

2024 年度

静岡県立静岡がんセンター認定看護師教育課程

がん薬物療法看護分野 事例報告集

目 次

【 がん薬物療法看護分野 】

個別性を踏まえた手足症候群の予防に向けた支援 ～患者の日常生活や価値観を踏まえたケアの重要性～	市川 淳	2
乳癌術前補助化学療法を受ける患者に対するセルフケア支援 ～患者の価値観に合わせた支援とは～	海野 琴美	10
AYA世代がん患者の化学療法誘発性末梢神経障害に対する I A S Mを用いた看護介入	齊藤 美和	19
悪性リンパ腫患者における骨髄抑制期の転倒予防への支援	神成 有希	28
薬物療法を受ける高齢がん患者への情報提供と治療日誌を用いたセルフケア支援	田中 祐子	35
再発濾胞性リンパ腫患者の骨髄抑制期のセルフケア支援 ～患者の生活に合わせた感染予防～	徳倉 華織	44
再発肺がん患者への初回治療時に行った i r A Eに対するセルフケア獲得に向けた支援	永井 純	52
がん薬物療法を受ける腎障害のある高齢者へのセルフケア支援	中登 宏美	59
再発治療で薬物療法を受ける高齢がん患者への症状マネジメントの支援 ～高齢者の脆弱性と強みを捉えた看護～	橋口 穂波	68
初回がん薬物療法を受けるAYA世代患者のセルフケア獲得に向けた支援 ～情報提供のあり方とAYA世代の特徴を捉えた看護介入について～	濱崎 瑚那美	77

個別性を踏まえた手足症候群の予防に向けた支援
～患者の日常生活や価値観を踏まえたケアの重要性～

がん薬物療法看護分野 市川 淳

はじめに

がん薬物療法で使用される多くの薬剤は、一般薬に比べて効果および副作用の用量作用曲線が近接しており、必然的に副作用を生じる。そのため、患者が治療を継続していくためには副作用のマネジメントが求められる。患者がセルフマネジメントを獲得する過程を支援するためには、治療や薬剤特性から生じる副作用の予測と、患者を理解したうえでの個別性に基づいた支援が必要である。また、副作用のマネジメントは身体症状の軽減だけではなく、がん薬物療法を行いながら日常生活を送る患者の quality of life(QOL)に大きく関わると考える。

今回、胃癌に対して、胃全摘術を行い、再発予防を目的としてXP+Tmab療法を受ける患者を受け持った。XP+Tmab療法で使用されるカペシタビン(ゼローダ[®])の代表的な副作用である手足症候群(hand-foot-syndrome: HFS)は抗がん薬によって起こる皮膚に対する副作用であり、手足の皮膚、爪の四肢末端部に紅斑や色素沈着を生じる。重度になると疼痛を伴う発赤や糜爛を形成し、知覚過敏や歩行困難などの機能障害を生じる症候群である。XP療法におけるHFSの発現頻度は、Common Terminology Criteria for Adverse Events(CTCAE) version5.0より、全Gradeでは44～56%¹⁾と頻度の高い副作用のひとつである。Grade2以上の場合には休薬が推奨されており、HFSの発現や悪化によっては治療の継続が困難となる可能性がある。一度HFSを生じると、症状のコントロールは困難となることが多く、予防的なケアが重要となる。また、HFSは生活習慣により出現頻度や重症度が変わるなど個人差が強く表れることから、患者の生活習慣や価値観などを理解したうえで、患者自身が症状の悪化を防止するための工夫やセルフマネジメントを継続していけるような看護援助が重要である。

A氏にとって、野球は他者とのつながりを築き上げてきた社会活動の一つであり重要な意味を持っていたが、胃癌による食欲低下や活動量の減少により体力や筋力の低下を自覚してからは行えていない。手術後、体力は徐々に回復し、現在は散歩を楽しみながらいずれはキャッチボールをしたいという思いを持っていた。このことから、A氏にとって散歩など活動的に過ごすことは大きな価値となっていると捉えた。しかし、A氏がゼローダ[®]を継続する中で、散歩を継続し、キャッチボールを行うことはHFSのリスク因子となる。治療継続とA氏らしい生活の両立を目指すために、A氏がHFSを予防していけるような看護介入をA氏と家族に行った経緯を振り返り、個別性を踏まえた支援について考える。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 男性
2. 診断名：胃癌 pT4N3M0 StageⅢC
3. 遺伝子変異：HER2 3+
4. 患者背景

1) 現病歴

X年2月頃より食欲低下を自覚した。その後、腹部不快感や食事摂取量の大幅な減少がみられ

た。また、大好きであった飲酒も行えなくなり、9月にかかりつけ医を受診した。かかりつけ医で胃部内視鏡を実施し、進行胃癌の疑いで市中病院を受診した。受診後に胃部内視鏡検査、造影CT検査を実施し、胃癌 StageⅢと診断された。診断後、手術について説明を受けると、A氏は「食べられるようになるなら胃全摘も受ける」と話し、症状改善を期待して手術を希望した。

10月に予定通り開腹胃全摘術(胃全摘術+Roux-Y吻合術)を施行した。術中迅速断病理診断にて、近位断端陽性であったため、腹腔鏡下で目視上の腫瘍を可能な範囲で切除した。術後経過は良好である。摘出検体の病理診断の結果、胃癌 StageⅢCと診断された。また、術中の近位断端陽性のためがんの遺残がある可能性が高く、再発リスクが高いと判断され、術後補助化学療法を行う方針となった。現在術後補助化学療法の標準治療はS-1+DTX療法であるが、再発のリスクが高いことや、病理検査の結果HER2 遺伝子が3+と陽性であることから、XP+Tmab療法を導入する方針となった。術後化学療法導入時はperformance status(PS)0である。

2) 受け持つまでの経過

外来受診時にXP+Tmab療法について主治医からA氏、長女、孫に説明が行われた。A氏は「先生が、治療が必要っていうのならお願いします」と話し、治療を希望した。また、長女は「今はすごく元気で散歩をしたりできています。今はわからないことが分からない感じですけど、先生がおすすめるのなら治療を受けたいと思います」と治療に同意した。

その後、がん薬物療法看護認定看護師より、製薬会社が作成した治療薬の冊子を用いて患者、家族に治療の流れや副作用について説明が行われた。患者は「別に不安とかはないよ、人によっていろいろ出る副作用も違うっていうもんね」と話すなど、不安の訴えは聞かれなかった。また「治療については先生と長女にお任せだよ。よくやってくれるからさ」と話していた。

3) 家族背景

妻とは癌で死別している。その後、パートナーと暮らしていたが、パートナーとも癌で死別している。長女はパートナーの実子であり、A氏と血縁関係ではない。

A氏はもともと独居であったが、胃癌と診断されたことを機に長女に勧められて、長女夫婦、孫2人と同居している。長女や孫は胃癌と診断されてから、胃癌についていろいろ学び、食事の準備や日常生活の支援などのサポートを行っている。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は高齢であるが、PS0であり臓器機能も保たれている。また、遺伝子変異としてHER2が陽性であることから、XP+Tmab療法が選択され、治療の目的は再発の予防である。

A氏は胃全摘出後であることから、栄養状態や血色素は徐々に低下傾向である。XP+Tmab療法は高度催吐性リスクであり、悪心や嘔吐等の副作用は全Gradeを含めると出現率は50%以上である。この他にも、下痢や口腔粘膜障害のリスクも予測され、さらに栄養状態が悪化する可能性がある。栄養状態の悪化により体力低下やactivities of daily living(ADL)の低下が生じ、結果として治療の中断や生きがいの喪失などQOLの低下につながるリスクがあると判断した。そのため、副作用症状に対する対症方法や栄養状態を維持していくための支援が必要だと考えた。

また、胃癌により筋力や体力の低下を自覚し、大好きな野球を行うことができなくなっていたが、手術後は徐々に体力が改善し、現在は散歩が習慣となっている。A氏の治療薬であるゼローダ[®]の副作用としてHFSがあり、長時間の歩行や野球のグローブを装着することは、HFSのリス

ク因子となると推測した。A氏がQOLを維持し、治療を継続するためには予防的なスキンケアは重要であり、スキンケアを継続できるような看護援助が必要だと考えた。セルフマネジメントを継続していくために、A氏の日常生活や習慣、趣味や大切にしていることを知る必要があると考えた。そして、セルフマネジメントの強化や新たな生活習慣の獲得を共に考えていく必要があると判断した。

以上のことから、A氏がHFSの予防に向けたスキンケアを習得することや栄養状態を維持しながら治療を継続すること、治療中や治療後の体調の変化を確認し、A氏が副作用症状を自ら観察しながら対症方法を習得していくことについて、長女を含めて看護介入を行うこととした。

2. 看護上の問題

- #1 悪心や嘔吐、下痢などの消化器症状により、栄養状態の更なる悪化や体力やADLの低下が生じ、QOLの低下や治療継続が困難となるリスクがある
- #2 HFSの重症化により治療の継続が困難となることや、散歩や野球が行えないなど生きがいの喪失につながるリスクがある

3. 看護目標

- #1 目標：経口摂取困難や高度な下痢などの緊急受診が必要な症状が分かり、必要時対処行動をとることができる
- #2 目標：HFS予防のためのスキンケアが実施でき、HFSがGrade1以下で経過し、散歩などの趣味が継続できる

4. 看護の介入

A氏がHFSの予防的ケアを習得し、継続していくことを目指した関わりを【A氏の理解に努め、看護の方向性を考えるための関わり】【皮膚やHFSへの理解・関心を促した関わり】【個別性を踏まえてケアについてA氏と共に考えた関わり】【ケアの継続に向けた関わり】【継続した看護を目指したチームへの働きかけ】の5つに分けて振り返る。

【A氏の理解に努め、看護の方向性を考えるための関わり】

入院後、A氏に日常生活について確認すると、手術後からは食欲も出てきており、体重が増えていることを嬉しそうに話していた。また、スマートフォンで記録した歩数の記録を見せながら、1日に8000歩程度の散歩ができるようになってきていると話していた。手術後の困りごととしては食事の1回量が少なくなったことや時間がかかるようになったことのほかに、握力の低下によりペットボトルが開けにくくなったと話していた。

これまでの人生について尋ねると、若いころに仕事のため移住し、運送会社で働いていたことやその会社の仲間と野球を行っていたこと、昨年まで地域の仲間と野球を通しての繋がりや交流があったが、胃癌による体調不良を機に野球から離れていることなどを話した。また、自分の腕を見せながら「筋肉もこんなに落ちちゃったから、野球は無理だな。もう歳だし、頑張ったって筋肉はそんなに戻らないよ」「前は毎日ストレッチしてから歩いて、筋トレをやったりしていたけど、今は散歩だけだよ」と物懐かしく話す様子がみられた。今後また野球をやりたいという思いがあるのか尋ねると「野球はもう無理かなと思っているよ」と話されたため、その思いを傾聴しながら、キャッチボール等を少しでもできるようになるといいですねと伝えると「そうだね、キャッチボールくらいはやれたらいいな」と希望を話していた。

また、家族について前妻を40歳の時に癌により亡くしていることや、その後のパートナーも癌で亡くしていること、そして現在の長女はパートナーの子供であり、実の子ではないことなどを話

すなど、これまでの人生について振り返るように話した。胃癌と診断された後、長女から一緒に住むことを勧められ同居することになったことや、地域の仲間に癌を罹患したことや引っ越したことは伝えていないと話していた。これらのことから、A氏は癌に罹患したことで、さまざまな喪失を経験しながらも、散歩などの新たな趣味や、今後キャッチボール程度行いたいという目標を見出しながら治療に臨もうとしていると判断した。

治療に臨むに当たり不安の有無を問うと、「長女が胃癌の食事の本とか治療の本とかたくさん買って、それを見て食事とかいろいろやってくれる。だから不安なこととかも特にはないですよ」と話しており、不安の訴えは聞かれなかった。これらのことから、A氏が治療に臨むにあたり、家族の存在や支援が非常に大きいと推察した。

入院日に薬剤師から治療のスケジュールや副作用についての説明が行われたため、同席した。A氏は外来でがん薬物療法看護認定看護師から製薬会社が作成した治療薬の冊子をもとに治療スケジュールや副作用について説明を受けていた。入院時にもその冊子を持参されており、薬剤師が説明する際にも冊子活用しながら、説明を受けている様子が見受けられた。また、疑問点についても適宜質問をしていた。薬剤師からの説明の後、A氏に治療経過を確認しながら、共に症状を観察していくことを伝えると、「わからないことばかりだから、よろしくお願いします」と話しており、治療に対して医療者とともに前向きに取り組もうとする様子が見られていた。

A氏は野球や長距離の散歩を習慣として行っていることから、手足の皮膚の観察をA氏と共に行った。手指の皮膚は肥厚化しており、第2指、第3指には亀裂性湿疹が見られ、テーピングが施されていた。足趾や足底には肥厚化はみられるが、亀裂性湿疹等はみられていなかった。これらのことから、A氏が日常生活で行っている散歩や、今後目標としたいと話していたキャッチボールはHFSの発症のリスクや重症化のリスクを高める可能性が高いと判断した。A氏は入院時から保湿剤を持参しており、外来で看護師からの説明後は、保湿を行っていると話していたため、治療に関心を持ちながら主体的に治療に臨むことができる力があると判断した。以上のことから、A氏に対してセルフマネジメントの獲得を目指すための支援を行うとともに、A氏の治療や生活を支えている長女に対してもHFSに対するケアや日常生活の注意点を伝えることで、HFSの予防的ケアにつながると考え、看護介入を行っていくこととした。

【皮膚やHFSへの理解・関心を促した関わり】

ゼローダ[®]のHFSの好発時期は数週～数か月であり、内服を開始した直後から生じるわけではないため、今後日常生活の中で症状が生じると予測した。症状が生じていない状態でHFSのイメージはつきにくいのが、日常生活への弊害の重大性を認識できるよう支援する必要があると考えた。そのため、A氏との関わりの中で捉えたA氏的生活習慣を基に、生じうる副作用症状について治療薬のパフレットを開きながら再度A氏に説明を行った。また、イメージできるようにゼローダ[®]の適正使用ガイドに記載されているHFSの写真を見せながら症状の程度について説明を行った。その後、実際にA氏と共に手足の皮膚の観察を行いながら、亀裂性湿疹ができてい部分やテーピングをしている部分はHFSのリスク因子であることを伝えた。その他にも、A氏に皮膚が乾燥していることや、皮膚の乾燥はHFSのリスク因子であることを説明し、A氏が自らの皮膚の状態を認識できるように促した。

私はA氏にとって散歩や野球が今の生活の中で大きな意味を持つと感じていることを伝えたいので、これらがHFSのリスク因子となり、HFSの増悪により散歩などA氏の生活に支障が生じる可能性があるため、心配していることを伝えた。同時に、予防的なケアで可能な限り予防をしてい

くことができることを説明した。

【個別性を踏まえてケアについてA氏と共に考えた関わり】

手足の皮膚の観察をA氏とともに行った後、予防的なケアとしては、「皮膚の清潔」「保湿」「保護(刺激の除去)」「観察」が重要であることを伝えた。また、入院中はA氏と共に皮膚の観察を継続し、自らの皮膚を観察する習慣をつけられるように心がけた。退院後も皮膚のケアを継続していく必要があると考え、日常生活での過ごし方について確認を行った。例えば、ペットボトルの蓋が開けづらいと話していたことを例に挙げ、開けづらい蓋を握って開けようとする動作も皮膚への刺激となることを伝えた。A氏は散歩を行う習慣があることから、普段履いている靴が適切なサイズか、また素足でサンダルを履く習慣の有無について尋ね、素足でサンダルを履くことや、靴のサイズが適切でないことも、HFSのリスク因子であることを伝えた。A氏は靴下を履く習慣はあると話していたため、保護という視点でも靴下の着用は重要であることを伝え、継続していくよう伝えた。この他にもインソールの活用についても提案し、説明した。

また、スキンケアの習慣について具体的に確認を行ったところ、保湿は1日2回程度であり、入院時に持参した保湿剤はローションタイプであった。しかし、手足の乾燥や亀裂性湿疹が見られていたため、手足の保湿にはより保湿力の強いへパリン類似性物質(ヒルドイド[®])ソフト軟膏への変更を薬剤師へ相談し、ヒルドイド[®]ソフト軟膏が処方となった。A氏には手足や乾燥が強い部分にはヒルドイド[®]ソフト軟膏を使用することが望ましいことや、ローションと軟膏の使いやす方を積極的に使用するよう説明した。具体的な日常生活の場面としては、散歩の際は靴下を履いていると話していたため、散歩の後に足を洗うなど清潔にし、その後はヒルドイド[®]ソフト軟膏を用いて保湿を行うことを提案した。加えて、入浴後や起床時の保湿についても提案した。

これらのように、全患者に対して共通のケアの方法について説明を行うのではなく、A氏の生活を確認しながら、どのタイミングであればケアが行えるか、また継続できるかという視点でHFSの予防に向けたケアについてA氏と共に考えた。

【ケアの継続に向けた関わり】

A氏は初めての抗がん薬治療に対し、副作用症状を自ら確認し、主体的に治療に臨もうとする様子が見られた。そのため、HFSやその他の副作用について、治療日誌を用いて日々記録をつけていくことを提案した。しかし、A氏は字を書くことが苦手であり、日誌への記載を続けられるか不安だと話されていた。そのため、A氏が続けられる方法について相談を行い、毎日記録をつけるのではなく、症状や身体の変化が生じた際に、そのことを治療日誌に記載することとした。

また、長女や孫はA氏のために食事など日常生活を支援し、治療を支えたいと考えていたことから、A氏にとって家族による支援は強みであると判断した。そのため、長女にもA氏と共に症状の観察や症状出現時に記録を記載してもらうように説明した。治療による副作用症状やHFSの予防ケアについても長女に説明し、A氏と協力しながらケアを継続してほしいことを伝えた。また、A氏が手さげのついた重たいスポーツバッグを持つ際には、手掌に負荷がかかるなど刺激となり、HFSのリスクとなることを伝えるなど、A氏の生活でイメージしやすいような具体例を提示し、説明した。長女は「わかりました、私も気を付けます」と話していた。

【継続した看護を目指したチームへの働きかけ】

A氏はシスプラチンを使用しているため、2コース目以降も入院で治療を継続していく予定である。そのため、A氏が退院した後、次回入院予定の病棟で症例カンファレンスを実施した。症例カンファレンスでは、A氏との関わりの中で捉えたA氏の人柄や野球や散歩がA氏にとって大きな価

値となっていることを伝えた。ゼローダ[®]によるHF Sのリスクが高いことやA氏に伝えた保清、保湿、保護、観察のスキンケアについて共有したうえで、次回入院時に手足の観察を継続してほしいことや、スキンケアが継続できているか確認してほしいことを伝えた。この他にも、がん薬物療法看護認定看護師の研修生としてアセスメントした消化器症状や栄養状態の維持に向けた関わりの重要性について共有し、2コース目で入院した際の看護の方向性について病棟看護師と検討した。症例カンファレンスの内容を病棟看護師がA氏のカルテに記載し、次回入院時の支援につなげた。

Ⅲ. 考察

今回、A氏へ実践した看護介入では、患者の理解に努め、ゼローダ[®]におけるHF Sのリスクアセスメントを行った。また、個別性に合わせた予防的なケアを実践し、A氏の治療継続とA氏らしい生活の継続を目指した。この看護実践を振り返り、【個別性を踏まえた看護介入の重要性】【セルフマネジメント強化のための支援】について、以下に考察する。

【個別性を踏まえた看護介入の重要性】

HF Sは生命を脅かすような有害事象ではないが、重症化すると強い疼痛や炎症を引き起こし、日常生活に支障をきたす症状である。そのため、治療を継続しながら患者らしい日常生活を送るにはHF Sの悪化予防を継続していくことが必要不可欠である。HF Sの予防的なケアは重要であるが、症状が出現していない段階で予防的なケアを行う意義や、実際の症状のイメージがつきにくいことから、患者はケアの必要性やセルフマネジメントを行っていきづらい状況にあると推察される。また、森本らは、カペシタビン治療中の外来患者に対するHF S予防のための支援は、一般的な知識提供を中心であり、患者個別の日常生活を視野に入れた継続支援には多くの課題がある現状が示されている²⁾と述べている。これは、治療開始および治療中に行われるセルフケアの主な内容である「手足の保清や保湿の必要性」「手足の保湿の具体的方法」「手足の刺激を避ける必要性」について一般的な説明は行われているが、患者の生活習慣や思い、価値観を丁寧に確認し、患者を理解したうえでの個別的なケアにつなげることに課題があるということと考える。HF Sのリスクや増悪因子については、職業や家庭内での役割、保清や保湿の習慣、靴下着用の習慣など、患者の日常生活におけるさまざまな要因が関連している。そのため、保清や保湿、保護、観察といった一般的な知識の提供では患者が具体的な行動としてセルフマネジメントを行うことは困難であると考えられる。

今回A氏と関わり、A氏のこれまでの人生について対話を行った中で、A氏が運送業を行っていた頃から胃癌と診断されるまで地域の野球チームでずっと野球を継続していたことや、手術後から散歩をはじめ、現在では毎日8000～10000歩程度歩いているという状況から、A氏にとって身体を動かす、趣味を継続して過ごす時間は大切な時間だと推察した。また、同時に野球のグローブを装着することでの刺激や、長距離の歩行による足底への刺激など、HF Sのリスク因子が多く考えられた。糸川らは、水濡れや摩擦などの悪化要因やその程度には個別性が現れ、ライフスタイルや社会的役割に着眼することが重要である³⁾と述べており、A氏との関わり、対話を通してA氏のナラティブや日常生活の様子、思いを引き出すことができたことで、副作用症状のリスクアセスメントにつながり、HF Sに対する具体的な予防ケアの指導につながったと考える。そして、具体的なケアについて共に考えたことで、A氏が自らの生活を鑑みて、HF Sやそれに伴う問題、関連する要因を具体的に関連付けながら考えることにつながったと考える。

また、A氏の手や足を共に確認し、HF Sの写真等を使用しながら症状がイメージできるようにした目指した関わりや、具体的な生活習慣を聞きながら注意点を伝えた関わりは、A氏が症状をイメー

ジし、セルフマネジメントを行いながら治療を継続していくことにつながると考える。田村らは、HFSの発症・悪化を予防することと自分らしい生活を維持することは、相反する事項であり、さまざまな葛藤や困難を繰り返しながら、各々の状況に応じて『治療継続と自分らしい生活の両立を構築』していくことが、HFSマネジメントそのものであった⁴⁾と述べている。野球や散歩など、活動的に過ごすことがA氏にとってどのような意味を持つのかを理解することは、A氏の人柄や生活習慣、価値観を知ることであった。そのうえで、生じうるリスクをアセスメントし、A氏が今後の生活をイメージしながら具体的なケアを考えていくことは、患者がセルフマネジメントを行いながら治療と自分らしい生活を維持していけるような支援につながっていたと考える。そして、これらの個別性を踏まえた看護介入は、患者が治療と日常生活を両立するなかで、さまざまな葛藤や信念、希望を持ち、患者らしい日常生活を送れるように日常生活の変容や人生の目標の調整につながると考える。

【セルフマネジメント強化のための支援】

初めてがん薬物療法を受ける患者は、今後起こりうる副作用症状や有害事象など不確かな症状に対して理解を深め、対症行動や予防行動を確立していくことが求められる。そのために、生活習慣などの変容や調整が必要とされる。今回A氏との関わりの中で、HFS予防に向けたセルフケアを継続していくために、A氏の持っている力や生活背景をアセスメントし、セルフケア能力を最大限に発揮できるように支援してきた。セルフケア支援について加藤ら⁵⁾は、患者自身が治療について理解しセルフケア能力を高めなければならない。治療により生じた副作用や有害事象に対してセルフケア能力を最大限に引き出し、患者が自分らしく生活することができるよう支援することが大切であると述べている。今回A氏にHFSの予防的なケアを説明や指導をするにあたり、A氏に関心を寄せ、A氏の生きがいや生活習慣を確認し、その中で継続できるケアを共に考えていきたいという姿勢を伝えながら具体的なケアを考えた。その結果、A氏は治療経過の中で生じる副作用やHFSの予防的なケアに対する理解が深まり、セルフマネジメントを行っていくための動機づけとなるなど、A氏のセルフケア能力を引き出すことに繋がったと考える。また、コミュニケーションを通してケアを継続していく方法や、A氏が自分らしく生活できるような支援を考えていったことが、患者がセルフマネジメントを行いながら生活と治療を継続していくことにつながったと考える。

A氏が治療を継続していくにあたり、家族の支援が非常に大きな力になっているとアセスメントした。そのため、A氏だけではなく、家族にも働きかけを行いながら、HFS予防に向けたケアを継続できるように介入した。セルフマネジメントを継続していくために、患者への支援だけではなく、家族など患者の周囲の環境にも働きかけ、多角的な視点で患者や家族の力を引き出すことが大切である。鈴木らは、家族看護とは、「家族が、その家族の発達段階に応じた発達段階を達成し、健康的なライフスタイルを獲得し、家族が直面している健康問題に対して、家族という集団が主体的に対応し、問題解決し、対処し、適応していくように家族が本来持っているセルフケア機能を高めること」である⁶⁾と定義している。今回、患者がセルフマネジメントを行っていくにあたり、A氏が癌と診断されてからA氏との同居を始め、食事など身の回りの支援を行っている家族の力は非常に大きいと考えた。土井らは、外来で化学療法を受ける患者は、抗がん剤投与日だけでなくその後数日間は有害事象が出現するため、患者とともに生活する家族は患者の行動を見守り、患者の活動を制御することで患者の負担を調整していた⁷⁾と述べている。長女は、A氏を思い、可能な限りA氏の治療を支えたいという思いから、同居を勧め、食事など身の回りの支援を行っていたと考える。私が、A氏が治療の継続と自分らしい生活を継続していくために、長女にもHFSの予防に向けたケアについて説明を行うなどの働きかけを行った援助は、A氏と家族が持っているセルフケア機能を高め、力を引き出す関

わりにつながったのではないかと考える。

おわりに

がん薬物療法は目覚ましく進歩し、複雑化している。また、治療の場は病棟から外来へと移行している。そのため、副作用や有害事象に対して、患者によるセルフマネジメントが必要不可欠となる。私たち看護師は、治療内容や患者が持つリスク因子をアセスメントしていく必要がある。そして、患者の個別性や患者を取り巻く周囲の状況を踏まえ、患者のセルフケア能力を最大限に引き出すことが求められる。A氏との関わりにおいても、生活習慣や大切にしていることからHF Sのリスクを見出し、共に継続できる具体的なケアについて家族を含めて考えていくことで、予測性を持った個別的なケアにつながったと考える。がん薬物療法に臨む患者を支援するにあたり、一般的な支持療法を行うだけでなく、患者を理解し、生活や価値観を踏まえて、個別性のある支援を行っていくことが重要であり、患者が治療の継続と日常生活を両立することにつながると考える。

謝辞

臨地実習において、多くの学びを与えてくださったA氏とA氏のご家族に感謝を申し上げます。また、終始適切な助言と丁寧な指導をしてくださった実習指導者様、並びに病棟スタッフの方々、そして事例報告をまとめるにあたり、熱心にご指導いただいた先生方に感謝を申し上げます。

引用文献

- 1)厚生労働省. 重篤副作用疾患別対応マニュアルー手足症候群. 2010年3月. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/dl/tp1122-1q01.pdf> (参照 2024-12-10)
- 2)森本悦子. カペシタビンによる手足症候群予防のための看護支援の現状ー全国のがん化学療法看護認定看護師に対する実態調査よりー. 日本がん看護学会誌. 2014, 28(1), 30-36.
- 3)糸川紅子. 外来化学療法を受ける進行・再発大腸がん患者の症状緩和・悪化予防のための生活調整. 千葉看護学会誌. 2014, 20(1), 31-37.
- 4)田村紀子. 外来でカペシタビン治療を受ける再発・進行乳がん患者の手足症候群のセルフマネジメントの実態. 日本がん学会誌. 2016, 30(2), 71-80.
- 5)加藤恵. 化学療法や放射線療法を受ける患者への看護 Nursing to a patient receiving chemotherapy and radiotherapy. 日本運動器看護学会誌. 2012, 7, 9-13.
- 6)鈴木和子, 渡辺裕子, 佐藤律子. “家族看護の定義・目的・評価・焦点” 家族看護学 理論と実践. 第5版, 東京, 日本看護協会出版界, 2019, 12-15.
- 7)土井英子. 外来で化学療法を受けるがん患者家族の生活調整 The family Life Adjustment Living with Cancer Patient Undergoing Outpatient chemotherapy. 神奈川県立保健福祉大学誌. 2019, 16(1), 3-13.

参考文献

- 1)国立がん研究センター内科レジデント編. がん診療レジデントマニュアル. 第9版, 医学書院, 2022.
- 2)濱口恵子, 本山清美. がん化学療法ケアガイド. 第3版, 中山書店, 2020.

