

## 0-5-21

### 当院 ICU 看護師における低活動型・混合型せん妄患者の評価に関する調査

武蔵野赤十字病院 救命救急センター ICU

○細川 藍、稲吉 礼子、楠 さくら、濱里 優子、浅沼 なるみ、中村 有希、山上 明日

【背景・目的】CAM-ICUは低活動型や混合型のせん妄を発見するのに有効な評価ツールとされており、当院ICUでも導入しているが、その評価を活用した上での看護介入に至っていない。原因として、低活動型や混合型のせん妄を見落としている可能性が考えられた。せん妄の発見は、教育不足、経験による評価、リスク因子の関与により、特異度が高いか感度は低いという報告がある。そこで、せん妄の見落としの有無を明らかにする事を目的として、各看護師がCAM-ICUを的確に使用しているか評価者間信頼性（以下、一尺度）を調査した。

【方法】対象者は当院ICU看護師18名（以下、看護師群）。集中ケア認定看護師および集中ケア認定看護師との評価が一致した看護師2名（以下、調査者群）と看護師間で鎮静評価 RASS、CAM-ICU の評価を実施。IBM SPSS statistics19にて2群者間の一尺度を算出した。

【倫理的配慮】調査目的、個人情報保護、自由意志による参加、データは本調査以外に用いないことを説明、文書にて提示し評価実施の協力をもって同意を得られるものとした。評価結果によって、ICU 看護師及び患者に不利益がないことを保証した。

【結果】2014年10～11月のICU入室患者34名のせん妄の有無は $\kappa = 0.908$  (99%CI) と高値であった。しかし、CAM-ICUの所見1「精神状態変化の急性発症または変動性の経過」は $\kappa = 0.421$  (99%CI) と高い一尺度に欠けた。

【考察】せん妄の見落としはないが、所見1の項目で高い一尺度に欠けた原因として入院前の精神運動行動、過去24時間の状態をカルテや申し送りで情報共有の統一がなされていない事が考えられる。そのため、観察すべき情報の提供、患者の状態変化の記録、評価精度の維持のため継続的な一尺度の調査が課題となった。

## 0-5-23

### 小児早期警告スコアリングシステム（PEWSS）の導入と実践報告

姫路赤十字病院 看護部

○中川 貴希、矢木 寛子、中村 孝子、三木 幸代

【はじめに】当院小児病棟において、2008年～2014年の間にICU搬入数48件、院内CPA発生数10件となっている。小児は一般的に、予備力が少なく心肺停止状態になると予後が悪いと言われており、急変の予防が重要であると言われている。そのため今回、医師・看護師間で連携し、小児早期警告スコアリングシステム（PEWSS）を導入したため報告する。

【PEWSSの実践】年間に数件発生しているICU搬入事例や院内CPA事例を振り返ったことで、看護師のアセスメント能力の不十分さ、医師・看護師間の連携の不十分さが明らかとなった。このようなことから、バイタルサインやフィジカルアセスメントを評価し、その変化に対して迅速な対応を行うこと、医師・看護師間の連携を密に行うことの必要性を感じ、小児早期警告スコアリングシステム（PEWSS）の導入を検討した。PEWSSとは、「すべての入院管理している小児の急変を予測し、急変対応システムが始動する以前に、バイタルサインとフィジカルアセスメントを常に数値化・可視化し、患者に潜む病態の変化を捉えようとするシステム」である。評価項目としては、PALSの初期評価に基づいて、計9項目を数値化し、評価を行う。評価結果により、今後の評価時間間隔も決定される。また、小児科医とともにPEWSS回診を行い、チームとして早期介入を行うことを目的としている。

【考察】PEWSSを活用することで、看護師個人のアセスメント能力に左右させることなく、患者評価を行うことができ、急変を予測することができる。また、数値化により患者状態を可視化することで、医師・看護師間の連携が密となり、介入が迅速化されるのではないかと考える。さらに、患者評価の視点が示唆されているため、評価を行う看護師のメンタルモデルを養うことでアセスメント能力の向上にも期待したい。

