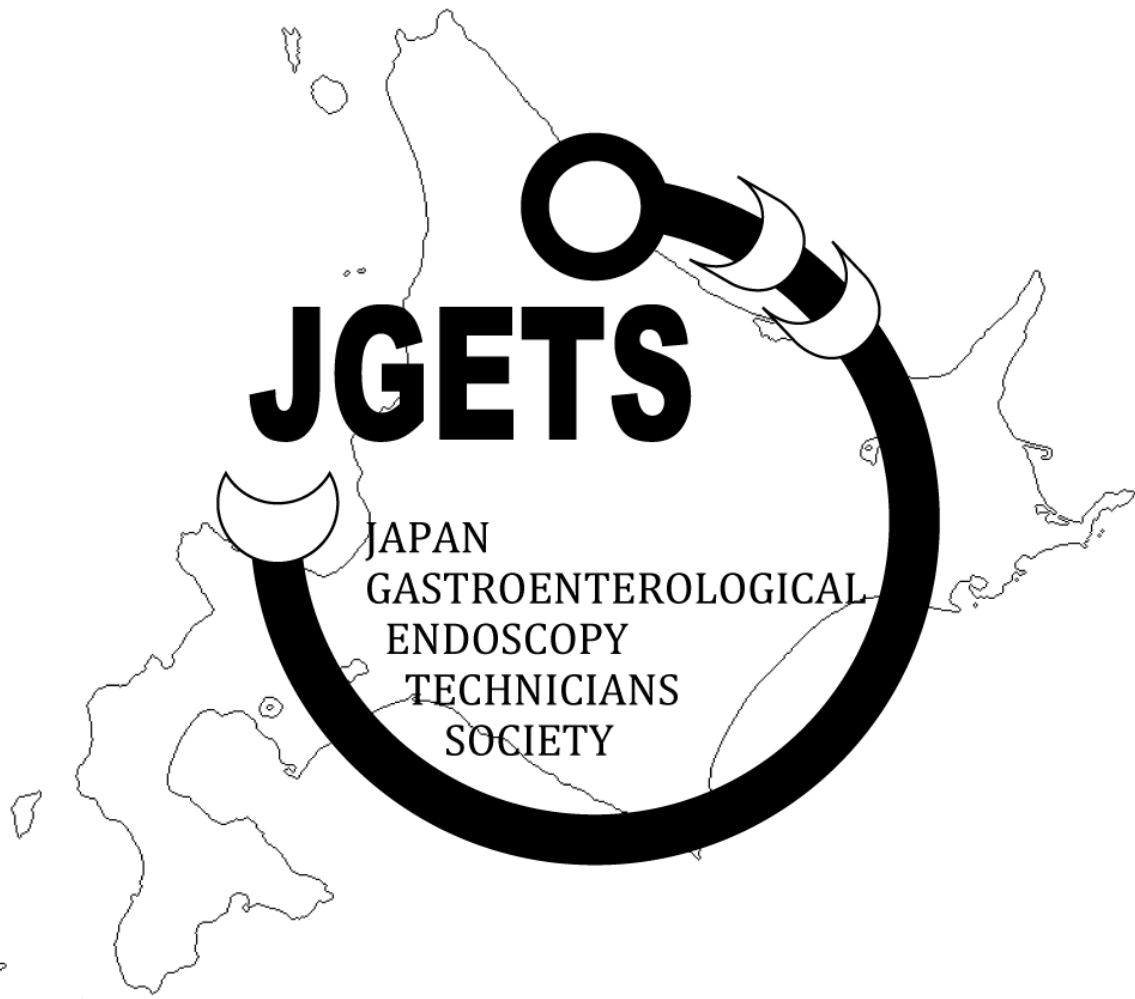


第49回北海道消化器内視鏡技師会研究会

抄録集



日時：2023年10月14日（土）

場所：札幌医科大学 臨床教育研究棟

※抄録は北海道消化器内視鏡技師会ホームページからご自身でダウンロードしてください。現地会場には用意いたしません。

※現地参加の方は13:20までに入场しなければ、研究会出席証明書が発行できません。

※WEB参加の方は一般演題5つからそれぞれキーワードが出ます。「一般演題をすべて視聴しキーワード5つに正答」することで研究会出席証明書がオンライン上で発行されます。オンデマンド配信期間内に印刷を完了させてください。再発行はいかなる場合でも出来ません。

