

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2017A-017

(西暦)

2018年2月16日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜多悦子 殿

2017年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研 究 報 告 書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

がん緩和ケア患者に対する栄養サポートの必要性

所属機関・職名 東京医科歯科大学大学院 大学院生

氏名 腰本さおり

【課題】 がん緩和ケア患者に対する栄養サポートの必要性

腰本さおり¹⁾ 有本正子²⁾ 斎藤恵子²⁾ 内堀真弓³⁾ 橋爪颯子⁴⁾ 天野晃滋⁵⁾ 中島康晃⁶⁾ 松島英介¹⁾Saori KOSHIMOTO¹⁾, Masako ARIMOTO²⁾, Keiko SAITOU²⁾, Mayumi UCHIBORI³⁾, Akiko HASHIZUME⁴⁾, Koji AMANO⁶⁾, Yasuaki NAKAJIMA⁷⁾, Eisuke MATSUSHIMA¹⁾

- 1) 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 心療・緩和医療学分野
- 2) 東京医科歯科大学医学部附属病院 臨床栄養部
- 3) 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 在宅ケア看護学
- 4) 東京医科歯科大学医学部附属病院 看護部
- 5) 大阪市立総合医療センター 緩和医療科
- 6) 東京医科歯科大学医学部附属病院 食道外科

【I 研究の目的】

がん患者の多くは、食事や栄養に関係したさまざまな問題を抱えることが報告されている。薬の副作用、食事量の減少、食欲の低下などがあげられる。このような状態が続く、栄養不良に陥ることは、治療の効果、生存期間に負の影響を及ぼすだけでなく、入院期間が延長し医療費の増加、QOLの低下につながる可能性がある。日本においては、外来のがん化学療法が主流になっている。特に外来患者は、食事の準備や調理を患者自身やその家族が担うため、食事や栄養の問題について、相談をしたいという希望があることが予想される。さらに食事の問題が、家族との関係や社会生活に影響を及ぼすことが考えられる。よって、栄養相談も患者のQOL (Quality Of Life) や社会的な背景に配慮した全人的サポートが必要であると考えた。

WHOの定義では、「緩和ケアとは生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するためのアプローチである」と定義している。よって、がんに対する栄養サポートも早期から検討をする必要がある。しかし、栄養サポートの体制は十分とはいえない。体重減少リスクや栄養不良に関連した研究は多く、栄養相談とQOLの関係について言及した質的研究やレビューはあるが、その効果についての報告が少ないため、がん緩和ケア患者に対する栄養指針とするには不十分だと指摘されている。また、がんの症状や副作用に応じた個別対応の栄養相談が必要であるにもかかわらず、がん・緩和ケアを専門とする栄養士が少なく緩和ケアチームにおける栄養士の役割についても明確でないという問題が存在する。このように、患者の食に対するニーズがあることはわかっているにもかかわらず、その効果を検証しにくいこと、栄養相談手法の標準化は容易ではない。

さらに、栄養相談は、栄養状態の悪化した後に介入することが多い。よって、QOL向上の視点から栄養サポートを行うためには、筋肉低下などの身体計測、血液検査などの客観的データから現状を把握すると同時に、食事に関連した不安や心配を患者、家族、医療スタッフが共通認識しておくことは、栄養不良の回避またQOL向上の観点からも大切である。つまり、がん緩和ケアを受ける患者の栄養サポートには、栄養状態に関する臨床検査（血液検査、身体計測など）と患者自身の希望の両方を考慮する必要があると考えた。近年日本においては、外来のがん患者が増加している。そこで、本研究では、外来化学療法を受けるがん患者に対して「QOL評価 (EORTC-QLQ C30)¹⁻²⁾」「栄養状態の主観的評価 (PG-SGA SF)³⁻⁵⁾」「Patients' experience of eating-related distress⁶⁾」の

質問紙調査から、栄養相談の希望と QOL に影響を及ぼす要因となる、食事や栄養に関連した問題を明らかにすることを目的に調査を実施した。本研究により、外来化学療法を受けるがん患者に対する栄養相談の必要性を検証することは、患者の QOL 向上につながり、がん緩和ケアの進展にも大きく貢献すると考える。

【II 研究の内容・実施経過】

対象者

東京医科歯科大学医学部附属病院にて、以下を満たす患者を研究登録適格例とした。年齢は、20 歳以上 80 歳未満で、日本語を理解し署名による同意書が書ける者、また、外来化学療法を受ける頭頸部がん、食道がん、胃がん、大腸がん、肺がんの診断が告知されていること、研究参加の意思があり、説明を受け同意を得られること、外来化学療法における栄養相談を受けたことがないことを採択基準とした。除外基準は、がんの告知を受けていない場合、心理的問題や身体的理由で、調査に耐えられないと主治医が判断した場合、重篤な認知障害や精神障害がある場合、主治医および担当看護師により当日の研究への参加が困難であると判断された場合とした。

