

O-6-27

こころのケア調整班活動マニュアル作成への取り組み

旭川赤十字病院 看護部¹⁾、釧路赤十字病院 看護部²⁾、

日本赤十字北海道看護大学³⁾

○阿部 昌江¹⁾、長谷川浩美¹⁾、三上 淳子¹⁾、山口 聡美²⁾、尾山とし子³⁾

【はじめに】平成30年に発生した北海道胆振東部地震において、日本赤十字北海道支部では9月8日からこころのケア指導者を調整班として派遣し、こころのケア29班、延べ87人が厚真町・安平町・むかわ町で活動を展開した。こころのケア調整班として活動した要員から、活動の初期段階を含め混乱があったという意見が出されたことから、調整班の役割や活動内容を明確にするためマニュアル作成に取り組んだ。【取り組みの実際】平成31年2月、北海道支部において北海道胆振東部地震災害救護活動報告検討会が開催され、各役割に分かれて活動の振り返りを行った。こころのケアに関しては被災者・支援者支援に関わった要員20名で意見交換を実施した。検討会での意見をまとめ、さらに調整班として活動したメンバーと活動内容について詳細に話し合い、こころのケア調整班の役割と活動内容を明記したマニュアルを作成した。特に混乱が多かった初動時と撤収時に関しては、「調整班の役割が曖昧なまま活動に入った」などの意見があり、調整班として派遣された指導者は活動マニュアルの必要性を強く感じていた。そのため、活動を詳細に記載し、体制づくりや他機関との連携など、できる限り具体的に記載するよう努めた。【まとめと課題】こころのケア調整班は、北海道支部としては初めての活動であったが、今後ともいつ起きるかわからない災害に備え、調整班としてスムーズに活動できるよう訓練を重ねる必要がある。今回作成したマニュアルを北海道支部へ提出し、こころのケア調整班活動に活かせるよう、検討を依頼する。また、災害の規模等によって活動内容に違いがあるため、今後も救護活動の経験を活かし、マニュアルの修正や追加をすることが重要である。

O-7-28

妊娠中に絞扼性イレウスを発症し急速遂娩を行った一例

釧路赤十字病院 産婦人科¹⁾、釧路赤十字病院 外科²⁾

○頼永 聡子¹⁾、中陳 哲也¹⁾、前田 悟郎¹⁾、東 大樹¹⁾、青柳有紀子¹⁾、米原 利栄¹⁾、東 正樹¹⁾、山口 辰美¹⁾、森本 浩史²⁾

【緒言】妊娠中のイレウスは3000～10000分娩に1例程度であり、中でも絞扼性イレウスは母児ともに死亡率が高い。今回、妊娠34週で絞扼性イレウスを発症し緊急帝王切開とイレウス解除術を併施した1例について報告する。【症例】32歳、2経妊1経産。腹膜炎による開腹手術歴あり。妊娠32週より切迫早産のため入院管理中であった。妊娠34週1日、突如の嘔気嘔吐と心窩部痛が出現した。症状は間欠的であり、鎮痛剤で対処していたが、妊娠34週2日より胆汁性嘔吐となり腹部全体に圧痛が出現した。腹部USでは子宮内の胎児及び胎盤は異常なかったが腸管の拡張と壁肥厚を認め、イレウスを疑い造影CTを施行したところ、拡張した小腸と右下腹部領域にbeak signを認めた。腸管の造影不良や腹水貯留、free airは認めなかった。手術既往と画像所見、腹部症状から絞扼性イレウスの可能性を否定できず早急に外科的治療が必要と判断した。また児は胎外生活可能と考え、緊急帝王切開とイレウス絞扼術を併施した。帝王切開により2680gの児を娩出(Apgar Score 8-8-9)した後、腹腔内検索を行った。大網が広範囲に腹壁に癒着し可及的に剥離した。右側腹部の回腸間に形成された索状物による小腸の絞扼所見を認め、索状物を切離し解除した。腸管壊死の所見は認めなかった。術後、症状は軽快し母児ともに問題なく退院した。【結語】絞扼性イレウスとなり急速遂娩を行った一例を経験した。本症例は妊娠34週であり児の肺成熟が期待される週数ではあったが、より早い週数では妊娠継続が娩出か議論の分かれるところであろう。しかし絞扼性イレウスは母児の死亡につながる緊急性の高い疾患であり、いずれの週数であっても迅速な診断と対応が必要であると考える。

