

リンパ浮腫にならない ための18の原則

1. どんな症状も見逃さない・・・上腕、前腕、指、胸壁
2. 患側では注射や採血をしてはいけません
3. 血圧も非患側で、もし両側なら足で血圧を測りましょう
4. 患側の腕や手は弱酸性のクリームやローションで保湿しましょう
5. 患側はカー杯 かつ同じような動作をすることを避けましょう
6. 患側で重いものをもつのは避け、肩にかけるのも避けましょう
7. 患側の指又は腕にきつい宝石や弾性バンドはしないようにしましょう
8. お風呂に入るときや食器を洗うときに、急激な温度変化に気をつけましょう
9. 怪我をしないようにしましょう
10. 家事や庭いじりの時は、必ず手袋をしましょう
11. ネーリングするときは爪床を傷つけないように
12. 運動は大事ですが、やり過ぎは行けません。水泳や、散歩、自転車などは推奨されますが、痛みが出たら止めましょう
13. 飛行機で旅行するときは少しきつめの袖のもの又は弾性包帯を使用し、水分をたくさん取りましょう。
14. 下着は軽いものを身につけましょう(特に乳房の大きい人は)
15. 脇毛の処理には、電気カミソリを使用しましょう
16. もうリンパ浮腫をお持ちの人は、普段から弾性包帯や、ぴったりした袖の服を着ましょう。
17. もし患側に痛みや、発熱、発赤、かゆみを感じたらすぐに病院を受診しましょう
18. 標準体重を維持して、禁酒、禁煙しましょう。

リンパ浮腫のための 複合的理学療法

複合的理学療法とは4つの療法から成り立っています

1. スキンケア

患側の皮膚を清潔に保ち、保湿します。このことによりリンパ浮腫からリンパ管炎になることを防ぎます。またローションを塗布することにより自身の皮膚の状態を確認し、皮膚のマッサージにもなります。

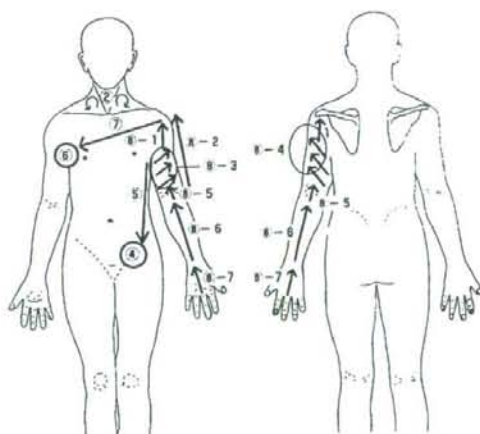
2. 自己マッサージ

ゆっくり、あまり圧力をかけずリンパ流を誘導します。
化学療法センターにビデオがありますので見てください。

上肢のセルフマッサージ

- ①～③は下肢に同じ。
- ④浮腫側の足のつけ根(リンパ節)に手を当て回す20回
- ⑤浮腫側の腋の下から体側を通り、足のつけ根まで軽くさする10回
- ⑥健側の腋の下に手を当て回す20回
- ⑦浮腫側の肩から前胸部を通り、健側の腋の下まで軽くさする10回
- ⑧浮腫のある上肢のマッサージ(軽くさする)各5～10回

- 1.肩の前・後面を上に向かって
 - 2.上腕の外側を肘から肩まで上に向かって
 - 3.上腕の前面を内側から、外側の上に向かって
 - 4.上腕の後面を内側から、外側の上に向かって
 - 5.肘の内面(くぼみ)を上に向かって10回、次に肘を一ヒに向かへ
 - 6.前腕(前・後面)を手首から肘まで、上に向かって
 - 7.手(手背・手掌)、指を上に向かって
- ⑨手指までマッサージしてきた順を逆に④まで、戻りながらマッサージをする



3. 弾性包帯などによる圧迫

間歇的空気圧迫法に特化した医療器具もありますが、まず弾性包帯などを使って、行いましょう。化学療法センターの血圧計で20～30mmHgの圧力を体験していただき、そのぐらいの締め付ける力で、弾性包帯を指先から順に巻いてみましょう。

4. 運動

大きな筋肉を動かして、体の筋肉のポンプ機能を用いてリンパ流を良くすることを目標としています。別ページの運動の基準を参考にしてください。

化学療法を受けた患者さん
の筋肉を落とさないための
運動

この運動してはいけない条件

ヘモグロビン 7.5g/dl以下、血小板5万/ μ l以下、白血球3000以下
骨折が予期される骨転移
血管、脊髄の圧迫所見
疼痛、呼吸困難、運動制限を伴う、胸水、腹水貯留
意識障害、頭蓋内圧亢進症状(脳転移有り)
低、高カルシウム血症、低ナトリウム血症、低、高カリウム血症
起立性低血圧、高血圧(160/100mmHg以上)
110/分以上の頻脈、心室性不整脈

