管という選択をした。この選択は、患者の身体的苦痛の緩和、発声すること、摂食し味覚を楽しむなど、様々な効果を期待して実施された。これは救急・集中ケアを受ける患者家族の全人的苦痛の緩和に向けたものであったと考える。救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド(2020)によると、「全人的苦痛とは、生命を脅かす疾患に関連した患者や家族が直面する苦痛であり、身体的苦痛、心理・社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛の3つの側面から捉えることができる」とある。本事例では、抜管により患者家族に以下のような効果が得られたと考える。患者に対しては、身体的苦痛(挿管痛)の緩和、鎮静剤を減量できたことと、口唇の動きが分かりやすくなったことで、より意思表示ができるようになり心理的な苦痛の軽減に寄与できたこと、そして家族との相互作用の中で孤立や自己の存在の喪失などのスピリチュアルな苦痛の軽減に寄与できたことと考える。また家族に対しては、家族のニーズを充足しながら、家族役割を遂行できる時間が確保できたことによる心理社会的苦痛の緩和、家族として役に立てたと感じたことによるスピリチュアルな苦痛の緩和に寄与できたと考える。

【結語】集中ケアにおける終末期には、VV-ECMOが稼働している条件下において抜管を行うことは、患者家族の身体的、心理・社会的・スピリチュアルな苦痛の軽減に寄与できる可能性が示唆された。

14:26～14:38 (2022年6月11日(土) 13:50～15:00 第4会場)

## [O4-04] エンド・オブ・ライフ・ケアを熟知したICU看護師における死にゆく患者と家族への看護実践の基盤となるもの

○片岡 早希子<sup>1</sup>、江川 幸二<sup>2</sup> (1. 熊本大学病院、2. 神戸市看護大学)

キーワード：エンド・オブ・ライフ・ケア、ELNEC-Jクリティカルケア指導者

【目的】エンド・オブ・ライフ・ケア(以下EOLCとする)を熟知したICU看護師における死にゆく患者と家族への看護実践の基盤となるものを明らかにする。

【方法】研究デザイン：質的帰納的研究。参加者：ELNEC-Jクリティカルケア指導者名簿に公開される4施設4名のELNEC指導者。期間：2021年7月～12月。方法：インタビューガイドに基づいた半構造化インタビューを行い、その逐語録から意味のあるまとまりごとにデータをコード化し、コードの相違点や類似点を比較しカテゴリー化を行った。本研究は所属大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】35サブカテゴリー、10カテゴリーが抽出された。カテゴリーを【 】で示す。研究参加者は、【思いを満ちし安心できるようにする】姿勢を土台に、患者が鎮静剤の影響で意思表示できない場合、治療・看護を選択

する権利を守るため、患者が意思表示できるよう、医師に鎮静剤減量について働きかけるなど【意思決定を擁護する】姿勢を持っていた。また、患者と家族が残された時間に意識を向けることができるよう、身体的、心理・社会的苦痛が生じないようにすることに加え、スピリチュアルな苦痛が存在することを認識し、患者と家族の本音に迫ろうとする【全人的な苦痛に寄り添う】姿勢を持つことが明らかとなった。さらに、患者のその人らしさを意図的に引き出し、家族を「父親」「母親」という一般的な属性ではなく名前前で呼ぶなど、個別性を持つ一人の人として向き合う【その人らしさを尊重する】姿勢を持っていた。そして穏やかな看取りとなるよう導き【悲嘆を和らげようと(する)】していた。これらの背景には、リフレクションによって【自分自身の実践や感情を見つめコントロールする】とともに、【ICUにおける死への看護に使命感を持つ】、【常により良い援助を探索する】姿勢があった。また、自分なりの死生観を持ち、救命を諦めきれない家族の思いや最期まで治療を続ける医師の立場に理解を示す【自分と他者の価値観を尊重する】姿勢と、EOLCの教育やEOLCに携わる多職種をケアする【EOLCのロールモデルとしての役割を果たそうとする】姿勢が明らかとなった。

【考察】患者の治療・看護を選ぶ権利や尊厳を持って死にゆく権利などが脅かされ易いICUでは、患者と家族の尊厳を守る擁護者としての認識を持ち、常に最善の援助を探索し続けることが重要である。また、生命維持の視点から「いのち」に焦点を当て直し、患者が今をどう生きるかを問い続ける姿勢が、患者と家族の擁護者としての役割遂行の基盤となり、ケアリングと患者と家族の死への不安を引き受ける覚悟が、苦悩する患者と家族の核心に迫ることに繋がると考えられる。そして、EOLCでは医療者の価値観や死生観などが自身の態度や姿勢に反映されるため、地道な自問自答と省察を繰り返すことが重要であり、特に、患者に望みを確認することが困難なICUでは、これまでの経験や優れた実践に学び、次の実践に生かすリフレクションが大切である。質の高いEOLCのためには、職務を越えて互いの価値観を認め合う風土の形成が重要であり、研究参加者の熟練看護師ならでの対人関係スキルが、EOLCに携わる多職種間のコミュニケーションを促進していた。

【結論】ケアリングと死への不安を引き受ける覚悟を持ち、患者が今をどう生きるかを問い続けること、看護師自身の実践や感情のリフレクションを繰り返し、より良い援助を探索し続けることが、患者と家族の擁護者としての役割遂行の基盤となる。研究参加者による職務を越えたコミュニケーションが、EOLCに携わる多職種が互いを認め合う風土の形成を促進し、チーム医療としての質の高いEOLC提供の一助になる。

14:38 ~ 14:49 (2022年6月11日(土) 13:50 ~ 15:00 第4会場)

## [O4-05] 集中治療室において終末期と判断された急性重症患者の全人的苦痛に対する専門看護師が行う高度実践看護

○白石 祐亮<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>2</sup> (1. 東京慈恵会医科大学 大学院 医学研究科博士前期課程 先進治療看護学分野(クリティカルケア看護学領域)、2. 東京慈恵会医科大学 大学院 医学研究科 先進治療看護学分野(クリティカルケア看護学領域))

キーワード：終末期、全人的苦痛、高度実践看護

【目的】急性・重症患者看護専門看護師（以下 CCNS）が、意識障害や鎮静により苦痛を訴えることができない急性重症患者において、集中治療室で終末期と判断されることで生じる全人的苦痛に対して、CNSの役割・機能を発揮し、どのような高度実践看護を行っているのかを明らかにし、看護実践への示唆を得る。

【方法】質的記述的研究デザイン。集中治療室における終末期看護に関する研究や書籍等の執筆、教育活動等を行っており、終末期看護に精通していると研究者が判断し、研究参加への同意が得られた10名のCCNSに半構造的面接法を実施した。インタビューでは、集中治療室において終末期と判断された急性重症患者の全人的苦痛に対する看護実践の事例、看護実践を行う上で必要と考えるCNSの役割等を聴取した。データの分析過程では得られたデータを質的帰納的に分析し、クリティカルケア看護学の研究者にスーパーバイズを受け、分析の真実性・信憑性を確保した。本研究の倫理的配慮として、東京慈恵会医科大学の倫理委員会の承認を得た上で実施しており、研究参加者には研究参加の自由意思の尊重、拒否する権利、個人情報保護等を文書と口頭で説明し同意を得た。

【結果】研究参加者の集中治療室における経験年数は5-23年、平均15.6年、急性・重症患者看護専門看護師の資格取得からの年数は2-14年、平均7.9年。インタビューの所要時間時間は平均50分68秒、総インタビュー時間は506分



8秒.集中治療室において終末期と判断された急性重症患者に生じる全人的苦痛に対する高度実践看護として,【患者を知りたいという気持ちを抱き,もてる手法を全て用いて患者に生じる全人的苦痛を汲み取るための情報を得る】、【終末期と判断された患者に生じる全人的苦痛に対して最善を模索し家族や医療者など患者の周囲にある力を用いて全身全霊で関わる】など,11のカテゴリが生成された.また,終末期と判断された急性重症患者に生じる全人的苦痛に対する CCNSの高度実践看護は,【過去や現在における自身の経験をリフレクションし,終末期と判断された患者の全人的苦痛に対する看護実践を洗練させる】など3つのカテゴリを根幹とし,患者の生じる全人的苦痛と家族の苦痛・苦悩に対する直接的ケアと教育や相談などの間接的ケアが相互に関連しながら存在し,積み上がりながら存在していることが結果として明らかになった.

【考察】 CCNSが行なっている終末期と判断された急性重症患者に生じる全人的苦痛に対する高度実践看護における直接ケアは,患者に生じている全人的苦痛を多角的な視点を用いて捉えようと,それぞれの苦痛に関して情報を集め,情報を元にアセスメントを行なった上で実施されており,アセスメントや看護実践の中では,意識のない患者に対しても看護師の価値観を押し付けないように留意しつつ,患者に寄り添い,その人らしさに対して最大限配慮する実践であると考えられた.また,スタッフへの教育,ケアに関して相談を受けるなどの間接的ケアもそれぞれが患者に対する直接的ケアと関連性を持っており,CCNSは CNSとしての役割を複数同時に発揮し,患者に生じる全人的苦痛に対する看護実践を行っていることが推察された.

【結論】 CCNSは患者に生じる全人的苦痛を汲み取るために患者を深く知る必要性を認識し,あらゆる手段を用いて情報を集め,アセスメントを行い,家族や医療者など周囲を巻き込みながら看護実践を行なっていることが明らかになった.また,「スタッフからのCCNSへのコンサルテーションの普及」,「スタッフへの教育の基礎資料としての活用」,「終末期と判断された患者の全人的苦痛に対するCCNSの看護実践への活用」など看護実践への示唆を得た.

14:49 ~ 15:00 (2022年6月11日(土) 13:50 ~ 15:00 第4会場)

## [O4-06] 親と死別体験した子どもの正常な悲嘆反応を促すための終末期ケア

○永岡 千穂実<sup>1</sup>、杉本 あゆみ<sup>1</sup>、西村 祐枝<sup>1</sup> (1.岡山市立市民病院)

キーワード：親との死別、自死、子ども、悲嘆反応、危機介入

【はじめに】小児で経験する突然の予期しない死への体験は、精神障害を発症するなど、成人期以降のメンタルヘルスに関連する。今回、自死の発見者であり、親と死別体験した子どもへのケアを振り返ったので報告する。

【目的】親と死別体験した子どもの正常な悲嘆反応を促すための終末期ケアのあり方を検討する。

【倫理的配慮】個人が特定できないよう配慮し、A病院の倫理審査にて承認を得た。

【事例紹介】精神障害の既往のない青年期のB氏、4人家族で関係は良好であった。自死状態のB氏を学童期の子どもCが発見、救急搬送されERで救命処置後にICUに入室となった。第3病日にB氏は脳死状態であった。キーパーソンの父親は、B氏の治療が無益であることを理解していたが、残された子どもらのことを思い、奇跡的な回復を望んでいた。また、役割意識が強く、一人で代理意思決定を担っていた。子どもらは、患者が回復して帰宅することを待ち望んでいる状況であった。発見者である子どもCはB氏のことを話題にせず、学業に専念していた。

【看護の実際】看護問題として、患者の死期が近いにも関わらず、キーパーソンと子どもらが予期的悲嘆反応を示さず、複雑性悲嘆へ移行する可能性があった。まずは、①キーパーソンの心理的危機を回避し、子どもらにB氏の死が近いという事実を伝えることを目標とし、子どもらの関わり方に苦悩していたキーパーソンの思いを傾聴した。医療者は、他の家族に頼らず一人で代理意思決定するキーパーソンの行動を否定せず、CNSらとの時間を意図的作することで、思いを吐露し、情緒的反応を表出しやすい環境を整えた。キーパーソンは子どもらに事実を伝えたいと語り始めたことから、②キーパーソンと子どもらが正常な悲嘆反応を認め、患者の死を受け止めることができることを目標とし、子どもと対面できるよう調整した。面会制限による短時間面会であったため、各々が家族の時間を過ごせるよう工夫を行い、同時に医療者の支援方法も細やかに決定して介入した。特

に、子どもたちの初回面会は衝撃を与えないような工夫を行い、その後の面会も家族の思い出が残せるよう配慮した。子どもらは徐々にB氏の傍で語らうことができ、子どもCは自身の思いを語れ、流涙できた。キーパーソンは、延命治療を中止することを決断でき、子どもとの最後の面会時には家族写真を撮ることができた。ICUダイアリーを渡すと、「子どもたちが大きくなった時にこれで話します」と語った。子どもらもB氏との別れを感じていた。

【考察】自死で重要他者を亡くした場合、自死を防げなかった罪責感や無力感、怒りや恨みの感情が強い傾向となり、悲嘆が複雑化する危険性が高いと言われている。今回、キーパーソンに対して危機モデルのバランス保持要因を意識した危機介入を行ったことで、キーパーソンが医療者を信頼することに繋がり、心理・社会的サポートを受け入れることでエンパワーメントされた。大人の悲しみに寄り添い、それでもなお親としての役割を果たすことができるよう支えていくことが、子どもを支えることにつながることから、子どもを支えるためにも親への支援を行ったことは効果的であった。また、自殺による死は社会的に話すことができない喪失であり、グリーフワークを停滞させることから、正常な悲嘆反応を辿れるように医療者が意図的に介入したことも有益であった。特に、親を亡くすという体験によって愛着形成障害が生じ、発達に大きな影響を与える。よって、子どもが両親や他の大人に対する基本的信頼感を育めるよう介入することも必要であると考えられた。

一般演題

## [O5] COVID-19

座長:佐藤 みえ(東邦大学医療センター大森病院)

2022年6月11日(土) 14:20 ~ 15:20 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

### [O5-01] COVID-19患者への安全な腹臥位療法を目指して～抜管に成功した2症例を分析して～

○馬野 絢子<sup>1</sup>、富田 朱莉<sup>1</sup>、細田 彩花<sup>1</sup>、塚野 愛<sup>1</sup> (1. 洛和会丸太町病院 救急・HCU)

14:20 ~ 14:32

### [O5-02] COVID-19重症例における腹臥位療法の看護実践報告

○山口 高巧<sup>1</sup> (1. 医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院救命救急センター)

14:32 ~ 14:44

### [O5-03] 重症 COVID-19対応のために ICUに配置転換になった看護師への支援の検証

○並木 友里絵<sup>1</sup>、山根 正寛<sup>1</sup>、柴田 直樹<sup>1</sup>、佐野 由花<sup>1</sup>、岩本 好加<sup>1</sup>、洪 淑姫<sup>1</sup>、細川 雄生<sup>1</sup>、大道 知子<sup>1</sup>、堀井 昭子<sup>1</sup> (1. 大阪市立総合医療センター)

14:44 ~ 14:56

### [O5-04] 重症 COVID-19患者を受け持つ HCU/CCU看護師の 身体的・精神的負担の軽減に繋がる感染対策の検討

○本多 慶行<sup>1</sup>、萩本 明子<sup>2</sup>、片山 由加里<sup>2</sup> (1. 国家公務員共済組合連合会枚方公済病院 HCU/CCU、2. 同志社女子大学 看護学部)

14:56 ~ 15:08

### [O5-05] 一般病棟での重症新型コロナウイルス感染症患者の看護を経験して -看護師へのアンケート調査から振り返る-

○中下 備生<sup>1</sup>、竹内 若菜<sup>1</sup>、櫻谷 眞佐子<sup>1</sup> (1. 大阪府立中河内救命救急センター)

15:08 ~ 15:20

---

14:20 ~ 14:32 (2022年6月11日(土) 14:20 ~ 15:20 第7会場)

## [O5-01] COVID-19患者への安全な腹臥位療法を目指して～抜管に成功した2症例を分析して～

○馬野 絢子<sup>1</sup>、富田 朱莉<sup>1</sup>、細田 彩花<sup>1</sup>、塚野 愛<sup>1</sup> (1. 洛和会丸太町病院 救急・HCU)

キーワード：COVID-19、腹臥位療法、シミュレーション

【目的】 A部署で COVID-19患者へ腹臥位療法を実施前に、シミュレーションを行った上で実践した結果、2症例が回復し退院された。今回の症例を通して、COVID-19患者に対して安全な腹臥位療法を行えた要因を明らかにする。

【方法】 研究デザイン：症例報告 倫理的配慮：本研究は対象施設倫理委員会の承認を得た上で実施した。研究対象者へは本研究の主旨について郵送による文書で説明を行い、十分な理解と承認を受けた上で同意を得た。

研究対象者：COVID-19と診断され、気管挿管し人工呼吸器管理を受けている患者。A氏：70歳代、男性、ADL自立、発症6日目に入院、8日目に気管挿管、11日目に腹臥位療法を開始。B氏：70歳代、男性、ADL自立、発症5日目に入院、11日目に気管挿管、14日目に腹臥位療法を開始。

看護の実際：腹臥位療法マニュアルを作成し、それをもとに腹臥位療法実施前に、医師・理学療法士・作業療法士・看護師の多職種メンバーでシミュレーションを実施。メンバー一人が患者役となり、体位変換時に必要となるスタッフ人数や役割、立ち位置、輸液・動脈ラインの位置、手順などを確認した。これを、シミュレーションを経験していないスタッフが加わるごとに繰り返し実施した。1日1回、約6時間腹臥位療法を実施し、実施中はバックの度に訪室し、吸引、皮膚トラブルの有無や適切な身体抑制が実施されているかを観察した。また、ガラス越しに全体を見渡し、状態を観察した。

【結果】 A部署スタッフの腹臥位療法経験者は3名のみで、未経験者の不安もあったため、2症例ともに腹臥位療法開始前に医師1~2名、理学療法士・作業療法士1~2名、看護師1~2名がシミュレーションに参加した。その結果、未経験者の不安は解消され、実施者による十分な観察と適切な身体抑制使用により、挿入物の予定外抜去などのトラブルはなかった。2症例のうち、A氏は RASS=0~-1と浅鎮静、B氏は RASS=-3~-5と深鎮静で鎮静深度に差があった。腹臥位療法実施前後で SpO<sub>2</sub>値は横ばいまたは改善していた。また、腹臥位療法を継続実施することで呼吸器のウィーニングを行い、抜管できた。その後、罹患前の ADLまで回復し退院された。

【考察】 アンドレス・ロホらは「技術的及び非技術的なスキルの救急及び集中治療チームのトレーニングは基礎的」であり、「危機的状況に一步先んじるために、トレーニングプログラムを開始する前に専門家のトレーニングニーズを考慮する必要がある」と述べている。腹臥位療法の経験値が浅く不安を抱いているスタッフのニーズは、安全な腹臥位療法を実施することであった。そのため、腹臥位療法に対する教育や、必要となるスタッフ人数・役割、立ち位置、輸液・動脈ラインの位置、手順について多職種で精度の高いシミュレーションを行い、実施前に不安を解消ができたことは、不安を抱くスタッフのニーズを満たし、安全な腹臥位療法に繋がったと考える。

これら2症例において鎮静深度が異なっていたが、どちらの症例も挿入物の予定外抜去等のトラブルがなかったことから、鎮静深度に関わらず安全に実施できる可能性が示唆された。しかし、現段階では症例が少なく、今後の検討課題である。

【結論】 多職種で事前にシミュレーションを行い、関わるスタッフの不安を解消し、役割の明確化を行うこと、挿入物の予定外抜去や褥瘡などの合併症を併発することがないように観察を行うことが腹臥位療法を安全に実施できた要因と言える。また、鎮静深度は必ずしも影響しないことが示唆された。

---

14:32 ~ 14:44 (2022年6月11日(土) 14:20 ~ 15:20 第7会場)

## [O5-02] COVID-19重症例における腹臥位療法の看護実践報告

○山口 高巧<sup>1</sup> (1. 医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院救命救急センター)

キーワード：腹臥位療法

【目的】 COVID-19で腹臥位療法を行うことでの、有用性が確立されており、当院は重症患者を受け持つ専門病棟で、早期から COVID-19重症例で腹臥位療法を開始し、第一波から第四波までに延べ45人の症例で実施してきた。腹臥位前後の Pao<sub>2</sub>/Fio<sub>2</sub>比（以下 P/F比と記載）の推移と変化を評価し、ほぼ全ての実施患者に改善が見られた。一方で感染対策が第一の環境下で、腹臥位療法を安全かつ、確実に実施するためには、腹臥位実施に向けて体制の整備も同時に行う必要があった。腹臥位療法における、治療効果の有用性と有害事象からの安全性を得るための看護介入の検討を行い、最善の看護介入が行えていたか振り返ることを目的とした看護実践報告とした。

【方法】 1. 腹臥位療法有用性の評価：当院では16時間腹臥位を実施しており、酸素化評価のため、動脈血液ガス測定を実施している。腹臥位実施前・腹臥位後6時間・腹臥位解除後の P/F比の変化を数的データから後ろ向き研究での評価を行う。腹臥位療法中の看護体制における有害事象については、報告があがったものをピックアップする。2. 対象者：第一波（2020.4）から第四波(2021.5)までの腹臥位療法を実施した患者を対象とし、延べ45人の動脈血液ガスデータ、人工呼吸器情報からのデータを得る。

【倫理的配慮】 本研究におけるデータの抽出は数値化し個人が特定できないように留意した。院長名でカルテの情報を、患者の個人が特定されないように十分留置した上で、発表に使用する旨における倫理審査を受けた同意書に同意いただけた患者を対象とする。

【結果】 1. 腹臥位療法の有用性：当院での腹臥位療法症例は45人で、腹臥位の実施は延べ238例あり、腹臥位前から腹臥位中での P/F比の増加率は89%であった。内訳として重症急性呼吸窮迫症候群（以下 ARDSと記載）基準となる P/F比150以下で動的胸郭コンプライアンスが低下した患者の腹臥位実施における増加率は84%であった。V-VECMO症例を除いた入院時 P/F比150以上あった Type-Hの患者に対する P/F比の増加率は85%であった。腹臥位を実施した患者での転機では死亡に至った症例はなく、抜管できた患者数は36名、気管切開となった患者数は9名であった。2. 腹臥位療法による有害事象： COVID-19における腹臥位への体位変換時は呼吸器回路の外れによるエアロゾル発生を危惧し、医師、臨床工学士、看護師、理学療法士のチームとして5人以上で実施した。長時間腹臥位療法による顔面の褥瘡形成が発生した。生命に直結するような大きな有害事象は発生することはなかった。

【考察】 当院においては COVID-19の診断により、Type-Hへの移行が認められた患者は、挿管管理とし入院後、48時間は肺保護戦略療法を行なった上で、腹臥位療法を実施した。87%の患者が腹臥位中の P/F比が上昇し、血流再分配による換気血流比の改善、クロージングボリュームの減少、横隔膜運動の変化による酸素化改善認められ、腹臥位の有用性が証明された。16時間以上の腹臥位を実施するため、圧挫傷、褥瘡の危惧があったが皮膚・排泄ケア認定看護師の指導のもと、腹臥位における有害事象について関わるスタッフ全員に教育を行った。圧迫部位に皮膚保護剤の貼付や適時体圧除圧を行い、皮膚損傷予防に体圧分散ベッドの導入や挿管チューブ固定におけるアンカーファスト®の利用で、一部分の褥瘡発生はあったが大きな皮膚損傷は認めなかった。

【結論】 COVID-19重症例における、腹臥位療法の有用性は証明された。16時間以上の腹臥位を実施していることから、圧挫傷のリスクは高いが腹臥位療法の有用性を理解し、皮膚トラブルを防ぐための、看護介入が必要不可欠であると証明された。関わる全てのスタッフの共通の理解・認識が重要である。

14:44 ~ 14:56 (2022年6月11日(土) 14:20 ~ 15:20 第7会場)

## [O5-03] 重症 COVID-19対応のために ICUに配置転換になった看護師への支援の検証

○並木 友里絵<sup>1</sup>、山根 正寛<sup>1</sup>、柴田 直樹<sup>1</sup>、佐野 由花<sup>1</sup>、岩本 好加<sup>1</sup>、洪 淑姫<sup>1</sup>、細川 雄生<sup>1</sup>、大道 知子<sup>1</sup>、堀井 昭子<sup>1</sup> (1. 大阪市立総合医療センター)

キーワード：COVID-19、人材育成、配置転換

【目的】重症 COVID-19感染者受け入れのために配置転換になった看護師への支援に対し受け入れ側の対応を検証する。【方法】対象：2020年4月から2021年3月に ICUに配置転換した看護師45名 調査方法：対象者を配属時期毎に4つのグループに分け無記名の質問紙調査の実施。配属期間1～3カ月のグループを A、4～6か月のグループを B、7～9か月のグループを C、10～12カ月のグループを Dとした。質問紙調査は JackGibb氏が提唱した「受容」「データの流動的表出」「目標形成」「社会的統制」の4つに分類しそれぞれのチーム内の懸念を測定するためのツールであるチーム成長のインベントリーを使用。分析方法：チーム成長のインベントリー尺度を使用し各グループの平均値を算出し単純集計を行った。チーム成長のインベントリー尺度は、1～7点で構成され点数が低いと懸念が軽減、点数が高いと懸念が増加していることを示す。本研究は所属施設の臨床研究倫理委員会の承認を得た。

【結果】アンケート回収率は93%。A：18名、B：7名、C：7名、D：10名だった。相互信頼に関する「受容」は、C・Dの平均値がA・Bより低かった。スタッフが行動を選択し意思決定するときに現れるコミュニケーションに関する「データの流出的表出」は、Bの平均値が最も高かった。チームの目標と生産性に関する「目標形成」は、全てのグループの平均値が3台であった。チームのなかで相互にどのように影響を与えているかに関する「社会的統制」は、C・Dの平均値が3.9台であった。【考察】Bの「受容」と「データの流出的表出」の平均点が高い要因は、A病院では異動者は配属され約2ヶ月以降に独り立ちする。サポートが減少し、コミュニケーションの不足が生じ、相互信頼の懸念の増加につながったと考えられる。「目標形成」は、全てのグループの平均値が3台のため、チェックリストやマニュアル等の活用が目標形成に貢献したと思われる。「受容」と「社会的統制」は、時間経過とともに人材育成やスタッフとのコミュニケーションが促進され相互信頼が生まれたことでC・Dの平均点が低下し配置転換となった看護師の適応を促進させた可能性がある。【結論】チェックリスト、マニュアル整備と活用が目標形成に有効である。独立後に受容とデータの流動的表出の懸念が増す時期があるため継続的な支援が必要である。

14:56～15:08 (2022年6月11日(土) 14:20～15:20 第7会場)

## [O5-04] 重症 COVID-19患者を受け持つ HCU/CCU看護師の 身体的・精神的負担の軽減に繋がる感染対策の検討

○本多 慶行<sup>1</sup>、萩本 明子<sup>2</sup>、片山 由加里<sup>2</sup> (1. 国家公務員共済組合連合会枚方公済病院 HCU/CCU、2. 同志社女子大学 看護学部)

キーワード：COVID-19、重症COVID-19、看護師、感染対策、負担

〔目的〕A病院 HCU/CCUにおいても、重篤化した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の受け入れを行っている。様々な対策を行った上で受け入れたが、看護師の感染暴露の危険性は高く、身体的・精神的負担は増大していることが考えられた。そこで本研究は、看護師の思いと身体的・精神的負担軽減に繋がる感染対策を明らかにすることを目的とした。

〔方法〕重症 COVID-19患者を2回以上受け持った HCU/CCU看護師8名に対し、患者を初回およびインタビュー前の最後に受け持った時に感じたことや思いについて、感染対策に焦点を当て、半構成的面接を実施した。面接結果から逐語録を作成、類似コードを集めカテゴリーを抽出し、分析、考察を行った。

〔倫理的配慮〕本研究は A病院倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号:2020-034）。研究協力者には、研究の主旨、利益相反・不利益はないこと、参加拒否の権利、匿名性の厳守等について説明し、同意書による承諾を得た。

〔結果〕研究協力者の看護師平均年数5年、HCU/CCU平均勤務年数2.5年、一勤務あたりの患者との平均接触時間2.5時間、業務内容は、人工呼吸器管理、吸引、口腔ケア、栄養剤の注入、薬剤投与、採血、全身清拭、体位変換であった。分析により、115のサブカテゴリー、56のカテゴリーが抽出された。以下、抽出された代表的なカ

テグリーを【】、サブカテゴリーを「」で示す。

初めて重症 COVID-19患者と関わった時に感じたことは、【感染への恐怖】【受け持つ自信がない】【受け持たないといけない時がきてしまった】【受け持つことに対する負担】であった。【受け持つことに対する負担】は、「すべての看護業務を一人で行わないといけない」「隔離されていることによる不便さ」「PPE着脱に時間がかかり動きにくい」等で構成されていた。最後に関わった時に感じたこととして、【感染への恐怖】【やむなく受け持ちをする】【受け持つことに対する受容】が抽出された。安心に繋がる感染対策として、初回、最後とも、【物品の確保】【病床環境の整備】【感染対策の教育】【COVID-19の検査の実施】が抽出された。COVID-19患者を受け持ってもよい理由として、【感染への恐怖の軽減】【COVID-19に感染しなかった】が抽出され、【感染への恐怖の軽減】は「マニュアルが整うことで不安が軽減した」「相談できる相手がいる」「患者の看護にまわりも慣れてきた」等で構成された。受け持ちたくない理由として、【感染への恐怖】【身体的・精神的負担】が抽出された。

〔考察〕重症 COVID-19患者と関わる際に生じる負の思いとして、【感染への恐怖】や【身体的・精神的負担】が抽出された。COVID-19患者と関わる際には、常に感染リスクがあり厳重な感染管理が必要となるため、隔離された環境下で長時間一人で患者と関わり、サポートが得られにくい状況にあるためと考えられた。しかし、最後の関わりでは、病院での感染対策の充実や受け入れてきた経験、周囲のサポート、現状の方法で感染が生じなかったことが恐怖や負担を軽減し、【受け持つことに対する受容】に繋がったと考えられた。

〔結論〕重症 COVID-19患者と関わることで【感染への恐怖】を抱き、身体的・精神的負担が増大することや、身体的・精神的負担の軽減に繋がる感染対策として、【物品の確保】【病床環境の整備】【感染対策の教育】【COVID-19の検査の実施】が必要であることが明らかになった。さらに、良好な人間関係を構築する環境づくりも重要であることが示唆された。

15:08 ~ 15:20 (2022年6月11日(土) 14:20 ~ 15:20 第7会場)

## [O5-05] 一般病棟での重症新型コロナウイルス感染症患者の看護を経験して

### —看護師へのアンケート調査から振り返る—

○中下 備生<sup>1</sup>、竹内 若菜<sup>1</sup>、櫻谷 眞佐子<sup>1</sup> (1. 大阪府立中河内救命救急センター)

キーワード：重症新型コロナウイルス感染症、COVID-19、臨床教育、パンデミック

【はじめに】A救命救急センターは3次救急を担っているが、重症新型コロナウイルス感染症（以下重症コロナ感染症）パンデミックに伴い、ICUは重症コロナ病床となり通常の重症救急患者は一般病棟の入院となった。加えて感染者は急増し、一般病棟に2床ある陰圧室でも重症コロナ感染症患者が入院することになった。当病棟では重症コロナ患者、重症救急患者の入院は初めての試みである。そこで3年目以上の看護師をICUへ派遣し、コロナ感染症患者の看護やゾーニングについて習得できる機会を設けた。そしてICUで感染管理を学んだ看護師が、病棟で感染防護具着脱方法の伝達、病棟重症コロナ対応マニュアルの作成、マニュアルに基づく勉強会を開催した。今回病棟で重症コロナ感染症患者に関わった看護師へのアンケート調査から取り組みを振り返る。

【方法】2021年5月1日から5月31日まで病棟重症コロナ病床開設を行った。この時病棟で重症コロナ感染症患者にケアを行った看護師38名、うちICUへ派遣した3年目以上の看護師15名（以下対象①）、ICU派遣を経験していない看護師23名（以下対象②）に、病棟での取り組みに対する看護師の意識についての振り返り調査を自記式アンケートにより実施した。

【倫理的配慮】アンケート調査は研究以外の目的で使用しないこと、個人が特定されないように配慮することを明記し、提出をもって同意とした。

【結果】対象①に対してICUでの学びは病棟で役立ったか、対象②に対して病棟での感染防護具着脱、重症コロナ感染症勉強会は役立ったか、対象①②に対して病棟マニュアルは役立ったかという問いに9割以上の看護師から役立ったと回答が得られた。重症コロナ感染症患者を受け持つことに不安はあったかという問いには対象①②の看

看護師7割以上のから不安があったと回答があった。未知なる病態に対する漠然とした不安が大半を占めており、感染防護具着脱方法等の技術に対する不安はほぼ見られなかった。約一ヶ月間重症コロナ感染症患者を病棟で看護したが、看護師への感染や病棟内水平感染はみられなかった。

【考察】病棟で重症救急患者と重症コロナ感染症患者混合での運用となったが、ICUへの看護師の派遣、派遣した看護師を中心とした感染防護具着脱方法の伝達と習熟度の確認、病棟重症コロナ対応マニュアルの作成は看護師の質の統一ができ感染拡大防止に繋がったのではないかと考える。「臨床現場における経験は看護師の熟達において重要な役割を果たす」と松尾らは述べている<sup>1)</sup>。ICUで実際に感染管理を経験した上での病棟伝達はより実践的に伝える事ができ、また病棟看護師はイメージしやすく短期間での技術習得に役立ったと考える。重症コロナ感染症患者を受け持つことに対し、7割以上の看護師が不安を感じていたが、漠然とした不安が大半を占め、感染防護具着脱方法等の技術に関する不安はなかった。不安は看護の質を低下させ、感染拡大をきたす一要因となりうる。看護師の心のケアにも注視し不安を軽減できるような取り組みも必要であった。

【結論】初めて経験する重症コロナ感染症患者を看護する際には、事前に感染対策について学ぶ機会を設ける、特に経験者による感染防護具着脱方法の伝達、勉強会の開催、マニュアル作成はより実践的で統一した看護提供に繋がる。技術に関する不安は軽減されたが、漠然とした不安が残り看護師の看護の質の低下から感染拡大をきたすリスクがあった。今後は看護師の心のケアへの取り組みが必要である。



一般演題

## [O6] 呼吸・循環管理

座長:中田 健(独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター)

2022年6月11日(土) 15:10 ~ 16:20 第4会場 (国際会議場 21会議室)

### [O6-01] ハリーコールの現状分析 – 予期せぬ院内心肺停止患者や死亡率の減少への取り組み–

○新井 祐介<sup>1</sup> (1. 新小文字病院)

15:10 ~ 15:22

### [O6-02] 単層構造エアマットレスの CPR機能使用の有無が胸骨圧迫の有効性へ与える影響の検証

○兒玉 弘見<sup>1</sup>、帯刀 朋代<sup>1</sup>、山崎 克<sup>1</sup>、中野 雅司<sup>1</sup>、大林 将人<sup>1</sup>、小出 泰子<sup>1</sup>、松本 優香<sup>1</sup>、太田 菜穂<sup>1</sup>、松村 一<sup>2</sup> (1. 東京医科大学病院 看護部、2. 東京医科大学病院 形成外科)

15:22 ~ 15:34

### [O6-03] 観血的動脈測定ラインの使用およびシーネ固定の実態調査

○岡村 英明<sup>1</sup>、白坂 雅子<sup>2</sup>、卯野木 健<sup>3</sup>、櫻本 秀明<sup>4</sup>、石川 幸司<sup>5</sup>、北山 未央<sup>6</sup>、中山 麻実<sup>7</sup>、池田 優太<sup>8</sup>、若林 侑起<sup>9</sup> (1. NTT東日本札幌病院、2. 福岡赤十字病院 集中治療室、3. 札幌市立大学 看護学部、4. 茨城キリスト教大学 看護学科、5. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科、6. 金沢医科大学病院 看護部ハートセンター、7. 獨協医科大学病院 看護部、8. 東海大学医学部付属病院 集中治療室、9. 神戸市立医療センター中央市民病院)

15:34 ~ 15:46

### [O6-04] 胸腹部大動脈置換術後呼吸状態が悪化し再挿管となった患者への酸素化改善に向け介入した症例

○中石 史香<sup>1</sup>、井野 朋美<sup>1</sup> (1. 熊本赤十字病院)

15:46 ~ 15:58

### [O6-05] 高度救命救急センター ICUにおける抜管フローチャート導入前後での再挿管率の比較

○村松 暖香<sup>1</sup>、長崎 祐士<sup>1</sup>、高見 祐貴子<sup>1</sup>、島内 淳二<sup>2</sup> (1. 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター、2. 日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

15:58 ~ 16:09

### [O6-06] 集中治療室における肺移植患者の呼吸困難の発症率、リスク因子、アウトカムとの関連

○佐藤 智夫<sup>1,2</sup> (1. 元京都大学医学部附属病院、2. 神戸市看護大学)

16:09 ~ 16:20

15:10 ~ 15:22 (2022年6月11日(土) 15:10 ~ 16:20 第4会場)

## [O6-01] ハリーコールの現状分析 – 予期せぬ院内心肺停止患者や死亡率の減少への取り組み–

○新井 祐介<sup>1</sup> (1. 新小文字病院)

キーワード：ハリーコール、ハリーコール使用基準、RRS

【はじめに】当院では急変時や心肺停止時にドクターハリーコール（以下ハリーコール）のシステムを使用し、医師や看護師、コメディカルが患者対応をしている。ハリーコールを使用することで、多くの職員がすぐに駆けつける事ができるが、逆に対応している職員以外は見ているだけといった問題が生じている。また、明確なハリーコール使用基準がないため、予期せぬ院内心肺停止を防ぐためのハリーコール運用になっていないと考えた。1995年のピッツバーグ大学メディカルセンターでは、迅速対応システム（Rapid response system以下RRS）導入前後の入院患者1,000人あたりの心肺停止が6.5人から5.4人に有意に減少した<sup>1)</sup>という報告もあり、現在、多施設がRRSを導入し、予期せぬ院内心肺停止患者や死亡率の減少に繋げている。当院でも予期せぬ院内心肺停止を未然に防ぐため、急変徴候を早期に認識しチームで対応することが必要である。RRS導入の第一歩として、過去3年間のハリーコール分析を行い問題点が明らかになったため報告する。

【目的】過去3年間のハリーコール分析し、現状の問題点を明らかにしてRRS導入の第一歩となる。

【方法】令和元年度から令和3年度9月までのハリーコール85件について、時間帯、心肺停止前にハリーコールした件数、ハリーコール後の死亡率、急変兆候（National Early Warning Scoreを参考にした）に気づいていたかを電子カルテよりデータ収集し調査した量的研究。

【倫理的配慮】本研究は当院研究倫理委員会の承認を得た上で実施し、研究で得られたデータは研究の目的以外には使用しないこと、個人が特定されないよう配慮した。

【結果】ハリーコールの約80%が夜勤帯だった。約60%で急変徴候に気づくことができていたが、心肺停止前にハリーコールしたのは約10~20%と少なく、ハリーコール後の死亡率は約65~80%と高かった。

【考察】ハリーコールをした患者の約60%で急変徴候に気づくことができていたが、心肺停止前にハリーコールした割合は約10~20%と少なかった。宮原らは、RRSにおいて最も重要な要素は、このシステム自体が起動することであり、できるだけ知識や経験に左右されない基準が望ましい<sup>2)</sup>と述べている。心肺停止前にハリーコールした割合が低かった原因の一つに、明確なハリーコール使用基準がないことが挙げられる。また、夜勤帯のハリーコールが約80%と多く、日勤帯は主治医に報告し対応できているが、夜勤帯は看護師人数が減ることや、主治医への院外コールや当直医への報告になるため、報告することに躊躇し遅れてしまうことが、夜勤帯のハリーコールが多くなっている原因だと考えられる。この結果から、予期せぬ院内心肺停止を未然に防ぐため、ハリーコール使用基準の作成と、RRS導入し対応するチームの設立が必要だと明らかになった。また、RRS導入のためには、ベッドサイドにいる看護師が急変徴候に早期に気づけないといけない。Fuhrmannらは、事前に何らかのバイタルサインの異常が察知された場合の院内死亡は、察知されなかった場合より3倍多く、早期のバイタルサインの異常を検出することは予後や在院日数短縮にも影響する<sup>3)</sup>と述べている。RRS導入に向けた教育の取り組みとして、フィジカルアセスメント、BLS、ACLSのシミュレーション教育の開催を、1回/年から今年度より回数を増やした。

【結論】本研究でハリーコール使用基準の作成や、RRS導入が重要だと明らかになった。RRS導入のためには他職種の理解が必要なため、ハリーコールの内容や対応について報告する場を設け、RRS導入の重要性を説明していきたい。また、RRS導入が予期せぬ院内心肺停止患者や死亡率の減少に繋がるのか継続して調査し、得られた結果を報告したい。

15:22 ~ 15:34 (2022年6月11日(土) 15:10 ~ 16:20 第4会場)

## [O6-02] 単層構造エアマットレスのCPR機能使用の有無が胸骨圧迫の有効性へ与える影響の検証

○児玉 弘見<sup>1</sup>、帯刀 朋代<sup>1</sup>、山崎 克<sup>1</sup>、中野 雅司<sup>1</sup>、大林 将人<sup>1</sup>、小出 泰子<sup>1</sup>、松本 優香<sup>1</sup>、太田 菜穂<sup>1</sup>、松村 一<sup>2</sup>  
 (1. 東京医科大学病院 看護部、2. 東京医科大学病院 形成外科)

キーワード：胸骨圧迫の質、脱気

【目的】クリティカル領域にも褥瘡予防のために体圧分散マットレスが使用されている。エアマットレス（以下、マット）は高い体圧分散能を有する半面、胸骨圧迫の際には患者の体全体が沈み込むため、マット上での胸骨圧迫に関して、国際蘇生連絡委員会(ILCOR) (2019)は、CPR中は可能な限り硬い面の上で行うべきであり、CPR中は空気で膨らんだマットレスを常に脱気すべきであると提案している。しかし、臨床では緊急のためマットの脱気を行うよりも先に胸骨圧迫を開始しており、動脈圧波形で拍出が確認できる場合がある。そこで、本研究はマットの脱気の有無が胸骨圧迫の質に与える有効性の違いを明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザイン：実験的研究。対象：こちあ利楽（パラマウントベッド社）。調査項目：CPRmeter2（Laerdal社）により測定した平均深度、平均頻度、平均ピーク力、圧迫回数合計、適切な解除が行われた圧迫回数と割合、適切な深度で行われた圧迫回数と割合、適切な頻度で行われた圧迫回数と割合とした。データ収集及び分析：マットに人型シミュレーターとCPRmeter2を配置し、測定協力者が脱気を行う場合と行わない場合の2つのパターンで2分間の胸骨圧迫を実施した。測定協力者の体力と学習によるバイアスを考慮するため、それぞれ別日に測定し、脱気の有無の順番は均等に割り付けた。得られたデータはEZR on R commander (Version 1.5)を用いてt検定を実施した。

【倫理的配慮】本研究はマットレスが対象のため本邦における倫理指針に則り、倫理審査は受けていない。研究協力者には本研究の研究目的と方法、協力を伴って発生する負担と利益について説明書を用いて説明し書面にて同意を得た。

【結果】59名の測定協力者によるデータを回収し、52名のデータを統計解析した。平均深度は脱気あり62.6mm(Standard Deviation;SD;±10.25),脱気なし70.4mm(SD±11.7), $P>0.05$ 、平均頻度は脱気あり109.3回(SD±10.3),脱気なし107.3回(SD±9.6), $P=0.31$ 、圧迫回数は脱気あり222.3回(SD±20.7),脱気なし218.1回(SD±19.3), $P=0.29$ 、適切な深度で行われた圧迫回数は、脱気あり186.2回(SD±55.2),脱気なし200.5回(SD±39.1), $P=0.13$ 、適切な深度に到達した圧迫の割合は脱気あり58.8%(SD±35.7),脱気なし76.6%(SD±34.7), $P=0.01$ であった。

【考察】有意差を認めた平均深度と適切な深度に到達した圧迫の割合は、医療者が適切な胸骨圧迫を行おうとした際に脱気がされなければマットの圧縮分を考慮して、より深く圧迫していたと考えられ、結果的により深い適切な圧迫の比率が得られたと言える。日本蘇生協議会の蘇生ガイドライン2020ではマットレスが圧縮する分を考慮し、圧迫深度を増やせば効果的な圧迫深度を達成できるとあり、本調査はそれを裏付ける結果となった。脱気を行わない影響として実施者の疲労による影響も予測されたが、圧迫回数は差がないことが確認できた。

【結論】マットの脱気は胸骨圧迫の深度に影響を与えていた。このことから単独で胸骨圧迫を開始する時は、必ずしも脱気を優先して行う必要はないことが示唆された。しかし、本調査はシミュレーターによる評価であり、実際の人体に対する胸骨圧迫時には異なる結果が得られる可能性が考えられた。

15:34 ~ 15:46 (2022年6月11日(土) 15:10 ~ 16:20 第4会場)

## [O6-03] 観血的動脈測定ラインの使用およびシーネ固定の実態調査

○岡村 英明<sup>1</sup>、白坂 雅子<sup>2</sup>、卯野木 健<sup>3</sup>、櫻本 秀明<sup>4</sup>、石川 幸司<sup>5</sup>、北山 未央<sup>6</sup>、中山 麻実<sup>7</sup>、池田 優太<sup>8</sup>、若林 侑起<sup>9</sup>  
 (1. NTT東日本札幌病院、2. 福岡赤十字病院 集中治療室、3. 札幌市立大学 看護学部、4. 茨城キリスト教大学 看護学科、5. 北海道科学大学 保健医療学部看護学科、6. 金沢医科大学病院 看護部ハートセンター、7. 獨協医科大学病院 看護部、8. 東海大学医学部付属病院 集中治療室、9. 神戸市立医療センター中央市民病院)

キーワード：観血的動脈測定ライン、固定用シーネ、A-line

【目的】観血的動脈測定ライン（以下 A-line）は汎用されるデバイスの一つだが、その管理方法等に関する調査は稀であり、科学的根拠も少ない。よって本研究では、A-line挿入および管理方法の実態を明らかにすることを

目的とした。

【方法】対象は成人患者が入室する集中治療室（ICU）、救命救急センター ICU、ハイケアユニットに勤務する看護師とし、2021年9月1日～9月30日の期間 Web調査を実施した。調査票はガイドラインや臨床経験をもとに、A-lineの挿入方法や使用頻度、挿入後の管理方法に関する質問計34項目を作成した。調査票は無記名とし個人が特定される情報は含まず、参加者は参加同意書にチェックをした後回答した。得られたカテゴリーデータの比較は Fisherの正確確率検定、2群以上の連続データの比較は Kruskal-Wallis検定を用い、統計学的有意水準は  $p < .05$ とした。すべての統計は SPSS Statistics ver.27および R 4.0.2を用いて解析した。本研究は福岡赤十字病院倫理審査委員会の承認を受け実施した。

【結果】回答は451名あり、そのうち機関名の欠如や施設の重複を除外した224回答で解析を行った。A-lineはルーチンで挿入されると回答したのは79（35.3%）であった。また、129（57.6%）が76～100%の患者に対し入室後24時間以内に挿入されていると回答した。A-line管理において、195（84.3%）が生理食塩水にヘパリンを添加していると回答した。またトランスデューサーを含むラインの交換頻度は76（33.6%）が決まりはなく、固定用シーネの使用については92（41.1%）がルーチンに使用していると回答した。A-line管理においては治療室種別で統計学的な有意差は認められなかった。

【考察】2016年から2019年の本邦データベースによると、89.7%の患者がICUにてA-line管理を受けている。本調査では約3/4がA-line挿入はルーチンではないと答えつつも、およそ6割が76～100%の患者に対し入室後24時間以内に挿入されていると回答した。一方2006年の米国の調査では、A-lineが挿入されている患者は36.4%であり明らかに少ない。この差は本邦において手術中に挿入されたA-lineがそのままICUで使用されていることや、特定集中治療室用の医療・看護必要度を満たすための評価項目の一つとして挙げられていることも要因と考えられる。多くの施設で加圧バッグの生理食塩水500mlに対し1000～2000単位のヘパリンを添加していたが、添加により出血やヘパリン起因性血小板減少症（HIT）の危険性も高くなる。ヘパリンの添加はA-lineの閉塞と関連がないという報告もあり、その必要性からあらためて検討を要すると考える。トランスデューサーを含むラインの交換頻度について、CDCガイドラインでは96時間ごとの交換が推奨されているが、約半数の施設で交換頻度に関するルールはなかった。固定用シーネをルーチンで使用していると回答したのは4割以上であった。シーネによる神経損傷などの合併症はすでに報告があるが、シーネの使用によりA-lineの事故抜去やカテーテルの折れ曲がりや予防できるとい研究報告はなく、さらなる検証が必要と考える。

【結論】本調査では、A-lineはICUで頻繁に使用されていることが示唆された。またA-lineの管理は、加圧バッグ用生理食塩水にヘパリンを添加することと、固定用シーネを日常的に使用することを除き、標準的であった。

15:46～15:58（2022年6月11日（土）15:10～16:20 第4会場）

## [O6-04] 胸腹部大動脈置換術後呼吸状態が悪化し再挿管となった患者への酸素化改善に向け介入した症例

○中石 史香<sup>1</sup>、井野 朋美<sup>1</sup>（1. 熊本赤十字病院）

キーワード：チーム医療、看護師の役割

【目的】胸腹部大動脈置換術を施行した患者の酸素化が悪く抜管後に呼吸不全となり、呼吸状態の改善に難渋した症例を経験した。本症例において酸素化改善を促進したチーム医療における看護師の役割を明らかにすること。