乳癌術前補助化学療法を受ける患者に対するセルフケア支援
～患者の価値観に合わせた支援とは～

がん薬物療法看護分野 海野 琴美

はじめに

近年、乳癌の年齢調整罹患率は増加傾向にある。2024年のがん統計では、乳癌が女性のがん罹患数の第1位を占め、生涯がん罹患リスクが10.6%であることから女性の約9人に1人が乳癌に罹患する時代といえる。40歳後半から50歳前半に罹患率が高い疾患であるが、全国がん登録における小児・Adolescent and Young Adult (AYA)世代のがん内訳(2016-2018年)によると、乳癌は30代の女性のがん罹患の上位を占めている。さらに、遺伝性乳癌は乳癌全体の5-10%を占め、その中の1つであるBRCA1/2のいずれかの遺伝子変異保有者の約80%は70歳までに乳癌を発症するといわれている¹⁾。

抗がん薬は、治療有効域と副作用域が近接しており、治療するうえで何らかの副作用が生じることが避けられない。近年、乳癌の治療において薬物療法の相対用量強度(relative dose intensity; RDI)を保つことで、無病生存期間や全生存期間を向上させることが報告されている²⁾⁻³⁾。つまり、乳癌における術前、術後補助化学療法では、投与量および治療期間を遵守し、治療強度を保つことが再発リスクを低下させるために重要な要素だといえる⁴⁾。また、併用化学療法における抗悪性腫瘍薬選択の原則として、できるだけ個々の薬剤の推奨投与量・スケジュールで投与する、できるだけ短い間隔で投与することが推奨されている⁵⁾。副作用のコントロール不良は、抗がん薬の減量や投与間隔の延長だけではなく、治療継続が困難となることで予後に影響を与える可能性がある。よって、症状のコントロールは重要であり、外来治療では患者がセルフケア能力を獲得することが必要不可欠となる。

術前補助化学療法の大きな特徴として、手術という目標があり、治療回数が決められていることが挙げられる。そのため、私は積極的に支持療法を行い、最小限の苦痛で過ごせるように支援することが、患者のQuality of life(QOL)や治療成績の維持・向上に繋がると考え看護実践を行ってきた。しかし、「なるべく薬を使いたくない」との価値観をもち、支持療法薬の使用に消極的な反応を示す患者に多く出会い、その度にどのような関わりが良いか悩んできた。今回、乳癌の術前補助化学療法としてDose-dense EC療法(以下ddEC療法とする)を受ける患者を受け持ち、患者が納得して症状コントロールに取り組めるような支援を検討して介入した。しかし、患者の価値観に合わせたセルフケア方法の提案が困難と感じたため、どのような関わりが適切だったのか自身の実践を振り返り考察する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 30歳代 女性
2. 診断名：左乳癌(多発腫瘍)、StageⅢC期、ルミナルBタイプ
3. 遺伝子変異：BRCA2 遺伝子変異陽性
4. 患者背景

1) 現病歴

X年11月から左乳房のしこりと痛みを自覚した。総合病院で超音波検査を行い経過観察となった。大学病院で左鼻腔癌術後の経過観察のために施行されたPET検査で左乳房腫瘍を指摘さ

れた。X+1年4月に同病院で精査を行ったが、悪性所見は認めなかった。A氏の希望で経過観察となり、3か月後に超音波検査を施行する方針となった。その後、左乳房腫瘍の穿刺または腫瘍の切除生検が提案されたところ、がん専門病院のセカンド・オピニオンを希望した。7月下旬にがん専門病院を紹介受診し、9月に左乳癌と診断された。外来で術前補助化学療法としてddEC療法を計4コース実施した後、Dose-densePTX療法(以下ddPTX療法とする)を計4コース実施する方針となった。10月下旬よりddEC療法が開始された。

手術について、乳房切除術および腋窩リンパ節郭清術は避けられないことが説明されている。術後は追加で薬物療法と放射線療法を実施する予定である。BRCA1/2遺伝子検査の保険適応条件を満たしたため、10月に検査を行った。その結果、BRCA2遺伝子変異陽性が判明し、遺伝性乳がん卵巣がん症候群(Hereditary Breast and Ovarian Cancer; HBOC)と診断された。

2) レジメン

ddEC療法

エピルビシン(エピルビシン)+シクロホスファミド(エンドキサン®)を2週間毎に実施する。

3) 家族背景

夫と子供2人(6歳、4歳)との4人暮らしである。夫は、病状説明や初回治療時など必要に応じて、病院への送迎や付き添いを行っている。両親とは別居している。

4) 仕事

職業は美容師である。美容室を自営しており、休みは状況に応じて調整できる。

II. 看護の実際

1. アセスメント

ddEC1コース実施後の症状を有害事象共通用語規準v5.0日本語訳JCOG版Common Terminology Criteria for Adverse Events(CTCAE)で評価すると、悪心Grade2(Day1-7)、食欲不振Grade1、便秘Grade2(Day2-5)、倦怠感Grade1、味覚障害Grade1、脱毛Grade1、頭痛Grade1(Day1-2)であった。この中でもA氏は、悪心と便秘に対する苦痛を訴えていたため、優先的に症状の緩和に取り組む必要があると考えた。

ddEC療法は高度催吐性リスク抗がん薬に分類され、薬剤を投与した90%以上の患者に悪心・嘔吐が出現するとされている。この予防的制吐療法としてNK₁受容体拮抗薬(アプレピタント)、5-HT₃受容体拮抗薬(アロキシ®)、デキサメタゾン(デキサート®、デカドロン®)、オランザピン(ジブレキサ®)の4剤併用が推奨されているが、A氏にはジブレキサ®が使用されていなかった。また、A氏は、化学療法誘発性悪心・嘔吐(chemotherapy Induced Nausea and Vomiting; CINV)のリスクファクターのうち女性、若年者、妊娠悪阻の経験がある、治療・悪心への不安がある、飲酒歴がない、の5点に該当した。以上から、CINVが出現するリスクが高いと考えた。A氏は、悪心に対して頓服薬のメトクロプラミド(メトクロプラミド)を内服したが、「もともと薬を飲むのが好きじゃないから、吐き気止めは我慢できなくなったら飲む。」と話し、1日1-2回、計5回ほどの内服に留まった。その結果、十分な制吐効果が得られず、苦痛症状が増強していた。この経験は、A氏に「薬を飲んでも意味がない」という支持療法に対する消極的な感情を抱かせる一因となっていた。また、術後も薬物療法が行われることから、長期にわたる治療となるため、早期に症状のコントロール方法を身に着ける必要があると判断した。そのため、A氏が支持療法薬の効果を感じ、支持療法に取り組む意味を見出せるよう、基本的な支持療法薬の情報を提供したうえで具体的な内

服方法について検討する必要がある。

薬物療法を開始する前は毎日排便があった。便秘は、薬物療法による副作用だけではなく、悪心による食事・水分摂取量の低下、活動量の低下も原因だと考えられた。A氏は、「しばらくすれば出るだろうと思っていたし、あまり薬を使いたくなかった。」と話し、酸化マグネシウム(酸化マグネシウム)は内服していなかった。便秘によって悪心が増強している可能性が高いため、A氏の理解を促し、排便コントロールにも取り組む必要がある。

副作用のコントロール不良は、身体的苦痛が増強するだけではなく、予期性悪心・嘔吐の出現のリスクが高まったり、仕事や家事・育児に影響を及ぼしたりすることで治療の継続が困難になる可能性がある。ddEC療法+ddPTX療法施行後の5年無病生存率は81%、5年全生存率は94%である⁶⁾ため、A氏が納得して症状のコントロールに取り組み、治療を完遂できるよう支援を検討する必要がある。

2. 看護上の問題

- #1. 薬物療法施行、便秘による悪心・嘔吐増強のリスク
- #2. 薬物療法施行による排便コントロール不良

3. 看護目標

- #1-1. 制吐薬の使用方法が理解できる
- #1-2. 自分に適した制吐薬の内服方法を把握し、実践することで悪心が軽減する
- #2-1. 下剤の使用方法が理解できる
- #2-2. 便秘のリスクを理解し、自分に適した排便コントロール方法を身に付けることができる

4. 看護介入

1) ddEC療法2コース目 Day1

①悪心・嘔吐

A氏の価値観を把握するために、薬を飲むことに対して消極的な理由を問うと、「特にないですけど、なんとなく。」との返答があった。通常通り仕事をして、夫や子供たちの協力を得て家事・育児にも取り組むことができたことから、日常生活は維持できていると評価した。また、治療において患者の意向は尊重されるべきものであり、A氏が希望すれば1コース目と同様の制吐療法も選択肢の一つと考えた。しかし、「あまり薬を飲みたくない」という価値観をもちながらも、メトクロプラミドを内服していたことから、悪心は辛い副作用だと推測した。がん薬物療法の専門家の立場として、治療完遂のために悪心のコントロールは優先して取り組む必要があること、メトクロプラミドを十分に使用しても効果が不十分であれば、医師に薬剤の変更や追加を相談し、支持療法を強化することで症状の緩和が可能であると判断した。さらに、制吐薬の適切な使用方法を理解して実践し、効果を実感することができれば、A氏の内服への消極的な思いは変化し、積極的に支持療法に参加できるようになる可能性があると考えた。まずは、A氏の「あまり薬を飲みたくない」という思いを尊重したいことを伝えた。そのうえで、①悪心のコントロール不良によって予期性悪心・嘔吐の出現のリスクが高まる②術前補助化学療法は完遂することが重要であり、副作用によって治療継続が困難となることは好ましくない③次治療の ddPTX療法は軽度催吐性リスク(催吐割合 10 - 30%)に分類されることから悪心のリスクが軽減される可能性が高い④以上のことから残りの ddEC療法 3 コースは積極的な制吐薬の使用を勧めたいと考えていることを説明した。A氏は、複数の制吐薬を使用していることに難色を示したが、併用している理由を紙面で平易な図を用いて説明したことで理解が得

られた。さらに、「吐き気というよりは胃から下に降りていかない感じで、お腹の圧迫感がある。効果のなかった薬を飲んで意味はありますか？」との質問が聞かれたため、メトクロプラミドには消化管運動改善効果があることから、A氏の不快症状に対して効果が見込めることを説明した。A氏の下承が得られたため、メトクロプラミドの使用方法について指導した(表1を参照)。A氏の理解力は良好で、夫も面談の場に同席していたことから口頭で説明した。併せて、外来治療を受けるうえで重要なセルフケアとして、適切に電話相談を活用する必要性を伝え、苦痛症状が改善されない、困っていることや疑問点があれば我慢せずに病院に連絡するよう依頼した。さらに、A氏が悪心のコントロールに関心を向けられるように、使用可能な制吐薬は他にもあることを説明し、次回受診時に制吐薬の変更が必要と感じた場合には、A氏から医師に相談するよう依頼した。また、それが困難な場合には治療室で看護師が対応することを保証した。セルフモニタリングも重要なセルフケアの一つであるが、A氏は症状の経過を詳細に話すことができているため、これを継続できるよう実践できていることを支持した。A氏が医療者に的確に症状の経過を伝え、ddEC投与後の経過を振り返るためのツールとしてメモに記載する方法があることを伝えた。記載した場合には医療者に見せるよう依頼した。食事の注意点について質問があったため、新鮮なものを選択すること、食欲があるときに、体調に応じて摂取可能なものを選択することが望ましいことを伝えた。

A氏にDay2以降の働き方についての意向を確認したところ、1コース目の副作用の経験を踏まえ、Day2-3に休業日を設けようと計画していることがわかった。

表1. メトクロプラミドの内服に関する指導の内容

<p>①メトクロプラミドの基本的な内服方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1日に3回まで内服可能である ・食事に関係なく内服できるが、食事の間隔(4-6時間程度以上)はあけて使用する ・我慢の限界に達してから内服すると十分な薬効が得られないため、症状の出初めに内服する ・食前30分に予防的に内服する、食後に悪心が増強したら内服する、症状が強くなる時間帯が予測できればそれに合わせて内服することが可能である <p>②院外処方を受け取る前に生じる急性悪心・嘔吐に対応するため、来院時はメトクロプラミドを持参すること</p>

②便秘

便意は感じるものの、硬便で排泄できない状況に陥り、徐々に腹部の圧迫感が増強した。Day6の排便時に裂肛が生じ、大腸菌死菌・ヒドロコルチゾン(強力ポステリザン®)軟膏が処方された。排便コントロールの重要性を認識してもらうために、A氏が感じた悪心が腹部圧迫感に近かったことも踏まえて、便秘が苦痛症状を悪化させている可能性が高いことを伝え、「息みすぎて頭の血管が切れるかと思った。便秘のせいでお腹の気持ち悪さが悪くなっていると感じた。」と話し、下剤内服への理解を得ることができた。酸化マグネシウムは浸透圧性下剤であり、便に水を引き込み柔らかくすることで排便しやすくする薬剤であることを説明すると、「お通じが固くなっちゃったらあまり効果はないんですね？今日から飲んだ方がいいですか？水分不足も便秘の原因だったのかな。水は味がおいしくなくてあまり飲めなかった。」との発言が聞かれた。A氏の理解は正しいことを伝え、本日から酸化マグネシウムを内服することを提案し、

了承が得られた。1回1錠、1日3回食後に内服すること、便の性状に合わせて内服を省略することが可能であること、下痢になった場合は内服を中止することを指導した。また、薬効を発揮させるためには内服の際に十分な水分を摂取することが勧められるが、飲水により嘔吐すると苦痛の増強や電解質の喪失などのリスクがあるため、体調に合わせてこまめに水分を摂取することを勧めた。水分は、お茶などの飲みやすいものへの変更や経口補水液を活用することを提案した。「食事にスープを足すのでもいいですか？」との発言があり、取り入れることを勧めた。また、十分な水分摂取は腎機能の保持や出血性膀胱炎の予防にも有効であることを説明した。

2) ddE C療法 3 コース目 Day1

①悪心・嘔吐

ddE C療法 2 コース目の症状の経過：メトクロプラミドは、悪心を自覚したらすぐに内服した。Day1 の急性悪心はメトクロプラミドの内服で緩和され、制吐薬の必要性を感じることはできたが、Day2 以降は胃の膨満感と気分不快が主体で、症状が緩和される実感がなく 1 日 1 - 2 回の使用に留まった。ファモチジン(ファモチジン)は「あまり薬を飲みたくない」「内服する意味があるのかわからない」という理由で自己中断した。悪心は辛い症状だったが、予定通り勤務ができ、家事・育児についても「困ったことはなかった」と話した。

看護介入：診察でジプレキサ®(1回5mg、吐き気時)が追加処方された。よりA氏に合った内服指導を行うために外来化学療法センター担当薬剤師に同席を依頼し、共に症状を聴取した。A氏との相談の結果、メトクロプラミドは毎食前に定時内服とした。ジプレキサ®は、制吐薬適正使用ガイドラインに沿ってDay1 - 4 の夕食後に定時内服することを提案した。副作用で眠気が出現する可能性を説明したところ、A氏から「眠気が出るのは困ります。仕事も運転もするし。私、やっぱりあまり薬には頼りたくないの…。それに、眠くなる薬なんて、危ないものじゃないんですか？」との発言が聞かれ、内服に対する不安と消極的な反応をみせた。まず、2 コース目の介入時と同様に、A氏の意向は尊重したいこと、術前補助化学療法を完遂するために苦痛症状の緩和が重要であることを伝えた。A氏の不安を軽減するために、ddE C療法においてジプレキサ®の使用は標準的な制吐療法であること、次治療の ddP T X療法は催吐性リスクが軽減するため、現状の制吐療法が長期間続くものではないことを説明した。また、ジプレキサ®の内服によって悪心が軽減する可能性は高く、眠気の程度には個人差があることから、1度は使用して効果と副作用を評価することを勧めた。相談の結果、Day3 が定休日であることからDay2 の夕食後にジプレキサ®を内服し、効果が得られて副作用が容認できれば内服を継続することとした。美容師の仕事に関連した情報として、「シャンプー中にごっそり髪の毛が抜けた人がいて。それが自分の抜け初めの時期だったから様子が重なって…。急に気持ち悪くなって大変でした。」と話し、精神的苦痛が悪心を助長させている可能性があった。そのため、A氏と仕事への取り組み方について話し合った。A氏は、ddE C 2 コース目の様子から働いていた方が気分転換になり、苦痛症状に集中しなくて済むという理由で Day2 以降は通常通り勤務することを決断した。

②便秘

ddE C療法 2 コース目の症状の経過：Day1 から酸化マグネシウムを内服したが、Day5 まで排便がなかった。味覚障害に対応するために炭酸水を活用したが1日の水分量は500mlに満たなかった。食事に味噌汁を足すなどの工夫はできた。Day5 に病院へ電話相談し、主治医の許可

を得て浣腸を行い、数時間後に多量の排便があった。Day6 から酸化マグネシウムの内服を中止したところ、再び便秘となった。その後、体調の回復、活動量の増加とともに便秘が解消された。

看護介入：A氏が下剤を内服しても便が出ないという不安を抱いていたため、制吐薬の影響で消化管運動が抑制されていることやファモチジンとの相互作用で酸化マグネシウムの効果が減弱している可能性が考えられること、飲水量が少なく十分な効果が発揮できていない可能性を説明した。A氏が新しい下剤の追加を希望しなかったことや便意があっても硬便で出なかったという経緯から、酸化マグネシウムの増量が適切であると判断し、倍量の1日6錠に変更した。便の性状に応じて調整可能だが、点滴後1週間程度は便秘が持続すると予測されるため、この期間には内服を継続することを勧めた。A氏から味覚障害時は酵素ドリンクが飲みやすいとの訴えがあった。使用している薬剤との相互作用について薬剤師に確認したところ、「影響はないだろう」との返答が得られたため、これを活用することとした。事前に外来化学療法センターの看護師とA氏の症状コントロールのためのカンファレンスを行った。そこで挙げられた方策のうち、便を柔らかくするために粉末ファイバーを活用するという指導が実践可能と判断したため、A氏に提案した。

III. 考察

乳癌の術前補助化学療法の大部分が外来で実施されており、医療者が日々の症状の経過や内服状況を直接観察して評価したり、指導したりすることは困難である。そのため、患者がセルフケア能力を獲得し、適切な症状コントロールを行うことは、治療強度の維持や治療完遂に繋がる重要な要素であるといえる。今回、A氏への看護実践を通して患者がセルフケアを実践するためにはどのような支援が必要か、患者が納得するとはどのようなことか、乳癌の術前補助化学療法において患者の価値観に合わせたセルフケア支援を行うにはどのような関わりが適しているかについて考察する。

初めに、患者がセルフケアを実践するために必要な看護介入について検討する。飯野らは、患者のセルフケア行動を促進する動機を明らかにしている。例として、①具体的に苦痛緩和の手段があることを知ったり、他者から辛い症状の緩和が保証されたりすることで乗り越えられるという自信をもつこと②治療中に経験し、できたという実感を得ること③医療者から見捨てられないと感じ、信頼し一緒に進もうと思えることが挙げられている⁷⁾。①②は患者の自己効力感を高めるための項目と考えられ、①については、具体的な支持療法薬の使用方法を提案し、これを内服することで症状緩和が図れる可能性があることと伝えたことで達成できたと考える。さらに、症状コントロールが困難な場合には看護師が支援することを保証したことで③も達成できたと考える。しかし、②については、ddE C2 コース目、3 コース目の2回の介入では、A氏が支持療法薬の効果があつたと実感できるような成功体験を得ることができなかった。A氏は、「薬を飲んでも意味がない」という支持療法への消極的な感情を抱いていたことを踏まえ、2 コース目の関わりの時点で、より苦痛症状を軽減できる対策(例：C I NVに対するジプレキサ[®]の追加など)について医師、薬剤師とも相談すべきだったかもしれない。

次に、患者が納得するとはどのようなことかについて検討する。今井らは、がん治療に対する患者の納得の尺度として【治療に対する価値】と【治療への前向きな気持ち】を挙げている。治療過程にあるがん患者の納得を支援することは、治療完遂に向けてのセルフケアや精神的安定、QOL向上の支援の強化に貢献できること、特に、治療上の侵襲や病態、患者のコンディションや治療状況の変化によって患者自身の内部でがん治療に対する納得に向けた作業が繰り返し行われていることが推測さ

れることから、がん患者の治療や療養に対する継続した意思決定支援の視点として注目すべき観点であると述べている⁹⁾。私は、A氏の支持療法への納得を得ようと介入したが、ここでの納得とは、A氏が支持療法を自身の治療において必要なものと認識し、「あまり薬は飲みたくないけれど、実践してみよう。」と思うことができることだと考えた。そのために最も重要なことは、支持療法に関する適切な情報提供だと考えて看護実践を行った。A氏への初回の介入はddEC2コース目であり、初回薬物療法後の初めての外来受診だった。初回薬物療法を受ける患者は、抗がん薬を投与することで出現する可能性のある副作用やその対応方法、日常生活上の注意点等についての一般的な情報を提供される。そして、抗がん薬の副作用には個人差があるため、多種多様な症状体験を経て次の外来受診に来る。よって、2回目の外来治療の場でA氏に合わせた情報提供を行うためには、実際に抗がん薬を投与してどのような副作用が出現したのか、どのような対処を行ったのかを把握する必要があると考えた。これは、患者の理解力やセルフケア実践能力を評価するためにも活用することができる。しかし、薬物療法を受けている患者は、治療を受けている以上何らかの苦痛症状があるのは仕方ないと捉え、ある程度は我慢すべきものと考えたり、苦痛症状の種類が多いと何を医療者に伝えたらよいのかと迷ったりすることで医療者に訴えない場合がある。A氏もCINVや便秘以外に様々な苦痛症状が生じており、どのような症状を医療者に伝えるべきか悩んでいる様子だった。そのため、ddEC療法において優先度の高い悪心や便秘に焦点を当て対話を進めた。これにより、A氏から症状体験を引き出すことができ、症状に合わせた支持療法を提案することができた。この関わりは、患者が治療の意味や必要性について根拠に基づいて理解することや治療が自分に不可欠であると認識することに繋がり、【治療(この事例においては支持療法薬の使用)に対する価値】を見出すことの一助となったと考える。このことから、投与した治療薬の特性から患者に出現する可能性の高い副作用を念頭に置いて対話を進めることが患者の納得を得ることに繋がると考える。また、今回の関わりでは症状体験を聴取するための十分な時間を確保することができた。【治療への前向きな気持ち】には、治療への安心や信頼があること、治療への気がかりがないことが挙げられており、看護師がA氏の症状に丁寧に対応したことでこれらが達成できたと評価する。ただし、実際の臨床では、患者と面談するための十分な時間が確保できるとは限らないため、さらに焦点を絞って介入していく必要があるだろう。

最後に、乳癌の術前補助化学療法において患者の価値観に合わせたセルフケア支援を行うにはどのような関わりが適しているのかについて考察する。生命倫理の4原則の1つとして自律尊重の原則があり、「患者自身の決定や意思を大切に、患者の行動を制限したり、干渉したりしない」とされている⁹⁾。また、飯野らは、患者のセルフケア行動を促進するために、患者が“自分の意見が尊重されたと認識すること”が必要だと述べている¹⁰⁾。これらのことから、患者の価値観や意思に沿った医療を提供するという視点は必要不可欠であり、今回の事例ではA氏の「あまり薬を飲みたくない」という価値観を尊重する必要があったといえる。一方で、善行の原則では「患者のために善をなすこと。最善を尽くすこと。ここでは、医療従事者側が考える善行ではなく、患者が考える最善の善行を行うというもの」とされている¹¹⁾。乳癌術前補助化学療法である点と、A氏が薬物療法を受けると決断したときに「とにかく早く治療を始めたかった。早く治したかった。」と発言していた背景から、A氏が考える最善の治療とは、予定通り薬物療法を完遂し、手術を目指すことだと考えた。そのため、私は薬物療法完遂のために症状コントロールが重要と判断し介入した。しかし、これはA氏の価値観を尊重しつつ、支持療法薬を推奨するという一見相反する行動をとる結果となり、葛藤が生じた。では、医療的に検討した時に両者の妥協点はどこなのだろうか。がん薬物療法における抗がん薬、輸液、支持療法薬等を組み合わせた時系列的な治療計画のことをレジメンといい、様々なエビデンスに則って

病院ごとに治療計画が立てられている。今回、A氏に内服を勧めたメトクロプラミド、酸化マグネシウムは、レジメンの支持療法薬には含まれておらず、内服は必須ではなかった。また、A氏は苦痛症状がありながらも、家事・育児や仕事などの日常生活への大きな影響はなく、日常生活の調整で対応できていた。よって、A氏が医療者の推奨する支持療法薬の使用の必要性について十分に理解したうえで、内服をしないと決断するのであれば、この決断を認めることも重要な看護だったと考える。患者の決断が適切な判断に基づいて行われているかを確認するためには、患者の考えを十分に把握する必要があるだろう。また、患者が決断した後でも、その思いは変わっていくものであることを理解し、「医療者に見放された」と感じ、「困っているのに医療者に相談できない」という状況を避けるため、医療者は患者をサポートし続けることを保証することが重要だと考える。よって、乳癌の術前補助化学療法において患者の価値観に合わせたセルフケア支援を行うには、治療完遂のために積極的な症状コントロールに介入することを前提に、安全な治療を行うために必須の事柄でなければ、患者の価値観をできる限り尊重して関わる必要があると考える。

おわりに

今回、私は乳癌術前補助化学療法を行う患者を受け持ち、患者の価値観に合わせたセルフケア支援を行うためにはどのような看護介入が適切であるかという視点で自己の実践を振り返った。A氏のように「なるべく薬を使いたくない」との価値観をもち、支持療法薬の使用に消極的な反応を示す患者は多くいるが、それぞれが置かれた状況(病状や薬物療法の目的など)によって対応が異なる。そのため、がん薬物療法看護認定看護師として持つべき視点は、患者の価値観を尊重しながらも、その医療ケア(今回は支持療法)が治療上どのような位置づけであるのかを吟味し、患者の価値観と治療の必要性の間の妥協点を探し、患者と共にケアに取り組んでいくことだと考える。今回の学びを今後の看護に活かしていきたい。

謝辞

今回、臨地実習において、多くの学びを与えてくださったA氏、並びに熱心にご指導いただいた実習指導者様をはじめ、外来化学療法センターや病棟スタッフの皆様に心から感謝を申し上げます。

引用文献

- 1) 船坂知華子. “乳癌”. がん診療レジデントマニュアル. 国立がん研究センター内科レジデント編. 第9版, 東京, 医学書院, 2022, 82.
- 2) Bonadonna G. et al. Adjuvant cyclophosphamide, metho trexate, and fluorouracil in node - positive breast cancer; the results of 20 years of follow - up, N Engl J Med. 1995, 332, 901 - 906.
- 3) Del Mastro L. et al. Fluorouracil and dose dense chemotherapy in adjuvant treatment of patients with early - stage breast cancer: an open label, 2×2 factorial, randomised phase 3 trial. Lancet. 2015, 385, 1863 - 1872.
- 4) 飯塚俊介ほか. 乳がん術前・術後補助化学療法に対する相対用量強度の影響に関する研究. 医療薬学. 2019, 45 巻, 8 号, 485 - 490.
- 5) 横山和樹. “がん薬物療法の基本概念”. がん診療レジデントマニュアル. 国立がん研究センター内科レジデント編. 第9版, 東京, 医学書院, 2022. 21.

- 6) 林友美. “I 周術期乳癌 dose - dense EC - P T X療法”. 静がんメソッド静岡がんセンターから学ぶ最新化学療法&有害事象マネジメント乳癌編. 西村誠一郎, 渡邊純一郎編. 第2版, 東京, 日本医事新報社, 2019, 66.
- 7) 飯野京子, 小松浩子. 化学療法を受けるがん患者の効果的なセルフケア行動を促進する要素の分析. 日本がん看護学会誌. 2022, 16 巻, 2 号, 68 - 78.
- 8) 今井芳枝ほか. がん治療に対する納得の尺度開発. 日本看護科学会誌. 2022, 42 巻, 281 - 290.
- 9) 厚生労働省編. 第2部倫理とコミュニケーション3. 専門職としての意識と責任.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000209872.pdf> (参照 2024 - 12 - 28)
- 10) 前掲8)
- 11) 前掲9)

参考文献

- 1) がんの統計編集委員会. がんの統計 2024. 公益財団法人がん研究振興財団, 2024.
- 2) 日本癌治療学会編. 制吐薬適正使用ガイドライン. 第3版, 金原出版, 2023.

はじめに

近年、がん患者は増加し、日本人の2人に1人が生涯でがん罹患するといわれている。がん薬物療法は外来治療で行うことが増え、治療と生活の両立が必要不可欠となってきた。入江は、がん治療のめざましい発展により、がん患者の生命予後は改善し長期生存する患者が増加している。その一方で、患者は長期的な治療による有害事象の影響を受け、日常生活動作Activities of Daily Living(ADL)の低下に伴い社会生活に多くの支障をきたし、生活の質Quality of Life(QOL)が低下することが多い¹⁾と述べている。がん薬物療法により生じる有害事象の中でも、特に末梢神経障害Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy(CIPN)は、有効な予防法や治療薬がなく、医療者が目で見てわかる症状でないため、患者が自覚している症状を的確に医療者へ報告する技術が必要となる。患者は、抗がん薬の減量や中止が治療効果に影響を及ぼすことを恐れ、医療者に症状を報告せず、末梢神経障害による苦痛を1人で抱えていることが少なくない。医療者は、患者の症状を観察するだけでなく、日頃の生活スタイルや日常生活への支障の有無、患者が感じている苦痛や価値観など患者背景にも目を向けた支援を行うことが必要である。そのためには、患者とのコミュニケーションを大切にし、患者の経験している症状に関心を寄せ、理解しようとする姿勢が求められる。

今回、実習で受け持ったA氏は、鼻腔腺様嚢胞癌を患う30歳代のAdolescent and Young Adult(AYA)世代であった。AYA世代は感情を他者に上手く伝えられないという特徴がある。また、鼻腔腺様嚢胞癌は希少疾患であり確立された治療法がないため、現治療をできるだけ長く継続することが目標である。がん薬物療法を受ける再発進行がん患者は、根治を目指せない中で、副作用と治療継続のジレンマを抱えながら症状マネジメントを行っている。A氏は、抗がん薬によるさまざまな副作用を抱えていたが、一番苦痛と感じていたのは末梢神経障害であった。前述のとおり、有効な予防法や治療薬がない末梢神経障害を抱える中で、医療者への自覚症状の訴えが少ないA氏が主体的に症状マネジメントしていくためには、治療への思いやどのような苦痛を抱えているかを丁寧に聴取する必要があると考えた。The Integrated Approach to Symptom Management(IASM)は、患者の症状体験やを行っている方略を正確に理解し、セルフケア能力のレベルに合った支援を提供するためのツールである。AYA世代がん患者の末梢神経障害に対するIASMを用いた看護介入を振り返り、考察したため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 30歳代 男性
2. 診断名：鼻腔腺様嚢胞癌局所再発 c T4b N0M0 c StageIV b
3. 治療：PTX+Cma b療法
4. 患者背景
 - 1) 現病歴

X年脳腫瘍の根治後、総合病院の脳外科を定期的に受診し経過観察を行っていた。X+10年1月MRI検査にて蝶形洞内に腫瘍性病変があり、脳外科から耳鼻咽喉科に紹介となった。耳鼻咽喉科で内視鏡下鼻副鼻腔手術を施行したところ、左の中鼻道後方粘膜に腫瘍性病変を認め生検を

行った。その結果で腺様嚢胞癌と診断され、その後のMRI検査では鼻腔から海綿静脈洞内までの伸展が疑われる腫瘍を認めた。外科的切除は困難であったため、陽子線治療の検討を含めがん専門病院へ紹介となった。3月にがん専門病院で放射線治療(Radiation Therapy: RT)14Gyと陽子線治療(Proton Beam Therapy: PBT)56Gyを行い腫瘍が消失した。その後、月1回の経過観察を行っていたが、X+11年12月再発疑いで生検を施行した。生検の結果、腺様嚢胞癌再発の診断にて、X+12年2月より1次治療FP+Pembro療法3コースを投与した。7月にPET-CT検査にて多発肝転移、腸骨転移と診断され、2次治療としてPTX+Cma b療法が開始となった。

2) 受け持つまでの経過

PTX+Cma b療法1コース投与後より、Common Terminology Criteria for Adverse Events(CTCAE)version5.0において末梢神経障害Grade1が出現し、3コース目から末梢神経障害Grade2に増強したため、パクリタキセル(パクリタキセル)を80%に減量した。減量後も徐々に症状の増強があり、7コース目からパクリタキセルを60%に減量している。その後、一時的に症状が軽減したため主治医と相談し投与量を再度80%に戻したが、下肢の症状が増強し、末梢神経障害Grade2~3と日常生活に支障が生じていた。

3) 家族背景

両親(父母ともに60歳代)と弟(30歳代)の4人暮らし。キーパーソンは両親であるが、主に母親が中心となりサポートしている。通院時は毎回母親の付き添いがある。

4) 社会歴

大学を卒業後は営業職に就いていたが、X+12年に退職し現在は無職である。

II. 看護の実際

1. アセスメント

鼻腔腺様嚢胞癌は局所再発が多く、長期的な予後は不良であり10年生存率は7%である。希少疾患に該当し、確立された治療法はないため、頭頸部領域StageIV期遠隔転移に準じた治療を施行している。PTX+Cma b療法の奏効率は54%、全生存期間は8.1ヵ月である。予後予測として、A氏のこれまでの経緯から月単位で進行する可能性が高いと考えた。治療目的は延命であることから、現在の治療を継続しながらA氏らしい日常生活が送れるよう、副作用に対する症状コントロールが必要である。現在PTX+Cma b療法15コース目だが、副作用症状は皮膚乾燥Grade2、ざ瘡様皮疹Grade2、爪囲炎Grade2、末梢神経障害Grade2、倦怠感Grade1~2、味覚不全(疾患による嗅覚消失)Grade2である。その中でも末梢神経障害は、A氏が副作用の中で一番苦痛と感じていた症状であった。末梢神経障害が両手指先、両足指先から足底部にかけて発現しており、A氏からは下肢の症状が強くなり歩きにくいとの発言があった。歩行時の不安定さから歩行時のつまずきや転倒リスクが高いと予測した。末梢神経障害はADLだけでなくQOL低下に繋がる可能性がある。また、症状が増強しGrade3となった場合は、パクリタキセルが中止となる可能性があり、治療が継続できなくなることで生命予後に影響を及ぼし、心理面、社会面、スピリチュアルにも影響すると考えた。そのため、自宅でのセルフケアの状況を評価し、A氏の生活に合わせた患者指導を行う必要があると考えた。

A氏は30歳代でAYA世代に該当し、進学、就労、結婚などさまざまなライフイベントに直面する世代である。A氏はがんと診断され、抗がん薬治療を施行していることで社会との繋がりや将

来の希望が途絶え、自己価値の喪失を感じている可能性がある。A氏の看護問題は、身体的側面として、下肢の末梢神経障害による転倒リスクや、EGFR阻害薬による掻痒様皮疹に対するセルフケアの評価が優先度としては高いと考えた。心理的側面では、現在生じている不安が今後どのように影響してくるかを考え看護介入をしていく必要がある。

2. 看護上の問題

#パクリタキセルの副作用で下肢の感覚神経障害と運動神経障害が生じており、転倒リスクが高い

3. 看護目標

目標：症状をセルフモニタリングし、医療者へ症状を報告できる

歩行時の転倒を起こさない

4. 看護の実際

受け持ち開始時、PTX+Cmab療法15コース目で末梢神経障害はGrade2であった。A氏は医療者からの問いに答えることはできていたが、症状を自ら訴えることが少ない印象であった。そのため、症状の程度を継続して観察することはできていたが、末梢神経障害による日常生活への支障や、A氏が感じている苦悩が見えてこないことに気づき、このままの関わり方で良いのだろうかという疑問を抱いた。末梢神経障害は、他覚的にわかる症状ではないため、患者の訴えや対話から現状を把握し評価する必要がある。そこで、症状マネジメントを円滑に行うためにIASMを活用し、A氏の症状体験や方略を理解し、セルフケア能力に合った知識、技術、看護サポートを提供することを目標とした看護介入を実践した。以下、IASMガイドブックに沿って、看護介入したことを述べる。

1) 症状の定義を明らかにする

末梢神経障害診療ガイドライン2023年によると、CIPNとは抗がん薬によって誘発される末梢神経障害であるが、国際的に確立した定義は報告されていない。

A氏の末梢神経障害を「足の違和感と感覚鈍麻から、歩きにくい症状である」と定義した。

2) 症状のメカニズム(機序)と出現形態を理解する

PTX+Cmab療法では末梢神経障害Grade3、4の発現率が11%である。パクリタキセルは蓄積性に末梢神経障害が生じる薬剤であり、長期投与になるほど症状は強くなる用量規制因子である。A氏はPTX+Cmab療法を15コース施行しており、現在までのパクリタキセルの総投与量は $1,727\text{ mg/m}^2$ である。パクリタキセルは累積投与量 $\geq 500\text{ mg/m}^2$ で末梢神経障害が生じる薬剤であるため、現在の症状は抗がん薬の副作用と考えた。

パクリタキセルは3週間ごとの投与に比べ、毎週投与で末梢神経障害が増強する薬剤である。PTX+Cmab療法は、毎週投与のレジメンであるため増強リスクは高いと予測される。

末梢神経障害を症候学的に分けると、感覚神経障害、運動神経障害、自律神経障害の3つに分類される。タキサン系など微小管阻害作用を有する抗がん薬は軸索障害であり、四肢末梢の手袋靴下型の感覚神経障害を呈することが多い。A氏は両手指先、足指先から足裏全体の異常感覚や感覚鈍麻があり、歩きにくさや、歩行時のつまずきやすさを自覚している。よって、感覚神経障害だけでなく運動神経障害も生じていると予測される。

