

2017年 同種造血幹細胞移植集中セミナー Q&A

食事・栄養:

Q1：細菌数検査の具体的な方法を教えてください。

A：当院では外注で検査を依頼しました。対象となる食品（料理）を、想定した喫食までの時間と同様の状態で保管したものを採取し、一般的に食品会社の衛生検査で用いられている標準寒天培地により検査しています。

Q2 免疫不全食の開始と終了基準を教えてください。

A：治療により白血球低下のある患者の治療（前処置または化学療法）開始日からとなります。移植後の患者であれば入院期間中は退院まで継続しています。退院後も免疫抑制剤が終了するまでは食事管理が必要であると指導しています。その後は個人の状態や主治医により多少の差異はあります。

Q3：GFOは食事を提供している方へ出すのですか？下痢をしやすい気がしますが大丈夫ですか？

A：食事摂取できておられる方には基本的には提供しておりません。腸管を長期使用されておられない場合の選択枠の一つとして扱っておりますが、消化管症状によって使用可否も検討しています。

Q4：脂肪乳製剤使用の基準はありますか？主治医の感覚で判断されることが多い気がします。

A：基準は設けておりません。経口摂取による脂質摂取ができておられる場合は提案していない現状です。その他、輸液のみの場合、脂肪乳剤の適応外でなければ医師の判断に任せていますが、NST または栄養士からの提案は行っています。

Q5：NSTを開始する対象者の選定基準はありますか？

A：ODAの評価により栄養状態が不良である場合、低栄養の場合、または医師・看護師の判断によりNST介入が必要な場合（経口摂取を励行したいが現在の食事では進まない、個別の対応が必要な場合など）です。

Q6：当院では血球減少期は無菌B（蓋付、加熱、ラップ）を提供し、移植時は無菌A（無菌Bに加えて2重ラップ）を提供しています。」免疫不全食は化学療法後、移植後ともに提供されているということですか？

A：一食種のみ提供ですので、化学療法後血球減少期および移植時も同様のものを提供しております。

Q7：免疫不全食の対象者の白血球数は具体的に設定していますか？

A：白血球数1000以下が基準となっています。

Q8：化学療法食の選択は毎日その日に食べたいものを選択していますか？オーダーのタイミングを教えてください。

A：オーダーは当院で定めている食事変更の締め切り時間までにさせていただきます。毎日食べたいものを患者が選択しますが、できるだけオーダー漏れのないように、前日までに変更をしていただけるよう依頼しています。

Q9：脂肪乳剤はday0～生着の期間使用されていますか？感染リスクから避けられる傾向にあり困っています。

A：移植直後の脂肪乳剤使用をプロトコールとしては設定しておりません。経口摂取がない場合においては、生着まで使用していることもあります。感染リスクとしては、使用后 24 時間以内のルート交換をおこなうなどでリスクを回避しております。

Q10：グルタミン製剤の使用について効果を実感したり、改善がみられることがありますか？（経口、経腸）

A：数値としては実感できていません。口腔粘膜障害の予防として含嗽に使用するなどの運用も試みていますが、グルタミンの効果による有意差は検討に至っておりません。

Q11：退院後の食事制限は生卵やお刺身を OK とされていますか？

A：退院後は、生もの全般を制限していただいております。生卵やお刺身も対象です。免疫抑制剤の終了をもって制限を終了することが多いですが、個人の状態や主治医により多少の差異はあります。

Q12：栄養士さんはどのように食事指導をしているのか教えてほしいです。（今後、ほとんど食べられなくなるが、食べることも大切だということをお伝えしたいと思うので）

A：あらかじめ予測される副作用を知っておくことにより心の準備をしていただくこと、食べられるときにしっかり食べて、体に栄養を蓄えておくこと、腸が栄養を吸収できない状態になると副作用が強くなる、感染しやすい状態になる、治療が長引くなどの予測を説明します。食事のバランス、栄養補助食品の説明（治療前より提供することもある）、個別食対応などについて説明し、食べられないと思ったらまずはお相談いただき、口から栄養がとれるよう、一緒に食べられるものを探していくサポート体制があることをお話します。

Q13：スマートフォンで見られる食品の情報などを移植学会としての公式な情報として公開してもらえると助かります。（食事の悩みは時期にかかわらず移植患者と看護師の悩みで、結局、一品一品主治医に確認するということになっていますので）

A：対応については医師や施設によって見解が異なるため、全国および疾患に対して統一された基準が無いのが現状です。公式的に定めることは現状としては困難と考えます。

Q14：移植患者の GFO、グルタミン使用率はどのくらいでしょうか？またどのような使用方法をされていますか？

A：経管栄養の方については長期絶食期間のある場合の食事開始の第一選択として、経口の場合は患者自身で摂取が可能であれば提供しています。使用率の調査はしておりませんが、年に数例です。