【方法】症例報告：モニタック挿入後から実施したチーム医療内の看護師が果たした役割に着目して分析する。倫理的配慮：研究対象者には研究の趣旨、研究への参加は自由であり、不参加であったとしても不利益を及ぼすことがないこと、参加を同意した場合であってもいつでも途中辞退することができること、プライバシーの保護や匿名性を守ることを文書で示し署名により研究参加の同意を得た。さらに、所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【対象】A氏 胸腹部大動脈瘤に対して胸腹部大動脈置換術を施行した60歳代女性。ICU入室期間23日間。術

後、腎動脈の人工血管閉塞、不全対麻痺の出現がみられた。

【経過】術直後からモニタック挿入前まで(入室16日間)：一回目の抜管後は呼吸不全のため再挿管となった。2回目の抜管後は無気肺の進行、自己喀痰不十分で呼吸状態の悪化をきたした。この間看護師はベッド上でROM訓練を実施していたが、リハビリに関する詳細な看護記録はなかった。リハビリは理学療法士の介入により端坐位まで行われていたが、座位耐久時間は10分程度であった。モニタック挿入後からICU退出まで(入室7日間)：入室期間が延長していることに気づき、受け持ち看護師として介入を開始した。入室期間が延長している要因として医師の方針が不明確であり、目標の共有ができていなかったこと、看護師と理学療法士の連携がとれておらずリハビリ介入が十分ではなかったことが挙げられ以下の介入を開始した。

【結果】1、カンファレンスの実施：術後管理には様々な職種が関わっていたが、A氏の病態や目標の共有を行う場が設けられていないまま、各職種がそれぞれで介入を行っていたことに気づき医師、看護チーム、理学療法士を集め協議する場を設けた。カンファレンスを通して、多職種が得た情報を統合し目標の設定、共有を行った。2、A氏の意向確認：リハビリに対するA氏の意向が確認されていなかったため確認の場を設けた。結果、A氏はリハビリに伴う疲労感を訴えられ、モチベーションが上がっていないことが明らかとなった。そこで理学療法士と協議しメニューの変更に着手した。3、A氏との目標の共有：カンファレンスで抽出した目標とA氏のモチベーションが繋がるように内容をすり合わせた結果、A氏も目標に理解を示した。4、本人のモチベーション向上のための面会調整：A氏の意向を確認する中でこのままでは家に帰れない、家族に申し訳ないという想いを抱いていることが明らかとなった。それはモチベーションの低下に影響していると考え感染症蔓延による面会制限下ではあったが、主治医と看護チームで協議し面会調整を行った。面会後はA氏から安堵の声を聞くことができ表情も明るくなった。

以上の介入を1週間継続した結果、座位時間が延長し人工呼吸器のサポートなしで酸素化を維持できるようになり、一般病棟へ転出することができた。

【考察】チーム医療とは多職種の専門家と患者、家族が協働、連携しながら医療を展開することであり、中でも看護師は患者の24時間の生活の支援者としての役割を求められ介入に伴う全身状態への影響や生活者としての患者のありようを理解する能力が必要であるといえる。

【結論】チームを主導するメンバーが不明確な症例においては看護師がその役割を認識し調整する能力を発揮することで患者の回復が促進された。

15:58 ~ 16:09 (2022年6月11日(土) 15:10 ~ 16:20 第4会場)

## [O6-05] 高度救命救急センター ICUにおける抜管フローチャート導入前後での再挿管率の比較

○村松 暖香<sup>1</sup>、長崎 祐士<sup>1</sup>、高見 祐貴子<sup>1</sup>、島内 淳二<sup>2</sup> (1. 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター、2. 日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

キーワード：人工呼吸器離脱、プロトコル、再挿管、集中治療

【目的】人工呼吸器離脱には、プロトコルの使用が推奨されている。しかし当高度救命救急センター ICU(以下、EICU)では患者特性が多岐に渡り、再挿管の危険因子が複数存在するため人工呼吸器離脱の評価が難しく、医師に抜管時の評価を委ねていた。また、看護師は医師と抜管に関する評価を共有できず、口腔ケアや物品準備などのケア時間が十分に確保できないと感じることがあった。更に抜管前後の評価やケアは、看護師の知識や経験により差があった。そのため、EICUでは抜管前後の評価やケアを統一し、安全に抜管を目指すことを目的とした独自の抜管フローチャート(以下、フローチャート)が2018年11月に導入となった。本研究は、フローチャート導入前後で再挿管率を比較し、安全な抜管への効果と現状を明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザインは後ろ向きコホート研究とし、2016年12月～2020年11月にEICUに入室し気管挿管を行い、人工呼吸器を使用した18歳以上の全患者を対象とした。抜管に至らなかった患者(気管切開、死亡、EICU退室)、再挿管歴のある患者は対象から除外した。比較項目は、患者基本情報(年齢、性別、疾患、APACHEIIスコア)、抜管前後の呼吸療法、再挿管の有無、人工呼吸器装着日数、EICU滞在日数とした。再挿管の定義は、抜管後

72時間以内の挿管とした。統計は EZR を使用し、分析方法は Mann-Whitney の U 検定と Pearson のカイ二乗検定を用いた。本研究は当院の倫理委員会の承認を得た。

【結果】対象者はフローチャート導入前435人、導入後398人であった。フローチャート遵守率は86.3%(導入1年目79.4%、2年目93.7%)であり、患者特性を問わず使用できた。フローチャート未使用患者は除外した。フローチャートの導入前後で、年齢(68[53,79]歳 vs 68[52,79]歳, $p=0.693$ )、男性(283名(65.1%) vs 266名(66.8%), $p=0.640$ )、APACHEIIスコアは(15[11,22]点 vs 16[11,22]点, $p=0.443$ )であり、疾患、抜管前後の呼吸療法に有意差はなかった。再挿管率(7.6% vs 4.8%,95% CI:0.32-1.12, $p=0.125$ )、人工呼吸器装着日数(4[3,8]日 vs 5[3,7]日, $p=0.767$ )、ICU滞在日数は(7[4,11]日 vs 7[4,11]日, $p=0.612$ )であり、有意差はなかった。

【考察】再挿管率は先行研究と差がなく、フローチャート導入前後で変化は認められなかった。これは、導入前より医師による抜管時の評価は適切であり、フローチャートは医師の評価を適切に反映した内容であるためと考える。SAT、SBTプロトコルを導入した先行研究では、人工呼吸器装着日数、ICU滞在日数が短縮したという報告がある。今回、フローチャートは抜管前後の評価に重きを置いた内容であり、時間に言及していないため、早期の人工呼吸器離脱とEICU退室に繋がらなかったと考える。多職種連携とプロトコルの使用は、患者の予後を改善する要素と言われている。フローチャートは情報共有ツールとなるため、多職種連携と看護ケアの統一に活用でき、安全な抜管に繋がりと考える。また、内容を再考することで、患者予後の改善に繋がる可能性がある。

【結論】再挿管率はフローチャート導入による差はなく、安全な抜管への効果は明らかにならなかった。しかし、フローチャートは安全性を高めるための多職種連携と看護ケアの統一に活用できることが明らかになった。

16:09 ~ 16:20 (2022年6月11日(土) 15:10 ~ 16:20 第4会場)

## [O6-06] 集中治療室における肺移植患者の呼吸困難の発症率、リスク因子、アウトカムとの関連

○佐藤 智夫<sup>1,2</sup> (1. 元京都大学医学部附属病院、2. 神戸市看護大学)

キーワード：肺移植、集中治療室、呼吸困難

【目的】呼吸困難とは、「呼吸の際に感じる不快な主観経験」とされており、集中治療室(ICU)でのストレスの強い症状の1つとされている。しかし、ICUにおける肺移植患者の呼吸困難に関する調査はほとんど行われていない。そこで、本研究ではICUにおける肺移植患者の呼吸困難の有病率、リスク因子、患者アウトカム(離床までの日数、人工呼吸器使用期間)との関連を調査することを目的とした。

【方法】デザイン：後ろ向き観察研究。調査期間は2010年1月から2020年12月であった。調査期間に肺移植の手術を受け、ICUに入室した20歳以上の連続した患者を対象とした。

【測定方法】看護記録内に記載された呼吸困難を包括的な後方視的チャートレビューに基づいて特定し、呼吸困難エピソード(「呼吸困難」「呼吸苦」などの用語を患者が訴えた場合)を抽出した。分析方法は、記述統計量を算出し、名義変数はFisherの正確検定を用い、連続変数はパラメトリックの場合はstudent-t検定を用い、ノンパラメトリックの場合はMann-Whitney検定を用いて比較した。さらに、呼吸困難のリスク因子を特定するためにロジスティック回帰を行った。倫理的配慮：本研究は研究実施施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】対象期間に肺移植術を施行された患者は265名であり、除外基準を省いた184名を対象とした。年齢の中央値は48歳、男性97名(63%)であり、原疾患は間質性肺炎の患者が96名(52%)で最も多かった。術式に関しては、両側肺移植が114名(62%)、片側肺移植が70名(38%)であり、脳死ドナーからの移植は130名(71%)、生体ドナーからの移植は54名(29%)であった。ICU入室中の呼吸困難は116名(63%)に記録されており、中央値は術後4日目であった。多変量解析により、両側肺移植が呼吸困難のリスク因子であることが特定された(odds ratio [OR], 5.127; 95% confidence interval [CI], 2.020-13.014;  $p < 0.0001$ )。さらに、術後不安は呼吸困難と独立して関連していた(OR, 18.605; 95%CI, 7.748-44.674;  $p < 0.0001$ )。また、患者アウトカムについては、呼吸困難が記録された患者は、記載のない患者よりも離床や人工呼吸器離脱の遅延を認め、ICU滞在日数や在院日数も長かった。

【考察】呼吸困難の発症率は、人工呼吸器使用患者を対象にした観察研究では47%であったが、本研究では63%であり、肺移植患者の呼吸困難発症率は高いことが示唆された。多変量解析の結果、両側肺移植が呼吸困難のリスク因子であることを示唆した。肺移植患者は移植手術による肺神経の切断により、脱神経となる。両側肺移植では、両側の脱神経の影響により、片側の神経が温存している片側肺移植よりも呼吸困難を発症率が高かったと考える。また、関連因子として術後不安が特定された。この結果は先行研究と同様の結果であり、呼吸困難発生時は不安に対してもケアを行っていく必要があると考える。さらに、患者アウトカムとの関連については、呼吸困難のある患者は、早期離床や人工呼吸器ウィニングの中断基準に該当する機会も多く、離床やウィニングを進めることが困難であった可能性がある。

【結論】本研究は、ICUにおける肺移植患者の呼吸困難の有病率が高いことを示唆し、両側肺移植がリスク因子であることを示唆した。呼吸困難は離床や人工呼吸器離脱の遅延の原因となる可能性があるため、呼吸困難と不安に対する広範な評価とケアは患者の回復を促進する可能性がある。

一般演題

## [O7] チーム医療

座長:山崎 友香子(信州大学医学部附属病院)

2022年6月11日(土) 15:30 ~ 16:30 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

### [O7-01] HCUにおける多職種連携のためのツール展開にむけた基盤研究

○後藤 由起子<sup>1</sup> (1. 秦野赤十字病院)

15:30 ~ 15:42

### [O7-02] 集中治療の場での終末期看護における多職種カンファレンスを実施した一例

○磯田 英里<sup>1</sup> (1. 草加市立病院)

15:42 ~ 15:54

### [O7-03] 体位呼吸療法プロトコル導入後の効果と課題について

—看護師の認識、実践の変化と多職種協働に関する変化—

○関根 庸考<sup>1</sup>、劔持 雄二<sup>1</sup>、清水 由香<sup>1</sup>、井上 正芳<sup>1</sup> (1. 青梅市立総合病院 救命救急センター 集中治療室)

15:54 ~ 16:06

### [O7-04] 集中治療室と一般病棟の看護師が認識する集中治療後症候群の予防に対する看護実践の重要度と実践度の実態

○内海 玲<sup>1,2</sup>、中村 美鈴<sup>3</sup> (1. 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻、2. 東京慈恵会医科大学附属病院、3. 東京慈恵会医科大学)

16:06 ~ 16:18

### [O7-05] タスクシフト/シェアにより変化する救急外来における急性・重症患者看護専門看護師の実践

○大田 麻美<sup>1</sup>、益田 美津美<sup>2</sup> (1. 日本赤十字社 伊勢赤十字病院、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

16:18 ~ 16:30



15:30 ~ 15:42 (2022年6月11日(土) 15:30 ~ 16:30 第7会場)

## [O7-01] HCUにおける多職種連携のためのツール展開にむけた基盤研究

○後藤 由起子<sup>1</sup> (1. 秦野赤十字病院)

キーワード：多職種連携、重症集中ケア、チーム医療、ドナベディアン・モデル

### 【目的】

多職種連携し、協働することが重症集中ケア領域で必要とされているが、地域中核中規模病院における多職種協働は、互いの職種の専門性の特性および類似性から有効な多職種協働が機能していない現状がある。そこで、本研究の目的は、重症集中ケアにおける多職種連携チームの活動内容を可視化することで、HCU・リハビリにおける多職種協働となる介入方法を検討することである。

重症集中ケアにおける多職種連携の基盤作りの経緯と活動を可視化することで、多職種連携および協働の標準化と有効性にむけた基礎的知見となり得る。

### 【方法】

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（承認番号 R3-05）。医療の質を評価するドナベディアン・モデルを活用し、多職種連携チームの活動を「構造（structure）」・「過程（process）」・「結果（outcome）」の3つの側面から分析した。「構造（structure）」は物質資源・人的資源として多職種連携に関わったHCU看護師とリハビリテーション課スタッフ・組織的特徴、「過程（process）」は多職種連携チームの実践の実際と実践上の課題から取り組んだ計画と実践、「結果（outcome）」は「過程」で提示した実践から得られた成果を患者の利益、スタッフの変化や効果とした。

### 【結果】

「構造（structure）」は、HCU6床に対し、看護師15名・リハビリテーション課スタッフ8名（PT6名、OT2名）が配置され、リハビリテーションが実施される日勤帯には看護師3～6名・プログラム内容によりリハビリテーション課スタッフ2～4名が介入可能な状況にあった。

「過程（process）」は、多職種連携チームを2020年4月に発足する前の実践とその実践の課題を解決するために計画した内容を抽出した。その結果、リハビリ課との信頼関係構築と維持、ガイドラインの協同学習と介入根拠の統合、多職種カンファレンスの定期実施、各職種の役割の明確化、協働介入方法標準化のためのツール開発が必要となった。

「結果（outcome）」は、「過程（process）」へアプローチした成果として、患者の利益となる介入方法の標準化がスタッフ対応・指導内容の統一とHCU在室日数の短縮化となって、看護師・リハビリテーション課スタッフは介入根拠・方法を協議し協働介入することで得られた成功体験が達成感や満足度となった。

### 【考察】

多職種連携の動機づけができ、リスクマネジメント・協働介入が可能となった。また、現状の職種で構成した多職種連携チームが作成した心臓リハビリテーションフローや毎日の協働方法の標準化により、統一したエビデンスや評価方法をもって介入でき、看護師とリハビリテーション課スタッフ間で介入成果や安静度の認識の差が小さくなることにつながったといえる。

### 【結論】

厚生労働省が推進しているチーム医療を理想とした多職種連携チームを発足し、各職種の専門性を発揮・尊重しながら問題解決方法の協議を行い、ガイドラインを活用して介入エビデンスを統一・協働方法を標準化した「過程（process）」へのアプローチにより、看護師とリハビリテーション課スタッフ間の意識改革・信頼関係構築・協働介入が実現できた。

15:42 ~ 15:54 (2022年6月11日(土) 15:30 ~ 16:30 第7会場)

## [O7-02] 集中治療の場での終末期看護における多職種カンファレンスを実施した一例

○磯田 英里<sup>1</sup> (1. 草加市立病院)

キーワード：チーム医療、カンファレンス、多職種連携

【目的】近年高齢化が進み、核家族化や価値観の多様化など社会背景も変化している。集中治療領域の目的は患者を救命することである。しかし懸命な治療が行われるなかでも、状態が悪化し救命困難に至る事も少なくない。救命治療から終末期への移行判断には、医療チーム全体での判断がいつそう求められている。今回、集中治療の場で終末期に至った患者の看護実践を振り返り、今後につながる示唆を得たため報告する。

【倫理的配慮】所属施設倫理委員の承認を得て実施した。得られた情報は個人が特定されないよう配慮した。

【症例】A氏70歳代男性。診断名:COVID-19。10病日に有癭性膿胸併発し、挿管に至り重症化のため他院へ転院搬送となった。3週間後 COVID-19が治癒したため気管切開後、加療目的で再入院となる。

【看護の実際・結果】膿胸の感染コントロールがつかず胸腔ドレナージを継続し、外科的治療も検討されたが、手術によるリスクや治療効果の不確実性などが考慮され内科的治療継続の方針となった。鎮痛と鎮静が行われていたが、易覚醒時は吸気努力が強く頻呼吸となり、酸素化が悪化し循環動態が不安定となり、人工呼吸器の離脱が困難であった。腎機能が悪化し15病日に持続的腎代替療法を開始したが敗血症性ショックとなった。その後、昇圧剤を調整し循環動態をどうにか保てている状態へ急激に容態が悪化した。A氏の意味確認が困難な状況であり、看護師は患者の予後が厳しい状況であると感じながらケアを実践していた。そこでA氏の現状をふまえて主治医と看護師で早急に多職種カンファレンス（以下、カンファレンス）が必要と考え計画、実施した。①病状悪化に伴い家族に再度、病状説明が必要な状態であること②終末期であるかどうかの医学的見解や今後の方針について主科以外で治療に携わる医師らの意見も交え検討し、積極的治療の限界との判断に至った。家族への説明時は複数科の医師、看護師、医療ソーシャルワーカーが同席した。看護師は代理意思決定を担う高齢の家族が考えを整理できるように語りを促し、家族間で共有できるように意思決定を支えた。そして、患者の病状を理解し最期を迎えることができた。

【考察】「日本救急医学会ほか.救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン2014」では、救急・集中治療の終末期であることの判断やその後の対応は主治医個人ではなく、主治医を含む複数の医師と看護師からなる医療チームの総意であることが求められている。カンファレンスは、医療チームとして共に考える場となり、より専門的な視点を持って患者ケアに臨むために重要な意味を持っていると考える。本症例でも患者を取り巻く複数の診療科医師と看護師、各専門職者がカンファレンスに参加、実施したことで情報共有がすすみ、チームとして患者の治療方針に沿ったケアの目標を定め、問題解決にむけて協働することができた。今回、集中ケア認定看護師として終末期に移行しつつある患者の状態や家族の思いを汲みとり、必要なタイミングでカンファレンスを実施できたことは、看護ケアを行うスタッフが抱える困難感や負担感を共有し支援できたと考える。今後も病状や患者を取り巻く家族の状態を見極め、多職種をつなぐ調整役としての役割を発揮し、治療や看護に反映させるための取り組みが課題であると考ええる。

【結論】救命治療から終末期への移行判断には、医療チーム全体で情報や目標を共有することが必要である。その手段として多職種カンファレンスは効果的な取り組みであり認定看護師が調整する役割は大きいことが示唆された。

15:54 ~ 16:06 (2022年6月11日(土) 15:30 ~ 16:30 第7会場)

## [O7-03] 体位呼吸療法プロトコル導入後の効果と課題について

### —看護師の認識、実践の変化と多職種協働に関する変化—

○関根 庸考<sup>1</sup>、剣持 雄二<sup>1</sup>、清水 由香<sup>1</sup>、井上 正芳<sup>1</sup> (1. 青梅市立総合病院 救命救急センター 集中治療室)

キーワード：腹臥位、教育、多職種協働、COVID-19、標準化

【目的】適切な体位呼吸療法を行うにはエビデンスに基づいた標準化が必要とされている。当施設においては、実施者それぞれの認識や方法で行っており、多職種協働も不十分であったため、プロトコルを用いての標準化を行った。プロトコル導入後の看護師の理解、認識、実践の変化と多職種協働に関する変化を明らかにするた

めの実態調査を行った。

【方法】体位呼吸療法標準化のためのプロトコルを作成し、2021年7月1日から9月30日の間、集中治療室看護師28名、救急病室看護師34名に対し、体位呼吸療法プロトコルの教育を行った。体位呼吸療法には腹臥位、前傾側臥位を採用とした。教育後プロトコルに沿って体位呼吸療法を実践した看護師へ調査票で、プロトコル導入前の体位呼吸療法実践経験の有無、プロトコル導入後での体位呼吸療法の知識・実技理解度、実践時間の変化、実践に要するマンパワーと構成要員の変化、プロトコル遵守状況、多職種連携の状況などについて調査を行った。統計学処理は、カテゴリー変数の群間の比率の差はカイ2乗検定、期待度数5未満では Fisherの正確確率検定を用いて行い、有意水準  $p < 0.05$  とした。本研究は当施設倫理審査委員会で審議・承認された後、実施した。調査票は個人や関係者が特定されないよう無記名とし、調査協力の諾否により不利益が被らないことを説明した。

【結果】対象看護師より得られた回答で、プロトコル導入後に体位呼吸療法(前傾側臥位、腹臥位)を実践したと回答のあった45件を有効回答とした。プロトコル導入前の体位呼吸療法実施経験:46%で、実施時間は2~3時間程度(81%)が最も多かった。プロトコル導入後、教育動画、実技演習による体位呼吸療法の意義・効果の理解:82%、(教育動画の理解:78%、実技演習の理解:100%)で、体位呼吸療法の継続実施時間は12時間以上となり有意に増加した( $p < 0.05$ )。マンパワーの変化について(導入前:<4人:76%、 $\geq 4$ 人:10%/導入後:<4人:18%、 $\geq 4$ 人:82%/ $p < 0.05$ )で増加し、以前は看護師のみで実施していたが、導入後は看護師のみで実施(34%)、医師、臨床工学技士と共に実施(66%)となった。プロトコル導入前後で多職種カンファレンス実施状況、医師の指示後に実施、医師が患者・家族へ説明後に実施といったいずれの項目も有意に増加した( $p < 0.05$ )が、看護師のプロトコル理解の有無と多職種カンファレンス実施状況に関連はなかった( $p = 1.0$ )。プロトコルでは、初回実施時15分間観察としているが、プロトコルを理解しているにも関わらず、57%で実施できていなかった。

【考察】プロトコル導入後、看護師の理解は良好で、特にポジショニング変更手順など実技に関して良好な理解を示した。その結果、実施時間は有意に増え、多職種協働も以前より行えており、プロトコルの導入と教育は概ね妥当であった。その反面、ポジショニング変更後(初回)の観察が不十分で、プロトコル遵守といった点は改善が必要である。プロトコルの導入後で多職種カンファレンスの実施は有意に増えた。これは、プロトコルを通して看護師の理解、認識、実践の変化だけでなく、医師、臨床工学技士など多職種の認識も変化したことが大きな要因である。今後はプロトコル遵守率を上げ、より一層安全な体位呼吸療法が提供できるよう取り組む必要がある。

【結論】プロトコル導入後に看護師は体位呼吸療法標準化のプロトコルについて良好な理解を示し、多職種と連携しながら体位呼吸療法を重症患者へ提供することができていた。プロトコルのブラッシュアップと遵守、スムーズな多職種協働、継続的なスタッフ教育が持続できるような仕組み作りが課題である。

16:06 ~ 16:18 (2022年6月11日(土) 15:30 ~ 16:30 第7会場)

## [O7-04] 集中治療室と一般病棟の看護師が認識する集中治療後症候群の予防に対する看護実践の重要度と実践度の実態

○内海 玲<sup>1,2</sup>、中村 美鈴<sup>3</sup> (1. 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻、2. 東京慈恵会医科大学附属病院、3. 東京慈恵会医科大学)

キーワード：集中治療後症候群、ICU看護師、病棟看護師、PICS予防に対する看護実践

【目的】集中治療後症候群(以下、PICSと記す)(Needham et al., 2012)の予防は治療を要する環境において継続的な看護実践が必要であり、本研究では集中治療室(以下、ICUと記す)から一般病棟での療養環境に焦点を当てる。ICUや病棟ではPICS予防に対する看護実践がどの程度重要と捉え実践しているのか、継続的な看護実践がおこなわれているのか実態を明らかにしPICS予防を強化していくための看護実践の示唆を得ることが目的である。

【方法】研究対象者：研究承諾が得られた病院のICUと一般病棟の看護師。対象施設：全国の特定集中治療管理料1・2の届出がされている病院の集中治療室と後方病棟。調査項目：自作の質問票による調査であり、先行文献からPICS予防に効果的である実践を抽出し原案を作成した。質問は計34項目となり、意識状態・呼吸状態・鎮痛鎮

静・せん妄・早期離床・家族への対応・引き継ぎによる情報共有・患者と家族への情報提供に関する項目で構成した。重要度と実践度は4段階のリッカート方式を採用、得点が高い方が重要である、実践しているとした。ICUと病棟共通の質問票での調査であり、0.わからないを選択肢に加えた。

分析方法:SPSS ver.26を用い、研究目的に則して分析した。

倫理的配慮:所属大学の倫理委員会の承認を得た後、対象施設に研究協力の同意を確認した。質問票は無記名自記式とした。

【結果】研究承諾を得た病院は23病院、1049名に質問票を配布した。回収数287部(回収率27.4%)であり、281部(有効回答率97.9%)を分析対象とした。ICU看護師133名(以下ICUと記す)、病棟看護師148名(以下病棟と記す)、看護師経験年数10年目以上の対象者が全体の64.1%、各部署での平均経験年数はICU5.2±3.85年、病棟3.3±2.98年であった。

PICSの認知度は有意確率0.05未満でICUの方が高かった。

PICS予防に対する看護実践の総得点(最大136点/最小34点)の平均は、重要度がICU124.92点、病棟124.34点、実践度がICU103.94点、病棟102.28点であった。ICUと病棟の間で各質問項目の中央値の比較を行ない、重要度と実践度共に大半の項目で差は認めなかった。ICUと病棟共に実践度の質問項目において特に得点が低い項目は、引き継ぎによる情報共有、患者と家族への情報提供に関連する項目であった。

【考察】ICUと病棟看護師共に、ICUと病棟間の引き継ぎや、PICS予防に関する患者や家族への情報提供の項目の実践が十分にできていないと認識しており、PICS予防として情報共有や情報提供がされていない現状が推察された。理由としてPICSの認知度の不足、人的資源の不足や業務量の多さから時間の確保が難しく十分な情報共有・情報提供や継続的な支援ができていない、COVID19の感染拡大防止のためICUと病棟間での行き来が制限されている、情報共有に関するシステムが整備されていないなどが考えられる。PICSからの回復過程は連続的であり、ICU退室後も継続して一貫したケアが必要であるため(Inoue et al., 2019)、今後情報共有や情報提供システムの改善の検討、パンフレットを用いたPICS予防に関する教育の必要性が示唆された。

【結論】ICUと病棟看護師共に、ICUから病棟への引き継ぎや、PICS予防に関する患者や家族への情報提供の項目の実践が十分にできていないと認識していた。ICUと病棟の双方において、情報共有ツールやパンフレット等の活用方法を検討し、引き継ぎによる情報共有や患者家族への情報提供を行い、継続的に支援していく体制の整備がPICS予防を強化するために必要であることが示唆された。

16:18 ~ 16:30 (2022年6月11日(土) 15:30 ~ 16:30 第7会場)

## [O7-05] タスクシフト/シェアにより変化する救急外来における急性・重症患者看護専門看護師の実践

○大田 麻美<sup>1</sup>、益田 美津美<sup>2</sup> (1. 日本赤十字社 伊勢赤十字病院、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)

キーワード：タスクシフト/シェア、救急外来、急性・重症患者看護専門看護師

〔緒言〕近年、超高齢化社会や急病患者的増加により、地域包括ケアまでも行える救急医療体制の再構築が求められている。加えて、医師不足や医師の過剰業務是正の動きからタスクシフト/シェアについても検討が進められている。

〔目的〕本研究の目的は、タスクシフト/シェアにより変化する救急外来におけるCCNSの実践を明らかにすることである。

〔方法〕対象は、救急外来での業務に現在従事しているもしくは、特定行為研修開始後の2015年以降に救急外来業務に過去従事していたCCNSとした。研究デザインは質的記述的研究デザインとし、半構造的面接を実施した。分析方法は、木下の提唱する修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach: 以下、M-GTA) の理論的基盤に沿って分析を行った。本研究は、研究者が所属する機関の倫理審査委員会の承認を受けて実施し、対象者には口頭と文書を用いて研究目的、個人情報保護を説明し同意書への署名をもって同意とみなした。

〔結果〕対象者は11名(男性4名、女性11名)、CCNS経験年数は5.5±2.6年であった。分析の結果、121概

念, 35サブカテゴリー, 11カテゴリー, 2コアカテゴリーが生成された。

救急外来の CCNSの実践の基盤となっているものは, 【救急看護が変化しても CCNSが行う看護は揺るがず】, 【救急患者の利益を看護の側面から追求し続ける】ことであった。CCNSはタスクシフト/シェアにより【看護の形が曖昧になりなんでも屋になることを危惧して】いた。一方で, CCNS自身も【患者にとって CCNSが特定行為をするか否かどちらが最適解かを思索し】, 【CCNSの本質を見失うことなく組織の最適化を模索し】ながら, タスクシフト/シェアが持つ意味を探求していた。そして, 看護師に対して【特定行為を行う看護師が医行為を行うとともに確固たる看護観を持てるようサポートし】, CCNS自身の経験から【自らの経験を生かして様々な立場にある看護師を支援する】ことに繋がっていた。さらに, 【再構築の真ただ中にあってもチームで救急患者を救えるように多職種間の潤滑剤となり】, 【病院や医師らの持つアイデンティティを理解した上で体制を整備して】いた。また, 【過渡期にある救急医療の質を担保し変化をネガティブにしない働きかけ】を行っていた。

これらは, 救急外来における《果たすべき役割の遂行》であり《ケアとキュアの融合により厚みを増す看護》へと繋がっていた。

〔考察〕CCNSは, 自らが持つ能力や役割を生かし, CCNSの本質と変革者としての姿勢を見失うことなく, 変化する救急医療体制において着実に働きかけ, ケアとキュアが融合した看護の提供へと導いていた。この医行為と看護ケアの融合は, クリティカルケア看護師の重要な専門性であり(井上, 2011), 救急看護師が医行為を担うことは, 看護の専門性を高め患者・家族に寄り添い続けることを可能にする看護に繋がっていくと言える。そして, タスクシフト/シェアをより患者に利益のある変化とするため法改正を含めた検討を続ける必要があり, そのためにも, 看護の専門性とは何かを追求し, それを周囲と共有していく必要があることが示唆された。

本研究は, 公益財団法人村田学術振興財団研究助成(No.M21助人007)を受け実施した。

〔文献〕井上智子.(2011). 看護師の役割拡大とクリティカルケア領域での未来像—特定看護師(仮称)創設の動きの中で—.日本クリティカルケア看護学会誌, 7(1), 1-7.

一般演題

## [O8] 看護教育

座長:園田 拓也(一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:10 第4会場 (国際会議場 21会議室)

### [O8-01] A病棟における新人看護師の教育支援

–看護提供方式の変更に伴う課題への取り組み–

○石井 結花<sup>1</sup>、高橋 祐樹<sup>1</sup>、植木 玲<sup>1</sup>、渡邊 好江<sup>1</sup>、内田 真由美<sup>1</sup> (1. 杏林大学医学部付属病院)

09:00 ~ 09:12

### [O8-02] 新人から継続して集中治療室に勤務する看護師の経験

–臨床判断能力の習得に焦点を当てて–

○小倉 亜沙子<sup>1</sup> (1. 東海大学医学部付属病院)

09:12 ~ 09:24

### [O8-03] クリティカルケア領域2年目看護師が「怖さ」を感じた看護実践場面へのリフレクション支援：ファシリテーターの関わりに注目して

○福田 美和子<sup>1</sup>、本田 多美枝<sup>2</sup>、岡部 春香<sup>3</sup>、明神 哲也<sup>4</sup>、坂本 なほ子<sup>5</sup> (1. 目白大学看護学部、2. 日本赤十字九州国際看護大学、3. 東海大学医学部看護学科、4. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、5. 東邦大学看護学部)

09:24 ~ 09:36

### [O8-04] 臨床判断モデルを活用した OJT研修の学習効果と課題

○藤井 絵美<sup>1,2</sup>、岩元 美紀<sup>1,3</sup>、佐藤 正和<sup>1,2</sup>、相良 洋<sup>1,2</sup>、西村 祐枝<sup>1,4</sup> (1. 岡山市立総合医療センター 岡山市立市民病院、2. 集中治療部、3. 救急外来、4. 看護部)

09:36 ~ 09:48

### [O8-05] A病院 ICU・救急病棟看護師のレジリエンスを獲得していくプロセス

江川 亜維<sup>1</sup>、○鈴木 渚<sup>1</sup>、澤本 菜摘美<sup>1</sup>、吉田 茂<sup>1</sup> (1. 国立病院機構千葉医療センター 看護部)

09:48 ~ 09:59

### [O8-06] オンラインを活用した情報交換・会議の有効性

–クリティカルケア認定看護師としての今後の展望–

○上原 均<sup>1</sup>、池澤 友郎<sup>5</sup>、大塚 文人<sup>2</sup>、長内 洋一<sup>3</sup>、佐藤 希<sup>4</sup>、関根 庸考<sup>6</sup>、矢嶋 恵理<sup>7</sup> (1. 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、2. 一般財団法人神奈川県警友会 けいゆう病院、3. 学校法人北里研究所 北里大学病院、4. 国立大学法人 旭川医科大学病院、5. 社会医療法人近森会 近森病院、6. 青梅市立総合病院、7. 国立大学法人 信州大学医学部附属病院)

09:59 ~ 10:10

---

09:00 ~ 09:12 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:10 第4会場)

## [O8-01] A病棟における新人看護師の教育支援

### —看護提供方式の変更に伴う課題への取り組み—

○石井 結花<sup>1</sup>、高橋 祐樹<sup>1</sup>、植木 玲<sup>1</sup>、渡邊 好江<sup>1</sup>、内田 真由美<sup>1</sup> (1. 杏林大学医学部付属病院)

キーワード：新人看護師教育、パートナーシップナーシングシステム、評価指標

【目的】 A病棟での新人看護師教育支援として、臨床看護実践能力のうち、知識、技術は、習得状況を確認できるチェックリストを活用しているが、受けもち人数を増やすタイミングは、統一した指標や評価方法がなく、支援者の評価に差異が生じていた。受けもち人数を段階的に増やしていくための指標として、STEP表と評価表を作成し、支援者が統一した視点で新人看護師の成長を評価できるようにしたが、パートナーシップナーシングシステム(PNS)が導入されることになり、1. 新人看護師の到達目標、2. 目標評価と個別支援方法、3. 主体性の育成について検討が必要になった。今回はその取り組みと今後の課題について報告する。

【研究方法】 取り組みの評価として、新人看護師4名と新人看護師支援に携わる3年目以上の看護師19名に、新人看護師の進捗状況の把握、目標や課題の明確化、主体性の育成に向けた支援の達成度について、リッカートスケールを用いた5段階評価と自由記載式のアンケート調査を実施した。回答は、単純集計および、自由記載は類似した意味内容でまとめて課題を抽出した。アンケートは無記名で実施し、所属大学の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】 新人看護師3名、3年目以上の看護師15名、計18名（回収率78.2%）から回答が得られた。3年目以上の結果は、1. 新人看護師の到達目標については、60%が「進捗状況が明確になった」、80%が「目標が明確になった」と回答していたが、個別の課題把握が難しかったという意見があった。2. 目標評価と個別支援方法については、80%が「達成内容が明確になった」、60%が「課題が明確になった」、93%が「進捗状況を共有することで課題達成に向けた支援が出来た」と回答した。3. 主体性の育成については、60%が「どちらでもない・できなかった」の回答であり、主体的に受けもちをさせる方法がわからないとの意見があった。新人看護師の結果は、STEP表や評価表を用いることで66%が課題や達成した内容が明確になったと回答したが、評価表をみても現状把握や課題がわかりにくいという意見もあった。

【考察】 PNS導入に伴い見直したSTEP表と評価表で、受けもち人数を増やすタイミングについて、新人看護師の進捗状況を統一した視点で評価し、課題に対する具体的な支援を検討できたことは、STEP表および評価表が新人看護師支援に有用であったと言える。しかし、3年目以上の看護師からは、「個別課題の把握が困難なこともあった」、新人看護師からは「現状把握や課題がわかりにくい」という意見もあったため、個別課題の把握方法については工夫が必要である。

主体性の育成については、3年目以上の看護師の半数以上が支援できていないと評価していた。新人看護師にはどのような主体性が求められているのかについて、スタッフ間で共有する場を設けていたが、主体性が広い概念であることから、主体性の捉え方に差異が生じてしまい、具体的な支援方法につなげられなかったことが要因ではないかと考えられた。PNSでは主体性が希薄になるとも言われているため、主体性がどのような意味をもち、新人看護師がどのような行動をとれば良いのかを提示し、認識を統一した上で具体的な支援方法を検討していく必要がある。

#### 【結論】

- ・ STEP表、評価表は、新人看護師の教育支援に有用であったが、個別課題の把握については見直しが必要である。
- ・ PNSにおける主体性の育成は、主体性についての認識を統一し、具体的な支援方法を検討する。

---

09:12 ~ 09:24 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:10 第4会場)

## [O8-02] 新人から継続して集中治療室に勤務する看護師の経験

### —臨床判断能力の習得に焦点を当てて—

○小倉 亜沙子<sup>1</sup> (1. 東海大学医学部付属病院)

キーワード：臨床判断、集中治療室、経験

【目的】研究目的は、新人から継続して集中治療室（以下 ICU）に勤務する看護師の経験について、臨床判断能力の習得に焦点化し明らかにすることである。その経験を言語化することで、ICU看護師自身が能力習得するための一助となる他、ICU看護師教育への示唆を得ることができると考えた。

【方法】質的記述的研究を研究デザインとして、関東圏内の三次救急指定病院2施設の ICUにおいて新人から現在まで勤務し、リーダー経験をもつ7～8年目の中堅看護師3名が研究参加者となった。データ収集は、インタビューガイドを用いた半構成的面接60分程度を1人あたり2回行い、逐語録を作成し分析データとした。分析方法は、データの精読から ICU看護師の経験がどのように臨床判断能力の習得に繋がっているのか解釈し、ICU看護師ごとに語りを再構成した。倫理的配慮として、筆者が研究実施時に在籍していた大学の研究倫理審査委員会の承認後実施した（承認番号2019-009）。データは匿名化し、個人が特定できないよう配慮した。

【結果】以下、頻出の語りを強調として“ ”と表す。1. A氏の臨床判断能力の習得の経験：A氏は自己学習を積みながらも、実際の患者急変時に“動けない”経験をした。その後 A氏は更に知識を身につけ、シミュレーションの実施から急変対応を学び備えることを重視するとともに、その知識や技術を後輩に教えるようになった。また A氏は、医師等の第三者との意見の擦り合せが、患者の療養生活を前進させようという実感も得たことで、患者について積極的に医師と意見を交わすようになった。2. B氏の臨床判断能力の習得の経験：B氏は新人の頃から、患者のバイタルサインや周囲環境の確認を重視している。当初それは病棟ルールの遵守の為に行っていたが、インシデントを振り返ることで、確認には患者の安全を保つ意味があることに気づいた。また B氏は先輩看護師との関わりがきっかけで、自分の経験や不足点を書き加えた手順書を準備するようになり、それは看護の視点の理解を深める経験となっていた。3. C氏の臨床判断能力の習得の経験：C氏は患者急変を振り返り、患者を“ちゃんと”見れていなかった自分に気づいた。その後より細密な患者観察を行うようになり、その観察が患者の変化への気づきに繋がるという実感も得た。また C氏はリーダー役割を開始する際、知識不足に不安を感じ、勉強をし直した。リーダーを執るようになると業務に追われ、患者状態を把握できず“まずい”と感じた。そこで C氏はベッドサイドのラウンドを意識して行い、実際に患者を見たり受け持ち看護師から情報を得ることで、患者把握へ活かすようになった。

【考察】ICU看護師は、行為や行動に意味付けがなされるという、点が線となる経験をしていた。この経験は次に類似の事例に直面した際の臨床判断に活用できる可能性がある。また、ICU看護師の行為や行動は、シミュレーションのような身体性を伴う学習を行うことでその再現性を高め、患者急変時など特定の状況下における瞬時の対応が可能となることが期待できる。更に ICU看護師は、先輩看護師や医師等、第三者との関わりを語っており、この関わりは、自身の知識の定着や他者の専門性や意図の共有に繋がり、その後の臨床判断に活用できる可能性がある。

【結論】ICU看護師の、行為や行動に意味付けがなされる経験や、身体性を伴う学び、他者との関わりを経験が、その後の臨床判断に活かすことができる可能性がある。看護実践の示唆として、振り返りや身体性を伴う学習を教育の機会として設けていくこと、他者と関わり意見を交わしていくことも、臨床判断能力習得の経験になりうる事が明らかとなった。

09:24 ~ 09:36 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:10 第4会場)

## [O8-03] クリティカルケア領域2年目看護師が「怖さ」を感じた看護実践場面へのリフレクション支援：ファシリテーターの関わりに注目して

○福田 美和子<sup>1</sup>、本田 多美枝<sup>2</sup>、岡部 春香<sup>3</sup>、明神 哲也<sup>4</sup>、坂本 なほ子<sup>5</sup> (1. 目白大学看護学部、2. 日本赤十字九州国際看護大学、3. 東海大学医学部看護学科、4. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、5. 東邦大学看護学部)



キーワード：リフレクション、ファシリテーション、2年目看護師

【目的】「驚き」や「怖い」感情を伴う看護実践は、当事者が深く思考するきっかけとなり、知の組み換えが起きやすい。本研究の目的は、クリティカルケア領域に勤務する2年目看護師が「怖さ」を感じた場面のリフレクション支援に向け、どのようなファシリテートがリフレクティブな対話となるのかを明らかにする。【方法】対象：クリティカルケア領域に勤務する2年目看護師とファシリテーター役の研究者で設定したグループリフレクション（以下GR）内容。設定したGR：2016・2017年に企画し実施。1回120分のGRを1か月おきに3回実施。全回出席を条件に、1グループ構成員6～7名で参加者を募集。GR方法：グループ構成員1名に話題提供を求め、関連事象について互いに話題展開する形式。ファシリテーターの役割は、話題提供者の気がかり事象の具体・抱いた感情・取り組み内容・帰結の明確化とした。データ収集方法：許可を得てGR内容を録音。分析方法：「怖い」感情が伴う話題を抽出。当事者にとっての意味からみて、ファシリテーターのつなぎ方がどうか解釈しコード(以下『』で記載)化し、リフレクション内容を再構成した。【倫理的配慮】研究代表者が属した機関の倫理委員会（26023）と必要時研究協力施設の倫理委員会の承認を得て実施。利益相反はない。【結果】各年共に所属の異なる6名がGRに参加した。「怖さ」を伴う話題は3つ抽出された。話題1は、患者をみる上でうまくいかないと感じていたAさんのリフレクションである。後輩看護師が担当した患者の急変状況から「急変前に何かしらのサインがあるというのはこれなのだ」と感じた経験を語った。『うまくいかない感じへの回答を話題とせず、その場面での当事者としての動きを確認する』と、後輩との振り返りで日ごろの観察が大事であることに驚いた経緯を語った。振り返り内容を確認するため『驚きの感情が生じたときの事実状況の整理につなげる』問いをすると、決めつけてみる恐ろしさの気づきに帰結した。話題2は、全身状態をきれなくみることに課題をもつBさんのリフレクションである。Bさんは、鎮静薬調整に難渋した人工呼吸器装着患者を担当した際、挿管チューブが気になり、点滴漏れに気づけなかったことを紹介した。『他の構成員から工夫点を引き出したい話者の気持ちにこたえる前に当事者が何に着目したのか整理する』よう求めると、挿管はつらいという先入観と、先輩の助言が有用だったことを語った。『陥りがちな傾向に触れることをせず、対応困難な状況での手がかりを得る行動にうつせた時の考えに迫る』と、患者を守り切れない怖さと挿管チューブを守る責任に気がとられていたことに帰結した。話題3は、救急搬送された脳梗塞患者をCTとMRI検査帰室直後から担当したCさんのリフレクションである。Cさんは「最後は看護師がやらなきゃいけないから怖い」と前置きし、状態が不安定なまま亡くなられた患者のアセスメントの大変さを語った。『話者の課題の指摘はせず、もやもやしたアセスメント内容に添う』と、不要な鎮静をした怖さと1年目の頃とは異なる責任の怖さを吐露した。『怖い感情を抱くまでの背景を確認する』と、自分の介入による状態変化が命に直結しアセスメントに自信が持てないと帰結した。【考察】本結果は、2年目看護師が一人前へと向かう中で経験する「怖さ」を意味付け当事者なりの教訓を得て成長するための、ファシリテートの具体が記述できたと考える。【結論】「怖さ」と向き合いながらも思考し行動した事実を批評しないファシリテートが、リフレクション支援には重要である。(JSPS科研費課題番号(26463324)の助成を受け実施)

09:36～09:48 (2022年6月12日(日) 09:00～10:10 第4会場)

## [O8-04] 臨床判断モデルを活用したOJT研修の学習効果と課題

○藤井 絵美<sup>1,2</sup>、岩元 美紀<sup>1,3</sup>、佐藤 正和<sup>1,2</sup>、相良 洋<sup>1,2</sup>、西村 祐枝<sup>1,4</sup> (1.岡山市立総合医療センター 岡山市立市民病院、2.集中治療部、3.救急外来、4.看護部)

キーワード：看護教育、臨床判断能力、心理的安全性、OJT、タナーの臨床判断モデル

### 【目的】

クリティカルケアにおける臨床判断能力の向上をはかるための取り組みとして、双方向に学び合うOJT研修「クリティカルケア・パディ・ラーニング」（以下CBL）を構築した。今回、CBL研修における学習効果と課題について明らかにし、臨床判断能力向上のための教育方法について示唆を得たので報告する。

### 【方法】

CBL研修は、心理的安全性と『タナーの臨床判断モデル』を参考に授業設計した。「導入」は管理者と受講者が心理的安全性や臨床推論などの e-learningの受講を行った。「展開」は一般病棟の看護師と救急・集中治療領域がバディとなって看護実践を行い、「まとめ」は学習ツールを用いて臨床判断した場面を振り返り、バディで症例シートを記述することとした。調査対象はCBL受講者25名と指導者12名とし、研修終了直後にCBLからの学びに関する自由回答形式の質問調査を実施した。調査は無記名で行い、回収をもって同意とみなし、A病院の倫理審査の承認を得た。自由記載で得られたデータはクリティカルケア領域のスペシャリストで5名で内容分析した。

#### 【結果】

調査回収率はCBL受講者88.0% (22名)、指導者100% (12名)であった。受講生の平均経験年数は9.2年であり、ラダーⅠが6名、ラダーⅡが14名、ラダーⅢが2名で、そのうちクリティカル領域の経験者は3名であった。指導者の平均経験年数は14.4年であり、ラダーⅡが8名、ラダーⅢが4名であった。内容分析により、45のコード、14のサブカテゴリー、5つのカテゴリーが抽出された。カテゴリーは、「初期把握」「対処パターンの獲得」「情報の意味づけ」「看護介入」「看護実践能力の発展」であった。45コードのうち、患者主体のコードは0件であった。

#### 【考察】

臨床判断プロセスは『気づき』『解釈する』『反応する』『省察する』から成り立っている。臨床判断の中で、看護師が何に気づき、どのように所見を解釈、対応したのかを振り返るには、状況・背景・関係性が影響する。今回、『タナーの臨床判断モデル』に沿った症例シートを活用することで、「初期把握」「対処パターンの獲得」を認めた。このことから、OJTを強化にしたことで『気づく』能力の向上につながったと考える。また、心理的安全性の教育と共に学び合うバディ制度によって状況・背景・関係性に良い影響が働いたと推察できた。また、CBL研修で作成した学習ツールを使用したことは、双方向の思考プロセスの整理につながり、臨床判断プロセスを踏むことができたと考える。しかし、『省察』の大部分が、看護師自身の臨床判断に関する振り返りであったことから、CBL研修の課題として、患者の介入につながる意図的なリフレクションを促進する発問を取り入れることが必要である。

#### 【結論】

心理的安全性を確保し、臨床判断能力のプロセスをふまえた一定の学習ツールを活用することはOJT研修の効果を高めることにつながった。今後、さらに学習効果を高めるために意図的なリフレクションが課題である。

09:48 ~ 09:59 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:10 第4会場)

## [O8-05] A病院 ICU・救急病棟看護師のレジリエンスを獲得していくプロセス

江川 亜維<sup>1</sup>、○鈴木 渚<sup>1</sup>、澤本 菜摘美<sup>1</sup>、吉田 茂<sup>1</sup> (1. 国立病院機構千葉医療センター 看護部)

キーワード：レジリエンス

#### 〔目的〕

A病院 ICU・救急病棟看護師のレジリエンスを獲得していくプロセスを明らかにする

#### 〔方法〕

A病院 ICU・救急病棟に所属する看護師56名を対象に①属性②二次元レジリエンス要因尺度(Bidimensional Resilience Scale: BRS 以下 BRSとする)<sup>1)</sup>の記名式質問紙調査を行った。BRSの総得点が高く、かつ獲得的要点数が高い看護師15名を対象に半構造化面接を行った。インタビュー内容は許可を得て録音し、記述データとした。意味のある文脈を切り取りコード化し、内容をカテゴリー化した。どのような業務上のストレスや困難な出来事を経験し、レジリエンスを獲得したかその様相を構造化した。本研究はA病院倫理審査委員会の承認を受けたうえで実施した。

#### 〔結果〕

66のコードから29のサブカテゴリー、7のカテゴリーが導きだされた。それぞれの【個人の準備状況】で配属された看護師は、【クリティカルケア領域という生命に直結した場】での勤務に対し【期待と不安】を感じてい

た。その状況で【クリティカルケア領域で働く看護師が受けるストレス】を感じながらも【困難を乗り越えるための支援者の存在】や【自分なりのストレス対処】行動によってストレスを乗り越え、【やりがいと成長の実感】に至る。この【やりがいと成長の実感】により【個人の準備状況】は改善され、以前よりもストレス耐性を高めていた。

〔考察〕

ストレスフルな経験はつらい経験である一方、ポジティブな感情を生み出す可能性があり、この側面に気づくことがレジリエンス獲得を促す。単に経験を重ねるのではなく、経験をどう意味づけするかが重要だと示唆される。レジリエンス獲得のために【困難を乗り越えるための支援者の存在】と【自分なりのストレス対処】は不可欠な構成要素であり、これらのバランス保持要因を整える組織的な取り組みが必要となる。

〔結論〕

それぞれの資質的要因をもつ研究対象者は、様々なストレスを受けながらも、困難を乗り越えるために支援を受けていた。特殊な環境下で、試行錯誤しながら自分なりのストレスの対処行動をとっていた。看護師としてのやりがいと成長を実感する一連の流れが、A病院 ICU・救急病棟看護師のレジリエンスを獲得していくプロセスとなっている。

引用文献 1) 平野真理：レジリエンスは身につけられるか 個人差に応じたサポートのために,東京大学出版会,p.135,137, 2015.

