

O-045

健康サプリメント摂取による急性汎発性発疹性膿疱症（AGEP）の一例

伊藤悠樹¹、宮澤光¹、鈴木将智²、高橋秀典³¹JCHO 福井勝山総合病院 薬剤科、²内科、³皮膚科

【はじめに】近年、健康・美容意識の高まりと共に健康食品の市場が拡大しており、健康食品を摂取する消費者の増加に伴い、健康被害の相談件数も増加している（2015年：904件、2016年：1877件、2017年：1851件 国民生活センター）。今回、健康サプリメントによるAGEPの症例を経験したので、病棟薬剤師の立場から報告する。

【臨床経過】70代女性。既往歴：高血圧症、脂質代謝異常症、骨粗鬆症等で近医通院中。健康サプリメント摂取開始後約1週間で皮膚症状が出現し、AGEPの診断にて当院皮膚科に入院となった。当該サプリメントの摂取中止により皮膚症状は軽快したが、心不全を併発したため循環器内科転科となった。利尿剤投与に加え、カルペリチド投与により心不全は軽快し第22病日に退院となった。薬剤誘発性リンパ球刺激試験（DLST）実施の結果、摂取した健康サプリメントに陽性を示しAGEPの起因薬剤と診断、インターネットを通じ国民生活センターに今回の事例を報告した。

【結論】サプリメント等の健康食品は処方薬ではないため副作用がないと思われがちだが、本症例のように重症型の薬疹を引き起こすこともある。また、他の医薬品との相互作用を引き起こす成分が含まれていたケースも報告されている。健康食品を摂取する人が増加している現状において、病棟薬剤師として医薬品だけではなくそれらの摂取状況を把握することも重要である。

O-046

嚥下内視鏡検査に関わる評価システム構築への取り組み

白澤有里¹、松田博美²、大矢八千代²、内田聖子²、樋口智美⁶、今村恵⁴、三浦尚久⁴、深田真依⁴、山元貴弘⁵、花田誠³¹JCHO 滋賀病院 看護部、²外来、³耳鼻咽喉科、⁴リハビリテーション部、⁵歯科口腔外科、⁶歯科外来

当院での嚥下内視鏡検査は、平成22年から耳鼻咽喉科が行っており、その件数は年々増加している。摂食嚥下リハビリテーション件数も増加傾向であり、ケアの質向上のためには多職種でのチームアプローチが不可欠であることから、平成30年に摂食嚥下リハビリテーションチームが立ち上がった。今回は、チーム活動の一つとして、嚥下内視鏡検査に関わるシステムの整備を行ったので、その取り組みと今後の課題について述べる。

取り組み以前の課題は、1. 検査の評価基準が曖昧である。2. 検査結果が病棟スタッフ、リハビリテーションへ反映されにくい。3. 検査用食品として、病院食を取り置きしてもらっていたが、検査時間によっては必要な食形態の食品を使用して検査することができない。以上3つが挙げられた。

1. に関しては、退院後の生活を見据え、関係者が共通して認識できる評価基準が望ましいと考え、エビデンスのある評価基準を採用した。これにより、複数回検査を実施した場合も、関係者が評価や経過を認識しやすくなった。2. に関しては、検査に言語聴覚士が立ち会うことで、結果を病棟スタッフへ伝達できるようになった。また、言語聴覚士が検査場で摂食条件や訓練を設定でき、その後のリハビリテーションへと円滑に繋がるようになった。3. に関しては、市販のレトルト食品等を用いることで、嚥下食の形態に対応できるようになった。

今後の課題として、退院時に検査結果が関係施設等に伝達されないことが多く、対策として摂食嚥下連絡表等を用いて、ソーシャルワーカーや病棟看護師に伝達を依頼するなどの対応が必要と考える。更に、嚥下内視鏡検査だけではなく、嚥下造影検査においても具体的な改善が必要と考えている。以上のように嚥下内視鏡検査は患者の生活に大きく関わる検査であることから、今後もより適切に評価ができるように改善していきたいと考えている。

O-047

嚥下機能評価用紙（チェックリスト）の導入とスクリーニングの有効性の検討

櫻井朝子¹、末永順子¹、竹林洋子¹、河野渚¹、伊藤勇¹、平石絵里子¹、松浦洋子¹、杉本光徳²¹JCHO 九州病院 看護部、²リハビリテーション室

【はじめに】A病院ICUでは人工呼吸器離脱後の嚥下機能評価法が統一されていなかった。先行研究より看護師は不安を感じながら嚥下機能を確認しており[評価の方法と基準の統一]が必要だと考えた。そこでチェックリストを導入し正しい評価ができ、安全性が高まったため報告する。