## 0-5-25

### 疼痛スケール CPOT 導入後の評価

名古屋第一赤十字病院 看護部 救命救急センター ICU

○家本 恵理、高田 恵理、中村 宣代、秋江 百合子

【はじめに】ICUでは術後管理や人工呼吸中の患者が多く、鎮痛鎮静管理が重要視されている。A病院救命救急センターICU（以下ICU）では、2011年に鎮痛スケール RASS を導入、2014年に疼痛スケール CPOT を導入し適正な鎮痛鎮静管理ができるように努めている。今回、CPOT 導入後の評価について調査した結果を報告する。

【方法】調査期間：2014年10月～2015年4月。対象：ICU入室中の鎮痛鎮静剤を使用した人工呼吸中の患者8名。ICU看護師23名。方法：日勤帯のカンファレンス時に、看護師3-7名で一人の患者を同時にCPOT評価後、それぞれの評価結果を調査した。

【倫理的配慮】データは個人が特定されないように処理し、データの管理はパスワードのかかる電子媒体を使用した。

【結果】調査数は、導入1ヶ月後4件、3ヶ月後3件、7ヶ月後4件の計11件であった。結果1：評価の一致率は、導入1ヶ月後77%、3ヶ月後81%、7ヶ月後55%であった。指標の一致率は、「表情」60%、「筋緊張」「体動」「人工呼吸器への同調」ともに80%であった。結果2：一患者でのスコアの合計点数の差は、最小0点、最大2点であった。

【考察】結果1：CPOT導入後、評価の定着はできたが7ヶ月後では評価の一致率が低下した。指標は「表情」の一致率が低いことが明らかとなった。その要因は導入後勉強会を実施しておらず、個人の主観や各指標の解釈のずれ、経験が影響していたと考える。結果2：今回はスコア合計点数の差が最大2点であり、薬剤調整まで影響を及ぼすことはなかったが、点数の格差があれば、患者の疼痛が適正に評価されず、その後の鎮痛管理にも影響を与えると考える。

【今後の課題】定期的に勉強会を開催し知識を維持するだけでなく、看護師間で評価の統一性が図れるようにカンファレンスを習慣化する。評価の精度の向上により適正な鎮痛管理を目指す。

## 0-5-22

### BPS を用いた疼痛評価に対する当 ICU 看護師の実態調査

大分赤十字病院 ICU

○渡邊 尚美、姫野 靖子

【研究目的】患者の快適性・安全性を確保するためには鎮痛薬の投与が必要である。鎮痛薬を投与することで鎮静薬の減量につながり、また適切な鎮痛を行うことは、せん妄の予防・人工呼吸器からの早期離脱につながる。ICUでは人工呼吸器を使用し鎮静剤・鎮痛剤を使用している患者の疼痛評価は看護師の主観で行われてきた。今回、疼痛評価のツールであるBPS（Behavioral Pain Scale）を導入するにあたり、BPS導入前後において呼吸器装着中の患者の疼痛評価に対する看護師の実態調査をおこなった。

【研究方法】調査期間 平成26年12月～平成27年3月 ICU看護師に対してBPS導入前後に質問紙調査を行いデータの集計を行った。BPS導入前と導入後のデータを比較した。

【倫理的配慮】本研究は当院の倫理委員会の承認を得たうえで実施した。書面と口頭にて研究の趣旨、自由参加、匿名性の確保、利益・不利益、個人情報の保護、結果の公表、回答を持って調査への同意とすることを説明した。

【結果】質問紙配布数15名 回収14名 回収率93% BPS導入前は、主観的に疼痛評価をしている看護師は12名、ツールを使用して評価している看護師は2名であった。BPS導入前は疼痛評価ができていたと答えた看護師が1名であった。BPS導入後は呼吸器使用中の患者の疼痛コントロールができていたと答えた看護師は8名であった。BPSの数値から鎮痛薬を調節する症例が増加した。

