

一般演題1 「看護・患者管理」

0-1 当院における夜間・休日の緊急内視鏡の実態と課題

～内視鏡室看護師の役割を考える～

JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 内視鏡室
看護師(内視鏡技師) ○吉岡 りえ・毛利 智代子・鈴木 淳子
看護師 岡本 恭子
消化器科医師 吉田 晃

はじめに

緊急内視鏡検査・治療では内視鏡室看護師(内視鏡技師)の知識・技術が求められる。北海道十勝管内の内視鏡室(センター)では内視鏡室看護師が24時間体制で担当している施設があるが、当院では夜間・休日は内視鏡室勤務経験のない救急外来・各科外来・病棟看護師が担当している。今回、2009年～2011年度の夜間・休日の緊急内視鏡の実態調査と関連部署看護師へ緊急内視鏡に関する質問紙調査を行い、内視鏡室看護師の役割と今後の課題を明らかにしたので報告する。

目的

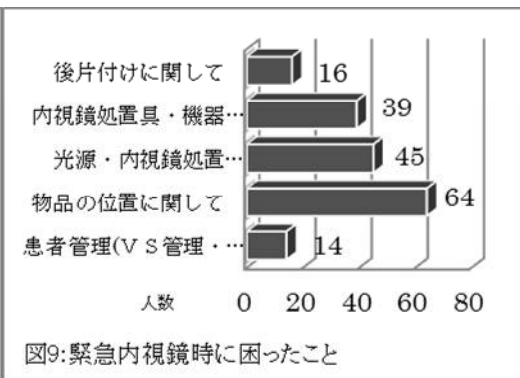
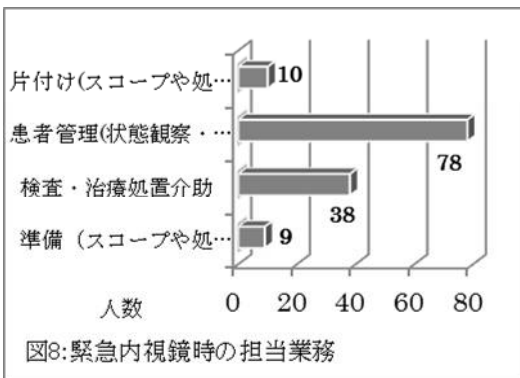
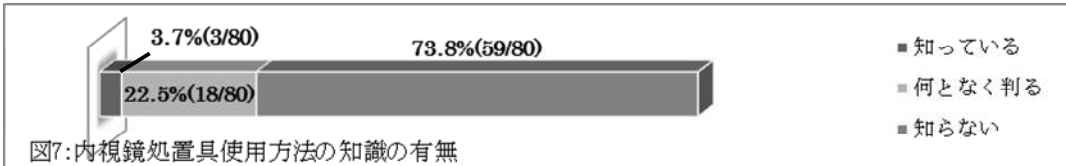
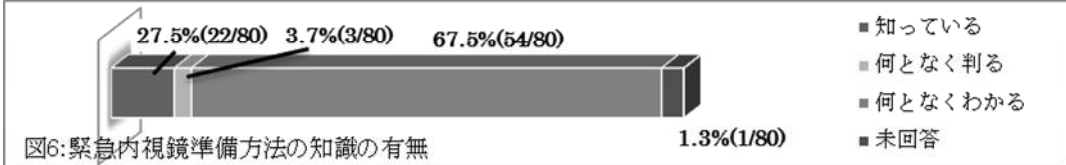
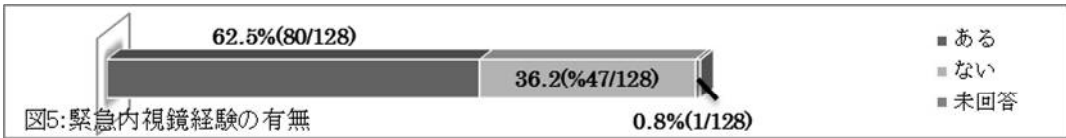
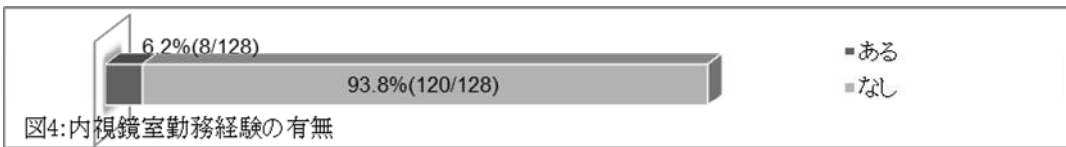
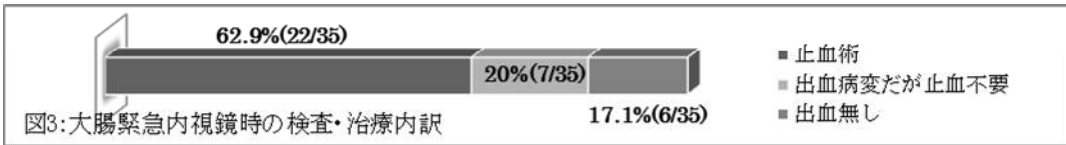
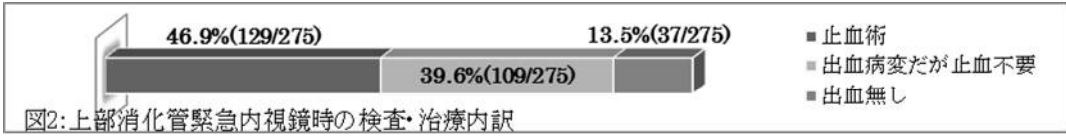
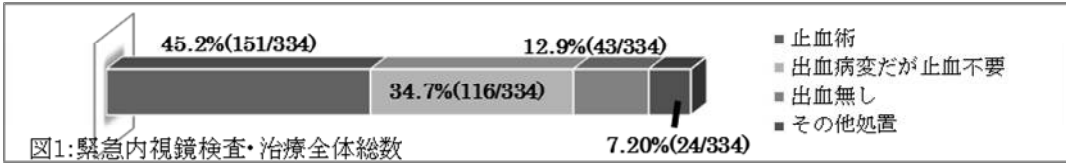
夜間・休日の緊急内視鏡における内視鏡室看護師の役割と今後の課題を明らかにする。