09:59 ~ 10:10 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 10:10 第4会場)

## [O8-06] オンラインを活用した情報交換・会議の有効性

### ークリティカルケア認定看護師としての今後の展望ー

○上原 均<sup>1</sup>、池澤 友郎<sup>5</sup>、大塚 文人<sup>2</sup>、長内 洋一<sup>3</sup>、佐藤 希<sup>4</sup>、関根 庸考<sup>6</sup>、矢嶋 恵理<sup>7</sup> (1. 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、2. 一般財団法人神奈川県警友会 けいゆう病院、3. 学校法人北里研究所 北里大学病院、4. 国立大学法人 旭川医科大学病院、5. 社会医療法人近森会 近森病院、6. 青梅市立総合病院、7. 国立大学法人 信州大学医学部附属病院)

キーワード：クリティカルケア認定看護師、オンライン、情報

【目的】クリティカルケア認定看護師は ICUや救急に限らず、一般病棟や在宅まで場所を選ばず重症患者に対する看護実践が期待されている。今後は2025年問題へ向け、患者が地域でシームレスに療養できるようサポートする必要があると考える。しかし、クリティカルケア認定看護師の配置されている部署や特定行為の活用法など各施設により活動内容は様々であり、多岐にわたる役割を各々の学習・経験で担うことは困難であると考え、オンラインを使用した会議を月1回2時間程度継続的に行なった。共通認識を抱き各地で活動する同分野の認定過程卒業生によるオンライン会議を定期的に行うことによりケアの質の維持・標準化、クリティカルケア認定看護師の日頃の活動に与える影響を調査する。

【方法】研究デザイン：実践報告。2020年度看護研修学校クリティカルケア認定看護師教育課程を卒業した7施設7名でオンラインを使用した会議を2021年4月から実施。2021年12月の時点で毎月1回2時間程度の計8回の実施。オンライン会議でのディスカッション内容を議事録として残し情報の共有・振り返りができるようにした。情報共有した内容は各施設の状況に応じて活用し、看護の質向上に役立てるように努めた。オンライン会議の有効性・課題について議事録をもとにディスカッションし今後のオンライン会議の活用方法について検討する。本研究は所属する施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】研究参加者の所属部署は救急、ICU、一般病棟など様々であり、他部署・他施設の情報を知るきっかけとなっていた。オンライン会議で得た情報をもとに各施設でのクリティカルケア認定看護師の活動内容、特定行為の実践を情報共有することで各々の状況に応じた日々の看護実践の参考としていた。特に他施設で実施されている COVID-19患者・家族対応方法やせん妄患者に対して以前まで使用していなかった睡眠剤の提案を医師に行なったことで薬剤が導入され、せん妄が改善したとの報告があった。また、月に1回の開催でモチベーションの

維持にも効果的であると意見があった。

【考察】今までは他施設のケアや治療などは、勉強会や学会などの際に共有することしかできていなかったが、オンライン会議を通じて月に1回、多施設での情報交換を実施することで、各々が活用することができている。最新の論文やガイドラインなどの情報収集・解釈を個人で行う場合と比較し、複数名での解釈や看護実践の感想などを情報共有することは知識・看護技術の定着がより効率的であると考えられる。参加人数はグループワークに適した5人前後が集まることができ、全員参加型での会議が可能であった。専門性の高いメンバーでの討議は、クリティカルケア領域における専門的知識を深めることができ、各々のレベルアップにつながっていると考える。その反面で、オンライン会議を実践するにあたり患者の情報は個人情報の取扱い上注意する必要があるため、具体的な症例検討などの情報交換は行えていないのが現状である。また、一般的な文献や論文の情報交換や、日常ケアで患者情報を含まない内容での情報交換となっており、議題によっては具体性が乏しい内容もあると考える。

【結論】タイムリーなオンライン会議での情報共有については汎用性が高く有効性は高い。ただし情報交換の内容は十分にエビデンスを考慮する必要があると考える。症例検討などを行う際には各施設の承諾などが必要になると考えられるため、今後実践していくためには協議を行っていきたい。地域の異なる施設間でオンラインを用いて研究なども行っていき、時代に応じた看護実践を各施設で行っていきたい。

一般演題

## [O9] 医療安全

座長:藤井 絵美(岡山市立市民病院)

2022年6月12日(日) 10:20 ~ 11:20 第4会場 (国際会議場 21会議室)

### [O9-01] 急変予測に関するスタッフ教育の評価と今後の課題

○谷 澄代<sup>1</sup>、山村 尚裕<sup>1</sup>、宮地 富士子<sup>1</sup> (1. 東邦大学医療センター大森病院)

10:20 ~ 10:32

### [O9-02] ICU看護師が抱く補助循環装着患者担当時の不安の実態

○池澤 友朗<sup>1</sup> (1. 社会医療法人近森会 近森病院)

10:32 ~ 10:44

### [O9-03] 院内迅速対応システムの導入・運営における看護師の工夫

○吉本 早由利<sup>1,2</sup>、江川 幸二<sup>2</sup> (1. 神戸市立医療センター西市民病院、2. 神戸市看護大学大学院)

10:44 ~ 10:56

### [O9-04] 抜管失敗に至った1事例における対応の検証

○張 葉留菜<sup>1</sup>、金 姫静<sup>1</sup>、後藤 順一<sup>1</sup>、森内 陽子<sup>1</sup> (1. 社会医療法人河北医療財団 河北総合病院)

10:56 ~ 11:08

### [O9-05] EICUにおける想定外抜去に関するインシデント発生の要因

○宮本 遼<sup>1</sup>、上澤 弘美<sup>1</sup>、路川 恵利加<sup>1</sup> (1. 総合病院土浦協同病院 EICU)

11:08 ~ 11:19

10:20 ~ 10:32 (2022年6月12日(日) 10:20 ~ 11:20 第4会場)

## [O9-01] 急変予測に関するスタッフ教育の評価と今後の課題

○谷 澄代<sup>1</sup>、山村 尚裕<sup>1</sup>、宮地 富士子<sup>1</sup> (1. 東邦大学医療センター大森病院)

キーワード：急変予測、早期警告スコア、呼吸イグザミネーション、急変時カンファレンス

【はじめに】「近年、院外心停止の蘇生率の改善は著しい。しかし、院内心停止の生存率は改善していない。(安宅・中川2015)」医療安全全国共同行動にて、「急変時の迅速対応」が求められ、多くの医療機関で院内急変対応システム (rapid response system:RRS) の導入が始まった。対象病院でも、早期警告スコア (national early warning score:NEWS) を発動基準とした RRSが導入された。対象病院 A病棟では看護師の急変予測に対する教育を、NEWS勉強会、呼吸イグザミネーションによる呼吸フィジカルアセスメントの強化、実際に起きた急変事例をもとに振り返る急変時カンファレンスという構造で教育設計図を計画し実施した。これらの教育の取り組みを振り返り、急変予測に関する教育の示唆を得ようと考えた。

【目的】急変予測に関する取りくみについて教育の効果を明らかにし、今後の急変予測に関する教育の示唆を得る。

【研究方法】1) 用語の定義 急変事例：患者の状態が悪化し ICUへ転出した事例。2) データ収集期間：2020年10月1日~10月27日。3) 研究対象者：2019年4月に A病棟に勤務していた32名の看護職員。4) データ収集方法：調査用紙の項目数と解答の選択枝。5) 分析方法：調査用紙の結果よりリーダー役割を担わない看護師を「1群」、リーダー役割を担う看護師を「2群」とし分析した。

【倫理的配慮】対象病院の倫理委員会の承諾 (承認番号 M20094) を得た。調査用紙は無記名とし、対象者の特定や不利益がされないようにデータ収集において、病棟外の職員の協力を得て実施した。

【結果】対象者32人へアンケートを配布し27人から回収を得た。欠損値のあった1人を除外し26人を分析対象とした (有効回答率96.3%)。設問「NEWSスコア勉強会が急変予測に役立ったか」は、「大変役立っている」1群2人 (14%) 2群3人 (25%) 「まあまあ役に立っている」1群10人 (71%) 2群6人 (50%) 「どちらでもない」1群2人 (14%) 2群1人 (8%) 「あまり役立っていない」2群2人 (16%) であった。設問「呼吸イグザミネーションが急変予測に役立ったか」は、「大変役立っている」1群5人 (35%) 2群5人 (41%) 「まあまあ役に立っている」1群7人 (50%) 2群6人 (50%) 「どちらでもない」1群2人 (14%) 2群1人 (8%) であった。設問「急変時カンファレンスにおいて急変予測に役立ったか」は「大変役立っている」1群3人 (21%) 2群5人 (42%) 「まあまあ役に立っている」1群7人 (50%) 2群6人 (50%) 「どちらでもない」1群3人 (19%) 2群1人 (8%) であった。設問「急変予測に関してどの程度の不安があるか」において「大変感じる」「少し感じる」と回答した24人のその要因は、「呼吸」23人 (95%)、「意識レベル」22人 (91%) であった。自身の急変時の不安要因は「知識」「急変対応の経験値」19人 (79%)、「看護技術」18人 (75%) であった。自身の急変時の不安要因を1群と2群と比較すると1群の方がより不安があると回答していた。

【考察】これらの取り組みは、80%以上のスタッフが急変予測に役立ったと回答していることから教育効果があったと考える。1群は急変予測の指標を学習することで経験を補うことができ効果があった。2群は急変時カンファレンスで思考を訓練し実践に備えることができ効果があった。

【結論】急変予測に関する教育設計図は、準備・実践・実践の振り返りという構造になっていたことが、学習転移を促し実践に即した教育方法であった。

10:32 ~ 10:44 (2022年6月12日(日) 10:20 ~ 11:20 第4会場)

## [O9-02] ICU看護師が抱く補助循環装着患者担当時の不安の実態

○池澤 友朗<sup>1</sup> (1. 社会医療法人近森会 近森病院)

キーワード：看護管理、補助循環、教育、ECMO・IMPELLA・IABP

【目的】ICUで働く看護師は患者の重症度や環境の中にある緊張感により、過酷な状況に直面する機会が多く、看護実践におけるストレスが他の病棟より多いとされている。近年では医療機器の進歩などにより高度な医療が日

常的に行われる様になり、ECMO、IMPELLA、IABPは集中治療に欠かせない補助循環装置として使用される頻度が多くなっている。補助循環を使用されている患者に関しては重症度が必然的に高くなり、合併症の併発や不幸な転機をたどることも多く、看護師の業務に関わる精神的苦痛は通常よりも大きくなると考える。今回、A病院ICUスタッフを対象に補助循環装着患者担当時の不安の実態を明らかにするため調査を行った。調査結果をもとに、今後のスタッフの業務・精神的サポートや教育に役立てていきたいと考えるため報告する。

【方法】 A病院ICUスタッフを看護師38名に対し『経験』『知識』『トラブル対応』『準備性』にカテゴリー分けしアンケート調査を行った。A病院で採用されている補助循環のECMO、IMPELLA、IABPの3種に分類して集計を行い、不安の要因の考察を行った。また、本研究はA病院倫理審査に基づき研究・発表の許可を得た。

【結果】 アンケート回収率87%(33/38)。対象の看護師経験年数は1年目から17年目(中央値6年目)で、ICUの経験年数は1年目から9年目(中央値3年目)。それぞれ補助循環を担当した経験はIABP96%、Impella49%、ECMO45%。そのうち担当する上で常時以上に不安をいただいているスタッフは、IABP87%、Impella93%、ECMO93%と担当スタッフの多くが不安を抱いている結果となった。補助循環に関する知識については経験回数が増えるごとに理解度が高くなる結果であった。主な不安の要因は「経験不足」「トラブル対応がわからない」「病態理解が困難」が約半数以上を占めていた。ECMOに関しては「人的サポート不足」を感じるスタッフが半数以上を認める結果となった。

【考察】 いずれの補助循環も経験不足による不安が上位を占めた。A病院の2020年度の補助循環の症例件数はECMO26件、IMPELLA17件、IABP69件であり、その症例件数から担当機会が限られるため経験不足による不安が生じていると考えられる。補助循環に対する知識に関しては経験回数と相関して得ることができており On-the-job-trainingは有効であると考えられる。しかし、一定の知識を伴っていても不安の軽減には有効性を示さないことが示唆された。また、ECMOやIMPELLAなどの侵襲度の高い補助循環になるほど人的サポート不足による不安が明らかとなった。侵襲度の高い補助循環装着患者は必然的に重症度が高くなり、補助循環だけでなく人工呼吸器管理や血行動態管理など病態のアセスメントが複雑化する。そのため、機器の管理に割く時間が増えケアや対応に難渋し、不安を感じているのではないかと考える。看護師の配置の工夫や看護様式の変更、フォロー体制の工夫なども考慮し不安の軽減に努めていく必要があると考える。また、実際にはトラブルを経験するスタッフが少ないのも現状であり、不安の要因の一つとなると考える。現状では、経験不足やトラブル対応に対する積極的な取り組みを行ってこなかったため、管理体制の面も不安の要因となっているのではないかと考える。

【結論】 補助循環装着患者の担当に関しては常時以上に不安を抱く実態が明らかとなった。今後は経験不足を補うための症例検討会やリフレクションの機会を設け、担当へ向けての準備性を高める工夫など対策を行っていく必要があると考える。スタッフのメンタルサポートも行いながら様々な工夫で不安の軽減に努め、安全な補助循環の管理を行っていきたい。

---

10:44 ~ 10:56 (2022年6月12日(日) 10:20 ~ 11:20 第4会場)

## [O9-03] 院内迅速対応システムの導入・運営における看護師の工夫

○吉本 早由利<sup>1,2</sup>、江川 幸二<sup>2</sup> (1. 神戸市立医療センター西市民病院、2. 神戸市看護大学大学院)

キーワード：院内迅速対応システム、看護師、導入・運営の工夫

### 〔目的〕

院内迅速対応システム(以下、RRS)の導入・運営において、院内迅速対応チーム(以下、RRT)に所属する看護師の工夫を明らかにする。

### 〔方法〕

ホームページ上でRRTの活動を公開している日本国内の施設から選定した9施設の看護師9名に対してオンラインによる半構造化インタビューを実施し、院内迅速対応システムの導入に至るまでの取り組み、運営における試行錯誤や現在の取り組み、今後の構想について質問した。インタビューデータを逐語録にしてコード化し、コードの本質的な意味の類似性に着目して抽象度を上げ、サブカテゴリー、カテゴリーの生成を行った。本研究は神戸市看護大学倫理委員会の承認を得て実施し、研究参加者によるメンバーチェックングを行って分析結果の確実性

を確保した。

#### 〔結果〕

分析の結果、38サブカテゴリー、6カテゴリーが抽出された。カテゴリーを【 】で示す。RRSに関心のある看護師がRRS導入を提案し、病院幹部とRRSの方向性を共有してトップダウンでRRSを導入することで【病院全体で組織的にRRSに取り組めるように働きかけ(る)】ていた。その看護師はRRTを結成し、RRS導入後は窓口となって相談を受け初期判断を行うという【RRTの活動の重要な役割を担(う)】っていた。そして、医療行為が必要な場合には【RRT看護師が医師と連携(する)】し、心停止に近い状態や治療方針を決定する段階にある場合、心肺蘇生を試みない方針が決定している場合にも対応することで、看護師だけでなく主治医の診療もサポートしていた。RRT看護師は、積極的に病棟に足を運んで声をかけるなど病棟看護師が安心して相談できる関係を築き、相談内容に制限を設けずどんな相談にも対応していた。また、心停止や重症化を予防できた事例を病院全体に伝え、病棟看護師や主治医がRRTに相談することのメリットを感じられるようにして【病棟看護師や主治医がRRTに相談しやすい環境を作(る)】っていた。RRT看護師は相談に対応するだけでなく、呼吸に関するインシデントを防ぐ、重症者の回復を促すという【心停止や重症化を予防する活動(を)する】していた。それらの活動を行うため、RRT看護師は【RRTメンバーが活動しやすい環境を作(る)】っており、急性期の分野に長く多職種との調整ができるメンバーでRRTを結成し、メンバー同士で協力したりRRT看護師が所属する部署や看護部のサポートを得たりしながら、専属や通常業務との兼務でRRTの活動を行っていた。

#### 〔考察〕

RRSの導入・運営については、RRTを結成する医師や看護師のマンパワー不足、管理部門からのサポート不足、主治医の賛同や協力が得られない、病棟看護師がRRTに相談しづらい状況があり相談件数が増加しないなどといった問題が指摘されている。そのため、RRS導入を考えている看護師がRRSの目的や意義、その効果についてデータを用いて病院幹部に説明し、トップダウンでRRSを導入できるように働きかけることがスムーズなRRSの導入につながると考える。そのうえでRRT看護師が中心となってRRSの周知や病棟看護師への教育を行い、RRT看護師が病棟を訪れて直接相談を受けたり、病棟看護師が安心して相談できる関係を築いたりし、RRTが対応する事例を積み重ねて病棟看護師や医師がRRTに相談することのメリットを感じられるようにするという工夫を行うことは、RRTへの相談件数を増加させ、多くの患者の安全を守ることに寄与する重要な取り組みであると言える。また、マンパワー不足からRRSを24時間365日稼働させることが困難な場合でも、RRTメンバーだけでなく多職種や多部門と連携し、当直医やICU看護師の協力を得て夜間休日の相談に対応することで、RRSを病院に定着させることができると考える。

10:56 ~ 11:08 (2022年6月12日(日) 10:20 ~ 11:20 第4会場)

## [O9-04] 抜管失敗に至った1事例における対応の検証

○張 葉留菜<sup>1</sup>、金 姫静<sup>1</sup>、後藤 順一<sup>1</sup>、森内 陽子<sup>1</sup> (1. 社会医療法人河北医療財団 河北総合病院)

キーワード：再挿管事例、M&Mカンファレンス

【背景】人工呼吸器装着期間の短縮は、患者のADL・QOLを改善することが報告されている。当院ICUにおいても、人工呼吸器からの早期離脱、抜管、さらに抜管後の観察を目的としたプロトコルを作成し運用している。しかしプロトコルを運用していても、抜管失敗が多いとされる72時間以内の再挿管事例は6.7%存在している。そのため、より確実な抜管前後の観察と評価が求められる。しかし今回、抜管失敗の判断が遅れ、その後の対応に時間を有した事例を経験した。この事例から、医師・看護師間でMortality & Morbidity conference (以下M&M)での検証を行い、改善策を検討した。

【目的】抜管失敗の判断とその後の対応に時間を有した事例に対してM&Mでの検証を行い、改善策を検討する。

【方法】対象の患者がICUへ入院した日から、再挿管までの5病日の情報を診療録から収集した。患者に関わった医療者からインタビュー調査を行い、聴取した情報をまとめ、関わった医師と看護師でM&Mを行い検証した。本調査研究は当施設倫理委員会の承認を得たうえで実施した。

【結果】1) 事例紹介、患者は上腸間膜動脈症候群による嘔吐から誤嚥性肺炎をきたし、人工呼吸器管理となり



ICUへ入院した。2病日目に自発呼吸トライアルに成功し、3病日目に抜管した。抜管直後より、痰の喀出が困難であり、頻回な痰の吸引を必要としていた。抜管35時間後には痰の喀出困難と共に、酸素需要が上昇し頻呼吸を呈した。しかし医師へ抜管失敗の基準に該当したことを報告したのは、その17時間後であった。抜管56時間後に気道分泌物の貯留と低酸素により再挿管となった。

2) 分析、M&Mを行った結果、認知エラーでは「間違った知識」の要因が関与していることが考えられ、看護師におけるアセスメント不足があげられた。また、72時間以内は再挿管リスクが高いという認識が不足していたことがあげられた。システムエラーでは「患者要因」「チーム要因」「教育要因」などがあげられた。患者要因では、患者は抜管失敗の基準に該当する分泌物過多や頻呼吸、低酸素血症を呈していたことがあげられた。チーム要因では、抜管失敗に対する医師と看護師とのディスカッションの不足があげられた。また、再挿管が行なわれた日は祝日で、担当医師は不在であった。そのため医師間での情報共有の不足もあげられた。教育要因では、再挿管の可能性を視野に入れた、アセスメントの教育が不十分であることがあげられた。

3) 改善策、72時間以内の再挿管は抜管失敗であるという認識を常にもち、抜管後におけるアセスメントの教育と、抜管失敗の基準の周知が必要である。また、医師との情報共有と協議を密にすることが重要である。

【考察】抜管失敗による再挿管は、人工呼吸期間を延長し院内死亡率を上昇させることが知られている。そのため、抜管直後はプロトコルを用いて注意深く観察している。しかし今回の調査から、時間が経過し勤務者が交代してゆく中で、抜管後72時間以内の患者であるという認識が薄れてしまうことが考えられた。また、医師は交代制のシフトで勤務をするため、担当医師が不在の場合、患者の経過を熟知している医師はいない。このことから、常に患者を観察しているICU看護師は、勤務帯の患者の経過だけにとどまらず、抜管からの経過を確認し続けることが重要であると考え。また、その情報を看護師・医師間で共有し、状態の変化について協議することが必要であると考え。

【結論】抜管からの時間経過を把握し、72時間以内は再挿管のリスクが高いという認識を持つ必要がある。また、継続した観察を医療チームで行っていけるよう、看護師・医師間での情報共有を行うことが今後の課題である。

11:08 ~ 11:19 (2022年6月12日(日) 10:20 ~ 11:20 第4会場)

## [O9-05] EICUにおける想定外抜去に関するインシデント発生の要因

○宮本 遼<sup>1</sup>、上澤 弘美<sup>1</sup>、路川 恵利加<sup>1</sup> (1. 総合病院土浦協同病院 EICU)

キーワード：インシデント、想定外抜去、要因、ICU

### 【研究目的】

EICUにおける想定外抜去に関するインシデントの発生要因を明らかにする。

### 【研究方法】

1. 分析対象：EICUにおいて想定外抜去が発生した際に作成したインシデントレポート 2. 研究期間：2019年4月1日～2021年3月31日 3. データ収集方法：EICUで生じたインシデントの中で、想定外抜去に関するインシデントレポートを集計する。4. 分析方法：想定外抜去に対するインシデントレポートを集計し想定外抜去発生時の事例内容や背景を抽出。抽出したデータをテキストマイニング(KH Coder)で前処理を行い、抽出語の確認と共起ネットワークを表示。表示したデータを使用し、発生時に生じているものや関連するものを絞り込み、可視化して要因を明確にする。5. 倫理配慮：病院倫理審査委員会承認

### 【結果】

1. 概要：EICUで発生した想定外抜去は56件を対象とした。2. 想定外抜去発生時の共起ネットワーク分析：語句の出現パターンや強さは白、灰色、黒の順で中心性が高くなる。共起の強さは、点線、線、太線の順で共起が強くなる。看護師要因では、危険予知、看護師不足の中心性が高かった。危険行動の予知や看護師間で情報共有が不十分なこと、休憩による看護師の人員不足が看護師との共起が強かった。患者要因では、鎮静剤、麻薬の持続的な使用、漸減、抑制を外す、老年期の中心性が高かった。看護師、患者双方の要因では、患者の不穏時のインシデント発生と看護師が不足している事の共起、中心性ともに低かった(図1)。

【考察】

看護師要因は、危険予知、看護師の不足の共起が強い事から看護師が患者の行動への危険予知が出来ていない事、担当看護師が休憩中の人員不足が想定外抜去の発生要因と考える。また CAM-ICUは、陰性時の中心性が高い。CAM-ICU陽性時、看護師は危険予知の精度が高まり、意図的に危険予知を行い想定外抜去を予防できる。しかし陰性時は、危険予知の精度が低下し、想定外抜去が発生すると考える。CAM-ICUの感度は75.5～81.0%(J-PADガイドライン,2014)であり、捉えられないせん妄を見逃す事も考えられる。患者要因は、老年、鎮静、持続が患者との中心性、共起ともに高く、高齢者への持続的な薬剤投与は、想定外抜去の発生要因と考える。鎮静剤使用は意識の混濁を招く恐れがあり、危険予知が出来ないと想定外抜去が発生する可能性が高くなると考える。以上のことから、継続的に危険予知訓練を進める事で、危険予知の精度が向上し想定外抜去を予防出来ると考える。

一般演題

## [O10] 看護管理ほか

座長:安藤 直美(岡山市立市民病院)

2022年6月12日(日) 11:40 ~ 12:50 第4会場 (国際会議場 21会議室)

### [O10-01] 集中治療室看護師の集中治療後症候群に対する認知度とケアについての実態調査

○岡田 晋太郎<sup>1</sup> (1. 福岡市民病院)

11:40 ~ 11:52

### [O10-02] 外科系集中治療室における早期経腸栄養開始を目指した取り組み —早期経腸栄養開始の判断基準の検討—

友添 祐子<sup>1</sup>、○津城 香奈<sup>1</sup>、松山 真理<sup>1</sup>、前田 紗英子<sup>1</sup>、上川 朋美<sup>1</sup>、杉島 寛<sup>1</sup>、七種 伸行<sup>2</sup> (1. 久留米大学病院 看護部、2. 久留米大学外科学講座小児外科部門)

11:52 ~ 12:04

### [O10-03] 集中治療室勤務の中堅看護師の職務継続に影響する経験

○中川 あゆみ<sup>1</sup>、岡田 佑果<sup>1</sup>、栗田 健志<sup>1</sup>、山田 裕紀<sup>1</sup>、平野 智子<sup>1</sup> (1. 広島大学病院)

12:04 ~ 12:16

### [O10-04] 半構造化面接によって見いだしたわが国におけるクリティカルケア看護師の Moral Distressの様相

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

12:16 ~ 12:28

### [O10-05] 集中治療室の中堅看護師のキャリア・プラトーの様相

○工藤 孝子<sup>1</sup>、佐藤 まゆみ<sup>2</sup> (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院、2. 順天堂大学大学院医療看護学研究科 がん・クリティカルケア 看護学)

12:28 ~ 12:39

### [O10-06] 重症患者の回復過程における看護援助—患者の回復意欲に焦点を当てて—

○橋本 彩花<sup>1</sup>、林 優子<sup>1</sup> (1. 関西医科大学 看護学部 (クリティカルケア看護学領域))

12:39 ~ 12:50

11:40 ~ 11:52 (2022年6月12日(日) 11:40 ~ 12:50 第4会場)

## [O10-01] 集中治療室看護師の集中治療後症候群に対する認知度とケアについての実態調査

○岡田 晋太郎<sup>1</sup> (1. 福岡市民病院)

キーワード：集中治療室看護師、集中治療後症候群、認知度、ケア

【目的】 A病院集中治療室看護師の PICS認知度と、PICSを含めた合併症予防ケアの実態を明らかにする。

【方法】 1.研究デザイン：記述的研究。2.研究参加者：ICU看護師10名。3.期間：令和3年4月～9月。4.データ収集方法：関連する文献を基に PICSについて4項目の質問を作成し、構成的面接を行った。(以下質問内容) 1) 研究参加者の背景。2) PICS、PICS-Fという言葉を知っているか。3) PICS予防を目的として実践しているケア内容を、身体的障害予防、精神的障害予防、認知的障害予防に分け、自由に語ってもらった。4) PICS-F予防を目的として実践しているケア内容を自由に語ってもらった。5.データの分析方法：ケア内容について自由回答した項目は逐語録として書き起こした。研究参加者を PICSについて「知らない」と答えたものを知らない群、その他を知っている群と分類して比較した。回答で得られたケア内容はグループ化し、ネーミングした。6.倫理的配慮：本研究は対象施設倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】 1.研究参加者の背景：ICU経験年数の平均は3.9年(±3.92)であった。2.PICS、PICS-Fの認知度：知っている群は4名であった。そのうち PICS-Fを「知っている」と返答したのは2名であった。知らない群は6名であった。3.PICS予防に対するケアの実態：身体的障害予防は、知っている群で6種類、知らない群で4種類のケア内容が得られた。精神的障害予防は、知っている群で8種類、知らない群で10種類のケア内容が得られた。認知的障害予防は、両群でそれぞれ7種類のケア内容が得られた。4.PICS-Fに対するケアの実態：それぞれの群で8種類のケア内容が得られた。

【考察】 PICSの認知度は4割であり、先行研究の6割と比べて低かった。これは先行研究より ICU経験年数が短いことが影響していると考えられた。さらに PICSが認知されていない要因として、集中治療系の学会での講演や雑誌への掲載など知識を得る機会が限局され、PICSに関する情報を獲得する看護師が限られているため、いまだに十分に浸透していない現状であると考えられる。PICS-Fの認知度は PICS以上に低かった。知らない群でも、知っている群と同様に、せん妄のモニタリングやせん妄に対する非薬理的介入、リハビリ、鎮痛を行っており、これは早期リハビリ加算や施設としての取り組みが影響していると考えられた。PICS予防として ABCDEFGHバンドルが有用であると言われていたが、知っている群でも、バンドルの活用が十分にできているわけではなかった。知識として獲得するだけでなく、各個人で意識することや施設として取り組み、点で行われているケアを線で行っていく必要がある。PICS-F予防のケアでは、どちらの群においても、家族の上位ニードである「情報」「接近」「保証」のニードに対するケアを実践していた。PICS-F予防のケアとして重要なことは、いずれかを単独で実施するのではなく、総合して実施することである。そして、家族もケアの対象者であると認識して関わるのが重要であると考えられる。

【結論】 1.PICSの認知度は低く、ICU経験年数の影響が示唆された。PICS-Fは、PICS以上に認知度が低かった。2.PICSの知識に関わらず、PICSや PICS-Fの予防ケアができていた。十分な介入には、点で行っているケアを線で行っていく必要がある。また、家族をケアの対象者と認識して関わるのが重要である。

11:52 ~ 12:04 (2022年6月12日(日) 11:40 ~ 12:50 第4会場)

## [O10-02] 外科系集中治療室における早期経腸栄養開始を目指した取り組み —早期経腸栄養開始の判断基準の検討—

友添 祐子<sup>1</sup>、○津城 香奈<sup>1</sup>、松山 真理<sup>1</sup>、前田 紗英子<sup>1</sup>、上川 朋美<sup>1</sup>、杉島 寛<sup>1</sup>、七種 伸行<sup>2</sup> (1. 久留米大学病院 看護部、2. 久留米大学外科学講座小児外科部門)

キーワード：外科系集中治療室、早期経腸栄養

【目的】 A病院外科系集中治療室（以下、SICUとする）は各科の医師が主治医となり治療方針を決め管理をするオープンICUであり、経腸栄養開始に関する統一した基準はない。そのため、患者の状態にあった経腸栄養の開始時期を見逃しているのではないかと疑問に感じることがあり、プロトコルなどの具体的な栄養開始基準があれば、適切な時期に経腸栄養を開始できるのではないかと考えた。そこで、SICUにおける早期経腸栄養開始基準の作成に向け、経腸栄養開始時期と、A病院の内科系集中治療室で使用している早期経腸栄養プロトコル（以下、プロトコルとする）に準じて開始可能と判断された時期について調査し、プロトコル使用の妥当性を明らかにする。

【方法】 2018年4月～2021年3月の調査期間に緊急手術となり、術後1日目に抜管できず、かつ経腸栄養が必要となった心・大血管外科患者を対象とした。18歳未満の小児患者は除外した。プロトコルの開始基準である乳酸値 $3\text{mEq/L}$ 未満、平均血圧 $65\text{mmHg}$ 以上に該当する日を「プロトコル該当日」、実際の開始日を「開始日」として単純集計し、経腸栄養開始時期について検討した。また、本研究は久留米大学倫理委員会の承認（研究番号21266）を得て実施した。

【結果】 調査対象者は、心・大血管外科患者120名で、そのうち適応基準に該当した患者は28名、平均年齢は $73.4\pm 11$ 歳であった。該当者の内訳は、人工心肺を用いた開胸術が21名、開腹術4名、開胸開腹を伴わないステントグラフト内挿術（以下、ステントグラフト内挿術とする）3名で、その内、補助循環装置使用患者は7名であった。プロトコル該当日平均は、全体で術後 $3.43\pm 5.46$ 日目であり、開胸術患者は $3.76\pm 6.23$ 日目、開腹術患者は術後 $2.75\pm 1.48$ 日目、ステントグラフト内挿術患者は $2\pm 0.82$ 日目、補助循環装置使用患者は $6.43\pm 10$ 日目であった。実際の開始日平均は、全体で術後 $5.21\pm 4.03$ 日目、開胸術患者は $4.19\pm 2.92$ 日目、開腹術患者は $11.75\pm 4.32$ 日目、ステントグラフト内挿術患者は $3.67\pm 0.94$ 日目、補助循環装置使用患者は $4.14\pm 2.23$ 日目であった。プロトコル該当日と開始日の差の平均は、開胸術患者 $0.43\pm 6.27$ 日、開腹術患者 $9\pm 4.12$ 日、ステントグラフト内挿術患者 $1.67\pm 0.47$ 日、補助循環装置使用患者 $-2.29\pm 9.13$ 日であった。対象患者のうち24名がGFOを初回投与とし、その後17名はほかの栄養剤へ切り替えていた。選択された栄養剤はほとんどが増粘剤を用いて投与する半消化態栄養剤であり、残りは高濃度・粘度可変型製剤、成分栄養剤であった。

【考察】 プロトコルを使用することで、心・大血管外科患者は、術後3日目には経腸栄養を現在よりも早期に開始できると考える。さらに重症患者では、重要臓器への血流が優先され、カテコラミン投与時はより腎や腸管、末梢側の血管は収縮することから、患者の病歴や病態を考慮し開始時期、投与方法の検討が必要であるが、補助循環装置使用中は、心臓仕事量の軽減とともに血流補助を行うため、プロトコルの開始基準を満たせば、重症症例であっても早期経腸栄養開始ができるといえる。しかし腹部人工血管手術で開腹操作を行った場合、腸管麻痺を起こしやすいため、経腸栄養開始が遅れたと考えられる。また挿管日数が長くなることで逆流による流れ込み、誤嚥が懸念されるが、粘度可変型製剤を選択すれば安全性が確立しやすいと考える。

【結論】 SICUにおいて、プロトコルを活用することで、経験値だけでなく客観的な指標となり、心・大血管外科患者に対してより早期に経腸栄養が開始される可能性がある。

12:04～12:16 (2022年6月12日(日) 11:40～12:50 第4会場)

## [O10-03] 集中治療室勤務の中堅看護師の職務継続に影響する経験

○中川 あゆみ<sup>1</sup>、岡田 佑果<sup>1</sup>、栗田 健志<sup>1</sup>、山田 裕紀<sup>1</sup>、平野 智子<sup>1</sup> (1. 広島大学病院)

キーワード：集中治療室、中堅看護師、職務継続

〔目的〕 本研究の目的は、集中治療室勤務の中堅看護師が職務継続の危機に陥った経験と危機を乗り越えた経験を明らかにすることで、集中治療室看護師への職務継続支援について示唆を得ることである。

〔方法〕 研究デザイン：質的記述的研究 対象：A病院外科系集中治療室勤務の経験年数3年以上7年以下の看護師6名。研究期間：2021年5月～2022年1月。調査方法：先行研究を参考にインタビューガイドを作成し、半構造化面接を行った。インタビューはプライバシーが確保される場所で行い、承諾を得た上でICレコーダーで録音した。分析：逐語録に起こしたインタビュー内容をコード化し、類似性に基づきサブカテゴリー化を行った。さら

に、サブカテゴリーの共通性を検討し、抽象度を上げカテゴリー化した。その後、カテゴリー間の関係性について時系列を考慮しながら検討した。

〔倫理的配慮〕所属施設の倫理審査委員会の承認を得た上で行った（承認番号:2021016）。調査協力依頼文書と口頭にて趣旨・目的、匿名性の確保、データの取り扱いと保管、結果の公表などを説明した。調査協力は自由意思であり、諾否によって不利益を被らないこと、同意後の撤回も可能であることを説明し、同意文書の署名・提出を求めた。

〔結果〕職務継続の危機に陥った経験として、【苦手な人の存在】、【コミュニケーション困難による仕事のしにくさ】、【先輩からの辛辣な発言】、【他者からのネガティブな評価による自信喪失】、【望むキャリアプランとの不一致】、【業務と残務のストレス】、【看護実践上の不安】、【患者からのレスポンスの少なさ】、【クリティカルケアに対する重圧】のカテゴリーが抽出された。また、職務継続の危機を乗り越えた経験として、【対人関係能力の向上】、【先輩への反骨精神】、【仕事上の問題に対応できるコーピング方法や経験】、【同僚のサポート】、【望むキャリアプランとの一致】、【仕事へのやりがいとなる出来事】、【勤務形態や医療の質への満足感】、【仕事上の能力の向上】、【重症患者担当により高まる責任感】のカテゴリーが抽出された。

〔考察〕職務継続の危機に陥った経験と危機を乗り越えた経験に共通して職場での人間関係・キャリアプラン・看護実践能力に関係するカテゴリーが得られた。その中には、【対人関係能力の向上】や【仕事上の能力の向上】など自身のスキルを向上させ危機を乗り越えたものや、【同僚のサポート】や【仕事へのやりがいとなる出来事】のように他者からの支援や出来事によって危機を乗り越えたものがあり、先行研究と同様な結果を示した。集中治療室の特徴として、職務継続の危機に陥った経験には【クリティカルケアに対する重圧】、危機を乗り越えた経験では【重症患者担当により高まる責任感】が挙げられた。

刻々と容態変化する重症患者への看護実践には高度な知識、アセスメント、看護技術が求められる。故に、実践レベルの違いによりリアリティショックや負担感を生じやすく、経験年数を重ねても時として看護実践に対する不全感を抱くことも少なくない。一方で、それらが責任感の向上に繋がっている可能性も踏まえ、実践レベルに応じた支援が必要である。

〔結論〕集中治療室の中堅看護師が職務継続に陥った経験として【クリティカルケアに対する重圧】、それを乗り越えた経験として【重症患者担当により高まる責任感】があり、実践レベルに応じた支援の必要性が示唆された。

12:16 ~ 12:28 (2022年6月12日(日) 11:40 ~ 12:50 第4会場)

## [O10-04] 半構造化面接によって見いだしたわが国におけるクリティカルケア看護師の Moral Distressの様相

○松田 麗子<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup> (1. 名古屋女子大学健康科学部看護学科、2. 名古屋市立大学大学院看護学研究科)  
 キーワード：クリティカルケア看護師、Moral Distress、半構造化面接

### 【目的】

クリティカルケア看護師は、倫理的問題が潜在する臨床状況において Moral Distress (以下、MD) を引きおこす可能性に曝されている。MDは看護師が看護観に基づいて倫理的に行動したいのに、何らかの制約によりそれができず、心理的苦痛を感じる体験である。我々はこれまでに質的研究のメタ統合により、看護師本人の看護観に基づく倫理的行動、それを妨げた状況、その際の心理的負担感というMDの構成要素とその様相を見出した。本研究の目的はメタ統合の結果に加え、クリティカルケア看護師のMDを半構造化面接により明らかにすることである。

### 【方法】

研究参加者は、看護師経験5年以上かつ、救命救急センター・ICU（成人対象）に勤務3年以上の看護師とし

た。研究デザインは、質的帰納的研究としデータは日常の看護実践における MDの体験について半構造化面接より得た。分析方法は、倫理的問題に対して看護師本人が適切だと思っていたこと、それを妨げた状況、その際の心理的負担感を表す文章をそれぞれ抜き出してコード化し、類似したコードからカテゴリ化を行った。このプロセスは共同研究者間で一致をみるまで討議を繰り返し信頼性・妥当性の確保に努めた。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。

#### 【結果】

研究参加者は、クリティカルケア経験年数5～18年の看護師10名であった。看護師本人の看護観に基づいた倫理的行動は《救命と回復への集中》、《患者の人間性の尊重》を含む5カテゴリが抽出された。これらを妨げた状況は《危機的状況にある患者・家族と医療者との共通理解の困難さ》、《患者・家族を中心とした治療・処置やケアの不十分さ》を含む5カテゴリが抽出された。心理的負担感は、自責の念、無力感、怒りなどであった。

#### 【考察】

本結果より関係性を表した(図1)。本研究では、メタ統合の結果とほぼ同様のカテゴリが形成されたが、サブカテゴリでは以下の新知見が得られた。看護師本人の看護観に基づいた倫理的行動では〔自らの経験を蓄積し看護ケアへ活かす〕、〔倫理的問題を口にさせる職場を作る〕であった。これらを妨げた状況では〔患者予後に対する家族と医師・看護師との認識の違い〕、〔患者背景を把握する困難さ〕、〔事故発生時に負わされる責任への危惧〕であった。心理的負担感では、自己嫌悪、欺瞞、怒りなどであった。クリティカルケア看護師への面接によって、より現実的な MDの様相が明らかになった。

12:28 ~ 12:39 (2022年6月12日(日) 11:40 ~ 12:50 第4会場)

## [O10-05] 集中治療室の中堅看護師のキャリア・プラトーの様相

○工藤 孝子<sup>1</sup>、佐藤 まゆみ<sup>2</sup> (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院、2. 順天堂大学大学院医療看護学研究科 がん・クリティカルケア 看護学)

キーワード：キャリア・プラトー、中堅看護師、集中治療室

【目的】超高齢・多死社会を迎えるにあたり急性期医療のニーズは高く、集中治療室(以下 ICU)のような急性期高度医療分野で高い専門性を持つ中堅看護師は組織にとっても必要不可欠な人的資源である。しかし、働く人のキャリアには紆余曲折があり、ときに停滞し、キャリア・プラトーの状態になることがある。本研究の目的は、ICUの中堅看護師がキャリアを中断せずにいきいきと働き続けられるような支援を検討するために、ICUの中堅看護師のキャリア・プラトーの様相を明らかにすることである。

【方法】以下の条件をみたす者を対象にインタビュー調査を実施した。① ICUに配属されて中堅看護師時代(ICU経験3～15年)にキャリア・プラトーになったことがある②過去のキャリア・プラトーを乗り越えた経験がある③キャリア・プラトーを乗り越えて3年以内で現在もICUに勤務している。得られたデータは修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した。本研究は、順天堂大学大学院医療看護学研究科研究等倫理委員会の承認を得て実施した(順看護倫第2021-5号)。

【結果】研究協力者は12名で、ICU経験年数は平均9.0年、キャリア・プラトー時のICU経験年数は平均5.2年であった。分析の結果、生成された概念は22概念で、このうち11概念から5カテゴリが生成され、残り11概念はカテゴリと同等の説明力を持つ概念であった。そしてこれらから3つの<コアカテゴリ>が形成され、以下のストーリーラインが作成された。ICUの中堅看護師のキャリア・プラトーの様相とは、ICUに配属され、<課題をクリアすることにより仕事が充実する>ものの、様々な理由から<自分のやりたいことができずに行き詰まる>り、キャリア・プラトーの状態となる。しかし、<自分のやりたいことができずに行き詰まる>りながらも、自ら目標を自ら見つけ、あるいは、他者の支援を得て目標を見つけて行き詰まりを乗り越えるプロセスであることが明らかとなった。

【考察・結論】ICUの中堅看護師のキャリア・プラトーの様相は、<課題をクリアすることにより仕事が充実する>、<自分のやりたいことができず行き詰まる>、<目標を見だし行き詰まりを乗り越える>をコアカテゴリ

とするプロセスであることが明らかになった。中堅の域に達した ICU看護師は、課題をクリアし仕事の充実を体験したものの、様々な理由から自分の次の目標が設定できず、あるいは目標設定できてもそれが達成できず仕事に行き詰まることでキャリア・プラトーの状態に至ると考えられた。そして、「ICUでの医療・看護にジレンマを感じて行き詰まる」、ICUでの役職数には限りがあることによる「ICUでの昇進の可能性が低い事によりキャリアが頭打ちになる」、他部署から ICUへの異動者に対する支援の不足等を含む「他者からの支援が得られず行き詰まる」等の概念/カテゴリは ICUならではの行き詰まりの要因と考えられた。さらに、キャリア・プラトーの状態を脱する鍵は目標の再設定であることが示唆された。これらの結果から、ICUの中堅看護師がキャリアプラトー状態になることを防ぐ看護支援として、①自分のちからでキャリア目標を見つけられるよう自律性を高める。②ジョブ・ローテーションによりマンネリズムを予防する。③ ICUでの看護にやりがいを得られるよう支援する。④ やりたいことができるように支援する。⑤メンター・ロールモデルが機能する支援体制を構築する。⑥異動者の支援を充実させる。⑦看護管理者はプラトー状態にある中堅看護師にタイムリーに関わり支援に繋げる、の7つが重要であることが示唆された。

12:39 ~ 12:50 (2022年6月12日(日) 11:40 ~ 12:50 第4会場)

## [O10-06] 重症患者の回復過程における看護援助—患者の回復意欲に焦点を当てて—

○橋本 彩花<sup>1</sup>、林 優子<sup>1</sup> (1. 関西医科大学 看護学部 (クリティカルケア看護学領域))

キーワード：回復意欲、クリティカルケア

〔目的〕本研究の目的は、重症患者の回復過程において、熟練看護師が患者の回復意欲をどのように捉え、どのような看護援助を行っているのかを明らかにすることである。

〔方法〕研究デザインは、質的帰納的研究である。クリティカルケア領域における熟練看護師5名を対象に、「重症患者の回復過程において、患者の回復意欲をどのように捉え、どのような看護援助を行っているのか」について個別に30分~1時間程度の半構成的面接を実施した。データ分析は、山浦晴男氏による質的統合法 (KJ法) を用いて行った。本研究は、所属大学倫理審査委員会の承認を得た上で実施した (承認番号：2020314)。研究実施に際しては、研究の趣旨及び研究への参加は自由意志であること、断った場合にも不利益を生じないこと等について十分に説明し同意を得た。

〔結果〕重症患者の回復過程における回復意欲に焦点を当てた6つの看護援助が明らかとなった。それら6つの援助は、【回復への願いとあきらめない気持ち】という「回復を信じ、それを患者と共に目指そうとする関わり」、【患者の重症感からくる心理的苦痛の増幅を抑える看護援助】という「身体に心地よさをもたらす癒しのケアの工夫」、【患者に身体的苦痛を感じさせずに安心を促す看護援助】という「離床に伴う身体的苦痛や危険から守る関わり」、【変化の兆しの自覚を促す看護援助】という「リハビリや日常生活の動作・行為・気分・気持ちの良い兆しのキャッチとフィードバック」、【患者の自己肯定感・達成感を促す看護援助】という「医師・家族とともにリハビリに前向きに取り組む患者の頑張りや達成の称賛」、【患者に備わる主体性の発揮を促す看護援助】という「日常生活に戻ることを想起できることからの提示」であった。これらの看護援助は、【回復への願いとあきらめない気持ち】という看護師の信念を持った関わりを基盤として成立していた。その上で、熟練看護師は患者の回復過程にあわせて【患者の重症感からくる心理的苦痛の増幅を抑える看護援助】【患者に身体的苦痛を感じさせずに安心を促す看護援助】【変化の兆しの自覚を促す看護援助】【患者の自己肯定感・達成感を促す看護援助】【患者に備わる主体性の発揮を促す看護援助】という5つの援助を段階的に変化させていた。

