

O-033

手術中Pauseの勧め—患者も医師も看護師も

前場隆志¹、因藤春秋¹、竹内聖¹、小西美穂²、野崎浩司³¹JCHOりつりん病院 外科、²麻酔科、³看護部

＜目的＞長時間手術では、個人差はあるものの疲労に伴う集中力の低下は否めない。長時間手術患者の術後成績を低下させる要因の一つに、手術スタッフの肉体的・精神的疲労が多少とも関与しているものと考えている。以上の理由から、当院外科では2002年以降「6時間以上の予定手術は全員同時に30分間のPause（休憩）をとる」方針とした。術中Pauseの目的は、手術スタッフ側では集中力の改善と自己血糖値の改善（軽食を摂る）、患者側では腹部臓器へのno touch効果（微少循環の改善）と麻酔医による循環動態の改善である。

＜対象＞2002年から最近までに術中Pauseを行った350例の中の臍頭十二指腸切除（PD）165例を対象とした。

＜結果＞PDの手術時間は平均359分で、手術開始から172±33分で切除が終了、Pause（31±5分）後152±31分で手術を終了している。結果的に全手術時間のほぼ中間点でPauseを取っており、スタッフ全員がrefreshした状態で、PDの“キモ”となる臍腸再建に臨めることが術者側にとって有効であった。患者への効果については、Pause中に血圧が平均10mmHg程度上昇したが、脈拍数や動脈血ガスなどの大まかなデータでは有意な変化は認められず、現時点ではその有用性は証明できていない。全350例を含めPauseに関連した有害事象は発生していない。

＜結論＞術中Pauseは、手術スタッフの集中力改善の観点で有用と思われる。問題点として、術者全員が同時に休憩を取るとは急変時対応にriskを伴うため、今後は手洗い待機医が必要と考えている。また術中Pauseを取る事に関する術前ICも必要かと思われる。

O-034

麻酔科と歯科口腔外科との術前外来の重要性

小澤純子¹、長澤実佳¹、高橋悦子¹、山崎遙香¹、里元麻衣子^{1,2}¹JCHO東京蒲田医療センター 麻酔科、²東邦大学医療センター大森病院

当院は現在麻酔科管理症例が年間約800症例である。演者が麻酔科常勤として赴任した2年前から麻酔科術前外来を開始した。開始した当時、外来への予約は21%であったが現在は84%になり、緊急手術の一部を除きほぼ麻酔科外来受診が達成されている。麻酔科外来受診のタイミングは予定手術では手術2週間前を目安にしており、患者1人に約30分かけて問診、説明、リスク評価を行う。この時点で全身合併症や手術の適応、手術に伴う抗凝固薬の継続の有無について術者にコンタクトを取りつつ患者に説明している。往診となる患者以外は外来を受診してもらう事で普段の活動量から全身麻酔耐術能が想定でき、術前ADLや生活状況や家族環境をより把握できる事が多い。

外来を開始した場所が歯科口腔外科外来のブースを一部借りた経緯もあり、麻酔科外来受診と同時に歯科口腔外科受診も開始当初から行っている。当院は高齢者、口腔内衛生状況の悪い地域でもあり、定期的な歯科診療を受けていない患者が多く、麻酔科外来時に歯科医師が直接診察し、手術に向けて周術期口腔機能管理を同時に行っている。患者の口腔衛生状態が良くなり麻酔科医も安心して挿管に伴う歯牙損傷のリスクを減らす事に加え、術後肺炎の要因となる口腔内衛生状態を術前外来の時点で判定し、周術期口腔機能管理を開始している。同時に患者への口腔ケア教育も行い、術前後の生活、特に口腔内の継続受診指導（近医への紹介）も行っている。

最近では舌圧測定、口腔内細菌数を測定している。周術期口腔機能管理計画策定料として保険算定ができる事も重要であるが、舌圧の低下と術後誤嚥性肺炎の関係も示唆されている事から、術後肺炎の発症数をフォローし、舌圧訓練の効果判定も調べていきたい。今後歯科衛生士とも協力し周術期口腔ケアユニットとしてチームを作り、更に周術期管理を充実させていきたい。

