

新型コロナウイルス感染症病棟設立と運営

○田中 優子・藤原 のり子

地方独立行政法人 神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院

1. はじめに

神戸市立医療センター中央市民病院(以下、「当院」という)は、神戸市中央区に位置する768床の地域支援病院であるとともに、災害拠点病院としての役割も担っている。当院におけるCOVID-19との闘いは、2020年3月3日、神戸市1例目の陽性患者受入れから本格的に始まった。最初は、感染症病棟で受け入れを開始したが、重症者が増加し、救急集中治療室(以下、「EICU」という)も受け入れ病棟に運用を変更した。

入院受入れを行って約1か月後の2020年4月9日、院内クラスターが発生した。新規入院の停止・手術制限など医療機能がほぼ停止する状況になった。

このことがきっかけで、通常診療とCOVID-19患者への医療提供を両立するために、診療場所を分離したほうがよいのではないかという議論が交わされるようになった。議論の結果、神戸市の補助を受け、敷地内駐車場に、集中治療管理を必要とする患者に対応するA棟14床と重症～中等症患者に対応するB棟22床の臨時病棟が11月8日オープンした。



2. 入院患者の推移

2020年3月～2021年11月末までに1041名の入院患者を受け入れた。そのうち軽快退院患者は915名であった。入院患者のうち、人工呼吸器管理を必要とした患者数は239名であった。特に第4波は、神戸市内の重症患者が急増し、集中治療管理を必要とする患者の病床が逼迫した。B棟も看護体制を変更し、26床の集中治療病床を準備した。



3. 臨時病棟の看護体制

集中治療管理が必要な患者に対しては、患者1～2名に対し看護師1名の配置、重症～中等症の患者に対しては、患者4名に対し看護師1名の配置を行った。

A棟は、EICUと総合集中治療室(以下、「GICU」という)の2部署の看護師を中心に配属し、B棟は感染症病棟の看護師を中心に配属した。これらの体制を中心に考えながら、応援体制を整備した。

応援体制は、その時の患者数や重症度の状況により従来の考え方にとらわれず整えた。例えば中等症の入院患者が多い場合は、一般病棟に応援を要請し、集中管理を要する患者

が増加した場合は、救急病棟に応援を要請した。

2021 年 5 月は、集中治療管理を要する患者が増加し、最大 200 名の看護師が新型コロナウイルス感染症専用病棟で勤務した。

また、5 月 4 日から 6 月 30 日までの 2 か月間に、16 都道府県から 20 名の応援看護師に支援を頂いた。心から感謝している。慣れない環境で、感染対策の技術から高度な看護実践まで尽力していただいた。応援看護師ひとり一人の真剣に取り組む姿が、スタッフの心へエールとなり、当院看護師のチーム力向上に繋がる貴重な経験となった。

4. 臨時病棟設立決定後からの準備

設立決定後、「臨時病棟の運営に関する検討ワーキング」が開始になった。看護部からは、主幹看護師 1 名と主任看護師 1 名を臨時病棟の看護管理者に任命し、その 2 人がワーキングに参加した。

ワーキングでは、臨時病棟の図面・診療体制・病棟運営・環境整備について検討を行った。

図面作成から稼働開始まで準備期間は約 3 か月であった。図面作成段階では、限られた敷地・建物で、本館同様の医療が提供できる環境を整え、快適に過ごせる入院環境を検討した。

診療体制は、COVID-19 患者が、基礎疾患の増悪や合併症により、侵襲的治療が必要となることを想定し、手術室、血管造影検査室、内視鏡治療室等と話し合い、必要物品や手順、患者搬送経路を確認し、マニュアルを作成し、シミュレーションを実施した。

病棟運営は、チームづくりが鍵になると考えた。そのため準備期間中に、合同チームで働く EICU と GICU のスタッフからコアメンバーを選定し、臨時病棟の管理者と一緒に話し合いを行った。話し合いの中で、イメージを作り上げ、他のスタッフとも共有してもらうようにした。そして、話し合い内容を反映させながら、病棟