〔考察〕熟練看護師の看護援助は、患者の回復を願い一緒に目指すという信念が基盤となっており、患者の回復意欲を積極的に感じ取ろうとする熟練看護師の信念を持った関わりが他の援助の原動力となっていることが考えられた。また、熟練看護師は【患者の重症感からくる心理的苦痛の増幅を抑える看護援助】【患者に身体的苦痛を感じさせずに安心を促す看護援助】【変化の兆しの自覚を促す看護援助】【患者の自己肯定感・達成感を促す看護援助】【患者に備わる主体性の発揮を促す看護援助】という5つの看護援助を段階的に変化させており、回復



過程の中で変化する患者の特性を見極めつつ、常に回復意欲が促進され続けられるように働きかけていたと考えられた。

〔結論〕熟練看護師は重症患者の回復意欲に焦点を当てた6つの看護援助を行っていた。それらの看護援助は、【回復への願いとあきらめない気持ち】を基盤に、重症患者の回復過程にあわせて段階的に変化している論理構造が明らかとなった。

一般演題

## [O11] 家族看護1

座長:中橋 厚子(健和会大手町病院)

2022年6月12日(日) 13:00 ~ 14:10 第4会場 (国際会議場 21会議室)

### [O11-01] 急性重症患者の終末期治療に対して救急・集中治療領域の看護師が行う代理意思決定支援の実践と影響要因

○小崎 麗奈<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>1</sup> (1. 東京慈恵会医科大学大学院 医学研究科看護学専攻 先進治療看護学分野 クリティカルケア看護学領域)

13:00 ~ 13:12

### [O11-02] 救急・集中治療患者の終末期治療における家族の代理意思決定支援に対する中堅看護師の困難と対応

○内田 美穂<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>2</sup>、室岡 陽子<sup>2</sup> (1. 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻博士前期課程先進治療看護学分野クリティカルケア看護学領域、2. 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻先進治療看護学分野クリティカルケア看護学領域)

13:12 ~ 13:24

### [O11-03] ICUにおける終末期代理意思決定支援に必要な視点—家族が患者の最善を考えられるようになった一例—

○内山 典代<sup>1</sup>、佐藤 遥<sup>1</sup>、今井 圭司<sup>1</sup> (1. 日本医科大学多摩永山病院)

13:24 ~ 13:36

### [O11-04] コロナ禍におけるICUダイアリーを活用した家族ケア

○橋本 侑里香<sup>1</sup>、田中 貴子<sup>1</sup>、中村 小百合<sup>1</sup>、吉里 孝子<sup>1</sup> (1. 熊本大学病院 看護部)

13:36 ~ 13:48

### [O11-05] 救命救急センターの集中治療室における患者の家族への関わり ：成人前期の患者の家族の事例を通して

○下尾 菜摘<sup>1</sup> (1. 国立国際医療研究センター病院)

13:48 ~ 13:59

### [O11-06] 日本語版 Parental Stressor Scale : Pediatric Intensive Care Unit の作成

○池田 光輝<sup>1,2</sup>、星野 晴彦<sup>3</sup>、松石 雄二郎<sup>4</sup>、小谷 美咲<sup>1,2</sup> (1. 筑波大学大学院 人間総合科学学術院 人間総合科学研究群 フロンティア医科学学位プログラム (修士課程)、2. 筑波大学附属病院 看護部 小児ICU病棟、3. 国際医療福祉大学 成田キャンパス 急性期看護学、4. 聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学)

13:59 ~ 14:10

13:00 ~ 13:12 (2022年6月12日(日) 13:00 ~ 14:10 第4会場)

## [O11-01] 急性重症患者の終末期治療に対して救急・集中治療領域の看護師が行う代理意思決定支援の実践と影響要因

○小崎 麗奈<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>1</sup> (1. 東京慈恵会医科大学大学院 医学研究科看護学専攻 先進治療看護学分野 クリティカルケア看護学領域)

キーワード：代理意思決定支援、終末期治療、急性重症患者

【目的】終末期治療に対する代理意思決定は、急性重症患者の家族に重責で(清水他,2018),その支援は看護師の重要な役割である。終末期ケアに関する組織的な体制が十分に整備されていない課題(立野他,2014)や看護師の認識は、代理意思決定支援の実践に影響する。そこで本研究では、急性重症患者の終末期治療に対して救急・集中治療領域の看護師が行う家族への代理意思決定支援の実践と実践に影響する要因を明らかにする。

【方法】研究デザイン:仮説検証型研究デザイン。研究対象者:全国3次救急医療機関290施設の救急・集中治療領域の部署で、過去1年以内に急性重症患者の終末期治療に対する代理意思決定支援を実践した看護師。データ収集項目:先行研究より抽出した組織的な要因・看護師の特性、下地他(2017)の救急・集中治療領域の終末期治療における代理意思決定支援実践尺度(以下実践とする)による実践。データ収集方法:2021年6月14日~11月30日の期間に書類を郵送し、対象者の無記名質問票への回答・返送により収集した。分析方法:有意水準を5%とし、統計ソフト SPSS Ver.26を用いて Mann-Whitneyの U検定や二項ロジスティック回帰分析を行った。倫理的配慮:所属大学倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】69施設中689名の返送があり(回収率30.2%)612名(有効回答率88.8%)を分析対象とした。対象者の平均年齢は37.9±8.0歳、平均臨床経験は15.3±8.0年であった。救急・集中治療領域の終末期治療における代理意思決定支援実践尺度の平均総得点は49.4±9.6点、得点率では、偏りのない姿勢と説明の確認に関する実践度が79.3%と高く、代理意思決定の準備に関する実践度が58.1%で低かった。組織的な要因のうち、代理意思決定支援に関する評価や振り返りのカンファレンスの有無、手順書やマニュアルの有無、院内教育を受ける機会の頻度、上司や同僚からの知識の助言や精神的なサポートの頻度が実践に有意な差を認めた( $p<0.001$ )。また、上司や同僚からの知識の助言や精神的なサポートの頻度が実践に最も影響していた(オッズ比3.26, $p<0.001$ )。看護師の特性のうち学習経験の程度( $p<0.001$ )などが実践と有意な差を認めた。

【考察】対象者は、俯瞰的な視点を持ちながら(反保,酒井,2019)、家族の代理意思決定する場面に同席し意図的に家族とかかわっていたために偏りのない姿勢と説明の確認に関する実践度が高かった(町田,中村,2016)。一方、人的資源の不足をサポートする体制がないため、代理意思決定の準備に関する実践度が低いと考える(上澤,中村,2013)。また、上司や同僚からの知識の助言や精神的なサポートの頻度が実践に最も影響した理由には、上司からの承認や、関係性にもとづく発達が柔軟に対応できる実践力につながるためと考えられた(佐野,2014; 武内他,2009)。救急・集中治療領域の終末期治療に対する代理意思決定支援の質の向上のために、人的資源の不足や代理意思決定支援に関する情報共有の充実にもつれた課題を見出した。課題解決には、病棟間応援体制の構築や資格保有者による役割の発揮が示唆された。

【結論】急性重症患者の終末期治療に対して救急・集中治療領域の看護師が行う代理意思決定支援の実践は、偏りのない姿勢と説明の確認に関する実践度が高く、組織的な要因が影響し仮説は立証された。実践の質の向上には、病棟間応援体制の構築や資格保有者の役割発揮が示唆された。

13:12 ~ 13:24 (2022年6月12日(日) 13:00 ~ 14:10 第4会場)

## [O11-02] 救急・集中治療患者の終末期治療における家族の代理意思決定支援に対する中堅看護師の困難と対応

○内田 美穂<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>2</sup>、室岡 陽子<sup>2</sup> (1. 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻博士前期課程先進治療看護学分野クリティカルケア看護学領域、2. 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻先進治療看護学分野クリティカルケア看護学領域)

キーワード：中堅看護師、代理意思決定支援、終末期治療、困難と対応

〔目的〕救急・集中治療患者の終末期治療における家族の代理意思決定支援に対する中堅看護師の困難と対応を明らかにし、救急・集中治療患者の終末期治療における家族の代理意思決定支援に対する今後の実践上の示唆を得る。

〔方法〕三次救急医療機関に勤務する看護師経験年数6年目以上の中堅看護師を研究参加者とし、救急・集中治療患者の終末期治療における家族の代理意思決定支援に対する困難と対応について半構造化面接法により面接を実施し、質的帰納的に分析した。本研究は大学の倫理委員会の承認を得た上で、研究参加者の自由意思に基づき実施した。

〔結果〕参加者は中堅看護師11名、看護師経験年数は平均12.4年、面接時間は平均84分であった。分析より【家族を気にかけつつ家族に患者の状態を伝えることに悩みながら、できる範囲内で家族に伝わるように努める】、【受容できていない家族を前進させる方法に悩みつつ、家族の心情を推し量る】、【危機的状況にある家族への関わり方に戸惑いつつ、家族の心情を推し量る】、【治療選択に悩み揺らぐ家族を支えることが難しいが、家族に寄り添いつつ家族の意思決定を支持する】、【根拠のない支援方法を後輩に相談され返答に悩みながら、後輩の意見を聞いた上で一緒に支援する】、【代理意思決定を担う家族への関わり方の指導に悩むと同時に、熱い感情が込み上げる】、【自分の支援の家族への影響に常に悩みながら臨機応変な行動をし、他者の理解により気持ちを整理する】、【医師が家族に配慮した説明をしてくれないと感じ、医師に改善を掛け合う】、【医師と患者の治療について対等に話し合えず、やりきれなさを抱きつつ医師との関係性を考慮し働きかける】、【代理意思決定者の判断に悩み、患者と家族の関係性を考慮し医師と判断する】、【病棟全体で家族を支援していく態勢をつくるのが難しく、風土の改善へ意気込む】などの11のカテゴリを見出した。中堅看護師は、感情が揺れ動いている家族への関わり方に悩みながらも家族に寄り添い、家族の心情を推し量り家族の意思決定を支持していた。これは、自分の支援の家族への影響に悩みながら、臨機応変に行動し他者の理解により気持ちを整理し次の支援に繋げていることに関連していた。また、医師との関わりの困難に対しては対応が様々であった。さらに、中堅看護師は代理意思決定支援の方法が確立していない中で、後輩への指導に悩みながら後輩と共に支援を行い、病棟全体で家族を支援する態勢づくりに困難を抱き、風土の改善に意気込んでいた。

〔考察〕救急・集中治療患者の終末期治療における家族の代理意思決定支援の中で、中堅看護師は、自分の支援に悩み揺らぐが、他者との共有や上司の承認を自信に繋げ揺らぎに向き合いながら、より質の高い看護を提供しようと努めていた（中村他，2003；山内，2019；横山，長谷川，2016）。また、中堅看護師は自律的態度の希薄さによる自信のなさや医師の看護師を尊重しない態度により、自身の想いや考えを医師に伝えられないと考えられた（宇城，中山，2006）。そして、中堅看護師は、病棟全体での家族の代理意思決定支援を目指す、病棟スタッフへの働きかけに困難を抱き、行為まで至らず支援を求めていると考えられた。

〔結論〕救急・集中治療患者の終末期治療における家族の代理意思決定支援に対する中堅看護師の困難と対応として、11のカテゴリを見出した。中堅看護師は先行きの不確かな状況に揺らぎ不安な心情でいる家族への関わりに悩みながらも、心理的に最も近い医療者として家族のペースに合わせ、家族の心情を推し量り、中立的な立場で家族の意思決定を支持していた。しかし、病棟全体での家族支援に向け医師やスタッフへの働きかけに困難を抱き、行為まで至らず、中堅看護師の困難解消に向けた支援の重要性が示唆された。

13:24～13:36 (2022年6月12日(日) 13:00～14:10 第4会場)

## [O11-03] ICUにおける終末期代理意思決定支援に必要な視点—家族が患者の最善を考えられるようになった一例—

○内山 典代<sup>1</sup>、佐藤 遥<sup>1</sup>、今井 圭司<sup>1</sup> (1. 日本医科大学多摩永山病院)

キーワード：代理意思決定支援、家族看護

【目的】代理意思決定が行えなかった家族が患者にとっての最善を考え代理意思決定が行えるようになった要因を明らかにする。

【方法】 1.研究場所：A病院救命救急センター 2.対象患者・家族 202X年9月X日～202X年10月X日に入院して

いた A氏とその家族。対象患者：A氏、60代男性。胸痛主訴に来院後、院内で急変し ICU入室となる。家族構成：A氏、妻、長男、長女。長女は出産直後であり妻・長男が ICを受けていた。3.倫理的配慮 A病院の症例報告に関するプロトコルに則り患者家族の特定ができない形に一般化を図った。

【結果】家族情報聴取時、妻は「娘は出産直後のため負担をかけたくないと思っている」と発言し ICは妻と長男が受ける事を希望した。DNARについての代理意思決定を求められた場面では「1%でも希望があるなら治療をして欲しい」と希望し、A氏の価値観について尋ねても妻・長男ともに言葉に詰まり「死んでほしくない」「いなくなったらどうしていいかわからない」という家族の思いを強く訴えた。妻は面会制限について理解を示す一方で、「少しでも近くにいたい」という思いを記載した手紙を持参して連日来院し面会を強く希望した。長男からは「母は自宅で食事も睡眠もとれていない。母だけでも面会させて欲しい」と希望があった。まずは家族のニーズを充足させるために、面会調整、web面会を通じた情報共有、訴えの傾聴、面談しやすい環境調整、家族についての情報共有と介入方法の統一を行った。第10+X病日、妻より「気持ちの整理をつけたい」と臨床心理士との面談を自ら希望し、長女を交えた家族会議で「A氏が治療の継続を希望するのか」という長女からの疑問を受けて、家族間での希望が異なることについての葛藤を表出するようになった。家族会議が行われた後の代理意思決定を求められる場面では、家族の希望だけではなく A氏が望む事は何かという発言に変化があった。その結果、第20+X病日目に代理意思決定のもとで DNARとなる。

【考察】当初、A氏の家族は、看護師に対して面会希望を伝える、A氏の近くにいられないことがいかに苦痛かを話すなど家族の要望を訴えていた。ニーズの充足を続けるうちに代理意思決定が行えない自身に対する失意を訴えるようになるなど、看護師に対して求める役割が変化していった。これは、看護師が社会的支持の役割を担った事を示している。行った看護介入は救急・終末期看護プラクティスガイドの「意思決定支援」に該当しており、家族の代理意思決定を支える要因となったと推測できる。しかし、家族の発言内容は家族会議後に変化しており、長女の疑問提示が代理意思決定を行う上で重要な役割を果たしたと考えられる。家族情報収集時に長女は出産直後であり負担をかけたくないと発言があった事、キーパーソンである妻が心理的危機の状態となり身体症状を認めていた事から「A氏の家族」を妻とその社会的支持者である長男と認識し双方に対して介入を行った。そのため、長女についての情報収集が不十分となり A氏の家族システムについて十分な把握が行えなかった。本事例より代理意思決定支援として「個人としての家族」への介入だけでなく、「集団としての家族」にも目を向け、家族情報で得た先入観にとらわれず家族機能や関係性、役割機能などの家族システムについての継続した情報収集が必要であった。

【結論】看護介入は救急・終末期看護プラクティスガイドに該当する内容であり代理意思決定支援の要因となった。心理的危機に陥った家族に対し危機介入を行うだけではなく家族システムについて継続した情報収集が必要であった。

13:36 ~ 13:48 (2022年6月12日(日) 13:00 ~ 14:10 第4会場)

## [O11-04] コロナ禍における ICUダイアリーを活用した家族ケア

○橋本 侑里香<sup>1</sup>、田中 貴子<sup>1</sup>、中村 小百合<sup>1</sup>、吉里 孝子<sup>1</sup> (1. 熊本大学病院 看護部)

キーワード：ICUダイアリー、家族ケア、コロナ禍

【目的】新型コロナウイルスの感染拡大による感染予防策の一環として、多くの施設が家族面会を制限している。そのため、看護師は ICUにおける家族ケアのあり様を様々に工夫し変更せざるを得ない状況にある。本来、集中治療後症候群 (post intensive care syndrome) : 以下 PICSと略す)の患者の認知機能への介入として ICUダイアリーは紹介されている。幾つかの先行研究は、ICUダイアリーの活用は患者だけでなく、家族への心理的ケアにつながると述べている。一方で、ICUダイアリーを活用した家族ケアへの介入に関する先行研究は少ない。本研究で、ICUダイアリーを活用した家族ケアの実践を事例研究として考察することで、ICUダイアリーが家族の心理状態にどのような影響をもたらすかを明らかにする。【方法】質的記述的研究<対象>：肝肺症候群の診断にて生体肝臓移植術後、呼吸不全が増悪し人工呼吸器管理ならびに体外式膜型人工肺 (extracorporeal membrane oxygenation ; ECMO) での管理が必要となった患者の家族 (妻)。<データ収集>後方視的に診療記録、退院後

の家族の手紙より、家族（妻）の言動に関する情報を収集し、心理状態ならびにその変化に該当する語りを意味内容の類似したものに分け、サブカテゴリー「」、カテゴリー<>を抽出した。【倫理的配慮】本研究は研究施設の倫理委員会の承認を得て実施し、対象者には文書で同意を得た。また、個人情報保護法に則り、データ管理の徹底に努めた。【結果】得られたデータより23のサブカテゴリー「」と11のカテゴリー<>が生成された。家族（妻）は病状の悪化に伴い ECMO導入となり、患者へ何もしてあげられない「無力感」を感じつつ「病状回復への希望」を持ち続けていた。ECMO離脱困難な状況と合併症の出現時期より「不可逆的な病状との対峙」し「喪失への不安」「死の覚悟」を余儀なくされていた。その間 ICUダイアリーは家族（妻）にとってサブカテゴリー「会えない時間を埋める日記」「視覚的に患者と家族をつなぐ」「看護師への信頼」として捉えられ、<患者と家族をつなぐ道具>になっていた。さらに、ダイアリーを通して看護師への信頼が深まり、「患者と過ごす貴重な時間」の提供につながり「共に生きてきた軌跡」や「代理意志決定者としての苦悩」を語るように変化した。死亡退院後は家族で開くダイアリーが「夫の生きた証」として位置づけられ「悲嘆過程に寄り添う」ものとして存在していた。【考察】ICUダイアリーは病状改善が厳しい患者の闘病並びに代理意思決定を担う家族（妻）の苦悩を支えるための患者と家族をつなぐ道具となりえる。また、家族と看護師の信頼関係を強め、生命の危機的状況にある中で家族の自然な語りを生み、情動反応を促し正常な悲嘆反応のプロセスの一助になると考える。本事例においては、家族は ICUダイアリーを退院後の家族の悲嘆過程に、「患者の生きた証」や「家族に寄り添う」ものとして存在の意味をとらえていた。【結論】家族ケアとしての ICUダイアリーの活用は、コロナ禍で面会を制限された患者と家族をつなぐ役割を担い、家族によって意味づけされた存在となり正常な悲嘆過程の一助になり得る。

13:48 ~ 13:59 (2022年6月12日(日) 13:00 ~ 14:10 第4会場)

## [O11-05] 救命救急センターの集中治療室における患者の家族への関わり ：成人前期の患者の家族の事例を通して

○下尾 菜摘<sup>1</sup> (1. 国立国際医療研究センター病院)

キーワード：家族看護

【目的】救命救急センターの集中治療室で行われている家族への関わりについて成人前期の患者の家族の事例を通して明らかにし、成人前期の発達段階や特徴に応じて行われている関わりを具体的に言語化する。

【方法】本研究は、半構造化インタビューを用いた質的記述的研究である。分析方法は、研究参加者ごとに分析を行い、<<サブテーマ>>と<テーマ>を導いた。データ収集は、2020年4月～2020年11月に行なった。研究参加者は現在関東圏内の三次救急医療機関の EICUに所属している看護師で、看護師の経験年数が5年目以上でかつ、EICUの経験年数が3年目以上とした。本研究は、研究実施時に所属していた倫理審査委員会の承認（承認番号：2019-104）を得て、実施した。

【結果】研究参加者は現在関東圏内の三次救急医療機関の EICUに所属している2名の看護師で、看護師の経験年数が5年目以上でかつ、EICUの経験年数が3年目以上であった。1人2回ずつオンラインインタビューを行い、総インタビュー時間はそれぞれ A氏108分、B氏120分であった。A看護師のテーマは<患者の危機に直面している妻の存在を大事にしながら患者の社会復帰を見据えた関わり>で、B看護師のテーマは<突然の死や患者の障害に向き合う家族を支える関わり>であった。A看護師は、妻が不安な思いを吐露したことをきっかけに、<<妻の不安な状態に気づき、患者を支える妻の思いを大事にする>>関わりを行っていた。そして患者が生命の危機的状態を脱した後も予断を許さない<<不確実な状況の只中にいる妻を支える>>関わりを行っていた。更に ICUの特殊な環境を理解し<<患者と家族を繋ぎ家族が安心できるようにする>>関わりを行ないながら<<障害が残る可能性を受け入れようとする妻の気持ちの変化を捉える>>関わりを行っていた。B看護師は、集中治療の甲斐なく患者の死を迎える<<終末期において家族が患者に触れる機会を作る>>関わりや<<避けられない死と向き合う家族が患者と一緒にいられるように後悔のない時間を作る>>関わりを意図的に行っていた。また、集中治療を終えた<<患者の経過を予測し家族に少し先のことを伝える>>ことで家族が安心できるように関わりながら<<家族における患者の役割を捉え子どもを気遣う>>関わりも行っていた。

【考察】研究参加者は、子をなくす親の心情を捉えながら、家族が患者にできるICUでのケアを考え、患者がその人らしい自然な姿で逝けるようにケアをしていたと考えられる。Benner (1999/2018) は、家族員が子どもの悲しみと向き合えるようになるには、まだ生ききれていない生命への期待や望みを喪失する悲壮感が伴うと述べている (p. 609)。患者のその人らしさを大事にすることは、家族の心情を捉えたケアであることを看護師が認識し、意図的に行なっていたケアであったと示唆される。また、研究参加者は、家族がこの先の経過をイメージできるように準備しておくことで、実際にその状況になった時の家族の不安を最小限にできるよう関わっており、ICU退室後の看護につながる関わりを行っていたと考えられる。更に研究参加者は、避けられない死を迎える家族にとって、患者を悔いなく看取ることが重要であることを認識し、残された患者と家族だけの時間を大事にしながらかかわっていたと考えられる。研究参加者は家族のニーズが充足されるように患者の家族との関わりを行ない、家族にとってかけがえのない時間を確保していたと示唆される。

【結論】本研究では、成人前期の患者の家族の事例を通して、患者の危機に直面している妻の存在を大事にしながらかかわりながら患者の社会復帰を見据えた関わりと突然の死や患者の障害に向き合う家族を支える関わりが明らかになった。

13:59 ~ 14:10 (2022年6月12日(日) 13:00 ~ 14:10 第4会場)

## [O11-06] 日本語版 Parental Stressor Scale : Pediatric Intensive Care Unit の作成

○池田 光輝<sup>1,2</sup>、星野 晴彦<sup>3</sup>、松石 雄二郎<sup>4</sup>、小谷 美咲<sup>1,2</sup> (1. 筑波大学大学院 人間総合科学学術院 人間総合科学研究群 フロンティア医科学学位プログラム (修士課程)、2. 筑波大学附属病院 看護部 小児ICU病棟、3. 国際医療福祉大学 成田キャンパス 急性期看護学、4. 聖路加国際大学 ニューロサイエンス看護学)

キーワード：家族看護、集中治療後症候群 (PICS)、PICS-Family (PICS-F)

【目的】近年、集中治療室 (Intensive Care Unit : ICU) 退室後に患者に生じる身体・認知・精神障害は集中治療後症候群 (Post Intensive Care Syndrome : PICS) と称され、家族で発生する長期的な心理・社会的障害を PICS-Family : PICS-F とされ、改善すべき目標とされている。PICS-Fの症状として急性ストレス障害や心的外傷後ストレス障害などの心理的症状が見られ、ストレスは症状を引き起こす要因として知られている。Parental Stressor Scale : Pediatric Intensive Care Unit (PSS : PICU) は小児集中治療室 (Pediatric ICU : PICU) に入室した患者家族のストレス度と要因を測定するために開発され、様々な国と地域で翻訳され妥当性・信頼性が示されている。一方で PSS : PICUの日本語版は作成されておらず、本邦において PICUに入室した患者家族が感じているストレスは客観的に評価されていない。本研究の目的は、PSS : PICUの日本語版を作成することである。

【方法】2021年11月から12月の間に筑波大学附属病院の PICUに48時間以上滞在し、ICU以外に転出した患者家族を前向きに観察した。PICU滞在中に面会せず、日本語を流暢に読み書きできない、患者が死亡した、NICUに退室した、精神疾患を有した家族は除外した。PSS : PICUはガイドラインに沿って Back Translation法を用いて日本語版を作成した。入室48時間以降の面会時に患者家族へ研究説明を行い、同意を得られた場合のみ暗号化、秘匿化された Webアンケートの QRコードを提供した。また作成した日本語版 PSS : PICUの翻訳手順において、尺度項目の領域と対照群に関して知識のある専門職との協議を通して内容的妥当性を検証し、また尺度全体に関して10人の専門職が構造的な問題がないかを評価した。各項目の関連性について評価・分類し、関連性が認められないとされた項目に関しては改訂を検討した。信頼性に関しては Cronbach- $\alpha$ 信頼係数を用いて内的整合性を検証した。本研究は筑波大学附属病院の倫理審査の承認を得て実施された。

【結果】原著者より使用許可を承諾後日本語版を作成した。作成された最終英語版は原著者を含んだ協議の中で臨的に内容の齟齬がないことを確認した。内容的妥当性に関しては翻訳過程での協議、専門職による尺度の印象の定量化によって評価し妥当であると判断した。信頼性評価のため、対象期間中の入室患者49名のうち基準を満たした17名の患者家族の内、同意を得て回答のあった20名 (回答率71.4%) に対して解析を行った。年齢 35(24-46)歳、母親が70%(14/20)、専業主婦とパート・アルバイトが各25%(5/20)と最も多かった。 $\alpha$ 信頼係数は尺度全体で0.9298、下位尺度で0.6838から0.9709であり内的整合性に優れていた。

【考察】ガイドラインに基づいて言語的、文化的差異に配慮し、臨床使用においても齟齬のない日本語版 PSS : PICUを作成した。 $\alpha$ 信頼係数においても先行文献同様高い値を示し、内的整合性については検証できた。一方で、内容的妥当性と内的整合性のみしか評価しなかったため、更なる妥当性・信頼性の評価が求められる。今後は本尺度を実際に臨床使用し、PICUに入室した患者家族のストレス度とストレス影響要因の調査を行っていく必要がある。

【結論】 Back Translation法を用いて日本語版 PSS : PICUを作成した。



一般演題

## [O12] 運動と休息

座長:藤岡 智恵(飯塚病院)

2022年6月12日(日) 14:00 ~ 15:10 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

### [O12-01] A病院 ICUにおける早期離床介入の実態

–疾患別リハビリテーション導入前の人工呼吸器装着患者を対象として–

岩本 浩輔<sup>1</sup>、○川畑 瑠花<sup>1</sup>、中野 祐樹<sup>1</sup>、井野 朋美<sup>1</sup> (1. 熊本赤十字病院)

14:00 ~ 14:12

### [O12-02] 集中治療室での早期リハビリテーション場面における患者と看護師間の相互作用のなかでの看護実践

○岩見 静佳<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup> (1. 名古屋市立大学病院、2. 名古屋市立大学看護学研究科)

14:12 ~ 14:24

### [O12-03] 集中治療室活動度スケールを用いた人工呼吸器装着患者における身体活動能力の評価

○大島 梨華子<sup>1</sup>、金 静姫<sup>1</sup>、後藤 順一<sup>1</sup>、森内 陽子<sup>1</sup> (1. 社会医療法人河北医療財団 河北総合病院)

14:24 ~ 14:36

### [O12-04] ICU Sleep Evaluation Scale (ISES) の評価者間信頼性の検証

○丸山 朝美<sup>1</sup>、嶋岡 征宏<sup>1</sup>、後藤 俊<sup>1</sup>、砂川 元汰<sup>1</sup>、嶋岡 麻耶<sup>1</sup>、相楽 章江<sup>1</sup>、藤田 優子<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院 看護部)

14:36 ~ 14:48

### [O12-05] 集中治療室入室患者における睡眠に影響する要因と睡眠ケアの検討

○野中 湧介<sup>1</sup>、西村 祐枝<sup>1</sup> (1. 岡山市立市民病院 看護部 ICU所属)

14:48 ~ 14:59

### [O12-06] 心臓血管外科術後患者の主観的睡眠評価による睡眠の質の変化について

○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、2. 福岡大学医学部看護学科、3. 清泉女学院大学看護学部)

14:59 ~ 15:10

14:00 ~ 14:12 (2022年6月12日(日) 14:00 ~ 15:10 第7会場)

**[O12-01] A病院 ICUにおける早期離床介入の実態****－疾患別リハビリテーション導入前の人工呼吸器装着患者を対象として－**岩本 浩輔<sup>1</sup>、○川畑 瑠花<sup>1</sup>、中野 祐樹<sup>1</sup>、井野 朋美<sup>1</sup> (1. 熊本赤十字病院)

キーワード：早期離床、人工呼吸器、リハビリテーション

【目的】 A病院 ICUにおける疾患別リハビリテーション処方の無い人工呼吸器装着患者の早期離床介入の実態を明らかにする。【方法】 2019年1月1日～2019年12月18日までに A病院 ICUに入室した人工呼吸器装着患者で、疾患別リハビリテーションの処方が出ていない患者、また疾患別リハビリテーションの処方が出されるまでの患者を対象とした。調査内容は、基本属性（年齢、性別、診療科）、ICU入室日数、呼吸器装着日数、離床チャート内の項目（立ち上げの有無、入室から初回立ち上げまでの時間、入室期間中に正確な入力が行われているかの有無、対象期間内の最終到達レベル）を診療録より抽出した。離床チャートの到達レベルは、レベル0:体位変換、レベル1:ヘッドアップ、レベル2:座位、レベル3:立位、レベル4:車椅子、レベル5:歩行を示す。各項目の結果を単純集計し基礎統計で分析した。倫理的配慮に関しては、すべてのデータを匿名化し、対象者個人が特定されないことがないようにした。また、所属施設の研究倫理審査委員会による承認を得た。【結果】 対象患者の選択基準を満たした患者は486名であった。年代の内訳は、60代91名(19%)、70代130名(27%)、80代128名(26%)で全体の約7割を占めていた。診療科の内訳は、心臓血管外科が131名(27%)、脳神経外科が92名(19%)、循環器内科が79名(16%)の順で多かった。ICU入室日数は、最短1日、最長46日であり、入室日数は平均 $7.2 \pm 6.3$ (平均値 $\pm$ SD)日であった。呼吸器装着日数は平均 $3.9 \pm 4.9$ (平均値 $\pm$ SD)日であった。離床チャート立ち上げありの人数は390名(80%)、立ち上げなしの人数は96名(20%)であった。立ち上げありの人数のうち、正確な入力のある人数は102名(26%)、入力が不正確な人数は288名(74%)であった。最終到達レベルは、レベル0、1が383名(98%)、レベル2が7名(2%)であった。離床に制限が必要なデバイスが挿入されていた人数は90名(19%)であった。疾患別リハビリテーションの処方が出された患者は183名で、そのうち、処方されるまでの日数は、最短で0日、最長で20日であり、平均は $4.1 \pm 4.3$ (平均値 $\pm$ SD)日であった。【考察】 離床チャートの立ち上げが48時間以内にできていなかった2割と、ルール通りの入力が不正確であった7割の要因としては、スタッフへの入力方法の周知が十分でなかったことが考えられた。この点に関しては、今後離床チャートの入力方法を周知し、入力の徹底や活用を意識づけることが必要である。最終到達レベルがレベル0とレベル1で98%を占めた要因としては、1つ目に、予定手術の患者が約6割と多く、離床チャートを使用する期間が短くなるといった患者の選定の問題があると考えられた。2つ目の要因としては、患者の循環管理やデバイス挿入患者の離床に関する看護師の知識・スキルの問題が挙げられた。この点に関しては、ケアカンファレンス等の際に複数人で離床のレベルを評価することや、多職種を含めた教育のサポート体制を強化することで、知識やスキルを向上、均一化させ、離床のレベルを段階的に進めることができると考える。さらに、離床時の循環動態の変動への対応に関しては、講義形式での知識の付与を検討していきたい。【結論】 本研究結果で、離床チャートの入力が正確に出来ていたのは26%、入力が不正確であったのは74%であり、到達レベルは、レベル0とレベル1が98%を占め、レベル2は2%という現状であった。

14:12 ~ 14:24 (2022年6月12日(日) 14:00 ~ 15:10 第7会場)

**[O12-02] 集中治療室での早期リハビリテーション場面における患者と看護師間の相互作用のなかでの看護実践**○岩見 静佳<sup>1</sup>、明石 恵子<sup>2</sup> (1. 名古屋市立大学病院、2. 名古屋市立大学看護学研究科)

キーワード：早期リハビリテーション、相互作用、看護実践

〔目的〕近年、集中治療領域において、早期からリハビリテーションを実施することの効果は報告されるようになった。そのようななかで、個々の患者の身体的・心理的狀態に合わせたリハビリテーションを進めていくためには、患者と看護師の良好な援助関係が重要であると考えられる。本研究の目的は、早期リハビリテーション場面における患者と看護師間に生じる相互作用のなかでの看護実践を明らかにすることである。

〔方法〕研究デザインは質的記述的研究デザインとした。本研究では早期リハビリテーションを、手術または急性増悪から48時間以内に開始され、集中治療室入室中に実施された他動運動、自動運動、ギャッチアップ座位、端坐位、立位などの運動をすることと定義した。研究協力者は、集中治療室で早期リハビリテーションを受けた成人患者と、その患者の援助を行った看護師とした。データ収集方法は、診療録調査、参加観察および半構造化面接であった。参加観察では、リハビリテーション中の患者と看護師のやり取りを観察し、録音とフィールドノートへの記録を行った。半構造化面接では、患者と看護師両者にリハビリテーション中に抱いた感情などを質問した。分析方法は質的記述的分析とした。まず個別分析として、参加観察および半構造化面接のデータから、ウヴェ・フリックのテーマ的コード化の分析手順を参考に、意味内容を損なわない文章に要約しコードを抽出した。コードからサブカテゴリーを形成し、全体分析においてカテゴリーを形成した。本研究は、研究者の所属施設および研究協力施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究協力者に対して、研究目的、方法、倫理的配慮を説明し、書面で同意を得た。

〔結果〕研究協力患者は4名で、8場面を分析対象とした。これらの場面で援助を行った研究協力看護師は延べ13名であった。分析の結果、46のコード、26のサブカテゴリー、5つのカテゴリーが生成された。【日常生活動作への組み込み】は、歯磨きや食事、家族との面会のタイミングで座位や端座位の援助を行うことであった。【患者の意欲の優先】は、疼痛や不安よりも患者の意欲を優先してリハビリテーションを進めることであった。【患者の力の見極め】は、患者の動きや力の入り具合を評価し、安全を確保したうえで必要最低限の援助を行うことであった。【実現可能な個別目標の設定】は、患者の思い、ケアに対する反応や効果をもとに目標を設定して援助することであった。【心身の負担の考慮】は、常に患者の身体的・心理的負担を評価し、リハビリテーションの実施・継続・中断を判断することであった。

〔考察〕集中治療室において看護師は、リハビリテーションへ難色を示す患者に対して、日常生活動作に組み込み、意識させない援助を行っていた。患者のニーズに合わせた日常生活動作に組み込んだリハビリテーションの提案は、患者の意欲向上につながっていたと考える。また、看護師は患者の意欲を支えたいという思いをもち、患者が動く一瞬一瞬を評価し、身体的負担よりも意欲を優先するための判断を行うこともあった。看護師は、リハビリテーション中の身体的負担をバイタルサイン、表情や顔色、呼吸促拍などから捉え、さらに不安や恐怖などの心理的負担も考慮していた。患者の高い意欲が不安を隠している場面もあったため、心身両面への負担に注意する必要がある。

〔結論〕集中治療室での早期リハビリテーション場面における患者と看護師間の相互作用のなかで、看護師は日常生活動作に組み込むなどのきっかけを活用し、患者の持つ力と意欲を支持できるような看護実践を行っていることが明らかとなった。

14:24 ~ 14:36 (2022年6月12日(日) 14:00 ~ 15:10 第7会場)

## [O12-03] 集中治療室活動度スケールを用いた人工呼吸器装着患者における 身体活動能力の評価

○大島 梨華子<sup>1</sup>、金 静姫<sup>1</sup>、後藤 順一<sup>1</sup>、森内 陽子<sup>1</sup> (1. 社会医療法人河北医療財団 河北総合病院)

キーワード：集中治療室活動度スケール、早期リハビリテーション

【はじめに】近代の医療発展によりICUに入室した患者の救命率が増加している。ICUに入室した患者には、鎮静・鎮痛薬が投与され、人工呼吸器管理下におかれる場合も多くあり、病状により床上での安静が強いられる。このことから、筋力低下・関節拘縮・循環血液量減少など二次的合併症の発生が懸念されている。このようにICUでの治療に伴う不動な状態が遷延した廃用性萎縮はICU-Acquired Weakness(以下ICU-AW)の因子となり

える。ICU-AWの予防には、ICUへの入室後48時間以内に開始されるリハビリテーションが有効であると先行研究で明らかになっている。

しかし当院では、48時間以内にリハビリテーションを導入した人工呼吸器を装着している患者の身体活動能力について、指標を用いた評価を行ったことはなかった。そのため今回、人工呼吸器を装着した患者に対して集中治療室活動度スケール(IMS)を用いて評価を行い、それら患者の身体活動能力とその変化について検証する。

【目的】IMSを用いて人工呼吸器を装着した患者の身体活動能力とその変化について明確にし、今後のリハビリテーションの質の向上につなげる。

研究方法

期間：2021年4月1日から2022年2月1日

研究対象：ICUに入室し、48時間以内にリハビリテーションを開始した患者。人工呼吸器を装着し、鎮痛・鎮静薬を投与した挿管群と人工呼吸器、鎮静・鎮痛薬を使用していない非挿管群と分類した。

分析方法：後ろ向きコホート研究とし、身体活動能力をIMSで評価する。IMSはICU入室時と退室時の変化率を算出する。

倫理的配慮：本研究は所属病院の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】調査期間内にICUに入室した患者は306例であった。そのうち92例はICUに入室してから数時間で退室となったため除外した。また、初回のリハビリテーションに48時間以上要した患者24例も除外した。対象者の190例のうち挿管群28例のIMS平均変化率は+1.68(SD1.94)であった。

【考察】非挿管群は168例でありIMS平均変化率は+3.1(SD±2.82)であった。非挿管群は平均として3段階以上IMSが上昇した結果となり、入室時はIMS0の値である「活動なし」の場合であったとしても、退室時には3の値である「端坐位」や4の「立位」まで身体活動能力が拡大できた結果となった。しかし、挿管群は1段階程度の変化しか認められなかった。鎮静・鎮痛薬を投与中によりIMS0の値の「活動なし」の患者が、人工呼吸器を離脱した後であってもICU退室時には1の値である「ベッド上での運動」の身体活動能力である。このことから、人工呼吸器を装着した患者は、入室後48時間以内にリハビリテーションを開始したとしても、離床が進まないままICUから退室している現状があることが確認された。

【結論】IMSを用いたことにより、48時間以内にリハビリテーションを開始した患者の身体活動能力と、その変化を明確にすることができた。また挿管群・非挿管群との身体活動能力の差がより具体的に明確となった。

14:36 ~ 14:48 (2022年6月12日(日) 14:00 ~ 15:10 第7会場)

## [O12-04] ICU Sleep Evaluation Scale (ISES) の評価者間信頼性の検証

○丸山 朝美<sup>1</sup>、嶋岡 征宏<sup>1</sup>、後藤 俊<sup>1</sup>、砂川 元汰<sup>1</sup>、嶋岡 麻耶<sup>1</sup>、相楽 章江<sup>1</sup>、藤田 優子<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院 看護部)

キーワード：睡眠、ICU、評価尺度

【目的】クリティカルケア領域で信頼性と妥当性が検証された睡眠評価尺度として、ICU sleep evaluation scale (以下、ISES) があるが、ICU患者に対してISESを用いた際の評価者間の信頼性は検証されていない。本研究の目的は、看護師がISESでICU患者の睡眠評価を行った際の評価者間の一致度を明らかにすることである。

【方法】ISES：看護師が客観的に評価できる睡眠観察シートと、患者が主観的に評価できる睡眠自己評価シートから構成され、本研究では睡眠観察シート(以下、観察シート)のみを用いた。観察シートは7項目(①開眼反応、②身体反応、③睡眠時の姿勢、④呼吸回数、⑤心拍数、⑥眠気の程度、⑦身体的疲労の様子)で構成されている。22時から起床時までを3時間毎に、観察項目①から⑤を評価し、起床時に1回観察項目⑥、⑦を評価する。3段階尺度のうち最も当てはまる番号を選択し、総合点が高いほど睡眠時間が長く、深い睡眠であったことを示す。

データ収集期間：2021年10月～2021年12月

対象者：A病院の救命救急センター(以下センター)に2病日以上入院し、かつ、Glasgow Coma Scaleが14点以上(ただしVは5点とする)の、20歳以上の患者

評価者：ISES開発者から評価マニュアルを用いて説明を受けた上で、個人で3回以上実際の患者でISESの評価を試行しISESを習得した看護師6名である。センターは、ICU20床で、評価者は他の患者を受け持つことや急患の対応をするなど、通常業務内でISESを評価した。

データ収集方法：評価者2名が夜勤帯での観察を通して患者の睡眠を観察シートで評価した。分析方法：重み付けk係数95% Confidence Interval(以下、95% CI)を算出し比較した。分析ツールはSPSSVer.28を使用した。

倫理的配慮：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。

【結果】対象者は19名で、延べ40回分ISESを評価した。対象者の平均年齢は $71.6 \pm 14.3$ 歳、APCHEIIスコアの平均は、 $19.1 \pm 6.0$ であった。評価者の看護師経験年数の平均は、 $8.8 \pm 6.0$ 年であった。ISES全項目の重み付けk係数は、 $k = .387$  (95% CI =  $.315 - .460$ ) であった。22～7時までの各項目の重み付けk係数は、①開眼反応： $k = .274$  (95% CI =  $.110 - .437$ )、②身体反応： $k = .173$  (95% CI =  $.010 - .335$ )、③睡眠時の姿勢： $k = .387$  (95% CI =  $.202 - .572$ )、④呼吸回数： $k = .252$  (95% CI =  $.058 - .445$ )、⑤心拍数： $k = .351$  (95% CI =  $.123 - .580$ )、⑥眠気の程度： $k = .656$  (95% CI =  $.471 - .840$ )、⑦身体的疲労の様子： $k = .732$  (95% CI =  $.581 - .882$ ) であった。

【考察】ISES全項目は、ますます一致していた。眠気の程度や身体的疲労の様子などの一時点でした評価項目は、かなり一致していた。3時間の観察を通して評価したその他の項目は、わずかに～ますます一致していた。ISESの評価の特性上、観察頻度やタイミングは評価者の判断に委ねられる。そのため、一時点ではなく、一定時間を通して評価する項目は、観察頻度やタイミングの違いが結果に影響した可能性がある。また、リサーチナースはいなかったため、評価方法には限界があった。

【結論】ISESの観察シートの評価者間の信頼性を検証した結果、ますますの一致度であった。

14:48 ~ 14:59 (2022年6月12日(日) 14:00 ~ 15:10 第7会場)

## [O12-05] 集中治療室入室患者における睡眠に影響する要因と睡眠ケアの検討

○野中 湧介<sup>1</sup>、西村 祐枝<sup>1</sup> (1.岡山市立市民病院 看護部 ICU所属)

キーワード：睡眠、睡眠障害、鎮痛、眠剤

【はじめに】多くの集中治療室はワンフロアであり昼夜問わず入退院があり、常に照明や音による刺激がある。加えて緊急手術、鎮静剤の持続投与や夜間でも看護ケアや処置などが行われるため見当識や時間感覚が喪失しやすい環境にあることから、睡眠障害が生じやすいと言われている。そこで、集中治療室に入室した患者に対して患者の睡眠状況を測定し、睡眠に影響する要因を明らかに、睡眠促進ケアを検討したので報告する。

【目的】A病院のICU・HCUに入室した患者に対して、嶋岡らが作成した睡眠評価尺度ICU sleep evaluation scale (以後ISES)を用いて睡眠評価を行い、睡眠に影響する要因を明らかにする。

【方法】対象は、2021年8～11月にA病院ICU・HCUに2日以上入室し、睡眠状況を自己評価できる患者で、JCS2以上の意識障害患者は除外した。ISESを用いて、入室2日目22時～3日目8時までの10時間を看護師が評価した。ISESは、客観的評価51点・主観的評価18点で評価でき、高得点ほど眠れたと判断できる。データは単純集計し、先行研究で睡眠に影響を及ぼす可能性の高い項目(手術・食事・身体拘束・緊急入院・眠剤や鎮痛剤使用・吸引・眠剤常用・SCD・38度以上の発熱・職業等の有無・年齢(65歳以上と65歳未満)、診療科、部屋の位置、シリンジポンプ輸液ポンプの台数、デバイスの本数、苦痛(CPOT)、入院前の睡眠時間、入院2日目のCRP値)についてISES得点をt検定で比較した。有意水準は5%を有意差あり、10%を有意な傾向と判断した。なお、本研究はA病院倫理委員会の承認を得た。

【結果】対象者は44名で、平均年齢は63.4歳、男女比28：16、平均入室期間は4.65日、入室3日目で一般病棟退室患者は22名で最も多かった。診療科は循環器内科が47.7%、次いで脳神経外科が36.4%、内科が9.1%、神経内科が6.8%であった。客観的指標では、入院前の有職患者群よりも無職患者群の方が有意に眠れていた( $p = .036$ )。手術後群よりも未手術群の患者の方が眠れる傾向にあった( $p = .098$ )。次に主観的指標では、評価期間中に他患者の緊急入院があった患者群よりも他患者の緊急入院がなかった患者群の方が有意に眠れていた

( $p=.010$ )。また、眠剤投与群よりも眠剤未投与群の患者の方が有意に眠れていた ( $p=.027$ )。その他の項目では客観的・主観的ともに有意差は認めなかった。

【考察】睡眠に影響する因子として、入院前の仕事の有無・手術の有無・緊急入院の有無・眠剤の使用の有無であった。睡眠障害の因子として、精神的ショックや不安などの心理的要因があるとの報告から、入院前の仕事の有無や緊急入院は睡眠に影響を与えた可能性が高い。また、重症患者の睡眠の質に影響を与える因子としては、ICU入室中の痛み、環境刺激、ヘルスケア関連の安静中断、心理的要因、呼吸の要因と薬物であると報告されている。手術の有無が睡眠に影響を及ぼした理由として、術後痛や環境刺激、心理的要因など複数重なっている可能性が考えられた。主観的評価で眠剤を投与した群が睡眠に影響する要因であったことから、非薬理的介入の重要性も明らかになった。よって、可能な限り非薬理的な介入を行い、睡眠に影響する要因を認めた場合は精神的ケアや環境整備、鎮痛を行うことが必要であることが示唆された。

【結論】1. ICU・HCUに入室した患者に対して、ISESで睡眠評価を行い、睡眠に影響する要因を検討した。2. 睡眠に影響する因子は、主観的指標は入院前の仕事の有無・手術の有無で、客観的指標は緊急入院の有無・眠剤の使用の有無であった。3. 睡眠促進のために非薬理的な介入となる精神的ケアや環境整備、鎮痛を行うことが必要であることが示唆された。

14:59 ~ 15:10 (2022年6月12日(日) 14:00 ~ 15:10 第7会場)

## [O12-06] 心臓血管外科術後患者の主観的睡眠評価による睡眠の質の変化について

○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、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、主観的評価、心臓血管外科術後

### 【目的】

集中治療室における睡眠障害は指摘されているが、術後の睡眠の質の変化は明らかにされていない。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（以下抜管後）の主観的睡眠評価による睡眠の質の変化を明らかにし、睡眠の主観的評価と看護介入への示唆を得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22名。データ収集は抜管後4日間、日本語版 Richards-Campbell睡眠質問票(以下J-RCSQ)を使用し主観的睡眠評価を行った。データ分析は記述統計、睡眠の変化は Friedman順位付けによる双方向分析を行い、属性による比較は Mann-Whitneyの U検定を行った。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 $65.4 \pm 10.8$ 歳、男性14名、入院前眠剤の使用8名、人工心肺使用18名。平均手術時間 $447.5 \pm 134.2$ 分、平均麻酔時間 $559.3 \pm 134.0$ 分であった。抜管後の J-RCSQによる睡眠の質の平均は1日目 $45.5 \pm 29.8$ 点、2日目 $52.2 \pm 30.2$ 点、3日目 $47.5 \pm 24.1$ 点、4日目 $51.7 \pm 23.2$ 点で、抜管後の睡眠の変化は統計的な有意差を認めなかった。睡眠の質が高いのは4日が5名、3日が3名、2日が5名、1日が5名、0日が4名であった。属性の比較では、女性が4日目に睡眠深度、夜間覚醒、睡眠満足度、睡眠の質が有意に高かった。人工心肺を使用した人は1日目の睡眠満足度が有意に高かった。また、入院前の眠剤使用のない人は平均得点が4日間とも50点以上を示し、1日目と3日目に睡眠の質が高い傾向にあった。