方法

1. 緊急内視鏡実態調査:2009/4~2012/3 に実施した夜間・休日の緊急内視鏡検査・治療内訳を検査記録から収集。
2. 看護師質問紙調査:2011/6~7 に救急外来・各科外来・消化器内科病棟看護師 128 名に自己式留置き法による質問紙調査を実施。質問内容 1)内視鏡室勤務経験有無 2)緊急内視鏡経験有無 3)緊急内視鏡準備方法知識有無 4)内視鏡処置具使用方法知識有無 5)緊急内視鏡時の担当業務 6)緊急内視鏡時に困った事。
3. 倫理的配慮:本研究は当院倫理委員会にて承認をうけ、対象者へは研究趣旨・研究以外で使用しないことを書面で説明、質問紙回収を持って同意を得たものとした。

結果

1. 緊急内視鏡の実態調査
 - 1)総件数:334件(2009年:109件、2010年:112件、2011年:113件)
 - 2)緊急内視鏡検査・治療内訳
 - (1) 緊急内視鏡検査・治療全体内訳(図1)
総数334件、止血術45.2%(151件)、出血性病変だが止血不要34.7%(116件)、出血無12.9%(43件)、他処置7.2件%(24件)
 - (2) 上部消化管検査(以下GSと略す)・治療内訳(図2)
総数275件、止血術46.9%(129件)、出血性病変だが止血不要39.6%(109件)、出血無13.5%(37件)
 - (3) 大腸内視鏡検査(以下CSと略す)・治療内訳(図3)
総数35件、止血術62.9%(22件)、出血性病変だが止血不要20%(7件)、出血無17.1%(6件)
 2. 看護師質問紙調査
 - 1)配布128名、回収128名(回収率100%)
 - 2)結果
 - (1)内視鏡室勤務経験有無:有6.2%(8名)、無93.8%(120名)(図4)



(2) 緊急内視鏡経験有無: 有 62.5%(80名)、無 36.7%(47名)、未回答 0.8%(1名) (図5)

※以下(3)～(6)は緊急内視鏡経験がある看護師対象の調査結果である。

(3) 緊急内視鏡準備方法知識有無: 有 3.7%(3名)、少し有 27.5%(22名)、無 67.5%(54名)、未回答 1.3%(1名) (図6)

(4) 内視鏡処置具使用方法知識有無: 有 3.7%(3名)、少し有 22.5%(18名)、無 73.8%(59名) (図7)

7)

(5) 緊急内視鏡時の担当業務:患者ケア 78名、検査・治療介助 38名、準備 9名、後片付け 10名(複数回答可)(図8)

(6) 緊急内視鏡時に困った事:物品の位置 64名、光源・内視鏡処置具・機器準備方法 45名、内視鏡処置具・機器介助 39名、後片付け 16名、患者ケア 14名(複数回答可)(図9)

考察

夜間・休日の緊急内視鏡実態調査から、施行例の80%は出血性病変であり、そのうちの45%は止血術が行われていた。しかし、当院では90%が内視鏡勤務経験のない看護師が担当しており質問紙調査からは、担当看護師の殆どが準備や処置具使用方法が判らない中で介助していること、物品の位置がわからず困っているという事が判った。以上より、出血症例が多い緊急内視鏡検査・治療を安全に実施するための現体制における内視鏡室看護師の役割は、緊急内視鏡に備えた物品や検査室の準備と関連部署への学習会開催や内視鏡介助を実際に経験出来る機会を作り、知識提供していくことである。

結語

1. 緊急内視鏡施行例の80%は出血性病変症例。
2. 緊急内視鏡担当看護師の90%は内視鏡室勤務経験のない看護師であり、その殆どが準備や処置具使用方法がわからない中で介助している。
3. 現体制では、緊急内視鏡を安全に実施するために物品の準備・内視鏡介助の実践の場を作り知識提供していくことが必要。
4. 当院では今後、緊急内視鏡を安全に対応できるよう体制の整備の検討が課題となる。

《参考文献》

- 1) 日本消化器内視鏡技師学会会報 No. 45(2010年9月発行)
- 2) 小越和栄他 消化器内視鏡リスクマネジメント 医学書院第1版第1刷、
- 3) 鈴木博昭 消化器内視鏡のコツと落とし穴 中山書店

連絡先:〒080-0016 北海道帯広市西6条南8丁目1番地

TEL:0155-24-4161

FAX:0155-25-7851

〇ー2 外国人や聴覚障害患者の不安の軽減

～コミュニケーションボードを作成して～

仙台オープン病院 内視鏡センター

○色川由紀子・菅原裕美子・鈴木あゆみ

村越美津子・熊澤さえ子

はじめに

当院内視鏡センターでは、年間約20,000件の検査治療を行っており、中には日本語が通じない外国人や聴覚障害を持つ患者がいる。その対応は片言の英語、ジェスチャーや筆談のため説明や声掛けが少ない状況だった。彼らには付き添いがいても、検査室に入れば一人になるため、会話の難しさも伴い検査に対する不

不安や緊張が増すと考えられる。私達は、安心して検査を受けてもらうためにもっと声掛けをし、検査に対する不安を軽減させたいと思っていた。そこで、誰でも直接対話し対応が出来るように、コミュニケーションボード（A4の用紙に印刷しクリアファイルに綴じたもの。以下ボードとする）を作成し、個別の対応と不安の軽減に取り組んだ。

目的

外国人や聴覚障害を持つ患者の不安が軽減する。

方法と結果

1. 過去3年間の該当者数を調査：42人（大半は中国人と推測）
2. 内視鏡検査の流れと説明、声掛けの言葉を選び出し、本やインターネットを利用して、中国語・英語に翻訳、手話、又手話ができない聴覚障害を持つ患者用に日本語版も準備した。更に場面に合わせた写真を添えてボードを作成し、誰でも使用できるようにナースステーションに設置した。
3. 使用数：外国人…2例、聴覚障害…5例、難聴…8例、（H23.4～H24.3）
4. スタッフ19名からのアンケート調査
 - 1) ボードを使用したことがある：50%
 - 2) ボードを使用した介助者としての効果
 - ・説明を詳しくできるようになった
 - ・コミュニケーションがとれた
 - 3) 介助者としてボードがある事で安心した：100%
 - 4) ボードを使用した患者の反応
 - ・笑顔が見られた。・緊張が和らいだ様子

考察

検査時に不安や緊張が強いと不必要な力が入り、つらくなってしまう。その上に日本語が分からない、思いが伝えられないという心配事があると不安や緊張が増強すると推測される。外国人や聴覚障害を持つ患者は、指示動作ができないこともあるので、そのような場面で声掛けやコミュニケーションを取りたいと思いボードを作成した。

