

2023年7月1日(土)

第1会場

集会長講演

[PL] 集会長講演

グローバル時代における持続可能なクリティカル
ケア看護の探求

座長：宇都宮 明美（関西医科大学看護学部・看護学研究所）
09:40～10:25 第1会場（5F 大ホール）

[PL] グローバル時代における持続可能なクリティカルケア看護の探求

○佐々木 吉子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所
災害・クリティカルケア看護学分野）

特別講演

[SL1] 特別講演1

ユーザーがロボット/AIを正確に理解して正しく
利用するために

座長：浅香 えみ子（東京医科歯科大学病院）
10:40～11:40 第1会場（5F 大ホール）

[SL1] ユーザーがロボット/AIを正確に理解して正しく利用するために

○川口 孝泰（医療創生大学 国際看護学部）

第3会場

特別講演

[SL2] 特別講演2

CULTURAL DIVERSITY IN CRITICAL CARE

座長：池松 裕子（修文大学看護学部）
10:40～11:40 第3会場（2F 桃源）

[SL2] CULTURAL DIVERSITY IN CRITICAL CARE

○Adriano Friganović（University Hospital Centre
Zagreb/University of Applied Health Sciences
Zagreb/Faculty of Health Studies Rijeka）

第1会場

特別講演

[SL3] 特別講演3

頻発する災害を経験した我が国の対策の現状
—看護の役割—

座長：木下 舞（東京医科歯科大学病院救命救急センター）
14:10～15:10 第1会場（5F 大ホール）

[SL3] 頻発する災害を経験した我が国の対策の現状 —看護の役割—

○大友 康裕（国立病院機構 災害医療センター）

2023年7月2日(日)

第1会場

特別講演

[SL4] 特別講演4

米国におけるクリティカルケア看護最前線

座長：伊藤 暁子（東京医科歯科大学病院）
09:00～10:00 第1会場（5F 大ホール）

[SL4] 米国におけるクリティカルケア看護最前線

○岩間 恵子^{1,2}（1.マウントサイナイ モーニングサイド病院
クリティカルケア部, 2.ペース大学 看護学部）

特別講演

[SL5] 特別講演5

クリティカルケア領域における橋渡し研究の今
とこれから

座長：山勢 博彰（山口大学大学院医学系研究科）
13:10～14:10 第1会場（5F 大ホール）

[SL5] クリティカルケア領域における橋渡し研究の今とこれから

○若林 健二（東京医科歯科大学 生体集中管理学）

2023年7月1日(土)

第4会場

教育講演

[EL1] 教育講演1

クリティカルケア領域の診療報酬の展望

座長：林 みよ子（静岡県立大学看護学部）
10:40～11:40 第4会場（2F 福寿）

[EL1] クリティカルケア領域の診療報酬の展望

○井出 恵伊子（公益社団法人地域医療振興協会 東京ベイ・浦
安市川医療センター 経営企画室）

第3会場

教育講演

[EL2] 教育講演2

クリティカルケアにおける心理的安全性

座長：今津 陽子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所）
14:10～15:10 第3会場（2F 桃源）

[EL2] クリティカルケアにおける心理的安全性

○辰巳 陽一（近畿大学病院 安全管理部・医療安全対策室）

第4会場

教育講演

[EL3] 教育講演3

クリティカルケア領域における医療メ
ディエーション

ー入院時重症患者対応メディエーターの実践を
通してー

座長：藤野 智子（聖マリアンナ医科大学病院看護部）
14:10～15:10 第4会場（2F 福寿）

[EL3] クリティカルケア領域における医療メ
ディエーション
ー入院時重症患者対応メディエーターの実践を通
してー

○阿部 靖子（東京医科歯科大学病院 医療連携支援センター）

2023年7月2日(日)

第2会場

教育講演

[EL4] 教育講演4

多職種連携で戦う外傷診療: 戦略・戦術・チーム
ワーク

座長：松井 憲子（東北大学病院 高度救命救急センター）
09:00～10:00 第2会場（5F 小ホール）

[EL4] 多職種連携で戦う外傷診療: 戦略・戦術・チームワーク

○横堀 将司（日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野）

第3会場

教育講演

[EL5] 教育講演5

重症患者のリハビリテーションーコロナ診療か
らの学びー

座長：西谷 美幸（東京医科歯科大学病院）
10:50～11:50 第3会場（2F 桃源）

[EL5] 重症患者のリハビリテーションーコロナ診療か
らの学びー

○酒井 朋子（東京医科歯科大学 リハビリテーション科）

第4会場

教育講演

[EL6] 教育講演6

敗血症の病態と治療ー今後の展望

座長：樽松 久美子（北里大学病院看護部）
10:50～11:50 第4会場（2F 福寿）

[EL6] 敗血症の病態と治療ー今後の展望

○松田 直之（名古屋大学医学系研究科 救急・集中治療医学分
野）

第2会場

教育講演

[EL7] 教育講演7

クリティカルケア領域における終末期ケアに対
するスピリチュアルケア

座長：田村 葉子（京都看護大学看護学部）
13:10～14:10 第2会場（5F 小ホール）

[EL7] クリティカルケア領域における終末期ケアに対するス
ピリチュアルケア

○北村 愛子（大阪公立大学 看護学研究科）

2023年7月1日(土)

第6会場

シンポジウム

[SY1] シンポジウム1

COVID-19 重症患者の長期的予後から学ぶ
PICSフォローアップへの示唆

座長：溝江 亜紀子（東京医科歯科大学病院 看護部管理室）、多田
真太郎（鹿児島市立病院看護部）
14:10～16:10 第6会場（2F 瑞雲）

[SY1] 企画趣旨

[SY1-1] 重症 COVID-19患者の長期予後 - PICS-COVID
study-

○畠山 淳司（大阪医科薬科大学 救急医学教室）

[SY1-2] COVID-19からの回復の軌跡～私の体験～

○患者様

[SY1-3] ICU退室後の途切れない Transitional care を考える

○牧野 晃子（聖路加国際大学大学院看護研究科急性期看護
学）

[SY1-4] A病院高度救命救急センターにおける PICS外来の実
際と課題

○松井 憲子（東北大学病院 高度救命救急センター）

[SY1-5] 集中治療後患者の機能回復を目指した

フォローアップシステムの構築

○瀧口 千枝（東邦大学 健康科学部）

第3会場

シンポジウム

[SY2] シンポジウム2

クリティカルケア看護における“意思決定支
援”を問い直す

ースペシャリストの思考と実践ー

座長：野口 綾子（東京医科歯科大学 保健衛生学研究科 災害・クリ
ティカルケア看護学分野）、茂呂 悦子（自治医科大学附属病院 看護
部）、指定発言者：宇都宮 明美（関西医科大学看護学部・看護学研
究科）

15:20 ~ 17:00 第3会場 (2F 桃源)

[SY2] 企画趣旨

[SY2-1] 「患者にとって最善」を導き出すとはなにか

○島内 淳二 (日本医科大学付属病院 外科系集中治療室)

[SY2-2] 患者の事前意思から生命維持治療の中止を決断した
家族の代理意思決定支援の実際と医療者間の倫理調
整

○豊島 美樹 (大阪市立総合医療センター 集中治療セン
ター)

[SY2-3] 意思決定支援における倫理的ジレンマの解決と
difficulties

○石塚 紀美 (東京女子医科大学病院 救命ICU)

第4会場

シンポジウム

[SY3] シンポジウム3

クリティカルケア看護師の多様なキャリア支援

座長：川原 千香子 (昭和大学 医学部医学教育学講座)、飯塚 裕美
(亀田総合病院 高度臨床専門職センター)

15:20 ~ 17:00 第4会場 (2F 福寿)

[SY3] 企画趣旨

[SY3-1] 私の経験した日本とアメリカの看護

○亀田 萌 (社会福祉法人太陽会 安房地域医療センター
看護部)

[SY3-2] 看護教育者としてのキャリアビジョンを描いて

○大森 智美 (東京慈恵会医科大学医学部看護学科基礎看護
学)

[SY3-3] 多様なキャリアの活用と活躍促進のための支援

○木澤 晃代 (日本看護協会)

[SY3-4] 診療看護師 (NP) のキャリア形成と求められる支
援

○森 一直 (愛知医科大学病院 NP部)

2023年7月2日(日)

第2会場

シンポジウム

[SY4] シンポジウム4

私たちはこうしている：外傷患者のケア

座長：古厩 智美 (さいたま赤十字病院)、嶋田 安希 (大津赤十字病
院)

10:10 ~ 11:50 第2会場 (5F 小ホール)

[SY4] 企画趣旨

[SY4-1] 外傷患者に対する看護ケア 一創傷管理に焦点をあて
て一

○志村 知子 (日本医科大学付属病院 看護部)

[SY4-2] 当院救命救急センターにおける重症外傷患者のリハ
ビリテーションの実際

○渡邊 直貴 (東海大学医学部付属病院 高度救命救急セン
ター)

[SY4-3] クリティカルケアからリハビリテーションと栄養管
理を看護師が行うと在宅復帰の可能性が広がる

○浅田 宗隆 (パナソニック健康保険組合 松下記念病院
看護部)

[SY4-4] 当院における看一看護携を深めるための取り組み

○新山 和也 (埼玉医科大学国際医療センター 救命救急セ
ンターICU)

第3会場

シンポジウム

[SY5] シンポジウム5

クリティカルケア領域における身体拘束最小化
へのチャレンジ

座長：林 優子 (元大阪医科薬科大学)、福田 友秀 (武蔵野大学看護
学部)

13:10 ~ 15:10 第3会場 (2F 桃源)

[SY5] 企画趣旨

[SY5-1] クリティカルケア領域における身体拘束最小化への
チャレンジ

倫理的側面から考える身体拘束の問題

○松本 幸枝 (亀田医療大学 看護学部看護学科)

[SY5-2] せん妄患者にとっての安全確保とは

○伊藤 聡子 (西宮渡辺心臓脳・血管センター 看護部)

[SY5-3] 身体抑制最小化に向けての医療現場での課題

○河合 佑亮 (藤田医科大学病院 看護部)

[SY5-4] 身体拘束最小化に向けての取り組み

○門馬 康介 (山形県立中央病院 看護部ICU)

[SY5-5] 身体拘束最小化に向けた患者の予定外抜去の動作解
析に関する研究

○梅田 亜矢 (国立看護大学校 成人看護学)

第2会場

シンポジウム

[SY6] シンポジウム6

ICUの場を超えた重症患者へのクリティカルケア

座長：三浦 英恵 (日本赤十字看護大学 看護学部)、辻 守栄 (千葉
県救急医療センター)

14:20 ~ 16:00 第2会場 (5F 小ホール)

[SY6] 企画趣旨

[SY6-1] クリティカルケア領域から考える ACP〜一般病棟で
の療養に繋ぐ〜

○田山 聡子（慶應義塾大学病院 看護部）

[SY6-2] クリティカルケアが必要ながん患者：治療、意思決定、終末期ケア

○上石 響（がん研究会有明病院 看護部）

[SY6-3] 病棟とICUをつなぐ生活者である患者へのクリティカルケア

○古川 文子（東京医科歯科大学病院 看護部 ICU・GHCU）

[SY6-4] 治療の場がかわっても patient-centered careを提供する多職種連携のコツ ～病棟からICU、そして病棟へ～

○三島 有華（東京医科歯科大学病院 集中治療部）

2023年7月1日(土)

第1会場

パネルディスカッション

[PD1] パネルディスカッション1

大規模災害時のクリティカルケアのサステナビリティ

～医療現場のBCPとBCM～

座長：多久和 善子（昭和大学認定看護師教育センター）、中村 香代（国立国際医療研究センター病院 HCU病棟）

15:20～17:00 第1会場（5F 大ホール）

[PD1] 企画趣旨

[PD1-1] 序説～BCPとBCM～

○泥谷 朋子（東京医療保健大学 立川看護学部看護学科）

[PD1-2] 災害時の病院ICUのサステナビリティ

○熊野 耕（香川大学医学部附属病院 看護部）

[PD1-3] 救急医療とサステナビリティ（派遣とBCM）

○宮崎 博之（公立大学法人 福島県立医科大学附属病院 災害医療・高度救命救急センター）

[PD1-4] 国際災害支援とサステナビリティ

○大山 太（東海大学 医学部看護学科）

[PD1-5] 手術室のサステナビリティ

○山崎 範子（東京医科歯科大学病院 看護部）

第5会場

パネルディスカッション

[PD2] パネルディスカッション2

クリティカルケアにおける高齢患者への支援—早期回復から看取りまで—

座長：小泉 雅子（東京女子医科大学大学院看護学研究科）、石川 幸司（北海道科学大学 保健医療学部看護学科）

15:20～17:00 第5会場（2F 平安）

[PD2] 企画趣旨

[PD2-1] 高齢者の身体・認知面の特徴

○村田 洋章（防衛医科大学校 看護学科 成人看護学講座）

[PD2-2] 高齢者の栄養管理

○丸谷 幸子（名古屋市立大学病院 看護部 ICU・PICU・CCU）

[PD2-3] 高齢者のせん妄への対応

○三須 侑子（自治医科大学附属病院 看護部 高度治療部）

[PD2-4] クリティカルケアにおける高齢患者への支援—早期回復から看取りまで—高齢者が抱える終末期の問題

○小島 朗（大原総合病院 HCU/総合救急センター看護部）

2023年7月2日(日)

第3会場

パネルディスカッション

[PD3] パネルディスカッション3

今こそ、クリティカルケア看護師がRRSをリードすべき

座長：佐藤 憲明（日本医科大学付属病院看護部）、田村 富美子（聖路加国際病院 ICU）

09:00～10:40 第3会場（2F 桃源）

[PD3] 企画趣旨

[PD3-1] 北里大学病院のRapid Response Systemの現状と課題

○森安 恵実（北里大学病院 集中治療センターRST/RRR室）

[PD3-2] 当院におけるRapid Response Systemの現状と課題、今後の取り組みについて

○笹倉 祐輔（東京医科歯科大学病院 看護部）

[PD3-3] 中規模病院看護部RRTの5年間における現状と課題

○菅 侑也（社会福祉法人親善福祉協会国際親善総合病院看護部）

[PD3-4] 心理的安全性を確保したCCORが院内急変を未然に防ぐ

○剣持 雄二（青梅市立総合病院 集中治療室）

第4会場

パネルディスカッション

[PD4] パネルディスカッション4

ポストクリティカル患者・家族ケアの地域連携

座長：正垣 淳子（神戸大学大学院 保健学研究科）、古川 文子（東京医科歯科大学病院 看護部 ICU・GHCU）

09:00～10:40 第4会場（2F 福寿）

[PD4] 企画趣旨

[PD4-1] ICU-病棟へ

Critical Care Outreach Systemの導入に向けて

○後藤 順一（河北総合病院 看護部）

[PD4-2] 第三次救急医療施設から在宅医療ケアにつなげる未
来に向けて

○比田井 理恵（千葉県救急医療センター 看護局）

[PD4-3] シームレスな生活支援を目指して～連携部門の取り
組み～

○西 奈緒（東京医科歯科大学病院 医療連携支援セン
ター）

[PD4-4] ポストクリティカル患者・家族ケア訪問看護の視
点から～

○箱崎 恵理（千葉県看護協会 ちば訪問看護ス
テーション）

第1会場

パネルディスカッション

[PD5] パネルディスカッション5

今求められる多職種連携

座長：津田 泰伸（聖マリアンナ医科大学病院）、荒井 知子（杏林大
学医学部付属病院）

10:10～11:50 第1会場（5F 大ホール）

[PD5] 今求められる多職種連携

○森 みさ子¹、齋藤 大輔²、山内 典子³、酒井 郁子⁴（1.聖マリア
ンナ医科大学横浜市西部病院 看護部, 2.公立学校共済組合関
東中央病院 看護部, 3.東京女子医科大学附属八千代医療セン
ター看護部, 4.千葉大学大学院看護学研究院 先端実践看護学
研究部門 高度実践看護学講座/附属専門職連携教育研究セン
ター/医学部附属病院総合医療教育研修センター）

第5会場

パネルディスカッション

[PD6] パネルディスカッション6

クリティカルケアにおける国際基準—JCI認証
施設における取り組み

座長：木下 佳子（日本鋼管病院 看護部）、櫻本 秀明（日本赤十字
九州国際看護大学 看護学部）

10:10～11:50 第5会場（2F 平安）

[PD6] 企画趣旨

[PD6-1] 当院におけるJCI基準に基づいた疼痛管理の取り組
みについて

○松岡 由起（名古屋大学医学部附属病院 看護部）

[PD6-2] 処置のための鎮静管理

○村岡 修子（NTT東日本関東病院 看護部）

[PD6-3] クリティカルケアにおける国際基準

—重症化予防及び急変の早期発見から救命における
取り組み—

○水上 奈緒美（医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 高度臨床専
門職センター）

[PD6-4] 急性期病院における国際患者安全目標

（International Patient Safety Goals ; IPSG）

○浅田 美和（聖路加国際病院 QIセンター）

第4会場

パネルディスカッション

[PD7] パネルディスカッション7

高度医療とともに生きる人への援助

座長：山中 源治（日本赤十字看護大学看護学部）、高橋 知彦（筑波
大学附属病院）

13:10～14:50 第4会場（2F 福寿）

[PD7] 企画趣旨

[PD7-1] 高度医療を受ける患者の退院後を見据えたクリ
ティカルケア

ティカルケア

○塚田 容子（東京医科歯科大学病院 看護部 集中治療部）

[PD7-2] 集中治療室における患者のリハビリテーションのあ
り方

○堀部 達也（東京女子医科大学）

[PD7-3] 高度医療を受ける患者のこれからについて -臨床
工学技士の視点から-

○江口 友英（日本大学病院 臨床工学室）

[PD7-4] 在宅で高度医療を受ける患者の支援

○小澤 敬子（ゆみのハートクリニック/ゆみの訪問看護ス
テーション）

第5会場

パネルディスカッション

[PD8] パネルディスカッション8

より質の高い看護に向けたスペシャリストと
ジェネラリストの協働

～Win-Winに協働するための秘訣とは～

座長：比田井 理恵（千葉県救急医療センター 看護局）、川原 千香
子（昭和大学 医学部医学教育学講座）

13:10～14:50 第5会場（2F 平安）

[PD8] 企画趣旨

[PD8-1] スペシャリストとジェネラリストの協働～スペ
シャリストの立場から～

○生駒 周作（公立陶生病院 救命救急センター-ERICU）

[PD8-2] 重症呼吸不全患者の効果的なりハビリテーションの
継続

～ICUと一般病棟の連携に焦点を当てて～

○原田 佳代子（千葉県救急医療センター ICU-A）

[PD8-3] より質の高い看護に向けたスペシャリストとジェネ

ラリストの協働

～ Win-Winに協働するための秘訣とは～

○佐藤 悦子（医療法人鉄焦会 亀田総合病院 看護部 ICU）

[PD8-4] クリティカル領域における多職種連携

～診療看護師（NP）に求められるスペシャリスト
としての実践とは～

○森塚 倫也（国立病院機構長崎医療センター 統括診療部
脳神経外科）

第1会場

パネルディスカッション

[PD9] パネルディスカッション9

PICS予防の障壁と成功のための秘訣

座長：井上 昌子（東北大学病院 看護部）、伊藤 伸子（青森県立中
央病院 看護部）

14:20～16:00 第1会場（5F 大ホール）

[PD9] 企画趣旨

[PD9-1] PICSの最新知見と予防を指向した栄養療法

○井上 茂亮（神戸大学医学研究科 外科系講座 災害・救急
医学分野）

[PD9-2] PICS予防のための多職種カンファレンスの成果と課
題を考える

○中村 真巳（埼玉医科大学国際医療センター）

[PD9-3] PICS予防の障壁と成功のための秘訣 一理学療法士
の立場から～

○寺山 圭一郎（東邦大学医療センター佐倉病院 リハビリ
テーション部）

[PD9-4] PICS予防の障壁と成功のための秘訣

○茶谷 奨（医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院 精神科）

2023年7月1日(土)

第5会場

Pros & Cons

[PC1] Pros & Cons1

RRS起動に EWSを用いるべきか？

座長：森 一直（愛知医科大学病院 NP部）

14:10～15:10 第5会場（2F 平安）

[PC1] 企画趣旨

[PC1-1] RRS起動基準には「わかりやすさ」と「汎用性」が
求められる

○三浦 友也（公立大学法人 横浜市立大学附属病院 看護
部）

[PC1-2] EWSは看護師の観察力や臨床推論力を低下させてい
る

○宇野 翔吾（株式会社日立製作所 日立総合病院 看護局

救命救急センター）

2023年7月2日(日)

第4会場

Pros & Cons

[PC2] Pros & Cons2

終末期における緩和的抜管は患者・家族の利益
となり得るのか？

座長：辻本 真由美（横浜市立大学附属市民総合医療センター）、春
名 寛香（北播磨総合医療センター）

15:00～16:00 第4会場（2F 福寿）

[PC2] 企画趣旨

○鎌田 未来¹, 瀧本 雅昭²（1.東京ベイ・浦安市川医療セン
ター ICU/CCU/SCU, 2.東邦大学医療センター大森病院救命
救急センター）

2023年7月1日(土)

第2会場

フォーラムディスカッション

[FD] フォーラムディスカッション

クリティカルケア看護の軌跡と展望 学会は何をす
べきか

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
災害・クリティカルケア看護学分野）、宇都宮 明美（関西医科大学
看護学部・看護学研究科）

17:10～18:30 第2会場（5F 小ホール）

[FD] クリティカルケア看護の軌跡と展望 学会は何をすべき
か

○井上 智子¹, 道又 元裕², 浅香 えみ子³, 菅原 美樹⁴, 田戸 朝美⁵,
中田 諭⁶（1.国際医療福祉大学大学院, 2.ヴェクソンイン
ターナショナル株式会社, 3.東京医科歯科大学病院, 4.札幌市立
大学 看護学部, 5.山口大学大学院医学系研究科, 6.聖路加国際大
学大学院 看護学研究科）

市民公開講座

[PEL] 市民公開講座

人生最期に備えるーアドバンス・ケア・プラン
ニング(人生会議)とはなにか

座長：山下 直美（日本医療地域連携支援合同会社 リハビリ訪問看護
ステーションHIRO'S）

14:10～15:30 第2会場（5F 小ホール）

[PEL] 企画趣旨

[PEL] 人生最期に備えるーアドバンス・ケア・プランニング
(人生会議)とはなにか

○関谷 宏祐^{1,2}（1.Green Forest 代官山クリニック, 2.東京医
科歯科大学病院 救命救急センター）

第5会場

交流集会

[EM1] 交流集会1

クリティカルケア領域で活躍する特定行為研修
修了者の実践活動と今後の展望

企画：将来構想委員会

10:40～11:40 第5会場(2F 平安)

[EM1] 将来構想委員会交流集会 クリティカルケア領域で活 躍する特定行為研修修了者の実践活動と今後の展望

○菅原 美樹¹, 後藤 順一², 宇都宮 明美³, 背戸 陽子⁴, 戸田 美和
子⁵, 牧野 夏子¹, 明神 哲也⁷, 山口 典子⁶ (1.札幌市立大学
看護学部, 2.河北総合病院, 3.関西医科大学 看護学部, 4.日本
医科大学付属病院, 5.倉敷中央病院, 6.長崎大学病院, 7.東京
慈恵会医科大学 医学部看護学科)

第9会場

交流集会

[EM2] 交流集会2

医療系インフルエンサーと議論する「SNSを活
用した新たな教育活動」

企画：星野 晴彦 (帝京大学 医療技術学部看護学科成人看護学 (急性
期))

10:40～11:40 第9会場(4F 401 会議室)

[EM2] 医療系インフルエンサーと議論する「SNSを活用した 新たな教育活動」

○星野 晴彦¹, 松石 雄二郎², 西山 妙子³, 前田 健⁴, 陣内 千晴
(1.帝京大学 医療技術学部看護学科成人看護学 (急性期)),
2.聖路加国際大学, 3.ナースライフバランス研究室, 4.心臓病
センター榊原病院)

交流集会

[EM3] 交流集会3

周術期疼痛管理のeラーニングーZ世代の新人
看護師あおばの成長物語ー

企画：遠藤 みどり (山梨県立大学 看護学部)

14:10～15:30 第9会場(4F 401 会議室)

[EM3] 周術期疼痛管理のeラーニングーZ世代の新人看護師 あおばの成長物語ー

○遠藤 みどり¹, 奥津 康祐², 井川 由貴¹, 山本 奈央¹, 高取 充祥¹,
中込 洋美¹, 藤森 玲子³, 天野 ひかり⁴, 梶原 絢子⁵, 渡邊 泰子⁶
(1.山梨県立大学 看護学部, 2.国際医療福祉大学 赤坂心
理・医療福祉マネジメント学部, 3.甲府看護専門学校, 4.山梨
厚生病院, 5.自治医科大学さいたま医療センター, 6.富士吉田
市立病院)

交流集会

[EM4] 交流集会4

ICT化における看護の取り組みはここまできて
いる！

～遠隔ICU・遠隔教育・オンライン面会の取り
組み～

企画：森口 真吾 (株式会社Vitaars)、座長：山勢 博彰 (山口大学
大学院医学系研究科)

15:40～16:40 第9会場(4F 401 会議室)

[EM4] 企画趣旨

[EM4-1] Post-COVID19の看護基礎教育におけるICT活用の 現状

○野島 敬祐 (京都橘大学 看護学部 大学院看護学研究科)

[EM4-2] オンライン面会における遠隔ケアの実践的な取り組 みについて

○井上 奈々 (大阪公立大学 大学院看護学研究科)

[EM4-3] 遠隔ICU支援側の取り組みについて

○吉田 友美 (公立大学法人 横浜市立大学附属病院 看護
部)

2023年7月2日(日)

第8会場

交流集会

[EM5] 交流集会5

SAT・SBTの臨床実践を探求しよう！

企画：人工呼吸ケア委員会

09:00～10:20 第8会場(4F 研修室)

[EM5] 人工呼吸ケア委員会交流集会 SAT・SBTの臨床実践 を探求しよう！

○丸谷 幸子¹, 濱本 実也² (1.名古屋市立大学病院 看護部
ICU・PICU・CCU, 2.公立陶生病院 集中治療室)

第9会場

交流集会

[EM6] 交流集会6

ようこそクリティカルケアの世界へ、Z世代の
継続教育について語ろう！

企画：教育委員会

09:00～10:20 第9会場(4F 401 会議室)

[EM6] 教育委員会交流集会 ようこそクリティカルケアの世 界へ、Z世代の継続教育について語ろう！

○山口 庸子¹, 益田 美津美², 石川 幸司³, 田戸 朝美⁴, 中村 香代⁵,
上澤 弘美⁶, 西村 祐枝⁷ (1.東京慈恵会医科大学附属病院,
2.名古屋市立大学大学院, 3.北海道科学大学, 4.山口大学大学
院, 5.国立国際医療研究センター, 6.総合病院土浦協同病院,

7.岡山市立市民病院)

第8会場

交流集会

[EM7] 交流集会7

“その看護すごい！”に名前をつけてみよう

企画：研究推進委員会

10:30～11:50 第8会場(4F 研修室)

[EM7] 研究推進委員会交流集会 “その看護すごい！”に名前をつけてみよう

○研究推進委員会¹, 吉田 紀子², 伊藤 真理³, 明石 恵子⁴, 清村 紀子⁵, 佐藤 まゆみ⁶, 池田 真理⁷ (1.研究推進委員会, 2.獨協医科大学病院, 3.川崎医療福祉大学, 4.名古屋市立大学大学院看護学研究科, 5.大分大学, 6.順天堂大学大学院, 7.東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻 家族看護学分野)

第9会場

交流集会

[EM8] 交流集会8

「気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド」を臨床で効果的に活用するための方策

企画：口腔ケア委員会

10:30～11:50 第9会場(4F 401 会議室)

[EM8] 口腔ケア委員会交流集会 「気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド」を臨床で効果的に活用するための方策

○安藤 有子 (関西医科大学附属病院 看護部)

第6会場

交流集会

[EM9] 交流集会9

終末期患者の家族の希望を支えるために、クリティカルケア看護師に何ができるのか？

企画：終末期ケア委員会

13:10～14:30 第6会場(2F 瑞雲)

[EM9] 終末期ケア委員会交流集会 終末期患者の家族の希望を支えるために、クリティカルケア看護師に何ができるのか？

○立野 淳子¹, 加藤 茜², 森山 美香³, 辻本 真由美⁴, 藤岡 智恵⁵, 藤本 理恵⁶, 久間 朝子⁷, 山勢 博彰⁸ (1.小倉記念病院 クオリティマネジメント課, 2.信州大学 医学部保健学科, 3.島根県立大学 看護栄養学部, 4.横浜市立大学附属市民総合医療センター 看護部, 5.麻生飯塚病院 看護部, 6.山口大学医学部附属病院 看護部, 7.福岡大学病院 看護部, 8.山口大学 大学院医学

系研究科)

第7会場

交流集会

[EM10] 交流集会10

やればできる！論文投稿～査読を乗り越えよう～

企画：編集委員会

13:10～14:30 第7会場(2F 蓬莱)

[EM10] 編集委員会交流集会 やればできる！論文投稿～査読を乗り越えよう～

○矢富 有見子¹, 佐藤 富美子², 中村 美鈴³, 清村 紀子⁴, 田口 豊恵⁵, 福田 美和子⁶, 小泉 雅子⁷, 田口 智恵美⁸, 村田 洋章⁹, 荒井 知子¹⁰ (1.国立看護大学校, 2.福島県立医科大学, 3.東京慈恵会医科大学, 4.大分大学, 5.京都看護大学, 6.目白大学, 7.東京女子医科大学 大学院, 8.千葉県立保健医療大学, 9.防衛医科大学校, 10.杏林大学医学部付属病院)

第8会場

交流集会

[EM11] 交流集会11

開心術を受ける高齢フレイル患者への多職種介入

企画：宇都宮 明美

14:10～15:10 第8会場(4F 研修室)

[EM11] 開心術を受ける高齢フレイル患者への多職種介入

○宇都宮 明美¹, 牧野 晃子², 明神 哲也³, 山岡 綾子⁴, 井沢 知子⁵ (1.関西医科大学看護学部・看護学研究科, 2.聖路加国際大学, 3.東京慈恵会医科大学, 4.兵庫医科大学, 5.京都大学大学院)

第6会場

交流集会

[EM12] 交流集会12

これからどうする？どうかわる？せん妄ケア

企画：せん妄ケア委員会

14:40～16:00 第6会場(2F 瑞雲)

[EM12] せん妄ケア委員会交流集会 これからどうする？どうかわる？せん妄ケア

○五十嵐 真¹, 古賀 雄二², 山田 奈津子³, 古厩 智美⁴, 花山 昌浩⁵, 植村 桜⁶, 岡田 和之⁷, 伊東 由康⁸ (1.医心館訪問看護ステーション福島, 2.川崎医療福祉大学, 3.帝京大学 福岡医療技術学部, 4.さいたま赤十字病院, 5.川崎医科大学附属病院, 6.大阪市立総合医療センター, 7.自治医科大学附属病院,

8.兵庫県立大学)

第7会場

交流会

[EM13] 交流集会13

教えます！国際学会参加と国際雑誌投稿のヒント

企画：国際交流委員会

14:40～16:00 第7会場(2F 蓬莱)

[EM13] 国際交流委員会交流会 教えます！国際学会参加と国際雑誌投稿のヒント

○櫻本 秀明¹, 北山 未央², 佐藤 隆平³, 池松 裕子⁴, 卯野木 健⁵
(1.日本赤十字九州国際看護大学 看護学部, 2.金沢医科大学病院 看護部, 3.神戸市看護大学 看護学部, 4.修文大学 看護学部, 5.札幌市立大学 看護学部)

第5会場

交流会

[EM14] 交流集会14

クリティカルケア看護の魅力を語ろう

企画：広報委員会

15:00～16:00 第5会場(2F 平安)

[EM14] 企画趣旨

[EM14-1] クリティカルケアにおける教育を楽しむコツ

○池辺 諒 (株式会社Medi-LX)

[EM14-2] クリティカルケア看護の魅力 管理者の立場から

○中嶋 武広 (医療法人澄心会 岐阜ハートセンター 看護部)

[EM14-3] クリティカルケア看護の魅力：急性・重傷患者看護専門看護師としての活動を通して

○渡海 菜央 (日本大学医学部附属板橋病院 救命救急センター)

2023年7月1日(土)

第3会場

ランチョンセミナー

[LS1] ランチョンセミナー1

抜管後もすぐに食べられるために、口腔ケアを考えよう

座長：田戸 朝美 (山口大学大学院医学系研究科)

11:50～12:50 第3会場(2F 桃源)

[LS1-1] 口腔のバイタルサインのアセスメントから始める口腔ケア

○岸本 裕充 (兵庫医科大学医学部歯科口腔外科学講座)

[LS1-2] 明日のケアに活かせる！口腔アセスメントをケアに繋げる方法

○佐藤 央 (東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所
災害・クリティカルケア看護学分野)

2023年7月2日(日)

第3会場

ランチョンセミナー

[LS2] ランチョンセミナー2

クリニカルラダー別研修の更なる具現化への挑戦
～ 個々のナースの成長を大切にしたいキャリア支援～

座長：立野 淳子 (一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院 看護部
クオリティマネジメント科)

12:00～13:00 第3会場(2F 桃源)

[LS2] クリニカルラダー別研修の更なる具現化への挑戦

～ 個々のナースの成長を大切にしたいキャリア支援～

○道又 元裕 (ヴェクソンインターナショナル株式会社)

2023年7月1日(土)

第4会場

ランチョンセミナー

[LS3] ランチョンセミナー3

呼吸管理できていますか？熱い想いを推進力へ
－ High Flow Nasal定着にみる来し方行く末－

座長：卯野木 健 (札幌市立大学 看護学部)

11:50～12:50 第4会場(2F 福寿)

[LS3] 呼吸管理できていますか？熱い想いを推進力へ

－ High Flow Nasal定着にみる来し方行く末－

○河原 良美 (徳島大学病院 看護部 集学治療棟HCU)

第5会場

ランチョンセミナー

[LS4] ランチョンセミナー4

クリティカルケア看護における終末期をどう学習するか

座長：平井 美恵子 (東京医科歯科大学病院 看護部)

11:50～12:50 第5会場(2F 平安)

[LS4] クリティカルケア看護における終末期をどう学習するか

○伊藤 美智子 (名古屋学芸大学 看護学部)

第6会場

ランチョンセミナー

[LS5] ランチョンセミナー5

VRで実現する持続可能なクリティカルケア看護
教育の未来について

稲川 昭一 (国際医療福祉大学成田病院 看護部救急外来)

11:50 ~ 12:50 第6会場 (2F 瑞雲)

[LS5-1] 実装が進む医療教育 VR技術と展開事例

○細木 豪 (株式会社ジョリーグッド)

[LS5-2] VRとインスタラクショナルデザインによる教育方法
のアイデア

○苑田 裕樹 (令和健康科学大学看護学部看護学科 専門職育
成学/臨床シミュレーションセンター)

[LS5-3] 手術看護をVRでリアルに学ぶ

○藤村 朗子 (東京医療保健大学立川看護学部看護学科
成人・老年看護学)

2023年7月2日(日)

第4会場

ランチョンセミナー

[LS6] ランチョンセミナー6

Rapid Response System~患者に安全な医療を提
供するためのシステム~

中田 諭 (聖路加国際大学大学院看護学研究科成人・高齢者と家族の
看護領域急性期看護学)

12:00 ~ 13:00 第4会場 (2F 福寿)

[LS6] Rapid Response System~患者に安全な医療を提供する
ためのシステム~

○森安 恵実 (北里大学病院 集中治療センター RST・RRT室)

第5会場

ランチョンセミナー

[LS7] ランチョンセミナー7

クリティカルケアにおける口腔ケアを探求しよ
う

座長: 石井 恵利佳 (獨協医科大学埼玉医療センター 看護部)

12:00 ~ 13:00 第5会場 (2F 平安)

[LS7] クリティカルケアにおける口腔ケアを探求しよう

○田戸 朝美 (山口大学大学院 医学系研究科 臨床看護学講
座)

2023年7月1日(土)

第7会場

ハンズオンセミナー

[HS1] ハンズオンセミナー

明日の臨床から使える看護エコー

~食べる(嚥下),出す(排尿/排便)を可視化しよう~

11:30 ~ 12:50 第7会場 (2F 蓬莱)

[HS1-1] 嚥下エコー

○三浦 由佳 (藤田医科大学 研究推進本部 社会実装看護
創成研究センター)

[HS1-2] 排尿・排便エコー

○北村 言 (東京大学大学院 医学系研究科 看護管理学/看
護体系・機能学分野)

2023年7月2日(日)

第9会場

ハンズオンセミナー

[HS2] ハンズオンセミナー

看護師が実施する PICC挿入・管理とエコー下で
の静脈ライン穿刺

座長: 飯塚 裕美 (亀田総合病院)、森 一直 (愛知医科大学)

13:30 ~ 15:30 第9会場 (4F 401 会議室)

[HS2] 看護師が実施する PICC挿入・管理とエコー下での静
脈ライン穿刺

○佐藤 暢夫 (聖マリアンナ医科大学病院 麻酔科 集中治療セ
ンター)

2023年7月1日(土)

第2会場

一般演題 (口演)

[O1] 一般演題 (口演) 1

優秀演題

座長: 清村 紀子 (大分大学大学院)、福田 美和子 (目白大学 看護
学部)、審査員: 大江 理英 (兵庫県立大学 看護学部)、稲垣 範子
(摂南大学 看護学部)

10:40 ~ 11:40 第2会場 (5F 小ホール)

[O1-1] 人工呼吸器装着場面における新人看護師と熟練看護
師の観察時の意図-安静場面のインタビューの分析-

○岡根 利津, 野崎 夢加, 長谷川 智之, 斎藤 真 (三重県立看護
大学 看護学部)

[O1-2] 急性大動脈解離 StanfordA術後患者における多職種
チームアプローチによる早期離床プログラムの有効
性

○佐藤 博昭¹, 和田 卓也², 大倉 和貴³, 佐々木 郁子¹, 山本 浩史²
² (1.秋田大学医学部附属病院 集中治療部1, 2.秋田大学医学
部附属病院 心臓血管外科, 3.秋田大学医学部附属病院 リハ
ビリテーション部)

[O1-3] 訪問看護師の臨床判断の実態と臨床判断に関する教

育ニーズの解明

○西塔 依久美¹, 池田 恵², 佐藤 まゆみ² (1.順天堂大学大学院 医療看護学研究科博士後期課程, 2.順天堂大学大学院 医療看護学研究科 がん・クリティカルケア看護学)

[O1-4] パンデミック禍の集中治療室において看護師が COVID-19患者の尊厳を守ろうとする看護のプロセス

○藤村 麻衣子, 佐々木 吉子, 今津 陽子 (東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科)

第6会場

一般演題 (口演)

[O2] 一般演題 (口演) 2

PICS・せん妄ケア①

座長: 神田 直樹 (北海道医療大学看護福祉学部)
10:40 ~ 11:25 第6会場 (2F 瑞雲)

[O2-1] ICUへ入室する成人患者に対するせん妄ケアリスト活用に関する取り組み

○関根 庸考, 剣持 雄二 (青梅市立総合病院 集中治療室)

[O2-2] 集中治療室看護師のせん妄に対する看護実践

○清水 祐美 (日本赤十字社医療センター)

[O2-3] コロナ禍における ICUでのせん妄評価の検証

○小玉 真裕, 栗之丸 智文, 山根 正寛 (大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター 看護部・ICU1)

[O2-4] PADISの多角的な管理に関する取り組み

○酒井 武志¹, 水上 奈緒美², 堀江 秀一¹, 飯塚 裕美² (1.医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 ICU, 2.医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 高度臨床専門職センター)

第8会場

一般演題 (口演)

[O3] 一般演題 (口演) 3

チーム医療・多職種連携①

座長: 吉田 紀子 (獨協医科大学病院 看護部)
10:40 ~ 11:25 第8会場 (4F 研修室)

[O3-1] 当院 Rapid Response Teamの特定行為研修修了看護師による動脈穿刺採血の現状と課題

○齊藤 耕平¹, 森安 恵実¹, 鈴木 壮², 内藤 亜樹², 長内 洋一², 田邊 康寛², 新井 正康³ (1.北里大学病院 集中治療センター-RST・RRT室, 2.北里大学病院 集中治療センター-GICU, 3.北里大学 医学部附属新世紀医療開発センター・集中治療医学)

[O3-2] 院内コードブルーに対するアクションカードの導入とその効果

大賀 結, 吉田 昌平, 尾島 美里, 前 千登世, ○近藤 茉優 (トヨタ記念病院 ER透析)

[O3-3] A病院一般病棟看護師の RRS活用状況の実態

一起動しやすいシステム構築に向けてー

○吉田 亜子, 川端 和美, 菊谷 麻璃菜, 堀内 雅人, 坂上 倫子, 岩本 満美 (北海道大学病院 看護部)

[O3-4] コードブルー要請時の病棟看護師と応援看護師のスムーズな連携を目指して

○住野 有里 (トヨタ記念病院 東病棟6階)

第7会場

一般演題 (口演)

[O4] 一般演題 (口演) 4

鎮痛・鎮静管理

座長: 北別府 孝輔 (岡山大学 保健学域 基礎看護学)
14:10 ~ 15:05 第7会場 (2F 蓬萊)

[O4-1] IHCA ROSC後、レミフェンタニルを使用し、人工呼吸非同調改善、離脱に至った一例

○関根 庸考, 剣持 雄二 (青梅市立総合病院 集中治療室)

[O4-2] 人工呼吸器早期離脱プロトコル導入による ICU看護師の成果と課題

○大崎 杏奈, 川村 亜希, 森下 直哉, 後藤 大幸, 宮田 洋 (高知赤十字病院 救命救急センター病棟)

[O4-3] 集中治療室における人工呼吸器離脱過程にある患者のセルフコントロール感覚を支える看護実践

○小磯 崇司¹, 北村 愛子², 佐竹 陽子² (1.滋賀県立総合病院, 2.大阪公立大学大学院 看護学研究科)

[O4-4] 浅い鎮静中の人工呼吸器装着患者の comfortに向けた CCNSの関わり

○西江 友里, 大村 奈緒 (岡山大学 医学部保健学科)

[O4-5] 集中治療室に緊急入室した患者が深鎮静下から浅鎮静下で人工呼吸器と同調するまでの看護実践

○鶴戸 由佳¹, 磯見 智恵², 繁田 里美², 月田 佳寿美² (1.福井大学 医学系研究科看護学専攻修士課程, 2.福井大学 医学部看護学科臨床看護学分野)

第8会場

一般演題 (口演)

[O5] 一般演題 (口演) 5

看護技術

座長: 有田 孝 (小倉記念病院)
14:10 ~ 15:05 第8会場 (4F 研修室)

[O5-1] テクニカルスキルとノンテクニカルスキルを融合した器械出し看護技術の構造

○高崎 詩彩, 益田 美津美 (名古屋市立大学 看護学研究科)

[O5-2] 心臓血管外科患者の術後体位変換で生じる血圧低下のリスク因子と退院時転帰への影響

○佐々木 康之輔¹, 川越 華佳², 松井 憲子³, 吉田 詩織¹, 佐藤 富美子⁴ (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 医学部保健学科看護学専攻, 3.東北大学病院 看護部, 4.福島県立医科大学 看護学部)

[O5-3] 長時間腹臥位療法におけるケアの標準化に向けて

○白石 結実, 俣田 悦子, 高洲 弘一, 木下 舞, 浅香 えみ子
(東京医科歯科大学病院 看護部)

[O5-4] ICU看護師の重症患者の栄養管理に関するコンピテンシー

○田中 郁恵, 岸田 紀子 (社会医療法人 愛仁会 高槻病院 ICU)

[O5-5] 救急看護領域におけるエキスパートナースの熱傷看護実践

○村中 沙織¹, 牧野 夏子² (1.札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター病棟, 2.札幌医科大学附属病院 ICU病棟)

第7会場

一般演題 (口演)

[O6] 一般演題 (口演) 6

ICU看護

座長: 山勢 善江 (湘南医療大学)
15:10 ~ 16:05 第7会場 (2F 蓬莱)

[O6-1] ICU看護師の植込型補助人工心臓装着患者への生きる希望を支える看護

○安田 好江, 遠藤 みどり (山梨県立大学大学院 看護学研究科)

[O6-2] ICUにおける家族支援 (1)

～心理的危機回避と患者らしさを尊重した家族支援～

○中水 登美子¹, 下原 秀美¹, 山田 聡子², 藤木 美保² (1.医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 看護部 ICU, 2.医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 看護部)

[O6-3] ICUにおける家族支援 (2)

終末期に移行した患者のその人らしさを尊重した家族の意思決定支援

○下原 秀美¹, 山田 聡子³, 上村 尚², 藤木 美保³ (1.医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 看護部 ICU, 2.医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 医局部 心臓血管外科, 3.医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 看護部)

[O6-4] ICU入室患者のVAP予防における効果的な口腔ケアの検証

ー口腔ケア実践ガイドと従来の口腔ケアの比較検討ー

○松浦 文則¹, 脇坂 浩² (1.浜松医療センター, 2.浜松医科大学 医学部看護学科)

[O6-5] ICU看護師の人工呼吸器を装着した敗血症患者の早期回復に向けた看護実践

○加賀爪 真弓¹, 遠藤 みどり² (1.山梨県立大学大学院 看護学研究科 急性期看護学分野, 2.山梨県立大学 看護学部 大学院看護学研究科 急性期看護学)

第8会場

一般演題 (口演)

[O7] 一般演題 (口演) 7

重症患者の心身・環境のアセスメント

座長: 江口 秀子 (鈴鹿医療科学大学 看護学部)
15:10 ~ 16:05 第8会場 (4F 研修室)

[O7-1] 集中治療室に入室した患者の discomfort と comfort

○大山 祐介¹, 山勢 博彰², 藤田 恭介³, 田下 博³, 本田 智治³, 永田 明⁴ (1.長崎大学生命医科学域 保健学系, 2.山口大学大学院 医学系研究科 保健学専攻, 3.長崎大学病院 看護部, 4.愛媛大学大学院 医学系研究科 看護学専攻)

[O7-2] 日常ケア場面における ICU看護師の葛藤

○大西 由華¹, 大川 宣容² (1.香川県立中央病院, 2.高知県立大学 看護学研究科)

[O7-3] 病室の照明調節・採光を用いた患者のサーカディアンリズム調整に関する認識と実践調査 (第1報)

○熊崎 友美, 上地 裕子, 川尻 麻祐子, 中野 恭子 (岐阜大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

[O7-4] 病室の照明調節・採光を用いた患者のサーカディアンリズム調整と学習経験 (第2報)

○熊崎 友美, 上地 裕子, 川尻 麻祐子, 中野 恭子 (岐阜大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

[O7-5] A病院における心臓外科術後の嚥下機能低下に関連する要因

○赤澤 鈴奈 (三菱京都病院 看護部)

第7会場

一般演題 (口演)

[O8] 一般演題 (口演) 8

チーム医療・多職種連携②

座長: 中野 真理子 (福岡国際医療福祉大学 看護学部 看護学科)
16:10 ~ 16:55 第7会場 (2F 蓬莱)

[O8-1] クリティカルケア領域における患者の意思決定のための多職種カンファレンスの現状と課題

○川添 久子¹, 高橋 由起子² (1.岐阜大学医学部附属病院 看護部, 2.岐阜大学 医学系研究科)

[O8-2] ICUにおける多職種倫理カンファレンスの導入
～持続可能な組織変革への課題～

○酒井 周平 (旭川医科大学病院 看護部)

[O8-3] ICU病棟における多職種ラウンドの効果

○水谷 美月, 植岡 敬紹, 水引 智央, 川上 美絵子, 堀江 英恵
(日本赤十字社 京都第二赤十字病院 ICU病棟)

[O8-4] 集中治療領域における Shared Decision Makingに
対する看護実践とその促進要因・阻害要因に関する認
識の実態

○藤倉 由美恵¹, 中村 美鈴² (1.東京慈恵会医科大学大学院
医学研究科看護学専攻 博士前期課程, 2.東京慈恵会医科大学
大学院 医学研究科看護学専攻)

第8会場

一般演題 (口演)

[O9] 一般演題 (口演) 9

医療安全・看護管理

座長: 村上 礼子 (自治医科大学 看護学部)
16:10 ~ 17:05 第8会場 (4F 研修室)

[O9-1] 看護師がICU入室中のこどもに身体抑制を行う際の
判断要因

○岩塚 美波¹, 安井 美和¹, 大北 真弓² (1.三重大学医学部附
属病院 救命救急・総合集中治療センター, 2.三重大学大学院
医学系研究科看護学専攻実践看護学)

[O9-2] ICUにおける生体監視モニタアラームの適切な使用へ
の取り組みと効果

○池田 健太, 立石 真帆, 野口 弘二, 山口 優, 井上 辰幸 (九州
大学病院 集中治療部)

[O9-3] 当集中治療室における心理的安全性に関する現状調
査

○劔持 雄二, 中村 邦子, 関根 庸考, 井上 正芳, 田貝 佐久子
(青梅市立総合病院 集中治療室)

[O9-4] ユニットによる人工呼吸器教育統一化に向けた取り
組み

～プログラム中心の管理に関するコンサル
テーション～

○中村 真依子¹, 安達 和人² (1.日本赤十字社 武蔵野赤十字
病院 救命救急センターICU, 2.日本赤十字社 武蔵野赤十字病
院 GICU)

[O9-5] ICU看護師のワーク・モチベーションに対する
ワーク・エンゲイジメントと仕事におけるワクワク
感の影響

○山本 一成, 飯塚 仁美, 鶴飼 莉奈 (松江赤十字病院)

2023年7月2日(日)

第5会場

一般演題 (口演)

[O10] 一般演題 (口演) 10

家族看護

座長: 森山 美香 (島根県立大学 看護栄養学部 看護学科)
09:00 ~ 09:55 第5会場 (2F 平安)

[O10-1] 救急搬送された意識障害のある患者の家族による代
理意思決定までの様相

○加藤 祐樹 (埼玉石心会病院 ICU)

[O10-2] 患者家族がリモート面会を体験して抱いた思い
— COVID-19流行中、面会禁止下のなかで—

○三井 加奈, 高端 洋恵, 迫田 祐子, 西村 知子, 物袋 哲也,
宇賀 慶子, 田中 みどり (神戸大学医学部附属病院 看護
部)

[O10-3] 重症患者と家族への意思決定支援に関する看護師の
関わり

○倉信 侑子, 中野 愛, 中尾 碧, 木村 優美 (鳥取県立中央病
院 救命救急センター)

[O10-4] ICUに緊急入室し人工呼吸管理を受けた患者家族の
経験

— ICU入室中から退室後まで—

○加藤 翠, 茂呂 悦子, 三須 侑子 (自治医科大学附属病院
看護部)

[O10-5] コロナ禍の家族面会を通してICUの看護師が抱いた
価値観の相違についての検討

○米村 亮 (堺市立病院機構 堺市立総合医療センター 集中
治療センター)

第6会場

一般演題 (口演)

[O11] 一般演題 (口演) 11

呼吸・循環管理

座長: 明神 哲也 (東京慈恵会医科大学)
09:00 ~ 09:45 第6会場 (2F 瑞雲)

[O11-1] 消化器外科病棟に勤務する中堅看護師が行う呼吸数
の観察方法選択時の思考

○惣田 隆之亮^{1,2}, 城丸 瑞恵³, 木村 恵美子³ (1.札幌医科大学
大学院保健医療学研究科博士課程前期 看護学専攻 専門
看護師コース クリティカルケア看護学分野, 2.手稲区仁会
病院 看護部, 3.札幌医科大学 保健医療学部看護学科)

[O11-2] クリティカルケア領域における看護師の臨床推論の
現状と影響する要因

○大林 哲也¹, 山勢 博彰², 田戸 朝美², 山本 小奈実²
(1.山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 博士前期課
程, 2.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)

[O11-3] 人工呼吸器装着患者への看護ケアがバイタルサイン
に与える影響とその要因

○蓬田 淳, 吉田 直人, 渡部 沙樹 (自治医科大学附属さいたま医療センター 集中治療室)

[O11-4] クリティカル領域における特定行為看護師による人工呼吸器の離脱に向けた実践

○小川 晴香, 村上 礼子 (自治医科大学 看護学部)

第7会場

一般演題 (口演)

[O12] 一般演題 (口演) 12

リハビリテーション

座長: 田口 豊恵 (京都看護大学)

09:00 ~ 09:45 第7会場 (2F 蓬萊)

[O12-1] A病院 ICUにおける早期離床・リハビリテーションによる離床状況についての実態調査

○杉本 達哉, 早田 修平, 射手矢 奈美 (和歌山労災病院 看護部 ICU/救急)

[O12-2] 集中治療室看護師による48時間以内の早期離床を目指した取り組み～ICU離床プロトコルの作成と使用によるリハビリ実施率への効果～

○和田 秀一, 山邊 太一, 平 葵, 小柳 真由美 (医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 集中治療室)

[O12-3] Impella5.5を装着した心不全患者へ超音波検査を活用し早期離床を行うことで身体機能低下を防ぎ得た一例

○土肥 智史¹, 河原 良美¹, 吉田 奈緒美¹, 島 麻美子¹, 田中 佑季¹, 西村 李依¹, 新見 秀美¹, 福永 紗矢¹, 吉坂 渉¹, 阿部 宏香¹, 篠崎 遥¹, 白石 美恵¹, 大藤 純² (1.徳島大学病院 看護部・集学治療棟ICU, 2.徳島大学病院 医歯薬学 研究部 救急集中治療医学分野)

[O12-4] 先天性気管狭窄症に対し喉頭気管形成術を施行した幼児期にある経鼻挿管患者の歩行成功症例の報告

○鳥光 広慧¹, 福岡 元美¹, 川崎 達也² (1.地方独立行政法人 静岡県立病院機構静岡県立こども病院 看護部, 2.地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立こども病院 集中治療科)

第6会場

一般演題 (口演)

[O13] 一般演題 (口演) 13

COVID-19看護

座長: 藤村 朗子 (東京医療保健大学 立川看護学部 看護学科)

09:50 ~ 10:45 第6会場 (2F 瑞雲)

[O13-1] COVID-19重症患者が退院後に抱える不安や困難さ

○大丸谷 純樹, 倉本 裕介, 南堀 直之, 野村 友香, 中川 万里, 谷田 明美 (金沢大学附属病院 看護部)

[O13-2] コロナ禍における遠隔教育で演習受講学生のICTスキル向上のプロセスとの求めるサポートの検討

○田中 智子 (元大阪青山大学 健康科学部看護学科)

[O13-3] 新型コロナウイルス感染症重症患者への看護実践におけるICU看護師の体験

○上杉 史恵¹, 菅野 久美² (1.福島県立医科大学大学院 看護学研究科, 2.福島県立医科大学 看護学部成人老年看護学部門)

[O13-4] 集中治療領域看護師の新型コロナウイルス感染症患者ケアによるバーンアウトと二次元レジリエンスとの関連

○神保 章彦, 明石 恵子 (名古屋市立大学大学院 看護学研究科)

[O13-5] 集中治療室に入室した新型コロナウイルス感染症患者家族の代理意思決定プロセス

○野間 あゆみ (横浜市立市民病院 集中治療室)

第7会場

一般演題 (口演)

[O14] 一般演題 (口演) 14

エンド・オブ・ライフケア

座長: 佐藤 幹代 (自治医科大学)

09:50 ~ 10:35 第7会場 (2F 蓬萊)

[O14-1] 集中治療室の終末期医療における医師と看護師の意思決定支援の認識と関連要因

○三原 悠佑¹, 木下 里美² (1.聖路加国際病院 救命救急センターHCU, 2.関東学院大学 看護学部)

[O14-2] 集中治療室内で緩和的抜管を実施した終末期心不全の一例

○加藤 建吾¹, 大橋 浩一², 鈴木 寛代¹, 鈴木 英子¹, 三井 恵³, 牧野 淳³ (1.東京都立墨東病院 看護部, 2.東京都立墨東病院 循環器科, 3.東京都立墨東病院 集中治療科)

[O14-3] 治療が奏功しない重症患者のQuality of Deathを目指した看護実践

○池田 真由美¹, 竹内 楓恋¹, 本荘 日美香¹, 岡村 朋菜¹, 山脇 寛子¹, 大川 宣容² (1.社会医療法人近森会近森病院 HCU, 2.高知県立大学 看護学部)

[O14-4] 救命救急センターの終末期にある患者への看護実践の成り立ち

—「撤退」という治療方針の中で—

○田代 幸子 (日本赤十字看護大学 看護学部)

第6会場

一般演題 (口演)

[O15] 一般演題（口演）15

PICS・せん妄ケア②

座長：上澤 弘美（総合病院 土浦協同病院）
10:50～11:45 第6会場（2F 瑞雲）

[O15-1] 過去5年以内に集中治療室で治療を受けた経験のある市民の集中治療後症候群（post intensive care syndrome; PICS）に関連する自覚症状

○ 江尻 晴美¹, 緒形 明美¹, 牧瀬 英幹¹, 松田 輝¹, 野本 周嗣²
（1.中部大学 生命健康科学部, 2.愛知学院大学 歯学部外科学講座）

[O15-2] ICU入室患者に対する不眠に繋がる夜間環境の検討

○ 鈴木 聖也, 伊藤 美香, 前田 有美佳, 田中 恵子（済生会川口総合病院 ICU）

[O15-3] ICUにおける排便方法の実態に関する研究

○ 平田 規恭, 遠藤 美柚, 佐土根 岳, 惣田 隆之亮（医療法人手稲溪仁会病院 看護部）

[O15-4] ICUダイアリーを用いた看護支援プログラムの患者への効果

○ 中丸 真, 多田 由香里, 高橋 侑里, 佐々木 優佳（独立行政法人国立病院機構東京医療センター）

[O15-5] 冠動脈集中治療室における退院支援に不足している集中治療室後症候群予防ケアの実態調査

○ 根本 舞, 笹井 香織, 田邊 由美子, 岩永 麻衣子（自治医科大学 附属病院 看護部）

第7会場

一般演題（口演）

[O16] 一般演題（口演）16

看護教育・キャリア支援

座長：田中 真琴（東京医科歯科大学大学院）
10:40～11:25 第7会場（2F 蓬萊）

[O16-1] 特定行為看護師が病棟看護師に与える影響について

○ 土田 智子, 川谷 陽子, 高柳 佳弘（愛知医科大学病院 看護部 EICU）

[O16-2] クリティカルケア看護師のレジリエンスの概念分析

○ 高崎 亜沙奈（長崎県立大学 看護栄養学部 看護学科）

[O16-3] ICU看護師のICU経験年数と自己教育力の関連

○ 岩本 好加, 並木 友里絵, 植村 桜, 山根 正寛, 堀井 昭子, 更井 如代, 松谷 千尋, 大橋 慶子, 西嶋 正行, 柴田 直樹
（大阪市立総合医療センター 看護部 ICU1）

[O16-4] COVID-19専門病棟から一般病棟への移行とともに行ったHCU開設の実践報告

○ 小野 孝夫, 荻原 徹, 袖山 亜擁美, 飯田 奈美, 木下 佳子
（日本鋼管病院）

第8会場

一般演題（口演）

[O17] 一般演題（口演）17

チーム医療・多職種連携③

座長：富岡 小百合（大阪府立中河内救命救急センター）
13:10～14:05 第8会場（4F 研修室）

[O17-1] アンケートによるPICU退室後訪問の実施方法と効果に対する病棟看護師の意見調査

○ 田原 義之¹, 藤本 昌吾¹, 稲田 雄²（1.大阪母子医療センター 看護部ICU病棟, 2.大阪母子医療センター 集中治療科）

[O17-2] 多職種による呼吸ECMOシミュレーション教育の実際とその評価

○ 瀧 洋子¹, 鹿山 直之¹, 水村 学¹, 守屋 まりこ², 本間 透修³, 吉崎 輝³, 大竹 成明²（1.東京医科大学八王子医療センター 看護部救命ICU, 2.東京医科大学八王子医療センター 救命科, 3.東京医科大学八王子医療センター 臨床工学部）

[O17-3] 末期心不全患者のICUから患者の希望を叶える在宅支援

～ ACPを元にした病院-在宅連携～
○ 井上 和代（高知赤十字病院 看護部）

[O17-4] NtoNの遠隔医療における相談内容の分析

○ 清水 克彦¹, 尾寄 志穂¹, 森口 真吾¹, 鴻池 善彦²（1.株式会社 Vitaars メディカルサポート部, 2.株式会社 Vitaars 国際事業部）

[O17-5] 特定行為研修修了者を中心としたPICCチーム活動の効果

一医療者による評価一
○ 高神 慎太郎¹, 飯塚 裕美²（1.亀田総合病院 看護部, 2.亀田総合病院 高度臨床専門職センター）

2023年7月1日(土)

ポスター会場／企業展示

一般演題（示説）

[P1] 一般演題（示説）1

優秀演題

座長：中田 諭（聖路加国際大学大学院 看護学研究科）、杉山 文乃（国立看護大学校）、審査員：久間 朝子（福岡大学病院）、西村 祐枝（岡山市立市民病院）
14:10～15:10 ポスター会場／企業展示（1F 展示ホール）

[P1-1] 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倫理的実践

○ 谷水 名美¹, 林 優子², 赤澤 千春³, 橋本 彩花¹, 小林 寛子¹
（1.関西医科大学 看護学部, 2.前関西医科大学 看護学部, 3.大阪医科薬科大学 看護学部）

[P1-2] クリティカルケア領域の実習担当者を対象とした
「学生指導シミュレーション演習」における実習指導
者の体験

○奥野 信行, 萬代 彩子, 時岡 辰次郎, 深尾 沙紀, マルティネス
真喜子 (京都橘大学 看護学部)

[P1-3] 当院集中治療室における継続教育担当者による教育支
援

○長屋 佳奈子, 河合 佑亮 (藤田医科大学病院 A-ICU)

[P1-4] MDRPU予防について

～プロトコル作成・改訂による NPPVのマスク
ローテーション実施の効果と課題～

○天願 さやか (社会医療法人 敬愛会 中頭病院 HCU)

一般演題 (示説)

[P2] 一般演題 (示説) 2

PICS・せん妄ケア・家族看護

座長: 乾 早苗 (金沢大学附属病院 看護部 集中治療部)
15:15 ~ 16:00 ポスター会場/企業展示 (1F 展示ホール)

[P2-1] ICUメモリーツールとダイアリー併用による患者の体
験と記憶

○小林 真由子, 三藤 千波, 植村 瑞枝, 佐藤 裕子 (JA尾道総合
病院 ICU)

[P2-2] 心臓血管外科手術後の患者におけるせん妄プロトコル
導入前後のせん妄発症率の比較検討

○佐々木 愛¹, 加藤 理江子¹, 吉田 千浩¹, 森田 祐基³, 島本 健²
(1.浜松ろうさい病院 看護部, 2.浜松ろうさい病院 診療部,
3.浜松ろうさい病院 薬剤部)

[P2-3] クリティカルケア領域における急性重症患者の家族の
レジリエンス

○森島 千都子^{1,2}, 瀬戸 奈津子², 林 優子³ (1.同志社女子大学
看護学部, 2.関西医科大学大学院 看護学研究科, 3.大阪医科薬
科大学)

[P2-4] A病院 ICUの面会制限下での家族ケアと今後の課題

○永野 晶子, 西村 亜季, 高橋 智士 (独立行政法人労働者健康
安全機構 大阪ろうさい病院 ICU)

2023年7月2日(日)

ポスター会場/企業展示

一般演題 (示説)

[P3] 一般演題 (示説) 3

回復促進・意思決定支援

座長: 榊 由里 (京都大学大学院医学研究科)
11:00 ~ 11:45 ポスター会場/企業展示 (1F 展示ホール)

[P3-1] 集中治療を必要とした慢性疾患急性増悪高齢患者の回
復を促した看護一回復の兆しを契機とした NPPV離脱
作戦一

○河西 尚子 (名古屋セントラル病院)

[P3-2] 熟練看護師の非侵襲的陽圧換気 (NPPV) 装着患者へ
の口腔ケアの実践内容と感じている課題

○橋 真奈, 櫻木 千鶴, 記本 忍, 四宮 健輔 (徳島赤十字病院
看護部 救命救急センター)

[P3-3] オンコロジーエマージェンシーの治療選択における意
思決定支援に関する文献検討

○岩田 友子¹, 糸川 紅子² (1.地方独立行政法人 桑名市総合医
療センター, 2.日本赤十字秋田看護大学 看護学部看護学科)

[P3-4] 重症患者の早期離床に対する ICU看護師の認識 外科
ICU・内科 ICUの違いに焦点を当てて

○工藤 光生¹, 武藤 諒介², 佐藤 大祐³, 一関 朋子⁴ (1.秋田大
学医学部附属病院 集中治療部2, 2.秋田大学 医学部保健学科,
3.秋田大学医学部附属病院 NP室, 4.男鹿みなと市民病院)

一般演題 (示説)

[P4] 一般演題 (示説) 4

看護ケアの評価

座長: 城丸 瑞恵 (札幌医科大学 保健医療学部看護学科)
13:10 ~ 13:55 ポスター会場/企業展示 (1F 展示ホール)

[P4-1] 看護を語る会を通して見えてきた当院 ICUの看護観

○越口 晋伍, 中村 倫丈, 榊田 優也, 嘉村 早苗 (公益財団法人
慈愛会 今村総合病院 看護部)

[P4-2] ICUにおける人工呼吸患者に対する早期リハビリ

テーションの困難感
～質問紙調査により見えてきた課題～
○入佐 つぐみ, 中村 倫丈, 嘉村 早苗, 小窪 あゆみ (公益財団
法人慈愛会 今村総合病院 看護部)

[P4-3] ICU退室後患者の退室後訪問を実施した看護師の意識
の変化

-リフレクションに焦点をあてて-
○藤井 優希, 濱田 茉耶, 吉井 優太 (東京歯科大学市川総合病
院 ICU)

[P4-4] クリティカルケア領域における特定行為の実践報告
一実践状況から考察した特定行為の意義一

○中村 倫丈¹, 嘉村 早苗¹, 西垂水 和隆² (1.公益財団法人慈愛
会 今村総合病院 看護部, 2.公益財団法人慈愛会 今村総合病
院 診療部 総合内科/特定行為研修センター)

2023年7月1日(土)

第1会場

開会式

[OP] 開会式

09:30 ~ 09:40 第1会場 (5F 大ホール)

[OpeningCeremony] 開会式

会員総会

[MT] 会員総会

13:00 ~ 14:00 第1会場 (5F 大ホール)

[Meeting] 会員総会

2023年7月2日(日)

第1会場

閉会式

[CL] 閉会式

16:20 ~ 16:40 第1会場 (5F 大ホール)

[ClosingCeremony] 閉会式

集会長講演

[PL] 集会長講演

グローバル時代における持続可能なクリティカルケア看護の探求

座長：宇都宮 明美（関西医科大学看護学部・看護学研究科）

2023年7月1日(土) 09:40 ～ 10:25 第1会場 (5F 大ホール)

[PL] グローバル時代における持続可能なクリティカルケア看護の探求

○佐々木 吉子（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）

(2023年7月1日(土) 09:40 ~ 10:25 第1会場)

[PL] グローバル時代における持続可能なクリティカルケア看護の探求

○佐々木 吉子 (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：持続可能性、クリティカルケア看護

本学術集会のメインテーマは「グローバル時代における持続可能なクリティカルケア看護の探求」としました。先進国を中心に急速に広がる少子超高齢社会では、高まる保健医療福祉のニーズに対し、人材の不足が危惧され、ニーズと需要の不均衡となることが懸念されています。加えて、急速に進む温暖化や頻発する大災害、新興感染症への脅威、多様性や個々のキャリア形成への配慮、異分野の人々との共創が期待されており、こうした中で良質なクリティカルケア看護を守り発展させる方策を考えることは、喫緊の重要課題であるといえます。課題の解決のためには、組織的・国際的なアプローチと、クリティカルケアに関わる個人がこのような課題を認識したうえで、自分にできることに率先して取り組み、知見を関係者と共有し、さらに発展させていくという循環を活発化することだと考えます。学会は、これらを促進するための、様々な重要な役割を担っていると思います。

そこで、本学術集会は、現在私たちを取り巻く環境や、今後起こりうることの実情を鑑みながら、各セッションでは、クリティカルケア領域においてホット・トピックになっていることに焦点をあて、多様な現場からの情報提供やディスカッションを展開していただきたいと考えています。また、1日目の夕方には、これまでの日本クリティカルケア看護学会の活動の軌跡を振り返り、これから学会が何をすべきかを、ここに集ってくださる皆様とともに討論する時間を設けました。

このような趣旨での学術集会開催の冒頭において、私からは、現在のクリティカルケア看護が直面している問題や社会から期待されていることを整理して私見を述べ、皆様とともに沢山の議論ができるきっかけになってもらえることを願います。

特別講演

[SL1] 特別講演1

ユーザーがロボット/AIを正確に理解して正しく利用するために

座長：浅香 えみ子（東京医科歯科大学病院）

2023年7月1日(土) 10:40 ～ 11:40 第1会場 (5F 大ホール)

[SL1] ユーザーがロボット/AIを正確に理解して正しく利用するために

○川口 孝泰（医療創生大学 国際看護学部）

(2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:40 第1会場)

[SL1] ユーザーがロボット/AIを正確に理解して正しく利用するために

○川口 孝泰 (医療創生大学 国際看護学部)

キーワード：看護援助、AI、ロボット

本講演では、2編の研究例をもとに、看護実践でAI（人工知能）を活用する可能性についてお話しします。一つ目の研究は、ベッドからの転落の危険性予兆を検知する目的で実施したものです。具体的には、ベッドからの転落の予兆と思われる身体の動きを、AIに学習（SVM：サポート・ベクター・マシンより）させ、ベッド上での多様な身体の動きをAIが間違いなく反映させられるか・・・について分析した基礎研究です。

二つ目の研究は、遠隔看護におけるAIの活用とDX（デジタルトランスフォーメーション）の推進に向けた研究です。ある目的の解決のために、知りたいことに関連する過去変数を特徴量に設定し、この特徴量を基にして、目前にいる未知の患者に対するケアへの指針を得ようとするものです。この2編の研究をもとに、AIを活用した看護実践が、これからのDX推進社会のなかでどのように在るべきかについて考察します。

そのヒントとなる考え方について一つの図を提供させていただきました。必ずや来るであろう「人間とAIロボット」の共創社会の中で、看護専門職が果たしていく役割について、一緒に考えてみませんか。

特別講演

[SL2] 特別講演2

CULTURAL DIVERSITY IN CRITICAL CARE

座長：池松 裕子（修文大学看護学部）

2023年7月1日(土) 10:40 ～ 11:40 第3会場 (2F 桃源)

[SL2] CULTURAL DIVERSITY IN CRITICAL CARE

○Adriano Friganović (University Hospital Centre Zagreb/University of Applied Health Sciences Zagreb/Faculty of Health Studies Rijeka)

(2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:40 第3会場)

[SL2] CULTURAL DIVERSITY IN CRITICAL CARE

○Adriano Friganović (University Hospital Centre Zagreb/University of Applied Health Sciences Zagreb/Faculty of Health Studies Rijeka)

キーワード : culturally sensitive, critical care, nursing

BACKGROUND: Culturally sensitive care is an area of nursing that falls under the moral principles stated within the Universal Declaration of Human Rights. Cultural sensitivity is the ability to care for patients with diverse values, beliefs and behaviours, including tailoring health care to meet patients' social, cultural and linguistic need.

AIM: The aim of this paper is to present literature review and to present Brisbane Declaration (Culturally Sensitive Critical Care) that included recommendations to ensure the provision of culturally sensitive critical care nursing worldwide.

METHODS: The PubMed database was searched with the aim of finding studies indicating culturally sensitive nursing care. Included papers were systematic reviews, review articles and research papers published in the period from 2013. to 2023. Languages that were acceptable for the inclusion was English. Keywords used for searching the database were pain assessment, pediatrics and pain scales.

RESULTS: Critically ill patients and their families, from culturally diverse backgrounds, have the right to receive culturally sensitive care. Critical care nurses should possess appropriate knowledge, skills and attributes to respect, advocate for, and effectively respond to the cultural needs of critically ill patients and their families.

CONCLUSION: The WFCCN believes that critically ill patients from diverse backgrounds have particular needs and must be cared for by nurses with specialist skills, knowledge and attitudes. Development of these document and spreading these values across the world will improve quality of nursing care and assure universal standards.

