

症例報告

緩和ケア病棟入院中の胃癌患者に「噛み出し食」を提供した1例

多根総合病院 医療技術部 栄養管理部門¹, 看護部², 緩和ケア内科³, 精神科⁴, 外科⁵野口佳子¹ 荒金和歌子¹ 山本啓太¹ 宮口真美¹成見阿紀² 岡田佳也³ 柄池真規子⁴ 廣岡紀文⁵

要 旨

消化管閉塞の癌患者に対する栄養療法は、閉塞の状態により経口摂取が可能であっても、詰まらないことに重点を置いて流動食やペースト形態のような食事が提供されることが多い。しかし、本人の望むような食事形態が提供されないと、食への満足度は低くなる。今回、胃幽門部癌の消化管閉塞に対し減圧用の胃瘻造設（Percutaneous Endoscopic Gastrostomy：以下、PEG）をした患者の「形のある物を噛んで食べたい」という希望を尊重し、Advance Care Planning（以下、ACP）を実践するため、食事を咀嚼後に飲み込まず吐き出すことを説明し「噛み出し食」として普通形態の食事を提供した。症例は86歳、女性。胃幽門部癌の消化管閉塞に減圧用PEGをした患者に対し、普通形態の食事を咀嚼後に飲み込まずに吐き出すような「噛み出し食」を提供した。噛んで吐き出す食事を提供していることがスタッフ間の共通認識となり、カルテの食事記録や訪室時の摂取状況をみながら、状態に応じた食事を提供することで食への満足度を向上させることができた。「噛み出し食」は癌患者の消化管閉塞症例において、咀嚼を楽しみたい場合には有用であり、認知機能や咀嚼、嚥下機能に問題がない場合の栄養療法の選択肢の一つと考えられる。

Key words：消化管閉塞；緩和ケア；噛み出し食

はじめに

消化管閉塞の癌患者に対する栄養補給法としては、①可能な範囲での経口摂取、②経腸栄養、③静脈栄養が選択肢として考えられ、経口摂取の場合は閉塞の状況により、流動食・形態調整食などの提供となる^{1,2)}。しかし完全閉塞状態で経鼻胃管やPEGにより減圧を行っている場合、栄養は静脈的に投与することで、さらに患者が食べることを望んだ場合は、食事を噛んで味わい、味わった後に飲み込まずに吐き出し、液状の食品など胃管やPEGのチューブ内を通過できるものは嚥下するような食事を提供できる^{3,4)}。

摂取状態により嗜好に合わせた付加食や食事形態など食事調整することで「普通の形のある食事を噛んで食べたい」という希望を尊重し、ACPを実施し、食

への満足度を向上させることができた症例を経験したので報告する。

症 例

患者：86歳、女性。

既往歴：子宮筋腫。

併存症：糖尿病、脂質異常症、変形性腰椎症。

家族歴：特記なし。

現病歴：20XX年10月黒色便を主訴に受診された。腹部CTで胃幽門部の壁の肥厚、および周囲リンパ節腫大を指摘され、入院となった。精査の結果、幽門狭窄を伴う進行胃癌と診断され、手術が施行された。しかし、瘻浸潤が強固であり、根治切除は耐術能も含め困難と判断され、姑息的に胃空腸バイパス術が施行された。術後、癌浸潤の影響もあり、胃空腸バイパス



部位での通過障害をきたした。減圧目的で経鼻胃管を留置し、術後51日目に流動食を開始したが、持続性の嘔吐があり絶食を繰り返すためCVポート（以下、ポート）を挿入し、減圧目的のためPEGを造設した。その後はポートより中心静脈栄養（Total Parenteral Nutrition：以下、TPN）をしながら、経口では流動食を提供した。PEGから減圧できたため、消化器症状は見られなかった。退院前の栄養指導では液状以外は口腔内で溶けて形のなくなるアイスやチョコレート、咀嚼により水分を含むと軟らかくなるポーロなど減圧PEGを通過するものなら食べても良いことを説明し、20XX+1年3月、自宅退院となった。