研究デザイン

横断的な質問紙調査で、栄養相談あり群と栄養相談なし群の比較を行った。食に関連した身体的、精神的な問題を探るために、質問紙は、EORTC-QLQ C30: European Organization for Research and Treatment of Cancer, PG-SGA SF: Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form, Patients' experience of eating-related distress を用いた。診療記録から、年齢、性別、がんの部位、がんのステージ、BMI (body mass index)、調査日の血清アルブミン値、調査日の CRP (C-reactive protein) 値についての情報を参照した。体組成計で、体重、BMI、筋肉量、体脂肪率、推定骨量を測定した。そして、栄養相談を希望する (demand) かどうか、口頭で質問をした。

調査方法

東京医科歯科大学医学部附属病院の化学療法室にて、研究者が患者に会い、質問紙調査の協力を依頼した。研究参加の意思のある者にインフォームド・コンセントを行い、自筆による研究同意書を得たうえで、体組成計による身体計測と質問紙調査を実施した。質問票に回答後、栄養相談を申し込む患者については、次回の外来時または患者の希望日に栄養相談を受けられるように手配した。

倫理的配慮

本研究は最新版の「ヘルシンキ宣言」および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施した。インフォームド・コンセントおよび調査は、化学療法室の個室、またはチェアブースで仕切られたベッドサイドにて実施し、プライバシーに配慮した。本研究は医学部倫理審査委員会より承認を受け（倫理審査受付番号：M2015-578）、臨床試験に登録を行った（UMIN 登録番号：UMIN000021540）。

透析解析

2 群間の平均値の差の検定には t 検定、ノンパラメトリックデータの比較には X^2 検定を行い、2 群間の比較は正確確立検定 (Fisher's exact test)、順位尺度の 2 群間比較には Mann-Whitney の U 検定を用いた。因子分析は、因子抽出法として最尤法回転法、Kaiser の正規化を伴うプロマックス法を採用した。なお統計解析ソフトは IBM SPSS Statistics 24 を使用し、有意水準は 5% (両側検定) とした。