レベル1は日常生活に支障がない程度

レベル2は歩行や移動は出来ないが立位保持は可能な程度

レベル3は坐位が取れる人

レベル1

運動は下記の4つから選択するが、なるべく大きな筋肉を意図的に動かす事を目標とする

1. 急ぎ足の散歩
2. ジョギング
3. 歩く方が多い水泳
4. 自転車こぎ

すべて20~30分、週に3回行う

レベル2

意図的に大きな筋肉を動かすが、体の移動を伴わない。下記の2つより選択、又は交互に行う。

1. ラジオ体操 朝、晩2回 毎日
2. スクワット(しゃがむまで行わない程度で20回)
カーフレイズ(爪先立ち 20回)
股関節内転・外転(横歩きを20歩左右ずつ)

20回が1セットで1日3セット

レベル3

姿勢: 座位

膝の伸展(膝を片側ずつ交互に伸ばす)
足関節底屈・背屈(足関節を片側ずつ交互に曲げたり、伸ばしたり)

姿勢: 臥位

ブリッジ(仰臥位で殿部挙上の繰り返し)

下肢伸展挙上運動(仰臥位で片側ずつ交互に10度程度下肢伸展挙上する)

すべて出来る範囲で息切れがしない程度、1日2回

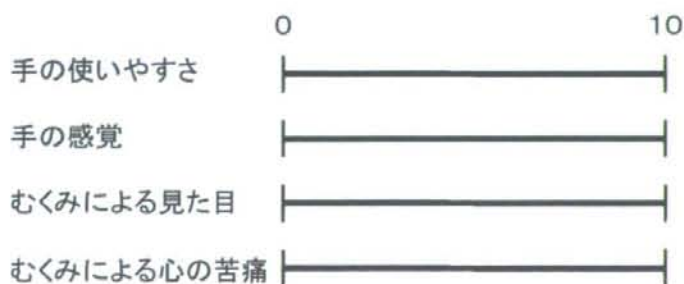
ADLの自己評価

外来にお越しの際にこれを記入指定して、提出してください

食事	0	5	10	
清拭	0	5	10	
整容	0	5	10	
更衣	0	5	10	
排便コントロール	0	5	10	
排尿コントロール	0	5	10	
トイレ動作	0	5	10	
移乗動作	0	5	10	15
移動	0	5	10	15
階段	0	5	10	

総得点 _____

リンパ浮腫の自己評価



厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

分担研究報告書

がんの理学療法に関わる研究

研究分担者 齊藤秀之 筑波記念病院リハビリテーション部部长
研究協力者 三浦裕司 帝京大学医学部第三内科学講座助手
研究協力者 高井真希子 帝京大学ちば総合医療センターリハビリテーション部

研究要旨

高齢がん患者に対する理学療法の後方視的解析から、Functional Independence Measures は高齢がん患者におけるリハビリテーションの効果を客観的に示す指標になることが示唆された。さらに Wii® を用いたがんリハビリテーションを臨床試験として行う事により、ソフト・ハードの両面で日本からの発信となり得る可能性がある。

A. 研究目的・背景

欧米では 1970 年代からがん治療における医学的リハビリテーションが体系的・系統的に進められた。一方、我が国ではその対応は遅れており、積極的な取り組みが必要とされている。2008 年 4 月から開始された地域医療計画における 4 疾病の 1 つにがんが位置づけられ、各都道府県においてがん拠点病院の指定整備が進みつつある。しかしながら、これらの拠点病院における専門的なリハビリテーション機能についての評価は不十分と思われる。がん種と重症度によって、その方法論が異なるため、昨年度は血液がん患者に対する理学療法の現状の調査を行った。

また、抗がん剤治療中の患者に対する理学療法は日常生活機能(ADL)保持だけでなく、生活の質(QOL)の面からも有用と思われるが、高齢がん患者に対する抗がん剤治療にお

いては治療関連合併症が多く、その有効性・安全性について十分には確立されていない。また、急性白血病など治療強度が強く、白血球減少に伴う感染リスクの高いがん腫では、個室隔離などの対策が必要となる。しかしながら、それらの行動制限が精神、身体機能の低下を惹起し、治療関連合併症の増加につながっている。このように、身体・精神機能の維持の重要性、すなわち医学的リハビリテーションの重要性は理解されているが、より有効な方法は確立されていない。さらに、高齢がん患者において、抗がん剤治療中に無理に運動を行っても、それがさらなる負担となり、患者自身のモチベーションを保つことが困難である場合が多い。そこで、新たながん理学療法の手法の確立が必要と考えられた。近年、脳梗塞などに対して市販の video game である Wii® を用いたりリハビリテーションの有効

