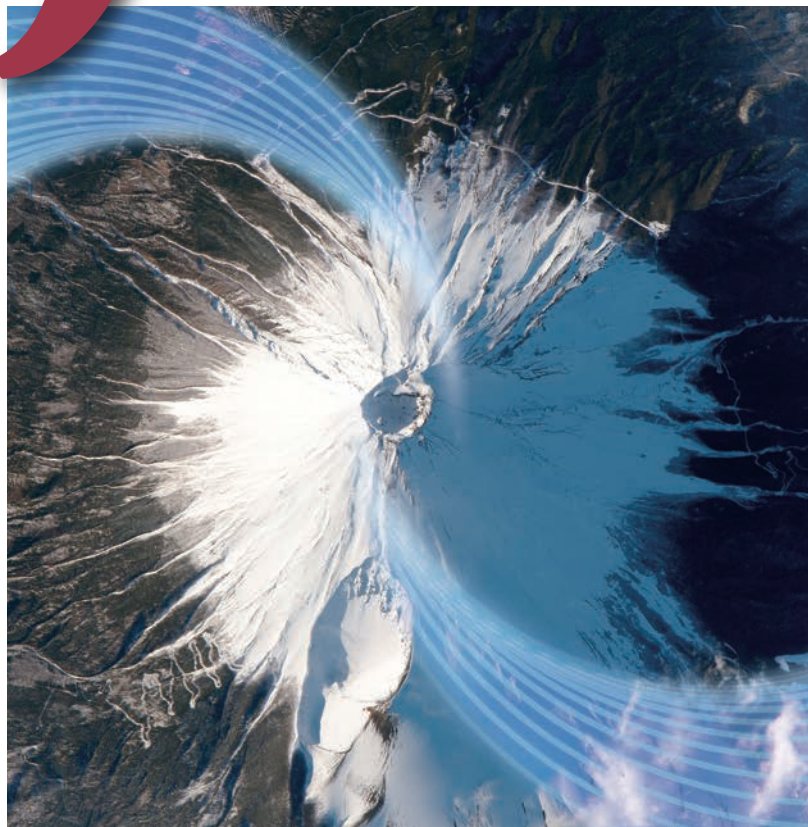


日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌
Journal of Japanese Society of Stoma and Continence Rehabilitation

Vol.36
No.1 JAN.2020

jsscr



第37回学会総会プログラム・抄録集

2020年2月7日(金)・8日(土)
静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」



第37回 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会

— テーマ —

原点と躍動



第37回 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会

会 長 青木 和恵
(静岡県立大学 看護学部 成人看護学 教授)

副 会 長 清原 祥夫
(静岡県立静岡がんセンター 皮膚科 部長)

会 期 2020年2月7日(金)～8日(土)

会 場 静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」
〒422-8019
静岡県静岡市駿河区東静岡2丁目3-1
TEL: 054-203-5710
<https://www.granship.or.jp>

会長挨拶	3
学術運営プログラム委員会／実行委員会	5
委員会・関連会議・懇親会・特別プログラムのご案内	6
共催セミナー	12
スケジュール	14
会場周辺地図・交通案内	19
施設案内図	21
参加者へのご案内	23
司会・座長の先生方へのご案内	27
共催企業一覧／企業展示出展社一覧／ 広告協賛会社一覧／寄付企業・団体一覧	28

会場別プログラム	29
第1会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」 1F 中ホール・大地	31
第2会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」 6F 交流ホール	34
第3会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」 6F 展示ギャラリー	37
第4会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」 9F 910	39
第5会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」 9F 904	42
第6会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」 9F 908	44
第7会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」 10F 1001	45
第8会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」 11F 会議ホール・風	47
ポスター会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」 1F 大ホール・海	49

会長講演	55
教育セミナー	59
特別講演	67
シンポジウム	73
ミニシンポジウム	111
教育講演	117
Mini lecture	127
オリンピック・パラリンピックイヤー記念特別企画	135
ランチョンセミナー 1	139
ランチョンセミナー 2	145

ランチョンセミナー 3	149
ランチョンセミナー 4	153
ランチョンセミナー 5	159
ランチョンセミナー 6	165
ハンズオンセミナー	171
災害対策委員会企画	177
第5回ストーマ認定士スキルアップ講座	181
一般演題：口演	187
一般演題：ポスター	241
司会・座長・演者検索	277



「原点と躍動」 来たるべき未来のために



ストーマ・排泄リハビリテーションはその原点である「ストーマ造設によって生命を救われた人々を、ストーマと共に生きることができるよう支援する」ことから、ストーマを積極的にコントロールするストーマリハビリテーションへ、そしてストーマを含むあらゆる排泄障害の医療であるストーマ・排泄リハビリテーションへと躍動的進化を遂げてきました。そしてその進化は今も過程にあります。

第37回の学会総会では、未曾有の少子超高齢化、がん疾患の猛威、大災害時代への突入、医療構造の変化などの今日的難局に対峙するストーマ・排泄リハビリテーションの姿を、さまざまな角度から捉えて将来へのステップにしたいと考えました。一般演題セッション、シンポジウム、教育講演、Mini lecture、企業共催セミナーなどは、その意図をもって企画編成を試みました。そして新たな令和時代の潮流を受けて、さらに躍動するストーマ・排泄リハビリテーションであることを願って、日本医療の牽引者でいらっしゃいます静岡がんセンター総長の山口建先生、東京大学教授の真田弘美先生のお二人に、自立支援プロジェクト、ケアイノベーションについての特別講演をお願いいたしました。また、オリンピック・パラリンピック特別企画として世界から見た日本語のおもしろさをテレビ寺子屋などで活躍されているダニエル・カールさんをお願いしております。

開催地静岡は、令和の時代に至ってもなお、日本の礎を造ったと言われる徳川家康のHome groundです。富士山の霊気と光あふれる明るい海に恵まれたこの駿河の国静岡で、意志を同じくする皆さまと共に、ストーマ・排泄リハビリテーションの原点と躍動を体感し、語り、学び、そして私たちの来たるべき未来を描くことができれば、企画運営を担います実行委員とともに大変幸せに存じます。

第37回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会

会 長 青木 和恵

(静岡県立大学 看護学部 成人看護学 教授)

学術運営プログラム委員会(50音順)

委員	青木 和恵	静岡県立大学 看護学部 成人看護学 教授
委員	赤木 由人	久留米大学 医学部 外科学講座 教授
委員	安藤 嘉子	大阪赤十字病院 看護部 看護師長 / 皮膚排泄ケア認定看護師
委員	板橋 道朗	東京女子医科大学 消化器・一般外科 教授
委員	糸川 紅子	静岡県立大学 看護学部 成人看護学 講師
委員	大村 裕子	東京オストミーセンター 代表
委員	岡本 和哉	藤枝市立総合病院 外科第四科長
委員	河合 幸	静岡済生会総合病院 看護師長 / 皮膚・排泄ケア認定看護師
委員	木元千奈美	静岡県立大学 看護学部 成人看護学 助教
委員	清原 祥夫	静岡県立静岡がんセンター 皮膚科部長
委員	幸田 圭史	帝京大学ちば総合医療センター 外科 教授
委員	後藤 百万	名古屋大学大学院医学系研究科 泌尿器科学 教授
委員	櫻井 和江	静岡県立総合病院 皮膚・排泄ケア認定看護師
委員	佐藤 文	福井県立大学 看護福祉学部 准教授
委員	鈴木 基文	東京大学大学院医学系研究科 泌尿器外科学分野 准教授
委員	田中 秀子	淑徳大学 教授
委員	谷口 貴子	静岡県立静岡がんセンター 認定看護師教育課程 課程長
委員	谷口 珠実	山梨大学大学院総合研究部医学域 健康・生活支援看護学講座 教授
委員	中村 利夫	藤枝市立総合病院 院長
委員	奈木志津子	市立島田市民病院 看護部 皮膚・排泄ケア認定看護師
委員	西口 幸雄	大阪市立十三市民病院 病院長
委員	西島安芸子	静岡県立静岡がんセンター 看護部 看護師長 / 皮膚・排泄ケア認定看護師
委員	西村かおる	NPO 法人日本コンチネンス協会 会長 / コンチネンスジャパン株式会社 専務取締役
委員	府川 博俊	静岡市立清水病院 皮膚・排泄ケア認定看護師
委員	福永 睦	兵庫県立西宮病院 副院長・外科部長・消化器外科部長
委員	舟山 裕士	仙台赤十字病院 病院長
委員	前田耕太郎	藤田医科大学病院 国際医療センター 教授 / 名誉センター長
委員	水島 史乃	藤枝市立総合病院 皮膚・排泄ケア認定看護師
委員	森岡 直子	静岡県立静岡がんセンター 皮膚・排泄ケア認定看護師
委員	森永 美乃	藤枝市立総合病院 看護部 皮膚・排泄ケア認定看護師

実行委員会

会長	青木 和恵	会場部会長	森岡 直子	実行委員	森永 美乃
副会長	清原 祥夫	広報部会長	奈木志津子	実行委員	櫻井 和江
実行委員長	水島 史乃	接待接遇部会長	河合 幸	実行委員	府川 博俊
事務局長	糸川 紅子	実行委員	谷口 貴子	実行委員	西島安芸子
				実行委員	木元千奈美

委員会・関連会議・懇親会・特別プログラムのご案内

2020年2月6日(木)

1. 各種委員会

専門制度委員会

日時：2月6日(木) 17:00～18:30

会場：浮月楼 本館 3F 常磐・蓬菜の間

利益相反委員会

日時：2月6日(木) 17:30～18:30

会場：浮月楼 本館 2F 雪・花の間

2020年2月7日(金)

1. 各種委員会

ガイド委員会

日時：2月7日(金) 8:00～8:20

会場：グランシップ 9F 906

JSSCR 学会地方会・認定講習会連絡協議会

日時：2月7日(金) 8:00～8:55

会場：第4会場 (9F 910)

編集委員会

日時：2月7日(金) 8:00～8:55

会場：グランシップ 9F 901

災害対策委員会

日時：2月7日(金) 8:00～8:55

会場：グランシップ 9F 902

広報委員会

日時：2月7日(金) 8:00～8:55

会場：グランシップ 9F 903

役員・評議員選出委員会

日時：2月7日(金) 8:00～8:55

会場：グランシップ 9F 905

倫理委員会

日時：2月7日(金) 8:00～8:50

会場：グランシップ 9F 907

災害対策ブロック代表者会議

日時：2月7日(金) 13:00～14:00

会場：第6会場 (9F 908)

2. 理事会

日時：2月7日（金）9：00～10：55

会場：第5会場（9F 904）

3. 評議員会

日時：2月7日（金）11：00～12：25

会場：第4会場（9F 910）

4. 新理事会

日時：2月7日（金）12：30～12：55

会場：第5会場（9F 904）

5. 特別プログラム

第20回教育セミナー

ナースだからできる便秘マネジメント

司会：齋藤 由香（浅間南麓こもろ医療センター 看護部）

宮本乃ぞみ（東京通信病院 看護部）

講師：味村 俊樹（自治医科大学 消化器一般移植外科）

西村かおる（NPO 法人日本コンチネンス協会 / コンチネンスジャパン株式会社）

積 美保子（JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部）

種子田美穂子（大牟田市保健福祉部 健康福祉推進室 福祉課）

日時：2020年2月7日（金）15：00～17：00

会場：第1会場（1F 中ホール・大地）

災害対策委員会企画

司会：白杵 尚志（香川大学医学部附属病院 手術部）

熊谷 英子（医療法人豊生会 むらた日帰り外科術・WOCクリニック）

講師：尾崎麻依子（帝京大学医学部附属病院 看護部）

野北 陽子（聖マリアンナ医科大学病院 メディカルサポートセンター）

日時：2020年2月7日（金）14：00～15：00

会場：第6会場（9F 908）

第5回ストーマ認定士スキルアップ講座

「巨大ストーマの管理を極めよう」～ストーマ造設時のポイント、ケアのポイント～

司会：三浦英一朗（社会福祉法人神奈川県総合リハビリテーション事業団 神奈川リハビリテーション病院）

石井美紀子（福岡赤十字病院 看護部 専門外来）

講師：野澤慶次郎（帝京大学医学部附属病院 外科）

下畑 由美（独立行政法人 労働者健康安全機構 九州労災病院 地域医療連携室）

日時：2020年2月7日（金）13：40～14：40

会場：第2会場（6F 交流ホール）

6. 懇親会

日時：2月7日（金）18：30～20：30

会場：ホテルセンチュリー静岡 4F クリスタルルーム

2020年2月8日(土)

1. 各種委員会

保険委員会

日時：2月8日(土) 7:00～8:00

会場：ホテルセンチュリー静岡 4F フリージア

プロジェクト企画委員会

日時：2月8日(土) 7:00～8:00

会場：ホテルセンチュリー静岡 4F アイリス

JOA 顧問医会

日時：2月8日(土) 12:00～13:30

会場：グランシップ 9F 901

地方会委員会・講習会委員会

日時：2月8日(土) 18:00～19:00

会場：グランシップ 9F 901

2. 総会

日時：2月8日(土) 13:30～14:00

会場：第1会場(1F 中ホール・大地)

3. 特別プログラム

会長講演

原点と躍動

司会：真田 弘美(東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学/創傷看護学分野
/グローバルナーシングリサーチセンター)

講師：青木 和恵(静岡県立大学 看護学部 成人看護学)

日時：2020年2月8日(土) 8:30～9:00

会場：第1会場(1F 中ホール・大地)

特別講演 1

超高齢社会に向けた自立支援プロジェクト～ゲノム・補助器具・医療・住環境～

司会：前田耕太郎(藤田医科大学病院 国際医療センター)

講師：山口 建(静岡県立静岡がんセンター)

日時：2020年2月8日(土) 10:45～11:45

会場：第1会場(1F 中ホール・大地)

特別講演 2

ケアイノベーション

司会：幸田 圭史(帝京大学ちば総合医療センター 外科)

講師：真田 弘美(東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻老年看護学/創傷看護学分野
/グローバルナーシングリサーチセンター)

日時：2020年2月8日(土) 15:00～16:00

会場：第1会場(1F 中ホール・大地)

シンポジウム 1

「ストーマ装具選択基準」標準化への挑戦

座長：舟山 裕士（仙台赤十字病院）
大村 裕子（東京オストミーセンター）
講師：石澤美保子（奈良県立医科大学 医学部 看護学科）
秋山結美子（慶應義塾大学病院 看護部）
山田 陽子（産業医科大学病院 看護部）
熊谷 英子（医療法人豊生会 むらた日帰り外科手術・WOCクリニック）
山本由利子（高松赤十字病院 看護部）
板橋 道朗（東京女子医科大学 消化器・一般外科）
日時：2020年2月8日（土）9：05～10：35
会場：第1会場（1F 中ホール・大地）

シンポジウム 2

腹腔鏡が拓く「ストーマ新時代」

座長：板橋 道朗（東京女子医科大学 消化器・一般外科）
佐藤 文（福井県立大学 看護福祉学部）
講師：佐藤 武郎（北里大学病院 下部消化管外科学）
大塚 幸喜（岩手医科大学附属病院 外科）
稲田 浩美（日本医科大学付属病院 看護部）
松永 希（独立行政法人労働者健康安全機構 香川労災病院）
宮垣 真理（社会医療法人仙養会 北摂総合病院 訪問看護ステーション）
日時：2020年2月8日（土）16：10～17：40
会場：第1会場（1F 中ホール・大地）

シンポジウム 3

相互に求め合う極意「肛門温存術とケア」

座長：前田耕太郎（藤田医科大学病院 国際医療センター）
田中 秀子（淑徳大学）
講師：幸田 圭史（帝京大学ちば総合医療センター 外科）
甲田 貴丸（東邦大学医療センター大森病院 消化器センター外科）
赤木 由人（久留米大学 医学部 外科学講座）
積 美保子（JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部）
小倉 美輪（医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 看護部）
磯上 由美（医療法人社団康喜会 辻仲病院柏の葉）
日時：2020年2月8日（土）9：05～10：35
会場：第2会場（6F 交流ホール）

シンポジウム 4

「超高齢社会の排尿障害」最前線

座長：鈴木 基文（東京大学大学院医学系研究科 泌尿器外科学分野）
西村かおる（NPO 法人日本コンチネンス協会 / コンチネンスジャパン株式会社）
講師：野寄 修平（東京大学大学院医学系研究科 老年看護学 / 創傷看護学分野）
渡邊 基子（石岡市医師会 介護老人保健施設ゆうゆう リハビリテーション科）
窪田 里美（味酒野でいれぎ荘 内科）
鈴木 基文（東京大学大学院医学系研究科 泌尿器外科学分野）
日時：2020年2月8日（土）9：05～10：35
会場：第8会場（11F 会議ホール・風）

シンポジウム 5

生涯がん治療のための「ストーマ戦略」

座長：安藤 嘉子（大阪赤十字病院 看護部）
福永 睦（兵庫県立西宮病院）
講師：井上 透（大阪市立十三市民病院 外科）
津村 剛彦（日本赤十字社 大阪赤十字病院 腫瘍内科）
森岡 直子（静岡県立静岡がんセンター）
宮前 奈央（兵庫医療大学 看護学部）
日時：2020年2月8日（土）16：10～17：40
会場：第8会場（11F 会議ホール・風）

ミニシンポジウム

排尿自立指導料の評価と提案

座長：谷口 珠実（山梨大学大学院総合研究部医学域 健康・生活支援看護学講座）
講師：加瀬 昌子（総合病院国保旭中央病院）
櫻井三希子（山梨大学大学院 医工農学総合教育部修士課程看護学専攻（排泄看護学））
日時：2020年2月8日（土）14：10～14：55
会場：第2会場（6F 交流ホール）

教育講演 1

がん終末期の瘻孔ケア

司会：前川 厚子（名古屋大学）
講師：江川安紀子（東京慈恵会医科大学附属第三病院）
日時：2020年2月8日（土）16：10～17：00
会場：第2会場（6F 交流ホール）

教育講演 2

小児・AYA 世代の排泄障害

司会：後藤 百万（名古屋大学大学院医学系研究科 泌尿器科学）
講師：三井 貴彦（山梨大学大学院総合研究部 泌尿器科学講座）
日時：2020年2月8日（土）9：05～9：55
会場：第3会場（6F 展示ギャラリー）

教育講演 3

災害時の排便問題

司会：柴崎 真澄（サンセイ医機株式会社）
講師：勝沼志保里（宮城大学 看護学群）
日時：2020年2月8日（土）14：00～14：50
会場：第3会場（6F 展示ギャラリー）

教育講演 4

皮膚科医が診るストーマ周囲皮膚障害

司会：中村 利夫（藤枝市立総合病院）
講師：清原 祥夫（静岡県立静岡がんセンター 皮膚科）
日時：2020年2月8日（土）14：00～14：50
会場：第8会場（11F 会議ホール・風）

Mini lecture 1

ロボット支援下直腸がん手術におけるストーマ造設術

司会：赤木 由人（久留米大学 医学部 外科学講座）

講師：絹笠 祐介（東京医科歯科大学 消化管外科学分野）

日時：2020年2月8日（土）11：45～12：20

会場：第2会場（6F 交流ホール）

Mini lecture 2

どうする！色素沈着

司会：紺家千津子（石川県立看護大学 看護学部）

講師：安部 正敏（医療法人社団廣仁会 札幌皮膚科クリニック）

日時：2020年2月8日（土）10：00～10：35

会場：第3会場（6F 展示ギャラリー）

Mini lecture 3

感染尿の正体

司会：上川 禎則（大阪市立総合医療センター 泌尿器科）

講師：仲島 義治（竜南泌尿器科クリニック）

日時：2020年2月8日（土）16：05～16：40

会場：第7会場（10F 1001）

オリンピック・パラリンピックイヤー記念特別企画

日本語って面白い！

司会：西口 幸雄（大阪市立十三市民病院）

講師：ダニエル・カール

日時：2020年2月8日（土）14：00～14：50

会場：第1会場（1F 中ホール・大地）

共催セミナー

2020年2月8日(土)

ランチョンセミナー 1 (共催：ビー・ブラウンエースクラップ株式会社)

ストーマ患者の状況に合わせた装具選択～経時的な体型やニーズの変化に対応できる装具を考える～

司会：中村 利夫 (藤枝市立総合病院 院長)

講師：河合 幸 (静岡済生会総合病院 看護師長 皮膚・排泄ケア認定看護師)

森永 美乃 (藤枝市立総合病院 看護部 主任 / 褥瘡管理室 皮膚・排泄ケア認定看護師)

日時：2020年2月8日(土) 12:20～13:10

会場：第1会場 (1F 中ホール・大地)

ランチョンセミナー 2 (共催：株式会社ホリスター)

治療の継続とより良い生活の両立を目指して

～しょうがないと諦めない！皮膚障害に立ち向かうための実践知識～

司会：糸川 紅子 (静岡県公立大学法人 静岡県立大学 看護学部 成人看護学 講師)

講師：清原 祥夫 (静岡県立静岡がんセンター 皮膚科 部長)

日時：2020年2月8日(土) 12:40～13:30

会場：第8会場 (11F 会議ホール・風)

ランチョンセミナー 3 (共催：コンバテックジャパン株式会社)

今、立ち止まって考える、ストーマ造設後の多様な道すじ

～新感覚の凸型形状面板が、退院後を大きく変える！～

司会：石澤美保子 (奈良県立医科大学 医学部看護学科 学科長 博士 成人急性期看護学教授)

講師：帯刀 朋代 (東京医科大学病院 看護部 主任看護師)

日時：2020年2月8日(土) 12:40～13:30

会場：第7会場 (10F 1001)

ランチョンセミナー 4 (共催：アルケア株式会社)

認知症に向き合うストーマケア

司会：土田 敏恵 (兵庫医療大学 看護学部 看護学科 学部長・教授)

講師：松原 康美 (北里大学 看護学部 臨床看護学 准教授)

安藤 嘉子 (大阪赤十字病院 看護部 看護師長)

日時：2020年2月8日(土) 12:35～13:25

会場：第2会場 (6F 交流ホール)

ランチョンセミナー 5 (共催：コロプラス株式会社)

凹面装具を加えた装具選択標準化への取り組み

～将来的な医療環境の変化を見据え、シンプルな選択と変更を考える～

司会：真田 弘美 (東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学 / 創傷看護学分野 教授 / グローバルナーシングリサーチセンター センター長)

講師：櫻井 和江 (地方独立行政法人静岡県立病院機構 静岡県立総合病院 医療安全部 看護師長 皮膚・排泄ケア認定看護師)

熊谷 英子 (医療法人豊生会 むらた日帰り外科手術・WOCクリニック 統括看護部長 皮膚・排泄ケア認定看護師)

日時：2020年2月8日(土) 12:35～13:25

会場：第3会場 (6F 展示ギャラリー)

ランチョンセミナー 6 (共催：株式会社メディコン)

排尿自立指導における女性用体外式カテーテルの役割

司会：青木 芳隆 (福井大学 医学部 器官制御医学講座 泌尿器科学 講師)

講師：鳥本 一匡 (公立大学法人 奈良県立医科大学 泌尿器科学教室 講師)

射場 朝子 (東京医科歯科大学医学部附属病院 皮膚・排泄ケア認定看護師)

日時：2020年2月8日(土) 12:20～13:10

会場：第4会場 (9F 910)

ハンズオンセミナー (共催：富士フィルムメディカル株式会社)

排泄ケアが変わる！エコーを用いた第6のフィジカルアセスメント (可視化)

講師：玉井 奈緒 (東京大学大学院医学系研究科 社会連携講座イメージング看護学 特任准教授)

松本 勝 (東京大学大学院医学系研究科 社会連携講座イメージング看護学 特任講師)

三浦 由佳 (東京大学大学院医学系研究科 社会連携講座イメージング看護学 特任助教)

日時：2020年2月8日(土) 10:00～12:00

会場：第6会場 (9F 908)

スケジュール

1日目 2月7日 (金)

	第1会場 1F 中ホール・大地	第2会場 6F 交流ホール	第3会場 6F 展示ギャラリー	第4会場 9F 910
8:00	8:00～8:20 ガイド委員会 (グランシップ9F 906) 8:00～8:55 JSSCR学会地方会・認定講習会連絡協議会 (第4会場9F 910) 編集委員会 (グランシップ9F 901) 災害対策委員会 (グランシップ9F 902) 広報委員会 (グランシップ9F 903) 役員・評議員選出委員会 (グランシップ9F 905) 8:00～8:50 倫理委員会 (グランシップ9F 907)			
8:30				
9:00				
9:30				
10:00				
10:30				
11:00				11:00～12:25 評議員会
11:30				
12:00				
12:30				
13:00				
13:30				
14:00		13:40～14:40 第5回ストーマ認定士 スキルアップ講座 「巨大ストーマの管理を極めよう」 ～ストーマ造設時のポイント、ケアのポイント～ 司会：三浦英一朗、石井美紀子		
14:30				
15:00				
15:30	15:00～17:00 第20回教育セミナー 「ナースだからできる 便秘マネジメント」 司会：齋藤 由香、宮本乃ぞみ 講師：味村 俊樹、西村かおる、 積 美保子、種子田美穂子			
16:00				
16:30				
17:00				
17:30				
18:00				
18:30				
19:00				

スケジュール

1日目 2月7日 (金)

	第5会場 9F 904	第6会場 9F 908	ポスター会場 1F 大ホール・海	展示会場 1F 大ホール・海	懇親会 ホテル センチュリー静岡 4F クリスタルルーム
8:00					
8:30					
9:00					
9:30					
10:00	9:00～10:55 理事会				
10:30					
11:00					
11:30					
12:00					
12:30	12:30～12:55 新理事会				
13:00					
13:30		13:00～14:00 災害対策ブロック 代表者会議	12:00～15:00 ポスター掲示		
14:00					
14:30		14:00～15:00 災害対策委員会企画 司会：臼杵 尚志、熊谷 英子		12:00～17:00 企業展示	
15:00					
15:30					
16:00			15:00～17:00 ポスター閲覧		
16:30					
17:00					
17:30					
18:00					
18:30					
19:00					18:30～20:30 懇親会

スケジュール

2日目 2月8日(土)

	第1会場 1F 中ホール・大地	第2会場 6F 交流ホール	第3会場 6F 展示ギャラリー	第4会場 9F 910	第5会場 9F 904
8:00					
8:30	8:25~8:30 開会挨拶 8:30~9:00 会長講演「原点と躍動」 司会：真田 弘美 講師：青木 和恵				
9:00					
9:30	9:05~10:35 シンポジウム1 「ストーマ装具選択基準」 標準化への挑戦 座長：舟山 裕士、大村 裕子 講師：石澤美保子、秋山結美子、 山田 陽子、熊谷 英子、 山本由利子、板橋 道朗	9:05~10:35 シンポジウム3 相互に求め合う極意 「肛門温存術とケア」 座長：前田耕太郎、田中 秀子 講師：幸田 圭史、甲田 貴丸、 赤木 由人、積 美保子、 小倉 美輪、磯上 由美	9:05~9:55 教育講演2 小児・AYA世代の排泄障害 司会：後藤 百万 講師：三井 貴彦	9:05~9:50 口演6 (06-1~06-6) Proficiency) ストーマ造設・閉鎖 座長：岡本 和哉、舛田 佳子	9:05~9:50 口演11 (011-1~011-6) Lifestyle) 日常生活と受容 座長：河合 俊乃、高橋 真紀
10:00			10:00~10:35 Mini lecture2 どうする！色素沈着 司会：船家千津子 講師：安部 正敏	9:55~10:40 口演7 (07-1~07-6) Innovation) 新型支援 座長：山口 茂樹、佐藤 文	9:55~10:40 口演12 (012-1~012-6) Practice) 形状的ストーマ合併症のケア 座長：河島 秀昭、内藤 志徳
10:30					
11:00	10:45~11:45 特別講演1 超高齢社会に向けた自立支援プロジェクト ～ゲノム・補助器具・医療・住環境～ 司会：前田耕太郎 講師：山口 建	10:50~11:30 口演1 (01-1~01-5) Palliative care) 緩和的ストーマケア 座長：池内 健二、松原 康美	11:00~11:45 口演3 (03-1~03-6) Mission) 災害・在宅ケア 座長：熊谷 英子、初山こすえ		
11:30					
12:00		11:45~12:20 Mini lecture1 ロボット支援下直腸がん手術におけるストーマ造設術 司会：赤木 由人 講師：絹笠 祐介			
12:30	12:20~13:10 ランチョンセミナー1 ストーマ患者の状況に合わせた装具選択 ～機能的な体型やニーズの変化に対応できる装具を考える～ 司会：中村 利夫 講師：河合 幸、森永 美乃 共催：ビー・プラウエースクラブ株式会社	12:35~13:25 ランチョンセミナー4 認知症に向き合うストーマケア 司会：土田 敏恵 講師：松原 康美、安藤 嘉子 共催：アルケア株式会社	12:35~13:25 ランチョンセミナー5 凹面装具を加えた装具選択標準化への取り組み ～将来的な医療環境の変化を踏まえ、シリアル化と装具を考える～ 司会：真田 弘美 講師：櫻井 和江、熊谷 英子 共催：コロプラス株式会社	12:20~13:10 ランチョンセミナー6 排尿自立指導における女性用 体外式カテーテルの役割 司会：青木 芳隆 講師：馬本 一匡、射場 朝子 共催：株式会社メディコン	
13:00					
13:30	13:30~14:00 総会				
14:00	14:00~14:50 オリンピックイヤー 記念特別企画 日本語って面白い！ 司会：西口 幸雄 講師：ダニエル・カール	14:10~14:55 ミニシンポジウム 排尿自立指導料の評価と提案 座長：谷口 珠実 講師：加瀬 昌子、櫻井三希子	14:00~14:50 教育講演3 災害時の排便問題 司会：柴崎 真澄 講師：勝沼志保里	14:10~14:55 口演8 (08-1~08-6) Physical) 装具・排便障害・化学療法 座長：味村 俊樹、片岡ひとみ	14:10~14:55 口演13 (013-1~013-6) Development) 排泄チーム アプローチ・国際支援 座長：吉川 羊子、梶西ミチコ
14:30					
15:00	15:00~16:00 特別講演2 ケアイノベーション 司会：幸田 圭史 講師：真田 弘美	15:05~15:45 口演2 (02-1~02-5) Mission) 高齢者のセルフケア 座長：高波真佐治、南 由起子	15:00~15:45 口演4 (04-1~04-6) Brush Up) 研修・講習会システム 座長：渡邊 成、宇野 光子	15:05~15:50 口演9 (09-1~09-6) Cure) 治療的ストーマケア 座長：塚田 邦夫、土田 敏恵	
15:30					
16:00					
16:30	16:10~17:40 シンポジウム2 腹腔鏡が拓く 「ストーマ新時代」 座長：板橋 道朗、佐藤 文 講師：佐藤 武郎、大塚 幸喜、 稲田 浩美、松永 希、 宮垣 真理	16:10~17:00 教育講演1 がん終末期の瘻孔ケア 司会：前川 厚子 講師：江川安紀子	16:00~16:45 口演5 (05-1~05-6) Challenge) 特殊な条件を 持つ患者のケア 座長：山本由利子、安田 智美	16:00~16:45 口演10 (010-1~010-6) Innovation) 技術革新 座長：藤本由美子、渡辺 光子	
17:00					
17:30					
17:40~17:50	閉会式・表彰式				
18:00					
18:30					
19:00					

スケジュール

2日目 2月8日 (土)

	第6会場 9F 908	第7会場 10F 1001	第8会場 11F 会議ホール・風	ポスター会場 1F 大ホール・海	展示会場 1F 大ホール・海
8:00					
8:30					
9:00					
9:30		9:05~9:45 口演 14 (O14-1~O14-5) Challenge) 手術的合併症対策 座長: 山名 哲郎、松岡 美木	9:05~10:35 シンポジウム4 「超高齢社会の排尿障害」 最前線 座長: 鈴木 基文、西村かおる 講師: 野奇 修平、渡邊 基子、窪田 里美、鈴木 基文	9:00~9:30 ポスター閲覧	
10:00		9:55~10:45 口演 15 (O15-1~O15-6) Growth phase) 小児・AYA 世代 座長: 井川 靖彦、石川真理子		9:30~12:00 ポスター発表	
10:30	10:00~12:00 ハンズオンセミナー 排泄ケアが変わる! エコーを用いた第6の フィジカルアセスメント (可視化) 講師: 玉井 奈緒、松本 勝、 三浦 由佳 共催: 富士フィルムメディカル 株式会社				
11:00					
11:30					
12:00					
12:30					
13:00		12:40~13:30 ランチョンセミナー 3 今、立ち止まって考える。ストーマ装設後の多様な道すじ ~新感覚の凸型形状面版が、退院後も大きく変える!~ 司会: 石澤美保子 講師: 帯刀 朋代 共催: コンパテックジャパン株式会社	12:40~13:30 ランチョンセミナー2 治療の継続とより良い生活の両立を目指して ~しよがしいて誰か! 皮膚障害に立ち向かうための実践講座~ 司会: 糸川 紅子 講師: 清原 祥夫 共催: 株式会社ホリスター	12:00~14:00 ポスター閲覧	9:00~16:30 企業展示
13:30					
14:00					
14:30		14:05~14:45 口演 16 (O16-1~O16-5) Challenge) 瘻孔・カテーテル 座長: 江川安紀子、山田 陽子	14:00~14:50 教育講演 4 皮膚科医が診るストーマ 周囲皮膚障害 司会: 中村 利夫 講師: 清原 祥夫	14:00~16:00 ポスター発表	
15:00					
15:30		15:05~15:50 口演 17 (O17-1~O17-6) Technology) 腹腔鏡・ロボット支援手術 座長: 金光 幸秀、石澤美保子			
16:00					
16:30		16:05~16:40 Mini lecture3 感染尿の正体 司会: 上川 慎則 講師: 仲島 義治	16:10~17:40 シンポジウム 5 生涯がん治療のための 「ストーマ戦略」 座長: 安藤 嘉子、福永 睦 講師: 井上 透、津村 剛彦、 森岡 直子、宮前 奈央	16:00~17:00 ポスター撤去	
17:00					
17:30					
18:00					
18:30			7:00~8:00 保険委員会 (ホテルセンチュリー静岡 4F フリージア) プロジェクト企画委員会 (ホテルセンチュリー静岡 4F アイリス) 12:00~13:30 JOA 顧問医会 (グランシップ 9F 901) 18:00~19:00 地方会委員会・講習会委員会 (グランシップ 9F 901)		
19:00					

スケジュール (ポスター)

ポスター会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」大ホール・海 1F

1日目 2月7日 (金)

12:00～15:00	ポスター掲示
15:00～17:00	ポスター閲覧

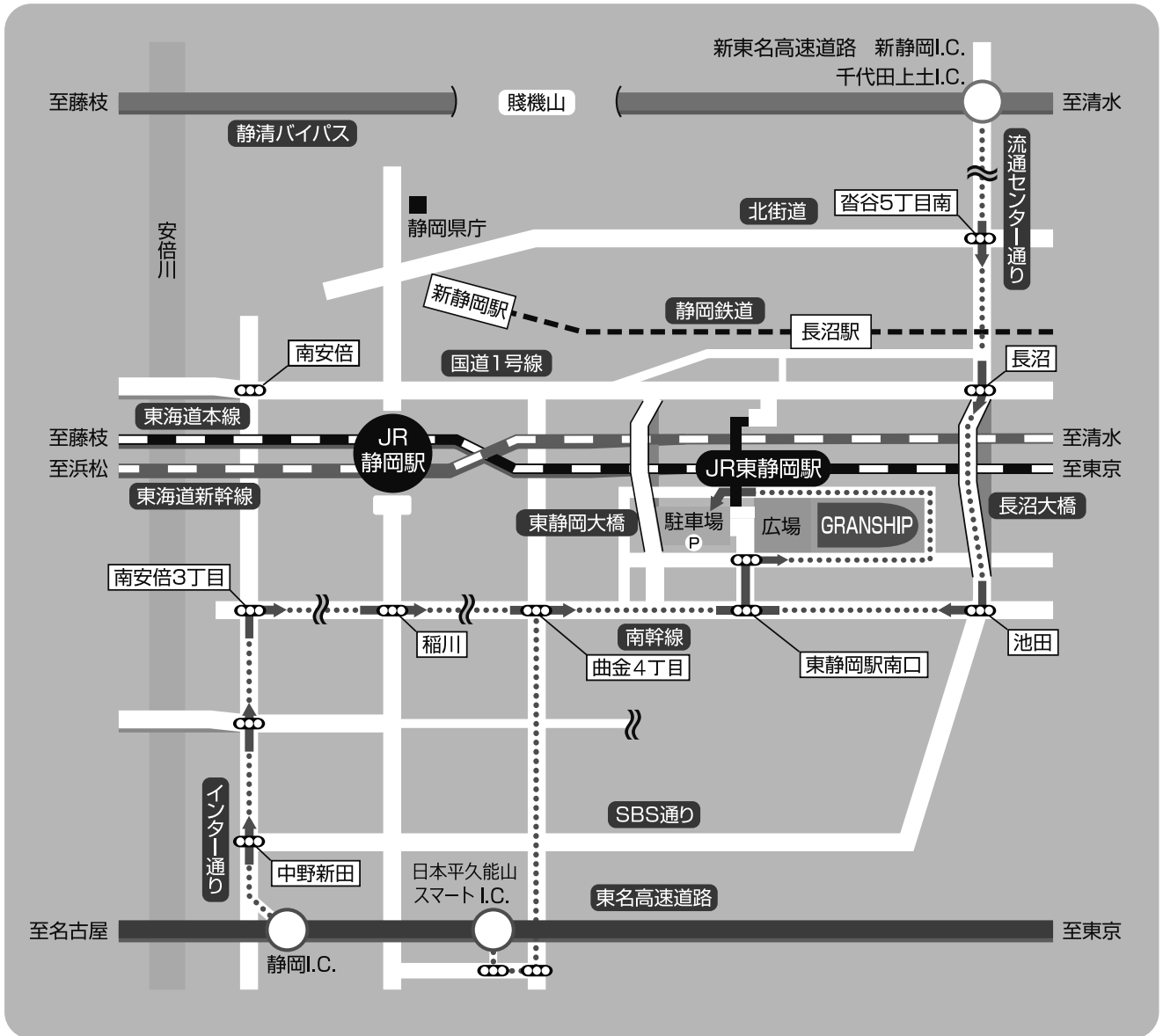
2日目 2月8日 (土)

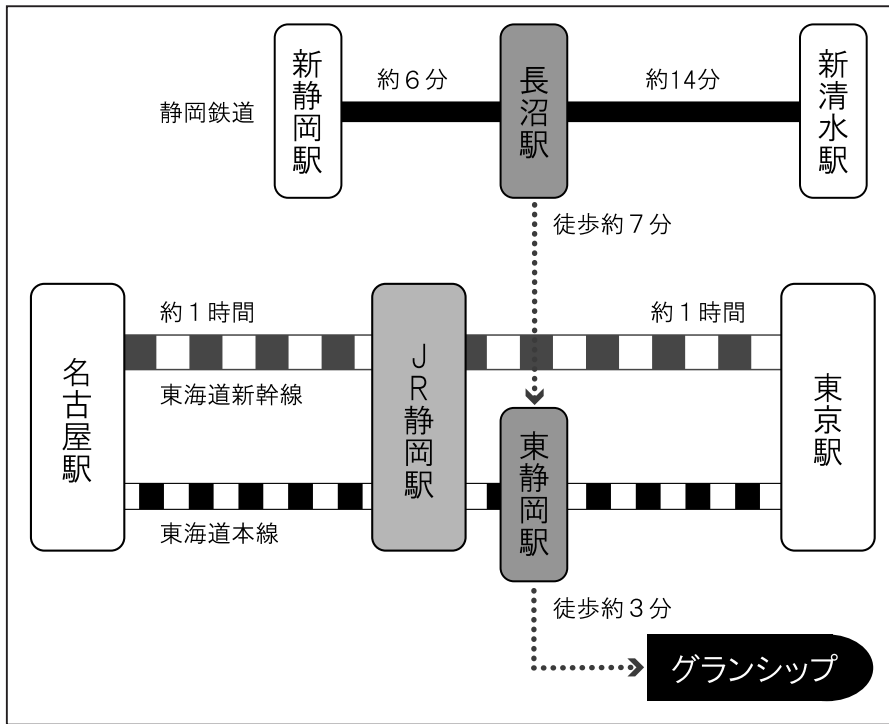
9:00～9:30	ポスター閲覧		
9:30～12:00	ポスター発表		
	タイトル	プログラム番号	座長
9:30～10:00 ポスター 1	Challenge) マーキング・ハイリスク患者のストーマ造設	P1-1～P1-5	大塚 幸喜 石井美紀子
10:00～10:30 ポスター 2	Challenge) 特殊な条件を持つ患者のケア	P2-1～P2-6	宮本 和俊 堀内美喜子
10:30～11:00 ポスター 3	Self-care) セルフケアシステム I	P3-1～P3-6	大桑麻由美 木元千奈美
10:30～11:00 ポスター 4	Self-care) セルフケアシステム II	P4-1～P4-6	小玉 光子 齋藤 由香
11:00～11:30 ポスター 5	Brush Up) 医療者教育	P5-1～P5-6	花田 正子 工藤 礼子
11:30～12:00 ポスター 6	Development) 多職種チームアプローチ	P6-1～P6-6	大西 直 小林由加子

12:00～14:00	ポスター閲覧		
14:00～16:00	ポスター発表		
	タイトル	プログラム番号	座長
14:00～14:30 ポスター 7	Process model) 高齢者・在宅療養支援モデル	P7-1～P7-6	加藤 昌子 谷口 貴子
14:30～15:00 ポスター 8	Proficiency) 洗腸法の活用・ストーマ閉鎖術	P8-1～P8-6	升森 宏次 尾崎麻依子
15:00～15:30 ポスター 9	Focus) ストーマ閉鎖	P9-1～P9-5	古畑 智久 宮本乃ぞみ
15:00～15:30 ポスター 10	Focus) ストーマ近接部問題	P10-1～P10-5	前田 清 政田 美喜
15:30～16:00 ポスター 11	Medical) 医学的ストーマトラブル	P11-1～P11-5	石田 秀行 奈木志津子

16:00～17:00	ポスター撤去
-------------	--------

会場周辺地図・交通案内





■ JRでお越しの場合



東海道新幹線（ひかり） 東京から1時間／新大阪から2時間、静岡駅下車
 ↓
 東海道本線 上り方面に乗換、東静岡駅まで約3分
 ↓
 東静岡駅南口からメインエントランスまで徒歩約3分

■ 静鉄でお越しの場合

■ 静岡鉄道

新静岡駅から6分／新清水駅から14分、長沼駅下車
 ↓
 JR 東静岡駅コンコース通過、南口出口まで徒歩約7分
 ↓
 メインエントランスまで徒歩約3分

■ 静鉄バス（日本平線、県立美術館線）

静岡駅前（11番乗り場）から約10分
 ↓
 東静岡駅南口下車、メインエントランスまで徒歩約3分

■ お車でお越しの場合

東名高速道路 静岡 I.C. から6km、車で約20分／日本平久能山スマート I.C. から4km、車で約10分
 新東名高速道路 新静岡 I.C. から9km、車で約15分
 静清バイパス 千代田上土 I.C. から4km、車で約10分

※駐車場はございますが、催事によって満車となる場合がございますので、公共交通機関のご利用にご協力をお願い致します。

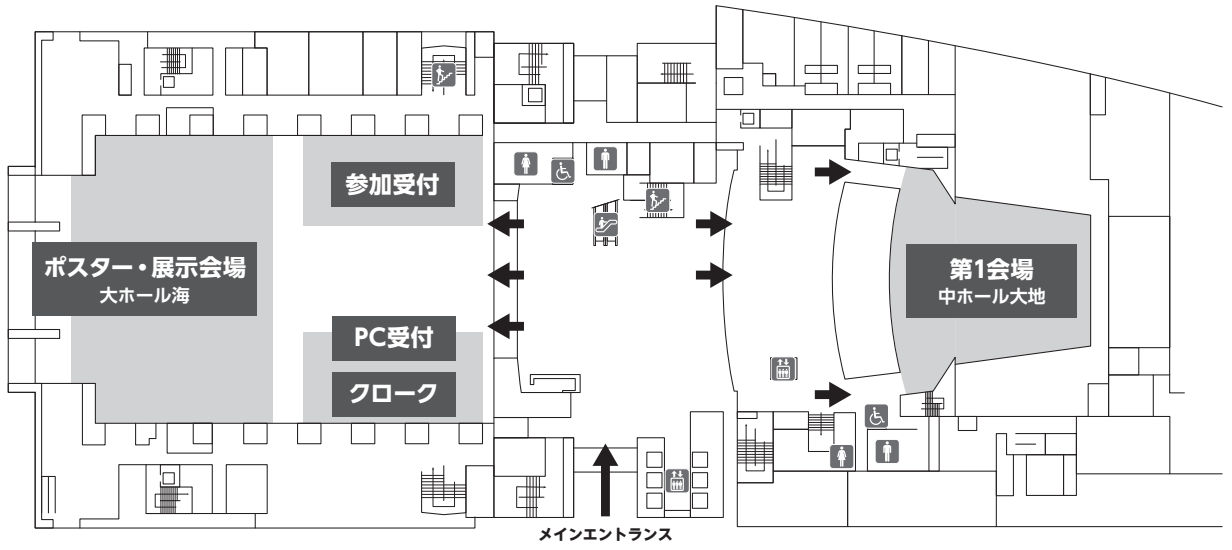
■ 富士山静岡空港をご利用の場合



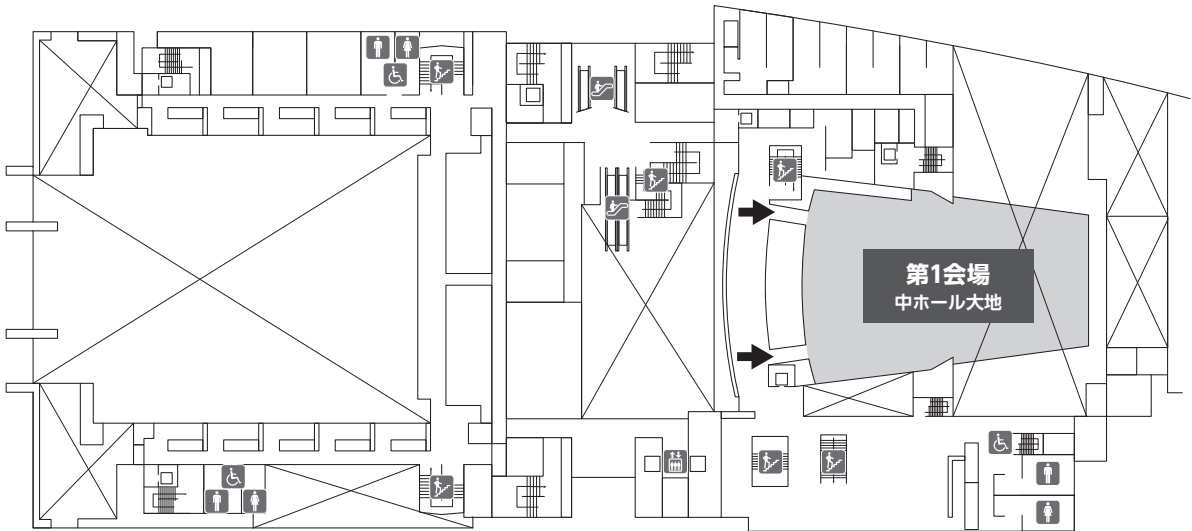
静鉄バス（静岡エアポートライナー） 富士山静岡空港から静岡駅まで約55分
 ↓
 東海道本線 上り方面に乗換、東静岡駅まで約3分

施設案内図・静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」

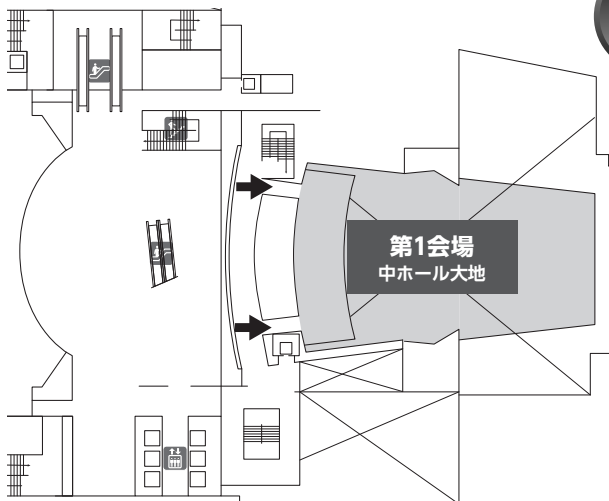
1F



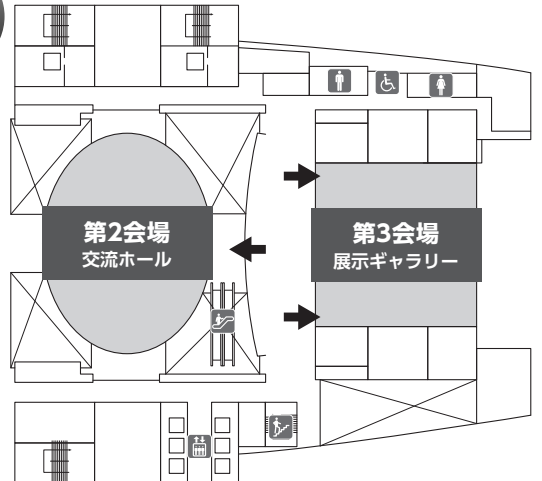
2F

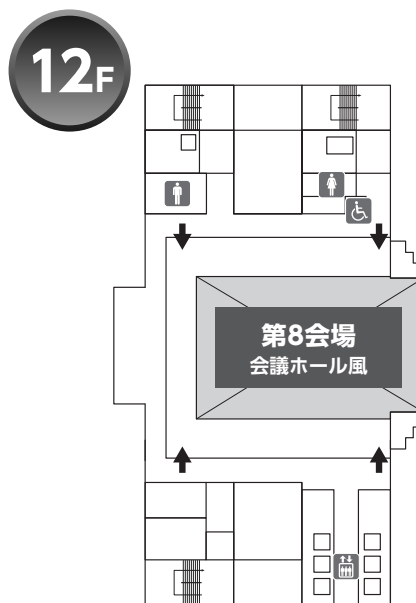
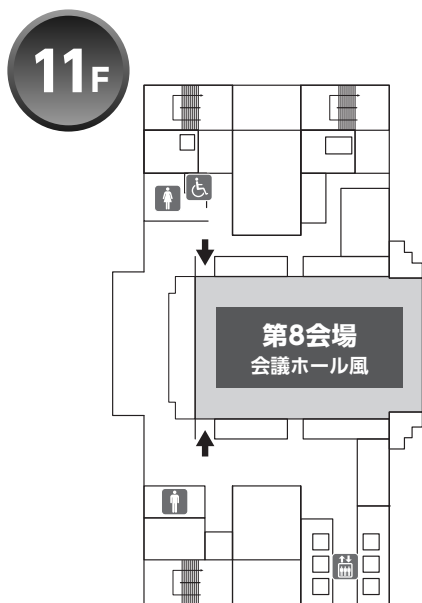
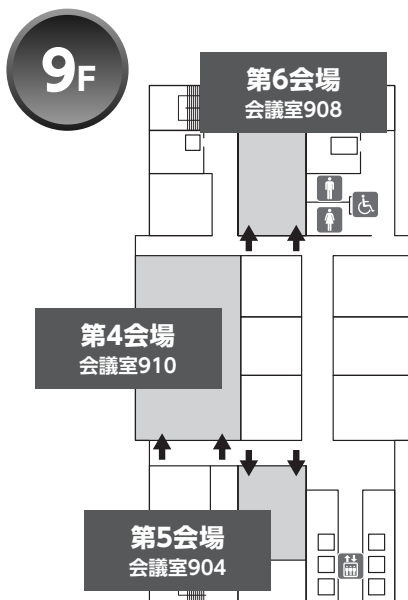


3F



6F





参加者へのご案内

参加される方へ

1. 総会受付日時：2月7日（金）11：00～17：00
2月8日（土）8：00～17：00

総合受付場所：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」大ホール・海

2. 学会参加費

	事前参加登録	当日参加登録
会 員	¥9,000	¥10,000
非 会 員	¥10,000	¥11,000
学 生	無 料	
懇親会費	¥3,000	

事前登録者には、ネームカードを送付いたします。当日必ずお持ちください。

会員の方には、事前参加登録の有無に関わらず、事前に抄録集を送付いたします。

非会員および追加購入をご希望の方は、総会当日に1冊2,000円で販売いたします。

学生のカテゴリー（参加費：無料/抄録集別）は学部学生に限ります。認定看護師は含みません。

※学生カテゴリーでの参加を希望される方は受付の際、必ず証明書をご提示ください。

3. ネームカードには所属と氏名を記入し、会場内では必ずご着用ください。
4. 会員懇親会に参加希望の方は、事前に学会参加登録と合わせてお申込みいただくか、当日総合受付にて、参加費をお支払いの上、お申込みください。

日時：2月7日（金）18：30～20：30

会場：ホテルセンチュリー静岡 4階 「クリスタルルーム」

参加費：3,000円※定員に達した場合申込を締め切る場合がございます

5. JSSCRへの学会参加・発表および学会誌への論文掲載で、以下の学会の資格・単位が修得できます。

学会	資格	単位	内容
日本外科学会	専門医資格認定医単位	10単位	学会発表、論文掲載、いずれも筆頭
	専門医更新資格単位	なし	
	指導医認定、更新資格単位	なし	
日本泌尿器科学会	専門医認定、更新資格単位	3単位	学会参加
		5単位	泌尿器科関連発表 筆頭
		1単位	泌尿器科関連発表 共同
	指導医認定、資格単位	1件	発表業績
日本大腸肛門病学会	専門医認定、更新資格認定		単位制で無い 発表、参加回数としてカウント
	専門医認定、更新資格認定	3単位	学会発表
		5単位	学会発表 筆頭
		1単位	学会発表 共同
日本性機能学会	専門医認定、更新資格単位	2単位	学会参加
		5単位	性機能障害関連学会発表 筆頭
		2単位	性機能障害関連学会発表 共同
		5単位	性機能障害関連論文掲載 筆頭
		2単位	性機能障害関連論文掲載 共同
公益社団法人 日本看護協会	皮膚・排泄ケア認定、更新資格認定 看護師認定 更新資格単位	3点	学会参加により申請可能
		10点	学会発表 筆頭により申請可能
		5点	学会発表 共同により申請可能
		10点	論文掲載 筆頭により申請可能
		5点	論文掲載 共同により申請可能

6. 抄録集は、当日ご持参ください。当日購入の方は、1冊 2,000 円で販売します。
7. クローク：静岡コンベンションアーツセンター「グランシップ」1F 大ホール・海をご利用下さい。
8. 本会では、会場内の発表者や学会事務局の許可がない撮影や録音行為を禁止いたします。ご理解、ご協力をお願いいたします。
9. 当会ではランチョンセミナーは事前登録制となっております。
事前登録されていない方におきましては、下記の通りご案内いたします。
■会場に残席がある限り、当日整理券を発券いたします。
(2月7日(金) 11:00 より受付付近で配付いたします)
■事前登録の予約券は、それぞれの会場のセミナー開始時刻に失効いたします。ランチョンセミナー会場前でキャンセル待ちを受け付け、セミナー開始時点で先着順でお弁当をお渡しいたします。
10. 託児室のご利用は事前にお申込みされた方のみご利用になれます。

発表者へのご案内

1. 発表時間：一般演題 口演 発表5分 討論2分
一般演題 ポスター 発表3分 討論2分
2. 抄録掲載の施設名および抄録本文等は、演題登録時にご登録いただいた内容で表記しております。
3. 口演およびポスター発表の筆頭著者および共著者は、発表スライドまたはポスター内において発表内容に関連した利益相反（COI）の有無を記載し、有りの場合にはその詳細を開示して下さい。

<スライドサンプル>

重要：スライドのトップページに該当項目をコピー・貼り付けてください。

該
当
の
い
ず
れ
か

■COI開示（なし）
演題発表に関連し、開示すべきCOI状態はありません。

■COI開示（あり）

利益相反種類	有・無	企業など（有の場合）
① 役職・顧問職	有・無	
② 株保有・利益	有・無	
③ 特許権使用料	有・無	
④ 講演料など	有・無	
⑤ 原稿料	有・無	
⑥ 研究費	有・無	
⑦ 奨学寄付金・寄付講座	有・無	
⑧ その他報酬	有・無	

全
演
題

■倫理的配慮
各演題の内容に沿った文言を記載してください。

<ポスターでの記載例>

発表内容に関連し、開示すべきCOI状態はありません。

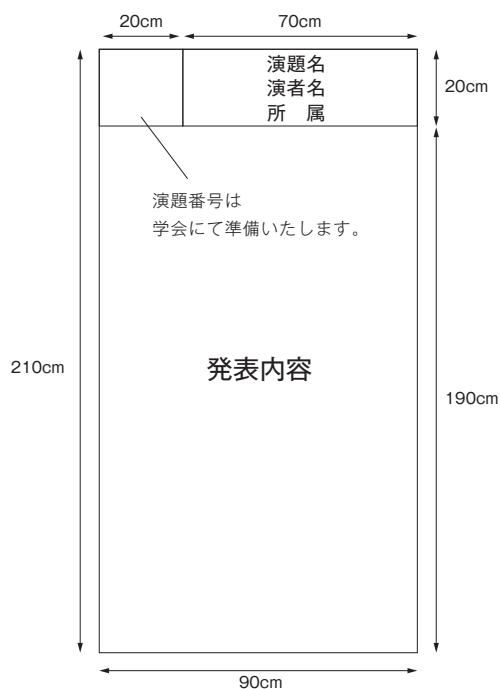
【口演】

1. 発表の30分前までに、PCセンターで受付、試写をお済ませください。
8日午前中の発表の方は前日（7日）の受付をおすすめいたします。
PC受付日時：2月7日（金）11：00～17：00
2月8日（土）8：00～17：00
場所：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」大ホール・海
2. 発表はPCプレゼンテーションのみです。

3. 発表データをUSBまたはCDへ保存した後、事前に別のパソコンにコピーして正常に動作することをご確認ください。
受付されたデータはサーバーへ登録させていただき、USB・CDはその場で返却いたします。
PC内にコピーした発表データは、発表終了後運営事務局で責任を持って削除いたします。
4. 発表前のファイル名は「演題番号+氏名」としてください。
(例：S-1_山田太郎.ppt、O-1_山田花子.ppt)
USBメモリまたはCDには発表データのみを保存してご持参ください。
5. 事務局で用意するパソコンのOSは、Windows10です。
プレゼンテーションソフトは、Microsoft PowerPoint 2007/2010/2016 をご用意します。
他のWindowsのバージョンやMacintoshで作成された場合は、必ず上記環境で動作確認済のデータをお持ちください。
6. 動画や音声をご使用になる場合はPCセンターにて必ずお知らせください。PowerPoint上で動画を使用する場合は、Windows Media Player (Ver.10以降) で動作する形式にて作成し、PowerPointに貼り付けしてください。動画データは、PowerPointのデータと共に、同一のフォルダ内に保存の上ご持参ください。動画再生に不安のある方は、念のためご自身のPCをご持参いただくことをお勧めいたします。
7. 文字フォントはOSに設定されている標準的なフォントをご使用ください。
特殊なフォントの場合、表示のずれ、文字化けが生じることがありますのでご注意ください。
[推奨フォント] 日本語：MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝
英 語：Arial、Times New Roman
8. お持ち込みデータによるウイルス感染の事例がありますので、最新のウイルス駆除ソフトでチェックを行ってください。
9. ご発表にご自身のPCを使用する、またはMacintoshをご使用の方へ
Macintoshをご使用の場合にはご自身のパソコンをご持参ください。画像の解像度はXGA (1024 × 768、60Hz) です。このサイズより大きい場合、スライドの周囲が切れたり、映らない場合がありますので、そのサイズ以外の解像度の使用はお控えください。
お持ちいただくパソコンの機種、OS及びアプリケーションソフトの種類は問いません。
会場のプロジェクターへは一般的な外部出力端子 (D-sub15 ピン) での接続となります。Macintoshや小型パソコンではRGB変換コネクタを必要とする機種がありますので、D-sub15 ピンへの変換コネクタを忘れずにご持参ください。ACアダプターも必ずご持参ください。念のためUSBメモリにてバックアップデータをご持参ください。
動画は可能ですが、本体の液晶画面に動画が表示されてもPCの外部出力に接続した画面には表示されない場合があります。必ずPCセンターにお立ち寄り頂き、実際に使用するPCの外部出力にモニターを接続してご確認ください。
スクリーンセーバーならびに省電力設定・パスワード設定は事前に解除しておいてください。
PCセンターで動作確認を済まされたPCは、発表 20 分前までに、発表会場の左手前方のPCオペレーター席までご自身でお持ちください。
発表終了後、オペレーター席でPCを返却いたしますので、忘れずにお受け取りください。

【ポスター】

1. ポスターは下記時間内に貼付してください。
2月7日（金）12：00～15：00
貼付用の画鋏は会場に用意いたします。
2. ポスターパネルは、右図の要領でご用意いたします。
演題名・演者名・所属は横70cm×縦20cmの枠内でご用意ください。
発表内容は横90cm×縦190cmの枠内でご用意ください。
演題番号は事務局で用意します。
3. 掲示したポスターは2月8日（土）16：00～17：00の間に撤去してください。
撤去時間を過ぎても掲示してあるポスターは、事務局で処分しますので予めご了承ください。



司会・座長の先生方へのご案内

1. 口演セッションの司会・座長の方は、セッション開始予定時刻の15分前に次座長席に、ご着席ください。
2. ポスターセッションの座長の方は、ポスター受付にて座長用リボンをお受け取りください。
3. 時間厳守での進行にご協力をお願いします。

討論者の方へ

近くのフロアマイクをご利用ください。最初に所属、氏名を述べ、座長の指示に従って、簡潔な討論をお願い致します。

会場の呼び出しについて

会場内の呼び出しはいたしません。会員連絡板を総合案内付近にご用意いたしますのでご利用ください。

会長賞

学会誌に掲載させていただきます。(掲載費用は学会総会で助成します。)

受賞者へは表彰状を後日お送りいたします。

共催企業一覧 (50音順)

アルケア株式会社
コロプラスト株式会社
コンバテック ジャパン株式会社
ビー・ブラウンエースクラップ株式会社

富士フィルムメディカル株式会社
株式会社ホリスター
株式会社メディコン

(令和元年12月16日現在)

企業展示出展社一覧 (50音順)

アルケア株式会社
イーキンジャパン株式会社
株式会社いわさき
花王プロフェッショナル・サービス株式会社
株式会社 ガリバー
株式会社共和
株式会社クマノミ出版
ケーシーアイ株式会社
コロプラスト株式会社
コンバテックジャパン株式会社
ジャパンエアマット株式会社
スリーエムジャパン株式会社
認定 NPO 法人 世界の医療団
セーレン株式会社
ソルブ株式会社
東洋羽毛東海販売株式会社
株式会社ニシウラ
ニチバン株式会社
株式会社ニッケテキスタイル

株式会社ニトムズ
ピースケア株式会社
株式会社 VIP グローバル
ビー・ブラウンエースクラップ株式会社
公益財団法人ふじのくに医療城下町推進機構 ファルマバレーセンター
富士フィルムメディカル株式会社
株式会社ベータル・プラス
株式会社ホリスター
株式会社ホリスター ダンサック
株式会社マリンナノファイバー
丸善雄松堂株式会社
株式会社ミムロ
村中医療機器株式会社
持田ヘルスケア株式会社
ユニ・チャームメンリッケ株式会社
株式会社吉見書店
株式会社リリアム大塚

(令和元年12月16日現在)

広告協賛会社一覧 (50音順)

アステラス製薬株式会社
アルケア株式会社
MSD 株式会社
株式会社大塚製薬工場
小野薬品工業株式会社
協和医科器械株式会社
コロプラスト株式会社
サンスター株式会社

ジャパンエアマット株式会社
大鵬薬品工業株式会社
中外製薬株式会社
株式会社ツムラ
株式会社ホリスター
株式会社ホリスター ダンサック

(令和元年12月16日現在)

寄付企業・団体一覧

株式会社大塚製薬工場
東京オストミーセンター

株式会社ツムラ

(令和元年12月16日現在)



jsscr

会場別プログラム

第1会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」1F	中ホール・大地	……31
第2会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」6F	交流ホール	……34
第3会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」6F	展示ギャラリー	……37
第4会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」9F	910	……39
第5会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」9F	904	……42
第6会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」9F	908	……44
第7会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」10F	1001	……45
第8会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」11F	会議ホール・風	……47
ポスター会場：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」1F	大ホール・海	……49

2月7日 (金)

15:00～17:00

p61

第20回教育セミナー

座長：齋藤 由香 (浅間南麓こもろ医療センター 看護部)

ナースだからできる便秘マネジメント

宮本乃ぞみ (東京逓信病院 看護部)

慢性便秘症の定義・分類・診断・治療 — 慢性便秘症診療ガイドラインに基づいて—

味村 俊樹 (自治医科大学 消化器一般移植外科)

便秘のアセスメントと対策

西村かおる (NPO 法人日本コンチネンス協会 / コンチネンスジャパン株式会社)

4.症例提示

積 美保子 (JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部)

在宅での要介護高齢者の事例を考える

種子田美穂子 (大牟田市保健福祉部 健康福祉推進室 福祉課)

第1会場：1F 中ホール・大地

2月8日(土)

8:30～9:00

p57

会長講演
原点と躍動

司会：真田 弘美 (東京大学大学院医学系研究科 健康科学・
看護学専攻 老年看護学 / 創傷看護学分野
/ グローバルナースングリサーチセンター)

会長講演『原点と躍動』

青木 和恵 (静岡県立大学 看護学部 成人看護学)

9:05～10:35

p75

シンポジウム 1
「ストーマ装具選択基準」標準化への挑戦

座長：舟山 裕士 (仙台赤十字病院)
大村 裕子 (東京オストミーセンター)

SY1-1 ストーマ装具選択基準を用いた研究の文献レビュー

石澤美保子 (奈良県立医科大学 医学部 看護学科)

SY1-2 ストーマ装具の分類と評価

秋山結美子 (慶應義塾大学病院 看護部)

SY1-3 術後ストーマ状況の変化に対応する装具選択の検討

山田 陽子 (産業医科大学病院 看護部)

SY1-4 ストーマ装具選択基準を用いたストーマ装具選択の実際

熊谷 英子 (医療法人豊生会 むらた日帰り外科手術・WOCクリニック)

SY1-5 ストーマ装具選択基準の問題点—地域ストーマリハビリテーション講習会で利用して—

山本由利子 (高松赤十字病院 看護部)

SY1-6 装具選択の標準化に何か必要か 造設する側として

板橋 道朗 (東京女子医科大学 消化器・一般外科)

10:45～11:45

p69

特別講演 1
超高齢社会に向けた自立支援プロジェクト
～ゲノム・補助器具・医療・住環境～

司会：前田耕太郎 (藤田医科大学病院 国際医療センター)

超高齢社会に向けた自立支援プロジェクト～ゲノム・補助器具・医療・住環境～

山口 建 (静岡県立静岡がんセンター)

12:20～13:10

p141

ランチョンセミナー 1
ストーマ患者の状況に合わせた装具選択
～経時的な体型やニーズの変化に対応できる装具を考える～
(共催：ビー・ブラウンエースクラップ株式会社)

司会：中村 利夫 (藤枝市立総合病院 院長)

河合 幸 (静岡済生会総合病院 看護師長 皮膚・排泄ケア認定看護師)

森永 美乃 (藤枝市立総合病院 看護部 主任 / 褥瘡管理室 皮膚・排泄ケア認定看護師)

14:00～14:50

p137

オリンピック・パラリンピックイヤー記念特別企画 司会：西口 幸雄（大阪市立十三市民病院）
日本語って面白い！

日本語って面白い！

ダニエル・カール

15:00～16:00

p71

特別講演 2 司会：幸田 圭史（帝京大学ちば総合医療センター 外科）
ケアイノベーション

ケアイノベーションを起こす

真田 弘美（東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻老年看護学 / 創傷看護学分野 / グローバルナーシングリサーチセンター）

16:10～17:40

p83

シンポジウム 2 座長：板橋 道朗（東京女子医科大学 消化器・一般外科）
腹腔鏡が拓く「ストーマ新時代」 佐藤 文（福井県立大学 看護福祉学部）

SY2-1 腹腔鏡下時代におけるStoma造設のトレンド

佐藤 武郎（北里大学病院 下部消化管外科学）

SY2-2 人工肛門造設予定患者に対する腹腔鏡手術の実際

大塚 幸喜（岩手医科大学附属病院 外科）

SY2-3 腹腔鏡下ストーマ造設術により入院期間が短縮となった患者をどのように支えるか

稲田 浩美（日本医科大学付属病院 看護部）

SY2-4 一般病院における腹腔鏡下ストーマ造設術後ケアの実際
～最小限の侵襲で最大限の効果を得るために～

松永 希（独立行政法人労働者健康安全機構 香川労災病院）

SY2-5 訪問看護でのオストメイトケアの実際と課題

宮垣 真理（社会医療法人仙養会 北摂総合病院 訪問看護ステーション）

第2会場：6F 交流ホール

2月7日（金）

13:40～14:40

p182

第5回ストーマ認定士スキルアップ講座

司会：三浦英一郎（社会福祉法人神奈川県総合リハビリテーション事業団 神奈川リハビリテーション病院）
石井美紀子（福岡赤十字病院 看護部 専門外来）**ストーマ認定士とは**

西口 幸雄（大阪市立十三市民病院 外科）

巨大ストーマはこうやれば回避できる

野澤慶次郎（帝京大学医学部附属病院 外科）

巨大ストーマでも管理できるコツを伝授！

下畑 由美（独立行政法人 労働者健康安全機構 九州労災病院 地域医療連携室）

質疑応答**閉会の挨拶**

三浦英一郎（社会福祉法人神奈川県総合リハビリテーション事業団 神奈川リハビリテーション病院）

2月8日 (土)

9:05 ~ 10:35

p90

シンポジウム 3

座長：前田耕太郎 (藤田医科大学病院 国際医療センター)

相互に求め合う極意「肛門温存術とケア」

田中 秀子 (淑徳大学)

SY3-1 直腸癌に対する肛門温存手術後にみられる排便障害の実態と対応

幸田 圭史 (帝京大学ちば総合医療センター 外科)

SY3-2 括約筋温存術の術後排便障害の現状と当院のチームによるケアの取り組み

甲田 貴丸 (東邦大学医療センター大森病院 消化器センター外科)

SY3-3 括約筋間直腸切除術と術後の排便障害

赤木 由人 (久留米大学 医学部 外科学講座)

SY3-4 直腸癌に対する低位前方切除術後の排便状況の実態調査

積 美保子 (JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部)

SY3-5 当院における肛門温存術後の排便障害の現状と課題

小倉 美輪 (医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 看護部)

SY3-6 直腸癌術後排便機能障害に対する取り組みーバイオフィードバック療法を含めたトータルケアー

磯上 由美 (医療法人社団康喜会 辻仲病院柏の葉)

10:50 ~ 11:30

p189

口演 1

座長：池内 健二 (町田市民病院 外科)

Palliative care) 緩和的ストーマケア

松原 康美 (北里大学 看護学部)

O1-1 がん終末期ストーマ造設患者の痛みを考慮し装具選択した一症例

宮崎 操 (飯塚病院)

O1-2 緩和ストーマ造設後の装具交換自立がスピリチュアルペインの改善に貢献した症例

佐藤 静恵 (みやぎ県南中核病院 看護部)

O1-3 終末期における小腸瘻のセルフケアと在宅療養に向けた関わり

～病みの軌跡モデルを用いた考察～

吉田 寿恵 (王子総合病院 看護部)

O1-4 ストーマ近傍に腹膜がんが再発した終末期がん患者のストーマケア支援

尾崎麻依子 (帝京大学医学部附属病院 看護部)

O1-5 緩和造設されたストーマ管理における問題点の検討

本田 優子 (大阪市立総合医療センター)

11:45 ~ 12:20

p129

Mini lecture1

司会：赤木 由人 (久留米大学 医学部 外科学講座)

ロボット支援下直腸がん手術におけるストーマ造設術

ロボット支援下直腸がん手術におけるストーマ造設術

網笠 祐介 (東京医科歯科大学 消化管外科学分野)

第2会場：6F 交流ホール

12:35～13:25

p155

ランチョンセミナー 4

司会：土田 敏恵（兵庫医療大学 看護学部 看護学科 学部長・教授）

認知症に向き合うストーマケア
（共催：アルケア株式会社）

認知症のストーマ保有者への理解を深めよう

～認知症に伴う症状と生活への影響～

松原 康美（北里大学 看護学部 臨床看護学 准教授）

認知症の症状に応じたストーマ装具選択

安藤 嘉子（大阪赤十字病院 看護部 看護師長）

14:10～14:55

p113

ミニシンポジウム

座長：谷口 珠実（山梨大学大学院総合研究部医学域 健康・生活支援看護学講座）

排尿自立指導料の評価と提案

MS1-1 排尿自立指導料の効果と見えてきた課題

加瀬 昌子（総合病院国保旭中央病院）

MS1-2 排尿自立指導を外来継続する提案～前立腺癌術後の患者指導からの示唆～

櫻井三希子（山梨大学大学院 医工農学総合教育部修士課程看護学専攻（排泄看護学））

15:05～15:45

p192

口演 2

座長：高波眞佐治（介護老人保健施設 ユーカリ優都苑）

Mission) 高齢者のセルフケア

南 由起子（住宅型有料老人ホーム：自立型 サンシティ 横浜南）

○2-1 高齢ストーマ保有者の認知機能低下に伴うストーマケア能力の変化への対応

森永 美乃（藤枝市立総合病院 看護部）

○2-2 高齢のストーマ造設予定者に対して入院前から訪問看護導入を検討し、

不安なく在宅へ早期退院できた事例

岡崎芙美子（大阪赤十字病院）

○2-3 洗腸から装具変更を行った高齢ストーマ保有患者の多職種による退院支援

松本 鮎美（東京蒲田病院）

○2-4 ストーマ造設予定の独居高齢者に対し入院準備センターとの連携で早期退院調整が

可能であった症例

長 舞衣（国立がん研究センター東病院 看護部）

○2-5 排尿自立度が向上した脳卒中患者の一事例

～排尿ケアチームと病棟看護師の連携によるチームアプローチ～

田畑 聡美（済生会松阪総合病院）

16:10～17:00

p119

教育講演 1

司会：前川 厚子（名古屋大学）

がん終末期の瘻孔ケア

がん終末期の瘻孔ケア –皮膚・排泄ケア認定看護師として向き合う瘻孔ケア–

江川安紀子（東京慈恵会医科大学附属第三病院）

2月8日 (土)

9:05 ~ 9:55

p121

教育講演 2

司会：後藤 百万 (名古屋大学大学院医学系研究科 泌尿器科学)

小児・AYA世代の排泄障害

小児・AYA世代の排泄障害

三井 貴彦 (山梨大学大学院総合研究部 泌尿器科学講座)

10:00 ~ 10:35

p131

Mini lecture2

司会：紺家千津子 (石川県立看護大学 看護学部)

どうする！色素沈着

“色素沈着”って何色？

安部 正敏 (医療法人社団廣仁会 札幌皮膚科クリニック)

11:00 ~ 11:45

p195

口演 3

座長：熊谷 英子 (医療法人豊生会 むらた日帰り外科手術・WOC クリニック)

Mission) 災害・在宅ケア

初山こずえ (大宮胃腸内科クリニック WOC 外来)

O3-1 ストーマ保有者の災害対策に関する調査

中田 真央 (近江八幡市立総合医療センター)

O3-2 大規模災害における甲信地区のオストメイトへの支援体制 -市町村の現状-

近藤 恵子 (長野県看護大学 基礎看護学講座)

O3-3 オストメイト支援アプリ「熊本モデル」の進捗報告

福永 光子 (大腸肛門病センター高野病院 外科)

O3-4 地域のリソースとしての認定看護師の活動

大山 瞳 (株式会社日立製作所ひたちなか総合病院)

O3-5 在宅ストーマケアのサポートの現状

桑野 初子 (社会医療法人社団高野会くるめ病院)

O3-6 在宅看護師が持つ在宅ストーマケアの課題

柴崎 真澄 (東北ストーマリハビリテーション講習会)

12:35 ~ 13:25

p161

ランチョンセミナー 5

司会：真田 弘美 (東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学 / 創傷看護学分野 教授 / グローバルナースングリサーチセンターセンター長)

凹面装具を加えた装具選択標準化への取り組み ~将来的な医療環境の変化を見据え、シンプルな選択と変更を考える~ (共催:コロプラスト株式会社)

装具の多様化と共に考えるシンプルな装具選択と変更の臨床事例

櫻井 和江 (地方独立行政法人静岡県立病院機構 静岡県立総合病院 医療安全部 看護師長 皮膚・排泄ケア認定看護師)

凹面装具を加えた在宅における装具選択

熊谷 英子 (医療法人豊生会 むらた日帰り外科手術・WOC クリニック 統括看護部長 皮膚・排泄ケア認定看護師)

第3会場：6F 展示ギャラリー

14:00～14:50

p123

教育講演 3

司会：柴崎 真澄（サンセイ医機株式会社）

災害時の排便問題

災害時の人々の健康を守るための排泄ケア

勝沼志保里（宮城大学 看護学群）

15:00～15:45

p198

□演 4

座長：渡邊 成（人間総合科学大学 人間科学部 健康栄養学科）

Brush Up)研修・講習会システム

宇野 光子（東京大学医学部附属病院 看護部）

O4-1 WOCNによる対話を重視した研修の効果

—訪問看護師対象ストーマケア研修の振り返りから 第1報—

林 美代子（イーキンジャパン）

O4-2 販売店WOCナースによる訪問看護師支援の課題

—訪問看護師対象ストーマケア研修の振り返りから 第2報—

廣川 友紀（株式会社 エム・ピー・アイ オストミー事業部）

O4-3 ストーマケア教育の実状～研修内容の構造分析～

高木 良重（国際医療福祉大学 福岡看護学部）

O4-4 ウロストーマ関連業務における看護師の知識定着に向けた取り組み

上地めぐみ（社会医療法人財団石心会 川崎幸病院）

O4-5 東京ストーマリハビリテーション講習会を2日間カリキュラムに変更した効果と課題

工藤 礼子（国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院）

O4-6 在宅看護師のためのストーマケア講習会の有効性と課題

熊谷 英子（東北ストーマリハビリテーション講習会）

16:00～16:45

p201

□演 5

座長：山本由利子（高松赤十字病院 看護部）

Challenge) 特殊な条件を持つ患者のケア

安田 智美（富山大学大学院 医学薬学研究部）

O5-1 ストーマ近接部に粘液癌を認め、装具変更の受け入れに困難を生じた1症例

恒松夫美子（社会福祉法人京都社会事業財団 京都桂病院）

O5-2 回腸導管周囲に腰痛ベルトによる圧迫潰瘍が生じた一例

工藤 礼子（国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院 ストーマ外来）

O5-3 当院におけるストーマ造設後に長期入院を要した症例

秋田 聡（愛媛大学医学部附属病院 消化管腫瘍外科）

O5-4 粘膜非翻転ストーマにおける翻転時期の皮膚障害への対策

鈴木 千明（奈良県立医科大学附属病院）

O5-5 術後合併症による入院の長期化により精神状態が不安定となり、介入に難渋した1例

石黒江理果（国立大学法人富山大学附属病院）

O5-6 骨髄異形成症候群の化学療法治療中に痔瘻悪化にてストーマ造設後Sweet病を発症し装具選択に難渋した一例

村田 幾美（石川県立中央病院）

2月8日（土）

9:05 ~ 9:50

p204

□演 6

Proficiency) ストーマ造設・閉鎖

座長：岡本 和哉（藤枝市立総合病院 外科）

舩田 佳子（地方独立行政法人 神奈川県立病院機構 神奈川県立がんセンター）

O6-1 当院におけるHartmann手術後の腹腔鏡下人工肛門閉鎖術の検討

大嶋 恭輔（市立豊中病院 消化器外科）

O6-2 初回手術から4年半経過後に施行したハルトマンリバーサル手術症例

舩越 徹（J A北海道厚生連 札幌厚生病院 外科）

O6-3 人工肛門閉鎖術における陰圧閉鎖療法の有用性

中村 慶史（国立大学法人 金沢大学附属病院 胃腸外科）

O6-4 直腸癌術後のストーマトラブルにおける危険因子の検討

神山 篤史（東北大学病院 消化器外科学）

O6-5 一時的人工肛門に適しているのはileostomyか、Colostomyか？

佐々木 滋（さいたま赤十字病院 外科）

O6-6 直腸癌手術におけるDiverting ileostomyの検討

古屋 信二（山梨大学医学部附属病院 第一外科）

9:55 ~ 10:40

p207

□演 7

Innovation) 新型支援

座長：山口 茂樹（埼玉医科大学国際医療センター）

佐藤 文（福井県立大学 看護福祉学部）

O7-1 急性期病院外科差額病棟におけるストーマ造設患者への退院後訪問指導の実態調査

笠原 舞（飯塚病院 看護部）

O7-2 ストーマ造設後の退院後訪問指導の効果と今後の課題

鈴木 有美（公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院 患者支援センター）

O7-3 動画を用いたストーマ造設患者のセルフケア確立支援

細川ひかり（大曲厚生医療センター）

O7-4 スクリーニング版オストメイトQOL調査票の作成とストーマ外来への活用

上川 禎則（大阪市立総合医療センター 泌尿器科）

O7-5 緊急ストーマ造設者用のセルフケアプログラム導入による評価

寺崎 文子（山形市立病院済生館）

O7-6 スマートフォンを活用した改訂版SSM動画によるストーマケアの質の向上

工藤 智也（J Aとりで総合医療センター）

第4会場：9F 910

12:20～13:10

p167

ランチョンセミナー 6

司会：青木 芳隆（福井大学 医学部 器官制御医学講座 泌尿器科学 講師）

排尿自立指導における女性用体外式カテーテルの役割（共催：株式会社メディコン）

ピュアウィックによる排尿ケアの質向上への期待

鳥本 一匡（公立大学法人 奈良県立医科大学 泌尿器科学教室 講師）

ピュアウィック初期の使用経験

射場 朝子（東京医科歯科大学医学部附属病院 皮膚・排泄ケア認定看護師）

14:10～14:55

p210

□演 8

座長：味村 俊樹（自治医科大学 消化器一般移植外科）

Physical)装具・排便障害・化学療法

片岡ひとみ（山形大学 医学部看護学科）

- 8-1 当院における柔らかい凸面装具の有効性について～手術後の平均在院日数を比較して～
武重 善子（長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院 佐久医療センター）
- 8-2 ストーマ・腹壁の変化を見据えた柔らか凸面装具使用の経験から
長間 優美（沖縄県立宮古病院）
- 8-3 足台を用いた排便姿勢での股関節の屈曲角度に関する検討
槌野 正裕（大腸肛門病センター高野病院）
- 8-4 高齢者女性の便失禁における生理学のおよび形態学的検査の特徴
錦織 英知（大腸肛門病センター高野病院）
- 8-5 複数の血管新生阻害薬投与中に生じたストーマ周囲皮膚潰瘍症例から学んだ
アセスメントとストーマ装具の影響
千田由美子（岩手県立中部病院 看護科）
- 8-6 がん化学療法に伴うストーマ周囲皮膚障害に対し愛護的スキンケアにより改善した一事例
上之段三奈（社会医療法人 ジャパンメディカルアライアンス 東埼玉総合病院）

15:05～15:50

p213

□演 9

Cure)治療的ストーマケア

座長：塚田 邦夫 (医療法人社団研医会 高岡駅南クリニック)

土田 敏恵 (兵庫医療大学 看護学部・看護学研究科)

- 9-1 ストーマ装具貼付部にボーエン病が生じた事例 –ストーマ造設術後の長期支援の重要性–
渡辺 涼子 (東北大学病院 看護部)
- 9-2 再造設が困難なスキンレベルストーマのストーマ瘻孔にシートン法を応用し再手術せずに経過した一例
嶋村まどか (済生会横浜市南部病院 看護部)
- 9-3 メトホルミン塩酸塩を中止し排出量が減少したhigh output stomaの1例
北村 祐子 (福山市民病院)
- 9-4 ストーマ粘膜皮膚接合部に発生した肉芽のケアと治療の実際
作間 久美 (岐阜大学医学部 腫腸外科)
- 9-5 ストーマ近接部に発生した肉芽腫に対し、液体窒素冷凍凝固療法と炭酸ガスレーザー療法が有効であった二例
安田 敬子 (長岡赤十字病院)
- 9-6 粘膜部が皮膚様に変化したスキンレベル尿路ストーマの組織学的検討
佐々木賢一 (市立室蘭総合病院 外科・消化器外科)

16:00～16:45

p216

□演 10

Innovation) 技術革新

座長：藤本由美子 (和歌山県立医科大学 保健看護学部 老年看護学)

渡辺 光子 (日本医科大学 千葉北総病院)

- 10-1 エコーを用いた膀胱内尿量測定技術習得のための看護師対象教育プログラムの効果 –評定者間信頼性の検証–
玉井 奈緒 (東京大学大学院医学系研究科社会連携講座イメージング看護学)
- 10-2 外来での残尿測定時に経腹エコーを併用して
片岡 恵 (医療法人 社団若鮎 北島病院)
- 10-3 用手成形皮膚保護剤特性分類の試み
石黒 幸子 (AOI 国際病院)
- 10-4 『新ストーマ管理度』作成と有用性の検討
山田 陽子 (産業医科大学病院 看護部)
- 10-5 面板交換時期判定のための便漏れ評価の検討 (第5報)
玉城 洋子 (麻生総合病院)
- 10-6 A病院での特定行為研修修了者の活動
～特定行為区分に含まれないストーマ周囲抜糸を開始して～
前田あけみ (岡山済生会総合病院)

| 第5会場：9F 904

2月8日 (土)

9:05 ~ 9:50

p219

□演 11

Lifestyle)日常生活と受容

座長：河合 俊乃 (医療法人愛生館 小林記念病院)

高橋 真紀 (東北大学病院 看護部)

○11-1 ストーマ保有者への食品に関するアンケート結果から分かったこと

中村 仁美 (人間総合科学大学大学院 健康栄養科学専攻)

○11-2 オストメイトQOL調査から見たストーマ造設が睡眠に及ぼす影響

山口富士子 (医療法人宝生会 PL 病院)

○11-3 ストーマ保有者の「温泉に行けなくなった」影響要因 ～ストーマ保有者の実態調査より～

片岡ひとみ (NPO 法人ストーマ・イメージアップ・プロジェクト)

○11-4 ストーマ袋内洗浄の分析～テキストマイニングとKJ法を使用して～

鈴木 華代 (藤田医科大学ばんだね病院)

○11-5 失禁を有する高齢者に生じる臭気を伴う尿とその関連要因の検討

市川 佳映 (東京大学医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学/創傷看護学分野)

○11-6 尿路ストーマ保有者が日常生活の変化により直面した問題

高木 琴絵 (独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター)

9:55 ~ 10:40

p222

□演 12

Practice)形状的ストーマ合併症のケア

座長：河島 秀昭 (勤医協中央病院)

内藤 志穂 (東海大学医学部附属病院)

○12-1 傍ストーマヘルニアを併発した患者の悩みとその対処

石久保雪江 (浜松医科大学医学部附属病院)

○12-2 ストーマ脱出に対するストーマ外来支援体制の考察

菅原 舞 (秋田厚生医療センター)

○12-3 小腸ストーマ造設後の傍ストーマヘルニア発症のリスク因子の検討

羽根田 祥 (独立行政法人労働者健康安全機構東北労災病院 大腸肛門外科)

○12-4 尿路ストーマに発症した傍ストーマヘルニアのCT画像による評価

水沢 弘哉 (信州上田医療センター 泌尿器科)

○12-5 傍ストーマヘルニアに対する手術治療に関する検討

岡田 大介 (独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター 大腸肛門病センター)

○12-6 横行結腸双孔式ストーマに生じたストーマ脱出に対して自動縫合器を用いて修復術を行った3例

河本 洋伸 (岡山済生会総合病院)

14:10～14:55

p225

□演 13 Development)排泄チームアプローチ・国際支援 座長：吉川 羊子 (小牧市民病院 泌尿器科 排尿ケアセンター)
梶西ミチコ (白十字病院)

○13-1 排尿ケアチームの取り組みと今後の課題

武田 忍 (秋田厚生医療センター 看護部)

○13-2 地域で行う排便障害チーム医療

大橋 勝久 (大橋胃腸肛門科外科医院)

○13-3 尿道留置カテーテル抜去クリニカルパス作成による医師との連携短縮

小笠原雅巳 (善衆会病院)

○13-4 排尿自立ケア普及に向けた排尿ケアチームの取り組み

—脳血管障害を有する2症例への介入を通して—

河崎 明子 (東京大学医学部附属病院)

○13-5 海外 (フィリピン) 在住のストーマ造設患者に対するフォロー体制について

山口 真美 (医療法人社団三喜会 横浜新緑総合病院)

○13-6 ラオス民主共和国にあるA病院看護師を対象としたストーマケアシミュレーション演習の評価

古川 智恵 (岐阜聖徳学園大学)

| 第6会場：9F 908

2月7日（金）

14:00～15:00

p179

災害対策委員会企画

司会：臼杵 尚志（香川大学医学部附属病院 手術部）
熊谷 英子（医療法人豊生会 むらた日帰り外科手術・
WOCクリニック）

<講師>

尾崎麻依子（帝京大学医学部附属病院 看護部）

<講師>

野北 陽子（聖マリアンナ医科大学病院 メディカルサポートセンター）

2月8日（土）

10:00～12:00

p173

ハンズオンセミナー

排泄ケアが変わる！エコーを用いた第6のフィジカルアセスメント（可視化）

（共催：富士フィルムメディカル株式会社）

ハンズオンセミナー 排泄ケアが変わる！エコーを用いた第6のフィジカルアセスメント（可視化）

<講師>

玉井 奈緒（東京大学大学院医学系研究科 社会連携講座イメージング看護学 特任准教授）

<講師>

松本 勝（東京大学大学院医学系研究科 社会連携講座イメージング看護学 特任講師）

<講師>

三浦 由佳（東京大学大学院医学系研究科 社会連携講座イメージング看護学 特任助教）

2月8日 (土)

9:05 ~ 9:45

p228

□演 14 Challenge)手術的合併症対策
座長：山名 哲郎 (JCHO 東京山手メディカルセンター)
松岡 美木 (埼玉医科大学病院)

- 14-1 直腸癌手術における一時的回腸ストーマの問題点
荒川 敏 (藤田医科大学ばんだね病院 消化器外科)
- 14-2 ストーマ周囲の組織過形成による管理困難のためストーマ形成術を行った事例
渡辺 涼子 (東北大学病院 看護部)
- 14-3 ストーマセルフケア困難患者に対し早期ストーマ閉鎖術を施行した1例
舟田あい子 (富山県済生会富山病院)
- 14-4 難治性ストーマ周囲皮膚潰瘍に対して人工肛門造設路変更を施行した1例
小島 博文 (富山県済生会富山病院 外科)
- 14-5 経尿道的前立腺切除術にて抜去し得た長期尿道カテーテル留置患者の1例
黄 和吉 (総合病院厚生中央病院 泌尿器科)

9:55 ~ 10:45

p231

□演 15 Growth phase) 小児・AYA世代
座長：井川 靖彦 (長野県立病院機構 長野県立信州医療センター 泌尿器科)
石川真理子 (東都大学 ヒューマンケア学部 看護学科)

- 15-1 小児臍部造設ストーマ管理の現状と課題
日野岡蘭子 (旭川医科大学病院 看護部)
- 15-2 間欠的自己導尿の手技習得に向けての支援 - 肢体不自由があり手技の習得に難渋した一事例 -
岡部和歌子 (鶴岡市立荘内病院)
- 15-3 メチルマロン酸血症児への排尿ケアの経験
小野寺有香 (WOC相談室すずらん)
- 15-4 AYA世代でダブルストーマ造設術を受けた大腸がん患者への関わりを通して考える外来看護の一考察
中野 祥江 (国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院)
- 15-5 極低出生体重児の回腸ストーマの実態調査
茂木ゆう子 (群馬県立小児医療センター)
- 15-6 小児における臍部人工肛門造設術の工夫
平澤 雅敏 (旭川医科大学病院 外科学講座小児外科)

12:40 ~ 13:30

p151

ランチョンセミナー 3
今、立ち止まって考える、ストーマ造設後の多様な道すじ ~ 新感覚の凸型形状面板が、退院後を大きく変える! ~ (共催：コンパテックジャパン株式会社)
司会：石澤美保子 (奈良県立医科大学 医学部看護学科 学科長 博士 成人急性期看護学教授)

今、立ち止まって考える、ストーマ造設後の多様な道すじ
~新感覚の凸型形状面板が退院後を大きく変える!~
帯刀 朋代 (東京医科大学病院 看護部 主任看護師)

| 第7会場：10F 1001

14:05～14:45

p234

□演 16

座長：江川安紀子（東京慈恵会医科大学附属第三病院）

Challenge)瘻孔・カテーテル

山田 陽子（産業医科大学病院 看護部）

○16-1 二品系ストーマ装具を工夫して使用した術後ドレーン管理の一例

仲村 朋高（那覇市立病院）

○16-2 腹膜偽粘液腫により多発瘻孔を有した患者への関わりを振り返る

由井 恵（国立大学法人富山大学附属病院）

○16-3 パウチングを併用した持続洗浄によって結腸皮膚瘻に交通する皮下ポケットの改善症例

天野 晃子（川崎医科大学総合医療センター）

○16-4 直腸癌術後局所再発部摘出術後に併発した骨盤死腔炎および創部離開創に著効した陰圧閉鎖療法の1例

村上 歩（社会保険田川病院）

○16-5 尿道狭窄がある膀胱癌患者にBCG療法の際、親水コーティングカテーテルを使用した1例

若松ひろ子（総合病院厚生中央病院）

15:05～15:50

p237

□演 17

座長：金光 幸秀（国立がん研究センター中央病院 大腸外科）

Technology) 腹腔鏡・ロボット支援手術

石澤美保子（奈良県立医科大学 医学部 看護学科）

○17-1 ロボット支援直腸癌手術における一時的回腸人工肛門造設術における問題点

森谷弘乃介（国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院 大腸外科）

○17-2 ロボット支援下後腹膜経路ストーマ造設術の経験

中田 健（堺市立総合医療センター 大阪大学消化器外科）

○17-3 鏡視下手術におけるストーマ造設経路の検討

横尾 貴史（社会医療法人 健生会土庫病院）

○17-4 当院におけるストマサイトマーキング部を用いた単孔式腹腔鏡下人工肛門造設術の検討

丹羽浩一郎（医療法人 愛仁会 太田総合病院）

○17-5 腹腔鏡下ストーマ造設の実際

大地 貴史（久留米大学病院 外科）

○17-6 腹腔鏡下人工肛門造設術の有用性と手技の工夫

岩井 拓磨（日本医科大学多摩永山病院 外科）

16:05～16:40

p133

Mini lecture3

司会：上川 禎則（大阪市立総合医療センター 泌尿器科）

感染尿の正体

感染尿の正体

仲島 義治（竜南泌尿器科クリニック）

2月8日 (土)

9:05 ~ 10:35

p98

シンポジウム 4

「超高齢社会の排尿障害」最前線

座長：鈴木 基文 (東京大学大学院医学系研究科 泌尿器外科学分野)
西村かおる (NPO 法人日本コンチネンス協会 / コンチネンスジャパン株式会社)

SY4-1 排尿ケアを支えるセンサー開発の最前線

野寄 修平 (東京大学大学院医学系研究科 老年看護学 / 創傷看護学分野)

SY4-2 介護老人保健施設における排泄ケア～多職種連携によるチームアプローチ～

渡邊 基子 (石岡市医師会 介護老人保健施設ゆうゆう リハビリテーション科)

SY4-3 高齢者施設でのノーリフトケアを取り入れた適時安全な排泄ケア

窪田 里美 (味酒野ていれぎ荘 内科)

