



日本ERAS®学会

第1回

学術集会

プログラム
&
抄録集

2023年 **5月14日** (日)

北ビワコホテル グラツィエ

後援

長浜市／湖北医師会／長浜保健所／市立長浜病院

当番世話人

高折恭一

(長浜市病院事業管理者)



医療器械・器具販売を通じ、
明日の医療に貢献します。



株式会社 ダテ・メディカルサービス
DATE MEDICAL SERVICE CO.,LTD

京都本社/支店 〒612-8419

京都市伏見区竹田北三ツ杭48

TEL.075-646-1818 FAX.075-646-1822

滋賀支店 〒525-0036

滋賀県草津市草津町1890-2

TEL.077-599-3311 FAX.077-599-3390

大阪支店 〒564-0062

大阪府吹田市垂水町3丁目27番27号 第2江坂三昌ビル 6F

TEL.06-6368-5766 FAX.06-6387-8111

北陸営業所 〒910-0371

福井県坂井市丸岡町ハツロ21-13-4

TEL.0776-50-6535 FAX.0776-50-6536

東京営業所 〒105-0021

東京都港区東新橋2丁目10-7-303

TEL.03-6453-0237 FAX.03-6453-0238



URL <https://dt-med.co.jp/>

この度、2023年5月13日(土)・14日(日)に、長浜の地におきまして、日本 ERAS® 学会第1回学術集会を、市立長浜病院の ERAS® 実装セミナーと併せて開催させていただくことになりました。

ERAS® は、術後回復促進 enhanced recovery after surgery の頭文字を取ったもので、多職種が連携するチーム医療を軸とした集学的な周術期管理プログラムです。日本 ERAS® 学会のミッションは、「研究」「教育」「監査」「エビデンスに基づく実装」を通じて、周術期管理の開発を推進し、術後回復を改善促進することです。術前術後のリハビリテーションや栄養療法をはじめとする多くの要素で構成されるアプローチ、すなわちマルチモーダルアプローチを特徴としています。

スウェーデンに本部を置く ERAS® Society は、世界中の医療施設で ERAS® を実装することを支援しており、各国に支部があります。日本 ERAS® 学会は、ERAS® Society の日本支部として初めて認定設立されるものです。

そこで、第1回学術集会におきましては、Kick-off Meeting of ERAS® Japan を実施します。ERAS® Society の創設者である Olle Ljungqvist 氏による基調講演をはじめ、国内外のエキスパートの発表を通じて、日本における ERAS® の現状を明らかにし、今後の課題と将来展望について議論を深めていただきたいと存じます。午後には、シンポジウム、一般演題、セミナー等で、参加者同士の情報交換をはかっていきたいと思います。

さて、市立長浜病院では昨年、チーム医療推進と患者サービス向上の一環として、医師、看護師、栄養士、理学療法士、医療事務など多職種からなる ERAS® チームを編成し、ERAS® Society の指導により、ERAS® 実装セミナーを受講してきました。これまで、ERAS® ガイドラインに基づいて診療を実施し、手術を受ける患者さんの身体的・精神的ストレスを軽減し、術後回復を促進する取り組みを行ってきました。

ERAS® Interactive Audit System という対話型監査システムを導入して、ERAS® ガイドラインへの遵守を担保しつつ、その成果の解析を進めています。今回、5月13日に、シンガポール等から指導者を招いて、3回目の ERAS® 実装セミナーを行います。国内他施設の医療従事者の皆さまに、ERAS® 実装セミナーを体験していただく絶好の機会ですので、是非ご参加ください。

日本 ERAS® 学会は、国際標準の ERAS® プロジェクトに参画し、日本特有の保険診療に対応しつつ、新たなエビデンスを創出し、世界に発信することを目指しています。本学術集会をスタートとして、わが国の医療がさらに発展するように努力したいと存じます。

