

末期がん患者の食事摂取状況と食事援助

小熊真理・藤井義博

藤女子大学 人間生活学部 臨床栄養学研究室

Abstract

Nutritional behavior of patients with terminal cancer and their nutritional support. MARI OGUMA and YOSHIHIRO FUJII (Laboratory of Clinical Nutrition, Department of Food Science and Human Nutrition, Faculty of Human Life Science, Fuji Women's College, Ishikari, Hokkaido 061-3204).

Anorexia and a distaste for food, which are common in patients with terminal cancer, are a source of anxiety for the patients, the patient's family, and the medical and nursing staff. The eating pattern of five patients with terminal cancer, who were under palliative and nutrition care, was observed until the day they died. We found that their nutritional behavior could be grouped into three types: type 1, stable eating until a sudden aggravation of their terminal illness; type 2, gradual overall decrease in food taking with time with daily fluctuation in the amount taken; type 3, constant food taking through tube feeding until a sudden aggravation of their terminal illness. In any type of the nutritional behavior, all the patients observed could take food until a few days before they died or the very day they died.

The results are compatible with an idea that providing high-quality nutrition care for the patients with terminal cancer requires the close collaboration of the medical and nursing staff, and the dietitian towards the improvement in the quality of their life.

はじめに

がんは1981年以来日本人の死因の第1位であり、国民の約4人に1人はがんで死亡している。がん治療の著しい進歩によってがんは致死的な疾患ではあるが同時に慢性疾患としての一面をもつようになった。そして、がん患者とその家族のQOL (quality of life) に社会的な関心が高まってきている。末期がん患者においては食欲不振、体重減少、衰弱そして痛みが最も頻繁に認められる症状である。^{1)~3)} 末期がん患者のほとんどが訴える食欲不振は、患者はもとより患者家族にとっても医療従事者、介護従事者にとっても大きな悩みの種である。食べるという行為は、末期がん患者にとっても日常的な行為であり、人間の基本的な営み、意志的な営みである。それだけに食事は末期患者とその家族のQOLに大きな関わりがあり、食事ケアは末期がん患者の大切なケアのひとつである。しかしながら、末期がん患者の食事摂取状況と食事援助の効果については余り研究がなされていない。

そこで、末期がん患者の食事摂取状況と末期がん患者への栄養士の食事援助の取り組みとについて観察的研究を行った。

対象と方法

対象 平成10年11月1日から平成11年1月31日までの3か月間に、東札幌病院緩和ケア病棟に入院中の末期がん患者5名(男性3名, 女性2名, 年齢38歳~67歳)の食事摂取状況について観察した。

方法 調査は、患者の負担にならないように、主に栄養カルテ、カンファランスと残食調査から情報を集め、場合によっては訪問インタビューを行なった。食事調査は、食事調査票(図1)を用いて、食事摂取量を全量摂取、2/3量摂取、1/2量摂取、2~3口、なしの5段階評価をした。それぞれの患者に提供されている食事は、症状や嗜好により食種や盛り付け等が異なっており、食事摂取量の変化を客観的に示すために、食事摂取量を摂取カロリー量に換算して示した。摂取カロリーは、東札幌病院の約束食事箋をもとに、それぞれの患者に提供している食種の総カロリーに摂取分量を乗じて算出した。さらに食事調査票には、カルテ、カンファランス、訪問インタビューの内容の他、食欲不振の症状、嗜好調査結果、食習慣について記入した。

結果

1. 末期がん患者の死亡日までの摂取カロリー推移

図2に5名の末期がん患者の死亡日までの摂取カロリーの推移を示した。死亡日をDay 0として各患者の1日の摂取カロリーの推移を死亡前日数との関係で表示した。観察期間は最長で62日間、最短で24日間であり平均41.8日間であった。食事摂取は、経口摂取が4名、経管栄養が1名であった。4名の経口摂取者のうち、死亡当日まで食事摂取が可能であった患者は1名、前日まで可能であった患者は1名、2日間まで可能であった患者は1名、3日前まで可能であった患者が1名で、死亡の平均1.5日前まで経口摂取は可能であった。

