

## 〈セッション 5〉

## 【看護】

座長：櫻井 孝志

(JCHO 埼玉メディカルセンター 外科)

## 17. 術後補助化学療法中に躁状態類似症状を発症した患者への看護介入

関 千歳<sup>1</sup>, 布施 正子<sup>1</sup>, 大平奈緒子<sup>1</sup>関原 正夫<sup>2</sup>, 塚越 律子<sup>3</sup>, 渡會 昭夫<sup>4</sup>宮前 香子<sup>5</sup>, 武井 智史<sup>5</sup>

(1 利根中央病院 看護部)

(2 同 外科)

(3 伊勢崎市民病院 外科)

(4 利根中央病院 精神科)

(5 同 薬剤部)

【はじめに】 乳がん術後補助化学療法中に躁状態類似症状を発症した症例について看護介入を振り返り検討する。

【症例紹介】 60 歳代女性。右乳癌 胸筋温存乳房切除術＋リンパ節郭清を実施 Stage II A 【治療経過】 術後補助化学療法として AC followed by PTX＋HER が予定され治療開始。【問題点】 AC4 コース day1 に多弁、話がまとまらないなどの精神状態の異変を認めた。【看護介入】 患者と面談し睡眠障害、自分を進行癌と思い込み未来を悲観していたため、医師と情報共有し再度治療の経過と内容を説明してもらい病識の修正を行った。【結果】 精神状態は悪化して精神科治療を要した。薬物療法で改善後、化学療法が再開され傾聴と適宜情報提供を継続。その際に患者が心の苦しみを振り返り、患者同士の交流が不安増強に強く影響した事がわかった。【考察】 患者同士の交流の多くは心の支えとなるが、今回は患者にとって強いストレスとなり躁状態類似症状を発症した一因になったと考えられる。【まとめ】 患者同士の私的な交流は心身の支えに重要であるが、誤った知識や情報に影響されないようなサポートが必要である。

## 18. ライフイベントシートが乳がんの治療選択に影響を及ぼした 1 例

加藤 孝子<sup>2</sup>, 横谷 直美<sup>2</sup>, 山口 英理<sup>2</sup>中村 慶太<sup>1</sup>, 古賀祐季子<sup>1</sup>, 大久保雄彦<sup>1</sup>

(1 戸田中央総合病院 乳腺外科)

(2 同 看護部)

【はじめに】 乳癌症例転移がある患者は、多くの苦悩・不安を持ちながら治療選択を行なわなくてはならない。一方、治療選択支援を行う時「患者の希望を十分に理解したうえで看護支援が来ているだろうか」「患者は病状を認識できているのだろうか」という疑問を持つことがよくある。そこで、患者が自身の生活を見つめ、生活と治療の両立が出

来るようにライフイベントシートを作成した。患者がライフイベントシートを記入したことで、予後を見つめ自身の希望を看護師に伝えることができた 1 例を報告する。

## I. ライフイベントシート使用目的

1. 患者の生活に組み込めるよう治療が組み込める。
2. 患者が病状・今後の生活を振り返るための材料にすることが出来る。

## II. ライフイベントシートについて

ライフイベントシートは月別・年別の 2 種を作成した。配布は各看護師の判断に任せ、記入後は患者が保管し治療選択の参考にしてもらうこととした。

## III. 倫理的配慮

今回の発表に際しては、患者が特定できないように十分配慮した。

ライフイベントシート保管に関しては、患者保管とした。

【症 例】 30 歳代、女性。右乳癌 (非浸潤性乳管癌) 術後で肺転移、脳転移あり。3 人家族で主婦。両親は遠方に住んでいるが転居予定あり。主治医から転居前に抗がん剤治療を開始することの必要性の説明を受けた。治療同意書の取得も完了し、次回から治療となる予定であった。診察後、看護師よりライフイベントシート A を配布した。結果: ①ライフイベントシートは、患者自身の治療選択の上で有用であった。②ライフイベントシートは、患者が予後を認識し考えて行くために活用できるツールである。【おわりに】 乳癌患者の看護を行っていくうえで、患者が治療選択しなければならない場面に必ず出会う。予後に見込みがなくなってきた場合の看護は苦慮することが多い。私たちは患者が残りの人生を有意義に過ごせるよう、常に家族と良い時間を持てるように考えている。作成したライフイベントシートは、患者が自分を見つめるのに有用であると考えられた。渡す時期や患者の精神状態などを配慮し使用する必要があり、今後の課題と考える。

## 19. ティッシュ・エキスパンダー挿入中に上肢リンパ浮腫を発症した患者への浮腫ケア

廣河原陽子<sup>1</sup>, 一場 慶<sup>1</sup>, 樋口 徹<sup>2</sup>堀口 淳<sup>2</sup>, 牧口 貴哉<sup>3</sup>

(1 群馬大医・附属病院・看護部)

(2 同 乳腺・内分泌外科)

(3 同 歯科口腔・顎顔面外科)

一次二期乳房再建術後患者が、ティッシュ・エキスパンダー (以下、TE と略す) 挿入中に上肢リンパ浮腫を発症した。発症の原因とリンパ浮腫ケア方法を検討し、実践したので報告する。【症例紹介】 60 歳女性。右乳がん。皮下乳腺全切除術＋SLNB＋TE 挿入術＋レベルⅢ郭清を行った。術後 TC 療法 (全 4 回) 施行中皮膚拡張を行うも感染、異物反応はなかった。TC3 回目終了後より右上肢リンパ浮腫を認めアームスリーブによる圧迫療法を行ったが改善を認め