第 49 回北海道消化器内視鏡技師会研究会 プログラム

- 12:55 開会挨拶 北海道消化器内視鏡技師会 会長 佐藤 貴 幸
- 13:00 一般演題 (WEB 参加者における研究会出席証明書発行対象セッション)
座長 水島胃腸科クリニック 本間 瞳
小樽掖済会病院 久保亜佐子
- O-1 高齢者の鎮静下大腸内視鏡検査における作用遷延に関する実態調査
～帰宅時のアンケート調査から明らかにする～
JA 北海道厚生連札幌病院 中村 孝 徳
- O-2 上部消化管内視鏡における鎮静剤使用後の看護師の帰宅判断の実態
医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 川村 恵 実子
- O-3 ヘリコバクター・ピロリ核酸増幅法検査の導入
～適切なピロリ菌除菌治療開始に向けた取り組み～
北海道対がん協会 札幌がん健診センター 中島 佳 奈子
- O-4 大腸内視鏡検査における検査前日の前処置の有無による腸管洗浄効果の比較
伊達赤十字病院 毛利 瀬 那
- O-5 内視鏡スコープの清浄度の実際と今後の課題
市立旭川病院 上野 美 紀
- 13:55 休憩
- 14:15 医療安全報告会
司会 日鋼記念病院 内藤 健
札幌医科大学附属病院 加賀谷由香
- O-6 鎮静後ベッドからの転落による 2 症例を経験して
伊達赤十字病院 毛利 瀬 那
- O-7 セデーション実施後に安全に帰宅できなかった事例
小樽掖済会病院 坂井 奈 津子
- O-8 内視鏡的逆行性胆道造影時に急変した患者の対応から見えた課題
札幌東徳洲会病院 袴 田 麻 美
- O-9 進行直腸癌に対するステント留置に際して小腸への誤留置の一例
士別市立病院 佐藤 貴 幸
- 15:00 休憩
- 15:20 施設紹介『ちょっと隣が見てみたい』
司会 釧路労災病院 廣瀬 孝 則
施設 1 交雄会新さっぽろ病院 村上 香
施設 2 静和記念病院 佐藤 留 美
施設 3 旭川厚生病院 武蔵 脩 平
- 15:50 特別発表 (第 90 回日本消化器内視鏡技師学会 学会長賞受賞)
「医師・コメディカル全員が働きやすくスキルアップできる環境を目指して」
札幌東徳洲会病院 小 熊 愛
- 16:00 表彰式
- 16:05 閉会挨拶 北海道消化器内視鏡技師会 副会長 白石 智 美

O-1 高齢者の鎮静下大腸内視鏡検査における作用遷延に関する実態調査

～帰宅時のアンケート調査から明らかにする～

JA 北海道厚生連札幌病院 内視鏡室看護師 中村孝徳 寺島千春

【はじめに】

2021 年 5～8 月の大腸内視鏡検査（以下 CS）総数は 1275 件で、そのうち 65 歳以上（以下高齢者）は 46% を占めた。A 病院では CS 前投薬に鎮痛剤（ペチジン塩酸塩）と鎮静剤（ジアゼパム）を併用している。CS 後は A 病院内視鏡室の退室基準に基づき帰宅可能か判断しているが、帰宅途中にめまいや気分不快により、再安静や再来院を要する患者も年に数名見られていた。そこで帰宅時のアンケートで実態調査を行ったため報告する。

【目的】

大腸内視鏡検査時の鎮静作用遷延が高齢者の帰宅時にどのような影響（症状）があるのか明らかにし、鎮静剤使用量からその傾向を分析する。

【研究方法】

研究デザイン：実態調査研究。調査期間：令和 3 年 6 月～令和 4 年 3 月。研究対象：A 病院内視鏡室で鎮静下 CS を受け本研究に同意を得られた 65 歳以上の外来患者 100 名。データ収集方法：質問紙法とし、質問項目はジアゼパム添付文書記載の主な副作用から 7 項目（眠気・ふらつき・つまづき・めまい・吐き気・だるさ・いつも通り動けなかった）を抽出した。回答は①とてもあった②少しあった③なかったの 3 段階評価法とし質問項目①又は②に丸があるものを有症状者とした。データ分析方法：有症状者の年齢、性別、BMI、を単純集計し、ジアゼパム 5 mg（以下 5 mg）、ジアゼパム 2.5 mg（以下 2.5 mg）に分類し症状項目別にクロス集計した。

【結果】

100 名にアンケートを配布し、質問の全項目に回答があった 83 名を本研究の分析対象者とした。対象者の背景は平均年齢 73.1 歳、男性 55 名、女性 28 名で BMI の平均は 22.7。鎮静剤使用量は 5mg が 57 名、2.5mg は 26 名であった。有症状者は 35 名（42.1%）で 5mg が 25 名、2.5mg が 10 名であり、鎮静剤使用量で有症状を比較すると男女共に 5mg に症状が多く見られた。性別では 5mg・2.5mg 共に女性に症状出現が多かった。有症状の項目は 5mg で眠気 18 名（72%）、ふらつき 13 名（52%）、めまい 10 名（40%）で、2.5mg では眠気 5 名（50%）、いつも通り動けなかった 5 名（50%）、だるさ 3 名（30%）で、「眠気」は使用量にかかわらず一番多い症状であった。