運営基準、運営マニュアル、新型コロナウイルス感染症看護基準、看護計画、業務手順の作成を行った。

また、当院は PFI 事業を導入している。医療職が、本来業務に集中できるように、PFI 事業として依頼している食事・物品・検体等の運搬業務、滅菌洗浄業務、清掃業務、警備等の業務を、臨時病棟でも同様に実施できるように整えた。

5. 運営開始後の医療・看護

重症 COVID-19 患者に対し、高流量鼻カニューラ酸素療法による治療や、人工呼吸器管理、腹臥位療法、V-VECMO を実施した。



重症 COVID-19 患者は、まず高流量鼻カニューラ酸素療法で管理を開始している。COVID-19 患者の特徴として呼吸困難感や呼吸促拍の増強を伴わないことが多く、急激な呼吸状態の悪化をきたすことが多い。適切なタイミングを逃さず挿管できるように、アセスメントを行う必要がある。しかし、通常は、呼吸音の聴取を行い痰の貯留など観察できるが、聴診器を用いることができない。視診、触診やモニターの値、検査データー値を総合して判断しチームで情報を共有しケアに繋がった。

また、重症 COVID-19 患者は、長期間の人工呼吸器管理や副腎皮質ステロイド薬の投与、体格の特徴などから人工呼吸器関連肺炎や皮膚トラブル・褥瘡を起こしやすい。それらを予防するために、体位の管理・口腔ケア・去痰援助・全身の清潔ケアを積極的に行った。

COVID-19 患者だからできないのではなく、

標準ケアをきちんと行う。それを意識して取り組んだ。

不安へのケアも積極的に行った。特に挿管前、死の不安を表出する患者も多い。そばに付き添い、話を傾聴し見守るケアを実施した。家族とLINE 面会を行い、挿管までに話す場を設けるなど不安の軽減に努めた。

さらに、家族ケアは、まず家族に患者の状況を伝え、不安を軽減できるように努力した。家族は重症化してしまった患者の病状や、様子がわからず混乱しているうえに、自らも濃厚接触者と認定されるなど、精神的に追い詰められていることが多かった。医師から電話で病状説明を行うことに加え、看護師も電話面談を行った。闘病の様子を説明し、家族の疑問や不安を聴くなど定期的に電話面談を実施した。WEB 面会や自宅からの LINE 面会も計画的に実施した。最後の看取りの時期には、患者との直接面会も実施した。また、院内の重症患者家族支援チームに家族支援の介入を依頼した。家族への心理的な支援や意思決定支援、社会資源活用の支援など家族を多職種が協力して支えた。

第3波以降、治療効果が得られず呼吸状態の改善が見込めない場合は、緩和医療を検討しなければならない事例も多く発生した。看護師は、呼吸状態が悪化する中、処置や検査が、患者の苦痛をさらに増加させているのではないかというジレンマを感じることもあった。週1～3回多職種カンファレンスの中で、そのジレンマを多職種と共有し、ケア方法を再検討した。主治医や救急科医師からは、患者の治療効果や今後の方向性、患者の予後について、理学療法士からは筋力やリハビリの現状を伝える等多職種で議論しながら患者にとって最善の医療について話し合いを行った。

6. 運営上の課題

神戸市内の患者発生数や重症患者数によって病床運用が度々変更になるため、混乱が生じることがあった。変更内容の根拠等をスタッフに速やかに伝達し、方向性を共有し、混乱が起きないように今後も情報共有を速やかに行っていく必要がある。

また、職種や部署が違う職員が、様々な手順や経験、考え方、価値観を1つの部署に持ち寄って働くため、コミュニケーションエラー、インシデントが発生しやすい状況であった。さらに、お互いの手順や考え方に疑問をもち、摩擦が生じることがあった。慣れない環境で、一定期間ごとに交代して働いているからこそ、お互いの状況を知り、理解しようと努力することが大切である。それぞれの立場から、感じ、考えたことが素直に言える、相手の話を聴けるなどお互いを尊重したコミュニケーションがとれるチームとなるように看護管理者として働きかける必要がある。そして、合同チームで働くことは、スキルアップや成長につながると考えられる人の育成に管理者として今後も取り組みを行いたい。