O-035

当院における超緊急帝王切開術（Grade A）に対する体制の構築

吉浦久美子¹、高石博子¹、中尾佳代子¹、古賀敦子¹、藤原美恵子²¹JCHO 謙早総合病院 看護部、²統括診療部 産婦人科診療部

【背景】当院は二次救急病院であり、近隣からのハイリスク分娩を受け入れている。そのため、年間数例の超緊急帝王切開術（以下Grade A）が発生している。Grade Aは一般に「方針決定から分娩出まで30分」という基準が提唱されているが、当院は関係診療科医師・スタッフが当直体制でないため様々な課題がある。

【目的】Grade Aを迅速、安全に行えるように、産科医のGrade A宣言以降の流れをシステム化し、円滑に運用できることを目的とし、多職種間で体制の構築を行った。

【方法】2014年から検討を開始し次のことを行った。1.連絡体制の構築とその見直し、2.伝達しやすい名称への変更、3.業務分担の明確化と簡略化、アクションカードの作成、4.机上シミュレーション、5.看護師スタッフが予定帝王切開に入室し手術場の流れを体験、6.年に2回のシミュレーション（他部門合同）を行い、個別にも手術室の見学を実施した。

【結果】当該病棟スタッフのみでなく医師や看護師、コメディカル等多職種と共に、連絡や協力体制を作り、内容の検討・変更を繰り返し行い、現在の簡略化された体制が整った。多職種でシミュレーションを行うことで多方向からの意見が集められ、またGrade Aに対する意識が高められた。

【考察】体制構築に取り組み始めた時は、当該病棟内でも超緊急帝王切開に関わった事のある看護師と普段の分娩でも関わらない看護師とで意識に差があり、病院内でも超緊急帝王切開に関して認識が薄かった。繰り返しシミュレーションを行うことで、共通の認識を持つことが出来、当該病棟のみでなく、関わった多職種内でもGrade Aの重大性を認識できるようになった。

【結語】共通の認識はできてきているが、まだシミュレーション段階でも十分に対応し行動できていない場合があり、経験の差が大きい。誰もがどのような場面にも対応できるよう今後も定期的なシミュレーションが必要と思われる。

O-036

全身麻酔下で手術を受ける患者のプレウォーミングの検討

佐藤祥行、太田理恵子、西村重紀子

JCHO東京蒲田医療センター 看護部

1.はじめに 全身麻酔下で手術を受ける患者は麻酔の影響により自律性体温調節、行動性体温調節、体性体温調節の調節機能が変化して麻酔中は環境の温度の影響を受けやすい状態となる。そこで、術前加温（プレウォーミング）を導入することによって、効果的な体温管理が期待できるのではないかと考え、術中の保温効果に注目した。

2.目的 既存の加温法とプレウォーミングを取り入れた加温法で術中平均体温を比較し、プレウォーミングの効果を明らかにする。

3.対象及び方法 平成30年4月から10月までの期間中、四点支持器を使用した脊椎手術を行った患者30名を対象に行った。手術開始後加温（従来法）とプレウォーミング（入室時にはバスタオルで覆い保温、入室1時間前から室温を25℃に設定し、手術台は温風式加温装置で加温する）。麻酔導入時は温風式加温装置で全身を加温。導入後は下肢部分を温風式加温装置で覆い加温。送風温度は40℃とした。また、肩から上肢はタオルケットで保温した。体温測定は鼓膜体温計を使用して入室時に測定し、麻酔導入後から直腸体温計を使用し、麻酔覚醒後まで15分毎に測定した。手術開始後は室温を20℃に設定し、手術終了と同時に室温を25℃に変更とした。

4.結果 対象の術中平均体温を麻酔記録から抽出した結果、平均36.3℃であったのに対し、プレウォーミングを用いた加温法では術中体温は平均36.9℃であった。麻酔覚醒後のシバリング・覚醒遅延・四肢冷感等の合併症がなかった。

5.考察 麻酔導入前より加温を開始することにより身体のトータル熱量を増加させ、末梢温度と核心温度の差が縮まり麻酔導入後の再分布による体温低下が起こりにくくなったためか、プレウォーミングを用いた加温法の方が術後の状態が良好であったと考える。