【考察】

症状項目別では「眠気」が 5mg で 18 名（72%）、2.5mg が 5 名（50%）で一番多かった。ジアゼパム添付文書によると副作用発生頻度は眠気が 5% 以上で、他項目からは 0.1%～5% 未満となっていることから、本研究結果と整合する。CS は苦痛を伴う侵襲的な検査であることから安楽を目的とした鎮静を必要とするが、一方で安全な鎮静状態からの回復は必要不可欠である。A 病院内視鏡室では鎮静下 CS 後、リカバリー専任看護師が継続的に観察し、退室基準に基づき安全に帰宅できるよう対応している。しかし、高齢者は身体機能や薬物動態の低下に伴い、生体内蓄積が起こりやすい特性があり、高齢者を対象とした本研究では遷延症状の発生が高く出たと考える。以上から、安静時間の延長などを含めた退室基準の見直しが必要であると考えた。また、帰宅の際、交通機関の乗り継ぎ、階段などの段差を伴いながら帰宅する高齢者もいるため、検査説明時から送迎や付き添いなど家族等の協力が得られるような関わり、独居で付き添いが困難な場合でも、安全に帰宅できるケアの検討が必要である。

【結論】

① 高齢者の鎮静下大腸内視鏡における作用遷延に伴う有症状は 35 名（42.1%）で、「眠気」が一番多

かった。②高齢者は鎮静剤による有症状が遷延するため、安全に検査を受け帰宅できるよう退室基準の見直しが必要である。

O-2 上部消化管内視鏡における鎮静剤使用後の看護師の帰宅判断の実態

医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 川村恵実子

【背景】

現在の内視鏡診療において鎮静剤使用後の退出基準は確立していない。そのためA病院では安静時間を基本60分としAldreteスコア(以下スコア)を用いて患者が帰宅可能かを判断している。しかしスコアだけの判断が難しい場面があり看護師独自で判断することがある。近年侵襲の少ない内視鏡診療の需要は高く鎮静下による内視鏡は増加傾向にある。そこでA病院の上部消化管内視鏡検査における鎮静剤使用後の看護師の帰宅判断内容の実態を明らかにし看護の示唆を得たい。

【目的】

上部消化管内視鏡における鎮静剤使用後の看護師の帰宅判断の実態を明らかにする。

【方法】

対象は2023年8月1日までに在籍中の看護師18名とし独自で作成した質問紙を用いて調査した。質問紙の内容は『現在の安静時間(60分)が妥当と考えるか』『スコア上9点以上(帰宅可能点数)でも帰宅不可と判断することがあるか』『スコア上8点以下(帰宅不可点数)でも帰宅可能と判断することがあるか』『スコア以外で帰宅判断する上での要件』とし、それらの項目の理由は自由記載とした。回収後は記述統計にて分析した。

【倫理的配慮】

A病院の臨床研究倫理委員会で承認を得た。

【結果】

18名から回答が得られ、回収率100%有効回答率100%であった。回答者の看護師経験年数は 15.4 ± 10.7 年、内視鏡経験年数は 7.2 ± 6.2 年であった。『現在の安静時間が妥当か』について14名78%が妥当とし、その理由を10名71%が「患者が60分程度で覚醒しているから」とした。妥当ではないと答えたのは4名22%で、その理由は3名75%が「使用する鎮静剤や量に応じ時間延長が必要」、1名25%が「スコアがクリアしていれば時間短縮可能」とした。『スコアが9点以上でも帰宅不可と判断することがある』は15名83%で、その理由は14名93%が「眠気・嘔気・めまい等の自覚症状有り」と「ふらつき・歩行不安定・傾眠等の他覚症状有り」、次いで3名20%が「高齢・日常生活動作の低下等患者背景による」、2名13%が「鎮静剤の種類や量に応じる」とした。『スコア上8点以下でも帰宅可能と判断することがある』が13名72%で、その中で11名85%が「検査前後の血圧の変動がスコアの循環項目で逸脱する」を理由とし、その場合は併せて8名73%が「めまい・頭痛・気分不快等の自覚症状が無いことを確認している」、5名45%が「ふらつきがない・歩行が安定している等の他覚症状を確認している」と答えた。『スコアの数値以外で帰宅判断する上での要件』については「自覚・他覚症状の有無」「日常生活動作の把握」「家族の付き添いがある」「使用薬剤」「通常時の血圧」とした。

【考察】

7割以上の看護師がスコアの数値と共に患者の情報を独自に収集し統合的にアセスメントし帰宅判断をしていた。これは患者が安全に帰宅できるかを判断する上で、スコアの他に患者の自覚・他覚症