SY4-4 超高齢社会における排せつ障害の実態とその改善策について

鈴木 基文 (東京大学大学院医学系研究科 泌尿器外科学分野)

12:40 ~ 13:30

p147

ランチョンセミナー 2

治療の継続とより良い生活の両立を目指して
～しょうがないと諦めない！皮膚障害に立ち向かうための実践知識～ (共催：株式会社ホリスター)

司会：糸川 紅子 (静岡県公立大学法人 静岡県立大学 看護学部 成人看護学 講師)

治療の継続とより良い生活の両立を目指して
しょうがないと諦めない！皮膚障害に立ち向かうための実践知識
清原 祥夫 (静岡県立静岡がんセンター 皮膚科 部長)

14:00 ~ 14:50

p125

教育講演 4

皮膚科医が診るストーマ周囲皮膚障害

司会：中村 利夫 (藤枝市立総合病院)

皮膚科医が診るストーマ周囲皮膚障害
清原 祥夫 (静岡県立静岡がんセンター 皮膚科)

第8会場：11F 会議ホール・風

16:10～17:40

p104

シンポジウム 5

座長：安藤 嘉子（大阪赤十字病院 看護部）

生涯がん治療のための「ストーマ戦略」

福永 睦（兵庫県立西宮病院）

- SY5-1 High Output Stoma Syndrome 患者の術後経過への対応**
井上 透（大阪市立十三市民病院 外科）
- SY5-2 肝類洞閉塞症候群(SOS)によるストーマ静脈瘤の特徴と対策
～がん薬物療法マネジメントとしての意義～**
津村 剛彦（日本赤十字社 大阪赤十字病院 腫瘍内科）
- SY5-3 がん薬物療法を継続するストーマ保有者の有害事象の特徴とケア指針**
森岡 直子（静岡県立静岡がんセンター）
- SY5-4 がん放射線療法を受けるストーマ保有者に生じる有害事象の特徴と対策**
宮前 奈央（兵庫医療大学 看護学部）

2月8日 (土)

9:30 ~ 10:00

p243

ポスター 1
**Challenge) マーキング・ハイリスク患者の
 ストーマ造設**
 座長：大塚 幸喜 (岩手医科大学附属病院 外科)
 石井美紀子 (福岡赤十字病院 看護部 専門外来)

P1-1 肋骨弓が緩和ストーマ装具管理に影響した一考察 ——マーキングに焦点をあてて——
 鈴木 和香 (埼玉医科大学国際医療センター)

P1-2 一時的人工肛門造設時の至適部位の検討
 井関 康仁 (大阪市立大学医学部附属病院 外科学講座 消化器外科学)

P1-3 ストーマ造設を要した高齢者手術症例の検討
 西森 英史 (医療法人社団 札幌道都病院 外科)

P1-4 ストーマ管理困難な療養者のケア統一を目指して ～ストーマケア表の活用～
 山本 ゆき (訪問看護なかさと CCS)

P1-5 糖尿病性腎症末期腎不全患者に対する空腸ストーマ造設の経験
 平間 公昭 (八戸市立市民病院 外科)

10:00 ~ 10:30

p246

ポスター 2
Challenge) 特殊な条件を持つ患者のケア
 座長：宮本 和俊 (旭川医科大学 外科学講座)
 堀内美喜子 (アインスケアサポート)

P2-1 和文献における家族性大腸腺腫症患者と診断された患者が直面する
 心理・社会的問題に関する文献検討
 糸川 紅子 (静岡県立大学 看護学部 成人看護学)

P2-2 親のがんを経験したAYA世代の家族性大腸腺腫症患者のセルフケア行動を
 支援するためのアセスメントモデル
 糸川 紅子 (静岡県立大学 看護学部 成人看護学)

P2-3 ストーマ粘膜皮膚移植から腺癌が発症した家族性大腸腺腫症の1例
 横澤真姫子 (みやぎ県南中核病院)

P2-4 二分脊椎症者の成人医療移行における医療・看護ニーズー質的分析を通してー
 佐々木貴代 (日本赤十字社医療センター 看護部)

P2-5 右片麻痺と運動性失語がある患者のQOLを考慮した装具選択とセルフケア確立の一例
 大里 昌美 (公益社団法人地域医療振興協会飯塚市立病院)

P2-6 多職種及び地域による支援が必要であった直腸切断術を受けた精神発達遅滞患者の1例
 八重樫瑞典 (岩手県立久慈病院 外科)

|ポスター会場：1F 大ホール・海

10:30～11:00

p249

ポスター 3

Self-care) セルフケアシステム I

座長：大桑麻由美 (金沢大学 医薬保健研究域保健学系)

木元千奈美 (静岡県立大学 看護学部 成人看護学)

- P3-1 ストーマ保有者のストーマセルフケア能力評価尺度開発の検討
-探索的因子分析と信頼性分析の実施-
茂野 敬 (富山大学)
- P3-2 消化管ストーマ造設患者セルフケアパスの評価
五藤愛佐子 (広島大学病院)
- P3-3 ストーマ造設患者の手指機能・認知機能とストーマセルフケア獲得との関連性
李 英姫 (名古屋市立大学病院)
- P3-4 ストーマ造設患者の適切な装具選択への取り組み ～ストーマ装具を4種類に限定して～
実広 美子 (大阪警察病院)
- P3-5 小規模病院だからこそできる在宅ストーマケア支援
-ヘルニアベルトの導入と意思決定支援を通して-
紺野 淳子 (気仙沼市立本吉病院)
- P3-6 認知症によりセルフケア困難となった患者に対するストーマ外来での関わり
～ストーマ外来での地域連携～
渡邊由木子 (独立行政法人国立病院機構埼玉病院)

10:30～11:00

p252

ポスター 4

Self-care) セルフケアシステム II

座長：小玉 光子 (秋田看護福祉大学 看護福祉学部 看護学科)

齋藤 由香 (浅間南麓こもる医療センター 看護部)

- P4-1 消化器外科外来における直腸がん肛門温存手術患者の排便障害に対する看護介入の課題
藤田あけみ (弘前大学大学院保健学研究科)
- P4-2 ストーマ周囲に形成された壊疽性膿皮症と皮膚・排泄ケア認定看護師の役割
藤重 淳子 (下関市立市民病院)
- P4-3 経済的な問題をもつオストメイトの支援に関する一考察
～生活保護受給者が安心して装具購入するために～
松尾麻由子 (医療法人康仁会 西の京病院)
- P4-4 尿道カテーテル留置歴のない患者の共通点から排尿自立への支援方法を探る
～経験した事例からの検討～
柿本 満恵 (公益財団法人健和会 健和会大手町病院)
- P4-5 在宅における軟便イレオストミーの夜間管理方法の工夫
明石奈緒子 (医療法人財団 荻窪病院)
- P4-6 作成した状態のストーマ装具を準備しておくことによるストーマケア簡易化の検討
齋藤 忠明 (横浜市立市民病院)

11:00～11:30

p255

ポスター 5

Brush Up)医療者教育

座長：花田 正子 (東京女子医科大学附属病院 看護部)

工藤 礼子 (国立研究開発法人 国立がん研究センター
中央病院)

- P5-1 皮膚・排泄ケア認定看護師不在の病院における排便ケア専門看護師の育成
仕垣幸太郎 (医療法人おもと会 大浜第一病院 大腸肛門外科)
- P5-2 ストーマラダー教育によるスタッフの意識変化
名倉小百合 (豊橋市民病院)
- P5-3 救命ICUにおけるストーマケアの学習会と実践教育の取り組み
永野 英美 (九州大学病院)
- P5-4 ストーマ看護実践能力尺度を用いた看護師の実態調査と教育プログラムの検討
石川扶貴子 (公立学校共済組合 関東中央病院 看護部)
- P5-5 埼玉ストーマリハビリテーション講習会 Webアンケート導入による効果
風巻 裕子 (草加市立病院)
- P5-6 当院における緊急ストーマ造設の取り組み
野間 淳之 (日本赤十字社和歌山医療センター 外科)

11:30～12:00

p258

ポスター 6

Development)多職種チームアプローチ

座長：大西 直 (西宮市立中央病院 外科)

小林由加子 (日本大学医学部附属板橋病院 看護部)

- P6-1 緩和ケア病棟における泌尿器科介入の状況
佐藤 静恵 (みやぎ県南中核病院 看護部)
- P6-2 特定機能病院における医療関連機器圧迫創傷の予防ケアと組織体制の実態
加納 恭子 (福井大学医学部附属病院)
- P6-3 ストーマ装具選択フローチャートの作成による教育的効果
～チームビルディングを通して振り返る～
西山 友梨 (藤田医科大学病院)
- P6-4 排尿ケアチーム活動の現状と今後の課題
杉山佳菜子 (静岡済生会総合病院)
- P6-5 排便ケアチームの活動
藤森 正彦 (一般社団法人 呉市医師会 呉市医師会病院 大腸肛門外科)
- P6-6 ストーマリハビリテーション講習会修了者の質の維持・向上のための支援
～ストーマ外来を通して～
大森 鮎子 (藤田医科大学病院)

|ポスター会場：1F 大ホール・海

14:00～14:30

p261

ポスター 7

座長：加藤 昌子 (医療法人財団康生会 京都駅前武田透析クリニック)

Process model) 高齢者・在宅療養支援モデル

谷口 貴子 (静岡県立静岡がんセンター)

P7-1 “文献マップ”からみた高齢ストーマ保有者と家族への訪問看護実践に関する検討

長谷部美紀 (静岡県立大学看護学研究科 修士課程 2年)

P7-2 在宅高齢者の排泄セルフケア能力を高める訪問看護支援モデル構成項目の作成

田中 悠美 (静岡県立大学)

P7-3 ストーマ手帳の活用状況とその評価

神田光太郎 (地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立安佐市民病院)

P7-4 退院直後の回腸人工肛門造設患者への電話指導の有用性 (第二報)

工藤江梨花 (弘前大学医学部附属病院 看護部)

P7-5 膀胱全摘により尿路変更術を受けた患者の退院後のQOL実態調査

城川 莉奈 (国立病院機構熊本医療センター)

P7-6 在宅療養を望む患者の希望に添うための瘻孔ケア方法を考えた症例

渡邊 純子 (聖隷横浜病院)

14:30～15:00

p264

ポスター 8

座長：升森 宏次 (藤田医科大学 総合消化器外科)

Proficiency) 洗腸法の活用・ストーマ閉鎖術

尾崎麻依子 (帝京大学医学部附属病院 看護部)

P8-1 経肛門的洗腸療法を導入した3症例

長堀 エミ (社会福祉法人神奈川県総合リハビリテーション事業団 神奈川リハビリテーション病院)

P8-2 慢性便秘症に対する逆行性洗腸法が有効であった1例の重症度とQOLの検討

平良さやか (医療法人おもと会大浜第一病院 看護部)

P8-3 脊髄障害患者に対する経肛門的洗腸療法の効果と今後の課題

藤城 尚美 (藤田医科大学病院 看護部)

P8-4 当院における人工肛門閉鎖術の現状

滝口 光一 (山梨大学医学部附属病院 第一外科)

P8-5 ストーマ閉鎖術創に対する局所陰圧閉鎖療法導入の経験

江頭真紀子 (大牟田市立病院)

P8-6 結腸ストーマ閉鎖術後の深部SSIに対し陰圧閉鎖療法を行った一例

八木沢朋美 (医療法人社団協友会 柏厚生総合病院)

15:00～15:30

p267

ポスター 9

座長：古畑 智久（聖マリアンナ医科大学東横病院）

Focus)ストーマ閉鎖

宮本乃ぞみ（東京逋信病院 看護部）

- P9-1 当院におけるloopストーマ閉鎖術の合併症の検討
河島 秀昭（勤医協中央病院）
- P9-2 当院での人工肛門閉鎖術における環状皮膚縫合法を用いた取り組み
金 浩敏（りんくう総合医療センター 外科）
- P9-3 当科における人工肛門閉鎖における皮膚縫合方法の工夫と検討
野田 愛（小樽掖済会病院）
- P9-4 ストーマ閉鎖における表層Surgical Site Infectionのリスク因子についての検討
秋山 泰樹（産業医科大学病院 第一外科）
- P9-5 萎縮細径腸管に対する東北大式吻合によるストーマ閉鎖手技
渡辺 和宏（東北大学病院 消化器外科）

15:00～15:30

p270

ポスター 10

座長：前田 清（大阪市立総合医療センター 消化器外科）

Focus)ストーマ近接部問題

政田 美喜（三豊総合病院 看護部）

- P10-1 ストーマ近接部の難治性潰瘍に対しての装具選択の一考察
～柔らかい凸面装具の潰瘍面へ圧迫の影響～
間部 幸（順天堂大学医学部附属静岡病院 看護部）
- P10-2 ストーマ粘膜皮膚接合部に全周性の肉芽が形成された 2 症例
庄司 沙織（みやぎ県南中核病院）
- P10-3 ストーマ近接部に発生した壊疽性膿皮症のケアの一例
弓手 倫恵（尾道市立市民病院）
- P10-4 近接部に浮腫状肉芽を生じた患者のストーマケア
品川 彩香（県立広島病院）
- P10-5 ストーマを有する切除不能進行再発大腸がんにおける分子標的薬治療による皮膚障害の観察研究
吉田 和枝（四日市看護医療大学）

|ポスター会場：1F 大ホール・海

15:30～16:00

p273

ポスター 11

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センター 消化管・
一般外科）

Medical) 医学的ストーマトラブル

奈木志津子（市立島田市民病院 看護部）

P11-1 回腸導管の粘膜に発生したびまん性大細胞型Bリンパ腫の一例

田淵 宏（独立行政法人国立病院機構熊本医療センター）

P11-2 ストーマ捻転の1例

太田 尚宏（市立砺波総合病院 大腸肛門外科）

P11-3 S状結腸人工肛門挙上脚の憩室に穿孔した一例

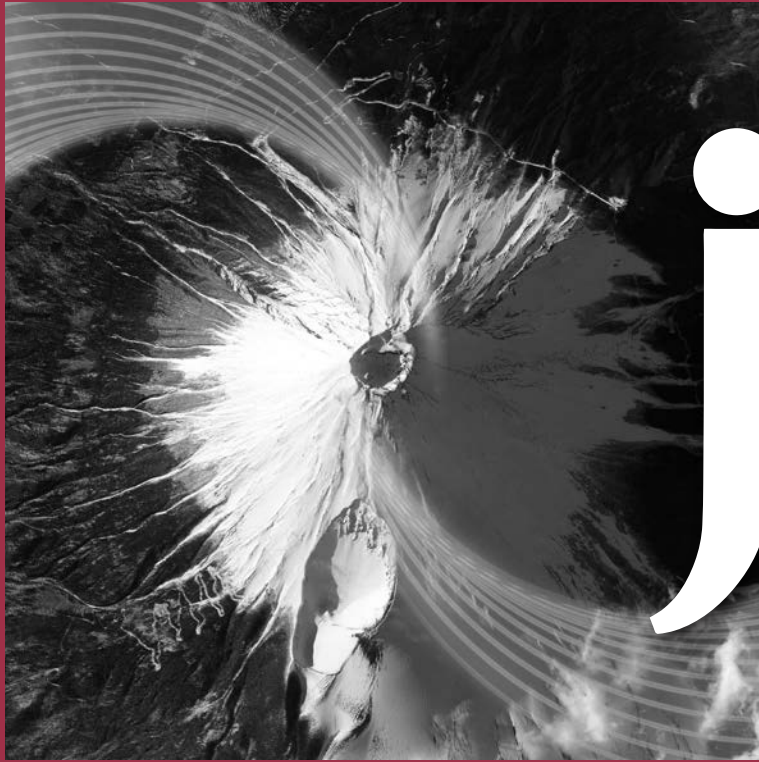
渡邊 充（東京医科大学病院 消化器外科小児外科分野）

P11-4 ハルトマン術後正中創離開部の腹腔内皮膚瘻に対するドレナージ管理の一例

浦岡 歩（順天堂大学医学部附属静岡病院）

P11-5 小腸ダブルストマ形成状態の高リスク患者に対して、15か月後にストマ閉鎖・再吻合を施行した1例

小柳 要（J A北海道厚生連 札幌厚生病院）



jsscr

会長講演

- 【開催日時】 2020年2月8日（土） 8：30～9：00
- 【会場】 第1会場（1F 中ホール・大地）
- 【テーマ】 原点と躍動
- 【司会】 真田 弘美（東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学／創傷看護学分野／グローバルナースングリサーチセンター）
- 【講師】 青木 和恵（静岡県立大学 看護学部 成人看護学）

第 37 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会

会長講演

原点と躍動

【司会略歴】

真田 弘美

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学/創傷看護学分野教授、博士（医学）。

1979年聖路加看護大学卒業、1987年クリーブランドクリニック聖路加分校ETスクール修了、1989-90年イリノイ大学大学院看護学部にて研修、1987-97年金沢大学医学部研究生 博士（医学）

1998年金沢大学医学部保健学科教授、2003年東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学分野教授、2006年より現職。2011-2012年専攻長。2015-2016年学科長。2017年より東京大学大学院医学系研究科附属グローバルナーシングリサーチセンター センター長兼任。2019年 Curtin University (Australia) Adjunct Professor、American Academy of Nursing (FAAN) Fellow。1999年より WOC 看護認定看護師（現皮膚・排泄ケア認定看護師）。

日本看護科学学会、看護理工学会、国際リンパ浮腫フレームワーク・ジャパン研究協議会の理事長、日本老年看護学会、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会などの理事、日本褥瘡学会、日本創傷・オストミー・失禁管理学会の前理事長・現監事、日本創傷治癒学会の監事、International Lymphoedema Framework の International board of directors。International Wound Journal の Editor、Journal of Wound care の Editorial advisor、Journal of Tissue Viability の Editorial Board などの国際雑誌を編集。2013年4月、Journal of Wound Care 主催の JWC AWARDS 2013 において Innovation Award を受賞。

最近の著書は、「Bioengineering Nursing: New Horizons of Nursing Research」Nova Science Pub Inc (2014)、「看護理工学」東京大学出版会（2015）、「進化を続ける！褥瘡・創傷 治療・ケアアップデート」照林社（2016）、「スキンケアガイドブック」照林社（2017）、「排泄ケアガイドブック」照林社（2017）、「役立つ！使える！看護のエコー」照林社（2019）など。グローバルな活動とともに基礎研究から臨床応用まで看護学における創傷・スキンケア分野での共同研究や論文発表、講演など国際的に幅広い活動を行っている。

『原点と躍動』

○青木 和恵

静岡県立大学 看護学部 成人看護学

ストーマ・排泄リハビリテーションにはこれまでにいくつかの躍動的起点がある。粘着式装具が普及した時、皮膚保護剤が導入された時、ストーマサイトマーキングが浸透した時、機能温存術が選択肢となった時、そして本質的コンチネンスケアと合流した時である。これらの起点を繋ぎながら、ストーマ・排泄リハビリテーションはその原点である「ストーマ造設によって生命を救われた人々を、ストーマと共に生きることができるようにする」ことから、ストーマを積極的にコントロールするストーマリハビリテーションへ、そしてストーマを含むあらゆる排泄障害の医療であるストーマ・排泄リハビリテーションへと進化した。そのプロセスをみれば、原点がいかに巨大なエネルギーを内蔵していたかがわかる。

現在のストーマ・排泄リハビリテーションは、世代、職業、通院、在宅、災害などの社会的条件と、がん治療、終末期、合併症、認知症などの病態とを交差させて、装具、ケアシステム、診断、治療、造設術などを進歩させている。

一方で、ストーマリハビリテーションの究極の目標とも言える脱ストーマに向けて、機能温存術と術後ケアを前進させている。またこれまでの術後排泄障害やこれらから起こる皮膚障害などへの対症療法的コンチネンスケアを内省し、本質的なコンチネンスケアを迎え入れ、学ぶ形で合流し、弱点であった排泄障害への医療を強化し、さらに力あるストーマ・排泄リハビリテーションを構築中である。

2020年、ストーマ・排泄リハビリテーションの目前には、未曾有の少子超高齢化、がん疾患の猛威、大災害時代への突入、医療構造の変化という難局が広がっている。私はストーマ・排泄リハビリテーションが「ストーマ造設によって生命を救われた人々を、ストーマと共に生きることができるようにする」という、今もそこにある原点の巨大なエネルギーによって、社会の潮流と人々の期待に応え、時代が求める姿へとDynamicに躍動する医療であることを願い、信じ、また自らもそこに生きる医療者として行動したいと思っている。

【講師略歴】

青木 和恵

学歴

1976年 3月 東京都立新宿高等看護学院卒業

1982年 3月 昭和女子大学短期大学部国文学科卒業

2003年 3月 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻看護学領域博士課程前期修了

職歴

1976年 4月 国立がん研究センター中央病院 看護師

1987年10月 Enterostomal Therapist(ET)取得(聖路加国際病院ETスクール修了)



1998年12月 皮膚・排泄ケア看護認定看護師 取得

2002年 4月 静岡県立静岡がんセンター副看護部長

2007年 4月 静岡県立静岡がんセンター看護部長

2011年 4月 静岡県立静岡がんセンター副院長

2016年 4月 静岡県立大学看護学部成人看護学科教授(現職)

学会

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会理事

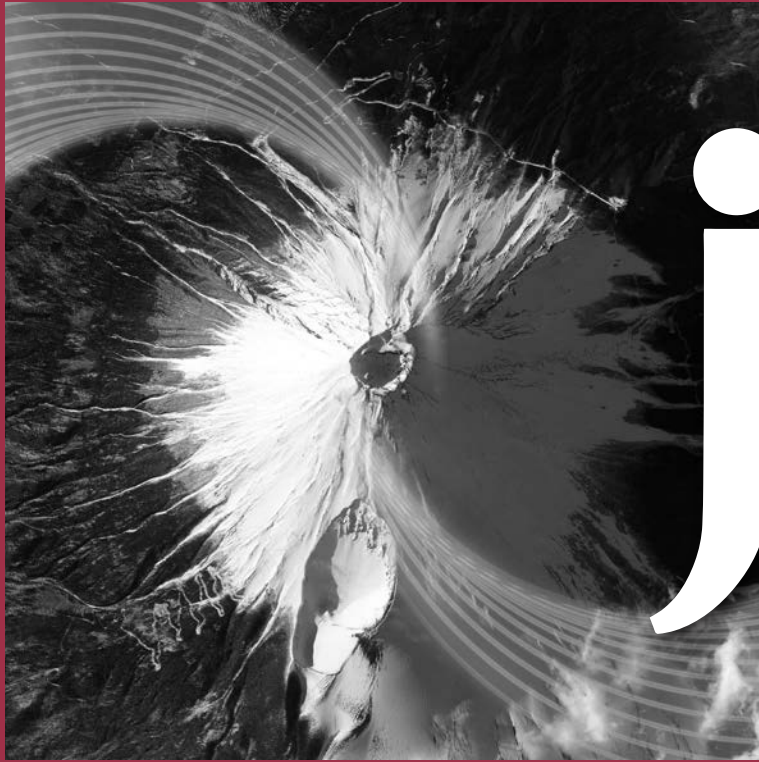
日本創傷・オストミー・失禁管理学会理事

日本がん看護学会評議員

日本褥瘡学会評議員

専門

がん患者のWOCケア、がん患者のストーマリハビリテーション



jsscr

教育セミナー

第37回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会

第20回教育セミナー

ナースだからできる便秘マネージメント

- 【開催日時】 2020年2月7日（金）15:00～17:00
- 【会場】 第1会場（1F 中ホール・大地）
- 【座長】 齋藤 由香（浅間南麓こもろ医療センター 看護部）
宮本乃ぞみ（東京通信病院 看護部）
- 【講師】
1. 司会の挨拶：今回の教育セミナーの目的など
 2. 慢性便秘症の定義・分類・診断・治療
— 慢性便秘症診療ガイドラインに基づいて—
味村 俊樹（自治医科大学 消化器一般移植外科）
 3. 便秘のアセスメントと対策
西村かおる（NPO 法人日本コンチネンス協会 / コンチネンスジャパン株式会社）
 4. 症例提示
積 美保子（JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部）
 5. 在宅での要介護高齢者の事例を考える
種子田美穂子（大牟田市保健福祉部 健康福祉推進室 福祉課）
 6. 総合討論：質疑応答・テークアウト提示など

【座長略歴】

齋藤 由香

JA長野厚生連小諸厚生総合病院（現在の浅間南麓こもろ医療センター）入職

1988年 聖路加国際病院ETスクール クリーブランドクリニック分校終了

2000年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師 認定取得

2014年 山梨大学大学院医学工学総合教育部 修士課程 看護学専攻 終了

現在 JA長野厚生連 浅間南麓こもろ医療センター 看護支援室師長 褥瘡対策専従 として勤務

所属学会

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 評議員 教育委員

JSSCR主催 講習会 リーダーシップコース 講師・運営委員

日本褥瘡学会 評議員

日本褥瘡学会関東甲信越地方会 世話人

長野県褥瘡懇話会 世話人

日本創傷・オストミー・失禁管理学会会員

【座長略歴】

宮本 乃ぞみ

東京通信病院高等看護学院卒業後、東京通信病院入職

2006年 日本看護協会 WOC看護（現皮膚・排泄ケア）認定看護師取得
（更新2回）

所属学会：

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 評議員 教育委員 保険委員

日本褥瘡学会

日本創傷・オストミー・失禁管理学会

慢性便秘症の定義・分類・診断・治療 — 慢性便秘症診療ガイドラインに基づいて —

○味村 俊樹

自治医科大学 消化器一般移植外科

慢性便秘症診療ガイドライン2017(以下、便秘GL)が2017年10月に発行され、慢性便秘症をガイドラインに基づいて診療することが可能になった。また便秘GLの発行と前後して、多数の新規便秘症治療薬が保険収載され、より多くの慢性便秘症患者を治療することも可能となった。本教育セミナーでは、便秘GLに基づいた慢性便秘症の定義・分類・診断・治療を概説する。

【定義】「便秘」は、「本来体外に排出すべき糞便を十分量かつ快適に排出できない状態」と定義された。また「便秘症」とは、便秘による症状が現れ、検査や治療を必要とする状態であり、その症状として排便回数減少によるもの(腹痛、腹部膨満感など)、硬便によるもの(排便困難、過度の怒責など)と便排出障害によるもの(軟便でも排便困難、過度の怒責、残便感とそのための頻回便)がある。

【分類】便秘症は、症状によって排便回数減少型と排便困難型に、病態によって大腸通過遅延型、大腸通過正常型、便排出障害に分類された。大腸通過遅延型は、大腸の蠕動運動低下が原因で排便回数が減少する病態、大腸通過正常型は、

経口摂取(食物繊維摂取量)低下が原因で排便回数減少が減少する病態、便排出障害は、骨盤底筋協調運動障害や直腸瘤など、軟便でも排便困難や残便感を生じる病態である。

【診断】慢性便秘症の病態は多数あるので、正しい診断に基づいて適切に治療する必要がある。まず、症状だけで排便回数減少型と排便困難型に分類した上で、初期治療を行う。初期治療で十分に改善しない症例に対して、大腸通過時間検査や排便造影検査などの専門的検査を施行して、原因に応じて専門的治療を施行する。

【治療】初期治療では、食事・生活・排便習慣指導や慢性便秘症治療薬で治療する。看護・ケアの領域では、直腸知覚低下に起因する直腸糞便塞栓に伴う溢流性便失禁として漏出性便失禁を呈している症例に対する排便習慣指導が重要である。初期治療で症状が十分改善しなければ、専門的検査に基づいてバイオフィードバック療法、直腸瘤修復術、結腸全摘・回腸直腸吻合術などの専門的治療を行う。看護師や理学・作業療法士には、バイオフィードバック療法を積極的に担って頂きたい。

【講師略歴】 味村 俊樹

- 1982年 3月 和歌山県立桐蔭高等学校卒業
- 1988年 3月 東京大学医学部医学科卒業
- 1988年 6月 東京大学 第3外科 研修医
- 1989年 6月 東京都立八王子小児病院 外科 研修医
- 1989年 12月 東京大学分院 麻酔科 研修医
- 1990年 6月 東京大学分院 病理部 医員
- 1991年 2月 青梅市立総合病院 外科
- 1993年 4月 帝京大学 救命救急センター 助手
- 1994年 4月 東京大学 第3外科 助手
- 1998年 1月 英国 St Mark's Hospital, Physiology Unit, Research Fellow
- 2001年 1月 東京大学 胃食道・乳腺内分泌外科 助手
- 2002年 4月 帝京大学 外科 助手
- 2002年 9月 帝京大学 外科 講師
- 2007年 8月 寿廣記念会 岸病院 副院長
- 2008年 6月 高知大学 骨盤機能センター 部長, 特任教授
- 2013年 6月 医療法人三慶会 指扇病院 副院長, 排便機能センター長
- 2018年 4月 自治医科大学 医療の質向上・安全推進センター 質向上・臨床倫理部門 教授
- 外科学講座 消化器外科学部門 教授(兼任)
- 2019年 4月 自治医科大学 医療の質向上・安全推進センター 質向上・臨床倫理部門 教授
- 外科学講座 消化器一般移植外科学部門 教授(兼任)

(組織改編) 現在に至る

- 所属学会
- 日本外科学会: 専門医・指導医
- 日本消化器外科学会: 専門医・指導医
- 日本大腸肛門病学会: 評議員, 専門医・指導医
- 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会: 理事, 評議員
- 日本臨床外科学会: 評議員
- 大腸肛門機能障害研究会: 世話人
- 日本消化器内視鏡学会: 専門医・指導医
- 日本消化器病学会: 専門医
- American Society of Colon and Rectal Surgeons(米国結腸直腸外科学会): International Fellow
- American Gastroenterological Association(米国消化器病学会): Member

- 活動
- 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会: 編集委員長, 用語委員, 倫理委員
- 日本大腸肛門病学会: 便失禁診療ガイドライン作成委員会委員
- 日本消化器病学会会: 慢性便秘診療ガイドライン作成委員会委員
- Diseases of the Colon & Rectum: Associate Editor
- International Consultation on Incontinence: Committee member

便秘のアセスメントと対策

○西村かおる

NPO法人日本コンチネンス協会/コンチネンスジャパン株式会社

消化管は口から肛門までの1本の管で、入り口と出口としてつながっている。従って、良い便を作るためには、食べることからスタートする必要があるが3日排便がないと原因、排便臭気便秘のタイプ等にかかわらずアセスメント無しに下剤に頼り、その結果下痢及び便失禁となっている現状があると言わざるを得ない。

ブリストルスケールタイプ4の便構成は水分が約80%、固形が約20%で、固形の内訳は、食物繊維30%、腸内細菌30%、腸内の脱落などが30%程度、その他で構成されている。便の構成から便姓のために摂取すべき食事を考えると水分、腸内細菌の餌となる食物繊維（プレバイオティクス）、そして腸内細菌である発酵食品（プロバイオティクス）、その両者を合わせたシンバイオティクスを十分摂取することが基本である。

厚生労働省は1日の食物繊維推奨摂取量を成人男子20g、70歳以上19g、女性は18g、70歳以上17gと設定しているが、摂取平均量は15.9g

と設置基準より少ない状態である。2018年に私が調査した3つの高齢者施設では、栄養士がたてた献立の食物繊維摂取量は10.8~14.5gで、献立の段階ですでに基準を下回っており、実際の食物繊維摂取量の平均は10.9~12.1gで、下剤服用者の中には4.5gしか摂取していない人もいた。

高齢になると便秘は急増するが、そもそも献立段階で食物繊維が少ない上、咀嚼能力の低下等により食物由は腸内全量摂取できないこと、また腸内細菌叢が変化し腸管の動きが不活発になって腸内内容物が停滞しやすいこと、加えて薬物の副作用や努責する力の減少など理由是多岐にわたる。そのため多角的にアセスメントをすることが大変重要だが、その中心となるのが排便・食事日誌である。排便日誌から排便周期、便秘のタイプ、薬剤の必要性を確認し、食事日誌から食物繊維、発酵食品の摂取状況とともに栄養状態も確認することで適切な便秘対処が可能となる。

【講師略歴】

西村 かおる

1979年 日本三育学院カレッジ看護学科卒業
 1982年 東京都公衆衛生看護専門学校 保健学科卒業
 同年 東京衛生病院に訪問看護婦として勤務
 1986年 英国サセックス州ブライトン・ポリテクニクにて地域看護コース終了
 1987年 英国でコンチネンスアドバイザーについて、コンチネンス・ケアを学ぶ
 1990年 東京都杉並区にコンチネンスセンター（排泄ケア情報センター）開設
 2019年 山梨大学大学院医学工学総合教育部修士課程看護専攻卒業

【現在役職】

コンチネンスジャパン株式会社 専務取締役
 NPO法人日本コンチネンス協会 会長
 北里大学病院（泌尿器科）非常勤勤務
 沖縄アドベンチストメディカルセンター（産婦人科）非常勤勤務
 北里研究所病院（コンチネンスクリニック）非常勤勤務
 「がんばらない介護生活を考える会」委員
 公益社団法人日本タートル協会理事

【所属学会】

日本老年泌尿器科学会 副理事長
 日本創傷・オストミー・失禁管理学会 評議委員
 日本排尿機能学会 理事
 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 評議委員
 International Continence society
 日本認知症ケア学会 評議委員
 日本看護科学学会 腸内菌学会

4. 症例提示

○積 美保子

JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部

患者紹介：77歳、男性。
既往歴：2年前に痔核手術。1年前に肛門狭窄の手術を2回実施。

経過

2年前の痔核術後より排便が出ずらくなり、その後肛門狭窄の手術を受けたが、さらに排便が出ずらくなった。そこで再度異なる施設で肛門狭窄の手術を受けた。その後、近医より塩類下剤と上皮機能変容薬を処方されていた。便意があっても排便できない状態が続くため、インターネットで調べて当科を受診した。

外来受診時の状態

便意があってもいきめない、踏ん張れないと訴える。排便に15分以上かかり、排便困難がある。常に下痢状態で、1日4回ほどトイレに行っており、常時残便感と腹満感がある。

Constipation Scoring Systemは14点であった。

診察および直腸肛門機能評価結果

肛門周囲の皮膚には異常所見はなし。肛門狭窄もなし。

直腸肛門機能検査では最大静止圧100mmHg、最大収縮圧326mmHg、機能的肛門管長6.2cm。努責時静止圧は括約筋終端部より3cmでは146mmHgであった。

肛門管超音波検査は異常なし。

排便造影検査では、バリウムが排泄されなかった。

診断

診察と検査所見から、骨盤底筋協調運動障害と考えられた。

治療方針

バイオフィードバック療法を用いた排便習慣の修正。

看護の実際

①排便習慣についての患者教育

便意があってから排便を試みる等の正しい排便習慣の説明、排便時の動作や怒責のかけ方など排便習慣の修正、排便時の前屈姿勢の修正を行った。排便困難時には強く怒責しないように、有効な腹圧をかけるように指導し、残便感が気になる場合には排使用座薬（レシカルボン座薬）の使用を勧めた。食事は3食バランスよく摂取するように説明した。

②内服薬による便性状のコントロール

下剤を減量し、排便しやすい便性状になるよう調整した。

③バイオフィードバック療法

肛門内圧計を使用し、患者に自分自身の肛門の動きをモニター画面で確認して意識してもらいながら排便時の努責のかけ具合を修正した。

結果

1ヶ月後の外来受診時には、レシカルボン坐薬を使用して、5分以内で排便ができるようになった。上皮機能変容薬を中止し、塩類下剤のみとし、ブリストル便性状尺度の5になった。バイオフィードバック訓練時には、通常の怒責の半分以下の力で怒責するように意識して怒責するようにし、腹圧で押し出すように説明し、患者も理解でき実践していた。また、便意を催してからトイレに行き、腹圧をかけて排便するように排泄習慣を修正できていたが、排便状況はあまり変化がなく、レシカルボン坐薬がないと排便できないという印象だった。

2ヶ月後の外来受診時には、塩類下剤を減量しており便性状はブリストル便性状尺度の4から5になった。排便は早朝に便意があり1日に1回になった。しかし、「便を柔らかくしないと便が出ない、押し出す力がない、レシカルボン坐薬を入れないとすっきり出ない、毎日出ないと心配だ。」と訴えた。

4ヶ月後の外来では、レシカルボン坐薬を使用しなくてもスムーズに排便できる日が多くなり、3日毎の使用になった。排便時は便意が起こってからトイレに行き、排便時間も5分程度になった。塩類下剤もさらに減量し、残便感や腹満感があるときのみ増量するように調整していた。

排便に困らなくなったとのことで、外来でのバイオフィードバック療法は終了となった。

まとめ

排便困難の原因が、痔核の術後、肛門狭窄のためと考えていたが、骨盤底筋協調運動障害が原因であった。まず、患者自身が本当の問題点を認識できるようにすることが必要である。また、自分自身の肛門の動きを意識するためには、バイオフィードバック療法は有効であった。同時に、正しい排便習慣や食生活が行えるように患者教育が重要である。

【講師略歴】

積 美保子

1998年：日本看護協会 WOC 看護認定看護師取得（現皮膚・排泄ケア認定看護師）

2000年：社会保険中央総合病院看護局 主任看護師（ストーマ外来、便失禁外来担当）

2004年：日本看護協会看護研修センター看護研修学校

認定看護師教育課程 創傷・オストミー・失禁看護学科 専任教員

2006年：社会保険中央総合病院 看護局 看護係長

2014年：JCHO 東京山手メディカルセンター看護部 副看護部長

2019年：山梨大学大学院医学工学総合教育部修士課程 修了（看護学修士）

在宅での要介護高齢者の事例を考える

○種子田美穂子

大牟田市保健福祉部 健康福祉推進室 福祉課

【はじめに】

専門病院を受診することが難しい要介護高齢者の便秘の場合、先ず薬物療法が選択される。薬物療法ありきでは、便秘の治療・ケアによって、医原性の便失禁を起し、在宅生活を継続できない場合も少なくない。

【症例紹介】

89歳女性A氏、要介護3。現病歴は、アルツハイマー型認知症、高血圧、便秘。就労はしているが、発達障害のある娘B氏と二人暮らし。B氏は、他者の世話ができず、A氏のオムツや衣服交換もしない。自宅はゴミ屋敷状態のうえに部屋中の至る所が尿や便で汚染されている状態。また、料理等の食事の支度も難しく、コンビニ弁当やファーストフードが中心の食生活。B氏の怒鳴り声は近所で噂になっており、虐待の可能性も考えられ、また下痢便や便失禁の対応を行うデイサービス職員の負担も増えたため、事業所と包括支援センターから相談、介入依頼があった。

【支援経過】

下痢・便失禁は下剤によるものであったが、かかりつけ医で感染性腸炎の検査を行った。腸蠕

【講師略歴】

種子田 美穂子

【略歴】

国立大阪病院附属看護学校 卒業
 平成12年 埼玉県老人介護福祉施設 勤務
 平成14年 大腸肛門病センター 高野会 くるめ病院勤務
 地域医療センター（地域医療連携課・健診課・予防医学センター・リハビリテーション科・訪問診療担当）の次長 兼 排泄リハビリテーションセンター長
 平成26年5月より
 大牟田市役所保健福祉部 福祉課 コンチネンスアドバイザー 現職
 ※（大牟田市排泄ケア推進事業の実務者。市民及び専門職に対し、排泄ケアの相談・啓発・教育を担う。その他、医療・介護の連携、総合相談、認知症ケアコミュニティ推進事業も担当）
 平成16年4月より
 NPO法人日本コンチネンス協会に所属
 平成19年度～平成25年度
 福岡県看護協会皮膚排泄ケア認定看護師教育課程 便失禁外来実習指導者

動は亢進傾向であったため、下剤の減量・中止を計画したが、チーム員より「下剤を減らすと便が出なくなる。」との反応があったため、排便ケアの勉強会を実施し、デイサービスの看護師には腹部と直腸のアセスメントを指導。また主治医も下剤の減量には否定的であったため、排便日誌を支援者で記載し、医師に記録を基に下剤の減量を提案し続けた。デイサービス利用時には腹部マッサージも実施。食物繊維摂取不足は明らかであったが、B氏に対する食事指導は困難であったため粉状の食物繊維を食事に付加した。これらの取り組みにより、自宅での便汚染は消失し、下剤の定期使用がなくなり、また虐待回避に至った。

【おわりに】

検査や受診に制限がある在宅では、可能な限りチーム全体で、排便日誌等を用い食事や排便状況のモニタリングを行い、腹部と直腸のフィジカルアセスメントで下剤の要可否を判断することがナースだからできる便秘マネジメントと考える。また、良好なケアを長期とするためには、所属や思いが異なる多職種在宅チームをマネジメントするスキルも必要となる。

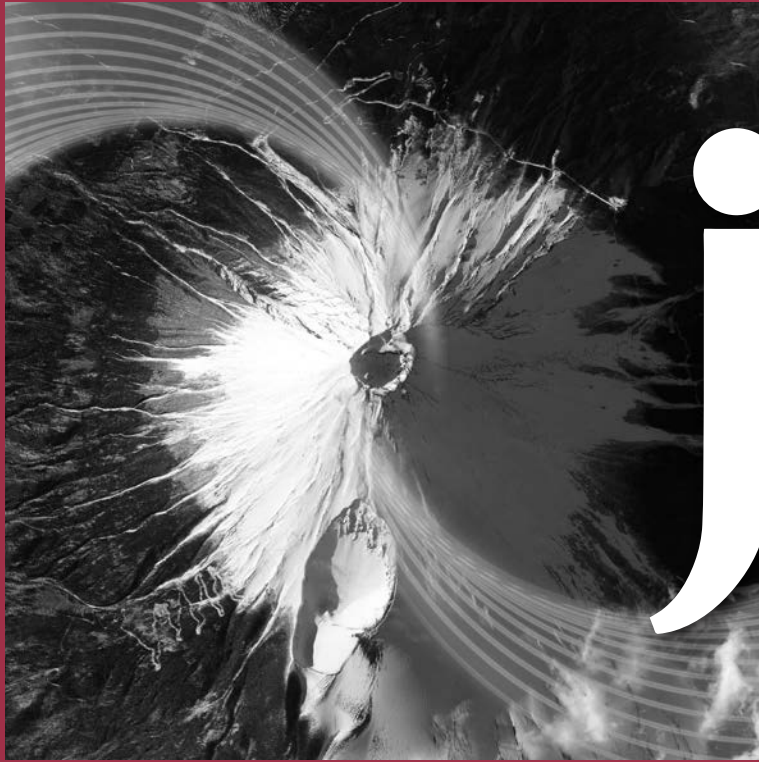
平成22年 NPO法人日本コンチネンス協会認定資格コンチネンスアドバイザー取得
 同 九州支部 副支部長

【所属学会】

日本ストーマ排泄リハビリテーション学会（平成29年、学会会長賞受賞）
 日本老年泌尿器科学会（平成24年、27年、2回学会賞受賞）
 日本創傷・オストミー・失禁管理学会

【著書】

平成18年 地域ケアリング新排泄革命 北隆館出版「排便障害の治療とケア」8回連載
 平成20年 おはよう21 中央法規出版「排便障害のアセスメントとケア」
 平成21年 医学雑誌 Modern Physician 新興医学出版「排便障害の専門的検査」
 同年 NarsingMook 学研出版 疾患・症状・治療処置別排便アセスメント&ケアガイド「痔と直腸脱をもつ排便障害の看護とケア」
 平成24年 エキスパートナース臨時増刊号 照林社出版「下剤に頼らない排便ケア」
 平成28年 コミュニティケア1月号 日本看護協会出版会「在宅療養の要 排泄ケア」
 その他



jsscr

特別講演

特別講演 1

- 【開催日時】 2020年2月8日(土) 10:45～11:45
【会場】 第1会場(1F 中ホール・大地)
【テーマ】 超高齢社会に向けた自立支援プロジェクト
～ゲノム・補助器具・医療・住環境～
【司会】 前田耕太郎(藤田医科大学病院 国際医療センター)
【講師】 山口 建(静岡県立静岡がんセンター)

特別講演 2

- 【開催日時】 2020年2月8日(土) 15:00～16:00
【会場】 第1会場(1F 中ホール・大地)
【テーマ】 ケアイノベーション
【司会】 幸田 圭史(帝京大学ちば総合医療センター 外科)
【講師】 真田 弘美(東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻
老年看護学/創傷看護学分野/グローバルナース
ングリサーチセンター)

【司会略歴】

前田 耕太郎

現 職：藤田医科大学病院 国際医療センター 教授

学 歴：1979年 慶応義塾大学医学部卒業

職 歴：1979年～ 慶応義塾大学医学部外科学教室

1985年～ 慶応義塾大学伊勢慶応病院外科、同手術室長

1987年～ Lund University Malmo General Hospital外科留学

1989年～ Birmingham University 外科留学

1990年～ 社会保険埼玉中央病院外科医長

1995年～ 藤田保健衛生大学医学部消化器外科 助教授

2004年～ 2017 藤田保健衛生大学医学部外科 主任教授

2016～ 藤田医科（保健衛生）大学病院 国際医療センター長・教授

2019～ 藤田医科大学病院国際医療センター 教授、名誉センター長

所属学会：日本外科学会名誉会員、日本消化器外科学会特別会員、

日本臨床外科学会：名誉会員、第75回総会会長（2013）

日本癌治療学会功労会員、日本大腸肛門病学会名誉会員、第70回日本大腸肛門病学会総会会長（2015）、大腸癌研究会：世話人、第81回研究会当番世話人（2014）、JSSCR：前理事長、監事、大腸肛門機能障害研究会会長、手術手技研究会特別会員、骨盤外科機能温存研究会：世話人、第24回研究会会長（2014）、臨床解剖研究会：世話人、第16回研究会当番世話人（2012）、東海大腸外科治療研究会代表世話人

International College of Surgeons (Vice-president, President of Japan Section),

International Society of University Colon and Rectal Surgeons (ISUCRS, Vice-president,

Congress president 2020), Asian-Pacific Federation of Coloproctology (Secretary

General), Asian Society of Stoma Rehabilitation (Director General),

Eurasian Colorectal Technologies Association (Honorary Senate), Honorary member of

Czech Surgical Society, Visiting Professor of National Cheng Kung University

Honorary member of European Society of Coloproctology

学会誌 Vice-Editor-in Chief : Annals of Coloproctology

超高齢社会に向けた自立支援プロジェクト ～ゲノム・補助器具・医療・住環境～

○山口 建

静岡県立静岡がんセンター

超高齢社会を迎えた日本では、直近の平均寿命は男性が81歳、女性が87歳と報告されている。しかし、より実態に近いコホート型で算出された2000年代に生まれた子どもたちの平均寿命は100歳を越える。このことから今世紀のなかば以降は、100歳を超える長寿者が普通に暮らす社会が訪れる。そこで、可能な限り、健康寿命を平均寿命に近づける努力が必要となる。

あるコホートについて、長期にわたり観察した研究によれば、男性の場合、約2割が重度の疾患により60歳台から要支援・要介護の状況を経て死に向かい、約7割が75歳以降、徐々に、要支援・要介護となり、約1割が85歳以降も自立して生活するとされている。女性の場合は、60歳台の重度の疾患が約1割強と少なく、9割近くが75歳以上で、男性と同様、徐々に要支援、要介護となる。男性で見られる85歳以上での自立者は女性の場合は少ない。これらは、過去の世代に関するデータで、現在は、より健康な長寿者が増えていると考えられる。

静岡県、静岡がんセンター、ファルマバレーセンターの三者は、2017年度より超高齢社会に

向けた健康長寿・自立支援プロジェクトに取り組んでいる。ここでは、高齢者に見られる老化現象や老化関連病を対象に、①ゲノム医療などに基づく予測・予防、②生活の質向上のための補助器具の開発・情報提供、③医療・介護が必要になった場合の診療・ケアの実践、④要介護者のための機器開発、住環境の改善、を四つの柱として活動を続けている。

超高齢社会における各種専門職の役割は多岐にわたり、医療機関での活動にとどまっている状況は大きな変革を迎えている。多くの看護師やコメディカルが在宅医療の主役を担い、ストーマ、排泄、リハビリテーションはその主たるテーマである。在宅におけるリハビリテーションには課題が多い。また、排泄は、自立支援において最も解決が難しいテーマである。ストーマも、疾病によるストーマ作成・管理以外に新たな展開が期待されている。

本講演では、我々が取り組んでいる健康長寿・自立支援プロジェクトについて紹介し、会員の積極的な参加を求めている。

【講師略歴】

山口 建

1974年 慶應義塾大学医学部卒。
1999年 国立がんセンター研究所副
所長。同年宮内庁御用掛就任(併任)。
2001年 日本対がん協会評議員。



2002年 静岡県立静岡がんセンター設立と同時に総長に就任し現在に至る。2018年 厚生労働省がん対策推進協議会会長就任。同年 高松宮妃癌研究基金理事。2000年 高松宮妃癌研究基金学術賞受賞。2014年 国際腫瘍学バイオマーカー学会アボット賞受賞。研究領域は乳がん治療、腫瘍マーカー、がんゲノム医療、がんの社会学。

【司会略歴】

幸田 圭史

- 1984年3月 千葉大学医学部卒業
- 1984年6月 千葉大学医学部附属病院第一外科 医員（研修医）
- 1988年4月 ニューヨーク州立大学ストーニーブルック校消化管免疫学 研究員
- 1989年4月 サンディエゴ スクリプスクリニック免疫学 研究員
- 1989年10月 カリフォルニア大学サンディエゴ校附属がんセンター腫瘍免疫学 リサーチフェロー
- 1991年4月 千葉大学医学部附属病院第一外科 医員
- 1993年10月 同 助手
- 1998年6月 筑波大学臨床医学系外科 講師
- 2000年4月 千葉大学医学部附属病院第一外科 講師
- 2004年4月 同 食道胃腸外科 講師
- 2006年6月 帝京大学ちば総合医療センター外科 教授

学会活動

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 理事長

日本大腸肛門病学会理事

International Society of University Colon and Rectal Surgeons (ISUCRS) Associate Director
General

ケアイノベーションを起こす

○真田 弘美

東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻老年看護学/創傷看護学分野/
グローバルナーシングリサーチセンター

医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会が開催されている。看護師はもとより、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士へのタスクシフトの在り方について、議論が白熱している(2019年秋)。一方、2025年からの地域包括ケアシステムの稼働には、未だ在宅・施設ケアの担い手の不足が大きく報じられている。このような人的資源の不足に関する対応が問われる中、最近よく耳にする次世代の人類の発展を示すSociety 5.0、いわゆる超スマート社会が到来する。超スマート社会とは、年齢、性別、地域、言語といった様々な違いを乗り越え、生き活きと快適に暮らすことのできる社会を示す。その実現のために、ICTを最大限に活用し、サイバー空間とフィジカル空間(現実世界)とを融合させた取組みが行われる。すなわち、人々に豊かさをもたらす「超スマート社会」を未来社会の姿として共有し、その実現に向けた一連の取組みを「Society 5.0」として、強力に推進する(第5期科学技術基本計画)。

人的資源の不足を革新的な技術が補う社会に、今後どのようなストラテジーが必要となるだろうか。少子・超高齢社会を迎え、急激な人口減少が予測される中、日本の医療は、治す医療から、治して支える医療への転換が図られ、

そのためにはより良いケアが中核となる。人々が最新技術と共生しながら最適な健康を手に入れ、毎日を幸せに暮らせるように支援することが次世代の目標となる。つまり、健康寿命の延伸から幸福寿命の延伸へのパラダイムシフトをケアサイエンスが成し遂げるだろう。

このケアサイエンスの構築に向けて、東京大学では、ケアイノベーションを起こすべく2017年にグローバルナーシングリサーチセンターを開設した。ここでは、医学、工学、分子生物学、情報科学などの領域の研究者がチームサイエンスを実践する。つまり、ロボット、AI、ICT/IoT、分子生物学、遺伝子工学、オミックス解析などといったテクノロジーを看護学のコンセプトに取り入れて、いわゆる看護理工学を基盤としたオープンイノベーションを推進している。

本講演では、在宅医療の効率化を目的とし、在宅ケアの中で最も重要となる排便管理を例に挙げ、新しいデバイスやそれを取り入れる教育プログラムの効果など、グローバルナーシングリサーチセンターの取り組みを紹介する。さらに、スキンプロットティング、ウンドプロットティングなど、採血やバイオプシーに代わる新しい非侵襲的アセスメント技術についても言及する。

【講師略歴】

真田 弘美

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学/創傷看護学分野教授、博士(医学)。

1979年聖路加看護大学卒業、1987年クリーブランドクリニック聖路加分校ETスクール修了、1989-90年イリノイ大学大学院看護学部にて研修、1987-97年金沢大学医学部研究生博士(医学)

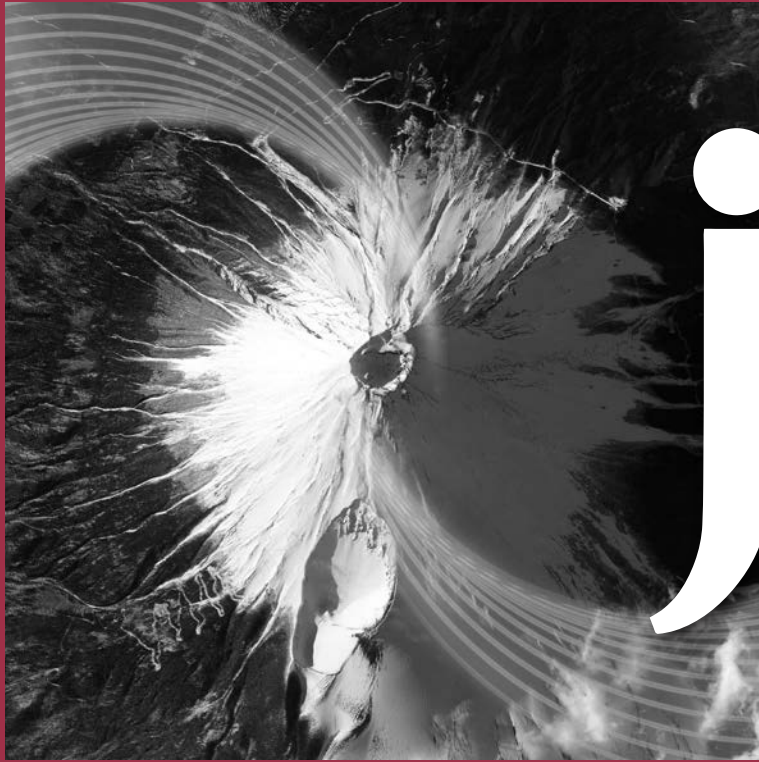
1998年金沢大学医学部保健学科教授、2003年東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学分野教授、2006年より現職。2011-2012年専攻長。2015-2016年学科長。2017年より東京大学大学院医学系研究科附属グローバルナーシングリサーチセンター長兼任。2019年Curtin University(Australia) Adjunct Professor、American Academy of Nursing (FAAN) Fellow。

1999年よりWOC看護認定看護師(現皮膚・排泄ケア認定看護師)。



日本看護科学学会、看護理工学会、国際リンパ浮腫フレームワーク・ジャパン研究協議会の理事長、日本老年看護学会、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会などの理事、日本褥瘡学会、日本創傷・オストミー・失禁管理学会の前理事長・現監事、日本創傷治療学会の監事、International Lymphoedema FrameworkのInternational board of directors、International Wound JournalのEditor、Journal of Wound careのEditorial advisor、Journal of Tissue ViabilityのEditorial Boardなどの国際雑誌を編集。2013年4月、Journal of Wound Care主催のJWC AWARDS 2013においてInnovation Awardを受賞。

最近の著書は、「Bioengineering Nursing: New Horizons of Nursing Research」Nova Science Pub Inc(2014)、「看護理工学」東京大学出版会(2015)、「進化を続ける!褥瘡・創傷治療・ケアアップデート」照林社(2016)、「スキんケアガイドブック」照林社(2017)、「排泄ケアガイドブック」照林社(2017)、「役立つ!使える!看護のエコー」照林社(2019)など。グローバルな活動とともに基礎研究から臨床応用まで看護学における創傷・スキんケア分野での共同研究や論文発表、講演など国際的に幅広い活動を行っている。



jsscr

シンポジウム

第 37 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会 シンポジウム 1 「ストーマ装具選択基準」標準化への挑戦

《企画の意図》

ストーマ装具の選択は、ストーマリハビリテーションにおいてもっとも根源的な判断的技術である。しかしこの技術には、ストーマ装具の構造と特徴、皮膚障害の病態と対応、ストーマ保有者の病状、社会的状況、受容の状況などに関する知識など、多様な知識を統合して判断する専門性の高さが求められる。この専門性の高いストーマ装具選択を基準によって標準化することは、間違いなく多くのストーマ保有者の福音となる。そしてそれは、これまで多くのストーマ医療者が共に目指して道半ばにある Mission であるとも言える。

【開催日時】 2020年2月8日（土）9:05～10:35

【会場】 第1会場（1F 中ホール・大地）

【座長】 舟山 裕士（仙台赤十字病院）
大村 裕子（東京オストミーセンター）

【講師】 石澤美保子（奈良県立医科大学 医学部 看護学科）

秋山結美子（慶應義塾大学病院 看護部）

山田 陽子（産業医科大学病院 看護部）

熊谷 英子（医療法人豊生会 むらた日帰り外科手術・WOCクリニック）

山本由利子（高松赤十字病院 看護部）

板橋 道朗（東京女子医科大学 消化器・一般外科）

《座長の言葉》

多種多様なストーマ装具の選択は医療者の誰しもが簡単に行えることではなく、臨床経験や直感的判断に基づいてストーマが持つ多様な条件を評価し、実施している。2009年医療者の技術習熟度や経験の多寡をこえて誰にでも適正な装具が選べるように『ストーマ装具選択基準』を開発、社会復帰ケアにおけるストーマ装具選択基準の一提案として、当学会誌に掲載された。このツールは『ストーマフィジカルアセスメント』と『ストーマ装具分類』からなり、ストーマケアデータの結果にエキスパートオピニオンを加えて作成した。本シンポジウムでは『ストーマ装具選択基準』の作成と運用、その問題点を紹介する。また、選択された装具が適正に使用されているかを評価する『新ストーマ管理度』の紹介を加え、令和時代のストーマ装具選択の『普遍性と多様性』について考える。

【座長略歴】

舟山 裕士

昭和55年東北大学医学部卒業
昭和57年東北大学医学部第一外科
平成17年東北大学大学院医学研究科 生体調節
外科学分野 准教授
平成19年東北労災病院 大腸肛門外科 部長
平成20年東北大学医学部臨床教授
平成26年仙台赤十字病院 第1外科部長、院長
補佐
平成31年仙台赤十字病院 病院長

【座長略歴】

大村 裕子

1975年 3月；慈恵高等看護学校卒業 看護婦免許取得
1975年 4月～1980年 6月；
慈恵医大病院外科病棟勤務
1981年 米国クリーブランドクリニックET
スクール修了
1981年 癌研病院外科病棟勤務
1985年 癌研病院ストーマリハビリテーション
室専任看護婦
1988年 東京オストミーセンター開設
1994年 筑波大学大学院修士課程修了（リ
ハビリテーション修士）
2004年 第21回日本ストーマリハビリテー
ション学会総会会長
2005年 学位取得、東亜大学大学院
テーマ『皮膚保護剤の粘着力が皮
膚に与える影響』
2014年から 日本ストーマ・排泄リハビリテー
ション学会災害対策委員長

【講師略歴】

石澤 美保子

- 1983年 大阪キリスト教短期大学卒業
1986年 近畿大学附属高等看護学校卒業
1986年 近畿大学医学部附属病院勤務
1992年 R.B Turnbull, Jr., MD School of ET Nursing
course of Entero stomal Therapy(Cleveland
Clinic U.S.A(Ohio)にてET認定証 取得
ブリストル・マイヤーズスクイブ(株)コン
パテック事業部 課長
2007年 和歌山県立医科大学保健看護学部講師
2008年 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士
後期課程修了 博士(看護学)取得
2009年 大阪府立大学看護学部准教授
2011年 奈良県立医科大学医学部看護学科教授
2018年 同上 看護学科長・大学院看護学研究科長
現在に至る

〈その他〉

- 2019年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師更
新(4回目)
日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会評議員
日本創傷・オストミー・失禁管理学会理事
日本褥瘡学会理事 日本褥瘡学会近畿地方会世話人代
表
日本創傷治癒学会評議員

SY1-1

ストーマ装具選択基準を用いた研究の文献レビュー

○石澤美保子

奈良県立医科大学 医学部 看護学科

2005年～2008年にストーマ装具選択基準検討委員会(委員長：大村裕子、以下ストーマ装具選択委員会)が結成され、3年間の研究活動が行われた。その成果として翌年の2009年に日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌25(3)にストーマ装具選択に関連する4つの研究が原著論文として掲載された。さらにそれらをまとめたストーマ装具選択ガイドブックが成書として2012年に発刊されている。

今回、ストーマ装具選択委員会が研究開始時に文献レビューを実施した2007年7月以降の12年間(2007年8月～2019年8月迄)に発表されたストーマ装具の選択基準に関する国内外の文献レビューと、2009年にストーマ装具選択委員会が作成した「ストーマ装具選択基準」を用いた研究の文献レビューの2つを行った。結果は、12年間に発表されたストーマ装具の選択基準に関する文献は、会議録8件、論文は5件であった。論文のうち原著論文は0件であった。論文を研究デザインで分類すると調査研究が1件、症例報告が4件であった。

次に、ストーマ装具選択委員会が作成した「ストーマ装具選択基準」を用いた研究は、原著とその他の論文と会議録に分け、会議録は4件あり除外した。原著論文は0件で、その他の論文は40件であったが研究デザインによって、比較研究、調査研究、症例報告、解説(雑誌)とした。その結果、40件すべてが解説(雑誌)であった。さらにその40件のうち「ストーマ装具選択基準」を用いたことを記述している論文は1件、用いたことを記述していないが、用語として文中に明示していた論文は11件で、文中には示されておらず参考文献にのみ挙げていた論文は28件であった。

これらの結果からストーマ装具選択委員会が作成した「ストーマ装具選択基準」を用いた研究は、症例報告やエキスパートオピニオンの解説のみであり、ストーマケアを実践する者が個々に捉えた範囲でストーマ装具選択基準として報告をしており、根拠となる研究はなされていなかった。

【講師略歴】

秋山 結美子

- 1988年 慶應義塾大学医学部附属厚生女子学院 卒業
慶應義塾大学病院 勤務
- 1997年 日本看護協会 WOC看護認定看護師資格
取得
- 2005年 法政大学 人間環境学部 卒業

SY1-2

ストーマ装具の分類と評価

○秋山結美子

慶應義塾大学病院 看護部

はじめに：ストーマ装具は、ストーマ排泄管理において漏れることなく、皮膚障害を最小限にすることを目標に使用される。数多くの装具の中から適正な装具選択をするためには、ストーマ装具の特徴を十分理解し、適切なストーマフィジカルアセスメントに基づいて、個々のストーマ状況に適合させることが必要である。そこで、2008年に研究チームを結成し、装具選択に必要な装具因子の調査結果から、ストーマ局所条件をもとに装具選択するのに必要な装具分類「粘着性ストーマ装具の分類」を作成した。このストーマ装具分類に至る経過とその問題点について述べる。

方法：2006年11月時点の国内において入手可能なストーマメーカー4社の社会復帰用装具についてカタログ、製品の実測、目視で調査した。

結果：装具分類は、社会復帰用の装具選択を対象としたもので、ストーマ装具を構造面から、①システム、②面板、③面板機能補助具、④フランジ、⑤ストーマ袋の5項目に分類し、さらに構造、機能面、仕様に分類した。

装具の実測ではメーカー間での表示や測定方法が異なり、特に凸型（凸面型）面板の凸度・硬度、面板の柔軟性、皮膚保護剤の耐久性の明確な分類は難しく、凸度は高さを基準とし、3mmまでを浅い、7～10.5mmを深い、4～6mmを中間とした。面板の柔軟性は、凸度が最も高い部分が硬度も高い傾向であったが、面板自体の柔軟性は測定できなかったため、単品系の平板（平面型）面板を柔らかい、単品系の一部の平板（平面型）面板と凸型（凸面型）および二品系の面板を硬いに分類にした。皮膚保護剤の耐久性については、カタログから短期用は2～3日、中期用は3～5日、長期用は5～7日とした。

まとめ：ストーマ装具分類の難しさは、日々増え続ける多種多様なストーマ装具を構造、機能面からみて把握しやすいように分類し、医療者が適切にストーマ装具選択をできるようにすることである。装具選択のための装具分類から10年以上がたち、新しい分類の装具も供給されている。私たちは中間ユーザーとして装具を評価し、ストーマ用品メーカーにフィードバックし、定期的な装具選択に必要な分類を見直していくことが重要である。

【講師略歴】

山田 陽子

1. 学歴

- 1993年3月 産業医科大学医療技術短期大学看護学科卒業
2002年7月 WOC認定看護師に認定
2016年3月 産業医科大学大学院看護学専攻 修士課程修了

2. 職歴

- 1993年4月から1999年3月 産業医科大学病院勤務
1999年4月から2000年3月 順天堂医院勤務
2000年4月から2006年10月 癌研究会附属病院（現がん研有明病院）勤務
2006年11月から現在 産業医科大学病院勤務

SY1-3

術後ストーマ状況の変化に対応する装具選択の検討

○山田 陽子¹⁾、三好 綾子¹⁾、秋山 泰樹²⁾、
永田 淳²⁾、平田 敬治²⁾

産業医科大学病院 看護部¹⁾、産業医科大学 第一外科学²⁾

はじめに：ストーマを良好に管理するには、ストーマ状況に適した装具選択が重要である。ストーマ造設術後、ストーマ状況は変化するため、その都度装具選択の見直しと変更が必要である。今回、術後3ヶ月間のストーマ状況の変化を明らかにし、変化に応じた装具選択の重要項目について検討した。

対象と方法：2017年4月～2019年3月までにストーマサイトマーキング（以下マーキング）を施行し、術後2ヶ月以上観察できた消化管ストーマ63例（3ヶ月まで観察できたのは44例）。正中・臍・骨突起から5cm以上離すこと、術前から観察可能な腹壁の硬度、連結しない皺の有無とその位置を確認し、マーキングした。ストーマ・フィジカルアセスメントツール（以下SPAツール）の観察項目に沿って、術直後、1ヶ月、2ヶ月、3ヶ月後のストーマ状況と装具変更の有無を調査した。

結果：術後1ヶ月はストーマサイズが有意に変化し、腹壁の硬度、皮膚の平坦度に変化の傾向があった。2ヶ月後はストーマサイズ・高さが有意に変化していた。3ヶ月後はストーマ縦径のみ有意差があった。ストーマの形状、ストーマ周囲皮膚局所的膨隆、ストーマに連結しない皺、連結する皺は、術後3ヶ月間に経時的変化はなかった。ストーマ状況の変化による装具変更率（理由）は、術後1ヶ月6/63例,9.5%（突出→非突出ストーマに変化6例）、2ヶ月後7/63例,11.1%（皮膚の平坦度が山型→陥凹型に変化1例、突出→非突出ストーマに変化4例、その他2例）、3ヶ月後1/44例,2.2%（突出→非突出ストーマに変化）であった。

まとめ：ストーマ状況をSPAツールで経時的に評価すると、術直後は全項目、1ヶ月ではストーマ縦径・横径・高さ、腹壁の硬度、皮膚の平坦度、2ヶ月ではストーマ縦径・横径・高さに注目して適正な装具選択の評価を行うことが重要であることが明らかになった。今回、術後最も変化しやすい時期で調査を行ったが、ストーマ状況は、ストーマ合併症、加齢、体重増減などを機に生涯変化するため、術後3ヶ月以降も経時的に変化を確認する必要がある。SPAツールは装具選択のアセスメントツールだけでなく、ストーマ状況の変化を確認するツールとしても有効であった。

【講師略歴】

熊谷 英子

略歴	1981年4月	東北大学病院	勤務
	1986年4月	東北大学病院	第一外科ストーマ外来担当
	2000年	日本看護協会	皮膚・排泄ケア認定看護師
	2003年	東北大学病院	全国ではじめてのWOCセンター開設 専任
	2010年3月	東北大学大学院医学系研究科	障害科学専攻内部障害学分野 博士課程前期2年過程修了 修士 (障害科学)
	2011年4月	東北大学病院	看護師長
	2014年4月	むらた日帰り外科手術・WOCクリニック勤務	統括看護部長 東北大学大学院医学系研究科 非常勤講師 現在に至る。
役員関連		日本創傷・オストミー・失禁管理学会理事 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会評議員 東北ストーマリハビリテーション講習会・研究会 実行委員・世話人 日本褥瘡学会評議委員 日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会評議員 日本褥瘡学会東北地方会世話人 宮城県ストーマケアに関する災害対策委員会 副委員長 宮城県皮膚・排泄ケア認定看護師会 代表世話人 宮城県フットケア研究会世話人	
受賞	2007年	第24回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会	学会賞受賞
	2008年	日本オストミー協会	より感謝状授与
	2010年	第27回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会	会長賞・学会賞受賞

SY1-4

ストーマ装具選択基準を用いたストーマ装具選択の実際

○熊谷 英子

医療法人豊生会 むらた日帰り外科手術・WOCクリニック

適正なストーマ装具選択では、装具の構造と機能の特徴を十分理解したうえで、ストーマの局所条件や排泄物の性状、患者のセルフケア能力、経済性、好みなどの多数の条件をすみやかにアセスメントし、患者個々に合わせた装具を選択することが求められる。しかし、多種多様のストーマ装具の中から、患者個々にあった装具を選択することは困難を極め、また、長期にわたりこれらの問題を解決すべく装具分類や適切なツールが示されてこなかった。

そこで、2005年、大村らは看護師14名、医師1名、医学司書1名、統計担当1名の研究チーム「ストーマ装具選択基準検討委員会」を結成し、ストーマの局所条件とストーマ装具条件の両面から様々な検討を加え、2008年、ストーマの局所条件をアセスメントするためのストーマ・フィジカルアセスメントツール（以下、SPAツール）とストーマ装具選択に必要な装具分類「粘着性ストーマ装具の分類」（以下、ストーマ装具分類）から成る「社会復帰ケアにおけるストーマ装具選択基準」（以下、選択基準）を作成した。作成した選択基準は、A1:選択する9項目、A2:選択することを推奨する17項目、B:選択することを考慮する10項目からなり、選択基準を用いたストーマ装具選択では、SPAツールとストーマ装具分類を用いてストーマの局所とストーマ装具のアセスメントを行い、そのアセスメント結果に選択基準を用いて適正なストーマ装具を選択する構成となっている。

以下に選択基準を用いたストーマ装具選択の実際の流れを示す。

1. 患者およびストーマの基本情報を確認する。
2. SPAツールを用いてストーマ局所のアセスメントを行う。
3. ストーマ局所のアセスメント結果に適応する選択基準を選択する。
4. 粘着性ストーマ装具の分類にそってアセスメントを行い、アセスメント結果に適応する選択基準を選択する。
5. SPAツールとストーマ装具分類から抽出された選択基準をもとに、患者の身体面、心理面、社会面の特徴、患者の好み等を加え、総合的にアセスメントを行い、患者個々にあった適正なストーマ装具を選択する。

シンポジウムでは、症例を提示し、選択基準を用いたストーマ装具選択の実際について解説する。

【講師略歴】

山本 由利子

<学歴>

- 1985年 高松赤十字看護専門学校 卒業
- 1988年 香川県看護専門学校 公衆衛生看護助産学科 卒業
- 2004年 放送大学教養学部 生活と福祉専攻 卒業
- 2007年 香川大学大学院 医学系研究科 地域看護学 専攻 卒業

<職歴>

- 1985年 高松赤十字病院 看護部
- 1988年 財団法人癌研究会附属病院 看護部
- 1999年 高松赤十字病院 看護部 現在に至る

<資格等>

- 1990年 聖路加国際病院ETスクール修了
- 1999年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師 取得
- 2005年 テクノエイド協会 福祉用具プランナー 取得
- 2017年 おむつフィッター3級 取得

<所属学会>

- 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 理事
- 日本褥瘡学会 社員
- 日本創傷・オストミー・失禁管理学会 社員 など

SY1-5

ストーマ装具選択基準の問題点—地域ストーマリハビリテーション講習会で利用して—

○山本由利子

高松赤十字病院 看護部

【はじめに】四国ストーマリハビリテーション講習会では、認定講習会である基礎コースを修了した受講生から実践的な内容を学びたいとの要望があり、フォローアップコースを開催している。そのコース内で、ストーマ装具選択基準（以下選択基準と記述）を使って講義をしている。発表者が担当した講義の概要とストーマ教育における選択基準の問題点について述べる。

【講義の概要】基礎コースでは選択基準は簡単な紹介だが、フォローアップコースでは、①選択基準が作成された経緯と概要の説明、②ストーマ装具選択のため装具分類の解説と演習、③ストーマ装具選択のためのストーマフィジカルアセスメントの解説と演習、④選択基準を使用した演習を実施している。実践に結び付けるため、解説の直後に症例やストーマ装具を数例使った演習を実施している。

【問題点】「ストーマフィジカルアセスメント」や「ストーマ装具の分類と評価」、「選択基準」はそれぞれ単独でも活用されがちである。科学的なストーマ装具の選択には、他の装具選択ツールとは混同せず、これらの3つを一連の流れとして使用することが必要と考える。

選択基準の演習時、受講生は当初とまどろが、数例していくうちに早く選択できるようになった。多くの項目がある選択基準は、エビデンスの強さによる項目順になっており、ストーマフィジカルアセスメントの項目順ではないため、探しにくかったのではないかと思われる。また、装具選択基準を使いこなすには、ある程度練習をする必要があると思う。臨床では、視力や認知機能の低下や社会的問題も考慮して選択しているが、それらの項目が無いため受講生から質問をうけることがある。最優先される「漏れない管理」のために選択基準を用いた後、全身的・社会的問題の項目が検討できるような別の選択基準の開発が望まれる。

【結語】ストーマ装具の選択は、「だれでも適切に」は必要だが、「簡単に」ストーマ装具選択をしてはいけない。エビデンスのあるストーマ装具選択基準をもとにして、悩んで選択すべきだと思う。

【講師略歴】

板橋 道朗

昭和59年 北里大学医学部卒業
昭和59年 東京女子医科大学第2外科入局 研修医
平成1年 東京女子医科大学第2外科 助手
平成13年 同 講師
平成21年 同 准教授
平成28年4月 同 消化器・一般外科 准教授
平成28年5月 東京女子医科大学 クリニカルパス推進室 室長(兼務)
平成28年6月 東京女子医科大学 がんセンター 病院部門長(兼務)
平成29年5月 東京女子医科大学 消化器・一般外科 教授
平成30年7月 東京女子医科大学 医療連携・入院支援部運営部長
現在に至る

認定医 日本消化器外科学会、日本消化器内視鏡学会、胃腸科認定医
専門医 日本外科学会、日本消化器外科学会、日本大腸肛門病学会、日本消化管学会
指導医 日本外科学会、日本消化器外科学会、日本大腸肛門病学会

国際学会会員歴
International College of Surgeon
International Society of University Colon and Rectal Surgeons (ISUCRS)
American Society of Clinical Oncology (ASCO)
Asian organization of crohn's and colitis (AOCC)

学会関連役員
理事 日本ストーマ排泄リハビリテーション学会、日本大腸肛門病学会
評議員 日本ストーマ排泄リハビリテーション学会、日本大腸肛門病学会、日本臨床外科学会、日本大腸検査学会、日本腹部救急医学会、日本外科感染症学会、日本外科系連合学会

大腸癌研究会 世話人 大腸癌治療ガイドライン評価委員会委員長
日本消化器病学会 大腸ポリープガイドライン作成委員会委員
日本腹部救急医学会誌 編集委員
日本大腸肛門病学会 教育委員、専門医制度委員、倫理委員
日本ストーマ排泄リハビリテーション学会 プロジェクト企画委員会委員長
教育委員会副委員長、あり方委員会委員、講習会委員、地方会委員
東京ストーマリハビリテーション研究会 幹事、世話人
HALS研究会 代表世話人

社会活動
NPO法人 日本炎症性腸疾患協会 (CCFJ) 事務局担当理事
大腸癌撲滅キャンペーン ブルーリボンキャラバンアドバイザーボード

SY1-6

装具選択の標準化に何か必要か 造設する側として

○板橋 道朗¹⁾、大村 裕子^{2,10)}、山田 陽子^{3,10)}、高橋 賢一^{4,10)}、靱山こずえ^{6,10)}、熊谷 英子^{7,10)}、江川安紀子^{8,10)}、玉城 洋子^{9,10)}、穴澤 貞夫^{5,10)}

東京女子医科大学 消化器・一般外科¹⁾、東京オストミーセンター²⁾、産業医科大学病院 看護部³⁾、独立行政法人労働者健康安全機構東北労災病院 大腸肛門外科⁴⁾、高津看護専門学校⁵⁾、もみやまクリニック⁶⁾、むらた日帰り外科手術・WOCクリニック⁷⁾、東京慈恵会医科大学附属第三病院 看護部⁸⁾、医療法人社団 総生会 麻生総合病院 看護部⁹⁾、ストーマ管理度検討委員会¹⁰⁾

ストーマ管理度検討委員会ではストーマ造設とケアの標準化を目指して、ストーマ管理度検討委員会(以下、委員会)で装具装着の複雑性と臨床的な評価を検討してきた。装具選択の標準化に何か必要か、委員会の集積データを用いて今後の課題について検討し報告する。

対象

2010年10月から2018年9月までに委員会を構成する施設で経過観察された消化管ストーマを有する症例を対象とした。集積120例中15歳未満、造設後30日未満の4例を除外した116例を検討対象とした。症例の背景は、平均74.1歳、男性61名、女性55名、回腸ストーマ32例、結腸ストーマ84例、単孔式76例、双孔式40例であった。

方法

装具装着の複雑性を3段階、皮膚保護剤の耐久性を3段階に分類し、これらを組み合わせて新管理度(A~Eの5段階評価)とした。また、臨床的な評価として近接皮膚の障害程度も3段階に分類して装具選択の結果として評価(臨床評価)した。

より複雑な管理を必要とする管理度DEになる要因を解析、施設間格差についても検討した

結果

管理度はA3例、B30例、C51例、D28例、E4例でより複雑な管理を必要とする管理度DEは27.6%の症例に求められた。管理度DEとなる因子として、施設、排泄物性状、ストーマの高さ7mm未満、ストーマ周囲平坦度、連続する皺が有意となり、腹腔鏡、ストーマ部位(回腸、結腸)合併症ありなどが管理度DEとなる傾向があった。多変量解析では、施設、連続する皺が有意な因子であった。施設間格差の検討では、腹腔鏡頻度、ストーマの高さ、便の性状のみが施設間の背景因子で有意差を認めたのみであったが、管理度の分布は有意に異なっていた。

まとめ

症例の27.6%に、より複雑な管理が必要な管理度DEを認めた。ストーマを造設する側としての皺のない平坦な腹壁に高さのあるストーマを作成することの重要性が確認された。また施設間の管理度の分布に差を認めた。ストーマケアの標準化のためには、医療者側の装具選択の標準化が必要であり、コンセンサスに基づいた標準的な方法のアルゴリズムなどの作成が求められる。

第37回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会 シンポジウム2 腹腔鏡が拓く「ストーマ新時代」

《企画の意図》

腹腔鏡手術によるストーマ造設が定着して10年ほどになる。腹腔鏡手術は、ストーマリハビリテーションにどのような変革をおこしたのだろうか。ストーマサイトマーキング、ストーマ合併症、セルフケアの状況はどのように変わったのだろうか。これらの変化は、ストーマリハビリテーションの安定と発展の中で「深く静かに潜航」しながら、実は新しいストーマ時代を造っているに違いない。腹腔鏡による新しいストーマリハビリテーションの姿を描き出していきたい。

【開催日時】 2020年2月8日（土）16:10～17:40

【会場】 第1会場（1F 中ホール・大地）

【座長】 板橋 道朗（東京女子医科大学 消化器・一般外科）
佐藤 文（福井県立大学 看護福祉学部）

【講師】 佐藤 武郎（北里大学病院 下部消化管外科学）

大塚 幸喜（岩手医科大学附属病院 外科）

稲田 浩美（日本医科大学付属病院 看護部）

松永 希（独立行政法人労働者健康安全機構 香川労災病院）

宮垣 真理（社会医療法人仙養会 北摂総合病院 訪問看護ステーション）

《座長の言葉》

腹腔鏡手術が標準手技として認知され、近年ではロボット支援手術も保健適応となりストーマ造設手技も変化しつつある。そして、在院日数短縮と患者の高齢化がストーマセルフケア確立にも大きく影響している。

手術手技の革新的な発展の中で、ストーマ造設方法がどのように変化しているのか。術前後のケアはどのように変化しているのか。これらを踏まえて新しいストーマリハビリテーションについて今後の課題を共有するような発表を期待したい。

【座長略歴】

板橋 道朗

昭和59年 北里大学医学部卒業
昭和59年 東京女子医科大学第2外科入局
研修医
平成1年 東京女子医科大学第2外科 助手
平成13年 同 講師
平成21年 同 准教授
平成28年4月 同 消化器・一般外科 准教授
平成28年5月 東京女子医科大学 クリニカルパ
ス推進室 室長 (兼務)
平成28年6月 東京女子医科大学 がんセンター
病院部門長 (兼務)
平成29年5月 東京女子医科大学 消化器・一般
外科 教授
平成30年7月 東京女子医科大学 医療連携・入
退院支援部運営部長
現在に至る

認定医 日本消化器外科学会、日本消化器内視
鏡学会、胃腸科認定医
専門医 日本外科学会、日本消化器外科学会、
日本大腸肛門病学会、日本消化管学会
指導医 日本外科学会、日本消化器外科学会、
日本大腸肛門病学会

国際学会会員歴

International College of Surgeon
International Society of University Colon and
Rectal Surgeons (ISUCRS)
American Society of Clinical Oncology (ASCO)
Asian organization of crohn's and colitis
(AOCC)

学会関連役員

理事 日本ストーマ排泄リハビリテーション
学会、日本大腸肛門病学会
評議員 日本ストーマ排泄リハビリテーション
学会、日本大腸肛門病学会、日本臨床
外科学会、日本大腸検査学会、日本腹
部救急医学会、日本外科感染症学会、
日本外科系連合学会

大腸癌研究会 世話人 大腸癌治療ガイドライ
ン評価委員会委員長
日本消化器病学会 大腸ポリープガイドライン
作成委員会委員
日本腹部救急医学会誌 編集委員
日本大腸肛門病学会 教育委員、専門医制度委
員、倫理委員
日本ストーマ排泄リハビリテーション学会 プ
ロジェクト企画委員会委員長
教育委員会副委員長、あり方委員会委員、講習
会委員、地方会委員
東京ストーマリハビリテーション研究会 幹事、
世話人
HALS研究会 代表世話人

社会活動

NPO法人 日本炎症性腸疾患協会 (CCFJ) 事
務局担当理事
大腸癌撲滅キャンペーン ブルーリボンキャラ
バン アドバイザリーボード

【座長略歴】

佐藤 文

【学歴および職歴】

1988年3月 国立奈良病院附属看護学校 卒業
1996年10月～1997年3月
日本看護協会 看護研修学校 認
定看護師教育課程
1997年7月 創傷・オストミー・失禁看護認定
看護師 (現 皮膚・排泄ケア認定
看護師) 認定
2003年3月 金沢大学大学院医学系研究科保健
学専攻修士課程 修了 (修士 (保
健学))
2016年3月 金沢大学大学院医薬保健学総合研
究科保健学専攻博士後期課程 修
了 (博士 (保健学))

【職歴】

1988年4月～2006年11月
天理よろづ相談所病院
2007年1月～2011年3月
兵庫県看護協会 認定看護師教育
課程 主任教員
2011年4月～2013年3月
日本看護協会 看護研修学校 認定
看護師教育課程 専任教員
2013年4月～2016年3月
金沢赤十字病院 非常勤看護師
2016年4月～ 現職

【所属学会】

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 (評
議員, 会則委員)
日本褥瘡学会 (評議員)
日本褥瘡学会中部地方会 (世話人)
日本創傷・オストミー・失禁管理学会 (理事、
評議員)
国際リンパ浮腫フレームワーク・ジャパン研究
協議会 (理事, 編集委員)
日本看護科学学会, 日本老年看護学会, 日本老
年医学会, 看護理工学会, 創傷治療学会 等

【講師略歴】

佐藤 武郎

現職

北里大学病院 病院長補佐(臨床研修センター担当)
 北里大学病院 臨床研修部副部長
 北里大学病院 臨床研修センター長
 北里大学病院 診療情報管理室室長
 北里大学病院 消化器センター外科部門主任
 北里大学医学部下部消化管外科学 専任講師

専門分野

- (1) 一般外科学・消化器外科学
- (2) 大腸肛門疾患 特に大腸癌(手術・化学療法・化学放射線療法)
- (3) 内視鏡外科学(腹腔鏡外科・内視鏡外科)

略歴

昭和63年4月 北里大学医学部入学
 平成6年3月 北里大学医学部卒業
 平成6年4月 北里大学病院研修医(外科)
 平成6年5月 国立相模原病院外科出向
 平成7年4月 北里大学病院研修医(外科)復職
 平成8年4月 北里大学医学部外科学助手(病棟医)任用
 平成9年4月 大和会 東大和病院消化器科出向
 平成11年4月 北里大学医学部外科学助手(病棟医)復職
 平成12年4月 北里大学医学部外科学助手(研究員)任用
 平成12年4月 国外留学 Universitaets-Krankenhaus, Eppendorf, Germany (Hamburg大学)(一般外科学・外科免疫治療学)
 平成14年4月 北里大学医学部外科学助手(研究員)復職
 平成18年4月 北里大学医学部外科学診療講師
 平成20年3月 北里大学 博士(医学)学位
 平成22年4月 北里大学外科学医局長(～平成27年3月)
 平成24年8月 北里大学医学部外科学専任講師
 平成27年1月 北里大学病院消化器センター外科部門主任
 平成27年6月 北里大学病院診療アシスタント室副室長(～平成30年6月)
 平成27年7月 北里大学病院診療情報管理室室長
 平成27年10月 第55回日本癌治療学会幹事長(～平成28年10月)
 平成28年8月 北里大学インフォームドコンセント責任者
 平成30年7月 北里大学病院病院長補佐 / 臨床研修部副部長 / 臨床研修センター長

SY2-1

腹腔鏡下時代におけるStoma造設のトレンド

○佐藤 武郎、三浦 啓寿、古城 憲、横井 圭悟、萩原 千恵、山梨 高広、中村 隆俊
 北里大学病院 下部消化管外科学

【はじめに】

National clinical databaseや日本内視鏡外科学会のアンケート調査では、過半数以上の手術が腹腔鏡手術で行われていることが報告されている。とくに、直腸癌に対する腹腔鏡手術は、拡大視効果による臨床(手術)解剖の進化により、精緻な手術可能となった。しかし、病状の進行や局在に部位により、Stoma造設を要する症例は存在する。

【目的】

腹腔鏡時代における、当院でのStoma造設のトレンドを明らかにする。

【対象】

2016年から2018年まで施行された大腸癌手術例768症例を対象とした。

【結果】

腹腔鏡および、ロボット支援下手術の完遂例は760例98.96%であった。このうち、腹会陰式直腸切断術(一部ハルトマン氏主手術を含む、永久Stoma造設術)62例(8.1%)、直腸切除+Diverting ileostomy症例は110例(14.3%)、局所進行(他臓器浸潤)もしくは、StageIVでStoma造設を施行した症例は45例(5.9%)であり、1例を除いて回腸Stomaであった。症例の割合としては、年次経緯で変化を認めなかった。Rbに掛かるRa癌においても、術前化学放射線療法を施行した症例では、Diverting ileostomyを造設していた。Diverting ileostomyは全例回腸末端に造設をしており、根治手術6カ月後に全症例で、Stoma閉鎖を企図されていたが、頻便を危惧した85歳の症例と、肛門痛のため自然肛門への復帰を拒んだ症例で、Stoma閉鎖を施行されていなかった。局所進行(他臓器浸潤)もしくは、StageIVでStoma造設を施行した症も全例で腹腔鏡を併施しており、Staging Laparoscopyの役目も果たしていた。

【まとめ】

高い腹腔鏡手術完遂率を示した。腹腔鏡手術により、より低位の直腸癌まで肛門温存可能となり、Diverting ileostomyの症例が最も多い傾向にあったが、永久Stomaとなる症例も約8%に認めた。Stoma閉鎖を簡便に行えることに主眼を置いて、局所進行(他臓器浸潤)もしくは、StageIVでStoma造設を施行した症例とDiverting ileostomyのほとんどの症例で、回腸Stomaを選択しており、腹腔鏡手術時代においては、回腸Stomaが主流となっている可能性が示唆された。

【講師略歴】

大塚 幸喜

大塚幸喜（おおつか こうき） S42.4.12 52歳

学歴：

1988年 岩手医科大学医学部入学
1993年 岩手医科大学医学部卒業
1993年 岩手医科大学第一外科入局 医員
(大学病院3ヶ月、関連病院3ヶ月の短期出張を繰り返す)
2001年 岩手医科大学第一外科 助手
2001年 大阪医科大学一般・消化器外科に短期研修
2007年 岩手医科大学 外科 講師
2016年4月 同 外科 特任准教授
2016年4月 同 腫瘍センター がん患者支援情報室 室長 現在に至る
2019年2月 同 外科 准教授 現在に至る

学位：

1999年 医学博士取得
「食道癌術後早期の経腸栄養の有用性に関する検討」
日消外会誌.1998;31:891-9

学会・研究会資格、役職：

日本外科学会：認定医・専門医・指導医
日本消化器外科学会：認定医・専門医・指導医・評議員
日本大腸肛門病学会：専門医・指導医・評議員
日本内視鏡外科学会：技術認定医・評議員
日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会：
認定士・編集委員・評議員
日本がん治療認定医
大腸癌研究会：施設代表者
腹腔鏡下大腸切除研究会：理事
JCOG大腸がんグループ：施設代表者
次世代の内視鏡下消化管手術セミナー：世話人
大腸疾患外科療法セミナー：代表世話人
東北ストーマリハビリテーション研究会：世話人
東北内視鏡外科フォーラム：世話人
東北家族性腫瘍研究会：世話人
岩手ストーマ研究会：事務局
岩手骨盤外科研究会：事務局
da Vinci Robot surgery：術者certification

受賞：

2001年日本内視鏡外科学会カール・ストルツ賞受賞
(最優秀ビデオ)
2003年日本内視鏡外科学会伊藤賞受賞 (最優秀論文)

SY2-2

人工肛門造設予定患者に対する腹腔鏡手術の実際

○大塚 幸喜¹⁾、木村 聡元¹⁾、松尾 鉄平¹⁾、
藤井 仁志¹⁾、高清水清治¹⁾、八重樫瑞典¹⁾、
千葉 励子²⁾、高橋 咲子²⁾、佐藤 雅恵²⁾、
小笠原久美子²⁾

岩手医科大学附属病院 外科¹⁾、
岩手医科大学附属病院 看護部²⁾

【目的】大腸癌に対する腹腔鏡手術 (LS) は、近年の充実した手術教育と進化した手術機器により安全に行われ、開腹手術 (OS) と比較し低侵襲で、根治性に関しても同等であることが報告されている。特に、直腸癌に対するLSはNCDデータによると約6割に実施されている。本シンポジウムでは、大腸疾患に対するLSによる人工肛門造設手術の実際の手技と工夫、オストメイトに与えるメリットについて術式別に報告する。【対象】当教室LSは年間200例で、全大腸疾患の約9割に行われている。永久的ストーマ (PS) 適応症例は、肛門管および挙筋に浸潤した進行癌に対する直腸切断術 (APR)、全身状態または肛門機能不良症例に対するハルトマン手術。covering stoma(CS) 適応症例は、前治療後の低位前方切除 (LAR)、内肛門括約筋切除 (ISR)、大腸全摘後である。【結果】LSはOSに比較し術後の腹壁形状の変化が明らかに少ないため、術後早期から長期にわたり装具トラブルが少ない。また、術前のストーマサイトマーキングの情報を元にした装具選択が容易で、さらに術後疼痛が少ないためセルフケア指導が早期に開始できる。特に、肥満女性に対しては明らかな違いを経験している。CSに対するストーマ閉鎖術においては、LS後の腹腔内の癒着はほとんどないため容易に行うことが可能で、術後のSSI、縫合不全、腸閉塞等の合併症は少ない。また、若年者が対象となる大腸全摘後のCSのストーマ閉鎖に対しても、LSと環状縫合により整容性に優れている。【結語】人工肛門造設で外科医ができる最重要課題は、オストメイトまたは家族が一生にわたりセルフケアしやすいストーマを造ることであり、LSはその一助となり得る。

【講師略歴】

稲田 浩美

- 1988年 日本医科大学看護専門学校卒業
- 1988年 日本医科大学付属病院入職
- 2000年 日本看護協会 皮膚排泄ケア認定看護師資格取得
- 2019年 褥瘡管理者 現在に至る

SY2-3

腹腔鏡下ストーマ造設術により入院期間が短縮となった患者をどのように支えるか

○稲田 浩美

日本医科大学付属病院 看護部

近年、ストーマ造設術は腹腔鏡下で行われる割合が増えている。患者への身体的負担は軽減され早期の社会復帰が可能となった。また正中創がないことで腹壁の狭い患者に対しては創部を気にせずにストーマサイトマーキングが実施でき、より患者のケアしやすい位置、装具が安定する位置に造設が可能となり患者のQOLにも貢献している。

以前の開腹によるストーマ造設術を行っていたころは、術前も3～4日あり病棟でストーマについての説明を行い患者の受け入れ状況を確認し介入する時間があった。しかし現在は術前1～2日前の入院であり、手術の準備に追われ、ストーマについてのオリエンテーションは行うが患者が十分に理解しないまま手術となることがある。また腹腔鏡下での手術により術後の回復は早く、クリニカルパスに沿ったケアが計画的に行われる。以前の開腹手術の時は、術後の疼痛が和らぎ離床が進むまで看護師がケアを行いストーマの受け入れ状況を患者の反応を見ながら進め、退院までの時間は要したが個人に合わせたケアを提供していた。現在は腹腔鏡による手術にて早期回復、早期退院が可能となり術後早期から指導を開始するがストーマケアに不安を抱えたまま退院を迎える患者も少なくない。

ここで重要になるのは外来での関りである。外来での手術説明から皮膚・排泄ケア認定看護師または外来看護師が同席し、説明内容や患者の反応を確認し外来での術前オリエンテーションにつなげることでストーマのイメージを持ち不安を軽減して手術に臨むことができる。また退院後も短期間でのストーマ外来受診により退院後の不安の解消やストーマ装具交換手技の確認と指導を行うことができる。入院期間短縮の対応として病棟とストーマ外来とのシームレスな連携がケアの継続につながり、患者の早期社会復帰と退院後の安寧を支えるためには重要であると考えらる。

【講師略歴】

松永 希

岡山労災病院看護専門学校卒業後、岡山労災病院外科病棟勤務を経て

2002年 香川労災病院に入職

2005年 佛教大学社会学科社会福祉学部卒業

2009年 兵庫県看護協会 膚・排泄ケア認定看護師教育課程修了

2010年 皮膚・排泄ケア認定看護師 取得
香川労災病院 褥瘡管理者

2018年 日本看護協会看護研修学校特定行為研修 創傷管理モデル修了

SY2-4

一般病院における腹腔鏡下ストーマ造設術後ケアの実際～最小限の侵襲で最大限の効果を得るために～

○松永 希

独立行政法人労働者健康安全機構 香川労災病院

近年直腸癌に対し、腹腔鏡下による肛門温存手術とともに縫合不全対策として一時的にストーマを造設する機会は増えている。特に下部直腸癌Rb以下のストーマ造設は、術中判断になることがある。そのため、がん告知の上に、低位前方切除術後症候群(Low Anterior Resection Syndrome: LARS)のリスクや、ストーマを保有するかもしれないなど様々な不安を抱えることとなる。そこで、ストーマに対する情報提供や腹腔鏡下によるポート位置関係を考慮したストーマサイトマーキング、ストーマケア指導、LARSなどの問題に対し、医師、看護師、理学療法士など多職種で協働している。