Q15：カルシウムウエハースは低マグネシウムに対する効果がどの程度ありますか？

A：悪化を防ぐ程度と認識しています。他施設で Mg ぶりかけによる改善効果を得た報告もありましたが、Mg 提供量としては当院の運用のほうが多いものの、当院では使用薬剤との関係もあり、低値の方が正常範囲まで回復することはあまり経験がありません。

看護

Q1：血内うがいなど、口腔ケアの介入によってどれくらい効果があったか教えていただけるとこれからの参考になります。

A：現在集計をして介入評価をしておりますが、患者の感染予防に対する意識付けにもなっているかと思えます。

Q2：食事パンフレットの電子化を紹介されていましたが、他施設の患者さんにも公開されておられるのでしょうか？小規模の施設ではむずかしい点も多く、ぜひ公開していただけたら嬉しいです。

A：他施設へのインフォメーションはしておりませんが、当院の血液内科ホームページ上にパンフレットの公開をしております。ただし、栄養Q13でもありましたが医師の見解もそれぞれの施設で異なりますので学会としての公式的なものではありません。

Q3：同種移植後と自家移植では副作用（特にGVHD）の出現頻度は違ってきますか？

A：自家移植は自己の幹細胞を輸注しますのでGVHDが出現することはありません。化学療法（寛解導入、地固め、前処置など）で起こる副作用は自家移植も同種移植も大差はない印象です。

Q4：AMLの患者だと、寛解導入や地固め期から移植に向けたセルフケアを確立していくのが理想だと思います。しかし、寛解導入期では病気の受け入れができない状況で先のことは説明しづらく、地固め期でも患者にとっては「まだ先のことはいいや」と言われることが多いです。貴院で、移植の判断をどの時期にどれくらい時間をかけて実施されているのか、工夫されている点などお伺いしたいです。

A：確定診断を受けてすぐに寛解導入療法を開始する症例が多いかと思えます。患者もちろんですが家族にとってもまだ疾患の受け入れができない状況にあるのはよくあることと思えます。移植の判断は治療効果やドナー状況をみてカンファレンスで医師が最終決定しますが、患者のセルフケア状況や家族のサポートの有無なども移植判断材料として検討します。寛解導入療法や地固め療法、移植でも骨髄抑制期に入りますのでまずは感染予防行動の確立を目指し、患者になぜ必要なのかを理解していただく必要があるかと思えます。その次に内服薬の自己管理ができるようサポートしております。

Q5：移植前に緩和ケアチームの介入を希望すると選択され、介入してもらったが、患者に「こんなんでお金もらってるのか」と苦情を言われたことがあります。うまく連携ができず困っています。

A：苦情が出るということは、患者は満足されていないということだと思います。まず、患者がどのようなことを緩和ケアチームに希望し期待されていたのかを明確にして、看護師から緩和ケアチームに情報提供してみてもどうでしょうか？

Q6：緩和ケアチームに患者のペインコントロールを依頼したいけど、医師が良い顔をしないので、困っています。チーム医療を円滑にするには看護師としてどう働きかけたらよいでしょうか？

A：チーム医療に対する医師の意識改革が必要かと思えます。緩和ケアチームでペインコントロールできることを患者さんに説明し、『患者さんが介入を希望している』と医師に伝えてみてはどうでしょうか？

Q7：口内炎の痛みなどでのフェンタニル使用開始の評価基準を教えてください。

A：疼痛で経口摂取、内服ができない状態となれば、まずアセトアミノフェンでの疼痛緩和をおこない、効果がなければ主治医と相談しフェンタニルの使用開始を検討します。患者も副作用を説明した上で麻薬を使

用することに同意をされれば使用開始します。

Q8：フェンタニルの増量、減量の評価基準を教えてください。疼痛コントロール指標があれば教えてください。

A：移植後白血球生着前の段階で疼痛が強ければ、フェンタニルフラッシュの回数が増加し麻薬の量も増量となります。移植後の粘膜障害による疼痛は白血球生着により徐々に軽快してきます。腸管粘膜、口内炎の改善状態や疼痛が横ばいもしくは改善しているなら漸減していきます。疼痛スケールはNRS疼痛スケールなどを指標にしています。

外来フォローアップ

Q1：病棟からLTFUに出ています。外来での内容を病棟スタッフに話す時間を日勤でとっています。病棟で、入院中にできることの介入が大事だと、日々感じています。移植が終わり独居で退院していく方への対応、MSWの介入もしてもらっていますが難しいです。

A：外来フォローアップでは病棟でほとんど診ることがない合併症や慢性GVHDなどがあり、病棟スタッフに外来の内容を話す機会をもうけるのは、大変有意義なことだと思います。当院でも、独居で家族の支援が受けられない高齢者の移植が増えています。移植前のICを確実にやり、セルフケアが自立できない場合は通院出来るまでリハビリを継続したり、場合によってはリハビリ目的で転院していただく可能性もあることを説明し承せていただいています。

