

〈原著論文〉

同種造血幹細胞移植患者への緩和ケアチーム介入の試み

佐野 史典¹⁾, 岡脇 誠¹⁾, 和田 秀穂²⁾, 山口 佳之¹⁾

1) 川崎医科大学臨床腫瘍学,

2) 川崎医科大学血液内科学

抄録 血液がんの治療の一つである同種造血幹細胞移植治療（以下、移植）は、患者にとって唯一の治療を目指した治療であるが、想像以上の副作用に苦しむ可能性の高い治療でもある。成功率20~30%程度と説明された不安、前処置の副作用、生着前・後の感染症状、GVHD症状、退院に向けての社会的負担などの苦痛が測り知れなく出現する。主治医は患者の生命維持に精一杯であり、看護師は大量の点滴や身体ケアに精一杯であり、移植患者の苦痛への対応が困難な状況に陥りやすい。そこで、2018年10月から緩和ケアチームが移植患者全例に介入することとした。移植治療のインフォームドコンセント時に緩和ケアチームの専従看護師が立ち会い、主治医から移植治療中の苦痛に対して緩和ケアチームが介入していくことを説明し開始した。これまでに、4症例の移植患者に介入できており、主に心理的対応と栄養士の早期対応が実現できた。しかし、主治医との連携は、良好なものから連携不良とさまざまであり、今後も検討していく必要があると考えられた。移植患者の苦痛への早期対応が、患者、家族そして主治医と看護師を含めた医療者との三位一体の緩和ケアが可能となり、成果が期待される。 doi:10.11482/KMJ-J201945155 (令和元年11月6日受理)

キーワード：緩和ケア、緩和ケアチーム、同種造血幹細胞移植

目 的

血液がんの治療の一つである同種造血幹細胞移植（以下、移植）は、患者にとって唯一の治療を目指した治療である。しかし、想像以上の副作用に苦しむ治療であり、さまざまな苦痛が測り知れなく出現する¹⁾。移植患者における苦痛には、成功率が低い不安・出現してくる副作用や合併症への不安・社会復帰ができないことなどへの心理的社会的苦痛、前処置にともなう副作用・感染症などのさまざまな症状・GVHD（graft versus host disease）症状などによる痛みとその他の身体的苦痛、家族や大切な人の心配・申し訳なさ・自分のことができないうつらさ・自

分らしさの喪失・ボディイメージの変化・死への不安などスピリチュアルな苦痛がある²⁾（図1）。これらのトータルペインに対して、早期発見早期対応して苦痛の予防と緩和を行いたいと考える（図2）。しかし、苦痛のある患者に対して、血液内科主治医は、感染症・GVHD・輸血治療などの病状管理などで、患者の生命維持に精一杯な状況にあり、病棟看護師もものすごい点滴や大変な身体的ケアのため、精一杯な状況にあり、移植患者の苦痛への対応が困難になっている（図3）。そこで、患者のトータルペイン、家族、医師看護師に対して、我々緩和ケアチームが苦痛緩和、家族ケアを行い、医

