

# 第 30 回日本小児外科 QOL 研究会 プログラム・抄録集

会期：2019 年 11 月 9 日（土）

会場：シンフォニアテクノロジー響ホール伊勢  
〒516-0037 三重県伊勢市岩渕 1 丁目 13-15

会長：内田 恵一（三重大学医学部附属病院 小児外科）

## 特別講演

[日本の公共トイレの変遷と学校トイレの現状]

河村 浩

学校のトイレ研究会 事務局長

## スポンサードセミナー

[医療的ケアを必要とする子どもと家族とともに“歩む”こと]  
～大学病院の取り組みを通して～

岩本 彰太郎

三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター センター長

【事務局】第 30 回日本小児外科 QOL 研究会事務局

三重大学消化管・小児外科 事務局長 井上 幹大

〒514-8507 三重県津市江戸橋 2-174

Tel: 059-231-5294 Fax059-232-6968 Mail: mie.pedsurg.qol@gmail.com

## ご挨拶

令和元年 10 月吉日

第 30 回日本小児外科 QOL 研究会

会長 内田 恵一

(三重大学医学部附属病院 小児外科 病院教授)

謹啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素より格別のご高配を賜りまして厚く御礼申し上げます。

この度、第 30 回日本小児外科 QOL 研究会をお世話させていただきこととなり、誠にありがとうございます。本研究会は、小児外科患者さんがより良い生活を過ごせるように医療・福祉に寄与することを目的として、全国の小児外科関係の医師、看護師、チャイルドライフスペシャリスト、保育士などが集まり、小児外科患児の QOL に関する研究と知識の交流をはかる、わが国唯一の研究会として発展を続けて参りました。

私が医師になった平成 2 年に第 1 回が開催され、四半世紀を区切りに「小児外科 QOL 研究会 25 年のあゆみ」も刊行されている歴史と伝統のある本研究会の当番会長を担当いたしますことは、小児外科に携わってきた私にとりまして、非常に光栄なことと考えております。

本会では、一般演題は 40 演題もご応募があり、小児外科手術と QOL、プレパレーション・CLS、病院・病棟管理、退院・在宅支援、排便管理、気道管理の分野でのプレゼンテーションがございます。特別講演では、学校のトイレ研究会の河村浩氏が「日本の公共トイレの変遷と学校トイレの現状」を、そして、スポンサードセミナー（ミヤリサン製薬株式会社共催）では、本院小児トータルケアセンター センター長の岩本彰太郎先生が「医療的ケアを必要とする子どもと家族とともに“歩む”こと～大学病院の取り組みを通して～」をご講演いただきます。ご講演、発表、座長の皆様方に大変感謝申し上げます。

令和元年に伊勢の地で開催させていただき本会は第 30 回と区切りも良く、改めて小児外科患者さんの QOL について考えるきっかけになることを祈念いたします。どうぞよろしくお願いいたします。

謹白

## 会場までの交通のご案内

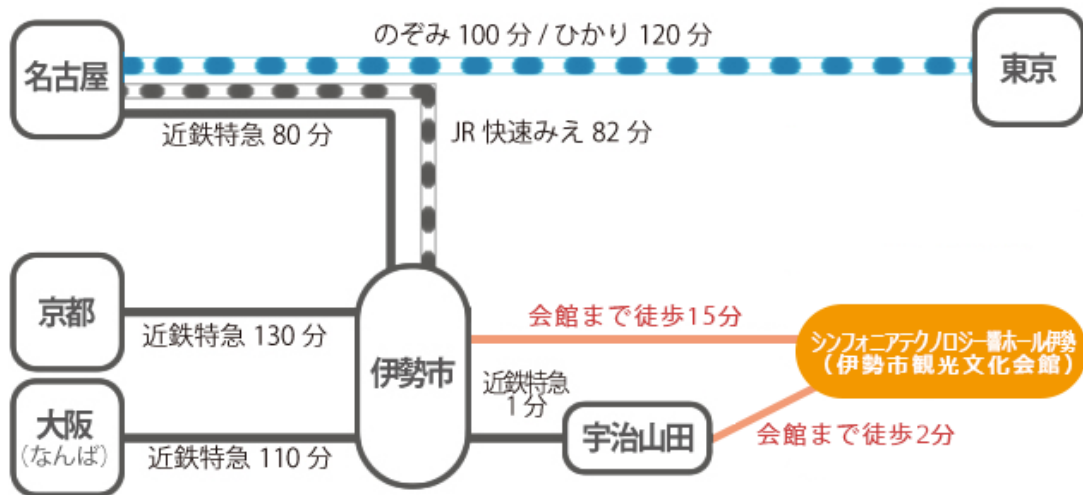
### シンフォニアテクノロジー響ホール伊勢

#### 電車でお越しの方

電車でお越しの場合は、近鉄線のご利用が便利です。宇治山田駅から徒歩約2分です。

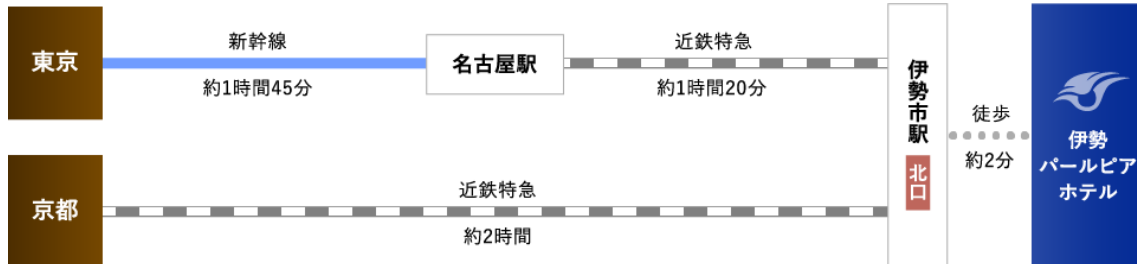
宇治山田駅の西口を出ますとバスターミナルを挟んで正面にございます。

JR線をご利用の方は、伊勢市駅が当会館最寄りの駅となります。



## 伊勢パールピアホテル (幹事会・情報交換会)

### 電車でお越しの方



伊勢パールピアホテルは、伊勢市駅が最寄りの駅となります。

### 各会場案内図



シンフォニアテクノロジー響ホール伊勢から伊勢パールピアホテルまでは、県道201号に沿って徒歩約5分(400m)の距離になります。

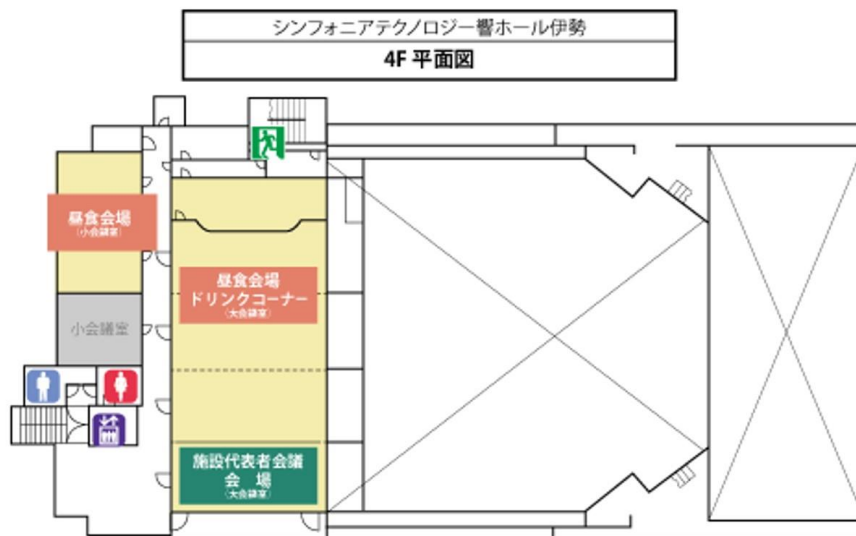
## 会場のご案内

### シンフォニアテクノロジー響ホール伊勢



注：会場へは2階よりお入り下さい。





### 伊勢パールピアホテル（幹事会・情報交換会）

3F~	客室 自動販売機 各階 ソフトドリンク (3,4,6,8F) アルコール (3,5,7,9F) コインランドリー (3F) 製氷機(3F)
2F	多目的ルーム ← 幹事会会場 真珠・琥珀 やわらぎの湯、和食 海
1F	フロント、コインロッカー レストラン イルマーレ ← 情報交換会会場

伊勢パールピアホテル 2F



## 参加者へのご案内

- 開場・受付開始は午前 8 時より開始いたします。
- 研究会参加費 5,000 円を受付にてお支払いのうえ、参加証兼領収書をお受け取りください。参加受付は情報交換会・幹事会会場でも行います。また、情報交換会の参加費は 1,000 円となります。なお、クレジットカードによる参加費のお支払いは受け付けできません。学生は無料となりますので、受付にて学生証をご提示ください。
- 会期中、会場内では必ずネームカードをご着用ください。
- 会場内では、携帯電話の呼び出し音、情報電子機器のアラーム音などが鳴らないようご注意ください。電源をお切りいただくかマナーモードへの切り替えをお願い致します。
- **施設代表者会議は、12:10 ~ 12:40 にシンフォニアテクノロジー響ホール伊勢「4F 大会議室 1」にて行います。**
- プログラム・抄録集はあらかじめ座長・発表者に送付致します。当日ご持参ください。
- **大ホール内は飲食禁止**となっております。飲食はホール前ロビーか 4F の昼食会場（大・小会議室）をご利用下さい。ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。
- 昼食はスポンサードセミナー後に、4F に移動していただき、昼食会場（大・小会議室）でお召し上がり下さい。施設代表者会議の会場でもお食事は可能です。

## 座長・演者の先生へのご案内

### <座長の先生へ>

- 受付をお済ませになり、開始 15 分前までに次座長席にお付きください。
- プログラムの円滑な進行のため、時間厳守をお願いいたします。

### <演者の先生へ>

- 発表時間は 5 分、討論時間は 2 分です。
- 発表時間を厳守し、討論は座長の指示に従ってください。
- 発表は PC プレゼンテーションに限らせていただきます。
- スライド操作はご自身で行っていただきます。
- 会場備え付けのパソコンは Windows10、アプリケーションは Windows 版 Power Point 2016 です。
- ご発表のスライドは、標準サイズの「4:3」を用いてご作成いただくようお願いします。ワイド画面「16:9」で作成されますと、発表時に画面の両サイドが表示されない場合や、縮尺が圧縮された画面で表示される場合がございますので、ご注意ください。
- USB メモリーでの発表データを持ち込まれる方だけでなく、ご自身の PC による発表の方においても、トラブル時の予備データとして、一時的に PC 受付において、発表データのコピーを致しますが、会期終了後に責任を持って消去致します。

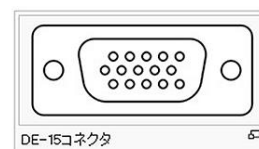
### 【発表データをお持ち込みいただく場合（発表スライドに動画を含まない方）】