1. 入院前支援

ストーマ認定士が術前のスクリーニングを行い、直腸癌Rb以下の手術予定者に対し、ストーマ指導用パンフレットを用いてストーマの概要、術後の経過を説明する。

2. ストーマサイトマーキング

2012年より研修受講修了者がストーマサイトマーキングを施行する。皮膚・排泄ケア認定看護師は、CT、腹部所見で評価し、主治医がポート挿入位置とストーマサイトマーキングを確認している。マーキングがポート挿入位置と近接する場合、主治医と皮膚・排泄ケア認定看護師は、腹壁の状況や手術操作との兼ね合いを随時検討する。

3. ストーマケア指導

腹腔鏡下手術では術翌日より歩行訓練等が行われる。病棟看護師は、術後の疼痛やストーマの受け入れ状況など身体的、精神的状況をふまえてストーマケア指導を行う。経時的・視覚的に評価できるようにタブレットによる画像とケアの目標達成度を記録し、早期確立を目指す。指導用パンフレットは、患者参画型として目標達成度をセルフチェックできるようにしている。

4. LARS 予防指導プログラム

入院前に皮膚・排泄ケア認定看護師が紙面を用いて骨盤底筋訓練指導をしたのち、経腹エコーでバイオフィードバックを行う。入院中は、理学療法士による骨盤底筋評価と補助トレーニング指導を行う。これらの多職種協働で関わった事例をふまえ、現状と課題を報告する。

【講師略歴】

宮垣 真理

平成7年	看護師免許取得 社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院入職、消化器センター配属
平成19年	兵庫県看護協会 認定看護師教育課程 皮膚・排泄ケアコース入学
平成20年	皮膚・排泄ケア認定看護師 資格取得
平成22年	兵庫県看護協会 認定看護師教育課程 皮膚・排泄ケアコース専任教員として1年間出向
平成25年	社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院看護主任
平成30年	同病院退職 社会医療法人仙養会 北摂総合病院訪問看護ステーション入職
令和元年	現職

SY2-5

訪問看護でのオストメイトケアの実際と課題

○宮垣 真理

社会医療法人仙養会 北摂総合病院 訪問看護ステーション

当訪問看護ステーション（以下、訪看）は、大阪府がん診療拠点病院・地域医療支援病院である。2019年9月の訪看利用者120名のうちオストメイトは10名で、訪看ナース7名で看護を担当している。今回は、当訪看における在宅でのオストメイトの受け入れ及び実際の取り組みについて紹介する。

当院では外科病棟において多職種参加のカンファレンスを週1回開催している。訪看ナースも参加して、訪看サービスの利用が必要な対象を把握している。病院配属の皮膚・排泄ケア認定看護師（以下、WOCN）は入院中の指導やストーマ外来でフォローし、退院調整としては、ソーシャルワーカーが必要な社会資源を調整し、ケアマネジャーが介護度の区分変更や自宅の環境を調整している。

訪看では、ストーマ造設患者（以下、患者）入院中に訪看ナースが面談し、ストーマへの思いやケア習熟度を把握する。その後、訪看スタッフで情報共有し、訪看での指導計画を立案する。退院直後から集中的な介入が必要な場合、主治医が特別訪問看護指示書（以下、特指示）を出し、特指示期間（14日）は医療保険で回数や時間に制限なく訪問が可能となり、ストーマケア確立に向けた指導を実施している。訪看 WOCN が全て担当するのではなく、ストーマケアに関して訪看ナースをサポートしている。

患者・家族は、入院中に指導を受けていても、住み慣れた生活の場に戻ると、装具交換の準備から後片付けまでを患者・家族で実施という現実に向き合い戸惑うことがある。訪看ナースは、その場にもといて患者の気持ちに寄り添い、患者の反応や理解度に合わせた関わりが出来る。「うまく出来た」「次回はここを頑張ろう」と成功体験や目標の共有は自宅で生活する上での精神的支援に繋がる。

近年、術式の変化・在院日数短縮化が進み、在宅で単にストーマ装具交換をするのではなく、在宅でのストーマセルフケアが自立できるような専門的な指導が求められてきている。今後、訪看ナースの更なるスキルアップと病院との連携、そして、住み慣れた場で生活するオストメイトを支えられるよう、地域のストーマケア力向上への取り組みが必要である。

第37回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会 シンポジウム3 相互に求め合う極意「肛門温存術とケア」

《企画の意図》

ストーマリハビリテーションの発展とともに、大腸、肛門、膀胱などの機能温存術が進歩した。温存術は生理的に近い機能を得ることが最大の利点であり、反面その機能が生理的に比して不十分であることが最大の欠点である。肛門温存術はその代表である。術後の肛門による排便コントロール機能を生理的に近づけるのは手術による努力であり、近づけきれない部分で起こる失禁、これに関連する皮膚障害や生活上の問題に対応するのがケアである。この両者の関係を文学的に表現すれば「琴瑟相和す」ということになる。令和時代のこの時点で、手術が実現している機能とこれをフォローしているケアについて検討し、さらに目指すべき肛門温存術とケアを模索していただきたい。

【開催日時】 2020年2月8日(土) 9:05～10:35

【会場】 第2会場(6F 交流ホール)

【座長】 前田耕太郎(藤田医科大学病院 国際医療センター)
田中 秀子(淑徳大学)

【講師】 幸田 圭史(帝京大学ちば総合医療センター 外科)

甲田 貴丸(東邦大学医療センター大森病院 消化器センター外科)

赤木 由人(久留米大学 医学部 外科学講座)

積 美保子(JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部)

小倉 美輪(医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 看護部)

磯上 由美(医療法人社団康喜会 辻仲病院柏の葉)

《座長の言葉》

肛門温存術は永久的なストーマを回避する術式として開発され、低位前方切除術(LAR)や肛門括約筋間切除(ISR)として施行されてきた。その過程のなかで、術後の排尿・性機能障害に対して自律神経温存術式も普及してきた。しかしながら、術後には低位前方切除後症候群(LARS)として知られる便失禁や、便意切迫感、短時間頻回便などの排便機能障害が起こることがあり、症例によってはストーマを造設せざるおえないこともある。術後の排尿・性機能障害も患者のQOLの低下させている。本シンポジウムでは、これらの問題の実態やケアに対する取り組みを提示、討論して頂きたい。

【座長略歴】

前田 耕太郎

現職：藤田医科大学病院 国際医療センター
教授

学歴：1979年 慶応義塾大学医学部卒業

職歴：1979年～ 慶応義塾大学医学部外科学教室

1985年～ 慶応義塾大学伊勢慶応病院外科、同手術室長

1987年～ Lund University Malmo General Hospital外科留学

1989年～ Birmingham University 外科留学

1990年～ 社会保険埼玉中央病院外科医長

1995年～ 藤田保健衛生大学医学部消化器外科 助教授

2004年～ 2017 藤田保健衛生大学医学部外科主任教授

2016～ 藤田医科（保健衛生）大学病院 国際医療センター長・教授

2019～ 藤田医科大学病院国際医療センター 教授、名誉センター長

所属学会：日本外科学会名誉会員、日本消化器外科学会特別会員、

日本臨床外科学会：名誉会員、第75回総会会長（2013）

日本癌治療学会功労会員、日本大腸肛門病学会名誉会員、第70回日本大腸肛門病学会総会会長（2015）、大腸癌研究会：世話人、第81回研究会当番世話人（2014）、JSSCR：前理事長、監事、大腸肛門機能障害研究会会長、手術手技研究会特別会員、骨盤外科機能温存研究会：世話人、第24回研究会会長（2014）、臨床解剖研究会：世話人、第16回研究会当番世話人（2012）、東海大腸外科治療研究会代表世話人

International College of Surgeons (Vice-president, President of Japan Section), International Society of University Colon and Rectal Surgeons (ISUCRS, Vice-president, Congress president 2020), Asian-Pacific Federation of Coloproctology (Secretary General), Asian Society of Stoma Rehabilitation (Director General), Eurasian Colorectal Technologies Association (Honorary Senate), Honorary member of Czech Surgical Society, Visiting Professor of National Cheng Kung University Honorary member of European Society of Coloproctology

学会誌 Vice-Editor-in Chief：Annals of Coloproctology

【座長略歴】

田中 秀子

学歴

1981 Rosewell Park Memorial Institute (New York) ET スクール卒業

2002 東洋大学社会学部卒業（社会学学士）

2004 宮城県立宮城大学大学院看護学研究科看護学専攻（看護学）修了

職歴

1976 国立大阪病院 看護師

1990 国立国際医療センター附属看護学校 教官

1997 日本看護協会 認定部（現在 看護研修学校）WOC看護学科専任教員

2007 淑徳大学看護学部看護学科 成人看護学教授

2012 淑徳大学看護栄養学部看護学科 成人看護学教授（学部名称変更）

2015 淑徳大学看護栄養学部 学部長

2019 淑徳大学看護栄養学部 キャンパス政策専門委員

社会活動

1996 日本ET協会副会長（～2001）

2000 WOC看護認定看護師 登録（登録番号—第267号）2005,2010年,2016年更新

2001 日本ストーマ排泄リハビリテーション学会評議員（現在に至る）

2002 日本褥瘡学会評議員（現在に至る）

2003 日本褥瘡学会関東甲信越地方部会 東京支部長（2005年3月まで）

2004 日本ストーマ排泄リハビリテーション学会理事（現在に至る）

2005 日本褥瘡学会理事（2011年3月まで）

2007 日本褥瘡学会関東甲信越地方部会 千葉支部長（2010年まで）幹事（現在に至る）

2007 東京創傷治癒マネジメント研究会（幹事）

2007 日本創傷治癒学会 評議員（現在に至る）

2009 日本創傷・オストミー失禁管理学会理事（現在に至る）

2010 日本褥瘡学会総会 大会長

2017 日本創傷・オストミー・失禁管理学会総会長

2017 日本創傷・オストミー・失禁管理学会理事 会長（現在に至る）

日本褥瘡学会監事

【講師略歴】

幸田 圭史

- 1984年3月 千葉大学医学部卒業
 1984年6月 千葉大学医学部附属病院第一外科 医員(研修医)
 1988年4月 ニューヨーク州立大学ストーニーブルック校消化管免疫学 研究員
 1989年4月 サンディエゴ スクリプスクリニック免疫学 研究員
 1989年10月 カリフォルニア大学サンディエゴ校附属がんセンター腫瘍免疫学 リサーチフェロー
 1991年4月 千葉大学医学部附属病院第一外科 医員
 1993年10月 同 助手
 1998年6月 筑波大学臨床医学系外科 講師
 2000年4月 千葉大学医学部附属病院第一外科 講師
 2004年4月 同 食道胃腸外科 講師
 2006年6月 帝京大学ちば総合医療センター外科 教授

学会活動

- 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 理事長
 日本大腸肛門病学会理事
 International Society of University Colon and Rectal Surgeons (ISUCRS) Associate Director General

SY3-1

直腸癌に対する肛門温存手術後にみられる排便障害の実態と対応

○幸田 圭史、小杉 千弘、碓井 彰大、塚越 美典、鈴木 里恵

帝京大学ちば総合医療センター 外科

直腸癌において肛門温存手術は外科治療の第一選択手技であり、また過去30年の間には永久人工肛門を極力回避する手術術式 (ISR) も提案され広まった経緯がある。しかし正常排便の中心の一つをなす直腸を大量に切離する肛門温存術式は、複雑な排便メカニズムを構成する要因のうち、多くの部分の変更を余儀なくされる。その結果、肛門温存手術後には80-90%の割合で低位前方切除後症候群 (LARS) と呼ばれる特徴的な排便障害が生じ、患者さんの術後QOLを大きく損ねる原因となっている。とくにLARSの重症度をスコア化したLARS scoreにおいては「排便の我慢ができない (urgency)」という症状に関連した症状に高いスコアを与えており、LARSが術後QOLを損なう大きな要因が、このurgencyであるという考え方がみてとれる。一方、従来のincontinence score (Wexner score) においては失禁を中心にスコア化されており評価方法に違いがみられる。このような術後障害 (LARS) が一流雑誌でも取り上げられるようになったのは2010年代になってからであり、LARSの成因や緩和策についての今後の更なる検討が望まれる。

現在、LARSの治療として推奨されているものは「便失禁の治療」と重なる部分が多い。特にurgencyを軽減する目的での薬物治療では、過剰な腸管運動を抑制させる薬剤が用いられることが多い。我々の検討でも術後urgencyの強い症例は、やはり強い腸管運動が原因の一つとされる下痢型過敏性腸症候群 (IBS-D) に効果のある5-HT₃拮抗薬が一定の効果があることを見出している。また患者さん個人の生活習慣にあった指導も重要であり、よくある状況として、午前中の通勤時間での便意の抑制、夜間に何度もトイレに起きることへの不満、車の運転手ではトイレを見つけるまでの我慢がきかない点などがある。これらに対しては食事の内容や時間、服薬の内容や時間が大きな緩和要因となりうる。近年では管理の良いstomaの造設方法も広く共有されるようになり、強度のLARSが生じた場合に最終的にstoma造設を選択するのかどうか、あるいは当初より永久人工肛門造設を選んで手術をうけるのか、今後とも慎重に議論すべき問題である。

【講師略歴】

甲田 貴丸

平成15(2003)年3月 東邦大学医学部卒業
平成15(2003)年5月 東邦大学医学部外科学講座
一般・消化器外科学分野入局
平成17(2005)年4月 川崎市立川崎病院外科 レジデ
ント
平成19(2007)年4月 国立がん研究センター東病院
大腸外科レジデント
平成20(2008)年4月 国立がん研究センター東病院
大腸外科 がん専門修練医
平成21(2009)年4月 東邦大学医療センター大森病院
消化器センター外科 シニアレ
ジデント
平成24(2010)年6月 松田病院 外科
平成25(2013)年6月 東邦大学医学部外科学講座
一般・消化器外科学分野 助教

現在に至る

(資格)

- ・日本外科学会 専門医
- ・日本大腸肛門病学会 専門医

SY3-2

括約筋温存術の術後排便障害の現状と当院のチームによるケアの取り組み

○甲田 貴丸¹⁾、船橋 公彦¹⁾、金子 奉暁¹⁾、
長嶋 康雄¹⁾、保刈 伸代²⁾、斎藤 容子²⁾、
守口 順子²⁾、古田 雅³⁾、小椋 遼治⁴⁾、
山西由郷子⁵⁾

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター外科¹⁾、
東邦大学医療センター大森病院 看護部²⁾、
東邦大学医療センター大森病院 栄養部³⁾、
東邦大学医療センター大森病院 リハビリテーション⁴⁾、
東邦大学医療センター大森病院 薬剤部⁵⁾

背景) 究極の肛門温存術式としてISRが本邦に導入されて約20年が経過しようとしている。従来LARSとして捉えられてきた括約筋温存術 (SPR) の術後排便障害は、ISRの導入によって更なる重篤化が危惧される一方で、その対応については見過ごされている現状がある。ここでは、LARS発生の現状と当院の術後の排便障害に対する取り組みを報告する。成績) 1) LARS発生の現状と発生の危険因子: 2009年9月から2017年12月の間に当院で手術を行ったSPR患者を対象にLARS scoreによるアンケート調査を行った。回答率は94.2% (66/70例)。年齢中央値68歳 (49-85)、性別は男/女25名/41名、術後経過日数1102日 (489-3070)。LARSは64% (42/66)で、うち41%がMajor LARSが占めた。Major LARSの危険因子の解析では、単変量解析で術前CRT (p=0.003)、ISR (p=0.038)、開腹手術/腹腔鏡 (p=0.009)、吻合部の高さ10 cm 以上/以下 (p=0.0001)で、多変量解析で吻合部の高さ10 cm 以下 (HR9.83, p=0.014)が独立した危険因子として抽出された。2) ISR術後の排便障害の現状: ISRの術後排便障害発生の現状と問題点を明らかにする目的で、全国の日本大腸肛門病学会の認定施設441施設を対象に無記名アンケート調査を行った。回答率は、39% (172施設)。調査対象の1年間にISRを施行した施設は88施設 (51%)で、施行件数は5件未満に集中し7割を占めた。ISRの術後はほぼ全施設で一時的ストーマが造設されていた一方で、52%の施設で再発、吻合部の問題、括約筋機能障害の理由から閉鎖できず、一時的ストーマの永久化を経験していた。また、約9割の施設で一時的ストーマを閉鎖して術後2年以上経過している患者においても何らかの排便障害が認められ、便失禁は81%の施設で認められた。発生した排便障害の各施設の対応は、術者が単独で対応している施設が最も多く、さまざまな対応法が考えられる中で薬物療法が多くを占めた。結論) SPR術後では高い頻度でLARSが認められ、日常生活に変化を強いられている患者が潜在的に存在している現状が明らかになった。また、その対応は、医師単独で実施している可能性が高く、適切なケアに向けたチーム医療の重要性を認識する必要があると考えられた。

【講師略歴】

赤木 由人

- 1985年 3月 久留米大学医学部医学科 卒業
1986年 5月 久留米大学第一外科学講座、外科研修
1989年10月 久留米大学医学部第一外科学講座、助手
1996年 5月 米 国 M.D.Anderson Cancer Center (TX,USA) , Tumor Biology (ポスドク)
1998年 4月 久留米大学医学部外科学講座、助手
2002年11月 久留米大学医学部附属医療センター、外科、講師
2008年 4月 久留米大学医学部外科学講座、准教授
2014年 4月 久留米大学医学部外科学講座、主任教授

SY3-3

括約筋間直腸切除術と術後の排便障害

- 赤木 由人、衣笠 哲史、藤田 文彦、
溝部 智亮、大地 貴史
久留米大学 医学部 外科学講座

排便に関わる肛門部の臓器は直腸とそれを取り囲む肛門括約筋群である。直腸（特に癌に対する）手術後の排便障害はそれらの組織を切除したり、周囲の血管や神経を損傷することによって生じるであろうと考えられる。肛門温存術の1つである括約筋間直腸切除術（Intersphincteric resection：ISR）は術後の排便障害を最も危惧しなければならない手術術式である。すなわち、直腸のほぼすべてを摘出するので便貯留能はなくなる。肛門部直腸の内肛門括約筋は一部しか残らないので不随意運動による便の保持力は低下する。また手術操作による直腸周囲の神経損傷、サンプリング機能を有する歯状線近傍での直腸離断・吻合による urgency, soiling, clustering, frequently bowel movement, incontinence などの低位前方切除術症候群（Low anterior resection syndrome：LARSと略記）が発生する可能性が大きい。ISR後の排便機能は継時的に改善がみられるものの、便失禁が継続することもある。さらに排便状況がQuality of life(QOL)に与える影響はおおきい。

永久のストーマを回避する代償として排便障害がQOLを低下させることは問題であり、その対策や改善方法の検討が必要である。本シンポジウムではISRの手技を解説し、その後に生じた排便障害の実態とその対処法、症状緩和の工夫をreviewする。

【講師略歴】

積 美保子

- 1998年：日本看護協会 WOC 看護認定看護師取得（現皮膚・排泄ケア認定看護師）
2000年：社会保険中央総合病院看護局 主任看護師（ストーマ外来、便失禁外来担当）
2004年：日本看護協会看護研修センター看護研修学校認定看護師教育課程 創傷・オストミー・失禁看護学科 専任教員
2006年：社会保険中央総合病院 看護局 看護係長
2014年：JCHO 東京山手メディカルセンター看護部副看護師長
2019年：山梨大学大学院医学工学総合教育部修士課程修了（看護学修士）

SY3-4

直腸癌に対する低位前方切除術後の排便状況の実態調査

○積 美保子¹⁾、佐原力三郎²⁾

JCHO 東京山手メディカルセンター 看護部¹⁾、
JCHO 東京山手メディカルセンター 大腸肛門病センター²⁾

【目的】 当院における直腸癌に対する低位前方切除術後の長期経過における排便状況の実態調査について報告する。

【方法】 直腸癌で低位前方切除術を受けた患者31例の術後の排便状況について診療録の内訳を検討し、長期経過における排便状況の実態調査を行った。観察期間は術後4年とした。

【結果】 対象者は、2015年1月から2016年12月までに直腸癌で低位前方切除術を受けた患者31例。男性16例（52%）、女性15例（48%）。平均年齢 68.2 ± 10.5 歳（32～82歳）。開腹手術は15例（48%）、腹腔鏡下手術は16例（52%）。一時的人工肛門の造設は11例（35%）に行い、造設部位は回腸人工肛門9例（82%）、横行結腸人工肛門2例（18%）。術後3ヶ月で人工肛門閉鎖は7例（64%）、術後6ヶ月で閉鎖は1例（9%）、術後1年経過後も人工肛門未閉鎖は3例（27%）で、術後3年7ヶ月経過後も人工肛門未閉鎖は1例であった。術後化学療法は12例（39%）に行った。

排便回数は、術後1月時は10回以上が5名（25%）、術後3ヶ月時で10回未満になった。術後1ヶ月時は残便感や頻回排便、少量ずつの排便などの症状が7例（35%）で認め、術後3ヶ月時は5例（25%）となった。内服治療は整腸薬8例（26%）、緩下剤6例（19%）漢方薬5例（16%）に使用した。多くは、術後3ヶ月頃より排便回数が減少したが、術後1年経過後も症状持続は5例（25%）にあった。人工肛門閉鎖後の排便回数は、閉鎖後3ヶ月時に20回以上が1名（9%）あり、止痢剤の内服で徐々に改善し、閉鎖後6ヶ月時では10回以下になった。その他、閉鎖後6ヶ月時には、残便感や少量ずつの排便が4例（36%）に認め、緩下剤や整腸剤、漢方薬の使用を継続した。肛門狭窄で排便困難となった1例は、術後2年11ヶ月で経肛門的手術を施行したが改善せず、3年3ヶ月後にストーマを再造設した。

【結語】

術後の排便障害では、残便感、排便知覚に関連した症状、直腸貯留能の低下や外来神経切除による再建腸管の異常運動に関連した頻回排便等の様々な症状がある。術後3ヶ月程度は、術前の排便状態には戻らないため、新たな排便パターンが構築できるように身体の変化に徐々に慣れることをアドバイスしている。人工肛門保有者に関しては、人工肛門閉鎖前よりストーマ外来にて人工肛門閉鎖後の排便状況の変化等に関するアドバイスを行っている。患者自身のモチベーションを高め、自らが排泄コントロールを継続して行えるような関わりが重要である。術後1年経過後も排便障害が持続する例が5例あった。継続的に排便障害が日常生活に及ぼす影響等の相談に応じ、患者個々のQOLの改善につながるケア提供が課題である。

【講師略歴】

小倉 美輪

- 2000年 亀田看護専門学校卒業
亀田総合病医院 入職
- 2008年 日本赤十字看護大学 看護実践・教育・研究
フロンティアセンター 認定看護師教育課程
卒業
- 2009年 皮膚・排泄ケア認定看護師資格取得

SY3-5

当院における肛門温存術後の排便障害の現状と課題

○小倉 美輪¹⁾、本城 弘貴²⁾、高橋 知子²⁾、
草薙 洋²⁾

医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 看護部¹⁾、
医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 消化器外科²⁾

【背景】近年、下部直腸癌に対する肛門温存手術が増加しているが、術後は低位前方切除後症候群（Low anterior resection syndrome：LARS）と呼ばれる排便機能障害を高率に生じ、長期にわたりQOLの低下や社会参加への妨げになると言われている。そこで、当院における下部直腸癌に対する肛門温存術後の排便状況を明らかにしケアおよび他職種の連携について検討したので報告する。

【方法】2017年4月～2018年3月に下部直腸癌に対する根治術が施行された、低位前方切除術（LAR）=12例、超低位前方切除術（S-LAR）=6例、括約筋間直腸切除術（ISR）=4例、計22例の排便状況を診療録より調査。調査期間は1年とした。

【結果】年齢中央値64.6歳（44-85歳）、性別 男性/女性：20/2人。術後の排便機能として、1日の排便回数は3ヶ月/6ヶ月/12ヶ月でLAR：平均5.7/3.5/3.2回、S-LAR：平均6.0/3.7/3.0回、ISR：平均13.6/6.0/5.5回。便失禁はLARで平均60/30/30%、S-LARで平均50/50/25%、ISRでは平均100/50/50%で生じていた。肛門内圧は、同意が得られた4例の術前/術後1年で測定。最大随意収縮圧は平均163.3mmHg/136.2mmHg、最大静止圧は平均78.7mmHg/40.3mmHgであり、術後は排便機能・肛門機能共に低下がみられた。治療はロペラミドをベースとしたポリカルボフィルによる自己での便性コントロール71.4%、失禁に対する皮膚ケア35.7%のみでafter careは積極的に行われておらず、患者は頻便と便失禁に苦悩し試行錯誤しながら対処していた。ISRでは1例が頻便・便漏れによりストーマ閉鎖後3ヶ月で再造設となっていた。

【考察・まとめ】下部直腸癌術後の排便機能障害の中でもISR後は、LAR後と比較し機能障害の程度が大きい。時間の経過とともに改善はみられるものの、術後の排便障害は必発するためafter careの必要性は高い。排便障害の程度やライフスタイルは人それぞれ異なるため、多職種が連携し個々に応じた情報提供、症状改善への治療・ケアの実施と、セルフケアを促進させる指導が必要であると考え。現在は排便障害に対する診療報酬が得られず人的資源を確保しにくい状況であるため、医療保険制度の拡大を願う。

【講師略歴】

磯上 由美

1992年 国立療養所星塚敬愛園附属看護学校卒業。

脳神経外科、内科、老健施設、ICU、外科などを経て、2005年頃からストーマケアに携わるようになる。

2009年 皮膚・排泄ケア認定看護師資格取得。同年辻仲病院柏の葉入職。ストーマ外来、排泄ケア外来を担当。外来師長。

SY3-6

直腸癌術後排便機能障害に対する取り組みーバイオフィードバック療法を含めたトータルケアー

○磯上 由美¹⁾、浜畑 幸弘¹⁾、西澤 祐吏²⁾

医療法人社団康喜会 辻仲病院柏の葉¹⁾、
国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院 大腸外科²⁾

下部直腸癌に対する括約筋間直腸切除術ISR(Inter-sphincteric-resection)は1990年から本邦でも行われており、手術手技の変革を経てもなお、10%以下の症例で術後の高度な便失禁が認められるとされている。特に、術前放射線治療や広範囲括約筋切除例、粘膜脱を合併した症例は、高度な排便障害を来すことが多い。

排便機能障害の中には、便失禁(漏出性、切迫性)、頻回排便、ガスと便の区別がつかないサンプリング不良、便排出障害などのタイプがあり、それに関連したスキントラブル、吻合部痛も含まれる。

治療の基本は、内服薬による便性状のコントロールとバイオフィードバック療法(以下BF)であり、時間の経過とともに症状は緩やかに改善していくとされる。術前に十分な説明を受け肛門温存を選択された患者は、ある程度の覚悟を持ってその障害と向き合っている。しかし、排便機能障害は患者の生活スタイルを著しく変化させ、社会的・精神的にも困難な状況を強えられる。

当院では2015年からがんセンター東病院と連携し、直腸癌術後の排便障害に対してBFを実施している。BF外来は、皮膚・排泄ケア認定看護師(以下WOCN)が担当し、骨盤底筋訓練だけではなく服薬・食事・生活・スキンケアの状況を聞き取り、精神面でも支持的にサポートしている。

BF単独では失禁の改善に至らず、直腸肛門内圧も大きく変化しないことは明らかになっているが、BFで関わった患者の満足度は高く、便失禁特異的QOL調査では、症状が軽減したと答えた患者の50%で生活スタイル・対処日常行動が改善、46%で羞恥心が改善した。

WOCNは患者とストーマ保有時から外来で関わる機会があり、ストーマ閉鎖前からの介入が可能である。ストーマ閉鎖後に起こりうる障害を認識した上で、早期から予防的な介入が実施できると考えられる。

今回、筆者が実践しているBF外来での取り組みを提示しながら、トータルケアの必要性を考えたい。

第 37 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会 シンポジウム 4 「超高齢社会の排尿障害」最前線

《企画の意図》

超高齢社会における課題は山積みで、かついづれも重要である。その中でも排尿障害は大きな課題である。多様な要因によって起こる高齢者の排尿障害は、その症状や状況もさまざまであるが、在宅においても、老人施設においても 50% 以上の高齢者がおむつによって排尿を管理しているという一律な現状に隠れて実態は見えにくい。令和時代となった今この時点で、高齢者の排尿障害とその対応の最前線では、何が検討され実践されているのか。最前線の専門家の方々によって示していただき、これからの方向性を検討していただきたい。人的、経済的、医療的要素に大きく影響を受け、またこれらに大きな影響を与える高齢者の排尿障害は、超高齢社会の命運を握っていると言っても過言ではない。

【開催日時】 2020 年 2 月 8 日（土）9:05 ～ 10:35

【会 場】 第 8 会場（11F 会議ホール・風）

【座 長】 鈴木 基文（東京大学大学院医学系研究科 泌尿器外科学分野）
西村かおる（NPO 法人日本コンチネンス協会 / コンチネンスジャパン株式会社）

【講 師】 野寄 修平（東京大学大学院医学系研究科 老年看護学 / 創傷看護学分野）

渡邊 基子（石岡市医師会 介護老人保健施設ゆうゆう リハビリテーション科）

窪田 里美（味酒野ていれぎ荘 内科）

鈴木 基文（東京大学大学院医学系研究科 泌尿器外科学分野）

《座長の言葉》

尿失禁は高齢者に高頻度に認められる排尿障害。一方、入院高齢者の約 7 割は「尿失禁・便失禁は死と同等もしくは死よりも辛い」と訴えている（JAMA Intern Med 2016）。しかし、尿失禁は“年を取れば誰しも仕方の無いこと”らしい。排せつ支援加算が新設されても「かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わない」という理由でその算定率は老健 14%、特養 4%（福祉医療機構調べ）程度。その尿失禁、本当に諦めてもいいのでしょうか？ 私たちと一緒にもう一度考えてみませんか。

【座長略歴】

鈴木 基文

学歴

1989年04月 浜松医科大学医学部医学科 入学
 1995年03月 同 卒業
 2001年04月 東京大学大学院医学系研究科外科学専攻 進学
 2005年03月 同 修了（医学博士）

職歴

1995年06月～1996年06月
 国立国際医療センター 泌尿器科
 研修医
 1996年07月～1997年06月
 鉄蕉会亀田総合病院 腎センター
 医員
 1997年07月～1998年06月
 東京都立墨東病院 泌尿器科（東京都研究員）
 1998年07月～1999年06月
 東京都立墨東病院 泌尿器科（主事）
 1999年07月～2000年06月
 関東労災病院 泌尿器科医員
 2000年07月～2002年06月
 焼津市立総合病院 泌尿器科医員
 2005年04月～2008年10月
 東京大学医学部附属病院 泌尿器科助手
 2008年11月～2009年07月
 東京大学医学部附属病院 泌尿器科特任講師
 2009年08月～2014年04月
 東京大学大学院医学系研究科 講師（泌尿器科）
 2014年05月～2015年03月
 東京通信病院 泌尿器科部長（心得）
 2015年04月～2018年10月
 東京通信病院 泌尿器科部長
 2018年11月～現在
 東京大学大学院医学系研究科泌尿器外科学分野 准教授

以上

【座長略歴】

西村 かおる

1979年 日本三育学院カレッジ看護学科卒業
 1982年 東京都公衆衛生看護専門学校 保健学科卒業
 同年 東京衛生病院に訪問看護婦として勤務
 1986年 英国サセックス州ブライトン・ポリテクニクにて地域看護コース終了
 1987年 英国でコンチネンスアドバイザーについて、コンチネンス・ケアを学ぶ
 1990年 東京都杉並区にコンチネンスセンター（排泄ケア情報センター）開設
 2019年 山梨大学大学院医学工学総合教育部修士課程看護専攻卒業

【現在役職】

コンチネンスジャパン株式会社 専務取締役
 NPO法人日本コンチネンス協会 会長
 北里大学病院（泌尿器科）非常勤勤務
 沖縄アドベンチストメディカルセンター（産婦人科）非常勤勤務
 北里研究所病院（コンチネンスクリニック）非常勤勤務
 「がんばらない介護生活を考える会」委員
 公益社団法人日本タートル協会理事

【所属学会】

日本老年泌尿器科学会 副理事長
 日本創傷・オストミー・失禁管理学会 評議委員
 日本排尿機能学会 理事
 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 評議委員
 International Continence society
 日本認知症ケア学会 評議委員
 日本看護科学学会 腸内菌学会

【講師略歴】

野寄 修平

2016年 東京大学医学部健康総合科学科 卒業、看護師免許取得

2016年4月 - 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻
東京大学ソーシャルICTグローバル・クリエティブリーダー育成プログラム

2018年4月 - 日本学術振興会 特別研究員(DC1)

SY4-1

排尿ケアを支えるセンサー開発の最前線

○野寄 修平¹⁾、野口 博史³⁾、森 武俊^{3,4)}、鈴木 基文²⁾、真田 弘美^{1,4)}

東京大学大学院医学系研究科 老年看護学/創傷看護学分野¹⁾、東京大学大学院医学系研究科 泌尿器外科学分野²⁾、東京大学大学院医学系研究科 ライフサポート技術開発学(モルテン) 寄付講座³⁾、東京大学大学院医学系研究科 附属グローバルナースングリサーチセンター⁴⁾

高齢者の尿失禁を軽減する行動療法の1つである超音波支援排尿誘導は、定期的に超音波画像診断装置(エコー)で膀胱内の尿量を測定し、尿意発現時または膀胱容量の75%に達した時に排尿をうながす手法である。通常のうちがし排尿に比べて昼間尿失禁の減少に効果がある一方、介護者の労働負担は増加させないという。医療やケアの個別化が進む中、これからはこうした機器を用いた非侵襲な測定に基づくケアが広まると考えられる。

尿量測定のために入院患者、施設入所者が常時装着することのできるウェアラブルタイプの機器が広く使用されるようになってきている。しかし、一部のウェアラブルタイプのエコー機器では、装着者の姿勢が変わったときに測定誤差が大きくなるという問題も指摘されている。そうした中で、エコーに代わる可能性のある技術として、近赤外線スペクトロスコピー(Near-infrared spectroscopy, NIRS)、生体インピーダンス測定(Bioelectrical Impedance Analysis, BIA)が注目されている。NIRSはパルスオキシメータにも用いられる近赤外線により体内を可視化する手法である。下腹部に貼付したプローブから近赤外線を照射し、膀胱内の尿量を測定する。BIAは体組成計にも用いられる技術であるが、下腹部に貼付した電極から微弱な電流を流し、水分の分布を測定する。身体には電極を貼付するのみで、装着者の心理的負担も低い技術であり、臨床で利用可能な実装が今後の課題である。

また、我々の研究室では、尿意の推定を目指した研究に取り組んでいる。自律神経の活動の指標である脈拍変動を用い、機械学習により尿意を推定する。健常者を対象とした実験では、強い尿意(尿意なしを0、最大の尿意を10としたVisual analogue scaleで7以上と定義)を、本人のデータを含めて学習させた推定モデルで感度79%、陽性的中率76%と、取りこぼしや尿意の過大評価の少ない推定が可能である。

近年、腕時計型のデバイスなど、身体に装着可能な小型デバイスを用いてバイタルサインや多くの生体情報を測定することが可能になりつつある。今後も、個別的な排尿ケアを支える技術の開発に取り組みたい。

【講師略歴】

渡邊 基子

学 歴

- 2000年3月 神戸大学医学部保健学科作業療法学専攻卒業
2002年4月 茨城県立医療大学保健医療科学研究科入学
2004年3月 同科 修士課程 修了

職 歴

- 2000年4月 一般財団法人 神戸在宅医療・介護推進財団 神戸リハビリテーション病院に入職し、回復期リハに従事。
2002年4月 一般社団法人 石岡市医師会 介護老人保健施設ゆうゆう リハビリテーション科に入職。入所・通所・訪問リハビリに従事。
2006年 同科 主任
2008年 同科 科長
2016年～現在 副施設長を兼務

委 員

- 石岡市認知症初期集中支援チーム運営委員
クリニカルクラークシップに基づく作業療法臨床教育研究会 理事
雑誌「臨床作業療法」編集委員

SY4-2

介護老人保健施設における排泄ケア～多職種連携によるチームアプローチ～

○渡邊 基子

石岡市医師会 介護老人保健施設ゆうゆう リハビリテーション科

介護老人保健施設（以下 老健）とは、介護を必要とする高齢者の自立を支援し、在宅への復帰を目指すために、医師による医学的管理の下、看護・介護といったケアはもとより、作業療法士等によるリハビリテーション、また、栄養管理・食事・入浴などの日常サービスまで併せて提供する施設である。つまり、入所・ショートステイ・通所リハビリテーションなどのサービスを提供し、要介護高齢者の在宅復帰・在宅療養支援を目指す施設である。老健の入所者は要介護1～要介護5、ショートステイ・通所リハビリテーション利用者は要支援1～要介護5までと身体機能・認知機能も多岐に渡る。在宅復帰・在宅療養支援のためには、要介護高齢者ご本人のみならず、介護者の介護力や家屋状況などの環境的要因をも視野に入れる必要がある。このような特徴を有する老健における排泄ケアは、多職種連携によるチームアプローチである。

当施設、介護老人保健施設ゆうゆうは入所定員100名、通所リハビリテーション定員65名である。リハビリテーション専門職は11名在籍しており、入所では在宅復帰在宅療養支援加算加算型を算定するとともに、通所リハビリテーションではリハビリテーションマネジメントⅡを算定しリハビリテーションに力を入れている。

当セッションでは、リハビリテーションの立場から老健における排泄ケアを論じるとともに、当施設における排泄ケアの実際をご紹介します。

【講師略歴】

窪田 里美

- 1989年3月 松山看護専門学校卒業 卒後病院勤務
1997年 特別養護老人ホーム なかやま幸梅園
2010年 副施設長
2011年 施設長
2019年 特別養護老人ホーム 味酒野ていれぎ荘 施設長にて入職

その他社会活動

- 2003年 えひめ排泄ケア研究会世話人
2013年 愛媛県老人福祉施設協議会理事
2015年 愛媛県運営適正委員
2016年 四国老人福祉施設協議会役員
2017年 介護老人福祉施設評議員 2施設
2019年 全国老協総研老健事業検討委員

SY4-3

高齢者施設でのノーリフトケアを取り入れた適時安全な排泄ケア

○窪田 里美、城本 拓哉、周藤 弘明

味酒野ていれぎ荘 内科

高齢者施設において生産性を向上させながら適時適切に安全な排泄ケアへの取り組み

〈はじめに〉

日本の人口減少に加え超高齢化社会に移行している現在、全産業において人手不足にある中、介護業界においても生産年齢における介護人材の確保が困難になって来ている。

介護現場ではそのような現状を踏まえながらも、業務改善を実施し介護の質を維持・向上しようと取り組んでいる。

今回、「ノーリフティングケアにおける排泄ケアへの取り組み」を通して、介護者少数（夜勤など）での介護、介護者の高齢化、介護現場における腰痛等の問題を解決し、排泄環境を整えながら排泄ケアへの改善が得られた事柄を紹介する。

〈取り組み内容〉

①トイレ誘導対象者の選別：自力では立位が取れないがスタンド型の機具を使うことでトイレ誘導できる方を作業療法士の評価により選定

①対しては用具使用方法徹底のために作業療法士、業者によるプレゼンおよび要介護者個々の注意点を確認作業していく。

②選定対象者の排泄ケアプラン作成

対象者の安定した排泄体位獲得は適時評価を行い安全確認の実施

③排泄日誌を記入する（愛媛排泄ケア日誌の採用）
排泄のタイミングを読み込み排泄指導する

排泄日誌の記録方法の周知。現場介護者による読み込みの実施。ブリストールスケールの共通理解

〈結果〉

①排泄のタイミングに合わせたトイレが誘導が可能になった（2人介助を行う為に、職員を探し回るタイミングを逃してしまうことがなくなった）

②起床時や就寝前でもトイレ誘導が行えるようになった（職員数が少なく2人介助できない時間帯でも1人で介助を行えることでトイレへ誘導できる）。

③便器内の排尿・排便量の増量（リフトを使用することで骨盤の前傾が得られ、排泄に適した前傾姿勢がとりやすくなった）。

④トイレ内の排泄姿勢が安定することで、排泄行為中の見守りが減少しその結果羞恥心に配慮が行き届き、落ち着いて排泄ができるようになった。介護される側の排泄権が少なからず獲得されるようになったことでリラックス状態を保つことが可能となった。

⑤立ち上がり能力が維持・向上されたことにより排泄関連以外の生活圏域に広がりがみられるようになった

【講師略歴】

鈴木 基文

学歴

- 1989年04月 浜松医科大学医学部医学科 入学
1995年03月 同 卒業
2001年04月 東京大学大学院医学系研究科外科学専攻
進学
2005年03月 同 修了（医学博士）

職歴

- 1995年06月～1996年06月 国立国際医療センター
泌尿器科研修医
1996年07月～1997年06月 鉄蕉会亀田総合病院 腎
センター医員
1997年07月～1998年06月 東京都立墨東病院 泌尿
器科（東京都研究員）
1998年07月～1999年06月 東京都立墨東病院 泌尿
器科（主事）
1999年07月～2000年06月 関東労災病院 泌尿器科
医員
2000年07月～2002年06月 焼津市立総合病院 泌尿
器科医員
2005年04月～2008年10月 東京大学医学部附属病院
泌尿器科助手
2008年11月～2009年07月 東京大学医学部附属病院
泌尿器科特任講師
2009年08月～2014年04月 東京大学大学院医学系研
究科 講師（泌尿器科）
2014年05月～2015年03月 東京通信病院 泌尿器科
部長（心得）
2015年04月～2018年10月 東京通信病院 泌尿器科
部長
2018年11月～現在 東京大学大学院医学系研
究科泌尿器外科学分野
准教授

SY4-4

超高齢社会における排せつ障害の実態とその改善策
について

○鈴木 基文

東京大学大学院医学系研究科 泌尿器外科学分野

要介護高齢者において尿失禁は高頻度に認められる排せつ障害であり、多くの高齢者がオムツやパッドを使用している。尿失禁は身体フレイル（褥瘡、敗血症、転倒、栄養障害、腎機能障害、死亡率の増加など）だけでなく、精神心理フレイル（尊厳の喪失、うつ病、など）、社会性フレイル（社会活動の制限や在宅復帰への妨げ、など）にも密接に関わっている。さらに、排せつケアは介護者にとって重い労働負担となっているばかりでなく、介護保険料やオムツ代費用助成など公的な社会資源の増大にも影響している。

本邦の介護老人保健施設における排せつ障害の頻度は、尿失禁 67%、便失禁 43%、ダブルインコンチネンス 41%と高い。すべてのタイプの失禁に共通する予測因子は生活の質の低下である。生活の質の指標であるFIM（Functional independence measure）スコアのうち、認知機能よりも運動機能の低下の方が失禁に関連することが分かった。また、介護老人保健施設では医学・看護ケアのほかりハビリテーションが実施されているが、3か月間の総合ケア実施の結果、入所時の運動機能の高さが排せつ機能改善に寄与することも分かってきた。

2018年の介護報酬改正に伴い、排せつ支援加算が新規に認められたが、同加算の算定状況は介護老人保健施設で14.2%、特別養護老人ホームでは3.7%に留まっていた（平成30年11月 独立行政法人福祉医療機構調べ）。算定要件に満たない、かかるコスト・手間に比べて単位数が割に合わないという理由が大半を占めていた。

将来的には、高齢者の運動機能を維持・改善することで排せつ障害に悩む高齢者を減らし、健康寿命の延伸に寄与できればと考えている。

第37回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会 シンポジウム5 生涯がん治療のための「ストーマ戦略」

《企画の意図》

国民の2人に一人が罹患すると言われるがんは、一生の疾患であると言って良い。人々がこれに對峙して人生を全うするには、克服への闘志も必要であるが、共生していく根気強さも必要である。ストーマ造設はがんを治療するための方法の一つである。しかしまたストーマ自体が、合併症、生活生涯、受容などで適応が求められる新機能である。ストーマ保有者がこれらをコントロールして、生涯にわたるがん治療を継続していくためには、ストーマ保有者自身の意思と知識ももちろんであるが、医療側の戦略が重要である。

【開催日時】 2020年2月8日（土）16:10～17:40

【会場】 第8会場（11F 会議ホール・風）

【座長】 安藤 嘉子（大阪赤十字病院 看護部）
福永 睦（兵庫県立西宮病院）

【講師】 井上 透（大阪市立十三市民病院 外科）

津村 剛彦（日本赤十字社 大阪赤十字病院 腫瘍内科）

森岡 直子（静岡県立静岡がんセンター）

宮前 奈央（兵庫医療大学 看護学部）

《座長の言葉》

大腸がんをはじめとする骨盤内の病変に対して根治手術や緩和手術によりストーマを造設した後に、原疾患治療やストーマの合併症と向きあう必要がある。オストメイトにおいては、ストーマ管理の可否によってがん治療に支障を及ぼす可能性がある。言い換えれば、ストーマ管理をうまくコントロールすることで、適切ながん治療を継続することができるといえる。本セッションでは、我々医療者が、ストーマ造設およびストーマとうまく付き合うことをがん治療戦略の一つと考え、いかに担癌患者やがんサバイバーを支えることができるかを検討することとする。

【座長略歴】

安藤 嘉子

【学歴】

1988年 藍野学院短期大学 看護学科卒業
1998年 近畿大学法学部法律学科卒業（法学士）
2001年 大阪大学大学院医学系研究科修士課程修了（保健学修士）
2019年 大阪大学大学院医学系研究科博士後期課程修了（看護学博士）
2019年 放送大学大学院文化科学研究科修士選科入学（特定行為研修）現在在学中

【職歴】

市立豊中病院勤務
神戸大学医学部保健学科勤務
大阪赤十字病院勤務（現職）

【主な学会活動】

NPO法人ストーマ・イメージアップ・プロジェクト理事
日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 評議員
日本創傷・オストミー・失禁管理学会 会員
日本褥瘡学会 会員
日本看護科学学会 会員
看護理工学会 会員

【座長略歴】

福永 睦

昭和61年3月 関西医科大学卒業
昭和61年7月 大阪大学医学部附属病院第2外科（現 消化器外科）研修医
昭和62年7月 千里保健医療センター新千里（現 済生会千里）病院外科医員
平成2年7月 大阪大学医学部第2外科研究生
平成3年7月 大阪大学医学部附属病院病理部医員
平成4年10月 大阪拘置所医務部法務技官、大阪大学第2外科研究生
平成6年7月 神戸掖済会病院外科医員
平成8年7月 労働福祉事業団関西労災病院外科医長
平成13年4月 労働福祉事業団関西労災病院外科副部長
平成15年9月 市立堺病院外科副理事
平成18年4月 市立堺病院外科部長
平成22年4月 市立堺病院がんセンター長
平成24年7月 市立堺病院がんセンター長、外科部長
平成25年4月 市立堺病院がんセンター長、外科統括部長
平成26年4月 兵庫県立西宮病院外科部長、消化器外科部長
医療情報担当部長
平成31年4月 兵庫県立西宮病院副院長、外科部長、消化器外科部長
がん総合センター長、地域連携センター長

現在に至る

【専門】 大腸外科・化学療法、緩和医療、ストーマリハビリテーション

【所属学会】 日本外科学会、日本消化器外科学会、日本臨床外科学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本大腸肛門病学会、日本消化内視鏡病学会、日本消化器病学会、日本内視鏡外科学会、日本乳癌学会、日本胃癌学会、日本外科系連合学会、日本緩和医療学会、日本臨床腫瘍学会、日本家族性腫瘍学会、日本在宅医療学会、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会

【資格等】 大阪大学医学博士、外科学会専門医・指導医、大腸肛門病学会専門医・指導医、消化器病学会専門医、消化器内視鏡学会専門医、臨床腫瘍学会暫定指導医、消化器外科学会認定医、乳癌学会認定医、がん治療認定医、ストーマ認定士

近畿外科学会評議員、関西STOMA研究会幹事・編集委員、日本家族性腫瘍学会評議員、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会評議員・編集委員

【講師略歴】

井上 透

略歴

- 平成3年4月 大阪市立大学医学部卒業
 平成3年5月 大阪市立大学医学部第一外科学教室
 (現：腫瘍外科学教室) 入局
 平成3年6月1日 大阪市立大学医学部附属病院臨床研
 修医
 平成5年6月1日 大阪市立大学大学院(医学研究科外
 科系専攻外科学)
 平成12年5月1日 米国留学
 カリフォルニア大学サンディエゴ校
 リサーチフェロー
 研究内容：大腸癌におけるマイクロ
 サテライト不安定性(MSI)と染色
 体不安定性
 平成14年7月1日 大阪市立大学大学院医学部 腫瘍外
 科学教室 助手
 平成18年7月1日 大阪市立大学大学院医学部 腫瘍外
 科学教室 講師
 平成22年4月1日 大阪市立総合医療センター 消化器
 外科 副部長
 平成31年4月1日 大阪市立十三市民病院 外科 部長

所属学会および資格

- 日本外科学会 認定医・専門医・指導医
 日本消化器外科学会 認定医・専門医・指導医・評
 議員
 日本大腸肛門病学会 専門医、
 日本内視鏡外科学会 技術認定医(大腸)、
 日本消化器内視鏡学会 専門医
 日本がん治療認定医機構 癌治療認定医、
 日本ストーマリハビリテーション学会 評議員・ス
 トーマ認定士
 日本外科感染症学会 ICD制度協議会 ICD、
 日本消化器病学会、日本癌学会、日本胃癌学会、日
 本乳癌学会、日本腹部救急学会、
 日本外科系連合学会

SY5-1

High Output Stoma Syndrome患者の術後経過への
 対応

- 井上 透¹⁾、前田 清²⁾、貝崎 亮二¹⁾、
 李 友浩¹⁾、登 千穂子¹⁾、西山 毅¹⁾、
 塚本 忠司¹⁾、日月亜紀子²⁾、西居 孝文²⁾、
 青松 直揆²⁾、西口 幸雄¹⁾、大平 雅一³⁾

大阪市立十三市民病院 外科¹⁾、
 大阪市立総合医療センター 消化器外科²⁾、
 大阪市立大学医学部 消化器外科³⁾

【はじめに】近年の直腸癌に対する手術手技の進歩
 に伴って肛門により近い低位の吻合が可能となり、
 縫合不全予防を目的としたカバーリングストーマと
 しての小腸(回腸)ストーマの造設数が増加してい
 る。術後の閉鎖を考慮して小腸が用いられることが
 多いと考えられるが、小腸ストーマはその排液量
 が多いことから脱水や電解質異常といった代謝合併症
 を生じやすく、時には重篤な腎機能障害を生じるこ
 とが知られている。High Output Stoma Syndrome
 (HOS)と呼ばれる病態であるが、その診断基準に
 ついては1日排液量が1500mlや2000mlを超えるもの
 もあれば、脱水症状を伴うものなどもあり、厳密な
 定義がないのが現状である。今回、ストーマ排液量
 過多により術後特別な治療を要した患者につき、管
 理における自施設の経験を報告する。

【症例と経過】私の経験したHOS症例は全て小腸ス
 トーマであり、原因であるのか結果であるのかは不
 明であるが、Outlet Obstructionの解消後に生じた
 症例が多かった。術後経過への影響としては、術後
 補助化学療法が遅延症例や脱水による腎機能障害が
 改善しないため退院できず人工肛門閉鎖術を施行し
 た症例、退院後生じた脱水や電解質異常の治療のた
 め再入院を要した症例があげられる。術後抗がん剤
 治療の有害事象としてGrade 3の下痢を生じた結
 果、HOSから腎機能障害となり、入院加療による
 改善後も、抗がん剤の再導入ができなかった症例も
 経験した。

【治療】治療としては、対症療法として輸液による
 水分や電解質の補充は必須である。経口的な水分の
 補充に関しては、低張性の水分摂取は排液量を増加
 させることから要注意であり、経口水分摂取量は制
 限することが多い。薬剤としては止痢剤や胃酸分泌
 抑制剤、ソマトスタチンアナログ製剤の有効性が報
 告されている。少しずつ排液が減少していくため、
 腎機能障害さえきたさなければ在宅での点滴なども
 考慮される。

【まとめ】HOS患者への診療は対症療法が中心とな
 っており、原因を含めたさらなる検討が必要と考える。

【講師略歴】

津村 剛彦

専門領域：消化管がんの薬物療法

略歴

平成3年3月 京都大学医学部卒業
平成3年6月 京都大学医学部附属病院内科
平成4年6月 関西電力病院第一内科
平成6年4月 京都大学大学院医学研究科第一内科学講座
平成10年4月 京都桂病院消化器センター内科
平成11年1月 京都大学医学博士号取得
平成14年6月 大阪赤十字病院消化器科
平成20年4月 大阪赤十字病院消化器科副部長
平成26年8月 現職

学会資格・役職

日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医 指導医
日本内科学会 専門医 指導医
日本消化器病学会 専門医 指導医 学会評議員
日本消化器内視鏡学会 専門医 指導医 学術評議員

SY5-2

肝類洞閉塞症候群（SOS）によるストーマ静脈瘤の特徴と対策～がん薬物療法マネジメントとしての意義～

○津村 剛彦¹⁾、安藤 嘉子³⁾、米門 秀行²⁾、
山之口 賢⁴⁾、丸澤 宏之²⁾

日本赤十字社 大阪赤十字病院 腫瘍内科¹⁾、
日本赤十字社 大阪赤十字病院 消化器内科²⁾、
日本赤十字社 大阪赤十字病院 看護部³⁾、
日本赤十字社 大阪赤十字病院 消化器外科⁴⁾

【背景・方法】大腸がん薬物療法のKey Drugであるオキサリプラチン（以下L-OHP）の副作用として知られる肝類洞閉塞症候群（以下SOS）は、類洞内皮細胞が障害されることにより発症し、門脈圧亢進症による消化管静脈瘤、腹水等が見られる。ストーマ静脈瘤出血のため治療継続が困難となることもあり、その認知や対策は重要であると考え、本院での発症状況と症例を報告する。

【結果・症例】2014年1月から2019年7月までに永久ストーマ造設後L-OHPを投与した65例のうちストーマ近接部皮膚の血管透見や暗紫色の色調変化等の静脈瘤兆候が見られた症例は17例26%、治療を要する静脈瘤出血は1例1.4%（後述の症例1は検討期間外で除く）であった。

症例1（静脈瘤治療例）：50歳代男性、直腸癌、両側鼠径リンパ節転移、ステージIV、2010年1月直腸切断術、S状結腸ストーマ造設後2011年9月までにm-FOLFOX6を20コース施行後完全寛解を維持していたが、2016年4月より脾腫、腹水に加えてストーマ静脈瘤出血を繰り返した。局所硬化療法やバルーン下逆行性経静脈的塞栓術（B-RTO）の効果は限定的で静脈瘤悪化を認めたが、他院大学病院で経皮経肝静脈塞栓術（PTPO）施行後、長期止血を得ている。

症例2（治療例）：60歳代女性、下行結腸癌、多発肝転移、ステージIV、横行結腸双孔式ストーマ造設後m-FOLFOX6を8コース施行し、多発肝転移は著明に縮小したがストーマ静脈瘤、腹水貯留、脾腫、食道静脈瘤を認めた。L-OHP中止後も出血を繰り返し硬化療法の効果は限定的であった。術後2年6ヶ月で原病死された。

症例3（無治療例）：50歳代女性、横行結腸癌、腹膜播種、ステージIV、回腸ストーマ造設後mFOLFOX6+パニツムマブ13コース施行し、ストーマ周囲と少量出血等の静脈瘤兆候を認め、WOCナースと医師の連携により、L-OHPを中止し、以後増悪なく経過している。

【講師略歴】

森岡 直子

1998年3月 沼津市立沼津高等学校専攻科 卒業
1998年4月～2002年3月 聖隷沼津病院 勤務
2002年4月～現在 静岡県立静岡がんセンター 勤務
2008年 京都橘大学看護研修センター 皮膚・排泄ケア分野 修了
2009年 皮膚・排泄ケア認定看護師取得
2012年～2014年 専従褥瘡管理者
2015年～ 認定看護師教育課程 教員

SY5-3

がん薬物療法を継続するストーマ保有者の有害事象の特徴とケア指針

○森岡 直子

静岡県立静岡がんセンター

近年、がん治療は化学療法や免疫療法などの薬物療法や放射線療法のみがましい進歩により生存期間の延長がのぞめるようになった。様々な治療が組み合わせられ効果がある一方で、新たな薬剤によって様々な有害事象が発生し、その有害事象をコントロールすることが求められている。ストーマ保有者の多くは消化器がん、特に大腸がんであり、がん薬物療法は、術後の補助化学療法や緩和的ストーマ造設後の延命目的もしくは症状緩和として行われる。現在、切除不能進行・再発大腸がんに対して「大腸癌治療ガイドライン2019年版」には、第5次治療までのアルゴリズムが存在する。当センターでも多種多様な治療を行うが、キードラックとなる薬剤があるため、それらの有害事象と発生時期、そして対処法を知っておくことが重要である。

ストーマケアに影響する有害事象には、ご瘡様皮疹、爪囲炎、乾燥や亀裂、手足症候群、下痢、末梢神経障害などが挙げられる。これらは、生命に直結した有害事象ではなく、QOLに影響を与えるものである。ストーマ保有者は、治療によっておこる全身状態の変化やストーマ周囲の皮膚障害などでセルフケアが困難になることもある。その有害事象の程度はがん薬物療法の治療計画（レジメン）や投与量などによっても異なる。特に注意したいのは、ストーマケアに影響を与える有害事象である。爪囲炎や手指の亀裂、末梢神経障害は、医療者側から問診しないと見落とすことのある有害事象である。この有害事象によって、ケア実施者やケア方法、ストーマ装具を変更することもある。患者は、ストーマ外来でストーマ周囲の訴えはするものの、その他の有害事象については訴えないケースもあり、医療者側から問診しキャッチして「見逃さない」ことが大切である。

このようにがん薬物療法の有害事象は、投与後の出現時期などが知られており、予防できるものは予防し、出現時期や程度を事前に情報提供し患者教育することが主流である。現在、当センターではスキンケアチームを立ち上げ、主にごがん薬物療法の皮膚障害の予防活動に取り組んでいる。この取り組みの紹介と今後の課題について述べていく。

【講師略歴】

宮前 奈央

- 2002年 高知医科大学（現 高知大学）医学部看護学科 卒業
- 2002年 神戸大学医学部附属病院 消化器外科病棟勤務
- 2007年 医療法人社団まほし会 真星病院 糖尿病センター勤務
- 2010年 兵庫県看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程 修了
- 2011年 皮膚・排泄ケア認定看護師 資格取得
- 2013年 医療法人社団 神戸低侵襲がん医療センター放射線治療室勤務
- 2017年 兵庫医療大学大学院 看護学研究科 基盤看護学分野 修了
- 2017年 学校法人兵庫医科大学 兵庫医療大学 看護学部 助教
- 現在に至る

SY5-4

がん放射線療法を受けるストーマ保有者に生じる有害事象の特徴と対策

○宮前 奈央

兵庫医療大学 看護学部

2018年の第3期がん対策推進基本計画において、「患者本位のがん医療の実現」という目標が設定され、放射線療法提供体制の均てん化がすすめられており、今後さらに放射線療法を実施する施設や治療を受ける患者の増加が予想される。

ストーマ保有者が受ける放射線療法は術後再発や転移に対するものか、新たな癌に対するものに分けられる。いずれにせよ放射線療法は、一般的に照射部位のみに有害事象が生じるため、どこに・どのように・どのくらい放射線が照射されているかを知ることが有害事象の予測に重要である。

放射線は分裂の盛んな細胞の感受性が高いため、皮膚や小腸は急性有害事象が生じやすい。そのため、放射線皮膚炎や放射線腸炎が起こりやすく、ストーマ保有者にとっても問題となることが多い。また化学放射線療法の際には、有害事象が増強する場合があるので注意が必要である。しかし放射線療法による急性有害事象は治療終了後2週間程度で改善してくるため、有害事象が増悪、治癒遅延しないようなケアが必要となる。

放射線療法は多くの職種が連携して行う治療となっている。治療方針を決める放射線治療医はもちろん、治療計画を立てる医学物理士、治療を実際に行う放射線技師、日々の患者の状態を把握する看護師間で情報共有を行うことが必要となる。放射線療法は治療計画の状態を再現することで治療の精度が担保できるため、照射野にストーマ装具が含まれる場合は治療計画と同じ状態で治療を受けなければならない。よって治療中にストーマ装具が変更になる場合は他職種へ相談を行うことで、治療の精度を保つことや放射線皮膚炎のリスクを軽減することにつながる。このような放射線療法の特性を理解することも、ストーマ保有者の有害事象対策につながることを知っておく必要がある。



jsscr

ミニシンポジウム

第 37 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会 ミニシンポジウム 排尿自立指導料の評価と提案

《企画の意図》

平成 28 年 3 月から始まった排尿自立指導料は、下部尿路機能の回復のための多職種連携による包括的なケアの実施を報酬に結び付ける画期的な診療報酬である。これによってスクリーニングによる患者の抽出、多職種連携による包括的なケアの計画と実施、評価が整い始め、排尿自立指導は大きな前進をみた。今後さらに患者の福音となる排尿自立に繋がるシステムになるよう、現状を検討して評価し、将来にむけて提案をいただきたい。

【開催日時】 2020 年 2 月 8 日（土）14:10 ～ 14:55

【会 場】 第 2 会場（6F 交流ホール）

【座 長】 谷口 珠実（山梨大学大学院総合研究部医学域 健康・生活支援看護学講座）

【講 師】 加瀬 昌子（総合病院国保旭中央病院）

櫻井三希子（山梨大学大学院 医工農学総合教育部修士課程看護学専攻（排泄看護学））

《座長の言葉》

排尿自立指導料の開始から 3 年が経過し、本シンポでは現状の評価と将来に向けた提案を行なう。最初に加瀬昌子先生から「排尿自立指導料の実態と評価」について、排尿自立指導料を実施・非実施の 2 施設間の比較から、下部尿路機能、排尿自立度向上の有効性を検証した結果をご発表頂く。次に、櫻井三希子先生からは、「排尿自立指導を外来継続する提案～前立腺癌術後の患者指導からの示唆～」として、入院中の排尿自立指導に加え、外来で継続看護を行ない効果を検証した結果を報告して頂く予定である。

今後の排尿自立の普及と、さらなる継続支援に向けた検討につなげたい。

【座長略歴】

谷口 珠実

【学歴】 1983年 慶應義塾大学医学部附属厚生女学院卒業
1998年 慶應義塾大学文学部哲学類卒業
2009年 聖路加看護大学大学院看護学研究科博士前期・後期課程修了

【職歴】 東海大学医学部附属病院看護部
天堂医療短期大学助教
杏林大学保健学部看護学科学内講師
第一医院
杏林大学医学部泌尿器科非常勤講師
2013年～ 山梨大学大学院総合研究部医学域 健康生活支援看護学講座 准教授
2019年～ 上記同講座 教授

【社会活動】 日本創傷・オストミー・失禁管理学会 理事・評議員・学術教育(失禁)委員長・社会保険委員
日本老年泌尿器科学会 理事・評議委員
日本排尿機能学会 評議員・社会保険委員・用語委員
ストーマ排泄リハビリテーション学会 評議員・用語委員・倫理委員
日本小児泌尿器科学会 幼小児排尿管理WG
NPO法人日本コンチネンス協会 教育制度委員
皮膚排泄ケア認定看護師養成課程 講師

【著書/編集・分担執筆など】

下部尿路機能障害の治療とケア (メディカ出版、編著)
女性泌尿器科疾患の治療とケア (メディカ出版、編著)
排泄ケアガイドブック (照林社、編著)
排泄リハビリテーション理論と臨床 (中山書店、分担執筆)
難病看護の基礎と実践 (桐書房)
認知症患者の排泄ケア (WOCナーシング) ほか

【講師略歴】

加瀬 昌子

現職： 地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院
(千葉県旭市)
看護局 スキンケア相談室師長(専従で勤務)

1990年～2003年 消化器、呼吸器、血管外科勤務
2005年～皮膚排泄ケア認定看護専従業務
褥瘡委員会・褥瘡回診・ストーマ外来・コンサルテーション業務

専門領域：

2004年 日本看護協会看護研修学校WOC看護学科卒業

2008年 日本褥瘡学会認定師

2012～2014年 日本看護協会看護研修学校『特定行為に係る看護師の研修制度』試行事業

2015年3月 日本看護協会看護研修学校特定行為研修修了

2016年～淑徳大学大学院看護学研究科在学中

加入学会(役職名)：

日本創傷オストミー失禁管理学会 評議委員選出委員会

日本褥瘡学会

日本褥瘡学会関東甲信越地方会世話人

日本褥瘡学会関東甲信越地方会千葉県支部世話人

日本ストーマリハビリテーション失禁管理学会

日本下肢救済・足病学会

MS1-1

排尿自立指導料の効果と見えてきた課題

○加瀬 昌子

総合病院国保旭中央病院

2016年、日本創傷・オストミー・失禁管理学会の社会保険委員会から申請され排尿に関する排尿自立指導料が保険収載されて4年目となる。

2018年時点の厚労省が行った医療施設調査によると、100床以上の病院数は5395病院と報告されており、同年9月時点で排尿自立指導料算定施設数は599件に至る。これまでに算定を開始した施設から、各施設における算定開始前後の変化についての報告が多数されているが、その有効性については十分評価されていない現状である。

そこで、日本創傷・オストミー・失禁管理学会の学術委員会では、評価研究に取り組み、有効性を評価することにした。皮膚・排泄ケア認定看護師が所属する施設の中で、排尿自立指導料を導入している施設(以下：算定群)と排尿自立指導料が未導入の施設(以下：非算定群)の2群間比較により、算定群が非算定群にくらべてカテーテル関連尿路感染症を減少することができ、更に下部尿路機能、排尿自立度向上の有効性が示されることで、更なる排尿自立指導の普及につながることを目的とした。

本研究ではこの有効性検証の報告とそこから見えてきた効果と課題について報告したい。

【講師略歴】

櫻井 三希子

2002年：神戸市看護大学 卒業
2002年：神戸市立西神戸医療センター 勤務
2009年：皮膚・排泄ケア認定看護師 取得
2017年：山梨大学大学院医工農学総合教育部修士課程
看護学専攻（排泄看護学）

MS1-2

排尿自立指導を外来継続する提案～前立腺癌術後の患者指導からの示唆～

○櫻井三希子¹⁾、多武保光宏²⁾、三井 貴彦³⁾、
福原 浩²⁾、武田 正之³⁾、谷口 珠実⁴⁾

山梨大学大学院 医工農学総合教育部修士課程看護学専攻（排泄看護学）¹⁾、杏林大学医学部 泌尿器科学講座²⁾、山梨大学大学院総合研究部医学域 泌尿器科学講座³⁾、山梨大学大学院総合研究部医学域 健康・生活支援看護学講座⁴⁾

【背景】

2016年に排尿自立指導料が保険収載され、排尿ケアチームと病棟看護師による包括的排尿ケアが行われている。昨年、ケア後の状況を把握するために、ロボット支援前立腺全摘除術（以下RARP）後に包括的排尿ケアを受けて退院した患者を対象に実態調査を行ったところ、術後1・3ヵ月のQOLや排尿機能・排尿負担感が低く、退院後のサポートが必要であると考え、新しいプログラムを作成した。

【目的】

RARPを受ける患者に、術前から術後3ヵ月まで定期的に看護介入する「対処管理プログラム」を実施することで、QOLや排尿機能・排尿負担感が改善するか検討することである。

【方法】

2017年7月～2019年8月にRARPを受けた患者を対象とした。「対処管理プログラム」は、術前、入院時、退院前、術後1・3ヵ月に計5回面談を行い、患者の思いを傾聴した上で、機能障害に関する症状、骨盤底筋訓練の指導、デバイスの紹介、日常生活指導を実施し、患者が機能障害に対処できるようにサポートすることである。プログラムの評価には、包括的健康関連QOL(SF-12^{v2})、前立腺癌疾患特異的QOL(EPIC)、療養の場を問わずに使用できる病気の不確かさ尺度(UUIS)を用いた。術後経過について統計学的処理を行い、介入群と対照群（実態調査）を比較し検討した。（有意水準 $p < 0.05$ ）

【倫理的配慮】

山梨大学医学部倫理委員会・杏林大学医学部倫理委員会の承認後、研究の同意が得られた患者に実施した。

【結果】

介入群40名。年齢の中央値70歳（64-77）、術前のリスク分類は、中～高リスクの患者であった。術後約7日でカテーテルを抜去し、排尿状況の確認後退院となった。QOLは、術後1ヵ月において、SF-12^{v2}の社会生活機能は介入群の方が有意に高かった（ $p = .017$ ）。術後1ヵ月のEPICの排尿負担感は介入群の方が低かったが有意差は示されず、性負担感は介入群の方が有意に低かった（ $p < .001$ ）。

【考察】

患者が生じた機能障害に向き合い、得た情報を自身でうまく活用し、対処能力をあげることができたことでQOLが向上したと考える。

【結論】

排尿自立指導料に基づく包括的排尿ケアにプログラムを追加したことで、QOLに影響を与える可能性が示唆された。



jsscr

教育講演

教育講演 1

【開催日時】 2020年2月8日(土) 16:10～17:00
【会場】 第2会場(6F 交流ホール)
【司会】 前川 厚子(名古屋大学)
【講師】 江川安紀子(東京慈恵会医科大学附属第三病院)

教育講演 2

【開催日時】 2020年2月8日(土) 9:05～9:55
【会場】 第3会場(6F 展示ギャラリー)
【司会】 後藤 百万(名古屋大学大学院医学系研究科 泌尿器科学)
【講師】 三井 貴彦(山梨大学大学院総合研究部 泌尿器科学講座)

教育講演 3

【開催日時】 2020年2月8日(土) 14:00～14:50
【会場】 第3会場(6F 展示ギャラリー)
【司会】 柴崎 真澄(サンセイ医機株式会社)
【講師】 勝沼志保里(宮城大学 看護学群)

教育講演 4

【開催日時】 2020年2月8日(土) 14:00～14:50
【会場】 第8会場(11F 会議ホール・風)
【司会】 中村 利夫(藤枝市立総合病院)
【講師】 清原 祥夫(静岡県立静岡がんセンター 皮膚科)

第 37 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会

教育講演 1

がん終末期の瘻孔ケア

【司会略歴】

前川 厚子

Atsuko MAEKAWA, RN, PHN, ET/WOCN, PhD.

Nagoya Industrial Science Research Institute

Coordinator & Strategy Advisor

Professor Emeritus, Nagoya University

資格：看護師、保健師、ET/WOC 看護師

学位：教育学リハビリテーション修士、看護学博士

職歴：1982年から1999年までライフ・オストミーセンター所長

1999年から2019年まで名古屋大学大学院医学系研究科教員

地域・在宅看護学担当、訪問看護師育成とがん看護専門看護師教育に従事

2019年4月 名古屋大学名誉教授

現在、名古屋産業科学研究所 中部 TLO コーディネータ、技術・戦略アドバイザー

日本オストミー協会愛知県支部医療顧問

以上

がん終末期の瘻孔ケア —皮膚・排泄ケア認定看護師として向き合う瘻孔ケア—

○江川安紀子

東京慈恵会医科大学附属第三病院

『瘻孔』とは相異なる部位または臓器間にできた異常交通路と定義され、意図的に造設され順調に瘻孔形成された目的瘻孔は、ある程度定型的管理を行うことができる。しかし周術期やがん終末期に自然発生した病的瘻孔は、部位や形状が人によって異なるだけでなく、その時々によっても変化する。そしてこの不安定な瘻孔をケアする製品は専用の物が十分にあるわけではなく、創傷、ストーマ関連の製品を幅広く活用する必要がある。

病的瘻孔でも周術期に発生したものは閉鎖、治癒を目指すことが多いが、がん終末期の身体変化により自然開通したものは、生命維持のために重要な排泄機能を有することが多く、その機能を阻害しないようケアを確立することが求められる。ケアの確立にはまず全身状態と瘻孔の性質を正確に捉え、さらに対象が生活する場や望む時間、ケア継続に可能な資源なども含め目標を設定する。この目標へ向け今まで積み重

ねてきたスキンケアやストーマケア、創傷管理の技を駆使し、確かなスキルと柔軟な考えでケアを行う。

また瘻孔を有した患者は、瘻孔からの排泄物による疼痛や不快感、臭いなどにより辛い時間を過ごすことも多い。がん終末期はその瘻孔が治癒しないものと知り、自らの身体に起きた生きるための現象やその他多様な変化を感じながら、複雑な心境の中で生を全うすることになる。瘻孔と共に生きることになった対象に対し、真摯に向き合い、逃げずに最後まで寄り添い続けることは看護師の役割である。そして皮膚・排泄ケア認定看護師として瘻孔管理に対し諦めの気持ちを持たず、最後の砦となれるよう関わりたいと考える。

本講演を通し今後活かせる実践的スキルがひとつでも増えるよう、瘻孔ケアの実際について症例を提示し述べる。

【講師略歴】

江川 安紀子

東京慈恵会医科大学附属第三病院
皮膚・排泄ケア認定看護師

【略歴】

慈恵医大第三看護専門学校 卒業
2002年 東京慈恵会医科大学附属第三病院 入職
2008年 埼玉県立大学 認定看護師教育課程 皮膚・排泄ケアコース 修了
2008年 皮膚・排泄ケア認定看護師 取得



2015年 東京慈恵会医科大学大学院 医学研究科 看護学専攻修士課程(看護管理学) 修了
現在 東京慈恵会医科大学附属第三病院 主査 褥瘡管理者

【所属学会】

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 評議員
日本創傷・オストミー・失禁管理学会
日本褥瘡学会
日本看護科学学会
東京ストーマリハビリテーション研究会 幹事、世話人

第 37 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会

教育講演 2

小児・AYA 世代の排泄障害

【司会略歴】

後藤 百万

- 1980年3月 三重大学医学部卒業
- 1980年4月 名古屋大学大学院医学研究課程入学
- 1984年3月 同修了
- 1984年4月 名古屋大学医学部附属病院泌尿器科 非常勤医員
- 1984年7月 マクギル大学（カナダ、モントリオール）留学（post-doctoral fellow）
- 1986年1月 名古屋大学医学部附属病院 泌尿器科 非常勤医員
- 1986年7月 名古屋大学医学部附属病院泌尿器科 助手
- 1988年3月 碧南市民病院 泌尿器科医長
- 1992年4月 碧南市民病院 泌尿器科部長
- 1998年4月 名古屋大学医学部附属病院泌尿器科 講師
- 2006年9月 名古屋大学大学院医学系研究科 泌尿器科学 教授

小児・AYA世代の排泄障害

○三井 貴彦

山梨大学大学院総合研究部 泌尿器科学講座

幼少期の昼間尿失禁は、成長とともに自然治癒することが多いものの、ある一定の割合で長期間にわたり持続することがあります。その際には、患児の自尊心の低下などの精神的な悪影響を及ぼすことに加えて、ご両親の不安や精神的ストレスの原因となります。しかし、そのような状況であるにも関わらず、実際の医療現場では「どのように診断し、どのように治療を行っていくのか」など、疾病としての取り扱いについて十分なコンセンサスが得られていないのが現状です。

このような状況の下で、日本小児泌尿器科学会では、自治医科大学とちぎ子ども医療センター小児泌尿器科の中井秀郎先生を委員長として16名の委員で構成される「幼小児排尿指導管理ワーキンググループ」を立ち上げ、「幼小児の昼間尿失禁の診療とケアの手引き」を作成しました。本手引きは、「欧米で発展してきた非薬物的、非手術的な専門診療であるウロセラピーを我が国の小児医療でも普及させること」「診療の標準化が進むにつれてエビデンスが蓄積し、より

科学的な診療が確立されるべく、その道標となること」を目的としています。そのため、小児・AYA世代における排泄障害の診療やケアの最前線に立つ医療者に、共通の理解と認識が浸透されることが期待されています。

本手引き中の診療アルゴリズムでは、幼小児における「昼間尿失禁」の原因として、神経因性下部尿路機能障害、先天性尿路異常、切迫性尿失禁、笑い失禁などを挙げ、鑑別診断、治療、ケアを行っていきます。特に、小児における昼間尿失禁の中で頻度の高い「切迫性尿失禁」の診療とケアの過程においては慢性機能性便秘症に対する診療の重要性、ウロセラピーの方法、そして薬物療法の有用性などについて記載されています。

本手引きにはこれらの内容について詳細に記載されていますが、本講演ではそのエッセンスを紹介したいと考えています。本講演が幼小児における排泄に関する診療とケアに関わる方々において、少しでもお役に立てれば幸いです。

【講師略歴】

三井 貴彦

平成5年3月 北海道大学医学部卒業
平成5年4月 在日アメリカ海軍病院(横須賀市)インターン
平成6年5月 北海道大学泌尿器科学教室入局
平成14年3月 北海道大学大学院医学研究科修了・医学博士取得



平成14年7月～平成17年3月

アメリカ フィラデルフィアのDrexel大学で博士研究員として研究に従事

平成18年4月 北海道大学病院・泌尿器科・助手

平成19年4月 北海道大学病院・泌尿器科・助教

平成27年4月 山梨大学医学部附属病院・泌尿器科・講師

平成28年10月 山梨大学大学院総合研究部・泌尿器科学・准教授

現在に至る。

第 37 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会

教育講演 3

災害時の排便問題

【司会略歴】

柴崎 真澄

- 1980年3月 磐城共立看護学院卒
- 1980年4月 労働福祉事業団（現：独立行政法人 労働者健康安全機構）福島労災病院勤務
- 1986年 クリーブランドクリニック分校 聖路加国際病院 ET スクール修了
- 1999年 皮膚・排泄ケア認定看護師資格取得
- 2007年3月 宮城県立宮城大学大学院看護学研究科看護学専攻（修士課程）修了
- 2007年4月 一般財団法人 脳神経疾患研究所 総合南東北病院勤務
- 2017年4月 いわき明星大学勤務
- 2019年4月 サンセイ医機株式会社勤務

災害時の人々の健康を守るための排泄ケア

○勝沼志保里

宮城大学 看護学群

近年、災害は大規模化・激甚化しており、人々の健康と生活を長期に渡って脅かしています。2015年の国連世界防災会議で採択された「仙台防災枠組み2015-2030」では、これまでの防災枠組みには示されてこなかった、人々の生命・暮らし・健康を可能な限り損なわれないようにすることが目標に掲げられ、医療関係者の対応力の向上が求められています。

災害後の人々の暮らしと健康を守るためには、飲食、排泄、休息・睡眠、清潔といった基本的ニーズを充足させることが重要です。特に、避難所は人が暮らすことを想定していない学校や公民館などは利用されるため、生活環境の調整・整備が求められます。避難所におけるトイレの問題には、トイレの数の不足、多くの人を使用することにより不衛生な状態（感染症の発生源）、仮設トイレの段差や屋外の設置による移動の負担、男女共用、プライベート空間が保

たれない等があります。このため、人々は排泄しなくて済むように、飲水や食事を控えるようになり、健康に悪影響を及ぼします。また、災害時は生活環境の急激な変化やストレスにより、自律神経バランスの崩れ、身体活動量の低下、食事の偏りや水分不足にもなり、便秘を引き起こします。このように、災害時の排泄ケアは、トイレ環境の整備だけでなく、飲水・食事、衛生環境、身体活動、ストレスマネジメントなど、様々な側面からの統合的なアプローチが必要です。

災害が頻発する中、医療関係者の皆さんが実際の災害後の避難所の生活環境やトイレ問題を理解し、災害時に必要な排泄ケアについて考える機会になって頂ければと思います。そして、実際の災害現場で具体的な排泄ケアを実践し、健康悪化を防ぐ手立てにしてほしいと思っています。

【講師略歴】

勝沼志保里

大学卒業後、札幌医科大学付属病院（心臓・血管・呼吸器外科病棟）で臨床看護師として5年間勤務。その後、災害看護学に興味を持ち、2009年に兵庫県立大学大学院看護学研究科博士前期課程（災害看護学専攻）に進学。2009年の台風9号による水



害や2011年の東日本大震災では災害支援ナースとして派遣され、避難所・在宅避難者の健康支援活動に従事しながら、災害後の循環器疾患をもつ人の看護援助についての研究に取り組んできた。また、東日本大震災後は、兵庫県立大学・宮城大学の連携事業にて、宮城県気仙沼市に1年間在住し、約500名が暮らす応急仮設住宅での健康支援活動を実施してきた。2016年から宮城大学看護学群に所属し現在に至る。

第 37 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会

教育講演 4

皮膚科医が診るストーマ周囲皮膚障害

【司会略歴】

中村 利夫

学歴 昭和58年3月 浜松医科大学医学部医学科卒業

職歴 昭和58年6月 浜松医科大学医学部附属病院 研修医
昭和59年5月 国立天竜病院外科 医員
昭和60年7月 国立大蔵病院外科 医員
平成元年5月 引佐赤十字病院外科 部長
平成 5年4月 富士宮市立病院外科 科長
平成 8年7月 浜松医科大学附属病院第二外科 助手
平成17年4月 浜松医科大学附属病院第二外科 講師
平成20年4月 浜松医科大学附属病院第二外科 准教授
平成25年4月 藤枝市立総合病院 副院長
平成28年4月 藤枝市立総合病院 院長
現在に至る

資格等

医学博士
浜松医科大学臨床教授
静岡県立大学客員教授
日本外科学会 専門医/指導医
日本消化器外科学会 専門医/医指導医
日本大腸肛門病学会 専門医/指導医/評議員
日本消化器内視鏡学会 専門医/指導医/評議員
日本消化器病学会 専門医/指導医/評議員
日本癌治療認定医機構 暫定教育医/癌治療認定医
日本臨床外科学会 評議員
日本小切開鏡視外科学会 評議員
日本ストーマ排泄リハビリテーション学会 評議員

専門分野

消化器外科（大腸癌、炎症性腸疾患の外科治療）

皮膚科医が診るストーマ周囲皮膚障害

○清原 祥夫

静岡県立静岡がんセンター 皮膚科

近年のがん治療における治療成果の向上ぶりには目を見張るものがあり、人類のがん克服もあながち夢物語ではなく現実味を帯びてきた。例えば大腸がんの治療においても手術・放射線療法はもとより、分子標的薬（EGFR阻害薬、VEGF阻害薬など）の登場によりひと昔前に比べて飛躍的に予後が延長されている。

しかし、これらの光明はすべての患者さんに起こる訳ではない。一方、治療による副作用は多くの例で生じる。とくに注目されている分子標的薬による治療ではそのほとんどの例で何らかの皮膚障害を生じている。しかも、がん治療がうまくいって予後が延長されればそれだけ皮膚障害の病期も長引くこととなる。

もう一方で（こちらはむしろ少数派であるが）、ストーマの装具を装着するために、その素材により生じる別の皮膚障害が生じることもある。「痛し、かゆし」である。

そこで今回は“がんセンター・ストーマ外来”でWOCナースとともに働く皮膚科医の立場で、皮膚科医の目を通して診られる皮膚障害について述べたいと思う。

もともとエビデンスの少ないこの領域のことであるが、がん治療における皮膚障害に対する対策や症状緩和、スキンケアなどについて、当院での多職種チーム医療による皮膚障害マネジメントについて紹介する。

【講師略歴】

清原 祥夫

学歴・職歴

1955年 徳島のいなかで生まれる。

1982年 埼玉医科大学卒業

同大学皮膚科（池田重雄教授）入局

1984年 同、助手

1986年 国立がんセンター（石原和之先生）レジデント

1988年 埼玉医科大学皮膚科（池田重雄教授）、助手

1996年 同、講師（1998年より土田哲也教授）

2002年 静岡県立静岡がんセンター皮膚科、部長（現職）

2004年～：埼玉医科大学皮膚科非常勤講師



2013年～：鳥取大学皮膚科非常勤講師

資格等

1996年 医学博士号（埼玉医科大学）

2007年 皮膚悪性腫瘍指導専門医

2007年 日本がん治療認定医機構 暫定教育医

公的委員会委員等

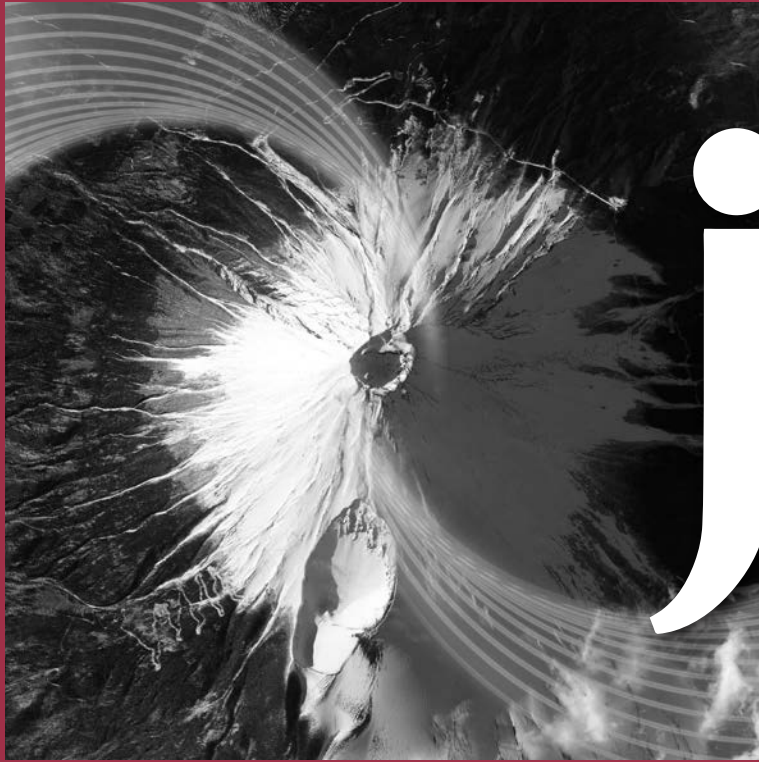
2005年より 日本皮膚悪性腫瘍学会理事

2007年より 皮膚悪性腫瘍指導専門医委員会委員

2015年より 日本皮膚外科学会理事

研究領域

皮膚がん治療・診断、皮膚外科、超音波診断、薬物療法の皮膚障害



jsscr

Mini lecture

Mini lecture1

- 【開催日時】 2020年2月8日(土) 11:45～12:20
【会場】 第2会場(6F 交流ホール)
【司会】 赤木 由人(久留米大学 医学部 外科学講座)
【講師】 絹笠 祐介(東京医科歯科大学 消化管外科学分野)

Mini lecture2

- 【開催日時】 2020年2月8日(土) 10:00～10:35
【会場】 第3会場(6F 展示ギャラリー)
【司会】 紺家千津子(石川県立看護大学 看護学部)
【講師】 安部 正敏(医療法人社団廣仁会 札幌皮膚科クリニック)

Mini lecture3

- 【開催日時】 2020年2月8日(土) 16:05～16:40
【会場】 第7会場(10F 1001)
【司会】 上川 禎則(大阪市立総合医療センター 泌尿器科)
【講師】 仲島 義治(竜南泌尿器科クリニック)

第 37 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会

Mini lecture1

ロボット支援下直腸がん手術におけるストーマ造設術

【司会略歴】

赤木 由人

- 1985年 3月 久留米大学医学部医学科 卒業
- 1986年 5月 久留米大学第一外科学講座、外科研修
- 1989年10月 久留米大学医学部第一外科学講座、助手
- 1996年 5月 米国M.D.Anderson Cancer Center(TX,USA) , Tumor Biology(ポスドク)
- 1998年 4月 久留米大学医学部外科学講座、助手
- 2002年11月 久留米大学医学部附属医療センター、外科、講師
- 2008年 4月 久留米大学医学部外科学講座、准教授
- 2014年 4月 久留米大学医学部外科学講座、主任教授

ロボット支援下直腸がん手術におけるストーマ造設術

○絹笠 祐介

東京医科歯科大学 消化管外科学分野

直腸癌と診断された患者の約3割で永久人工肛門になってしまい、自律神経温存術式でも60～70%の泌尿生殖器機能障害を認める。また進行直腸癌においては、およそ1割の患者に局所再発を生じる問題が残っている。腹腔鏡下手術において、深部での精密な操作が可能となるのは一部の外科医に限られ、最近の2つのRCTでも開腹手術に対する腹腔鏡下手術の非劣性が証明されなかった。我が国のガイドラインでも「直腸癌に対する腹腔鏡下手術の有効性と安全性は十分に確立されていない」とされている。

ロボット手術は、鮮明な三次元ハイビジョン視野の下、モーションスケーリングや手振れ補正機能を有した自由な多関節鉗子による、安定した鉗子操作を特徴とする。骨盤深部においても、自分の理想とした切離ラインを理想とする角度で切離でき、解剖学的構造に沿った繊細で正確な手術がより円滑に実行可能となる。その結果、既に600例以上のロボット支援下直腸がん手術を施行した静岡県立静岡がんセンターからは、腹腔鏡下手術と比べて、開腹移行率、出血量が

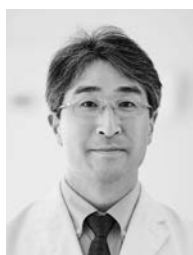
少なく、術後排尿障害が腹腔鏡下手術で8.1%であったのに対し、ロボット手術は2.8%と有意に少なかったと報告されている。また、下部進行直腸癌においては、多くのロボット症例にて、放射線を用いることなく、局所再発を極めて少なくする手術を実現し、通常10%前後で生じる局所再発も、1%と良好であった。

ロボット手術でのストーマ造設法は、基本的に腹腔鏡手術に準じる。マイルズ手術においては、開腹手術と比べて困難と考えられがちな腹膜外経路でのストーマ造設を基本としている。標本を経会陰的に摘出し、腹部に開腹創は置かず、ロボット鉗子で腹膜外スペースを確保した後、マーキング部位よりS状結腸を導出する。低位前方切除術の一時的人工肛門は、可能な限り造設をしない方針ではあるが、括約筋間直腸切除術(ISR)においては、患者に人工肛門での生活を経験させるという意味もあり、全例で一時的人工肛門を造設している。たとえ一時的人工肛門でも、QOLを損なわないような人工肛門造設を心がけている。

【講師略歴】

絹笠 祐介

1998年東京医科歯科大学卒業、腫瘍外科学入局。2001年より国立がんセンター中央病院外科レジデント。2006年より静岡県立静岡がんセンター大腸外科勤務。2010年4月より同部長。2017年9月よ



り東京医科歯科大学大学院消化管外科学分野 教授、医学部附属病院大腸・肛門外科 科長。2018年より同、低侵襲医療センター センター長兼任。

日本内視鏡外科学会技術認定医。日本ロボット外科学会理事。大腸癌治療ガイドライン委員。専門は大腸がんの外科治療、腹腔鏡手術、ロボット手術(国内最多)、骨盤内臓全摘術等の拡大手術。

第 37 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会

Mini lecture2

どうする！色素沈着

【司会略歴】

紺家 千津子

経歴：

1986年4月 金沢大学医学部附属病院 看護師
1997年12月 創傷・オストミー・失禁看護（現 皮膚・排泄ケア）認定看護師 資格取得
1998年4月 金沢大学医学部保健学科看護学専攻 助手
2005年3月 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程修了
博士（保健学）取得
2006年4月 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻看護科学領域 助教授
2010年4月 金沢医科大学看護学部 教授
2019年4月 石川県立看護大学 教授 現在に至る

所属学会：

- ・日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会：評議員
- ・日本褥瘡学会：理事、実態調査委員会委員長
- ・日本創傷治癒学会：理事、創傷治癒コンセンサスドキュメント編集委員
- ・日本創傷・オストミー・失禁管理学会：評議員
- ・看護理工学会：評議員
- ・日本老年医学会：代議員
- ・日本がん看護学会：代議員

“色素沈着”って何色？

○安部 正敏

医療法人社団廣仁会 札幌皮膚科クリニック

皮膚トラブルをアセスメントするうえで、皮疹を詳細に観察し、分析することは極めて重要である。我々皮膚科医は、患者自らが容易に認識できる皮膚症状を視診、触診で分析し、局所皮膚にどのような病理組織学的変化が生じているのかを推察しながら臨床診断を行う。カルテ記載もテクニカルタームを駆使し、皮膚科医間で共通理解を可能にするため皮疹の現症を記載するが、この一連の行為を“発疹学”として定義している。例えば“発赤”は極めて包括的な用語であり“紅斑”とは異なる。“発赤”は表面が赤色変化した皮疹であるが、“紅斑”は紅色の皮疹ではない。では、発疹学からみる“色素

沈着”とはどのようなものであろうか。“色素沈着”は湿疹でも、日焼けでも、腫瘍でも、母斑でも生ずる。その色は“茶色”で表現されるものでなく、多彩な色調である。演者は“色素沈着”こそ多様で奥の深い用語であり、逆にこれをきちんとアセスメントできれば、より高度な治療そしてケアが可能となると考えている。今回、本テーマは青木和恵会長直々に頂戴した。そのご配慮に感謝し、一説には皮膚科学より鉄道交通学が専門と評される(一応皮膚科専門医の)演者が、平易に“色素沈着”の醍醐味を解説させて頂きたい。

【講師略歴】

安部 正敏



1993年3月 群馬大学医学部卒業
4月 群馬大学医学部附属病院研修医(皮膚科学)
1994年4月 群馬大学大学院医学研究科博士課程入学
1998年4月 群馬大学大学院医学研究科博士課程修了
群馬大学医学部皮膚科学教室助手
2001年1月 アメリカ合衆国テキサス大学サウスウエスタンメディカルセンター細胞生物学部門研究員
2003年6月 群馬大学大学院医学系研究科皮膚科学講師
群馬大学医学部附属病院感覚器・運動機能系皮膚科外来医長

2013年4月 医療法人社団 廣仁会 札幌皮膚科クリニック 副院長
医療法人社団 廣仁会 褥瘡・創傷治療研究所
東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻
老年看護学/創傷看護学分野 非常勤講師
2013年6月 東京慈恵会医科大学皮膚科 非常勤講師
2018年4月 医療法人社団 廣仁会 札幌皮膚科クリニック 院長

社会活動：独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 専門委員
学研メディカル秀潤社
「Visual Dermatology」編集委員

第 37 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会

Mini lecture3

感染尿の正体

【司会略歴】

上川 禎則

平成元年	大阪市立大学医学部 卒業
	大阪市立大学医学部附属病院 泌尿器科 研修医
平成2年～平成6年	大阪市立大学医学部大学院（外科系 泌尿器病態学）
平成6年	大阪市立総合医療センター 泌尿器科
平成12年	Tubingen 大学（ドイツ）薬理学教室
平成13年	大阪市立総合医療センター 泌尿器科 医長
平成16年	同 副部長
平成27年	同 担当部長
平成30年	同 部長

感染尿の正体

○仲島 義治

竜南泌尿器科クリニック

(用語の解説)

感染尿とは、尿中に細菌を認めている状態(=細菌尿)、あるいは尿中に白血球を認めている状態(=膿尿)と考えられ、いわゆる尿路感染症を来している状況で認められることが多いと思われる。

最近医療従事者の中でこの言葉が使われつつあるようだが、実は『感染尿』という言葉は日本泌尿器科学会用語集【第5版】(2019年4月15日発行)には登録されていない。

感染尿と似た言葉として細菌尿と膿尿がある。尿沈渣の顕微鏡検査あるいは非遠心尿の計算盤鏡検で、前者は5個/400倍視野以上、後者では白血球数10個/ μ l以上を有意の膿尿と判定する。細菌尿については、尿培養で細菌が 10^5 CFU/ml以上の場合、有意な細菌尿と判断する。細菌尿と膿尿はともに検査結果から判定される用語であり、患者の症状から判定する用語ではない。

(感染尿の実態)