別刷請求先

佐野 史典

〒701-0192 倉敷市松島577

川崎医科大学臨床腫瘍学

電話：086（462）1111

ファックス：086（464）1134

Eメール：sfuminori@med.kawasaki-m.ac.jp

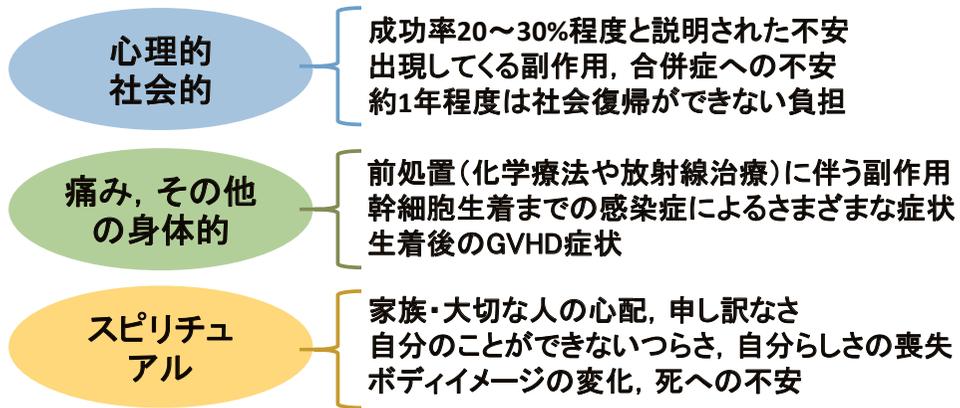


図1 移植患者における苦痛

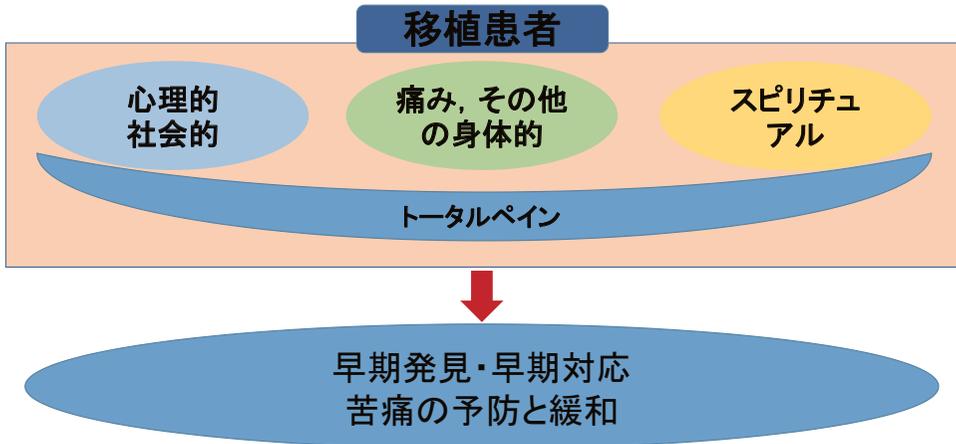


図2 移植患者のトータルペインと対応
トータルペインに対して, 早期発見早期対応が必要である.

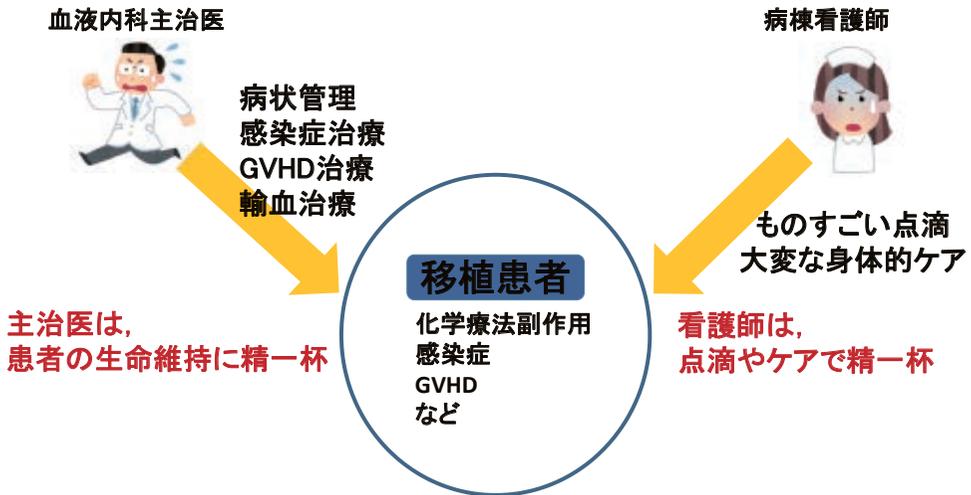


図3: 移植患者の苦痛への対応
主治医は病状管理など患者の生命維持に精一杯であり, 看護師は点滴やケアで精一杯な状況なため対応が困難な状況.