6.結論 当院の手術室において周術期の患者の体温管理に際して、プレウォーミングを導入することで、有効な体温管理が施されて患者の安全・安楽が期待できる。

O-037

プレウォーミングがもたらす術中の低体温予防効果

茂申明日美、高田美由紀、小林恭子、小澤聖子
JCHO千葉病院 手術室

【はじめに】術中の患者は麻酔の影響や手術室の環境により体温低下を起こしやすく、術中の低体温は術中麻酔覚醒遅延や代謝異常、出血傾向、心機能低下などを引き起こす恐れがあるといわれている。当院で全身麻酔手術を受ける患者の手術着は着物タイプではだけやすいため、手術室入室時から寒気を訴える患者もいる。術中の体温変動を比較しプレウォーミングが、手術中の体温低下予防となるかを検証したので報告する。

【研究方法】全身麻酔下で開腹手術を受ける患者。保温着非着用患者・保温着用患者を2群に分け、さらに術中のアミノ酸製剤の投与の有無で計4群に分けた。

【結果】対象者の術中体温を観察したところ、術中に低体温状態になった対象はいなかった。麻酔導入から麻酔覚醒前までの体温低下が最も少なかったのは、保温着用患者のアミノ酸製剤投与患者であった。また、保温着用患者のうち入室時に寒さを訴えたのは25名中1名であった。

【考察】麻酔導入から麻酔覚醒前までの全対象患者の体温を観察したところ低体温患者はみられなかった。このことから、全身麻酔を受ける患者に対し行われている術前～術中の加温は有効であると考えられる。また、保温着用患者が着用し入室したことで寒さを訴えた対象者は25名中1名であり、退室時にシバリングが観察された患者はいなかった。手術着ははだけやすく寒さを訴える患者が多いが保温着用患者に着用したことで訴えが減少し、患者のプライバシーの保護にもつながったと考える。今回のプレウォーミングの結果からも分かるように、保温着用患者に比べ保温着用患者は麻酔導入後の体温低下が少なく、さらにアミノ酸製剤投与を加えることで体温低下を防ぐ事が出来たと考える。術中の患者は麻酔の影響や手術室の環境により体温低下を起こしやすく、術中の体温管理は、患者の回復過程に大きく影響するため、今後も麻酔科医と連携をとり適切な体温を保てるように心がけていきたい。

O-039

放射線レポート未読問題の対策と取り組み

米川弘恭、野々垣喜徳
JCHO中京病院 放射線部

【はじめに】当院の規模は、病床数663床の総合病院で、CT3台、MRIを3台を有し、画像診断は放射線診断医5名が在籍し読影を行なっている。各種メディアで取り上げられたように、放射線レポートの未読が社会問題となり、当院でも同様な事例があったことから、医療安全管理室と放射線部が共同でこの未読問題に取り組んだ。

【目的】当院での既読状況を調査し、実態を把握しその結果を基に改善対策を実行し医療安全につなげること。

【方法】FUJI画像システムから全未読症例を一覧できるエクセル表を作成し、そのデータを各診療科および各医師に電子カルテ上のメール転送で報告をした。データ内容は患者ID、氏名、検査種、撮影実施日、依頼医、読影医、読影状況、読影日である。報告時期は検査後2か月目とし、1か月単位でまとめた。医局会その他で全医師にデータを送信していることを周知し、カンファレンス等でレポートを読影し臨床に反映させることを要請した。また、医療安全管理室と各診療科部長との面談を実施した後取り組みの効果の判定として、2年目からは一覧メール転送2週間後に再度未読状況をチェックした。

【結果】CTは2017年の検査総数33000 読影件数12300未読率（18%）、MRIは1年間の検査総数13600 読影件数6000未読率（17%）で、1年間あまり変化はなかった。読影を促す医局会での要請のみでは効果は乏しく、医療安全委員と各診療科部長との面談を行い注意を促し、カンファレンス時の処理を強く要請した。その結果、2018年2月より毎月全体平均6.5%の未読率となった。

【考察】未読数について減少傾向ではあるが、まだ100件近くあり0件になるのが理想である。そのために各診療科内での医師同士のカバー体制の確立も大切だと思われる。現在、読影依頼数においてもCT50%、MR80%であり診療科の特色もあると思うが100%にしていけることが課題と考える。