3) 患者の体験(認知、評価、反応)とその意味を理解する

患者の症状の体験とその意味を理解するために、【症状の認知】【症状の評価】【症状に対する反応】の3つの側面から聴取した。

【症状の認知】は、「両手足にしびれがあり、手よりも足のしびれが強い。歩行時にしっかり

足があがっていない感覚があり、立位時にふらつきがある。」と表現した。

【症状の評価】は、「足先だけでなく、最近足裏まで広がってきている。手のしびれは今のところ大きく生活に支障がない。箸も持てるし、字も書けている。持ちにくさ、書きにくさはある。足のしびれがあると転びやすいと言われているので、歩く時は気をつけている。病院では車椅子で移動しているが、家では1人で歩いている。転ばないように手すりを使用し、段差や階段は怖いため、2階にはほとんど行かず1階で生活をしている。」と表現した。

【症状に対する反応】は、「しびれが少しでも良くなるといいが、しびれは良くなるのが難しいだろうからこれ以上強くなるといい。お風呂に入って自分でマッサージすると、しびれが少し良くなる気がする。体調がいい日は、ストレッチやエクササイズもしている。」と表現した。

末梢神経障害の症状をA氏の言葉で表現できており、部位や程度、日常生活への影響を具体的に述べることができていると分析した。マッサージやストレッチなど、症状緩和のためのケアが実践できていると判断した。

4) 症状マネジメントの方略を明らかにする

A氏は、下肢の末梢神経障害は歩行時のつまずきや転倒リスクにつながることを理解し、注意しながら生活することができていた。A氏の住居は一戸建ての2階建てであるが、末梢神経障害が強くなるにつれ2階への階段の昇降が危険であると判断し、1階に部屋を移して生活するようになった。自宅の廊下には手すりを設置し、歩行時もゆっくり歩くなど工夫することができていた。同居する家族からのサポートもあり、通院時は毎回母親が付き添い、車椅子への乗車時は見守りと介助を行っていた。

A氏は下肢の末梢神経障害が強く、歩行時のつまずきや足の動かしにくさを感じていることから、CTCAE評価では末梢神経障害 Grade2 であり、身の回り以外の日常生活の動作に制限がでていた。長時間の歩行が難しくなったことで、通院時以外の外出頻度は減少し、仕事を退職せざるを得なくなり、趣味である釣りもできなくなってしまった。以上のことから、末梢神経障害はA氏のQOL低下につながっていると考えた。

A氏は具体的な症状を医療者に伝えることができず、聞かれた質問にのみ答えている状況であった。症状について自ら話すことはなく、家族や医療者に対して感情表出が少なかった。周囲に迷惑をかけたくないという思いから、できる限り自身で対処しようとする傾向があった。

5) 体験と方略、その結果を明らかにし、セルフケア能力の状態を判断する

①患者の状態：末梢神経障害 Grade2

②機能の状態：Performance Status(PS)2

③QOLの状態：末梢神経障害により歩行に支障がでている。長時間の移動や歩行時は、周囲のサポートが必要な状態である。歩行時の転倒リスクは高いと考える。また、今後は手指先の末梢神経障害が増強する可能性があり、身の回りのADLに支障がでてくる可能性が高いと考える。

④セルフケアレベルの状態：レベルⅢ(レベルⅢとは、運動機能/知的判断/動機の3点においていずれかが部分的に不足している。自らの健康のために必要な行動を部分的に判断できる、もしくはセルフケア行為が部分的に遂行できる。自立している部分が大きく、医療者が代償する部分は小さい状態のことである。)

6) 看護師が提供する知識、技術、サポートの内容を決定し実施する

①看護師の行う方略を導き出すためのアセスメント

A氏は、末梢神経障害から歩行時のつまずきや転倒につながることを理解し、予防行動がとれていた。医療者から末梢神経障害の症状の部位や程度を問診され、問いに対しては答えることができていた。そのため、報告する技術は持っている判断した。しかし、医療者に症状を自ら報告することの意味や必要性が理解できておらず、具体的な症状を報告することができていないことから、セルフケアレベルはⅢと判断した。A氏は両手指先、足指先から足裏全体の異常感覚や感覚鈍麻があり、歩行のしにくさやつまずきやすさを自覚していたため、末梢神経障害が増強すると転倒リスクが高く危険であると考えた。末梢神経障害は医療者が視覚的にわかる症状ではないため、A氏自身がセルフモニタリングを行い、医療者へ具体的な症状の報告ができているかが重要となる。ケアの方向性は、末梢神経障害の程度を Numerical Rating Scale (NRS) で評価し、外来治療室のどのスタッフが対応しても前回と比較できるようにする。治療当日は、部署内の朝のカンファレンスで情報共有し、スタッフ全員が転倒リスクを把握し観察できるようにする。家族(主に母親)を含めた自宅での生活への支援を行うことが必要であると考えた。末梢神経障害により日常生活にどのような影響があるのか、A氏は何を苦痛と感じているのかを聴取し、治療継続のリスクとベネフィットのバランスを考えながら、A氏のQOL維持や向上を目指すことが必要である。また、看護師だけでなく、必要時は薬剤師や医師との連携を図ることが重要であると考えた。

②看護師の行う方略と患者の反応

【基本的知識の提供】として、末梢神経障害は他覚的にわからない症状であるため、A氏自身が主観的な症状を医師や看護師に報告することが重要であると説明した。また、パクリタキセルによる末梢神経障害では、感覚神経障害と運動神経障害が生じるため、歩行時のつまずきや転倒リスクを説明した。感覚神経障害は、火傷や怪我のリスクが高くなるため、料理をする際の包丁での怪我や、熱いコップを持った時の火傷などに注意が必要であると説明した。知識の提供を実施したことで、A氏は症状を医療者に報告することの重要さや、転倒や火傷に注意することを理解することができた。

【基本的技術の習得】として、末梢神経障害に対してプレガバリン(プレガバリン)が処方されていたが、明らかに効果が得られていないと感じた場合であっても、内服を自己中断せず、医師の処方通りに内服するよう説明した。また、内服前後の症状変化の有無を医師へ報告することが必要であると説明した。医療者が症状の程度を把握しやすいために、症状を毎回数字(NRS)で表現することが重要であると説明した。しかし、数字だけでなく日常生活にどのような影響がでているか、どのような苦痛が生じているかをA氏の言葉で表現することが大事であると説明した。歩行時のつまずきだけでなく、ベッドからの立ち上がり等にも注意が必要であり、ベッド周囲の環境調整を行うよう説明した。既往歴の脳腫瘍により、左眼の視力低下がみられていたため、歩行時はメガネの着用を忘れず行うことや、車椅子やベッドの乗車時は必ず右側から行うよう説明した。また、冷え防止として厚めの靴下を着用していたが、より転倒リスクを高める危険性があると判断し、足裏に滑り止めが装着されているものを選択するよう勧めた。A氏は説明に対して理解し、転倒に対する予防行動をとることができていた。支持療法薬の内服忘れや自己中断等なく、アドヒアランスは良好であった。医師や看護師に症状をNRSで報告することができていた。

【基本的サポートの提供】として、末梢神経障害は他覚的所見として現れにくい症状であ

り、A氏自身が1人で悩み、苦痛を抱えている可能性があると考えた。そのため、声掛けを行い、症状の程度だけでなく日常生活への支障も含めて、苦痛を表現しやすいようにサポートを行った。A氏の実力を認め、共感や傾聴しながらA氏を支援していけることが重要であると考える実践した。

7) 看護活動による効果を測定する

①状態の変化：末梢神経障害 Grade2

②機能の変化：P S2

③QOLの変化：末梢神経障害は確立された治療法がなく、すぐに軽減や消失することが難しい症状である。現在もA氏の症状は持続しており、歩行時のつまずきや転倒リスクは変わらず高い状態である。しかし、医師や看護師に末梢神経障害の程度や苦痛を自ら報告できるようになったことで、パクリタキセルの一時的な減量や、QOLを維持しながら治療の継続ができるようになった。抗がん薬治療を継続しつつ、日常生活とのバランスを考え、以前よりもA氏らしい生活を送れるようになったと考える。

④セルフケアレベルの変化：レベルIV(レベルIVとは、自らの病気を正しく理解し、最適な予防法や症状緩和方法を判断し、セルフケア行為を遂行することができる。身体の変化に応じた応用力もあるが複雑な状況が発生した場合は、医療者の支援が必要な場合がある。自ら支援を求めることができる場合も含む状態のことである。)

III. 考察

末梢神経障害は、症状が増強することでADL低下につながり、社会面や心理面、スピリチュアルにも影響を及ぼす。しかし、末梢神経障害による患者の苦痛は多岐にわたるため、患者が何に困っていて、何を苦痛と感じているのかを理解することが重要である。患者の症状体験を丁寧に聴取し、年齢や患者の背景を踏まえたうえで、症状とどのように向き合い、治療と生活を継続していくのが良いのかを患者と共に考えていく必要がある。今回、AYA世代であるA氏が、最も苦痛としていた末梢神経障害について、症状マネジメントのツールであるIASMを用いて介入した。主観的な症状である末梢神経障害の症状マネジメントと、AYA世代がん患者のコミュニケーションや心理面のケアにおけるIASM活用の意義について考察する。

はじめに、末梢神経障害の症状マネジメントについて考察する。IASMとは、オレムのセルフケア理論を背景にもち、患者のセルフケア能力に焦点を当て、その能力を最大限活かすことを前提としている。オレムのセルフケア理論は、症状を表現することを控え、我慢するなどセルフケア能力が低い患者であっても、潜在的なセルフケア能力を引き出し、それを高めるように援助することができるといわれている。IASMを通じてA氏が体験している症状を言語化し、共に振り返りができたことは、A氏が自身の症状と向き合い、セルフケアの維持と向上を図るきっかけになったと考える。A氏が症状を医療者に報告できるようになったことで、生活スタイルや日常生活への支障を把握できることにつながり、A氏に合わせた転倒予防策を提案できるようになった。A氏は、医療者に報告する技術だけでなく、報告する意味を理解できるようになった。転倒を予防するための看護介入として、A氏は既往に脳腫瘍を患った経験があり、左眼の視力が低下していた。しかし、脳腫瘍は10年前の出来事であり情報としてカルテ記載がなかったため、視力低下をスタッフが把握していない現状があった。これは、IASMで症状体験を丁寧に聴取したことで得ることができた情報である。IASMを通して得た新たな情報を、継続した看護として受け持ち看護師やスタッフと情報共有し、転倒予防策

やケアの方略につなげることができた。川名は、看護師にとっての患者さんのわかり方の基本は、心を理解することではなく、日常生活を知ることである²⁾と述べている。IASMを進めていく中で、患者との対話から、患者を取り巻く環境や背景にも目を向けることにつながったと考える。A氏が現在できていることに対してはポジティブフィードバックを行い、不足している部分を医療者がサポートしていくことにもつながったと考える。A氏と関わる前は、末梢神経障害は予防法や治療薬が乏しいため、世代や症状の程度に限らず一般的な支援や指導になっていたが、がん種や治療目的、薬剤や作用機序、今後の病状の予測に加え、患者背景や患者の思いを踏まえたうえで、どのような症状マネジメントが適しているかをアセスメントし、個々の患者に合わせた看護介入を実践していく必要があると学んだ。鼻腔腺様嚢胞癌のように確立された治療がない場合は、抗がん薬の減量や中止が生命予後に影響を及ぼす可能性が大きい。吉田は、CIPNに対する根本的な治療法がないため、被疑薬（白金製剤、タキサン系製剤、ビンクリスチン、ボルテゾミブなど）の投与の延期、減量あるいは中止が現実的なマネジメント法の一つになっている³⁾と述べている。A氏は医師と相談し、パクリタキセルを減量するという選択をしたが、減量後は症状が一時的に緩和されたことを嬉しそうに話していた。このことから、A氏はQOLを保ちながら治療を継続したいと考えていたと知ることができた。園部らは、CIPNに対して有効とされる支持療法が少なく、医療者も効果的な対処法を提示できないことから、患者の症状に向き合うことに消極的になる場合がある。しかし、有効な対処法がなかった場合においても、患者の経験している症状に関心を寄せ、理解しようとする姿勢は、つらさの軽減や心理的サポートとなる⁴⁾と述べている。患者が治療や副作用をどのように捉え、今後大切にしていきたいことはなにかを聴取し、患者がもつ価値観や信念を理解した支援を考えることが最も大切なことである。IASMを実践したことで、有効な対処法がない場合であっても、患者の体験している症状に関心を寄せ、理解しようとする姿勢が症状マネジメントには必要であると考えられる。

次に、AYA世代がん患者のコミュニケーションや心理面のケアについて考察する。IASMに沿った介入を行ったことで、徐々にA氏とのコミュニケーションが深まり、信頼関係の構築につながっていたと考えている。川名は、なに気ない患者さんとのやりとり、自然な会話がメンタルケアになるといっても過言ではない⁵⁾と述べている。受け持ち開始時のA氏は、周囲に迷惑をかけたくないという思いから、できる限り自身で対処しようとする傾向があった。そのため、末梢神経障害の苦痛を一人で抱え、医療者に症状や困っていることを伝えることができていなかった。末梢神経障害は、徐々に強くなる症状に対して我慢を強いられている可能性が高い。服部らは、AYA世代は自分の感情を他者に上手く伝えられなかったり、周囲に心配をかけまいと一人で不安や悩みを抱え込んでしまうことがある⁶⁾と述べている。AYA世代は高齢者と比較し、理解力やセルフケア能力が高いことが多く、患者からの訴えがない場合には、困っていることや苦痛が少ないとアセスメントされる傾向にある。特に末梢神経障害は他覚的にわからない症状であるため、自覚症状の訴えが少ない患者は、症状や苦痛が軽微であると過少評価されやすいのではないかと考えた。以上を踏まえたうえで、A氏に対してどんな些細な症状の変化であっても医療者に報告する必要性と、報告することで共に対処法を考えられるようになることと繰り返し説明を行った。A氏からは、「看護師さんがしびれについてそこまで一緒に考えてくれるとは思っていなかった。しびれ以外のことで、相談してもいいんですか。」という発言があった。はじめは、質問されたことだけに頷き、答えていたA氏であったが、一方的な問診という形式ではなく会話から話を膨らませ、訴えを傾聴する姿勢を示したことで、A氏は主観的な症状だけでなく、自分の思いや不安を医療者に伝えることができるようになった。これは、身近にいる医療者が自分の話を聴いてくれるという安心感や、症状によるつらさや孤独感を知ってくれている

存在がいるという安堵感から、心理的サポートにつながったためであると考える。

A氏は末梢神経障害に対して、「しびれがあってできないことが増えた。でも、しびれは治る術がないため、しかたがない。」と表現していた。神田は、CIPNの体験者を対象とした質的研究の情緒的反応では、「これまでに経験したことがない未知の感覚」として認識し、マネジメントできない恐怖、無力感、狼狽などの不快感情を伴っていた⁷⁾と述べている。特にAYA世代は、他の世代のがん患者とは異なり、この時期特有の心理状態や課題を捉えた支援が必要な時期である。実際にA氏は、末梢神経障害により長時間の歩行が困難となり、仕事を退職し趣味である釣りの継続もできなくなってしまっていた。このことから、将来への希望が途絶え、自己概念や存在価値の揺らぎが生じていると考えた。A氏は、がん薬物療法の治療目的が延命であり、抗がん薬を継続することだけでなく、治療を継続しながらもA氏らしい日常生活を過ごすことが目標である。患者が安全に、少しでも快適に日常生活が送れるよう、寄り添いながらともに方略を考えることが重要であると考える。

IASMの介入はガイドブックに沿って実践するため、患者の了承や十分な時間の確保が必要である。そのため、実臨床では症状を有するすべての患者に実践することが難しい現状がある。しかし、AYA世代や、医療者に対して症状の訴えや感情の表出が少ない患者、周囲からのサポートが十分に得られていない患者に対しては、IASMを活用し、ともに症状体験を振り返る時間を設けることは有効な看護介入であると考える。症状マネジメントで重要なことは、必ずしもIASMに沿った介入ではなく、患者の話を傾聴する姿勢なのではないかと考える。同じ症状を抱える患者であっても、感じている苦痛や背景は違うため、包括的な看護介入を実践することは個別性のある看護とはいえない。治療と症状のリスクとベネフィットを常に考えながら悩み苦しんでいる患者にとって、医療者が関心をもって症状体験や思いを聴いてくれることこそが、患者の主体的な症状マネジメントや、常に理解してくれる人が傍にいるという安心感や保証につながると考える。

おわりに

AYA世代がん患者の末梢神経障害に対して、症状マネジメント(IASM)を活用することは、患者が自らの症状を医療者に報告することの意味を理解することにつながる。患者が症状を報告できるようになることで、医療者が患者の背景や思いに寄り添った個別性のある看護介入を提案することができる。また、IASMを通じて患者とのコミュニケーションや信頼関係が深まり、心理的サポートができる。IASMに沿って介入することの意義は、患者の体験(症状)を正確に理解することができること、患者のセルフケアレベルにあった知識・技術・看護サポートが提供できることであると今回の事例報告を通して学ぶことができた。

謝辞

臨地実習において、多くの気づきや学びを与えてくださったA氏やご家族、並びにご指導いただいた実習指導者様、外来治療室のスタッフの皆様にご心から感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 入江佳子. “がんのリハビリテーションに必要なアセスメントと看護”. がん看護. 南江堂, 2023, 28(7), 621.
- 2) 川名典子. “看護師が患者さんのことをわかるとは”. 看護の力会話の力. 南江堂, 2023, 72-74.

- 3) 古川孝広ほか. “C I P Nにおける被疑薬の減量あるいは中止について”. がん薬物療法に伴う末梢神経障害診療ガイドライン. 吉田陽一郎. 金原出版, 2023, 38-39.
- 4) 園部里美, 五十嵐聡美, 内山美枝子. “C I P N患者の心理的サポート”. がん看護. 南江堂, 2023, 28(6), 559-560.
- 5) 前掲2), 72-74.
- 6) 服部佐知子ほか. がんを患うAYA世代の人々への支援において看護職が心がけていることの困難さ. 岐阜県立看護大学紀要. 第21巻, 1号, 2021, 33.
- 7) 古川孝広ほか. “C I P Nにおける看護”. がん薬物療法に伴う末梢神経障害診療ガイドライン. 神田清子. 金原出版, 2023, 45-47.

参考文献

- 1) 片野田耕太ほか. がんの統計. 2024年版, 公益財団法人がん研究振興財団, 2024, 33.
- 2) 安井博史ほか. “頭頸部癌”. 静がんメソッド. 瀨内論. 第3版, 日本医事新報社, 2022, 121-125.
- 3) 石岡千加史ほか. “頭頸部領域”. 希少がん・難治がん. 田原信. 南江堂, 2021, 44-47.
- 4) 藤井正人ほか. “頭頸部がん薬物療法の副反応対策と支持療法”. 頭頸部がん薬物療法ハンドブック. 小山泰司, 清田尚臣. 中外医学社, 2021, 150-152.
- 5) 野川道子ほか. 看護実践に活かす中範囲理論. 第3版, メヂカルフレンド社, 2023.

はじめに

造血器腫瘍はがん薬物療法に対する感受性が高く、根治や寛解を目指すことができる腫瘍であるため、治療強度を高めることが重要である。悪性リンパ腫の治療には多剤併用化学療法が用いられることが多く、悪心・嘔吐、倦怠感、口腔粘膜炎、脱毛、骨髄抑制など多岐にわたる有害事象が出現する。その中でも特に骨髄抑制は強く出現するため、感染や、出血などの合併症が起こった際は、治療の継続が困難となることや、Quality of life(QOL)の低下を招くこととなる。安全に治療を継続するためには患者の年齢や生活スタイル、既往歴、今までの治療経過などの背景に応じた感染や転倒予防に向けた支援を行い、骨髄抑制に伴う合併症を防ぐことが重要と考える。

今回、悪性リンパ腫に対する初発治療後に再発し、救済療法であるR-E SHAP療法を受ける患者を受け持った。患者には様々な転倒リスク要因があったことから、骨髄抑制期、特に血小板が低下している時期に、身体症状に応じた転倒予防が必要であると考えた。そのために、患者が出現している身体症状を認識し、体調変化から生じる転倒リスクが理解できるように看護介入した。治療を続けながら安全に生活を送るために、A氏自身が体調変化と転倒リスクを認識し、転倒予防のための行動がとれるよう看護介入したことを振り返り、骨髄抑制期における転倒予防への支援を考える。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 女性
2. 診断名：B細胞悪性リンパ腫 stageIV
3. レジメン名：R-E SHAP療法
Day0：リツキシマブ(リツキシマブBS)
Day1～4：エトポシド(エトポシド)、シスプラチン(シスプラチン)
Day1～5：メチルプレドニゾロンコハク酸(ソル・メドロール®)
Day5：シタラビン(キロサイド®)
4. 投与スケジュール：1コース 21～28日間
5. 患者背景

1) 現病歴

X年8月上旬に内服時の喉頭部の違和感を自覚した。8月中旬に近医を受診し舌根部腫瘍の指摘があり、経過観察していたが増大傾向であったため、9月に大学病院の耳鼻咽喉科を紹介受診した。舌根部腫瘍の生検から、B細胞悪性リンパ腫の診断となり、10月血液内科へ紹介となった。PET-CTでは横隔膜上下の広範囲のリンパ節に異常集積を認め、再度リンパ節生検を行い精査することを提案したが、本人が拒否したため、B細胞悪性リンパ腫として加療を開始した。

R-CHOP療法を6サイクル+リツキシマブBS単剤を2コース施行し、効果判定基準(RECIST)complete response(CR)の効果を得た。その後外来フォローを継続していたがX+3年7月からsIL2Rの経時的な上昇を認め、悪性リンパ腫の再燃が疑われた。8月のCTにて縦隔リンパ節、鼠径リンパ節の腫大と脾腫の増悪があり、Chimeric Antigen Receptor-T cell(C

A R-T)療法を見越してリンパ節生検について提案されたが希望せず、B細胞悪性リンパ腫の再燃と診断し、救済療法としてX+3年8月からR-E SHAP療法が開始された。

2)既往歴

2型糖尿病、脂質異常症

3)受け持つまでの経緯

今回A氏はR-E SHAP療法4コース目の治療を目的として入院していた。今までの治療では、Common Terminology Criteria for Adverse Events version5.0(CTCAE Ver. 5.0)白血球減少Grade2、好中球減少Grade4、血小板減少Grade3、貧血Grade3、倦怠感Grade2~3、味覚異常Grade1、食欲不振Grade2、脱毛Grade2を生じていた。骨髄抑制に対してはgranulocyte-colony stimulating factor(G-CSF)や輸血による支持療法が行われていた。治療の経過とともに倦怠感の遷延や体力の低下を自覚しており、以前のように家事を行うことができなくなっていた。また、2コース目の治療時、既往の糖尿病に関連し、低血糖、血圧低下による意識消失と転倒が起きた経緯があった。今回、入院日当日にCVカテーテルを挿入し、翌日のリツキシマブBS投与日から受け持ちを開始した。

4)家族背景

夫と2人暮らしである。家庭では家事を行う役割を担っている。自宅から車で約1時間のところに長男、次男が住んでいる。

II. 看護の実際

1. アセスメント

悪性リンパ腫の多くは、がん薬物療法への感受性が高く根治や寛解を目指すことができる腫瘍のため、治療強度を高めることが重要であり、多剤併用化学療法が用いられることが多い。悪性リンパ腫におけるがん薬物療法は様々な有害事象が出現するが、特に骨髄抑制は強く出現し、感染、貧血、出血などの合併症を起こすリスクが高い。A氏が行っているR-E SHAP療法は多剤併用化学療法であり、注意すべき有害事象は骨髄抑制であると考えられる。

A氏は、年齢による身体機能の低下や入院による環境の変化などの一般的な転倒リスクに加え、糖尿病に起因する意識消失が生じ転倒した経緯があった。がん薬物療法に伴い、ステロイド離脱に伴う倦怠感、慢性的な貧血、倦怠感や長時間の臥床による筋力低下、治療を重ねることで生じている体力の低下が出現していた。また、R-E SHAP療法3コースまでの有害事象として、CTCAE白血球減少Grade2、好中球減少Grade4、血小板減少Grade3、貧血Grade3を生じており、G-CSFの投与や輸血が必要な状況であり、これらから、A氏は転倒リスクが高いとアセスメントした。A氏はこれまでの治療経過から、血小板値が少ない状態で退院となることが予測され、退院後の生活において、転倒に注意して生活する必要があると考えた。血球減少時に転倒し外傷を受けることは、治療の継続が困難となることや、QOLに影響を与える可能性がある。以上のことから、骨髄抑制期に転倒予防を行えるような看護介入が必要と判断した。

2. 看護上の問題

#骨髄抑制期に転倒することで治療継続が困難となる可能性がある

3. 看護目標

- ・骨髄抑制期に転倒せず生活を送ることができる
- ・体調変化から生じる転倒リスクについて理解することができる

4. 看護の介入

A氏には低血糖と低血圧による意識消失の経緯があったため、点滴開始後は転倒予防として、トイレ歩行時の付き添いが必要であると病棟スタッフ間で情報共有されていた。A氏も意識消失の経緯から看護師を呼び、付き添いでトイレ移動を行うことを遵守することができていた。入院期間を抗がん薬投与開始～終了(Day0～5)、投与終了後～骨髄抑制期まで(Day6～11)、骨髄抑制期～退院まで(Day12～16)の期間に分けて、転倒予防のための関わりについて看護の実際を記載する。

1) 抗がん薬投与開始～終了(Day0～5)

A氏は今までの治療経験から、Day0～5の体調変化について、血糖値が変動する、排尿回数が増加しトイレ移動が頻回になる、倦怠感が出現すると捉えていた。「先生に副作用で血が止まりにくくなるから絶対に転ばないようにねって言われているの。」と話していることから、血小板低下時に転倒することでの危険性について理解していた。

R-E S H A P療法2コース目の際に低血糖、低血圧で意識消失が起きた経緯があり、3コース目から食事摂取量に応じたインスリンの投与量調整を行っている。それ以降低血糖はなく経過していた。ソル・メドロール[®]投与中は血糖値200～300 mg/dL程度で経過していたが、抗がん薬投与後はCTCAE味覚異常Grade1、食欲低下Grade2が出現することで食事が不安定となり、血糖値が90～110 mg/dLと低下したことから低血糖となる可能性が考えられた。A氏は、低血糖時に出現する冷や汗や気分不快などの症状は理解しており、症状を自覚した際は自己にて血糖を測定し、低血糖時にはブドウ糖を摂取するという方略についての知識を持っていた。しかし、入院中は不要と考えブドウ糖は持参していなかった。以前意識消失が起きたことに対し「この前倒れた時も、シャワーから出たら冷や汗が出て、倒れそうだなってというのが分かって、ナースコールの位置も知っていたのだけど、立ち上がることができなくてそのまま倒れたの。」と話した。これらのことから、低血糖症状出現時の対応についての知識が不足していると考えた。A氏に対し、治療中は食欲低下により食事摂取量が低下するため低血糖が起こるリスクがあること、ブドウ糖は常に携帯すると良いこと、周囲に人がいない時に低血糖が起きた場合は転倒による外傷を避けるため、屈む、座るなどの対処を取るよう情報提供した。それに対しA氏より「ご飯も食べられる時と食べられない時があるしね。倒れてどこかにぶつけたら大変なものね。」と返答があった。

シスプラチンの投与に伴いハイドレーションが行われるため排尿回数が増加しトイレ移動回数が増加した。夜間も3～5回トイレ移動を行っていた。Day3、4では利尿剤を使用しており切迫した尿意を感じるがあった。A氏から「何回も看護師さんと呼ぶのが申し訳なくてね。それに急に行きたくなっても看護師さんもすぐに来れないこともあるじゃない。」との発言があった。ナースコールが多くなることへの申し訳なさや医療者への遠慮を感じる一方で、すぐに看護師が来ることができない状況に対する苛立ちも見受けられた。これらはナースコールで看護師を呼ぶことに対し躊躇することや、看護師の付き添いなく歩き出す行動に繋がると考えた。そのため、再度付き添い歩行の必要性について伝え、夜間帯は特に看護師がすぐに来ることができないこともあるため、尿意を感じた際は早めにナースコールで看護師を呼ぶよう説明し、転倒予防に対する理解を深めた。

Day4からCTCAE倦怠感Grade2が出現しており、Performance Status(P S)は0から2へ変化した。食事摂取量は2～3割に低下し、血圧は収縮期血圧130～140mmHg台から110～120mmHg台に低下した。トイレ移動時、臥床した状態から急に立ち上がってふらつく様子があっ

たがA氏はそのまま歩行しようとしていた。臥床状態から急に起き上がることで血圧の変動が起こりめまいを生じる可能性があるため、立ち上がる前にベッドサイドで一呼吸おいてから歩き始めるよう指導した。それに対しベッドサイドで足踏みをしてから立ち上がる姿が見られた。また、Day5の朝「夜中にトイレに行こうとしたらふらふらしたから車椅子に乗せてもらったの。」と話され、転倒リスクについて認識し、対処方法について医療者へ相談することができていると考えた。

2) 投与終了後～骨髄抑制期まで (Day6～11)

Day9の採血にて、4コース目開始時と比較し、CTCAE血小板低下Grade0から1、貧血Grade1から2に変化があった。カリウム値が 3.1mmol/L へ低下したため、元々内服していた塩化カリウム徐放剤「St」を 600mg 2錠/日へ増量し処方変更となった。A氏と採血結果を供覧し、骨髄抑制が始まっており今後さらに低下してくることが予測されることを説明し、血球減少に対し転倒予防への注意喚起を行った。「少しずつ下がってきているね。でもいつももっと下がるからね。」と今までの経験を通し血球減少の変化について理解できていると考えた。

自覚症状としてCTCAE倦怠感Grade2～3へ増強し、血圧値は収縮期血圧 90mmHg 台へ低下した。食事摂取量は0～7割とムラがあり、血糖値も $90\sim 200\text{mg/dL}$ と変動した。また、抗がん薬による有害事象の倦怠感に加え、Day1～5で高用量のステロイド薬が投与されるため、Day6以降の倦怠感の増強はステロイドの離脱症候群の影響もあると考えた。日中のほとんどを臥床で過ごし、テレビを見る気力も低下し、会話も臥床した状態であった。シャワー浴も希望されず清拭の介助を実施した。倦怠感により臥床の時間が長くなっていることや、食事摂取量が低下していることから筋力・体力が低下しふらつきが生じていること、採血でカリウム値が低下しているため下肢の脱力が生じる可能性から、転倒リスクがあることを注意喚起した。移動の際は体調に合わせて車椅子を使用するなどに対応し、立ち上がる際はゆっくりと起き上がり、しばらくベッドサイドで座ってから歩くよう指導した。Day6～9はふらつきを生じることが多く、車椅子での移動を看護師に申し出ていた。

3) 骨髄抑制期～退院まで (Day12～16) の介入

Day12の採血にてCTCAE血小板低下Grade3、貧血Grade2に低下し、Day13に血小板輸血10単位が実施された。また、血清カリウム値は 3.4mmol/L に改善した。A氏と採血結果を供覧し、血球減少が更に進行していることで出血リスクが高いため、特にこの時期は転倒に注意が必要であることを注意喚起した。Day12ではCTCAE倦怠感Grade1に改善、食欲低下Grade1に変化し食事摂取量は9～10割に改善した。身体不活動の期間が長くなることは筋力の低下に繋がると考え、倦怠感や食欲が改善した後は、日常生活で取り入れることができるベッドサイドでの運動についてA氏に情報提供した。しかし、「白血球とか血小板が減ってきていると転ぶと危ないから、あまり動かない方がいいよね。」と返答があり、運動は控えた方が良いという認識であった。A氏はNadir(血球数が最も少ない状態)の時期について認識しており、転倒による外傷の危険性について理解していた。一方で、倦怠感や長時間の臥床から生じる筋力・体力の低下と、転倒の危険性については認識していなかった。そのため、感染や出血に注意しながら、退院後の生活に向けて筋力の維持ができるよう介入が必要と考えた。Day14では、A氏の認識について理学療法士と情報共有し、A氏に対し退院に向けて筋力を維持するためのベッドサイドで行える運動について説明した。A氏からは「足腰が弱くなっちゃうからね。」とベッドサイドに座り足を動かす姿があり、運動の必要性について理解したと考えられた。また、自宅での様子を確認する

と、A氏は「夫は何でもできちゃうの。入院中ずっとお父さんに家事を任せてしまって申し訳なくてね。」と話した。本人の前で夫と話す機会があり、自宅での様子を伺うと夫より、「退院してからはしばらくかったるそうなんだけど、買い物にも一緒に行くって言うんだよ。」と返答があり、A氏と夫、それぞれの思いを共有した。

Ⅲ. 考察

がん薬物療法を受ける患者は、骨髄抑制期に転倒し外傷を受けることで治療の完遂やQOLに影響する。そのため、治療を安全に継続するためには、医療者が、患者の背景や既往歴、薬剤特性から予測される有害事象などから生じる転倒リスクを把握する必要があると考える。また、患者自身も転倒リスクを認識し、症状に応じて転倒予防行動をとることが重要である。

