

第 38 回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会聴講ダイジェストレポート・活動報告

はじめに

イーキンジャパンは、2021年2月26日（金）～27日（土）開催の第38回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会の聴講報告とイーキンジャパンの学会活動報告を作成いたしました。本学会参加登録者は1,800名を超えました。現地会場とオンデマンド配信を併用してのハイブリッド開催でした。

聴講ダイジェストレポート要旨

装具メーカーとして製品に関わる傍ヘルニア関連および装具選択関連の演題を集中的に聴講しました。弊社社員の聴講記録にもとづいており、抄録の記載内容と異なる点がありましたらご容赦ください。

ビデオシンポジウム：ストーマの造設と管理 ーわれわれのやり方ー

司会：船橋 公彦 先生（東邦大学医療センター 大森病院）

山田 陽子 先生（産業医科大学病院 看護部）

当院におけるストーマ造設について（抄録 P68）

岡田 大介 先生（東京山手メディカルセンター 大腸肛門病センター）2016年から5年間 563例、内訳（クローン病 174例、潰瘍性大腸炎 165例、直腸肛門がん 135例、他 89例、End ileostomy 177例、loop ileostomy 152例、end colostomy 170例、loop colostomy 61例）、再手術 563例中 12例（傍ストーマヘルニア 8例、ストーマ脱出 1例、ストーマ陥没 2例、ストーマ周囲膿瘍 1例）腹腔鏡手術が増え APR も腹腔内経路なので傍ストーマヘルニア発生が高い可能性。晩期合併症は、外来にて装具で管理。

山田先生コメント：ヘルニアは無く高さのあるストーマが、数か月で高さを失い姿勢を変えるとストーマ周囲が膨らんだりへこんだりする症例が増えている。腹腔内経路の増加の影響はあるのだろうか。

船橋先生コメント：当院は、腹膜外経路にしている。腹膜内経路だと傍ヘルニアは多くなると思われる。むくんで腸管に反転が難しい一次開口ができない場合の対応はどうか。

岡田先生：なんとか一次開口し反転して縫合している。

伊藤 貴典 先生（東京山手メディカルセンター 看護部）予定患者全例にストーマサイトマーキングする。病棟看護師がマーキング、担当医と WOCN が最終決定、IBD で複数回手術の場合は 2 か所以上マーキング。術中術式変更やストーマ造設が必要になったら術中に WOCN が加わり造設部位を検討する。

2020年1～12月の108例にWOCN介入。悪性腫瘍 29例（予定手術 86%、腹腔鏡手術 83%、造設部位：左下腹部造 58%、右下腹部 21%、左上腹部 21%、ストーマの種類：結腸ストーマ 76%、小腸ストーマ 21%、単孔式 55%、双孔式 41%）、非悪性腫瘍 82例（予定手術 79%、腹腔鏡手術 52%、造設部位：右下腹部 68%、左下腹部 27%、ストーマの種類：小腸ストーマ 76%、結腸ストーマ 24%、単孔式 68%、双孔式 32%）
マーキング手順：①ストーマに関する説明有無確認しマーキング合意得る。②基本線を引く（予定正中切開線、臍を通る横線、肋骨弓、上前腸骨棘）。③CT で腹直筋幅確認。④つま先を立て臍を見るよう首を曲げ腹直筋外縁位置を確認。⑤ディスクをあて仮マーキング。⑥側面から腹部脂肪層頂点を確認。⑦座位から前傾、体をひねりしわの確認。⑧様々な姿勢でベルトライン確認。⑨しわの位置に応じマーキング修正。⑩患者がマーキング位置を目視できるか確認。⑪立位でマーキング位置確認。⑫マーキング位置に装具あてイメージをもたせる。⑬臥床し基本線からマーキング位置確認。⑭計測値と写真を記録。

文責：イーキンジャパン株式会社 この文書は JSSCR の公式見解を示すものではありません

スタンプマーキング法によるストーマ造設がもたらす可能性 (抄録 P68)

