

研究報告書

テーマ：在宅ケアにおける精神症状緩和を支援するための
緩和ケアチーム・在宅ケアチーム連携システムの構築

申請者： 小川 朝生
所属機関・職名：
独立行政法人 国立病院機構
大阪医療センター・医師
所属機関所在地：
大阪府大阪市中央区
法円坂 2 - 1 - 1 4

提出年月日：2007年3月30日

背景と目的

我が国のがん罹患は増加しており、がん死亡は毎年30万人を超えている。日本人の3人に1人はがんによって死亡することになり、がん罹患、がん死亡はきわめて身近なことである。がん患者の約半数は死への転帰をだどるなかで、患者の Quality of Life 向上を目的とする緩和ケアはその重要性を増しつつある。

我が国において、がんによる死亡の約90%が一般病院内である。ホスピスや緩和ケア病棟のケアが急成長しているが、病院内の緩和ケアの質は重要な問題である。

平成18年にはがん対策基本法が制定された。基本法の3つの柱の一つに「がん医療の均てん化の促進等」があり、その中ががん患者の療養生活の質の維持向上が盛り込まれている。急性期病院では緩和ケアチームが必須となり、その整備が進められている。

一方、在宅での終末期ケアも徐々に普及し始めているが、終末期の症状緩和の必要性が認識されているにもかかわらず、在宅ケアの場面では知識・認識の不足から対応が不適切・不十分なのが現状である。緩和ケアチームにより症状コントロールがなされ、在宅へ移行可能な状態であるにもかかわらず、病棟との連携が不十分なために在宅へ移行できないケースや、在宅移行後に適切な症状アセスメントができなかったために症状が悪化し、再入院を余儀なくされるケースが後を絶たない。在宅ケアへ円滑に移行し、またQOLを向上させるために、在宅ケアにおける精神医学的な支援体制を構築する必要がある。

緩和ケアチームは、1970年代に英国を中心に組織された、がん患者の症状緩和と地域連携を目的に作られたチームである。日本では、2002年より加算基準に緩和ケア診療加算が新設され、近年では、地域がん診療拠点病院の重要指定要件に含まれるなどし、緩和ケアチームの数は増加し、緩和医療学会に登録している緩和ケアチームは125施設（加算あり32施設、加算なし89施設）にのぼる。

急性期病院緩和ケアチームの機能は大きく3つにまとめられ、症状コントロール、診断、病状説明の理解の促進、適切な療養の場の選択のサポートが挙げられる(ElIershaw et al., 1995)。欧米における緩和ケアチームは在宅ケアから発展し、現在、日本の緩和ケアチームの活動内容は症状コントロールに留まり、在宅連携をおこなう欧米型の緩和ケアチームの活動まで成熟していない。しかし、実際の患者は入退院を繰り返しており、入院・在宅を円滑に移行し症状緩和を継続するために、緩和ケアチームによるフォローアップが必要である。

本研究は、在宅がん患者を支援するために急性期病院の緩和ケアチームが在宅ケアチームとどのように連携するのがよいのか、在宅への移行を円滑にするためにどのような活動が必要なのかを明らかにすることを目的として企画した。具体的には、入院患者の在宅移行時の問題を院内院外から明らかにすること、在宅ケアで問題となり、在宅ケアチームが対応困難となりがちな症状管理の問題に対して、緩和ケアチームから情報の提供・連携をおこなうモデルを構築すること、を目標に実施した。

方法・結果

在宅ケアへのアプローチとして、1．緩和ケアチームとして患者・家族への直接アプローチ、2．在宅ケアチーム・地域医療体制へのアプローチに分けて実施した。

方法

1．患者・家族への直接アプローチ

直接アプローチとしては、緩和ケアチーム介入患者に対して、がん看護専門看護師を中心に、介入当初から在宅移行時期を病棟看護師・家族とともにアセスメントをおこない、個別の家族教育、在宅連携の調整をおこなった。また医療ソーシャルワーカーに早期に情報提供をおこない、訪問看護ステーション・在宅医と退院前カンファレンスをおこない、在宅移行後予想しうる身体症状・精神症状の予測、アセスメント、対応方法を協議した。また退院前のカンファレンスの中で、在宅での疼痛管理に関する知識が十分行き渡っていない現状が明らかとなったため、緩和ケアチーム専任薬剤師を中心に、院内・在宅連携用に共通のオピオイド換算表を作成し、院内および連携訪問看護ステーション・在宅医に配布した。

1) がん看護専門看護師の活動

当センターは、急性期一般病院であり、平均在院日数は17日で、がん患者の多くが、外来ユニットにおいて化学療法・放射療法を受けている。そのため、当チームへの依頼も、痛みを含めた身体症状管理と精神症状管理が多い。緩和ケアチームが依頼を受ける患者のうち、在宅や転院の調整が必要になる事例は、約30件(15%)である。患者が自分の病状を正確に理解するための情報提供および患者の希望にそった療養の場へのスムーズな移行のための調整が緩和ケアチームの役割でもある。

がん患者が抱える精神症状として、うつ、適応障害、せん妄などがある。

せん妄に関して、医師、看護師、薬剤師などの医療従事者が、正確にアセスメント・モニタリング・治療・ケアできることを目標に、緩和ケアチームが中心になり集合教育とOJTを計画・実施した。集合教育では、チーム専従の精神神経科医師と看護師が協働した。具体的な教育内容は、せん妄の病態、原因・誘因、アセスメント、モニタリング、薬理的治療・非薬理的治療、せん妄予測アセスメントツール(NEECHAM)、せん妄患者の抱える看護上の問題とケア、家族ケアなどである。

また、せん妄の予防・早期発見としてNEECHAMの活用を推進した。さらに、せん妄患者のケアの均てん化を目標に、「せん妄標準看護計画(資料参照)」を作成した。また2006年の電子カルテ導入に際しては、共通ファイルに組み入れた。

依頼のあったせん妄患者に対しては、病棟担当医師・看護師とともに、せん妄と判断する根拠となる症状を検討しながら、せん妄の原因・誘因を明らかにした。その臨床判断をもとに、せん妄を引き起こす原因・誘因となっている身体症状(痛み、発熱、脱水、電解質

異常、オピオイド、睡眠剤、侵襲の大きい医療的処置など）を解決する方法（ペインコントロール、解熱剤や抗生剤の投与、補液、オピオイドローテーションなど）を検討した。また、せん妄に対する薬剤の具体的な処方指示と与薬方法、「せん妄標準看護計画」に沿った看護ケアの具体的な方法を相談した。さらに、せん妄患者の行動に不安を抱く家族に対する説明やケアについては、チーム専従の精神神経科医師と看護師が実際に行った。

在宅移行時には、身体症状アセスメントに加え、精神症状アセスメントを行い、在宅移行後予想しうる身体症状および精神症状に関する家族教育を実施した。

在宅調整が必要な事例は、介入時から、退院時に解決していることが予測される問題と在宅後も継続した医療介入が必要な問題を病棟担当医師・看護師とともに MSW に情報提供した。依頼時から MSW がかわることで、身体症状・精神症状が落ち着いた段階で、在宅ケアチーム（在宅医・訪問看護ステーション・ケアマネージャーなど）と退院前カンファレンス等の連携をとることができた。在宅移行後予想しうる精神症状、その症状アセスメント、緩和の方法、専門機関へのコンサルトの時期について協議した。

当センターには緩和ケア外来がないため、在宅移行後の相談窓口を緩和ケアチーム MSW に一本化した。患者の転帰は、外来通院 46%、外来化学療法 11%、在宅移行 5%であったが、この事例のニーズに合わせて、チーム専従の精神神経科医師と看護師、MSW が協働しながら定期的なフォローアップを外来で実施し、担当の訪問看護スタッフとともにアセスメントおよび必要な助言を行った。

2) オピオイド換算表の作成

（作成の経緯）

院内・在宅において、がん性疼痛コントロールのため、オピオイド製剤を使用することは多く、副作用や投与経路の選択により、オピオイドローテーションを行うことも多い。この際、がんサポートチームで活動する中で、アクシデントを経験することも少なくなかった。アクシデントは、用量換算の間違い、デュロテップパッチへのローテーション時の間違い、デュロテップパッチからのローテーション時の間違い、レスキュー設定の間違いなどが、あった。

アクシデントの原因として、各職種（医師、看護師、薬剤師）のオピオイドに対する知識不足、院内の統一化が図れていないことが上げられた。また、急性期病院であり、さまざまな政策医療の役割を担っており、すべてのスタッフが、がん診療や麻薬の取り扱いに精通しているわけではない。研修医や、経験年数の浅い看護師、薬剤師に集合教育を行っているが、実践で使用できるようリソースを使用することでさらに教育効果をあげることがめざした。

また、がんサポートチームへの依頼内容として、オピオイドローテーションや、レスキュー量の設定に関することが多く、対応に時間を費やした。

書籍では、持ち運びが困難で、「見たい時にすぐに見れない」との声も多く聞かれた。書

籍によって、換算（特に、デュロテップパッチ）が異なり、混乱が生じていた。

オピオイド製剤は、さまざまな作用時間のものが新たに発売となり、それに関する問い合わせも多かった。

上記のような動機から、アクシデントの回避、スタッフへの教育、院内での統一化を目的に、今回のオピオイド製剤換算表の作成に至った。

作成の際には、持ち運びが容易なこと（ポケットに収まるサイズ）、用量換算・レスキュー設定が一目瞭然であること、防水加工であること、カラーで見やすいこと、新発売の薬剤を記載することに留意した。

（活用）

全診療科の医師、看護師、薬剤師に配布した。オーダー画面付近に掲示している病棟もあり、オーダー時にすぐに確認できるようにされている。処方をする医師、指示を受ける看護師、調剤をする薬剤師が、この換算表を使用することで知識が統一し、混乱を避けることができた。

また、連携訪問看護ステーションおよびがんサポートチームセミナー参加者（院外の医師、看護師）にも配布した。在宅移行後に疼痛管理を行う上で、院内と共通したレスキュー設定などで活用できると考える。

配布後は、オピオイドローテーション時の用量換算についての問い合わせは、減少した。今後、院内では新規採用の研修医や、看護師、薬剤師に、また院外では連携在宅医・訪問看護ステーション・連携病院に配布することで、院内院外での知識統一を図り、退院後も一貫した疼痛コントロールとアクシデントの減少に繋がると考える。