O-038

手術室における体位固定マニュアルの見直し
—ピーチチェア体位を通して—

野田麻里子、竹内明子、村野みちよ
JCHO大阪みなと中央病院 看護部

【はじめに】手術症例数の少ない特殊な体位固定マニュアルは、看護師の裁量と経験から体位固定を行っている現状であり、具体的な手順がなく統一性に欠けていた。今回特殊体位であるピーチチェア体位に注目し、現在のマニュアルを見直し標準化を図ったことで、手術室経験年数に関わらず統一した安全な体位固定を行うことができた。

【倫理的配慮】病院倫理委員会の承認を得た。

【方法】手術室看護師7名に対し、1. 改訂前後のマニュアルを基にそれぞれの体位所要時間を2人1組の総当たり制で24通り測定・比較。手順ミスが発生したペアに対しては再度実施。2. 自記式アンケートの実施。

【結果】対象者の経験年数による属性を、1年未満（A群）、1年以上4年未満（B群）、4年以上（C群）と3つに分類。改訂前のマニュアルの活用は、『出来ていなかった』が71.5%。活用できていない理由としてC群は、『固定方法は頭に入っている』、A・B群は『必要物品や手順が分かりにくい』などの理由であった。改訂後は、100%が活用できており、『写真と文章で留意点が明確になっている』との意見。マニュアル改訂前の体位固定では、33.0%で手順ミスによる時間のロスがあったが、改訂後は0%であった。

【考察】体位固定の手順を間違えずに円滑に実施できるという点では、改訂後のマニュアルの有効性が示された。手順ミスが起こったペアを抽出すると、A群はC群とペアリングした場合に手順ミスが確認されており、C群は客観的な手順の確認不足がミスに繋がっていると考えられる。またA群は自己判断力が未熟なため、C群の行う手順に意思を委ね一緒にミスを起こしたのではないかと考えられる。経験年数に関わらず全ての看護師がマニュアルを確認することが、ミスを無くし円滑な体位固定を実施するために必要だと考える。

【結論】経験値及び記憶に頼る手順より、作成マニュアルを活用した方がミスがなく、効率的に体位固定が実施できた。

O-040

手術室における災害対策 再考
- 病院移転後に課せられた‘平成’からの宿題として -

野村さとみ¹、金子武彦²、野崎安子¹、桜井瑞恵¹、遠藤千鶴子¹
¹JCHOさいたま北部医療センター 看護部 手術室、²手術部

【研究の端緒と目的】当院は2019年3月に新築移転がなされ旧病院で長らく懸念されていたハード面の不安が解消された。平成最後の本学会において、演者らは手術室の災害時アクションカードの概要を紹介したが、新病院においてはもう一歩それを進めた手術部BCP (Business Continuity Plan) の策定も求められる。そこで、新時代に相応しい手術室の災害対策にいたる取り組みを報告する。

【方法】1. スタッフ間アンケートを通して、「災害」という語に何をイメージするか抽出した。2. 災害時に新手術室の各種設備構造のどこが問題となるのか、他の部署や設備担当者や勉強会を企画した。3. BCP策定の上で必要な情報を検討した。

【結果・考察】災害を地震と同義ととらえるスタッフもいたが、国内に災害が多発した‘平成’の時代背景を象徴してか、火災・停電・ガス途絶・断水や情報回線不通をイメージする意見が出た。設備上の懸念としては、自動ドア (手術フロア) の開閉不能、非常口の幅員狭隘、エレベーターを介した院内搬送の停滞、通路セキュリティの解錠困難、が挙げられた。防災訓練を部署内で実施した際は既存のアクションカードに基づく初期行動で問題はなかったものの、医用室の非常電源に関する新たな基準 (病院電気設備の安全基準; JIS T1022: 2018) の理解はスタッフ間でばらつきがあった。災害時に単に避難する、という旧来の考え方から、災害時も安全に手術を遂行し早期に正常態勢に戻るプランのためには、病院ライフライン (電気/ガス/水道/通信) に関する理解が肝要だと思われた。また今回手術部に麻酔科医も加わった体制となり、新旧スタッフ間で意見交換を重ねつつの取り組みであったが、多職種の協力により、各々の役割の中で災害遭遇時のマネジメントに対する課題が明らかになった。

