

集談会抄録

第23回県立がんセンター新潟病院集談会

The 23th Annual Meeting of Niigata Cancer Center Hospital

日時 平成17年2月26日(土) 13時開会(講堂)

プログラム

テーマ①

EBMに基づく各種癌の標準的治療のガイドライン

座長 横山 晶(内科)

1 「肺癌診療ガイドライン」と当科における進行肺癌の治療方針について

内科：○塚田裕子

2 EBMに基づいた精巣腫瘍の治療選択

泌尿器科：○笠原 隆

3 学会ガイドラインと新潟地区における肝細胞癌の治療指針

内科：○加藤俊幸

4 当科における食道癌の治療方針

消化器内科：○秋山修宏

5 転移性脳腫瘍の治療最前線

脳神経外科：○吉田誠一

6 EBMに基づく乳癌診療のガイドライン

外科：○佐野宗明

一般演題

座長 松本 康男(放射線科)

1 市販大腸内視鏡検査を用いた腸管洗浄液減量の試み

中央内視鏡室：○船越和博

2 がん患者の入院時における抑うつ・適応障害把握の試み

～「つらさの寒暖計」によるアンケート調査～

サポートケア委員会：○板垣幸枝

3 臨床試験支援室

① 現状と課題

薬剤部：○岸 とし

② 治験コーディネーターの業務の実際と課題

臨床試験支援室：○池田良美

4 MRIを楽しく理解するための試み

放射線部：○山田恒裕

5 栄養アセスメント状況報告

栄養課：○高橋昌子

6 個人対応食の取り組みについて

栄養課：○井上 哲

7 転倒転落リスクアセスメントシートの評価～ニアミス報告事例から～

RM 部会：○田村由子

テーマ②

外来・在宅での治療・支援について

座長 北村 康男(泌尿器科)

1 訪問看護活動状況の報告

内科外来：○小林博子

2 終末期がん患者を在宅で介護する介護者の援助についての検討

～遺族面談より～

内科外来：○荘司久美子

3 臨床検査の精度管理から見た簡易検査システムの注意点(SMBG等)

検査部：○金子拓志

4 外来化学療法室の現状報告

外来化学療法室：○永高朋子

5 婦人科癌における外来化学療法の現況

産婦人科：○児玉省二

6 小児がん治療における外来化学療法の現状

小児科：○浅見恵子

7 乳がん治療における外来化学療法の現状と問題点

外科：○佐藤信昭

8 外来化学療法注射箋の標準化

薬剤部：○大滝一春

テーマ①-1

「肺癌診療ガイドライン」と当科における進行肺癌の治療方針

内科(呼吸器) ○塚田 裕子, 手塚 貴文
杵渕 進一, 横山 晶

肺癌の治療方針は、主に組織型・進行度・全身状態(Performance Statue; PS)によって決められる。組織型は小細胞肺癌・非小細胞肺癌に二大別される。前者は増殖が早く転移しやすい一方、抗癌剤や放射線治療が効きやすいことが特徴である。今回の発表では、臨床病期Ⅲ・Ⅳ期進行肺癌の治療方針について述べる。肺癌では同側の肺門を越えたリンパ節までの転移あるいは隣接臓器への浸潤があるとⅢ期、他臓器に遠隔転移があるとⅣ期となる。進行肺癌診療の主なガイドラインとしては本邦で作成された「EBMの手法による肺癌診療ガイドライン」、米国臨床腫瘍学会による「非小細胞肺癌に対する治療ガイドライン」がある。Ⅲ期局所進行非小細胞肺癌は全身状態が良好な場合は化学放射線療法、その適応のない場合は根治的放射線単独治療が推奨される治療法である。Ⅳ期非小細胞肺癌については、シスプラチンまたはカルボプラチンを含む2剤併用が、またプラチナ製剤使用不能の場合は新規抗癌剤単独投与が標準的治療である。限局型小細胞肺癌では化学療法と放射線の併用(全身状態良好な場合は早期同時併用)が推奨される。進展型小細胞肺癌ではシスプラチンを含む併用化学療法が標準治療であり、PSが2-3の患者に対しても単剤より多剤併用療法が推奨される。当科では週1回スタッフカンファレンスで新患患者の治療方針を検討している。2004年1年間で、進行肺癌160(非小細胞癌130, 小細胞癌30)例が初回治療を開始している。ガイドラインにおける推奨治療の対象として該当する患者には原則として標準的治療を実施している。標準的治療が確立していない高齢患者・PS不良例・合併症を有する患者等については、担当医の独断的治療にならないようスタッフ全員の協議に基づいて治療方針を決定している。また、ガイドラインは時とともに改定されていくものであり、当科では、将来、その根拠となる臨床試験・治験にも積極的に参加するようにしている。

テーマ①-2

EBMに基づいた精巣腫瘍の治療選択

泌尿器科 ○笠原 隆, 斉藤 俊弘
北村 康男, 小松原秀一

精巣腫瘍は、若い世代に好発し、悪性度が高く進行癌で発見される頻度の高い疾患であるが、転移があっても、その70~80%は治療により完治可能である。

本邦においては、精巣腫瘍診療ガイドラインは作

製されていないため、アメリカNCI(National Cancer Institute)より提供されている病期別治療オプションを基に、文献的考察及び当科における臨床データを加え、精巣腫瘍の治療戦略について述べる。

治療方針を決定するにあたっては、正確な病理組織診断が重要である。高位除精術を行い、原発巣の組織型を同定する。精巣胚細胞腫瘍の病理所見は多彩であるが、単一組織型のセミノーマとセミノーマ以外の成分を含む非セミノーマで治療方針が変わってくる。

本邦では、日本泌尿器科学会病期分類が臨床的見地から最も頻用されている。Ⅰ期は限局癌、Ⅱ期は後腹膜リンパ節転移、Ⅲ期は後腹膜より遠隔のリンパ節転移と他臓器転移に分類される。

病期Ⅰに対しては、NCIではサーベイランスと予防的照射(セミノーマ)、またはサーベイランスと後腹膜リンパ節郭清(非セミノーマ)が併記されている。

病期Ⅱセミノーマでは、径の小さなリンパ節転移には放射線療法を、大きなリンパ節転移には化学療法が薦められている。病期Ⅱ非セミノーマでは、化学療法を先行させる方法と、後腹膜リンパ節郭清を先行させる方法がある。