2. 在宅ケアチームへのアプローチ

在宅ケアチームが適切な症状コントロールをおこない、在宅ケアのQOLを向上させるために、1) 緩和ケアチームからどのような情報提供・アプローチが必要か在宅ケアチームのニーズをさぐるために在宅医・訪問看護ステーションを対象にアンケート調査を実施した。次に、アンケート調査の結果、院内スタッフの在宅ケアへの認識不足および、在宅ケアチームより症状コントロールに関する全般的な知識を得る機会への希望があったため、2) 在宅ケアチームを対象とした症状緩和のセミナーを月1回定期的に企画した。また地域の在宅ケア研究会と連携し、月1回の症例検討会と2ヶ月に1回の症状緩和に関する勉強会を共同開催した。3) 今回オピオイドの使用法を中心にセミナーを企画したため、講義で十分に触れることのできなかつたリンパ浮腫に関しては、院内プロジェクトと共同し、在宅ケアチームのための資料集を作成した。

1) 在宅ケアチームへのアンケートの実施

2年間がんサポートチームの活動をする中で、退院時指導不足、情報提供不足、また、在宅での症状コントロール不良での再入院などの問題があり、院内スタッフの在宅生活への認識不足、地域スタッフの緩和ケアに対する知識不足を感じた。

院内スタッフの認識不足が、患者への退院時指導やその後の継続療養に影響を与え、在宅スタッフの知識不足は症状コントロール不良、不安から来るターミナル診療の敬遠などを生じていると予測された。

そのため、地域訪問看護ステーション、過去にがん終末期診療を依頼した事がある連携診療所・病院 161 施設を対象に、情報提供・退院時指導と、在宅スタッフのがん患者の症状コントロールやケアへの不安要因にまつわるアンケート調査を行った。

回収率は 35.4%で、職種の内訳は医師 13%、看護師 83%、ホームヘルパー6%であった(図1)。

在宅診療・ケアの経験は7年未満が67%であり、多くが介護保険施行後在宅診療・ケアに関わるようになった事を示している(図2)。一方で、病院経験は86%があると答え10年以上と答えた人が47%と、病院経験は比較的長い事がわかる(図3)。

退院時の適切な情報提供がなされているか、と言う質問に対しては、なされていると答えたのは25.1%、なされていないと答えたのは73%であった(図4)。特に、情報提供されていないと感じている項目は「家族の認識・思い」「患者の認識・思い」「予後に関する情報」「家族のサポート力」「今後の治療の予定」であった(図5)。その他は「緊急時の対応、連絡先」「退院時指導の内容」「経済状況」「利用できる社会資源」「病院・医師により、差がありすぎる」「本人と家族とで情報が食い違い、病院は個人情報を理由に情報提供しない」という事があがっている。

退院時の情報は適切な時期・方法で提供できているか、と言う質問に対しては、38.3%ができていると答え、58.4%が出来ていないと答えた(図6)。特に、できていないと感じる具体的理由は「紹介する時期が遅すぎる」「直前に変更になった内容が記載されていない」「看護サマリーが遅い」であった(図7)。その他は「看護サマリーさえない場合がある」「サマリーはあるが、肝心な情報がなく、何を継続すればいいか不明」「紙面では遅いので退院前のカンファレンスが必須」「退院当日や前日に連絡が来る場合がある」「主治医と連絡が取りにくい」「病院間の差が激しい」「入退院を繰り返す場合、その都度の情報提供はなく、病状経過が全くわからない」など病院との連携・情報共有の困難さが現れていた。

退院時指導については、34.9%ができていると答え、61.8%が出来ていないと答えた(図8)。特にできていないと感じる退院時指導は「体位変換」「褥瘡処置」「移動介助」「清拭・洗髪」「経管栄養」「吸引吸入」と続いた(図9)。その他は「退院時に指導されているが在宅での活用ができない」「おむつ交換」「褥瘡予防」などであったが、一方で「病院と在宅でできることはちがうため、完全に指導しなくても良い」「訪問看護が行う内容なので、家族が直接しなくてもよい」などの意見もあった。

在宅移行時に、患者の症状コントロールはできているか、という問いに対して、32.2%

ができていると答え、64.5%ができていると答えた（図10）。特にできていないと思う項目は「疼痛」「不安」「下痢便秘」「不眠」「うつ症状」「倦怠感」と続いた（図11）。その他、フリーコメントでは「食欲不振」「入院中コントロールができていても、環境の変化で不安定になりやすい」「麻薬の導入時期が遅い」などがあつた。

次に、在宅ターミナルケアを行う中で、症状コントロールに関して不安を感じながら実践したことがあると答えたのは87.6%、不安無くできていると答えたのはわずか1%であつた（図12）。特に不安を感じる項目は、「疼痛」「呼吸困難」「不安」「うつ症状」であつた（図13）。その他には、「相談窓口が不明」「医師との連携」「往診医が決まっていない」「幻覚」などがあがり、不安がない理由として「ケースが少なく、今のところ不安を感じない」と言う意見もあつた。

自分の知識や対応に不安を感じたことがあるかという質問に対しては、不安を感じるが93.8%、不安無くできているは0.6%であつた（図14）。特に不安を感じる項目は「精神的サポート」「終末期患者を抱える家族の心理」が特に多く、「家族ケア」「化学療法」「抗がん剤の副作用」「終末期患者の一般的経過」と続いた（図15）。フリーコメント欄は設けていなかったが欄外に「症状マネジメント」「主治医・職種間の情報共有に不安を感じる」「疼痛コントロール」「自分に不安を感じる」「TPN管理」「褥瘡処置」といった事が書かれていた。

図1)

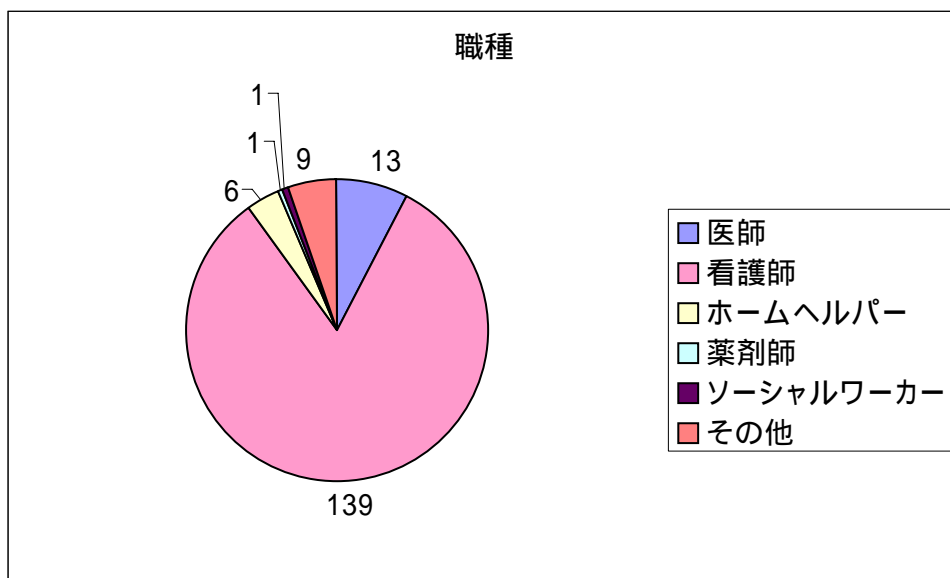


図 2)

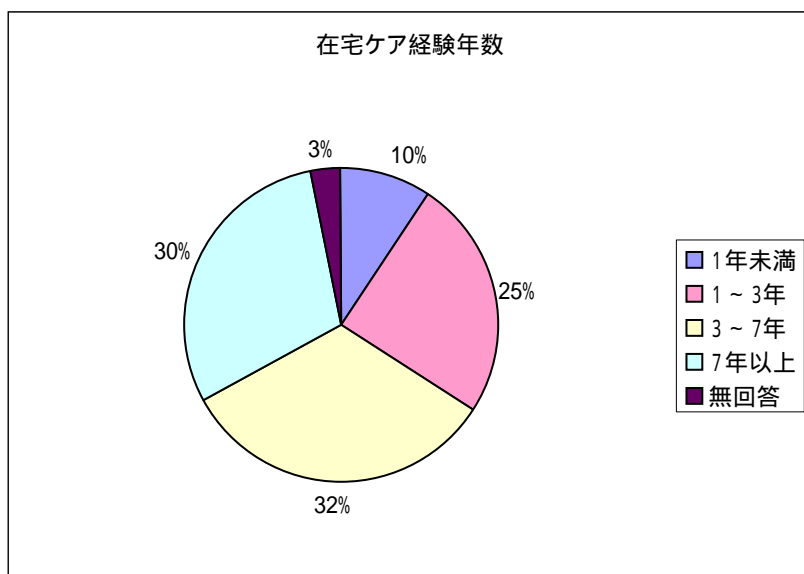


図 3)

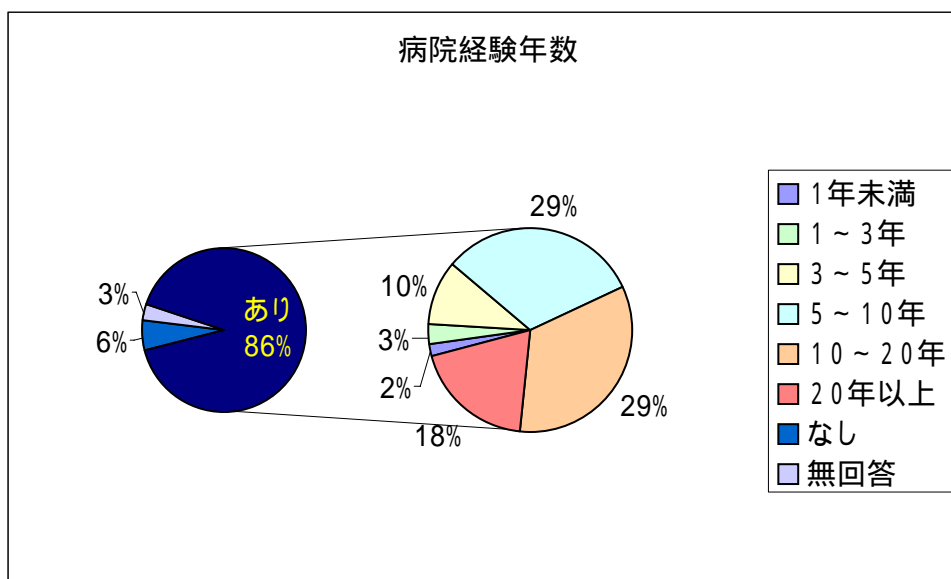


図4)