O-7-30

未管理のまま当院に救急搬送され分娩となった1症例

長浜赤十字病院 研修医¹⁾、長浜赤十字病院 産婦人科²⁾

○浅田 春季¹⁾、中島 正敬²⁾、石田憲太郎²⁾、村頭 温²⁾、梅宮 真樹²⁾、山中 章義²⁾、奈倉 道和²⁾

【はじめに】本邦では妊婦健診を受診しない、あるいは受診回数の少ない「未受診妊婦」が0.2%～0.5%の頻度で存在すると言われる。今回当院に腹痛にて救急搬送後、陣痛発来と診断し分娩に至った1症例を経験したので報告する。【症例】22歳女性、妊娠36週と診断した。来院時には破水もしていた。患者は今回の妊娠に気づいてはいたが、一度も妊婦健診を受けていなかった。過去2回の妊娠時も妊婦健診を全く受けていない。妊娠のリスク・感染症発生の有無も不明であったが、幸い分娩は順調に進行し、小児科医師立ち会いのもと自然経陰分娩となった。児は3015g男児Apg8/9点。患者は産後5日目で退院となったが、虐待歴があり、居所も不定で、退院時に地域の支援体制に間に合わなかったため、家庭児童相談室・子ども家庭相談センター・ソーシャルワーカーなどの間で情報共有をした。養育環境が整うまで、児は乳児院に移送となった。【考察】未受診妊婦が「飛び込み分娩」に至る背景には、妊婦の意識や経済的・社会的問題が存在する。未受診妊婦の分娩は通常の妊婦に比べ、母児ともに合併症が起りやすい。さらに社会通念上妊娠自体が不利な条件下にあるケースが多く、分娩費用の未払い・児の引き取り拒否・育児放棄・児童虐待等も起りやすい。医療的にも社会的にもハイリスクである。未受診妊婦を減らすためには、それらの妊婦の社会的背景を検討し妊婦健診促進のための啓発活動を進めること、医療機関と行政との連携をすることが必要と考える。さらに退院後の児への虐待を防ぐために、多職種間で情報を共有し退院後も引き続き経過観察をする必要があるとも考える。

O-6-28

こころのケアをめぐる方法論の比較-心理的デブリーフィングとPFA in Group

長岡赤十字看護専門学校 看護学科

○平野美樹子

【目的】今日、大規模災害発生、また国際紛争等における国内外の人的支援において、被災者や難民など被援助者、救援者への心理社会的支援の重要性が増している。有効な心理社会的支援として、WHOや国際赤十字赤新月社連盟(以下、連盟)のガイドラインでは、PFA (Psychological first aid) が推奨されている。そのうち、PFA in group (以下、PFA) は、2018年にPSセンターから新たに発行されたPFAガイドラインを基本としている。一方、心理的デブリーフィング (psychological debriefing、以下、PD) も悲惨な出来事に晒されたグループを対象としている。その違いについて、文献を対比して考察する。【方法】連盟のPSセンター (Psychological center) のPFAガイドラインとPDガイドラインの方法を比較する。【結果】時期では、PFAは、「その出来事から2～3日以内(長くても14日以内)」、PDでは、「その出来事から数日」であった。場所は、PFAでは、「静かな、安全で、障害がないか少ない場所」、PDでは、「個室で、まったく障害がない場所」とされていた。目的は、PFAでは、「経験からの学びとともに、お互いを理解し支援し合うこと、そして希望を促進すること」とされ、PDでは、「参加者の感情表出を促し、正常に戻すこと」とされていた。実施者は、PFAでは、「管理者やボランティアリーダーなど」、PDでは、「医療サービスの専門家チーム」であった。方法は、PFAでは、「PFAに基づき、事前に状況を詳細にアセスメントし、誰にPFAが必要か見極めること」、PDは、「7段階で構成された1回のセッション」とされていた。【考察】比較の結果、PFA in groupは場の状況や対象者に沿ったより柔軟、かつレジリエンスを高められる方法であると考えられた。【結論】国内外の救援において、救援中、救援者は常に様々なストレスに晒される。PFA in groupは、救援者にとってストレスを緩和する有効な方法と考えられた。