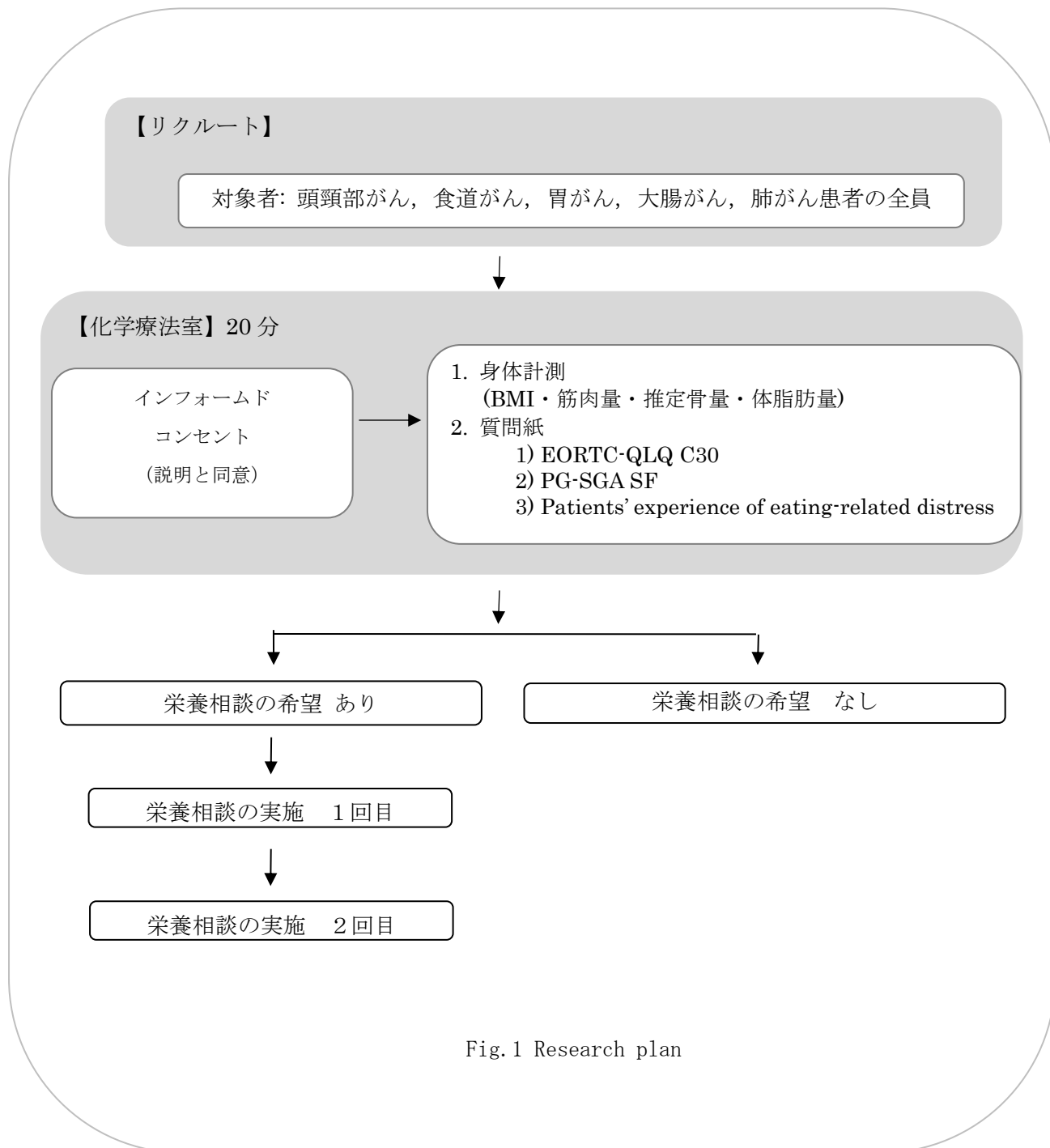


Fig. 1 Research plan

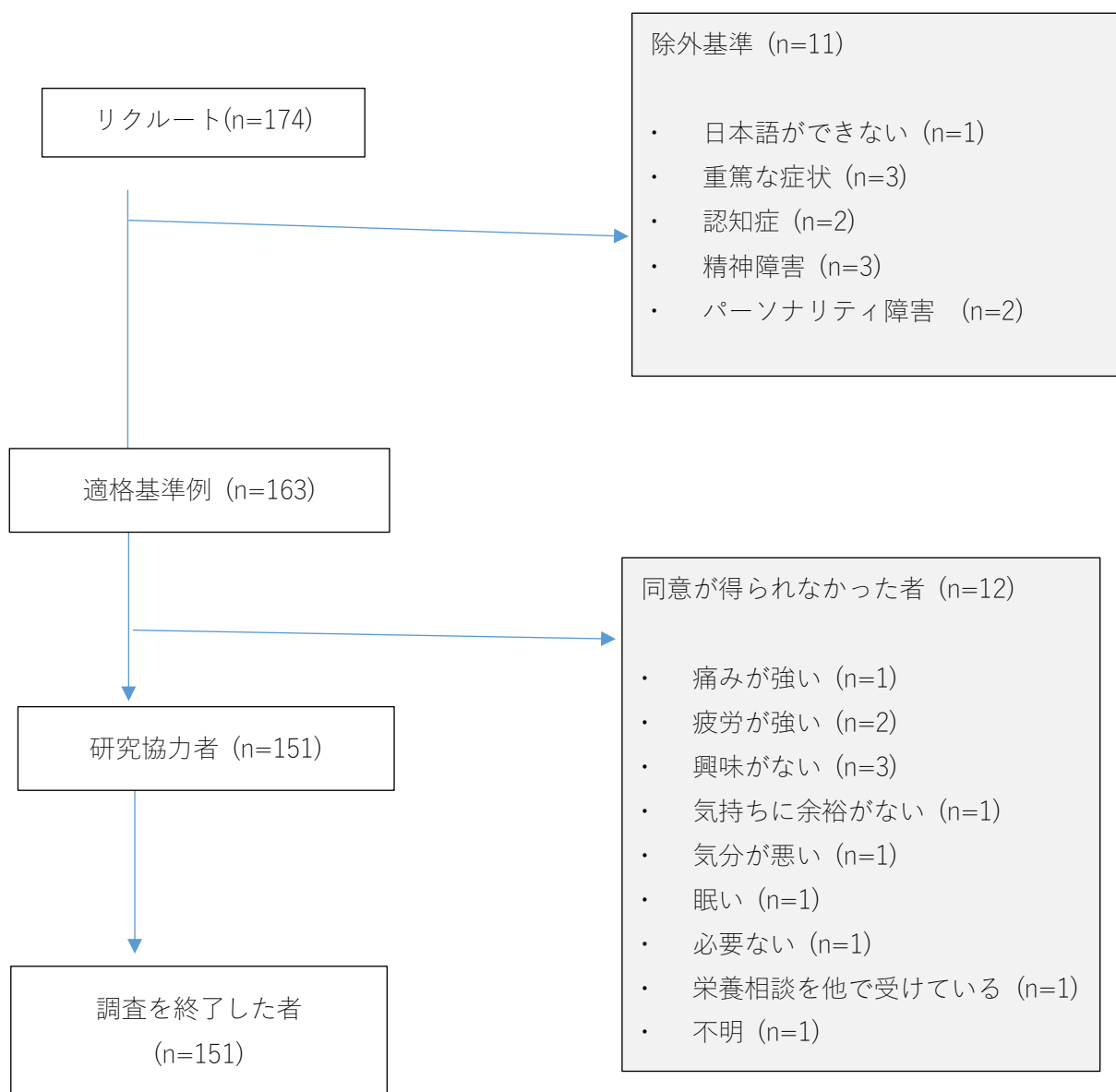


Fig. 2 CONSORT flow diagram

【Ⅲ 研究の成果】

Result

今回報告する調査期間は2016年8月から2017年8月である。リクルートした患者は174人で、このうち11人は除外基準に該当し、また12人からは調査協力の同意が得られなかった (Fig2)。研究への参加に同意し質問紙調査に協力した患者は、頭頸部がん15人、食道がん12人、胃がん22人、大腸がん49人、肺がん53人の計151人であった。「外来化学療法の治療中に栄養サポートが必要なきがあるか」という質問に対して「必要 (need) である」と回答した者は117人 (77.5%) であった。栄養相談が必要だと回答した者に対して、管理栄養士による栄養相談の希望 (demand) をするかどうかを口頭で質問したところ、42人 (35.9%) が、その場で「栄養相談の希望」をした。