### 【考察】

心臓血管外科患者の抜管後の睡眠の質は、毎日の変化が大きくばらついていた。対象者数が少ないこともあるが、睡眠は個人差が大きいことや重症患者の睡眠への影響要因が多様であることも推測される。また、本研究では、睡眠の質は男性であることや入院前に眠剤使用のある人が不良であり、影響を受けやすいことが確認された。睡眠不足は多くの重症患者の苦痛の原因であり、睡眠障害は ICUせん妄や免疫機能の乱れとなり、術後の回復過程に影響を与え入院期間の延長にもつながりやすい。睡眠の質は主観的な評価でしか計り知れず、客観的に入

眠しているように見えても睡眠の質と比例しているものではない。したがって、患者の主観的評価による睡眠の質を把握することや、男性の患者、入院前に眠剤を使用していた患者では、特に睡眠を整える援助が必要である。疾病からの回復過程にある患者において、睡眠覚醒リズムを整え睡眠の質を高めることは重要な役割がある。患者の睡眠の質が1日でも早く担保できるよう、入院前の睡眠習慣を把握し概日リズムが戻るよう環境や薬剤調整を行う必要がある。また睡眠深度は浅く、夜間覚醒回数が多い結果であり夜間の看護ケアは最小限とするなど睡眠促進への援助方法を検討する必要がある。

**【結論】**

心臓血管外科術後患者は、抜管後の睡眠の質は毎日の変化が大きく、男性・入院前の眠剤使用の経験があることが睡眠不良に影響する可能性がある。睡眠評価は看護師の客観的評価のみで判断せず、患者の主観的な評価をもとに評価し環境や薬剤の調整を行っていく必要がある。

一般演題

## [O13] 家族看護2

座長:姥迫 由記子(山口大学医学部附属病院)

2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:30 第4会場 (国際会議場 21会議室)

### [O13-01] COVID19の面会制限下における集中治療を受ける患者の家族が望む情報

○大川 佳奈<sup>1</sup>、佐藤 みえ<sup>1</sup>、金川 里奈<sup>1</sup> (1. 東邦大学医療センター大森病院 特定集中治療室)

14:20 ~ 14:32

### [O13-02] コロナ禍の面会制限におけるリモート面会の導入による患者家族への影響

○牟田 ゆうき<sup>1</sup>、服部 真奈美<sup>1</sup>、長谷川 遥<sup>1</sup>、島内 淳二<sup>1</sup>、木野 毅彦<sup>1</sup> (1. 日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

14:32 ~ 14:44

### [O13-03] ICUに入室した重症小児患者の家族への看護に関する文献研究

○高瀬 愛<sup>1</sup>、清村 紀子<sup>2</sup> (1. 大分大学医学部附属病院、2. 大分大学医学部看護学科)

14:44 ~ 14:56

### [O13-04] 面会制限下における家族ケアの取り組み – ICUダイアリーの導入を試みて–

○山田 理絵<sup>1</sup> (1. 順天堂大学医学部附属練馬病院)

14:56 ~ 15:08

### [O13-05] 2年目看護師としてクリティカルケア領域での家族看護を考察する

–新型コロナウイルス感染症患者家族の面会での関わりを通して–

○永友 博明<sup>1</sup>、長田 孝幸<sup>1</sup>、森 弘太郎<sup>1</sup> (1. 飯塚病院)

15:08 ~ 15:19

### [O13-06] COVID-19による面会制限における ICU看護師の患者や家族への対応と看護師のストレスに関する実態調査

○秋田 奈緒美<sup>1</sup>、園田 拓也<sup>1</sup>、高橋 葵<sup>1</sup>、有田 孝<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院 ICU)

15:19 ~ 15:30



14:20 ~ 14:32 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:30 第4会場)

## [O13-01] COVID19の面会制限下における集中治療を受ける患者の家族が望む情報

○大川 佳奈<sup>1</sup>、佐藤 みえ<sup>1</sup>、金川 里奈<sup>1</sup> (1. 東邦大学医療センター大森病院 特定集中治療室)

キーワード：家族看護、ニーズ、集中治療室

【目的】本研究では、COVID19の面会制限下において集中治療を受ける患者の家族が望む情報とその具体的な提供方法を明らかにする。

【方法】令和3年10月から令和4年1月まで、T大学病院救命センター及び集中治療室で治療を受けた患者の家族を対象者とした。研究方法は無記名自記式質問調査とし、量的に比較分析した。質問内容は、Critical Care Family Needs Inventoryに含まれる5つのコード「支援」「安楽」「情報」「寄り添い」「保証」を参考にし、本研究目的の家族が望む情報を明らかにするために各項目の定義を検討した。操作的定義は、「情報:患者の生命兆候および反応や様子に関すること」「安楽:患者の生活している様子に関すること」「保証:患者の今後の経過に関すること」「支援:患者に対し看護師が行っているケアや家族が患者にできることに関すること」「寄り添い:患者と家族のやりとりに関すること」とし質問内容を作成した。家族が重要だと思う程度を5段階のリッカート尺度で回答を求めた。当部署入口に質問用紙一式を置き対象者の自由意志で持ち帰りとし、質問用紙回収方法は回収箱への投函または郵送とした。倫理的配慮に関しては、T大学病院の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】アンケートは59名に配布、18部回収し回収率30.5%であった。患者と対象者の関係は、子ども6名(33.3%)、配偶者4名(22.2%)、親5名(27.7%)、きょうだい3名(16.6%)であった。同居の有無は、同居7名(38.8%)、別居11名(61.1%)であった。各項目の「非常にそう思う」に着目すると、「患者の今後の経過に関すること」は76.0%、「患者の生命兆候および反応や様子に関すること」は66.0%、「患者と家族のやりとりに関すること」は65.0%、「患者の生活している様子に関すること」は51.0%、「患者に対し看護師が行っているケアや家族が患者にできることに関すること」は41.0%であった。医療者からの情報提供の頻度に関しては、「定期的に聞きたい」が46.0%、「病態変化時」が15.0%、「荷物を持ってきた時」が13.0%であった。患者とやりとりができるようになったことを知らせる時期に関しては、「やりとりができるようになった時」が56.0%、「病院に荷物を持ってきた時」が28.0%、「医師から連絡がきた時」が11.0%であった。患者とのやりとりの方法に関しては、「病院で電話越しのテレビ会話をする」が44.0%、「自宅で患者さんと電話で話す」が28.0%であった。

【考察】家族が望む情報として「患者の生命兆候および反応や様子に関すること」「患者の今後の経過に関すること」「患者と家族のやりとりに関すること」が高い結果となった背景には、家族は面会制限により患者を視覚的に捉え接することができず、家族自身が患者の生存、生命の危機状況を実感できないということが推測される。それを踏まえて、看護師は家族へ患者の生命兆候の状況、現在から今後の経過に関して情報提供が必要と考える。また、家族は定期的に情報提供を受けることで安心して自らの社会生活を送ることができると推測される。看護師は家族と情報提供の時期と方法を話し合い調整する役割を担うことが重要であると考えられる。

【結論】家族の望む情報は、「患者の生命兆候および反応や様子に関すること」「患者の今後の経過に関すること」「患者と家族のやりとりに関すること」が高い傾向だった。看護師は、家族が望む情報を定期的かつ視覚的な方法を活用し情報提供する必要性が示唆された。

14:32 ~ 14:44 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:30 第4会場)

## [O13-02] コロナ禍の面会制限におけるリモート面会の導入による患者家族への影響

○牟田 ゆうき<sup>1</sup>、服部 真奈美<sup>1</sup>、長谷川 遥<sup>1</sup>、島内 淳二<sup>1</sup>、木野 毅彦<sup>1</sup> (1. 日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

キーワード：リモート面会、COVI-19、面会制限、集中治療室

### 【目的】

集中治療室に入室する患者家族は、突然の出来事にショックを受け、心理的・社会的な危機状態に陥りやすいとされている。そのような中で、面会は重要な家族ケアの一つとして位置づけられている。しかし、COVID-19の流行（以下コロナ禍）に伴い、面会制限が実施され、当部署ではタブレットを用いたリモート面会制度の導入となった。そこで、患者家族へのインタビューを行い、コロナ禍における面会制限や、リモート面会が及ぼす患者家族への影響を明らかにすることとした。

### 【方法】

研究デザインは、質的記述的研究デザインとした。対象は、2021年10月～11月の期間に入室し、リモート面会を希望した患者家族のうち、自由意思による文書同意が得られた患者家族とした。分析は、データをもとに逐語録を作成し、コーディングを行い、内容を抽出してカテゴリー化を行った。本研究は、日本医科大学付属病院倫理審査委員会の承認を得た。

### 【結果】

分析した結果、107のコードから28のサブカテゴリー、4つのカテゴリーが抽出された。【面会制限における不安】をもたらす影響は、患者の病状が把握しにくいことや、患者と直接面会出来ないことが挙げられた。【面会制限により生じた希望】は、患者を見ることや病状把握のニーズが影響していた。【リモート面会がもたらす安心・安堵】は、患者家族の病状理解や、病状改善の実感、看護師の声掛けが影響していた。【リモート面会における不安・衝撃】は、患者の病状悪化や、患者の姿を見て受けた衝撃が影響していた。患者家族は【面会制限における不安】を抱き、【面会制限により生じた希望】に影響していた。【面会制限により生じた希望】は、リモート面会を通して、患者の姿を見ることや会話すること、適切な治療が行われていると実感することで満たされ、患者家族は【リモート面会がもたらす安心・安堵】を得ていた。また、患者家族はリモート面会によって【リモート面会がもたらす安心・安堵】を抱くと同時に、【リモート面会における不安・衝撃】を抱いていた。

### 【考察】

患者家族は、面会制限により、以前と比べ、情報量が少なく、医師からの病状説明が中心となった。そのような状況が、患者家族の不安を増強させたと考える。【面会制限により生じた希望】は、以前の面会におけるICU入室患者の家族のニーズと一致しており、それらのニーズが患者家族の希望を生じるきっかけとなったと考える。患者家族は、看護師からの情報提供や、リモート面会を通じた病状改善の実感や病状理解により、【リモート面会がもたらす安心・安堵】が得られたと考える。一方で、リモート面会はタブレット越しであり、得られる情報が限られ、患者家族が病状理解を十分にできず、【リモート面会における不安・衝撃】を抱いたと考える。また、リモート面会において、患者の姿が画面にまざまざと映し出されることで、精神的衝撃を受けたと考える。【面会制限における不安】は、【面会制限により生じた希望】をもたらし、リモート面会により【面会制限により生じた希望】が満たされることで、患者家族は【リモート面会がもたらす安心・安堵】を抱いたと考える。また、患者家族は、リモート面会で病状改善を実感し、安心・安堵を抱きながらも、病状悪化への不安を抱いており、常にアンビバレントな感情の中で揺れ動いていると考える。

### 【結論】

コロナ禍における面会制限やリモート面会によって、患者家族は、患者の病状変化や医療者の声掛けに心理的な影響を受けていることが明らかになった。

14:44 ~ 14:56 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:30 第4会場)

## [O13-03] ICUに入室した重症小児患者の家族への看護に関する文献研究

○高瀬 愛<sup>1</sup>、清村 紀子<sup>2</sup> (1. 大分大学医学部附属病院、2. 大分大学医学部看護学科)

キーワード：重症小児患者、家族看護、内容分析、文献研究

**【目的】**

ICUに入室した重症小児患者家族への看護について、先行研究から網羅的に明らかにする。

**【方法】**

文献は、医中誌 Web、CiNii、PubMedを用いて、2011年～2020年9月時点までに公開された学術論文について、シソーラス用語「ICU」「クリティカルケア看護」「小児」「家族看護」、MeSH用語「Intensive Care Units」「Pediatric Nursing」「Family Nursing」「Critical Care Nursing」、をキーワードに検索した。結果、国内文献25件、国外文献70件が抽出され、ICUに入室した重症小児患者家族への看護について記述があることを選定条件に選別し、最終的に国内文献6件、国外文献12件の計18文献を対象文献として、Berelson,Bの内容分析手法で分析した。対象文献を各1文脈単位として、重症小児患者家族への看護について記述された箇所を主語と述語からなる記録単位として抽出した。記録単位を意味内容の類似性に着目してサブカテゴリ化、さらに飽和状態に至るまでカテゴリ化した。分析のプロセスでは共同研究者間で十分吟味し、信用性・信憑性の確保に努めた。データ抽出では著者の意図および論文中の意味内容が損なわれないように留意し、また文献の使用においては出典を明記することで著作権を侵害しないよう倫理的配慮に努めた。

**【結果】**

495記録単位が抽出され、サブカテゴリ化（55）、カテゴリ化（13）に至った。抽出されたカテゴリは、＜児の最期の時まで家族に寄り添う＞、＜家族の意思決定を支援する＞、＜家族全体をケアする＞、＜児の状態について情報提供する＞、＜信頼関係を構築する＞、＜親役割が果たせるように支援する＞、＜医療チームとして家族を支える＞、＜親子の愛着形成を支援する＞、＜家族の衝撃を緩和する＞、＜児へのケアに家族も取りこむ＞、＜安心できる環境を準備する＞、＜家族の健康状態に配慮する＞、＜児と家族が共に過ごせる時間を大切にする＞、であった。

**【考察】**

カテゴリ＜安心できる環境を準備する＞、＜児へのケアに家族も取りこむ＞、＜児と家族が共に過ごせる時間を大切にする＞、＜児の状態について情報提供する＞は、重症小児患者の家族へ日常的に繰り返し提供されるべき看護と考えられた。また、カテゴリ＜医療チームとして家族を支える＞、＜信頼関係を構築する＞は、家族と医療チームが協力して児を支えるさまを表すもので、重症小児患者家族の看護における家族を含むチームアプローチの重要性を示すものと考えられた。一方、カテゴリ＜家族の衝撃を緩和する＞、＜家族の意思決定を支援する＞、＜児の最期の時まで家族に寄り添う＞は、クリティカルケア看護領域における特徴的なカテゴリと言え、病態や状況が刻々と変化する状況・場面に応じた看護として捉えることができる。さらに、カテゴリ＜家族全体をケアする＞、＜親子の愛着形成を支援する＞、＜親役割が果たせるように支援する＞は、小児看護領域における特徴とも言える家族の発達課題を達成するための支援を包含しており、重症小児患者家族への看護において家族の成長を視座にもつ重要性を示すものとする。

**【結論】**

先行研究を内容分析した結果、13のカテゴリが抽出された。13カテゴリには、日常的に提供される看護、チームとして提供される看護、状況・場面に応じて提供される看護、家族の発達課題を達成するために提供される看護が包含されていた。

---

14:56～15:08 (2022年6月12日(日) 14:20～15:30 第4会場)

## [O13-04] 面会制限下における家族ケアの取り組み – ICUダイアリーの導入を試みて–

○山田 理絵<sup>1</sup> (1. 順天堂大学医学部附属練馬病院)

キーワード：ICUダイアリー、家族看護

**【目的】**

新型コロナウイルス(SARS-CoV-2：以下 COVID-19)感染拡大に伴い、2021年より病院全体として家族の面会制限が開始となった。ICU病棟に入院する重症患者の家族は、突然の入院や発症、重篤化、さらに治療中の患者に面会できないという不安など精神的負担があり、集中治療後症候群（post intensive care syndrome-family：以下

PICS-F) 発症リスクの要因とされている。ICU病棟における家族ケアの必要性を考え、PICS-Fの予防を目的としたICUダイアリーを導入した。

#### 【方法】

期間：2021年4月～12月末。対象者：入院時の家族の言動や面会希望があるなど、担当看護師やリーダー看護師を中心にカンファレンスを行いICUダイアリーの必要性があると判断し、承諾が得られた症例。方法：2021年4月よりICU病棟に所属する看護師39名にICUダイアリーの導入目的、運用、記載方法について説明を行った。記載は、受け持ち看護師が介入したその日のケアや患者の反応とした。家族の来院時に、感染対策を行った上でICUダイアリーを見てもらい、家族の希望に応じて思いを記載してもらった。

#### 【倫理的配慮】

ICUダイアリー導入患者を集計し、個人が特定されないよう記号化し保存した。また、所属看護部の許可を得た。

#### 【結果】

ICUダイアリー導入は28例であった。年齢：幼児～80歳代。そのうち、COVID-19重症患者のICUダイアリー導入は8件（ICU病棟に入室したCOVID-19患者の23.5%に導入）であった。家族が来院した際にICUダイアリーを見てもらい、ICU看護師の記載した内容に涙を流す家族や患者の様子を知ることが出来てよかったと肯定的な発言をする家族が多くいた。また、家族がICUダイアリーに患者に向けたメッセージや自身の日常の出来事、看護師に対する感謝の言葉の記載があった。

#### 【考察】

PICS-Fの予防のため、ABCDEFGHバンドルの活用が重要とされており、家族ケアを早期に取り組む必要がある。家族は、ICUダイアリーを通して、入院中の患者の様子を知ることができ、安心感や医療者への信頼感を感じることができていた。ICU看護師は、家族が患者のことをどのように捉え、不安やニーズが表出できるように関わる必要がある。そのためには、ICU看護師が早期よりPICS-F予防に対する意識をもち、ICUダイアリーを通して今後も家族ケアに取り組む必要があるといえる。

#### 【結論】

COVID-19感染対策による面会制限下における家族ケアは、今後も必要と考えられる。ICUダイアリーがPICS-F予防を含め、どのように影響を与えているか、分析と運用方法の検討を継続していく必要がある。その中で、ICU看護師は、特に不安の強い家族の場合、どのように患者の現状を伝えるか記載や表現方法を、家族の思いに寄り添って進めていく必要があるといえる。ICUダイアリーは、面会制限下における家族と患者、医療者を繋ぐツールであり、今後もPICS-F予防目的とした運用・活用を行っていく。

---

15:08～15:19 (2022年6月12日(日) 14:20～15:30 第4会場)

## [O13-05] 2年目看護師としてクリティカルケア領域での家族看護を考察する

### —新型コロナウイルス感染症患者家族の面会での関わりを通して—

○永友 博明<sup>1</sup>、長田 孝幸<sup>1</sup>、森 弘太郎<sup>1</sup> (1. 飯塚病院)

キーワード：家族看護

【目的】家族面会は、患者にとって安心感をもたらし、闘病意欲を向上させるなどの目的がある。新型コロナウイルス感染症（以下COVID-19）患者と家族面会の場に担当看護師として携わった。隔離環境下において、担当看護師は今回の家族面会で何もできず無力感を抱いた。この症例を通し、急激な病状変化による家族の心理状態、特殊な状況下にある患者の家族看護を考察する。

#### 【方法】症例報告

【倫理】院内倫理審査の承認を得て、院内倫理委員会規定のもと、個人情報保護の厳守と、患者家族に不利益が生じないように配慮した。

【患者紹介】患者 A氏：60歳台、男性 家族構成：妻、娘2人 COVID-19に罹患し、ホテル療養中に呼吸状態悪化し救急搬送、B病院入院後は挿管し呼吸器管理。数日間は筆談で会話可能だったが、急激に全身状態が悪化し、呼名反応も乏しくなった。B病院での COVID-19患者への面会は病院自宅間面会では ZOOM、来院可能な家族には FaceTime を使用していた。当日の面会も家族来院後の FaceTime を予定。入院後16病日、娘 C（当日、濃厚接触隔離期間終了）も同席での医師より病状説明後、面会実施、入院後17病日死亡。

【結果】家族は突然状態悪化の報告が入り、混乱した状態で来院し、病状説明後すぐに面会が行われた。家族は気持ちの整理がつかず、A氏の顔を見ることが出来なかった。この場面の家族のニードを CNS-FACE を使用して測定すると、社会的サポート、情報、情緒的サポートの値が高かった。隔離環境下において、担当看護師は今回の家族面会で何もできず無力感を抱いた。

【考察】クリティカルケア領域では、突然の事態により家族は動揺し気持ちを整理できないことが多くみられる。今回の症例でも、そのまま別れを迎えた家族は、A氏の死をうまく受け入れられなかったと考える。病状に対する情報のニードを持ちながら、一方で不安や恐怖の感情を抱え、他者からのサポートが必要だったと考えられる。面会制限により、医師から病状説明後の家族の感情と現状の受け止め方について情報を取れずにいたこと、その上で反応をみながらケアを提供できなかったことは、家族の予期悲嘆を悪化させることとなった可能性がある。面会中に A氏の反応を知ることが出来れば家族が気持ちを少しでも落ち着かせることができると考え、担当看護師は家族の声に対する A氏の反応の有無を確認していた。しかし実際は、A氏の反応は無く家族に何を伝えれば良いかわからず、不安や恐怖感を助長させたのではないかと考える。これは、担当看護師は救急病棟経験2年目であり、そのほとんどを COVID-19感染症患者の対応をしてきたため、クリティカルケア領域での知識、経験が不足した状態であったことも要因となると考える。担当看護師を含めチームでケアを考案出来ていれば、面会前に家族へ正しい情報を提供し、家族の感情に共に寄り添えた可能性がある。また、家族は面会において A氏の顔を見ることができ、悲嘆ケアに繋がった可能性がある。隔離環境という家族間・医療者間に距離が生じる中では、日常以上に確実な情報共有を行い医療者からの働きかけが重要となる。

#### 【結論】

- ・ COVID-19禍での面会制限は、面会の目的がうまく果たせず家族対応の困難さを生じることになった。
- ・ 家族の情報は心理状態を知る上でも重要であり、家族とのコミュニケーションが減少する時こそ、医療者間での共有を深めることが必要である。
- ・ COVID-19禍では、その機会が減少することを念頭に、看護師は通常通り室内で待つだけに留まらず、方法を工夫しながら家族とコンタクトを取り、ケアに活かすことが必要である。
- ・ 特殊な状況下では、ケア提供に困難が生じることを考慮し、チーム内での連携を高める努力が必要である。

15:19 ~ 15:30 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:30 第4会場)

## [O13-06] COVID-19による面会制限における ICU看護師の患者や家族への対応と看護師のストレスに関する実態調査

○秋田 奈緒美<sup>1</sup>、園田 拓也<sup>1</sup>、高橋 葵<sup>1</sup>、有田 孝<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院 ICU)

キーワード：COVID-19、面会制限、家族看護

【目的】 COVID-19による面会制限での看護師の患者家族への対応や看護師のストレスおよび困難の実態調査を行い、看護師のストレス軽減や患者と家族対応への一助とすること

【方法】 A病院 ICUに勤務する看護師48名を対象に2021/11/01~2021/11/14を調査期間とし無記名式の質問紙調査を実施。質問紙の内容は COVID-19患者看護の有無、リーダー従事の有無、面会の効果や目的を①患者および家族が互いに会うことができる保証、②患者および家族が適切にインフォームドコンセントを受けられること、③家族へ患者の現在の状況を伝えること、④患者および家族の希望する治療方針の把握、⑤患者の状態に対する家族の理解度の把握、⑥患者および家族の希望の把握、⑦患者および家族の不安の緩和、⑧家族のケアへの参加、⑨患者の日常生活の情報収集、⑩家族の精神状況の把握、⑪家族の身体状況の把握、と想定し、5段階で回答する15の質問項目と困難を感じた内容及び面会制限での工夫に自由記載欄を設け、厚生労働省「職業性ストレ

ス簡易調査票」も配布した。分析は困難の有無、職業性ストレス簡易調査の単純合計評価基準を参考にストレスの有無の群に分類し、Mann-WhitneyのU検定を行った。自由記載内容は質的帰納的に分析を行った。統計解析にはEZRを使用した。倫理的配慮は質問紙への回答をもって同意を得たとみなし、質問紙は無記名、個人が特定されないように厳重に管理した。当研究は所属施設の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】44名（回収率91%）から回答、39名（有効回答率88%）を分析対象とした。COVID-19患者看護経験あり17名（44%）なし22名（56%）、リーダー従事あり29名（74%）なし10名（26%）、面会制限で困難あり31名（79%）なし8名（21%）、職業性ストレス簡易調査でストレスあり6名（15%）、なし33名（85%）と回答した。面会効果・目的に関する15項目については各群において有意差はみられなかった。面会制限において苦労したことについては50のサブカテゴリーから《面会希望に対応することへの困難》、《面会制限を強いる苦痛》、《家族が患者の病状把握ができない》、《患者の情報が得られず理想のケアができない》、《患者と家族の不安を緩和できない》、《家族の希望に答えられない》、《電話対応の困難》の7カテゴリー、面会制限下における工夫については30のサブカテゴリーから《患者と家族への電話や写真を用いたコミュニケーションの提供》、《医師に電話でのICの依頼》、《いつでも電話連絡できる保証》、《家族へ細やかな説明と対応》、《家族の心情の理解と寄り添い》、《医療者間での情報共有》の6カテゴリーが抽出された。

【考察】職業性ストレス簡易調査の単純合計評価では「心身のストレス反応」に重点を置いており、今回の調査でストレスがあると判断された看護師は少なかったと推測される。しかし面会制限により困難を感じた看護師は79%に及んでおり、多くのICU看護師が面会制限により困難を感じていることが明らかになった。看護師は家族の病状理解が難しかったり、面会希望に答えられなかったりすることに困難を抱えつつ、写真や電話などの媒体を使用し解決への働きかけを行っていると考えられる。今回の調査では写真や電話でのコミュニケーションが重要視されており、コミュニケーションツールの使用が困難の緩和やより良い患者と家族対応の重要な要素になると示唆された。

【結論】面会制限で多くの看護師が困難を抱えており、写真や電話などの媒体を使用しながら対応を行っていることが明らかになった。

【研究の限界】本研究は1施設を対象にしており結果の一般化には限界がある。抽出度を高めるために更なるデータ収集が求められる。

一般演題

## [O14] 安楽と疼痛

座長:田下 博(長崎大学病院)

2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:30 第6会場 (総合展示場 311-313会議室)

### [O14-01] 治療が奏功しない重症患者に対する ICU看護師の comfortケア

○上村 明咲<sup>1</sup>、大川 宣容<sup>2</sup> (1. 社会医療法人近森会 近森病院、2. 高知県立大学看護学部)

14:20 ~ 14:32

### [O14-02] ICU入室中に早期リハビリテーションに難渋し、それを乗り越えた患者の体験

○大串 健太<sup>1</sup>、江川 幸二<sup>2</sup> (1. 神戸市看護大学大学院看護学研究科博士前期課程実践看護学領域急性期看護学専攻CNSコース、2. 神戸市看護大学大学院)

14:32 ~ 14:44

### [O14-03] HCUの看護ケアの質と comfortとの関連について

– discomfort状態と PICSとの相関から– : その1

○上杉 如子<sup>1</sup>、中出 卑那<sup>1</sup>、永田 知英美<sup>1</sup>、塚本 里佳<sup>1</sup>、石本 佳美<sup>1</sup>、新田 建也<sup>1</sup>、茗荷谷 美保<sup>1</sup>、佐藤 大介<sup>2</sup> (1. 国民健康保険 小松市民病院、2. 公立小松大学保健医療学部看護学科)

14:44 ~ 14:56

### [O14-04] HCUの看護ケアの質と comfortとの関連について

– comfortに影響する医療者の介入から– : その2

○上杉 如子<sup>1</sup>、永田 知英美<sup>1</sup>、塚本 里佳<sup>1</sup>、中出 卑那<sup>1</sup>、石本 佳美<sup>1</sup>、新田 建也<sup>1</sup>、茗荷谷 美保<sup>1</sup>、佐藤 大介<sup>2</sup> (1. 国民健康保険 小松市民病院、2. 公立小松大学保健医療学部看護学科)

14:56 ~ 15:08

### [O14-05] 人工呼吸器装着中の急性・重症患者の Comfortニーズを捉えるためのアセスメント指標の作成

○山田 知世<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>1</sup> (1. 東京慈恵会医科大学大学院博士前期課程 先進治療看護学分野 クリティカルケア看護学領域)

15:08 ~ 15:19

### [O14-06] 人工心肺術後患者の人工呼吸器離脱後から利尿期に至るまでの体験と看護

○河野 志穂<sup>1</sup>、清村 紀子<sup>2</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 基盤看護学講座)

15:19 ~ 15:30

14:20 ~ 14:32 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:30 第6会場)

## [O14-01] 治療が奏功しない重症患者に対する ICU看護師の comfortケア

○上村 明咲<sup>1</sup>、大川 宣容<sup>2</sup> (1. 社会医療法人近森会 近森病院、2. 高知県立大学看護学部)

キーワード：comfortケア、comfort、全人的苦痛緩和、ICU看護師、クリティカルケア

〔目的〕クリティカルケア看護が対象とする患者は生命に直接関わるような健康問題を抱えた重症患者であり、全人的苦痛を抱えている。看護師は日頃より患者の苦痛緩和と安楽の提供を凶っているが、一方でその実践に困難さを感じている。また患者が重症であるがゆえに救命や治療的側面が重視され、その達成が困難なケースにおいて看護師は無力感、ジレンマを感じる。よって comfortを目指したケアをより重視する必要がある。Comfortは安楽よりも全人的で、他者との関係性の中でかづけられるような意味を含む概念であり、ICUにおいて痛みなど身体的苦痛が取りきれないようなケースであっても comfortを目指すことは可能と考えられる。しかし comfortはいまだ曖昧に使用されており、特にクリティカルケア領域における comfortケアについての研究は少ない。そこで本研究では、治療が奏功しない重症患者に対する ICU看護師の comfortケアを明らかにすることで、ICUにおいて患者の全人的苦痛緩和のために行う看護実践への示唆を得ることを目的として取り組んだ。

〔方法〕本研究は質的記述的研究デザインを用い、A県内の急性期病院 ICUに勤務する臨床経験5年、ICU経験3年以上の看護師4名を対象に半構成的面接を行った。語りの中から治療が奏功しない重症患者に対して ICU看護師が行う comfortケアの内容を研究協力者ごとに抽出し、内容の特性によってコード化を行い個人コードとした。さらに、個人コードについてケースを超えて意味内容の類似するものを集めてカテゴリー化を繰り返し、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。なお、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。

〔結果〕治療が奏功しない重症患者に対する ICU看護師の comfortケアとして、【あらゆる方法で患者の苦痛を捉えありのまま受け止める】【救命と苦痛緩和の狭間で葛藤しながら目の前の患者にとって必要なケアを立ち止まって考える】【患者が今を耐え乗り越えられるよう苦痛の波及を防ぐ】【揺らぐ患者が前を向けるよう投げ所を示す】【患者の反応の意味づけを共有しケアの継続を図る】の5つのカテゴリーが抽出された。

〔考察〕治療が奏功しない重症患者は全人的な comfortニーズを抱えており、脆弱で不安定で複雑な存在だからこそ、わずかなきっかけで状態が変化しうる。ICU看護師はそのことを理解し、患者の苦痛をより深く捉え、患者にとって必要なケアを考え、それらが継続して提供されるようにしていた。そして患者の苦痛の波及を防ぎ、投げ所を示す関わりを通して、患者が苦痛を抱えながらも今を耐え乗り越えられるよう患者を支えていたと考えられる。そして患者を全人的に捉え、患者一看護師間の相互作用を通して、患者が大切にされていると感じられるよう関わることが、さらなる comfortの増進へ繋がっていたと考えられる。

〔結論〕ICU看護師は、治療が奏功しない重症患者へ comfortをもたらすため、【あらゆる方法で患者の苦痛を捉えありのまま受け止める】【救命と苦痛緩和の狭間で葛藤しながら目の前の患者にとって必要なケアを立ち止まって考える】【患者が今を耐え乗り越えられるよう苦痛の波及を防ぐ】【揺らぐ患者が前を向けるよう投げ所を示す】【患者の反応の意味づけを共有しケアの継続を図る】という実践を行っていた。ICU看護師は患者にとって必要なケアが提供されるよう、患者の苦痛をより深く捉え、その波及を防ぎ、投げ所を示す関わりを通して、患者が苦痛を抱えながらも今を耐え乗り越えられるよう患者を支えていた。それらの関わりは、患者を全人的に捉え、患者一看護師間の相互作用を通して患者が自分を大切にされていると感じられる関わりを積み重ねていく実践であった。

14:32 ~ 14:44 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:30 第6会場)

## [O14-02] ICU入室中に早期リハビリテーションに難渋し、それを乗り越えた患者の体験

○大串 健太<sup>1</sup>、江川 幸二<sup>2</sup> (1. 神戸市看護大学大学院看護学研究科博士前期課程実践看護学領域急性期看護学専攻 CNSコース、2. 神戸市看護大学大学院)



キーワード：早期リハビリテーション、体験、回復

【目的】ICUの重症患者は、集中治療後症候群になりやすく、予防ケアバンドルの一つとして早期リハビリテーション（以下、早期リハビリ）が行われている。一方で、患者は身体的苦痛、無力感、コントロール感の喪失、孤独といった精神社会的苦痛を感じており、痛みや倦怠感は身体活動の阻害要因となっている。しかし、早期リハビリに難渋した患者がどのようにして乗り越えたのかという体験はこれまで明らかにされていない。よって、本研究は早期リハビリに難渋し、それを乗り越えた患者の体験を明らかにすることを目的とした。

【方法】1.研究デザイン：質的記述的研究 2.研究参加者：ICU入室中に早期リハビリに難渋しそれを乗り越えたICU看護師長が判断した患者。3.データ産出期間：2020年7月～2021年11月。4.データ産出方法：オンラインビデオ通話ツールを用いた半構造化面接法により実施した。5.データ分析方法：逐語録から研究目的に沿って意味のあるまとまりでコード化した後、相違点や共通点について比較・分類し、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。6.倫理的配慮：本研究は所属大学倫理委員会及び研究協力施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】1.研究参加者の概要：男性2名、女性2名（計4名）で年齢は57～76歳であり、全参加者が心臓血管外科術後であった。2.分析結果：18のサブカテゴリーと9のカテゴリーが抽出された。以下〈〉をカテゴリーで示す。患者は早期リハビリ開始以降に痛みや呼吸のしづらさ、筋力の低下など〈身体の異常を感じ〉ていた。また身体状況から将来を予測し、仕事への復帰や退院後の自宅での生活など〈自分自身の将来について心配〉していたが、〈身体機能の回復を楽観的に捉え〉てもいた。自身が知覚・認識した身体状況と医療者が認識している身体状況との間に〈医療者との認識のズレを感じ〉ていた。安静制限により動けないことが辛いと感じ、身体機能の低下により諦めの感情も抱いており〈思い通りにならないと感じ〉ていた。しかし患者はその状況下でも自分なりの考えによって行動し、医療者のアドバイスを元に自分で実践するなどして回復する為に〈主体的に対処〉していた。患者は身体状況の改善や、ICU内の静かな個室へ転室する事、点滴が取れる事など周囲の環境や状況の変化から〈回復している実感を持つ〉ていた。また医療者と関わる中で気遣いや安心感を感じ、家族と関わる中では絆を感じるなど〈家族や医療者との関わりにより気持ちが和ら〉いでいた。他者と関わる中で家族のため、医療者のために頑張りたいと感じ、目標を立てて〈前に向かう気持ちを持つ〉ていた。

【考察】患者は身体状況の改善だけでなく環境や状況の変化によっても回復を実感しており、医療者が回復したと判断し行った行為が、患者にとって回復の保証を感じさせるものであったと考える。さらに、自分なりの感覚や周囲の雰囲気を実感する回復を感じることは患者の支えとなっており、患者が回復の実感を持つことは、困難を乗り越える上での支えになっていたと考える。患者は、家族の期待や、医療者の誠意に応えようという他者志向的動機だけでなく、他者と関わることで生き甲斐や希望を見つけており、「他者のため」「自分のため」という二つの価値が融合され早期リハビリに取り組んでいた。患者は、家族や医療者との関わりにより安心感や前向きな気持ちを持ち、回復するために〈主体的に対処〉していたことから、患者の主体性は他者と関わる中で発揮され促進していたものとする。よって、主体性を発揮し促進できるような関わりや、他者との関係性が重要と考える。

14:44～14:56 (2022年6月12日(日) 14:20～15:30 第6会場)

## [O14-03] HCUの看護ケアの質と comfortとの関連について

### － discomfort状態と PICSとの相関から－：その1

○上杉 如子<sup>1</sup>、中出 卑那<sup>1</sup>、永田 知英美<sup>1</sup>、塚本 里佳<sup>1</sup>、石本 佳美<sup>1</sup>、新田 建也<sup>1</sup>、茗荷谷 美保<sup>1</sup>、佐藤 大介<sup>2</sup> (1. 国民健康保険 小松市民病院、2. 公立小松大学保健医療学部看護学科)

キーワード：クリティカルケア、comfort、PICS

【目的】集中治療後症候群(以下 PICS)と言われる合併症が問題となる中、クリティカル領域の患者がもつ多様な comfortニーズに対し、質の高い看護ケアを提供することは、PICS予防につながると考えた。そこで、PICS発症と入床する患者の comfort状態を把握するために、comfortではない状態(以下 discomfort状態)、医療者の介入状況、環境について多側面から調査、分析し、看護ケアの方向性を導き出すこととした。

【方法】対象はHCUに入床した意識レベル JCS20以上、鎮静レベル RASS-3以上の患者とした。調査内容は個人属性（診療科等）、PICS発症の有無を入床時と退床後に調査した。PICS発症の有無は、運動機能障害を徒手筋力テストの合計（Medical Research Council 以下 MRC）、認知機能障害をミニメンタルステート検査（Mini-Mental State Examination以下 MMSE）、メンタルヘルス機能障害を簡易抑うつ症状尺度（Quick Inventory of Depressive Symptomatology以下 QIDSJ）で評価した。また、discomfort状態、HCUの外的環境を各勤務毎に調査した。分析方法は、調査項目の記述統計量を算出後、カイ二乗検定およびスピアマンの順位相関係数を算出し分析した。院内看護研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】対象は41名、内訳は脳外科14名、内科6名、循環器内科8名、外科13名であった。MRCは1名、MMSEは7名、QIDSJは9名に悪化を認めた。科別の有意差は認めなかった。MRC、MMSE、QIDSJが悪化した群と discomfort状態、外的環境との関連では、MRCは記憶の欠如( $p=0.014$ )、MMSEは恐怖( $p=0.04$ )、QIDSJは怒り( $p=0.019$ )、アラームへの不快感( $p=0.047$ )によって悪化していた。悪化に関連した各症状と discomfort状態、外的環境との順位相関係数の結果では、各変数の多くが精神的側面と相関関係を認めた。PICS危険因子との関連では、MRCはせん妄( $p=0.002$ )、MMSEは低血圧( $p=0.04$ )が出現すると悪化していた。人工呼吸器と MRC、MMSE、QIDSJの悪化に関連は認めなかったが、discomfort状態の身体的側面とスピリチュアル的側面に関連を認めた。せん妄発症は特に精神的側面との関連を認めた。

【考察】MRC、MMSE、QIDSJの悪化に関連した症状の多くは discomfortの精神的側面であった。療養環境の非現実的な日常や不快感は、患者にとって混乱や恐怖を覚え、怒りという陰性感情を生み出している。それが、MMSEや QIDSJの悪化につながる可能性が示唆されたことから、discomfortの精神的側面に着目したケア介入により PICSが予防できると考える。また、人工呼吸器患者は、discomfort状態の身体的、精神的、スピリチュアル的苦痛が相互に影響していると考えられた。人工呼吸器患者は鎮静薬で眠るより覚醒し人と関わりたいと願っているとされており、家族など人との繋がりを実感出来る働きかけを行う事で、言葉以上の安心を得る事ができ、comfortが満たされ PICS等の合併症予防に繋がると考える。

【結論】1. discomfort状態の精神的側面に着目したケア介入が PICSの予防に繋がる。2. 人工呼吸器患者は、身体的、精神的、スピリチュアル的苦痛が相互に影響し合い、discomfort状態になっている。

14:56 ~ 15:08 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:30 第6会場)

## [O14-04] HCUの看護ケアの質と comfortとの関連について

### — comfortに影響する医療者の介入から—：その2

○上杉 如子<sup>1</sup>、永田 知英美<sup>1</sup>、塚本 里佳<sup>1</sup>、中出 卑那<sup>1</sup>、石本 佳美<sup>1</sup>、新田 建也<sup>1</sup>、茗荷谷 美保<sup>1</sup>、佐藤 大介<sup>2</sup> (1. 国民健康保険 小松市民病院、2. 公立小松大学保健医療学部看護学科)

キーワード：クリティカルケア、comfort、PICS

【目的】集中治療後症候群(以下 PICS)と言われる合併症が問題となる中、クリティカル領域の患者がもつ多様な comfortニーズに対し、質の高い看護ケアを提供することは、PICS予防につながると考えた。そこで、医療者に対する患者の主観的・客観的評価から患者の comfort状態を把握し看護ケアの方向性を検討する。

【方法】対象はHCUに入床した意識レベルが JCS20以上、RASS-3以上の患者とし、個人属性（診療科等）、PICS発症の有無を入床時と退床後に調査した。PICS発症の有無は、運動機能障害を徒手筋力テストの合計（以下 MRC）、認知機能障害をミニメンタルステート検査（以下 MMSE）、メンタルヘルス機能障害を簡易抑うつ症状尺度（以下 QIDSJ）で評価した。医療者の介入についてインタビューガイドを基に半構成的面接法にてデータを収集した。分析方法は、MRC、MMSE、QIDSJの入床時、退床時の点数に対し、科別毎に対応のある t 検定を実施した。また、入床時の MMSE、QIDSJの点数をカットオフ値に従って分類、退床時との点数と比較し、その変化値を検定した。統計処理は SPSSver25.0を用いて分析した（有意水準を 5%）。院内看護研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】対象は41名、内訳は脳外科14名、内科6名、循環器内科8名、外科13名であった。集団における MRC、MMSE、QIDSJの悪化はなく、科別での有意差は認めなかった( $p=0.698$ 、 $p=0.457$ 、 $p=0.541$ )。入床時

MMSE21点以下の患者は6名で平均点数は10.5±6.1、退床時平均点数は18.8±9.5 (p=0.013)、入床時 QIDSJ11~15点の患者は9名で平均点数は12.22±1.39、退床時平均点数は6.25±4.80 (p=0.031)と改善を認めた。面接結果は、2個の『カテゴリ』、8個の「サブカテゴリ」、37個の「コード」に分けられた。『医療者の行動』は5つのサブカテゴリに分けられ、「患者への態度」で「親近感があった」、「患者への声かけ」で「そばにいるから大丈夫と言われて安心感があった」、「患者との関わり」で「手を握ってくれた」、「コミュニケーションの重要性」で「話しやすかった」「できたことを褒めてくれた」、「チームワークの確立」で「あうんの呼吸で動いていた」「多職種で情報共有していた」などのコードが抽出された。『医療者の資質』は3つのサブカテゴリに分けられ、「医療者の性格」で「みんな明るい」「気さく」、「医療者の表情」で「笑顔」、「医療者の人間性」で「自分のペースに合わせてくれた」などのコードが抽出された。

【考察】 A病院 HCU看護師と患者とのつながりは、本人の認識に深くかかわっていたことが明らかとなった。先行の研究結果から、患者は身体的、精神的、スピリチュアル的に discomfort状態にあったが、集団での MRC、MMSE、QIDSJの悪化は認めていない。A病院 HCU看護師はケア提供者としての能力を発揮し、そのつながりにより患者が comfortを得られ、合併症を予防することができたのではないかと考えられる。患者に寄り添い、患者の discomfort状態に対しケア提供者としてその能力を発揮した介入を続けることで PICSの予防にも繋がるのではないかと示唆された。

【結論】 医療者がケア提供者の能力を発揮し、discomfort状態に対し適切な介入を行うことで PICSの予防につながる可能性がある。

15:08 ~ 15:19 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:30 第6会場)

## [O14-05] 人工呼吸器装着中の急性・重症患者の Comfortニーズを捉えるためのアセスメント指標の作成

○山田 知世<sup>1</sup>、中村 美鈴<sup>1</sup> (1. 東京慈恵会医科大学大学院博士前期課程 先進治療看護学分野 クリティカルケア看護学領域)

キーワード：人工呼吸器装着患者、Comfortニーズ、アセスメント指標

【目的】 人工呼吸器装着中の患者は Comfortニーズの元となる様々な苦痛を抱えている(Danielis et al., 2020)が、それを訴える事が困難であり(Patak et al., 2004)、看護師も訴えを読み取ることに困難を抱えている(小池, 高取, 2020)。以上より人工呼吸器装着中の急性・重症患者の Comfortニーズを捉えるためのアセスメント指標を作成し今後の実践の示唆を得ることを研究目的とした。

【方法】 研究対象者：関東圏・関西圏の病院に勤務する集中ケア・クリティカルケア認定看護師495名  
データ収集方法:デルファイ法 (Sinead et al., 2011) による2回の郵送質問票調査と専門家会議でデータを収集した。2回目の調査は1回目の調査に協力した者へ依頼した。

データ収集項目:年齢,看護師・認定看護師経験年数,所属部署,Comfortについての学習経験。

アセスメント指標は国内外の人工呼吸器装着患者の体験についての先行研究を元に作成した。先行研究から患者の Comfortニーズを抽出し、それをアセスメントするための指標42項目を作成した。1回目の質問票調査では42項目のアセスメント指標の適切性について9段階のリッカートスケールで調査を行った。また調査項目以外で必要と考えるアセスメント指標を自由記載で回答を求めた。2回目の質問票調査は1回目の質問項目に加えて、自由記載欄より得られたアセスメント指標を追加し全43項目のアセスメント指標の適切性について調査を行った。1回目の調査結果を開示した上で、再度アセスメント指標の適切性について回答を求めた。専門家会議は2回目の調査結果を基に開催し、デルファイ法でコンセンサスを得られなかった指標について分析結果のもと吟味を行い、重要であると判断された項目はアセスメント指標に加えた。文言の修正が必要な場合は修正を行い最終的なアセスメント指標を見出した。

分析方法：個人属性は記述統計にて集計を行った。アセスメント指標の適切性はコンセンサス率を80% (Keeney et al., 2006) とし「9. 極めて重要である」～「7. かなり重要である」と回答した人数が80%を越えたものを認定看護師によりコンセンサスを得たアセスメント指標とした。

【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。研究参加への自由意思、個人情報保護の対象者に文書で説明し同意を得た。

【結果】1回目の質問票調査では136名（回収率:27.5%）より回答を得た。1回目の調査でコンセンサスを得たアセスメント指標は27項目であった。自由記載欄より【体動制限による苦痛を感じていないか確認する】というアセスメント指標が見出された。2回目の質問票調査では88名（回収率:64.7%）より回答を得た。2回目の調査でコンセンサスを得たアセスメント指標は28項目であった。専門家会議の結果8項目を追加し16項目の文言の修正を行い、最終的にアセスメント指標36項目を見出した。

【考察】作成された36項目のアセスメント指標は認定看護師・専門看護師により妥当性を確認した。患者が今後意識のある中で療養する中で、身体面のみならず環境・社会文化的側面を含めた視点から情報収集し Comfortニーズを捉えることが患者の Comfortを高めるために重要であると考えられた。

【結論】人工呼吸器装着中の急性・重症患者の Comfortニーズを捉えるためのアセスメント指標36項目を作成し妥当性を確認した。本アセスメント指標を活用し、患者の Comfortニーズを査定しそれに対応するような看護実践が求められていることが示唆された。

---

15:19 ~ 15:30 (2022年6月12日(日) 14:20 ~ 15:30 第6会場)

## [O14-06] 人工心肺術後患者の人工呼吸器離脱後から利尿期に至るまでの体験と看護

○河野 志穂<sup>1</sup>、清村 紀子<sup>2</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 基盤看護学講座)  
キーワード：体験、人工心肺、重症患者

【目的】人工心肺術後24時間以内に人工呼吸器を離脱し、利尿期に至るまでの期間に患者が感じる体験を明らかにする。

【方法】人工心肺術後24時間以内に人工呼吸器を離脱し、本研究の趣旨に賛同し同意の得られた患者4名を対象に、心身の状態に関連した様々な症状・苦痛といった体験に関する半構造化面接を実施した。得られたデータは質的記述的に分析した。本研究は所属大学の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】人工呼吸器離脱後から利尿期に至るまでの期間は、語りの内容から、傷害期・傷害期～利尿期の2つの時期に分けられた。

### 1. 傷害期

この時期の体験として、212のコード、64のサブカテゴリから、＜生還できたことへの安堵と生への喜びを感じる＞、＜甦っていない自分の状況を理解する能力と感覚＞、＜区別のつかない現実と非現実＞、＜何をすることも感じる経験したことのない痛み・疲れ・脱力感＞、＜自分でコントロールできない身体とからだの感覚＞、＜ただただ喉が渇き唾液を飲んで口渇をしのぐ＞、＜同一体位により感じる苦痛＞、＜ただ生かしているだけで死なせもしない＞、＜人の情が感じられない治療や看護＞、＜自分の姿に哀れさを感じる＞、＜ただただ苦痛に耐えるしかなく生きていなくてもいいと思う＞、＜このまま死ぬのかなという思いと死ぬわけにはいかないという思い＞、＜混濁していた意識が戻りはじめ自分の身体に起きていることの原因と生きる意味を考える＞、＜命のために動きを制限して身体に入る管を守る＞の14のカテゴリが抽出された。