状の有無、日常生活動作や付き添い状況等の患者背景、使用薬剤、通常時の血圧等の情報が重要であると認識しているからと考える。現状 A 病院では鎮静剤使用に関連した患者の帰宅中院外での事故報告はないが、院内での転倒が過去 5 年で 2 件報告があり、判断の精度を高めていく必要がある。これらは看護師経験や内視鏡経験などの年数で左右する可能性があるため、本調査の結果をもとに現在の基準を見直し、帰宅判断の標準化にむけた取り組みの必要性が示唆された。

【結語】

上部消化管内視鏡における鎮静剤使用後の看護師の帰宅判断は、スコアを基準にしながら患者の自覚・他覚症状の有無、患者背景、使用薬剤などを情報収集し、統合的にアセスメントしていたことが明らかとなった。今後標準化に向けた取り組みを課題とする。

O-3 ヘリコバクター・ピロリ核酸増幅法検査の導入 ～適切なピロリ菌除菌治療開始に向けた取り組み～

北海道対がん協会 札幌がん検診センター

中島佳奈子 丹羽令恵 境谷佳恵 大下美久 川端香

【はじめに】

2022 年 11 月にヘリコバクター・ピロリの感染診断としてヘリコバクター・ピロリ核酸増幅法検査（以下 PCR 検査）が保険適応となった。PCR 検査では胃の内視鏡廃液を利用するため受診者への負担が少なく、かつピロリ菌感染診断に加えクラリスロマイシン（以下 CAM）耐性に関連する遺伝子変異を判定できるメリットがあり、適正で有効な除菌治療を受けることができる。2023 年 3 月に当センターは PCR 検査を導入し、適切なピロリ菌除菌治療開始を目指した取り組みをはじめたので報告する。

【調査期間・方法】

2023 年 3 月 6 日～2023 年 6 月 19 日

総検査件数 226 件のうちピロリ菌陽性者数と CAM 遺伝子変異の有無、機械台数 2 台・3 台稼働時の結果判明までの待ち時間と結果郵送件数について調査した。

【定義】

待ち時間；内視鏡検査終了時から PCR 検査の結果判明までの時間とする。

【当センターの内視鏡検査体制】

胃内視鏡検査：9:00～12:00/検査室 1 室 12 件/検査室 4 室稼働/平均稼働率 77%

【結果】

結果を表 1 に示す。待ち時間については胃内視鏡検査終了時に予測時間を伝え、検査結果郵送も選択可とした。

表 1

	2 台稼働	3 台稼働	総数
検査数	113	113	226
陽性者	62 (55%)	61 (54%)	123 (54%)
変異あり	19 (31%)	21 (34%)	40 (33%)
待ち時間 (中央値)	55 分	50 分	
待ち時間 (最大値)	114 分	68 分	
郵送件数	18 (16%)	15 (13%)	33 (15%)

【考察】

加藤らによると、CAMの一次耐性率は30%近くに上昇してきている。¹⁾ 今回の結果でも33%の陽性者にCAM遺伝子変異が見られた。検診当日に初回治療から適切な除菌治療を提供できたことは受診者にとって有益だったと言える。また、がん対策推進基本計画で「がんの1次予防は、がん対策の第一の砦であり、避けられるがんを防ぐことは、がんの罹患率の減少につながる」²⁾ とあり、胃がんの高リスクであるピロリ菌除菌はがん罹患率の低下に寄与する。

3台稼働で待ち時間を短縮できた要因は、稼働可能な機械台数が増えたことで検査指示が同時に出ても滞りなく検査実施ができたためと考える。一方で機械台数を増やしても結果郵送件数の顕著な減少がなかったのは受診者には様々な待ち時間が存在する³⁾ ため更なる待ち時間の増大を懸念して結果の郵送希望をしたと思われる。ヘルスベリーフモデル⁴⁾ によると健康行動の促進要因は「脅威の認識」と「メリットデメリットのバランス」であると言われている。今回結果郵送の選択をした受診者にとって「胃がんのリスクの脅威」や「速やかな治療開始のメリット」よりも「待ち時間のデメリット」が上回ったのではないかと考える。ただし今後も一定数の郵送希望者はいると予測されるため、結果郵送の場合でも治療行動に繋がるような指導を行うことが必要と考える。

【結論】

PCR検査を導入し検査結果により受診者に適切な除菌治療を開始できた。

【参考文献】

- 1) 加藤元嗣,西村友佑,他:ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎除菌の現状と課題,Mebio Vol.34 No12 p57-62
- 2) 厚生労働省(2023),がん対策推進基本計画(第4期),2023年6月10日閲覧,
<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001091843.pdf>.
- 3) 三枝克磨,石川綾乃:内視鏡検査部門における検査待ち時間の現状と待ち時間短縮に向けての取り組み,第47回日本看護学会論文集 看護管理(2017)
- 4) 一般社団法人日本健康教育学会編,健康行動理論による研究と実践,医学書院,2019