性についての研究が行われている。しかしながら、がん患者に対する Wii®を用いたリハビリテーションに関する先行研究は皆無である。

そこで、前年度までの研究結果を踏まえ、がん患者の入院治療中に身体・精神機能を維持し、かつ「楽しみながら」治療継続するために、Wii®を使用したリハビリテーション（理学療法）を考案し、その安全性と有効性を評価することを目的とした臨床試験を計画した。

以上より、固形がんに対する理学療法の現状の調査・研究と、がんに対する新たな理学療法手法の確立を目的とした臨床研究を企画した。

B. 研究方法

1) がん患者における入院理学療法の機能的予後についての検討

筑波記念病院において 2006 年 6 月～2008 年 9 月の期間に入院で理学療法を実施されたがん患者を対象とした後方視的解析を行った。機能的予後は入退院時 Functional Independence Measures (FIM)とし、診療録、部内データベース等から患者特性、診療情報を抽出・検討した。

2) 高齢がん患者に対する Wii®を用いたリハビリテーション（理学療法）における安全性と有効性に関する臨床試験の企画

対象は、60 歳以上で、ECOG performance status 0-2、抗がん剤治療の目的で入院期間が1週間以上を見込まれる、主要臓器機能が十分に保持されている、本人から文書で参加同意が確認される、事である。主

要評価項目は、Wii®を使用したリハビリテーションの完遂率とした。文書による同意が得られた日から試験を開始し退院前日を終了日とした。「Wii fit®」の有酸素運動（フラフープ、踏み台リズム）を 15 分/日 1 日 1 回を、理学療法士、作業療法士の監視下で行う。個室管理が必要ない期間においては、リハビリテーション室で行い、個室管理が必要な期間については個室、またはそれに準拠する場所で行う。また、中止基準は；1) CTCAE v3.0 grade 4 の有害事象、2) 38℃以上の発熱、3) 患者が中止を申し出た場合。（「楽しんで行う」事に意味があり、もともと強制するべきものではないため）、4) その他、有害事象や状態の悪化で主治医が継続困難と判断した場合、5) 原疾患の増悪に伴い、患者適格基準から逸脱した場合、6) 患者死亡の場合、とした。

C. 結果

1) がん患者における入院理学療法の機能的予後についての検討

対象患者は 566 名(71.6±11.8 歳、男性 316 名、女性 250 名)であった。がん腫では、固形がん 348 名、非固形がん 218 名であり、固形がんでは大腸がん(99 名)ついで胃がん(98 名)が多かった。退院時転帰は、自宅退院 411 名(73%)、転院・転所 35 名(6%)、死亡退院 106 名(19%)であった。退院症例においては、入院時 FIM 96.7±28.2 点、退院時 FIM 109.5±23.1 点であり、FIM 効率(1 日当りの FIM 変化量)は 0.47±1.12 点/日であった。また、既介護保険認定者は 44 名、申請中が

20名であった。

2) 高齢がん患者に対する Wii®を用いたリハビリテーション（理学療法）における安全性と有効性に関する臨床試験の企画

上記に則り臨床試験計画書を作成し、帝京大学ちば総合医療センターと筑波記念病院の倫理審査委員会で本年3月に承認された。来年度4月から患者リクルートを行い7月までに登録を完遂する予定である。

D. 考察

抗がん剤治療中で、かつ介護が必要ながん患者は、原病の進行、抗がん剤の副作用、精神的な問題により、リハビリテーションの介入がない状態では ADL、QOL の低下が避けられない。しかしながら「がん」そのものが診療報酬上の適応疾患となっている場合は一部に限られており、厳密には実際に ADL が低下したのち「廃用症候群（脳血管障害に準ずる）」と診断された後にリハビリ介入が可能となる。高齢がん患者で抗がん剤治療を続けなければいけない場合、一度落ちた ADL を回復させるのは困難である。特定高齢者に介護予防運動が認められたのと同様に、高齢がん患者でも残された時間の QOL を高めるために ADL 保持が必要であり、まさに医療と介護の連携が必要であり、実践が求められている。しかし、がん患者における介護保険認定者・申請者は 64 名、約 1 割と推測される。今後、がん医療と介護の連携を深め適切なサービスを提供するには、医療者・患者双方の意識改革が必要と思われる。

