赤沼直毅[1]・西野隆義[2]・佐藤二郎[3]・
木村桂子[4]・江川知子[5]・下野昭一[5]・
福田　晃[6]・山本雅一[6]

東京女子医科大学附属八千代医療センターは，平成18年12月8日に開院し，現在6カ月が経過した．当院は，八千代市を中心とした東葛南部医療圏における急性期医療を担いながら，周辺地域医療との連係を基本構想とする，355床の地域中核病院である．近年，がん患者への緩和ケアの重要性が認識されてきているが，緩和ケア病棟で最期を迎えるがん患者は6%に過ぎず(平成16年日本ホスピス緩和ケア協会報告)，一般病院での緩和ケア対策は重要事項の1つとなっており，超急性期病院を掲げている当院でも同様である．平成19年4月より，緩和ケアグループを発足させ，活動を開始している．

当グループの活動は，週1回のケースカンファレンスを中心としている．コンサルテーション型のカンファレンスで，主治医の了解を得たうえであれば，基本的に誰がコンサルトしても良い形としており，疼痛対策を中心とした治療，また，在宅，転院を含めた今後の方向性を多職種間で話し合っている．当院は中規模な施設であるため，医師，コメディカルの距離が近く，意志統一，指示の伝達が容易である．当院では長期入院は基本的に不可能であるため，入院時に退院の目標をたて，できるだけ短期間で症状コントロールを行い，達成後は速やかに在宅，転院への移行を行っている．今後は，当院独自の疼痛対策マニュアルの作成，院内勉強会の開催，周辺開業医への啓発活動を課題としている．

3. 外来化学療法におけるVinorelbineの使用経験

(第二外科)　青山　圭・
神尾孝子・山口昌子・大地哲也・
瀬下明良・亀岡信悟

乳癌術後薬物療法としてアンスラサイクリン・タキサン併用療法を施行したにもかかわらず再発してしまった患者に対して，どのような治療戦略を立てるかは近年とても重要な課題となってきている．Vinorelbineビノレルビン（ナベルビン）はこのような患者に対する新薬の一つとして注目されている．ビノレルビン単独，あるいはビノレルビン＋トラスツズマブ併用療法を行うことは効果的な治療の一つである．

今回我々は，ビノレルビン療法が奏効した再発乳癌を経験した．ビノレルビンは消化器症状や末梢神経障害などの有害事象がほとんどなく，血液毒性や血管炎に注意すれば外来通院にて安全に施行することが可能である．

4. 膵臓がんで外来化学療法を受けている人々の思い

(総合外来センター2階　看護師)
中別府多美得

膵臓がんと診断された人の中には，手術ができず，余命が月単位であると告げられている人も少なくない．そのような人々の言葉から，死を意識しながらも化学療法に懸ける必死な思いを感じる．

本研究は，膵臓がんで外来化学療法を受けている人々が，どのような期待を持って治療に臨んでいるのかを知ることを目的として，対象者3名にインタビューを行った．その結果，膵臓がんで外来化学療法を受けている人々は，治らないことを受け入れ，現状維持でもこの状態が少しでも長く続くことを期待していた．また，死を意識しながら，限られた時間をよりよく過ごしたいと望んでいた．

このような思いを理解し，受け止めること，医師・看護師が患者と目標を共有することの重要性を感じた．そして，患者の言葉に関心を持って傾聴することの大切さを再確認した．化学療法の有害反応や疾患から生じる症状のコントロールが，生活の質や治療への満足度に影響することも明確になった．

5. 当院における外来がん化学療法への薬剤師の関わり

(薬剤部)　山本郁生・
田口晃子・柏瀬しのぶ・川井朋子・
石井　潤・卯月基子・木村利美・
佐川賢一

〔はじめに〕当院における外来がん化学療法は総合外来センター開院とともに開始され，1ヵ月あたりの処方せん枚数は平成19年5月には944枚と当初の約3.6倍に増加している．現状の問題点と改善点，今後の業務展開を報告する．

〔問題点〕①レジメン登録に際し，提出されたレジメンに参考文献が添付されていない，内容が違うなど医学的な適用性の判断に困るものがある．②現行システムには投与量，投与間隔などの自動鑑査機能がない．③当日オーダー入力・発行がある．④薬剤師による患者服薬指導が行われていない．

〔改善点〕①新システムに投与量，投与間隔の自動鑑査機能を組み込んだ．②薬剤師による患者服薬指導を行うための患者説明手帳やレジメン別患者説明書，指導記録用紙を作成した．

〔まとめ〕薬剤師が外来がん化学療法に携わることにより，リスクの高い抗がん剤無菌調製がより迅速，安全，正確，衛生的に行うことができる．新システム導入により，より安全に外来がん化学療法を行うことができる．薬剤師が外来がん患者服薬指導を行うことにより，患者の理解度，満足度が高まると思われる．

6. 在宅経管栄養療法施行中に銅欠乏性貧血，好中球減少をきたした1例

(東医療センター)　高杉絵美子・
山中　崇・堀田典寛・西村芳子・
柴田興一・川内喜代隆・大塚邦明

〔症例〕81歳，男性．平成15年2月左上肢の筋力低下が出現した．平成16年に右上肢の筋力低下，平成17年3月球麻痺が出現し，同年4月筋萎縮性側索硬化症と診断された．同年11月下旬，誤嚥性肺炎のため当院内科に入院した．鼻マスク式人工呼吸療法を経て，12月中旬に気管切開術を施行し陽圧式人工呼吸療法を開始した．また，嚥下障害のため経鼻胃管から経管栄養療法を開始した．平成18年1月自宅に退院後，訪問診療，訪問看護により経過観察を行っていた．平成18年11月頃から眠りがちになり，同年12月 WBC 2300/μl，好中球1058/μl，Hb 6.8g/dl，Plt 36.6×10^4/μl であった．好中球減少ならびに大球性貧血を認め，経管栄養療法を施行中であることから微量元素の不足を疑い，血清銅および亜鉛を測定した．その結果，血清銅5μg/dl，亜鉛47μg/dl と低下を認めたため，微量元素製剤を投与したところ，平成19年2月には WBC 6700/μl，好中球4824/μl，Hb 11.4g/dl，Plt 29.7×10^4/μl に改善している．経管栄養療法の長期化とともに微量元素の不足を生じることが知られている．本症例のように，経管栄養療法の期間がそれほど長くなくても微量元素の不足による好中球減少，貧血を生じる場合があり，定期的なモニタリング，適切な補充が必要であると考えられた．