特別講演

[SL3] 特別講演3

頻発する災害を経験した我が国の対策の現状 —看護の役割—

座長：木下 舞（東京医科歯科大学病院救命救急センター）

2023年7月1日(土) 14:10 ～ 15:10 第1会場 (5F 大ホール)

[SL3] 頻発する災害を経験した我が国の対策の現状 —看護の役割—

○大友 康裕（国立病院機構 災害医療センター）

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:10 第1会場)

[SL3] 頻発する災害を経験した我が国の対策の現状 —看護の役割—

○大友 康裕 (国立病院機構 災害医療センター)

キーワード：阪神・淡路大震災、東日本大震災、熊本地震

阪神淡路大震災では、被災地内で適切な初期医療や手術・透析治療が受けられぬまま命を落とした外傷・クラッシュ症候群など「避けられた災害死」が多く発生した教訓から、「広域災害救急医療情報システム（EMIS）」「災害拠点病院」「DMAT」「広域医療搬送計画」などの災害医療体制整備が進められた。2011年の東日本大震災は、その後16年かけて築き上げてきたこの急性期災害医療体制が試される結果となった。事前に準備されていたこれら事項に関しては適切に実施されたものの、多くの新たな課題が浮き彫りとなった。超急性期の救命医療のニーズは限定的であった一方、被災しインフラがダウンした医療機関への支援や病院避難など、従来想定していなかった新たな医療ニーズが発生した。特に、津波や建物倒壊による死亡を免れたにもかかわらず、その後の過酷な環境の避難生活中に命を落とした災害関連死が3500名以上発生した。これら、医療と言うよりも、生活環境、食料・医薬品などの健康管理の問題が新たな多くの防ぎえた災害死を招く結果となった。その教訓を基に、災害後の避難生活者に対する医療・保健・福祉の総合的支援を提供する体制が改善され、2016年に発生した熊本地震では、災害関連死を大幅に減らすことができた。昨今の激甚化する風水害への対応も進化しつつある。近い将来発生が想定されている首都直下地震や南海トラフ地震への備えも待ったなしである。講演では、看護の視点から述べてみたい。

特別講演

[SL4] 特別講演4

米国におけるクリティカルケア看護最前線

座長：伊藤 暁子（東京医科歯科大学病院）

2023年7月2日(日) 09:00 ～ 10:00 第1会場 (5F 大ホール)

[SL4] 米国におけるクリティカルケア看護最前線

○岩間 恵子^{1,2}（1.マウントサイナイ モーニングサイド病院 クリティカルケア部, 2.ペース大学 看護学部）

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:00 第1会場)

[SL4] 米国におけるクリティカルケア看護最前線

○岩間 恵子^{1,2} (1.マウントサイナイ モーニングサイド病院 クリティカルケア部, 2.ペース大学 看護学部)

キーワード：クリティカルケア、看護師の自律性、院内看護教育、キャリア支援、臨床環境の改善

米国では、疾病の慢性化と複雑化に加え、高齢化が急速に進んでいます。同時に、医療の高度技術化や COVID-19のパンデミックを経て、医療現場は目まぐるしく変化してきました。団塊世代の看護師たちが次々に定年退職し、長引くコロナ禍を経て看護に燃え尽きた看護師の離職などのために、看護師不足が続いています。現在、クリティカルケアの現場は過渡期を迎えており、これからの看護を支える次の世代を育てるためにも、臨床現場の改善は不可欠となっています。

本セッションでは、クリティカルケアには欠かせない、他専門職とのチームワークにおける看護師の自律性と役割に焦点を当てていきます。そして、看護師が主体的に意思決定の過程に参加しながら、患者と看護師の両方のアウトカム向上を目指す、望ましい臨床環境構築のための試みを紹介します。同時に、クリティカルケア看護師を支えるための継続教育や認証、そして、キャリアアップのサポートや、長く臨床で働き続けられるためのライフステージに合わせた働き方について考えていきます。

特別講演

[SL5] 特別講演5

クリティカルケア領域における橋渡し研究の今とこれから

座長：山勢 博彰（山口大学大学院医学系研究科）

2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:10 第1会場 (5F 大ホール)

[SL5] クリティカルケア領域における橋渡し研究の今とこれから

○若林 健二（東京医科歯科大学 生体集中管理学）

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:10 第1会場)

[SL5] クリティカルケア領域における橋渡し研究の今とこれから

○若林 健二 (東京医科歯科大学 生体集中管理学)

キーワード：橋渡し研究、多職種連携、産学連携、コンバージェンス・サイエンス

クリティカルケアの現場は最新技術と多職種連携を活用した危機管理をその特徴とする。世界初の集中治療室はポリオウイルスのパンデミックにおける現場のニーズに応える形で設立され、陽圧式人工呼吸器などが世に生み出されていった。クリティカルケア領域は臨床と研究の距離が近く、コロナ禍においてもIT技術などを用いた様々な社会実装の取り組みが現場からの切実なニーズを受けて発信されてきた。一方で、私達はともすると多忙な日々の診療とケアに流されてしまい、研究を行うモチベーションを保つのは至難の業であるようにも見える。

本講演は「研究するってどんな感じだろう」という初心者から、「研究したいけど何から手を付けて、どうやって進めれば良いのだろう」という中堅層、そして「院内で研究をする風土を作り上げたい」という思いを持たれる管理者レベルまでを視野に入れて話を進める。現代におけるクリティカルケア領域や医学研究の世界的動向を話した上で、5 W1Hに沿った形、中でも「なぜ医療従事者が研究するのか」という点を見つめ直す形で包括的に話題を取り上げたい。

医療従事者の研究に対するモチベーションの根幹は患者を良くしたいという想いであり、その成果は論文や研究費獲得だけでなく、ケアの質改善や新規技術の社会実装、現場における新規コンセプト導入といった、実用性と社会貢献が重要である。近年では総合知の重要性も叫ばれており、コンバージェンス・サイエンスとも呼ばれる多領域融合は課題解決におけるブレークスルーの鍵とされる。看護師は職種間を横断する広い視点を有しており、患者という医療現場最大のニーズに最も近いため、研究環境を整えて扉がひとたび開かれれば、大きな可能性を秘めた職種である。近年ではバイオデザインなどの新たなイノベーション手法も話題であり、看護領域を対象とした産学連携や医工連携などの多領域連携も注目を集めている。当院における多領域に渡る共同研究事例を紹介しながら、専門領域を横断するクリティカルケア領域という強みを活かした、看護師の役割の再定義まで視野に入れて議論を深めたい。

教育講演

[EL1] 教育講演1

クリティカルケア領域の診療報酬の展望

座長：林 みよ子（静岡県立大学看護学部）

2023年7月1日(土) 10:40 ～ 11:40 第4会場 (2F 福寿)

[EL1] クリティカルケア領域の診療報酬の展望

○井出 恵伊子（公益社団法人地域医療振興協会 東京ベイ・浦安市川医療センター 経営企画室）

(2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:40 第4会場)

[EL1] クリティカルケア領域の診療報酬の展望

○井出 恵伊子 (公益社団法人地域医療振興協会 東京ベイ・浦安市川医療センター 経営企画室)

キーワード：医療費抑制政策、財源、加算、看護師不足、Specialist

クリティカル現場をより良くしていくためには、この領域での適正な配置が守られ、専門性の高い看護師らが活躍できる診療報酬上のバックアップが必要である。昨今の厳しい医療財政事情の中、まだ拡充の余地はあるのであろうか。ここではクリティカル領域で生じている変化と、その変化の中でどのように加算がついてきたかを整理した上で、今後更にこの分野の加算を拡大するための論点について考えていきたい。

【クリティカル領域で生じている変化】

社会の高齢化と医療の高度化の相乗効果とも言えるのか、クリティカル領域での看護業務負荷はどんどん高まっている。例えば低侵襲手術手技の発展は高齢者や合併症を抱える患者の治療可能域を拡大しているが、このため看護師の術後管理はより複雑・高度になり手間もかかるようになった。また医療費抑制政策の中、病床の機能分化が促進されるに伴いクリティカル領域の病床回転率は高まる一方であり、忙しさが増す要因となっている。この業務の過密化により医療事故のリスクが高まるため、更に医療安全対策が必要になり、対策のための手間を惜しむこともできない。

【医療界の変化の中でどのように加算がついてきたか？】

こうした中、看護師の手厚い配置を評価する加算が次々と生まれた。旧7対1加算、現在の急性期一般入院料1は、夜間の業務負担の増加と夜勤72時間規制の狭間で苦慮していた病院にとって経営面でもソリューションとなる加算だった。このため病院が一丸となって取得にまい進し、一気に全国に広がった。ここまでの勢いではないが、数々の配置加算が今日拡充されている。

昨今は更に、一定の分野の認定看護師や専門看護師の配置が診療報酬上の加算要件に組み入れられるようになった。総合入院体制加算など病院として大きな加算取得条件に専門性の高い看護師の配置が組み入れられることにより、医師や病院経営層の中でもこのような看護師に関する認知が広がってきている。

【今後更に加算を拡大するための論点】

診療報酬を新たに獲得する上で重要な点として、財源、力学、供給、組織の4つの点を考えたい。まず財源は、ここ20年ほどは診療報酬の薬価を下げ、その分を医療者の技術料に当てていくという流れが主流だった。しかし遂に薬価はこれ以上下げづらいところまできており、今後同様の財源確保は難しい。効率化による財源確保など何らかの財源も考えなくてはならない。

次の力学の点は、例えば加算により支払いが増える保険者にどんなメリットがあるか、タスクシフトであれば医師の世界でデメリットが生じないか、などの論点である。様々なステークホルダーとの力学的なバランスが取れていると加算はつきやすい。

3つ目の供給の面は、新型コロナでも看護師不足が全国的に知られることになったが、何らかの加算新設で看護師の供給バランスが崩れないかという点である。本件は多くの関係者が憂慮する事項となっていて大変重要である。

最後の組織面では、組織的なマネジメントが重要な看護の中で、Specialistをどう組み込んでいくかという点である。各病院で取り組みやすい組織体系、一般の人からも分かりやすい働き方が構築されると、様々な可能性が見えてくると考える。これはSpecialist中心だった医師の世界にGeneralist思考が入り共存をどう考えるかという問題の真逆とも言える。

このように診療報酬面の評価を得るのは一筋縄ではいかない。本講演ではそうした現実を直視しつつも、厳しい中でも着実に評価を得てきた領域などの例も参考にしつつ、その将来展望について皆さんと共に考えていきたい。

教育講演

[EL2] 教育講演2

クリティカルケアにおける心理的安全性

座長：今津 陽子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:10 第3会場 (2F 桃源)

[EL2] クリティカルケアにおける心理的安全性

○辰巳 陽一（近畿大学病院 安全管理部・医療安全対策室）

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:10 第3会場)

[EL2] クリティカルケアにおける心理的安全性

○辰巳 陽一 (近畿大学病院 安全管理部・医療安全対策室)

キーワード：心理的安全性、社会的感受性、知的謙遜

クリティカルケアの実践の場といえば、ICU（集中治療室）や救急救命センターが想起されるが、一方で、クリティカルケアを、その定義の原点に立ち返り、疾病や外傷などで危機的な状況に陥っている重症患者へのケアの場と考えると、その場面は無限に広がる。しかし、それらのどの場面にも共通する概念がある。それは、一人ではタスクを完遂することは不可能であり「優れた医療チーム」どうしても望まれるという点である。ハーバード大学教授であり、リーダーシップと組織学習の第一人者である Amy C. Edmondson は、この最良のチームを目指して、そのあり方を模索・実践し続けるという概念を、チームング(teaming)と呼び、これまでの「チームとはこうあるべき」という固定化された組織運営から脱却して、メンバーの役割や連携の仕方が柔軟に変化しながら、状況に応じて最適なチームワークの構築を目指すことの重要性を説いている。チームングの実践に際して、Edmondson は、「心理的安全性」を確保することと、「学習する組織」を目指すことの重要だと述べている。「心理的安全性」とは、「チームの他のメンバーが自分の発言を拒絶したり、罰したりしないと確信できる状態」と定義されているが、具体的には、「無知だと思われる不安」「能力がないと思われる不安」「邪魔をしていると思われる不安」「ネガティブだと思われる不安」などの不安がチームにない状態を指す。そのためには、メンバー同士互いのことを知り、認めることが必要であり、互いのナラティブを共有することから、互いの真の姿を構築する能力である「社会的感受性」の重要性を説いている。一方で、「学習する組織」の概念は、マサチューセッツ工科大学のピーター・センゲが提唱した、チームにおけるリーダーやメンバーの立場、仕事のあり方を柔軟に模索する組織のことを指す。そして、エドモンドソンはリーダーシップとは、現場でチームングに加わる全ての職員が発揮すべきものであるとし、そのために、①仕事の中で学習のフレームを作る、②心理的に安全な場（心理的安全性）を作る、③失敗から学ぶ、④職種や部署の境界を越えて協働する、という4つの行動が必要であるとしている。中でも、心理的安全性の構築は極めて重要であり、そのためにリーダーは、メンバーが意見を言える空気を育むための「知的謙遜」と自分ごと化・帰属意識醸成のための「傾聴」を携える必要がある。

しかし、現実の救急対応の場面では、果たしてどうだろうか。急を要する場面で、ヒトは焦るとつい心無い言葉を人前でメンバーに投げかける。焦っている顔の強張った仲間に懸念を指摘できなくなる。

本講演では、救急の場面での医療チームの物理的、心理的な課題への一つの解決策として、心理的安全性の持つ力について考えてみたい。

教育講演

[EL3] 教育講演3

クリティカルケア領域における医療メディエーション ー入院時重症患者対応メディエーターの実践を通してー

座長：藤野 智子（聖マリアンナ医科大学病院看護部）

2023年7月1日(土) 14:10～15:10 第4会場(2F 福寿)

[EL3] クリティカルケア領域における医療メディエーションー入院時重症患者対応メ ディエーターの実践を通してー

○阿部 靖子（東京医科歯科大学病院 医療連携支援センター）

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:10 第4会場)

[EL3] クリティカルケア領域における医療メディエーションー入院時重症患者対応メディエーターの実践を通してー

○阿部 靖子 (東京医科歯科大学病院 医療連携支援センター)

キーワード：家族支援、第三者的立場、多職種連携

2022年度の診療報酬改定で重症患者初期支援充実加算の施設基準として、入院時重症患者対応メディエーター（Critical Care Mediator:CCM）の配置が新設され、当院では加算要件を満たす医療ソーシャルワーカー（MSW）1名が4月に届け出た。専用マニュアルの整備や周知方法、活動における現場スタッフとの協同が必須であり、多職種連携が欠かせない職種である。クリティカル病棟に入室している患者のほとんどは意思疎通が難しいケースが多いため、CCMでは家族支援が中心となる。その中でも代理意思決定者は患者の代わりに治療方針や急変時の対応等、短時間で決断をしなければならない立場に置かれ大きな負担が課されることも多く、精神的にも不安定となり孤立するケースも見受けられる。CCM活動から約1年経過した現在、CCMとしてクリティカル領域に求められる家族支援の現状を報告したい。また集中治療領域・救急領域によってCCM対応内容には異なる点もあるため、領域ごとに求められるCCM活動についても実際の介入例を交えながら具体的な支援内容を提示する。

教育講演

[EL4] 教育講演4

多職種連携で戦う外傷診療: 戦略・戦術・チームワーク

座長: 松井 憲子 (東北大学病院 高度救命救急センター)

2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:00 第2会場 (5F 小ホール)

[EL4] 多職種連携で戦う外傷診療: 戦略・戦術・チームワーク

○横堀 将司 (日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野)

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:00 第2会場)

[EL4] 多職種連携で戦う外傷診療: 戦略・戦術・チームワーク

○横堀 将司 (日本医科大学大学院医学研究科 救急医学分野)

キーワード: 頭部外傷、Preventable Trauma Death、ガイドライン

我が国の外傷診療の歴史は1970年代の“交通戦争”に始まる。当時、モータリゼーションに伴う交通外傷の増加により、年間17,000人を超える多くの犠牲者が発生した。これに対し、地域の救急医療を支えてきた先人たちは、各地域における救命センターの設立と一次救急、二次救急、三次救急医療といった、救急医療機関の階層化を行うことで交通外傷による死者を減らすことができた。しかし2000年に入ると新たな問題が浮上した。いわゆる防ぎえた死亡 “Preventable Trauma Death (PTD)” の認知である。

このPTDは予測生存率が50%以上であるにも関わらず、不適切な処置や診療手順により救命しえなかった外傷死亡を指す。2000年の厚労省分担研究では全外傷死亡の4割がPTDであることが明らかとなり、PTDをいかに撲滅するかが、外傷診療の新しい課題となっていった。2004年より日本救急医学会主導での初期診療の標準化コース (Japan Advanced Trauma Evaluation and Care: JATEC) の開発がなされ、また、病院前救護にかかわる救急隊員を対象にしたJPTECコースや院内看護師を対象にしたJNTECコースも確立し、外傷治療の標準化が進んだ。これにより外傷急性期診療を取り巻く医療者の“共通言語”の確立で、防ぎえた死亡も減少しつつある。各職種の相互理解による治療標準化と職種のチームワークの確立の賜物である。

一方、世界一の長寿国であるわが国は未曾有の高齢化社会を迎えており、これが外傷診療でも新たな問題を惹起している。高齢者は内科的疾患の合併率が高く、抗血小板薬や抗凝固薬を使用している割合も多い。またインテンスバリアリハビリテーションも必要になる。多職種連携を基にした新しい戦略や戦術の確立が必要となっている。PTDのさらなる撲滅のために戦略・戦術・チームワークの確立の三位一体の取り組みが必要である。本セミナーでは最新のJATECやATLSなど、外傷のガイドラインを精読し、自験例も踏まえつつ外傷診療の重要項目を皆で共有したい。

教育講演

[EL5] 教育講演5

重症患者のリハビリテーションーコロナ診療からの学びー

座長：西谷 美幸（東京医科歯科大学病院）

2023年7月2日(日) 10:50 ～ 11:50 第3会場 (2F 桃源)

[EL5] 重症患者のリハビリテーションーコロナ診療からの学びー

○酒井 朋子（東京医科歯科大学 リハビリテーション科）

(2023年7月2日(日) 10:50 ~ 11:50 第3会場)

[EL5] 重症患者のリハビリテーションーコロナ診療からの学びー

○酒井 朋子 (東京医科歯科大学 リハビリテーション科)

キーワード：リハビリテーション、集中治療、重症、COVID-19、早期離床

はじめに

集中治療室（ICU）内における重症者の救命は多職種の医療スタッフの協働により得られた努力の結晶であり、きわめて重要なアウトカムである。しかし患者においてはICU退室後、一般床、時に回復リハビリテーション病棟を経て自宅へ退院され、社会復帰に至るまでの道のりは長く、多くは長期にわたるリハビリテーションが必要となる。先般、多くの重症 COVID-19の患者のリハビリテーションを経験しその重要性を再認識した。

重症者のリハビリテーション

超急性期（不安定期）

ICU内の超急性期（不安定期）には人工呼吸器管理、腹臥位療法や PCPSや IABP、持続血液透析など様々な集中治療が行われる。この時期に患者は深鎮静下におかれることも多くときに筋弛緩剤が併用されることもある。そのためリハビリテーション治療として体位変換に伴うポジショニングや可動域訓練が継続的に行われることになる。

鎮静解除時（安定期）

ABCDEバンドルにおける早期離床

心肺機能の回復に伴い人工呼吸器管理その他のデバイスからの離脱が検討され鎮静が解除されるとともに、積極的なリハビリテーション治療の開始が可能になる。しかし不安定なこの時期はリハビリテーション治療中の過負荷に注意する必要があり、患者の呼吸数や疲労に注目して酸素需要をコントロールし吸気努力を増やさないように離床を試みる。呼吸予備能が低い場合には、呼吸器モードの設定を変更して一時的に酸素供給を上げることもリハビリテーション治療中の酸素の需要と供給バランスの維持に効果的である。数日間の短期的なゴールを設定した上で集学的プログラムを遂行し、呼吸器からの離脱とともに呼吸機能や身体機能の段階的な改善を図ることが奨められる。

人工呼吸器管理下の患者に対する早期離床の試みが挿管期間や入院期間を短縮させることより、現在集中治療の領域においては過度の鎮静を避け、覚醒を促し、早期離床を進める、いわゆる ABCDEバンドルが広く取り入れられているが、重症 COVID-19 のリハビリテーション治療の中で ABCDEバンドルの中に客観的な指標を用い、肺の庇護を念頭に置いた安全な運動負荷の中で適切な離床を行う必要を再認識した。

不活動や ICU-AWによる筋力低下

ICU関連筋力低下（ICU-AW: ICU-acquired weakness）は重症疾患の罹患後に生じる左右対称性の四肢の筋力低下を呈する症候群で MRC（medical research council）筋力スコアが48点以下のものと定義されており、ICU内で多く経験するものである。筋力の回復に合わせて段階的な離床を行う必要があり発症から社会復帰までに半年から1年の期間を要することも多い。最重症の ICU-AWの発症当初は筋収縮の消失により離握手や瞬きがみられなくなり、患者が覚醒の診断に難渋する。診断までの期間、患者は不安のまま孤立した状態に置かれるため予定の意識の回復が得られない際には ICU-AWを疑い早期に発見する必要がある。この時期の彼らに最も必要なことは現在起こっている状況の理解であり、長期化するも改善する社会復帰までのリハビリテーションの過程を伝え、日々の改善を共有することの意義は大きい。この点については症例を提示しながら当日の講演でお話したい。

教育講演

[EL6] 教育講演6

敗血症の病態と治療-今後の展望

座長：樽松 久美子（北里大学病院看護部）

2023年7月2日(日) 10:50 ～ 11:50 第4会場 (2F 福寿)

[EL6] 敗血症の病態と治療-今後の展望

○松田 直之（名古屋大学医学系研究科 救急・集中治療医学分野）

(2023年7月2日(日) 10:50 ~ 11:50 第4会場)

[EL6] 敗血症の病態と治療-今後の展望

○松田 直之 (名古屋大学医学系研究科 救急・集中治療医学分野)

キーワード：敗血症、敗血症性ショック、炎症、線維化、免疫不全、バンドル

【はじめに】集中治療の発展によって、多臓器不全の治療成績が向上し、まさに敗血症においても救命の形がつかわれてきました。現在、敗血症は「感染症において臓器機能不全が進行する状態」と定義されるようになりました。そのような中で、damage-associated molecular pattern (DAMPs) および pathogen-associated molecular pattern (PAMPs) という用語も、私たちを含めて広く市民権を得てきています。そして、日本版敗血症診療ガイドラインも第4版としての改訂を終え、敗血症診療は多職種連携として進化してきました。そのような中で、私たちは、集中治療後症候群 (post intensive care syndrome: PICS) という共通の治療目標も掲げるようになりました。以上を踏まえて、本講演ではさらに敗血症の病態を考えることで、応用の効く、見える集中治療を目標として話を進めて参ります。

【内容】本講演は、敗血症の病態と治療として、以下の10個の「改善のリング」に答える内容として構成とします。課題0) 敗血症の定義と診断で後輩に聞かれた時に伝えるべき内容、課題1) 多臓器傷害と多臓器不全の違いは何か、課題2) 敗血症の原因菌について教えて下さい、課題3) 抗菌薬の使い方について教えて下さい、課題4) 敗血症で熱が変化する理由と熱の管理について教えて下さい (アセトアミノフェンを使ってよいのでしょうか?なぜアセトアミノフェンで血圧が下がるのでしょうか?)、課題5) 敗血症で呼吸数上がる理由を教えてください、課題6) 敗血症性ショックの輸液とカテコラミンについて教えてください、課題7) 敗血症の経腸栄養のコツとポイントを教えてください、課題8) 敗血症における腎臓管理のコツとポイントを教えてください、課題9) 敗血症における血液・生化学検査データの読み方の工夫を教えてください。

【結語】敗血症の診療には、集中治療のエッセンスが凝集されています。そこには、上述の10個の思考する課題 (思考バンドル) に加えて、多くの内容が相互関連として含まれてきます。鎮痛・鎮静・せん妄・睡眠の管理、呼吸管理、心房筋管理、血管と播種性血管内凝固の管理、電解質管理、免疫管理、ホルモン管理、筋肉そして神経筋接合部の管理などもとても大切です。その上で、考えて診療するアセスメント、このアセスメント力を高めることは一つの重要な目標です。短い時間ではありますが、教育講演をお楽しみ頂き、診療連携にお役立てください。

教育講演

[EL7] 教育講演7

クリティカルケア領域における終末期ケアに対するスピリチュアルケア

座長：田村 葉子（京都看護大学看護学部）

2023年7月2日(日) 13:10～14:10 第2会場 (5F 小ホール)

[EL7] クリティカルケア領域における終末期ケアに対するスピリチュアルケア

○北村 愛子（大阪公立大学 看護学研究科）

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:10 第2会場)

[EL7] クリティカルケア領域における終末期ケアに対するスピリチュアルケア

○北村 愛子 (大阪公立大学 看護学研究科)

キーワード：クリティカルケア、終末期、スピリチュアルケア

クリティカルケア看護領域では集中治療によって生還をめざすための看護支援から、治療の限界に伴い死と向き合いながら苦痛を緩和するケアに移行することがある。このプロセスの中で、患者・家族は、関係性や自律性が失われた状態を経験し精神的苦痛が強く、計り知れない深い悲しみと苦悩を感じるためスピリチュアルペインとして表現されることがある。本教育講演では、クリティカルケア看護領域で死にゆく患者・家族へのケア、倫理的配慮を要した事例を基に、クリティカルケア看護領域におけるスピリチュアルケアの性質、スピリチュアルペインのアセスメントと対処・ケアについて考察し、尊厳をもってかかわるとはどのようなことか、参加者の皆さんと共に考える機会としたい。さらに、スピリチュアルケアに関心を寄せる看護師のスピリチュアリティの発達について看護師サポートの必要性を述べる。

I. クリティカルケアのスピリチュアルケアの性質

看護実践事例を基にスピリチュアルの側面について整理すると、領域の特徴としては、治療法の特異性からくる生きる価値への脅えや自己否定の感覚、患者の生命危機、身体の一部の喪失による悲嘆、疾患や治療にともなう苦痛により自己概念が揺らぎ生きる意味が分からなくなること、瞬間に生じる代理意思決定への家族の苦悩と後に請け負う人生の重たさの感覚、ケアリングが展開しきれない限界に悩む看護師とチームの困惑など、『信念、心理的苦痛、文化、道徳と倫理』という概念に近接し、スピリチュアルペインが存在していた。そして、そのスピリチュアルケアは全人的ケアの根底となり、危機介入、存在のケアや癒し、共感するといったあり様や技術となり、ケアリングの姿勢と対処として展開される性質をもつ。

II. 終末期の看護実践でのスピリチュアルケアの場面

終末期の看護実践では、患者家族のスピリチュアルケアニーズを感じることもある。死に行く患者と家族のこころが充足されること、急激な人生の変化の中で人間の存在価値やその苦悩が癒されること、生きてきた証を確認することなど、患者と家族から重厚な感覚で教えて頂く瞬間がある。生命そのものに権利や存在があり、その意味を考える瞬間に、スピリチュアルケアは自然に存在する重要なものであった。【許可を頂いた事例を述べる】

III. クリティカルケアにおけるスピリチュアルケアのアセスメントと看護介入：対処

スピリチュアルペインを有する患者は、今、ここに生きる意味を見出し、悔いを解消していく方向のケアを必要としている。アセスメントポイントは、①時間や関係性、自律性の揺らぎ・喪失感はないか それに伴う苦悩はないか、②どのような対処反応をしているかを観る ③ケア提供者に必要な態度を意識して、関係性（信頼関係）をもとにアセスメントすることを大切にしている。具体的には、神仏に対する怒り、死に行くこと、死後の世界、未解決の罪悪感や苦難との共存の意味、人生の意味への問い・価値体系の変化・苦しみの意味などを対話によって理解することからはじめている。そのおもな看護介入は、倫理カンファレンス、傾聴・共感、タッチング、祈り、音楽療法・イメージ療法・日記や手紙・自然を感じる・共にいる Presence・希望 hopeを探ることを行う。

IV. スピリチュアルケアと希望の関連、看護師のスピリチュアリティの発達について

スピリチュアルケアは、生命の質とも深く関与するところであり、看護師が成長していく中で、このスピリチュアルケアについて、語り合い自己の同一感覚や自己で癒す方法、職業人として成長する機会になるため、看護師サポートも必要である。

シンポジウム

[SY1] シンポジウム1

COVID-19 重症患者の長期的予後から学ぶ PICSフォローアップへの示唆

座長：溝江 亜紀子（東京医科歯科大学病院 看護部管理室）、多田 真太郎（鹿児島市立病院看護部）

2023年7月1日(土) 14:10～16:10 第6会場(2F 瑞雲)

[SY1] 企画趣旨

[SY1-1] 重症 COVID-19患者の長期予後 - PICS-COVID study-

○島山 淳司（大阪医科薬科大学 救急医学教室）

[SY1-2] COVID-19からの回復の軌跡～私の体験～

○患者様

[SY1-3] ICU退室後の途切れない Transitional careを考える

○牧野 晃子（聖路加国際大学大学院看護研究科急性期看護学）

[SY1-4] A病院高度救命救急センターにおける PICS外来の実際と課題

○松井 憲子（東北大学病院 高度救命救急センター）

[SY1-5] 集中治療後患者の機能回復を目指したフォローアップシステムの構築

○瀧口 千枝（東邦大学 健康科学部）

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 16:10 第6会場)

[SY1] 企画趣旨

キーワード：PICS、フォローアップ

PICS 予防を目指したバンドル実践などのエビデンスは集積されつつあるものの、集中治療後患者の長期的予後の実態や、PICS 患者のフォローアップの有効性を立証する研究は限られています。集中治療室看護師は、患者の退院後の生活を見据えて回復促進のケアに奮闘していますが、患者は治療の場が移行するたびにケア分断のリスクに瀕しています。本シンポジウムでは、特に PICS 発症率の高い COVID-19 重症患者の長期的予後の実態を、研究知見および患者・家族の体験談をもとに、看護師教育、集中治療室看護師による退室後訪問の実際、フォローアップシステム構築に焦点を当て、集中治療室看護師ができる継続ケアへの示唆を得たいと思います。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 16:10 第6会場)

[SY1-1] 重症 COVID-19患者の長期予後 - PICS-COVID study-

○畠山 淳司 (大阪医科薬科大学 救急医学教室)

キーワード：COVID-19、PICS、長期予後

本邦の32ICUが参加した人工呼吸管理を要した重症 COVID-19患者の長期予後を調査した多施設前向き観察研究 (PICS-COVID study) を施行した。本研究は、ICU退室後、合計4回紙面によるアンケート調査を行い、身体機能を Barthel Index (BI)、認知機能を Short-Memory Questionnaire (SMQ)、メンタルヘルスを Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)、Quality of life (QOL) を EQ-5D-5Lを用いて評価した。身体機能障害は BIで90点以下、認知機能障害を SMQで40点未満、精神障害を HADS-Anxietyと HADS-Depressionでそれぞれ8点以上と定義し、一つでも満たした場合に集中治療後症候群 (Post-Intensive Care Syndrome; PICS) と定義した。

ICU退室6ヶ月後の PICS発症率は58.6%であった。認知機能障害が46.6%と最多であり、精神障害が31.9%、身体機能障害が21.9%であり、複数の機能障害が約3割にみられ、機能障害が増えるにつれて QOLが低下していることが判明した。これら機能障害の発症に人工呼吸期間とせん妄が独立した危険因子であった。ICU退室1年と2年経過しても PICS発症率は6割以上にみられており、6ヶ月後と同様に認知機能障害が最多であり、機能障害が増えるにつれて QOLが低下していた。しかし、ICU退室1年後と2年後では、6ヶ月後にみられたリスク因子は認められなかった。

次に、合計4回のアンケートを全て回答した患者を対象に PICS発症の経時的な変化に影響を及ぼす因子を多変量解析にて調査したところ、QOLに影響を及ぼす因子として患者重症度、低 BMIや人工呼吸期間が認められた。患者の QOL低下から社会復帰困難となることが知られており、本邦の超高齢化社会において、集中治療により救命しても要介護となるような構図は社会的にみても決して健全な状態とは言えない。PICS-COVID studyからみてきたのは、ICU在室時から PICS予防を積極的に行っていくことが重要であり、ABCDEFバンドルは重症 COVID-19患者においても重要である可能性がある。現在、日本集中治療医学会 PICS対策委員会で重症患者の長期予後データベース(JPICS)事業を構築中であり、「世界の長寿大国から健康長寿大国へ」、エビデンスを構築し、重症患者のより良い長期予後を改善するために課題は多い。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 16:10 第6会場)

[SY1-2] COVID-19からの回復の軌跡～私の体験～

○患者様

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 16:10 第6会場)

[SY1-3] ICU退室後の途切れない Transitional careを考える

○牧野 晃子 (聖路加国際大学大学院看護研究科急性期看護学)

キーワード：Post Intensive Care Syndrome、集中治療後症候群、Transitional care、移行ケア、看護教育

集中治療後症候群 (Post intensive care syndrome; PICS) は、明確な終点がない連続的なものとして、長期的で反復的な評価を行うことが提案され、退院後のケアを計画的、協調的、縦断的に行うことの重要性が示された (Mikkelsen ME et al, 2020)。PICS予防と改善には、ICU在室中のみならず、ICU退室後も継続的、かつ包括的なPICS対策が重要である。移行ケアは、異なる医療ケアレベルや環境にわたって、患者を継続的かつ協調的にケアすることと定義される。ICU退室後の移行ケアにおいては、スタッフとの相互的なコミュニケーションを向上させるための取り組みや病棟スタッフに対する標準化された移行ケアに関する教育プログラムの確立など、ICUの領域を超えた実践やケアが必要である。近年、諸外国では、ICU退室後の移行ケア(Transitional care)として、ICU退室後の一般病棟への退室後訪問、ICUダイアリーを用いたメンタルヘルスサポート、PICS外来などを包括した移行ケアプログラムに関する研究報告が増えており、特にICU退室後訪問は、ICU再入院率への効果、技術的サポート、患者・医療者とのコミュニケーションにおいて、重要な意味を持つことがわかってきた。本邦におけるICUから退室先への訪問の実施率は32.7%と低く、PICS外来によるフォローアップにおいては、わずか3.6%であることが報告されている (日本集中治療医学会,2022)。当院では、ICU(General ICU; G-ICU)・救命救急センターICU (E-ICU)・心血管センターICU(CCU)の複数のユニットがあり、集中治療後フォローアップの取り組みとして、ICUダイアリーやICU退出後訪問 (PICSラウンド)を行ってきた。PICSフォローアップにおける課題を院内で検討した結果、マンパワーの確保、退室先の病棟・外来との連携、院内スタッフへのPICS周知の不足など、多くの課題が明らかとなり、病院全体で支援するシステム構築が必要であった。ICU退室先の病棟は多岐にわたるため、患者ケアの統一や相談窓口の設置、これらの運用フローを作成すること、ICUのスタッフのみならず、移行先の医療職種、患者、家族がPICSに関する認識を深めるための教育体制など、院内での活動を統一するためのシステム作りが重要であることが推察された。また、PICSケアは外来・病棟・ICUと幅広い部署間で多職種と連携していくため、基礎教育に取り入れてPICSケア教育を看護学生から学ぶことは長期的な視点からも非常に意義があると考えており、看護教員として現在取り組んでいる。PICSの病態は、長期にわたりフォローアップが必要であるため、継続的、かつ包括的なPICSケアにつなげるためには、ICUスタッフのみならず、院内および学部全体でのPICSに関する啓発が不可欠である。ICU退室後の移行ケアに関する実態調査を踏まえ、ICUからの途切れない移行ケアについての工夫・課題、そして教育について議論したい。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 16:10 第6会場)

[SY1-4] A病院高度救命救急センターにおける PICS外来の実際と課題

○松井 憲子 (東北大学病院 高度救命救急センター)

キーワード：PICS外来、フォローアップ、継続ケア、家族

集中治療後症候群 (Post Intensive Care Syndrome : PICS) の概念が提唱され10年以上が経ち、PICSはクリティカルケア領域において非常に重要な問題として認識されている。A病院高度救命救急センターでは、2013年から敗血症患者に対するフォローアップ外来 (敗血症外来)を開始した。A病院の敗血症患者におけるPICS実態調査では、救命センター入室中には高頻度で不安・抑うつ状態を示した。退院後は、身体機能低下、認知機能低下、精神障害のいずれかの問題を有した患者は、6ヶ月の時点で83%、12ヶ月の時点で63%であった。その中で、患者が最も強く実感していたのは、身体機能低下であった。退院後の身体機能低下は、意欲の低下や社会活

動の低下につながり、患者の社会的 QOLは低下していた。同時に患者の家族に実施したアンケート調査では、退院後も患者の生活面における不安があると答えた家族は半数以上にのぼった。さらに、患者が入院していた頃のことを思い出すことがあると答えた家族は58%で、入院していた頃のことを思い出したくない、辛いと思うと答えた家族は31%であった。

A病院では、2021年4月から敗血症だけでなく、心肺停止蘇生後、重症熱傷患者などに対する「ICU回復サポート外来（PICS外来）」へと退院後のフォローアップを拡大し、身体機能、認知機能、精神障害およびQOLも継続調査している。10年近いフォローアップ外来を通して、様々な疾患や重症度により救命センターやICUに入院する重症患者に対しては、家族も含め入院中から継続した関わりが重要であると実感している。A病院でのPICS外来の実際を踏まえて、PICSフォローアップへ向け、継続的なケアをどのように実施していくかを考えていきたい。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 16:10 第6会場)

[SY1-5] 集中治療後患者の機能回復を目指したフォローアップシステムの構築

〇瀧口 千枝（東邦大学 健康科学部）

キーワード：PICS、フォローアップ、ケアシステム、多職種連携、機能回復

集中治療後患者の長期的な身体・認能・精神機能障害（Post Intensive Care Syndrome：以下 PICS）がケアの対象であることは言うまでもない。「フォローアップ」の語源には、「追跡する」「継続ケア・治療」という2つの意味合いがある。追跡の点では、集中治療後患者を対象にしたコホート研究や学会主導のデータベース化が進んできており PICSの疫学が蓄積されつつある。一方で、継続ケアの点では、どのケアが何に効果があるのか、そのエビデンスを示す報告は乏しく発展途上である。

演者らは集中治療後患者の機能回復に繋がるフォローアップシステムを検討し、その有効性を検証する研究に着手している。集中治療室から患者を送り出す立場の医療者（集中治療医および集中治療室看護師）だけでなく、集中治療後患者を一般病棟で受け入れる立場の医療者（一般診療科の医師）、また集中治療後に実際フォローアップを受けている当事者（集中治療後患者）を対象に幅広く、複数の調査を行った。

結果として、日本の集中治療後患者フォローアップの低い実施率の背景には、マンパワー不足と情報共有不足があり、フォローアップシステム構築においては、効率的に情報共有できるシンプルさを盛り込むことが、持続可能性を高める上で肝要であることが示唆された。最終的に多職種（集中治療医、一般診療医、精神科医、理学療法士、急性・重症患者看護専門看護師）からなる専門家会議を複数回経て、【フォローアップ患者スクリーニング】【集中治療室退室後訪問】【PICS情報共有ツール】【患者への情報提供システム】を組み合わせた複合的フォローアップモデルを開発した。今回、フォローアップシステム開発に関わった立場から、集中治療後患者の機能回復に寄与するより効果的なフォローアップを検討する機会としたい。

シンポジウム

[SY2] シンポジウム2

クリティカルケア看護における“意思決定支援”を問い直す —スペシャリストの思考と実践—

座長：野口 綾子（東京医科歯科大学 保健衛生学研究科 災害・クリティカルケア看護学分野）、茂呂 悦子（自治医科大学附属病院 看護部）、指定発言者：宇都宮 明美（関西医科大学看護学部・看護学研究科）

2023年7月1日(土) 15:20～17:00 第3会場(2F 桃源)

[SY2] 企画趣旨

[SY2-1] 「患者にとって最善」を導き出すとはなにか

○島内 淳二（日本医科大学付属病院 外科系集中治療室）

[SY2-2] 患者の事前意思から生命維持治療の中止を決断した家族の代理意思決定支援の 実際と医療者間の倫理調整

○豊島 美樹（大阪市立総合医療センター 集中治療センター）

[SY2-3] 意思決定支援における倫理的ジレンマの解決と difficulties

○石塚 紀美（東京女子医科大学病院 救命ICU）

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第3会場)

[SY2] 企画趣旨

キーワード：意思決定支援、急性・重症患者看護専門看護師

クリティカルケア領域では日常的な実践である意思決定支援が、社会的にも話題になって久しい。一方でその実践は、決して容易ではない。乗り越えるべき障壁や、困難さ、時には思わぬ落とし穴が潜む。そもそも人の意思とは、決定とは。

本シンポジウムでは、卓越した実践を行うスペシャリストの思考と実践をてがかりに、クリティカルケア看護における意思決定支援の本質をあらためて問い直し、明日からの実践に活かせる視点や思考を共有することを試みる。

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第3会場)

[SY2-1] 「患者にとって最善」を導き出すとはなにか

○島内 淳二（日本医科大学付属病院 外科系集中治療室）

キーワード：意思決定支援、エンド・オブ・ライフケア

意思決定の際、医療の原則は、「患者の意思」に沿った選択をすること、そして意思表示が困難で不明な場合は「患者家族などの思い」に配慮した「患者にとって最善」と考えられる選択が優先され、個人で判断せずに医療スタッフの総意として判断し、対応することが重要であるとされている。しかし、意志決定の場面では、QOLと症状管理のバランスが困難、生死と治療の続行に関する医療者の不調和などが要因となって、乗り越えるべき障壁や、困難さ、時には思わぬ落とし穴が潜んでいる。

倫理的な問題や葛藤の解決をはかる際、病状、治療、価値観、タイミング、バランス、人の関係性、認識をどのようにアセスメントし、どのような働きかけの方向性を持ち、なにを軸にアプローチするのか。専門看護師の立場から「患者にとって最善」を導き出す上でどのような課題があり、どのような方略を用いて解決しているのか議論し、明日からの臨床実践の一助としたい。

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第3会場)

[SY2-2] 患者の事前意思から生命維持治療の中止を決断した家族の代理意思決定支援の実際と医療者間の倫理調整

○豊島 美樹（大阪市立総合医療センター 集中治療センター）

キーワード：意思決定支援、倫理調整

集中治療を必要とする患者の特徴として、高齢化に伴う予備能力の低下や併存疾患による病態の複雑化が挙げられ、回復過程において様々な治療方針の選択が必要となる。特に患者が重篤な場合、明確な意思を確認することが難しく、家族が代理意思決定する場合もその選択が適切であったのかと気持ちが揺らぎ、継続的な苦悩を抱くことがある。

クリティカルケア領域では、時間軸の短さからくる患者の価値観や信念、家族員間の関係性などの背景を十分把握できない状況に加え、医学的適応が優先される環境、医療者間の価値の相違から倫理ジレンマや対立が生じやすい。

今回は、肺 MAC 症を長期に患い大量喀血から CPA となり、集中治療を行なったが意識が回復せず、本人の事前意思をもとに家族が生命維持治療の中止・不開始を代理意思決定した事例である。このプロセスの中で生じた家族の葛藤や医療者の倫理的ジレンマ、価値の対立についてどのように支援したのか報告する。

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第3会場)

[SY2-3] 意思決定支援における倫理的ジレンマの解決と difficulties

○石塚 紀美 (東京女子医科大学病院 救命ICU)

キーワード：意思決定支援、倫理的ジレンマ

クリティカルケア領域の患者は、身体的・精神的に危機的状態に置かれることが多く、意思決定が出来ない状態に陥ることが多い。またその家族は、予期せぬ事態に対し、混乱している中で、意思決定をしなければならない状況にあり、「患者の意思と家族の意思の相違」や「患者・家族の意思と医療者の意思の相違」などから、倫理的ジレンマが生じる。ジレンマとは、異なる2つの事柄の間で板挟みになることである。支援を行う医療者も「自身と患者家族との価値観の違い」、「医療者間での意見の相違」などから、ジレンマを抱えることがある。この領域では、患者の生死に関与する意思決定をすることが多く、ジレンマは生じやすい。本シンポジウムでは、救命センターでの事例を通して、意思決定支援における倫理的ジレンマへの関わりとその難しさについて考えていきたい。

シンポジウム

[SY3] シンポジウム3

クリティカルケア看護師の多様なキャリア支援

座長：川原 千香子（昭和大学 医学部医学教育学講座）、飯塚 裕美（亀田総合病院 高度臨床専門職センター）
2023年7月1日(土) 15:20 ～ 17:00 第4会場 (2F 福寿)

[SY3] 企画趣旨

[SY3-1] 私の経験した日本とアメリカの看護

○亀田 萌（社会福祉法人太陽会 安房地域医療センター 看護部）

[SY3-2] 看護教育者としてのキャリアビジョンを描いて

○大森 智美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科基礎看護学）

[SY3-3] 多様なキャリアの活用と活躍促進のための支援

○木澤 晃代（日本看護協会）

[SY3-4] 診療看護師（NP）のキャリア形成と求められる支援

○森 一直（愛知医科大学病院 NP部）

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第4会場)

[SY3] 企画趣旨

キーワード：キャリア支援

近年、救急・集中治療を中心としたクリティカルケア領域では、多くの看護師が、クリティカルケア看護師になりたいと思って配属されることが多いのではないのでしょうか。その後、認定看護師・専門看護師・診療看護師等新たな資格取得を望む者や、特定行為研修受講や各種学会認定取得を受講する他、様々なキャリアアップがあります。クリティカルケアを学んだからこそ生きるキャリアアップとその支援について考える機会としていただきたいと思います。

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第4会場)

[SY3-1] 私の経験した日本とアメリカの看護

○亀田 萌（社会福祉法人太陽会 安房地域医療センター 看護部）

キーワード：アメリカRN

国際協力活動に関心を持ち、英語で医療を提供できるようになる必要があると考え渡米を決める。アメリカの看護学校を卒業後グアムの病院でRNとして働く。日本での急性期看護の経験とICUで得た知識はアメリカという言葉や文化の違う新たな環境により早く適応し、安全で質の高い看護を提供するために大いに役だった。海外に行くにあたり重要なことの一つがタイミングであると考え。海外に行きたい理由やそのタイミングを理解し、協力的な姿勢で送り出してもらえたことは大きな支えになった。

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第4会場)

[SY3-2] 看護教育者としてのキャリアビジョンを描いて

○大森 智美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科基礎看護学）

キーワード：クリティカルケア看護、キャリア支援、看護学教育

人生100年時代と言われる現代、看護職が多様なキャリアを選択し、多様な働き方を創るためには、一人一人が自分の希望やニーズを明確にしておくことが必要であると思っている。クリティカルケア領域の看護師としてキャリアをスタートさせた私が、今なぜ、看護教育者としての道を歩み始めたのか、どうキャリアビジョンを描いたのかを紹介し、生涯にわたって看護師資格を活かして生きるためのキャリアアップとその支援について、クリティカルケアを学んだからこそ芽生えた思いをシンポジウムにご参加の皆様と検討する機会としたい。

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第4会場)

[SY3-3] 多様なキャリアの活用と活躍促進のための支援

○木澤 晃代（日本看護協会）

キーワード：キャリア、キャリア支援、キャリアデザイン、キャリアオーナーシップ

看護師個人のキャリアデザインは、個人の志向や興味関心事、さらには自己実現のための道標であり、ライフステージによって変化する。キャリアの活用のために重要なポイントは、個人の志向と組織および管理者の役割期待の合意形成であり、対象者への最善のケア提供について、各々の役割や立場を理解しすり合わせを行うことがミスマッチを回避し、キャリアを活用した活躍促進に繋がるといえる。

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第4会場)

[SY3-4] 診療看護師（NP）のキャリア形成と求められる支援

○森 一直（愛知医科大学病院 NP部）

キーワード：診療看護師（NP）、高度実践看護師、卒後研修

諸外国の Nurse Practitioner（NP）を参考にした診療看護師（NP）の教育が始まり15年が経過する。診療看護師（NP）のキャリアについては、多くの課題が明らかになっている。看護の基盤を持ちながら一定の診療が行える診療看護師（NP）のキャリア形成に向けた当院の取り組みとその支援について共有する。当院の取り組みが、多様化する看護師の支援の一助になることを期待する。

シンポジウム

[SY4] シンポジウム4

私たちはこうしている：外傷患者のケア

座長：古厩 智美（さいたま赤十字病院）、嶋田 安希（大津赤十字病院）

2023年7月2日(日) 10:10～11:50 第2会場 (5F 小ホール)

[SY4] 企画趣旨

[SY4-1] 外傷患者に対する看護ケア－創傷管理に焦点をあてて－

○志村 知子（日本医科大学付属病院 看護部）

[SY4-2] 当院救命救急センターにおける重症外傷患者のリハビリテーションの実際

○渡邊 直貴（東海大学医学部付属病院 高度救命救急センター）

[SY4-3] クリティカルケアからリハビリテーションと栄養管理を看護師が行うと在宅復帰の可能性が広がる

○浅田 宗隆（パナソニック健康保険組合 松下記念病院 看護部）

[SY4-4] 当院における看－看連携を深めるための取り組み

○新山 和也（埼玉医科大学国際医療センター 救命救急センターICU）

(2023年7月2日(日) 10:10 ~ 11:50 第2会場)

[SY4] 企画趣旨

キーワード：外傷ケア、クリティカルケア

外傷というと交通事故を思い浮かべるが、日本外傷データベース報告 2021 (2019.1-2020.12) (<http://www.jast-hp.org/trauma/pdf/jtdb2021.pdf>) によると受傷機転別の患者数の割合で最も多いのは「転倒・転落・墜落」であり、患者数の年齢分布では50~80歳代の患者が多い。超高齢社会における日本で外傷は、日常生活で起こりうる身近な疾患になっていると言える。救急搬送直後の治療から日常生活へ復帰するまで長期間であり、多職種・多施設の支援を必要とするが、外傷は初期治療以外のガイドラインがほとんどない。また医療・福祉を含めたチームでの関わりが重要であるが、加算要件の対象となる職種がすべて揃うなど算定が可能な施設ばかりではない。そこで看護職が受傷直後のケアから患者の状態・情報をいかに各専門職、病棟間、施設間そして地域でのケアへとつなげていくかを、①受傷直後の治療的看護ケアや体液管理 ②その後の創傷管理（感染管理・栄養管理を含む）③リハビリテーション④地域や社会へのシームレスな移行の視点から検討していきたい。

(2023年7月2日(日) 10:10 ~ 11:50 第2会場)

[SY4-1] 外傷患者に対する看護ケア —創傷管理に焦点をあてて—

○志村 知子（日本医科大学付属病院 看護部）

キーワード：外傷看護、創傷管理

外傷とは、なんらかの機械的外力により身体組織が損傷される傷病であり、外傷患者は切創や裂創などの単純な創傷のほか、挫滅創、皮膚欠損創、剥脱創、切断創など、簡単には一次治療させることのできない複雑な創傷を伴うことが多い。

創傷管理の視点においては、これらの創傷を急性創傷のうちに終わらせること、すなわち慢性化させないことが最も重要なポイントとなる。しかし、外傷創はそもそも汚染創であり、汚染の程度や感染対策の良否、患者の免疫力の程度等によって容易に慢性化し、患者の回復を妨げる。また外傷患者のなかには、急性期を乗り切ったものの、各種合併症の併発によって入院期間の長期化を余儀なくされ、回復に至るまでの道のりに困難を来す者が少なくない。このような患者は外傷に起因した創傷のみならず、褥瘡やスキン-テアなど、二次的に発生する創傷を併発しやすい。そのため外傷患者にとっては、これらの二次的皮膚損傷を予防することも重要なポイントとなる。

外傷患者に対する看護ケアは、初療での実践にはじまり、回復期を経て患者が社会復帰を果たすまでの過程で生じるさまざまな健康問題について、患者とその家族の身体的・精神的・社会的回復を支える活動である。このシンポジウムでは、外傷患者に対する看護ケアのなかでも、特に創傷管理に焦点をあてたケアの実践について考えてみたい。

(2023年7月2日(日) 10:10 ~ 11:50 第2会場)

[SY4-2] 当院救命救急センターにおける重症外傷患者のリハビリテーションの実際

○渡邊 直貴（東海大学医学部付属病院 高度救命救急センター）

キーワード：重症外傷、早期リハビリテーション

当院は、神奈川県西部・湘南・一部県央エリアを担当する三次救急医療施設である。年間約11000人の救急患者を受け入れており、うち重症外傷は570件ほどである。中でもドクターヘリやドクターカーの出動要請を受けて現場に駆けつけることも多く、プレホスピタルから初療、ICUの入室からHCU退室まで、1看護単位でその回復過程を支援している。

一言に外傷と言っても、受傷部位や損傷の程度、複数にわたる損傷などその病態は多岐にわたり、例え一命を取り留めたとしても意識障害や麻痺、切断肢など機能予後に影響を与える障害を残すことも少なくない。そのため急性期から回復、リハビリ期まで継続した看護が必要とされるが、身体的側面に限らず心理・社会的側面も含めた多角的な視点から複合的に支援することがとても重要である。

クリティカルケア領域では近年、ICU-AWやPICSの予防や早期介入の重要性が謳われ、ICU入室中から早期リハビリテーションが標準的に取り組まれている。2018年度にはその推進を目的とした「早期離床・リハビリテーション加算」が増設され、2022年度診療報酬改定では救命救急入院料を算定する治療室にもその対象が広げられた。しかし上述した重症外傷患者（特に頭部や頸部損傷の不安定期や固定の悪い骨折がある場合など）は、積極的な離床や運動を行うことが難しい場合があり、患者の病態に合わせたリハビリテーション計画の立案や多職種との連携がより一層必要とされる。本セッションでは、特に長期間の安静度制限や固定具の装着を強いられる高エネルギー外傷による脊椎損傷・脊髄損傷患者に焦点をあて、当院で行っている早期リハビリテーション回診の取り組みやケアの実際をご紹介します、皆様とともによりよい外傷患者のケアについて考えたい。

(2023年7月2日(日) 10:10 ~ 11:50 第2会場)

[SY4-3] クリティカルケアからリハビリテーションと栄養管理を看護師が行うと在宅復帰の可能性が広がる

○浅田 宗隆 (パナソニック健康保険組合 松下記念病院 看護部)

キーワード：低栄養、サルコペニア、早期経腸栄養、30kcal/kg/日、在宅復帰

重症管理が必要となる患者は、近年高齢化に伴いPICSによる嚥下機能低下をはじめとする身体機能低下が原因で生存退院できたとしても在宅復帰が困難になるケースが多くなっている。集中治療管理においてPICSを予防する目的でABCDEFGHバンドルが提唱されている。その中には身体機能低下を予防・改善するために早期リハビリテーションは含まれているが、栄養管理に関する項目は含まれていない。重症管理後の在宅復帰を実現するためには、身体機能低下予防には早期離床を含む運動療法が重要である。同時に早期経腸栄養管理を含む栄養管理を重症管理である入院早期から同時に開始しておくことも重要である。近年では早期栄養介入管理加算が新設され、管理栄養士がICUで活躍することで早期から栄養管理を行うことが重要視されている。また年々適応範囲が拡大されており病棟常駐制度も開始されており、栄養管理は改めて注目されている診療報酬であると言える。

急性期病院においては、エネルギー充足率が低いことで入院中に低栄養になることがある。急性期病院から慢性期病院に転院する際には、すでに約6割の患者が低栄養の状態転院していると報告がある。リハビリテーション目的に転院となっても、まずは栄養状態の改善から始めなくてはならない状況になっている。また入院中の不適切な栄養管理から低栄養による体重減少が起こり、身体抑制を含む不適切な運動管理を行ってしまうことで骨格筋量の減少を起こしてしまう。そのため低栄養と骨格筋減少によるサルコペニアを発症することで、在宅復帰が遅れてしまうケースも少なくない。当院でも急性期一般病棟から地域包括ケア病棟に転棟した患者においてもサルコペニア疑いを含む状態も合わせると約9割の患者がサルコペニアに該当した。特に、サルコペニアは高齢者になるほど発症しやすい状況にあるが、重症病態ではさらに進行は早まってしまうため、早期から予防対策が必要である。サルコペニアを改善するためには可能な限り「攻めの栄養管理」を実施することであり、摂取エネルギー量は30kcal/kg/日を目標としている。そのためには重症管理中から徐々に栄養管理を始めておかなければ、目標達成が困難になり摂取不足による低栄養やサルコペニアを発症するリスクは高まると考える。

集中治療部門を含む急性期病院の役割として、できるだけ身体機能低下を起こさずに、栄養状態も維持したまま在宅復帰を目指すことが重要である。また後方支援施設に療養の場が移行する際にも、同様に栄養状態を維持・向上した状態で患者を送り出せるように入院直後の重症管理中から介入しておくことが重要であると考え

る。看護師として日常生活援助を行うということは、栄養管理も含まれており低栄養の早期発見と改善に向けた看護介入を行うことが重要である。それに加えて看護師は多職種をつなぐコーディネーターの役割も担うことができる職業でもあるため、多職種を巻き込んだ栄養管理を提供することで、すべての生活者に良いアウトカムを出すことができる可能性を秘めている。

(2023年7月2日(日) 10:10 ~ 11:50 第2会場)

[SY4-4] 当院における看－看連携を深めるための取り組み

○新山 和也 (埼玉医科大学国際医療センター 救命救急センターICU)

キーワード：地域包括ケアシステム、看－看連携、教育カンファレンス

少子高齢化の最先端をいく我が国においては、今後さらに国民の医療・介護の需要が増加することは周知の通りである。このため、厚生労働省は2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。

質の高い包括ケア体制をシステムとして地域に定着していくためには、医療機関等の連携、職種間の連携が重要である。とりわけ、私たち看護師は、医療・介護・福祉のあらゆる場面で活躍する専門職であり、地域において、病院や施設間をこえた看護師同士の繋がりや連携（看－看連携）が、患者・家族のQOLを高めることに寄与することに疑いの余地はないだろう。

当院では、2016年から周辺地域における看－看連携を深めるため、専門・認定看護師を中心に教育カンファレンスを実施している。COVID-19の影響により一時中止となっていた期間はあるが、これまで、参加者から「他施設とのやりとりがスムーズになった」、「退院前カンファレンスなど病院と地域の連携が深まった」など教育カンファレンスを通じて、看－看連携が深まっていると示唆される評価をいただいている。

本シンポジウムの企画趣旨にもあるように、高齢の外傷患者（外傷に限らないが）は、急性期の病院だけで治療・ケアを完結することはない。自施設から他施設、社会へといかに質の高いケアを繋いでいくかは喫緊の課題である。今回、当院で実施している教育カンファレンスやその他の取り組みを「地域や社会へのシームレスな移行」という視点で発表させていただき、様々な議論ができればと考えている。

シンポジウム

[SY5] シンポジウム5

クリティカルケア領域における身体拘束最小化へのチャレンジ

座長：林 優子（元大阪医科薬科大学）、福田 友秀（武蔵野大学看護学部）

2023年7月2日(日) 13:10～15:10 第3会場(2F 桃源)

[SY5] 企画趣旨

[SY5-1] クリティカルケア領域における身体拘束最小化へのチャレンジ

倫理的側面から考える身体拘束の問題

○松本 幸枝（亀田医療大学 看護学部看護学科）

[SY5-2] せん妄患者にとっての安全確保とは

○伊藤 聡子（西宮渡辺心臓脳・血管センター 看護部）

[SY5-3] 身体抑制最小化に向けての医療現場での課題

○河合 佑亮（藤田医科大学病院 看護部）

[SY5-4] 身体拘束最小化に向けての取り組み

○門馬 康介（山形県立中央病院 看護部ICU）

[SY5-5] 身体拘束最小化に向けた患者の予定外抜去の動作解析に関する研究

○梅田 亜矢（国立看護大学校 成人看護学）

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 15:10 第3会場)

[SY5] 企画趣旨

キーワード：クリティカルケア、身体拘束

クリティカルケアと身体拘束との関係は生命維持と人権に関する諸問題の中で表裏一体として語られてきました。看護師は絶え間なく患者に寄り添いながら、治療の円滑な進行と患者の尊厳を天秤にかけ、“したくはないがせざるを得ない”という、いわば必要悪ともいえる感覚で身体拘束を実施している現実があります。

全身管理や倫理的視点を含めた看護師の知識や態度は身体拘束の実施を左右し、患者の集中治療体験に影響を及ぼしますが、その判断には様々な要素が内包されています。患者の状況には変動があり、興奮状態の時がある一方、チューブ類の予定外抜去のリスクが低いように判断できる状況があることが、問題を複雑にしています。この問題は長年に渡って議論が交わされ、クリティカルケアが抱える永遠の課題の1つとしても過言ではないかもしれません。現在に至っても、身体拘束回避に向けた多様な理論的基盤やケアの方策、そしてデバイスが提起され、それらの活用やさらなる工夫が試みられています。

本セッションでは臨床経験豊かな5名の看護師とともに、クリティカルケア領域が抱える身体拘束に関する実践上の問題や課題を整理し、ベッドサイドでの先駆的な取り組みや教育的観点から、明日からの実践に活用できる話題を提供します。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 15:10 第3会場)

[SY5-1] クリティカルケア領域における身体拘束最小化へのチャレンジ 倫理的側面から考える身体拘束の問題

○松本 幸枝（亀田医療大学 看護学部看護学科）

キーワード：倫理、身体拘束

身体拘束は緊急的事態を制御するための手段であるが、看護師はその行為が対象者の自由や尊厳を損ない、脆弱性を高め、その後の心理的または身体的に及ぼす影響について認識している。そのため、身体拘束を行う際も、その後も倫理的ジレンマが生じている。背景には、身体拘束に関する自己嫌悪感や、拘束の決定に対する不確実性、また治療上のリスクと法的問題への懸念などが影響している。今回、クリティカルケア領域で行う身体拘束について、倫理4原則の側面から再考し、看護師の倫理的ジレンマについて省察したい。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 15:10 第3会場)

[SY5-2] せん妄患者にとっての安全確保とは

○伊藤 聡子（西宮渡辺心臓脳・血管センター 看護部）

キーワード：せん妄患者

せん妄患者では、計画外抜管や転倒・転落などの危険性を危惧して、身体拘束が実施されているケースが多い。また、クリティカルケア領域では、重要なデバイスが多数挿入されている患者が多く、せん妄でなくても治療上の安静など安全確保のために一時的に身体拘束などの行動制限がされていることも少なくない。

せん妄患者では、「身体拘束をすることで、せん妄を誘発する」、「せん妄だから事故防止のために身体拘束をする」「せん妄だから身体拘束はやむを得ない」という構図が見られるが、身体拘束の使用が自己抜管の減少や入院期間を短縮するエビデンスはないといわれている。しかし、身体拘束とせん妄は、臨床の看護師にとっていつも悩みの種であり続けるだけでなく、倫理的課題が常につきまとっている。また、せん妄が起こると、その状況にばかり目が向いてしまい、その場限りの対応のみに終わってしまっている場面も散見される。せん妄は発症

してから対応するのでなく、先手必勝ができれば、たとえ、せん妄が発症しても最小限の状況で事なきを得ることもある。そこで、本シンポジウムでは、せん妄患者への対応について、事例を交えて考えてみたい。さらに、私見ではあるが、看護師に対するせん妄の教育をどのように浸透させていくのかについて述べたいと思う。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 15:10 第3会場)

[SY5-3] 身体抑制最小化に向けての医療現場での課題

○河合 佑亮 (藤田医科大学病院 看護部)

キーワード：身体抑制

身体抑制は、基本的人権や人間の尊厳を守ることを妨げる行為であることはもとより、PTSD等の精神障害、せん妄の発症、人工呼吸器装着期間の長期化、褥瘡等の皮膚障害の発生等の有害事象と関連することが報告され、大きな問題とされている。一方で、ICUでは生命維持に係る種々の医療機器等を装着する患者が多く、医療デバイスの計画外抜去等から患者の安全を守るために身体抑制が実施されている。我々が行った多施設前向き観察研究によると、身体抑制の実施率はICU患者全体では32.9%、人工呼吸器装着患者では41.5%であり、年齢や重症度の高さ、人工呼吸器装着、中心静脈カテーテル留置、鎮静薬使用、不穏やせん妄が身体抑制実施の独立因子であることが明らかになった。大きな問題と認識されながらもICUで頻繁に実施されている身体抑制であるが、その効果については十分に検証されていない。実際に、計画外抜去を行った患者の多くは当該時点において身体抑制を実施されていたことが複数の観察研究で報告されており、身体抑制が計画外抜去を防ぎ得るのかは不明確である。また、気管チューブの自己抜管は死亡率低下と有意に関連することがシステマティックレビューによって示されており、身体抑制によって防ぎたい計画外抜去が患者の負のアウトカムと関連しているのかさえも分かっていない。しかし、実臨床においては、身体抑制によって計画外抜去を防ぐことができるとされる患者や状況は確かに存在するし、計画外抜去によって即時に致命的な事態となる患者や状況は少なからずある。看護師は様々な葛藤の中で、それぞれの状況と目の前の患者の状態に応じて身体抑制の実施や非実施を判断している。我々は、ICUにおける身体抑制に対する患者や看護師の定量的には表現し難い思いや考えについて明らかにするために、質的研究をメタ統合し、各レビュー所見の確信性をConfidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research (CERQual)アプローチで評価した。その結果、身体抑制を実施された患者は、エビデンスの確信性は低いものの、身体抑制を覚えていない、安全確保のための身体抑制は問題ではないとする一方で、人権や人間の尊厳の侵害に繋がる最悪の経験であり、実施すべきでないと考えていた。看護師は、人間の尊厳や自由の侵害、せん妄の増悪等の有害事象を危惧しながらも、医療デバイスの計画外抜去等から患者の安全を確保するために身体抑制を実施していた。また、他の患者のケア提供や安全確保のために身体抑制が必要とも考える一方で、家族が面会中は身体抑制を解除したい、身体抑制の実施について家族に丁寧な説明が必要と考えていた。さらに、看護師は身体抑制の代替法として、患者を常に観察・付添できる手厚い人員配置等の体制整備、家族との関わりを含めた療養環境の調整等、生活者としての個人を尊重するケアの提供が重要と考えていた。また、適切な鎮痛・鎮静管理、十分なコミュニケーションと頻繁かつ適切な説明、趣味や運動、睡眠の支援等、せん妄予防・改善のためのケアの提供等も重要と考えていた。身体抑制の実施率はそれぞれのICUで大きく異なることが分かっている。多くの看護師は計画外抜去から患者を守るのは自分たちの責任であると考えており、看護師の知識や態度、考え方等によって身体抑制の実施率は変化することが考えられる。近年のシステマティックレビューでは、看護師の教育がICUにおける身体抑制の実施率を低減させるとしている。本発表では、身体抑制最小化に向けての医療現場での課題について、文献からの知見と現場での実践の両側面から考えたい。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 15:10 第3会場)

[SY5-4] 身体拘束最小化に向けての取り組み

○門馬 康介（山形県立中央病院 看護部ICU）

キーワード：身体拘束、クリティカルケア

何かひとつの思想やケア、器具によってクリティカルケア領域の身体拘束が劇的に減る、ということは今まででも、そしてこれからも本質的に難しいと思う。なぜかという、身体拘束が減ることはあくまでも適切なケアの結果に過ぎず、適切なケアとは様々な要素から構成されるからだ。例えば、深い鎮静管理をすることで身体拘束を減らすことができるかも知れないが、患者の負のアウトカムにつながる可能性がある。逆に、鎮静を浅くした場合、身体拘束が増える可能性はあるが、スタッフ教育によって不要な拘束を回避できる場合もある。鎮静の他にも、患者とのコミュニケーション、夜間の睡眠環境、リハビリテーション、清潔や栄養、排泄、精神面への配慮など、適切なケアの底上げがなければ身体拘束の減少は達成できない。このことは、既に2001年厚生労働省の身体拘束ゼロへの手引きで次のように述べられている。「厚生労働省は介護保険下にある施設での身体拘束を原則禁止とした。これを受けて施設はいかに拘束を外すかを、あたかも介護の目的であるかのように始めている。しかし、身体拘束廃止は、介護の最終目的ではない。どう介護するか明確な方針を打ち出し、それを具体化するうえで必然的に拘束がありえなくなる。そこそが重要なのだと考える。」このセッションでは、自施設の身体拘束に関する臨床現場での様々な苦労や取り組みを紹介し、身体拘束の最適化について考えたい。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 15:10 第3会場)

[SY5-5] 身体拘束最小化に向けた患者の予定外抜去の動作解析に関する研究

○梅田 亜矢（国立看護大学校 成人看護学）

キーワード：身体拘束、動作解析、予定外抜去

ICU患者は、常に興奮したり、チューブやドレーンの予定外抜去をしたりしているわけではなく、多くの場合、いつ予定外抜去するか予測ができないため、身体抑制を行なっている現状がある。予定外抜去のリスク因子は、せん妄、チューブ・ドレーンの固定不良、夜間、シフト交代前後1時間、人工呼吸器のウィーニング時期、GCS9点以上での身体拘束などが先行研究であげられている。また、その対策として、根本原因分析、心理的ケアの強化、ハイリスク群の監視強化、看護師の育成などが有効とされているが、絶対的な対応策はまだ示されていない。

近年、高齢患者の増加、侵襲の大きな医療行為など、予定外抜去のリスクとなる要因が増加傾向にあると思われる。このような厳しい医療の現状の中で、身体抑制を行わず、患者の安全を守るためには、看護師のアセスメント能力の向上だけでなく、テクノロジーの力も借りながら患者の動きを予測する必要があるのではないかと考える。

そこで、AIを用いた動作解析の研究動向と、現在取り組んでいる実際の予定外抜去の映像やモーションキャプチャーを用いた動作解析について報告する。

シンポジウム

[SY6] シンポジウム6

ICUの場を超えた重症患者へのクリティカルケア

座長：三浦 英恵（日本赤十字看護大学 看護学部）、辻 守栄（千葉県救急医療センター）

2023年7月2日(日) 14:20 ～ 16:00 第2会場 (5F 小ホール)

[SY6] 企画趣旨

[SY6-1] クリティカルケア領域から考える ACP～一般病棟での療養に繋ぐ～

○田山 聡子（慶應義塾大学病院 看護部）

[SY6-2] クリティカルケアが必要ながん患者：治療、意思決定、終末期ケア

○上石 響（がん研究会有明病院 看護部）

[SY6-3] 病棟とICUをつなぐ生活者である患者へのクリティカルケア

○古川 文子（東京医科歯科大学病院 看護部 ICU・GHCU）

[SY6-4] 治療の場がかわっても patient-centered careを提供する多職種連携のコツ
～病棟からICU、そして病棟へ～

○三島 有華（東京医科歯科大学病院 集中治療部）

(2023年7月2日(日) 14:20 ~ 16:00 第2会場)

[SY6] 企画趣旨

キーワード：病棟、ICU退出後、がん患者、慢性疾患患者、クリティカルケア

ICUに入室する患者は、術後患者だけでなく、慢性疾患の療養中に、クリティカルな状態へと至り、そのような差し迫った病状がきっかけとなり、アドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）へとつながるともいわれている。しかし、現実的には ACP について話し合ったことのある人は少なく、話し合っていたとしても心身の状況は変化し、医療者との共有が不十分であることが想定される。

しかし、クリティカルな状態であっても、医療者が ICU に入室する患者の療養と生き方に関して知り、その意思やニーズに合った医療の提供をすることは重要である。さらに ICU 退室患者は、多くの健康問題が残存することも多く、ICU 体験を振り返り、自らが望む生き方、今後重症化した時のことを再考することが大切となる。

ICU の場を超えて、患者が ICU 体験を以って、どのように生きていきたいかに寄り添った関わりについて、様々な場で活躍するスペシャリストとともに考えていきたい。

(2023年7月2日(日) 14:20 ~ 16:00 第2会場)

[SY6-1] クリティカルケア領域から考える ACP～一般病棟での療養に繋ぐ～

○田山 聡子（慶應義塾大学病院 看護部）

キーワード：ICU、一般病棟、ACP、DNAR

ICU をはじめとするクリティカルケア領域では、過大侵襲の病状安定を主とすることもあり、そのただ中にある時には、本シンポジウムの抄録にあるような、「患者がどう生きていきたいか」ということには注視することが少なく、また注視することが難しい局面でもある。

その一方で、終末期かどうかにかかわらず、ユニットの入室直後から DNAR（do not attempt resuscitation）のみに関して家族から取得するといった例もある。

「DNARなのに」どこまで治療する気なのかといった、DNAR についての拡大解釈や誤用がみられたり（日本集中治療医学会倫理委員会, 2017）、その反対に医学的に終末期へと判断される事例でも「DNARではないから」と、過剰ともとれる治療を提供される例もある。

また、クリティカルケア領域での ACP（advance care planning）の機会を考えると、一般的に言われている「高齢期」「終末期」などの人生の終盤期、「病状転換期」のように、人生における心身機能のターニングポイントがあげられる（角田, 2015）。これは慢性疾患の急性増悪、例えば、心不全や呼吸不全といった病態であり、心不全患者は、生命に関わる病気に罹患したという覚悟と共に、制限のある中での選択肢の中から計画を立てるともいわれている（能芝, 2014）。したがって、たとえ患者が在室している場所がユニットであろうと、DNAR だけの議論ではなく、「患者がどう生きていきたいか」という、いわば ACP に沿った医療の提供は必要とされる。しかし、病状の不安定さ、コミュニケーションなどの課題もあり、事前指示や DNAR に関して、患者と話し合うことが困難である。COVID-19 の新興感染症の蔓延で日本においても医療資源の枯渇がみられ、重症患者を ICU から一般病棟へ移動せざるを得ない場面も多く発生したこともあった。ICU から「患者がどう生きていきたいか」に注視することは重要である。

本シンポジウムにて、クリティカルケア領域のユニットで遭遇する、DNAR と ACP との関連を紐解き、ユニット内での患者の「どう生きていきたいか」に沿ったケアについての課題と、患者自身が survivor となったとき、ユニットを超えた関わりについて考えていきたい。

<参考引用文献>

日本集中治療医学会倫理委員会.日本集中治療医学会会員看護師の蘇生不要指示に関する現状・意識調査結果.日集中医誌. 2017;24 (2).244-253

角田 ますみ.日本におけるアドバンスケアプランニングの現状.生命倫理.2015;25(1).57-68

大石 醍悟他.心不全の緩和ケア第1版.南山堂;2014

(2023年7月2日(日) 14:20 ~ 16:00 第2会場)

[SY6-2] クリティカルケアが必要ながん患者：治療、意思決定、終末期ケア

○上石 響（がん研究会有明病院 看護部）

キーワード：クリティカルケア、がん、意思決定支援、ACP、終末期ケア

近年がんの有病率が増加する一方、新たな治療法が日々開発され、がん患者の生存期間は延長している。また、がん治療中の併存疾患、腫瘍病勢の増悪、治療に関連した有害事象の増加といった背景を要因とし、ICU入室患者の15～20%はがん患者が占めているとの報告もある。これは過去では予後不良とされ、そもそもICUの入室の適応とされなかった進行がん患者が集中治療・ケアの適応となってきたことを示している。さらに、集中治療の進歩により重症がん患者の生存率は大きく向上していること、早期ICU入室が高い生存率と関連することが報告されており、適切な臓器サポートの開始を遅らせないことが患者の予後を考慮する上で重要な視点と言える。

しかしながら、集中治療が必要な疾患パターンの複雑さ、腫瘍による予後予測の困難さ、生命予後とQOLの観点、患者家族・医療者間での病状認識の違いを理由に複雑なプロセスを辿ることがあり、ICUの入室及び治療の開始において最適なタイミングを図ることが難しい現状がある。そのため、集中治療・ケアの適応や継続を判断・評価するため、以下の指標が示されている。（1）フルコードICU管理：予後1年以上もしくは根治的がん治療法のある患者は治療を制限なく実施、（2）期間限定のフルコードICUトライアル管理（time limited trial）：適応は進行期のがんであるが、がんの治療中に発生した急性期病態が、可逆的か不可逆的かの判断が難しい患者など、治療戦略は期間を限定してフルコードICU管理を実施。患者の臨床経過に従ってフルコードの期間を判断するが、血液疾患患者では2週間（多臓器不全の場合は1週間）、固形がん患者では約1週間（多臓器不全の場合は4～5日）を目安に治療の継続を判断、（3）モニタリング強化・緩和導入目的のICU管理：適応は新薬による有害事象や既存の抗がん剤による化学療法関連性有害事象の発生リスクが高い患者、非侵襲的治療による緩和治療導入目的の患者、（4）ICU管理が不適当：パフォーマンスステータスが不良（3～4）で、さらなるがん治療の対象とならない患者は、原則としてICU管理の適応とならない。

がん患者の重症病態を管理する際は、これらの指標をもとに患者・家族の意向を確認しながら多職種で検討することが重要である。同時に、患者・家族と新たなゴールを一緒に考える機会も設けていく必要がある。依然として進行がん患者は非がん患者と比較するとICUでの死亡率は高く、救命が難しい現状がある。また、たとえ救命できたとしても、患者・家族が長期に渡り集中治療後症候群により苦しむこと、パフォーマンスステータス低下や重度の有害事象によりがん治療の継続が困難となることで患者・家族が想定していたゴールとかけ離れた結果となり得る。つまり、ICU入室によるケアレベルや身体状況の変化が患者・家族にとって今後の生き方を考える機会となると言える。

したがって、クリティカル領域においても患者・家族のこれまでの人生の歩みや信念、価値観を汲んで「これでよかった」と思える意思決定支援は重要な視点であろう。そのためにも、患者・家族ががんと診断された時から長い経過の中で積み重ねてきた意思決定のプロセス、価値観を表出した痕跡を繋ぎ合わせ、目標を共に考えることが必要となる。如何にがん患者・家族の想いを外来、病棟、ICUと繋ぎ、医療チームで共有し、支えられるかが重要である。

本セッションではがん治療と集中治療についての近年の動向を概説し、重症がん患者との関わりを基に、ICUで治療・ケアが必要ながん患者とその家族の「生きる」を支えるために必要な関わりについて考えたい。

(2023年7月2日(日) 14:20 ~ 16:00 第2会場)

[SY6-3] 病棟とICUをつなぐ生活者である患者へのクリティカルケア

○古川 文子（東京医科歯科大学病院 看護部 ICU・GHCU）

キーワード：クリティカルケア、患者の療養と生き方、生活者、シームレス

近年、クリティカルケアが注目を集めるようになった背景の1つとして、医療構造の変化と共に高度先進医療が多くの病院に普及し、医療が機能別分化されていくということがその背景にある。そのような中においては、最新の医療技術や医療器具によって命が救われる場面が増えてきているため、一般病棟の看護師であっても、生死の境をさまよな重症な患者さんへのクリティカルケアに携わる機会が増えてきていることは言うまでもない。このような現状の中で、患者の望む医療・ケアが行われその人らしく生き抜くことができるよう支援することがICU看護師・病棟看護師の役割として重要であり、患者家族と意図的に対話を行いそれぞれの価値観を明確にし、その考えを共有し調整していくことが重要かつ必要な役割であると考えている。

そのようなクリティカルケアを必要とする場にある患者と家族に対しても、自ら望む療養場所を考える生活者として捉えることが重要である。クリティカルな状況下であっても実現が可能となるように病棟や退院を見据え、ICU在室時から患者を生活者として多職種での関わりを検討し協働しシームレスなケアにつなげていくことが重要である。

そこで今回は、ICU在室時より患者を安全に患者家族の生活の場へとつなげていくことを目指し病棟管理が安全に行われ患者家族の目指す目標へと到達できるよう、当院で取り組んでいる内容についてお話していきたい。ICUから病棟への安全でシームレスな移行を目指し、病棟看護師も含めICUより患者家族へ関わる全ての職種で協働して取り組み、同時に直接関連のある看護師のみならず院内の認定看護師や専門看護師などリソースナースなどがクリティカルケアを必要とする患者の看護や急変時対応について看護師指導を行うなども行っている。このような事例をもとに、我々がやっている工夫と今後の課題を共有しICU看護師としての関わりを一緒に考えていきたい。

(2023年7月2日(日) 14:20～16:00 第2会場)

[SY6-4] 治療の場がかわっても patient-centered careを提供する多職種連携のコツ ～病棟からICU、そして病棟へ～

○三島 有華（東京医科歯科大学病院 集中治療部）

キーワード：critical care outreach team、patient-centered care、多職種連携

東京医科歯科大学病院では、2017年3月より Rapid Response Team (RRT)と Critical Care Outreach Team (CCOT)を兼ねた Risk Assessment System (RAS)を発足した。RASは集中治療医とICU看護師がチームとなり、急変の可能性のある患者やICUを退室した患者を対象に平日毎朝全病棟を回診している。新規介入依頼は回診時に依頼される場合と電話連絡でRASが起動される場合があり、1ヶ月に30件以上の新規介入例がある。

RASチームの活動内容は急変する懸念のある患者に対する診療だけでなく、医療従事者間の調整、倫理調整なども含む。我々が行ったRASチームの活動内容を分類した後方視的観察研究では、医療従事者間の調整はRAS介入事例の26%、倫理調整は9.6%で実施されていた。これらの調整はまず患者の病状と意向を把握し、主治医と病棟看護師から治療方針や困っていることを確認し、重症患者を治療・ケアするために必要なリソースを活用することで行われる。院内のリソースには、リエゾンチームや緩和ケアチームなどの他チーム、他診療科、コメディカルなどの人的資源、モニターや人工呼吸器、部屋などの物的資源がある。調整を円滑に進めるためには主治医や病棟看護師へ直接働きかけることが重要であり、場合によってはRASチームがコメディカルなどへ連絡する。これはICUで日常的に行っている多職種連携を拡張したものである。

RASは予期せぬ急変を予防するために開始されたが、重症患者へ patient-centered careを実践するための調整役でもある。患者が一般病棟で治療を受けているときから介入することで、治療を受ける場がICUと病棟を移動してもその過程で多職種連携の連続性を担保し、patient-centered careに必要な要素であるチーム医療を促進している。本発表では実際にRASチームが介入した症例を用いて、病棟とICU間で治療の場が移動した患者の治療やケアをどのように連携して行っているか提示し、我々が行っている工夫と課題を共有する。

パネルディスカッション

[PD1] パネルディスカッション1

大規模災害時のクリティカルケアのサステナビリティ

～医療現場のBCPとBCM～

座長：多久和 善子（昭和大学認定看護師教育センター）、中村 香代（国立国際医療研究センター病院 HCU病棟）

2023年7月1日(土) 15:20 ～ 17:00 第1会場 (5F 大ホール)

[PD1] 企画趣旨

[PD1-1] 序説～BCPとBCM～

○泥谷 朋子（東京医療保健大学 立川看護学部看護学科）

[PD1-2] 災害時の病院ICUのサステナビリティ

○熊野 耕（香川大学医学部附属病院 看護部）

[PD1-3] 救急医療とサステナビリティ（派遣とBCM）

○宮崎 博之（公立大学法人 福島県立医科大学附属病院 災害医療・高度救命救急センター）

[PD1-4] 国際災害支援とサステナビリティ

○大山 太（東海大学 医学部看護学科）

[PD1-5] 手術室のサステナビリティ

○山崎 範子（東京医科歯科大学病院 看護部）

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第1会場)

[PD1] 企画趣旨

キーワード：大規模災害、BCP、BCM

わが国は世界的にも国土面積に比して地震や津波、豪雨による自然災害の発生が多く、これまでにたくさんの災害を経験してきた。国内では今なお復興に取り組む地域があり、災害によって生活の変化を強いられ、取り戻すための努力が続けられている。そしてまた、次なる災害に備えるためにこれまでの被災経験から、起こりうることを想定して対策を積み重ねている。

このように災害の背景には、終わりなく災害サイクルが展開している。平時は災害への備えに努め、災害発生時には被害を最小限にとどめるための緊急初動対応にあたり、災害発生後にはできるだけ日常を持続させつつ、平時を取り戻すことに取り組む。緊急時の対応をしながらもできるだけ組織運営の質を保ち、平時の活動を継続させるための計画について、BCP（Business Continuity Plan; 事業継続計画）を策定し日頃から「その時」に備えることが求められる。

近い将来、高い確率で大地震の発生が予測されているほか、繰り返し起こる機構災害や火山活動の影響などに加え、災害発生時には多大な人的被害が同時に起こることが予測され、災害時にクリティカルケアの機能をいかに維持・継続するかは重要な課題である。大規模災害時のクリティカルケアを継続させるための日頃からの備えとして、BCP/BCMについて様々な立場からの意見を討議することが、当セッションの趣旨である。

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第1会場)

[PD1-1] 序説～ BCPと BCM～

○泥谷 朋子（東京医療保健大学 立川看護学部看護学科）

キーワード：クリティカルケア、災害、BCP、BCM、サステナビリティ

災害発生時、特にクリティカルケア領域は、業務内容は激変し、迅速で、適切な対応を求められる領域である。日常業務内容からかけ離れた医療看護提供が長期戦となった場合に、供給を断絶せざる終えない状況が生じ、従来の平時の状態を取り戻す際にも尽力が必要となる。

平成17年、国より企業・組織へ事業継続計画（Business Continuity Planning：以下、BCP）を策定することを求められ、各医療施設においても徐々にBCPを策定している状況にある。内閣府はBCPを「不測の事態が発生しても、重要な事業を中断させない、または中断しても可能な限り短い期間で復旧させるための方針、体制、手順等を示した計画のこと」と定義している。災害時の医療ニーズの変化に対応し、医療の提供を可能な限り継続する持久力や安定したクリティカルケアを提供することを目標に行動するためには、BCPを備え、さらにはその計画を活用していかなければならない。いわゆる事業継続マネジメント（Business Continuity Management：BCM）を実施していく必要がある。「経営レベルの戦略的活動として位置付け、BCP策定や維持・更新、事業継続を実現するための予算・資源の確保、事前対策の実施、取組を浸透させるための教育・訓練の実施、点検、継続的な改善などを行う平常時からのマネジメント活動のこと」と定義されている。

各施設においてBCPが策定されているが、それぞれの分野で活躍しておられる演者の方々に現状を発表していただく。

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第1会場)

[PD1-2] 災害時の病院ICUのサステナビリティ

○熊野 耕（香川大学医学部附属病院 看護部）

キーワード：ICU、集中治療、災害

厚生労働省(2007)は、集中治療室（以下、ICU）における安全基準の中で、「災害時などの非常事態にも、入院中の患者へ適切な医療が提供できるように、非常時の情報伝達方法などの適切な防災対策を講じること」としている。その後、医療制度を取り巻く環境も大きく変化したため、「日本集中治療医学会 集中治療室における安全管理指針」(2021)が作成され、災害時の具体的な対応項目が記載された。また、災害時の病院の役割は、病院機能を維持した上での被災患者を含めた患者すべての診療である（厚生労働省, 2013）とされている。これを踏まえたうえで、災害時のICUの役割は、ICUに在室している患者の安全確保と、院外からの重症患者を受け入れ、ICUにおいて集中治療・ケアを提供していくことであると考えられる。

日本集中治療学会は東京五輪開催前に、イベントやテロなどで多数傷病者が発生する事態に備えてICUがどのような対応するのかをまとめた「集中治療室(ICU)のための災害時対応と準備についてのガイダンス」を2018年に作成し、この理解を深めるために「災害時の集中治療室 日頃の準備から発災後まで－ICUの対応ガイド」(日本集中治療医学会, 2020)を発刊した。このガイダンスは対応する災害として多数傷病者発生時の対応をターゲットとしており、自然災害でライフラインが途絶した状況下のICUでの対応は十分想定していないとしている。しかし、災害が起きた際のICUの災害対応の柱となるコンセプトは十分に網羅されたもので、ICUの災害対策に携わる際には必ず出会う一冊となっている。

災害は、資源とニーズのバランスが崩れ平時の救急・集中治療が提供できず災害医療のモードへの切り替えを迫られる状況である。地震や水害はイベントを指す言葉であり、同じイベントでも施設の様々な要因が影響し災害医療モードになる場合と、平時の救急・集中治療の延長で対応できる場合がある。前述したガイダンスでは、危機的状況における、事案発生時の対応とそれを円滑に行うための事前の準備を8項目にまとめて提示している。これを参考に、各施設の実情に応じたオーダーメイドの対応策を、現場で働く人が作り上げていくことが実効性のある対応策となる。

災害を経験したICUがどういった被害を受けたのか、災害発生後の混沌とした状況をいかにして乗り切ったのかに関する報告は重要な知見を得られるものだが、被災した当事者が実施することは大変な負担となる。東日本大震災の被災地域のICUにおいて、阿部ら（2013）が集中治療医学会として調査をした研究発表は大変貴重な学びを得られる。災害の教訓、知見を集約する検証チームによる調査研究を学会等が行っていくことは、生きた教訓を未来へ伝える大変意義ある取り組みである。

パネルディスカッションでは、災害時のICUにおいてクリティカルケアの提供を維持していくための日頃からの準備についてディスカッションしていきたい。

| 阿部由希子, 宇都宮淑子, 引田美恵子他 (2013). 「東日本大震災において震度6以上の地震被災地域の集中治療室の被害状況と対応に関する調査」(第2報)～被災患者の受け入れ・勤務管理・災害対策について～. *看護研究集録*, 24, 27-30.

| 厚生労働省 (2007). *集中治療室 (ICU) における安全管理について (報告書)*.

| 厚生労働省医政局指導課長 (2013). *病院におけるBCPの考え方に基づいた災害対策マニュアルについて*.

| 日本集中治療医学会 (2021). *日本集中治療医学会 集中治療室における安全管理指針*.

| 日本集中治療医学会(2020). *災害時の集中治療室 日頃の準備から発災後まで－ICUの対応ガイダンス*, 東京:真興交易(株) 医書出版部.

(2023年7月1日(土) 15:20～17:00 第1会場)

[PD1-3] 救急医療とサステナビリティ（派遣とBCM）

○宮崎 博之（公立大学法人 福島県立医科大学附属病院 災害医療・高度救命救急センター）

キーワード：救急医療、災害医療、被ばく医療

2011年3月11日、あの日から13年。私たちの災害への備えは、どのように変化したのでしょうか。

大規模災害発生時、救急医療の現場では被災地へ医療者を派遣して現場支援をする担当と、病院内で被災傷病者の受け入れ対応及び、派遣したスタッフを後方支援する担当が必要となります。日常業務から、災害モードにスイッチを入れたときこれらの役割分担はどのように行われ、それに備えてどのような訓練を行っているのでしょうか。

また、平時から緊急度の高い患者の対応を求められ、多忙である救急のチームから派遣担当者を送り出してもなお、救急医療を継続しかつ、膨らむクリティカルケアへのニーズに対してどのように医療スタッフ、場所、資機材を分配するプランを策定して備えているのでしょうか。

いざという時に機動力がありかつ、パフォーマンスを維持する持続可能な BCM の実際について、現在の福島の実情を踏まえてお伝えいたします。

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第1会場)

[PD1-4] 国際災害支援とサステナビリティ

○大山 太 (東海大学 医学部看護学科)

キーワード：災害、海外支援

大規模災害発生時は、時に国際的な協力を要することもある。わが国は国際緊急援助隊をはじめとした日本国政府組織としての支援のみならず、多くの NGO 組織による国外への医療支援の実績がある。気候風土や文化の違う外国での大規模災害に、対象国の医療ニーズに応じた支援活動を行うことは大変難しいことである。このような我が国の国際緊急医療支援活動は被災国のためだけでなく、国内の災害時や平時の医療にも数々のメリットを与えている。災害時の国際支援活動では、被災国がどんなに小さな国であっても、開発途上の国であっても、国は自国民の生命と安全を守ることに責任をもっている。特に医療は独立国家個々が持つ主権そのものであり、緊急支援だからといって、支援者が好き勝手に、自国の医療の常識や価値観だけで傍若無人に行うことは許されない。特に、医療の水準が違う国において、その国の医療水準と大きく違う医療を提供することは、結果的に被災民に対して不幸な結果をもたらす。あくまでも災害時の緊急支援活動の目的は、その地の人々が早く平常を取り戻すことができるようにすることであり、それまでの繋ぎであり、再建のための手助けでしかない。状況により災害後、中長期的な支援が必要となる場合があるが、それでも、いつまでにどのように現地の人々が自立して生活できるようにするのか、そのための目標設定を明確にした支援活動計画が必要である。特に災害時の医療支援の難しさには、撤収時期をどのように見極めるかという問題がある。我々は支援に入ると同時に撤収のタイミングを考えて活動している。必要以上の支援活動は住民の自立の機会を奪い、復興の邪魔となる。撤収の時期を見極めるためには、客観的な数値データが重要である。疾病構造や患者数、発生場所などの推移は有益な判断材料となる。また、数字だけでは見えてこない情報については、地元の担当者、住民、他の支援者などよく話をしたり、情報交換をすることで見えてくるものもある。これら一連は Business Continuity Management (BCM) そのものである。災害支援、災害医療は何か大きなイベントの催事のように扱われ、一時の感情の高まり、ある種の同調圧力に盲目的に従ってしまうような行動になることも見受けられるが、それでは本当の被災者支援にはならない。現在、被災者がその後の生活を自らの力で取り戻し維持できるように、災害時の国際的な医療や救助の支援には様々な国際的なガイドラインがある。支援者はそれに従うことが求められており、守らない者は国際救援活動に加わることを認められないような時代になってきた。そのため国際的な災害支援活動に携わる者はこのような事をきちんと理解する必要がある。しかしこれは国際的な支援だけではなく、国内での災害支援活動、さらには平時の生活や業務においても基本的な大事な考え方につながる。ここで培った知識を元に、自分の本務先で BCM を行い、Business Continuity Plan (BCP) を考えればとても良いものとなるだろう。特に国際緊急支援活動は物理的にも文化的にも隔たりのある人々への支援であり、実際のこれらの経験や知識は日本国の底力となるものである。そして、それによって我が国が将来どんなに酷い災害に見舞われたとしても、優

れたレジリエンスでサステナビリティを実現する一助となり、特に我々は自国民に対して責任を持って医療を提供し続ける大切な力となるであろう。

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第1会場)

[PD1-5] 手術室のサステナビリティ

○山崎 範子 (東京医科歯科大学病院 看護部)

キーワード：手術室、災害、継続

当院の手術室は「患者さんが安全にかつ最良の手術治療を安心して受けられる場を提供する」をミッションに上げており、麻酔科、担当科医師、手術室看護師だけでなく、他科医師、臨床工学技士とも協働し、日々手術を行っています。手術室は15部屋あり、年間約8216件（2015年度）行い、夜間・休日も緊急に備え3名の勤務者がいます。

平日日中に地震が起こった東日本大震災では、約10室の部屋で手術を行っており、対応を行いました。また、災害拠点病院でもあるため、傷病者を受け入れるために夜勤者を増やし、対応しました。こういった経験をもとにアクションカード作りやマニュアル作成、BCP策定を行い、訓練を定期的に行うよう、年間計画を立てています。こういった経験や取り組みを紹介していきたいと思います。

パネルディスカッション

[PD2] パネルディスカッション2

クリティカルケアにおける高齢患者への支援—早期回復から看取りまで—

座長：小泉 雅子（東京女子医科大学大学院看護学研究科）、石川 幸司（北海道科学大学 保健医療学部看護学科）
2023年7月1日(土) 15:20～17:00 第5会場(2F 平安)

[PD2] 企画趣旨

[PD2-1] 高齢者の身体・認知面の特徴

○村田 洋章（防衛医科大学校 看護学科 成人看護学講座）

[PD2-2] 高齢者の栄養管理

○丸谷 幸子（名古屋市立大学病院 看護部 ICU・PICU・CCU）

[PD2-3] 高齢者のせん妄への対応

○三須 侑子（自治医科大学附属病院 看護部 高度治療部）

[PD2-4] クリティカルケアにおける高齢患者への支援—早期回復から看取りまで—高齢者が抱える終末期の問題

○小島 朗（大原総合病院 HCU/総合救急センター看護部）

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第5会場)

[PD2] 企画趣旨

キーワード：高齢者、クリティカルケア、早期回復

本邦では、高齢化の勢いが加速し、高齢社会は医療費の増大や介護スタッフ不足など様々な問題が指摘されている。医療技術の高度化に伴い、生命を守り QOLの向上に寄与している一方、高齢者ケアの意思決定などにおいて議論がなされている。高齢者は人生における経験が豊富であり、価値観も多様である。最期まで本人らしく生活するための支援が重要である。また、患者本人や家族の意思を尊重するだけでなく、医療としての適応も判断しなければならない場面も増えており、多面的な視点からのアプローチが求められ、意思決定支援における葛藤も多い。

高齢者は身体機能に加えて心理社会的にも脆弱になることが多く、フレイルに対する介入や健康寿命の延長が重要視されている。この介入を急性期から実践するためには高齢者の身体的特徴の理解が必要不可欠である。クリティカルケア領域では生命が危機的となっている対象者およびその家族が対象であり、高齢者ではこれら脆弱性を踏まえたケアに加え、今までの生活者としての視点から早期回復に向けた支援を実践する。そして、状況に応じて終末期から看取りのケアを実践するのである。

今回、このような高齢患者への支援を実践するにあたり、クリティカルケア領域の看護師として必要と考えられる知見、すなわち身体・認知面の特徴、栄養管理、せん妄、そして終末期についてパネリストに発表してもらおう。それぞれの提言や問題提起に基づき、クリティカルケアにおける高齢患者への支援のあり方について討論していきたい。

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第5会場)

[PD2-1] 高齢者の身体・認知面の特徴

○村田 洋章（防衛医科大学校 看護学科 成人看護学講座）

キーワード：高齢者、老年期

我が国の65歳以上人口が総人口に占める割合(高齢化率)は、2022年では約29%である。その後も高齢化率は上昇を続け、2036年に33%前後、2065年には38%前後に達すると推計されている。

このような現状を踏まえ、我々看護師が理解しておくべき加齢に伴う変化を身体や認知面を中心に概説していく。

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第5会場)

[PD2-2] 高齢者の栄養管理

○丸谷 幸子（名古屋市立大学病院 看護部 ICU・PICU・CCU）

キーワード：栄養、高齢者

超高齢社会である我が国では、集中治療を受ける高齢者の割合が増えている。高齢者は、その要因は複雑で個人差はあるが、一般的に栄養不良が問題となりやすい。低栄養はフレイル・サルコペニアを生じる一因となり、放置すれば不可逆的な栄養不良や、要介護状態といった高齢者の QOL低下につながる。集中治療室では、重篤な疾患による消耗や安静制限や絶食などの影響により、さらにサルコペニアを生じるリスクが高くなる。こうした状況を考えると積極的な栄養投与が必要に思われる反面、集中治療の分野では一般的に、重症患者での栄養投与は under feeding（必要量より少ない栄養投与）が侵襲期には望ましいとされる。積極的なエネルギー投与を実施するべきか、やめるべきか、何をどこからどのくらい、など患者ごとに背景が異なるため、一人ひとり検討する必要

がある。当院では週一回栄養カンファレンスを多職種で実施し、高齢者に限らず、すべての患者に対して必要な栄養投与量を決定している。これについて紹介したいと考えている。

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第5会場)

[PD2-3] 高齢者のせん妄への対応

○三須 侑子 (自治医科大学附属病院 看護部 高度治療部)

キーワード：クリティカルケア、高齢者、せん妄、ケア

せん妄は、入院期間の延長や死亡率などの上昇に寄与し、予後を悪化させる。また、長期的な視点では、集中治療後症候群などにも影響し、QOLの低下をもたらすといわれている。2020年には、診療報酬改定で「せん妄ハイリスク患者ケア加算」が導入され、また、日本クリティカルケア看護学会からは「せん妄ケアリスト (Ver.1) が公表された。せん妄ケアはクリティカルケア領域において、非常に重要な看護のひとつである。

せん妄は予防に勝る治療はない。しかし、クリティカルケアにおける高齢患者においては、高齢という準備因子に加え、直接因子として本領域に特徴的な急性疾患や重篤な症状がある。そのため、現実的にはせん妄を予防しきれないことも多いだろう。促進因子に対して、いかにケアをしていくかがポイントとなるが、高齢者に特有な視力や聴力の低下、適応力の低下といった要素はリアリティオリエンテーションもままならないなど、ケアを困難にさせる可能性がある。

高齢者は廃用症候群に陥りやすく、また、廃用症候群を合併すると回復するまでに多大な時間を要することになる。ひとたびせん妄を発症すると、合併症を予防する効果的なケアも困難となることがある。例えば、「手術後にせん妄の発症、安全な離床や効果的な排痰ができないことによる肺炎の合併、全身状態の悪化、せん妄のさらなる悪化や廃用の進行」というような負のループをきたす事例を経験することは少なくないだろう。せん妄を発症している中でも、(せん妄離脱を目標としながら)いかに合併症を予防し安全性や快適性を確保していくかという点も重要な視点である。

本セッションでは、クリティカルケア領域における高齢者のせん妄ケアについて、高齢者の特徴をふまえてどのように実践に取り組んでいるか、部署の取り組みについて事例を用いて紹介したい。「せん妄への対応」という切り口から、クリティカルケアにおける高齢者の支援について考えたい。

(2023年7月1日(土) 15:20 ~ 17:00 第5会場)

[PD2-4] クリティカルケアにおける高齢患者への支援 一早期回復から看取りまで一高齢者が抱える終末期の問題

○小島 朗 (大原総合病院 HCU/総合救急センター看護部)

キーワード：終末期、高齢者

「年齢90歳独居、デイサービスの職員が家に訪問した時に、体動困難で発見されました。顔色不良、四肢冷感およびチアノーゼあり。下肢の浮腫著明、意識は清明ですが呼吸苦しさを訴えています。家族は県外なので、後からケアマネが車で向かいます」と救急隊からホットラインが入りました。救急看護師は、「認知症があって独居ですよ」とため息をつきました。患者は、心不全を繰り返しており、心不全の末期状態です。施設を嫌がり訪問看護とサービス利用でなんとか生活を行っていた様子でした。ERでNIPPVを装着し、薬剤投与開始となり入院になりました。医師が息子に電話で病状説明を行うと「できることは全て行ってください」と言われました。県外に住む一人息子も60歳代であり、持病を持っているため来院できない状況でした。

このような患者および家族が入院した時にどのように看護 careを行いますか？予想される様々な問題が出てくると思います。例えば、「認知症であり自己決定ができるか?」「県外の家族の認識や理解度はどうなの

か?」「治療計画をどのように進めていくか?」「息子をサポートする人は誰なのか?」「心不全の末期であるため、急変時の対応は、すべてできることを行うのか?」「本人のACPはどうか?」など、考えないといけない問題はたくさんあります。これらの課題と向き合う中で「終末期」「高齢者」という文字でモヤモヤすることはありませんか?