がん薬物療法を受ける患者に対する転倒予防に向けた支援を【患者が転倒リスクを認識するための支援】【医療者による転倒リスクアセスメント】【退院後の生活を見据えた転倒予防への支援】の視点で振り返り、考察する。

【患者が転倒リスクを認識するための支援】

がん薬物療法を受ける患者の有害事象は個人差があり、患者背景や治療時期により身体症状は変化する。そのため、一般的な転倒リスクに加え、有害事象による転倒リスクを患者が認識することが重要である。杉田らは、患者のリスク認知が転倒の要因であると考えられており、共同評価によるリスク認知の変化は転倒予防の一助となる可能性がある¹⁾と述べている。有害事象から生じる転倒リスクについて、貧血によりふらつきがある時は転倒に注意が必要であるなど、A氏がイメージしやすいように症状と関連付けて具体的に説明をした。それにより看護師とA氏が同じ認識を持つことができ、転倒予防に繋がったと考える。A氏は入院中、食欲低下やステロイドによる離脱症状と考える倦怠感、臥床時間が長期化したことでの筋力や体力低下、慢性化している貧血によるふらつきを自覚していた。清原らは、入院中では、転倒予防行動は自身の身体脆弱性の自覚から始まるため、患者が身体脆弱性を感じた際には、タイミングを逃さずに患者が自身の身体について把握できるように、伝えることが重要である²⁾と述べている。A氏に身体症状が生じているタイミングで、症状と転倒リスクについて関連付けて伝えたことは、A氏が転倒リスクや転倒予防の必要性を認識し、転倒予防行動を具体的にイメージすることに繋がったと考える。

【医療者による転倒リスクアセスメント】

がん薬物療法による有害事象はそれぞれに好発時期があり、時期により身体症状は変化する。それに伴い患者の転倒リスクも変化するため、転倒リスクをアセスメントする際は、多角的な視点で転倒リスクを評価することが必要である。そのために、転倒リスクを評価するものとしてアセスメントツールが用いられることがある。今回の実習ではこれまでの経験知で、患者の背景や既往歴などから転倒リスクについてアセスメントを行い、転倒予防のための支援について実践したが、アセスメントツールを使用することで転倒リスクが明確化され、医療者や患者が共通の認識を持つことや、評価基準を標準化することに繋がる。身体能力から転倒リスクを評価するツールでは、Morse Fall Scale(MFS)やOkochiらの転倒アセスメントツールが用いられることがある。認知機能評価には、モンテリ一評価尺度(MoCA)などがあり、記憶力、注意力、言語力、視空間能力などが評価できる。しかし、がん薬物療法を受ける患者は有害事象が生じるため、患者の身体症状や治療背景などの個別性を踏まえてアセスメントすることが必要である。これらより、客観的な視点に加えて、個別性を踏まえたアセスメントを行うことが重要であると考えられる。

【退院後の生活を見据えた転倒予防への支援】

悪性リンパ腫患者の多くは長期にわたって治療を継続しており、骨髄抑制に対する感染予防や転倒予防を自ら実施して生活を送っている。入院中は看護師に支援を依頼することができるが、退院後は患者自身が身体症状に応じて転倒予防行動をとり、必要時は周囲にサポートを依頼することが必要となる。また、生活と治療を両立していく上で、入院中から退院後を見据えて筋力を維持することが大切である。骨髄抑制期において転倒に注意しながら生活を送ることは重要であるが、身体症状を確認しながら筋力が維持できるよう介入することも必要と考える。A氏は、入院中は家事を夫が行っていること、体力低下などにより以前の様に家庭での役割が担えないことに対し申し訳なさを感じていた。一方で夫は、退院後は無理をしないでほしいという思いを抱えていた。A氏の場合、退院後、倦怠感や貧血などの有害事象や体力の低下が生じている中、周囲に頼らず無理に動くことは転倒リスクに繋がるため、体調変化と転倒リスクを認識し、A氏自身が体調に合わせて生活を調整する必要がある。清原らは、身体機能について客観的情報とともに自宅での生活について患者と話し合い、患者がとらえている状況について整理し、患者の目標に沿って、これまでの経験を生かした方法や自己決定能力に応じた方法を検討し、患者だけでなく家族などの社会的支援が受けることができるように調整していくことが看護師に求められる²⁾としている。今回の実習では家族のサポート状況についての情報収集と、A氏と夫の、生活や家庭での役割への思いの表出にしか至らなかったが、患者や家族から自宅での生活について情報収集し、それらを共有できるよう関わることで、退院後の生活や過ごし方について話し合うきっかけとなる。また、変化する患者の身体症状をアセスメントした上で、生活の中にある転倒リスクを把握し、今までの対処行動では危険な状況を伝えることで、家族にサポートを依頼する必要性を認識することに繋がるのではないかと推察する。これらを支援することで、患者が症状に合わせて家族にサポートを依頼し、転倒予防のための生活変容や、行動変容を行うことに繋がると考える。

以上のことから、退院後の生活を踏まえた転倒予防への支援では、患者、家族の心理・社会的側面を踏まえた上で、退院後の生活を見据え、患者が体調の変化に応じて、転倒予防のために生活変容できるよう意図的に関わるることが大切であると考えられる。

おわりに

骨髄抑制という自覚症状に乏しい有害事象に対し、患者は体調や生活背景に合わせて転倒予防を行いながら生活を送っている。骨髄抑制期における転倒予防への支援として、患者の年齢や治療の経緯、既往歴に加え、転倒リスクスコアの算出など客観的に評価し適切に転倒リスク予測を行うことが、より個別性のある転倒予防策を講じることに繋がる。また、患者自身が有害事象から生じる転倒リスクについて認識できるよう介入を行い、変化する体調変化に応じて行動変容できるよう支援することや、心理社会面を踏まえた上で転倒予防について患者と共に考えていくことが、安全に治療を継続する上で重要となるのではないかと考える。がん薬物療法看護認定看護師として、問題点を見極め、焦点化すること、客観的評価やエビデンスに沿った介入を行うことが自己の課題であり、今後の看護実践において強化していきたい。

謝辞

本症例をまとめるにあたり、多くの学びを与えてくださったA氏、並びにご指導いただきました実習指導者様はじめ、病院スタッフの皆様にご心から御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 杉田智子ほか. 患者と共に転倒リスク評価を行うことによる患者自身の認識の変化について検討. 京都第一赤十字病院医学雑誌. 2019, 2(1), 21-26.
- 2) 清原花, 川崎優子. 同種造血幹細胞移植を受けたがん患者の退院後の転倒予防行動と影響を与える諸条件. 日がん看会誌 36 卷. 2022, 55-65.
- 3) 竹内麻紀子, 河野保子. 化学療法を受けるがん患者の生活実態とセルフケア行動. 看護学雑誌 2023-11, 1132.

参考文献

- 1) 一般社団法人 日本がんサポーターズケア学会編. よくわかる老年腫瘍学. 東京, 金原出版株式会社, 2023, 57. 238.
- 2) 吉田久美子, 神田清子. 治療期にあるがん患者のセルフケア能力. 日がん看会誌 26 卷 I. 2012.
- 3) 油野規代, 加藤真由美, 坂本めぐみ, 藤田結香里. 転倒したがん患者の特徴と損傷ならびに治療の状況～国内における症例文献レビューから～. 日本転倒予防学会誌. Vol. 8. 2022.
- 4) 大木裕子, 飯島佐知子. 患者の転倒リスクと予防対策の組み合わせ方とその効果に関する文献検討. 日看管会誌. Vol. 17. No. 2. 2013. 116-125.
- 5) 永井宏和, 山口素子, 丸山大. 悪性リンパ腫治療マニュアル. 株式会社南江堂. 2020.

はじめに

近年、新規抗がん薬の開発や支持療法の進歩、医療費の削減を背景に在院日数が短縮し、薬物療法の主体は入院治療から外来治療へ移行している。それに伴って患者の Quality of Life (QOL) 維持・向上が期待できる一方で、患者自身が自分の病気や治療を理解し、セルフケアによる異常の早期発見・対処、副作用対策を行うことが不可欠となっている。しかし、適応能力や対処能力が低下した高齢者がセルフケアを獲得し、治療を継続していくことは容易ではない。森本は、薬物療法を受ける高齢がん患者は、加齢に伴う身体的かつ心理社会的な変化に、治療がもたらす様々な影響が重なって加わることで、多様な日常生活上の困難を抱える¹⁾と述べている。医療者は短い関わりの中で薬物療法を受ける患者がセルフケアを獲得できるように支援する役割が求められており、セルフケア支援の一つとして効果的な情報提供が挙げられる。八尋らは、看護師は患者が情報を求める時期を見極めたうえで、患者にまつわる個別な情報を提供することが重要である²⁾と述べている。初回の薬物療法を受ける患者に対して必要な情報提供は多くあるが、患者が情報を正しく理解し、セルフケアに繋げることができるように、個別性に合わせて情報提供のタイミング、情報の量、資材の活用を含めた情報提供の方法を考慮する必要がある。

今回、再発浸潤性乳がんに対して薬物療法を導入する 70 歳代の患者を受け持った。患者は記憶力の低下があり、環境の変化や予定外なことに不安を抱きやすい性格で、臨機応変に対処することを苦手としていた。しかし、時間をかけて自分なりに対処行動を考え、一度習慣化できたことは継続できる「強み」があった。レジメンの特性や患者の「強み」に着目して情報提供し、治療日誌を用いたセルフケア支援を行ったことにより、症状をセルフモニタリングできるようになった。今回の事例を振り返り、セルフケア支援のための患者への個別性のある情報提供のあり方について学びを得たので報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 70歳代 女性
2. 診断名：浸潤性乳がん pT1c(2cm)N0(0/4)M0 Stage I術後再発 縦隔リンパ節転移
3. サブタイプ分類：ER 陽性、PgR 陽性、HER2 陰性、Ki67 15%、ルミナルB
4. 患者背景

1) 現病歴

19年前、乳がんと診断され、右乳房全摘術+センチネルリンパ節生検と術後補助化学療法(CMF療法+アロマターゼ阻害薬5年間)を施行した。1年程度前から咽頭に詰まった感じを自覚し、X年9月に嚥下障害があり、近医を受診した。食道の通過障害があり、精査加療目的で総合病院を受診した。X年10月下旬、精査の結果、乳がんの再発、縦隔リンパ節転移と診断された。患者は症状の緩和・延命目的に薬物療法が提示された。フルベストラント(フェソロデックス[®])+アベマシクリブ(バージニオ[®])が第一選択であるが、嚥下困難があるため、PTX+Bev療法を6コース施行し、治療後の嚥下状態によって推奨される内服治療へ移行する方針となった。X年11月PTX+Bev療法を開始した。

2) 受け持つまでの経過

A氏は長男同席のもと、医師から乳がんの再発であること、薬物療法を行うことについて説明を受けた。乳がんの再発と知って動揺している様子であったが「診断がついて安心した。これで治療ができる」と言葉が聞かれた。医師からは治療が奏効し、腫瘍が縮小すれば嚥下障害が改善する可能性はあるが、治療効果は数ヶ月経過をみないとわからないと説明された。

A氏は嚥下障害に伴う食事摂取量の低下、体重減少、易疲労感があり、Performance Status (PS)は1、高齢者機能評価簡易ツール(G8)は8点であった。PTX+Bev療法1コース目Day3から受け持ちを開始した。

3) レジメン

PTX+Bev療法の投与日と投与量を表1に示す。

表1. PTX+Bev療法 1コース28日

投与日	薬剤名	標準投与量	実際投与量	
Day1, 8, 15	パクリタキセル(パクリタキセル)	80mg/m ²	100%	98mg
Day1, 15	ベバシズマブ(アバスチン [®])	10mg/kg	100%	348mg

4) 支持療法薬

支持療法薬の薬剤名、投与日、投与量を表2に示す。

表2. 支持療法薬

投与日	薬剤名	投与量
Day1, 8, 15	デキサメタゾン(デカドロン [®])	6.6mg
Day1, 15	d-クロルフェニラミンマレイン(ポララミン [®])	5mg/kg

5) 既往歴

高血圧症、尿路結石

6) 本人の性格

環境の変化に不安を抱き、不眠などの身体症状が出現しやすい。計画通りに物事が進むことを好み、予定外なことに不安を抱きやすい。活動性を維持するために、リハビリテーション以外に病棟内の散歩を日課にしている。

7) 家族背景

二世帯住宅の1階に夫と2人暮らしである。2階には長男夫婦と孫2人が住んでいる。キーパーソンは長男である。

II. 看護の実際

1. アセスメント

転移・再発乳がんに対する一次治療としてPTX+Bev療法の奏効率は36.9%、生存期間中央値は26.7ヶ月である。A氏の治療の目的は生存期間の延長と症状の緩和である。薬物療法によって腫瘍が縮小すれば食道圧排が緩和し、嚥下障害が改善することでQOLが向上する可能性がある。

身体面の問題として、咽頭の機能に問題はないが、食道期に食物の停滞、逆流が生じて誤嚥が出現する可能性がある。嚥下障害に伴う経口摂取量の減少、嚥下食への食事形態の変更、食事による疲労感や食事の楽しみの減退に伴う意欲の低下によって、有害事象共通用語規準(CTTCA

E) version 5.0でGrade1の食欲不振がある。PTX+Bev療法の催吐性リスクは軽度であるが、悪心・嘔吐によって食欲不振が増強する可能性がある。G8は8点で脆弱性があり、薬物療法の効果の減弱、副作用や治療中断の増加、さらには生存率にまで影響を及ぼす恐れがある。

また、PTX+Bev療法はパクリタキセルを3週間毎週投与するレジメンである。投与する回数を重ねるごとに骨髄抑制に伴う好中球減少(出現頻度55.5%)により易感染状態となるため、発熱性好中球減少症(FN)に注意が必要である。FN発症リスク患者側要因(ASCO)は、65歳以上、栄養状態不良、進行がんが該当する。食事中の誤嚥、感染によって呼吸状態が増悪する可能性があるため、A氏が感染予防行動を獲得し継続できるような支援が必要である。さらに、レジメンの特性として出現頻度が高い副作用は便秘・下痢(5~20%未満)、脱毛(45.3%)である。

A氏は初回の薬物療法の副作用について、出現時期や日常生活への影響についてイメージを持つことができていない状況である。そのため、副作用が予測される時期に適切に情報を提供し、現在の症状と照らし合わせながらセルフケアが獲得できるように支援することは優先度が高いと考え、主に介入を行った。

2. 看護上の問題

#薬物療法に伴う副作用の出現時期や日常生活への影響についてイメージを持つことができていないことによるセルフケア不足

3. 看護目標

- ・感染予防行動を獲得し継続できる
- ・排便状態のモニタリングを行い、排便コントロールできる
- ・必要な食事摂取量を摂取できる
- ・脱毛による外見の変化について思いを表出し、対処行動がとれる
- ・自宅で副作用症状が出現した場合に電話相談・受診する方法がわかる

4. 看護の実際

1) 情報提供の方法の検討

A氏は19年前に薬物療法の治療歴があったが、「ずいぶん昔のことであまりよく覚えていない」と話した。A氏は医療者から薬物療法についての同意書、患者用の治療スケジュール表、PTX+Bev療法の治療日誌、副作用についての冊子(以下冊子とする)など多くの資料が渡されていた。今回受ける治療についてどのような説明を受けたか確認すると、「今回の薬は100%髪の毛が抜けるって言われました。それでびっくりしちゃって、息子に帽子とキャップを準備してもらったの」「なんだかいろいろな副作用が出るって聞いたけど、怖いね」「洗濯物は家族のものと全部別にして洗うんでしょ」「たくさん説明書もらったからどこに書いてあったかな。読んだのに忘れちゃうんだから、困ったね」と話した。A氏は様々な副作用のなかで脱毛が気がかりであるが、出現時期を理解していないと考えた。また、薬物療法中の排泄物が付着した衣類の取り扱いについての情報を誤って認識し、全ての衣類を家族と別に洗濯しなければならないと捉えていると考えた。そのため、A氏は記憶力の低下があり、多くの情報を一度に理解することは難しく、必要な情報が不足している、または認識の誤りがあると判断した。A氏は病棟スタッフからオリエンテーションを受けて、具体的な副作用症状や対処方法については冊子を読むように説明されていた。A氏は「この量でしょう、大変ですけど読みました」と話した。冊子は文字が大きく、イラストも充実しており、副作用のページが開きやすいようにインデックスが付けられていた。副作用の項目の最後には相談・受診のタイミングが記載されており、冊子の裏表紙には電話相談・受診方法が大きく明記され

ていた。冊子を活用しセルフケア獲得を支援することで、医療者と指導内容の共通認識を得ることができ、退院後も継続して活用できると判断した。冊子の活用方法として、レジメンの特性から出現頻度が高い副作用について、出現すると予測される時期にA氏の認識を確認してから冊子を用いて必要な情報提供を行うことにした。また、その支援方法について病棟のスタッフと共有することでA氏に継続した支援が提供できるのではないかと考え、症例カンファレンスを実施した。症例カンファレンスでは、環境の変化や予定外なことに不安を抱きやすく、臨機応変に対処することが難しいA氏の性格について情報を共有した。副作用に対する不安の表出があった場合には、A氏の認識を丁寧に確認し、必要な情報を提供してほしいと伝えた。脱毛に対してはA氏の気掛かりであるため、脱毛期に入る前から脱毛に対する思いの表出に対して傾聴する時間を設けるなど心理的準備が行えるように支援を依頼した。

2) 治療日誌の活用について

治療日誌は1日2回検温時に看護師が記入していた。セルフケア獲得のためには、症状の変化に気づきモニタリングできるようになることが重要であり、それを支援するツールとして治療日誌を活用することが最適であると判断した。A氏は活動性の維持のために散歩を日課にしており、必要性を認識し習慣化できれば継続できるのではないかと考えた。第一段階として自分で治療日誌を記載するように促し、記載内容についてA氏と振り返りを行うことで段階を踏んで症状のモニタリングにつなげたいと考えた。そのため、A氏に症状のモニタリングを行う必要性を説明し、自分で記入していくように伝えた。また、病棟スタッフに治療日誌の記載ができていないか確認を依頼した。治療日誌の観察項目については、レジメンの特性から適したものであるか確認を行った。治療日誌には体温、血圧、体重について記載する項目があり、体温、血圧については、薬物療法により易感染状態となること、アバスタチン[®]によって高血圧となる可能性があることから、毎日測定を行いモニタリングしていく必要性を伝えた。体重については毎日記載があったが、食欲不振による体重減少があるA氏にとって毎日測定することは心理的な負担になると考え、治療日に合わせて週1回の測定にすることを提案した。しかし、A氏は「毎日測ることが習慣になっているので」と話し、その後も毎日記載していた。繰り返し治療日誌と一緒に確認することで、A氏自ら記載できるようになり、症状の変化があれば医療者に伝えることができるようになった。

3) 副作用に対するセルフケア支援

レジメンの特性から骨髄抑制に対して感染予防行動を獲得し継続できるように支援する優先度が高いと考えた。A氏に感染対策について確認すると「看護師さんから抗がん剤をやると風邪をひきやすくなるからちゃんと手洗いとかマスクをするように言われました。歯磨きも食後は必ずやっています」と話があった。A氏に介入する際には全身状態を観察し、食事時の誤嚥の有無、感染予防行動が継続できているか確認した。また、治療日誌の観察項目と一緒に確認し、A氏が体調の変化に気づけるように支援した。Day15の薬物療法は好中球減少Grade3で1週間延期となった。A氏より「治療ができなかったのがショックで。体調が良くないのにやるのもよくないのはわかっているけれど」と話があり、思いを傾聴した。FNになるとさらに治療が延期になる可能性があることから、感染予防行動が安全に治療を継続するために重要であるということをA氏に再認識してほしいと考えた。そのため、冊子の骨髄抑制の項目と一緒に確認し、A氏が感染予防行動を継続できていることを支持した。好中球減少によって特に感染を起こしやすい時期であることを伝え、体熱感や倦怠感の増強、悪寒戦慄などの症状出現時には医療者に伝えてほしいと説明した。

排便状況について、A氏は嚥下食で水分量が多い形態の食事を摂取しており、ブリストルスケー

ル4~5の排便が1日2~3回あった。便回数や性状、腹部症状の有無、食事摂取量などを観察し、第1週目は排便状況に大きな問題はないと判断した。しかし、Day9から Bristolスケール5~7の排便が1日3~4回みられるようになった。A氏はももとの排便状況に加えて、Day8にパクリタキセルを投与したことによって腸管の粘膜障害による下痢が出現したと判断した。病棟では Bristolスケールを用いて患者の排便状況を確認しており、A氏は医療者と排便の正常・異常の共通認識を持つことができていると考えた。そのため、治療日誌に Bristolスケールの項目を増やし記載することを提案した。治療開始からの排便状況はカルテから情報を収集し、治療日誌に遡って記載した。治療日誌の記載から、抗がん薬投与後に便が緩めになり、排便回数が増える傾向があることを一緒に確認すると、A氏は「この日も便が何回か出て緩めだった気がする。抗がん剤の影響もあるかもしれないね」と話した。そこで冊子の便秘・下痢の項目を読み合わせ、排便コントロールの必要性を伝えた。治療日誌を用いて排便状況をモニタリングし、下痢が持続するようであれば整腸薬や止痢薬の処方医師に相談できるため、医療者に伝えてほしいと説明した。A氏へ介入する際には、治療日誌の記載を振り返りながら、排便状況と腹部症状を確認することで、症状の変化に気づけるように支援した。また、便が緩めになる時期には冷たい飲み物を避けてこまめに水分摂取をする、腹部の保温に努める、下着の汚染が心配であればパッドを使用するなどの対策があることを説明した。A氏より「今日は水っぽい便が出たけど、続けては出てないので様子みています」と話があり、排便状況のモニタリングができるようになったと考えた。

A氏はDay8の治療日前に「点滴が憂鬱で。ゲロゲロ吐いちゃうくらい気持ち悪くなったらどうしようって」と話した。抗がん薬投与後の悪心・嘔吐はなく経過しており、催吐性リスクが軽度なレジメンであること、Day8で投与する薬剤はDay1ですでに投与している薬剤であるとA氏が認識できていないために不安につながっているのではないかと考えた。そのため、治療スケジュールと冊子の悪心・嘔吐の項目を一緒に確認し、強い症状が出現する可能性は低いこと、症状出現時には制吐薬が使用できることを伝えた。A氏から質問が多く聞かれ、説明後は「よかった。あまり不安に思っても気持ち悪くなっちゃうだろうしね」と言葉が聞かれた。

脱毛については、脱毛期前からA氏の認識を確認し、冊子の項目を一緒に確認した。「脱毛は食べられないことに比べたらね、なんとでもなれって感じ。でも孫にどう思われるかが心配だね」と話があり、脱毛に対する思いを傾聴した。A氏からの質問も多く聞かれ、脱毛が出現する時期や頭皮ケア、眉毛のメイクについて情報提供した。ウィッグについてはインナーキャップと帽子があるため、ゆっくり探していきたいと希望があった。A氏から散髪の希望があり、病棟スタッフと相談し調整を行った。脱毛期に入っても、A氏は毛の始末が大変だと訴えたが、表情は穏やかであった。インナーキャップが使用されていなかったため、使用方法を認識しているか確認し使用を提案した。脱毛初期は「まだいいわ」とキャップを使用していなかったが、脱毛が進むにつれてインナーキャップを装着し活用していた。また、「家では髪の毛を乾かす時にタオルだと洗濯が大変だからペーパータオルにしようかなって思っています。髪の毛を乾かすときにも下に新聞紙を引いてドライヤーをかけようかな」と自分なりに対処方法を模索している言葉が聞かれた。

4) 退院指導について

A氏に自宅でも治療日誌を記載し、受診の際に持参して医療者に提示してほしいこと、自宅で副作用が出現した場合にはまず冊子を読んで対処方法を確認するように伝えた。退院後の生活の中で特に注意すべき症状として①38度以上の発熱、または37度台でも辛いとき②嘔吐、下痢などで食事や水分がとれないとき③普段の排便回数と比べて4回の排便回数の増加があるときには早期に病

院に連絡するように説明した。また、不安に思うことや判断に迷うことがあれば、病院に連絡するように伝え、外来・救急外来への連絡方法をA氏と確認した。A氏にとって脱毛が気がかりであると判断していたため、再度ウィッグについての情報提供の希望を確認したが、A氏からの希望はなかった。退院後は外来治療に移行していくため、外来と外来化学療法センターに申し送り書を作成し継続看護を依頼した。

III. 考察

初回の薬物療法を受ける患者は、治療のスケジュールや薬剤による副作用、日常生活への注意点など治療前から多くの情報提供を受ける。また看護師だけでなく、医師・薬剤師をはじめとする多職種から職種ごとに情報提供されるため、患者が膨大な情報を一度に理解することは困難である。A氏への看護実践を振り返り、がん患者への情報提供のあり方について、1. 高齢がん患者の特性の理解、2. 情報提供のタイミングと情報量、3. 資材の活用の3つの視点で考察する。

1. 高齢がん患者の特性の理解

高齢者がん診療ガイドラインでは、高齢がん患者の特徴として、余命が短い、複数の併存疾患を有している、多剤併用、生理学的機能低下(老化現象)、低栄養状態、認知機能制限、社会経済的制限などの問題が挙げられ、何よりもこれらの個人差が極めて大きいといった特徴がある³⁾と述べられている。したがって、暦年齢のみで高齢がん患者を一律に捉えることはできず、身体面・心理面・社会面・スピリチュアル面の4側面から患者を統合的に捉えてケアプランを組み立てる必要がある。A氏へのセルフケア支援を検討する際に、まず4側面から患者の全体像を把握し、レジメンの特性から出現しやすい副作用と出現時期を考慮しアセスメントすることで、介入すべき問題の優先度が明確になった。また、G8を用いて評価したことによって、問題が顕著ではないA氏が抱える脆弱性を把握した上でケアプランを検討することができたと考える。患者の全体像を把握する上で、スタッフや多職種と協働して多角的に患者を捉える視点を持つことも重要である。

田墨はセルフケア支援では、患者の「強み」に着眼し、「強み」を発揮できないバリア(障壁)を取り除くことが大切である⁴⁾と述べている。A氏のバリアとなる要因として、高齢者で適応能力や対処能力が低下していることに加えて①初回の薬物療法で副作用の出現時期や日常生活への影響についてイメージを持つことができていないために、セルフケアの必要性が認識できていない②入院や薬物療法に伴う環境の変化による不安が挙げられる。そのため、薬物療法の副作用が出現すると予測される時期に冊子を用いて情報提供を行ったことが、心理的な準備を促す支援となったと考える。入院当初は環境の変化や予定にないことに不安を抱きやすく、臨機応変に対処することが苦手であるA氏の性格を「弱み」として認識していた。しかし、セルフケアの獲得において症状の変化に気づき医療者に伝えることができる、一度習慣化できたことは継続できるという「強み」となるのではないかと考え、まずは治療日誌の記入を習慣化できるように支援した。さらに副作用についての冊子と治療日誌を用いて症状のモニタリングができるように段階を踏んで支援することで、副作用症状出現時に医療者に相談するという行動がとれるようになった。これは患者の「強み」に着目した個別性のある支援として効果的であったと考える。

以上のことを踏まえ、患者がセルフケアを獲得するための情報提供もまた個別性を考慮しなければならない。個別性のある情報提供をするためには、まず患者の特性を把握することが重要であり、それが情報の優先度を吟味し、個々の患者に合わせた情報提供のタイミングと情報量、資材の活用を検討することにつながると考える。

2. 情報提供のタイミングと情報量

情報提供のタイミングと情報量を検討する視点として「症状の出現時期と緊急度を考慮した情報提供」と「患者が関心を持っている症状への情報提供」の2点について考察する。

薬物療法の副作用のコントロールのためには、レジメンの特性を理解し、「症状の出現時期と緊急度を考慮した情報提供」が重要である。田墨は有害事象の性質として、その症状によって生命への影響、QOLへの影響、発現頻度に違いがあるので、この点を吟味して優先順位を決める⁵⁾と述べている。A氏は認知機能の低下は大きく認めないものの、記銘力の低下があり、一度に多くの情報を提供することで混乱し、情報の理解不足や認識の誤りがあった。そのため、副作用が出現すると予測される時期にまずA氏の認識を確認し、冊子を用いて一緒に内容の再確認を行い、不足部分の情報を提供するというプロセスで支援した。A氏のレジメンの特性を理解し、冊子に記載のあるすべての副作用について情報提供するのではなく、骨髄抑制に伴うFN、消化管の粘膜障害に伴う便秘・下痢、脱毛について主に情報提供したことは、優先度を考慮した支援であったと考える。情報提供のタイミングとして、骨髄抑制に対する感染予防行動の獲得に向けての情報提供が特に優先度が高い項目であり、出現する時期を考慮して早期から介入を行ったことは適切であったと考える。また、骨髄抑制が出現している時期に再度冊子を用いて情報提供したことで、A氏が感染予防行動を継続する動機づけを促すことにつながった。しかし、便秘・下痢については、症状が出現する前から情報提供することができず、A氏が排便状況をモニタリングできるように働きかける時期が遅れてしまい、効果的な介入ではなかった。脱毛については脱毛期に入る前から情報を提供し、心理的準備を促すことができたと考える。情報量としては、A氏と冊子を読み合わせる際に、その副作用症状についての情報が網羅できるように説明を行っていた。そのため、患者にとっては何が重要なかわかりにくく、一度に提供する情報が多すぎたと振り返る。高平は、高齢がん患者にとって「知る必要のあること」と「知っていればよりいいこと」を特定し、必要性の高い事柄から情報提供することが重要である⁶⁾と述べている。患者にとって知る必要がある優先度の高い情報から伝え、患者が重要な情報であると認識しやすいようにポイントとなる項目を強調して伝える、印や付箋をつけるなどの支援ができれば、より効果的な情報提供となると考える。また、ウィッグへの情報提供など「知っていればよりいいこと」については、患者が関心をもった時期に情報ツールや医療者からの情報提供によって知ることができる体制を整えることで、患者の個別性に合わせた支援となる。患者にとって適切な時期に適切な支援を行うためには、病棟スタッフや外来看護師と協働することが重要であるが、患者の特性を踏まえて、具体的にいつ、どのような副作用に対してどのような支援が必要なかわかりやすくスタッフと共有していくことが今後の課題である。

「患者が関心を持っている症状への情報提供」については、A氏は悪心・嘔吐や脱毛に対する関心が高く、医療者に対して質問も多く聞かれた。そのため、A氏の関心が高い時期に冊子を用いて情報提供したことは、A氏の知りたいというニーズに応え、効果的な介入であったと考える。田墨は患者のニーズに応じた支援のみではなく、(患者のニーズがなくても)看護師がタイムリーに必要な支援を行うことで、支援を求めるタイミングについての理解を促せるかもしれない⁷⁾と述べている。患者の求める情報だけでなく、医療者が必要と判断した情報をタイムリーに提供し、患者に必要なセルフケアへの関心を高めるという視点を持つことも重要である。

3. 資材の活用

資材は患者への情報提供において、医療者からの情報を補完するものである。特に高齢者は認知機能の低下があり、一度に多くの情報を理解することは難しいため、患者の個別性に合わせて資材

の選択と活用方法を検討することが重要である。高平は高齢者へ指導を行う際は、説明をした後で、高齢者が自分のペースで見たいときにいつでも活用し、説明内容を振り返ることのできるハンドアウト(配布資料)を用いながらの教育が適している⁸⁾と述べている。A氏へのセルフケア支援として、入院中から副作用が出現した場合には冊子の項目を読み、相談・受診のタイミングを確認することを指導した。そのため、外来通院に移行しても、相談・受診が必要な症状が出現した場合には、患者が自ら対処するために活用できるツールとなったと考える。また、治療日誌についても、優先してセルフモニタリングが必要な項目が含まれているか確認し、不足している項目については追加する支援を行ったことで、より個別性のある資材になったと考える。資材の活用方法として、治療日誌を毎日記載するように促し、記載内容についてA氏と振り返りを行った。森本は、高齢者には、治療内容や薬の作用、出現が予想される有害事象などの説明を繰り返し行うことによって、自分自身に関心に向け、セルフケア能力を維持向上させることができる⁹⁾と述べている。自分自身の症状の変化に関心に向けることを習慣化するためのツールとして、治療日誌は有効であったと考える。治療日誌は、患者の症状のモニタリングや医療者が自宅での患者の症状を把握するツールとして有用である。しかし、治療日誌を記載すること自体が患者にとって負担となる面があることを理解し、記載する必要性や内容を吟味する視点をもつ必要がある。

おわりに

薬物療法を受ける高齢がん患者が抱えるセルフケア行動の獲得を困難とする要因は様々であり、個別性のある情報提供が求められる。ただ情報を提供するのではなく、患者の特性を把握して情報の優先度を吟味し、情報提供のタイミングと情報量、資材の活用を考慮することが重要である。臨地実習では入院患者を受け持ち、関わる機会を多く持つことができたが、情報提供の方法や自己の関わりが患者にとって効果的なものであるかという視点が不足していた。近年、在院日数が短縮し、がん薬物療法の主体が入院治療から外来治療へ移行している中で、患者への効果的な情報提供という視点から、適切な時期に適切な情報が提供される体制を整えることが求められる。それと同時に、認定看護師としてスタッフや多職種と協働して継続的な支援が行えるように調整する役割がますます重要であると学んだ。今回得た学びを大切にして、今後の看護に活かしていきたい。

謝辞

認定看護師臨地実習において多くの学びを与えてくださいましたA氏、ならびに熱心にご指導頂きました実習指導者様、スタッフの皆様にご心より御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 森本悦子. 高齢者のセルフケア上の困難. *がん看護*, 2014, 19(2), 218.
- 2) 八尋陽子ほか. 外来がん化学療法を受ける患者の心理的側面に関する文献検討～対象論文を和文献に限定して～. *日本看護研究学会雑誌*. 2012, 第35巻, 129-135.
- 3) 高齢者ががん診療ガイドライン作成委員会. *高齢者ががん診療ガイドライン 2020年版*. 2020, 7.
- 4) 田墨恵子. 化学療法を受ける高齢患者のセルフケア. *がん看護*, 2015, 20(2), 250.
- 5) 前掲4), 252.
- 6) 高平奈穂美, 飯野京子. がん化学療法を受ける高齢がん患者の特徴とケア. *がん看護*, 2016, 21(2), 185.