長浜は秀吉が築いた城下町で、「黒壁」をはじめとして情緒ある街並みが特徴です。本学術集会は、琵琶湖を臨む風光明媚な長浜港の会場で開催いたしますので、お時間が許す限り長浜の文化を堪能していただければ幸いです。

後援をいただきました、長浜市、一般社団法人湖北医師会、滋賀県健康福祉事務所（長浜保健所）、市立長浜病院、そして日本 ERAS® 学会の発足にご尽力いただきました全ての皆さまに、心からの御礼を申し上げ、ご挨拶とさせていただきます。

日本 ERAS® 学会 第1回学術集会 当番世話人
高折 恭一（長浜市病院事業管理者）

10:00 - 12:00

Kick-off Meeting of ERAS® Japan

[英語講演、日本語通訳あり]

Moderators:

Olle Ljungqvist, ERAS® Society (Sweden)

Kyoichi Takaori, Nagahama City Hospital (Japan)

Commentators:

Vera Lim Qinyi, Department of Anesthesiology, Tan Tock Seng Hospital (Singapore)

Tomoki Aoyama, Department of Human Health Science, Kyoto University (Japan)

Welcome Address:

Mr. Nobuyoshi Asami, Mayor of Nagahama City

Keynote Lecture:

**Enhanced Recovery After Surgery®:
Where we are and where we are going**

Olle Ljungqvist, ERAS® Society (Sweden)

ERAS® in Japan; Japanese Surgeon's view

Yoshihiro Nabeya, Division of Esophago-Gastrointestinal Surgery,
Chiba Cancer Center (Japan)

ERAS® in Japan: Japanese Anesthesiologist's view

Yasuko Nagasaka, Department of Anesthesiology,
Tokyo Women's Medical University (Japan)

How we have established the ERAS® Teams in Asian countries

Kwang Yeong How, Department of General Surgery,
Tan Tock Seng Hospital (Singapore)

Foundation of ERAS® Japan

Kyoichi Takaori, Nagahama City Hospital (Japan)

座長： 小谷 穰治（神戸大学外科学講座災害・救急外科分野）

Practical management in ERAS® for colorectal surgery

Olle Ljungqvist, Department of Surgery, Örebro University (Sweden)

ERAS ガイドラインに沿った栄養管理 術前炭水化物摂取について

宮澤 靖（東京医科大学 栄養管理科）

13:30-14:50 シンポジウム / Symposium on ERAS® in Japan

座長： 長坂 安子（東京女子医科大学 麻酔科学分野）、平野 聡（北海道大学 消化器外科学 II）

日本における ERAS® の現状と課題

The present status and future perspectives

[日本語、海外招待演者のみ英語講演・日本語通訳あり]

基調講演

ERAS® Implementation Program; How it works

Vera Lim Qinyi, Department of Anesthesiology, Tan Tock Seng Hospital (Singapore)

日本における周術期管理のチーム医療：看護師特定行為に関連する取り組み Team approaches to perioperative care involving nurse practitioners for patients in Japan

北川 裕利（滋賀医科大学麻酔学講座）

Hirotoishi Kitagawa, Department of Anesthesiology, Shiga Medical University (Japan)

市立長浜病院における ERAS® 実装プログラムの経験

ERAS® Implementation Program at Nagahama City Hospital

→ P. 6 抄録参照

上田 修吾¹⁾、木田 英樹²⁾、高折 恭一¹⁾（長浜市立病院 外科¹⁾、麻酔科²⁾）

Shugo Ueda, Hideki Kida, Kyoichi Takaori, Nagahama City Hospital (Japan)

14:50-15:10 一般演題 [ポスター閲覧]

