

2. 居住系施設の「がんサバイバー」に対する症状コントロール型 介護医療連携パスの開発

- 佐藤 昇志（医療法人豊和会・先端医療センター長）
- 笹渕 弘美（住宅型有料老人ホームあかね豊平・統括看護部・部長）
- 中村 純（新札幌豊和会病院・地域連携室・社会福祉士）
- 瀬戸 僚馬（東京医療保健大学・医療保健学部准教授）

1. 緒言

居住系施設で暮らす「がんサバイバー」は増加の一途にあるが、これらの施設では再発に対するフォローアップや症状コントロールの機会が限られるため、腸閉塞など症状が極めて悪化した状態で急性期病院に緊急搬送される例も少なくない。

がんサバイバーのQOL向上を図るためには、介護と医療が連携し、双方で症状把握する仕組みが必要である。そのための連携パスを開発することが、本研究の目的である。

2. 研究の必要性

2015年に公表された「地域医療構想策定ガイドライン」では、がんや脳卒中等の診療やケアを病院だけでなく施設や在宅等と循環しつつ提供する仕組みの構築を求めている。しかし、実際には急性期病院から在宅や施設への移行ができて、その後のフォローアップまで十分に行えていないのが現状である。そのため、がんの診療を受け終えた患者（「がんサバイバー」という）については、再発予防のためのフォローアップや症状の把握等が十分に行われず、高度の脱水や腸閉塞等の重篤な状態になってから急性期病院に緊急搬送される例も少なくない。

居住系施設で暮らす高齢者にも、がんの罹患歴を有する者は少なくない。これら的高齢者のQOLを維持するためには、医療機関での定期的なフォローアップも重要だが、それ以上に高齢者自身と施設の介護職員が症状の変化を早期発見するための仕組みが必要である。従来から脳卒中等では医療介護連携パスが用いられていたが、急性期からの移行に比重を置くものが多いため、介護現場では普及しにくい面もある。本研究で開発する連携パスは、高齢者自身と介護職の安心を最大の目的とし、医療は側方支援と位置付けている点が特徴である。

3. 研究方法

①連携パスの要素を抽出するための基礎的データ収集

がんサバイバーが居住系施設から急性期病院に搬送された事例や、その際の状態等のデータを収集する。事例収集にあたっては匿名化処理を行う。

②地域多職種パネルによる介護医療連携パスの検討

介護職、医療職及びサバイバーでパネルを構成し、①の事例検討を通じて、介護医療連携パスを構築する。

③居住系施設における介護医療連携パスの適用と評価

②で構築された連携パスを、対象となる「がんサバイバー」の同意を得て、共同研究者が勤務する居住系施設等において適用する。

4. 研究結果

4-1. 連携パスの要素を抽出するための基礎データ収集

調査フィールドとした A 病院において訪問診療を行っている患者は 2016 年 3 月時点では約 200 名おり、その疾患名等について集計を行った結果、がん患者は約 20 名と約 1 割を占めていた。ここには術後患者や末期の患者も含まれていた。そのうち、施設に入所している患者は A 病院を開設している医療法人が運営している B 有料老人ホームを含めて 11 施設にわたっていた。

これらの症例における情報共有上の課題を、多職種パネルにより定性的に検討した。その結果、これらの施設に入所している患者は、がんに加えて、認知症を発症していることも多く、そのため、痛みの訴えが腫瘍に起因するものか、認知症に起因するものか等を判別しにくいことも多く、介護職等の介入に支障を来していること等が指摘された。そのため、症状を共有する仕組みを整備し、訪問時の状態把握をもとに食事の調整につなげることや、家族からの情報をもとに腹部の疼痛等を把握してその原因を調べる検査につなげること等の必要性が指摘された。また在宅への移行時に認知症スコア（長谷川式等）が伝達される場合もあるが、環境が変化するとスコアが変わるためあまり有用とはいえないとの指摘もあった。

これらを踏まえ、連携パスに実装すべき重要な要素は「認知症」及び「痛み」であるとの仮説が見いだされた。同時に、これらの表現形態がきわめて定性的であり、情報共有が困難になっているとの課題も明らかになった。

4-2 地域多職種パネルによる介護医療連携パスの検討

① 介護医療連携パスに実装する「痛み」「認知症」の表現体系の検討

これまでの事例分析では、認知症を表現する形態として必ずしも長谷川式など既存のツールを適応できないことが指摘されている。このため、介護医療連携パスに「痛み」や「認知症」を表現する場合、どのような表現体系を用いることが望ましいか検討することが必要になる。他方、居住系の施設では、利用者が常に看護師や介護職員の管理下に置かれている訳ではないので、そこに残されている記録類は断片的なものとならざるをえない。そこで、地域包括ケア病床を有する A 病院の看護記録をテキストマイニングし、在宅移行前の時点で、「痛み」や「認知症」の表現体系を可視化することが妥当であると考えた。

このため A 病院の電子カルテシステムから 2016 年 5 月から 11 月までの看護記録について「認知症」に関する記録を抽出したところ、66 件 16,674 字の記載を確認できた。このうち「認知症」に加えて「痛み」の記録があったのは 20 件 5,356 字にわたっており、「痛み」のある患者の方がより詳細な記録になっていることがわかった。すなわち、がんを含めた多様な疾患を持つ「認知症」の入院患者にとって、「痛み」の観察は重点課題であることが確かめられた。

次に、「痛み」のある「認知症」患者に関して、実際にどのような点が焦点になっているのかを計量的手法を用いて可視化するために、コレスポンデンス分析を行った。その結果、痛みのある患者については、「癌」「今」「薬」など、痛みの管理に関連すると思われる用語が近い位置にあったが、痛みの程度を表現する用語はみられなかった。また、痛みのない患者については、「転倒」「食べる」など日常生活に関連すると思われる用語が近い位置にあった（図 1）。

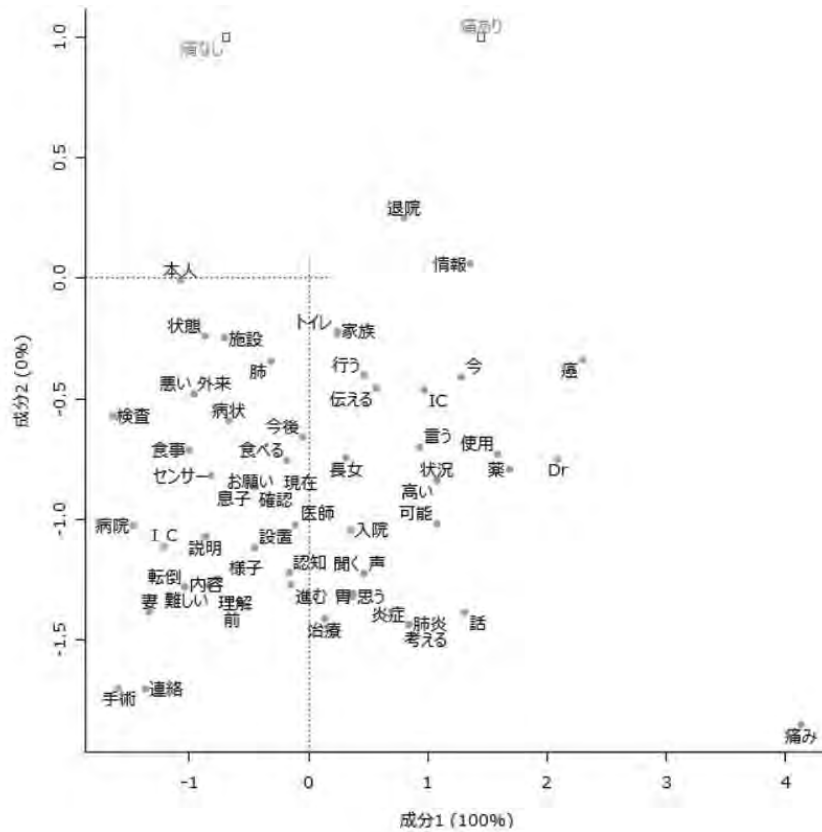


図1 認知症に関する看護記録の「痛み」有無によるコレスポンデンス分析結果

具体的な記録内容としては「痛みが出るなら医療用麻薬の使用を行う」等の表現形態が中心であり、痛みの段階を表現した記録がほぼ見られなかった。すなわち「痛みを持つ認知症患者は、痛みを適切に表現することが難しい」という仮説は、これらの看護記録の分析結果からも明らかである。自制内を超えた場面ではじめて痛みが表現されるという現状は望ましいものではなく、それ以前の段階で表現できるよう、パスを通じて支援していくことが必要といえる。

また、認知症そのものについては、長谷川式スケール等の明確な形での表現形態は見られなかった。よってテキストマイニングの結果等を活かして「転倒(リスク)」や「食べる」ことへの援助の必要性という観点から表現することが現実的な対応といえる。

② 介護医療連携パスへの実装方法の検討

症状コントロール型のパスについては、時系列を厳格に定義せず、定期的な観察や検査を遺漏なく遂行するような構造のものが一般的である。そこに認知症という要素を追加することによって介入を変化するためには、適用基準を検討することが必要になる。

そこでテキストマイニングで抽出された「食べる」「転倒」というキーワードをもとに、次のような判断ロジックを設けることとした(図2)。

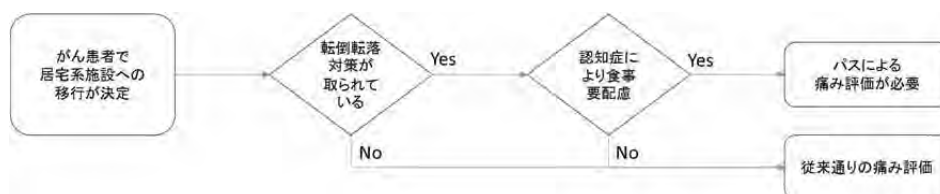


図2 パスによる痛み評価の要否判断ロジック

次に、痛みの表現形態を検討したが、入院中の看護記録からは認知症患者に対する段階的な痛みの表現を抽出できなかったため、文献を援用することとした。認知症を持つ患者の疼痛スケールには既に多数開発されており、項目数が少ないものには CNPI、PAINAD、Abbey、CPAT 等がある。他方、認知症高齢者の痛み表現には「予測のつかない行動」があるとの指摘もあり(久米真代,2015)、よって、疼痛スケールのみで痛みを把握できない面もあると考えられた。

そこで、認知症を持つがん患者に関して、疼痛があることを判断するため、次のような判断ロジックを、パスに組み込むこととした(図3)。なお、疼痛の段階については、厚生労働省標準規格である看護実践用語標準マスター<看護観察編>において、「-」「±」「+」「+++」の4段階で表現されていることから、便宜上、4段階で組み込むこととした。

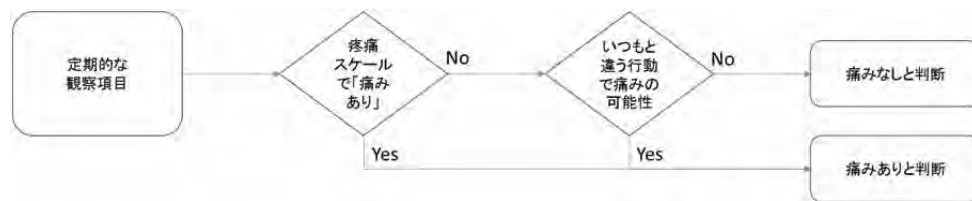


図3 パスによる痛みの有無の判断ロジック

また、「いつもの違う行動で、その原因として痛みの可能性を否定できないもの」の有無については、上記のマスターに収録されている「行動異常」の84語を当てはめることが必ずしも妥当とはいえないため、自由記載とした。

なお、図2の判断ロジックで「痛みの評価が必要」とされた患者は、当時に食事についても要配慮とされており、脱水や腸閉塞等の観察も必要である。このため、同パスを適用された患者は、通常の観察に加えて食事摂取や飲水状況等も把握することになるが、同マスターは病院向けの用語集であることから主食・主菜等に分けて食事摂取量を記載する必要があるなど粒度が細かすぎるので、本研究のパスでは表現を変えた。

