

座長：田中 佳江 (JCHO徳山中央病院 栄養管理室長)
東 由里 (JCHO星ヶ丘医療センター 副栄養管理室長)

BSP6-1 **がん患者と家族の
「食に関する苦痛」へのケア
～NSTとPCTの連携～**

JCHO 徳山中央病院 がん診療支援部
桑田 理恵

がん患者の栄養障害は、体重減少や筋力の低下につながるだけでなく、免疫力低下や易感染性を高めるといった悪循環を引き起こす可能性がある。進行がん患者の多くは、進行性の体重減少を特徴とするがん悪液質が認められ、がんの進行に伴い不可逆性の栄養不良に進展していく。さらに栄養障害はがん患者と家族のQOLの低下を招き全人的な苦痛となる。がん患者の栄養管理は、患者の栄養に関連する問題を医療者が早期に認識し、悪液質の進展が少ない段階から栄養状態を評価し介入することが必要である。すなわちサポーターティブケアにおいても適切な栄養アセスメントが不可欠で、栄養サポートチーム (NST) による栄養管理が重要となってくる。一方、がん患者の栄養状態に影響を与える症状として痛み、悪心、嘔吐、便秘、下痢、口腔内粘膜障害、呼吸困難、咳などの身体的苦痛と不眠、不安、抑うつ、せん妄などの精神的苦痛があげられる。これらの症状に対しては、緩和ケアチーム (PCT) が症状を緩和させることで、がん患者と家族の食に関する苦痛の軽減に繋げることができる。

近年のがん治療の進歩により、根治が望めなくても抗がん治療によって長期生存が可能になり、患者や家族には「上手にがんと共存する」ための工夫が重要となってきている。そしてその長い療養過程の中で生じる患者や家族の食に関する苦痛をケアするためには、NSTとPCTの専門性を活かしつつ両者が連携することで、相乗効果を得られることが期待できると考える。

さらに患者にかかわる全ての医療者が食に関する苦痛のケアの重要性を認識し、変化していく病状や予後、食に対する想いなどを踏まえながら、栄養管理の目標設定について「栄養状態の維持・改善」とするのか、あるいは「残された時間のQOLを良好に保つために『食を少しでも楽しむこと』をめざす」のか、医療スタッフとチーム間及び多職種チーム間で検討を重ね柔軟に対応していくことが望まれる。

BSP6-2 **より良い食からの
ケアを考えて
～エンド・オブ・ライフに焦点をあて～**

JCHO 中京病院 看護部
酒井 幸子

私が所属している緩和ケアチームの依頼患者は年間100件前後であり、がんの積極的治療を行っている患者やエンド・オブ・ライフの時期にある患者の心身の苦痛に多職種で対応している。治療や病期によって栄養や食に関する調整が必要な事も多く、管理栄養士の対応は不可欠となっている。

緩和ケアは、対象を全人的な視点で捉えて、療養を含めた日常生活を整え「その人らしさ」を支える事を大切にしている。特にエンド・オブ・ライフにある患者は、少しでも快適に過ごせる事を目的とした日常生活調整が重要となり、中でも食や栄養に関する事は大きなウェイトを占める。患者は疾患の進行による食思低下、薬剤の副作用、嚥下障害、味覚障害、口腔内トラブル等で食事に対するつらさが強くなる。また、食べられなくなる患者を目の当たりにして、家族も不安な思いを表出される。遺族を対象とした先行研究では、食に関する家族の苦悩が大きかった事も明らかになっている。

臨床現場では、「少しでも食べたい」「これなら食べられるかも」と、ジャンクフード、菓子パン、お菓子を嬉しそうに召し上がる患者の姿をみる事がある。また、誤嚥や腸閉塞の悪化が懸念され、患者の食べたいという思いが尊重されない事に悩み、倫理的な視点で考えねばならない場面も見受けられる。このような場面に遭遇する医療スタッフの思いや考え、そして行動も様々である。

エンド・オブ・ライフにある患者の食に対するケアは、『今この患者・家族にとって大切な事は何か?』という考えのもと、ケアの方向性を一致させるとともに、生命維持の為の「栄養摂取」という観点から、食べる事の楽しみ・喜びを感じられる様な「食を楽しむ」という観点に捉えなおして患者・家族を支援する必要性を感じている。