下村貴司先生 (東京女子医科大学病院 看護部) 執刀医による手技のばらつきを減らし管理しやすいストーマ造設のため 2010 年よりスタンプ法によるストーマ造設を開始。2014 年 1 月から 2020 年 3 月の造設例 296 人の情報を集計した。

60 代 28%,70 代 24%と高齢者が多い。待機手術 65%,臨時手術 35%。大腸がん・肛門管がんが 43%と最多。ストーマ造設理由は吻合部の安静が最多の 43%。ストーマサイトマーキング実施は 80%,うち 97%がマーキング位置に造設。スタンプマーキング法は 44%で実施され,小腸ストーマが 63%,結腸ストーマが 37%であった。ループ式ストーマが 70%と多数。腹壁の硬さは中等度が 61%,ストーマ周囲の皺がある症例は 23%、うち 78%に連結する皺あり。退院時のストーマの形状は非正円が 80%、非正円だがアクセサリにより補正しプレカット使用症例が 44%。ストーマの高さが 1 cm 以上は 57%。便性は小腸ストーマが多いため 48%が泥状便で 32%が水様便。定期交換可能な症例は 80%で平均交換日数は 1.7 日。98%が単品系装具を使用。94%がフリーカット。小腸ストーマが多いので凸面型装具が 71%であった。40%がアクセサリを使用、うち用手成形皮膚保護剤使用は 71%。退院後のストーマ装具は退院時と同じく単品系、フリーカット、凸面が多い。装具の変更例は 31%。ストーマ早期合併症は 14%に生じ、粘膜皮膚接合部離開が 67%。ストーマ晩期合併症は 9%に生じ傍ヘルニアが 50%。

スタンプマーキング法は全例ではなく特定の医師が実施。患者はサイズの大きいストーマは受容困難でケアは難渋。ストーマ形状とサイズによる患者受容性の差、スタンプマーキング法との関連分析は今後の課題。スタンプマーキング法は、執刀医間の切開のばらつきは小さくなるが、スタンプマーキング法では高さの規定がないため高さは各医師の手技による。切開は座位で正円になるようやや縦長に造設するが、他施設では正円で造設するとの意見あり。

ストーマトラブルゼロを目指した当科のストーマサイトマーキングとストーマ造設 (抄録 P69)

川原大輔先生 (国立病院機構 佐賀病院 外科) マーキング動画紹介。Cleveland Clinic の原則に従う。体型、術式、腸管長により造設部位が異なり、術前画像評価を行い主治医同席しマーキング。S 状結腸ストーマ造設の動画紹介。どの術者でも同じストーマになるよう同じ方法で造設。腸管は自然な位置で下向きになるよう無理な回転は避ける。ストーマトラブルの現状把握と手術因子による問題点を検討。

対象：77 症例

検討項目：ストーマトラブルの有無 (年齢・性別・手術時間・出血量・緊急性の有無・ストーマ種類・腸管-粘膜固定の有無)

結果：77 例中 31 例 (40.3%) にトラブル発生。粘膜皮膚障害 13 例 (41.9%)、腸管脱出 8 例 (25.8%)、傍ストーマヘルニア 7 例 (21.9%)、陥凹・出血・皮下膿瘍各 1 例 (3.2%)。トラブルは緊急手術でやや多い。腸管を拳上部位とマーキング位置の決定が重要。緊急手術でもマーキングすることが望ましい。

当院におけるロボット支援下手術のストーマ造設の基本的手技と管理 (抄録 P69)

高木孝実先生 (久留米大学病院 看護部) ストーマサイトマーキングについて：当院では主治医、看護師が同席しマーキングを行う。マーキングの映像を紹介。パンツ・ズボンのラインの確認、腹直筋・瘢痕・肋骨弓などの確認、ディスクを用いた位置確認、座位でのマーク位置の確認、マーキング位置の計測、装具を試し貼りする。皺、陥凹の場所を確認し術後の装具選択を考えておく。