座長： 木田 英樹（市立長浜病院 麻酔科）

→ P.7-10 抄録参照

- ① ERASプログラム導入し他職種と連携・協働する上での病棟看護師としての役割
井益 奈留美、野村 規久子、前川 幸代、棕田 悦子、上田 修吾、横山 大受、大島 侑
（市立長浜病院 7 東病棟（外科病棟））
- ② ERAS 導入期における栄養介入の実際
安東 恵美、須戸 奏、高田 憲明、小尾野 恵実、石橋 孝、中村 俊之、
井益 奈留美、西脇 直美、木田 英樹、上田 修吾（市立長浜病院 栄養科）
- ③ ERAS 患者に対する術中体温管理の実際
高田 憲明、小尾野 恵実（市立長浜病院 中央手術室）
- ④ ERAS 対象患者への入院までの看護師の関わり
北村 裕美子（市立長浜病院 外科外来）

* 演題・発表者をクリックすると、
抄録のページに移動します。

15:10-15:50 アフタヌーンティー セミナー [ミヤリサン製薬株式会社 共催]

座長： 中村 雅史（九州大学 臨床・腫瘍外科）

人類の進化過程の側面から糖質の「質」を考える

石田 均（市立長浜病院 ヘルケア研究センター／公益社団法人 日本栄養・食糧学会顧問）

15:50-16:50 一般演題 [口演] 各者 10 分（発表 7 分＋質疑応答 3 分）

座長： 高橋 完（金沢医科大学 麻酔科学講座）

→ P.11-15 抄録参照

- ① 腹部救急外科における ERAS
高山 和之、山田 勇、遠山 一成、小谷 穰治
（神戸大学大学院医学研究科外科系講座 災害・救急医学分野）
- ② 当院における緊急帝王切開術の周術期管理の現況
辻本 陽二郎、岩崎 愛、宮島 沙希、高橋 完（金沢医科大学 麻酔科）
- ③ 血管外科領域における ERAS
立石 渉（群馬大学医学部附属病院 循環器外科）
- ④ 当院麻酔科における ERAS の取り組み
小石 悠介、竹内 慎弥、柳田 豊伸、木田 英樹（市立長浜病院 麻酔科）
- ⑤ 当院における ERAS 導入後の ICU での早期離床に向けた離床基準の整備と現状について
石橋 孝¹⁾、西脇 直美²⁾、上田 修吾³⁾
（市立長浜病院 リハビリテーション技術科¹⁾、看護局²⁾、外科³⁾）

* 演題・発表者をクリックすると、
抄録のページに移動します。

16:55-17:00 閉会式

抄録集



市立長浜病院における ERAS[®] 実装プログラムの導入経験

上田 修吾¹⁾、木田 英樹²⁾、高折 恭一¹⁾

市立長浜病院 1) 外科、2) 麻酔科

ERAS[®] (Enhanced recovery after surgery) は、手術の質を向上させるため周術期管理を行う試みであり、国際的に広がってきている。ERAS[®] は手術後からの早期回復、在院日数短縮、医療費削減につながることを示されてきた。

ERAS[®] の要点は、①患者を中心とした多職種チームの構築、②手術から回復を遅らせ合併症につながりうる原因を多面的に解決すること、③科学的でエビデンスに基づく診療プロトコルを導入すること、④周術期の生体の恒常性（ホメオスターシス）を維持できるような管理、⑤相互コミュニケーションによる継続的な監査システムの導入からなっている。

ERAS[®] ガイドラインはまず大腸外科領域で確立され、徐々に他の消化器外科手術、さらに婦人科、頭頸部外科、心臓血管外科、呼吸器外科、整形外科など多くの外科領域に広がってきた。

市立長浜病院では、2022 年 7 月大腸癌手術を対象に ERAS[®] 実装プログラムを導入したので、その経験を紹介する。病院内倫理委員会での承認後、はじめに病院内 ERAS 多職種チームを構築した。次に過去の大腸手術 50 症例のデータを振り返り、実装プログラムにそってセミナーを実施し、周術期管理の変更、改善すべき点を検討した。2023 年 1 月より大腸外科待機手術を新しい周術期管理方法で実践しているところである。