細菌尿・膿尿は尿路感染症の場合に認めることが多いが、細菌尿・膿尿が存在するにもかかわらずほぼ無症状という場合があり、無症候性

細菌尿・膿尿(=無症候性感染尿?)と呼ばれる。若年者ではほとんど認めないが、高齢になれば一定の頻度で男女ともに認められる。男女で比較すると、女性の頻度が高い。また糖尿病患者でも無症候性細菌尿・膿尿を認めることがしばしばある。すなわち、細菌尿・膿尿があるからと言って、必ずしも治療が必要な尿路感染症の状態であるとは限らない。高齢者や糖尿病患者などは感染症の高リスク対象であるため十分な注意が必要だが、本来無症候性の場合には治療対象とはならない。しかし、実臨床では尿路感染症として抗菌薬を投与されているケースが少なくない。結果として、昨今問題となっている薬剤耐性菌発生の一因となっている。

一方で尿中に細菌を認めず膿尿だけが持続している症例の中には、尿路結石や尿路結核、悪性腫瘍が存在する場合もあり、注意が必要である。

(結び)

本講演では演者が日々の診療でどのように『感染尿』に対応しているかを解説させていただく予定である。

【講師略歴】

仲島 義治

平成15年 秋田大学医学部医学科卒業

平成15年 京都大学医学部附属病院泌尿器科

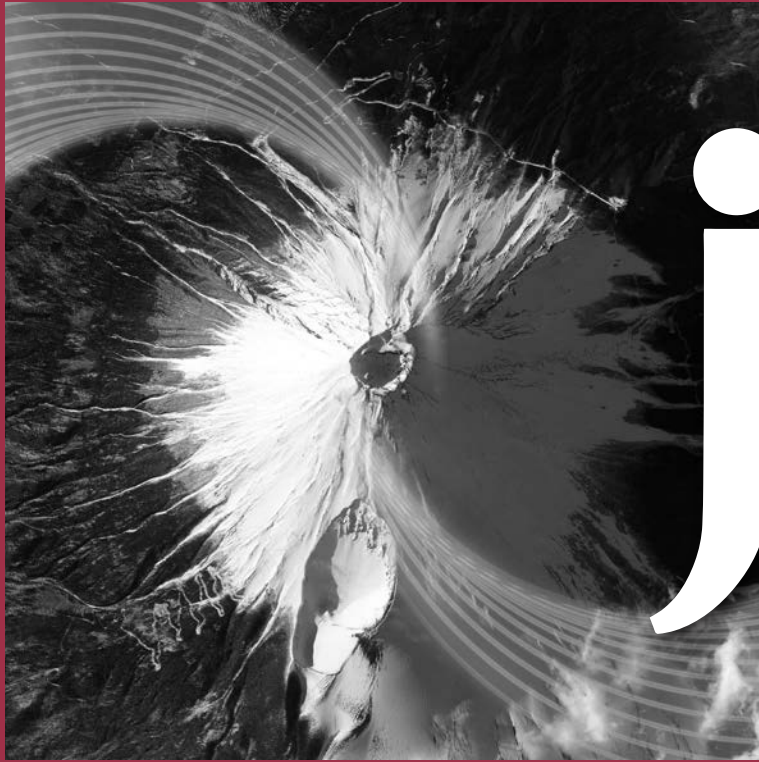


平成16年 独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター 泌尿器科

平成18年 大阪赤十字病院 泌尿器科

平成23年 静岡県立総合病院 泌尿器科

平成29年 竜南泌尿器科クリニック



jsscr

オリンピック・パラリンピックイヤー 記念特別企画

- | | |
|--------|--------------------------|
| 【開催日時】 | 2020年2月8日（土） 14:00～14:50 |
| 【会場】 | 第1会場（1F 中ホール・大地） |
| 【テーマ】 | 日本語って面白い！ |
| 【司会】 | 西口 幸雄（大阪市立十三市民病院） |
| 【講師】 | ダニエル・カール |

第37回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会 オリンピック・パラリンピックイヤー記念特別企画 日本語って面白い！

【司会略歴】

西口 幸雄

昭和51年4月 大阪市立大学医学部入学
昭和57年3月 大阪市立大学医学部卒業
昭和57年6月 第73回医師国家試験合格・医籍登録（第268851）
平成1年12月 医学博士の学位授与（大阪市立大学）（第2310号）

【職歴】

昭和61年4月～平成4年9月 馬場記念病院（大阪府堺市）外科医員
平成2年9月～平成3年8月 アメリカ合衆国オハイオ医科大学外科学教室に留学
平成4年10月～平成11年3月 大阪市立大学 医学部 助手（「第一外科学」担当）
平成11年4月～平成13年3月 大阪市立大学 医学部 講師（「第一外科学」担当）
平成13年4月～平成15年3月 大阪市立総合医療センター消化器外科・外科副部長
平成15年4月～平成19年3月 大阪市立総合医療センター 外科部長
平成19年4月～平成21年3月 大阪市立総合医療センター 消化器外科・外科部長
平成21年4月～平成30年3月 大阪市立総合医療センター 消化器センター長
平成30年4月～平成31年3月 大阪市立十三市民病院 副院長
平成31年4月～現在に至る 大阪市立十三市民病院 病院長

【学会及び社会における活動等】

平成9年12月～現在に至る 日本外科学会 専門医（第1800173号）指導医（第S003554号）
平成5年12月～現在に至る 日本消化器外科学会 専門医（第134号）指導医（第2051号）
平成14年7月～現在に至る 日本消化器外科学会 評議員
平成10年10月～現在に至る 日本大腸肛門病学会 専門医（第1981189号）指導医（第1189号）評議員（平成16年9月より）
平成10年12月～現在に至る 日本消化器内視鏡学会 認定医（平成14年より認定専門医）（第980476号）
平成10年1月～現在に至る 日本臨床外科学会 評議員
平成9年12月～現在に至る 日本内視鏡外科学会 評議員（平成25年1月より）
平成13年2月～現在に至る 日本静脈・経腸栄養学会 評議員 理事（平成25年2月より平成29年2月）
平成7年7月～現在に至る 日本外科代謝栄養学会 評議員
平成6年9月～現在に至る 日本腹部救急医学会 評議員
平成15年4月～現在に至る 日本食道学会 評議員（平成25年まで）
平成12年1月～現在に至る 日本消化器病学会 専門医（No.25148）
平成2年4月～現在に至る 日本外科系連合学会 会員
平成11年5月～現在に至る 日本胃癌学会 会員
平成17年1月～現在に至る 日本内視鏡外科学会 技術認定医
平成17年4月～現在に至る 関西STOMA研究会代表世話人
平成11年8月～現在に至る 関西ストーマケア講習会 実行委員
平成14年2月～現在に至る 日本ストーマ排泄リハビリテーション学会 評議員 理事（平成23年1月より）
平成14年4月14～18日 The 19th Biennial Congress of the International Society of University Colon and Rectal Surgeons Local Organizing Committee
平成12年6月3日 第42回関西STOMA研究会当番世話人（大阪）
平成18年6月10日 第48回関西STOMA研究会当番世話人（大阪）
平成19年4月より 大阪市立大学医学部臨床教授
平成24年9月より PEG在宅医療研究会事務局長（令和元年8月まで）
平成18年6月10日 第48回関西STOMA研究会当番世話人（大阪）
平成29年5月 第15回日本PTEG研究会当番世話人（淡路島）
平成31年2月 第36回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会当番会長、第11回アジアストーマリハビリテーション学会当番会長（大阪）
平成31年4月 大阪市民病院機構理事
令和元年5月 大阪府役所医師会会長
令和元年9月 第24回PEG・在宅医療学会当番会長（大阪）/PEG・在宅医療学会理事長

【賞罰】

平成3年3月 大阪市医学会市長賞（第36回）

オリンピック・パラリンピック開催記念
ダニエル・カール氏の“日本語って面白い！”

〈企画の意図〉

第37回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会会長
青木 和恵（静岡県立大学 看護学部 成人看護学 教授）

日本語は特異な言葉である・・・らしい。たしかにそうだ。たとえば世界が美しい言葉として認め、日本語の代表として宇宙へ発信されたという「さようなら」。私たちにとって日常的なこの言葉をよくよく読めば、「そうであるならば・・・」という意味である。「そうであるならば」の先に何があるのか。再会か、つかの間の別れか、決別か。日本語はそれを言わない。

ある週末の早朝、目の覚めかけた私の耳にテレビから、日本語の面白さを語るダニエル・カール氏の話が聞こえてきた。それをうつつに聞きながら、ダニエル・カール氏の話にひきつけられた。日本語が世界でもめずらしい不思議な言葉であること、そこに日本人の生き方や考え方、生活や歴史があること。「日本語を外から見ると、こうみえるんだ！」ととても感動した。

私たちは医療者であるが、言葉によって心情、情報、知識、技術を伝えている。臨床実践ではもとより、研究、論文、講演、授業なども全て、言葉というツールを用いてその対象や社会に発信している。日本語の面白さ、不思議さ、深さを知ること、さらに日本語を使って伝えるという私たちの仕事が進歩するのではないか。

否、もっと深いところのこと。この美しく、不思議で、難解な言語を操る日本人とは何者か？2020年、オリンピック・パラリンピックの開催を記念して、ダニエル・カール氏の深い洞察を共有したい。

【講師略歴】

ダニエル・カール

高校時代、交換留学生として奈良県智弁学園に1年間在日。大学生時代、大阪の関西外国語大学に4ヶ月間学び、その後、京都二尊院に2ヶ月間ホームステイ、佐渡島で4ヶ月間、文弥人形づかいの



弟子入りをした。大学卒業後、日本に戻り文部省英語指導主事助手として山形県に赴任し、3年間英語教育に従事。

現在は、翻訳・通訳サービス会社を経営する社長を務める。英語、ドイツ語、山形弁を操り、豊富な知識とサービス精神を生かして、レポーターやコメンテーターなどメディアでもマルチな活躍を続けている。



jsscr

ランチョンセミナー 1

- 【開催日時】 2020年2月8日(土) 12:20～13:10
- 【会場】 第1会場(1F 中ホール・大地)
- 【テーマ】 ストーマ患者の状況に合わせた装具選択
～経時的な体型やニーズの変化に対応できる装具を考える～
- 【司会】 中村 利夫(藤枝市立総合病院 院長)
- 【講師】 河合 幸(静岡済生会総合病院 看護師長 皮膚・排泄ケア認定看護師)
森永 美乃(藤枝市立総合病院 看護部 主任/褥瘡管理室 皮膚・排泄ケア認定看護師)

共催 ビー・ブラウンエースクラップ株式会社

**第 37 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会
ランチョンセミナー 1
ストーマ患者の状況に合わせた装具選択
～経時的な体型やニーズの変化に対応できる装具を考える～**

【司会略歴】

中村 利夫

学歴 昭和58年3月 浜松医科大学医学部医学科卒業

職歴 昭和58年6月 浜松医科大学医学部附属病院 研修医
 昭和59年5月 国立天竜病院外科 医員
 昭和60年7月 国立大蔵病院外科 医員
 平成元年5月 引佐赤十字病院外科 部長
 平成 5年4月 富士宮市立病院外科 科長
 平成 8年7月 浜松医科大学附属病院第二外科 助手
 平成17年4月 浜松医科大学附属病院第二外科 講師
 平成20年4月 浜松医科大学附属病院第二外科 准教授
 平成25年4月 藤枝市立総合病院 副院長
 平成28年4月 藤枝市立総合病院 院長
 現在に至る

資格等

医学博士
 浜松医科大学臨床教授
 静岡県立大学客員教授
 日本外科学会 専門医/指導医
 日本消化器外科学会 専門医/医指導医
 日本大腸肛門病学会 専門医/指導医/評議員
 日本消化器内視鏡学会 専門医/指導医/評議員
 日本消化器病学会 専門医/指導医/評議員
 日本癌治療認定医機構 暫定教育医/癌治療認定医
 日本臨床外科学会 評議員
 日本小切開鏡視外科学会 評議員
 日本ストーマ排泄リハビリテーション学会 評議員

専門分野

消化器外科（大腸癌、炎症性腸疾患の外科治療）

ストーマ患者の状況に合わせた装具選択～経時的な体型やニーズの変化に対応できる装具を考える～

○河合 幸

静岡済生会総合病院 看護師長 皮膚・排泄ケア認定看護師

近年、ストーマ患者を取り巻く環境は大きく変化しています。

例を挙げると、緊急手術の増加、入院期間の短縮、高齢化、多種多様な退院後の生活の場など患者個々の状況に合わせた装具選択を迫られる場面が増え、現場では対応に追われています。入院中に装具を決定しても、退院後、装具の安定性の欠如、臭気や交換頻度の問題などでやむ

なく装具を変更することも多いのではないのでしょうか？

このセッションでは経時的な変化に焦点を当て、ストーマの晩期合併症など形状、腹壁の変化、また個人の生活スタイルによる装具の再考など、事例を通して装具選択のポイントをお話しします。

【講師略歴】

河合 幸

1983年 大阪鉄道病院高等看護学園 卒業

1990年 クリーブランドクリニックETスクール修了

2000年 皮膚排泄ケア認定看護師（特別移行措置）

2008年 恩師財団静岡済生会総合病院 入職

褥瘡専従看護師 として勤務

【講師略歴】

森永 美乃

1994年 藤枝市立総合病院勤務 現在に至る

2007年 日本赤十字看護大学実践・教育・研究フロンティアセンター 認定看護師教育課程修了

2008年 皮膚・排泄ケア認定看護師資格取得

2018年 公益社団法人日本看護協会 特定行為に係る特定行為研修（創傷管理モデル）修了



jsscr

ランチオンセミナー 2

- 【開催日時】 2020年2月8日（土） 12：40～13：30
【会場】 第8会場（11F 会議ホール・風）
【テーマ】 治療の継続とより良い生活の両立を目指して
～しょうがないと諦めない！皮膚障害に立ち向かうための実践知識～
【司会】 糸川 紅子（静岡県公立大学法人 静岡県立大学 看護学部 成人看護学 講師）
【講師】 清原 祥夫（静岡県立静岡がんセンター 皮膚科 部長）

共催 株式会社ホリスター

第37回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会
ランチョンセミナー2
治療の継続とより良い生活の両立を目指して
～しょうがないと諦めない！皮膚障害に立ち向かうための実践知識～

【司会略歴】

糸川 紅子

静岡県立大学看護学部 成人看護学 講師

学歴

2003年3月 千葉大学看護学部 卒業

2011年3月 千葉大学大学院看護学研究科博士前期課程 修了

2016年3月 聖隷クリストファー大学大学院看護学研究科博士後期課程 修了

職歴

2003年3月 千葉大学医学部附属病院 入職 頭頸部外科にて勤務

2007年6月 JFE健保組合川鉄千葉病院 入職 消化器外科・小児科にて勤務

2011年6月 静岡県立総合病院 入職 緩和ケア病棟にて勤務

2012年12月 がん看護専門看護師 取得

2013年10月 静岡県立大学看護学部 入職 慢性看護学領域を担当

治療の継続とより良い生活の両立を目指して しょうがないと諦めない！皮膚障害に立ち向かうための実践知識

○清原 祥夫

静岡県立静岡がんセンター 皮膚科 部長

抗がん薬による皮膚障害について、「しょうがない」と諦めない！

そのために皮膚障害に立ち向かうための実践知識をわかりやすく解説する。

(1) 皮膚障害とは？

一般に薬剤による皮膚障害(皮膚毒性)を薬疹と呼んでいる。しかし、多くの医療者はそのほとんどがアレルギー性薬疹と思いついでいるふし(・・・)がある。これは大きな誤解である。抗がん薬では、むしろアレルギー性のものは少なく、多くは中毒疹型薬疹である(聞きなれないかもしれないが)。前者の場合、対応策は被疑薬(原因薬)の中止・変更しかない。また、原因薬を特定できないまま再投与するとアレルギー性薬疹は増長し、ついにはショックに至る可能性がある。とても危険である。一方、後者は容量依存性であり、適切な減量・再投与が可能である。

(2) 代表的な抗がん薬と良く見られる症状、およびそれらの対応

個々の実例を挙げ、具体的な対応策を述べる。

① 分子標的薬1. (EGFR 阻害薬)； ぞ瘡様皮膚炎(ステロイド外用薬、ミノマイシンほか)、

乾燥性皮膚炎(保湿剤、尿素含有軟膏ほか)、爪囲炎(部分抜爪、テーピングほか)

② 分子標的薬2. (MK 阻害薬)； 手足症候群(ステロイド外用薬、保湿剤、尿素含有軟膏ほか)

③ 免疫療法薬(PD-1 製剤)； まれな重症型薬疹(ステーブンス・ジョンソン症候群[SJS]、中毒性表皮壊死症[TEN])について、その実態を知る。早期診断と治療が重要である。

(3) 日常のスキンケアの重要性

清潔を保つこと、保護、保湿を主軸に個別指導すること、そして長期的なスキンケアの続行が最も重要であり、その実践として多職種チーム医療が不可欠である。

(4) 皮膚科医目線からの装具素材への注意

素材による皮膚障害として、接触性皮膚炎や感染症の合併は注意を払うべき点であるが、それは一因に過ぎない(むしろ少数派である)。むしろ抗がん薬による皮膚障害が圧倒的に大多数である。しかし、いずれにしてもスキンケアが最重要であり、スキンケアこそが絶対に諦めない！を実践するための基本技術である。本講演が少しでも役立てば幸いである。

【講師略歴】

清原 祥夫

学歴・職歴

1955年 徳島のいなかで生まれる。

1982年 埼玉医科大学卒業
同大学皮膚科(池田重雄教授)入局

1984年 同、助手

1986年 国立がんセンター(石原和之先生)レジデント

1988年 埼玉医科大学皮膚科(池田重雄教授)、助手

1996年 同、講師(1998年より土田哲也教授)

2002年 静岡県立静岡がんセンター皮膚科、部長(現職)



2004年～：埼玉医科大学皮膚科非常勤講師

2013年～：鳥取大学皮膚科非常勤講師

資格等

1996年 医学博士号(埼玉医科大学)

2007年 皮膚悪性腫瘍指導専門医

2007年 日本がん治療認定医機構 暫定教育医

公的委員会委員等

2005年より 日本皮膚悪性腫瘍学会理事

2007年より 皮膚悪性腫瘍指導専門医委員会委員

2015年より 日本皮膚外科学会理事

研究領域

皮膚がん治療・診断、皮膚外科、超音波診断、薬物療法の皮膚障害



jsscr

ランチョンセミナー3

- 【開催日時】 2020年2月8日(土) 12:40～13:30
【会場】 第7会場(10F 1001)
【テーマ】 今、立ち止まって考える、ストーマ造設後の多様な道すじ
～ 新感覚の凸型形状面板が、退院後を大きく変える! ～
【司会】 石澤美保子(奈良県立医科大学 医学部看護学科 学科長
博士 成人急性期看護学教授)
【講師】 帯刀 朋代(東京医科大学病院 看護部 主任看護師)

共催 コンバテックジャパン株式会社

第37回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会
ランチョンセミナー3
今、立ち止まって考える、ストーマ造設後の多様な道すじ
～ 新感覚の凸型形状面板が、退院後を大きく変える！ ～

【司会略歴】

石澤 美保子

1983年 大阪キリスト教短期大学卒業

1986年 近畿大学附属高等看護学校卒業

1986年 近畿大学医学部附属病院勤務

1992年 R.B Turnbull, Jr., MD School of ET Nursing course of Entero stomal Therapy (Cleveland Clinic U.S.A (Ohio)にてET認定証 取得

ブリストル・マイヤーズスクイブ (株) コンバテック事業部 課長

2007年 和歌山県立医科大学保健看護学部講師

2008年 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程修了 博士 (看護学) 取得

2009年 大阪府立大学看護学部准教授

2011年 奈良県立医科大学医学部看護学科教授

2018年 同上 看護学科長・大学院看護学研究科長 現在に至る

〈その他〉

2019年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師更新 (4回目)

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会評議員

日本創傷・オストミー・失禁管理学会理事

日本褥瘡学会理事 日本褥瘡学会近畿地方会世話人代表

今、立ち止まって考える、ストーマ造設後の多様な道すじ ～新感覚の凸型形状面板が退院後を大きく変える！～

○帯刀 朋代

東京医科大学病院 看護部 主任看護師

厚生労働省による全国の一般病床の平均在院日数は、平成10年に31.5日であったが、平成30年は16.1日となり、この20年間で約半分に短縮している。侵襲性の少ない治療の開発やクリニカルパスの導入など医療の進歩とともにもたらされた短縮であるが、同時にストーマセルフケア指導にかける時間も短縮し、病院では指導が完結しないケースも増えているのではないだろうか。以前のように医療ケアや介護を要する状態のみで病院のベッドを埋めることはできず、自宅や地域といった生活の場も医療ケアや介護サービスを受ける場となっている。これを実現する社会づくりが地域包括ケアシステムであり、この構築と強化は現在の国家的課題の一つとなっている。

また、今日の病院は、地域で暮らしていた生活者が罹患をきっかけに要医療ケア者・要介護者となった場合においても、以前のように最期ま

で引き受けることが困難となっている。したがって地域包括システムの中で、例えば疾病が引き金となった生活変化であっても、再び地域に戻れるように指導や調整を行うという新たな役割が病院に勤務する看護師には求められている。そしてこれは、ストーマケアでも例外ではない。今やストーマケアは自宅や地域でも継続を要する、日常生活援助のバリエーションの一つとなって、かつては本人にできるようになるまで指導していたことを、地域の訪問看護師や介護士に制限のある時間の中で指導することが新たな役割となっている。

本セミナーでは、この指導対象者が増えたという変遷を経た今、オストメイトの生活を支える上での課題の整理を行い、新しい凸型形状面板の装具が、よりシンプルで地域の中で持続可能なストーマケアを実現できる可能性について事例を基に紹介したいと考えている。

【講師略歴】

帯刀 朋代

2000年4月 看護師免許取得

2000年4月～2004年3月

日本医科大学病院（消化器外科病棟）勤務

2004年6月～2012年3月

東京医科大学病院（混合病棟・泌尿器科病棟）勤務

2007年4月～2008年3月

日本看護協会看護研修学校
WOC看護学科（現、皮膚・排泄ケア）

2011年4月～2011年5月

米国MD Anderson Cancer Center へ留学

2012年4月～2015年3月

東京医科大学病院 褥瘡管理者として勤務

2013年4月～2018年3月

法政大学キャリアデザイン学部へ通学
（キャリアデザイン学学士取得）

2015年4月～2016年3月

同院 消化器外科病棟勤務

2016年4月～2019年4月

同院 褥瘡管理者として勤務

2019年4月～現在

同院 泌尿器科病棟勤務

所属学会

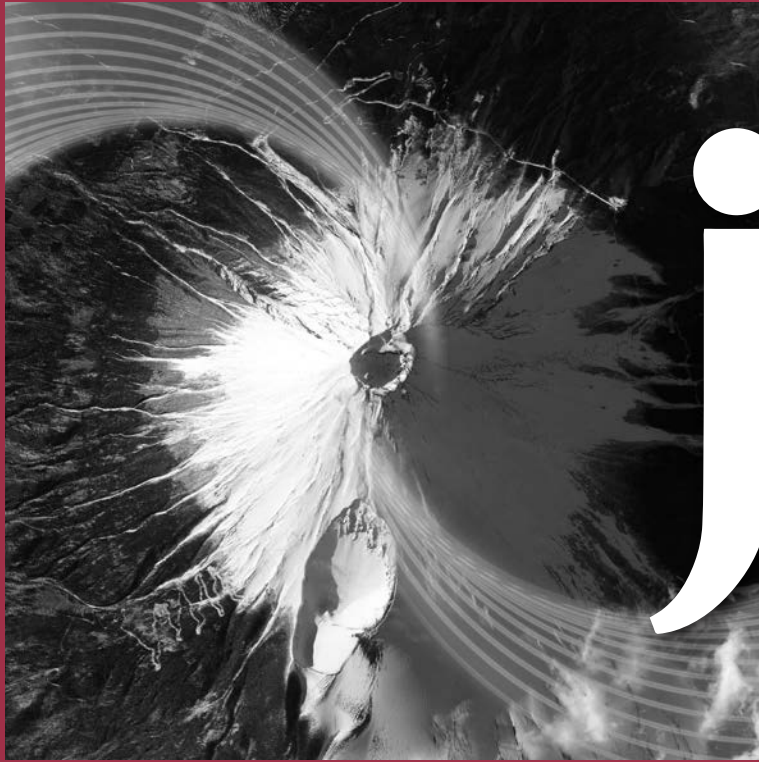
日本創傷・オストミー失禁管理学会

日本老年泌尿器学会

日本がん看護学会

日本褥瘡学会

日本褥瘡学会関東甲信越地方会（世話人）



jsscr

ランチョンセミナー 4

- 【開催日時】 2020年2月8日(土) 12:35～13:25
- 【会場】 第2会場(6F 交流ホール)
- 【テーマ】 認知症に向き合うストーリーケア
- 【司会】 土田 敏恵(兵庫医療大学 看護学部 看護学科
学部長・教授)
- 【講師】 松原 康美(北里大学 看護学部 臨床看護学 准教授)
安藤 嘉子(大阪赤十字病院 看護部 看護師長)

共催 アルケア株式会社

第37回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会 ランチョンセミナー4 認知症に向き合うストーマケア

【司会略歴】

土田 敏恵

大阪厚生年金看護専門学校卒業

大阪厚生年金病院 看護部入職

米国Cleveland clinic R.B. Turnbull, Jr. ET school卒業

米国Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology(APIC) Basic training course 修了

大阪厚生年金病院 看護部 (皮膚排泄ケアと感染管理担当)

大阪厚生年金病院 看護部 退職

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程修了

兵庫医療大学 看護学部 講師

兵庫医療大学 看護学部 看護学研究科 准教授

兵庫医療大学 看護学部 看護学研究科 教授 (現在に至る)

認知症のストーマ保有者への理解を深めよう ～認知症に伴う症状と生活への影響～

○松原 康美

北里大学 看護学部 臨床看護学 准教授

厚生労働省の調査によると、65歳以上の認知症高齢者は、2012年で約462万人（7人に1人）といわれ、このまま増え続けた場合、2025年には約700万人（5人に1人）になると推計されている。こうした背景の中、国の施策として2019年6月に「認知症施策推進大綱」が閣議決定された。この施策では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として推進していくことがあげられている。

一般病棟で認知症がある患者は23.3%との予測もある。ストーマ保有者が入院する機会も増えており、入院や手術により認知症の症状が進

行したり、顕在化することがある。また在宅生活においても、装具交換ができなくなったり、排泄処理や装具の注文が困難になり、本人も家族もどうすればよいのか困惑し、医療者に相談するケースもある。

私たちは認知症のストーマ保有者が、穏やかな生活が送れるよう継続的に支援していく必要がある。そのためにはまず、認知症とはどのような病気で、生活にどのような影響を及ぼすのかを知り、認知症のストーマ保有者への理解を深めることが重要である。ここでは、高齢者を中心に認知症に伴う症状、日常生活への影響、ストーマ保有者と家族への支援のポイントについて概説する。

【講師略歴】

松原 康美

【学歴】

- 2002年 北里大学大学院看護学研究科修士課程修了（看護学修士）
- 2013年 北里大学大学院看護学研究科博士課程修了（看護学博士）

【職歴】

- 東京女子医科大学病院勤務
- 北里大学東病院勤務
- 北里大学病院勤務
- 現在、北里大学看護学部/北里大学病院 兼務

【主な学会活動】

- 日本創傷・オストミー・失禁管理学会 理事
- 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 評議員
- 日本がん看護学会 代議員

認知症の症状に応じたストーマ装具選択

○安藤 嘉子

大阪赤十字病院 看護部 看護師長

一般に、認知症を持つ人の排泄に関連する初期症状として「失禁する」「トイレに行こうとしない」などから周囲の人が異変に気付くことがあるが、ストーマ保有者では、「排出口の留め忘れ」や「装具交換日を忘れる」などから衣類が汚れることや、「漏れてもにおいに気がつかない」などの症状が現れる。また、かゆみや違和感により「装具を頻回に剥がしてしまう」このような社会的認知の障害や遂行機能の障害が現れる。このような場合に、ケアの問題を指摘、指導するのではなく、ケアゴールを実施可能な

レベル、または症状、行動による弊害が最小限となるようにすることが必要である。ストーマケアの内容は、「貼ることが難しそう」「剥がすことが難しそう」「スキンケアが難しそう」など、どの場面で困難かを見極めて、それらに対応できるストーマ装具を選択し、適応可能かどうかを考えることが必要である。

認知症のストーマ保有者や家族が穏やかな生活がおくれるための支援について考えるために、何をアセスメントし、提供するケアはどう考えればよいかを事例を紹介して解説する。

【講師略歴】

安藤 嘉子

【学歴】

- 2001年 大阪大学大学院医学系研究科修士課程修了（保健学修士）
- 2019年 大阪大学大学院医学系研究科博士後期課程修了（看護学博士）

【職歴】

- 市立豊中病院勤務
- 神戸大学医学部保健学科勤務
- 大阪赤十字病院勤務（現職）

【主な学会活動】

- NPO法人ストーマ・イメージアップ・プロジェクト理事
- 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 評議員



jsscr

ランチョンセミナー5

- 【開催日時】 2020年2月8日(土) 12:35～13:25
- 【会場】 第3会場(6F 展示ギャラリー)
- 【テーマ】 凹面装具を加えた装具選択標準化への取り組み
～将来的な医療環境の変化を見据え、シンプルな選択と変更を考える～
- 【司会】 真田 弘美(東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学/
創傷看護学分野 教授
グローバルナーシングリサーチセンター センター長)
- 【講師】 櫻井 和江(地方独立行政法人静岡県立病院機構 静岡県立総合病院 医療安全
部 看護師長 皮膚・排泄ケア認定看護師)
熊谷 英子(医療法人豊生会 むらた日帰り外科手術・WOCクリニック 統括看
護部長 皮膚・排泄ケア認定看護師)

共催 コロプラスト株式会社

第37回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会
ランチョンセミナー5
凹面装具を加えた装具選択標準化への取り組み
～将来的な医療環境の変化を見据え、シンプルな選択と変更を考える～

【司会略歴】

真田 弘美

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学/創傷看護学分野教授、博士（医学）。

1979年聖路加看護大学卒業、1987年クリーブランドクリニック聖路加分校ETスクール修了、1989-90年イリノイ大学大学院看護学部にて研修、1987-97年金沢大学医学部研究生 博士（医学）

1998年金沢大学医学部保健学科教授、2003年東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学分野教授、2006年より現職。2011-2012年専攻長。2015-2016年学科長。2017年より東京大学大学院医学系研究科附属グローバルナーシングリサーチセンター センター長兼任。2019年 Curtin University (Australia) Adjunct Professor、American Academy of Nursing (FAAN) Fellow。

1999年より WOC 看護認定看護師（現皮膚・排泄ケア認定看護師）。

日本看護科学学会、看護理工学会、国際リンパ浮腫フレームワーク・ジャパン研究協議会の理事長、日本老年看護学会、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会などの理事、日本褥瘡学会、日本創傷・オストミー・失禁管理学会の前理事長・現監事、日本創傷治癒学会の監事、International Lymphoedema Framework の International board of directors。International Wound Journal の Editor、Journal of Wound care の Editorial advisor、Journal of Tissue Viability の Editorial Board などの国際雑誌を編集。2013年4月、Journal of Wound Care 主催の JWC AWARDS 2013において Innovation Award を受賞。

最近の著書は、「Bioengineering Nursing: New Horizons of Nursing Research」Nova Science Pub Inc (2014)、「看護理工学」東京大学出版会 (2015)、「進化を続ける！褥瘡・創傷 治療・ケアアップデート」照林社 (2016)、「スキんケアガイドブック」照林社 (2017)、「排泄ケアガイドブック」照林社 (2017)、「役立つ！使える！看護のエコー」照林社 (2019) など。グローバルな活動とともに基礎研究から臨床応用まで看護学における創傷・スキんケア分野での共同研究や論文発表、講演など国際的に幅広い活動を行っている。

装具の多様化と共に考えるシンプルな装具選択と変更の臨床事例

○櫻井 和江

地方独立行政法人静岡県立病院機構 静岡県立総合病院 医療安全部 看護師長
皮膚・排泄ケア認定看護師

ストーマ装具の増加、多様化に伴い、現在は様々なストーマの局所状況や患者の個別性を重視したストーマ装具選択が可能である。

しかし、装具選択の際は、看護師側が術後に使用する装具に迷わず、患者が安心かつ安定した装具を使用できることが重要である。

また、在院日数短縮による早期退院の環境や、ストーマ保有者の高齢化、家族支援基盤の弱体化などの問題から、第三者によるストーマ管理も実践されることが多い現代においては、簡単で安心できる装具の選択が求められる。

当院では、患者の手技獲得のために、術直後は

短期型の平面型装具を一律使用し、その経過をアセスメントし、ストーマ局所や腹壁などの身体的変化等を評価した上で、他の平面型装具や凸面型装具、または凹面型装具への変更を実施している。その際は、製品の持つ機能を提示し、患者の求めるストーマ装具の条件なども重視した上で決定することが必要であると考えている。

本セミナーにおいては、急性期病院における術直後および退院後を通してのシンプルな装具選択と変更の事例を紹介する。

【講師略歴】

櫻井 和江

1988年 市立島田市民病院 入職

2000年 静岡県立総合病院 入職

2008年 日本看護協会 看護研修学校 皮膚・排泄ケア学科 終了

2009年 皮膚・排泄ケア認定看護師 取得

2012年 静岡県立総合病院 褥瘡管理者

凹面装具を加えた在宅における装具選択

○熊谷 英子

医療法人豊生会 むらた日帰り外科手術・WOCクリニック 統括看護部長
皮膚・排泄ケア認定看護師

近年、ストーマの装具の種類、機能が多様化し、ストーマ保有者の局所条件やニーズにあわせた装具が次々と発売されている。適正なストーマ装具の選択は、ストーマ保有者のADLはもちろんQOLに大きく影響し、その後の人生を左右すると言っても過言ではない。

筆者が大学病院を退職し、在宅が活動を開始してから5年半が経過した。急性期病院ではストーマ保有者の退院後の生活を念頭においたストーマ装具選択が実施されているが、在宅では、高齢化や体型の変化に伴う複数の皺やストーマ傍ヘルニア、腹壁癒痕ヘルニアの出現により従来のストーマ装具では適正な管理ができないストーマ保有者も少なくない。また、これらの状態に加え、認知症の発症等により、従来の装具ではセルフケアが可能なストーマ保有者が、装具の変更により、混乱を招き、セルフケアが困難になる場合や、便漏れが生じていても「これまでの装具を変更したくない」と装具の変更を拒むケースも多い。

ストーマ管理においては、シンプルな管理

が求められるが、多種多様なストーマ装具の中から、

ストーマ保有者の心身面の変化に合わせた適正な装具を選択することは容易なことではない。しかし、昨今発売されるバリエーション豊かな装具から、前述した在宅の諸問題に対処できる装具選択が可能となった症例を複数経験するようになった。具体的には、平面型から凹面型の変更、凸面の深さの変更、有効径の変更、アクセサリーの追加使用などにより、基本のストーマ装具の形態や機能を生かしたままのシンプルなストーマ装具の変更により、適正なストーマ管理が可能となり、ストーマ保有者はもちろん、家族、訪問看護師、介護職等においてもスムーズなストーマケアの継続が可能となり、大きな安心感につながっている。

今回のセミナーでは、在宅で経験した症例から新たに登場した凹面装具とやわらかな凸面型装具の効果的な選択を中心に紹介し、新たな視点から在宅での装具選択について考えてみたい。

【講師略歴】

熊谷 英子

略歴

1981年4月	東北大学病院	勤務
1986年4月	東北大学病院	第一外科ストーマ外来担当
2000年	日本看護協会	皮膚・排泄ケア認定看護師
2003年	東北大学病院	全国ではじめてのWOCセンター開設 専任
2010年3月	東北大学大学院医学系研究科	障害科学専攻内部障害学分野 博士課程前期2年過程修了 修士(障害科学)
2011年4月	東北大学病院	看護師長
2014年4月	むらた日帰り外科手術・WOCクリニック勤務	統括看護部長 東北大学大学院医学系研究科 非常勤講師

現在に至る。

役員関連

日本創傷・オストミー・失禁管理学会理事
日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会評議員
東北ストーマリハビリテーション講習会・研究会
実行委員・世話人
日本褥瘡学会評議委員
日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会評議員
日本褥瘡学会東北地方会世話人
宮城県ストーマケアに関する災害対策委員会 副委員長
宮城県皮膚・排泄ケア認定看護師会 代表世話人
宮城県フットケア研究会世話人

受賞

2007年 第24回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 学会賞受賞
2008年 日本オストミー協会より感謝状授与
2010年 第27回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 会長賞・学会賞受賞



jsscr

ランチョンセミナー6

- 【開催日時】 2020年2月8日(土) 12:20～13:10
【会場】 第4会場(9F 910)
【テーマ】 排尿自立指導における女性用体外式カテーテルの役割
【司会】 青木 芳隆(福井大学 医学部 器官制御医学講座 泌尿器科学 講師)
【講師】 鳥本 一匡(公立大学法人 奈良県立医科大学 泌尿器科学教室 講師)
射場 朝子(東京医科歯科大学医学部附属病院 皮膚・排泄ケア
認定看護師)

共催 株式会社メディコン

第37回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会 ランチョンセミナー6 排尿自立指導における女性用体外式カテーテルの役割

【司会略歴】

青木 芳隆

	年	月	
学 歴	1993	03	福井医科大学医学部卒業
	2004	12	福井大学医学部大学院卒業、博士号取得
職 歴	1993	05	福井大学医学部附属病院 研修医
	1994	11	福井大学医学部附属病院 助手
	1996	07	倉敷中央病院泌尿器科 医員
	1999	04	中村病院泌尿器科 医長
	2005	04	福井大学医学部泌尿器科学 助教
	2015	03	福井大学医学部附属病院泌尿器科 講師
受賞歴	2006		第13回日本泌尿器科学会学会賞（基礎研究部門）
	2008		第21回老年泌尿器科学会賞
	2009		日本排尿機能学会河邊賞

専門医・認定医など：日本泌尿器科学会専門医・指導医、排尿機能学会専門医、日本がん治療認定医、日本性機能学会専門医、腹腔鏡下小切開手術（ミニマム創内視鏡下手術）施設基準医

所属学会：日本泌尿器科学会、日本排尿機能学会（代議員、教育委員、用語委員）、日本女性骨盤底医学会、日本性機能学会、日本老年泌尿器科学会（評議員）、日本癌治療学会、日本分子生物学会、日本アンドロロジー学会、日本生殖医学会、国際禁制学会、米国泌尿器科学会、欧州泌尿器科学会、国際泌尿器科学会、その他

所属研究チーム：CLUE(Clinical Urology and Epidemiology) working group

主な論文や書籍等

- 1) Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17042, 2017.
- 2) Tähtinen RM, Cartwright R, Tsui JF, Aaltonen RL, Aoki Y, Cárdenas JL, Dib R.El, Joronen KM, Juaid S.Al, Kalantan S, Kochana M, Kopec M., Lopes LC, Mirza E, Oksjoki SM, Pesonen JS, Valpas A, Wang L, Zhang Y, Heels-Ansdell D, Guyatt GH, Tikkinen KA(2016) . Long-term impact of mode of delivery on stress urinary incontinence and urgency urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *European urology*, 70 (1) , 148-158, 2016.
- 3) Pesonen, J. S., Cartwright, R., Mangera, A., ... Aoki Y., et al. Incidence and remission of nocturia: a systematic review and meta-analysis. *European urology*, 70 (2) , 372-381, 2016.
- 4) Y. Aoki, O. Yokoyama. Metabolic syndrome and nocturia. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 4 (s1) , 11-15, 2012.
- 5) みんなで取り組む排尿管理 チームづくりから実践指導例まで. 2018/10/17 鈴木 基文（監修），青木 芳隆（監修）
- 6) はいせつケア・リハ. 2019/4/15 浜田 きよ子（著），青木 芳隆（著），大関 美里（著），他

ピュアウィックによる排尿ケアの質向上への期待

○鳥本 一匡

公立大学法人 奈良県立医科大学 泌尿器科学教室 講師

当院で排尿自立指導の対象患者の多くは、急性期脳外科疾患(脳梗塞、脳出血など)である。これらの患者では日常生活動作は著しく障害されている割合が高く、看護師の介助にかかる労働負担は非常に大きい。排尿自立を促すためには、患者ごとに下部尿路機能の評価を正確に行う必要がある。中枢神経障害による神経因性膀胱では障害部位の高さによって現れる下部尿路機能障害の典型が異なり、慢性期ではある程度予測できることが多い。しかし、急性期では同じ原疾患であっても障害は様々で、特に意思疎通が困難な患者では症状を把握しづらいため病状の判断に難渋する。尿道カテーテルを抜去したあとは、排尿記録と残尿測定が重要である。導尿や薬物治療が必須ではない目安は、1回排尿量 ≥ 200 mL、残尿 ≤ 100 mLとしている。しかし、症状を訴えられる、または介助が必要であるがトイレまで移動できる場合に、切迫性尿失禁があれば薬物治療を行うことで排尿が自立

するため患者の生活の質が向上し、更には看護師の介助負担が減少する。一方、意思疎通が困難でベッドから起き上がれない状態が続く患者では、排尿量を把握するにはオムツの重量を測定するしかなく、正確な排尿パターンを把握できない。オムツを使わずに収尿するには、男性であればコンドーム型器具が販売されているが、女性では便利な器具がなかった。この度、本邦でピュアウィック®が販売開始された。ピュアウィック®を会陰部に適正に装着すれば、排出した尿をベッドサイドの吸引装置に収集できるため排尿の有無や1回排尿量を容易に視認でき、オムツ交換の頻度が減少することが期待できる。排尿パターンの正確な把握は、日常生活動作が回復し始めた際に適正な介入計画作成に寄与する。また、看護師の労働負担軽減は、より質の高い排尿ケアにつながるとされる。

【講師略歴】

鳥本 一匡

【学歴】

平成8年 奈良県立医科大学 卒業

【職歴】

平成8年 奈良県立医科大学附属病院 臨床研修医(泌尿器科)

平成9年 大和高田市立病院 泌尿器科 医員

平成11年 星ヶ丘厚生年金病院 泌尿器科 医員

平成13～16年

ピッツバーグ大学医学部泌尿器科研究室
Research Fellow

平成16年 奈良県立医科大学 泌尿器科学講座 助手

平成18年 奈良県立奈良病院 泌尿器科 医長

平成22年 奈良県立医科大学 泌尿器科学講座 助教

平成27年 奈良県立医科大学 泌尿器科学講座 学内
講師

令和元年 奈良県立医科大学 泌尿器科学講座 講師

【所属学会】

日本泌尿器科学会 日本排尿機能学会 日本女性骨盤底医学会

日本東洋医学会 日本癌治療学会 日本透析医学会

日本老年泌尿器科学会

日本泌尿器内視鏡学会

International Continence Society

American Urological Association

【学位】

平成16年 奈良県立医科大学博士(医学)

【資格】

日本泌尿器科学会専門医・指導医

日本透析医学会専門医

がん治療認定医

泌尿器腹腔鏡技術認定医

日本排尿機能学会専門医

ピュアウィック初期の使用経験

○射場 朝子

東京医科歯科大学医学部附属病院 皮膚・排泄ケア認定看護師

2016年度の診療報酬改定より排尿自立指導料が保険収載され、各病院にて排尿ケアチームが始動している。当院は、2017年5月より泌尿器科医師・看護師・理学療法士で構成された排尿ケアチームを立ち上げ、同年9月より排尿自立指導料を算定している。各メンバーが専門性を活かして排尿の状態や身体能力を評価し、適した排尿ケア用品を選定することは、患者・介護者（看護者）双方のQuality of Lifeに大きく関わる。

今まで、尿道カテーテル、間欠導尿、尿器、パッド、おむつは、いずれも男性・女性兼用または専用のものがあったが、体外式カテーテルは男性用コンドーム型集尿器しか存在しなかった。今回、女性用の体外式カテーテルである「ピュアウィック 女性用体外式カテーテル（以下、ピュアウィック）」が開発された。

ピュアウィックは長さ約25cmの細長い湾曲

した形状をしており、恥骨に合わせガーゼ面を尿道口に当て、股に挟み込むように使用する。一端にチューブが出ており、これを吸引装置に接続し低圧持続吸引することで排出された尿が速やかに回収される。一見、尿が漏れてしまうのではないかと不安に思えるが、排尿と同時に吸引されるため、漏れることはほぼないといわれている。

当院では、主に機能性尿失禁の女性患者に対し、夜間睡眠時等に使用を開始した。その結果、患者にとって夜間のトイレ移動やおむつ交換に伴う中途覚醒を防ぐことができ、看護師にとっては同ケアに伴う業務の軽減に繋げることができた。今回ピュアウィックを使用した症例を通し、使用患者・看護師双方の意見、今後への課題や期待等について発表する。排尿ケア用品における選択肢の一助になれば幸いである。

【講師略歴】

射場 朝子

2006年3月 埼玉県立大学 保健医療福祉学部看護学科 卒業

2006年4月 東京医科歯科大学医学部附属病院 入職

2014年4月 日本看護協会看護研修学校 皮膚・排泄ケア学科 入学

2015年3月 日本看護協会看護研修学校 皮膚・排泄ケア学科 卒業

2015年7月 皮膚・排泄ケア認定看護師 取得



jsscr

ハンズオンセミナー

- 【開催日時】 2020年2月8日(土) 10:00～12:00
- 【会場】 第6会場(9F 908)
- 【テーマ】 排泄ケアが変わる！エコーを用いた第6のフィジカルアセスメント(可視化)
- 【講師】 玉井 奈緒(東京大学大学院医学系研究科 社会連携講座イメージング看護学 特任准教授)
松本 勝(東京大学大学院医学系研究科 社会連携講座イメージング看護学 特任講師)
三浦 由佳(東京大学大学院医学系研究科 社会連携講座イメージング看護学 特任助教)

共催 富士フイルムメディカル株式会社

第 37 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会
ハンズオンセミナー
排泄ケアが変わる！エコーを用いた第 6 のフィジカルアセスメント（可視化）

- 【開催日時】 2020 年 2 月 8 日（土）10:00 ～ 12:00
- 【会 場】 第 6 会場（9F 908）
- 【講 師】 玉井 奈緒（東京大学大学院医学系研究科 社会連携講座イメージング看護学
特任准教授）
- 松本 勝（東京大学大学院医学系研究科 社会連携講座イメージング看護学
特任講師）
- 三浦 由佳（東京大学大学院医学系研究科 社会連携講座イメージング看護学
特任助教）
- 【共 催】 富士フイルムメディカル株式会社

排泄ケアが変わる！エコーを用いた第6のフィジカルアセスメント（可視化）

○玉井 奈緒

東京大学大学院医学系研究科 社会連携講座イメージング看護学 特任准教授

看護師が行うフィジカルアセスメントでは、検査室で行うものとは異なり、ベッドサイドでリアルタイムに観察を行いその場で即ケアに結び付けること、いわゆるポイントオブケアが必要となる。これまで看護師は問診、視診、打診、聴診、触診といったフィジカルアセスメントを行ってきたが、身体内部で生じる現象を視覚化し、正確にアセスメントすることが困難という限界があった。そこで我々は「第6のフィジカルアセスメント」として可視化技術を提唱し、排尿、便秘、嚥下、褥瘡の管理など、療養生活上必要となる症状評価を目的とした超音波画像診断装置（エコー）による観察方法を考案してきた。エコーは看護のフィジカルアセスメントに求められるコンセプトを満たしており、簡便、非侵襲的、リアルタイムに体内を可視化することができるツールである。

超高齢社会である日本では、認知機能低下等のために自らの主観的症状を訴えられない高齢者が増加しており、特に下部尿路症状や便秘といった排尿・排便症状に対する客観的な評価とそれらに基づく排泄管理が必要とされている。下

部尿路症状については、平成28年度の診療報酬改定で新設された「排尿自立指導料」にて一般看護師が行う技術の中に「残尿測定」が要件として含まれ、従来のカテーテル挿入による計測ではなく侵襲のないエコーにより残尿を計測することが既にスタンダードな技術として求められている。最近では看護師がエコー技術を学ぶことのできる、教育プログラムが普及しており（一般社団法人次世代看護教育研究所など）、看護師にとってエコーが一般化している様子を垣間見ることができる。

本セミナーでは、明日からの排泄ケアに役立つエコーの使い方として膀胱内尿量の計測、便貯留評価のための直腸の観察、ストーマサイトマーキングのための腹直筋の観察について紹介する。エコーで膀胱が観察できることで、尿道留置カテーテルの閉塞の有無の確認や膀胱の器質的变化に基づいた下部尿路症状のアセスメントを行うことができる。また大腸の観察により、貯留している便の量や性状を確認ことができ、便秘の種類に基づく排便ケアを選択することができる。

【講師略歴】

玉井 奈緒

2001年3月 金沢大学医学部保健学科卒業
2003年3月 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻修士課程修了（保健学修士）
2003年4月 （財）聖路加国際病院 外科病棟勤務
2009年4月 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 博士課程入学
2012年3月 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 博士課程修了（保健学博士）
2012年4月 東京大学大学院医学系研究科ライフサポート技術開発学（モルテン）寄附講座特任助教

2012年12月 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 老年看護学分野 助教
2017年2月 東京大学大学院医学系研究科社会連携講座スキンケアサイエンス 特任講師
2019年4月 東京大学大学院医学系研究科社会連携講座イメージング看護学 特任准教授

【主な学会】

看護理工学会（評議員）、日本創傷・オストミー・失禁管理学会（評議員）、聖路加看護学会（選挙管理委員）、日本褥瘡学会（車いすアスリート支援委員）、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会、日本創傷治療学会、日本看護科学学会

【講師略歴】

松本 勝

- 2008年 3月 金沢大学医学部保健学科卒業
2010年 3月 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻 修士課程修了（保健学修士）
2010年 4月 金沢大学附属病院 外科病棟勤務
2012年 4月 医療法人社団浅ノ川千木病院 内科病棟勤務
2014年 9月 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻 博士課程修了（保健学博士）
2014年11月 金沢大学医薬保健研究域保健学系 看護科学領域 助教
2017年 4月 東京大学大学院医学系研究科社会連携講座イメージング看護学 特任助教
2019年 4月 東京大学大学院医学系研究科社会連携講座イメージング看護学 特任講師

[主な学会]

看護理工学会（評議員）、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会、日本超音波医学会、日本創傷・オストミー・失禁管理学会、日本褥瘡学会、日本創傷治癒学会、日本看護科学学会。看護実践学会、日本老年医学会

【講師略歴】

三浦 由佳

- 2009年 3月 東京大学医学部健康科学・看護学科卒業
- 2009年 4月 東京大学医学部附属病院 内科病棟勤務
- 2013年 3月 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 修士課程修了（保健学修士）
- 2013年 4月 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 博士課程入学
- 2016年 3月 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 博士課程修了（保健学博士）
- 2016年 4月 金沢大学医薬保健研究域保健学系 研究協力員
- 2016年 8月 金沢大学新学術創成研究機構 研究協力員
- 2019年 4月 東京大学大学院医学系研究科社会連携講座イメージング看護学 特任助教

[主な学会]

看護理工学会、日本創傷・オストミー・失禁管理学会、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会、日本創傷治癒学会、日本看護科学学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会、日本超音波医学会



jsscr

災害対策委員会企画

第 37 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会 災害対策委員会企画

<委員会からの案内>

2019 年は梅雨前線・台風第 3 号・第 5 号（長崎県・鹿児島県・熊本県）に令和元年六月六日から七月二十四日までの間の豪雨及び暴風雨による災害、前線による豪雨・台風第 10 号・第 13 号・第 15 号・第 17 号（佐賀県・千葉県）に令和元年八月十三日から九月二十四日までの間の暴風雨及び豪雨による災害について、台風第 19 号（岩手県・宮城県・福島県・茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・新潟県・山梨県・長野県・静岡県）令和元年十月十一日から同月十四日までの間の暴風雨及び豪雨による災害について、それぞれが激甚災害に指定されました。今年度の豪雨、台風による被害は長期かつ広域に及びました。

当学会では 13 の災害対策ブロックを組織し、各ブロックと災害対策委員会と連携して被災地への支援を行っております。災害対策委員会が発足して 6 年になりますが、やっと各災害対策連絡網も機能するようになってきており、連絡網を通じての被災状況の情報収集は災害対策支援に効果をあげられるようになりました。本災害対策委員会企画では東京ブロック、神奈川ブロックにおける災害対策についてお話いただきます。災害に備えるために多くのご参加をお待ちしております。

【開催日時】 2020 年 2 月 7 日（金）14:00 ～ 15:00

【会 場】 第 6 会場（9F 908）

【司 会】 臼杵 尚志（香川大学医学部附属病院 手術部）
熊谷 英子（医療法人豊生会 むらた日帰り外科手術・WOC クリニック）

【講 師】 尾崎麻依子（帝京大学医学部附属病院 看護部）
野北 陽子（聖マリアンナ医科大学病院 メディカルサポートセンター）



jsscr

第5回ストーマ認定士
スキルアップ講座

ストーマ認定士の方へ

総会・教育セミナー・スキルアップ講座 出席管理についてのご案内

ストーマ認定士資格更新時に必要な、総会参加・教育セミナーの参加・スキルアップ講座の受講履歴が事務局にて管理できるようになります。万が一、参加証・受講証をなくしても下記お手続きをしていただければ安心です！！

お手続きは下記ご確認の上、お願いいたします。

■既にメディカルアグリゲートにご登録いただいている方（マイページをお持ちの方）

- ①マイページにログインいただきまして、HOME左上にあるQRコードをクリック。
- ②当日は表示されたQRコードを印刷してお持ちいただくか、スマートフォンで表示をお願いします。
- ③受付に用意してありますQRコード読み取り機にかざしてください。
- ④参加・受講履歴の登録はこれで完了です。

■まだメディカルアグリゲートにご登録いただいていない方（マイページをお持ちでない方）

- ①学会HP（<http://www.jsscr.jp/>）入会・退会の入会についてのページ下に記載してあります、メディカルアグリゲートに新規登録をお願いいたします。
- ②新規にご登録いただきますと、入力されたメールアドレス宛に仮登録メールが送信されます。メール本文の「会員登録認証URL」をクリックし本登録が完了となります。
- ③登録が完了しましたら登録されたメールアドレスとパスワードでログインしてください。
- ④画面左側のタブ「所属学会確認・登録」→「登録・申請」ボタンより「所属学会登録・申請」ページへ移動してください。「日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会」を検索・選択し申請情報を入力後、確認を押してください。
- ⑤当学会事務局にて学会登録情報と申請情報を確認後、1～2営業日ほどで学会情報を確認することができます。ログインしてご確認ください。
- ⑥ここまで完了しましたら、上部に記載しております「既にメディカルアグリゲートにご登録いただいている方」をご覧ください、当日お手続きをお願いいたします。

■メディカルアグリゲート（マイページ）にご登録いただくと

- 年会費がクレジットカードまたは、銀行振込にてお支払いいただけます。
- 年会費のお支払状況をご確認いただけます。
- 領収書の発行もオンラインでご発行いただけます。

ご不明な点がございましたら、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会事務局までお問い合わせください。

第37回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会 第5回ストーマ認定士スキルアップ講座のご案内

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会
専門制度委員会

日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会専門制度委員会では、2013年より「ストーマ認定士」を発足させ、現在では多くの医師、看護師の方が「ストーマ認定士」となっています。

2016年より、ストーマ認定士としての活動を活性化させるために、さらなる知識・技術の向上を図ることを目的に、ストーマ認定士の方を対象にスキルアップ講座を開催しています。このスキルアップ講座は、臨床に遭遇する身近な問題をテーマに、より具体的に学びを深められるよう講演と症例検討で構成されています。スキルアップ講座の参加証はストーマ認定士更新の必要書類です。

第5回スキルアップ講座を以下の要領で行いますので、ご参加くださいますようお願い申し上げます。

記

テーマ「巨大ストーマの管理を極めよう」
～ストーマ造設時のポイント、ケアのポイント～

- 1) 開催日時：令和2年2月7日（金）13時40分～14時40分
- 2) 場所：静岡県コンベンションアーツセンター「グランシップ」6階 交流ホール
- 3) 対象者：ストーマ認定士 限定 *ストーマ認定士以外の方は参加できません
- 4) 参加方法：先着順 350名 参加料無料
*セミナーは事前申し込みが必要です。
1月15日までに下記 URL よりお申込み下さい。
申し込み先：<https://www.secure-cloud.jp/sf/business/1573777895ohwHOWwx>
自動返信メール受信をもって登録完了となります。当日は会場前の受付までお越しください
*認定士申込をこれからされる方（次回の認定審査は2020年11月頃の予定）
1月15日までに認定士申請書の送付と入金の確認が取れば「暫定」として申込可能です
どちらか一方のみだったり、期日に間に合わない場合は参加できません。
- 5) 内容 司会：三浦 英一郎・石井 美紀子
 - (1) 開会挨拶（ストーマ認定士とは）：西口 幸雄委員長
 - (2) 「巨大ストーマはこうやれば回避できる」
講師：帝京大学医学部附属病院 外科 野澤 慶次郎
 - (3) 「巨大ストーマでも管理できるコツを伝授！」
講師：独立行政法人 労働者健康安全機構 九州労災病院 地域医療連携室 下畑 由美
 - (4) 質疑応答
 - (5) 閉会の挨拶：三浦 英一郎
 - (6) 参加証について
セミナー修了後、スキルアップ講座の参加証は出口にて配布します。

問い合わせ先：福岡赤十字病院 看護部 石井 美紀子
メールアドレス：woc.nisseki@fukuoka-med.jrc.or.jp
*電話でのお問い合わせはご遠慮ください。

巨大ストーマはこうやれば回避できる

○野澤慶次郎

帝京大学医学部附属病院 外科

巨大ストーマの定義は曖昧であり、はっきりした定義はないが、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会用語集（第3版）によると単孔式ストーマ径が5cmを超えるストーマを大ストーマ（large stoma）と定義され、そのため著しいものを巨大なストーマとすることが多い。作成時に巨大ストーマとなる原因として、腸閉塞状態などによる腸管の拡張や浮腫が発生した状態での手術や終末期がん患者の腸管浮腫や脱出、腹壁の過伸展に伴うストーマ基部径の拡大が考えられる。

近年では、癌性腸閉塞や癌末期患者への経肛門的にステント挿入による腸管内減圧などの方法もあり、緊急手術での人工肛門造設術を避けるための選択も可能なこともあるが、大腸穿孔などによる腹膜炎での緊急手術時の漿膜炎を伴った大腸の閉塞では、腸管壁の浮腫がひどく拡張して太くなった閉塞部位に結腸ストーマを造設する場合、S状結腸か横行結腸をストーマ腸管として使用することが多い。そういった腸閉

塞で腫れている腸管に双口式ストーマを作成したり、翻転ができなかったハルトマン手術であった場合には、一般に巨大ストーマとなりやすい傾向にある。

以前から以上のような場合には、ストーマが巨大になるのは仕方がない、ストーマの高さがないのは仕方がないとされてきたが、術後管理に難渋することもしばしばある。

ストーマの巨大化をまねかない努力ができれば、少しでもQOLの低下を防ぐことが可能である。

方法としては、著しい腸管壁の肥厚の結腸での人工肛門造設は可能な限り避けることや浮腫がひどく拡張した閉塞部位には双口式ストーマではなく、二連続型ストーマや分離型ストーマなどの単孔式ストーマと離れたところの粘液瘻造設する。

また術中に十分な腸管内減圧を行い、少なくとも十分な高さを作るようにするなどの術中の努力を行う必要がある。

【講師略歴】

野澤慶次郎

学・職歴

平成3（1991）年3月 帝京大学医学部卒業
平成3年6月 帝京大学医学部附属病院第一外科入局
平成21年10月 帝京大学医学部附属病院第外科講師（特任）
平成28年4月 帝京大学医学部医学教育センター講師（兼任）
平成28年10月 帝京大学医学部附属病院外科 講師
平成29年7月 帝京大学医学部附属病院外科 病院准教授

資格

日本外科学会 専門医、指導医
日本大腸肛門病学会 専門医、指導医
日本消化器内視鏡学会 専門医、指導医
日本消化器病学会 専門医、指導医
日本消化器外科学会 専門医、指導医
日本内視鏡外科学会 技術認定医

学会

日本大腸肛門病学会 評議員
日本排泄・リハビリテーション学会 評議員
日本内視鏡外科学会 評議
東京ストーマリハビリテーション研究会 会長

巨大ストーマでも管理できるコツを伝授！

○下畑 由美

独立行政法人 労働者健康安全機構 九州労災病院 地域医療連携室

巨大ストーマではストーマ径が大きいことに対応できるストーマ装具が少なく、ストーマ管理が困難となることがある。消化管ストーマでは単孔式ストーマ径が5cmを超えるものを大ストーマといい、著しいものを巨大ストーマという。原因は腸閉塞による腸管の拡張や浮腫がある状態での手術、がんの進行に伴う腸管浮腫やストーマ脱出、体重増加や傍ストーマヘルニアによる腹壁の伸展に伴うストーマ径の拡大などがある。

そのため巨大ストーマは腹部が膨隆し傍ストーマヘルニアやストーマ脱出を伴っていることが多い。がんの進行によるストーマ浮腫では物理的な刺激で粘膜を損傷しやすい。ストーマ径とストーマ基部径に差があることも多く、ストーマ近接部に皮膚障害を起こすことがある。また今までのストーマ装具を変更したりセルフケアが難しくなることもある。

巨大ストーマのストーマケアでは、ストーマ装具は面板ストーマ孔の有効径が大きく安定した接皮面積が得られるものを選択する。腹部が膨隆している場合は腹壁に沿う単品系装具を選ぶことが多いが、二品系装具を選択する場合は浮

動型が望ましい。二品系装具ではフランジを嵌合するときストーマ粘膜を挟まないよう注意する。ストーマ径とストーマ基部径に差がありストーマ径に合わせて面板ストーマ孔をカットする場合は、露出した皮膚には用手成形皮膚保護材などを使用して保護し、皮膚障害を予防する。また、ストーマ粘膜が面板ストーマ孔の辺縁部などで傷ついていないか確認し、必要時はストーマ装具変更も検討する。腹部膨隆を伴う巨大ストーマではその外観によりボディイメージが変化することがあるが、ヘルニア用ベルトを活用したり余裕のある服を選ぶと目立たなくできる。セルフケアが困難な場合は他者へストーマケアをゆだねることもある。がん終末期では全身状態が低下しているため、本人や家族と相談しながら看護師介助でケアを行う。在宅ではケアマネージャーや訪問看護師と相談して行うとよい。

巨大ストーマではストーマやストーマ周囲皮膚、腹壁の状態をアセスメントし、適切な装具選択と工夫で皮膚障害を起こさず漏れないストーマ管理を行うことが重要と考える。

【講師略歴】

下畑 由美

【現職】

独立行政法人 労働者健康安全機構 九州労災病院
看護師長 皮膚・排泄ケア認定看護師

【学歴】

1986年 岡山労災病院看護専門学校卒業

【職歴】

1986年 中国労災病院
1989年 九州労災病院

【資格】

1999年 皮膚・排泄ケア認定看護師

【所属学会】

・日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会
・日本創傷・オストミー・失禁管理学会
・日本褥瘡学会



jsscr

抄 録

O1-1

がん終末期ストーマ造設患者の痛みを考慮し装具選択した一症例

○宮崎 操

飯塚病院

【はじめに】がん終末期のストーマ保有者の装具選択において、ストーマ周囲に痛みがある場合は、皮膚に触れたり、腹部を押さえると痛みが出現するため、できるだけその機会を減らすために装具交換間隔は出来る限り延長することが薦められている。

今回、装具装着によりストーマ周囲に痛みを感じる患者に対し、痛みのアセスメントを行い患者と共に装具選択を実施した症例を報告する。

【症例】20XX年より前立腺がんの診断後、ホルモン療法、放射線療法、抗癌剤治療施行。

S状結腸から直腸に狭窄を認め、20XX+7年、横行結腸双孔式ストーマ造設、腹膜播種を認めた。

【倫理的配慮】発表することの同意を得たうえで、特定されないように配慮した。

【経過及びケアの実際】20XX+7年横行結腸双孔式ストーマ造設。ストーマ周囲抜糸と共にストーマ粘膜皮膚接合部離開。その後、ストーマ陥没し高さはスキンレベルとなったが柔らかい凸面装具を使用し、週2回の定期交換が可能となっていた。術後68日目より「装具を除去すれば痛みが軽減する」と訴えあり、担当看護師は本人の苦痛の緩和を考慮し、1日3回も装具交換を実施することもあった。病状の進行状況を踏まえ医師、担当看護師と共に痛みに関するアセスメントを実施した。腫瘍の増大により腸管が狭窄し便の通過時の痛みをストーマ周囲の痛みと感じているのではないかとアセスメントし、装具の形状だけが痛みの要因である可能性は低いと判断。主治医より緩下剤が処方され便性変化を試みた。装具選択・交換頻度に関しては、メリット・デメリットを本人と十分に検討し、理解が得られた上で単品系平面装具へ変更し、1～3日毎の交換頻度とした。医師、担当看護師とも情報共有しケアの統一を図った。

【考察】がん終末期のストーマケアでは、適切と思われるケアがかえって患者へ苦痛を与えることもあるといわれている。本人の痛みや訴えに寄り添いながらも、頻回の装具交換や装具を貼らないことで起こる不利益を丁寧に説明することで、装具選択や装具交換の頻度に対し理解を得られ、看護師と本人との信頼関係が今以上に構築することができ安心した入院生活を送ることにつながった。

O1-2

緩和ストーマ造設後の装具交換自立がスピリチュアルペインの改善に貢献した症例

○佐藤 静恵¹⁾、山家 良太¹⁾、佐藤満里子¹⁾、
佐藤 俊²⁾、内藤 広郎³⁾

みやぎ県南中核病院 看護部¹⁾、

みやぎ県南中核病院 緩和ケア内科²⁾、

みやぎ県南中核病院 外科³⁾

【目的】がん終末期で苦痛が強く、看護師によりストーマ装具交換を行われてきた患者が、症状緩和の過程でセルフケアを望み自立し得たため、その要因を明らかにする。【倫理的配慮】看護研究倫理審査会の承認を得た。【症例】50歳代男性。独居。S状結腸がんによる高位前方切除術1年後に、局所再発による腸閉塞を生じ、横行結腸ストーマを造設。術後3週目に癌性疼痛コントロール目的で緩和ケア病棟に入棟となった。本人の悲嘆が強く、装具交換は看護師に委ねている状態にあった。予後は月単位で、症状が落ち着き次第近医に転院の方針であった。【経過】緩和ケア病棟入棟後、強い癌性疼痛に対して医療用麻薬の調整とNSAIDs投与、緩和照射を実施した。悲観的言動など精神的苦痛に対しては公認心理師の介入があり、経済的不安など社会的苦痛にはMSWがサポートを行った。食欲低下、嘔気と排便のない状態が続いたため高カロリー輸液を投与されていたが、緩和照射中より排便があり、食欲が戻ったため、本人の強い希望で食事が開始され、問題なく摂取可能となった。症状が改善した術後2ヶ月目に外出希望があったため、装具交換手技を指導した所、「こんな物見たくない」との否定的な言動があった。次に本人がストーマを俯瞰できるようモデルを用いて指導を進めた所、「こんな簡単だ」との言動があり、以後3回の交換で一連の手技を獲得できた。公認心理師より他者に管理されることを好まず、自分でやりたい傾向があるとの情報があり、本人が装具交換を行っている時は良い点を積極的に伝えるようにした所、「誉められるのが嬉しい」と話し、意欲的に取り組む様子が見られた。セルフケアを望んだ経緯について、「空腹感を感じた時口から食べたくなった。そうしたら便は出るから、その始末は人として自分ですべきだと思った」と話した。【考察】手技獲得の背景には、効果的な症状緩和により生活への希望が生まれ、自律存在を取り戻したことが要因だと考えられる。よってセルフケアの実践がスピリチュアルペインの改善に貢献したと言える。

O1-3

終末期における小腸瘻のセルフケアと在宅療養に向けた関わり ～病みの軌跡モデルを用いた考察～

○吉田 寿恵

王子総合病院 看護部

【はじめに】正中離開創内に小腸瘻を形成し、患者の受容に時間を要したが、セルフケアを確立して在宅療養に移行できた症例を報告する。

【症例】A氏、50代女性。卵巣癌術後再発、癌性腹膜炎の診断を受け化学療法を継続していたが、小腸穿孔のため緊急手術となった。

【経過】術後、正中離開創の一部が半永久的な小腸瘻となり、ストーマ用装具によるパウチングを主体に管理した。在宅療養に向けたセルフケア指導を検討したが、A氏は瘻孔を有した状態で生活していくことを受容できず、セルフケア指導も進められずにいた。一進一退する病状の変化に応じて、今起きている身体症状の意味や予測、行っているケアの明確な目的を伝え、その都度目標を設定しながら関わったことで、次第に自身のボディイメージの変化とも向き合い、瘻孔を「今の自分の体にとって必要なもの」と捉えることができるようになった。A氏は、「多少お金がかかっても、快適に過ごすことを優先したい」と、瘻孔からの臭気や排液のもれへの不安がない状態で生活することを強く望まれており、ストーマ用装具や皮膚保護材を併用しながら瘻孔・周囲腹壁の状態の変化に合わせてケア方法の評価・再検討を繰り返した。訪問看護を利用しながら在宅療養が可能となり、退院後は、患者自身でも瘻孔周囲の変化を観察しながらセルフケアを継続することができた。

【考察】身体症状を通して自身の病状を認識・予測できるよう関わったことが病みの軌跡を方向付ける支援となり、ボディイメージの変化の受容にもつながったと考える。A氏の変化する病みの行路において、A氏と共に目標設定しながらケア方法を検討してきたことで、A氏にとっての「自分らしい生活」に向かうための編み直しを支援し、QOLを維持した在宅療養へつなげることができたと考える。

【結論】終末期のセルフケア指導においては、QOLを維持した生活が送れるよう、患者自身が病状を認識・予測しながら「自分らしい生活」へ向けた編み直しができるような支援的援助が重要である。

【倫理的配慮】

個人が特定されないように配慮し、所属施設の倫理委員会の承認を得た。

O1-4

ストーマ近傍に腹膜がんが再発した終末期がん患者のストーマケア支援

○尾崎麻依子¹⁾、野澤慶次郎²⁾

帝京大学医学部附属病院 看護部¹⁾、
帝京大学医学部附属病院 外科²⁾

はじめに

予後不良である腹膜がんがストーマ近傍に再発し、腸閉塞症状が出現した終末期がん患者に対して、多職種で取り組んだストーマケア支援について報告する。

事例

A氏、60歳代女性。呼吸苦を主訴に受診したが、卵巣がん疑いによる胸水とS状結腸狭窄を認め緊急で大網部分切除および小腸双孔式ストーマ造設術が施行された。病理結果は腹膜がんⅣ期であり化学療法が開始され、術後経過が安定したところで退院となった。

経過

退院後は通院による化学療法が行われたが、腫瘍マーカーは上昇傾向であった。ストーマ外来は2カ月ごとに受診していたが徐々にストーマ脱出となり、セルフケアや日常生活への負担が生じた。患者は手術による治療を強く希望されたが、術後からDVT治療のため抗凝固療法が行われていたこともあり、保存的治療が優先された。術後8カ月が経過したストーマ外来でストーマ口側辺縁部に潰瘍性病変を認めたため生検を施行。結果、腹膜がんの播種であったことから、全身状態評価とストーマ脱出に対する治療を検討するため再入院。DVTの治療は確認されたが、腹膜がんであることから再造設ではなく整復術が施行された。その後抗がん剤も変更されたが、ストーマ口側辺縁部播種はさらに増大しストーマ口を圧排することで腸閉塞となった。腸管減圧のためイレウス管留置が必要であったが、行動範囲が狭まることへ強い拒否を示した。自宅療養を希望する患者の意思を尊重した最善の治療を行うために、主治医、外科医、緩和ケアチーム、管理栄養士、皮膚・排泄ケア認定看護師が連携し、症状緩和を目的にステロイド治療やフィンガーブジーを開始したところ、徐々にストーマからの排泄を認め、腹部症状も緩和したことから胃管チューブも抜去できた。患者は徐々に体力が低下していたが、ストーマケアは可能な限り自身で行うことを強く希望したため、退院に向けブジーも本人へ指導した。そして在宅療養の環境が整ったところで自宅退院となった。

結語

管理困難なストーマとなった終末期がん患者に対し、多職種が連携することにより、その人らしさを尊重したストーマケア支援ができた。

O1-5

緩和造設されたストーマ管理における問題点の検討

- 本田 優子¹⁾、藤原 裕子¹⁾、榎 裕美¹⁾、
日月亜紀子¹⁾、西居 孝文¹⁾、前田 清¹⁾、
井上 透¹⁾、西口 幸雄²⁾、羽阪 友宏¹⁾、
上川 禎則¹⁾

大阪市立総合医療センター¹⁾、大阪市立十三市民病院²⁾

【はじめに】緩和造設されるストーマ患者において、延命・症状緩和目的に治療の選択肢として手術を受けた後、残された人生をどのように生きるかは重要な問題である。QOLの低下を最小限に療養生活を支えるため、ストーマ管理における問題点を抽出し今後の課題を検討したので報告する。

【倫理的配慮】個人が特定されないように配慮した。

【方法】2016年1月より2018年12月までに切除不能、進行・再発がんによる消化管閉塞に対して症状緩和目的で造設された成人消化管ストーマ患者において以下の内容を診療録より後方視的に検討した。評価項目はストーマと手術関連合併症、ストーマサイトマーキングと実際の位置、化学療法の有無、ストーマセルフケア状況、経口摂取の有無、社会資源の利用、退院後の療養先について検討した。

【結果・考察】緩和ストーマ造設患者は16名、男性7名、女性9名、平均年齢69.6歳、手術時平均BMIは19.9。手術時の在院日数平均27.5日、生存期間平均224日。疾患は大腸癌が75%、そのほか胆嚢癌、膀胱癌、卵巣癌、原発不明癌であった。ストーマサイトマーキングは14例で施行されていた。ストーマ合併症は4名で脱出とストーマ傍ヘルニアを認め（重複あり）、ストーマの種類は造設部位別では横行結腸11例、回腸2例、S状結腸2例（ダブルストーマ1名含む）、形態は回腸のみ単孔式が1例でそれ以外すべて双孔式であった。化学療法は12名で施行、1名を除き経口摂取が可能となった。化学療法中の在宅患者の管理において、ストーマサイズの変化による装具管理と便秘による排便コントロールの相談が多くあり、迅速に対応を行うことで精神的サポートにつながり悪化することなく療養生活を送れたのではないかと考える。

【まとめ】緩和造設されたストーマでは化学療法施行中も社会的サポートがあることで管理困難には至らなかった。地域連携を円滑に行い、その人らしい療養生活を支えることが重要だと思われる。

O2-1

高齢ストーマ保有者の認知機能低下に伴うストーマケア能力の変化への対応

○森永 美乃¹⁾、水島 史乃¹⁾、岡本 和哉²⁾、
中村 利夫²⁾、大村 裕子³⁾

藤枝市立総合病院 看護部¹⁾、藤枝市立総合病院 外科²⁾、
東京オストミーセンター³⁾

【はじめに】

当院の入院患者高齢者の占める割合は69.8%であり、過去5年間のストーマ造設患者は67.6%が65歳以上である。高齢ストーマ保有者はストーマ造設時から認知機能低下のある場合、ストーマセルフケアは難しい。一方、セルフケアが確立できるケースもあるが、退院後、高齢化が進み認知機能低下からセルフケア困難になる症例も少なくない。今回、認知症を保有する高齢ストーマ保有者との関わりを振り返る。

【症例】

A氏男性80歳代、独居、認知症あり。10年前直腸癌によるS状結腸穿孔、緊急手術、セルフケア自立で退院。外来受診は一人で来院し認知機能低下は認めなかった。胆管癌による閉塞性黄疸で入院した際にルート類の自己抜去など危険行動がみられ、娘より認知機能低下の情報があつた。退院後のストーマケアは本人が施行予定で3人の娘宅へ順番に同居し見守る計画とした。また、介護サービス決定後もストーマ外来と連携することを家族へ説明した。

B氏女性80歳代、日中独居、認知症あり。9年前S状結腸憩室穿孔、緊急手術、セルフケア自立で退院。ストーマまたは外科外来受診時にフォローしていたが、ストーマケアで困ると電話があり、設定しても外来受診を忘れ、徐々に外来受診がなくなった。同居家族との交流が少なく、救急外来受診をきっかけに医師から医療支援部門に連絡、地域包括へ生活支援が依頼された。ケアマネジャーよりストーマセルフケアの再教育依頼があつたが、家族のサポートを強化することを提案し、連携していくことになった。

C氏女性90歳代、施設入所中、認知症あり。5年前直腸穿孔、緊急手術後、施設に戻った。退院後のストーマケアは介護ヘルパーが行い、時々装具を剥がしてしまうため、ストーマ外来でフォローしている。

【考察】

高齢のストーマ保有者は、認知機能低下によりセルフケア困難となり、ケア支援が必要になるケースが多い。ストーマ造設後経過時間が長くなるとストーマ外来受診をしなくなる傾向にあるが、外科治療のフォローアップが終了してもストーマ外来受診は継続しながら、地域包括ケアシステムをうまく活用していくことが重要と思われる。

O2-2

高齢のストーマ造設予定者に対して入院前から訪問看護導入を検討し、不安なく在宅へ早期退院できた事例

○岡崎芙美子、安藤 嘉子、遠藤 麻子

大阪赤十字病院

【はじめに】

術前相談や情報提供が術後のケア習得期間に関係するとされている一方で、高齢者ではストーマ保有年数が短いと自立の割合が低いことが報告されている。高齢のストーマ保有者や高齢の家族に対してセルフケア習得支援の継続と精神的負担の軽減を目的として、入院前のオリエンテーション(以下ORとする)の段階から訪問看護導入の提案や退院支援を行った症例を報告する。

【症例】

①70歳代男性、直腸癌にて直腸超低位前方切除術、一時的回腸ストーマ造設術。独居、家族は遠方で疎遠。入院前のOR時にセルフケア習得への不安の訴えがあり、訪問看護導入を提案し、入院後直ぐに訪問看護導入を手配した。入院中は装具交換技術を習得し術後17日目に退院した。以後訪問看護により回復してケア習得支援を継続した。

②80歳代男性、膀胱癌にて膀胱全摘、回腸導管造設。高齢の妻と2人暮らし。入院前のOR時にはケア習得に意欲はあつたが高齢者夫婦ではケア技術習得に期間を要することを想定し、訪問看護導入を提案した。入院中は最低限のケア習得を目標として本人・妻へセルフケア指導したが、手技は不安定であった。訪問看護によるケア指導継続があることで不安なく術後20日目で退院した。

【倫理的配慮】

発表において個人が特定されないように配慮し、同意を得た。

【考察】

入院前から訪問看護の導入を進めたことで退院後のケアに対する不安が軽減し、セルフケア意欲を高める要因となったとも考えられる。

高齢者に対して入院前から訪問看護導入の必要性をアセスメントし、訪問看護導入を前提にケア指導を進めたことで、ケア習得に対して不安や戸惑いが少なく術後の身体機能回復とほぼ同時に退院し、在宅で指導を継続することができた。

【結論】

高齢者のストーマセルフケア指導において、入院前のORの段階から訪問看護の活用について情報提供することで、術後ケア習得の不安の軽減、短期間での退院が可能となった。

O2-3

洗腸から装具変更を行った高齢ストーマ保有患者の多職種による退院支援

○松本 鮎美

東京蒲田病院

【はじめに】

高齢者のストーマ保有者の中には、ストーマセルフケア困難に陥り、トラブルを抱えている場合がある。しかし、その実態は把握しきれておらず、入院時に初めてトラブルを抱えていることを知るケースも少なくない。今回、ストーマ造設から30年以上経過し、洗腸を行っていた患者がストーマ装具の変更を行い、多職種で関わることにより、退院調整がスムーズに行えた症例を経験したため報告する。

【症例】

90歳代女性、入院前は独居。30年以上前に大腸がんと手術、ストーマ造設を施行。数年前まで洗腸装具の購入歴はあったが、入院時に洗腸の記憶はなかった。

腰痛主訴で入院。入院時より、便汚染により病衣を頻回に交換しており、ストーマ装具を使用していないことが判明し、家族はストーマ造設を知らなかった。

入院13日目、病棟より相談がありWOCNs介入。介入時、立位時に陥凹ストーマであり、ストーマ周囲の皮膚トラブルはなかった。問題点として、本人が今後ストーマ装具を受容できるか、管理方法や指導は誰に行うかという問題点があった。また、ストーマに携わった経験がある看護師が少なく、シンプルなケアの提供、継続をはかる必要があった。この問題点を解決するために9mmの凸面装具を選定した。本人の目標はストーマ装具を装着して生活することとし、リハビリで日常生活動作を確認、着脱等の手技は病棟スタッフで行った。MSWと相談し、家族に装具と給付の説明、退院先の施設へサマリーを送付し、事前に情報提供を行った。退院日まで定期的に装具交換を行ったが、トラブルはなく、介入24日目に退院となった。

【考察】

高齢のストーマ保有患者にとって装具変更を行うことは、患者の尊厳や意欲の低下、認知症の悪化を招くケースもある。今回、早期にストーマ装具の選定が行え、統一した関わりが行えたことにより、トラブルがなく、患者が安心して入院生活を送れたと考えられる。また、多職種で連携し退院支援を行った結果、早期退院へ繋がったと推測される。

O2-4

ストーマ造設予定の独居高齢者に対し入院準備センターとの連携で早期退院調整が可能であった症例

○長 舞衣、立澤 瑞樹、國岡りんご、
岩爪 美穂、中村 久実、伊藤 真紀、
前川 智子、角 諒子、中島 美文

国立がん研究センター東病院 看護部

【はじめに】

「入退院支援加算」が新設され、入院前から退院後の生活を見据えた支援を行うことは必須である。ストーマ造設予定患者に関しては退院後の生活変化は明確であり、入院前からの支援が可能である。今回、高齢独居のストーマ造設予定患者に対し、入院準備センター、MSWとの連携を図った事例を振り返り、今後の支援方法の示唆を得る。

【倫理的配慮】 個人が特定されないよう配慮した

【事例】

70歳代。女性。独居。直腸癌に対し腹腔鏡下ISR、一時的回腸人工肛門造設術施行。術式決定後入院準備センターにて、ストーマオリエンテーションと退院支援に必要な情報収集を実施した。認知機能は年齢相当で認知・意思疎通に問題はなく、術後せん妄の発症はあったが、合併症なく経過した。本人へストーマケアを指導し、装具の貼付以外の手技は自立して10PODで退院となった。

【看護の実際】

入院準備センターにおいて、消化器外科病棟勤務経験のある看護師が面談を実施した。ストーマケアに必要な手指巧緻性をアセスメントしながら、ストーマオリエンテーションを実施した。独居であり、家族の支援も得られにくいことから、術後の在宅での状況をイメージしながら患者と必要な在宅サービスについて相談の上、術前に介護保険の申請を実施すること、退院後に訪問看護の導入の希望について確認した。また、入院後MSWとの調整を開始した。術後は簡便なケア方法を選択し、本人へ装具交換を指導。装具貼付以外はケア自立できた。装具交換時の支援を目的に、訪問看護を週2回導入し退院となった。

【考察】

入院準備センターにおいてストーマケアに精通した看護師が退院後の生活を予測し、意図的に情報収集とアセスメントを行い、患者と共にイメージづくりができたこと、またサービス導入について入院前に患者へ必要性を説明し導入の同意を得ることができ、入院時よりMSWによる調整が図れたことにより、早期退院調整が可能であったと考える。今後も、治療決定時からストーマ造設後の生活のイメージができるように患者と早期に多職種で協働していくことが必要である。

O2-5

排尿自立度が向上した脳卒中患者の一事例～排尿ケアチームと病棟看護師の連携によるチームアプローチ～

○田畑 聡美、松田 実貴、西村 明美、
中山由紀子、大西 美紀、金原 弘幸

済生会松阪総合病院

【目的】脳卒中により下部尿路機能障害を生じた患者に排尿ケアチームが介入した結果、排尿自立度が向上し在宅復帰できたため報告する。

【倫理的配慮】個人が特定できない形式での発表について説明し患者・家族から同意を得た。

【症例の概要】60歳代、女性。脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血で開頭クリッピング術を施行され尿道カテーテルが挿入された。肺炎、水頭症の合併症治療のため1か月後にカテーテルが抜去されたが400ml以上の残尿を認め排尿ケアチームが介入した。患者は神経因性膀胱による尿閉を生じ認知機能低下、高次脳機能障害により尿意を知らせることができず適切な排尿パターンの確立に向けたチームアプローチが必要であった。排尿ケアチームと病棟看護師でカンファレンスを実施し「膀胱内容量が400mlを超えない」「尿意を知らせトイレで排泄することができる」を目標にあげ病棟看護師と連携し介入した。ケア計画①排尿ケア知識向上へのスタッフ教育：病棟カンファレンスに参加し、残尿エコーの勉強会を開催し排尿日誌の活用について指導した。排尿日誌をもとに排尿誘導のタイミングを膀胱内容量が400mlを超えないよう排尿誘導、導尿を行うこととした。②リハビリとの連携：排泄動作介助方法の統一のため、身障者用トイレでPTが排泄動作訓練を行い方法を病棟看護師へ伝達した。高次脳機能障害への支援としてSTを交えたカンファレンスを実施した。トイレに近い部屋を選択し尿意の表出を促すため「トイレに行く時はナースコールを押してください」と貼り紙をし、日中はパンツ式オムツを着用しトイレでの排泄を促した。

【結果】尿意を訴えトイレで排泄できるようになりリハビリ病院への転院を経て自宅退院した。

【考察】排尿ケアチームによる専門的なスタッフ教育が病棟看護師の排尿ケアに対する知識習得や個別的な排尿ケア実践の強化につながった。適切な排尿パターンを確立しトイレでの排泄動作を習慣化する多職種連携によるチームアプローチが排泄自立に効果的であった。

O3-1

ストーマ保有者の災害対策に関する調査

○中田 真央

近江八幡市立総合医療センター

【目的】近年、地震や大雨による水害、土砂災害など様々な災害が発生している。先の大阪北部地震では水漏れ・停電で病院機能が停止しストーマ保有者だけでなく入院外来患者が混乱した状況を聞いている。半面、ストーマ外来受診時のストーマ保有者の話の中で「滋賀県は災害が少ない」といった考えを持っておられる方にしばしば遭遇する。いつ起こるか予想のつかない災害に対し当院のストーマ外来を受診されるストーマ保有者は、災害対策をとっているのか現状を明らかにし、より具体的な災害対策に結び付くような外来指導を実施したいという思いから調査を行った。

【方法】2018年7月から10月にA病院ストーマ外来を受診された患者75名を対象とした。年齢、永久、一時的ストーマ、保有歴、コロストミー、イレオストミー、ウロストミーなど条件なし。認知機能低下などで本人だけで判断、返答できない場合は外来受診時の付き添い家族を対象にした。質問紙を作成しインタビュー形式で調査した。回収率100%

【倫理的配慮】個人が特定されないよう配慮した。A病院倫理委員会の承認を得た(承認番号第30-23号)

【結果】日常から外出時に予備の装具を持って出るなどの対策をとっているストーマ保有者は、災害時の対策をとっている人が多い。災害対策をとる必要があると思っても行動できていない保有者は、自分の実生活と結びついていない。訪問看護やデイサービスなどの利用が増加しセルフケアをしていない保有者は自己で災害対策をとっていない。病院で受けた退院指導と日常生活の現実にかい離がある。退院指導の中で災害対策が触れられていないことが多い。

【課題】日常から外出時の対策ができていれば災害時に対応できる可能性がある。在宅領域との連携は日常から情報共有を行い、保有者個人だけでなく病院と事業所が連携し災害対策を行う必要がある。日常生活と結びつくような実践的な退院指導へのシフトが急務である。

O3-2

大規模災害における甲信地区のオストメイトへの支援体制 -市町村の現状-

○近藤 恵子

長野県看護大学 基礎看護学講座

【はじめに】東日本大震災の後も豪雨や噴火など様々な自然災害に見舞われている。内閣府による防災に関する世論調査結果(2018年)によると、避難場所や飲料水、非常持ち出しについて話し合いを持ったとする割合が12年前と比較して増えており、防災意識が高くなったとしている。当学会でも、災害対策リーフレットが作成され、地方会や講習会での無料配布を行い、オストメイトへの啓発を行っている。更に、日本を13ブロックに分けて災害支援体制を整えているが、この体制作りは各地域に任されている。今回、甲信地区のオストメイトへの災害支援体制について市町村の現状を明らかにすることにした。このことより、市町村、ストーマ用品販売店、災害拠点病院などと共に今後のオストメイトへの災害支援体制を検討することができる。

【目的】甲信地区の市町村が行っているオストメイトへの災害支援体制の現状を明らかにし、皮膚・排泄ケア認定看護師としての活動を考える。

【方法】甲信地区の市町村104(内訳：市32、町31、村41)に自作の質問用紙を郵送し、研究参加の同意が得られた所を調査対象とした。

【倫理的配慮】研究者が所属する倫理審査委員会の承認を受けた。(承認番号2018-10)

【結果】市町村42箇所(40.4%)から返信があった。40(95.2%)の市町村は福祉避難所を知っていたが、29(69.0%)は福祉避難所と話し合いを設けていなかった。避難訓練への参加は12(28.6%)であった。37(97.4%)の市町村はストーマ装具の備蓄はなく、35(83.3%)の市町村は「ストーマ用品セーフティーネット連絡会」を承知してなかった。オストメイトへの対応窓口は、それぞれの市町村で違いがあった。市町村の要望は、日頃の備蓄をオストメイトに奨励することであった。

【考察】大規模災害時、市町村のオストメイトへの支援体制として、対応窓口を考えているところもあるが市町村によって違うために、市町村・病院・ストーマ用品販売店が、その地域に合わせたオストメイトの支援体制を構築する必要がある。また、「ストーマ用品セーフティーネット連絡会」の周知は必須である。オストメイトに対しては装具の備蓄を啓発していく。

O3-3

オストメイト支援アプリ「熊本モデル」の進捗報告

○福永 光子、岩本 一亜、高野 正太

大腸肛門病センター高野病院 外科

【目的】熊本地震の経験から適時適所適量の支援を行うために、オストメイトの被災状況等を包括的に把握するシステム構築が必要と考え、熊本県在住オストメイト等へのアンケート調査および支援の最前線にいた販売店への聞き取り調査を行い、熊本県におけるオストメイト支援の問題点について報告してきた。

現在、これを踏まえて構築したオストメイト支援アプリ「熊本モデル」の導入を進めているので、進捗を報告する。

【熊本モデルの概要】アプリはスマートフォン、タブレット、PCで使用可能で、オストメイト・家族（以下、会員）用と支援側（医療関係・販売店・装具メーカー（OAS）等）用は分けられており、個人情報が含まれる支援側用は登録・許可された端末でVPN接続し、アクセス履歴等も管理する。平時から会員にケアのtipsや避難情報が発令された際に持出袋のケア用品確認を促すメッセージを流すなどして、アプリの操作に慣れるとともに減災意識向上を促す。販売店は会員の使用装具、購入情報等をアプリで登録する。発災後直ちにオストメイトに安否確認が自動送信され、この返信情報から緊急支援物資の必要量と適切な配布場所を確定し、装具メーカーより直接もしくは販売店経由で物資が配布場所へ提供され、会員は各々アプリ経由で指示された配布場所でこれを受け取る。同時に各販売店は各々の顧客の安否情報を元に、OAS支援分の調整や装具再交付請求の手続きを開始する。他の支援物資や交通、ライフライン等の復旧情報なども共有する。また行政機関や関係学会への情報提供に必要なデータ集計もアプリで行う。

【導入前の準備】2019/9/3 第1回ミーティングを行った。アプリについて否定的な意見はなく、具体的な運用マニュアルの策定やオストメイト、行政機関等への広報等について、更なる意見交換を行っていくことで一致した。各販売店の顧客情報を他社に開示することなく運用することを大原則とし、販売店が被災し支援に入れない場合などのバックアップ体制を含めた運用マニュアルを定める必要がある。またQ&Aなど各コンテンツの整備を進めている。安定稼動するための運用費の獲得も重要である。

O3-4

地域のリソースとしての認定看護師の活動

○大山 瞳

株式会社日立製作所ひたちなか総合病院

はじめに

入院期間の短縮化、高齢でのストーマ造設により、入院中に手技習得ができないケース、高齢や認知症によりセルフケアが困難になるケースに対して、訪問看護の介入、デイサービスなど利用する介護サービス時に装具交換する方が増えている。在宅でストーマケアにかかわる方の知識、技術には差があるのは当然であり、そこを支援するのは、認定看護師としての役割であると考え。今回、訪問看護ステーション機能強化事業として、訪問看護師との同行訪問の委託事業に参加した。その結果を報告する。

方法

訪問看護ステーション機能強化事業で、訪問看護師と同行訪問した3事例から、課題が達成できたか、訪問看護師の思い、患者、家族の思い、認定看護師が課題を明確にできたかを確認する。

発表にあたり、患者、家族、訪問看護師に対して同意を得、倫理委員会で承認を得た。

結果

1、2例目、80代。ストーマケアは家族と訪問看護師が行う。ストーマ近接部のびらんに対して訪問。ストーマサイズの変化があったが、購入装具の面板カット孔サイズを変更しなかったため、ストーマ近接部に便が付着しスキントラブルが発生していた。訪問看護師、家族ともに時間変化や体形の変化によりストーマサイズが変わることと、面板カット孔の適切なサイズを理解できた。家族は皮膚・排泄ケア認定看護師の訪問をととても喜んでくれた。

3例目、80代。ストーマケアは家族がおこなう。ストーマ装具からの便もれが多発し、本人、家族ともに夜間不眠であり、同居のキーパーソンの生活のリズムが崩れ、患者にやさしい言葉をかけられなくなってしまった。装具交換の手技の工程が少なくなるとの要望があった。アクセサリ類を使用せずケアできる方法を一緒に考えた。訪問看護師のストーマ用品、知識向上、患者家族の良眠の確保ができた。

考察

認定看護師の課題として、事業への参加の継続、困りごとをもつストーマ造設患者や家族に対して、対処する場所があることを知り活用してもらえるよう展開していきたい。

O3-5

在宅ストーマケアのサポートの現状

○桑野 初子、湊 美香、石見 拓人、
的野 敬子、野明 俊裕、荒木 靖三

社会医療法人社団高野会くるめ病院

《はじめに》

高齢者や認知症などの問題をかかえた方がストーマ造設による入院や手術をきっかけに、自立した生活を送ることが困難になり、ストーマケアに家族など他者の介助や社会資源によるサポートを必要の方が増加している。その結果在宅や療養病棟で生活する多くのストーマ保有者を支えることが求められている。今回、ストーマ造設患者のセルフケアとサポート（退院支援）の現状について検討した。

《方法》

2015年11月から2019年8月までA病院で消化管ストーマ造設した144名のデータを後ろ向き調査した。セルフケアの状況を1.自立2.半介助3.全介助に分類し年齢、性別、疾患名、ストーマ造設部位、一時的・永久ストーマ、同居家族および介助者について分析した。

本研究は、倫理委員会の承認を得て患者が特定されないよう配慮した。

《結果》

ストーマ造設患者①男性87名女性57名②年齢22歳－94歳（中央値62歳）③セルフケアの状況：自立109名・半介助23名・全介助12名④疾患名：直腸がん76名結腸癌16名IBD39名その他13名⑤造設部位：回腸97名・結腸47名⑥造設期間：永久的ストーマ71名・一時的ストーマ73名⑦同居家族の有無：あり135名・なし9名である。セルフケア自立が最も多い疾患はIBDであり、セルフケアによる年齢は、介助を要する方が有意に高齢である。性別、造設部位、造設期間についての関連性は認めなかった。また、セルフケアに介助を要する方は、男性が女性より多く、造設部位での関連性は認めなかったが、永久ストーマは、全介助の方が有意に多かった。さらに同居家族ありの主な介助者は家族であり、独居の方の介助者は、訪問看護や施設職員であった。

《考察・まとめ》

すべてのケアを自身ですることが困難な状況での独居生活の継続や老老介護における訪問看護の導入は、入院前の生活環境に戻れるサポートである。入院時よりストーマ造設後の生活をイメージし、どのような支援や調整が必要かセルフケア能力のアセスメントが重要である。また、サポートするのは専門家や医療者だけではなくストーマ保有者の生活やケアを通して多くの人がかかわるため、早期からの退院支援が必要である。