【結語】手術室における災害対策を再考するにあたり、これからは、患者・職員の安全確保対応だけでなくBCPまでを意識する必要がある。

O-041

治療器具装着患者の災害時避難における初期対応の習得
- 初期対応カードの携帯と実技テストを取り入れた成果と課題 -

菅原綾香、西川美穂、松浦步美、向井美奈、中野渡千早
 JCHO札幌北辰病院 4階西病棟

はじめに: A病棟は酸素療法や胸腔ドレーン挿入患者、抗血栓薬の持続投与、24時間点滴を行っている患者が多く、災害時はより安全な避難誘導のため、迅速な対応が求められる。今回、治療器具を装着している患者を避難誘導するための初期対応について、実技テストを取り入れた学習会と初期対応カードの携帯により、災害避難時における初期対応の習得を目的として本研究に取り組んだ。

研究方法: 対象者はA病棟看護師17名。実技を交えた学習会を実施し、学習会直後と1か月後に実技テストを行い単純集計し、比較した。結果: 抗血栓剤点滴中と酸素療法中の対応以外は、カードを見ないまたは見ながらできるが80%以上だった。抗血栓剤点滴中の対応で出来ない理由は、点滴を外した際、先端を保護するなど被曝予防の対策が不十分であった。また、酸素使用中の対応の出来ない理由としては、災害時は引火予防のため、酸素ボンベへの切り替えを速やかに行う必要があるが、病室の酸素用配管とボンベの酸素を両方長時間流したまま切り替えしていた。

考察: 実技を取り入れた学習会と実技テストを行ったこと、初期対応カードを配布したことは知識習得に効果的であったと考える。抗血栓剤点滴中の対応については、初期対応カードの見づらさから混乱が生じ、被曝対策ができなかったと考える。酸素切り替えについては日頃から酸素飽和度の低下を予防するため、酸素を出しながら切り替えをしていたことや、初期対応カードに切り替え時の注意点が記載されていないことが要因と考える。初期対応カードは字が小さく、記載内容も不足しており、適切な行動ができなかったと考える。災害の際は焦りや混乱が生じやすいため、現在の内容よりインパクトを持たせわかりやすい表示が必要である。今後、実際の災害時、自分がどう行動することで迅速に対応できるのか、当科の特色に合ったシミュレーションや学習会を定期的に行っていく必要がある。

O-042

コミュニケーションツール (SBAR) 導入が医師と看護師間の協働に及ぼす効果

田中千賀、田中房美、長谷川和貴子、渡邊将太
 JCHO船橋中央病院 看護部

【目的】A病棟の協働において医師への報告のタイミングや方法などコミュニケーションを困難ととらえている看護師が、経験年数を問わず大半を占めていた。コミュニケーションを困難とする原因を作っているのは看護師の知識やコミュニケーションスキルが足りないことが原因の1つである。そこで、コミュニケーションツールを導入することで医師と看護師間のコミュニケーションが円滑となり協働が図れると仮定した。

【研究方法】研究の対象はA病棟に勤務する医師6名と看護師 (2年目以降) 27名。研究期間は平成30年4月~平成31年3月の1年間。研究内容は、コミュニケーションツール (SBAR) 導入のためのスタッフ教育活動を行い、導入前後でアンケートを実施した。医師・看護師間の協働的実践の評価に先行研究で作成された質問紙CPS日本語版に一部オリジナルの質問を加え調査を実施し、前後比較を行なった。

【結果と考察】対象医師6票 (有効回答率100%)・看護師24票 (有効回答率88%) を解析対象とした。導入前と後の合計点数でウィルコクソンの符号不順位検定を行う。CPS看護師用では、 $P < 0.0001$ で有意差ありとなった。CPS医師用ではサンプル数が少ないため検定に至らなかったが、導入後の合計点 (中央値) が31.5から36.5へと増加がみられた。SBARの利点は「医師は理解しやすい形で看護師のアセスメントが伝えられるので、看護師のアセスメントを尊重するようになる。」である。そのことから医師の看護師への貢献に対する理解と尊敬の評価の中央値は3から4へ上昇した。また、SBARのR (提案) は自己主張性が含まれているため、専門的知識や意見の主張の評価の中央値が2から3へ上昇したと考えられる。

