

令和 4 年 6 月 6 日現在

機関番号：32610

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2019～2021

課題番号：19K10940

研究課題名(和文)「食道癌術後患者へのケア・コーディネーションによる食の再獲得支援モデル」の構築

研究課題名(英文) Construction of "A Model to Support Reacquire Meals for patients after esophageal cancer surgery by Care-Coordination"

研究代表者

三浦 美奈子 (MIURA, Minako)

杏林大学・保健学部・非常勤講師

研究者番号：00320862

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,400,000円

研究成果の概要(和文)：食道癌術後患者および医療者への調査を行い、ケア・コーディネーションによる食の再獲得支援について検討を行った。食道癌根治術を受けた患者15名を対象に術後1年までの食の体験についてインタビューと参加観察を行った。患者らは術後早期から、手術により変化した身体への戸惑いや食べることの困難さに直面し、より苦痛が少なく食べられる方法を模索していた。医療者16名を対象にインタビューを行った。食の支援において各医療者が果たしている役割が明らかになった。これらから、患者への食の支援における重要な要素が見出された。

研究成果の学術的意義や社会的意義

食道癌根治術を受けた患者は、手術により激変する食に難渋し試行錯誤している様子が明らかになり、時間の経過とともに新たな苦痛が出現していた。各医療者からは、特に入院中に充実した支援がなされていることが明らかになった。これらの結果から食道癌の手術を受けた患者へのケア・コーディネーションによる食の再獲得支援モデルに重要な要素が見出され、患者が必要とする医療・療養支援が行われるための課題が明らかになった。

研究成果の概要(英文)：A survey of postoperative esophageal cancer patients and health care providers was conducted to examine support for reacquisition of meals through care coordination. Fifteen patients who had undergone radical esophageal cancer surgery were interviewed about their eating experiences up to one year postoperatively, and their participation was observed. The patients faced confusion and difficulty eating in the early postoperative period due to the changes in their bodies caused by the surgery, and sought ways to eat with less pain. Sixteen health care providers were interviewed. The role of each health care provider in providing meals support was clarified. From these, important elements in meals support for patients were identified.

研究分野：看護学

キーワード：食道癌 術後 食 ケア・コーディネーション

様式 C - 19、F - 19 - 1、Z - 19 (共通)

1. 研究開始当初の背景

食道癌は早期からリンパ節転移をきたしやすく、根治には癌を含む食道切除と胃などの他臓器を用いた消化管の再建、広範囲なリンパ節郭清が必要である。そのため、食道癌患者は術後、食べることに影響を大きく受ける。嚥下、消化・吸収、排泄のすべての機能が低下し、食べるにより不快な症状が出現する。そのため、食べることが苦痛と化し精神面や生活面にも影響を及ぼす。さらに食べることの困難さから十分な栄養が取れずに体重が減少し、低栄養状態となる。低栄養状態は免疫能の低下や筋肉量の減少をきたして日常生活動作の縮小を招き、患者のQOLを大きく低下させる。体重減少は5年生存率に影響し、生命予後をも悪化させる要因となる。

患者は術後、経腸栄養が開始され、縫合不全などの異常がないことが確認されたのちに経口摂取を始める。入院中には看護師をはじめとする多職種から栄養摂取の支援を受ける。しかし入院期間は短く、患者は「新たな消化経路を使い食べてみる」段階で退院せざるを得ず、実際に社会生活を営みながら食べていく過程は自己の努力によるところが大きい。

食道癌患者が術後に食を再獲得していく過程においては、多職種の専門性を活かした体系的かつ継続した支援が必要である。その際、患者に統合された治療・支援が行われるように患者と医療者間かつ医療者間の連絡・連携をはかり調整するケア・コーディネーションが重要であり、かつ、入院中から退院後まで継続される必要がある。そのため、食道癌の手術を受けた患者へのケア・コーディネーションによる食の再獲得支援のための実践的なモデルの構築が必要である。

2. 研究の目的

本研究の目的は、食道癌患者の術後の食の体験、および食道癌患者の術後の食の支援における各医療者の役割を明らかにし、食道癌の手術を受けた患者へのケア・コーディネーションによる食の再獲得支援モデルを構築することである。