病期Ⅲでは、組織型に関わらず化学療法が第一選択となる。治療の原則は、腫瘍マーカーの陰性化が絶対条件で、マーカーが正常化しても腫瘍が残存していれば外科的に切除し、病理組織で癌細胞がない場合は経過観察、残存した場合は追加化学療法を行う。

標準的治療に抵抗する難治例に対しては、末梢血幹細胞移植併用大量化学療法や新規抗癌剤を用いた新しいレジメンの作製が試みられているが、現状では研究段階である。

1991年~2000年に当科を初診した精巣腫瘍患者を対象とし成績をまとめた。症例数96例(セミノーマ65例, 非セミノーマ31例)、平均年齢33歳、観察期間中央値66ヶ月であった。病期別では、セミノーマ:Ⅰ期53例, Ⅱ期10例, Ⅲ期2例, 非セミノーマ:Ⅰ期17例, Ⅱ期4例, Ⅲ期10例であった。死亡例が5例(癌死4例, 治療関連死1例)、残りの91例は治癒となった。

テーマ①-3

学会ガイドラインと新潟地区における肝細胞癌の治療方針について

内科 ○加藤 俊幸, 稲吉 潤
本山 展隆, 船越 和博
新井 太, 山本 幹
秋山 修宏

肝細胞癌による死亡数は年々増加し、肺癌、胃癌に次いで多い。C型肝炎は21世紀の国民病と言われ、

肝炎の検診とともに肝癌の診断治療が進めることが急務となっている。日本肝癌研究会では40年前からの膨大な全国集計から治療法を比較検討し、進行度分類は単発か、腫瘍径2cm以下か、門脈などの脈管浸襲はないかの3項目がT因子として重視している。予後は、当然進行度と相関しているが、治療法別では手術と局所療法に有意差はなくなっている。5年生存率も肝切除は57%、マイクロ波凝固療法PMCTは63%で、ラジオ波焼灼療法RFAではさらなる向上が期待されている。癌である以上は治癒切除が基本であるが、肝癌では単純にはいかず背景にある肝疾患によって治療が制限される。腫瘍進行度I~IVだけでなく、ICGなど5項目で肝障害度をA, B, Cに判別した肝予備能から治療法を選択しなければならない。まず肝切除には肝予備能が保たれていることが必要である。また切除後も背景肝からの多中心性発癌や肝内転移が高率である。しかし、近年の診断法の進歩により小病変が発見されるようになり、肝細胞癌では肝外転移が極めて少ないため内科的治療が奏功するため有効な局所治療としてPMCTやRFAが導入されている。新潟地区多施設研究では局所再発のない径2cmまではRFAを優先し、2cm以上では肝切除を選択している。肝切除が困難な症例では特殊な穿刺針を用い治療回数を増すことによって効果を上げることができる。局所治療は狙った腫瘍だけが壊死を起こすため肝障害が重い症例にも行うことができ、著効85%である。さらに大きい腫瘍には従来からの肝動脈塞栓療法や持続動注化学療法が有効である。

最後に切除後の再発を如何に防ぐかが課題である。インターフェロン治療が最も有効と考えられており、肝硬変への進展を抑制し発癌を抑制するだけでなく、さらに治療後の再発を抑制できることが明らかとなっている。また動注化学療法に併用する有効性も注目されている。

テーマ①-4

当科における食道癌の治療方針

消化器内科 ○秋山 修宏, 本山 展隆
新井 太, 船越 和博
山本 幹, 稲吉 潤
加藤 俊幸

癌の浸潤が粘膜固有層までにとどまる食道癌はリンパ節転移を生じる可能性がなく内視鏡切除の適応となり、当科では内視鏡的粘膜切除を行っている。Stage I, IIとT4を除いたStage IIIの症例は外科手術適応となるが、癌の浸潤が隣接臓器に及ぶT4症例やStage IV症例は手術適応がなく可能な限り放射線化学療法（以下CRT）を選択し行っている。当科での切除不能例に対するCRTの適応、方法、治療成績に

つき報告した。抗腫瘍効果はCR30%, PR46.7%で奏効率は76.7%であり、生存期間の中央値は10ヶ月、1年生存率36.7%, 3年27.8%, 5年22.2%であった。また、更なる予後向上を目指し当科で行っているCRT後の追加化学療法の方法、成績についても報告した。抗腫瘍効果の比較では化学療法を追加した群で完全消失例が58.1%まで増加し、生存期間の中央値は19.3ヶ月、1年生存率69.8%, 3年43.0%, 5年32.7%であり、有意に生存率の改善が認められた。以上の結果より当科ではCRT終了後、可能な限り追加化学療法を行っている。

最後に進行度からは外科手術適応と思われるが種々の理由で手術を行わずCRTを行ったStage I, II症例の治療成績を報告し、問題点を検討した。完全消失率は86.4%と良好であったが、40%に癌再発を認め、局所再発が26.3%と多くCRTは局所制御の点で問題があると思われた。生存率は5年生存率44.4%であり、外科手術成績や報告されている成績より不良であったが、対象の条件が異なるためと考えられた。外科手術を行わずCRTを希望される症例も増加してきており内科治療を行う食道癌症例は急増してきているのが現状である。

テーマ①-5

転移性脳腫瘍の治療最前線

脳神経外科 吉田 誠一

がんの脳転移は病期としてはステージ4の進行がんであり、確立された治療方針はなく、個々の患者の症状や訴えに基づいて、手術、放射線治療、化学療法などが組み合わせて考慮される。手術適応としては単発性で他臓器転移がなく、原発巣が治療されていることが望ましいが、我々は、脳外科的積極的治療の目標は1年以上の生存、脳転移による死亡の回避と考えており、手術を含めた積極的治療を行い得た症例群でのみ生存期間の延長が得られ、手術例の死亡原因の多くが他臓器病巣の悪化であった。更に、手術単独群に比べ、放射線治療併用群での生存期間の延長も確認され、病巣辺縁からの再発防止などの点からも、全脳照射は有意義な治療と考えられるが、精度の高い局所照射である定位放射線治療の出現もあり、従来の放射線治療の評価に関しては再検討を要すると考えられる。