Table1 に、対象者の Demographic Data を示した。性、年齢、癌の部位、BMI、筋肉量、体脂肪率、推定骨量、血清アルブミン値、炎症の指標である CRP (C-reactive protein) 値と「栄養相談の希望 (demand)」の間にそれぞれ有意な関係は示されなかった (Table 1)。

Table 1. Demographic data (n=151)

	栄養相談の希望 あり n= (42)		栄養相談の希望 なし n= (109)		X ²
	n	(%)	n	(%)	
性 Sex					
男性 Male	31	(31.3)	68	(68.7)	1.128
女性 Female	11	(21.2)	41	(78.8)	
年齢 Age	mean(±SD)		mean(±SD)		t-test
	65.5(±9.1)		66.9(±8.8)		0.367
癌の部位 Cancer sites	n	(%)	n	(%)	X ²
頭頸部 Head and Neck	2	(13.3)	13	(86.7)	0.310
食道 Oesophagus	5	(41.7)	7	(58.3)	
胃 Gastric	4	(18.2)	18	(81.8)	
大腸 Colorectal	17	(34.7)	32	(65.3)	
肺 Lung	14	(26.4)	39	(73.6)	
	mean(±SD)		mean(±SD)		t-test
BMI	21.7(±3.6)		22.1(±3.9)		0.550
筋肉量 [§]					
男性 n=87 kg	47.4(±6.5)		46.6(±7.0)		0.603
女性 n=44 kg	35.3(±4.7)		35.4(±5.4)		0.972
体脂肪率 [§]					
男性 n=87 %	17.6(±7.7)		18.8(±6.3)		0.461
女性 n=44 %	24.8(±9.7)		25.9(±10.2)		0.759
推定骨量 [§]					
男性 n=87 kg	2.6(±0.3)		2.6(±0.4)		0.586
女性 n=44 kg	2.1(±0.4)		2.1(±0.4)		0.952
血清アルブミン値 (g/dl) [†]	3.8(±0.4)		3.5(±1.0)		0.031
C-reactive protein (mg/dl) [‡]	0.8 (±1.2)		0.7 (±1.3)		0.749

* $p < 0.05$

† (上限値 5.1 下限値 4.1) 3週間前の栄養状態を示す。タンパク質の消費量増大により低下し、手術後や感染などの侵襲があると急速に低下するので、CRPを同時に測定し、疾患による影響を考慮する。

‡ CRP (上限値 0.14 下限値 0) inflammation marker C-reactive protein will be measured during routine blood sampling

§ TANITA InnerScan50 BC308 インピーダンス法 (個人間に比較のみに有用とされている)

Table 2. PG-SGA SF と栄養相談の希望の関係

		栄養相談の希望 あり (n=42)		栄養相談の希望 なし (n=109)		p 値
PG-SGA SF スコア		Mean (±SD)		Mean (±SD)		t-test
		8.6 (±5.0)		7.2 (±5.1)		0.112
項目		n	%	n	%	X ² test
1ヶ月の体重減少	10%以上	33	25.6%	96	74.4%	0.385
	5-9.9%	1	25.0%	3	75.0%	
	3-4.9%	3	37.5%	5	62.5%	
	2-2.9%	2	50.0%	2	50.0%	
	0-1.9%	3	50.0%	3	50.0%	
2週間の体重	減少	9	40.9%	13	59.1%	0.368
	変化なし	29	25.7%	84	74.3%	
	増加	4	25.0%	12	75.0%	
1ヶ月の食事量	減った	18	20.2%	71	79.8%	0.044*
	変化なし	7	41.2%	10	58.8%	
	増えた	17	37.8%	28	62.2%	
食思不振	あり	19	30.6%	43	69.4%	0.581
	なし	23	25.8%	66	74.2%	
吐き気	あり	10	32.3%	21	67.7%	0.653
	なし	32	26.7%	88	73.3%	
嘔吐	あり	0	0.0%	3	100.0%	0.560
	なし	42	28.4%	106	71.6%	
便秘	あり	16	37.2%	27	62.8%	0.112
	なし	26	24.1%	82	75.9%	
下痢	あり	7	23.3%	23	76.7%	0.652
	なし	35	28.9%	86	71.1%	
口腔の痛み	あり	7	22.6%	24	77.4%	0.510
	なし	35	29.2%	85	70.8%	
口渇	あり	9	30.0%	21	70.0%	0.821
	なし	33	27.3%	88	72.7%	
味覚障害	あり	20	33.3%	40	66.7%	0.266
	なし	22	24.2%	69	75.8%	
嗅覚障害	あり	11	42.3%	15	57.7%	0.092
	なし	31	24.8%	94	75.2%	
嚥下障害	あり	8	27.6%	21	72.4%	1.000
	なし	34	27.9%	88	72.1%	
早満感	あり	9	23.7%	29	76.3%	0.676
	なし	33	29.2%	80	70.8%	
疲労	あり	22	30.1%	51	69.9%	0.588
	なし	20	25.6%	58	74.4%	
痛み	あり	15	41.7%	21	58.3%	0.054**
	なし	27	23.5%	88	76.5%	
生活活動 (based on ECOG)						
何の制限もなく普通に過ごした		8	24.2%	25	75.8%	0.416
普段ほど活発でないが、起きて、かなり普通の活動ができた		16	24.6%	49	75.4%	
多くのことが前ほどでないにしても、寝床や座って過ごすのは半日以下である		13	31.0%	29	69.0%	
ほとんど活動できず、1日中、寝床か座って過ごした		4	40.0%	6	60.0%	
ほとんど横になって寝床にいた		1	100.0%	0	0.0%	