高齢がん患者においては、通常、がんの

進行とともに ADL、QOL ともに低下する。身体機能の維持が必要と言われても、何らかの楽しみが見いだせなければモチベーションを引き出す事は困難であろう。Wii®は1つの手段として構想されたが、究極的には治療が困難であるがん患者の QOL とは一体何か、という哲学的な解決が必要かもしれない。

E. 結論

高齢同種造血幹細胞移植患者、および他のがん患者に対する理学療法の後方視的解析から、FIM は高齢がん患者におけるリハビリテーションの効果を客観的に示す指標になることが示唆された。さらに Wii®リハビリテーションを臨床試験として行う事により、ソフト・ハードの両面で日本からの発信となり得る可能性がある。

F 健康危険情報：なし

G. 研究発表

1. 論文発表：なし

2. 学会発表：

1) 齊藤秀之ら.COPD を有する胃癌手術症例に対する患者教育を経験して、第 12 回茨城県理学療法士学会、2008

2) 齊藤秀之ら.放射線化学療法期間中の直腸癌患者への介入～万歩計を脂溶した運動処方～、第 12 回茨城県理学療法士学会、2008

3) 齊藤秀之ら.肺癌、低酸素血症患者の理学療法を経験して～在宅酸素療法を導入せずに、自宅退院可能となった 1 症例～、第 12 回茨城県理学療法士学会、2008

4) 齊藤秀之ら.骨髄増殖性疾患に対して末梢

血幹細胞移植を実施した症例, 第 12 回茨城県
理学療法士学会、2008

5) 齊藤秀之ら, 末期癌患者の理学療法の経験
～自宅復帰に向けた他職種との連携～, 第 12
回茨城県理学療法士学会、2008

H. 知的財産権の出願・登録状況：なし

がん在宅医療・介護の研究

分担研究者 鞍馬 正江 筑波記念病院つくば血液病センター
分担研究者 久保谷 美代子 筑波記念病院つくば訪問看護ステーション
研究支援者 高橋 雅美 筑波記念病院つくば血液病センター
研究協力者 津坂 彼子 筑波記念病院つくば訪問看護ステーション

研究要旨

医療と介護を必要とする高齢がん患者が、長期にわたり生活の質を維持した在宅療養生活を送るために重要な点を明らかにするため、多発性骨髄腫の2事例を詳細に調査した。その結果、患者本人および家族の情報の蓄積が社会資源の迅速な導入を促進すること、医療のバックアップとしての訪問看護の重要性や、在宅療養生活による廃用を予防し日常生活動作を維持するためのリハビリテーションの重要性が明らかになった。

A. 研究目的

高齢社会を迎え、がんと共に生活する高齢者も増加している。血液がんである多発性骨髄腫は高齢者に多く、古典的な標準治療(MP療法)による生存期間は約2-4年とされる。一般に進行は緩徐で、治癒は稀だが病状が安定し、長期の在宅療養を継続できることも少なくない。本研究では、要介護認定を受け長期に在宅療養していた多発性骨髄腫の高齢患者2例を対象とし、医療と介護の両方を必要とする高齢がん患者が生活の質(QOL)を維持した生活を送るために何が必要かを検討した。

B. 研究方法

1) 対象

【事例A】A氏:発症時74歳、男性。多発性骨髄腫IgA型stageⅢA。共働きの息子夫婦、孫2人と同居。

【事例B】B氏:発症時67歳、女性。多発性骨髄腫IgG型stageⅢA。夫と2人暮らし。息子と娘はそれぞれ県外に在住。

2) 方法

診療記録、訪問看護記録から調査を行った。病状、要介護度の変化と社会資源という視点で経年的に分析した。

C. 研究結果

1) 病状、要介護度の変化と社会資源

(1) 【事例A】

A氏は、2004年、腰椎圧迫骨折入院時に多発性骨髄腫が判明し、専門医師のいるT病院に転院した。病名や病状については、家族の希望により、A氏にはがんという言葉が使われず、予後についても説明を受けなかった。病状、要介護度および社会資源の経年的変化を図1に示す(図1①-⑧は表1を参照)。

2004年3月よりMP療法が開始され、3コース後に退院したが、疼痛が増強、抑うつ症状も出現したため再入院となった。麻薬系鎮痛剤や抗うつ剤の使用で症状が改善、MP療法が5コースまで行なわれ退院した。その後、外来でMP療法6コース目が行われた。

A氏は入院以前は生活面で自立していたため、家族も退院後に支援が必要だという認識はなく、社会資源の利用に消極的であった。しかし、介助者である息子の嫁が働いており日中独居となることから、主治医の勧めにより入院中に介護申請を行い、訪問診療と訪問看護(介護保険)を導入することとした。在宅生活開始時の状態は、要介護度1、認知症高齢者の日常生活自立度(以下、認知症自立度)Ⅱaであった。訪問看護等の導入により、日中独居であるA氏の体調管理や環境の問題等に対して適切な対応を取ることが可能になった(図1・表1-①)。