合志 健一 先生（久留米大学外科学講座） ストーマ造設について：造設時の動画を紹介。マーキングに沿った切開、皮下組織へ垂直方向で到達し腹直筋が見えると筋鈎を深いものに切り替え腹膜までいくが力まかせにしない。腹膜を電気メスで切開し腹腔内へ。ネラトンチューブを体外に出し高さを調節し清潔操作でストーマ開孔。

高木 孝実 先生：術後初回の装具交換について

患者が不安にならないよう十分準備して円滑にケアを進める。創部に剥離剤がかからないよう面板を剥離し、清拭・洗浄、サイズ測定、面板ホールカット。離床していない状態なので斜めに装具を貼る。用手成形皮膚保護剤の使用、装具の貼付（愛護的に押さえる）。

パウチングを重視した当院のストーマ造設術における周術期管理の実際（抄録 P70）

山田 陽子先生（産業医科大学 産業医科大学病院 看護部）：排泄物による術創の汚染回避が重要。各層を密閉しパウチングし排泄物を漏らさない。ストーマ創には創傷被覆材を貼る準清潔創とパウチングする汚染創が混在する。安定したパウチングができるストーマ造設が重要。装具貼付のため平らで障害物のないスペースを確保し正中創とストーマの距離は最低 3 cm。

当院では看護師が主体となりマーキング、その他の創は術中に医師が各々の創を配置。汚染創との距離を 5 cm 以上とり手術創をつくる。大村らのマーキング原則に加え、術創と距離を保つために創となる臍や正中創との距離を 5 cm 以上離しマークし面板装着スペースを確保。透明の半径 5 cm のディスクを用い臍の位置も確認。臍部が創となる腹腔鏡下やロボット手術では臍部に深い陥凹が縦長に発生し面板外縁が追従しないことがあり臍から離すためやや尾側にマーク、離せない場合は小さな面板の装具で対応。

秋山 泰樹 先生（産業医科大学 第 1 外科）

Suture Holder は白い円形で周囲にスリットが入ったストーマ造設時使用する器具。『当科における Suture Holder®を用いた人工肛門造設術』※使用事例の動画で紹介

ロボット支援下手術時代の体腔内尿路変向術と術前後ケア（抄録 P70）

羽阪 友宏 先生（大阪市立総合医療センター 泌尿器科）：膀胱癌に対する膀胱全摘術に伴う尿路変向術に手術支援ロボットが使用可能となり ICUD（体腔内尿路変向術）が選択可能となった。ICUDでは ECUD（体腔外尿路変向術）に比べやや手術時間が延長したが初期症例にも関わらず合併症は減少。ICUDの評価はさらなる症例の蓄積と検証を要する。

本田 優子 先生（大阪市立総合医療センター 看護部）：ストーマ造設患者に私が主に関わるのは「ストーマ術前ケア」、「ストーマサイトマーキング」、「ストーマ外来」での継続フォロー。（入院～退院、在院期間は約 14 日）術前オリエンテーションにて装具交換の DVD を視聴してもらい、ストーマと装具交換のイメージを持ってもらう。

ロボット支援下手術でも膀胱摘出のため下腹部正中に 8 cm の創があり、ポート挿入創が 3-4 カ所できる。マーキングは病棟看護師が実施、部位の確認、スタッフへの技術サポートを行なう。執刀医により臥位で装具をあて、面板貼付部に鉗子の位置が邪魔にならないように造設位置を検討する。術後 1 日目に二品系装具とし、患者がストーマを見ることが出来る姿勢を取り、看護師で全て実施する。その後 2-3 日毎交換を行ないセルフケア確立に向け指導する。術後 10 日を過ぎ尿管カテーテル抜去後に単品系装具に変更する。カテーテル抜去に注意し、看護師が誘導しながら、剥離、洗浄、カット、面板貼付の介助を

行なう。また ICUD 術後の経過中ストーマの浮腫の程度やその期間が短い印象がある。

ケアをシンプルにするため単品系に変更後プレカット装具とする。術後変更点として、ストーマサイズの変化が少なく直後より十分な尿の排泄があるので早期に社会復帰用装具を使用している。