* $p < 0.05$ (Pearson's X^2 test)** $p < 0.1$ (Fisher's exact test)

Table2 に、PG-SGA SF と栄養相談の希望の関係を示した。PG-SGA SF は、患者の栄養状態に対する主観的評価を表す。各項目をマニュアルに基づきスコア化した。PG-SGA SF スコアと栄養相談の希望の有無の間に関連はなかった。下位項目の「1ヶ月の食事量」については「減った」と「増えた」という食事量に変化のあった患者は、「変化なし」の患者に比較して、栄養相談の希望が有意に多かった(0.044)。しかし、体重の変化、食思不振、吐き気、嘔吐、便秘、下痢、口腔の痛み、口渇、味覚障害、嗅覚障害、嚥下障害、早満感、生活活動と栄養相談の希望の有無においてそれぞれ有意な関連はなかった。

Table 3. QOL (EORTC-QLQ C30)と栄養相談の希望の関係

EORTC-QLQ C30 (n=151)	栄養相談の希望 あり (n=42)	栄養相談の希望 なし (n=109)	t-test
	QOL スコア	QOL スコア	p 値
全般的 QOL Global Health States / QoL			
全般的 QOL (QL)	52.8	60.3	$p=0.024^*$
機能項目			
身体機能 (PF)	75.4	79.0	$p=0.365$
役割機能 (RF)	76.6	77.5	$p=0.860$
感情機能 (EF)	80.2	87.1	$p=0.022^*$
認知機能 (CF)	82.5	90.6	$p=0.021^*$
社会機能 (SF)	72.4	82.1	$p=0.027^*$
症状項目			
疲労 (FA)	43.1	34.8	$p=0.058^{**}$
吐き気・嘔吐 (NV)	6.4	5.8	$p=0.799$
痛み (PA)	25.0	9.1	$p=0.001^*$
呼吸困難 (DY)	34.9	26.6	$p=0.137$
不眠 (SL)	33.3	25.7	$p=0.218$
食思不振 (AP)	24.6	21.7	$p=0.587$
便秘 (CO)	26.2	15.6	$p=0.060^{**}$
下痢 (DI)	15.1	11.7	$p=0.496$
経済的困難さ (FI)	22.2	17.5	$p=0.360$

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

機能項目スコアが高いほど、良い状態であることを示す
全般的 QOL スコアが高いほど、QOL が高いことを示す
症状項目スコアが高いほど、症状に問題があることを示す

Table 3 に QOL (EORTC-QLQ C30)と栄養相談の希望の関係を示した。EORTC-QLQ C30 質問票では、全般的 QOL ($p=0.024$)、感情機能 ($p=0.022$)、認知機能 ($p=0.021$)、社会機能 ($p=0.027$)、痛み ($p=0.001$)と「栄養相談の希望の有無との間にそれぞれ関連が認められた。さらに、全般的に QOL スコアが低い、また、症状スコアが高い方が栄養相談を希望する傾向が示された。

Table 4. 食に関する苦悩評価 (Patients' experience of eating-related distress) と栄養相談希望の関係 (n=151)