その後、A氏のうつ症状や褥瘡の悪化、疼痛の増強等により家族の負担が増大した。訪問看護師は外来を受診するよう助言、A氏は入院することとなった。訪問看護師の適切な提案によりA氏の状態は改善し、一時的に家族の負担も減ったため、家庭内の緊張状態が緩和された(図1・表1-②)。

2005年1月、A氏は要介護度2、認知症自立度Ⅱbとなり、訪問看護でも入浴全介助となったため、訪問看護師は通所介護での入浴利用を提案した。家族は、A氏の性格では通所介護になじめないと利用に消極的であったが、家族による入浴介助は難しく、通所介護での週3回の入浴を開始することとした。当初は、生活リズムの変化によるA氏の行動の変容に家族もしばらく慣れず、ストレスが増大した。しかし、徐々にA氏も通所を楽しみにす

るようになり、精神的にも安定してサービスを利用できるようになった。定期的な利用で清潔が保持され褥瘡も改善した。日中独居のA氏の状態の変化を訪問看護師が適切に判断し、サービス利用につながったことで、A氏の状態は改善された(図1・表1-③)。

2005年4月、A氏は腰痛が悪化し入院治療を希望した。訪問看護師の勧めで外来を受診、短期入院治療を提案されたが、通所介護に慣れたところであり生活リズムも落ち着いていたため、家族は在宅での疼痛コントロールを希望し、入院には至らなかった。訪問看護師は、A氏の痛みの訴えが精神的な安寧に左右されていると感じ、家族に在宅サービス増加や施設入所の検討を提案した。家族も施設入所を検討したが、疼痛コントロールで麻薬を使用していたため費用的に入所は困難であった。結局、家族は在宅ではなく通所利用の増加を希望し、通所リハビリテーションと短期入所の利用が追加された。訪問看護師はA氏の状態を悪化させないための提案を行っていたが活かされず、介助者側の状況が優先される結果となった。利用サービスが増えたことでA氏は介助してもらい安心感が得られ、痛みの訴えも軽減した。短期入所の利用は家族にとってレスパイトとなったが、一方で、A氏は自分でできることも行わなくなり、ADLが低下した。ケアマネージャーは、短期入所の長期継続利用は元来依存的なA氏のADLを更に低下させる恐れがあると考えたが、家族にとってのレスパイト効果も大きく、その後も定期的に短期入所利用が続けられた。介助者の負担は軽減し、A氏も精神的な安寧は得られたが、A氏のセルフケア能力は改善せずADLは低下、その後要介護度は5になった(図1・表1-④⑤)。

2006年7月、A氏の認知症自立度はⅢaとなり、精神的に不安定になった。腰痛の悪化で通所介護や短期入所を利用できない日も増え、訪問看護師の緊急訪問も増加した。度々繰り返す左鼠径ヘルニアに混乱したり、日中独居時に薬剤管理ができず疼痛や排便のコントロールも難しくなった。床上安静が必要であったが、家族は「歩いてトイレに行けないようなら家には置いておけない」と、オムツの使用やそれに伴う訪問介護の導入を拒否した。A氏のADLはかなり低下していたが適切な社会資源を導入できず、A氏の状況は改善されなかった(図1・表1-⑥)。

8月、認知症自立度Ⅳとなり更にADLが低下し、家族が在宅生活の継続に不安を持つようになり、できるだけ短期入所を利用するようになった。A氏は食欲も低下し衰弱が進んでおり、施設側も対応に不安を持ったため、ケアマネジャーが訪問看護師と主治医に相談した。A氏は入院することになり、MP療法や輸血が行われた(図1・表1-⑦)。退院後は在宅ではなく短期入所を利用していたが、衰弱が進み、夜間不穏になる等、施設で対応できなくなったため自宅へ戻った。ケアマネジャーは再度訪問介護の導入を家族に提案し、週2回訪問介護を利用することになった。A氏は病院や施設ではほとんど全介助だったが、自宅に戻ってからは自力で食べるなど自主性も出て、一時期は落ち着いて生活していた。原病の悪化でA氏の衰弱は進んでいたが、訪問介護が導入されたことで体調変化に迅速に対応でき、ケアマネジャーや訪問看護師への連絡もスムーズに行われ、一時的にA氏の状況は改善された。しかし、1ヶ月後に原病の進行で永眠された(図1・表1-⑧)。