そこで終末期の care方法の一つとして、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、日本クリティカルケア看護学会と日本救急看護学会では、救急・集中ケアの終末期看護の実践場面で活用できる「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」を策定しました。これは、5つの概念があり、①全人的苦痛緩和②意思決定支援③悲嘆ケア④チーム医療推進⑤組織体制整備で構成されています。これらの看護計画を立案し、調整や共有を行いながら、高齢者における人生の最後の看護 careについて事例を踏まえて紹介します。

パネルディスカッション

[PD3] パネルディスカッション3

今こそ、クリティカルケア看護師が RRSをリードすべき

座長：佐藤 憲明（日本医科大学付属病院看護部）、田村 富美子（聖路加国際病院 ICU）

2023年7月2日(日) 09:00 ～ 10:40 第3会場 (2F 桃源)

[PD3] 企画趣旨

[PD3-1] 北里大学病院の Rapid Response Systemの現状と課題

○森安 恵実（北里大学病院 集中治療センターRST/RRT室）

[PD3-2] 当院における Rapid Response Systemの現状と課題、今後の取り組みについて

○笹倉 祐輔（東京医科歯科大学病院 看護部）

[PD3-3] 中規模病院看護部 RRTの5年間における現状と課題

○菅 侑也（社会福祉法人親善福祉協会国際親善総合病院看護部）

[PD3-4] 心理的安全性を確保した CCORが院内急変を未然に防ぐ

○剣持 雄二（青梅市立総合病院 集中治療室）

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:40 第3会場)

[PD3] 企画趣旨

キーワード：RRS、クリティカルケア看護師、急性期充実体制加算

2000年初頭、米豪を中心に広まった Rapid Response System (RRS) は、海外では多くの論文が発表され、2015年ごろから医療の質を改善する結果が示されてきている。本邦では、2008年に医療安全全国共同行動における目標、2017年に医療機能評価の項目となり、2022年診療報酬改定に伴い、急性期充実体制加算の条件の一つとして、病院にあるべきシステムとして認知された。

RRSは導入すれば結果がすぐに出るという性質のものではなく、ある程度の要請件数の維持や要請遅延を減らす取り組みが必須であり、各施設で試行錯誤したプロセスこそが、RRSが定着する文化への変革に大事な要素であると考えられる。

このセッションでは、まず、上記を踏まえた本邦の現状と概要を共有し、各施設で試行錯誤している現状と課題を発表いただき、実態のあるRRSになるために、診療報酬改定後1.5年を経たこの時期に、クリティカルケア看護師がどのような役割を担っていくべきか、本邦のRRSを定着、発展させ、海外の現状に追いつけるよう課題を明らかにしたい。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:40 第3会場)

[PD3-1] 北里大学病院の Rapid Response Systemの現状と課題

○森安 恵実 (北里大学病院 集中治療センターRST/RRT室)

キーワード：RRS、クリティカルケア、医療安全

【はじめに】

当院の Rapid Response System[RRS]は、2011年に時間限定、病棟限定で開始され、2014年に全稼働となっている。2017年頃より定着の目安である25件/入院1000を超え、月々の起動件数は、80~100件を維持している。現在も課題はあるが、この件数を得られるようになるためには、相当の試行錯誤と活動をクリティカルケア看護師がリードしてきたと考えており、その内容について課題も踏まえて報告する。

【実践内容】

導入当初より RRSの構成要素である4要素を整えることをプロセスの骨子とし活動をしてきた。

1. 起動要素：起動するためには、RRSの意義を認識することが重要であり、起動する側の医療者への教育を重点的に行なった。最近では、部署単位が自らの部署文化の問題点を分析し、要請遅延症例を振り返ることができるように、リンクメンバーを育成している。
2. 対応要素：RRTメンバーの活動は、次の要請のしやすさに直結する。要請しやすい雰囲気を保つことと共に、医師からの要請も少なくないため、要請したことでの利益（状態の判断や介入の適切さ）が信頼を重ねる。RRTメンバーの内、初動が看護師であることが多く、その看護師が適切な重症度・緊急度の評価、今後の予測ができる必要があり、RRTメンバーの育成も重要である。
3. 管理運営要素：月一回委員会を実施している。構成員は、RRT医師2名（集中治療センター）、RRT看護師（専従）、GICU看護師長、コードブルー側の救急医師、救急看護師、救急外来看護師、医療の質・安全推進室、担当副看護部長である。前月のRRTやコードブルーの件数、要請遅延等の問題点、予期せぬ死亡の判定、このシステムの改善点等を話し合い、結果を院内の上層部が集まるリスクマネジメント委員会へ報告している。
4. 分析要素：上記委員会に報告すべき分析をRST・RRT室が行なっている。

【まとめ】

RRSは、院内全体のリソースを駆使し、患者を急変させないようにするシステムである。そのため、重要な場面において、クリティカルケア看護師が、実践、教育、相談の役割を担うことは容易に想像がつく。ICUの場だけでなくその経験を活かし、施設の全体を客観的に捉え、いかに状態を悪化させる前に覚知し、重症管理をせずに回復させていくかということが、今後のクリティカルケア領域の目指す方向となると考えている。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:40 第3会場)

[PD3-2] 当院における Rapid Response Systemの現状と課題、今後の取り組みについて

○笹倉 祐輔 (東京医科歯科大学病院 看護部)

キーワード : Rapid Response System

当院では、院内急変患者の予後改善を目指すために Risk Assessment System (以下 RAS) の運用を2017年3月から開始した。RASは一般的に Rapid Response System (RRS) と称される院内急変対応システムで、患者に対する有害事象を軽減するために迅速な対応を要する、バイタルサインの増悪を含む急激な病態変化を覚知して対応するために策定された介入手段である。

RASチームはICU医師、ICU看護師で構成され、単にRASチームへの連絡を待つのではなく、Critical Care Outreach Team (CCOT)と、Rapid Response Team (RRT)の両方の役割を担いながら、平日の緩和ケア病棟を除く院内全体をRASチームが回診している。RAS起動基準として、qSOFAを改変した3項目(呼吸回数22回/分以上、収縮期血圧90mmHg以下、意識状態の変化)に、何らかの懸念があるとスタッフが考えた場合を追加した4項目とし、1項目以上該当すれば回診時に報告するか、もしくはRAS担当医師に電話連絡できる体制を整備した。また、回診時には患者の評価および治療、ICUへの移動の決定といった活動を積極的に行っている。また、回診前には患者の電子カルテのバイタルサインの結果を自動で収集し、患者スクリーニングをRASチームでも実施し、患者をフォローする体制をとっている。

運用開始から約5年が経過し、ICUへの緊急入室患者の割合の増加や、病棟からのICUへの緊急入室患者の死亡率低下など、ある一定の成果は見受けられている。しかし、バイタルサインがRASの起動基準に抵触しても病棟スタッフから知らされないことや、病棟看護師がバイタルサインを電子カルテに入力する時間帯が異なること、RASチームと主治医でICU入室の判断が異なる場合、ICU入室へ繋がらないなど問題点があった。そのため、院内広報を通じながらRASの回診実績や電話連絡があった事例の共有とフィードバックを発信する取り組みを開始した。今後、さらにRASチームとして院内急変患者の予後改善だけでなく、急変の可能性がある患者を早期に発見していくためにも、RASチームと患者の病態の変化を発見する側の病棟スタッフとの意思疎通の改善をクリティカルケア看護師は担う必要があると考える。また、今後のRRSの発展に向けての取り組みなどもディスカッションを深めながら情報共有していきたい。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:40 第3会場)

[PD3-3] 中規模病院看護部 RRTの5年間における現状と課題

○菅 侑也 (社会福祉法人親善福祉協会国際親善総合病院看護部)

キーワード : RRS、RRT、中規模病院、専門看護師、認定看護師

当施設は横浜市にある病床数287床の二次救急拠点の中規模総合病院である。当施設RRTは、病棟看護師のアセスメントの支援体制構築を目的に2018年に発足した専門・認定看護師で構成された看護部主導のRRTである。

現在、RRTは輪番制で平日日勤帯に担当が要請時に出勤している。要請基準に基づいて病棟からの要請をうけた担当は当該病棟へ赴き、病棟看護師から詳細を確認し患者のフィジカルアセスメントを実施している。

NEWSによるリスク評価を行い、看護ケアや医師の診察依頼などリスクに応じた対応を行っている。対応した担当はRRT内の情報共有を行い、事後ラウンドで病棟看護師へフィードバックを図っている。病棟看護師対象のアンケートでは「報告しても医師が繁忙で対応してもらえないため不安にあるが、不安の相談でも看護師には相談しやすい」といった意見があり、医師へ報告する敷居が高い現状が示唆された。今年度より要請件数の多い当該病

棟に RRT担当を配属した結果、2022年度の報告件数102件のうち、担当への相談は全体の3割を占めていた。この結果から臨床判断能力の高いクリティカルケア看護師が RRTをリードすることは、患者の利益だけでなく看護スタッフへの心理的負担軽減に寄与すると考える。

今後の課題は RRTの人員確保と人材育成である。当施設 RRTの加入の基準は専門・認定資格を持った看護師としているため、人員確保が課題である。また、当施設の RRT発足目的である病棟看護師のアセスメント支援体制を構築する上でも、クリティカルケアに関する臨床判断能力を兼ね備えた人材育成が必要である。今年度より院内研修で RRT事例をもとにしたシミュレーション研修を導入した。今後は研修による効果や集中治療認証看護師制度や特定行為研修制度受講者の活用を検討している。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:40 第3会場)

[PD3-4] 心理的安全性を確保した CCORが院内急変を未然に防ぐ

○ 劔持 雄二 (青梅市立総合病院 集中治療室)

キーワード：心理的安全性

【現状】院内急変を未然に対応するために医師（救急・循環器・脳・呼吸器系）・医療安全管理室・看護管理室・看護師（クリティカル系の認定看護師）によるワーキングを2022年4月に立ち上げ、院内の RRS設置要項を作成。RRTコールと発動基準、ラウンド手順、実践後の症例検討、現場へのフィードバック方法を検討する過程で、RRSの役割を明確にし、運用手順を作成。看護師に対しては、臨床症状の増悪の徴候と症状の早期発見ができるよう e-learningを活用しオンライン研修（22のコンテンツ）を行い、動画視聴率は概ね80~90%で視聴後に確認テストを実施。RRS活動を周知するために、院内の各管理者に説明を重ね、「呼吸数は急変に関連する唯一のバイタルサイン」といった内容の広報誌を毎月発行(1~9号)。また、CCORとして、急変リスクの高い患者を把握するためにクリティカルケアの認定看護師が平日の日中に各病棟のラウンドを実施(2022年6月14日~2023年2月16日の中、相談件数：717件)。ラウンドするメンバーは心理的安全性を確保した姿勢を心がけている。ラウンドはICU退室患者を National Early Warning Score (NEWS)によるリスク評価と一般病棟看護師が quick SOFAに加え、“何かおかしい”と察知した患者を抽出することとし、それぞれの活動を開始。RRTとしてクリティカルケアの認定看護師が輪番で平日の日中に専用 PHSを携帯。予期せぬ急変が発生した際には M&Mカンファレンスを RRSワーキングメンバーが中心になり振り返りを行っている。

【課題】発足当初から PHS:コール件数が6件に留まっている。院内急変時の対応はコードブルーシステムが発令され現着した医師・看護師が対応に当たっており、対応後に全体で検証する機会が持てていない。看護師に対しては呼吸数測定の重要性を動画コンテンツや広報誌の活用やラウンドの際に教育・啓発活動をしているものの一般病棟で呼吸数測定率は10%未満に留まっている。EWSの測定を一部病棟から開始し、急変を未然に防ぐ試みをしている最中だが、呼吸数を測定する習慣が不十分であるため運用が進まない現状になっている。

パネルディスカッション

[PD4] パネルディスカッション4

ポストクリティカル患者・家族ケアの地域連携

座長：正垣 淳子（神戸大学大学院 保健学研究科）、古川 文子（東京医科歯科大学病院 看護部 ICU・GHCU）

2023年7月2日(日) 09:00～10:40 第4会場(2F 福寿)

[PD4] 企画趣旨

[PD4-1] ICU-病棟へ

Critical Care Outreach Systemの導入に向けて

○後藤 順一（河北総合病院 看護部）

[PD4-2] 第三次救急医療施設から在宅医療ケアにつなげる未来に向けて

○比田井 理恵（千葉県救急医療センター 看護局）

[PD4-3] シームレスな生活支援を目指して～連携部門の取り組み～

○西 奈緒（東京医科歯科大学病院 医療連携支援センター）

[PD4-4] ポストクリティカル患者・家族ケア-訪問看護の視点から-

○箱崎 恵理（千葉県看護協会 ちば訪問看護ステーション）

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:40 第4会場)

[PD4] 企画趣旨

キーワード：ポストクリティカル、地域連携、集中治療室、病棟、地域医療、訪問看護、患者、家族

クリティカルケアでは、生命の危機状態にある患者の命を救うだけでなく、その患者が住み慣れた地域で望むような生活を継続できるように、集中治療中から支援することが重要である。しかし、ポストクリティカル患者・家族は、生命の危機を乗り越えて地域へ戻っても、病気の後遺症や集中治療後症候群などの多くの問題を抱えることも少なくない。そのため、ポストクリティカル患者・家族が、住み慣れた地域で望むような生活を継続するためには、集中治療室・病棟・地域医療に携わる医療者が連携しながら患者・家族を支援することが求められる。今回、クリティカルケア・ポストクリティカルケアのスペシャリストをパネリストに迎え、ポストクリティカル患者・家族ケアの地域連携についてディスカッションしたい。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:40 第4会場)

[PD4-1] ICU-病棟へ

Critical Care Outreach Systemの導入に向けて

○後藤 順一（河北総合病院 看護部）

キーワード：クリティカルケア、Critical Care Outreach System

Outreach（アウトリーチ）とは働きかけることや、援助すること。手を伸ばすという意味の英語から派生したことばである。医療や社会福祉の領域においては、予防的な支援や介入的な援助が必要な場合、援助者が被援助者のもとへ出向き、具体的な支援を提供することを指す。クリティカル領域においても Rapid Response System（RRS）や Respiratory Care Support Team (RST)、Respiratory Care Team（RCT）などの様に、集中治療室（ICU）などのユニットから一般病床間での活動をしているシステムが存在する。しかしその活動は、人工呼吸に関する管理や、急変を未然に防ぐ対応という、ある範囲内での活動である。その中で Critical Care Outreach System（CCOS）は、ICU看護師におけるクリティカルケアサービスをICUの範囲を超えて一般病棟へも拡張し、ICU看護師と集中治療医が共同して運営するシステムである。ICUを退出した患者の術後疼痛や気管切開、人工呼吸管理に関する管理も行い、ICUでのケアを病棟でも継続続けるために、ICUと一般病棟の看護師間の臨床サービスおよび教育パートナーシップとして機能する。現在医療界ではICU-病棟という環境の違いや、看護師-他の医療職の様な職種の違いに対して、その間をいかにコーディネーションし、コラボレーションしてゆくかが重要視されている様に感じる。職種間の繋がりに関しては、合同カンファレンス等が多くの医療施設で浸透しつつあり、顔が見える関係として職種間のつながりもたれつつある。しかし、ユニット-病棟や病棟-在宅医療などの環境の変化に関するつながりは、まだそれほど浸透していなく、方法も明確化されていない現状である。しかし、今回述べたCCOSなどのシステムが浸透することで、ユニット-病棟間や隔たりが薄くなり、さらにはその先にある病棟-在宅間における患者へ良い効果が期待できると考える。今回は当院において活動し始めたICU-病棟間のCCOSに関して述べたいと思う。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:40 第4会場)

[PD4-2] 第三次救急医療施設から在宅医療ケアにつなげる未来に向けて

○比田井 理恵（千葉県救急医療センター 看護局）

キーワード：救急医療、患者中心の医療ケア、QOL、地域/在宅連携

人生100年時代と言われる超高齢多死社会にある中で、医療ケアにおいても高齢化を前提とした政策・対策が進められつつも、社会の更なる高齢化と少子化に向けてより一層の対応が求められている。一方で、個人とその多様性を尊重する社会へと移行しつつある中で、個々人の生き方における納得や満足などが重要事項となり、真の意味でその患者に提供する医療ケアの内容や質の適切性が問われる時代にもなっている。しかしながら、今後人口減少の一途をたどることになる我が国において、現場のマンパワー不足は解消され難く、このような中で個々の患者と生き方を尊重した“患者中心の医療ケア”を行うためには、これまで通りの医療・ケアの枠組みを見直し、新たな考え方や斬新な方略を取り入れることが必須になると予測される。これには職種や領域を越えて、国や地域全体でシームレスに、かつ諦めずに議論し続けていく必要があると考える。このパネルディスカッションの試みも、その小さな小さな一歩につながるものであるようお願いしつつ、演者として臨みたい。

当院は独立型の第三次救急医療施設であり、突然の発症・受傷により救急搬送される患者がほとんどである。中でも高齢重症患者は、ICUでの人工呼吸器管理に加え、長期臥床により集中治療後症候群(Post Intensive Care Syndrome:PICS)やICU-AW(ICU-acquired weakness)を合併することも多く、人工呼吸器離脱に時間を要する。このことから気管切開を余儀なくされ、一般病棟での加療経過を経て、回復期あるいは療養病院に転院となる場合が多い。しかし、一旦気管切開に至ると、その先の転院場所は限定されることになり、転院の調整が困難となるうえ、自宅に戻る機会を逸することにもなり得る。

生命危機から救命された高齢患者が、自身の生命予後を計りつつ、入院経過中に“家に帰りたい”“少しでも自宅で過ごしたい”と涙ながらに切望し、訴えることはしばしば見られる光景であり、患者のQuality of Lifeからしても当然なる願いである。しかしながら、その当然なる願いを叶えるにはかなりハードルが高い現状にある。このような願いを叶えるには、どのような条件が整えば可能となるのか。人工呼吸器装着のまま在宅医療につなげるためには何が必要で、阻害要因はどのようなことなのか。事例をもとに検討していきたい。

演者は、これまでこのような疑問を抱えつつも、そのことにしっかりと向き合えてこなかった。今回、このような発表の機会を頂いたことを契機にして、これまでの医療ケアのあり方や枠組みをカッコに入れて、急性期医療から地域または在宅医療につないでいくための医療ケアのあり方や方法を新たな視点から検討できるよう、現状と課題、そして可能性について皆様と議論できれば幸いである。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:40 第4会場)

[PD4-3] シームレスな生活支援を目指して～連携部門の取り組み～

○西 奈緒（東京医科歯科大学病院 医療連携支援センター）

キーワード：ポストクリティカル、地域連携、集中治療室、病棟、地域医療、訪問看護、患者、家族

クリティカル患者に対する退院支援は、病状や治療方針、患者家族の意思など、さまざまに揺れ動く状況のなかで、その後の生活をイメージしながら方向付けしていかなければならない。当院では、退院支援より広い視点を持ったケアを提供するため、「生活支援」ということばでその推進をはかっている。クリティカル患者の場合、これまでの生活をいちから再構築しなければならないケースが少なくなく、集中治療中からの早期着手と一般病床との情報共有・ケア継続が重要であるが、どうしても治療や処置が優先され、生活についてゆっくり考える機会が持てない、今はその時期ではないと考えることをやめてしまうのが現状である。そこで、院内連携部門の退院調整看護師と医療ソーシャルワーカーがユニットに出向き、多職種カンファレンスを開催する試みを行っている。クリティカル患者の今後の生活について、ユニット看護師に考えてもらうきっかけや視点を提供したり、具体的な支援内容の検討をしたりすることで、意識の高まりを感じている。連携部門としても、調整が必要な患者をいち早く覚知できるようになり、一般病床への橋渡しも円滑に行えるようになってきた。

また、院内すべての部署で、ひとりひとりの患者さんを中心にシームレスな支援を提供する体制を整えることは、さまざまな病期に応じて療養の場が変わっていくクリティカル患者にとって大変重要な環境である。連携を図式化し、看護部内組織を活用して発信することで、それぞれの部署で生活支援をつなげられ、またその支援を院内で完結させようとするのではなく地域まで視野を広げられるようになってきた。特に、退院調整看護師のバックアップを受けながら病棟看護師が直接地域と連携をとれるようになったのは、複雑な背景を持ったポスト

クリティカル患者が地域での生活に移行していく上でメリットも大きいと考えている。

ユニットでの多職種カンファレンス、シームレスな生活支援提供体制ともに、取り組みはじめたばかりであるが、現状と課題についてご紹介したい。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:40 第4会場)

[PD4-4] ポストクリティカル患者・家族ケア—訪問看護の視点から—

○箱崎 恵理 (千葉県看護協会 ちば訪問看護ステーション)

キーワード：ポストクリティカル、地域連携、訪問看護

急性期医療が進んだ現在、生命の危機状態にある患者の救命率が向上している一方で、疾患の後遺症や、集中治療室在室中あるいは、退室後に生じる運動機能や認知機能の低下が起こることが少なくない。そして、患者自身だけでなくその家族の精神面に影響を及ぼすことがある。

集中治療や看護を受けた後の「ポストクリティカル患者」は、一般病棟での治療・看護ケアなどの移行期を経て、地域へ戻ることが期待されている。退院後の通院が困難と判断された場合、入院中あるいは退院時に在宅療養への移行を考えなければならない。

在宅療養に移行する場合、病院の介護相談窓口や地域連携室が窓口になっている。地域連携室では、退院前に在宅医療の主治医やケアマネジャーの手配を進めている。訪問看護ステーションへは、地域連携室から連絡があることが多い。訪問看護ステーションでは、依頼を受けた際、在宅療養環境を整えるために介護保険が必要になることがあるので、入院中に介護保険申請をしているか確認している。

病院から在宅療養への移行にあたっては、退院時に行なわれるカンファレンスなどで、医療関係者を交えて、患者やその家族に、退院後の在宅での療養上必要な説明や指導をすることが大切だと考えている。退院後の訪問診療を担う在宅医、訪問看護師、薬剤師、リハビリ担当、ケアマネジャー、患者や家族を交えて退院時共同指導を行う。この退院時共同指導をとおして、今後の在宅医療の進め方を共有し、医療関係者だけでなく患者や家族がチームとなって、退院後の生活を支えていくことになる。

国では、高齢多死社会の到来にむけて、自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い共有する「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」の取り組みが進められている。在宅医療・看護で述べられるACPは「終末期」に向けたものと考えられることが多い。しかし、ACPは「終末」に向けたプランニングだけでなく、療養者（患者は退院後に「利用者」あるいは「療養者」と呼ぶことが多い）自身が、自分の受ける医療・ケアについて意思決定することができることを支援するプロセスである。ポストクリティカル患者・家族ケアの地域連携を経て、集中治療室・病棟・地域医療や介護福祉サービス関係者が支援することができ、ACPは実践可能なプランとなる。

このパネルディスカッションでは、訪問看護の視点から病院と地域連携の実際を示す。そして、ポストクリティカル患者が在宅療養に向けて必要な準備と連携について提案したい。

パネルディスカッション

[PD5] パネルディスカッション5

今求められる多職種連携

座長：津田 泰伸（聖マリアンナ医科大学病院）、荒井 知子（杏林大学医学部付属病院）

2023年7月2日(日) 10:10～11:50 第1会場 (5F 大ホール)

[PD5] 今求められる多職種連携

○森 みさ子¹, 齋藤 大輔², 山内 典子³, 酒井 郁子⁴ (1.聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 看護部, 2.公立学校共済組合関東中央病院 看護部, 3.東京女子医科大学附属八千代医療センター看護部, 4.千葉大学大学院看護学研究院 先端実践看護学研究部門 高度実践看護学講座/附属専門職連携教育研究センター/医学部附属病院総合医療教育研修センター)

(2023年7月2日(日) 10:10 ~ 11:50 第1会場)

[PD5] 今求められる多職種連携

○森みさ子¹, 齋藤大輔², 山内典子³, 酒井郁子⁴ (1.聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 看護部, 2.公立学校共済組合関東中央病院 看護部, 3.東京女子医科大学附属八千代医療センター看護部, 4.千葉大学大学院看護学研究院 先端実践看護学研究部門 高度実践看護学講座/附属専門職連携教育研究センター/医学部附属病院総合医療教育研修センター)

キーワード：専門職連携協働実践、専門職連携教育

急性期医療の場では治療や医療技術の発展に伴い、早期の在宅復帰を目指し在院日数はさらに短縮化しつつある。しかし、高齢化の急速な進展、高度医療の進歩にともない重症化かつ複雑化する患者が増加しており、今後もそれは加速する。このような患者の生命を救い、回復期・慢性期・暮らしの場への移行を支援するために医療者に求められる仕事の量・質は大きく変化してきている。専門職連携協働実践（Interprofessional Work：IPWもしくはInterprofessional Collaboration practice：IPCP）はその変化に対応するための鍵となる方法であり、これらを展開していく力が必要である。実際にIPWを意識して取り組みを進め、患者ケアの改善を実感している施設も多いことと思う。一方で、役割認識や知識の不足、価値観の違いなどの障壁から取り組みの難しさを感じている施設もあると推察される。多職種連携をどう実践の場で学び発展させていくとよいのだろうか。また、その際に看護職ができる行動は何であろうか。

この問いを深め、議論することは、患者ニーズに応える医療を提供していく私たちにとって重要と考える。そこで本パネルでは、臨床の場でIPW/IPCPを意識しながら実践している講師、システム構築に携わっている講師、基礎教育・卒後教育における専門職連携教育（IPE：Interprofessional Education）に関わっている講師を招聘し、議論の場を企画した。

まず、森みさ子先生（急性・重症患者看護専門看護師）からは、栄養サポートチーム（NST：Nutrition Support Team）における多職種実践について紹介いただく。NSTにおける地域連携を進め、急性期病院で「患者が痩せない」実践を行うことで地域に戻った患者のアウトカムを改善するべく実践されている。その過程で関わる者の知識・技術を活かし合えるようチーム内で働きかけてきたこと、今後のIPWにおける課題について述べていただく。

次に齋藤大輔先生（急性・重症患者看護専門看護師、特定行為研修修了者）から、急性期・周術期患者のセルフケア能力を高め、生活者としての患者のよりよいあり様を達成するための実践とチームコーディネーションについて紹介いただく。高度看護実践者として臨床判断プロセスを重視した実践をされていること、その過程で必要な多職種との目標共有と実践を相補する関係作りの重要性について言及いただく。

山内典子先生（精神看護専門看護師）からは、臨床倫理チームの多職種による協働のインタビュー調査の事例を紹介いただく。管理者との協働経験から、管理者の認識や考えについて考察されたことについても報告いただき、管理者とのパートナーシップについても考える機会としたい。多様な価値観からの意見を吟味しまとめる中ではコンフリクトも発生する。このコンフリクト・マネジメントについても言及いただく。

酒井郁子先生には、多職種連携に必要な実践能力（Competence）について整理いただいた後に、現在精力的に取り組まれているIPEの実際をご紹介いただく。これからの医療における、医師と看護師の協働的パートナーシップの在り方について実例や研究知見をまじえて解説いただく。私たちの中にある職種機能や教育理念に関する既成概念こそがIPEの発展を阻む壁となってしまうことへの気付きは、聴くもののメタ認知を更に促進することだろう。

魅力的な演者に共通する臨床や教育の場に向き合う「真摯さ」と報告される事実・考察は、IPW/IPCPに必要な能力を高めることや、IPEの組織的取り組みへの示唆に富むものになるはずである。是非とも会場に足を運んでいただき、ともに考える時間を共有したい。

パネルディスカッション

[PD6] パネルディスカッション6

クリティカルケアにおける国際基準— JCI認証施設における取り組み

座長：木下 佳子（日本鋼管病院 看護部）、櫻本 秀明（日本赤十字九州国際看護大学 看護学部）

2023年7月2日(日) 10:10 ~ 11:50 第5会場 (2F 平安)

[PD6] 企画趣旨

[PD6-1] 当院における JCI基準に基づいた疼痛管理の取り組みについて

○松岡 由起（名古屋大学医学部附属病院 看護部）

[PD6-2] 処置のための鎮静管理

○村岡 修子（NTT東日本関東病院 看護部）

[PD6-3] クリティカルケアにおける国際基準

—重症化予防及び急変の早期発見から救命における取り組み—

○水上 奈緒美（医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 高度臨床専門職センター）

[PD6-4] 急性期病院における国際患者安全目標（International Patient Safety Goals ; IPSG）

○浅田 美和（聖路加国際病院 QIセンター）

(2023年7月2日(日) 10:10 ~ 11:50 第5会場)

[PD6] 企画趣旨

キーワード：クリティカルケア、国際基準、品質管理

JCIとは、米国の第三者評価認証機関である The Joint Commissionの国際部門として、1994年に設立された非営利組織 Joint Commission Internationalの略称である。継続的な医療の安全と質の向上を目指し、世界で約1000施設 日本では約30施設が認証を受けている。

審査項目は、実践から組織管理まで約1200項目にわたり幅広く審査される。審査は、5から6日間3人程度の審査官により、書類審査・患者トレース・システムトレース・メディカルレビューなどで審査される。

筆者は長い間日本の医療の中だけで看護に携わってきたが、審査を受けてみて医療や看護への向き合い方・考え方の違いに驚かされた。JCIは、医療安全に対して重きを置いていて、転倒予防・患者確認・コミュニケーション・手術の安全管理・感染について「国際患者安全目標」を掲げ、ポリシーを決め遵守すること・指標を決め効果を確認することを徹底的に要求された。また、従来の日本の医療の中では、術後疼痛やがん性疼痛といった限られた領域での「疼痛管理」が語られてきたが、JCIでは、「すべての患者に対する疼痛管理」を要求され、入院・外来に関わらずすべての患者に疼痛アセスメントと疼痛管理が求められ、またその効果も実証することが求められている。私たちが学会などで検討してきた鎮静については、主に人工呼吸器を装着した患者に対する鎮静を取り扱ってきたが、JCIでは「処置のための鎮静管理」について焦点化し、内視鏡や血管撮影等処置を行うときに一時的に鎮静することを「処置鎮静」と呼んで安全管理を重視している。また、急性・重症患者看護専門看護師として1次救命処置や2次救命処置の普及・異常の早期発見・RRTなどに努力してきたがなかなか普及できなかったこともJCIが「重症化予防及び急変の早期発見から救命」について一連の審査項目として掲げてくれていることで大きな後押しになった。

JCIは、審査は厳しく整備しなければならないことも多いが、活用の仕方によっては、医療の質を上げるツールとして価値があると考えている。今まで、日本の医療の中で育ててきた自分たちの医療を今一度世界基準と比較し、考え直すチャンスとなればと思って企画した。また、専門看護師や認定看護師の皆さんが取り組むべき新たな課題のヒントになればと考えている。

今回は、クリティカルケアに特に関連した「国際患者安全目標」「疼痛管理」「処置のための鎮静管理」「重症化予防及び急変の早期発見から救命」を取り上げ、認証施設における取り組みについて紹介する。

(2023年7月2日(日) 10:10 ~ 11:50 第5会場)

[PD6-1] 当院における JCI基準に基づいた疼痛管理の取り組みについて

○松岡 由起 (名古屋大学医学部附属病院 看護部)

キーワード：JCI、疼痛管理

当院は、2019年に国立大学病院で初めてJCIの認証を取得し、2022年に認証の更新が認められました。JCI受審にあたり、当院では緩和ケアチームが中心となって「すべての患者に対する疼痛管理」の手順書を作成しました。それまでは、患者に対する疼痛の評価指標は院内共通のものではなく、各病棟や部門ごとに設定した指標を用いていたため、疼痛の評価方法やタイミングも異なっていました。そこで、疼痛管理の方法を院内で統一することにより、どの病棟や部門においても、患者の疼痛管理が適切なタイミングで同じように実施できるようになりました。例えば術後ICUに入室した患者が一般病棟に退室した場合、ICUでも病棟でも同じ評価指標を用いるため、患者の痛みが生じるタイミングや鎮痛薬の効果を共有することができ、療養の場が変わっても、患者は切れ目のないケアを受けることができるようになりました。また、すべての患者に対して診察時に疼痛評価を行うことにより、例えば処置の前後に適切な疼痛管理が実施できるようになりました。

本パネルディスカッションでは、「すべての患者に対する疼痛管理」についての当院の取り組みをご紹介します。皆様とディスカッションさせていただきたいと思っております。

(2023年7月2日(日) 10:10 ~ 11:50 第5会場)

[PD6-2] 処置のための鎮静管理

○村岡 修子 (NTT東日本関東病院 看護部)

キーワード：処置、鎮静、管理指針

処置のための鎮静を安全に実施するためには、鎮静に関する原則や手順、業務にかかわる職員の教育と研修を定め、運用することが重要と考える。鎮静が不十分であれば患者に苦痛を与え、鎮静が過剰になれば心肺停止など重篤なインシデントの発生につながる可能性がある。そこで、NTT東日本関東病院（以下、当院）では、「処置鎮静管理指針」を作成し運用してきた。

指針の中には、用語の定義、原則や手順、スタッフの資格・研修が定められている。当院では、処置用の鎮静を「鎮痛剤の使用の有無に関わらず、鎮静剤を投与し、患者が心肺機能を維持した状態で痛みを伴うまたは不快な処置に耐えることができるよう意識レベルを変化させるもの」と定義しており、原則や手順は項目別に定めている（表1）。また、鎮静を施行する医師とモニタリングする看護師の要件として、1年に1回院内研修を受講する、鎮静が行われる部署に1名以上 ACLSに相当する資格をもつ医師が勤務している、看護師はすべて BLSを取得し2年ごとに更新することなどが定められている。

これらの取り組みの結果、重篤なインシデントは発生せず経過している。また、鎮静薬を変更することで、患者の合併症予防や看護師の業務改善につながった事例もある。例えば、当院では、内視鏡的粘膜下層剥離術の治療時にサイレースを使用していたが、プロポフォールに変更した。サイレースの消失相の半減期は24時間、プロポフォールは51分のため、患者は早期に安静時間が解除され、長時間の臥床による呼吸状態の悪化や転倒転落を予防できるようになった。そして、看護師は、治療後に患者の覚醒を複数回モニタリングする必要がなくなった。看護師は、患者状態が Aldrete Score9点以上になるまで、15分間ごとにバイタルサインを計測することが指針では定められている。

一方、スタッフの資格・研修においては課題が残る。院内研修は、e-ラーニングを実施しているが100%の受講率には至っていない。また、看護師に対する BLS研修は十分に整えられているが、その他の職種は十分とは言えない現状にある。

そこで、本パネルディスカッションでは、まず、当院における「処置鎮静指針」の内容と運用、課題について話題を提供し、次に、指針を整備する方法や課題を解決する方法について皆さんとディスカッションしたいと考える。

(2023年7月2日(日) 10:10 ~ 11:50 第5会場)

[PD6-3] クリティカルケアにおける国際基準

ー重症化予防及び急変の早期発見から救命における取り組みー

○水上 奈緒美 (医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 高度臨床専門職センター)

キーワード：重症化予防、MET

現在、多くの医療施設において、Rapid Response System (RRS) や、Medical Emergency Team (MET) の起動が普及し、入院患者の有害事象を減少させる取り組みが盛んである。特に、クリティカルケア領域に従事する医療者においては、患者の重症化を予防する取り組みは非常に重要な事項ではないだろうか。

JCI承認基準での、患者中心型の基準 (Patient-Centered Standards) における患者のケア (Care of Patients) では、患者の状態変化の認識を行うことと、その対応や蘇生について訓練されていることが求められており、当院でも承認基準に準じて組織管理、院内教育、実践までを常に見直し、その質の向上に向けて取り組ん

でいる。ここでは、JCI承認基準に準じた、重症化予防及び急変の早期発見から救命における当院の取り組みについて紹介する。

当院では、集中治療部医師を中心としたMETを2015年に導入し、MET起動基準や、急変予防については集中ケア・救急看護認定看護師を中心に院内スタッフ教育に携わっている。MET起動については、定期的に主要メンバーにおいてレビューを行い、問題点の抽出と改善に向けた取り組みを行なっている。

患者の容態変化は、看護職だけが関わるものではなく、院内全ての医療スタッフがその対応を求められる。当院では、多職種に一次救命処置（Basic Life Support;BLS）、医療職には二次救命処置（Advanced Cardiovascular Life Support;ACLS）の定期的な受講を義務付けている。また、各部門や病棟にはBLSまたはACLSの院内インストラクターを配置しており、自部署の救命処置の質向上に貢献している。

JCI承認は3年毎に更新審査を受ける。承認基準に準じて院内全体で組織的に全ての事項については定期的な評価や模擬審査を行い、指摘事項について改め改善させている。

承認のみならず、常に高水準の医療の質向上と維持が求められるが、JCIの承認基準はより明確にその水準を示すものであり、我々もそれに応えることで患者家族の安全と安心に貢献していくことが最も重要であると考えている。

(2023年7月2日(日) 10:10 ~ 11:50 第5会場)

[PD6-4] 急性期病院における国際患者安全目標（International Patient Safety Goals ; IPSG）

○浅田 美和（聖路加国際病院 QIセンター）

キーワード：患者安全、医療の質改善、Joint Commission International

Joint Commission International（JCI）では、病院が提供する医療・ケアがJCI基準に合致しているかについて、13分野にわたる約1,200項目の具体的な測定項目に基づき、評価が行われる。13分野の審査項目のうち、最も重要とされるのが、国際患者安全目標（International Patient Safety Goals ; IPSG）であり、以下の6つの目標からなる（Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 6th edition.）。

- IPSG.1 患者を正確に識別する
- IPSG.2 効果的なコミュニケーションの改善を図る
- IPSG.3 ハイアラート薬の安全性を高める
- IPSG.4 安全に外科手術を行う
- IPSG.5 医療関連感染のリスクを低減する
- IPSG.6 転倒転落による患者の危険リスクを低減する

IPSGは、1項目でも未達成（Not Met）と判定されると、認証を得ることができないという非常に重要な審査基準である。つまり、IPSGは、国際的に信頼される病院としての最低基準ともいえる。IPSGは、患者安全のための具体的な改善を促進することを目的としており、医療において問題がある領域を重点的に取り上げ、エビデンスに基づく解決策を実践するための指標である。特に、安全かつ高品質の医療を提供するためには、堅実なシステム設計が必要不可欠であるという考えのもと、システム全体の解決策に焦点をあてている。そのため、IPSG達成のためには、組織全体でシステムそのものを見直し、改善に取り組む姿勢が求められる。

当院では、IPSGのすべての項目について、方針・手順を策定し、院内全体での標準化を図った。標準化にあたっては、院内のこれまでの慣習に基づくのではなく、国内外のガイドライン等でエビデンスが認められた手法を採用することが求められる。さらに、作成された方針・手順が審査基準を網羅した完璧な内容であっても、それが臨床現場に浸透し、全職員が日常的に実践していなければ意味がない。実際のJCI審査時のトレースでは、方針・手順どおりの実践が行われているかどうかについて、臨床現場の観察や職員への質問を通じて確認される。たとえば、廊下ですれ違った清掃スタッフに対し、サーベイヤーから「手指衛生を実施するタイミングを教えてください。今ここで実際にやって見せてください。」という質問がされることもある。

JCIにおける患者安全・医療の質改善では、エビデンスに基づく医療の「標準化」に加え、「継続的な改善活動」が求められる。たとえば、当院では、IPSG.5（医療関連感染のリスク低減）に関連して、病棟に設置されたカメラを用いた直接観察法により、職員の手指衛生実施率を測定し、四半期毎に全職員にデータのフィードバックを行っている。そのうえで、部署毎に対策を検討・立案し、改善活動に取り組むというPDSAサイクルが定着している。改善が認められた部署には、表彰やギフト贈呈などにより、職員のモチベーションを維持するための工夫も行っている。そして、この「継続的な改善活動」を支えるのが、医療の質指標（Quality Indicator）を用いた医療の質改善（Quality Improvement）活動である。当院では、JCI認証以前の2005年からQI活動を実施しており、IPSGに関しては、継続的なモニタリング指標として、QI指標を活用している。

当日は、当院におけるIPSGに関連した「標準化」と「継続的な改善活動」の取り組みの実際を紹介し、急性期病院におけるIPSGの意義を考えたい。

パネルディスカッション

[PD7] パネルディスカッション7

高度医療とともに生きる人への援助

座長：山中 源治（日本赤十字看護大学看護学部）、高橋 知彦（筑波大学附属病院）

2023年7月2日(日) 13:10～14:50 第4会場(2F 福寿)

[PD7] 企画趣旨

[PD7-1] 高度医療を受ける患者の退院後を見据えたクリティカルケア

○塚田 容子（東京医科歯科大学病院 看護部 集中治療部）

[PD7-2] 集中治療室における患者のリハビリテーションのあり方

○堀部 達也（東京女子医科大学）

[PD7-3] 高度医療を受ける患者のこれからについて -臨床工学技士の視点から-

○江口 友英（日本大学病院 臨床工学室）

[PD7-4] 在宅で高度医療を受ける患者の支援

○小澤 敬子（ゆみのハートクリニック/ゆみの訪問看護ステーション）

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:50 第4会場)

[PD7] 企画趣旨

キーワード：高度医療、多職種、生活者、クリティカルケア、ポストクリティカルケア

近年、益々発展する高度医療の中で看護師の役割は多岐にわたる。特にクリティカルケア領域では重症患者に対してグローバルスタンダードを意識した集中的かつ高度ケアが行われる。さらに患者をひとりの「生活者」として捉えたとき、病期や領域、療養環境を超えシームレスにケアが提供される必要があるため、多職種で持続可能な質の高いケアの方略を考えなければならない。

そこで今回は、様々専門家の立場から【高度医療とともに生きる人を支える】ために必要なエッセンスについて考える。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:50 第4会場)

[PD7-1] 高度医療を受ける患者の退院後を見据えたクリティカルケア

〇塚田 容子（東京医科歯科大学病院 看護部 集中治療部）

キーワード：高度医療、クリティカルケア、ナラティブ、全人的

クリティカルケア領域には、生命維持のために高度医療を受ける患者が多くいる。近年、体外式膜型人工肺装置や補助人工心臓といった高度機器を使用する患者や最先端治療を受ける患者が増えている。このような患者の多くは重症病態を呈しており、自由に話したり動いたりすることは難しい。しかし、このような患者も当然ながら、それまではその人なりの日常生活を送っていた人である。故にクリティカルケアに従事する看護師は、生活者である患者の人生や生活を見据えてケアをする必要がある。

重症病態を管理するクリティカルケアにおいてグローバルスタンダードかつエビデンスをベースにした身体的治療が重要なのは言うまでもない。一方で、これまでどのような人生を送ってきたのかを含めて患者を全人的かつナラティブベースで捉えることが、退院後の人生を見据えたケアへ自ずとつながっていくと考える。患者を生活者として捉えたとき、集中治療室での療養期間はその人の長い人生のほんの一部であろう。物言えぬ患者の多様な価値観や思いに迫り、その人の人生を知ろうと心を傾けることが重要である。

そこで、患者自身から情報を得ることは容易ではないクリティカルケア領域で患者自身に接近し、理解を深める方略を共に検討したい。看護師の関わりだけでなく多職種を含めたチームでの取り組みも共有したいと考えている。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:50 第4会場)

[PD7-2] 集中治療室における患者のリハビリテーションのあり方

〇堀部 達也（東京女子医科大学）

キーワード：リハビリテーション、Early Mobilization

近年の医学の進歩は以前に比べ早く臨床へ昇華される速度も同様である。我々医療者は高度に発展する医療に対しスピーディーに順応することが求められている。集中治療室におけるリハビリテーションもその影響を受けており、対象者となる患者の集中治療におけるアウトカムは「生存率」から、「日常生活動作(ADL)の自立度」に変化し患者を生活者として捉えている。そして集中治療室での「リハビリテーション」は「Early Mobilization」という言葉へ変化した。「リハビリテーション」の語源は「再び社会に適応する」という意味だが、「Early Mobilization」には「生活者のままで」という意味が込められているのではないのでしょうか？目の前の高度医療を受けている患者に適切なタイミングで「おはようございます」と「おやすみなさい」を伝えるた

めに何が必要か？を考えたいと思います。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:50 第4会場)

[PD7-3] 高度医療を受ける患者のこれからについて -臨床工学技士の視点から-

○江口 友英 (日本大学病院 臨床工学室)

キーワード：高度医療機器、タスクシフト、シェア

2024年4月、時間外労働の上限規制が医師にも適応される。それに伴い、手術室、救急医療、集中治療分野では、医師不足が原因で高度医療の質が下がり、患者の退院までのプロセスが遅延し、元の生活に戻ることが困難になる可能性がある。

この事態を避けるため、臨床工学分野では、2021年臨床工学技士法が一部改正され、生命維持管理装置を用いて行う治療において、輸液ポンプ、シリンジポンプ使用を前提とした静脈路確保、薬剤投与、抜針および止血、内視鏡下手術における体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラの保持および操作が認められた。

また、日本看護協会においても、国民に必要な医療が安全に提供され、看護師のさらなる専門性の発揮により、適切な医療がタイムリーに提供されるよう、2022年6月に「看護の専門性発揮に資するタスク・シフト/シェアに関するガイドライン及び活用ガイド」が公表された。具体的には、医師から「指示形態」について述べられており、看護師のプロトコル活用の推進が明記してある。

本セッションでは、当院で使用しているプロトコルや臨床工学技士が行っている対策について述べる。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:50 第4会場)

[PD7-4] 在宅で高度医療を受ける患者の支援

○小澤 敬子 (ゆみのハートクリニック/ゆみの訪問看護ステーション)

キーワード：在宅医療

在宅医療を受ける患者の割合は、本邦では3.4% (2018年) となっている。在宅医療の診療報酬点数は、2008年から10年間で約1.8倍の伸びとなっており、在宅医療の需要は高まっている。また心不全患者の罹患者数は約120万人おり、それは高齢化により今後更に増え続けると予測されている。その心不全に特化し、当法人では外来・訪問診療・遠隔看護・訪問看護の部門を設け、在宅医療を行っている。在宅医療には限界があるように思われるが、高度医療として、法人開設以来2022年までに在宅カテコラミン管理患者数は、51名、植込型補助人工心臓管理患者数は、15名経験した。病院と連携し、心臓移植後や補助人工心臓離脱後の継続訪問看護も行っている。また、クリニカルシナリオ (CS) でCS1の状態にある患者に対し、自宅で利尿剤注射やASV装着を行い、訪問診療と訪問看護の連携で初期治療を行い、入院せず寛解したケースも経験している。自宅では地域で生活するその人本来の姿があり、治療において家族を含めた患者の持つ力が十分発揮される。

このセッションでは、在宅で高度医療を受ける患者の実際の支援について報告する。

パネルディスカッション

[PD8] パネルディスカッション8

より質の高い看護に向けたスペシャリストとジェネラリストの協働 ～ Win-Winに協働するための秘訣とは～

座長：比田井 理恵（千葉県救急医療センター 看護局）、川原 千香子（昭和大学 医学部医学教育学講座）
2023年7月2日(日) 13:10～14:50 第5会場 (2F 平安)

[PD8] 企画趣旨

[PD8-1] スペシャリストとジェネラリストの協働～スペシャリストの立場から～

○生駒 周作（公立陶生病院 救命救急センター-ERICU）

[PD8-2] 重症呼吸不全患者の効果的なリハビリテーションの継続

～ ICUと一般病棟の連携に焦点を当てて～

○原田 佳代子（千葉県救急医療センター ICU-A）

[PD8-3] より質の高い看護に向けたスペシャリストとジェネラリストの協働

～ Win-Winに協働するための秘訣とは～

○佐藤 悦子（医療法人鉄焦会 亀田総合病院 看護部 ICU）

[PD8-4] クリティカル領域における多職種連携

～ 診療看護師（NP）に求められるスペシャリストとしての実践とは～

○森塚 倫也（国立病院機構長崎医療センター 統括診療部脳神経外科）

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:50 第5会場)

[PD8] 企画趣旨

キーワード：スペシャリスト、ジェネラリスト、協働、質の高い看護

個々の人間性や多様性を尊重する時代となり、看護においても個別性を考慮したケアの提供が求められるようになってきています。看護の仕事は、多くの看護師がケアを積み重ね、つないで、患者・家族の目標達成を目指していくものです。このプロセスにおいては、その患者に応じた効果的な看護ケアをどのように組み立て、提供していくかによって、その成果も大きく異なるものになります。

本シンポジウムは、臨床現場においてスペシャリストとジェネラリストがどのように協働すれば、患者・家族の目標達成を効果的に成し遂げられるのか、また、それぞれの役割を担ううえでやりがいや満足を感じられるのか、の2つをテーマとして議論を行う中で、何らかのヒントを得ることを期待するものです。演者の皆様には、それぞれの立場からスペシャリストとジェネラリストの協働により効果的な患者・家族ケアが可能となった事例を挙げてもらい、その要素や秘訣、役割分担のあり方などについて、ご自身の経験や意見をご提供いただき、議論につなげることを期待しています。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:50 第5会場)

[PD8-1] スペシャリストとジェネラリストの協働～スペシャリストの立場から～

○生駒 周作（公立陶生病院 救命救急センター-ERICU）

キーワード：スペシャリスト、ジェネラリスト、協働

皆さんは、「スペシャリスト」と「ジェネラリスト」と聞いて、どんな看護師を思い浮かべるだろうか。また、今後の自分自身のキャリアプランとして、どちらの道を想い描いているだろうか。一般に、前者は「専門性をトコトン極める」、後者は「幅広い分野に精通している」看護師として広く周知されている。では、患者により良い医療や看護を提供するうえで両者に大きな役割の違いはあるのだろうか…。皆さんが目指すべき道は…。私は、日頃から、スペシャリストとジェネラリストが手を取り合い、協働することで大小様々な成果をあげる場面に遭遇している。今回、当院における私自身の経験について、集中ケア認定看護師（スペシャリスト）の視点から報告する。また、会場でのディスカッションを通して、より質の高い看護を目指してスペシャリストとジェネラリストが協働するためのコツやヒントを共有する機会としたい。さらには、今後のキャリアプランを描くための一助となれば幸いである。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:50 第5会場)

[PD8-2] 重症呼吸不全患者の効果的なリハビリテーションの継続 ～ICUと一般病棟の連携に焦点を当てて～

○原田 佳代子（千葉県救急医療センター ICU-A）

キーワード：病棟間連携、重症呼吸不全患者、リハビリテーション、継続看護

人工呼吸器離脱困難でICUに長期入室した患者に対し、CNSが介入することでICUと病棟間で効果的な連携ができ、患者の回復に繋がった。情報共有、リハビリテーションの開始・中断基準に対するアドバイス、多職種間の調整をCNSが行い、病棟業務の調整と看護計画の作成を病棟看護師が行った。患者の療養環境が大きく変化する際に、個別性に合わせた看護を継続して提供するためには、病棟間を横断的に活動するCNSの力が重要な役割を

持つ。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:50 第5会場)

[PD8-3] より質の高い看護に向けたスペシャリストとジェネラリストの協働 ～ Win-Winに協働するための秘訣とは～

○佐藤 悦子 (医療法人鉄焦会 亀田総合病院 看護部 ICU)

キーワード：スペシャリスト、ジェネラリスト、協働

当院 ICUでは、医療の高度化、複雑化、マンパワー不足、低キャリア化等多くの課題がある中、「スペシャリスト」「ジェネラリスト」それぞれの知識、技術、役割を発揮することが求められている。複雑な病態や社会背景をもった患者へ他のスタッフと協力し、安全で質の高い看護を提供できるよう行動している。今回、補助循環離脱困難患者の終末期看護の事例を通して、スペシャリストとの協働を振り返り報告する。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:50 第5会場)

[PD8-4] クリティカル領域における多職種連携 ～診療看護師（NP）に求められるスペシャリストとしての実践とは～

○森塚 倫也 (国立病院機構長崎医療センター 統括診療部脳神経外科)

キーワード：診療看護師（NP）、多職種連携、チーム医療

脳神経外科領域における医療は日々、高度化・専門化している。また、高齢化により患者の多くは併存疾患を抱え、社会的問題も加わることで複雑化している。多様化した医療ニーズに応えるために、各分野・職種においてスペシャリストの育成が進められてきた。看護のスペシャリストの存在は、専門性を発揮できる優れた医療チーム構築に繋がり、複雑な健康問題を抱える患者・家族へ対しても質の高い医療・看護の提供に寄与するものと期待される。

一方で、臨床においては各職種・専門家間でのセクショナリズムに直面することもある。また、慢性的な看護師不足、脳神経外科医師の過重労働といった課題もあり、今後、医療のあり方は大きく変化していくものと予想され、現在はその過渡期と思われる。医師、看護師の人材育成・確保も必要だが、今ある人的資源を活用し効果的かつ効率的で質の高い医療を提供することも重要である。

国立病院機構長崎医療センターでは、チーム医療の拡充、地域医療の連携強化を目的として2014年度より診療看護師（NP）を導入し、2016年度より脳神経外科に従事している。脳神経外科患者は、クリティカルケアニーズが高く、今回、症例を通して診療看護師（NP）がどのような様に多職種と協働・連携しているかを紹介する。診療看護師（NP）は、看護を基盤として医学的知識を身につけることで、直接的なケア能力、チームマネジメント能力の習熟が求められる。また、チーム医療を円滑化し、各職種の専門性・効果を最大限に発揮できるよう支援するスペシャリストとしての役割を診療看護師（NP）が担うことで、前述した課題の中でも持続可能な医療提供システムになるのではないかと考える。本セッションを通して、より質の高い看護に向けたスペシャリストとジェネラリストの協働について皆様と一緒に探究していきたいと考える。

パネルディスカッション

[PD9] パネルディスカッション9

PICS予防の障壁と成功のための秘訣

座長：井上 昌子（東北大学病院 看護部）、伊藤 伸子（青森県立中央病院 看護部）

2023年7月2日(日) 14:20 ～ 16:00 第1会場 (5F 大ホール)

[PD9] 企画趣旨

[PD9-1] PICSの最新知見と予防を指向した栄養療法

○井上 茂亮（神戸大学医学研究科 外科系講座 災害・救急医学分野）

[PD9-2] PICS予防のための多職種カンファレンスの成果と課題を考える

○中村 真巳（埼玉医科大学国際医療センター）

[PD9-3] PICS予防の障壁と成功のための秘訣 一理学療法士の立場から一

○寺山 圭一郎（東邦大学医療センター佐倉病院 リハビリテーション部）

[PD9-4] PICS予防の障壁と成功のための秘訣

○茶谷 奨（医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院 精神科）

(2023年7月2日(日) 14:20 ~ 16:00 第1会場)

[PD9] 企画趣旨

キーワード：PICS予防とケア、多職種協働、持続可能

近年、クリティカルケア領域において、PICSは重要な課題として広く周知されています。その一方で、どのように予防やケアを実践していけばよいのか、臨床の現場で迷いや悩みは尽きません。

PICSの予防対策としては、ABCDEFGHバンドルが推奨されています。バンドルを実践し、成果をあげ継続していくためには様々な障壁を乗り越えなければならず、多職種協働が重要なカギを握っています。本セッションでは、集中治療医、看護師、理学療法士、精神科医らパネリストによるPICS予防やケアのコツを紹介します。様々な専門的知見からディスカッションを展開し、参加者へのTake home messageとして、具体的かつ持続可能な提言を導きたいと考えています。

(2023年7月2日(日) 14:20 ~ 16:00 第1会場)

[PD9-1] PICSの最新知見と予防を指向した栄養療法

○井上 茂亮（神戸大学医学研究科 外科系講座 災害・救急医学分野）

キーワード：集中治療後症候群、経口摂取、栄養療法、長期予後、敗血症

集中治療室（ICU）における機器の技術革新やガイドラインによる診療レベルの向上と標準化、教育プログラムの充実により、近年の重症患者の生命予後は劇的に改善した。しかしながら、重症患者の長期予後や生活の質はまだまだ改善せず、集中治療を受けた患者の多くは身体的および精神的な障害を抱えたまま、十分な社会復帰に至っていない。集中治療後症候群（Post-Intensive Care Syndrome；PICS）は世界中で急速に進行する超高齢社会とICU患者の高齢化を背景に浮かび上がった21世紀の集中治療医学の新たな問題点である。PICSとは、ICU在室中あるいはICU退室後、さらには退院後に生じる身体機能・認知機能・精神の障害で、ICU患者の長期予後のみならず患者家族の精神にも影響を及ぼすものとして広く認識されはじめている。その対策としてABCDEFバンドルがあるが、このような介入の礎に栄養管理がある。とくに重症病態初期からの経口摂取による十分なカロリーとタンパク摂取、そしてその患者に応じたICU退室後の一般病棟でのシームレスかつ計画的な栄養管理は重症患者の長期予後改善を考える上で極めて重要である。本発表ではPICSの病態の概要とともに、予防・治療に関する最新の知見を解説し、栄養管理の観点からICU患者の長期予後改善に向けた方策を提案する。

(2023年7月2日(日) 14:20 ~ 16:00 第1会場)

[PD9-2] PICS予防のための多職種カンファレンスの成果と課題を考える

○中村 真巳（埼玉医科大学国際医療センター）

キーワード：多職種カンファレンス、多職種連携、ABCDEFバンドル

自部署では、2015年より週3回の多職種ウォーキングカンファレンスを行っている。開始当初はICU入室患者の早期離床を目的に、医師・看護師・理学療法士（または作業療法士）の3職種で行っていたカンファレンスも、現在では薬剤師・管理栄養士・臨床工学技士が加わりPICS予防のためにABCDEFバンドルの実践を意識しながら、各職種の専門的視点から意見が出されることが増えてきた。しかし一方で、看護師からは「カンファレンス記録の記載が負担になっている」「離床して良いかどうかを確認するだけの場になっているのではないか」といった意見が聞かれるようになり、限られた時間の中で多職種が集まりICUの全患者についてカンファレンスを行うことが形骸化し、看護師のカンファレンスに対する不全感や他職種とのコンフリクトにつながっていると考えられた。

近年、多職種連携の重要性が謳われており、PICSという複雑な病態を予防・改善していくためにも様々な職種間のコラボレーションが必須であることは言うまでもない。『日本の多職種連携コンピテンシー』¹⁾では、「患者・利用者・家族・コミュニティ中心」「職種間コミュニケーション」の2つのコア・ドメインと、「職種としての役割を全うする」「関係性に働きかける」「自職種を省みる」「他職種を理解する」のコア・ドメインを支える4つのドメインが専門職の連携協働を円滑にするために求められる能力であると示されている。

自部署で長年継続してきた多職種カンファレンスにおいても、看護師のカンファレンスに対する不全感やコンフリクトを考慮すると、他職種との連携のあり方を見直す時期に来ていると思われる。そのため、開催しているABCDEFバンドルの実践に向けた多職種カンファレンスにおいて、各職種が連携し協働していくために必要なことは何か、またカンファレンスが患者や医療者にどのようなアウトカムをもたらしているのかを検討していきたい。

1) 医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー Interprofessional Competency in Japan.

(2023年7月2日(日) 14:20 ~ 16:00 第1会場)

[PD9-3] PICS予防の障壁と成功のための秘訣 ー理学療法士の立場からー

○寺山 圭一郎 (東邦大学医療センター佐倉病院 リハビリテーション部)

キーワード: PICS、理学療法士、早期離床、シームレス

Intensive care unit (以下ICU)での早期リハビリテーションにおける理学療法士の役割は、1)身体機能改善に向けた運動療法や早期離床ならびに合併症の予防、2)具合的な運動プログラムの立案と実施の調整、3)患者のアセスメント、4)運動時のモニタリング、5)効果のフィードバックであるとされている。その中でも、1)における早期離床で予防すべき合併症には Post intensive care syndrome (以下PICS)が含まれている。また、PICSの予防・改善には、早期離床に加えICU退室後のシームレスなりハビリテーションが重要であることが報告されている。これらのことから、当院でも早期離床およびICU退室後もシームレスにリハビリテーションを実施する取り組みを行っている。当院のICUは6床のオープンICUであり集中ケアの専門看護師、認定看護師が1名ずついるものの、専従医はおらず、理学療法士も専任となっている。この状態で、どのように早期離床およびシームレスなりハビリテーションに取り組んでいるかについて以下に述べる。

早期離床については、毎日、早朝に開催されているICUカンファレンスに医師、看護師だけでなく、理学療法士も参加し、多職種で患者の状況を把握し、離床の可否について検討している。次に、毎日、決まった時間に専任の理学療法士がICUに訪問し、患者の状況の確認と離床およびリハビリテーションを実施している。もともとオープンICUであることから、リハビリテーションは、各科の担当医から直接オーダーされることになっている。しかし、これがない患者も、必ずベッドサイドに行き、状態の確認を行うこととしている。そのうえで、離床開始基準およびカンファレンスの内容を考慮して、介入の可否を検討することとしている。実際の離床については、専任理学療法士と看護師で取り組んでいる。その際、問題となるのがチューブ類の管理とマンパワーである。この問題に対しては、チェアポジションがとれるベッドやティルト機能が付いたベッドなど高機能ベッドを使用するほか、端座位保持テーブルを使用するなどして、より安全かつ効果的に離床することに努めている。ICU退室後のシームレスなりハビリテーションについては、ICU専任理学療法士はリハビリテーション部に所属し、ICU以外にも複数の病棟を担当している。このことから、各病棟のスタッフにICUで実施してきたリハビリテーションの状況をそのまま伝えることができ、速やかにそのレベルでのリハビリテーションが開始できる。また、心臓血管外科および循環器内科の患者については、入院中、心臓リハビリテーションチームが対応することになっているが、介入はICU退室後となっている。そのため、ICU入室中はICU専任理学療法士が担当する。これについても、いずれもリハビリテーション部所属の理学療法士がそれぞれ担当しており、理学療法士間でコミュニケーションが取れていることから、ICUでのリハビリテーション進行状況を伝えることで、そのレベルでシームレスな介入が可能となっている。その他、可能である患者については、なるべく車いすでICUを退室するようにし、病棟スタッフへその旨を申し送るようになるなどの工夫をしている。

このように、PICS減少のために提唱されている ABCDEFGHバンドルにおける「E」および「G」の部分に、理学療法士が特にかかわっていることになる。しかし、現時点で、これらによる効果検証が十分になされていない。そのため、これを明らかにすることが今後の課題となっている。

(2023年7月2日(日) 14:20 ~ 16:00 第1会場)

[PD9-4] PICS予防の障壁と成功のための秘訣

○茶谷 奨 (医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院 精神科)

キーワード：PICS、精神、せん妄、認知機能、薬剤、他職種連携

近年 ICUにおける治療水準の向上により、ICU入室患者の生命予後は大きく改善されてきている。一方で ICUを退室した患者に長期間にわたって運動機能・認知機能・精神の障害が残存することが稀ならずあることが多く報告されるようになり、認知機能・精神の障害にあってはその影響は年余に及ぶことがあり、ICU退室患者の日常生活への復帰を妨げる大きな要因となってしまっている。これらの後遺障害は集中治療後症候群（PICS）という概念として体系化されている。また集中治療は患者本人のみならず患者家族へも少なからぬ精神・心理的ストレスを生じることがあり、これも PICS-Fとして対策が講じられるべき課題となっている。PICSの予防策としては ABCDEFGHバンドルが提唱されている。当院は京都府の山城北医療圏に位置する473床の急性期病院であり、ICU10床、救命救急センター40床、HCU8床、NICU9床を擁している。演者は精神科救急を専門とする精神科専門医であるが、2021年4月より初の常勤精神科医として当院で勤務することとなり、リエゾン・コンサルテーション活動を通じて PICS対策にも取り組むこととなった。精神科医の観点から当院における PICS予防策として主にバンドルの CDFGを中心に説明するとともに、他職種連携を通じてその他の要素をどのように改善していくべきかについて論じていきたいと思う。また実際の事例を通じてどのように患者の精神面にアプローチしていくかについて検討し、会場の参加者方からの意見も伺いつつ知見を深めていくことが出来れば幸いである。

Pros & Cons

[PC1] Pros & Cons1

RRS起動に EWSを用いるべきか？

座長：森 一直（愛知医科大学病院 NP部）

2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:10 第5会場 (2F 平安)

[PC1] 企画趣旨

[PC1-1] RRS起動基準には「わかりやすさ」と「汎用性」が求められる

○三浦 友也（公立大学法人 横浜市立大学附属病院 看護部）

[PC1-2] EWSは看護師の観察力や臨床推論力を低下させている

○宇野 翔吾（株式会社日立製作所 日立総合病院 看護局 救命救急センター）

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:10 第5会場)

[PC1] 企画趣旨

キーワード：Rapid Response System、Early Warning Score

近年、RRS（Rapid Response System）は、診療報酬の改定などをきっかけに注目を集めている。RRSは、患者の病状が悪化していることを早期に気づいて対応し、予期せぬ心停止を防ぐことを目的としている。この目的を達成するための方法として、シングルパラメーター方式とマルチパラメーター方式がある。シングルパラメーターは、いくつかの懸念を示す基準のうち1つでも該当する場合にRRTが起動する。一方、マルチパラメーターであるEWS（Early Warning Score）によるRRTは、呼吸数、酸素飽和度、酸素投与の有無、体温、収縮期血圧、心拍数、意識の7項目から構成され、その点数でRRTが起動する。EWSを使用することにより、自動的に重症患者を抽出することができるが、看護師の病状判断力などの低下が懸念される。このように、EWSを用いたRRTには、メリットやデメリットが存在するため、本セッションではEWSによるRRSに関して議論を深めたいと考える。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:10 第5会場)

[PC1-1] RRS起動基準には「わかりやすさ」と「汎用性」が求められる

〇三浦 友也（公立大学法人 横浜市立大学附属病院 看護部）

キーワード：RRS、起動基準、EWS

当院のRapid Response System（以下RRS）は2019年より運用を開始し、起動件数は年々増加傾向にある。RRSの起動基準はVital Sign以外にも急変の予兆となる症状を加え運用を行っている。RRSの起動にはEarly Warning Score（以下EWS）を用いる必要はあるが、EWSのVital Sign以外の項目も加え、RRS起動基準として運用していくことが望ましいと考える。その理由を2点述べていくとともに、当院でのRRSの運用方法についても共有していきたい。1点目として、RRSの起動には「わかりやすい基準」が必要である。RRSの起動基準にEWSのようなスコアを活用するメリットとしては、看護職の個々のアセスメント能力に頼らず、新人からベテランまで幅広い経験のスタッフが一定の基準を用いることで、RRSを起動することができる。もし数値的な起動基準がなく、個々のアセスメントによりRRSを起動するか否かを判断を求めるような場合、予兆に気付かず起動に至らないような事例や、RRSを起動すること自体躊躇するスタッフもいることが予測される。また「わかりやすい基準」は他の医療職もRRSを起動する際に活用できるため、RRSの起動基準においてEWSなどのVital Signは有用と考える。2点目として、RRSの起動には基準に頼りすぎない「汎用性」も重要である。EWSを用いることによって現場の看護師の観察の視点が、EWSの項目だけになってしまい、観察力や判断力を低下させてしまう懸念はある。だからこそRRS起動基準にEWS以外の項目も加え、RRSを起動するスタッフ個々のアセスメントも活かされるような工夫も必要と考える。私たち看護職は患者と接する時間が長く、患者の状態変化にいち早く気づくことができる職種である。Vital Signだけでなく、療養生活を送る患者を日頃から観察し、食事や排泄、睡眠状況やADLなどの些細な変化を認識することができ、異常を発見することができる。これらのアセスメントはEWSで表わされない内容である。当院のRRS起動基準は、EWSのVital Signの他にも「患者に対して何か心配な時」、「急性の明らかな出血」、「治療に反応がない」といった項目を挙げている。病棟看護師からのRRSの起動においては、「患者に対して何か心配な時」といった内容も非常に多くみられ、様々な患者情報と自身の経験からアセスメントを行い、RRSを起動している結果である。そして、このようなRRSの起動においてEWSが中等度リスク（5～6点）以下と判断した場合でも、重症系病床へ移動し、治療を行うようなケースも多くある。以上のようにRRSの起動に際し、EWSを用いる必要はあるが、EWSに頼りすぎることなく、運用していくことが必要である。そしてRRSの運用にあたっては、フィジカルアセスメント能力の向上を図る継続的な教育と、RRSの運用に関する注意喚起を継続的に行っていくことが重要である。効果的なシステムが導入されたとしても、活用するのは人であり、使い方を理解できなければ、そのシステムを運用することはできない。RRSを活用する「人材」の教育も、システム導入と並行して行っていくことが必要と考える。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:10 第5会場)

[PC1-2] EWSは看護師の観察力や臨床推論力を低下させている

○宇野 翔吾 (株式会社日立製作所 日立総合病院 看護局 救命救急センター)

キーワード : RRS、EWS

RRSが国内で普及し始めて約10年が経ち、2022年度は診療報酬改定によって、国内の医療機関ではRRS体制の整備に追われていることと推察する。マルチパラメーターであるNEWSやMEWSは、院内死亡率低下やICU入室率減少だけでなく、RRS件数を増やすことのできるアラートスコアとして有用とされてきた。当施設では、今年、RRS導入から9年目を迎える。シングル/マルチパラメーターともに導入をしているものの、マルチパラメーターであるNEWSの活用が、まだまだ軌道に乗りきっていないのが現状である。今まさに、システムの構築方法を模索している最中に、本テーマのご依頼をいただいた。本テーマは、RRS導入当初から気になっていた点であった。単純に、バイタルサイン値だけでリスク評価ができるEWSは、非常に簡便でスクリーニングをするためであれば、最高のシステムであろう。しかし、数値を当てはめ、点数化し、リスク評価を行い、結果次第ではRRS要請を行い、院内迅速対応チームが来棟する。この過程には、看護師が行うべきバイタルサイン以外の観察所見が反映されているのだろうか。バイタルサインに注意ばかりが向き、スコアに依存していないだろうかと疑問が残る。このテーマをいただいたことをきっかけに、RRS要請をする側である臨床看護師たちが、ベッドサイドにおける観察力や判断力を低迷させずに、どう定着させられるのかを目標に、今再構築の検討を始めている。

本セッションでは、“Cons”の立場となるが、実臨床において、患者の門番的役割を持つ臨床看護師たちが、EWSをどのように活用し、またEWSを使用する上で生じている問題や弊害について考えていきたい。また、EWS導入が看護師に与える影響について、当施設での経験も踏まえながら皆さんと議論したい。

Pros & Cons

[PC2] Pros &Cons2

終末期における緩和的抜管は患者・家族の利益となり得るのか？

座長：辻本 真由美（横浜市立大学附属市民総合医療センター）、春名 寛香（北播磨総合医療センター）

2023年7月2日(日) 15:00 ～ 16:00 第4会場 (2F 福寿)

[PC2] 企画趣旨

○鎌田 未来¹, 瀧本 雅昭² (1.東京ベイ・浦安市川医療センター ICU/CCU/SCU, 2.東邦大学医療センター大森病院救命救急センター)

(2023年7月2日(日) 15:00 ~ 16:00 第4会場)

[PC2] 企画趣旨

○鎌田 未来¹, 瀧本 雅昭² (1.東京ベイ・浦安市川医療センター ICU/CCU/SCU, 2.東邦大学医療センター大森病院救命救急センター)

キーワード：緩和的抜管、終末期

本邦では、終末期にある患者の人工呼吸器を外すことや、抜管に対して慎重な考えがなされている。過去に人工呼吸器を外して看取ったことで警察が介入した事案があることから、患者・家族に対して「緩和的抜管」の選択肢すら提示されないことが多い現状にある。また、患者・家族の意向を踏まえ、適切なプロセスを経て緩和的抜管を決定しても、死戦期呼吸が苦しそうに見えて家族や医療スタッフの葛藤を生じることがあるなど、行為の実施に際しては様々な障壁があると言える。これらのことは、「一度つけると外せないから人工呼吸器を装着しない」という、治療開始の差し控えにも影響している。治療してみないと、それが救命か延命かわからないという状況が往々にして起こるクリティカルケア領域では、治療選択という意味でも看取りのあり方という意味でも、終末期における緩和的抜管は重要なテーマであると言える。

以上を踏まえ、本セッションでは実際に緩和的抜管を行っている施設の経験および、抜管することにこだわらず、気管挿管のまま自宅での看取りを調整した経験などを基に、Pros & Cons 形式でご発表いただき、終末期における緩和的抜管はどうすれば患者・家族の益となり得るのか、またどのような障壁があり、何に配慮しなければ益とならないのかということを、参加者の皆様と考える場としたい。

フォーラムディスカッション

[FD] フォーラムディスカッション

クリティカルケア看護の軌跡と展望 学会は何をすべきか

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 災害・クリティカルケア看護学分野）、宇都宮 明美（関西医科大学看護学部・看護学研究科）

2023年7月1日(土) 17:10～18:30 第2会場 (5F 小ホール)

[FD] クリティカルケア看護の軌跡と展望 学会は何をすべきか

○井上 智子¹, 道又 元裕², 浅香 えみ子³, 菅原 美樹⁴, 田戸 朝美⁵, 中田 諭⁶（1.国際医療福祉大学大学院, 2.ヴェクソンインターナショナル株式会社, 3.東京医科歯科大学病院, 4.札幌市立大学 看護学部, 5.山口大学 大学院医学系研究科, 6.聖路加国際大学大学院 看護学研究科）

(2023年7月1日(土) 17:10 ~ 18:30 第2会場)

[FD] クリティカルケア看護の軌跡と展望 学会は何をすべきか

○井上 智子¹, 道又 元裕², 浅香 えみ子³, 菅原 美樹⁴, 田戸 朝美⁵, 中田 諭⁶ (1.国際医療福祉大学大学院, 2.ヴェクソンインターナショナル株式会社, 3.東京医科歯科大学病院, 4.札幌市立大学 看護学部, 5.山口大学大学院医学系研究科, 6.聖路加国際大学大学院 看護学研究科)

キーワード：クリティカルケア看護、軌跡、展望、課題

1923年に、米国に初の集中治療室が創設され、その後、諸外国に普及し、日本でも1964年に順天堂大学附属病院に初めて設置された。諸国における集中治療室の開設とともに、この領域の看護が誕生したが、当初は身体システムに注目した医学モデルが主流であった。看護師に期待されることは、患者の治療管理における実働的な担い手であった。当初のクリティカルケアという概念について、米国 Pittsburgh大学の麻酔科教授であった Safer P. (1971) は、クリティカルケア医療は、生命危機状態にある人への救急医療と集中治療を包含すること、また集中治療室（ICU）とは、疾病もしくは外傷により救命の可能性のある急激な生命危機状態にある患者への高度なモニタリングと治療が提供される特殊な場であると説明している。一方、このような場におけるクリティカルケア看護に関して、米国では1971年に、American Association of Critical-Care nurses: AACNが創設され、看護ケアのガイドラインやベストプラクティスの定義を助けた。ここでは、先行する医学モデルと一致しない「看護師の能力」の枠組みを開発する動きが生じ、2006年、患者のニーズと看護師のコンピテンシーを一致させるための概念的な枠組みである、AACN Synergy Model for Patient Careが発表された。このモデルの中心的な考え方は、患者ニーズが、患者のケアに必要な看護師の能力を高めるというものであり、看護師と患者の特性が一致したとき相乗効果生まれ、この相乗効果により最適なアウトカムが可能になるとして、8つの患者特性と8つの看護師の能力を特定している。なお、このモデルは、どのような患者と看護師の相互作用にも適用できるものであり、クリティカルケアに限定しない看護実践に広く適用できる可能性があることも説明されている。日本においても、関連医学会の看護部会の活動が活発化し、医学モデルではない看護学独自のモデルによるクリティカルケア看護の探求の動きが高まり、1997年より救急看護認定看護師、1999年より集中ケア認定看護師の育成と認定が、2005年より急性・重症患者看護専門看護師の認定が始まり、クリティカルケア看護の高い専門性を備えた看護職がロールモデルとして急性期病床に留まらない多様な現場を牽引するようになり、この領域の看護の発展に貢献している。このような背景において、2005年4月に、日本クリティカルケア看護学会の創設に至った。2021年には、救急看護認定看護師と集中ケア認定看護師は統合されてクリティカルケア認定看護師となり、さらに2015年からは、特定行為に係る看護師の研修制度が開始され、タイムリーかつ安全に必要な医療を患者に提供する仕組みが整備されつつある一方で、現場においては混乱もある。また、新型コロナウイルス感染症パンデミックでは、多くのクリティカルケア看護師が最前線でケアにあたり、あらためてその存在感が社会に示されたが、経験からの学びの整理は途上である。このようにクリティカルケア看護を取り巻く状況は、刻々と変化し、社会からの期待はますます高まっているが、学会設立時に目指してきた、「人々に貢献するクリティカルケア看護学の確立と発展」はいかに実現されたのだろうか。まもなく20年目を迎えようとする今こそ立ち止まり、築いてきたクリティカルケア看護の独自性を再確認し、そして持続可能なクリティカルケア看護へと発展させるために学会として戦略的に取り組むべき課題について考えたい。本セッションでは、このような趣旨のもと、学術集会参加者の皆様とともに、車座的に自由に議論したい。

市民公開講座

[PEL] 市民公開講座

人生最期に備えるーアドバンス・ケア・プランニング(人生会議)とは なにか

座長：山下 直美（日本医療地域連携支援合同会社 リハビリ訪問看護ステーションHIRO' S）

2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:30 第2会場 (5F 小ホール)

[PEL] 企画趣旨

[PEL] 人生最期に備えるーアドバンス・ケア・プランニング(人生会議)とはなにか

○関谷 宏祐^{1,2}（1.Green Forest 代官山クリニック, 2.東京医科歯科大学病院 救命救急センター）

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:30 第2会場)

[PEL] 企画趣旨

キーワード：最期の時、ACP、人生会議

皆様、ACP(人生会議)って聞いたことがありますか？

人生の最期を、自身の望む形で送ることが出来たら、どんなに素晴らしいことでしょう。

実はACPは、いつでも、どなたでも簡単に出来ます！

「何かあれば救急車」は、決して間違いではありませんが、その先に待っているのが望まぬ延命治療だとしたら・・・。

さらに、ACPは残された家族にとっても心の支えになります。

大切な人の命の決断を迫られることはとても辛いことです。果たして、その決断が正しかったのか、責任を背負いながら生きていくご家族も少なくありません。

ACPをしておくことで、残されたご家族が「悲しいけど、これで良かったんだろうな」と少しでも思えたら、きっと明日からの一歩を踏み出せるはずですよ。

これを機会に人生最期の時、ご自身がどうありたいかを考えてみてはいかがでしょうか。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:30 第2会場)

[PEL] 人生最期に備えるーアドバンス・ケア・プランニング(人生会議)とは なにか

〇関谷 宏祐^{1,2} (1.Green Forest 代官山クリニック, 2.東京医科歯科大学病院 救命救急センター)

キーワード：人生会議、アドバンス・ケア・プランニング

突然ですが、皆さんは人生の最期をどのように迎えたいか深く考えことはありますか？多くの方が、「自分の望む形」で人生を終えたいと願っている一方で、なかなか思うようにならないのが現実です。

今回の市民公開講座では、近年話題になっている人生会議についてご紹介させていただきます。

人生会議を知るうえでポイントになることが3つあります。

①なぜやるか

人生会議の時に、よく患者さんからお聞きするのが

「万が一のときには、主治医の先生に任せてあるから」

「苦しいって言っても最後の一瞬だけでしょ？我慢するよ」

といったお言葉です。

コロナ禍では、突然の別れが多く訪れました。「万が一の時」というのは突然やってきます。主治医の先生と病院でお会いできるかは分からないですよ。また、救急医の立場から、最期の時は一瞬とは限りません。なぜ、いま人生会議が重要なのかを実例をもとに解説します。

②いつ、どのようにやるか

人生会議は、いつ行うのが適切でしょうか。早すぎると「縁起でもない！」と叱られますし、遅すぎると後悔することがあります。ベストなタイミングをみんなで考えてみましょう。また、人生会議を行うにあたって、一番大切なのは切り出し方です。唐突に人生の終え方を話始めたら、周りの人は確実にビックリしてしまうでしょう。人生会議を始める際のコツがありますので、ご紹介させていただきます。