7. 最後に

常に状況が変化する中、COVID-19 患者の看護に直接携わる看護師だけでなく、すべての職員が協力し乗り越えてきた。想定外のことが起きる中で、今何ができるか他の方法はなにか、最善は何かなど考えに考え抜いて前に進んできた。まだしばらくこの戦いは続くと思われる。職員一丸となり乗り越えていきたいと考える。

兵庫県新型コロナウイルス感染症拠点病院としての取り組み

—看護体制について—

○浅田 弘子

兵庫県立加古川医療センター

1. はじめに

当院は第1種感染症指定病院であり、2020年4月に兵庫県における新型コロナウイルス感染症拠点病院の指定を受け、現在までにCOVID-19患者の中軽症及び重症患者1171名の受入れを行ってきた。当初は開院以来、訓練以外に感染症病棟での実践経験のないまま、感染症患者への対応を行うこと、未知のウイルスへの大きな不安に苦戦する日々であった。感染者の増加に伴い受入れ病床を拡大し、中軽症病床では一般病棟8病棟のうち4病棟を閉鎖し最大80床の受入れ体制とした。また重症病床は、3次救急を受入れるための救命救急センター（ICU・HCU）を閉鎖し、重症病床を確保した。また2021年4月には敷地内に12床の重症コロナ病棟が供用開始され、院内の病床を含め合計20床で受入れを行った。この受入れ体制を整えるためには多くの課題が山積し、中でも看護師の人員配置は重要課題であった。当院で100床の受入れ体制を整備するには、院内の看護師の配置だけでは困難であった。そのために拠点病院の指定を受けた当初より、他の兵庫県立病院から多くの応援看護師の派遣が行われ、その役割を果たすことができた。

2. 受入れ病棟における人員配置について

1) 院内体制

中軽症の病床は感染症病棟と同フロアの2病棟を閉鎖し、72名の体制で開始した。その後、最大時は前述の病棟以外の2病棟を閉鎖

し97名体制とした。特に第3波では高齢患者が多く、認知機能が低下した患者のケアや日常生活援助へのケアなどで多くの人員が必要となった。そのため全看護師を対象に感染症病棟での対応研修を実施し、一般病棟・手術室・初療室からのリリーフ体制を確立させた。体制を整備するにあたり、病棟の再編成を何度も繰り返すこととなった。その中で感染病棟を担当する病棟スタッフの負担は勿論であったが、一般病棟は、閉鎖した病棟の診療科を引き受け、新たな領域の看護を行うこと、感染症病棟に配置されていた新人看護師を一般病棟へ再配置し育成を行うことなど、一般病棟のスタッフへも大きな負担があった。それらを軽減するために、新たな領域の経験者のスキルリリーフを実施し、再配置した新人看護師への支援は、元の病棟看護師長・実地指導者が定期的に面談や声かけ等を細やかに行った。

重症患者は、第1波～3波では重症病棟2病棟（ICU・HCU）で受入れを行った。重症患者対応は当初、患者1人に1～1.5人の看護師配置を必要とし、そのために、院内の人工呼吸器管理経験者の多くを（最大18名）重症病床へ配置した。第3波の中、重症コロナ病棟の開設が決まり患者受入れと並行し、看護師長・看護師長補佐が中心となり運用・備品整備・オリエンテーション計画など準備を進めた。第4波の慌ただしい中、4月15日には県立病院からの応援派遣のスタッフを含め96名