【結論】SBAR導入によって医師と看護師間の協働的な実践に効果があることが示唆された。

O-043

多職種医療安全ラウンドの活用

篠原ちおり
 JCHO山梨病院

【はじめに】H30年度より医療安全対策地域連携加算IIを取るようになり、Iの病院と協働でラウンドを行っている。A病院は、月1回のラウンドをリスクマネージメント部会の多職種で行っている。多職種でラウンドすることでそれぞれの専門性を活かした視点で改善点を見出すなど、組織横断的な体制づくりが出来たのでここに報告する。

【取り組みの実際】月1回の院内ラウンドは、リスクマネージメント部会の多職種で構成し、医師、看護師、薬剤師、放射線技師、栄養士、理学療法士、臨床工学士、事務の中から医師、看護師を含む4名が輪番制で「医療安全ラウンドチェックリスト・改善依頼及び改善報告書」に添って実施している。多職種の専門性を活かして画像を取り入れた報告書を作成し、直接当該所属長にラウンド結果の改善報告を依頼している。モニターのアラーム対応について幾度か指摘、指導をしたが改善に至っておらずI病院との連携ラウンド時においても指摘を受けた。日本医療機能評価機構からの情報も活用し、モニター上に人工呼吸器を装着している患者が把握できるよう表示した。また再採血に対して、看護師からはインシデントの報告がされなかったが、検査技師から検が出来り扱いによるインシデントとして取り上げられリスクマネージメント部会で検討した。多職種でラウンドすることによりコミュニケーションが図れ、リスクマネージメント部会での意見交換が活発になりそれぞれの専門性を活かした情報を共有し検討している。多職種での院内ラウンドが出来、組織横断的な関わりが出来、自部署では気づかないことを新たな視点で検討することで、より安全な組織風土醸成につながり効果的と考える。

【まとめ】今年度は、各部署でのインシデントに対する成果発表を医療安全の研修会に取り入れ、具体的な医療安全対策を共有し、安全風土づくりにつなげるよう取り組んでいきたい。

O-044リスク感性向上への取り組み
～写真KYT導入後のリスク感性に対する効果～

檜垣叔子、梶谷充

JCHO高知西病院 医療安全管理室

【はじめに】リスク感性の重要な要素は、患者の変化を早期に気づく力、行動に移す力、専門職としての意識、自ら学ぶ姿勢である。これらの要素を向上させる方法の一つとしてKYTによる医療安全トレーニングが有効である。本研究では、リスク感性の向上を目標に、KYT再教育と写真KYT導入し、その前後でインシデントKYT報告書を比較した。その結果リスク感性向上のための教育方法が示唆された。

【研究対象・方法】2017年・2018年のKYT報告書からリスク感性に必要なコンピテンシーを抽出し11項目に分類し記載割合を抽出した。そしてコンピテンシー記載割合を比較した。

【結果及び考察】専門職としての能力は、知識・態度・行動をバランスよく向上させる必要がある。岩本らが提示したコンピテンシー11項目も同様の3クラスターに分類され、それぞれが平均な割合で抽出されることが重要と考えた。KYT報告書に記載されているコンピテンシー要素の記載割合差は2017年度27.2%、2018年度24.6%であった。2017年度と2018年度間において、「行動の慎重さ」が2018年度は有意に低く、「自己能力の客観視」「変化への敏感さ」「臨床現場におけるリスクの具体化」は2018年度が有意に高かった ($p < 0.05$)。「自己能力の客観視」は自己のリスクに対する思考や行動、「変化への敏感さ」は臨床現場における変化を敏感に感じ取り事故が起らないように行動すること、「臨床現場におけるリスクの具体化」はリスクの高い場面や時間を認識し行動することである。よって写真KYTの導入は、自己の思考、行動の傾向を知り、気づきや予測性という個人的能力の向上に効果があるといえる。しかしコンピテンシー11項目がバランスよく向上するという視点では、期待した結果を得る事ができなかった。今後は、コンピテンシーがいびつな形ではなく平均的な円に近づけるよう、写真KYTを継続し、バランス良くコンピテンシーを育てる教育支援が重要である。

O-045

健康サプリメント摂取による急性汎発性発疹性膿疱症 (AGEP) の一例

伊藤悠樹¹、宮澤光¹、鈴木将智²、高橋秀典³¹JCHO福井勝山総合病院 薬剤科、²内科、³皮膚科

【はじめに】近年、健康・美容意識の高まりと共に健康食品の市場が拡大しており、健康食品を摂取する消費者の増加に伴い、健康被害の相談件数も増加している (2015年:904件、2016年:1877件、2017年:1851件 国民生活センター)。今回、健康サプリメントによるAGEPの症例を経験したので、病棟薬剤師の立場から報告する。