食事摂取の推移には3つのタイプが見られた。タイプ1は、

食 事 調 査 表

様 平成 年 月 日

撮 取 量 調 査	摂取量	A 全量摂取	B 2/3量	C 1/2量	D 2~3口	E なし
	月 日	/	/	/	/	/
主 食						
	食事の工夫					
【食欲不振の主な症状】 悪心・嘔吐 () 口内炎・口渇 () 閉口障害 () 舌苔 () 嚥下困難 () 咀嚼困難 () 早期満腹感 (腹水・消化管閉塞・便秘) 食欲不振 () 味覚障害 () 甘味 () 苦味 () 塩味 () 辛味 () 酸味 () 金属味 () その他 () 疼痛 () 倦怠感 ADL			【嗜好調査・食習慣】 主食 (米飯・粥・パン・麺) 現在の嗜好 () 副食 (和・洋・中) 好きな料理・食品 嫌いな料理・食品 現在の嗜好 () 味付け (濃い・普通・薄い) 現在の嗜好 () 味噌汁 牛乳・乳製品 菓子類 (和菓子・洋菓子・) 病院食以外に摂取しているもの 自然食品 健康食品 菓子類・デザート類 飲み物 おかず類			

図1. 食事調査表.

症例1, 3において見られるように、比較的安定したカロリーを摂取していた患者が、死亡日に近づくると急激に経口摂取量が減少する場合である。タイプ2は、摂取量の増減を繰り返

しながらも死亡日に近づくにつれて経口摂取量が漸減する場合である(症例4, 5)。タイプ3は、症例2において見られるように死亡直前まで経管栄養にて毎日同一のカロリーと量