3. 研究の方法

本研究は研究1、研究2、最終段階からなる。

(1) 研究1：食道癌患者に対する調査

首都圏の大学病院において食道癌の手術を受けた患者を対象に、インタビューと参加観察、および診療録調査を実施、分析した。

(2) 研究2：食道癌患者へ支援を行う医療者に対する調査

食道癌根治術を実施している首都圏のがん診療連携拠点病院や大学病院において食道癌術後患者の食の支援を実施している医療者を対象に、インタビュー調査を実施、分析した。

(3) 最終段階：食の再獲得支援モデルの検討

研究1、研究2の調査内容を踏まえ、食道癌の手術を受けた患者へのケア・コーディネーションによる食の再獲得支援モデル構築のための検討を行った。

本研究は、研究代表者が所属する施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

4. 研究成果

目的ごとの結果は以下の通りである。

(1) 研究1

対象者の概要

患者は15名(男性11名、女性4名)、年齢は63~78歳(平均年齢70.9歳)であった。疾患名は、胸部上部食道癌1名、胸部中部食道癌6名、胸部下部食道癌5名、腹部食道癌3名であった。術式は全員が食道亜全摘胃管再建術であり、リンパ節郭清は2領域が12名、3領域が3名であった。再建経路は後縦隔経路が13名、胸骨後経路が2名であった。

食道癌患者の術後1年までの食の体験

手術後早期から

食事開始前から、手術により変化した身体に対して「消化管をつなぎ合わせた体で飲んだり食べたりできるのだろうか」と感じ、食事開始後は「現れる症状から体の中の様子を想像する」というように、手術により再建した消化管には馴染むことができない。また、「手術で失った胃の働きや空腹感が戻ることを期待するが、かなわないと知る」と、これまでは取り立てて意識していなかったものであっても、取り戻せないことを知り改めて手術の影響を感じていた。

なかには、「縫合不全で絶食になり見通しが立たない」と、手術を乗り越えても合併症により食事開始の目処が立たずつらい思いをしているものもいた。

食事開始後から

そもそも食欲がわかず「食べようと思えない」、食べようと口に入れると「つかえや詰まり、むせ込みで飲み込めない」「一度に少しずつしか胃に入らない」「胃に入れたものが出ていかない」「食べたものを吐き戻す」というように、意識しなくても行っていた食べることのひとつの過程でこれまでに体験したことのない困難さを感じ、困惑する。このような状況は「食べたい気持ち満ちさせられない」「食べる楽しみを失う」「食べて不快な思いをして食べることが嫌になる」と

いった感情を引き起こす。このような苦痛を体験し、少しでも苦痛が少なく食べられる方法を探り「のどごしがよく消化しやすい食品を選ぶ」「不快な症状が起こらないようなものを選ぶ」「不快な症状が起こらないように食べ方と量に気をつける」「のどや胃の様子をみて食べものが入りそうになるまで待つ」「食後の体調不良を頭において食べる場所と時間を選ぶ」といったように、常に神経を張り巡らせざるを得ない状況に置かれていた。このように食べることを続けていくなかで、「出現した症状に対応することで新たな辛さが現れる」「食べたあとに全身に不快な症状が出る」「食べたものの逆流や喉に入り込む唾液で苦しくなり目を覚ます」「家族と同じ食事を摂ると胸焼けがする」というように、さらなる困難が出現していた。なかには、「栄養不足を恐れて少しでも多く栄養を取ろうと必死」になり、さまざまに手を尽くしてみても「どうしても食べられず途方に暮れる」ところまで追い込まれるものもいた。

退院後から

入院中は療養に専念し看護師も管理するため、さほど気にならなかった経腸栄養であるが、退院後は生活時間の中に取り入れ自己管理していくにあたり「経腸栄養を入れている間は自由に動けない」「経腸栄養を自分で管理しなければならない」と、負担に感じるようになる。そして、「日中に活動できるように睡眠中に経腸栄養を入れる」「下痢をしないように経腸栄養に時間をかける」のように、口からの食事が十分に取れない時期に栄養を取るための手段として重要となる経腸栄養の実施方法を、自身の生活時間や体の反応を見ながら探っていた。