ERAS プログラム導入し他職種と連携・協働する上での病棟看護師としての役割

井益 奈留美、野村 規久子、前川 幸代、棕田 悦子、上田 修吾、横山 大受、大島 侑
市立長浜病院 7 東病棟（外科病棟）

【目的】 ERAS 実践プログラムを用いて他職種と連携し病棟看護師の役割を発揮することで、早期退院へ導くことができるのかを考察する。

【方法】 対象者は当院にて大腸癌と診断され結腸もしくは直腸摘出術を行った患者である。ENCARE システムを用いて分析を行い、ERAS 実践プログラム導入前と導入後のデータ比較を行った。

【結果】 外来からの他職種介入にて、症例研究比較データでは平均入院期間は 15.6 日、ERAS 実践プログラム導入後は 9 日と、入院期間短縮に繋がった。

【結論】 外来でパンフレットを用いて他職種スタッフが専門的知識を活かし介入することで入院前から手術・退院へのイメージに繋がったと考えられる。その一つが、術後早期離床に向けてリハビリと協力したことである。リハビリスタッフに術後の患者状態を情報提供し、リハビリの時間に合わせて痛みのコントロールを行い患者の苦痛が少ない状態でリハビリを行い継続することができた。リハビリスタッフと共に離床の必要性を患者自身へ伝え実践することで、合併症予防に繋がり早期退院となった。また、退院後 1 週間を目安に電話訪問を実施することで、患者の状態を確認し退院後の変化や体調の確認を行った。退院後電話で話す中、早期退院したことが不安だという意見はなく、術前術後の指導した内容を患者自身が理解し生活されている様子を確認することもできた。異常を察知した際は外来へ情報提供を行うようにした。入院前から退院後まで外来スタッフ・他職種と病棟看護師が連携し、退院に向けた指導を行うことで患者の不安を増強させることなく入院期間の短縮に繋がったと考えられる。

ERAS導入期における栄養介入の実際

安東 恵美、須戸 奏、高田 憲明、小尾野 恵実、石橋 孝、中村 俊之、
井益 奈留美、西脇 直美、木田 英樹、上田 修吾
市立長浜病院 栄養科

【目的】 ERAS Society が提示する大腸手術の周術期ガイドラインにおいて、栄養に関する項目では術前の栄養評価と栄養不良患者に対する栄養療法、術前の炭水化物負荷、術後早期の経口摂取再開が強く推奨されている。当院でも EIP 指導のもと周術期の栄養介入方法や食事スケジュールの見直し、経口炭水化物飲料の導入等を行い、2023 年 1 月より ERAS プロトコルに準じた介入を開始した。今回は管理栄養士の視点から ERAS 導入期に実施した栄養介入の実際について報告する。

【方法】 対象は 90 歳男性。結腸癌ステント留置後、腹腔鏡下結腸右半切除術を施行された。手術 2 週間前に栄養評価と食事状況調査を行い、栄養強化を目的とした食事指導及び栄養剤を用いた栄養療法を実施した。術前の経口炭水化物飲料はアクアファン MD100 を使用し、術前日から当日朝にかけて提供した。経口摂取開始後は嗜好や腹部症状等を確認の上、提供内容の検討や食事の摂り方に関する指導を行い、円滑な食形態アップと食事摂取を支援した。

【結果】 栄養介入後、食事と栄養剤を併用して栄養状態に改善傾向が見られた。入院後の食事、術前の経口炭水化物飲料の摂取はともに良好であった。術後は食事開始直後に軽度の嘔気や食事に伴う疲労感等の症状が見られたが、疼痛管理や食事指導等を経て食事摂取は改善。早期に食形態アップされ、術後 7 日目に退院となった。

【結論】 周術期の経口炭水化物飲料の提供や食事内容の調整、術後の食事摂取方法の指導等の介入が術後の良好な経過に好影響をもたらすことが示唆された。また、周術期の栄養状態を良好に保つ為に術前早期から栄養評価を行い、個人の食習慣に応じた食事指導や栄養療法を行うことが重要であると再確認した。今後も継続的な介入の中で栄養管理方法の見直しを行い、より良い患者支援を目指していく。