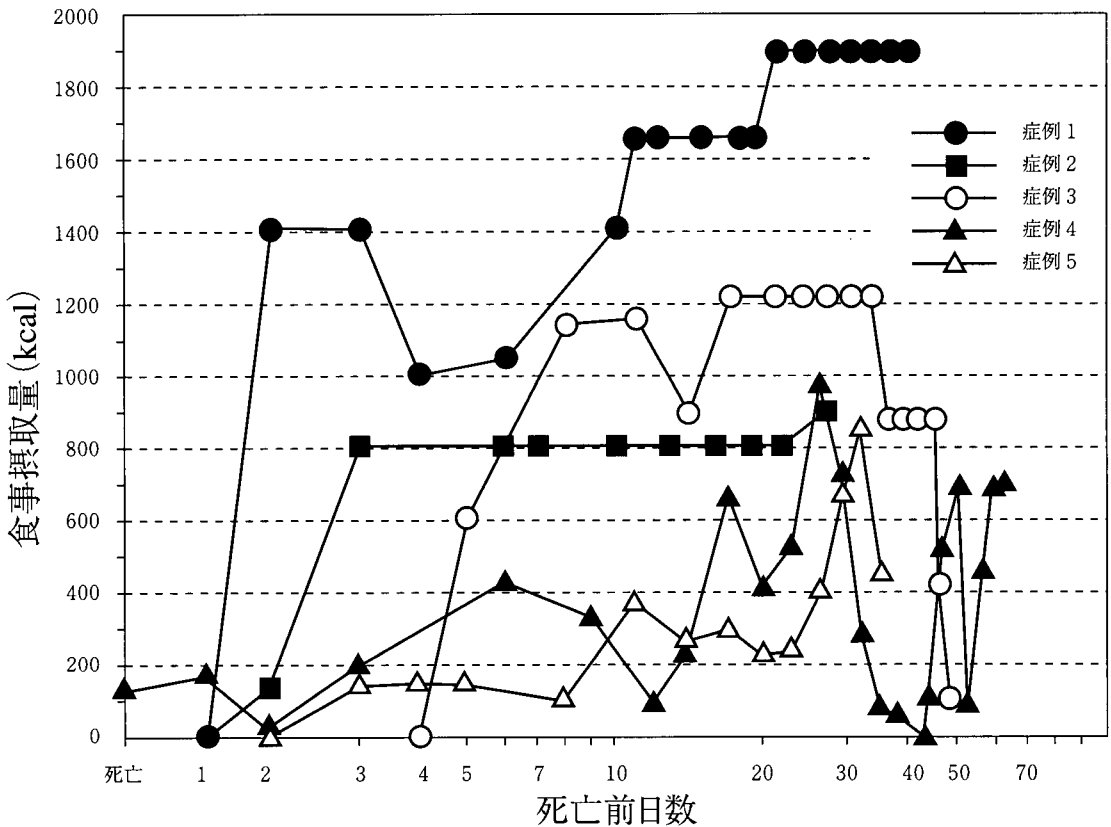


図2. 末期がん患者の死亡日までの摂取カロリーの推移。

を摂取する場合である。

2. 症例の提示

症例1 63歳男性，C型慢性肝炎・肝硬変の経過中に肝臓がんを合併。患者は気功の先生でもあり，病院食の他に自然食品や健康食品を利用するなど，食事には気を使っていた。死亡前33日：入院，食種として肝臓食1900カロリーが提供された。

死亡前17日：患者は1600カロリー余りを摂取していた。患者は痩せていることを気にしており，入院前の主治医の「食べなきゃダメ」の言葉もあったことから，栄養摂取への強い想いを持っていた。それで，提供された病院食を全部食べることが一番大切であると思っていたようで，無理して全量摂取していることが判明した。入院後，食欲不振が強まってゆく傾向が認められたことから，もっと自然な形で食事ができるようにと，栄養士の方から食事量の調整として主食量を200グラムから165グラムへ減量することが提案された。そして食べやすい食品の提供のために，現在の嗜好の把握がなされた結果，「油っぽいものが胃にもたれる」ことが判明したので，揚げ物類を献立から外し，他の食品で代替することが栄養士から提案された。

死亡前12日：本人からの希望があり，昼食にもみそ汁を提供することになった。

死亡前11日：1400カロリー余りを摂取中。患者は倦怠感が

強く，とくに食欲があるわけではないが，「食事は不思議と食べられる」と話した。

死亡前3日：1400カロリーを摂取中。「主食の量が少し多い」と患者から訴えがあった。それで主食量は165グラムから110グラムへの減量となった。しかし主食量の減量によって栄養摂取が不十分になるのではないかという患者の懸念も感じられたため，栄養士は主食を無理に食べるより副食を食べた方がバランスよく栄養摂取ができることを患者に伝えた。

死亡前2日：1400カロリーを摂取。

死亡前日：肝不全のため絶食となった。

症例2 38歳の男性，右類粘膜がん。

死亡前32日：症状悪化のため再入院。経口摂取が困難なため朝と昼には成分栄養剤，夕には流動食を経鼻経管方にて800カロリー余り摂取。その後，死亡前3日まで安定して800カロリー余り摂取。

死亡前2日：100カロリー摂取。

死亡前日：カロリー摂取中止。

症例3 67歳女性，聴神経腫瘍。1度退院し在宅医療とケアを受けていたが，悪心・嘔吐のためほとんど食事摂取ができなくなったため再入院となった。

死亡前44日：再入院し，食種は潰瘍食にて全粥の主食を摂取。しかし100カロリー程度しか摂取できなかった。

死亡前41日：悪心、嘔吐、前身倦怠感などの症状が緩和された。患者は食べられることで自信が付き、表情も良くなった。約890カロリー摂取できるようになった。

死亡前31日：聴神経腫瘍の症状が悪化し、咀嚼が困難になってきたため、副食は一口大刻みに、肉と薬物は刻みにて提供された。その後1200カロリー程度摂取できて安定していた。

死亡前5日：意識レベルの低下があるため、主食は食べやすい「俵おにぎり」の形で提供された。

死亡前3日：昏睡状態になったため、絶食となった。

症例4 56歳女性、大腸がん、肺、肝臓移転。患者は以前イレウスによる食後の腹痛に苦しんだ記憶をもっているために、食事摂取への不安があった。

死亡前65日：入院。食種として三分粥食が提供された。その後、調子のよい日には700カロリー程度摂取できていた。

死亡前43日：症状の悪化のため、絶食となった。

死亡前38日：1日朝夕の2食にて食事が再開された。食事内容は、重湯とゼリーあるいはプリンの2品の提供にて患者の状態を観察しながら様子を見て行くこととなった。100カロリー以下の摂取量であった。