### 2. 傷害期～利尿期

この時期の体験として、147のコード、41のサブカテゴリから、＜動こうと思えば動けるが手術を台無しにしたくないので動きを我慢する＞、＜時間と共に体の感覚と動きを取り戻す＞、＜記憶の欠落に気付くが見当識は取り戻しにくい＞、＜幻覚が続くがどうしようもない＞、＜タイミングを合わせて呼吸するのに力を使う＞、＜痰を出して呼吸の苦しさから逃れる＞、＜鼻汁が喉に垂れてきて呼吸ができない＞、＜基本的ニーズが充足されず苦しさで精神的に追いやられる＞、＜現状を認識しはじめ説明と照らし合わせる＞、＜管による束縛からの解放に歓喜し快復の兆しを自覚する＞の10のカテゴリが抽出された。

【考察】術後早期に人工呼吸器離脱に至った患者は、体液が血管内へ戻るまでの傷害期を、意識が混濁し自らが置かれた状況を把握することもできず、声すら出せない状態の中で、創部とは異なる経験したことのない耐え難

い身体的苦痛を医師や看護師に伝えるすべもないまま、ただただ耐えるしかないといった体験をしていた。利尿期を迎えると、ニードが少しずつ充足され、自分で動けるといった身体的な回復を契機に、術前の説明で得た情報や不完全な中で感じ取った情報から、自分の現状について、命懸けの手術から生還したことの意味を見出し、過酷な状況の中で生への意欲を再び甦らそうとしていた。合併症予防の観点から人工呼吸器早期離脱が推奨される。その一方で、本研究結果から、傷害期を脱する前の人工呼吸器離脱が、患者に様々な心身に関連した苦痛と言える体験をもたらすことが明らかとなった。本研究結果は、人工呼吸器早期離脱がもたらす影響について、医学的指標のみならず、患者の体験という側面についても思いをはせる必要があると考える。

【結論】人工心肺術後24時間以内に人工呼吸器を離脱した患者は、耐え難い苦痛の中で、自身の生死について考え、自らができる命を守る行動をとる、といった体験をしていた。患者の言葉にできないメッセージをいかに理解し対応できるかが、クリティカルケア看護に課せられた課題である。

看護ラリー回答編

## [IL] 看護ラリー回答編

2022年6月12日(日) 11:20 ~ 12:10 第7会場 (総合展示場 314-315会議室)

---

[27000-1120-1add] 討議

11:20 ~ 12:10

11:20 ~ 12:10 (2022年6月12日(日) 11:20 ~ 12:10 第7会場)

[27000-1120-1add] 討議

一般演題（オンデマンド）

## [W1] 一般演題 WEB（オンデマンド配信）

2022年6月11日(土) 10:00～16:00 一般演題（オンデマンド配信）

- [W1-01] 早期人工呼吸器離脱に向けての取り組み「人工呼吸器装着患者の実態調査」  
○高橋 佳樹<sup>1</sup>、有馬 明<sup>1</sup>（1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院）  
10:00～ 10:20
- [W1-02] ハイケアユニットで働くスタッフの、SAT/SBTに関する意識調査  
○有馬 明<sup>1</sup>、高橋 佳樹<sup>1</sup>（1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院）  
10:20～ 10:40
- [W1-03] 「侵襲的陽圧換気の設定の変更」を活用した入浴介助の例  
○奥山 広也<sup>1</sup>（1. 山形県立中央病院）  
10:40～ 11:00
- [W1-04] COVID-19下において演習を含む科目をハイブリッド教育で受けた学生の不安とスキル獲得への期待  
○田中 智子<sup>1</sup>（1. 大阪青山大学）  
11:00～ 11:20
- [W1-05] COVID-19非挿管患者のセルフプローンの実施に向けて  
－効果的な援助用具の選択と効果について－  
○清水 尋<sup>1</sup>、板垣 弘美<sup>1</sup>、山本 奈々<sup>1</sup>、越智 貴子<sup>1</sup>（1. 市立池田病院）  
11:20～ 11:40
- [W1-06] COVID-19流行時における重症患者家族の面会への取り組み  
－危機回避のための精神的ケアの重要性－  
○平尾 由美子<sup>1</sup>、須崎 大<sup>1</sup>、川口 祥子<sup>1</sup>（1. 済生会横浜市東部病院）  
11:40～ 12:00
- [W1-07] 重症 ARDS患者に対し少人数で腹臥位への体位変換を行う際の事故予防策の実態  
○赤木 夏海<sup>1</sup>（1. 東京都立広尾病院 看護部）  
12:00～ 12:20
- [W1-08] ICUに勤務する看護師の患者の尊厳を守るための看護実践に関する研究  
○浦山 いづみ<sup>1</sup>、山澄 直美<sup>2</sup>（1. 長崎みなとメディカルセンター、2. 長崎県立大学）  
12:20～ 12:40
- [W1-09] 救急外来で自殺企図患者を看護する看護師の態度に関連する要因についての文献検討  
○伊藤 美智子<sup>1</sup>、牧野 夏子<sup>2</sup>（1. 名古屋学芸大学看護学部、2. 札幌医科大学附属病院 看護部）  
12:40～ 13:00
- [W1-10] ICU新卒看護師の組織社会化を促進する要因  
○吉田 真寿美<sup>1</sup>、清水 玲子<sup>2</sup>、村角 直子<sup>2</sup>（1. 金沢医科大学病院、2. 金沢医科大学大学院看護研究科）  
13:00～ 13:20
- [W1-11] 「小児集中治療に携わる看護師のためのクリニカルラダー」を活用したPICU看護師の育成  
○篠原 実加<sup>1</sup>、辻尾 有利子<sup>1</sup>、井林 寿恵<sup>1</sup>（1. 京都府立医科大学附属病院 看護部 PICU）  
13:20～ 13:40



[W1-12] 「小児の気管挿管介助ルーブリック」の開発と教育評価

○吉井 恵<sup>1</sup>、辻尾 有利子<sup>1</sup>、篠原 実加<sup>1</sup>、井林 寿恵<sup>1</sup> (1. 京都府立医科大学付属病院)

13:40 ~ 14:00

[W1-13] 心臓血管外科開心術後患者の術後管理に関するシミュレーション教育の効果

○飯田 理沙<sup>1</sup>、寺島 大貴<sup>1</sup>、櫻井 真愛<sup>1</sup>、岩瀬 夏子<sup>1</sup>、大場 幸子<sup>1</sup> (1. 順天堂大学医学部附属浦安病院)

14:00 ~ 14:20

[W1-14] 記憶のゆがみに着目した PICSの早期発見・回復のための教育プログラム実施  
ー一般病棟看護師の看護実践の変化ー

○吉井 裕子<sup>1</sup>、林 優子<sup>2</sup> (1. 大阪医科薬科大学病院 看護部、2. 前関西医科大学大学院 治療看護分野クリティカルケア看護学領域)

14:20 ~ 14:40

[W1-15] 重症外傷患者の看護に対するクリティカルケア領域の熟練看護師の学習  
ニーズ

○小川 謙<sup>1</sup>、牧野 夏子<sup>2</sup>、中村 恵子<sup>3</sup>、菅原 美樹<sup>4</sup> (1. JCHO北海道病院 看護部、2. 札幌医科大学附属病院 看護部、3. 札幌市立大学、4. 札幌市立大学看護学部)

14:40 ~ 15:00

[W1-16] クリニカルシナリオと心不全手帳導入による心不全患者への効果的なセルフ  
ケア支援への取り組み

○齋藤 瑳也伽<sup>1</sup> (1. 株式会社日立製作所 日立総合病院 看護局CCU)

15:00 ~ 15:15

[W1-17] 救急初療看護師のキャリアディプロップメント  
ー高齢患者への看護実践に焦点をあててー

○山崎 千草<sup>1</sup> (1. 東京女子医科大学病院)

15:15 ~ 15:30

[W1-18] 急性期領域における認定看護師のコンピテンシーを形成する要素

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

15:30 ~ 15:45

[W1-19] ICU看護師の Work Engagementに影響する要因

○春名 美恵<sup>1</sup>、城丸 瑞恵<sup>2</sup> (1. 日本医療大学 保健医療学部 看護学科、2. 札幌医科大学 保健医療学部 看護学科)

15:45 ~ 16:00

---

10:00 ~ 10:20 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 一般演題)

## [W1-01] 早期人工呼吸器離脱に向けての取り組み「人工呼吸器装着患者の実態調査」

○高橋 佳樹<sup>1</sup>、有馬 明<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

キーワード：人工呼吸器、離脱、調査

【目的】当院 CCUは、心不全治療が困難となり人工呼吸器装着を余儀なくされた患者や、超急性期を脱した後人工呼吸器が離脱できない患者を看ることが多く、人工呼吸器からの離脱については主治医の判断に一任しており、人工呼吸器装着期間が長期になることや、離脱までの過程もさまざまであると感じている。そこで、当院 CCUでは安全かつ早期の人工呼吸器離脱を目指すために、鎮静覚醒トライアル（以下 SATとする）/自発呼吸トライアル（以下 SBTとする）プロトコルの導入をしたいと考えている。そのために、まずは2020年の人工呼吸器管理となった患者の実態を調査したいと考えた。人工呼吸器装着患者の実態調査を行い得られた結果をもとに、早期の人工呼吸器離脱、SAT/SBTプロトコル導入に向けて対策を行い、看護ケアの向上、安全な医療の提供につなげていきたい。

【方法】対象は2020年1月～12月までに当院 CCUに入室した人工呼吸器装着患者を対象とした。調査項目は患者背景、入室・入院状況、人工呼吸器に関する項目、鎮静・鎮痛に関する項目、血液データに関する項目、および抜管後に関する項目に関して独自の調査用紙を用いて調査し記述統計を行った。本研究は院内看護研究倫理推進委員会の承認を得た。対象者にオプトアウトを提示し、調査用紙は個人名が特定されないように暗号化し、第三者が閲覧できないようにした。

【結果】対象期間中に CCUに入室し人工呼吸器装着した患者数は延べ39例であった。そのうち抜管できた症例は19例であり、抜管に至らなかった症例は14例。抜管後に再挿管となった症例は3例、抜管できずに気管切開を行いその後人工呼吸器離脱した症例が3例あった。全症例の平均人工呼吸器装着期間は24.2日。抜管できた症例で挿管期間の平均は6.6日であった。全症例のうち人工呼吸器装着中に人工呼吸器設定を CPAPにして SBTを行っている症例は12例(約30%)で、人工呼吸器装着中に鎮静剤の増減（SAT）を行っていた症例は2例(約5%)であった。抜管が行えなかった症例で、抜管できなかった原因として多かったのは低酸素脳症で自発呼吸が確認できなかった症例で6例あった。

【考察・結論】今回の調査で当院 CCUでは SBT実施率が低く、さらに SATに関してはほとんど行っていないということが分かった。人工呼吸器離脱に向けたプロトコルはいくつか提唱されており、人工呼吸器離脱に際して SBTと SATを組み合わせることで人工呼吸器装着期間や、在院日数の短縮、人工呼吸器関連肺炎（VAP）の減少などを認めている。人工呼吸器装着期間は疾患や病態によってばらつきがみられたが、どの症例でも人工呼吸器装着後に早期から離脱に向けた評価・取り組みを行っていく必要があり、当院 CCUで SAT/SBTプロトコルの作成・導入を行うことで人工呼吸器の早期離脱につなげられるのではないかと考える。

---

10:20 ~ 10:40 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 一般演題)

## [W1-02] ハイケアユニットで働くスタッフの、SAT/SBTに関する意識調査

○有馬 明<sup>1</sup>、高橋 佳樹<sup>1</sup> (1. 一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院)

キーワード：SAT/SBT

### 【目的】

当院 CCUはハイケアユニットである。当院 CCUには、SAT/SBTのプロトコルが存在しておらず、早期抜管に関するスタッフの意識が低い可能性があると考えた。そこで、スタッフの意識調査を行い、スタッフの現状を明らかにすることで、呼吸器離脱を安全かつ円滑に進めるための問題点を抽出したいと考え、本研究に取り組むこととした。

## 【方法】

人工呼吸器離脱に関する3学会合同プロトコルを参考にし、独自で作成した意識調査用紙を用いて、当院 CCU スタッフ31名にアンケート調査。調査内容は、SATに関する意識・知識・観察項目・鎮静剤の使用状況。SBTに関する意識・知識・観察項目。SATやSBTに取り組むにあたっての不安。

当院倫理審査委員会の承認を得て、対象者に対して研究目的、協力は自由意志であること、また協力が得られなくても不利益を受けないことについて口頭と書面による説明を行い、承諾を得た。アンケートは無記名とした。回答後も撤回できることも説明し、公表によって個人が特定されないよう配慮した。

## 【結果】

アンケートに回答のあった30名を対象とした。呼吸器患者経験年数平均3.63年。経験年数平均以下が21名。「呼吸器離脱に取り組んでいたか」の問いに19人が「常に」「概ね」と回答。経験年数4年以上のスタッフは全員「常に」「概ね」と回答。

SATに関する項目では「SATという言葉を知っているか」の問いに15名が知っていると回答。観察項目を聞いた設問でも、睡眠状況・せん妄の項目が、15名と他と比べ低い値となった。SBTに関する項目では、観察項目を聞いた設問でどの項目も高い値となった。しかし、不安に関する項目で「訓練開始基準がわからない」「対処が必要な時どうしてよいかわからない」の項目が高かった。

## 【考察・結論】

SATに関して、睡眠状況・せん妄の状況の意識が低いため、昼夜で鎮静剤の調整を行ってもらえるように指導が必要である。SBTに関しては意識が高いことが分かったが、経験不足、プロトコルがないことから「開始・中止基準」「対処」の部分で不安があることが分かった。勉強会や指導を行う必要はあるが、ほとんどが4年以下のスタッフであるため、知識・技術に左右されないプロトコルの作成が必要でないかと考えるに至った。

10:40 ~ 11:00 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 一般演題)

## [W1-03] 「侵襲的陽圧換気の設定の変更」を活用した入浴介助の例

○奥山 広也<sup>1</sup> (1. 山形県立中央病院)

キーワード：特定行為、侵襲的陽圧換気の設定の変更、入浴介助

【目的】特定行為研修制度が始まり、研修修了者は3,307人（2021年4月時点）になった。しかし特定行為を活用する体制整備が困難であるという看護管理者や、学んだことを活用できないという修了生も多いといわれている。国内において特定行為に関する論文報告は少なく、具体的にどのように特定行為を看護ケアに活用できるか模索している看護師は多いと考えられる。そこで今回、人工呼吸器管理を要する患者に対して、Air Liquide Medical Systems（フランス）社製、人工呼吸器 MONNAL T60を使用し、特定行為「侵襲的陽圧換気の設定の変更」を活用し入浴介助を行った症例を経験したため報告する。

【倫理的配慮】本研究は当院の倫理審査委員会の承認を得ている。

【事例紹介】50歳代男性で脳幹出血を発症し集中治療室に入院された。JCS 100であり気道管理と呼吸管理が必要であったため侵襲的陽圧換気を導入した。自発呼吸が弱く、侵襲的陽圧換気からの離脱は困難であったため、気管切開術を施行し、第16病日に一般病棟に転棟となった。

【入浴の実際】当該病棟の看護師から依頼を受けたクリティカルケア認定看護師が、事前に患者の情報収集を行い、入浴が可能であると判断した。当該病棟看護師と入浴時刻を調整した。ベッドサイドでは人工呼吸器 Servo i を使用していたが、入浴時に MONNAL T60へ変更した。湿気や水濡れ対策として MONNAL T60を吸排気孔を塞がないようにしつつ、透明ビニールで覆った。その他に、浴槽と十分な距離をとり、空調を強化した。また、入浴中は生体情報のモニタリングが持続的に把握しにくいいため、呼吸回数や呼吸の深さ、胸郭の動きの左右差、呼吸補助筋の使用の有無、意識レベル、気道分泌物の有無、橈骨動脈の拍動の強さを継続的に確認した。入浴に伴う身体への負荷を考慮し、人工呼吸器設定を同期式間欠の強制換気モード（従圧式）： $F_{I}O_2$ 30→40%、調整圧 8 cmH<sub>2</sub>O、換気回数 10→15回/分、サポート圧6→8 cmH<sub>2</sub>O、PEEP 6 cmH<sub>2</sub>Oに調整した。クリティカルケア認定看護師が気道、呼吸、循環の管理を、当該病棟の看護師2人が全身を洗浄した。バイタルサインや身体所見の悪化

なく入浴を終えることができた。

【考察】①安全面、②看護ケア、③看護師や医師の負担軽減の3つの視点から考察する。①安全面ではさらに1)患者管理と2)機器管理にわけられる。入浴中は生体情報モニターを持続的に使用しにくいいため、身体所見から患者状態を把握する必要がある。特定行為研修で学んだ臨床推論や日常業務で培ってきたアセスメント力によって、患者の身体所見から患者の状態を推察し、入浴が続行可能かどうかの判断を行うことができた。機器管理については、浴室という水濡れのリスクや湿度の高い環境下で精密機器を使用せざるを得なかったが、機器の特徴や取り扱い時の注意点を理解して水濡れ対策を行ったことで安全に使用することができたと考える。②看護ケアの視点では入浴によるリラクゼーション効果を長期臥床患者にもたらすことができたと考える。さらに快刺激を促し、患者の持つ自己回復力の促進につながったかもしれない。③スタッフの負担軽減において、これまで侵襲的陽圧換気中の患者を入浴させることは技術的にもマンパワー的にも困難だったと推測される。そこで特定行為研修修了者が患者と機器の管理を包括的に行うことで、医師および看護師の負担軽減につながったと考えられる。

【まとめ】特定行為を活用することで、看護ケアの拡大が本症例のような形で実現され、患者の生活の質を向上させる一つの手段になる可能性がある。

11:00 ~ 11:20 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 一般演題)

## [W1-04] COVID-19下において演習を含む科目をハイブリッド教育で受けた学生の不安とスキル獲得への期待

○田中 智子<sup>1</sup> (1. 大阪青山大学)

キーワード：COVID-19、ハイブリッド教育、演習

### 【目的】

全世界では、学生を COVID-19から守るために緊急措置として遠隔教育を導入した。しかし、コロナ禍収束後もニューノーマルな教育の形態として対面授業と併用されることも視野に入れる必要がある。そのため、ハイブリッド教育での演習を含む科目受講学生の科目に対する期待と不安感・負担感・孤独感の存在を研究目的とする。

### 【方法・分析の概要】

A大学の研究倫理委員会の審査を受け【衣笠-人-2020-50】「研究基礎」を受講した118名を研究対象とした。授業前後で行った自由記述を KHCoder で分析を行った。表参照。

### 【結果】

授業前の総抽出後は、不安19363、期待7795であった。授業後の総抽出後は、不安10459、期待4383であった。表参照。

### 【考察】

「不安」は上位頻出後・共起関係に表れなかった。「不安」の文脈には「友人ができない」や「友人と授業中にコミュニケーションが取れない」で表現された。授業前の不安は①人が多い通学中の電車など感染の不安はあるが対策を行い、対面授業で友達を作り、人と直接会って話したい② Zoomだと先生に質問が難しく、すぐに回答がもらえるかが不安だという文脈であった。感染への不安はあるが、友人を作り、話す機会を欲しており、教員の質問返答即時性を望んでいた。授業後の不安は①人と接しないようにしている反面②対面のほうが話しやすく、対面授業で友人作りや話がしやすい③ Zoomでもスキル修得に不安がない反面、友人作りと先生への質問が難しい③対面授業で友人を作れ、話ができて、友人と協力し合って自分を成長させられるという文脈であった。演習は対面でも Webでもハイブリッドでもスキル修得に不安はないが、友人・教員とのインタラクションという意味で対面授業を望んでいた。授業前の期待は、①先生は Webでも対面でも見ていてくれると思うから不安はなく、②考えや意見の違う人と教えあって自分を成長させたい③友人と授業の問題解決に助け合い協力することは大切だという文脈であった。授業後の期待は、①自分が難しいと感じた新しいことを共有し、学ぶことが大切②論文を書くことは卒論に役立つため必要で、そのスキルは意見の違う、考え方をみにつける③教えあうことで考え方の違う人の意見を学べたという文脈であった。

### 【結論】

学生は、演習を含む科目であっても Web で技術修得が可能だと考えているが、対面授業で友人をつくり、友人とのインタラクションの中で自己を成長させることを望んでいた。

11:20 ~ 11:40 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 一般演題)

## [W1-05] COVID-19非挿管患者のセルフプローションの実施に向けて

### —効果的な援助用具の選択と効果について—

○清水 尋<sup>1</sup>、板垣 弘美<sup>1</sup>、山本 奈々<sup>1</sup>、越智 貴子<sup>1</sup> (1. 市立池田病院)

キーワード：COVID-19、セルフプローション、苦痛緩和、援助用具

#### 【目的】

腹臥位療法は COVID-19患者に対しても有効とされており、非挿管患者に対しても効果が認められてきている。第5波では今まで重症化リスクとされていた基礎疾患に加え BMI も重症化リスクであった。しかし腹臥位療法開始当時は看護師間で実施時間の認識が薄く、援助用具の使用にも個人差があり、1日45分程度であった。

硝子体の手術後は腹臥位用枕+腹部マットレス<sup>TM</sup>(以下腹臥位用枕)を用いて24時間以上の腹臥位保持が必要とされる。腹臥位用枕を腹臥位療法に用いることで、より安楽に時間の延長が可能となり重症化の予防に繋がると考えた。

#### 【方法】

期間：2021年6月1日～10月30日

対象者：COVID-19に罹患した認知力の低下のない酸素投与中の患者(NHF、人工呼吸器を除く)

測定日：腹臥位療法開始日

人数：9名

方法：病棟全看護師に腹臥位療法の方法を統一するため勉強会を実施。

従来から使用しているヴィスコフロート ミニマットレス<sup>TM</sup>(以下ヴィスコフロート)と腹臥位用枕を最低30分使用、各5分後、15分後、30分後、腹臥位終了後の P/F 比、呼吸回数、苦痛症状(喀痰・咳嗽の有無、腰痛、肩こり、頸部痛、胸腹部の圧迫感)を観察した。苦痛症状は0:全く苦痛がない、1:苦痛がない、2:少し苦痛がある、3:苦痛がある、4:とても苦痛がある、5:最も辛い状態、の5段階のスケールで観察した。

倫理的配慮:当院の倫理委員会の承認を得た。

#### 【結果】

腹臥位実施時間はヴィスコフロートでは中央値40分(30分～60分)、腹臥位用枕では中央値38分(30分～90分)であった。1日あたりの腹臥位療法実施時間は中央値77.5分(65分～142分)であった。また腹臥位療法開始前から終了時の P/F 比の改善率は、ヴィスコフロートが中央値118%(84.6%～138.7%)、腹臥位用枕が中央値114.3%(100%～152.4%)であった。呼吸回数の改善率は、ヴィスコフロートが中央値114%(50%～230%)、腹臥位用枕が中央値100%(50%～150%)であった。

苦痛症状の最大値はヴィスコフロートでは、腰痛が1で1名、頸部痛が2で2名、肩こりが2で3名、胸腹部の圧迫感が4で1名、苦痛が0は2名であった。腹臥位用枕では腰痛が1で2名、頸部痛が3で1名、肩こりが2で1名、胸腹部の圧迫感が4で1名、苦痛が0は2名であった。

BMIが25以上の患者は9名中5名であり、そのうち3名はヴィスコフロートが良いと回答した。また BMIが25以下の患者4名は全員腹臥位用枕が良いと回答した。

重症化率を比較したところ挿管した患者は第4波では18人で47%であったが、第5波は3人で17%であった。

#### 【考察】

ヴィスコフロートと腹臥位用枕の比較では P/F 比と呼吸回数の改善率に有意差はなかった。苦痛症状は両方とも5になることはなく、ほとんどが2以下であり、苦痛を緩和出来たと考える。

BMI高値の患者は腹臥位用枕よりヴィスコフロートを好む傾向にあった。BMIが高値であると枕に接する面積と体重による圧力が増すが腹臥位用枕は面積が小さく、その分身体への圧力が増し胸腹部の圧迫感に繋がったと考

える。

第4波と第5波では重症化率は大幅に減少している。腹臥位療法の実施時間は1日45分が中央値77.5分まで延長できた。勉強会の実施や腹臥位療法のお互いの啓蒙により看護師の意識変化が起こったことで実施時間が延長され、重症化予防の要因の一つになったと考える。

#### 【結論】

ヴィスコフロートと腹臥位用枕の比較では P/F比と呼吸回数の改善率、苦痛緩和における有意差はなかったが援助用具の使用自体は苦痛緩和に繋がった。

BMI高値の患者はヴィスコフロートが苦痛緩和に効果的であった。

援助用具を使用することで苦痛が緩和され看護師の意識変化により腹臥位療法の実施時間が延長し、重症化率は減少した。

11:40 ~ 12:00 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 一般演題)

## [W1-06] COVID-19流行時における重症患者家族の面会への取り組み -危機回避のための精神的ケアの重要性-

○平尾 由美子<sup>1</sup>、須崎 大<sup>1</sup>、川口 祥子<sup>1</sup> (1. 済生会横浜市東部病院)

キーワード：COVID-19、重症患者・家族ケア、面会方法

【目的】新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に伴い、政府は2020年3月「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」を提示した。当院では面会を原則禁止とし、その対象は COVID-19ではない重症患者も同様であった。Emergency Intensive Care Unit（EICU）の入室患者家族の精神的ケアとしてオンライン面会を実施した。しかし、患者が意思疎通を取れない場合は、オンライン面会のみでは精神的危機を回避するためのケアに限界を感じ、感染対策を実施しながら直接面会を行った。今回、感染対策室と連携し面会制限の中でも、重症患者家族の精神的ケアのための面会方法について検討したので報告する。

【方法】2020年3月～2021年11月までに EICUに入室した症例で、直接面会とオンライン面会について診療記録から関連する場面を抽出し、COVID-19流行期の面会制限の中での面会実施方法について検討をする。本研究は所属病院倫理委員会の承認を得たうえで実施した。

【結果・考察】症例1) COVID-19重症患者の面会方法 A氏、60歳代男性。COVID-19重症肺炎にて人工呼吸器管理し入院。同居家族は全員陽性であった。一度肺炎像が改善し抜管したが、再度呼吸状態悪化し人工呼吸器管理となった。家族へは入院後に電話での病状説明のみ行われていた。亡くなる前日、家族は行政から指示された自宅療養期間は残り2日であった。その中で、病態が悪化している患者をケアする医師と看護師から直接面会させる方法はないかと意見が強く聞かれた。行政に相談をし、面会は感染対策室の判断にゆだねられ、直接面会を実施した。当院までの移動手段、院内での移動動線、個人防護具の着脱介助、面会時は家族の健康観察、病室以外の休息の場所を確保した。亡くなる前日と当日に直接面会を実施し、家族からは「聞くのと会うのでは全然イメージが違いました」「亡くなるのは悲しいですが、最後に家族で過ごせたことは忘れません」と発言が聞かれた。A氏の退院後、看護師だけではなく医師・コメディカルからも、意思疎通が取れた時期に面会することや、感染対策し直接面会を可能とする検討が必要ではないかと意見が聞かれた。その後、感染対策室と連携してオンライン面会の導入と共に、オンライン面会と直接面会への併用について模索を開始した。症例2) COVID-19以外の重症患者の面会方法 B氏 20歳代男性。ロードバイク走行時に転倒し、頸髄損傷にて入院。明らかな頭部外傷はなかったが、入院時は意識障害を認めた。両親、特に母親の動揺が激しく感情の表出も乏しく、家族の希望もあり現状の受け入れのため、一時的に入院日より毎日直接面会を実施した。直接面会時には担当看護師や公認心理士が密に関わり、徐々に感情の表出を認めた。B氏の病状の安定、回復を実感できるようになる頃から、週1回の直接面会とその間にオンライン面会を挟む方法へ移行した。その後、移床する一般床ではオンライン面会のみなため、それに慣れるように徐々にオンライン面会のみにしていった。B氏との関りから、看取りだけではなく精神的危機を回避のために、特に入院初期の状況把握へのニーズが高い時期に、家族の希望がある場合には直接面会が必要であるとチームで判断した。これらの症例をきっかけに、救命センター・感染対策室・看護部の承諾を

得て作成した EICUの面会ルールを作成した。

【結論】① COVID-19流行期も家族にスタッフと同様な感染対策を実施してもらえば、直接面会が行える可能性がある。② 重症患者家族は看取りだけではなく、状況把握へのニーズが高い入院初期に家族の希望がある場合、感染対策をして直接面会をしてもらうことは、精神的ケアには重要な可能性がある。

---

12:00 ~ 12:20 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 一般演題)

## [W1-07] 重症 ARDS患者に対し少人数で腹臥位への体位変換を行う際の事故予防策の実態

○赤木 夏海<sup>1</sup> (1. 東京都立広尾病院 看護部)

キーワード：腹臥位療法、少人数、事故予防

【目的】重症 ARDS患者に対し少人数で腹臥位への体位変換を行う際に、看護師が事故予防策として実施している内容を明らかにする。

【方法】研究デザイン：実態調査型研究。研究期間：2021年8月～10月。研究対象者：研究期間内に A病院救命救急センターに所属し研究参加に同意した看護師27名。調査方法：無記名自記式質問紙調査、観察調査。分析方法：回答及び観察調査項目の基本統計量を算出し、腹臥位療法実施前後に測定したバイタルサイン(以下:VS)結果を分析した。p値0.05未満を有意水準とした。倫理的配慮：本研究は A病院倫理委員会の承認を得た。用語の定義：少人数とは、「2人または3人」とする。

【結果】質問紙調査：調査票は27件配布し、回収率88.8%であった。体位変換を少人数で行うか判断する際に注意している点として、「患者に挿入されている物の数・位置」と答えた者が10名と最も多く、次いで「患者の不穩の有無」「患者のVS」で、「患者の体重」と回答した数は最も少なかった。観察調査：観察対象は50件で、調査中の事故発生はなかった。全件に挿管チューブ、末梢静脈ライン、動脈ライン、尿管、胃管が挿入されていた。体位変換の実施人数は3人の場合が37件(74%)と最も多く、50件の体重は116.0～55.0kgであり、4人で体位変換を実施した症例は体重が116kgの患者、ブラッドアクセスを挿入している患者の3件であった。体位変換前の処置は「話し合い」「末梢静脈ラインのロック」が100%、「吸引」「テープ貼付部位の観察」「保湿」は90%以上実施されていたが、「鎮静剤のフラッシュの有無」については48%であった。フラッシュをした理由として、「直前に不穩動作を認めた」「これまでに体位変換や吸引等で刺激を与えた場合不穩動作を認めた」があがった。体位変換中の手技は「挿管チューブ・動脈ラインが下敷きにならない体位変換の向き」「挿管チューブの保持」の実施率が90%以上であった。VS結果を前後比較し、脈拍数は実施前の平均スコアが77.96、実施後80.18、 $p=0.002$ と有意差を認めた。観血的動脈圧、呼吸数には有意差を認めなかった。

【考察】体位変換前に看護師が注意していた点として、「患者の挿入物の数・位置」が最も多かった。理由としては、重要ライン類が多い場合それらを保持しながら少人数で体位変換を行うことは困難だからである。実際に人工透析中の症例に対しては4人で体位変換が実施されていたことから、患者の挿入物の数・位置は把握しておくことが重要である。体位変換前の「話し合い」は、挿入物への対応、回転の向き、それぞれの役割等、スムーズに体位変換を進めるために、事前準備として必要である。不穩動作のある患者に少人数で体位変換を実施する場合は、より慎重に鎮静管理を行う必要があり、事前準備として鎮静コントロールの話し合いも必要と考える。50件全ての症例で事故発生がなかったことから、体位変換時に行った全ての処置は、事故予防策として妥当性が高いと考える。VSの前後比較は脈拍数のみ有意差を認めたが、脈拍数の増加は一回拍出量の減少に伴う交感神経活動の緊張によるものとされており、安全な範囲内での変化であったと考える。

【結論】少人数で腹臥位への体位変換を行う際には、「挿入物の数・位置」を把握し、実施前の話し合い、末梢静脈ラインのロック、吸引、実施前後のテープ貼付部位の観察等が事故予防策として実施されていた。

12:20 ~ 12:40 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 一般演題)

## [W1-08] ICUに勤務する看護師の患者の尊厳を守るための看護実践に関する研究

○浦山 いづみ<sup>1</sup>、山澄 直美<sup>2</sup> (1. 長崎みなとメディカルセンター、2. 長崎県立大学)

キーワード：患者の尊厳、ICU、看護実践

### 【目的】

ICUに勤務する看護師が患者の尊厳を守るために行っている看護実践の内容を明らかにし、ICUにおいて患者の尊厳を守るために看護管理者が取り組むべき課題を考察する。

### 【方法】

ICUに勤務するICU経験年数3年以上かつ、臨床経験年数5年以上の看護師に対し質問紙を用いてデータを収集した。質問紙は、ICUに勤務する看護師が業務を行っている中で「患者の尊厳が傷ついた（傷つけられそうになった）」と感じた場面とその場面において患者の尊厳を守るために行っている看護実践の具体的内容を問う自由回答式質問と、個人特性（年齢、性別、看護師経験年数、ICU経験年数、倫理研修受講の有無等）を問う選択回答式質問および実数記入式質問により構成した。データの分析は、Berelson, B. の方法論を参考にした看護教育学における内容分析を用いた。本研究は、長崎県立大学一般研究倫理委員会の承認を得た上で実施した。質問紙は無記名とし、返送により研究参加に同意が得られたものとした。

### 【結果】

回収した質問紙のうち有効回答257を分析した。その結果、ICUに勤務する看護師が行っている看護実践の内容を表す42カテゴリが形成された。42カテゴリとは、【1. 患者の意思を尊重した治療や看護の提供に向けて看護師・医師・多職種と話し合う】【2. 意識レベル・年齢・緊急性に関わらず患者が治療・援助の内容や自身の状況を理解できるよう必要な内容を説明する】【3. 患者を見守る時間と人員を確保し可能な限り身体抑制を回避し、やむを得ず実施する場合には時間を最小限に抑える】などであった（表1）。

### 【考察】

ICUに勤務する看護師は、患者の尊厳を守るために家族や医師、同僚に働きかけ、尊厳の毀損の状況を最小限に抑える等の看護の基本的な援助を行っていた。また、どのような状況であっても患者を尊重し、「患者にとって何が重要か」という視点に基づいた看護の実践が患者の尊厳を守るために必要であることを示唆した。ICUの看護管理者は、42種類の看護実践の内容を、自身が管理する看護単位の看護師が患者の尊厳を守るために必要な看護の理解に向けて活用し、尊厳を守る文化を醸成していく必要がある。

### 【結論】

ICUに勤務する看護師が患者の尊厳を守るために行っている看護実践の内容42種類は、意思決定にかかわる看護実践、身体抑制にかかわる看護実践、プライバシーの保護にかかわる看護実践、医療者による尊厳の毀損に対する看護実践、患者の安楽を保持するための看護実践、チームとして患者の尊厳を守りながら治療や看護を提供するための看護実践という特徴を持つことを示唆した。

---

12:40 ~ 13:00 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 一般演題)

## [W1-09] 救急外来で自殺企図患者を看護する看護師の態度に関連する要因についての文献検討

○伊藤 美智子<sup>1</sup>、牧野 夏子<sup>2</sup> (1. 名古屋学芸大学看護学部、2. 札幌医科大学附属病院 看護部)

キーワード：救急外来、自殺企図患者

【目的】救急外来に来院する患者の中には、自殺企図の結果として受傷し、搬送される患者もいる。そうした患者に対し、看護師は過度な肯定や否定を示す態度をとらず、適切な支援を提供する役割があるとされる。しか



し、態度とは考えやふるまいであり、様々な要因によって影響されると考える。そこで、救急外来で自殺企図患者を看護する看護師の態度に関連する要因を文献検討により明らかにすることとした。

【方法】医学中央雑誌 Web版と Pubmedを用いて検索した。医学中央雑誌 Web 版では期間は定めず「救急」、「看護」、「自殺」or「自傷」、「態度」をキーワードとし看護文献、原著論文を条件として検索した（最終検索：2021年12月28日）。Pubmedでは、同じく期間を定めず、「Emergency room」or「Emergency department」、「Nurse」、「suicide」or「self-harm」、「attitude」をキーワードとして検索した(最終検索：2021年12月28日)。論文言語は英文及び和文とし、抄録が掲載されているものとした。該当した論文から、救急外来で自殺企図患者を看護する看護師の態度に関連する要因が記述されているものを抽出し、検討した。倫理的配慮として公表されている文献のみを対象とし著作権に留意した。

【結果】検索した結果、医学中央雑誌 Web版で20件、Pubmedで154件が該当した。その中で、救急外来の看護師のみを調査の対象とし、自殺企図患者に対する看護師の態度に関連する要因を明らかにしたものを精査した結果、和文5件、英文4件となった。これら9件を対象文献として、救急外来に勤務する看護師の自殺企図患者に対する看護師の態度に関連する要因について検討した。対象となった論文は、すべて量的研究であった。結果、「年齢」と「経験年数」がそれぞれ3件で最も多かった。次いで「自傷患者に関する教育」が2件であった。その他、「宗教」「過去に看護した自傷患者の数」「コーピング」「看護師の精神健康度」「自殺危険度アセスメントツールの有無」「精神科医からの支援」「身近に自傷した者の有無」「身近に自殺した者の有無」などがあり、それぞれ1件であった。調査した項目で看護師の自殺企図患者への態度と有意な関連がなかったとした文献は2件であった。

【考察】救急外来で自殺企図患者を看護する看護師の態度に関連する要因として、年齢や経験年数が関連するとした研究が最も多かった。これは、自殺企図患者に接する機会の増加やその中での看護の成功体験などの影響と考える。さらに、年齢を重ねることで、看護師としての経験だけでなく個人として身近に自傷や自殺などに触れる機会や、自殺企図患者への向き合い方を考える機会などの経験が個人的要因としてであると推察される。また、自傷患者に関する教育については、その内容は明らかにされていなかったが、基礎教育と関連があったとしている文献もあることから、教育的要因も考えられる。他にも、看護師の精神健康度とも関連していたことや職場の支援環境とも関連していたことから、救急外来で自殺企図患者を看護する看護師の態度に関連する要因には、属性の要因、個人要因、教育要因、環境要因があると考えられる。

【結論】自殺企図患者を看護する救急外来の看護師の態度に影響する要因として属性要因、個人要因、教育要因、環境要因があった。これらから、救急外来で自殺企図患者を看護する看護師への支援として、教育と環境に焦点を当てて支援していくことが必要であると考えた。

13:00 ~ 13:20 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 一般演題)

## [W1-10] ICU新卒看護師の組織社会化を促進する要因

○吉田 真寿美<sup>1</sup>、清水 玲子<sup>2</sup>、村角 直子<sup>2</sup> (1. 金沢医科大学病院、2. 金沢医科大学大学院看護研究科)

キーワード：ICU、新人看護師、組織社会化

ICU看護師に求められる看護実践能力は、複雑な病態アセスメント、迅速な臨床判断、多職種連携、危機状態にある家族対応など多岐に渡り、新卒看護師が実践力を獲得することは困難を要する。ICU新卒看護師が実践力を発揮し職場に適応していくためには、組織の規範や価値を受け入れ、良好な人間関係を構築していくことが必要とされる。

【目的】本研究の目的は、ICU新卒看護師の組織社会化を促進する要因を明らかにすることである。

【方法】研究デザインは、質的記述的研究である。研究対象者は、看護基礎教育修了後直ちにICUに就職した、新人の段階にある1~3年目の看護師10名とした。データ収集期間は、2020年7月~8月。データ収集方法は、半構成的面接を実施した。調査内容は、卒後1年目について、組織社会化の構成要素である1.基本的姿勢と態度の形成、2.看護実践に必要な看護技術の獲得、3.安全に業務を行えるための行動、4.組織の規範や価値を理解して行動すること、5.組織の中で良好な人間関係を築くこと、6.自分が組織で役割を発揮すること、のそれぞれを促進

した要因を調査した。分析方法は、Berelsonの内容分析の手法を参考に質的帰納的に分析した。本研究は金沢医科大学医学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号:I516）。

【結果】研究対象者の概要は、性別は女性が7名、男性が3名、平均ICU経験通算年数は1年7か月であった。ICU新卒看護師の組織社会化を促進する要因として、14のカテゴリーが明らかとなった。《指導責任者から社会人としての心得を教わる》《人間関係を築く契機》《男性看護師同士のグループダイナミクス》《情緒面を支える組織風土の醸成》《問題解決を促す人間関係》《臨床実践能力獲得に向けた教育体制》《ICU看護の基盤固めに向けた主体性を促す教育》《ICU看護を修得するための段階的な教育》《自律した行動を導く経験学習》《責任を自覚した生命危機に直結する経験》《看護から得た自己効力感と成長の実感》《生命倫理に向き合う体験》《自己解決に繋がる防衛機制》《情緒面を支えるインフォーマルサポート》

【考察】ICU新卒看護師は専門性を踏まえた高度な看護実践能力が求められるため緊張感が高い。何でも聞ける安心感や辛い局面での励ましといった情緒的支援が受けられる組織風土は、職場適応を促し組織の中で良好な人間関係を築くために重要な要素であったと考える。気付きを促し主体性を育む教育は、自律性や自己研鑽力を養っていたと考えられる。また、教育者からの承認などコーチングを活用した教育は、ICU新卒看護師の主体性を支えており、教育者の資質や能力は新卒看護師の基盤形成に大きく影響すると考える。さらに、生命の危機状態にある重症患者の死への直面やデスカンファレンスを通して生命倫理に向き合い、人間の尊厳を重視する看護観を再構築していた。この看護観を体現できるよう支援し、実践経験を積み重ねることは、ICU看護の専門性を求めることに繋がるといえる。一方でICU新卒看護師は常に死と隣り合わせである生命の危機状態にある患者と向き合い、ストレスフルな状況にあり、心理的防御機制や仕事以外のインフォーマルサポートを用いながら経験的にストレスマネジメントをしていた。ストレスマネジメント教育により有効なコーピング方略が持てるよう支援することが離職防止に繋がると考える。

【結論】ICU新卒看護師に必要な教育支援として、組織風土の醸成、主体性を育む教育、教育者の育成、倫理教育、ストレスマネジメント教育の重要性が示唆された。

13:20～13:40 (2022年6月11日(土) 10:00～16:00 一般演題)

## [W1-11] 「小児集中治療に携わる看護師のためのクリニカルラダー」を活用したPICU看護師の育成

○篠原 実加<sup>1</sup>、辻尾 有利子<sup>1</sup>、井林 寿恵<sup>1</sup> (1. 京都府立医科大学附属病院 看護部 PICU)

キーワード：クリニカルラダー

【目的】小児の救急・集中治療に携わる看護師には、高度かつ専門的な知識と技術を身につけ、多職種と協働しながら、子どもとその家族を全人的に捉えたケアを実践することが求められる。小児重症集中看護ネットワーク（日本小児総合医療施設協議会）は、2019年に「小児の集中治療に携わる看護師のためのクリニカルラダー（以下、本ラダー）」を公表した。今回、本ラダーを活用したPICUの看護師育成について報告する。

【方法】本ラダーは、日本看護協会、日本集中治療医学会のクリニカルラダーに基づいて開発され、ニーズをとらえる力、ケアする力、協働する力、意思決定を支える力の4つの実践能力と5段階の習熟度で構成されている。A病院PICUでは、ラダー認定基準を設け、知識テスト、技術・ケアチェックリスト、リフレクションシート、社会人基礎力、看護倫理ルーブリック、コーディネータールーブリックを4つの実践能力の評価指標としている。2019年4月～2022年1月にA病院PICUに勤務する看護師を対象に、①本ラダーの自己・他者評価（前期と後期）、②本ラダーの使用感についての質問紙調査を依頼した。倫理的配慮：所属施設の承認を得て、対象者には研究協力の諾否によって不利益を被らないこと、自由意思に基づく参加であることを説明し、調査は無記名で実施した。

【結果】調査協力者、本ラダーの年度別受審者数と認定者数について表1に示す。レベルⅠ～Ⅲは基本的なスキルを身に付け、個別的な看護が実践できるレベルとし、レベルⅣの看護師には、プリセプターや委員会活動、コーディネーター役割を付与し、レベルⅤの看護師には、新興感染症病棟での勤務、DMAT、蘇生講習インストラクター役割を付与した。自己評価者からは「自身のレベルと目標レベルが把握しやすい」「評価基準に客

観性がある」「評価指標が多く労力を要する」「認定されると嬉しいが責任を感じる」という意見が多かった。他者評価者からは「PICUに必要な能力が評価できる」「目標管理面談で活用できる」「明確な評価指標により公平性が保てる」「課題が把握しやすく教育計画の見直しに役立つ」「役割付与の指標にできる」という意見が多かった。

【結論】本ラダーの導入により、個々の看護師の目標や課題が明らかとなり、看護実践能力の向上が期待できる。また、役割付与の指標や教育計画の指標にもなることが明らかとなった。（967字）

表1 クリニカルラダーの年度別受審者数と認定者数

13:40～14:00 (2022年6月11日(土) 10:00～16:00 一般演題)

## [W1-12] 「小児の気管挿管介助ルーブリック」の開発と教育評価

○吉井 恵<sup>1</sup>、辻尾 有利子<sup>1</sup>、篠原 実加<sup>1</sup>、井林 寿恵<sup>1</sup> (1. 京都府立医科大学付属病院)

キーワード：小児、気管内挿管、ルーブリック、シミュレーション教育

【目的】PICUは、新生児から青年期まで幅広い年齢層を対象とし、重症小児患者の治療において、気管挿管や人工呼吸管理は必須である。小児の予備力の少なさから、気管挿管介助を行う看護師にも適切な準備と観察、対応が求められる、その緊張感は高い。今回、小児の気管内挿管介助を迅速かつ安全に実施できる看護師の育成を目指して、学習評価基準を開発し、教育評価を実施したので報告する。

【方法】1. 「小児の気管挿管介助ルーブリック（以下、ルーブリック）」はルーブリック作成手順に沿い、研究者で議論を繰り返し、①学習課題、②評価尺度、③評価観点、④評価基準の4つの構成要素で表記した。①学習課題は、患者の安全性と安楽性を確保しながら気管内挿管が成立するように医師の介助を行うことができる、②評価尺度は理想的な看護師3点、成長途中の看護師2点、経験の浅い看護師1点の3段階、③評価観点は、解剖生理学的特徴の理解、物品・手順の理解、目的と適応の理解、個別性に応じた準備、気管挿管の介助、異常の早期発見と対応、良好なチームワーク、前向きな姿勢、内省の9項目（総得点27点）で構成し、④評価基準はそれぞれの尺度に見られるパフォーマンスの特徴を説明する記述語とした。2. 2021年4月～2021年12月にA病院PICUに勤務する看護師を対象に、気管挿管介助に関する講習（講義、シミュレーション、デブリーフィング）の受講、講習前後のルーブリック評価、感想を問う質問紙への回答を依頼した。3. ルーブリック評価は評価観点毎の得点と総得点の単純集計を行った。質問紙の項目は単純集計と自由記載は内容分析を行った。4. 倫理的配慮：本研究はA大学倫理委員会の承認を得た上で、対象者には研究協力の諾否によって不利益を被らないこと、自由意志に基づく参加であることを説明し、調査は無記名で実施した。

【結果】研究協力者は19名で、看護師経験平均年数は11.1年、PICU経験年数は5.4年であった。講習前のルーブリック総得点（平均）は14.7点で、「前向きな姿勢」が最も低い評価観点であった。講習後のルーブリック総得点（平均）は16.2点に上昇し、「気管挿管の介助」が最も低い評価観点であった。講習前後ともに、PICUのクリニカルラダー（レベルⅠ～Ⅴの5段階）においてレベルⅣ以上は平均点を上回り、レベルⅢ以下は平均点を下回っていた。また、質問紙では、学習目標の把握、到達レベルの把握、課題の把握、学習意欲の向上に関して100%ができると回答し、現場での活用については96%ができると回答した。講習の感想として「他者の手技を見ることで学び」「実際の物品を用いた練習によるイメージ化」「効果的なフィードバック」、「知識や技術の維持と向上」「部署で気軽にできる練習機会」等の肯定的な意見が多かった。

【考察】ルーブリックの開発は、小児の気管挿管介助に必要な実践力を可視化し、自己の学習目標や学習意欲の向上に寄与し、臨床で活用できる学習評価基準であると考えられた。また、講習後のルーブリック評価点は上昇しており、今回行った講習の教育効果を示すものと考えられた。クリニカルラダー レベルⅢ以下の看護師のルーブリック評価点は平均を下回っており、今後、臨床経験と学習の機会を提供していく必要がある。

【結論】ルーブリックは臨床で活用できる学習評価基準であり、気管挿管介助を安全・安楽に行える看護師の育成を目指して、シミュレーションを含めた教育活動を継続していく。

14:00 ~ 14:20 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 一般演題)

## [W1-13] 心臓血管外科開心術後患者の術後管理に関するシミュレーション教育の効果

○飯田 理沙<sup>1</sup>、寺島 大貴<sup>1</sup>、櫻井 真愛<sup>1</sup>、岩瀬 夏子<sup>1</sup>、大場 幸子<sup>1</sup> (1. 順天堂大学医学部附属浦安病院)