【臨床経過】70代女性。既往歴:高血圧症、脂質代謝異常症、骨粗鬆症等で近医通院中。健康サプリメント摂取開始後約1週間で皮膚症状が出現し、AGEPの診断にて当院皮膚科に入院となった。当該サプリメントの摂取中止により皮膚症状は軽快したが、心不全を併発したため循環器内科転科となった。利尿剤投与に加え、カルペリチド投与により心不全は軽快し第22病日に退院となった。薬剤誘発性リンパ球刺激試験 (DLST) 実施の結果、摂取した健康サプリメントに陽性を示しAGEPの起因薬剤と診断、インターネットを通じ国民生活センターに今回の事例を報告した。

【結論】サプリメント等の健康食品は処方薬ではないため副作用がないと思われがちだが、本症例のように重症型の薬疹を引き起こすこともある。また、他の医薬品との相互作用を引き起こす成分が含まれていたケースも報告されている。健康食品を摂取する人が増加している現状において、病棟薬剤師として医薬品だけではなくそれらの摂取状況を把握することも重要である。

O-046

嚥下内視鏡検査に関わる評価システム構築への取り組み

白澤有里¹、松田博美²、大矢八千代²、内田聖子²、樋口智美⁶、今村恵¹、三浦尚子⁴、深田真依⁴、山元貴弘⁵、花田誠³¹JCHO滋賀病院 看護部、²外来、³耳鼻咽喉科、⁴リハビリテーション部、⁵歯科口腔外科、⁶歯科外来

当院での嚥下内視鏡検査は、平成22年から耳鼻咽喉科が行っており、その件数は年々増加している。摂食嚥下リハビリテーション件数も増加傾向であり、ケアの質向上のためには多職種でのチームアプローチが不可欠であることから、平成30年に摂食嚥下リハビリテーションチームが立ち上がった。今回は、チーム活動の一つとして、嚥下内視鏡検査に関わるシステムの整備を行ったので、その取り組みと今後の課題について述べる。

取り組み以前の課題は、1. 検査の評価基準が曖昧である。2. 検査結果が病棟スタッフ、リハビリテーションへ反映されにくい。3. 検査用食品として、病院食を取り置きしてもらっていたが、検査時間によっては必要な食形態の食品を使用して検査することができない。以上3つが挙げられた。

1. に関しては、退院後の生活を見据え、関係者が共通して認識できる評価基準が望ましいと考え、エビデンスのある評価基準を採用した。これにより、複数回検査を実施した場合も、関係者が評価や経過を認識しやすくなった。2. に関しては、検査に言語聴覚士が立ち会うことで、結果を病棟スタッフへ伝達できるようになった。また、言語聴覚士が検査場で摂食条件や訓練を設定でき、その後のリハビリテーションへと円滑に繋がるようになった。3. に関しては、市販のレトルト食品等を用いることで、嚥下食の形態に対応できるようになった。

今後の課題として、退院時に検査結果が関係施設等に伝達されないことが多く、対策として摂食嚥下連絡表等を用いて、ソーシャルワーカーや病棟看護師に伝達を依頼するなどの対応が必要と考える。更に、嚥下内視鏡検査だけではなく、嚥下造影検査においても具体的な改善が必要と考えている。以上のように嚥下内視鏡検査は患者の生活に大きく関わる検査であることから、今後もより適切に評価ができるように改善していきたいと考えている。

O-047

嚥下機能評価用紙 (チェックリスト) の導入とスクリーニングの有効性の検討

櫻井朝子¹、末永順子¹、竹林洋子¹、河野渚¹、伊藤勇¹、平石絵里子¹、松浦洋子¹、杉本光徳²¹JCHO九州病院 看護部、²リハビリテーション室

【はじめに】A病院ICUでは人工呼吸器離脱後の嚥下機能評価法が統一されていなかった。先行研究より看護師は不安を感じながら嚥下機能を確認しており[評価の方法と基準の統一]が必要だと考えた。そこでチェックリストを導入し正しい評価ができ、安全性が高まったため報告する。