死亡前36日：1日3食を提供することとなった。

死亡前25日：摂取状況は良好になり（日によって400～1000カロリー摂取）、病院食以外にもカステラやウエハースも摂取していた。より安定した食事摂取ができるように、食事に変化を加え、かつ残渣の少ない献立が工夫され提供されることになった：朝食は、重湯（小茶碗1/2）+みそ。昼食はソーメン（小茶碗1/2）+ゼリーあるいはプリン+煮付け（南瓜あるいは大根あるいは芋）。夕食は、重湯（小茶碗1/2）+みそ+アイスあるいはプリン+汁もの。

死亡前22日：患者は食事の種類が増えて喜んでた。

死亡前9日（クリスマスイブ）：「クリスマス・ケーキをつけて欲しい」との患者の希望がある由を看護婦から聞き、栄養士は対応した。

死亡前8日：患者は、クリスマス・ケーキをとっても喜んでた由を看護婦から聞く。

死亡当日：朝にアイス1ヶ食す。夜に死亡された。

症例5 63歳男性、膀胱がん手術後の胃移転。患者は精神的に不安定であった。前医でのがん化学療法の副作用が関係した口腔内乾燥、味覚異常を訴えていた。

死亡前36日：入院し、主食は全粥の潰瘍食を摂取。担当看護婦から患者は温かいもので嘔気するようだと言葉に相談があった。それで保温食器を中止して普通食器にて対応がなされた。しかし患者より「もう少し冷めていたほうがいい」との希望があったので、配膳の直前まで食器のふたを開けておくことで対応がなされた。

死亡前32日：患者は「化学療法の影響なのか口内乾燥、味覚異常があり、ボンボンしたもの食べにくい、砂を噛んでいるような感じがする」と訴えた。そこで、昼食の主食を冷ソーメンにすることが提案された。「大盛りより少しずつ盛った方が食べられそうだ」という患者の言葉があったので、主食を小茶碗に盛るという対応がなされた。

この時まで600～800カロリーの食事摂取量があったが、そ

の後徐々に減少していった。

死亡前8日：接触カロリーは100カロリー余りにまで減少。

死亡前2日：絶食状態となった。

考 察

今回の調査から、十分な緩和ケアと食事ケアを受けている末期がん患者は死亡の直前まで、なかにはその当日まで、食事摂取が可能であることが確認された。そして末期がん患者における食事摂取量の推移には3つのタイプがあることが判明した。

末期がん患者に質の高い食事ケアを提供するためには、緩和ケアと食事ケアの緊密な連携が必要である。高齢の末期がん患者が食事摂取できるためには6つの要因が大切であることが報告されている。⁴⁾ (1) 疼痛、便秘、麻薬系鎮痛薬の副作用（嘔気・嘔吐・胸焼けなど）を薬物療法によって緩和に成功しているか否か。(2) 口腔乾燥感、咽の渴きの緩和のための口腔ケアが成功しているか否か。(3) 個人の味覚上の好みと食事習慣の尊重があるか否か。(4) 提供された食事の舌触りが適切か否か。(5) 食欲をそそる食事の提供の仕方があるか否か。(6) 医療従事者と看護（介護）従事者の協力があるか否か。このように、末期がん患者への質の高い食事ケアには、質の高い緩和ケアが行われていることと栄養士以外の緩和ケアチームの構成員の食事ケアへの関心と協力が不可欠である。患者の想いとは裏腹に伝統的な患者ケアにおいてはまだ食事の側面はあまり重要視されるには至っていないという報告⁵⁾を考慮すると、終末期における質の高い食事ケアの実現のためには、栄養士だけでなくそれ以外のケア提供者が全員、終末期における食事ケアの重要性を再認識する必要がある。