Q2：患者、家族への対応が電話になることも多いですが、予約制で対応されていますか？

A：当院では外来電話対応は行っていません。予約は医師の診察日と合わせて、完全予約制にしています。

Q3：保湿についてですが、市販のクリーム等ではどのようなものを指導されているのか教えてください。

A：市販で購入していただくクリームは特定していません。移植前から使用されている物があれば継続して使用していただけます。移植後に新たに市販の物を使用する場合は上腕内側などの目立たない部分でテスト塗布していただき、かぶれがなければ使用するよう伝えています。

HCTC

Q1：当院にはHCTCがいなく、その役割をほぼすべて医師が行っています。十分なICがされないまま、採取、移植が行われていると思います。HCTCさんを配置するには、なにか基準があるのですか？

A：基準はありませんが、骨髄バンク・臍帯血からの移植をする施設では2023年よりHCTCの設置が必須になると思います。（日本造血細胞移植学会ホームページ 造血幹細胞移植施設認定基準：http://www.jshct.com/organization/pdf/shisetsu_kijun.pdf?20161027）。

ただし、同種移植数の5-10件/年程度の施設では専任では難しく兼務でされている方が多いのが現状です。

Q2：HCTCを目指して日々頑張っています。コーディネートをしていきたい と思い、説明内容など準備しています。どこから介入するとやりやすいですか？（今のところ、バンクドナーの調整、患者への移植意志決定のところからしようと思っています）

A：まずは関連職種に窓口を作り、協力体制を確立してはいかがでしょうか。自施設でどのようにされているのか一連の流れとかかわる部署や目的を把握することが第一です。後は血縁ドナーのコーディネート・患者の意思決定支援・多職種連携は HCTC 業務として必須の部分になりますのでそのあたりからの介入及び施設で医師の困っている部分への介入となるのではないかと思います。

参考：HCTC 委員会 業務リスト：http://www.jshct.com/organization/pdf/list_hctc.pdf

Q3：HCTC の介入のタイミングが図りづらく、難しさを感じています。HCTC をどう使っていくかを医師、

医局でも明確にされておらず医師の IC 段階で移植の具体的説明、HLA の採取決定まで行われてしまうことが多い、形づくりの初期段階で困っています。

A：当院では医師にドナーへの倫理的配慮やドナー調整前に患者への説明が必要であることを適宜説明しています。

医師に移植適応となりそうな患者様がいたら教えていただき、移植適応があるとの IC の際にコーディネートについて後で HCTC が伺うことを説明いただきます。IC 後に医師から連絡を受け、HCTC が介入させていただくようにしています。また医師のカンファレンスにも参加し、今後移植適応となりそうな患者さんを自分たちでもリクルートするようにしています。

リハビリテーション

Q1：在宅でできるストレッチ運動（関節硬縮予防などに有用な）において、ラバーゴムを用いた運動は効果がありますか？また実践方法やその他の方法があれば情報が聞きたいです。

A：当院ではラバーゴムを使用したストレッチ運動は行っていないため効果については回答できませんが、一般的な関節可動域運動を在院中に指導しています。退院後であれば血小板も回復しており出血リスクも減少しているため、一般的なストレッチ運動の指導で問題ないと考えます。可動域が低下しやすいのは大腿直筋、ハムストリングス、下腿三頭筋が多いと感じており、在院中から自主ストレッチの指導を実施しています。

Q2：外来で実際に廃用症候群に対して他施設通院や短期入院で運動療法を受けていただくなどすることがあり、病院内でのリハビリ連携ができないことが大病院の悩みです。（悩みの表明ですみません）

A：造血幹細胞移植後患者様は体力回復過程で退院されるので本来ならばフォローが必要と考えますが、当院では現在、退院後外来リハビリの対応は出来ていません。当院でも造血幹細胞移植後患者様への外来リハビリフォローの必要性を感じております。現状では、外来看護師と理学療法士が個別対応での相談に対し連携をとり対応するまでに留まっております。今後の大きな課題の一つと考えております。

その他

Q1：チーム構築に当たり、各職種が共通認識を持つためにどんな準備をされてきたのか教えてほしいです

A：当院も当初はサポートチームがなかったのですが、年々移植件数が増え学会にも参加するようになり、すでにサポートチームケアをされている施設を見て必要性を強く感じました。まず始めたのは、看護師の中で口腔ケア、リハビリ、栄養（食事）、緩和ケアの4つのチームをつくり、それぞれが学習を重ねてケアにあたりました。その中で、やはりコメディカルの力が必要となるので、がん看護専門看護師や理学療法士、

栄養士の協力を得られるよう依頼をしました。それぞれの職種に対して勉強会を開催したり、3~4ヶ月に1回程度のペースで移植サポートチームカンファレンスを開催し、医師や看護師だけではなくコメディカルからもテーマを出してもらって開催をしていました。その積み重ねのなかで共通理解を深めていきました。