初回ストーマ外来では、ストーマケアの様子、困りごと、食事や水分摂取量、睡眠、尿量などを確認する。流出する尿に注意しストーマ袋の向きを確認する。ロボット支援下腹腔鏡下膀胱全摘除術のマーキングでは、患者が管理しやすいストーマ位置であり、術者が操作しやすい位置にポートが挿入されることを考慮してストーマ位置を決定する。体腔内尿路変向術（ICUD）では、体腔外尿路変向術（ECUD）に比べ術後のストーマ浮腫が少ない印象があり、術後早期から社会復帰用装具の選択が可能である。

船橋先生による総括：腹腔鏡、ロボット支援手術、ISRの進歩に伴い一時的ストーマが増えてきた。新しい抗がん剤により患者の生存期間が伸び、抗がん剤を用いながらのストーマ管理という局面になった。看護師と医師がコラボし患者のためのストーマ管理を発表する時代になり感動した。

特別企画：コロナ専門病院における COVID-19 肺炎患者のストーマ交換（抄録 P54）

解説：西口 幸雄 先生（大阪市立十三市民病院）

実演：久保 健太郎 先生（地方独立行政法人大阪市民病院機構 大阪市立総合医療センター 看護部）

COVID-19 肺炎患者の装具交換方法を実演。あくまで西口先生の病院での話として聞くよう注意。

主なシーンは①防護具の着衣②装具交換③処置後（ゴミ処理と脱衣）の3つ。

PCR 陽性ストーマ患者の装具交換：10 か条

1. （エアロゾルが発生するケースでなければ N95 マスクではなく）サージカルマスクでもいい
2. ニトリル手袋が適する
3. 臥位が適するだろう
4. 患者のマスクは（サージカル、N95）どちらでも
5. スプレーや洗浄はだめ（ワイプ、クリーム推奨）
6. 使い捨ての定規がいい
7. 拭ったティッシュなどは感染性廃棄へ
8. 便は蓋を閉めて流す
9. 防護具は脱ぐときは気持ちを集中して（ウイルスが付いていると思って前の方を出して包み込んでいく。このとき手袋も一緒に丸め込んでいく。外側から内側の意識。）
10. （装具交換を）手伝わなくていいときは自分でやってもらう

コロナ専門病院として風評被害はあるが、それ以上に地元や全国から激励が届く。

プロジェクト企画委員会 プロジェクト報告

司会：板橋 道朗 先生（東京女子医科大学 消化器・一般外科）

第1回消化管ストーマ造設と閉鎖に関する全国アンケート調査：結果報告（抄録 P122）

高橋 賢一 先生（東北労災病院 大腸肛門科）

全国規模の消化管ストーマ造設の実態調査によるビッグデータである。3年間で 16,000 件のデータ。

101 施設、500 床以上の施設が 46%。

文責：イーキンジャパン株式会社 この文書は JSSCR の公式見解を示すものではありません

造設件数は 2017 年 5,494 件, 2018 年 5,637 件 2019 年 5,705 件と増加傾向。直腸前方手術、緩和ストーマは増加している。IBD などの良性疾患の造設数は変化なし。永久ストーマも微増しているが、一時ストーマは早いスピードで増加し。一時ストーマ比率は、2017 年 47%,2018 年 48%,2019 年 49%と増加傾向。ストーマ閉鎖は 2017 年 1,925 件, 2018 年 1,992 件 2019 年 2,063 件であり一時ストーマ造設の 7 割にとどまる。結腸ストーマは全体の 53%、回腸ストーマは 47%。回腸双孔式 41%,結腸単孔式 32%,結腸双孔式 22%,回腸単孔式 6%。双孔式ストーマは増加傾向。直腸がんでは腹腔鏡手術が大半で、3 年間でロボット手術の増加が顕著。潰瘍性大腸炎では腹腔鏡手術と開腹手術は半々、クローン病と消化管穿孔では、ほとんどが開腹手術。