【目的】作成したチェックリストで患者状態を把握し、反復嚥下唾液テスト・改定水飲みテスト・飲水テストの順に嚥下機能評価を実施し、スクリーニングの有効性を検討する。

【方法・対象】1. 心臓外科術後で人工呼吸器離脱後、嚥下機能評価を行った117例を対象にチェックリスト導入前（2016年8～3月：71例）と導入後（2018年8～3月：46例）の嚥下機能評価と嚥下障害について後方視的調査 2. ICU看護師38名を対象に嚥下機能評価に関する質問紙調査

【結果】1. チェックリスト導入前の飲水テスト時にむせを生じたのは9.9%だったが、導入後は正確な嚥下評価ができ0%になった。1症例は飲水テストをクリアしたが食事開始後むせがありST介入となった。スクリーニングで要観察となった12件はSTが介入し全例で嚥下機能の低下を認めた。うち7件は嚥下障害と診断され5件は症状が改善した。ST介入率は導入前17%が導入後26%へ増加した。2. チェックリスト導入で嚥下機能評価が、安全に統一した方法で実施でき、2人体制で評価を行い97%の看護師が不安軽減を実感した。

【考察・結論】チェックリスト導入で飲水テスト前にスクリーニングを行い、STが早期に介入し安全性に配慮できた。導入後ST介入率が増加し、嚥下機能の低下・障害がある症例を抽出し、間接・直接訓練を進め継続的に嚥下機能の確認が行えた。1症例は食事開始時にむせを生じ、意識レベルの変化や食事形態の変更に応じた観察が必要であると分かった。2人体制の評価は正しく観察・確認でき評価のばらつきもなくなった。チェックリストの導入は安全に正しい方法で統一した嚥下機能評価を行う手段として有効である。

O-048

嚥下造影検査での誤嚥の有無と退院時における経口摂取の関係について
— 直接訓練が及ぼす効果 —朝倉悦子¹、来代直美¹、上内哲男¹、城宝深雪³、小名木敦雄¹、高橋悦子²¹JCHO 東京蒲田医療センター リハビリテーション科、²歯科口腔外科、³JCHO 北海道病院 リハビリテーション部

【はじめに】当院では嚥下造影検査（以下VF検査）で誤嚥を認めても患者に食べる意欲がある場合は、主治医と嚥下チームで対応方法を検討して患者・家族の同意のもとに食物を使用した訓練（以下直接訓練）を開始する。

【目的】VF検査を実施した患者においてVF検査時の誤嚥の有無と退院時の経口摂取の可否を調査し、直接訓練の効果と今後取り組むべき課題を明らかにすることとした。

【方法】H30年10月からH31年3月までにVF検査を実施した85名（男性48名、女性37名、平均年齢82.3歳）を対象に1.VF検査時の誤嚥の有無2.直接訓練の実施の有無3.退院時のFood Intake LEVEL Scale（以下FILS）にて経口摂取のみ以上に改善した件数4.VF検査から直接訓練を開始するまでの日数を後方視的に調査した。

【結果】1.VF検査の結果は誤嚥なし群61件、誤嚥あり群24件であった。2.VF検査後に直接訓練を行えたのは誤嚥なし群の58件と誤嚥あり群の15件、計73件であった。3.退院時のFILSで経口摂取のみ以上に改善したのは誤嚥なし群の40件と誤嚥あり群の10件、計50件であった。4.経口摂取のみ以上に改善した50件のうちVF検査後3日以内に直接訓練を開始したのは誤嚥なし群の38件と誤嚥あり群の9件、計47件であった。

【考察】VF検査で誤嚥を認めた24件で直接訓練を実施するに至ったのは15件で、最終的に経口摂取のみ以上に達したのは10件、そのうち直接訓練を3日以内に開始できたのは9件であった。VF検査では経口摂取の開始の判断のみでなく、経口摂取方法を模索して早期に直接訓練を行うことによって経口摂取に達する可能性があることが判明した。しかし嚥下障害を抱える場合は窒息や誤嚥を起こすリスクが高く、直接訓練の継続には患者と直接訓練を実施する職員の安全確保が不可欠である。今後の課題としては早期にVF検査から直接訓練につなげることと入院期間中に安全で継続的な経口摂取方法を患者・家族・医療者で構築していくことであると考える。