体制で重症コロナ病棟 12 床の運用が開始された。

2) 県立病院からの応援派遣

第 1 波より現在に至るまで、表 2 に示すとおり多くの志高いスタッフの応援派遣があり、困難な状況に対応ができた。他の県立病院でも COVID-19 患者の受入れが行われていたが、拠点病院としての役割発揮ができるよう、「全県立病院で対応する」と力添えをいただいた。派遣応援の調整は、兵庫県病院局と兵庫県立病院看護部長会で協議が重ねられた。特に派遣スタッフ支援については、派遣元病院と連携し、定期的な派遣元病院での面談が行われ、モチベーションを保ちながら従事できたと考えられる。

		第1波	第2波	第3波	第4波	第5波
重症病棟	受入れ患者数	13	8	91	55	28
	受入れ病棟	ICU・HCU	ICU・HCU	ICU・HCU	重症コロナ・ICU	重症コロナ・ICU
	看護師配置数	106	72	110	142	123
	院内応援	13	0	13	18	12
	院外応援	23	0	23	52	39
中軽症病棟	受入れ患者数	52	145	361	155	285
	受入れ病棟	3病棟	2病棟	3病棟	3病棟	2病棟
	看護師配置	72	46	97	96	94
	閉鎖病棟	4病棟	2病棟	4病棟	4病棟	4病棟

表 1 感染病棟（重症・中軽症）の看護師配置状況 (人)

* 受入れ患者数は新規患者数であり院内で重症化した患者数は含まない

	第1波	第2波	第3波	第4波	第5波
重症病棟応援	23	0	23	52	39
一般病棟応援	15	0	4	0	0
合計	38	0	27	52	39

表 2 県立病院からの応援派遣看護師の状況 (人)

3. まとめ

この経験したことのない状況下で、看護体制を整えるにあたり「情報を共有する」ことの重要性を実感した。第 1 波～3 波までは前任の看護管理者の指揮のもと、看護部が一丸となり取組んだ土台があり、特に病棟編成等はある程度予測や準備はできていると感じた。しかし、病棟の閉鎖及び再開など体制の変更にはスタッフの不安を拭い去ることはできないと考える。その事を踏まえ、組織で決定されたこと（されること）を可能な限り早期に、そして自身の言葉で直接伝えることを心がけた。

拠点病院として役割を果たすため、当院のスタッフ及び全県立病院の使命感のもと、また多くの方の励ましや支援により、幾度の難局を乗り越えられた。そのことに心から感謝すると共に、今後も兵庫県の最後の砦として万全の受入れができるよう取組んでいきたい。

COVID-19 重症・中等症患者の受入れと看護マネジメント

―兵庫県立尼崎総合医療センターの取組み―

○宮原 明美・大西 美樹・三浦 智恵

兵庫県立尼崎総合医療センター

【当院の概要】

当院は、阪神地域の中核病院として、高度専門・救急医療を中心とした医療を提供している。

当院の概要

1. 病床数 730床

	病床数	病室種別
一般病床	714床	集中治療系、7:1病床
精神病床	8床	
感染症病床	8床	個室8室 2類感染症
合計	730床	

2. 診療科：48診療科

3. 病床稼働率：92.2%

4. 平均在院日数：10.4日

5. ER型救命救急センター

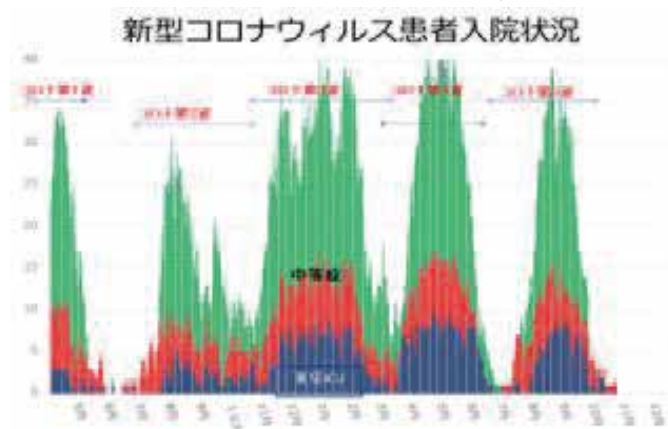
第二種感染症指定病院

(令和元年度実績)