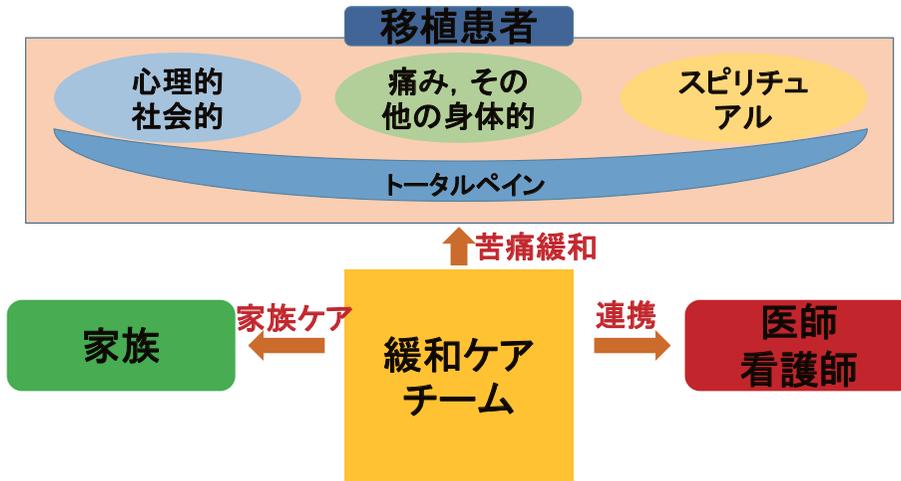


図4 三位一体の緩和ケア

緩和ケアチームが苦痛緩和, 家族ケアを行い, 医師看護師と連携することで対応.

師看護師と連携することで対応していくことを提案した(図4). 血液がんの特性上, 主治医からの緩和ケアチーム介入依頼が少ない状況であるが, 病棟看護師からの介入要望が強いことから, 造血幹細胞移植運営委員会にて緩和ケアチームが移植患者全例に介入することに決定し, 2018年10月から移植緩和ケアチームが介入することになった.

方法

移植治療のインフォームドコンセント時に緩和ケアチームの専従看護師が立ち会い, 主治医から移植治療中の苦痛に対して緩和ケアチームが介入していくことを説明がされ, 通常の緩和ケアチームと同じ体制で介入活動を施行した. 日々状態が変化するため, 連日回診し, チーム回診は週に2回行い, 易感染性のため, 必要なメンバーを含めて少人数で施行することとした. 回診前には, カルテを確認して患者の状態を確認し, 病棟看護師と時間があえば気になるところを聞き情報収集後に, 患者を訪室した. 緩和ケアの内容は, 重要なことは病棟看護師にすぐに伝え, カルテ記載を施行した.

心理面においては, チーム医師看護師がしっかり時間をとって傾聴を行い, 経過中に抑うつ

や不穏状態が考えられた場合には, 早期にチーム心療科医師に相談する方針とし, 患者の訴えに対して時間をかけて傾聴できたか, 患者の訴えに対策案を提案することができたか, 早期にチーム心療科医師へ相談することができたか, について評価した. 食事面については, 回診時にチーム栄養士へ相談する方針とし, 希望を聞き出すことができたか, 食事変更により患者の満足感が得られたか, について評価した. 疼痛やその他の身体的苦痛への対策については, チーム内で検討し提案を行う方針とし, 疼痛に対して適切なアセスメントと治療の提案ができたかどうか, について評価した. 家族ケアについては, 病棟看護師の情報をもとにケアが必要な場合, 心理面同様にチーム医師看護師がしっかり時間をかけて傾聴を行う方針とし, 家族の訴えに対して時間をかけて傾聴できたか, 対策案を提案することができたか, について評価した.

結果

今回の報告までに4人の患者に介入して対応した(表1). 転機はやはり難しい治療であることもあり3人が死亡, 1人は治療中であった.

心理面においては, 4人すべての患者の訴え

表1 移植緩和ケアチームとして介入できたこと.

| 症例 | 転機 | 主に介入できたこと | | | |
|----|-----|-----------|----|-----------|------|
| 1 | 死亡 | 心理面 | 食事 | | |
| 2 | 死亡 | 心理面 | 食事 | 疼痛 | 家族ケア |
| 3 | 死亡 | 心理面 | 食事 | 疼痛以外の身体症状 | |
| 4 | 治療中 | 心理面 | 食事 | | 家族ケア |

主に心理的対応と、栄養士による食事面での早期対応が実現でき、家族のケア介入を行った2症例は、30代と若く配偶者とその両親へのケアを行った。

に対して時間をかけて傾聴し、対策案を提案することができた。心理面について、対応し提案できた一部を述べる。

「残される奥様のことが心配。」との思いを話されたため、奥様の何が一番心配になっているのか、問うと、「わからない。いろいろ考えすぎてしまって。」と返事をされた。時間をかけ、話を詰めていくと、「自分が死んだら、奥様がおちこんでしまわないか。」「誰が奥様を支えてあげるのだろうか。」「子供たちにこの気持ちは伝えていない。」と涙まじりに話をしてくださった。この患者は自分の状況と余命をしっかり受け止めていることができていたため、治療経過の中で体力が持ち、患者自身が自分の気持ちを話せる間に早い段階でまず子供さんへ伝えてみることを提案した。このことを病棟看護師にも伝え、子供さんへこのような思いを持たれていることを伝えてもらい、患者と子供さんで話ができるよう対応してもらうことができた。