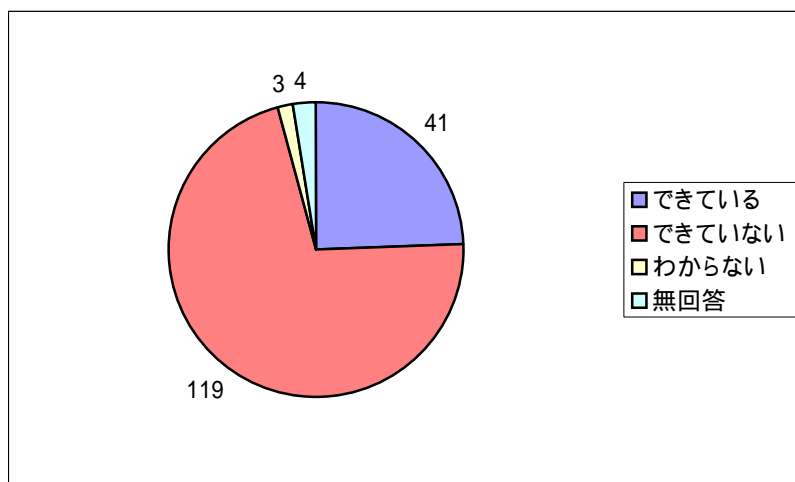


図5)

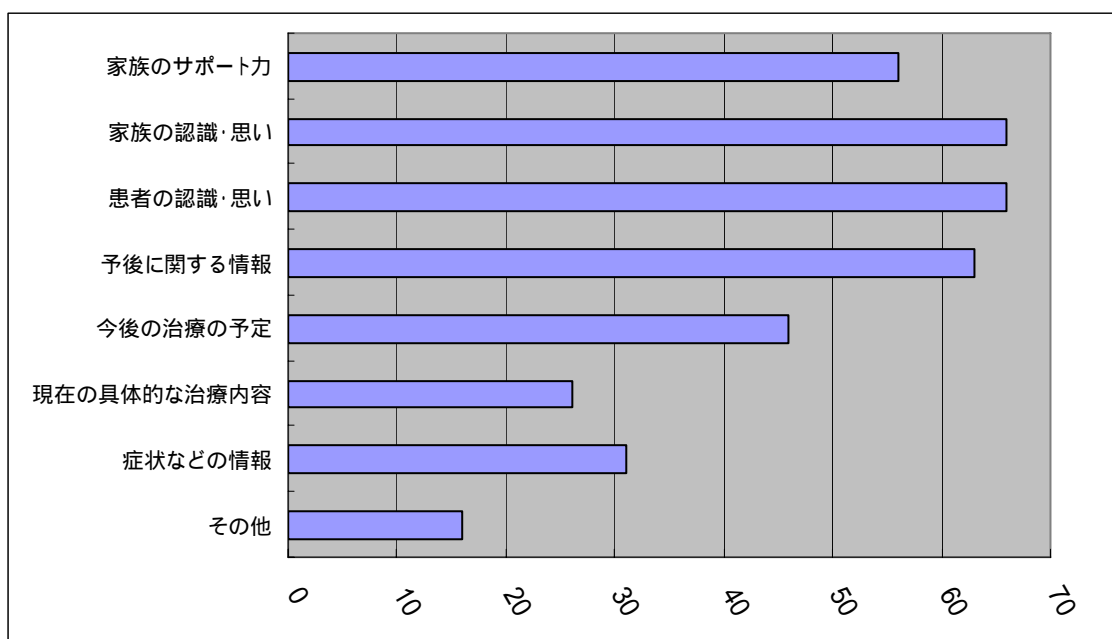


図 6)

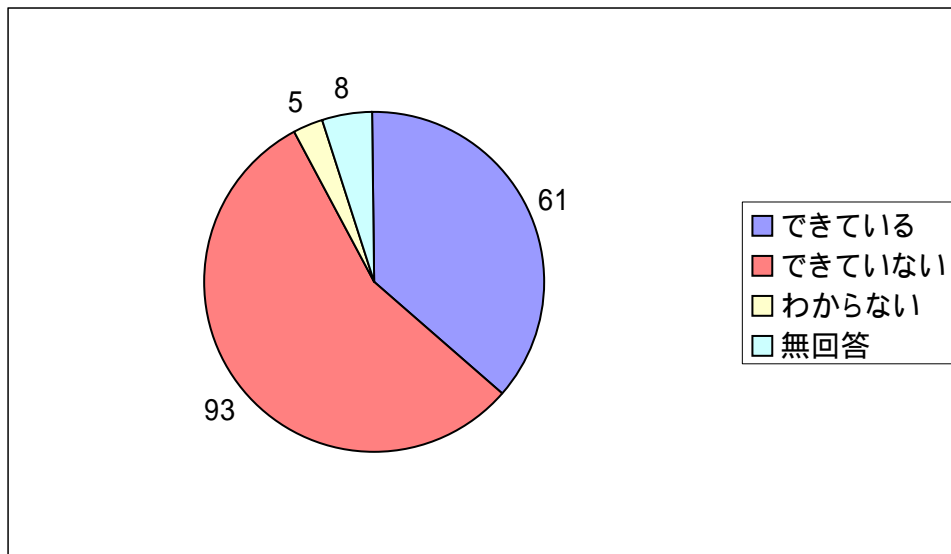


図 7)

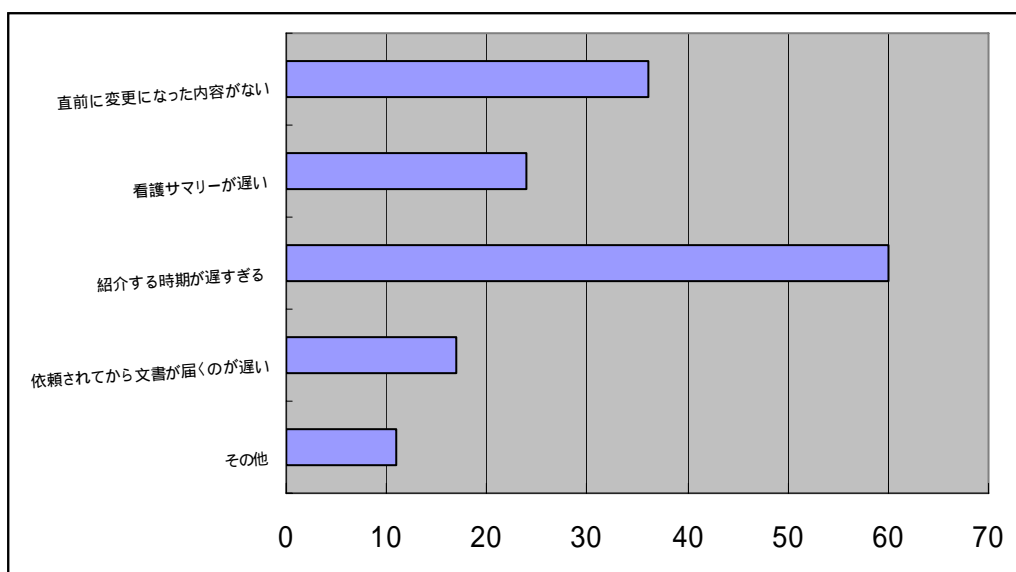


図 8)

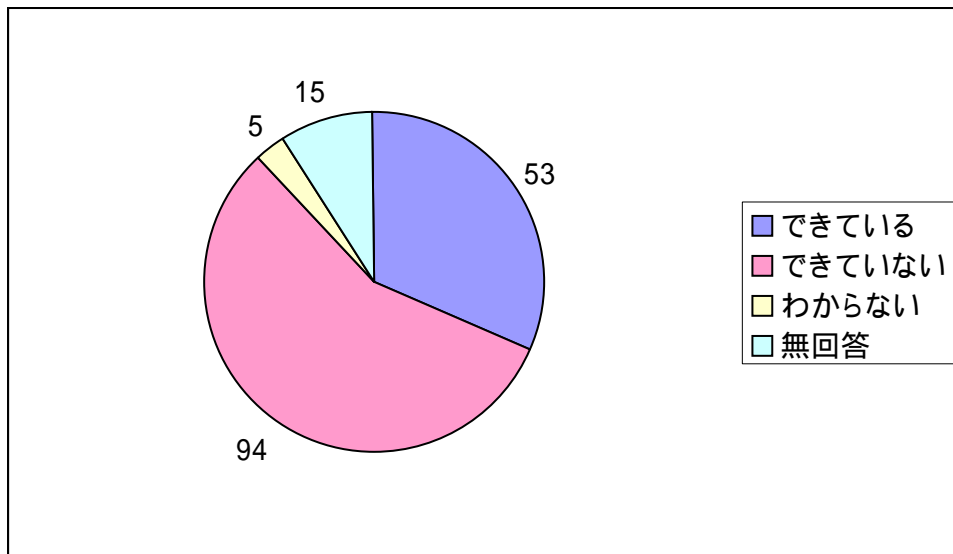


図 9)

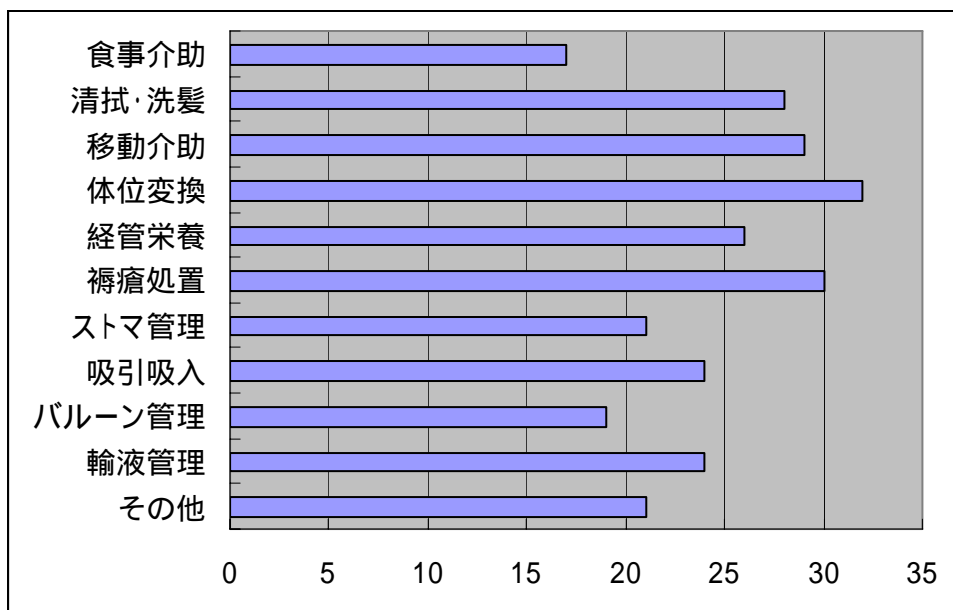


図 10)