(2)【事例B】

B氏は、1997年に多発性骨髄腫と診断され、1999年K病院にて放射線治療を受けた。病名、病状の進行度、服用薬剤名については、夫と共に告知と十分な説明を受け、理解されていた。病状、要介護度および社会資源の経年的変化を図2に示す(図2①-②は表2参照)。

1999年12月、入院していたK病院から、専門医がおり自宅に近いT病院に転院、退院後訪問診療と訪問看護を導入し、在宅療養がスタートした。在宅生活開始時の状態はほぼ寝たきりだが認知障害はなかった。2000年1月より在宅にてMP療法が4クール行われ、部分寛解となった。介助者である夫は社会資源について自ら積極的に情報を収集し、訪問看護、ホームヘルプ、有償ボランティア・サービスを組み合わせ、平日は毎日サービスが介入するようケア計画を作成した。B氏は、2000年4月介護保険制度開始時に要介護度4の認定を受け、それまで利用していたサービスを引き続き介護保険制度上のケア計画に組み込んで利用した。サービスを積極的に利用することにより夫の負担は軽減された(図2・表2-①)。

2000年8月、疼痛で座位も難しい状態であったB氏に、整形外科医がマックスベルト装着を提案した。マックスベルトにより疼痛が緩和され、短時間の座位も可能になった。ベルトを装着しての歩行練習や外食など、少しずつ活動範囲を拡大することができた(図2・表2-②)。

入浴で疼痛緩和を実感していたB氏は、2001年4月、介護保険制度の住宅改修費を利用して浴室をバリアフリーに改修し、入浴回数を増やせるようにした。訪問入浴週1回の他、

訪問看護時に入浴や足浴を行っていたが、改修により自宅での安全な入浴が可能となり、更に訪問介護でも入浴介助できるようになった。これにより、疼痛緩和のための環境が改善された(図2・表2-③)。

その後、多発性骨髄腫は寛解となり比較的安定した状態を維持、外来通院も可能となった。訪問看護で体調管理や疼痛コントロールを行いながらADLを拡大し、要介護度が3に改善された(図2・表2-④)。

2001年12月に夫の入院が決まり、一時はB氏の預かり先も検討されたが、友人の手伝いを確保し、在宅生活を続けることが可能になった。夫の入院期間中は通常通り訪問看護を利用し、体調管理を行った。早めの調整でスムーズに在宅生活が継続できた(図2・表2-⑤)。

2003年多発性骨髄腫が再燃し、MP療法やVAD療法が行われた(図2・表2-⑥)。その後、両大腿骨頸部骨折で入院して手術を行い、要介護度が4に悪化した。退院時、理学療法士の家屋訪問で提案されたバスボードや屋内用シルバーカーを利用し、スムーズに在宅生活に移行した。また、入院時から行っていたリハビリテーションを在宅でも継続することとし、週1回訪問看護によるリハビリテーションを開始した。訪問リハビリテーションではなく訪問看護のリハビリテーションを利用したことで、訪問看護師と理学療法士の情報の共有が迅速に行われ、病状に即した安全なリハビリテーションが可能となった(図2・表2-⑦)。

リハビリテーションの効果を実感したB氏は、2004年2月からリハビリテーションを週2回に増加した。リハビリテーションの増加はB氏のセルフケア能力を更に高め、B氏は、疼痛がありながらも薬剤でコントロールして自らも歩

行練習等を継続し、ADLが拡大、その後要介護度が3に改善した(図2・表2-⑧)。

B氏は、疼痛が入浴等の温熱効果で緩和されることから、それまで主に訪問看護で行っていた入浴介助を訪問介護でも行い、回数を増加させることで、疼痛緩和を図ることとした。訪問看護師の入浴介助時にヘルパーを同席させ、直接介助のポイントを引き継いでもらったので、疾患に関わる体調管理等も含めて、安全な入浴介助についての情報がヘルパーに正しく伝達された。これにより、B氏は安心して訪問介護による入浴介助を受けられるようになり、疼痛もより緩和され、QOLが更に向上した(図2・表2-⑨)。

2005年10月、夫の体調不良でB氏は家事量が増加し疲労を感じ始め、ケアマネージャーに相談し、有償ボランティア・サービスを追加で導入した。夫はその後入院したが、有償ボランティア・サービスや、近所や親戚の支援を得て在宅生活を継続した。B氏は、夫の入院が長期になる場合は短期入所を利用できるようケアマネージャーに手配を頼む等、状況の変化を想定した準備も行った。定期的に訪問している訪問看護師もケアマネージャーと情報交換して在宅生活を支援した。B氏は、夫の入院という予想外の状況においても、訪問看護師やケアマネージャーに相談しながら社会資源を利用して、体調を悪化させずに在宅生活を維持した(図2・表2-⑩)。