- 発表データは、発表の 30 分前までのホール入口の PC 受付にて、動作確認の上、プレゼンテーションファイルの提出をお願いします。
- 基本的には、Windows PowerPoint で作成されたデータのみを受け付けいたします。

- 発表データの受け渡しに関しては、USB メモリーなどのご準備を各自でお願いいたします。
- フォントは文字化け・文字ずれを防ぐため Windows 基本フォントをご使用ください。

### 【ノートパソコンで発表を行う場合（発表に動画を含む方や Macintosh をご使用される方）】

- **動画を含む発表や、Macintosh による発表をされる方は、ご自身のパソコンの持ち込みが必須**となります。
- Windows PC, Macintosh のいずれの場合にも、接続に関しては、右図のような D-sub 15 ピンへの接続ができるように、ご自身の PC に合わせて、適宜変換コネクタのご用意をお願い致します。
- 発表の 30 分前までにホール入口の PC 受付にて、発表データの確認と発表データのコピーをさせていただきます。
- 発表スライド中の動画再生に関しては、事前にご自身で動作確認をお願いいたします。
- 音声はご利用いただけませんのでご了承ください。
- AC アダプター、バックアップデータも併せてご持参ください。
- スクリーンセーバー、省電力設定、パスワードなどを起動時に設定している場合は、発表時には、あらかじめ解除して頂きますようお願いいたします。



### 二次抄録について

学会誌掲載用の二次抄録を提出ください。演題名、施設名、氏名、400字の本文の順に入力したファイルを事前に E メールで添付して運営事務局にお送りいただくか、研究会当日に受付まで CD または USB メモリーなどにお入れの上、ご提出ください。なお、研究会終了後1週間を過ぎますと、一次抄録をそのまま掲載致しますので、ご了承ください。



## 日程表

11月8日：伊勢パールピアホテル

17:00～	幹事会 (2F 多目的ホール)
18:00～	情報交換会 (1F レストラン イルマーレ)

11月9日：シンフォニアテクノロジー響ホール伊勢

8:00～	開場・受付開始
8:30～8:32	開会の挨拶
8:32～9:04	一般演題 (気道管理) 座長：小野 滋・廣石 裕佳
9:04～9:44	一般演題 (小児外科手術と QOL 1) 座長：尾花 和子・佐久本 毅
9:44～10:24	一般演題 (病院・病棟管理) 座長：松藤 凡・村端 真由美
10:24～11:00	一般演題 (退院・在宅支援 1) 座長：増本 幸二・久松 千恵子
11:00～12:00	スポンサードセミナー 司会：渡邊 芳夫 演者：岩本 彰太郎
12:00～12:50	昼食・休憩 (12:10～12:40 施設代表者会議)
12:50～13:20	特別講演 司会：内田 恵一 演者：河村 浩
13:25～14:05	一般演題 (排便管理) 座長：藤代 準・上野 ふじ美
14:05～14:45	一般演題 (退院・在宅支援 2) 座長：藤野 明浩・河俣 あゆみ
14:45～15:49	一般演題 (プレパレーション・CLS) 座長：奥山 宏臣・井上 栄美
15:49～16:21	一般演題 (小児外科手術と QOL 2) 座長：井上 幹大・畠山 清己
16:21～16:25	閉会の挨拶
16:25～16:30	次期会長挨拶

## プログラム

開会の辞

(8:30 ~ 8:32)

会 長： 内田 恵一（三重大学医学部附属病院 小児外科）

一般演題（気道管理）

(8:32 ~ 9:04)

座 長： 小野 滋（自治医科大学 小児外科）

廣石 裕佳（杏林大学医学部附属病院）

1. 気管切開管理中の呼吸リハビリテーション

伊勢 一哉（仙台赤十字病院 小児外科）

2. 多職種合同による小児気道カンファレンスの取り組み

渡邊 佳子（杏林大学医学部 小児外科）

3. 喉頭気管分離術を施行した重症心身障がい児の QOL

渡部 亮（秋田大学医学部 小児外科学講座）

4. 成人医療における小児外科の関わり —嚥下機能低下例を通して—

久松 千恵子（愛仁会高槻病院 小児外科）

一般演題（小児外科手術と QOL 1）

(9:04 ~ 9:44)

座 長： 尾花 和子（埼玉医科大学 小児外科）

佐久本 毅（愛知県医療療育総合センター中央病院）

5. 術後短腸症候群・腎不全、精神・運動発達遅滞をきたした総排泄腔外反症の一例

窪田 昭男（月山チャイルドケアクリニック）

6. 腹壁子宮内膜症病変が QOL 低下の原因となっている covered cloacal extrophy の成人女性の 1 例

鈴木 完（東京大学 小児外科）

7. 当院における総排泄腔遺残症術後患者の QOL についての検討

森 禎三郎（国立成育医療研究センター 外科）

8. 小児外科で手術を受けた重症心身障がい児/者をケアする人々の QOL に関するアンケート調査

今川 健太郎（久留米大学医学部 外科学講座 小児外科部門）

9. 治療方針に難渋しているストーマ脱の 1 例

小幡 聡（九州大学医学研究院 小児外科学分野）

座 長：松藤 凡（聖路加国際病院 小児外科）

村端 真由美（三重大学大学院 看護学専攻実践看護学）

10. 当院における小児の医療関連機器圧迫創傷の実態調査

ニッ橋 未来（杏林大学医学部附属病院 小児病棟）

11. 当院における付添い入院の試み

藤本 亜子（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 こどもセンター）

12. 小児病棟で家族にバッドニュースを伝える際の熟練看護師の意図とかわり

岡村 亮（杏林大学医学部附属病院 小児病棟）

13. 全ての全身麻酔症例の口腔内を評価することで判明した事象

～口腔内は生活背景を映す鏡である～

池田 哲也（杏林大学 医学部 耳鼻咽喉科・顎口腔外科）

14. 小児病院における手術室医療安全改善の取り組み ―手術安全チェックリストの導入―

岩井 潤（千葉県こども病院 医療安全改革プロジェクトチーム）

座 長：増本 幸二（筑波大学 小児外科）

久松 千恵子（愛仁会高槻病院 小児外科）

15. 学童期に発症した腸回転異常症による短腸症候群児に対する在宅移行支援

新保 太陽（埼玉医科大学病院 小児科病棟）

16. HPNではなく、外来での定期的末梢静脈輸液による栄養管理を試みている  
Hypoganglionosis の1成人例

大津 一弘（県立広島病院 小児外科）

17. 皮下埋め込みカフ付きカテーテルから CV ポートへの移行を試みている2例

白井 秀仁（神奈川県立こども医療センター 外科）

18. 当科の在宅中心静脈栄養における脂肪製剤投与の現状と工夫

廣谷 太一（自治医科大学とちぎ子ども医療センター 小児外科）

司 会：渡邊 芳夫（医療法人社団明照会 大府あおぞら有床クリニック）

医療的ケアを必要とする子どもと家族とともに“歩む”こと

～大学病院の取り組みを通して～

岩本 彰太郎（三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター センター長）

共催：ミヤリサン製薬株式会社

昼食・休憩

(12:00 ~ 12:50)

12:00~12:50 昼食 (4F 大会議室 3・4、小会議室 2・3)

12:10~12:40 施設代表者会議 (4F 大会議室 1)

特別講演

(12:50 ~ 13:20)

司 会： 内田 恵一 (三重大学医学部附属病院 小児外科)

**【日本の公共トイレの変遷と学校トイレの現状】**

河村 浩 (学校のトイレ研究所)

一般演題 (排便管理)

(13:25 ~ 14:05)

座 長： 藤代 準 (東京大学 小児外科)

上野 ふじ美 (九州大学病院 小児医療センター)

19. 便秘を主訴に当科紹介された小児例の検討

横田 典子 (徳島大学病院 小児外科・小児内視鏡外科)

20. 当科におけるマクロゴール 4000 (モビコール®) の使用経験

小池 勇樹 (三重大学 消化管・小児外科)

21. 小児慢性便秘症、内痔核、小児外科手術後の便秘症に対するマクロゴール 4000 (モビコール®) の使用経験

宮城 久之 (旭川医科大学 外科学講座小児外科)

22. 便失禁に対するマクロゴール 4000 (モビコール) の使用経験

大島 雅之 (高知大学医学部附属病院 小児外科)

23. 鎖肛術後の高度便秘にマクロゴールが著効した 1 例

木戸 美織 (金沢医科大学 小児外科)

一般演題 (退院・在宅支援 2)

(14:05 ~ 14:45)

座 長： 藤野 明浩 (国立成育医療研究センター 外科)

河俣 あゆみ (三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター)

24. 重症心身障がい児に対する大学病院での地域連携の取り組み

山田 耕嗣 (鹿児島大学 小児外科学分野)

25. 胃瘻造設術を受けた子どもと家族への退院指導の現状と課題

高谷 ともみ (九州大学病院 小児医療センター)

26. 多職種による管理指導により排泄自立に至った自閉スペクトラム症児の 1 例

上野 滋 (東海大学医学部附属病院 小児外科)

27. 思春期の潰瘍性大腸炎人工肛門閉鎖術後の患者における生活上の問題

奥田 真央（三重大学医学部附属病院 看護部）

28. 思春期の潰瘍性大腸炎人工肛門閉鎖術後の患者の対処行動

平林 綾（三重大学医学部附属病院 看護部）

一般演題（プレパレーション・CLS）

（14：45～15：49）

座長：奥山 宏臣（大阪大学 小児成育外科学）

井上 絵未（CLS 協会会長・済生会横浜市東部病院こどもセンター）

29. 小手術を受ける幼児後期のプレパレーションの実施

林 美春（久留米大学病院 看護部）

30. 小児外科領域における Child Life Specialist の取り組み

齋藤 江里子（千葉県こども病院 小児外科）

31. 術前不安に対するシールラリーの効果についての検討

草間 直美（日本赤十字社医療センター 保育士）

32. 多職種協働のMRI体験ツアーがもたらした変化

三浦 絵莉子（聖路加国際病院 こども医療支援室）

33. 小児の術前プレパレーションにおける親の関わり

植井 春帆（横須賀市立うわまち病院 小児医療センター 子ども療養支援士）

34. 児の麻酔導入まで保護者が付き添う同伴入室の効果

—児の安全な麻酔導入への取り組み—

岩田 美沙（市立豊中病院 手術部）

35. 覚醒下手術におけるチャイルド・ライフ・スペシャリスト(CLS)による術中心理支援

馬戸 史子（大阪大学医学部附属病院 小児医療センター）

36. 低位鎖肛術後の幼児期前期の児へのプレパレーション

～肛門ブジーの際の苦痛を軽減するための支援～

松口 沙季（愛知県立あいち小児保健医療総合センター 看護部）

一般演題（小児外科手術とQOL2）

（15：49～16：21）

座長：井上 幹大（三重大学 消化管・小児外科）

畠山 清己（愛知県立あいち小児保健医療総合センター）

37. 一般病院小児外科におけるQOLに配慮した新生児・乳児胸部手術

今治 玲助（広島市立広島市民病院 小児外科）

38. 転移性肺腫瘍に対し複数回の肺切除を施行した症例の術後QOLの検討

河北 一誠（神奈川県立こども医療センター 外科）

39. 当院におけるリンパ管腫（リンパ管奇形）、Klippel-Trenaunay 症候群の四肢・体幹皮下病変に対する減量手術の検討—続報2—

藤野 明浩（国立成育医療研究センター 外科）

40. 病悩期間の長い高度な便秘を伴う限局性結腸拡張症に Duhamel 法を行い QOL の改善を得た一例

田中 修一（愛知県医療療育総合センター 小児外科）

閉会の辞

(16:21 ~ 16:25)