直腸がん手術の基本方針は、低位前方切除術、腹会陰式直腸切断術とも 7 割以上は腹腔鏡手術、2 割弱がロボット手術。直腸がんでは Diverting stoma は実施 24%以下の施設が約半数で、diverting stoma の適応は吻合の高さ、Leak test、糖尿病の有無。増設部位はほとんどの施設が回腸。腹膜外経路と腹腔内経路が半々だが、開腹の場合は、腹膜外経路、腹腔鏡の場合は、腹腔内経路が多い。

ストーマサイトマーキングの実施率は、必ず実施する施設が 7 割、緊急手術でも、75%以上実施する施設が 7 割。待機手術、待機手術では前日、緊急手術では、マーキング実施者は、WOC は 8 割、講習会受講看護師が 7 割、医師が 4 割、緊急手術では、WOC,講習会受講看護師が約 6 割、医師が 5 割。

同年の造設数と閉鎖件数に 1,000 件の差がある。ハルトマン手術したが、閉鎖しない例があると推定する。憩室穿孔はハルトマンになるが、直腸がんでも閉鎖していない例がある可能性がある。直腸がんの肛門温存の比率が判明。低位前方切除 2,000 件、APR が 500 件くらい。直腸切断はほぼ一定だが、肛門温存の直腸がんが増えている。

APR (腹会陰式直腸切断術) の際の腹腔内経路と腹膜外経路は半々だが、腹腔鏡手術では、どうなるか? 腹膜外経路が良いと考えられていたが、アプローチが変わることで、経路選択に影響があるか。

本調査は全数調査ではない。JSSCR や大腸肛門病学会会員対象で、ストーマケアに熱心な施設。緊急手術でも、ストーマサイトマーキングの実施率が高い。

学会誌と学会ホームページにデータは UP される。次回は 5 年後に調査。

一般演題 1 ストーマ合併症

O1-12 ストーマ傍ヘルニアと脱出による管理困難なストーマケアの一症例 (抄録 P136)

大和 奈美 先生 (福岡県済生会大牟田病院 外科、泌尿器科)

家族の協力を得るのが難しい傍ストーマヘルニア、ストーマ脱出を発症し管理困難となった症例紹介。近接部に窪みあり連日の便漏れ、皮膚びらんが発生。入院後、腹部膨満、ストーマ脱出悪化があったが再手術困難。面板開孔の内側に切り込みを入れ、用手成形皮膚保護剤、腹帯チューブを併用。苦痛を取り除き日常生活を安楽するため、装具交換の回数を減少、皮膚トラブルの改善、便漏れ防止を目的にケアを行い安楽な生活に繋がった。

O1-13 傍ストーマヘルニアに対するストーマ外来での対応～既製のベルトでは対応できなかった 3 症例の経験～ (抄録 P137)

小野寺 直子 先生 (岩手県立中央病院)

傍ストーマヘルニアへの対応は、装具選択と既成のヘルニアベルトによる保存対応が主体である。しか

し、患者のライフスタイルや希望、体重変化や腹壁癒痕ヘルニアの巨大化などに応じて、3例の症例にオーダーメイドベルトを用いた。体重管理、患者の希望を考慮、必要に応じてオーダーメイドのヘルニアベルトを選択することが重要である。

O1-14 傍ストーマヘルニアの発症リスクを再考する一者因子・手術手技に関わる因子の検証—

永吉 絹子 先生（九州大学医学研究院 臨床・腫瘍外科）

傍ストーマヘルニア予防の為、患者因子、技術的因子を含む特有のリスク因子の抽出が必要であり、単孔式ストーマ患者の傍ストーマヘルニア発症に関わるリスク因子を検証した。

対象：単孔式左側結腸人工肛門造設術を受けた109人（2004年4月～2018年12月）

109例中25例（22.9%）で発症、高齢者やBMIの高い方に多く発症。術式や緊急手術には差はなし。腹腔鏡手術に傍ストーマヘルニアが多く見られた。腹膜外で挙上すると傍ストーマヘルニア予防に有効といわれているが40%で発症。長期経過中に癒痕ヘルニアの併発あり。傍ストーマヘルニア発症症例ではストーマ造設側の腹直筋左側、内側の萎縮がある。BMIが25 kg/m²以上、ストーマ造設側の左側、内側腹直筋の萎縮が独立したリスク因子。腹腔鏡手術では、肥満など腹腔内が高い場合圧が加わりやすく、創傷治癒因子や創の脆弱性が加わりストーマ創の孔径が広がりヘルニアを発症すると考えられた。

高齢、肥満、左側腹直筋萎縮が傍ストーマヘルニア発症に関与する。腹直筋萎縮を生じない造設が必要。

一般演題2 ストーマ造設

O2-12 当院における根治術に伴うストーマと緩和的ストーマとの晩期合併症の発生状況（抄録 P150）

工藤 礼子 先生（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）

緩和ストーマは根治術ストーマよりも晩期合併症の発生頻度が高いと言われている。それぞれの晩期合併症の発生状況の違いを検討。2011年4月から2017年3月までの993件の内、根治術ストーマ群が320件、緩和ストーマ群が329件で後方視的に比較した。傍ストーマヘルニアの発生率は根治術ストーマ群では6%、緩和ストーマ群では4%。ストーマ脱出の発生率は根治術ストーマでは0件、緩和ストーマ群では26件で8%であった。ストーマ静脈瘤は根治術ストーマ群では0.6%、緩和ストーマ群では1.5%であった。傍ストーマヘルニアの発生時期は根治術ストーマ群では直後から39か月、緩和ストーマ群では1から12か月それぞれ75%で体重増加の記録の記載があった。

傍ストーマヘルニアは根治術ストーマ群に多く発生しており、発生要因に体重増加があった。根治術ストーマ群では生活習慣によるもので緩和ストーマ群では通過障害の解消から食事が可能となり体重増加につながった。また緩和ストーマ群では狭窄状態から腸管拡張によりストーマ径が拡大したと考えられる。根治術ストーマ群では生存期間にともない年数経過後に発生する傾向にあった。

一般演題3 教育

O3-3 看護師アンケートで得られたストーマ装具選択フローチャートの効果と課題（抄録 P152）

大重 まどか 先生（九州大学病院 看護部）

装具選択は看護師個々の判断に任せられ造設数の半数は適切な選択ができていなかった。適切な装具選択と患者指導の向上のためストーマ装具選択フォローチャート、ストーマ装具セット、WOC ナースへの介入基準を明確化した。フローチャート導入による看護師への効果を報告する。

対象：ストーマ造設後看護を行う 6 病棟の看護師 167 名

方法：アンケート配布し返信封筒にて返送

内容：対象者背景、装具選択の簡便性、WOC への相談、日常生活指導、看護教育、ストーマケアの苦手意識など全 24 項目

期間：2020 年 7 月 27 日～8 月 28 日

有効回答率：46%、看護師経験平均 8.9 年、病棟経験平均 3.9 年、ストーマ経験人数 10 人以上 68%

「フローチャートでの学習」、「経験の浅い看護師への教育」、「苦手意識軽減」が高い肯定的スコア。

「苦手意識軽減」が 90%と最も高く、「セット化されたことで交換指導しやすい」が 99%だった。

フローチャートにより、ストーマケア経験に関わらず装具選択や決定、交換指導が容易になり、苦手意識が軽減できた。苦手意識は装具選択や決定・相談体制等が影響していることが推察される。