今回のセッションでは、特にエンド・オブ・ライフにあるがん患者に対する食のケアについて、他施設の方々の意見を聴き理解を深める場にしたい。

座長：田中 佳江 (JCHO徳山中央病院 栄養管理室長)
東 由里 (JCHO星ヶ丘医療センター 副栄養管理室長)

BSP6-3 当院における がん患者の栄養管理の現状と課題

¹JCHO東京山手メディカルセンター
栄養管理室 管理栄養士、
²栄養管理室 室長
猿田 淑美¹、徳永 圭子²

がん治療中の患者の栄養管理では、治療継続のための体重と栄養状態維持に必要な栄養を補給すると同時に、「食事をする」というQOLの維持が大切であり、入院治療中の食事内容は患者にとって精神的にも身体的にも重要であると考えます。

[当院における現状]

当院では、病棟担当制によりタイムリーにスクリーニングを実施することで、食事状況や治療方針の確認を行い、栄養上リスクの高い患者、現に摂取困難や不足、また体重減少のある患者への早期栄養介入を目標に日々栄養管理を行っている。実際の治療では、食べたくても食べられない、においがつらい、味が変わって美味しくなく、口腔内の異変による味覚異常や痛み、さらには飲み込み自体が難しく摂取自体が苦痛などさまざまな訴えがあり、個々の患者に画一的ではなく、その時々に応じた食事形態、量の調整や配膳方法の工夫により苦痛の軽減を行うことが必要といえる。

シンポジウムでは実際に当院におけるがん患者への食事対応の例やNST介入例を報告する。

[今後の課題]

実際の介入では、すでに栄養障害の起きている患者への対応が優先され、化学療法による一時的な摂取困難やBSCの方針となった患者への積極的介入は優先順位が低くなりがちである。今後様々な事象にタイムリーかつ最適なケアが行えるよう、栄養士においては、有害事象とそれに対する対応方法などの知識の向上が必要であり、また食事調整パターンの作成や提案、そして他職種間の情報共有と連携の充実も必要と考える。また今年度発足予定の緩和ケアチームの活動においても、食事面のケアで患者QOLの向上、そして経口摂取維持による栄養面のケアにつなげていければと思う。

BSP6-4 当院のがん患者に対する 栄養管理 - 消化器がん周術期と緩和期・終末期を中心に -

¹JCHO横浜中央病院 栄養管理室、²外科、³麻酔科
齋野 容子¹、三松 謙司²、吹野 信忠²、
増田 都志彦³、川崎 志穂¹、伊藤 祐介¹、
安保 敏明¹、尾崎 和江¹、今野 京子¹

経口摂取を含む経腸栄養は、人間にとって最も生理的な栄養摂取法であり、消化吸収能力および腸管免疫能維持につながる。がん治療施行時には、消化管が使用可能であれば経口摂取・経腸栄養が第一選択となり、経口摂取・経腸栄養のみで十分な栄養量が摂取できない場合には静脈栄養の併用が考慮される。がん緩和期においても、可能な限り経口摂取・経腸栄養を選択し、経口栄養補助食品の付加や、患者の嗜好等を考慮した食事内容への変更などを行いながら、経口摂取量の維持・改善につなげる栄養管理の実施が望まれる。がん患者では、治療の侵襲度や悪液質の存在などにより代謝動態が患者個々に異なるため、個人の病態を考慮した栄養管理を行う必要がある。

当院では、栄養サポートチーム(以下、NST)および緩和ケアチームと病棟担当管理栄養士が連携を取りながら、主に消化器がん周術期の術前栄養管理と術後早期経口摂取の自立に向けた栄養介入、がん緩和期患者に対する栄養介入を行っている。がん周術期栄養管理については、2013年からERAS[®]を導入し、胃がんおよび大腸がん術後早期経口摂取を目的とした術後食の改定を行った。周術期は基本的にクリニカルパスを用いた栄養管理を実施するが、併存疾患や身体状況に応じた個別の対応も実施している。術後は補助化学療法を施行する患者も多いため、外来や化学療法施行中の栄養食事指導も実施している。がん緩和期の栄養管理では、緩和ケアチーム回診にNST専任管理栄養士が参加し、患者の状態に応じた個別の栄養管理を実施している。

がん患者では、がんによって引き起こされる様々な身体症状によって、食べたくても食べられない状況に陥ることもある。がん患者の経口摂取を支えるためには、食事内容の提案とともに、経腸栄養や静脈栄養の併用も検討しながら、総合的な栄養管理を実施することが必要である。