会 長： 内田 恵一（三重大学医学部附属病院 小児外科）

次期会長挨拶

(16:25 ~ 16:30)

次期会長： 北川 博昭（聖マリアンナ医科大学 小児外科）

# 抄 録 集

---

# 1

## 気管切開管理中の呼吸リハビリテーション

○伊勢 一哉<sup>1)</sup>、岡村 敦<sup>1)</sup>、藤原 由貴子<sup>2)</sup>、竹田 智美<sup>2)</sup>

1) 仙台赤十字病院 小児外科

2) 同 リハビリテーション科

【はじめに】呼吸リハビリテーションでは、呼吸に関わる筋力強化と柔軟性改善により、呼吸困難の軽減と体力の向上が図られる。気管切開管理中及び管理後に呼吸リハビリテーションを施行したので報告する。

【症例】症例1：2歳、気管軟化症にて気管切開管理中、抜管を2度試みられたが不成功。音声表出を目指し、吹き戻しや玩具を利用した言語療法を施行し、抜管に成功した。症例2：8歳、気管狭窄にて気管切開管理中。声門下腔の肉芽性狭窄のため抜管出来ない状態。発声・発語・構音運動を中心とした言語療法を継続中。症例3：19歳、気管狭窄にて気管形成術後、長期気管切開管理後、18歳時に気管カニューレ抜去。体力低下、排痰困難が著明で、理学療法及び排痰訓練により、気管支炎等の入院回数減を目指している。

【考察】気管切開管理における呼吸リハビリテーションは、患者ごとに目標を設定したオーダーメイド治療が行われ、QOL向上が期待される。



## 2

### 多職種合同による小児気道カンファレンスの取り組み

○渡邊 佳子<sup>1)</sup>、浮山 越史<sup>1)</sup>、阿部 陽友<sup>1)</sup>、保崎 明<sup>2)</sup>、細井 健一郎<sup>2)</sup>、  
森山 潔<sup>3)</sup>、森山 久美<sup>3)</sup>、本保 晃<sup>3)</sup>、宮本 真<sup>4)</sup>

1) 杏林大学医学部 小児外科

2) 同 小児科

3) 同 麻酔科

4) 同 耳鼻咽喉科

周術期の気道確保は手術を安全に行う上で重要である。外鼠径ヘルニア術前に挿管困難が予想された症例に関して、多職種合同でカンファレンスを行った。以降定期的に、術前の患児に対して、小児科、小児外科、麻酔科、耳鼻科、病棟・集中治療室看護師と合同カンファレンスを開催している。2017年12月から2019年7月までに検討された症例の内訳は、小児科・小児外科14例、形成外科1例、整形外科1例、産科1例であった。このうち重症心身障害児は6例、挿管困難が予想された症例は4例であった。術前に全例耳鼻科で喉頭ファイバー検査を施行し、気道の評価を行った。声門が直視できない異常を伴った症例については耳鼻科にて声門上部の形成術を先行した。個々に対して必要なデバイスを準備して挿管困難は回避することができた。正確で多角的な評価によりリスクを軽減することが可能であり、カンファレンスは有用である。

### 3

#### 喉頭気管分離術を施行した重症心身障がい児の QOL

○渡部 亮<sup>1)</sup>、森井 真也子<sup>1)</sup>、蛇口 琢<sup>1)</sup>、菅沼 理江<sup>2)</sup>、山形 健基<sup>1)</sup>、  
林 海斗<sup>1)</sup>、吉野 裕顕<sup>1)</sup>

1) 秋田大学医学部 小児外科学講座

2) JCHO 秋田病院外科

2005～2018 年までの 19 年間に重症心身障がい児 30 例に対して喉頭気管分離術を施行した。術式は最初の 13 例は Lindeman 原法、その後の 17 例は Lindeman 変法である。手術年齢は 1 歳から 30 歳で、手術適応は重篤な誤嚥性肺炎で既往気管切開は 14 例であった。術後合併症として、原法の 2 例で気管食道吻合部の minor leak を経験したがいずれも保存的治療で改善した。気管内肉芽形成を 3 例に認めたが、気管腕頭動脈瘻は 1 例も認めていない。術後フォロー期間は 1～14 年で 22 例が生存（17 例が在宅管理、5 例が療養施設に入所）、死亡は 8 例で、死因は何れも原疾患によるものであった。今回、喉頭気管分離術を施行した症例の在宅および施設における介護者に対し、聞き取りを行い QOL に関する評価を行ったので併せて報告する。

## 4

成人医療における小児外科の関わり —嚥下機能低下例を通して—

○久松 千恵子、高成田 祐希、服部 健吾、津川 二郎、西島 栄治

愛仁会高槻病院 小児外科

小児外科で診る成人患者の多くは、小児期に手術を受けた、あるいは小児内科から紹介された患者である。今回小児期に手術歴がない2名の成人重症心身障害者(33歳女性、41歳女性)に対し、成人内科からの紹介で喉頭気管分離術を行ったので報告する。

2名とも入院前は自宅で生活し、食事は介助を要するものの経口摂取していた。嚥下機能の低下から誤嚥性肺炎を生じ当院内科に入院。肺炎が治癒した後も不顕性誤嚥を繰り返し、経口摂取の再開は困難な状態だった。誤嚥に対する治療として当科で喉頭気管分離術を実施していることが内科に伝わり、当該患者に手術を施行した。術後両者ともに経口摂取の再開が可能となり退院となった。

成人医療において、小児期の手術歴がなくても病態によっては小児外科が関与しうることがある。医療の専門性・細分化が進む中、全人的医療を実践するためには多診療科・多職種連携が重要だと考えられた。

## 5

術後短腸症候群・腎不全、精神・運動発達遅滞をきたした総排泄腔外反症の

一例

○窪田 昭男

月山チャイルドケアクリニック

小児外科術後、特に永久ストーマ造設後に極めて劣悪な QOL が強いられている症例に遭遇することがある。患児の長期的 QOL よりも 1 例でも多くの新生児外科症例を経験したいという小児外科医のエゴによることが多いが、症例数偏重の専門医制度の結果とも言える。示唆に富む症例を報告し、現行の専門医制度について考察したい。症例は 10 台後半の女子。原疾患名は総排泄腔外反症(疑い)。新生児期に某総合病院で脱出して一塊となった腸管が切除され、4 か所に腸瘻が造設された。以後、同院小児科にて栄養管理を受けてきた。2 歳時、繰り返す CRBSI の管理を目的に演者が勤務する施設の小児科に紹介された。小児外科にて直ちに全ての残存腸管が吻合され、単孔式腸瘻が造設された。残存小腸は 20 数 cm であった。新生児期からの低栄養等のため精神・運動発達遅滞をきたし、生活は車椅子である。腎不全に対して中心静脈からの水・電解質輸液と血液透析を受けている。

## 6

### 腹壁子宮内膜症病変が QOL 低下の原因となっている covered cloacal extrophy の成人女性の 1 例

○鈴木 完、星野 論子、一城 千都絵、渡辺 栄一郎、朝長 高太郎

則内 友博、藤代 準

東京大学 小児外科

症例は 35 歳女性。covered cloacal extrophy の最終診断で、現在も便路は結腸瘻、尿路は Kock reservoir 造設となっており double stoma の状態である。月経開始後から腹痛あり。13 歳時に左の卵管瘤血腫が判明し、左子宮は経血流出路なかったため、左付属器切除、左子宮膀胱吻合（この膀胱は経血路として使用されている）を行った。その後地方に転居となったため当科のフォローはいったん終了となっていた。経血路は確保されていたが、月経時の腹痛や下腹部の膨隆、血尿などの所見は持続しており、日常生活に支障があった。また、性格も内向的であり外出もあまりしない状態であった。34 歳時に卵巣腫瘍が疑われ、もともとのかかりつけであった当科に逆紹介された。精査にて、卵巣腫瘍は漿液性嚢腫であったが、腹壁子宮内膜症のため腹痛が強く、また月経時に下腹部が膨隆するため QOL を損ねていると考えられた。婦人科にて低容量ピル（ヤーズフレックス®）を処方され腹痛は改善傾向になっている。

## 7

当院における総排泄腔遺残症術後患者の QOL についての検討

○森 禎三郎、金森 豊、工藤 裕実、三宅 和恵、藤田 拓郎、沓掛 真衣、  
山田 洋平、田原 和典、菱木 知郎、藤野 明浩

国立成育医療研究センター 外科

総排泄腔遺残症は、排便・排尿・生殖機能の全てに関わる先天性疾患であり、長期に機能障害を抱える症例も少なくない。

今回、当院治療歴のある総排泄腔遺残症患者の診療記録を後方視的にまとめ、QOL の問題点につき検討した。

当院治療歴のある 29 名のうち、当院への通院を現在も継続している患者は 22 名 (5 か月-44 歳、中央値 13.5 歳) であった。

根治術前である乳児 3 名を除いた 19 名では、全例で機能維持のために治療介入が必要であった。

QOL 低下を伴う機能障害は排便機能で 7 名 (37%)、排尿機能で 14 名 (82%)、生殖機能で 8 名 (57%) に認め、排便または生殖機能障害を有する患者は全て排尿機能障害も認めていた。

本疾患は排尿機能が QOL に関与する頻度が最も高く、初期より泌尿器科による治療介入が必要と考える。また、思春期以後は生殖機能が QOL に大きく関わるため、婦人科も含めた専門外来の立ち上げが必要と考える。

## 8

### 小児外科で手術を受けた重症心身障がい児/者をケアする人々の QOL に関するアンケート調査

○今川 健太郎、深堀 優、石井 信二、橋詰 直樹、古賀 義法、升井 大介、  
東館 成希、坂本 早希、倉八 朋宏、高城 翔太郎、七種 伸行、田中 芳明、  
八木 実

久留米大学医学部 外科学講座 小児外科部門

本研究の目的は小児外科における重症心身障がい児/者(重心児/者)への手術が彼らだけでなく、彼らをケアで支える人々の QOL の向上にも貢献しているかについて明らかにすることである。対象は久留米大学病院小児外科において 2011 年 1 月から 2017 年 12 月までに手術を施行された重心児/者をケアする人々で、術前術後に少なくとも 6 ヶ月以上のケアを行っている方とした。具体的には久留米大学小児外科および近隣の重心施設 4 施設の計 5 施設で、重心児/者のケアを実際に携わっている医療スタッフ(医師、看護師、理学療法士、保育士)または重心児/者のご家族を対象とした。研究方法は、対象となる医療スタッフに本研究について事前に説明し承諾を頂いた後、質問票をお渡ししご回答頂いた。現在、ご回答頂いた質問票を回収中である。今後、質問内容について集計を行い、小児外科で手術を受けた重症心身障がい児/者をケアする人々 QOL の詳細について報告する。