日総研発行の田中三千雄監修消化器内視鏡看護の中で、「内視鏡を受ける患者は、経験者、非経験者を問わず計り知れない不安や緊張、恐怖感を抱いて来院する。最初に接する看護師は、患者をリラックスさせ、不安、緊張、恐怖感を軽減する援助が必要とされる。」また、「看護師は温かい言葉かけや緊張を緩和する工夫によって患者やご家族の心を和ませる事ができる。」と述べているように、実際に使用した例ではボードを介して患者とコミュニケーションが取れ、体位の取り方なども写真を添えた事で理解された。私達がとった行動は患者の安心に繋がったと考える。日本語版は難聴者にも活用でき、ボードの効果を感じた。アンケートでは、声掛けが多くなり説明が詳しくできたと回答もあり私達の安心に繋がっていると言える。

また、看護師の倫理綱領に、「看護師は、国籍、人種・民族、宗教、信条、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状態、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する。」とある。対象が外国人や聴覚障害を持つ患者は、全体数からみれば少数でも、その少数の患者に行う看護を考えることは看護の基本であると言える。言葉が通じるか否かだけに限らず、患者の不安を理解し、個別のニーズに合わせた援助は、検査室看護師の重要な役割であると考えられる。

結語

1. コミュニケーションボードは個別ケアに有効である。
2. 患者のニーズを的確に把握し援助することが不安の軽減に繋がる。

終わりに

今後もこの活動を継続し患者が安心して内視鏡を受けられる環境を整えていきたい。

参考引用文献

- 1) 監修；田中三千雄、編著；堀内春美、大橋達子：消化器内視鏡看護、日総研出版、2003、P32
日本看護協会、看護師の倫理綱領、2003

連絡先：〒983-0824 宮城県仙台市宮城野区鶴ヶ谷5丁目22番1

TEL：022-252-1111

0-3 上部消化管内視鏡検査における観察不十分症例の対応

石川県予防医学協会 予防医学クリニック

東田 孝子・大和 千秋・谷内 真弥・米永 晃代・下村優美子
皆川 由美・田中 裕子・越野 雅代・鯉坂 秀之・魚谷 知佳

背景

上部消化管内視鏡検査において、しばしば様々な原因で観察不十分となる症例に遭遇する。今回我々は、そうした履歴を持つ症例への対応を検討した。

方法

【当施設における上部消化管内視鏡検査】全例経口内視鏡を用いており、咽頭麻酔は 1%リドカインシャーベット 16g+4%リドカインスプレー約 0.5mLにておこない、基本的にミダゾラム 3mg による鎮静を併用している。観察不十分の定義は、咽頭反射・げっぷ・食物残渣など体動以外によるものを P (PoorStudy)で表し、観察は十分できたと思われるものを P-1、観察に支障をきたしたものを P-2、検査が成り立たなかったものを P-3 とした。また、体動によるものを L (LabilityLevel)で表し、観察に支障をきたしたものの介助が技師 1 名でできたものを L-1、技師 2 名を要したものを L-2、技師 3 名以上を要したものを L-3 とした。検査に支障をきたした P-2・P-3 症例および L-1~3 症例には検査結果説明時にその旨を説明している。【今回の検討】2009 年 4 月~2010 年 3 月に上部消化管内視鏡検査にて P-2・P-3 もしくは L-1~3 となった症例 104 例のうち、2010 年 4 月~2011 年 3 月に再度上部消化管内視鏡検査を施行された 69 例を対象とし、観察不十分の変化を検討した。医療従事者は、履歴より前回観察不十分であったことを把握し、原因に応じて対応した。また受診者本人には、前述のとおり観察不十分であったことは当時すでに報告済みであるが、再度説明し協力をうながした。

結果

(1) 観察不十分の原因は、強い咽頭反射が 54 例 (78.3%)、激しい体動が 9 例(13.0%)、げっぷが 5 例(7.2%)、食物残渣が 1 例(1.4%)であった。(2) 強い咽頭反射にて観察不十分となった症例においては、咽頭麻酔の指導を徹底し、極量を超えない範囲でリドカインスプレーによる咽頭麻酔の追加をおこなった。その結果、54 例中 26 例(48.1%)が観察良好となり、また 21 例(38.9%)が P-1 へと軽減された。(3) 激しい体動にて観察不十分となった症例においては、咽頭麻酔を徹底し、症例によっては鎮静を増強した。また、その程度に応じて人員を確保し抑制にあたった。その結果、9 例中 5 例(55.5%)が観察良好となった。(4) げっぷにて観察不十分となった症例においては、その旨を内視鏡施行医に伝達し、より穏やかな検査を徹底した。その結果、5 例中 4 例(80.0%)が観察良好となった。(5) 食物残渣にて観察不十分となった症例においては、前日の夕食を 22 時までには終えるよう指導するところを、19 時までには終え、かつ量を減らすよう徹底した。その結果、1 例中 1 例(100%)が観察良好となった。

結語

上部消化管内視鏡検査における観察不十分症例においては、その履歴を受診者本人・技師・施行医が把握し対応することで、再度観察不十分に陥ることを回避できると考える。

連絡先：〒920-0365 石川県金沢市神野町東 115 番地

Tel.076-249-7373 東田 孝子

○-4 ERCP 検査時の体位による苦痛の軽減

～マットの変更と手製枕を利用して～

飯田市立病院 内視鏡室

内視鏡技師 ○酒井 明美・井坪笑美子・田中 典子

看護師 刈部 亜美・熊谷 久子

消化器内科 中村 喜行・岡庭 信司

はじめに

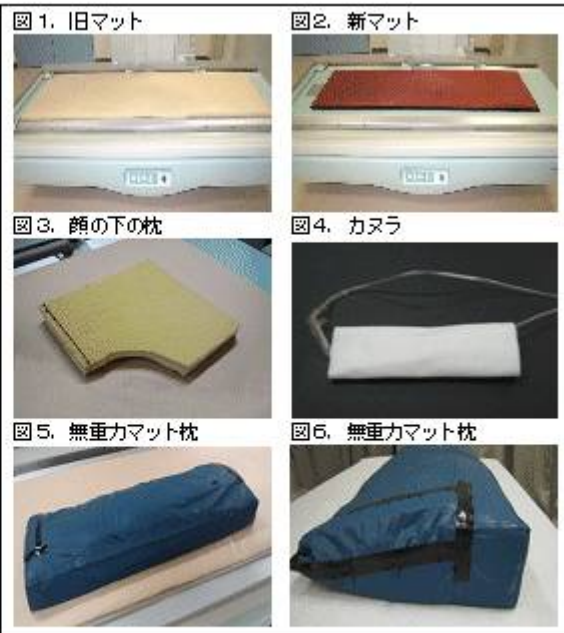
当院における内視鏡逆行性膵胆管造影検査（以下 ERCP）は年間約 300 件であり、そのほとんどが内視鏡的治療を行っている。平均検査時間は約 40 分であるが、難しい症例が増えている中で、1 時間以上の時間を要する場合もある。検査は鎮静下で行われるが、検査中は腹臥位で顔を右側に向けた同一体位を余儀なくされるため患者への苦痛が考えられる。また、下に敷くマットから手足がはみ出す人や、圧迫により検査後左頬に酸素カヌラの跡がついているのが現状である。