O3-6

在宅看護師が持つ在宅ストーマケアの課題

○柴崎 真澄、熊谷 英子、舟山 裕士、
石川奈津江、大網さおり、大内 淑子、
小野 友美、木幡真利子、蛭田 理絵、
村田 博子、神山 篤史、海野 倫明

東北ストーマリハビリテーション講習会

【はじめに】高齢ストーマ保有者が在宅や施設で医療者へストーマ管理を依頼が増加している。現場の看護師はストーマ分野に精通しているわけではなく、在宅におけるストーマケアの研修が望まれている。今回、在宅看護師を対象とした講習会開催した。参加者の所属施設と医療機関の連携、在宅ケアの課題を明確にすることを目的にアンケート調査を行った。

【方法】対象：受講生の所属37施設、調査方法：研修会終了後にアンケート用紙を施設に持ち帰り管理者に承諾を得て記載後に郵送、倫理的配慮：アンケートの趣旨を受講者に口頭で説明し紙面に記載し返信をもって同意を得たとした。調査項目：小林「在宅ストーマ患者に関する訪問看護ステーションへのアンケート調査」を用いた。

【結果】返信は24施設（有効回答23）回収率64.8%。事業所の職員数は2人以下から10人で、24時間対応ありが23施設（92%）であった。前年度の登録利用者数100人以下が14施設で最も多かった。内ストーマ患者数は2～4人、10人以上が2施設で、ストーマ患者数は56%が横ばい、36%が増加傾向であった。独居利用者の経験は52%、高齢者2人暮らし利用者の経験は75%であった。病院との利用者情報の共有手段は紙サマリーで、退院前に直接対面を行っている施設が16施設あった。サマリーが在宅向きではないとの意見があった。地域のストーマ外来のある病院、WOCNの所属病院は92%が把握していた。病院看護師への相談では、相談する相手までにとどり着くまで時間がかかる、患者を外来につれてくるように言われることを不自由感じていた。自由意見では自宅でのケアのミスマッチを防ぐために退院指導から関わり合いたい、ケアの方法をWOCNに指導を受けたい。装具やアクセサリーの使用方法など自施設内での研修には困難であり知識を得る機会があればいい、などがあった。

【考察】連携においては、連絡窓口はあるものの、スムーズな連絡の方法について検討が必要であった。在宅ケアの課題では、在宅看護師としてストーマケアのより専門的な知識と技術の習得をするためにはその領域に特化した講習会の開催が必要である。

O4-1

WOCNによる対話を重視した研修の効果 —訪問看護師対象ストーマケア研修の振り返りから 第1報—

○林 美代子¹⁾、廣川 友紀²⁾

イーキンジャパン¹⁾、(株) エム・ピー・アイ²⁾

【はじめに】

近年、在院日数の短縮や高齢化により訪問看護師(以下訪看)がストーマケア(以下ケア)に介入する機会が増えている。しかし、WOCナース(以下WOCN)として訪看と関わる中で、ストーマの基礎知識の不足からケアに苦手意識を持っているように感じていた。そこで、ストーマ保有者が安心してケアを受けられるように、訪看の苦手意識の軽減と、基礎知識の向上を目指し、楽しく学べる機会を作りたいと考え、同じ想いを持つ販売店WOCNと共に研修を実施した。今回アンケート調査を通し、WOCNとの対話を重視した研修の効果が示唆されたため報告する。

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう配慮した。

【方法】

2018年3月～2019年6月に、対話のしやすさを重視し講師2名に訪看8名を対象とし、講義と演習の基礎編研修を計4回実施した。研修は、アセスメント方法や、ケア用品の特徴とケアの工夫、ストーマ保有者の心理と接し方等、ケアの楽しさが伝わるように工夫した。2019年7月に実施したアンケートの結果から、①訪看の現状、②研修前の知識や心理状況、③研修後に感じた変化、④研修内容の評価について分析した。

【結果】

訪看の現状は、ケア経験10症例未満が55%と最も多かった。②研修前は、器具やケア用品の選択方法が分からない74%、自分が実施した器具交換への不安70%であった。③研修後は、100%がケアに変化を感じ、知識の誤りに気付いた65%、ケアに興味を持てた52%であった。④研修内容は、講師との対話しやすさと、実践的な演習87%であった。自由記載の中には、楽しい、ケアへの愛情という言葉が多くみられた。

【考察】

訪看はケア経験や情報を得る機会が少なく、ケアに苦手意識を持っていたと考える。WOCNと訪看間の対話が十分にできる研修により、知識や技術の修得以外に、日頃の問題も話し合え、より実践的で楽しいと実感できたことが、ケアへの興味に繋がったと考える。

【まとめ】

WOCNによる対話を重視した研修は、訪看のケアへの興味を引き出すことに効果的であると示唆された。今後も訪看がストーマ保有者に対し、より良いケアが提供できるように、対話を重視した研修を継続して行きたい。

O4-2

販売店WOCナースによる訪問看護師支援の課題 —訪問看護師対象ストーマケア研修の振り返りから 第2報—

○廣川 友紀¹⁾、林 美代子²⁾

株式会社 エム・ピー・アイ オストミー事業部¹⁾、イーキンジャパン株式会社²⁾

【はじめに】 近年、訪問看護師(以下訪看)がストーマケアに介入する機会が増加している。販売店WOCナース(以下WOCN)として訪看から受けるストーマケア相談も増加しており、在宅においては、訪看のストーマケアの知識・技術の向上が必須であると感じていた。そこで、同じ想いを持つメーカーWOCNと協同し、2年前より訪看を対象にストーマケアの質の向上を目的とした研修を実施している。研修を振り返り、販売店WOCNの訪看支援の課題が示唆されたので報告する。

【方法】 2018年3月～2019年6月に、対話のしやすさを考慮し、講師2名に対し訪看8名の研修を計4回実施した。ストーマの基礎、ストーマ用品(以下用品)の特徴とケアの工夫、ストーマ保有者の心理と接し方、病院WOCNとの連携ポイントについて、講義と演習を行った。研修後の2019年7月にアンケート調査を実施し、結果の中から①研修前のストーマケアの状況、②研修後に感じた変化、③研修内容の評価について分析した。

【倫理的配慮】 個人が特定されないように配慮した。

【結果】 ①研修前は、知識不足によるストーマケアへの不安74%、WOCNへの相談時に十分に対話が図れなかった22%であった。②研修後に感じた変化は、用品に詳しくなった52%、用品を使いこなせるようになった30%であった。③研修内容の評価は、少人数制のため講師と対話しやすかった87%、受講により相談窓口が増えたと感じた70%であった。

【考察】 研修前訪看は、知識や対話の不足から病院WOCNなどの支援を十分に受けられていなかったが、少人数制の研修により講師のWOCNと訪看間の十分な対話が可能となり、個別性の高い指導ができたこと、販売店WOCNが相談窓口のひとつであると示せたと考える。また、演習では、販売店WOCNの持つ豊富な用品の知識を基に、受講者の担当症例に対し具体的な用品選択や使用方法が説明でき、受講者が研修後すぐに実践に活かせることにより、個々のケア変化の実感に繋がったと考える。

【まとめ】 訪看がストーマケアへの興味を維持し、ストーマ保有者に良質なケアが提供できるように、相談窓口としての役割や情報提供を通し、継続的に支援することが販売店WOCNの課題であると考えられる。

O4-3

ストーマケア教育の実状～研修内容の構造分析～

○高木 良重¹⁾、黒田 豊子²⁾、柳迫 昌美²⁾、
江口 忍³⁾

国際医療福祉大学 福岡看護学部¹⁾、
医療法人 原三信病院²⁾、佐賀県医療センター好生館³⁾

背景：私たちは様々な場面でストーマケアに関する教育を行っている。講義や演習を盛り込んだ研修や臨地場面での指導など看護師の実践能力向上を目指し取り組んでいる。今回、教育教材に着目し、更なる発展につながる課題を検討した。

目的：ストーマケアにおいて皮膚・排泄ケア認定看護師が作成した講義資料を分析対象とした。今回の調査対象とした資料は「看護師に対するストーマケア教育」とし、研修の主催者や規模といった事柄については特定しなかった。対象となった資料について、講義の構成や内容を整理し特徴をまとめた。

倫理的配慮：調査対象である資料に掲載された患者については個人が特定されないように配慮している。

結果：対象は研究者ら4名が講義で用いた資料で、「周術期のストーマケア」、「ストーマ皮膚障害や合併症への対処」、「ストーマ装具選択」、「日常生活指導」といった内容が含まれていた。研修会のテーマに応じて、複数の内容を組み合わせているものもあった。講義内容に関連した解剖生理、ケアの基本的考え方や提供する技術の手順を挙げ、ストーマケアの実際では当該事例について写真を提示し解説していた。使用するケア用品を紹介していたが、その使い方やポイントについては抽象的な表現であった。講義資料に目標や概要が提示されていないものもあった。院内研修に用いた資料では、その施設や病棟の特性を考慮しケアの手順や使用物品等を具体的に提示した内容であった。

考察：講義内容は、本学会が提唱している基礎講習会用のGIO、SBOsを意識したものであるが、講義資料として具体的に挙げていないものもあった。そのため、教育を受ける側に明確化されておらず受講後の到達度合いが曖昧で、教育評価ができていなかった。ケアの実際では視覚的で介入の結果がわかりやすい反面、工夫したことを言語化できていなかった。この理由としては、患者の個別性を反映した実践であり、普遍化することが困難と思われた。しかし、皮膚・排泄ケア認定看護師の実践知に関わる部分であり、今後自身の実践を丁寧に振り返る必要がある。

O4-4

ウロストーマ関連業務における看護師の知識定着に向けた取り組み

○上地めぐみ、平本 陽子、鈴木 晶子、渥見 佳奈

社会医療法人財団石心会 川崎幸病院

【目的】

当泌尿器科病棟はウロストーマ造設件数が年間5-10件程と少ないため、看護師がウロストーマ関連業務に携わる機会も限られている。毎年フローシートを用いて勉強会を実施しているが、ストーマ関連業務は物や場所の把握や代理店と業者の違いなど複雑な内容も多く、病棟独自の方法を覚える必要があるため、看護師の知識定着が難しい現状がある。今回、勉強会の方法を変更し、ウロストーマに関わる具体的な業務内容についての勉強会を行うことで、看護師の知識定着に繋がったためここに報告する。

【方法】

看護介入を実施する病棟看護師25名を対象に、勉強会前後で選択技法と自由回答法を用いたアンケートを行い勉強会の効果を測った。勉強会は3-4人毎に30分程度で実施。図や写真を用いた資料を作成し、内容はストーマ装具に関連することに限定し、当院に介入しているストーマ装具購入代理店やその特徴、パンフレットのある場所、術後装具の特徴と当病棟に置いてある装具サンプルの種類、装具が置かれている場所、装具注文方法、使用した場合の補充方法、採尿袋の排出口の形や接続管の使用法、術後からの装具選択の流れについて具体的に説明した。

【倫理的配慮】

看護師に了承を得て個人が特定されないように配慮した。

【結果】

全項目のうち実施前は半数ほどが「わからない」を選択していたが、実施後は9割以上が「わかる」を選択した。また、実施後は自由回答法による質問に対し正確な記入が出来るようになった。

【考察】

今回の結果より、勉強会に図や写真を用いた資料を用いてウロストーマに関わる具体的な業務内容についての勉強会を行ったこと、少人数での勉強会であったため質問もしやすい環境であったため、看護師の知識定着に効果があったと考えられる。また、勉強会前にアンケートを実施することで知識不足を認識でき、その後勉強会に参加することで理解が深まったのではないかと考えられる。今回の勉強会はストーマ装具に限定した内容であったが、今後他の内容の勉強会も検討しているため、今回の結果を活かしていきたい。

O4-5

東京ストーマリハビリテーション講習会を2日間カリキュラムに変更した効果と課題

- 工藤 礼子¹⁾、丸山 弘美²⁾、萩川 恵子³⁾、
村田祐二郎⁴⁾、長嶋 康雄⁵⁾、豊田 美和⁶⁾、
宮本乃ぞみ³⁾、内藤 直美¹⁵⁾、小嶋 麻里¹⁰⁾、
小川 真平⁷⁾、花田 正子⁸⁾、船橋 公彦⁵⁾、
牛込 充則⁵⁾、斎藤 容子¹¹⁾、衛藤 謙¹²⁾、
須並 英二¹³⁾、丹波 光子¹⁴⁾、尾崎麻依子¹⁶⁾、
板橋 道朗⁷⁾、野澤慶次郎⁹⁾

国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院¹⁾、東京慈恵会医科大学葛飾医療センター²⁾、東京通信病院 看護部³⁾、東京通信病院 一般・消化器外科⁴⁾、東邦大学医療センター大森病院 消化器センター外科⁵⁾、社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部 埼玉県 済生会 川口総合病院⁶⁾、東京女子医科大学病院 消化器・一般外科⁷⁾、東京女子医科大学病院 看護部⁸⁾、帝京大学医学部附属病院 下部消化器外科⁹⁾、東京医科大学病院 看護部¹⁰⁾、東邦大学医療センター大森病院 看護部¹¹⁾、東京慈恵会医科大学附属病院 下部消化管外科¹²⁾、杏林大学医学部附属病院 下部消化管外科¹³⁾、杏林大学医学部附属病院 看護部¹⁴⁾、北里大学北里研究所病院 看護部¹⁵⁾、帝京大学医学部附属病院¹⁶⁾

【はじめに】東京ストーマリハビリテーション講習会（以下TSR講習会）は、1990年に第1回目が開催され、2012年に日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会の地方講習会として認定された。初回開催より1年に1回3日間のカリキュラムで構成されてきた。TSR講習会では、会場および運営スタッフ人員確保の容易さ、受講生の利便性を期待し、昨年2日間のカリキュラムでの開催を試みた。

【目的】講習会を2日間カリキュラムで開催したことの効果と課題を検討する。

【方法】3日間1225分のカリキュラムを2日間1200分に変更した目的、カリキュラム変更過程、会期中、反省会内容を振り返る。加えて開催半年後に運営関係者にアンケートを配布し、意見収集を行いその結果と合わせて、効果と課題を考察する。

【倫理的配慮】アンケート配布時に目的や結果公開予定などの説明を行ない、回答を持って同意とし、個人が特定されないように配慮した。

【結果】認定講習会は20時間以上との規定があり、人工肛門・人工膀胱術前処置加算の施設基準に関わる研修であり、その時間数を下回することは考えられない。開始時間は変更せず、終了時間を遅く設定した。拘束時間が約12時間と長くなるため、昼食時間以外の休憩時間を短時間で頻繁に確保し、夕刻には軽食を食べながらの講義を設定した。演習がスムーズに行えるように講義と演習の流れを考慮した。講習生評価の満足度は75%であった。

運営関係者アンケートは25枚配布し、回収22名回答率88%であった。医師8名、看護師13名、2日間の開催は良かったかの問いに良い9名、概ね良い11名、悪い1名であった。主な良い理由は、受講生、運営スタッフの参加しやすさ、悪い理由は演習の反省会や準備時間の確保が困難だったがあげられた。2日間開催を継続するかの間には、続ける15名、期間を決めて続ける3名、3日に戻す1名であった。

【考察】講習会には約40名が携っており、今回のアンケートはその一部ではあるが、2日間開催の目的である「受講生、運営スタッフの参加がしやすい」という項目には良い結果が得られたと考える。課題は演習準備時間などの工夫や、受講生からの集中が続かないなどの意見への対策である。

O4-6

在宅看護師のためのストーマケア講習会の有効性と課題

- 熊谷 英子、柴崎 真澄、舟山 裕士、
石川奈津江、大網さおり、大内 淑子、
小野 友美、木幡真利子、蛭田 理恵、
村田 博子、神山 篤史、海野 倫明

東北ストーマリハビリテーション講習会

【目的】入院期間の短縮化や超高齢化の進展により、在宅でも基本的なストーマケアの知識・技術に加え、ストーマ関連合併症の対応や高齢、認知症、終末期に伴う諸問題に対応できる幅広いストーマケアが求められている。当講習会では、訪問看護師や施設等に勤務する在宅看護師を対象に、ストーマケアの知識・技術の普及、教育、および参加者相互の啓発を行い、東北地区の在宅におけるストーマリハビリテーションのレベルを向上させることを目的に「在宅看護師のためのストーマケア講習会」を開催した。講習会の有効性と課題について検討したので報告する。

【開催概要】在宅看護師用のGIO,SBOを立案しカリキュラムを作成した。対象は、宮城県・福島県の在宅看護師とし、受講料は資料代5000円とした。講義：ストーマ造設疾患、晚期合併症、ストーマスキンケア、ストーマ用品・日常生活と実習を1日で実施した。

【方法】受講者54名を対象に、講習会受講前後にアンケート調査を行った。

【結果】①受講前アンケート：受講理由は「知識・技術の向上」「必要性を感じた」「ストーマ装具の情報収集」が多かった。講習会で学びたいことは「皮膚障害への対応」「ストーマ装具の知識・選択」「ストーマ合併症」が多く、80%以上がストーマケアで困った経験を持っていた。②受講後アンケート：講義時間は適切75.5%であり、内容は理解できた86.2%であった。演習時間は適切72%であり、内容は理解できた85%であった。講習会で学びたいことは93%が達成し、講習会全体に92%が満足していた。また、全員が次回の講習会を同僚に勧めたいと回答していた。自由記載では「定期的に開催してほしい」「実習ができて大変勉強になった」「合併症をもっと深く学びたい」などの意見が多く継続開催を切望していた。

【まとめ】在宅看護師は、ストーマ合併症などの問題に対応できる知識・技術・情報を求めていた。講習会受講後の知識・技術の習得度・満足度は高く、講習会開催の有効性が示唆された。今後GIO,SBOと日程の見直しを行い、東北各県での開催を目指す一方、上級編開催を企画するなど、在宅看護師のストーマケアの質の向上を図ることが課題である。

O5-1

ストーマ近接部に粘液癌を認め、装具変更の受け入れに困難を生じた1症例

○恒松夫美子¹⁾、伊藤 貢江¹⁾、間中 大²⁾、西躰 隆太²⁾

社会福祉法人京都社会事業財団 京都桂病院¹⁾、
社会福祉法人京都社会事業財団 京都桂病院²⁾

【はじめに】ストーマ管理において装具変更が必要となる場合がある。しかし、長期間同一装具を使用する患者はスムーズに変更するのは難しい。今回、ストーマ近接部に粘液癌を認め、長年使用していた装具の変更を余儀なくされたが受け入れに困難を生じた症例に、訪問看護を導入し、継続的なケア指導を行った結果、装具変更が可能となったので報告する。

【症例】70代、男性。直腸癌で約30年前にストーマ造設術を受けた。閉鎖式の単品系平面装具を使用し、長年自己で管理し毎日交換していた。数ヶ月前に脳梗塞を発症、セルフケアが困難となり、妻が介助し交換していた。妻がストーマからの出血に気づき、近医受診後当院のストーマ外来へ紹介となった。

【経過】ストーマ近接部12時に直径2cmの隆起性病変を認め、座位で3時9時にストーマに連結するしわがあり、ストーマ粘膜は陥凹し隆起性病変のみが突出していた。隆起性病変は病理結果で粘液癌と診断され、全切除となった。開放式凸面装具へ変更を提案し、妻はスムーズに受け入れたが、本人は排泄物の処理や毎日の交換が不要となることの理解が得られなかった。訪問看護の導入を勧め、初回訪問に同行し、装具変更の必要性や経時的に観察が必要な部分を本人・妻と訪問看護師に説明、交換方法や排泄物の処理方法の指導を行った。

【考察】平面装具では近接部の平面確保が難しく、常時排泄物が接触し慢性的な炎症刺激により癌化したと考えられる。本人は隆起性病変や出血を異常と認識していなかった。開放式装具への変更は、排泄物を処理するという新たな手技獲得が必要となり、また毎日の交換は、整容動作として習慣化され、装具交換を毎日実施しないことに抵抗があったと考える。排泄物の処理は妻の介助が必要であり、妻への負担という負い目も要因の一つとして考えられる。習慣化した行動を変容するには時間をかけての指導が必要と考え、訪問看護を導入、同行訪問を実施したことにより、継続的なケア指導が可能となり、装具変更と新たな手技獲得につながった。

【結語】ケア変更に抵抗を示す場合には、その要因を探り、問題を明確にして解決できるように支援していくことが必要である。

O5-2

回腸導管周囲に腰痛ベルトによる圧迫潰瘍が生じた一例

○工藤 礼子

国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院 ストーマ外来

【はじめに】

腰痛ベルトを装着しているストーマ保有者は少なからずいると考える。回腸導管造設術を受けた患者が、腰痛ベルトによる圧迫のため、ストーマ周囲に潰瘍を形成し、その管理に難渋した症例を経験したので報告する。

【倫理的配慮】

患者に当学術集会で発表することを説明し同意を得た。症例表示において個人が特定されないように配慮した。

【症例】

A氏60歳代男性、膀胱がんのため膀胱全摘、回腸導管造設術を受け術後17日に退院。腰椎ヘルニアの既往あり。外資系会社勤務で社内勤務の他営業、海外出張が頻繁にあり多忙な生活。

【ストーマ局所経過】

退院約2週間後にストーマ外来に予定来院、退院翌日から出勤し、腰痛が再燃し腰痛ベルトを装着しているとの情報が有った。ストーマ周囲への圧迫回避が必要と説明し、開閉式ベルトを提示したが、腰の支持が弱いため不向きと言われた。整形外科に受診し腰痛ベルトに開口する方法と、圧迫回避目的の器具の提示と購入方法を説明したが、自己による作成を希望した。以降1月ごとにストーマ外来に通院し、皮膚の確認と自家製器具の修正提案などを行ない、ケアの安定を認め2ヶ月後の予約をした。次の来院時にストーマ近接部に約5cmの皮膚潰瘍を認めた。主治医診察を経て形成外科受診となり腰痛ベルトによる圧迫潰瘍と診断された。肉芽形成を促進する目的で創傷被覆剤の使用を開始し、1日置きの洗浄と被覆を指導した。潰瘍治癒は緩慢で、方向を変えて拡大するなど難渋した。圧迫回避が重要であることを繰り返し指導し、自家製の道具を何度か微調整し圧迫を回避した。約2ヶ月後に創が縮小しはじめ、約5ヶ月後にほぼ上皮化した。

【考察】

この症例では、ストーマ周囲への過度な圧迫を予防できずまた、皮膚潰瘍を発生していたにも拘わらず受診動機に至らずに治療開始が遅れ、治癒に時間を要したと考える。術前には、既往歴、仕事や趣味などで装着する可能性のある製品の詳細確認、術後は対象の性格や生活背景を十分にアセスメントし、行動変容に至る適切な指導と確認が重要と考える。

【まとめ】

ストーマ周囲への過度な圧迫は皮膚潰瘍を招く可能性が高く、避けるべきである。

O5-3

当院におけるストーマ造設後に長期入院を要した症例

○秋田 聡、中川 祐輔、石丸 啓、渡部 祐司
愛媛大学医学部附属病院 消化管腫瘍外科

平成30年3月～平成31年3月までの1年間で当科において41例のストーマを造設した。その内訳としては、回腸ストーマ18例(43.9%)、結腸ストーマ23例(56.1%)、永久ストーマ23例(56.1%)、一時的ストーマ18例(43.9%)、悪性疾患31例(75.6%)、良性疾患10例(24.4%)であった。造設してから皮膚病変が合併した症例は25例(61.0%)認め、そのうち皮膚との離開が16例(39.0%)で最多であった。ストーマ造設から退院日までの平均入院日数は約19.9日で、30日を超える症例が5例(12.1%)であった。

30日を超える5例の原疾患は良性疾患4例(腸穿孔3例、直腸腔瘻1例)大腸癌1例であったが、5例のうち4例が基礎疾患にクローン病や潰瘍性大腸炎などの炎症性腸疾患や、関節リウマチ、シェーグレン症候群などの膠原病を合併していた。ステロイドや免疫抑制剤の投薬をしていた症例が3例あった。ストーマの合併症がないものは1例だけで、ほかの4例に関しては皮膚の離開や硬結等の合併症を認めた。

長期入院を要した症例は、炎症性腸疾患や膠原病等の全身疾患をベースにある場合が多く、その疾患の影響や、ステロイドや免疫抑制剤等の投与により創傷治癒が遅れ、ストーマトラブルを合併する傾向がある。ストーマ合併症だけでなく、術後に基礎疾患の悪化や術後合併症をひきおこすこともあり、通常の症例以上に綿密な全身管理が必要になると考えた。

O5-4

粘膜非翻転ストーマにおける翻転時期の皮膚障害への対策

○鈴木 千明、池田 千明、田中美由紀、
西林 直子、小山 文一

奈良県立医科大学附属病院

【はじめに】

非翻転ストーマは翻転ストーマよりもはるかに大きく歪な形状であり、先行研究では翻転過程でサイズが大幅に縮小すること、翻転日数は73～109日であることが明らかになっている。露出した皮膚への排泄物の付着に伴う皮膚障害の対策として、面板ストーマ孔のサイズ変更や装具の変更を行うが、その頻度や内容について述べられた文献はない。

【目的】

非翻転ストーマにおける翻転時期の皮膚障害への対策を明らかにする。

【方法】

A病院消化器外科で造設した非翻転ストーマ5症例を対象とし、翻転が完了するまでの時期の皮膚障害の状況、面板ストーマ孔サイズ・装具変更の頻度を調査する。

【倫理的配慮】

個人が特定されないプライバシーに配慮した。

【結果】

年齢 66 ± 12.8 歳、予定手術3例・緊急手術2例、術後在院日数 19 ± 3.4 日、初回ストーマ外来まで 13 ± 4 日であった。翻転日数71～113日、最大径から翻転完了まで長径 $29 \sim 54$ mm(52～64%)、横径 $22 \sim 55$ mm(52～66%)縮小した。装具変更は 4.2 ± 1.2 回、全症例で術直後から用手成形・リング状皮膚保護剤を近接部全周に使用した。近接部の皮膚障害あり1例、なし4例であった。皮膚障害ありの症例は初回外来まで19日と一番長く、その間に長径7mm横径12mm縮小した。

【考察】

5例中4例において、術直後から用手成形・リング状皮膚保護剤の使用を継続したことが近接部の皮膚障害の予防に有効であった。非翻転ストーマは翻転完了まで10日で5mm縮小し、最大径から50%以上縮小することが見込まれる。皮膚障害を生じた1例では、初回受診までの日数が19日であり、ストーマサイズが10mm以上縮小したことから露出皮膚の面積が大きくなったため、用手成形皮膚保護剤を使用しても排泄物の付着を予防できなかったと考える。翻転が完了するまでは、短期フォローによるストーマの急速なサイズの変化への対応が必要である。

【結論】

非翻転ストーマの翻転時期には、ストーマサイズは10日で5mm縮小し、最大径から翻転完了まで50%以上縮小する。用手成形・リング状皮膚保護剤で近接部を保護することでストーマの急速なサイズの変化による皮膚障害を予防できる。

O5-5

術後合併症による入院の長期化により精神状態が不安定となり、介入に難渋した1例

○石黒江理果¹⁾、由井 恵¹⁾、北條 莊三²⁾、
中島玖美香¹⁾、川口 智可¹⁾、立田 夏美¹⁾、
水野 裕子¹⁾

国立大学法人富山大学附属病院¹⁾、
富山大学大学院医学薬学研究部²⁾

【はじめに】術後合併症により入院が長期化し、疼痛や睡眠障害等により感情の起伏が激しくなり、介入に難渋した症例を経験した。症状緩和や、医療者と患者・家族で方向性を共有することで目標が明確となり、セルフケア確立に繋げることができたので、報告する。

【倫理的配慮】患者、家族に口頭にて説明し、同意を得た。個人が特定されないよう配慮した。

【症例】60歳代、男性。痔瘻痛に対して化学放射線療法後に骨盤内臓全摘術、回腸導管造設術、S状結腸人工肛門造設術施行。術後2日目、骨盤腔ドレーンを自己抜去し、術後13日目、尿管ステント閉塞に伴う尿路感染および骨盤死腔炎を生じ、入院が長期化した。術後83日目に転院となった。

【看護の実際】患者は、発熱や会陰創の疼痛による苦痛、睡眠障害、食欲不振があったため、ストーマケアは看護師主体で行った。疼痛に関しては緩和ケアチームに介入を依頼した。また、易怒性、うつ傾向を認めるようになり、神経精神科コンサルとなった。自宅が遠方であり、家族の面会も少なく、家族の協力が得られにくい環境であったことも患者にとって苦痛であったと思われる。抗生剤や局所治療を行い、全身状態が比較的安定したためセルフケア指導を進めようとしたが、感情の起伏が激しい状態が続いた。患者の思いを把握し、患者、家族とスタッフが目標を共有する必要性があると考え、医師に病状説明を依頼した。患者、家族の意向確認・意思決定支援を行い、医師、看護師、患者、家族と方向性を共有できたことで目標が明確となり、ストーマセルフケア指導を進めることができた。

【まとめ】様々な要因によりストーマセルフケア確立に向けたケア介入に難渋した症例を経験した。他職種と連携し症状緩和に努めるとともに、患者、家族の思いを確認し、医療者、患者、家族間で方向性を共有した。目標が明確になったことで介入がすすみ、ストーマセルフケアの確立に繋げることができた。

O5-6

骨髄異形成症候群の化学療法治療中に痔瘻悪化にてストーマ造設後Sweet病を発症し装具選択に難渋した一例

○村田 幾美、山本 大輔、西田 洋児

石川県立中央病院

【目的】骨髄異形成症候群（以下：MDS）の化学療法治療経過中に、痔瘻悪化にて肛門周囲膿瘍形成し、一時的ストーマ造設。術後ストーマ周囲にSweet病を発症したことで、装具選択に難渋した症例を経験したので報告する。【症例】70歳代男性。汎血球減少症にて他院より血液内科へ紹介。MDSと診断され化学療法開始。治療経過中に痔瘻が悪化し肛門周囲壊死性膿瘍形成。消化器外科へ紹介され、一時的ストーマ（S状結腸）造設。【経過】術後1日目装具交換。ストーマ粘膜・周囲皮膚に問題はなかったが、術後3日目にストーマ粘膜基部全周に暗赤色を認め、ストーマ周囲皮膚～左側腹部にかけ発赤・熱感がみられ、病棟より相談依頼あり。主治医より皮膚科コンサルト。単品系装具を選択し1～2日毎に装具交換実施。術後6日目、皮膚科での皮膚生検で、Sweet病と診断。術後10日目、ステロイド治療開始。ストーマ粘膜一部が壊死し、ストーマ周囲皮膚は、紅斑を伴う壊死性皮膚結節、浸出液を伴っており、面板の溶解が早く毎日の装具交換が必要な状態であった。発熱と肛門痛増強により術後回復が遅延し、経口摂取量が少ないため排便量はストーマ粘膜に付着する量であった。術後13日目、ストーマ管理について皮膚科医へ相談。排便の量が少なく、ストーマ周囲の皮膚症状部位への外的刺激を軽減するために装具を使用せずガーゼで管理することとした。ストーマ周囲皮膚洗浄後、外用剤塗布後ストーマ近接部をガーゼで保護し、ストーマ粘膜の乾燥予防のために水道水で湿らせたガーゼでストーマ粘膜を覆い、さらにその上にガーゼを追加。感染に配慮し、ある程度の便汚染がみられたらガーゼ交換する方法を病棟スタッフへ説明・指導を行った。その後、皮膚科医と連携し定期的に訪問。問題なく経過。【考察】MDSによる皮膚の脆弱やSweet病の皮膚症状を考慮し、Sweet病による皮膚症状が出現した時点で早期に皮膚科と連携することが重要であったと考える。【結果】ストーマ造設後、ストーマ周囲皮膚にSweet病を発症した症例を経験したが、ストーマ管理をストーマ装具からガーゼ管理へ変更したことが有用であった。

O6-1

当院における Hartmann 手術後の腹腔鏡下人工肛門閉鎖術の検討

○大嶋 恭輔、能浦 真吾、谷田 司、鈴木 陽三
市立豊中病院 消化器外科

【背景】

Hartmann 手術は S 状結腸や直腸における閉塞性大腸癌や穿孔において現在でも広く施行されている。術後高度な癒着が予想されるため、人工肛門閉鎖の際には従来開腹手術が選択されていたが、近年腹腔鏡下の人工肛門閉鎖術の報告も増えてきている。当院でも Hartmann 手術後の腹腔鏡下人工肛門閉鎖術が増えてきているが、その有用性や安全性は十分に検討されていない。

【対象】

2015年1月から2019年8月までに、Hartmann 手術後に腹腔鏡下人工肛門閉鎖術を施行した4症例を対象とした。それらの患者背景や手術関連因子や術後因子について後方視的に検討した。

【手術方法】

人工肛門閉鎖術の時期に関して明確な基準はないが、Hartmann 手術から3ヶ月以降に施行している。まず人工肛門を閉鎖、その周囲を切開し、腹腔内と交通させる。腹壁欠損部にラッププロテクターとEZアクセスを装着、臍からカメラポートを挿入する。さらにポートを追加し5ポートで腹腔内操作を開始する。腹腔鏡下に癒着剥離し、症例に応じて脾弯授動、直腸授動を加え DST 吻合する。腹壁欠損部は fascia を縫合閉鎖し、皮膚は巾着環状縫合で半閉鎖し、手術を終了する。

【結果】

年齢は66.5歳(40-83)、男女比は3:1、Hartmann 手術の契機となった疾患は直腸癌術後縫合不全1例、S状結腸憩室穿孔が3例であり、初回手術は開腹2例、腹腔鏡2例であった。Hartmann 手術から人工肛門閉鎖までは426(113-510)日であった。手術時間は303分(207-399)、出血量は67.5g(20-115)であった。開腹移行は0例であった。術後合併症は1例で認め、術後腹腔内出血(Clavien-Dindo分類 grade II)であった。術後在院日数(日)は11.5(11-15)であった。

【結語】

Hartmann 手術後の腹腔鏡下人工肛門閉鎖術は、全例で開腹移行せずに完遂できた。今後その有用性や安全性を検討するにはさらなる症例の集積が必要である。

O6-2

初回手術から4年半経過後に施行したハルトマンリバーサル手術症例

○舩越 徹¹⁾、宮田 照美²⁾、松村 理恵²⁾、
小柳 要¹⁾、山上 英樹¹⁾

J A北海道厚生連 札幌厚生病院 外科¹⁾、
J A北海道厚生連 札幌厚生病院 看護部²⁾

【初めに】

ハルトマン手術は、非腫瘍性疾患においても腸管穿孔・腹膜炎等に対して緊急手術として行われることが多い。その一方、基礎疾患の状態・再手術のリスクが懸念される場合にはストーマ閉鎖・再吻合(ハルトマンリバーサル)手術は必ずしも全例行われるとは限らない。結果、ストーマ管理困難によるADL低下等の問題があっても、閉鎖術の施行タイミングを逸したまま経過してしまう場合もある。また、長期使用していない腸管との再吻合に関する安全性については一定の見解はないのが現状である。

【症例】

70代女性、他院で虚血性腸炎・S状結腸憩室穿孔・腹膜炎に対して開腹ハルトマン手術(高位前方切除・S状結腸ストーマ造設)。血管合併症等のリスク、再手術のリスクに対する不安が強いためストーマ形成状態のまま経過観察となっていた。術後1年半経過時に患者のストーマ閉鎖・再吻合希望で当院外科紹介受診となったが、その際の病状説明では再手術施行の結論には至らずストーマ外来フォローとなっていた。その後徐々に傍ストーマヘルニアの悪化あり、術後4年3か月経過時に病状・再手術に関する説明を行った。過去の腹膜炎と虚血性疾患のリスクはあるものの、血管構築CT colonography、ストーマと経肛門からの大腸内視鏡で大腸壁の状態を確認、再吻合可能と判断して術後4年半時に結腸ストーマ閉鎖、広範囲腹腔内癒着剥離、結腸-直腸再吻合(経肛門端側吻合: Circular Side stapling Technique)を施行した。術後1日目に胃管抜去・再開、完全に炎症反応改善するのを待って6日目に食事再開、7日目にドレーン抜去した。創感染・吻合部障害含めて術後合併症は認めず、13日目に退院となった。術後の排便機能は問題なく、現状に満足されて定期通院を行っている。

【結語】

術後長期経過症例においても、状態を正確に評価して耐術可能と判断されればハルトマンリバーサル手術は問題なく施行し得た。

O6-3

人工肛門閉鎖術における陰圧閉鎖療法の有用性

○中村 慶史、寺井 志郎、蒲田 亮介、
野村 皓三、櫻井健太郎、斎藤 裕人、
岡崎 充善、平田 美紀、石川 聡子、
大島 慶直、真橋 宏幸、岡本 浩一、中沼 伸一
国立大学法人 金沢大学附属病院 胃腸外科

【背景】人工肛門閉鎖における創閉鎖には単純閉鎖法、環状縫合法などがあるが近年、陰圧閉鎖療法(NPWT: Negative pressure wound therapy)の有用性に関する報告が増加してきている。当科ではかつて単純閉鎖法や環状縫合法を行っていたが、近年環状縫合を行わずNPWTのみで創閉鎖を行っている。その有用性、特に切開部SSIの発生率について検討した。

【対象と方法】当科で人工肛門閉鎖術を施行した85例のうちNPWTを施行した53例を対象とした。実際の手術手技は、腸管再建後、腹膜と筋層は全層結節縫合で閉鎖し、皮膚・皮下脂肪欠損部にWet to dryドレッシング法を行い手術を終了する。術翌日よりNPWTを開始し、2~3日毎に交換、2~3回NPWT施行後、創の状態を確認し除去、退院とした。

【結果】年齢中央値は65(14~86)歳、男性66例、女性19例であった。背景疾患は、大腸癌55例、IBD10例、腹膜炎6例、憩室炎3例、瘻孔2例、GIST2例、NET1例、瘻炎1例、熱傷1例、フルニエ壊疽1例であった。閉鎖術式の内訳は、単純閉鎖法21例、環状縫合法11例、NPWT53例であった。ストーマ創の切開部SSI発生は、単純閉鎖法7例(33.3%)、環状縫合法1例(9.1%)、NPWT2例(3.8%)と有意にNPWTにおいて低率であった($p=0.0022$)。また上皮化までの期間は追跡可能であった46例で検討すると、退院後初回来院日(手術からの期間の中央値27(19~46)日)での上皮化は35例(76.1%)に認められ、上皮化までの期間は中央値31(19~96)日であった。

【結語】人工肛門閉鎖術において環状縫合を用いないNPWTのみによる創閉鎖は、創の上皮化までには時間を要するが、切開部SSIの発生率が低く有用と考えている。

O6-4

直腸癌術後のストーマトラブルにおける危険因子の検討

○神山 篤史¹⁾、渡辺 和宏¹⁾、鈴木 秀幸¹⁾、
唐澤 秀明¹⁾、梶原 大輝¹⁾、大沼 忍¹⁾、
高橋 真紀²⁾、渡辺 涼子²⁾、亀井 尚¹⁾、
内藤 剛¹⁾、海野 倫明¹⁾

東北大学病院 消化器外科学¹⁾、東北大学病院 看護部²⁾

背景：腹腔鏡手術や抗癌剤治療の進歩による直腸癌の治療選択の拡がりに伴い、一時的も含めてストーマ造設患者数は近年増加している。

目的：直腸癌患者におけるストーマ患者の特徴とストーマトラブルの危険因子を検討する。

対象・方法：2017-2019年に当科で直腸癌に対してストーマ造設を施行した患者を抽出し、ストーマトラブルの危険因子を後ろ向きに検討した。

結果：計125例の直腸癌手術症例のうち、62(50%)例でストーマ造設が施行されていた。ストーマ症例の背景は、男性:40(65%)例、手術時年齢:63(25-88)歳、BMI:22(16-29)、緊急手術:10(16%)例、病期0/I/II/III/IV/再発:3(5%) /17(27%) /7(11%) /21(34%) /9(15%) /5(8%)例。アプローチ方法は開腹/腹腔鏡/ロボット:21(34%) /30(48%) /11(18%)例。ストーマ形態は小腸:34(55%)例、単孔:21(34%)例、永久:29(47%)例であった。術後抗癌剤使用は29(47%)で認めた。

軽度なものを含めるとストーマトラブルは38(61%)例に認めた。このうち皮膚障害でDETスコア4点以上の症例は9例あり、危険因子は男性:9(100%)例($p=0.016$)であったが、抗癌剤使用は6(67%)例($p=0.19$)であり有意差はなかった。また、stoma outlet obstruction(SOO)は5例にあり、危険因子はロボット手術:4(80%)例($p=0.0007$)、小腸ストーマ:5(100%)例($p=0.034$)、一時的:5(100%)例($p=0.03$)、双孔式:5(100%)例($p=0.037$)であった。まとめ：今回の検討では観察期間も短いためか抗癌剤使用は皮膚障害に大きく影響はなかった。一方で、SOOに関してはロボット手術の一時的双孔式回腸瘻造設で多い傾向にあり今後の課題である。

O6-5

一時的人工肛門に適しているのはIleostomyか、Colostomyか？

○佐々木 滋¹⁾、中村 純一¹⁾、秋谷 雅之¹⁾、
小泉 美紀²⁾、堀江比呂美²⁾

さいたま赤十字病院 外科¹⁾、
さいたま赤十字病院 看護部²⁾

【はじめに】直腸癌に対する手術で吻合が低位となる場合には一時的人工肛門を造設することが少なくない。また、緊急手術においては特に一時的人工肛門を造設する場合も多い。その際、回腸を用いるか、(横行)結腸を用いるかということには定まった見解はない。そこで当院における一時的人工肛門造設症例をretrospectiveに比較・検討した。

【対象・方法】2014年1月-2018年12月の期間に一時的人工肛門を造設した231例。年齢・性別・初回手術時の人工肛門関連合併症・閉鎖までの期間・閉鎖時の合併症等を比較・検討した

【結果】全症例の年齢中央値は71歳で、男性147例、女性85例であった。Ileostomy(I群)99例、Colostomy(C群)132例であった。そのうち実際に人工肛門閉鎖術を施行したのはI群56例(56.6%)C群22例(16.7%)であった。初回手術の人工肛門関連合併症はI群43例(43.6%)、C群38例(28.8%)とI群に有意に高い傾向であったが、皮膚のびらんなどの症例を除くとI群17例(17.2%)、C群23例(17.4%)と統計学的有意差は認めなかった。C群はI群より緊急手術の割合が高く、死亡例も有意に多い傾向にあった。閉鎖までの期間は両群ともに6ヶ月程度であり有意差は認めなかった。閉鎖時の合併症頻度はI群14.3%、C群28.8%とI群に低い傾向にあったが、有意差は認めなかった。ただし、皮膚閉鎖の方法は、線状に通常通りの縫合より環状縫合または環状縫合に持続吸引システムを併用する方が合併症が減少する傾向にあった。

【考察】当院の検討では両群間に優劣はつけられなかった。皮膚トラブルが特別に問題となる症例以外では、状況に応じて、より安全に短時間で造設できる方法を選択することが重要と思われた。

O6-6

直腸癌手術におけるDiverting ileostomyの検討

○古屋 信二¹⁾、中田 祐紀¹⁾、須藤 誠¹⁾、
小久保恵理²⁾、金丸 明美²⁾、高橋 和徳¹⁾、
滝口 光一¹⁾、清水 浩紀¹⁾、塚原 勇¹⁾、
山本 淳史¹⁾、齊藤 亮¹⁾、丸山 傑¹⁾、
芦澤 直樹¹⁾、赤池 英憲¹⁾、細村 直弘¹⁾、
河口 賀彦¹⁾、雨宮 秀武¹⁾、川井田博充¹⁾、
河野 寛¹⁾、市川 大輔¹⁾

山梨大学医学部附属病院 第一外科¹⁾、
山梨大学医学部附属病院 看護部²⁾

【背景】近年、直腸癌手術の治療技術は目まぐるしく進歩している。その要因としては、ロボット支援下手術の導入、腹腔鏡手術の定形化、術前化学放射線療法などが挙げられる。結果、肛門温存手術の増加に伴い、Diverting ileostomyの症例も増えている。しかし、ストーマ関連合併症は患者のQOLを低下させるとともに、入院の長期化や補助化学療法など治療開始の遅れにもつながることが危惧され、その対策は重要な課題である。

【目的】当院での直腸癌切除術時のDiverting ileostomyにおける合併症の現状やその転機を明らかにする。

【対象と方法】2009年1月から2019年4月までの直腸癌手術にてDiverting ileostomyを施行した46症例を対象に、その治療成績・転機について後方視的に検討した。

【結果】患者背景において年齢中央値は66歳で(30歳から88歳)で、男性33例、女性13例であった。術前化学放射線療法は20例(43%)で行われていた。腹腔鏡手術が9例、開腹手術が37例であり、吻合法は経肛門的手縫い21例、25例はDouble stapling techniqueであった。ileostomyからの最大排液量の中央値は1125mlであり、1500ml以上の排液過多は14例(30%)において認められた。縫合不全、膿瘍、瘻孔形成、狭窄が原因で4例(9%)において閉鎖ができず、6例においてストーマ再造設が必要となった。ileostomyを閉鎖した症例において閉鎖までの期間の中央値は134日(33日から2480日)であった。腸閉塞は10例(22%)において認められ、outlet obstructionと判断されたのは1例であった。縫合不全は19例(41%)において認め、10例でドレナージ術などの介入が必要となった。9例は注腸検査で判明した不顕性のminor leakであった。

【考察】今回直腸癌手術において縫合不全を予防するためにDiverting ileostomyを造設したにもかかわらず、縫合不全にて閉鎖できなくなった症例が存在することがわかった。一方、外科的介入を必要としないminor leakも存在することからDiverting ileostomyが縫合不全による重篤な合併症を防いでいる可能性も示唆される。今後さらに症例を集積し直腸癌手術におけるDiverting ileostomyの有用性を検討することが必要である。

O7-1

急性期病院外科差額病棟におけるストーマ造設患者への退院後訪問指導の実態調査

○笠原 舞、石飛 一枝、藪本 斉子

飯塚病院 看護部

【目的】ストーマ造設患者への退院後訪問指導の実態を調査し患者支援の示唆を得る。【方法】2018年4月～2019年3月までに、外科差額病棟へ入院しストーマ造設術を受けた患者22名の診療録より、退院後訪問指導を行った患者の退院時のストーマセルフケア習得状況、訪問時に指導が必要であったセルフケア過程、退院後訪問指導回数などを後ろ向きに調査した。【結果】自宅退院した患者は、22名中18名(81.8%)であり、18名全員が退院後訪問指導を希望し実施していた。平均年齢68.4歳(47～84歳)、退院時のストーマセルフケア習得状況は、便廃棄を94.4%が自己で行い、ストーマ装具交換は33.2%が他者の支援を受けていた。面板剥離～シャワー浴によるスキンケアまでの過程は、ケアの主体者全員が退院時に確実に習得できていた。退院後訪問時に最も支援を要す過程は、ストーマ装具貼付時の中央の位置を確定する過程であり44.4%に支援が必要であった。訪問回数は、1回44.4%、2回27.2%、4回16.7%、5回11.1%であった。4回以上の退院後訪問を実施したのは、術後経過が順調かつ家族背景などにより早期退院した患者や、予期せぬストーマ造設による退院後の生活への不安が強かった患者、ドレーン抜去部や会陰創の創傷管理を要する患者であった。また全員が主治医診察日にストーマ外来への継続看護へつなげていた。【考察】退院時に、ケアの主体者がおおむねのセルフケア過程を習得できている中、自宅退院した全員が退院後訪問を希望した背景には、安心感を得ることに加え、差額病棟への入院という経済的余裕が関連していると考えられる。ストーマセルフケア習得以外に創傷管理を要する場合に、退院後の生活への不安が増強することが示唆され、複数回の退院後訪問は不安の軽減へつながったと考える。【結論】1. 退院時にケアの主体者がストーマセルフケアにおけるおおむねの過程を習得できていたが、自宅退院した全員へ退院後訪問指導を実施していた。2. 退院時に患者やケアの主体者が不安を感じていることを明確に把握し、退院後訪問時に確認・指導を行うこと、また主治医の外来診療やストーマ外来への継続看護へつなげることが重要である。

O7-2

ストーマ造設後の退院後訪問指導の効果と今後の課題

○鈴木 有美¹⁾、遠藤 俊吾²⁾、五十畑則之²⁾、根本鉄太郎²⁾

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院患者支援センター¹⁾、公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院 大腸肛門外科²⁾

【目的】当院でストーマ造設術を受けた患者は術後10日程度で退院となる。しかし、ストーマセルフケア習得には時間的に十分ではなく、不安をかかえたまま退院となるケースもある。そこで2017年度からストーマケアに不安のある症例に対して退院後訪問指導を行ってきた。この指導を振り返り、退院後訪問の有効性を報告する。

【方法】当院の退院後訪問指導のフローチャートに準じ、承諾が得られた患者に訪問を実施した。2017～2018年度に退院後訪問を行った症例について振り返りを行った。退院後訪問指導を行った患者は5名で、年齢は65～79歳(中央値71歳)であった。全例が大腸癌でストーマを造設した患者で、術後在院日数は9～16日(中央値12日)であった。

【結果】訪問回数は1回が3例、2回が1例、4回が1例であった。病棟看護師と同行した訪問は2例・3回であった。訪問看護師同行加算を算定した患者は1例で同行回数は1回であった。対象患者の家族構成は、独居が1例、配偶者と2人暮らしが2例、配偶者やその子供と同居が2例であった。患者に対し、在宅でのストーマ装具交換方法や排泄物の処理方法の指導を行った。家族への指導としては、ストーマ装具を貼る、腹壁のしわをのぼすなどの患者ができない行為を抽出して、そのサポート方法を指導した。この結果、全ての症例でストーマ装具交換を1人、または家族の協力を得て実施することができるようになった。

【考察】退院後のセルフケアを開始する時期に訪問指導を行ったことで、問題点の抽出が容易となり、ストーマセルフケアにおける家族の役割分担も明確にすることができた。また、退院後訪問指導に病棟看護師が同行したことで、入院中の情報を得ながら、自宅での状況を把握できたため、問題点や今後の計画が明確になった。

【結論】退院後訪問指導はストーマセルフケアの確立に有用な手段である。訪問にあたっては、病棟看護師が毎回同行することは難しいため、入院中からの情報交換が必須である。ストーマ造設後の退院後訪問指導においては病棟業務と業務で同行できる環境づくりが必要と考える。

07-3

動画を用いたストーマ造設患者のセルフケア確立支援

○細川ひかり、後藤佳奈子、黒澤 瑞恵、飛澤 貴子
大曲厚生医療センター

【目的】 当院は医師から外来でストーマ造設について説明されるが、詳しい説明は入院後に行う事が多い。そのためストーマケアは術後に指導することが多く、手術から退院までの時間も短く、患者・家族より不安の声が聞かれている。パンフレットだけでなく動画を作成し、より短時間でのストーマについての理解やイメージができるよう本研究に取り組んだ為、その結果を報告する。

【症例】 60代、男性1症例とその家族。直腸癌のため手術目的で入院となった。入院後ストーマ造設の可能性を説明された。ストーマ造設せず手術を終了したが、縫合不全のため緊急手術となりストーマ造設となった。【研究方法】 ストーマ造設術前後のケアに関する「ストーマとは何か」「ストーマサイトマーキングについて」「ストーマ装具交換方法」「退院後の生活」の動画を作成した。術後、オレムのセルフケア理論（全代償、一部代償、支持・教育）を用いてストーマ造設患者のセルフケアを定期的に評価し、ストーマ装具交換時、患者や家族の反応について記録した。【結果】 術後から、ストーマや創の状態について本人へ説明し介入したことで、ボディイメージの変化を受け入れた。術後3日目に動画視聴を希望した。術後8日目に妻と共にストーマ装具交換を行った。術後11日目に、A氏自ら積極的に関わる姿があった。術後18日目に、ストーマ装具交換を多少の介助を要しながら、一連の流れを行うことができた。退院後は、ストーマ外来を通して社会復帰に向けて関わった。【考察】 ストーマや創の状態について本人へ説明しながら介入したことで、ボディイメージへの変化を受け入れ、動画視聴を希望する行動に繋がったと推測する。同時に妻への指導がA氏への働きかけとなり、妻の手技に対して意見を積極的に発言する行動変容に繋がったと考える。A氏にあったストーマ装具やアクセサリを選択したことは、A氏の不安を軽減し、前向きに社会復帰に繋げるきっかけになったのではないかと考える。今後は症例を増やし、動画を視聴する時期を検討していくことが課題である。

07-4

スクリーニング版オストメイトQOL調査票の作成とストーマ外来への活用

○上川 禎則¹⁾、進藤 勝久²⁾、大西 直³⁾、
福永 睦⁴⁾、中田 健⁵⁾、本田 優子⁶⁾、
山口富士子⁷⁾

大阪市立総合医療センター 泌尿器科¹⁾、
医療法人 宝生会 PL病院²⁾、
西宮市立中央病院 外科³⁾、兵庫県立 西宮病院 外科⁴⁾、
堺市立総合医療センター 大腸肛門外科⁵⁾、
大阪市立総合医療センター 看護部⁶⁾、
医療法人 宝生会 PL病院 看護部⁷⁾

【背景および目的】 従来のオストメイトQOL調査票はオストメイトの多様なQOLの状態を評価できるが、設問数の多さのため回答に時間がかかり、外来診療で簡便に利用するには適さなかった。今回、外来診療で簡便に活用しうるスクリーニング版オストメイトQOL調査票（スクリーニングQOL調査票）を作成し、スクリーニングとしての適合性を統計学的に検証した。

【方法】 昨年まで当研究班で作成・改訂してきた24の質問からなるオストメイトQOL調査票（改訂QOL調査票）を元に、7つの質問からなるスクリーニングQOL調査票を作成した。2019年3月～5月、改訂QOL調査票とスクリーニングQOL調査票を合わせた31の質問で構成された調査票を用いて、日本オストミー協会の会員および当研究班の所属施設のストーマ外来を受診したオストメイトに対してQOL調査を行った。日本オストミー協会会員には会報誌による郵送、ストーマ外来を受診したオストメイトには対面で回答を得た。得られたデータを統計学的に解析し、スクリーニングQOL調査票のスクリーニングとしての適合性を検討した。

【結果】 909名より有効な回答を得た。男女比は、1.4 : 1、年齢は24～97歳で中央値は73歳。ストーマ内訳は、結腸ストーマ605名、回腸ストーマ75名、尿路ストーマ242名、ダブルストーマ15名であった。スクリーニングQOL調査票の各因子は探索的因子分析で7因子に分かれ、スクリーニングの質問としての信頼性が確認できた。一方、スクリーニングQOL調査票7項目と改訂QOL調査票24項目との確証的因子分析、構造方程式モデリングでは、概ねよい適合度を得たものの、スクリーニングの各項目が改訂QOL調査票の全項目をカバーしてスクリーニングできているとは言えなかった。

【今後の展望】 今後、質問の修正、増減を行い、より鋭敏かつ簡便にオストメイトのQOLを評価できるスクリーニングQOL調査票の改訂を行いたい。このスクリーニングQOL調査票をストーマ外来に組み込むことにより、オストメイトの心身の問題を早期に発見し、真のストーマリハビリテーションが可能となると考える。

O7-5

緊急ストーマ造設者用のセルフケアプログラム導入による評価

○寺崎 文子、高橋真理子、木村 裕子、
高橋絵里子、太田 美穂

山形市立病院済生館

【目的】

緊急ストーマ造設患者は全身状態が悪く、局所陰圧閉鎖療法中の為、従来のストーマリハビリテーションプログラム（以下従来のプログラム）による患者への指導開始が遅れていた。そこで、平成30年4月から緊急ストーマ造設した患者と家族に対して、従来のプログラム使用前にセルフケアプログラム（以下プログラムとする）を新たに作成・活用した結果を開始前と比較し評価する。

【方法】

緊急でストーマ造設し自宅退院となった患者、プログラム開始前のH29.4.1～H30.3.31（以下A群）8名、平均年齢79.7歳、プログラム開始後のH30.4.1～H31.3.31（以下B群）6名、平均年齢70.8歳を対象とした。プログラムの内容は、手術翌日から家族にスケジュール表を基にケア内容を説明し、セルフケアはストーマ模型（以下模型）を使用し練習した。スタッフは、ストーマケアシートを使い指導内容を継続できるように記録を統一した。A群とB群のケア主体者、平均在院日数、指導開始時期、指導介入回数、ケア習得までの日数について比較検討した。

【結果】

- 1.A群B群共にセルフケアは全て家族の介助を受けており、家族は配偶者・子供・嫁・姉妹であった。B群の家族から「模型は簡単なのに、実際のものは違うのね」等の感想があった。
- 2.指導開始時期はA群20.3日、B群2.8日と早期から指導でき、ケア習得までの日数はA群32.5日、B群17.1日と短縮した。
- 3.指導介入回数はA群実践5.9回、B群模型2.6回、実践3.2回であった。
- 4.在院日数はA群44.3日（±10.9日）で、B群は34日（±7.3日）と短縮した。

【考察】

ケア習得日数が短縮できたのは、指導対象者を患者ではなく家族へ、手術翌日から計画的に模型を使用した練習によりケアのイメージがし易かった為と考える。更に、患者・家族へケア指導を行う従来のプログラムを開始する時には、ケアをイメージできている家族が患者の理解者となり精神的なサポートにも繋がっていたと思われる。

【結論】

患者より先に家族がセルフケア指導を開始しイメージできる事、そして患者の支えとなり共にケア練習を実施できる事が、習得日数の短縮に繋がると示唆された。

O7-6

スマートフォンを活用した改訂版SSM動画によるストーマケアの質の向上

○工藤 智也、岡島 慶子、安田 慶子、
相澤 宏実、竹之内美樹、宇田川 勝

J Aとりで総合医療センター

【はじめに】

A病棟は消化器外科、泌尿器科病棟であり、ストーマサイトマーキング（以下SSM）を行う機会が多い。前年度、SSM施行時の看護師側の不安軽減を目的にSSM手技の動画を作成し、技術の習得を図ったことを報告した。その後、このSSM動画に対して、看護の基本、体格別や皺・瘢痕等を有する高難度症例に対するSSMの実践、CTでの腹直筋計測法等の新たな問題点が浮上した。そのため、それらを盛り込んだ、より詳細な動画を作成し、更なるストーマケアの質の向上に取り組んだので報告する。

【研究方法】

期間：2019年8月～2019年9月

対象：A病棟看護師21名

方法：新たに作成した動画をスマートフォンで共有した上で視聴した。内容は看護の基本、体格別や皺・瘢痕などを有する高難度症例に対するSSMの実践、CTでの腹直筋計測法などの項目を新たに追加し、動画視聴前後に聞き取り調査でその理解度を評価した。

倫理的配慮：調査結果は、研究以外の目的では使用しないことを本研究参加者に口頭で説明し、同意を得た。

【結果】

聞き取り調査の結果は、SSMの目的：視聴前38%、視聴後100%、高難度症例：視聴前71.4%、視聴後100%、腹直筋計測法：視聴前90.5%、視聴後100%と3項目全てにおいて、改訂版SSM動画視聴の効果が現れていたが、特に『SSMの目的』においてその効果は顕著であった。また、視聴後に、『SSMによる術後のQOLへの影響を認識できた』という意見や、『ストーマを造設しなかった患者に対し、「ストーマにならなくて良かったですね」という安易な発言をしてしまったことを反省した』という意見が聞かれた。

【考察】

経験年数が浅い看護師は手技優先になる傾向がみられていたが、改訂版SSM動画視聴により、看護の真の意義を再認識することができた。また、術前に精神的苦痛を感じている患者に対して、医療者側がストーマに関する否定的発言をしていたことに改めて気づき、今後のストーマケアに対する意識変革にも繋がったと考える。

【まとめ】

スマートフォンを活用した改訂版SSM動画作成により、ストーマケアに関する認識を新たにし、SSMとストーマケアの質の向上、ならびに看護の基本の再認識に繋げることが出来た。

O8-1

当院における柔らかい凸面装具の有効性について～手術後の平均在院日数を比較して～

○武重 善子

長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院 佐久医療センター

【はじめに】近年、平均在院日数の短縮化が進み、腹腔鏡下での手術件数が増加していることで、手術後の入院期間も短縮化が図られている。そのため、手術後早期より社会復帰装具を選択する必要性があるが、手術後の身体症状の変化、術後合併症により装具選択に時間を要し、入院期間が長期化する場合がある。そこで、近年登場した柔らかい凸面装具が手術後の入院期間の短縮化に影響しているかを後方視的に検討したため、ここに報告する。【倫理的配慮】個人が特定できないように配慮した。【方法】2019年4月1日～2019年8月31日に自部署で人工肛門を造設した症例44例(うち2例が人工肛門+回腸導管造設)の使用装具と手術後の平均在院日数を比較した。【結果】1.44例の手術後の平均在院日数は22日であり、柔らかい凸面装具で退院した症例が30例で手術後の平均在院日数は22日、平面装具が8例で18日、凸面装具が8例(うち2例が回腸導管)で24日という結果であった。2.予定での人工肛門造設は26例、緊急が13例、準緊急が4例、術中に術式変更となった症例が1例。43例がストーマサイトマーキングを実施している。【考察】柔らかい凸面装具を使用し退院する患者が最も多いが、選択までに時間がかかり手術後の平均在院日数も長い。手術直後は平面装具を選択することが多く、術後経過により対応困難となり柔らかい凸面装具に製品を変更し決定に至る症例が多かったことが、在院日数を長くしていると考えられる。ストーマサイトマーキングを実施していても、縫合不全や腸管壊死等の緊急手術や腫瘍穿孔による姑息的手術の場合では、手術後に腹壁が変化し管理困難となっている。姑息的手術の場合では面板が決定しないことでその後の治療の開始時期を遅らせてしまう。【結論】柔らかい凸面装具は手術後変化する腹壁やストーマ、便性状の変化に対応できるため、スタッフに周知し装具に関する知識を深め、早期に選択し使用していくことで、手術後の入院期間の短縮化を図れる可能性がある。

O8-2

ストーマ・腹壁の変化を見据えた柔らかい凸面装具使用の経験から

○長間 優美

沖縄県立宮古病院

【はじめに】

当院ではストーマ造設者の装具選択において、ストーマの高さや腹壁の状態によって、平面装具又は凸面装具かを決定し、必要に応じアクセサリ品を組み合わせている。しかし平面装具で退院し、その後ストーマ・腹壁の変化に伴い、凸面装具への変更等を追加した症例がある。変更した患者の中には、便漏れにて数回の装具変更が行われ精神的負担が生じ、同時に複数の手技習得を求められる結果となっていた。昨今、患者の高齢化、在院日数の短縮に伴い、患者の円滑な手技習得やシンプルケアが求められている。今回、高齢患者に対して柔らかい凸面装具への変更を行い、円滑な手技習得に繋がった症例経験を報告する。

【症例】

80代男性 直腸癌、ハルトマン手術施行、横行結腸に単孔式ストーマ造設。ストーマサイズ：縦34×横32×高さ15mm、左第1指～第5指火傷の影響で関節に制限。

【看護の実際】

術後ストーマの高さ腹壁の状態から平面装具を選択したが、6時方向のしわより浮きがみられ、補正テープを使用した。浮腫が軽減、腹壁が変化したことから、装具から便が漏れることが考えられた。漏れを起こすことやアクセサリ品の追加が必要になると、ストーマに対する否定的なイメージが増強し、受容・セルフケアに影響することが考えられた。そのため、しわに密着し便漏れの予防効果が得られやすい柔らかい凸面装具へ変更した。使用后、患者は円滑な手技習得に至った。その後、訪問看護導入にて自宅退院となった。自宅でも漏れはなく訪問看護師は見守る程度となり、造設前と同じ日常生活を送られている。

【考察】

柔らかい凸面装具を選択したことは、術後でも腹壁に過剰な圧をかけることなく、しわにも密着し装具からの便漏れを予防することができた。そのことは早期のストーマ受容に繋がったと考える。また、複数のアクセサリ品を使用することなく、シンプルな装具交換が可能になったことは円滑なセルフケアの習得に繋がった。

患者の高齢化が進み、在院日数が短縮される中、自己管理を見据えた装具選択は重要である。その為、装具選択する上で腹壁の変化を予測し、術後早期の柔らかい凸面装具も考慮していく必要があると考える。

O8-3

足台を用いた排便姿勢での股関節の屈曲角度に関する検討

○槌野 正裕、高野 正太、高野 正博

大腸肛門病センター高野病院

【背景】当院は大腸肛門病センターとして、排便障害に対する診断治療や臨床研究に取り組んでいる。過去には体幹を前傾した姿勢で怒責することでARA(anorectal angle)が鈍角になり排便に適していることを発表した(日本ストーマ・排泄会誌Vol.31, No.2, Jun.2015)。また、近年は足台を用いることで排便が行い易くなるとされ、先行研究(Pelvipерineology 2018:37)では、通常の便座と比べて足台のみを用いて怒責してもARAやPR(puborectalis)の差は認めなかったが、足台を用いて前傾姿勢になることでARAは鈍化し、PRが弛緩することで、排出率が増加する傾向があると報告した。これには、股関節の屈曲角度が何らかの影響を与えていると考えられるが、はっきりとした報告は見当たらない。今回、Defecography検査で通常便座と足台を用いた際の仙骨と大腿骨の為す角がARA等に関係するか検討したので以下に報告する。

【対象と方法】理学療法士が介入してバルーン排出訓練を行った排便障害131症例の中で、足台が用いられていた10例(男性8例、女性2例、平均年齢61.9±15.6歳)を対象とした。通常便座と足台を使用した安静座位のDefecographyの静止画像から α 角(大腿骨頭中心を頂点として大腿骨長軸と仙骨岬角を結ぶ角)、ARA、PR、PD(Perineal Descent)の計測を行い比較検討した。

【結果】通常便座vs足台使用で、ARAは $118.9^\circ \pm 10.3^\circ$ vs $135.7^\circ \pm 13.5^\circ$ 、 α 角は $78.6^\circ \pm 6.7^\circ$ vs $61.8^\circ \pm 13.4^\circ$ 、PRは $91.5\text{mm} \pm 11.2\text{mm}$ vs $102.0\text{mm} \pm 16.1\text{mm}$ 、PDは $76.3\text{mm} \pm 8.4\text{mm}$ vs $81.8\text{mm} \pm 11.1\text{mm}$ であり、ARAと α 角についてはMann-Whitney U検定で有意差を認めた。また、足台使用の値と通常便座使用時の値との差に関しては、ARAと α 角で相関係数 -0.749 、 $p=0.0102$ と負の相関関係を認めた。

【考察】今回の結果から、仙骨と大腿骨のなす角が小さいほど、ARAは鈍化する可能性が示唆された。このことは、股関節や骨盤に対する運動療法が排便障害の治療に役立つ可能性が考えられるため、今後症例数を増やして検討を行いたい。

O8-4

高齢者女性の便失禁における生理学的小および形態学的検査の特徴

○錦織 英知、高野 正太、田淵 聡、伊禮 靖苗、濱田 博隆、桑原 大作、深見 賢作、中村 寧、久野 三朗、辻 順行、山田 一隆、高野 正博

大腸肛門病センター高野病院

【背景】

本邦において便失禁症状を呈する患者は約500万人と推定され、性別では女性が7割強を占めると報告されている。便失禁診療ガイドライン2017年版では便失禁診療における生理学的小検査には直腸肛門内圧検査、直腸肛門感覚検査、陰部神経伝導時間検査、肛門筋電図検査、また形態学的検査には肛門管超音波検査が記載され、便失禁の臨床的評価の一助になるとされているがエビデンスが乏しく一部の検査においてはその信頼性の低さから臨床的な意義が低いとされている。

【目的】

高齢者女性の便失禁における生理学的小・形態学的検査の特徴を検証すること。

【対象と方法】

2017年8月-2019年5月に当院を受診し、直腸肛門内圧検査、直腸肛門感覚検査、陰部神経伝導時間検査、肛門筋電図検査、肛門電気感覚検査およびラジアル式肛門管超音波検査(以下、肛門US)を施行された女性196人が対象。健常群と便失禁患者群、および便失禁患者群を75歳以上の高齢者群と75歳未満の非高齢者群に分けて諸検査結果の特徴を後方視的に比較検証した。

【結果】

年齢平均65.2歳、経産分娩回数平均1.82回。便失禁症状を有しない健常群(94人)vs便失禁症状を有する失禁群(102人)で年齢60.0vs70.0歳($p<0.01$)、経産分娩回数1.59vs2.03回($p=0.01$)と患者背景に有意差を認めた。内圧検査にて最大静止圧(以下、MRP)89.9vs60.4mmHg($p<0.01$)、最大随意収縮圧(以下、MSP)235.2vs195.9mmHg($p<0.01$)と有意差を認め、また肛門USにおいて括約筋損傷を示唆する症例が5人(5.3%)vs30人(29.4%)($p<0.01$)と有意に失禁群で多かった。肛門電気感覚検査において6.6vs8.3mA($p<0.01$)と有意差をもって失禁群で肛門の知覚鈍麻を認めた。また失禁群102人を非高齢者群(45人)vs高齢者群(57人)に分けて比較検討したところ、内圧検査でMRP70.1vs54.5mmHg($p<0.01$)、MSP216.6vs188.1mmHg($p=0.02$)と高齢者群で有意に低く、肛門電気感覚検査では7.0vs9.2mA($p<0.01$)と有意差をもって失禁群で肛門の知覚鈍麻を認めた。

【結語】

高齢者女性の便失禁患者では安静時圧および随意収縮圧の低下を認めると共に肛門感覚の知覚鈍麻が失禁症状に影響している可能性が示唆された。

O8-5

複数の血管新生阻害薬投与中に生じたストーマ周囲皮膚潰瘍症例から学んだアセスメントとストーマ装具の影響

○千田由美子¹⁾、藤原 翔²⁾

岩手県立中部病院 看護科¹⁾、岩手県立中部病院 外科²⁾

【背景】 Ramucirumab 併用 FOLFIRI 療法中の皮膚潰瘍発現率は国際共同第Ⅲ相無作為比較試験において1.1%である。また、これまでにストーマ周囲皮膚潰瘍の報告例は1例である。

【倫理的配慮】 発表について本人より同意を得るとともに個人が特定されないように配慮した。

【症例】 50歳代、男性。直腸癌、多発肝転移、肺転移、リンパ節転移にて双孔式S状結腸人工肛門を造設。1次治療の bevacizumab を併用した化学療法では潰瘍発現なく経過。3次治療の aflibercept 併用 FOLFIRI 療法開始後ストーマ近接部に潰瘍を形成。FOLFIRI 療法を2コース実施後、4次治療として ramucirumab 併用療法を開始。aflibercept 併用療法で発生した潰瘍は ramucirumab 併用療法5コース目に治癒。治癒時の装具は CPBE 系単品系凸面型装具だった。Ramucirumab 併用療法6コース目にストーマ近接部12時方向に有痛性皮膚潰瘍を生じた。ストーマサイズは23×24×3mm。CPBHS系単品系凸面型装具と伸縮性皮膚保護テープが使用されていた。潰瘍はストーマ装具の変更による外力が原因と判断し、皮膚潰瘍の局所管理は粉状皮膚保護剤のみ、ストーマ装具を CPBE 系単品系凸面型装具に変更した。Ramucirumab 併用 FOLFIRI 療法は減量せずに継続された。継続にも関わらず、潰瘍は治癒傾向であった。

【考察】 それぞれの血管新生阻害薬が潰瘍形成リスクに与える影響を直接比較した報告はない。Ramucirumab 併用 FOLFIRI 療法では、創傷治癒障害が現れた場合、治癒するまで投与中止、適切な処置を行うとある。しかし、今回の皮膚潰瘍症例では、CPBHS系単品系凸面型装具への変更と伸縮性皮膚保護テープを併用していたことにより、コンベックスがストーマの潰瘍治癒後の瘢痕創に外力を与え生じたものと考えられた。そのため、ストーマ装具が潰瘍に与える影響などをアセスメントし外力を軽減するような局所管理を行うことで日常生活と治療の継続が可能だったと考える。

【結論】 血管新生阻害薬投与中のストーマ周囲皮膚潰瘍発現時は、ストーマ装具の特徴を理解し、潰瘍に対する影響のアセスメントと局所管理により治療の継続は可能である。

O8-6

がん化学療法に伴うストーマ周囲皮膚障害に対し愛護的スキンケアにより改善した一事例

○上之段三奈、矢嶋 宮子

社会医療法人 ジャパンメディカルアライアンス 東埼玉総合病院

【はじめに】 がん化学療法に伴う皮膚障害は患者の身体的・心理的苦痛を伴う。今回ストーマ周囲にびらんを生じ苦痛を訴えていた患者に対し、訪問看護師と協同し愛護的なスキンケアを実施したことで皮膚障害が改善し、苦痛が軽減できたため報告する。

【倫理的配慮】 患者家族に同意を得、当院倫理・治療委員会で承認を得た。【利益相反】 無し。

【事例】 70代女性、直腸がん・多発性肺転移により20XX年10月横行結腸人工肛門造設術が施行された。翌年1月よりゼロダ+アバスタチン療法を17クール施行、同年12月よりベクティビクス単独療法に変更となった。翌年1月にストーマ周囲のびらんを生じ強い疼痛と装具装着困難にて看護ストーマ外来に相談となった。【方法】 石鹸洗浄はびらん部位の疼痛を伴ったため、泡洗浄剤を使用してびらん部位以外の清拭を行った。患者は以前処方されたステロイド軟膏の塗付を繰り返していたため、中止するよう指導し、びらん部位全体に粉状皮膚保護剤を散布、リング状用手成型皮膚保護剤を貼付後、CPBES系伸縮性皮膚保護剤ソフト凸面装具を貼付した。訪問看護師にケア方法を伝達し、訪問日に同行、ケアが適切に行われているか確認した。【結果】 介入10日後にびらんは改善、粉状皮膚保護剤の使用を中止し、ヘパリン類似物質ローションで保湿後、装具を装着した。介入後約1か月で面板貼付部位の皮膚菲薄化はあるものの保湿は保たれ、定期的な装具交換が可能となり、3か月に1回の定期受診となった。【考察】 加齢による皮膚バリア機能の低下がベースにあり、抗がん剤により角質層の菲薄化・皮脂腺や汗腺の分泌抑制でバリア機能がさらに低下したこと、長期にステロイド軟膏の使用を繰り返していたこと、漏れによる頻繁な装具交換で剥離刺激を繰り返したこと、びらんの発生と悪化に至ったと考えられる。加齢やがん化学療法施行中の皮膚の生理機能を理解し愛護的スキンケアを実践したことで皮膚障害の改善に繋がったと考える。【結論】 がん化学療法中のストーマ周囲皮膚障害に対し、愛護的スキンケアを実践したことで皮膚障害が改善し苦痛が軽減した。

O9-1

ストーマ装具貼付部にボーエン病が生じた事例 – ストーマ造設術後の長期支援の重要性 –

○渡辺 涼子、高橋 真紀、根本 良平

東北大学病院 看護部

【はじめに】 回腸導管造設後の長期間かつ定期的なフォローアップを行う中で、ストーマ装具の貼付面に生じたボーエン病に対して比較的早期に発見し治療につなぐことができた事例を経験した。外来での長期的なフォローの重要性を再認識した事例として報告する。

【症例】 A氏70代女性。膀胱癌のため20XX年当院にて膀胱全摘術、回腸導管造設術施行した。WOCセンターでストーマケアのフォローを開始し、ケア状況が安定し半年から1年毎フォローを行う間に皮膚変化に気づいた。

【経過】 術後7年経過した頃よりストーマ装具貼付部7時方向に色素沈着様の皮膚変化がみられたが、疼痛や拡大などはなく、定期的な受診で経過観察していた。術後11年経過時、色素沈着様の部分の発赤に変化し、びらん状となり痛みを生じるようになったため皮膚科を受診した。皮膚科ではボーエン病の診断で、腫瘍切除術が施行された。術前より手術創にも貼付する装具を本人や医師と検討、術直後用装具や本人持ちの装具、使用経験のある装具を活用しながらストーマケアを行った。退院後も手術創とストーマケアの双方のフォローのため、患者の負担を考慮し皮膚科受診に合わせて、皮膚科医の創部の診察とストーマケア状況の確認を同時に実施した。創部治癒状況も良好で、面板貼付部からの排泄物の漏れなどによる日常生活上の大きな問題は起こさず経過、現在は再び受診間隔を延長しながらフォローを継続している。

【考察】 ストーマ造設術後のフォローアップの期間や方法は、施設によって異なる。また、原疾患の診療科の終診に伴うストーマ外来受診終了または継続の判断基準、ケア状況が安定している場合の受診間隔の明確な基準はない。本症例ではケア状況の安定後も、長期かつ定期的なフォローを継続したことでストーマ周囲の状況の情報を蓄積・比較し異常への早期対応ができ、患者の利益や安心感につながった。

【まとめ】 ストーマ造設し長期経過後も、定期的なフォローを継続することでストーマに関する相談窓口が明確であることは、ストーマ保有者の新たな問題への早期対応につながり、生活の質を担保する上で重要である。

O9-2

再造設が困難なスキンレベルストーマのストーマ瘻孔にシートン法を応用し再手術せずに経過した一例

○嶋村まどか¹⁾、池 秀之²⁾

済生会横浜市南部病院 看護部¹⁾、
横浜保土ヶ谷中央病院 外科²⁾

【はじめに】

再造設が困難なスキンレベルストーマに発生したストーマ瘻孔に対し、痔瘻の治療に用いられるシートン法の応用と、ストーマの高さを維持するストーマ装具管理を行った結果、再造設せずに管理可能なストーマとなったため報告する。

【症例】

70才代女性。直腸癌でS状結腸ストーマを造設後、傍ストーマヘルニアとなり、根治術を2回施行された。その後消化管穿孔によるメッシュ感染・膿瘍形成にて当院に転院となり、腹腔鏡下横行結腸単孔式人工肛門造設術を施行した。ストーマには術後から血流障害や壊死、皮膚炎があり、術後10日目にストーマ粘膜に便が流出する瘻孔を確認した。ストーマはスキンレベルで瘻孔は深い位置にあり、広範囲の接合部離開と離開部への便の貯留、皮膚障害を生じていた。しかし再造設が困難な状況にあったため、痔瘻の治療方法であるカッピングシートン法を応用した方法（以下、シートン変法）にて瘻孔に手術用シリコンループをかけて結紮牽引した。また、ストーマ周囲には近接部の陥凹や広範な離開があったため、用手成形皮膚保護材、粉状皮膚保護材、固定ベルトを使用した。装具は、牽引した手術用シリコンループを固定するため、単品系窓付き平面型装具とした。処置後4日目、ストーマ狭窄を生じないよう二品系凸型はめ込み具内蔵装具へ変更した。その2日後、ストーマは単孔化した。処置後15日目から週2回の定期交換が可能となった。

【考察】

体表以下の深い位置に瘻孔が発生した場合、皮下の組織が便汚染の影響を受けて皮膚障害が悪化する可能性が高い。そのため、シートン変法にてストーマを単孔化し、便が横方向ではなく正面の1方向へ排泄されるようにしたことで、皮膚障害の悪化を予防できたと考えられる。またスキンレベルストーマの広範囲の離開には、装具管理にて近接部の圧迫補正を行ったことで、ストーマ狭窄や便のもぐり込みによる潰瘍の再燃を予防することができたと考えられる。

【結論】

体表以下に発生したストーマ瘻孔に対し、シートン変法にて瘻孔が治癒した症例を経験した。また、近接部の装具による圧迫補正がスキンレベルストーマの管理に有用であった。

O9-3

メトホルミン塩酸塩を中止し排出量が減少した high output stoma の1例

○北村 祐子

福山市民病院

〈はじめに〉 high output stoma (HOS) の原因は明らかではないが、脱水や電解質異常を引き起こし、患者の QOL 低下につながることも少なくない。今回、回腸ストーマから多量の水様便があり、メトホルミン塩酸塩中止直後に排出量が減少した患者を経験したため報告する。

〈事例紹介〉 A 氏 70代 男性 診断名：直腸癌術後、縫合不全、限局性腹膜炎 術式：一時的回腸ストーマ造設術 既往歴・基礎疾患：2型糖尿病

〈倫理的配慮〉個人が特定されないよう配慮した。

〈術後経過〉造設後3日目に食事を開始し、8日目にメトホルミン塩酸塩を再開した。ストーマから多量の水様便があり排液量は中央値1,691mL(930-2,280mL)で、補液を行うも眩暈やふらつきによる転倒、意識レベルの低下等の脱水症状、BUN 上昇をみとめた。ポリカルボフィルカルシウム、ロペラミド塩酸塩を開始したが排液量に変化はなかった。40日目にメトホルミン塩酸塩を中止したところ、直後から排液量が減少した。

〈結果〉メトホルミン塩酸塩中止翌日からの排液量は中央値673mL(330-1,050mL)に減少した。脱水症状、腎機能も改善し、68日目に自宅退院した。

〈考察〉HOSを引き起こす明らかな原因はわかっていないが、患者因子において糖尿病患者が有意に多かったとの既報例がある。また、国外ではメトホルミンを中止しHOSの改善がみられた事例が数件報告されている。メトホルミンの腸外作用には上部小腸からの糖吸収抑制があり、水分が吸収されず浸透圧性下痢の状態となった結果、排出量の増加を生じたと思われる。回腸ストーマからの多量の排出に対しては管理に難渋することも多く、補液、止痢薬、抗コリン薬等の薬物治療、水分摂取の指導等を要するが、併せて糖尿病の既往、内服している薬の作用機序を術前から評価していくことでHOSの予防につながる可能性があると考えられる。

〈結論〉メトホルミン塩酸塩は回腸ストーマにおいて排出量を増加させる可能性がある。

O9-4

ストーマ粘膜皮膚接合部に発生した肉芽のケアと治療の実際

○作間 久美¹⁾、横山 泰久²⁾

岐阜大学医学部 腫腸外科¹⁾、
医療法人聖真会 横山記念病院²⁾

【はじめに】報告する4症例のうち、1例は当院で3例は他院でストーマ造設術を受け、セルフケア時に生じる出血を主訴に、当院ストーマ外来を受診した。出血の原因はストーマ粘膜皮膚接合部に発生した肉芽であった。皮膚保護剤や装具の検討と外科的処置も併用し、全例症状の改善を認めた。各症例のストーマケアと治療の経過を報告する。

【倫理的配慮】対象者に同意を得て個人が特定されないよう配慮した。

【対象患者】保有ストーマの種類はコロストミー3例、イレオストミー1例。造設から初診時までの期間は20年以上1名、13年1名、5年1名、2年1名。年齢は90歳台1名、70歳台2名、40歳台1名。肉芽形成範囲は、ストーマの全周1例、半周以内2名、半周以下1名であった。

【ストーマケア・治療の実際】対象の局所所見から、発生原因の特定、肉芽の大きさと数、装具の特徴と使用間隔を把握しケアプランを決定した。ストーマケアは、装具と使用皮膚保護剤の見直し、装具交換間隔を決め経過観察を行った。外科的治療は、硝酸銀焼灼、電気メスによる切除、縫合糸を用いた結紮などの処置を選択し実施した。

【結果および考察】4例すべてに肉芽の縮小を認めた。そのうち、肉芽形成範囲が半周以下と半周以内の各1例は治癒し再燃を認めない。全例に硝酸銀による焼灼処置を行い、皮膚保護剤、装具の変更を行った。電気メスによる切除と結紮処置を併用した例は1例で、ストーマ局所管理困難を伴うため、再燃を阻止できていなが、主訴であった出血と装具の漏れについては改善を認めた。肉芽の治癒・再燃を繰り返す症例には、特に皮膚保護剤の選定と交換間隔が重要であることを確認した。

O9-5

ストーマ近接部に発生した肉芽腫に対し、液体窒素冷凍凝固療法と炭酸ガスレーザー療法が有効であった二例

○安田 敬子

長岡赤十字病院

【はじめに】ストーマ近接部に発生した肉芽腫は、出血やストーマ装具の安定性を低下させるなど、オストメイトのQOLを低下させる。今回、肉芽腫からの出血や疼痛に対し、液体窒素冷凍凝固療法と炭酸ガス（以下CO2）レーザーでの焼灼が効果的であった二例を経験したので報告する。【症例1】60歳代男性 S状結腸癌にて約30年前に単孔式S状結腸ストーマ、尿管皮膚瘻造設。出血と疼痛がありストーマ外来受診、近接部に凹凸のある肉芽腫を有していた。5年前にも同様の症状にてストーマ外来受診、粘膜皮膚移植疑いにて肉芽切除術施行されたが、その後の定期的ストーマ外来フォローはなかった。機械的刺激により容易に出血するため面板での被覆は困難と判断し、皮膚科診察を依頼した。1ヶ月半ステロイド外用薬塗布を行ったが改善なく、CO2レーザーで焼灼された。治療後の創感染予防のためストーマ近接部に粉状皮膚保護剤、用手成形皮膚保護剤を使用し、創に便が接触しないように管理した。【症例2】70歳代男性 直腸癌にて約5年前に単孔式S状結腸ストーマ造設。ストーマ旁ヘルニアがあり、半年毎にストーマ外来受診をしていた。徐々に肉芽腫は拡大し、出血や装具漏れの数が増えたため皮膚科へ診察依頼した。液体窒素冷凍凝固療法とステロイド外用薬塗布が行われ、使用装具や貼付方法について介入を行った。【結果】症例1, 2とも1~2回の治療で肉芽腫は平坦化し、出血や疼痛、感染もなかった。治療半年後も肉芽腫の再発はなく、満足を得られている。【考察】ストーマ近接部に発生する肉芽腫は、ストーマ近接部に排泄物が接触しないように保護することが重要で、皮膚保護剤での被覆により改善するといわれている。しかし、①出血や疼痛のため被覆することが難しい②肉芽腫からの浸出液により短期間での装具交換が必要 ため患者の協力を得にくいことが多い。今回の症例では、①②に関して患者の理解を得ることができ、良好な結果につながった。ストーマ周囲の肉芽腫に対し、液体窒素冷凍凝固療法やCO2レーザーは短期間で効果を得られ有効である。異常の早期発見・対処のため定期的ストーマ外来フォローが重要と考える。

O9-6

粘膜部が皮膚様に変化したスキンレベル尿路ストーマの組織学的検討

○佐々木賢一¹⁾、西谷 美香²⁾

市立室蘭総合病院 外科・消化器外科¹⁾、
市立室蘭総合病院 看護局²⁾

【はじめに】昨年の本会において、われわれは、スキンレベルストーマの回腸導管粘膜部が皮膚様に変化した稀な症例を報告した。皮膚様を呈していても腸壁上であり健常皮膚とは柔軟性が異なるため、従来のストーマサイズに合わせて面板を貼付するケアが有効であったと結論づけたが、皮膚様変化の本態は不明であった。今回、患者の同意を得て同部位を生検し、皮膚様変化の病態を考察した。

【症例】80代、女性。膀胱全摘10年後の回腸導管狭窄に対して、5年前に非開腹の回腸導管再建術を施行した。術後スキンレベルのストーマとなり、尿漏れを繰り返してケアに難渋した経緯がある。再建術後数年して粘膜部に、皮膚様変化が出現した。肉眼的に皮膚様に変化した部分は、粘膜様にすることもあり経時的な変化がみられたが、徐々に拡大し、現在は、排泄孔以外ほとんどが肉眼的に皮膚様を呈している。

【生検】皮膚生検の要領で皮膚様変化がみられた部位の生検を行った。炎症細胞浸潤を伴う重層扁平上皮に覆われた皮膚様組織を認め、回腸導管粘膜部が組織学的にも皮膚様に変化したことが確認された。

【考察と結語】スキンレベルストーマの回腸導管粘膜部に生じた皮膚様変化の本態が、生検により、重層扁平上皮への置換であることが組織学的に確認された。著明な炎症の存在も確認され、尿刺激などによる炎症の関与が示唆された。文献的に回腸導管粘膜が重層扁平上皮に置換されたとの報告は検索し得た限りで存在せず、本症例は貴重な症例と思われる。現時点で本症例の機序は不明であるが、スキンレベル尿路ストーマという特殊な環境に炎症が相まって、扁平上皮化生、もしくは、周囲皮膚組織の侵入を惹起したものと推察した。

O10-1

エコーを用いた膀胱内尿量測定技術習得のための看護師対象教育プログラムの効果—評定者間信頼性の検証—

○玉井 奈緒^{1,3)}、三浦 由佳¹⁾、松本 勝¹⁾、
真田 弘美^{2,3)}

東京大学大学院医学系研究科社会連携講座イメージング看護学¹⁾、東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学/創傷看護学分野²⁾、東京大学大学院医学系研究科附属グローバルナースングリサーチセンター³⁾

【目的】平成28年の診療報酬改定により、下部尿路機能評価のためエコーを用いた残尿測定が推奨されている。膀胱内尿量を正しく測定するためには、エコー経験のない看護師が臨床現場で患者の膀胱エコー画像を適切に撮影できる効率的な教育プログラムが必要である。本研究では、教育プログラムの効果指標の1つとして、Eラーニングと技術講習(半日)を受講した看護師が撮影する膀胱エコー画像の評定者間信頼性を検証した。

【方法】2019年6月に長期療養型病床を有する一般病院に入院する患者を対象に横断調査を実施した。エコーの基本操作と膀胱の観察に関するEラーニングと技術講習を受講し、臨床でのエコー検査が初心者の看護師1名と10年以上の経験がある超音波検査技師1名が、患者の膀胱のエコー画像(縦断像と横断像)を撮影した。アウトカムは、看護師と超音波検査技師それぞれが撮影した画像から算出した膀胱内尿量とした。携帯型エコー iViz air(富士フイルム株式会社)、3-5 MHzのコンベックスプローブを使用した。膀胱内尿量は、横断面の膀胱の最大左右径(a cm)、縦断面での最大の前後径(b cm)と前後径に直行する上下径(c cm)を計測し、 $a \times b \times c / 2$ (ml)として計算した。分析はCronbachの α 係数を算出し、Bland-Altman分析により系統誤差を検討した。

【倫理的配慮】所属施設の倫理委員会の承認を受けた。

【結果】対象となった患者は、男性10名、女性9名で、平均年齢は 79 ± 11.9 歳であった。日常生活自立度はC2が最も多く78.9%であった。看護師と超音波検査技師の撮影した画像における膀胱内尿量のCronbachの α 係数は、0.83であった($p < 0.01$)。加算誤差・比例誤差は認められなかった。

【結論】Eラーニングと技術講習を受講した看護師が撮影する膀胱エコー画像は、超音波検査技師が撮影する膀胱エコー画像と高い評定者間信頼性を備えており、本教育プログラムは、臨床でのエコーを用いた尿量計測において有用である可能性が示唆された。

O10-2

外来での残尿測定時に経腹エコーを併用して

○片岡 恵、加納 美和、高橋 幸子、
北島 彰子、森岡 政明、北島 清彰

医療法人 社団若鮎 北島病院

はじめに

当院泌尿器科外来では残尿測定を行うことが多く、その中で残尿を表示する値が定まらないことがある。そのような際に、看護師が超音波検査機器Avius(以下経腹エコー)を併用し残尿測定を実施し、より正確な残尿量を測定するための取り組みを実施しているので報告する。

対象

当院泌尿器科外来に通院している男性8名、女性2名。年齢は70～93歳。ブラダースキャンBVI6100で測定した際に残尿量が定まらない患者、残尿量が多い患者を対象とした。

期間

令和元年8月1日から実施し、現在も継続している。

方法

泌尿器科外来看護師が経腹エコーにて対象患者の膀胱の横断面と縦断面を確認し残尿量を測定した。膀胱をエコーにて捉えにくい場合や、計測が困難な場合には臨床検査技師の協力も得て実施した。

結果

対象となった男性8名全員が前立腺肥大症の治療をしていた。8名中3名は前立腺体積が70～100ccと大きく、ブラダースキャンで測定した値は前立腺体積と経腹エコーで測定した残尿量の和に近かった。女性2名は、残尿測定後に実施した導尿での尿流出量は経腹エコーでの残尿測定値と近かった。

考察

残尿測定に経腹エコーを併用することで、画像により膀胱の可視化が可能となり、男性の場合は前立腺体積が残尿の値に大きく影響していることが明らかとなった。前立腺肥大症患者においては、ブラダースキャンの値は前立腺体積と残尿量の和となる場合もあり注意して測定していくことが必要である。患者にとっても経腹エコーは非侵襲的であり、使用も容易である。看護師も実際にエコー画面を見ることで、患者の膀胱の状態や前立腺の大きさを知ることができる。そうすることで、外来における短時間の関わりの中でよりよい看護のアセスメントにもつながっていく。当院外来の経腹エコーは看護師でも使用できる環境であり、看護師自身のさらなるスキルアップにも今後つながっていくと考えられる。

まとめ

残尿測定時に経腹エコーを併用することは看護師も容易に実施でき、患者にとっても非侵襲的により正しい残尿量を算出する方法として有効である。

O10-3

用手成形皮膚保護剤特性分類の試み

○石黒 幸子

AOI国際病院

【はじめに】 ストーマ装具の面板は、皮膚保護剤の組成による吉川分類で製品特性が分類されている。しかし、用手成形皮膚保護剤は、その特性が単純に配合成分で分類できるものではなく、選択者の経験値によって使用しているのが現状である。簡易実験により各社製品に特性があることが分かった。その特性をストーマケアに関わる者が、どのように使い分けているのか、その特性を何で判断しているのかを調査し、製品分類するための分類項目の選択を試みたため報告する。【目的】 用手成形皮膚保護剤の製品特性を示す語彙を特定し、製品特性分類に有効と考えられる項目を選択する【方法】 1. 吸水性のあるフォームを用手成形皮膚保護剤の中央に配置し、7日間の経過記録より製品の変化を観察。2. ストーマケアに関わる皮膚排泄ケア認定看護師を対象にアンケート調査を実施し、製品特性を示す語彙を収集。3. 収集した語彙を同一語彙の出現回数で分類。【結果】 ストーマケア経験5年以上の皮膚排泄ケア認定看護師17名の質問紙を回収。(回収率63%) 収集した語彙延べ数181語。形状に関する語彙：成形・形成 (23)、膨潤 (21)、溶け・溶解 (13)、硬さ (31)、柔らかさ・柔軟 (11)、崩れ (11)、形状維持 (4)、切れ易さ (4)、形状変化 (2)、伸ばし易さ (2)、ゲル化 (1)、貼り付け易さ (1) 13種類延べ106語彙。粘着に関する語彙：初期タック・粘着 (20)、べたつき (10)、のり残り (6)、密着性 (4)、はがれにくさ (2) 5種類延べ42語彙。吸水に関する語彙：吸水性 (12)、耐水性 (4)、吸収力 (3) 3種類延べ19語彙。その他：耐久性 (7)、緩衝作用 (5)、固定力 (2) 3種類延べ14語彙であった。【考察】 用手成形皮膚保護剤の粘着と吸水に関する項目は、組成の影響が大きいと思われる。形状に関する項目の13種類106語彙のうち、「膨潤」「成形」「溶解」「柔軟」「崩れ」などが使用されることを明らかにできれば、製品の特性分類項目にできる可能性が示唆された。【結語】 今後は、製品の継時変化画像をどのような語彙で表現するか語彙収集を進め、製品特徴を測定する実験方法の検討が課題となった。

O10-4

『新ストーマ管理度』作成と有用性の検討

○山田 陽子¹⁾、江川安紀子²⁾、大村 裕子²⁾、熊谷 英子²⁾、玉城 洋子²⁾、水島 史乃²⁾、榎山こずえ²⁾、板橋 道朗²⁾、高橋 賢一²⁾、穴澤 貞夫²⁾

産業医科大学病院 看護部¹⁾、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会ストーマ管理度検討委員会²⁾

はじめに：2013年に江川らによりストーマケア評価ツールとしてauthorizeされた『ストーマ管理度』は近年のストーマ装具（皮膚保護剤の配合設計、形態、固定具等）の変貌と多様性への対応という点で課題が残された。今回、医師・看護師のプロジェクトチームにより『新ストーマ管理度』（以下『新管理度』）を作成し、その有用性を検討した。