③どうやって活かすか

人生会議を行うだけで満足してしまっは意味がありません。話し合った内容を活かすことで、初めて価値が生まれるものです。残念ながらほとんどのエンディングノートは、筆筒の奥に大切に保管されており、病院にたどり着くことはありません。

人生会議で話し合った内容を、しっかり医療に反映させる方法をご紹介します。

笑いあり、涙ありの1時間となる予定です。

当日、お会いできることを楽しみにしています。

交流集会

[EM1] 交流集会1

クリティカルケア領域で活躍する特定行為研修修了者の実践活動と今後の展望

企画：将来構想委員会

2023年7月1日(土) 10:40～11:40 第5会場(2F 平安)

[EM1] 将来構想委員会交流集会 クリティカルケア領域で活躍する特定行為研修修了者の実践活動と今後の展望

○菅原 美樹¹, 後藤 順一², 宇都宮 明美³, 背戸 陽子⁴, 戸田 美和子⁵, 牧野 夏子¹, 明神 哲也⁷, 山口 典子⁶ (1.札幌市立大学 看護学部, 2.河北総合病院, 3.関西医科大学 看護学部, 4.日本医科大学付属病院, 5.倉敷中央病院, 6.長崎大学病院, 7.東京慈恵会医科大学 医学部看護学科)

(2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:40 第5会場)

[EM1] 将来構想委員会交流集会 クリティカルケア領域で活躍する特定行為 研修修了者の実践活動と今後の展望

○菅原 美樹¹, 後藤 順一², 宇都宮 明美³, 背戸 陽子⁴, 戸田 美和子⁵, 牧野 夏子¹, 明神 哲也⁷, 山口 典子⁶ (1.札幌市立大学 看護学部, 2.河北総合病院, 3.関西医科大学 看護学部, 4.日本医科大学付属病院, 5.倉敷中央病院, 6.長崎大学病院, 7.東京慈恵会医科大学 医学部看護学科)

キーワード：特定行為研修修了者、実践活動、ハイケアユニット、診療報酬改定

【企画趣旨】

保健師助産師看護師法に位置付けられた特定行為研修制度が開始されてから7年が経過しました。特定行為研修を修了した看護師は、27,377名（2022年3月時点）に増加し、対象者へのタイムリーなケア提供や医師の働き方改革におけるタスクシフト・タスクシェアの推進への効果も期待されています。

本学会の将来構想委員会では、令和6年度の診療報酬改定に向けて、【ハイケアユニットにおける特定行為研修修了者の配置要件に対する要望】を検討してきました。その背景として、重症度の高い患者は集中治療室（以下、ICU）でのケアが必要とされるものの、必ずしもICUに入室するとは限らず、高度治療室（以下、HCU）や一般病棟でケアを受ける場合もあります。HCUや一般病棟には主診療科の医師や集中治療医師が常駐しているとは限らず、こうした部署でこそ、タイムリーな医行為やケア提供が必要であり、特定行為研修修了者の活動が重要になると考えたからです。

【実施方法】

今回の交流集会では、HCUで活動する下記の2名の特定行為研修修了者にスポットを当て、HCUにおける具体的な実践活動および課題や今後の展望について報告していただき、HCUや一般病棟における実践活動の参考にしていただければと考えています。また、こうした特定行為研修修了者の実践活動を基に本委員会で検討してきた

【ハイケアユニットにおける特定行為研修修了者の配置要件に対する要望】の詳細について報告します。

演者

奥山 広也（山形県立中央病院）

三浦 良哉（鶴岡市立荘内病院）

後藤 順一（河北総合病院）

座長

宇都 宮明美（関西医科大学）

菅原 美樹（札幌市立大学）

以上の報告を踏まえ、今後のクリティカルケア領域での特定行為研修修了者の実践活動の展望について、参加者の皆様と情報共有・意見交換できる場にしたいと考えています。多くの方々のご参加をお待ちしています。

交流集会

[EM2] 交流集会2

医療系インフルエンサーと議論する「SNSを活用した新たな教育活動」

企画：星野 晴彦（帝京大学 医療技術学部看護学科成人看護学（急性期））

2023年7月1日(土) 10:40～11:40 第9会場 (4F 401 会議室)

[EM2] 医療系インフルエンサーと議論する「SNSを活用した新たな教育活動」

○星野 晴彦¹, 松石 雄二郎², 西山 妙子³, 前田 健⁴, 陣内 千晴（1.帝京大学 医療技術学部看護学科成人看護学（急性期）, 2.聖路加国際大学, 3.ナースライフバランス研究室, 4.心臓病センター榎原病院）

(2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:40 第9会場)

[EM2] 医療系インフルエンサーと議論する「SNSを活用した新たな教育活動」

○星野 晴彦¹, 松石 雄二郎², 西山 妙子³, 前田 健⁴, 陣内 千晴 (1.帝京大学 医療技術学部看護学科成人看護学(急性期), 2.聖路加国際大学, 3.ナースライフバランス研究室, 4.心臓病センター榎原病院)

キーワード：医療系インフルエンサー、SNS、情報発信、教育、交流会

【企画趣旨】

本交流会は SNS上で看護・医療知識を提供している「医療系インフルエンサー」を向か入れ、新たな教育活動方法の議論と共に、学会に参加経験のない若手看護師の学会参加を促すことを目的とする。

学会参加は最新知見の情報収集、専門家との交流、研究発表・プレゼンテーションの機会などを得ることができる。これらを通して、自分のスキルアップやキャリアアップに繋がるだけでなく、専門分野における情報収集や情報発信の場としても利用できる。また専門家や同業者との交流ができるため、自分の視野を広げることができる。これらのメリットから一度学会に参加すると継続的に学会に参加する方が多くいると思われる。

一方で学会に参加したことがない若手看護師は、仕事に追われる中で学会に参加することの意義や価値が十分に理解できていない場合がある。多忙な仕事の中でも若手看護師は学習を行っている。学習の教材は書籍だけでなく、SNSで行われることが近年増加している。SNSの情報の中にはエンターテイメントに関する情報発信だけでなく、看護師が自身のキャリアの中で得た知識・看護技術を発信しているものも多く存在する。このような看護・医療知識を SNS上で配信する人たちは「医療系インフルエンサー」と呼称される。医療系インフルエンサーは情報を定期的に配信することで、単純接触効果などの影響で視聴者から好感度を得られやすく、関心を抱かれやすい傾向がある。

また多くの人の関心を集める教育方法は、若手を教育する立場である看護師が学ぶことで、看護スタッフの知識向上をはかるアイデアとなる可能性がある。そのため SNSを利用していない層に対しても非常に興味深い内容であると考えられる。このように医療系インフルエンサー講演は多くの層に価値がある可能性がある。また医療系インフルエンサーにも学会参加する旨を SNSなどで公言して頂き、学会の宣伝効果も期待することができる。企画者自身、Instagramで4.9万人、YouTube2.5万人、TikTok8000人の登録者・フォロワーがあり、その他のインフルエンサーとの交流があることから、参加を促しやすい立場である。

本交流会では SNSで活躍しているインフルエンサーをパネリストとして迎え入れて、「SNSを活用した教育活動」に対して議論したのちに、個々の考えをより詳細に聞くための交流会を実施していく。

【実施方法】

本セッションはパネルディスカッションと交流会を組み合わせた実施方法を検討している。まず医療系インフルエンサー（パネリスト）には「SNS（情報発信）を活用した教育活動」をテーマに発表した後に全体討論を実施する。その後に各パネリストにブースを用意し、参加者は関心が高い内容についてより議論しつつ交流して頂きたいと考えている。

交流集会

[EM3] 交流集会3

周術期疼痛管理のeラーニングーZ世代の新人看護師あおばの成長物語ー

企画：遠藤 みどり（山梨県立大学 看護学部）

2023年7月1日(土) 14:10～15:30 第9会場 (4F 401 会議室)

[EM3] 周術期疼痛管理のeラーニングーZ世代の新人看護師あおばの成長物語ー

○遠藤 みどり¹, 奥津 康祐², 井川 由貴¹, 山本 奈央¹, 高取 充祥¹, 中込 洋美¹, 藤森 玲子³, 天野 ひかり⁴, 梶原 絢子⁵, 渡邊 泰子⁶ (1.山梨県立大学 看護学部, 2.国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部, 3.甲府看護専門学校, 4.山梨厚生病院, 5.自治医科大学さいたま医療センター, 6.富士吉田市立病院)

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:30 第9会場)

[EM3] 周術期疼痛管理のeラーニングーZ世代の新人看護師あおばの成長物語ー

○遠藤 みどり¹, 奥津 康祐², 井川 由貴¹, 山本 奈央¹, 高取 充祥¹, 中込 洋美¹, 藤森 玲子³, 天野 ひかり⁴, 梶原 絢子⁵, 渡邊 泰子⁶ (1.山梨県立大学 看護学部, 2.国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部, 3.甲府看護専門学校, 4.山梨厚生病院, 5.自治医科大学さいたま医療センター, 6.富士吉田市立病院)

キーワード：周術期疼痛管理、教育、eラーニング

<企画趣旨>

現在、手術療法を受ける患者の在院日数は短縮化しており、短期間の中で、術後回復強化プログラム(Enhanced recovery after surgery ; ERAS)やクリニカルパス導入により手術患者の早期回復を目指した治療や看護が提供されている。手術療法を受ける患者が安楽な療養生活を送り、早期に回復できるためには、手術侵襲を最小にしながら適切な術後疼痛の鎮痛緩和が不可欠であるが、未だ、術後疼痛に苦しみ、辛い体験を余儀なくされている患者も少なくない。急性重症患者に対しては2018年に集中治療後症候群(Post intensive care syndrome; PICS)の予防に向けたPADISガイドラインが策定されているが、周術期にある手術患者には必ずしも適用されない。また、2022年の診療報酬改定において「術後疼痛管理チーム加算」が新設され、加算対象である手術看護認定看護師や急性・重症患者看護専門看護師が積極的に活動し始めているが、手術療法を受ける患者が周術期過程において安楽な術後回復を辿るためには、外科系病棟や外来の看護師との協働が重要と考える。

これまで我々は、多職種連携による周術期疼痛管理や緩和ケアについて教育・研究活動を展開してきた。教育研修は主に集合形式で行ってきたが臨床現場の多忙さやコロナ禍にあって集合型研修は難しい現状がある。また、手術療法を受ける患者にかかわる看護師の背景はさまざまであることから、臨床経験が異なる看護師それぞれの立場から周術期疼痛管理の理論と方法を学ぶことが可能なeラーニングの開発を試みた。

<実施方法>

本交流会では、独自に考案した周術期疼痛管理のeラーニングの趣旨や構成および導入方法を紹介する。その上で、Z世代の新人看護師のあおばが先輩看護師に助言をうけながら手術療法を受ける患者への全人的な苦痛の理解や看護師としての役割の重要性を模索し周術期疼痛管理における看護実践を習得していくeラーニングを紹介する。視聴した結果をもとに、周術期患者への疼痛緩和に向けたよりよい看護実践と新人看護師青葉の成長過程を通じた周術期疼痛管理教育の在り方を検討したいと考える。

交流集会

[EM4] 交流集会4

ICT化における看護の取り組みはここまできている！

~遠隔ICU・遠隔教育・オンライン面会の取り組み~

企画：森口 真吾（株式会社Vitaars）、座長：山勢 博彰（山口大学大学院医学系研究科）

2023年7月1日(土) 15:40 ~ 16:40 第9会場 (4F 401 会議室)

[EM4] 企画趣旨

[EM4-1] Post-COVID19の看護基礎教育におけるICT活用の現状

○野島 敬祐（京都橘大学 看護学部 大学院看護学研究科）

[EM4-2] オンライン面会における遠隔ケアの実践的な取り組みについて

○井上 奈々（大阪公立大学 大学院看護学研究科）

[EM4-3] 遠隔ICU支援側の取り組みについて

○吉田 友美（公立大学法人 横浜市立大学附属病院 看護部）

(2023年7月1日(土) 15:40 ~ 16:40 第9会場)

[EM4] 企画趣旨

キーワード：ICT、遠隔ICU、オンライン面会、遠隔教育

【企画趣旨】

COVID-19により日常生活においても非接触を意識した活動が定着する中、医療現場・看護教育の現場においてもICT化は加速した。看護教育の現場においては、座学はもちろんのこと、シミュレーション教育などにおいてもICT化は進んできた。また、クリティカルケア領域においてもオンライン面会・遠隔ICUなどでICTを用いた取り組みが普及しつつある。今回は既にこれらに取り組んでいる演者から具体的な取り組みを共有してもらおう。そして、参加者の皆さんとICTを活用したよりよい看護のあり方についてディスカッションを深めていきたいと考える。

【実施方法】

まずはICTを用いた基礎看護教育の取り組みについての話題提供をしてもらう。COVID-19感染拡大以降、看護基礎教育にもICT技術が急速に普及してきた。今回は看護基礎教育において、周手術期看護学実習の導入で実施しているシミュレーション演習で教育用電子カルテや電子演習記録を活用している事例と、救急看護を学ぶオンラインシミュレーションでデジタル模擬患者を活用した事例の2点を話題提供する。近年、学習方法が大きく変化している中、今後はICTを活用した学習を当たり前に行ってきた医療系学生が臨床に出ていくことになる。その点も踏まえ、これからの医療DXについて議論できればと考える。

次に、オンライン面会についての取り組みを紹介してもらう。2020年以降、世界中でCOVID-19による感染が拡大したことで、入院患者は社会的隔離を強いられ、家族は面会の機会を奪われた。このような情勢において、特に面会が難しいICUでは、オンライン面会が導入された。ICUの看護師は、重症患者と家族の心のつながりを維持するため、面会中の患者と家族の関係を強化する取り組みだけでなく、面会の準備や体制整備にも関わっていた(2021年の調査結果より)。今回は、この調査で明らかとなったオンライン面会での看護師の遠隔ケアについて紹介する。

最後は、遠隔ICUにおける看護師の取り組みを紹介してもらう。今回は、支援側の立場からの取り組みである。COVID-19の流行を契機に、集中治療での遠隔医療・遠隔看護がより注目されるようになった。A病院では2021年から遠隔ICU支援センターの運用を開始した。A病院の遠隔ICUは、患者を絶え間なくモニタリングする持続ケアモデルを導入している。近年の遠隔医療の拡大において、Doctor to Doctor (D to D) 及び Doctor to Patient (D to P) モデルは急速に発展しているが、わが国の遠隔ICUにおける Nurse to Nurse (N to N) 支援が患者アウトカムや看護の質にもたらす効果は数値化されていない。遠隔ICU支援件数は増加傾向にあるが、人材育成の課題や遠隔ICU支援がもたらす患者アウトカム指標を何に設定するかについて考察したい。

(2023年7月1日(土) 15:40 ~ 16:40 第9会場)

[EM4-1] Post-COVID19の看護基礎教育におけるICT活用の現状

○野島 敬祐 (京都橘大学 看護学部 大学院看護学研究科)

(2023年7月1日(土) 15:40 ~ 16:40 第9会場)

[EM4-2] オンライン面会における遠隔ケアの実践的な取り組みについて

○井上 奈々 (大阪公立大学 大学院看護学研究科)

(2023年7月1日(土) 15:40 ~ 16:40 第9会場)

[EM4-3] 遠隔 ICU支援側の取り組みについて

○吉田 友美 (公立大学法人 横浜市立大学附属病院 看護部)

交流集会

[EM5] 交流集会5

SAT・SBTの臨床実践を探求しよう！

企画：人工呼吸ケア委員会

2023年7月2日(日) 09:00～10:20 第8会場 (4F 研修室)

[EM5] 人工呼吸ケア委員会交流集会 SAT・SBTの臨床実践を探求しよう！

○丸谷 幸子¹, 濱本 実也² (1.名古屋市立大学病院 看護部 ICU・PICU・CCU, 2.公立陶生病院 集中治療室)

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:20 第8会場)

[EM5] 人工呼吸ケア委員会交流集会 SAT・SBTの臨床実践を探求しよう！

○丸谷 幸子¹, 濱本 実也² (1.名古屋市立大学病院 看護部 ICU・PICU・CCU, 2.公立陶生病院 集中治療室)

キーワード：SAT、SBT、人工呼吸器ケア、人工呼吸器離脱、教育

【企画趣旨】人工呼吸ケア委員会は、本学会のテーマである「グローバル時代における持続可能なクリティカルケア看護の探求」として SAT・SBTを探求したいと考えている。

人工呼吸ケアはクリティカルケア看護を特徴づけるものであり、これにまつわるケアの探求は、私たちクリティカルケア看護師の本分といってもよいのではないだろうか？そして、様々なケアを通して私たちが目指しているのは患者が人工呼吸器から早期に離脱し、生活を取り戻すことである。SAT・SBTは人工呼吸器からの早期離脱のための方策であり、その効果や必要性が認められ、2022年度の診療報酬改定により加算対象となった。これを機に SAT・SBTを導入した施設・導入しようと思っている施設、既に導入しうまくいっている施設・困難を感じている施設、様々な状況があると考え。SATやSBTは、10数年前からの臨床研究を元にした方策であり、理論的には理解できる一方、実践するためには多職種の同意や、如何にシステムに組み込み、いつ、誰が、どのように実践していくかなど、臨床における課題も多い。また、導入時の実践者への教育や、導入後にPDCAサイクルを上手く回しながらシステムの改善を図るなど継続的に実施する上でも課題があるのではないだろうか。

【実施方法】

この交流集会では4人の演者を迎え、それぞれ以下の4つのテーマでご発表いただき、持続可能なケアの方策についてディスカッションしたい。

4つのテーマ

1. 委員会報告

人工呼吸ケア委員会

2. SAT・SBTの効果

SAT・SBTのエビデンスとその効果

3. 診療報酬改定後の取り組み

SAT・SBTの多職種での実践システム構築

4. 教育・改善活動

SAT・SBT定着後の教育、改善活動の実際

演者

大阪市立総合医療センター 看護部

植村桜

札幌医科大学附属病院 ICU

春名純平

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 看護部 ICU・CCU

長尾大地

聖マリアンナ医科大学病院 看護部

山下将志

人工呼吸ケア委員

公立陶生病院 集中治療室

濱本実也

奈良県立医科大学附属病院 看護部

辻本雄大

大阪市立総合医療センター

植村桜

東邦大学医療センター大森病院 看護管理室

山田亨

東京慈恵会医科大学附属病院 看護部

坂木孝輔

福岡赤十字病院 ICU

白坂雅子

山口大学 大学院医学系研究科

山本小南美

名古屋市立大学病院 看護部

丸谷幸子

交流集会

[EM6] 交流集会6

ようこそクリティカルケアの世界へ、Z世代の継続教育について語ろう！

企画：教育委員会

2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:20 第9会場 (4F 401 会議室)

[EM6] 教育委員会交流集会 ようこそクリティカルケアの世界へ、Z世代の継続教育について語ろう！

○山口 庸子¹, 益田 美津美², 石川 幸司³, 田戸 朝美⁴, 中村 香代⁵, 上澤 弘美⁶, 西村 祐枝⁷ (1.東京慈恵会医科大学附属病院, 2.名古屋市立大学大学院, 3.北海道科学大学, 4.山口大学大学院, 5.国立国際医療研究センター, 6.総合病院土浦協同病院, 7.岡山市立市民病院)

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 10:20 第9会場)

[EM6] 教育委員会交流集会 ようこそクリティカルケアの世界へ、Z世代の 継続教育について語ろう！

○山口 庸子¹, 益田 美津美², 石川 幸司³, 田戸 朝美⁴, 中村 香代⁵, 上澤 弘美⁶, 西村 祐枝⁷ (1.東京慈恵会医科大学附属病院, 2.名古屋市立大学大学院, 3.北海道科学大学, 4.山口大学大学院, 5.国立国際医療研究センター, 6.総合病院土浦協同病院, 7.岡山市立市民病院)

キーワード：クリティカルケア、継続教育、Z世代

【企画趣旨】

本邦は、諸外国と比べてクリティカルケア領域の看護師に対する継続教育は体系的にプログラム化されていない。そこで、教育委員会では、これまでに2つの研究を行なった。まず、クリティカルケア看護領域における効果的な継続教育のあり方を検討するために、看護継続教育について文献レビューを行った。その結果、教育方法は座学だけではなくシミュレーションも半数を占めていた。教育内容は、領域横断型トピック、職務継続・スキルアップ、クリティカルケア看護特有のトピック、領域別看護、クリティカルケア看護全般に分類された。

次の研究的取り組みとして、コロナ禍における新人看護師の学習実態および学習ニーズについて全国調査を実施した。なお、本研究は一般社団法人日本クリティカルケア看護学会倫理委員会の承認を得て実施した(申請番号2022-2)。クリティカルケア領域の学習ニードは、気道管理・呼吸管理および循環管理など身体的な側面に関する学習ニードが高く、PICS予防や終末期ケアのニードが低い傾向にあった。

実際の基礎教育、継続教育においては、2020年からの新型コロナウイルスによるパンデミックにより、大きな影響を受けた。コロナ禍において一気にDX化が進み、遠隔授業やオンデマンド学習など学習形態にも変化をもたらした。そしてZ世代と呼ばれる世代の教育が始まっている。Z世代はデジタル・SNSネイティブとも言われ、DX教育にうまく浸透した世代である。特にクリティカルケア領域では、従来から基礎教育の教授内容と現場に乖離があり、現場でのOJTで継続教育を行ってきた。コロナ禍で教育を受けた看護師がクリティカル領域に配属となり、特に技術習得に関しては、今まで以上に臨床のOJTで担わざるを得なくなった。一方、院内教育が全てオンラインとなったり、部署ごとの教育形態に制約が加わったり、ここ数年はコロナの状況に合わせてOJTのあり方が変化してきた。その中で、コロナ禍を経て出てきた課題と、コロナ以前から抱えていた課題の両方が見えてきた。

そこで、研究的取り組みから見えてきたクリティカルケア領域に必要な継続教育と、実際の臨床現場での継続教育の取り組みから見えてくる今時看護師の特徴を理解し、かつDXを活かした教育について議論したい。それにより、Z世代の特徴を活かした基礎教育と継続教育の垣根のないクリティカルケア領域の継続教育の方略が見えてくることを期待したい。

交流集会

[EM7] 交流集会7

“その看護すごい！”に名前をつけてみよう

企画：研究推進委員会

2023年7月2日(日) 10:30 ~ 11:50 第8会場 (4F 研修室)

[EM7] 研究推進委員会交流集会 “その看護すごい！”に名前をつけてみよう

○研究推進委員会¹, 吉田 紀子², 伊藤 真理³, 明石 恵子⁴, 清村 紀子⁵, 佐藤 まゆみ⁶, 池田 真理⁷ (1.研究推進委員会, 2.獨協医科大学病院, 3.川崎医療福祉大学, 4.名古屋市立大学大学院 看護学研究科, 5.大分大学, 6.順天堂大学大学院, 7.東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻 家族看護学分野)

(2023年7月2日(日) 10:30 ~ 11:50 第8会場)

[EM7] 研究推進委員会交流集会 “その看護すごい！” に名前をつけてみよう

○研究推進委員会¹, 吉田 紀子², 伊藤 真理³, 明石 恵子⁴, 清村 紀子⁵, 佐藤 まゆみ⁶, 池田 真理⁷ (1.研究推進委員会, 2.獨協医科大学病院, 3.川崎医療福祉大学, 4.名古屋市立大学大学院 看護学研究科, 5.大分大学, 6.順天堂大学大学院, 7.東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻 家族看護学分野)

キーワード：事例研究

研究推進委員会では、現場から発信する看護研究の促進・問い直しのきっかけとして、事例研究への理解を深める交流集会を開催してまいりました。第17回学術集会では、「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」をテーマにハンズオンセミナーを開催しました。第18回学術集会交流集会では、「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」をテーマに、グループワークで意見交換をしました。事例研究への取り組みの3回目となる今回の交流集会では、模擬事例をもとに、参加者の皆様とともに、よかった看護実践の場面を読み解き、名前をつけるワークを行いたいと考えています。

看護職は日々の実践の中で、患者さんによりよいケアをしたいと試行錯誤しながら実践していますが、何がよいケアなのかということは、まだ十分に共有できていません。また、看護においてはよいケアは一つではないため、目の前にいる固有の患者さんに沿いながら、探求し続けていく姿勢が求められます。事例研究は、目の前にいる患者さんへの看護実践を言語化することで、実践の振り返りや意味づけとなる、看護観を深め看護職として成長する、実践知として共有できる、他の実践の際のガイドとなるなど、患者さんへのケアの向上や看護師としての成熟など様々なアウトカムを生み出す可能性があります。実践家と研究者らが事例研究に組み込み、看護実践の実践知の積み上げに繋げてくださる方が一人でも増えることを願っています。

今回の交流集会では、事例研究の専門家の先生を講師の先生にお招きして、皆様とともに楽しみながら具体的な看護実践の意味を考え、名前を付けるワークをしたいと考えています。

交流集会

[EM8] 交流集会8

「気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド」を臨床で効果的に活用するための方策

企画：口腔ケア委員会

2023年7月2日(日) 10:30～11:50 第9会場(4F 401 会議室)

[EM8] 口腔ケア委員会交流集会 「気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド」を臨床で効果的に活用するための方策

○安藤 有子（関西医科大学附属病院 看護部）

(2023年7月2日(日) 10:30 ~ 11:50 第9会場)

[EM8] 口腔ケア委員会交流集会 「気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド」を 臨床で効果的に活用するための方策

○安藤 有子 (関西医科大学附属病院 看護部)

キーワード：口腔ケア、気管挿管、気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド、クリティカルケア

【企画趣旨】

わが国が世界史上類を見ない超高齢化社会に突入する2025年を目前に臨床では既に高齢者へのケアの機会が著しく増加していることを肌身に感じます。集中治療を受ける重症患者の多くは、高度侵襲と治療に伴う絶食時期があり、気管挿管に伴う口腔環境の変化や誤嚥のリスク、嚥下機能の低下など看護師によるきめ細やかな予防ケアが必要です。特に高齢者にとっては生死を分かち合併症になったり、生きる楽しみを奪う機能障害に繋がり兼ねません。重症患者の口腔ケアにおいて看護師の役割は、口腔の観察とアセスメント、ケアの実施とその評価を含めて継続的なケアが患者に施されるようマネジメントしていくことが必要です。

当委員会は2021年に、「気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド」を公開し、周知と普及に向けてセミナーや交流集会を実施してきました。またガイドの公開と同時にコロナ禍に見舞われ、口腔ケアに伴う飛沫が医療者の感染リスクを助長するのではないかとこれまでのケアが再考されるようにもなりました。昨年度の交流集会ではコロナ禍を経て口腔ケアに生じた変化を共有しつつも、患者の重症化予防とQOLの維持にとっては重要なケアであることは普遍であると議論の終結を得ました。

【実施方法】

今回の交流集会では、本ガイドの活用について、二施設の実践と現状をご紹介いただき、活用の効果的な点と課題を明らかにし、ご参加いただく皆様とともに、気管挿管患者の口腔ケア実践ガイドを効果的に活用するためのアイデアを共有するためにディスカッションを深めていきたいと考えています。

「気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド」 活用の実際と課題

【演者】

獨協医科大学病院 中田 哲也

りんくう総合医療センター 西山 陽子

日本クリティカルケア看護学会 口腔ケア委員会

安藤 有子

佐藤 憲明

石井 恵利佳

川原 千香子

劔持 雄二

佐藤 央

門田 耕一

担当理事 浅香 えみ子

交流集会

[EM9] 交流集会9

終末期患者の家族の希望を支えるために、クリティカルケア看護師に 何ができるのか？

企画：終末期ケア委員会

2023年7月2日(日) 13:10～14:30 第6会場(2F 瑞雲)

[EM9] 終末期ケア委員会交流集会 終末期患者の家族の希望を支えるために、クリ ティカルケア看護師に何ができるのか？

○立野 淳子¹, 加藤 茜², 森山 美香³, 辻本 真由美⁴, 藤岡 智恵⁵, 藤本 理恵⁶, 久間 朝子⁷, 山勢 博彰⁸ (1.小倉記念病院 クオリティマネジメント課, 2.信州大学 医学部保健学科, 3.島根県立大学 看護栄養学部, 4.横浜市立大学附属市民総合医療センター 看護部, 5.麻生飯塚病院 看護部, 6.山口大学医学部附属病院 看護部, 7.福岡大学病院 看護部, 8.山口大学 大学院医学系研究科)

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:30 第6会場)

[EM9] 終末期ケア委員会交流集会 終末期患者の家族の希望を支えるために、クリティカルケア看護師に何ができるのか？

○立野 淳子¹, 加藤 茜², 森山 美香³, 辻本 真由美⁴, 藤岡 智恵⁵, 藤本 理恵⁶, 久間 朝子⁷, 山勢 博彰⁸ (1.小倉記念病院 クオリティマネジメント課, 2.信州大学 医学部保健学科, 3.島根県立大学 看護栄養学部, 4.横浜市立大学附属市民総合医療センター 看護部, 5.麻生飯塚病院 看護部, 6.山口大学医学部附属病院 看護部, 7.福岡大学病院 看護部, 8.山口大学 大学院医学系研究科)

キーワード：終末期ケア、家族の希望、クリティカルケア

終末期ケア委員会

立野淳子（委員長）, 加藤茜, 久間朝子, 辻本真由美, 藤岡智恵, 藤本理恵, 森山美香, 山勢博彰（担当理事）

クリティカルケア領域における終末期は患者の家族にとって辛く厳しい時期であり、不安や死の恐怖などに圧倒される家族は少なくありません。また、患者の家族が奇跡を強く信じることは自然なことですが、奇跡を信じる気持ちが強くなりあまりに、患者の限りある日々を目を向けることができない家族も珍しくありません。私たち看護師は、家族の希望を支えたいと思いつつもこのような家族を前に困惑することも多いのではないのでしょうか。

”希望がある”と感じること、願いや期待を抱くことは、人が生きていく上で必要不可欠です。とりわけ、困難な状況に陥った人々が直面する問題に対処していくためには、このような前向きな心理や姿勢が大切な支えになるとされています。このことは、大切な人の終末期を見守る患者の家族においても同様です。死別に対する不安や悲しみが強く、残された日々をどのように過ごしていきたいのか希望や願い、期待を見出せない家族は、死別後に後悔や心残りを抱くと報告されています。そのため、医療者には家族に寄り添い、共に考えていく関わりが必要となります。また、奇跡だけを強く信じ現実を目を向けられなかった患者家族の死別後の精神状況も悪いということが報告されており、患者の終末期において家族が適切な希望や願いを抱けるよう、医療者のサポートが求められます。

本交流集会では、終末期患者の家族が希望を持ちながらも現実的な願いを見出せるよう、私たちクリティカルケア看護師に何ができるのか、3つの代表的な事例を交えながら皆様と考えていきたいと思つています。

交流集会

[EM10] 交流集会10

やればできる！論文投稿～査読を乗り越えよう～

企画：編集委員会

2023年7月2日(日) 13:10～14:30 第7会場(2F 蓬莱)

[EM10] 編集委員会交流集会 やればできる！論文投稿～査読を乗り越えよう～

○矢富有見子¹, 佐藤 富美子², 中村 美鈴³, 清村 紀子⁴, 田口 豊恵⁵, 福田 美和子⁶, 小泉 雅子⁷, 田口 智恵美⁸, 村田 洋章⁹, 荒井 知子¹⁰ (1.国立看護大学校, 2.福島県立医科大学, 3.東京慈恵会医科大学, 4.大分大学, 5.京都看護大学, 6.目白大学, 7.東京女子医科大学 大学院, 8.千葉県立保健医療大学, 9.防衛医科大学校, 10.杏林大学医学部付属病院)

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:30 第7会場)

[EM10] 編集委員会交流集会 やればできる！論文投稿～査読を乗り越えよう～

○矢富 有見子¹, 佐藤 富美子², 中村 美鈴³, 清村 紀子⁴, 田口 豊恵⁵, 福田 美和子⁶, 小泉 雅子⁷, 田口 智恵美⁸, 村田 洋章⁹, 荒井 知子¹⁰ (1.国立看護大学校, 2.福島県立医科大学, 3.東京慈恵会医科大学, 4.大分大学, 5.京都看護大学, 6.目白大学, 7.東京女子医科大学 大学院, 8.千葉県立保健医療大学, 9.防衛医科大学校, 10.杏林大学医学部付属病院)
キーワード：論文投稿、査読

【企画趣旨】

編集委員会は、クリティカルケア領域における看護研究や看護実践、新たな知見等の公表の場として、学会誌の編集および発行を行うことを目的に活動しています。本学会では2018年7月よりオンラインシステムによる論文投稿・査読システムを導入いたしました。論文投稿数は徐々に増加しており、2019年17件、2020年23件、2021年26件、2022年43件でした。一方、2019年から2022年の本学会誌の収録論文数は年間11～13件とあまり増加していない現状があります。より質の高い論文が早く公開されるように、2021年度に投稿規程、論文投稿時チェックリストおよび査読ガイドラインの見直しを行いました。これまでの投稿規程は執筆要領が含まれていたため、「投稿規程」と「執筆要領」とに分け内容を充実させました。2022年4月からは新しい「投稿規程」「執筆要領」「論文投稿時チェックリスト」「査読ガイドライン」の運用を開始いたしました。これらの活動が採択論文の増加につながることを手ごたえとしては感じております。

この交流集会では、ここ数年の投稿から採択までの道のりや、査読プロセスで指摘されることが多い事項について説明していきます。また各種様式の改定ポイントについて理解を深め、より円滑な投稿と査読を推進すべく解説いたします。さらに、論文が採択された方から、査読のプロセスにおける苦労や工夫したことなど体験をお聞きしたいと思います。

参加者の皆様からも疑問やお悩みをお聞きし、多くの方が投稿し、査読を乗り越え採択されることを願っています。論文を投稿し査読を受ける方だけではなく、論文を読み解く手がかりになるのではないかと思います。また、査読者の役割を担う方にとってもどのような査読がされているのか傾向がつかめるとと思います。ぜひ多くの方々のご参加をお待ちしております。

【実施方法】

論文投稿から査読の現状と様式変更のポイントについての解説と論文投稿者からの経験談をお話いただいた後、会場の皆様との交流をしたいと思います。

交流集会

[EM11] 交流集会11

開心術を受ける高齢フレイル患者への多職種介入

企画：宇都宮 明美

2023年7月2日(日) 14:10 ~ 15:10 第8会場 (4F 研修室)

[EM11] 開心術を受ける高齢フレイル患者への多職種介入

○宇都宮 明美¹, 牧野 晃子², 明神 哲也³, 山岡 綾子⁴, 井沢 知子⁵ (1.関西医科大学看護学部・看護学研究科, 2.聖路加国際大学, 3.東京慈恵会医科大学, 4.兵庫医科大学, 5.京都大学大学院)

(2023年7月2日(日) 14:10 ~ 15:10 第8会場)

[EM11] 開心術を受ける高齢フレイル患者への多職種介入

○宇都宮 明美¹, 牧野 晃子², 明神 哲也³, 山岡 綾子⁴, 井沢 知子⁵ (1.関西医科大学看護学部・看護学研究科, 2.聖路加国際大学, 3.東京慈恵会医科大学, 4.兵庫医科大学, 5.京都大学大学院)

キーワード：フレイル、開心術、高齢者、多職種介入

【企画趣旨】

弁膜症の開心術は術式の低侵襲化、医療機器の発達により増加の一途をたどっている。一方で我が国の高齢化に伴い開心術を受ける患者も高齢化が進んでいる現状にある。高齢者について「身体の予備能力が低下し、身体機能障害に陥りやすい状態」(Buchner, Wagner, 2014)と身体的フレイルの存在を明らかにしている。日本老年医学会ではフレイルを「高齢期に身体的予備能力が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護、脂肪などの転機に陥りやすい状態で、筋力の低下による動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済困窮などの社会的問題を含む概念」と定義している。加えて、弁置換手術を必要とする高齢患者は心不全を有している場合が多く、カヘキシアという状態にあり、手術侵襲によるフレイルの進行が予測される。QOL維持を望み手術を受ける高齢患者に対して、自宅退院をめざしたフレイルスクリーニングと多職種介入の必要性、介入の実装と課題について、周術期ケアに携わる皆さまと共有したい。

【実施方法】

- ・心臓血管外科領域におけるフレイルの現状と課題に関する動向の発表
- ・開心術を受けるフレイル患者への多職種介入プログラム (Multidisciplinary Intervention program for elderly frail patients undergoing open-heart surgery : MIEFO) の概説
- ・MIEFOの実装報告
- ・今後の課題

【倫理的配慮】

本事例については対象施設倫理委員会で承認を得ており、介入に際しては対象者に説明の上、承認を得て実施した。

交流集会

[EM12] 交流集会12

これからどうする？どうかわる？せん妄ケア

企画：せん妄ケア委員会

2023年7月2日(日) 14:40 ～ 16:00 第6会場 (2F 瑞雲)

[EM12] せん妄ケア委員会交流集会 これからどうする？どうかわる？せん妄ケア

○五十嵐 真¹, 古賀 雄二², 山田 奈津子³, 古厩 智美⁴, 花山 昌浩⁵, 植村 桜⁶, 岡田 和之⁷, 伊東 由康⁸ (1.医心館訪問看護ステーション福島, 2.川崎医療福祉大学, 3.帝京大学 福岡医療技術学部, 4.さいたま赤十字病院, 5.川崎医科大学附属病院, 6.大阪市立総合医療センター, 7.自治医科大学附属病院, 8.兵庫県立大学)

(2023年7月2日(日) 14:40 ~ 16:00 第6会場)

[EM12] せん妄ケア委員会交流集会 これからどうする？どうかわる？せん妄ケア

○五十嵐 真¹, 古賀 雄二², 山田 奈津子³, 古厩 智美⁴, 花山 昌浩⁵, 植村 桜⁶, 岡田 和之⁷, 伊東 由康⁸ (1.医心館訪問看護ステーション福島, 2.川崎医療福祉大学, 3.帝京大学 福岡医療技術学部, 4.さいたま赤十字病院, 5.川崎医科大学附属病院, 6.大阪市立総合医療センター, 7.自治医科大学附属病院, 8.兵庫県立大学)

キーワード：せん妄、せん妄ケア、せん妄ケアリスト

【企画趣旨】

せん妄によって引き起こされる注意、意識、認知の障害は、様々な治療上、看護上の問題を生み、その対応や予防についてはクリティカルケア領域のみならず臨床看護の長年の課題です。

また、せん妄が患者の予後を悪化させる独立因子であることや集中治療後症候群（PICS）との関連が報告され、クリティカルケア領域におけるせん妄ケアの重要性が再認識されています。こういった流れの中で、PADISガイドラインやJPADガイドラインを活用したせん妄ケアも全世界的に広く浸透し、こういったガイドラインを活用した研究報告も多く発表されていることはご承知のとおりです。

国内におきましては、令和2年度の診療報酬改定でせん妄ハイリスク患者ケア加算が導入され、せん妄への興味、せん妄ケアに対する評価は高まっています。

せん妄ケア委員会においても、せん妄ケアの質の向上を目的に学会ホームページ上でせん妄ケアリスト（ver.1）を公開し、セミナーなどを通して普及活動を行ってまいりました。

このようにここ数年で、せん妄ケアを取り巻く環境は大きく変化してきました。しかし、せん妄やせん妄ケアに対する理解や認識、せん妄ケア自体が現場に浸透してきているかは不明な状況です。

今回の交流集会では、せん妄ケアに関する現場の状況や課題を、日々現場で奮闘されている参加者の皆様と共有しながら、今なにが問題なのか、これからのせん妄ケアをどう変えていけばよいのか、せん妄ケアのこれからの展望について、せん妄ケアの本音をざっくばらんに意見交換し、これからのせん妄ケアを一緒に探っていきたいと考えております。

また、当委員会で現在進めております「せん妄ケアリスト（ver.1）の臨床現場での使用状況の調査」についてもご報告させていただきます。

皆様のご参加をお待ちしております。

【実施方法】

交流集会は対面式で実施する。

「せん妄ケアリスト（ver.1）の臨床現場での使用状況の調査」について、研究参加の有無により不利益が生じないことを説明し、研究対象者の自由意志を尊重した。

交流集会

[EM13] 交流集会13

教えます！国際学会参加と国際雑誌投稿のヒント

企画：国際交流委員会

2023年7月2日(日) 14:40 ～ 16:00 第7会場 (2F 蓬莱)

[EM13] 国際交流委員会交流集会 教えます！国際学会参加と国際雑誌投稿のヒント

○櫻本 秀明¹, 北山 未央², 佐藤 隆平³, 池松 裕子⁴, 卯野木 健⁵ (1.日本赤十字九州国際看護大学 看護学部, 2.金沢医科大学病院 看護部, 3.神戸市看護大学 看護学部, 4.修文大学 看護学部, 5.札幌市立大学 看護学部)

(2023年7月2日(日) 14:40 ~ 16:00 第7会場)

[EM13] 国際交流委員会交流集会 教えます！国際学会参加と国際雑誌投稿のヒント

○櫻本 秀明¹, 北山 未央², 佐藤 隆平³, 池松 裕子⁴, 卯野木 健⁵ (1.日本赤十字九州国際看護大学 看護学部, 2.金沢医科大学病院 看護部, 3.神戸市看護大学 看護学部, 4.修文大学 看護学部, 5.札幌市立大学 看護学部)

キーワード：国際交流、国外学会、WFCCN

【企画趣旨】国際交流委員会では、交流集会の企画として、国際交流委員会としておこなったアンケート調査の結果を報告するとともに、経験豊かな委員より国際学会参加や国際雑誌投稿するための具体的なヒントをご紹介します。

【実施方法】

企画1：国際交流委員会アンケート調査報告

国際交流委員会では、国際交流や国際化に関連した調査を行なっています。今回は、以前調査した、Limited Japanese Proficiency患者家族への看護に関するアンケート調査の結果や、現在企画している各国の認定や専門看護師など制度に関するアンケート調査の計画などについて、ご報告させていただきます。なお、報告いたします調査結果は、日本クリティカルケア看護学会倫理委員会の承認を得た上で実施いたしました。

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。ハードルが高いように感じる国際学会への参加ですが、やろうと決めれば越えられない壁ではありません。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、論文執筆・掲載のためのちょっとしたヒントをお伝えします。

座長：櫻本秀明

交流集会

[EM14] 交流集会14

クリティカルケア看護の魅力を語ろう

企画：広報委員会

2023年7月2日(日) 15:00 ~ 16:00 第5会場 (2F 平安)

[EM14] 企画趣旨

[EM14-1] クリティカルケアにおける教育を楽しむコツ

○池辺 諒 (株式会社Medi-LX)

[EM14-2] クリティカルケア看護の魅力 管理者の立場から

○中嶋 武広 (医療法人澄心会 岐阜ハートセンター 看護部)

[EM14-3] クリティカルケア看護の魅力：急性・重傷患者看護専門看護師としての活動を通して

○渡海 菜央 (日本大学医学部附属板橋病院 救命救急センター)

(2023年7月2日(日) 15:00 ~ 16:00 第5会場)

[EM14] 企画趣旨

キーワード：看護の魅力、人材育成

日本クリティカルケア看護学会の設立趣旨には「クリティカルケア看護学に関わる多くの看護職者が集結し、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目指すことを意図している。」と述べられています。学術集会は、学会活動の柱の一つであり、クリティカルケア看護学に関わる多くの看護職者が集結する場でもあります。しかし、クリティカルケア看護学の確立と発展につなげるには、集結が継続的なものであることが必要だと考えます。2023年に本学会のホームページはリニューアルされました。また、会員システムも新しくなりました。広報委員会では、これらのリニューアルに参画しながら、クリティカルケア看護に興味関心をもつ看護職者を増やし、仲間同士のつながりを促進することで、個々の活動だけでなく、グループでの活動を推進していきたいと考えました。この交流集会では、クリティカルケアで活躍している方々に管理、実践、教育のそれぞれの立場からご自身のクリティカルケア看護についてご発表いただきます。クリティカルケア看護の魅力や、人材育成の中でクリティカルケア看護の面白さをどう伝えるかについて、意見交換する機会にしたいと考えています。

(2023年7月2日(日) 15:00 ~ 16:00 第5会場)

[EM14-1] クリティカルケアにおける教育を楽しむコツ

○池辺 諒（株式会社Medi-LX）

キーワード：教育、共育、人材育成

【企画趣旨】

厚生労働省の発表によると、本邦における就業看護師数は約128万人、潜在看護師数は約71万人とのこと（2020年末時点）。つまり、クリティカルケア領域に限らず、看護師の定着という点で本邦は大きな課題を抱えていることがわかります。一般的に、看護師の離職理由として、労働環境の悪化、給与の低さ、ストレス・プレッシャーなどが挙げられます。そして、我々のフィールドであるクリティカルケア看護における教育上の課題は、シミュレーション教育の充実や実践的なトレーニング機会の提供、指導者の育成などが挙げられます。

【実施方法】

人材の定着やクリティカルケア看護の進化・深化に向けて課題は山積みですが、本交流集会では今後の人材育成について「共育」というキーワードをもとに、皆で議論を行う機会にしたいと考えています。

(2023年7月2日(日) 15:00 ~ 16:00 第5会場)

[EM14-2] クリティカルケア看護の魅力 管理者の立場から

○中嶋 武広（医療法人澄心会 岐阜ハートセンター 看護部）

キーワード：クリティカルケアの魅力、管理者の目線、人材育成

少子高齢化、デジタル化、医師の働き方改革等の社会背景の中で、クリティカルケア看護は形を変え変化している、まさに過渡期です。これまで、先輩たちが築きあげたクリティカルケア看護を大切にしつつ、社会や対象の変化に応じた、新たなクリティカルケア看護を皆さまと妄想（創造）したいと思います。

今時代が求めている事、それらに看護が応えていくべき事。それぞれの持論も交えて、ディスカッションしていきましょう。

(2023年7月2日(日) 15:00 ~ 16:00 第5会場)

[EM14-3] クリティカルケア看護の魅力：急性・重傷患者看護専門看護師としての活動を通して

○渡海 菜央（日本大学医学部附属板橋病院 救命救急センター）

キーワード：クリティカルケア、多様性、専門看護師

生命の危機的状況にある患者や家族を対象に、全身管理だけでなく退院後の生活を見据えたケアから終末期ケアまで幅広い場面でクリティカルケアが存在します。学会登録者の方も様々なフィールドの方がおられます。また多様性が認められる時代に、個々の事例と向き合いながら思うことは、複雑化する問題にこそ人と人とのつながり（協働）の大切さです。変化する時代の中で残る魅力（継続する魅力）も皆様と考えてみたいと思います。

ランチョンセミナー

[LS1] ランチョンセミナー1

抜管後もすぐに食べられるために、口腔ケアを考えよう

座長：田戸 朝美（山口大学大学院医学系研究科）

2023年7月1日(土) 11:50 ～ 12:50 第3会場 (2F 桃源)

共催：アルケア株式会社

[LS1-1] 口腔のバイタルサインのアセスメントから始める口腔ケア

○岸本 裕充（兵庫医科大学医学部歯科口腔外科学講座）

[LS1-2] 明日のケアに活かせる！口腔アセスメントをケアに繋げる方法

○佐藤 央（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）

(2023年7月1日(土) 11:50 ~ 12:50 第3会場)

[LS1-1] 口腔のバイタルサインのアセスメントから始める口腔ケア

○岸本 裕充 (兵庫医科大学医学部歯科口腔外科学講座)

(2023年7月1日(土) 11:50 ~ 12:50 第3会場)

[LS1-2] 明日のケアに活かせる！口腔アセスメントをケアに繋げる方法

○佐藤 央 (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)

ランチョンセミナー

[LS2] ランチョンセミナー2

クリニカルラダー別研修の更なる具現化への挑戦

～ 個々のナースの成長を大切にしたキャリア支援 ～

座長：立野 淳子（一般財団法人平成紫川会 小倉記念病院 看護部 クオリティマネジメント科）

2023年7月2日(日) 12:00～13:00 第3会場 (2F 桃源)

共催：ヴェクソンインターナショナル株式会社

[LS2] クリニカルラダー別研修の更なる具現化への挑戦

～ 個々のナースの成長を大切にしたキャリア支援 ～

○道又 元裕（ヴェクソンインターナショナル株式会社）

(2023年7月2日(日) 12:00 ~ 13:00 第3会場)

[LS2] クリニカルラダー別研修の更なる具現化への挑戦
～ 個々のナースの成長を大切にしたキャリア支援 ～

○道又 元裕 (ヴェクソンインターナショナル株式会社)

ランチョンセミナー

[LS3] ランチョンセミナー3

呼吸管理できていますか？熱い想いを推進力へ

－ High Flow Nasal定着にみる来し方行く末－

座長：卯野木 健（札幌市立大学 看護学部）

2023年7月1日(土) 11:50～12:50 第4会場(2F 福寿)

共催：フィッシャー&パイケルヘルスケア株式会社

[LS3] 呼吸管理できていますか？熱い想いを推進力へ

－ High Flow Nasal定着にみる来し方行く末－

○河原 良美（徳島大学病院 看護部 集学治療棟HCU）

(2023年7月1日(土) 11:50 ~ 12:50 第4会場)

[LS3] 呼吸管理できていますか？熱い想いを推進力へ

－ High Flow Nasal定着にみる来し方行く末－

○河原 良美 (徳島大学病院 看護部 集学治療病棟HCU)

ランチョンセミナー

[LS4] ランチョンセミナー4

クリティカルケア看護における終末期をどう学習するか

座長：平井 美恵子（東京医科歯科大学病院 看護部）

2023年7月1日(土) 11:50 ～ 12:50 第5会場 (2F 平安)

主催：集会企画

[LS4] クリティカルケア看護における終末期をどう学習するか

○伊藤 美智子（名古屋学芸大学 看護学部）

(2023年7月1日(土) 11:50 ~ 12:50 第5会場)

[LS4] クリティカルケア看護における終末期をどう学習するか

○伊藤 美智子 (名古屋学芸大学 看護学部)

ランチョンセミナー

[LS5] ランチョンセミナー5

VRで実現する持続可能なクリティカルケア看護教育の未来について

稲川 昭一（国際医療福祉大学成田病院 看護部救急外来）

2023年7月1日(土) 11:50 ～ 12:50 第6会場 (2F 瑞雲)

共催：株式会社ジョリーグッド

[LS5-1] 実装が進む医療教育 VR技術と展開事例

○細木 豪（株式会社ジョリーグッド）

[LS5-2] VRとインストラクショナルデザインによる教育方法のアイデア

○苑田 裕樹（令和健康科学大学看護学部看護学科 専門職育成学／臨床シミュレーションセンター）

[LS5-3] 手術看護をVRでリアルに学ぶ

○藤村 朗子（東京医療保健大学立川看護学部看護学科 成人・老年看護学）

(2023年7月1日(土) 11:50 ~ 12:50 第6会場)

[LS5-1] 実装が進む医療教育 VR技術と展開事例

○細木 豪 (株式会社ジョリーグッド)

(2023年7月1日(土) 11:50 ~ 12:50 第6会場)

[LS5-2] VRとインストラクショナルデザインによる教育方法のアイデア

○苑田 裕樹 (令和健康科学大学看護学部看護学科 専門職育成学/臨床シミュレーションセンター)

(2023年7月1日(土) 11:50 ~ 12:50 第6会場)

[LS5-3] 手術看護をVRでリアルに学ぶ

○藤村 朗子 (東京医療保健大学立川看護学部看護学科 成人・老年看護学)

ランチョンセミナー

[LS6] ランチョンセミナー6

Rapid Response System~患者に安全な医療を提供するためのシステム~

中田 諭 (聖路加国際大学大学院看護学研究科成人・高齢者と家族の看護領域急性期看護学)

2023年7月2日(日) 12:00 ~ 13:00 第4会場 (2F 福寿)

共催: 日本光電工業株式会社

[LS6] Rapid Response System~患者に安全な医療を提供するためのシステム~

○森安 恵実 (北里大学病院 集中治療センター RST・RRT室)

(2023年7月2日(日) 12:00 ~ 13:00 第4会場)

[LS6] Rapid Response System~患者に安全な医療を提供するためのシステム~

○森安 恵実 (北里大学病院 集中治療センター RST・RRT室)

ランチョンセミナー

[LS7] ランチョンセミナー7

クリティカルケアにおける口腔ケアを探求しよう

座長：石井 恵利佳（獨協医科大学埼玉医療センター 看護部）

2023年7月2日(日) 12:00 ～ 13:00 第5会場 (2F 平安)

共催：ニプロ株式会社

[LS7] クリティカルケアにおける口腔ケアを探求しよう

○田戸 朝美（山口大学大学院 医学系研究科 臨床看護学講座）

(2023年7月2日(日) 12:00 ~ 13:00 第5会場)

[LS7] クリティカルケアにおける口腔ケアを探求しよう

○田戸 朝美 (山口大学大学院 医学系研究科 臨床看護学講座)

ハンズオンセミナー

[HS1] ハンズオンセミナー

明日の臨床から使える看護エコー

~食べる(嚥下),出す(排尿/排便)を可視化しよう~

2023年7月1日(土) 11:30 ~ 12:50 第7会場 (2F 蓬莱)

共催：富士フイルムメディカル株式会社

※学会に参加登録済みの方のみ参加・聴講・見学が可能です。

※本プログラムは昼食の支給はありません。

[HS1-1] 嚥下エコー

○三浦 由佳 (藤田医科大学 研究推進本部 社会実装看護創成研究センター)

[HS1-2] 排尿・排便エコー

○北村 言 (東京大学大学院 医学系研究科 看護管理学／看護体系・機能学分野)

(2023年7月1日(土) 11:30 ~ 12:50 第7会場)

[HS1-1] 嚔下エコー

○三浦 由佳 (藤田医科大学 研究推進本部 社会実装看護創成研究センター)

(2023年7月1日(土) 11:30 ~ 12:50 第7会場)

[HS1-2] 排尿・排便エコー

○北村 言 (東京大学大学院 医学系研究科 看護管理学／看護体系・機能学分野)

ハンズオンセミナー

[HS2] ハンズオンセミナー

看護師が実施する PICC挿入・管理とエコー下での静脈ライン穿刺

座長：飯塚 裕美（亀田総合病院）、森 一直（愛知医科大学）

2023年7月2日(日) 13:30 ~ 15:30 第9会場 (4F 401 会議室)

共催：カーディナルヘルス株式会社

[HS2] 看護師が実施する PICC挿入・管理とエコー下での静脈ライン穿刺

○佐藤 暢夫（聖マリアンナ医科大学病院 麻酔科 集中治療センター）

(2023年7月2日(日) 13:30 ~ 15:30 第9会場)

[HS2] 看護師が実施する PICC挿入・管理とエコー下での静脈ライン穿刺

○佐藤 暢夫 (聖マリアンナ医科大学病院 麻酔科 集中治療センター)

一般演題（口演）

[O1] 一般演題（口演） 1

優秀演題

座長：清村 紀子（大分大学大学院）、福田 美和子（目白大学 看護学部）、審査員：大江 理英（兵庫県立大学 看護学部）、稲垣 範子（摂南大学 看護学部）

2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:40 第2会場 (5F 小ホール)

[O1-1] 人工呼吸器装着場面における新人看護師と熟練看護師の観察時の意図—安静場面のインタビューの分析—

○岡根 利津, 野崎 夢加, 長谷川 智之, 斎藤 真（三重県立看護大学 看護学部）

[O1-2] 急性大動脈解離 StanfordA術後患者における多職種チームアプローチによる早期離床プログラムの有効性

○佐藤 博昭¹, 和田 卓也², 大倉 和貴³, 佐々木 郁子¹, 山本 浩史²（1.秋田大学医学部附属病院 集中治療部1, 2.秋田大学医学部附属病院 心臓血管外科, 3.秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション部）

[O1-3] 訪問看護師の臨床判断の実態と臨床判断に関する教育ニーズの解明

○西塔 依久美¹, 池田 恵², 佐藤 まゆみ²（1.順天堂大学大学院 医療看護学研究科博士後期課程, 2.順天堂大学大学院 医療看護学研究科 がん・クリティカルケア看護学）

[O1-4] パンデミック禍の集中治療室において看護師が COVID-19患者の尊厳を守ろうとする看護のプロセス

○藤村 麻衣子, 佐々木 吉子, 今津 陽子（東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科）

(2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:40 第2会場)

[O1-1] 人工呼吸器装着場面における新人看護師と熟練看護師の観察時の意図—安静場面のインタビューの分析—

○岡根 利津, 野崎 夢加, 長谷川 智之, 斎藤 真 (三重県立看護大学 看護学部)

キーワード：人工呼吸器、観察、視線解析、新人看護師、熟練看護師

【目的】人工呼吸器装着場面における熟練看護師と新人看護師の観察時の意図を明らかにすることを目的とする。

【方法】1) 研究参加者：集中治療領域の部署に勤務する看護師経験2年目の看護師(以下、新人とする)8名と、同部署に勤務する集中ケア認定看護師/救急認定看護師/急性・重症患者看護専門看護師のいずれかの資格を有する看護師(以下、熟練とする)8名を対象とした。2) データ収集方法：人工呼吸器を装着した模擬患者の映像を観察した後、観察内容とその理由や根拠、目的について、半構造的面接法によるインタビューを行った。3) 分析方法：得られたデータから作成した逐語録をテキスト形式のデータとし、KH Coder3を用いて計量テキスト分析をおこなった。まず、対象別に作成したテキストデータを分析し、単語頻出分析をおこなった。次に、特定のコードを付与して分類できる機能を用いてコーディングを行い、対象別に同様の観察対象及び状態を示す抽出語にコードを付け分類した。そして、コードの出現頻度と関連性を分析するために共起ネットワーク図の描画を行った。さらに新人と熟練を合わせた全体のデータについてもコーディングを行い、各コードに対してクロス集計を行った。4) 倫理的配慮：三重県立看護大学研究倫理審査会の承認を得て実施した。

【結果】単語の出現頻度は、新人は「呼吸器」「患者」「確認」「鎮静」「モニター」が、熟練は「患者」「呼吸」「呼吸器」「呼吸回数」「サチュレーション」の出現頻度が高かった。また、対象別のコーディングでは、新人は26、熟練は27のコードに分類された。コードの関連性から、新人は01：『輸液ルート』『顔』『環境』『挿管チューブ』『口』『抜管』、02：『鎮静』『抑制』『覚醒』『意識レベル』、03：『バイタルサイン』『心拍数』『モニター』『体動』『血圧』、04：『呼吸回数』『胸郭』『呼吸』『音』、05：『サチュレーション』『設定』『換気量』『グラフィック』、06：『呼吸器』『同調性』の6つのグループに分類され、熟練は01：『サチュレーション』『呼吸回数』『呼吸状態』『モニター』『EtCO2』『心拍数』『血圧』、02：『呼吸』『胸郭』『顔』『努力呼吸』、03：『鎮静』『鎮痛』『覚醒』、04：『グラフィック』『換気量』、05：『呼吸器』『同調性』『苦痛』『設定』『バイタルサイン』『疼痛』、06：『蛇管』『安全』、07：『挿管チューブ』『口』『手』の7つのグループに分類された。クロス集計では、新人の方が『抑制』『換気量』『輸液ルート』の項目で有意に多く、熟練の方が『呼吸』『呼吸状態』『努力呼吸』の項目で有意に多かった。

【考察】単語およびコードについては、新人と熟練に共通した単語が多く頻出していたことから、共通して顕在している情報すなわち基本的な情報を確認するために観察していたことが考えられる。また、各コードの関連性から、新人看護師は、呼吸器と同調性など、それぞれのコードの内容に直結して観察が必要なコードが関連していた。一方で、熟練看護師は、呼吸器と苦痛やバイタルサインなど、各コードに影響を与えるコードや関連して変化するコードが含まれていた、これらのことから、新人看護師は観察時には確認することに重きを置いていると考えられ、熟練看護師はこれに加えてアセスメントしながら深く観察していると考えられる。

視線解析で有意差が得られなかった観察場面におけるインタビューの解析から、新人看護師と熟練看護師は同じ観察対象を意図的に観察していたと考えられるが、その意図には違いがあることが示唆された。

(2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:40 第2会場)

[O1-2] 急性大動脈解離 StanfordA術後患者における多職種チームアプローチによる早期離床プログラムの有効性

○佐藤 博昭¹, 和田 卓也², 大倉 和貴³, 佐々木 郁子¹, 山本 浩史² (1.秋田大学医学部附属病院 集中治療部1, 2.秋田大学医学部附属病院 心臓血管外科, 3.秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

キーワード：早期離床、大動脈解離StanfordA、多職種チームアプローチ

【目的】

急性大動脈解離 StanfordA (ATAAD) 術後の患者を対象に、ICUでの多職種チームアプローチによる早期離床プログラムが患者の術後機能状態に及ぼす影響を検討した。

【方法】

2014年7月から2021年8月までに ATAADに対して上行弓部大動脈置換術を受けた全患者を対象に、単一施設のレトロスペクティブ解析を実施した。

2018年7月より ICUの全患者に対して、ICUでの多職種チームアプローチによる早期離床プログラムを適用した。多職種チームが毎朝、ICUの全患者をラウンドし、医学的およびリハビリテーションの状態を評価することで、関節可動域運動 (レベル1)、ベッド上座位 (レベル2)、端座位 (レベル3)、立位 (レベル4)、歩行 (レベル5) という段階的な離床目標を設定した。標準治療 (ST) 群と早期離床 (EM) 群のベースライン特性、手術成績、術後機能状態を分析した。

倫理的配慮として、入院時に文書にて包括的同意を取得し、ホームページ上でオプトアウトを提示することで研究参加への拒否権を保障した。データは個人が特定されないように匿名化を行った。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】

全217例中、重篤な合併症を発生しリハビリテーションの実施が困難となった25例 (11%) を除外し、192名を分析した。

101名 (52.6%) が STを、91名 (47.4%) が EMを受けた。術後24時間以内にリハビリテーションを開始した患者は ST群60.4%に対し、EM群では全例 (100%) であった ($p<0.001$)。ICU退室時、ST群では55.4%が立位 (レベル4)、5.0%が歩行 (レベル5) だったのに対し、EM群では58.2%が立位 (レベル4)、22.0%が歩行 (レベル5) を達成した ($p=0.002$)。

ST群では59例 (59.0%) がせん妄を発生したのに対し、EM群では39例 (42.9%) と EM群でせん妄が有意に減少した ($p=0.037$)。ICU滞在日数は ST群12.5日に対し、EM群9.0日 ($p=0.006$) と有意に短縮した。

退院時に介助を必要としない患者は ST群53.5%に対し、EM群73.6%と有意に上昇した ($p=0.006$)。多変量解析の結果、多職種チームアプローチによる早期離床プログラムは退院時機能自立の独立した予測因子であった ($p=0.049$, OR 2.28, 95% CI: 1.02-5.28)。

【考察】

ICU退室時の離床能力および退院時の ADLが改善した要因として、外科医の手技の向上に加え、多職種で患者の状態と離床目標を検討することで、効果的な離床が実施できたことが影響していることが考えられる。また、早期離床により全身状態のコンディションが整い、患者の回復意欲向上に寄与したことで、せん妄が減少し、ICU在室日数が短縮したと考察する。

ATAADのような重症患者に対しても、離床に伴うメリットとデメリットを検討し、多職種チームで早期離床を進めることで、ADLの向上とICU在室日数の短縮化が可能となることが示唆された。

【結論】

ICUでの多職種チームアプローチによる早期離床プログラムは、せん妄を減少し、ICU在室日数を短縮した。また、ICU退室時の離床能力および退院時の ADLを改善した。

(2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:40 第2会場)

[O1-3] 訪問看護師の臨床判断の実態と臨床判断に関する教育ニーズの解明

〇西塔 依久美¹, 池田 恵², 佐藤 まゆみ² (1.順天堂大学大学院 医療看護学研究科博士後期課程, 2.順天堂大学大学院 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：訪問看護師、臨床判断、教育ニーズ、健康状態の悪化、気づき

【目的】

訪問看護師が、在宅療養者（以下療養者）の健康状態の悪化に気づき適切な対応を行うことができるためには、確かな臨床判断能力が不可欠である。本研究は、訪問看護師の臨床判断能力の向上に資する教育教材を開発するために、訪問看護師が対応に困難を感じている療養者の健康状態の悪化の内容や訪問看護師の臨床判断の実際、臨床判断に関する教育ニーズを明らかにすることを目的とした。なお、本研究における臨床判断とは、対象者のニーズ、関心、健康問題について解釈や統合を行い、アクションを起こすか起こさないかを判断することと定義した。

【方法】

療養者の急変対応の経験があり、臨床看護経験5年以上、かつ、訪問看護経験が1年以上の訪問看護師10名を対象に半構造化面接法を行い、得られたデータを質的に分析した。調査期間は2022年7月～2023年1月。所属大学院の研究等倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

訪問看護師が対応に困難を感じている在宅療養者の健康状態の悪化の内容は、「呼吸状態の変化」「意識の変容」「発熱」「腹痛」「歩行状態の変化」「浮腫」「脱力」の7つに集約された。訪問看護師の臨床判断の実際は、「音や臭い・温度などの室内環境から異変を五感で察知する」「本人を視認して初期評価を行う」「事前情報と症状から予測される疾患を想起する」「バイタルサインを測定する」「問診を行う」「症状に関連した身体診察を行う」「病態を予測する」「緊急性を判断する」「病態と緊急性に基づき対応を検討する」の9つに集約された。臨床判断に関して学びたい内容は、「予測力」「観察法」「アセスメント力」「コミュニケーション力」「初期対応」「症状別のケアの方法」の6つに集約された。求める学習教材は全員が「動画教材」であり、動画1本の時間は15～30分程度であった。

【考察】

訪問看護師の臨床判断の実際として得られた9つのカテゴリより、療養者の「何か変」に気づいた時の訪問看護師の臨床判断は、入室時の音や臭い・温度、室内などの室内環境から異変を五感で察知し、本人を視認して初期評価を行う、また、事前情報と症状から予測される疾患を想起し、バイタルサインの測定と問診をほぼ同時に行い、症状に関連した身体診察を行い、病態予測と緊急性の判断から対応を検討するという過程で行われていると推察された。救急医療におけるトリアージは、初期評価から始まるが、訪問看護では室内環境からも普段の状態と比較して異変を察知するといえる。また、訪問看護師は療養者の事前情報を踏まえた上で初期評価を行っていることが特徴といえる。臨床判断に関する教育ニーズは、予測力、観察法、アセスメント力などの向上に関心があった。また、訪問看護師は15～30分で学べる動画教材による学習を求めている。以上の結果より、訪問看護師の臨床判断能力の向上のための教育教材は、訪問看護師の臨床判断のプロセスに沿いつつ、観察力、アセスメント力、予測力等を高めることのできる、15～30分程度の動画教材が適していることが示唆された。

【結論】

訪問看護師が対応に困難を感じている療養者の健康状態の悪化の内容や訪問看護師の臨床判断の実際、臨床判断に関する教育ニーズが明らかとなった。今回の研究結果を基盤として、今後は訪問看護師の臨床判断能力の向上に資する教育教材を開発し評価していく必要がある。

(2023年7月1日(土) 10:40～11:40 第2会場)

[O1-4] パンデミック禍の集中治療室において看護師が COVID-19患者の尊厳を守ろうとする看護のプロセス

○藤村 麻衣子, 佐々木 吉子, 今津 陽子 (東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科)

キーワード: COVID-19、尊厳、看護観

【目的】 平時から集中治療室では患者の尊厳が脅かされやすいが、新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）パンデミックにより、集中治療室のCOVID-19患者には、さらに尊厳の危機が生じた。看護師はCOVID-19重症患者の尊厳を守る看護に困難を感じた一方で、その状況でのケアの改善に努めていたことは明らかになっている。本研究では、パンデミック禍の集中治療室において重症COVID-19患者をケアする看護師が行った、患者の尊厳を守るための看護のプロセスを明らかにした。

【方法】 Charmazの社会構成主義的グラウンデッド・セオリー法により、パンデミック禍に集中治療室でCOVID-19患者の看護にあたった看護師に、半構造化インタビューを行い、看護師の患者の尊厳を守ろうとした思考と行動に着目して分析を行った。倫理的配慮として、研究協力は参加者の自由意思に基づき、東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

【結果】 参加者は男性5名、女性13名の計18名だった。分析の結果、1つのコアカテゴリー【患者中心の看護の体現】と15のカテゴリーが生成された。COVID-19患者を受け入れた集中治療室では、パンデミックにより平時とは違った＜感染対策一色の環境＞となり＜看護ケアの制約＞を受けた。それにより看護師は、＜患者対応する中での違和感＞を抱いた。また、未知の感染症への対応は看護師に＜感染者対応による心理的負担＞をもたらした。パンデミックによる違和感や負担感から＜患者中心の看護ができない葛藤＞が生じ、プライバシーや患者の意思確認、個別性に関する＜患者の尊厳の危機の知覚＞に至った。これらが生じた背景には、看護師にはそれぞれ＜平時から大切にしている看護観＞があった。患者の尊厳を守り続けようと思う看護師は、自身の＜感染リスクと心理的負担の軽減＞を行ったうえで、＜患者のその人らしさと意思の追求＞と＜多職種への働きかけと協働＞することで、＜実現可能なケアの探求＞を展開し、【患者中心の看護の体現】を果たした。それらの看護師の働きに加え、時間経過とともに、ワクチン開発やウイルスの変異など＜社会情勢や患者状況の変化＞や、看護師自身の＜不安の軽減と心理的变化＞により患者へのケアが拡大していき、患者や家族から良い反応が得られるなど＜患者・家族の状況の好転＞に至った。それにより、自分たちも満足感や達成感を得た一方で、課題も見出すなど＜対応への評価と課題の認識＞に至った。

【考察】 患者の尊厳の危機を知覚した看護師は、平時から大切にしている看護観を基盤に患者の尊厳を守ろうとした。今後起こるパンデミック等の特殊な状況下でも集中治療室で患者の尊厳を守り続けるためには、学生時代からの看護観の形成と、平時からの臨床における看護観の確立が重要である。また、患者の尊厳を守るためには看護師を含む多職種との連携と協働が不可欠であり、平時から関係性を構築し、適切な情報管理と自由なコミュニケーションが行える環境の調整が必要である。

【結論】 本研究によって、COVID-19パンデミック禍の集中治療室において看護師が、感染対策が優先され看護ケアに制約が生じ患者の尊厳を知覚しても、平時から大切にしている看護観を基盤に、その人らしさや患者の意思を追求するために、多職種と協働して実現可能な看護を探究するという看護のプロセスが明らかになった。特殊な状況下でも患者の尊厳を守り続けるためには、平時から連携がしやすい環境の調整と看護観の形成に向けた教育体制を整える必要がある。

一般演題（口演）

[O2] 一般演題（口演） 2

PICS・せん妄ケア①

座長：神田 直樹（北海道医療大学看護福祉学部）

2023年7月1日(土) 10:40～11:25 第6会場(2F 瑞雲)

[O2-1] ICUへ入室する成人患者に対するせん妄ケアリスト活用に関する取り組み

○関根 庸考, 剣持 雄二（青梅市立総合病院 集中治療室）

[O2-2] 集中治療室看護師のせん妄に対する看護実践

○清水 祐美（日本赤十字社医療センター）

[O2-3] コロナ禍におけるICUでのせん妄評価の検証

○小玉 真裕, 栗之丸 智文, 山根 正寛（大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター 看護部・ICU1）

[O2-4] PADISの多角的な管理に関する取り組み

○酒井 武志¹, 水上 奈緒美², 堀江 秀一¹, 飯塚 裕美²（1.医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 ICU, 2.医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 高度臨床専門職センター）

(2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:25 第6会場)

[O2-1] ICUへ入室する成人患者に対するせん妄ケアリスト活用に関する取り組み

○関根 庸考, 剣持 雄二 (青梅市立総合病院 集中治療室)

キーワード：せん妄ケア

【目的】 ICUでのせん妄発症は、人工呼吸期間や ICU在室日数、入院期間延長、死亡率上昇との関連があり、様々な施設でせん妄ケアに取り組んでいる。当施設 ICUのせん妄ケアは各々の認識と経験で行っているという現状がある。そこで、経験に左右されずせん妄ケアが日常的に実践できるようせん妄ケアリスト(おうめ ICU ver.)を作成し、その活用と効果に関する取り組みを行った。

【方法】 日本クリティカルケア看護学会せん妄ケア委員会作成のせん妄ケアリストをもとにせん妄ケアリスト(おうめ ICU ver.)を作成し、ICU看護師29名に対して、ケアリストに関する教育を行った。2022年4月18日~5月18日の間、対象看護師が実践したケアをチェックするため、ケアリストに基づいたチェックシートの配布・回収を行い、ケア実施率でケアの統一状況を評価した。ケアリストの効果は対象患者のせん妄発症状況(CAM-ICU)で評価し、取組前のせん妄発症状況と比較した。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 Fisherの正確確率検定、対応のないデータの2グループ間の差については U検定で、EZR(ver.2.7-2)を用いて、有意水準 $p < 0.05$ とした。本研究は当院倫理審査委員会で審議・承認された後、実施した。

【結果】 スタッフ属性は勤務歴(mean±SD)12.1±7.7年、ICU所属歴(mean±SD)5.6±5.3年であった。患者属性は年齢(mean±SD)66.8±10.9歳、性別(男:女)26:16、ICU在室期間(mean±SD)4.8±5.6日(CAM-ICU陰性:3±0日,陽性:17±10.6日,陽性の在室期間が有意に長い, $p < 0.05$)、APACHE II (mean±SD)15.3±9.0(4月:15.8±9.0,前月と比較し有意差なし $p = 0.64$)であった。回収したケアリストは222件、使用比率：予防77%($n = 170$)、発症後23%($n = 50$)、離脱後は1%($n = 2$)であった。この内 CAM-ICU評価不能・欠損値があるものを除き、予防($n = 101$)、発症後($n = 45$)を分析対象とした。ケア実施率は予防で、「現状認知の促進(41%)」、「安心・安楽の促進と不安・苦痛の緩和(32%)」、「生活リズム・サーカディアンリズムの調整(27%)」、発症後で、「現状認知に合わせた説明(46%)」、「訴えを傾聴し、安心感を与えるケア(26%)」、「快・ニードの充足の促進と不快・苦痛の緩和(28%)」、「日常生活・セルフケアを取り戻すケア(16%)」であった。ケアリスト選択は CAM-ICUを基準とし適切に行えていた($p < 0.05$)。予防ケアリスト使用したうち5件は介入中に CAM-ICU陽性となった。陽性へ転じた患者は APACHE II (mean±SD)20.8±12.0で重症度が高い傾向であった。ケアリスト活用期間 CAM-ICU陽性30% (取組み前の CAM-ICU陽性20-25%) と上昇していたが統計上、有意差はなかった ($p = 0.125$)。

【考察】 ケアリストは、急性・重症患者看護専門看護師のせん妄ケアの特徴を導き出した「せん妄ケア実践の3要素の関係」を行動レベルで示しているため、活用することで質の高いせん妄ケアにつながる。ケアリスト選択もせん妄スクリーニングを指標に問題なく選択が可能である。具体的ケアにおいて「現状認知の促進」、「現状認知に合わせた説明」では説明、挨拶など見当識を保つケアが多く、他のケアと比較し実施率が高い傾向にあった。しかし、ケアリスト活用で期待される予防効果が得られなかった。要因として、ケアリスト全体のケア実施率が低かったことが考えられる。実施率向上により、せん妄予防効果が高まる可能性がある。

【結論】 ケアリスト活用でせん妄ケアの実施率、傾向を可視化でき、行動レベルでケアの統一が可能である。ケアリスト活用を促し、より一層のケア充実と多角的介入により、ICU入室患者のせん妄予防に努めていくことが課題である。

(2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:25 第6会場)

[O2-2] 集中治療室看護師のせん妄に対する看護実践

○清水 祐美（日本赤十字社医療センター）

キーワード：集中治療室、せん妄、看護

【目的】

目的は、集中治療室看護師が日常的に行っているせん妄に対する看護実践を明らかにすることで、個別性の高い看護実践への示唆を得ることである。

【方法】

本研究は質的記述的研究デザインである。集中治療室に所属する救急・集中治療領域での経験が5年以上の看護師を対象に半構造化インタビューを行った。分析では、患者のせん妄をどのように認識し、看護を実践したのかについて語られている部分を抜き出し、看護実践を再構成した。そして、研究参加者一人ひとりの看護実践毎に名前をつけて《サブテーマ》とし、看護実践全体の特徴を表す【テーマ】をつけた。本研究は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

研究参加者は3名の看護師で、看護師経験年数の平均は14年、ICU経験年数の平均は11.3年であった。

【A氏：患者の辛さを受け止め、対話をしながら安心感を与える】

A氏は、幻覚や失見当識によって《混乱している患者が落ち着くように、置かれている現状や行われる処置やケアについて繰り返し丁寧に説明》していた。そして、せん妄発症の背景には複数の辛い思いがあると考え、《自ら辛さを訴えることが難しい患者に対して患者の現状や生活背景から抱えている辛さを推測》し、《患者のやり場のない怒りや辛さを受け止め》続いていた。

【B氏：安心して過ごせる療養環境を整えながら患者のペースで生活が送れるように見守る】

B氏は、せん妄を発症した患者の《安全に配慮をしながら患者の心理状態に応じて関わるタイミングや距離感を調整》していた。そして、患者と物理的な距離を保ちながらも《患者が不安にならないように、皆で気に掛けて見守っていることを言葉にして伝え》ていた。

【C氏：患者が置いてきぼりにならないように、患者中心の生活が送れるような体制を整える】

C氏は、《余裕をもってせん妄患者を受け止められるように看護師2人で交互に患者を担当》していた。そして、せん妄を発症した《患者が穏やかに過ごせるように、会話の内容や言葉遣いを患者の大切にしている価値観に合わせ》ることでせん妄増悪を予防していた。また、せん妄患者が現状認識を取り戻してきた頃からは《患者が望む生活が送れるように、処置やケアの実施時間に患者の希望を取り入れ》ていた。

【考察】

せん妄患者は認知の変化を自覚することで自尊心が低下し易い。研究参加者が行っていた患者の価値観をコミュニケーションやケアに反映させた看護実践は、尊厳が守られているという安心感を患者に与え、自尊心の回復に繋がっていたと考える。また、物的環境のみでなく患者の心理状態に合わせて関わり方や距離感を変化させて人的環境を調整することは、意識変容や認知の歪みによって混乱している患者を落ち着かせ、安心感を与えていたと考える。

刻一刻と変化していく急性期の病態や患者の心理状態に合わせ、一人ひとりの患者にとって最適な看護をその都度判断していく難しさがせん妄ケアにはある。そのため、個々の看護師が行った看護実践を共有できる機会づくりや、戸惑いを感じ易い経験の浅い看護師への教育体制づくりも重要な課題であることが示唆された。

【結論】

集中治療室看護師は、せん妄患者の辛さを受け止め、対話をしながら安心感を与えていた。そして、変化していく患者の心理状態を捉え、安心して過ごせる療養環境を整えながら患者のペースで生活が送れるように見守っていた。さらに、展開の早い治療やそれに伴い変化していく療養環境の中で、患者が置いてきぼりにならないように、患者中心の生活が送れるような体制を整えていた。

(2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:25 第6会場)

[O2-3] コロナ禍における ICUでのせん妄評価の検証

○小玉 真裕, 栗之丸 智文, 山根 正寛 (大阪市民病院機構 大阪市民立総合医療センター 看護部・ICU1)

キーワード: コロナ禍、ICU、CAM-ICU

【目的】 コロナ禍に伴う看護師の配置転換において、ICUでの鎮静評価からせん妄への評価が正しく実践できていたかを検証した。【研究方法】 2021年10月1日~2022年3月31日に A病院 ICU1 (EICU12床・CCU4床) に入室した患者と所属していた看護師47名を対象に RASSから CAM-ICUへの評価が正しく実践ができていたかを後方的に調査した。調査内容は、A病院 ICU1に所属していた看護師の看護経験年数、ICU看護経験年数、2020年4月以降のコロナ禍における配置転換の有無(重症病棟間の配置転換は除く)を質問紙調査で収集した。また、診療録から患者の基本属性(鎮静の有無、人工呼吸器装着の有無) RASS、CAM-ICUのせん妄評価の内容を収集し、CAM-ICUについては、① RASS-3~+4の評価時に CAM-ICUの評価が「評価できない」と判断している。② CAM-ICUの評価の記載がない。③ RASS-4~-5の評価時に「せん妄である」もしくは「せん妄でない」と判断している。この3項目のいずれかに該当した場合は正確に評価できていないと判断し、その数を調査した。調査前の異動スタッフへの介入として PICS 予防のための eラーニングの実施や、RASSと CAM-ICUの評価をルーチン業務として取り入れ、ICU経験スタッフがシャドーイングで異動者にベッドサイドで指導を実施していた。分析方法は、EasyRを使用し、Mann-Whitney U検定、 χ 二乗検定を行い実施した。本研究は A病院の臨床研究審査委員会の承認を得た上で実施した。【結果】 対象患者は147名、看護師の調査対象は40名(回収率85.1%)でコロナ禍に伴う配置転換有りの看護師は13名(A群)、配置転換無しの看護師は27名(B群)で分類した。看護経験年数は A群の割合が有意に高く、ICU看護経験年数は B群の割合が有意に高かった。正確に評価ができていたのは137件(93.1%)、正確に評価できていなかったのは10件(6.9%)で A群、B群で有意差はなかった。【考察】 RASSから CAM-ICUへ正しく評価できていたのは93.1%であり、看護経験年数、ICU看護経験年数、配置転換の有無での有意差はなかった。CAM-ICUについては RASS-2、-3の患者はせん妄と誤って判断されやすいという報告や、ルーチン化するためにはトレーニングが必要といわれているが、コロナ禍のような即時的対応が求められる状況においても ICUでの CAM-ICUを使用したせん妄評価は、正しく実施できていたと考える。また、マニュアルを患者毎の PCに設置していたことや、COVID-19患者用の陰圧個室という出入りが不自由な環境の中でも、CAM-ICUが容易に実施できるように各部屋の壁に評価方法を掲示し、確認しやすい環境を整えたことが配置転換の有無に関係なく、スタッフへの意識付けとなり正しい評価につながったと考える。【結論】 コロナ禍における RASSから CAM-ICUへのせん妄評価は配置転換の有無に関係なく、指導体制や環境を整備することで正しく実践できることが示唆された。今後も新規採用や中途採用・院内移動のスタッフへの指導を継続することが重要である。

(2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:25 第6会場)

[O2-4] PADISの多角的な管理に関する取り組み

○酒井 武志¹, 水上 奈緒美², 堀江 秀一¹, 飯塚 裕美² (1.医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 ICU, 2.医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 高度臨床専門職センター)

キーワード: PADISガイドライン、ICU看護、多職種連携

【目的】

重症患者の管理の一つとして米国集中治療医学会が PADIS ガイドラインを報告した。ガイドラインでは、頭文字の PADIS で示される痛み (Pain)、不穏/鎮静 (Agitation/Sedation)、せん妄 (Delirium)、不動 (Immobility)、睡眠 (Sleep) への多角的な介入が必要であると述べられている。A病院 ICU では、PADIS の評価や介入を行っていた。しかし、短期間で退室する患者も多く、一人一人の患者を多角的に評価し、その結果を多職種や次の勤務帯へ共有することや、ICU 入室患者全体を把握・管理することはシステムのにも困難であった。そこで、PADIS を多職種で多角的に評価・管理することを目的に、PADIS の評価を明確にし、さらに重

症病棟システムにアラート表示が出る取り組みを行った。

【実践方法】

実施施設：A病院 ICU（14床、特定集中治療管理料2）

実施期間：2022年4月～2023年1月

実践内容：ICU看護師、集中治療科、理学療法士、医療機器メーカーと PADISアラートの発動評価のタイミングと発動基準を検討した。

本発表にあたり、所属施設から実践報告の承認を得た。本発表に関して利益相反はない。

【結果】

PADISのアラートは日勤と夜勤の勤務終了時に看護師が重症病棟システム（富士フィルムの Prescient® ICU）の観察データの入力欄へ PADISの項目ごとにチェックを付けると発動するようにした。アラートの表示は重症病棟システムの病床一覧へ氏名・IDなどの患者情報と共にチェックが付いた項目の P・A・D・I・Sの頭文字が表示されるようにした。アラート発動基準は、多職種と相談し以下のように設定した。

- 1.痛み：NRS4以上、CPOT3以上
- 2.不穏/鎮静：RASS0～-2以外
- 3.せん妄：CAM-ICU陽性
- 4.不動：離床の進捗が端坐位以下
- 5.睡眠：“いつもより眠れていない”という主観的評価

今まで各職種がカルテや自分たちの記録などで個別に確認、評価していたことが、これらの取り組みによって、アラートで視覚的に確認することができ、PADISのどこの項目に介入が必要であるか、患者ごとの課題と目標などを評価できるようになり、多職種との介入の共有が容易になった。