キーワード：看護教育

【目的】集中治療室における心臓血管外科（以下心外と略）開心術後患者の術後管理に関して、シミュレーション教育を導入しその効果を明らかにする。

【方法】対象者は、集中治療室経験年数が2～3年目看護師とした。データ収集期間は2021年10月1日～2021年11月30日とした。2つのシナリオを作成し、シミュレーションは一度に2名の看護師が実施し、看護師 Aを受け持ち看護師とし、看護師 Bは補助を行った。それぞれの役割を各対象者2回ずつ計4回実施し、シミュレーションチェック表（全29項目）を用いて評価した。実施後にシミュレーションが有効であったか、継続したいか、2回目に「できる」の割合が低下した原因についてアンケート調査を実施した。倫理的配慮として本研究の主旨、研究結果を学会等で発表すること、調査協力の諾否による不利益を被らないことを説明し、紙面に同意を得た。また、アンケート調査の質問紙は無記名で実施した。

【結果】同意が得られたのは8名であった。チェック表の29項目中25項目は2回目のシミュレーションで「できる」、「指導のもとできる」の割合が増加した。2回目に「できる」、「指導のもとできる」の割合が低下した項目は4項目あり、「テンポラリーの設定を確認できる」、「ドレーンのミルキングができる」、「薬剤の流量、残量を確認し、積算をクリアすることができる」、「入室時サーベイランスを採取することができる」であった。アンケート調査では、「知識・技術の確認（定着）にシミュレーションは有効でしたか」に対し、「とてもそう思う」と答えたものが8名（100%）であった。また、「今後もシミュレーションをやった方が良いと思いますか」に対しては、「とてもそう思う」が7名（87.5%）、「そう思う」が1名（12.5%）であった。自由記載で得られた回答をカテゴリー化して分析した結果、「今回シミュレーションをやってみてどうでしたか」については、「シミュレーションを行った事での学び」、「複数回シミュレーションを行う事の有効性」、「不安の軽減」が挙げられた。「シミュレーションでできなかった項目（1回目と比較して評価が下がった項目）についてその原因は何ですか」については、「知識不足」、「実践とは異なりイメージができない」、「失念していた」、「スタッフ間での連携不足」が挙げられた。

【考察】複数回シミュレーションを行い、経験の振り返りを行うことで新たな知識の習得や自身の課題に気付くことができたと考える。また、患者の受け持ちをする前に心外開心術後管理についてイメージすることができ、知識・技術の確認や不安が軽減されたと考える。2回目の評価が下がったチェック項目については、シミュレーション教育が目的化してしまい、技術や行動の評価だけに陥ってしまったことが原因であると考えられる。チェック項目を達成することが目的化してしまうことを防ぐために、項目の内容を重視し、根拠を持った知識・技術を習得することが重要である。

【結論】シミュレーションチェック表の29項目中25項目は、2回目で「できる」、「指導のもとできる」の割合が増加した。シミュレーションの振り返りを行い複数回実施することで、新たな知識の習得や自身の課題への気付きに繋がった。シミュレーション教育が目的化しないように根拠を持った知識・技術を習得できるようにシミュレーション教育の計画、実施を行っていく必要がある。

14:20 ~ 14:40 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 一般演題)

## [W1-14] 記憶のゆがみに着目した PICSの早期発見・回復のための教育プログラム実施

## —一般病棟看護師の看護実践の変化—

○吉井 裕子<sup>1</sup>、林 優子<sup>2</sup> (1. 大阪医科薬科大学病院 看護部、2. 前関西医科大学大学院 治療看護分野 クリティカルケア看護学領域)

キーワード：PICS、記憶のゆがみ、教育プログラム、一般病棟看護師、看護実践

〔研究目的〕本研究の目的は、ICU患者の記憶のゆがみに着目した post intensive care syndrome(PICS)の早期発見・回復のための教育プログラムの実施による看護実践の変化を明らかにすることである。

〔研究方法〕文献を基に研究者が独自に作成した教育プログラムを ICU退室後の患者を受け入れる一般病棟に勤務する看護師8名を対象に実施した。教育プログラムは、PICSと看護支援の知識を提供し、事例を用いたロールプレイングで構成されている。教育プログラム実施時に、PICSの早期発見・回復のための看護支援手順書を配布して、教育プログラム実施後に活用してもらった。データは、教育プログラム前後のグループインタビューにより、患者の言動や観察項目から気づいた点や重要と思い実践していることを収集した。データ分析は、グループインタビューによって得られたデータを、データ解析ソフト Word Miner1.5®を用いてテキストマイニング法により行った。本研究は所属大学医学倫理審査委員会の承認を得た上で実施した（承認番号：20211111）。

〔結果〕分析の結果、教育プログラム実施前後の看護実践の語りに出現していた語は、実施前は、《家族》《意識》《興奮》《環境》《安心》《安全》であり、実施後は、《私》《情報》《PICS》《説明》《不安》《帰室》などへ変化していた。さらに、実施後は、《ICU》《記憶》《話》《記録》《体験》の語が実施前より増加し、《病棟》の語が減少していた。看護実践については、実施前では9、実施後では13のクラスターが導き出され、看護実践の特徴が示された。それらの特徴は、実施前では、【患者の記憶や言動の異変に注意を払う、看護師主導の安心・安全を志向する関わり】であり、実施後では、【患者の思いや体験を引き出すタイミングを見極め、患者情報や患者の主体性を志向する関わり】と【知識発信の必要性和自己の振り返りによる行為の気づき】であった。看護実践の特徴は、看護師主導の安心・安全重視から、患者情報や患者の主体性重視に変化していた。さらに看護師自身の取り組む姿勢に影響を及ぼしていた。

〔考察〕PICSという概念は、約10年前から集中治療医学で用いられ、病棟看護師は、ICU看護師よりPICSの認知度が低いことが明らかになっている。記憶のゆがみは患者の主観的な体験であるため、患者が体験を表出しない限り見逃されやすい。看護師は、患者から表出されたネガティブな体験を記憶のゆがみとして捉えることが難しく、問題を認識しつつも適切な対応に困惑を感じている。そのような状況に対応するために、一般病棟看護師に記憶のゆがみに着目した教育プログラムを実施した結果、看護師主導の安心・安全を重視する関わりから、患者情報や患者の主体性を重視する看護実践に変化していた。このことは、教育プログラムにより看護師の患者を見る視点や患者への対応方法が変化したものと考えられた。教育プログラムによる介入によって変化をもたらした要因は、知識の提供である講義に加えて、事例を用いたロールプレイングを取り入れたことで、対応方法をイメージしやすくなったことと、看護支援手順書を配布し、臨床で活用できるようにしたことが、看護実践に変化をもたらしたと考えられた。これらの結果から、記憶のゆがみに着目したPICSの早期発見・回復のための教育プログラムが看護実践に変化を及ぼす効果があったと考えられた。

〔結論〕一般病棟看護師に、記憶のゆがみに着目したPICSの早期発見・回復のための教育プログラムを実施した結果、実施前後における看護師の看護実践が変化したことから、教育プログラムの効果が示された。今後は、患者のPICSの早期発見・回復のための看護支援の効果を検証することが課題である。

---

14:40～15:00 (2022年6月11日(土) 10:00～16:00 一般演題)

## [W1-15] 重症外傷患者の看護に対するクリティカルケア領域の熟練看護師の学習ニーズ

○小川 謙<sup>1</sup>、牧野 夏子<sup>2</sup>、中村 恵子<sup>3</sup>、菅原 美樹<sup>4</sup> (1. JCHO北海道病院 看護部、2. 札幌医科大学附属病院 看護部、3. 札幌市立大学、4. 札幌市立大学看護学部)

キーワード：外傷看護、熟練看護師、学習ニーズ

【目的】外傷看護に関する専門教育の機会は多くはなく、外傷の多様性や複雑性から熟練看護師でも困難を抱く事が報告されている。更に熟練看護師は、教育や相談などの役割を担う事から学習の継続が必要である。そこで、本研究ではクリティカルケア領域の熟練看護師が持つ重症外傷患者の看護に対する学習ニーズを明らかにする事を目的とする。

【方法】本研究では、集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師の資格を有する看護師をクリティカルケア領域の熟練看護師と定め、7名を対象に2022年2月オンラインによる半構造化面接を実施した。面接内容は基本属性と重症外傷患者の看護に対する学習ニーズで構成した。データ分析は質的記述的研究法を用いて実施し類似性と共通性に沿ってカテゴリーを生成した。倫理的配慮として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た。研究協力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、結果の公表方法等を説明し同意を得た。

【結果】対象者の背景は女性5名、男性2名、40～50歳代、看護師経験平均年数は $21.4 \pm 6.9$ 年、認定資格取得後の平均年数は $4.4 \pm 3.9$ 年であった。所属施設は救命救急センター5名、高度脳卒中センター1名、心臓血管センター1名であった。クリティカルケア領域の熟練看護師へのインタビューにより、56コードが抽出され、24サブカテゴリーから【治療参画を目的に医師と協働で患者状態を判断するための外傷医学の知識】【外傷による緊急性の認識や経過を予測するための既存の知識の練磨と新たな知識】【外傷診療を円滑に進めるための多職種を調整する知識と行動】【外傷看護経験に差がある学習者のレディネスに見合った教育方法】【外傷看護の経験を共有し実践力を向上させる事例検討の推進】【外来での衝撃的な体験を受けた外傷患者の家族へのメンタルケア】【外傷に伴う機能や外観の変化を抱えた患者に対する社会復帰に向けた支援方法】の7カテゴリーが生成された。

【考察】クリティカルケア領域の熟練看護師は看護実践の積み重ねにより、重症外傷患者の緊急性を予測し変化を察知する為、バイタルサインや身体診察の重要性を理解しており、これらの技術の維持が学習ニーズに挙げられた。さらに、重症外傷患者の看護や治療の複雑さから医師と協働し重症度や受傷部位を判断する必要性を感じ、外傷医学の知識習得が学習ニーズに挙がっていた。対象者は、スタッフへの指導や教育、相談、調整を役割に持つ為、スタッフ教育や多職種連携を高めるニーズを持っていた。また重症外傷患者は、搬入頻度に施設差があり看護経験も個人差が生じる。その差を補い実践力向上の機会として、事例検討会を推進していた。加えて、外傷患者を担当する中で突然の出来事や機能障害を抱え生活に苦慮する患者や家族の看護経験を有したことで、外傷により様々な苦痛や変化を強いられた患者や家族へのケアや日常生活へ復帰するための社会資源の活用もニーズに挙げられていた。以上より、学習ニーズに応じた外傷医学や多職種間の調整に関する知識、外傷患者やその家族への支援などに関する教育機会の検討や学習内容が求められていることが明らかとなった。

【結語】クリティカルケア領域の熟練看護師の学習ニーズは、外傷患者の緊急性の予測や変化を察知する知識や外傷医学の知識、スタッフ教育の知識、事例検討会の推進、多職種間の調整に関する知識、外傷患者や家族へのケアや支援に関する知識であった。

15:00～15:15 (2022年6月11日(土) 10:00～16:00 一般演題)

## [W1-16] クリニカルシナリオと心不全手帳導入による心不全患者への効果的なセルフケア支援への取り組み

○齋藤 瑳也伽<sup>1</sup> (1. 株式会社日立製作所 日立総合病院 看護局CCU)

キーワード：心不全、セルフケア

【背景】緊急入院する心不全患者の多くは増悪と寛解を繰り返しており、増悪の要因として家庭での血圧や体重、水分摂取量などの自己管理が不十分なことがあげられる。そこで症状を自覚した入院初期から心不全手帳を活用し、退院後もセルフケア行動がとれるよう支援したいと考えた。また、看護師の患者指導が画一的な説明になっている現状がある。患者のセルフケア行動確立のために、看護師はクリニカルシナリオ(以下、CSとする)で

分類、アセスメントし、患者の状態や生活様式に合わせて心不全手帳を活用し、個別性をもってセルフケア支援を行っていく必要性があると考えた。

【目的】心不全手帳とCSを導入し、心不全患者のセルフケア能力の向上とCCU看護師が個別性のあるセルフケア支援が実施できることを目的とする。

【方法】1.研究期間：2021年9月～11月。2.研究対象：CCUに急性心不全の診断で入院した患者5例とCCU看護師21名(研究者、看護師長を除く)。3.研究方法 1)CCU看護師に心不全手帳内容の理解の程度やアセスメントする際にスケールや分類表を活用しているかなどの導入前アンケート実施。2)心不全手帳の役割やCSを活用したアセスメントの必要性、加藤の「ヨーロッパ心不全セルフケア行動尺度」(以下、尺度とする)についての勉強会実施。3)CSと心不全手帳を活用し、アセスメントとセルフケア支援の実施。4)CCU看護師に導入後アンケート実施。導入前後のアンケート結果をウィルコクソン符号付順位検定で分析した( $P < 0.05$ )。5)心不全患者に入院時と退院後初回外来時に尺度を用いたセルフケア評価の実施

【倫理的配慮】研究で得られた情報は個人が特定できないように処理し、データ及び結果は研究の目的以外に用いないことを保証し、同意を得た。研究に参加しなくても不利益を生じないこと、同意の撤回がいつでもできることを説明した。アンケート番号の管理については匿名化し、所属施設倫理委員会の承認を得た(2021-57)。尺度の使用にあたり作成者の許諾を得た。

【結果】アンケートの結果、心不全手帳を理解しているか( $p=0.042$ )、心不全患者に対し個別性を踏まえたアセスメントをしているか( $p=0.025$ )で有意差が得られた。また、90%の看護師がCSでアセスメントし、セルフケア支援を行っていた。心不全患者に対する入院時と心不全手帳を用いて患者指導した退院後初回外来時の評価では、塩分の少ない食事をとっているという項目( $p=0.043$ )において有意差が得られた。また、尺度でのセルフケア評価の平均値は導入前33.8点から導入後22.8点と全症例で点数の低下(改善)を認めた。

【考察】CCU看護師に心不全手帳の役割とCSを活用したアセスメントの必要性について勉強会を行ったことで、看護師は心不全手帳の内容を理解し、個別性のあるセルフケア指導の実施に繋がった。看護師が心不全手帳を活用し患者指導を行ったことで、患者は自らの入院時の症状や血圧と塩分管理の関連性について振り返り、心不全増悪要因や症状を理解することができたのではないかと考える。また、看護師が入院時のセルフケア能力を評価することで評価点数が高い項目を項目別に指導でき、患者の退院後のセルフケア能力の向上に繋がったと考える。

【結論】1.心不全手帳を導入し、患者教育を行ったことで患者のセルフケア能力の向上が図れた。2.CS及び心不全手帳の導入により、看護師は心不全患者に個別性のあるセルフケア支援を行うことができた。

15:15 ~ 15:30 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 一般演題)

## [W1-17] 救急初療看護師のキャリアディプロップメント

### —高齢患者への看護実践に焦点をあてて—

○山崎 千草<sup>1</sup> (1. 東京女子医科大学病院)

キーワード：救急初療、キャリアディプロップメント、高齢患者

【はじめに】救命救急の使命は、厳しい状況にあっても救命のために可能な限り努力することである。昨今の高齢化により救急初療の場では、救命の見込みがなく、延命治療の不開始や中止等、救命すべきかを迷う患者に遭遇することが多くなってきた。しかし、こうした死に直面する患者のケアを担う救急初療の看護師に焦点を当てた研究は未だ見当たらない。終末期の判断や対応を余儀なくされる救急初療に焦点を当てることは、看護の本質を明らかにする可能性がある。そこで本研究では、救急初療で実務経験を積んできた専門看護師を対象にどのような事態で判断に迷い、どのように解決してきたのかを整理し、救急初療看護師の目指す看護の方向性、救急初療看護師としてのキャリアディプロップメントについて検討することにした。

【目的】①高齢患者の救急看護の質を明らかにする。②救急看護師の目標となる看護水準を明らかにする。

【方法】研究デザイン：質的記述的分析、対象：救急初療で実務経験のある急性・重症患者看護専門看護師30名、データ収集期間：2018年7月～2019年2月、データ収集方法：インタビューガイドを用いた半構造化面



接、倫理的配慮：所属大学倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には、研究協力の諾否によって不利益を被らないことを説明し同意を得た。

【結果】対象者の概要は、男性7名女性23名、平均年齢は43.2歳であった。救急初療看護師には1) 時間的切迫感なし2) 時間的切迫感あり3) 時間的切迫感を超越という3段階があった。1) 時間的切迫感なしの看護師のケアの基本カテゴリーは、①ルーチン化した救命措置②積極的治療の可能性の判断③治療の消極化④医療者の判断による治療であった。2) 時間的切迫感ありの看護師のケアの基本カテゴリーは、1) の4つに加えて⑤諦めない救命治療 ⑥組織人としての葛藤というカテゴリーが加わった。3) 時間的切迫感を超越した看護師のケアは、個を重視した救命治療のカテゴリーに統合された。時間的切迫感を超越した看護師には①チームとしての万能感を得る体験②接死体験という共通体験があった。

【考察】本研究結果から、救急初療看護師の中に時間的切迫感を超越した段階に到達した者がいることが明らかとなった。この段階にある看護師は、目の前にいる患者の人生が終わるかもしれないという状況で、時間の切迫感を乗り越え、患者の人生を尊重した看護を行っていると言える。個を重視した救命治療の実践こそが、救急初療看護師の目指すべき看護実践と言えるのではないか。個を重視した救命治療の実践に至るには、経験年数やスキル習得に加え、本研究で示された時間的切迫感を超越した看護師の共通体験が必要条件になると考えられる。その1つであるチームとしての万能感を得る体験は、重症患者に対して、医師を含めたメディカルスタッフのチーム連携で救命できた体験に近似すると思われる。二つ目の共通体験である接死体験には、少なくとも①自分自身が死を覚悟する体験②身近な人の死の体験③看護師としての成長のきっかけとなった患者の死の体験が含まれる。前者の共通体験は、体験できるような教育プログラムを作成することが可能であろう。一方、接死体験は偶発性を伴うため、教育プログラムとして含めることは困難である。しかし、共通体験ができるような状況作り、その体験後に振り返りを促しアプローチすることが可能だと考える。

【結論】救急初療看護師のキャリアディプロップメントは1) 時間的切迫感なし2) 時間的切迫感あり3) 時間的切迫感を超越の3段階であった。時間的切迫感を超越するためには、共通体験が必要であることが示唆された。

15:30 ~ 15:45 (2022年6月11日(土) 10:00 ~ 16:00 一般演題)

## [W1-18] 急性期領域における認定看護師のコンピテンシーを形成する要素

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

キーワード：認定看護師、コンピテンシー、急性期領域

【目的】急性期領域の認定看護師のコンピテンシーを形成する要素を明らかにする。

【方法】本研究は、2016年に実施した急性期領域に勤務する認定資格を持つスペシャリストのコンピテンシーを明らかにするための調査データの一部で、本研究の対象は、認定看護師（Certified Nurses in Critical Care以下CN）9名であった。研究の同意が得られたCNに対して、研究者が行動結果面接（Spencer & Spencer, 1993 / 梅津ら, 2011）を参考に成功例と失敗例を各々1つ以上物語として語ってもらう半構成的面接を行った。面接内容を逐語録にして精読し、コンピテンシー・ディクショナリー（Spencer & Spencer, 1993 / 梅津ら, 2011）の分析ステップを参考に、コンピテンシーを示す語りが含まれる箇所をコンテキストとして抽出し、各クラスターの抽出頻度やクラスターの尺度レベルの平均値を算出してパフォーマンスの高さの指標として分析した。データ分析の全過程で、急性期領域専門の研究者間で議論し、分析結果の信用性や信憑性の確保に努めた。

【倫理的配慮及び利益相反】本研究への参加は自由意思で中断も可能であること、匿名性の確保、研究への参加により不利益を被らないこと等を研究者が口頭と文書で説明し同意を得た。本研究は所属大学倫理委員会の承認を得た上で実施した（承認番号26-162）。本研究の一部は、一般社団法人日本クリティカルケア看護学会から供与された奨学金（研究費）で行われ、利害関係について所属大学利益相反委員会の審査を受けた（番号27-267）。

【結果・考察】面接は一人 / 1回で平均時間は59.3分だった。対象者9名（救急CN3名、集中ケアCN6名）の



CN取得後の平均年数は7.3年（1～12年）で、看護師としての臨床経験平均年数は16.1年（12～20年）であった。CNの語りでは、全てのクラスターが確認された。クラスター別の抽出頻度が最も高かったのは[技術的/専門的/マネジメント専門能力]で、次いで、[自己確信]、[顧客サービス重視]、[ほかの人たちの開発]、[組織の理解]の順で、ほとんどのCNに共通して認められた。本研究では、尺度レベルの平均値がディクショナリーの尺度レベルの中央値を上回った上位項目に着目し、CNの特徴的なコンピテンシーの要素と捉えた。その特徴的な尺度は、<知識の深さ>、<顧客ニーズへのフォーカス>、<ほかの人たちに耳を傾け、対応する>、<チームワークを助長する強度>、<失敗に対処する>、<専門能力の伝播>、<ほかの人たちの理解の深さ>、<開発意欲の強度とアクションの徹底さ>、<達成を目指すための強く徹底したアクション>であった。CNは、患者・家族、看護師を含めた多職種が関わる機会を設ける、患者を取り巻く根底の問題解決にむけ看護師に具体的な助言をする、講習会を開催する、といった周囲からの需要でもある熟達した専門職としての役割を遂行していた。CN自身のみではうまく物事が運ばない場合には、他の急性・重症患者看護専門看護師やCNらと共に、患者のよりよい状態を作り出すための方向性を模索していた。

【結論】関東圏内勤務の救急看護及び集中ケア認定看護師に半構成的面接を行い、コンピテンシー・ディクショナリーの分析ステップを参考に分析した。その結果、<知識の深さ>、<顧客ニーズへのフォーカス>、<ほかの人たちに耳を傾け、対応する>、<チームワークを助長する強度>、<失敗に対処する>、<専門能力の伝播>、<ほかの人たちの理解の深さ>、<開発意欲の強度とアクションの徹底さ>、<達成を目指すための強く徹底したアクション>がCNの特徴的なコンピテンシーの要素として浮き彫りになった。

15:45～16:00 (2022年6月11日(土) 10:00～16:00 一般演題)

## [W1-19] ICU看護師の Work Engagementに影響する要因

○春名 美恵<sup>1</sup>、城丸 瑞恵<sup>2</sup> (1. 日本医療大学 保健医療学部 看護学科、2. 札幌医科大学 保健医療学部 看護学科)  
キーワード：ICU看護師、Work Engagement、UWES

【目的】本研究はICU看護師のWork Engagement(WE)に影響する要因を検討することを目的とした。

【方法】全国の特設集中治療室管理料1及び2を届出する施設から150施設を無作為に抽出し、看護部長宛に郵送法で調査協力依頼を行なった。協力が得られた施設の役職を持たないICU看護師に対してWeb調査を実施した。調査内容は、①WE(UWES-J9)、②属性：性別(男性、女性)、年齢(20代、30代、40代以上)、看護経験年数(0-2年、3-5年、6年以上)、集中治療に関する認定看護師や専門看護師、特定行為に関わる研修を修了した専門性の高い看護師(資格あり、なし)、③勤務体系(日勤のみ、2交替、3交替、その他)、④看護方式(パートナーシップナーシングシステム、固定チームナーシング、プライマリーナーシング)、⑤COVID-19対応(なし、1-9日/月、10日/月以上)、⑥リカバリー経験(REQ-J: 16項目)、⑦看護実践環境(PES-NWI: 日本語版31項目)とし、各項目に対しt検定又はANOVA、単回帰分析を実施し、有意水準は5%とした。なお、本研究は札幌医科大学倫理委員会の承認後に実施した。

【結果】承諾を得られた41施設839名のうち、245名より回答が得られ(回答率29.2%)、判読できない記入値1名を除外し244名を分析対象とした。対象者は、32.45歳(SD=7.31)、看護経験年数は9.64年(SD=6.67)、男性は45名(18.4%)、UWES-J9は2.35点(SD=1.19)であった。単変量解析の結果、看護経験年数( $p = .013$ )、専門性の高い看護師( $p < .001$ )、COVID-19対応( $p = .035$ )で有意差を認め、単回帰分析ではREQ-J( $\beta = 0.164$ ,  $p = .010$ )、PES-NWI( $\beta = 0.341$ ,  $p < .001$ )に有意な関連を認めた。看護経験年数3-5年は0-2年と6年以上と比較しUWES-J9が低く、専門性の高い看護師のUWES-J9が高かった。COVID-19対応は、対応なしと比較し1-9日/月対応のUWES-J9が高かった。REQ-JとPES-NWIは、それぞれ総得点の高い者のUWES-J9が高かった。

【考察】中堅看護師にあたる看護経験年数3-5年はWEが低いことから特に支援が必要であること、専門性の高い看護師のWEの高さからICU看護への学びを深めるための支援がWE向上に有効であることが示唆された。COVID-19患者に1-9日/月対応するICU看護師は、使命感や誇りなどの肯定的認識によりWEを高めていると推察された。リカバリー経験とWEとの関連から、仕事でのストレスや疲労を回復する機会が得られることにより、ICU看護師のWEが向上すると考える。また、看護実践環境とWEの関連は、看護実践環境が向上する支援、すな

わち、「ケアの質を支える看護の基盤」や「看護管理者の力量・リーダーシップ・看護師への支援」などを強化する取り組みにより ICU看護師の WE向上につながると考える。

【結論】 ICU看護師の WEに影響する要因は、看護経験年数3-5年、集中治療に関する認定看護師や専門看護師、特定行為に関わる研修を修了した専門性の高い看護師、COVID-19対応1-9日/月、リハビリ経験、看護実践環境であった。ICU看護師の WEを高めるためには、これら項目への働きかけが重要であると示唆された。

一般演題（オンデマンド）

## [W2] 一般演題 WEB（オンデマンド配信）

2022年6月12日(日) 09:00～15:00 一般演題（オンデマンド配信）

### [W2-01] A病院 ICUにおける PICSの精神機能障害リスク因子と HADSスコアの関連性についての検討

小野 香苗<sup>1</sup>、尻屋 直子<sup>1</sup>、○松本 鈴子<sup>1</sup>、粉井 しおり<sup>1</sup>、安部 直子<sup>1</sup>（1. 大分大学医学部附属病院 看護部）

09:00～09:20

### [W2-02] 集中治療室での術後せん妄予防ケアの取り組みの効果

○崎谷 千絵<sup>1</sup>、堀田 彩<sup>1</sup>、塩川 友菜<sup>1</sup>、倉増 栄子<sup>1</sup>、後藤 直美<sup>1</sup>（1. 山口大学医学部附属病院）

09:20～09:40

### [W2-03] QOL維持に繋がった当院 ICUの看護実践

– PICS予防策 ABCDEFGHバンドルに沿って可視化して–

○片田 美子<sup>1</sup>、岩瀬 弥生<sup>1</sup>、京本 真樹<sup>1</sup>、藤木 智世<sup>1</sup>（1. 広島赤十字・原爆病院）

09:40～10:00

### [W2-04] 集中治療室入室患者の退院後の体験と対処行動

○藤谷 公司<sup>1</sup>、佐藤 まゆみ<sup>1</sup>（1. 順天堂大学大学院医療看護学研究科 がん・クリティカルケア看護学）

10:00～10:20

### [W2-05] COVID-19重症感染症患者の家族ケアを担った緩和ケアチーム看護師の思い—GRACEプログラムを用いたインタビューより

○北田 なみ紀<sup>1,2</sup>（1. 地方独立行政法人大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター、2. 緩和ケアセンター）

10:20～10:40

### [W2-06] 面会制限中の ICUにおける終末期 COVID-19患者の家族ケアについて

○田村 優花<sup>1</sup>、福井 美和子<sup>1</sup>、東 真子<sup>1</sup>（1. 淀川キリスト教病院 看護部 ICU看護課）

10:40～11:00

### [W2-07] 救命救急領域において代理意思決定を行う家族への支援時に看護師が重要視している事柄

○浦田 あかり<sup>1</sup>、森 恵子<sup>2</sup>（1. 岡山大学医学部保健学科、2. 岡山大学学術研究院保健学領域）

11:00～11:20

### [W2-08] 緊急手術後に終末期となった心臓外科患者と家族に対する看護

田中 愛子<sup>1</sup>、○国本 有希<sup>1</sup>、武田 一美<sup>1</sup>、深水 愛子<sup>1</sup>（1. 大阪警察病院 看護部）

11:20～11:40

### [W2-09] 救命病棟におけるデスカンファレンスの内容分析

○川口 祥子<sup>1</sup>、平尾 由美子<sup>1</sup>（1. 済生会横浜市東部病院）

11:40～12:00

### [W2-10] 重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念分析

○岡本 武士<sup>1</sup>、北村 愛子<sup>2</sup>（1. 神戸市立医療センター中央市民病院、2. 大阪府立大学大学院看護学研究科）

12:00～12:20

### [W2-11] ICU看護師のエンドオブライフケア評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検証

○新井 祐恵<sup>1</sup>、對中 百合<sup>2</sup>（1. 甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科、2. 畿央大学健康科学部看護医療学科）

12:20 ~ 12:40

[W2-12] 集中治療室に緊急入室し人工呼吸器を装着した患者の回復意欲を高める看護実践の検討

○福島 可奈子<sup>1</sup> (1. 自治医科大学附属病院)

12:40 ~ 13:00

[W2-13] 胃がん術後患者の身体症状とセルフケア能力の関連

○野口 明日香<sup>1</sup>、佐藤 富美子<sup>2</sup>、佐々木 康之輔<sup>2</sup>、吉田 詩織<sup>2</sup> (1. 東北大学医学部保健学科看護学専攻、2. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻)

13:00 ~ 13:20

[W2-14] 活動拡大に向かう急性心不全患者へのICU/CCUにおけるセルフモニタリング支援

○竹本 智子<sup>1</sup>、大川 宣容<sup>2</sup> (1. 徳島厚生連 吉野川医療センター、2. 高知県立大学大学院看護学研究科)

13:20 ~ 13:40

[W2-15] A高度救命救急センターにおける集中治療下での腹臥位療法実施時の看護師の困難

○中川 雄樹<sup>1</sup>、村中 沙織<sup>1</sup>、石井 祥子<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター看護室)

13:40 ~ 14:00

[W2-16] クリティカルケア領域における患者の安全と療養を継続する熟練看護師の思考と実践

○川端 龍人<sup>1</sup> (1. 日本赤十字看護大学さいたま看護学部)

14:00 ~ 14:20

[W2-17] 手術室看護師が実践している創傷予防ケア

○古川 智恵<sup>1</sup> (1. 姫路大学 看護学部)

14:20 ~ 14:40

[W2-18] A病院の早期リハビリテーションに対するICU看護師の認識

○山口 渚<sup>1</sup>、小関 英里<sup>1</sup> (1. 自衛隊中央病院 看護部)

14:40 ~ 14:50

[W2-19] 急性期病院における早期警告スコアを用いた重症者基準見直し

○三木 寛之<sup>1</sup>、時田 良子<sup>1</sup> (1. 関西電力病院)

14:50 ~ 15:00

09:00 ~ 09:20 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-01] A病院 ICUにおける PICSの精神機能障害リスク因子と HADSスコアの関連性についての検討

小野 香苗<sup>1</sup>、尻屋 直子<sup>1</sup>、○松本 鈴子<sup>1</sup>、柁井 しおり<sup>1</sup>、安部 直子<sup>1</sup> (1. 大分大学医学部附属病院 看護部)

キーワード：PICS、精神機能障害、HADS

【目的】 集中治療領域では、患者の救命だけではなく、長期的な予後を見据えた PICSの予防と対策の充実が、QOLの維持・向上や健康寿命延伸のための大きな課題とされている。A病院 ICUでは、ICU退室後の患者の回復過程を知ること、患者の声（体験）を聞くことで ICUでの看護を評価することを目的に退室後訪問を実施し、Hospital anxiety and depression scale日本語版（以下 HADS）を使用し精神機能障害のスクリーニングも実施している。本研究は、退室後訪問の結果や HADSスコアから、A病院 ICU退室後患者の精神機能障害に関連性の高いリスク因子を明らかにすることを目的とする。【方法】 1) ICU滞在期間が心臓血管外科術後は3日（2泊3日）以上、その他は4日（3泊4日）以上で、2020年7月1日～2021年6月30日に退室後訪問を実施し、退室後訪問用紙のすべての質問事項への回答と HADSの評価ができた患者を、HADS8点以上をうつ・不安あり群（以下あり群）、7点以下を疑診を含むうつ・不安なし群（以下なし群）とした。後方視的に電子カルテより、基本属性として年齢、性別、診療科、治療介入因子として ICU入室時の APACHEII、ICU在室日数、人工呼吸時間、ベンゾジアゼピン系薬剤投与の有無、ICU退室時の CAM-ICUを抽出した。また、退室後訪問用紙より、環境因子として環境と看護師の接し方への満足度、精神因子として痛みのコントロールと睡眠への満足度、記憶の欠落・ゆがみの有無を抽出した。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。全ての統計処理は IBM SPSS Statistics version 22<sup>®</sup>を用い、有意水準0.05で $P < 0.05$ を有意差ありと判定した。順序尺度は単純集計を行い、2群を比較した。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2217）。対象者にはオプトアウトの機会を保障し、対象施設看護部ホームページに公開した。【結果】 期間内に退室後訪問を実施したのは109例であった。うち87例が基準を満たし、あり群30例、なし群57例を分析対象とした。基本属性は、2群に差はなかった。治療介入因子は、すべて統計学的な有意差はなかった。環境因子、精神因子で満足・まあまあ満足と答えたのは、環境はあり群64%、なし群41%、看護師の接し方はあり群73%、なし群86%、痛みのコントロールはあり群57%、なし群74%、睡眠はあり群37%、なし群47%であり、環境以外であり群での満足度が低かった。記憶の欠落・ゆがみがあったのは、あり群83.3%、なし群68.4%であった。【考察】 治療介入因子は、ICU退室後患者の精神機能障害への関連性は認めなかった。A病院 ICUでは、ABCDEバンドルの活用が継続されていることから、治療介入因子に統計学的な有意差が出なかった可能性が考えられた。一方で、環境因子、精神因子は、環境以外であり群の満足度が低く、治療介入因子よりも ICU退室後患者の精神機能障害への関連性が高いことが示唆された。既存研究結果同様、記憶の欠落・ゆがみはあり群に多く、記憶が正確でないことが満足度に影響した可能性は否定できないが、環境因子、精神因子においては看護の視点で介入できる点も多く、ICU退室後患者の精神機能障害予防につながることを示唆された。【結論】 ICU退室後患者の精神機能障害により関連性が高いと考えられたリスク因子は、環境因子と精神因子であった。

09:20 ~ 09:40 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-02] 集中治療室での術後せん妄予防ケアの取り組みの効果

○崎谷 千絵<sup>1</sup>、堀田 彩<sup>1</sup>、塩川 友菜<sup>1</sup>、倉増 栄子<sup>1</sup>、後藤 直美<sup>1</sup> (1. 山口大学医学部附属病院)

キーワード：せん妄予防ケア、集中治療室、術後せん妄

【目的】 せん妄は入院期間の長期化、死亡率の上昇などを招くことが多くの研究にて明らかにされている。A病院集中治療室（以下 ICU）でもせん妄がたびたび発症しており、せん妄予防ケアの必要性を感じているものの、対応する看護師の知識やケア内容にばらつきがあり、看護師個人に委ねられている状況であった。そこで、日本クリ

ティカルケア看護学会より発表されたせん妄ケアリストのせん妄予防ケアに着目し、2019年7月より以下のせん妄予防ケアを開始した。①現状認知の促進：挿入されているデバイスを説明する、TV視聴を促す、②不安・苦痛の緩和と安心・安楽の促進：疼痛コントロールを行う、③生活リズム・サーカディアンリズムの調整：日付・時間が分かるように時計やカレンダーを見える所に設置する、④不働化の解除と早期離床の促進：不要なルート類の抜去を行う、早期離床を行う。上記の4カテゴリーに加え、⑤定期的にCAM-ICUでせん妄評価を行う、の5項目を看護師間で統一して実施した。

本研究では、A病院ICUに入室した術後患者に対して実践したせん妄予防ケアの効果を明らかにすることを目的とした。また、それにより今後のせん妄予防ケアの示唆を得ることが出来ると考える。

【方法】せん妄予防ケアの方法が看護師個人に委ねられていた期間（2018年4月1日～2019年3月31日）をせん妄予防ケア導入前群、せん妄ケアリストを元に統一したせん妄予防ケアを行った期間（2020年7月1日～2021年6月30日）をせん妄予防ケア導入後群とした。対象は20歳以上、全身麻酔の予定手術を受けICUに入室（24時間以上120時間未満）、全身麻酔中止後6時間経過した時点でJCS0～2の患者とし、年齢、性別、疾患、手術時間、APACHEIIスコア、認知症の既往、せん妄発症歴、ICU入室後のせん妄発症の有無（CAM-ICU）を電子カルテより収集した。収集した項目を記述統計した後、せん妄発症の有無を $\chi^2$ 検定で比較した。有意水準は $P < 0.05$ とし、解析にはEZR（ver1.55）を使用した。

本研究は所属大学倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】導入前群108件、導入後群127件で、収集した項目のうちAPACHEIIスコア（前群 $16.1 \pm 4.1$ 、後群 $12.6 \pm 5.9$ ）に有意差を認めた。CAM-ICUの陽性率は導入前群14.8%、導入後群5.5%であり有意に低下していた。せん妄予防ケアの実施率は①現状認知の促進（デバイスを説明する：8.3%→56.6%、TV視聴を促す：7.4%→96%）、②不安・苦痛の緩和と安心・安楽の促進：100%→100%、生活リズム・サーカディアンリズムの調整：11.1%→100%、④不働化の解除と早期離床の促進（計画抜去：2.7%→44%、早期離床：100%→100%）であり、どのケアの実施率も大きく上昇していた。

【考察】導入後群のAPACHEIIスコアが有意に低かったため、せん妄発症リスクも低くなった可能性が考えられる。しかし、せん妄は準備因子、直接因子、促進因子の3要素が絡み合っただけで発症する病態であり、せん妄発症リスクの高さに関わらず、せん妄予防ケア（促進因子の軽減）を実施したことが、せん妄発症率を低下させた要因の1つであると考えられる。ケアリスト自体の臨床適応効果については検証を行う必要があるとクリティカルケア看護学会でも提言されており、本研究でも4つのうち2つのカテゴリーは導入前群の期間にも行われており、せん妄予防への程度効果があるかは明らかに出来なかった。

【結論】せん妄予防ケア導入によりA病院ICUに入室した術後患者のせん妄発症率は低下したことが分かった。しかし、対象群に有意差があったことから、せん妄予防ケアのみの効果を検証することは本研究では出来なかった。

09:40～10:00（2022年6月12日(日) 09:00～15:00 一般演題）

## [W2-03] QOL維持に繋がった当院ICUの看護実践

### － PICS予防策 ABCDEFGHバンドルに沿って可視化して－

○片田 実子<sup>1</sup>、岩瀬 弥生<sup>1</sup>、京本 真樹<sup>1</sup>、藤木 智世<sup>1</sup>（1. 広島赤十字・原爆病院）

キーワード：PICS、ABCDEFGHバンドル、QOL、SF-8

【目的】Intensive care unit（以下、ICU）入室により運動機能・認知機能・精神に障害が生じ、ICU退室後も長期間にわたり罹患前のQuality of Life（以下、QOL）に戻れない患者は多い。その要因として考えられるのが集中治療後症候群（以下、PICS）である。そこで、本研究は、QOL維持に繋がった当院の看護実践を報告する。

【方法】事例研究。2021年5月～7月に当院ICUへ入室した人工呼吸器装着患者で、精神疾患、認知症、高次機能障害がなく、退院後健康関連QOL尺度（以下、SF-8）の評価でQOLを維持した患者1例。当院で作成した実施状況表を用いて、看護実践をABCDEFGHバンドル（以下、バンドル）に沿って1日毎に可視化し、QOL維持の結果に繋がった要因を分析・考察した。本研究は、当院倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】1) 患者の背景：60歳代男性。既往歴：高血圧症、高脂血症あり。日常生活は自立していた。COVID-19に罹患し人工呼吸器管理目的で入院し、面会は制限していた。2) SF-8の結果：入院前・退院後1ヶ月のSF-8の結果を比較すると、維持した項目はPF・RP、上昇した項目はBP・GH・VT・SF・RE・MHであった。また、PCS・MCSも上昇していた。3) ケアの実施状況では、A+B・Cは抜管前から計画的に鎮痛、鎮静、せん妄予防薬を使用していた。COVID-19に伴う感染予防の観点から、SATは入室14日目（抜管当日）に実施し、SBTは入室7日目と入室13日目（抜管前日）、入室14日目に実施した。Dは、入室2日目から退室まで、非薬理的せん妄予防として、せん妄ケアリストを参考にモニター調光や日付・時間を伝える等を行なった。Eは、入室24時間以内に他動運動の介入、入院日より経腸栄養を開始し退室まで継続した。Fは、ICUダイアリー（以下、ダイアリー）を入室当日から導入し毎日実施した。Gは、看護計画評価、看護添書作成、看護師間での申し送りを実施した。Hは、家族へのPICS・PICS-Fの情報提供、ダイアリーの実施、看護師にはPICSについての勉強会やポスターでPICSの周知、非薬理的せん妄予防、早期離床、家族看護について勉強会を行った。PICS予防に必要なケア項目の一覧を電子カルテ内に作成し、記録に残せるようにした。

【考察】1. 可視化したケアの実施状況を文献と比較した結果、PICS予防策として推奨されているバンドルに沿った看護実践ができていたことが分かった。① SAT・SBTは毎日実施できなかったが、不穏なく安定した状態で人工呼吸器離脱ができた要因

COVID-19に伴う感染予防の観点から毎日実施できなかったが、抜管前から計画的に鎮痛、鎮静、せん妄予防薬を使用したことでSAT・SBT実施時に不穏を起さず、呼吸・循環が安定した状態で人工呼吸器離脱ができたと考えた。②非薬理的せん妄予防、リハビリ（ROM等）、家族看護が実施できた要因それぞれの看護師がせん妄予防、リハビリ、家族看護の必要性を感じられるように、PICS予防の勉強会を定期的に開催していたことが実施状況に影響を与えた要因と考えた。また、記録に残っていないことが課題であったため、記録が漏れなく簡単に残せるように、ケア項目の一覧を作成したことで、やるべきケアが意識でき、実践・継続に繋がったのではないかと考えた。2.QOLが維持できた要因：日々の看護実践をバンドルに沿って行っていたことで、PICS予防に繋がり患者のQOLの維持ができたと考えた。

【結論】QOLが維持できた患者の看護実践を分析すると、当院ICUスタッフによりPICS予防策として推奨されているバンドルに沿った看護が継続的に実践されていた。

10:00～10:20 (2022年6月12日(日) 09:00～15:00 一般演題)

## [W2-04] 集中治療室入室患者の退院後の体験と対処行動

○藤谷 公司<sup>1</sup>、佐藤 まゆみ<sup>1</sup> (1. 順天堂大学大学院医療看護学研究科 がん・クリティカルケア看護学)

キーワード：集中治療後症候群

### 【目的】

集中治療室入室患者の退院後の体験と対処行動を明らかにし、社会復帰に向けた看護援助の示唆を得ることである。

### 【方法】

以下の条件を満たす者を対象に半構造化面接を行い、データを質的記述的に分析した。1) 20歳以上、2) 集中治療部門に4日以上滞在、3) 退院後半年以上2年以内、4) 退院後に身体的、精神的、認知的変化のいずれかを自覚、等。本研究は所属大学等の倫理委員会の承認を得て実施した。

### 【結果】

対象者は6名。平均年齢63歳、ICU入室時平均SOFA得点7.6点。分析の結果、「動き出せず、また途中で休まないと動けない」等17の退院後の体験、「時間が解決してくれるのを待つ」等10の対処行動、退院後に求める医療者からのサポートとして「退院後の状況や回復するための方法を気軽に相談する場がほしい」が明らかになった（表1）。

### 【考察・結論】

対象者は退院後に、動き出せず、また途中で休まないと動けないという体験をしていた。対象者のICU入室時

SOFAスコアが高いこと等を考えると、ICU入室中にICU-AWを発症し、それが退院後にまで継続していた可能性がある。また、対象者は、ICUで体験した幻覚が抜けないまま生活を送っており、さらに、声が出ない、巧緻作業が困難、眩暈がする、といった体験もし、その結果、支援を求めている。また、対象者は、以前の状態まで回復できるかという不安やICUでの恐怖体験が蘇る不安などを体験し、気力、記憶力、集中力の低下といった体験をしていたが、一方で、生きて生活を営めることに幸せを感じるという体験もしていた。さらに対象者はこれらの変化に対して、回復方法を探索し実行する、時間が経過するのを待つ、サポートを得る、社会資源を導入する、といった対処行動をとっていた。そして、回復のための方法を相談したり、自分の思いを発散したりできる場の設置を医療者に求めていることが明らかになった。以上から、患者の社会復帰を促す看護援助として、①ICU-AWの重症化を予防する②ICU入室中の記憶を整理・再構築できるように心理的に支援する③回復のための行動を獲得し実行できるように支援する④必要な社会資源の導入を促す⑤回復の過程を理解し焦らずに時間の経過を待つことができるようにする⑥生きていることの喜びを実感し、回復の原動力になるように支援する⑦家族からのサポートを得ることができるようにする⑧退院後の状況や思いを相談し、継続して支援できる場を設ける、が示唆された。

10:20～10:40 (2022年6月12日(日) 09:00～15:00 一般演題)

## [W2-05] COVID-19重症感染症患者の家族ケアを担った緩和ケアチーム看護師の思いーGRACEプログラムを用いたインタビューより

○北田 なみ紀<sup>1,2</sup> (1. 地方独立行政法人大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター、2. 緩和ケアセンター)

キーワード：COVID-19重症感染症、家族、緩和ケア

【目的】ICUから緩和ケアチーム(以下PCT)看護師に家族ケアが要請され、PCT看護師は、COVID-19重症感染症患者の看護経験がない中、電話越しのカウンセリングやリモート面会の調整を行った。どのような思いで家族ケアを行っていたのかを明らかにする。

【方法】対象は、2020年5月～2021年7月に上記ケアを行ったPCT看護師。所属施設の臨床研究倫理委員会で承認を得て実施した。GRACEプログラムは、ケアする人自身をケアしコンパッションを育むトレーニングプログラムであり自己への気づきや落ち着きを取り戻せるとされる。GRACEプログラムに沿ったフォーカスグループインタビューを実施し、問いごとにグラウンディング・深呼吸・自身の感覚に集中して答え、あるいは答えないプロセスを経た。問いは家族ケアに参加した動機・家族ケアで感じたしっくりいかなさ・家族ケアで大切だと感じたこと・家族が看護師に望んでいたこと・あなたが恐れていたこと・家族ケアの効果・家族ケアとは何だったのか・家族ケアは志に沿っていたかの8項目である。対象者の許可を得て録音、内容を逐語録にし、質的記述的に分析した。

【結果】対象者は女性3名で平均年齢40.3歳、1人が平均30例の家族を担当していた。思いとして23の<カテゴリー>と55の〔サブカテゴリー〕を得た。ケアに参加した動機は<患者家族の分断と医療者の危機><看護師としての倫理観>であった。期間中<問いに答えられないこと>などに恐れを抱き、<医師と家族の認識のずれ><面会制限に対するジレンマ>にしっくりいかなさを感じながらも、家族ケアで大切なことは<気遣いと傾聴><家族の尊厳を守ること><患者と家族が会うこと～患者家族の絆の結び直し～><家族の理解を促進し、患者の最善をともに目指す支援>だと気づいた。さらに家族は<気持ちや状況の傾聴><患者の過ごし方・状態を理解するための説明>を望んでいたと感じている。そして全員が<私たちの家族ケアは緩和ケアであった>と感じていた。

【考察】パンデミック下、PCT看護師は、倫理観に突き動かされて家族ケアに参加していた。家族には〔医師は理解していると思っているが実際は違う〕認識のずれがあり、PCT看護師には経験がないゆえに<問いに答えられない>恐れがあった。一方で〔患者と家族が会うこと〕で、家族間に絆の結び直しが起こり、PCT看護師による<気遣いと傾聴>が家族の理解を促進させると体験している。そして、家族ケアで大切な役割は〔医療者に自分のつらさを言えない家族がいることに気づく〕という、<家族の尊厳を守る>ことだと感じている。これらケ



アの折り重なりがあって家族は「医療者とともに患者の最善を目指す」ことができるというケアの意義を感じている。

【結論】 PCT看護師の思いは、看護師としての倫理観であった。家族の問いに答えられない恐れをいだきながらも、ケアには家族の尊厳を守る役割があると感じていた。さらに家族ケアは患者との絆を結び直すことと傾聴によって病状理解を促進できると体験し、それにより家族が医療者とともに患者の最善を目指せるという思いがあった。

---

10:40 ~ 11:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-06] 面会制限中の ICUにおける終末期 COVID-19患者の家族ケアについて

○田村 優花<sup>1</sup>、福井 美和子<sup>1</sup>、東 真子<sup>1</sup> (1. 淀川キリスト教病院 看護部 ICU看護課)

キーワード：家族看護、エンドオブライフケア、COVID-19

【はじめに】新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）による終末期の特徴として、感染予防のため面会や看取りが困難な状況があり、それにより、遺族の死の受容の困難、罪責感や後悔が強くなることがあげられる。今回、COVID-19患者の終末期において、家族の「患者に触れたい、お葬式をあげたい。」という希望がありチーム内で検討を重ね希望を叶える事ができ、患者・家族にとってよりよい最後を迎えることができたため報告する。