O-7-29

急速に進行した卵巣小細胞癌の一例

熊本赤十字病院 初期研修医

○柴田真由子、村上 望美、柴崎 聡、井手上隆史、三好 潤也、荒金 太、福松 之敦

卵巣小細胞癌は主に小円形細胞から成る稀な卵巣悪性腫瘍であり、若い女性に発生し高カルシウム血症を伴いやすいtypeと、閉経後の女性に多く肺小細胞癌と同様のtypeの2つに分かれる。いずれも通常の卵巣癌の化学療法に抵抗性であり予後不良とされている。症例は54歳未妊女性。微熱と腹痛、嘔吐下痢を主訴に近医を受診。画像所見上骨盤内悪性腫瘍を疑われ、当院を紹介受診した。骨盤造影MRI検査で付属器領域にT2W1高信号、拡散制限、造影効果を示す径114×100×94mm大の腫瘍を認めた。腫瘍マーカーはCA125:343U/ml、CA19-9:466.2U/mlと上昇していた。卵巣癌を疑い、開腹手術を施行した。腹腔内に新生児頭大の脆弱な右卵巣由来の腫瘍があり、骨盤内に多数の播種病巣を認め、一部は直腸へ浸潤していた。術中迅速病理診断では低分化型腺癌の疑いであり、両側付属器切除術、大網切除術、播種病巣切除術、人工肛門造設術を施行した。腫瘍切除率は70%であった。摘出した腫瘍は広範囲な壊死、出血所見を呈していた。術後全身状態の改善を認めず、POD13に腹部CT検査を施行したところ骨盤内に巨大な再発性腫瘍と多発リンパ節転移、腹腔内多発播種病巣を認めた。病理組織診断ではEMA、WT1、CAM5.2弱陽性、BRG陽性の腫瘍病巣を認め、高カルシウム血症型の小細胞癌の診断であった。小細胞癌の治療としてCBDCA+VP-16療法を施行したが、day5には腹部膨満、腹痛が悪化し、血液検査で腎機能障害やLDHの上昇を認めた。腹部CT検査で腫瘍の増大を認め、PDと判断しAMR療法を施行した。2コース目day13に発熱を認め再入院となった。全身状態の悪化と腹部CT検査で腫瘍の増大を認め、PDと判断し本人、家族と相談しBSCの方針となった。卵巣腫瘍の指摘から約3か月で死亡退院となった。小細胞癌について文献的考察を加え報告する

O-7-31

Autoamputationした卵巣腫瘍に対して腹腔鏡下手術を施行した1例

熊本赤十字病院 産婦人科

○中村 董、村上 望美、荒金 太、三好 潤也、井手上隆史、堀 新平、宮崎 聖子、福松 之敦

卵巣腫瘍のうち、成熟嚢胞性奇形腫は最も頻度が高い腫瘍であり、萎縮転後に自然離脱するAutoamputationも成熟嚢胞性奇形腫に多い。今回我々は、卵巣腫瘍がAutoamputationしたと思われる腹腔内腫瘍に対し腹腔鏡下手術で摘出した1例を経験したので報告する。

【症例】52歳3妊2産婦人。数日持続する下腹部痛を主訴に近医を受診し、腹部CT検査で卵巣腫瘍、子宮筋腫を指摘された。前医を紹介受診し、MRI検査で右成熟嚢胞性奇形腫、子宮筋腫を認めたため、手術目的に当院紹介受診となり、腹腔鏡下手術を行った。画像上卵巣腫瘍と思われた病変は小腸と大腸の腸間膜の間に癒着しており、右卵巣との連続性はなかったため、腹腔内腫瘍は卵巣腫瘍がAutoamputationしたものと考え、腹腔鏡下腹腔内腫瘍摘出術を施行した。手術時間は1時間であり、出血量は少量。術後は経過良好で、術後4日目に退院となった。病理組織検査では、腫瘍の組織に卵巣組織を認めなかったが、脂肪が主な成分であり、腸間膜に炎症性に癒着していたことから、卵巣腫瘍がAutoamputationしたものと判断した。

【考察】卵巣腫瘍のAutoamputationは、症状としては腹痛が発症する場合もあるが、半数以上は無症状である。術前に診断することは困難であり、手術で発症することが多い。術後診断として、摘出組織から卵巣組織を認めれば診断が確実となるとされている。本症例のような場合は、卵巣組織がすべて消失してしまう可能性もあり、腹腔内腫瘍に対して、Autoamputationの可能性も考慮した対応が必要と思われる。