目的

ERCP を受けた患者に体位による苦痛の現状を把握し、マットと枕を用いて圧分散できる方法をスタッフの体位経験により検証する。

改良前後の違い

	改良前	改良後
マット	横 47×縦 175 ×厚さ 2cm (図 1)	横 80×縦 200× 厚さ 2cm (図 2)
顔の下	スポンジ使用 厚さ 2.5cm	無重力マットを使用し 口が当たる部分をカット、 厚さ 3.5cm (図 3)
カヌラ	そのまま使用	左頬のカヌラが当たる 位置にソフトガーゼ 2 枚を巻く (図 4)
除圧 方法	バスタオルを 右胸の下へ当 てる	無重力マットを三角形 にカットし、右胸から腰 にかけて当てる (図 5、 6)) 右下腿へ、そば枕を使用



方法

1. 研究期間：2010 年 9 月～2011 年 1 月

2. 対象と方法

ERCP を受けた患者 13 名を対象

鎮静剤：ペンタジシン 0.75～15mg

ミダゾラム 8～12.5mg を使用。

①検査時腹臥位となった直後と、検査後 2 日以内に苦痛と感じる点が無かったか聞き取り調査。

②検査後のカヌラの跡を調査

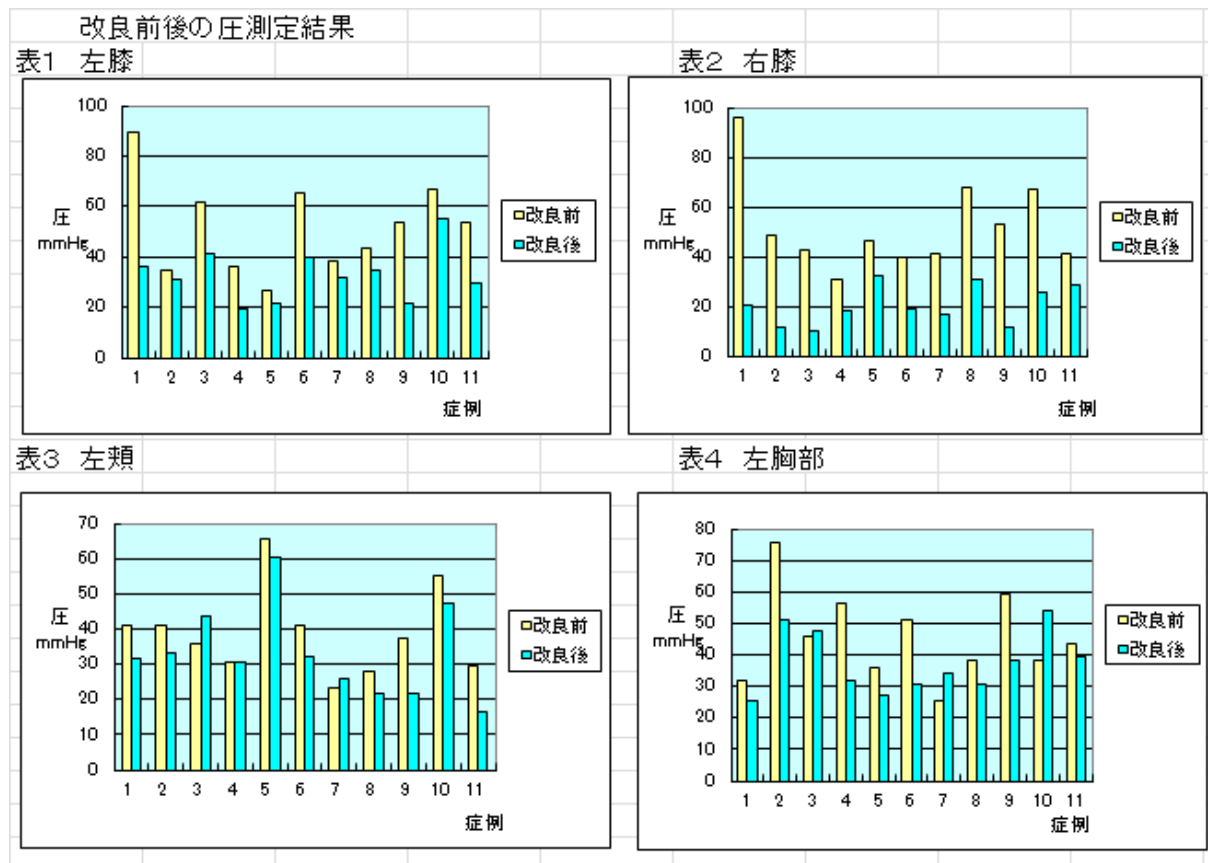
スタッフ 11 名を対象

①マルチパッド型簡易体圧測定器（セロ®、ケープ社）を用い、改良前後で左頬、左胸部、腹部、両手首、両腸骨、両膝の圧測定をする。15 分間の体位経験後、聞き取り調査と酸素カヌラの跡を調査。

結果

1. 平均検査時間は 43 分だった。苦痛を訴えた患者は 15%（2 名）で首の痛みを訴えた。全員の患者が検査後左頬に酸素カヌラの跡を認めた。

2. スタッフ 11 名に体圧測定をした結果、褥瘡リスクの判断基準となる 40mmHg 以上は、改良前 27 箇所、改良後は 8 箇所であった。改良前では苦痛を訴えた人は 67% (8 名) で、そのうち首から左肩にかけての痛みや凝り感は全員が感じており、次いで胸の圧迫感だった。改良後も痛みはあったが軽減した。
3. 特に圧が高かった部位は膝で全員減圧できた。(表 1. 2)
4. 改良前左頬は、15 分後に全員の人に発赤を認めカヌラの跡がついていたが、改良後発赤や跡は見られなかった。圧は 67% (8 名) が平均 9.2mmHg 減圧された (表 3)。
5. 左胸部は改良前が 97% (6 名)、改良後は 33% (3 名) が 40mmHg 以上だった (表 4)。
6. 腹部、手首、腸骨は全員が 40mmHg 以下だった。