## 9

### 治療方針に難渋しているストーマ脱の1例

○小幡 聡<sup>1)</sup>、近藤 琢也<sup>1)</sup>、古野 渉<sup>1)</sup>、梶原 啓資<sup>1)</sup>、小林 裕貴<sup>1)</sup>、  
伊崎 智子<sup>1)</sup>、和田 美香<sup>2)</sup>、田口 智章<sup>1)</sup>

1) 九州大学医学研究院 小児外科学分野

2) 九州大学病院 褥瘡対策室

ストーマ脱は腸管固定不良、腹壁の脆弱性に加え、強い腹圧がかかることが原因と考えられ、ループストーマの小児では比較的多い合併症である。今回は Bishop-Koop 型の人工肛門がストーマ脱を発症したため、報告する。

症例は5歳女児。BPFM、直腸腔前庭瘻、腸回転異常を合併、現在はBPFM に対しては右肺摘出後、食道閉鎖根治術後、胃瘻造設後、気管切開後であり、直腸腔前庭瘻に対しては、Potts 術後で、横行結腸人工肛門が閉鎖できない状態が長く続いた。発症2ヶ月前に肛門側腸管が廃用性萎縮をきたしていたため、Bishop-Koop 型に再作成した。また、胃瘻孔からの漏れが強く治療に難渋し、更にBPFMのため長い気管チューブを使用しており、強い腹圧をかけて咳嗽をしていた。

母が押し戻せる程度の軽い脱は時折認めていたが、腸管吻合部を超えるストーマ脱を発症、全身麻酔下に還納した。腹壁の緊張が強く胃瘻皮膚炎が問題と考え胃瘻を再作成し、ストーマは特注のネットをつけたパウチを当て脱出を軽減できている。今後の方針について suggestion をいただきたい。



## 10

### 当院における小児の医療関連機器圧迫創傷の実態調査

○ニッ橋 未来<sup>1)</sup>、浮山 越史<sup>2)</sup>、渡邊 佳子<sup>2)</sup>

1) 杏林大学医学部付属病院 小児科病棟

2) 杏林大学医学部 小児外科

小児の領域では医療関連機器圧迫創傷（以下 MDRPU）がよくみられる。日本褥瘡学会の調査で大学病院の MDRPU 有病率が 0.28% であるのに対し小児専門病院では 0.74% であった。また、小児専門病院の全褥瘡のうち MDRPU の割合は 50% であり小児に多い創傷であることが分かる。当院の実態を把握し課題を明らかにするため調査を行った。

期間は 2016 年～2019 年 6 月まで。内容は小児の MDRPU 発生率と発生原因を調査した。結果、当院全体の年度毎の MDRPU 発生率は平均 0.37% (0.28–0.4%) で、小児の平均値は 1.32% (0.8–2.28%) であった。発生原因は点滴固定のシーネが 23.2%、点滴の接続部位が 19.6% で点滴関連によるものが約 40%。気管切開カニューレや固定具によるものが 16%、胃管などチューブ類が 12.5% であった。全国平均に比べて発生率が高く、特に点滴関連と気管切開のカニューレ固定について対策を講じる必要がある。現在、点滴関連による MDRPU 予防ケアを行っており、その取り組みについても報告する。

## 11

### 当院における付添い入院の試み

○藤本 亜子<sup>1)</sup>、山下 まゆみ<sup>1)</sup>、田中 邦英<sup>2)</sup>、大林 樹真<sup>2)</sup>、脇坂 宗親<sup>2)</sup>

1) 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 こどもセンター

2) 同 小児外科

近年、母子分離の弊害から付添い許可の病院が増加している。当院こどもセンターの付添いは特別な事情がある場合に限られている。患児の社会的・精神的発達に家族の付添いは重要と考え、2015年4月より付添い入院を導入した。

【対象と方法】乳・幼児室は入出が頻繁で状態が不安定な患児が多いため、個室ないし学童児童室の空床を利用した。短期入院予定の希望家族に規定を説明し承諾を得た。生活援助は原則看護師が実施するが、付添い者が実施する際は方法と注意点を伝え、安全面に考慮した。

【結果と考察】利用は短期予定入院が可能な小児外科疾患が多かった。時に血友病や血管腫などの内科的疾患の利用もあった。乳・幼児が殆どであったが、多動症などの学童の利用もあった。患児・家族の受け入れは良好で、病棟稼働率でも効果的であった。個室・学童室が満床の場合は実施が困難で、父親の付添いが不可など改善点はあるが、概ね良好に実施されており、今後も継続予定である。

## 12

小児病棟で家族にバッドニュースを伝える際の熟練看護師の意図とかかわり

○岡村 亮、渡辺 千秋

杏林大学医学部付属病院 小児病棟

小児患者の家族に対する病状説明で、バッドニュースを伝えられた家族は精神的にショックを受けながらも、その後の治療生活において患児を支援しなければならない。そのような家族へのかかわりについて研究者は困難感を抱いていた。そこで本研究では、バッドニュースを伝える前中後において、熟練看護師がどんな意図でどのように家族にかかわっているか、インタビュー調査にて明らかにした。

その結果、意図として2つのカテゴリーと4つのサブカテゴリーが抽出され、またそれらに対応するかかわりが27個抽出された。熟練看護師は【家族が少しでも安心できるようにする】ことを意図して「次の言葉を待つ」「自分が答えられることはその場で返答する」「泣くためのスペースを作る」等のかかわりをしていった。また【看護師が今後のケアの手がかりを得る】ことを意図して「IC中は家族の斜め後ろにいる」「IC後、両親の会話を聞く」等のかかわりをしていった。

## 13

全ての全身麻酔症例の口腔内を評価することで判明した事象

～口腔内は生活背景を映す鏡である～

○池田 哲也<sup>1)</sup>、浮山 越史<sup>2)</sup>、渡邊 佳子<sup>2)</sup>、大久保 正彦<sup>1)</sup>、  
湯本 愛実<sup>1)</sup>、福本 春菜<sup>1)</sup>、秋葉 真由<sup>1)</sup>、伊藤 七海<sup>1)</sup>、佐藤 瞳<sup>1)</sup>、  
齋藤 康一郎<sup>1)</sup>

1) 杏林大学 医学部 耳鼻咽喉科・顎口腔外科

2) 同 小児外科

2000年頃より、周術期の口腔衛生管理を行うことで、術後合併症の減少や在院日数の短縮に寄与する、という報告が多くみられるようになった。そこで、当院では2016年4月から全ての全身麻酔患者の術前口腔評価を行う取り組みを開始した。

2016年4月から2019年7月まで術前口腔評価を行った、のべ919例の小児(2016年268件、2017年271件、2018年248件、2019年7月まで132件)について検討した。2016年の文部科学省の発表によると3歳児、12歳児の平均う歯本数は1本未満である。このような状態にもかかわらず、4例の小児には未処置のう歯が10本以上認められ、いずれの保護者も歯科受診を促すも受け入れず、やむを得ず当院のMSWに対応を依頼した症例であった。

これらより術前口腔内評価は、口腔衛生状態の改善だけではなく、ネグレクトを受けている患児を明らかにする機会にもなる。

## 14

### 小児病院における手術室医療安全改善の取り組み

#### —手術安全チェックリストの導入—

○岩井 潤<sup>1)2)</sup>、仲野 敦子<sup>1)3)</sup>、原田 翔子<sup>1)4)</sup>、高橋 紫<sup>1)5)</sup>

- 1) 千葉県こども病院 医療安全改革プロジェクトチーム (手術安全分科会)
- 2) 同 小児外科
- 3) 同 リーダー
- 4) 同 手術室看護師
- 5) 戸田中央看護専門学校

手術室における医療安全の維持・質の優劣は、患児の QOL や満足度に直結するだけでなく医療者の QOL にも影響を与える。当院では手術安全関連マニュアルが随時作成されたが、全科的な周知・運用が不十分であった。

今回、病院として結成した対策チームが主導して、手術安全チェックリストの導入と、既存マニュアルの再点検を行った。

手術安全チェックリストは、基本的項目の他に、当院で重点課題とした遺残防止などにつき得られた合意を加えて独自に作成し、2018 年から全ての手術で使用した。

手術関連マニュアル等は既存のものを統廃合し、新規作成も行い、新しくコアとして手術安全運用マニュアルを作成し集約化した。

全科共通のチェックリスト導入は手術室の医療安全向上が期待される他、チーム一体感創出、コミュニケーションの改善、手術時安全意識向上、問題発生時の分析や対策の迅速化など、総合的に医療者の QOL 向上にも寄与すると考えられた。

## 15

学童期に発症した腸回転異常症による短腸症候群児に対する在宅移行支援

○新保 太陽<sup>1)</sup>、佐々木 一生<sup>1)</sup>、土淵 美緒<sup>1)</sup>、村野 久二雄<sup>1)</sup>、

新倉 栄美子<sup>1)</sup>、尾花 和子<sup>2)</sup>、江村 隆起<sup>2)</sup>、花田 学<sup>2)</sup>、古村 眞<sup>2)</sup>、

1) 埼玉医科大学病院 小児科病棟

2) 同 小児外科

症例は 7 歳男児。生来健康で既往歴や手術歴なし。腸回転異常症による中腸軸捻に対して複数回の手術により残存小腸 68cm の短腸症候群となった。長期重症管理を行う中で、腹部の手術創や人工肛門によるボディイメージの変化や、イレウス管や中心静脈カテーテルなど複数の管類に衝撃を受け、口数は少なく、離床も進まなかった。4 ヶ月間の絶食期間の後に経口摂取を再開したが腹部症状のため摂取量は進まず、長期臥床のため独歩も困難で生活リズムも不規則で学業も中断されたままであった。児が病状を受入れリハビリを重ねて在宅医療へ移行することを目的に、両親・多職種医療者・学校関係者でカンファレンスを行い、栄養・生活・学校などの具体的な問題点に対して日程を決めて到達目標を設定し支援していくこととした。児にも自身の輸液管理に協力を促し、徐々に明るく前向きになり 7 か月目に在宅静脈栄養を導入し退院となった。その経過について報告する。

## 16

HPN ではなく、外来での定期的末梢静脈輸液による栄養管理を試みている

Hypoganglionosis の 1 成人例

○大津 一弘、亀井 尚美、赤峰 翔、植野 百合

県立広島病院 小児外科

患者は 29 才、女性保育士。Hypoganglionosis で生後 2 日目に空腸瘻造設、中心静脈カテーテル挿入。以後、残存空腸 70cm で Martin 手術施行、HPN 導入し 21 才 8 ヶ月で離脱した。カテーテル管理中はカテ感染、急性尿細管壊死による腎不全を含む多数の合併症を経験した。4 年生大学を入退院しながら卒業、26 才からフルタイム病院保育士勤務開始。27 才から著明な電解質異常を伴う脱水による入院が増加、VitB12 欠乏症、ビタミン A 欠乏症等も発症し勤務困難となった。脱水を防ぎ、勤務を続けるために再度 HPN 導入を提案したが、カテーテル関連合併症の経験から母親の強い反対にあった。そこで、保育士の仕事は継続するがパートタイムとして勤務時間を減じ時間を作り、外来での末梢輸液管理の回数を増やしたところ、脱水による入院回数が激減した。現在は本人もカテーテルフリーで仕事を続けている現状に満足されている。