Patients' experience of eating-related distress (食に関する苦悩評価票) 因子 [†] /項目	栄養相談の希望 あり (n=42) 平均値 [‡] (±SD)		栄養相談の希望 なし (n=109) 平均値 [‡] (±SD)		factor t-test p-value
第一因子: 食事に関する他の人との軋轢 (friction with other person) [‡]					
「無理に食べさせられている」と感じた	1.5	0.8	1.2	0.6	
「一生懸命に食事を準備してもらっても嬉しくない」と感じた	1.5	0.8	1.3	0.7	
自分自身が食べたいからではなく「家族やまわりの人のために」無理して食べた	1.8	1.1	1.4	0.7	
食事のことで用意してくれた人と言い争いになった	1.6	1.0	1.2	0.7	
total	6.4	0.8	5.1	0.5	0.012*
第二因子: 食事内容に関する懸念 (concern about foods) [‡]					
どのようなものなら食べられるか色々と試した	2.9	1.2	2.5	1.2	
どのような食事をすればよいのか悩む	2.9	1.2	2.4	1.2	
カロリーや栄養の豊富なものを食べるようにした	3.1	1.0	2.7	1.3	
周囲から色々な食べ物を勧められ、何が正しいのか悩んだ	1.8	1.1	1.4	0.8	
total	10.7	0.8	9.0	0.9	0.005*
第三因子: 栄養不足への不安 (anxiety of poor nutrition) [‡]					
食事をとらないと、よけいに病気が進んでしまうと感じた	2.5	1.2	2.2	1.2	
食べられなくなり、やせていくことは自然なことだと思った	1.9	1.0	2.1	1.2	
体調が悪くても食事の工夫をしないのは、いけないと思った [§]	2.2	1.1	1.8	1.0	
食事がとれないのは自分の「努力が足りない」と思った	1.2	0.5	1.2	0.6	
思ったように食べられなくて、がっかりした	2.0	1.1	1.7	1.0	
total	9.8	0.6	9.0	0.7	0.146
第四因子: 栄養に関する自発的感情 (self-motivated affect nutrition) [‡]					
食事について知識のある人に相談したいと思った	2.2	1.1	1.3	0.7	
あまり考えず、食べたいものを食べた	2.4	1.2	2.7	1.3	
total	4.6	0.7	4.0	0.6	0.008*
Fifth factor: 食に関係した悲観的感情 (despair on related meal) [‡]					
食べないと用意してくれた人の気持ちを無視しているように感じた	1.5	0.8	1.5	0.9	
食事について医療者に相談したが、あまり役立たなかった	1.3	0.7	1.1	0.4	
やせることが気になり、無理にでも食べれば体重が戻ると思った	2.0	1.1	1.7	1.1	
食事の話を避けたり、一人で食事を食べるようになった	1.3	0.7	1.2	0.7	
total	6.1	0.5	5.5	0.5	0.234

[†] 1=ない 2=たまに 3=ときどき 4=よくある の平均値

[‡] 因子抽出法: 最尤法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

[§] 開発者の指標は、ターミナル患者向けに「悪液質」となっていたが、本調査は外来患者が対象なので、開発者の許可を得て「体調が悪」に変更した

* p<0.05

Table4 に食に関する苦悩評価 (Patients' experience of eating-related distress) と栄養相談希望の関係について示した。食に関する苦悩評価の項目を最尤法により因子分析した結果、5つの因子が抽出された。それぞれの因子を

- 1) 「食事に関する他の人との軋轢 (friction with other person)」,
- 2) 「食事内容に関する懸念 (concern about foods)」,
- 3) 「栄養不足への不安 (anxiety of poor nutrition)」,
- 4) 「栄養に関する自発的感情 (self-motivated affect nutrition)」,
- 5) 「食に関係した悲観的感情 (despair on related meal)」と独自に命名した。

このうち、栄養相談の希望と有意な関連があったのは、「食事に関する他の人との軋轢 ($p=0.012$)」、「食事内容に関する懸念 ($p=0.005$)」、「栄養に関する自発的感情 ($p=0.008$)」であり、それぞれ食に関連した苦悩評価の苦悩が高い方が、栄養相談を申込みことが示された。

Discussion

緩和ケアとは生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、QOLを改善するためのアプローチである。食事は生活の一部であり、健康のバロメータと言える。よって、がんに対する栄養サポートも早期から検討をする必要がある。また、がん化学療法は、味覚・嗅覚の変化、吐き気、倦怠感などの症状を引き起こす場合がある。その結果、栄養不良に陥ること生活全体に負の影響を及ぼし、感染症に陥ることも予想される。よって、がん緩和ケアを受ける患者の栄養状態を判定し、栄養不良の場合は、栄養相談などの介入により適切なサポートが必要であると考えられる。特に、外来患者は、食事の支度を患者やその家族が行うため、食事への関心は高いが、自宅で食事を準備するため、食事のエネルギーや栄養素の過不足について把握することが難しい。また、食事が以前のように摂れないことは、気分の落ち込みや孤独感など心のつらさにつながる可能性がある。がん患者へ栄養サポートは、がんの診断時から開始し、随時適切なアセスメントを行なうながら、身体的症状に加えて、その人らしく生活できるように多角的なサポートを行うことが大切である。

そこで、本研究は、化学療法を受けるがん患者に対して「QOL 評価票 (EORTC-QLQ C30)」「栄養状態の主観的評価票 (PG-SGA SF)」「食に関連した苦悩評価票 (Patients' experience of eating-related distress)」を用いた質問紙調査を実施し、患者自身が栄養相談を希望するかどうかという視点から、患者が抱える食と栄養の問題、QOL との関連性を明らかにすることを目的に調査を行った。