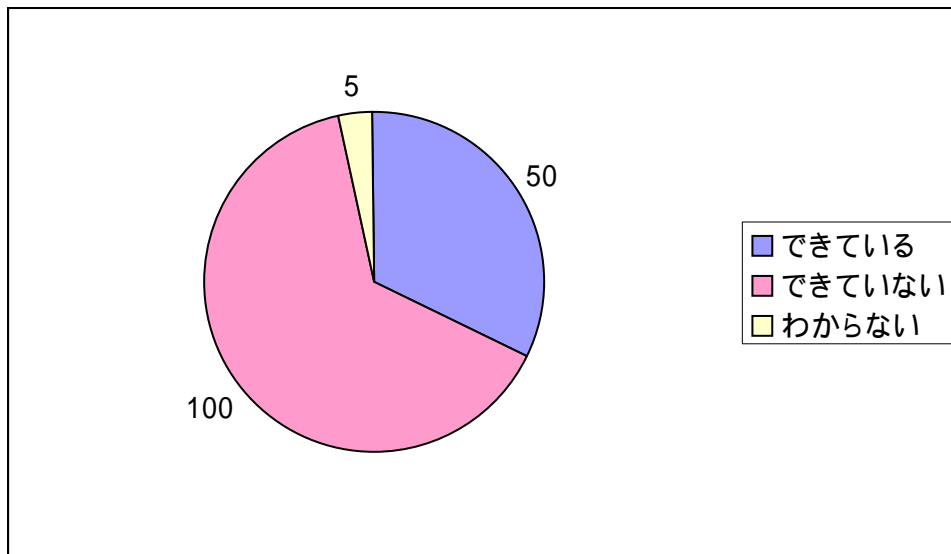


図 11)

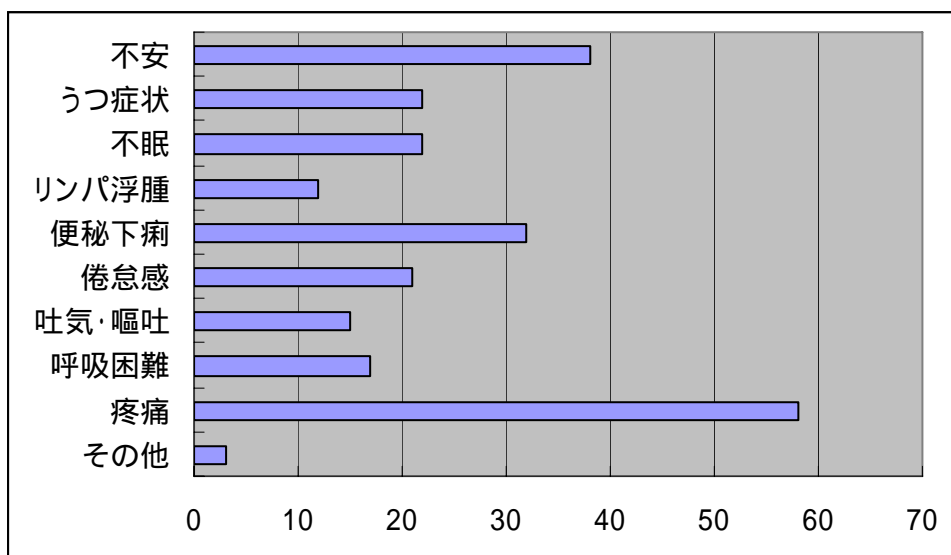


図 12)

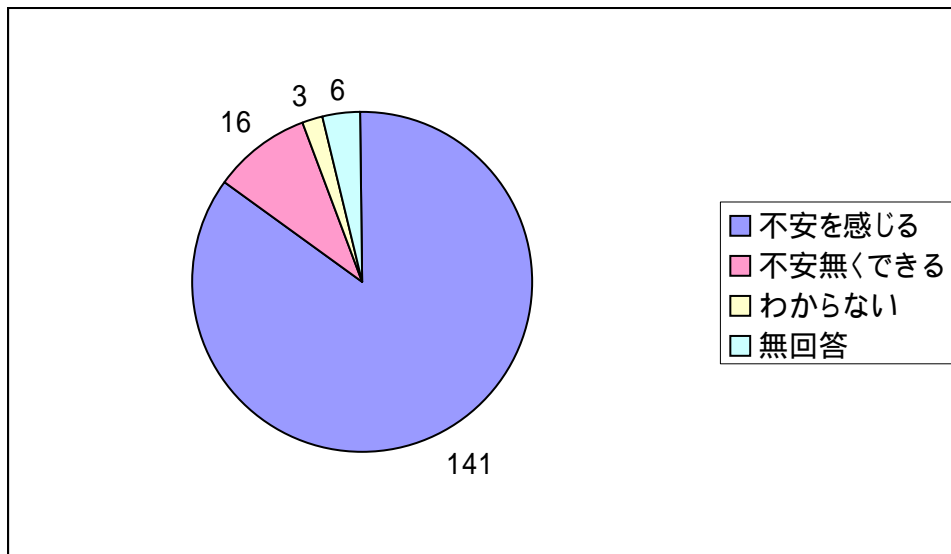


図 13)

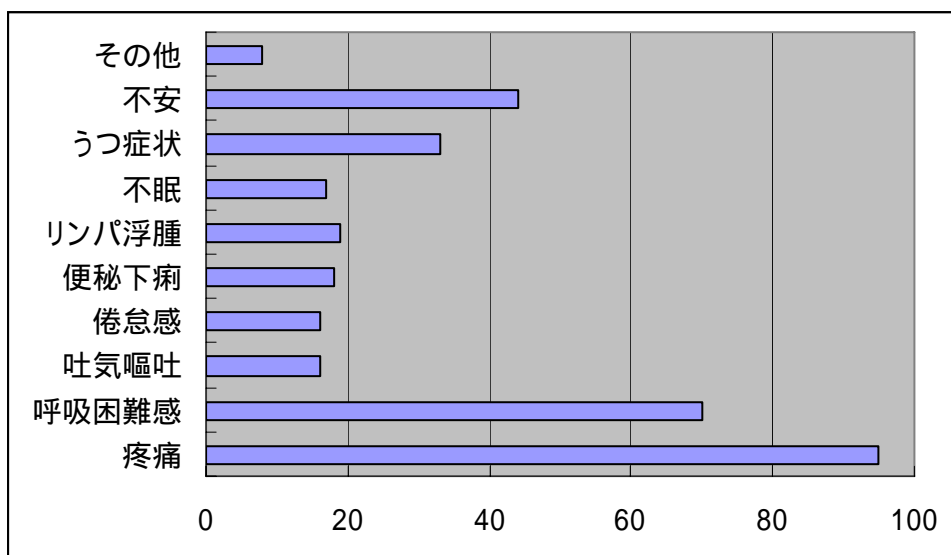


図 14)

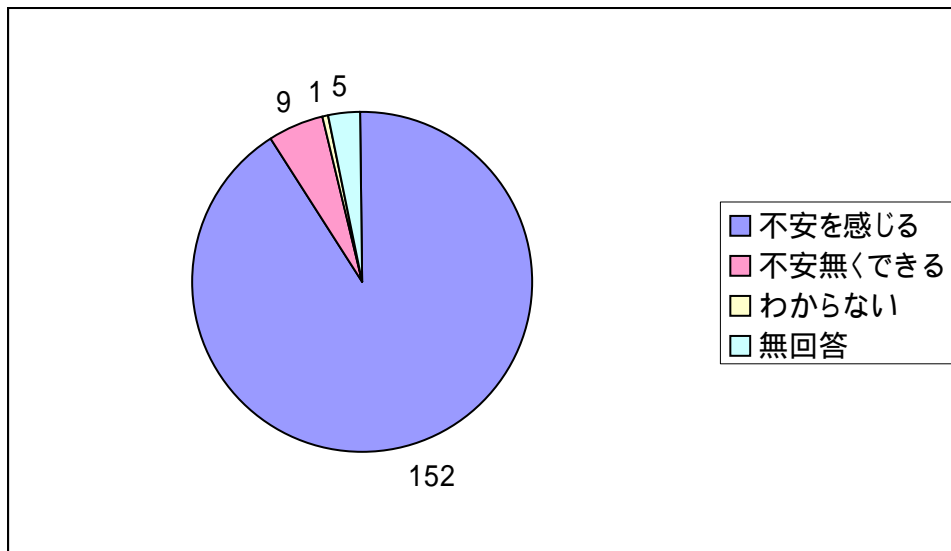
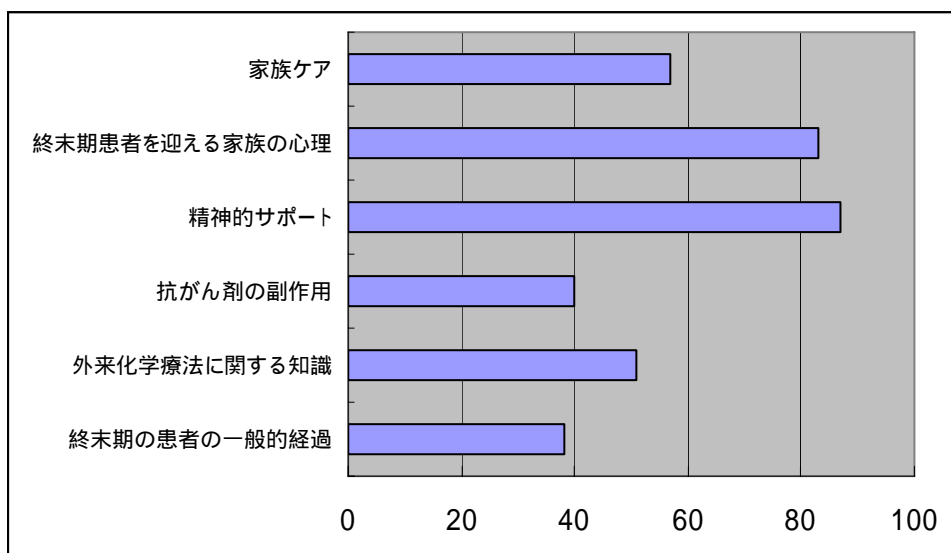


図 15)



2) がんサポートチームセミナーの実施

アンケートの結果、在宅スタッフは緩和ケア全般への不安、病院との連携の難しさを感じながらケアを行っていることが明らかとなった。その結果をもとに知識の底上げ、情報共有を目標に、「がんサポートチームセミナー」の計画・運営を行った。また、地域ターミナル研究会への出張研修と事例検討会へ参加を行った。