## 17

皮下埋め込みカフ付きカテーテルから CV ポートへの移行を試みている 2 例

○白井 秀仁、北河 徳彦、望月 響子、新開 真人、藤井 俊輔、河北 一誠、  
都築 行広、篠原 彰太

神奈川県立こども医療センター 外科

### 【背景】

在宅中心静脈栄養 (HPN) における CV ポートは、皮下埋め込みカフ付きカテーテルと比べ、毎回穿刺が必要などの欠点もあるが QOL 向上の利点は大きい。ポートへの移行を試みている 2 例を報告する。

### 【症例①】

6 歳男児。ヒルシュスプルング氏病類縁疾患・先天性短小腸による HPN 例。ポート導入には穿刺に伴う疼痛と、母子ともに恐怖感が問題になった。エムラクリーム使用と、全麻下穿刺訓練を行い、問題は解消し、導入。QOL は向上したが、感染のため 1 年半で 2 回の入れ替えを要した。

### 【症例②】

10 歳女児。短腸症候群による HPN 例。ポート導入はスムーズ。QOL は向上したが、感染のため 1 年で 2 回入れ替えを要した。

### 【考察】

2 例とも入浴・プールを容易に楽しめ、ボディイメージも改善し、QOL が大幅に向上した。一方で感染による入れ替えを反復している。一度向上した QOL は手放しがたく、長期使用をめざし現在も工夫を継続している。



## 18

当科の在宅中心静脈栄養における脂肪製剤投与の現状と工夫

○廣谷 太一、小野 滋、薄井 佳子、馬場 勝尚、辻 由貴、關根 沙知、  
廣畑 吉昭、堀内 俊男

自治医科大学とちぎ子ども医療センター 小児外科

小児期の脂肪は非常に重要な栄養素だが、在宅中心静脈栄養で脂肪製剤を投与する場合、インラインフィルターの存在、脂肪製剤投与時に必要な輸液ポンプ、静脈栄養製剤との配合変化によるカテーテル閉塞等の問題が指摘されている。現在当科では短腸症候群の4歳男児とHirschsprung病類縁疾患の2歳女児に対して在宅中心静脈栄養を行っており、定期的な入院管理の上、脂肪製剤を投与している。入院期間は1回1週間で月2回、脂肪製剤は中心静脈カテーテルの輸液回路側管から1日15時間かけて5日間投与している。静脈栄養製剤との配合変化によるカテーテル閉塞予防目的で、脂肪製剤終了後は毎回、医師による輸液回路のヘパリンフラッシュを行っている。カテーテルの閉塞傾向を認める場合は早期にヘパリンフラッシュ、プラグ交換、カテーテルハブ内洗浄、必要に応じてエタノールロックを行うことでカテーテル閉塞を回避できており、患児、家族のQOL向上に寄与している。

## 特別講演

---

### 日本の公共トイレの変遷と学校トイレの現状

河村 浩

学校のトイレ研究会 事務局長

癒しのトイレ研究会 事務局長

TOTO 株式会社 UD・プレゼンテーション推進部 担当部長

#### 1. 日本の公共トイレの変遷と学校のトイレ研究会

日本の建築・設備そして工業技術は、関東大震災と戦災という2度の苦難を乗り越えながらも戦後には凄まじい発展を遂げ、今日の先端的公共施設では、世界に類を見ない快適なトイレ空間を実現しています。しかし一方で、高度経済成長時代に急拡大した学校などの公共施設が老朽化して、その改善が追いついていない実態があります。

1990年代にオフィスや商業施設、交通施設などのトイレが次々ときれいになっていく中、学校トイレの多くが取り残されて劣悪な環境にあったことから、トイレ関連企業が結束して1996年『学校のトイレ研究会』（以下研究会）を発足。『現場と子どもたちの声を聞く、ユニバーサルデザインを追及する、衛生性を科学する』の3つの取組みを貫いて、調査・研究・啓発活動を継続してきました。幾多の児童・生徒アンケートからは、学校トイレがいまだ5K（臭い・汚い・暗い・怖い・壊れている）の温床であることがわかります。また、実際の学校トイレで菌数測定調査を実施したところ、特に湿式清掃（放水して清掃するタイプ）の床や、和式便器のまわりからは大量の菌が測定されたことを『2013年日本防菌防黴学会』で報告させていただきました。

#### 2. 学校施設の老朽化とトイレの問題

2012年に文部科学省から、全国公立小中学校施設の約7割が老朽化して更新時期を迎えていることが報告されました。2009年に研究会が全国公立小学校の教職員を対象に実施したアンケートでは、「児童・生徒のために改善が必要と思われるのはどこですか？」という質問に対して、空調やパソコン、そして校舎の耐震化をもおさえて、第1位はトイレ（51%）でした。2018年に同じアンケートを実施したところ、さらに65%と他を引き離してトイレが第1位となり、一部で改修が進められるものの老朽化のスピードに追いついていない実態が浮かび上がってきました。また、2016年文部科学省から、全国公立小中学校の和式便器比率が57%（約79万個）であることが発表され、洋式化が大きく遅れていることが明らかになりました。それぞれの学校に4割の洋式トイレがあるのであれば、まだ良いのですが、新しく新築・改修された学校

はほぼ100%洋式トイレなので、反面、いまだにほとんどが和式トイレという学校が数多く残っている実態があるのです。

### 3. 災害対策と学校トイレ

災害時にはあらゆる方が避難されてくる公立小中学校は、最もユニバーサルデザインが求められる施設といえます。研究会では東日本大震災後の多くの学校避難所を調査しましたが、和式トイレばかりで洋式トイレは長蛇の列となり、手すりや段差解消以前の問題で、足腰が弱く和式トイレの使用が困難な多くの高齢者から悲痛な声を聞きました。用を足すことを我慢するため水分補給を控えて、健康障害に至った例も多くありました。熊本地震では、避難所生活者の方へのアンケート調査も実施させていただきましたが、「地震直後(2、3日)に、避難所で不便に思ったことは何ですか?」の質問に対して、食事や冷暖房、衣類などの全てをおさえて、トイレが第1位でした。また常設トイレにおいて困ったことの第一位が和式便器が多いことでした。学校は災害避難所となる観点からも、洋式化をはじめとするトイレ環境改善が、早急に求められています。

### 4. 子どもたちの健康障害とトイレ

熊本県のあさぎり町立あさぎり小中学校の改修前の老朽化したトイレでアンケートを実施したところ、「学校でトイレに行くのを我慢してしまうことがありますか?」の質問に対し、小学校では40%が、中学校では過半数の56%があると答えています。きれいに改修して100%洋式化してからは、小学校では16%、中学校では20%とその比率は減少しています。さいたま市立病院小児外科部長の中野先生によると、子どもたちの便秘が増えている背景にはさまざまな要因があるが、行く気にならない学校トイレもその一因であるとのこと指摘がありました。和式便器は不潔であり湿式清掃は感染防止上ありえないこと。子どもにとっては和式便器というだけでカルチャーショック。最近ではむしろ、からかいは減っており、きたなくて和式だからトイレに行かないのだというコメントをいただきました。2018年10月の日本小児栄養消化器肝臓学会でのアンケートでは、「子どもたちが学校トイレに行くことを我慢することは、健康に悪影響を及ぼすことがあると思われますか?」という設問に対して、51名の医師のうち94%がある、6%がたまにあると、全ての医師の方がその関連性を示唆されています。一方では、子どもたちの気持ちに細心の配慮を施して計画したトイレが、PTAの実施したアンケートで、子どもたちの好きな場所の第一位になった学校の新築事例もあります。今一度、子どもたちの健康面からも学校トイレの在り方を再考して、環境改善に向けた取組みを強化しなくてはならないタイミングに来ているのではないのでしょうか。

全国自治体において学校施設の改善努力は進められておりますが、我慢も教育のうちという精神論からトイレ改善が後回しになってきた経緯もあります。そんな中で、校医

などの活動を通じて地域の健康を見守られてきた医師の方々の、衛生性や健康に対する科学的知見は、新たな施設づくりやトイレ環境改善へ向けた大きな道しるべとなります。

是非、行政、有識者、地域、学校、関連企業で力を合わせて、一步ずつでも学校トイレ環境の改善を進めていきたいと考えています。

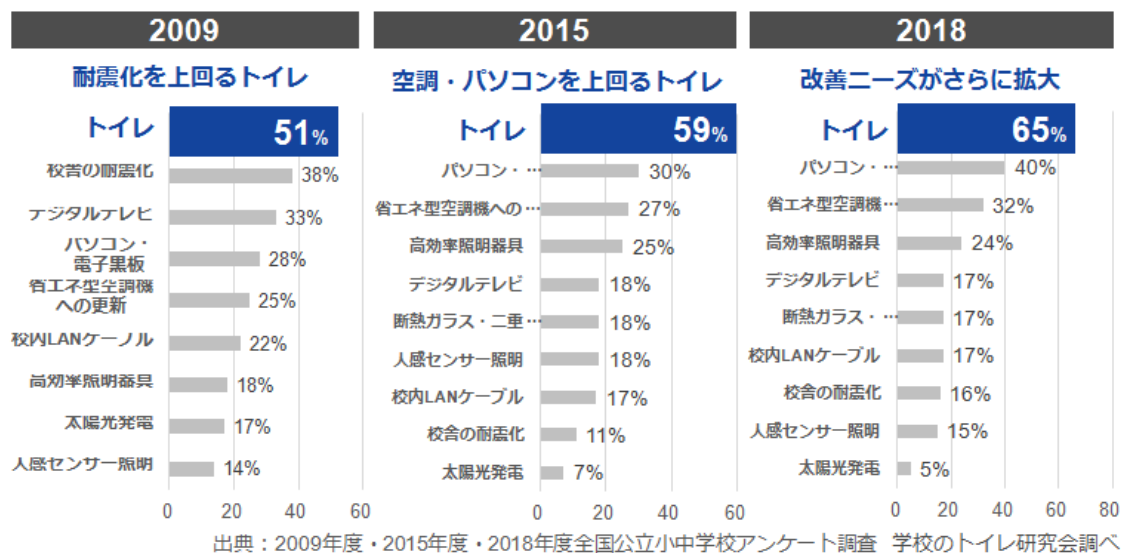
### <略歴>

- 1985年 TOTO 株式会社入社。商品の企画・デザインを手がけた後、パブリックトイレの空間提案や、自治体の建設コンサルタントなどに携わる。
- 1996年 専門家向け提案施設『TOTO テクニカルセンター』創設を推進し、パブリックトイレにおける知見の集積と発信を開始した。
- 2008年 『学校のトイレ研究会』事務局長に就任。学校トイレの調査・研究を重ねるとともに、官公庁や各地の自治体において講演を実施して教育施設環境の向上に向けた啓発活動に取り組む。
- 2010年 『癒しのトイレ研究会』事務局長に就任。感染対策・転倒対策・臭気対策に配慮した病院・高齢者施設トイレの研究・提案を行う。
- 現在 2011年東日本大震災や2016年熊本地震の調査に基づき、公共トイレの災害対策について全国各地で講演。また、観光立国に向けたインバウンド拡大における国籍や宗教・習慣の違いや、性的マイノリティーにも配慮したトイレ提案など、広く公共トイレ環境の改善に向けて活動を継続している。