【新型コロナウイルス感染症患者の対応】

令和2年3月1日、兵庫県初の新型コロナウイルス感染症患者(以下コロナ患者)を受入れ、兵庫県において、重症者等を対応する「新型コロナウイルス感染症重症等特定病院」に指定となる。令和3年9月末時点での受入れ患者数は1098人となった。確保病床数は、最大時46床、内訳は重症病床10床、中等症36床(小児3床含む)であり、特に第3波からは患者数の増加と同時に呼吸管理を要する患者と高齢患者の増加、第4波ではさらに重症度が高くICU入室患者が最も多く、フル稼働状況が続いた。コロナ陽性患者の状況等については表1にまとめた。また、コロナ病床運営のため、一般病床、救急病床、集中系病床の一部を含め最大93床を休床とした。

＜表1＞



【組織の方針と情報共有】

当院の方針として、コロナ患者の受入れと、地域の中核病院として高度専門・救急医療を継続して提供することの2つを柱とした。これまで経験のないコロナ患者の受入れを安全かつ効率的に行うため、毎日、院長を筆頭とし、診療部、看護部、事務部門をメンバーとする「定例コロナ会議」を開催し、情報共有、病床調整、人員配置、感染防止対策、備品調達・調整等を検討した。これらの決定事項は、タイムリーに看護師長を中心に共有し、ケアに必要な機器等、現場の声に可能な限り迅速に対応した。また全職員へは、新たな情報や取り組みについて、主に電子カルテ掲示板を活用し、情報提供した。

【組織としての感染防止対策】

主な取り組みとして、手指消毒の徹底とPPEの装着を義務付けた。感染管理認定看護師による現場での直接指導や、コロナ患者以外の患者対応時にもマスクとアイシールド装

着とした。次に、3密回避として、マスクをはずす食事環境を重視し、黙食、換気、配席状況等をラウンドで注意喚起した。さらに水際対策として、外来患者の有熱者の有無、入院患者には、入院当日に医事課窓口にて当院規定に基づいた感染徴候の有無を確認した。

【病床再編と看護体制】

日々刻々とコロナ患者の増加、さらに重症患者が増加し、病棟再編とそれに伴う人員配置を繰り返し行った。コロナ病床を安全に効率的に運用するには、通常より2～3倍の人員を要し、重症系のみならず一般病棟からも数名ずつ協力してもらい、組織として患者の受け入れに努めた。最大100名を超える看護師がコロナ病棟・ICUへ異動した。そこで新たなチームビルディングを行った。

各看護師長は、スタッフへ動機づけしながら個々の能力発揮を支援し、事例をリフレクションする機会を作り実践を承認した。また、初めて面会全面禁止という環境となり、患者、家族の状況に合わせipadや電話の活用、また、集中ケア認定看護師、家族支援看護専門看護師と共に、患者と家族を繋ぐ看護を実践した。

【メンタルサポート】

当初、いつ自分が感染するかわからない恐怖、家族への配慮、慣れない職場環境は想像以上のストレスが予測された。コロナ病棟へ異動のスタッフへは看護部長より動機づけや感謝の言葉がけの機会をつくり、管理室メンバーによる個人面談の実施、病床運用変更時は看護部長が部署へ行き説明と感謝を伝えた。また、看護師長や感染管理認定看護師には、リエゾン看護師からの支援の場を設けた。

【対応を通しての学びと今後の課題】

国内初、未曾有の感染症対応は、危機のマネジメントが課題となった。正確な情報から組織として方向づけ、迅速な意思決定と職員との情報共有に加え、制約された中でも看護を工夫し実践することが、何度も繰返す波を乗り越えることに繋がった。

今回、当院は重症・中等症患者を受入れ、呼吸管理を中心とした全身管理及び医療機器管理を要した。高度急性期病院として、クリティカル領域における計画的な人材育成と、何時も「しなやかに、そして力強く」実践できる看護部組織を創っていきたい。