なかった。4か月後、乳房再建術（インプラント）施行。術後3日目より包帯による圧迫療法を実施。術後1か月よりリンパドレナージを開始し改善傾向にある。【考察・まとめ】リンパ浮腫の原因として、①リンパ節郭清術、②ドセタキセル治療、③TE拡張による周辺皮膚のリンパ液のうっ滞が考えられるが、複合的要因が関連したことで浮腫が著明に現れた可能性がある。浮腫ケア・原因について文献的考察を加え報告する。

## 20. 局所進行乳癌に対する術後の創傷管理と在宅支援

～認定看護師の連携・介入がもたらした効果～

小平 悦子<sup>1</sup>、江畑 直子<sup>1</sup>、小林 直美<sup>1</sup>

金子しおり<sup>2</sup>

（1 埼玉協同病院 看護部）

（2 同 乳腺外科）

【はじめに】乳癌の皮膚潰瘍による全人的苦痛は患者のみならず家族の生活の質にも影響する。今回、様々な問題を抱えた局所進行乳癌術後の植皮不適合な患者に対し3分野の認定看護師が早期より連携、介入することができた。それぞれが持つ情報や専門知識を共有融合した看護実践から得られた気づきを報告する。【症例】A氏70歳代、左乳房自壊創で受診。文盲、経済困窮や家族関係の問題などで治療ケアに困難を要した。【看護実践】左乳房全摘術、14×10.5cmの開放創に対し、シリコンシートやNPWT（PICO創傷治療システム）による創傷管理を行った。創傷処置に伴う苦痛の緩和、家族への心理的支援など認定看護師がそれぞれの視点で相談し合い専門性を発揮したことで、治癒促進、苦痛や不安の軽減など効果的な支援に繋がった。【おわりに】患者家族が抱える問題に早期から関わりタイムリーな情報交換、経時的評価を繰り返したことで、個別性に合った創傷処置や疼痛緩和などの看護実践となつて、患者や家族の力を引き出す効果にも繋がったと考える。

## <セッション6>

### 【チーム医療】

座長：松本 広志（埼玉県立がんセンター 乳腺外科）

## 21. 乳房同時再建術を希望する乳がん患者の意思決定支援

～男性看護師による患者・夫間の調整

塩野 智則<sup>1</sup>、上野 裕美<sup>1</sup>、古池きよみ<sup>1</sup>

飯島 京子<sup>1</sup>、塚越 律子<sup>2</sup>、松本 明香<sup>2</sup>

田嶋 公平<sup>2</sup>、石崎 政利<sup>2</sup>

（1 公立藤岡病院 看護部）

（2 同 外科）

【目的】同時乳房再建を希望する患者夫婦間の意思調整を行った。男性看護師の関わりと意思決定までの思いにつ

いて検討する。【方法】意思決定支援を行った患者夫婦1組に対し面談形式の意識調査を実施。【結果】患者は女性としての自己喪失感への不安から同時再建を望み、夫は再発を避けたいとの思いから、意思決定が困難であった。お互いの思いを再認識する援助を行うことで、夫婦とも満足いく意思決定が出来た。また、乳房再建に対する相談には当初抵抗を感じたが、看護支援から信頼関係が形成され相談に至っていた。相談後は、夫も含め異性は重要な因子ではなく、専門家としての関わりを求めている。

## 22. 乳癌経口分子標的治療薬における医師と薬剤師の協働薬物治療とそのアウトカム評価

藤堂 真紀<sup>1</sup>、荒川 一郎<sup>3</sup>、大崎 明彦<sup>2</sup>

佐伯 俊昭<sup>1,2</sup>

（1 埼玉医科大学国際医療センター

薬剤部）

（2 同 乳腺腫瘍科）

（3 帝京平成大学薬学部

医療経済学ユニット）

【緒言】埼玉医科大学国際医療センターの包括的がんセンターにおいて2014年6月よりがん専門薬剤師が配置され、乳腺腫瘍科から専門薬剤師外来を開設した。経口分子標的治療薬の副作用は多岐にわたるため、優先的に介入した。今回薬剤師の介入とそのアウトカム評価について報告する。【方法】経口分子標的薬（エベロリムス及びラパチニブ）投与患者を評価対象とした。医師の診察に同席し、治療決定支援、初回の服薬指導から、治療開始後も診察日毎に診察前患者面談を行い、副作用のモニタリングと評価、医師への処方提案（可能な限り診察へ同席）、処方薬の服薬指導を基本的な介入の流れとし、治療中薬剤師の介入は継続した。また、支持療法のプロトコルの標準化を図り、医師と協議した後に電子カルテ内で経口分子標的薬と支持療法薬の処方セット化、検査オーダーについても同様にセット化を行い、医師と協働で継続して薬物療法を実践した。アウトカムの項目として、アドヒアランス、QOL（EQ-5D）、治療成功期間、医療費等とした。メーカーの日誌を記載してもらい、受診日毎に薬剤師が確認した。本研究は倫理委員会の承認を得て実施した。【結果および考察】服薬順守率は全て患者において100%であり、自己中断例は認めなかった。副作用は不耐容例を除き、セルフマネジメントが可能な副作用においては全例においてGrade 1-2で経過した。薬剤師による指導を怠った患者は認めなかった。治療成功期間（中央値：172日）であった。薬剤師が継続して介入することで、アドヒアランスが向上し、QOLが低下することなく、生存期間の延長の寄与にも貢献できる可能性が示唆された。また、医療経済学的にも無駄な医療費の削減に繋がれると期待された。