患者らは侵襲の大きな手術を受け「体力が落ち動くことがままならない」状況下で、このような食への取り組みを気力と体力を振り絞って行っていた。

(2) 研究2

対象者の概要

医療者は16名であった。職種は食道外科医師4名、消化器外科病棟看護師6名、外来看護師1名、栄養管理チーム(以下NSTとする)医師1名、NST看護師1名、管理栄養士1名、薬剤師1名、言語聴覚士1名であった。そのうち食道外科医師1名、消化器外科病棟看護師1名、管理栄養士、薬剤師はNST兼任であった。

食道癌の手術を受けた患者への食の支援における各職種の役割

食道外科医師

外科医師は食道癌の各患者の疾患や手術操作、手術による術後への影響について詳細に理解したうえで、栄養状態をはじめ、患者の全身状態を把握し、全身管理を行っていた。

具体的な支援内容は以下の通りである。効果的な栄養補給がなされるよう、術後早期から経腸栄養を開始し、食事摂取量から必要栄養量を調整する。退院時には入院中の食事摂取量を参考にして退院後の経腸栄養量を決め、退院後は外来で体重や血液検査結果、食事量や活動量を把握し、経腸栄養の必要量と継続期間を判断する。このような栄養状態の把握を術後数年にわたり継続する。また、経腸瘻がないが食事摂取が不足する患者へは、経口栄養剤の処方や輸液を実施する。手術による合併症への対応として、術後に縫合不全や嚥下障害の有無と程度を確認し、食事開始が可能かを判断する。また吻合部狭窄の有無を確認し、拡張術を行う。術後、ダンピング症状などを心配する患者には少しずつ食事量を増やしていけるよう後押しし、食べることに苦労している患者には慣れるまでに時間がかかることを伝え、精神的支援をする。

病棟看護師

病棟看護師は術中の情報をいかして食道癌患者の術後の全身状態と生活状況を把握し、患者の心理面を考慮し、退院後の生活を見通した支援を他職種と連携して行っていた。

具体的な支援内容は以下の通りである。術後には執刀医から術中の情報を得て、患者に起こりやすい術後合併症や機能低下を予測し対策をたてる。反回神経麻痺の有無や嚥下機能低下の程度を把握し、必要に応じて言語聴覚士の介入を医師に働きかける。また、嚥下障害がある患者には、言語聴覚士と連携して嚥下訓練を実施し、患者に適した食形態を言語聴覚士や医師と検討し、食事の際に誤嚥がないかを観察する。患者の栄養状態が良好に保たれるよう、経腸栄養を実施すると同時に、経腸栄養による下痢が生じていないかを観察し対応する。食事開始前には、手術により変化した消化管の形と機能、変化に適した食事方法を患者が理解できるように説明し、摂取状況を観察し改善点を伝える。手術後の食の変化に戸惑い落ち込む患者の思いに沿い、受容の段階に合わせて接する。患者の栄養状態を把握し、必要に応じてNSTの介入を依頼し管理栄養士に相談する。食が進まない人には無理のない範囲で食べるよう勧め、病院食が好みに合わない場合は、食事摂取量を勘案し味の負荷を管理栄養士に相談する。もともとの食習慣や退院後の生活の情報を得て、患者が今後どのような人生を送っていきたいのかを踏まえ、家族の力や社会資源を活用し、手術により変化した新たな食事方法を退院後の生活に組み入れていけるようにする。

縫合不全により絶食中の患者に対しては、経腸栄養や静脈栄養で栄養を補給し、口腔内の清潔を保ち、嚥下機能を保持するために機能訓練を行う。患者の不安やストレスが緩和されるよう、看護師間で支援方法を検討し、必要に応じてリエゾンチームへ介入を依頼する。

看護師は自職種の特徴として、食道癌の手術を受けた患者の身体的な状況と生活背景や人生を統合的にみて食の支援をしていること、患者の身近にいて情報の集約や発信を常に行い多職種との橋渡しをしていることをあげた。

外来看護師

外来看護師は食道癌の手術を受け退院した後の患者の様子を把握して対応方法を伝え、患者

の管理能力が高まるよう支援していた。

具体的な支援内容は以下の通りである。外来での継続看護の必要性が高い患者に対し、食道癌の手術を受けた退院した後の食生活や体調などさまざまな側面から把握する。患者の訴える症状の原因と対処方法、見通しを伝えて患者の不安が和らぎ、対処能力が高まるように支援する。必要に応じて他職種から支援が受けられるように橋渡しをする。