ERAS 患者に対する術中体温管理の実際

高田 憲明、小尾野 恵実

市立長浜病院 中央手術室

【目的】 麻酔により体温調整が阻害され、さらに手術室の寒冷環境への曝露が加わると、加温されない患者のほとんどが低体温になる。軽度の低体温(1～2)℃は、①心臓系合併症の頻度を3倍にし、②手術創感染の頻度を3倍にして入院期間を20%延長し、③手術での出血と、それによる同種輸血の必要性を有意に増加させる。また、麻酔の偶発性低体温は圧倒的に多い周術期の体温異常であり、麻酔薬による体温調節の阻害と手術室の低温環境への曝露の組み合わせで生じるとされており、周術期において積極的に加温して正常体温を維持することが周術期合併症予防に有用とされている。

ERAS 導入にあたり当院の正常体温維持方法でデータ入力項目において ERAS が推奨する内容を満たすことができたため当院手術室での体温維持方法について報告する。

【方法】 当院では正常体温維持のため患者入室前の室温を24度に設定し、患者入室30分以上前から温風式加温装置を43度に設定した術前加温を行っている。また、43度に設定した保温庫で保存しているバスタオルを用いて全身麻酔導入時から手術開始まで患者を覆っている。

麻酔導入から手術終了までの室温は24～22度の範囲で執刀に支障がない範囲で調整。温風式加温装置は手術終了までは43度設定で加温を維持。また、術野以外の体表はバスタオルで覆っている。輸液に関しては麻酔導入時から43度に設定した保温庫で保存している輸液を使用し、必要時にはアミノ酸製剤の投与や輸血・輸液回路の加温を実施している。

手術終了後から退室までの室温は25度で設定。温風式加温装置は43度で加温を維持。

【結果】 当院で通常実施している正常体温維持方法で ERAS が推奨する方法を満たすことができた。

【結論】 ERAS が推奨する方法を満たすことはできていたため、比較することが出来なかった。今後、さらに合併症予防の上で効果的な加温方法の検討を行う。

ERAS 対象患者への入院までの看護師の関わり

北村 裕美子

市立長浜病院 外科外来

2022 年 12 月より ERAS システムが当院で導入された。ERAS 導入することで、術後の回復力を高め、合併症なく早期に退院し、社会復帰ができる。現在、当院外科外来で大腸癌手術の患者を主とし、主治医が患者を選定している。主治医から患者家族に ERAS システムについて説明し同意を得ている。ERAS 対象患者が決定した後、外来看護師は電子カルテに必要な患者情報を入力し、入院支援介入依頼をしている。外来から地域医療連携室（入院支援グループ）、手術室、歯科口腔外科、リハビリ科、栄養科、薬剤科の各部門、他職種へつなげられるように入院説明日が決定した時点で、ERAS チームに情報伝達をしている。当院の ERAS パンフレットを渡す際に、患者家族のスケジュール調整をし患者家族が不安なく手術を受けてもらえるよう、十分に説明を理解してもらえるようにしている。

手術室看護師の術前介入は手術決定した時点で ERAS パンフレットとは別に、手術に関する術前パンフレットを患者家族に配布し説明している。麻酔に関することや術前の注意事項などが記載されており、パンフレット内に QR コードの読み込みも添付しており動画での術前説明・注意事項を視聴することができる。術前説明や注意事項を伝えることで患者自身にも協力を得ることができ、手術に向けての準備を早期から整える関わりを行っている。

ERAS システムが導入されてから、約 6 ヶ月程度経過したが、患者家族の反応としては約 2 時間程度の入院説明時間に対し、各部門から一度にたくさんの説明を受けて整理できないという意見や長時間の説明、待ち時間の疲労の訴えがある。その反面、しっかり説明を受けられて安心した。という意見もある。今後、他部門との連携を強化し、入院説明時間の短縮の改善や安心、安楽、安全に治療が受けられるようにしていきたいと考える。