制限された環境で看護師としてできること

○平 一世

兵庫県立加古川医療センター

<はじめに>

当院は、2020年4月新型コロナウイルス感染症拠点病院の指定を受け、一般病棟で新型コロナウイルスの中軽症患者、救命センター(ICU・HCU)で重症患者の受け入れを行った。患者層や重症度、指針や基準が変化する中で、柔軟に対応したプロセスについて振り返る。

<第1波>

1月末：COVID-19の患者を受け入れるため、感染症病棟の整備を始めた。2月上旬：近隣の病院からの疑似症患者の受け入れを開始した。3月11日：初めての陽性患者を2名感染症病棟で受け入れた。

当初は患者の年齢も比較的若く、軽症であったため、対症療法が中心であった。PCR陰性を連続2回認めることが退院の要件となっており、症状が軽快しても退院できず、患者数が増加した。対策として①个人防护具(以下PPE)使用数の削減②PPEの脱衣による感染リスクの軽減③対応するスタッフ確保を行った。

まず、病棟を患者エリア(レッドエリア)とそれ以外の医療エリア(グリーンエリア)にゾーニングした。患者エリア内は、患者とPPE着用した医療従事者が自由に行動可能な場と位置づけたことから“居住エリア”と称した。

第1波の患者の特徴は、自分が罹患したことへの後悔や風評などによる不安が大きかった。心のケアが必要と感じ、臨床心理士のサポートを導入した。医療従事者も同様に、誹

謗中傷を受けたり、感染の恐怖や不安を抱えたりしながらも、責任や使命感で看護を続けた。また、中等症以上の患者の中には死に至る場合もあり、看護師は何もできないジレンマを感じていた。家族ケアについてもできる限りの支援について話し合い、入院中は家族の面会ができなかったが、亡くなった後に面会ができるよう、感染管理認定看護師と調整した。患者と家族との対面時には、家族の悲しみを癒す看護ケアを大切にした。家族は「最期は、こんな穏やかな顔で良かった」とスタッフへ伝えていた。

看護師長として最も尽力したのは、スタッフやスタッフ家族への感染予防である。感染予防については、感染対策チーム(以下ICT)で検討を重ねた。①PPE着脱の動画を電子カルテに掲載②清潔エリアの安全確保③手指衛生の徹底について、正しく実施することが、自分達を守ることになるとスタッフへの啓蒙に努めた。そして、最新の情報を毎日提供し、感染予防行動が実践できるよう周知を強化した。

感染拡大期は、4病棟のスタッフを合併し、感染病棟として3病棟で患者を受け入れた。4病棟各看護師長の協力を得て、さらに感染予防行動を徹底した。スタッフのチームワークは徐々に向上したが、看護師長として感染や周囲からスタッフを守れているか、厳重な感染予防行動を強いているスタッフのメンタルケアができていないか、不安は続いた。その際、看護部や先輩看護師長の助言や協力はと

でも励みになり、活力となった。



写真1 居住エリア風景

<第1波～第2波までに整備したこと>

第1波の患者が減少してきた頃、隔離下での療養環境や通常の入院とは異なる対応にジレンマを感じていたスタッフが、ナースコールの疑似体験など、患者の立場に立った療養環境を考えた。第1波の患者の意見を参考によりよい環境への調整を始めた。①居住エリアでのリハビリ②Wi-Fi環境の整備③売店商品の代行購入④患者の衣類を業者依頼⑤患者の荷物の配送と受け取り⑥患者自身で行う掃除道具の設置である。看護師の業務量は増加したが、他職種の協力を得ながら、患者中心の看護に視点をおき継続することができた。

<第2波>

COVID-19は、呼吸困難の自覚症状は現れにくく、現れた時には急速に病状が悪化していることも多々あった。早期に患者の変化に気づくため、体動に合わせた経皮的酸素飽和度の測定方法を見直した。腹臥位療法や安静、酸素療法なども海外の文献を参考に医師と協働し積極的に取り組んだ。