血小板数が少ないためリハビリセラピストが介入できないことを悩まれていた患者に対しては、できないことでどのようなことが心配なのか話をしてもらい、その話の中で、自分で動くことができず、寝ている時間が長く、ふくらはぎや肩の筋肉が張り、こることがつらいとの思いを話された。患者と話をしている間はタッチングに加えて下肢のマッサージを施し、家族がいた場合には簡単なマッサージの指導などで対応した。

無菌室での治療が長くなり、幼い子供と会いたいという気持ちと、会ってしまうと子供が帰りたくない・抱っこしてほしいと駄々をこねてしまっ、世話をしてもらっている夫や母に迷惑になってしまう不安があり、どうしたらいいだろうか、という不安を話された患者には、すぐには決めず、夫と患者、病棟看護師、主治医と一緒に何度も相談して決めていくことを提案して対応した。患者の白血球数が増加しなかったため、ガラス越しの電話を用いての面会になったが、患者は涙を流されながら会えたことに喜ばれ、元気がでたとのことであった。事前に何度も相談していたため、夫が子供に母親の状況をうまく伝えることができており、子供が駄々をこねたり不安になったりすることはなかった。

そして、不眠の症状に対して、回診時にチーム心療科医師に相談や確認することはあったが、主治医の治療で対応できており、4人ともうつ症状やせん妄症状の出現なく、新たな薬物療法の介入をすることはなかった。

食事面についても、4人すべての患者の訴えに対して対応することができた。移植治療に伴う嗜好の変化から、通常の食事を見ると嘔気がついてしまい、果物であれば摂取できる患者に対しては、果物盛りのみを提供するようにして対応し、果物を摂取することで口腔内の清潔保持が可能となった。移植治療に伴う口内炎が出現した患者に対して、食事内容の変更を速やか

表2 緩和ケアチームとの連携

| 症例 | 転機 | 患者関係 | 家族関係 | 看護師連携 | 主治医連携 |
|----|-----|------|------|-------|-------|
| 1 | 死亡 | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 2 | 死亡 | ◎ | ◎ | ◎ | △ |
| 3 | 死亡 | ◎ | ◎ | ◎ | △ |
| 4 | 治療中 | ◎ | ◎ | ◎ | ○ |

◎:良好 ○:普通 △:連携不良 ×:連携不可

患者・家族、看護師との連携は良好であった。

主治医との連携は、良好なものから連携不良と様々であった。

に対応することで、食事摂取量を減らすことなく維持することができた。ゼリーを凍らせて摂取していた患者は、冷たいものだと食べやすいとお話しされたため、高栄養ジュースを凍らして摂取してもらうよう対応したところ、摂取カロリーを維持することができた。

疼痛については、症例2において、NRS (Numerical rating scale) 8~10の肛門痛を認めていた。移植治療後による骨髄抑制状態であり、肛門周囲感染症と診断された。白血球数が少ないため膿瘍は形成されておらず、切開排膿の適応はなく抗菌薬投与で治療された。肛門痛に対して非ステロイド性抗炎症薬の内服やアセトアミノフェンの内服で対応されていたが、排便後や体動後に激痛が出現していた。肛門局所の疼痛と考えられ、激痛のさいには、下部消化管内視鏡検査の際に肛門の表面麻酔として用いられるリドカイン塩酸塩（キシロカインゼリー2%®）を3ml肛門に注入して対応してみることが提案した。激痛時に施行したところ、効果を認めNRS 8~10の疼痛がNRS 2~3まで改善を認め、3~4時間程度の効果持続時間も認められた。骨髄抑制状態から回復し、白血球数の増加に伴い肛門痛は改善した。

その他の身体的苦痛については、症例3において激しい下痢症状を認めていたため、モルヒネ塩酸塩注射液の投与を提案し対応した。一時的な下痢症状の軽減は認めしたが、すぐに増加し