- 7)前掲4), 252.
- 8)前掲6), 185.
- 9)森本悦子. 高齢者へのセルフケア支援. がん看護, 2014, 19(2), 222.

参考文献

- 1)濱口恵子, 本山清美. がん化学療法ケアガイド 第3版. “治療開始前から始めるアセスメントとセルフケア支援”. 第3版, 中山書店, 2020.
- 2)芦川和高. Nursing Mook 64 高齢者の理解とケア 加齢・症状のメカニズムと対応. 株式会社学研メディカル秀潤社, 2011, 36-40.

再発濾胞性リンパ腫患者の骨髄抑制期のセルフケア支援
～患者の生活に合わせた感染予防～

がん薬物療法看護分野 徳倉 華織

はじめに

濾胞性リンパ腫は、B細胞由来の低悪性度のリンパ腫である。年単位で緩徐に進行し、近年の生存期間中央値は15年を超えている。しかし、抗がん薬治療が奏効しても長期的には再発を繰り返し、治癒は望めないとされているため、抗がん薬治療の目的は生存期間の延長や症状緩和である。また、造血器腫瘍診療ガイドラインによると、年間2%の濾胞性リンパ腫に組織学的形質転換が起こるとされている。組織学的形質転換の多くは、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫への進展である。組織学的形質転換後の予後は不良とされているが、形質転換時に初回R-CHOP療法を実施した患者では、初発びまん性大細胞型B細胞リンパ腫に対するR-CHOP療法と同等の全生存期間が期待できる¹⁾。現在、濾胞性リンパ腫の治療の多くは外来で実施されており、外来診療では感染管理に留意している。がん薬物療法中は好中球減少期間中の細菌感染だけではなく、正常リンパ球も高度に抑制されてしまうことから、ウイルスや真菌感染が致命的になることも少なくない。

A氏は腫瘍量が多い濾胞性リンパ腫の再発であり、骨髄浸潤もしていることから病態による感染リスクが高かった。また、進行が速く形質転換している可能性も考慮しR-CHOP療法を開始することとなり、治療による感染リスクもあった。さらに、A氏の趣味や好物は感染リスクが高いものであった。A氏にとって感染症の発症は、治療の継続を困難にするだけでなく、致死的な状況になる可能性があるため、予防することが重要である。しかし、A氏の趣味や好物を過度に制限することはA氏のストレスや治療意欲の低下となり、Quality of life(QOL)の低下につながる可能性があった。そこで、A氏にとってどのような感染予防が必要であるか検討し介入したため、振り返る。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 60歳代 男性

2. 診断名：濾胞性リンパ腫 stageIV 再発

骨髄浸潤、全身リンパ節(骨盤部、傍大動脈領域、腹腔内、左前胸部・背側部、縦隔、
両側肺門部、両側腋窩部、両側頸部、両側耳下腺、両側扁桃、両側後頭部皮下)

3. 患者背景

1) 現病歴

X年、A氏は皮膚科にて尖圭コンジローマの治療中に鼠径部のリンパ節腫脹がみつかった。そのため、エコーと血液検査を実施し、鼠径部だけではなく腹腔内にも腫脹したリンパ節がみつかり、末梢血に異型リンパ球を認めた。これらの検査結果から、悪性リンパ腫の疑いとなった。血液内科にて精査を行った結果、濾胞性リンパ腫と診断された。X+1年からGB療法を6コース施行し、X+2年からG維持療法を12コース施行後、経過観察となっていた。X+5年6月、A氏は頸部のしこりに気がつき受診した。右鎖骨下に可動性がある弾性硬の2cmのリンパ節が触れ、8月のCT検査では再発と判断されていた。濾胞性リンパ腫の再発は治療による全生存期間の延長が期待できない。A氏は再発による症状もみられなかったため、経過観察していた。

X+6年7月のCT検査にて、全身のリンパ節が1月よりもやや腫大していた。そのため、8

月に生検を行い、組織学的形質転換は認められなかったが、進行が早いいため形質転換している可能性も考慮し、10月にR-CHOP療法を行うために入院となった。

2) 今後の方針

R-CHOP療法を行い、経過が不良な場合はCHASE療法などさらに高強度な治療に変更する可能性がある。

3) 家族背景

同居家族は妻と長男家族である。キーパーソンである妻は介護士であり、月に3回程度夜勤もしている。長男は仕事の関係で長期間、遠方に滞在していることが多い。長男の嫁は元看護師であり、現在は会社員をしている。孫は小学生と中学生の男児が1名ずついる。そのため、日中はA氏が一人で過ごすことが多い。妻の不在時は、A氏が食事を準備している。

4) 職業歴

土木業をしていたが、現在は休職中である。治療終了時に復職するか検討する予定である。

5) 内服薬

- ・スルファメトキサゾール・トリメトプリム(バクタ[®]) 朝1錠
- ・アシクロビル(アシクロビル)200mg 朝1錠
- ・酸化マグネシウム(マグミット[®])250mg 3錠分3から6錠分3(自己調整)
- ・ラクツロース(ラクツロースシロップ) 60ml 分3(自己調整)
- ・ラベプラゾールナトリウム(ラベプラゾールナトリウム)10mg 朝1錠

6) 感染症に関する検査

- ・HBs抗原(-)、HBs抗体(-)、HBc抗体(-)、HTLV-1(-)
- ・梅反RPR法(-)、RRR定量(-)、梅反TP抗体(-)
- ・免疫グロブリン IgG : 481mg/dL、IgA : 53mg/dL、IgM : 48mg/dL

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は濾胞性リンパ腫の再発であり、腫瘍量が多く骨髄浸潤もしていた。延命、症状緩和目的のためR-CHOP療法が開始されることになった。A氏は病理検査では形質転換を認めなかったが、進行度からは形質転換の可能性が疑われた。そのため、経過をみながらさらに強度が高い治療に変更する可能性があり、A氏は副作用による治療の延期をできるだけ回避できるよう、セルフケアを行う必要があった。

濾胞性リンパ腫はB細胞由来であり、免疫グロブリンが低下する。実際にA氏の免疫グロブリンはIgA : 53mg/dL、IgG : 481mg/dLと値が低くなっており、ウイルスや真菌により感染しやすい状態であった。そして、R-CHOP療法では有害事象共通用語基準(CTCAE)にて、白血球減少が全Gradeで93%、Grade3以上は69%、好中球減少は全Gradeで82%、Grade3以上で63%発現する可能性がある。また、治療強度が高くなった場合はさらに感染リスクが高くなる。よって、A氏の病態や治療から感染リスクがあると考えた。

A氏の日常生活について確認するとA氏の趣味は庭仕事であり、好物は牡蠣やアサリ、刺身であった。これらの趣味や好物はアスペルギルス、サルモネラ、カンピロバクター、病原性大腸炎、腸炎ビブリオやノロウイルスなどに感染するリスクがある。A氏は前治療の際、マスクや手袋を着用せずに庭仕事をしており、感染予防について理解できていなかった。A氏にとって感染症の発症は

治療継続が困難になるだけでなく、致命的な状況につながる可能性がある。よって、A氏が感染予防できるようになることは重要である。

しかし、A氏にとって、趣味や食事の制限はストレスや治療への意欲の低下につながると思われる。家族からA氏に対して庭仕事や生ものの摂取はしないようにと話しており、A氏の趣味や好物が過度に制限される可能性があった。A氏は濾胞性リンパ腫となつてから、禁煙、禁酒をしており、食事が楽しみとなっていた。また、趣味については生きがいであると語っており、趣味や好物が必要以上に制限されることは、A氏のQOLの低下にもつながる。

そこで、A氏が治療延期にならないよう感染を予防しながらも、過度に趣味や好物の制限がされないように支援する必要があると考えた。

2. 看護上の問題

#濾胞性リンパ腫、R-CHOP療法、不適切な感染予防行動による感染リスク

3. 看護目標

- ・A氏が自宅での感染予防について知ることができる
- ・退院後、病院へ連絡した方がよい症状を理解することができる

4. 看護実践

A氏の日常生活を確認すると、A氏は食事が楽しみであり、特に刺身や牡蠣、アサリなどの二枚貝が好物であること、趣味である庭仕事は生きがいであることを語った。A氏は「刺身は白血球が3000になったら食べちゃダメでしょ。でも、牡蠣は火を通せば良いかな。」と白血球の値を気にし、自分に感染リスクがあることは理解していた。趣味に関しては「家に帰ったら庭いじりをしたい。前回の治療のときはマスクもつけていなかった。土には菌がいるらしいけれど、あれから5年も経っているのに大丈夫だったよ。」と前回の治療時に予防しなくても感染しなかった経験があった。さらに、長年、土木業をしていたことから土に触れることが多く、土が感染源になりうることを理解していたが、前治療の際に予防をしなくても感染しなかった経験から感染予防行動に関して楽観的に考えている様子が見受けられた。A氏はR-CHOP療法の2コース目からは外来での治療になるため、自宅で生活することとなる。A氏の家族は日中不在であることが多いため、A氏が自分で判断して感染予防を行えるよう支援する必要がある。

A氏の日常生活をふまえて、A氏に必要な感染予防の指導内容を検討した。指導は病院で使用している副作用のパンフレットを使用することとした。副作用のパンフレットの指導内容は【手洗い、含嗽、人混みを避ける】【身体の清潔を保つこと】【口腔内の清潔を保つこと】【便秘をしないこと】【けがをしないこと】【食事について】【病院に連絡すべき症状】と【症状出現時の連絡方法】であった。A氏は手洗いや含嗽、人混みを避けるなどの基本的な感染予防は理解していた。また、身体の清潔や口腔内の清潔については毎日シャワー浴しており、口腔内も口腔外科が介入し清潔に保っていた。排便についても緩下剤を使用して排便コントロールしていた。そのため、A氏の好物を考慮して【食事について】を中心に検討した。栄養士は牡蠣などの貝類は加熱処理すれば良いと説明していたが、副作用のパンフレットには造血器腫瘍に関する情報は少なかった。また、庭仕事に関する記載も少なく、A氏の感染リスクに関わる詳細な内容はなかった。私は、A氏の日常生活からA氏は感染リスクがあることは理解しているが、予防をしなくても感染しなかった過去の経験から楽観的に考え、自己判断をする可能性があると考えていた。A氏の今回の治療であるR-CHOP療法は、前回の治療であるGB療法よりも好中球減少のリスクが高く感染しやすい。治療の延期は予後に影響するため、安全に治療を継続するための感染予防行動について検討することとし、担

当医ともA氏の趣味や好物を中心に生活による感染リスクについて話し合った。その結果、A氏のQOLの低下や治療意欲の低下に繋がるため、趣味や好物の厳しい制限はしないこととなった。しかし、A氏は濾胞性リンパ腫であるため、白血球減少による感染リスクだけではなく、免疫グロブリン低下によるウイルス感染にも注意が必要である。以前、二枚貝により重症感染症となった症例もあるため、牡蠣やアサリなどの二枚貝は加熱処理をしても摂取は避けて欲しいと担当医の意向があった。担当医と話し合ったA氏への感染予防の指導内容を表1に記す。この指導内容を副作用のパンフレットに追記、修正し指導を行った。A氏は二枚貝を摂取できないことにショックを受けていたが、安全に治療を継続するためであることを説明し理解した。

A氏の白血球はDay14頃から減少したため、この時期は感染に注意する必要がある。また、白血球が $1000/\mu\text{L}$ 以下となった場合は生ものを避ける必要がある。そのため、A氏は自分で白血球が減少する時期を把握し、数値を意識できるようになる必要がある。A氏は血液検査があるたびに白血球の値について確認していたが、前回の値を覚えていなかった。そこで、A氏と白血球の変化について血液検査のデータをみながら振り返ることとした。A氏は好中球についても知識があったため、好中球の変化も振り返った。A氏の白血球と好中球の変化を表2に示す。A氏の場合、白血球と好中球はDay13から減少し始め、Day16に白血球減少Grade2、好中球減少Grade3とさらに減少し最低値となった。今回、A氏は白血球が $1000/\mu\text{L}$ 以下になることはなかったが、今後の治療により下がる可能性があるため、A氏と血液検査のデータ用紙をみながら白血球と好中球がどの項目であるかを確認し、正常値と比較し現在の数値が低いことを確認した。そして、A氏の場合、Day14頃から白血球と好中球の値が低下してくることをA氏と共有し、その時期から血球が回復するまでは感染予防をするよう説明した。説明後、A氏は「1000以下にはならなかったね。じゃあ、刺身を食べても大丈夫だ。」と自分の白血球の値から自分の感染予防行動を判断することができていた。

A氏は次のコースから外来での治療となる。A氏の感染予防の内容は副作用のパンフレットの内容とは異なる内容となった。そのため、化学療法センターの看護師が把握できるように、今回A氏に行った指導内容を申し送った。

表1. 担当医と相談したA氏の感染予防に関する指導内容

<ul style="list-style-type: none"> ・ A氏は、白血球は治療後14日頃から減少し始めるため、この時期は感染に注意すること ・ 白血球が減少する時期は庭仕事を控えること ・ 白血球が$1000/\mu\text{L}$以下となった場合は生ものの摂取は避けること ・ 牡蠣などの貝類は食中毒のリスクがあるため、加熱しても摂取しないこと ・ 上記以外の食事制限はないこと

表2. A氏の白血球、好中球の変化

	Day8	Day10	Day13	Day16
白血球($/\mu\text{L}$)	7590	3580	2680	2400
好中球($/\mu\text{L}$)	6210	2410	1250	720

III. 考察

A氏へのセルフケア支援として行った感染予防の支援内容を〈支援の必要性〉〈支援内容〉〈支援方

法)に分けて考察する。

〈支援の必要性〉

A氏は病態やがん薬物療法に加えて、趣味や好物による感染リスクがあった。また、A氏は今後の治療経過によっては、より強度が高い治療に変更になる可能性もあり、感染による治療の延期は避ける必要があると考えた。石岡は、がん薬物療法を受ける患者は易感染状態においても感染を起こさず、また発症をしても重篤化させないことが重要である。これには、医療者の観察・治療とともに、患者自身のセルフケアが感染予防の鍵となるため、われわれ看護師はがん薬物療法を受ける患者とその家族に対し、適切なセルフケア支援をする必要がある²⁾と述べている。A氏は自分に感染リスクがあると理解した上で、感染予防行動について自分で判断する可能性があった。そのため、A氏がA氏にとっての適切な感染予防行動を知る必要があった。A氏は理解力があるため、まずはA氏自身が感染予防行動を実施できるよう指導することは、治療を安全に継続していくために必要なセルフケア支援である。

一方、過度な感染予防のために患者が日常生活を制限してしまうことは望ましくないと考えられ、感染に対する正しい知識とマネジメントが必要である。趣味や好物は、A氏にとって日常生活のなかでも大切にしているものであると考えられる。過度な感染予防行動は趣味や好物の制限となり、A氏のQOLの低下にもつながる。がん薬物療法を継続するためには感染症は避けるべきものであるが、患者が日常生活を送るうえで、QOLの低下も可能な限り避けるべきものである。よって、A氏が感染予防行動を実施できるよう支援することはQOLの維持のためにも重要であると考える。

〈支援内容〉

A氏への感染予防に関するセルフケア支援を行うために、趣味や好物の制限がどの程度必要であるか、特に感染に注意が必要となるのはどのような時期かについて担当医と相談した。

A氏の趣味については【白血球が減少する時期は庭仕事を控えること】となった。病院の副作用のパンフレットでは、庭仕事をするときは傷を予防するために厚手の手袋を使用するようには記載されていたが、控えるべき時期については記載されていなかった。担当医に相談したことにより、病院の副作用パンフレットの内容だけでなく、A氏にとって注意すべき時期を明確にし、A氏に説明することができた。造血器腫瘍患者の在宅療養における気がかりを軽減させる退院指導として加藤らは、具体的な感染予防行動がイメージできるような援助、本人の活力とできるよう趣味に取り組む環境や条件をともに考えることが必要³⁾と述べている。A氏は庭仕事を控える時期がわかったことで、庭仕事を行ってもよい時期をイメージしやすくなったと考える。これにより、A氏の趣味である庭仕事が過度に制限されず、A氏のQOLの維持にもつながったと考えられる。

A氏の好物については担当医と話し合い、【白血球が 1000/ μ L 以下となった場合は生ものの摂取は避けること】【牡蠣などの貝類は食中毒のリスクがあるため、加熱しても摂取しないこと】となり、これら以外の食事制限はなかった。これらは、副作用のパンフレットの内容よりも制限が緩和された内容であり、栄養士の説明とも異なるものであった。食事による感染について、抗がん薬治療により好中球減少が想定される場合、食事を介した感染のリスクもあるため、生の野菜や果物、生の肉類や魚介類、発酵食品などは控えるよう食事制限が行われてきた。しかし、これらの食事制限は患者のQOLの低下や闘病意欲の低下にもつながり可能性がある。また、鬼窪らの研究からは生ものの摂取と発熱性好中球減少症に明確な関係は認められなかった⁴⁾。また、好中球減少時の食事制限について鬼窪らは、厳格な食事制限をするのではなく、血液腫瘍に対する強力ながん薬物療法レジメン、病態や好中球減少、患者のQOLを総合的に考慮した食事制限を個々に検討し設け、患者に情報提供してい

くことが重要⁵⁾と述べている。副作用のパンフレットや栄養士の説明は、全てのがんや治療に対応できるような一般的な内容になっている。そのため、A氏の病態や治療、生活を考慮して指導内容を修正することは、A氏にとって個別性のある必要な情報提供となり、過度に食事制限がされないことにつながったと考える。

感染に注意が必要な時期については、【A氏は、白血球は治療後14日頃から減少し始めるため、この時期は感染に注意すること】となった。造血器腫瘍患者が退院後の療養生活において困難と感じていることについて上野らは、【制限に伴う窮屈さ】【制限を緩める基準の不明確さ】⁶⁾があることを指摘しており、これは感染に関する制限も含まれている。A氏は血液検査の度に白血球の値を気にしており、白血球が減少している時期は感染しやすいことを理解していた。しかし、白血球の減少は自覚症状があるものではないため、A氏は具体的にどの期間に感染に注意しなければならないのかまでは理解していなかったと考える。感染予防行動の緩和基準として、目安となる期間や白血球の数値を示すことで、A氏自身が感染に注意しなければいけない具体的な基準を把握することができ、趣味や食事が過度に制限されることを防ぐことができると考える。

今回、A氏の指導内容の検討を通して、患者の日常生活を把握したうえで、患者に合わせた指導内容を検討することは、患者が治療による副作用に対して具体的にどのように行動すれば良いのか理解するためにも重要であることを学んだ。また、看護師は患者に副作用に対する対処方法を指導する際に一般的な内容になることが多い。しかし、患者は指導した時は理解を示しても、実際に自宅で生活をすると感じる副作用への対処の困難さや疑問が生じる可能性がある。そのため、継続的な支援を行う必要がある。A氏は次回からは外来での治療になる予定であった。私は指導した内容のみを化学療法センターの看護師に申し送った。しかし、A氏の病態や治療、日常生活による感染リスクについても申し送ることで、化学療法センターの看護師がA氏の日常生活と感染リスクを把握することができ、外来での継続的な支援の一助になった可能性があると考ええる。

〈支援方法〉

上野らは、今までの治療経験から状況に応じて慎重さを加減することが可能な内容は自分で判断して行動してもよいこと、一方、誤った判断や危険を伴う可能性があることについては判断をしないように患者に伝えておく必要がある。そのためには、看護師は自己判断可能な内容や可能な時期をある程度明確にしておく必要がある⁷⁾と述べている。このことから、今回副作用のパンフレットをA氏に合わせた内容に修正、追記し指導したことで、A氏が繰り返し感染に注意すべき時期と内容を振り返ることができる。そして、退院後も指導内容を振り返ることで、自分で判断可能な感染予防行動と時期を再確認することができ、安全な療養生活につながったと考える。

A氏が自身でセルフモニタリングできるようにするための支援として、白血球と好中球の値をA氏と共に振り返った。久保らはセルフモニタリングにおいて、体温や体重、採血結果などのデータから自分の状態を理解するために【自分のデータを理解するための情報】を求める⁸⁾と述べている。A氏はもともと血液検査の日は白血球の値を気にかけていた。これは、自分の状態を理解するための行動であった可能性がある。このことからA氏にとって【自分のデータを理解するための情報】とは、骨髄抑制期における採血の結果であると考えられる。そのため、A氏と共に白血球と好中球の値を振り返り、A氏が自分の白血球の値から感染リスクを判断することができたことは、感染予防についてセルフモニタリングをするための一助になったと考える。

おわりに

造血器腫瘍の場合はがん薬物療法だけではなく、病態そのものによる感染リスクがあるため、固形腫瘍よりもより慎重な感染管理が必要となる。感染症予防は治療を継続するために重要であるが、患者にとって感染予防による生活の制限は、趣味や食事の制限となりQOLの低下につながる。よって、患者の治療と生活面を考え、必要な感染予防行動の見極めと、患者の趣味や生活から個別性のあるセルフケア支援を共に考えることが必要である。そのためには、副作用のパンフレットに頼るだけでなく、患者の病態や治療、生活背景からどのような感染リスクがあるか、個々の状況に合わせて内容を検討することが大切である。また、患者と検査データを振り返ることは患者が自分の状況をセルフモニタリングする一助となる。以上のことを今回のA氏との関わりから学んだ。

今回の学びを感染予防だけでなく、他の副作用のセルフケア支援にも生かし、がん薬物療法看護の認定看護師として患者が治療と生活を両立できるよう支援していきたい。

謝辞

認定看護師臨地実習において、貴重な多くの学びを与えてくださったA氏、熱心にご指導をいただいた実習指導者様をはじめ、病棟スタッフの皆様にご心より感謝を申し上げます。

引用文献

- 1) Link BK, et al. Rates and outcomes of follicular lymphoma transformation in the Immunotherapy era. a report from the University of Iowa/MayoClinic Specialized Program of Research Excellence Molecular Epidemiology Resource. J Clin Oncol. 2013, 31(26), 3272-8.
- 2) 石岡明子. 感染予防のセルフケア支援. 看護学雑誌. 2003, 67(11), 1072-1076.
- 3) 加藤麻衣, 北谷幸寛, 八塚美樹. 初期治療を受ける造血器腫瘍患者の在宅療養における気がかり. 富山大学看護学会誌. 2019, 18(1), 1 - 10.
- 4) 鬼窪利英, 緒方憲太郎, 北岡朋子ほか. がん化学療法時の食事制限に関する実態調査. 日病薬誌. 2008, 44(7), 1102-1105.
- 5) 前掲4)
- 6) 上野理恵, 島田美鈴, 中西純子ほか. 同種造血幹細胞移植を受けた患者の退院後の困難と対処. 愛媛県立医療技術大学紀要. 2018, 15(1), 9 - 17.
- 7) 前掲6)
- 8) 久保江里, 大川百合子. 治療を受けながら生活する血液がん患者の情報ニーズ. 南九州看護研究誌. 2020, 18(1), 27 - 35.

参考文献

- 1) 齋藤慧, 福原規子. 濾胞性リンパ腫(FL)治療の注意点は何か?. 日本医事新報. 2019, 4985, 34 - 37.
- 2) 古林勉, 高橋宏通, 八田俊介ほか. “組織学的形質転換をきたしたFLに対してどのような治療が勧められるか”. 造血器腫瘍診療ガイドライン. 一般社団法人日本血液学会編. 第3版, 東京, 金原出版株式会社, 2023, 237.
- 3) 吉岡加奈子. “R-CHOP”. 静がんメソッド血液腫瘍編. 池田宇次編. 東京. 日本医事新報社, 2016, 134 - 140.

- 4) 森文子. がん化学療法による好中球減少に対するケア 血液がんおよび造血幹細胞移植患者を中心に. EBNURSING, 2007, 7(2), 36 - 42.
- 5) 勝俣範之. がん化学療法中の食事制限と日常での行動制限についてのエビデンス. CancerBoam1. 2018, 4(2), 123 - 125.
- 6) 近藤忠一. 患者さんからよく尋ねられる内科診療の Question. 臨床雑誌内科. 2024, 133(4), 730 - 732.

はじめに

近年、がん薬物療法の治療は入院から外来へと移行している。その背景には在院日数の短縮化や、患者の Quality of Life(QOL)向上といった目的がある。そのため、治療期にあるがん患者はQOLの維持とがん治療を両立するために、外来に移行しても有害事象の早期発見、早期対処するための力を獲得する必要がある。免疫チェックポイント阻害薬(immune checkpoint inhibitor: ICI)での治療は副作用症状に免疫関連有害事象(immune-related Adverse Events: irAE)があり、出現時期や出現臓器が予測できず、症状に気付かなければ重篤化し致命的な経過を辿る可能性がある。また、長期に渡って治療が続く場合が多く、治療終了後も症状が出現する可能性があることから、患者は治療中だけではなく、治療終了後もセルフケアを継続しなければならないという特徴がある。橋本らは、薬物療法は外来治療が一般的となり、副作用への対処は、通院している患者や家族のセルフケア能力に委ねられ、これまで医療者が担ってきた医療的処置の必要性の判断も患者や家族に任せられている¹⁾と述べている。加えて服部らは、治療開始後は患者が体調変化を医療者に適切に伝えることができる教育支援が必要である²⁾と述べている。このことから、外来治療を継続していく上で、患者や家族が持つセルフケア能力を明らかにし、セルフケア獲得に向けた支援をすることは、患者のQOL維持と治療継続のためには必須であると考えた。

A氏は、50歳代、女性、再発肺がんであり、Nivolumab(オプジーボ[®]) + Ipilimumab(ヤーボイ[®])療法を施行することとなった。術後化学療法の経験があるA氏に対して、副作用の観察や対処などセルフケア能力がどの程度あるか判断したうえで、再発治療に必要なセルフケアの獲得に向け看護介入した。今回のセルフケア支援について振り返り、考察したことをここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 50歳代 女性
2. 診断名：左上葉肺腺がん再発 p T3N0M0 stage II B 遺伝子変異はProgrammed cell Death ligand 1(PD-L1) Tumor Proportion Score(TPS)1%未満で Thyroid Transcription Factor-1(TTF-1)陰性である。

3. 患者背景

1) 現病歴

X+1年10月健診で左肺門部結節影を指摘された。X年から陰影は見られていたが、増大傾向のためX+4年2月にBronchofiberscopy(BF)施行したが悪性所見はなかった。その後定期的なフォローアップを続けていたが、X+4年8月撮影のComputed Tomography(CT)で経時的に陰影の増悪傾向が認められたため、再度BFを施行した。器質化している部分もあり、器質化肺炎の合併も考えられるが、組織診断より肺がんと診断された。X+4年10月手術適応のため、小開胸術にて病変の切除術を施行した。その後の病理診断でp T3N0M0 stage II Bの診断が付き、術後化学療法としてCDDP + VNR療法を施行した。1コース目は標準投与量での投与であったが、好中球減少がGrade4で出現した為、2コース目からは80%doseへ減量して治療継続し、予定通り4コース完遂した。その後の評価PET/CTにて再発の所見はなく、一旦治療終了し、

外来経過観察となった。定期フォローアップを続けており、今回X+5年10月のCT検査で左下葉に多発肺転移が認められ、再発の診断が付いた。治療の選択について医師から本人・夫へ説明されており、腫瘍量も多くないため、Nivolumab+Ipilimumab療法の提案をしたが、本人の希望があり、今回CBDC A+PEM+Durvalumab+Tremelimumab療法導入の為入院の運びとなった。しかし入院後に組織診でTTF-1陰性がわかり、当初予定していたPemetrexed(アリムタ[®])の使用効果が減弱もしくは無効となる可能性が報告されているため、レジメンをNivolumab(オプジーボ[®])+Ipilimumab(ヤーボイ[®])へ変更した。

2) 家族歴

薬剤師である夫と二人暮らしである。1男2女の母であり、長男・長女は社会人、次女は大学生で近隣に在住している。キーパーソンは夫でA氏のサポートを行っている。

3) 受け持つまでの経過

初発時の治療では悪心 grade2 で経過し、治療後摂食不良となる時期があったが、症状の表出ができていたことから、支持療法を強化することができ、治療を完遂できていた。感染予防に関しては、指導されたことを実践できていたため、発熱などの感染症状もなく過ごすことができていた。今回再発時の気持ちのつらさは10段階中5-6で精神的に大きなショックを受け、毎日夫と流涙していた経緯がある。自身の強みとして物事を前向きに捉えられることと表現されており、今回行う治療に対しても前向きに考え頑張りたいと話されていた。

4) レジメン名

Nivolumab+Ipilimumab療法

投与量：Nivolumab(オプジーボ[®])240mg+Ipilimumab(ヤーボイ[®])55mg

投与スケジュール：Nivolumab(オプジーボ[®])2週間隔、Ipilimumab(ヤーボイ[®])6週間隔

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏50代女性、左上葉肺腺がん再発の診断で、TNM分類はpT3N0M0 stage II Bである。遺伝子変異はPD-L1 TPS1%未満とTTF-1(-)の診断で、今回Nivolumab+Ipilimumab療法を施行する予定である。今回予定されているICIによる副作用のirAEは、細胞障害性抗がん薬と異なり、出現時期や症状を予測することが難しい。加えて、ICI2剤併用の治療となるため、irAEの出現率は単剤使用時よりも高くなり、致死的な症状の発生率も高くなる。また、A氏は前治療を完遂できているため、ある程度のセルフケア能力があると考えたが、初回入院治療後は外来治療へ移行していく予定であった。そのため、薬剤特性を理解したうえで、症状に対するセルフケアを獲得することは、治療継続には必須である。加えて、セルフケアの獲得に向けた支援で重要なことは、患者のセルフケア能力がどの程度あるか把握し、獲得に向けた支援を検討することである。そのため、今回A氏のセルフケア能力を査定するとともに、薬剤の特性の理解やセルフモニタリング、受診のタイミングなどについて具体的にセルフケアを獲得できるように看護介入する必要があると考えた。

2. 看護上の問題

irAEについて知識がなく、対応方法もわからないため、症状が重篤化し、致死的な状況に陥る可能性がある

3. 看護目標

- ・ i r A E の出現は予測が出来ず、全身に出現する可能性があることがわかる
- ・ 自宅での症状観察の方法が理解できる
- ・ 電話連絡が必要なタイミングがわかる

4. 看護介入の実施と結果

(1) セルフケア能力の査定

細胞障害性抗がん薬の前治療でのセルフケアの状況について、以下の内容を問診しセルフケア能力を査定した。理解力は前回入院時に指導を受けた内容を実践できていたこと、また、今回指導した内容の振り返り時に「熱が 38 度以上出たりとか、下痢が 4~5 回位出たり、症状がどんどん強くなったりしたら相談するというので合ってますか。」と発言が聞かれたため、医療者からの説明を理解し、実践する能力はあると判断した。A氏から「治療した日の夕方から吐き気が出て、結構辛かったです。」と発言が聞かれたことから、前回治療時の症状出現時期や、程度を具体的に述べることができている、セルフモニタリングする能力があると判断した。出現している症状が副作用症状かどうかを判断する能力については、判断できるだけの情報や実践は確認できず、不足している可能性があるものの、まずは変化を伝えることができているため、正常と異常の判断ができ、セルフモニタリングを行っていくためのセルフケア獲得に向けて大きな問題とはならないと判断した。セルフケアを実践する能力については、「症状のお話を先生にしたら、吐き気止めを延長してくれて、それから何とか食べられるものを選んで食べていました。感染予防のお話も聞いてから、手洗いやうがいも含めてちゃんとやっていました。」と発言が聞かれた。症状出現時にはしっかりと指示された通りに内服薬を継続することや、食事内容の工夫などが行えており、セルフケアを実践する能力もあると判断した。治療翌日の体調確認時に、「ちょっと頭痛があるのと、のどがなんとなく痛い様な感じがあります。のどは意識したら痛いかな一位なので、あんまり気にはなりませんね。」と発言されていた。症状を我慢することなく医療者に報告できていたことから、医療者へ症状を報告する能力とコミュニケーション能力に問題はないと判断した。