テーマ①-6

EBMに基づいた乳癌診療ガイドライン

外科 ○佐野 宗明, 佐藤 信昭
瀧井 康公, 藪崎 裕
土屋 嘉昭, 梨本 篤
田中 乙雄

わが国における乳癌の罹患率と死亡率は増加の一

途をたどり、診断・治療の整備とともに標準的な診療体系の確立は社会的に要求されている。この度、最適な医療を効果的かつ効率的に展開する目的で乳癌診療ガイドラインが発刊された。診療ガイドラインは診療の過程における検討結果を明示したものであり、患者や医療従事者が正しい意思決定をできるよう支援することを目的に作られたものである。目前の患者のもつ臨床的な問題を疑問文にし、診療ガイドラインなどの二次情報を活用する。われわれが遭遇する臨床上の疑問の多くは、他の多くの医師も疑問と感ずるものであり、このような二次情報はEBMの手順に精通している医師達が最新のエビデンスをまとめ、世界中の医師に発信してくれている。もし、二次情報からエビデンスが入手できない場合は一次情報にアクセスして原著論文を検索しなければならない。しかし、その後もその論文が真に信頼できる内容か、その論文の結論が実際の今回の患者に適用してよいかどうか判断しなくてはならず、大変な労力を要する。

診療ガイドラインの利用に際しては個々の医療機関の状況、患者の価値観などを考慮してあくまでも医師が柔軟に使いこなすものであり、医師個人の裁量権を規制するものではない。従って本来は医事紛争や医療訴訟の資料として用いることは診療ガイドラインの目的から逸脱するものである。しかし、現実問題として裁判官は医学については素人であり、一般に各証拠の信頼性・妥当性を社会通念に従って客観的に評価する。そのため診療ガイドラインは各種文献の中でもっとも重視される証拠であると考えられる。とくに基幹病院においては法的判断の基準がガイドラインよりも甘く判定される可能性は低いと言われる。戦略性を必要とする基幹病院において診療ガイドライン外の診療を行わざるを得ない場合は充分なるインフォームド・コンセントを行い、文書による同意書を取得しておく必要がある。

一般演題1

市販大腸内視鏡検査食を用いた腸管洗浄液減量の試み

内視鏡室 ○船越 和博, 牛田智恵子
本多 妙子, 幸田 美幸
山本佳寿子, 杵鞭 久子
武石 雅幸, 佐久間富子
山本 幹, 稲吉 潤
新井 太, 本山 展隆
秋山 修宏, 加藤 俊幸

【目的】

大腸内視鏡検査の前処置として当院では主にニフレック2,000mlを用いているが、下剤の服用量が多く、患者さんに負担を強いているのが現状である。今回、

残渣の少ない市販大腸内視鏡前処置専用検査食（キューピー社・クリアスルー）を用い、腸管洗浄液の減量を試みたので報告する。

【対象・方法】

同意の得られた外来患者さん100人を対象とし、検査前日の昼・夕に検査食を摂取していただき、検査当日のニフレックの服用量を1,000mlに減量した。検査食の味・量などを、また以前に大腸内視鏡検査を受けたことのある患者さんには以前の前処置法との比較をアンケート調査し、かつ検査施行医は前処置状況を4段階評価した。

【成績】

92人よりアンケートが回収され、男性46、女性46名、年齢は40才台以下7、50才台30、60才台28、70才台23、80才以上4名であった。検査食の味：良33.7%、普通60.5%、まずい5.8%。検査食の量：多い2.5%、普通59.3%、少ない38.2%。下剤の量：多い25.9%、妥当68.2%、少ない5.9%。次回の希望：検査食+下剤1,000ml19.3%、通常の食事+下剤2,000ml15.7%。前処置状況：優67.4%、良19.6%、不良12.0%、不可1.0%。

【結論】

検査食の受容状況は比較的良好であり、次回の前処置を検査食+下剤の減量を希望する患者さんがほとんどであった。一方、前処置状況の不良例があり、下剤の追加が必要な症例があること、検査食代の新たな金銭的負担および職場環境から検査食を暖める場所がないことなどが導入にあたっての問題点として浮かび上がった。

一般演題2

がん患者の入院時における抑うつ・適応障害把握の試み

～『つらさの寒暖計』によるアンケート調査～

サポートケア委員会 ○板垣 幸枝, 天野美知子
五十嵐貞子, 佃 小百合
長谷川美津枝
丸山 和恵, 丸山 洋一

「がん」と診断された患者が心理的に動揺する事は明らかである。患者の最も身近にいる看護師は、患者の心のつらさや入院時における治療・入院生活に対する不安が大きいと感じながら接している。しかし、早期に患者の抱える不安を知り、適切な援助を行う事は容易ではない。

そこでがん患者を対象に、抑うつ・適応障害のスクリーニングに有用とされる「つらさの寒暖計」（①気持ちのつらさの程度、②日常生活の支障度値を0～10点の範囲で答えてもらう2段階の自記式質問表）を用いて、入院時における適応障害や大うつ病因子を持つ患者の割合が明らかになった。また、つらさ

の程度、内容を把握して、どのような支援が必要かを検討した。有効調査票308のうち、寒暖計平均値では、①つらさ値が4.1点、②生活の支障度値が3点で抑うつ適応障害傾向にあった。また、スクリーニング値を超える患者の割合は41%と入院患者のほぼ2.5人に一人の割合であった。この結果は、入院患者と関わる時には「全患者が抑うつ・適応障害の可能性を持つ」ことを前提にして看護する必要があることを示唆している。抑うつ群の背景から適応障害、大うつ病のハイリスク因子として、性別は女性、年代は40～60代、男性の就業者、対症療法の患者があげられた。つらさの内容は「治療」「予後」「症状」など生命の質にかかわる問題に集中していた。また男性の就業者では「病名」「日常・社会生活」にも高い関心が示された。この結果、入院時の援助は患者の家族も含めた総合的な援助が必要であり、支持的精神療法（傾聴・共感・受容・励まし・保障）、教育的介入（情報提供・IC）、他職種との連携や協力の重要性が示唆された。今後は緩和ケアチームとしての体制の整備や他職種間の連携の強化が課題である。内富らが述べているように、患者に「気持ちが落ち込む事はありますか」と声をかけ、気配りする事で、つらさを知り、適切な援助につなげたいと考える。