## 【全国公立小中学校教職員アンケート結果】

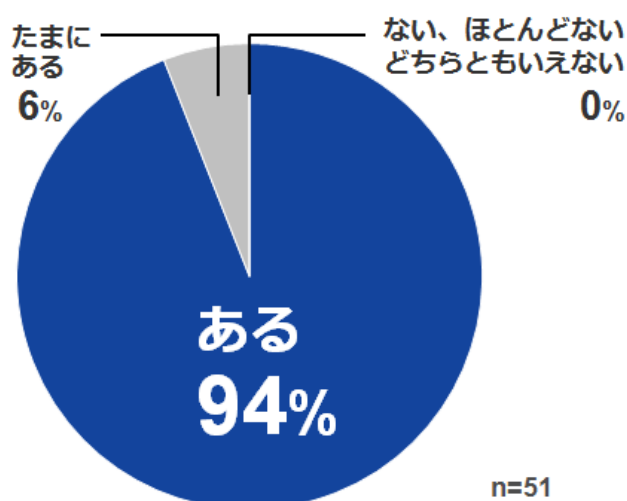
### Q | 学校で児童・生徒のために改善が必要だと思われるのはどこですか？

教職員



## 【日本小児栄養消化器肝臓学会出席の医師へのアンケート結果】

### Q | 子どもたちが学校でトイレに行くことを我慢することは、健康に悪影響を及ぼすことがあると思われますか？



#### 「悪影響を及ぼすことがある」と回答した理由（自由記入）

- 過敏性腸症候群の児がかなり多い。トイレでみんな困ってます。
- 排便をがまんすることから便秘傾向。清潔観念が育たない。
- 実際に便秘で入院する子ども。夜に腹痛で受診される子ども多いです。（特に男子）
- 学校のトイレが汚くて同中トイレに行かず、夜尿・便秘の生活習慣改善ができなかった。

出典：日本小児栄養消化器肝臓学会出席の医師へのアンケート結果（2018年10月調査）学校のトイレ研究会

## 19

### 便秘を主訴に当科紹介された小児例の検討

○横田 典子、石橋 広樹、森 大樹、島田 光生

徳島大学病院 小児外科・小児内視鏡外科

小児慢性便秘症は日常診療でよく遭遇する病態であるが、先天的な器質的疾患が隠れていることもあり、適切な診断・治療が必要である。今回、便秘、腹部膨隆を主訴に当科外来紹介となった症例を検討したので報告する。

対象は、126例（男：62例、女：54例、2014年1月～現在）。紹介時年齢分布は、～1歳：36例、1～4歳：54例、4歳～：36例。1歳までの36例は低位鎖肛8例、H病8例、呑気症3例、慢性便秘症17例であった。1～4歳の54例は全例、慢性便秘症で、30例は当科で便秘治療を継続。4歳以上の36例では、1例低位鎖肛があったが、残りは慢性便秘症で、18例は当科で便秘治療を継続。

1歳までの便秘症例では44%に器質的疾患を認め、注意が必要である。逆に1歳を超えた便秘症例ではH病はなく、慢性便秘症として、排便習慣をつけ、再発防止のために十分な維持療法を長期にわたり継続することがQOL向上に繋がると思われた。

## 20

### 当科におけるマクロゴール 4000 (モビコール®) の使用経験

○小池 勇樹、松下 航平、重盛 恒彦、井上 幹大、内田 恵一、楠 正人  
三重大学 消化管・小児外科

【目的】当科におけるマクロゴール 4000 (モビコール®) の使用経験について検討する。

【対象と方法】院内採用後から 2019 年 7 月までに当院で処方された患児 19 例のうち、内服可能例は 15 例、困難例は 4 例であった。内服可能例 15 例のうち、投与開始直後 6 例、お試しのみの処方 2 例、前医からの継続投与 1 例を除く、内服継続例 6 例を対象とし、排便回数(1 日 1 回を 1.0)、Bristol stool form scale(BSFS)などにつき検討を行った。

【結果】6 例は、男女比 1:1、平均年齢 4.5 歳(3-7)で、慢性便秘:3 例、Hirschsprung 病術後:1 例、鎖肛術後:2 例であった。排便回数は増加(投与前 vs. 投与後; 0.67 vs.1.0,  $p=0.06$ )し、BSFS も改善傾向(投与前 vs. 投与後; 1.17 vs. 4.33,  $p=0.002$ )がみられた。2 例においては、浣腸使用は不要になり、投与後からトイレトレーニングの開始が可能となっていた。

【結論】マクロゴール 4000 (モビコール®) は、小児慢性便秘症や小児外科疾患術後の排便管理に有益な可能性があるが、内服困難例に対する対策も必要である。

## 21

### 小児慢性便秘症、内痔核、小児外科手術後の便秘症に対するマクロゴール 4000 (モビコール®)の使用経験

○宮城 久之<sup>1)</sup>、石井 大介<sup>1)</sup>、平澤 雅敏<sup>1)</sup>、日野岡 蘭子<sup>2)</sup>、宮本 和俊<sup>1)</sup>

1) 旭川医科大学外科学講座 小児外科

2) 旭川医科大学病院 看護部

【はじめに】ポリエチレングリコール製剤は慢性便秘症の治療薬として海外のガイドラインで推奨されており本邦のガイドラインでも紹介されている。2018年9月に本邦で治療薬として承認を取得したことを経て当科では院内審査後の2019年2月よりモビコール®を導入している。

【方法】慢性便秘症、内痔核、小児外科手術後の便秘症で従来の薬剤加療で改善の無い患児に対して導入している。

【結果】11名の患児に導入しており、直腸肛門奇形術後4名、仙尾部奇形腫術後2名、慢性機能性便秘症2名、内痔核2名、ヒルシュスプルング病術後1名で、男女比は5：6、年齢は中央値7歳11ヵ月[2歳4ヵ月-12歳]であった。

【結論】導入してまだ間もないが排便回数や Bristol stool form scale に改善傾向を認めている。内痔核が著明に改善した症例含め途中経過について報告し、現時点での利点、問題点について検討する。



## 22

### 便失禁に対するマクロゴール 4000 (モビコール) の使用経験

○大畠 雅之、坂本 浩一、花崎 和弘

高知大学医学部附属病院 小児外科

【はじめに】 マグロゴール 4000 (以下モビコール) はポリエチレングリコールに電解質を配合した製剤で海外では慢性便秘、便塞栓に対して広く使用されている。便中水分量の増加が主作用であり本邦では2018年から使用可能となった。今回便失禁に対するモビコール使用経験を報告する。

【症例】 対象は便失禁を主訴とする7例(4歳~18歳、男児5例)。全例内服・外用薬による治療経験を有していた。当科受診時の腹部レントゲン写真、注腸造影検査で骨盤内から結腸にかけて便塊貯留を認めた。排便回数は数日~10日に1回で便性はブリストールスケール(BS)で1-2が6例で1例は緩下剤使用中で3-4であった。

【治療】 グリセリン浣腸で塞栓便を排泄・減量させた後にモビコール内服を開始した。

【結果】 BSは全例4-5となり便失禁は全例で消失した。

【考察】 モビコール使用によるBSの改善で排便時の恐怖感は軽減し排便管理が容易となった。

## 23

### 鎖肛術後の高度便秘にマクロゴールが著効した1例

○木戸 美織、中村 清邦、桑原 強、安井 良僚、岡島 英明、河野 美幸  
金沢医科大学 小児外科

<著言> 高度な便秘ほど、浣腸や摘便等の処置に伴う苦痛等により QOL が著しく障害される。新たな内服便秘薬が著効した1例を報告する。

<症例> 8歳女児。Mayer-Rokitansky 症候群を合併した肛門前庭瘻に対して1歳時に肛門形成術を施行。術後便秘が高度で、下剤や浣腸等でのコントロールがうまくできず、外来での摘便が頻回となり、外来受診を嫌がるようになっていた。7~8歳で全麻下での摘便を計3回行った。8歳時の摘便後よりマクロゴールを開始したところ、浣腸など要さず自排便が得られるようになり、最近、学校でも性格が明るく活発になったと評価されている。

<考察> 高度便秘は便汚染などから社会的活動を自ずと抑制し、強制的な浣腸や摘便の恐怖は、さらに QOL を悪化させる。内服以外の管理を必要とせず排便できるようになったことは、患児自身に自信をもたらし、生活活動へも積極性がでて、本来の明るい性格に戻れたと考える。

## 24

### 重症心身障がい児に対する大学病院での地域連携の取り組み

○山田 耕嗣、永井 太一郎、矢野 圭輔、春松 敏夫、大西 峻、松久保 眞、  
武藤 充、加治 建、家入 里志

鹿児島大学学術研究院 医歯学域医学系 小児外科学分野

【背景】当院の重症心身障がい児に対する地域連携の現状を検討する。

【方法】2016年1月から2018年12月までに他施設より紹介、手術を行った重症心身障がい児を対象とした。年齢、術式、緊急手術、紹介元医療機関について検討した。

【結果】症例数は60例で、0歳1例、1～5歳14例、6～14歳10例、15歳以上35例、平均20.0歳、最高50歳であった。術式は噴門形成術/胃瘻造設術38、イレウス解除術7、気管切開術/喉頭気管分離術3、その他12であった。緊急手術は9例（イレウス7、回盲部捻転1、胃捻転1）であった。紹介元は、重症心身障がい児専門施設37例、鹿児島市内及び近郊13例、県本土遠隔地9例、離島1例であった。

【考察】重症心身障がい児医療機関に非常勤医師を派遣、定期診療を行うことで連携を強化、この取り組みで患者家族及び医療者が相談しやすくなり、潜在的な需要に対応できていると考えられる。

## 25

### 胃瘻造設術を受けた子どもと家族への退院指導の現状と課題

○高谷 ともみ<sup>1)</sup>、青木 美恵<sup>1)</sup>、上野 ふじ美<sup>1)</sup>、小幡 聡<sup>2)</sup>、  
伊崎 智子<sup>2)</sup>、田口 智章<sup>2)</sup>