考察

ERCP 検査時は腹臥位で顔を右側に向けるという不自然な体位を余儀なくされるが、患者への聞き取り調査では 85% の患者が苦痛を感じていなかった。これは検査に対する不安や緊張があり、また体位を取ってから鎮静剤が効くまでの時間が 10 分程度と短く、苦痛を感じるまでには至らないのではないかと考える。

スタッフへの体圧測定結果では圧が一番高かったのは膝だった。枕と新マットの使用で除圧でき、そば枕はフィット感もよかった。右胸の下へバスタオルを当てていた状態から無重力マット枕を使用することで、接触面積を広げ右側の分散効果があったと考える。また、顔の下へ無重力マットをカットした枕を敷きカヌラにソフトガーゼを巻くことで、局所的な圧迫から接触面積が広がり、スタッフの体験では左頬の発赤を防ぐことが出来た。改良後の方法でも苦痛を完全に排除することは出来なかったが、全員のスタッフが以前より楽だと回答しており、これは、ポジショニングにより体軸がずれないように姿勢を調整したことで苦痛の軽減に効果があったと考える。

結語

1. ERCP 検査時の体位の苦痛を実感している患者は 15% と少ないが、検査後全員の患者に酸素カヌラの跡が頬についており、除圧の必要がある。
2. マットの変更と枕の工夫は苦痛の軽減と圧分散に効果があった。

参考・引用文献

- 1) 宮地 良樹・真田 弘美：よくわかって役に立つ新・褥瘡のすべて、永井書店
- 2) 高橋 紅美：ERCP 時の腹臥位に伴う苦痛を軽減するために、日本消化器内視鏡技師会会報 2008

○-15 胃・食道 ESD を受ける患者の腰痛対策の検討

—除圧による腰痛防止を試みて—

香川県立がん検診センター ○藤澤 朋美

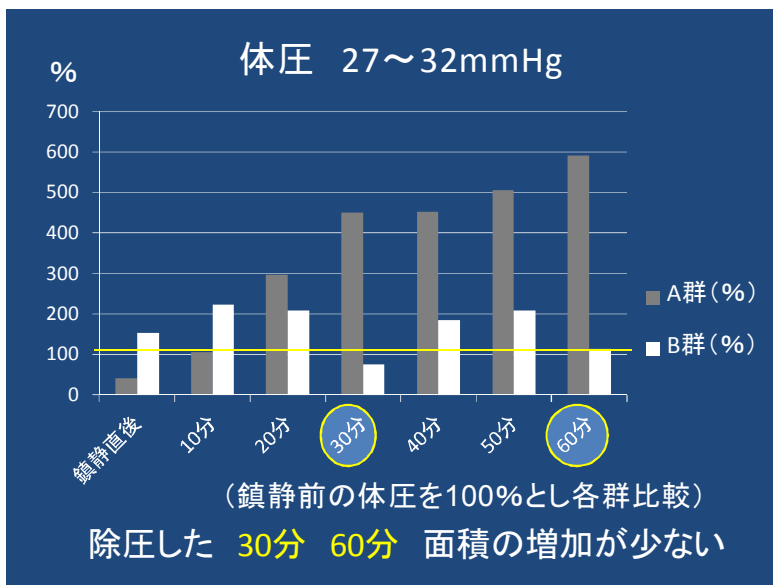
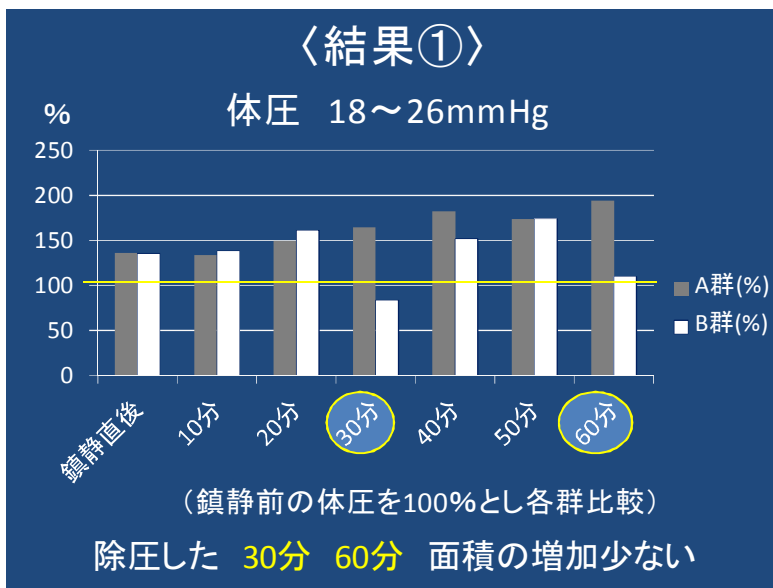
香川県立中央病院 内視鏡センター

筒井久美子・松下実知子・十河多身子・瀧川 実穂・林 安津子

動機および背景

胃内視鏡的粘膜剥離術（ESD）を安定した鎮静下で行えるようになり、長時間の同一体位保持が可能になった。「体位保持は必要だが、エアーマットや大小の補助枕などを使って、圧迫による血行障害、神経麻痺を予防することも大事である」と田村らも述べている。これまで当センターでは、褥瘡や神経障害予防、良肢位・生理的彎曲の保持を行い、同一部位に圧がかからないように体圧分散マットやウレタンマットを部分的に使用して対応を行ってきた。しかし、術後訪問の結果では術後病棟で「腰痛などの痛みが出現した」と答えた患者が19%いた。

体圧分散マットを使用して安楽に検査が行えていたと思っていたが、ESD 中の体圧調査を行った結果、時間経過と共に圧が高くなっておりこれが腰痛などの原因になっているのではないかと考えた。



目的

ESD 時に体圧分散マットを使用しながら、体圧が多くかかる部分の除圧を行うことで同一体位を安楽に保持し、

術後の腰痛を減らしより安楽なESDを提供する。

対象・方法

平成23年5月～9月に胃・食道ESDを行った患者21名を対象に30分毎に体圧調査（モルテンALTSTA使用）を行い、体圧調査のみを行ったA群11名、30分毎に除圧を行ったB群（10名）に分けて比較検討した。除圧方法は褥瘡対策室・皮膚排泄ケア認定看護師から助言を得て、介助グローブと移動用シーツを使用し、左肩、左腸骨から臀部、左膝の圧の多くかかる部分にマットと体幹の間に手を入れそのまま抜き、除圧が容易に行える方法をとった。ESD直後に皮膚の観察を行い発赤の有無を確認した。腰痛の有無は術前・術後訪問時に聞き取り調査を行った。

