

東北大学病院 化学療法センター

令和2年2月1日発行

Contents

- P1 ごあいさつ
- P2 平成30年度の化学療法センター実績報告
- P3 高齢者におけるがん薬物療法
- P4 化学療法センターでの看護システムについて

**News
Letter**
No.24



回光 えこう

* ごあいさつ

「早期からの緩和医療の介入」を目指して

緩和ケアセンタージェネラルマネージャー 斎藤 明美



2015年に都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件として「緩和ケアセンター」の設置が義務づけられ、開設してから今年で5年目を迎えました。緩和ケアセンターの役割は、チーム医療や外来を含めた診療の質の向上と、緩和ケア提供体制の院内組織基盤を強化することとされています。その役割を果たすために緩和ケアセンター設置と共に緩和ケアの要件が改定されました。その内容は、「診断時からの外来及び病棟でがん患者の苦痛を一貫した方法でスクリーニングすること」、「緩和ケアチームと連携しスクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること」が追加となりました。スクリーニングに関しては、試行期間を経て2016年度よりSTAS-Jによる苦痛のスクリーニングを病院全体で実施し、スクリーニングの得点が3点以上を高得点患者として、拾い上げ患者さんのいる部署へ訪問して必要時介入しています。スクリーニングにより「緩和ケアチーム」や「がん看護外来」の介入にも繋がっています。

スクリーニングの開始と共に「がん看護の認定看護師による定期的ながん看護カウンセリング(がん看護外来)を行うこと」が緩和ケアの要件にあることから、「がん看護外来」をスクリーニングと連動して開始しました。対象は、がんと診断された患者さんとその家族です。昨年度は、1237件/年で、主な相談内容は、症状緩和や不安、療養の場の選択などがありました。今後も拡大していきたいと思います。

入院中の患者さんを対象とした「緩和ケアチーム」への依頼は年々増加傾向にあります。昨年度は、338件/年で、依頼内容は、精神症状や疼痛などの症状緩和など

がありました。今年度上半期で、232件です。緩和ケアチームへの依頼内容が増えていることから、今年4月より2チーム制で対応させて頂き迅速な「チーム医療」が提供できるよう活動しています。さらに、緩和ケアチームの栄養士による介入により個人対応食の対応を実施したところ、患者さんの満足度が高く増加傾向にあります。今後も患者さんの嗜好に合わせた対応をしていきたいと思います。

また、緩和ケアはがんだけではなく、非がんの患者さんの症状緩和の依頼も受けていて、心不全患者さんは昨年度、19件/年と増えてきています。

まだまだ、緩和医療というと「終末期」という考え方根強いですが、緩和ケアセンターとしてすべての患者・家族の方々が身体的な苦痛だけではなく、様々な苦痛が緩和され穏やかな日常生活が送れるよう「診断時からの緩和医療の介入」を目指し、「チーム医療」を提供できるよう努めています。

今後ともご協力のほど、何卒よろしくお願ひ申し上げます。



* 回光(えこう)：禅語の「回光返照(えこうへんじょう)」に由来します。

回光返照：自らの光を外へ向けるのではなく、内なる自分へ向けて、心の中を照らし出し、自分自身を省みること。

* 平成30年度の化学療法センター実績報告

薬剤部 齋藤 究

1. 処方箋枚数

化学療法センター調剤室で平成30年4月から平成31年3月までに注射剤混合調製を行った処方箋枚数は13,953枚(月平均:1,163枚)であり、平成29年度とほぼ同数(0.2%増)でした。診療科別では腫瘍内科の処方箋枚数が最も多く、次いで総合外科、血液・免疫科の3診療科で全体の約70%を占めていました(図1)。

2. がん種ごとの患者数

平成30年度の化学療法センター利用患者のがん種別内訳を図2に示しました。乳がん239人(16.1%)が最も多く、次いで大腸がん175人(11.8%)、卵巣がん137人(9.3%)、肺がん133人(9.0%)の順となっており、これら上位4種は平成29年

度と同順位でした。今回悪性リンパ腫患者数が132人(8.9%)と肺がん、胃がんを抜いて5位となりました。

3. プロトコール別実施患者数(上位12種)