O-4 大腸内視鏡検査における検査前日の前処置の有無による腸管洗浄効果の比較

伊達赤十字病院内視鏡室 内視鏡技師 毛利瀬那、太細めぐみ、吉田ひとみ、田村美佳子
市橋裕美、白石智美
看護師 井上康之、前田曜子
伊達赤十字病院看護部 清野美幸(内視鏡技師)、石村加代子、馬場友子、
南橋由利 鈴木陽子、鶴見紘子、吉田綾、
田中悦子、大野美由記
消化器内科 久居弘幸

【目的】

大腸内視鏡検査(CS)による診断・治療には適切な腸管洗浄が不可欠である。A病院での以前のCS前処置は、前日の刺激性下剤(ピコスルファートナトリウム)と消化管運動改善薬(モサプリド)の服用、当日のモサプリドと経口腸管洗浄剤の服用であった。しかし、前日服用のピコスルファートナトリウムによる虚血性大腸炎の発症が問題となり、2020年4月より前日の前処置を中止した。今回、

CS 前日の前処置の有無による腸管洗浄効果について後方視的に検討した。

【方法】

対象は経口腸管洗浄剤として CS 当日にモビプレップ®を院内で服用した外来患者 135 例。2014 年 7 月～9 月にモビプレップ®による腸管洗浄効果を検討した CS 前日の前処置をした 51 例 (P 群: 年齢 37～84 歳、平均 66.9 歳、男性 29 例、女性 22 例) と 2020 年 4 月～2021 年 3 月に前日の前処置をしなかった 84 例 (NP 群: 年齢 24～83 歳、平均 64.5 歳、男性 44 例、女性 40 例) について前処置終了までの所要時間、経口腸管洗浄剤の服用量、検査当日の排便回数、腸管洗浄度を比較検討した。前処置終了の判断は EA ファーマ株式会社で提供しているニフレックの排便スケール (4 段階) を用いて評価し、透明な液体になるまで服用した (最大 2L)。腸管洗浄度の評価は Boston bowel preparation scale (BBPS) を使用した。なお、CS は同一術者が施行した。

【結果】

1) 経口腸管洗浄剤を服用してから前処置終了までの平均所要時間では、P 群 (165.9 ± 50.7 分) は NP 群 (193.5 ± 50.3 分) に比して有意に短かった ($P=0.003$)。2) 経口腸管洗浄剤の服用量では P 群 (1.5 ± 0.4 L) は NP 群 (1.7 ± 0.4 L) より有意に少なかった ($P=0.0002$)。3) 検査当日の平均排便回数では、P 群 (8.0 ± 3.4 回) は NP 群 (9.0 ± 2.9 回) より有意に少なかった ($P=0.038$)。4) 腸管洗浄度 (平均) は 2 群間に有意差は認められなかった (右側結腸: P 群 2.2/NP 群 2.3、横行結腸: P 群 2.4/NP 群 2.5、左側結腸: P 群 2.4/NP 群 2.6)。5) 虚血性大腸炎の発症は両群ともに認められなかった。

【考察】

P 群は NP 群と比較して、経口腸管洗浄剤を服用してから前処置終了までの平均所要時間が 28 分短く、経口腸管洗浄剤の服用量が有意に少ない、検査当日の排便回数が有意に少ないことから、前日の前処置による影響が考えられた。前日の前処置の有無による腸管洗浄度に有意差はなく、統一した排便スケールの評価によるものと考えられた。

【結論】

CS の検査前日の前処置の有無にかかわらず、適切な腸管洗浄度を達成することが可能である。当日の前処置のみでは経口腸管洗浄剤服用量の増加や前処置終了までの所要時間の延長、検査当日の排便回数の増加となることが明らかとなった。今後は、前処置に影響すると思われる食事指導の効果や他の経口腸管洗浄剤との比較についても明らかにしていきたい。

O-5 内視鏡スコープの清浄度の実際と今後の課題

市立旭川病院 上野美紀 藤井美由紀 池田諭敏 森川友美

【はじめに】

当院内視鏡室では、正しいスコープ洗浄方法の定着を目的として写真付きのマニュアルを使用し指導している。また、独自にスコープ洗浄検定表 (以下、スコープ検定) を作成し合格後に洗浄の独り立ちとしている。その後も 1 年に 1 回スタッフ全員にスコープ検定を行い洗浄技術の維持に努めている。

コロナ禍でスタッフが欠員になることもあり、他検査部門からスコープ洗浄をメインとした応援が派遣され、同様の指導とスコープ検定を行った。

そこで、スコープ検定に合格しているスタッフ全員に用手洗浄後 ATP 拭き取り検査 (以下、A3 法)