倫理的配慮

調査した内容により個人が特定されないように処理を行うことを説明し文章にて同意を得た。

結果

鎮静前の体圧を100%とし各群比較した。鎮静直後の圧が18～26mmHg範囲の面積はAB群ともに違いはみられなかった。検査開始より30分後の体圧はA群164.8%、B群83.9%（-16.1%）であった。60分後A群194.2%、B群110.1%であった。27～32mmHg範囲の面積は鎮静直後、A群41.2%、B群154.1%、30分後A群450.4%、B群76.6%、60分後A群591.2%、B群113.6%であった。発赤の発生に関してはA群63.6%、B群40%であった。腰痛に関しては新たに発生・増強が、A群36.3%、B群0%であった。（図1，2）

介助グローブと移動用シーツを使用し手の挿入がスムーズにできた。除圧行為により、治療中に患者の動きや治療の妨げになるような報告もなかった。

考察

処置中は体位変換が行えないことから時間経過とともに各部位の体圧は上昇し、接触面積も徐々に広がっており、除圧を行っていないA群には術後、腰痛の出現・増強がみられたのは、長時間の同一体位が要因となり、筋緊張が高くなったと考えられる。そして、長時間に及ぶ処置が行われる時には除圧行為が各部位へのマッサージ効果となり、一点にかかる圧力を分散させる結果となり、血流が改善し筋緊張の緩和ができ腰痛や発赤の発生が予防できた。

研究中に皮膚排泄ケア認定看護師から助言を得たことにより、除圧がグローブやシーツを使用して短時間で簡便に行えるようになり、有効な結果となった。

結語

除圧を行うことは腰痛防止に有効であった。今回取り組んだ除圧方法は簡単に行うことができ、施行医の手技にも影響なく行えた。これからも患者の苦痛が少しでも軽減できる援助を行っていきたい。

引用文献

1) 田村君英：内視鏡室運営マニュアル. 第1版. 2007. P180

参考文献

- 1) 小立鈺彦；消化器内視鏡 技師・ナースのバイブル. 2008
- 2) 影山博之；技師 ナースのための消化器内視鏡ガイド. 第1版. 2010
- 3) 宮地良樹；褥瘡予防・管理ガイドライン. 2009
- 4) 平田直；手術患者のポジショニング. 2007.
- 5) 長谷川素美；はじめての手術看護 第1版. 2009

連絡先：〒760-8557 香川県高松市番町5丁目4-16

香川県立中央病院内視鏡センター

Tel 087-835-2222

○-6 岡山県内視鏡看護勉強会報告：抗血栓療法症例における内視鏡検査の現状

-岡山県でのアンケート調査の実施から-

独立行政法人国立病院機構 南岡山医療センター ○黒岡 昌代
独立行政法人労働者健康福祉機構 岡山労災病院 梶原 みゆき
真庭市国民健康保険 湯原温泉病院 村山 綾子
医療法人天馬会 チクバ外科胃腸科肛門科病院 田中 広子

背景と目的

岡山県内視鏡技師会では、平成18年より岡山県全体の内視鏡技術のレベルアップや標準化を目的に内視鏡看護勉強会（以下勉強会とする）を行っている。そのなかで、抗血栓療法症例に対するリスクマネージメントをテーマに講義を行い、参加者に内視鏡検査時の対応をアンケート調査したところ、現状は各施設で様々であった。

抗血栓療法症例に内視鏡検査及び治療を行う際は、抗血栓療法の把握と休薬期間や再開時期の指導が必要であり、休薬によるリスクマネージメントをふまえた対応が求められるなかで、施設により対応に違いがあることは問題があると考えられた。

そこで、改めて岡山県内の各施設に抗血栓療法症例への対応をアンケート調査し、まとめたので報告する。また、それをもとに、勉強会での今後の取り組みを考える。

研究方法

対象：岡山県技師研究会の案内を送付している150施設

方法：内視鏡検査を行う抗血栓療法中の症例への、休薬と再開についての取り決めや同意書の有無、内服薬や休薬の確認等について用紙を作成し、対象施設へ郵送し調査を実施。

結果と考察

91施設（60.6%）から回答があったが、内視鏡検査を行っていない2施設は結果から除外した。抗血栓薬について休薬の取り決めがあると答えたのは、78施設（88%）だったが、再開の取り決めがあると答えたのは、37施設（42%）だった。内服薬の確認は、医師と看護師の複数で確認している施設が多かったが、看護師のみの施設もあった。休薬状況の確認についても、複数で行っている施設が多く、事務スタッフの協力を得ている施設もあった。休薬・再開に関する同意書があると答えたのは、5施設（6%）であり、検査時の止血困難症例への対応の取り決めがあると答えたのは、12施設（14%）だった。

自由記載の回答からは、医師に関することでは、「医師により見解が異なる」「検査依頼医が治療内容を把握していない」等あった。薬に関することでは、「複数のかかりつけ医があり内服状況を把握できない」「後発薬品が多く確認が困難」等あった。患者に関することでは、「抗血栓薬を服用している自覚がない」「自己判断で休薬する」等あった。また、「抗血栓薬の内服治療と内視鏡検査のどちらを優先すべきか迷う」「抗血栓療法中のため生検できず、再検査になれば患者にとっては負担ではないか」等あった。

アンケート調査から、抗血栓療法中の患者の内視鏡検査に携わるなかで、様々な不安や問題意識を抱えているが、リスクマネージメントをふまえた対応を行うことができている現状があると考えられた。

以上のことから、勉強会として抗血栓療法症例に対する取り組みが必要と考えられる。そのために勉強会として、抗血栓療法症例に対する工夫などの取り組み事例や、ヒヤリハットの情報交換、内視鏡治療時の抗血栓療法症例のガイドラインについても、最新の情報が提供できるよう講義を企画していきたい。それをもとにそれぞれの施設が安全安楽な内視鏡検査の提供に取り組んでいくことが、岡山県としての標準化へ繋がると考えられる。

まとめ

勉強会を通し、他施設との情報交換や講義を受けることで、それぞれの実践知の表出や、形式知の共有を行い、それらをもとに各施設での安全・安心な内視鏡検査の実施に取り組んでいくことが、岡山県における標準化と医療の質の向上へ繋がっていくと考えられる。