20XX+1年6月、発熱、悪心嘔吐、下痢、上腹部痛を認め当院に救急搬送された。精査の結果、高度貧血を認めたため、緩和ケア病棟に再入院となった。

入院後の経過（食事内容の変遷を図に示す）：

第1病日、食事内容・量・形態は患者と相談し、「噛み出し食」を提供するようとの指示が出た。退院後の外来時に主治医より「噛み出し食」が紹介されており、「家では重湯とポタージュだった。焼き魚とか一口噛んで吐き出して、味が残っている間に重湯を飲んでた。麺や芋はしっかり噛んだつもりだったけど詰まったことがある」「ご飯とか長く食べてない、

普通のお粥が食べたい」との発言があった。「噛み出し食」については、咀嚼後に飲み込まずに吐き出すよう説明し、食事内容を検討した。副食は軟菜食、形態は一口大、主食は重湯が多めの3分粥、汁物は具なしを提供した。














第2病日「お粥の粒も食べてみたけど大丈夫だった。ジュースとか飲物が欲しい」と飲物付加希望があった。副食はすべて咀嚼後に吐き出しており、主食の3分粥も摂取できていた。希望に沿って毎食好みのジュース類を付加した。

第20病日「お粥の粒は心配なので汁だけ飲んでいる。アイスも溶けるから良いね。ポーロは詰まったことがないから出してほしい。ジュースは飽きた」と食事内容変更の希望があった。食事の摂取量は低下していたが、液体はまずまず摂取できており、固形物は吐き出せていた。ジュースは飽きたため口腔内で溶けやすいアイスやポーロを提案したところ「試してみたい」との返答があり、食事内容を変更した。

第29病日「しんどい。痛くないけど身体がだるい。アイスは食べやすい。冷たい物が良い」との発言があった。発熱が持続しており、しんどそうな様子であったが、アイスやポーロは促すと摂取できた。摂取状況はアイスや飲物など冷たい物は摂取できるが、固

図 食事内容

（電子版カラー掲載）

	摂取量 /30 (10割×3食)	主食・汁物	副食（形態）	付加食
入院時		3分粥 	軟菜ハーフ（一口大） 	
2～19病日	18～30/30	3分粥 	軟菜ハーフ（一口大） 	
20～28病日	12～15/30	3分粥 	軟菜ハーフ（一口大） 	
29～38病日	10～12/30	3分粥 	軟菜ハーフ（一口大） 	
39～50病日	2～5/30		軟菜ハーフ（一口大） 	
51～58病日	0/20	ペースト粥 	軟菜ハーフ（きざみ→ペースト） 	

形物はほとんど摂取できておらず、飲物だけ付加した。

第39病日「食べる元気がない。お菓子とジュースだけ食べてみる」との発言があった。ポーロとジュースのみ介助により数口摂取できた。副食、飲物、アイス、ポーロの食事に変更した。

第51病日、傾眠傾向のため食事は摂取できていなかった。家族と面談し、食事提供をどうするか検討した。家族より「先週は声をかけると少し話したり食べたりできたけど、今はずっと寝ているのですね。家族が来院できる昼と夕の食事は食べさせてあげたいから、アイスとお粥とおかずを少し出してほしい」と希望があった。家族が来院しやすい昼と夕のみ「粥+副食+アイス」を提供し、咀嚼は困難と思われたため、副食は形態をキザミからペーストに変更した。

第59病日に永眠された。

考 察

WHO（世界保健機関）による緩和ケアの定義（2002）には、「緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族の生活の質（Quality of Life：以下、QOL）を、痛みやその他の身体的・心理的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチ」であり、「患者が最期までできる限り能動的に生きられるように支援する体制を提供する」とある⁵⁾。終末期患者の栄養管理では、経口、経腸栄養、静脈栄養など病態により調整しなければならない。しかし、今までの治療や悪液質の影響による食思不振、味覚異常、咀嚼・嚥下障害など様々な要因があり、思っているように食事の摂取ができないことが多い。そのため少しでも食べることができるように栄養に関する問題点を考え、食事の量の調整、主食変更、副食形態の変更、味覚障害・嗅覚過敏の対応、食事の温度調整、補助食品の付加などの対応が推奨されている³⁾。当院でも緩和ケア病棟患者のほとんどに何かに配慮した個別対応の食事提供を行っている。しかし、がんの進行に伴い、悪液質の影響もあり徐々に食事摂取量は低下し、意思疎通も困難になる。食事を提供するか絶食にするかなど、スタッフ間で意見が分かれることもある。緩和ケアの役割は、患者および家族のQOLの維持や向上にあり、患者とその家族も含めたケアをすることである。そのため早い時期からACPを活用してサポートすることがよいとされている。食に対する思いを語ることは、これからの生についての思いを語ることに通じること