研究方法：検討対象は皮膚・排泄ケア認定看護師がケアした消化管ストーマ120例（回腸ストーマ33例、左側結腸ストーマ77例、他）、平均年齢73.5歳、男性64例、女性56例である。ストーマ装具交換時に面板ならびに近接部皮膚の便付着と排泄物による皮膚障害の有無を観察し、演者らが作成した『新管理度』を用いて評価した。

『新管理度』の作成：①使用装具を単純：平面型、中間：平面型+補強or凸面型、複雑：凸面型+補強、②装着期間を短期≤48hrs、48<中期≤96、96<長期に分類、③『新管理度』を装具と装着期間の組み合わせから単純/長期A、単純/中期B、単純/短期C、中間/長期B、中間/中期C、中間/短期D、複雑/長期C、複雑/中期D、複雑/短期Eの5段階とした。また、④臨床評価を面板ならびに近接部皮膚の便付着とそれに伴う皮膚障害（紅斑、びらん）の有無から便付着無/皮膚障害無は0、便付着有/皮膚障害無1、便付着有/皮膚障害有2の3段階とした。これらをもとに『新管理度』とストーマ手術、ストーマタイプ、排泄物の性状、ストーマ皮膚状況、ストーマ合併症等について検討した。また、ケア者が予測する『新管理度』と実際の評価を比較した。

研究結果：『新管理度』A2.5%、B25%、C44.2%、D25%、E3.3%であった。有意差は緊急手術、双孔式、回腸・上行結腸ストーマ、水様便、ストーマに連結する皺、ストーマ合併症、単品系にみられた。ケア前予測評価はA1.7%、B36.7%、C36.7%、D25%、Eは0であり、予測の一致は70%、予測より良かったは6.7%、悪かったは23.3%であった。

まとめ：『新管理度』を用いておこなったストーマケアの評価は予測される因子との相関が確認された。今後は本委員会チーム以外のエキスパートあるいは看護師による評価で『新管理度』の有用性を検討していきたい。

O10-5

面板交換時期判定のための便漏れ評価の検討（第5報）

○玉城 洋子¹⁾、山本 真司¹⁾、楠山 明¹⁾、
大村 裕子²⁾、穴澤 貞夫¹⁾

麻生総合病院¹⁾、東京オストミーセンター²⁾

【目的】 ストーマ装具交換時期に剥離直後の皮膚保護剤界面に認める変化を把握することは、皮膚保護剤に対応するストーマ周囲皮膚の管理上きわめて重要である。我々は、第33回当学会総会において皮膚保護剤界面における変化とストーマ周囲皮膚変化の関係性について報告した。今回、さらに症例を積み上げて皮膚保護剤界面の変化と皮膚障害の関連性を検討したのでここに報告する。【方法】 検討対象は当院ストーマ外来通院中で消化管ストーマ保有者14名、平均年齢78.2歳、男性8名女性6名。外科的合併症のない患者で電子カルテから記録、写真によりケアが評価できた58回のケア時の面板界面と皮膚を観察した。皮膚の評価は近接部、面板貼付部、面板辺縁の3部位に分けて観察し、面板界面の変化は、最初に発生する膨潤の程度を観察し、A近接部のみ、B面板貼付部の膨潤、C近接部と面板貼付部の膨潤、D面板辺縁の膨潤、E近接部と面板辺縁の膨潤、F面板貼付部と面板辺縁の膨潤の6グループに分類した。皮膚障害は急性の所見である発赤、びらんの有無を評価した。【結果】 Aは50件で、近接部に皮膚障害が11件発生しており、面板界面の変化は膨潤のみが1件、膨潤・溶解は2件、膨潤・溶解・便付着に至っていたのは8件であった。Bは0件、Cは7件で、近接部に2件皮膚障害が発生しており、いずれも膨潤・溶解・便付着まで至っていた。Dは0件、Eは1件で皮膚障害はなく、Fは0件であった。【まとめ】 皮膚障害の発生は近接部であり、面板界面が膨潤・溶解・便付着にまで至っていたことから排泄物による影響と考える。面板界面が膨潤していても皮膚障害の発生は1.7%であり、皮膚保護作用が効果していると考えられた。

O10-6

A病院での特定行為研修修了者の活動 ～特定行為区分に含まれないストーマ周囲抜糸を開始して～

○前田あけみ¹⁾、河本 洋伸¹⁾、上田麻由香²⁾

岡山済生会総合病院¹⁾、岡山済生会外来センター病院²⁾

【はじめに】 ストーマ周囲抜糸（以下抜糸とする）は特定行為区分に含まれていない医療行為である。A病院では医師の業務負担軽減、ストーマの状況に応じた適切な時期の抜糸を目指し、創傷管理関連特定行為研修修了者（以下特定看護師とする）による抜糸を開始し、その現状を報告する。【方法】 2018年10月から～2019年8月に特定看護師が抜糸を行った36名に対し、診療記録から後ろ向き調査を行った。調査項目は、患者背景やストーマ粘膜浮腫、粘膜皮膚接合部離開、出血の有無について後ろ向き調査を行った。【倫理的配慮】 個人が特定されないよう配慮し院内倫理委員会の承認を得た【結果・考察】 特定看護師が36名の抜糸を行い、疾患は直腸癌26名、S状結腸憩室炎穿孔・癌性イレウス・直腸膀胱瘻各2名などであった。待機手術28名、緊急手術8名で、造設期間は、一時的ストーマ22名、永久ストーマ14名であった。術後抜糸時期の全体平均は27.9日（10-104日）で、このうちストーマ造設入院中18.0日（10-39日）、再入院時50.2日（42-62日）、ストーマ外来受診時（以下外来とする）47.3日（18-104日）であった。行った場所は再入院時を含む入院中が31名で、外来受診時が5名であった。外来受診時に抜糸を行った5名のうち3名は、入院中の日程調整が困難なため外来で行っていた。36名のうち、13名は2回以上に分けて抜糸を行っていたが、その理由として、粘膜皮膚接合部出血やストーマ粘膜腫脹による視野確認困難各2名、抜糸後の残抜糸8名などであった。A病院ではこれまで医師により術後14日前後で抜糸を行っていたが、手術や外来などの業務との日程調整が困難な場合があった。また、術後、ストーマ粘膜浮腫が軽減しない状況で抜糸しなければいけない場合もあり、ストーマ粘膜皮膚接合部からの出血の要因にもなっていた。しかし、特定看護師が抜糸を行うことで、入院中に行うことにこだわらず、ストーマ浮腫などによりリスクがあれば外来受診時に行うなど状況に応じた対応が可能になったと考えられる。【結語】 医師と連携し特定看護師が抜糸を行うことで、医師の業務負担軽減、ストーマの状況に応じた適切な時期に抜糸を行うことが可能となった。

O11-1

ストーマ保有者への食品に関するアンケート結果から分かったこと

○中村 仁美

人間総合科学大学大学院 健康栄養科学専攻

従来、ストーマ保有者に対する食事指導は看護師が行ってきたが、においに関する食事指導は栄養士が行うべきと考える。現在、大腸ストーマ保有者が抱える問題の一つに便やガスのおいの問題がある。第6回オストメイト生活実態基本調査(平成19年)の結果によると、この問題が気になる大腸ストーマ保有者の割合は50.2%となっている。便やガスの素は食品であるにも関わらず、食品の面からこの問題に取り組む研究は極めて少ない。

そこで、実際に大腸ストーマ保有者にアンケートを行い、便やガスのおいのおい観点で避けている食品、積極的に摂っている食品を文献上記載がある食品と比較することとした。なお、本研究は本学大学院の倫理審査の承認を受けている。

アンケートは装具販売店21店舗で購入しているストーマ保有者に600通送付し、返信は219通(回答率36.5%)得られた。大腸ストーマ保有者と回答した人は187名であった。今回はこの187名(男性112名、女性75名)の回答を分析した。40歳以下が3名、41~69歳が71名、70歳以上が113名であった。ストーマ造設後1年未満24名、1~5年未満63名、5年以上100名であった。放射線・化学療法を受けている人は33名、受けていない人は150名、不明3名、無回答1名であった。ストーマ造設後新たに気になったことありは152名、うち便やガスのおいが気になると回答した人が107名であった。においで困った経験がある人106名、なかった人78名、無回答は3名であった。看護師から食品の情報提供があった人97名、なかった人73名、不明17名であった。ストーマ造設後新たに控えた食品がある人64名、ない人122名、無回答は1名であった。病院からの情報で控えた人は35名、病院からの情報ではない人が52名、無回答は100名であった。においの点で食品を控えていると回答した人は85名で、にんにく、にら、貝類などであった。においの点で積極的に摂取している食品を選択した人は85名で、ヨーグルト、乳酸飲料、プロッコリーなどであった。

文献上においを強くする食品はにんにく、にら、アスパラガスと記載があり、にんにく、にらは本研究でも多くの人が避けていたが、アスパラガスの摂取を控えている人はわずかであった。

O11-2

オストメイトQOL調査から見たストーマ造設が睡眠に及ぼす影響

○山口富士子¹⁾、進藤 勝久¹⁾、上川 禎則²⁾、
本田 優子²⁾、福永 睦³⁾、大西 直⁴⁾、
中田 健⁵⁾

医療法人宝生会PL病院¹⁾、大阪市立総合医療センター²⁾、
兵庫県立 西宮病院³⁾、西宮市立中央病院⁴⁾、
堺市立総合医療センター⁵⁾

目的:オストメイトのQOLを測るとき、基本的欲求である睡眠の要素を付加することが必要と考えられている。ストーマ造設という後天的条件により睡眠に影響をきたす場合、その要因を探索するため、オストメイトQOL調査結果から考察し対策を考える。

方法:JOA会誌3月号にQOL調査票を掲載し、2019年3月~5月に回収したオストメイト950名分のデータを集計、統計学的に解析した。p値0.001以下を有意差ありとした。

“眠れないことはあるか”の問いに「ない、あまりない」と答えた475名と「少しある、大いにある」と答えた474名を、ストーマの種類、術後年数(保有年数)、ストーマ管理等について比較した。

結果:男性562名、女性386名。年齢は24~97歳で中央値は73歳。結腸ストーマ605名、回腸ストーマ75名、尿路ストーマ242名、ダブルストーマ15名。永久ストーマ901名、一時的或いは不明40名。

ストーマの保有年数や期間、原因疾患では有意差はなかったが、臓器別分類では回腸ストーマ保有者のスコアが低い結果であった。“眠れない”群は“普段の活動や外での活動に支障があるか”“不安・イライラや人と付き合い難いと感じることがあるか”“周囲皮膚の状態、臭い、音、漏れなどが気になるか”“ストーマが人に分かることに抵抗はあるか”“ストーマ装具交換が時間的、金銭的に負担があるか”の各項目について有意に低い結果であった。

考察:睡眠障害のオストメイトは日常生活において制限を受けており、ストーマ管理の不安や、自尊心の低下、心理的な問題を抱えている場合が多い。ストレスによる睡眠障害は周知のことであり、不安や心配の内容を明らかにし、それを取り除く介入が必要である。オストメイトへの継続的支援で、定期的にQOLスクリーニングを行い早期に問題解決することが、オストメイトのQOL向上につながる。幅広い問題に対応するためには多職種と協働することが必須であろう。

結論:オストメイトの睡眠障害には回腸ストーマ、周囲皮膚状態、装具交換の負担、ストーマ保有が他人にわかること等が有意に関与していることが分かった。対策として、術前後のストーマリハと幅広く対応できる外来機能が必要である。

O11-3

ストーマ保有者の「温泉に行けなくなった」影響要因～ストーマ保有者の実態調査より～

○片岡ひとみ^{1,2)}、安藤 嘉子¹⁾、酒井 透江¹⁾、
土田 敏恵¹⁾、松原 康美¹⁾、渡邊 光子¹⁾、
三富 陽子¹⁾、藤井 誠³⁾

NPO法人ストーマ・イメージアップ・プロジェクト¹⁾、
山形大学医学部看護学科²⁾、
神戸女子大学看護学部看護学科³⁾

【目的】

我々が2017年に実施したストーマ保有者の困った経験の実態調査で、日常生活におけるストーマ保有者の困った経験で最も多かったのは「温泉に行けなくなった」であった。そこで、ストーマ保有者が「温泉に行けなくなった」と関連する要因について明らかにすることを目的とした。

【方法】

全国のストーマ保有者3000人に無記名自記式質問紙を郵送し、回答者数1087人(回収率36%)の内、大腸ストーマ603人(55.2%)、小腸ストーマ113人(10.4%)、尿路ストーマ203人(18.7%)を分析対象とした。「温泉に行けなくなった」を従属変数にし、ストーマ保有者の困った経験として、ストーマ局所管理、入浴、食事、睡眠、衣服、排泄、活動、仕事、家族関係、対人関係、経済、医療・介護サービスの12の経験の影響をロジスティクス回帰分析で分析し、オッズ比(OR)と95%信頼区間をJMP Pro ver.13を用い推定した(有意水準0.05)。本調査は所属機関倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

対象は男性559人(60.8%)、女性360人(39.2%)、年代は60～70歳代が約60%、ストーマ保有年数は1～3年が約27%を占めていた。

「温泉に行けなくなった」と回答した人は654人(61.47%)で、単変量解析の結果、「温泉に行けなくなった」に関連する要因は、12の困った経験全てが有意に影響していた($p < 0.05$)。多変量解析の結果、衣服OR1.90(1.21-2.98)、排泄OR2.03(1.14-3.63)の2要因が抽出され、下位要因では、好きな服が着られない1.87(1.13, 3.12)、外出先でトイレの使用を躊躇する1.70(1.07, 2.71)が有意な関連を示した。一方、ストーマ局所管理との関連については明らかにならなかった。

【考察】

日常生活及び社会生活において、衣服の選択や外出先での慣れない場所での排泄に関し何らかの制約を感じていることが「温泉に行けなくなった」ことに影響していたと考えられる。

【結論】

「温泉に行けなくなった」と関連する要因は、衣服、排泄であった。

O11-4

ストーマ袋内洗浄の分析～テキストマイニングとKJ法を使用して～

○鈴木 華代、荒川 敏

藤田医科大学ばんだね病院

【はじめに】

ストーマ袋内洗浄(以下洗浄)を行い、寒さを理由に普段の微温湯から熱湯に変更したことによりストーマ粘膜熱傷となった事例が発生した。そのことによりアンケート調査を実施、洗浄についての思いをテキストマイニング(以下TS)とKJ法にて考察した。

【目的】

洗浄の背景を分析し、継続看護の一助とする。

【対象】

ストーマ造設後3か月以上経過した51名。年齢:37歳～95歳(中央値71性別:男性27名(53%)女性24名(47%))

【方法】

一度でも洗浄を行った人を洗浄群、洗ってみたいと回答した人の回答を除外し、他を非洗浄群とし、逐語集計後、TS、KJ法で分析する。

【倫理的配慮】

藤田保健衛生大学医学研究倫理審査「HM17-136」にて承認

【結果】

非洗浄群の逐語集計は、「洗う」が10回、続いて「考えたことがない」が9回、「汚い」「袋」が6回。洗浄群では、「洗浄」が5回、「ストーマ袋」が3回、続いて2回の逐語が6単語あり、「自宅」「石鹸」等洗浄の方法が多かった。

TSでは、非洗浄群では「汚い」「袋」、洗浄群では「ストーマ」のみで、「考えたことがない」は削除され、TSの「一般的な文章では出現しないけれど調査対象の文書だけによく出る単語は重視する」仕組みが反映されていた。

また、KJ法では非洗浄群でのカテゴリー分類は、「洗いたくなる気持ちはわかるなど」の、【洗浄への同情心】【洗浄の否定】【雑菌や汚染】洗浄群では【洗浄継続への意思】、ストーマ出血など【洗浄による功罪】【自己の洗浄方法】【ストーマによる嫌悪感】となった。

【考察】

ストーマ袋内洗浄は、便が飛散する可能性があり、抗がん剤治療中であれば、家族への被爆のリスクになりうる。洗浄群は、【洗浄継続の意思】を述べている一方、【洗浄の功罪】を挙げ、外来での関わりで洗浄を中止したケースもあった。

ストーマ外来等で、根気よく寄り添っていくことで【ストーマによる嫌悪感】を和らげるような関わりが必要と示唆された。

O11-5

失禁を有する高齢者に生じる臭気を伴う尿とその関連要因の検討

○市川 佳映¹⁾、四谷 淳子²⁾、仲上豪二郎¹⁾、
真田 弘美¹⁾

東京大学医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学／創傷看護学分野¹⁾、福井大学学術研究院医学系部門看護科学領域 コミュニティ看護学（老年看護学）²⁾

目的：Incontinence associated dermatitis（以下 IAD）の発生原因として、先行研究にて強い臭気を伴う尿が認められた。しかしながら、その原因は不明であり予防対策の介入は困難な状況である。そこで強い臭気を伴う尿との関連要因を探求することを目的に調査を実施した。

方法：対象は失禁によりおむつを使用している高齢者とした。調査項目は臭気の主観的強度、アンモニア濃度、尿培養、尿沈渣、尿一般検査、尿性状、皮膚の状態とした。臭気の主観的強度の評価には6段階臭気強度表示を使用した。また臭気の有無の判断は、主観的強度が「楽に感知できるにおい」以上に該当するものを「臭気有り」と定義した。尿の採取は尿吸引ロボ ヒューマニーを用いて行った。本研究は東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て行われた（承認番号11334-（1））。

結果：対象者は17名であり、そのうち臭気有りに該当した者は8名（臭気群）であった。臭気の有無別に尿性状について比較した結果、対照群のアンモニア濃度は中央値0（最小値-最大値：0-0.45）に対し、臭気群は中央値2.0（最小値-最大値：0-30.0）と有意に高く（ $p=0.031$ ）、対照群の尿pHが中央値6.0に対し臭気群は中央値7.5と有意に高く（ $p=0.015$ ）、リン酸アンモニウムMg結晶が検出された者の割合が対照群は0%に対し臭気群では62.5%と有意に高かった（ $p=0.047$ ）。多変量ロジスティック回帰分析では臭気の有無と尿pHに有意な関係が認められた（odds ratio; 5.323, 95% confidence intervals; 1.099-25.779, $p=0.038$ ）。最後に両群間にて皮膚の状態を比較した結果、臭気群はおむつが接触する部位に色素沈着を有している者の割合が75.0%（対照群11.1%）であり有意に高かった（ $p=0.015$ ）。

結論：強い臭気の原因はアンモニアであることが明らかとなった。また主観的指標である臭気にかわり、客観的指標である尿pHがIADのリスク指標として使用できる可能性が示唆された。

O11-6

尿路ストーマ保有者が日常生活の変化により直面した問題

○高木 琴絵、佐々木 望、浮津 春香、
倉橋小夜子、小山田厚子

独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター

【はじめに】尿路変更術後ストーマを保有することは、生活の質の低下に影響しやすい。手術後のQOL調査に関する研究はあるが、経年別にまとめた報告は少ない。今回、尿路ストーマ保有者が退院後に直面した問題を明らかにするために実態調査を行い、経年別にその特徴はないか検討した。【対象と方法】過去5年間に当院で膀胱全摘・回腸導管造設術を受けた患者35名を対象とした。方法は0年6月から12月の期間でアンケート調査を実施した。アンケートはオストメイト協会のQOL調査票を参考にし、「社会生活における困った経験の実態調査表」を独自に作成した。術後経年別による違いを明らかにするため、 χ^2 検定を行い比較した。【倫理的配慮】当院の倫理審査委員会に申請し、承認を得た。データ集計は個人が特定されないように整理した。【結果】経年別の内訳は術後3～4年未満11名（35.48%）、以下2～3年未満、4年以上各々6名（19.35%）、1年未満5名（16.13%）、1～2年未満3名（9.68%）であった。ストーマトラブルの経験に関して比較すると術後1年未満（ $p=0.02$ ）と、術後3～4年未満（ $p=0.006$ ）の患者が有意であった。ストーマトラブルの経験の内容は上位より「尿が漏れた」「ストーマから血が出た」「皮膚がただれた」であった。日常生活において困ったことでは「温泉に行けなくなった」で術後2年以上の患者が有意であった。また、「旅行が減った」で術後3～4年未満（ $p=0.03$ ）の患者が有意であった。【考察】術後1年未満ではストーマトラブルに関する意見が多く、2年以上経過した患者はトラブル時の対応ができるようになり、活動の視野を持つ余裕がでてくるため、術前に比べて活動性が低下したと感じる回答が多いと考えられた。【まとめ】術後1年未満の患者にはストーマトラブルを含めた局所ケアに重点を置き、2年以上の患者には温泉や旅行などの生活面を支えるケアが重要である。

O12-1

傍ストーマヘルニアを併発した患者の悩みとその対処

○石久保雪江¹⁾、神村 啓恵¹⁾、古橋 玲子¹⁾、
影山 葉子²⁾

浜松医科大学医学部附属病院¹⁾、
浜松医科大学医学部看護学科²⁾

【背景・目的】

傍ストーマヘルニアは、ストーマ造設術に伴う晩期合併症のひとつである。ストーマ外来で患者は、ストーマ周囲の膨隆し盛り上がった状態での装具の便漏れ対処方法や外見上の悩みなど、様々な悩みを相談されている。そこで本研究では、傍ストーマヘルニアを併発した患者の悩みとその対処について明らかにしていくことを目的とする。

【方法】

2019年1月から6月までに、A病院ストーマ外来にいられた傍ストーマヘルニアを併発した患者5名に対して、インタビューガイドに基づいた半構造化面接を行った。面接内容はICレコーダーに録音し、面接終了後に逐語録を作成し、悩みとその対処を意味する内容にラベルをつけ、内容の類似性からラベルを統合しカテゴリ化した。本研究は、浜松医科大学の臨床研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

分析の結果、悩みに関するカテゴリとして、＜傍ストーマヘルニア発症時の腹部膨らみへの戸惑い＞、＜傍ストーマヘルニアによるストーマ管理の困難さ＞、＜食欲に伴う体重コントロールの大変さ＞が抽出された。対処に関するカテゴリとして、＜傍ストーマヘルニアを隠すための洋服の工夫＞、＜食事・運動の工夫＞、＜ストーマ外来の存在＞が抽出された。

【考察】

傍ストーマヘルニアを併発した患者は、発症時の腹部膨らみの戸惑いや腹壁の状態に合った装具やケアの工夫について、医師やストーマ外来の看護師に相談しながらも、生活に合わせた衣服の工夫や、体重コントロールを図るための食事や運動の工夫について自ら対処しながら、日常生活に適応されていた。本研究は限定された対象者から得られたデータであり、一般化には限界があるが、ストーマ保有者の自己適応を促進し、保有者が主体的に参加できるようなケアを明確にしていくための一助となったと考えられる。

【結論】

傍ストーマヘルニアを併発した患者が日常生活に適応するためには、患者自身が日頃からどのような工夫をして対処しているのかを把握し、それをふまえたストーマ外来での継続的で個別的な支援の重要性が示唆された。

O12-2

ストーマ脱出に対するストーマ外来支援体制の考察

○菅原 舞、遠藤 和彦、武田 忍、
進藤 知美、鈴木 彩

秋田厚生医療センター

【はじめに】 当院では毎週月曜日に完全予約制でストーマ外来を開設し、ストーマの形状により生じる問題の対処の他、精神的サポートの場になっている。オストメイトの合併症として、ストーマ脱出はQOLを著しく低下させる。ストーマ脱出のため管理困難となり外科的治療が必要になった症例から、今後のストーマ外来の在り方について検討したので報告する。

【倫理的配慮】 個人が特定されないよう配慮し、院内倫理委員会の承認を得た。

【対象】 2018年4月～2019年3月ストーマ外来で介入した2症例。

【症例】 A氏70代男性。AAA術後の虚血性腸炎でループ式横行結腸人工肛門が造設された。術後4カ月でストーマ脱出と傍ヘルニアのため管理が困難であると家族から相談があった。B氏70代男性。大腸がんで横行結腸部分切除術後、縫合不全のためループ式回腸人工肛門が造設された。術後1年5カ月後、ストーマ脱出による精神的不安を強く訴えていると訪問看護師から相談があった。

【経過】 ストーマ脱出に対して外科的治療のボタン固定が施行された。ボタン固定術：脱出腸管を還納後、2つのボタンで腹壁と腸管を挟み腸管を腹壁に固定。2症例でストーマ脱出の改善がみられ、ストーマ管理が容易になった。

【考察】 オストメイトの中には、高齢で全身状態が不良な症例もみられる。保存的治療にて改善が得られず手術を選択する場合に、低侵襲のボタン固定術も選択の一つとなりうる。オストメイトの合併症に対して、ケア方法や治療の選択などトータルケアに向けて外来環境の整備と訪問看護師との連携強化が必要であると考えられる。

【結語】 ストーマ外来での継続的ケアでは、異常の早期発見と治療に対する意思決定支援など、限られた時間のなかでフォローアップをしていくことが重要になる。今後は、病院と地域をつなぐ活動も必要になると考える。

O12-3

小腸ストーマ造設後の傍ストーマヘルニア発症のリスク因子の検討

○羽根田 祥¹⁾、高橋 賢一¹⁾、西條 文人²⁾、
齊藤 真澄³⁾、田村 敏也³⁾、菊地 湖³⁾

独立行政法人労働者健康安全機構東北労災病院 大腸肛門外科¹⁾、独立行政法人労働者健康安全機構東北労災病院 外科²⁾、独立行政法人労働者健康安全機構東北労災病院 看護部³⁾

【はじめに】小腸ストーマ造設手術後にはストーマ関連の晩期合併症を発症することがあり、しばしばストーマ管理に難渋するが、これまでに小腸ストーマ造設手術後の傍ストーマヘルニア発症率とその発症リスク因子について検討した報告は少ない。

【目的】当院にて小腸ストーマを造設した症例で生じた傍ストーマヘルニアについて、合併症の発症率、発症のリスク因子を検討する。

【方法】2015年～2018年に当院で小腸ストーマを造設した症例162例について傍ストーマヘルニアの発症率、発症リスク因子を診療録を調査して検討した。

【結果】男性112例、女性50例、年齢は61（18-88）歳で、疾患は潰瘍性大腸炎56例、直腸癌・肛門管癌54例、結腸癌28例、S状結腸憩室炎8例、クローン病4例、その他12例であった。定期手術110例、緊急手術52例に行われ、術式は人工肛門造設術62例、直腸切除37例、回腸肛門（管）吻合28例、大腸亜全摘19例、その他16例であり、型は双孔式136例、単孔式26例が造設された。傍ストーマヘルニアは12例（7.4%）に認められた。大腸癌（合併症あり：合併症なし（以下同）=10：72）、年齢（68：60）、BMI（26.8：21.0）、皮下脂肪厚（14.1mm：23.9mm）で有意差をもって合併症の発症率が高く、リスク因子と考えられた（数値は中央値）。性別、ストーマ型（単孔式or双孔式）、手術時期（待期or緊急）、術前alb値では有意差は認めなかった。

【まとめ】小腸ストーマ造設後の傍ストーマヘルニアの発症率は過去の報告と比較しても低く、良好な成績であると思われた。傍ストーマヘルニア発症のリスク因子としては大腸癌、高齢、高BMI、皮下脂肪厚が厚いことがあげられた。

O12-4

尿路ストーマに発症した傍ストーマヘルニアのCT画像による評価

○水沢 弘哉¹⁾、高橋ゆかり²⁾、松本 美和²⁾、
三村 裕次¹⁾、手塚 雅登¹⁾

信州上田医療センター 泌尿器科¹⁾、
信州上田医療センター 看護部²⁾

目的 尿路変向によるストーマ造設術後に発症した傍ストーマヘルニア（PH）の臨床像を明らかにすること。

方法 2002年1月から2018年12月までに施行した尿路変向術を施行した症例に対して術後に定期的に行ったCT検査をもとにPH症例を抽出し、年齢、性別、臨床症状、発症時期、ストーマとその周囲の状態、CT上のPH所見、治療・管理の方法などにつき検討した。

結果 対象期間に8例のPHが認められた。男性4例、女性4例で手術時の年齢は69-80歳（中央値73歳）であった。全例、尿路変向術は回腸導管であり、この期間に行われた回腸導管造設術の21%に相当した。術後の経過観察期間は12-204（中央値96）か月であった。ストーマは全例右下腹部に造設されていた。PHによると考えられた臨床症状は全例で腹部膨隆以外には認められなかった。水腎症もみられなかった。画像上のPH発症時期は術後9-59（中央値14）か月であった。CT画像による脱出の状態は回腸導管の頭側外側が5例、頭側内側が3例であった。ヘルニア門の大きさは30-62（中央値46）mmであった。2例では腹壁癒着ヘルニアを合併しており、EHS分類ではType I 4例、Type II 1例、Type III 2例、Type IV 1例に相当した。PHに対して手術を行った症例はなかった。8例中7例でWOCナースが関与しておりうち6例でヘルニアベルトを使用していた。BMIは20.3-28.8（中央値25.0）であった。

考察 回腸導管ストーマに対するPHの頻度は米国での報告によれば17-29%とされているが本邦での集計はほとんど報告されていない。今回の結果はこれまで報告された頻度と同程度であった。また、多くの症例で自覚的に無症状であること、Type Iが多いことも同様であった。画像上、脱出部位を検討したところ回腸導管の頭外側が最も多く、その他は頭側内側であった。腸間膜の解剖学的な理由と考えられるが導管部遊離長やストーマ径もヘルニア予防には重要との指摘があるので注意が必要である。Narang らは回腸導管に発症したPH500例以上を集計して解析した結果、危険因子は女性、肥満、術前の低アルブミン血症、開腹手術の既往であったと報告した。今回の集計では女性が半数を占めたが高度の肥満症例はなかった。

O12-5

傍ストーマヘルニアに対する手術治療に関する検討

○岡田 大介、佐原力三郎、山名 哲郎

独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター 大腸肛門病センター

【目的】 当院における傍ストーマヘルニア (PSH) に対する手術症例につき検討する。

【対象と方法】 2002年1月から2019年6月に当院で施行されたPSHに対する手術症例のべ24例 (初発例22例、再発例2例) を対象とし、背景因子、手術内容、術後経過 (平均観察期間56.6カ月) につき診療録を元に後ろ向きに検討した。

【結果1】 男女比は12:12、原疾患は直腸肛門癌7例 (29.2%)、クローン病12例 (50.0%)、潰瘍性大腸炎2例 (8.3%)、直腸穿孔2例 (8.3%)、ベーチェット病1例 (4.2%) であった。全例腹腔内経路にてストーマ造設が施行されていた。PSH手術時年齢は55.5歳 (30-83)、初回ストーマ造設からPSH手術施行までの期間は77.9か月 (12-265) であった。ストーマ造設腸管は結腸14例 (58.3%)、回腸10例 (41.7%)、ストーマ形式は単孔式18例 (75.0%)、双孔式 6例 (25.0%) であった。待機手術の手術適応は腹痛等の腹部症状悪化が5例、装具管理困難が5例などであった。緊急手術は4例 (16.7%) に施行され、手術適応は嵌頓3例、穿孔1例であった。

【結果2】 術式の内訳はストーマ再造設10例 (41.7%)、筋膜縫縮術6例 (25.0%)、メッシュ修復8例 (33.3%) であった。メッシュ補強の内訳はonlay mesh修復1例、key hole法5例 (開腹3例、腹腔鏡下2例)、Sugarbaker法2例 (腹腔鏡下2例) であった。

【結果3】 術後再発は10例 (41.7%) に認められた。術式別では再造設3/10例、筋膜縫縮術4/6例、メッシュ修復3/8例 (onlay mesh修復1/1例、key hole法2/5例、Sugarbaker法0/2例) に認められた。再発例のうち、再造設1例、筋膜縫縮術2例、メッシュ補強 (key hole法) 1例に対し再手術を要した。また、腹腔鏡下手術での再発例は認めなかったが、クローン病合併PSHに対する腹腔鏡下key hole法の1例に術後瘻孔形成、メッシュ感染を認め、再手術を要した。

【結語】 PSHは結腸ストーマ、単孔式ストーマに多く見られた。術式としては、Sugarbaker法の再発が少なく、腹腔鏡下手術は有用であった。クローン病症例では術後瘻孔形成等のリスクもあり、メッシュ使用については慎重に適応を検討する必要がある。

O12-6

横行結腸双孔式ストーマに生じたストーマ脱出に対して自動縫合器を用いて修復術を行った3例

○河本 洋伸、上田麻由香、前田あけみ、藤原 昌子

岡山済生会総合病院

【はじめに】

ストーマ脱出はストーマ造設後の晩期合併症であり、双孔式ストーマにおいてその頻度は2~42%と報告されている。脱出によりQOLの低下や管理困難また嵌頓に陥ることもある。ストーマ脱出に対する外科的な介入として、ボタン固定術、開腹による再造設や腸管固定術、Miwa-Gant法やDelorme法による修復、自動吻合器を用いた脱出腸管切除術などがある。

当科で経験した、自動縫合器を用いた非開腹下での修復術を行った3例を報告する。

【症例1】

68歳男性。直腸癌 (stage4) にて横行結腸双孔式ストーマ造設を行った。術後2ヶ月で肛門側の脱出腸管が嵌頓し来院、脱出腸管が壊死しており同日緊急手術を行った。全身麻酔下に、自動縫合器を用い、まず腸間膜対側を長軸方向に切離、続いて短軸方向に自動縫合器で切離して脱出壊死腸管を切除した。手術時間31分、出血量は少量。合併症なく経過、術後11ヶ月で原病死まで再発なく経過した。

【症例2】

58歳男性。直腸癌イレウス (stage4) と腹膜炎にて横行結腸双孔式ストーマ造設、洗浄ドレナージを行った。術後1ヶ月頃より肛門側のストーマ脱出を認めた。原病に対して化学療法を継続中、ストーマ脱出の治療を希望され、術後10ヶ月目に手術を行った。全身麻酔下に、同様に自動縫合器を用い脱出腸管を切除した。手術時間27分、出血量は少量。合併症なく経過、術後5日目に退院。以後10ヶ月再発なく経過している。

【症例3】

61歳男性。横行結腸癌 (stage4) に対して横行結腸双孔式ストーマ造設、CVポート造設を行った。術後1ヶ月頃より肛門側のストーマ脱出を認めた。原病に対して化学療法を継続中、術後11ヶ月目に脱出部の腸管に粘膜障害が発生、術後14ヶ月目に手術を行った。全身麻酔下に、同様に自動縫合器を用い脱出腸管の切除を行った。手術時間49分、出血量は少量。合併症なく経過、術後3日目に退院。以後1ヶ月再発なく経過している。

【結語】

横行結腸双孔式ストーマのストーマ脱出に対して、自動縫合器を用いて脱出腸管を切除して修復を行った3例を経験した。

O13-1

排尿ケアチームの取り組みと今後の課題

○武田 忍¹⁾、菅原 舞¹⁾、佐藤 陽介⁴⁾、
本間 直子³⁾、岡根 克己³⁾、木津 典久²⁾

秋田厚生医療センター 看護部¹⁾、秋田南クリニック²⁾、
秋田厚生医療センター 泌尿器科³⁾、
秋田厚生医療センター 理学療法士⁴⁾

【目的】2016年に「排尿自立指導料」が新設され、当院では泌尿器科医師2名、皮膚・排泄ケア認定看護師1名、排尿自立支援の講習を受けた専任看護師1名、理学療法士1名、計5名で排尿ケアチームを立ち上げ、2018年10月より活動を開始した。今回、排尿ケアチームの現状を把握し、今後の課題を考察した。

【方法】2018年10月から2019年4月まで排尿ケアチームが介入した患者を対象とし、排尿指導に関する診療計画書から調査した。【結果】排尿ケアチームが介入した35件のうち、男26名、女性9名であった。介入した診療科は泌尿器科が最も多く、次いで消化器外科、整形外科であった。尿道カテーテル平均留置期間は10日、平均算定件数は2.03回であった。【考察】手術患者の60%、手術以外の患者の35%が尿道カテーテル抜去後に尿閉の症状があり、留置中からのアセスメント、排尿ケアチームの介入が必要であると考える。平均算定件数は2.03回で、在院日数の短縮、包括病棟への転科などにより1回のみ算定は全体の41%だった。【結論】尿道カテーテル留置中から排尿ケアチームが介入できるように病棟看護師への理解、活動の周知が必要である。入院中の早期介入と、退院後も排尿ケアが継続できるような連携の構築が今後の課題である。

O13-2

地域で行う排便障害チーム医療

○大橋 勝久¹⁾、水田 史子²⁾

大橋胃腸肛門科外科医院¹⁾、
一般財団法人積善会 十全総合病院²⁾

【はじめに】

排便障害診療には様々な問題点があるが、排便障害に特化した診療を地方でやりたいと思っても、すべての職種や設備が整った施設がないため苦勞する場面が多い。そこで、施設関連系を活用しチーム医療を導入することで、地域でシームレスな排便障害診療が可能となるのではないかと考えた。

【方法】

演者は現在個人開業医であるが、以前外科医として勤務していた民間総合病院内に多職種からなる排便障害チーム「ロダン」を結成した。排便障害診療の場面で、各々の専門知識を活かしながら活動している。

【活動内容】

1.排便障害市民公開講座(平成29,30年開催と令和1年開催予定) 2.骨盤底筋トレーニング講座(平成30,31年開催と令和1年開催予定) 3.チーム分業制の多臓器排便造影検査 4.入院や在宅患者の排便トラブルに対するチームカンファレンス

【結果】

1.市民公開講座はアンケート調査の満足度が高く、また開催形式や内容などについて多数のご意見をいただき、地域の排便障害に対する高いニーズが明らかになった。 2.集団トレーニングのニーズも高く、予防的トレーニングの声かけにより参加人数も増加傾向にあり年2回開催となった。 3.手間を要する多臓器排便造影検査の分業化により、有害事象なく検査件数が有意に増加(チーム結成前年間5.3件→結成後年間18.3件 P<0.05)し、骨盤臓器脱術式選択が増え、手術件数も有意に増加(結成前年間8件→結成後24件 P<0.05)した。 4.チーム内の意識が高まることで、医師不在でも定期的なカンファレンスを行い、患者さんの問題点や解決方法を自主的に検討できる体制が整った。また、入院関連便秘イベントのリスク(入院時CSS5以上の患者において有意に浣腸・摘便リスクが高いこと)が病棟配置薬剤師調査により判明し、今後の予防的介入への手がかりをつかめた。

【結語】

総合病院内の排便障害チーム結成は、今ある人的スタッフを活用するだけで可能で、個人開業医も地域施設間連携を通じてチームに関わることでメリットも多いと考える。

O13-3

尿道留置カテーテル抜去クリニカルパス作成による
医師との連携短縮

○小笠原雅巳

善衆会病院

【目的】

尿道留置カテーテル（以下カテーテルとする）は留置期間が長くなれば、尿路感染等の合併症を生じる可能性が高まる。特に高齢者の場合、抜去後に尿閉等の下部尿路機能障害を生じる事がある。当院入院患者も高齢者が64.7%と多く、カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生じる事は少なくない。下部尿路機能障害の中でも特に尿閉の場合は医師等の多職種と連携を図り、早期に導尿等の排尿ケア介入を行う必要がある。しかし医師との連携が円滑に行えず、患者に負担を与えてしまう事があった。そこで、カテーテルを1週間以上留置した患者を対象としたカテーテル抜去クリニカルパス（以下パスとする）を作成する事で、カテーテル抜去後に尿閉が生じて円滑な排尿ケアが提供出来ると考えた。実際に試用し、今後の課題を見出す為に示唆を得る。

【方法】

対象期間は令和元年7月18日から同年9月3日とし、その期間にパスを試用した泌尿器科看護師15名を対象者とした。対象者にはパス使用後の医師との連携、業務時間の変化を中心に作成した質問紙を使用した。

回収方法は留置調査法とした。

【結果】

10名（回収率66.6%）から回答が得られ、全てを有効回答として分析に使用し、当院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

業務時間の変化では「短縮した」が40%「延長した」が50%、「変化なし」が10%であった。

医師へカテーテル抜去後に確認する時間が減った内容は「残尿量に応じた導尿実施」が50%、導尿時間の間隔が60%「残尿測定をする時間」が60%の回答があった。

【結論】

業務時間が延長したと感じる対象者は60%を占めた。これはパスを使用する事で一つの「業務」が増えたからだと考え。しかし、医師へカテーテル抜去後に確認する時間が減ったと選択した項目は、50%以上占めるものが3項目あった。これは、パスを使用する事で過半数が「業務」が増えたと感じたが、医師に確認せずに直ちに排尿ケアに繋がれる事ができ、連携短縮に繋がり、業務時間の短縮にも繋がったと考える。

泌尿器科看護師のみを対象としたが、今回の結果を基に多科でも使用し、カテーテル抜去後に提供する排尿ケアを円滑に行える様にしていきたい。

O13-4

排尿自立ケア普及に向けた排尿ケアチームの取り組み—脳血管障害を有する2症例への介入を通して—

○河崎 明子¹⁾、小柳 礼恵¹⁾、鈴木 基文²⁾、
久米 春喜²⁾

東京大学医学部附属病院¹⁾、東京大学医学部 泌尿器科²⁾

【はじめに】

当院では2016年4月から排尿ケアチームの活動を開始し、2018年より対象科を全36診療科に拡大した。泌尿器科では排尿ケア方法が確立していたが、泌尿器科以外ではカテーテル抜去後の再挿入や各診療科医師による統一されない内服治療、知識不足から適切に排尿ケアが提供できていない場合もあった。そのため、排尿ケアチームは、適切に下部尿路機能評価を行い、排尿自立ケアに取り組むことができるよう各診療科を支援することが役割である。今回、脳血管障害の患者への排尿自立支援を通し、排尿ケアチームの役割を検討したため報告する。

【倫理的配慮】 東京大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認番号：2019139NI

【症例】

症例A：40歳代男性。拡張型心筋症、左前頭葉脳皮質下出血を発症。高次脳機能障害による機能性尿失禁と診断。

症例B：70歳代女性。頭蓋底嵌入症、歯状突起切除術を施行。筋力低下による機能性尿失禁、過活動膀胱が疑われ薬物療法（β3受容体作動薬）を開始。排尿日誌に基づく排尿誘導、理学療法により、尿失禁なくトイレ排泄が可能となった。病棟看護師とは排尿日誌の見方や残尿測定の実施、誘導のタイミング、排泄動作の確認、結果を共有し、実践可能な方法とした。結果、トイレ誘導のタイミング、排泄動作の見直し、患者と目標や成功体験を共有しながら主体的に取り組むようになった。

【考察】

泌尿器科病棟以外の診療科では、排尿障害の患者に対する知識や経験が浅く下部尿路機能評価やアセスメントが習慣化していない。チーム介入により、排尿自立の目標を共有し排尿日誌の記載や残尿測定の実施、多職種によるタイムリーな情報共有、相談対応、結果のフィードバックが、看護師の動機付けとなり行動変容へとつながった。また、介入した診療科では、成功事例を通し排尿ケアに関する知識を習得し、ケアや治療を経験することができた。今後も、各診療科が適切に下部尿路機能評価を行え、排尿自立ケアが統一されるよう支援していくことが重要である。

【結論】

排尿ケアチームは、排尿自立ケアのみならず、各診療科医師や看護師が下部尿路機能評価や排尿自立ケアが実施できるよう継続支援が必要である。

O13-5

海外（フィリピン）在住のストーマ造設患者に対するフォロー体制について

○山口 真美¹⁾、齊藤 修治²⁾

医療法人社団三喜会 横浜新緑総合病院¹⁾、
医療法人社団三喜会 横浜新緑総合病院 消化器センター²⁾

【はじめに】

今回、海外移住しているストーマ造設患者を外来受診時より担当した。この経験を振り返り、海外在住のストーマ造設患者へのフォロー体制について検討を行った。

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう配慮した。

【事例】

A氏、60歳代、女性。約10年前に夫の早期退職を機にフィリピンへ移住。日本への一時帰国中に体調不良となり受診した。精密検査の結果、肛門管癌と診断され、腹腔鏡下直腸切断術施行予定となった。外来にてストーマオリエンテーションを実施し、「ストーマ用品の給付と購入について」「ストーマトラブル時の対応」が問題となった。そのため、A氏本人へ身体障害者手帳の申請が可能か行政に確認してもらい、装具メーカー・ストーマ用品販売店に協力を依頼し、フィリピンにおけるストーマ用品の取り扱いについて情報収集をした。

A氏は、住民票の登録が日本であったため身体障害者手帳の申請が可能であった。フィリピンでは、ストーマ用品の補助制度がなく、購入できるストーマ用品も限られていた。そのため、身体障害者手帳を申請し、国内のストーマ用品販売店から購入することとなった。

A氏への退院後のフォローとして、帰国時にストーマ外来を受診することとし、さらに、メールにてやり取りができるようにした。また、フィリピンにおけるストーマ用品販売店の連絡先を調べ、本人へ伝えた。

【結果】

A氏は術後3か月後フィリピンへ出国し、約半年後日本へ帰国しストーマ外来を受診した。フィリピンでの生活において特にトラブルはなく過ごすことができていた。また、実際メールでのやり取りはなかったが、A氏より「何かあった場合に連絡できることが安心につながっている」との発言が聞かれた。

【考察】

定年後のリタイア先として東南アジアに移住・長期対滞在する人が増加している。そのような中で、海外在住のストーマ造設患者は今後増加すると考えられ、国・地域によってさまざまな対応が必要である。ストーマ保有者が安心して日常生活を送ることができるよう個別性のある対応をしていくことが重要である。

O13-6

ラオス民主共和国にあるA病院看護師を対象としたストーマケアシミュレーション演習の評価

○古川 智恵

岐阜聖徳学園大学

【はじめに】本研究の目的は、A病院に勤務する看護師を対象にストーマケアシミュレーション演習を行い、その評価を行うことである。

【方法】1.対象：A病院に勤務し、本研究の趣旨に同意が得られた看護師2.調査方法：(1)看護部からストーマケアセミナーの案内を配布し、(2)ストーマケアシミュレーション演習（講義・演習）（以下、演習）の参加者を募集した。(3)演習終了後に質問紙調査を行ない、無記名で回収ボックスに投函を依頼した。3.調査内容：先行研究を参考に、基本属性に関する質問5項目、ストーマケアの現状に関する質問7項目、講義に関する7項目とした。4.調査期間：平成30年7月5.ストーマケアセミナーの内容：基本的なストーマケアに関する講義を60分行ったあと、ブリーフィングを行い、Wound Ostomy Continence Nurseが演習を90分行った。6.分析：記述統計による分析を行った。7.倫理的配慮：調査当時の所属施設の研究倫理審査承認後に実施し（平30大002）、(1)演習の参加や質問紙への回答は自由意思であること(2)個人情報保護について文書および口頭にて説明し同意を得た。

【結果】回答者40名（回収率100%）であった。性別は女性が35名（87.5%）であり、平均年齢は36.2±8.5歳であった。看護師経験年数は平均6.1年±5.2であった。講義に関する評価では、「大変参考になった」または「参考になった」が36名（90.0%）であった。演習に関する評価では、「ストーマ周囲の皮膚の観察」や「装具の選び方」、「アクセサリーの使い方」など7項目において38名（95.0%）が「大変参考になった」または「参考になった」と回答していた。

【考察】看護師は、講義と演習によるシミュレーションにより知識と技術を習得しており、発展途上国においても看護師を対象とした研修方法としてシミュレーション演習は効果的な教授方法であることが明らかとなった。

本研究はJSPS科研費 17K12602の助成を受けたものです。

O14-1

直腸癌手術における一時的回腸ストーマの問題点

○荒川 敏¹⁾、鈴木 華代²⁾、堀口 明彦¹⁾藤田医科大学ばんだね病院 消化器外科¹⁾、
藤田医科大学ばんだね病院 看護部²⁾

【背景】直腸癌手術後の縫合不全発生時の重篤化を予防する目的に、一時的ストーマを造設することがある。その際には回腸または横行結腸が選択されることが多く、手技の簡便性により回腸が選択されることが多い。しかし回腸または横行結腸を用いた際には各々の利点、欠点があり、どちらを選択するかは議論の余地がある。【目的】直腸癌手術時の一時的ストーマとして回腸を用いた時の問題点を明らかにする。【対象】2007年1月から2019年6月までに直腸癌手術時に一時的ストーマを造設した39例を対象とした。【方法】患者背景、ストーマ関連合併症(皮膚びらん)、ストーマ造設後の止痢剤の有無、直腸癌手術前と術後・退院後再診時の腎機能(eGFR)変化率を回腸ストーマ群(I群)(18例)と横行結腸ストーマ群(C群)(21例)の2群に分け比較検討した。【結果】年齢は44歳から81歳、性別は男性27例、女性12例。手術は結腸左半切除術+回盲部切除術1例、高位前方切除術4例、低位前方切除術21例、超低位前方切除術12例、横行結腸切除術+超低位前方切除術1例であった。術前化学療法(mFOLFOX6またはSOX)9例。手術は開腹手術10例、腹腔鏡下手術29例であった。術後合併症はI群5例、C群1例であり差は認めなかった(P=0.077)。I群で排泄過多1例、outlet obstruction1例を認めた。直腸癌手術前と退院後再診時の腎機能変化率はI群 $-2.8\% \pm 15.2$ 、C群 $7.9\% \pm 9.7$ であり差を認めた(P=0.012)。ストーマ関連合併症はI群9例、C群2例であり差を認めた(P=0.011)。止痢剤はI群6例、C群1例であり差を認めた(P=0.035)。術後補助化学療法としてI群6例、C群8例に行われたが化学療法前後で腎機能変化率に差は認めなかったが、I群で高度下痢症にて中止1例を認めた。【結論】I群は腎機能低下やストーマ関連合併症を多く認めた。直腸癌手術の際に一時的ストーマが回腸では、皮膚がデリケートな症例ではよりストーマケアが重要であり、また術後に腎機能が低下するため、腎機能が不良な症例では厳重な水分管理が重要であると考えられた。

O14-2

ストーマ周囲の組織過形成による管理困難のためストーマ形成術を行った事例

○渡辺 涼子¹⁾、佐竹ひとみ¹⁾、高橋 真紀¹⁾、
根本 良平¹⁾、千葉 倫子¹⁾、大沼 忍²⁾、
鈴木 秀幸²⁾東北大学病院 看護部¹⁾、東北大学病院 総合外科²⁾

【はじめに】ストーマ周囲の組織過形成は、通常はストーマ周囲に数個程度が生じ、出血などケアに支障がある場合にはストーマ外来での焼灼や結紮などで対応することが多い。今回、長期間に渡りストーマ全周性に多数の組織過形成とその増大に伴う出血などによりストーマ管理困難となり、手術療法に至った事例を経験したのでケアの経過とともに報告する。

【症例】A氏40代男性。直腸癌。20XX年直腸切断術、S状結腸人工肛門造設術施行。入院中よりストーマ近接部の組織過形成があり、出血も認めるため、退院後受診毎の硝酸銀による焼灼術施行。ポリープ状に変化し拡大したため翌年に病理検査を行い、悪性所見がないことを確認。形成外科と皮膚科へ紹介となり、液体窒素による焼灼術施行。以後組織過形成は残るものの、保存的に経過観察していた。

【経過】術後5年経過し組織過形成が増大があり、出血予防のため大きめのストーマ装具の選択、用手成形皮膚保護剤による過形成部の保護、機械的刺激を回避するケアを継続した。しかし徐々に増大し出血も増加、さらに1年後にはストーマ径も過形成部を含めて約60mmとなり、一般的なサイズの装具での対応が困難となった。組織過形成による出血や、装具選択に限られることで、不安や生活の質の低下に繋がっていたため、本人、妻、主治医、看護師で話し合い、ストーマ再造設術が検討され、過形成の切除範囲やストーマ周囲の腹壁形成検討のため形成外科医同席でのケアを実施した。人工肛門形成術施行となり、退院後ストーマケアの外來フォローを再開。術後ストーマ径は約40mmに縮小。ストーマ周囲に形成術に伴う凹凸が生じ予防的ケアを実施。以後ストーマ周囲の凹凸は軽減し、安定した装具貼付が可能となった。

【考察・まとめ】ストーマ形成術にあたっては手術侵襲を踏まえ、本人の意思確認など慎重に行う必要がある。本症例では外来での組織過形成への長期的なストーマケア指導を通し患者との信頼関係が構築されていた。さらに医師と連携し、医学的視点と局所ケアや日常生活の視点から患者の意思決定支援を行ったことで、安定したストーマケアが可能となり、生活の質向上につながった。

O14-3

ストーマセルフケア困難患者に対し早期ストーマ閉鎖術を施行した1例

○舟田あい子、近村 厚子、小島 博文

富山県済生会富山病院

【はじめに】

緊急ストーマ造設術を行う症例では、術前に詳しい患者背景を把握することができないため、ストーマ管理困難となるケースがある。今回、われわれはストーマセルフケア困難となった知的障害患者に対し早期ストーマ閉鎖術を選択した症例を報告する。

【症例】

60歳代、男性。S状結腸憩室穿孔に伴う急性汎発性腹膜炎に対して緊急ハルトマン手術が施行された。患者は生来、軽度の知的障害があるが、簡単な日常作業は可能であったためストーマ自己管理が可能と判断され、S状結腸単孔式人工肛門が造設された。術後経過は良好で、退院に向けてストーマ手技の自立が必要と考えられたが、再三の指導にも関わらず手技の獲得が非常に困難であり患者の周囲にストーマ手技のサポートをできる家族もいなかった。このため、外科医、皮膚・排泄ケア認定看護師（以下、WOCN）、病棟看護師らで治療方針を検討し、術後18日目の早期にストーマ閉鎖術を行う方針となった。

【術後経過】

ストーマ閉鎖術後は合併症を認めず、閉鎖術後9日目に退院となった。

【考察】

緊急ストーマ造設を行う場合、患者背景の理解が不十分なままストーマ造設になることやストーマサイトマーキングが適切になされないままストーマ造設に至ることがときに経験される。一般に、ストーマ管理は高度の認知症や自験例のような知的障害患者ではセルフケアが困難とされている。一方、ストーマ閉鎖術は多くの場合、ストーマ造設後2-3ヶ月の待機期間をおいてから施行されることが多い。自験例ではストーマ造設術後18日目と非常に早期に閉鎖術を施行したが術後経過は良好であり、患者の早期社会復帰に繋がった。

【まとめ】

WOCNはストーマケア管理困難患者に対し、専門的な知識や技術を駆使し社会的サポートや家族のフォロー体制の調整をおこなっている。しかし、患者の状態や社会的背景を統合し、主治医や病棟看護師との情報共有や連携の中で、早期ストーマ閉鎖を提案することも有用であると考えられた。

【倫理的配慮】

本人に発表の主旨を説明し発表の同意を得た。個人が特定されないよう配慮した。

O14-4

難治性ストーマ周囲皮膚潰瘍に対して人工肛門造設路変更を施行した1例

○小島 博文¹⁾、舟田あい子²⁾、近村 厚子²⁾

富山県済生会富山病院 外科¹⁾、
富山県済生会富山病院 看護部²⁾

【緒言】ストーマ周囲皮膚炎・皮膚障害は、ストーマ造設後の晩期合併症として比較的よく経験される病態である。なかでもストーマ周囲皮膚潰瘍は適切な創処置や装具管理により速やかに治癒する軽症例から、長期間にわたる創管理を要する難治症例まで様々な程度の皮膚潰瘍が存在する。われわれは、難治性ストーマ周囲皮膚潰瘍に対する人工肛門造設路変更を行い良好な経過を得た1例を経験したので報告する。

【症例】70歳、女性。下部直腸癌に対して直腸切断術が施行され、左下腹部に下行結腸単孔式人工肛門が造設された。本症例はBMI32.3と高度肥満症例かつ人工肛門がスキンレベルであり術後早期に人工肛門皮膚離開を合併した。さらに傍ストーマヘルニアを合併し、ストーマ皮膚離開部に過度の腹圧がかかり皮膚離開部が増悪、潰瘍化し装具管理、ストーマ周囲皮膚潰瘍部の治療に難渋していた。ストーマ周囲皮膚潰瘍部の治療の一方、術後6ヶ月で肺転移再発をきたし分子標的薬を用いた化学療法を行っていた。化学療法の副作用として創傷治癒障害を認めストーマ周囲皮膚潰瘍の治療をさらに困難な状況にさせていた。この症例に対し、ストーマ周囲皮膚潰瘍部への陰圧閉鎖療法を行った結果、一旦は潰瘍治療に至ったものの化学療法の再開後、再度潰瘍の悪化を認めた。このため人工肛門造設路の変更を行う方針とし、左下腹部の拳上孔の閉鎖、傍ヘルニアの修復、右下腹部に新たな拳上経路を作製し新人工肛門を造設した。術後経過は良好であり、化学療法再開後もストーマ閉鎖部の潰瘍再燃を認めず、新たな人工肛門造設部も問題なく経過した。

【考察および結語】難治性ストーマ周囲皮膚潰瘍の治療ではWOCNの介入、適切な装具管理、創処置が不可欠であるが、様々な治療に抵抗性の皮膚潰瘍については人工肛門造設路の変更が有用であると考えられた。

O14-5

経尿道的前立腺切除術にて抜去し得た長期尿道カテーテル留置患者の1例

○黄 和吉¹⁾、若松ひろ子²⁾、井上左央里³⁾、
半澤 幸恵²⁾、日橋久美子²⁾、小野 朝¹⁾、
滝澤 一晴¹⁾

総合病院厚生中央病院 泌尿器科¹⁾、
総合病院厚生中央病院 看護部²⁾、
総合病院厚生中央病院 リハビリテーション科³⁾

【症例】70代 男性 【主訴】尿道留置カテーテル交換困難、尿道損傷、発熱【既往歴】高血圧、認知症【経過】20XX年 脱水症にて前医に点滴加療目的で入院し、尿道留置カテーテル挿入。退院後は施設に入所となったが、カテーテルは抜去されずに留置したままであった。3か月後に施設でカテーテル交換時、挿入困難にて当院へ搬送となった。当院でスタイレットを用いて再挿入した。38.6℃の高熱、および血尿著明となったため緊急入院となった。抗生剤点滴し、状態は改善傾向となった。入院中に排尿自立支援チームによる介入を行ったが、尿路感染を合併していたため、カテーテルは退院後に待機的に抜去する方針とした。入院1週間後に退院となり、その際に α 1ブロッカーの処方を行った。それから3か月後にカテーテルの抜去を試みた。膀胱鏡にて観察したところ、前立腺部尿道で強い狭窄をみとめた。250mlの生理食塩水を注入したが、排尿はできずに再挿入となった。ご本人、ご家族ともカテーテルからの離脱を強く希望され、手術の方針となった。全身麻酔下にて経尿道的前立腺切除術を行った。計27gの前立腺腺腫を切除し、合併症なく終了した。術後3日目でカテーテル抜去し、その後は失禁あるも自排尿可能となった。術後2カ月で失禁も消失し、排尿は完全に自立できた。【考察】高齢者の排尿障害や長期安静、および失禁による皮膚障害などに対して尿道留置カテーテルを使用することが多い。しかし根拠が不明瞭のままカテーテル留置が長期化すると、尿路感染症や膀胱結石、閉塞、自己抜去などのリスクが高くなり、QOLを損なう原因となる。排尿自立支援チームの介入は、カテーテルからの離脱により自宅復帰が可能となるためであり、ADL向上に寄与するものであるが、抜去に至るまでの方法は多岐にわたる。今回は長期カテーテル留置の高齢者患者において、抜去の可能性を模索したところ、経尿道的手術によりカテーテルから離脱し得た1例を経験したので、ここに報告する。

O15-1

小児臍部造設ストーマ管理の現状と課題

- 日野岡蘭子¹⁾、平澤 雅敏²⁾、宮城 久之²⁾、
石井 大介²⁾、宮本 和俊²⁾

旭川医科大学病院 看護部¹⁾、
旭川医科大学 外科学講座小児外科²⁾

＜はじめに＞当院小児外科で2000年以降行われてきた小児臍部へのストーマ管理について現状と課題について述べる。当院小児外科では臍部ストーマ造設について、後に他の手術に支障を来さないこと、臍部に感染がないこと、臍の位置が下腹部に寄りすぎないことを適応としている。臍部へのストーマ造設の利点はストーマサイトマーキングが不要でストーマ閉鎖後の創が残らないため整容性に優れていることである。半面、ストーマ保有時期は成長発達が著しく体型や腹部状態、活動状況も大きく変化することから、状況に応じた管理方法、ケア方法の変更をタイムリーに行う必要があり、ストーマを保有しながら自宅で経過する時期の外来フォローは欠かせない。＜症例＞2014年1月から2019年6月まで当院で臍部にストーマ造設を行った19例の児のうち、演者が造設当初から閉鎖後まで介入した13例について検討した。在胎週数は平均37.8週、出生体重は平均2819g、ストーマ保有期間は平均228.7日であった。＜結果＞造設から装具決定までに要した期間は、7-18日、平均11.7日、装具交換回数は平均5.5回で決定していた。入院中に漏れを来した症例は4例、漏れの原因は臍の湿潤、発汗による面板の浮き、ケア側の要因としては洗浄後の不十分な拭き取りがあった。退院後、閉鎖までの期間で漏れを来した症例は11例、漏れの原因は成長による体型や腹壁の変化、うつ伏せや寝返りなどの体動の増加であった。また脱出は3例に認めたが、脱出自体は漏れの要因とはならなかった。同時期に臍部以外に造設した症例4例は、低出生体重児、多発合併などによる管理困難があるため単純比較はできないが、装具決定までに要する期間は平均32.3日で最長は65日であった。近接する膀胱皮膚瘻からの湿潤による漏れを繰り返したことが、装具決定を遅らせた要因であった。＜結語＞小児臍部ストーマ管理では、貼付面積が大きく確保できるため短期間での装具決定が可能で管理が容易だが、成長発達による腹部脂肪の増加によるストーマの平坦化、しわの増加などで漏れのため装具変更が必要になる症例が多かった。外来受診のタイミングを考慮し漏れを来す前に装具の再評価が必要である。

O15-2

間欠的自己導尿の手技習得に向けての支援 - 肢体不自由があり手技の習得に難渋した一事例 -

- 岡部和歌子、梅本 貴子、大瀧 志保、伊藤 智子
鶴岡市立荘内病院

【はじめに】

二分脊椎、人工肛門造設、左短肢症などの基礎疾患を持つ小児に対する間欠的自己導尿（以下CISC）の導入と手技習得までの経過について報告する。

【倫理的配慮】

病院倫理審査委員会の承認を得た。

【症例】

10歳代男児。出生直後に鎖肛・脊髄髄膜瘤・左短肢症の診断で高次病院へ搬送となりVPシャント、横行結腸ストーマ造設。その後は小児外科・小児科・泌尿器科を中心にフォロー中。車椅子生活中心で、今後も永久ストーマ管理の方針となっている。小学校は加配の教員が1名配置され、体育以外は一般学級に在籍。現在自宅と学校において、1日5回の間欠導尿を家族が施行している。

【看護の実際】

教育入院開始後、DVD視聴やパンフレットを用い繰り返しシミュレーションを行い、体勢保持の検討やカテーテルの変更、模型での練習を実施。短肢症・骨盤低形成による姿勢保持困難、手先の不器用さや尿道口の見えづらさによるカテーテル挿入困難、ストーマ装具による視野確保困難などの課題に直面した。予定の入院期間では手技習得に至らず、入院期間を延長し練習を重ねることでCISC習得できた。学校側とも情報共有し、本児が必要な介助を受け安全にCISC施行できるよう協力を依頼した。

【考察】

本事例の児は肢体不自由や両親の就労などの背景もあり、CISC導入について最良のタイミングを検討してきた。指導中多くの課題に直面したが、児のペースや習熟度に合わせた方法や物品を検討するとともに、できたことは賞賛しやる気を引き出し、反省点を抽出したことで徐々に手技の習得に繋がったと考える。CISC習得までの過程は個人差があり、導入時期や指導方法などを検討し、個別性に合わせた介入を行う必要がある。また、習得した手技を安全に実施し続けるためには家族や学校側の協力が不可欠であり、看護師は調整役として介入する必要がある。

【結論】

CISC導入は、介入時期の検討と個別性に合わせた指導が必要である。

O15-3

メチルマロン酸血症児への排尿ケアの経験

○小野寺有香

WOC相談室すずらん

【目的】

メチルマロン酸血症は先天性代謝異常の一つだが、国内患者数は約300名と少なく、排尿障害へのケアの報告はみられていない。今回、メチルマロン酸血症で排尿障害がある男児のケアを経験したので報告する。

【事例】

10歳代、男児。生後間もなく代謝性アシドーシスにてメチルマロン酸血症を発症。精神運動発達遅滞、骨格筋低下による移動障害、肝移植の既往があり、日常生活の多くで介助を必要とした。尿意ははっきりせず、紙オムツを常に使用。腎機能障害なし。毎日寝具まで尿汚染があるのを改善したいと相談があった。

【方法】

児と母親への問診とエコーによる残尿測定、DVSS公式認証版（以下、DVSS）の記載、排泄予測デバイスDFreePersonalによる排尿記録を行い、排尿障害の評価及び児と母親の希望に沿った排尿ケアの提案を行った。

【結果】

日中は尿器・トイレで排尿することもあるが尿失禁がみられ、夜間はオムツに排尿していた。尿による衣類などの汚染を気にし、テープ式紙オムツに通気性の悪い尿取りパッドを日中2枚、夜間4枚併用していた。残尿は生理的範囲内だった。DVSSと排尿記録から排尿障害の種類を判断することはできなかった。また、児は「おしっこで汚さないようになりたい」、母親は「排尿の失敗での本人の心の負担を減らしたい」「繰り返す真菌感染を減らしたい」と希望した。溢流性尿失禁は否定されたため、尿量に合った通気性のよい尿取りパッドの使用を提案した。睡眠中の排尿による衣類・寝具の汚染はなくなり、陰部真菌感染も改善した。

【考察】

メチルマロン酸血症は病型により発症時期、経過はさまざまであり、尿細管間質性腎炎による腎機能低下が進行し末期腎不全に至りうるが、治療上必要な特殊ミルクや薬剤を中止することは難しい。DVSSと排尿記録から排尿障害の種類を判断することはできなかったが、溢流性尿失禁が否定されたことで、腎機能障害への不安なく児のQOL向上に向けた排尿ケアの提案が行えたと考える。

【結語】

今後は児の主治医と連携し、より病態を考慮した排尿ケアを提案することが、児のQOLの維持に貢献すると考えられた。

O15-4

AYA世代でダブルストーマ造設術を受けた大腸がん患者への関わりを通して考える外来看護の一考察

○中野 祥江、工藤 礼子、安達 淑子、金光 幸秀

国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院

【はじめに】近年大腸がんの若年化がみられ、治療は性機能障害、ボディイメージに顕著に関連し、患者の将来に及ぼす影響は大きい。20歳代で骨盤内臓全摘（以後TPEと略す）を受けた患者への関わりから、TPEを受けるAYA世代の看護の関わりについて検討した。

【倫理的配慮】発表について本人より同意を得て個人が特定されないように配慮した。

【症例】A氏20歳代男性、数か月前に結婚。肛門管癌尿路浸潤、びまん性浸潤傾向強いタイプと診断され、術前化学療法の方針となり、他施設リプロダクション外来受診後に治療が開始された。術前化学療法終了後、放射線治療が追加された。A氏は初診時から口数が少なく、必ず診察に同席した。術前最終の評価で、『TPEをしても執りきれないかもしれない』と告知され、初めてA氏から手術を目標に治療を続けてきた想い、苛立ちや、性欲の変化等セクシャリティへの質問があり丁寧に回答した。説明内容については患者自身から妻に伝えられ家族で話し合い後手術を決断され、術後は補助化学療法が実施された。その治療中、挙児希望の相談があり、担当医やリプロダクション外来相談を経て、その後体外受精が成功し第1子が誕生した。現在再発なく経過できている。

【考察】A氏が長期の治療、TPEを決意した背景には、完治のために障害を受け入れるという強い思いがあったと考えられる。治療後の生活では、性機能の喪失だけでなく、性への欲求に関しての情報求められた。結婚後間もなく、今後の夫婦関係について、術前に、夫婦で話し合うことが出来たことは重要であったと考える。AYA世代の患者は、心理社会的ニーズから見てもアイデンティティ確立の中にあり、特にセクシャリティの影響は大きい。A氏との関わりからも、機能面だけではなく個々のセクシャリティへの支援が必要であると解った。AYA世代は多様な生き方の支援が必要であり、初診から診察に同席し治療を把握しながら、寄り添って共に考えたことが、意思決定支援の場面で発揮できたと考えられる。

【まとめ】AYA世代の患者には、個々の大切にせるセクシャリティを捉えて支援していくことが重要である。

O15-5

極低出生体重児の回腸ストーマの実態調査

○茂木ゆう子¹⁾、長田華世子²⁾、斎藤 弘美³⁾、
佐藤 摂⁴⁾

群馬県立小児医療センター¹⁾、地方独立行政法人 福岡市立
病院機構 福岡市立こども病院²⁾、宮城県立こども病院³⁾、
国立研究開発法人 国立成育医療研究センター⁴⁾

[はじめに]

極低出生体重児のストーマケアは、身体的特徴や児を取り巻く環境、ストーマ用品などの様々な要因が重なり難渋することが多い。また、合併症の発生により、さらに管理困難となりやすい。そこで、極低出生体重児のストーマケア方法の確立を目指したいと考えた。

[用語の定義]

極低出生体重児：出生体重1500g未満

超低出生体重児：出生体重1000g未満

そのため、極低出生体重児には超低出生体重児が含まれる。

[方法]

全国21施設に研究協力を依頼し、ストーマケア方法を問う質問用紙への回答を求めた。

[結果]

合計73症例のデータを収集した結果、術直後の既製装具装着は30症例、既製装具未装着は43症例であった。後者の場合、既製装具を装着するタイミングは、排便や栄養の開始が36.9%と最も多かった。また、初回交換以降のストーマケア方法の変更理由は、便漏れやびらん発生が29%、ストーマ術後合併症が24%、ストーマ装具に関連するものが14%であった。使用した装具はKG系やCPB系が99%を占めた。洗浄剤の使用開始時期は術直後から12施設が使用しており、粘着剥離剤の使用開始時期は、既製装具を装着開始後から10施設が使用していた。

[考察]

術直後は、必ずしも既製装具を装着する必要はなく、軟膏を塗布したガーゼでも対応可能である。既製装具を装着する場合は、頻回な貼りかえによる刺激でバイタルサインの変動をおこさないような技術を提供する必要がある。

便漏れやびらんの発生原因は、ストーマ装具に関連したことが多いことや極低出生体重児に使用できるストーマ装具の種類が少ないことから、耐水性や耐久性に優れた装具の開発に携わることも私たち皮膚・排泄ケア認定看護師の役割であると考えられる。

粘着剥離剤や洗浄剤の使用は、術直後から使用している施設が多かったが、皮膚の成熟度を確認しながら使用を検討する必要がある。

O15-6

小児における臍部人工肛門造設術の工夫

○平澤 雅敏¹⁾、宮本 和俊¹⁾、日野岡蘭子²⁾

旭川医科大学病院 外科学講座小児外科¹⁾、
旭川医科大学病院 看護部²⁾

【はじめに】手術創と共に多感な時期を過ごす小児では、整容性に優れた創は特に大切であり、当科では2000年以降、臍部人工肛門を造設し良好な結果が得られている。その特徴はストーマサイトマーキングが不要で管理も容易で閉鎖時の整容性に優れる事である。しかし腹直筋を貫通しないため脱出のリスクがあり、また成長による皮下脂肪増加で相対的に高さが不足することがある。当科での術式の工夫を報告する。【対照】2000年以降の人工肛門症例は94例で、2013年までの前期60例、2014年以降の後期34例とし検討した。【術式】臍脱前では臍輪周囲皮膚を温存し臍をくり抜き、臍帯動静脈、正中臍索を結紮切離し、横行結腸を引き出し、腸管の側々固定を施行し、筋膜と最低4針固定しTurnbull変法で作成する。その際に臍部余剰皮膚を短冊状に切離し皮弁を形成・挿入し脱出・脱落予防とする。臍脱後では臍内に「V字（逆V字）」状の切開で開腹し、V字状の皮膚をトリミングし皮弁としている。また、臍部は啼泣時の腹圧が集中するため、吸収糸の側々固定では術後1ヶ月以降に肛門側腸管の脱出が見られる症例が散見され、2014年より非吸収糸に変更している。閉鎖時は自然な外観の臍とするために臍周囲の余剰皮膚をなるべく温存し、臍上部の脂肪織を縫縮し十分な深さのある臍を形成している。【結果】前期では60例中28例（46.7%）が臍部に造設し、後期では34例中19例（67.9%）で臍部に造設し、臍部造設が増加している。前期では術後合併症として臍部症例で脱出を2例、他部位で脱出を1例認め、後期では臍部症例で脱出を3例、狭窄を1例に認め、他部位で脱出を2例に、壊死を5例に認め、合併症に関しては有意差を認めなかった。【考察および結語】臍部人工肛門は十分な装具の貼布面積が得られ、閉鎖時に臍形成術を行うことにより、閉鎖後の創が臍内に収まり癒痕が目立たぬ、整容性に優れた創となることである。その結果、介護者や小児科医からの評価も高く、患児のQOLも向上する。一方、合併症を来すと管理が難しいため、より管理しやすく合併症の少ない人工肛門作成を目指した術式の工夫が必要と思われる。

O16-1

二品系ストーマ装具を工夫して使用した術後ドレーン管理の一例

○仲村 朋高、與儀 等、稲福 彩子

那覇市立病院

【目的】

術後の肝下面ドレーン刺入部からの排液漏出量が多く、処置頻回で精神的苦痛を感じていた患者に対し、二品系ストーマ装具を工夫してドレナージ管理を行った一例を報告する。

【倫理的配慮】

個人が特定されないように配慮し、院内倫理委員会の承認を得た。

【症例】

A氏60代男性で肝内側区域切除+前腹側区域切除後、肝下面ドレーンを挿入されドレーン管理を行っていたが、術後に胆汁漏が発覚し、ドレーン管理の継続が必要な状況であった。術後8日目からドレーン刺入部からの排液の漏出が1000～2000ml/日と多く、ガーゼ汚染や病衣汚染にてガーゼやシーツ交換、更衣などの処置や介助が連日頻回となり、夜間不眠や精神的苦痛を訴えていた。

【看護の実際】

肝下面ドレーンを短くカットし、パウチングするといった方法も検討されていたが、Drにて細身のドレーンへと変更されたため、二品系ストーマ装具での管理を検討した。二品系ストーマ装具の嵌合部(上部側)をドレーンの幅に合わせてカットし、ドレーンの通り道を作成する。そこにドレーンを設置して周囲の隙間をアダプト保護シールで埋め、パウチを嵌合し、ドレーンはテープで固定した。

【考察】

肝臓の切除範囲が拡大するほど術後の出血や胆汁漏のリスクがとれない、治療的・予防的・観察的目的からも術後、ある一定期間のドレーン留置は必要である。A氏は、ドレーン刺入部からの排液の漏出が多く、ガーゼ+ABDガーゼによる保護では管理困難であった。ドレナージを継続しながらドレーン刺入部からの漏出を管理し、かつ、負担の軽減につながるケアの確立が必要であった。そこで二品系装具を工夫して貼付した。結果として刺入部からの漏出を管理することができ、ストーマ装具交換日だけの(4～5日に一回)処置が可能となり、ケア時間が短縮できたことは医療従事者・患者の双方にとって負担の軽減につながったと考える。A氏からは「休めるようになった」との言動が聴かれ、精神的苦痛の緩和につながったと考える。また、本事例はドレーンカットを行っていないため、逆行性感染などの二次感染の予防にも効果があると考えられる。

O16-2

腹膜偽粘液腫により多発瘻孔を有した患者への関わりを振り返る

○由井 恵¹⁾、石黒江理果¹⁾、北條 莊三²⁾、川口 智可¹⁾、中島玖美香¹⁾、立田 夏美¹⁾、水野 裕子¹⁾

国立大学法人富山大学附属病院¹⁾、富山大学大学院医学薬学研究部²⁾

【はじめに】腹膜偽粘液腫は進行性で、終末期には腹部膨満などの症状が出現し、臨床的に問題となる疾患である。今回、姑息的腫瘍減量術、ハルトマン手術後に複数の瘻孔形成を認めたと、自宅での最期を希望された患者、家族と関わった。多発瘻孔であり医療者には在宅療養ができるか不安があったが、患者、家族の意向に沿い自宅退院に繋げることができたので、報告する。

【倫理的配慮】個人が特定されないよう、配慮した。

【症例】60歳代、男性。開腹生検、虫垂切除後、腹膜偽粘液腫と診断され、他院で姑息的減量手術、ハルトマン手術施行。その7ヶ月後に腫瘍減量術、小腸部分切除術施行されるも縫合不全あり、小腸漿膜損傷部縫合閉鎖術、腹腔内洗浄、ドレーン留置術施行された。ドレーン留置部は小腸皮膚瘻形成状態となり、パウチング管理され、当院にてフォローされていた。左鼠径部、正中癒痕部からも便汁を認めるようになり、疼痛コントロールのため入院となった。患者は入院時より自宅退院を希望としていたが、妻への遠慮があった。

【看護の実際】入院時は多発瘻孔の感染・炎症による痛みが強かったため、抗生剤の投与や瘻孔部の毎日の洗浄、ドレナージを行い、局所コントロールに努めた。

瘻孔部の疼痛、装具が漏れてしまうことによる苦痛のため活動性が低下していたため、疼痛コントロールを行った。左鼠径部の瘻孔は屈曲部位に近く安定した平面を確保することが困難であったため、パッドでの管理も提案したが、排液付着による不快感と皮膚障害への不安があり、装具での管理を希望されたため、補正方法や装具を検討した。体動時の突発的な痛みもあったが、自分のペースでトイレや売店まで歩行することができた。

患者、妻は自宅退院を希望していたが、妻への気遣いと遠慮があったため、訪問看護の利用をすすめた。また、退院後の療養環境やサービス調整を行い、自宅退院となった。

【まとめ】複数の瘻孔管理が必要な患者に対して、症状緩和および患者の自宅に帰りたいという思いや患者、家族の希望に沿えるように調整を行うことで退院に繋げることができた。

O16-3

パウチングを併用した持続洗浄によって結腸皮膚瘻に交通する皮下ポケットの改善症例

○天野 晃子、石橋 直大、石田 尚正

川崎医科大学総合医療センター

はじめに

上行結腸穿孔術後、結腸皮膚瘻と交通する皮下ポケットが形成された症例に対し、ストーマ装具でのパウチングと持続洗浄の実施により皮下ポケットの改善と炎症のコントロールが可能であった。難治性の瘻孔にたいして局所のパウチングのケアを習得したことで自宅療養が可能となった症例を報告する。

経過

魚骨による腸管穿孔のため緊急手術となった80代男性。既往として幼少期に汎発性虫垂炎の開腹術、78歳癒着性イレウスの開腹術施行。術後SSIを合併、NPWT後全層植皮術の既往があり、糖尿病とリウマチに対してインスリン、ステロイド加療中であった。腸管が脆弱なうえ高度の癒着があり穿孔部修復後は損傷部の一部をtube colostomy・結腸皮膚瘻として管理を開始した。創治癒遅延あり、術後13日目皮下部にポケットが形成され結腸皮膚瘻部との交通が確認された。皮下ドレーンを追加し連日の洗浄で経過を見ていたが皮下ポケット部の改善なく炎症所見の遷延がみられた。食事調整を行いながら術後22日目皮下ドレーン部と結腸皮膚瘻部の持続洗浄を開始。洗浄液は輸液ポンプで調整、ドレーン挿入部はストーマ装具を用いて管理した。複数のドレーン挿入部へのパウチングと、ドレナージが必要であり煩雑な手技により管理に難渋したが、持続洗浄22日目皮下ポケットの縮小がみられ持続洗浄は中止となった。食事形態アップに伴い自然排便も見られたが、最終的に2か所の瘻孔部から便性の排液が持続していたため、セルフケアを家族とともに習得し在宅療養が可能となった。

考察

皮下ポケットが結腸皮膚瘻と交通していることで炎症のコントロールと局所管理に難渋していたが、ストーマ装具でパウチングすることで皮下ポケット部の持続洗浄が可能であった。持続洗浄を用いたことで創治癒を促進できたと考ええる。

まとめ

皮下ポケットと結腸皮膚瘻が交通した本症例の場合、創治癒を促すために持続洗浄は有効であった。しかし、パウチング方法など管理上手技が煩雑となりやすく、スタッフ間での連携や患者とその家族の理解と協力が必須である。装具代などコストの問題も課題である。

O16-4

直腸癌術後局所再発部摘出術後に併発した骨盤死腔炎および創部離開創に著効した陰圧閉鎖療法1例

○村上 歩¹⁾、吉田 武史¹⁾、弓削浩太郎¹⁾、
屋方 広美¹⁾、天野 智子¹⁾、田中 裕穂¹⁾、
赤木 由人²⁾

社会保険田川病院¹⁾、久留米大学外科学講座²⁾

【はじめに】骨盤死腔炎は、骨盤内手術後に骨盤内に組織欠損を伴うことにより、欠損部の空隙に貯留する血液やリンパ液が細菌増殖の温床となって発生する骨盤内感染症と定義される。直腸は骨盤内臓器の中で占める割合が大きく、直腸切断術を行うと骨盤内に広大な空隙が生じる。今回、直腸癌術後局所再発部摘出術後に併発した骨盤死腔炎および創部離開創に著効した陰圧閉鎖療法1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代女性、20XX年3月に直腸癌(Rb) ycT3N0M0 ycStage II (CRT: Cap, RT: total 50.4Gy) に対し腹腔鏡下Hartmann's手術を施行した。7か月後に残存直腸内に腫瘍を触知、精査により残存直腸内再発と診断し、腹会陰式直腸切断術、腔後壁合併切除術を施行したが、その4か月後に左臀部会陰創内部に3cm大の腫瘍が出現したため、精査後局所再発と診断し、局所再発部摘出術を施行した。術後5日目に創部発赤および創部離開を認めたため、洗浄と白糖・ポピドンヨード配合軟膏の塗布処置を開始した。感染創の改善傾向を認めず、離開創深部より小腸を確認し骨盤死腔炎と判断した。術後21日目から陰圧維持管理装置を用いて低圧で陰圧閉鎖療法を開始した。以後改善傾向にあり術後89日目に同療法を終了し、以後創部観察のみを行い、術後106日目に退院となった。

【考察】2010年4月より、健康保険診療報酬改定で「局所陰圧閉鎖処置」が新設され、本邦において保険診療で局所陰圧閉鎖処置を算定することができるようになった。会陰創は凹凸が著しく創傷管理に難渋するが、様々な工夫を行うことで同療法がより効果的であったと考える。本症例は、小腸露出を認めていたために損傷予防目的にシリコンメッシュを用いた。また、コットンファイラーや10mmフラットドレーンを使用することで、滲出液と感染性老廃物の除去が可能となり、創面環境を整えることができたため、創の収縮と肉芽形成が促進されたと考える。また陰圧維持管理装置使用期間の限界を超えてもClosed suction wound drainage法に切り替えることで創傷治癒に至ったと考える。

O16-5

尿道狭窄がある膀胱癌患者にBCG療法の際、親水コーティングカテーテルを使用した1例

○若松ひろ子、半澤 幸恵、吉田 ルミ、
日橋久美子、水島美奈子、小野 朝、黄 和吉
総合病院厚生中央病院

はじめに

膀胱癌で2度のTUR-BT時に尿道狭窄を認めたと未治療の患者に、BCG療法を行う際に親水コーティングカテーテルを使用したところ治療を継続できたため、事例を報告する。

症例紹介

60歳代男性。既往歴は高血圧（クレステール・テルミサルタン）、糖尿病（カナグル、HbA1c6.5～7.2）で内服管理している。

非浸潤性膀胱癌に対して初回のTUR-BTを行ったが、その時に軽度の尿道狭窄を認めていたことが記録上残っていたが未治療の患者であった。今回2回目のTUR-BTで尿道球部に狭窄を認め、シースの可動性が不良であったとの情報があった。膀胱癌再発に対して術後にBCG療法を行うこととなった。BCG療法の実施にあたり、初回は通常のカテーテルを使用し疼痛が強く、挿入も困難であったため、スピーディカテーテルNaviを使用した。

経過・結果

処置時の痛みは通常のカテーテルでは8/10、スピーディカテーテルNaviでは3/10であり、患者の処置時の苦痛は軽減された。

また、挿入時は通常は鑷子を使用していたが直接グリップを把持できたことでスムーズな挿入で患者への負担も軽減された。

BCG注入後症状は、排尿時痛、頻尿、血尿、発熱、頭痛、倦怠感があり、カテーテルの変更による影響はなかった。

考察

尿道狭窄があり治療上やむなくカテーテル挿入の必要な患者においてスピーディカテーテルNaviは新たな損傷を起こすことなく挿入する事ができた。導尿使用だけでなく治療上の使用の有用性が示唆された。

O17-1

ロボット支援直腸癌手術における一時的回腸人工肛門造設術における問題点

- 森谷弘乃介¹⁾、金光 幸秀¹⁾、塚本 俊輔¹⁾、
工藤 礼子²⁾、中野 祥江²⁾、高屋 聡美²⁾、
安達 淑子²⁾、眞崎 健太²⁾

国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院 大腸外科¹⁾、国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院看護部²⁾

【背景】

2018年4月より直腸癌に対してロボット支援手術が保険収載され、急速に普及している。直腸癌の手術において人工肛門造設が必要な症例があるが、従来の腹腔鏡手術と異なり、術前ストーマサイトマーキング部とロボット用ポート部の微細な位置調整は困難であり、右下腹部にストーマ部と複数の手術創が近接することがその理由として挙げられる。

【目的】

ロボット支援直腸癌手術時に造設した、一時的回腸人工肛門に関連する術後合併症の頻度を後方視的に明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

2014年5月から2019年9月までに、当院で直腸癌に対してロボット支援手術を施行した156例の中で、一時的回腸人工肛門造設術を併施した34例を対象とした。術後ストーマ合併症として、WOCナースおよび医師の介入が必要であったストーマ周囲糜爛、ストーマ周囲陥凹、ストーマ周囲掻痒症、ストーマ脱、ストーマ周囲膿瘍形成の頻度について算出した。

【結果】

男性: 26例、女性: 8例で、平均年齢: 61.5歳、平均BMI: 23.7であった。

術式の内訳は、低位前方切除: 9例 (両側側方郭清の2例を含む)、超低位前方切除術: 9例、内括約筋間直腸切除術: 16例であった。平均手術時間: 352分、平均出血量: 51.4gであった。人工肛門閉鎖術は33例 (97.0%) に施行され、閉鎖までの平均期間は4.8ヶ月であった。ストーマ関連合併症は9例 (26.4%) に認めた (自施2018年のストーマ合併症の頻度は24.1% (28/116例) であった)。陥凹が最も多く5例 (14.7%) であり、糜爛および掻痒症を2例 (5.9%)、ストーマ脱を1例 (2.9%) に認めた。またストーマ周囲膿瘍形成を1例 (2.9%) に認めたが、No. 3. のダビンチ用ポート部に深部にわたる膿瘍形成を認め、ストーマ管理に難渋した症例を経験した。実際の症例を提示する (63歳女性)。

【結語】

ロボット支援直腸癌手術における一時的回腸人工肛門術後のストーマ関連合併症の頻度は、従来手術と同程度のストーマ関連合併症の頻度であった。しかしながら、ロボット支援手術特有の手術創部と近接する症例ではストーマ管理に難渋する場合があります、大腸外科医とWOCナースによる連携が不可欠であると考えられる。

O17-2

ロボット支援下後腹膜経路ストーマ造設術の経験

- 中田 健、大原 信福、三宅祐一郎、
森本伸一郎、南部真里恵、山本絵美子

堺市立総合医療センター 大阪大学消化器外科

【背景】 進行下部直腸癌に対する腹会陰式直腸切断術 (以下: APR) において、永久単孔式ストーマ造設の際、合併症予防のために腹膜外経路が有用であるとされている。我々はこれまで、腹腔鏡手術における腹膜外経路ストーマ造設術を簡便に行う工夫を重ね、経験を積んできた。一方、2018年より直腸癌手術にロボット支援の適応が追加され、当院でも2019年9月現在まで約30例のロボット支援下直腸切除/切断術を経験している。APRは5例で、ロボット支援下に後腹膜経路の単孔式ストーマ造設術を行ったので報告する。

【目的】 当院で行ったロボット支援下APRにおける後腹膜経路ストーマ造設術の手技の手順や工夫を紹介する。

【手技】 腸管切離後、挙上腸管の十分な剥離受動をおこない、後腹膜経路に沿わせる長さを確保する。ロボットアームを用いて腹腔内から腹膜前腔の剥離を行う。下行結腸剥離部の腹膜断端を把持し、鋭的および鈍的に剥離を進めていくが、腹腔鏡の鉗子と比較し、ロボットアームは可動性が良いため、より腹側まで剥離を進めることができた。皮膚側よりストーマサイトマーキング部の切開を行い、腹直筋と後鞘の間をガーゼや腸ペラを用いて剥離し、弓状線部で腹膜前腔に層を変え、腹腔内から剥離したスペースと交通させる。腹腔鏡用の腸鉗子で腸管の断端を把持し、捻れないように腹膜外経路から皮膚切開部まで挙上する。

【結果】 ロボット支援下後腹膜経路ストーマ造設術5例の平均造設時間は約19分であり、以前我々が検討した腹腔鏡下後腹膜経路ストーマ造設術での造設時間20分と比較しても遜色のない結果であった。

【考察】 腹腔内経路による直接挙上法は簡便であるが、傍ストーマヘルニア・イレウス・ストーマ脱出などの合併症が起こりやすい。腹膜外経路は、腹腔鏡手術では手技がやや煩雑であったが、ロボット支援下に施行することにより腹腔内からの腹膜前腔の剥離が容易になる。

【結論】 ロボット支援下に行う腹膜外経路ストーマ造設術は、手技の工夫と定型化により、短時間かつ安全に施行できた。ロボットアームにより、腹腔鏡鉗子と比較し、より高位腹側までスムーズに腹膜前腔の剥離を進めることができた。

O17-3

鏡視下手術におけるストーマ造設経路の検討

○横尾 貴史、吉川 周作、稲次 直樹、
渡邊 真理、溝浦ますみ、河本 浩子、菊谷 美代
社会医療法人健全会土庫病院

緒言:従来,腹会陰式直腸切断術(以下APR)などにおける永久単孔式ストーマ造設の際に,ストーマ関連合併症を避けるために腹膜外経路での造設が選択されてきた.近年普及した腹腔鏡手術では腹膜外経路での造設が煩雑であるということから腹腔内経路でストーマ造設がなされることも多い.

腹腔鏡手術におけるストーマ造設経路によるストーマ関連合併症率の差については少数例の報告がみられるのみであることから,当センターでの成績について検討してみた.

方法:2011年1月から2019年8月までに当センターで鏡視下にS状結腸単孔式ストーマを造設した下部直腸癌患者29例を対象に後方視的に検討した.

結果:全症例の手術時年齢中央値は72歳で男女比は19:10であった.術式はAPR 28例,ハルトマン手術 1例であった.側方郭清は19例に施行されていた.Clavien-Dindo分類II度以上の早期合併症は16例にみられ,内訳は骨盤死腔炎 6例,排尿障害 5例,リンパ漏 3例,会陰創し開 2例であった.

13例は腹膜外経路(Group A)で,16例は腹腔内経路(Group B)でストーマが造設されていた.経路の選択は術者の裁量によって決定されていたが,基礎疾患,BMIに差はなく,Aに若年の傾向がみられた(中央値A: 67歳, B: 74歳).ストーマ関連合併症は3例にみられ内訳はAで挙上腸管壊死,ストーマ周囲出血, Bで傍ストーマヘルニアであった.($p=0.57$) 挙上腸管壊死と傍ストーマヘルニアには手術を要した.顕在化していなくても腹部CTでヘルニア様の変化を認めた症例はA 1例, B 4例であり腹腔内経路で多い傾向がみられたが有意差はなかった.($p=0.34$) 一方でAとBの手術時間および出血量の比較では,626分 vs. 501分, 175mg vs. 99.5mgと有意差はないもののAで手術時間が長く出血量が多い傾向があった.

結語:腹腔内経路でCT上傍ストーマヘルニア様の変化がみられる症例が多い傾向にあったが,修復術を要した症例は1例のみであった.腹膜外経路の作成には時間を要する傾向があり症例集積を重ねて必要性の検討を続けるべきであると考え.

O17-4

当院におけるストーマサイトマーキング部を用いた単孔式腹腔鏡下人工肛門造設術の検討

○丹羽浩一郎、関 英一郎、齋田 将之、
稲毛 圭菜、今府 三枝、河野 恵美
医療法人愛仁会 太田総合病院

【はじめに】腹腔鏡下人工肛門造設術は平成28年4月より保険適応になったこともありさらに広まるものと考えられる.人工肛門造設術は姑息手術として施行されることも多く,低侵襲性や次治療への早期移行,QOLの維持が重要であり,腹腔鏡下手術はこうした点からも優れていると考えられる.今回我々は当院におけるストーマサイトマーキング部を用いた単孔式腹腔鏡下人工肛門造設術の経験について報告する.

【対象・方法】平成27年1月から令和1年8月までに当院で単孔式腹腔鏡下人工肛門造設術を施行した20例について検討した.手術方法は,ストーマサイトマーキング部位を切開しラッププロテクターを挿入後EZアクセスを装着する.トロッカーはカメラポートの1本のみで,鉗子は1もしくは2本を直接EZアクセスから挿入している.腹腔内を詳細に観察後,人工肛門として使用する結腸を把持し腹腔外に誘導する.癒着等あり困難な場合は適宜剥離受動を追加する.その後,型通りに双口式人工肛門を造設する.【結果】平均年齢は71.1歳(45~94歳),男女比は17:3であった.人工肛門造設の原因となった疾患は20例中16例が切除不能進行大腸癌(直腸癌13例,S状結腸癌2例,下行結腸癌1例)であった.良性疾患はS状結腸膀胱瘻が3例,直腸癌術後骨盤内膿瘍が1例であった.人工肛門造設部は横行結腸17例,S状結腸3例であった.平均手術時間は76.1分(41~122)分で平均出血量は2.9ml(1~20ml),開腹移行例はなかった.また術後にストーマ合併症を発症した症例もなかった.【結語】当術式は腹腔内を詳細に観察し,必要に応じて剥離操作を加えることで確実にストーマサイトマーキング部に腸管を誘導することが可能であった.またストーマ周囲にポート創もないため創感染のリスク軽減だけでなく,ストーマ管理においても有用な術式であると考えられた.