平成30年度に化学療法センターで取り扱ったプロトコールのうち、実施患者数の多かった10位までの12種を図3に示しました。実施患者数が最も多かったのは膵癌nab-PTX+GEM療法の95人、次いでクローン病レミケード療法の71人でした。1位と2位は平成29年度と順位が逆転しましたが、3位は変わらず乳癌FEC100療法(アプレビタントカプセル版)でした。今回新たに胃癌SOX療法と大腸癌SIRB療法、卵巣癌Bevacizumab維持療法が10位以内に入りました。

図1 処方箋枚数

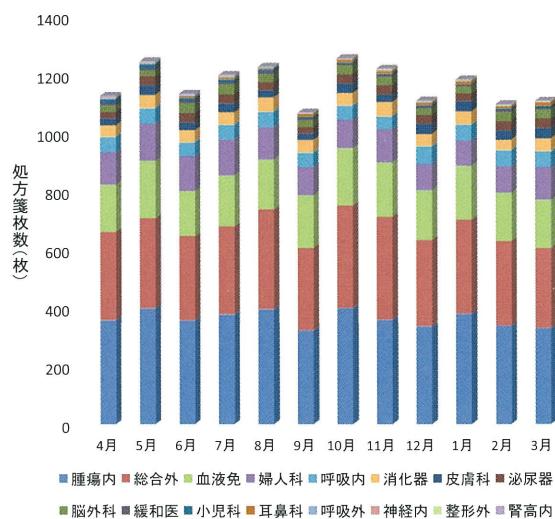


図2 がん種ごとの患者数

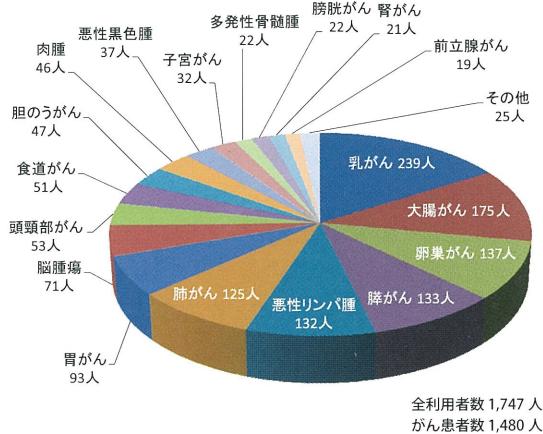
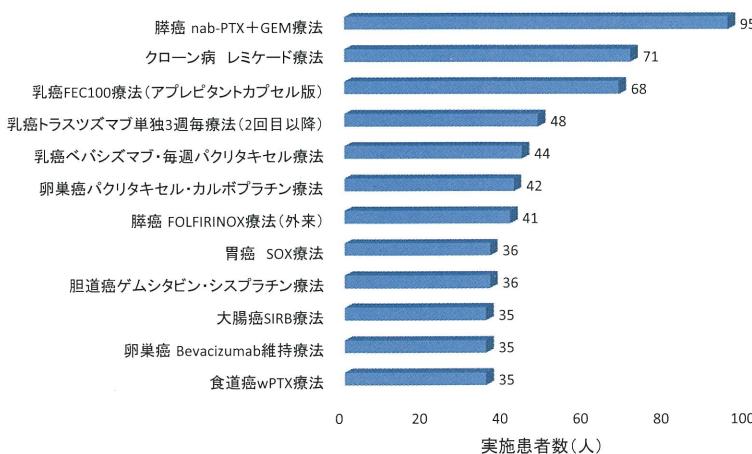


図3 プロトコール別実施患者数(上位12種)



* 高齢者におけるがん薬物療法

腫瘍内科 高橋 昌宏

日本では高齢化が進んでおり、2018年版高齢社会白書によると65歳以上人口割合（高齢化率）は2018年時点で28.1%に達しています。高齢化率は今後も上昇し、2030年には31.2%、2040年には35.3%になることが見込まれています。がんは高齢者に多く発生する疾患であり、社会の高齢化に伴い、がん患者全体に占める高齢者の割合は今後ますます高くなっていくことが予想されます。