1) 九州大学病院小児医療センター

2) 九州大学大学院 医学研究院・小児外科学分野

重症心身障害児や基礎疾患を有する児の長期的栄養管理を目的に、A 大学病院小児外科では、2014 年度から 2018 年度までに 49 例の症例に胃瘻造設術が行われた。そのうち、38 例の自宅退院に向けて退院指導を行った。看護記録を振り返ると指導内容は、瘻孔部のケア用パンフレットを基に実施しており、胃瘻による長期的栄養管理のための指導としては、不十分な点が多かった。そこで今回、看護師の経験知による指導内容のばらつきを是正し、患者・家族が十分に理解できる退院指導を徹底するために、胃瘻管理のパンフレットの作成に取り組んだ。さらに、患者・家族の QOL 拡大を図るためには、胃瘻管理のパンフレットを使用して行っている退院指導について評価し、パンフレットの記載内容を充実させ、患者・家族が活用できるように修正が必要である。

## 26

### 多職種による管理指導により排泄自立に至った自閉スペクトラム症児の1例

○上野 滋<sup>1)</sup>、森 昌玄<sup>1)</sup>、清水 隆弘<sup>1)</sup>、渡辺 稔彦<sup>1)</sup>、佐藤 豊<sup>2)</sup>

1) 東海大学医学部付属病院 小児外科

2) 同 精神医学

症例は男児。7歳時に遺糞症・便失禁の状態で見医より紹介された。面接の結果、4歳時に軽度精神発達遅滞の指摘を受け、全く排泄訓練されておらず、幼少時から高度便秘があり、おむつで生活してきたことが明らかとなった。脊髄病変のないことを確認、定時浣腸と内服薬による排便管理目的で入院した。児童精神科医により自閉スペクトラム症と診断され、看護師による患児と母親への浣腸指導、臨床心理士による養育指導、MSWによる退院指導を経て4週間で家庭での管理ができるようになり退院した。しかし、退院8か月後浣腸を拒否するようになり遺糞症が再発、座薬による管理目的に再入院となった。精神科医からの助言と看護師による指導後2週間で退院、家庭及び学校での排泄訓練を経て、紹介から2年の現在、座薬やおむつを使用することなく、排泄は自立している。治療経過とともに発達障害児に対する排泄訓練に関する文献的考察を加え報告する。

## 27

思春期の潰瘍性大腸炎人工肛門閉鎖術後の患者における生活上の問題

○奥田 真央<sup>1)</sup>、平林 綾<sup>1)</sup>、大北 真弓<sup>2)</sup>、井上 幹大<sup>3)</sup>、内田 恵一<sup>3)</sup>、  
村端 真由美<sup>2)</sup>

1) 三重大学医学部附属病院 看護部

2) 三重大学大学院医学系研究科 看護学専攻実践看護学

3) 三重大学 消化管・小児外科

潰瘍性大腸炎 (UC) の人工肛門閉鎖術後には排便障害が生じると言われている。しかし、わが国では、思春期の患者が社会生活を送る上で、どのような生活上の問題を抱えているかは明らかにされていない。

そこで、本研究では、思春期の患者が認識する人工肛門閉鎖術後の生活における問題を明らかにすることを目的にインタビューを行い、得られたデータを質的帰納的に分析した。その結果、思春期患者の生活上の問題として、①症状が続いている、②便漏れに対する不安がある、③学校生活を送る上で障壁がある、④食事への配慮が必要である、⑤UC 術後のセルフケアの継続が負担となっている、⑥周りの目が気になる、⑦思春期 UC 術後の生活に関する情報が不足している、という 7つのカテゴリーが抽出された。

## 28

### 思春期の潰瘍性大腸炎人工肛門閉鎖術後の患者の対処行動

○平林 綾<sup>1)</sup>、奥田 真央<sup>1)</sup>、大北 真弓<sup>2)</sup>、井上 幹大<sup>3)</sup>、内田 恵一<sup>3)</sup>、  
村端 真由美<sup>2)</sup>

1) 三重大学医学部附属病院 看護部

2) 三重大学大学院医学系研究科 看護学専攻実践看護学

3) 三重大学 消化管・小児外科

潰瘍性大腸炎の人工肛門閉鎖術後に生じる排便障害は、思春期の患者にとって、その身体的心理的苦痛は計り知れない。しかし、わが国では、人工肛門閉鎖術後の思春期の患者が排便障害などの合併症を抱えながら、どのように社会生活に適応しているのかは明らかになっていない。そこで、本研究では、思春期の患者が認識する人工肛門閉鎖術後の療養生活における問題への対処行動を明らかにすることを目的にインタビューを実施し、得られたデータを質的帰納的に分析した。その結果、思春期患者の対処行動として、①症状をコントロールするために意識的に行動する、②困ったときは誰かに相談する、③起こりうる問題を予測して療養生活を送る、④自分の病状に合わせて無理をせずに学校生活を送る、⑤遅れを取り戻すために勉強する、という5つのカテゴリーが抽出された。

## 29

### 小手術を受ける幼児後期のプレパレーションの実施

○林 美春<sup>1)</sup>、久保田 智美<sup>1)</sup>、室伏 佐知子<sup>1)</sup>、梨子木 博美<sup>1)</sup>、  
近藤 幸代<sup>1)</sup>、倉八 朋宏<sup>2)</sup>、深堀 優<sup>2)</sup>、八木 実<sup>2)</sup>

1) 久留米大学病院 看護部東棟6階病棟

2) 同 小児外科

幼児後期以上の子どもに直接、プレパレーションを実施することは必要かつ有効であり、小児期全般を通して保護者の役割は重要である。保護者の不安等の心理をサポートしながら、子どもの発達段階に応じた具体的な説明方法を保護者に提示する必要がある。しかし当病棟には小児の年齢に応じたプレパレーションツールは無く、十分な説明がされないまま入院を迎えている現状があった。そこで言語理解が成長してくる幼児後期を対象に、当院で年間100例ほど行われる2泊3日の短期入院手術を行った小児へ、自宅での保護者による絵本を用いたプレパレーションを実践したので、その結果について報告する。



## 30

### 小児外科領域における Child Life Specialist の取り組み

○齋藤 江里子<sup>1)</sup>、岩井 潤<sup>1)</sup>、原田 和明<sup>1)</sup>、勝海 大輔<sup>1)</sup>、光永 哲也<sup>1)</sup>、  
花田 あゆみ<sup>2)</sup>

1) 千葉県こども病院 小児外科

2) 同 こども・家族支援センター

当院では、Child Life Specialist (以下 CLS) が、医療現場において、子ども達が、様々な検査や処置・治療などの医療体験による心の傷を負うことのないように、同時に治療や検査が一人でできるような成長につながるように、心理的社会的支援を提供している。小児外科領域においても、CLS のサポートを得ることで、患児の病気の理解や受け入れがスムーズに進み、患児が治療や検査に前向きに取り組めるようになるケースが少なくない。このような場合、患児や家族の QOL が向上するだけでなく、医師や看護師にとっても患児や家族との信頼関係を築きやすくなるという大きなメリットがある。当院における CLS の活動を紹介するとともに、具体例として総胆管拡張症の 9 歳女児例、頻回に肛門診察や洗腸を要する 14 歳女児例について、CLS の関わり方とその結果、患児の変化などにつき紹介する。

## 31

### 術前不安に対するシールラリーの効果についての検討

○草間 直美、赤井 玲美、早田 奈々、赤津 美雪、中原 さおり

日本赤十字社医療センター

【はじめに】当院では、術前の不安軽減のために紙芝居を用いたプレパレーションや家族同行入室を実施してきたが、泣かずに入室できたのは〇%であった。改善のためシールラリーを導入した。

【対象と方法】対象は2017年10月から2019年7月までの間に手術を受け、一般病棟に帰室した3歳以上の児。手術に臨む各場面でシールを貼り退院をめざすカードを作成し、児が泣かずに入室できたかどうかを判定した。

【結果】調査に参加したのは172人であった。そのうち泣かずに入室できたのは152人(88%)であり、年齢や手術回数によって差があった。

【考察】シールラリーによっても3歳前半では泣く児が多く、母子分離や環境適応が難しかった。また複数回手術経験児は泣く傾向があり、7歳以上ではシールラリーの不参加が多かった。

【結語】シールラリーは術前不安の軽減に有効であるが、複数回手術経験児や年齢の高い児に対しては異なるケアが必要であり今後の課題である。

## 32

### 多職種協働のMRI体験ツアーがもたらした変化

- 三浦 絵莉子<sup>1)</sup>、大久保 香織<sup>1)</sup>、小林 加奈<sup>2)</sup>、計良 幸子<sup>2)</sup>、  
野田 加奈<sup>2)</sup>、下平 友紀恵<sup>2)</sup>、伊藤 綾香<sup>2)</sup>、綿貫 由夏<sup>2)</sup>、  
平田 美佳<sup>2)</sup>、前島 有紗<sup>3)</sup>、宮本 朋也<sup>3)</sup>、長下部 千春<sup>3)</sup>、松藤 凡<sup>4)</sup>

### 聖路加国際病院こども医療支援室

- 1) 聖路加国際病こども医療支援室(CLS)
- 2) 同 看護部
- 3) 同 放射線科
- 4) 同 小児外科

MRI 検査は多くの場合痛みを伴わない検査だが、長時間の体動制限、閉鎖的な空間、大きな音などが精神的苦痛となることがある。また幼児期のMRI検査は体動制限のため鎮静下で行われるとことが多く、過鎮静のリスクや鎮静に伴う子どもの苦痛も少なくない。そこで当院では2011年から「子どもの安全・安楽・確実な画像検査」を目指した多職種（医師、看護師、放射線技師、CLS）での取り組みを開始した。2012年には多職種協働のMRI体験ツアープログラムを立ち上げた。今回の発表では当院で行われている「MRI ツアー」が子ども・家族・スタッフにもたらした影響や変化を報告する。

## 33

### 小児の術前プレパレーションにおける親の関わり

○植井 春帆<sup>1)</sup>、須藤 美奈<sup>1)</sup>、石川 未来<sup>2)</sup>、毛利 健<sup>2)</sup>

1) 横須賀市立うわまち病院 小児医療センター 子ども療養支援士

2) 同 小児外科

【はじめに】当院では手術を受ける子どもに対して子ども療養支援士が術前プレパレーションを行っている。親の同席はプレパレーションをより効果的にするとされているが、具体的にどのような働きかけがあるのか、親から子どもへの関わりについて検討した。

【対象と方法】手術を受けた1歳以上の子どもを対象に、プレパレーション中の親の言動を観察しKJ法により分類した。また手術時の子どもの反応を情緒スコア、協力度スコア、CCSC-IP、m-YPASにより評価した。

【結果】親の関わりとして、励ます、物品を子どもにつける、プレパレーションへの参加を促す、近くで見守る等の数カテゴリーが見出された。子どもの反応指標によると、不安や抵抗感は概ね低水準であった。

【考察】家族により子どもへの関わりに特徴があることが窺え、家族の関わりを踏まえたプレパレーションを行うことが大切であると考えられた。

## 34

### 児の麻酔導入まで保護者が付き添う同伴入室の効果

#### ー児の安全な麻酔導入への取り組みー

○岩田 美沙<sup>1)</sup>、浅田 忍<sup>1)</sup>、野端 万里<sup>1)</sup>、大島 香代子<sup>1)</sup>、香河 清和<sup>2)</sup>