【考察】

痛み・不穏・せん妄管理の現状調査（集中治療医学会，2020）では、評価スケールの実施率は増加しており、今後は臨床現場での更なる介入を課題としている。本取り組みにより、PADISについて視覚的にもICU患者全体を把握しやすくなり、多職種で患者一人一人の介入を検討する患者の評価からアラートの発動、介入の検討というチーム医療の促進につながったのではないかと考える。

【結論】

PADISの評価基準を設定し、アラートを作ることにより視覚的に多職種でケアを検討する機会となった。今後は、本取り組みの組織への定着と患者に与える効果を検証していくことが課題である。

一般演題（口演）

[O3] 一般演題（口演）3

チーム医療・多職種連携①

座長：吉田 紀子（獨協医科大学病院 看護部）

2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:25 第8会場 (4F 研修室)

[O3-1] 当院 Rapid Response Teamの特定行為研修修了看護師による動脈穿刺採血の現状と課題

○齊藤 耕平¹, 森安 恵実¹, 鈴木 壮², 内藤 亜樹², 長内 洋一², 田邊 康寛², 新井 正康³ (1.北里大学病院 集中治療センター-RST・RRT室, 2.北里大学病院 集中治療センター-GICU, 3.北里大学 医学部附属新世紀医療開発センター・集中治療医学)

[O3-2] 院内コードブルーに対するアクションカードの導入とその効果

大賀 結, 吉田 昌平, 尾島 美里, 前 千登世, ○近藤 茉優 (トヨタ記念病院 ER.透析)

[O3-3] A病院一般病棟看護師の RRS活用状況の実態

一起動しやすいシステム構築に向けてー

○吉田 亜子, 川端 和美, 菊谷 麻璃菜, 堀内 雅人, 坂上 倫子, 岩本 満美 (北海道大学病院 看護部)

[O3-4] コードブルー要請時の病棟看護師と応援看護師のスムーズな連携を目指して

○住野 有里 (トヨタ記念病院 東病棟6階)

(2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:25 第8会場)

[O3-1] 当院 Rapid Response Teamの特定行為研修修了看護師による動脈穿刺採血の現状と課題

○齊藤 耕平¹, 森安 恵実¹, 鈴木 壮², 内藤 亜樹², 長内 洋一², 田邊 康覚², 新井 正康³ (1.北里大学病院 集中治療センター-RST・RRT室, 2.北里大学病院 集中治療センター-GICU, 3.北里大学 医学部付属新世紀医療開発センター・集中治療医学)

キーワード : Rapid Response Team、特定行為、直接動脈穿刺法による採血、タスクシェア

【目的】

当院 Rapid Response Team (以下 RRT) は、1000入院あたり35件以上の要請件数を維持している。RRTメンバーは ICU医師と看護師で構成され、その中に特定行為研修修了者 (以下特定看護師) が6名在籍している。RRT起動中に実施された特定行為は4行為で、そのうち最も実施件数が多い「直接動脈穿刺法による採血」の実施状況から、RRT活動における特定行為の現状と課題について考察する。

【方法】

対象期間 : 2022/4/1~12/31

分析 : ① arterial blood gas analysis (以下 ABGA) 実施を A群、非実施を B群とし、両群間で重症度に差があるかを比較した。② A群のうち、特定看護師実施群 (AN群) と医師実施群 (AD群) の両群間で重症度に差があるかを比較した。③ RRTが覚知した異常所見 16項目において、A群に有意差のある項目を抽出した。※重症度は RRT介入中に算出する National Early Warning Score (以下 NEWS) とした。

倫理的配慮 : 北里大学病院倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

RRT起動件数は705件 (平均36.8件/1000入院) で、NEWS平均値は8.99であった。① A群 (n=130) 平均値9.73、B群 (n=575) 平均値8.24で両群間に有意差があった ($P<0.01$)。② AN群 (n=34) 平均9.20、AD群 (n=96) 平均9.92で両群間に有意差はなかった ($P=0.188$)。③ 「努力呼吸」「不規則な呼吸」「呼吸数25回/分以上」「SpO₂92以下」「脈拍数120回/分以上」「収縮期血圧90以下」「覚醒しない」の7項目が抽出された。特定行為は、全例医師の直接指示で実施され、調査可能な28件のうち25件で特定看護師からの ABGA実施の提案が指示に先行していた。特定行為による有害事象は無かった。

【考察】

RRTが行う ABGAは、必要性の判断とデータ解釈までが求められる。統計解析の結果から、ABGAの特定看護師実施群と医師実施群間には、患者の重症度に有意差はなく、さらに起動時に認識した所見は、その程度や原因検索に ABGAが有用な異常であり、特定看護師による ABGA実施の判断には妥当性があると考えられる。RRT起動症例の多くを占める呼吸不全、敗血症、意識障害の診療では、ABGAが呼吸補助デバイスの選択や重症度判断、療養環境選定の決め手となることが少なくない。そしてこれらの病態の進行は時に急激で対応にスピード感が求められるが、医師が担うタスクが多く、後回しにせざるを得ない事項がある。そこで ABGAを含む特定行為がタスクシェアされれば、より迅速な診断、治療開始、重症度判断と療養環境選定が可能になると考えられる。

当院の RRT看護師は、ICUをバックグラウンドとするが、もともと病棟急変や外来重症患者の初療に精通しているわけではなく、特に ABGA必要性の判断については実践的な学びが必要になる。また、手技が実施可能な場面であっても、医師にそれを依頼することが少なくない。「特定行為は RRT特定看護師の役割」が前提ではなく、あくまでも RRTとしての役割を優先すべきで、自ら実施すべき場面か否かの判断も必要である。これら判断能力を養う実践的な学習環境を整えることが、医師と RRT特定看護師とのタスクシェアの拡大、定着の課題と考える。

【結論】

○ RRT特定看護師による ABGA実施の判断には妥当性があり、タスクシェアにより迅速な診断、治療、療養環境の選択に寄与する可能性がある。

○ 医師と RRT特定看護師とのタスクシェアを定着させるには、特定行為実施における判断能力を高めるための実践的な学習環境を整える必要がある。

(2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:25 第8会場)

[O3-2] 院内コードブルーに対するアクションカードの導入とその効果

大賀 結, 吉田 昌平, 尾島 美里, 前 千登世, [○]近藤 茉優 (トヨタ記念病院 ER.透析)

キーワード: コードブルー、アクションカード、チーム医療

【目的】 A病院では、コードブルー発生時に院内のスタッフが集まる体制がとられているが、適切な人員配置がされておらず、過剰な人数が参集し、活動に支障をきたしている現状がある。また、2021年4月より整形外科病棟と混合内科病棟とのコードブルーを想定した合同訓練を実施したところ、看護師の役割分担が決まっていなかったため、救急外来看護師が病棟看護師より処置を引き継いでいないことが明らかになった。そこで、看護師の役割を明確化し、その効果を得ることを目的とし、取り組むことにした。

【実践方法】

上記の問題点から早期に役割分担と人員整理が実施できるように、救急外来で重症患者に対応する看護師の適正人数調査をもとに、アクションカードを作成した。アクションカードは、看護師リーダーに1人、患者の頭側に1人、患者の左右に1人ずつ、記録担当1人の計5人で役割が分担できるようにした。2022年5月よりアクションカードを用いて、コードブルーを想定した訓練を整形外科病棟と混合内科病棟と救急外来で月に1回実施し、実用性を確認した。

【倫理的配慮】 本取り組みは、所属施設の倫理委員会の承認を得た。利益相反はない。

【結果】 アクションカードを使用した1回目の訓練では、アクションカードを配布する看護師リーダーが、集まった看護師の部署が不明であり、気管内挿管介助など経験のない役割を担当させてしまう場面が発生した。そこで、参集した看護師が自部署を名乗るようアクションカードに記載し、看護師リーダーは、看護師の所属部署から人選し、アクションカードを配布するように改訂した。その結果、看護師リーダーは、適切な人員に役割を振ることができ、過剰な人員を整理し、活動しやすい環境を整えることができた。また、アクションカードの文字が小さく見えにくいという意見があった。緊急時は、切迫した状況であるため、文字は大きくし、図を使用して自己の役割がどの位置か把握できるようにした。所属部署を確認した上で、役割分担を実施し、集まった看護師の役割が明確になることで、病棟看護師から救急外来看護師に処置の引き継ぎを早期に行うことができるようになった。

【考察】

コードブルー発生時は、慣れない急変による不安や混乱が発生する。また、チーム医療が確立することができず、コミュニケーションエラーによる医療事故も発生しやすい状況と考えられる。今回作成したアクションカードにより、看護師の役割が明確化され、適切な人員で対応でき、緊急時にも医療チームの確立が可能となった。

【結論】

コードブルー発生時は、アクションカードにより役割が明確となり、緊急時の医療チームの確立・人員整理が可能になった。今後は、アクションカードを用いた院内急変時訓練を院内全体で継続的に行い、他部署間で連携をとり、迅速で効果的な医療チームの確立を目指す必要があると考える。

(2023年7月1日(土) 10:40 ~ 11:25 第8会場)

[O3-3] A病院一般病棟看護師の RRS活用状況の実態

一起動しやすいシステム構築に向けて一

○吉田 亜子, 川端 和美, 菊谷 麻璃菜, 堀内 雅人, 坂上 倫子, 岩本 満美 (北海道大学病院 看護部)

キーワード: RRS、一般病棟看護師、質問紙(アンケート)調査

【目的】

A病院に勤務する一般病棟看護師のRRSの活用状況について実態を明らかにし、RRSに関するスタッフの教育や起動しやすいシステム構築への示唆を得る。

【方法】

- 1) 研究対象 A病院一般病棟に勤務する臨床経験年数1年以上の看護師
- 2) 調査期間 2022年10月～11月
- 3) 研究方法 実態調査研究
- 4) データ収集方法 質問紙調査法を用いた。質問紙の調査項目は、先行研究を参考に独自に作成した(大項目2項目:「基本属性」「RRSの活用状況」)。対象者へ研究依頼を行い、対象者自身が質問紙に無記名で回答後、各病棟に設置した質問紙回収封筒へ直接提出し、後日研究者が回収した。
- 5) データ分析方法 量的データは単純集計後、必要項目は χ^2 検定を行った($p<.05$)。データ分析は、表計算ソフトウェア Microsoft Excel® for Windows®を用いた。質的データは、類似した意味内容をカテゴリ化した。
- 6) 倫理的配慮 A病院自主臨床研究審査看護部委員会の承認を得て実施した。

【結果】

質問紙配布数452部、有効回答数410部(90.7%)。研究対象者の属性は、看護師経験年数「2～5年目」42.7%、「6～10年目」22.9%、「11～20年目」25.4%、「21年目以上」8.8%であった。「RRSの有用性」は、「RRTに相談することで観察や今後の対応がわかり安心できる」75.6%、「患者の病状悪化を防ぐことができる」72.9%、「RRTに患者を見てもらい情報共有することで安心できる」72.7%がそれぞれ「非常にそう思う」と回答した。RRSの活用状況は、「自分または他のスタッフのRRS要請経験」は、「あり」61.0%、「なし」39.0%であった。「RRS要請のしにくさ」の「そう思う」は、「RRSを要請することは責任が重く気軽にはできない」が最も多く78.3%、次いで「急変の兆候に関する知識やアセスメントに自信がない」74.8%、「RRS要請のタイミングがわからない」68.3%であった。「必要と感じたがRRS要請に至らなかった理由」は、「病棟医がすぐに対応可能な状況にあったから」が45.4%を占め、次いで「病棟医に相談し医師の判断で決めたから」42.3%であった。「RRS要請後の病棟での振り返り」は、「あり」39.5%、「なし」21.7%であった。「RRS要請後の病棟での振り返りの有無」と「自分または他のスタッフのRRS要請経験の有無」を比較したところ有意差があった($p<.05$)。

【考察】

「RRS要請のしにくさ」の上位4項目は看護師要因であった。RRS要請を自らの判断で行うことへの責任の重さ、急変の兆候を察知するアセスメント、要請のタイミングに関わる知識や自信不足であった。RRS要請を躊躇せず早期に行うには、シミュレーション等の研修や経験学習に繋げる事例検討等のディスカッションが重要である。「自分または他のスタッフがRRS要請に至らなかった理由」の上位2項目は医師要因であり、看護師が医師への調整に難渋し支援を必要とする現状が明らかとなった。今後、さらに組織的かつ継続的なRRSの啓蒙を行い、多職種の協力を得ながら看護師の判断で要請可能であることを広く浸透させる必要がある。また、看護師の判断を支持する関わりが必要であり、それにより起動しやすいシステム構築に繋がると考える。

【結論】

A病院一般病棟看護師のRRS活用状況の実態が明らかとなった。RRSに関するスタッフ教育として、シミュレーションや事例検討が重要であることが示唆された。起動しやすいシステム構築には、組織的かつ継続的なRRSの啓蒙を行い、多職種の協力を得ながら看護師の判断で要請可能であることを広く浸透させること、看護師の判断を支持する関わりが重要であることへの示唆を得た。

(2023年7月1日(土) 10:40～11:25 第8会場)

[O3-4] コードブルー要請時の病棟看護師と応援看護師のスムーズな連携を目指して

○住野 有里（トヨタ記念病院 東病棟6階）

キーワード：コードブルー、アクションカード、急変時訓練

【目的】コードブルー発動時は病棟看護師と応援看護師の連携が必要になるが、当院での急変時の訓練は各部署独自になっており、病棟看護師と応援看護師の引継ぎを含めた合同訓練は行われていなかった。また当院ではRRSシステムの運用開始に伴い、コードブルーの要請にいたる前に救命病棟へ搬送されるケースが増え、コードブルーの要請件数が減少傾向にある。そのためリーダーの役割を担う中堅以上の看護師もコードブルーの要請経験や、コードブルーに立ち会ったことがなく、引き継ぎや連携に不安があると訴えるスタッフが散見された。それぞれの看護師の役割を明確にし、病棟看護師から応援看護師へスムーズに引き継ぎ、蘇生チームを確立しICLSを行うため本取り組みを開始した。

【実施方法】2021年より整形外科病棟と混合内科病棟の2病棟とERで毎月合同急変時訓練を実施した。これまで病棟での急変からコードブルーを発動するまでの訓練を、合同訓練にすることで応援者の到着から治療方針が決定するまでの他部署間連携を訓練に組み込んだ。訓練後は参加者も含め振り返りを行い、役割が明確になるようアクションカードを作成した。アクションカードを使用しての訓練を実施し、修正したものを全部署へ展開し、各部署で独自で行っていた急変時訓練を全部署合同での訓練へ変更した。

【倫理的配慮】本取り組みは、所属施設の倫理委員会の承認を得た。利益相反はない。

【結果】病棟側と応援側で互いの視点から繰り返し訓練を行うことでこれまで曖昧だった各スタッフの役割を明確化出来た。アクションカードを使用することで応援者の引き継ぎがスムーズになり、自部署業務へ早期に復帰することが出来るようになった。スタッフのアンケートからも、「急変時対応に対して不安がある」、「応援者とのやり取りに迷う」等の意見があったが、アクションカードの作成で役割が明確となり「不安が軽減した」との意見が聞かれた。

【考察】2021年度コードブルー要請は混合内科病棟1件、整形外科病棟3件であり、部署によっては要請をしたことがない病棟もある。リーダー層も、急変でコードブルーを要請した経験がなく不安を持っているスタッフも多い。訓練内容に他部署との連携が組み込まれていないと、訓練の回数を増やしてもスタッフの不安軽減には繋がらない可能性が示唆された。コードブルーは発動頻度が少ないがRRSより緊急性が高く、正確さと速さの両立を求められる。ERと合同で訓練を実施することでより現実に即した内容での訓練となり、緊張感のある質の高い訓練に繋がった。

【結論】自部署内での訓練は応援者到着までのシミュレーションとなるため、応援到着以後の訓練には他部署を巻き込んだ合同訓練が有用である。応援到着以後の訓練を行うことで実際に経験をしたことがないスタッフも救命病棟搬送までの流れを理解しやすくなった。また応援到着後のスタッフが入り乱れる状況を体験し、アクションカードを用いることで役割分担に沿った行動の重要性を理解することができた。応援者となるERとの合同訓練を行うことで双方向に意見を出し合う機会となり、振り返りを通してこれまで抱えていた疑問や不安を表出することが出来た。現在用いているアクションカードや合同訓練の方法などは部署ごとの特色に合わせて見直していく必要があるため訓練方法の修正が今後の課題である。

一般演題（口演）

[O4] 一般演題（口演） 4

鎮痛・鎮静管理

座長：北別府 孝輔（岡山大学 保健学域 基礎看護学）

2023年7月1日(土) 14:10 ～ 15:05 第7会場 (2F 蓬莱)

[O4-1] IHCA ROSC後、レミフェンタニルを使用し、人工呼吸非同調改善、離脱に至った一例

○関根 庸考, 剣持 雄二（青梅市立総合病院 集中治療室）

[O4-2] 人工呼吸器早期離脱プロトコル導入によるICU看護師の成果と課題

○大崎 杏奈, 川村 亜希, 森下 直哉, 後藤 大幸, 宮田 洋（高知赤十字病院 救命救急センター病棟）

[O4-3] 集中治療室における人工呼吸器離脱過程にある患者のセルフコントロール感覚を支える看護実践

○小磯 崇司¹, 北村 愛子², 佐竹 陽子²（1.滋賀県立総合病院, 2.大阪公立大学大学院 看護学研究科）

[O4-4] 浅い鎮静中の人工呼吸器装着患者の comfortに向けた CCNSの関わり

○西江 友里, 大村 奈緒（岡山大学 医学部保健学科）

[O4-5] 集中治療室に緊急入室した患者が深鎮静下から浅鎮静下で人工呼吸器と同調するまでの看護実践

○鶴戸 由佳¹, 磯見 智恵², 繁田 里美², 月田 佳寿美²（1.福井大学 医学系研究科看護学専攻修士課程, 2.福井大学 医学部看護学科臨床看護学分野）

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:05 第7会場)

[O4-1] IHCA ROSC後、レミフェンタニルを使用し、人工呼吸非同調改善、離脱に至った一例

○関根 庸考, 剣持 雄二 (青梅市立総合病院 集中治療室)

キーワード：呼吸、鎮痛

【目的】

集中治療での患者全身管理では、鎮痛薬を優先的に使用した上で、鎮静薬は補助的に使用する方法が推奨（布宮他,J-PAD）されており、2022年8月より本邦において集中治療室での人工呼吸管理における鎮痛薬としてレミフェンタニルが使用可能となった。今回、A病院で、呼吸パターン異常、人工呼吸非同調を起こした症例に対し、レミフェンタニルを使用することで速やかな鎮痛コントロールにより、呼吸パターン、人工呼吸非同調の改善を経験したため報告する。

【事例概要】

80代男性,身長160cm,体重59kg(IBW57kg),診断名:IHCA ROSC後,既往歴:一過性脳虚血発作,間質性肺炎疑い,肺気腫,前立腺癌,慢性腎臓病,白内障手術後,進行性胃がんの疑い。

入院の経過:受診のため来院した際、院内で心肺停止となり、CPR、アドレナリン投与施行。3サイクル目でROSCし、12ch ECGでII,III,aVfでST変化あり、緊急カテーテル検査・治療後ICU入室となった。患者背景、低血圧、腎機能、肝機能障害もあり、持続鎮痛薬投与の認容性は低いとの判断から入室時よりデクスメトミジン0.3 μ g/kg/hで使用し、鎮痛・鎮静を行った。循環動態不安定であったが、ノルアドレナリン、バソプレシン使用、輸液負荷で血行動態は徐々に安定、第4病日にかけて昇圧剤漸減終了となった。呼吸状態は一旦落ち着いたが再び呼出障害、頻呼吸によるAuto PEEPを認め、奇異呼吸、人工呼吸非同調が顕著な状態となった。入室時より看護師特定行為により肺保護、呼吸状態に応じた換気設定変更を行い、医師・スタッフとの患者状態・治療方針の共有を行った。本症例の報告は所属病院看護学会委員会の承認を得て実施し、個人が特定されないよう配慮をした。

【結果】

第7病日に鎮静を終了、覚醒評価でGCS:E2VTM4、RASS:-4、改善は乏しかった。CPOT:2(人工呼吸への同調2)であったが、蘇生後脳機能障害で表情変化はなく、筋緊張異常(両上肢は弛緩、両下肢高度の筋緊張)を認めており、CPOTでの正確な鎮痛評価は困難であった。人工呼吸設定:PC(Automode),FIO₂:0.3,PC:8cmH₂O,PEEP:8cmH₂O,f:12bpm,PS:8cmH₂O、換気状況:TV450ml,MV15.0l,RR35rpm,PIP17cmH₂O。鎮静剤終了に伴い、呼吸パターン悪化を認めた。鎮痛薬の検討・提案を医師に行い、腎・肝機能に左右されず、即効性のあるレミフェンタニルが開始となった。レミフェンタニル0.022 μ g/kg/minで開始し、鎮痛状況、呼吸状態モニタリングを行った。開始60分後に頻呼吸が改善され、RR25rpmとなったが、異常呼吸パターン、Auto PEEPは持続していた。0.042 μ g/kg/minへ増量してから60分後にRR15rpmへ低下、人工呼吸非同調、異常呼吸パターン、Auto PEEP改善を認めた。呼吸状態改善に伴い、同日SBT実施、適合となった。第10病日レミフェンタニル漸減し、RR25rpmと呼吸数増加を認めたが、30回以上にはならず気管チューブ計画内抜去、人工呼吸離脱となった。

【考察】

鎮痛スケールによる正確な鎮痛状況の評価は困難な状況であったが、スタッフ、特定行為実践者、医師を交え患者の状態に応じた鎮痛薬検討により効果的な鎮痛コントロールが図れた。レミフェンタニルは臓器障害(肝・腎機能障害)による影響を受けにくく、強力な鎮痛作用を持ちながら、超短時間作用性のため用量調節性に優れているため本症例において速やかな鎮痛コントロールを実現できた。その結果、呼吸数と呼吸仕事量減少、人工呼吸非同調が改善したことで、人工呼吸離脱へとつながったことが示唆された。

【結論】

レミフェンタニル低量投与により、鎮痛コントロール、換気応答が抑制され、人工呼吸の同調性が改善し、人工呼吸離脱が可能となった。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:05 第7会場)

[O4-2] 人工呼吸器早期離脱プロトコル導入による ICU看護師の成果と課題

○大崎 杏奈, 川村 亜希, 森下 直哉, 後藤 大幸, 宮田 洋 (高知赤十字病院 救命救急センター病棟)

キーワード: プロトコル、自覚覚醒トライアル (SAT)、自覚呼吸トライアル (SBT)

【目的】

人工呼吸器離脱に関する3学会合同プロトコルが策定され、2022年度診療報酬改訂において、人工呼吸器等の管理に係る評価の見直しが行われた。A病院においても令和4年6月より、自施設ICUの特性に沿った人工呼吸器早期離脱プロトコルを作成し導入した。プロトコルを活用しながら、ベッドサイドにて自覚覚醒トライアル (SAT) と自覚呼吸トライアル (SBT) を実践する中で、プロトコル導入の意義を実感すると共に、いくつかの課題がみえてきた。そこで、安全で円滑な人工呼吸器離脱に向けたプロトコル導入の実際について成果と課題を報告する。

【実践方法】

本研究はA病院倫理委員会の承認を得て実施し、データの取り扱いに関しては個人が特定されないよう十分に配慮した。3学会合同プロトコルを参考に自施設ICUに即した開始安全基準および成功基準の評価テンプレートを作成し、令和4年6月より運用を開始する。毎日ICU入室患者全例に対しSATおよびSBTの開始安全基準を元に評価を行い、開始安全基準をクリアした患者に対し、実際にSATおよびSBTを実施。成功基準を元に評価を行った。

【結果】

1. 自覚覚醒トライアル (SAT)

プロトコル導入以前は、抜管に向けて個々の医師の判断により鎮静剤を調節していた。そのため、ベッドサイドの看護師はSATを実施しているという認識を持ちにくく、抜管に向けた見通しが立てにくい状況が生じていた。プロトコル導入後は、明確な判断基準と観察の指標が示されたことで、SATの実践が意識化され、医師や専従理学療法士と鎮静管理についてディスカッションするなど積極的な姿勢がみられはじめた。一方でICU経験年数の少ない看護師は、鎮静管理について医師とコミュニケーションをとることに自信が持てず消極的な姿がみられる場面もあった。

2. 自覚呼吸トライアル (SBT)

これまではSAT同様、個々の医師により人工呼吸器のウイニング方法が様々であり、看護師も戸惑う場面が多かった。プロトコル導入後は、SATからSBTまでの一連の流れが標準化されたことで、患者が人工呼吸器離脱過程のどの段階にいるのかが可視化できるようになった。また、SBT中の観察の視点についても成功基準の中に示されているため、アセスメントの指標として活用しながら安全なSBTの実践を行えている。

【考察】

プロトコル導入により、日頃から実践しているSATおよびSBTに対する明確な手順書が示されたことで、経験年数を問わず一定レベルの評価ができるようになった。また、A病院ICUでは開始安全基準や成功基準の評価テンプレートの入力を受け持ち看護師が実施しており、これまでより主体的に看護師が人工呼吸器離脱過程へ参画できはじめている。一方で、プロトコルを導入したからといって、流れ作業的にSAT、SBTを実施すれば良いというものではなく、患者の病態理解をベースに、一人一人の患者に最適なウイニングができるようにマネジメントしていくためのフィジカルアセスメント力の向上が課題である。また、鎮静管理に関し経験や知識の不足を背景とする医師とのコミュニケーションの困難性もみえてきた。そのため、鎮静管理に関する教育はもちろんのこと、安全で円滑な人工呼吸器からの早期離脱というアウトカムに向けて、多職種でディスカッションする場を設けるなどの仕組み作りも必要と感じている。

【結論】

人工呼吸器早期離脱プロトコル導入により、SATおよびSBTの実践が可視化され、看護師がより主体的に人工呼吸器離脱過程に参画できるようになった。抜管に向けた鎮静管理に関する多職種間のコミュニケーションや、安

全な人工呼吸器離脱に向けたフィジカルアセスメント力の向上が課題である。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:05 第7会場)

[O4-3] 集中治療室における人工呼吸器離脱過程にある患者のセルフコントロール感覚を支える看護実践

○小磯 崇司¹, 北村 愛子², 佐竹 陽子² (1.滋賀県立総合病院, 2.大阪公立大学大学院 看護学研究科)

キーワード：集中治療室、人工呼吸器離脱過程、セルフコントロール感覚

【目的】集中治療室(以下、ICU)における人工呼吸器離脱過程にある患者は、心身ともに多大なストレスに苦しむ中で、楽になるために管を抜きたいという思いを抱いており、自らの欲求を満たせないことで葛藤している可能性がある。そのため看護師は、患者が葛藤を解消しながら人工呼吸器離脱に向かえるようにセルフコントロール感覚を支える必要がある。そこで本研究は、ICUにおける人工呼吸器離脱過程にある患者のセルフコントロール感覚を支える看護実践について明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザイン：質的記述的研究。研究参加者：ICUにおける人工呼吸器離脱過程にある患者のセルフコントロール感覚を支える看護実践を行った経験のある急性・重症患者看護専門看護師(以下、CCNS)。データ収集期間：2022年9月～2022年12月。データ収集方法：半構造化面接。分析方法：研究参加者毎に逐語録を作成し、研究目的に合致する内容を抽出してコード化した。意味内容が類似するものをまとめてサブカテゴリー、カテゴリーへ抽象度を上げた。倫理的配慮：研究参加者に研究参加の諾否によって不利益が生じないこと、個人情報取り扱い等について説明し文書で同意を得た。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受けて実施した。

【結果】研究参加者はCCNS 9名。CCNS経験年数は1～13年であった。ICUにおける人工呼吸器離脱過程にある患者のセルフコントロール感覚を支える看護実践は、＜自分の身体状況が分かるように現状認識を促す＞＜患者の無気力さを捉えて気力を支える＞＜患者が欲求を伝えられるように環境を整える＞＜人工呼吸器装着に伴う心身の苦痛を取り除く＞＜不快な感覚に折り合いがつくように意味づける＞＜患者が置かれている状況に納得して行動できていることから看護実践を評価する＞＜拘束状態でも患者自身のできることを引き出す＞＜回復したいという意欲が湧くように動機づける＞＜人工呼吸器離脱に向けて今取り組めることを共に考える＞＜患者自らが取り組む課題を決定できるように促す＞＜患者自ら人工呼吸器離脱に向けて積極的に行動できていることから看護実践を評価する＞の11カテゴリーが明らかとなった。

【考察】看護師は患者が覚醒した段階で自分の状況を冷静に受け止められるように、全身状態や覚醒状況をアセスメントした上で現状の理解を促し、患者の意欲が減退している状況を捉えることで心理的サポートを行っていた。そして、人工呼吸器離脱過程で生じる不快な感覚は、患者の欲求を見逃さずに対処することや、気管吸引やウィーニングによる息苦しさへの意味づけを行い納得してケアが受けられるように働きかけていたと推察される。また、医療機器による拘束状態でも患者ができることを引き出してコントロール感を支えることで、患者自身が行動を起こすきっかけを作っていたと考える。さらに看護師は、人工呼吸器離脱のために取り組む課題を患者と共に考えることから始め、リハビリやケアに関する選択と決定ができるように働きかけることで患者の権利を尊重し自律性を高めていたと考える。

【結論】ICUにおける人工呼吸器離脱過程にある患者のセルフコントロール感覚を支える看護実践は、患者が人工呼吸器離脱に向けて思考し行動できるように現状認識を促すことから始め、患者が葛藤を解消できるように働きかけ、患者自ら人工呼吸器離脱のための課題に取り組めるように支援することである。看護師は患者が主体的にケアに参加できるように倫理的側面への配慮を行う重要性が示唆された。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:05 第7会場)

[O4-4] 浅い鎮静中の人工呼吸器装着患者の comfortに向けた CCNSの関わり

○西江 友里, 大村 奈緒 (岡山大学 医学部保健学科)

キーワード: 浅い鎮静、comfort、トータルペイン

【目的】浅い鎮静中の人工呼吸器装着患者の comfortに向けた CCNSの関わりについて明らかにすること。【方法】1. 研究対象: 公共社団法人日本看護協会認定の CCNSの認定を受けており、浅い鎮静下で人工呼吸器管理をしている患者に対する看護実践の経験があり、本研究への参加に同意の得られた看護師。2. データ収集期間: 令和4年9月～令和4年11月 3. データ収集方法: インタビューガイドを用いた自由回答法による半構造化面接 4. 分析方法: 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。5. 倫理的配慮: 本研究実施に当たり、所属機関の倫理委員会の承認を得た。【結果】浅い鎮静中の人工呼吸器装着患者の comfortに向けた CCNSの関わりとして、【高次のニーズが表出できるよう、患者の基本的ニーズを満たし、人間として生きる最低限の厳を守る】【患者から示された情報や反応に耳を傾け、患者と共に治療に臨む】【患者のペインを汲み取り、緩和・除去のために努力を続ける】【患者-看護師間のシナジーが発揮できるような関わりをする】【患者・家族だけでなく医療者を含めたすべてが満足感を得られるような関わりを行う】の5つが明らかとなった。【考察】抽出された5つのカテゴリーについて考察した結果、浅い鎮静中の人工呼吸器装着患者の comfortに向けた関わりを行う上で看護師に必要な能力として、「先入観を持たず、患者の力を信じながら、患者の思いや苦痛を理解しようとし続ける姿勢」、「ICU入室前後のストーリーを踏まえ想像力を働かせて関わる姿勢」、「患者ができたことをフィードバックしながら自己効力感を高め、患者が治療に向かおうとする意欲を引き出すことのできる能力」、「患者と関わるあらゆる場面において、トータルペインの存在を前提としながら、意図的に苦痛を汲み取っていく能力」、など9つが明らかとなった。【結論】浅い鎮静中の人工呼吸器装着患者の comfortに向けた CCNSの特徴的な関わりとして、看護師間のシナジーが発揮できるように信頼関係を構築したり、患者・家族だけでなく、医療者も満足感が得られるように、組織全体に向けた関わりも必要である。9つの能力を獲得していくためには、患者に興味・関心を寄せ、主体性を尊重しながら、患者を理解しようとし続ける姿勢が重要であり、看護師が捉えた患者の情報を多職種と共有していくことの必要性が示唆された。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:05 第7会場)

[O4-5] 集中治療室に緊急入室した患者が深鎮静下から浅鎮静下で人工呼吸器と同調するまでの看護実践

○鶴戸 由佳¹, 磯見 智恵², 繁田 里美², 月田 佳寿美² (1.福井大学 医学系研究科看護学専攻修士課程, 2.福井大学 医学部看護学科臨床看護学分野)

キーワード: 集中治療室、緊急入室、鎮静下、看護実践

【目的】緊急入室した患者は、深鎮静下で集中治療を受ける場合が多い。患者の体験について、深鎮静下では動けず話せない恐怖や孤独感を幻覚や夢として記憶にとどめたり、覚醒時に場所や状況が理解できず混乱することを報告している(Sheen L et al,2005; Ashkenazy S et al,2021)。この時期の看護実践は、救命とともに心身の苦痛を最小限に抑えることが重要である。そこで本研究の目的は、ICUに緊急入室した患者が深鎮静下から浅鎮静下で人工呼吸器と同調するまでの看護実践を明らかにすることである。

【方法】調査期間は2021年7月～2022年1月であり、福井大学医学系倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究参加者はICUに5年以上の勤務経験があり、所属長の推薦を受けた看護師とした。参加者には同意を得て、実際に関わった患者の状況と行った看護実践についてインタビューを行い、質的帰納的に分析した。

【結果】参加者は8名で、ICU看護の経験年数は5～25年(平均12年)であった。看護実践として10の【カテゴリー】が生成され、時系列で整理した。深鎮静下では【呼吸循環動態をアセスメントして医師と連携しながら薬剤や呼吸器の設定を調整する】【患者の心身を安静にするように鎮静深度をコントロールする】【処置や援助に

よって呼吸循環動態が変動しないようにモニタリングしながら慎重に行う】実践であった。深鎮静下から覚醒してくる時は【呼吸循環動態をアセスメントして医師と連携しながら薬剤や呼吸器の設定を調整する】【覚醒してくる患者の兆候を捉えて苦痛がある現状を説明して落ち着かせる】【苦痛を予測して鎮痛鎮静剤を投与しつつ処置や援助を行う】実践であった。浅鎮静下では【苦痛を予測して鎮痛鎮静剤を投与しつつ処置や援助を行う】【緊急入室した患者の不安が軽減するように入院した経緯や見通しを説明する】実践であった。また、深鎮静下から浅鎮静下で【ルート類の計画外抜去がないように覚醒状況に応じて確認したり説明して見守る】【医療機器類による感覚刺激を減らし日常の生活習慣を取り入れる】実践があり、深鎮静下と浅鎮静下では【人工呼吸中の合併症を予防するために処置や援助を確実に行う】【安心感を与えるようにコミュニケーションを図る】実践があった。

【考察】深鎮静下では、患者の状態を病態と治療内容を踏まえて繰返しアセスメントして、必要時医師と連携し呼吸・循環動態を安定させたり、鎮静深度のコントロールを行っていた。処置や援助時は、心負荷や呼吸への影響、患者の苦痛がないように注意深く行っていた。呼吸・循環動態を安定させ患者に負荷を与えない看護実践は、疾病や治療等の侵襲に対して生体反応を働かせ恒常性を維持しようとしている患者にとって、心身の安静を保ち回復を促すと考える。深鎮静下から覚醒してくる時は、患者の側を離れず自発呼吸や体動を覚醒の兆候として捉え、挿管による苦痛を予測して鎮痛剤を投与していた。覚醒時には苦痛が強く状況が理解できない患者に看護師の顔が見えるように立ち、挿管チューブが入っていること等を患者に理解してもらえるように説明し落ち着かせていた。覚醒時の混乱した患者が落ち着き安心できるように関わる実践は、患者の恐怖や不安を和らげPICS予防に繋がる可能性があると考えられる。浅鎮静下では、指文字や筆談でコミュニケーションを図り、苦痛を予測しながら患者に確認し鎮痛剤を投与したり、入室した経緯や見通しを説明することで患者の苦痛や不安を軽減していた。浅鎮静下での苦痛や不安を軽減し現状認識を促す実践は、患者の日常的な感覚を引き出し回復意欲に繋がると考える。

一般演題（口演）

[O5] 一般演題（口演） 5

看護技術

座長：有田 孝（小倉記念病院）

2023年7月1日(土) 14:10 ～ 15:05 第8会場 (4F 研修室)

[O5-1] テクニカルスキルとノンテクニカルスキルを融合した器械出し看護技術の構造

○高崎 詩彩, 益田 美津美（名古屋市立大学 看護学研究科）

[O5-2] 心臓血管外科患者の術後体位変換で生じる血圧低下のリスク因子と退院時転帰への影響

○佐々木 康之輔¹, 川越 華佳², 松井 憲子³, 吉田 詩織¹, 佐藤 富美子⁴（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 医学部保健学科看護学専攻, 3.東北大学病院 看護部, 4.福島県立医科大学 看護学部）

[O5-3] 長時間腹臥位療法におけるケアの標準化に向けて

○白石 結実, 俣田 悦子, 高洲 弘一, 木下 舞, 浅香 えみ子（東京医科歯科大学病院 看護部）

[O5-4] ICU看護師の重症患者の栄養管理に関するコンピテンシー

○田中 郁恵, 岸田 紀子（社会医療法人 愛仁会 高槻病院 ICU）

[O5-5] 救急看護領域におけるエキスパートナースの熱傷看護実践

○村中 沙織¹, 牧野 夏子²（1.札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター病棟, 2.札幌医科大学附属病院 ICU病棟）

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:05 第8会場)

[O5-1] テクニカルスキルとノンテクニカルスキルを融合した器械出し看護技術の構造

○高崎 詩彩, 益田 美津美 (名古屋市立大学 看護学研究科)

キーワード：器械出し看護師、看護技術、テクニカルスキル、ノンテクニカルスキル

【目的】テクニカルスキルとノンテクニカルスキルを融合した器械出し看護技術の構造を明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザインは、質的記述的研究デザインを用いた。対象者は、A病院の手術室に配属されている看護師のうち、日本手術看護学会クリニカルラダーIIレベル以上と所属部長より認められている者とし、基礎情報、参加観察と30-60分の半構造化面接を行った。分析は三段階に分けて行った。第一段階では、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach: M-GTA) (木下,2007, 2020) の理論的基盤に沿って概念、サブカテゴリー、カテゴリー、コアカテゴリーを生成した。第二段階では、第一段階の分析結果を手洗い従事者の術中ノンテクニカルスキルリスト (Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills: SPLINTS) の枠組みである『業務のマネジメント』『状況認識』『コミュニケーションとチームワーク』の3項目に割り当て、ノンテクニカルスキルを可視化した。第三段階では、第一段階と第二段階の結果を元に結果図とストーリーラインを作成した。本研究は研究者の所属研究機関の研究倫理委員会の承認を得て、A病院の指示に従い実施した。

【結果】対象者は13名 (男性3名, 女性10名) で、看護師経験年数は平均 7.6 ± 7.3 年 (2年~25年)、手術室経験年数は平均 6.7 ± 6.4 年 (2~25年) であった。第一段階の分析の結果、82概念、34サブカテゴリー、13カテゴリー、《患者の安全を守る器械管理》、《手術を止めない術者への介助》、《手術チームの一員としての協働》の3コアカテゴリーが生成された。なかでも、《手術を止めない術者への介助》には最も多くのカテゴリーが含まれていた。また、第二段階の分析結果から、コアカテゴリーには全てのノンテクニカルスキルが用いられていたが、全体を見ると『状況認識』が最も多く用いられていた。

【考察】器械出し看護師は、術野と術者を細かく観察できる立ち位置と、滅菌物に触れることができるという特性を生かし、《手術を止めない術者への介助》を中心に行うことで、手術チームにおける役割を果たしていた。また、器械出し看護は、常に手術チームの他の担い手の状況に影響を受けながら実践していく難しさがある。そのため、器械出し看護師は『状況認識』を用いて手術チームの状況を捉え、今後起こり得ることを予測して『業務のマネジメント』を行うことや『コミュニケーションとチームワーク』を発揮することで、この器械出し看護特有の難しさ乗り越えていると考える。このことから、自助努力によって支えられてきた器械出し看護技術の習得を助け、安全で円滑な手術を遂行するためには、未だ暗黙知である器械出し看護技術を《手術を止めない術者への介助》と『状況認識』を中心に学習方法や教育方法を確立していく必要性が示唆された。

【結論】器械出し看護師は、テクニカルスキルにノンテクニカルスキルを融合することにより、《患者の安全を守る器械管理》をしながら、《手術を止めない術者への介助》や《手術チームの一員としての協働》を行い、手術をより安全で円滑に進めていた。なかでも、《手術を止めない術者への介助》と『状況認識』が器械出し看護技術の中核となっていたといえる。そのため、効果的に器械出し看護技術を習得するためには、『状況認識』と《手術を止めない術者への介助》を中心として、教育方法を検討していく必要性が示唆された。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:05 第8会場)

[O5-2] 心臓血管外科患者の術後体位変換で生じる血圧低下のリスク因子と退院時転帰への影響

○佐々木 康之輔¹, 川越 華佳², 松井 憲子³, 吉田 詩織¹, 佐藤 富美子⁴ (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 医学部保健学科看護学専攻, 3.東北大学病院 看護部, 4.福島県立医科大学 看護学部)

キーワード：心臓血管外科手術、体位変換、血圧、早期離床、転帰

【目的】ICUでは、酸素化能改善、廃用症候群予防、褥瘡予防、そして苦痛緩和のために体位変換を頻繁に行っている。臨床現場では、仰臥位から左右側臥位へ体位変換を行った後、一過性に血圧低下が生じる症例を経験的に認めるが、その頻度は不明である。そこで、心臓血管外科手術施行患者を対象に術後の体位変換に伴う血圧低下の発生頻度とリスク因子、術後経過への影響を包括的に評価することを目的とした。

【方法】単施設後方視的研究で、2017年1月から2018年12月の期間、冠動脈・弁膜症・大動脈疾患に対して緊急的または待機的に手術を受けた患者を対象とした。除外基準はカテーテル治療や補助人工心臓装着術などとした。周術期情報は診療支援端末および日本成人心臓血管外科手術データベースより収集し、血圧低下イベント発生の有無を確認した。イベント発生の定義は、体位変換前、血圧に影響をおよぼす薬剤投与量の変更を行っていない状況下で、仰臥位から左右側臥位への体位変換後、血圧低下が生じ、その状況が持続したため、介入を行った場合とした。イベントの発生頻度を算出し、群間別に比較し、多変量解析でリスク因子を検討した。また、イベント発生が転帰に影響を与えるかも評価した。本研究は所属大学倫理委員会の承認を得た後に実施し(承認番号2019-1-313)、HP上にオプトアウトで情報を公開して参加拒否の機会を保証した。

【結果】500名の手術の内、適格・除外基準を確認後、304名を解析対象とした。イベント発生は73名(24.0%)で、その内再度イベントを認めたのは36名(49.3%)であった。イベント発症時の側臥位の向きは左が26名(35.6%)、右が47名(64.4%)であった。イベント発生群は有意に高齢であった(68.1 ± 11.6 vs 61.9 ± 15.4 , 平均±標準偏差)。両群間の緊急手術の有無、術式や手術時間、人工心肺装着時間、出血量に差はなかった。イベント発生群では術後に持続緩徐式血液濾過透析、一酸化窒素、カテコラミン製剤2種併用を行っている割合が有意に高かった。血圧低下イベント関連リスク因子として、高齢、持続緩徐式血液濾過透析、一酸化窒素、カテコラミン製剤2種併用が抽出された。また、イベント発生群のICU滞在期間や早期離床までの期間は有意に延長していた(中央値(IQR)でICU滞在日数: $7(4-13)$ vs $4(3-6)$, 初回端座位までに要した日数: $5.5(3-8.8)$ vs $3(2-6)$, 初回立位までに要した日数: $7(3-12)$ vs $4(2-7)$)。両群間で比較した時、退院時死亡はイベント発症群で多かった(8.2% vs 1.7%, $p=0.015$)。一方、血圧低下イベントのリスク因子も含めて多変量解析で調整すると、血圧低下イベントは転帰に関連する独立リスク因子とはならなかった(オッズ比2.05 (95%信頼区間 0.44 - 9.58, $p=0.36$))。

【考察】持続緩徐式血液濾過透析や一酸化窒素の使用は肺うっ血や肺高血圧の存在を反映し、高齢は生体調節能力の低下と関連するため、循環動態への影響が予想され得る因子である。また、カテコラミン製剤2種併用は循環動態の不安定性を示す。よって、これらの因子が重複する場合、患者は循環動態の変調を来しやすい状況にあると考えられ、体位変換時の循環評価は重要となる。一方、体位変換に伴う血圧低下は死亡に直接関連していないため、生じた場合でも適切に対応できれば転帰に影響しないと考えられる。

【結論】心臓血管外科患者の術後体位変換時の血圧低下イベント発生率は2割で、循環動態変調に関わる項目がリスク因子として特定された。血圧低下イベント発生は転帰に影響をおよぼさないものの、早期離床の遅延に繋がることが示唆された。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:05 第8会場)

[O5-3] 長時間腹臥位療法におけるケアの標準化に向けて

○白石 結実, 俣田 悦子, 高洲 弘一, 木下 舞, 浅香 えみ子 (東京医科歯科大学病院 看護部)

キーワード：COVID-19、腹臥位療法、ケア、標準化、褥瘡

【目的】

当院では2020年4月より COVID-19患者を受け入れ、挿管管理下の長時間腹臥位療法を実施している。クリティカル領域においてARDSを対象とした短時間腹臥位療法の実績はあったがケアは標準化されていなかった。そのため、急激に増加する症例に対し、ケアの標準化を目的に考案したケアとその実施結果を報告する。

【実践方法】

受け入れ当初、患者の体幹部を支えるために使用したコの字型ウレタンクッションは、時間経過とともに身体が

沈み、ずれが生じる不具合があり、挿管チューブの屈曲や褥瘡形成などの問題が生じた。そのため、厚みのあるラテックスゴム素材のポジショニングピロー A を考案した。皮膚への負担を考え、腹臥位の際には身体とポジショニングピロー A の間に体圧分散ウレタンフォームを挟んだ。下肢は膝部と足趾が直にマットレスに接触しないよう配慮した。顔面用枕は形状の違うラテックスゴム素材のものを複数考案したが安定性に欠けたため、体圧分散ウレタンフォームを数枚組み合わせ使用した。腹臥位療法中は身体下面に敷いた体位交換補助パッドを用いて胸部、腰部をそれぞれ挙上させ、体位の調整や除圧を行った。使用物品及び実施前、実施中のケアは、図を用いた書面で周知し統一した。

使用するポジショニングピロー A、顔面用枕は研究目的に作製したのではなく、腹臥位療法を行う患者用に作製したものである。そのため患者を選択し使用の有無を決定したものではない。また、本発表において個人が特定されないことを留意した。

【結果】

ポジショニングピロー A の使用後は身体の沈み込みが少なく、気管内チューブ固定具を併用することで挿管チューブの屈曲や事故抜管の発生はなかった。また、実施者からは腹臥位療法に用いる物品が減り、安定性が向上し大掛かりな体位調整の必要がなくなったといった理由からケアの容易性が向上したという声が挙がった。なお、腹臥位中のケアにおいて、褥瘡予防の観点から顔面の向きを左右に定期的に変えることを取り決めたが、人工呼吸器の位置を変える必要があったことや頸部が硬い患者が多いなどの理由から実施は困難であった。褥瘡においては、ポジショニングピロー A を使用した72名中腹臥位療法に関連する褥瘡発生患者は52名、部位では額、顎、肋骨に集中した。また3名を除き NPUAP II 度以内の浅い褥瘡に留まっている。顔面褥瘡以外では鎖骨1件、肋骨12件、腸骨2件、膝2件、脛骨2件、足背1件、足趾1件となった。

【考察】

ポジショニングピロー A の導入により、ケアが容易になったことで実施者による偏りのない統一したケアを提供できるようになった。挿管チューブの屈曲や事故抜管の防止となり安全性の向上へと繋がった。最大の有害事象である褥瘡では、体幹から下肢に実施したケアは有効的であったと考える。肋骨に多発したが下縁に限局しており除圧頻度を増すことで対策は可能である。顔面においては専用枕の考案、ケアの定着に至らず、額、顎の褥瘡発生は多発した。挿管管理下の患者を対象とした長時間腹臥位療法は体位を長時間保持できることが治療や安全面から重要である。その中で褥瘡を発生させないという取り組みは極めて困難であり、防げる部位の褥瘡発生を防ぐこと、発生する褥瘡を浅く留めるケアの提供が求められる。

【結論】

容易性の高いケアを一部標準化することができたが、顔面の褥瘡予防方法については、圧分散が図れる製品の考案を含め今後も検討が必要である。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:05 第8会場)

[O5-4] ICU看護師の重症患者の栄養管理に関するコンピテンシー

○田中 郁恵, 岸田 紀子 (社会医療法人 愛仁会 高槻病院 ICU)

キーワード: ICU看護師、重症患者、栄養管理

【目的】本研究の目的は、ICU看護師の重症患者の栄養管理に関するコンピテンシーを明らかにすることである。

用語の定義: コンピテンシーとは職務において優秀な成果を発揮する行動特性。本研究ではその人の能力によってもたらされる思考や行動をいう。

【方法】研究デザインは、質的帰納的研究である。研究対象者は、A施設のICUラダー(集中治療に携わる看護師のクリニカル・ラダーに基づく)III以上の看護師8名を対象にコンピテンシーを明らかにできるインタビューガイドに基づき半構成的面接を実施した。分析方法は行動特性に相当する部分を取り出してコード化し、類似性に基づきサブカテゴリーを命名、さらに抽象化してコンピテンシーを抽出した。コンピテンシーとして適切であるかをライル・M.スパンサーの「支援・人的サービスの従事者」と照合した。

【倫理的配慮】所属施設の倫理審査委員会の承認を得て、対象者に研究の趣旨を説明し同意を得て実施した。(承認番号：研22-3)

【結果】対象者は年齢20代～40代、ICU経験年数5年～15年、学歴は専門学校卒5名、大学卒2名、大学院生1名であった。分析により12のコンピテンシーが抽出された。それらは〔合併症を予防し、健康回復に繋げることを目標に栄養管理を行う〕〔事例や栄養プロトコルを活用して指導を行う〕〔早期に腸管を使うだけでなくリフィーディング対応が重要と考えている〕〔ガイドラインやセミナーで栄養に関する知識をアップデートしている〕〔重症患者の回復には栄養管理が重要との認識を高めている〕〔多職種を巻き込み栄養管理について専門的視点で意見を述べる〕〔看護スタッフの栄養管理の知識を高めている〕〔栄養に関する患者や部署の問題解決を目指している〕〔質の高い栄養管理を目指している〕〔経口摂取が進むように活動と休息、心身のバランスを整える〕〔患者のニーズに合わせた食事を提供できるように工夫する〕〔統一した栄養管理ができるようにプロトコルを活用する〕であった。

【考察】ICU看護師は幾つかのコンピテンシーを持ち合わせており〔早期に腸管を使うだけでなくリフィーディング対応が重要と考えている〕ため〔ガイドラインやセミナーで栄養に関する知識をアップデートしている〕や〔統一した栄養管理ができるようにプロトコルを活用する〕などの行動に繋がっていた。さらに〔多職種を巻き込み栄養管理について専門的視点で意見を述べる〕では、重症患者栄養ガイドラインの知識と栄養管理の経験や多職種連携の能力が行動特性となり、良い結果をもたらしていたと考えられる。ライル・M.スペンサーが医療従事者の特性にチームワークの重要性を示しているように、多職種連携の重要性を認識しながら看護師が専門職の1人として積極的に意見を述べることは重要なコンピテンシーであったと思われる。また〔経口摂取が進むように活動と休息、心身のバランスを整える〕では経口摂取が進むように積極的に介入を行うだけでなく、食べられない患者の思いを傾聴し、栄養摂取が進むように取り組んでいた。これは看護を通して、さまざまな状況に対応できる援助法を得ようとする意欲などが伺え、パトリシアベナーが述べる「気遣う看護」と考える。

【結論】重症患者の栄養管理を行うICU看護師の12のコンピテンシーが抽出され、ICU看護師は幾つかのコンピテンシーを駆使しながら重症患者の栄養管理を行っていた。

(2023年7月1日(土) 14:10～15:05 第8会場)

[O5-5] 救急看護領域におけるエキスパートナースの熱傷看護実践

○村中 沙織¹, 牧野 夏子² (1.札幌医科大学附属病院 高度救命救急センター病棟, 2.札幌医科大学附属病院 ICU病棟)

キーワード：熱傷看護、救急看護、エキスパート、看護実践

【目的】熱傷患者の重症者は集中治療および専門科の手術療法が必要となるため、本邦では高度救命救急センターなどの高度急性期医療を担う病院に搬送される。熱傷患者の治癒過程においては身体管理や精神的援助、社会資源活用の調整などが必要とされることから多職種連携と高度な看護展開が必須と考える。加えて、2021年7月に改訂第3版熱傷診療ガイドラインが示され熱傷看護の重要性も示唆されている。そこで熱傷看護の実践知の可視化が重要と考え、本研究では熱傷受傷直後から看護を担う救急領域で一定水準の経験知を有するエキスパートナースの熱傷看護実践を明らかにする。

【方法】2022年4月、救命救急センターに所属した経験を持ち日本看護協会が認定する救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師の資格を有する看護師9名を対象とし、1時間程度のフォーカスグループインタビュー（以下 FGI）を対象者の都合に合わせて2グループに分けて実施した。FGIに先立ち研究協力者には基本属性を紙面で確認した。FGIの内容は熱傷患者の看護実践で構成した。データ分析は逐語録から熱傷患者の看護実践を抽出して意味内容ごとに要約後、類似性と共通性に基づきサブカテゴリ、カテゴリとした。倫理的配慮として研究協力者に文書で研究趣旨・目的、研究協力諾否の自由、匿名性と守秘義務の遵守等を説明して同意を得ており、所属病院看護研究倫理審査委員会の承認（承認番号21-33）を受けて実施した。

【結果】研究協力者は男性3名女性6名で、看護師経験年数は20.9±1.7年、救急看護経験年数は15.9±3.3年、熱傷

看護経験年数は14.1±3.8年、資格取得後年数は7.2±3.8年であった。エキスパートナースの熱傷看護実践は158コード、62サブカテゴリ、【熱傷の治癒状況に応じた身体管理と精神的ケア】【身体・感染管理を考慮した熱傷創部の処置の工夫と被覆方法の検討】【苦痛の評価と有害事象の回避を考慮した鎮痛・鎮静管理】【身体機能の維持・再獲得を目的とした受傷早期からのリハビリテーションの促進】【ボディイメージ変容への対応を予測したケア提供の調整】【回復への予測性をふまえた社会復帰を見据えたケアの促進】【長期にわたる療養意欲の維持を考慮したケア】【患者の容姿変化の衝撃や不安の緩和を目的とした家族ケア】【多職種連携を活用した効果的な患者ケア展開の調整】【熱傷患者特有の見た目の変化に配慮したエンドオブライフケア】などの16カテゴリが生成された。

【考察】エキスパートナースの熱傷看護実践は、急性期の集中治療に伴う身体管理のほか、回復期に顕在化する二次的合併症や心理面も含めた障害発生の回避、病期に応じた家族対応、社会的資源の調整など多方面にわたっており、患者を全人的に捉えた看護実践が網羅されていた。看護実践の内容は、円滑で効果的なケア展開に向けた「調整」について複数示されたことが特徴的であった。熱傷治療において、特に重症例ほどその複雑性から専門家による多職種連携が重要かつ必須であることから、ケア促進には「調整」も重要視されたと考える。本結果は受傷から社会復帰を見据えた上で実践すべき看護内容が示されており熱傷看護援助の標準化や熱傷診療の質の維持に活用したいと考える。

【結論】救急看護領域のエキスパートナースの熱傷看護実践は、熱傷受傷直後から社会復帰を考慮した多角的な視点からの介入が示され、集中治療期の身体管理のほか、その後の回復期に直面する身体的、心理的、社会的側面の問題を予測し、その問題回避や解決に向けた介入が含まれていた。

一般演題（口演）

[O6] 一般演題（口演）6

ICU看護

座長：山勢 善江（湘南医療大学）

2023年7月1日(土) 15:10～16:05 第7会場(2F 蓬莱)

[O6-1] ICU看護師の植込型補助人工心臓装着患者への生きる希望を支える看護

○安田 好江, 遠藤 みどり（山梨県立大学大学院 看護学研究科）

[O6-2] ICUにおける家族支援（1）

～心理的危機回避と患者らしさを尊重した家族支援～

○中水 登美子¹, 下原 秀美¹, 山田 聡子², 藤木 美保²（1.医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 看護部 ICU, 2.医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 看護部）

[O6-3] ICUにおける家族支援（2）

終末期に移行した患者のその人らしさを尊重した家族の意思決定支援

○下原 秀美¹, 山田 聡子³, 上村 尚², 藤木 美保³（1.医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 看護部 ICU, 2.医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 医局部 心臓血管外科, 3.医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 看護部）

[O6-4] ICU入室患者のVAP予防における効果的な口腔ケアの検証

－口腔ケア実践ガイドと従来の口腔ケアの比較検討－

○松浦 文則¹, 脇坂 浩²（1.浜松医療センター, 2.浜松医科大学 医学部看護学科）

[O6-5] ICU看護師の人工呼吸器を装着した敗血症患者の早期回復に向けた看護実践

○加賀爪 真弓¹, 遠藤 みどり²（1.山梨県立大学大学院 看護学研究科 急性期看護学分野, 2.山梨県立大学 看護学部 大学院看護学研究科 急性期看護学）

(2023年7月1日(土) 15:10 ~ 16:05 第7会場)

[O6-1] ICU看護師の植込型補助人工心臓装着患者への生きる希望を支える 看護

○安田 好江, 遠藤 みどり (山梨県立大学大学院 看護学研究科)

キーワード：ICU看護師、iVAD装着患者、生きる希望、ケアリング、多職種連携

I. 緒言

ICUには、重症心不全を発症したことで呼吸や循環に障害が生じ、生命維持が困難な患者が入室する。末期重症心不全患者に対する最終的な治療手段は心臓移植とされており、患者の多くは在宅治療可能な植込型補助人工心臓 (implantable Ventricular Assist Device ; 以下、iVAD) を装着して心臓移植まで待機している。生命の危機的状況にあり、生きる意味を問い続けながらも多大な苦痛を伴う治療と闘い続ける iVAD装着患者への生きる希望を支える看護について、ICU看護師がどのように考え実践しているのかを明らかにしたいと考えた。

II. 研究目的

ICU看護師が iVAD装着患者への生きる希望を支える看護について、どのように考え実践しているのかを明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン：質的記述的研究

2. 研究期間：令和4年7月1日～令和4年10月31日

3. 研究対象：iVAD装着患者への看護実践を行った経験のある ICU看護師

4. 研究方法：半構造化面接法。

インタビューガイドを用いて、iVAD装着患者の生きる希望に繋がったと考える看護実践についてありのままに語ってもらった。

5. 分析方法：質的統合法 (KJ法)

逐語録から切片化したデータの意味内容の類似性に着目してラベルを生成した。

6. 倫理的配慮：

山梨県立大学看護学部及び看護学研究科研究倫理審査委員会の承認を得た後に実施した。

IV. 研究結果

研究参加者は3名で、年齢は30歳代、看護師経験年数は8～13年、ICU経験年数は8～11年、iVAD装着患者に対する看護実践経験年数は2～5年、日本看護協会の定めるクリニカルラダーはⅢ～Ⅳであった。元ラベルの総数は306枚で、統合分析開始時のラベルは127枚であった。その後7段階までグループ編成を繰り返し、6つのシンボルマークに要約された。

本研究のICU看護師は、iVAD装着患者の【生きる希望を繋ぐ生命維持管理：感染予防の徹底とiVAD機器の安全管理】を基盤として、【生きる希望への安心感の提供:苦痛緩和と家族との繋がりの強化】と【生きる希望への共感：多職種による苦悩や思いへの寄り添い】の両面からiVAD装着患者の生きる希望を支えていた。しかし本研究のICU看護師は、iVAD装着患者がiVAD管理の厳格性や生活規制、経済的負担などから、死を考えるほど悲観的な思いを多く抱えていると捉えており、【生きる希望への個人差理解：iVAD受容と負担感や苦悩の把握】に努めながら、iVAD装着患者や家族の今後の生活を見据えて、【生きる希望を繋ぐ自己実現支援：短期目標設定による自己肯定感の回復】や【生きる希望を繋ぐiVAD共存生活実現の支援：個別的なiVAD管理や生活方法の教育】を行うことによって、iVAD装着患者が生きる希望を持って未来を志向し、iVADとの共存生活が実現できるように支援していた。

V. 考察

本研究のICU看護師は、生命維持管理として感染予防の徹底とiVAD機器の安全管理に努めた上で、iVAD装着患者の負担感や苦悩に対するケアリングを通して全人的苦痛緩和に努め、iVAD装着患者のiVADとの共存生活（患

者自身の身体や価値・信念、退院後の生活)を見据えて自己効力感を高め行動変容を促す関わりを行っていた。本研究結果から、周術期における多職種連携やiVAD装着患者のセルフケア援助のための患者教育に向けた関係構築などの重要性が示唆された。

VI. 結論

本研究結果から、iVAD装着患者の生きる希望を支えるための看護師に対する教育支援、iVAD装着患者の全人的苦痛に対するケアリングの強化、周術期における多職種連携の強化、ICU入室前の術前病棟や後方病棟との連携体制の整備の重要性が示唆された。

(2023年7月1日(土) 15:10 ~ 16:05 第7会場)

[O6-2] ICUにおける家族支援 (1)

～心理的危機回避と患者らしさを尊重した家族支援～

○中水 登美子¹, 下原 秀美¹, 山田 聡子², 藤木 美保² (1.医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 看護部 ICU, 2.医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 看護部)

キーワード：心理的危機、患者らしさ、家族支援

【目的】

クリティカルケア領域における患者家族は、突然の発症と生命危機により心理的危機に陥るリスクが高く、家族支援が必要である。今回、家族の心理的危機回避において理論の活用と患者らしさを尊重したケア介入により心理的危機に陥るリスクを回避することができた症例について報告する。

【実践方法】 事例報告

<患者紹介> A氏：50歳代男性 妻（20歳代）と女兒の3人暮らし。

<診断名>急性大動脈解離（SF-A）、脳梗塞合併（右大脳半球脳梗塞）

<入院経過> 自身で救急要請し、手術目的でB施設へ紹介となる。ショック状態を示唆する所見なし。意識レベル清明、神経学的所見は左手の痺れのみ。A氏と妻は緊急手術の説明を受けて同意した。術後、新たに広範囲脳梗塞の発症、脳浮腫による脳幹圧迫を認めた。医師チームの見解は急変するリスクがあり予後不良であったことから、妻と近親者へ生命の危機的状態について説明された。

<看護実践>

夫の突然の発症、合併症の併発と生命の危機状態による妻の心理的危機を回避するために、アギュレラメズイックの理論を用いて①アセスメントを行い②介入をした。

現状認知：①病状経過を自分の言葉で話すことができおり現状認知はできていたため、②オンライン面会を取り入れ、視覚的な情報を提供することにより現状認知を促進させた。

社会的支援：①妻は意思決定を他者へは委ねず、自分自身で決断していた。今回の危機的な出来事においても、他者への相談がなく社会的支援の獲得が不足していた。②看護師が支援者となれるよう、妻が感情表出できる環境を作るとともに、近親者での支援者を獲得できるように働きかけた。

対処機制：①「自分自身で決断すること」が妻の対処機制であり、それが機能しない心理状況が生じていた。②オンライン面会を実施し、自己決定において必要な専門的知識や実践している看護の意味についての情報提供を行い、傾聴と見守りを通して信頼関係の構築を図った。

妻の心理状況をアセスメントしつつ、妻と共にA氏らしさを引き出して容姿や問いかけなど、ケアに反映させた。またA氏らしさが保てるようA氏の情報やケア内容をチームで共有し継続できるよう実践した。

<結果>

医師からの病状説明やオンライン面会を通じて視覚的な介入を行ったことで、現状認知を促進することに繋がった。また、妻本来の対処機制では今回の出来事を乗り越えることが出来ないことを認識した妻は、看護師や親戚に自ら支援を求める行動を行うことができ、社会的支援・対処機制を獲得・発揮することができた。これらことから、妻は心理的危機を回避することができた。

<倫理的配慮>研究の目的、個人が特定されないように配慮することを説明し、看護部倫理委員会の承認を得た後、口頭と書面で妻の同意を得た。

【考察】

理論を活用することで、妻の問題解決決定要因の不足を明確にし、早期介入ができたと考える。そして、A氏のその人らしさが尊重されていると妻が自覚することで心理的安全性の確保に繋がり、信頼関係を構築することができたと考える。その結果、妻は社会的支援を活用し、妻本来の対処機制を発揮することができ、心理的危機状態を回避することができたと考える。

【結論】

危機的状況下にある家族において、理論を用いて介入することは家族の心理的危機状態を回避し、患者らしさを尊重した看護実践、家族看護につながるといえる。

(2023年7月1日(土) 15:10 ~ 16:05 第7会場)

[O6-3] ICUにおける家族支援 (2)

終末期に移行した患者のその人らしさを尊重した家族の意思決定支援

○下原 秀美¹, 山田 聡子³, 上村 尚², 藤木 美保³ (1.医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 看護部 ICU, 2.医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 医局部 心臓血管外科, 3.医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 看護部)

キーワード：終末期医療、推定意思、代理意思決定、医療者の価値観

【目的】

クリティカルケア領域では積極的治療から終末期に移行するケースがあり、家族が代諾者として治療の選択を求められる。患者への治療やケアに加え、意思決定で苦悩する家族への関わりが重要となる。今回、患者の尊厳を尊重した治療選択において、関わる人たちの価値を明らかにし、家族の意思決定支援に介入したケースについて報告する。

【実践方法】

<事例報告> ICUにおける家族支援 (1) の同症例である。

<患者紹介> A氏50歳代：男性。妻と女兒の3人暮らし。診断名：急性大動脈解離（SF-A）、脳梗塞合併。

数日後、脳死に近い状態、終末期との見解が示された。妻と近親者に今後、治療を継続するか、手控えかの判断が必要と説明された。

<代諾者の意思決定支援に関わる医療者の価値・ジレンマを明らかにする>

A氏は意思表示ができないため、代諾者となる妻を擁護しA氏のことを尊重した治療が提供できるよう医療チームで関わる必要がある。関わる人たちの価値・ジレンマを明らかにし、医療チームで妻へ介入し意思決定を支援した。

A氏の推定意思の情報収集

延命治療の意向は不明なため、死生観に関わるA氏の言葉など妻の語りを促した。「人の世話になってまで生きたくない」の発言や周囲から頼られる存在であることが語られた。

家族の苦悩

手術の時から「頑張り続けて欲しい」気持ちは変わらない、一方で「本人は今の状況、自分で何もできない現状は望まない」と表出され、今の現状がA氏の意味に反するとジレンマが生じていた。

関わる医療者個々の価値

医師の価値：終末期の見解であるが、治療を手控えする考えはなく治療を継続する方針であった。「自分だったら治療の継続をしてほしい」と医師個人としての価値に気づいた。

看護師の価値：「治療を止めていいのか」「子供も小さく時間が必要」「容姿が変貌してかわいそう」と、看護師個々の価値で治療の方向・選択について発言していることに気づいた。

医療チームの価値：「救命を目的とするICUの病床管理上、A氏は対象ではない」、一方で「家族の心情に配慮してICUで治療を継続すべき」と意見の対立が生じていた。

④チーム医療で家族の意思決定支援ができるよう関わる

医療者個々の価値を明らかにし、異なる価値を認め、共有した。医療チームとしてA氏の価値や推定意思に基づいた治療の選択を優先、妻を支援する共通認識を図った。A氏にとっての最善の治療についてカンファレンスを繰り返し行い、家族とともに最善の治療を選択できるよう取り組んだ。

<看護実践の結果>

家族の治療選択へのジレンマ、そして医療者個々の価値観を明らかにしたうえで、A氏の推定意思を尊重した意思決定支援に取り組むことができた。

<倫理的配慮>

研究の目的、個人が特定されないように配慮することを説明し、看護部倫理委員会の承認を得た後、口頭と書面で妻の同意を得た。

【考察】

突然の発症、死に直面する対象者に対し、その人らしい最期の迎え方を提供するには、医療者が意思決定の代諾者となる家族の苦悩やジレンマを理解すること。医療チーム個々の価値を明らかにし、様々な価値や意見を共有すること。患者が望む大切にしたいことが何かを問い続け、その人らしさの選択を導き出すこと。患者家族と医療チームで何が最善かを検討していくことが必要と考える。

【結論】

終末期医療において、代諾者の意思決定支援には患者の推定意思を明らかにすること、医療者個々の価値観を明らかにすることが重要である。そして、患者のその人らしさを繰り返し検討することは、患者の尊厳を尊重した意思決定支援につながることを示唆された。

(2023年7月1日(土) 15:10 ~ 16:05 第7会場)

[O6-4] ICU入室患者のVAP予防における効果的な口腔ケアの検証 ー口腔ケア実践ガイドと従来の口腔ケアの比較検討ー

○松浦 文則¹, 脇坂 浩² (1.浜松医療センター, 2.浜松医科大学 医学部看護学科)

キーワード：口腔ケア、VAP、挿管、ATP、日和見感染菌

【目的】

ICU患者を対象とし、「気管挿管患者の口腔ケア実践ガイド（日本クリティカルケア看護学会，2021）」に則した口腔ケアを実施し、VAPに関連する口腔内環境因子の経時的变化から効果を明らかにする。

【方法】

研究デザインは準実験的研究。対象は三次救急指定病院のICUに入室し、経口挿管後48時間以上の人工呼吸器管理を受けた20歳以上の患者。口腔ケアは臨床的に普及している従来法、ガイドに準じたガイド法とした。評価項目はATP値、口腔内湿潤状況（乾燥<28）、衛生状態（ROAG:6~18点）、10種類の日和見感染菌の同定及び細菌数（+ : $\leq 10^4$ cfu/ml, #: $10^5 \sim 10^6$ cfu/ml, ≡ : $\geq 10^7$ cfu/ml）とした。評価項目は初回口腔ケア前後、24時間後及び48時間後口腔ケア前に測定した。本研究は対象施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

対象はガイド群20名、従来群20名。両群のATP値、湿潤状況、ROAGにおいて、有意差は認めなかった。ATP値はガイド群で初回口腔ケア前8.56 ($\times 10^5$ RLU, 以下同)、後6.35、24時間後7.06、48時間後5.51であった。初回口腔ケア後は、初回口腔ケア前より有意に低く ($p=.006$)、48時間後も初回口腔ケア前より有意に低かった ($p=.005$)。従来群は初回口腔ケア前7.69、後5.34、24時間後5.65、48時間後5.44であり、初回口腔ケア後は、初回口腔ケア前より有意に低かった ($p=.043$)。

湿潤状況は、ガイド群で初回口腔ケア前27.0、後29.7、24時間後28.2、48時間後28.4であり、初回口腔ケア後は、初回口腔ケア前に比べ有意に高く ($p<.001$)、24時間後及び48時間後は、初回口腔ケア後に比べ有意に低

かった ($p<.001$)。従来群は初回口腔ケア前27.7, 後29.2, 24時間後27.5, 48時間後27.7であり, 初回口腔ケア後は, 初回口腔ケア前に比べ有意に高く ($p<.001$), 24時間後及び48時間後は初回口腔ケア後と比べ有意に低かった ($p<.001$)。

ROAGは, ガイド群で初回口腔ケア前10点, 後8点, 24時間後8点, 48時間後7点であり, 初回口腔ケア前に比べ, 初回口腔ケア後, 24時間後及び48時間後の点数は有意に低かった ($p<.01$)。従来群は初回口腔ケア前10点, 後8点, 24時間後8点, 48時間後8点であり, 初回口腔ケア前に比べ, 初回口腔ケア後 ($p=.01$), 24時間後 ($p=.02$), 48時間後 ($p=.01$) は有意に低かった。

日和見感染菌は, MRSA, MSSA, *P.aeruginosa*, *K.pneumoniae*, *S.marcescens*, *Candida* spp.の10菌種中6種が両群から検出された。*P.aeruginosa*は, ガイド群で初回口腔ケア前に2名から検出され, 24時間後以降は陰性化した。従来群は初回口腔ケア前に4名から検出され, 陰性化せず経過した。他細菌は増減 (+~#) し検出され続ける傾向を認めた。

【考察】

挿管後のATP値は, 両群ともに高く口腔内は出血や嘔吐により高度に汚染したと推察された。群間の評価項目に有意差を認めなかったが, ガイド法のATP値は低下が早く, 汚染物を短時間で除去できることが示唆された。ガイド法は湿潤環境維持に重点を置くことで汚染物の固着を防ぎ, 効果的に除去できたと考えられた。また, 湿潤を維持することでROAGが改善し, ATP値低下に繋がったと考えられた。

両群とも多くの対象者から日和見感染菌は除去できず, 低減傾向を認めなかったため, 短期間で除菌効果を示すことは難しいと考えられた。

【結論】

- 1.気管挿管を受けたICU患者の口腔内環境は不良であり, ガイド法による口腔ケアは湿潤状態を維持することで, 汚染度を有意に減少させることができた。
- 2.緊急気管挿管から48時間以内において, 口腔ケアを実施してもVAPに関連する日和見感染菌の低減には至らなかった。

(2023年7月1日(土) 15:10 ~ 16:05 第7会場)

[O6-5] ICU看護師の人工呼吸器を装着した敗血症患者の早期回復に向けた看護実践

○加賀爪 真弓¹, 遠藤 みどり² (1.山梨県立大学大学院 看護学研究科 急性期看護学分野, 2.山梨県立大学 看護学部 大学院看護学研究科 急性期看護学)

キーワード：敗血症患者、早期回復への看護実践

【はじめに】ICUに入室する患者の多くは, 感染症や臓器障害の重篤化から敗血症を発症し, 人工呼吸器を装着している。人工呼吸器を装着した敗血症患者は, 免疫機能障害により人工呼吸器関連事象を発症しやすく, 敗血症性ショックに移行しやすい。そのため, ICU看護師は, 敗血症患者の呼吸・循環の安定化や合併症予防とともに, 早期からのADLの維持・向上に努める必要がある。しかし, 敗血症患者は, 呼吸・循環動態の変動により主要臓器の酸素化障害や灌流障害を引き起こすため, 早期回復に向けた看護実践においては, 敗血症患者の病態を見極めたケア方法や介入のタイミングの判断が難しい現状がある。先行研究において, 人工呼吸器を装着した敗血症患者の早期回復に向けた看護に焦点を当てた研究は殆どなかった。そこで, ICU看護師が, 人工呼吸器を装着している敗血症患者の病態をどのように見極め, どのように早期回復に向けた看護実践を行っているかを明らかにする必要があると考えた。

【目的】 ICU看護師の人工呼吸器を装着した敗血症患者の早期回復に向けた看護実践を明らかにする。

【方法】 地方厚生局により, 特定集中治療管理料の施設基準の届け出が許可されている1施設で, ICUに勤務するICU臨床経験4年目以上かつ日本看護協会の標準クリニカルラダーⅢ以上の看護師3名を対象に, インタビューガイドを参考に, 半構造化面接を実施した。分析は, 得られたデータを逐語録に起こし, 敗血症患者の早期回復に向けた看護実践が反映されているものを, コード化し, 類似性, 相違性の視点から, カテゴリー化した。

【倫理的配慮】 参加者には本研究の目的、個人情報保護、研究参加は自由意思であり, 参加同意の撤回や参加の

中断が可能な上,それにより何ら不利益を被ることがないことを十分に説明した.本研究は,研究者が所属する大学院での倫理審査委員会及び,研究施設の倫理審査委員会での承認を得た.

【結果】研究参加者は3名で,ICU看護師の人工呼吸器を装着した敗血症患者の早期回復に向けた看護実践として,【重症度の見極めと呼吸・循環変動に応じたケアの実施】,【早期抜管やADLを考慮した段階的な離床拡大】,【多職種との協議による呼吸・循環負荷を回避したリハビリテーションの実施】,【人工呼吸器やCHDFの長期装着による廃用や合併症を推察した予防的ケア】,【人工呼吸器やCHDFの長期装着に伴うデバイス関連感染の予防】,【苦痛緩和と精神的支援】の6つのカテゴリーが導き出された.

【考察】本研究のICU看護師は,敗血症患者の病態の複雑さや治療経過及び治療期間の判断が予測しにくい中で,敗血症患者のフィジカルアセスメントや検査データによる多角的評価とともに,これまでの経験知に基づく判断により,敗血症患者が安全に離床できる呼吸・循環指標を導き出し,ケアに反映させていたと考える.また,ICU看護師は,敗血症患者の循環変動や回復段階を見極め,心身の負担軽減や合併症予防に向けて多職種と連携し,離床拡大やリハビリテーションを実施していただけてだけでなく,全人的苦痛の緩和や言語的賞賛による自己効力感を高める看護実践を行っていたことが明かになった.

一般演題（口演）

[O7] 一般演題（口演） 7

重症患者の心身・環境のアセスメント

座長：江口 秀子（鈴鹿医療科学大学 看護学部）

2023年7月1日(土) 15:10 ～ 16:05 第8会場 (4F 研修室)

[O7-1] 集中治療室に入室した患者の discomfort と comfort

○大山 祐介¹, 山勢 博彰², 藤田 恭介³, 田下 博³, 本田 智治³, 永田 明⁴ (1.長崎大学生命医科学域 保健学系, 2.山口大学大学院医学系研究科 保健学専攻, 3.長崎大学病院 看護部, 4.愛媛大学大学院医学系研究科 看護学専攻)

[O7-2] 日常ケア場面における ICU看護師の葛藤

○大西 由華¹, 大川 宣容² (1.香川県立中央病院, 2.高知県立大学 看護学研究科)

[O7-3] 病室の照明調節・採光を用いた患者のサーカディアンリズム調整に関する認識と実践調査（第1報）

○熊崎 友美, 上地 裕子, 川尻 麻祐子, 中野 恭子 (岐阜大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

[O7-4] 病室の照明調節・採光を用いた患者のサーカディアンリズム調整と学習経験（第2報）

○熊崎 友美, 上地 裕子, 川尻 麻祐子, 中野 恭子 (岐阜大学医学部附属病院 高度救命救急センター)

[O7-5] A病院における心臓外科術後の嚥下機能低下に関連する要因

○赤澤 鈴奈 (三菱京都病院 看護部)

(2023年7月1日(土) 15:10 ~ 16:05 第8会場)

[O7-1] 集中治療室に入室した患者の discomfort と comfort

○大山 祐介¹, 山勢 博彰², 藤田 恭介³, 田下 博³, 本田 智治³, 永田 明⁴ (1.長崎大学生命医科学域 保健学系, 2.山口大学大学院医学系研究科 保健学専攻, 3.長崎大学病院 看護部, 4.愛媛大学大学院医学系研究科 看護学専攻)

キーワード : Comfort, Discomfort, ICU

【目的】

集中治療室 (ICU) に入室した患者の discomfort や comfort のありようを明らかにする。

【方法】

研究デザインは質的記述的研究である。2022年5月から9月に ICU に入室した患者を対象に参加観察と半構造化インタビューを行った。研究者が ICU を訪問した際の患者の状況に応じて、検温・処置等の場面に参加観察し、フィールドノーツを作成した。インタビューは ICU 入室中と退室後に行った。インタビューの内容は、① ICU の印象、② 苦痛や不快に感じたこと、③ 苦痛や不快が和らいだこと等で、同意を得て ICレコーダーに録音した。テーマ分析を行い、フィールドノーツやインタビューデータの逐語録を精読後、研究目的の内容を示す文節を取り出しコードとした。コードを類似するパターンや共通性・差異性を考慮して分類した。分類したコードの意味内容にもとづき、患者の discomfort や comfort のありようを踏まえてテーマを付けた。患者が入院する病院の臨床研究倫理委員会の承認を得て実施した (許可番号 : 22041819)。ICU 入室前の患者に、研究の趣旨等を説明し同意を得た。

【結果】

研究参加者は10人 (男性6人) で、循環器系の疾患患者であった。インタビュー時間は12~71分/人であった。患者の discomfort と comfort のありようを示す619個のコードから28個のサブテーマを抽出し、5個の [テーマ] が見出された。

[不確かさの重なりと現状の確認による落ち着き] 患者は、麻酔やせん妄により人、時間、場所等が分からなくなったことや現在の身体の状態や将来の予測がつかないことへの不確かさが重なり、死を意識することもあった。医療者の真摯な対応や家族の言葉、自分の感覚をもとに、生きていることや回復を確認し落ち着きを得た。

[遠慮や我慢と気づかいへの安心] 患者は看護師に話かけてほしいというニーズを持ちつつも、忙しそうに見えるため遠慮や我慢があった。医療者の親しみやすさや状況を察した気づかいに助けられたと安心した。

[痛みや喉の渇きと介入による緩和] 代表的な discomfort は、痛みと喉の渇きであった。患者は痛みのイメージによって身構え、想像を超える喉の渇きを感じていた。これらは鎮痛剤の投与や含嗽等、通常のケアによって緩和された。

[身体的なコントロールの喪失と身を委ねることのでられる楽しさ] 患者は様々な discomfort を体験した。自分の身体ではない感覚を持ちながら、動かせる部分を動かして誤魔化そうとするもののコントロールできなかった。日常生活援助において医療者に身を委ねることによって楽しさを感じた。

[どうしようもない状況や環境的な discomfort に対する割り切り] 患者は緊急手術や処置、排泄の世話、医療機器等、治療の中で必要となるものは、仕方ないと感じていた。また、患者は静かな環境よりも音があった方が良く話し、医療者の会話や医療機器等の環境音によって気が紛れた。

【考察】

ICU において患者は、身体・心理、状況的に医療者に依存しており、comfort を知覚するには医療者からの直接的なケアは不可欠である。加えて、患者が主体的に時間の経過や状況を認識すること、他者に身を委ねることを自ら選択することも重要である。本研究は、患者の discomfort に対応する comfort を見出すことができた。これらは discomfort に対するケアを見出すヒントになる。

【結論】

患者は ICU の中で不確かな状態になり、多くの discomfort を体験しているが、医療者の真摯な態度と適切な説明やケアによって comfort に移行する可能性がある。

(2023年7月1日(土) 15:10 ~ 16:05 第8会場)

[O7-2] 日常ケア場面における ICU看護師の葛藤

○大西 由華¹, 大川 宣容² (1.香川県立中央病院, 2.高知県立大学 看護学研究科)

キーワード：葛藤、日常ケア場面、クリティカルケア、ICU看護師

【目的】 ICU看護師は、患者の病態の複雑さや脆弱性により、日常ケア場面において実践するケアの判断に迷い、葛藤しながらも、患者を一人の人間として捉え、患者のニーズに応じた援助を模索している。しかし、ケアが優先される状況で人間性を重視したケアを追求することは、葛藤を生じさせる。そこで、日常ケア場面における ICU看護師の葛藤を明らかにし、ケアの実践における ICU看護師の不全感解消やモチベーションの向上といった負担軽減に向け、自身の葛藤をマネジメントできるような方略を検討することを目的とする。

なお、研究を進めるにあたり、用語の定義を以下の通りとした。

日常ケア場面における ICU看護師の葛藤「日常ケア場面で、患者やその他の医療者や環境との相互作用により、ICU看護師自身の中で対立する事象を認知し、心理的負担を生じる状態」、日常ケア場面「ICUで日常的に行われる看護ケアの場面」。

【研究方法】本研究は、質的記述的研究デザインを用い、A県内の高度急性期病院または急性期病院3施設の ICU看護師を対象に、半構成的面接を行った。面接で得られたデータから、逐語録を作成し、個人分析、全体分析を行った。逐語録を熟読し、意味内容に沿って分析できているか常に確認しながら進め、分析の全過程でクリティカルケア研究者と検討を重ね、分析の厳密性、結果の信憑性の確保に努めた。なお、本研究は、所属大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】研究協力者は、A県内の高度急性期病院または急性期病院3施設の ICUに勤務する ICU経験年数3年以上10年未満の看護師5名であった。分析の結果、日常ケア場面における ICU看護師の葛藤として、＜状態が悪化した患者の真のニーズを知りたくても知る術がない＞、＜重症患者のニーズを捉えケアできずもどかしい＞、＜タイムリーに必要なケアが行えず患者に苦痛を生じさせる＞、＜不安定な患者に必要なケアについて他者と考えが違い悩む＞、＜自分が判断して行うケアが患者を苦しめてしまう＞、＜家族の希望に添いケアを提供することが患者に苦痛を与えるかもしれない＞、＜自分の経験やスキル不足でケアが提供できず無力さを感じる＞、＜自分の悩んでいることをスタッフに相談できず思い悩む＞、＜ICU看護師としての自らの姿勢に疑問を感じる＞の9つのカテゴリーが抽出された。

【考察】日常ケア場面において、患者のニーズを捉えること自体の困難さ、またニーズを捉えたとしてもリスクが伴うために思うようにケアを提供できず、患者のニーズに応えられないことが ICU看護師の葛藤を生じさせていた。必要なケアがタイムリーに提供できず苦痛緩和ができないことや、行ったケアが患者を苦しめることを危惧し、患者の苦しみを和らげられないことが葛藤を生じさせていた。これらは、患者の病態の複雑さや不確実性から生じると考えられた。ICU看護師は、患者にとって最善のケアを提供したいと思う一方でケアにおいて無力さや不甲斐なさを感じながら、スタッフにも悩みを相談できず思い悩み、ICU看護師としての自らの姿勢に疑問を感じていた。患者のニーズに応えられないことや、患者の苦しみを和らげられないことなど、日常ケアにおいて看護師としての責務を果たせないことを実感し、ICU看護師のあり方が揺らぐと考えられた。

【結論】日常ケア場面における ICU看護師の葛藤は、日常ケアを行う中で患者のニーズに応えられないこと、患者の苦しみを和らげられないことなど看護師の責務に関連して生じ、ICU看護師のあり方を揺るがすものであることが示唆された。

(2023年7月1日(土) 15:10 ~ 16:05 第8会場)

[O7-3] 病室の照明調節・採光を用いた患者のサーカディアンリズム調整に

関する認識と実践調査（第1報）

○熊崎 友美, 上地 裕子, 川尻 麻祐子, 中野 恭子（岐阜大学医学部附属病院 高度救命救急センター）

キーワード：睡眠覚醒リズム、サーカディアンリズム、採光、照明調節

《目的》照明調節・採光を用いたサーカディアンリズム調整に関する看護師の実践状況と要因を明らかにするために、看護師の認識と行動の調査を行い、問題点の抽出を行う。

《方法》高度救命救急センターの看護師40名（実践は日勤31名、夜勤36名）に対し、照明調節と採光に関する実践調査、実践調査後の聞き取り調査、アンケート調査を行った。クリニカルラダーや経験年数と実践率に対して t 検定、聞き取り調査、アンケート調査の記述に対して、コードの抽出、カテゴリー化を行った。本研究は岐阜大学の倫理審査委員会で承認を得て実施した。

《結果》日勤帯（9時30分～16時まで）の照明調節を行っていた看護師は45.2%（14名）、照明調節を行っていなかった看護師は54.8%（17名）であった。夜勤帯の照明調節の実践状況は、20時～22時に消灯し、6時～8時に点灯を行った看護師は38.9%（14名）、消灯・点灯どちらも実践しなかった看護師は5.6%（2名）であった。日勤帯の採光の実践状況は、9時30分～12時に2時間以上採光を実践した看護師は12.9%（4名）、採光を実践しなかった看護師は87.1%（27名）であった。夜勤帯の採光の実践状況は、17時～19時に遮光し、6時～8時に採光を実践した看護師は37.8%（14名）、遮光・採光どちらも実践しなかった看護師は13.5%（5名）であった。実践調査後の聞き取り調査の内容をカテゴリー化した結果、照明調節・採光の実践理由は【照明調節/採光による効果・影響】【患者への配慮】、照明調節・採光の非実践理由は無意識、忘れていたなど【照明調節/採光に対する意識】、多重業務や多忙など【看護師側の理由】が抽出された。サーカディアンリズムに関するアンケートでは体内時計、照明調節や採光の利用、睡眠覚醒リズムなど【身体面への影響】【睡眠・覚醒】のカテゴリーが抽出された。クリニカルラダー、経験年数と実践率に対して t 検定を行ったところ、有意差は認められなかった（有意水準5%、 $p < 0.05$ ）。

《考察》光がサーカディアンリズムに影響するという認識はあるが、クリニカルラダーや経験年数に関わらず、照明調節・採光の実践率は低い。Ajzen（1991）の計画的行動理論（The Theory Of Planned Behavior）によると、人は「行動（behavior）」を起こす前に「意図（intention）」が必要である。照明調節・採光の実践理由である【照明調節/採光による効果・影響】【患者への配慮】は、「意図」を構成する「行動に対する態度（attitude toward the behavior）」「主観的規範（subjective norm）」「行動コントロール感（perceived behavioral control）」を包含した状態であると推測する。照明調節、採光の非実践理由である【看護師側の理由】【照明調節/採光に対する意識】は、「行動に対する態度」「主観的規範」「行動コントロール感」が不足すると考える。また、ACCCでは、多重業務や多忙な状況が、照明調節・採光の実践率に影響する。Zhu（2018）らの単純緊急性効果（The Mere Urgent Effect）では、人は「重要性（importance）」よりも、「緊急性（urgency）」のあるタスクを優先すると報告している。照明調節・採光を行うためには、時間帯を決定（＝期限の追加）することで、単純緊急性効果が得られ、照明調節・採光の実践率が向上する可能性がある。

（2023年7月1日（土）15:10～16:05 第8会場）

[O7-4] 病室の照明調節・採光を用いた患者のサーカディアンリズム調整と学習経験（第2報）

○熊崎 友美, 上地 裕子, 川尻 麻祐子, 中野 恭子（岐阜大学医学部附属病院 高度救命救急センター）

キーワード：睡眠覚醒リズム、サーカディアンリズム、採光、照明調節

《目的》第1報では、照明調節・採光の実践率を調査し、聞き取り調査やアンケート調査から、Ajzen（1991）の計画的行動理論、Zhu（2018）らの単純緊急性効果を基に、照明調節・採光の実践に至るまでの心理学的過程について見解を述べた。しかし、両者共に前提条件として知識が必要である。そこで、第2報ではACCC看護師の

学習経験の有無から実践状況を検討する。

《方法》ACCCの看護師40名を対象に、照明調節と採光の実践調査後、聞き取り調査を行い、コードの抽出、カテゴリー化を行った。第1報の照明調節・採光の実践調査人数は、夜勤専従・日勤のみの看護師を含むため、日勤31名、夜勤36名となった。第2報では、ACCC看護師40名の学習経験を基に調査するため、実践群：日勤・夜勤共に照明調節/採光を行った、非実践群：日勤・夜勤共に照明調節/採光を行わなかったとして分類した。本研究は岐阜大学の倫理審査委員会で承認を得て実施した。

《結果》第1報の照明調節・採光の実践調査後に行った聞き取り調査のうち、学習経験の有無を基に、実践状況について再検討した。日勤・夜勤共に照明調節を行っていた看護師は20%（8名）、照明調節を行っていなかった看護師は80%（32名）であった。また日勤・夜勤共に採光を行っていた看護師は12.5%（5名）、採光を行っていなかった看護師は87.5%（35名）であった。日勤・夜勤共に照明調節を実践した看護師8名のうち、学習経験がある看護師は62.5%（5名）、学習経験がない看護師は37.5%（3名）であった。日勤・夜勤共に照明調節を実践しなかった看護師32名のうち、学習経験のある看護師は34.4%（11名）、学習経験のない看護師は65.6%（21名）であった。採光を実践した看護師5名のうち、学習経験のある看護師は100%（5名）、学習経験のない看護師は0%（0名）であった。採光を実践しなかった看護師35名のうち、学習経験がある看護師は45.7%（16名）、学習経験のない看護師は54.3%（19名）であった。学習内容についてカテゴリー化した結果、『ホルモン分泌』『サーカディアンリズム』『精神的安定』『せん妄予防』『照度』のサブカテゴリーが抽出された。学習方法について分類したところ、「学生時代の知識」「入職後の学習機会」「自己学習」「不確かな知識・記憶」となった。

《考察》照明調節・採光の学習経験と実践状況から、学習経験のある看護師は実践率が高く、学習経験のない看護師は、実践率が低い傾向にあることが示唆された。照明調節・採光に関する学習方法や学習機会は様々であり、また学生時代を含め、看護師資格の取得前後の学習経験など、各看護師の判断に委ねられている。一方で、サーカディアンリズムを調整するためには、決まった時刻に朝日を浴び、眼球に入る光を入れることで、メラトニンの分泌を抑制し、約14～15時間後にメラトニンの分泌が増加すること、夜には余分な覚醒作用を生じないよう不要な光を減らす必要があることは先行研究で明らかになっている。また、厚生労働省の新人看護職員研修ガイドラインでは、臨床実践能力のうち、環境調整技術に、採光や照明調節が含まれており、新人看護師が習得すべき技術として定められている。そのため、せん妄のリスク因子が高くなる病棟では、新人看護師を含む看護師全員が、照明調節・採光を用いたサーカディアンリズム調整が実践できるよう、統一した取り決めを作成し、定期的に学習会を行う必要がある。

(2023年7月1日(土) 15:10～16:05 第8会場)

[O7-5] A病院における心臓外科術後の嚥下機能低下に関連する要因

○赤澤 鈴奈（三菱京都病院 看護部）

キーワード：術後、嚥下機能低下、要因調査

【はじめに】A病院の集中治療室において、心臓血管外科術後患者の嚥下機能低下に関連する要因を調査したので報告する。

【方法】対象は2020年4月～2021年3月までに心臓外科手術を施行した患者118名、術前より嚥下機能障害を有している患者は対象外とし、後ろ向きコホート研究を行った。嚥下機能低下に関連すると思われる因子を抽出しT検定、カイ二乗検定を用いて統計学的に検討を行った。統計ソフトはSPSS®を使用した。

【倫理的配慮】研究調査にあたり、施設倫理委員会の承認を得て実施した。後ろ向き研究であるため、オプトアウト方式により研究拒否の権利を担保し、ホームページで研究の説明を行い、研究同意を得られない場合は拒否ができることを掲載した。収集したデータは、個人情報の流出がないよう施設長に同意を得て施設内で情報処理を行い、個人情報が特定されないようにした。

【結果】2020年4月より2021年3月までの間に心臓血管外科の手術を受け、研究対象となったのは118人であり、その中で術後に嚥下機能低下が認められた人数は12人（10.16%）であった。年齢による比較では発症群の

平均年齢は86.4±5.2歳、非発症群の平均年齢は72.3±11.0歳と10歳以上の年齢差がみられた。性別差では男性72名の内4名、女性33名の内8名で嚥下機能低下が認められ、女性の発症率の方が高い結果となり有意差も認められた。入院期間では発症群が平均58.55±40.2日、非発症群が平均21.5±18.8日と入院日数に大きく差がある結果であった。義歯を使用している患者ではP値0.003と有意差がみられた。認知機能低下がある患者ではP値0.001、術後せん妄がある患者ではP値0.00と統計学的な有意差がみられた。

術式別では上行・弓部大動脈血管置換術などの、大血管に対する術式ではP値0.00と有意差がみられた。弁置換術・弁形成術では有意差は認められなかった。

【考察】年齢や性別差で有意差は認められたが、加齢に伴う嚥下に関連する筋力低下や構造の変化、手術侵襲などが関係していると考えられる。

術式別では上行・弓部置換などの大血管の手術においては反回神経麻痺の発生率が高いと報告されており、反回神経麻痺による嚥下困難など術後の経過に影響を与え得るため有意差が認められたと考えられる。

義歯の有無により嚥下機能低下が認められており、食塊形成不全、口腔内の食物残留、あるいは形成不十分な食塊が咽頭に送り込まれることで嚥下障害が発症している可能性もあり有意差が認められたと考える。

術前より認知機能低下がある場合、摂食嚥下の5期モデルの先行期に障害が出現するといわれている。このことから、認知機能低下がある患者は嚥下機能低下を来しやすいため有意差が認められたと考える。

術後はせん妄を助長しやすい身体状態や環境下であり、せん妄に対する薬剤の影響で薬剤性嚥下障害がおこっている可能性も考えられる。

【結論】加齢に手術侵襲が加わると嚥下障害が発症しやすくなる。認知機能は嚥下障害に関与している。またせん妄による認知力低下も同様。義歯の有無では食物形成などが嚥下障害に関連していると考えられる。

一般演題（口演）

[O8] 一般演題（口演）8

チーム医療・多職種連携②

座長：中野 真理子（福岡国際医療福祉大学 看護学部 看護学科）

2023年7月1日(土) 16:10～16:55 第7会場(2F 蓬莱)

[O8-1] クリティカルケア領域における患者の意思決定のための多職種カンファレンスの現状と課題

○川添 久子¹, 高橋 由起子² (1.岐阜大学医学部附属病院 看護部, 2.岐阜大学 医学系研究科)

[O8-2] ICUにおける多職種倫理カンファレンスの導入

～持続可能な組織変革への課題～

○酒井 周平（旭川医科大学病院 看護部）

[O8-3] ICU病棟における多職種ラウンドの効果

○水谷 美月, 植岡 敬紹, 水引 智央, 川上 美絵子, 堀江 英恵（日本赤十字社 京都第二赤十字病院 ICU病棟）

[O8-4] 集中治療領域における Shared Decision Makingに対する看護実践とその促進要因・阻害要因に関する認識の実態

○藤倉 由美恵¹, 中村 美鈴² (1.東京慈恵会医科大学大学院 医学研究科看護学専攻 博士前期課程, 2.東京慈恵会医科大学大学院 医学研究科看護学専攻)

(2023年7月1日(土) 16:10 ~ 16:55 第7会場)

[O8-1] クリティカルケア領域における患者の意思決定のための多職種カンファレンスの現状と課題

○川添 久子¹, 高橋 由起子² (1.岐阜大学医学部附属病院 看護部, 2.岐阜大学 医学系研究科)

キーワード：クリティカルケア、意思決定、多職種カンファレンス、現状と課題

目的：クリティカルケア領域における患者の意思決定についてのガイドラインや指針では、多職種カンファレンスの必要性が述べられているが、その内容の多くはクリティカルケア領域における終末期に限定されている。クリティカルケア領域における重篤な患者の多くは、患者の治療に関する意思決定についてチーム医療の連携を強めながら検討していく必要がある。本研究の目的は、クリティカルケア領域で行われる患者の意思決定のための多職種カンファレンスに関する現状と課題を明らかにすることである。これにより、クリティカルケア領域で、チーム医療の連携を強める一助となると考える。方法：質的記述的研究デザインとし、研究参加者は、A県内の特定集中治療管理料1の施設基準を満たす3施設の集中治療に関する中央部門に所属するクリニカルラダーIII以上の看護師を対象とした。同意が得られた研究参加者から、クリティカルケア領域で行われる患者の意思決定のための多職種カンファレンスに関する現状と課題について語ってもらい逐語録を作成した。逐語録から、現状と課題に関する部分をコード化し、さらに類似内容ごとにカテゴリー化した。分析に当たっては繰り返し行い、さらに、スーパーバイズを受けた。本研究は岐阜大学大学院医学系研究等倫理審査委員会の審査・承認を得て実施した(承認番号:2021-020)。利益相反はない。結果：同意を得られた研究参加者は12名であった。参加者の平均年齢は38.83(±4.62)歳で、平均面接時間は29分45秒(±8分38秒)であった。クリティカルケア領域における患者の意思決定のための多職種カンファレンスの現状に関してのカテゴリーが8、コアカテゴリーが3であった。クリティカルケア領域における患者の意思決定のための多職種カンファレンスの課題に関してのカテゴリーが6、コアカテゴリーが3であった。コアカテゴリーを【】、でカテゴリーを《》で示す。考察：各施設で、《意思決定に関して検討する組織風土がある》中、《意思決定に関して検討する時間的余裕がない》現状もあり、意思決定のための多職種カンファレンスは【定着化に繋がりにくい】。さらに、意思決定のための多職種カンファレンスの【検討内容は参加する医療者によって違いがある】。このような状況に加え、多職種との協働や意思決定支援の困難から、意思決定のための多職種カンファレンスで【看護師が困難感を抱きやすい】現状がある。クリティカルケア領域における患者の意思決定のための多職種カンファレンスの課題として、意思決定に関する《情報収集の方法を検討する》ことや、意思決定のための多職種カンファレンスの《開催に向けた体制を見直す》ことで【病院全体での取り組みを強化する】必要がある。さらに、医療職者への教育を進めることで意思決定のための多職種カンファレンスの【質の向上を図る】こと、取り組みの強化と教育に加えて、《多職種間で意思決定に関する共通認識をもつ》、《継続化に繋げる》ことで、意思決定のための多職種カンファレンスの【定着化を図る】ことが課題である。結論：クリティカルケア領域における患者の意思決定のための多職種カンファレンスの現状として、【定着化に繋がりにくい】、【検討内容は参加する医療者によって違いがある】、【看護師が困難感を抱きやすい】ことが示唆された。また、クリティカルケア領域における患者の意思決定のための多職種カンファレンスの課題として、【病院全体での取り組みを強化する】、【質の向上を図る】、【定着化を図る】ことが必要である。

(2023年7月1日(土) 16:10 ~ 16:55 第7会場)

[O8-2] ICUにおける多職種倫理カンファレンスの導入 ～持続可能な組織変革への課題～

○酒井 周平 (旭川医科大学病院 看護部)

キーワード：権利擁護、多職種倫理カンファレンス、組織変革、持続可能性

【目的】

当院 ICUでは重症患者の権利擁護を目標に据えて、2017年度から多職種倫理カンファレンス導入に向けた取り組みを開始したが、現在のところ十分な定着には至っていない。今回、この過程から持続可能な組織変革の課題を検討し、今後への示唆を得ることを目的とする。

【実践方法】

まず、2017年度から倫理原則や最新の知見、社会情勢の動向、4分割表などの知識獲得のために発表者が学習会を開催した。次に、2018年度からは看護師のみで倫理カンファレンスの経験を重ねた。同時に、方法論の理解を深めるために事例検討会も複数回おこない、多職種にも参加を呼び掛けた。そして、2020年度から多職種倫理カンファレンスを導入し、カンファレンスの準備やファシリテーション、倫理的問題の焦点化、振り返りなど発表者がスタッフを支援した。2022年度から発表者は一般病棟に異動となったため、現在はその都度相談を受けて対応をしている。今回の発表にあたり、患者や医療者の匿名性が担保されるよう配慮した。

【結果】

倫理カンファレンスの開催件数は、2018年度9件、2019年度10件でいずれも看護師のみで開催した。2020年度25件(うち多職種15件)、2021年度49件(うち多職種34件)、2022年度13件(うち多職種10件)であった。この推移をみると2022年度は大幅に減少しているものの、多職種カンファレンスの割合は増加していた。

【考察】

2016～2017年頃は医師主導で重症患者の治療方針が決まることが多く、看護師が意思決定に参画する場面はなかった。そのような状況に不全感を抱くスタッフを巻き込みながら、学習会や事例検討会を通して少しずつ倫理的問題を話し合う雰囲気が高まり、方法論の習得に時間をかけたことで多職種倫理カンファレンスを通して意思決定支援ができる組織へと変わっていった。しかしながら、倫理という難しさへの拒否反応やカンファレンス開催の負担などからこの取り組みに賛同しないスタッフも存在し、発表者がICUを離れたことで件数は減少してしまった。この最大の要因は、後継者と位置づけたコアメンバーが若く、ポジションパワーをもつベテランスタッフへの呼びかけが不十分で引き込みきれなかったことである。ジョン・コッターの8段階のプロセスにある「2. 変革主導チームを築く」にそのようなスタッフを取り込めなかったことや、「5. 障害を取り除き、行動を可能にする」に必要な変革反対派の中間管理職への働きかけが不足していたため、ビジョンの共有や連携の強化が必要であった。また、倫理や4分割表の難しさに対しては事例検討会を継続すること、カンファレンスの負担感には記録テンプレートの導入をしている。当院は看護部の方針で異動が早く、平均ICU経験年数はわずか1.7年である。そのため、時間的猶予がない意思決定の局面に無力感を持ちながらも、ICUにおける意思決定支援には経験値が必要なため困難感を抱きやすい。当院ICUにおいて持続可能な変革をもたらすには、8つのステップを同時かつ継続的に実行するアクセラレータの変革プロセスを念頭に置いて、移り変わりやすいスタッフからなる組織の雰囲気や課題を適確に捉えて、課題を明確にしながら戦略的に対応をし、管理者と将来の展望を分かち合いながら継続していくことである。多職種が協力的であることを強みとして、十分に普及するまで変革を推進していく必要がある。

【結語】

多職種倫理カンファレンスの定着には、ベテランスタッフとの協調関係の構築や意思決定支援に困難をもつスタッフへの支援、そして多様に変化する組織への働きかけが必要であることが示唆された。

(2023年7月1日(土) 16:10～16:55 第7会場)

[O8-3] ICU病棟における多職種ラウンドの効果

○水谷 美月, 植岡 敬紹, 水引 智央, 川上 美絵子, 堀江 英恵 (日本赤十字社 京都第二赤十字病院 ICU病棟)

キーワード：多職種連携、集中治療室、PICS

【目的】

A病院 ICU病棟では、PICS(Post Intensive Care Syndrome)・PICS-Fを予防するために、2020年10月より患者の治療方針や1日の目標、ABCDEFGHバンドルに沿った患者の状態を共有する多職種ラウンドを開始した。しか

し、多職種ラウンドに参加しているスタッフがその効果をどのように認識しているのかは明らかではない。本研究の目的は、多職種ラウンドに参加しているスタッフがその効果をどのように認識し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記述的研究デザインである。対象者は、2020年4月以前からA病院のICU病棟で業務を行っている救急科医師・看護師・薬剤師・理学療法士・臨床工学技士とした。2022年12月に半構造化面接を実施し、多職種ラウンドが患者ケアや多職種連携にどのように活かされたか、多職種ラウンド開始前から変化したことなどについてインタビューした。得られたデータは逐語録を作成後、多職種ラウンドの効果について語られている部分の意味を損なわないように留意して抽出し、コード化した。コードの類似性と相違性に留意し、サブカテゴリー・カテゴリーを生成した。対象者には調査協力の諾否によって対象者が不利益を被らないことを説明した。本研究は、A病院の臨床研究審査会の承諾を得て実施した(整理番号：S2022-32)。

【結果】

救急科医師2名・看護師6名・薬剤師1名・理学療法士3名・臨床工学技士2名にインタビューを実施し、平均時間は25分であった。分析の結果、【コミュニケーション】【心理的安寧】【情報の共有と整理】【専門的内容の検討】【時間調整・スケジュール管理】【患者の状態に則したケアの実施】【意識・習慣の変化】の7つのカテゴリー、36のサブカテゴリー、118のコードが抽出された。【コミュニケーション】は2つのサブカテゴリーで構成された。【心理的安寧】は1つのサブカテゴリーで構成された。【情報の共有と整理】は8つのサブカテゴリーで構成された。【専門的内容の検討】は9つのサブカテゴリーで構成された。【時間調整・スケジュール管理】は3つのサブカテゴリーで構成された。【患者の状態に則したケアの実施】は7つのサブカテゴリーで構成された。【意識・習慣の変化】は6つのサブカテゴリーで構成された。

【考察】

多職種ラウンドが患者の状態や治療方針を共有し、各職種が専門的な意見をディスカッションする場となり、患者のケアコーディネートやスタッフの安心感にもつながっていた。患者の1日の目標や予定を多職種で検討できることは、患者の治療への参加や準備性を高めることと関係していると考えられる。さらに、多職種ラウンドを通じた多職種間の関係性の構築に加え、ラウンドに参加しているスタッフの患者への関心の高まりや新たな知識の習得といった意識変容が見られたことから、スタッフや部署の成長につながることを示唆された。

【結論】

多職種ラウンドが多職種とのコミュニケーションの円滑化、患者の情報共有や整理につながっていた。また、各職種の専門性を活かした多面的な検討ができるようになったことで、患者の状態に合わせたケアプランの変更やスケジュールの調整ができることを効果として認識していた。そして、スタッフの安心感や意識、習慣の変化につながっていることが明らかとなった。今後は、ICU看護やチーム医療の質向上につながる多職種ラウンドの内容を検討していくために、スタッフが認識している多職種ラウンドの課題を明らかにしていく必要がある。

(2023年7月1日(土) 16:10 ~ 16:55 第7会場)

[O8-4] 集中治療領域における Shared Decision Making に対する看護実践とその促進要因・阻害要因に関する認識の実態

○藤倉 由美恵¹, 中村 美鈴² (1.東京慈恵会医科大学大学院 医学研究科看護学専攻 博士前期課程, 2.東京慈恵会医科大学大学院 医学研究科看護学専攻)

キーワード：Shared Decision Making、集中治療領域、看護実践

【背景】疾患や治療上の影響で、意思表示が難しく推定意思が困難な急性重症患者に代わり治療選択を求められる家族等代理人に対しては、急性重症患者にとって最善の選択のための Shared Decision Making [SDM] による支援が望ましく、SDM に対する看護実践は実践上の課題である。

【目的】集中治療領域における認定看護師の SDM に対する看護実践とその促進要因・阻害要因に関する認識の実態を明らかにする。

【方法】

研究対象者: 全国の集中ケア・クリティカルケア認定看護師1,046名 (日本看護協会, 2021)

データ収集項目: 独立変数に対象の個人・部署特性を設定し、部署特性は対象者の部署における職場間共同の認識を問う項目を設定した。従属変数は、研究者が先行研究に基づき作成した SDM に対する看護実践17項目の各得点を設定した。さらに、SDM に対する看護実践の促進要因・阻害原因を自由記述で回答を得た。

データ収集方法: 郵送質問票調査法で対象者の自由意思のもと無記名自記式質問票の返送を依頼した。

分析方法: 有意水準5%とし、SPSS Ver.28を用いて分析した。従属変数として設定した SDM に対する看護実践17項目の信頼性と妥当性は、探索的因子分析にて因子構造を確認し、Cronbachの α 係数を算出した。自由記述回答に関しては、質的帰納的手法を参考に分析を行った。

倫理的配慮: 所属大学の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】回収数261名 (回収率24.5%) のうち、259名 (有効回答率99.2%) を分析対象とした。対象者の平均経験年数は 21.5 ± 5.4 年であった。対象特性と SDM に対する看護実践17項目毎の比較・相関は、部署特性の職種間共同項目を高く認識する対象者に SDM に対する看護実践項目の有意差 (有意確率 < 0.05) を示し、最大相関係数は0.39の相関関係にあった。関連は職種間共同 [管理者からの支援]、[SDM のための時間の確保] の認識が高い対象者に SDM に対する看護実践項目とのオッズ比 (2.73-9.81) を示した。自由記述結果では、認定看護師は SDM に対する看護実践の促進要因を、医療組織全体で SDM の知識や技術を教育し、関係性を構築しながら患者・家族等代理人の準備性を整え、患者の最善を共に考え、患者の最善のための多職種連携の不充分さや時間的制約下での SDM のプロセス展開の困難さ、SDM の知識不足・コミュニケーション能力差、家族等代理人の準備性の妨げが阻害要因と捉えていた。

【考察】職種間共同の認識の高い対象者は、SDM に対する看護実践が高まる実態が明らかとなり、多職種は専門性を発揮しながら医療・ケアチームとして対応することで患者を全人的に支援できる (清水他, 2022) 点から、SDM に対する看護実践は職種間共同により高まると考えた。特に管理者からの支援や SDM のための時間確保の認識の高さが、SDM に対する看護実践の認識を高めることが明らかとなり、組織全体での多職種連携教育の支援 (伊藤他, 2021) や、効果的な情報共有のためのシステム構築 (葛西, 2003) が職種間共同を高める方略となると考えた。さらに、看護師の経験値や力量がチーム医療の認識に影響すること (杉田, 黒田, 2006) が本研究結果の SDM に対する看護実践の阻害要因とも合致し、SDM のプロセスへの管理者の参加や、熟練・卓越した看護実践を展開する認定看護師・専門看護師がロールモデルとなること、看護師の自信やモチベーションを支援する管理者の承認行動 (萩本他, 2014) が求められた。

【結論】職種間共同を高く認識する対象者に SDM に対する看護実践が高まる実態が明らかとなり、組織全体での教育の認識、SDM の理解やコミュニケーション能力差、家族等代理人の準備性等が SDM の促進・阻害要因と捉えられた。

一般演題（口演）

[O9] 一般演題（口演）9

医療安全・看護管理

座長：村上 礼子（自治医科大学 看護学部）

2023年7月1日(土) 16:10～17:05 第8会場 (4F 研修室)

[O9-1] 看護師がICU入室中のこどもに身体抑制を行う際の判断要因

○岩塚 美波¹, 安井 美和¹, 大北 真弓² (1.三重大学医学部附属病院 救命救急・総合集中治療センター, 2.三重大学大学院 医学系研究科看護学専攻実践看護学)

[O9-2] ICUにおける生体監視モニタアラームの適切な使用への取り組みと効果

○池田 健太, 立石 真帆, 野口 弘二, 山口 優, 井上 辰幸 (九州大学病院 集中治療部)

[O9-3] 当集中治療室における心理的安全性に関する現状調査

○劔持 雄二, 中村 邦子, 関根 庸考, 井上 正芳, 田貝 佐久子 (青梅市立総合病院 集中治療室)

[O9-4] ユニットによる人工呼吸器教育統一化に向けた取り組み

～プログラム中心の管理に関するコンサルテーション～

○中村 真依子¹, 安達 和人² (1.日本赤十字社 武蔵野赤十字病院 救命救急センターICU, 2.日本赤十字社 武蔵野赤十字病院 GICU)

[O9-5] ICU看護師のワーク・モチベーションに対するワーク・エンゲイジメントと仕事におけるワクワク感の影響

○山本 一成, 飯塚 仁美, 鵜飼 莉奈 (松江赤十字病院)

(2023年7月1日(土) 16:10 ~ 17:05 第8会場)

[O9-1] 看護師がICU入室中のこどもに身体抑制を行う際の判断要因

○岩塚 美波¹, 安井 美和¹, 大北 真弓² (1.三重大学医学部附属病院 救命救急・総合集中治療センター, 2.三重大学大学院 医学系研究科看護学専攻実践看護学)

キーワード: ICU、こども、身体抑制、判断要因

【目的】

状況把握や指示を理解することが難しい発達段階のこどもは、ルート類の計画外抜去を起こす可能性があり、こどもの安全のためにも身体抑制をすることがある。しかし、こどもの権利や倫理的観点からも身体抑制は必要最小限にしなければならない。成人領域では、身体抑制の実施基準が明らかにされているが、小児領域では身体抑制に関する看護研究は少なく、看護師の判断基準を明らかにした研究は見当たらなかった。本研究では、看護師がICU入室中のこどもに身体抑制を行う際の判断要因を明らかにする。

【方法】

研究デザインは質的記述的研究である。A病院 ICUでこども（15歳以下）への看護経験が5年以上ある看護師6名を対象に、半構造化面接を実施した。調査期間は、2022年10~12月であった。得られた音声データから逐語録を作成し、抽出された定性データは Berelson B.の内容分析法を用いて分類した。分類したカテゴリの信頼性を確保するために、小児看護学研究者2名に、一致率算出のため協力を得た。

研究協力者へは研究目的、方法、研究への協力の自由意思と拒否、プライバシーおよび個人情報の保護等の倫理的配慮について書面および口頭で説明を行い、同意を得た。本研究は、所属機関の倫理審査委員会の承認を得てから実施した。

【結果】

ICU入室中のこどもに看護師が身体抑制を行う際の判断要因として、159の記録単位から35の同一記録単位群、さらに8のカテゴリが生成された。判断要因として、こどもが人工呼吸器管理中であったり、点滴ルートから循環作動薬が投与されていたりするなど【生命維持に欠かせない薬剤の投与やチューブ類の挿入】、手で気管内チューブを握ったり、寝返りをするなど【計画外抜去につながるこどもの動き】、覚醒時に暴れるなど【こどもへの鎮静剤の使用と覚醒状況】、【筋弛緩薬の使用状況】、【安静指示を守ることができないこどもの認知発達や状況】、【看護師がこどもの近くにいられないことで危険な動きを制止できない状況】、【身体を動かす月齢】、点滴のシーネ固定で顔を傷つけるなど【身体損傷につながるこどもの動き】があった。尚、カテゴリ分類の一致率は、研究者2名とも83.3%と70%を超えており、カテゴリ分類の信頼性は確保された。

【考察】

こどもの身体抑制を行う際の看護師の判断基準に影響する要因は、大きく分けて「生命危機にあるこどもの状況」と「危険な行動をとりやすいこどもの身体的認知的発達状況」の2つであった。特に発達を考慮する必要があるのは、小児看護ならではの視点である。身体抑制は、確実な人工呼吸器管理等を行う上で「善行」であり、「無害」をもたらす。一方で、発達段階にあるこどもの「遊ぶ権利」「学ぶ権利」「育つ権利」など多くの権利を阻害する。安全管理やこどもの状態悪化予防のために身体抑制を選ばざるを得ない状況も多いが、看護師は常にこどもの成長・発達を考え、その子にとっての最善の関わりを、チームで検討していくことが重要である。

【結論】

看護師がICU入室中のこどもに身体抑制を行う際の判断の要因は、こどもの状態が不安定であることや生命維持に直結したチューブ類が挿入されていること、発達や鎮静状況によって安静指示を守ることができないこどもの状況などがあった。こどもの身体抑制を判断する看護師は、こどもの健全な成長・発達を阻害せずに、安全管理できる方法を検討する必要がある。

(2023年7月1日(土) 16:10 ~ 17:05 第8会場)

[O9-2] ICUにおける生体監視モニタアラームの適切な使用への取り組みと効果

○池田 健太, 立石 真帆, 野口 弘二, 山口 優, 井上 辰幸 (九州大学病院 集中治療部)

キーワード：アラーム設定、モニタリング、安全管理

【目的】

クリティカルケア領域では、全身状態の安定化や二次的侵襲を回避するために異常の早期発見と迅速な対応が重要であり、モニタリングを適切に使用しアセスメントを行うことが重要である。A部署では1日当たり約3800件（約23秒に1件）の生体監視モニタアラームが発生していた。先行研究では不要なアラームの発生により、重要なアラーム発生時に注意や反応が遅れ、アラームの優先度が分からなくなる危険性や、看護師に対して不安や疲労を与えることが示唆されている。今回、アラーム発生状況の分析と、不要なアラーム発生低減のための取り組みを行い、効果が得られたため報告する。

【実践方法】

アラームレポートをもとにアラーム発生状況について分析し、スタッフへアラーム対応に関する意識調査を実施した。その上で理解度が不足していた循環のモニタリング項目についての勉強会を開催した後、適切なアラーム設定を行うためのルール策定・周知、リーダーと看護師長のラウンドによる指導を行った。本実践報告は、匿名化されたアラームレポートを使用し、質問紙は無記名で実施した。質問紙調査への不参加や回答内容によって、対象者が不利益を被ることがないことを説明し、同意を得た。

【結果】

取り組み前のアラーム発生件数が多かった項目割合は、観血的血圧34%、SpO₂2%、心電図（HR上下限、不整脈）と呼吸数がそれぞれ20%の順であった。意識調査では、90%以上のスタッフが不要なアラームが多いと感じ、消音対応のみを繰り返し設定が変更されないことで不要なアラームが継続し、重要なアラームへの反応の遅れが生じることを懸念していた。また、経験年数の浅い看護師で小児や担当以外の患者への対応が難しいと感じていた。取り組み後は、患者アセスメントを元に勤務開始時と患者の状態に応じて適宜アラームを設定するようになった。取り組み後のバイタルアラーム件数は、8項目中7項目で著明に減少し、特にHR上下限は66%、SpO₂上下限は47%減少した。観血的血圧1項目のみ76%増加した。1日当たりのアラーム発生件数に変化はなかったが、30秒以内にアラーム対応を行った割合は72%から85%へ増加し、長時間アラームが鳴り続く状況は改善した。

【考察】

観血的血圧のみバイタルアラーム件数が増加したが、クリティカルな患者は術直後やショック状態など循環動態の変動が起きやすく、早期に異常が察知できるようルールに則って厳密なアラーム設定を行うようになったことが一因として考えられる。以前は医師の指示通りにアラーム設定を行い、アラーム逸脱時に消音対応を繰り返すことがあったが、患者の異常を早期に発見し、対応するための必要なアラームの増加はむしろ好ましい結果と考える。また、取り組み後はアラームへの反応時間が短縮した。毎日の朝礼やカンファレンス等でアラームの対応や使用方法を周知し、ラウンドを通して指導を行うことでアラーム設定の根拠となるアセスメント能力や意識が向上したためと考えられるが、アセスメント能力についての定量的測定は行えていないため、今後の課題である。

【結論】

モニタリングに関する勉強会と、適切なアラーム設定を行うためのルールの策定及び周知を行った。測定したバイタルアラーム8項目の中で観血的血圧のみ増加したが、それ以外の7項目は全て減少した。特にHRおよびSpO₂上下限アラームは著明に減少した。1日当たりのアラーム発生件数に変化はないが、アラームに対する反応時間は短縮した。今回の取り組みの効果として、A部署では不要なアラームが減少し、対応の必要なアラームに反応しやすい環境へ改善した。

(2023年7月1日(土) 16:10 ~ 17:05 第8会場)

[O9-3] 当集中治療室における心理的安全性に関する現状調査

〇 劔持 雄二, 中村 邦子, 関根 庸考, 井上 正芳, 田貝 佐久子 (青梅市立総合病院 集中治療室)

キーワード：心理的安全性

<はじめに>

心理的安全性が低いと感じている個人は、高いと感じている個人より強く周囲に影響を及ぼすため、心理的安全性の低い個人がいる場合には、職場全体の心理的安全性が低下するという報告（今城・藤村,2019）をしている。今回、当集中治療室看護師の心理的安全性はどのような傾向にあるのか調査した。

<目的>

当集中治療室における心理的安全性に関する現状を把握し、心理的安全性をどのように高めるかについて考察することを目的とする。

<方法>

調査対象者は、当院集中治療室看護師とし2022年4月1日～11月5日に記述式アンケートにより無記名で行った。調査にあたり A病院倫理審査委員会許可のもと調査協力者への回答の自由意思、個人情報の取扱いに関する注意事項などを明記した。

調査における質問項目は1)看護師経験年数2)心理的安全性現状把握3)リーダー・役職の行動の3項目を記述統計した。また看護師経験年数を回答するにあたって想定したリーダーの経験年数について質問した。なおリーダーとは、「シフトリーダーを担っている者」を指すこととした。

<結果>

(1)属性

回答数は31件（回収率100%、有効回答率97%）。主な属性の内訳は男性 30%(9名)／女性 70%(21名)、リーダー56%(17名)、役職10%(3名)であった。

心理的安全性の合計点の平均は役職（28点）と新人（25点）は高く、比較的経験の浅いリーダー（22点）と看護師経験が4～5年目未満のスタッフ（18点）は低い結果となった。なお心理的安全性を高める行動をリーダー・役職が取れているかのスタッフの合計点の平均（33点）は、リーダー（31点）と比較すると高くなっていた。

また、心理的安全性の項目の<チームに対してリスクのある行動を取っても安全である>という項目が低い値となり、<職場に他のメンバーに助けを求めることは難しい>という項目は最もあてはまらなかった。

<考察>

スタッフ層の心理的安全性について Harrison et al.(1998)や今城・藤村(2019)は、心理的安全性の低い個人がいる場合には、職場全体の心理的安全性が低下すると指摘している。すなわち、職場の構成人員の大部分を占めているスタッフ層の心理的安全性が低いことは、チーム全体、ひいては部署全体の心理的安全性の低下につながる可能性があるといえよう。また、心理的安全性を高める行動をリーダー・役職が取れているかの問いの合計点の平均が、リーダーに比較して高い傾向があることを考慮すると、スタッフの心理的安全性を高めるためには、まずリーダーに対するリーダー・役職の行動を強化させることを検討する価値があるだろう。

また、<チームに対してリスクのある行動を取っても安全である>は低く、<職場に他のメンバーに助けを求めることは難しい>が高いため、心理的安全性でいうところの“挑戦”や“新奇歓迎”といったところが弱く、“助け合い”といった面では部署の強みであることがわかった。

<結論>

本調査は、看護師経験年数別に心理的安全性の高低を調査し、その水準が低い属性における心理的安全性をどのように高めるかについて考察し、リーダー・役職の行動を強化することが必要であることがわかった。

リーダー・役職の立場となったスタッフがリーダー・役職の行動をはじめとしたリーダーシップを発揮でき、後

輩の立場のスタッフの心理的安全性が高まることにより職場の持続な成長につなげていけると考えられる。

(2023年7月1日(土) 16:10 ~ 17:05 第8会場)

[O9-4] ユニットによる人工呼吸器教育統一化に向けた取り組み ～プログラム中心の管理に関するコンサルテーション～

○中村 真依子¹, 安達 和人² (1.日本赤十字社 武蔵野赤十字病院 救命救急センターICU, 2.日本赤十字社 武蔵野赤十字病院 GICU)

キーワード：コンサルテーション、人工呼吸器教育方法、人員編成、ユニット

【目的】

当院の新生児を除くユニット部門は、ICU、HCU、GICU、SCUの4部門から構成されている。各ユニットの係長より、COVID-19のようなパンデミックに備え、ユニット部門の看護師を流動的に人員編成可能となるよう、人工呼吸器装着患者に対する看護を4つのユニットが同じ水準で学べるよう教育方法を統一化したい、という、プログラム中心の管理に関するコンサルテーションを受け、介入したためその実践内容について報告する。

【実践方法（あるいは事例概要・方法）】

コンサルテーションプロセスに沿って以下のように進めた。なお、この取り組みを実践報告として学会等で公表することがあるが、コンサルティの匿名性は守られ、不利益は生じないことを説明し了承を得た。

- 1.システムへの参入：①目的：ユニット間で統一した人工呼吸器装着患者の看護に関する教育プログラムを構築する、②目標とするアウトカム：1年間で完結するプログラムとし、新人看護師およびユニット未経験看護師が気道管理目的の人工呼吸器装着患者の標準的な看護が行えるようになる。
- 2.問題の明確化：各ユニットによって人工呼吸器装着患者の看護に関する教育方法が異なるため、教育水準に差が生じている。
- 3.ゴールまたは望まれる結果を明らかにする：教育方法を統一することにより、突如、人員編成を行ったとしても、共通理解のもと患者をケアすることが出来る。
- 4.情報収集：現在の各ユニットでの教育方法の確認とそれに対するスタッフの意識調査をした。
- 5.計画立案：「臨床実践能力要素一覧（集中治療医学会集中治療看護師検討委員会、2014）」を参考に、プログラム内容を組み立て、年間計画を立案した。
- 6.計画の実行・結果の評価：①プログラム教材としてスライド動画を作成し、動画に対応した「確認テスト」を各自で行い理解度を確認した。②技術面や機器点検といった安全性の確認のために、「評価表」を用いて評価を行った。③全ユニット合同で、医師、臨床工学技士、理学療法士による1時間程度の講習会を開催した。結果として、プログラム終了後、対象者である看護師は人工呼吸器装着患者の標準的な看護が行えるようになった。
- 7.フォローアップ：コンサルティの満足度が高く、本教育プログラムは次年度も継続とし、「今後は人工呼吸器だけに関わらず、補助循環などの教育についても教育の統一化を図りたい」といった意見が聞かれた。

【結果】

コンサルタントの専門領域の理論と臨床における経験値を活用して解決策を提案することで、組織変革につながるプログラムを作成し目的を達成することができた。また、この事例により、コンサルティが今後、ほかのプログラム開発を行う際の手がかりを感じ取ることができた。

【考察】

プログラム中心の管理に関するコンサルテーションのコンサルタントの主たる目的は、プログラムを立案するのに効果的な活動を提案することであり、また、コンサルティが今後生じるであろう同様の管理上の問題に自分自身の力で対応することが出来るように、コンサルタントの分析と提案から何かを学び取ることを期待している（川野、2017）。本事例では、情報のエキスパートとしての役割、訓練者／教育者としての役割、問題の共同解決者としての役割（Lippitt G, Lippitt R, 1986）が特に発揮されたコンサルテーションであったと考える。

【結論】

専門的スキルを持つ専門看護師や認定看護師へのコンサルテーションは、管理者が抱える問題を解決に導き、組織

変革にも寄与することが示唆された。

(2023年7月1日(土) 16:10 ~ 17:05 第8会場)

[O9-5] ICU看護師のワーク・モチベーションに対するワーク・エンゲイジメントと仕事におけるワクワク感の影響

○山本 一成, 飯塚 仁美, 鶴飼 莉奈 (松江赤十字病院)

キーワード: ICU、ワーク・モチベーション、ワーク・エンゲイジメント、仕事におけるワクワク感

【目的】近年の職場ではポジティブ心理学の活用が進み、ICU看護におけるポジティブな心理状態の要因解明は、働きがいのある組織風土づくりに帰すると考えた。本研究の目的はICU看護師のワーク・モチベーション(以下WM)の影響要因としてワーク・エンゲイジメント(以下WE)や仕事におけるワクワク感(以下WWAW)、個人属性の関連を明らかにすることである。

【方法】特定集中治療室管理料を算定する400床以上でICUに21人以上の看護師が常勤する病院のICU看護師を対象とした。全国から無作為抽出した150病院の看護部長に協力依頼を行なった。同意を得た対象者にWeb調査を実施した。調査内容は、個人属性(性別、年齢、職位、看護師・ICU経験年数)、WMを測る多側面ワークモチベーション尺度(以下WMS)、WEを測るUWES-9、WWAWの5因子(以下WWAW-5F)(井上他, 2020)とした。分析にはKruskal-Wallis検定とSpearmanの順位相関係数、重回帰分析(強制投入法)を用いた。重回帰分析ではWMSの5側面「達成、競争、協力、学習、安全志向M」(Mはモチベーションの略)を目的変数とし、性別や役職の有無、看護師・ICU経験年数、UWES-9合計点、WWAW-5Fを説明変数とした。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】承諾が得られた37病院(746名)のうち300名から回答を得た(回答率40.2%)。対象者は、女性は81%、主任は9.0%、副師長は7.7%、師長は2.3%、平均年齢は34.5±8.3歳、看護師平均経験年数は12.2±7.6年目、ICU平均経験年数は5.9±4.8年目、UWES-9合計点は23.5±11.4点だった。WMSの役職の違いによる多重比較では、師長はスタッフや主任に比べ「達成、協力、安全志向M」が、師長は副師長に比べ「達成志向M」が有意に高かった($p < 0.01$)。看護師経験・ICU経験年数とWMSやWESの関連では相関しなかった。重回帰分析の結果、「達成志向M」にはWE($\beta = .308$)が、「協力志向M」にはWE($\beta = .301$)が、「学習志向M」にはWE($\beta = .296$)とWWAW-5Fの「未知への挑戦」($\beta = .245$)が、「安全志向M」にはWWAW-5Fの「仕事への傾注」($\beta = .303$)が影響した ($p < 0.01$)。

【考察】日本の一般的な労働者のUWES-9合計点は25~26点前後であり、ICU看護師のWEは低い傾向にあることが示された。また、ICUでは些細なミスが取り返しのつかない重大なミスに直結するため、「失敗からの回避」が当然な職務こととして期待される。それ故、職務を完遂しても承認やねぎらいの言葉を得る機会は少なく、達成感が得られず、経験を積んでもWMやWEが向上しにくいと示唆された。一方、師長は仕事の意義を理解していることで自律的なWMが高いと推察される。さらに、WWAWを主体的に追及することでWEが向上する(井上他, 2020)、達成志向Mは他の4側面の中核的因子である(池田浩他, 2021)ことが示されており、WWAWが直接影響しにくいWMの側面はWEや達成志向Mを媒介することで高められることが示唆された。最後に、ICU看護師の働きがいのある職場づくりには、個人が主体的にWWAWの「仲間と一体感を感じる」「やりたかったことを実現する」等の仕事に傾注できる環境や新たな領域に挑戦できる環境を提供し、仕事の意義を見出すことでWEやWMを高めることが必要である。

【結論】全国のICU看護師を対象に調査した結果、次のことが明らかとなった。①看護師長は「達成、協力、安全志向M」が高い傾向にある。②WEは低い傾向にあり、経験を積んでもWMやWEが向上しにくい。③WEは「達成、競争、学習志向M」に影響を与えていた。④WWAW-5Fの「未知への挑戦」は「学習志向M」に、「仕事への傾注」は「安全志向M」に影響を与えていた。

一般演題（口演）

[O10] 一般演題（口演） 10

家族看護

座長：森山 美香（島根県立大学 看護栄養学部 看護学科）

2023年7月2日(日) 09:00 ～ 09:55 第5会場 (2F 平安)

[O10-1] 救急搬送された意識障害のある患者の家族による代理意思決定までの様相

○加藤 祐樹（埼玉石心会病院 ICU）

[O10-2] 患者家族がリモート面会を体験して抱いた思い

— COVID-19流行中、面会禁止下のなかで—

○三井 加奈, 高端 洋恵, 迫田 祐子, 西村 知子, 物袋 哲也, 宇賀 慶子, 田仲 みどり（神戸大学医学部附属病院 看護部）

[O10-3] 重症患者と家族への意思決定支援に関する看護師の関わり

○倉信 侑子, 中野 愛, 中尾 碧, 木村 優美（鳥取県立中央病院 救命救急センター）

[O10-4] ICUに緊急入室し人工呼吸管理を受けた患者家族の経験

— ICU入室中から退室後まで—

○加藤 翠, 茂呂 悦子, 三須 侑子（自治医科大学附属病院 看護部）

[O10-5] コロナ禍の家族面会を通して ICUの看護師が抱いた価値観の相違についての検討

○米村 亮（堺市立病院機構 堺市立総合医療センター 集中治療センター）

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 09:55 第5会場)

[O10-1] 救急搬送された意識障害のある患者の家族による代理意思決定までの様相

○加藤 祐樹 (埼玉石心会病院 ICU)

キーワード：代理意思決定、家族、集中治療後症候群、様相、エスノグラフィー

【目的】 救急搬送された意識障害のある患者の家族による代理意思決定までの様相を明らかにする。

【方法】 代理意思決定を行なった家族を対象とした。救急外来でフィールドワークを行い、参加観察、半構造化面接を行った。データ分析はエスノグラフィーの手法を用いた。倫理的配慮は研究協力施設倫理審査委員会の承認を受けた後に、所属大学院倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

【結果】 研究期間内の該当者9名のうち研究参加者は3名であった。代理意思決定を行う家族の中心的テーマは『救急搬送された人を想う家族の身構え』であった。救急搬送された患者の家族の代理意思決定の決定までの様相として、〔倒れた人への命の危機感〕〔情報の希求〕〔自由にならない病院の待つ時間〕〔本人の意思を尊重〕〔状況の容認〕〔決断するという覚悟と苦渋の思い〕〔後悔したくないという強い想い〕〔容態への不安〕〔情報を受け取ることによる安堵〕〔助かってもおお不確かな生活の見通し〕〔家族(身内)間の情報伝達〕〔身内に支えられていることを再認識〕という12のドメインが抽出された。

【考察】 家族は、代理意思決定を行うにあたり患者の事前意思と家族の思いの違いから迷いが生じ葛藤していた。医療者と家族が共に意思決定できるよう介入が重要である。家族は、病院の到着前や代理意思決定時、入院期間中の様々な場面で幾度となく不安を抱いていた。医療者が提供する情報と家族が求める情報に不一致が生じないよう、家族が求める情報提供ができるようなコミュニケーションスキルが必要であると考える。

【結論】 代理意思決定を行う家族の中心的テーマは『救急搬送された人を想う家族の身構え』であった。代理意思決定では、本人の事前意思がある場合、〔本人の意思を尊重〕し、事前意思がない場合、〔状況の容認〕し、〔決断するという覚悟と苦渋の思い〕を抱きながら〔後悔したくないという強い想い〕をもって患者にとって最善の方法を選択していた。家族は患者の〔容態への不安〕と医療者から患者の容態に関する〔情報を受け取ることによる安堵〕により感情が揺らぎながらも代理意思決定する様相を呈していた。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 09:55 第5会場)

[O10-2] 患者家族がリモート面会を体験して抱いた思い — COVID-19流行中、面会禁止下のなかで—

○三井 加奈, 高端 洋恵, 迫田 祐子, 西村 知子, 物袋 哲也, 宇賀 慶子, 田仲 みどり (神戸大学医学部附属病院 看護部)

キーワード：COVID-19、面会禁止、家族看護、ICU、リモート面会

【目的】

2019年より新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）が流行し、A病院では感染予防の観点から面会禁止の措置がとられた。面会禁止となり患者と家族のコミュニケーションが絶たれるため、A病院ICU/HCUではWeb会議ツールを利用したリモート面会を導入した。本研究は、リモート面会を体験した患者家族がどのような思いを抱いたのかを明らかにすることを目的とした。

【方法】

2021年7月1日より1年間実施したリモート面会のうち協力が得られた家族を対象とし、リモート面会の感想や意見に関する自由回答式のアンケート調査を行った。調査の趣旨や調査協力の諾否によって対象者が不利益を被らないことを書面を用いて説明し、回答をもって研究参加への同意を得た。得られた回答から質的帰納的に分析を行った。分析の過程においては研究者間で検討を重ね、分析の妥当性の確保に努めた。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。アンケートは無記名で実施し、研究実施者が個人を特定できる項目は設けていない。

【結果】

調査期間中のリモート面会の総数は延べ1331件、アンケート回答数143件であった。データ分析の結果、228の記述、88のコード、30のサブカテゴリー、8のカテゴリーに分類された。以下<>で8つのカテゴリーを示す。

- <リモート面会が精神的な支えとなる>
- <医師や看護師の献身的な様子がわかり安心する>
- <患者の状態理解に繋がる>
- <リモート面会に対する前向きさ>
- <リモート面会における看護師の対応への感謝>
- <リモート面会の利便性>
- <直接会いたいという希望>
- <見て知ることでの辛さ>

【考察】

<リモート面会が精神的な支えとなる>というカテゴリーから、リモート面会は実施することで家族へ精神的な安寧をもたらしていたとわかる。特に「患者の顔などの様子を見ることができて」という記述が多く、患者を見ることが家族の精神面に与える影響は大きいと考える。また、<医師や看護師の献身的な様子がわかり安心する><患者の状態理解に繋がる>から、室内の様子や患者・家族への声かけなど、一部分でも見えることにより家族はどのような治療やケアが行われているかを知り、状態理解に繋げている。さらに、面会できない状況であっても治療やケアに安心感を得ることで、リモート面会が家族と医療者の信頼関係構築の足掛かりになると考える。<リモート面会における看護師の対応への感謝>からは、看護師の対応がリモート面会の満足感に関与していると推察する。そして、移動などの負担軽減、遠方の家族や複数の場所から参加できる、感染リスクを低減できるという理由から<リモート面会の利便性>を感じていた。

しかしながら、<直接会いたいという希望>があり、リモート面会だけでは満たせないニーズがあるとわかる。また、<見て知ることでの辛さ>から、患者の様子を見ることが精神面に良い影響を与えるとは限らないということを考慮して対応していく必要がある。

【結論】

患者家族はリモート面会を通して患者の状態や治療・看護に対する安心感、利便性を感じていた。その一方で、直接会いたいという希望を抱いたり、患者を見ることで辛い思いをする家族もあり、リモート面会だけで患者家族のニーズを満たすことは困難である。また、リモート面会は利便性が高いため、感染対策としてだけではなく、来院が難しい家族に対する面会の方法の一つとして COVID-19終息後も活用できると考える。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 09:55 第5会場)

[O10-3] 重症患者と家族への意思決定支援に関する看護師の関わり

○倉信 侑子, 中野 愛, 中尾 碧, 木村 優美 (鳥取県立中央病院 救命救急センター)

キーワード：意思決定支援、救急医療、集中治療、看護師役割

【目的】患者と家族への意思決定支援を行った一例を通し、そのプロセスの中で看護師が何を感じ、何を大切にされたのか明らかにする。

【方法】1. 研究期間：2022年9月30日～2023年3月31日 2. 対象：本事例に関わった看護師14名 3. 方法：質的研究、後ろ向き研究 データ収集方法：事例に関わった看護師14名から、個々が関わった場面で、何を大切にされたのか直接聞き取りを行う。 4. 倫理的配慮：本研究は A病院倫理委員会の承諾を得た上で実施した。事例

の患者・家族、対象となる看護師が特定できないよう収集したデータの匿名化を行い、個人が特定されないよう配慮した。5. 利益相反：この研究に関する利益相反はない。

【結果】 A氏はクモ膜下出血と診断され、A病棟へ入院した。

1. 入院当日：キーパーソンの夫は動揺が大きいなかでの、代理意思決定をせざるを得ない状況だった。看護師は、意思決定支援カンファレンスを行い、ケアの方針として夫との信頼関係を築くため、医師との面談調整や夫の言動を感情に対する技法 NURSEを用いて傾聴した。2. 入院1～4日目脳動脈瘤クリッピング術を実施され術後夫に病状説明が行われた。夫は毎日面会あり、夫がA氏の情報を求めていると思い、2回目の意思決定支援カンファレンスを実施した。その結果、オンライン面会の説明と、夫の来院時に看護師から日々の様子を伝えた。夫はA氏の様子を聞きながら、代理意思決定を行っていく必要があり「意思決定葛藤」を立案し継続して夫へのケアができるようにした。3. 入院5～7日目（転棟日）A氏のレベルが改善し自身の状況について疑問を抱いたため、医師よりA氏へ入院の経過を説明した。夫は娘とA氏の面会希望あり、家族のことを思う余裕がみられた。

【考察】今回事例に関わった看護師から、個々が関わった場面での思いの聞き取りを行った。その結果、看護師がこの症例で入院当日と治療方針の変更時に、意思決定支援カンファレンスが必要だと思い実施していた。入院当日にショックを受けている夫に対してのケアが必要だと看護師は、夫の気持ちを感情データとして大切に受け止め、寄り添うことで夫との信頼関係を築き、意思決定に必要な情報収集・アセスメントを行い、夫への代理意思決定支援が開始できた。治療方針が変更となり、術後の夫とA氏の様子から2回目の意思決定支援カンファレンスを行った。犬飼らは、「急性期脳卒中患者の家族への代理意思決定支援で、認定看護師は、家族の心情と受け止めの緩和、代理意思決定に関わる家族状況の確認と調整、代理意思決定支援に伴う疑問や不安の表出、病状・治療の理解の促進、家族支援の継続と調整」の5つの支援を行っていた。これらのことから、看護師がカンファレンスで思いを共有し、統一した看護ケアを行うことで、犬飼らが述べている5つの支援を行うことができたと考える。その結果、夫への代理意思決定支援に繋げることができた。

【結論】 1. 看護師が事例を通して大切にしたい思いは、入院時から夫への代理意思決定支援、A氏の病状改善後の本人への意思決定支援である。

2. 看護師が入院時と治療方針が変更になったときに、意思決定支援カンファレンスを行うことで、看護師の思いの共有と患者・家族への統一した関わりができる。3. 急な医療ケアの選択であっても、個々にあった看護ケアを統一して行うことで、代理意思決定支援後も経過とともに心理的不安が軽減できる。

(2023年7月2日(日) 09:00～09:55 第5会場)

[O10-4] ICUに緊急入室し人工呼吸管理を受けた患者家族の経験

－ ICU入室中から退室後まで－

○加藤 翠, 茂呂 悦子, 三須 侑子 (自治医科大学附属病院 看護部)

キーワード：ICU、緊急入室、家族、経験、人工呼吸管理

【目的】 PICS－Fは患者がICUに入室中の期間だけでなく、退室後や退院後にも続くことがある。そのため、ICUに緊急入室する患者家族のケアは、ICU入室中だけでなく退室後を含めた長期的な視点をもって検討する必要がある。そこで本研究は、ICUに緊急入室した患者家族の、ICU入室中から退室後までの一連における経験を明らかにすることを目的とした。

【方法】 半構造化インタビューを用いた質的記述的研究とした。対象は、2021年8月から11月にA大学病院のICUに緊急入室し、人工呼吸管理を3日間以上受けて生存退室した患者家族で、ICU退室後も患者が回復のための治療を受けている者とした。ICU退室後から5～7日頃にインタビューガイドを用いて「患者がICUに緊急入室してから現在までの経験と、思いの変化」などについて語りを得た。逐語録をコード化し、類似性に沿ってカテゴリーを抽出した。分析過程では、質的研究の経験がある指導者にスーパーバイズを受けた。本研究は、A大学病院の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（臨大20-231）。

【結果】 3名の患者家族を対象とした。分析の結果、139個のコードから、31個のサブカテゴリー、12個のカテゴリーが抽出された。カテゴリーは、【ICUに緊急入院した直後は、患者の重篤さに混乱し、医師からの説明を

現実のことに感じられなかった】【ICU退室後も患者が回復せず状態が悪化するのではないかという不安が続いた】【面会時に患者を見て医療者から説明を聞くことで、状況を理解でき不安が和らいだ】【患者と意思疎通が図れるようになり回復の兆候を感じて安心した】【人工呼吸器や管が抜ける患者の姿を見て回復を実感し安心した】【医療者の家族に対する配慮や共感を実感し安心した】【ICUを退室した後も在室中の患者の姿を思い出すのは辛い】などであった。

〔考察〕ICUに緊急入院した患者家族は、ICU入室中から退室後も持続する不安を抱えていることが考えられた。この不安は、ICU入室時には生命の危機に対して感じ、それを離脱してもなお患者の急変や合併症に対して感じていることが考えられ、患者の回復過程で変化していることがうかがえた。一方で、患者家族は医師から聞いた説明内容を、実際に自分の目で見て得た情報や看護師の説明とすり合わせて理解したり、患者の意識や治療環境の変化を実感したりすることで安心していた。また、医療者の家族に対する配慮や共感の実感も安心に繋がっていた。患者家族は、ICU入室中から退室後まで、様々な不安を抱えているが、ケアにより安心も感じることができると考えられた。ケアとしては、患者と家族、あるいは、家族と医療者が対面できる時間を十分に確保し家族が必要な情報を得られるよう支援することや積極的に家族の話聞き、その思いに寄り添うことが重要である。患者家族は、ICU入室中の患者の姿を思い出す辛さを経験しており、これは、PTSDにつながる可能性のある経験である。家族へのケアは患者の回復過程の時期を問わず、切れ目のない支援をしていくことが必要であることが示唆された。そのためにはICUとその前方・後方部署との連携が必要である。PICS予防のバンドルにもあるように、ケアの継続を担保することやそのための申し送り、家族への情報提供などの具体的なケアの検討が今後の課題である。

〔結論〕ICUに緊急入室した患者家族の、ICU入室中から退室後までの家族の経験を明らかにする目的でインタビュー調査を行った。患者家族はICU入室中から退室後まで不安や安心を感じ、また、PTSDにつながる可能性のある経験をしていることが明らかとなった。ICU入室中から退室後も切れ目のない継続的な家族へのケアの必要性が示唆された。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 09:55 第5会場)

[O10-5] コロナ禍の家族面会を通してICUの看護師が抱いた価値観の相違についての検討

○米村 亮（堺市立病院機構 堺市立総合医療センター 集中治療センター）

キーワード：集中治療室、コロナ禍、看護師の価値観、平等性

【目的】集中治療センターICUでのコロナ禍の家族面会を通じたスタッフ間の価値観の相違について振り返り、今後の課題を検討する。

【方法】コロナ禍の家族面会について看護師間でカンファレンスを実施した。参加者の語りをスタッフ間の価値観の相違に着目して分析した。倫理的配慮として、スタッフの同意を得て個人が特定されないようにデータを記述した。A病院の研究倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】コロナ禍の第1波からの面会制限により、患者と家族は直接会うことができなくなった。病勢に大きな変化があったときのみ医師から家族に連絡する体制となった。重症コロナ患者は、意識障害や鎮静剤の投与により自身で通信端末を使用出来ないことが多く、患者と家族が連絡をとる手段はなかった。2020年に病院内では通信端末を使用したりリモート面会が開始された。ICUでは長期入室患者を対象とし、院内の手順に従ってリモート面会を開始した。開始当初、リモート面会に賛成するスタッフもいれば開始に慎重な意見もあった。その中には、「その患者にだけ特別な対応はできない」、「我慢してもらい必要がある」、「ほかの患者と平等だろうか」、「医師が最低限の連絡にしているなかで看護師からリモート面会を勧めていいのか」、「ICUにいる患者は皆急変リスクが高いから、誰かのところに居つづけることは難しい」といった発言もあった。上記のような、面会機会の方針に相違がある中でリモート面会が開始された。2022年の第7波前のコロナ患者が減少傾向にあった時期に、複数名の看護師で家族面会について振り返った。参加者からは、「一人の患者にだけ特別なことをするのは難しかった」や「患者の視点に立つと公平性に欠けると感じてしまった」といった意見があり、リ

モート面会開始当初に上記の意見があったことを知ってはいたが、面会の平等性について話し合う機会はなかったと話していた。今回、看護師間でお互いの価値観を表現し合えるように、何故そのように思い感じるのかを言語化できるように関わったことで、スタッフの抱く平等や公平についての考え方の相違が明らかとなった。

【考察】リモート面会の開始時には、ケアの平等性について言及し、選定された患者について特別扱いしていると疑問を示すスタッフもいた。しかし、看護職の倫理綱領(日本看護協会, 2021)では、「看護における平等とは、単に等しく同じ看護を提供することではなく、その人の個別的特性やニーズに応じた看護を提供することである。(後略)」とされている。倫理綱領は看護師の専門的価値 (Fry, S, 2010) に関係する基準である。しかし、パンデミックによる医療資源枯渇やストレスフルな環境は看護師の専門的価値を揺るがしたと考えられる。

【結論】危機的状況において価値観の相違に歩み寄りながら新たなケアを開始するためには、専門的価値を表現できる場を設定することが大切であった。しかし、専門的価値を揺るがす状況は、チーム内でのケア方針のズレが生じる可能性がある。今後は専門的価値を表明する場だけではなく、スタッフの過去の経験や個人的価値が専門的価値にどのように影響しているのかを考慮した話し合いの場を調整する必要がある。

一般演題（口演）

[O11] 一般演題（口演） 11

呼吸・循環管理

座長：明神 哲也（東京慈恵会医科大学）

2023年7月2日(日) 09:00 ～ 09:45 第6会場 (2F 瑞雲)

[O11-1] 消化器外科病棟に勤務する中堅看護師が行う呼吸数の観察方法選択時の思考

○惣田 隆之亮^{1,2}, 城丸 瑞恵³, 木村 恵美子³ (1.札幌医科大学大学院保健医療学研究科博士課程前期 看護学専攻 専門看護師コース クリティカルケア看護学分野, 2.手稲溪仁会病院 看護部, 3.札幌医科大学保健医療学部看護学科)

[O11-2] クリティカルケア領域における看護師の臨床推論の現状と影響する要因

○大林 哲也¹, 山勢 博彰², 田戸 朝美², 山本 小奈実² (1.山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 博士前期課程, 2.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)

[O11-3] 人工呼吸器装着患者への看護ケアがバイタルサインに与える影響とその要因

○蓬田 淳, 吉田 直人, 渡部 沙樹 (自治医科大学附属さいたま医療センター 集中治療室)

[O11-4] クリティカル領域における特定行為看護師による人工呼吸器の離脱に向けた実践

○小川 晴香, 村上 礼子 (自治医科大学 看護学部)

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 09:45 第6会場)

[O11-1] 消化器外科病棟に勤務する中堅看護師が行う呼吸数の観察方法選択時の思考

○惣田 隆之亮^{1,2}, 城丸 瑞恵³, 木村 恵美子³ (1.札幌医科大学大学院保健医療学研究科博士課程前期 看護学専攻 専門看護師コース クリティカルケア看護学分野, 2.手稲沢仁会病院 看護部, 3.札幌医科大学 保健医療学部看護学科)
キーワード: 消化器外科病棟、呼吸観察、中堅看護師

【目的】日本における手術医療は低侵襲化が進み、一般病棟で全身管理が行われる場合が増えている。しかし、術後の速やかな回復への過信などにより安全対策が不十分になると、術後の重篤な有害事象が発生するリスクが高まる(仙頭,2016)と言われている。消化器外科術後は特に呼吸器合併症の発生頻度が高く、入院期間を長期化させる要因となる(唐國,2007)。また、呼吸不全は予期せぬICU入室の約55%を占める(川奈部,2020)こともあり、呼吸数観察の重要性に関する報告は散見される。一方で、呼吸数の観察のタイミングや観察方法の選択に関する報告は充分ではない。そこで、消化器外科病棟に勤務する中堅看護師が術後の呼吸数の観察方法を選択する際の思考を明らかにすることを目的に本研究を実施した。

【方法】研究デザインは、質的記述的研究である。研究協力者は、道内の総合病院で勤務する消化器外科病棟で3~5年勤務している看護師とした。インタビューガイドを作成し、研究協力者の属性、呼吸数の観察方法の選択に関連する思考について半構造化インタビューを実施した。分析は得られた内容から逐語録を作成、コード、サブカテゴリー、カテゴリーを生成し、質的研究者のスーパーバイズを受けて実施した。本研究は、所属大学倫理委員会の承認を得た上で実施した。尚、【】はカテゴリー、[]はサブカテゴリーを示している。

【結果】3施設5名の看護師(消化器外科病棟経験年数平均4±0.6年)から協力を得た。呼吸数の観察方法の選択に関連する語りを分析した結果、22コード、5サブカテゴリー、2カテゴリーが生成された。看護師は、【マニュアルや患者状態に合わせてモニターの選択を検討する】ことがある一方で、【術後の呼吸数の実測時間は、患者の身体状態に応じて選択を思案する】ことが語られた。看護師は、[マニュアル通りに術後の呼吸数を観察するためにモニターの選択を考慮]していた。また、[術後に経過が良好であるため、術後の呼吸数の観察は、モニターの選択を即断]し、[瞬時に呼吸数を把握するため、術後や急変時は、モニターの選択を速断]していることが語られた。一方で、[術後急変時は、最低限の呼吸状態を把握するため、呼吸数の観察はモニターの選択を考える]とし、[術後の身体状況を踏まえて、呼吸数の実測時間を検討]していた。加えて、[術後の呼吸数の実測時間が長くなると患者に対し、気まづさを感じる]ことが語られた。

【考察】周術期は、患者状態の把握のために短時間にもれなく観察を行う必要があるため、マニュアルに従い呼吸数の観察を行っていると考え。術後の呼吸数の測定方法は、モニターによる把握の他にも、患者の状態に合わせて実測時間の短縮を検討しており、経験に基づき異常を察知する中堅看護師の特徴が現れていると考える。しかし、モニターに表示される呼吸数は、簡便に測定可能である一方で、患者の体動等の影響を受け信頼性に欠ける(赤沼,2016)。また、短い時間で呼吸数をカウントすることは、実際の呼吸数を過小評価する(Kallioinen,2021)と言われている。正確な呼吸数測定のためには60秒の観察が必要となるが、術後は患者の苦痛緩和や状態変化への対応など急を要する場面が多い。モニターや実測時間を短縮して呼吸数の観察を行う場合は、呼吸様式のような定性的な観察を合わせた観察方法を選択することで、より異常の早期発見につながると考える。

【結論】消化器外科病棟の中堅看護師は、マニュアルや患者状態に合わせてモニターでの呼吸数の把握、実測時間の短縮を検討していることが明らかになった。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 09:45 第6会場)

[O11-2] クリティカルケア領域における看護師の臨床推論の現状と影響する要因

○大林 哲也¹, 山勢 博彰², 田戸 朝美², 山本 小奈実² (1.山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 博士前期課程, 2.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：臨床推論、アセスメント、影響要因、クリティカルケア、集中治療

【目的】

クリティカルケア領域において、看護師の臨床推論の現状（特徴・適切性）と影響する要因を明らかにすることである。

【方法】

本研究は、自記式無記名式 WEB質問紙調査法を用いた。対象者は、日本全国の救命救急センター、または成人を対象とした集中治療室に所属している常勤看護師である。WEBアンケートフォームを用いて、クリティカルケア領域の臨床推論に関する4つの事例（心不全、腸管虚血、副交感神経反射、家族の心理的危機）を提示し、臨床推論過程の認知・推理・仮説検証・意思決定に関する設問を出題した。クリティカルケアの専門家3名と研究責任者で評価基準を作成し、得点が高いほど臨床推論の適切性が高いと評価した。事例の総合点の他に、事例ごとの得点、臨床推論過程の段階ごとの得点を分析し、臨床推論の特徴を捉えた。臨床推論に影響する要因に関しては、[属性][教育][環境][推論]のカテゴリー計20項目を設定し、その要因にあてはまるか選択式で質問した。一元配置分散分析と多重比較を行い、要因ごとの影響の大きさを分析した。本研究は、所属大学倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】

322名の回答が得られた。4つの事例を総合した平均点は、48点満点のうち、 34.85 ± 4.77 点（平均点 \pm 標準偏差、以下同じ）であった。事例ごとの平均点は、12点満点のうち、心不全 10.04 ± 1.17 点、腸管虚血 9.83 ± 1.55 点、副交感神経反射 6.27 ± 2.67 点、家族の心理的危機状態 8.71 ± 1.95 点であった。臨床推論過程の段階ごとの平均点は、12点満点のうち、認知 10.24 ± 1.30 点、推理 7.47 ± 1.94 点、仮説検証 9.57 ± 1.82 点、意思決定 7.57 ± 1.78 点であった。臨床推論に影響する要因は、[属性]看護師経験年数、クリティカルケア領域の延べ経験年数、[教育]院外研修受講歴、院内教育受講歴、臨床推論が最も身についたと考える学習法、[環境]多職種カンファレンスへの参加頻度、臨床推論をもとにした看護師・他職種と討議する頻度、[推論]臨床推論を振り返る頻度、看護師の臨床推論に関する必要性の捉え方であった。推論の誤りを誘発しやすいように意図した副交感神経反射の事例のみ、いずれの要因の影響も受けなかった。臨床推論過程の各段階においては、[推論]のカテゴリーは認知・推理・仮説検証・意思決定のすべてに影響し、[教育]は認知・推理、[環境]は仮説検証、[属性]は意思決定に影響していた。

【考察】

クリティカルケア領域の看護師に共通している知識を用いることで、適切性の高い水準で臨床推論が行えていた。副交感神経反射の事例の適切性が特に低かったのは、推理の段階ですれが生じやすく、仮説検証・意思決定も状況と異なる推論が続く傾向にあったことが原因であった。この事例では、経験の浅い看護師でも、適切な思考過程をたどれば熟練した看護師と同等の推論結果が導き出せることが示唆された。[教育][環境][属性]のカテゴリーはそれぞれ臨床推論過程の特定の段階に影響し、その関係性は1対1で明確に分かれており、特徴的であった。本研究で明らかになった臨床推論の現状と影響する要因は、いずれも臨床推論の適切性を向上させる手がかりになると考えられた。

【結論】

臨床推論の適切性は、平均 $72.60 \pm 9.94\%$ であった。認知・仮説検証の平均点が相対的に高かった。臨床推論の特徴は、推論の誤りを誘発しやすい事例にて、推理・仮説検証・意思決定の段階で状況と異なる推論結果になるこ

とが挙げられた。臨床推論に影響する要因は、合計10項目であった。臨床推論過程の段階ごとに、影響を及ぼしているカテゴリーがそれぞれ明確に分かれていた。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 09:45 第6会場)

[O11-3] 人工呼吸器装着患者への看護ケアがバイタルサインに与える影響とその要因

○蓬田 淳, 吉田 直人, 渡部 沙樹 (自治医科大学附属さいたま医療センター 集中治療室)

キーワード：人工呼吸器装着患者、看護ケア、バイタルサイン

【目的】集中治療室(以下：ICU)で人工呼吸器を装着している患者は、循環動態及び呼吸機能(バイタルサイン)が不安定である患者が多く、この維持と管理は看護実践において重要である。一方で看護ケアによるバイタルサインの変化も報告されているが、人工呼吸器装着中の看護ケアによるバイタルサインの変化を調査した研究は限られている。従って、本研究の目的は人工呼吸器を装着している患者への看護ケアによるバイタルサインの変化と影響する要因を明らかにするとした。

【方法】対象は20~85歳で、ICUで人工呼吸器を装着、生体モニターを通してバイタルサインが持続的にモニタリングされている患者とした。対象の看護ケアは全身清拭(実施中の体位の変換や気管吸引、更衣、陰部洗浄も含める)及び口腔ケア、気管吸引、体位交換とし、バイタルサインは心拍数(HR)及び呼吸数(RR)、経皮的酸素飽和度(SpO₂)、収縮期血圧(SAP)、平均血圧(MAP)とした。分析は看護ケア開始時点を基準として、看護ケア中の最大変化値を Wilcoxon符号付順位和検定で看護ケア毎に比較を行った。また、バイタルサインの変化を定義(HR±15回/分、RR±5回/分、SAP±15mmHg/分、MAP±5mmHg/分、SpO₂±5%/分)に沿って、大きな変化と小さな変化に分類し、発生割合を算出した。また、大きな変化の有無を看護ケア毎で比較するために χ^2 検定を行った。次にバイタルサインの変化に影響する要因を一般化推定方程式(Generalized Estimating Equation：GEE)を用いて検討した。分析には EZRを用い、有意水準は $p < 0.05$ とした。本研究は本学の臨床研究倫理審査委員会で承認を得た。

【結果】分析の対象は86名の対象者に提供した全身清拭が58ケア、口腔ケアが49ケア、気管吸引が74ケア、体位変換が66ケアの全247の看護ケアであった。看護ケア毎の患者背景の比較ではケア時間のみが有意差を示した。大きな変化の発生割合は、全身清拭が他の看護ケアより2倍以上となった。各バイタルサインを大きな変化と小さな変化に分類し、看護ケア毎で分析した結果 RR、SAP、MAPで有意差を認めた。バイタルサインの変化に影響する要因は、HRは看護ケア種類(OR：0.180, $p=0.008$)、SpO₂は年齢(OR：1.022, $p=0.004$)、SAPは年齢(OR：1.087, $p=0.039$)、ケア時間(OR：1.228, $p=0.032$)、MAPは入室の経路(OR：8.198, $p=0.030$)、ケア時間(OR：1.152, $p=0.012$)であり、RRは有意差を示した要因はなかった。

【考察】分析から、人工呼吸器を装着している患者への看護ケアでバイタルサインが大きな変化を示す割合が一定数、存在することが明らかとなった。また、全身清拭は他の看護ケアと比較して大きな変化を示す割合が多かった。これは、全身清拭はケア実施中に気管吸引や背面の清拭時に側臥位をとる等の処置を複合的に行うことがあり、これらの刺激によるストレスが交感神経を刺激することでアドレナリンの分泌を促し、心拍数や血圧の上昇を招くと考えられる。多変量解析では、ケア時間が複数のバイタルサインの変化に影響していた。本研究は、ケア時間とバイタルサインの関連性について示した初めての報告であり、変化値の幅について先行研究との比較は困難である。しかし、多変量解析の結果から、ケア時間が長い全身清拭はバイタルサインの変化が大きくなる傾向にあるため、注意深い観察が必要である。

【結論】人工呼吸器を装着している患者に対する看護ケアで、バイタルサインが大きな変化を示す割合が一定数存在する。特に全身清拭は、他の看護ケアより大きな変化を示す割合が多くなる。また、バイタルサインの変化

に影響する要因は、バイタルサインの種類によって相違がある。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 09:45 第6会場)

[O11-4] クリティカル領域における特定行為看護師による人工呼吸器の離脱に向けた実践

○小川 晴香, 村上 礼子 (自治医科大学 看護学部)

キーワード：特定行為に係る看護師の研修制度、特定行為看護師、看護実践、人工呼吸器離脱、クリティカルな患者

目的：特定行為に係る看護師の研修制度(以下、特定行為研修)が創設され(厚生労働省, 2015)、呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連の特定行為研修を修了した看護師(以下、特定行為看護師)は、包括的な指示のもと侵襲的陽圧換気の設定調整が可能となった。昨今の重症化しやすい患者の増加や Covid-19の影響から人工呼吸療法を適切に提供できる医療者の必要性は高く、特定行為看護師の活躍が期待される。しかし、その活動実績や実践報告等は増えていない。そこで、本研究の目的は、クリティカル領域において、特定行為看護師が行う人工呼吸器からの離脱に向けた侵襲的陽圧換気の設定調整(以下、weaning)に関わる実践を明らかにする。

方法：呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連の特定行為看護師を対象に、人工呼吸器離脱に向けた実践場面に参加観察して実践の抽出を行い、実践の意図・目的をインタビュー調査した。得られた実践内容と意図・目的を一文で表記し、データとした。データは質的記述的に分析し、実践内容が損なわれない範囲でカテゴリ化を図った。本研究は A大学医学系倫理審査委員会の承認を得て実施した(臨大22-027)。

結果：対象者3名、人工呼吸器離脱が進められた30場面を参加観察し、14の人工呼吸器離脱に向けた実践が見いだされた。そのうち、weaning開始の意思決定後は、【段階的に進めるために、治療経過と直前の呼吸状態から呼吸負荷を予測して設定を変更する】、【変更直後の変化を見逃さないために、人工呼吸器・ベッドサイドモニター・患者が観察できる位置で、呼吸負荷に対する反応を注意深く観察評価する】、【変更後は随時、人工呼吸器離脱の進行状況を共有するために、関係医療者に変更内容や変更後の評価および次の予定を報告する】、【呼吸負荷の程度を判断するために、変更後の呼吸状態や循環動態の変化の有無を観察評価する】、【実践場所を離れているときに、関係医療者が呼吸負荷に対する患者の反応を見られるように、関係医療者の実践能力に合わせて観察点や対応方法を伝える】、【実践場所を離れている間の呼吸状態を評価するために関係医療者と調整し、関係医療者やモニターから情報を得る】、【過少/過剰な呼吸負荷により人工呼吸器離脱を中断させないために、阻害要因の対処をしつつ設定の微調整を行う】の7つの人工呼吸器離脱に向けた実践であった。

考察：特定行為看護師による人工呼吸器離脱のに向けた実践には、①看護ケアによる呼吸負荷への影響だけでなく、医学的根拠に基づいて多角的に患者を捉えて呼吸状態を含めた全身状態への影響を予測する、②タイムリーな観察評価と微調整を繰り返し行うことで、weaningによる呼吸負荷を最小限にし、病態が不安定な患者がweaningによる全身状態の悪化をきたすことなく、段階的に人工呼吸器の離脱を進める、③特定行為看護師自身がweaningと観察評価を行うだけでなく、看護師を含む他職種からも必要な情報が得られるように協働することで安全の担保を図る、という特徴が考えられた。またこれらの特徴から、特定行為看護師が包括的な指示のもと治療に携わる意義として、患者のより円滑な人工呼吸器離脱の支援と人工呼吸療法に携わる看護師の質の向上を示すことにつながったと考える。

結論：特定行為看護師による14の人工呼吸器離脱に向けた実践が見いだされ、クリティカルな患者の全身状態と呼吸負荷による変化を、根拠をもって予測し、最適な呼吸負荷となるように、人工呼吸器の設定を繰り返し微調整するという、人工呼吸器離脱に向けた実践の特徴があった。

一般演題（口演）

[O12] 一般演題（口演） 12

リハビリテーション

座長：田口 豊恵（京都看護大学）

2023年7月2日(日) 09:00 ～ 09:45 第7会場 (2F 蓬莱)

[O12-1] A病院 ICUにおける早期離床・リハビリテーションによる離床状況についての 実態調査

○杉本 達哉, 早田 修平, 射手矢 奈美（和歌山労災病院 看護部 ICU/救急）

[O12-2] 集中治療室看護師による48時間以内の早期離床を目指した取り組み～ ICU離床 プロトコルの作成と使用によるリハビリ実施率への効果～

○和田 秀一, 山邊 太一, 平 葵, 小柳 真由美（医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 集中治療室）

[O12-3] Impella5.5を装着した心不全患者へ超音波検査を活用し早期離床を行うことで 身体機能低下を防ぎ得た一例

○土肥 智史¹, 河原 良美¹, 吉田 奈緒美¹, 島 麻美子¹, 田中 佑季¹, 西村 李依¹, 新見 秀美¹, 福永 紗矢¹, 吉坂 渉¹, 阿部 宏香¹, 篠崎 遥¹, 白石 美恵¹, 大藤 純²（1.徳島大学病院 看護部・集学治療病棟ICU, 2.徳島大学病院 医歯薬学研究部 救急集中治療医学分野）

[O12-4] 先天性気管狭窄症に対し喉頭気管形成術を施行した幼児期にある経鼻挿管患者 の歩行成功症例の報告

○鳥光 広慧¹, 福岡 元美¹, 川崎 達也²（1.地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立こども病院 看護部, 2.地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立こども病院 集中治療科）

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 09:45 第7会場)

[O12-1] A病院 ICUにおける早期離床・リハビリテーションによる離床状況 についての実態調査

○杉本 達哉, 早田 修平, 射手矢 奈美 (和歌山労災病院 看護部 ICU/救急)

キーワード: ICU、早期離床・リハビリテーション、STEPアップ、実態調査

【目的】 A病院 ICU入室患者の平均在室日数は2.9日で、早期離床・リハビリテーション（以下、早期リハと略す）計画立案後、すぐに退室している状況である。そのため、早期リハが段階的に進んでいるかを看護記録から調査し、実態を明らかにする。【方法】 2020年4月1日から2021年3月31日までの1年間にA病院 ICUに入室した患者のうち、蘇生後脳症で積極的な治療を行わない患者は除外し、在室日数3日以上14日以内に退室した患者252名の看護記録を対象とした。患者の基本属性および早期リハの段階を示すSTEP1（ROM）、STEP2（ベッドアップ）、STEP3（端坐位）、STEP4（立位）、STEP5（歩行）の退室時データを収集した。分析はExcelで単純集計し、在室日数（3-4日、5-6日、7-14日）ごとに分類し、退室時のSTEPの割合を比較検討した。本研究はA病院倫理審査会の承認を得たうえで実施した。【結果】 研究期間中に、A病院 ICUに3-4日入室した患者は135名であった。退室時STEPの内訳として、STEP1：2名（1.5%）、STEP2：36名（26.7%）、STEP3：49名（36.3%）、STEP4：36名（26.7%）、STEP5：12名（8.9%）であった。5-6日入室した患者は61名であり、退室時STEPの内訳として、STEP1：2名（3.3%）、STEP2：11名（18.0%）、STEP3：18名（29.5%）、STEP4：23名（37.7%）、STEP5：7名（11.5%）であった。7-14日入室した患者は56名であり、退室時STEPの内訳として、STEP1：0名（0.0%）、STEP2：9名（16.1%）、STEP3：17名（30.4%）、STEP4：23名（41.1%）、STEP5：7名（12.5%）であった。【考察】 在室日数が長くなればSTEP2・3の割合は減少し、STEP4・5は増加していることから、ICU在室日数が3日以上の場合は早期リハによりSTEPアップし、離床が進んでいるといえる。STEPアップにつながった要因として、在室日数が長くなれば患者状態が安定していることが考えられる。ムーア（Moore）の分類では、ICU在室日数3-6日は傷害期から転換期に該当し、循環動態正常化し、疼痛軽減などが進む。7-14日は筋力回復期に該当し、バイタル安定、便通正常化し、食欲が回復される。これらの在室日数の長期化に伴う患者状態の安定により、積極的な早期リハの実践ができたことで段階的なSTEPアップにつながったと考える。また、積極的な早期リハの実践において、早期リハチームが患者状態に適した計画を立案していることが重要であると考えられる。A病院 ICUの早期リハチームは、主治医、救急科医師、クリティカルケア認定看護師、救急看護認定看護師、ICU看護師、理学療法士、管理栄養士で構成されている。カンファレンスを通して、多職種がそれぞれの視点で患者状態を評価し、共有しながら早期リハのSTEP内容を決定している。そのため、患者状態に適した早期リハを計画し、安全に離床を進めることにつながっている。さらに、チームの連携があることで、ICU入室の早い段階から、看護師や理学療法士が安心して積極的に早期リハに取り組むことができることも離床を促進することにつながったと考える。【結論】 平均在室日数を超え、かつ状態が安定している患者では段階的にSTEPアップできており、早期リハチームが患者状態に適した計画を立案することが積極的な早期リハの実践、安全な離床につながることを示唆された。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 09:45 第7会場)

[O12-2] 集中治療室看護師による48時間以内の早期離床を目指した取り組み～ICU離床プロトコルの作成と使用によるリハビリ実施率への効果～

○和田 秀一, 山邊 太一, 平 葵, 小柳 真由美 (医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院 集中治療室)

キーワード: ICU離床プロトコル、早期離床、リハビリテーション、IMS

【目的】

早期リハビリテーション（以下早期リハビリ）は、疾患の新規発症、手術または急性増悪より48時間以内に開始し、各種機能の維持、改善、再獲得を支援する手段の一つとされている。A病院集中治療室（以下ICU）では、各科の回診時に安静度を確認し、患者の状態に合わせた疾患別リハビリテーションが実施されている。しかし、疾患別リハビリテーションの実施状況を確認すると、全身状態が悪く48時間以内にリハビリ介入されていない症例を認めた。また、リハビリ介入されていない患者に対して、看護師のリハビリプロトコルがなく、リハビリは個人の力量に頼っていた。

そこで、48時間以内の早期リハビリテーション・早期離床介入率の上昇を目的に、理学療法士と協働し看護師によるICU離床プロトコル（以下プロトコル）を作成した。

【方法】

●プロトコルは以下を参考に作成

日本離床学会の推奨する離床プロトコル

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～

研修会の実施（集中治療における早期リハビリテーションの必要性、当院の現状と課題について）

倫理的配慮：本取り組みはA病院倫理審査委員会の承認を得た上で実施した

調査期間：2022年6月1日～2022年12月31日

研究対象：ICU看護師50名

調査方法：プロトコルの使用が開始された患者のうち、48時間以内のリハビリ介入率を診療録より調査する。

【結果】

日本離床学会が推奨するプロトコルをもとに、ICU離床プロトコルを作成した。離床レベルは集中治療活動度スケール（以下IMS）を用い、IMS：1に関しては頭部を何度挙上しているか分かるように角度別にわけピクトグラムを作成した。調査期間内に入室した患者は334名とした。そのうち、48時間以内にICUを退室した9名を除いた325名のデータを調査した。プロトコル使用率は6月31%から12月76%へ上昇した。48時間以内のリハビリ介入率は6月27%から12月96%へ上昇した。

【考察】

今回、プロトコルを作成したことで、スタッフがICU入室直後にベッドサイドで行うリハビリ内容を把握することに繋がったと考える。高橋らは、「わが国の集中治療領域で行われている早期リハビリテーションは、経験的に行われていることが多く、その内容や体制は施設により大きな違いがある。今後、より高度急性期の病床機能の明確化が進む中で、集中治療領域での早期リハビリテーションの確立や標準化は喫緊の課題である。」¹⁾と述べている。プロトコルを作成したことで個人の力量に頼らず、一定の基準でリハビリ介入できるようになり看護師の関わりが標準化された。また、プロトコルの実施内容を診療録に残すことで、看護師が実施したリハビリ内容を把握することに繋がった。

プロトコル利用率に関しては、ICU入室直後に全患者で入力することを手順としたため、利用率上昇に繋がった可能性がある。48時間のリハビリ介入率上昇に関しては、研修会を通してリハビリテーションの必要性や期待される結果を理解できたこと、状態悪化に伴う中止基準を設けたことがリハビリ介入に繋がったと考える。

【結論】

ICU離床プロトコルを作成したことで、新規入院患者の48時間以内早期リハビリテーション・早期離床介入率の上昇に繋がった。

【引用文献】

1) 高橋哲也ほか：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、日本集中治療医学会早期リハビリテーション検討委員会、日集中医誌、p4.

(2023年7月2日(日) 09:00～09:45 第7会場)

[O12-3] Impella5.5を装着した心不全患者へ超音波検査を活用し早期離床を行うことで身体機能低下を防ぎ得た一例

○土肥 智史¹, 河原 良美¹, 吉田 奈緒美¹, 島 麻美子¹, 田中 佑季¹, 西村 李依¹, 新見 秀美¹, 福永 紗矢¹, 吉坂 渉¹, 阿部 宏香¹, 篠崎 遥¹, 白石 美恵¹, 大藤 純² (1.徳島大学病院 看護部・集学治療棟ICU, 2.徳島大学病院 医歯薬学研究部 救急集中治療医学分野)

キーワード：Impella、リハビリテーション、早期回復支援、超音波検査

【背景】心原性ショック患者に対する Impella の使用は増加傾向にある。その利点は ECMO より装備が簡便であり、腋窩動脈または鎖骨下動脈からの挿入が可能であるため早期より離床を行うことが可能である。早期離床は ICU acquired weakness を防ぎ、身体機能の向上に繋がると考える。しかし、Impella 装着下でのリハビリテーション（以下：リハビリ）は Impella 先端部分の位置異常によりサクシオンを生じる可能性があり、安全性や具体的方法については明らかではない。今回、超音波検査を活用し、Impella の先端位置を確認しながら、Impella の補助流量を調整することで安全に歩行訓練を施行したので報告する。【事例の概要】70歳代女性。呼吸困難感を自覚し、前医を受診、超音波検査で感染性心内膜炎が疑われたため当院へ紹介となった。当院搬送時の超音波検査では、重症の僧帽弁閉鎖不全症を認め、肺うっ血を呈しており、内科的治療は限界であったため、右鎖骨下動脈に

Impella5.5 を留置し、心不全を安定化させた状態で手術の方針となった。超音波検査で Impella が適切な位置であることを確認したうえで、第3病日目から端坐位訓練を開始し、第4病日目には50mの歩行訓練を行い、第5病日目には100mの歩行訓練を行った。第10病日目には、低侵襲僧帽弁形成術が施行され、手術時に Impella の抜去が行われた。第11病日目に抜管が行われ、第13病日目には ICU 退室となった。B氏には、退院日前日に本症例報告への協力の諾否によって不利益を被らないことや匿名性を保つことを説明したうえで、口頭で同意を得た。【結果】関節可動域訓練や端坐位、立位訓練では、Impella の先端が後壁に接触し、サクシオンを生じることで不整脈が生じていたので超音波検査を活用し、上記異常所見を医師と情報共有した。その後、Impella の補助レベルを P5 から P4 へ調することで、サクシオンは解除され、リハビリの継続を行うことが可能であった。また、Impella の補助レベルを事前に P5 から P3 へ調整することでサクシオンを生じることなく歩行を完遂した。歩行開始前、歩行中、終了後のバイタルサインは著明なく、心不全徴候の悪化も認めなかった。ICU 退室時点の Functional Status Score for the ICU は 21 点であり、退院時の Barthel Index は 90 点、Mini Mental State Examination は 25 点、Hospital Anxiety and Depression Scale は 不安 1 点、鬱 1 点であった。【考察】左室径の拡大はなく、左室駆出率は良好であったため、Impella 留置位置が適正な位置にあるにも関わらず、体動により Impella の先端が容易に心臓の壁に接触し、サクシオンが生じていたと考える。Impella のサクシオンによる不整脈が出現した際は、超音波検査により Impella の先端位置を確認し、補助流量を調整することでサクシオンを解除し、リハビリを継続することで身体機能低下を防ぎ得ると考える。【結論】Impella 装着下であっても、患者の心機能に応じて補助流量を調整することで歩行を安全に施行することは可能であった。超音波検査で Impella の先端位置を確認することは、迅速な対応に繋がる。

(2023年7月2日(日) 09:00 ~ 09:45 第7会場)

[O12-4] 先天性気管狭窄症に対し喉頭気管形成術を施行した幼児期にある経鼻挿管患者の歩行成功症例の報告

○鳥光 広慧¹, 福岡 元美¹, 川崎 達也² (1.地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立こども病院 看護部, 2.地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立こども病院 集中治療科)

キーワード：先天性気管狭窄症、喉頭気管形成術、小児、リハビリテーション

【目的】先天性気管狭窄症に対して喉頭気管形成術を施行し小児集中治療室（以下 PICU）に入室中に、幼児期の経鼻挿管患者が人工呼吸器を離脱し歩行に成功した事例の背景を報告する。【方法】電子カルテより後方視的にデータ収集を行なった。A病院倫理委員会の承認と両親の同意を得た。本児は、5歳8ヶ月女児、先天性気管狭窄・先天性声門下狭窄症と診断され挿管管理を経て7ヶ月で気管切開術を受けた。今回肋軟骨移植術を受け、術後 PICU 管理となった。発達の遅れはない。【経過】通常管理では創部安静を目的として POD 0 ~ 5 は深鎮静管

理となるため、術直後より人工呼吸器を装着し麻薬性鎮痛薬・鎮静・筋弛緩薬の持続静注を行なった。しかし本児は薬剤が効きにくく、十分な鎮静効果が得られず、通常管理は困難と判断され POD1 から頸椎カラーを装着した上で鎮静を終了し、同日夕方に経鼻挿管のまま人工呼吸器から離脱した。POD0～1は両上肢・体幹抑制を実施したが、意思疎通可能となった POD1 の夕方からは肘関節帯のみ使用した。本児へ手術後より「気管切開チューブが経鼻気管チューブへ変更された」と説明、これらを「大事にすること」を約束した。看護師が付き添いで抑制解除し行動観察を行った。本児はルートがベッド柵に引っかかった時は遊びを中断し、手招きやナースコールで看護師を呼ぶことが出来たため、POD2から抑制解除し、危険行動なく経過した。POD3から車椅子乗車・歩行を開始した。歩行リハビリは POD1 3の PICU退室まで毎日実施し、筋力低下は認めなかった。離床が進む過程で、本児は自ら車椅子乗車を希望し、折り紙やお絵かきなどの遊びを好む様子が観察された。経鼻挿管管理中、計画外抜管なく経過した。【考察】本手術の患者に対し医療者が早期離床を行う目的は、筋力低下を最小限に留めることであった。しかし、子どもにとっては行動制限の緩和が遊びの拡大に繋がり、離床が進むことはストレス軽減に繋がると示唆された。鎮静の終了や歩行リハビリに関連する有害事象の1つに計画外抜去があるが、これを回避出来る背景として、本手術の患者が経鼻気管チューブの必要性を理解できると考えられた。乳児期より気管切開チューブを留置している子どもはそれを身体の一部と認識していると推察されるが、痙攣などをきっかけにチューブの自己抜去をする子どももいる。幼児前期の情動調整プロセスに関して「2歳時に不快情動を表出した多くの子どもが3歳時には不快情動を表出しなくなる」と報告されている。幼児前期は不快情動を暴れる・物を投げる等の行動で表出するが、痙攣を起こした際の気管切開チューブ自己抜去はこの不快情動行動に通じるのではないかと考えた。一方、本手術の患者は身体的成長、就学を考慮し幼児後期から学童前期の児が殆どであるため、そもそも痙攣を起こした際に不快情動行動としての気管切開チューブ自己抜去を行う児が少ないと推測された。また日常的に気管切開チューブから分泌物を除去されることを経験している児は、術後に看護師により経鼻気管チューブから分泌物を除去されるなどの体験を通じて「気管切開チューブが経鼻気管チューブに変更された」ことを理解している可能性がある。【結語】今回幼児期の経鼻挿管患者が歩行に成功した経験をした。本手術の患者は気管切開チューブに関連付けて経鼻気管チューブの必要性を理解出来ると考えられ、このような患者は鎮静を終了し早期離床を行うことで、遊びの拡大に伴いストレス軽減に繋がり、不快情動行動としての自己抜去を回避出来ると考えられた。

一般演題（口演）

[O13] 一般演題（口演） 13

COVID-19看護

座長：藤村 朗子（東京医療保健大学 立川看護学部 看護学科）

2023年7月2日(日) 09:50 ～ 10:45 第6会場 (2F 瑞雲)

[O13-1] COVID-19重症患者が退院後に抱える不安や困難さ

○大丸谷 純樹, 倉本 裕介, 南堀 直之, 野村 友香, 中川 万里, 谷田 明美（金沢大学附属病院 看護部）

[O13-2] コロナ禍における遠隔教育で演習受講学生のICTスキル向上のプロセスとの求めるサポートの検討

○田中 智子（元大阪青山大学 健康科学部看護学科）

[O13-3] 新型コロナウイルス感染症重症患者への看護実践におけるICU看護師の体験

○上杉 史恵¹, 菅野 久美²（1.福島県立医科大学大学院 看護学研究科, 2.福島県立医科大学 看護学部成人老年看護学部門）

[O13-4] 集中治療領域看護師の新型コロナウイルス感染症患者ケアによるバーンアウトと二次元レジリエンスとの関連

○神保 章彦, 明石 恵子（名古屋市立大学大学院 看護学研究科）

[O13-5] 集中治療室に入室した新型コロナウイルス感染症患者家族の代理意思決定プロセス

○野間 あゆみ（横浜市立市民病院 集中治療室）

(2023年7月2日(日) 09:50 ~ 10:45 第6会場)

[O13-1] COVID-19重症患者が退院後に抱える不安や困難さ

○大丸谷 純樹, 倉本 裕介, 南堀 直之, 野村 友香, 中川 万里, 谷田 明美 (金沢大学附属病院 看護部)

キーワード: COVID-19、重症患者、不安、困難さ

〔目的〕新型コロナウイルス感染症重症患者(以下 COVID-19重症患者とする)が退院後にどのような不安や困難さを抱えているのかを明らかにすることを目的とした。

〔方法〕対象は A病院 COVID-19専門病棟の重症患者で、治療が終了し退院または転院した者とした。2022年7月~8月に自記式質問用紙にて基本属性、不安や困難さの有無、退院指導に関する内容を収集し、何らかの『不安』『困難さ』があったと回答した者の中で、同意が得られた場合に半構造化面接を行った。分析方法は、録音した面接内容を逐語録とし、患者が退院後に抱いた不安や困難さを表している内容を抽出しコード化した。類似したコード間の関連性を精査しながら分析しカテゴリを抽出した。分析は、研究者間で合意が得られるまで検討を重ね、信頼性と妥当性を高めるため質的研究に精通した研究者にスーパーバイズを受けた。本研究は所属大学倫理委員会の承認を得て実施した。研究目的や方法、個人情報上の匿名性、自由意思による協力であり不利益は無いこと、面接中に不調を訴えた場合の中止などを書面にて説明し同意書によって承諾を得た。

〔結果〕質問紙調査に回答を得られた10名のうち、同意の得られた7名(40~80歳代、男性5名、女性2名)に半構造化面接を実施した。分析の結果、128のコード、20のサブカテゴリ、6のカテゴリが抽出された。以下代表的なコードを〈〉、サブカテゴリを「」、カテゴリを【】で示す。〈好みの食事ですら美味しく感じなかった〉というように「後遺症により日常生活に影響(がある)」を来し、【後遺症によりこれまでの生活行為が阻害され(る)】ていた。「入院当時を思い出すような物事を避ける」「入院の記憶が想起されることによる苦痛」から【重症化した経験によりメンタルヘルスに不調が生じ(る)】ていることが分かった。〈再感染しなくても肺がどうなるのか不安である〉と「重症化した身体への影響を心配(する)」し、【今後の健康障害や後遺症への不安が募(る)】らせていた。「再感染のリスクを避けるために社会活動を制限せざるを得ない心苦しさ」から【再感染を恐れることにより日常生活に弊害が生じ(る)】ていた。〈職場復帰を試みたが、職場が感染者を受け入れたくなく辞職に追い込まれた〉ことで、「社会の差別や偏見により望んでいたような社会復帰ができ(なかった)」ず、【周囲との間に隔たりを感じ(る)】ていたことや、【罹患したことにより対人関係への影響を気に(する)】しながら生活をしている実態が明らかとなった。

〔考察〕COVID-19重症患者は、後遺症や重症化した自己の体に対する漠然とした不安や予測不能なウイルスの変異や社会情勢の変化に対して不確かさを抱えていることが推察された。そのため、信頼性の高い最新の情報にアクセスできるリソースを紹介することで不安の軽減につながると考えられる。さらに COVID-19重症患者は周囲との隔たり、差別や偏見も経験していた。今後、社会全体が疾患や患者に対する知識を持ち理解を深めていけるような体制の構築や支援が求められる。

〔結論〕COVID-19重症患者が退院後に抱える不安や困難さとして、【後遺症によりこれまでの生活行為が阻害される】【重症化した経験によりメンタルヘルスに不調が生じる】【今後の健康障害や後遺症への不安が募る】【再感染を恐れることにより日常生活に弊害が生じる】【周囲との間に隔たりを感じる】【罹患したことにより対人関係への影響を気にする】の6つが明らかとなった。

(2023年7月2日(日) 09:50 ~ 10:45 第6会場)

[O13-2] コロナ禍における遠隔教育で演習受講学生の ICTスキル向上のプロセスとの求めるサポートの検討

○田中 智子 (元大阪青山大学 健康科学部看護学科)

キーワード: コロナ禍、不安、能力向上

【背景】

コロナ禍で ICT が生活に浸透し、大学教育でも力を入れ、劇的な状況変化に対応する能力向上に努めている。一方、人類にとって大震災に匹敵するコロナ禍は、大学の ICT 教育を遠隔教育として全世界的に促進させ、大学生からキャンパスライフを奪った。よって、ICT に不慣れな学生は、遠隔教育開始の情報・ICT 環境整備とサポート両方にアクセスできず音信不通になっていた。つまり、学生は ICT 活用能力が十分ではない段階で、教員・ICT サポーターなどに会えない状況で ICT を通したサポートのみで授業への参加が必要になった。さらに、実習・演習科目でさえ遠隔授業であったため、演習体験をどう捉えていたかは未知数である。

【目的】

演習を含む科目を遠隔教育で受けた学生の ICT スキル向上プロセスと求めるサポートを明らかにする

【方法】

1 年次必修の研究基礎を反転教育 (Zoom) で受講し単位取得した 121 名のうち 3 名から参加同意を得た。大学倫理審査を受け【衣笠-人-2020-44】、3 名には口頭と PDF で研究目的・意義、後日不参加の自由を説明した。分析はデータ対話型で演習体験のプロセスと学生の求めるサポートを抽出するために最適な方法と考え MGTA を選択した。

【結果】

分析焦点者を ICT 活用能力が十分ではない段階で遠隔教育になった学生とした。学生は、ICT が苦手、遠隔授業が突然決まり単位取得のために「やらないとどうしようもない」と常に考えている。しかし、同級生、教員、サポーターにも「会えないまま」だと課題を含め全てのことを「自力で」「コミュニケーションはチャット機能」でとりながら ICT の活用方法を探る。なお、「言えない聞けない」状況で「単位取得への不安」を抱え、授業方針に「合わせる」。しかし、「大変」で、再び「やらないとどうしようもない」と思えない場合は挫折する。一方、「やらないとどうしようもない」中、友人や能力向上を支える人と「会える場所」を見つけると「会ってつながる」ため、「大変なことへのサポート」を受けている。また、「参加型の授業」「簡単なやり取り」で教員等からサポートを受け、能力向上という「頑張った証」のため「頑張っている人の方が大変」だが、「やらないとどうしようもない」状況をつくり自分の望む能力を高めている。加えて、以前より能力を向上させた「頑張った証」で自己肯定感を高め不安を解消している。

【考察】

学生は、ICT スキル向上は自力で行い大変な思いをしていたが、大学の許す範囲でサポーターや友人になれる人と会える場所も自力で見つけていた。また、欲しいサポートも言えない聞けない状況で、学生はメール・クラウド型学習支援システムの使い方も修得しておらず、教員の電話番号は知らされないため、サポートを求められずに自力で授業に合わせ・単位取得まで頑張るしかない。よって、ICT に不慣れな学生は、大学に慣れず、聞ける人もない状態で突然遠隔教育になり、単位取得への不安は強かったと考える。なお、学生の求める「簡単なやり取り」とは、対面と同じ状況の同時双方向型授業で、自分が納得できるまでじっくり質問に答えてもらえる環境と、聞きたいと思ったときにすぐに聞けるログインなしのチャット機能で、自分の能力向上へのサポートを受けられることだった。さらに、サポートは自分の能力を高めて夢を叶え頑張った証を得るために求めていた。反対に、大変すぎて自力ではどうにもならなくなっている学生に対して大変さを拾い上げるシステムが必要だと考える。

【結論】

コロナ禍で大変な中、能力向上を望み、とにかく自力で頑張りがりながら能力向上へのサポートを求めていた。また、自力でできる大変さを越えた学生を拾い上げるサポートシステム樹立が必要だと考える。

(2023年7月2日(日) 09:50 ~ 10:45 第6会場)

[O13-3] 新型コロナウイルス感染症重症患者への看護実践における ICU看護師の体験

○上杉 史恵¹, 菅野 久美² (1.福島県立医科大学大学院 看護学研究科, 2.福島県立医科大学 看護学部成人老年看護学部門)

キーワード：ICU看護師、新型コロナウイルス感染症、看護実践、質的研究

【目的】2019年12月に新型コロナウイルス感染症患者が確認され、医療・看護体制が変化してきた。ICU看護師は、いかなる状況においても最前線での看護実践を続け、その時間の中で省察しながら意味のある体験をしている。そこで本研究では、新型コロナウイルス感染症重症患者への看護実践における ICU看護師の体験となる身体感覚や反応、思いや考え、また一連の行動について明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザイン：質的記述的デザイン。研究対象者：ICU経験年数5年目以上で、新型コロナウイルス感染症重症患者に対して直接的に看護実践を行った経験がある看護師。データ収集方法：研究者が作成したインタビューガイドを用いた半構造化面接法で、直接対面または webでの遠隔面接を実施した。分析方法：得られたデータを質的帰納的に分析した。倫理的配慮：本研究では、福島県立医科大学倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。研究対象者に対しては、任意性の保証、安全性・負担の軽減の保証、個人情報保護に努め、口頭と文書を用いた十分な説明と同意を得て実施した。

【結果】研究参加者は9名を対象とし、直接対面4名、遠隔面接5名であった。分析を行った結果、＜得体の知れないコロナウイルスからの不安や恐怖が波のように押し寄せてくる＞＜媒介者となることを回避しながら医療チームを護り続ける＞＜感染経路を遮断し自分の家族も守る＞＜PPE装着の不快感や苦痛とわずかな隔たりから物理的にも心理的にも患者との距離が広がる＞＜直接患者に会えない家族の思いに添うケアを行えていないことに無力を感じる＞＜個別性のない機械的な看護へと変化していることに自責の念を抱く＞＜看護ケアを思うようにできない状況をもどかしく感じながらも今できることで良しとする＞＜看護の専門性を自問し看護ケア方法を模索し続ける＞＜組織や地域の支えと同志がいることで頑張り続けられる＞＜日々繰り返される実践から看護ケアの確実な手応えを取り戻す＞以上の10カテゴリーが得られた。

【考察】結果のカテゴリーについて、新型コロナウイルス感染症が確認されてからの時間の経過に注目し、以下の3点について考察した。1つめは、感染拡大を繰り返し終息の見通しが立たない状況のなかで恐怖や不安を抱えながらも、医療チームを感染から護り続けたい思いと感染経路を遮断し身近で大切な家族を守るといった思いが持続していると考えられた。2つめは、看護ケアの変更を余儀なくされ、当たり前に行っていた看護ケアを失われたような思いを抱くことから、自己の看護がゆらぐ体験をしていたと考えられた。3つめは、自己の看護がゆらぐ体験の中で実施したい看護に向き合い、熟考しながら看護ケアを提供していたことである。この中で看護師は模索し続けながら、患者や家族から得た肯定的な反応を看護ケアの成果として積み上げていき、失われた看護を確実な手応えとして取り戻す体験をしていたと考えられた。

【結論】新型コロナウイルス感染症重症患者への看護実践における ICU看護師の体験として10のカテゴリーが抽出された。これらの結果より、新型コロナウイルス感染症が確認されてから持続する体験、看護ケアの変更を余儀なくされ自己の看護がゆらぎながらも、実践するケアの成果から失われた看護を確実な手応えとして取り戻すプロセスについて考察された。今後は研究結果を検証する課題とともに、ICU看護師が安心して看護ケアを継続できるための方法やサポートなどの必要性が示された。

(2023年7月2日(日) 09:50 ~ 10:45 第6会場)

[O13-4] 集中治療領域看護師の新型コロナウイルス感染症患者ケアによるバーンアウトと二次元レジリエンスとの関連

○神保 章彦, 明石 恵子 (名古屋市立大学大学院 看護学研究科)

キーワード：COVID-19、バーンアウト、二次元レジリエンス要因

【目的】

集中治療領域の看護師はバーンアウトに陥りやすいと言われているなかで、COVID-19患者のケアはさらなる身体的・精神的な疲弊を招くと考える。そこで、本研究目的では、集中治療領域（ICUおよびHCU）においてCOVID-19感染症患者のケアに携わった看護師のバーンアウトとレジリエンスとの関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】

研究対象は、病院機能評価に登録されている中部地方および近畿地方の認定病院（2021年時点）のうち、COVID-19患者のケアを行った集中治療領域の看護師403名とした。対象者の属性、Pines Burnout Measure日本語版、二次元レジリエンス要因尺度を用い、webを用いた無記名自記式質問紙による横断調査研究を実施した。Pines Burnout Measure日本語版によりバーンアウト群と非バーンアウト群に分類した。看護師の基本属性を記述統計する際に、対象者の属性における「受け持ちする担当頻度の高い重症度」を軽症（軽症・中等症Ⅰ）と重症（中等症Ⅱ・重症）に分類し χ^2 検定を行った。二次元レジリエンス要因に対して正規性の検定を行ったうえ、Mann-WhitneyのU検定を行った。有意水準は5%とした。バーンアウトを従属変数、先行研究からバーンアウトと関連があると思われる看護師属性と誰もが後天的に身につけ易いとされる獲得的レジリエンス要因を独立変数とし、二項ロジスティック回帰分析によりバーンアウトとレジリエンスとの関連を推察した。本研究は、所属大学倫理委員会の承認を得たうえで実施した（承認番号;21034-3）。研究協力者には研究の意義、目的、方法について文書で説明し、研究協力は自由意思であること、質問紙は無記名であり個人が特定されることはないことを確約した。

【結果】

回答の得られた115名（回収率28.5%）すべてが有効回答であった。COVID-19患者のケアを担う集中治療領域看護師の43.5%でバーンアウト状態がみられた。バーンアウト群は非バーンアウト群に比べ、軽症の割合が有意に高かった。二次元レジリエンス要因尺度では、資質的レジリエンス要因とその下位尺度である「楽観性」が低く、獲得的レジリエンス要因の下位尺度である「自己理解」が高かった。二項ロジスティック回帰分析の結果、「重症度」（OR:0.179, $p=0.010$, 95%CI=0.048~0.667）、獲得的レジリエンス要因の下位尺度である「問題解決志向」（OR:0.745, $p=0.011$, 95%CI=0.594~0.936）、「自己理解」（OR:1.962, $p<0.001$, 95%CI=1.364~2.823）にバーンアウトとの関連が認められた。

【考察】

本研究では、軽症のCOVID-19患者を受け持った看護師のバーンアウトが明らかになった。これは、自分自身への感染リスクによる不安や恐怖、労働環境の悪化、差別や偏見といったCOVID-19に伴う様々な負の要因が重症度に関係なく存在しているために、軽症患者の受け持ちであっても身体的・精神的に疲弊状態を招いたためと考える。また、バーンアウト群は「楽観性」が低いために、物事を肯定的に捉える力が非バーンアウト群に比べ低いと考える。一方、獲得的レジリエンス要因の「自己理解」が高かったが、身体的・心理的・精神的疲弊状態を自己理解し、ネガティブな内省や反すうがバーンアウトに影響したのではないかと考える。反対に、「問題解決志向」が低かったのは、問題に対して積極的に向き合い、成否問わず努力し、より高度に解決に導く姿勢や志向性を高めることを困難とすることでバーンアウトに陥ることと関係したのではないかと考える。そのため、「問題解決志向」を高めることがCOVID-19患者のケアによるバーンアウトを抑制すると推察される。

【結論】

COVID-19の患者のケアを担う集中治療領域看護師は、先行研究と比較してバーンアウトの割合が高いことが示された。「問題解決志向」を高められるような支援体制が必要である。

(2023年7月2日(日) 09:50 ~ 10:45 第6会場)

[O13-5] 集中治療室に入室した新型コロナウイルス感染症患者家族の代理意思決定プロセス

○野間 あゆみ（横浜市立市民病院 集中治療室）

キーワード：COVID-19、代理意思決定、面会禁止

【目的】集中治療室に入室する新型コロナウイルス感染症患者の家族が、どのようなプロセスを経て代理意思決定に至ったのかを明らかにする

【方法】

- (1) 研究デザイン 事例研究
- (2) 研究期間 2021年9月～2023年1月
- (3) 研究対象

新型コロナウイルスに罹患し集中治療室で人工呼吸器装着を必要とした患者の家族2名

- (4) データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構成的面接、同意を得て面接内容を記録した

- (5) データ分析方法

語られた内容をSCATで分析しストーリーラインを構築した

- (6) 倫理的配慮

対象者には自由意思による研究参加であることを説明し同意を得た。面接場所は協力者の希望に応じ、プライバシーが保持できる部屋で行った。所属倫理委員会の承認を得た

【結果】

- (1) 共通したストーリー

事前意思決定の話し合いはなく、代理意思決定は今回が初めてだった。回復を信じ提示される全ての治療を望み医療者に託した。治療経過の中、治療選択への迷いを生じることはなかった。電話で同意のやり取りをし、医師から患者の情報を得ることができたが、病状の安定に伴い病院からの連絡が減り不安に感じた。医療者へは直接会話をして情報を得ることを望んだが、報道で医療現場の状況を知り医療者への労いや遠慮から自らの思いを表出することを控えた

- (2) 個別のストーリー

A氏のストーリー

A氏は家族内で生命の危機的な状況乗り越えた経験により、意思を決定する妥当な判断できる覚悟と自信が持て、代理意思決定者を引き受けた。そして過去の経験は、治療の具体的なイメージ化や治療による弊害が予測できた

B氏のストーリー

B氏は妻の体調変化に気づき対応しようとしたが、受診や救急要請の基準がわからず判断しかねた。入院ができ安堵したが、急速な病状悪化に困惑した。妻の回復を信じ、助けたいという思いから全ての治療を望むが、医療の知識は報道から獲得したため、具体的なイメージ化ができなかった。

【考察】

- (1) 共通性

石塚らは代理意思決定後、家族は状態が安定することに安堵する一方、後悔や迷いがあるとしている。しかし両者とも治療選択への迷いはなく、その理由として面会禁止が関与したと考える。面会と電話での連絡では得られる情報のきめ細やかさには大きな差がある。面会禁止により、治療経過を目にできず、病院からの限られた情報で判断したことが、その後も治療の迷いが無いといった結果になったと考えられる。

- (2) 個別性

A氏は過去2度の危機状況の経験から医師の説明について今後の経過を予測でき、また、危機を乗り越えた成功体験が自信となり積極的治療を希望することができたと考えられる。

B氏は、家族が集中治療室に入室したことはなく、医師からの説明と報道の情報を自己解釈していた。医療機器は見たことがなく、提示された治療方法を十分に理解できないまま治療選択をしていたと推測された。入院中、医療者に遠慮しながら情報提供を待っていた。家族と直接会えない現状では医療者側から情報提供をするだ

けでなく、意思決定した内容についても確かめながら、代理意思決定者への支援を継続していくことが重要といえる。

【結論】

- (1) 面会が制限された状況では、十分に理解ができないまま代理意思決定をしなければならない
- (2) 代理意思決定のプロセスには、自分や家族の入院・治療体験が影響する
- (3) 意思決定した後に迷いが生じていないかを確かめながら代理意思決定者への支援を継続することが重要である

一般演題（口演）

[O14] 一般演題（口演） 14

エンド・オブ・ライフケア

座長：佐藤 幹代（自治医科大学）

2023年7月2日(日) 09:50 ～ 10:35 第7会場 (2F 蓬莱)

[O14-1] 集中治療室の終末期医療における医師と看護師の意思決定支援の認識と関連要因

○三原 悠佑¹, 木下 里美² (1.聖路加国際病院 救命救急センターHCU, 2.関東学院大学 看護学部)

[O14-2] 集中治療室内で緩和的抜管を実施した終末期心不全の一例

○加藤 建吾¹, 大橋 浩一², 鈴木 寛代¹, 鈴木 英子¹, 三井 恵³, 牧野 淳³ (1.東京都立墨東病院 看護部, 2.東京都立墨東病院 循環器科, 3.東京都立墨東病院 集中治療科)

[O14-3] 治療が奏功しない重症患者の Quality of Deathを目指した看護実践

○池畠 真由美¹, 竹内 楓恋¹, 本荘 日美香¹, 岡村 朋菜¹, 山脇 寛子¹, 大川 宣容² (1.社会医療法人近森会近森病院 HCU, 2.高知県立大学 看護学部)

[O14-4] 救命救急センターの終末期にある患者への看護実践の成り立ち

— 「撤退」という治療方針の中で—

○田代 幸子（日本赤十字看護大学 看護学部）

(2023年7月2日(日) 09:50 ~ 10:35 第7会場)

[O14-1] 集中治療室の終末期医療における医師と看護師の意思決定支援の認識と関連要因

○三原 悠佑¹, 木下 里美² (1.聖路加国際病院 救命救急センターHCU, 2.関東学院大学 看護学部)

キーワード：意思決定支援、終末期医療、集中治療、医師、看護師

【目的】ICUの終末期医療における意思決定支援では、患者の意向を本人または事前指示や家族から確認し、その意向をもとに医療チームで協議し、本人や家族らと共有して終末期医療の方針を決めていくことが重要である。その過程で、医療チーム間での協働、代理意思決定をする家族らの支援が必要であり、医師や看護師の倫理的意識や倫理的環境が求められている。そこで医師と看護師の意思決定支援の認識と医師と看護師の道徳的感受性との関連を明らかにすることで、ICUの終末期医療における患者と家族を中心とした意思決定支援を行う上での課題が明確になり、医師、看護師への臨床教育やチーム医療の在り方への提言につながると考える。よって本研究の目的は、医師と看護師のICUの終末期における意思決定支援の認識を明らかにすること、道徳的感受性等の影響要因との関連を明らかにすることである。

【方法】研究デザイン：量的研究－関連検証研究

研究対象：A地方の三次救急病院68施設のICU領域に勤務する（1）ICU看護師経験1年以上、看護師経験2年以上の看護師（2）集中治療専門医、救急科専門医またはICU領域に患者が入室する診療科の医師。

調査内容：目的変数「ICUにおける医師と看護師の提供する緩和ケアの質の総合評価」の下位項目「患者と家族を中心とした意思決定」17項目。説明変数「改訂道徳的感受性質問紙日本語版(J-MSQ)」2因子9項目。

倫理的配慮：無記名のアンケートとし回答は自由意思とした。関東学院大学人に関する研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】11施設14部署から研究協力の承諾が得られた。14部署の医師に対し57部、看護師263部の調査票を配布し、回収数/有効回答数は医師が25部（回収率43.9%）、看護師は158部（回収率60.0%）であった。

「患者と家族を中心とした意思決定」に関する11段階評価の質問のうち看護師の回答では「医療チームの意思決定に、患者および/または家族の意向を反映していますか？」(8.6±1.2点/10点)が最も高かった。医師の回答でも同項目が8.1±1.5/10点、「延命治療の中止を、患者と家族の意向を尊重する方法で実施していますか？」が、8.1±2.0点/10点と最も高かった。6段階評価の質問では、看護師の回答では「患者の状態や、治療・看護目標に関する患者または家族らとの話し合いを、カルテに記載していますか？」が4.8±1.0点/6点で最も高かった。また、医師看護師ともに「心肺蘇生（CPR）に関する患者または家族らとの話し合いを、カルテに記載していますか？」看護師4.8±0.1、医師5.5±0.8点/6点で最も高かった。医師の年間の看取り人数は「患者と家族を中心とした意思決定」に関する質問の6項目で正の相関がみられた（ $r=0.41\sim 0.69, p<0.04\sim 0.001$ ）。また、医師と看護師共に、複数の質問項目において「改訂道徳的感受性質問紙日本語版(J-MSQ)」2因子と正の相関がみられた。

【考察】医師の年間の看取り人数が意思決定支援との間に統計的有意な相関があったことから、終末期医療に携わる医師の経験は、意思決定支援を行う上で重要な要因である可能性が示唆された。また、医師と看護師は道徳観や倫理観を高める教育や経験が、意思決定支援を行う上では重要であると考えられた。

【結論】ICUの終末期医療における意思決定支援は、医師と看護師共に、道徳的感受性を高めたり倫理的環境を整える支援や教育が重要と推察された。

(2023年7月2日(日) 09:50 ~ 10:35 第7会場)

[O14-2] 集中治療室内で緩和的抜管を実施した終末期心不全の一例

○加藤 建吾¹, 大橋 浩一², 鈴木 寛代¹, 鈴木 英子¹, 三井 恵³, 牧野 淳³ (1.東京都立墨東病院 看護部, 2.東京都立墨東病院 循環器科, 3.東京都立墨東病院 集中治療科)

キーワード：緩和的抜管、終末期抜管、多職種連携、ACP、緩和ケア

【目的】

クリティカルケア領域では、患者の事前意思が治療経過中に判明するという場面に遭遇することがある。「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」では、主治医を含む複数の医療者チームの総意で判断やケアに臨むように推奨されているが、その方法は各施設に委ねられている。今回、集中治療室(以下ICU)内で緩和的抜管(以下抜管)を実施した症例を経験した。本人の事前意思の判明から抜管に至るまでの過程を振り返り、今後の課題について報告する。

【方法】

研究方法：症例報告。

データ収集方法：各診療録(経過記録、カンファレンス記録、病状説明記録等)と実際の介入場面をもとに報告する。

倫理的配慮：主治医とともに患者と家族に対し看護系学会で発表することを説明し同意を得た。また、個人が特定される箇所はすべて匿名化した。さらに、本研究は所属施設の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

患者背景：70歳代男性。妻と2人暮らし。近隣に娘が在住。基本的なADLは自立。

既往歴：虚血性心疾患に対し経皮的冠動脈形成術、高度房室ブロックに対しペースメーカー埋め込み術。心不全増悪で数回の入院歴がある。

現病歴：前回退院後自宅で過ごしていたが、入院数日前から自宅で下腿浮腫、軽労作での呼吸困難が出現したため入院となり心不全治療を開始した。

入院中の経過：第9病日に病棟で消化管出血をきたしショックとなり人工呼吸器管理などの集中治療が必要となったためICUへ入室し、その頃から明確な意思表示が困難となった。第22病日に心アミロイドーシスの診断となり、経過から生命学的予後が週単位の予測のため、侵襲的治療の有益性が非常に少ない状況が明らかになった。

介入：入院時の面談では、「治療をがんばりたい」と述べられていたが、家族と医療者との情報共有の場で、エンディングノートを確認時に「尊厳死を希望しており、延命治療を望んでいない」ことが判明した。家族の意向は、患者の事前の希望を叶えつつ患者と話すことや時間を共に過ごすことであった。患者と家族の希望を叶えるための方法として抜管という選択が可能となったため、同日、臨床倫理チームの介入を開始するとともに、循環器科主治医、集中治療科医師、ICU看護師長、担当看護師、薬剤師、理学療法士が参加しICU多職種カンファレンス(以下カンファレンス)を行い、抜管の妥当性を検討した。カンファレンスでは、抜管に対して戸惑いを表出するスタッフや具体的な方法についての意見があった。カンファレンス後、関係診療科責任者、副院長、倫理委員会にて合意形成を行い、第23病日に抜管を行った。抜管後は、なんとか意思疎通が図れ、家族とタブレットを閲覧するなどの時間を過ごした。第25病日に一般病棟へ転棟し、第26病日にご家族に見守られながら永眠された。

【考察】

本症例では、「治療方針、患者の意思、代理意思決定者の意思」確認後、「抜管の妥当性検討」、「カンファレンス」、「倫理委員会、関係診療科責任者間での合意形成」、「抜管」という過程を経た。この過程で、スタッフと患者、家族に対する度重なる対話や説明の機会が作られた。これまでのICUでの緩和ケアは苦痛症状の緩和が中心であったが、抜管も提供可能な医療の一つとなり得る。今後の課題としては、実施に対するスタッフ全体のコンセンサスを得ていくことや、抜管までの過程の整理が必要となる。

【結論】

抜管を病院が提供可能な医療の一つとするために、継続した経験の蓄積や実践の明文化が必要となる。

(2023年7月2日(日) 09:50 ~ 10:35 第7会場)

[O14-3] 治療が奏功しない重症患者の Quality of Deathを目指した看護実践

○池島 真由美¹, 竹内 楓恋¹, 本庄 日美香¹, 岡村 朋菜¹, 山脇 寛子¹, 大川 宣容² (1.社会医療法人近森会近森病院 HCU, 2.高知県立大学 看護学部)

キーワード：終末期、Quality of Death、重症患者、看護実践

【目的】

終末期と判断される患者の End-of-Lifeにおいて、Quality of Death（以下、QODとする）を目指すことは重要課題であり、「どう人生を全うしたいか」を支える看護実践には大きな意味がある。そこで、治療が奏功しない重症患者の QODを目指して看護師がどのような実践を行ってきたか、その取り組みと課題について報告する。

【実践方法（事例概要・方法）】

80代男性、診断：胆管癌、胆のう炎、誤嚥性肺炎、家族構成：妻、娘、孫

患者は、原疾患の重症化による呼吸不全に対し、挿管しても救命できる可能性は低い状況にあったが、家族の苦渋の決断で人工呼吸器装着となった。その状況に、看護師は患者の意向の尊重や家族の権利擁護はされているか、などのジレンマを感じたため倫理カンファレンスを行い、ケア方針を患者の「苦痛緩和」「意向の尊重」と家族の「代理意思決定支援」とした。しかし、患者の苦痛緩和やせん妄予防は消極的な看護実践となっていたため、治療効果が促進されるように、他者と病態をアセスメントしながらケアによる弊害を予防し、効果的なケアや継続できる方法を検討した。具体的には、積極的に痛みを取り除き副交感神経優位な状態を作り出し、仰臥位の弊害を共有しながらエビデンスに基づいた体位ドレナージと安楽なポジショニングを可視化するなど実践した。また治療が奏功しない状況が続くにつれ、患者の多臓器不全に伴う全人的苦痛、睡眠障害、頻呼吸を前にケアの不全感・困難感を感じた時は、患者のゴールを再共有するためにカンファレンスを調整した。そのたびに、多職種それぞれが考える最善や困りごとを理解し合い、看護師は患者の苦痛緩和を最優先に考え、家族なりの適応や予期悲嘆が促進されることの重要性を伝えながら連携した。治療方針において明確な《終末期》へのギアチェンジはなかったため、家族と医療チームが同じ気持ちで患者の QODプロセスを支えることができ、支える家族も《看取り》に向けた心づもりができるように調整役割を担い、悩みを吐露しながら語れる場を確保した。A病院の看護部倫理審査委員会の承諾を得て実施し、対象者には、発表の趣旨、参加・辞退の自由などを説明し同意を得た。

【結果】

患者は治療の限界により《終末期》と判断され、緩和ケア中心の治療方針となり、家族に見守られながら最期を迎えた。家族は明確に《看取り》という言葉に衝撃を受け泣いていたが、最期まで毎日患者に面会し触れ合うことができ、患者も家族の声には反応し、浮腫で重い腕を挙上する姿がみられた。

【考察】

本事例より、治療が奏功しない重症患者の QODを目指した看護実践を模索することは、タスク思考のケアから患者の尊厳に関心を寄せたケアへの動機づけとなることが分かった。この過程では、《終末期》を共有することの難しさ、ケアの不全感・困難感、チームの機能不全を生みやすい状況、などの課題が見出された。しかし、木下らが作成した、ICUでの看取りの質の評価「ICU版 Quality of Dying and Death」の評価指標である、「身体症状：①身体症状②痛み③呼吸のコントロール」と「尊厳：①家族・友人と過ごすことができた②愛する人に触れられたり、抱きしめられた③尊厳や自尊心が保たれていた」の項目では、本事例の身体症状は最期まで可能な限りコントロールされ、家族の悲嘆ケアやチーム医療の調整により、最善が尽くされた《看取り》につながったものとする。

【結論】

治療が奏功しない重症患者の QODを目指した看護実践は、ケアリングとアドボカシーを基盤に他者とエビデンスを活用しながら探求するケアであり、積極的なチーム医療への参画が課題である。

(2023年7月2日(日) 09:50 ~ 10:35 第7会場)

[O14-4] 救命救急センターの終末期にある患者への看護実践の成り立ち — 「撤退」という治療方針の中で —

○田代 幸子（日本赤十字看護大学 看護学部）

キーワード：看護実践、救命救急センター、終末期、現象学

【目的】クリティカルケアでは救命の困難さや治療継続の不適切さなどにより、治療が救命から終末期医療へとシフトするが、治療方針のシフトが実践をどのように変えているかは明らかではない。本研究では、救命救急センターの終末期にある患者への看護実践の成り立ちを治療方針に着目し明らかにした。

【方法】研究デザインは現象学的研究である。調査方法は、関東圏にある三次救命救急センターの看護師を研究参加者とし、クリティカルケア看護10年以上の経験のある研究者が1年間の参与観察と非構造化インタビューを実施した。本研究は東京都立大学荒川キャンパス研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】本稿では、終末期の患者に向かう看護師 Aさんの看護実践を記述する。Aさんは調査の初めに、患者について「もう撤退するので。あんまり積極的にそこまでは」と少し静かな口調で話した。患者は様々な生命維持装置が装着され、全身が浮腫んでおり、夜勤者は「ECMOの回路交換の時期ですけど、もう、家族ももうこれ以上腫れた父を見たくないといわれて」と申し送った。患者の「腫れた」顔は、家族の意向を伝えることを夜勤者に促したが、患者に関わる誰「も」が、患者の「腫れた」顔に呼びかけられていた。医師は「ちょっとでも顔貌をもとどおりにしたい」と、昇圧剤や利尿剤を用いた「撤退」とは一見矛盾する治療に取り組んでいた。「撤退」だけではない方向、それは「家族」が知っている日頃の姿を目指した「方向」であり、そこには厳しい状態のなかで「ちょっとでも」という僅かな医療者の望みが含みこまれていた。Aさんはそれを笑みを浮かべて聴き、多忙な中のわずかな時間で、「やっぱりやりたいんですね」と語りながら足浴を行った。

【考察】「もう撤退するので」と Aさんが語ったように、看護師が患者に向かうときには治療方針があらかじめ把握され、そこで行われていることの意味をくみ取ることを可能にさせていた。把握された治療方針は、医師と共有された地平であり、看護師はそれを足場実践のあり様を定めていた。他方で、患者の「浮腫んだ」身体や申し送られる厳しい状態は、患者に残された時間を浮かび上がらせた。さらに、医師の「撤退」とは矛盾する治療は、医学的な回復を目指したものだけではなく、その人としての姿を取り戻すことを目指していた。Benner と Wrubel (1989/1999)は「物事（他者を含めて）が我々にとって大事に思われるからこそ、我々は世界に巻き込まれる」（p.54）と述べ、そこには他者への気遣いが含みこまれていることを示している。医師もまた患者の「浮腫んだ」身体に引き寄せられ、巻き込まれるように医師の持ちうる術でケアしようとしていた。Aさんの笑みからは、こうした医学的な治療だけにとどまらない医師の方針に、医師の気遣いを見て取っていたことが示されている。「撤退」という治療方針や患者に残された限りある時間、家族の思い、患者の「浮腫んだ」身体の知覚、そして医師の気遣い、それらが看護師の関心を患者に向かわせ、「やっぱりやりたい」こととしてケアを浮かび上がらせ、看護実践が促されていた。

【結論】救命救急センターの終末期にある患者への看護実践は、医師と共有された治療方針を地平にして方向づけられていた。そのような看護実践は、患者の状態や家族の意向、残された時間、患者の身体、協働する人々の気遣いによってそのあり方を変え、さらに、治療方針を変化させていた。治療方針と看護実践は、互いのあり方に組み込まれ、分かち難く関わり、看護師たちに最期までケアを続けさせていた。

一般演題（口演）

[O15] 一般演題（口演） 15

PICS・せん妄ケア②

座長：上澤 弘美（総合病院 土浦協同病院）

2023年7月2日(日) 10:50 ~ 11:45 第6会場 (2F 瑞雲)

[O15-1] 過去5年以内に集中治療室で治療を受けた経験のある市民の集中治療後症候群（post intensive care syndrome; PICS）に関連する自覚症状

○江尻 晴美¹, 緒形 明美¹, 牧瀬 英幹¹, 松田 輝¹, 野本 周嗣² (1.中部大学 生命健康科学部, 2.愛知学院大学 歯学部外科学講座)

[O15-2] ICU入室患者に対する不眠に繋がる夜間環境の検討

○鈴木 聖也, 伊藤 美香, 前田 有美佳, 田中 恵子 (済生会川口総合病院 ICU)

[O15-3] ICUにおける排便方法の実態に関する研究

○平田 規恭, 遠藤 美柚, 佐土根 岳, 惣田 隆之亮 (医療法人 手稲溪仁会病院 看護部)

[O15-4] ICUダイアリーを用いた看護支援プログラムの患者への効果

○中丸 真, 多田 由香里, 高橋 侑里, 佐々木 優佳 (独立行政法人国立病院機構東京医療センター)

[O15-5] 冠動脈集中治療室における退院支援に不足している集中治療室後症候群予防ケアの実態調査

○根本 舞, 笹井 香織, 田邊 由美子, 岩永 麻衣子 (自治医科大学附属病院 看護部)

(2023年7月2日(日) 10:50 ~ 11:45 第6会場)

[O15-1] 過去5年以内に集中治療室で治療を受けた経験のある市民の集中治療後症候群 (post intensive care syndrome; PICS) に関連する自覚症状

○江尻 晴美¹, 緒形 明美¹, 牧瀬 英幹¹, 松田 輝¹, 野本 周嗣² (1.中部大学 生命健康科学部, 2.愛知学院大学 歯学部外科学講座)

キーワード：集中治療、市民、PICS

【目的】重症患者の退院後の課題である、身体・認知機能低下や精神障害をもたらす集中治療後症候群 (post intensive care syndrome; PICS) は、集中治療室 (intensive care unit; ICU) 在室中から退院後数年にわたり症状が継続する。本研究は、集中治療を受けた経験を持つ市民の治療後に自覚している身体機能低下、認知機能低下と精神障害の現状を明らかにした。

【方法】過去5年以内に、ICUで3日以上入室して治療を受けた経験のある市民を対象とした。全国の無記名調査モニターとして登録されている一般市民を対象に、無作為に調査依頼をメールで行い、目標回収数に達するまで回答をインターネットで受け付けた。家族・知人による代理の入力も可とした。主な質問項目は、年齢、性別、集中治療を受けた主な疾患、ICU入室日数と、現在の身体機能・認知機能及び精神症状の自覚である。記述統計とカイ二乗検定による有意な関連を確認し、有意水準は5%とした。

【倫理的配慮】本研究は中部大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(20220069)。調査の委託業者は、一般財団法人日本情報経済社会推進協会認定のプライバシーマークの承認を取得しており、個人情報の取り扱いを適正に行う機関である。無記名の調査とし、参加の自由とデータの厳重な管理などについて入力前の画面で説明を行い、同意の入力を確認できた対象者に調査を行った。

【結果】200名より回答を得た。性別は、男性173名(86.5%)、女性25名(12.5%)、答えたくない2名(1%)で、平均年齢は51.9歳(±14.3)であった。ICU入室日数は、3日以上5日未満91名(45.5%)が最も多かった。主な入室理由は、順に循環器系疾患57名(28.5%)、脳血管疾患46名(23%)、外傷38名(19%)であった。集中治療後に現在、身体機能低下として歩行が遅くなった、体に力が入りにくいなどを自覚している対象者は93名(46.5%)、認知機能の低下として集中できない、ひどい物忘れを自覚している対象者は43名(21.5%)、精神的な不調として落ち込みがひどいなどを自覚している対象者は55名(27.5%)であった。身体機能低下・認知機能低下・精神症状の自覚について、現在あり群、退院後自覚したが現在なし群、自覚なし群の3群に分けた。各群と治療後年数(1年未満・一年以上3年未満・三年以上5年未満)と年代(10-30代、40・50代、60代以上)、ICU入室日数(3日以上5日未満、5日以上7日未満、7日以上)の関連を確認した。その結果、認知機能低下の自覚と精神症状の自覚は、年代と有意に関連があり、ともに60歳代に自覚なし群の割合が多かった。身体機能低下の自覚は、治療後年数と年代、ICU入室日数と関連は認められなかった。

【考察】過去5年以内に3日以上ICUで治療を受けた市民のうち、現在、身体機能低下を自覚している対象者は約47%、認知機能低下を自覚している対象者は約22%、精神症状を自覚している者は約28%であった。本結果から、対象者は現在、ICUでの治療後に何等かのPICSの症状を自覚していると考えられる。認知機能低下と精神症状は比較的若い年齢層が自覚しており、ICUでの治療後には、年代を問わずPICSの症状が継続する可能性や支援の情報提供が重要と考える。

【結論】過去5年以内に3日以上ICUで治療を受けた市民のうち、現在、身体機能低下を自覚している対象者は約47%、認知機能低下の自覚は22%、精神症状の自覚は28%であった。

(2023年7月2日(日) 10:50 ~ 11:45 第6会場)

[O15-2] ICU入室患者に対する不眠に繋がる夜間環境の検討

○鈴木 聖也, 伊藤 美香, 前田 有美佳, 田中 恵子 (済生会川口総合病院 ICU)

キーワード: 不眠、ICU、夜間環境、ICU物的環境

【目的】騒音・照明の環境調整が患者の睡眠状態に与える効果を明らかにする

【方法】質問紙調査による介入研究。A施設倫理委員会の承認を得た上で実施した。対象はA病院ICUに入室した術後1日目の患者。A群は環境調整前の介入群。A群へ7つの質問を実施。A群アンケート結果をスタッフ全員へ共有し音・光の環境調整を検討。B群では環境調整を行い、A群と同様のアンケートを実施。質問内容は①睡眠状態②不快感③騒音の程度④気になった騒音の種類⑤明るさ⑥明るさの種類と不快感⑦その他の不眠の要素で、4:良くあてはまる~0:全く当てはまらないの4段階で調査した。A群B群共に23時2時5時に音と光の計測した。【結果】A群50名とB群52名に調査を実施。平均年齢はA群68.7±11.5歳、B群69.9±11.2歳であった。それぞれの1日の平均の比較では、入室患者数A群11.2±1.6名、B群10.9±2.0名、消灯後の入院患者数は、A群0.4±0.7名、B群0.3±0.5名で統計学的有意差はなかった。ICUで発生する物理的な騒音の平均は、パソコン打鍵A群60.5db・B群53db、他患者の物音や声A群65db・B群54.4db、モニターアラームA群66.6db・B群55.7db、呼吸器アラームA群65db・B群62dbであり、B群で音の配慮が出来ていた。照度は時間毎に測定したが、平時0ルクス、緊急入院や患者対応のための点灯時は平均446ルクスであった。①睡眠状況は、A群平均2.42±0.9点、B群平均2.19±0.9点でB群の方が点数が低く眠れていない結果となったが、統計学的な有意差はなかった②不快感については、A群平均2.3±1.1点、B群平均1.85±1.0点でB群の方が不快を感じていなかった(p=0.032)③騒音の程度ではA群平均2.80±1.1点、B群平均2.1±0.9点でB群の方が不快を感じていなかった(p<0.001)④気になった騒音の種類では、介入前後で有意差がみられたのは、医療機器(p=0.028)パソコン打鍵(p=0.045)他患者の物音(p=0.019)他患者の声(p<0.001)であった⑤明るさでは、A群平均1.8±0.9点、B群平均1.5±0.7点で統計学的有意差はなかった⑥明るさの種類と不快感では、A群はモニター6名(12%)、廊下の光5名(10%)、の順に多く、B群ではモニター4名(7.7%)、廊下の光が1名(1.9%)であった⑦その他の不眠の要素では、A群では身体的苦痛29名(58%)、環境の変化18名(36%)、精神的苦痛11名(22%)の順に多く、B群では身体的苦痛32名(61.5%)、環境の変化12名(23.1%)、精神的苦痛8名(15.4%)であり、点数評価での有意差は無かった。騒音、照明、疼痛、体動困難による苦痛が多く聞かれた。【考察】年齢、性別は介入前後で有意差はなく、対象患者は同じ条件でデータ収集が行えたと考える。研究結果から身体的苦痛・精神的苦痛や環境変化を感じている事がわかり、すべての患者が入眠できる環境とはいえない。本研究での介入前後では、音と光の療養環境調整だけでは入眠に繋がる介入とは言えず、不眠は解消できなかったが不快感は軽減できた。これは、環境調整が出来た結果であると考え。B群では、スタッフと音と光の環境の実態を共有しており、看護師の意識変化に繋がった。その結果、騒音・光の減少に繋がったと考える。【結論】1.不眠と感ずることが必ずしも不快ではなかった2.音・光の環境改善で患者の不快を軽減できた3.看護師に音・光環境の実態を伝えたことは、看護師の意識変化や患者への配慮に繋がった4.不眠、不快の軽減には音・光の環境改善のみではなく、身体的・精神的苦痛に対する介入が必要となる。

(2023年7月2日(日) 10:50 ~ 11:45 第6会場)

[O15-3] ICUにおける排便方法の実態に関する研究

○平田 規恭, 遠藤 美柚, 佐土根 岳, 惣田 隆之亮 (医療法人 手稲溪仁会病院 看護部)

キーワード: ICU 排便、排泄ケア

【目的】近年、ICUにおける早期離床やADL拡大の重要性が示されている。しかし、ICU入室患者に対する日常生活援助方法の選択は、看護師の経験によって差が生じると報告されており(本田ら,2017)、ADL拡大には医療者の判断が影響する。また、一般病棟の患者を対象とした報告(長谷川,2010)では、入院後のADLの変更や制限はせん妄の促進因子になることが指摘されている。このことから、看護師による排便方法の選択は、患者の離床状況と関連し、せん妄発症に影響を及ぼすと考えられるが、ICU患者を対象とした排便の実態についての検討は不十分である。そこで、ICU看護師の排便方法選択に関する実態を調査し、排便方法の選択が患者に及ぼす影響につ

いて検討することを本研究の目的とした。

【方法】研究デザインは、診療録、及び調査用紙を用いた前向き観察研究である。調査期間は2022年7月15日～同年9月19日とし、対象患者は調査期間中にICUへ入室し排便を認めた18歳以上の患者のうち、排便時の意識レベル(JCS)が清明～1-3、もしくは鎮静レベル(RASS)が-2～+2の患者とし、人工肛門造設患者は除外した。患者情報として診療録から年齢、性別、ICU在室日数、APACHE II、入室経路、転機、離床の有無を収集した。また、看護師に質問紙を配布し、排便時の状況や排便方法の選択理由の記載を求めた。得られたデータを記述統計で概観し、患者情報、ICU経験年数、離床の有無を説明変数、排便方法を目的変数とし、排便方法の選択に影響する要因を検討した。また、排便方法を説明変数、患者情報を目的変数とし、排便方法が患者に及ぼす影響を検討した。群間比較では Mann-Whitney U test、Kruskal-Wallis testを行い、統計分析は EZRを用いて有意水準 $p < .05$ とした。本研究は研究対象施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】患者情報は対象患者26名、年齢71.5(66-78)歳、男性19名、ICU在室日数4(3-5)日、APACHE II 16.5(15-22)点、予定入室10名であった。患者の転機は自宅退院17人、転院8人、死亡1人、離床(立位以上)できている者は21名であった。総排便回数54回のうち、床上31回、ポータブルトイレ9回、トイレ14回であり、便意を訴えて排便したものが44回を占めた。質問に回答した看護師は、ICU経験年数1～3年24人、4～10年22人、10年以上8人であった。排便介助に要した人数は、2人以上が28回であった。看護師による排便方法の選択理由は、患者の訴えや希望43件、バイタルサイン36件、離床の状況23件、床上安静の指示がある11件であった。排便方法の選択に影響する要因の検討では、予定経路($p = .04$)、離床の有無($p = .02$)で有意差を認めたと、APACHE II、ICU経験年数では有意差を認めなかった。また、排便方法が患者に及ぼす影響の検討では、患者の転機、ICU在室日数で有意差は認めず、せん妄発症は症例数が少なく検討に至らなかった。

【考察】排便の半数で看護師2名以上による介助を要しており、複数人によって排便方法を選択することで、ICU経験年数による違いは認めなかったと考える。また、離床が進んでいる患者ほど、床上以外での排便が可能になっており、患者の身体状態や希望に合わせた排便方法の選択がされていたと推察する。しかし、排便方法が日常生活に近づくことによる患者への影響は見出すことができていないため、検討項目の再考や症例数の確保が課題と考える。

【結論】ICU看護師の排便方法の選択には、患者の入室経路、および離床の有無との関連を認め、排便方法の違いによって入院日数や患者の転帰などに違いは認めなかった。

(2023年7月2日(日) 10:50～11:45 第6会場)

[O15-4] ICUダイアリーを用いた看護支援プログラムの患者への効果

○中丸 真, 多田 由香里, 高橋 侑里, 佐々木 優佳 (独立行政法人国立病院機構東京医療センター)

キーワード: ICUダイアリー、記憶のゆがみ、PICS、うつ、PTSD

【目的】

ICU入室患者の多くは、幻覚や妄想、記憶の消失を体験し、ICU退室後にも事実と混乱した記憶として維持され、集中治療後症候群 (Post Intensive Care Syndrome ; PICS) の精神障害としてうつや PTSDなどを発症しやすい。このような精神障害に対する看護支援の一つにICUダイアリーを用いることがある。一方で、国内においてICUダイアリーを活用した報告例や具体的な運用方法、支援プログラムを評価した研究は少なく、ICUダイアリーの有用性については議論が尽きない。

今回我々は、当院ICUにおいて標準的な看護ケアの一環としてICUダイアリーを取り入れられるような看護支援プログラムを開発し、その効果を検討した。

【方法】

対象者はICU入室期間3日以上が想定される成人患者とした。ICUダイアリーは、ICU退室後に手渡した。ICUダイアリーの閲覧前(事前)、閲覧後(事後1回目)、退院前(事後2回目)にHospital Anxiety and Depression Scale (以下、HADS)、PTSD3項目簡易スクリーニング尺度による調査を行い、対象患者の不安・抑うつの程度およびPTSDの傾向を評価した。また、プログラムの満足度および期待との一致度について5段階評価(自由記載

を含む)を実施した。調査結果はICUダイアリーによる介入前後の尺度得点をWilcoxonの符号付順位和検定を用いて比較し、性別、年齢、在室日数などでサブグループ分析を行った。統計学的分析には統計解析ソフトSPSS(ver.26)を用い、有意水準 $p<0.05$ とした。自由記載はデータとしてコード化、カテゴリ化した。

なお、研究者が所属する施設の倫理委員会で承認を得た上で実施した(承認番号R21-041)。

【結果】

36名が研究参加に同意し、27名(男性17名、女性10名)から有効回答を得た(追跡率75%)。対象者のICU平均在室日数は7.5日であり、対象者年齢(平均値 \pm SD)は 70.2 ± 11.9 歳(男性 67.6 ± 11.8 歳、女性 74.5 ± 11.3 歳)であった。

ICUダイアリーによる介入前後における尺度の得点は、事前、事後1回目、事後2回目のいずれにも有意な差はなかった。

サブグループ分析では、女性群の事前うつ得点と事後2回目のうつ得点間で有意な得点減少があった($p=0.036$)。また、70歳未満群では、事前うつ得点と事後1回目のうつ得点間で有意な得点減少があった($p=0.016$)。ICU低在室日数群(7日以内)では、事前不安得点と事後2回目の不安得点間で有意な得点増加があった($p=0.032$)。ICU高在室日数群(8日以上)では、事前うつ得点と事後2回目のうつ得点間では有意な得点減少があった($p=0.049$)。

自由記載では12コード、4カテゴリ《安心感》《記憶欠落の気づき》《現実の認識》《今後の課題》が抽出された。

【考察】

ICUダイアリーは、記憶の欠落があることに患者自身が気づき、かつ現実を認識する道具となることに加え、ICUダイアリーを閲覧することで、[サポートの再認識]、[温かい言葉による喜び]、[家族との共有]といった患者自身の《安心感》につながる場合があった。《記憶欠落の気づき》と同時に《安心感》を得ることで、恐怖体験や曖昧な記憶の修正が促され、抑うつ症状を軽減する要因の一つになったと考える。一方で、ICUダイアリーの有用性は、性別や年齢、ICU在室日数によって異なり、特にICU在室日数が短い場合には、より不安を感じる場合があるため、対象患者の選定には注意が必要である。

【結論】

ICUダイアリーは抑うつ症状を軽減する要因の一つとなりえる。また、ICUダイアリー対象患者の選定については、性別や年齢、ICU在室日数も含めた検討が必要であり、閲覧時の配慮が重要であることが示唆された。

(2023年7月2日(日) 10:50 ~ 11:45 第6会場)

[O15-5] 冠動脈集中治療室における退院支援に不足している集中治療室後症候群予防ケアの実態調査

○根本 舞, 笹井 香織, 田邊 由美子, 岩永 麻衣子 (自治医科大学附属病院 看護部)

キーワード: PICS予防ケア、退院支援、退院後の生活、冠動脈集中治療室

【目的】 PICS予防は集中治療領域で実践できる退院支援に必要なケアである。A病院CCUは、退院支援としてのPICS予防ケアが不十分な可能性がある。今回、CCUにおける退院支援に不足しているPICS予防ケアの実態を明らかにする。

【方法】 A病院CCUの3年以上看護師を対象とし、PICS予防ケアであるABCDEFGHバンドルの実施状況、PICS予防と退院支援の関連性、CCUでの退院支援の実施状況を質問紙で調査した。回答は項目毎に単純集計し、自由記述は内容をコード化し、意味内容の共通性に基づきカテゴリ化した。倫理的配慮は、A病院臨床研究倫理審査委員会の承諾を得た。対象者には研究趣旨や参加の自由意志、個人情報保護などを文書で説明し同意を得た。

【結果】 回収率は92%であった。それぞれのABCDEFGHバンドルの実施について、実施できている・やや実施できていると回答した割合は、A:54%、B:51%、C:55.5%、D:100%、E:91%、F(家族を含めた対応):54%、F'(機能的回復):100%、G:84.5%、H:37.5%であった。D・E・F'・Gは、8割以上の看護師が実施

できていると回答し、その一方で、A・B・C・F・Hは約5割以下が実施できていない・あまり実施できていないと回答した。その理由として、A・B・Cは「医師との連携不足」「患者の病態が優先される」のカテゴリーが抽出され、Fは「新型コロナウイルス感染症による面会禁止」「患者ケアに対する家族の参画不足」、Hは「家族看護への関心・力量の差」「介入の優先度が低い」などのカテゴリーが抽出された。

PICS予防ケアと退院支援の紐づけを意識した看護ケアを実施しているかの質問では、59.5%が実施していない・あまり実施していないと回答し「退院後の生活を見据えていない」などのカテゴリーが抽出された。PICS予防ケアを意識した退院支援を行うことができているかは、81.5%が行えていない・あまり行えていないと回答し、「退院支援への意識・関心がない」が抽出された。自身の看護実践が退院支援に繋がっているかでは、「退院後の患者の状態が分からない」「退院支援やPICS予防効果の実感がない」が抽出された。PICS予防と退院支援の関係性を問う質問では、関係性があるカテゴリーが抽出された一方で、「退院支援とPICS予防は別である」「退院後よりも患者の病状が優先」が抽出された。

【考察】 A・B・Cは医師の治療方針に関係する側面が多く、看護の視点が反映されにくく、そのことが実施の低さに影響したと考えられる。F・Hでは、患者の病態が優先されてしまう現状下に加え、最近の新型コロナウイルス感染症による面会制限があり、家族との関わる機会を逸し、F・Hの実施の低さに影響したと考えられる。

当院CCUは、患者の在宅移行を直接目にするのがほとんどない。PICS予防を行っても、その効果を退院支援として実感できず、患者家族の退院後の生活までに意識が向かないことが考えられる。実際にPICSの問題は、集中治療部門を退室した後に明らかとなり、患者家族は直面する。PICS予防は、長期予後の生活の質を改善するためのケアである。PICS予防は、一般病棟との継続性をもちながら集中治療部門で行う退院支援のケアであることを再確認していく必要がある。

【結論】 CCUの退院支援に不足しているPICS予防ケアは、バンドルA・B・C・F・Hであった。また、退院支援の視点でPICS予防が実践されていない現状が明らかとなった。今後は退院後の生活まで見据えたPICS予防を実践していくために不足していたバンドルの実施が課題である。

一般演題（口演）

[O16] 一般演題（口演） 16

看護教育・キャリア支援

座長：田中 真琴（東京医科歯科大学大学院）

2023年7月2日(日) 10:40～11:25 第7会場(2F 蓬莱)

[O16-1] 特定行為看護師が病棟看護師に与える影響について

○土田 智子, 川谷 陽子, 高柳 佳弘（愛知医科大学病院 看護部 EICU）

[O16-2] クリティカルケア看護師のレジリエンスの概念分析

○高崎 亜沙奈（長崎県立大学 看護栄養学部 看護学科）

[O16-3] ICU看護師のICU経験年数と自己教育力の関連

○岩本 好加, 並木 友里絵, 植村 桜, 山根 正寛, 堀井 昭子, 更井 如代, 松谷 千尋, 大橋 慶子, 西嶋 正行, 柴田 直樹（大阪市立総合医療センター 看護部 ICU1）

[O16-4] COVID-19専門病棟から一般病棟への移行とともにいったHCU開設の実践報告

○小野 孝夫, 荻原 徹, 袖山 亜擁美, 飯田 奈美, 木下 佳子（日本鋼管病院）

(2023年7月2日(日) 10:40 ~ 11:25 第7会場)

[O16-1] 特定行為看護師が病棟看護師に与える影響について

○土田 智子, 川谷 陽子, 高柳 佳弘 (愛知医科大学病院 看護部 EICU)

キーワード：特定行為研修修了者、看護ケア、アセスメント、コミュニケーション

【目的】本研究の目的は、特定行為研修修了者（以下特定行為看護師）が病棟で特定行為実践をすることで病棟看護師にどのような影響を与えているかを明らかにする。

【方法】A病院の救急・重症集中領域病棟（以下病棟）に勤務する看護師へ特定行為看護師の活動についての独自に作成したアンケート調査表を用いて実施した。アンケートの質問内容は、回答者の属性、活動についての理解度、医師とのコミュニケーションへの影響、看護実践のアセスメントへの影響、看護ケアへの影響、前記以外での影響、特定行為実践することでよかったこと・よくなかったこととした。アフターコーディングの手法を用いて自由記載の内容をまとめてカテゴリーに分類し定量化した。アンケート調査に関しては個人が特定されない方法で実施した。参加は自由であることを明記し、アンケート回答をもって同意であることを提示して実施した。本研究はA病院看護部研究倫理審査会（簡2022-44）の承認を得た。

【結果】病棟に勤務する看護師59名中29名より回答を得た。看護師経験年数は、1年未満1名、2～5年目13名、6～10年目8名、11～15年目3名、15年目以上4名であった。活動の理解度は、知っている10名、メールや申し送りで知っているが詳しくはわからない18名、知らない1名であった。病棟看護師への影響としては、医師とのコミュニケーションでは「会話、相談が増えた」5件、看護実践のアセスメントでは「知識・学びが増えた」9件、看護ケアでは「ケアの向上につながった」6件、「呼吸器設定、気管内チューブ位置の確認に対する意識向上」2件、前記以外では「学習意欲の向上・変化」2件、特定行為実践することでよかったことでは「医師を待たずに処置ができた」16件であった。各質問で「特になし」が12～14件となった。

【考察】医師との「会話、相談が増えた」については、樋口ら（2020）によると特定行為看護師は特定行為実践が可能になったことで、医師への治療介入など提案ができるようになることと述べており、特定行為看護師は医師、看護師間の調整役になっているのではないかと考えられた。「知識・学びが増えた」については、樋口ら（2022）によると特定行為看護師は研修でアセスメントをしっかりと行った上で実践する必要性を学んでいると述べている。知識の共有やアセスメントについてディスカッションを行うことで影響を与えていると考えられる。特定行為研修修了看護師の組織的配置・活用ガイドには、「活用」のアクションリストとして看護師と協働するとある。「ケアの向上」については、ケアについて話し合い、実施することで看護ケアの向上につながり、特定行為看護師は看護師との協働に影響を与えているのではないかと考える。「医師を待たずに処置ができた」については、医師を待って依頼しなければならないことが多くある。そのような状況の時に特定行為看護師が手順書に沿って実践できているためタイムリーな介入ができているのではないかと考える。特定行為について理解度が低く、影響に対し「特になし」の回答も多かったため、今後の課題ではないかと考える。

【結論】本研究では、特定行為看護師が病棟看護師にどのような影響があるかを明らかにするために自由記載によるアンケートを行い、カテゴリー分類を定量化した。特定行為看護師は病棟看護師へ医師間との調整、学習意欲の向上、タイムリーな治療介入に影響を与えたことが示唆された。

(2023年7月2日(日) 10:40 ~ 11:25 第7会場)

[O16-2] クリティカルケア看護師のレジリエンスの概念分析

○高崎 亜沙奈 (長崎県立大学 看護栄養学部 看護学科)

キーワード：クリティカルケア、看護師、レジリエンス、概念分析

【目的】クリティカルケア看護師は、生命を脅かす問題に対して専門的な援助を行う（米国クリティカルケア看護協会）とされ、常に緊迫した状況に身を置き看護を実践している。近年、未曾有の大災害や新型コロナウイルス感染症による世界的なパンデミックは、クリティカルケア看護師のメンタルヘルスに大きな影響を及ぼしている。このような中でレジリエンスの概念が重要視されている。しかし、クリティカルケア看護師のレジリエンス

の概念の定義は明確ではない。そこで、本研究は、クリティカルケア看護師のレジリエンスの概念分析を行い、定義を明確化することを目的とした。

【方法】文献の収集は、CINAHL、PubMed、医中誌 Web版のデータベースを用いた。海外文献の検索キーワードは、「critical care」「emergency care」「nurse」「resilience」、国内文献の検索キーワードは、「クリティカルケア」「ICU」「救急」「看護師」「レジリエンス」として原著論文で抄録のある文献とし、総説や文献レビュー、会議録は除外とした。最終的に、海外文献30件、国内文献4件の34文献を分析対象とした。クリティカルケア看護師が置かれる状況は、医療の環境、対象となる患者の状況などから常に変化している。人々が相互作用する中で経時的に変化する社会的な文脈から概念が生成され、時間や状況を超えて発展していくと捉え、概念が持つ特性を明らかにする Rodgers and Knafel(2000)の概念分析アプローチを用いた。この手法を参考に文献ごとにコーディングシートを作成し、「属性」「先行要件」「帰結」について、該当する記述を抽出しコード化した。その後、データの意味の共通性と類似性に基づいてカテゴリー化した。最終的にその結果を踏まえて概念の定義を行った。倫理的配慮としてすべて公開後の文献を用いた。

【結果】クリティカルケア看護師のレジリエンスの属性は「個人の内なる強さの発揮」「思考の鍛錬と挑戦」「支援を求める」「意識の改革」「危機的状況への強靭な対処能力」、先行要件は「クリティカルケア領域の重症患者や家族への対応とプレッシャー」「日常的に起こる心理的疲弊と健康障害」「未曾有の危機的状況の体験」「人員不足による組織の脆弱」「個人の内なる強さと環境」「組織の強さ」「クリティカルケア看護師としての肯定的な価値」、帰結として「メンタルヘルスの安寧」「自身の存在意義の確立」「強い組織の構築」「安心・安全なケアの提供」が導かれた。

【考察】クリティカルケア看護師のレジリエンスの定義は、重症患者への対応やプレッシャー、日常的に起こるトラウマ的な出来事や未曾有の危機的状況に直面したとき、個人の内なる強さを発動させ、思考の鍛錬と挑戦を行い、支援の活用と意識の改革を経て、危機的状況への強靭な対処能力を発揮することである。それにより、メンタルヘルスの安寧や自身の存在意義が確立され、さらに強い組織の構築やよりよいケアの提供に繋がるプロセスである。そのプロセスには、組織の力やクリティカルケア看護師としての成功体験ややりがいなど、クリティカルケア看護師としての肯定的な価値を高めることが基盤として必要である。このプロセスを、今後のクリティカルケア看護師のメンタルヘルスの維持・増進を目指した支援へ適用することができると推測される。

【結論】本研究におけるクリティカルケア看護師のレジリエンスの定義は、今後のクリティカルケア看護師のメンタルヘルスの維持・増進を目指した支援への基礎資料に適用することができると示唆された。

(2023年7月2日(日) 10:40 ~ 11:25 第7会場)

[O16-3] ICU看護師の ICU経験年数と自己教育力の関連

○岩本 好加, 並木 友里絵, 植村 桜, 山根 正寛, 堀井 昭子, 更井 如代, 松谷 千尋, 大橋 慶子, 西嶋 正行, 柴田 直樹 (大阪市立総合医療センター 看護部 ICU1)

キーワード: ICU、ICU経験年数、自己教育力

【目的】A病院 ICUは COVID-19による運用変更や異動の影響により、平均 ICU経験年数が2.2年と減少し、知識不足によるインシデントが増加している。ICUの看護実践能力を向上する教育を検討するため、ICU経験年数と自己教育力の関連について検証した。

【方法】2022年9月 A病院 ICU看護師45名を対象に、梶田¹が作成し西村らが改編した自己教育力尺度40項目²（「はい」2点「いいえ」1点の2件法で40~80点で得点が高いほど自己教育力が高い）を使用した質問紙調査を実施した。調査内容は、性別、年齢、現病院での経験年数、職務経験年数、ICU経験年数、最終学歴、職位、取得免許、役職、婚姻状況、キャリアラダーを調査し、自己教育力尺度との関連について SPSS ver.5.0を使用し、T検定、マン・ホイットニーの U検定、 χ^2 検定により分析した。本研究は所属施設の臨床研究倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】分析対象は40名（回収率88.9%）、自己教育力尺度の平均は62.0±4.6点であった。基本属性と自己教育力尺度の関連は有意差を認めなかった。ICU経験年数で自己教育力尺度を項目別に比較した結果、5年未満(A群

23名)と5年以上 (B群17名)の2群の比較では、「自分のことを恥ずかしいと思うことがある(逆転項目)」の「はい」の回答数がA群12名39%、B群9名70%(p値0.049)と有意にB群の点数が高かった。3年未満(C群17名)、3年以上(D群23名)の2群の比較では、「自分のやることに自信を持っている」の「はい」の回答数はC群4名24%、D群14名61%(p値0.019)と有意にD群の点数が高かった。1年未満(E群3名)、1年以上(F群37名)の2群の比較では、「これから専門的な資格や学位などを取りたい」の「はい」の回答数はE群3名100%、F群10名27%(p値0.029)と有意にE群の点数が高かった。

【考察】本研究対象の自己教育力尺度は 62.0 ± 4.6 点であり、臨床看護師の自己教育力尺度の平均 62.9 ± 3 点と同様であった。ICU経験年数が5年未満の看護師では看護実践への羞恥心や自信がない点が示された。過去3年間COVID-19の影響により教育体制も変化し、研修期間の短縮や業務優先の体制が影響している可能性がある。看護実践の基盤となる知識や根拠の不足が要因と考えられるため、系統的に知識を獲得できるOff-JTを整備し、事例検討やシミュレーション教育を取り入れ、根拠と実践を結び付ける教育が有用である。ICU経験1年未満の看護師の強みとして、専門的な資格や学位を取得したいという意欲が高い傾向があるため、ICU領域の専門的な資格に関する情報提供を積極的に行い、資格取得に向けた学習支援を実施することで、自己教育力を高める方策となる。ICU経験1年以上の看護師については、資格取得などの動機付けが減少するため、モチベーションを維持できる役割を付与すること、自立的に学習目標を設定し取り組めるよう、働き甲斐のある職場を整備することが重要である。

【結論】ICU看護師のICU経験年数と自己教育力に関連は認めなかったが、自己教育力の項目別の分布から、ICU経験10年未満の看護師では、知識基盤を確立するOff-JTや根拠と実践を結び付ける事例検討等が有用である。ICU経験10年以上の看護師では、モチベーションやワークエンゲージメントを向上する取り組みが重要である。

1)梶田亰一:自己教育への教育. 明治図書,東京, 36-52, 1985

2)西村千代子・奥野茂代・小林洋子ほか:看護婦の自己教育力-自己教育力測定尺度の検討-. 日本赤十字

(2023年7月2日(日) 10:40 ~ 11:25 第7会場)

[O16-4] COVID-19専門病棟から一般病棟への移行とともにいったHCU開設の実践報告

○小野 孝夫, 荻原 徹, 袖山 亜擁美, 飯田 奈美, 木下 佳子 (日本鋼管病院)

キーワード: HCU、課題、教育

【目的】

COVID-19病棟から一般病床への移行とともにいったHCU開設の過程と課題を報告する。なお本事例を報告するにあたり施設長の了承を得た。

【事例概要】

本事例の病院は地域包括ケア病棟48床を含む全395床の急性期病院である。年間約2000台の救急車受け入れと約4000件の手術を行っているが重症患者を専門的に管理する病棟はなく、一般病棟でショック患者や生命維持装置装着患者、高侵襲の術後患者等をケアしている状況であった。その結果、重症患者に対して必要なケアを適時に実施することが困難となり、患者の重症化の進行や入院期間の延長が示唆される事例が複数例あった。そこでCOVID-19病棟から一般病棟へ移行する時期に病棟の多床室を活用して、HCU設立の運びとなった。

【結果】

看護部長から病院の経営層にHCUの必要性を話し、合意を得た。HCU設立に関わる医師・看護師・医療技術部・薬剤師・事務など多職種でHCU委員会を開催した。その中で、HCUの目的・入退室基準・環境や設備・必要備品・ゾーニングなどの検討を行った。またHCU設立及び病棟再編成について看護スタッフの理解を得る目的や、HCU勤務者を募る目的で看護部長より関連部署へ説明会を行った。そして複数病棟からICU経験者や重症患者看護経験のある看護師を編成した。その結果、COVID-19専門病棟をHCU4床、COVID-19病床10床、一般病