1) 食・栄養に関する具体的な不安

栄養状態の主観的評価 (PG-SGA SF) から、食事量に変化のある患者が栄養相談を希望する (demand) ことが認められた。また、食に関する苦悩評価 (Patients' experience of eating-related distress) の因子分析の結果から、「食事内容に関する懸念」「栄養に関する自発的感情」が因子として抽出された。食事の減った患者は、何を食べたらよいのか知りたいと感じている可能性がある。また、食事量の増えた患者は、しっかりと食べるように努力しており、食事に関心が高い可能性がある。そのような前向きな患者の気持ちをサポートすることも大切である。また、味覚障害や吐き気などの自覚症状の患者がなくても、また、生化学的指標から低栄養と診断されない患者であっても、食に関する不安を持っていることが明らかになった。栄養相談は必要ないだろう、と医

療者側で判断するのではなく、患者の気持ちに寄り添う大切さがわかった。

また、BMI や血清アルブミン値などから低栄養状態が疑われる、また、自覚症状があっても栄養相談を希望しない場合があることが明らかになった。このことから、医療者側から患者にアプローチし、栄養不良を改善するための支援をする必要がある事が示された。自覚があっても栄養相談を希望しない理由として、患者が、栄養不良のリスクについて認識をしていない、疾病に関わる症状は食事で解決するとは思っていない、がんの治療に関しては医師に任せている、あまりに体調が悪く栄養相談をうける気持ちにならない、などがあるかもしれない。しかし、栄養状態の悪化は、筋力の低下は QOL に負の影響を及ぼすため、関心のない患者に対して栄養の重要性を理解してもらえよう取り組む必要があると考える。

2) 食・栄養に関する家族や周りの人との軋轢

食に関する苦悩評価 (Patients' experience of eating-related distress) の因子分析の結果から、「食事に関する他の人との軋轢」を感じている患者が、栄養相談を希望することがわかった。体重減少や食思不振は、がん患者またその家族にとって不安要因の一つである。がんの進行や治療の影響で、以前のように食べられなくなると、家族が心配してしっかりと食べるよう期待するのは当然であり、愛情の表れである。しかし、それが患者自身にとっては、圧力と感ずる場合や申し訳ないと感ずることがあることがわかった。食事が家族の諍いの原因になり、食べるように言う家族の期待や愛情が理解できるからこそ、家族を悲しませているという落胆につながっているのかもしれない。無理にでも食べるよう期待する家族との間に摩擦が生じ孤独を感ずることや、食事会などの社会的交流を自ら避けるようになった結果、人間関係が希薄になり孤立するケースが報告されている。よって、緩和ケアに携わる管理栄養士は、具体的な食事内容だけでなく、食にかかわる家族との軋轢についてもアプローチする必要があると考える。

3) 食・栄養と QOL の関係

栄養相談の希望 (demand) と QOL 評価 (EORTC QLQ30) の関係では、全般的 QOL と感情機能、認知機能、社会機能において有意な関連が認められ、QOL スコアが低い患者ほど栄養相談を希望することが示された。感情機能は「緊張した気分」「心配」「怒りっぽい気分」「落ち込んだ気分」の項目をスコア化したもので、この QOL が低い患者が、栄養相談を希望した。社会機能は「身体の調子や治療の実施が家族の一員としての生活の妨げる」「身体の調子や治療の実施が社会的な活動を妨げる」の項目をスコア化したもので、この QOL が低い患者が、栄養相談を希望した。認知機能は「物忘れが増えた」「集中しにくい」の項目をスコア化したもので、この QOL が低い患者が栄養相談を希望した。食は生活の一部であるため、QOL が低いと評価された患者に対して、食事に関して困っていることがないか配慮する必要があると考える。つまり、症状だけでなく、患者が抱えている不安、家族との関係など生活背景にまで配慮して、食・栄養に関して困っていること、不安、心配がないかどうか患者自身の気持ちを含めて、栄養相談を計画する必要があることが示唆された。また、栄養相談の希望と QOL の間に関連性が認められたことは、管理栄養士は、主治医、看護師、臨床心理士、社会福祉士、精神腫瘍医との連携することにより患者の背景に関する様々な情報を共有し、多角的で柔軟な栄養相談が不可欠であることが示された。