十分な緩和ケアを受けている末期がん患者は死亡の直前まで、なかにはその当日まで、何らかの形で、食事摂取が可能であった。十分な緩和ケアを受けていた高齢がん患者（61歳～94歳）116人の死に至るまでの食事摂取状況の観察によると、107人（92%）が死の当日まで食事を食べ続け、残りの9人には平均3.5日前に食事の提供を中止しなければならなかった。⁴⁾ この9人の内訳は、食道癌1人、頭頸部癌1人、腸管閉塞7人であった。死の当日まで食事を食べ続けた107人の患者の食事摂取状況は、患者の年齢、癌の種類、服薬と食事摂取回数・食事内容の調整には規定されず、高齢者の末期がん患者とがんに侵されていない高齢者とは、死亡の当日までの食事摂取パターンに違いはないと報告されている。しかし、今回われわれが観察した5症例のうち死の当日まで食事摂取できたのは、症例4の大腸癌の56歳の女性だけで、死の2日前までが2例（症例1、2）、3日前まで（症例5）と5日前まで（症例3）とがそれぞれ1例ずつであった。死亡2日以前に食事摂取ができなくなった4症例のうち、3症例が昏睡などの急変がその理由であり、1例（症例5）は転移性胃ガンの患者であった。このような相違の存在は、同じ末期がん患者であっても年齢階層あるいは文化の相違によって食事摂取状況が違う可能性を示唆している。実際、われわれの観察では、末期がん患者における食事摂取の推移は均一ではなく、3つの異なるタイプに分けられた。

食事摂取タイプ1は、それまで比較的安定して食事摂取がなされてきたが、症状の急変によって経口摂取が不可能になり死亡する場合である。症例1,3が相当するが、共に身体症状の緩和がなされていて、さらに主食の量を減じたり、嗜好に合わせて副食を変えたり、咀嚼しやすくように形態を変えたりと、食事に工夫が加えられていたが、摂食状況は良好であった。症状の急変によりそれぞれ死亡の1日前と3日前に絶食となった。末期がん患者の身体症状には、がん性疼痛、全身倦怠感、悪心、嘔吐、呼吸困難、不眠など多くあるが、それらの身体的苦痛を含め、全人的苦痛（身体的、精神的、社会的、霊的）⁶⁾が緩和されたときは、消化管の病変がなければ、がんの有無にかかわらず安定した食事摂取が可能だと思われる。

食事摂取タイプ2は、経口摂取を困難にする症状があり、摂取量は日々その症状の変化に応じて増減しながらも、全体として徐々に減少してゆく場合である。このタイプに属する症例4では、身体症状に加え、「食べたらずくなるのでは」という不安があった。同じくこのタイプの症例5でもがん特有の身体症状に加えて、化学療法の副作用があったり精神的に不安定だったり、経口摂取を困難にする症状が少なくなかった。このタイプを示す患者では、患者が少しでも経口摂取できるように、よりきめ細やかな援助が求められている。つまり栄養士はカンファレンス、回診、カルテ、家族とあるいはベッドサイドでの会話などから、患者ひとりひとりの症状と精神状態の変化を把握し、さらに患者個人の嗜好を知ったうえで、提供する食事に工夫を加えることが大切であろう。

食事摂取タイプ3は経管栄養にて症状が急変するまで一定の量とカロリーを摂取することが可能な場合である。このタイプに属する症例2のように、成分栄養剤だけでなく流動食も摂取することで、たとえ味わなくても変化をつけることで、少しでも食事が楽しみになり、満足感を得ることができであろう。

末期がん患者の食事の嗜好傾向は、あまり調理の手を加えないシンプルな料理あるいは水分が多く含まれ口当たりの良いものであった。具体的には、おひたし、酢の物、ゼリー、プリン、アイスクリーム、冷たいソーメンあるいはうどんが好まれた。主食は、重湯、粥、ご飯、おにぎり、めん類、パンなど症状に合わせて食べやすいものを提供することで、食事に変化が生まれ、食欲増進のきっかけになっていた。調理形態は、口腔内の症状、咀嚼障害、嚥下障害に対応して、流動食、ミキサー食、刻み食にしたりとろみつけることで摂取量の維持、増進が計られていた。