を行い、内視鏡専任スタッフ（以下、専任スタッフ）と応援スタッフで A3 値を比較し、清浄度に差はあるのかを調査し検討したので報告する。

【研究方法】

対象者は専任スタッフ 11 名（うち看護助手 2 名）、応援スタッフ 4 名の計 15 名で、前処置が完了したスクリーニング CS 後の下部スコープ 3 本を使用し、用手洗浄後に K 社製ルミテスターで A3 法を実施した。ルシパックでの拭き取り部は 6 箇所とし、ルシスワブでの拭き取り部は 2 箇所とした。

【結果】

A3 値が基準値以下だった部位は、③吸引ボタンシリンダー④鉗子栓取り付け座⑤送気送水ボタンシリンダー⑥レンズ周り⑦吸引管路の 5 箇所であった。また、A3 値が基準値以上だった部位は、①外表面（弯曲部～軟性部）②外表面（オレドメ部～操作部）⑧鉗子チャンネルの 3 箇所であった。

専任スタッフと応援スタッフで各 A3 値を t-検定で比較したが、サンプル数が少なくすべてにおいて有意差なしとなった。

A3 値が基準値以上となった部位の詳細は、①外表面（弯曲部～軟性部）で 3 件、②外表面（オレドメ部～操作部）で 2 件、⑧鉗子チャンネルで 3 件となり、いずれも洗浄経験年数が 2 年以下のスタッフであった。また、⑧鉗子チャンネルはすべて同じスコープであった。

【考察】

サンプル数が少なく、専任スタッフと応援スタッフとの間で清浄度に有意差は認められなかった。

A3 値が基準値以上だった 8 件を検証するといずれも洗浄経験年数が 2 年以下であり、スタッフの内訳は専任スタッフが 3 名、応援スタッフが 3 名であった。スコープ検定を合格した時点で洗浄の独り立ちとしていたが合格後もフォローアップが必要である。

外表面で A3 値が基準値以上となった 5 件は、専任スタッフ 2 名、応援スタッフ 3 名で、特に応援スタッフは来る間隔が 1 ヶ月以上空くこともあるため、洗浄時には見守り等のフォローが必要である。また外表面の A3 値が高値となった原因として、用手洗浄後のすすぎが不十分であったことも考えられる。当院では低起泡性の酵素洗浄剤を使用しており、すすぎ具合を目視で判断することは難しいため、今回の結果をスタッフ全員に伝達し洗浄の重要なポイントの一つとして今後の指導に活かしていきたい。

鉗子チャンネル内の A3 値が基準値以上となった 3 件はすべて同じスコープであり管路内が損傷している可能性も考えられ、今後培養検査や点検を行っていく必要がある。

今回スタッフ全員の A3 値を測定し数値化したことで自身の洗浄不足な部位が明確になり、今後重点的に洗浄していく意識付けになった。

【結語】

1. 応援スタッフや洗浄経験年数が 2 年以下のスタッフは洗浄が不十分なことがあり、スコープ検定や ATP 測定を定期的に行う必要がある。
2. 酵素洗浄剤が残存することにより効果的な洗浄が得られないため、用手洗浄後のすすぎは重要なポイントとなる。
3. A3 値を数値化することで自身の洗浄不足な部位が明確になり、今後重点的に洗浄していく意識付けになる。

O-6 鎮静後処置台からの転落による2症例を経験して

伊達赤十字病院 内視鏡技師 毛利 瀬那 太細 めぐみ 吉田 ひとみ
田村 美佳子 市橋 裕美 白石 智美
看護師 井上 康之 前田 曜子

【事例1】

2018年5月23日。75歳、男性。心身状態の障害なし。便潜血陽性にて大腸カメラ施行。医師は鎮静指示を出した後、他患者対応をしていた。鎮静後、患者を左側臥位とし、処置台を80cm位に上昇させ医師を待っていた。ベッド柵は1本で、背面にはなく前面のみだった。看護師が患者から目を離していた際、転落。

【対応】

膝に擦過傷を呈するが疼痛の訴えはなく、大腸カメラは予定通り施行した。検査終了直後と患者覚醒時に転落し擦過傷が出来たことを本人に伝えたが、転落したことは覚えていなかった。今後、疼痛や何かあれば連絡してもらうよう伝え、帰宅。

【分析】

鎮静している患者から目を離したこと、処置台を上げてベッド柵を片側にしか取り付けていなかったこと、鎮静した患者から目を離したらどうなるかという危険予知ができていなかったことが原因と考える。

【対策】

ベッド柵は1処置台2本とし、ロック付きとした。検査開始直前に処置台を上昇させること、鎮静した患者のそばを離れず目を離さないこと、鎮静後すぐに検査が始まらない場合は必ず患者の両側にベッド柵を取り付けることとした。