【IV 今後の課題】

家族の視点からも進め、食事に関する問題に対して患者と家族が融和するよう働きかけることが大切であると考える。

【V 研究成果の公表】

- 1) 第 55 回日本癌治療学会学術集会 2017.10 (口述発表) 外来化学療法を受けるがん患者の栄養相談と QOL (EORTC-QLQ30) の関連性. 腰本さおり, 有本正子, 斎藤恵子, 橋爪顕子, 中島康晃, 松島英介.
- 2) 第 30 回日本サイコオンコロジー学会 2017.10 (示説発表) 外来化学療法を受けるがん患者の栄養相談の希望とその背景要因. 腰本さおり, 有本正子, 斎藤恵子, 内堀真弓, 橋爪顕子, 天野晃滋, 中島康晃, 松島英介.
- 3) 第 64 回日本栄養改善学会学術総会 2017.09 (示説発表) 外来化学療法を受けるがん患者の主観的包括的栄養評価 (PG-SGA SF) と栄養相談の関連性. 腰本さおり, 有本正子, 斎藤恵子, 松島英介.
- 4) 19th World Congress of International Psycho-Oncology and Psycho-Social Academy 2017.08.
Need for nutritional counselling by patients receiving outpatient chemotherapy.
Saori Koshimoto, Masako Arimoto, Keiko Saitou, Mayumi Uchibori, Akiko Hashizume,
Yasuaki Nakajima, Eisuke Matsushima.

5) 今後の予定

さらに詳細な統計解析を行い, また, 本報告書を翻訳し国際誌へ投稿を約束したい. 我々の研究は, 協力してくださった患者様へのケアがより良いものになるように, また, 本研究により患者様ご自身への直接のメリットはなくても, 同じ病気をもつ方の役に立ちたいという思いを発信するという責任を背負っている. さらに, 食・栄養を通じた緩和ケアにおける管理栄養士の役割について理解を広めるという責任があるため, 今後は論文による発表をめざす.

【Reference】

- 1) THORESEN L., FRYKHOLM G., LYDERSEN S., ULVELAND H., BARACOS V., BIRDSSELL L. & FALKMER U. The association of nutritional assessment criteria with health-related quality of life in patients with advanced colorectal carcinoma. (2012) European Journal of Cancer Care 21, 505-516
- 2) Gerson Peltz, Nutrition support in cancer patients: a brief review and suggestion for standard indications criteria. Nutrition Journal 2002,1-1
- 3) Jessica Abbott, L.Teleni, D.McKavanagh, J. Watson, A.L.McCarthy, E. Isenring. Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA SF) is a valid screening tool in chemotherapy outpatients. Support Care Cancer 2016. 10.1007/s00520-016-3196-0
- 4) Harriet Jager-Wittenaar, Faith D. Ottery. Assessing nutritional states in cancer: rele of the Patient-Generated Subjective Global Assessment. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2017 20:332-329
- 5) J Bauer, S Capra, M Ferguson. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. European Journal of Clinical Nutrition. 2002.56.779-785
- 6) Koji Amano, Isseki Maeda, Tatsuya Morita, Ryohei Tatara, Hirofumi Katayama, Ueruaki Uno, Ibuki Takagi. Need for nutritional support, eating-related distress and experience of terminally ill patients with cancer: a survey in an inpatient hospice. BMJ Supportive & Palliative Care.2015; 0; 1-4
- 7) Paula Ravasco Nutritional in cancer. Nestle Nutr inst Wrkshop Ser, 2015,vol82,9991-102.

- 8) Susan Holmes Importance of nutrition of palliative care of patients with chronic disease. Nursing Standard : learning zone continuing professional development 2010 25,1,48-56
- 9) Viktoria allin, Ida Carlander, P.-O. Sandman, Cecilia Håkanson, Meanings of eating deficiencies for people admitted to palliative home care. Palliative and Supportive Care. 2014.1-9
- 10) C. I. Muir & G. T. Linklater. A qualitative analysis of the nutritional requirements of palliative care patients. Journal of Human Nutrition and Dietetics 2011,24,470-478
- 11) Sue Acreman, Nutrition in Palliative Care. British Journal of Community Nursing. 2009,14,10,427-431
- 12) Orrevall, Ylva Nutritional support at the end of life 2015.31.615-616 Nutrition
- 13) J.B. Hopkinson. Food connections: A qualitative exploratory study of weight-and eating-related distress in families affected by advanced cancer. European Journal of Oncology Nursing 20(2016)87-96
- 14) J.Mascheke 他. Nutritional care of cancer patients: a survey on patients' needs and medical care in reality. 2017 Int Clin Oncol 22:200-206

【謝辞】

がんの治療中にもかかわらず調査に快くご協力くださいました患者様に心からお礼申し上げます。ありがとうございました。また、これまで研究を温かく支えていただきました看護師の皆様、ご指導くださった先生方に感謝いたします。

最後になりましたが、本研究に対して、助成金のご支援をくださいました笹川記念保健協力財団の皆様に厚くお礼申し上げます。ご支援がなければ、ここまで研究をまとめ遂行することは不可能でした。私は、緩和ケアの研究者としては、まだまだ未熟で至らぬことも多く力不足を痛感しております。しかし、笹川記念保健協力財団の皆様の深いご理解とご協力を賜りました。お力添えをありがとうございました。そして、発表会などを通して多くの他の研究者と情報交換をする機会をいただき、勇気づけられました。いくらお礼を申し上げても足りませんが、心から感謝を申し上げます。