一般演題3-①

臨床試験支援室の現状と課題

薬剤部 臨床試験支援室
○岸 とし、小出 恵子
池田 良美、佐藤 元昭

【はじめに】

臨床試験業務を支援することを目的として薬剤部内に設置された臨床試験支援室の現状を紹介し、今後の課題について述べる。

【臨床試験支援室の現状】

1. 2004年4月、従来分かれていたCRC業務と治験事務局業務の一元化のため薬剤部内に臨床試験支援室が設置された。
2. 構成は薬剤師（兼任）1名、看護師（専任）1名、治験アシスタント（専任、外部委託）1名の計3名である。無資格者だった外部委託のCRCに代わり専任のCRCとして看護師1名が配属され、支援業務の充実が図られた。その他、医師からの要請により外部のCRCが導入されている。（現在5試験）
3. 業務内容は治験事務局業務、治験審査委員会事務局業務、治験薬管理業務とCRC業務である。事務局業務及び管理業務を薬剤師がCRC業務を看護師が主に担当し、アシスタントはそれぞれの業務を補助している。なお、現在は治験と市販後臨床試験に限り業務を行っている。

【臨床試験支援室の課題】

1. 臨床試験の科学的な質と成績の信頼性の向上、倫理性の確保
全ての点に於いて、依頼者や担当医師と十分に協議することが重要である。特に事前の試験計画書の理解、確認には時間をかける必要がある。また、入手した情報は鵜呑みにせず、分析・評価し、継続する試験、被験者のために活用することは担当者の責務であると考え。
2. 臨床試験の推進
医療の進歩、病院経営の面からも臨床試験の推進は求められている。実施率の向上や受託件数の増加、受託診療科の拡大のためには院内外への治験の啓蒙を行うことや支援業務であるCRC業務のアピールも必要である。
3. 限られた人員での業務の推進
職能を生かした役割分担を考え、院内各部署の協力を仰ぎながら業務を進めて行きたい。現在、病棟での試験進行には治験協力スタッフ、病棟担当薬剤師の協力を得ている。更に勤務交代を考え、各種業務の効率化と標準化、次世代の担当者教育も重要である。
4. 取扱い臨床試験の拡大
特別研究、共同研究、調査等への支援も求められている。人員やスペースの確保は必須であるが、何よりも担当者のレベルアップが必要であろう。名実ともに臨床試験支援室となるよう、自己研鑽に努めて行きたい。

一般演題3-②

治験コーディネーターの業務の実際と課題

臨床試験支援室 ○池田 良美、小出 恵子
岸 とし、佐藤 元昭

【はじめに】

治験実施に関する基準は、国際的ハーモニゼーションの動きの中で、1998年4月より新GCPが完全実施となった。当院では、1999年6月にCRC室が設置されCRA1名が常勤していたが、2004年4月から新たに臨床試験支援室として看護師の専任CRCが配置された。今年度の業務の実際と課題を述べる。

【業務の実際】

当臨床試験支援室では、治験と市販後臨床試験についての支援業務に携わっている。プロトコール遵守は必要不可欠であり、CRC業務は機能別に①治療・検査のスケジュール管理②試験候補者への同意補助及び被験者のケア③医療スタッフへの事前情報提供・打ち合わせ④データ記録・管理⑤モニタリング、監査などの対応の5つに大別できる。なかでも看護師の特性が生かされていると思われる②③について述べる。医師が、治療の選択肢を説明し、その後

臨床試験の話聞いてみたいと考えている患者に補助説明を行っている。補助説明と同時に、今までの治療や病状の経過、患者の思いなどを話してもらるように働きかけ、臨床試験から受ける印象などを聴くように心がけている。外来での対応時には、有害事象の聞き取りをしながら治療への気力や思いを聴取する。必要時事前情報として主治医に報告をし、患者が医師に話しやすくしている。患者からは、概ね治療を肯定的に捕らえていると思われる意見を聞くことができた。入院時の対応では、事前説明会の案内や必要に応じ勉強会を実施している。医師と看護師のパイプ役として活動しなければならない。CRC、病棟スタッフ双方が不慣れであり、正確な情報の伝達ができないところがある。3月にはマニュアル成文化に向けて、話し合いを持つ予定である。

【今後の課題】

今年度の試験契約数は40例で、4月から1月までの対応症例数は月平均29.9人であった。契約例数に対する実施率は、現在稼働している試験もあるため詳細なデータは算出できないが、2004年4月から1月現在まで、治療は70.8%、市販後臨床試験は64.3%である。患者が安心して治療、治療が受けられるよう院内各部門と連携、協働し質の高い臨床試験を実施していけるようルール作りとそれらの成文化が急務である。

一般演題4

MRIを楽しく理解するための試み

中央放射線部 山田 恒裕

【目的】

当院では毎年多くのかつ多職種の実習学生を受け入れているが、職種によってはMRIに割り振られた時間が少なく、短時間での説明を求められることがある。しかし、難解で多様なMRIについての興味深く効率のよい基礎的な導入のための方法がなく苦慮していた。そこで、身近な素材の画像にわかりやすい解説を加えて自作の資料を作成することにした。

【概要】

1. X線CTでは判別できない生卵とゆで卵の画像でMRIの特性を示し、各種シーケンスの画像でその多様性を解説する。
2. T1コントラストとT2コントラストについて、できるだけ平易な言葉で解説し、水の信号強度を説明する。
3. 流れている水の画像では2での説明とは異なる信号強度になることでMRI信号の複雑さを示し、その理由を解説する。
4. MRIは物質そのものというよりも物質の置かれた状態を画像にしていることを説明し、その例として拡散強調画像を示す。

【まとめ】

これまで、断片的に実習学生に説明していたことを今回、画像や図を加えてまとめてみた。試みとして成功しているかどうかは今後検証することになるが、一番よくないことは易しい解説によって間違っ受け取られることであろう。成功か失敗かはそこがポイントだと考えている。

また今回、集談会という場にこのような内容の演題が場違いではないかとかなりの迷いもあったが、県内の新築病院のMRI装置が複数台になってきているなど、医療におけるMRI検査の比重が大きくなってきていることを考えると、全く意味の無いことではないかもしれないと勇気を持って参加することにした。なにかひとつでも参考になることがあればと思う次第である。