【事例2】

2020年3月16日。70歳、男性。心身状態の障害なし。X線異常にて胃カメラ施行。医師は鎮静指示を出した後、他患者対応をしていた。鎮静後、ベッド柵は背面のみだった。医師を待っている間、目を離していた際に転落。処置台は上昇させておらず、患者に外傷や疼痛なし。

【再発防止・まとめ】

前回の対策である両側にベッド柵をする、目を離さないということを再度徹底した。

今回のインシデントは検査前、医師を待っている間の事例であり、検査後の転落は発生していない。検査後の転落も防止するため前回の対策に追加し、検査終了後は転落防止のために必ず両側にベッド柵を取り付けることとした。再発防止策を実施し、その後転落によるインシデントは発生していないが、転落の危険性があることを考え、対策を徹底する必要がある。

O-7 セデーション実施後に安全に帰宅できなかった事例

小樽掖済会病院 消化器病センター 坂井 奈津子 久保 亜佐子

【患者情報】

45歳男性、スクリーニング目的の大腸内視鏡検査

【インシデント発生場所】

消化器病センター リカバリー室

【関わったスタッフ職種 経験年数】

看護師（10 年）看護師（25 年）准看護師（3 年）

【インシデント分類】

検査

【インシデントの原因】

確認不足

【インシデント内容】

近年内視鏡検査では苦痛の少ない検査が求められ、鎮静剤を使用し検査を受ける患者が増加してきている。外来患者に鎮静を行った場合、自宅への帰路や帰宅後に転倒や循環動態の変化などの危険性が高まることから、適正な帰宅可否の判定を行わなければならない。当院では、検査終了から 1 時間経過後にラムゼイスコア・麻酔回復スコアを使用して鎮静後の覚醒判定を行い、覚醒判定基準に基づいて安全な帰宅可否の判定を行っている。

＜覚醒判定基準＞

1. 覚醒判定：検査終了から 1 時間経過後

- ①バイタルサインに異常を認めないこと。
- ②ラムゼイスコアがレベル 2 であること。
- ③麻酔回復スコアが 10 点満点であること。
- ④意味のある発語を認めること。

2. 帰宅不可の基準

- ①バイタルサインが安定していない。
- ②ラムゼイスコアがレベル 2 以外。
- ③麻酔回復スコアが 10 点以下である。

3. 帰宅不可の場合の対処方法

帰宅基準に満たない場合は、主治医に報告し経過観察または入院を検討する。

患者は前回の大腸検査で苦痛が強かったため、今回の検査では鎮静剤に、ミダゾラム・ブプレノルフィン塩酸塩を使用した。検査中は鎮静効果が得られ苦痛なく終了した。

患者は検査終了後 2 時間 30 分程リカバリー室で休んだ後、覚醒判定で帰宅基準を満たした（表 1）ため帰宅した。

表 1 検査終了後の覚醒判定状況

	1 時間後	1 時間 30 分後	2 時間後	2 時間 30 分後
ラムゼイスコア	レベル 3	レベル 3	レベル 3	レベル 2
麻酔回復スコア	—	—	—	10 点
検査後の体調不良	嘔気＋眩暈＋	嘔気＋眩暈＋	嘔気＋眩暈－	嘔気±眩暈－

患者は、看護師には「タクシーで帰る」と言っていたが、病院から徒歩 5 分位のバス停を目指し歩いた。その途中から、冷汗・嘔気などが出て正常な判断ができない状況に陥った。停車したバスに乗ったが、行き先の違うバスに乗ってしまったことに気づき、途中で乗り換えたりした。どこをどう歩いたかわからないが、気づいたら自宅玄関にうずくまっていた。そこに妻が帰宅し病院へ連絡した。再度来院していただき入院となった。

【インシデント後の対応、処置】

看護師は家族からの連絡で患者の体調悪化を把握した。医師へ報告し入院となった。入院後点滴等の処置を行い症状は緩和された。翌日、症状消失したため退院した。

【原因の分析】

看護師・医師共に「患者は 45 歳と若く、自身の状況を判断する力がある」という思い込みがあった。覚醒判定時に嘔気の訴えはあったが、時間経過とともに軽減したため、帰宅できると判断した。看護師はマニュアル通りに覚醒判定を行っているが、帰宅することを目標に繰り返し判定を行った。患者へ入院を勧めたり、入院希望の意思確認はしておらず、患者は帰宅を選択せざるを得なかったと考える。また「タクシーで帰る」という言葉を信じ、バスや徒歩で帰ることのリスクについて再度説明していなかった。