【結論】BPS導入前は呼吸器装着中の疼痛評価は看護師の主観で行われていた。看護師は主観的な疼痛評価に対して疼痛コントロールができていないか不安を持っていた。BPSを導入することで疼痛コントロールの指標となり鎮痛薬増減の判断材料の1つとなった。

## 0-5-24

### 下行結腸腫瘍に対して手術を受ける壮年期患者の不安—術前を振り返り—

福岡赤十字病院 看護部

○中川 輔

【はじめに】手術を受ける壮年期患者は家庭や職場での中核な役割を担う一方で、手術による身体的ストレスと役割遂行を中断する事で精神的ストレスを受ける。そのため、自分の治療に専念することが困難で危機的状況に陥りやすい。術前の壮年期患者の危機的状況を考察し、今後の看護介入を検討したのでここに報告する。

【研究方法】アキュラとメズィックの危機理論を基にB氏（52歳男性。専業主婦の妻と娘の4人暮らし。）に対し術前訪問と、術後に半構面面接を行った。

【結果】「事件の知覚」においては、役割を果たすために生活を見直し、禁酒や禁煙という行動変容を行った。「社会的支援」においては、家族から食生活の改善や会社からの勤務調整を受け、役割負担が減少し癌や手術に臨む環境を整える事ができた。「対処規制」においては、告知による衝撃はあったが、手術への期待感が強く、手術を肯定的に捉えることが出来たため、手術に臨むことが出来た。

これら3つのバランス保持要因が保たれていたことで危機を回避でき、手術に対処することが出来た。

【考察】壮年期の患者は家庭や会社で、中心的な役割を担う立場にあり、癌や手術など危機的な立場に陥る。家庭や会社の役割を果たすことが困難になり、社会復帰への不安が増強すると考えられる。そのため、壮年期患者を支える家族や会社などの社会的支援は重要であり、アキュラとメズィックの提唱する3つのバランス保持要因の中でも不均衡状態になりやすい。患者自身が家庭や会社からのサポートを受けているという実感があれば、社会復帰の不安軽減に繋がり、術前の危機回避の要因になると考えた。術前の危機回避のために、3つのバランス保持要因を把握する上で社会的支援は最も重要な要因となる。

## 0-5-26

### 人工呼吸器管理においてリーク対策に風船を使用し効果を得た事例

名古屋第一赤十字病院 呼吸器外科

○加藤 留美子、松田 麻希、門松 由佳

右上葉アスペルギローマ感染に対して、右上葉切除術施行。2年後膿胸と肺炎になり、膿胸治療のため胸腔ドレナージ施行。膿瘍腔アスペルギルス感染、ドレナージ不十分であり全身麻酔下で開窓術施行。結果、気管支断端ろうが判明した。人工呼吸器管理が必要となるが気管支断端ろうからのエアリークが多く、1回換気量が得られなくなった。呼吸器圧による開窓部からのエアリーク防止のためゴム風船を利用し、1回換気量300ミリリットルを目標準に定め取り組んだ。開窓部は直径6センチの楕円形、胸腔空洞内は10センチの尺角ガゼをつなぎ合わせ、2組が入る大きさであった。開窓部をふさぐ必要があり、ゴム風船を利用するまでの期間は一時的に気管支断端ろう部にステント挿入、尿道バルンカテーテルを4～6ミリリットルで固定したが6日間のみで長期間の管理は困難であった。フィルム剤、ストマ用保護剤で開窓部をふさぎ呼吸器圧に耐えることができるように1キログラムの砂のうを使用、胸帯固定も行いリーク防止も図った。しかし、常にリークがあり、1回換気量はようやく100ミリリットル前後を維持し、固定具が外れしまうと1回換気量は0となることもあった。人工呼吸器管理が4か月と長期に及び、砂のうの重みで開窓部周囲の皮膚に発赤、びらんが発生・悪化し、フィルム剤、ストマ用保護剤の使用は困難となった。開窓部を圧迫せず塞ぐために遊具ゴム風船を考えた。結果は1回換気量250～300ミリリットルを維持し、人工呼吸器のリークを最小限に抑えながら管理できたので報告する。