腹部救急外科における ERAS

高山 和之、山田 勇、遠山 一成、小谷 穰治

神戸大学大学院 医学研究科 外科系講座 災害・救急医学分野

【目的】 緊急手術と待機手術の ERAS の大きな違いは、術前から全身状態が悪い、介入する時間が短い、病態が悪いと介入そのものができることが挙げられる。併存疾患をもつ高齢者が多く、30-50% で敗血症を合併している。今回、腹部緊急手術での ERAS 介入効果を解説する。

【方法】 既報の研究の解説を行う。

【結果】

- 1) 生理学的異常の早期発見と介入：蘇生と並行して検査を進める。
- 2) 敗血症のスクリーニングと初期治療：Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021 や日本版敗血症診療ガイドライン 2020 に従って行う。
- 3) 早期の画像診断、手術、感染巣のコントロール：手術の遅延は死亡率を上昇する。
- 4) リスク評価：医療スタッフ間のコミュニケーションを良好にし、患者や家族に病状の深刻さを伝えることにつながる。
- 5) フレイルと認知の評価：高齢者で必須である。
- 6) 抗血栓薬の中和：手術出血と血栓発症の危険を鑑みて決める。
- 7) 静脈血栓塞栓症リスクの評価：VTE 予防策（機械的 / 薬物的）を直ちに始める。
- 8) 抗不安薬および鎮痛薬：オピオイドの使用は最小限とし、過鎮静、呼吸抑制、誤嚥のリスクを高めるため、適切にモニタリングする。ベンゾジアゼピン系などの鎮静薬はせん妄を誘発しやすいため避けるべきである。
- 9) 術前の血糖と電解質のコントロール：生体の恒常性を維持し合併症を減らす。
- 10) 術前の炭水化物飲料摂取：待機手術と異なり、推奨されない。
- 11) 経鼻胃管留置：術前の病態や患者要因に応じて検討する。
- 12) 患者と家族の教育と意思決定の共有：特にハイリスクな症例では、術前に治療の内容と限界について患者、その家族と議論しておく。生死のみならず、術後の QOL や人工肛門の増設など身体的な変化も含まれる。緊急手術ではこの時間が非常に短い。

【結論】 術前にできることは少ないが、ハイリスクな手術であるがゆえに実施すべきことを確実にに行いつつ蘇生と手術の準備を進める。

当院における緊急帝王切開術の周術期管理の現況

辻本 陽二郎、岩崎 愛、宮島 沙希、高橋 完

金沢医科大学 麻酔科

【目的】 帝王切開術後は静脈血栓症のハイリスク因子であり、早期離床が望まれる。また、効果的な術後鎮痛を維持しながら離床を促進することも重要である。今回、当院にて脊髄くも膜下併用硬膜外麻酔にて緊急帝王切開術を受けた患者の離床・退院時期等について後ろ向きに検討を行った。

【方法】 対象は当院にて 2020 年に緊急帝王切開術を受けた患者 22 名。全身麻酔下に手術を受けた患者は除外した。電子カルテから後ろ向きにデータを収集し、離床時期、退院時期、術後合併症等について評価した。麻酔は脊髄くも膜下併用硬膜外麻酔針を使用し、くも膜下腔に等比重 0.5% ブピバカイン 1.5-2.0ml+ フェンタニル 25 μ g を投与後、硬膜外カテーテルを留置した。術後鎮痛として 0.25% レボブピバカイン 100-200ml+ フェンタニル 150-250 μ g を PCA ポンプに充填した溶液を 4.0-5.0ml/h で約 12 時間硬膜外持続投与した。また、適宜、アセトアミノフェンや NSAIDs の静注・内服を併用した。静脈血栓症予防についてはフットポンプと術後 1 日目からエノキサパリン 2000IU を 2 回/日皮下注した。