2006年7月、看護師が同行する長距離旅行に参加した。B氏はケアマネージャーと理学療法士に相談して早めに車椅子をレンタルし、計画的な訓練を行って長距離の外出に備えた。B氏は、旅行に参加する目標を得たことで更に前向きに生活することができ、また、その準備を早期から行ったことで、当日の旅行も

ゆとりをもって臨めた。「旅行ができる」という自信を持たせたこともあり、B 氏の QOL は更に向上した(図 2・表 2-⑩)。

その後、要介護度も 2 に改善し、比較的安定した在宅生活を送っていたが、持続する疼痛の緩和を目的として、2007 年 2 月に緩和ケア専門外来への通院を開始した。そこで、疼痛の原因がリンパ管浮腫である可能性を指摘され、麻薬を中止、薬剤も変更され、マッサージによるケアが追加された。その結果、疼痛がより軽減した。B 氏は、あらかじめ訪問看護師や理学療法士にそれらの情報を伝え、体調の変化に迅速に対応してもらえるよう準備したため、その後の体調管理がスムーズに行われた(図 2・表 2-⑪)。

2) 事例 A と事例 B の相違点

事例 A と事例 B について、(1) 介助者の状況、(2) 社会資源の利用、(3) 在宅での医療的ケア、(4) ADL 維持、という 4 点で整理したものが表 3 である。

(1) 介助者の状況

事例 A の主たる介助者である長男の嫁は仕事をもち、かつ子育て中であり、時間的にも精神的にも余裕がなかった。そのため、介護負担感が非常に大きかった。一方、事例 B の介助者である夫は、当初家事が苦手であったこともあり、社会資源について自ら情報収集し、利用可能なサービスを積極的に利用したため、介護負担感は小さかった。

(2) 社会資源の利用

事例 A では発症前 A 氏が自立していたため、A 氏も家族も社会資源を利用する視点を持つことができず、体調の悪化や家庭内の緊張が限界に達してようやくサービスを導入する「後手型」であった。それに対して、事例 B は、状況が悪化する前に B 氏や夫が自ら利用可能

な社会資源を選択し、迅速に導入する「先手型」であった。

(3) 在宅での医療的ケア

事例 A では、週 1 回の訪問看護が他サービス利用との関係で不定期になることもあり、病状管理が不十分であったが、事例 B では訪問看護を週 2-3 回利用し、疼痛や薬剤の効果・副作用について迅速に対応してもらえるようケア計画を策定した。

(4) ADL 維持

事例 A において家族は患者に「自分でできることはできるだけ自分でして欲しい」と希望していたが、患者にそのような意識はなく、家族も専門職による自立のための指導や機能維持訓練が必要だという認識はなかった。それに対し、事例 B では、患者に「動かないと動けなくなる」という意識があり、理学療法士によるリハビリテーションを積極的に行い、ADL を拡大した。

D. 考察

医療と介護を要する高齢がん患者が QOL を維持した在宅生活を送るためには、以下の点が重要であると考えられる。

1. 社会資源の迅速な導入／患者および家族の情報の蓄積

事例 A では、患者や家族から社会資源を利用する提案はあまりなされていない。それに対して、事例 B では、患者や家族が自ら積極的に情報を収集し、利用可能な社会資源の導入をケアマネジャーらに提案している。社会資源を迅速に活用するためには、事例 B のように患者や家族が正しい情報を持っていることが重要である。できれば、在宅生活が始まる前に情報収集を開始すると、よりスムーズに移行できる。しかし、実際には、事例 A のように

「社会資源を利用しよう」という認識がなく、退院して初めて生活の変化に直面し、「どうしたらいいかわからない」という状況に陥る場合も多い。このような患者や家族に対しては、知識を増やして、社会資源を利用するイメージを持ってもらうよう、関わっている専門職が意識的に情報を提供して社会資源を取り込む働きかけを行い、具体的な社会資源の導入に結びつけることが重要である。