一般演題5

栄養アセスメント状況報告

栄養課 ○高橋 昌子, 田村 智子
齋藤 有紀, 加藤つくし
山岸紀美枝

【はじめに】

入院患者の栄養管理はすべての疾患治療のうえで基本的医療の一つであり、また患者のQOLの向上の面からも栄養アセスメントはとても重要なことと考える。当院ではQOL向上の面において以前から個人対応食を実施している。それを患者の嗜好、希望だけにとどめず、栄養状態を改善し、治療効果を上げることを目的に平成16年4月より栄養アセスメント用紙を用いてアセスメントを行っている。今回はアセスメントを実施した患者の傾向を知るためにまとめた結果を報告する。

【目的】

栄養アセスメントを実施した患者の傾向を把握するため

【対象】

平成16年4月から12月までの期間に栄養アセスメントを実施した患者(延べ180人)

【方法】

アセスメント用紙記載事項の集計および患者カルテ調査

【結果・まとめ】

- ① 栄養アセスメントの依頼は化学療法、放射線療法の副作用による食欲低下、吐き気、嚥下・味覚障害等の症状により一般食の摂取が困難な患者を対象としたものが多かった。アセスメント後の食種は個人対応食に変更した人が40%と多かった。個人差が大きい患者の症状・希望に応じている個人対応食の重要性を再確認した。
- ② 摂取栄養量が低下している患者に栄養補助食品

を使用する頻度は高く、今後も食べやすい補助食品を取り入れていく必要性を感じた。

- ③ アセスメント後に不足の栄養素を補って摂取していただいた場合でも経口摂取だけでは入院期間内で栄養状態を改善させるまでには到らなかった。

【今後の課題】

- ① アセスメント用紙の利用法については定着してきているが、記載漏れも多いので漏れないよう徹底したい。
- ② アセスメント後の栄養供給量・摂取量、患者の満足度の確認が難しいので病棟と連携してアセスメント後のフォローについて検討する必要がある。
- ③ 栄養状態が低下している患者には経口摂取だけでは改善が困難な症例も多く、経腸栄養や静脈栄養等の他の手段を多職種によって話し合える場（チーム）が必要であると感じた。

一般演題 6

個人対応食の取り組みについて

栄養課 ○井上 哲, 町田 和政
荒木多恵子, 曾我三重子
伊藤 直樹, 山澤 尚美
鈴木美江子, 後藤 正明
佐藤みつえ, 橋 正紀
室橋 達夫, 渡辺 盛男
坂田 厚司, 田中一二三
阿部 征, 高橋 昌子

【はじめに】

当院は病床数500床のうち約8割を悪性疾患の患者が占めるがん専門病院である。がんの治療には手術、化学療法、放射線療法等さまざまなものがあり、それらの副作用により一般食の摂取が困難になる患者様が多くいる。今回はそのような患者様に栄養課がどのような対応をしているかをまとめた。

【当院の特徴的な食種】

- ① 口腔A食：口腔内のあれや通過障害のために固形物や酸味、辛味のある味付けの摂取が困難な人のための献立。形態は流動食。
- ② 口腔B食：口腔A食同様の内容で形態は3分粥食程度。
- ③ 化療食：化学療法の副作用による吐き気、食欲不振のため冷たい物、さっぱりしたものを中心とした献立。素材の味を活かしたシンプルな味付けにしている。①②③ともに一週間のサイクルメニュー。
- ④ 個人対応食：既存の献立にあてはまらない食事で栄養アセスメント後に患者様の症状、希望に合わせて栄養士が献立を作成する。

【調理時の注意点】

- ① 口腔食は軟らかく、薄味にするようにしている。
- ② ミキサー食はとろみ剤（エンガード）の使用に

よりのどごしがよくなるよう工夫している。

- ③ 化療食は食材が偏っているので切り方、盛り付け方に変化を持たせている。
- ④ 個人対応食は一人ひとり内容が異なるのでコメント記入をわかりやすくする工夫をして付け間違えのないように注意している。

【今後の課題】

- ① 通過障害のある患者様向けの食事の工夫、研究をする。
- ② 病棟、栄養士、調理師間のコミュニケーションをよくして患者様の病状や状態、希望等の連絡がうまくいくようにし、患者様に満足していただける食事を提供する。

一般演題 7

転倒転落リスクアセスメントシートの評価

～ニアミス報告事例から～

リスクマネジメント部会

○田村 由子, 野田 和子
森田 京子, 梨本 真弓
渡辺 純子, 吉田 誠一
横山 晶

【はじめに】

転倒転落リスクアセスメントシート（以後シートと略す）は、平成14年度から使用している。2年間使用し、シートの内容について改定できないか、ニアミス報告事例を点検し、改定の手がかりを探る。

【調査方法】

- 1 転倒転落に関するニアミス報告書とシートの添付のあるもの。
 - 2 無作為に50事例を選択した。
 - 3 各項目のチェックを1とした。
 - 4 シートを59項目に分けた。
 - 5 チェック時を入院時・変化時・転倒時とした。
- シートは59項目については、(1)易転倒性に関連した入院時の疾病・障害を17項目、(2)排泄障害を5項目、(3)薬剤の使用及び治療を8項目、(4)全身状態の変化を7項目、(5)ADL活動レベルを5項目、(6)ADL活動障害を6項目、(7)認知・判断力を4項目、(8)性格および行動特徴を5項目、(9)その他1項目、(10)アセスメントを3項目の合計59項目である。

【結 果】

- 1 シートにチェックの多い項目については、(1)年齢・脳腫瘍・骨関節疾患であった。(2)尿器の使用・夜間排尿・尿、便失禁。(3)療法・麻薬の使用・眠剤の使用。(4)衰弱、疲労感・発熱・呼吸困難・浮腫(5)一人でトイレに行き詰まらせて来れない・一人で入浴できない・一人で起立移動が出来ない。(6)筋力低下や平行バランス不良・車椅子、歩行器の使用。(7)理解力の低下・せん妄・不穏行動。(8)

援助を浮けることに遠慮・排泄は自分でしたい願望。(9)入院時・転倒時の記入であった。

- 2 転倒までの入院日数と件数・病棟・年齢比較については、1) 入院日数から2週間以内が多かった。2) 年齢別では60歳以上が、明らかに多い。
- 3 ニアミス報告書集計から、1) 転倒は平日が多かった。2) 転倒時間は0時からの深夜帯が多かった。3) 転倒理由は、体力低下、薬剤の使用であった。4) 転倒レベルは、レベル1がほとんどである。5) 転倒場所はベッド周辺やトイレであり、バランスを崩しやすい場所であった。

【結 論】

- 1 シートの項目は、削減、整理することが出来る。
- 2 転倒の傾向がつかめた。また、看護上の問題も見えた。
- 3 入院から転倒までは2週間以内が多い。
- 4 シートの変化時の記載は、入院日数に着目すると良い。

テーマ②-1

訪問看護活動状況の報告

内科外来 ○小林 博子, 荘司久美子

【はじめに】

訪問看護室は、平成4年に開始、終末期を在宅で過ごす患者家族に対し支援してきた。今回平成13年度から15年度にかけての活動内容を報告する。

【研究方法】

平成13年度から平成15年度の訪問患者状況を調査

【結 果】

1. 年齢は49歳から96歳まで関わっていた。70代が最も多い。50代の患者が増えていた。
2. 患者数は延べ47人で訪問回数の延べ件数は409回、年間136回であった。
3. 在宅日数はH13年59.3日、H14年39.2日、H15年34.8日で短縮。現在1年半関わっている患者もいる。
4. 退院後2週間以内の死亡は各年2人。
5. 保険は患者の7割が介護認定。それ以外の5人は福祉サービスで身体障害者手帳の取得者。
6. 医療処置件数は増えていた。
7. 患者の主な介護者は、配偶者が60%を占めている。

【考 察】

訪問看護は、「一日でも長く住み慣れた自宅で気兼ねなく家族と共に生活すること」を目標として関わっている。訪問を受けている患者は、短期間に症状変化をきたしやすい。3年間のデータでも、47人中2週間以内に再入院、また死亡している患者が9人いた。そのため受持ち看護師は、患者の病状が安定し

ている時期を捉え、家族の「今しか帰れない」と言う思いを受け止め、「残された最後の時間をどこで、どのように過ごさせることが良いのか」を考え、在宅療養への選択がなされるように準備をする。そして医療処置のある患者の場合には、早めにケース検討会を行い、入院中に訪問看護師が確認する。しかし訪問を希望するすべての患者・家族に関われるわけではない。訪問看護は、人的・環境的規約の中、週1～2回の枠でしか訪問できない状況である。退院後1～2週間は、緊張と混乱することが多く、患者家族の精神的支援は在宅療養の重要な鍵となる。患者は短期間に症状変化をきたしやすいため、夜間・緊急時訪問の体制が必要で、それらに対応してくれる地域の開業医や訪問看護ステーションの協力がとても重要となる。

今後も訪問看護の依頼は増加していくと考える。患者家族のニーズの多様化に伴い、その人にとってどうすることが最良かを考え、質の高いケアを提供していきたい。

テーマ②-2

終末期がん患者を在宅で介護する介護者の援助についての検討 ～遺族面談より～

内科外来 荘司久美子

【研究目的】

終末期がん患者を在宅で介護する介護者の思いを明らかにし、その援助について検討する。

【研究方法】

対象：当院で訪問看護を受け、患者の死後、半年以上を経過した家族で研究に同意を得られた10名。

方法：介護者に半構成的面接を実施。逐語録を作成し、家族の思いを抽出、カテゴリー分類した。

倫理的配慮：面談依頼の際、研究の主旨、プライバシーの保護について説明し、承諾を得た。

【結 果】

対象者の続柄は、配偶者7名、子供3名。全例が医療処置あり。在宅期間は11日から147日。死別後の期間は6ヶ月から1年3ヶ月であった。カテゴリーは、6カテゴリー、18サブカテゴリーに分類された。その中から以下の介護者の思いが明らかになった。カテゴリー①『自分にかかる重い責任』医療者のいないところで、処置や判断を任せられる負担や、病状や予後告知を受け、自分が介護を引き受ける決意、介護に伴う生活の変化。カテゴリー②『介護者の無意識のがんばり』今しか帰れない厳しい状況を知らされている介護者が、患者の希望をかなえたい、少しでも長く生きてほしいと願い、行動する様子。カテゴリー③『病状の進行に伴う感情』病状が進行していく患者の介護の経過を通じ、介護者が感じる様々な苦悩、悪化を自覚する患者の言葉に対する動揺。

カテゴリ④『患者との日常の認知』患者との生活は特別なものであり、患者の喜びを自分の喜びとする生活。カテゴリ⑤『周囲とのかかわり』他の家族員の苦悩を察し悩む、世間体を気にかける。カテゴリ⑥『医療者への思い』医療への信頼と不満、感謝の思い。全体に共通しているのは<認めてほしい、ねぎらってほしい>思いであった。

【考 察】

6カテゴリで共通していることは、自分を認め、ねぎらってほしい、自分を支えてほしいと願う介護者の思いであった。看護師は介護者の思いを受け入れ支持するよう関わることで、介護者の健康保持のため、社会資源の情報提供や家族間の役割調整を行うことが必要である。また、介護者の不安の軽減のため、病棟や開業医、訪問看護ステーションとの連携を促進し、医療サポートの充実をはかること、介護者に予測される病状の変化を説明し、心の準備を促すことが必要である。介護者の様々な揺れる思いに寄り添い、介護者がその人なりの満足のいく介護と看取りを行えるよう援助していくことが重要である。

テーマ②-3

臨床検査の精度管理から見た簡易検査システムの注意点 (SMBG等)

研究部検査科 ○津田 美和, 金子 拓志
石川 直子, 小林 聡子
芳賀 博子, 川口 洋子
山岸めぐみ, 黒澤 芳子

【はじめに】

今日、生化学検査など中央検査部で実施される臨床検査の多くは、学会等で定められた基準や標準に合わせているため精度向上が目覚しく、年々施設間差が是正されているのが現状である。一方、遠心など特別な操作なしに行う簡易検査 (POCT) や、患者自身が自己管理目的で使用する血糖自己測定 (SMBG) 装置など検査機器の小型軽量化に関する技術進歩も目覚しく、検査室以外においても手軽に誰でも検査が出来る時代になっている。