【結果】 術後離床は POD 1.5 $\pm$ 0.7、退院は POD 7.4 $\pm$ 1.4 であった。術後 1 日目の時点で 3 例に下肢のしびれの症状を認めたが、持続硬膜外投与中止後に症状は全員消失した。1 例に PDPH と思われる後頭部痛を認めた。また、PONV を訴えた患者はいなかった。

【結論】 脊髄くも膜下併用硬膜外麻酔は手技的には煩雑で技術を要するが、術後は持続硬膜外鎮痛を行える利点もあるため、帝王切開術後の早期離床に有用であると考ええる。

血管外科領域における ERAS

立石 渉

群馬大学医学部附属病院 循環器外科

我々は腹部大動脈人工血管置換術に対して ERAS protocol による管理を施行してきた。アウトカムとしては早期食事開始、早期離床、早期退院としては実現され、当初よりかなり安定した成績となっている。我々は、患者の満足度が非常に重要と考え、術後回復促進の ESSENSE の中で、生体侵襲反応の軽減、周術期不安軽減と回復意欲の励起の 2 項目について重きをおき検討を重ねている。

患者の満足度に直結するものとして、痛みのコントロール・術後嘔気回避については念入りに介入・検討をしている。鎮痛薬としてはフェンタニルを基本的には使用せず、アセトアミノフェン、NSAIDs を中心としたコントロールを行っている。また術後の嘔吐（PONV）予防として、mPSL の使用、そして 2021 年からはオンダンセトロンを積極的に使用している。術前 IC については、ERAS の IC をしない症例において術後の離床が遅延し、術後 1 週間のアルブミン値・CRP 値が有意差をもって不良であることが最近の検討でわかってきた。

我々の ERAS の推移、得られた結果と今後の展望を提示させていただく。

当院麻酔科における ERAS の取り組み

小石 悠介、竹内 慎弥、柳田 豊伸、木田 英樹

市立長浜病院 麻酔科

【目的】 近年、本邦の麻酔科領域においても Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) の概念が普及してきている。しかしながら、ERAS Society が定めているプロトコルには日本の保険診療上承認されていない項目も多い。今回、当院麻酔科において日本初の ERAS Society のガイドラインに沿った ERAS の取り組みを開始したので、ここで報告する。

【方法】 対象は 80 歳未満 ASA1 ～ 2 腹腔鏡下結腸・直腸切除術を受ける患者とした。ERAS における麻酔科領域の取り組みについては、術前炭水化物飲料の補液、麻酔方法、PONV 予防対策、術中輸液管理、体温管理、術後鎮痛等をガイドラインに沿って施行した。

【結果】 2023 年 2 月 2 日から 4 月 19 日の期間で、症例は 5 例（結腸 3 例、直腸 2 例）だった。開腹手術に移行した症例はなかった。麻酔方法は、全例吸入麻酔と腹部のブロック（うち一例は持続投与）を行った。術中のキシロカインの持続注入を 3 例で行った。モルヒネのくも膜下投与を 2 例で行った。術後 3 日間の安静時疼痛の VAS は 0 ～ 6、PONV の VAS は 0 ～ 6 であった。

【結論】 当院において外科手術患者を対象として日本初の ERAS Society のガイドラインに沿った ERAS プロトコルの実施を開始した。今後さらに症例数を蓄積して、日常臨床に活かしていくつもりである。

当院におけるERAS導入後のICUでの 早期離床に向けた離床基準の整備と現状について

石橋 孝¹⁾、西脇 直美²⁾、上田 修吾³⁾

市立長浜病院 1)リハビリテーション技術科、2)看護局、3)外科

【はじめに】 これまで当院の大腸外科術後の離床プログラムは、手術当日が床上安静、翌日より歩行開始であった。ERASは大腸の外科手術終了後、3時間以降の離床を推奨しており、当院でもERAS導入後、手術3時間後に離床を行うこととなった。手術当日の離床については、従来よりも一層のリスク管理が必要であり、スタッフ間でも手術当日からの離床に対する不安があった。ERAS導入に伴い、手術当日から安全に離床を進めるため、ERASチームで新たな離床のための患者評価の基準を作成し、関連職種への周知を行った。その後の経過や課題について報告する。