が多い。アセスメント時の会話や様子、また何気ないひとことを受け流さず、ACPの実践につなげられるように他の医療従事者と情報共有することが重要である⁶⁾。

癌性消化管閉塞で完全閉塞でない場合の消化管ステント留置例では、通過性に配慮した流動食やペーストなど形態調整した食事が提供される⁷⁾。完全閉塞の場合も、経鼻胃管やPEGからドレナージするのであれば、同様の食事が提供できる。しかし、形態調整した食事は元の食材がわからず、見た目・食感が異なり、食べたいという意欲が低下することがある⁸⁾。近年、外見と風味は通常の食事に類似しているが、口腔内でペースト状になる摂食回復支援食⁸⁾など食べる喜びを実感でき、見た目の満足度が高い商品が開発されている⁹⁾。しかし、口に入れると咀嚼しなくても食べられるほど軟らかいため、食感は思っている物とは異なる。食事提供前に患者とよく検討し、味を味わって嚥下したい場合はペースト～流動食や摂食回復支援食、咀嚼を楽しみたい場合は「噛み出し食」の提供が望ましいと考える。

PEG造設には、栄養管理と減圧の目的がある。栄養管理目的では栄養サポートチーム（Nutrition Support Team：以下、NST）が介入して栄養剤や投与量を評価し、嚥下評価の必要性などを検討している。さらに減圧PEG患者では、PEGカテーテルからドレナージされた水分や電解質を補液で補充する必要があり、NSTは輸液内容の調整のみ提案していた¹⁰⁾。しかし、今後は患者が食事の食感を楽しみたいか、味わって嚥下したいか、そのために嚥下評価は必要かなど、NSTで検討の際、選択肢が増えると考えられる。

今回、主治医から減圧PEGのチューブを通過する形態であれば何を食べても良いと指示があり、食事内容を定める面談を実施した。「芋や麺類は十分噛んだつもりでも詰まった」「おかきやクッキーは問題なかった」など自宅での体験談を聞くことで食べられるもの、食べてみたいけど心配なものなどが明確になり、希望の食事提供に繋がった。「噛むのも飲み込むのも問題ないのに普通の食事が食べられないのが一番辛い」「形のある物が食べたい」と発言されていたが、「噛み出し食」の提供以降は「食べられた」「詰まらない」「次食べたいもの」など前向きな発言があり、笑顔も見られた。患者や家族と頻回に面談することで、病態に応じて食事の内容や量、食事回数などを調整し、お看取りまで希望に添った食事提供を行うことができた。

結 語

胃幽門部癌の消化管閉塞に減圧用PEGをした患者に対し「嚙み出し食」を提供した。摂取状況に応じて頻回に訪問し食事内容を相談しながらこまめに変更することで、「普通の食事を食べたい」という希望を最期まで支援できた。

本症例は、高齢ではあったが認知機能、咀嚼機能、嚥下機能に問題がないため導入できたが、「嚙み出し食」は緩和ケア病棟の医師や看護師は聞いたことがある程度で、他科の医療スタッフでは認知度が低い。今後消化管閉塞症例では、ステント留置かドレナージなど、病態により栄養投与方法の選択肢を提案できるようにする必要がある。また、それぞれの栄養療法に応じて、どのような食材や食事形態が適切か指導用媒体を作成し、早期から栄養介入することが重要と考える。