一般演題 5 QOL

O5-6 ストーマ装具選択フローチャート導入による効果の検討～ストーマ看護外来における装具変更率への影響～（抄録 P165）

白川 和義 先生（九州大学病院 看護部）

A 病院ではストーマ装具選択に明確な基準はなく装具未決定のまま退院、初回ストーマ外来での装具変更が発生した。適切な装具選択と WOC ナースの早期介入を目的にストーマ装具選択フローチャートを導入し外来における効果を報告する。フローチャートはストーマ種類ごとに作成しサイズ別に 2, 3 種類の装具の中から選択。装具、アクセサリは 1 つの BOX にセット化し WOC ナース介入のタイミングを明記した。術後初回交換時にフローチャートに沿って装具選択を行った。

対象：小児を除くストーマ造設術を受けた全患者

期間：導入前 2018 年 9 月～2019 年 8 月、導入後 2019 年 10 月～6 月

内容：フローチャート導入前後で、ストーマ造設の状況、装具決定までの期間と内容、ストーマ外来受診率、外来での装具変更の有無とその理由について比較

外来受診数は導入前 83%に対し導入後 72%、装具未決定での退院は導入前 7%に対し導入後は 0%。

初回外来での装具変更は導入前 38%に対し導入後は 18%（12 例）と半減した。変更 12 例のうち 7 例は初回交換時にフローチャートが順守されておらず、イレオストミー症例ではマッシュルームの形状だと大きく開孔するため順守できないとの理由があった。イレオストミーは初回外来で装具変更が多く順守率も低い。評価回数やタイミングも含めフローチャートを見直す。入院中はフローチャート内の限定した装具選択だが、外来では個々にあう装具やケアを提案する必要がある。

O5-7 ストーマ装具選択フローチャート導入による患者への効果の検討（抄録 P166）

立花 由紀子 先生（九州大学病院 看護部）

これまで装具選択は各病棟の看護師に任されており適切な装具選択までに期間を要することがあり、WOC 介入基準もなかった。適切な装具選択、タイムリーな WOC 介入、スムーズな患者セルフケア習得を目的としストーマ装具選択フローチャートとストーマ術後セットを導入し患者への効果を検討した。

期間：導入前 2018 年 9 月～2019 年 8 月、導入後 2019 年 10 月～9 月

対象：期間中にストーマ造設術を受けた小児を除く患者 ※装具決定日が不明、再造設、入院中にスト

ーマ閉鎖、ダブルストーマ、死亡例を除く

内容：導入前後でストーマ装具決定までの期間、WOC 介入率、ストーマ合併症率、入院中の装具未決定率、ストーマ外来での装具変更などについてカルテ内容を後ろ向きに調査。

装具やアクセサリーの入ったセットはコロ、イレオ、ウロの 3 種類。フローチャートは排泄口の高さなど誰でも同じように判断可能。WOC 介入のタイミング明記。

手術から装具決定まで導入前 18.5 日⇒導入後 14.5 日。装具決定から交換回数は導入前 8.5 回⇒6.4 回。入院中のストーマ合併症 40.7%⇒33.3%。初回外来での装具変更は 33.0%⇒10.8%、WOC 介入 46.2%⇒83.3%、介入理由は装具選択に関するものが最多。フローチャート順守率は 57%、順守しない理由はストーマサイズに関する事だった。

フローチャートは装具決定期間が短縮されスムーズな患者セルフケア習得につながる。発赤、びらん発生低下が患者ストーマセルフケア習得の困難感を減らし、初回外来の変更率低下は患者ストレスを軽減し、患者の自己効力を高め、QOL 向上につながるかと推察。フローチャートの妥当性の見直し、順守率の向上、早期の適切な装具決定により、患者セルフケア習得の困難感の軽減と期間短縮が必要と考える。

O5-8 消化器系ストーマ社会復帰装具選択基準の導入効果（抄録 P167）

鳥居塚 美樹 先生（独立行政法人労働者健康安全機構 大阪労災病院）

不適切な装具選択は皮膚障害や装具変更の原因となり、患者の手技習得を遅らせる。A 病院では病棟看護師それぞれの判断で装具選択し経験や知識の差によりバラつきがあった。先行研究では消化器系ストーマ社会復帰装具の選択基準（以下、アルゴリズム）を作成して、装具決定までの日数の短縮、便漏れや皮膚障害発生数低下、誰でも装具選択ができるという目標を達成できたとある。A 病院でもストーマフィジカルアセスメントツールを参考に作成したアルゴリズムを導入した。