しかしながら、このような簡易機器においては、手軽さの反面、使用するシステムの感度、精度は標準化されていないのが現状で使用に関しては十分それぞれの特性を配慮する必要があると思われる。今回、我々は代表的な簡易機器の種類、特徴などをまとめ、さらにSMBG用の機器について以前検討したデータを示しながら、現状と注意点を報告したい。

【簡易機器の種類と特徴】

自己血糖測定 (SMBG) 装置は現在多数の種類が使用されているが、微量の血液で短時間に結果が出る反面、機器によって測定値、精度にはバイアスやばらつきが見られる。またヘマトクリット、測定手

技や薬剤の影響も受けやすく注意が必要である。

また、検査室でも緊急用として、尿、アンモニアなどの機器が使用されている。これらはメンテナンス、校正値の管理が重要である。肝炎ウイルスなど感染症の検査に利用されるイムノクロマト法はインフルエンザ、A群溶連菌、アデノウイルス、ロタウイルスなどにも利用され拡大傾向である。しかし感度の問題で陰性が感染の否定を意味しない。

【まとめ】

医療ニーズの変化によって、簡易検査機器が急増している。増え続ける簡易検査機器に対する検査の標準化が問題となっている。SMBGの精度を検証した結果、精度特性は機種によって異なる。簡易検査機器の使用にあたって、十分特性を理解した上使用することが重要である。検査技師が、今後検査室以外で実施される検査の精度管理についても関与していくことが必要である。

テーマ②-4

外来化学療法室の現状報告

外来化学療法室 永高 朋子

近年、抗がん剤の進歩とその用法の工夫、支持療法の確立や患者のQOLへの配慮、さらに、平成14年度の診療報酬改定で外来化学療法加算が新設されたことなどから、外来化学療法に積極的に取り組む病院が広がりつつある。当院も外来化学療法のシステムを構築し、平成16年10月から稼働を始めた。今回外来化学療法のシステムの紹介と現状報告をする。

システムの構築にあたっては、

- 1) 対象患者基準
- 2) 化学療法 (レジメン) の条件
- 3) 外来化学療法箋投与法の統一
- 4) 各外来・他部門との約束事項
- 5) 各外来発信のベット取得のルール
- 6) 外来カルテ・患者の動き
- 7) 外来化学療法の実際
- 8) 医療事故防止対策・緊急時対応
- 9) 患者指導用パンフレット
- 10) 外来化学療法看護業務手順
- 11) 外来化学療法看護記録用紙

上記11項目を具体化した『外来化学療法マニュアル』を作成し実施している。

開設から約5ヶ月経過し、延べ1831件、化学療法を実施し医療事故は起きていない。今後も患者が安全・安楽で質の高い外来化学療法を受けられるように、よりよい実施システムと医療体制を強化していきたい。

テーマ②-5

婦人科癌における外来化学療法の現況と展望

産婦人科 ○児玉 省二, 富田 雅俊
海部真美子, 笹川 基
本間 滋

婦人科癌の化学療法は、従来より入院して実施され、消化器症状や骨髄抑制などの有害事象が改善したのちに退院することが一般的であった。このため、卵巣癌では、3～4週間毎の投与間隔で、5～6コースの化学療法が行われるため、半年以上の入院期間も稀ではなかった。また、従来の各臓器癌における化学療法の位置づけはそれぞれ異なり、子宮頸癌では術後の放射線治療が中心となり、子宮体癌では術後の補助療法として放射線治療あるいは化学療法が行われてきた。卵巣癌は、進行例が多く、組織型も多彩なため、化学療法が中心であるが投与内容の工夫が必要であった。

最近の婦人科癌における化学療法は、子宮頸癌では扁平上皮癌に対してはCPT-11+CDDPおよびBOMP(BLM,VCR,MMC,CDDP)が neoadjuvant chemotherapy(NAC)で行われ、Nedaplatinは放射線治療との併用治療で投与されている。また、頸部腺癌では、TJ(Paclitaxel:PTX,CBDCA), MEP(MMC,VP-16,CDDP)療法が行われているものの、その効果は限られたものである。子宮体癌は、術後の補助化学療法としてTAJ(PTX,ADM,CBDCA)療法、TJ療法を行っている。卵巣癌では、上皮性腺癌にはTP療法、TJ療法(:weekly投与)、TJ療法(Bi-Weekly投与)、DJ(DTX,CBDCA)、療法が行われ、明細胞腺癌あるいは、2nd lineの薬剤としてCPT-11+DTX(PTX)、3rd lineではGEM+DTXが選択され、胚細胞性悪性腫瘍ではBEP(BLM,VP-16,CDDP)療法が第一選択となっている。

2004年10月から外来化学療法が開始され、当科でもQOLを考慮して積極的に参加する方針となった。当初は、従来の入院して化学療法、有害事象からの回復を待つ生活から、外来化学療法後は自宅での回復を待つことに対して不安な面もあるスタートであったが、現在では大方の皆様が肯定されている印象である。

これまでに外来で投与された化学療法のレジメン、例数、回数は、TJ療法が7名14回、CDDP+CPT-11療法が6名18回、Biweekly TJ療法3名15回、PTX+GEM療法3名8回、DJ療法3名5回、DTX+CPT-11療法2名6回、weekly PTX療法1名2回、AQP療法1名2回となり、この4ヶ月で延べ59回、25名に施行してきた。各月別では、10月8名、11月13名、12月17名、1月21名と増加している。現在の婦人科で行っている外来化学療法は、週3回(火・木・金)に限定されているため、1日当たり1.11人(2月は

10日までで1日あたり2.0人)で、従来の入院治療から現在は外来での治療へとシフトすることを目指し、同意が得られてきている。

化学療法は、これまでの「病院で治療・療養・回復」から「病院で治療、自宅で療養・回復」を目指す、問題点として「遠距離在住者の通院」、「化学療法の要約を満たさない場合の治療延期」、「治療日が外来担当日に制限され、多忙な診療の中での治療となる」が指摘できる。今後の展望として、外来化学療法の専属担当医が配置され、多剤併用化学療法も可能となることを期待している。

