

# 消化器内視鏡検査・治療時の安全管理

(咽頭麻酔・鎮静薬・鎮痛薬・転倒転落・DVT)

## に関するアンケート結果

調査期間 2017.-2018. 総回答 655 施設

\* 全国 9 支部研究会/研修会会場にて実施。施設ごとの調査とするため重複する施設の回答は 1 枚のみを採用した。

日本消化器内視鏡技師会安全管理委員会・内視鏡看護委員会

### Q1. 施設の規模:施設の入院ベッド数

0床	1～9床	10～19床	20～99床	100～299床	300床以上	未記入
73(11%)	4(1%)	9(1%)	77 (12%)	245 (38%)	231 (35%)	16 (2%)

合計：655 施設

回答者の 75%の人が 100 床以上の施設であった。

### Q2. 咽頭麻酔の使用についてどのようにしていますか

キシロカインビスカス			その他	未記入	合 計
(散布)	(含有)	(氷片含有)			
534 例 (54%)	382 例 (38%)	50 例 ( 5%)	16 例 ( 2%)	4 例 ( 1%)	986 例 (100%)重複あり

咽頭の麻酔にはキシロカインの散布によるものが 50%を超え、これに続いて口腔内に含有するタイプが約 40%にもちいられていた。この結果はより簡単な方法で必要な効果を得ることができるためと思われた。しかし、麻酔薬使用時にはリドカインの過剰使用による中毒を防ぐため 200 mg以内の使用に留める必要がある。

Q3. 内視鏡検査に使用する鎮静・鎮痛薬の使用状況

上部・下部内視鏡検査と治療内視鏡の鎮静・鎮痛・鎮静鎮痛の選択割合比較

	全例に使用 (%)	患者の希望 (%)	医師の指示 (%)	合計 (%)
上部・鎮静	12 (1)	445 (56)	351 (43)	808 (100)
上部・鎮痛	4 (1)	63 (21)	234 (78)	301 (100)
上部・鎮静鎮痛	2 (1)	62 (19)	247 (80)	311 (100)
下部・鎮静	34 (5)	346 (48)	336 (47)	716 (100)
下部・鎮痛	23 (6)	89 (22)	290 (72)	402 (100)
下部・鎮静鎮痛	11 (3)	85 (23)	269 (74)	365 (100)
治療・鎮静	186 (37)	45 (8)	275 (55)	506 (100)
治療・鎮痛	52 (13)	22 (5)	321 (82)	395 (100)
治療・鎮静鎮痛	66 (16)	24 (6)	319 (78)	409 (100)

検査時使用される薬品は、医師の指示で行われるのが基本であるが患者の希望が許される場合も考えられる。調査結果もおおむね同様であった。上・下部の内視鏡検査では、患者の希望が約20%から50%の状況であった。当然であるが、鎮静・鎮痛の選択状況は通常の内視鏡検査と治療内視鏡で大きく異なっていた。その内容は負担のかかる治療内視鏡において、医師の指示や全例使用が多く見られた。しかし、鎮静と鎮痛の違いでの薬品選択率に大きな差はなかった。ただ、治療内視鏡での患者の希望も若干みられたが現実には医師によるものと思われた。

Q4. 鎮静薬・鎮痛薬使用時には、同意書を取っていますか？

はい	いいえ	無回答
376(57.4%)	247(37.7%)	32(4.9%)

同意書を取得している施設が半数を超えていた。鎮静薬による副作用もあるため『内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン』でも『内視鏡診療における鎮静は、医師がその必要性を勘案し、十分なインフォームド・コンセントのもとに、患者の意思と同意に基づいて行うものである。』と記載されている。

Q5. 帰宅時の付き添いを要求していますか(複数回答有り)

はい	年齢により要求	可能な限り	いいえ	合計 重複回答あり
171(24.3%)	126(17.9%)	231(32.8%)	176(25.0%)	704(100%)

帰宅時の付き添いについては、要求している施設、年齢により要求している施設、可能な限りを含めると71.4%であった。医療安全の観点から、鎮静薬使用時は付き添い者と一緒に帰宅する事が望ましいと考える。

Q5-2 付き添いがない場合の対処はどのようにしていますか？

使用しない	入院する	帰宅時間を遅らせる	その他	合計 重複回答あり
87(12.6%)	43(6.2%)	376(54.5%)	184(26.7%)	690(100%)

記載の内訳

- ・公共の交通手段を使用するか、タクシー、または迎えにきてもらう：91
- ・覚醒基準を満たしてから帰宅可とする：25
- ・休んでから帰宅：18 ・入院患者のみ使用：8
- ・医師に相談、状況によっては使用しない：4・状態に合わせて：3・拮抗薬を使用す
- ・リカバリールームで休んで行っていただく：2
- ・患者の状態によって判断：2 年齢により使用しない：2
- ・安静時間 30 分から 1 時間、投与量に応じて対応している
- ・個人の責任 ・独歩可能まで安静にしている ・付き添いの有無は考慮していない
- ・付き添いは勧めない。・運転しない事だけ
- ・タクシー乗り場まで付き添い+運転手に家に入るまで見届けてもらう
- ・院内規定に基づき、帰宅条件を設定し条件 OK の場合帰宅させる
- ・人間ドックのみのため、午後に帰る
- ・注意事項を説明して用紙を渡して帰宅してもらう
- ・70 歳以上は使用せず、前回効きすぎた場合も量を変更するか使用しない
- ・使用しない、もしくは患者の強い希望があれば減量での使用を検討
- ・指導するが、実際にどうされたのかまでは確認していない 他院紹介
- ◆今後、鎮静薬を希望する患者は増加傾向にあると考えられます。安静解除基準を作り共通のルールに従い査定する、付き添いを要求する、など安静時間の延長も含め鎮静薬を使用した患者が、無事に帰宅できるようなルール作りが求められます。

Q6. 使用している鎮静薬・鎮痛薬は何ですか？（複数回答）

ベンゾジアゼピン系					麻薬	静脈麻酔薬
ジアゼパム		フルニトラゼパム		ミダゾラム	ペチジン塩酸塩	
セルシン	ホリゾン	ロヒプノール	サイレース	ドルミカム	オピスタン	プロポフォール
160	100	72	34	491	209	111

中枢性 $\alpha$ 2アドレナリン受容作動薬	ブチロフェノン系向精神薬	
プレセデックス	ハロペリドール	セレネース
86	5	50

## 鎮痛薬

塩酸ペンタゾシン		ブプレノフィン塩酸塩	無回答	その他		
ソセゴン	ペンタジン	レペタン		ベチジン塩酸塩	フェンタニル	デュプリパン
281	124	21	33	5	2	1

### Q7. 鎮静薬・鎮痛薬の併用薬はありますか？

はい	いいえ	無回答	「はい」で薬品名無回答
200 (30%)	243 (37%)	213 (33%)	28

◆使用している鎮静薬ではドルミカム®の使用が最も多く、次に麻薬であるオピスタン®であった。これは、副作用である血圧低下や呼吸抑制などが比較的少なく、半減期も短いため多く使用されていると思われる。

2 剤併用			
催眠鎮静薬+麻酔性鎮痛薬	催眠鎮静薬+麻酔鎮痛薬	催眠鎮静薬+ $\alpha^2$ アドレナリン受容体	麻酔性鎮痛薬+ $\alpha^2$ アドレナリン受容体
114	25	1	2

4 種類と 1 剤			
麻酔性鎮痛薬+静脈麻酔薬	麻薬鎮痛薬	催眠鎮静薬	麻酔性鎮痛薬
2	20	53	22

抗神経病薬	静脈麻酔薬	$\alpha^2$ アドレナリン受容体アゴニスト*
4	7	13

\*アゴニスト(作動薬)受容体と結合してホルモンなどと生理的作用を発揮する。

その他	
H1 受容体拮抗薬	抗ヒスタミン薬
13	2

◆アンケートの回答で催眠鎮静薬と麻酔性鎮痛薬の併用が最も多かった。特にミダゾラム (ドルミカム®) とソセゴン®の併用が多く 35 例だった。次に多かったのはミダゾラム(ドルミカム®)とペンタジン®16 例だった。

### Q8. 拮抗薬は準備していますか？

はい	いいえ	無回答
571 (87%)	50 (8%)	34 (5%)

◆アンケート回答者 87%の施設が拮抗薬を準備していた。

Q9. 血管確保を行っていますか？

はい	いいえ	無回答
590 (90%)	43 (7%)	22 (3%)

翼状針	留置針	複数回答
48	533	

◆アンケート回答者の 90%の施設が血管確保を行っていた。「いいえ」と回答した 43 施設のなかで 35%が無床であった。43 施設を全体的に見ると、付き添いが不在であったり、鎮静薬・鎮痛薬を使用しないまたは、帰宅を遅らせているとコメントしている。鎮静薬・鎮痛薬の副作用には血圧低下、呼吸抑制、悪心・嘔吐、また、アナフィラキシーショックや心室頻拍などが見られることもあるため、適切な処置ができるよう血管確保は重要である。

いいえと回答した 43 施設の内訳					
0 床	9~19 床	20~99 床	100~299 床	300 床以上	無回答
15 (35%)	1 (2%)	10 (23%)	13 (30%)	2 (5%)	2 (5%)

鎮静・鎮痛薬の分類 《資料》

I 催眠鎮静薬 ベンゾジアゼピン系薬物	1	ジアゼパム(セルシン®、ホリゾン®)
	2	ミダゾラム(ドルミカム®)
	3	フェニルトラゼパム(サイレース®、ロプヒノール®)
II 抗ヒスタミン薬	1	ヒドロキシジン(アタラックス P®)
III α <sup>2</sup> アドレナリン受容体アゴニスト	1	デクスメデトミジン(プレセデックス®)
IV 麻酔性鎮痛薬	1	ペンタゾシン(ソセゴン®、ペンタジン®) レペタン®
V 麻薬鎮痛薬	1	ペチジン塩酸塩(オスピタン®、ペンタゾシン®)
	2	フェンタニル
VI 静脈麻酔薬		(プロポフォール)
VII 抗神経病薬	1	ハロペリドール (セレネース®)
VIII ベラドンナアルカロイド		硫酸アトロピン

Q10. モニタリングを行っていますか

はい	いいえ
621 (97%)	17 (3%)

「はい」と回答した施設より

SpO2 モニター	血圧計	心電図	ETCO2 カプノグラフィ	BIS モニター
607 (98%)	524 (84%)	288 (46%)	24 (4%)	28 (5%)

複数回答あり

◆SpO2 モニター、血圧計はほとんどの施設で設置されていた。

ETCO2 カプノグラフィや BIS モニターは、ESD など鎮静剤を使用した治療薬を多く実施している施設で設置されていたが、3～4%であった。

Q11. 酸素・吸引・救急カートの設置・作動確認をおこなっていますか

はい	いいえ
616 (94%)	18 (3%)

「はい」と回答した施設より

酸素	吸引	救急カート
536 (82%)	503 (77%)	454 (69%)

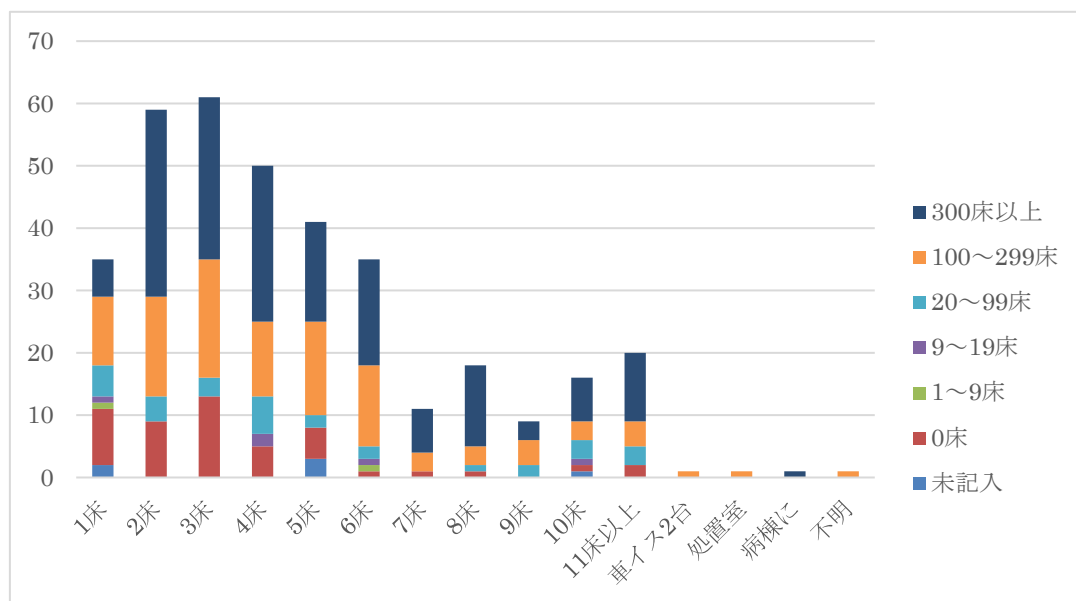
複数回答あり

◆酸素・吸引の作動確認を行っていない、また救急カートの設置がない施設があった。

内視鏡検査・治療は、侵襲性が高く出血や急変などのリスクを伴います。

急変時はスムーズにできるよう、酸素吸入や吸引機器、救急カートの点検は定期的に行うことが大切になります。

Q12. リカバリーはありますか



◆リカバリーは施設規模により1床から11床以上確保されている回答があった。鎮静剤を使用する施設が増加しているため、病棟をもたない施設において8床、16床とリカバリーを確保している施設もあった。処置室や病棟のベッドを活用している施設もみられた。

Q13.内視鏡に携わるスタッフを対象とした、急変時シミュレーション訓練を行っていますか？

1回/年以上	1回/2年	2回/2年	不定期	毎月開催	合計
88 (92%)	2 (2%)	1 (1%)	3 (3%)	2 (2%)	96 (100%)

665施設のうち行っている、または、行った施設は99施設 約15%であった。

1回/年以上開催している73施設76%が100床以上の施設であった。

Q14.BLS 訓練を定期的に通講していますか

1回/年以上	1回/2年	1回/3年	1回/5年	数年に1回	不定期	合計
238 (95%)	6 (2%)	1 (0.5%)	2 (1%)	2 (1%)	1 (0.5%)	250 (100%)

665施設のうち「はい」が250施設 約38%であった。

1回/年行っている施設210施設(約84%)は100床以上の施設であった。

Q15.ICLS (ACLS) 訓練を定期的に通講していますか？

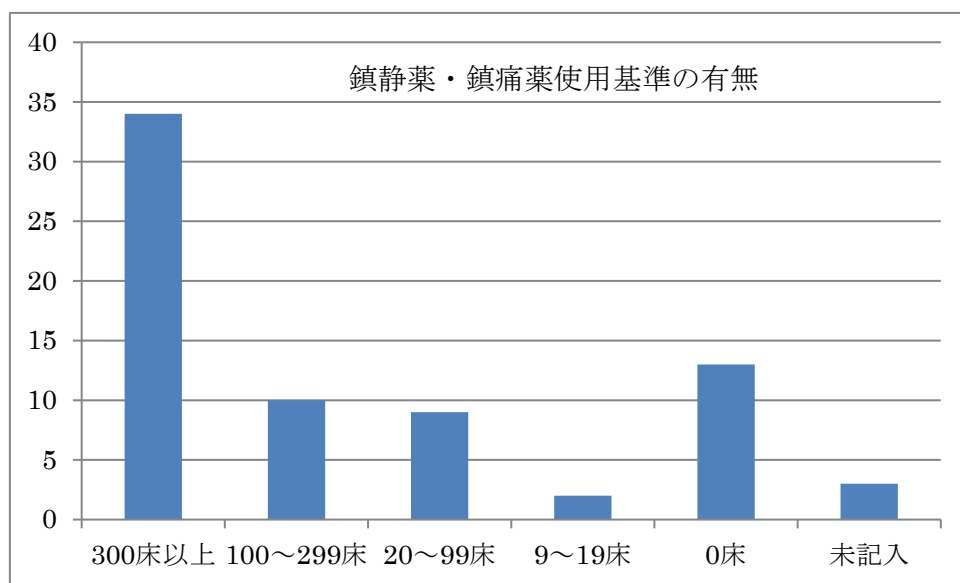
1回/年以上	1回/2年	1回/3年	1回/6年	合計
93 (96%)	2 (2%)	1 (1%)	1 (1%)	98 (100%)

665施設のうち「はい」は98施設 約15%であった。1回/年行っている施設83施設(約

85%) は 100 床以上の施設であった。

◆内視鏡検査・治療は侵襲的な検査であり、アナフラキシーショックなどのリスクのある薬剤を使用します。鎮静担当者に求められる能力として鎮静薬と鎮痛薬、拮抗薬に習熟し緊急時の対応能力として BLS ができることが求められ、5 分以内に ACLS が施行できる人材が必須といわれています。

Q16. 施設内で鎮静薬・鎮痛薬使用に関する基準はありますか？



665 施設のうちの「ある」が 71 施設 約 11%。基準がある 44 施設 (約 63%) は 100 床以上の施設であった。0 床の施設でも約 18%の施設で基準があった。

Q17. ASA (米国麻酔科学会) 分類に基づき、鎮静薬・鎮痛薬使用前に患者評価をおこなっていますか？ ※資料参照

はい	いいえ	知らない	回答なし
29(4.4%)	324(49.4%)	275(41.9%)	27(4.1%)

◆「いいえ」「知らない」が半数以上であり、評価していない施設がほとんどであった。ASA 分類に関する認識が不足していると考ええる。

Q18. 鎮静の評価を行っていますか？

はい	いいえ	未記入
110(16.7%)	473 (72.2%)	72 (10.9%)



はいと答えた評価方法の種類

RASS	Ramsay	ModifiedOA A/Sscale	その他
56(50.9%)	21 (19%)	2 (1.8%)	32(29%)

◆はいと回答した施設に RASS と Ramsay を使用している施設があった。

「いいえ」と答えた施設が 473 (72.2%) と半数以上が鎮静に対する評価を行っていない現状である。※資料参照

RASS、Ramsay：内視鏡看護委員会の内視鏡看護記録実践ガイド 2 参照

次ページ資料参照

Q19. 検査治療中は定期的にバイタルサインの計測を行っていますか？

はい	いいえ	未記入
570(87%)	53 (8%)	32 (4.8%)

◆バイタルサイン計測「はい」に答えた施設の時間間隔はそれぞれ施設により異なっていた。鎮静時 87%の施設がバイタルサインの計測をおこなっているが、計測時間が 2.5 分～60 分と幅が広い。検査中の平均計測時間間隔は、6 分であった。ASA-SED（非麻酔医のための鎮静/ガイドラインでは鎮痛薬を投与に関する診療ガイドライン）では、5 分間隔の計測を推奨している。

バイタルを計測していない施設もあるため、ショック、迷走神経反射、副作用時の対応に即応できるためにも適切な間隔でのバイタルサインの計測と記録は重要です。

Q20. 鎮静薬使用後の安静時間はどれくらいですか？

30 分	60 分	2 時間	覚醒まで
77(11.7%)	251 (38.3%)	178 (27.1%)	218 (33.2%)

◆複数選択した施設があり%が高くなっているところがある。

施設に応じて安静時間がことなる。使用薬品や使用量も施設により異なる為、施設が決めた方法を基本として、年齢や個別性を考慮しながら対応していくことが大切である。

## ◆資料

## ASA PS(米国麻酔学会の術前状態)分類

ASA PS 分類	定義	例
ASA I	手術の原因以外は健常人	健康 喫煙なしアルコールを飲まないか 少しだけ飲む
ASA II	軽度の全身疾患を持つ患者 日常生活動作は正常	軽度の疾患のみで実質的に機能制限がない。 付き合い酒を飲む人、妊娠、肥満 (30<BMI<40)よくコントロールされた糖 尿病/高血圧、軽度の肺疾患
ASA III	重度の全身状態を持つ患者 運動は不可能ではない	実質的な機能制限：一つ以上の重度の疾患 がある。コントロールの悪い糖尿病/高血 圧、COPD、高度肥満(BMI<40)、活動性の 肺炎、アルコール依存または、中毒、ペー スメーカー患者、中等度 EF 以下、定期的 に透析を受けている末期腎不全、60 週未満 の早産児  3 ヶ月以上経過した以下の既往(心筋梗塞、 脳血管障害、TIA、冠動脈疾患/ステント留 置)
ASA IV	常に生命を脅かすほどの疾 患を持つ患者 日常生活は不可能	最近(3 ヶ月未満)の心筋梗塞、脳血管障害、 TIA や冠動脈疾患/ステント留置、進行中の 心虚血や重度の弁膜症、重度の EF 低下、 敗血症、DIC、定期的に透析されていない 急性腎疾患や末期腎不全
ASA V	手術なしでは生存不可能な 瀕死の状態の患者	破裂した腹部/胸部動脈瘤、進行中の心虚血 や重度の弁膜症、重度の EF 低下、敗血症 DIC、定期的に透析されていない急性腎不 全や慢性腎不全、重症外傷、圧迫所見があ る頭蓋内出血、重大な心臓病または多臓器 不全、機能不全に陥っている腸閉塞
ASA VI	脳死状態	

◆RASS(Richmond Agitation-Sedation Scale)

スコア	用語	説明
+4	好戦的	明らかに闘争的であり、暴力的。スタッフに対する差し迫った危険が迫っている。
+3	極度の興奮状態	高度な不穏チューブ類またはカテーテル類を自己抜去。スタッフに対して攻撃的な行動がみられる。
+2	興奮状態	不穏頻繁な非意図的な行動が見られる。人工呼吸器との同調が困難。
+1	落ち着きがない	落ち着きがない不安で絶えずそわそわしている、しかし動きは攻撃的でも活発でもない。
0	意識生命で落ち着いている	意識清明/穏やか
-1	傾眠状態	傾眠状態完全に清明ではないが、10秒を超えて覚醒。呼びかけに対して、開眼および目を合わせることができる。
-2	軽い鎮静状態	浅い鎮静状態呼びかけに10秒未満の覚醒。声に対して目を合わせることができる。
-3	中等度の鎮静状態	中等度鎮静状態呼びかけに動きまたは開眼で応答するが、目を合わせることができない。
-4	深い鎮静状態	深い鎮静状態呼びかけに対して動きは見られないが、身体刺激で動きが見られる。-
-5	昏睡	覚醒せず/昏睡呼びかけにも身体刺激にも反応はみられない。

◆Ramsay

スコア	特徴
レベル1	不安が強い、興奮している、またはそわそわして落ち着きがない。
レベル2	患者は目覚めており、診療に協力的、オリエンテーション良好、落ち着きがある。自分のおかれている時間的、空間的、人間関係的状况の理解。
レベル3	患者は一応目覚めているが、指示に対してのみ応答する程度である。
レベル4	患者は眠っているが、眉間を軽く大声での呼びかけに、すばやく反応する。
レベル5	患者は眠っており、眉間を軽く大声での呼びかけに、ゆっくりと反応する。
レベル6	患者は眠っており、眉間を軽く大声での呼びかけに反応しない。

\*不穏・興奮を判定できない欠点がある。

◆Modified OAA/S scale

スコア	反応
6	興奮している
5	通常の呼びかけに普通に反応する（覚醒）
4	普通に呼びかけるとゆっくり反応する
3	大声,かつまたは、呼びかけを繰り返した時にのみ反応する
2	軽くつつくか、ゆすった時のみ感応する
1	軽くつつくか、ゆすった程度では反応しない
0	強い刺激でも反応しない

4：中等度鎮静 2：深い鎮静

Q21. 院内で統一された覚醒基準に基づき安静解除を行っていますか？

はい	いいえ	無回答	合計
305 (46.6%)	302 (46.1%)	48 (7.3%)	655 (100%)

◆半数以上の施設で、統一された覚醒基準がない、実施されていないことがわかりました。

Q22. 鎮静薬・鎮痛薬使用中の経過や安静解除の記録を行っていますか？

はい	いいえ	無回答	合計
480 (73.3%)	140 (21.4%)	35 (5.3%)	655 (100%)

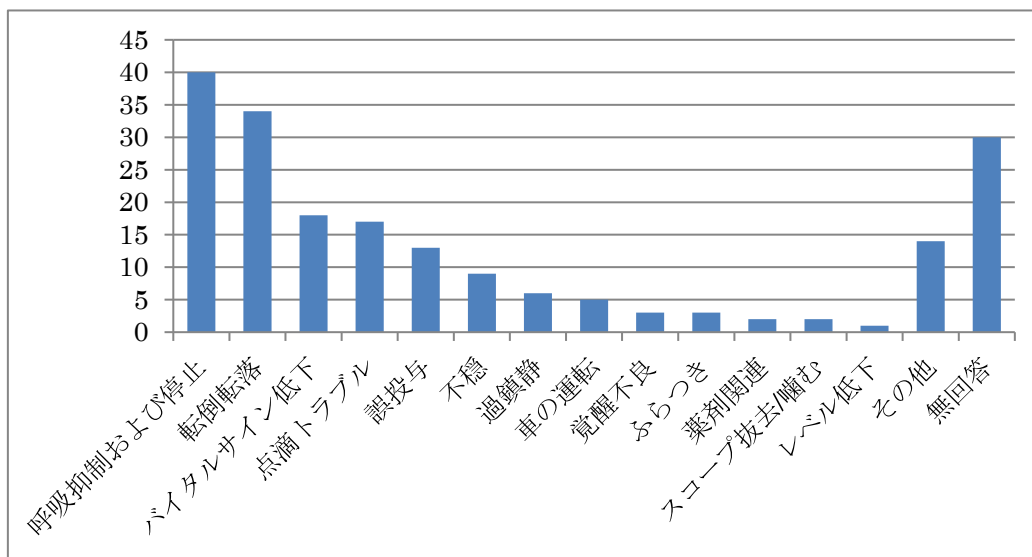
◆記録は、看護協会看護記録指針によると、①看護実践の証明②看護実践の継続性と一貫性を担保する③看護実践の評価及び質の向上を図ることが目的です。また、事実の証明として 法的証拠、診療報酬算定としても役割を果たします。記録を残すことは責務でもあります。

Q23. 鎮静薬・鎮痛薬使用患者のインシデント経験はありますか？

はい	いいえ	無回答	合計
197 (30.0%)	417 (63.7%)	41 (6.3%)	655 (100%)

◆統一された覚醒基準があると回答した施設で、使用中の経過や安静解除記録ありと回答した施設は 258 件 (84.6%) であった。統一された覚醒基準はないが、使用中の経過や安静解除の記録ありと回答した施設は 203 施設 (67.2%) であった。インシデント経験の発生頻度の高いものは呼吸停止/抑制、転倒転落、バイタルサイン低下で、全体の 46%を占めていました。

\*インシデント/偶発症ありと回答した 197 施設の報告内容



Q24. 鎮静薬・鎮痛薬の使用に関して不安や問題がありますか？

病床数	0	1-9	10-19	20-99	100-299	300 以上	計
はい (61.6%)	25	3	3	3	55	180	269
いいえ (38.3%)	38	1	5	19	52	52	167

### 2.6.9 施設の記載の内訳

#### \*鎮静薬の適正量について：31

- ・施設基準がない（統一されていない）：7 ・医師の指示が不明確：4
- ・プロポフォールのプロトコールしかない
- ・年齢にかかわらずミダゾラム 2.5 mg オピスタン 1 A の指示
- ・十分な効果が得られない
- ・1種類しかないのでクレームになる
- ・追加のタイミング
- ・ディープな鎮静：20 ・脱抑制：15
- ・鎮静効果でトラブル効きすぎて血圧低下 SpO2 低下
- ・ロヒプノールとプロポフォールで呼吸停止
- ・COPD 患者にホリゾン 10 mg とペチジン塩酸塩 1 A で EGD SpO2 改善せず入院
- ・全身状態の悪い患者への使用

#### \*高齢者の鎮静薬使用について：24

- ・付き添いなしの高齢者に使用すること：2
- ・70 歳以上にドルミカム 3 mg ペチジン塩酸塩併用は怖い ・高齢者の呼吸管理

**\*呼吸管理（呼吸抑制）：80**

**\*急変（急変時対応）：28**

・急変時対応などシミュレーションを行っていない

**\*覚醒基準が明確でない：20**

・覚醒が十分か不安 ・安静時間

・付き添いなし患者の帰宅 ・安静解除が他部署のスタッフであること

**\*鎮静評価をしていない：4**

**\*スタッフ不足：15**

・リカバリー専任看護師不足：2 ・麻酔科医師がいない

・処置をしながら観察は大変 ・医師不足であり患者希望でも使用したくない

**\*リカバリーベッド不足：15** ・中央処置室を使用

**\*転倒転落：15**

**\*鎮静薬使用後の運転：21**

・自転車で来院する患者の対応 ・車で来院している

・交通事故等の医療機関への影響 ・運転を禁じているが守られていない

**\*その他**

・リカバリーにモニターがない ・血管確保をしないので不安

・勉強不足 スタッフの認識不足 アクシデント時の訓練不足 観察能力の不安：4

・使用回数が少なく不安 ・転倒リスクの高い患者への使用：2

・楽だからと希望する患者/患者が危険性を理解していない

・体位交換 体位保持 ・同意書がない ・刺入部の副作用

・薬剤調整への不安 ・小児への使用 ・リバースしていない

・精神安定剤多剤内服患者の効果

◆施設規模にかかわらず、無床のクリニックでも病院でも鎮静薬は使用されていました。

呼吸管理、ディープな鎮静、急変時対応、鎮静薬を安全に使用するための医療者側の基準が不十分であること、スタッフ不足、鎮静薬の副作用、高齢者への使用や車の運転に対しての不安も多くみられました。

施設内での基準を明確にして、共有することで不安も軽減されと考えます。

覚醒基準がない施設は、日本消化器内視鏡技師会 看護委員会が提示している覚醒基準を参考にして下さい。

高齢者対応は、転倒転落のリスク評価をする、帰宅時の付き添いをルール化することも一案と思われます。急変時シミュレーションも定期的に行うことができるよう取り組んでいただきたい。

Q25. 内視鏡検査を受ける外来患者の転倒転落の評価とアセスメントを行っていますか？

病床数	0	1-9	10-19	20-99	100-299	300以上	計
はい (31.6%)	1	2	20	9	69	89	190
いいえ (68.3%)	53	3	6	52	161	135	410

◆医療機関の規模にかかわらず、転倒転落の評価とアセスメントを行うことは大切なことです。いいえ（未実施）の回答が68%ありました。

Q26. 転倒転落リスクの高い患者への対応を具体的にお知らせください。

病床数	0	1-9	10-19	20-99	100-299	300以上	計
はい (18.6%)	11	2	2	11	39	48	113
いいえ (81.3%)	49	2	6	62	194	180	493

記載のあった 113 施設の回答

\*移動、更衣の介助、見守り 患者から離れない 175

\*一人にしない4 \*看護師2名対応 11 \*車いすの使用 8

\*ストレッチャー 使用 3 \*入院患者はベッド搬送

\*ベッドの柵を使用 5 \*検査室内で更衣 \*靴を脱がない 18

\*スリッパをはかせない 5 \*スリッパを使用 1

\*家族の付き添いを要請 10 \*鎮静薬を使用しない 4

\*情報共有 17

・診察券に転倒転落ハイリスクを表すシールを張る・問診用紙、カルテに記入

・ミーティングで情報共有 ・カーテンに印をつける

・スタッフ間で情報共有申し送り2 ・問診時に査定・起立時の評価

・名札を使用 ・リカバリーのカーテンを閉めない

・認知・高齢者・ADL 制限者は覚醒するまで臥床

・70歳以上は、家族やヘルパーの付き添い要請

\*危険な時は抑制帯を使用

\*環境整備 2

◆113施設からの回答を示しました。多忙な業務の中でも患者安全を第一に考えスタッフ間で情報を共有し対応をされていました。

Q27. ESD などの治療時に DVT（深部静脈血栓症）対策を行っていますか？

病床数	0	1-9	10-19	20-99	100-299	300以上	計
はい (34.5%)	3	0	0	4	42	95	144
いいえ (65.4%)	5	0	1	23	121	123	273

◆長時間同一体位で治療を受ける患者には、DVT 対策として弾性ストッキングの着用は有用です。

Q28.内視鏡検査・治療前にタイムアウトを行っていますか？

病床数	0	1-9	10-19	20-99	100-299	300 以上	計
はい (41.4%)	11	0	2	17	68	126	224
いいえ (54.8%)	39	2	6	53	161	96	297

◆施設規模にかかわらず 224 施設が検査・治療前のタイムアウトを実施していました。検査前のタイムアウトは、医療安全の一つの手法として、内視鏡検査・治療前に取り組まれています。検査終了後のサインアウトを行っているという施設の回答もありました。

文責 日本消化器内視鏡技師会 安全管理委員会

上田 多加子

岡田 修一

佐藤 絹子

縄田 園美

新田 彰一

藤田 賢一

藤原 章光

若山 彰