O17-5

腹腔鏡下ストーマ造設の実際

○大地 貴史、衣笠 哲史、藤田 文彦、
溝部 智亮、赤木 由人

久留米大学病院 外科

腹腔鏡下人工肛門造設は腹壁破壊が少ないなどのメリットがあり、次第に試行数が増加してきている。大腸癌患者においてその適応となるのは狭窄病変を有し、原発巣切除が何らかの理由で困難な場合が多い。その場合多くは遠隔転移を有しており、ストーマ造設後には化学療法を中心とした治療が計画されていることが多い。その場合ストーマは永久的であり、化学療法を行いながらのストーマ管理となる。化学療法を早期に導入し、管理しやすいストーマを増設することが求められる。腹腔鏡下ストーマ造設は腹壁破壊が少なく、腹腔内の状況を確認し、適切な腸管の同定が可能であり、有用であると考えられる。実際の症例を通して、腹腔鏡下人工肛門造設の実際の注意点やメリットを報告する。【症例1】50歳台女性。多発肝転移を有する上行結腸が発見され、腫瘍内科より、原発切除の相談があった。CT上周囲組織への浸潤と腹膜播種が疑われ、原発切除は過侵襲となり、予後の改善には寄与しないと考えられた。腹腔鏡下回腸ストーマ造設、腹膜播種生検を行い、第12病日に退院。化学療法継続中。【症例2】70歳台女性。多発肺転移、肝転移、腹壁浸潤、腹膜播種を伴う横行結腸癌が発見された。横行結腸の腹壁直接浸潤、広範な腹膜播種を認め、回腸末端で人工肛門造設を行った。今後化学療法を導入予定である。【考察】腹腔鏡下ストーマ造設は腹壁創の設定の自由度が高く、ストーママーキング周囲の腹壁破壊を避けることができる。また、腹腔内を広く検索でき、播種の診断も容易であり、適切な腸管選択も可能である。腹壁の直接浸潤や播種病変が疑われる場合は安全と思われる部位でのトロカー留置を注意深く行う必要がある。

O17-6

腹腔鏡下人工肛門造設術の有用性と手技の工夫

○岩井 拓磨¹⁾、丸山 弘¹⁾、山田 岳史²⁾、
吉田 寛²⁾

日本医科大学多摩永山病院 外科¹⁾、
日本医科大学付属病院 消化器外科²⁾

【はじめに】人工肛門造設を要する症例は栄養状態が低下している場合や、迅速な化学療法への移行が望まれる進行癌である場合が多い。術後合併症なく、手術侵襲を可能な限り抑えることが求められる。創が小さい、適切な部位の腸管を視認可能、腹腔内審査が可能などの利点があるため、当科では、腸管挙上予定部位からの単孔式腹腔鏡を用いた人工肛門増設術を積極的に施行している。特に腹腔内審査によりステージングが変わると治療方針に直結するため意義は大きい。今回、単孔式腹腔鏡下人工肛門造設術の有用性を検討するとともに、当科での手技上の工夫を供覧する。

【対象】2016年1月から2019年4月の間で、待機的に人工肛門造設術を施行した症例を対象とした。患者背景、手術成績、術後成績について検証した。

【結果】対象は49例。単孔式腹腔鏡下（以下、TANKO）群は17例、開腹群は32例。TANKO群と開腹群で、年齢はそれぞれ中央値64, 71歳（ $P=0.86$ ）、手術時間は中央値65, 76.5分（ $P=0.84$ ）、出血量は中央値0, 0ml（ $P=0.20$ ）で有意差はみとめなかった。TANKO群の腹腔鏡完遂率は100%であった。化学療法導入目的にCVポート留置を同日に施行した19例と比較すると、化学療法開始までの術後日数はTANKO群9日、開腹群12日で有意差ないもののTANKO群で短い傾向にあった。SSIは開腹群で3例みとめたがTANKO群では0例。またTANKO群の2例で画像所見とステージングの相違を認めた。

【結語】腹腔鏡下人工肛門造設術は安全に施行可能である。創部汚染の回避や腹腔内審査の利点もあり有用である。



jsscr

ポスター

P1-1

肋骨弓が緩和ストーマ装具管理に影響した一考察
——マーキングに焦点をあてて——

○鈴木 和香、小林 真理、福岡 美智、山口 茂樹

埼玉医科大学国際医療センター

【はじめに】

緩和ストーマ造設を必要とする症例では、腹水や通過障害などにより腹部膨満や腸管浮腫を認める場合がある。今回、術前ストーマサイトマーキング(以下マーキングと示す)を実施したが肋骨弓により装具管理に影響した症例のマーキングについて考察を行ったので報告する。

【症例】

80歳 男性 直腸がんRb/P stage2 PS2-3 BMI19.9 原発切除なしの方針となりRT施行。約1年後に肛門痛の増強と腫瘍増大による通過障害によりT/Cに緩和ストーマ造設となった。

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう配慮した。

【経過】

術前マーキングを原則に沿い、①正中4cm・臍5cm・腹直筋1.1cm②×③4cm・5cm・1.2cm④4cm・5cm・1.3cmにマークを行った。それぞれの位置にマーキングディスクを当て平面が保たれることを確認した。左上のマーキング位置にT/Cストーマが造設された。初回交換時のストーマサイズは4.6cm×4.7cm×1.5cm。CPBE系装具を使用した。0時~2時方向より便もれを認めた。手術4日目のストーマサイズは3.0cm×4.0×1.6cm、肋骨弓までの距離は3.5cm。WOC介入しCPBHS系装具への装具変更とCB系用手成形型皮膚保護剤の調整を行いストーマ管理が可能となり、術後9日目に退院となった。最終受診時に便漏れやスキントラブルはなかった。

【結果】

腸管浮腫によるストーマ径の大きさが肋骨弓との距離に影響し便漏れが生じたが、マーキングは妥当に行われた。

【考察】

低アルブミン血症と通過障害による消化管浮腫のためストーマ径が大きく、造設部から肋骨弓までの距離が近くなり、面板外縁が肋骨弓にかかったことで面板が浮き、便漏れを生じさせたと考えられた。マーキング時に平面が保たれていることを確認したが、装具管理の観点から骨突起から4cm以上の距離が必要だとされていることをふまえると、肋骨弓からの距離は近くなっていった。しかし、その他の原則と腸管浮腫改善後に便漏れやスキントラブルがなかったことから本症例におけるマーキングは妥当であったと考える。

【結論】

緩和ストーマは腸管浮腫がありストーマ径が大きくなることを前提にマーキングを行い、サイズが縮小するまで漏れを予防した装具管理を行う必要があった。

P1-2

一時的人工肛門造設時の至適部位の検討

○井関 康仁¹⁾、永原 央¹⁾、渋谷 雅常¹⁾、
福岡 達成¹⁾、前田 清³⁾、西口 幸雄⁴⁾、
林 純代²⁾、大平 雅一¹⁾

大阪市立大学医学部附属病院 外科学講座 消化器外科学¹⁾、
大阪市立大学医学部附属病院 看護部²⁾、大阪市立総合医療
センター 消化器外科³⁾、大阪市立十三市民病院 外科⁴⁾

【はじめに】直腸癌切除に伴う一時的人工肛門造設術を行う際の人工肛門は結腸ストーマとするべきか回腸ストーマとするべきかという点について結論は得られていない。2014年1月から2019年7月までに当科において一時的人工肛門造設術を付加した直腸癌切除例63例について後方視的検討を行い、人工肛門造設至適部位について考察を行なった。

【症例検討】男性43名、女性20例で、年齢の中央値は66歳であった。人工肛門造設部位は、回腸が49例、横行結腸が14例であった。横行結腸ストーマ群と回腸ストーマ群におけるストーマ脱、傍ストーマヘルニア、ストーマ周囲皮膚びらん、High output syndrome, outlet obstruction の発生率について両群間で検討を行なった。ストーマ脱、傍ストーマヘルニア、outlet obstruction については2群間に有意な差は認めなかったが、ストーマ周囲皮膚びらん (p=0.0090)、High output syndrome (p=0.0078) については回腸ストーマ群において有意に多く、ストーマ肉芽種については横行結腸ストーマ群で有意に多かった (p=0.0206)。また、2019年9月までにストーマ閉鎖術を施行した症例は、55例であった。ストーマを閉鎖できなかった症例について検討したところ、結腸ストーマが2例、回腸ストーマが5例であった。閉鎖できなかった理由としては、閉鎖時期がまだ来ていない症例が2例。術後早期に再発を認めたために閉鎖しなかった症例が1例、吻合部狭窄が1例、肛門痛がある症例が1例であった。

【考察】今回の検討において回腸ストーマ群では有意に皮膚障害やhigh output症例が多かった。ストーマ関連合併症の観点からは、横行結腸ストーマとする方が良い可能性が示唆された。また、StageIV症例や再発リスクが高い症例、縫合不全リスクの高い症例については永久ストーマとなる可能性があり、特に横行結腸ストーマが望ましいと考えられた。

P1-3

ストーマ造設を要した高齢者手術症例の検討

○西森 英史、澤田 健、三浦 秀元、
平間 知美、鬼原 史、八十島孝博、
岡田 邦明、矢嶋 知己、秦 史壯

医療法人社団 札幌道都病院 外科

【目的】 造設時80歳以上の高齢者のストーマの現況を検討したので、その問題点を含めて報告する。

【対象】 2011年4月から2019年6月に当院で施行した人工肛門造設術（造設時年齢80歳以上）の69症例。

【結果】 男性22例、女性47例。平均年齢86.4歳（80-102歳）。結腸ストーマ53例、小腸ストーマ16例。単孔式43例、双孔式26例。ストーマ造設を要した原疾患は、直腸癌22例、結腸癌12例、直腸穿孔（良性）8例、結腸穿孔（良性）4例、小腸穿孔（良性）2例、イレウス9例（S状結腸捻転4例含む）、その他7例（重複あり）。術式は、ハルトマン手術25例、ストーマ造設のみ20例、腸切除+ストーマ造設術13例、APR/TPE10例、その他1例。緊急手術は17例（24.6%）。44例（63.8%）の患者は、認知障害あるいは認知症を有していた。ストーマの合併症を20例（29.0%）に認め、傍ストーマヘルニア6例、血流障害5例、皮膚離開3例、脱出2例、周囲皮膚障害2例であった。再手術を要したのは、傍ストーマヘルニアの3例のみであった。転帰は自宅退院15例（自宅から入院した42名の35.7%）、施設あるいは病院転院35例、死亡退院17例で、術死は7例（10.1%）であった。ストーマ管理は、セルフ9名（13.0%）、要介助あるいは家族13名、看護師（病院あるいは施設）47名（68.1%）であった。

【考察】 35例（50.7%）は悪性腫瘍手術に付随したストーマ造設で高齢患者においては、消化管吻合を回避する目的でハルトマン手術が選択されやすいためと思われる。また24.6%は緊急手術症例であったが、穿孔等の良性疾患においては、原疾患に介入せずストーマ造設のみとした症例も多い傾向であった。ストーマの合併症は比較的高率であったが、致命的な合併症は認めなかった。半数以上の患者は認知障害を有しており、セルフケア可能な患者は認知障害のない9名（13.0%）に過ぎず、再び自宅に戻れた患者は35.7%に留まった。死亡退院を17例（24.6%）に認めたが、患者背景を考慮すると許容範囲と思われた。

【結語】 高齢者のストーマ造設は概ね安全に施行可能であるが、その管理は他者を必要とすることが多く、造設時には患者背景等を深く考慮する必要がある。

P1-4

ストーマ管理困難な療養者のケア統一を目指して～ストーマケア表の活用～

○山本 ゆき、今江 照美、原田 美紀

訪問看護なかさとCCS

【はじめに】 ストーマケアについては特定の看護師が訪問することが多く、ストーマと面板の状態を記載する程度のストーマケア表（以下ケア表）しかなかった。今回管理困難なストーマ造設患者が訪問看護を利用することになり、既存のケア表ではケアの統一、外来との連携が不十分な記録であったため改良を加えた。それにより管理困難な症例に対してストーマケアが確立したのでここに報告する。

【対象・方法】 回腸ストーマの療養者に対し20xx年からケア表を使用し週3回訪問看護師にて装具交換継続中。ストーマ外来受診時に持参してもらいWOCにも記載してもらうようにした。ケア表の使用を通してスタッフの意見を聞きながら、アセスメント欄に記載するスペースを大きく設け、面板貼用方法の図を追加するなどの改良を行った。

【結果】 管理困難なストーマであるため訪問することに抵抗感を持つ看護師もいたが、ケア表の改良によって少しずつ緩和されていった。また、ストーマ外来ではケアの変更や装具変更のアセスメントの記入があり、WOCとの連携ツールとして利用でき、在宅でも統一したケアが継続できた。スタッフからの新たな意見としては、「面板の図が反転し分かりにくい」「貼用方法時の図に時計軸の数字を入れた方が見やすい」「アセスメント欄は改良後も小さく十分に記入できない」という声が聞かれ課題が見つかった。

【考察】 管理困難なストーマケアに対して看護師が持つ抵抗感が緩和されたことについては、ケア表を改良することによって見やすく分かりやすくなり、ケアの統一ができたためと考える。また、ストーマ外来とのケア表の使用により、専門的な知識を持つWOCとの関わりを持つ中で、適切な助言をもらい技術やアセスメント能力の向上につながり、ケア表が連携ツールになったと考える。

【まとめ】 この研究により新たな課題が見つかったため改良を加え、今後は家族や多職種との連携を強化できるツールにしていきたい。

P1-5

糖尿病性腎症末期腎不全患者に対する空腸ストーマ造設の経験

○平間 公昭¹⁾、沼野 美幸²⁾、土橋美歌子²⁾、
前田 周子²⁾、中山 義人¹⁾

八戸市立市民病院 外科¹⁾、八戸市立市民病院²⁾

【はじめに】空腸ストーマは栄養・体液管理が困難となることが多い。今回同じく栄養・体液管理困難な病態である糖尿病、末期腎不全の患者に対する空腸ストーマ造設を経験した。【症例】30代、男性。約20年前から2型糖尿病を発症し、6年前から腹膜透析を開始したが、約2年前からCAPD腹膜炎で入退院を繰り返すようになった。今回もCAPD腹膜炎疑いとして当院泌尿器科入院となったが腹痛・低血圧が持続し、約1か月後CTで絞扼性腸閉塞症の診断となった。全身状態不良で緊急手術はリスクが高いと判断し、イレウス管で解除を期待すると同時に、輸液により全身状態の改善を図る方針とした。イレウス管を絞扼部まで進め減圧療法を行ったが、6日後腸管が穿孔し緊急手術を施行した。全身麻酔下に開腹すると、腸管全体が厚い被膜に覆われて一塊となり、空腸の一部が壊死・穿孔していた。壊死腸管を切除したが断端が可動性不良で吻合困難であり、患者の全身状態も考慮してストーマ造設の方針とし、口側はトライツ靭帯から約70cmの空腸を粘膜非反転法で挙上し、肛門側はチューブ空腸瘻とする完全分離型空腸ストーマを造設した。術後血液透析を導入したが、第8病日に腸間膜断端からの出血でショック状態となり緊急開腹止血術を施行した。以後は大きな合併症なく経過し、内シャントとCVポートを造設して術後第91病日に退院となった。退院後は近医で血液透析および在宅中心静脈栄養法を行っていたが、約1か月後熱発・ストーマ排液の増加・高血糖等の症状が出現し、当科再入院となった。血液培養でブドウ球菌が検出され、CTで多発肺膿瘍・脾膿瘍・腸腰筋膿瘍等を認め、感染性塞栓症の診断となり、CVポートを抜去した。経口摂取を励行し、血液透析時の除加水で体液をコントロールしたところ、現在定時の点滴は施行せずに近医で週3回の血液透析を継続している。【考察】糖尿病性腎症による末期腎不全患者に発症した絞扼性腸閉塞に対し、緊急手術と血液透析導入で救命した。空腸ストーマで短腸症候群となった糖尿病、末期腎不全患者の管理は貴重な経験と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

P2-1

和文献における家族性大腸腺腫症患者と診断された患者が直面する心理・社会的問題に関する文献検討

○糸川 紅子、青木 和恵、木元千奈美、石切山千恵

静岡県立大学 看護学部 成人看護学

【はじめに】家族性大腸腺腫症は大腸癌を高い確率で発症することから、予防的に大腸(重)全摘を標準的の外科治療として位置づけている。治療の推奨年齢が大腸癌の有病率が比較的低い20歳代であることから、患者が予防的観点から大腸切除を受けることによる心理社会的問題が大きい。【目的】家族性大腸腺腫症患者と診断された患者が直面する心理・社会的問題について先行研究から得られた知見について報告する。【方法】情報源を医中誌Ver5、Google Scholarとし、‘家族性大腸腺腫症’、‘遺伝性腫瘍’、‘若年者’をキーワードとして検索した。検索対象期間は遺伝性腫瘍への関心が高まり、がん対策基本法が整備された2000年以降の報告とした。得られた文献を精読し、心理社会的問題に該当する内容を抽出して簡潔な文脈で表現した。各文献から得られた知見は、内容の類似性に基づき統合した。【倫理的配慮】著作権を遵守した。【結果】検索で得られた文献を精読し、心理・社会的問題について記述している文献18件を分析対象とした。家族性大腸腺腫症患者と診断された患者が直面する心理社会的問題は、<癌への罹患に対する恐怖>、<保因者となる子どもへの罪悪感>、<予防的治療決定権の侵害>、<診断過程で負う心の傷>、<就学・就労の不利益>、<発達課題遂行の障害>などであった。しかし、予防的大腸切除を受けた患者が直面する排泄経路の変更や疾病のサーバイランスに伴う心理・社会的問題は示されていない。【考察】若年者の家族性大腸腺腫症は早期発見・予防的大腸切除が鉄則である。若年者における家族性大腸腺腫症患者の発症前遺伝子診断の利益・不利益や意思決定支援モデルやコミュニケーションスキルはすでに示されている。しかし、予防的大腸切除が標準的治療であることから、一時的・永久的に排泄経路の変更を余儀なくされる若年の患者が直面する心理社会的問題を探索し、セルフケアを支援するための患者教育の枠組みを検討することが求められる。

P2-2

親のがんを経験したAYA世代の家族性大腸腺腫症患者のセルフケア行動を支援するためのアセスメントモデル

○糸川 紅子、青木 和恵、木元千奈美、石切山千恵

静岡県立大学 看護学部 成人看護学

【目的】親のがん闘病経験を有するAYA世代の家族性大腸腺腫症患者の症例をもとに、セルフケア行動を支援するためのアセスメントモデルについて検討する。【倫理的配慮】個人が特定されないよう配慮した。【症例】患者は20歳代女性、母親が家族性大腸腺腫症・横行結腸がん・多発肝転移・腹膜腫と診断されたのを機に、家族性大腸腺腫症と診断された。母親のがん闘病体験から「がんになるのが怖い」といい、大腸全摘・永回腸人工肛門造設術を受けた。術後経過は良好だったが、涙を浮かべながらストーマケアの指導を拒否し、未修得のまま退院した。退院後、外来でストーマケアを受けながら少しずつ習得した。【ヘルス・ビリーフ・モデル】ヘルス・ビリーフとは個人がセルフケアを起こすかどうかに影響を与える患者の考え(信念)である。患者が勧められたセルフケア行動をとる可能性は、<予防行動の利益の自覚(有益性)>から<予防行動に対する障害の自覚>を差し引いたものであるとしている。<疾病にかかる可能性の自覚(罹患性)>や<疾病の重大さの自覚(重大性)>、<疾病の恐ろしさの自覚(脅威)>、患者の年齢や性、社会心理学的側面、疾病に対する理解、疾病の経験などを含め、患者のセルフケア行動をとる可能性について総合的な理解を促進するためのモデルである。【考察】術前は親のがん闘病体験から<大腸がんによる死の恐怖>を強く認識し、予防的大腸切除を決心していた。しかし術後<予防的大腸切除の利益の自覚(有益性)>よりも<ストーマ造設(予防行動の障害)>の方が上回り、このことがセルフケア行動を阻害する要因になっていたと考えられる。すでに、家族性大腸腺腫症の家族歴の聴取が疾病や治療の理解を促進する効果が報告されている。しかし家族歴の聴取は手術の決定を促進しても、セルフケア行動の促進まで網羅しないと考えられる。AYA世代の患者のセルフケア行動を支援するために、家族歴に加えて親のがん闘病体験、ライフサイクル、手術前後の治療に対する認識の変化に至るまで総合的にアセスメントするためのモデルの構築が重要である。

P2-3

ストーマ粘膜皮膚移植から腺癌が発症した家族性大腸腺腫症の1例

○横澤真姫子、庄司 沙織、内藤 広郎

みやぎ県南中核病院

【はじめに】

家族性大腸腺腫症（以下、FAP）の患者は大腸外腫瘍病変として大腸以外に腫瘍が発症する可能性がある。今回、術後50年経過したストーマ粘膜皮膚移植部に腺癌を発症した症例に対し腹壁再建を伴う切除、ストーマ再造設に至った症例を経験したため報告する。

【倫理的配慮】

患者が特定されない表現とすることを本人へ説明し、学会発表の承諾を得た

【症例・経過】

60代男性、FAPのため50年前に大腸全摘、回腸ストーマ造設。20XX年6月腸閉塞のためA病院入院。退院後はストーマ外来にて1年毎の定期的フォローを行っていた。以前よりストーマ近接部に粘膜皮膚移植を認めていたが、ストーマケアに影響はなく、粘膜皮膚移植部の大きさに変化はなかったため、20XX+5年以降は大腸外腫瘍合併症フォローのため外科外来通院となっていた。患者は粘着式装具と非粘着式装具を組み合わせて独自に作成・使用していた為、装具に関するトラブル、不便さを感じていなかった。

20XX+7年2月腫瘍マーカー（CA19-9、CEA）の上昇がみられたため精査、PET-CTや内視鏡検査等では原因が確認できなかった。7月本人よりストーマ形状に変化があると申告があったためストーマ外来を受診したところ、粘膜皮膚移植部に腫瘍が確認された。腫瘍はストーマ近接部6-10時方向に扁平な隆起性病変（縦70×横50×高さ5mm）として確認され、生検にて腺癌と診断された。

同年8月に腹壁合併切除による腫瘍切除、腹壁形成術、対側へのストーマ再造設がおこなわれ、術後18日目に退院した。

【考察】

本症例ではFAPの小腸ストーマ造設後数十年経過していたため、近接部に粘膜皮膚移植があったにもかかわらず、患者は自己管理に習熟していた。ストーマ外来は定期的フォローとせず、FAPの大腸外腫瘍の合併症についてのみ外科外来フォローとしていた。そのため、腫瘍マーカーの上昇が発覚してからも粘膜皮膚移植部位から発症した腺癌を発見するまでに時間を要した。これまで、FAPは遠隔期に小腸ストーマ付近から小腸癌が発症したとの報告もあるため注意が必要である。

【結果】

FAP術後の小腸ストーマは腫瘍発症の可能性も否定できないため継続的にフォローしていく必要がある。

P2-4

二分脊椎症者の成人医療移行における医療・看護ニーズ-質的分析を通して-

○佐々木貴代

日本赤十字社医療センター 看護部

■倫理的配慮を行った（倫理審査委員会の承認を得た）

目的 成人二分脊椎症者の皮膚・排泄ケア領域のセルフケアの実際と支援の状況、症者が考える良好な医療・看護サービスとの関係性について明らかにする。

方法 混合研究 説明的順次デザイン 半構造化面接による質的記述的研究（第2分析）佐藤の質的データ分析の手法を参考に帰納的に分析を行った。

結果 研究協力者は9名（男性4名、一般就労8名）576の文書セグメント、440のコード、157のサブカテゴリ、40の概念的カテゴリが生成された。【生活の中での排便に対するセルフケアの実際】では、「時間のかかる洗腸は平日できない」として「洗腸を避ける」ようになり「週末まとめて排便する」が「便失禁するよりましな便秘」と捉えていた。【生活の中での排尿に対するセルフケアの実際】では、季節や体調に合わせて「導尿回数を調整」「カテーテルを使い分ける」工夫をしていたが、「自己流になっていくケア」を自覚し「セルフケアに関する注意を守らないことへの後ろめたさ」を感じていた。継続受診が途絶えてから、順行性洗腸用留置カテーテルを導尿用カテーテルで自作し自分で入れ替える「医療の模倣」、導尿用カテーテルを自費購入している経済的理由から「使い捨てカテーテルの使いまわし」をしているが「症状が起きなければ良しとする」など、医療安全・感染管理上重大な問題を抱えているケースもあった。【日常の中での管理の難しさ】では、排泄管理に困って相談しても問題解決しなかった「適切な治療の不足」、医師の役割は治療なので、先天性障害に対する相談には応えられないと思う「医師にもわからない対処行動」が抽出された。【自身が育つ中で感じてきた家庭内の環境】「障害に対する家庭の雰囲気」では、「障害のある自分を産んだことへの否定的な雰囲気」などが抽出された。

考察 安全で確実なセルフケア遂行に必要な物品の安定供給、療養相談など多職種によるセルフケア支援が必要である。家族の障害に対する考え方が症者の自己肯定感に影響していることが考えられたため、出生前からの家族支援の方策を多職種を交え検討する必要がある。

P2-5

右片麻痺と運動性失語がある患者のQOLを考慮した装具選択とセルフケア確立の一例

○大里 昌美

公益社団法人地域医療振興協会飯塚市立病院

【はじめに】

ストーマ造設後も今迄通りの生活を希望された、右片麻痺と運動性失語があるA氏のQOLを考慮した装具選択とセルフケア確立について報告する。

【倫理的配慮】

院内の倫理委員会で承認を得、個人が特定出来ない様に配慮した。個人からの学会提出への承諾も得ている。

【症例】

A氏60歳代女性、クモ膜下出血と左被殻出血の後遺症で右片麻痺と運動性失語があるが左手を使い食事や排泄、1本杖での歩行も可能。独居で週3回の訪問リハビリと日常生活はヘルパーが介入、病院受診や買い物は長女が行っていた。今回、S状結腸憩室炎による穿孔と汎発性腹膜炎の診断でハルトマン手術を行い、S状結腸に単孔式ストーマを造設した。

【経過】

A氏は出来る限り独りで生活したいと希望された。セルフケア能力を評価した結果、右手は殆ど動かせず左手も巧緻性が低く閉鎖具付帯型ストーマ袋の折り返しが出来ない為、装具交換や自己での便排出は全面的にサポートが必要と判断した。MSWと連携を取り、装具交換は訪問看護やデイサービスを利用できるが自宅で独りの際の便排出が課題となった。握力は弱いが浮動型のフランジであれば、指で挟んで勘合でき、取り外しも可能と考え、装具は二品系の平面装具とし、ストーマ袋は自宅では閉鎖型を使用した。便排出の負担が無い事で「下に便を集める事は出来るから夜は自分で袋の状態を確認する」と意欲的な発言が聞かれた。面板はサイズ変化に対応しやすく、長女の介入も考え、負担が少ない自在孔とした。フランジはA氏が嵌合や取り外しがしやすいものを選択し、独りの時を想定しながら繰り返し練習した。また、廃棄も汚染なく出来るように工夫した。入院中に訪問看護師や家族に装具交換を指導し、自宅退院となった。

【考察】

セルフケア能力を詳細に評価し残存機能を活かす為の装具選択と嵌合や取り外し、廃棄方法を繰り返し行った事は自宅退院へのイメージが付き、自信や意欲向上に繋がったと考える。

【結論】

退院に向けて患者の想いを優先するには日常生活状況の把握やセルフケア能力の正しい評価と対応が重要。

二品系装具は浮動型のフランジであれば、片手でも勘合部分の取り扱いが可能。

P2-6

多職種及び地域による支援が必要であった直腸切断術を受けた精神発達遅滞患者の1例

○八重樫瑞典¹⁾、十文字晴美²⁾、畑中 智貴¹⁾、伊藤 千絵¹⁾、皆川 幸洋¹⁾、遠野 千尋¹⁾、吉田 徹¹⁾

岩手県立久慈病院 外科¹⁾、岩手県立久慈病院 看護科²⁾

【はじめに】精神発達遅滞は知的機能の全般で、同年代と比較して遅れや成長の停滞が明らかであること、また意思伝達・家庭生活・社会資源の利用・対人技能・学習能力などの面での適応機能に明らかな制限があることと意味付けられており、病気や治療内容の理解に難渋する可能性があり、多角的なサポートを必要とする。今回進行直腸癌のため直腸切断術が必要であった精神発達遅滞患者に対して、術前の病理理解から退院後の生活支援を病院及び地域の多職種によってサポートできた1例を経験したので報告する。【症例】53歳男性。無職。既往は精神発達遅滞及びてんかん。生活は80歳代の母親と二人暮らし。IQは50程度であり、知的機能の程度は物事を理解するまでの時間を要し、また意思伝達などのコミュニケーション能力の制限を認めた。ADLは自立。【経過】2019年1月に肛門痛と下血を主訴に近医より当院へ紹介。精査の結果、進行直腸癌(T4a,N2a,M0,cStage III C)の診断であった。術前の診察時点において病状や手術内容の理解が乏しく、また人工肛門造設後の生活支援などの問題が懸念された。病状や人工肛門への理解を深めるため、術前化学療法(FOLFOX)を行う通院期間中に何度も医師やWOCからの説明を行った。FOLFOX8コース後に腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を行なった。術後骨盤内膿瘍を認めるも保存的治療で改善し、自力でのストーマ管理を習得後、術後33日目に退院された。退院に際し、保健師による訪問・通院先の精神科病院との連携・ストーマ装具の購入及び廃棄等におけるサポートなどを行い、特に生活に関わる支援を充実させ、退院後も自宅での生活が自立可能であった。【まとめ】本症例においては時間を要したが、術前に繰り返しコミュニケーションをとることで、患者自身の病状への理解度やストーマ管理能力の評価を行うことができ、退院後の課題を列挙し対応することができた。人工肛門造設を伴う術式において、精神発達遅滞の患者に対して地域及び多職種による長期的なサポートは重要であると考えられた。

P3-1

ストーマ保有者のストーマセルフケア能力評価尺度
開発の検討 -探索的因子分析と信頼性分析の実施-

○茂野 敬、伊井みず穂、梅村 俊彰、安田 智美
富山大学

【目的】

ストーマ保有者のストーマセルフケア能力評価尺度
の開発に向けて、ストーマセルフケア能力を評価す
るための項目を作成し、質問紙調査により得られた
結果から探索的因子分析と信頼性分析を行うこと
で、因子の抽出、因子構造の確認と信頼性の検討を
行う。

【方法】

先行研究を参考に、ストーマセルフケア能力を評価
するための47の質問項目(ストーマセルフケア能力
評価項目)を作成し、各項目は、「0:できない」か
ら「4:できる」の5段階の評定尺度法とした。対象
は、日本オストミー協会に所属するストーマ保有者
とし、基本属性、ストーマセルフケア能力評価項目
について質問紙調査を行った。解析は、ストーマセ
ルフケア能力評価項目を用いて、探索的因子分析(最
尤法、プロマックス回転)により因子の抽出、因子
構造の確認を行い、抽出された因子の cronbach の
 α 係数を算出し、信頼性の検討を行った。cronbach
の α 係数は0.70以上を採択することとした。本研究
は、本学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

分析対象は、ストーマセルフケア能力評価項目に
欠損値や回答の偏りが無い241名とした。基本属性
は、男性151名(62.7%)、女性89名(36.9%)であり、
平均年齢71.7±9.6歳、平均術後経過年数11.8±9.9年
であった。

初回の因子分析においてスクリー法により因子数
を3因子と決定し、因子負荷量0.40を基準として項目
の取舍選択を行いながら因子分析を繰り返した。そ
の結果、最終的に3因子33項目を採択した。第1因子
(15項目)、第2因子(9項目)、第3因子(9項目)の
cronbach の α 係数は、順に0.921、0.870、0.830であり、
因子間の相関係数は0.330-0.473を示した。

【まとめ】

本研究では、ストーマセルフケア能力評価尺度が
3因子構造であることが確認された。また、各因子
の cronbach の α 係数が0.80以上となったことから、
内的整合性があり、高い信頼性を備えることが示さ
れた。今後は、当該尺度の精度の向上、妥当性の補
完を図るために構成概念妥当性の検討や確証的因子
分析を行う予定である。

P3-2

消化管ストーマ造設患者セルフケアパスの評価

○五藤愛佐子、平中 哲也、福留 洋子、
今井 晶恵、松井 早苗、渡邊 多恵
広島大学病院

【目的】 本研究は、A病院で改訂したストーマセ
ルフケアパス(以下パスとする)を使用した患者のセ
ルフケア習得(以下ケア習得とする)と術後在院日
数を評価することを目的とする。本パスはストーマ
造設患者に入院時から使用し、ストーマケアを4段
階で計画的に習得できる患者参画型とした。ケア習
得および退院の目標期間は当院のクリニカルパスに
準じ術後10日に設定した。

【方法】 2018年4月～2019年5月にパスを使用した患
者を対象とし、セルフケア達成状況や身体状況を調
査し集計・評価を行った。本研究は広島大学疫学研
究倫理審査委員会の承認を得た(許可番号:第
E-1249号)。

【結果】 対象は58名(男性41名、女性17名)、平均年
齢63.8歳(SD13.8)、ケア習得平均日数18.2日
(SD14.6)、術後平均在院日数22.8日(SD17.2)であ
った。術後合併症を発症した患者は36名(62.0%)
でケア習得平均日数22.6日(SD17.0)、術後平均在
院日数29.0日(SD19.4)だった。合併症を発症しな
かった患者は22名(37.9%)でケア習得平均日数は
10.9日(SD3.2)、術後平均在院日数12.8日(SD3.3)、
うち直腸癌の6名は術後10日以内に退院できていた。
何らかの身体障害があった6名は支援者の手技獲得
や退院調整が要因で術後在院日数が延長していた。
身体障害がないにも関わらず術後在院日数が延長し
た10名のケア習得平均日数は11.6日(SD3.4)、術後
平均在院日数14.2日(SD2.8)であり、主に装具選
択が要因で術後在院日数が延長していた。

【考察】 合併症を発症しなかった患者のケア習得は
平均10.9日であり、目標期間10日を概ね達成した。
一方で合併症や身体障害もなく在院日数が延長した
患者もおり、影響要因として看護師による装具選択、
術後のアセスメント不足が推測された。したがって
看護師への指導方法を含む継続教育が必要と考える。
また、ケア習得平均日数に対し術後平均在院日
数が2.6日延長しており、その要因として患者との退
院目標の共有不足が推察された。よって患者・医療
者間でのパスに準じた進捗状況の共有とケア習得後
に速やかに退院できるよう早期からの調整も課題と
考える。今後もデータを蓄積しパスの評価と妥当性
を検証する必要がある。

P3-3

ストーマ造設患者の手指機能・認知機能とストーマセルフケア獲得との関連性

○李 英姫、齋藤 瞳、渡辺 美奈

名古屋市立大学病院

【目的】

手指機能・認知機能がセルフケア獲得に及ぼす影響を明らかにし、セルフケア獲得遅延のリスク評価として上肢機能検査（以下、STEFとする）・MMSEの有用性を明らかにする。

【方法】

人工肛門造設術を受けた30例を対象とし、術前に癌リハビリテーションにてSTEF・MMSEを実施。得点が高い群と低い群で退院までのセルフケア獲得に要した日数を比較した。また、セルフケア獲得遅延のリスク評価としてSTEF・MMSEを用いることの有効性を検討した。

【結果】

セルフケア獲得までの日数はSTEFでは93点以下で16日、94点以上で10日、MMSEでは25点以下で16日、26点以上で11日であった。セルフケア獲得までの段階においてSTEFでは“洗浄”が最も日数が発生した。MMSEではどの段階においても日数差は5～6日であり、各段階による差は生じなかった。

【考察】

手指機能・認知機能が低下している患者はセルフケア獲得が遅れる。STEFにおいては洗浄で最も日数を要したため、病棟で鏡を用いるほか、早期に家族などの他者への指導を移行することで日数の短縮化につなぐことができる。MMSEでは点数の高い群と比較し低い群でセルフケア獲得が遅れるが、各段階での差はない。面板交換を実施するキーパーソンの来院頻度に大きく左右される。

【結論】

病棟では手指機能評価を行っておらず、手指機能低下を把握することが難しい。そのためSTEFを取り入れることで看護師の感覚ではなく、一定の基準でリスク評価ができるため、セルフケア獲得遅延のリスク評価においてSTEFは有効である。

一方で認知機能評価は認知症などの既往歴や日々のコミュニケーションにおいて、MMSEを用いなくとも看護師にてリスク評価ができています。MMSEを用いることで明確なリスク評価を行うことはできるが、セルフケア獲得までの各段階に差は生じなかった。各段階の看護介入はなく、早期から他者での面板交換、社会資源の利用を検討することでセルフケア獲得遅延を防ぐことができているためMMSEは有用ではない。

P3-4

ストーマ造設患者の適切な装具選択への取り組み～ストーマ装具を4種類に限定して～

○実広 美子、木村 早織、谷川 義幸、
大江 奈緒、阪口 裕子、向井 章子

大阪警察病院

【はじめに】

A病院の消化器外科病棟におけるストーマ造設症例は年々増加傾向にあり、患者に応じた装具が選択されるように30種類以上の装具を常備し年間50件を超える症例に対応していた。しかし、病棟看護師から「多くあるストーマ装具から何をすればいいのかわからない」「自分が選択したものが正解なのかかわからない」「ストーマケアに自信が持てない」など装具選択に混乱や迷いがあった。迷った場合には、経験豊富な看護師や皮膚・排泄ケア認定看護師に選択を依存している現状にあった。そこで病棟看護師が患者に適切な装具が選択できることを目的に、装具を4種類に限定しフローチャート（以下フロー）を作成した取り組みを報告する。

【方法】

1. ストーマ装具を4種類に限定しフローを作成した。
2. 病棟看護師へフローと装具の説明会を実施した。
3. フローの使用前後で、同意を得た病棟看護師35名に対しアンケート調査を実施した。

【倫理的配慮】

個人が特定されないよう配慮し院内倫理委員会の承認を得た。

【結果】

アンケート調査の結果、装具が多くて困ったが34名から6名、何を使うかわからないが34名から14名、毎回相談して決めるが6名から0名となり、35名の看護師全員がフローを活用し概ね装具選択ができた。

【考察】

フロー作成以前はストーマの形状や腹壁を評価し、多種多様にある装具の中からの選択は看護師の経験にゆだねられており、経験の浅い看護師では排泄物が漏れるたびに装具を変更し何種類も試していた。今回、フローを作成してストーマ装具選択のアセスメントを明確にした。4種類に限定したことで病棟看護師が患者に適切な装具選択ができた実感した結果につながったと考える。装具選択の適切なアセスメントは患者のストーマに応じた選択になり不意な便漏れが少なくなり、セルフケア習得に貢献できていると考える。

【結論・今後の課題】

ストーマ装具の種類を多く常備するより、アセスメントが明確なフローと装具を限定したことで病棟看護師が装具の選択ができたといえる。今後、患者にとってより良い生活になるための装具を厳選しながら改善を重ねたい。

P3-5

小規模病院だからこそできる在宅ストーマケア支援
～ヘルニアベルトの導入と意思決定支援を通して～

○紺野 淳子

気仙沼市立本吉病院

【はじめに】

小規模病院において訪問看護師とともにヘルニアベルト導入を試みた患者・家族との関わりについて考察を行ったのでここに報告する。

【事例紹介】

A氏70代女性。S状結腸癌にてB病院にてストーマ造設術を受ける。退院後はB病院ストーマ外来でフォローを行い、装具交換はC病院訪問看護を週2回利用している。一人暮らし。便排除は自立。次女の嫁が装具交換や装具の管理をしている。

【倫理的配慮】

個人が特定されないように配慮した。

【看護の実際】

腹壁の膨隆を認めたためアクセサリ等を提案したが、家族に装具追加の意向はなく、後日B病院の受診時にベルト装着の提案がされたらと相談を受けヘルニアベルトの提案を行う。手作りすることになったが作成したベルトを本人が装着しないと家族より相談を受けC病院訪問看護師とともに病棟所属の皮膚・排泄ケア認定看護師（以下WOCN）が居宅を訪問。A氏は締め付け感が嫌とのことで再度ヘルニアベルトを提案し、装着体験を行った後購入の運びとなる。装着後便漏れはなく、家族の協力を得て継続してベルトを装着できている。

【考察】

小規模病院は院内における柔軟な対応が可能であり、病棟所属のWOCNが居宅訪問することで、患者家族の意向に柔軟に対応できる。在宅においてもストーマ外来同様の適切なセルフケアの提案・支援を行うことが出来るようになる。A氏においてはヘルニアベルト使用により面板と腹壁の密着が得られ、腹部の重苦しさが緩和された。加えて便漏れしないことが排泄ケアを他者に委ねるストレスの軽減、尊厳を大切にすることにつながったと考える。ケア介入においてもA氏や家族の意向を否定せず、意思決定を促すことができた。結果ヘルニアベルトを装着した生活が維持できるという、継続的なセルフケア行動に至ったと考える。

【結論】

小規模病院における柔軟な対応は患者・家族の意向を尊重しながら適切なセルフケア支援へと結びつけることが出来る。

ヘルニアベルトを使用することで便漏れが回避でき、排泄ケアを委ねるストレスを軽減し、患者の尊厳を大切にすることが出来る。

患者家族の意思決定を支援することは継続的なセルフケア行動の支援につながる。

P3-6

認知症によりセルフケア困難となった患者に対するストーマ外来での関わり～ストーマ外来での地域連携～

○渡邊由木子

独立行政法人国立病院機構埼玉病院

はじめに

認知症によりセルフケア困難となった高齢独居患者に対し、ストーマ外来で訪問看護師と連携し情報共有を行ったことで、定期的な装具交換管理が可能となった症例を経験したため報告をする。

倫理的配慮

個人が特定されないように配慮した。

症例

80歳代女性。約30年前に膀胱癌に対し膀胱全摘回腸導管術を施行。独居。ストーマ用品販売店より行政機関へ装具購入頻度が多くなっていると連絡が入る。ケアマネージャーが自宅を訪問し、除去した装具が部屋に散乱、ストーマ周囲に糜爛を形成し自己での装具管理が困難となっている状況を発見。糜爛に対しては近医皮膚科に受診したが、装具の漏れは続いていたため、装具管理について訪問看護師とともにストーマ外来に受診となった。

経過

ストーマ粘膜周囲約5センチの範囲にPEHと糜爛を認めた。また、ストーマは右腸骨部に近い位置に造設されており、高さもなく、座位では腹壁がストーマの上に覆い被さり、患者が粘膜を直視して装具貼付するのは困難と判断できた。訪問看護師と共に問題点を共有し、平面装具をストーマ径より1cm大きめにホールカットして貼付。毎日交換として、尿のめぐりこみ防止と皮膚科指示の軟膏塗布での管理とした。2週間毎に外来を受診し、訪問看護師と共に管理状況や新たな問題点の情報共有を行った。途中、訪問看護ステーションの変更に伴い連日の介入が困難となったため、2施設の訪問看護師とストーマの管理状況や問題点に対しての情報共有を実施した。漏れや装具貼付時の違和感により装具を除去することが問題点と考えられたため、初期タック力が高く、装着時に違和感が少ない、深いしわに対しての追従性が期待できる柔らかい凸面の装具へ変更し、ベルト併用での管理とした。装具変更後、自己にてベルトを除去することはあったが、漏れはなく週3回間隔での装具交換が可能となった。

考察・まとめ

認知症の場合、環境の変化に対して適応できないことが多い。今回、外来受診時に情報共有を定期的に行ったことで生活環境を変更せずに装具変更をすることができた。ストーマ外来は訪問看護ステーションとの地域連携の場としても役割を担っていることが分かった。

P4-1

消化器外科外来における直腸がん肛門温存手術患者の排便障害に対する看護介入の課題

○藤田あけみ¹⁾、鎌田恵里子²⁾、三浦 卓也²⁾、
諸橋 一²⁾、坂本 義之²⁾

弘前大学大学院保健学研究科¹⁾、弘前大学医学部附属病院²⁾

目的：消化器外科外来における直腸がん肛門温存手術患者の排便障害に対する看護介入の課題を明らかにする。

方法：対象者は全国の消化器外科外来の看護師で無記名自記式質問紙調査を実施した。調査は、基本属性、肛門温存手術後の患者数、排便障害への看護介入などであった。分析は単純集計と設置主体別にも比較した。本調査は申請者らの所属施設の倫理審査の承認を得て実施した。

結果：調査用紙の配布数は835部で、回収数275部(回収率：30.4%)であった。対象者は、40歳代が最も多く43.3%、看護師経験年数の平均は20.2年であった。消化器外科外来を受診する1日の平均患者数は34.1人で、LARの平均患者数は7.9人、ISRの平均患者数は3.1人であった。設置主体別の患者数は国立病院が32.1人、公立病院が31.7人、私立病院が35.8人であった。外来の看護師数の平均は3.4人で、設置主体別では、国立病院が2.3人、公立病院が3.1人、私立病院が3.9人で、国立病院が有意に少なかった。術後患者の排便障害の把握状況は、「十分把握」1.8%、「ほぼ把握」13.1%、「少し把握」44.7%、「把握していない」35.3%であり、設置主体別に差はなかった。排便障害への看護介入は「実施」8.4%、「未実施」41.5%、「皮膚・排泄ケア認定看護師が実施」41.1%であった。看護介入の課題は「介入方法がわからない」38.2%、「時間がない」60.7%、「医師のみが関わる」17.8%であった。看護介入プログラムの使用について、「ぜひ使用したい」23.0%、「内容により考える」73.8%。「使用したいと思わない」2.0%であり、設置主体別に差はなかった。

考察：消化器外来看護師の約35%は直腸がん肛門温存手術後の排便障害を把握できておらず、約40%は看護介入が実施できていなかった。その理由として、介入の時間がないこと、介入方法がわからないことなどがあげられ、特に、国立病院では外来看護師数が少なく、介入時間が取れないという課題があった。マンパワー不足に対応した排便障害のへ対応方法の提案が必要と考えられた。

P4-2

ストーマ周囲に形成された壊疽性膿皮症と皮膚・排泄ケア認定看護師の役割

○藤重 淳子

下関市立市民病院

【目的】一時的ストーマ造設後に壊疽性膿皮症を併発した事例を経験した。潰瘍部を含めたストーマケアと皮膚・排泄ケア認定看護師(以下WOCN)の役割について検討した。

【倫理的配慮】患者の承諾を得て、個人が特定されないよう配慮した。

【事例】A氏70歳代女性 現病歴：直腸がんStageⅢb、根治手術前に化学療法を行う予定で、20XX年7月右下腹部に一時的ストーマ造設術を施行。ストーマケアは自立。

【経過】入院中よりストーマ近接部に痛みと発赤があった。術後の経過は順調で一旦退院し、術前化学療法(FOLFOXIRI+ベバシズマブ以下化学療法)の度に入院することとなった。化学療法の1コース途中よりびらんが著明となり、2コース目に入ると壊死組織を伴う潰瘍を形成した。WOCNは医師へ報告し、A氏は壊疽性膿皮症と診断された。薬剤師、がん化学療法看護認定看護師の意見を聞き、多職種で検討した結果、化学療法は中止となった。潰瘍が大きくなると装具から浸出液や便が漏れ、痛みも強く、セルフケアが困難となった。そのため外来でWOCNが装具交換を行った。局所ケアは用手成形皮膚保護剤、粉状皮膚保護剤、ポリウレタンフォームで保護し、愛護的に行った。ストーマ装具は毎日交換が必要となり、面板をストーマサイズから潰瘍の大きさに合わせて開孔するように変更し、2日毎の交換が可能となった。化学療法中止から7週間後にマイルズ手術が施行され、一時的ストーマが閉鎖された。潰瘍部はストーマ閉鎖後2ヵ月で治癒に至った。

【考察】一時的ストーマ造設後よりストーマ周囲の痛み、発赤があり、壊疽性膿皮症の前兆であった可能性がある。CPT-11や、ベバシズマブの有害事象により潰瘍が重症化したと考えられる。WOCNは、関連職種の専門性を考慮し調整力を発揮し、早期に対応できた。ストーマ周囲の壊疽性膿皮症はストーマ管理を困難とするため、状況に応じ柔軟にケアを変更する必要がある。

【結論】WOCNの役割は、壊疽性膿皮症の前兆を見逃さず早期に対応する、関連職種を調整する、専門的な知識と技術を以てストーマ管理を行うことである。

P4-3

経済的な問題をもつオストメイトの支援に関する一考察
～生活保護受給者が安心して装具購入するために～

○松尾麻由子¹⁾、古賀めぐみ¹⁾、林 忍¹⁾、
櫻井 隆久²⁾

医療法人康仁会 西の京病院¹⁾、
医療法人康仁会 西の京病院 外科²⁾

【はじめに】生活保護を受給するオストメイトが、自身に適したストーマ装具が安定して購入・利用できるための保障制度について検討、介入した。その結果、費用面の心配なく装具購入が可能となったので、その経過を報告する。

【症例】A氏、70歳代女性。軽度認知症あり。慢性腎不全にて2013年から透析導入し、現在3回/週行っている。2016年9月、直腸穿孔にて横行結腸双孔式ストーマ造設となった。長男（軽度知的障害あり）と2人暮らしであったが、大腿骨骨折以降ADLが低下し、要介護状態となった為、サービス付き高齢者住宅（以下、サ高住）に入所となった。ストーマケアは、装具交換を訪問看護師が2回/週で施行、便捨て等は施設スタッフが適宜行っている。

【障害等級】腎機能障害1級、膀胱直腸機能障害4級

【利用中の社会福祉制度】生活保護受給、成年後見人制度、介護保険（要介護5、訪問看護）、日常生活用具給付券（以下、給付券）

【経過】サ高住入所以降、皮膚掻痒感の訴えが聞かれ、たびたび便漏れするようになった。訪問看護師から限度額内の装具選択やコスト対策について相談があり、安価な装具へ変更とした。A氏は生活保護受給中であり、治療材料費意見書の申請が可能であったので、市に申請し認可を得た。これによりストーマ装具に関する給付額が増え、A氏の装具購入における費用面での心配は不要となった。

【考察】オストメイトの装具選択には、腹壁の形状に適した形状や皮膚状態に合った保護材の選択と、装具やケアにかかる費用も視野に含めた検討が重要である。とくに経済的な問題を抱える場合には月額装具代を計算し、給付券の限度額を超えないように調整することが必要である。また、給付券による装具費用の支援以外に利用できる制度について、市町村の障害福祉課やストーマ装具を取り扱う代理店などから情報を得ることも有用と考える。

【結語】装具購入に関して経済的な不安をもつオストメイトに対しては、腹壁や皮膚の状況を考慮した装具選択と、費用面で活用できる支援体制を確認することは重要である。

P4-4

尿道カテーテル留置歴のない患者の共通点から排尿自立への支援方法を探る ～経験した事例からの検討～

○柿本 満恵

公益財団法人健和会 健和会大手町病院

【背景】A病院では、2017年より排尿自立に向けて排尿ケアチームが活動している。排尿ケアの介入は、尿道カテーテル留置歴のある患者に留まっている。

【目的】B病棟における、何らかの原因で排尿が自力でできない尿道カテーテル留置のない患者の排尿ケアを振り返り、皮膚・排泄ケア認定看護師（以下、WOCとする）としての活動の課題を明確化する。

【倫理的配慮】本研究は所属施設の看護研究倫理審査会の承認を得て実施した。

【方法】20xx年7月～20xx年12月の6か月間、A病院B病棟に入院した日常生活自立度ランクB以上の尿道カテーテル留置歴のない223名のうち下部尿路症状（lower urinary tract symptoms: 以下LUTS）または尿閉のある患者3名を対象に入院から退院までの排尿に関する情報をカルテから抽出し、考察した。

【結果】症例1：60歳代男性。C2レベル。進行性核上性麻痺、2型糖尿病、神経因性膀胱。薬物療法では改善なく、尿道カテーテル留置管理のまま退院された。治療介入までに時間を要したため、入院期間が延長した。

症例2：90歳代女性。B2レベル。胆管炎、過活動膀胱、認知症。前医から継続した薬物療法に加え、行動療法により症状が改善した。

症例3：90歳代女性。C1レベル。脳梗塞後遺症、神経因性膀胱、認知症。症例2と同じく、前医からの薬物療法に加え、行動療法により症状が改善した。

3事例に共通することは、WOCが情報収集した際に、排尿ケアの変更が必要だと判断して介入したことである。

【考察】患者の病状や身体状況に応じて、患者に適した排尿ケアを検討、実施していく必要がある。しかし、排尿ケアに携わるスタッフの排尿自立に関する意識や知識が不十分であり、それぞれの患者に適したケアの実践に繋がっていなかったと考える。また、患者に適した排尿ケアについてコンサルテーションできるシステムが必要であると考えられる。

【結語】排尿ケアに携わるスタッフの排尿自立に関する意識や知識を向上させるため、LUTSや尿閉などの症状やケアについての学習会を開催をし、泌尿器科医と連携のもと、尿道カテーテル留置歴のない患者の排尿自立に関するコンサルテーションができるシステムづくりが課題である。

P4-5

在宅における軟便イレオストミーの夜間管理方法の工夫

○明石奈緒子¹⁾、清水 裕智¹⁾、中江 志穂²⁾

医療法人財団 荻窪病院¹⁾、あかり訪問看護ステーション²⁾

【はじめに】

イレオストミーのような多排泄量ストーマでは、ストーマ袋に蓄尿袋を接続して管理することもある。自己による便排除が困難な場合、家族やサービスを利用しての対応となるが、イレオストミーでは便排除の回数も多くなるため、在宅でのストーマ管理において、対応に苦慮することもある。今回、せん妄により急遽自宅退院となったイレオストミー患者の夜間管理方法について、傘袋を用いて簡便に管理でき、家族の負担軽減が図れた症例について報告する。

【倫理的配慮】

学会発表の主旨を本人、家族に伝え、個人が特定されないように配慮することを口頭で説明し、承諾を得た。

【症例】

70才代男性。妻と二人暮らし。S状結腸癌にて腹腔鏡下S状結腸切除術施行。縫合不全により術後3病日にイレオストミー造設となった。入院35日目頃より不満言動あり、入院36日目に尿道留置カテーテルが再挿入となったことで拒薬や怒りの表出が見られ、急激にせん妄状態となり、入院39日目に急遽自宅退院となった。退院後に脱水予防と栄養吸収のため、便性状を固めに調整したところ、蓄尿袋からの便排除が困難となったため、管理方法を検討した。

【経過】

1. ストーマ装具の見直し

退院時の装具は水様使用の排液バッグが使用できない装具であったため、使用可能な装具へ変更した。装具変更後、夜間の管理に傘袋を活用した。水様使用の排液バッグが使用可能な装具は、傘袋の接続が可能であった。

2. 夜間の管理方法の見直し

傘袋を使用した管理方法を検討し、訪問医より妻へ指導を行った。

【結果】

1. 夜間の泥状便の回収やストーマ袋からの便排除が容易に出来るようになった
2. 妻の睡眠時間が確保でき、心身の負担軽減を図ることが出来た
3. ストーマ袋のキャップはそのまま使用でき、昼間の便排除は自己にて継続できた

【考察】

本症例では水様使用の排液バッグが使用可能な装具へ変更できたため、傘袋での管理も出来た。イレオストミーにおいて、排便量や管理上の問題で装具の変更や工夫が必要になることもある。自宅での療養生活も広がる中で、容量の大きなストーマ袋や便専用の排液バッグなど、ストーマ用品の種類拡大が望まれる。

P4-6

作成した状態のストーマ装具を準備しておくことによるストーマケア簡易化の検討

○齋藤 忠明、菅 由美子、櫻田 朋子

横浜市立市民病院

【初めに】近年急性期病院では在院日数が短縮され、ストーマセルフケアの習得が不十分な状態で退院することがある。ストーマの種類や腹壁の状態によっては手技が複雑になり、患者自身で装具の作成ができず他者に委ねてしまう場合がある。また、他者が装具交換を実施する場合も知識や経験知によりストーマケアが難しい場合がある。今回、ストーマ装具を貼りつけるだけの状態に作り置き（以下「作り置き」という）することで、簡易化したケアを継続することができたので報告する。

【方法】ストーマ装具交換指導時に手技が難しいと訴える患者3例に対し、「面板ストーマ孔の作成」、「皮膚保護剤の取り付け」の2点を訪問看護ステーションと連携し、装具を作り置き、装具交換時に使用した。セルフケア可能になったかをストーマ外来で確認した。

【結果】症例1：70代 女性 病名卵巣癌 術後体力の低下により複雑な装具交換に対して消極的な言動があった。入院中から訪問看護ステーションと連携し、装具の作成方法の手順書を作成して情報共有を行った。当初は作り置き装具を使用していたが、夫の介助のもと回数を重ね装具交換が可能となった。

症例2：40代 女性 病名 子宮頸癌 楕円形のストーマ周囲に強い陥凹があり装具の作成に時間を要した。装具を作り置きすることで、外出時に漏れた際にも対応できた。

症例3：80代 女性 病名 潰瘍性大腸炎 正中創からストーマに連結するしわにより漏れが頻繁にあった。皮膚保護剤の取り付けが難しかったが、作り置き装具を使用することで、夜間の漏れにも対応ができた。

【考察】複雑な装具の作成手技は、短期間での習得が難しい場合がある。今回地域と連携し、装具の作り置きを行った。装具をいつでも貼ることができる状態にしておくことで、ストーマケア実施者の経験に係らず装具交換が可能になった。今後、ストーマケアは看護師以外が実施することも多くなるため、統一したケアを提供することにもつながる。継続的な評価はストーマ外来で行うことで、作成する装具の変更などにも対応できると考えられる。

【まとめ】ストーマ装具の作り置きによるケアの簡易化は有用だと考える。

P5-1

皮膚・排泄ケア認定看護師不在の病院における排便ケア専門看護師の育成

○仕垣幸太郎¹⁾、平良さやか²⁾

医療法人おもと会 大浜第一病院 大腸肛門外科¹⁾、
医療法人おもと会 大浜第一病院 看護部²⁾

(はじめに) 皮膚・排泄ケアの専門性はストーマケアを基盤として始まり、次第に創傷ケアや失禁ケアへと拡大してきた歴史を有する。排泄は人間の基本的なニーズであり、排便障害は身体機能の低下や社会生活の制限をもたらす可能性がある。しかし皮膚・排泄ケア認定看護師は褥瘡やストーマケアに重点が置かれることが多い。また、必ずしも全ての病院に存在するわけではない。(目的) 排便障害診療を専門とする病院で皮膚・排泄ケア認定看護師がいない当院において、医師による診療だけではなく専門的な看護師によるケアも行うことで患者の症状の改善、Quality of Life(以下QOL)の改善をし得ると考え、排便ケアのみに特化した看護師の育成を行ったので報告する。

(育成方法) 直腸肛門機能検査やバイオフィードバック療法などの検査や治療については3カ所の県外の排便障害専門病院へ見学した。排泄ケア、コンチネンスケアについては日本コンチネンス協会の初級セミナー、中級セミナーを受講し基礎の構築を行なった。さらに同協会のコンチネンスアドバイザーへ日常臨床の疑問を問い合わせし疑問点の解決を図っている。(結果) 2017年9月より大腸肛門外科専任看護師としてコンチネンス外来を開設した。2019年1月までの期間に食事指導、排便姿勢指導、骨盤底筋体操指導などの指導を53人に施行した。またバイオフィードバック療法は28人、アナルプラグの導入は3人であった。また3人の逆行性洗腸療法の導入にも関与した。(考察) 皮膚・排泄ケア認定看護師という十分な教育を受けた看護師による排泄ケアが望ましい。しかしこれを満たせない病院でも、排泄ケアは患者にとって重要なニーズである。そのため認定看護師という教育課程以外の人材育成を行なった。目的と学ぶべきことが絞られているからこそ育成に時間がかからない、モチベーションが維持できると考えられた。今後は看護師だけではなく、専門性の高い射線技師、医師事務作業補助者の育成にも応用していくことができると考えられる。(結語) 皮膚・排泄ケア認定看護師不在の病院において排便ケア専門看護師の育成を行なった経験を報告した。

P5-2

ストーマラダー教育によるスタッフの意識変化

○名倉小百合、鈴木 雅恵、春名 可織

豊橋市民病院

【目的】 当院にはスタッフ向けのストーマケア習得ツールがなく、OJTでストーマケアを学びケア提供している現状があり、多くのスタッフが苦手意識を持ってケアを行っていた。近年入院の短期化に伴い、患者に合ったより適切なアセスメント力や指導力が求められるようになった。そのため、スタッフが適切なストーマケアや患者指導ができるように段階的な教育を導入し、スタッフの意識の変化を調査した。【方法】 2017年8月から2019年8月に外科・泌尿器科病棟に在籍していたスタッフを対象に、質問紙によるアンケート調査を行った。アンケートは4段階順序尺度を用いて「ストーマケアに対する思い」、「基礎知識」、「ストーマケア方法」、「患者指導」に関する32項目で構成した。ストーマラダー教育導入前後にアンケートを実施し、比較検討した。【結果】 アンケートの回収率は導入前は96%、導入後は97%だった。32項目中30項目でストーマに関する理解度が上昇し、特にラダーⅡを習得したスタッフのストーマの観察やアセスメント、装具交換の理解度は86～98%と高値を示した。理解度が50%以下の項目は導入前が18項目に対し、導入後は5項目に減少した。また、導入前は実践で困ると深く考えずに皮膚・排泄ケア認定看護師に相談していたが、導入後は習得レベルの高いスタッフに相談するようになり部署の対応力が上がった。導入前後でストーマケアを難しく感じるスタッフの割合に変化はなかったが、導入前は不十分な知識・技術が原因であったのに対し、導入後はストーマケアの奥深さを認識したことで困難感を感じており、要因が変化した。【考察・結論】 レベルごとの習得知識、指導段階を「見える化」することで個々が目標を意識し、基礎から応用までのスキルを着実に習得できる教育ツールとなった。受講者は学習や患者体験を通して理解度やテクニックが高まり、ケアに自信が持てるようになった。また、部署内での相談システムの構築は、専門性の高いスタッフの育成に繋がった。さらに局所のケアだけでなく、合併症や患者の受容段階、社会資源に関する知識を活かし、全人的なアセスメントのもとでストーマケアが行われ患者指導の充実に繋がった。

P5-3

救命ICUにおけるストーマケアの学習会と実践教育の取り組み

○永野 英美

九州大学病院

はじめに

今回、炎症性腸疾患によるストーマを造設後の幼児の症例を経験した。A病院救命ICUでは、ストーマ造設患者の入院は年間2名以下と経験する機会が少ない。そのため、日々のストーマケアに関する知識や技術の習得が不十分であったため、部署内における学習会を企画実施し、患児の両親の同意を得てケアの実践教育に取り組んだ。取り組みの結果と今後の課題について報告する。

方法

2019年7月～9月までに救命ICU所属の看護師40名を対象にストーマケアの知識、技術習得状況について学習会前後の自記式質問調査を行った。調査項目は、ストーマケアに関する5項目「ストーマの概要」「合併症」「ストーマの各部位の名称と観察項目」「皮膚保護剤とアクセサリー」「面板交換」とした。回答は、4段階のリッカート尺度を用いてアンケート用紙を作成した。

学習会の内容は、ストーマケアの院内認定看護師を指導者として、基本的な知識習得や面板交換について構成し、上記の事前アンケート調査において学習要望のあった項目を中心に行った。面板交換の実践教育は、救命ICU所属の看護師40名全員が経験できるように、模型を用いた演習や患児の両親の同意を得て患児の面板交換を計画して行った。

倫理的配慮として、研究の目的や調査結果の匿名化と学会発表について、文書と口頭で説明し承諾を得た。

結果

アンケート調査結果においては、学習会後の調査結果で5項目全てにおいて評価点が上昇した。また、面板交換の方法、面板交換のタイミングが理解できた、わからないことが多いことに気が付いたと意見があった。

実践教育における両親の意見は、看護師それぞれで技術習得度に差があると意見があった。

結論

学習会開催によって、基本的な知識や面板交換の方法は習得することができるが、ストーマケア技術の習得には、実践教育が重要である。しかし、実践経験の少ない看護師では、知識や技術習得に差が生じるため、今後は習熟度に合わせた継続教育を行っていくことが課題である。

P5-4

ストーマ看護実践能力尺度を用いた看護師の実態調査と教育プログラムの検討

○石川扶貴子、浅見 綾子、武田久美子、
水野 裕加、松下 有梨

公立学校共済組合 関東中央病院 看護部

【目的】 当院のストーマ造設は年間約40件で高齢者が多く、患者の生活や家族背景などを考慮した個別の指導が求められる。看護師のストーマケアに関する教育の充実を目的に、「ストーマ看護実践能力尺度」を用いて当院の現状を明らかにし、新たにストーマ教育プログラムを検討した。

【方法】 当院外科・泌尿器科病棟看護師54名を対象に道廣らの「ストーマ看護実践能力尺度」の24項目を用いた質問紙調査を行った。回答は「0点思わない」「1点あまり思わない」「2点少しそう思う」「3点そう思う」の4段階評定とし点数化した。また、困っていることなど自由記載の項目を追加した。結果をもとに研修会を開催した。

【倫理的配慮】 関東中央病院倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】 質問紙調査回収率92.5%であった。看護師経験年数は平均10年で、当該病棟経験年数は3年未満が50%を占めていた。ストーマ看護実践能力尺度24項目のうち平均点が高かったのは、愛護的スキンケア等の「技術」が2.6点、プライバシーの保護等の「人権擁護」が2.5点であった。低かったのは、障害年金1.02点、患者会紹介1.17点、福祉サービス1.35点だった。また「ストーマサイトマーキングが苦手」「何を基準に装具選択をするのかわからない」等の意見があった。これらの結果から「ストーマリハビリテーションの意義」「ストーマサイトマーキング」「フィジカルアセスメント」「装具の特徴と装具選択基準」「社会保障制度」「症例検討」の6つのテーマの研修を検討した。1項目を同じ内容で2回ずつ設定し、事前に日程とテーマを提示し、看護師が研修会に参加できるように工夫した。研修後の調査では「看護実践に活用できる研修だった」「前よりも少し自信をもって患者さんと向き合えるようになった」など肯定的な意見が多数聞かれた。

【結論】 主体的に実践できる世代であっても、不安を抱えながらストーマケアを行っている。ストーマ看護実践能力尺度を用いて実態に合わせた教育プログラムを実践することは、看護師の知識向上、意識変化に有用であった。患者を多角的な視点でアセスメントし安心して的確なケアを提供できるように今後も教育を継続していく。

P5-5

埼玉ストーマリハビリテーション講習会 Webアンケート導入による効果

○風巻 裕子¹⁾、能登 千恵²⁾、小島由希菜³⁾、飯塚 貴美⁴⁾、三枝 裕子⁵⁾、佐々木智子⁶⁾、福岡 美智⁷⁾、松岡 美木³⁾、賀屋 仁⁸⁾

草加市立病院¹⁾、秀和総合病院²⁾、埼玉医科大学病院³⁾、川口市立医療センター⁴⁾、さいたま市立病院⁵⁾、訪問看護あさひ土呂⁶⁾、埼玉医科大学国際医療センター⁷⁾、南はとがや泌尿器科・内科クリニック⁸⁾

【はじめに】

埼玉ストーマリハビリテーション講習会では自記式質問紙調査（以下、質問紙調査）を実施し、例年90%以上の回答率が得られていた。項目は講義・演習の時間配分、話す速度、理解度、自己の課題達成、その他とした。結果は講師にフィードバックするとともに、カリキュラム内容や構成、講師選出などに活用している。講義毎の調査をしている為、評価項目が多く、集計作業に人員と時間を多大に要することが課題であった。

2018年度からWebによるアンケート（以下、Webアンケート）を開始し、2019年度は完全移行したので、その結果を報告する。

【方法】

Webアンケートは無料で作成と集計ができるフォームを選択し、質問内容は従来の質問紙調査の項目を活用した。

【倫理的配慮】

アンケート調査は任意で無記名とし、個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

回答率は3日間平均66%だった。

Webアンケート導入によりペーパーレスが図れた。結果は自動集計、グラフ化され、質問紙調査では2人1組で5～6組が集計作業を行い、自由記載の転記に時間を要していたが、Webアンケートはその作業時間、人員が削減できた。

自由記載の空調調整や、講義のパワーポイントを資料に欲しいという要望について、タイムリーに対応が可能であった。

受講生からWebアンケートは「簡単に空き時間に入力できる」「慌てずに入力できる」等の肯定的な意見があり、受講後から深夜まで幅広い回答入力時間となっていた。しかし「紙の方が答えやすい」という意見もあった。

【考察】

Webアンケート移行により回答率と自由意見の減少が懸念されたが、実際には66%の回答率、細かな自由意見が得られた。

Webアンケートは時間と場所を問わないため、受講生の負担にならず回答が得られたと考える。

今回の講習会においてアンケートツールの変更が作業効率の向上に繋がった。今後はアンケート結果を、受講生と運営側にどのようにフィードバックし、活用していくかが課題である。

【まとめ】

Webアンケートを導入し集計作業にかかる時間、人員の削減ができ、質問紙調査での課題を解決することができた。今後、Webアンケートをさらに推進していきたい。

P5-6

当院における緊急ストーマ造設の取り組み

○野間 淳之

日本赤十字社和歌山医療センター 外科

【はじめに】当院では2018年よりストーマチームを形成して、ストーマ関連トラブルの抑制に取り組んできた。その一環として、緊急症例への対応がある。

【現状】当院は3次救急病院であり、外科医は20名在籍している。外科は分野別に上部消化管、下部消化管、肝胆膵、救急、小児外科と細分化されている。さらにWOCナースの支援体制整備が進んだこともあり、外科医の中でもストーマ造設や管理について、日常の中で問題意識を持つ機会が減少している。【取り組み】WOCナースとの関わりの中で、休日や夜間の緊急手術などストーマサイトマーキングがない状態でのストーマ造設に関連したストーマのトラブルは対応すべき問題と認識してきた。当科医師に対して2019年にストーマケア講習会への参加を呼び掛けたところ、7名の希望があった（上部消化管2名、下部消化管1名、救急外科1名、後期研修3名）。最終的に受講した外科医は2名（下部消化管1名、救急外科1名）であった。現在、講習会を修了した医師の待機日の緊急ストーマ造設時にはサイトマーキングを施行したうえで手術を施行している。【考察】休日や夜間の緊急症例に対する医師によるストーマサイトマーキングの有用性についてはさらなる症例の蓄積と検証が必要である。一方で医師を対象とした1日など短期でのストーマ講習会に需要があると感じる。

P6-1

緩和ケア病棟における泌尿器科介入の状況

○佐藤 静恵¹⁾、佐藤 俊²⁾、和泉 卓司³⁾

みやぎ県南中核病院 看護部¹⁾、
みやぎ県南中核病院 緩和ケア内科²⁾、
みやぎ県南中核病院 泌尿器科³⁾

【はじめに】がん終末期には何らかの泌尿器科症状を訴えることが少なくないと言われている。今回緩和ケア病棟開棟から4年間の泌尿器科介入の実態を明らかにし、その効果と課題について検討する。【倫理的配慮】個人が特定されないよう配慮した。【方法】2015年5月～2019年4月までに、緩和ケア病棟に入棟した541名の患者のカルテから振り返りを行なった。【結果】541名中134名(28%)に泌尿器科受診歴があり、そのうち115名(25%)は当院泌尿器科医が診療をした。緩和ケア内科から新規に泌尿器科紹介をしたものは22名で、泌尿器科癌患者における泌尿器科医への相談および継続管理は7名、泌尿器科受診歴のある患者の相談および継続管理は16名あり、緩和ケア病棟入院患者のうち45名(8%)は泌尿器科が介入をしていた。45名のうち12名は尿管・腎瘻カテーテルなど上部尿路管理であり、32名は下部尿路症状や尿道カテーテル留置など下部尿路に関する診療であった。下部尿路症状については、入院生活に支障を来している場合に、患者、主治医、スタッフで合議の上泌尿器科紹介を行っており、頻尿に関する相談が最も多かった。尿道カテーテル留置については、全身浮腫による挿入困難など技術的な介入や、カテーテル留置の必要性を受容し難い場合には、専門的介入をしつつ自己決定支援も行われた。薬物療法は病状進行に伴い内服困難になり、効果の確認が困難なものが多かったが、介入により満足感が得られたものもあった。膀胱訓練は1件のみあり、効果が得られたことに加え、訓練を支えた病棟スタッフやPTと信頼関係が構築でき、患者自身が生活の希望を抱くまでに至った。【考察】緩和ケア病棟入院患者で泌尿器科が介入したものは8%に留まっている。病状進行に伴い排泄方法の変更を余儀なくされた場合に、その都度患者に合わせたケアを提供でき、泌尿器科介入に至らなかったことも要因にあると考えられる。泌尿器科介入によって、専門的な視点からの自己決定支援により生活への希望に繋がっている。今後は患者の生活の意向をより明確にし、多職種で連携して支援することで、残された日々のQOL改善に貢献していくものと考えられる。

P6-2

特定機能病院における医療関連機器圧迫創傷の予防ケアと組織体制の実態

○加納 恭子¹⁾、四谷 淳子²⁾、青木 未来²⁾

福井大学医学部附属病院¹⁾、
福井大学学術研究院医学系部門看護学領域²⁾

【目的】

特定機能病院を対象に非侵襲的陽圧換気療法マスク(以下、NPPVマスク)装着患者の医療関連機器圧迫創傷(以下、MDRPU)を予防するケアの質指標をもとにケアと組織体制の実態を明らかにする。

【方法】

研究デザインは実態調査研究とし、特定機能病院85施設、各施設の褥瘡管理者1名、およびNPPVの使用頻度が高い上位3病棟の看護師長1名と看護師3名を対象とした。質問紙は3種類あり、病院の「構造要件」と「結果」は褥瘡管理者に、病棟の「構造要件」は看護師長に質問した。「過程要件」の5項目を看護師に、3項目を褥瘡管理者に質問した。

【結果】

回収率は18病院48病棟(21.2%)であった。調査日のNPPVマスクによるMDRPUを保有する病院は3施設(16.7%)、平均有病率0.04%、平均推定発生率0.04%であった。褥瘡管理者は、NPPVケアについて「相談があれば介入する」が14施設(100%)であり、看護師は「発赤や糜爛などの皮膚傷害が発生してから専門職種に相談する」が95名(74.3%)であった。施設の過程要件「MDRPUに関する教育を実施」している施設と病棟看護師の過程要件「外力低減ケア：ストラップと皮膚の間に不織布ガーゼを挟む」の相関は $r=0.534(p=0.000)$ 、施設の過程要件「NPPVのMDRPUに関する予防・管理マニュアルを導入」する施設と病棟看護師の過程要件「専門職種の介入：NPPVマスクによるMDRPUの発生リスクがある、もしくは発生した際に、RSTと連携する」の相関は $r=0.545(p=0.000)$ であった。

【考察】

特定機能病院では専門職種やチームが存在すること、予防ケア物品が整備されていること、院内の教育体制が整えられていること等が有病率低下の一因となっていることが示唆された。その一方で看護師は、問題が発生してから専門職種に依頼する傾向があり、褥瘡管理者は相談があってから介入する施設が多かった。看護師は困難を抱きつつもケアを行う傾向があり、専門職種やチームはその点を念頭に早期からの介入を開始することが望まれる。また、一定以上のレベルのケアの質を確保するには院内マニュアルの整備、e-learningなど研修を受講しやすい体制を整える取り組みが必要と考える。

P6-3

ストーマ装具選択フローチャートの作成による教育的効果 ～チームビルディングを通して振り返る～

○西山 友梨、松本 結貴、角谷 信之、岡田佐知子
藤田医科大学病院

【目的】

ストーマセルフケア指導には時間を要するため、効果的に装具を選択・決定する必要がある。A病棟看護職員は経験年数が浅く、ストーマケア経験が乏しい職員が多い。そこで、ストーマケアチーム（以下、チーム）を結成し、装具選択のフローチャートを作成する過程で、ストーマに関する知識・関心の向上を目的として取り組んだので報告する。

【方法】

チームは新人から8年目までの14名。チームビルディングで用いられるフレームワーク“GRIP”を活用し、目的・目標設定、役割分担し、各自で調べたものを共有・統合した。また、事前に活動計画を整理し、進捗状況を確認しながら改善を重ね、先行文献の基準を参考にフローチャートを作成した。

【倫理的配慮】

藤田医科大学病院 看護研究倫理審査会にて承認を得た。

【結果】

ストーマ装具選択の標準化と業務の効率化を目的とし、装具選択に困らないフローチャートの作成を目標としてチームへ動機づけを行った。また、A病棟のストーマ装具の種類や特徴を役割分担して調べた。さらに、一人ひとりが主体的に意見を出し合えるような雰囲気づくりを心がけ、常に支援しあえる体制を構築し、フローチャートを完成させた。作成する過程の中で、「ストーマ管理への興味が増し学習を深めたいと思った」「チーム内でのコミュニケーションが増え協力できた」「フローチャートを使用すれば自分でもできそう」などの声が聞かれ、ストーマケアの苦手意識が軽減し、モチベーション向上に繋がった。

【考察】

チームビルディングとは一人では成し遂げられない目的や目標が達成できるチームを作り上げることである。今回チームを結成するにあたり、ストーマケアに関心のある職員で結成し、目標を共有したこと、そして役割分担時も動機づけをして意欲を高めるよう介入したことが効果的であったと考える。また、フローチャートを作成する上で学びを深め、専門的知識の向上に繋がったと考える。

【まとめ】

チーム活動を実践する上で個人に役割を与えることにより、チームの一員としての機会となった。作成したフローチャートを患者に使用して評価し、実践に活用できるものにしていくことが課題である。

P6-4

排尿ケアチーム活動の現状と今後の課題

○杉山佳菜子

静岡済生会総合病院

【目的】

H29年度7月より排尿自立指導料算定を開始した。排尿ケアチームの活動状況と算定状況の調査を行い、現状把握と今後の課題を検討する。

【方法】

H29年度からH31年度の排尿自立指導料算定状況と算定した患者の背景を調査し、排尿自立支援の内容と排尿ケアチームの活動状況について現状分析を行った。その結果をもとに今後の課題について検討する。

【結果】

算定数は、H29年度は183件、H30年度は215件だった。算定の内容は、H29年度は泌尿器科手術20件、婦人科系手術15件、消化器外科手術54件、整形外科手術71件、その他24件。H30年度は泌尿器科手術10件、婦人科系手術9件、消化器外科手術61件、整形外科手術53件、その他26件だった。介入内容は、泌尿器科医師による薬剤の調整、骨盤底筋体操の指導、自己導尿指導等だった。チーム活動は、専任看護師が所属病棟の対象患者の抽出と情報収集を行い、病棟看護師に排尿日誌記載と残尿測定を依頼した。毎週月曜日にカンファレンスとラウンドを行い、対象患者の下部尿路機能障害の評価と包括的ケア計画の策定を行った。対象病棟には、前日までにラウンドする患者名を伝えた。スタッフ教育に関しては、専任看護師の所属病棟において、疾患の特徴に合わせた下部尿路機能障害と残尿測定方法について勉強会を実施した。

【考察】

専任看護師が所属している病棟は、対象患者の抽出がしやすく算定件数がとれている。また、勉強会等の実施により「排尿自立に向けたケア」が周知され、病棟看護師が患者の下部尿路機能を評価し、排尿ケアチームに介入依頼・相談するという流れができてきている。しかし、専任看護師が所属していない病棟では、他病棟の患者の把握が難しく、対象患者の抽出が困難である。特に手術関連以外では、患者のADLや訴え等による細かいアセスメントが必要のため、病棟看護師へ患者抽出を依頼するが、周知が徹底できずチーム介入まで至らないのが現状である。今後もチーム活動をアピールしながら、直接ケアに関わる病棟看護師が「排尿自立に向けたケア」に関心をもてるような関りが必要である。

P6-5

排便ケアチームの活動

○藤森 正彦¹⁾、中塚 博文²⁾、岡野 純子³⁾

一般社団法人 呉市医師会 呉市医師会病院 大腸肛門外科¹⁾、
 一般社団法人 呉市医師会 呉市医師会病院 外科²⁾、
 一般社団法人 呉市医師会 呉市医師会病院 看護科³⁾

当院に受診した患者から「どこに受診していいかわからなかった」「便が漏れて困っているが、誰にも言えなかった」などよく耳にしていた。一般の方が相談しやすいように、2014年に大腸肛門病センターを立ち上げた。その後は市民公開講座を行い、その時のアンケート結果を第35回JSSCRで報告した。

その後も市民公開講座、講演会などを通じて排便障害について啓蒙していくも、医師とWOCN含めた看護師だけでは、不十分であると感じた。

排便障害を専門的にみている病院であったが、排便障害のケアの重要性については、十分に浸透していなかった。2018年12月に、排便障害のケアの勉強会をおこなった。参加は、リハビリテーション療法士・放射線技師・薬剤師・栄養士・検査技師・事務よりそれぞれ1-2名ずつであった。それぞれのスタッフの「同意を得て、2018年12月に多職種連携によるチーム医療を行うべく、排便障害ケアチームを立ち上げた。そして以前から取り組んでいた老人会などへの出前講座において、医師だけでなくリハビリテーション科、栄養科、薬剤科にも参加してもらい、それぞれの分野で専門的な立場で講演してもらった。そのような活動を継続することで、それぞれの職種の重要性や役割が認識できるようになり、知識の共有ができるようになり、病院全体のモチベーションが上がったと思われた。しかし排尿自立指導料のように保険点数が取れない事など問題点も挙げられる。

地域に密着したケアを行うための取り組みとして、外科病棟だけでなく他病棟の排便ケア困難症例への介入、施設への介入など、今後も継続する必要があると思われた。

P6-6

ストーマリハビリテーション講習会修了者の質の維持・向上のための支援～ストーマ外来を通して～

○大森 鮎子、山村 真巳、山本 淳子、藤城 尚美
藤田医科大学病院

【はじめに】ストーマリハビリテーション講習会修了者（以下、講習会終了者）は、20時間以上の研修にて専門的なスキルを習得している。しかし外科病棟以外の部署ではストーマ造設患者が少なく、講習会修了者が習得したスキルを発揮できる場が限られており、モチベーションの低下を招いている。そこで講習会修了者を対象とし、ストーマ外来（以下、外来）を通してモチベーションの維持とともに知識・技術の向上を目指す取り組みを行った。

【倫理的配慮】藤田医科大学病院、看護部看護研究倫理審査会にて承認を得た。

【実施】外来は皮膚・排泄ケア認定看護師（以下、WOCN）で実施をしていたが、各部署の講習会終了者16名中4名を選出し、それぞれ週2回を担当とした。研修期間は連続5日間とし、統一した指導ができるようにマニュアルを作成し、また講習会修了者の外来担当日の1ヶ月間はWOCNが待機して適宜対応できるよう支援体制を図った。

【結果】外来担当開始時は不安で消極的だったが、支援体制を構築したことで、悩んだ時にすぐにWOCNへ相談し、自身が提供したケアのフィードバックを受けることができ自信に繋がった。講習会修了者からは「じっくり患者と向き合い指導ができて楽しい」「やりがいがありとても勉強になる」という発言が聞かれた。一方、「自分の評価が正しいのか不安」「外来は自分一人であり責任が重く怖い」という声も聞かれた。

【考察】外来を担当することで、実践ができていなかった者はやりがいを感じ、ストーマケアに従事している者は退院後の患者と関わることで、入院中のケア指導や装具選択の重要性を再認識し、今後のストーマケアの意識変革ができたと考える。そして外来では自分一人で評価や判断をせざるを得ない責任を実感していた。ストーマケアとは入院や外来に関係なくその人の生活・人生の一部であり、指導をする者の責任は大きい。今回の取り組みにより、そのことに気づくことができ効果的であったといえる。

【まとめ】外来を担当することで病棟とは違う視点で学ぶことができた。これらの経験が講習会終了者の質の維持・向上、更には病院のストーマケアの質の向上に繋げられるよう支援していきたい。

P7-1

「文献マップ」からみた高齢ストーマ保有者と家族への訪問看護実践に関する検討

○長谷部美紀¹⁾、青木 和恵²⁾

静岡県立大学看護学研究科 修士課程2年¹⁾、
静岡県立大学看護学部²⁾

【目的】 高齢ストーマ保有者とその家族への訪問看護に関する先行研究を概観し、研究課題への示唆を得る。

【方法】 医学中央雑誌 Web 版 (ver.5) を用いて、「ストーマ」「高齢者」「訪問看護」「在宅」「看護」「認知症」を組み合わせて2008年から2018年で検索した。重複を除外した33の原著論文のうち、25文献を対象とした。またCINAHLおよびPubMedを用いて「stoma」「nursing」「elderly」「older」を組み合わせて検索し、重複を除外し研究目的に合う16文献を追加し、国内外合わせ35文献を対象とし、内容により分類し文献整理のツールである文献マップ(Creswell,2007)を作成した。

【結果】 高齢ストーマ保有者とその家族への訪問看護に関する先行研究は、《セルフケアの自立と適応》《加齢に伴う影響と回復過程への影響》《家族の困難さ》《在宅における看護師の役割》の4つのトピックに分類された。さらに《セルフケアの自立と適応》は〈ストーマの受容〉〈高齢ストーマ保有者の適応〉の2つのサブトピックに、《加齢に伴う影響と回復過程への影響》は〈高齢ストーマ保有者の困難〉の1つのサブトピックと、〔身体機能の変化による困難〕、〔認知機能低下・悪化〕〔複雑な合併症〕の3つのサブトピックに、《家族の困難さ》は〈家族への支援の実際〉の1つのサブトピックに、《在宅における看護師の役割》は、〈看看連携〉と〈多職種と継続して関わる〉の2つのサブトピックと〔訪問看護師のケア力不足〕の1つのサブトピックに分類された。

【考察】 高齢者は加齢に伴う身体・認知機能の低下により、ストーマケアの自立がより困難となる。また、家族の身体的・心理的負担が問題視されている。退院後の生活における高齢ストーマ保有者とその家族への訪問看護について、国内文献は病院看護師と訪問看護師の連携に関する研究が多く、訪問看護実践については困難事例の報告にとどまっている。文献マップによる文献検討により、高齢ストーマ保有者が在宅療養を継続できるための訪問看護実践を明らかにすることが今後の研究課題と考える

P7-2

在宅高齢者の排泄セルフケア能力を高める訪問看護支援モデル構成項目の作成

○田中 悠美、富安 眞理

静岡県立大学

【背景・目的】 高齢者の住み慣れた自宅での暮らし継続を阻む要因のひとつに排泄の問題があり、高齢者が排泄セルフケア能力を高め、維持していけるための支援が求められている。2015年度～2016年度、研究者らは、高齢者の排泄セルフケア能力を高めるために訪問看護師が実施した支援内容を質的に調査した。本研究では、在宅高齢者の排泄セルフケア能力を高める訪問看護支援モデルの開発に向け、モデルの構成項目を作成したので報告する。

【方法】 本モデルの構成項目の作成は次のプロセスで行った。1. 2015年度～2016年度実施の質的調査から、在宅高齢者の排泄セルフケア能力を高めると考えられる訪問看護支援内容を抽出。2. 国内先行研究調査による知見の整理。3. 米国アイオワ大学で開発された「看護介入分類(NIC)原書第6版」(以下、看護介入分類)から本モデルに関連すると考えられる看護介入の抽出。4. 1～3を統合し、在宅高齢者の排泄セルフケア能力を高める訪問看護支援モデルの構成項目を作成。

【結果】 1. 2015年度～2016年度実施の質的調査から153の訪問看護支援内容を抽出した。2. 国内先行研究調査は医学中央雑誌Web版にて過去10年間に発表された19文献からの知見として、離床支援、運動機能維持、下部尿路機能評価、低栄養改善、環境調整、介護者支援等の支援が必要と整理した。3. 看護介入分類では、18の看護介入(運動療法：関節可動性、運動療法：歩行、栄養管理、栄養モニタリング、家族関与促進、家族支援、下痢管理、セルフケア援助：移動、セルフケア援助：摂食、セルフケア援助：排泄、尿失禁ケア、排尿管理、排尿習慣訓練、排便管理、排便訓練、便失禁ケア、便秘管理/糞便埋伏管理、服薬管理)を抽出した。4. 在宅看護学研究仲間での検討により統合し、最終的に77項目を作成した。

【今後の課題】 本研究で作成された77項目の適切性について、今後は訪問看護実践者(訪問看護ステーションに勤務する訪問看護認定看護師および皮膚・排泄ケア認定看護師)を対象とした調査を実施予定である。現在はこの調査実施に向け、所属機関にて倫理審査を申請しており、準備を進めている。

P7-3

ストーマ手帳の活用状況とその評価

○神田光太郎¹⁾、中野真寿美¹⁾、新志 春菜¹⁾、
木上 祥¹⁾、山中 道代²⁾

地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立安佐市民病院¹⁾、広島県立大学²⁾

目的

ストーマ保有者のセルフケア支援として、日々のストーマケアを確認しながらストーマおよびストーマ関連合併症の早期発見と対応ができる「ストーマ手帳」を作成し、運用を開始した。現時点でのストーマ手帳の活用状況と患者評価に関して報告する。

方法

2018年4月から「ストーマ手帳」を使用したオストメイト8人の手帳の記載率、評価について分析した。手帳の記載率は、記載回数と記載項目数から求めた。評価については、文献等から研究者らが作成した自記式質問紙を用いて、口頭で説明後同意確認を得た後、配布し回収した。

結果

8人の記載期間は 24.8 ± 8.9 日（15日～42日）で、内記載回数は 8.9 ± 3.6 回（4回～15回）であった。記載項目は1日単位で20項目（体重、ストーマの色、ストーマ周囲の皮膚の状態等）ある。

記載率は $95.23 \pm 6.3\%$ （81%～100%）で、記載率の低かった項目は「体重」、「面板の観察項目」であった。自由記載はストーマ周囲の皮膚障害に関する項目が多かった。

アンケート調査結果は、セルフケアに関連した内容では「腹壁の変化に気を付けている」の評価が低く、「ストーマの大きさ」「排泄物」に関する項目の評価が高かった。また、全てのオストメイトから手帳を活用することで合併症の予防、異常の早期発見につながり、また今後も活用したいという評価が得られた。

手帳のデザインに関連した内容では文字の大きさや手帳のサイズに関しては高評価であったが、記入方法に関して「どちらでもない」の評価が半数となった。

考察

8人中、2人のオストメイトの記載率が低かったが、他は98%以上の記載率であった。記載率が低い要因としては、頻回の便漏れによる交換頻度が増し、連日手帳を記載することが負担となったことや、手帳活用開始時に記載方法に関する説明が不十分であったことが考えられた。一方で、図やコメントを記載しているオストメイトも多く、手帳を通してストーマ外来でトラブルの原因について経時的に説明することが可能となり、具体的かつ継続的な指導が可能となった。

今後はストーマ手帳の内容を修正し、活用開始時の指導内容を統一し、手帳活用症例を増やし更なる検証を続けたい。

P7-4

退院直後の回腸人工肛門造設患者への電話指導の有用性（第二報）

○工藤江梨花¹⁾、竹内 裕子¹⁾、須藤 絵里¹⁾、
鎌田恵里子¹⁾、長内亜希子¹⁾、諸橋 一²⁾、
坂本 義之²⁾、袴田 健一²⁾

弘前大学医学部附属病院 看護部¹⁾、
弘前大学 消化器外科²⁾

【目的】大腸癌患者の手術療法として、予防的な造設を含めた人工肛門造設術は年々増加傾向にある。在院日数の短縮化、入院患者の高齢化にともない、患者はストーマケアに不安を感じたまま退院後の生活を送っていることが多く、特に回腸人工肛門造設患者は、人工肛門周囲の皮膚びらんや排液漏れ、脱水などのトラブルが実際に多く出現している。今回、電話指導による人工肛門に関するトラブルの把握や退院後の生活に関する相談を行い、退院直後の回腸人工肛門造設患者への電話指導の有用性を検討する。

【方法】対象は平成30年5月以降A病院に入院し、回腸人工肛門を造設後自宅に退院した成人患者とした。電話指導（所要時間約10分）は、退院後初回のストーマケア予定日直後に実施し、初回電話から1週間ごとに行った。電話指導実施後の初回の外来受診日に、アンケート調査（所要時間約5分）を行い、アンケートの解析は項目ごとに単純集計、 χ^2 検定を行って分析した。電話指導は独自に作成したインタビューガイドに沿って行い、患者指導を一人で実施できるレベルの看護師が行った。

【倫理的配慮】対象者には研究目的、方法、研究参加の自由意思の尊重、匿名性の保証などについて書面および口頭で説明し研究協力の同意を得た。またA病院の倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】対象者数14名、男女比＝9：5、平均年齢57歳、入院中のストーマケアの平均回数5回、退院後の電話指導の回数1～2回であった。便漏れが2件あり、一方は頻回であるためストーマ外来受診、もう一方は自己流のケア方法による便漏れであり、ストーマケア手技の再確認を行った。相談内容はストーマケアの手技、水分や食事等についての疑問が多く、アンケート結果では「入院中に見てくれていた看護師からの電話は安心する。」という意見があった。

【考察】入院中の状態を把握している看護師が電話指導を行うことで、トラブルの予測や指導を行いやすく、患者の安心感に繋がることがわかった。また、退院後に患者が抱えるトラブルや実際に自宅で生活してみても疑問などを表出する機会となり、継続的な退院支援として電話指導の有用性が示唆された。

P7-5

膀胱全摘により尿路変更術を受けた患者の退院後のQOL実態調査

○城川 莉奈、田渕 宏

国立病院機構熊本医療センター

【はじめに】

A病院では、ストーマ造設後の約3週間の入院期間でストーマ管理についての退院指導を行っている。しかし、尿路ストーマ保有者の問題や不安は退院後も残っており、QOLが低下しているのではないかと考えるが、実際に患者のQOLについては把握できていない。そこで、A病院で尿路変更術を行った患者を対象に、退院後のQOLの実態を分析し、QOLが低い患者の要因を明らかにすることによって、今後入院中に看護師が実施できる生活支援へ繋がりたいと考えたため、本研究に取り組んだ。

【目的】

膀胱全摘により尿路変更術を受けた患者の退院後のQOL実態を明らかにし、今後看護師が実施できる生活支援へ繋げる。

【方法】

A病院で尿路変更術を受けた患者で構成される尿路ストーマ患者会に参加したストーマ保有者に、「stoma-QOL,オストメイトのためのQOL質問紙」と独自に作成したアンケートを当日配布し回収した。データの分析にはExcelアドインソフト4Stepsエクセル統計のStatcel3を用いた。総得点から高得点群と低得点群に分け、アンケートの各設問の両群の高得点・低得点間に差があるかは、マン・ホイットニ検定を用いた。(有意水準5%)

A病院倫理委員会において研究に関する倫理審査を受け、承認を得たのち実施した。

【結果】

35名に配布し30名より回収(回収率78.9%)。男性25名、女性5名。60歳代7名、70歳代12名、80歳代9名、90歳代2名。尿管皮膚瘻6名、回腸導管24名。尿路ストーマ造設後年数は、1年未満4名、1~5年未満8名、5~10年未満8名、10~15年未満6名、15年以上4名。装具のゆるみや性的魅力、臭い・衣服の選択、他人との接触についての設問で有意差がみられた。

【考察】

?ストーマ造設術後10年以上の患者の7割以上が、装具がゆるむことへの不安を訴えており、これは年数の経過により、体格の変化や皮膚障害が要因となっていると考えられる。

②男性は女性に比べ、性的魅力に関しての不安が強く、セクシャリティにおける精神的な問題についてのQOLが低いことが明らかになった。今後は、医師や皮膚・排泄ケア認定看護師だけでなく臨床心理士とも連携した精神的フォローが課題となる。

P7-6

在宅療養を望む患者の希望に添うための瘻孔ケア方法を考えた症例

○渡邊 純子、若松 華、井口美奈枝

聖隷横浜病院

【はじめに】小腸GIST手術後のストーマと瘻孔ケアについてストーマ用品だけでなく日常生活用品を活用し、在宅療養に移行できた症例から学びを得たため報告する。

【倫理的配慮】個人が特定されないよう配慮することを口頭で説明し同意を得た。

【治療経過】40代女性、小腸GIST。小腸部分切除、横行結腸部分切除術後に縫合不全を起こし横行結腸ストーマ造設。その後ストーマ粘膜に虚血性壊死を起こし右半結腸切除、双孔式回腸ストーマ造設。抗癌剤治療を開始したが局所再発、肝転移、腹膜播種、瘻孔出現、全身状態が悪化し治療方針がベストサポートケアとなった。しかし瘻孔管理困難が自宅退院の課題となっていた。

【瘻孔の経過】ストーマから約10cm離れた臍上方に約2.0×1.0cmの瘻孔が皮膚面より陥凹した状態で開口した。排液の性状は血性で粘性があり、量は200~500g/日。ウインドウ付き平面装具と用手形成皮膚保護剤を使用した。腹水貯留による腹部圧迫感のため側臥位で過ごす時間が長く排液が面板の下に侵入し連日漏れを起こしていた。

【看護の実際】定期交換可能な瘻孔管理方法を皮膚・排泄ケア認定看護師間で模索した。単品系凸面装具に変更し、排出口を頭側方向に貼付した。排液が貯留する前に吸収させる目的で瘻孔開口部に生理用タンポン(以下タンポン)を充填。排液の吸収力を高めるため生理用ナプキンの吸収面を外側にしストーマ袋内に留置した。装具の排出口を切除し閉鎖具に事務用クリップを用い、タンポンの紐を共に固定しタンポンの瘻孔内への落ち込みを予防した。3~4日毎の定期交換が可能となり、更に側臥位で内容物破棄が容易となり、患者自身で破棄可能となった。

