

内視鏡看護記録実践ガイド

日本消化器内視鏡技師会
看護委員会

はじめに

医学・医療の進歩は日進月歩であり、その中でも消化器内視鏡は、診断・治療・機器の発展に目覚ましい進歩がある。2012年7月には、日本消化器内視鏡学会から「抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン」が発表された。それらに対応する内視鏡看護とそれを担う内視鏡看護師の質の向上が不可欠となっている。

今回内視鏡看護委員会は、2005年に作成した「内視鏡看護記録ガイドライン」を上述の消化器内視鏡診療ガイドラインの追加事項を踏まえて見直し改訂を行った。

1. 看護記録の定義

日本看護協会の看護業務基準では、「看護実践の記録は、看護職の思考と行為を示すものである。看護実践の内容等に関する記録は、他のケア提供者との情報の共有や、ケアの継続性・一貫性に寄与するだけでなく、ケアの評価及び、その質の向上に加え、患者情報の管理、及び開示のために貴重な資料となる。看護職は必要な情報を効率よく、利用しやすい形で記録する。」とある。そのため、「真正性」「見読性」「保存性」の視点で、基本原則を遵守した記載が必要である。看護記録の法的位置づけや目的にかなう記録とするためにも、指針やガイドライン、記録記載基準によって規定されている「記録に残すべき内容」を覚えておくことが必要である。

*看護大辞典では、「看護記録は、看護師によって記載される、患者および看護活動に関する記録類の総称、公的診療記録の一部として五年間の保存が義務づけられており看護内容を法的に証明する資料となる。また看護研究や看護監査の資料として活用される」と記している。

また看護記録は、「法律」「通達」「指針」「ガイドライン」「記録記載基準」などによって規定される。

- ・法律： 1) 医療法施行規則第21条の5、第21条第1項・第9号、第22条の3
- 2) 保健師助産師看護師法第42条
- 3) 基本診療科の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて
- ・指針： 1) 看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針（日本看護協会）
- 2) 診療情報の提供等に関する指針（厚生労働省）
- ・ガイドライン：看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン（日本看護協会）
- ・記録記載基準：各病院における診療録等記載マニュアル

看護記録は、看護実践の一連の過程を、基本原則やルールを守って記載することが重要で、それにより、看護業務を客観的に証明する資料として保存が求められる。

2. 内視鏡における看護記録の目的と意義

内視鏡における看護記録とは、医師の指示から始まり、検査・治療の予約、目的、実施内容と結果、今後の検査・治療予定などの記録である。また、患者情報やバイタルサイン、心身の状態、偶発症の有無、看護ケアの内容と結果、指導内容などの記録である。

これらは、検査・治療終了およびフォローアップにいたるまで、外来や病棟・手術室など患者に関わる部門において、共有できる項目、医療および看護ケアの内容、情報が見える記録であることが求められる。提供した看護が適切であったかどうかを評価・分析して、今後の内視鏡看護に活かされる記録でなければならない。

内視鏡検査・治療を受ける対象者は、あらゆる年齢層、様々な疾患や障害を併せ持つ人も多い。内視鏡看護師は、専門的知識・技術、フィジカルアセスメント、クライシスマネジメント、メンタルケア、倫理的配慮や、小児看護・成人看護・老年看護、アドボケイトが求められている。内視鏡室での限られた時間の中で、患者・家族を生活者として捉え、身体的、心理的、社会的状況を捉え、「内視鏡検査・治療を受ける人をケアする」という視点で、患者情報、リスク管理を行い、状況の変化・反応、看護の実践過程を「真正性」「見読性」「保存性」に基づき記録することが必要である。

また、内視鏡検査・治療終了後は、1) 外来患者においては、帰宅後の日常生活を営むことが出来るように説明・指導を行う。2) 入院患者においては、次に関わる部門で看護が展開され早期社会復帰ができるように、内視鏡看護を、医療従事者・患者・家族へ提供し、その関わりを記録に残すことが大切である。

さらに、分かりやすい記録は、内視鏡に携わるスタッフとの情報の共有やケアの連続性、一貫性に寄与するだけでなく、ケアの評価やケアの質向上、研究・開発の貴重な資料となる。

内視鏡看護記録の基準の指標として、日本消化器内視鏡技師会看護委員会が作成し、内視鏡における看護実践の要求レベルと、看護師の責務を記述した、「内視鏡看護業務基準(2012年改訂)」の「看護実践の基準」の項目(看護実践の責務・内容・方法)を参考とする。

内視鏡における看護記録の目的

- 1) 内視鏡看護の実践を明示する。
- 2) 患者に提供するケアの根拠を示す。
- 3) 医療チーム間における情報交換・伝達、および、患者・家族と看護者間の情報交換の手段とする。
- 4) 患者の全身状態・心理状態や、医療の提供の経過、及びその結果・成果に関する情報を提供する。
- 5) 患者に生じた問題や必要とされたケアに対する看護実践と、患者の反応・変化に関する情報を提供する。
- 6) 内視鏡に携わるスタッフ間の協働と継続ケアを保障する。
- 7) 施設要件や診療報酬上の要件を満たしていることを証明する。
- 8) 内視鏡看護の評価や質の向上、及び開発の資料とする。

3. 内視鏡看護記録の実際と活用方法

- 1) 内視鏡看護記録様式は、内視鏡所見用紙と一体あるいは、別紙でも可。
- 2) 看護記録の様式は、時系列に記載・POS方式・クリニカルパス・チェックリスト形式・ワークシート形式・電子カルテ（テンプレート）等、各施設に応じた様式を活用する。

内視鏡看護記録の記載基準

- 1) 正しい言語で記載。
- 2) 客観的表記により正確で必要な情報のみを記載。
- 3) 看護記録は、倫理的・診療情報開示・リスクマネジメント・医療監視・診療報酬などの視点からも耐えうる記載であること。
- 4) どのような立場（目線）で、誰が見ても、いつ見ても、事実が正しく伝わる表現と記載内容になっていること。
- 5) 看護記録は、医療者のみならず、患者・家族が理解しやすく簡潔な記載をする。
- 6) 遂行した事実を証明するために、「読みやすく」・「納得できる真実」が記録され「保管」されるものであること。

1) 依頼用紙・問診票・申し送り事項における看護記録

①内視鏡検査・治療依頼用紙・同意書

カルテ番号・患者氏名・生年月日・性別・依頼科を記載

→内視鏡検査・治療依頼用紙・同意書と、該当患者を確認し「患者誤認」を防ぐ。

内視鏡検査・治療目的が記載されていることを確認。

→記載された内容を基に、情報収集・ケースカンファレンスなどに活用する。

②問診票

チェックリスト方式を活用し、患者自身が記載、または患者に問診を行い記載する。

→内視鏡検査・治療に必要な情報を得る

→患者情報をアセスメントする

③申し送り事項

内視鏡検査・治療における問題点・看護ケアを必要とする項目。

④内視鏡におけるインフォームドコンセント（以下 IC）の内容と、結果・効果を記載

→ICを行うことで患者との信頼関係が深まる。

患者の理解度を確認することに繋がる。

患者は十分な情報の提供を受けることで安心でき、注意事項を守ることに繋がる。

患者と医療者がリスクを共有することで、紛争化の防止に繋がる。

2) 内視鏡検査・治療前・中における看護記録

短時間の関わりの中でも個別性を重視した看護を提供し記録に残すことが大切である。また、「内視鏡検査・治療の一連の流れを理解」することで、患者のリスク管理、予測した観察や偶発症の有無、ケアや対処を記録に残すことができる。さらに、記録内容を評価し、内視鏡看護に生かすことで、患者・家族は「安全・安心・安楽な内視鏡を受けられる」こ

とに繋がる。内視鏡室では、時間と処置・技術・ケアが瞬時に要求される部門で、記録漏れを起こす可能性がある。「内視鏡における看護記録は、看護実践を遂行した事実を証明するもの。それゆえ、その真正性がとても重要」の視点において、「記録モレ・ムラ・ムダ・ムリ」がなく、記録の標準化が必要である。

3) 内視鏡検査・治療後における看護記録

内視鏡検査・治療終了後の看護記録は、

①外来患者が「安全・安心」して日常生活が出来る。

②病棟帰室後「異常の早期発見を心がけ偶発症を起こさず順調に経過する」ことが出来る事などの視点で看護記録を行う。

また、患者へ説明した内容を明文化した「説明文書」を作成し、患者・家族へ手渡すことが大切である。さらにその時のICの内容・状況、患者・家族の反応を記録に残すことが必要で、これは紛争化の防止に繋がる。

4. 内視鏡検査・治療時における看護記録

*診療録等と重複する内容についての記載は省略可

1) 内視鏡検査・治療前

①問診票

内視鏡経験の有無：初回・前回（何時・何処で・前回受けた時の意見・感想を聴取）

治療中の病気・既往歴：病名・内服薬名

心筋梗塞・狭心症・高血圧・不整脈の有無

脳血管疾患（脳梗塞・脳出血）の有無

糖尿病・インスリン治療の有無

甲状腺機能亢進症の有無

喘息の有無：最終発作時期と対処方法

抗血栓薬・抗凝固薬の服用の有無と薬剤名（資料1参照）

緑内障の有無

てんかんの有無

うつ病の有無

男性：前立腺肥大（頻尿・尿がでにくい）の有無

女性：妊娠の有無

授乳の有無

最終食事時間

下部消化器内視鏡検査・治療前

手術歴の有無：時期・手術部位（外科・婦人科・泌尿器科・腹腔鏡下）

排便習慣・便の性状

便秘薬の服用の有無：服薬状況・薬剤名

②患者情報

基礎疾患・既往歴（心疾患・肺疾患・脳血管障害）・現病歴・内服薬・手術歴

アレルギー歴：薬剤名・食物の種類

喘息：最終発作と対処薬剤

抗血栓薬・抗凝固薬服用の有無：薬剤名・置換されている場合は薬剤名と開始時期

検査データ：INR 値・Alb 値・Hb 値・eGFR 値・Cr 値など

バイタルサイン：血圧・脈拍（頻脈・除脈・不整脈の有無）・酸素飽和濃度・体温

飲酒の有無：種類・飲酒量・飲酒方法（毎日・何日毎）

喫煙の有無

睡眠剤服用の有無：薬剤名・服用方法

体内インプラント留置の有無：挿入部位

ペースメーカー留置の有無

皮膚・神経・関節障害の有無：麻痺・拘縮・しびれ・身体欠損の有無・各関節の可動域
骨の突出部位や病的突出

理解力：具体的な表現

認知度：具体的な表現

* 消化管出血の場合：出血時間・色調・量・回数・全身状態

* 鎮静剤希望の有無：鎮静効果を期待する程度（うとうとする程度・眠ってしまう程度）

③前処置・前投薬

前処置に使用した薬剤：時間・使用量・全身状態

前投薬に使用した注射薬：時間・使用量・全身状態

鎮静剤を使用した場合：時間・使用量・全身状態・鎮静効果（資料2：表1, 2参照）

④血管確保の場合：留置部位・留置針のサイズ

⑤対極板使用の場合：貼付部位

⑥酸素使用の場合：呼吸状態（呼吸数・胸郭の動き・呼吸音）・酸素飽和濃度・酸素流量

⑦CO₂ 使用の場合：時間・CO₂ 濃度

⑧予測される看護問題とそれらに対する看護ケア計画

⑨行った看護ケアとその結果

2) 内視鏡検査・治療前・中

①バイタルサイン：血圧・脈拍・酸素飽和濃度・心電図モニター記録

②呼吸管理項目：呼吸数・胸郭の動きと聴収音・皮下気腫の有無

③循環管理項目：脈拍の性状（頻脈・除脈・不整脈の有無）・脈の強弱

④全身管理項目：苦痛の有無・腹部の状態・皮膚の状態・冷感・尿量・全身状態の変化

⑤予測された看護問題に対する行った看護ケアとその結果

⑥継続する看護ケアの内容

⑦内視鏡検査・治療開始時間と終了時間

⑧内視鏡検査時の看護記録

- i スコープ挿入前の処置：キシロカインスプレー使用（散布回数）・全身状態
- ii スコープ挿入時の状態・看護ケアとその結果
- iii 色素内視鏡の場合：薬剤名・使用量

組織検査：迅速ウレアーゼ・培養（採取部位）
生検（採取部位・個数）
偶発症の有無

⑨内視鏡治療時の看護記録

内視鏡検査時の看護記録、i・ii・iiiに準じる。

内視鏡的粘膜切除術（EMR）

局注（時間・薬剤名・使用量・部位）
切除（時間・偶発症の有無）
後処置（クリップの個数・その他の方法と成果）

内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）

マーキング（時間・部位・偶発症の有無）
局注（時間・薬剤名・使用量・部位・偶発症の有無）
粘膜下切開・剥離（時間・偶発症の有無）
後処置（クリップの個数・その他の方法と成果）

内視鏡的逆行性膵胆管造影（ERCP）

体位変換（時間・全身状態）
十二指腸主乳頭へカテーテル挿入（時間・造影剤名・使用量・部位）

内視鏡的乳頭切開術（EST）

ガイドワイヤー挿入（時間・部位）
EST の状況（切開程度・偶発症の有無）
EST 後の処置（時間・使用処置具・碎石の状況）
後処置（使用処置具・薬剤名・使用量）

内視鏡的乳頭バルーン拡張術（EPBD）

ガイドワイヤー挿入（時間・部位）
バルーン拡張（時間・拡張圧・偶発症の有無）
EPBD 後の処置（時間・使用処置具・碎石の状況）
後処置（使用処置具・薬剤名・使用量）

消化管出血

出血部位
治療時の体位
止血方法（使用機器・処置具・薬剤名・使用量）
止血効果
偶発症の有無

3) 内視鏡検査・治療終了後

- ① スコープ抜去：時間・状況
- ② バイタルサイン・呼吸管理・循環管理・全身管理
- ③ 鎮静剤使用の場合：覚醒状態（意識レベル・運動機能・呼吸状態・循環動態・酸素飽和濃度）
拮抗剤使用（時間・薬剤名・使用量・効果）
覚醒スコア（資料3：表3, 4, 図1参照）
- ④ 皮膚・神経・関節障害の状態を観察し、検査・治療前と比較し変化・異常の有無。
骨突出部の皮膚性状変化の有無。
腓骨神経麻痺の有無における必要項目と、看護記録。
- ⑤ 行った看護ケアとその結果
- ⑥ 水分摂取開始時間・食事・入浴・運動・飲酒などの注意事項を、IC・申し送った事項を記載。
- ⑦ 注意事項用紙を用い説明したこと、患者指導の内容と、患者・家族の反応を記載。

看護記録の例

内視鏡検査・治療における一連の流れの記録用紙を作成し記録する

- ① 実施時間
- ② 薬剤名 ・ 薬剤量
- ③ 使用機器・処置器具
- ④ 処置項目
- ⑤ バイタルサイン・患者の全身状態
- ⑥ 偶発症発生時の対処・内容
- ⑦ 看護ケアの内容・効果
- ⑧ バリエーション

5. 内視鏡看護記録と法的責任

看護記録に関しては、施設基準としての要件である、医療法施行規則、保険医療機関及び保健医療養担当規則、基本診療科の施設基準等その届出に関する手続きの取り扱いに、「患者の個人記録として経過記録と看護計画に関する記録の記載がなされている」という規定がされているのみで、看護記録記載に関わる法的に罰則はない。しかし医療訴訟の際には、診療録と同様に看護記録は重要な証拠になり、「記載しないこと」に関して罰則はないが、看護記録に不備があれば、「必要な観察や処置が行われていない」と判断される。患者・家族に「安全・安心・安楽」な内視鏡を提供していくためにも内視鏡看護記録は、「患者のためにある」こと、さらに看護記録開示に対応できるよう取り組んでいくことが必要である。

「抗血栓薬服用者に対する 消化器内視鏡診療ガイドライン」

- ・抗血栓薬を持続することによる
消化器内視鏡後の出血予防
- ・抗血栓薬の休薬による
血栓塞栓症の誘発を重視したもの

(平成24年7月号日本消化器内視鏡学会誌に掲載)

消化器内視鏡検査・治療において抗血栓薬を休薬の場合

1) 処方医と相談し休薬の可否を検討

2) 患者にIC(必要性・利益・不利益)、同意のもとに内視鏡施行

血栓症のリスク

小

大

出血のリスク

小

投薬制限なし

投薬制限なし

大

休薬

薬剤変更

対象患者

抗血栓薬服用中で

消化器内視鏡検査・治療を受ける患者

- 1) 重篤な合併症がある場合は個々の状態に応じて慎重に対応する
- 2) 消化管出血等の緊急内視鏡には適応しない

消化器内視鏡検査・治療を出血危険度から分類

1. 通常消化器内視鏡 (出血リスクの殆どないもの)

上部消化管内視鏡
(経鼻内視鏡を含む)
下部消化管内視鏡
超音波内視鏡
カプセル内視鏡
内視鏡的逆行性膵胆管造影

2. 内視鏡的粘膜生検 (超音波内視鏡下穿刺吸引術を除く)

バルーン内視鏡
マーキング・クッリップ・高周波・点墨など
消化管・膵管・
胆管ステント留置法
(事前の切開手技を伴わない)
内視鏡的乳頭バルーン拡張術

4. 出血高危険度の消化器内視鏡

ポリペクミー
(ポリープ切除術)
内視鏡的粘膜切除術
内視鏡的粘膜下層剥離術
内視鏡的乳頭括約筋切開術
内視鏡的十二指腸乳頭切除術
超音波内視鏡下穿刺吸引術
経皮内視鏡的胃瘻造設術
内視鏡的食道・胃静脈瘤治療
内視鏡的消化管拡張術
内視鏡的粘膜焼灼術
その他

出血高危険度は便宜上一括であるが術式
病変範囲・臓器では偶発症のリスクが異なる
ことが予想される
→今後のEBMIにより、高危険度・超高危険
度等細分化が行われる可能性がある

薬剤の定義

(抗血栓薬・抗血小板薬・抗凝固薬)

ガイドラインにおける抗血栓薬

抗血小板薬: アスピリン・チエノピリジン誘導体等

抗凝固薬: ワルファリン・ヘパリン・ダビガドラン等

* 血栓溶解薬・低分子ヘパリン・ヘパリノイド・静脈用抗トロンビン薬
血液凝固阻止薬等の取り扱いについては規定しない

主な抗血栓薬

抗血小板薬

アスピリン=バイアスピリン

その他の抗血小板薬

チエノピリジン誘導体: チクロピジン=パナルジン

クロピドグレル=プラビックス

チエノピリジン誘導体以外の抗血小板薬

シロスタゾール=プレタル ・イコサペンタエン酸=エパデール

サルボグレラート=アンプラグ・ベラプロストナトリウム=プロサイリン

リマプロスタアルファデスク=オパールモン ・トラビジル=ロコルナル

ジラセブ塩酸=コメリアン ・ジピリダモール=ペルサンチン

オザグレルナトリウム=キサンボン

抗凝固薬

ワルファリン・ヘパリン ・ダビガドラン=プラザザキサ

休薬による血栓塞栓症の高発症群

抗血症板薬関連

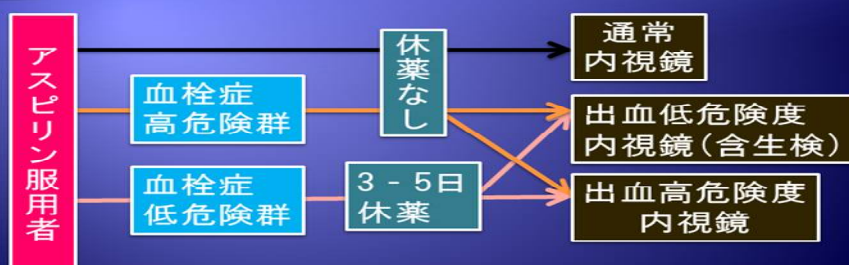
冠動脈ステント留置後2ヶ月
 冠動脈薬剤溶出性ステント留置後12ヶ月
 脳血管再建術(頸動脈内膜剥離術・ステント留置)後2ヶ月
 主幹動脈に50%以上の狭窄を伴う脳梗塞又はTIA
 最近発症した虚血性脳卒中又はTIA
 閉塞性動脈硬化症でFontaine3度(安静時疼痛)以上
 頸動脈超音波検査・頭頸部磁気共鳴血管画像で休薬の危険が高いと判断される所見を有する場合

抗凝固薬関連

心原性脳梗塞症の既往
 弁膜症を合併する心房細動
 弁膜症を合併していないが脳卒中高リスクの心房細動
 僧帽弁の機械弁置換術後
 機械弁置換術後の血栓塞栓症の既往
 人工弁設置
 抗リン脂質抗体症候群
 深部静脈血栓症・肺塞栓症
 *ワルファリン等抗凝固薬療法中の休薬に伴う血栓・塞栓症のリスクは様々
 一度発症すると重篤である
 →抗凝固薬療法中の症例は全例、高危険群として対応することが望ましい

- ・通常の内視鏡は休薬なく施行可能
 →抗血栓薬休薬による血栓塞栓症発症のリスク回避のため休薬しない
- ・生検は1剤の場合は休薬なしで可
- ・出血高危険度の内視鏡において血栓塞栓症発症リスクが高い場合
 →アスピリン単独服用者は休薬せず内視鏡を施行してもよい
- ・抗血栓薬の休薬で血栓塞栓症発症リスクが低い場合
 →従来どおり3~5日間の休薬を考慮する

フローチャート
(アスピリン)



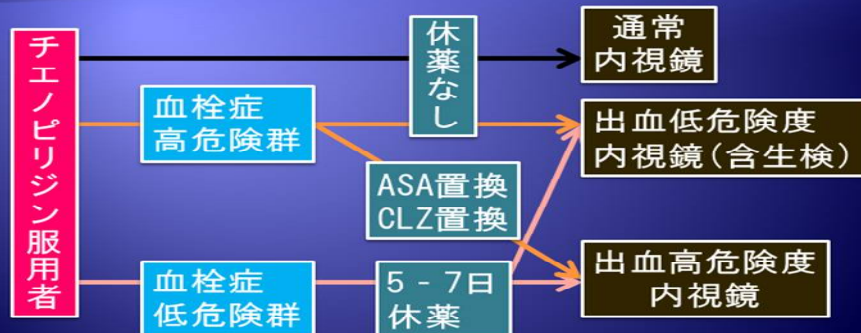
出血高危険度の内視鏡において、チエノピリジン単独服用の場合
→**休薬が原則**

休薬期間:チエノピリジン誘導体(5~7日間)

血栓塞栓症の発症リスクが高い場合

→**アスピリン(ASA)・シロスタゾール(CLZ)への置換を考慮する**

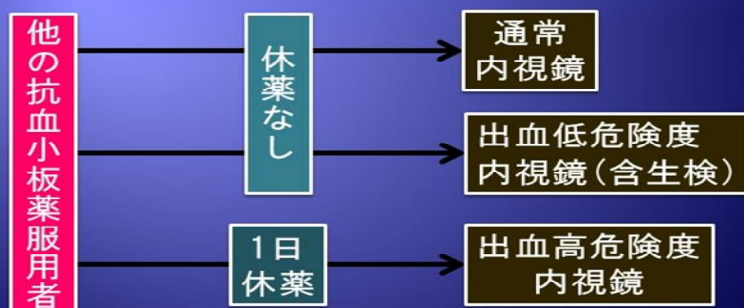
フローチャート
(チエノピリジン)



出血高危険度の内視鏡において、チエノピリジン誘導体以外服用の場合
→**休薬が原則**

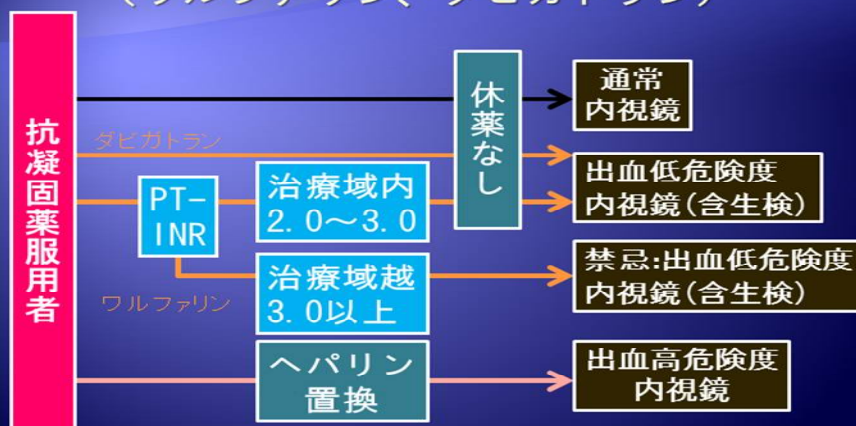
休薬期間:1日間

フローチャート
(チエノピリジン以外の抗血小板薬)



出血高危険度の消化器内視鏡において:ワルファリン単独投与
 ダビガトラン単独投与
 →ヘパリンと置換する

フローチャート
 (ワルファリン、ダビガトラン)



ワルファリンのヘパリン置換法

ワルファリンは半減期が40時間と長い

→PT-INR2.0~3.0の場合PT-INR1.5まで低下に4日を要する

治療前:内視鏡治療前3~5日前にワルファリン中止

→ヘパリン置換

- 1) 活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)を正常対照値1.5~2.5倍に延長するようヘパリン投与量を調整する
- 2) 内視鏡治療開始4~6時間前からヘパリンを中止

治療後: 1) 内視鏡治療後止血が確認された後にヘパリンは再開

2) 経口摂取開始と同時にワルファリンの再開は可能

3) ワルファリンを休薬前と同用量で再開

PT-INRが治療域に達したことを確認し、ヘパリン中止

出血高危険度の内視鏡において、アスピリンとアスピリン以外の抗血小板薬併用の場合→抗血小板薬の休薬が可能となるまで延期が望ましい
 内視鏡延期が困難な場合
 →アスピリンorシロスタゾールの単独投与
 休薬期間:チエノピリジン誘導体5-7日間・チエノピリジン誘導体以外1日

フローチャート(抗血小板薬の2剤併用)



出血高危険度の内視鏡において、アスピリン以外の抗血小板薬と抗凝固薬併用の場合→抗血栓薬の休薬が可能となるまで延期が望ましい
 内視鏡延期が困難な場合:アスピリン以外の抗血小板薬→ASA・CLZ置換
 ワルファリン・ダビガトラン→ヘパリン置換

フローチャート(抗血小板薬と抗凝固薬の2剤併用)



出血高危険度の内視鏡において、アスピリン・アスピリン以外の抗血小板薬と抗凝固薬3剤併用の場合、**抗血栓薬の休薬が可能となるまで延期が好ましい**
内視鏡延期が困難な場合

- 1)アスピリンorシロスタゾール投与にして、その他の抗血小板薬は休薬
- 2)ワルファリン・ダビガトランはヘパリンと置換する

フローチャート(抗血小板薬と抗凝固薬の3剤併用)



抗血小板薬・抗凝固薬の休薬: 単独投与の場合

投薬の変更は内視鏡に伴う一時的なものにとどめる

単独投与	内視鏡検査			
	観察	生検	出血 低危険度	出血 高危険度
アスピリン	◎	○	○	○/ 3-5日休薬
チエノピリジン	◎	○	○	ASA,CLZ置換 /5-7日休薬
チエノピリジン 以外の抗血小板薬	◎	○	○	1日休薬
ワルファリン	◎	○ 治療域	○ 治療域	ヘパリン置換
ダビガトラン	◎	○	○	ヘパリン置換

◎: 休薬不用 ○: 休薬不用で可能 /: または ASA: アスピリン CLZ: シロスタゾール

抗血小板薬・抗凝固薬の休薬：多剤併用の場合

生検・低危険度の内視鏡：症例に応じて慎重に対応する

出血高危険度の内視鏡：休薬が可能となるまでは延期が好ましい。

投薬の変更は内視鏡に伴い一時的なものにとどめる

	アスピリン	チエノピリジン	チエノピリジン以外の抗血小板薬	ワルファリン ダビガトラン
2剤併用	○/CLZ置換	5-7日休薬	-	-
	○/CLZ置換	-	1日休薬	-
	○/CLZ置換	-	-	ヘパリン置換
	-	ASA置換/CLZ置換	1日休薬	-
	-	ASA置換/CLZ置換	-	ヘパリン置換
	-	-	CLZ継続/1日休薬	ヘパリン置換
3剤併用	○/CLZ置換	5-7日休薬	-	ヘパリン置換
	○/CLZ置換	-	1日休薬	ヘパリン置換
	-	ASA置換/CLZ置換	1日休薬	ヘパリン置換

○：休薬不用 /：または ASA：アスピリン CLZ：シロスタゾール

資料 2.

鎮静効果の記録基準

- 1) 鎮静スケールを患者のカルテあるいはチャートに綴じ込む。
- 2) 患者の決定された鎮静レベルが一目でわかるようにしておく。
- 3) 状態が変化して目標鎮静レベルを変更する場合には、鎮静レベルの表記も変更する。

表 1. ラムゼイスケール (Ramsay Scale)

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。

表 2. リッチモンド興奮・鎮静スケール (RASS : Richmond Agitation-Sedation Scale)

スコア	用語	特徴
+4	闘争的	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	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	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	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	意識清明/穏やか	
-1	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	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	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	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。

資料 3.

表 3. 麻酔回復スコア (10 点満点で完全回復と判断)

拮抗剤を使用した場合 2 時間の Rest 観察が必要

分類		観察項目	スコア (点)
カテゴリー 1	意識レベルの回復	1. 呼びかけに対して、はっきり答えることができる。	2
		2. 呼びかけに応じて目覚めるが、覚醒が維持できない。	1
		3. 呼びかけに対しても、いずれの反応もみられない。	0
カテゴリー 2	運動機能の回復	4. 手足を自由に動かせ、ふらつきなく歩ける。	2
		5. 手足を動かせるが、範囲に制限がある。	1
		6. 手足を自由に動かすことができない。	0
カテゴリー 3	呼吸状態の安定	7. 深呼吸や咳が自由にできる。	2
		8. 呼吸困難や頻呼吸がみられる。	1
		9. 無呼吸状態がみられる。	0
カテゴリー 4	循環動態の安定	10. 収縮期血圧>100mmHg 以上 or 麻酔前値まで回復	2
		11. 収縮期血圧：麻酔前値より<50%以内の減少	1
		12. 収縮期血圧：麻酔前値より>50%以上の減少	0
カテゴリー 5	酸素飽和度の安定	13. 酸素なしの状態でも、SpO ₂ >92%を満たしている。	2
		14. SpO ₂ >90%を維持するために、酸素投与が必要。	1
		15. 酸素投与しても、SpO ₂ <92%までしか回復しない。	0

図 1. 感覚運動機能テスト



友仁山崎病院内視鏡室

- 1) プロポフォール使用時は、平均覚醒時間 20 分を基に、検査後図 1 のテストによって感覚運動機能を確認。
- 2) 検査後の説明は立位で聞いてもらい、ふらつきの有無や説明時の理解力なども併せて確認。
- 3) 覚醒確認テストを実施したことを、実施時間と確認者のサインも含め記録する。

表 4. 検査・小手術の鎮静法と鎮痛法
静脈内鎮静法施行後の帰宅条件（並木昭義・表圭一編）

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1) 明朗な応答が可能2) 意識・顔色・気分に変化がない3) 血圧・脈拍数に変化がない4) 薬剤投与後 120 分以上経過している5) ふらつかず・自立歩行が可能6) 経口摂取が可能7) 排尿の確認8) ロンベルグテスト（閉眼させて 30 秒直立） |
|---|

文献

- 1) アン・デービス, 太田勝正: 看護とは何か, 一看護の原点と看護倫理一, 照林社, 1999.
- 2) 井部俊子, 竹股喜代子: 看護記録のゆくえ『看護記録』から『患者記録』へ, 日本看護協会出版会, 2000.
- 3) 市川幾恵, 阿部俊子: 看護記録の新しい展開, 照林社, 2001.
- 4) 深井喜代子, 福田博之, 禰屋俊昭: 看護生理学テキスト, 看護技術の根拠と臨床への応用, 南江堂, 2001.
- 5) 堀内春美, 大橋達子: 消化器内視鏡看護, 基礎から学びたいあなたへ, 日総研出版, 2003.
- 6) 日本消化器内視鏡技師会, 日本内視鏡技師学会内視鏡学会内視鏡技師制度審議会: 消化器内視鏡技師のためのハンドブック, 医学図書出版, 1991.
- 7) 見藤隆子, 小玉香津子, 菱沼典子: 看護学事典, 日本看護協会出版会, 2003.
- 8) 日本消化器内視鏡技師会 内視鏡看護委員会: 消化器内視鏡看護 基礎と実践知, 日総研出版, 2012.
- 9) 日本消化器内視鏡学会雑誌, VOL. 54 No. 7 PAGES 1975-2212 JULY 2012 P2073~2102