(2) セルフケア獲得に影響を及ぼす要因の明確化

初回介入時の「夫も医療職だから、その点は問題なかったと思っています。」との発言から、家族に医療者がいることで、セルフケアについての意識も高くなっている印象を受けた。このことは、A氏の強みであり、退院後の生活において家族の力を活かすことは、セルフケア能力の向上に繋がる可能性がある。実際に退院後、皮疹が出現した際の軟膏の選択では、ステロイド外用薬の知識があり、ステロイド含有ではないものを選択していた。症状をマスクングしてしまうような薬剤使用は i r A E の判断が遅れ、症状の重篤化に繋がる可能性がある。症状への対応時に、適切な薬剤選択・使用が行えており、不快な症状をコントロールしながら、治療を続けるための環境が整っていると考えた。しかし、I C I での治療は長期間に渡ることや、A氏の予後予測の観点から、i r A E の出現が身体面に影響を与える可能性がある。身体面への影響は、心理・社会・スピリチュアル面に多大なストレスが加わり治療継続への意欲を失わせる可能性がある。そのため、獲得したセルフケアを継続できるような支援を検討する必要があると判断した。

(3) セルフケアを獲得するための支援

A氏は、前治療の経過から、医療者の説明はおおよそ理解できており、セルフケアを実践する能力もある。しかし、I C I の薬剤特性を考えると肺臓炎を筆頭に i r A E の早期発見、早期対処が重要となる。そのために必要なセルフケアとしては、①正常と異常の判断をするために、治療開始前の現在の体調をベースラインとしてとらえてもらうこと②症状の出現時期と程度を把握するため

に、セルフモニタリングを継続する必要性を理解すること③症状のセルフモニタリングの方法として、治療日誌を活用すること④病院に連絡が必要な症状について理解でき、緊急時の連絡方法がわかることである。まず①正常と異常の判断をするために、治療開始前の現在の体調をベースラインとして認識してもらう必要があった。そのため、治療開始前の体調を基準として考え、そこから逸脱するような体調変化があれば異常があると判断するよう指導を行った。次に治療歴があることや、肺の手術歴があること、今回の治療がI C Iの2剤併用療法であることから肺臓炎出現リスクが通常よりも高くなるため、呼吸困難や咳嗽など呼吸器症状には特に注意して欲しいことを説明し、対応としては呼吸器症状が見られた際は自己判断せず、すぐに病院へ相談するように伝えた。「元々の手術とか治療も影響が出る可能性があるんですね。注意しないといけないね。」と自身でも注意しなければならぬ症状であることを認識された発言が聞かれた。②出現時期と程度を把握するためには、セルフモニタリングを継続し医療者に報告する必要があるため、入院中は前日からの体調変化について医療者へ報告することができていた。現在実践できていることをフィードバックし、支持的な関わりとして、外来治療時には医師でも外来看護師でも、治療室看護師でも良いので、話しやすい医療者に報告して欲しいことを伝え、「その様にします。」と反応が聞かれた。また、今後外来で治療を継続していくために、適宜医療者がA氏の実践したセルフケアを評価し、都度助言や修正を行えるように、療養環境の調整を行う必要があると考えた。そのため、外来治療室看護師に向けて、入院中に取り組んだ指導やセルフモニタリングの方法を共有し、継続的な観察を支援するための情報共有を目的にカンファレンスを実施した。外来治療室看護師は、外来業務のサポートをすることがあるため、今回の治療においてA氏の肺臓炎リスクが高いことを外来部門と情報共有することとなり連携が図れた。③症状のセルフモニタリングの方法として、治療日誌の活用は有効であると考え、治療日誌の活用について指導した。事前に薬剤師の説明を受け、日誌の記載開始を開始することができており、記載内容も適切であったため、説明を理解し実践できていると判断した。記載時間について、「朝、夫が出かける前まではバタバタするので、その後でも大丈夫かな。」と質問があったため、A氏が実践を継続できるような方法やタイミングを一緒に検討することとした。時間を統一することで、変化に気づきやすくなること、記載忘れの防止になることを説明した。また、退院後の初回治療時に「やっぱり書かないと、先生に説明するときにも忘れちゃってね。書いた方がいいなって実感したからこれからも続けていきたいと思います。」と、モニタリングの方法として、治療日誌を活用することの有用性について、実感されていた。④病院に連絡が必要な症状について理解でき、緊急時の連絡方法がわかるために、発熱であれば38度以上、症状が軽微であっても徐々に増悪している等があれば必ず連絡するように説明した。そのうえで、A氏にどのような説明内容であったか確認すると、「薬剤師さんも前日色々お話いただいて、なんとなく起こり得る症状は理解しました。これに書いてあることが全部起きたらどうしようって思いますが、まずは何かあったらすぐに相談するという意識を生活していかないといけないですね。」と返答があり、連絡が必要な症状と連絡すべきタイミングについて理解できていると判断した。

Ⅲ. 考察

看護師は患者がどの程度セルフケア能力を有しているかを査定し、患者に適したセルフケア獲得への支援を検討していかなければならない。今回のA氏への看護介入を振り返り、(1)セルフケア能力の査定と(2)セルフケアを獲得するための支援の2点について考察していく。

(1)セルフケア能力の査定

がん薬物療法を受ける患者のセルフケア支援では、薬剤特性を理解し、副作用を予測して段階的にセルフケアを獲得できるようにすることが重要である。今回のA氏との関わりでは、【理解力】【症状をセルフモニタリングする能力】【出現している症状が副作用症状かどうか判断する能力】【セルフケアを実践する能力】【医療者へ症状を報告する能力とコミュニケーション能力】の5つの視点で査定を行った。なぜならば、セルフケア能力の査定をすることで、患者の強みや障壁となるものが明らかになり、セルフケア能力に合わせた支援をすることができ、セルフケアの獲得やセルフケアの促進に繋がるためである。吉田らは、がん患者のセルフケア能力を5つの視点に分けてとらえており、1. 体調の変化をとらえる能力、2. 自主的に判断し保健行動を形成する能力、3. がんの存在にとらわれないよう思考を和らげ進む能力、4. 人とのつながりを保ち社会生活を調整する能力、5. 生き方を見つめ自己の発達を促す能力であった。これらのセルフケア能力は、がん患者のセルフケアの実行をなせる力として、また心身機能の基盤的な性能として患者のなかに存在すると考えられる³⁾と述べている。このことから、患者の持つセルフケア能力を査定することは、患者の持つセルフケア能力を捉えるためだけではなく、どの点が強みや障壁となるか把握すること、不足している能力として何があるか、また、セルフケアを獲得する方略を明らかにするためにも重要であるといえる。A氏はICIの初回治療ではあるものの、1. 体調の変化をとらえる能力と2. 自主的に判断し保健行動を形成する能力については、ある程度有していた。それは治療歴があることから養われた能力であると考えている。しかし、今回の治療は細胞障害性抗がん薬の治療とは異なり、症状の出現時期などが予測できないため、治療後も長期的に観察を続けていかなければならないことや、出現する症状に身体的苦痛が伴わない可能性も考えられ、些細な体調変化にも気付けるように支援する必要があると考えた。そのためには、治療前の体調が症状観察を行っていくうえでベースラインであることを理解してもらう必要があり、少しでも逸脱するような体調の変化があれば副作用症状を疑い、医療者に報告する必要がある。藤塚らは、配偶者の存在は、患者にとっての生きがいであり、配偶者に負担をかけまいと生きようとする思いが、体調を調整するというセルフケア能力を高めていると考えられる。また、配偶者を療養中の支援者として認識し、支援を求めることにより有効な支援が受けられることから、がん患者のセルフケア能力は向上すると考えられた⁴⁾と述べている。このことから、A氏にとって家族の存在そのものがセルフケア能力を高める要因となっていた可能性が高い。また、家族が医療者であることで、更にその能力が高まったと言える。家族が治療に対して専門的な知識を有していることで、セルフモニタリングの補助や副作用症状を客観的に判断することができたと考える。また、A氏のコミュニケーション能力と医療者への報告も問題はないと判断していた。しかし、自身の言葉で症状の変化を伝えることが難しい時に、家族が代弁者となって報告や説明を行えた可能性がある。そのため、支援として、能力を査定した時点で家族と一緒にセルフケアに参加できるような介入の方法を検討出来たのではないかと考えている。A氏にとって3. がんの存在にとらわれないよう思考を和らげ進む能力4. 人とのつながりを保ち社会生活を調整する能力5. 生き方を見つめ自己の発達を促す能力は、これまでに疾患と上手く付き合ってきており、疾患にとられることなく、人生の過ごし方を考え、社会生活を営みながら自己決定を繰り返してきたことで養われていた能力であると考えた。しかし、今回治療目的が変わり、根治から延命を目指す治療にシフトすることとなった。このことから、3・4・5の能力については治療継続により、変化していく可能性があると考えられる。以上の点から、患者の持つセルフケア能力を事前に査定することは、患者に適したセルフケアの方法や、介入の方向性を決定するために重要なことであるといえる。

(2)セルフケアを獲得するための支援

今回の治療においてA氏は、症状の早期発見・早期対処のために①正常と異常の判断をするために、治療開始前の現在の体調をベースラインとして捉えてもらうこと②症状の出現時期と程度を把握するために、セルフモニタリングを継続する必要性を理解すること③症状のセルフモニタリングの方法として、治療日誌を活用すること④病院に連絡が必要な症状について理解でき、緊急時の連絡方法がわかることのセルフケアを獲得する必要があると考え、看護介入を行った。今回はICI2剤を使用し、irAEの出現リスクも通常よりも高い状況であり、かつ、副作用症状の予測がつかず出現臓器が多岐に渡るといふ点と、症状の出現によりセルフケアが行えなくなることで、治療の継続自体が難しくなることが予測できた。そのため、長期に渡ってセルフケアを行っていくうえで、生活を行いながら症状の観察を行い、異常の早期発見に感覚だけではなく視覚的に気付けるように、また、資源を確認することで、医療者もいつからどのような症状が出ていたか把握しやすくなると考えた。そのため、③症状のセルフモニタリングの方法に、院内で使用されている治療日誌を活用することとした。院内で使用している内容のため、医療者が再指導時にも一貫して説明しやすいことと、患者用にわかりやすく記載されている点も、この方法を選択した理由である。そのうえで、A氏の生活様式を共有しながら一緒に記載タイミングを検討できたこと、また、適宜医療者がA氏の実践したセルフケアを評価し、都度助言や修正を行ってもらえるように、療養環境の調整を行えたことは、セルフケア獲得に向けた支援として非常に有用であったと考えている。本山は、患者が記録する副作用評価の記録用紙については、医療者が必ず内容を確認して、患者と共に評価することが重要である。この行為が、副作用の正しい評価や患者の評価能力の向上、患者のセルフケアに対する意欲の維持につながる⁵⁾と述べている。このことから、今回の実践で、元々A氏が有していた【症状をセルフモニタリングする能力】
【出現している症状が副作用症状かどうか判断する能力】の強化が図れており、正しく実践できていることに医療者から評価をもらうことで、セルフケアに対する意欲に良い影響を与え、患者が継続していこうという気持ちの支えになれた可能性がある。また、資源を確認することでどのような症状がどの時期から出ていたのか医療者も判断することができ、治療の影響が疑われるのであれば、支持療法の強化や、薬剤量の調整、治療方法の検討などを行い、治療が継続できなくなるという患者にとって不利益となる状況を回避することができる⁶⁾と考える。以上の点から患者のセルフケア獲得に向けた支援を検討するために、能力に合わせた適切な方法を提示することでセルフケアが獲得でき、薬剤特性を理解し、副作用を予測して段階的に介入することで、獲得したセルフケアの継続が可能となる。また、実践できていることを医療者が支持することや、いつでも支援が受けられることへの保証が安心感や主体性の維持・向上につながる⁷⁾といえる。そのうえで、能力に適した資源を活用することや、療養環境の調整は患者の能力を支えるために重要な援助である⁸⁾と考える。今回実践には至らなかったが、能力の査定時に明らかになっていたA氏の強みを活かせるような介入方法を検討することも、患者のセルフケア能力の向上には有用であったと考えている。夫が薬剤への専門的な知識を有しており、A氏の支援者として前治療の時から、生活全般だけではなく治療や副作用への対応など、医療者としての視点からもサポートしてくれていた。このことはA氏にとって大きな強みであり、退院後に指導していなかった症状への対応を適切に行っていたことから、A氏の【セルフケアを実践する能力】は家族の支援を得て強化されていた⁹⁾と考えている。藤塚らは、健康や病気の原因を家族に求める者は、家族のことを治療継続上、欠かすことの出来ない支援者として捉えており、家族からの支援を受け、自分も家族のために生きようとする思いが、患者のセルフケア能力を高めると考えられた¹⁰⁾と述べている。このことから、指導を行う際に、A氏のセルフケア能力を更に強化するために、出現しやすい症状や注意が必要な症状、症状出現時の対応方法を家族へも指導し、一緒に観察を行ってもらう様に

介入できていれば、【症状をセルフモニタリングする能力】や【出現している症状が副作用症状かどうか判断する能力】を更に強化できた可能性があると考えた。

おわりに

ICIによる治療では、irAEの早期発見・早期対処が患者の心身の安寧のためにも重要であり、患者のセルフケア獲得が必須となる。今回A氏への関りでは、元々ある程度の能力を有していることが明らかであったため、能力の査定や方針・方略の決定に難渋することはなかった。しかし、初発時の治療の際には、患者の能力に関する事前情報もなく、患者の人となりも不明な状況である。更に、初回から外来での治療が選択される場合には、短い時間の中で査定から方針・方略の決定まで行う必要がある。そのため、セルフケア能力の査定時に必要な情報を引き出す能力や、強みや障壁(強みが発揮できないのはなぜか)を明らかにすることが重要となる。また合わせて、方針や方略決定のためには、薬剤特性を理解している必要がある。これらの点を強め、深めていくことが今後の自己の課題である。

謝辞

認定看護師臨地実習並びに本事例報告書の作成においてご協力いただきましたA氏とご家族、熱心にご指導いただいた実習指導者様とスタッフの皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 橋本理恵子, 鈴木志津恵. がんの再発・転移で化学療法を受けるがん患者と家族の気がかり. The Journal of Nursing Investigation. 2019, Vol17. p. 10-19.
- 2) 服部千恵子, 佐々木康之輔ほか. がん免疫療法を受けている肺がん患者の医療者の支援を必要とする体験. 日本保健医療行動科学会雑誌. 2023, p. 44-52. 38 (2)
- 3) 吉田久美子, 神田清子. 治療期にあるがん患者のセルフケア能力. 日本がん看護学会誌. 2012, 26 (1) p. 4-11.
- 4) 藤塚未奈子, 伊藤まゆみほか. 外来化学療法を受けるがん患者のセルフケア能力に関連する要因の検討. 共立女子大学看護学雑誌, 2016, p. 29-37.
- 5) 本山清美. “副作用を最小限にするためのセルフケア支援”. がん化学療法ケアガイド. 濱口恵子, 本山清美編. 中山書店, 2020, p. 9-17.
- 6) 上述 4)

はじめに

わが国では2025年には団塊の世代が75歳を迎え後期高齢者が急速に増加する。すでにがんの平均発症年齢は60歳を超え、がん死の85%が65歳以上となっている¹⁾。しかし、がん診療は、臨床試験によるEvidence Based Medicine(EBM)により標準治療が確立されるが、多くの試験では高齢者が含まれていない²⁾。高齢者は、併存疾患や老化による生理的な身体機能の低下や認知機能の低下など、個人差が大きく一律した治療を提供することは困難であるといえ、薬物療法のリスクとベネフィットを考慮し、生理的機能の低下に応じて抗がん薬の用量を減量して投与することや、治療そのものを行わないという選択もある。だが、高齢者であることを理由に治療強度を減弱させることは好ましくなく、また、治療機会の断念も避けなければいけないとされており、治癒が期待できる場合は薬物療法による副作用でQuality of life(QOL)を低下させないように注意を払いながら、治療を計画通りに遂行するための支援をしていくことが重要であると考えられる。

腎障害は加齢や生活習慣が多く関わっているため、高齢化が加速しているわが国では患者数は上昇しており、がん患者は併存疾患、生活習慣、加齢などに起因する慢性腎臓病(CKD)に加え、悪性腫瘍に伴う慢性的な腎機能低下や急性腎障害(AKI)を抗がん薬投与開始前から有していることが少なくない³⁾。また、CKDの併存はがん治療における予後不良因子となることが知られている⁴⁾。CKDやAKIががん治療の予後に影響する理由は明確に解明されていないが、腎障害の存在により適切な抗がん薬治療が受けられていないことを示唆する⁵⁾報告がある。A氏は高度の腎障害があるが、治療を行う益があると判断し、がん薬物療法を開始した。腎障害をもつA氏においてはとりわけ、安全、確実、安楽に遂行することが重要であった。この事例では、がん薬物療法における薬物動態、薬力学、薬物相互作用の視点とセルフケア獲得に向けた支援について振り返り、考察したためここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 80歳代 男性
2. 診断名：右上葉小細胞肺癌 c T1b N0M0 Stage I A2 遺伝子変異測定なし
3. 患者背景

1) 現病歴

X年6月、市の健診のレントゲンにて右上葉に15mm程度の結節陰影をみとめ悪性を疑われ大学病院を受診した。X年9月に気管支鏡検査、FDG/PET、CTを施行し右上葉に限局した小細胞肺癌と診断された。Stage I A2、Performance Status(PS)1であるため、第一選択は手術と術後補助薬物療法であるが、CKD・動脈硬化・高血圧・高齢であることから手術適外と判断された。しかし、根治照射ができる可能性があるため、CBDCA+VP-16療法4コースを施行後、逐次放射線療法を行うこととなり、X年10月から1コース目を入院で導入した。1コース目は便秘があり、支持療法で対応していたが効果は不十分であった。腎機能はさらなる低下はなく経過した。また、脊椎管狭窄症の既往があり、長距離歩行は困難だが日常生活動作(ADL)は自立しており、薬物療法の副作用によるADLの低下はない。X年11月、2コー

ス目の施行目的にて入院となった。

2) 既往歴

A氏は30年以上前から高血圧の既往があり、降圧剤を内服している。脂質異常症、頸動脈硬化症などがあり内服治療中である。70歳代で脊椎管狭窄症に対して手術を施行したが、術後に感染し再手術は行っていない。その後は非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)の内服で疼痛コントロールをしていたが、徐々に腎機能が低下し、70歳代で腎硬化型のCKDと診断された。現在はアセトアミノフェン(カロナール[®])の内服で疼痛コントロール中である。

3) 家族背景

70歳代の妻と二人で暮らしており、夫婦で自立した生活を送っている。同じ県内に長女夫婦、長男家族がそれぞれ居住している。

4) CBDC A+VP-16 療法の投与量

CBDC A:カルボプラチン(カルボプラチン)はAUC=5、VP-16:エトポシド(エトポシド)は規定量の80%である80mg/m²の投与量でレジメン登録がされており、そこからの投与量の減量はなかった。

5) 入院期間とスケジュール

CBDC A+VP-16 療法1コース28日を4コース施行後、逐次照射予定である。抗がん薬の投与前日に入院し、抗がん薬をDay1~3に投与する。Day4に顆粒球コロニー形成刺激因子(G-CSF)製剤を投与し退院となる。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏は右上葉小細胞肺癌 Stage I A2 に対して根治目的でCBDC A+VP-16 療法+逐次照射療法を開始し、現在2コース目である。高齢であり併存疾患を有するが、限局型であることから根治を目的とした治療が可能であると判断された。

身体面においては、1コース目より便秘が出現し、薬物療法で対応していたが十分な効果が得られていなかった。現在の自覚症状として、有害事象共通用語規準 v5.0 (CTCAE) Grade1~2の便秘が最も苦痛となっている。抗がん薬による便秘への対処方法は薬物療法と非薬物療法(運動+食事)の併用が基本となる。しかし、CKDを併存していることで支持薬剤の調整を慎重に行う必要があることや、脊椎管狭窄症の疼痛により活動量が低下していることから、排便コントロールが十分に図れていない可能性がある。また、CKDが進行するとがん治療が中断となり、がんが進展するだけでなく、CKDの進行が生命に影響を及ぼすため、抗がん薬治療によるCKDの悪化を予防することも重要である。骨髄抑制に関しては、CBDC A+VP-16 療法は、G-CSF製剤の一次予防投与の推奨はされていないが、骨髄抑制が強く出るレジメンであることを考慮し、1コース目からG-CSF製剤の投与を行っている。その結果、1コース目の好中球減少はGrade2に留まり、抗がん薬の減量や休薬などといった治療強度への影響はなかった。

心理・社会面においては、A氏は高齢世帯でありサポート力は脆弱である。できるだけ夫婦で自立した生活を送りたいという意思があり、ADLの低下はないが既に介護保険を申請し、老いに向けての準備をしている。小細胞肺癌は悪性度が高く予後不良であるが、化学放射線療法の感受性が高く、限局型の小細胞肺癌の場合は治癒や長期生存を期待できる可能性がある。しかし、高齢者に対してはエビデンスが少なく、患者個人の併存疾患や予備力などに左右されるため、今後を見据

えた介入は必要となってくる。

スピリチュアル面においては、A氏は既往歴からも今までに様々な危機を乗り越えてきており、その結果、セルフケア能力を獲得している。自律性の高いA氏は、自分のことが自分で出来なくなってきた時に、自律性の喪失によるスピリチュアルペインを強く感じる可能性がある。しかし、まずは現在、A氏が最も苦痛を感じている便秘が問題である。そして、重篤な身体症状を招くリスクがあるCKDの併存もがん薬物療法を行ううえで問題である。CKDに関しては、悪化させない予防行動がとれるように、セルフケア支援を行っていく必要がある。また、もともと保持しているセルフケア能力を高めていくことで、A氏の自己肯定感を維持しつつ支援ができると考えた。

2. 看護上の問題

#1：がん薬物療法による便秘

#2：がん薬物療法や支持療法による腎機能悪化のリスク

3. 看護目標

#1-1 排便状況を医療者と共有する方法を理解する

#1-2 自己にて排便コントロールができる

#2-1 抗がん薬投与による腎機能の悪化を予防する行動をとることができる

4. 看護の実際

1) 日常生活や健康に関する認識の聴取

A氏の希望は夫婦で自立した生活を送ることである。様々な併存疾患を抱えるA氏に、生活状況や気をつけていることについて確認した。日常生活においては、A氏は脊椎管狭窄症を併存疾患に持つため、外出をほとんどせずに自宅で規則正しく生活している。地域では老人会の会計係を担っているが、腰痛により長時間のパソコン作業が困難となり、役割の辞退を検討し始めている。楽しみはあまりないと発言していたが、A氏にとっては、体力を維持して今の日常を継続すること、治療を頑張る妻の期待に応えること、家族に迷惑をかけないようにすることの方が、自身の役割や楽しみよりも価値観の優先度が高い状況にある。

健康面においては、小細胞肺癌は悪性度が高いがんであることを理解しており、「どうしてがんになったのだろう。早期発見なのに、年だし病気もあるから手術ができない。薬が効けば放射線ができるので、治療の効果が気になる」と、小細胞肺癌に罹患したことのショックや予後の不安を語った。CKDに関しては、腎臓内科で指導された食事療法(塩分・生野菜の制限)、運動療法、薬物療法(高血圧・脂質異常症)、水分摂取の励行といった保存療法を実施している。就寝前に翌日分の内服薬を内服BOXにセットして自己管理をしている。また、水筒を使用し、1日1リットル以上は飲水するようにしている。運動療法に関しては、脊椎管狭窄症のリハビリとして指導されたストレッチや下肢の運動を毎日の習慣としている。A氏は脊椎管狭窄症により長距離歩行ができないため、下肢筋力の維持と低下予防に努めているとのことである。そして、血圧と体重は毎日測定し、グラフにして管理している。また、入眠時は睡眠導入剤の内服だけではなく、耳のマッサージや腹式で深呼吸をすることにより、リラックスすることも大切にしている。これらから、普段から健康の維持・増進への関心が高いことがわかった。

2) 腎機能のモニタリング

カルボプラチン、エトポシドともに尿排泄の薬剤であり、腎機能には注意が必要である。CB DCA+VP-16療法1コース後の採血データでは腎機能の悪化はなく、経過している。2コース目投与後は体重の変化、尿量減少の有無、浮腫の出現の有無に注意して観察を行った。A氏に

もセルフモニタリングをし、変化があれば医療者に報告するよう、指導を行った。抗がん薬投与期間中の尿量・回数の減少はなかったが、Day1~3で体重が1.4kg増加した。四肢や顔面の浮腫はなかった。普段の食事量に比べて病院食の量が多く、デキサメタゾン(デカドロン[®])による食欲増進作用の影響もあり、完食していることや、2コース目投与後に便秘が出現していることも体重増加の要因であると考えた。A氏からは、体重が増加しているとの報告があり、セルフモニタリングと医療者への報告を行うことはできていた。

3) CKDを背景とした排便コントロール

1コース目では便秘に対して、酪酸菌製剤(ミヤBM[®])と大腸刺激性下剤であるピコスルファートナトリウム水和物(ピコスルファートナトリウム)で調整をしていたが効果は不十分であった。症状体験を確認すると、「いつもは1日2回便が出る。抗がん薬の点滴後は、コロコロ便とか、小さい便が繋がっている状態で、硬くて出すのに苦労した。退院後もウォッシュレットで刺激して息んでいた」と話した。CBDCA+VP-16療法は中等度催吐性リスクに分類されるが、カルボプラチンがAUC \geq 4であり高度催吐性リスクに準ずる対応が必要であるため、NK₁受容体拮抗薬を含む3剤が制吐療法として推奨されている。A氏に対しては、NK₁受容体拮抗薬：ホスネツピタント(アロカリス[®])、5-HT₃受容体拮抗薬：グラニセトロン(グラニセトロン)、デカドロン[®]が投与されており、悪心の副作用はなかったが、抗がん薬と制吐療法の副作用による便秘が出現していた。

2コース目では、Day1から硬便のため、排便時の怒責が必要であった。A氏からはピコスルファートナトリウムの内服で様子をみたいと希望があった。しかし、腸蠕動音の聴取はできるが、便が硬くスムーズに肛門を通過できない状況であり、便を軟化させる調整も必要であると考えた。酸化マグネシウム(酸化マグネシウム)が持参薬処方として電子カルテに入力されていたが、A氏の腎機能はeGFR: 31ml/min/1.73m²と高度に低下しており、酸化マグネシウムの内服により高マグネシウム血症を起こすリスクがあると考えた。A氏に確認すると、妻の薬剤を誤って持参したが、自宅では内服していないと発言があった。しかし、A氏の自己申告であるため、自宅で内服していたかどうかの真相は不明である。病棟薬剤師に相談し、酸化マグネシウムに代わる下剤の処方を医師に提案した。ルビプロストン(アミティーザ[®])24 μ gが朝食後・夕食後に1錠ずつ処方され、Day2の夕食後から内服を開始した。アミティーザ[®]も腎障害がある患者に対しては、血中濃度が上昇するため慎重投与であるが、A氏の便秘は抗がん薬投与後に期間限定的に現れることから、漫然と内服するのではなく症状の改善や下痢があった場合に内服を中止・減量するよう指導を行った。アミティーザ[®]の効果発現時間は約24時間以内であるが、便通が正常化するまでには1週間程度時間を要する場合があります、今回の入院期間では便秘の改善までを確認することはできなかった。

A氏は、健康の維持・増進に関心が高く、自己決定ができるからこそ、市販の薬剤やサプリメントを自己判断で服用する可能性がある。また、A氏の健康を願う家族が服用を勧める可能性も考えられる。A氏は自分自身がCKDであることは理解しており、腎臓内科医からの指導内容は遵守しているが、腎機能を悪化させる可能性がある薬剤や、腎機能が低下していることにより薬剤の排泄遅延が起これ、副作用が増強するリスクについてまでは理解が不十分である可能性がある。A氏に酸化マグネシウムの内服をしないように説明し、さらにA氏に腎機能が低下しているため安易に家族の処方薬や市販薬を内服しないように伝えた。A氏は「薬局に売っている漢方薬とかも飲まない方がいいね」と理解を示した。

4)セルフケア行動を促進するための動機づけ

まず、A氏に1コース目の便秘の症状体験と方略の確認を行った。A氏の普段の排便習慣は1日2回、毎日バナナ状の排便があり、1日排便がないだけでも苦痛は強かった。A氏は「お尻をウォッシュレットで刺激したり、体操したり、水をたくさん飲んだり色々した」と発言した。また、A氏は過去の入院で下剤内服後に、間に合わずに便失禁した経験があり、「情けない思いをした」と話した。その経験からA氏は、抗がん薬の点滴中に便意を催さないように下剤の効果発現時間を医療者に確認して内服時間の調整を行うことや、便の性状に応じて下剤の内服量の自己調整を行っていた。このことから、コントロールは不十分ではあるが、自分なりの方略を得ていることがわかった。今回の排便コントロールで追加となったアミティーザ[®]は、空腹時の服用で嘔気を催す可能性があり食後の服用となる。A氏のこれまでの排便コントロールの方法を変容させる必要があるが、A氏の併存疾患に対する自己管理の状況から、A氏のセルフケア能力は高いと考えた。便秘に関しては1コース目と同様に症状が遷延する可能性が考えられ、短い入院期間中にセルフケア方法の指導を行う必要があるが、A氏のセルフケア能力から排便コントロールを図ることは可能であると考えた。

症状体験と方略についての聴取後、A氏に抗がん薬と支持療法による薬剤性の便秘であること、治療期間中は高頻度に発現する可能性があること、セルフケアを強化することによって苦痛を軽減し安楽に過ごすことが可能であることを伝えた。高血圧、動脈硬化、脂質異常症、CKDを併存疾患としてもち、抗血小板薬を内服中であるA氏にとっては、排便時の怒責が血管に負荷をかけることに繋がる。また、排便時の肛門裂傷から出血や感染を引き起こす可能性があるため、治療を継続していくためには排便コントロールは重要であることを伝えた。セルフケアの継続のためには、A氏が排便状況をセルフモニタリングすること、医療者と情報共有することが必要である。その方法として、ブリストルスケール(図1)を活用した。活用する際に、医療者と共通認識を持つことでA氏にとって有用なアドバイスを行うことができることを伝えた。A氏は「2番のコロコロ便が繋がったタイプです」とスケールを使用して報告することができるようになった。

便秘の他に、A氏の治療継続を阻む大きな因子のひとつにCKDがある。CKDの悪化予防としてのセルフケアの継続が、治療の完遂に繋がる。抗がん薬の副作用に対するセルフケアと並行して、ケアを継続していく必要性がある。今回の入院でA氏と同年代の患者が手術したことに対し、A氏より「組織型によって治療が違うみたいです。僕は手術できないのに」と他患者を羨むような発言があった。A氏の治療は「根治目的」であることをA氏と改めて確認し合い、治療の完遂のためには併存疾患に対するセルフケアの継続も大切であることを伝えた。また、水分摂取は腎機能の保護のためだけでなく、便秘や脱水の予防にも必要であること、体操や深呼吸は腸蠕動運動を促進すること、A氏がこれまでに行ってきたセルフケアは現在苦痛を感じている便秘改善に意義があることを伝え、さらなるケアの継続を促した。A氏の症状に対して傾聴や共感を行い、苦痛や努力に対して労いや肯定的な言葉をかけると、A氏からは現在の症状や自分が実施している工夫を積極的に話すようになった。A氏がベッドサイドで行っていた腰部の捻り運動が腸蠕動運動の促進に繋がることを伝えると、習慣にしている体操の方法を笑顔で教えてくれた。また、今回便秘に対して介入したことでA氏から「色々調整してくださってありがとうございます。とても満足しました」と反応があった。

便秘傾向	コロコロ便 (Type1)		小さくコロコロの便 (ウサギの糞のような便)
	硬い便 (Type2)		コロコロの便がつながった状態
	やや硬い便 (Type3)		水分が少なくひびの入った便
正常	普通便 (Type4)		適度な軟らかさの便 (バナナ、ねり歯磨き粉状)
	やや軟らかい便 (Type5)		水分が多く非常に軟らかい便
下痢傾向	泥状便 (Type6)		形のない泥のような便
	水様便 (Type7)		水のような便

図1 ブリストルスケール

看護 roo！ブリストルスケール⁶⁾より一部改変

III. 考察

今回のA氏の事例では、加齢による生体機能の低下や、がん薬物療法と併存疾患の治療は多方向から影響し合っており、切り離して考えることはできないことを再認識した。がん薬物療法では、多くの薬剤を使用するため、高齢者は加齢に伴う薬物動態や薬力学的な視点とともに、併存疾患の服薬との相互作用には注意が必要である。また、既往歴や併用薬剤、検査データを確認しモニタリングを行うことが重要である。A氏は、CKDがあるが、小細胞肺癌 Stage I、根治目的の治療であるため、腎機能を維持しながら治療を完遂することが重要であった。そこで、高齢がん患者の併存疾患を考慮した治療管理と、治療完遂のために必要なセルフケア獲得のための動機づけの2つの視点で考察する。