2. 訪問看護の重要性

多発性骨髄腫の患者は、在宅生活においても、疼痛コントロール、定期的な血液検査や全身状態の観察、薬の効果・副作用についての観察や主治医へのフィードバック等が必要であり、定期的な医療のケアが不可欠である。標準的な治療法である MP 療法は内服治療のため在宅にて行うことが可能であるが、その場合も体調等の変化について医療の視点が欠かせない。特に、疼痛コントロールは在宅生活の QOL を大きく左右するため、細やかな対応が必要である。訪問看護が導入されることで、在宅生活における医療的なケアがより確実に遂行されることになる。事例 B では、ケア計画の中で訪問看護を中心的なサービスとして配置したため、疼痛を含め体調の変化に迅速に対応することができていた。この場合、訪問看護師が、体調変化や薬の効果等を主治医に適宜報告する等、医師と訪問看護師の連携が取られていたことも重要な点である。事例 A では、訪問看護は導入されていたが、訪問看護師のアドバイスも十分活かされなかった。また、不定期になることもあったため、細やかな対応は難しい状態であった。事例 B のように訪問看護を重要なサービスとしてケア計画に位置付けることで、生活の中で一定の医療のバックアップが得られ、安心した在宅生

活ができると考えられる。定期的かつ確実な訪問看護の介入が重要である。

また、訪問看護は、医療系でない他職種(訪問介護のヘルパーや福祉系ケアマネージャー等)に対して医療の視点から情報を提供し、場合によっては指導する役割も担っている。事例 B では、訪問看護師が訪問介護のヘルパーに入浴介助の手順や病状に関わる注意点を指導する等、医療の情報提供・指導の役割もこなした。要介護認定を受けている高齢がん患者は介護保険の様々なサービスを利用するため、医療系でない他職種が多く関わることになる。在宅という枠組みの中で連携する各職種にとっても、医療の正しい知識を持つ訪問看護は重要な役割を担っているといえる。

3. リハビリテーションの重要性

事例 B では、大腿骨骨折による入院時のリハビリテーションを機に、退院後も訪問看護のリハビリテーションとして理学療法士による定期的なリハビリテーションが継続され、ADL の改善に貢献した。注目すべき点の一つは、通所ではなく訪問によるリハビリテーションを利用したことである。リハビリテーション計画では、多発性骨髄腫による病状の注意点を十分考慮したプログラムを作成することが重要であるが、訪問リハビリテーションは生活環境に即した個別性の高いものであり、通所では難しいきめ細やかな対応が可能である。また、易感染性を心配する患者や家族も多いため、訪問を利用する方が安心感を得られるという利点もある。

事例 B において注目すべき点のもう一つは、訪問リハビリテーションではなく、訪問看護によるリハビリテーション(訪問看護 7)を利用したことである。訪問看護師と理学療法士が同

一事業所から派遣されているため、患者の病状等について情報交換が非常にスムーズであり、より安全な機能訓練が可能となった。患者や家族にとっても、訪問看護師と理学療法士がつながっていることで、それぞれのスタッフに何度も同様の説明をする必要がなくなり、負担が軽減された。訪問看護によるリハビリテーションの利用は、病状を管理しながらリハビリテーションを行う必要がある患者にとって、情報共有の迅速性という点で非常に有用だといえる。しかし、費用の面から考えると、訪問リハビリテーションと訪問看護によるリハビリテーションでは点数が異なり(訪問リハビリ:1日500点、訪問看護7(30分以上1時間未満):830単位)、訪問看護によるリハビリテーションの方が割高であることや、訪問看護の回数を超えてリハビリテーションを行うことができない等、利用しやすいサービスとは言い難い。情報共有の重要性を強く認識していないと訪問看護によるリハビリテーションの利用には結びつかない。病状管理が必要な患者の在宅におけるリハビリテーションが安全かつ十分に行われるためには、訪問看護によるリハビリテーションの意義を評価し、点数等も含めてより利用しやすいように改善する必要があると思われる。

以上のように、訪問看護やリハビリテーションを中心に、各々にとって必要な社会資源を選択し迅速に導入するためには、専門職のみならず、患者本人や家族がより多くの正しい情報を持ち、自ら社会資源の利用を判断できる土台があることが望ましい。しかし、現状では、情報に到達する術さえ知らない患者や家族も多い。今後は、患者や家族に、患者の入院中から退院後の在宅療養生活をイメージしてもらい、退院後の「医療の視点での継続的ケア」

と「ADL維持のためのリハビリテーション」の重要性を医療者の側から伝えるための具体的な方法を検討し、実践することを予定している。

E. 結論

医療と介護を要する高齢がん患者がQOLを維持した在宅生活を送るためには、医療のバックアップを確実に受けることと、生活に即した機能低下予防訓練を行うことが重要であると明らかになった。また、ADLが低下しやすい高齢がん患者が適切な社会資源を速やかに導入するためには、患者や家族が社会資源等の情報をできるだけ早期に蓄積し始めることが重要であると判明した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

「訪問看護ステーションにおけるがん治療への関わりの実態」久保谷美代子、児玉有子、分島るり子、井上範子 第28回日本看護科学学会学術集会 2008年12月14日 福岡

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし