

日本赤十字九州国際看護大学学術情報リポジトリ

タイトル	在宅終末期がん患者の摂食・嚥下障害への看護
著者	小林裕美
掲載誌	臨床看護, 38(11) : pp 1527-1530.
発行年	2012.10
版	publisher
URL	http://id.nii.ac.jp/1127/00000325/

<利用について>

- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの著作権は、執筆者、出版社(学協会)などが有します。
- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用などの範囲内で行ってください。
- ・著作権に規定されている私的使用や引用などの範囲を超える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。
- ・ただし、著作権者から著作権等管理事業者(学術著作権協会、日本著作出版権管理システムなど)に権利委託されているコンテンツの利用手続については各著作権等管理事業者に確認してください。

在宅での摂食・嚥下障害看護

①在宅終末期がん患者の 摂食・嚥下障害への看護

小林裕美 日本赤十字九州国際看護大学
Kobayashi Hiromi

はじめに

食事をとること全般を示す「摂食行為」とは、食欲や食物認知、捕食、咀嚼、食塊運搬、嚥下などのすべてを包括する概念である。がんが進行すると食事がとれなくなり、食事がとれていてもやせてくることが多い。がん患者にとって、口からものを食べることが妨げられることは、脱水、低栄養などの問題を生じるだけでなく、人生における楽しみが奪われ、QOLの低下や生きることへの意欲の低下を引き起こし、その苦悩は消化器がんの患者に限らず深刻な問題である。しかし、栄養や水分を輸液管理により積極的に補給することは、延命にも症状緩和にもQOLの改善にもあまり役に立たない。気道分泌物が増えて喘鳴や呼吸困難をきたし、浮腫などの体液の増加により疼痛が増加するなどの弊害が出現することも多い。したがって、経口摂取が可能な場合には、少しずつ食べられる量で、摂取できるよう援助することが大切である。またそのことを家族に十分理解してもらう¹⁾。

在宅終末期がんの人に対する看護においては、がん性疼痛などの苦痛症状を取り除き、患者に残された貴重な時間を自宅でその人らしく、有意義に過ごしてもらえるように

することが重要である。とくに、消化器系のがん患者の場合、がん性疼痛を抱える人が多いうえに食欲不振が急激に進行することが少なくない。そのため、食事に関する援助は、介護者である家族に具体的な助言をしていく必要がある。

本稿では、消化器がんが進行した在宅終末期の患者で、介護者が男性であった2事例を紹介し、家族介護力の見極めの重要性と具体的な援助について述べる。

事例紹介

事例1 進行した膵がんで疼痛コントロールが不良であったケース

患者：Aさん、60代、女性

診断名：膵頭部がん、転移性肝がん

家族構成：夫(60代)と次男(20代)の3人暮らしで、長男(30代)は未婚で近隣市に在住。

経過：右側胸部から腹部にかけての痛みがあり、近医では原因がわからず、半年後、腰痛の出現と左鎖骨下リンパ節腫脹にて膵頭部がん、肝転移と診断される。すでに手術適応はなく主治医より夫に余命2カ月程度であることを告げたところ、自宅での療養を希望された。訪問看護の利用は週2回で、必要時に訪問診療を希望するのみで、他の在宅ケアサービスの利用は拒否された。約1カ月の在宅療養の後、入院し2週間後永眠された。

訪問看護での様子および看護の実際

当初の訪問予定を「調子が良いためキャンセルしたい」と夫の希望があり、退院して1週間ほどして初回の訪問をした。Aさんはベッドに臥床し起き上がれない状態で、苦痛様顔貌で右側腹部から下腹部にかけてと左側腹部から下腹部にかけての帯状に痛みがあることを訴えた。退院時疼痛に対する鎮痛薬は、硫酸モルヒネ徐放錠(MS コンチン®)は100mg/日の指示であったが、ジクロフェナクナトリウム(ボルタレン®)の坐薬(25mg)を追加で4~5個使用していた。トイレには何とか自力で行っており、食事は、好きなおかずや果物などを夫や次男に買ってきてもらって少し食べていた。夫は、外出を計画していたがAさんの痛みのため中止せざるを得ず、身体が急に弱ってきたことで戸惑っていた。疼痛により、動けない状態となっており、急激な日常生活動作の低下がみられた。

この事例では、疼痛コントロールが常にうまくいかず、薬の飲み方の変更に対する説明や疼痛に対するアセスメントに時間を要し、それが主たる援助となっていた。

介護者である夫は、妻を心配する気持ちは強かったが、食事の準備や清潔の援助など具体的な介護はほとんどできない状態であった。在宅療養中は、バイタルサインは安定

していたが、食事はほとんどとれていない状況で、時々嘔気、嘔吐があり、口渇が強く、水分は摂取していたが、食事と水分の摂取状況さえ看護師は正確に把握できていなかった。患者がこれまで家族の生活を支える側の主婦であり、夫と息子でそれを代行する力が不足していたが、訪問看護以外のサービスは拒否したため、他職種の力を借りられないまま、疼痛緩和を優先したケアにとどまった。

事例2 腹膜播種に伴う腹水があり食欲不振が強かったケース

患者：Bさん、60代、女性

診断名：胃がん術後、卵巣転移、腹膜播種(腹水あり)

家族構成：夫と2人暮らし、子どもなし。

経過：胃がん手術後、外来通院していたが、腹水がみられるようになって、卵巣転移および腹膜播種がわかり、時々イレウスを起し2週間ほどの入院を繰り返していた。本人の希望により訪問看護が導入となった。約1カ月の在宅療養後、再びイレウスのため入院となり、自宅に戻ることなく永眠された。

訪問看護での様子および看護の実際

腹水により腹部膨満感があったが、歩行はゆっくりであれば可能で、日常生活動作(ADL)は維持されていた。腹水に対し「腹水濾過濃縮再静注法」の治療を主治医とは異なるクリニックで受けており、1回の治療につき2泊3日で市外にあるそのクリニックまで通っていた。そのため、車で夫が送り迎えをしており、Bさんだけでなく夫も体力を消耗していたが、この治療を行うと楽になると話されていた。

しかし、腹部膨満感と倦怠感が強いため食欲がなく、食事をほとんどとっていなかった。夫はこれまで調理をあまりしたことがなく、カレーやみそ汁は作れるが、Bさんが食べたいものは作れないと話し、そのことでBさんも苛立っていた。

訪問看護では、Bさんの希望を優先して、自宅での入浴を援助し身体を清潔にして気分転換を促した。腹部の疼痛は徐々に増強したが、塩酸オキシコドン徐放錠(オキシコンチン®)および途中からフェンタニル貼付剤(デュロテップ®パッチ)に変更して、在宅療養中は比較的良好に

コントロールはできていた。夫が食事の準備ができないことに対し、訪問介護(ヘルパー)の導入を看護師から介護支援専門員に提案し、導入することができた。

がん性疼痛や腹水貯留など食欲低下と関連する苦痛の緩和

がんに伴う耐え難い症状があれば、食欲低下につながり、さらには栄養状態が悪化し全身状態の衰弱につながる。まずは、それらの症状に対し有効な症状緩和に努めることが重要であり、優先すべきことである。とくにがんの痛みについては適切な鎮痛薬の使用により90%は除痛することができるとされ、WHO(世界保健機関)が1986(昭和61)年に発表した「WHO方式がん疼痛治療法」の原則に沿って効果的に鎮痛薬を使用して痛みを取り除くことが推奨されている²⁾。

進行性の膵がんは、上腹部など腹腔内の疼痛を訴えることが多い。内臓痛と呼ばれるのがん性疼痛には、オピオイド製剤が有効であることがわかっており、適切な鎮痛薬の使用で緩和できるケースも多い。しかし、病状の進行とともに疼痛の状態が変化し、また転移による痛みなども混在してくることも少なくなく、そのため良好な疼痛コントロールを保つことが難しいことも多い。

事例1では、病院から自宅に退院する時点で、腰痛と上腹部の痛みがみられ、強オピオイド製剤をすでに経口投与されていたが、ADLの低下はみられていなかった。自宅療養を始めてしばらくの間は疼痛コントロールができていたが、急激に痛みが増強し、痛みに対する薬の調整が遅れ気味となり、ADLを低下させるに至った。痛みのために何もできず、自宅で安楽な時間を過ごせない状態となった。病院から自宅への移行期に変化する病状が把握できなかったことが最大の原因で、早めに対応しつつ継続した疼痛コントロール徹底することが重要である。

消化器がん患者の食欲不振の病態

がん患者の食欲がなくなり、体重減少をきたし、栄養障害が起きる原因としては、がん性悪液質症候群の影響が大きいとされている。がん性悪液質の発現には、腫瘍壊死物質やサイトカインが関与し、糖代謝の異常や脂質代謝の異常など混合代謝異常と栄養摂取・吸収・利用障害が混在する病態である。治療法はなく、栄養補給でその進行を止めることも延命を図ることのもできないのが事実である³⁾。消化管通過障害がなく経口摂取が少しでも可能な場合には、口から水分や食事をとることを勧める。

膵がんは、初期には症状が現れにくく、進行して診断されることも多く、摂食障害にて心療内科でフォローされていた人が診断されるケースもあるほどである。膵がんは、食欲不振とともに消化吸収の機能障害が起こるため、体重減少、栄養障害となる。上腸間膜静脈の閉塞を伴っていたり、消化不良、門脈を通る物質の輸送の障害による吸収不全が関与していたりするとされている⁴⁾。