日付 18・5・11	時間 18:30 ~ 20:30	場所 大阪医療センター	記録者 松岡暖奈
題 疼痛管理			
講師 牧山 真理 (がん性疼痛認定看護師)			
参加人数 72名			
内容 <ul style="list-style-type: none"> ・ 痛みの定義 ・ がん患者の痛みの特徴 ・ 全人的な痛みとは ・ 痛みの閾値に影響する因子 ・ 痛みのアセスメント・評価 ・ 痛みの分類 (侵害受容性疼痛・神経障害性疼痛) ・ がん患者の痛みの目標 ・ WHOがん疼痛治療指針・三段階除痛ラダー ・ 処方例 ・ レスキュードーズ ・ 増量方法 ・ 非オピオイド鎮痛薬 ・ オピオイド除痛薬 ・ 鎮痛補助薬 ・ 患者教育の必要性 ・ Q & A 			

アンケートの返答、感想

回収率 85.1%

満足 74.6% まあまあ満足 19% やや不満足・不満足・その他 0%

薬剤の基本的な知識が得られ、ためになった

がんの痛みについてわかった

説明がわかりやすくなった

在宅医の先生も参加してほしい

病院外N sの生の情報を聞けて良かった

痛みの治療について役に立った

今後役に立つと感じた

麻薬の種類や使用方法がよくわかった

知識不足なので勉強していきたいと思った

医療の面からの患者サポートを理解できた

興味あるテーマ

がん性疼痛コントロール

呼吸困難

化学療法

日付 18・6・8	時間 18:30 ~ 20:30	場所 大阪医療センター	記録者 松岡暖奈
題 がん化学療法の基本的知識と看護			
講師 田中 登美 (がん看護専門看護師)			
参加人数 76名			

内容

- ・ がん医療のプロセス
- ・ がんの診断・病気分類
- ・ Performance States
- ・ がん患者の特徴・心の変化
- ・ がん化学療法の概論
- ・ 抗がん剤とは
- ・ 抗がん剤の種類・投与方法・目的
- ・ 治療例
- ・ 有害事象対策
- ・ 看護の役割
- ・ 大阪医療センター 外来化学療法の紹介

アンケートの返答、感想

回収率 69.7% 満足 75.4% まあまあ満足 24.5% やや不満足・満足・その他 0%

外来化学療法について基本的な点や副作用などよくわかった

利用者の方の疑問点が晴れた

看護師の立場からの話を聞いて良かった

患者指導に役に立つと思った

普段、化学療法をしている方を受け持ちがないためとても勉強になった

とてもたくさんの薬の情報があり、大変だと思った

自宅でその人らしい生活を支えるためには、化学療法の知識を得てQOLを高める努力が必要だと思った

自分自身の意識が低かったことに気が付いた

血液疾患の患者さんも外来で化学療法をしていることに驚いた

進歩していることに驚いた

興味があるテーマ

身体的症状の緩和

がん性疼痛

心理的サポート

家族看護

薬剤以外の緩和ケア

呼吸困難

終末期看護

抗がん剤の薬剤別副作用

倦怠感

告知

日付 18・7・13	時間 18:30 ~ 20:30	場所 大阪医療センター	記録者 松岡暖奈/牧山真理
題 呼吸困難			
講師 戸高 明子 (医師)			
参加人数 55名			

内容

- ・ 呼吸困難と呼吸不全
- ・ 感覚受容器
- ・ 呼吸困難の診断
- ・ 呼吸困難感の評価
- ・ 呼吸困難の原因
- ・ 原因に対する治療
- ・ 呼吸困難感を和らげるためのコミュニケーション上の工夫

アンケートの返答、感想

回収率 92.7% 満足 52.9% まあまあ満足 43.1% やや不満足 0.2% 不満足・その他 0%

最後のコメントのがん専門看護師の具体的な薬剤の使用方法などが聞けてよかった

呼吸困難にモルヒネを使ってよいということがわかった

興味があるテーマ

疼痛コントロール

化学療法

メンタルサポート

不安・不眠

麻薬について

倦怠感

せん妄

他職種との連携

日付 18・9・14	時間 18：30 ~ 20：30	場所 大阪医療センター	記録者 松岡暖奈/牧山真理
題 がん性疼痛コントロールの実際			
講師 山中 政子（がん性疼痛認定看護師）			
参加人数 51名			

内容

- ・ がん治療と緩和ケアのあり方
- ・ 患者の理解と現実
- ・ QOL
- ・ がん性疼痛って何？
- ・ 全人的痛み
- ・ 侵害受容性疼痛
- ・ 神経障害性疼痛
- ・ 痛みの発生原因
- ・ 痛みのアセスメント
- ・ WHO 三段階除痛ラダー
- ・ がん患者の痛みに用いる基本薬
- ・ オピオイドの作用時間
- ・ 定時投与と血中濃度
- ・ オピオイドの量の評価
- ・ レスキュードーズ
- ・ レスキューの効果的使用
- ・ オピオイドの至適投与量設定
- ・ 鎮痛補助薬・開始の目安
- ・ 事例
- ・ モルヒネの主な副作用
 - * 便秘対策
 - * 嘔気・嘔吐対策
 - * 眠気への対策
 - * 呼吸抑制への対策
 - * せん妄への対策
- ・ オピオイドの投与経路
- ・ モルヒネ投与方法の選択
- ・ オピオイドローテーション
- ・ レスキュー・ドーズ
- ・ デュロテップパッチ
- ・ 持続皮下注射（在宅用機材と処方例）
- ・ 鎮痛薬使用における患者教育
- ・ レスキューの効果的な使用方法
- ・ モルヒネに対する誤解
- ・ 死亡直前のオピオイド投与

アンケートの返答、感想

回収率 92.1% 満足 82.9% まあまあ満足 17% やや不満足・不満足・その他 0%

専門的な知識がある人の話が聞けてよかった

オピオイドの増量方法がわかった

在宅での持続皮下注射は実際は難しいと思う

麻薬の使用方法がよくわかった

副作用対策がよくわかった

関心があるテーマ

緩和ケア

終末期患者の精神的ケア

終末期患者の精神的ケア

在宅への援助

看取りの家族看護

症状コントロール

化学療法

呼吸困難

緩和ケアチームの薬剤師の関わり

在宅移行への問題点と改善策

薬以外の症状緩和

日付 18・10・12	時間 18:30 ~ 20:30	場所 大阪医療センター	記録者 松岡暖奈/牧山
題 麻薬の管理について			
講師 松山 和代(薬剤師)			
参加人数 125名			

内容

- ・ 薬剤科での管理
- ・ 麻薬の破棄
- ・ 麻薬の事故
- ・ オピオイド製剤
- ・ モルヒネ製剤の比較
- ・ 速効性経口モルヒネ製剤
 - * オプソ内服液
 - * MS コンチン錠
 - * カディアンカプセル
 - * パシーフカプセル
- ・ アンベック坐薬
- ・ 塩酸モルヒネ注射液
- ・ オキシコンチン錠
- ・ モルヒネとオキシコンチンの比較
- ・ フェンタニル製剤
 - * デュロテップパッチ
- ・ オピオイドローテーション
- ・ 医療用麻薬の保管
- ・ オピオイド拮抗性鎮痛薬
- ・ 麻薬の管理
- ・ 麻薬の破棄
- ・ Q&A

アンケートの返 答、感想

回収率 63.2% 満足 63.3% まあまあ満足 35.4% やや不満足・不満足・その他 0%

病棟業務に活かしたいと思う

在宅医の先生にも参加してほしい

麻薬の管理をきちんとしないといけないことがわかった

麻薬の管理について具体的な知識が深まった

興味があるテーマ

危機介入

疼痛ケア

麻薬の使用方法、オピオイドローテ
ション

麻薬の副作用

化学療法

在宅でのリハビリ

在宅移行への準備

在宅での疼痛コントロール

疼痛以外の症状緩和

事例検討

日付 18・11・9	時間 18：30 ~ 20：30	場所 大阪医療センター	記録者 松岡暖奈/牧山
題 事例検討			
講師 ぷらっと訪問看護ステーション			
参加人数 46名			

内容

- ・ 前立腺がん患者の在宅生活支援
 ~ 疼痛管理・化学療法 ~
 訪問看護ステーション（看護師・言語聴覚士）からの報告
 コメンテーター：がん看護専門看護師・担当医師・MSW

疼痛コントロールについて

抗がん剤治療について

今後の生活の場について

アンケートの返答、感想

回収率 69.5% 満足 28.2% まあまあ満足 59.3% やや不満足・不満足・その他 0%

訪問看護がどんなことをしているのかよくわかった

自分の振り返りになった

こういった機会をまた設けてほしい

関心があるテーマ

鎮静

せん妄

症状緩和

在宅移行へのケア

化学療法(中断時期)

日付 18・12・14	時間 18：30 ~ 20：30	場所 大阪医療センター	記録者 松岡暖奈/牧山真
題 褥瘡の予防とケア			
講師 深井 照美 (WOCN)			
参加人数 17名			

内容

- ・ 褥瘡の定義
- ・ 褥瘡発生の概念図
- ・ 褥瘡対策
- ・ アセスメント
- ・ 体圧分散の方法
- ・ 体位変換
- ・ 体圧分散寝具の選択
- ・ 体圧管理
- ・ 正しいギャッジアップ
- ・ 踵部の除圧
- ・ 褥瘡のスキンケア
- ・ 褥瘡処置時の工夫

アンケートの返答、感想

回収率 47% 満足 75% まあまあ満足 12% やや不満足・不満足・その他 0%

体位変換の必要性がわかった

関心があるテーマ

疼痛緩和

日付 19・1・11	時間 18 : 30 ~ 20 : 30	場所 大阪医療センター	記録者 松岡暖奈 / 牧山
題 褥瘡の治療			
講師 深井 照美 (W O C N)			
参加人数 2 2 名			

内容

- ・ 褥瘡の分類
- ・ 褥瘡の治療の仕方
- ・ DESIGN
- ・ Wound Bed Preparation (TIME) 概念に基づく創傷管理
- ・ DESIGN の活用方法
- ・ 創傷治療に必要な局所因子
- ・ 褥瘡の色による分類
- ・ 褥瘡の病気による治療剤の使い方
- ・ 具体的事例
- ・ Negative pressure dressing の実際
- ・ 栄養アセスメント
- ・ 洗浄に使用するもの
- ・ 褥瘡処置時の工夫
- ・ 栄養管理の目安
- ・ 褥瘡発生と血清アルブミン値
- ・ 血清アルブミン値と褥瘡のグレード
- ・ 褥瘡はトータルケア

