

集談会報告

第20回県立がんセンター新潟病院集談会

日時 平成14年2月23日(土)

一般演題 午後1時～

シンポジウム 午後2時～

会場 がんセンター新潟病院 講堂

開会のあいさつ

一般演題

座長 船越和博

1 CTで予測されたイメージ下経椎間板的内臓、
神経ブロック

麻酔科：○高田俊和，丸山洋一，海老根美子

2 「がん患者さんのための患者塾」の効果
—乳癌・婦人科癌患者を対象にして—

サポートケア委員会：○佐藤伸子，平井和代，

藤井 香，吉岡 恵，

五十嵐久子，渡部ミサヲ，

大沼明子，船越和博，

荻崎 裕，丸山洋一，

3 当院における注射剤のトラブルの実態

薬剤部：○遠藤薬子，松井布美子，吉田理美，

大箭 彰，樋熊金治，保坂高明

4 病理検査における有機溶剤リサイクルシステム

病理部：○宇佐見公一，北澤 綾，

佐藤由美，泉田佳緒里，

小林由美子，櫻井友子，

渡辺芳明，村山 守，

阿部康彦，太田玉紀，

本間慶一，根本啓一

5 胃全摘，胃亜全摘術後の食事摂取状況

栄養課：○田村智子，高橋昌子，

加藤つくし，小林一美，

山田邦子

シンポジウム

司会 横山 晶

司会 長谷川雅子

1 病院におけるリスクマネジメント

院長：伊藤正一

2 リスクマネジメント部会の活動と意識の変化

看護部：○長谷川雅子，鈴木光江，

野田和子

3 転倒・転落リスクアセスメントシート改良報告

看護部：○斎藤明子，鈴木康子，渋谷久美子，

阿部久美子

4 誤薬の現状把握と今後の課題

看護部：○野瀬ヨシイ，小林博子，小池正子，

本田妙子

5 化学療法ワーキンググループの取組みと今後の
課題

看護部：○中山恭子，黒川美智子，

佐々木美奈子，永高明子

6 薬剤部における抗がん剤調整

薬剤部：○保科紀子，米田睦子，斎藤達志，

小柴庸一，保坂高明

7 輸液・シリンジポンプに関するリスクマネー
ジメント及び手術室チェック項目表の作成

看護部：○渡辺直子，斎藤幸子，

小坂井まゆみ，田才正子

8 リスクマネジメントに向けた手術部の取組み

手術部：○丸山洋一，小坂井まゆみ，石山正巳，

白岩妙子，太田優子，小松原秀一

9 病院感染のリスクマネジメント

—CDC guideline から—

臨床部：○張 高明

10 放射線科におけるリスクマネジメントシス
テム—院内ネットワークを利用したシステム構築の試
み—

情報調査部(放射線科)：○小田 純一

11 平成13年度 日本医師会「医療安全推進者養成講座」受講報告

総合討論
閉会の言葉

看護部：○鈴木光江

謝 意

今回の集談会で発表された内容の多くは、杏林大学保健学部教授：川村治子先生のご指導で平成13年度に行われたリスクマネジメント部会の活動に基づいています。これは川村先生の厚生科学研究費補助金平成12年度医療技術評価総合研究「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」の一環として、一年あまりにわたって行われたもので、“化学療法”、“輸液ポンプ”、“転倒・転落”、“誤薬”の4つのワーキンググループに分かれて実施されています。この期間中、川村先生には頻繁に当院においていただきご指導を賜りましたことをここで改めて感謝いたしますとともに、今回の本誌上での研究成果の発表を快くご了解いただきましたことに御礼申し上げます。

医療事故防止対策委員会リスクマネジメント部会
新潟がんセンター医誌編集委員会

〈抄 録〉

一般演題 1

CTで予測計測されたイメージ下経椎間板的内臓神経ブロック

麻酔科 高田俊和, 丸山洋一,
海老根美子

目的：腹部悪性疾患に施行される腹腔神経叢ブロックには大血管・臓器穿刺や体性神経障害の危険を伴う。この危険を防ぐため我々はブロック前の腹部CTでブロック針の刺入点・到達深度を予測計測した上で、その数値を基にイメージ下で経椎間板的内臓神経ブロックを施行することが安全と考えこの手法を試みた。

対象・方法：20例(膵臓癌8例, 胆嚢胆管癌3例他)を対象にブロック前腹部CT像よりL1/L2間で穿刺部位・ブロック針の深度を計測した後、イメージ下に経椎間板的内臓神経ブロックを施行した。

結果：症状出現から死亡迄, 鎮痛薬投与から死亡迄, 内臓神経ブロックから死亡迄の平均期間は各々12.8±5.8ヵ月, 7.9±5.2ヵ月, 2.9±2.6ヵ月であった。ブロック前とブロック後1-6ヵ月の平均鎮痛薬の投与量(モルヒネ/NSAIDs坐薬)は各々43±44mg/day/89±36mg/day, 36±40mg/day/23±40mg/dayであった。正中一刺入点, 刺入点一椎間板, 刺入点一椎体前縁迄の距離(予測値/実測値)は各々右3.7±0.4cm/6.0±0.7cm(6.0±0.4cm)/9.9±0.8cm(9.8±0.6cm), 左3.3±0.4cm/5.9±0.5cm(5.9±0.4cm)/9.3±0.6cm(9.2±0.4cm)であった。全例に楔型の造影像を確認した後99.5%エタノール(18±4ml)を注入した。ブロック前・ブロック