テーマ②-6

小児がん治療における外来化学療法の現状

小児科 ○浅見 恵子, 小川 淳
渡辺 輝浩, 北島 妙

当科では以前より、患児・家族のQOLを考慮して、小児がん化学療法を出来る限り外来で行ってきた。一方、医療情勢の変化への対応として、2002年4月、厚生労働省より国策として、外来化学療法加算(300点/日…成人,500点/日…15才未満の患者)が保険診療に新設された。この後、成人領域では一部の専門病院だけの傾向ではなく、一般病院や診療所においても外来化学療法が急速に増加し、かつ中央センター化している。

当科では2002年の新設と同時に加算を開始したが、全国の小児がん治療の現場ではほとんど施行されていないようであり、今回、小児がん治療を行っている主だった40施設(JPLSG運営委員所属施設及びCCLSG参加施設)にメーリングリストを使用してアンケート調査を行った。

外来化学療法を取り入れている施設は3施設(7.5%)のみで、37施設(92.5%)は取り入れていなかった。また、小児科単独設備のある病院は当科のみであった。取り入れられていない理由は、①28施設(75.7%)が施設・人的基準をクリア出来ない事であり、②9施設(24.3%)は加算についての知識がなかった。また、外来化学療法の中央センター設備のある病院でも、小児特有の、①点滴ラインの困難さ、②処置時の泣き声、③おもちゃ、ベッドなどの設備の整備の困難さなどにより、成人との同室は不可能として拒絶されているのが現状である。

しかし、当科のように小児科内での工夫により外来化学療法は可能と考えられる。患児・家族のQOLの向上、入院期間短縮による医療経済面でのコスト削減、与えられた権利(加算)の有効利用による病院経営の向上を目指し、全国の小児がん治療を行う施設での外来化学療法の一層の普及が望まれる。

テーマ②-7

乳がん治療における外来化学療法の現状と問題点

外科 ○佐藤 信昭, 佐野 宗明
金子 耕司, 瀧井 康公
藪崎 裕, 土屋 嘉昭
梨本 篤, 田中 乙雄

【はじめに】

乳がん化学療法の重点は癌の根治の可能性を有する微小転移を標的とする術前・術後補助療法へ移行している。とくに、術前化学療法は乳房に評価可能な癌を有し、病理学的完全奏効例では明らかに無再発生存期間の改善がみられ、抗癌剤の生体内感受性試験の要素を有することからその施行が増加している。

乳がんの標準的治療薬である Anthracycline, Taxanes, ハーセプチンは外来投与可能であること、乳がん患者は再発の一部をのぞき、Performance Status:PSが良好であること、保険診療において外来化学療法加算などが、それぞれ治療上、患者側、医療環境の因子としてはたらき、乳がんの外来化学療法の増加に拍車をかけている。本稿では、乳がんの外来化学療法の現状と問題点について検討する。

【当科の現状】

従来から抗癌剤漏出事事故防止マニュアル、抗癌剤副作用情報、乳がんの薬物治療パンフレット（抗癌剤、内分泌治療）などを使用して外科外来にて化学療法を行ってきた。2004年10月の外来化学療法室の稼働を契機に、外来化学療法処方箋の事前登録制がしかれ、治療スケジュールの明記、専用処方箋の作成、手書き処方箋の廃止（処方内容の印刷、確認医によるダブルチェックが徹底された。2005年1月末までに、137人（763回）の乳がん患者が外来化学療法室を利用した。内訳は、術前、術後補助化学療法87名、再発患者の治療50名であった。

【問題点】

患者の増加により外来化学療法室の業務量が増大している。副作用の予防・早期発見・および緊急時の対応など、化学療法を安全かつ効率的に遂行するため、人員の増加、とくに、化学療法に精通した看護師、薬剤師の充実が求められる。

一方、外来化学療法に関する評価は医療者側からが多いが、外来化学療法が患者の利益（治癒、延命、質の高い生活の維持）につながるか、快適空間の提供がなされているかなどの客観的な評価が必要であろう。とくに、PS不良な再発乳がん患者と家族の精神的サポートなどについても配慮が重要である。

【まとめ】

乳がんの化学療法の意義はますます増大している。QOLを保ちながら治療を継続していくことへの配慮

からも外来化学療法と同時に在宅支援の重要性はさらに増大するものと考えられる。

テーマ②-8

外来化学療法注射箋の標準化

薬剤部 ○大滝 一春, 斎藤 達志
圓山 優子, 佐藤 元昭

【はじめに】

昨年10月に外来化学療法室（以下、外来化療室）が稼働するにあたり、外来化療室運営委員会ではその約半年前から円滑で安全な運用に向けて様々な検討が重ねられてきた。その1つとして外来の化学療法注射箋（以下、化療箋）の標準化を行うことになり、その経緯と現状を報告する。

【問題点】

従来、薬剤部に登録されていた外来化療箋は合計38種類であった。しかし実際に処方されている状況とは異なっていたため、該当診療科の外来化療箋の見直し作業を行った。

見直し作業の結果、投与法のバラツキが4つに大別されることが判明した。第1に投与経路のバラツキ、第2に投与時間のバラツキ、第3に希釈液のバラツキ、第4に過敏反応防止のための前投薬のバラツキだった。各診療科、各医師ごとに差があり、これらを標準化しなければ、ミスの原因になることは明らかである。

【標準化】

結果をもとに次のような標準化をおこなった。①ルートの確保は抗がん剤フリーの点滴で行う。②抗がん剤の希釈液は原則生食に統一する。③投与時間を統一する。④前投薬を統一する。⑤可能な限り点滴投与で行う。⑥省略化できる輸液は行わない。

以上のようなルールに基づき、各医師の同意を得て化療箋を作成し直した。

【結果】

新規登録も含めて外来化療箋は合計72種類になり、これにより手書きの化療箋はほぼ無くなった。標準化された化療箋の使用により業務の繁雑さが軽減され、リスク回避にも寄与していると思われる。

【課題】

今後の課題として、EBMに基づきレジメンを検討し運用していく委員会の設立が望まれる。

薬剤部としては、可能な限りプロトコルや文献の収集に努める。事故防止のため、登録の完全化に努める。外来と入院の化療箋の統一を図る。以上のように業務を進めていこうと考えている。