たため、主治医がフレキシシールを挿肛して対応された。

家族のケア介入を行った2症例は、30代と若く、配偶者とその両親へのケアを施行した。配偶者は、死に至る可能性がある移植治療であり、お別れになってしまったらどうしようという不安を溜め込み苦しい時間を過ごされていた。その不安を、移植緩和ケアチームや病棟看護師、主治医へ吐き出していただくように提案し、配偶者が仕事の都合などで来院される時間が遅く病棟看護師や主治医が対応できない場合には、我々緩和ケアチームの医師、看護師が対応した。配偶者から不安に思っていることを傾聴したところ、全身倦怠感や食欲不振など日々の症状の変化がとても気になり、過剰に心配になってしまうとのことであった。病棟看護師、主治医と一緒に配偶者の不安について情報共有し、配偶者へ患者の現状と症状の病態について、わかりやすい説明を続けた。その結果、配偶者自身から、少しずつ不安が取れてきました、ありがとうございます、とっていただけた。また、患者の母親がこのような病気になってしまったのは、自分のせいであると思い込んでしまっており、回診中に話を聞いてほしいと言ってこられたため、迅速にチーム看護師が時間をとって母親の思いを傾聴して対応した。母親の考えていたことを傾聴し、母親のせいで血液の病気になったのではないことを加えてお話しし、安心

していただいた。

主に心理的対応と、栄養士による食事面での対応が実現でき、心理的対応や食事面については、対応したことを病棟看護師にすぐに伝え連携し、重要なことは病棟看護師から主治医に伝えてもらうようお願いした。

そして、患者とその家族、病棟看護師との連携は良好であったが、主治医との連携は、良好なものから連携不良とさまざまであった(表2)。連携良好な場合は、主治医と、チーム回診時やその他の時間に、話し合う機会を作ることができたが、連携不良な場合は、話し合う機会を作ることではできなかった。

考 察

当院では、緩和ケアチーム介入について、固形がん患者に比べ血液がん患者の介入が少ない状況にある。それは、血液がんに伴う苦痛は化学療法に伴い改善することが多いためと考えられている³⁾。しかし、血液がんの一つである白血病の診断後から移植治療まで緩和ケアチームが介入し、心のケアだけでなく、抗がん薬治療などによる副作用の軽減のためにも、必要な対策を検討してもらっている施設もある⁴⁾。今回、当院における移植患者への緩和ケアチームの介入を提案して対応した。

心理的対応については、病棟看護師・主治医は、患者と話をゆっくりすることは難しく、我々チーム医師・看護師が、しっかり時間をかけて話をして対応することで、自身の思いや悩みを言葉に表してもらい、気持ちを落ち着かせ、漠然とした不安を、具体的な心配事に表現してもらい、対応策の相談を行うようにできたことが良かったと考えられた。同時に家族ケアも、時間をとって行うことができた。病棟看護師や主治医から心理士の介入を希望されることがあったが、心理士が介入するには移植患者の状態は安定しているとは言えず、心理士の介入は難しかった。心理士は、通常、全身状態が悪くなく、意識清明な患者との心理面接が多く、他職種に比べて「死」に向き合う経験は少ないため、限

られた時間の中で意味のある関わりを果たすような心理面接は不慣れであるという現状がある⁵⁾。

食事面については、移植治療において、味覚障害、口内炎や嗜好の変化など様々な問題が生じるため、そのたびに、病棟看護師が栄養士に相談対応をお願いしていたが、栄養士も移植後の食事についてどのようにしていけばいいのか、わからない状況であった。今回チーム介入をすることで、実際に患者のそばで話をききながら、チーム回診時に食事内容の相談をすることが可能となり、週に2回の回診があるため、細かな変更で調整することができた。

話し合う機会を作ることではできなかった主治医は、緩和ケアチーム介入にストレスを強く感じているように感じられた。考えられる理由としては、緩和ケアチームの介入に慣れていないためや、移植治療が上手くいっていない場合、主治医は自身の焦燥感と患者の不安を感じ、主治医や病棟看護師以外のスタッフ介入による対応で患者をさらに不安にさせてしまうのではないだろうか、というストレスを感じ取るためと思われる。移植治療において、医療者側でもっとも心理的負担がかかっているのが主治医であり、緩和ケアチーム介入が主治医へさらに負担をかけてしまっている可能性があり、緩和ケアチームの介入による主治医への負担は本末転倒であり、今後の介入について検討していかなければいけない。