今後も、内視鏡に関わることを学習する場として、岡山県内視鏡看護勉強会が活性化していけるよう取り組んでいきたい。

参考文献

- 1) 日本内視鏡学会：消化器内視鏡ガイドライン，医学書院，2006.10
- 2) 篠田道子：多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル，医学書院，2011.08
- 3) 井部俊子：第8回国立病院看護研究会学術集会 特別講演，国立病院看護研究会誌VOL. 8 NO.1, 66-73, 2012.02

〇-7 抗血小板剤服用継続下での内視鏡生検の妥当性

香川県立中央病院
内視鏡センター ○十河多身子・筒井久美子・松下実知子・瀧川 実穂
林 安津子・藤澤 朋美（現；香川県立がん検診センター）
消化器内科 石川 茂直・稲葉 知己

目的

近年、高齢化に伴い、抗血栓療法を受けている患者が急増している。当院では、上部内視鏡検査において、抗血栓剤休薬中の血栓偶発症の予防に重点をおき、生検鉗子を経鼻内視鏡用生検鉗子に小型化したうえで、2011 年 3 月より抗血小板剤（抗凝固剤は除く）に関しては休薬せず生検を行う方針とした。その後の生検診断の精度および生検後出血、患者指導のあり方に関して検討した。

対象と方法

2011 年 3 月 1 日～2012 年 2 月 29 日までの通常上部内視鏡検査を施行した 5374 例中、胃の生検を行った 1128 患者 2025 検体を対象とした。本検討開始前に院内と周辺開業医への方針の周知を行った。休薬に伴う偶発症の説明を文書で行い、抗血小板剤は継続服薬し来院することを検査依頼時に看護師が説明した。生検精度の評価のため、鉗子小型化前後での適切検体採取率と、出血に深く関与すると考えられる検体中の粘膜筋板の有無に関して調査した。抗血小板剤服用のまま生検を行った患者に関してはアンケート調査を行い、生検前後 1 週間の血液検査で後出血を評価した。

結果

適正検体採取率は、通常鉗子が 98.5%、小型鉗子が 99.3%と生検精度の低下は認めず、むしろ小型鉗子が高い結果であった（ $P=0.025$ ）。粘膜筋板採取率は、通常鉗子が 35.7%、小型鉗子が 28.0%であり通常鉗子が高かった（ $P<0.00001$ ）。採取部位別では、胃上部（34.2%）と中部（29.8%）では下部（19.1%）に比較し有意に粘膜筋板採取率が高かった（ $P<0.0001$ ）。

全 5374 例中、抗血栓療法を受けていた患者は 1055 例（19.6%）であり、1128 例の生検施行例中、抗血小板剤を服用したまま生検を行った患者は 65 例であった。結果として、抗凝固剤を服用していない患者で 1 例に顕性後出血を認めたが（0.095%）、抗血小板剤非休薬で生検を行った例において顕性の出血例はなくヘモグロビン値が 2g/dl 以上の貧血進行例も認めなかった。

方針変更後において、方針に反して、検査時休薬例を 28 例（8 例が患者自己判断、20 例が医師の指示）認めたため、外来に患者への専用の説明室を設け、内服薬のチェックおよび休薬による偶発症についての説明を開始した。また、内視鏡検査依頼に関わる部署の看護師を対象として、抗血栓薬の作用、休薬リスクについての学習会も行った。これらの取り組みにより、患者に対する十分な説明も行うことが可能となり、自己休薬例は以降認めない。医師の指示による休薬例は他施設からの紹介によるものが多く、周知の徹底の難しさを感じた。

考察

経鼻用生検鉗子は適正な検体が得られ、出血予防にも寄与するが、胃上部・中部では下部より粘膜筋板が多く採取されるため、特に後出血に注意し、検査後に十分な患者指導が必要と考えられた。

新たに改訂される日本消化器内視鏡学会ガイドラインでは、今回の我々の検討と同じく、抗血小板剤に関しては休薬せず生検可能案が出されているが、本邦におけるエビデンスは極めて少なく今後さらなる検討が必要である。

結論

抗血小板剤服用下での内視鏡下生検は、生検鉗子の小型化や検査終了時の止血確認を徹底すること等に留意することで安全に施行可能と思われる。方針転換の際には、医師・コメディカルを含めた情報の共有と周知の徹底が必要である。

参考文献

1) 小越和榮ほか：内視鏡治療時の抗凝固剤、抗血小板剤に関する指針。日本消化器内視鏡学会 2005

2)赤松泰次ほか：内視鏡診療の安全管理. 羊土社. 24-31. 2011

3)ほか矢坂正弘ほか：治療増刊号. 南山堂. 718-721. 2012

連絡先：〒760-8557 香川県高松市番町5丁目4番16号

TEL 087-835-2222

〇-8 麻酔回復スコアから鎮静剤使用後の安静時間を考える

川崎市立多摩病院内視鏡センター

柳澤 友子・井上ふみ子・門間 由香・古畑千奈己・馬場 哲

目的

当内視鏡センターでは安全・安楽な検査を心がけており、患者の希望に応じセデーション下での消化器内視鏡検査を提供している。鎮静剤の種類と投与量は、年齢・体格・既往歴・手術歴・性別・前回の使用量と鎮静状態等を看護師と検査施行医（以後医師とする）が情報を共有し、医師が決定している。検査後の安静は原則検査終了後30分としており、帰宅可能の判断は看護師が独自で行っている。本研究ではセデーション実施患者の安静後30分の回復状態について麻酔回復スコアを使用し、当院で実施している安静時間の妥当性について評価した。

方法

- 1)対象：平成22年5月25日～平成22年6月18日にセデーション下で上部及び下部内視鏡検査を実施した外来患者241名
- 2)方法：医療法人友仁会 友仁山崎病院で使用している麻酔回復スコアを使用し、検査後30分の回復状態を調査した。麻酔回復スコアはカテゴリーを、意識レベルの回復・運動機能の回復・呼吸状態の安定・循環動態の安定・動脈血酸素飽和度の安定の5つに分類しており、1項目2点満点とし、総合10点満点で完全に回復したと判断した