アンケートの返答、感想

回収率 50% 満足 63.6% まあまあ満足 36.3% やや不満足・不満足・その他 0%

褥瘡のステージによって処置方法・薬剤が異なることがわかり、びっくりした
よくわかりました

裏づけのあることをはっきりとってもらったので、医師にもアプローチしやすくなっ
た

いろいろな製品を使い分けないといけないのがわかってよかった

在宅で活かせる方法がわかったのでよかった（ラップ・ペット用尿取りパットなど）

褥瘡の事例検討会をしてほしい

関心があるテーマ

緩和ケア

褥瘡

日付 18・2・8	時間 18:30 ~ 20:30	場所 大阪医療センター	記録者 松岡暖奈/牧山
題 事例検討			
講師 訪問看護ステーション中央おおみち			
参加人数 21名			

内容

在宅終末期医療との連携を通して独居のターミナル患者さまを自宅で看取った事例
 訪問看護ステーション（担当看護師）からの報告
 MSWからの報告

訪問看護と病院スタッフの関わり・連携について
 疼痛コントロールについて
 患者の自己決定とは
 独居患者の看取りの難しさ
 サービスの具体的費用

アンケートの返答、感想

回収率 80.9% 満足 47% まあまあ満足 35.2% やや不満足 11.7% 不満足・その他 0%

家族がいないと終末期は在宅で迎えられないと思っていたが、違うとわかった

こういった症例報告を聞いて驚いた

こういった機会をまた設けてほしい

訪問看護師さんの大変さがよくわかった

退院後のことを考えながら看護を行いたいと思った

関心があるテーマ

家族看護

症状コントロール

グリーフケア

看取り

事例検討会

在宅看護の実際

終末期のせん妄

日付 18・3・8	時間 18：30 ~ 20：30	場所 大阪医療センター	記録者 松岡暖奈 / 牧山
題 まとめ			
講師 山中 政子（がん性疼痛認定看護師）			
参加人数 27名			

内容

「がんとは」

- ・ がんの疫学
- ・ がん死亡
- ・ 主要死因の割合
- ・ がんの発生と進展
- ・ 発がんにおける遺伝要因と環境要因
- ・ がんの発生要因
- ・ ゲノムと遺伝子
- ・ がんの特性
- ・ がんはどのように進んでいくか
- ・ がん治療のプロセス
- ・ がんの特徴
- ・ がん患者の特徴
- ・ がん医療のプロセス
- ・ がんの診断
- ・ がんという診断に対する患者の通常反応
- ・ がんの集約的治療
- ・ 心の変化
- ・ うつ病スクリーニング

アンケートの返答、感想

回収率 81.4%

* セミナー参加状況 (図1)

* セミナー内容が実践の場で参考になったかどうかについて (図2)

- 1) 患者のトータルペインについて分析してみた
- 2) 麻薬の管理について患者、家族にきちんと説明できた
- 3) 麻薬の作用時間、特徴を理解して投薬できた
- 4) ペインスケールを使用するようになった
- 5) WHO 3段階除痛ラダーを意識して投薬するようになった
- 6) 麻薬の使用やレスキューの使い方について患者、家族にきちんと説明できた
- 7) 怖がらずにレスキューを使用することができ、使用回数が増えた
- 8) 化学療法を受けたことがあるか、今受けているかについて意識するようになった
- 9) 化学療法の副作用に配慮して関わるようになった
- 10) 呼吸困難間と呼吸不全を区別してアセスメントするようになった
- 11) 呼吸困難間の緩和にモルヒネを使った
- 12) 褥瘡の予防方法を見直した
- 13) 褥瘡の処置方法を見直した
- 14) その他

* 事例検討会についてあてはまるもの (図3)

- 1) 事例検討会の持ち方は適切だったか
- 2) 自由に発言できる雰囲気だったか
- 3) 次の事例に活かせるディスカッションだったか
- 4) 他ステーションの事例を知ったことで自らのモチベーションが上がった
- 5) 今後、事例の提供に協力したいと思う

* 今後セミナーで取り上げてほしいテーマ

- ・心のケア
- ・疾患別終末期
- ・認知症と精神看護
- ・抑うつに対して
- ・鎮静について

* セミナーへの感想

病棟看護師・医師からの説明がわかりやすい

来年度も参加したい

毎月楽しく参加できた

在宅での症状コントロール・治療について考え方が変わった

図 1

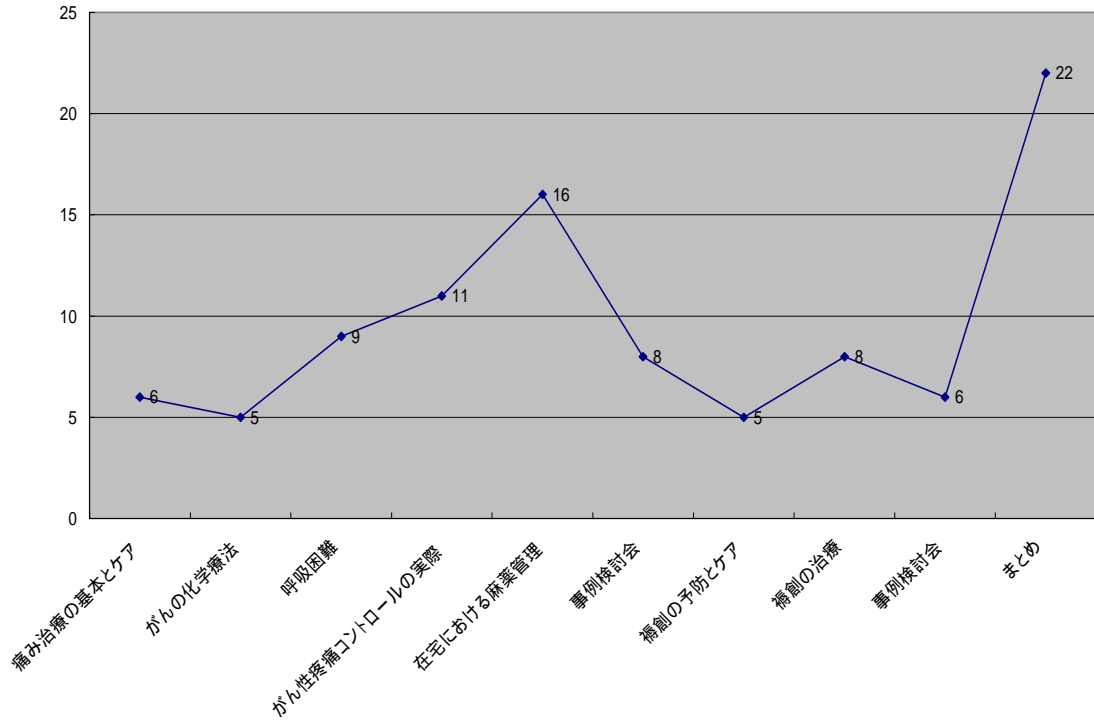
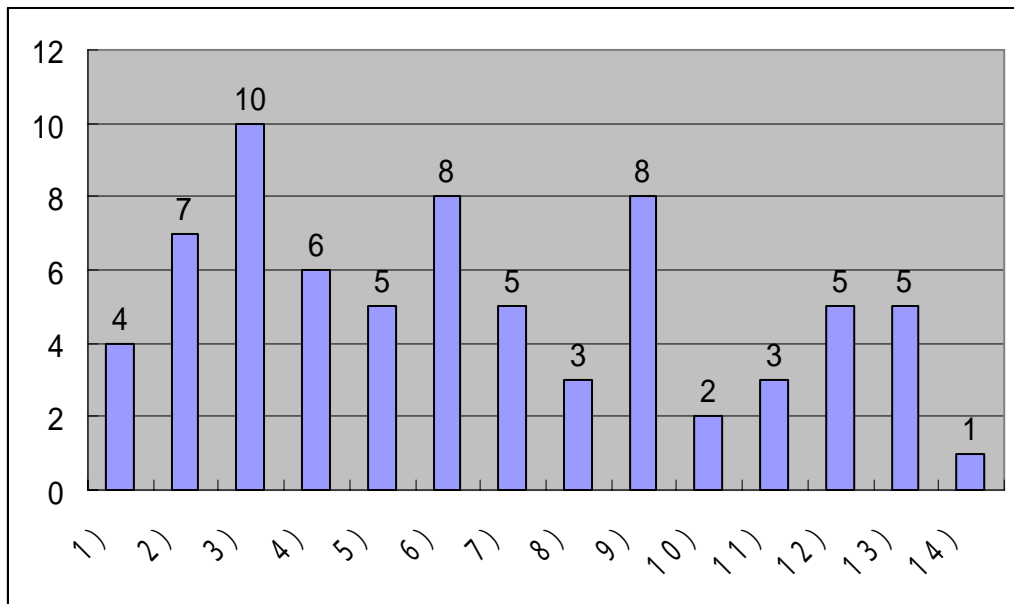
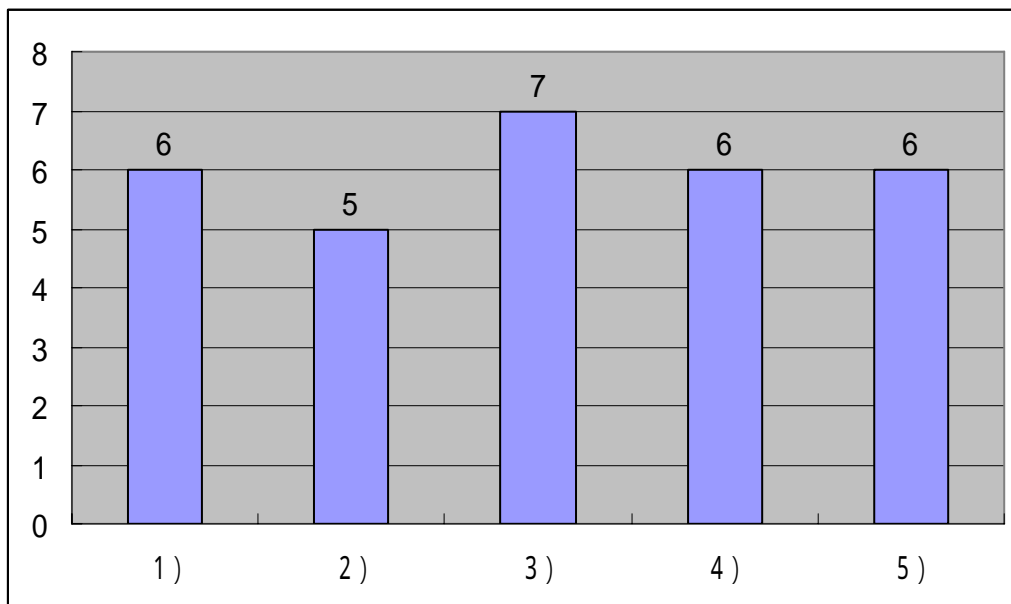


