

の管理表」を医療従事者（医師、看護師、薬剤師）で作成し、それに基づき疼痛コントロールを行ったので報告する。

〔方法〕オピオイド製剤使用患者に、原則として自分自身で「痛みの管理表」に鎮痛効果、レスキューの使用状況、副作用状況等を記入してもらう。患者には、また「痛みの管理表」の必要性・継続記入等に対するアンケート調査を行う。医療従事者は「痛みの管理表」をチェックし、医師へ副作用状況等を報告し、投与量等の提言を行う。

〔結果・考察〕痛み等の表現方法は主観的なものなので、患者個々に異なり統一することは困難であり、オピオイド製剤開始時にはその効果や副作用、「痛みの管理表」に記載する必要性や記載方法の十分な説明が必要であった。患者は「痛みの管理表」を記載することで自己の痛みの状況を系統だてて知ることができ、医師もまた、患者の痛みの状況を確認しながら、チーム医療による疼痛のコントロールができるものと思われた。

薬剤管理指導業務 (3) 消化器病棟における抗がん剤の処方確認業務

（薬剤部） 鳴戸迪子・廣原正宜・卯月基子・武立啓子・藤井恵美子

〔目的〕薬剤管理指導の目的の一つに医薬品の適正使用の推進がある。近年、抗がん剤に関連した医療過誤や事故が多いことから、東京女子医大病院消化器病棟では、平成14年9月から医師、看護師の要望により処方過誤防止対策として病棟薬剤師による抗がん剤（注射薬、内服薬）の処方確認を行っているので報告する。

〔方法〕リスクマネジメントの観点から癌化学療法の処方確認を行うため、まず消化器病棟で頻用されている抗がん剤の投与量、投与日数、休業期間をまとめた癌化学療法のプロトコール一覧表をあらかじめ提出してもらった。新規プロトコールを開始する場合には、施行医師が「プロトコール外化学療法施行許可願」に投与計画を記入し、責任医師による確認後、薬剤部への提出を求めることとした。癌化学療法施行時には、処方医、7年目以上の医師および薬剤師の3者による確認作業を原則とした。薬剤師はプロトコールを基に患者ごとの「投与計画書」を作成して注射調製室へ提出し、注射調製室においてもこの「投与計画書」を確認し、注射薬の混合・払い出しを行うこととした。

〔結果・考察〕平成15年10月までの1年2ヵ月間に、注射薬15品目430件、内服薬6品目368件について処方確認を行った。病棟薬剤師および注射調製室での処方確認を行うことにより17件（内訳：投与量3件、投与期間11件、その他3件）のエラーを防ぐことができ、リスクマネジメントの観点から医薬品の適正使用の推進に貢献できたと考えられる。

当科におけるPICC（末梢穿刺中心静脈カテーテル）の使用経験

（血液内科学） 鮫島勇一・森 直樹・増田道彦・寺村正尚・志関雅幸・吉永健太郎・岡村隆光・井上 薫・近藤年昭・木田理子・泉二登志子・溝口秀昭

〔緒言〕近年、中心静脈カテーテル挿入時の合併症による死亡事故例が報告され、より安全な方法が求められるようになってきている。特に血液疾患患者においては、出血傾向等を伴うことが多く合併症を併発する可能性が高い。そこで我々は、中心静脈カテーテルの挿入に際し、内頸静脈や鎖骨下静脈の穿刺を避け、肘窩付近の皮静脈を経由して中心静脈へ挿入するカテーテルPICC（peripherally inserted central venous catheter）を使用することとした。その経験を報告する。

〔症例〕2003年1月より同年10月までに当科に入院となった血液疾患患者で、中心静脈カテーテルの留置を必要とした43例（急性白血球22例・悪性リンパ腫12例・骨髄異形成症候群7例・多発性骨髄腫2例）に、のべ59回のPICC挿入が施行された。そのカテーテル挿入時および留置期間における合併症等について解析した。

〔結果〕カテーテルの留置日数総計は1651日であり、平均日数は28.0日（最長107日）であった。挿入時の血小板数の平均は13.8万/μl（最少0.5万/μl）であった。PICC挿入は66回の施行で59回の挿入が達成され、達成率は89.4%であった。PICCが挿入不能であった3回は大腿静脈から挿入し、4回は外科に内頸静脈からの挿入を依頼した。留置期間における合併症では、カテーテルの破損が6回、閉塞が4回、静脈炎が4回認められた。静脈炎のうち1回は敗血症を伴っていたが、カテーテルが感染源であると証明されたものはなかった。

〔考察〕PICCは留置期間中の静脈炎、破損の頻度が高いという報告が多いが、血液疾患患者でも安全に使用できるものであると考えられた。

口腔悪性腫瘍切除後の再建術についての検討

（第二病院歯科口腔外科） 北原秀治・金子裕之・阿部廣幸

顎口腔領域は咀嚼、嚥下、発音などの生命維持や社会生活におけるいわゆるQOLを保つために、あるいは審美上も重要な部位となってくる。このため口腔癌の治療にあたっては根治的はもとより、機能的障害や審美上の問題、術後の義歯も含めた補綴上の形態的問題なども十分に考慮した治療法を選択しなければならない。また、口腔癌手術において切除によって生じた組織欠損に対する再建手術の種類も重要となる。

近年、口腔悪性腫瘍切除後の再建術の技術的進歩はめざましく、マイクロサージェリーによる遊離皮弁が広く行われている。しかし遊離皮弁による再建術は手術時間