高齢者は個人差が大きい集団であることを認識しなければなりません。同年代の高齢がん患者の中でも、非高齢者と同様の標準治療に耐えられる方もいれば、そうでない方もいます。標準治療を規定する臨床試験では、高齢者が対象から除外されていることがあります。高齢者が登録されている場合でも、併存症がなく元気な高齢者のみを対象としていることがあります。日常診療で出会う「普通の」高齢がん患者に対して、臨床試験の結果をそのままあてはめることができかどうかについては慎重に考慮する必要があるのです。

身体機能を表わす指標としてがん領域ではperformance status (PS) が広く使用されていますが、PSの評価だけでは高齢者が抱える問題点を抽出しにくく、それぞれの高齢がん患者に適した治療法を提供するという点では必ずしも十分ではありません。Activities of Daily Living (ADL)などの身体機能、認知機能、栄養状態、抑うつ状態、併存症、社会的サポートなどを一定の評価手技に則って評価することを高齢者機能評価と呼び、老年医学の分野で発達してきました。がん領域においても、高齢者機能評価によって高齢がん患者が抱える問題点を明らかにするだけでなく、予後予測、治療効果予測、有害事象発現予測に役立つことが報告されるようになり、治療方針決定支援に結びつくことが期待されています。米国臨床腫瘍学会(ASCO)では、薬物療法を受ける全ての65歳以上のがん患者で高齢者機能評価を行うことを推奨しています。また、日本臨床腫瘍学会と日本癌治療学会が作成主体となり、日本老年医学の協力のもと、2019年7月に「高齢者のがん薬物療法ガイドライン」が刊行されました。このガイドラインの中では、総論として「がん薬物療法の適応を判断する方法として、高齢者機能評価を実施することを提案する」とされています。

一方、多くの評価ツールを多忙な日常診療で行うのは難しいという現状もあり、詳細な高齢

者機能評価が必要な患者を抽出するためのスクリーニングツールがいくつか開発されています。一部のスクリーニングツールでは予後予測、有害事象発現予測において有用性が示されているものがあり、日常診療で簡便に用いることができます。腫瘍内科では、2014年から Geriatric 8 (G8:表) と the Flemish version of the Triage Risk Screening Tool (fTRST) という2つの高齢者機能評価スクリーニングツールを全ての高齢がん患者で初診時に評価してきました。その他にも生活環境、社会的サポート、視覚障害や聴覚障害などの老年症候群の有無を聴取し、高齢患者の状態を多面的に評価し、がんの病状とともにこれらの情報を総合的に判断して治療方針決定に役立てています。高齢がん患者を目の前にしたときに、高齢者機能評価を糸口としてそれぞれの患者が抱える問題点に向き合い、それぞれの患者に適した治療法を提案していく。薬物療法の選択肢が増えてきている今だからこそ、このような取り組みも個別化医療の1つと言えるかもしれません。

表：Geriatric 8 (G8)

<質問1>過去3ヶ月間に食欲不振、消化器系の問題、咀嚼・嚥下困難などで食事量が減少しましたか？

- 0 = 著しい食事量の減少
- 1 = 中程度の食事量の減少
- 2 = 食事量の減少なし

<質問2>過去3ヶ月で体重の減少がありましたか？

- 0 = 3kg以上の減少
- 1 = わからない
- 2 = 1~3kgの減少
- 3 = 体重減少なし

<質問3>運動能力

- 0 = 寝たまゝまたは車椅子を常時使用
- 1 = ベッドや車椅子を離れられるが外出はできない
- 2 = 自由に歩いて外出できる

<質問4>神経・精神的問題の有無

- 0 = 強度認知症またはうつ状態
- 1 = 中程度の認知症
- 2 = 精神的問題なし

<質問5>Body Mass Index : 体重(kg) ÷ 身長(m)²

- 0 = BMIが19未満
- 1 = BMIが19以上、21未満
- 2 = BMIが21以上、23未満
- 3 = BMIが23以上

<質問6>1日に4種類以上の処方薬を内服

- 0 = はい
- 1 = いいえ

<質問7>同年齢の人と比べ自分の健康状態をどう思いますか？

- 0.0 = 良いとは思わない
- 0.5 = わからない
- 1.0 = 同じだと思う
- 2.0 = 他人より良いと思う

<質問8>年齢

- 0 = 86歳以上
- 1 = 80歳~85歳
- 2 = 80歳未満

* 化学療法センターでの看護システムについて.....