1. 高齢がん患者の併存疾患を考慮した治療管理の視点

一般的に高齢者へのがん薬物療法看護では加齢に伴う生理的な変化に伴い、薬物動態・薬力学も影響を受けることを念頭におく必要がある。高齢者の特徴から薬物療法で注意する点として、日本老年医学会によると以下の6点があげられる。①吸収：消化管機能は加齢とともに低下するが鉄剤やビタミン剤を除き加齢による吸収への影響は少ないとされている。②分布：細胞内水分が減少するため、水溶性薬物の血中濃度が上昇しやすい。脂肪量は増加するため脂溶性薬物は脂肪組織に蓄積しやすい。また、血清アルブミンが低下すると、薬物のタンパク結合率が減少し、総血中濃度に比して遊離型の濃度が上昇する。③代謝：代謝は主に肝臓で行われ、肝血流、肝機能の低下により薬物代謝が低下し、肝代謝率の高い薬物の血中濃度が上昇する。④排泄：排泄は主に腎臓から尿中へ行われるが、薬物によっては肝臓から胆汁中へ排泄される。腎血流量は加齢により直線的に低下するため、腎排泄型の薬物では血中濃度が上昇する。⑤薬力学：非高齢患者と血中濃度は同じでも加齢に伴い作用が大きくなる薬剤もある。⑥薬物相互作用：特に薬物代謝酵素チトクロームP 450(CYP)を介した相互作用が問題となることが多く、複数の疾患を併存し多剤併用となっている高齢者では効果増強や減弱を起こす可能性がある⁷⁾。そのため、高齢がん患者の薬物療法では、非高齢者と比較して副作用が重症化しやすい。A氏の治療では、カルボプラチンとエトポシドともに腎排泄型の薬剤(エトポシドは胆汁からも排泄される)であり、腎障害がある場合、抗がん薬の排

泄遅延による副作用の増強や、腎毒性による腎障害の悪化に細心の注意が必要であった。また、併存疾患の服用薬と支持療法薬の薬物相互作用についても注意が必要であった。A氏には副作用による便秘があり、排便コントロールにおいては、酸化マグネシウムからアミティーザ[®]に変更した。酸化マグネシウムは忍容性の高い薬剤であるが、高齢者では腎機能低下により高マグネシウム血症のリスクが増大する⁸⁾。高齢者に対しては低用量から開始し、血清マグネシウム値のモニタリングを行い、上昇時は使用を中止し他の緩下剤への変更が推奨されている⁹⁾。これらのことから、CKDがありeGFRも高度に低下しているA氏にとっては、高マグネシウム血症を発生させるリスクを有していたと考える。また、便秘はCKD発症、進展のリスクとなる可能性がある¹⁰⁾ともされ、腎機能が高度に低下している患者に対しては使用可能な薬剤への変更を検討し排便コントロールを行うべきだと考える。また、多剤併用による薬物相互作用については既往歴や内服薬の確認を行い、治療との影響を考慮すべきである。一例を示すと、制吐療法に使用されるステロイド製剤は血糖値上昇、骨塩量低下、不眠等に注意が必要な薬剤¹¹⁾であり、高齢者に多い糖尿病、骨粗鬆症、不眠症などの症状の悪化に注意が必要である。

以上のことから、併存疾患のある高齢がん患者に対しては、加齢に伴う薬物動態や薬力学的視点、併存疾患の服薬と薬物相互作用への注意が必要である。また、高齢者は臨床試験の対象となっていないことも多いため、安全性に関する情報の不足があることを認識し、既往歴、併用薬剤の確認や継続的なモニタリングが必要であると考え。さらには、薬剤の市販後調査の情報を確認して、安全面を考慮した看護の提供に活かしていく必要がある。

2. セルフケア獲得に向けた動機づけの視点

江藤らは、排泄は非常に個人的な行為であり羞恥心を伴うこと、普段の生活の中で営まれている習慣であることなどから、他者から支援を得ることや、支援をふまえて習慣を変容することは容易ではない¹²⁾と述べている。今回、便秘に対してアミティーザ[®]を追加した排便コントロールが開始され、A氏は自身の排便コントロールにおける習慣を変容させる必要が生じた。さらに、A氏は短期間の入院の間に新たなセルフケアを獲得する必要があった。セルフケアの習慣をもつA氏に対して、行動変容を促し、新たなセルフケア獲得に向けて行ったA氏との関わりについて考察する。藤塚らは、セルフケア能力においては30～49歳のがん患者に比べて65歳以上の高齢者の方がセルフケア能力は高かった¹³⁾と報告している。このことから、高齢者はセルフケア能力が低いと一律に判断せずに、まずは目の前にいる患者に向き合いセルフケア能力を査定することが必要であると考え。A氏を受け持った当初は、高齢だという理由だけで、セルフケア能力を低く査定していた。しかし、A氏から聴取を行った結果、併存疾患に対するセルフケアや、過去の失敗や経験から獲得した方略を保持していることが判明し、セルフケア能力は高いと査定しなおした。A氏が今まで行ってきた排便コントロールは大腸刺激性下剤を頓用で使用する方法であり、内服時間と内服量を自己調整していた。今回の下剤の調整により、新たな習慣を獲得するため、患者の今までの方法や価値観をみとめ、自律性と主体性を尊重しながら、もともと保持しているセルフケア能力を高めていく関わりが必要であると考えた。飯野らが提唱する「セルフケア行動を促進する動機」には、「有効な情報の獲得」「他者強化」「自己強化」「自分で体験し自信がある」「自分の状況を見直す」「苦痛が緩和・予防できると認識している」¹⁴⁾などがある。「他者強化」は、他者から保証や励ましを得られたことで行動を起こす力¹⁵⁾となる。A氏は看護師から自分がこれまでに行ってきたセルフケアを肯定されたことにより、自尊心や自信、意欲が向上し、セルフケア行動をさらに継続させる力となったと考える。「自己強化」は、自分の知識や姿勢の適切性を確認する¹⁶⁾ことであ

る。A氏は、抗がん薬治療を行ううえで重要であるCKD悪化予防のセルフケアに関して、自身が行ってきたセルフケアを改めて自己肯定する機会となり、自己強化することができたと考える。

「自分で体験し自信がある」は、治療中に経験し、できたという実感を得た行動¹⁷⁾である。A氏の過去の失敗や併存疾患のセルフケア経験がセルフケア行動の促進にも繋がっており、また、今回の経験が次のコースを乗り越える力になると考える。「自分の状況を見直す」は、自分の状況を現実的に見直し、受け止め、今後の生活の見通しを立てる¹⁸⁾ことである。A氏は、治療目的を理解することで、現在の自分の状況を見直し、セルフケアの重要性を理解することができた。「苦痛が緩和・予防できると認識している」は、苦痛緩和の手段があることを知り乗り越える自信となる¹⁹⁾ことである。A氏は、新たな排便コントロールの効果に期待しており、その認識がセルフケア行動を促進していると考えられる。「有効な情報の獲得」は、症状や治療への現実認知を促し、治療や今後に向けての情緒的・手段的な対応を示す「不安を緩和できる情報」²⁰⁾や、日々の治療の継続の現実的な目安となる「闘病意欲を継続できる情報」²¹⁾などがある。A氏が自身の症状や方略を看護師に伝えることで、看護師から排便コントロールについての有効な情報を獲得できたことにより、ブリストルスケールの活用が促進されたと考える。また、A氏が他患者と自分の治療方針を比較し、不安を表出したタイミングで改めてA氏と治療目的=根治であることを共有し合えたことは、A氏にとっては「自分の状況を見直す」ことだけでなく、「不安を緩和できる情報」や「闘病意欲を継続できる情報」となり、セルフケア行動を促進したと言える。さらに「有効な情報の獲得」は、その他の動機が強化されることにも繋がったと考える。よって、肯定的なフィードバックや情報の提供を行うことで、A氏が既に持つ力をさらに引き出す関わりができたと考えられる。また、セルフケア行動を促進させる動機づけにおいても有効な関わりであったと考える。しかし、今回の実習では自分が一人でA氏のセルフケア能力の査定を行っており、単一的な視点となったことは否めない。

以上のことから、高齢患者は併存疾患を有していることが多く、既にセルフケアを保持している場合があり、一律にセルフケア能力が低いとは言えない。患者本人の生活習慣や価値観を確認したうえでセルフケア能力を査定し、セルフケアの獲得や、既に保持しているセルフケア能力を高める支援を行うことが重要である。そのためには、複数の医療者と家族が協働し、多角的な視点で患者を捉えること、主体性と自律性を尊重した支援を行うこと、治療目的や背景を捉えることは、個別の支援に繋がると考える。

おわりに

高齢がん患者に対して、治療の益が害を上回ると判断された場合に積極的な治療を行うことがある。しかし、エビデンスは少なく患者本人の併存疾患や予備力に左右されることが多い。だからこそ、高齢者のがん薬物療法看護は、加齢による生体機能の低下を考慮することに加えて、薬剤の特徴と併存疾患を考慮した治療管理と、セルフケアの獲得に向けた支援が重要である。また、根治を目指した治療においては治療計画通りに安全、確実、安楽に治療を完遂させることが重要である。そのためには、医療者間、医療者と患者間との情報共有の強化が必要である。がん薬物療法看護認定看護師としての専門性を活かし、多職種と協働し多角的な視点から患者支援を行っていくことが今後の自己の課題である。

謝辞

臨地実習及び本事例報告書の作成において、ご協力いただいた患者様、並びにご指導いただいた実

習指導者様、スタッフの皆様に厚く御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 日本がんサポーターズ学会. “高齢者がん医療Q&A総論”. 厚生労働省. 2022-9-20.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000991069.pdf>, (参照 2024-12-18)
- 2) 澤木正孝. 高齢がん患者のがん薬物療法. 日本老年医学会雑誌. 2022, 59(4), 472.
- 3) 日本腎臓学会, 日本癌治療学会, 日本臨床腫瘍学会ほか. “がん薬物療法開始前にみられる腎障害”. がん薬物療法時の腎障害診療ガイドライン 2022. 日本腎臓学会. ライフサイエンス出版, 2022, 2-6.
- 4) 5) 前掲 3)
- 6) 看護 roo!. “看護師イラスト集”. 看護 roo!.
<https://www.kango-roo.com/ki/find/?q=ブリストルスケール>, (参照 2024-12-18)
- 7) 日本老年医学会. “薬物有害事象の回避”. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015.
日本老年医学会. メジカルビュー社, 2015, 12-16.
- 8) 日本老年医学会. “便秘”. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015. 日本老年医学会. メジカルビュー社, 2015, 101.
- 9) 前掲 8)
- 10) 日本腎臓学会. “CKDにおける便秘”. エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2023.
東京医学社, 2023, 66.
- 11) 前掲 1)
- 12) 江藤美和子, 吉野葵, 周治規子ほか. がん化学療法中の排便障害と日常生活への影響. 兵庫県立看護部・地域ケア開発研究所紀要. 2020, 27, 72.
- 13) 藤塚未奈子, 伊藤まゆみ, 栗津朱美ほか. 外来化学療法を受けるがん患者のセルフケア能力に関連する要因の検討. 共立女子大学看護学雑誌. 2016, 3, 35.
- 14) 飯野京子, 小松浩子. 化学療法を受けるがん患者の効果的なセルフケア行動を促進する要素の分析. 日本がん看護学会誌. 2002, 16(2), 70-73.
- 15) 16) 17) 18) 19) 20) 21) 前掲 14)

参考文献

- 1) 国立がん研究センター. “便秘もっと詳しく”. がん情報サービス. 2019-2-14.
<https://ganjoho.jp/public/support/condition/constipation/ld01.html>, (参照 2025-1-21)
- 2) 日本癌治療学会編. 制吐薬適正使用ガイドライン. 第3版, 金原出版, 2023.
- 3) 日本肺癌学会編. 肺癌診療ガイドライン-悪性胸膜中皮腫・胸腺腫瘍を含む-2024年版. 第8版, 金原出版, 2024.

再発治療で薬物療法を受ける高齢がん患者への症状マネジメント支援
～高齢者の脆弱性と強みを捉えた看護～

がん薬物療法看護分野 橋口 穂波

はじめに

我が国の65歳以上のがん患者の割合は75.1%(2018年)を占めている。高齢化による罹患数の増加とともに、薬物療法を受ける高齢者の割合は今後も増加することが予測される。有田らは、再発治療を受ける患者は、薬物療法が奏効している期間は治療を継続しなければならず、奏効なくなると治療変更の繰り返しを余儀なくされるため、辛い副作用を体験しながら治療の奏効への期待と不安を抱いて日常生活を送らなければならない¹⁾と述べている。また、老年期にある患者は薬物療法を継続することにより、生存期間の延長が認められたとしても、起こりうる有害事象によって日常生活や社会生活に多大な影響を受ける可能性が高い²⁾と述べている。再発治療を受ける患者は、再発のショックや不安、治療への期待や副作用の不安などを抱えながら治療に臨もうとしている。そのような中でも治療は開始され、数々の副作用の説明を受け、副作用症状に対処していかなければならない。再発治療におけるがん患者との関わりでは、副作用を最小限にしながら治療を継続していけるような支援をすることが重要である。特に高齢がん患者は、併存疾患や認知機能、社会的側面、栄養状態、ポリファーマシーなど、個人差が大きく、より一層個人を捉えながら支援を考える必要がある。今回の臨地実習では、再発後に治療の延期を繰り返しながら、治療に臨もうとする高齢がん患者と関わった。薬物療法による影響を踏まえながら再発治療における高齢がん患者を捉えることや、症状マネジメント支援の難しさを学んだ。事例を振り返り、再発治療における高齢がん患者への支援について考察する。

I. 事例紹介

1. 患者：A氏 80歳代 男性
2. 診断名：胃がん術後再発 肺転移
3. 治療内容：n a b P T X + R A M療法導入
4. 既往歴：慢性腎臓病、高血圧、糖尿病
5. 社会歴：公園等に出向いて線路を組み立て、地域の子供が汽車に乗って遊ぶイベントを開催している。
6. 家族歴：妻と孫と同居している。子供は4人、内2人は同じ県内に在住している。孫は7人おり、前治療で体調が悪い際に、孫の一人が同居することになった。1か月ほど前に妻の腰痛と体調不良があり、通院時の同席はなかった。
7. 現病歴：X年2月に胃がんと診断された。肝転移が否定できず薬物療法が先行され、腎機能が悪いためプラチナ系薬剤を抜いたS - 1療法を施行した。結果的に肝転移は否定的であり、10月に腹腔鏡下幽門側胃切除を施行し病理結果はstageⅢBであった。術後補助化学療法でS - 1療法を1年間施行後、2～3か月おきに経過フォローしていた。X+3年7月の定期フォローで再発肺転移があり、病理結果がでるまでの間、本人の希望でS - 1療法を施行した。その後組織診断が付きHER2 : score1、PD - L1(22C3) : C P S1以上10未満、MSI : 陰性のため、X+3年10月に二次治療としてn a b P T X + R A M療法が選択された。1か月前に治療予定であ

ったが好中球減少や体力低下のため治療が延期され、今回CVポートを造設して薬物療法を行うために入院となった。

8. レジメン

n a b P T X + R A M療法の投与スケジュールを表1に示す。28日1コースとして繰り返し施行される。

表1.

	Day1	Day8	Day15
アブラキサン [®]	↓	↓	↓
サイラムザ [®]	↓		↓

9. A氏の実際の治療スケジュール

臨地実習中にA氏と関わった際のスケジュールを表2に示す。

表2.

	初回入院時	再入院時(Day1)	外来受診時(Day8)
アブラキサン [®]	延期	延期	施行
サイラムザ [®]	延期	施行	

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏が行う、n a b P T X + R A M療法の奏効率は54.8%である。特徴的な副作用として、アルブミン懸濁型パクリタキセル(アブラキサン[®])による骨髄抑制(約90%)、末梢神経障害(約60%)、ラムシルマブ(サイラムザ[®])による高血圧(約40%)がある。A氏のPerformance Status(P S)は0、採血データでは、腎機能の低下や好中球の減少、アルブミンの低値があり、年齢や全身状態から、薬物療法の選択肢が限られている中で二次治療を開始した。治療が延期になることを不安に感じながらも、治療意欲を強く持っており、子供向けのイベントはA氏の生きがいであり治療への原動力になっている。術前後のS - 1療法では、手足症候群の予防として指導された保湿ケアについては継続して実施できており、好中球減少による治療の延期を繰り返しながら治療を行ってきた。一方で、再発後のS - 1療法では、悪心や嘔吐、食事摂取量の低下、下痢がみられるも、受診行動をとっていなかった。治療による副作用は仕方ないと捉え、副作用の対処行動については不十分であった。既往歴から高血圧や末梢神経障害のリスクは高く、骨髄抑制により治療の延期や中止になることも予測される。副作用のコントロールが不十分であれば、治療の延期や中止だけでなくQuality of Life(Q O L)の低下につながる可能性がある。そのため、A氏が望む治療や生きがいである社会活動を両立できるように、症状マネジメントができるような支援が必要と考えた。

2. 看護上の問題

- #1 好中球低値にて感染のリスクが高く、感染症にて治療が延期になる可能性がある
- #2 血圧をモニタリングできないことで、血圧コントロールが不良となり、薬物療法の継続が困難になる可能性がある
- #3 糖尿病の既往や薬物療法により末梢神経障害のリスクがあり、日常生活への支障や生きがいである活動を遂行する事が困難になる可能性がある

#4 再発や薬物療法の延期により、病状の進行への不安がある

3. 看護目標

#1 - 1 感染予防行動がとれる (CV ポート造設部含める)

#2 - 1 毎日の血圧測定を継続することができる

#2 - 2 高血圧出現時に医療者に報告することができる

#3 - 1 末梢神経障害が出現する可能性があることがわかる

#3 - 2 末梢神経障害によって日常生活に影響することがわかる

#4 - 1 不安を表出できる

#4 - 2 治療を継続するために副作用の症状マネジメントに取り組める

4. 看護の実際

1) 高齢者であるA氏を捉える

臨地実習の同意を取得した際は快く了承したが、説明に対する反応は曖昧であり、話を聞き流している印象を受けた。A氏は高齢であるため年相応の認知力であると捉え、治療が安全かつ安楽に施行されるための説明や指導については、工夫が必要であると考えた。そのため、A氏の身体状況や今回の治療による影響を踏まえながら、前治療での行動、副作用の捉え方、社会背景についての情報収集を行った。

前治療では、副作用の対処行動が十分でなかった経緯があり、症状マネジメントが不足していると捉えた。しかし話をしていくと、夫婦二人暮らしのため子供や孫に送迎について協力を得ており、治療に伴い孫との同居を決めたり、生活の場を住宅の2階から1階に移動したりと、生活をする上での対処行動はできていた。また、社会活動として子供向けのイベントを不定期に開催しており、そこでの仲間には自身の病気について話し、体調が優れない時にはイベントの準備を手伝ってもらうなど他者に助けを求めることができていた。そのため体調が悪い際に受診行動をとらなかったのは、緊急時の説明を受けていなかったのか、受けていても治療が中断する不安があつて受診できなかったのか、受診するという理解がなかったのか疑問が浮かんだ。A氏に確認すると説明は受けており、治療が中断してしまう不安というよりは、「治療のためには副作用は仕方ないと思ってる。自分は軽い方だと思ってた」と捉えていたことが分かった。薬物療法の説明をする際には、1か月前の外來受診時に渡された治療日誌を持参しておらず、「もらった気がするけど」と話した。副作用の管理について認識の確認が必要であると考え尋ねると、「血圧は前回は測ってた。だいたい100から120くらいかな。前回は下痢がひどかったんだ」と話し、間質性肺炎について説明した際には、「肺にがんがあるんですけど、それ(肺がん)でも症状はでるのかな」と発言があった。前治療や副作用に加えて、現状や今回の治療についても理解できていると評価した。

A氏との関わりからはじめは、年相応の認知力であり前治療では症状マネジメントは不十分であった印象を受けた。しかし情報を得るうちに、A氏は治療や副作用について理解していること、自分の体調を踏まえて他者に協力を依頼するなど、自分で考えて治療に臨んでいるとわかり、高齢者としてのA氏に対する見方が変化した。一方で、前治療の際の対処行動が不十分であった事実はあるため、A氏の特徴を踏まえながら症状マネジメントが行えるような支援が必要であると考えた。

2) A氏の心理面を捉える／強みを支持した看護

再発したことのショックだけでなく、再発治療がなかなか開始できないことは、A氏にとって

不安な要素であると考えた。再発治療では現状だけでなく今後についての不安を抱えながら、治療や副作用と向き合って日常を送らなければならない。そのためA氏の病気や治療に対する受け止め、治療を続けながらどのように過ごしていきたいと考えているのか確認した。

延期になっていた治療が一か月越しに開始されることは、安堵や期待、不安など様々な思いを抱えると考えた。再発後、病理結果が明らかになるまでの間に、本人希望でS-1療法を実施したことからは、治療への意欲や焦り、不安がうかがえた。そのため、再発治療を行うA氏の支援をしていくには、どのような思いで治療に臨むのかを把握することが必要であると考え、現状の理解と治療への期待や不安を確認した。「がんもいろんなところにあつてね、残りの時間は少ないとは思いますが、治療は頑張りたいと思っている」と、現状への理解を示し、治療への意欲を語った。しかし治療の当日、好中球減少が遷延していることで治療が延期となった。A氏のベッドサイドへ行くと、「治療しない間に、がんは悪くなっちゃうと思うね。今回の副作用が心配だったけど、先走りすぎちゃったね。また明日、ご苦労さん」と、布団を肩までかけながら一方的に話し、私と話す時間を最小限にして、自分の時間を作ろうとする行動をとった。治療の延期によるショックやがんの進行への不安を感じていたため、思いの表出を促した方がよいかと考えたが、私にとった行動は防御機制であると捉え、A氏自身で考えて整理する時間を設ける必要があると判断し、翌日に訪室することの了承を得て退出した。

翌日に訪室すると表情は穏やかで、「体力がないから治療は延期だって。帰ったら頑張ってお腹いっぱい食べるよ」と切り替えが出来る様子であった。「次の治療のあとにイベントがあるけど行けるかな。ただ生きているだけより、何か楽しみがあった方がいいし、子供たちからの手紙がすごく嬉しくてね。頑張りたいね」と笑いながら話した。

A氏は治療が開始できることに安心した矢先、再度延期になったことのショックや不安を抱えながらも、その中で今の自分にできることを考え、生きがいのためにも治療に臨む意欲がみられた。A氏の今までの治療経過からも様々な困難を自分で考えて乗り越え、今後の限られた時間を自分らしく過ごしたい思いがあり、それをA氏の強みとして捉えた。今後も骨髄抑制などで治療の延期は予測されるため、強みを支持しながら治療が継続できるように関わる必要があると考えた。治療が延期になったことで焦りや不安があると思うが、次の治療に向けて今できることを一つずつ行っていくことが大切であると伝えた。

翌週の外来診察で採血データや体調によって、治療が行えるようであれば入院で薬物療法を実施する予定であった。医師の診察前のA氏は、CVポート造設部の管理や食事摂取もできており、「やるんじゃないかな。ご飯全部食べてるしね」と、治療開始への期待がうかがえた。しかし好中球減少がいまだに遷延しているためアブラキサン[®]は中止となり、サイラムザ[®]単剤での投与が提案されA氏は迷わずに治療を行うことを選択した。「うまくいかないね。でもやらないとがんは大きくなっちゃうしね」と話した。治療が開始できるかもしれないという期待が大きかった分、落胆も大きいと考えたが、薬物療法が開始できたという事実はA氏にとって大きな一歩であると考えた。そのため、アブラキサン[®]投与が中止になったことは残念であるが、サイラムザ[®]投与ができたことは、A氏が自分にできることを考えて取り組んできた結果であると伝えた。

さらに翌週の外来診察では、好中球は1900/ μ Lまで上昇し、同日に通院治療室でアブラキサン[®]の投与を行うことになった。A氏は「治療やつとやれたよ」と予定通りの治療が開始できたことを嬉しそうに話した。治療への期待や落胆、不安などの感情に関わってきていたため、今後

もA氏自身が前向きに治療に臨んでいけるように、延期を繰り返しながらも乗り越えて、治療が開始できたことを一緒に振り返った。「あなたも大変だよ、頑張ってるね」と、他者を気遣う心のゆとりに繋がった。

3) 症状マネジメント支援

初回入院時、外来受診時に一通り説明は受けているが、一か月経過していたため薬剤師から改めて治療や副作用、スケジュールについての説明があった。A氏は高齢のため、看護師や薬剤師など多方面からの説明では混乱や解釈の違いを招く可能性から、統一した説明が良いとのがん薬物療法看護認定看護師からの提案があり、薬剤師の説明に私は同席した。薬剤師からは治療日誌を基に血圧、下痢、発熱、末梢神経障害の副作用の説明があり、血圧測定の実施や、発熱時の対応、排便状況の記載、末梢神経障害に対する四肢圧迫冷却法について指導があった。前治療の副作用と比較しながら話を聞く様子があり、説明を理解していると捉えた。その後私からA氏に、理解や不明点の確認を行うと、「大丈夫だよ。」と質問はなかった。今までの説明から何を重要と捉えたのかを確認すると脱毛を挙げたが、「もう長くもないんだから見た目なんて気にしてられないよ。」と話し、それ以外の副作用については表出しなかった。今回の治療による副作用の高血圧では、血圧コントロールが不十分となれば治療は中止となり、末梢神経障害の早期発見・対処が遅くなればQOLが低下する可能性がある。そのため、A氏が今後長く治療を行っていきけるように、特に血圧管理や末梢神経障害について再度指導を行った。毎日血圧測定を実施して異常の早期発見に努めること、副作用の末梢神経障害は日常生活が送りにくくなることや、生きがいである活動にも影響を及ぼす可能性があるため、症状の出現時には医療者と相談しながら治療を進めていくことを説明した。その後、好中球が低いために治療が延期となり、気持ちの落ち込みがあったが、切り替えようとする姿勢がみられた。そのような状況の中でも、感染症によりさらに治療が延期とならないよう、自宅での過ごし方について指導しなければならない。そのため、A氏は前治療では好中球が低い中でも感染症なく過ごしていたが、今回も好中球減少が遷延しているため引き続き感染予防行動をとること、今回は特にCVポートを造設しているため、創部の観察や清潔保持についての指導をした。

再入院時、感染予防行動など前回行った指導に対し、自宅でのどのように取り組んでいたのかを確認すると「完璧だよ」と感染予防を行っていた。今回はサイラムザ[®]単剤の投与となり、前回の説明から日にちが経っているためサイラムザ[®]の副作用の確認を行うと、A氏は治療日誌を取り出して開き始めた。治療はまだ開始できておらず、数々の副作用の説明を受けているため、まだイメージができていないと捉え改めて説明をした。今回使用する薬剤は高血圧のリスクがある薬剤であり、高血圧になると休薬になったり持病が悪化したりする可能性を伝え、自宅での血圧測定の必要性や治療日誌の記入について説明した。A氏は高血圧のページに折り線をつけながら説明を聞き、「そしたらさっそく書いておこう」と、その場で治療日誌に血圧の値を記入する行動がみられた。初回投与は入院で実施し、その後は外来での治療となるため、自宅に帰ったあともA氏自身で症状マネジメントが行えるように、また、外来通院治療室でも継続した支援ができるよう、病棟看護師と症例カンファレンスを行い情報を共有した。

翌週の外来受診日には好中球は1900/ μ Lまで上昇し、同日に通院治療室でアブラキサン[®]が初回投与された。診察時には、翌週の治療と社会活動の日程が重なったため、治療の時間をずらすことができないかと医師に自ら相談して調整していた。通院治療室ではまず、サイラムザ[®]投与による副作用の確認を行い、「治療日誌は書いているよ。家では下痢が2回、2日間あった

よ」と、毎日の血圧測定や副作用の記載、備考欄にも気になる点のメモを残していた。次にアブラキサ[®]投与による副作用の説明をした。アブラキサ[®]の投与15分前から四肢圧迫冷却法を実施した際に、A氏は「これはなんのためにやるんですか」と質問があった。以前から何度か説明はしていたが、末梢神経障害の予防のために行うことを再度説明し、実践したことで初めて理解に繋がった様子であった。治療終了後、「今のところしびれは大丈夫だね。だんだんでくるのかもね」と、今後出現する可能性について自身で認識している様子があった。A氏が症状マネジメントを継続して行えるよう、外来通院治療室の看護師と症例カンファレンスを実施し、情報を共有した。

Ⅲ. 考察

今回の事例から、再発治療を受ける高齢がん患者において、症状マネジメント支援をする必要性や、高齢者の特徴や心理面を捉えることは症状マネジメント支援をするうえで重要であると学んだ。そのため実践した看護を基に、高齢がん患者を捉えることについて、再発治療における高齢がん患者の心理的側面を捉えることについて、症状マネジメント支援について考察する。

まずは、高齢がん患者を捉えることについて考察をする。A氏の80歳代という年齢から高齢がん患者と位置付けた。また、前治療の副作用に対する行動や、受け持ち時の印象から、認知力や理解度について評価した。しかし会話をするうちに、治療や副作用を認識していること、自分で決定して治療に臨んでいること、自分で対処できないことは他者に依頼できていることが分かった。はじめは一般的な高齢者という視点だけでA氏を判断していたが、徐々に高齢者としてのA氏に対する捉え方が変化していった。高齢がん患者を多面的に捉える視点が不足していたことが、個別性のある看護の提供や、症状マネジメント支援をする困難さに繋がったと考える。世界保健機関(WHO)では高齢者を、65歳以上の者と定義しているが、高齢者は個人差が大きいことが特徴である。高齢者のがん薬物療法ガイドラインでは、高齢がん患者において、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³⁾を提案している。高齢者機能評価(geriatric assessment: GA)を行うためには多くの時間を要するため、簡易ツールとしてGeriatric8(G8)が行われていることが多く、G8が14点以下の高齢がん患者の場合、脆弱性が高く、優先的に介入することの必要性が明らかになっている⁴⁾。A氏をG8で評価すると14点以下となり、脆弱性が高いためより個別性のある看護介入が必要であったと考える。症状マネジメントに特化してG8を活用することの効果を示した文献はない。一方で小林らは、G8結果に基づき初回投与量を決定した介入において、治療の有効性は保たれつつ、重篤な有害事象の発現割合が少ない⁵⁾と述べている。また大日方らは、G8のツールを用い、抗がん薬変更時における高齢消化器がん患者のG8とQOLの関連について述べている。そこでは抗がん薬の変更時、78.4%の高齢消化器がん患者がG8 14点以下でQOLが有意に低く⁶⁾、G8の評価は、QOLを考慮した個別的な支援の重要な要素になり得る⁷⁾と述べている。薬物療法を行う高齢がん患者の症状マネジメント支援においても、年齢や臓器機能、全体的な印象に加えて、G8等のツールを用いて高齢者の脆弱性を評価し、多面的に捉えることで、より個別的な支援に繋がると考える。

次に、再発治療における高齢がん患者の心理的側面を捉えることや、それを踏まえた看護について考察をする。A氏は再発治療が予定通りに行えないことに焦りや不安を感じながらも、残り少ない人生であることを自覚して治療への意欲を強く持ち、治療と生きがいである社会活動を両立して取り組もうとしていた。エリクソンが提唱した老年期の発達課題は統合性の確立であり、自身の老化と向き

合いながら人生を振り返り、自己を肯定的に評価しながらも、死に対する意識も高まる時期である。高齢がん患者に対して今井らは、さまざまな危機を克服し、その過程で蓄積された知恵や対処能力といった成熟の要素が治療や加齢に伴う身体機能の低下や喪失の脅威を克服し、その人らしく生きるエネルギーの源になっている⁸⁾と述べている。また、治療過程にある高齢がん患者が“がんと共に生きる”ことを、どのように受け止めながら療養過程を生きているのかについて明確にすることが必要⁹⁾と述べている。人生の最終段階にあたるA氏は、再発治療という現状だけでなく、老年期としても様々な思いを抱えていたと考える。現状を理解していずれ訪れる死を覚悟しながらも、今までの人生経験や治療経過で培った困難を乗り越えていく力が、治療を行う上での自信にも繋がると考える。さいごまで自分らしく過ごしたいという思いを持ち、その中でも生きがいである社会活動はA氏にとって自分の存在価値であり、それが原動力となって治療意欲につながっていたと考える。再発治療を支える上で悲観的な感情だけを捉えるのではなく、強みや価値観を明らかにすることは、治療を乗り越える力になると考えられる。また、有田らは、高齢患者の考える自分らしい生活に関心を寄せ、対話できる環境や時間を作り、患者を支え続ける看護を行うことが重要である¹⁰⁾と述べている。さらに遠藤らは、希望や目標をもつことは生きる原動力になるため、希望や目標を支える支援はレジリエンスを高めるために重要である¹²⁾と述べている。私は、様々な思いを抱えているA氏の話に傾聴することや、治療への姿勢など今まで自分自身で対処して乗り越えてきたことを認めていくことしかできなかったと感じていた。しかし、自分らしく治療や日常生活を送れるように対話する時間を設けたことが強みを引き出し、A氏が自分の強みに気付いて、前向きに治療に臨めるよう支援できたのではないかと考える。

最後に症状マネジメント支援について考察をする。A氏が症状マネジメントを行えるような支援として、薬物の特徴や副作用による治療への影響や日常生活への影響を説明し、それらを理解した上でA氏が取り組めることを意図して関わった。森下らは、患者の心理的反応を丁寧に観察するとともに、患者が短期間で付加的な情報を整理し、治療開始に向けて準備性を高めることができるよう専門的かつ集中的にかかわる必要がある¹³⁾としている。延期による心理的側面を考えながら副作用についての情報を伝えたことは、治療開始に向けて必要な準備であったと考える。心理的側面に寄り添いながら支援を行うことで、患者は症状マネジメントに目を向けること事ができるのではないかと考える。

また、副作用の説明において、医療者が今後に向けて必要であると判断して事前に伝える情報と、患者が求めている情報の差が大きかったり、両者が必要とするタイミングにずれが生じたりすると、患者は医療者の説明を理解して行動に移すことは困難であると考えた。しかし、患者が求めている情報提供をするだけでは、副作用の早期発見・対処が遅れる可能性がある。今回A氏は指導を基に血圧測定継続や、治療日誌に症状を記載することができていた。以前より説明していた末梢神経障害の予防行動として、四肢圧迫冷却法を実践したことで初めて理解に繋がった様子であった。そのため、医療者が必要であると判断した情報や支援を適切な時期に提供することが必要であり、患者が最初は必要性が理解できなくても、次第に理解に繋がるように意味付けできるような支援が必要であると考える。

さらに、A氏は治療と社会活動の日程が重なったため、治療の時間をずらせないと医師に相談していた。庄司らは、患者が療養生活自体をマネジメントできるように、体調が低下ししやすい時期や、治療間隔の特徴などを踏まえ、患者個々の生活を一緒に組み立てる支援が重要になる¹⁴⁾と述べている。悪心や倦怠感、骨髄抑制等の時期と日常生活や生きがいである社会活動のタイミングについて、

患者と一緒に考えながら組み立てることは、より安全で安楽な治療を受けられるような支援になるのではないかと考える。また、患者が治療を続けていくための副作用の説明だけでなく、同じ目標や価値観を共有して、副作用を管理しながらも、生きがいである社会活動を継続できるように、患者の行動や決定を支持することも大切であると考え。A氏は自ら調整することができており、その行動を強みとして捉え、患者が持っている意欲を引き出すことで、自ら症状マネジメントが行えるようになったのではないかと考える。単に治療による副作用の対処を行えるように支援するだけでなく、生活者として患者を捉え、患者の生活を支える支援が必要である。

おわりに

再発治療を受ける高齢がん患者は、薬物療法による影響だけでなく、老化による身体への影響も受けることになる。年齢や臓器機能からも治療選択は限られており、副作用はQOLにも影響を及ぼすため、治療の継続には症状マネジメントが重要となる。高齢者は個人差が大きいことが特徴であるため、年齢や臓器機能、全体的な印象に加えて、G8等のツールを用いて高齢者を多面的に捉えることが必要である。それによって見えていなかった脆弱性に気づき、そこを支援することがより個別性のある看護に繋がる。また、再発治療を受ける高齢がん患者が抱えている心理的側面に寄り添いながら、患者が持っている強みを引き出し、患者が持っている力を活かして症状マネジメント支援をすることが必要である。今回は患者に焦点を当て、高齢がん患者の脆弱性と強みを捉えた看護について考えたが、高齢がん患者の支援では家族の協力やチームの連携も重要であると考え。今回の学びをもとに今後は認定看護師として、家族やチームへの働きかけについても課題として取り組んでいきたい。

謝辞

認定看護師臨地実習並びに本症例をまとめるにあたり多くの学びをくださったA氏、熱心にご指導いただき多くの気づきを与えてくださった実習指導者様やスタッフの皆様、教員に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 有田由美他. 外来化学療法を継続している切除不能進行再発大腸がん高齢患者が体験している困難及び対処. 大阪薬科大学看護研究雑誌. 2024, 14, 19 - 32.
- 2) 前掲 1)
- 3) 日本臨床腫瘍学会, 日本癌治療学会. “総論”. 高齢者のがん薬物療法ガイドライン. 東京, 南江堂, 2019, 2 - 5.
- 4) 市村丈典. 高齢者機能評価簡易ツール Geriatric-8(G8)に基づく薬薬連携フォローアップの有効性. 日本臨床腫瘍薬学会学術大会. 2024, 1 - 5.
- 5) 小林智. 高齢者切除不能膵・胆道癌の薬物療法と高齢者機能評価. 胆と膵. 2024, Vol45, 5, 541 - 547.
- 6) 大日方裕紀他. 抗がん剤変更時における高齢消化器がん患者のフレイルとQOLの関連. 日本看護科学会誌. 2022, Vol42, 254 - 262.
- 7) 前掲 6)

- 8) 今井芳枝. 治療課程にある高齢がん患者の“がんと共に生きる”ことに対する受け止め. 日がん会誌. 2011, 25 巻 1 号, 14 - 23.
- 9) 前掲 8)
- 10) 前掲 1)
- 11) 遠藤康恵. 再発造血器がん患者のレジリエンス. 川崎医療福祉学会誌. 2024, Vol34, NO. 1 89 - 98.
- 12) 森下純子他. 化学療法を受ける切除不能の進行性肝胆膵がん患者の健康関連QOLおよび心理的適応の推移. がん看護. 2023, 28 巻, 1 号, 87 - 97.
- 13) 庄司麻美他. 外来化学療法を受けるがん患者の治療・療養生活の認識と実態. 高知女子大学看護学会誌. 2015, Vol41, NO. 1, 86 - 96.