食事の工夫が可能かどうかの家族介護力を見極める

一般に介護力とは、「介護する人材または資源の力量」⁵⁾であるが、家族だけでは負担が大きかったり、不足したりしている場合は、適切な他のサービスなどで補う必要がある。在宅療養に移行する際に、医療処置を伴う場合には家族にその管理ができるかどうか、患者のADLが低下している場合は、体位変換や排泄の援助ができるかどうかを見極めることが多いが、毎日の介護には、食事の準備や援助も含まれる。

1日3回の食事の準備は、妻や嫁、娘といった女性が介護者の場合は問題ないが、これまで食事の準備を習慣的にしていない男性にとっては非常に負担となる。ましてやこれまで患者である妻が、家族全員の食事を作り家事全般を

していた場合には、それらすべてが役割移行するために大きな負担となることを考慮すべきである。2事例とも食事摂取が思うようにできない状態になり、本人の好みを考えた調理を行い、食べやすい環境で食事を与えることが必要となった。現実的には、市販品などを活用し、介護者自身の食事も含めて何とかまかなっている状態であった。市販品は味が濃いことが多く、食欲不振の患者には不向きな場合が多い。

このような場合、介護保険制度などで訪問介護(ヘルパー)を導入することは可能であるが、事例1では拒否が強く導入できなかった。食事を含めた家事を誰が行うのかを含めた介護力を早期にアセスメントして対策を考えることが重要である。

具体的な食事の工夫への援助と家族支援

患者の食欲がないときは、嗜好にあったもので、食べやすい形態や量、食欲をそそるような味つけ、香り、食器などの工夫をする。一般的に軟らかいもの、のど越しのよいもの、あっさりしたもの、薄味なものが好まれるとされている。

また、盛りつける量を少なくし、少しずつ口当たりの良いものを食べてもらう。シャーベットのような冷たい物を好む人も多く、好みによって清涼飲料水を凍らせたり、好みの食材をミキサーにかけて凍らせたりする。調理経験のない男性介護者は、このような応用がきかないため、具体的なレシピを紹介し、薄味の目安を示すなどの助言が必要である。市販品は、味つけが濃いものが多いため、介護食の情報や試供品を提供するなどの援助が考えられる。

また、終末期がん患者は「食べられない」「食べたくない」状況に陥ると、身体の衰弱を自覚し、死への恐怖を感じ、家族も死期が迫ることへの不安が増大する。しかし、身体の代謝が低下しているため、あまり無理して食べるとか

えって身体の負担になることを伝え、家族にも理解を促し、好きなときに好きなものを楽しみとして食べることが重要であることを伝える。

家族は本人の好みを取り入れ、味つけを考え、少しでも食べられるように工夫を凝らす人も多い。看護師は、患者が少しでも食べることができたときには家族の努力をねぎらい、よろこびを共有する。大切なのは、食をとおして家族が結びつきを深め、喜びをわかちあう時間がもてることである。

家族のなかには、イレウスを起こしやすいため医師から経口摂取を禁止されている患者のために、家族と同じ食事の味と風味を味わえるように、口に少しだけ含んですぐに吐き出せるような準備をする人もおり、家族の愛情と自宅という環境だからこそできることである。

最近では、病院だけでなく在宅においても、チームアプローチによるNST (Nutrition Support Team; 栄養サポートチーム)の活用が促進されはじめている。しかし、在宅終末期がん患者は、現実的には主治医と看護師以外の訪問サービスを好まないケースや、短期間のかかわりであるためにNST導入への時間的猶予がないことが少なくない。訪問看護でかかわる看護師が、食事の準備を含めた家族の介護力を早期に見極め、その時々のできる個別の具体的な支援を行うことが求められる。

参考文献

- 1) 蘆野吉和：緩和ケアにおける栄養管理の考え方。臨床栄養, 104(3), 266-269, 2004.
- 2) 世界保健機関・編(武田文和・訳)：がんの痛みからの解放：WHO方式がん疼痛治療法。第2版, 金原出版, 東京, 1996, pp. 3-19.
- 3) 池永昌之：エンドオブライフにおける緩和ケア；人生の完結期が納得できる時間となるように；輸液・栄養の問題。がん看護, 16(3), 377-380, 2011.
- 4) Wakasugi H, Hara Y, Abe M：膵がんにおける吸収不全の研究。Journal of Gastroenterology, 31(1), 81-85, 1996.
- 5) 住居広士, 笠原幸子, 國定美香, 他・編：介護福祉用語辞典, ミネルヴァ書房, 京都, 2009, p. 47.