東北大学病院化学療法センター 富樫 久美子

化学療法が外来通院で可能になり、化学療法センターでの治療件数は年々増加傾向にあります。免疫チェックポイント阻害薬、分子標的薬などの併用療法、複雑な治療が増える中で看護師の私たちが大事にしていることは、患者さんとの関わり、看護の質を守りたいという想いでした。

現在私たちは、師長を含め 12 名の看護師で化学療法センター（9名）、腫瘍内科外来（2名）に分かれ勤務しています。平成24年より病棟でパートナーシップ・ナーシング・システム（以下PNS）が導入され、化学療法センターでも平成31年よりPNSを開始しました。PNSと化学療法センターでのPNS内容について紹介をしたいと思います。

PNSは、福井大学医学部附属病院看護部が開発した安全な医療を提供する方策として考えられた新看護提供方式です。2人1組のペアで働き看護師間のコミュニケーションを密にして情報を共有し、異常を早期発見し、早期対応する体制です。リーダー看護師1名と2人1組のペアで業務を行います。化学療法センターでのリーダー看護師の役割は治療の進行状況、他部署との連絡、点滴の確認や準備、前投薬の与薬、ベッドの配置など全体の采配をします。他の看護師は2人1組のペアを組み更に4ブロックに分かれます。これまででは、1人の看護師が複数の患者を担当していましたが、現在は常に2人の看護師が患者さんの治療全体を担当します。情報を共有し、治療室への案内、検温、体調の確認、観察記録（SOAP入力）、血管確保、治療薬の投与、交換、アラーム対応を分担します。11時には、

フロア担当とリーダーが集まりチームの進行状況、長時間治療者の入室確認、休憩、化療室2の使用などについての打ち合わせを行います。業務が滞る場合は、余力のあるペアから補完（互いの看護業務の不十分な部分を補い合う）を出して業務を確実なものにします。業務の終盤には、ケアカンファレンス、腫瘍内科外来や薬剤師との情報共有などをを行い、次の治療への支援を計画し業務を終了します。

前年度、患者さんと看護師に化学療法センターの利用と看護ケアに関するアンケートを実施したところ、予約時間、又は予約時間より早く案内されていると感じている患者さんは6割でした。さらなる待ち時間の改善を求める声がありました。看護ケア、対応、全体的な満足度は、9割の患者さんから満足しているとの回答を得ました。看護師のアンケートでは、患者さんからの質問を受ける時間を確保しやすくなったり、対応を速やかに行えるようになった。観察、記録を同時進行で行うため翌日に持ち越す仕事が減った等の意見が聞かれ、9割の看護師から満足しているとの回答を得ました。PNS導入により治療までの業務が円滑になり、患者さんとの関わりの時間の確保、看護の質を守るべく急な対応などにも迅速に対応ができるようになりましたと感じています。また、PNSは、業務の効率化を高めるだけでなく安全・安心で質の高い看護の提供、看護能力の向上（人材育成）、労働環境の改善が可能となるシステムだと実感しています。今後も患者さんに寄り添い、安全・安心につながるように支援していきたいと思っています。

* 編集後記

東北大学病院腫瘍内科 医師 大内 康太



近年ではPNSに代表されるように業務の効率化や質の高い医療を提供するためのシステムが構築されつつあります。当センターもこのようなシステムを積極的に取り入れることで、がん化学療法を受けられる患者さんに満足して頂ける環境作りを推し進めたいと考えております。また、高齢者リスク評価はがん化学療法の個別化に重要な概念であり、治療によって生じうるリスクとベネフィットを厳密に評価し、患者さん一人一人に適した治療計画の立案に役立てています。

患者さんが安心して治療に専念できるよう、緩和ケアセンターをはじめ各部署と連携して一層取り組んで参りますので、皆様これからもどうぞよろしくお願い致します。

●編集・発行 東北大学病院 化学療法センター

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1-1 Tel: 022-717-7876 FAX: 022-717-7603

編集委員 大内康太（医師）、齋藤 究（薬剤師）、齋藤明美（看護師長）、富樫久美子（看護師）、佐藤昌子（看護師）
ご意見・ご要望がございましたら、化学療法センターまでお寄せください。