【目的】作成したチェックリストで患者状態を把握し、反復嚥下唾液テスト・改定水飲みテスト・飲水テストの順に嚥下機能評価を実施し、スクリーニングの有効性を検討する。

【方法・対象】1. 心臓外科術後で人工呼吸器離脱後、嚥下機能評価を行った117例を対象にチェックリスト導入前 (2016年8~3月:71例) と導入後 (2018年8~3月:46例) の嚥下機能評価と嚥下障害について後方視的調査 2. ICU看護師38名を対象に嚥下機能評価に関する質問紙調査

【結果】1. チェックリスト導入前の飲水テスト時にむせを生じたのは9.9%だったが、導入後は正確な嚥下評価ができ0%になった。1症例は飲水テストをクリアしたが食事開始後むせがありST介入となった。スクリーニングで要観察となった12件はSTが介入し全例で嚥下機能の低下を認めた。うち7件は嚥下障害と診断され5件は症状が改善した。ST介入率は導入前17%が導入後26%へ増加した。2. チェックリスト導入で嚥下機能評価が、安全に統一した方法で実施でき、2人体制で評価を行い97%の看護師が不安軽減を実感した。

【考察・結論】チェックリスト導入で飲水テスト前にスクリーニングを行い、STが早期に介入し安全性に配慮できた。導入後ST介入率が増加し、嚥下機能の低下・障害がある症例を抽出し、間接・直接訓練を進め継続的に嚥下機能の確認が行えた。1症例は食事開始時にむせを生じ、意識レベルの変化や食事形態の変更に応じた観察が必要であると分かった。2人体制の評価は正しく観察・確認でき評価のばらつきもなくなった。チェックリストの導入は安全に正しい方法で統一した嚥下機能評価を行う手段として有効である。

O-048

嚥下造影検査での誤嚥の有無と退院時における経口摂取の関係について

- 直接訓練が及ぼす効果 -

朝倉悦子¹、来代直美¹、上内哲男¹、城宝深雪³、小名木敦雄¹、高橋悦子²¹JCHO東京蒲田医療センター リハビリテーション科、²歯科口腔外科、³JCHO北海道病院 リハビリテーション部

【はじめに】当院では嚥下造影検査 (以下VF検査) で誤嚥を認めても患者に食べる意欲がある場合は、主治医と嚥下チームで対応方法を検討して患者・家族の同意のもとに食物を使用した訓練 (以下直接訓練) を開始する。

【目的】VF検査を実施した患者においてVF検査時の誤嚥の有無と退院時の経口摂取の可否を調査し、直接訓練の効果と今後取り組むべき課題を明らかにすることとした。

【方法】H30年10月からH31年3月までにVF検査を実施した85名 (男性48名、女性37名、平均年齢82.3歳) を対象に1.VF検査時の誤嚥の有無2.直接訓練の実施の有無3.退院時のFood Intake LEVEL Scale (以下FILS) にて経口摂取のみ以上に改善した件数4.VF検査から直接訓練を開始するまでの日数を後方視的に調査した。

【結果】1.VF検査の結果は誤嚥なし群61件、誤嚥あり群24件であった。2.VF検査後に直接訓練を行えたのは誤嚥なし群の58件と誤嚥あり群の15件、計73件であった。3.退院時のFILSで経口摂取のみ以上に改善したのは誤嚥なし群の40件と誤嚥あり群の10件、計50件であった。4.経口摂取のみ以上に改善した50件のうちVF検査後3日以内に直接訓練を開始したのは誤嚥なし群の38件と誤嚥あり群の9件、計47件であった。

【考察】VF検査で誤嚥を認めた24件で直接訓練を実施するに至ったのは15件で、最終的に経口摂取のみ以上に達したのは10件、そのうち直接訓練を3日以内に開始できたのは9件であった。VF検査では経口摂取の開始の判断のみでなく、経口摂取方法を模索して早期に直接訓練を行うことによって経口摂取に達する可能性があることが判明した。しかし嚥下障害を抱える場合は窒息や誤嚥を起こすリスクが高く、直接訓練の継続には患者と直接訓練を実施する職員の安全確保が不可欠である。今後の課題としては早期にVF検査から直接訓練につなげることと入院期間中に安全で継続的な経口摂取方法を患者・家族・医療者で構築していくことであると考える。