著者は申告すべき利益相反を有しない。

本論文の要旨は第24回・第25回日本病態栄養学会総会（2022年1月28日～30日、京都市）で発表した。

文 献

- 1) 河内啓子：消化管閉塞のがん患者に対する栄養サポート. *Nutrition Care*, 6 (10) : 972-973, 2013
- 2) 池田健一郎：終末期のがん患者の外来診療での栄養療法. *臨栄*, 122 (7) : 928-931, 2013
- 3) 山邊志都子：管理栄養士. 志真泰夫, 恒藤 暁, 森田達也, 他編, *ホスピス緩和ケア白書 2015* ホスピス緩和ケアを支える専門科・サポーター, 青海社, 東京, 62-65, 2015
- 4) 宇野さつき：食事指導. *日本緩和医療学会ガイドライン統括委員会編, がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン 2017年版*, 金原出版, 東京, 121-123, 2017
- 5) 日本緩和医療学会：「WHO（世界保健機関）による緩和ケアの定義（2002）」定訳. 2018, https://www.jspm.ne.jp/recommendations/individual.html?entry_id=51 (参照 2022.12.2)
- 6) 濱吉美穂：ACPとは 食べることの意味決定に向けたかかわり. *臨栄*, 134 (6) : 738-743, 2019
- 7) 松岡美緒, 篠木敬二, 間狩洋一, 他：癌性消化管狭窄患者に対する摂食回復支援食「あいーと」の安全性ならびに満足度の検討. *癌と化療*, 42 (Suppl. I) : 79-81, 2015
- 8) 光貞美香：食形態が高齢者の心身へ及ぼす影響の検討 自律神経系の反応と主観的評価から. *日摂食嚥下リハ会誌*, 17 (3) : 226-232, 2013
- 9) 山中英治, 西村智子：摂食回復支援食「あいーと」提供の意義と価値. *医療マネジメント会誌*, 13 (3) : 139-144, 2012
- 10) 児玉佳之, 東口高志, 伊藤彰博, 他：緩和ケアにおける胃瘻造設と経腸栄養の実際. *臨栄*, 113 (5) : 628-633, 2008

Editorial Comment

癌患者の消化管閉塞において、まずはステント挿入やバイパス手術を考慮するが、それができないか、施行後も症状継続する場合は、減圧目的に経鼻胃管の持続挿入が行われることがある。経鼻胃管の挿入は患者のQOLを著しく落としてしまうため、患者の理解が得られれば、減圧胃瘻の造設を行う。減圧胃瘻の造設はタイミングが合えば効果的な場合が多いが、経過が良い場合は、さらに通常に近い食事を望まれることとなる。ただ、胃瘻は構造上食物残渣で詰まりやすいため、残渣の少ない食事の提供のみにとどまることが多い。

末期の癌患者の病態は個々に異なり、食事に対しての希望も個々に異なるため、現在、栄養管理は

オーダーメイドの状態となっている。今回の報告は、「嚙み出し食」の提供という特殊な症例ではあるが、日頃行っている活動の延長線上として、またACPの実践として、できるだけQOLの向上を考え、頻回・丁寧な対話を行った結果である。患者に寄り添ったこのような活動は、看護師、管理栄養士およびNST、がんサポートチーム、口腔ケアなどに支えられており、今後も継続が望まれる支援活動の一つである。

多根第二病院 診療部
高橋 弘

WHOが提唱する緩和ケアの定義に基づく5つの緩和ケア・アプローチの一つに「クオリティ・オブ・ライフ（QOL）重視のアプローチ」がある。これは疾患の治療や治癒より生活の質を重視する考えである。本症例もこの考え方に則った介入であり、人間の生理的欲求の一つである「食」に対して、患者の「普通の食事を食べたい」という希望を叶えるための様々な選択肢を提案するための努力が記述されている。「嚙み出し食」はまだまだ認知度

は低いが、患者・家族の思いを傾聴しながらの努力、患者の思いを叶えたいという思いが患者・家族の満足につながったと考える。今後も病態や患者の思いに寄り添った介入時期や栄養投与方法の選択肢の提案の必要性がまとめられており、多職種連携での関わりを視野に入れた考察がなされている。

看護部
武内千秋