1) 市立豊中病院 手術部

2) 同 麻酔科

【目的】児の麻酔導入まで保護者が付き添う同伴入室の効果を明らかにする。

【方法】0歳～6歳未満(120名)、6歳以上(9名)を対象として、児の意識が消失するまで保護者が付き添う入室の体制を整えた。保護者にアンケート調査を実施し100名より回答を得た。麻酔導入までの児の状態を「啼泣あり」「啼泣なし」に分類し、年齢別に比較した。分析は $\chi^2$ 検定を用い5%を有意水準とした。本研究は看護部倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】「啼泣あり」「啼泣なし」では啼泣なしが有意に多かった。年齢別に比較すると0～2歳未満の児には有意差がなかったが、2歳以上の児には有意差があった。

【考察】「啼泣なし」が有意に多かったのは、児の意識が消失するまで保護者が付き添ったことで分離不安が軽減できたと考える。

【結語】児の麻酔導入まで保護者が付き添う同伴入室は、2歳以上の児の安全な麻酔導入に効果がある。

## 35

### 覚醒下手術におけるチャイルド・ライフ・スペシャリスト(CLS)による術中心理支援

○馬戸 史子<sup>1)</sup>、阪 龍太<sup>2)</sup>、田附 裕子<sup>2)</sup>、吉田 寿雄<sup>3)</sup>、香川 尚己<sup>4)</sup>、  
楠木 重範<sup>5)</sup>、米田 光宏<sup>6)</sup>、橋井 佳子<sup>3)</sup>、太田 秀明<sup>7)</sup>、奥山 宏臣<sup>2)</sup>

- 1) 大阪大学医学部附属病院 小児医療センター
- 2) 大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 小児成育外科学
- 3) 大阪大学大学院医学系研究科 小児科学
- 4) 大阪大学大学院医学系研究科 脳神経外科学
- 5) チャイルド・ケモ・クリニック
- 6) 大阪市総合医療センター 小児外科
- 7) 豊岡市立高橋診療所

CLS は、心理面の治癒的介入を通して患児と家族の心理社会的ケアを行う医療専門職である。手術に関わる主な CLS 介入は、「術前」の心理的プリパレーション、「出診・麻酔導入時・術後」のコーピング援助である。覚醒下手術では、術中の精神的安定の維持が、心理的安全（術中の心理的負担の緩和、術後の心的外傷の予防）だけではなく、医療上の安全（命の安全）の為に必要な場合、CLS は「手術中」を通してコーピング援助を行う。

術中心理支援症例の中から、「術中のパニックは命に関わる。精神的安定を保つ心理的援助を」との依頼を受けた全身麻酔が困難な悪性リンパ腫 6 歳男児の頸部腫瘍生検術、脳腫瘍 5 歳女児の内視鏡的第 3 脳室底開窓術・オンマヤリザーバー留置術・気管切開術の症例を挙げ、術前・術中の緊張・混乱・不安・恐怖を緩和しパニックを予防する心理面の治癒的介入等、覚醒下手術において CLS が担う役割、術中心理支援の意義を考察する。

## 36

### 低位鎖肛術後の幼児期前期の児へのプレパレーション

#### ～肛門ブジーの際の苦痛を軽減するための支援～

○松口 沙季<sup>1)</sup>、森安 友菜<sup>1)</sup>、畠山 清己<sup>1)</sup>、小野 靖之<sup>2)</sup>、仲野 聡<sup>2)</sup>、  
野川 智絵<sup>3)</sup>、川村 昌代<sup>1)4)</sup>

- 1) 愛知県立あいち小児保健医療総合センター 看護部
- 2) 同 小児外科
- 3) 同 チャイルドライフ部門
- 4) 同 心療科

幼児期前期は自我が芽生え、処置の協力を得ることが困難である。低位鎖肛術後は肛門拡張目的でブジーを行うが、当センターでは幼児期にブジーを開始した症例が少ない。ブジーによる苦痛を軽減するための、幼児期前期の児への支援を検討した。

症例は2歳10ヶ月女児。ブジー開始日に保育士と協同してぬいぐるみでプレパレーションを行い、下肢を曲げて動かないことを約束し、頑張り表にシールを貼ると伝えた。しかし啼泣し体位保持が困難だった。ブジーに見立てた棒とブジーの手順を書いたマグネットで具体的に必要性を説明した。医療者を真似てぬいぐるみにブジーを行い労いの言葉を掛け、「頑張った。」という発言が聞かれた。処置中の啼泣は続き抵抗していたが、処置室には拒否せず来て、終了後は笑顔でシールを選んでいった。

模倣遊びや視覚的ツールで疑似体験を行い、処置の流れが理解できるように支援すること、情緒的表出を後押しすることが必要である。

## 37

一般病院小児外科における QOL に配慮した新生児・乳児胸部手術

○今治 玲助、渡邊 日向子、藤解 諒、西田 翔一、向井 亘、佐伯 勇、  
尾山 貴徳

広島市立広島市民病院 小児外科

【目的】一般病院小児外科である当科で施行した Bianchi 法による新生児・乳児胸部手術（以下本法）について検討した。

【対象】2011 年より 2018 年までに本法を施行した症例について後方視的研究を行った。

【結果】症例数は 12 例，先天性食道閉鎖症(以下 EA)5 例, Congenital pulmonary airway malformation(以下 CPAM)7 例であった。EA は手術日齢 3, 手術時体重 2570g, CPAM はそれぞれ 94, 6020g であった。手術時間は EA189 分, CPAM203 分, 術後入院期間は EA26 日, CPAM6 日であった。1 例に創部離開を認めたが軽快し全例術中術後大きな合併症なく経過し, 創部は腋窩皺に隠れ整容性に優れている。

【考察】本法は一般病院小児外科においても安全に施行可能であり, 整容性に極めて優れ患児の QOL 向上に大いに寄与すると考えられる。



## 38

### 転移性肺腫瘍に対し複数回の肺切除を施行した症例の術後 QOL の検討

○河北 一誠、北河 徳彦、篠原 彰太、都築 行広、藤井 俊輔、白井 秀仁、  
望月 響子、新開 真人

神奈川県立こども医療センター 外科

化学療法抵抗性の転移性肺腫瘍の摘出は予後改善に結び付く可能性があるが、再発を繰り返す症例では複数回の開胸を要するため、術後 QOL に十分な配慮が必要である。今回、我々の施設で経験した症例のうち、両側肺切除歴かつ肺切除回数が 5 回以上の症例を抽出し、術後の QOL について検討を行った。症例は 12 例で初回肺切除時の平均年齢は 11 歳、総肺切除回数は平均 9 回であった。当院では術後ドレーン抜去時点で安静度がフリーとなるため、ドレーン抜去時期を QOL の一つの指標として検討したところ、平均抜去日数が術後 5.7 日であった。予後については生存 7 例、死亡 6 例で、死亡症例の初回肺切除から死亡までの平均期間が 54.1 か月であった。日常生活では 2 例で支障をきたしたが、10 例は問題なく生活でき、3 例では体育も参加できていた。以上より複数回の肺切除でも QOL を大きく損わない症例が多く、術後 QOL 低下のみを理由に複数回手術を回避する必要はないと考えられた。

## 39

当院におけるリンパ管腫（リンパ管奇形）、Klippel-Trenaunay 症候群の四肢・体幹皮下病変に対する減量手術の検討－続報 2－

○藤野 明浩<sup>1)</sup>、工藤 裕実<sup>1)</sup>、三宅 和恵<sup>1)</sup>、藤田 拓郎<sup>1)</sup>、沓掛 真衣<sup>1)</sup>、森禎 三郎<sup>1)</sup>、山田 洋平<sup>1)</sup>、田原 和典<sup>1)</sup>、金森 豊<sup>1)</sup>、菱木 知郎<sup>2)</sup>

1) 国立成育医療研究センター 臓器・運動器病態外科部 外科

2) 国立成育医療研究医療センター 小児がんセンター 腫瘍外科

【目的】リンパ管腫（リンパ管奇形、以下 cLM）や Klippel-Trenaunay 症候群（以下 KTS）の四肢の腫瘍性病変は整容面・機能面で障害となり、QOL は大きく損なわれる。この病変に対して当科では外科的切除（減量術）を積極的に行っている。2 年前の報告以降、症例を重ねたので術後管理に関する検討を加えて報告する。

【症例と方法】当院で診療中の四肢・体幹の cLM 及び KTS 症例のうち 2016 年 5 月から 2019 年 7 月までに病変の減量術を行った症例につき、術後管理・効果・問題点を後方視的に検討した。

【結果と考察】対象は 10 例（KTS4、cLM6）、手術は 15 件。切除部位は下腿 6、足背 1、臀部 3、大腿 1、側腹胸部 2（重複あり）であった。術後平均入院期間は 31 日。80% に創縁壊死、創部感染等何らかの合併症を生じたが、最終的にシルエットの改善により患者家族の満足度は高かった。合併症発生率の低下が課題であるが、改善傾向を認めている。

## 40

病悩期間の長い高度な便秘を伴う限局性結腸拡張症に Duhamel 法を行い

QOL の改善を得た一例

○田中 修一、加藤 純爾、新美 教弘、毛利 純子、飯尾 賢治

愛知県医療療育総合センター 小児外科

症例は 26 才男性。自閉症と知的障害があり有意語を話さずコミュニケーションを取ることが困難である。生来便秘で約 20 年間、前医小児科で緩下剤が処方されてきた。今回、腹部膨満が高度で、便塊による S 状結腸から直腸の著明な拡張が認められ当科に紹介となった。全身麻酔下の摘便を 2 回行い、排便管理を強力に行ったが効果はなかった。直腸粘膜生検でヒルシュスブルング病は否定された。腸管の拡張は不可逆的と考え手術適応とした。正常径の頭側 S 状結腸断端と拡張した尾側直腸断端とは口径差が大きく、また手術時の神経損傷の危険性を考慮して開腹の Duhamel 法を選択し Z 吻合を行って盲端を作らないようにした。切除標本では拡張の原因となる器質的な病変はなく血管の拡張と固有筋層の肥厚が著明で限局性結腸拡張症として矛盾はなかった。術後は緩下剤で自排便が得られており腸管の再拡張をきたしておらず本人・介護者の QOL は著しく改善した。

## 協賛企業一覧

スポンサードセミナー共催

ミヤリサン製薬株式会社

協賛

アステラス製薬株式会社

アッヴィ合同会社

アボットジャパン株式会社

EA ファーマ株式会社

エチコン

大塚製薬株式会社

科研製薬株式会社

杏林製薬株式会社

泉工医科工業株式会社

武田薬品工業株式会社

田辺三菱製薬株式会社

テルモ株式会社

株式会社 ツムラ

フクダ電子

富士システムズ株式会社

藤本製薬株式会社

ミヤリサン製薬株式会社

持田製薬株式会社

ヤンセンファーマ株式会社

(五十音順)

第30回日本小児外科QOL研究会の開催にあたり、上記の企業の皆様よりご協賛いただきました。ここに心より御礼申し上げます。

第30回日本小児外科QOL研究会

会長 内田 恵一