【目的】終末期 COVID-19患者の家族の希望を叶えるために実施した看護について振り返り考察する。

【方法】事例検討

患者紹介：A氏60代男性、COVID-19肺炎で入院。2日目 呼吸状態悪化し、ICUへ転棟後、体外式膜型人工肺（以下、ECMO）装着となる。家族情報：キーパーソン妻、長女。倫理的配慮：本研究にあたって当院の倫理委員会に承諾を得た。

【結果】ECMO導入後も治療は継続されたが、医学的に回復の見込みが難しく終末期医療へのシフトが望ましいと判断され、入院33日目、今後の方針について面談が行われた。A氏の「延命治療はしたくない。」という意思を尊重し DNARの方針となったが、家族は「本当に回復の見込みはないのか。」と現実を受け入れられない様子であった。面会制限中であったが、チームで検討し、リモート面会と窓越し面会の回数を増やし、家族が患者と過ごす時間を設けた。また、「母だけでも直接会わせてあげたい」という長女の希望から、妻のみ PPE装着下でベッドサイドでの面会を一度だけ実施し、顔の清拭などケア参加することができた。一方、リモート面会ではA氏の容貌の変化や苦悶表情が近くで見えるため、面会後に家族が落ち込む様子もあった。このことから、面会前にA氏の負担となるケアは控えるなど症状緩和について医師と検討した。A氏の状態が徐々に不安定となり、家族は「お葬式をあげてあげたい。」「お葬式ができるかできないかは大きいと思っています。お骨だけで帰ってくることは避けたい。」と話された。ICTと検討し、PCR検査で陰性を確認後、隔離解除となった。家族は死別前にA氏と直接会い身体に触れることができ、葬儀を行う事ができた。

【考察】集中治療を受ける患者の家族への精神面への影響は、救命の有無に関わらず生じるとされており、これらの予防のために患者と家族が共有できる時間を確保することが重要と言われている。本事例では、面会制限下においても家族を孤独にさせないこと、できるだけニーズを満たすことで家族が正常な悲嘆過程を迎えるよう支援を行った。家族の「患者に会いたい、触れたい」というニーズに対し、面会緩和が許可され、家族が患者の様子を見ながら思いを表出する場面もあり、終末期への移行であることを認識し予期悲嘆を促進できたのではないかと考える。一方、本事例でのリモート面会では、窓越し面会では分からなかった苦悶表情が画面上で映し出され、家族の負担になっていたことが明らかとなった。今後導入時は、慎重に検討することが必要である。看取りができないことやその後の葬儀において故人との接触が制限されたり、葬儀自体が通常の形で行われない場合では、死の受容が困難になることが考える。死別前に家族が患者に直接触れ、葬儀を実施できたこと、これまでの家族の希望に寄り添ったチームでの関わりは、家族のニーズを充足させただけでなく、家族・医療者間の信頼関係の構築にも繋がり、家族の悲嘆作業を促進したと考える。

【結論】 COVID-19による面会制限は家族の悲嘆作業の妨げとなる。課題は多いが、面会制限の緩和や終末期の家族ケアは今後も検討していく必要がある。

---

11:00 ~ 11:20 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-07] 救命救急領域において代理意思決定を行う家族への支援時に看護師が重要視している事柄

○浦田 あかり<sup>1</sup>、森 恵子<sup>2</sup> (1. 岡山大学医学部保健学科、2. 岡山大学学術研究院保健学領域)

キーワード：代理意思決定支援、半構造化面接、内容分析

【目的】 救命救急領域において代理意思決定を行う家族への支援時に看護師が重要視していることについて明らかにすることである。

【方法】 A大学病院の高度救命救急センターに勤務している看護師に、インタビューガイドを用いて、半構造化面接を実施した。面接内容の逐語録を質的データとし、Krippendorffの内容分析の手法を用いて分析を行った。分析に際しては、研究者間でディスカッションを行うとともに、救命救急領域での看護実践経験のある専門家よりスーパーバイズを受けることで、分析内容の真実性の確保に努めた。また、対象候補者に、研究参加の任意性と中断の自由、不利益の回避、個人情報守秘、データの保管と管理、結果の公表、研究終了後のデータの破棄について説明し、文書で承諾を得て対象者とした。本研究実施に際しては、所属大学倫理委員会の承認を得た。

【結果】 対象は、高度救命救急センターに勤務している看護師5名（男性2名、女性3名、平均年齢は38.6歳）であった。平均看護師経験年数は16年、平均高度救命救急センター勤務年数は10.8年であった。対面での面接を行った者が3名、オンラインでの面接を行った者が2名であった。すべての対象者から録音の許可が得られた。分析の結果、救命救急領域において代理意思決定を行う家族への支援時に看護師が重要視していることとして、“家族と信頼関係を構築するために何が必要か考える”“家族が後悔しない意思決定が行えるよう支援を行う”“多職種チームの中で調整役を担いながら、チームとして家族支援を行う”“代理意思決定支援に関わる上で必要なスキルの取得や疑問解決に向けた努力を行う”の4のカテゴリーと17のサブカテゴリーが抽出された。

【考察】 救命救急領域において代理意思決定を行う家族への支援時に4つの視点を重要視して関わって行くためには、①積極的に家族と向き合う力、②家族との関係構築を行うためにその家族に応じて関わり方を工夫する力、③家族の心情を推測する力、④チームメンバーそれぞれが力を発揮して代理意思決定支援が行えるように調整する力、⑤患者の些細な変化に気付く観察力など10の能力の獲得の必要性が示唆された。

【結論】 限られた時間の中でも積極的に家族と関わり、加えて、多職種と関わりの中で、自分に足りない能力の獲得に向けて、継続的に努力を積み重ねていくことが必要である。

---

11:20 ~ 11:40 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-08] 緊急手術後に終末期となった心臓外科患者と家族に対する看護

田中 愛子<sup>1</sup>、○国本 有希<sup>1</sup>、武田 一美<sup>1</sup>、深水 愛子<sup>1</sup> (1. 大阪警察病院 看護部)

キーワード：家族看護、終末期

### 【目的】

心臓手術後に永眠された患者と家族に実施した看護介入を報告する。

### 【方法】

患者1名と家族らに対し20XX年4月～8月に行った看護介入に対して事例検討を行った。

B病院の看護倫理審査委員会の承認を得た。

## 【結果】

A氏50歳代男性。妻、小学6年生長男、小学2年生長女と同居、両親は別居。10歳で頸部悪性リンパ腫に対し手術し5年間放射線療法と化学療法施行。大動脈弁閉鎖不全症と冠動脈疾患、心不全で入院し、緊急大動脈基部置換術と冠動脈バイパス術を施行。放射線の影響で心筋障害が強く、術後補助循環と人工呼吸器管理で離脱困難。意志疎通不可。病状説明の際、妻は流涙した。代理意思決定が委ねられたが、A氏の意味が確認できない不安があった。タッチングや思いの傾聴、看護師カンファレンスを実施し、面会時の様子を看護記録に記載し情報共有を行った。ハートチームカンファレンスで慢性心不全看護認定看護師に介入依頼し、多方面からサポートした。A氏は状態の増悪と寛解を繰り返していた。面会時、妻が流涙した時には傍に寄り添い傾聴し、寛解時期にはA氏とコミュニケーションを取れるよう環境調整した。妻は悩んでいる様子や発言はなく看護師に労いの声掛けをするなど穏やかに振る舞っていたが、徐々に妻から治療の選択やA氏周囲の面会制限などに悩んでいる発言が見られた。妻と、A氏が何を大事に生きてきたのか、A氏ならどのような選択をしたと思うか、A氏の尊厳を守ることができる選択は何か、残された時間の過ごし方などを共に考え、追加で左心バイパス術を施行したが状態は改善しなかった。共に考える中で、毎年家族旅行が楽しみで今年も行く予定であったと情報を得た。病室の装飾を提案し、長男、長女へも装飾の作成を依頼。妻と両親、長男、長女が来院され、病室を一緒に装飾し家族写真を撮影した。「旅行に来れたみたい。写真に残せてよかった。」と反応あり。その後死亡確認となった。

## 【考察】

集中治療領域において、今回のような術後回復を認めず、増悪と寛解を繰り返す患者、家族に対して、治療の選択や残された時間の過ごし方をどの段階で共に考えるかは難しい。最期を看取る患者とその家族が満足し、心残りを残さないようにするにはどのような看護を提供する必要があるのか、安藤悦子は「死別後の遺族を対象として終末期における GoodPracticeについて調査して文献レビューを通して終末期患者の家族が満足する GoodPracticeを明らかにしている。A氏らしい治療の選択を支援し、残された時間を有意義に過ごせるように家族と共に考え介入を行った。その看護実践には、患者の状態に関する情報提供、患者に役立つ援助方法の説明、患者と過ごす時間への配慮、家族が患者を看取るための精神的支援が含まれており、これらの看護実践の提供は家族をエンパワーメントし、その後続く悲嘆に肯定的な影響をもたらすケアになったと考える。そして、最期をA氏らしく迎えるまでの充実した時間や看取りの場づくりに繋がった。今後は、集中治療領域においても早期から治療の選択や残された時間の過ごし方を患者、家族と考え、より患者らしく最期を迎えられるように介入することを課題とする。

## 【結論】

このように、患者がその人らしく最期を迎えるために家族と話し患者を理解することが、患者と家族に残された時間の過ごし方や家族支援に繋がる。

---

11:40 ~ 12:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-09] 救命病棟におけるデスカンファレンスの内容分析

○川口 祥子<sup>1</sup>、平尾 由美子<sup>1</sup> (1. 済生会横浜市東部病院)

キーワード：終末期医療、デスカンファレンス、チーム医療

【目的】デスカンファレンス記録から救命病棟の終末期患者の特徴や看護の実際を明らかにすること、デスカンファレンスの効果や課題を検討することを目的とする。

【方法】2019年6月～2022年1月に済生会横浜市東部病院救命救急センターで行われたデスカンファレンス30例の記録を調査し内容分析を行った。患者背景を記述統計量で算出、カンファレンスでの医療者の言動をコードとして抽出し、サブカテゴリー、カテゴリーとした。分析は1名の研究者が独立して行い、集中ケア領域専門家のスーパービジョンを受けた。本研究は所属病院倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】デスカンファレンス30例の対象患者の疾患はCPA、COVID-19の順に多く、患者の多くは入院時より意識障害により意思表示困難であった。平均入院日数は32日で、終末期医療移行から死亡までの日数は3日以内が47%であった。記述326コードから25の〈サブカテゴリー〉、6の【カテゴリー】に分類された。以下、多くの

コード数を含んだ順にカテゴリーを示す。

1. 【家族の思いを支える（n=94, 28.8%）】 〈悲嘆過程の支援を考える〉〈代理意思決定支援について考える〉〈家族の希望を支える〉の順に多く、看護師が重視し実践していることがわかった。
2. 【患者の苦痛を緩和し思いを支える（n=53, 16.3%）】 多くは〈苦痛を緩和する難しさを感じる〉〈患者の意向が確認できず後悔する〉などの困難感であったが、〈患者の意思を尊重し希望を支える〉ことを重視し実践していた。
3. 【看護師が思いを語る（n=51, 15.6%）】 〈つらく悲しい気持ちを言葉にする〉は最も多いコード数を含み、悲観的な感情が多かった。しかし〈次へ活かしたいと思う気持ち〉〈後輩の頑張りを労う〉などケアを肯定化し労うことができていた。
4. 【最善の治療を考える（n=47, 14.4%）】 医師、看護師とも〈終末期医療移行の時期の難しさ〉を語っていた。さらに看護師は患者の苦痛や尊厳を第一に考え〈治療方針への葛藤を感じる〉現状があった。
5. 【多職種が関わりを語る（n=43, 13.2%）】 専門的な立場から振り返る一方で、後悔や悲観的な感情も語られていた。
6. 【今後の課題を共有する（n=38, 11.7%）】 〈多職種協働の推進を話し合う〉など課題を共有していた。

【考察・結論】対象患者は急激な発症で、意思表示困難なまま1ヶ月の間に終末期医療へ移行し、多くは3日以内に死を迎えていた。これより救命病棟での終末期患者は、予期せぬ疾病の発症から時間的猶予なく終末期へ至り、患者本人の意思決定が困難であることが特徴であると言える。看護師は限られた時間で患者の苦痛を緩和し家族の思いを支えるケアの実践と、患者が意思表示できる機を逃さず代弁者となる重要性を再認識していた。また医師、看護師は終末期医療移行の時期について困難感があり、思いのずれが生じていた。デスカンファレンスでは多職種が参加し、話し合える環境はあると言える。今後はタイムリーにカンファレンスを行い治療やケアのずれを調整していくことが課題であるとする。さらに全職種において後悔や悲観的な感情も多く語られた。時間的制約の中、患者家族との関係性構築や救命困難な状況に不全感は大きいと推察される。デスカンファレンスは多職種が患者の死と向き合い感情表出する場として有効であると同時に、行った支援を認証し医療者間で肯定的な評価を行う機会となるとと言える。最終的に今後の課題を共通認識することは質の高い医療提供につながると考える。

12:00 ~ 12:20 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-10] 重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念分析

○岡本 武士<sup>1</sup>、北村 愛子<sup>2</sup> (1. 神戸市立医療センター中央市民病院、2. 大阪府立大学大学院看護学研究科)

キーワード：重症心不全患者、スピリチュアルケア、概念分析

【目的】重症心不全患者は終末期への移行に困難を伴い、緩和ケアがなければ安らぎや希望を持って最期まで生きることが困難となる（高田，2018）ため、スピリチュアルケアが重要となる。スピリチュアルケアは、全人的ケアの基盤を成す概念で、ケアの全ての局面を統合する様式とされている（Mayer, 1992）。よって、重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念を看護実践の中で理論化することが必要である。本研究の目的は、重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念を明確にして看護実践への示唆を得ることである。

【方法】実践での概念の扱われ方を示す特徴を持つ Hybrid Model（Schwartz-Barcott and Kim, 2000）を用い概念分析した。理論の段階では、重症心不全患者のスピリチュアルケアに関する文献から概念の本質的要素を抽出し作業定義を作成した。フィールドワークの段階では、重症心不全患者のスピリチュアルケアの経験がある急性・重症患者看護専門看護師を対象に半構造化面接を行った。最終分析段階では、理論とフィールドワークの段階で抽出した本質的要素を比較し、看護実践への適応を目指し概念を洗練化した。本研究は大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】理論の段階では、重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念の本質的要素は、<<自己存在や人生の意味を見出すことを助ける>><<身体的・心理的・社会的ケアを統合する>><<自律性を高める>><<対話する>><<思いやりのある人間関係を築く>><<希望を支える>><<超越を促進する>><<祈りにより穏やかさを保つ>><<人生に折り合いを

つける努力を支える」<<最期まで共にある>><<孤独を和らげる>>の11カテゴリで構成された。

フィールドワークの段階では、重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念は、『存在を支える対話をする』『積極的に傾聴する』『生きる力になる言葉をかける』『身体的・心理的・社会的ケアを全て繋ぐ』『最期までその人らしさを尊重する』『最期まで症状緩和に努める』『基本的ニーズを満たす』『祈りを支える』『心臓と人生の折り合いをつけることを支える』『死に向き合い寄り添う』の10カテゴリで構成された。

最終分析段階では、重症心不全患者のスピリチュアルケアの概念は、『存在を支える対話』という目標志向性を持つケアであり、『身体・心理・社会的ケアを統合する』ことで『最後までその人らしさを尊重し自律性を高める』機能があることが明らかになった。また、<<思いやりのある人間関係を築く>>ことは、スピリチュアルケアの基盤であり、ケアの姿勢を示すものであるためスピリチュアルケアそのものではないと考えた。対処方略としては、『最後まで症状緩和に努め希望を支える』『祈りを支える』『人生に折り合いをつける努力を支える』『死に向き合い寄り添う』が明らかとなったが、これらは具体的な看護介入であったため定義には含めなかった。

【考察】本研究の結果、重症心不全患者のスピリチュアルケアにおいて看護師は、存在を支える対話によって急性増悪により生命の危機的な状況にある重症心不全患者の自己概念を支え、患者が人生に折り合いをつけることが出来るよう支援する必要があること。また、治療の限界を迎え死にゆく最期においても、看護師は最後まで症状緩和に努めることで患者の希望を支え、死に向き合い寄り添うことで残された時間の中でもその人らしさを尊重し、自己実現できるよう支援していく必要があることが示唆された。

【結論】重症心不全患者のスピリチュアルケアとは、「存在を支える対話と共に身体・心理・社会的ケアを統合することで最期までその人らしさを尊重し自律性を高めていく支援」と定義した。

12:20 ~ 12:40 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-11] ICU看護師のエンドオブライフケア評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検証

○新井 祐恵<sup>1</sup>、對中 百合<sup>2</sup> (1. 甲南女子大学看護リハビリテーション学部看護学科、2. 畿央大学健康科学部看護医療学科)

キーワード：エンドオブライフケア、ICU看護師、評価尺度

【目的】本研究の目的は、ICUにおける終末期患者の臨死期において、患者の Quality of Dying and Deathを尊重するケアとし、個々の看護師やICU内のチームでケアを評価するためのケアの評価尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検討することである。【方法】ICU看護師のエンドオブライフケア評価尺度（以下ICUのEOLC尺度）は、アイテムプールの作成、内容妥当性の検討と項目の修正、本調査、項目分析、探索的因子分析、尺度の信頼性の検討、尺度の妥当性の検討の手順を踏んだ。予備調査から得られたデータと文献検討に基づき、ICUのEOLC尺度原案を作成した。内容妥当性の検討から尺度原案を修正し、57項目の尺度原案修正版を作成し、本調査を実施した。27施設のICU看護師408名を対象に郵送による自記式質問紙調査を実施し、信頼性と妥当性を検討した。倫理的配慮は、調査を依頼する施設管理者および対象者に、研究の目的、概要、研究の協力と中断の自由、プライバシー保護のための対策、データの取り扱いと廃棄、業務評価との無関係性、研究成果の学会等での報告、研究者の連絡先と問い合わせ先などについて文書を用いて説明し同意を得た。本研究は所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。【結果】回収数210名（回収率51.4%）、有効回答数194名（有効回答率47.5%）既知グループの急性・重症患者看護専門看護師は回収数59名（回収率39.3%）、有効回答数54名（有効回答率36.0%）であった。EOLC尺度の分析対象者は平均年齢35.7歳、看護師経験平均年数13.8年、ICU経験平均年数6.1年。主因子法プロマックス回転による探索的因子分析の結果、3領域11因子53項目が抽出された。各領域の因子名と項目数は、知識領域は【その人らしい終末期ケア】7項目、【ICU患者の特徴】5項目、【臨死期の家族ケア】2項目、実践領域は【患者の苦痛を軽減するケア】9項目、【多職種と実践する臨死期ケア】4項目、【家族への死の準備支援】6項目、【グリーフケア】4項目、【患者・家族への看取りケア】2項目、態度領域は【患者・家族への誠実さ】5項目、【ICU看護に関するマネジメント】6項目、【死に対する共感性】3項目で

あった。尺度の信頼性は、Cronbach's  $\alpha$ 係数0.950（下位尺度は0.490~0.900）、再テスト法による信頼性係数0.717で内的整合性と一貫性が確認された。基準関連妥当性は、ICU終末期ケア困難感尺度（木下ら, 2011）5因子28項目、Frommeltのターミナル態度尺度日本語版（中井ら, 2006）3因子30項目の各項目間においてある程度の相関を認めた。構成概念妥当性は、既知グループ技法で確認された。【考察】信頼性の検討においては、基準値以上の信頼性係数が得られ、尺度の信頼性は保証されたと考える。妥当性の検討においては、既存尺度との関連性と専門性が高い既知グループが優位に高いケア評価であったことから、専門的なケア評価ができる尺度であると考えられる。【結論】ICUのEOLC尺度は、3領域11因子53項目が抽出され、知識領域【その人らしい終末期ケア】【ICU患者の特徴】【臨死期の家族ケア】、実践領域【患者の苦痛を軽減するケア】【多職種と実践する臨死期ケア】【家族への死の準備支援】【グループケア】【患者・家族への看取りケア】、態度領域【患者・家族への誠実さ】【ICU看護に関するマネジメント】【死に対する共感性】と命名された。また一定の信頼性と妥当性が確認された。

12:40 ~ 13:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-12] 集中治療室に緊急入室し人工呼吸器を装着した患者の回復意欲を高める看護実践の検討

○福島 可奈子<sup>1</sup> (1. 自治医科大学附属病院)

キーワード：集中治療室、緊急入室、人工呼吸器、回復意欲

【目的】 看護師の臨床知からの語りから、ICUに緊急入室し人工呼吸器を装着した患者の回復意欲を高めた看護実践を明らかにする。

【方法】 質的記述的研究デザイン。対象者は当院 ICUでの実務経験6年以上、且つ院内のクリニカルラダーIV認定者とし、患者の回復意欲が高まったと感じた場面について半構成的面接法で、30分前後で語ってもらった。本研究は所属施設の臨床研究等倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。対象者に研究の目的、方法、選定理由、研究参加及び途中辞退の自由意思の尊重、個人情報保護、データの取り扱い方法、結果の公表について口頭及び文書で説明し、同意を得た。

【結果】 対象者は6名であった。回復意欲を高める看護実践として、18のカテゴリーと41のサブカテゴリーが抽出された。【苦痛の緩和を行い、早期の回復を促す】では「辛い時は回復している状況を自分のこととして認識できないため、苦痛の緩和を行う」など、【現状の理解を促す】では「今後の見通しが分からないと回復意欲は高まらないため、病状や現状・今後の見通しを説明する」などが語られた。【回復を実感してもらう】では「闘病から気を逸らせている時や患者が回復を実感している時に、回復していることを伝える」など、【回復している事実を伝える】では「普段の様子を知っている主治医から回復していることを伝えてもらう、もしくは代わりに伝える」などが抽出された。リハビリテーションに関しては、【達成感を感じられるようリハビリテーションを行う】では「リハビリテーションに意欲的な場合は、医師に相談し安静度を拡大する」など、また【サポート的な雰囲気を作る】【リハビリテーションの目標を共有する】が明らかになった。【自己の再認識を促す】では、「患者自身で出来ることはやってもらい、自分で出来ることがあると実感してもらう」などが抽出された。【多職種との関わりを調整する】では「関係性の深い主治医から声を掛けてもらう」など、【関係性の良い家族らとの関わりを調整する】では「キーパーソンに限らず、家族や関係性の良い人・患者にとって影響が大きい人に面会してもらう」などで構成された。その他、【必要時は休息を優先する】【経過の良さを伝える】【回復の様子を話題に取り上げる】【身体機能の改善を称賛する】【一緒に退院後の目標を設定する】【回復に集中できる穏やかな環境を整える】【対等で相互作用がある信頼関係を築く】【人物像を捉えた上で回復意欲に働きかける】が抽出された。

【考察】 回復意欲を高めるには身体の早期回復・休息を促し、回復に集中できる環境調整を行い、精神的余裕を作ることが重要であり、回復の事実を伝える有効な時期も病状の安定と関係性があると考えられた。また現状や今後の見通しを患者自身が理解し、できたことを実感して自己効力感を高め、課題を明確にした目標設定を医療者と共有し、医療者のサポート的な関わりが重要な要因であると考えられた。さらに、信頼関係を築いた医療

者を含めた、重要他者と過ごす時間も、回復意欲に大きく関係していると考えられた。

【結論】多職種による、苦痛の緩和や身体の早期回復のための身体的援助、また現状理解や回復を実感できるような精神的援助、重要他者と過ごす時間の調整が回復意欲を高める看護実践であると示唆された。

---

13:00 ~ 13:20 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-13] 胃がん術後患者の身体症状とセルフケア能力の関連

○野口 明日香<sup>1</sup>、佐藤 富美子<sup>2</sup>、佐々木 康之輔<sup>2</sup>、吉田 詩織<sup>2</sup> (1. 東北大学医学部保健学科看護学専攻、2. 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻)

キーワード：胃がん、術後身体症状、セルフケア能力

【目的】胃切除術後患者のセルフケア能力向上のための看護支援について考察するために、胃切除術後患者の後遺症である身体症状とセルフケア能力の関連を明らかにする。

【方法】2021年3月から9月まで、A大学病院外来に通院している胃切除術後患者を対象に無記名の自己記入式質問紙調査を実施した。個人変数は、年齢、性別、手術前後の体重変化量、術後経過年月数、胃切除術の術式、医療機関受診頻度、家庭における主な調理者、就業状況の8項目とした。胃切除術後患者の身体症状は、中村ら(2014)が開発した逆流障害4項目、活動力障害6項目、食直後通過障害7項目、ダンピング症候群7項目、移送障害4項目、低血糖障害2項目、下痢障害2項目の計32項目の上部消化管がん患者の術後機能障害評価尺度(Dysfunction After Upper Gastrointestinal Surgery Questionnaire, 以下 DAUGS32)を用いた。合計得点が高いほど障害が大きいことを示す。セルフケア能力は本庄(2015)が開発した健康に関心を向ける能力5項目、選択する能力5項目、体調を整える能力6項目、生活の中で続ける能力7項目、支援してくれる人をもつ能力7項目の計30項目のSelf-Care Agency Questionnaire(以下,SCAQ30)を用いた。分析は、記述統計を算出後、DAUGS32とセルフケア能力の関連について Spearman順位相関係数を用いて解析した。調査者には調査協力の可否によって不利益を被らないことなどを文書で説明し、文書で同意を得た。本研究は所属大学倫理委員会の承認(2020-1-1159)を得た上で実施した。

【結果】57名に調査を依頼し、51名から同意を得た。35名(68.6%)が男性で、平均年齢は70.0±10.3歳であった。19名(37.3%)が有職者だった。術式は胃部分切除が45名(88.2%)で幽門側胃切除 29名(56.8%)が最も多く、46名(90.2%)が腹腔鏡手術であった。平均術後経過期間は22.4か月であり、術後1年以上4年未満が最も多かった(60.8%)。DAUGS32 総合得点(32~102点)の平均点は55.7±15.2点であった。術後機能障害で多かった症状が下痢障害19名(37.0%)、活動力障害18名(35.0%)であり、セルフケア能力では、健康に関心を向ける能力21.51±3.01点(12~25点)、体調を整える能力25.04±4.35点(10~30点)が高かった。DAUGS32とセルフケア能力との関連は、健康のために選択する能力(rs=-.337;p<.05)、生活の中で続ける能力(rs=-.320;p<.05)、支援してくれる人をもつ能力(rs=-.420;p<.01)の得点が高いほど、活動力障害の発生頻度は有意に低かった。

【考察】胃切除術後、下痢障害や活動力障害などを抱えながら生活する患者には、問題解決のために情報を理解・活用できる能力が必要である。胃切除術後の患者が抱える身体症状を把握し、退院後の生活を支えていきつつ、患者が正確な医療情報へアクセスし、術後身体症状への対処方法を選択し、実施・継続していけるように定期的に相談支援が受けられる医療体制が必要である。

【結論】術後身体症状を軽減するためには、患者が自身のライフスタイルに合った健康管理方法を見つけ、それを選択し、継続して実施していけるようにセルフケア能力を獲得する支援の必要性が示唆された。

---

13:20 ~ 13:40 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-14] 活動拡大に向かう急性心不全患者へのICU/CCUにおけるセルフ



## モニタリング支援

○竹本 智子<sup>1</sup>、大川 宣容<sup>2</sup> (1. 徳島厚生連 吉野川医療センター、2. 高知県立大学大学院看護学研究科)

キーワード：急性心不全患者、ICU/CCU、セルフモニタリング支援

【目的】急性心不全は、急速に心原性ショックや心停止に移行する可能性のある逼迫した状態である。故に、血行動態の破綻を来さないよう患者の身体管理に細心の注意が必要となるため、患者自身の自発的な活動拡大への支援が不足しがちになる。そこで本研究は、活動拡大に向かう急性心不全患者に対し、看護師が実践しているICU/CCUにおけるセルフモニタリング支援の内容を明らかにし、セルフモニタリングを支援する看護実践への示唆を得ることとした。

【方法】質的記述研究デザインを用い、集中治療領域において3年以上の経験を有する看護師4名を対象とし、半構造的面接によりデータを得た。分析方法は、活動拡大に向かう急性心不全患者に対し、看護師が行うICU/CCUにおけるセルフモニタリング支援の内容をコード化し、類似性、相違性を検討しながらカテゴリ化を行った。本研究は、所属大学倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】活動拡大に向かう急性心不全患者へのセルフモニタリング支援として、「表現されない体感を患者の反応から推測する」「患者と看護師の見立ての違いを捉える」「一緒に動くことで身体に生じる症状の自覚を促す」「心臓への負荷を認知できるよう患者の体感とモニター画面を関連づける」「身体を意味づけられるよう変化してきた症状と一緒に比較する」「症状に関心が向けられるよう経過を共に想起する」の6つのカテゴリと、2つの側面が見出された(図)。

【考察】ICU/CCU看護師は、反応をもとに患者中心に捉え続け、身体の変化への気付きを促し、患者自身が意味づけていくことを支えていると考えられた。これらは、症状が残存していたり、心不全徴候の記憶が鮮明な時期であるというICU/CCUの特性を活かした関わりであった。つまり、救命と生命維持に主眼が置かれ、医療機器の管理や操作、各種パラメーターの読解など診療の補助業務の占める割合が多いクリティカルケア領域において、自己のコントロール感を失いやすい急性心不全患者の身体感覚や症状の程度など、患者の主観的理解を尊重した支援であった。

【結論】活動拡大に向かう急性心不全患者へのICU/CCUにおけるセルフモニタリング支援とは、「関わりを通して患者中心に捉え続け、身体の変化に患者の意識が向くように、また、気付いたことから自らの症状と身体変化を意味づけていけるよう支えること。」と再定義された。

---

13:40 ~ 14:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-15] A高度救命救急センターにおける集中治療下での腹臥位療法実施時の看護師の困難

○中川 雄樹<sup>1</sup>、村中 沙織<sup>1</sup>、石井 祥子<sup>1</sup> (1. 札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター看護室)

キーワード：腹臥位療法、困難、集中治療、テキストマイニング

### 【目的】

A高度救命救急センターでは、重症肺炎患者に対して腹臥位療法を実施している。安全な腹臥位療法のため、集中治療下での腹臥位療法実施時に看護師が感じていた困難の内容を明らかにすることとした。

### 【方法】

2021年7月~12月にA高度救命救急センターで10回以上の腹臥位療法の経験がありクリティカル領域の経験年数3年以上かつ、JNAラダーに準じた施設のクリニカルラダーレベルⅢ以上の看護師6名を対象に、基本属性を確認し、先行研究を元に作成したインタビューガイドを用いて腹臥位療法実施時の困難に関する半構造的面接を実施した。データ分析は、逐語録より腹臥位療法実施時の困難について意味内容ごとに要約し、テキストマイニング(KHCorder)を用いて上位抽出語、共起ネットワーク分析を実施した。倫理的配慮として所属施設の看護研究



倫理審査委員会の承認の上実施した。

【結果】

対象者の概要は男女各3名、平均年齢31.6±6.50歳、看護師経験平均年数9±5.05年、クリティカルケア経験平均年数6±2.60年、腹臥位経験平均回数は66±25.81回だった。テキストマイニングの上位抽出語は「腹臥位」68が最も多く、次いで「大変」38、「必要」29、「褥瘡」21、「人手」18であった。共起ネットワーク分析(図)の結果から、集中治療下での腹臥位療法実施時の困難は、【分泌物によるテープ固定や皮膚保護剤の交換の際に人手を集める必要性】【循環動態の変動】【仰臥位でいられる時間の短い患者のケア】【皮膚状態の観察がしにくい】【体格が大きい人の徐圧】【通常ベッド使用時の褥瘡予防】【始めた当初の手順が毎回変わる事や事故除去への不安】【経験を重ねたことによる自信】の8つのカテゴリが生成された。

【考察】

集中治療下での腹臥位療法実施時の安全管理や、全身状態の変化への対応時には仰臥位への変更も含めて人手が必要であり、多職種で素早く対応する必要があるため不安が強いことが明らかとなった。また、腹臥位は褥瘡予防のための観察や対応が必要だが、普段のケアとの違いに困難を感じていると考えられた。腹臥位療法実施時の詳細なケア手順書を作成して事象や経験を基に改善し、ケア実践を蓄積することが不安解決の一助になっていることが明らかとなった。

【結論】

腹臥位療法実施時の困難は、多職種での対応、褥瘡予防ケア、手順や事故除去への不安が挙げられた。困難の対策として、多職種での対応に関する体制の強化や簡便で効果的な褥瘡予防ケアの検討、手順の伝達や技術の維持が必要であると考えられる。

14:00 ~ 14:20 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-16] クリティカルケア領域における患者の安全と療養を継続する熟練看護師の思考と実践

○川端 龍人<sup>1</sup> (1. 日本赤十字看護大学さいたま看護学部)

キーワード：継続、思考、実践、熟練看護師

【目的】

クリティカルケア領域に勤務する熟練看護師が、患者の安全と療養をどのように継続しようとしているのか、その思考と実践を明らかにすることである。思考と実践の定義について、「研究参加者が患者にとって望ましいと考え、とられた行動。また、行動に至るまでの直観的な認識や自己の省察も含む」とした。クリティカルケア領域の定義について、「集中治療室、高度治療室、冠疾患集中治療室」とした。

【方法】

クリティカルケア領域の看護師経験年数が5年以上であり、病棟チームリーダーや教育的立場など看護実践の中心となる役割の経験を1年以上有する看護師を対象とした。場面を踏まえながら、患者の安全と療養を継続するためにどのように考え行動していたのかについて、インタビューガイドを用いて半構成的面接を実施した。分析方法は、思考と実践に関する内容をコード化し、類似性に従ってカテゴリー化した。

倫理的な配慮として、本研究は所属施設の研究倫理審査委員会から承認(承認番号2019-100)を得た上で実施した。研究参加者には、研究への参加は自由意志であること、いつでも同意撤回が可能であること、参加の諾否にかかわらず不利益を被ることはないことを説明した。得られたデータは、仮称を用いて匿名性に留意した。新型コロナウイルス流行下であったため、感染拡大防止に留意し、十分なセキュリティ対策の元で zoomを用いたインタビューとした。

【結果】

研究対象者は2施設に所属する6名であった。看護師経験年数は平均12.2年、クリティカルケア領域経験年数は平均8.7年、面接時間は平均73.3分であった。分析の結果、6つのカテゴリーが抽出された。クリティカルケア領域

における熟練看護師は、患者の安全と療養を継続するために、《先々の勤務帯について予測する》とともに、《看護師に目を向ける》ことと《最善のケアに向けたコミュニケーション》によって、次の勤務者が《落ち着いてケアできる環境の提供》を実践していた。また《夜間休日の多職種の状態を考える》ことや《他部署の特性を考慮する》ことが行われていた。

#### 【考察】

クリティカルケア領域における熟練看護師は、患者の療養環境を整えるだけでなく、次の勤務者がケアを提供する環境も整えることで、患者の安全と療養の継続を支えていた。これには、物品の管理や薬剤の準備、身体抑制の活用といった物理的環境にとどまらず、次の勤務者の精神的な環境を整えることにまで及んでいることが考えられた。このような実践には次の勤務者について理解することが不可欠であり、日頃から看護師に目を向け、理解に努めていた。一方で、看護師に目を向けるだけでなく、協働する多職種や他部署についても思考を巡らせることで、患者の療養環境を網羅的に捉え、安全と療養の継続に働きかけていた。

#### 【結論】

クリティカルケア領域における熟練看護師は、患者の安全と療養を継続するために先々の勤務帯について予測するとともに、看護師に目を向けコミュニケーションを図ることで、次の勤務者が落ち着いてケアできる環境の提供を実践していた。また、多職種の状態を考えることや他部署の特性を考慮し、行動していた。

---

14:20 ~ 14:40 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-17] 手術室看護師が実践している創傷予防ケア

○古川 智恵<sup>1</sup> (1. 姫路大学 看護学部)

キーワード：創傷ケア、手術室看護師

#### 〔目的〕

近年、少子高齢化により、手術を受ける患者は基礎疾患など様々なリスク因子を抱えている。そのため、手術中に発生する創傷を予防するため手術室では多様な工夫が行われている。そこで今回、手術室看護師が実践している創傷予防ケアの実践について検討した。

#### 〔研究方法〕

1. 研究デザイン：因子探索型質的帰納的研究 2. 用語の定義：創傷とは、皮膚・皮下組織などの開放性もしくは表在性の損傷などを含めた全ての損傷のことであり、褥瘡を含む。 3. 研究参加者：急性期病院の手術室に勤務し、創傷予防ケアを実践している看護師 4. 調査方法：研究参加への同意が得られた研究参加者にインタビューガイドを用いて「手術室看護師が実践している創傷予防ケア」について半構造化面接を実施した。 5. 分析方法：面接内容の逐語録を作成し、Krippendorffの内容分析の手法を参考に分析を行い、内容分析によって推論された最も上位の概念を「大表題」、「大表題」の下位の概念を示す用語を「全体分析における表題」とした。 5. 倫理的配慮：調査当時所属していた大学の研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究参加候補者に研究の趣旨と目的を説明し、文書への署名をもって同意とした。

#### 〔結果〕

対象者は看護師15名であった。看護師経験年数は平均7.0年（範囲3年～12年）であった。手術室看護師の創傷予防ケアの実践として、28の全体分析における表題から【手術の進行を見極めながら速やかに対応する】、【術前のリスク評価を徹底する】【術者への声掛けのタイミングをはかる】【ケアの知識・技術力を高める】【看護師としての倫理観をもつ】の5つの大表題が形成された。

#### 〔考察・結論〕

手術室における創傷予防ケアとして、手術体位や手術時間だけでなく【術前の患者のリスク評価を徹底する】ことで、術者や麻酔科医と連携し【手術の進行を見極めながら速やかに対応する】実践を行っていることが明らかとなった。

14:40 ~ 14:50 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-18] A病院の早期リハビリテーションに対する ICU看護師の認識

○山口 渚<sup>1</sup>、小関 英里<sup>1</sup> (1. 自衛隊中央病院 看護部)

キーワード：早期離床リハビリテーション、集中治療室

### 【目的】

早期のリハビリテーション(以下、リハビリ)はせん妄や ICU-AWを減少させると考えられている。A病院 ICUではリハビリプロトコルを一部の循環器疾患にのみ使用しており、リハビリは各科の医師の判断や看護師の臨床経験に基づき開始されている。このような背景の中で、早期にリハビリが開始出来ない症例やリハビリの実践状況が不明確な症例が見られた。そこで早期リハビリの推進を目指し、ICU看護師が早期リハビリをどのように認識し実践しているかを調査した。

### 【方法】

A病院 ICUに勤務する看護師6名に半構成的面接を行い、質的帰納的に分析した。本研究は自衛隊中央病院倫理委員会の承認を得た上で実施した。

### 【結果】

対象の属性は女性6名であり、ICU勤務年数5年以上の看護師は3名、そのうち1名は集中ケア認定看護師資格を有していた。ICU勤務年数5年未満の看護師は3名だった。面接で得られたデータから3つのカテゴリー、10のサブカテゴリーが構成された(表1)。

### 【考察】

日本集中治療医学会は「ICUでの早期リハビリテーションにおける看護師の役割」として「適応の判断と準備を高める援助」「患者教育と心理的援助」「多職種連携の調整」「安全性の配慮」「早期リハビリテーションとしての日常生活援助行動の支援」の5項目を挙げている。面接ではそれら5項目全てに該当する発言があり、役割を果たそうとしていた。早期にリハビリを行うべきという認識は共通していたが開始の判断基準にばらつきがあった。実施時期・方法に対して特に勤務年数5年未満の看護師から不安に感じている発言があった。既存のプロトコルを使用中の患者については、経験の浅い看護師もそれに従って実践できると発言があり、具体的なリハビリ計画の有無が経験の浅い看護師のリハビリの実施に影響していると考えられた。勤務年数に関わらず多職種との連携不足に関する発言があり、多職種と連携した具体的なリハビリ計画の作成や、それらを共有できる手段の確立の必要性が考えられた。教育に関しては特に勤務年数5年以上の看護師からの発言が多くあり、配属当初からの教育が重要であると考えられた。

### 【結論】

A病院のICU看護師は勤務年数にかかわらず早期にリハビリを行うべきであるという認識は共通していた。しかし、開始判断基準にばらつきがあり、具体的なリハビリ計画の作成や更なる多職種との連携の必要性などの課題が明らかになった。

14:50 ~ 15:00 (2022年6月12日(日) 09:00 ~ 15:00 一般演題)

## [W2-19] 急性期病院における早期警告スコアを用いた重症者基準見直し

○三木 寛之<sup>1</sup>、時田 良子<sup>1</sup> (1. 関西電力病院)

キーワード：NEWS、重症者基準、予定外ICU入室

### 【目的】

急性期病院では適切な医療提供を行なうため、重症者を定め、認識を共有し、常に異常の早期発見に努めている。A病院の入院患者の重症者の把握には、重症者基準を設定し管理をしている。しかし、一般病棟からICUへ予定外で入室する症例が多く発生し、従来から活用している重症者基準では、患者の状態に応じた重症者の抽出ができていないのではないかと疑問より、重症者基準の見直しを行った。重症者基準の見直しにはバイタルサ

インに基づいた臨床評価ツールである早期警告スコア National Early Warning Score(以後 NEWS)を新基準に導入し、一定の効果を得たため、報告する。

#### 【方法】

1. 2018年4月～2019年3月の旧基準の重症者を抽出し、NEWS7項目である呼吸数、酸素飽和度、酸素療法の有無、体温、収縮期血圧、心拍数、意識レベルを点数化した。また、抽出した重症者をICU入室患者と一般病棟入院患者に分け、NEWSの点数を比較検討し、NEWSの値で重症者の新基準を定めた。2. 2019年10月より重症者基準設定後、看護部で新基準の説明を行い、2020年4月から運用を開始した。3. 新基準による重症者の抽出を行い、運用開始後の予定外ICU入室数の推移と予定外ICU入室患者のNEWS変化を調査した。

#### 1) 対象

2018年4月～2021年3月のA病院基準の重症入院患者

2) 倫理的配慮本研究を進めるにあたり、当院研究倫理審査を受けて了承を得た。

#### 【結果】

旧基準の重症患者148名、重症患者の内訳はICUが43.2%(64名)、一般病棟が56.7%(84名)。NEWSは全体が4.9(±3.3)、ICU5.7(±2.7)、一般病棟3.7(±3.5)であった。上記の結果よりNEWS5点以上を重症者とした。2018年4月から2019年3月までの予定外ICU入室患者は104名、2020年4月から2021年3月までは61名。2018年4月から2019年3月までの予定外ICU入室患者のNEWSは5.2(±2.8)、2020年4月から2021年3月は6.6(±2.3)であった。

#### 【考察】

重症者をNEWSにて数値化した結果、重症者の捉え方に大きな乖離はないが、一般病棟の重症者評価はばらつきを認め、主観的な評価によって影響されていることが考えられた。また、ICUと一般病棟の重症者を振り分け、比較したことで、一般病棟の重症者にはICUと同等のNEWS得点になる患者が存在することが明らかになった。旧基準のデータより新基準では重症者をNEWS5点以上と定め、重症者の抽出を行った。重症者全体のNEWS、ICU入室患者や予定外ICU入室患者のNEWS平均値はNEWSの中等度リスクである5～6点と近似値であり、当院の重症者新基準はNEWS5点以上の患者が妥当であったと考える。新基準後、予定外ICU入室患者数、予定外ICU入室患者のNEWSのばらつきは減少した。減少した背景として、日々測定するバイタルサインの数値を点数化し、客観的データから重症者を容易に認知できたことで、能力に左右されずに統一された認識のもとで観察やケアができ、急変予防への行動に繋がったと考えられる。しかし、基準見直し後の予定外ICU入室患者の平均値は上昇している。理由としては、重症者の選定が容易になったことで早期に治療開始したが、より濃厚な処置が必要となりICUへ入室していた。また、急激な状態悪化によるICU入室を多く認めていたことで平均値が上昇したことが考えられる。患者の安全な療養環境を担保する為には、予見的に適切な療養環境で管理することも大事になるため、確実な重症者の抽出が行えるよう、より精度をあげていく必要がある。

#### 【結論】

新基準では、定められた項目からの数値化であり、看護実践能力に左右されることなく重症者の抽出ができることが示唆された。

---

交流集会（オンデマンド）

## [EMW] 交流集会（オンデマンド配信）

2022年6月12日(日) 14:10～15:40 プラクティスセミナー（オンデマンド配信）

---

### [EMW-01] 人工呼吸ケア委員会交流集会 次世代の人工呼吸ケアを探求しよう

○辻本 雄大<sup>3</sup>、濱本 実也<sup>2</sup>、丸谷 幸子<sup>1</sup>、植村 桜<sup>4</sup>、坂本 孝輔<sup>5</sup>、白坂 雅子<sup>6</sup>、山田 亨<sup>7</sup>、山本 小奈美<sup>8</sup>（1. 名古屋市立大学病院、2. 公立陶生病院、3. 奈良県立医科大学附属病院、4. 大阪市立総合医療センター、5. 東京慈恵会医科大学病院、6. 福岡赤十字病院、7. 東邦大学医療センター大森病院、8. 山口大学）

14:10～15:40

14:10 ~ 15:40 (2022年6月12日(日) 14:10 ~ 15:40 プラクティスセミナー)

## [EMW-01] 人工呼吸ケア委員会交流集会 次世代の人工呼吸ケアを探求しよう

○辻本 雄大<sup>3</sup>、濱本 実也<sup>2</sup>、丸谷 幸子<sup>1</sup>、植村 桜<sup>4</sup>、坂木 孝輔<sup>5</sup>、白坂 雅子<sup>6</sup>、山田 亨<sup>7</sup>、山本 小奈美<sup>8</sup> (1. 名古屋市立大学病院、2. 公立陶生病院、3. 奈良県立医科大学附属病院、4. 大阪市立総合医療センター、5. 東京慈恵会医科大学病院、6. 福岡赤十字病院、7. 東邦大学医療センター大森病院、8. 山口大学)

キーワード：人工呼吸ケア、教育

本学会のテーマである「看護を紡ぎ、次代を拓く」から、未来に求められる人工呼吸ケアを探求する機会としてパネルディスカッションを企画した。3名のパネリストがそれぞれ以下の3つのテーマで講演し、その後、人工呼吸ケア委員とパネリストが次代を切り拓く人工呼吸ケアや、次世代へ人工呼吸ケアを紡ぐ方策についてディスカッションする。1. ABCDEF-R bundleのR；Respiratory-drive-controlを紐解こう 丸谷 幸子（名古屋市立大学病院）近年、ARDS患者の過剰な自発呼吸は肺障害（P-SILI）や横隔膜損傷を引き起こす可能性があり、呼吸ドライブを抑制する重要性が指摘されている。これをうけて、PICS対策のためのABCDEF-R bundleに呼吸ドライブに対するケアを含めたABCDEF-R bundleとして介入する、という概念が2020年に提案された。このバンドルケアは、呼吸ドライブの問題に対し、鎮静ではなく病態や不安への対応や呼吸器設定の適正化により人工呼吸器非同調の解決をまず図ることを推奨している。人工呼吸器非同調は人工呼吸器治療を受けている患者のおよそ25%に生じているとされ、人工呼吸ケア委員会として取り組むべき課題である。今回のセッションではこのバンドルの共有と実践に活かす方法を検討したいと考えている。2. 人工呼吸ケアを受ける重症患者家族へのFamily centered careの探求 大友 千夏子（東京慈恵会医科大学附属病院）ICUに入室した重症患者が様々な治療をしても改善せず、終末期を迎えることがある。そのため、患者本人の意思を確認するタイミングが難しく、治療方針の決定に苦慮する場面が多い。特に症状の進行が急激な場合は、患者や家族はその事態を受け入れる余裕もないまま短時間で重大な決断を迫られる。欧州の研究では、ICUでの終末期医療を説明したパンフレットを家族に事前に配布することで、患者の死後、家族のPTSDの発症が抑制された。さらに、別の研究では、Webサイトとパンフレットを作成することで、終末期医療に対する家族の理解が深まり、意思決定のサポートに有用だったと報告されている。これを受け、当院では、患者家族に向け、集中治療そのものや重症患者が終末期に受ける医療についての予備知識を提供することで、医療者と家族のコミュニケーションのギャップを軽減し、患者家族の意思決定を支援する目的でWebサイトとパンフレットを新たに作成した。今回は、その取り組みについて共有していきたいと考えている。3. Technologyを駆使した最先端の人工呼吸ケア教育 菅 広信（秋田大学医学部附属病院）成人学習の特徴として、経験に基づき実践的であることが挙げられる。人工呼吸器の学習が難しいと思われる背景には、経験したことがない、どんなことが起きるのか分からない機械とされていることが推測される。そこで、教育的なTechnologyと科学的なTechnologyを組み合わせ、人工呼吸器ケアを効果・効率的に学習するプログラムを開発した。教育Technologyは、インストラクショナルデザインに基づいた、研修設計を行い、科学的なTechnologyでは肺シミュレーターと高機能シミュレーター、人工呼吸器の実機を組み合わせ、リアルな患者とシナリオを再現した人工呼吸ケア教育プログラムを紹介する。