また、日頃から取り組んでいた看護師のリリーフ体制を活用して、感染症病棟への応援体制を試みた。しかし、感染症病棟以外からのリリーフは、スタッフの不安が強かった。そこで、感染への不安の軽減や感染症病棟での看護の理解を深めるよう、全看護師対象の実務研修を行った。研修の内容は、中軽症病棟での適切なPPEの選択および着脱手順、看護業務、PCR検査介助などとし、病棟でも活用できるスキルの獲得ができるプログラムとした。研修は、9月～3月の半年間で、全看護

師数の75%、新人看護師や妊娠者等を除く対象看護師の94%が受講を修了した。効果として、中軽症病棟でのリリーフの増員につながった。

<第3波～第4波>

第3波では治療法や対処法が確立されてきた。病院や高齢者施設等でのクラスターにより、中等症や重症患者が増加し、認知症や2次的なせん妄等、日常生活援助が必要な患者が急増した。その際、実施した実務研修が有効となり、感染拡大期にリリーフ体制が発揮された。

<第5波>

高齢者のワクチン接種も進み、感染者の年齢が40～50代へと移行した。新たに、中和抗体療法が開始となり、168名の患者に投与され、患者の重症化リスクは低減した。中和抗体療法は新薬でありアレルギー症状の出現に備え、モニタリングを行い、投与終了まで看護師で観察し、患者の不安軽減に努めた。

大切にしてきた家族看護

COVID-19は、家庭内感染も多く、家族で入院となるケースもあった。家族が一緒に入院できるように健康福祉事務所と連携し、面会や看取りが行えるよう調整した。また、リモート面会を導入し家族との時間を大切にした。看取り期の患者にはリモート面会を推奨し、可能な限り家族の意向に沿った。家族が他の病院に入院している時には、その病院の協力を得ながらリモートでの看取りを実施できた。家族の看取りが叶わなくても、死亡後の最期の面会時に、最期の状況を家族に伝えた。

医師の協力を得ながら、家族と連絡をとり、家族の思いに寄り添い、看護師と共通認識ができるよう毎日カンファレンスで話し合った。

<おわりに>

COVID-19の受け入れを始めてから約2年が経過した。第1波から第5波まで1171名の患者を受け入れた。感染拡大期には病棟編成や

リリース体制の確立、全診療科医師の応援体制など、病院全体で取り組めた。また、病院外でも健康福祉事務所、保健所、兵庫県新型コロナ入院コーディネートセンター、隔離解除基準を満たした患者の受け入れ先の近隣病院や施設など、様々な協力を得たことにより乗り越えることができた。今後も兵庫県最後の砦として、変化に応じて柔軟に対応し「やさしさとぬくもりのある看護」を継続していきたい。



写真 2 看取りの場面

EICU における COVID-19 への取り組み

—腹臥位療法と褥瘡予防—

○宮本 真奈美・林 隆史・川崎 敬太・三方 真貴子

兵庫県立尼崎総合医療センター EICU

【はじめに】

当院のEICUでは2020年3月から重症のCOVID-19患者を受け入れている。

当初、有効な治療薬がない、病状の回復が遅く、長期化することに看護師として無力感を覚えることが多かった。改めて一人一人の患者に真摯に向き合い、チームで患者ケアについて話し合いを重ね、重症COVID-19患者のケアに取り組んだ。今回、その実践したことを報告する。

【経過】

第1波では、未知の感染症に対し、院内感染・自己の感染防御を念頭にケアを行い、マニュアルの作成に取り組んだ。また、家族は患者に会えないというジレンマを抱え、面会制限下でも家族にできるケアはないか模索した。その中、スタッフよりICU日記（写真1）を用いて患者・家族ケアを実践したいと声があり、ICU日記を開始した。実際家族からはネガティブな発言はなく、「見えない所で患者が頑張っていることを知る機会になった」という言葉が多く聞かれた。また、スタッフは家族からの言葉で何もしてあげられなかったという無力感から少し解放されたという意見があった。