図 2



☒ 3



枚岡在宅ターミナルケア研究会との共同主催

日付 18・2・18	時間 14 : 00	場所 ホテルせいりゅう	記録者 松岡暖奈
題 精神科コンサルトのコツ			
講師 小川 朝生 (精神神経科医師)			
参加人数 58名			

内容

枚岡ターミナルケア研究会 創立総会講演

- ・ せん妄（早期発見と初期対応）
- ・ 転倒転落の生じる状況
- ・ 症例
- ・ せん妄とは
- ・ せん妄をまわりからみると・・・
- ・ せん妄の診断基準
- ・ 意識水準の系列
- ・ せん妄の症状
- ・ せん妄の検査
- ・ 臨床検査
- ・ せん妄の分類
- ・ せん妄の経過
- ・ せん妄と死亡率
- ・ 生理学的にみたせん妄
- ・ せん妄の原因
- ・ せん妄合併率
- ・ せん妄を見落とすリスクファクター
- ・ 見落としの原因
- ・ せん妄への対応
- ・ せん妄の予測因子
- ・ せん妄の早期発見
- ・ せん妄の治療
- ・ せん妄への対応
- ・ 薬物療法の基本的な方針（向精神薬）
- ・ 薬物療法をめぐる誤解
- ・ 間違いやすいポイント
- ・ せん妄のケア
- ・ せん妄の予防
- ・ 予防・発見のために

日付 18・4・27	時間 19：00～	場所 ベルデ石切	記録者 松岡暖奈
題 第1回事例検討会			
講師 森重人（森外科病院 副院長） 黒田重子（こころ訪問看護ステーション）			
参加人数 23名			

内容

- ・ 若年者のターミナル医療と看護 - 在宅医療の目標と限界 -

コメンテーター：がんサポートチーム 小川朝生・田中登美・山中政子・松岡暖奈

10代 肝臓がん患者の在宅看取りについて

日付 18・5・25	時間 19：00～20:30	場所 ベルデ石切	記録者 松岡暖奈
題 終末期がん患者へのアプローチ			
講師 田中 登美（がん看護専門看護師）			
参加人数 26名			

内容

- ・ がんの疫学
- ・ がん死亡推移
- ・ がんの発生と進展
- ・ 発がんの遺伝子要因と環境要因
- ・ がんの特性
- ・ がんとは？
- ・ がん医療のプロセス
- ・ がん医療と看護の流れ
- ・ がんとわかってからの心の変化
- ・ 全人的痛み
- ・ 緩和ケアチーム
- ・ 終末期ケア

日付 18・7・1	時間 19：00～20:30	場所 ベルデ石切	記録者 松岡暖奈
題 事例検討会			
講師 古賀 友之（東花園クリニック）			
参加人数 49名			

<p>内容</p> <p>「在宅ターミナルケア導入が困難であった2症例」 がんサポートチーム 山中政子・松岡暖奈 参加</p> <p>がん告知をせず麻薬を使うことの難しさ 病状理解が家族内で違う患者への介入</p>

日付 18・8・24	時間 19：00～20：30	場所 ベルデ石切	記録者 松岡暖奈
題 がん性疼痛のマネジメント			
講師 山中 政子（がん性疼痛認定看護師） 松山和代（薬剤師）			
参加人数 24名			

内容

- ・ オピオイドの作用時間
- ・ 定時投与と血中濃度
- ・ オピオイドの量の評価
- ・ レスキュードーズ
- ・ 副作用
- ・ オピオイドの投与経路
- ・ オピオイドローテーション
- ・ 除痛力価
- ・ 持続皮下注射（具体的機材の紹介・処方例）
- ・ 患者教育
- ・ 痛みの悪循環
- ・ モルヒネに対する誤解
- ・ 死亡直前期のオピオイド投与
- ・ オピオイド製剤
- ・ モルヒネ製剤の比較
- ・ 速効性経口モルヒネ製剤
 2. オブソ内服液
 3. MSコンチン錠
 4. カディアンカプセル
 5. パシーフカプセル
- ・ アンベック坐剤
- ・ 塩酸モルヒネ注射液
- ・ オキシコンチン錠
- ・ フェンタニル製剤
- ・ デュロテップパッチについて
- ・ 麻薬の保管
- ・ オピオイド拮抗性除痛薬
- ・ 麻薬の管理
 6. 麻薬の破棄

日付 18・11・30	時間 19 : 00 ~ 20:30	場所 ベルデ石切	記録者 松岡暖奈
題 がん化学療法			
講師 戸高 絹代 (がん化学療法認定看護師)			
参加人数 30名			

内容

- ・ 歴史的背景
- ・ 支持療法の変遷
- ・ がん薬物療法の概要
- ・ 抗がん剤とは
- ・ 抗がん剤の種類
- ・ 多剤併用療法による薬物選択の原則
- ・ 抗がん剤の投与方法
- ・ ホルモン製剤
- ・ 分子標的治療薬
- ・ 抗がん剤の目的と使用場面
- ・ 悪性腫瘍に対するがん薬物療法の有用性
- ・ 化学療法の適応
- ・ がん薬物療法適応の決定
- ・ がん薬物療法の Benefit と Risk
- ・ 看護師の役割
- ・ がん薬物療法を受ける患者の特徴と QOL
- ・ がん薬物療法の意思決定における看護の役割
- ・ 患者の意思決定場面での看護介入
- ・ 治療を受ける医師決定後の看護介入
- ・ 安全な投与
- ・ 抗がん剤の危険性
- ・ 排泄物の取り扱い
- ・ 静脈穿刺部位の選択
- ・ 抗がん剤漏出のリスクファクター
- ・ 患者への指導
- ・ 抗がん剤により起こりえる有害事象
- ・ 嘔気メカニズム
- ・ 各抗がん剤の催吐作用レベル
- ・ 悪心・嘔吐の分類・発症・コントロール影響因子
- ・ 化学療法時の制吐剤
- ・ 看護援助
- ・ 患者教育
- ・ 受診を必要とする基準
- ・ 日常生活上の注意点
- ・ 末梢神経障害
- ・ 患者指導
- ・ 抗がん剤薬剤
- ・ 経口抗がん剤の注意点

日付 19・2・22	時間 19：00～20：30	場所 ベルデ石切	記録者 松岡暖奈
題 終末期医療			
講師 小川 朝生（がんサポートチーム専従医師）田中 登美（がん看護専門看護師）			
参加人数 29名			

内容

- ・ 緩和医療とは
- ・ 緩和ケアとは
- ・ 終末期医療と緩和医療の違い
- ・ 症例提示

アンケート

回収率 55.1%

* セミナー参加状況 (図1)

* レクチャー内容が実践の場で参考になったかどうか (図2)

1. 患者の状態からせん妄症状であることをアセスメントできた
2. せん妄症状に対し、抗精神薬の投与、使用を適切に行った
3. せん妄の状態について家族にきちんと説明することができた
4. 患者のトータルペインについて分析してみた
5. 麻薬の管理について患者、家族にきちんと説明できた
6. 麻薬の使用時間、特徴を理解して投薬できた
7. ペインスケールを使用するようになった
8. WHO 3段階除痛ラダーを意識して投薬するようになった
9. 麻薬の使用やレスキューの使い方について患者、家族にきちんと説明できた
10. 怖がらずにレスキューを使用することができ、使用回数が増えた
11. 化学療法を受けたことがあるか、今受けているかについて意識するようになった
12. 化学療法の副作用に配慮して関わるようになった
13. その他

図 1

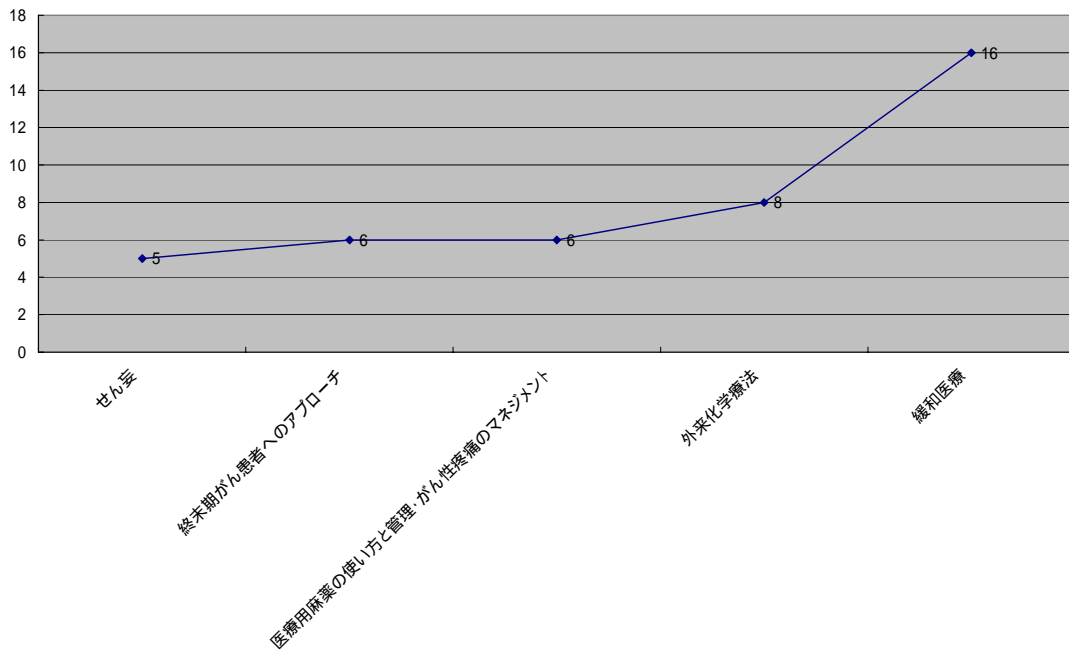
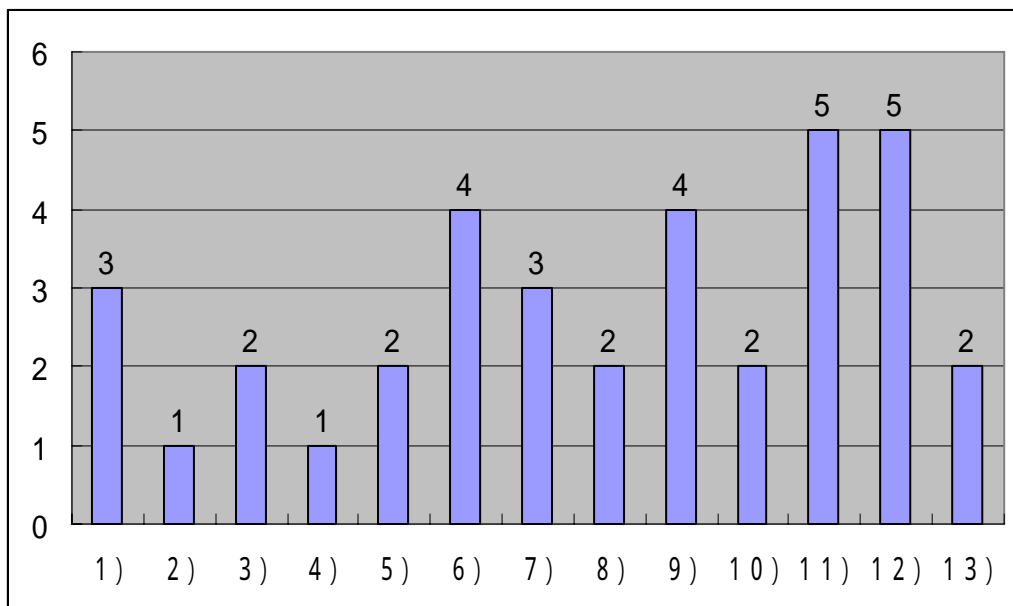