患者によっては経静脈栄養あるいは経管栄養にて栄養を取り入れていることもあるが、多くの患者は食べることにイコール生きていることととらえていた。そして、たとえ少量であっても経口摂取できることに喜びを感じ、満足感を得ていた。また食事の時間は家族や介護者との大切なコミュニケーションの時間の一部となっていた。これらの事実は、一般的に食事には少なくとも6つの側面ないしは目的（食欲の充足、栄養学的側面、生理学的側面、薬としての側面、社会的側面、こころ（魂）の栄養）があるが、末期がん患者においてはそのうちの社会的側面とこころ（魂）の栄養の側面の比重がとりわけ大きくなっていることを示唆している。この食事の2

つの側面は、飽食の現代に生きるわれわれが一番見失いがちな食事の根源的な側面でもあることから、末期がん患者の援助に従事する者、とくに栄養士は、食事を物質としてのみとらえるのではなく、食事のこころの側面を真摯に受けとめて、末期がん患者にとって食事が苦痛や負担にならないように援助しなければならない。

食事の援助は末期がん患者のケアに限ったものではない。ホスピスや緩和ケア病棟などの特定の施設だけでなく、一般病棟、社会福祉施設、さらには在宅においても、食事が生きるための基本的な営みであり、喜びを感じ、満足感を得るのである限り必要なものである。疾病の予防に社会的関心が高まってきている現在、生活習慣病の予防や、プライマリ・ケアにおいて食事が大切であることは十分認識されてきている。しかしながら、QOLの向上という視点から食事をとらせること。あるいはターミナル・ケア（終末期ケア）において食事が大切であるかについてはいまだ十分には認識されていない。

今後の課題として、年齢階層別にがんの末期とその他の疾患の末期における食事摂取状況の比較調査を行なうことで、栄養学的視点からだけでなくこころの栄養あるいはQOLの向上を目指した食事援助をよりきめ細やかに行えるであろう。

要 約

末期がん患者のほとんどが訴える食欲不振は、患者はもとより患者家族にとっても医療従事者、介護従事者にとっても大きな悩みの種である。緩和ケアと食事ケアを受けている5名の末期がん患者の食事摂取タイプについて死亡の当日まで観察した。その結果、彼ら/彼女らの食事摂取状況は3つのタイプに分類され得ることが判明した。食事摂取タイプ1は、末期病状が急変するまで安定した食事摂取する場合。食事摂取タイプ2は、摂取量の増減を繰り返しながら全体として徐々に減少する場合。食事摂取タイプ3は、末期病状が急変するまで経管栄養にて毎日同じカロリー、量を摂取する場合。いずれのタイプでも、これら5名の末期がん患者は、死亡の数日前まで、なかには死亡当日まで食事摂取が可能であった。以上の結果は、末期がん患者に質の高い食事ケアを提供するためには、患者のQOLの向上を目指して、医療・介護従事者と栄養士との緊密な連携プレイが必要であるという考えに矛盾しない。

謝 辞

この調査研究を行なうにあたって、お忙しい中、実習を受け入れ多くの助言とあたたかい励ましの言葉を与えてくださった東札幌病院の板倉育子栄養士と鈴木久美子栄養士に心から感謝いたします。

文 献

1. Arnold, C. Nutrition intervention in the terminally ill cancer patient. *J. Am. Diet. Assoc.* 86: 522-523, 1986.
2. Bruera, E. and MacDonald, R. N. Nutrition in cancer patient: an

- update and review of our experience. *J. Pain. Symptom. Manage.* 3: 133-140, 1988.
3. Enck, R. E. Anorexia and cachexia: an update. *Am. J. Hosp. Care.* 7: 13-15, 1990.
 4. Feuz, A. and Rapin, C. H. An observational study of the role of pain control and food adaptation of elderly patients with terminal cancer. *J. Am. Diet. Assoc.* 94: 767-770, 1994.
 5. Chatelain, C. Problèmes nutritionnels en soins palliatifs: traitement ou confort? Le point de vue de l'infirmière. In Rapin, C. H. ed. *Fin de vie: nouvelles perspectives pour les soins palliatifs*. Lausanne, France: Payot Lausanne; 1989: 55-59.
 6. 柏木哲夫. 日本におけるホスピスの現状と課題. 死の臨床 V—死の準備. 日本死の臨床研究会編, pp. 49-50, 人間と歴史社, 東京, 1995.