【方法】 日本集中治療医学会の定める「集中治療における早期リハビリテーション ～根拠に基づくエキスパートコンセンサス～」に従って、ERASチームの医師、看護師、理学療法士で当院のICUにおける大腸外科手術当日の離床基準を整備し、関連職種に周知を図った。

【対象】 ERAS導入後、2023年1月から4月までの大腸外科術後のERAS対象患者6名（40～90歳代）。

【結果】 外科手術後にICUに入室したのは4名、術後、急性期病棟へ帰棟したのは2名であった。ICUに入室した4名のうち、嘔気・嘔吐のため離床困難が3名、ベッドコントロールのため術後3時間以内にICUを退室したのが1名であった。

【結論】 安全に患者の離床を行うには、離床基準の整備に加えて、スタッフ間の経験構築が必要となる。今後、症例数の増加が見込まれるが、手術3時間後に離床を安全に進めるための体制作りと、ERASチームと離床関連職種との連携、情報共有を更に強化していく必要がある。



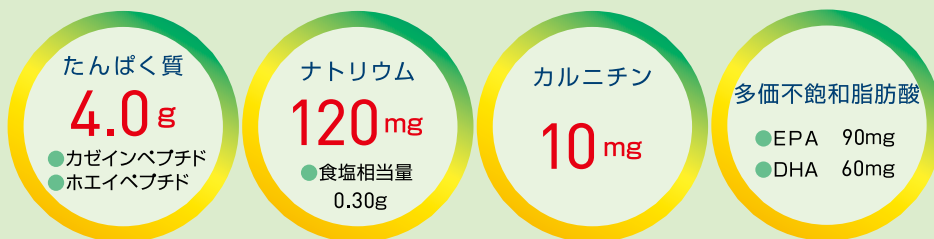
消化態流動食

ネクサスST Nexus

1.5 kcal/ml

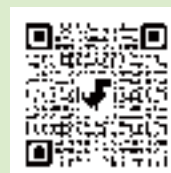
コーヒー風味

ペプチドとアミノ酸を窒素源とした、
消化吸収に配慮した消化態流動食



※100kcal 当たり

製品の詳細はこちら



エンジョイ クリミール

栄養補給を
おいしくサポート！



200kcal/125ml

製品の詳細はこちら



エンジョイ MCTゼリー-200

おいしく
エネルギー・MCT 補給！



200kcal/72g

製品の詳細はこちら



他にも、豊富なラインアップがあります。資料・サンプル等のご請求はお気軽に。

0120-52-0050 受付時間：平日 9:30 ~ 17:00
(土日祝日・年末年始・5/1 除く)

クリニコ 検索
<https://www.clinico.co.jp>

森永乳業グループ病態栄養部門
株式会社クリニコ



Creating The Future

挑戦を続け、共に未来を創る

増田医科器械は、先進のテクノロジーと
熱いハートで、医療の現場や
研究現場のお客様、そして患者様の
お役に立つことが使命であり喜びです。



先端医療のバイオニアヘー。

株式会社 増田医科器械

〒612-8443 京都市伏見区竹田藁屋町50
Tel.075-623-7111 Fax.075-623-7131
www.masudaika.co.jp



日本ERAS®学会 第1回学術集会 プログラム & 抄録集

発行 2023年4月27日
第1回学術集会 当番世話人
高折 恭一（長浜市病院事業管理者）

日本ERAS®学会 第1回学術集会 担当事務局（京都通信社内）
〒604-0022 京都市中京区室町通御池上る御池之町 309
TEL: 075-211-2340
E-mail: eras-japan@kyoto-info.com