表1 居住系施設がんサバイバー症状コントロールパスにおける追加観察項目

観察項目名称	データ型	観察結果の記載例
食事摂取量	選択型	良好 (○)、やや低調 (△)、低調 (▲)、摂取できず (×)
水分摂取量	選択型	良好 (○)、やや低調 (△)、低調 (▲)、摂取できず (×)
疼痛	選択型	なし (-)、否定できず (±)、あり (+)、強い (++)

4-3. 居住系施設における介護医療連携パスの適用可能性に関するシミュレーション結果

研究計画においては、構築された連携パスを、対象となる「がんサバイバー」の同意を得て共同研究者が勤務する居住系施設等において適用することを想定していた。しかし、本研究の結果、がんサバイバーに対する支援の方向性は、認知症を併発する人に振り向けることが適当であることが明らかとなった。この層の利用者に十分な説明を得てパスを適用し、しかもパスの妥当性を証明するための十分な情報を収集することは、被験者にとってもかなりの調査負荷になることが見込まれた。そのため、本研究では、後ろ向きコホートの手法を用いてパスの適用可能性についてシミュレーションを行い、仮説の妥当性を検証することを優先することにした。

シミュレーションの方法は、前述の看護記録の分析に用いた「痛みのない」患者群(46名)を対象とし、パスの判断ロジックに則って再評価を行うものである。そこで「痛み」の観察の対象となった場合、従

前の記録において「痛みが否定できない患者」であるかを判断することで、潜在的に「痛み」のある患者を抽出することが可能となる（図4）。

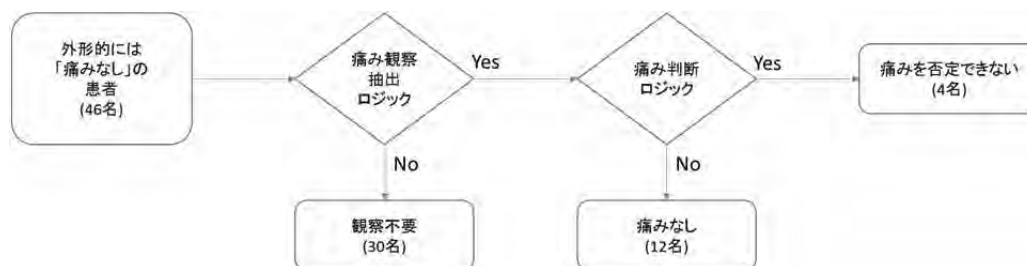


図4 症状情報コントロールパス適用のシミュレーション結果

シミュレーションの結果、外形的には「痛みなし」と判断される患者46名のうち16名(34.8%)には痛み観察が必要であり、そのうち4名(8.7%)には痛みを否定できない症状がみられた。なお、これらの症状は「落ち着きがない」「怒る」等であった。

5. 結 語

本研究では、居住系施設で暮らすがんサバイバーが安心して暮らすことができることを目的に、おもに認知症を持つ高齢者に対する連携パスの構築を行った。適応可能性に関するシミュレーションを行った結果、このパスを用いることで従来は痛みの観察が見逃されていた可能性のある約9%の高齢者に対しても、適切な対応が可能になると予測された。

本研究の成果として、地域の介護・医療施設間で情報共有が円滑化することにより、がんサバイバーの緊急搬送を減らすことができることを企図したが、パスの構築に時間を要したため本研究ではその結果を実証するまでには至らなかった。この点は、今後の追跡調査に依ることとしたい。

がんサバイバーの症状コントロールに関する研究の制約として、病院と異なり十分な叙述的記録などの資料が揃わず、しかも認知症を持つものも多く経過を文字に残すことが難しいという課題があった。その点は地域包括ケア病棟を持つ病院の経過記録を用いるという手法で代替を試みたが、痛みの観察をより居住系施設に即した状況で行うには、Visual Analog Scale をタブレットに実装する等の方法も活用し、より正確に把握していくような試みも今後重要であると考えられた。

【研究経費明細】

調査旅費・現地会議費※ ¹	279,210
(内訳) 2015年11月分調査	69,800
2016年1月分調査	69,800
2016年3月分調査	69,800
2016年4月分調査	69,810
被験者等謝礼	7,128
消耗品費※ ²	13,662
合計	300,000

※¹一部按分を含む、※²研究費総額を超過し自己負担した分を除く