後1ヵ月・6ヵ月迄のVAS(Visual Analogue Scale)は各々8.5±0.5, 3.8±0.9*(p<0.01), 3.0±0.9*(p<0.01)となり, 内臓神経ブロックは有意の疼痛緩和効果を示した。全症例で大血管・臓器穿刺, 気胸, 体性神経障害を認めなかった。

結論：ブロック前のCTを用いた穿刺部位と距離の予測計測を基にイメージ下で施行した経椎間板的内臓神経ブロックは安全で確実性の高い有効な手法と考えられた。

一般演題 3

当院における注射剤のトラブルの実態

薬剤部薬品管理室 遠藤葉子, 松井布美子
吉田理美, 大箭 彰
樋熊金治, 保坂高明

はじめに

薬品管理室では, 病棟等で液漏れや異物混入などの注射剤に関するトラブルが発生すると, その情報を集積して原因を検討する。そして, さらに詳しく特定するためメーカーに調査を依頼する。ここでは, いくつかの調査結果がまとまったので報告する。

報告

生食溶解液キットHに, カバーシールのないものが見つかった。メーカーの回答では, 製造段階でカバーシールが機械に付着して剥がれた記録があり, 回収になった。

生食食塩液500mlのバッグの液漏れについて調査を依頼したところ, 鋭利なもので引っ掻いたような傷跡があるとの回答であった。バッグは注射針やとがった角などで容易に傷つくので注意が必要であ

る。PN ツイン-1号の液漏れは、針の刺し方が悪くて漏れた例である。メーカーの調査では、斜め方向に針を刺した形跡があり、針の先がバッグを傷つけたとの回答があった。取り扱いには十分な注意が必要になる。フルマリンキット静注用1gの液漏れは、ヒートシールの着不良が原因でピンホールが生じたため、メーカーでは、今後このような不備がないように、製品の改善を図るとの回答があった。

IVHのソリタ-T1号の中に異物が浮かんでいるという事例があり、メーカーからは、コアリングであるとの回答があった。コアリングを起こさないためには、針を刺す時、位置を守り、まっすぐゆっくりと回転させずに刺すとよいとのことである。スルベラゾン静注用1gと生食溶解液キットHを結合する際に、バイアルゴム栓が落下した事例があった。スルベラゾン静注用1gは凍結乾燥品であることから、製造上ゴム栓に脚部を付ける必要があり、脚部に針が刺さると、ゴム栓が押し込まれて落下しやすいとの回答があった。針を刺す時は、まっすぐ中心に刺すように注意しなければならない。

考察

今回発表したのは、トラブルの実態の一部である。メーカー側に不備のある場合は、必要な改善を図るようメーカーに要望するが、当院の取り扱いによって生じる問題もある。今後も、病棟や外来で生じたトラブルは直ちに報告してもらい、情報の収集に努めてトラブルの防止策を講じていきたい。

一般演題5

胃全摘、胃亜全摘術後の食事摂取状況

栄養課 田村智子, 高橋昌子, 加藤つくし
山田邦子, 小林一美

胃癌術後患者の入院中の食事、栄養指導はクリニカルパス(以下CP)で進めている。2001.1月のCP改訂で、術式別に食上りが変わった。そこで2000.5月~2002.1月までの全摘例、1999.11月~2002.1月までの亜全摘例を対象に以下の調査を行った。

I 食事アンケート調査【目的】全摘、亜全摘の摂食状況や食習慣の違いの把握【対象人数】全摘58例、亜全摘60例【結果】主食摂取量:1/2摂取が亜全摘で49%、全摘で57%と多く、次いで亜全摘は全量摂取で35%、逆に全摘は1/3摂取、1/3以下が29%。副食摂取量:1/2摂取が亜全摘、全摘で約半数、次いで亜全摘は全量摂取が32%、全摘は1/3摂取、1/3以下で26%。食事開始後の愁訴:有りが亜全摘28%、全摘51%で、うち亜全摘は下痢、全摘はつかえ、次に下痢が多かった。家庭の食事作り担当者:男性は89%が妻や家族、女性は57%が本人。術前の食事速度:はやいが多く亜全摘で47%、全摘で60%【まとめ】1.摂取量は全摘で少なく、提供量が多いことがわかった2.食事開始後の愁訴は全摘で多く、特につかえ、下痢が多いので摂取速度、量の適正な指導が必要3.食事作りは、男性の89%は本人以外なので、担当者への食事指導が必須。

II 入院中の食事摂取量調査【目的】CP改訂前後の摂取エネルギーの把握【対象人数】全摘37例、亜全摘58例【結果】全摘:CP改訂後は前より摂取量の増加傾向がみられた。亜全摘:改訂前後でほとんど差はみられなかった。7分又は全粥で摂取量が下がる例は術前の食事速度がはやいと申告した例が多かった【まとめ】1.CP改訂で食上りを早めたことによる摂取量の低下はみられなかった2.摂取速度のはやい例では特にゆっくり食べることの必要性を再確認した。