

0-9-09

胃癌腹膜転移による輸入脚閉塞症・消化管閉塞に対するダブルバイパス術の1例

仙台赤十字病院 外科¹⁾、仙台赤十字病院 緩和ケアチーム²⁾

○小林 照恵¹⁾、及川 京子²⁾、木村 利奈²⁾、土井 陽子²⁾、石居健太郎¹⁾、金子 直征¹⁾、深町 伸¹⁾、大越 崇彦¹⁾、舟山 裕士¹⁾

胃痛術後の腹膜転移による腸閉塞に対しては、外科的介入は困難で、対処に難渋することが多い。我々は、輸入脚閉塞症・消化管閉塞に対し、2か所のバイパス手術により経口摂取が再開できた症例を経験したので、報告する。症例は64歳女性。胃痛に対して胃全摘、脾摘、胆摘術を施行し、結腸後経路でRoux-Y再建した。病理検査で腹膜転移と診断された(pT4aN3bM1)。術後は化学療法を継続した(S1→Cape:骨髄抑制のため変更)が、2年後に食事が摂れなくなり入院した。消化管透視で腸管拡張と通過障害はあるものの完全閉塞はなく、PET-CT検査で再発・転移は指摘されなかったが、腹膜転移と考へて、化学療法(毎週PTX療法)を開始した。しかし、2コース目開始時に強い腹痛があり、化学療法は中止した。CT検査で著明な十二指腸の拡張等を認め、反復する強い腹痛を伴ったため、腹膜転移に伴う輸入脚閉塞症と診断し、緊急手術を行った。トライブリチン系薬剤による腹膜転移による腫瘍形成があり、拳上空腸も巻き込んでいた。切除は断念し、輸入脚と拳上空腸をそれぞれバイパスする手術を行った。術後は普通食が摂取出来るようになり、第21病日に退院した。化学療法を再開して2コース実施したが、経口摂取困難となり再手術3.5か月後に入院した。ステロイドと中心静脈栄養を行って再度食事が摂れるようになり退院したが、再び食事が摂れなくなり、再手術から5か月後に入院した。食事は摂取出来なかったが1か月後に退院し、在宅で1週間後に永眠された。胃癌の腹膜転移による輸入脚閉塞症・消化管閉塞であっても、術後4か月程度食事が摂れたことから、症例によってはバイパス手術も考慮されてよいであろう。

0-9-11

当院緩和ケア病棟における終末期輸液の現状

水戸赤十字病院 緩和ケア科

○内田 智夫

【はじめに】当院緩和ケア病棟で看取った患者の終末期の輸液の現状を振り返った。【患者の背景】2015年4月より2017年3月までの2年間に看取った患者のうち演者が直接担当した148名、男性90名(中央値75歳)、女性58名(中央値79歳)を対象とした。病種別では大腸癌37名、肺癌26名、胃癌20名、肝癌17名、肝臓7名、頭頸部癌7名、食道癌6名、胆嚢・胆管癌5名、その他23名。【輸液ルート】終末期に輸液を行わなかったものは27名。輸液ルートは末梢のみが51名、中心静脈カテーテルを使用したのは65名。中心静脈カテーテルの挿入経路は右頸部29名(ポート留置済み8名)、右鼠蹊部29名、左鼠蹊部2名、上肢からのPICCは5名であった。なお経腸栄養は3名、胃瘻は1名のみで皮下注射は1名のみである。【輸液内容・輸液量】死亡直前まで高カロリー輸液を使用したものは4名のみで、その他は維持輸液程度を投与した。1日あたりの輸液量は1000mlが56名、500mlが53名、1500mlは5名のみであった。【輸液の基本方針】経口摂取がほとんど不可能な場合に患者や家族の意向を確認して輸液を行うことになっている。経口摂取が困難でも胸水、腹水の貯留が多い患者や全身浮腫の著しい患者は輸液を勧めない。末梢からの輸液を基本とし、輸液ルート確保が困難な場合に中心静脈カテーテルを挿入している。実行可能な場合は頸静脈からの挿入を第一選択とし、ほぼ寝たきりの状態であれば大腿静脈から挿入している。上肢の血管が第一選択してから中心静脈カテーテルを挿入することが多いためPICCは少ない。輸液量は1日あたり1000ml以内を目安にしており、高カロリー輸液は控える方針としている。消化器癌患者が多いため経腸栄養の件数は現在のところ少数例にとどまっている。モルヒネ、スコポラミンなどの皮下注射が行っているが、輸液や抗生剤などの薬剤投与に関しては吸収が不確実な皮下注射はほとんど行っていない。

0-9-13

院内で安価に開発 会計番号呼出システム～静かなフロントのために～

高槻赤十字病院 事務部区課システム管理係

○松宮 源朗

【はじめに】今回、会計窓口における番号呼出システムを当院で開発・運用したので報告する。当院では開院からずっと患者氏名をマイクで呼出していた。このため会計窓口があるフロントは騒がしく、患者も窓口前で待機する必要があり、満足のいくサービスを提供できていなかった。また、個人情報保護の観点からも、患者氏名での呼出は適切とは言えなかった。これらの問題を解決するために、会計番号呼出システムの導入を検討した。【取り組み】まず個人情報の保護のために番号札での呼出へと変更した。その後大型モニターを使用した会計の番号呼出表示を検討した。しかしながら、ITベンダにシステムの構築を依頼すると、ソフトウェアやハードウェアの購入費用と日々の保守が必要で、多額の費用がかかることがわかった。そこで、安価な液晶TVや約5千円の手のひらサイズのコンピューター、無料のLinuxとデータベースソフトを活用し、徹底的に安価に構築できないか検討した。また、職員の業務効率の向上のため番号の入力作業もバーコードリーダーを使用する等簡素化し、会計窓口担当者の負担軽減も狙った。なお、費用がかかるため電子カルテとの連動は考慮していない。【結果】平成29年4月25日からシステムが本番稼働し、特に問題も無く好調な滑り出しとなった。また、次の点について改善された。(1)物品と工事を含めた総費用は86,713円(液晶TVを除く)(2)会計窓口の騒音減少。約83db(電車内程度)から約78db(騒がしいオフィス程度)まで抑えられた。(3)患者からの会計順番の問合せが減り、ピーク時の混雑が緩和された(4)患者による番号の聞き間違いがなくなった。(5)スタッフの労働環境が改善された。システム導入前は番号を読み上げるために午後には声が乾くほどであった。