そして、移植患者への緩和ケアチーム介入は、主治医の治療方針をしっかり理解し、患者と主治医との関係がくずれない距離感を維持しつつ、会話を工夫させることの重要性が感じられた。

結 語

移植患者への緩和ケアチームの介入による苦痛への早期対応が、患者、家族そして主治医と看護師を含めた医療者との三位一体の緩和ケアが可能となり、成果が期待される。しかし、主治医との連携については課題があり、今年4月

以降, いくつかの移植症例には主治医の判断で介入を行えていない. 今後は, 全症例ではなく, 主治医から緩和ケアチームの介入希望があったさいに, 今回の4症例の経験を活かして介入対応していく予定である.

著者の COI (conflicts of interest) 開示

本論文発表内容に関連して特に申告なし.

引用文献

- 1) 山口美智子, 上岡澄子, 石倉浩人: 造血幹細胞移植を受けた造血器腫瘍患者の病みの体験と看護援助. 日本がん看護学会誌 21: 48-56, 2007
- 2) 大岩孝史, 鈴木喜代子: チーム医療に活かそう! 緩和ケア評価ツール STAS 改訂第2版. 東京, 診断と治療社. 2018, pp 1-13
- 3) <https://soukikanwa.jp/home/acuteleukemia> (2019.10.05)
- 4) 木崎昌弘, 野村哲彦, 池川俊太郎, 高橋直人, 内田直之: 白血病診療の実際. 日本内科学会雑誌 102: 1767-1782, 2013
- 5) がん医療で心理士と一緒に働く医療者へ・北里大学
https://www.kitasatou.ac.jp/jp/kugsms/albums/abm.php?f=abm00019916.pdf&n=medical_psychology_booklet2_20170612.pdf (2019.11.29)

〈Regular Article〉

Intervention by a palliative care team for patients undergoing allogeneic hematopoietic stem cell transplantation

Fuminori Sano¹⁾, Makoto Okawaki¹⁾, Hideho Wada²⁾, Yoshiyuki Yamaguchi¹⁾

1) Department of Clinical Oncology, Kawasaki Medical School,

2) Department of Hematology, Kawasaki Medical School

ABSTRACT Allogeneic hematopoietic stem-cell transplantation (hereinafter referred to as transplantation) is one of the treatments for blood cancer. Although it is the only treatment that may cure cancer, it is highly likely to cause excruciating side effects. Patients undergoing transplantation face difficulties beyond their imagination such as anxiety upon learning that the success rate is approximately 20-30%, side effects from preliminary treatment, infection symptoms before and after engraftment, GVHD symptoms, and social burden while preparing for discharge. Such patients' doctors and nurses find it difficult to deal with their and distress. While the doctors are fully engaged in maintaining patients' lives, nurses are similarly engaged in performing a large amount of drip infusions and maintaining their personal hygiene. Owing to this situation, in October 2018, a palliative care team began interventions for all patients who undergo transplantation. At the beginning of the intervention, a dedicated nurse from the palliative care team attends an informed consent session for transplantation treatment. The doctor explains to the patient that the palliative care team will perform an intervention for him or her in order to alleviate pain and distress during the transplantation treatment. To date, the team has performed interventions for four patients who underwent transplantation. The main achievements were psychological support and early-stage interventions by a dietitian. However, collaborating with the doctors of patients is not always successful. Thus, this practice requires further research in the future. Dealing with the pain and distress of a patient who undergoes transplantation at an early stage makes it possible for the patient, his or her family, and healthcare providers-including doctors and nurses-to collaborate with each other in palliative care. It is believed that such collaborative practices will lead to favorable outcomes.

(Accepted on November 6, 2019)

Key words : palliative care, palliative care team, allogeneic hematopoietic stem cell transplantation

Corresponding author

Fuminori Sano

Department of Clinical Oncology, Kawasaki Medical School, 577 Matsushima, Kurashiki, 701-0192, Japan

Phone : 81 86 462 1111

Fax : 81 86 464 1134

E-mail : sfuminori@med.kawasaki-m.ac.jp