【対策】

従来への＜覚醒判定基準＞に以下の項目を追加・修正した。

- 1) 2 回目の覚醒判定は検査終了 1 時間 30 分後～2 時間後に行う
- 2) 帰宅不可の場合の対処方法
 - ① 2 回目の覚醒判定で帰宅基準を満たさない場合、患者へ入院の意思確認を行う。
 - ② 帰宅を希望した場合、医師へ報告し指示を受ける。1 人で帰宅できないことを伝え、家族に迎えに来てもらうことを説明する。
 - ③ 入院に同意した場合、医師へ報告し入院の手続きを行う。
- 3) 検査予約時に帰宅方法について説明してあるが、鎮静後の帰宅判定時にも交通手段の確認や、家族の付き添いを必ず確認する。

【反省・教訓】

従来への覚醒判定基準は、適切で安全に帰宅することができる判定方法と考えていたが、今回の事例から不足している視点があったと考える。今回の事例を経験したことで、覚醒判定基準を見直すことができた。数値化しにくい患者の自覚症状や辛さについて、聞き取ることを忘れてはならないと考える。帰宅不可となった場合、安全を最優先して必要なケアを提供していきたい。

O-8 内視鏡的逆行性胆道造影時に急変した患者の対応から見えた課題

札幌東徳洲会病院 画像治療検査部門 袴田麻美

【事例内容】

主病名：総胆管結石 既往歴：狭心症

抗凝固薬を術前 5 日前より休業し、内視鏡的逆行性胆道造影（ERCP）を行い、結石を認めたため乳頭切開術を施行した際に出血した。内視鏡的止血が困難で患者は徐脈、血圧低下となりショック状態となった。その後、内視鏡的に止血ができず腹部血管造影で塞栓療法を試みたが止血ができず、開腹手術での止血となった。

【事例の問題点】

当院では ERCP 時に心臓疾患が既往にある患者以外に酸素飽和度、酸素飽和度測定器による脈拍、血圧のモニタリングのみで心電図モニターを装着する習慣がなかった。今回患者には狭心症の既往があったが、担当者はモニターを装着していなかった。出血した際に、心電図モニターが装着されていず看護

師は患者の状態把握に手間取り、院内緊急コールで救急要請をしたが患者の状況、バイタルサインを的確に説明できず対応に遅れが生じた。また、医師は内視鏡的に止血をしようとしたが、臨床工学技士は処置具を速やかに用意ができなかった。看護師も患者対応のため処置具の準備に介入ができなかった。検査時の準備や急変時の対応に問題があると考えた。

【事例の改善点と課題】

- ① ERCP 時は、その治療内容や検査の体位などから様々な偶発症状が考えられる。偶発症状や状態変化の早期発見のためにも正確なバイタルサインのモニタリングを実施する。
- ② 検査に携わる看護師、臨床工学技士の技術スキルチェックを行う。
- ③ 今回の急変時の対応や役割について話し合いをしたが、今後は急変時トレーニングを導入したい。

O-9 進行直腸癌に対するステント留置に際して小腸への誤留置の一例

士別市立病院 佐藤貴幸 岩野博俊

【はじめに】

72歳、男性。2ヶ月前から下痢症状を訴え消化器内科受診。採血で重度貧血およびCTにより直腸癌疑いで入院。CSにてRs~Raにかけて全周性3型進行癌を認め22mm×120mm UNCOVERDステントを留置した。治療後の排ガスおよび排便を認めず数日経過し、術6日後に再度透視下でステント再留置スタンバイの上CS施行。開存したステント口側に内視鏡を進めると絨毛が確認され、小腸-直腸間でステントが留置されていることが確認された。

【原因と考察】

初回のステント留置時の内視鏡下透視画像では結腸ガスが重なり、あたかもガイドワイヤーがS状結腸、下行結腸、横行結腸へ進んでいるように見え、造影ではハウストラと重なっているが壁構造はケルクリング皺襞が描出されていたことが後日判明した。透視画像上での腸管壁構造を見誤ったことが原因と考える。

【対応】

既知の腫瘍に対して留置されているステントのメッシュ間隙より改めて腫瘍の中心部を探り、WGC (Wire guided cannulation) 法によりS状結腸-直腸でステントをPartial stent in stentで留置する。

【結果】

直腸-S状結腸間で大腸ステントをPartial stent in stentで留置でき、排ガス・排便が可能となった。その後の外科手術では開腹直腸低位前方切除術となり、空腸-空腸側々吻合およびS状結腸単孔式人工肛門となった。

【再発防止とまとめ】

腫瘍中心部からのガイドワイヤーアプローチを徹底する。盲目的なアプローチ時には壁外や小腸もしくは多臓器への穿通があることを忘れてはならない。第一助手として、スムーズにアプローチできたとしても造影で確実にハウストラおよび壁外への漏れが無いことを確認する必要がある。