結果

対象患者は241名で男性56%(135名)、女性44%(106名)、年齢分布は10代から80代で60代が最も多かった。対象患者の88%が安静時間30分で帰宅できており、12%が安静時間30分で帰宅できなかった。帰宅した患者のうち、麻酔回復スコア10点満点が198人、9点が14人であった。9点で帰宅した患者は麻酔回復スコアの項目のうち、循環動態の安定の項目だけが満点にならなかった。麻酔回復スコアを使用して項目別にみるとミダゾラムはジアゼパムと比較し安静30分後の時点で、意識レベルの回復、運動機能の回復、循環動態の安定で満点に満たない患者が多かった。またジアゼパムがミダゾラムに比較し安静時間30分の時点で、麻酔回復スコアが優位に高かった(P<0.05)。安静時間が30分以上延長した患者の内訳を鎮静剤使用量別でみると、ジアゼパム使用患者のうち2.5mgが3.7%、3mgが20%、5mgが10.7%であった。ミダゾラム使用患者では、2mgが20%、3mgが13%、4mgが19%、5mg33.3%であった。鎮静剤の使用量が安静時間を延長する割合に関わるとは限らなかった。薬剤別ではジアゼパム使用患者の9.8%、ミダゾラム使用患者の18.9%が安静時間を延長しており、ジアゼパムと比較しミダゾラムの方が安静時間を延長する割合が多かった。年齢別に比較したところ20代が33%、30代17%、40代11%、50%23代、60代9%、70代6%、80代23%であり年齢による要因は考えにくい結果となった。

考察

麻酔回復スコアを用いて安静時間を評価した結果、対象患者の88%が帰宅していることから当院で実施している検査後30分の安静時間は妥当であると考えられた。しかし、ジアゼパムと比較しミダゾラムを使用した場合は回復スコアの平均値が有意に低く、安静時間を延長した割合も高かったことより十分な観察が必要であると考えられた。

結論

- ・患者の年齢や体格を考慮して鎮静剤の種類と投与量を決定して使用しているため、30分の安静時間で十分である。
- ・安静時間が延長する要因は、意識レベルと循環動態であった。

参考文献

- 1) 橋本逸子：セデーションを行った検査・治療のケア、消化器・がん内視鏡ケア. 2007 : 12(5)
- 2) 田村君英、星野洋：消化器内視鏡 技師・ナースのバイブル検査・診断・治療の看護・介助

連絡先：〒214-8851 神奈川県川崎市多摩区宿河原 1-30-27
TEL 044-933-8111

〇-9 カプセル内視鏡検査中の指導を考える —過ごし方に関する不安調査から—

公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内視鏡センター
内視鏡技師・看護師 ○石木 洋子・加納一美・久保美紀子
看護師 安田 正博・五島 君夜・井奈波直美・武知 正子
消化器内科医師 石川 英樹

研究目的

カプセル内視鏡（以下CE）は、ファイバースコープによる内視鏡検査より患者への侵襲も少ない。しかし、機械を装着したまま9時間程度の日常生活を過ごさなければならない。当院ではCE内服後に説明用紙を使用して口頭説明を行っているが、患者から日常生活に対する不安の訴えがあった。しかし、CE検査の患者の不安に関する研究報告は少ないため、私たちは、2010年にCE検査中の不安に関する面接調査を行った。前回の調査で課題となっていた、CE検査中の不安を軽減する為の指導を検討するため、「検査中の過ごし方」の不安に着目し、再度、調査結果の分析を行った。今回、指導の改善点を明らかにしたので報告する。

対象・方法

期間：2010年7月～2010年11月

対象：CEを受けコミュニケーションがとれる患者6名

方法：半構造化面接

逐語録を作成。コード化し、カテゴリー化分類。

検査中の過ごし方に関する不安に視点を置き、サブカテゴリーを抽出した。

倫理的配慮

研究の趣旨、個人情報の保護、データは研究以外使用しないことを文章、口頭で説明し書面で同意を得た。

結果

対象者の平均年齢は65.8歳であった。面接調査の結果83個のコードから検査中の過ごし方に関する不安25個を分類し、そのコードから7個のサブカテゴリーを抽出した。

サブカテゴリーとして、「食事による検査への影響」「飲食内容の理解不十分」「電磁波による検査機器への影響」「機械装着による身体への負担」「機械装着による精神的負担」「暑い時期の検査による不快」「身体的な理由を抱えながらの歩行促進」の抽出ができた。

考察

「食事による検査への影響」については、説明用紙に食事開始時間であるCE内服4時間後のCE通過位置についての知識がないことが、食事による検査への影響の不安に繋がったと考える。そのため、4時間後のCE通過位置についての記載や説明が必要である。

「飲食内容の理解不十分」については、説明用紙に沿った口頭説明のためイメージ困難であり、食事内容や摂取量に対する迷いや不安を帰宅後に生じたのではないかと考える。当院でのCE検査を受けた患者の平均年齢は65歳であり高齢者が多い。患者により理解度が異なるため、年齢、生活形態に合わせた具体的な食事内容の説明が必要である。また、効果的な説明を行うためには、紙面と口頭だけではなく、写真や映像を用い、視覚に訴えイメージしやすい工夫や個性に合わせた説明が必要である。

「電磁波による検査機器への影響」については、電磁波を生じる機器の使用の増加により、不安を抱く機会が多くあると考える。予測される患者の行動を聴取し、どの程度なら良いのか具体的な説明を行い過剰な不安を抑える必要がある。

「身体的な理由を抱えながらの歩行促進」については、カプセルの滞留を防ぐために、歩行を促したことが不安

に繋がったと考える。患者の日常生活形態や身体状況を聴取し、実施可能な具体例をあげ説明することが、不安軽減に繋がる援助である。また、「暑い時期の検査による不快」については調査時期が影響したと思われ、季節にも配慮した指導や声かけが必要である。

「機械装着による身体への負担」、「機械装着による精神的負担」に関しては、検査中に不都合なことがあれば、いつでもサポートできる体制であることを伝えることが重要である。

結語

効果的な指導を行うためには、CE 検査中の説明用紙の改善と、患者の年齢特性や個々の生活形態に沿った検査中の過ごし方の指導を行う必要がある。イメージ化しやすいよう写真を用いたパンフレットや映像を使用し、視覚に訴える工夫が必要である。

参考文献

- 1) 神田清子, 他: 検査看護技術. 広英社2006 ; 23, 27.
- 2) 北川公子: 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 老年看護学. 医学書院2010 ; 213.
- 3) 赤土正幸: ケアのこころシリーズ④患者指導にあたって. インターメディカ2003 ; 44.
- 4) 大平政子: エクセルナース (老年編). メディカルレビュー社2004 ; 24.
- 5) 佐藤真希, 他: カプセル内視鏡検査時の患者意識調査より良い受容性を目指して-. 日本消化器内視鏡技師会会報. 2008 ; 40 : 57-58.

連絡先: 〒504-8601 岐阜県各務原市蘇原東島町4丁目6番地2
Tel058-382-3101