0-9-10

Stage II / III 閉塞性大腸癌に対する術前ステント留置の検討

武蔵野赤十字病院 外科

○加藤 俊介¹⁾、岡崎 聡、山本 雄大、杉下 哲夫、古山 貴基、鈴木 興秀、中島 雄高、長野 裕人、大司 俊郎、高松 督、嘉和知晴之

<背景>大腸ステントが2012年に保険収載されて5年が経過し、閉塞性大腸癌に対しての術前ステント留置(Bridge to surgery; BTS)が日常診療に浸透してきている。一方で本邦でのBTSの長期成績の報告は少なく、長期予後は不明である。当院では2014年3月までは全例緊急手術、2014年4月以降は大腸ステント(Niti-S18mm)によるBTSを基本方針としている。<目的>閉塞性大腸癌(Stage II / III)に対する緊急手術群とBTS群の長期予後について検討する。<対象>緊急減圧が必要なStage II / IIIの原発性大腸癌を対象とし、緊急手術群は2012年1月から2014年3月の連続した20例、BTS群は2014年4月から2015年9月の連続した13例で検討した。観察期間の中央値は緊急手術群が36ヶ月、BTS群が23ヶ月。<結果>緊急手術群とBTS群で、性別・年齢・腫瘍部位・pT・pStage・術前CEAで有意差を認めなかった。BTS群で全例にD3郭清が施行されており、有意にoxaliplatin併用レジメンの術後補助療法が多く施行されていた。両群で再発率に有意差は認めなかった。<考察>再発症例を検討すると、緊急手術群で術後合併症などによる影響で補助化学療法が施行できていない症例が散見された。BTSにおいてはステントによる腫瘍の機械的圧迫の弊害も危惧されているが、緊急手術に比べて標準的なD3郭清や補助化学療法が行えることで同等の長期予後を得られていると考えられた。<結論>合併症なくステント留置できれば、閉塞性大腸癌に対するBTSは妥当であると考えられる。観察期間及び症例数を増やして検討を続ける予定である。

0-9-12

急性期病院一般病棟看護師のDNARの認識と勉強会後の気づき

武蔵野赤十字病院 看護部

○宇野 法義、小川 圭子

【背景・目的】人生の最終段階における医療のあり方の問題は、医療現場で重要な課題である。その中でも蘇生不要(以後DNAR)に関する看護師教育は、日本集中医療学会員対象の調査では6割以上が教育を受けた経験がないと回答があり、教育を受けた看護師のうち半数以上の勉強会の実施は2割に過ぎない。病棟内でDNARの勉強会を開催し、勉強会後のアンケートからDNARの認識と勉強会での気づきについてまとめたので報告する。

【方法】DNARの選択：患者・家族の意思決定に、私たちは、どのようなサポートをしているか?をテーマに病棟勉強会を2回(同内容)実施した。DNARの定義・意味・導入までの流れ、『人生の最終段階における意思決定に関するガイドライン』の説明と体験に基づくディスカッションを計45分で行った。参加者は看護師計19名で、その意見と感想について無記名、自由記載のアンケートを実施し文節毎の意味をまとめてみた。アンケート結果は個人が特定されないよう配慮し、学会発表することについて了承を得た。

【結果・考察】11名のアンケートが回収され(58%)、10項目に分類した。<最期の時期に何ができなく、本人・家族の思いを確認し実施していくことが重要>と考えたのが7名と最も多く、そのうち2名が<実感がないと死を口にするのは難しい>という困難さを感じ、2名が<医師と最期の迎え方を共有することが重要>と考えていた。さらに、上記の7名中3名は<DNARは限定的な状況での指示>と考え、最後の時期のケアや意思決定支援の継続を考えていた。一方<DNARの同意がとれていることが重要>と考えている3名は他の考えが少なかった。DNARの捉え方には差があり、その差が看護に大きな影響を与える可能性がある。

【まとめ】DNARの勉強会を実施することで、人生の最終段階における看護について考える機会となった。

0-9-14

時間外管理システムの導入について

日本赤十字社熊本健康管理センター 総務課

○草西 純子、西山 八代、島田 雅美、嶋田 真二

はじめに 当センターでは、時間外勤務命令簿は用紙で対応しており、月次締めで各課長承認後に提出する流れである。これにより、提出後に内容確認、時間確認、残業時間データの入力作業がまとめて発生することになり、作業量が多く給与担当者が全職員分のデータ入力をするため時間がかかるなどの問題点が生じている。方法 自社システムにより時間管理システムを開発。手書きをやめ、各職員が時間外勤務をEXCELファイルへ入力。本年4～5月に施行し6月から本格稼働予定。結果 2ヶ月の試行期間を終えた段階ではあるが、平日と休日の管理、実施時間の計算間違い、36協定に関する設定時間の確認等を省くことができ大幅な時間短縮へとつながっている。今後、登録されたEXCELファイルを給与システムに取り込み時間外手当の支給へと繋げたい。