第2波では、挿管患者に対し腹臥位療法が導入できるよう、腹臥位のプロトコルの作成、導入、評価を行った。また人工呼吸器関連肺炎（VAP）を合併する患者が増え、口腔ケアの見直しを行い、詳細な口腔内の観察、カ

ンファレンスでの口腔ケア方法の検討を行った。また歯科衛生士からの助言により重曹水を使用しての口腔ケアを実施した。第2波後、デスカンファレンスを通じて、自分たちの看護ケアについて振り返る場面を設けた。それによりスタッフ間での思いを共有する場となり、自分たちの看護に自信を持つことができた。

第3波では、EICU以外の病棟から多くのスタッフの応援がありともに看護にあたった。ICU経験のないスタッフもあり、重症呼吸器疾患患者のケアを具体的なマニュアルや、視覚的にもわかりやすい画像や動画を用いて支援を行った。また、COVID-19患者の挿管介助や腹臥位への体位変換などのシミュレーション（写真2）を行う事により、すぐに実践で使える技術の習得を目指した。ICU経験のないスタッフへの技術習得については時間を要したが、動画等を有効活用することで、空いた時間に自己学習を進めてもらうことができた。

第4波から第5波では、個別性のある腹臥位が継続できるようカンファレンスで共有し、実際の体位を写真に残し、記録方法を統一した。また、非挿管患者にも腹臥位療法が有効という論文があり、当院でも非挿管患者に対しても腹臥位療法の導入を行った。治療に対する理解や患者との関係構築が重要となり、医師と共に腹臥位のリーフレットを作成し、リーフレットを使用した。リーフレット導入

の結果、統一した腹臥位の説明が可能になった。患者自身でリーフレットを見ながら積極的に腹臥位に取り組む姿勢が見られた。

【腹臥位の取り組み及び褥瘡発生率】

重症 COVID-19 患者の管理として、各国のガイドラインでも腹臥位療法が推奨され、多くの施設で重症 COVID-19 患者に腹臥位療法が提供されている。そのため当院での重症 COVID-19 患者の腹臥位療法についての取り組み、及び褥瘡発生率について報告する。

第2波より PROSEVA trial を基準とした12～16時間腹臥位療法プロトコルを作成し導入・実践した。また、毎日医師と体位管理についてカンファレンスを行い、腹臥位療法継続の可否を検討した。EICU 独自の体位管理マニュアルを適宜修正し、それを用いてリリーススタッフとともに繰り返し腹臥位への体位変換シミュレーションを行い、医師1名・看護師4名での腹臥位への体位変換・固定を実践した。

腹臥位療法の有害事象として様々な項目が挙げられるが、特に長時間腹臥位療法においては褥瘡の発生頻度が50%以上とする報告もある。そのため、皮膚・排泄ケア認定看護師と協働し褥瘡好発部位にアレビンライフを貼付、頭部保持にはアネプロンを使用し適宜除圧・2～3時間毎の頭部の向き変更を行い、褥瘡予防を図った。

当院では気管内挿管・人工呼吸器装着 COVID-19 患者124名のうち35名の腹臥位を実施し、生命に直結する有害事象の発生はなく、43%の患者に褥瘡発生を認めた。そのうち褥瘡ステージⅠは27%、ステージⅡは73%という結果となった。部位別発生率は口、頬、胸部、腹部の順に多くなった。しかし、デブリードマンのような処置が必要な褥瘡発生はなかった。

非挿管患者の腹臥位療法は可能な範囲で極力腹臥位療法を実践してもらうよう指導した。普段からうつ伏せで過ごさない患者に関しては、腰背部痛を訴えることが多く湿布や鎮痛剤を適宜使用し腹臥位療法を継続してもらった。

【おわりに】

今回、未曾有の経験をもとに自分たちの看護を研鑽し、どのような環境下においてもチームで患者ケアについて話し合うことの重要性を学んだ。今後も継続して、チームで患者のアウトカムを優先し、個別性のある看護が提供できるよう日々取り組んで行きたい。



写真1 ICU日記



写真2 腹臥位のシミュレーションの様子