床35床の3つの機能を備えた1つの病棟へ移行した。

HCU委員会は20XX年11月に開始し、その後約4ヶ月で開床でき、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度を満たす院内の内科系人工呼吸器装着患者が入室し、ほぼ75%の稼働率で運用できた。看護スタッフは、一般病床及び COVID-19病床担当15名、HCU担当看護師7名を固定し編成した。7名のうち ICUや HCU経験のある看護師は4名で、その他の看護師は未経験だが HCUの希望がある看護師であった。未経験者の教育として経験者と未経験者がペアで看護を行っている。また看護マニュアルや評価内容の作成も検討している。患者対看護師比4対1を維持したがその他要件が HCU施設基準を満たせなかった。

【考察】

急性期病院では COVID-19専門から通常診療への転換が必要な時期に来ている。本事例では、COVID-19病棟として機能していた病棟から一般診療を担う病棟に移行させる時期で、病院の問題点の「急性期病院でありながら集中治療を行う場所も医師も無い中で、全身管理を看護師が行わなければならなかった現状」に介入した事例である。そして重症患者と集中ケア経験看護師を HCUに集めることで、集中的な治療・ケアを行えるようになった。

課題としては集中治療を行う場所が無かった病院であり、HCUを含めた複数の機能を備えた1病棟内で集中ケア経験者が4名であることから、今後はスタッフのアセスメントや実践能力等の教育が必要である。また集中治療を専門とした診療科が無い状況下で集中的な治療や看護を行うためには、多職種や複数の診療科がコミュニケーションスキルを用いて相談を行い、患者の最適なアウトカムを達成するための目標設定や行動について検討・調整していくことが必要である。さらに今まで一般病棟で重症患者を看ていた看護師のスキルを向上させていくためには、看護管理者や教育役割を担う看護スタッフと共に院内の各看護委員会とも協力し学習会等の機会を設け、それらの知識を振り返り看護を洗練させていくことが必要であると考えられる。

【結論】

COVID-19病棟から一般病棟への移行の時期に病院の問題点を見直し、HCUを開設することは重症患者を管理するうえで有益であった。今後は HCU及び全病棟の看護師がクリティカルケアに必要な知識やスキルを習得できるように関係者への働きかけや知識の洗練が求められる。

一般演題（口演）

[O17] 一般演題（口演） 17

チーム医療・多職種連携③

座長：富岡 小百合（大阪府立中河内救命救急センター）

2023年7月2日(日) 13:10～14:05 第8会場(4F 研修室)

[O17-1] アンケートによる PICU退室後訪問の実施方法と効果に対する病棟看護師の意見調査

○田原 義之¹, 藤本 昌吾¹, 稲田 雄² (1.大阪母子医療センター 看護部ICU病棟, 2.大阪母子医療センター 集中治療科)

[O17-2] 多職種による呼吸 ECMOシミュレーション教育の実際とその評価

○瀧 洋子¹, 鹿山 直之¹, 水村 学¹, 守屋 まりこ², 本間 透修³, 吉崎 輝³, 大竹 成明² (1.東京医科大学八王子医療センター 看護部救命ICU, 2.東京医科大学八王子医療センター 救命科, 3.東京医科大学八王子医療センター 臨床工学部)

[O17-3] 末期心不全患者の ICUから患者の希望を叶える在宅支援 ～ ACPを元にした病院-在宅連携～

○井上 和代（高知赤十字病院 看護部）

[O17-4] NtoNの遠隔医療における相談内容の分析

○清水 克彦¹, 尾崎 志穂¹, 森口 真吾¹, 鴻池 善彦² (1.株式会社 Vitaars メディカルサポート部, 2.株式会社 Vitaars 国際事業部)

[O17-5] 特定行為研修修了者を中心とした PICCチーム活動の効果 —医療者による評価—

○高神 慎太郎¹, 飯塚 裕美² (1.亀田総合病院 看護部, 2.亀田総合病院 高度臨床専門職センター)

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:05 第8会場)

[O17-1] アンケートによる PICU退室後訪問の実施方法と効果に対する病棟 看護師の意見調査

○田原 義之¹, 藤本 昌吾¹, 稲田 雄² (1.大阪母子医療センター 看護部ICU病棟, 2.大阪母子医療センター 集中治療科)

キーワード：退室後訪問、PICU、看護師

[目的] 集中治療室（ICU）の再入室は病院滞在日数を増やし、病院死亡率の独立したリスク因子である。そのため、ICU入室から退室までの継続した支援を行うことが望ましい。しかし、ICUの再入室に関する危険因子、PICSに対する看護やICU退室後のフォローアップに関する研究は国外には複数存在するが、国内では十分に検討がなされておらず、小児領域に限定するとほとんどないのが現状である。今回、退室後訪問を開始し、2年が経過し、実施方法について更なる検討を考慮するため、PICU退室後訪問の対象病棟の看護師にアンケートを行い、退室後訪問へのニーズを明らかにする。[方法] 本研究は、A病院の倫理委員会の承認を受けている。特定の企業などからの支援を受けておらず、利益相反は存在しない。2023年1月に退室後訪問対象の病棟配属の全看護師 201名を対象として Google フォームを用いたアンケート調査を行った。[結果] アンケート調査対象者201名のうち、回答が得られたのは55件（有効回答率27%）であった。退室後訪問の運用方法についての項目で、「実施者」「実施人数」「実施対象者」に関しては「適切である」の回答者が多かった。しかし、「実施日」に関して「どちらでもない」の回答者が多く、意見で多く挙げた「訪問者にあつたことがない」「具体的に何を観察しているかわからない」と同じ意見が「実施者」「実施人数」「実施対象者」の設問でも多く挙げていた。退室後訪問に伴う効果の項目では「どちらともいえない」「あまりそう思わない」の回答者が多かった。内容としては、「訪問スタッフと情報共有をしたことがない」「関連性が分からない」「退室後訪問の内容を知らない」などの意見が多かった。[考察] アンケート結果から病棟看護師とPICU看護師のコミュニケーションがとれていないため、病棟看護師は退室後訪問の効果を実感できておらず、退室後訪問への関心が低いことが明らかになった。PICU看護師は病棟看護師とコミュニケーションを取っていないことから、これらの能力が不足している、もしくは十分に発揮できていないと思われる。その理由としては、①これまで病棟ラウンドを行った経験がないこと、②訪問したスタッフが必要と判断した場合に限り、病棟看護師へ声をかけるとルール化していること、③若手の看護師がベテランの看護師に声をかけにくいことが考えられる。クリティカルケア看護領域での成熟度を考慮すると、退室後訪問の実施者はリーダー経験者や一定の経験年数以下の看護師が担当の場合は慣れるまでは先輩看護師と一緒に訪問する、集中治療科医師と訪問しアセスメント能力を高めるなどの方法を検討する必要がある。また、退室後訪問のスタッフ教育という点においては、当院では資料を配布して退室後訪問についてPICU看護師への教育を行っている。しかし、資料配布単独の教育効果は乏しいと考えられ、講義形式によるクリティカルケア看護の教育を行ったり、病棟看護師への教育も含めて病院全体の研修として取り入れたりするなど、より効果的な教育方法を検討していく必要がある。さらに、訪問時に病棟看護師とディスカッションする時間を設ける、訪問時にリーダー看護師と一緒に対象患者のラウンドを行うなど、看護師が主体的に参加し情報共有ができる方法を検討する必要がある。

[結論] 退室後訪問に対する関心の低さが明らかとなった。効果的な退室後訪問を行うためには退室後訪問実施者の検討、PICU看護師や病棟看護師への教育方法の検討、退室後訪問実施時に病棟看護師と情報共有ができるような実施方法の検討が必要である。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:05 第8会場)

[O17-2] 多職種による呼吸 ECMOシミュレーション教育の実際とその評価

○瀧 洋子¹, 鹿山 直之¹, 水村 学¹, 守屋 まりこ², 本間 透修³, 吉崎 輝³, 大竹 成明² (1.東京医科大学八王子医療センター 看護部救命ICU, 2.東京医科大学八王子医療センター 救命科, 3.東京医科大学八王子医療センター 臨床工学部)

キーワード：ECMO、シミュレーション教育、多職種連携、チーム医療

【背景】 Extracorporeal membrane oxygenation（体外式膜型人工肺、以下 ECMO）管理では、マニュアル整備や関連する職種への教育システムの構築が、医療の質担保の鍵となる。医療者教育では、知識・技術・態度の統合を目的としてシミュレーションの手法が採用されることが多い。呼吸 ECMO のトラブルは生命に直結するため、多職種でトラブルシューティングに関するシミュレーションを行うことは、有事のチームビルディングを円滑にする可能性がある。本研究の目的は、多職種による呼吸 ECMO トラブルシューティングに関するシミュレーション教育の内容とその評価をすることである。

【実践方法】 ECMO 管理に携わった経験があるクリニカルラダーレベル2以上の看護師を対象とした。ファシリテーターは厚生労働省 ECMO ネットの講習に参加した看護師・医師とし、臨床工学技士にサポートしてもらう形とした。シミュレーションの準備として、事前課題を提示することで参加スタッフのレディネスを整えることでシミュレーション学習の効率や質が向上することを期待し、参加予定看護師に対してナースングスキルの ECMO に関連する項目や厚生労働省 ECMO ネットの学習資料を事前学習とした。また、事例は、脱血不良・送血不良時の対応、ECMO 回路逸脱時（事故抜去）の対応、ECMO 機器本体故障（ハンドクランクへの切り替え）の対応について設定した。事例内容を多職種で内容を吟味することでよりリアリティのあるシミュレーションになるように工夫した。またファシリテーターの医師、看護師、臨床工学技士で作成したシナリオで事前にシミュレーションを実施し、当施設での実臨床との乖離が大きすぎないか、シミュレーションの学習目標が到達できるかを綿密に確認した。実際のシミュレーションでは、目標・目的の共有やシミュレーションのルールを参加者とファシリテーターで確認することでスムーズな実施に努めた。

【倫理的配慮】

所属施設長に発表に関して承諾を得た。個人が特定されないよう配慮し、参加者には口頭で同意を得た。

【結果】 各回1時間半で全2回実施した。看護師参加内訳は3～5年目7名、5～10年目1名、10年目～11名で、過去の ECMO に関する院内外勉強会参加経験があるのは7名であった。終了後、看護師に対し満足度調査を実施したところ、臨床への活用のしやすさ、満足度に関して、90%が大変満足したと回答した。自由記載欄では多職種でシミュレーションをする意義や、事例のリアリティさ、定期的な実施の必要性に関するコメントがあり、呼吸 ECMO シミュレーション教育に対するニーズが高いことが示された。シミュレーションの振り返りでは当施設での ECMO 管理に関する課題も抽出・共有することができた。

【考察】 医療の質の担保には、ドナベディアンモデルの構造部分に対する介入となる教育が非常に重要である。そのため、まずは本シミュレーション教育を継続的に行い、全スタッフの参加による質の担保が今後の課題であると考えられる。そして、ECMO トラブル時の異常覚知から対処までの時間短縮や、インシデント・アクシデント件数、スタッフの行動変容など多角的視点でのシミュレーション教育効果判定が望ましいと考える。

【結論】 多職種による呼吸 ECMO シミュレーションの実際とその評価に関して報告した。今後も継続的な実施と教育効果判定を行いながら内容のブラッシュアップをしていく必要があると考える。

(2023年7月2日(日) 13:10～14:05 第8会場)

[O17-3] 末期心不全患者の ICU から患者の希望を叶える在宅支援

～ ACP を元にした病院-在宅連携～

○井上 和代（高知赤十字病院 看護部）

キーワード：末期心不全、ACP、在宅

【目的】 高知県は全国高齢化率第2位であり、A病院においても高齢の重症患者の救急搬送が多い。鎮静管理下や挿管など本人の意思が確認できない状況や、意識障害などで人生の最終段階における意思確認ができず方針決定に難渋する現状がある。今回、アドバンスケアプランニング（以下 ACP とする）、意思決定支援、在宅医療チームとのカンファレンスを通して、StageD の末期心不全患者を在宅療養に導いた事例を経験した。本事例を振り返ることで、今後のクリティカル領域における意思決定支援の示唆を得ることを目的とする。

【方法】 A病院 ICUで心不全治療を受けた M氏について20XX年の約半年間の経過と介入を振り返り考察する。発表に際しては、本人の了承を得たうえで A病院倫理委員会の承認を得た。

【結果】 B氏、60歳代男性。慢性心不全 StageD。12年前不安定狭心症にて入院。大動脈弁置換と冠動脈バイパス術施行。その後、6回の慢性心不全の急性増悪を繰り返している。今回、7回目の増悪、心房粗動契機の循環不全で EF20%程度であり、ICU入室した。DC施行と IABP管理などの急性期治療を行い、何とか状況を乗り切った。病棟退室したが、退室10日目に感染を契機に再増悪し、ICUに再入室した。再入室2日目のICに同席、家族の意向を確認するとともに、県の「人生会議パンフレット」を手渡した。状態が落ち着き、再度病棟退室。退室2週間後に、病室で B氏と家族に Bad News含めた ICと ACPを行った。B氏は、酸素なしで自分の SpO₂ がどの程度かを確認、家で使える酸素ボンベはあるかを確認した。その後「家に帰りたい」という意向を表明された。B氏は自営業の社長をしており、仕事が生きがいであった。B氏の「家に帰りたい」という意向を尊重し、A病院医療スタッフ、訪問診療医、訪問看護ステーション看護師などで、退院前カンファレンスを行った。カンファレンスでは、心不全悪化徴候として下肢浮腫より体幹浮腫がみられるため、腹囲・体重の目安を情報共有、本人の支えをなくさないよう、過活動に注意し自宅生活に慣れることから始め、仕事の調整をすることとした。退院半年経過した現在、「家族団らん」が一番大切と話され、生き生きとした表情で外来通院している。

【考察】 心不全は増悪・緩解の経過を繰り返す慢性の進行疾患であり、StageDでは心不全が難治化した状態となる。急性増悪時には ICU急性期治療が実施されるが、侵襲的治療を含む原疾患の治療は、苦痛緩和の選択肢の意味ももつ。ICUでの治療経過をみながら、段階的に ACPを導入することは、本人の希望を叶えた質の高い人生につながると考える。今回、B氏自身が自分の身体状況を自覚すること、残りの人生をどのように生きたいのか ACPで確認すること、本人・家族・医療者と一緒に話し合い、病状に合わせた活動度・生活強度を情報共有すること、本人の支えをなくさないよう支援することが患者の希望を叶えることにつながった。

【結論】 末期心不全は、予後に関する見通しが難しく揺れる経過がある。医療者も心不全の揺れる経過を共有しつつ、ACPを元にその都度意思決定を支えることが重要である。ACPを中心にした支援は、病院で完結するものではなく、地域との心不全連携のなかで循環していくものとする。また、急性期における ACPは、本人の価値観を引き出しつつ生命維持治療に関する意向を話し合う狭義の ACPとなることが多い。外来通院中など病状が安定したときから、将来の医療ケアに関する話し合いを行う、広義の ACPの普及が喫緊の課題と考える。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:05 第8会場)

[O17-4] NtoNの遠隔医療における相談内容の分析

○清水 克彦¹, 尾寄 志穂¹, 森口 真吾¹, 鴻池 善彦² (1.株式会社 Vitaars メディカルサポート部, 2.株式会社 Vitaars 国際事業部)

キーワード：遠隔相談、NtoN、集中ケア認定看護師、ICU、一般病棟

【目的】

当社が提供する遠隔相談システムは、主に二次救急病院などの ICU/HCUや一般病棟に導入され、重症患者の管理や看護ケアについて現場の看護師から遠隔にいる集中ケア認定看護師が24時間体制で NtoNの相談対応を行っている。

近年医療は細分化が進み、看護師も専門領域の知識を求められているが、各専門的知識を持った認定看護師などはまだまだ多くない。そのため認定看護師のいない病院では遠隔相談システムを活用して認定看護師に相談することで、看護ケアの質および知識の向上に繋がると考えている。

今回は看護師から受けた遠隔相談の内容を分析し、遠隔医療における NtoNの効果や課題そして今後の可能性について検討したので報告する。

【方法】

契約時に当社が知り得た情報は研究目的で使用の際、匿名化、抽象化することで利用の許可を得ている。収集期間は2021年4月から2022年3月とした。契約病院からリアクティブ及びスケジュールで相談を受けた件数と内容を「特定集中治療室管理料を算定している集中治療部門で勤務する認定看護師、専門看護師、特定行為研修

修了者の活動に関する調査」で分けられている「相談」カテゴリーに当てはめて分類した。

【結果】

対象病院は ICU/HCU5病院、一般病棟8病院であった。

総相談件数260件。相談内容は9つのカテゴリーに分類された。①呼吸に関連した相談74件、その内、挿管中の排痰援助等の人工呼吸器に関する相談24件、NPPV管理中の鎮静やリーク等のNPPVに関する相談11件。②重症患者の病態アセスメントに関する相談63件、③浮腫やリハビリ等の患者のケアに関する相談36件。④疼痛・せん妄・不穏・不眠に関する相談25件、⑤感染管理に関する相談8件、⑥患者・家族への倫理調整に関する相談3件、⑦医療安全10件、⑧急変対応など救急に関する相談9件、⑨その他32件（退院支援・薬剤等）に分類できた。

【考察】

相談内容には人工呼吸器関連の相談や重症患者の病態アセスメントなど専門的な知識を必要とする相談が約5割あった。①呼吸器関連の相談が最多であったのは、24時間患者の元で療養上の世話をしている看護師にとって、死に直結する重症患者の呼吸器関連の機器や患者管理に関する不安が相談に繋がっていると考えられる。また②のアセスメントについては、看護師が患者の病態変化に対応した事象の振り返りに相談されていた。看護師が対応時に考えた病態アセスメントが正しく行えていたか意見を聞き、行なったアセスメントの妥当性を評価する機会になっていたと考える。さらに③のケアに対する相談とは、病棟にいる重症患者に合った具体的なケアの方法についての相談であり、認定看護師が実践しているエビデンスの高いケアを紹介してもらいながら、相談看護師の施設で提供できるケアと一緒に考える機会に繋がっていた。

認定看護師が不在の病院にとって NtoNの遠隔相談は、エビデンスに基づく助言によりケアの向上や現場の教育に繋がり、医療や看護の質の標準化に繋がる可能性があると思われる。一方で相談を受けた症例の多くは、その後の病態経過の追跡ができていない。また、相談後に看護師のアセスメントがどのように変化したかなどの評価は行えていないという課題がある。

【結論】

NtoNの遠隔相談は、人工呼吸器関連の相談や重症患者の病態アセスメントなど専門的な知識を必要とする相談が過半数を占めていた。今後は相談後の症例のフォロー体制を整えること、そして看護師のアセスメントの変化を確認する方法などを検討し、遠隔相談が医療や看護の質向上にどのように貢献しているのかを明らかにする。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 14:05 第8会場)

[O17-5] 特定行為研修修了者を中心とした PICCチーム活動の効果

一医療者による評価一

○高神 慎太郎¹, 飯塚 裕美² (1.亀田総合病院 看護部, 2.亀田総合病院 高度臨床専門職センター)

キーワード：PICC、特定行為研修修了者、特定行為

【目的】 2020年10月に末梢挿入型中心静脈カテーテル（Peripherally Inserted Central Venous Catheter以下：PICC）挿入の特定行為研修修了者を中心とした PICCチームを発足した。PICCチームの活動は、PICC挿入から病棟ラウンド、院内教育と PICC管理までを実施している。PICCチーム導入前年間50件であった PICC挿入依頼件数は、PICCチーム導入後年間580件以上となった。PICCチームの活動が2年を経過した時点で、その効果を医療者へ調査して評価した。

【方法】 調査対象：A病院に在籍している医師、看護師、調査方法：自記式無記名式質問調査法（Formsアンケートを Ofiice365で配信）、調査期間：2022年11月、調査内容：① PICC挿入患者の診療・看護経験の有無、② 診療の質、看護の質向上、③患者の満足度、QOLの向上、④ PICC挿入依頼希望の有無、PICC依頼に関する要望、⑥看護師の業務負担、⑦ PICCに対する理解の向上。倫理的な配慮：臨床研究倫理審査の承認を得た。アンケートの質問に回答をもって同意とみなし、個人を特定できない匿名化を行った。

【結果】 回答率は、医師7.4%（34名）、看護師48.7%（334名）であった。PICC挿入患者の診療をした医師は98%、看護をした看護師は97%であった。適切な患者への PICC挿入により診療の質が向上した感じる医師が

98%、看護の質が向上したと感じる看護師が86%であった。PICCを挿入することで、患者の満足度、QOLが向上すると感じる医師が98%、看護師が89%であった。PICCチームの活動によりPICCに対する理解が深まると感じる看護師が84%であった。自由記載では、PICCチームの迅速な対応への感謝の記載が多数あった。

【考察】PICCチームの活動に対して、診療の向上、看護の向上につながったと感じる医療者が多く、さらに医療者から見て、PICC挿入により患者の満足度、QOL向上につながっていると受け止められていることから、PICCチームの活動に対して高い評価が得られたと考えられる。これらの評価は、PICCチームメンバーの1人100件以上の挿入実績、PICC依頼フォームを工夫によるタイムリーな挿入の実現、挿入依頼から管理までの業務の効率化、PICC管理の動画配信、PICC管理マニュアルの配布、コンサルテーションによるトラブル対応など、PICCチームによる医療者への活動支援の効果と考えられる。得られた回答率の低さは、PICC挿入依頼やPICC挿入患者の診療や看護をしていない医療者も対象としているためと考えられる。

【結論】回答率が低いが、PICCチームの活動に関する医療者の調査から、PICCチームへの満足度は高いことが明らかとなった。今後は、患者への満足度調査を行い、患者へ専門性の高い看護を実践していくために継続的な改善、院内教育に努めていきたい。

一般演題（示説）

[P1] 一般演題（示説） 1

優秀演題

座長：中田 諭（聖路加国際大学大学院 看護学研究科）、杉山 文乃（国立看護大学校）、審査員：久間 朝子（福岡大学病院）、西村 祐枝（岡山市立市民病院）

2023年7月1日(土) 14:10～15:10 ポスター会場／企業展示 (1F 展示ホール)

[P1-1] 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倫理的実践

○谷水 名美¹, 林 優子², 赤澤 千春³, 橋本 彩花¹, 小林 寛子¹ (1.関西医科大学 看護学部, 2.前関西医科大学 看護学部, 3.大阪医科薬科大学 看護学部)

[P1-2] クリティカルケア領域の実習担当者を対象とした「学生指導シミュレーション演習」における実習指導者の体験

○奥野 信行, 萬代 彩子, 時岡 辰汰郎, 深尾 沙紀, マルティネス 真喜子 (京都橘大学 看護学部)

[P1-3] 当院集中治療室における継続教育担当者による教育支援

○長屋 佳奈子, 河合 佑亮 (藤田医科大学病院 A-ICU)

[P1-4] MDRPU予防について

～プロトコル作成・改訂による NPPVのマスクローテーション実施の効果と課題～

○天願 さやか (社会医療法人 敬愛会 中頭病院 HCU)

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:10 ポスター会場／企業展示)

[P1-1] 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倫理的実践

○谷水 名美¹, 林 優子², 赤澤 千春³, 橋本 彩花¹, 小林 寛子¹ (1.関西医科大学 看護学部, 2.前関西医科大学 看護学部, 3.大阪医科薬科大学 看護学部)

キーワード：倫理的実践、クリティカルケア領域、専門看護師（CNS）

【目的】

急性・重症患者看護専門看護師がクリティカルケア領域における倫理的実践において、どのように考えたり行ったりしているかを明らかにすることである。

【方法】

研究参加者は急性・重症患者看護専門看護師である。データ収集は参加者の許可を得た上で、グループインタビューの内容をICレコーダーに録音した。インタビューの実施は1回のみで90分間であった。インタビューから得られた質的データを逐語録にし、質的統合法（KJ法）を用いてデータ分析を行った。

なお、本研究は所属機関の倫理委員会の倫理審査の承認を得た上で、研究の趣旨及び参加の任意性、個人情報の保護等について口頭と文書で説明し、同意書への署名による同意を得てから、グループインタビューを実施した。

【結果】

急性・重症患者看護専門看護師4名は、40～50代の女性であった。看護師経験年数は17～33年、CCNS経験年数は8～12年、経験した所属部署は集中治療室や救命救急センター、外科系病棟などであった。グループインタビュー時、施設内での職位は全員が管理職であった。倫理的実践の実態についての全体分析の結果、元ラベルは60枚であり、意味の類似性によるグループ編成を段階的に5段階目まで行い、最終的に5枚の表札に統合された。その後、ラベルどうしの関係性を視覚的に構造化する空間配置を行い、見取り図を作成した。急性・重症患者看護専門看護師は、「倫理的実践の源は看護師の倫理原則の知識と責任による現実への踏み込み」にあるとしていた。看護師への働きかけとして、1つ目は「看護師の倫理的問題の見極め力への働きかけで、違和感を抱いた出来事の共有・確認によるフィードバック」、2つ目は「看護師の倫理的問題の予測力への働きかけで、問題拡大一歩手前でのSOS発信の期待」を行っていた。これら両者への働きかけをした上で「専門看護師自身の倫理的判断の見極め力の確保として、クリティカルケア状況下でも時間をかけて多くの患者情報の取得」を重要視していた。そして、倫理的実践をすべく、先述した「倫理的実践の源」としての「看護師の倫理原則の知識と責任感による現実への踏み込み」を行っている。しかし、職場全体としては「職場の倫理的風土の現実への働きかけとして、風土の未発達からの脱却の必要性の理解と取り組みの創出」の必要性を感じていたことが明らかになった。

【考察】

専門看護師は、チーム医療においてリーダーシップ的立場をとりながら、その役割を果たしている。看護師が遭遇する倫理的問題に対して、倫理的感受性を高めることで倫理的問題への予測力や倫理的問題であるかどうかの見極め力に働きかけ、それらはチーム医療の推進を後押しすると考えられた。迅速な対応が求められるクリティカルケア領域の倫理的実践では、日頃からの多職種との風通しのよいコミュニケーションや患者を取り巻く環境や状況の把握が肝要であり、それはよりよい組織風土の構築につながることを示唆された。

【結論】

クリティカルケア看護のスペシャリストである急性・重症患者看護専門看護師は、看護師の倫理原則の知識と責任による現実への踏み込みを倫理的実践力の源としながら、2つの角度から看護師に働きかけ、その上で専門看護師自身の倫理的判断の見極め力を確保していた。ただ、そこには職場内の倫理的風土への働きかけが必要であることが明らかになった。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:10 ポスター会場／企業展示)

[P1-2] クリティカルケア領域の実習担当者を対象とした「学生指導シミュレーション演習」における実習指導者の体験

○奥野 信行, 萬代 彩子, 時岡 辰汰郎, 深尾 沙紀, マルティネス 真喜子 (京都橘大学 看護学部)

キーワード: 実習指導、看護教員、実習指導者、看護学生、クリティカルケア

【目的】 クリティカルケア領域における臨地実習を担当する実習指導者（以下、指導者）と看護教員の指導スキルの向上をねらいとした「学生指導シミュレーション演習(以下、本演習)」に参加した指導者の経験を明らかにする。

【方法】 本演習のテーマは「術後肺炎を発症した人工呼吸器装着患者の足浴ケア場面の学生指導」である。看護学生（以下、学生）の設定は「急性期看護学実習中の看護系大学3回生」とした。参加メンバーは、看護教員1名、実習病院 Aの指導者4名（ICU：1名、ER：1名、手術室：1名、脳外科内科病棟：1名）、学生1名である。シミュレーションプログラムは(1)オリエンテーション[10分] (2)ブリーフィング[10分] (3)シミュレーション①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿①ベッドサイドの指導場面15分②学生との振り返り場面15分=合計30分 (4)ショートリフレクション[10分] (5)デブリーフィング[45分] で合計2クール実施した。事前に実習病院 Aと開催している協働学習会にて①臨地実習に参加する学生の特徴、②看護現象の教材化、③効果的な発問とカンファレンスの進め方、④学習環境デザインに関する講義の聴講とグループワーク（各回90分）に参加した。本演習実施後、研究協力が得られた指導者4名にフォーカスグループ法による半構造化インタビューを実施し、質的な内容分析を行った。A大学研究倫理委員会の承認（承認番号18-33）を得て実施した。

【結果】 分析の結果、8つの《カテゴリー》が抽出された。指導者は、本演習に参加し《自己の指導シミュレーションを省みることでの指導方法の再考と案出》を行っていた。そして《看護学生役の思いや考えを聴くことでの効果的な指導の手がかりの発見》をし、学生の視点に立った指導について考えをめぐらせていた。また学生役、観察者役、患者役の《参加メンバーからのフィードバックによる自己の指導の良さ・強み・課題の気づきと改善策を見だし》ていた。さらに観察者役や患者役を通して《他の教え手の指導シミュレーションを観ることによる自己の指導の課題の気づきと改善策の見だし》につなげていた。一方で「学生の不足を効果的に伝える方法がわからない」「他の指導者のような指導の仕方は自分には難しい」といった《新たなジレンマの発生》を経験していた。本演習は、指導者にとって《自己の指導が他者に評価されることへの不安と緊張》を生じさせるものであったが、様々な見方を聴ける面白さを実感したり、学生をもっと知りたいという思いになるなどの《前向きな感情の醸成》があった。またシミュレーションでは失敗を容認できる状況があり、指導者も気を張らず、指導方法やケアの進め方を学べるなど、《指導スキル向上におけるシミュレーション学習の有効性の実感》をしていた。

【考察】 クリティカルケアの看護現場で学生の実習を進める上で患者の安全・安楽の確保がより重要であり、その中で良質な学びを学生が経験するには、教え手の指導スキルが欠かせない。指導者は、シミュレーションという失敗を容認できる状況下で既存の理論的知識や経験的知識を活用して学生指導スキルを展開し、その体験から他者と学んでいた。シミュレーションでは、学生が患者にミスを犯すリスクを負うことなく、安全な環境で理論的知識を適用し、ミスから学ぶこともできる（Forneris, 2021）とされているが、指導者にとっても同様の利点があり、指導スキルを形成するための効果的なトレーニングが可能になると考えられた。

【結論】 「学生指導シミュレーション」を取り入れた本演習が、実習指導スキルの形成に向けた効果的なトレーニングになり得る可能性が示唆された。

(2023年7月1日(土) 14:10 ~ 15:10 ポスター会場/企業展示)

[P1-3] 当院集中治療室における継続教育担当者による教育支援

○長屋 佳奈子, 河合 佑亮 (藤田医科大学病院 A-ICU)

キーワード: 継続教育

【目的】患者の多様化や複雑化により、医療の提供も個々のニーズに応じた対応を求められ、複雑かつ高度になっている。質の高い医療の提供は根拠に基づいた柔軟な対応が求められ、生涯学習を継続する必要がある。継続教育は「他者や書籍等から教わる」だけでなく、自らの学びを「他者に教える」ことが看護師の成長を大きく促進させる。当院 ICUでは2～3年目の経験の浅い看護師を講師として年間勉強会を計画し、継続教育の柱の1つに位置付けている。しかし、2021年度においての勉強会遂行率は60%、予定通りの開催時期に実施したものは30%と少なく、十分な継続教育ができていない状況であった。今回、急性・重症患者看護専門看護師（以下 CCNS）が継続教育担当者となり、系統的な支援を行うことによって継続教育を効果的に展開できたため報告する。本実践報告は、藤田医科大学病院看護部看護研究・実践報告倫理審査での承認を得た。【実践方法】現状の問題を洗い出し、8つの課題「①プレゼンテーションを実施する過程において総合的な相談役が不在」「②紙媒体を主体とした対面指導形式であり、交代制勤務への対応が困難」「③テーマの絞り込みが不十分。④目標設定の不十分さによるプレゼンテーション内容のずれ」「⑤指導者—講師におけるプレゼンテーション内容の不一致」「⑥指導者がプレゼンテーション未経験」「⑦看護に活用可能な内容の不足。⑧業務多忙による資料の準備時間の確保が困難」を抽出した。そこで、「① CCNSを相談窓口とする」「②クラウド媒体や Microsoft Teamsを活用した指導と評価の導入」「③ジョン・ケラーが1983年に提唱した、学習意欲向上モデル『ARCSアークス動機付けモデル』を用いたアプローチ」「④教育目標分類学を用いた目標設定」「⑤学習者のニーズ、実践レベルに合わせた教授内容の工夫」「⑥プレゼンテーション技法に関する新たな指導の実施」「⑦勉強会内容の現場での実践と継続についてのフォローアップ」「⑧不足資料の提示と業務時間内に資料を作成するための体制整備」を実践した。教育支援の評価として、講師と学習者へ Microsoft Teamsを用いたアンケートを実施した。【結果】2022年度における勉強会遂行率と予定通りの開催時期での実施率は共に100%であった。講師へのアンケートは、「目標の明確さ：100%」「やりたい内容の充実さ：91%」「看護実践への応用：91%」「ICUにあった内容か：81.9%」「実践や事例を用いたか：81.8%」「やりたい内容の具現化は満足感につながったか：100%」であった。また、81.9%が「資料作成が大変」と答えたが、72.7%が「今後も講師をやってみたい」と答えた。学習者へのアンケートは、「目的と内容の一致：100%」「日々の業務に活かせるか：92%」「内容は理解できたか：83%」「資料の内容は理解できたか：88%」「Microsoft Teamsを用いた形式は妥当か：98%」「勉強会に対する満足度：96%」であった。【考察】実践の結果、効果的な勉強会を着実に実践することができた。継続教育担当者が系統的かつ継続的に教育支援を行ったことは、講師の知識の向上はもとより、学習意欲の向上、目標や学習者ニーズに沿った実践に資する勉強会内容の確保につながったと考える。勉強会に対する学習者の評価も非常に高く、この結果の可視化が講師の自信とやりがいを高め、成長を促進させたと考察する。【結論】継続教育担当者による教育支援は、質の高い勉強会を通して看護師の成長を促進する可能性が示された。

(2023年7月1日(土) 14:10～15:10 ポスター会場／企業展示)

[P1-4] MDRPU予防について

～プロトコル作成・改訂による NPPVのマスクローテーション実施の効果と課題～

○天願 さやか（社会医療法人 敬愛会 中頭病院 HCU）

キーワード：NPPV、マスクローテーション、MDRPU予防、プロトコル

【目的】

NPPVマスクローテーションについてプロトコル作成・改訂を行い、低減ケアの統一化を図ることでNPPVによるMDRPUの予防ができる。

【方法】

1) NPPVについての勉強会を実施。

- 2) マスクローテーションについてのプロトコルの作成・改訂導入。
- 3) プロトコル導入前後の MDRPU発症率の比較
- 4) プロトコル導入前後で、スタッフ27名へ NPPV管理についてのアンケートの実施。
- 5) 倫理的配慮として、本発表において個人が特定されないことを留意した。

【結果】

初回プロトコルでは NPPV装着後、発赤の有無に関わらず2-4時間毎のマスクローテーションを行った。結果、MDRPU発症は1年で5件から0件へ抑えることができた。しかし、プロトコルの活用率は61.6%であり課題が残った。改訂版プロトコルでは、NPPV装着後2-4時間毎に皮膚状態の観察、マスク種類・サイズを選択、マスクフィッティングの評価部分に重点を置き、発赤がなければ現行のマスクを継続着用。消退する発赤があった場合のみマスクローテーションを行うことで業務負担の軽減を図った。その結果、改訂版プロトコル導入前、導入後も MDRPU発症0件を維持することができ、プロトコル活用率も78.1%へ向上した。

【考察】

初回プロトコルの作成では MDRPU発症0件という結果に抑えたが、プロトコル活用率61.6%の背景には、アンケート結果で定期的なマスクローテーションがスタッフの業務的負担になっている声が上がった。また、定期的なマスクローテーションという時間間隔の点に関しては、年齢や骨格、皮膚の脆弱さ、皮膚の浸潤環境など患者個人の状態や外力などの影響でフルフェイスマスクとトータルフェイスマスクでの発赤が発症するまでの時間が異なるため、個別性を考慮した MDRPU予防の必要性について課題が残った。貝谷3)は、「褥瘡予防環境を整えるためには、発生リスクを持っている患者のリスクの程度をアセスメントし、リスクに応じた対策を整えることが求められる。」と述べている。

その中でも MDRPUの発症率が減少した要因として、皮膚の観察に対して意識が高まり、消退する発赤が発症した段階でマスクローテーションという外力低減ケアの統一した看護介入を行った。それらが MDRPUの発症予防に繋がったと考えた。

改訂版のプロトコルは患者の個別性やスタッフの業務的負担を考慮し、NPPV装着後、2-4時間での皮膚の観察、評価に重点を置き、発赤がある患者のみにマスクローテーションを実践した。その結果、MDRPU発症0件を維持でき、プロトコルの活用率が向上できたことから、改訂版プロトコルは前回作成したプロトコルより持続可能であり、質の高いものであったと考える。

【結論】

プロトコルの導入で、NPPVマスク装着後の観察強化の意識が高まった。また、改訂を行ったことで、活用率の向上に繋がり統一かつ継続性を踏まえた低減ケアの遂行から MDRPUの発症0件の維持ができた。

一般演題（示説）

[P2] 一般演題（示説） 2

PICS・せん妄ケア・家族看護

座長：乾 早苗（金沢大学附属病院 看護部 集中治療部）

2023年7月1日(土) 15:15 ～ 16:00 ポスター会場／企業展示 (1F 展示ホール)

[P2-1] ICUメモリーツールとダイアリー併用による患者の体験と記憶

○小林 真由子, 三藤 千波, 植村 瑞枝, 佐藤 裕子（JA尾道総合病院 ICU）

[P2-2] 心臓血管外科手術後の患者におけるせん妄プロトコル導入前後のせん妄発症率の比較検討

○佐々木 愛¹, 加藤 理江子¹, 吉田 千浩¹, 森田 祐基³, 島本 健²（1.浜松ろうさい病院 看護部, 2.浜松ろうさい病院 診療部, 3.浜松ろうさい病院 薬剤部）

[P2-3] クリティカルケア領域における急性重症患者の家族のレジリエンス

○森島 千都子^{1,2}, 瀬戸 奈津子², 林 優子³（1.同志社女子大学 看護学部, 2.関西医科大学大学院 看護学研究科, 3.大阪医科薬科大学）

[P2-4] A病院 ICUの面会制限下での家族ケアと今後の課題

○永野 晶子, 西村 亜季, 高橋 智士（独立行政法人労働者健康安全機構 大阪ろうさい病院 ICU）

(2023年7月1日(土) 15:15 ~ 16:00 ポスター会場／企業展示)

[P2-1] ICUメモリーツールとダイアリー併用による患者の体験と記憶

○小林 真由子, 三藤 千波, 植村 瑞枝, 佐藤 裕子 (JA尾道総合病院 ICU)

キーワード: ICUダイアリー、ICUメモリーツール、退室後訪問、記憶の再構成

【目的】 ICU滞在中の出来事を記録に残す ICUダイアリー (以下ダイアリー) は、集中治療症候群 (post intensive care syndrome:PICS) の予防に繋がると考えられている。当院では2021年12月からダイアリーの運用を開始した。ダイアリーを実施した患者を対象に1週間後、ICUメモリーツール (以下、メモリーツール) とダイアリーを併用した退室後訪問を行い、ICUでの体験や記憶、心理状態について明らかにすることを目的として研究を行ったため報告する。【方法】 対象: 緊急入院し ICUに3日以上滞在した対象患者7名。調査方法: ICU退室1週間後に半構成的面接を実施した。分析方法: メモリーツールとダイアリーから入室中の患者の記憶や体験 (現実的・非現実的) に対する発言を抽出しカテゴリー化を行った。倫理的配慮: A病院倫理審査委員会の承諾を得た。調査協力の諾否によって対象者が不利益を被らないことを説明した。【結果】 メモリーツールによる面談によって、22個のコードと6個のサブカテゴリー、〈現実的な体験〉〈非現実的な体験〉〈覚えている記憶〉の3個のカテゴリーを抽出した。また、ICUダイアリーによる記憶の振り返りでは、12個のコードと〈記憶の消失〉〈記憶の再認識〉〈記憶の再構成〉の3個のカテゴリーを抽出した。ICU入室体験者は記憶が鮮明な人と全く記憶がない、曖昧な人に分けられた。また、ICU入室直後の記憶はないが徐々に記憶を取り戻す対象者が4名であった。その中でも一般病棟に転棟する頃には記憶が鮮明な人が5名であり、記憶力の回復には時間がかかっていた。【考察】 退室後訪問時にメモリーツールを用いることで ICUでは聞けなかった患者の記憶や体験を看護師に話することが出来た。また、ダイアリーは ICU入室中の記憶の欠落を記憶の再構成する手助けとなっていた。ICUダイアリーを実施し退室後訪問しダイアリーを看護師と一緒に見て、曖昧な記憶の整理や自分の状態の把握や記憶を取り戻す手助けにつながる。患者一人で抱えていた現実的・非現実的な不快体験や思いを看護師に打ち明ける時間を設けられることにもなった。【結論】 メモリーツールは患者の ICU入室中の記憶や体験を聞き出すための情報ツールになり、ダイアリーを用いた面談は記憶の再構成の手助けとなった。患者の PICS予防を目的とした退室後訪問はダイアリー、メモリーツールを併用することで ICUでの記憶を測定することに繋がった。

(2023年7月1日(土) 15:15 ~ 16:00 ポスター会場／企業展示)

[P2-2] 心臓血管外科手術後の患者におけるせん妄プロトコル導入前後のせん妄発症率の比較検討

○佐々木 愛¹, 加藤 理江子¹, 吉田 千浩¹, 森田 祐基³, 島本 健² (1.浜松ろうさい病院 看護部, 2.浜松ろうさい病院 診療部, 3.浜松ろうさい病院 薬剤部)

キーワード: せん妄、せん妄プロトコル、心臓血管外科

【目的】

心臓血管外科手術後など高度侵襲を受けた患者はせん妄を発症しやすいとされている。当院でも心臓血管外科手術の増加に伴い、せん妄患者の増加が予測された。しかし、せん妄に対する評価がされておらず、介入も看護師の個人の判断に委ねられていた。今回、ICDSCによるせん妄の評価、心臓血管外科手術後であるため CPOTもしくは NRSによる疼痛の評価、具体的な非薬理的介入方法や薬理的介入方法を組み込んだプロトコルを医師・薬剤師と共に作成し導入した結果、せん妄発症率が低下したため報告する。

【方法】

心臓血管外科手術後の患者を対象に、2020年11月から2021年5月までの110名をせん妄プロトコル導入前、2021年6月から2022年10月までの271名をせん妄プロトコル導入後としてせん妄発症率の集計を行い、せん妄プロトコル導入前後でせん妄発症率をカイ二乗検定で比較検討した。せん妄プロトコル導入前後とも ICDSC \geq 4をせん妄として、せん妄の有無で判断した。また、せん妄プロトコル導入後 ICU看護師24名に対し、意識調査に

関する Web アンケートを実施した。本研究は、浜松ろうさい病院倫理委員会の承認を得た上で実施した。

【結果】

せん妄患者は、導入前群:110名中35名、導入後群:271名中44名 ($p<0.01$)。せん妄プロトコル導入後せん妄発症率は有意に低下した。ICU看護師に対するアンケートの結果、自由記載欄でプロトコル導入により医師薬剤師との連携が取りやすくなった、せん妄に対する意識が高くなったという意見が多く聞かれた。また、「睡眠への介入の難しさを感じる」「睡眠の質について考えるようになった」など睡眠に関する意見も聞かれた。

【考察】

せん妄プロトコルの導入によりせん妄発症率の低下が見られた。これは、せん妄か否かを評価することで医師・薬剤師と連携して早期介入が出来るようになり、せん妄発症率が低下したと考えられる。アンケート結果からも看護師のせん妄に対する意識が高くなり早期介入が行えるようになったことがせん妄発症率の低下に寄与したのではないかと考えられる。また、アンケートより睡眠についての意見があったことに関して、先行研究より不眠はせん妄を助長するとされており、アンケートの結果を照らし合わせると睡眠の質が向上したことがせん妄率の低下に関与しているのではないかと考えられた。

【結論】

今回、妥当性のある評価ツールや具体的介入方法を組み込んだプロトコルを導入することでせん妄の発症率が低下した。看護師のせん妄に対する非薬理的介入方法の実施等までは検討できていない為、今後は検討していきたい。また、今回のアンケートにより睡眠の質が関連しているのではないかと考えられた。先行研究では入眠について看護師と患者で認識のずれがあることがわかっているため、睡眠の質に対する認識のずれがどのようにせん妄と関係しているのか今後検討していきたい。

(2023年7月1日(土) 15:15 ~ 16:00 ポスター会場/企業展示)

[P2-3] クリティカルケア領域における急性重症患者の家族のレジリエンス

○森島 千都子^{1,2}, 瀬戸 奈津子², 林 優子³ (1.同志社女子大学 看護学部, 2.関西医科大学大学院 看護学研究所, 3.大阪医科薬科大学)

キーワード：レジリエンス、急性重症患者、家族

【目的】重症集中治療室（以下、ICU）に緊急入院した急性重症患者の家族の体験からレジリエンスの実態を明らかにすることである。

【方法】①研究対象者：ICUに緊急入院した急性重症患者の家族、②データ収集方法：半構造化面接、③分析方法：質的統合法（KJ法）、④用語の定義：家族のレジリエンスは、トラウマや逆境といった不利な状況に直面した時に、過去の経験や他者からの援助の活用および、ポジティブな思考と対処によって、新たに追加された役割と社会生活の両立に向けて立ち直っていく過程とする。⑤倫理的配慮：所属大学附属病院研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号2021149）。

【結果】①対象者概要：研究参加者は40から70歳代の7名で、男性1名、女性6名であった。急性重症患者との続柄は、夫婦が5名、親子が1名、兄弟が1名であった。入院前の患者との同居の有無については、6名が同居、1名が別居であった。急性重症患者は、30から70歳代で、男性6名、女性1名であり、疾患は、脳出血が4名、蘇生後脳症が2名、難治性てんかんが1名であった。患者のICU在室期間は、平均9.57日（最短2日、最長17日）であり、インタビューの時期は、患者が発症してから平均36.71日目（最短11日目、最長57日目）であった。②家族のレジリエンス：分析の結果、突然の発症による急性重症患者のICUへの緊急入院時から、転室、退院の目途が立つまでの経過において、家族のレジリエンスが、以下のように明らかになった。家族は、患者のICU入院時に自分を奮い立たせる【無理強いによる落ち込む気持ちの鼓舞】によって、自分自身の潜在的な力の気づきとなる【普通ではない状況に強固に耐えている自覚】が芽生え、また、看護師からの心身への支援に対して【自分と患者との繋がりが導かれる嬉しさ】を感じていた。それらが支えとなって、他者決定による対処である【自分で対処できないときは他者からのサポートや先祖の見守りに頼る】や、自己決定による対処である【患者を最優先とした生活における自己の労わりの両立】を行っていた。そして、ICUからの転室時には、【死を回避した患者と

生きていく新生活への期待)を思い抱き、退院の目途が立つまでは【交差する辛い思いから患者の面倒を見る決意へ】と向かう過程を辿っていた。

【考察】急性重症患者の家族は、自己が持つリソースや、自己を労わる対処を活用しながら、患者が死を回避しICUを転室する時期には、患者の機能障害や生命予後に関係なく患者との新たな生活への期待が窺えていた。さらに、ICUでの家族への看護援助によって感じる患者との繋がりは、家族に嬉しさと感謝の思いを引き出し、退院の目途が立つ時期には、様々な思いを抱えながらも患者の面倒を見る決意に向かう過程があった。しかし、今回の研究では、対象者7名とも頭蓋内病変の患者の家族であったことから、ICUに緊急入院した患者の家族すべてに適応できる看護援助を検討するには困難であると推測される。また、急性重症患者との同居が8割、夫婦関係が7割を占めていたことから、多様化が進む現代の家族形態に合わせた介入についても検討していく必要があると考える。

今後は、現在クリティカルケア領域で行われている急性重症患者の家族への看護援助を明らかにし、臨床現場に即したレジリエンスへの看護援助モデルの構築を検討していく必要があると考える。

【結論】急性重症患者の家族は、患者の容態をふまえた家族の思いや対処をアセスメントすることによって、レジリエンスへの介入が可能になることが示唆された。

(2023年7月1日(土) 15:15 ~ 16:00 ポスター会場/企業展示)

[P2-4] A病院 ICUの面会制限下での家族ケアと今後の課題

○永野 晶子, 西村 亜季, 高橋 智士 (独立行政法人労働者健康安全機構 大阪ろうさい病院 ICU)

キーワード: 面会制限下、家族ケア、今後の課題、ICU

【背景】

クリティカル期にある患者の家族は、患者が生命の危機状態に陥ることにより心理的ストレスを受け、危機的状況に陥りやすい。加えて Covid-19感染対策による面会制限下で、家族は患者の様子を直接目にできないことで不安が増強したり、急激な患者の病状変化に現実味がもてないまま、治療が進むという体験をしている。一方、面会制限下で医療者は家族の反応を捉えるのが困難に感じており、患者・家族と医療者のパートナーシップ形成を阻害する一因となりうる。このことから患者-家族-医療者をつなぐ取り組みが必要であると考えた。A病院 ICUでは、家族ケアの一環としてICUダイアリーの導入、電話での家族対応、患者の病状や家族の状況に応じて Web面会や施設の感染対策レベルに準じて対面での面会を実施しており、家族ケアの実際と課題について報告する。

【目的】

A病院 ICUにおける面会制限中の家族ケアに関する取り組みをふり返り、家族ケアのあり方および今後の課題について考察する。

【実践方法】

1. ICUダイアリーの導入
2. 電話での家族対応の強化
3. Web面会の実施

上記の取り組みを開始後、ICU看護師(以下、看護師とする)の困りごとを聞き取り、カンファレンスで家族ケアを検討した。

倫理的配慮として、匿名性を確保し、A病院看護研究・研究倫理委員会の承認を得た。

【結果】

1. ICUダイアリーの導入

看護師から「何を書いたらよいかわからない」という反応があった。家族のニーズの『患者のケアが保証されていること』が家族に伝えられるように、実施したケアと患者の反応を記すようにした。ICUダイアリーを見た家族のよい反応を看護師間で共有した際、看護師から「モチベーションがあがった」という言葉があった。

2. 電話での家族対応の強化

看護師は家族の表情を目にすることができず「患者の現状を伝えることしかできない」という困難があった。病

院に電話する際の家族の心情を慮り、労わりの言葉かけや家族自身のセルフケアが維持できているか声をかけることを提案した。

3. Web面会の実施

Web面会に時間を要するケースもあり、「家族の気持ちもわかるけど、患者さんのケアもあるのに時間がかかると困る」と時間が制約されることに葛藤を感じていた。患者がケアを受けることは家族にとっても優先度の高いニーズであることを伝え、状況に応じて面会時間を家族と調整していくように説明した。Web面会時に「（看護師が）ただそこにいるだけでよいのか」という言葉があった。家族の関係性を知る機会であり、家族と患者の交流を見守ることも家族のケアの一つであることを伝えた。

【考察】

家族の悲嘆反応が強く医療者が対応困難と感じたタイミングで、取り組みを提案したことで抵抗なく開始できたと考える。家族と接する機会が少ない中でも家族のニーズは何かをとらえ、面会制限下で患者・家族に何ができるか、家族が参加できる方法を共に考えることが重要である。行ったケアの意味づけを看護師にフィードバックしたことで、ケアの継続につながったと考える。面会制限の有無や面会方法に関わらず、家族と接する機会を逃さず、家族に意図的に介入ができるようにしていく。また、看護師のうち約3割が covid-19感染対策中に入職し、家族と関わった経験が少なく家族看護教育が急務である。ICU内で家族看護チームを発足し、家族ケアと教育を充実させていくことが課題である。

【結論】

家族のニーズを捉え、面会制限下で患者・家族のできることを共に考える事が重要である。家族看護チームを発足し、家族ケアと家族看護教育を行うことが課題である。

一般演題（示説）

[P3] 一般演題（示説） 3

回復促進・意思決定支援

座長：榊 由里（京都大学大学院医学研究科）

2023年7月2日(日) 11:00 ～ 11:45 ポスター会場／企業展示 (1F 展示ホール)

[P3-1] 集中治療を必要とした慢性疾患急性増悪高齢患者の回復を促した看護一回復の兆しを契機とした NPPV離脱作戦—

○河西 尚子（名古屋セントラル病院）

[P3-2] 熟練看護師の非侵襲的陽圧換気（NPPV）装着患者への口腔ケアの実践内容と感じている課題

○橘 真奈, 櫻木 千鶴, 記本 忍, 四宮 健輔（徳島赤十字病院 看護部 救命救急センター）

[P3-3] オンコロジーエマージェンシーの治療選択における意思決定支援に関する文献検討

○岩田 友子¹, 糸川 紅子²（1.地方独立行政法人 桑名市総合医療センター, 2.日本赤十字秋田看護大学 看護学部看護学科）

[P3-4] 重症患者の早期離床に対する ICU看護師の認識 外科 ICU・内科 ICUの違いに焦点を当てて

○工藤 光生¹, 武藤 諒介², 佐藤 大祐³, 一関 朋子⁴（1.秋田大学医学部附属病院 集中治療部2, 2.秋田大学 医学部保健学科, 3.秋田大学医学部附属病院 NP室, 4.男鹿みなと市民病院）

(2023年7月2日(日) 11:00 ~ 11:45 ポスター会場／企業展示)

[P3-1] 集中治療を必要とした慢性疾患急性増悪高齢患者の回復を促した看護—回復の兆しを契機とした NPPV離脱作戦—

○河西 尚子 (名古屋セントラル病院)

キーワード：慢性疾患急性増悪、集中治療管理、NPPV、高齢患者、暗黙知

【目的】

近年、複数の慢性疾患を併存している高齢の患者が増加している。そのような患者の看護問題は複雑であるが、工夫しながら看護実践を重ね患者の回復を促した事例もある。その看護は言語化されておらず暗黙知である。本研究は、慢性疾患の急性増悪によって集中治療を必要とした高齢患者の回復を促した看護の暗黙知を明らかにすることを目的とした。

【方法】

研究デザインは「ケアの意味を見つめる事例研究」(山本,2018)を参考にした事例研究である。1名の研究協力患者の診療録から時系列に患者の状態や看護実践をまとめた経過表と事例の潮目で前・中・後期に時期区分したワークシートを基に、研究協力看護師と研究者が看護の意図や意味について「語り合い」「問われ語り」を行った。その後、研究者が看護実践の意図は何かを考え「大見出し(実践のキモ・意図)」・「小見出し(実践のコツ)」として概念化した。

本研究は、所属大学の研究倫理審査委員会と研究協力施設の臨床研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力患者と研究協力看護師に対して、本研究の目的、方法、自由意思での参加であり協力の有無で不利益が生じないこと、一旦同意しても撤回できること、個人情報保護、データの厳重な管理、結果の公表について書面にて説明し同意を得た。

【結果】

研究協力患者は70歳代女性で既往に心不全、慢性腎不全、糖尿病、喘息、肥満があり、脱水により腎前性の急性腎不全となり入院した。肥満による拘束性換気障害に加え喘息の急性増悪と心不全が複合的に関与し、COナルコースとなり非侵襲的陽圧換気療法(noninvasive positive pressure ventilation: 以下 NPPV)を受けた。NPPV離脱に難渋したが、成功して一般病棟に転床できた。分析の結果、3つの大見出し、18の小見出しが見出された。

大見出しの1つ目は【COを排出させるためにあの手この手で換気量増加する方法を探る】であった。看護師は、肥満のため気道確保が難しい患者の頸部の位置を調整したり、肺の広がりを助けるために体位変換枕を背部ではなく腰部に当てたりしていた。また、患者にNPPVのマスクを装着してもらえよう、リークを許容したマスクフィッティングや口内の湿潤環境の維持に留意していた。これらの実践は患者の安楽を前提としていた。2つ目は【CO蓄積という手強い相手への戦いの糸口を探す】であった。既往の心不全症状をコントロールしながら回復の兆しを発見し、それが在宅用NPPVをしたままの転院への疑問となった。3つ目は【CO蓄積に打ち勝つために折り合いをつけながら積極的に反撃をしかける】であった。スモールステップで次へと可能性を広げながら、患者の生活を踏まえて折り合いをつけ、楽しみを力にしてNPPV離脱作戦に巻き込んでいた。

【考察】

研究協力患者は、COナルコースを繰り返しておりNPPVからの離脱が難しいと思われていた。しかし、難渋しながらもNPPVから離脱できたのは、以下の3つの優れた看護実践によると考えた。1つ目はCO蓄積による生命の危機的状況では優先度と緊急性に徹底的に焦点を絞った実戦であったことである。2つ目は、看護師は洞察力発揮し患者の小さな変化を見逃さずに回復の兆しを捉え、NPPV離脱への契機としたことである。3つ目は、集中治療管理中から患者の生活を踏まえて折り合いをつけ、問題解決モデルから患者の強みを生かしたストレングスモデルの考えを参考にして看護実践をしたことである。

【結論】

慢性疾患の急性増悪によって集中治療を必要とした患者の回復を促した看護は、優先度・緊急度の考慮と患者の個別性への対応によるNPPV離脱作戦であったと言える。

(2023年7月2日(日) 11:00 ~ 11:45 ポスター会場／企業展示)

[P3-2] 熟練看護師の非侵襲的陽圧換気（NPPV）装着患者への口腔ケアの実践内容と感じている課題

○橘 真奈, 櫻木 千鶴, 記本 忍, 四宮 健輔 (徳島赤十字病院 看護部 救命救急センター)

キーワード：非侵襲的陽圧換気（NPPV）、口腔ケア、熟練看護師、看護師の判断

【目的】 NPPV装着患者への口腔ケアは、中断時間を短時間とし、呼吸状態の悪化へ繋がらないことが重要である。しかし、短時間での口腔内の観察及びケアの方法はスタッフにより個人差があるため、特に新人看護師より熟練看護師のアセスメントや技術について意見を聞きたいという声が上がっている。本研究では NPPV装着患者への口腔ケアについて、熟練看護師の観察や判断の視点について明らかにすることで、課題を見出し、口腔ケアの質の向上に繋げることを目的とした。

【方法】 クリティカルケア看護領域での経験年数5年以上の同意を得られた看護師11名に対し、個別半構造的インタビューを実施し質的帰納的分析を行った。

本研究は、A病院倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には研究目的や内容、手順、研究参加・中断の自由性、プライバシーの保護、個人情報保護、結果の公表について書面と口頭で説明し同意を得た。

【結果】 クリティカルケア看護領域の経験年数5年以上の看護師は11名で全員女性であった。ICU経験歴のある看護師は4名、摂食嚥下障害看護認定看護師は1名であった。

NPPV装着患者への口腔ケア実施時の留意点についての質問に対し、患者状態に配慮したケアを行う中で、実施前後の準備を入念に行い、状況によっては2人の看護師で実施するなど短時間で行うケアを意識していた。その中で特に口腔内乾燥に着目し保湿を実践していることが分かった。口腔ケアを実践し効果があったと実感したことや自信に繋がったことについての質問では、患者の反応や視覚的な効果からやりがいを見出していた。これまでに NPPV装着患者への口腔ケア実践時に困った事や悩んだことについての質問に対し、NPPVマスクを外すことで及ぶ影響と口腔ケアの重要性との間でジレンマを抱えていることが分かった。NPPV装着患者への口腔ケアを実施困難だと思える場面についての質問に対し、全身状態が不安定な患者に対して口腔ケアを実施することへの困難感を抱えながら、緊急入院患者対応や他の業務との配分を行いながら実践することであることが分かった。NPPV装着患者への口腔ケアについて看護師間で共有したいことについての質問に対し、ケアの共有や質の向上を必要としていることが分かった。

【考察】 熟練看護師は、口腔ケアが全身状態に及ぼす影響と口腔ケアの重要性との間でジレンマを抱えながらも、専門的知識や経験を踏まえたケアの方法を工夫し、継続的な口腔ケアの実践を意識することで効果的な口腔ケアを実践していた。熟練看護師の経験から得た知識・技術の伝承を行うための環境を整えることで、看護師の口腔ケアに対する不安、困惑の軽減及び口腔ケアの質の向上に繋がると考えられる。熟練看護師の語りから、今後認定看護師を含む他部門との連携を図り、知識・技術を共有し向上させることが課題であることが示唆された。また、口腔ケアのタイミング及び観察、患者の状態に合ったケアの方法などを共有することが重要であり、今後 NPPV 装着患者への口腔ケアに特化した観察ツールの作成及び導入が必要となることが示唆された。

【結論】 熟練看護師のケアへの判断や考察を共有する機会を継続的に確保し多職種連携を図り、口腔ケアの知識・技術を共有することが看護師の意識改善や知識習得に繋がると考える。また、口腔内観察ツールの作成・導入の必要性を検討していく。

(2023年7月2日(日) 11:00 ~ 11:45 ポスター会場／企業展示)

[P3-3] オンコロジーエマージェンシーの治療選択における意思決定支援に関する文献検討

○岩田 友子¹, 糸川 紅子² (1.地方独立行政法人 桑名市総合医療センター, 2.日本赤十字秋田看護大学 看護学部看護学科)

キーワード：がん、オンコロジーエマージェンシー、治療選択、意思決定支援

【目的】本研究はがん自体またはがん治療に起因した、致命的な病態であるオンコロジーエマージェンシー（以下、OE）の治療や看護、救急領域における意思決定支援の知見を集約し、OEの治療選択における意思決定支援について検討するための基礎資料を得ることである。

【方法】文献は医中誌 Web（ver.5）や Google Scholarで期間を2000～2022年、「会議録除く」を基本条件として検索した。OEの治療選択はキーワードを「オンコロジーエマージェンシー」もしくは「オンコロジックエマージェンシー」、「看護」とし、治療体制や看護について述べられたものを選抜した。救急領域における意思決定支援はキーワードを「救急」「看護」「意思決定支援」「治療選択」とし、意思決定支援やプロセスに関して述べられたものを選抜した。先行研究や辞典の明記を徹底し、著作権を侵害しないように留意した。

【結果】OEの治療選択に関する文献は50件中12件を対象とし、救急領域における意思決定支援の文献は14件中6件を対象とした。オンコロジーエマージェンシーと意思決定を関連づける文献は0件であった。OEの治療選択の知見は心毒性や呼吸不全、アナフィラキシーショックなどがん薬物療法に伴う有害事象に関連した文献が中心で、OEに対する組織的な取り組みとして、予防薬の準備や対応マニュアルの整備、Rapid Response Systemの活用、予防薬の服用や受診の判断に関する患者教育に関連していた。またOEに関わる看護の文献では、症状観察やアセスメント、急変時対応、セルフケア指導などの看護行為のほか、医師の指示による薬剤投与中止、支持療法の実施に関連していた。さらに看護におけるOEに対する組織としての体制整備は、チーム連携、組織のマンパワー確保、専門職としてのOEに関わる知識のブラッシュアップに関連していた。救急領域における意思決定支援は延命治療の代理意思決定に関わる家族への早期介入やありのままの状況説明、延命治療の具体的な説明、家族の話し合いの促進などが示されていた。そして、看護実践として、意思決定に係る人々の関係性を育むことや、家族の準備を整えること、医療・看護チームの力を高めること、家族の合意形成の調整が示されていた。

【考察】文献にみるOEの治療選択に関する知見はいずれもがん薬物療法に焦点を当てられており、有害事象に対する即時的な対応と多職種連携・協働を促進する内容であった。これはがん薬物療法に関連するOEの高い発症頻度や患者数の増加に対する各医療機関の取り組みの成果であると考えられる。また救急領域における意思決定支援は家族の代理意思決定支援が中心で、延命治療に焦点を当てており、迫りくる死を想定した合意形成のプロセスを概念化した知見であると考えられる。OEは上大静脈症候群や脊髄圧迫のようにがん自体の病態で緊急的に治療を開始することによってQOLや予後が改善する病態を含んでおり、がん薬物療法関連以外のOEに対する治療選択や意思決定支援についても検討することが重要であると考えられる。

【結論】OEの治療や看護に関する知見はがん薬物療法に関して整備されており、救急領域における意思決定支援は主に延命治療における代理意思決定を担う家族への対応であった。

(2023年7月2日(日) 11:00～11:45 ポスター会場／企業展示)

[P3-4] 重症患者の早期離床に対するICU看護師の認識 外科ICU・内科

ICUの違いに焦点を当てて

○工藤 光生¹, 武藤 諒介², 佐藤 大祐³, 一関 朋子⁴ (1.秋田大学医学部附属病院 集中治療部2, 2.秋田大学 医学部保健学科, 3.秋田大学医学部附属病院 NP室, 4.男鹿みなと市民病院)

キーワード：重症患者、早期離床、看護師の認識

【目的】集中治療後症候群の予防として重症患者の早期離床は重要な課題である。しかし、外科ICU、内科ICUなどの機能により患者の重症度や身体装着物といった患者の特性や看護師の認識も異なると考えた。そこで本研究の目的は重症患者の早期離床について、外科・内科ICUの違いに焦点を当てながらICU看護師の認識を明らかにすることとした。

【方法】外科・内科ICU各3名の看護師に半構造化面接法を行い質的統合法（KJ法）で分析した。面接では重症患者の早期離床における「印象場面」「後悔・困難が伴った場面」「実施・中断の判断」などについて質問した。信憑性・真実性の確保のため研究者が質的統合法（KJ法）の研修を受講し、分析結果を各研究参加者に確認

した。研究参加者には本研究の要旨・方法を説明し、参加は自由意志であること、データは匿名化した上で研究に用いることなどを文章を用いて説明し、同意を得た。本研究は所属大学倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】研究参加者のICU経験は3～7年で、元ラベルの総数は180枚であった。重症患者の早期離床における外科ICU看護師の認識のシンボルマーク（事柄）は【離床実施の躊躇】【離床の苦い記憶】【来る離床への構え】【合併症予防の心がけ】【離床工夫の心がけ】【離床達成の満足】【離床の曖昧な記憶】の7つであった。内科ICU看護師の認識のシンボルマーク（事柄）は【離床の苦い記憶】【来る離床への構え】【合併症予防の心がけ】【離床工夫の心がけ】【離床達成の満足】【離床の曖昧な記憶】の6つであった。

【考察】両ICUにおける認識の構造は類似しており、1つの基盤【来る離床への心構え】と2つの認知的努力【合併症予防の心がけ】【離床工夫の心がけ】、1つの評価【離床達成への満足】が共通していた。さらに、共通して過去の【離床の苦い記憶】があった。そして認知的努力や評価があったとしても、結局は【離床の曖昧な記憶】が表層をなしていることも共通していた。その理由として、ICU看護師に求められる多大な業務や緊張感のなかで、成果がすぐに得られず、長い目で継続する必要がある早期離床は印象に残りにくいことが考えられた。また、両ICUの認識構造の細部では相違点もみられた。外科ICUでは医療機器装着中からの開始と継続という【来る離床への心構え】を基盤に、患者・家族の参画促進という【離床工夫の心がけ】をしていた。早期回復を目指すことを大前提としつつ、患者・家族にとって少しでも肯定的な体験にしたいという外科ICU看護師の思いが推察された。

一方、治療効果が思うように得られない患者や終末期を迎える患者も多い内科ICUにおいては、個別の目的設定と身体機能維持という【来る離床への構え】を基盤に、多職種連携と毎日の継続という【離床工夫の心がけ】をしていた。重症度・病期・併存疾患が多彩な内科ICU患者に対し、早期離床の意味を模索しながら取り組んでいることが推察された。過去の失敗体験を早期離床の動機とするだけでなく、それぞれのICUの特性を踏まえて成功体験を可視化・蓄積し、ICU看護師をエンパワーメントしていくことが早期離床の促進のために重要だと考えられた。

【結論】重症患者の早期離床における外科・内科ICU看護師の認識の構造は類似していたが、細部で違いを認めた。早期離床の成果を可視化・蓄積してICU看護師をエンパワーメントしていくことが重要と考えられた。

一般演題（示説）

[P4] 一般演題（示説） 4

看護ケアの評価

座長：城丸 瑞恵（札幌医科大学 保健医療学部看護学科）

2023年7月2日(日) 13:10 ～ 13:55 ポスター会場／企業展示 (1F 展示ホール)

[P4-1] 看護を語る会を通して見えてきた当院 ICUの看護観

○越口 晋伍, 中村 倫丈, 榊田 優也, 嘉村 早苗（公益財団法人慈愛会 今村総合病院 看護部）

[P4-2] ICUにおける人工呼吸患者に対する早期リハビリテーションの困難感 ～質問紙調査により見えてきた課題～

○入佐 つぐみ, 中村 倫丈, 嘉村 早苗, 小窪 あゆみ（公益財団法人慈愛会 今村総合病院 看護部）

[P4-3] ICU退室後患者の退室後訪問を実施した看護師の意識の変化 -リフレクションに焦点をあてて-

○藤井 優希, 濱田 茉耶, 吉井 優太（東京歯科大学市川総合病院 ICU）

[P4-4] クリティカルケア領域における特定行為の実践報告 —実践状況から考察した特定行為の意義—

○中村 倫丈¹, 嘉村 早苗¹, 西垂水 和隆²（1.公益財団法人慈愛会 今村総合病院 看護部, 2.公益財団法人慈愛会 今村総合病院 診療部 総合内科/特定行為研修センター）

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 13:55 ポスター会場／企業展示)

[P4-1] 看護を語る会を通して見えてきた当院 ICUの看護観

○越口 晋伍, 中村 倫丈, 榎田 優也, 嘉村 早苗 (公益財団法人慈愛会 今村総合病院 看護部)

キーワード: ICU、看護観、看護の質

【はじめに】

ICU看護師は生命の危機的状況にある患者に対して、高度な看護実践を行うとともに、侵襲的治療を受ける患者と家族の不安や意思決定への支援などが求められる。看護師の判断や行為が患者の命や予後を左右することに責任を感じ、ストレスフルな状況となる。

ICUスタッフがどのような思いで、日々看護を実践しているのか、看護観を共有する機会がこれまでなかった。そこで、日々の看護に対する思いや自身の振り返りを行い、スタッフが互いに共有できる場（以下、看護を語る会）を持つことで、ICUの看護が可視化でき、今後の看護の質向上に繋がると考えた。

【目的】

患者・家族へどのような思いで日々看護実践を行っているのかを共有する。また ICUの看護の現状を把握し、今後の看護の質向上に繋げる。

【実践概要】

ICU看護師に対して、日々の看護を通して感じていることを、休憩時間等を利用して、メッセージカードに自由記載してもらった。記載期間は1ヶ月とした。記載内容は分類し、模造紙へ貼り付けて、部署内へ掲示した。さらに病棟会でも共有した。

発表に際して、個人が特定されないように倫理的配慮を行った。

【結果】

自由に記載してもらったメッセージカードは合計49枚となった。記載内容から62の内容に分別され、4つのカテゴリーに分類した。そこからさらに18のサブカテゴリーに分類できた。以下、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは<>、として示す。なおサブカテゴリーの内容は一部抜粋し示している。

【嬉しかったこと・良かったこと】21(33.9%)、【悩んだこと】13(21.0%)、【心掛けたこと】9(14.5%)、【心掛けていきたいこと】19(30.6%)の4つのカテゴリーに分類された。嬉しかったことや良かったことがある一方で、2割の内容は悩みに関する内容であった。

【嬉しかったこと・良かったこと】に関する21の内容から、<看護提供に対する感謝の言葉や反応があった>が8(38%)、<症状や苦痛軽減ができた>が7(33%)であった。【悩んだこと】に関する13の内容から、<どう対応するべきか、何を求めているのかわからない>が6(46%)、<鎮痛鎮静管理・行動制限>が3(23%)であった。【心掛けたこと】に関する9の内容から、<患者の思いに寄り添う看護>が5(56%)、<安全安楽な看護>が4(44%)であった。【心掛けていきたいこと】に関する19の内容から、<個別性のある看護>が7(37%)、<丁寧な看護対応>が6(32%)であった。

【考察】

看護を語る会を通して、改めて自身の看護の振り返りや、他者の看護を共有する機会となった。どのような看護を提供することが患者の症状や苦痛の軽減に繋がり、また看護の喜びや、やりがいに繋がるのかを共有することができた。他、日々の看護を意図的に介入し、患者が求めていることを常に考え、安全安楽に配慮し患者の回復や合併症予防のために患者と関わっていることが見えてきた。

一方、2割が悩みに関することであった。その中で患者対応に関する悩みが約5割を占めている。悩むことは、患者に対して真摯に向き合っていることを意味すると考える。看護師1人だけで解決することは困難ではあるが、スタッフ全員で意見を出し合い、方向性を導いていくことは可能であると考え。

看護は実践して患者や家族からの反応が結果となる。一つ一つの看護実践から得た結果を次に生かす気持ちや解決への姿勢は、看護師としての成長となる。さらに、共有することで組織として看護の質の向上に繋がると考え

る。

【結論】

看護の伝承や看護の可視化は看護の質向上に繋がり、大いに看護の成果として患者へ還元できるものになると考える。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 13:55 ポスター会場/企業展示)

[P4-2] ICUにおける人工呼吸患者に対する早期リハビリテーションの困難感 ～質問紙調査により見えてきた課題～

○入佐 つぐみ, 中村 倫丈, 嘉村 早苗, 小窪 あゆみ (公益財団法人慈愛会 今村総合病院 看護部)

キーワード：早期リハビリテーション、人工呼吸器

【目的】

当院 ICUでは、早期リハビリテーション（以下リハとする）チームを中心にプロトコールや開始・中止基準を作成し、それに基づいた患者のリハを実施している。しかし、患者の状態が不安定であることや経験年数の少ない看護師ではアセスメントに不安があり、リハの介入に困難を感じているのではないかと考えた。そこで、ICU看護師の人工呼吸患者に対するリハの介入困難の有無とその要因を明らかにする。

【方法】

当院 ICUに勤務する看護師の内、調査対象となる22名に対し、無記名で質問紙調査を実施した。また、経験年数6年以上と5年以下の区分を設け、両群間で比較した。本研究は所属施設の倫理審査委員会で承認を得ている。

【結果】

質問紙回収数は20名、そのうち経験年数5年以下が14名、6年以上が6名であった。

「リハに対して難しさを感じているか」について「あてはまる」は全体で15名（75%）、「リハ内容について具体的に理解し、実施できているか」について「あてはまる」は12名（60%）で過半数がリハへの困難感があった。その要因として、「循環動態が不安定な患者のリハで困難はあるか」について「あてはまる」は18名（90%）であり、具体的には「心拍数や血圧の変動」、「不整脈の出現」があった。「呼吸状態が不安定な患者のリハで困難はあるか」について、「あてはまる」16名（80%）であり、具体的には「SpO₂低下」、「呼吸様式の変化」があった。「鎮静管理中の患者のリハで困難はあるか」について「あてはまる」12名（60%）だった。具体的には「疼痛や苦痛の増強」、「レベルが悪い」があった。「ルート類による影響でリハの困難はあるか」について「あてはまる」は10名（50%）だった。「スタッフ不足や時間が確保できないことはリハ実施に影響しているか」について「あてはまる」は19名（95%）だった。過半数が困難であると回答した項目のうち、経験年数に差がみられたのは「鎮静管理中の患者のリハで困難はあるか」（5年以下が10/14名：71%、6年以上が2/6名：33%）、「ルート類による影響でリハの困難はあるか」（5年以下が9/14名：64%、6年以上が1/6名：17%）であった。

【考察】

対象者の過半数が人工呼吸管理の患者のリハに困難を感じており、循環・呼吸状態の変動やスタッフと時間の不足が要因となっていた。具体的にはリハが患者の苦痛や負担となった時にバイタルサインへ影響すること、重症であるため治療やケアに時間を要し、リハを実施する時間の優先度が低くなることなどが考えられる。

鎮静管理中の患者とルート類による影響でリハに困難を感じていたのは5年以下の看護師が多かった。鎮静薬の使用目的や鎮静レベルの目標の理解不足などで鎮静管理が十分でないことや生命維持に関するルートが多く、整理がうまくできないことが要因であると考えられる。

これらのことから患者の状態を把握し、不安定な状態でのリハの実施の判断と鎮静管理下で疼痛や苦痛の増強なく、リハを進められる知識や技術の習得が重要であると考えられる。また、多職種と協力することでリハの内容の幅が広がり、より安全にリハを実施できると考える。そして、今後は早期リハチームと共にリハの内容や注意点な

どのマニュアルを作成し、周知することで統一したリハの実施に繋がり、経験年数による差を縮めることができるのではないかと考える。

【結論】

人工呼吸管理の患者のリハに困難を感じる要因として、循環・呼吸状態の変動、スタッフや時間の不足が大きく影響していた。鎮静管理の患者やルート類による影響も要因となっていたが、経験年数による差があった。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 13:55 ポスター会場／企業展示)

[P4-3] ICU退室後患者の退室後訪問を実施した看護師の意識の変化

-リフレクションに焦点をあてて-

○藤井 優希, 濱田 茉耶, 吉井 優太 (東京歯科大学市川総合病院 ICU)

キーワード：看護実践、退室後訪問、リフレクション、ICU

【目的】 ICUを退室した患者訪問(以降、退室後訪問)は看護のリフレクションに繋がるかどうかを、退室後訪問前後の看護師の意識の変化から明らかにする。

【方法】 対象者：ICU看護師15名 調査期間：2022年4月～9月 方法：退室後訪問導入前後で自記式質問紙(項目:①退室後訪問の取り組みについて②看護の振り返りについて③看護について④他看護師との共有について)を実施。分析方法：量的データは基本統計量を算出、自由記述は経験年数別に整理をした。

【定義】 リフレクション:看護実践の中で生じる気になる現象をきっかけにして、自身の過去の経験や知識を振り返り、行動の行き詰まりに対応する過程と、事後に看護実践の中での過程を振り返り概念の見方の変化や具体的課題を明らかにする過程をさす。

【倫理的配慮】 本研究は対象施設倫理審査委員会の承認を得た上で実施し、質問紙は無記名とした。

【結果】 退室後訪問は5か月間で38名の患者に実施し、対象看護師の平均実施件数は2.5件だった。導入後に退室後訪問は振り返るきっかけになったと回答した8名中6名がICU経験7年目以下の看護師だった。一方で、なかったと回答した5名中4名が7年目以上の看護師だった。振り返りに繋がった具体的内容は、退室後訪問導入前は「急変時対応」「インシデント発生時」等、導入後は「挿管チューブが辛かったという患者の思い」「患者が持つ入室中の記憶を知ったとき」等が挙げられた。退室後訪問導入後の看護実践について、ICU経験7年目未満の看護師は変化があったと回答し、7年目以上の看護師は変化がなかったと回答した。変化した看護実践は、「睡眠環境の確保」「疼痛管理を積極的に行う」「考える機会が増え確実に成長できたと思う」等が挙げられた。退室後訪問後のカンファレンスについて14名がカンファレンスは「必要」と回答し、「自分で気が付かないことへの気づき」「関わり方の探求になる」等が挙げられた。

【考察】 退室後訪問導入前後で看護の振り返り内容が、看護師主体から患者主体に変化している。退室後訪問導入後に変化した看護実践の内容では、振り返り内容に関連した看護実践や、退室後訪問を実施することで、新たな気づきになっていた。本田は、事後的に行われる「あの時の対応はあれでよかったのだろうか?」といった看護実践後のリフレクションは、実体験の意味づけや取り組みに対する多くの気づきをもたらすとされている。その一方で、熟達した看護者ほどリフレクションが意識化されにくく、看護実践の状況に埋め込まれているとされる。よってICU経験7年目以上の看護師は、これまでの経験を基に潜在的にリフレクションを行っていたと考えられる。また、退室後訪問での「患者-看護師間」の対話と、カンファレンスを通しての「看護師-看護師間」の対話が見られ、その対話により他者の考えを借り、看護への気づきが促されていた。退室後訪問での看護実践後のリフレクションと、看護実践中のリフレクションとを繰り返すことが、看護実践の発展や自己成長に繋がったと考える。

【結論】 ・退室後訪問はICU経験が7年目未満の看護師のリフレクションに繋がったといえる。一方で、ICU経験7年目以上の看護師は潜在的にリフレクションを行っているため、リフレクションに繋がったとは言及できなかった。

- ・退室後訪問で「患者-看護師間」「看護師-看護師間」の対話が行われていた。
- ・看護実践中のリフレクションと併せて、退室後訪問での看護実践後のリフレクションを繰り返すこと

で、看護実践の発展や自己成長に繋がった。

(2023年7月2日(日) 13:10 ~ 13:55 ポスター会場/企業展示)

[P4-4] クリティカルケア領域における特定行為の実践報告

—実践状況から考察した特定行為の意義—

○中村 倫丈¹, 嘉村 早苗¹, 西垂水 和隆² (1.公益財団法人慈愛会 今村総合病院 看護部, 2.公益財団法人慈愛会 今村総合病院 診療部 総合内科/特定行為研修センター)

キーワード: クリティカルケア、特定行為

【目的】

高齢化が進展し、また医療の高度化・複雑化が進む中で「特定行為にかかる看護師の研修制度」が創設された。専門性を発揮し、必要な医療を適切なタイミングで提供し、今後の急性期医療から在宅医療を支えていく看護師を計画的に養成することを目的としている。当院でも2019年より看護師特定行為研修センターを立ち上げ、研修を開始している。当院のICUに配属されている集中ケア認定看護師は2020年より特定行為研修を受講し、現在までに6区分15行為を修了し、特定認定看護師（以下、特定認定）として、主にICUで勤務し、病棟間を組織横断的に活動している。特定認定による、特定行為の実践状況を調査し、現状の把握とクリティカルケア領域における特定行為の意義を考える。

【方法】

2022年7月から2023年1月までの7か月間、102名の患者に対し、セミクローズドICUに配属の特定認定1名が実践した特定行為の件数、実施内容、実施場所、患者の年齢、性別、診療科を実践記録と診療録から調査した。発表に際しては、個人が特定されないよう倫理的配慮を行った。

【結果】

期間中の特定行為は294件であった。実施場所は、ICUが244件（83%）、病棟が50件（17%）だった。実践の多い特定行為は、人工呼吸器の設定調整が96件（32.7%）、鎮静薬調整が49件（16.7%）、NPPV設定調整が34件（11.6%）、人工呼吸器の離脱が29件（9.9%）と人工呼吸関連の行為であった。一方で、実践の機会がなかった特定行為が3行為（高カロリー輸液の調整、Na/K/CLの投与調整、利尿薬調整）あった。

特定行為の対象となる患者は、診療科別で見ると、上位は、総合内科112件（38.1%）、脳外科38件（12.9%）、消化器外科33件（11.2%）の順であった。

実施場所をICUに限定すると、人工呼吸器の設定調整が80件（32.7%）、鎮静薬調整が49件（20%）、動脈ライン確保が35件（14.3%）だった。一方で病棟に限定すると、人工呼吸器の設定調整が16件（34.0%）、気切カニューレ交換が12件（25.5%）、動脈穿刺が8件（17.0%）であった。

ICUにおいての実践状況は、人工呼吸関連の特定行為が多かった。中でも、術後患者や呼吸不全の患者に対して、リハビリテーションや早期離脱のための設定調整が多く占めていた。さらに、それに付随して鎮静薬の調整、カテコラミンの調整を実践していた。一方で、病棟においても人工呼吸関連の特定行為が多くを占めていたが、病棟では、リハビリテーション以外にも、設定変更を必要とする場面が多い入浴介助、特殊な検査や処置の介助、移動や搬送における呼吸管理などの際に特定行為を実践していた。

また、病棟スタッフからの相談により、フィジカルアセスメントや臨床推論を実践し、Medical Emergency Team（以下、MET）を起動し、急変回避のためICUへ誘導した症例が12件あった。

【考察】

当院のクリティカルケア領域の特定行為は、人工呼吸関連による行為が多くを占めていた。同じ人工呼吸関連の行為でも、ICUにおいては早期離脱に向けての調整、病棟においては日常生活支援としての特定行為がなされていた。また、急変回避につながる効果もみられ、QOL向上に寄与するものと期待する。特定行為には侵襲的なものも多く含まれ、診療行為の補助とされている。一方で、合併症予防や早期回復に向けての生活支援の手段として実践することで、療養上の世話の幅を大きく広げる行為と考える。

【結論】

クリティカルケア領域における特定行為実践は、重症化回避と合併症予防に向けた全身管理や安全・安楽に配慮した早期回復支援に寄与すると考えられた。

開会式

[OP] 開会式

2023年7月1日(土) 09:30 ~ 09:40 第1会場 (5F 大ホール)

[OpeningCeremony] 開会式

(2023年7月1日(土) 09:30 ~ 09:40 第1会場)

[OpeningCeremony] 開会式

会員総会

[MT] 会員総会

2023年7月1日(土) 13:00 ~ 14:00 第1会場 (5F 大ホール)

[Meeting] 会員総会

(2023年7月1日(土) 13:00 ~ 14:00 第1会場)

[Meeting] 会員総会

閉会式

[CL] 閉会式

2023年7月2日(日) 16:20 ~ 16:40 第1会場 (5F 大ホール)

[ClosingCeremony] 閉会式

(2023年7月2日(日) 16:20 ~ 16:40 第1会場)

[ClosingCeremony] 閉会式