アルゴリズムの効果として装具選択時間が短縮された。しかし、限界としてアルゴリズムを用いても便漏れが解決できない症例もあり装具選択への不安は残存した。アンケート結果よればアルゴリズムはアセスメントの確認や自信となり看護師間での相談がしやすくなり WOC への相談数が減少した。経験年数に関係なく患者に応じたアセスメントと装具選択ができた。しかし、4 割が知識不足に関する理由から導入後の適切な装具交換ができていないと感じていた。アルゴリズムを有効に使用するためにケースカンファレンスや勉強会を行ない病棟看護師の不安の軽減や知識の向上に努めることが必要である。

O5-9 スキンレベルであった緩和ストーマの装具選択に関する考察—凸面装具と用手形成皮膚保護材に焦点をあてて—（抄録 P167）

篠原 彩実 先生（埼玉医科大学国際医療センター）

装具選択基準はスキンレベルのストーマや皺、くぼみがある例には凸面型装具を推奨する。凸面型装具や用手成形皮膚保護剤は多種多様で選択に経験が要る。便漏れがあり管理に難渋した症例を報告する。腹壁が柔らかく連結する皺があり、術後、院内標準化された装具では漏れが生じ入院中の装具決定に至らず。外来で評価を行い週 2 回交換が可能となった。標準化された装具は自由開口型で凸部に傾斜があり凸面型嵌め込み具との間に距離がある。用手成形皮膚保護剤は水分を吸収し膨潤するタイプを使用していた。標準化された装具ではストーマ孔と嵌め込み具の間に距離があり近接部を固定できず、用手成形皮膚保護剤が吸水後に膨潤して装具を浮き上がらせ漏れが生じた。決定装具は硬性凸面型だが、なだら

かなおわん型でストーマ孔と嵌め込み具との距離が短い。用手成形皮膚保護剤はびらん時でも密着が得られ吸水しても高さが変わらない溶解タイプを使用。決定装具はなだらかなおわん型の凸面が圧を分散し柔らかく連結する皺のある腹部にも追従し、用手成形皮膚保護剤は成形した形状を維持し皺を補正し平坦にでき吸水後も膨潤せず面板の浮き上がりがなく密着し、管理可能となった。

イーキンジャパンの活動

ランチョンセミナーとバーチャル展示ブースを出展いたしました。PC、スマホ、タブレットからアクセスができどちらも大勢のご来場をいただきました。

ランチョンセミナー概要：

イーキンなう！こんなふうに使ってみた！トラブルも解決できるノウハウ教えます（抄録 P75）

座長：工藤 礼子 先生（国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院 皮膚・排泄ケア認定看護師）

平山 千登勢 先生（学校法人杏林学園杏林大学医学部附属病院 皮膚・排泄ケア認定看護師）

古川 純子 先生（医療法人徳洲会 東京西徳洲会病院 皮膚・排泄ケア認定看護師）

バーチャル展示ブース：

最新の IT 技術を用いて皆様楽しく双方向で視覚的に情報提供を目指したブースデザインです。

イーキンdot@ドットへようこそ。



イーキンドットイレオ
コンベックス

NEW! イーキンドット
ドレナブル

イーキンドット
ツーピース

サンプルリクエストフォーム

イーキンジャパンバーチャル展示ブース入り口

お問い合わせ：

セミナーの要旨やバーチャル展示ブースについてご興味の方は、イーキンジャパン営業担当者もしくは、下記までお気軽にお問い合わせください。

イーキンジャパン株式会社 〒107-0052 東京都港区赤坂 5-4-12 TGA AKASAKA 6F

Tel: 03-6229-3830 Fax: 03-6229-3831 email: mail@eakin.co.jp web: www.eakin.co.jp

以上