図 2



3)「リンパ浮腫」パンフレット作成

<背景>

がん患者の苦痛症状のひとつとしてリンパ浮腫がある。リンパ浮腫は拡大手術によるリンパ節郭清の合併症として、骨盤内リンパ節郭清の場合は下肢浮腫が、腋下リンパ節郭清の場合は上肢浮腫が出現する。また、リンパ節への転移が起こった場合にも悪性リンパ浮腫が起こる。リンパ浮腫は、歩きにくさ、動きにくさといった日常生活上の支障となるばかりでなく、外観の変化という精神的苦痛を伴い、外出しなくなる、仕事に支障をきたす、といった社会的苦痛にも結びつく。さらにリンパ浮腫は、疼痛、リンパ漏、リンパ管炎、蜂窩織炎といった合併症を起こすことも多い。このリンパ浮腫は、手術後数年が経過しても出現することがあり、一旦出現すると消失することは難しい。リンパ浮腫が出現すると、薬物による治療には限界があり、診察室で症状を訴えても「命が助かったのだから仕方ない。」と説明されて放置されているケースも見受けられる。しかし、リンパ浮腫の治療を行う施設は少なく、リンパマッサージにおいてもケアを習熟している看護師も少ない。

国立病院機構においては、平成 17 年に四国がんセンターが初めてリンパ浮腫外来を開設しているが、そのケアや治療は立ち遅れていると言える。当国立病院機構大阪医療センターにおいては、婦人科病棟で平成 16 年より入院患者を対象にリンパマッサージのビデオ鑑賞会を開始し、平成 18 年より入院患者への個別指導、リンパマッサージの施行を開始している。リンパマッサージは主に、がんの再発が原因となって発症する悪性リンパ浮腫を有する患者に実施している。悪性リンパ浮腫の場合、浮腫の軽減効果はあまり期待できないが、浮腫による疼痛やだるさが軽減し、患者に快の感覚をもたらすことで、患者の満足が得られ、緩和ケアのスキルとして重要であると考えられる。

リンパ浮腫はがんの長期生存期にあってもその発生リスクは高く、リンパ郭清を行ったがん患者は常にリンパ浮腫の出現におびえながらの生活を強いられている。一旦出現すると消失させることは難しいが、リンパ浮腫が出現し始めた早期に適切な処置を行うことで、悪化は防ぐことができる。このことは、在宅で過ごしている患者が正しいリンパ浮腫についての知識を持ち、適切な対応を行えることが、患者のQOLの維持に貢献することを意味している。

<実施：パンフレット作成>

当センター婦人科病棟では、リンパ浮腫とそのケアについて入院患者を対象に指導を開始していたが、ビデオ鑑賞だけではマッサージ法を習得することは難しいと感じており、指導のツールとしてのパンフレット作成に取り掛かることになった。今後は、指導の対象を外来患者にも広げ、在宅で過ごす患者へのケアも開始したいと考えていた。しかし、病棟のスタッフでは人的、時間的な制約がある。そこで、在宅ケアを担っている訪問看護師との協力によりその実現に向かうことを考えた。がんサポートチームでは地域医療を担う医師や訪問看護師へのセミナーを開催しており、セミナーを通してリンパ浮腫パンフレット

トの使用を勧め、がん患者へのケアに役立てることを計画した。

今回、リンパ浮腫のパンフレットは2種類作成を行った。ひとつはリンパ浮腫についての知識を高めるための「リンパ浮腫について」、もうひとつはリンパ浮腫のケアやリンパマッサージの手技を習得するための「下肢リンパ浮腫のスキンケアとリンパマッサージ」である。それぞれの内容は以下のように構成されている。

「リンパ浮腫について」

- (1) リンパの基礎知識
- (2) リンパ浮腫とは
- (3) リンパ浮腫の予防と対策
- (4) 受診が必要な合併症

「下肢リンパ浮腫のスキンケアとリンパマッサージ」

- (1) スキンケアと注意点
- (2) マッサージを行う上での注意
- (3) 下肢リンパマッサージの方法
 - ・ 家族が行う方法
 - ・ 自分で行う方法

<結果>

リンパ浮腫のケアは、患者自身もしくは家族がリンパ浮腫に関する正しい知識を持ち、適切なケアを行うことでQOLが維持できる。看護師より口頭で指導を受けるだけでなく、パンフレットを用いることで指導内容を振り返ることができ、家族とその知識やケア方法を共有することで指導効果を上げることができる。

リンパマッサージでリンパ浮腫を予防することはできないが、出現し始めた早期に開始することでリンパ浮腫の軽減、悪化予防を行うことができる。リンパ節郭清を行った患者は、いつ出現するかわからないリンパ浮腫に対する不安を抱えながら過ごしているが、正しい知識を獲得することで、発症後直ちにケアすれば悪化には至らないことが理解でき、不安の軽減にもつながると考える。しかし、リンパ管炎や蜂窩織炎を発症している場合にリンパマッサージを行うことは、炎症を拡大させることで感染が悪化する危険を伴う。パンフレットではリンパ浮腫の合併症や受診すべき症状についても解説しており、患者自身が誤った自己判断をすることでリンパ浮腫を悪化させてしまう危険を回避することもできる。

<今後の課題>

リンパマッサージの手技を獲得することは難しく、今回作成したパンフレットはツールにすぎない。習熟するためには、まずケアにあたる看護師に実技指導することが必要となる。今後は、リンパ浮腫のケアを進めている当センター婦人科病棟と連携し、院内看護

師や訪問看護師を対象に実技指導の機会を設ける必要がある。

考察・今後の課題

本研究は、急性期病院緩和ケアチームが在宅がん患者を支援するために、入院から在宅移行時の問題を院内院外から明らかにすること、在宅ケアチームに対して、在宅症状管理に対して、緩和ケアチームから情報提供・連携をおこなうモデルを構築することを目標に実施した。

入院患者に対しては、緩和ケアチームが直接介入し、がん看護専門看護師と医療ソーシャルワーカーを中心に、介入当初から在宅移行を見越して介入プログラムを計画した。アンケート調査で明らかになったように、病棟スタッフは在宅ケアに関するイメージがつかないために適切な情報提供がなされず、それが障害となり在宅移行に時間を要することが多い。介入症例を重ねる中で、医療ソーシャルワーカーが調整する段階で必要な情報が出ているかどうか確認し、より早期にフィードバック・病棟教育に利用する体制を取った。その結果、介入期間は2004年度は36.9日であったのが、2006年度には25.5日まで短縮した。特に転帰が在宅移行の場合、2004年度では36日であったのが、15日まで短縮した。短縮した背景には、DPCによる在院日数短縮化の影響、化学療法が入院から外来に移行したこともありすべてを効果と判断することはできないが、一定の成果を修めたと判断する。

在宅ケアチームとの連携・情報提供に関しては、アンケート調査に基づき、身体症状特に疼痛管理から緩和医療の基本を実地に沿ってまとめ直し、セミナー形式で実施した。急性期病院の緩和ケアチームで、地域連携目的に訪問看護ステーションを対象に月1回ペースの連続講義を実施した報告は今までにない。

化学療法の外来への移行、在院日数の短縮化の流れを受けて、緩和ケアチームの活動は、終末期の症状緩和から支持・緩和療法へ大きく流れが変わろうとしている。すなわち、積極的な治療と同時並行に、告知・意思決定のサポート、術後の症状管理、在宅移行時のサポート、終末期症状緩和まで、在宅と病院を行き来しつつ、その中を一貫してサポートする体制を構築する必要がある。そのためには、より密な在宅連携、プライマリ・ケアとの共同作業が重要となる。今回の連続講義を通して、在宅ケアチームとの顔の見える密な連携と情報伝達、適切なバックアップ体制を構築するためのモデルになると考えている。特に来年度は、当センターのみならず周辺のがん診療拠点病院（大阪府立成人病センター、大阪赤十字病院、大阪市立総合医療センター、住友病院）が協力して構築しつつある大阪緩和ネットの事業の一環として、大阪市内の訪問看護ステーションを対象としたセミナーに発展させることを企画しており、複数の総合病院と地域の訪問看護ステーションが情報を共有する地域ネットワークの土台として発展させたい。

厚生労働省を中心に、在宅医療の充実が掲げられている。がん治療も在宅医療を含めた患者のQOLの向上を目指した医療体制を整備することが急務である。しかし、在宅医療

の守備範囲は広く、在宅医療でがん患者の関わる割合は 10%程度と見積もられている。がんの症状緩和には、在宅一般でおこなわれる症状緩和（1次の緩和ケア）に加えて、オピオイドの使用を中心にした疼痛管理、呼吸困難感などの身体症状管理、せん妄・抑うつなどの精神症状管理などより専門的な 2 次の緩和ケアまで対応する必要がある。そのケア全ての一般在宅医・訪問看護ステーションに求めるのは、医療的にも経済的にも無理があり、適切なバックアップ体制を取ることが必要となる。現在のところ、岡山地区のように在宅で症状緩和専門医がチーム体制を取るところは可能であるが、専門の在宅医が不在の地域では、院内緩和ケアチームが医療資源とならざるを得ない。厚生労働省が、緩和ケアチームの外来診療を一部認めたことはその流れを受けたものであるが、人的に限られており、地域を含めた教育体制を築くことが求められる。今回の連続講義は、在宅での緩和医療の質の均てん化・向上を図る上でもモデルとなると考えている。

謝辞

当研究は、財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成により実施されました。助成いただきました財団関連の方々に深謝申し上げます。