NST

NSTは食道癌の手術を受けた患者のうち、低栄養状態やそのリスクが高い患者に対し、個々の患者に最適な栄養管理が行われるよう支援していた。

具体的には、患者の病態を把握して栄養評価と必要栄養量の算出を行い、摂取栄養量を把握し経腸栄養と経口摂取の双方に配慮して栄養管理が行われているかを評価する。病棟看護師から患者の食の好みや摂取状況、活動量、排泄状態などの詳細な情報を得る。手術後に体力や気力が低下して食欲がわかない患者に薬剤を用いて改善を試みる。

管理栄養士

管理栄養士は食道癌の手術を受けた患者に必要な栄養が摂取されるよう支援していた。

具体的には、食道癌の手術後で入院中食事摂取が進まない患者に対し、患者の好む食事を食べられそうな量だけ提供する。嚥下機能障害がある患者には、言語聴覚士と相談し機能に合わせた形態の食事を提供する。退院後は栄養指導の必要性を判断し、退院後の食事内容や食べにくい理由、生活全般について把握し、必要に応じて補助食品の利用を提案する。

薬剤師

薬剤師は食道癌の手術を受けた患者に必要な薬剤が適切に投与されるよう支援していた。

具体的には、患者に術後内服しにくい薬剤を確認し、薬効を失わずに投与できる方法を看護師と共有したり、別の形態の薬剤への変更を医師に働きかけたりする。

言語聴覚士

言語聴覚士は食道癌の手術を受けた患者の嚥下機能の評価をもとに、誤嚥せず安全に食事摂取が進むよう支援していた。

具体的には、術後早期に患者の嚥下機能と口腔の状態を評価し、唾液嚥下と喀痰喀出方法を指導する。縫合不全を発症していないことを確認し、嚥下機能を高める訓練やストレッチをする。嚥下障害がある患者には、食事の目的は栄養を摂取することではなく安全に経口摂取するための訓練であると伝えて慎重に進める。患者が誤嚥性肺炎を起こさず、自ら徴候に気づけるようにする。薬剤の内服が難しい場合は、服薬しやすい方法を検討する。食が進まない患者が食べなければと思いつめないように気を配る。

(3) 最終段階

食道癌の手術を受けた患者は、手術後早期から変化した身体への戸惑いを感じ、何をどうすれば良いかわからず、不確かな状況のなかで過ごしていた。食事を摂るごとに苦痛を感じながらも、生命を保つためには食べなければならないという思いから、何とか少しでも食べられるようにと試行錯誤を重ねていた。しかしながら術後時間が経つにつれて、出現する症状に対処したことにより生じる苦痛や、食事量が増えることにより生じる苦痛が出現していた。

各医療者はそれぞれの専門性に基づき食道癌患者の術後の食への支援を行っていた。特に術後早期から退院までの入院中は充実した支援がなされていた。なかでも病棟看護師は、患者の望む生活や人生を見通しながら、多職種の情報の集約と発信を行っており、ケア・コーディネーションの軸になる存在であるといえる。

よって、食道癌の手術を受けた患者へのケア・コーディネーションによる食の再獲得支援モデルに重要な要素は以下の通りである。

- ・ 食道癌の手術を受けた患者が直面する困難とその時期が明確に示される
- ・ 患者にとって最適な支援がなされるために、患者が目指したい姿を明確にし、患者に関わる医療者がそれらを共有する重要性が示される
- ・ 各職種の支援の時期と方法の全体が示される
- ・ 患者に統合された治療・支援が行われるように、患者感と医療者間かつ医療者間の連絡・連携をはかり調整するケア・コーディネーションを、看護師を中心とする医療者が継続的に行うことが示される

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計0件

〔学会発表〕 計0件

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
研究分担者	井上 智子 (INOUE Tomoko) (20151615)	国立研究開発法人国立国際医療研究センター・その他部局等・国立看護大学校 大学校長 (82610)	
研究分担者	矢富 有見子 (YATOMI Yumiko) (40361711)	国立研究開発法人国立国際医療研究センター・その他部局等・国立看護大学校 教授 (82610)	

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8. 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関