参考文献

- 1) 塚原琢馬. 老年期の最適発達とその支援. - 老年期の発達特性に対する臨床発達支援と地域支援の在り方 -. 実践女子大学 生活科学部紀要第 51 号. 47 - 55, 2014.
- 2) 有田由美他. 外来化学療法を継続している切除不能進行再発大腸がん高齢患者が体験している困難及び対処. 大阪薬科大学看護研究雑誌. 2024, 14, 19 - 32.
- 3) 大鵬製薬. アブラキササン[®]. 2025.
<https://www.taiho.co.jp/medical/brand/abraxane/stomach/results/index02.html> (参照 2025 - 3 - 11)

初回がん薬物療法を受けるAYA世代患者のセルフケア獲得に向けた支援
～情報提供のあり方とAYA世代の特徴を捉えた看護介入について～

がん薬物療法看護分野 濱崎 瑚那美

はじめに

がん薬物療法を受ける患者は、診断から治療開始までの短期間で多職種から治療方針や薬剤の有害事象について説明を受ける。特に造血器腫瘍は進行の速さから、診断を受けて治療が開始されるまでの猶予が短く、疾患や治療についての理解が十分に追いついていない状態で治療が開始されることも少なくない。一方で、造血器腫瘍のなかでも急性骨髄性白血病、急性リンパ性白血病、Hodgkinリンパ腫、非Hodgkinリンパ腫(中・高悪性度)などは薬物療法に対し高感受性であるため完全治癒が目指せる。そのため治療強度を保つことに重点が置かれる¹⁾とされている。有害事象が強く出ることが多く、患者自身のセルフケアによって有害事象を予防・軽減していくことが、治療を継続していくために重要であると考えられる。

今回受け持ったA氏は、原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫(primary mediastinal large B-cell lymphoma: PMBCL)と診断され、初回のDA-EPOCH-R療法を受ける患者であった。PMBCLは、悪性リンパ腫のなかでも0.35%と稀な病型であり、発症は30歳代の女性に多いとされている。治療については、DA-EPOCH-R療法の第Ⅱ相試験において、5年無イベント生存率93%、5年全生存率97%と報告され、治療の有効性が示されている。そのため、治療を完遂するためにセルフケアの獲得が重要であると考えられる。また、A氏は思春期・若年成人(Adolescent and Young Adult: AYA)世代に該当する。AYA世代は、多くの人にとって親から自立したり、生活の中心が家族や学校から社会での活動に移行したりしていくなど、大きな転換期を迎える時期²⁾とされている。本来ならば自立した生活を送るはずが、罹患により家族からの支援を受けなければならぬ状況であり、家族へ負担をかけていることに対する申し訳なさや、過剰に心配しないでほしいという思いを抱いていた。A氏ができるだけ自立した生活を送れるよう、セルフケア獲得に向けた支援が必要と考え介入した。事例を通して、初回がん薬物療法を受ける患者へのセルフケア獲得に向けた情報提供のあり方と、AYA世代がん患者の特徴を捉えた看護介入について考察したため、ここに報告する。

I. 事例紹介

1. 患者: A氏 30歳代 女性
2. 診断名: 原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫(高悪性度のB細胞リンパ腫)
遺伝子変異: Bcl-2(+), Bcl-6(+), C-MYC陽性(40%)

3. 患者背景

1) 現病歴

X年8月に職場健診で左肺門縦隔腫瘤を指摘され、がん専門病院を受診した。その際、自覚症状は無かった。胸部CT検査で前縦隔腫瘤の所見があり、9月にエコーガイド下前縦隔腫瘍生検を受けた。検査の結果、Ann Arbor分類Ⅰ期のPMBCLと診断された。10月に骨髄検査を受け、骨髄浸潤の所見が無いことが確認されている。

2) 受け持つまでの経過

治癒を目的として一次治療にDA-EPOCH-R療法が選択され、血液内科病棟へ入院となった。入院2日目から受け持ちを開始した。

3) レジメン

DA-EPOCH-R療法では、リツキシマブ(リツキサン[®])、エトポシド(ラステット[®])、ビンクリスチン(オンコビン[®])、ドキソルビシン(アドリアシン[®])、シクロホスファミド(エンドキサン[®])、注射用プレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム(プレドニン[®])の6剤が使用される。投与スケジュールと1コース目の投与量を表1に示す。21日を1コースとし、治療回数は6コースの予定となっている。各コースにおける好中球数あるいは血小板数の最低値に基づいて、次コースのラステット[®]、アドリアシン[®]、エンドキサン[®]の投与量が調整される。

表1. DA-EPOCH-R療法投与スケジュールおよび1コース目投与量

	Day1	Day2	Day3	Day4	Day5	Day6
リツキサン [®] 375 mg/m ² 点滴静注	↓					
ラステット [®] 50 mg/m ² /day 24時間持続点滴静注		↓	↓	↓	↓	
オンコビン [®] 0.4 mg/m ² /day 24時間持続点滴静注		↓	↓	↓	↓	
アドリアシン [®] 10 mg/m ² /day 24時間持続点滴静注		↓	↓	↓	↓	
エンドキサン [®] 750 mg/m ² 点滴静注(2時間以上)						↓
プレドニン [®] 60 mg/m ² /day 1日2回 経口または静注		↓	↓	↓	↓	↓

また、Day1には中枢神経浸潤の予防目的に、シタラビン(キロサイド[®])40 mg、メトトレキサート(メソトレキセート[®])15 mg、プレドニン[®]10 mgの髄腔内投与が施行された。

4) 家族背景

60歳代の両親、30歳代の妹と同居している。母親はA氏の発病後、療養の世話に専念するため退職している。

5) 職業

ホテル従業員だったが、発病を機に職場の都合上退職している。治療が終了した際には、復職を相談できることになっている。

II. 看護の実際

1. アセスメント

A氏の治療目的は治癒であり、治療をスケジュール通り完遂することが重要であると考えられる。そのためには、患者自身のセルフケアによる有害事象の予防や軽減が求められる。DA-EPOCH-R療法の有害事象としては、脱毛、末梢神経障害、悪心、倦怠感などが予測される。また、初回治療における有害事象として、Grade3または4の血液毒性出現リスクは97.5%とされている。A氏は今回初めて抗がん薬治療を受け、骨髄抑制時期を自宅で療養することになる。感染症に罹患してしまうと、その間抗がん薬治療が中断され、治療強度を維持できなくなる場合もある。そのた

め、適切な感染予防行動の獲得と、発熱時など体調悪化時の対応について理解することが必要であると考えた。その他の有害事象としては、便秘の出現が予想される。便秘は抗がん薬だけでなく、制吐薬や生活環境の変化など、複数の要因が影響すると考える。退院後も継続して排便状況を観察し、便秘出現時の対応方法を習得できるよう介入していく必要があると考えた。

A氏と関わるなかで、病気の罹患により家族へ負担をかけていることに対する申し訳なさや、過剰に心配しないでほしいという想いを抱いていることが分かった。A氏はAYA世代であり、本来であれば親から自立している時期に頼らざるをえない状況に陥ることによって、「自律性」や「関係性」のスピリチュアルペインを生じていると考えた。患者自身が有害事象へのセルフケアを獲得し、退院後も可能な限り自立した生活を維持できることが、自己効力感を高めスピリチュアルペインを軽減することに繋がるのではないかと考えた。

心理面では、初めての入院治療や薬物療法ということから、どのような検査や処置が行われるのかということや、どの有害事象がどのように・どの程度出現するのかということについて不安の表出があった。不安の持続は抑うつや治療意欲の低下に繋がる可能性がある。患者の不安に応じた対応を行い、今後の治療も意欲的に望めるよう不安の軽減に向けて介入していく必要があると考えた。

2. 看護上の問題

#1 がん薬物療法に伴う好中球減少による感染リスク

#2 がん薬物療法に伴う便秘出現のリスク

3. 看護目標

#1-1 がん薬物療法を受けるうえでの、感染予防の必要性が理解できる。

#1-2 退院後の感染予防行動について理解できる。

#2-1 治療の副作用により便秘が出現するリスクを理解できる。

#2-2 治療後の排便状況に応じた対処方法を理解できる。

4. 看護の実際

<治療の理解度と気がかりの聴取>

A氏は外来で診断を受け、治療のスケジュールや予測される有害事象について説明されていた。入院するまでの間にも、自身で疾患や治療について情報収集を行っていた。また、入院後には、病棟看護師から化学療法を受ける患者へのパンフレットに沿って一通りの有害事象について説明を受けていた。そこで、A氏と一緒にパンフレットを見ながら、有害事象の理解度や特に気がかりな有害事象について確認した。概ね説明を受けた内容について理解していたが、退院後の生活をイメージできていない部分もあった。また、A氏に気がかりな有害事象について確認していくなかで一番多く話題に挙げたのが、感染についての内容であった。

<感染予防、便秘に対するセルフケア獲得に向けた介入>

A氏から骨髄抑制期の食事について、「自分でもいろいろ調べてみたんですけど、ご飯も何を食べて良くて何を食べたら駄目なのか、見る情報によって違うから分からなくなる。どうなんですかね。」という発言があった。A氏は自身でも疾患や治療について情報を収集しているが、様々な情報があることで混乱してしまうため、情報を整理しながら説明していく必要があると考えた。病棟看護師へ情報提供方法を確認し、病棟で使用している食事についてのパンフレットを使用して説明を行った。A氏からは、「これは凄く詳しく書かれているから分かりやすいですね。母親もご飯のことを凄く気にしていたので助かります。」という発言があった。退院指導

については症例カンファレンスを開催し、A氏の年齢や性格などの特徴に合わせた指導内容や、指導における注意点などについて病棟看護師と確認した。そのなかで、陰部や肛門部の保清と異常時の報告も重要であるという意見や、AYA世代であり交友関係等に伴う活動状況を踏まえた感染予防行動の指導が必要であるという意見を得た。その内容を取り入れながら感染予防についての退院指導を実施した。A氏は血液検査結果の正常や異常については知識が不足している状態であった。感染予防行動を適切に実施するためにも、自身の血液検査結果から正常や異常を判断できるようになる必要があると考えた。そこで、院内で作成されている検査結果についての患者用パンフレットを使用し、患者の血液検査結果を参照しながら、白血球、好中球、赤血球、ヘモグロビン量、血小板の基準値や減少してくる時期について説明した。また、骨髄抑制時期の生活における注意点を指導した。自宅でも毎日体温を測定し体調を確認していくことが重要であると伝えた。A氏に普段の行動範囲や外出頻度についても確認したところ、元々外出頻度は低いということであった。外来での血液検査結果も確認しながら、感染予防行動を行い活動していくよう説明した。指導後A氏からは、「ちょうど家に帰ってる時が(血球)下がってるんですよ。なにも起きないと良いんですけど。ただでさえこの病気なのに、熱とかが出て体がきつくなったりするのは嫌ですね。今の治療も、血液検査でどのくらい下がるかで次の薬の量を増やしたり減らしたりするって説明聞きました。このくらい下がった時には気を付けるって感じで良いですね。ご飯のことも心配だったので、採血が下がった時には気を付けます。」という発言があり、説明内容を理解した様子であった。退院後の初回外来では、診察に同席し自宅での状況について確認した。A氏は自宅でも毎日体温測定を継続し、外出時には携帯用のアルコール消毒も活用するなど、適切に感染予防行動を実施できていた。その点について実施できていることを認め、今後も継続するよう伝えた。血液検査結果についても一緒に確認したところ、A氏からは血球数が正常値であることを理解する発言があった。

便秘については、A氏は元々便秘症状を経験したことがほとんど無く、入院後も毎日普通便の排泄があった。しかし、DA-EPOCH-R療法4日目に1日排便が無く、腹部膨満や悪心症状は無いものの、腸蠕動が低下していた。A氏からは「便秘になりやすいって言われていたけど、これかって感じです。」という発言があり、排便が無いことがA氏の気がかりとなった。A氏は入院後から意識的に1日2L程度飲水をしていた。また、治療開始時に予防的に処方されていた酸化マグネシウム(酸化マグネシウム)を、治療開始5日目から毎食後に1錠ずつ内服している。病棟看護師からは1回2錠まで増量可能であることが説明されていた。また、離床回数を増やすよう指導がされ、病棟内歩行を実施していた。A氏に対しては、日中の活動量を増やす取り組みや飲水量を維持していることを認め、継続を促した。また、腹部マッサージを提案した。緩下剤については、酸化マグネシウムを増量内服しても排便が無い場合、大腸刺激性下剤を使用してみることを提案した。翌日には、A氏から排便があったという報告を受けた。酸化マグネシウムは増量しておらず、便性状はブリストルスケール3(やや硬い便)程度であった。そのため、酸化マグネシウムを1回2錠に増量して内服することも提案した。また、便秘症状は抗がん薬投与後3~10日がピークとされていることを伝えた。退院後に酸化マグネシウムの内服を継続し便が軟化してくる場合は、錠数や内服回数を減らすなど調整していくよう指導した。治療前に説明されていた有害事象に関するパンフレットを再度見直し、便秘の予防や改善のために食物繊維の多い食品の摂取が望ましいことを伝えた。A氏からは、「やっぱりお水は飲んだ方が良いですね。散歩もいっぱいします。下剤は便の硬さによって1回抜いたりし

て調整するんですね。わかりました。」という発言があり、緩下剤の調整について理解した様子であった。退院後の初回外来時には、自宅での排便状況について確認した。酸化マグネシウムを内服しなかった日には排便が無く、翌日は朝昼各1錠、夕に2錠を内服し普通便の排泄があったとの情報があった。A氏自身で緩下剤調整の方法を検討しており、それを認める声掛けを行った。倦怠感の症状があり活動量は低下していたため、体調をみながら無理のない範囲で散歩をするなど、少しずつ日中の活動を増やすよう説明した。2回目の外来診察時には、「便は酸化マグネシウムを毎食後1錠ずつ飲んで、2日に1回普通の便が出る状態に落ち着いている感です。ご飯も食べられてます。まだ散歩とかはできてないんですけど、そろそろ行きたいですね。」という発言があり、腹部膨満感や残便感なく経過していた。A氏は退院後も適切な感染予防行動や緩下剤の調整を実施できており、有害事象の予防や症状軽減のためのセルフケアを獲得できた。

<初回治療に対する思い>

A氏は、初めてがん薬物療法を受けることになり入院時から不安の訴えがあった。自分自身の性格を心配性と捉えており、治療開始前には「副作用も、人によってどれが出るとか、どのくらい出るとかが違うんですね。よく分からないっていう状況が不安になるので、教えてもらったりした方が安心します。」という発言があった。そのため、副作用の説明の際にはA氏がイメージしやすいようなるべく具体的な症状を伝えるように心がけた。また、薬剤の初回投与時などにはしばらくはA氏の傍につき添い、話をしながら症状観察を行うことで不安の軽減に努めた。A氏との会話のなかでは、「親に負担をかけてしまうのは申し訳ないと思う。でも、今経済的には問題ないです。」という発言や、「母親が一人で高速で面会に来るのが心配で。普段高速乗らない人なので。あんまり心配されるのも嫌ですよ。」といった発言があり、家族へ負担をかけることへの申し訳なさや、心配する気持ちを抱えていることが分かった。退院指導を行った際には、「家に帰ると母親の心配が増すと思うので、あんまり心配されすぎののもちよつと嫌ですね。」という発言があり、A氏の思いを傾聴した。退院日には、A氏から「最初はどんな治療をするのかも分からなくて不安だったんですけど、今回一通り治療の流れも分かったし、管(中心静脈カテーテル)入れる時とか抜く時、腰の注射(髄腔内投与)がどのくらい痛いかとか、色々分かりました。次の治療も頑張れそうです。」と、次回の治療に関して前向きな発言があった。

III. 考察

1. 初回治療におけるセルフケア獲得に向けた情報提供のあり方について

DA-EPOCH-R療法は多剤併用療法であり、複数の有害事象が出現する可能性がある。初回治療を受ける患者は、1週間から10日前後と短い入院期間のなかで初めての処置や薬剤投与を経験しながら、医師や薬剤師、病棟看護師から治療や有害事象についての説明を受けている。A氏の治療に対する理解度と気がかりを聴取した際、本人が調べた情報や医療者からの説明内容を踏まえると、感染予防の知識についてのニーズがあることが明確になった。また、治療中に便秘症状が出現し、排便コントロールについてもニーズが高まった。そこで、感染予防と排便コントロールに関する内容に焦点を当てて情報提供を行った。足利は、がん薬物療法におけるセルフケア支援のポイントの1つとして【看護アセスメントと患者の気がかりをすりあわせ、セルフケアの優先順位を決める】ことを挙げており、患者が自分に対して看護が行なわれていると感じるためには、一般的な

看護のうえに、患者個別の看護を付加しなければならない。このオプションは、個別的な看護アセスメントから見出すことができる。個別的なアセスメントを行なうことで、一般的とされる患者の問題が、ほんとうにこの患者の問題であるのか、この患者にとっての優先順位の高い問題は何かといったことが明らかにされる³⁾と述べている。A氏が気がかりとしている有害事象に焦点を当てて優先順位を考え情報を提供したことで、A氏はより自分に必要な情報として説明内容を捉え、理解が深まったのではないかと考える。また、飯野らは、薬物療法を受けるがん患者のセルフケアを促進するための動機となる要素の一つに【有効な情報の獲得】を挙げており、事前に予測される副作用の種類、時期などが把握でき予期的準備を促進させたなど現実認知を促し、不安を緩和する情報は、セルフケア行動の動機として重要な要素である⁴⁾と述べている。A氏はこれまでがん薬物療法を経験したことがなく、有害事象や対処方法についてもイメージがついていない状況であった。A氏の心配性である性格や「よく分からないという状況が不安になる」という思いを捉え、有害事象や対処方法を説明する際にはできるだけ具体的に伝えたことにより、不安の軽減に繋がったと考える。退院指導前に症例カンファレンスで指導内容を検討したことも、造血器腫瘍特有の注意すべき点や病棟看護師が重要と考えている点、AYA世代の交友関係等に伴う活動状況を踏まえた指導の重要性について確認することができ、より具体的な説明を行う一助となった。A氏は情報を得たことで有害事象出現時の対応や自宅での対処方法をイメージすることができ、不安の緩和に繋がったことで、セルフケア行動を獲得できたと考える。情報提供の方法としては、病棟で使用しているパンフレットを基にして実施し、不足している点について追加で説明することで、情報源の統一と情報の整理ができたのではないかと考える。DA-EPOCH-R療法は6コース予定されており、A氏は今後も当該病棟で入院し治療を受けることとなっている。そのため、既存の資料を使用することで今後の治療でも統一した指導を受けられると考える。

介入のなかで、A氏が実行できたセルフケアに関しては、できていることを認める声掛けを行った。飯野らは、薬物療法を受けるがん患者のセルフケアを促進するための動機となる要素として、【他者強化】、【自己強化】も挙げている。【他者強化】とは第三者から行為を肯定や保証されたりすることを指し、【自己強化】とは自分の考えや行為に対して自分自身で肯定したり保証したりしたことを指す。不確かさの多い薬物療法を受けるがん患者のセルフケアには強化されることが重要な要素である⁵⁾と述べている。A氏が自身で判断したことや実行したことを医療者が肯定することは他者強化となり、A氏の効力感を高めセルフケアの獲得に繋がったと考える。しかし、今回の介入では患者が実施したセルフケアを口頭でのみ確認しており、退院後の副作用記録用紙などは使用しなかった。A氏は今回初回治療であり、実際にどの有害事象がどの程度出現するのか不明確な状況であった。在宅療養時の有害事象やセルフケアを可視化し、医療者と患者が共に評価できるような介入も必要だったのではないかと振り返る。患者が在宅療養時に実行したセルフケアについて医療者と共に評価できるツールを用いることで、他者強化だけでなく自己強化にも繋がるフィードバックができるのではないかと考える。清水は、現代の若年世代がん患者は、インターネットを利用して自ら医学や健康に関する情報を得ることが多い。医学情報を適切に評価するリテラシーが不足しているため混乱や不安に陥ることも少なくないが、患者支援や患者教育のツールとしてうまく利用していくことを考えていかねばならない⁶⁾と述べている。副作用記録のツールとしてアプリケーションを利用するなど、AYA世代の特徴を考慮し継続可能なセルフモニタリング方法を検討することも必要であると考えられる。また、セルフケア獲得に向けて情報提供するうえでも、患者自身でどの程度情報を得ているのか、得た情報が正確であるか、どのような情報が不足しているのか等を評

価していくことが重要である。

以上から、初回がん薬物療法におけるセルフケア獲得に向けた情報提供のあり方としては、患者の治療に対する理解度と気がかりを確認しながら情報提供の優先順位を決定し、日常生活での実践に繋がる具体的な情報提供を行うこと、治療期間を通して医療者と患者が情報を共通認識できる資材の活用が重要である。有害事象やセルフケアを可視化し、医療者と患者が共に評価できる副作用記録などの活用も有用であると考ええる。

2. AYA世代がん患者の特徴を捉えた看護実践について

A氏は、AYA世代の中でも若年成人(20~30歳代[Young Adult : YA])世代に該当する。榎場は、YA世代は、周囲の思いを敏感に察する力に長けている。察するがゆえに、自らの思いの核心をあえて言語化しない患者は多い⁷⁾と述べている。今回の介入では、A氏の治療に対する不安を軽減するため、毎日訪室しコミュニケーションを取りながら日々不安な点などを確認し対応するようにした。また、初回抗がん薬投与時や新たな処置を行うタイミングなど、可能な限り付き添い不安の軽減に努めた。そのような介入が、なにかあった時でも医療者が対応してくれるという安心感に繋がり、患者との信頼関係を構築できたのではないかと考える。患者と信頼関係を築くことで、A氏が抱いていた家族へ負担をかけていることに対する申し訳なさや、過剰に心配してほしくないという思いの表出に至ったと考える。今回、A氏にとってのがん薬物療法は治癒を目的とした治療であり、治療強度を維持していくためにも有害事象を最小限に抑えるセルフケアの獲得は重要である。しかし、それだけでなくセルフケアを獲得し有害事象を最小限に抑えることは、患者が自立した生活を維持するためにも重要であり、罹患により家族に頼らざるを得ない状況のなかで自己効力感を保つことに繋がると考える。患者の治療目的だけでなく、AYA世代がん患者の生活や家族背景、価値観を理解することや、患者の思いを踏まえて看護介入の方向性を検討していくことが重要であるということを、A氏との関わりから学ぶことができた。今回A氏の思いを確認することができた理由としては、上記で述べた信頼関係の構築に加えて、実習で一患者に向き合う時間が十分にあり、関わりの中でA氏の性格や医療者とのコミュニケーションの取り方などの特徴を捉えることができたからではないかと推察する。実臨床では、時間のゆとりが無く患者が思いを表出するまでの関わりができていないこともある。また、AYA世代の患者は症状による苦痛に伴い感情表出が少なくなったり、医療者に対して易怒的になったりと、コミュニケーションを取ることが難しい症例もある。患者の苦痛をできる限り緩和していくためには症状マネジメントが重要であり、がん薬物療法看護認定看護師として積極的に介入していくことが求められるのではないかと考える。また、榎場は、個々の医療者が患者に「聴こう(訊こう)」とすると、医療者からも患者に圧がかかる状況が生まれる。YA世代の患者は、医療スタッフの立場や役割の違いを敏感に察し把握し、それに合わせて関係性を築こうとする。それゆえ、多職種の間を通じた「“その人”への理解」が、チームの中で統合され、共有されていくことが大切になる⁸⁾と述べている。患者との関わりで医療者それぞれが聴取した思いを共有していくために、看護記録へ記載したり、必要に応じてチームや多職種でのカンファレンスを開催したりしていくことが必要であると考ええる。そのような看護実践を継続していくことが今後の課題である。

A氏は入院中、「家に帰ると母親の心配が増すと思うので、あんまり心配されすぎるのもちょっと嫌ですね。」と話していた。退院後、A氏の外来診察に同席する機会を得られたが、A氏・母親と個別に話を聴くことができず、退院後の母親を含めた家族との関係性については確認できなかった。AYA世代がんサポートガイドでは、AYA世代は自分の価値観を確立し、治療選択や生活に

ついて自ら意思決定しようとする時期である。それゆえ、親に心配をかけまいと感情表出が少なくなり、患者・家族間のコミュニケーションが困難となることがある⁹⁾と記されている。今回の場合、外来面談時にA氏と母親から個別に自宅での様子や退院後の思いなどを確認する必要もあったのではないかと振り返る。患者が治療を継続するにあたって、支えとなる家族との関係性は重要である。患者・家族が抱えている思いをお互いが共有し治療を継続していくために、思いを表出する場の調整や、患者の状況に応じてより専門的なサポート介入の必要性をアセスメントし繋いでいくことが今後の課題として挙げられる。

以上から、AYA世代がん患者の特徴を捉えた看護実践には、患者の治療目的や日常生活の状況、家族背景、価値観を理解し、患者の思いを確認することが重要であると考え。また、AYA世代がん患者の心理的特徴を踏まえて、看護記録やカンファレンスを活用し患者の思いを医療チーム全体で共有していかなければならない。患者が思いを表出する場の調整や、必要時の専門的なサポートとの連携も重要な介入であると考え。

おわりに

初回治療を受ける患者は、短期間で治療や有害事象についての情報を医療者から提供されたり、自身で調べたりしている。患者が得た情報の正確さや理解度、患者の気がかりを確認しながら優先して提供すべき情報をアセスメントし、イメージに繋がるような具体的な情報提供を行うことが、患者のセルフケア獲得のために重要な支援になる。また、患者の特徴を考慮して継続可能なセルフモニタリングの方法を検討し、医療者と患者で共に確認していくことが必要であると考え。

今回AYA世代の患者を受け持ち、治療目的や生活状況、家族背景、価値観の理解や、患者の思いを踏まえた看護介入の方向性の検討が重要であるということ強く認識した。AYA世代がん患者は、察するがゆえに自らの思いの核心をあえて言語化しないことや、医療者各々に合わせて関係性を築こうとするという心理的特徴があり、それゆえに、患者の思いを医療チーム全体で共有することが重要であると学んだ。患者の思いを確認し、看護記録やカンファレンスなどを活用して医療者で共有していく看護実践の継続が、今後の私自身の課題である。

謝辞

今回臨地実習で多くの学びを与えていただいたA氏をはじめ、温かいご指導をいただきました実習指導者の皆様、並びに病棟・外来スタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 横山和樹. “がん薬物療法の基本概念”. がん診療レジデントマニュアル. 国立がん研究センター内科レジデント編. 第9版, 東京, 医学書院, 2022, 20.
- 2) 国立がん研究センター. “AYA世代のがんについて～15歳から30歳代でがんと診断された人へ～”. がん情報サービス. 2023-3-10, https://ganjoho.jp/public/life_stage/aya/about.html, (参照 2025-3-9).
- 3) 足利幸乃. がん化学療法におけるセルフケア支援のポイント. 看護学雑誌. 2003, 67(11), 1054-1059.
- 4) 飯野京子, 小松浩子. 化学療法を受けるがん患者の効果的なセルフケア行動を促進する要素の分析. 日本がん看護学会誌. 2002, 16(2). 68-78.

- 5) 前掲 4)
- 6) 清水千佳子. 若年成人がん患者の支援. 癌と化学療法. 2017, 44(1), 24-27.
- 7) 柳場美穂. 若年成人がん患者の闘病のプロセスを共に歩むーYA世代の心理社会的特徴とアプローチ. 緩和ケア. 2015, 25(6), 470-476.
- 8) 前掲 7)
- 9) 富岡晶子. “各論 12 親・きょうだいの支援”. 医療従事者が知っておきたいAYA世代がんサポートガイド. 東京, 金原出版, 2018, 102-103.

参考文献

- 1) MSD 製薬. “原発性縦隔大細胞型 B 細胞リンパ腫 (PMBCL) について知る”. がんを生きる. 2025. <https://www.msdoncology.jp/pmbcl/about/#anchor1> (参照 2025 - 2 - 28)
- 2) 日本血液学会. 造血器腫瘍診療ガイドライン. 第 3.1 版, 2024. http://www.jshem.or.jp/gui-hemali/2_5.html#soron (参照 2025 - 2 - 28)
- 3) 飛内賢正, 木下朝博, 塚崎邦弘. 悪性リンパ腫治療マニュアル. 永井宏和, 山口素子, 丸山大編. 第 5 版, 東京, 南江堂, 2020.