【結果】装具交換は訪問看護師が行い、内容物破棄は本人が行い、在宅サポートチームの導入で退院し3か月後に家族に看取られ永眠された。

【考察】ストーマ装具にとらわれない用具の選択と安全性を考慮したケア方法を提示したことでセルフケアが可能となり、自宅退院へ移行できたと考える。

【結語】患者の現状を多方面からアセスメントし、使用用途に合致した用具の選択と安全で個別性のあるケア方法を提示することが重要である。

P8-1

経肛門的洗腸療法を導入した3症例

○長堀 エミ、矢後 佳子、三浦英一郎

社会福祉法人神奈川県総合リハビリテーション事業団 神奈川リハビリテーション病院

【はじめに】2018年より、経肛門的洗腸療法(以下洗腸療法)が保険償還された。脊髄障害により排便障害がある3症例に対し洗腸療法を実施したので報告する。

【倫理的配慮】個人が特定されないよう配慮した。

【洗腸療法導入の流れ】脊髄障害があり、排便コントロールが困難な患者を対象とした。導入前には、大腸内視鏡検査を実施した。開始から1週間は毎日洗腸療法を実施し、以降は排便状況を確認しながら回数を減らし、退院後の生活を踏まえて排便日や排便時間の調整を行った。

【症例1】A氏：50歳代 男性 頸髄損傷(C6)。下剤・座薬を使用し3時間かけて排便していた。一連の動作には介助が必要であり、排便動作の自立を希望していた。洗腸療法で失禁回数は減ったが、直腸カテーテルの維持ができず排便動作の自立には至らなかった。【症例2】B氏：40歳代 男性 脊髄梗塞による対麻痺(Th10)。軟便で失禁があり内服薬で排便コントロールし、外出時には便失禁管理装具を使用していた。坐位バランス不良で、介助を要するため、指導は本人と妻に行った。下降便の確認は毎日行い、外出時の装具の使用は継続しているが、失禁回数が減少した。【症例3】C氏：10歳代 男性 脊髄髄膜腫 水頭症 幼少時から洗腸や排便を試みるが、継続することができず経過。便失禁をおむつで管理していた。母親と本人に指導し、排便動作は監視下で自立した。

【結果】上位の脊髄損傷患者は、手指の機能障害があるため、カテーテルの挿入・維持が困難であった。一方、中下部の脊髄障害患者では、カテーテルの挿入・維持は容易にできるが、座位バランスが難しい場合は介助が必要であった。手指の機能障害がなく、座位バランスが取れている場合は、一連の手技が自立できた。

P8-2

慢性便秘症に対する逆行性洗腸法が有効であった1例の重症度とQOLの検討

○平良さやか¹⁾、仕垣幸太郎²⁾

医療法人おもと会大浜第一病院 看護部¹⁾、
医療法人おもと会大浜第一病院 大腸肛門外科²⁾

【はじめに】慢性便秘症診療ガイドラインでは逆行性洗腸法の慢性便秘症患者に対する有効性について言及されている。今回、我々は慢性便秘症患者に対して施行した逆行性洗腸法の治療効果とQOLに与える影響について検討したので報告する。

(検討方法)便秘の評価は洗腸法開始前と開始後5ヶ月目に行なった。重症度はConstipation scoring system(CSS)、QOLについては日本語版Patient Assessment of Constipation Quality of Life(JPAC-QOL)を用いた。なおJPAC-QOLについてSatisfactionの質問項目25～28を逆転項目として扱い、得点を逆方向に変換した。

(症例)70歳代男性。30歳の頃から水と下剤を混合して液体1Lで洗腸を行う民間療法を定期的に行なっていた。50歳代より市販の刺激性下剤を常用するようになり内服量は漸増していた。これらの治療でも服膨満感、排便困難感が悪化するため当院を受診された。精査の結果、大腸通過時間遅延型便秘症と診断した。酸化マグネシウム、ポリエチレングリコール製剤、エロビキシバット、ダイオウ製剤などを導入するも症状が改善せず洗腸法を導入した。

(結果)診療開始8ヶ月後より逆行性洗腸法を導入した。本治療開始前はBristol stool form scale(以下BS)は2、3-5日に1回の排便頻度であった。アシユライリゲーションシステムを用いて微温湯1300mlで洗腸を行なった。本治療開始後はBS4、2-3日に1回の排便となった。CSSは治療開始前16が治療後に低下した。JPAC-QOLはPhysical discomfort, Psychological discomfort, Worries/concern, satisfaction, total scoreの全項目において低値を示した。逆行性洗腸法によって重症度、QOLともに改善していることが分かった。

(結語)大腸通過時間遅延型便秘の症例に対して施行した逆行性洗腸法により、便秘の重症度は低下し、QOLの改善がみられ有効であった。

P8-3

脊髄障害患者に対する経肛門的洗腸療法の効果と今後の課題

○藤城 尚美¹⁾、前田耕太郎²⁾

藤田医科大学病院 看護部¹⁾、
藤田医科大学病院 国際医療センター²⁾

【はじめに】経肛門的洗腸療法（以下TAI）は、患者が自ら、肛門より微温湯を注入し、直腸と左側結腸を可逆的に空虚にすることにより便失禁や便秘を予防する治療法である。本邦では2018年度より保険収載され、A病院でも同年より指導を開始した。今回、脊髄障害患者に対してTAIが効果的に実施できたため報告する。【倫理的配慮】藤田医科大学病院看護研究倫理審査会の承認を受けた。【症例】20X3年に腰椎すべり症に対して手術を施行。その後馬尾神経麻痺が持続し、排尿・排便障害を認めた。1年後にA病院消化器外科外来で便失禁に対して介入を開始し、内服でのコントロールを行ったが、通院開始4年後にTAIを開始した。【経過】TAI開始前のVAS：2.3、排便回数49回/週、失禁に対する不安があった時間480分/日であった。治療開始後、1ヶ月でVAS：8.3、排便回数6回/週、失禁に対する不安があった時間180分/日まで減少した。6ヶ月後には、「排尿の方もスッキリしていて、最近は早く洗腸をしたいと思うようになった。本当にこの治療に出会えてよかった。」と話される様になった。その後もVASは平均9.04、排便回数8回/週、失禁に対する不安があった時間10分/日であり、現在もTAIを継続して実施できており、「便のことを考えて生活しなくてよくなった」との発言も聞かれている。【結果】TAIを開始したことで、VAS、1週間の排便回数、1日のうち失禁に対する不安があった時間は著明に減少した。【考察】海外では、TAIを行うことにより、患者のQOLが向上したという報告がある。しかし、本邦では治療が開始されたばかりであり、患者のQOLについての報告はほとんどない。本症例では、「便のことを考えて生活しなくてよくなった」と発言があり、患者のQOLの向上が期待できる。現在、指導が可能な施設は、全国で28施設と少ない。今後は、多くの施設で治療が実施できるように当院でのTAIの実施件数を増やすとともに、患者のQOLについても同時にデータを収集し、報告していく必要があると考える。【まとめ】TAIを行うことで、脊髄障害患者が排便に費やす時間は減少し、患者のQOLの向上が期待できる。今後も件数を増やして報告することが必要であると言える。

P8-4

当院における人工肛門閉鎖術の現状

○滝口 光一、古屋 信二、高橋 和徳、
清水 浩紀、須藤 誠、塚原 勇、
齊藤 亮、山本 敦史、丸山 傑、
芦沢 直樹、中田 祐紀、赤池 英憲、
細村 直弘、雨宮 秀武、河口 賀彦、
川井田博充、河野 寛、市川 大輔

山梨大学医学部附属病院 第一外科

はじめに

人工肛門閉鎖術は術後の創部感染を伴いやすく、その発生頻度は10～45%と高率である。当院では2014年より環状皮膚縫合法を導入し、感染予防を行ってきた。今回当院での人工肛門閉鎖術の現状を検討するとともに、環状縫合に陰圧閉鎖療法を用いた症例を経験したので報告する。

方法

2014年1月から2019年7月までに当院で行った人工肛門閉鎖術の症例64例

中、環状皮膚縫合を行った群（A群：n=51）、その他の方法で皮膚縫合閉鎖した群（B群：n=13）を、創部感染、術後在院日数などの臨床指標について後方視的に検討を行った。

結果

全体の年齢中央値は64歳（20-88）男：女=46:18であった。人工肛門の種類は単孔式：双孔式：その他=6：55：3であった。

創部感染率に関しては全体として4.7%、術後在院日数は14.6日であった。

各群での創部感染率はA群1.96%、B群15.4%であった。有意差は認めなかったもののA群で感染率の低い傾向があった。（P=0.0731）術後在院日数もA群12.1日B群で24.6日でありA群で短い傾向があった。（P=0.0718）

また陰圧閉鎖療法を用いた症例に関しては術後在院日数6日であったが、著明な治癒促進効果を認めた。またガーゼ交換の頻度も減り、管理も簡便であった。

結論

環状皮膚縫合法を導入し、人工肛門閉鎖術において低い創部感染率、短い在院日数で手術を行っている。今後は陰圧閉鎖療法を組み合わせることにより、創部自体の短期間での治癒が期待でき、患者のQOL向上につながると思われる。

P8-5

ストーマ閉鎖術創に対する局所陰圧閉鎖療法導入の経験

○江頭真紀子、田中 敬、古家 英明、
雪野 美和、合志 健一

大牟田市立病院

【はじめに】 当院ではストーマ閉鎖術の際、環状縫合にて閉鎖し、術後早期から局所陰圧閉鎖療法（NPWT）を行っている。2018年6月～2019年6月の期間でストーマ閉鎖術を受けた患者16名のうち12名に局所陰圧閉鎖療法を行った。今回、局所陰圧閉鎖療法を行うことで創感染を併発すること無くストーマ閉鎖した2症例について報告する。NPWTに使用した機器は、RENASYS創傷治療システム®（以下レナシス）とPICO7創傷治療システム®（以下PICO）であった。

【倫理的配慮】 個人が特定されないよう配慮した。病院倫理委員会での承認を得ている。

【症例】 直腸癌に対して、腹腔鏡下低位前方切除＋一時的ストーマ造設術を施行し、術後3 - 4ヶ月後にストーマ閉鎖術を施行した2症例。

症例1：80代男性、既往高血圧、尿路結石、虫垂切除、PS0、ADL自立。術後1日目、環状縫合創、深さ3.0cm、径1.0×0.8cmに対してレナシスを装着し-80mm Hgで持続吸引開始。術後4日目、レナシス交換し-120mm Hgで吸引継続。術後8日目、深さ2.0cm、径1.0×0.7cmでPICOに交換。術後11日目に深さ1.0cm、径0.8×0.5cmへ縮小したためガーゼ被覆となる。創感染無く治癒となったため術後13日目に退院。

症例2：50代女性、既往虫垂切除、PS0、ADL自立。術後1日目、環状縫合創、深さ3.0cm、径1.5×1.5cmに対してレナシスを装着し-80mm Hgで持続吸引開始。術後5日目、レナシス交換し、深さ2.5cm、径1.0×1.0cmに縮小。術後8日目、深さ2.0cm、径0.5×0.5cmでPICOに交換。術後12日目に深さ1.5cm、径0.3×0.5cmへ縮小しPICOに交換する。術後15日目には表創径0.8×0.5cmで治癒していた。創感染無く術後16日目に退院。

【結語】 局所陰圧閉鎖療法を行うことで術後創感染の併発無く、創治癒良好で良好な経過をたどった症例を経験した。毎日のガーゼ交換が不要であるため、定期交換時に創の治癒過程を客観的に評価することが重要である。

P8-6

結腸ストーマ閉鎖術後の深部SSIに対し陰圧閉鎖療法を行った一例

○八木沢朋美、新井ともみ、宍戸 玲美、
高久 暢、小山 基

医療法人社団協友会 柏厚生総合病院

【はじめに】 結腸ストーマ閉鎖術後に腹直筋に膿瘍を形成して難治性となった創に対し、陰圧閉鎖療法（NPWT）を導入し治癒するまでの過程を報告する。

【症例】

40歳代、男性。20xx年12月に他院でS状結腸憩室穿孔に対しハルトマン手術を施行。半年後に当院で直腸・下行結腸吻合術（ストーマ閉鎖術）を施行した。

【経過】

術後7日目にストーマ閉鎖創と正中創に手術部位感染（SSI）が発生した。同日造影CT検査で腹直筋筋膜レベルに膿瘍形成を認めた。離開した創部をさらに切開開放して外科的デブリードマンとwet-to-dry dressingを実施した。術後14日目からNPWTを開始し、交換時に合わせてデブリードマンを継続した。術後17日目、微熱が持続して腹直筋膿瘍の悪化が懸念されたためNPWTを中止し、wet-to-dry dressingと定期的な外科的デブリードマンを行った。術後30日目、肉芽形成がみられてきたためNPWTを再開し術後42日まで行った。創部から多剤耐性緑膿菌の検出があり、wet-to-dry dressingと鋭匙を使用しての感染性肉芽のデブリードマンを継続した。深部に良好な肉芽が認められ、1回/日の創洗浄とワセリン塗布の自己処置が可能となり術後57日目に退院となった。

【考察】

NPWTは、創傷に陰圧を負荷し湿潤環境を創傷に提供しながら創傷治癒を促進させる方法であるが、感染創に行うと閉鎖的環境により感染悪化を起こす可能性が高い。今回の症例は、難治性でありながらも創部と膿瘍の評価を行いながら適切な介入をしたことで治癒に至ることができたと考える。

【まとめ】

NPWT導入の際には創部の状態を見極め適切な時期に適切なケアを行うことが必要である。

P9-1

当院における loop ストーマ閉鎖術の合併症の検討

○河島 秀昭、檜山 基矢、高橋 夏絵、大関重樹子

勤医協中央病院

(はじめに) ストーマ閉鎖術の合併症は、ひとたび発生すると医療介入が必要となり入院期間の延長につながる。ストーマ創閉鎖は汚染部位の操作であることから予防的に陰圧吸引療法が行われる報告も散見される。そこで今回ストーマ閉鎖手術の合併症頻度を検討したので報告する(対象)2010年から2019年9月までに当院で施行したストーマ閉鎖術で、他の操作を併施していない54例を対象とした(方法)stomaの閉鎖のみを行った症例を調査した。後方視的にカルテ調査し検討した(方法)前処置は、前日に二フレック2L内服。術前の抗菌薬は投与していない、腹壁の閉鎖はモノフィラメントの吸収糸(PDS plus 1号)皮膚の閉鎖は編み糸吸収糸かモノフィラメント吸収糸を使用した。創閉鎖前に創洗浄を行なった。抗菌薬投与はCMZを基本とし執刀開始直前と4時間後、以後は24時間投与した。(結果)男性31例、女性23例。平均年齢は69歳。ストーマ部位はS状結腸が2例 横行結腸が33例、回腸が19例。吻合方法は器械吻合が33例、手縫い吻合が21例。創閉鎖法はタバコ縫合が48例(89%)で近年はこの方法を標準としている。創の一部を開放する開放創閉鎖が4例(7.4%)ペンツマーク型閉鎖が2例(3.7%)。手術時間の平均は29-147分(平均77分)で出血量は3-185g(平均25g)であった。吻合法によって手術時間は変わらなかったが、出血量は手縫い吻合のほうが少なかった。合併症は創部感染が5例(9.3%)で最も多く、次に吻合部狭窄2例、吻合部出血2例と吻合部合併症が4例(7.4%)腸炎と麻痺性腸閉塞が各1例(1.9%)。入院期間は合併症のなし例は6-22日(平均10.4日)、合併症あり例は11-33日(平均19.8日)。合併症有無とストーマ部位でみると回腸21%、横行結腸18%で差はない。吻合法別では器械吻合が30%、手縫い吻合が4.8%。創感染の発生率は全体では9.3%であったが、器械吻合では15%手縫い吻合では0%。(考案)創感染は5例(9.6%)で発生していた。合併症が発生すると入院期間が延長していた。手縫い吻合では創感染も合併症発生率も低かった(まとめ)合併症を発生させないストーマ閉鎖が重要で、そのためには手縫い吻合が適していると考えられた。

P9-2

当院での人工肛門閉鎖術における環状皮膚縫合法を用いた取り組み

○金 浩敏¹⁾、三浦 典子²⁾、榎原みゆき²⁾、高橋 敏枝²⁾、位藤 俊一¹⁾

りんくう総合医療センター 外科¹⁾、
りんくう総合医療センター 看護局²⁾

[背景・目的] 人工肛門閉鎖術においては術後の創部感染の発生率が高いことが問題とされ、人工肛門閉鎖術において皮膚の環状縫合が創部感染を減少させると報告されている。当科においては2014年4月より人工肛門閉鎖の際には筋膜を結節縫合後に皮膚を環状縫合し、術後早期より創部洗浄の指導を行っておりその取り組みについて検討を行った。

[対象と方法] 2014年4月から2019年9月までに当科で人工肛門閉鎖術が施行され、環状皮膚縫合法を行った52例を対象とし、創部感染・術後合併症・術後在院日数について検討を行った。環状皮膚縫合法については、筋膜を結節縫合した後に皮膚を4-0PDS糸で直径10-15mm程度のドレナージ孔を作成して環状に皮膚縫合を行い、創部はオプサイトビジブルもしくはガーゼで被覆し術後早期から病棟看護師より入浴やシャワー浴の指導を行い、自宅で創部処置を継続できるようになった後に退院としている。

[結果] すべて中央値で、年齢；69.0(23-84)歳、性別(男性:女性)；33:19例、BMI；21.1(16.3-35.5)、手術術式(人工肛門閉鎖:人工肛門閉鎖およびHartmann手術後の再吻合)；42:10例で、造設した経緯(予定:緊急)；31:21例で、人工肛門の部位(回腸:結腸)；38:14例で、閉鎖した人工肛門の種類(単孔式:双孔式)；12:40例で、人工肛門閉鎖までの期間；152.5(60-1801)日であった。手術時間の中央値；120(64-404)分、出血量の中央値；25(5-600)mlで、術後合併症；11.5%(6/52例)で、内訳は創部感染；3.8%(2/52例)、麻痺性イレウスが3例(Grade II)、無気肺が1例(Grade II)で、手術後の在院日数の中央値；10.5(6-41)日であった。

[結語] 人工肛門閉鎖術において環状皮膚縫合法を用いた当科での取り組みは術後の創部感染を減少させる可能性が示唆され、さらに手技は創部の洗浄のみであり簡便で安価なうえ、創管理も容易で整容性にも優れていると考えられた。

P9-3

当科における人工肛門閉鎖における皮膚縫合方法の工夫と検討

○野田 愛、向谷 充宏、植木 知身、
中山 健太、高野真奈美

小樽掖済会病院

【はじめに】人工肛門閉鎖術は低侵襲の手術であるが、術後合併症が比較的高頻度で起こり、そのほとんどは手術部位感染 (Surgical site infection, 以下 SSI) とされる。その頻度は 15~40%と報告されており、皮膚縫合方法を工夫することで創部感染を減少させる各種試みがなされている。当科では長く人工肛門閉鎖術の際に環状皮膚縫合を採用してきた。環状皮膚縫合は SSIを減らす一つの工夫であるが、SSI が起こらない場合でも肉芽形成に時間がかかり、完全に創が上皮化するまでに一定の期間を要する。患者の高齢化や入院期間の短縮が望まれる昨今において、合併症の減少と創の早期閉鎖完了は同時に要求される項目となり、新たな試みとして2018年4月から皮下洗浄を用いた真皮埋没縫合を採用した。【対象と方法】当科で行った人工肛門閉鎖症例のうち、2015年1月から2017年12月までに行った環状皮膚縫合症例17例 (open群) と2018年4月以降に人工肛門閉鎖を行った真皮埋没縫合症例10例 (close群) につき診療録から後方視的に検討した。

open群は腹膜筋鞘を縫合閉鎖後、皮下と真皮を吸収性ブレイド糸で環状縫合し術者の示指1本分のドレナージ孔を確保した。皮下ドレーンは留置しなかった。close群は腹膜筋鞘を縫合閉鎖後、生食による皮下洗浄を加え、吸収性モノフィラメント糸で真皮結節埋没縫合を行った。

【結果】閉鎖された人工肛門はopen群の2例を除きすべて回腸双孔式人工肛門であった。性別、年齢、人工肛門造設から閉鎖までの期間に差はなかった。手術時間は埋没縫合症例で長かった (P=0.029)。食事開始までの日数に差はなく、SSIは全例で発生しなかった。術後在院日数の平均はいずれも14日を超え、差は認めなかった。創の閉鎖方法よりも術後の一時的な排便回数増加が改善するまでの期間が術後在院日数に影響していた。

以上の結果について、医療資源や患者満足度を含めて若干の考察を加え報告する。

P9-4

ストーマ閉鎖における表層 Surgical Site Infection のリスク因子についての検討

○秋山 泰樹¹⁾、荒瀬 光一²⁾、永田 淳¹⁾、
鳥越 貴行¹⁾、三好 綾子³⁾、山田 陽子³⁾、
平田 敬治¹⁾

産業医科大学病院 第一外科¹⁾、
産業医科大学若松病院 消化器・一般外科²⁾、
産業医科大学病院 看護部³⁾

【はじめに】ストーマ閉鎖における表層 Surgical Site Infection (SSI) のリスク因子については、創閉鎖方法や使用腸管などの報告がある。また、近年は negative pressure wound therapy (NPWT) の有効性も報告されている。当科では以前からナイロン糸を用いて皮膚の単純閉鎖を行っていたが、2015年から環状縫合を本格的に導入し、2016年から NPWT (PICO[®]? 創傷治療システム, Smith & Nephew, London, UK) を使用している。【対象と方法】2009年1月から2019年6月まで当科でストーマ閉鎖術を施行した91例を対象とし、表層 SSI(+) 群と SSI(-) 群に分けて比較検討を行った。また、NPWTの有効性についても検討した。【結果】表層 SSIは6例 (6.5%) であった。患者因子として年齢、性別、並存疾患、ステロイドの使用では有意差は認めなかったが、BMIが SSI(+) 群で高い傾向にあった (P=0.093)。手術因子としては出血量、皮膚閉鎖法、腸管吻合法では有意差は認めなかったが、SSI(+) 群で手術時間が長く、結腸ストーマが多かった (P=0.008, P=0.034)。NPWTについては有意差なく、SSI発症率は NPWT 使用症例で 8.7% (2/23)、未使用症例で 5.8% (4/68) であった。しかしながら、術後在院日数の中央値を比較すると使用症例が 9日 (7-23)、未使用症例が 11日 (6-42) で短い傾向にあった (P=0.074)。【考察】今回、当科における表層 SSI のリスク因子について検討を行った。今回の検討では手術因子と SSI発症との関連を認めた。NPWTについては SSI発症についての有効性は示せなかったが、創傷治癒促進に伴い術後在院日数を短縮できる可能性があると考えられる。

萎縮細径腸管に対する東北大式吻合によるストーマ閉鎖手技

○渡辺 和宏、大沼 忍、神山 篤史、
唐澤 秀明、鈴木 秀幸、梶原 大輝、
渡邊 涼子、亀井 尚、内藤 剛、海野 倫明
東北大学病院 消化器外科

【東北大式吻合について】東北大式吻合（Anti-mesenteric cutback end-to-side isoperistaltic anastomosis）は、我々が開発した、吻合部狭窄をきたしやすいクローン病に対する新しい腸管吻合法である。相手方の腸管口径に応じて腸間膜対側の腸壁を切開し180度ひねって吻合することで、腸管の吻合径がそろった、十分に広い、なだらかな順蠕動の吻合となる。末梢循環の温存も企図している。

【細径化した腸管に対するストーマ閉鎖の問題点】ストーマ閉鎖では、腸管が空置されていることによって肛門側腸管が萎縮し高度に細径化していることがある。このような場合、通常の手縫い端々吻合では、（たとえ肛門側腸管断端を斜め切りして口側腸管と口径をそろえても）有効な吻合径は狭くなり腸閉塞のリスクが高まると考えられる。また、機能的端々吻合では、器械で腸管を圧搾することによって萎縮した腸管壁が損傷するリスクや、急峻に広がる吻合径となるために吻合部の手前で食物が停滞したりするリスクがある。また、器械のカートリッジ自体が細径化した腸管内腔に入らないことも多い。

【東北大式吻合のストーマ閉鎖への応用】東北大式吻合は、もともとクローン病に対して開発した吻合法であるが、萎縮し細径化した腸管に対するストーマ閉鎖にも応用可能と考えた。現在、2症例に東北大式吻合を施行し、いずれも十分な吻合部の口径が得られ術後経過は良好であった。今回、腸管断端の直径が肛門側1cm、口側3cmの、腸管が高度に細狭化した症例に対して、東北大式吻合を用いてストーマ閉鎖をおこなったので術中所見を供覧させていただく。

【まとめ】東北大式吻合は、腸管口径差の調整が可能で、なだらかに大きく広がる生理的な順蠕動の吻合法であり、手技も簡便であることから、萎縮細径腸管に対するストーマ閉鎖にも適した吻合法であると考えられる。今後、症例をさらに増やして検討していく予定である。

P10-1

ストーマ近接部の難治性潰瘍に対するの装具選択の一考察 ～柔らかい凸面装具の潰瘍面へ圧迫の影響～

○間部 幸、浦岡 歩

順天堂大学医学部附属静岡病院 看護部

【はじめに】創傷治癒を阻害する因子として圧力が軽減されていないことが挙げられる。しかし、創部にかかる圧力がどの程度であれば創傷治癒に影響がないかは明らかとなっていない。今回、ストーマ近接部に発生した難治性潰瘍の治癒遅延因子が凸面装具による圧迫であった可能性がある症例を経験したため報告する。

【事例・経過】60代女性 卵巣腫瘍破裂に対し開腹ドレナージ術後、根治術が行われた。術後消化管穿孔となり人工肛門造設術が行われたが、人工肛門の腸管壊死と汎発性腹膜炎のためストーマ閉鎖術ともに正中創中央部に人工肛門の再造設術が行われた。術後76日目に12時方向に潰瘍が発生した。装具変更を繰り返した結果、KPB系の高さ3mmの柔らかい凸面装具にて管理を行う必要があった。その後、12時方向の潰瘍は直径1～2mm程度で縮小と拡大を繰り返しつつも上皮化はしなかった。術後468日目の低栄養状態中に潰瘍は15mmへ拡大し再度悪化を認めさらに拡大、深さの進行を認めた。創傷管理により潰瘍は縮小したが上皮化には至らなかった。術後605日目、便性の安定により装具を平面装具へ変更可能となったため変更したところ上皮化し治癒となった。

【考察】ストーマ粘膜皮膚接合部から面板貼付部の皮膚は癒痕化しているものの凹凸や硬さはなく腹壁も柔らかであったため高さ3mmの柔らかい凸面装具の皮膚への圧力は低いと予測されたが、平面装具へ変更後に治癒したことより、創傷治癒の阻害因子であったと考えられる。柔らかく高さや傾斜が緩やかな凸面装具を使用する場合、骨突出や硬化した組織がなくても創傷治癒を阻害する程度の圧力が皮膚や創面に生じている可能性が考えられる。

【結果】骨突出や硬化した組織でなくとも柔らかく高さや傾斜が緩やかな凸面装具を使用する場合は皮膚に圧力が生じ、その圧力は創傷治癒の阻害因子なる可能性があるため、圧力を考慮した装具選択が重要である。

P10-2

ストーマ粘膜皮膚接合部に全周性の肉芽が形成された2症例

○庄司 沙織、横澤真姫子、内藤 広郎

みやぎ県南中核病院

過去に本学会で、ストーマ粘膜皮膚接合部に全周性に肉芽が出現し、管理に苦渋した症例について報告した。今回同様の症例を経験したが、ケアにより皮膚状態が改善しストーマ閉鎖へと繋ぐことができた。肉芽形成の原因は不明だが、2症例を比較し今後の対策を検討した。

【症例1】

60歳代男性、S状結腸憩室穿孔でS状結腸切除・回腸瘻造設術を施行。術後経過は良好で退院後、ネフローゼ症候群の増悪のため内科へ入院をくり返したが、肉芽形成以外にはストーマ合併症は見られなかった。退院後、局所の間欠的な疼痛はあったが出血や感染兆候はなかったため、肉芽組織の生検で悪性の所見がないことを確認してから、肉芽形成状態のまま退院後半年でストーマを閉鎖した。

【症例2】

60歳代男性、直腸癌のため低位前方切除術・回腸瘻造設術を施行、術後経過は良好で退院した。退院約1ヶ月から漏れが頻回になりびらんが出現し、1週間後にはストーマ周囲に全周性の肉芽形成が見られた。疼痛が強く、面板カットを大きめにしてペーストを併用したが悪化した。リング状・粉状皮膚保護剤を追加して対応したところ、それからは漏れなく疼痛・肉芽の改善に至った。ストーマ造設から約2ヶ月半で閉鎖した。

【考察】

2症例の共通点は回腸瘻・水様便で漏れが生じ、短期間で肉芽が出現したことだった。ケアでは肉芽を避け面板カットを行い、凹凸を皮膚保護剤で埋め皮膚への刺激軽減を図った。症例1では肉芽の改善がないまま閉鎖術となったが、症例2はケアで肉芽が改善した。これらの肉芽形成には尿路ストーマに多い偽上皮腫性肥厚（以下PEH）の発生機序と同様にアルカリ性の排泄物が長時間皮膚に接触することが関与している可能性がある。

【結語】

小腸ストーマで漏れがある場合には、術後早期であっても近接部に全周性の肉芽が形成されることがあるので、注意する必要がある。その場合、皮膚保護剤を用いたケアで改善することもあるが、改善が困難な場合には早期のストーマ閉鎖も考慮されるべきである。

P10-3

ストーマ近接部に発生した壊疽性膿皮症のケアの一例

○弓手 倫恵、安保 苗美

尾道市立市民病院

【はじめに】

壊疽性膿皮症（以下、PG）は原因不明の潰瘍性疾患で、痛みや急速な拡大、壊死組織を伴うなどの特徴がある。今回、ストーマ近接部にPGが発生した事例を経験した。実施したケアについて報告する。

【倫理的配慮】

個人が特定されないように配慮した。

【事例】

80歳代、男性。S状結腸憩室穿孔により双孔式人工肛門を造設し、術後の経過は良好で自宅へ退院した。2週間後、ストーマ近接部に針穴様の傷が発生。その1週間後、傷は最大径15mmの潰瘍性病変となり、さらに1週間後、潰瘍は74mmに拡大した。再入院し組織検査を実施。PGと診断後にプレドニゾロンの内服治療を開始した。

【実施したケアと経過】

傷の発生当初は、処置前にキシロカインゼリーを塗布後、生理食塩水で創部を毎日洗浄し、CPB系の単品系平面装具を貼付した。潰瘍部にポピドンヨード・シュガーを塗布し、ガーゼで滲出液をドレナージしたが、潰瘍は悪化した。

PGと診断後は、肉芽増殖を目的として創部にbFGF製剤を4週間使用。ストーマ装具は滲出液が減った段階でKPB系の単品系平面装具に変更した。発症から2ヶ月間は毎日交換、2日毎を3ヶ月間、その後は3日毎で交換した。潰瘍部には粉状皮膚保護剤と銀イオン含有のハイドロファイバー、用手成形皮膚保護剤を使用した。

創洗浄が必要な状態であったが退院可能となり、訪問看護師にケア方法を指導して88病日で自宅退院し、4ヶ月後に潰瘍は上皮化した。

【考察】

ストーマ造設の1ヶ月後、ストーマ近接部に針穴様の傷が発生し急速に悪化した。便による創汚染が悪化の原因と考えられたが、実際はPGであった。便汚染がないのに創傷が急速に悪化するといった症状がみられた場合は、PGを疑い、迅速に検査を行なうべきである。

診断後は、適切な治療が行われたこと、潰瘍部が便で汚染されないケア方法を確立し実施したことでPGは治癒した。

【おわりに】

ストーマの近傍に発生した創傷のケアにおいて、創部が便汚染されないケア方法の確立だけでなく、創傷の原因の追求と迅速な対応も重要である。

P10-4

近接部に浮腫状肉芽を生じた患者のストーマケア

○品川 彩香、福本美紀子、西村 智美

県立広島病院

【目的】

ストーマ近接部に生じた浮腫状肉芽に対し、マクロゴール軟膏を使用しながら、定期的なストーマ装具交換が可能になった症例を報告する。

【症例】

70歳台女性。小腸穿孔による腹膜炎に対して、緊急手術で双孔式イレオストミーを造設。独居であり、自宅での療養生活に対する不安が強く、転院調整中であった。術後14日目に浮腫状肉芽が出現した。

【看護の実際・結果】

浮腫状肉芽形成直後は粉状皮膚保護剤や用手形成皮膚保護剤で保護し、経過観察を行っていた。それまでに患者自身が4回装具交換を体験しており、看護師見守りの下で一連の装具交換の実施ができていた。しばらく同様の方法で装具交換を行っていたが浮腫状肉芽が徐々に増大した。皮膚科医師へ相談後、マクロゴール軟膏を塗布することとなった。軟膏を塗布すると装具が剥がれやすくなるため、塗布した軟膏の上に小さく切ったガーゼを当て、用手形成皮膚保護剤で補強し装具を貼付した。しかし1日ともたずに便漏れを生じた。その理由として、塗布した軟膏の量が多すぎたこと、水分コントロールがガーゼでは不十分だったことを考えた。そこで塗布する軟膏の量を少なくし、ガーゼの代わりに創傷被覆材であるハイドロファイバーを使用した。その結果浮腫状肉芽が縮小し、定期的な装具交換方法が可能となった。

【結論】

浮腫状肉芽に対し、マクロゴール軟膏を塗布しながら、軟膏量の調整と創傷被覆材であるハイドロファイバーの使用により、定期的な装具交換が確立できた。

P10-5

ストーマを有する切除不能進行再発大腸がんにおける分子標的薬治療による皮膚障害の観察研究

○吉田 和枝¹⁾、間山 裕二²⁾、潮田 美規³⁾、
濱田あゆみ³⁾、奥川 彩子³⁾、林 智世³⁾、
鈴木美奈子⁴⁾、出口亜沙子⁴⁾、大野 佳子⁴⁾、
林 恵里⁵⁾、前川 厚子⁶⁾

四日市看護医療大学¹⁾、三重大学大学院医学系研究科消化管外科²⁾、国立大学法人三重大学医学部附属病院³⁾、独立行政法人地域医療機能推進機構 四日市羽津医療センター⁴⁾、三重県立総合医療センター⁵⁾、名古屋産業科学研究所⁶⁾

はじめに

切除不能進行再発大腸がん (mCRC) に対する一次治療として承認されている分子標的薬は、セツキシマブ (C-mab)、パニツプマブ (P-mab) とベバシズマブ (B-mab) の3剤である。分子標的薬は、腫瘍の進行を遅延させ、生存期間を有意に延長することができるようになったが、薬剤による特異的な有害事象を生じる。抗EGFR抗体であるC-mabやP-mabは、ざ瘡、爪囲炎といった皮膚障害が必発する。また、抗VEGF抗体であるB-mabは創傷治癒遅延や手足症候群が起こる。予後を延長するためにはこのような分子標的薬による治療を継続する必要がある。先行研究の論文reviewにおいては、皮膚障害により治療を中止や延期をした論文は見られるが、治療中の皮膚の状態と全身状態をモニタリングして、評価した研究は見られない。

目的

mCRC患者の分子標的薬治療とストーマ周囲皮膚の状況との関連を明らかにすることを目的とする。

方法

mCRC患者で分子標的薬治療の開始前から治療継続の期間の皮膚状態、ストーマおよび周囲皮膚の状況と全身状態をモニタリングする。経過観察により治療の進行とストーマおよび周囲皮膚の変化を捉える。

結果

現在までに3例のmCRC患者をモニタリングしている。P-mabが1名、B-mabが2名である。P-mabについては、1クール目が終了した時点で、ストーマ周囲にざ瘡様の皮膚障害を認めた。3クールが終了した時点では、さらに皮膚障害が悪化していた。B-mabについては、手足症候群の訴えが多くなっていた。

考察

現時点では、6コース目を終了した人が最長である。今のところストーマ粘膜には異常を認めないが、治療開始から短期間で、患者の言動から、皮膚障害や分子標的薬の有害事象による苦痛があることが分かった。今後も治療が継続されていくので、ストーマ粘膜および周囲皮膚の状況の変遷を追って行きたい。

なお本研究は、平成30年度日本ストーマリハビリテーション基金の助成を受けている。

P11-1

回腸導管の粘膜に発生したびまん性大細胞型Bリンパ腫の一例

○田渕 宏、香月 麗、菊川 浩明、前田 喜寛
独立行政法人国立病院機構熊本医療センター

【はじめに】回腸導管の粘膜に異常を認め、腹壁浸潤のびまん性大細胞型Bリンパ腫(以下DLBCL)の診断となった症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、男性。膀胱癌の直腸浸潤により膀胱全摘出術、回腸導管、S状結腸ストーマ造設後4年が経過、月1回の受診と定期的な画像検査を施行し再発転移所見は認めなかった。最終画像検査から3か月後に回腸導管の粘膜に1cm大の粘膜の異常を認めストーマ外来を受診した。受診の1週間前から粘膜の色の変化、ストーマ装具の装着の違和感があった。受診時、回腸導管の粘膜はストーマ口から0時方向に向かってストーマ壊死を認めた。ABCD-Stoma®はA0B0C0:0DH、回腸導管周囲の腹壁は硬く、尿臭は腐敗臭であった。CT、針生検を実施し1週間後にDLBCLの診断に至った。治療開始時は回腸導管の粘膜全体が壊死していたが、腎機能障害はなく尿流出は良好であった。化学療法を2コース終了後に回腸導管の粘膜壊死部分は脱落し陥没ストーマとなったが回腸導管からの尿流出やストーマ装具の装着に異常はなかった。現在は完全奏功となり経過観察中である。

【実践】受診時、回腸導管の粘膜壊死は肉眼的に導管内にも確認でき、他の所見も含め粘膜の部分的な圧迫による血流障害の可能性が低いと判断し検査に至った。また、ストーマ管理ではストーマ装具を凸型嵌め込み内蔵型からやわらかい凸型に変更し近接部への過度な圧迫を予防した。回腸導管の腹腔内への脱落や腎機能障害などを早期に発見するためにストーマ粘膜の状態や尿量減少の観察を行った。

【考察】ストーマ壊死はストーマ合併症で術後1ヵ月以内に発生する早期合併症とされている。晩期に発生する粘膜の色調変化はストーマ装具による局所の圧迫や外的刺激により発生したと考えることが多い。晩期合併症では少ないストーマ壊死が発生した時は、ストーマ粘膜や周囲皮膚の観察だけではなく、尿臭などの所見から他の疾患を疑うことが必要である。また、ストーマ管理では装具選択によるストーマ合併症予防や観察による異常の早期発見が必要となる。

【結論】晩期に発生したストーマ粘膜壊死は、局所要因だけでなく他の疾患についても考慮する必要がある。

P11-2

ストーマ捻転の1例

○太田 尚宏¹⁾、森田 初美²⁾
市立砺波総合病院 大腸肛門外科¹⁾、
市立砺波総合病院 看護部²⁾

【症例】症例は88歳女性。既往歴として、6歳時に直腸癌穿孔に対し、Hartmann手術施行、stageIIIa。その他特記事項なし。

【現病歴】10日ほど前よりストーマ周囲痛出現。数日前より排便も認められないため当科受診。

【現症】意識清明、腹部膨満あるも軟、グル音正常、ストーマ左側に圧痛あり。ストーマ色調は良好、ストーマ周囲皮膚に反時計回りの引きつれあり。

【入院後経過】

入院後即日緊急内視鏡施行。内視鏡所見上、ストーマ腹壁近傍に狭窄とびらんを認めるも内視鏡は通過可能。減圧を行って終了した。入院第2病日、レントゲン上改善見られないためイレウス管を留置。第3病日には皮膚のひきつれの改善を確認し改善しイレウス管抜去した。経過良好であったが第6病日には再び腹部膨満と、レントゲン増悪を認め、手術を前提として、再度下部イレウス管留置した。

【手術】第8病日、ストーマ造設術施行。開腹すると口側腸管は拳上部分を反時計に取り巻くように存在し、大網が強固に癒着していた。大網を切離し拳上ストーマを切除し、捻転緩徐。再度ストーマを作成し終了した。

病理所見ではul-IVの潰瘍を認め循環障害があったと考えられた。

【考察】今回、ストーマ捻転を経験した。原因としては初回手術が緊急であったため、ストーマを腹膜内経路で作成し、さらに余剰腸管が長めだったことが原因の一つと考えられた。本症例では、皮膚の状態から、腸管の異常が推定でき、普段から皮膚の状態を十分に観察することが肝要と考えられた。

P11-3

S状結腸人工肛門挙上脚の憩室に穿孔した一例

○渡邊 充、榎本 正統、岡崎 直人、
笠原 健大、和田 貴宏、真崎 純一、
石崎 哲央、永川 裕一、瀬下 明良、
勝又 健次、土田 明彦

東京医科大学病院 消化器外科小児外科分野

症例は61歳男性。直腸癌の診断で腹腔鏡補助下腹会陰式直腸切断術を施行し、再発など認めず、当科外来に通院加療中であった。手術より2年後に自宅で腹痛自覚したため、当科受診した。腹部CT検査で肝表面周囲を中心に腹腔内遊離ガスを認めたため消化管穿孔と診断し緊急手術を行った。開腹時所見はS状結腸の人工肛門挙上脚の周囲に大網の癒着と膿性腹水貯留を認めた。癒着を剥離したところ、人工肛門挙上脚部に穿孔を認めた。人工肛門開口部を含めS状結腸から横行結腸左側までを切除し、横行結腸右側で単孔式人工肛門を造設した。切除標本に憩室を認め、穿孔の原因と考えられた。術後経過として、S状結腸ストーマを切除した部位の感染を併発したが、全身状態は良好で術後28日目で退院となった。

術後人工肛門の併発症としては、狭窄、脱落、傍ストーマヘルニアなどが多く認められる。ストーマとして挙上されたS状結腸の穿孔は報告例が少なく、1997年～2018年までに、S状結腸ストーマ脚穿孔、人工肛門、人工肛門穿孔、腹壁膿瘍、消化管穿孔をKeywordとして医中誌で検索したところ6例の報告を認めたのみであった。原因としては洗腸操作に伴う症例や、傍ストーマヘルニア、便秘症などが原因と考えられる症例がある。現在では洗腸を行う症例は減少していると考えられ、今後は傍ストーマヘルニアや便秘症の存在に起因する症例が増加するとも考えられる。自験例では傍ストーマヘルニアによる内圧亢進と憩室が原因と考えられる。

今回我々はS状結腸人工肛門挙上脚の憩室に穿孔した一例を経験したので、若干の文献的考察をくわえて報告する。

P11-4

ハルトマン術後正中創離開部の腹腔内皮膚瘻に対するドレナージ管理の一例

○浦岡 歩

順天堂大学医学部附属静岡病院

【はじめに】近年、腸管皮膚瘻に対する局所陰圧閉鎖療法（以下、NPWT）に関する報告がいくつも上げられている。今回、正中創離開部の腹腔内皮膚瘻に対し、従来行われていたNPWT装置によりドレナージ管理が奏功した症例を経験したので、ここに報告する。【症例】60歳代男性。出血性直腸腫瘍による腸管壊死を認め、緊急低位前方切除術を施行した。術後、イレウス合併により絶食が長期化し低栄養状態となった。また、糖尿病も影響して吻合部に縫合不全が生じ、CT上腹腔内にFree Airを認め、再手術となりハルトマン術を施行した。腹腔内に膿瘍が充満しており、術後は腹膜炎によるショック状態が遷延した。そのため、ストーマは血流障害から粘膜壊死を認め、正中創は癒合が進まず離開していた。術後10日目頃より、正中創下端から便汁の排泄を認めた。造影検査では小腸穿孔を認め、ダグラス窩と正中創が瘻孔化している状態であった。排泄は1000ml/日を超え、ドレナージ管理が必要とされた。【経過】正中創外に排泄をドレナージし、創内の汚染を最小限にする目的でNPWTを検討した。開始にあたり、周囲皮膚の排泄物刺激の保護、近接するストーマ管理を考慮して手法を工夫した。専用のNPWT機器による管理は、排泄が便性であるためフォーム材が目詰まりする等、ドレナージ不良になることが懸念された。そこで、粘性があり残渣の混じる排泄でもドレナージがされやすいよう、イレウス管で使用される多孔式ファイコンチューブ22Frを排泄部位に留置した。孔のある先端2～3cm以降はガーゼで覆い、チューブと肉芽組織との接触刺激を避けた。加えて、皮下組織が欠損している離開創内をガーゼで充填し皮膚の高さに合わせ、ポリウレタンフォーム材で被覆した。最後に、ポリウレタンフィルムで密閉し、ファイコンチューブを持続吸引装置に接続して陰圧閉鎖環境で管理を行った。結果、ドレナージ効果で創感染の沈静化、良性肉芽組織の増生を認め、創収縮が図れた。【結論】今回、術後正中創離開部に生じた腹腔内と交通した瘻孔の管理において、便性の排泄に対しNPWTの原理を応用したドレナージ手法が有用であった。

P11-5

小腸ダブルストマ形成状態の高リスク患者に対し、15か月後にストマ閉鎖・再吻合を施行した1例

○小柳 要、船越 徹、宮田 照美、
松村 理恵、山上 英樹

J A北海道厚生連 札幌厚生病院

【背景】一般に、小腸は腸管壁が強く血流も良好であることから縫合不全の発生率は低率であるが、長期のステロイド使用例や透析患者等では縫合不全を起こす可能性は高くなる。長期の粘液漏状態の小腸再吻合には、萎縮粘膜の菌交代等のリスクが伴うため再手術には注意を要する。今回長期ステロイド使用患者に2度の縫合不全の結果、小腸ダブルストマ状態となっていた症例に対するストマ閉鎖・再吻合の1例を経験したため報告する。

【症例】80歳台女性、リウマチによる長期のステロイド使用歴、うつ病の既往あり。右大腿ヘルニア嵌頓に対してヘルニア修復術（McVay法）、小腸部分切除術を施行。縫合不全のため術後9日目に小腸吻合部切除・再吻合を施行するも、7日後に再度縫合不全を来したため小腸吻合部切除、空腸ストマ・粘液漏造設術を施行した。3度目の手術後も腹膜炎、膿瘍形成、正中創離開等の術後合併症を来したため術後長期管理が必要となり、粘液漏からの経腸栄養も継続できず、CV portを留置して高カロリー輸液継続のまま退院となった。これらの経過から再手術は困難とされ療養転院となっていたが、術後13か月時にストマ管理困難なため当院ストマ外来受診。ステロイドは離脱、栄養指標もある程度改善していたが、stoma管理のストレスからうつ症状は悪化していた。高リスク状態は同様であったが、ステロイドを離脱していること、長期の非使用小腸の再吻合リスクを考慮して再手術の相談を行った。術後15か月目に入院。手術に備えて粘液瘻（肛門側小腸）よりバルーン付き尿道カテーテルを留置・固定し、5%ブドウ糖→エレンタール→ラコールの順に経腸を2週間行った後に手術（ストマ閉鎖・腹腔内広範囲癒着剥離、小腸再吻合）を施行した。術後38℃台の発熱が持続したが炎症反応は許容範囲であり、術後6日目には発熱も改善したため食事再開となった。食事開始後の経過は問題なく、術後12日目に退院となった。退院後は輸液なく、低栄養・貧血・うつ症状も改善し外来フォローを続けている。

【結語】小腸ダブルストマ状態の閉鎖手術にはリスクが伴うが、長期経過となる前に、十分な対策を施した上の再吻合を検討する必要がある



jsscr

司会・座長・演者索引

| 司会・座長索引

あ

青木 芳隆 (あおき よしたか).....ランチョンセミナー 6
赤木 由人 (あかぎ よしと).....Mini lecture1
安藤 嘉子 (あんどう よしこ).....シンポジウム 5

い

井川 靖彦 (いがわ やすひこ).....□演 15
池内 健二 (いけうち けんじ).....□演 1
石井 美紀子 (いしい みきこ)
.....第 5 回ストーマ認定士スキルアップ講座, ポスター 1
石川 眞理子 (いしかわ まりこ).....□演 15
石澤 美保子 (いしざわ みほこ) ...ランチョンセミナー 3, □演 17
石田 秀行 (いしだ ひでゆき).....ポスター 11
板橋 道朗 (いたばし みちお).....シンポジウム 2
糸川 紅子 (いとかわ べにこ).....ランチョンセミナー 2

う

臼杵 尚志 (うすき ひさし).....災害対策委員会企画
宇野 光子 (うの みつこ).....□演 4

え

江川 安紀子 (えがわ あきこ).....□演 16

お

大桑 麻由美 (おおくわ まゆみ).....ポスター 3
大塚 幸喜 (おおつか こうき).....ポスター 1
大西 直 (おおにし ただし).....ポスター 6
大村 裕子 (おおむら ゆうこ).....シンポジウム 1
岡本 和哉 (おかもと かずや).....□演 6
尾崎 麻依子 (おざき まいこ).....ポスター 8

か

梶西 ミチコ (かじにし みちこ).....□演 13
片岡 ひとみ (かたおか ひとみ).....□演 8
加藤 昌子 (かとう まさこ).....ポスター 7
金光 幸秀 (かねみつ ゆきひで).....□演 17
上川 禎則 (かみかわ さだのり).....Mini lecture3
河合 俊乃 (かわい としの).....□演 11
河島 秀昭 (かわしま ひであき).....□演 12

き

木元 千奈美 (きもと ちなみ).....ポスター 3

く

工藤 礼子 (くどう れいこ).....ポスター 5
熊谷 英子 (くまがい えいこ).....災害対策委員会企画, □演 3

こ

幸田 圭史 (こうだ けいじ).....特別講演 2
小玉 光子 (こだま みつこ).....ポスター 4
後藤 百万 (ごとう ももかず).....教育講演 2
小林 由加子 (こばやし ゆかこ).....ポスター 6

紺家 千津子 (こんや ちづこ).....Mini lecture2

さ

齋藤 由香 (さいとう ゆか).....第 20 回教育セミナー, ポスター 4
佐藤 文 (さとう あや).....シンポジウム 2, □演 7
真田 弘美 (さなだ ひろみ).....会長講演, ランチョンセミナー 5

し

柴崎 真澄 (しばざき ますみ).....教育講演 3

す

鈴木 基文 (すずき もとふみ).....シンポジウム 4

た

高波 眞佐治 (たかなみ まさはる).....□演 2
高橋 真紀 (たかはし まき).....□演 11
田中 秀子 (たなか ひでこ).....シンポジウム 3
谷口 貴子 (たにぐち たかこ).....ポスター 7
谷口 珠実 (たにぐち たまみ).....ミニシンポジウム

つ

塚田 邦夫 (つかだ くにお).....□演 9
土田 敏恵 (つちだ としえ).....ランチョンセミナー 4, □演 9

な

内藤 志穂 (ないとう しほ).....□演 12
中村 利夫 (なかむら としお).....ランチョンセミナー 1, 教育講演 4
奈木 志津子 (なぎ しづこ).....ポスター 11

に

西口 幸雄 (にしぐち ゆきお)
.....オリンピック・パラリンピックイヤー記念特別企画
西村 かおる (にしむら かおる).....シンポジウム 4

は

花田 正子 (はなだ まさこ).....ポスター 5

ふ

福永 睦 (ふくなが むつみ).....シンポジウム 5
藤本 由美子 (ふじもと ゆみこ).....□演 10
舟山 裕士 (ふなやま ゆうじ).....シンポジウム 1
古畑 智久 (ふるはた ともひさ).....ポスター 9

ほ

堀内 美喜子 (ほりうち みきこ).....ポスター 2

ま

前川 厚子 (まえかわ あつこ).....教育講演 1
前田 清 (まえだ きよし).....ポスター 10
前田 耕太郎 (まえだ こうたろう).....特別講演 1, シンポジウム 3

政田 美喜 (まさだ みき).....	ポスター 10
舩田 佳子 (ますだ けいこ).....	□演 6
升森 宏次 (ますもり こうじ).....	ポスター 8
松岡 美木 (まつおか みぎ).....	□演 14
松原 康美 (まつばら やすみ).....	□演 1

み

三浦 英一朗 (みうら えいいちろう)第 5 回ストーマ認定士スキルアップ講座
南 由起子 (みなみ ゆきこ).....	□演 2
味村 俊樹 (みむら としき).....	□演 8
宮本 和俊 (みやもと かずとし).....	ポスター 2
宮本 乃ぞみ (みやもと のぞみ).....	第 20 回教育セミナー, ポスター 9

も

靱山 こずえ (もみやま こずえ).....	□演 3
------------------------	------

や

安田 智美 (やすだ ともみ).....	□演 5
山口 茂樹 (やまぐち しげき).....	□演 7
山田 陽子 (やまだ ようこ).....	□演 16
山名 哲郎 (やまな てつお).....	□演 14
山本 由利子 (やまもと ゆりこ).....	□演 5

よ

吉川 羊子 (よしかわ ようこ).....	□演 13
-----------------------	-------

わ

渡邊 成 (わたなべ しげる).....	□演 4
渡辺 光子 (わたなべ みつこ).....	□演 10

【演者索引】(太ゴシック 筆頭演者)

あ

相澤 宏実 (あいざわ ひろみ).....	O7-6
青木 和恵 (あおき かずえ).....	会長講演, P2-1, P2-2, P7-1
青木 未来 (あおき みく).....	P6-2
青松 直探 (あおまつ なおき).....	SY5-1
赤池 英憲 (あかいけ ひでのり).....	O6-6, P8-4
赤木 由人 (あかぎ よしと).....	SY3-3, O16-4, O17-5
明石 奈緒子 (あかし なおこ).....	P4-5
秋田 聡 (あきた さとし).....	O5-3
秋谷 雅之 (あきや まさゆき).....	O6-5
秋山 泰樹 (あきやま やすき).....	SY1-3, P9-4
秋山 結美子 (あきやま ゆみこ).....	SY1-2
浅見 綾子 (あさみ あやこ).....	P5-4
芦沢 直樹 (あしざわ なおき).....	P8-4
芦澤 直樹 (あしざわ なおき).....	O6-6
安達 淑子 (あだち よしこ).....	O15-4, O17-1
新志 春菜 (あたらし はるな).....	P7-3
渥見 佳奈 (あつみ かな).....	O4-4
穴澤 貞夫 (あなざわ さだお).....	SY1-6, O10-4, O10-5
安部 正敏 (あべ まさとし).....	Mini lecture2
安保 苗美 (あぼ なえみ).....	P10-3
天野 晃子 (あまの てるこ).....	O16-3
天野 智子 (あまの ともこ).....	O16-4
雨宮 秀武 (あめみや ひでたけ).....	O6-6, P8-4
新井 ともみ (あらい ともみ).....	P8-6
荒川 敏 (あらかわ さとし).....	O11-4, O14-1
荒木 靖三 (あらかき やすみ).....	O3-5
荒瀬 光一 (あらせ こういち).....	P9-4
安藤 嘉子 (あんどう よしこ).....	SY5-2, ランチョンセミナー 4, O2-2, O11-3

い

李 英姫 (い よんひ).....	P3-3
伊井 みず穂 (いい みずほ).....	P3-1
飯塚 貴美 (いづか たかみ).....	P5-5
井口 美奈枝 (いぐち みなえ).....	P7-6
池 秀之 (いけ ひでゆき).....	O9-2
池田 千明 (いけだ ちあき).....	O5-4
石井 大介 (いしい だいすけ).....	O15-1
石川 聡子 (いしかわ さとこ).....	O6-3
石川 奈津江 (いしかわ なつえ).....	O3-6, O4-6
石川 扶貴子 (いしかわ ふきこ).....	P5-4
石切山 千恵 (いしきりやま ちえ).....	P2-1, P2-2
石久保 雪江 (いしくぼ ゆきえ).....	O12-1
石黒 江理果 (いしぐろ えりか).....	O5-5, O16-2
石黒 幸子 (いしぐろ さちこ).....	O10-3
石崎 哲央 (いしざき てつお).....	P11-3
石澤 美保子 (いしざわ みほこ).....	SY1-1
石田 尚正 (いしだ なおまさ).....	O16-3
石飛 一枝 (いしとび かずえ).....	O7-1
石橋 直大 (いしばし なおひろ).....	O16-3
石丸 啓 (いしまる けい).....	O5-3
和泉 卓司 (いずみ たくじ).....	P6-1
井関 康仁 (いせき やすひと).....	P1-2
磯上 由美 (いそがみ ゆみ).....	SY3-6
五十畑 則之 (いそはた のりゆき).....	O7-2
板橋 道朗 (いたばし みちお).....	SY1-6, O4-5, O10-4
市川 大輔 (いちかわ だいすけ).....	O6-6, P8-4
市川 佳映 (いちかわ よしえ).....	O11-5

伊藤 千絵 (いとう ちえ).....	P2-6
位藤 俊一 (いとう としかず).....	P9-2
伊藤 智子 (いとう ともこ).....	O15-2
伊藤 真紀 (いとう まき).....	O2-4
伊藤 真江 (いとう みつえ).....	O5-1
糸川 紅子 (いとかわ べにこ).....	P2-1, P2-2
稲毛 圭菜 (いなげ かな).....	O17-4
稲田 浩美 (いなだ ひろみ).....	SY2-3
稲次 直樹 (いなつぎ なおき).....	O17-3
稲福 彩子 (いなふく あやこ).....	O16-1
井上 左央里 (いのうえ さおり).....	O14-4
井上 透 (いのうえ とおる).....	SY5-1, O1-5
射場 朝子 (いば あさこ).....	ランチョンセミナー 6
今井 晶恵 (いまい あきえ).....	P3-2
今江 照美 (いまえ てるみ).....	P1-4
今府 三枝 (いまふ みき).....	O17-4
伊禮 靖苗 (いれい やすえ).....	O8-4
岩井 拓磨 (いわい たくま).....	O17-6
岩爪 美穂 (いわづめ みほ).....	O2-4
石見 拓人 (いわみ たくと).....	O3-5
岩本 一亜 (いわもと かずつぐ).....	O3-3

う

植木 知身 (うえき ともみ).....	P9-3
上田 麻由香 (うえだ まゆか).....	O10-6, O12-6
上之段 三奈 (うえのだん みな).....	O8-6
浮津 春香 (うきつ はるか).....	O11-6
潮田 美規 (うしおだ みき).....	P10-5
牛込 充則 (うしごめ みつなり).....	O4-5
碓井 彰大 (うすい あきひろ).....	SY3-1
宇田川 勝 (うたがわ まさる).....	O7-6
梅村 俊彰 (うめむら としあき).....	P3-1
梅本 貴子 (うめもと たかこ).....	O15-2
浦岡 歩 (うらおか あゆみ).....	P10-1, P11-4
海野 倫明 (うんの みちあき).....	O3-6, O4-6, O6-4, P9-5

え

江頭 真紀子 (えがしら まきこ).....	P8-5
江川 安紀子 (えがわ あきこ).....	SY1-6, 教育講演 1, O10-4
江口 忍 (えぐち しのぶ).....	O4-3
衛藤 謙 (えとう けん).....	O4-5
櫻本 正統 (えのもと まさのぶ).....	P11-3
遠藤 麻子 (えんどう あさこ).....	O2-2
遠藤 和彦 (えんどう かずひこ).....	O12-2
遠藤 俊吾 (えんどう しゅんご).....	O7-2

お

大網 さおり (おおあみ さおり).....	O3-6, O4-6
大内 淑子 (おおうち よしこ).....	O3-6, O4-6
大江 奈緒 (おおえ なお).....	P3-4
大里 昌美 (おおさと まさみ).....	P2-5
大嶋 恭輔 (おおしま きょうすけ).....	O6-1
大関 亜樹子 (おおげき あきこ).....	P9-1
太田 尚宏 (おおた なおひろ).....	P11-2
太田 美穂 (おおた みほ).....	O7-5
大瀧 志保 (おおたき しほ).....	O15-2
大地 貴史 (おおち たかふみ).....	O17-5, SY3-3
大塚 幸喜 (おおつか こうき).....	SY2-2

大西 直 (おおにし ただし).....O7-4, O11-2
 大西 美紀 (おおにし みき).....O2-5
 大沼 忍 (おおぬま しのぶ).....O6-4, O14-2, P9-5
 大野 佳子 (おおの よしこ).....P10-5
 大橋 勝久 (おおはし かつひさ).....**O13-2**
 大畠 慶直 (おおばたけ よしなお).....O6-3
 大原 信福 (おおはら のぶよし).....O17-2
 大平 雅一 (おおひら まさいち).....SY5-1, P1-2
 大村 裕子 (おおむら ゆうこ).....SY1-6, O2-1, O10-4, O10-5
 大森 鮎子 (おおもり あゆこ).....**P6-6**
 大山 瞳 (おおやま ひとみ).....**O3-4**
 岡崎 直人 (おかざき なおと).....P11-3
 岡崎 芙美子 (おかざき ふみこ).....**O2-2**
 岡崎 充善 (おかざき みつよし).....O6-3
 小笠原 久美子 (おがさわら くみこ).....SY2-2
 小笠原 雅巳 (おがさわら まさみ).....**O13-3**
 岡島 慶子 (おかじま けいこ).....O7-6
 岡田 邦明 (おかだ くにあき).....P1-3
 岡田 佐知子 (おかだ さちこ).....P6-3
 岡田 大介 (おかだ だいすけ).....**O12-5**
 岡根 克己 (おかね かつみ).....O13-1
 岡野 純子 (おかの じゅんこ).....P6-5
 岡部 和歌子 (おかべ わかこ).....**O15-2**
 岡本 和哉 (おかもと かずや).....O2-1
 岡本 浩一 (おかもと こういち).....O6-3
 小川 真平 (おがわ しんぺい).....O4-5
 奥川 彩子 (おくがわ あやこ).....P10-5
 小倉 美輪 (おぐら みわ).....**SY3-5**
 小椋 遼治 (おぐら りょうじ).....SY3-2
 尾崎 麻依子 (おざき まいこ).....**災害対策委員会企画, O1-4, O4-5**
 長田 華世子 (おさだ かよこ).....O15-5
 長内 亜希子 (おさない あきこ).....P7-4
 小野 朝 (おの あした).....O14-5, O16-5
 小野 友美 (おの ともみ).....O3-6, O4-6
 小野寺 有香 (おのでら ゆか).....**O15-3**
 小山田 厚子 (おやまだ あつこ).....O11-6

か

貝崎 亮二 (かいざき りょうじ).....SY5-1
 柿本 満恵 (かきもと みつえ).....**P4-4**
 影山 葉子 (かげやま ようこ).....O12-1
 笠原 健大 (かさはら けんた).....P11-3
 笠原 舞 (かさはら まい).....**O7-1**
 風巻 裕子 (かざまき ゆうこ).....**P5-5**
 樫山 基矢 (かしやま もとや).....P9-1
 梶原 大輝 (かじわら たいぎ).....O6-4, P9-5
 加瀬 昌子 (かせ まさこ).....**MS1-1**
 片岡 ひとみ (かたおか ひとみ).....**O11-3**
 片岡 恵 (かたおか めぐみ).....**O10-2**
 香月 麗 (かつき うらら).....P11-1
 勝沼 志保里 (かつぬま しほり).....**教育講演 3**
 勝又 健次 (かつまた けんじ).....P11-3
 角 諒子 (かど りょうこ).....O2-4
 金子 奉暁 (かねこ ともあき).....SY3-2
 金丸 明美 (かねまる あけみ).....O6-6
 金光 幸秀 (かねみつ ゆきひで).....O15-4, O17-1
 加納 恭子 (かのう きょうこ).....**P6-2**
 加納 美和 (かのう みわ).....O10-2
 蒲田 亮介 (がばた りょうすけ).....O6-3

鎌田 恵里子 (かまた えりこ).....P4-1, P7-4
 上川 禎則 (かみかわ さだのり).....O1-5, **O7-4**, O11-2
 上地 めぐみ (かみぢ めぐみ).....**O4-4**
 神村 啓恵 (かみむら ひろえ).....O12-1
 亀井 尚 (かめい たかし).....O6-4, P9-5
 賀屋 仁 (かや ひとし).....P5-5
 唐澤 秀明 (からさわ ひであき).....O6-4, P9-5
 河合 幸 (かわい みゆき).....**ランチョンセミナー 1**
 川井田 博充 (かわいだ ひろみち).....O6-6, P8-4
 川口 智可 (かわぐち ちか).....O5-5, O16-2
 河口 賀彦 (かわぐち よしひろ).....O6-6
 河崎 明子 (かわさき あきこ).....**O13-4**
 河島 秀昭 (かわしま ひであき).....**P9-1**
 河野 恵美 (かわの えみ).....O17-4
 河口 賀彦 (かわみや よしひこ).....P8-4
 河本 浩子 (かわもと ひろこ).....O17-3
 河本 洋伸 (かわもと ひろのぶ).....O10-6, **O12-6**
 菅 由美子 (かん ゆみこ).....P4-6

き

木上 祥 (きがみ しょう).....P7-3
 菊川 浩明 (きくかわ ひろあき).....P11-1
 菊谷 美代 (きくたに みよ).....O17-3
 菊地 湖 (きくち いずみ).....O12-3
 北島 彰子 (きたじま あきこ).....O10-2
 北島 清彰 (きたじま きよあき).....O10-2
 北村 祐子 (きたむら ゆうこ).....**O9-3**
 木津 典久 (きづ のりひさ).....O13-1
 衣笠 哲史 (きぬがさ てつし).....SY3-3, O17-5
 絹笠 祐介 (きぬがさ ゆうすけ).....**Mini lecture1**
 鬼原 史 (きはら ちかし).....P1-3
 木村 早織 (きむら さおり).....P3-4
 木村 聡元 (きむら としもと).....SY2-2
 木村 裕子 (きむら ゆうこ).....O7-5
 木元 千奈美 (きもと ちなみ).....P2-1, P2-2
 清原 祥夫 (きよはら よしお).....**ランチョンセミナー 2, 教育講演 4**
 金 浩敏 (きん ひろとし).....**P9-2**
 金原 弘幸 (きんばら ひろゆき).....O2-5

く

草薙 洋 (くさなぎ ひろし).....SY3-5
 楠山 明 (くすやま あきら).....O10-5
 工藤 江梨花 (くどう えりか).....**P7-4**
 工藤 智也 (くどう ともや).....**O7-6**
 工藤 礼子 (くどう れいこ).....**O4-5, O5-2**, O15-4, O17-1
 國岡 りんご (くにおか りんご).....O2-4
 窪田 里美 (くぼた さとみ).....**SY4-3**
 熊谷 英子 (くまがい えいこ).....**SY1-4, SY1-6, ランチョンセミナー 5, O3-6, O4-6**, O10-4
 久米 春喜 (くめ はるき).....O13-4
 倉橋 小夜子 (くらはし さよこ).....O11-6
 黒澤 瑞恵 (くろさわ みずえ).....O7-3
 黒田 豊子 (くろだ とよこ).....O4-3
 桑野 初子 (くわの はつこ).....**O3-5**
 桑原 大作 (くわはら だいさく).....O8-4

こ

小泉 美紀 (こいずみ みき).....O6-5
 黄 和吉 (こう かずよし).....O14-5, O16-5
 合志 健一 (こうし けんいち).....P8-5
 幸田 圭史 (こうだ けいじ).....SY3-1
 甲田 貴丸 (こうだ たかまる).....SY3-2
 河野 寛 (こうの ひろし).....O6-6, P8-4
 神山 篤史 (こうやま あつし).....O3-6, O4-6, O6-4, P9-5
 古賀 めぐみ (こが めぐみ).....P4-3
 小久保 恵理 (こくぼ えり).....O6-6
 小島 博文 (こじま ひろふみ).....O14-3, O14-4
 小嶋 麻里 (こじま まり).....O4-5
 小島 由希菜 (こじま ゆきな).....P5-5
 古城 憲 (こじょう けん).....SY2-1
 小杉 千弘 (こすぎ ちひろ).....SY3-1
 五藤 愛佐子 (ごとう あさこ).....P3-2
 後藤 佳奈子 (ごとう かなこ).....O7-3
 木幡 真利子 (きはた まりこ).....O3-6, O4-6
 小林 真理 (こばやし まり).....P1-1
 米門 秀行 (こめかど ひでゆき).....SY5-2
 小柳 要 (こやなぎ かなめ).....P11-5
 小柳 要 (こやなぎ かなめ).....O6-2
 小柳 礼恵 (こやなぎ ひろえ).....O13-4
 小山 文一 (こやま ふみかず).....O5-4
 小山 基 (こやま もとい).....P8-6
 近藤 恵子 (こんどう けいこ).....O3-2
 紺野 淳子 (こんの じゅんこ).....P3-5

さ

三枝 裕子 (さいぐさ ゆうこ).....P5-5
 西條 文人 (さいじょう ふみと).....O12-3
 齋田 将之 (さいた まさゆき).....O17-4
 齋藤 修治 (さいとう しゅうじ).....O13-5
 齋藤 忠明 (さいとう ただあき).....P4-6
 齋藤 瞳 (さいとう ひとみ).....P3-3
 斎藤 裕人 (さいとう ひろと).....O6-3
 斎藤 弘美 (さいとう ひろみ).....O15-5
 斉藤 真澄 (さいとう ますみ).....O12-3
 斎藤 容子 (さいとう ようこ).....SY3-2, O4-5
 齊藤 亮 (さいとう りょう).....O6-6, P8-4
 酒井 透江 (さかい ゆきえ).....O11-3
 榑 裕美 (さかき ゆみ).....O1-5
 阪口 裕子 (さかぐち ゆうこ).....P3-4
 坂本 義之 (さかもと よしゆき).....P4-1, P7-4
 作間 久美 (さくま ひさみ).....O9-4
 櫻井 和江 (さくらい かずえ).....ランチョンセミナー 5
 櫻井 健太郎 (さくらい けんたろう).....O6-3
 櫻井 隆久 (さくらい たかひさ).....P4-3
 櫻井 三希子 (さくらい みきこ).....MS1-2
 櫻田 朋子 (さくらだ ともこ).....P4-6
 佐々木 賢一 (ささき けんいち).....O9-6
 佐々木 滋 (ささき しげる).....O6-5
 佐々木 貴代 (ささき たかよ).....P2-4
 佐々木 智子 (ささき ともこ).....P5-5
 佐々木 望 (ささき のぞみ).....O11-6
 佐竹 ひとみ (さたけ ひとみ).....O14-2
 佐藤 静恵 (さとう しずえ).....O1-2, P6-1
 佐藤 俊 (さとう しゅん).....O1-2, P6-1
 佐藤 摂 (さとう せつ).....O15-5

佐藤 武郎 (さとう たけお).....SY2-1
 佐藤 雅恵 (さとう まさえ).....SY2-2
 佐藤 満里子 (さとう まりこ).....O1-2
 佐藤 陽介 (さとう ようすけ).....O13-1
 真田 弘美 (さなだ ひろみ).....特別講演 2, SY4-1, O10-1, O11-5
 佐原 力三郎 (さはら りきさぶろう).....SY3-4, O12-5
 澤田 健 (さわだ たけし).....P1-3

し

仕垣 幸太郎 (しがき こうたろう).....P5-1, P8-2
 茂野 敬 (しげの たかし).....P3-1
 宍戸 玲美 (ししど れいみ).....P8-6
 実広 美子 (じつひろ よしこ).....P3-4
 品川 彩香 (しながわ あやか).....P10-4
 柴崎 真澄 (しばざき ますみ).....O3-6, O4-6
 渋谷 雅常 (しぶたに まさつね).....P1-2
 嶋村 まどか (しまむら まどか).....O9-2
 清水 浩紀 (しみず ひろき).....O6-6, P8-4
 清水 裕智 (しみず ひろとも).....P4-5
 下畑 由美 (しもはた ゆみ).....第 5 回ストーマ認定士スキルアップ講座
 十文字 晴美 (じゅうもんじ はるみ).....P2-6
 庄司 沙織 (しょうじ さおり).....P2-3, P10-2
 城川 莉奈 (しろかわ りな).....P7-5
 城本 拓哉 (しろもと たくや).....SY4-3
 神田 光太郎 (じんだ こうたろう).....P7-3
 進藤 勝久 (しんどう かつひさ).....O7-4, O11-2
 進藤 知美 (しんどう ともみ).....O12-2
 真橋 宏幸 (しんばし ひろゆき).....O6-3

す

菅原 舞 (すがわら まい).....O12-2, O13-1
 杉山 佳菜子 (すぎやま かなこ).....P6-4
 鈴木 彩 (すずき あや).....O12-2
 鈴木 晶子 (すずき しょうこ).....O4-4
 鈴木 千明 (すずき ちあき).....O5-4
 鈴木 華代 (すずき はなよ).....O11-4, O14-1
 鈴木 秀幸 (すずき ひでゆき).....O6-4, O14-2, P9-5
 鈴木 雅恵 (すずき まさえ).....P5-2
 鈴木 美奈子 (すずき みなこ).....P10-5
 鈴木 基文 (すずき もとふみ).....SY4-1, SY4-4, O13-4
 鈴木 有美 (すずき ゆみ).....O7-2
 鈴木 陽三 (すずき ようぞう).....O6-1
 鈴木 里恵 (すずき りえ).....SY3-1
 鈴木 和香 (すずき わか).....P1-1
 須藤 絵里 (すとう えり).....P7-4
 周藤 弘明 (すとう ひろあき).....SY4-3
 須藤 誠 (すどう まこと).....O6-6, P8-4
 須並 英二 (すなみ えいじ).....O4-5
 角谷 信之 (すみや のぶゆき).....P6-3

せ

関 英一郎 (せき えいいちろう).....O17-4
 積 美保子 (せき みほこ).....第 20 回教育セミナー, SY3-4
 瀬下 明良 (せしも あきよし).....P11-3

た

帯刀 朋代 (たいとう ともよ).....	ランチョンセミナー 3
平良 さやか (たいら さやか).....	P5-1, P8-2
高木 琴絵 (たかぎ ことえ).....	O11-6
高木 良重 (たかき よしえ).....	O4-3
高久 暢 (たかく みつる).....	P8-6
高清水 清治 (たかしみず きよはる).....	SY2-2
高野 正太 (たかの しょうた).....	O3-3, O8-3, O8-4
高野 正博 (たかの まさひろ).....	O8-3, O8-4
高野 真奈美 (たかの まなみ).....	P9-3
高橋 絵里子 (たかはし えりこ).....	O7-5
高橋 和徳 (たかはし かずのり).....	O6-6, P8-4
高橋 賢一 (たかはし けんいち).....	SY1-6, O10-4, O12-3
高橋 咲子 (たかはし さきこ).....	SY2-2
高橋 敏枝 (たかはし としえ).....	P9-2
高橋 知子 (たかはし ともこ).....	SY3-5
高橋 夏絵 (たかはし なつえ).....	P9-1
高橋 真紀 (たかはし まき).....	O6-4, O9-1, O14-2
高橋 真理子 (たかはし まりこ).....	O7-5
高橋 ゆかり (たかはし ゆかり).....	O12-4
高橋 幸子 (たかはし ゆきこ).....	O10-2
高屋 聡美 (たかや さとみ).....	O17-1
滝口 光一 (たきぐち こういち).....	O6-6, P8-4
滝澤 一晴 (たきざわ いっせい).....	O14-5
竹内 裕子 (たけうち ひろこ).....	P7-4
武重 善子 (たけしげ よしこ).....	O8-1
武田 久美子 (たけだ くみこ).....	P5-4
武田 忍 (たけだ しのぶ).....	O12-2, O13-1
武田 正之 (たけだ まさゆき).....	MS1-2
竹之内 美樹 (たけのうち みき).....	O7-6
立田 夏美 (たちだ なつみ).....	O5-5, O16-2
日月 亜紀子 (たちもり あきこ).....	SY5-1, O1-5
立澤 瑞樹 (たつざわ みずぎ).....	O2-4
田中 敬 (たなか たかし).....	P8-5
田中 裕穂 (たなか たかほ).....	O16-4
田中 美由紀 (たなか みゆき).....	O5-4
田中 悠美 (たなか ゆみ).....	P7-2
ダニエル・カール (だにえる かーる)	オリンピック・パラリンピックイヤー記念特別企画
谷川 義幸 (たにがわ よしゆき).....	P3-4
谷口 珠実 (たにぐち たまみ).....	MS1-2
谷田 司 (たにだ つかさ).....	O6-1
種子田 美穂子 (たねだ みほこ).....	第 20 回教育セミナー
田畑 聡美 (たばた さとみ).....	O2-5
田淵 聡 (たぶち さとし).....	O8-4
田淵 宏 (たぶち ひろし).....	P7-5, P11-1
玉井 奈緒 (たまい なお).....	ハンズオンセミナー, O10-1
玉城 洋子 (たまき ようこ).....	SY1-6, O10-4, O10-5
田村 敏也 (たむら としや).....	O12-3
丹波 光子 (たんば みつこ).....	O4-5
多武保 光宏 (たんぼ みつひろ).....	MS1-2

ち

近村 厚子 (ちかむら あつこ).....	O14-3, O14-4
千田 由美子 (ちだ ゆみこ).....	O8-5
千葉 倫子 (ちば れんこ).....	O14-2
千葉 励子 (ちば れいこ).....	SY2-2
長 舞衣 (ちよう まい).....	O2-4

つ

塚越 美典 (つかごし みのり).....	SY3-1
塚原 勇 (つかはら いさむ).....	O6-6, P8-4
塚本 俊輔 (つかもと しゅんすけ).....	O17-1
塚本 忠司 (つかもと ただし).....	SY5-1
辻 順行 (つじ よりゆき).....	O8-4
土田 明彦 (つちだ あきひこ).....	P11-3
土田 敏恵 (つちだ としえ).....	O11-3
槌野 正裕 (つちの まさひろ).....	O8-3
恒松 夫美子 (つねまつ ふみこ).....	O5-1
津村 剛彦 (つむら たけひこ).....	SY5-2

て

出口 亜沙子 (でぐち あさこ).....	P10-5
手塚 雅登 (てづか まさと).....	O12-4
寺井 志郎 (てらい しろう).....	O6-3
寺崎 文子 (てらさき あやこ).....	O7-5

と

問山 裕二 (といやま ゆうじ).....	P10-5
遠野 千尋 (とおの ちひろ).....	P2-6
栩原 みゆき (とちはら みゆき).....	P9-2
土橋 美歌子 (どばし みかこ).....	P1-5
飛澤 貴子 (とびさわ たかこ).....	O7-3
富安 眞理 (とみやす まり).....	P7-2
豊田 美和 (とよだ みわ).....	O4-5
鳥越 貴行 (とりごえ たかゆき).....	P9-4
鳥本 一匡 (とりもと かずまさ).....	ランチョンセミナー 6

な

内藤 剛 (ないとう たけし).....	O6-4, P9-5
内藤 直美 (ないとう なおみ).....	O4-5
内藤 広郎 (ないとう ひろお).....	O1-2, P2-3, P10-2
中江 志穂 (なかえ しほ).....	P4-5
仲上 豪二朗 (なかがみ ごうじろう).....	O11-5
永川 裕一 (ながかわ ゆういち).....	P11-3
中川 祐輔 (なかがわ ゆうすけ).....	O5-3
中島 玖美香 (なかしま くみか).....	O5-5, O16-2
中島 美文 (なかじま みふみ).....	O2-4
長嶋 康雄 (ながしま やすお).....	SY3-2, O4-5
仲島 義治 (なかしま よしはる).....	Mini lecture3
中田 健 (なかた けん).....	O7-4, O11-2, O17-2
永田 淳 (ながた じゅん).....	SY1-3, P9-4
中田 真央 (なかた まお).....	O3-1
中田 祐紀 (なかた ゆうき).....	O6-6, P8-4
中塚 博文 (なかつか ひろふみ).....	P6-5
中沼 伸一 (なかぬま しんいち).....	O6-3
永野 英美 (ながの えみ).....	P5-3
中野 祥江 (なかの さちえ).....	O17-1
中野 真寿美 (なかの ますみ).....	P7-3
中野 祥江 (なかの よしえ).....	O15-4
永原 央 (ながはら ひさし).....	P1-2
長堀 エミ (ながほり えみ).....	P8-1
長間 優美 (ながま まさみ).....	O8-2
中村 久実 (なかむら くみ).....	O2-4
中村 慶史 (なかむら けいし).....	O6-3
中村 純一 (なかむら じゅんいち).....	O6-5

中村 隆俊 (なかむら たかとし)SY2-1
 中村 利夫 (なかむら としお)O2-1
 仲村 朋高 (なかむら ともたか)O16-1
 中村 仁美 (なかむら ひとみ)O11-1
 中村 寧 (なかむら やすし)O8-4
 中山 健太 (なかやま けんた)P9-3
 中山 由紀子 (なかやま ゆきこ)O2-5
 中山 義人 (なかやま よしひと)P1-5
 名倉 小百合 (なぐら さゆり)P5-2
 南部 真里恵 (なんぶ まりえ)O17-2

に

西居 孝文 (にしい たかふみ)SY5-1, O1-5
 西口 幸雄 (にしぐち ゆきお)SY5-1, O1-5, P1-2
 錦織 英知 (にしごり ひであき)O8-4
 西澤 祐吏 (にしざわ ゆうじ)SY3-6
 西田 洋児 (にしだ ようじ)O5-6
 西躰 隆太 (にしたい りゅうた)O5-1
 西林 直子 (にしばやし なおこ)O5-4
 西村 明美 (にしむら あけみ)O2-5
 西村 かおる (にしむら かおる)第20回教育セミナー
 西村 智美 (にしむら ともみ)P10-4
 西森 英史 (にしもり ひでふみ)P1-3
 西谷 美香 (にしや みか)O9-6
 西山 毅 (にしやま つよし)SY5-1
 西山 友梨 (にしやま ゆり)P6-3
 日橋 久美子 (にちはし くみこ)O14-5, O16-5
 丹羽 浩一郎 (にわ こういちろう)O17-4

ぬ

沼野 美幸 (ぬまの みゆき)P1-5

ね

根本 鉄太郎 (ねもと てつたろう)O7-2
 根本 良平 (ねもと りょうへい)O9-1, O14-2

の

野明 俊裕 (のあけ としひろ)O3-5
 能浦 真吾 (のうら しんご)O6-1
 野北 陽子 (のきた ようこ)災害対策委員会企画
 野口 博史 (のぐち ひろし)SY4-1
 野澤 慶次郎 (のざわ けいじろう)第5回ストーマ認定士スキルアップ講座, O1-4, O4-5
 野田 愛 (のだ あい)P9-3
 能登 千恵 (のと ちえ)P5-5
 登 千穂子 (のぼり ちほこ)SY5-1
 野間 淳之 (のま あつし)P5-6
 野村 皓三 (のむら こうぞう)O6-3
 野寄 修平 (のより しゅうへい)SY4-1

は

袴田 健一 (はかまだ けんいち)P7-4
 萩原 千恵 (はぎわら ちえ)SY2-1
 羽阪 友宏 (はさか ともひろ)O1-5
 長谷部 美紀 (はせべ みき)P7-1
 秦 史壯 (はた ふみたけ)P1-3

畑中 智貴 (はたなか ともき)P2-6
 花田 正子 (はなだ まさこ)O4-5
 羽根田 祥 (はねだ しょう)O12-3
 濱田 あゆみ (はまだ あゆみ)P10-5
 濱田 博隆 (はまだ ひろたか)O8-4
 浜畑 幸弘 (はまはた ゆきひろ)SY3-6
 林 恵里 (はやし えり)P10-5
 林 忍 (はやし しのぶ)P4-3
 林 純代 (はやし すみよ)P1-2
 林 智世 (はやし ともよ)P10-5
 林 美代子 (はやし みよこ)O4-1, O4-2
 菟川 恵子 (はらいかわ けいこ)O4-5
 原田 美紀 (はらだ みき)P1-4
 春名 可織 (はるな かおり)P5-2
 半澤 幸恵 (はんざわ さちえ)O14-5, O16-5

ひ

久野 三朗 (ひさの さぶろう)O8-4
 日野岡 蘭子 (ひのおか らんこ)O15-1, O15-6
 平澤 雅敏 (ひらさわ まさとし)O15-1, O15-6
 平田 敬治 (ひらた けいじ)SY1-3, P9-4
 平田 美紀 (ひらた みき)O6-3
 平中 哲也 (ひらなか てつや)P3-2
 平間 公昭 (ひらま きみあき)P1-5
 平間 知美 (ひらま ともみ)P1-3
 平本 陽子 (ひらもと ようこ)O4-4
 蛭田 理恵 (ひるた りえ)O4-6
 蛭田 理絵 (ひるた りえ)O3-6
 廣川 友紀 (ひろかわ ゆき)O4-1, O4-2

ふ

深見 賢作 (ふかみ けんさく)O8-4
 福岡 達成 (ふくおか たつなり)P1-2
 福岡 美智 (ふくおか みち)P1-1, P5-5
 福留 洋子 (ふくとめ ようこ)P3-2
 福永 光子 (ふくなが みつこ)O3-3
 福永 睦 (ふくなが むつみ)O7-4, O11-2
 福原 浩 (ふくはら ひろし)MS1-2
 福本 美紀子 (ふくもと みきこ)P10-4
 藤井 仁志 (ふじい ひとし)SY2-2
 藤井 誠 (ふじい まこと)O11-3
 藤重 淳子 (ふじしげ じゅんこ)P4-2
 藤城 尚美 (ふじしろ なおみ)P6-6, P8-3
 藤田 あけみ (ふじた あけみ)P4-1
 藤田 文彦 (ふじた ふみひこ)SY3-3, O17-5
 藤森 正彦 (ふじもり まさひこ)P6-5
 藤原 翔 (ふじわら しょう)O8-5
 藤原 裕子 (ふじわら ひろこ)O1-5
 藤原 昌子 (ふじわら まさこ)O12-6
 船越 徹 (ふなこし とおる)O6-2, P11-5
 舟田 あい子 (ふなだ あいこ)O14-3, O14-4
 船橋 公彦 (ふなはし きみひこ)SY3-2, O4-5
 舟山 裕士 (ふなやま ゆうじ)O3-6, O4-6
 古家 英明 (ふるいえ ひであき)P8-5
 古川 智恵 (ふるかわ ちえ)O13-6
 古田 雅 (ふるた まさ)SY3-2
 古橋 玲子 (ふるはし れいこ)O12-1
 古屋 信二 (ふるや しんじ)O6-6, P8-4

ほ

北條 莊三 (ほうじょう しょうぞう) O5-5, O16-2
 保刈 伸代 (ほかり のぶよ) SY3-2
 細川 ひかり (ほそかわ ひかり) **O7-3**
 細村 直弘 (ほそむら なおひろ) O6-6, P8-4
 堀江 比呂美 (ほりえ ひろみ) O6-5
 堀口 明彦 (ほりぐち あきひこ) O14-1
 本城 弘貴 (ほんじょう ひろき) SY3-5
 本田 優子 (ほんだ ゆうこ) **O1-5, O7-4, O11-2**
 本間 直子 (ほんま なおこ) O13-1

ま

前川 厚子 (まえかわ あつこ) P10-5
 前川 智子 (まえかわ ともこ) O2-4
 前田 あけみ (まえだ あけみ) **O10-6, O12-6**
 前田 清 (まえだ きよし) SY5-1, O1-5, P1-2
 前田 耕太郎 (まえだ こうたろう) P8-3
 前田 周子 (まえだ しゅうこ) P1-5
 前田 喜寛 (まえだ よしひろ) P11-1
 眞崎 健太 (まざき けんた) O17-1
 眞崎 純一 (まざき じゅんいち) P11-3
 松井 早苗 (まつい さなえ) P3-2
 松尾 鉄平 (まつお てっぺい) SY2-2
 松尾 麻由子 (まつお まゆこ) **P4-3**
 松岡 美木 (まつおか みき) P5-5
 松下 有梨 (まつした ゆり) P5-4
 松田 実貴 (まつだ みき) O2-5
 松永 希 (まつなが のぞみ) **SY2-4**
 松原 康美 (まつばら やすみ) **ランチョンセミナー 4, O11-3**
 松村 理恵 (まつむら りえ) O6-2, P11-5
 松本 鮎美 (まつもと あゆみ) **O2-3**
 松本 勝 (まつもと まさる) **ハンズオンセミナー, O10-1**
 松本 美和 (まつもと みわ) O12-4
 松本 結貴 (まつもと ゆき) P6-3
 的野 敬子 (まとの けいこ) O3-5
 間中 大 (まなか だい) O5-1
 間部 幸 (まべ さち) **P10-1**
 丸澤 宏之 (まるさわ ひろゆき) SY5-2
 丸山 傑 (まるやま すぐる) O6-6, P8-4
 丸山 弘 (まるやま ひろし) O17-6
 丸山 弘美 (まるやま ひろみ) O4-5

み

三浦 英一朗 (みうら えいいちろう) P8-1
 三浦 卓也 (みうら たくや) P4-1
 三浦 典子 (みうら のりこ) P9-2
 三浦 秀元 (みうら ひではる) P1-3
 三浦 啓寿 (みうら ひろひさ) SY2-1
 三浦 由佳 (みうら ゆか) **ハンズオンセミナー, O10-1**
 水沢 弘哉 (みずさわ ひろや) **O12-4**
 水島 史乃 (みずしま ふみの) O2-1, O10-4
 水島 美奈子 (みずしま みなこ) O16-5
 水田 史子 (みずた ふみこ) O13-2
 水野 裕加 (みずの ひろか) P5-4
 水野 裕子 (みずの ゆうこ) O5-5, O16-2
 溝浦 ますみ (みぞうら ますみ) O17-3
 溝部 智亮 (みぞべ ともあき) SY3-3, O17-5
 三井 貴彦 (みつい たかひこ) MS1-2, **教育講演 2**

三富 陽子 (みとみ ようこ) O11-3
 皆川 幸洋 (みながわ ゆきひろ) P2-6
 湊 美香 (みなと みか) O3-5
 味村 俊樹 (みむら としき) **第 20 回教育セミナー**
 三村 裕次 (みむら ゆうじ) O12-4
 宮垣 真理 (みやがき まり) **SY2-5**
 宮城 久之 (みやぎ ひさゆき) O15-1
 三宅 祐一朗 (みやけ ゆういちろう) O17-2
 宮崎 操 (みやざき みさお) **O1-1**
 宮田 照美 (みやた てるみ) O6-2, P11-5
 宮前 奈央 (みやまえ なお) **SY5-4**
 宮本 和俊 (みやもと かずとし) O15-1, O15-6
 宮本 乃ぞみ (みやもと のぞみ) O4-5
 三好 綾子 (みやよし あやこ) SY1-3, P9-4

む

向井 章子 (むかい あきこ) P3-4
 向谷 充宏 (むかいや みつひろ) P9-3
 村上 歩 (むらかみ あゆみ) **O16-4**
 村田 幾美 (むらた いくみ) **O5-6**
 村田 博子 (むらた ひろこ) O3-6, O4-6
 村田 祐二郎 (むらた ゆうじろう) O4-5

も

茂木 ゆう子 (もてき ゆうこ) **O15-5**
 靱山 こずえ (もみやま こずえ) SY1-6, O10-4
 森 武俊 (もり たけとし) SY4-1
 森岡 直子 (もりおか なおこ) **SY5-3**
 森岡 政明 (もりおか まさあき) O10-2
 守口 順子 (もりぐち じゅんこ) SY3-2
 森田 初美 (もりた はつみ) P11-2
 森谷 弘乃介 (もりたに こうのすけ) **O17-1**
 森永 美乃 (もりなが よしの) **ランチョンセミナー 1, O2-1**
 森本 伸一郎 (もりもと しんいちろう) O17-2
 諸橋 一 (もろはし はじめ) P4-1, P7-4

や

八重樫 瑞典 (やえがし みずのり) SY2-2, **P2-6**
 屋方 広美 (やかた ひろみ) O16-4
 八木沢 朋美 (やぎさわ ともみ) **P8-6**
 矢後 佳子 (やご よしこ) P8-1
 矢嶋 知己 (やじま ともみ) P1-3
 矢嶋 宮子 (やじま みやこ) O8-6
 安田 慶子 (やすだ けいこ) O7-6
 安田 敬子 (やすだ けいこ) **O9-5**
 安田 智美 (やすだ ともみ) P3-1
 八十島 孝博 (やそしま たかひろ) P1-3
 柳迫 昌美 (やなぎさこ まさみ) O4-3
 敷本 斉子 (やぶもと なおこ) O7-1
 山上 英樹 (やまがみ ひでき) O6-2, P11-5
 山口 建 (やまぐち けん) **特別講演 1**
 山口 茂樹 (やまぐち しげき) P1-1
 山口 富士子 (やまぐち ふじこ) O7-4, **O11-2**
 山口 真美 (やまぐち まさみ) **O13-5**
 山田 一隆 (やまだ かずたか) O8-4
 山田 岳史 (やまだ たけし) O17-6
 山田 陽子 (やまだ ようこ) **SY1-3, SY1-6, O10-4, P9-4**
 山名 哲郎 (やまな てつお) O12-5

山中 道代 (やまなか みちよ).....	P7-3
山梨 高広 (やまなし たかひろ).....	SY2-1
山西 由郷子 (やまにし ゆりこ).....	SY3-2
山之口 賢 (やまのくち けん).....	SY5-2
山村 真巳 (やまむら まさみ).....	P6-6
山本 敦史 (やまもと あつし).....	P8-4
山本 淳史 (やまもと あつし).....	O6-6
山本 絵美子 (やまもと えみこ).....	O17-2
山本 淳子 (やまもと じゅんこ).....	P6-6
山本 真司 (やまもと しんじ).....	O10-5
山本 大輔 (やまもと だいすけ).....	O5-6
山本 ゆき (やまもと ゆき).....	P1-4
山本 由利子 (やまもと ゆりこ).....	SY1-5
山家 良太 (やんべ りょうた).....	O1-2

ゆ

雪野 美和 (ゆきの みわ).....	P8-5
弓削 浩太郎 (ゆげ こうたろう).....	O16-4
弓手 倫恵 (ゆみて みちえ).....	P10-3

よ

與儀 等 (よぎ ひとし).....	O16-1
横井 圭悟 (よこい けいご).....	SY2-1
横尾 貴史 (よこお たかし).....	O17-3
横澤 真姫子 (よこさわ まきこ).....	P2-3 , P10-2
横山 泰久 (よこやま やすひさ).....	O9-4
由井 恵 (よしい けい).....	O5-5, O16-2
吉川 周作 (よしかわ しゅうさく).....	O17-3
吉田 和枝 (よしだ かずえ).....	P10-5
吉田 武史 (よしだ たけし).....	O16-4
吉田 徹 (よしだ とおる).....	P2-6
吉田 寿恵 (よしだ ひさえ).....	O1-3
吉田 寛 (よしだ ひろし).....	O17-6
吉田 ルミ (よしだ るみ).....	O16-5
四谷 淳子 (よつや じゅんこ).....	O11-5, P6-2

り

李 友浩 (り ともひろ).....	SY5-1
--------------------	-------

わ

若松 華 (わかまつ はな).....	P7-6
若松 ひろ子 (わかまつ ひろこ).....	O14-5, O16-5
和田 貴宏 (わだ たかひろ).....	P11-3
渡辺 和宏 (わたなべ かずひろ).....	O6-4, P9-5
渡邊 純子 (わたなべ じゅんこ).....	P7-6
渡邊 多恵 (わたなべ たえ).....	P3-2
渡邊 真理 (わたなべ まり).....	O17-3
渡邊 光子 (わたなべ みつこ).....	O11-3
渡邊 充 (わたなべ みつる).....	P11-3
渡辺 美奈 (わたなべ みな).....	P3-3
渡邊 基子 (わたなべ もとこ).....	SY4-2
渡部 祐司 (わたなべ ゆうじ).....	O5-3
渡邊 由木子 (わたなべ ゆきこ).....	P3-6
渡辺 涼子 (わたなべ りょうこ).....	O6-4, O9-1 , O14-2
渡邊 涼子 (わたなべ りょうこ).....	P9-5