

2002年度 在宅医療助成

「在宅死における食の援助と医療福祉の課題」

報告書

2004年2月27日

研究代表者

中村陽子

関西国際大学人間学部助教授

〒 673-0521 兵庫県三木市志染張青山1-18

TEL 0794-84-3514

はじめに

中村陽子（関西国際大学）

戦後日本においては疾病構造の変化、医療技術の高度化、病院化の進展の中、死亡に関しては在宅での死亡は減り、病院での死亡が急増しているのが現状である。今日の人々の死についての意識や実態は、高度経済成長期を経てここ30年の時代環境で大きく変化した。さらに、現在多くの高齢者は在宅死を再び望むようになってきた¹⁾。また、高齢者一人ひとりの死の迎え方の希望も多様化している。

在宅での看取りの意義は、ゆっくり風呂につかったり、好きな物を食べたり飲んだりしながら家族が思いを伝え合い、別れを告げることである。そのためには、医学的には身体的状況が十分理解され、痛みが緩和された状態であること、また在宅サービスは本人と家族が負担のない豊かな時間を共有できることの保障が重要である。

人間は日々食べることが生きることであることを学んできた。これからの在宅死の課題として、病状に即した食の援助を在宅でうけることは極めて重要である。また看取りを行う際、食を通しての癒しが得られるような食事のあり方への援助が重要であると考える。

これまで在宅死を可能にするための検討としては、疼痛の管理、社会資源の利用等が論じられてきたが、本研究の目的は在宅での看取りにおける食の現状を把握することである。また、在宅死を可能にするための食の援助および食べることが癒しになる医療福祉の課題と連携の要因を明らかにすることである。

在宅死と食べることの意味

中村陽子（関西国際大学）
人見裕江（鳥取大学）
宮原伸二（関西国際大学）
小河孝則（川崎医療福祉大学）

緒論

我が国の平均寿命は戦後大幅な伸びをみせ、世界一の長寿国になった²⁾。しかしこうした高齢者の急速な増加は看取りの問題を深刻化している。1960年頃まで大部分の日本人の死亡場所は家であった。しかしわずか40年後その数は逆転し家で死を迎える者は13.5%（2001年）となり、日本人の死に場所は家から病院へと変わった。しかしながら高齢者は住み慣れた家での看取りを望んでいる。今日、在宅での看取りを可能にし、その質を向上させることが求められている。

本研究は、在宅での看取りの基礎資料を得る目的で郵送によるアンケート調査を行った。第1次調査として大阪および山陰（鳥取・島根）の訪問看護ステーションにおける在宅死の状況と食の関係。訪問看護ステーションにおける看取りの個別事例についてを調査し検討した。続いてアンケート調査に回答があり、協力の得られた訪問看護ステーションにおける在宅死の個別事例のインタビュー調査を実施した。

本研究の調査地である大阪の2001年度の在宅死亡率は14.2%である。また鳥取15.2%、島根14.9%、全国平均は13.5%である³⁾。

・研究目的

本研究の目的は、在宅での看取りにおける本人や家族にとっての食べることの意味を明らかにすることである。

・研究方法および対象

1. 研究方法

1) 郵送法を用いた質問紙により調査

大阪および山陰地方の訪問看護ステーションにおける在宅死と食の実態

看取りをおこなった個別事例における死亡前一週間の食に関する状況

質問紙の配布は、全国老人介護ホーム年鑑2002年版に記載された大阪・鳥取・島根のすべての訪問看護ステーション269カ所である。調査は2003年7月から9月におこなった。質問紙の内容は摂食・嚥下評価マニュアル⁴⁻⁶⁾を参考に作成した。の調査項目の内容は看取りの状況、終末期（死亡1週間前）における摂取・嚥下障害のケアについてなどで、食

に関する看護観を問うた。 の個別事例は2002年4月から2003年3月までとし、食事の状況、専門職の援助状況等について死亡1週間前の状態を中心に尋ねた。

2) インタビュー調査

1) で回答があり、協力の得られた訪問看護ステーションに在宅死の事例の遺族の紹介を依頼した。同意の得られた13人のインタビュー調査を実施した。期間は2003年8月から2004年1月。インタビューの主な内容は 在宅死を決定した経過 看取りの過程と食について 食の摂取方法(医療処置) 食に関しての医療職と福祉職の援助について 看取りがもたらしたも等である。データは質的に分析した。

・ 結果

大阪および山陰地方の訪問看護ステーションにおける在宅死と食の実態

結果

62事業所より回答があった(回収率28.0%、閉鎖等で返却を除く)。本調査に回答のあった職種は看護職が59人(95.2%)であった。主治医の在宅での看取りの姿勢は34人(54.8%)が積極的であると回答した。また看護職については47人(75.8%)が積極的であると回答した。

看護職が摂食・嚥下障害のアセスメントのもとにケアを行っているかを、22項目の内容について問うた。むせ57人(100.0%)、食後の咳58人(100.0%)、吃逆55人(93.2%)等アセスメントはすべての項目で実施されていた。

終末期においては出来るだけ口から食べられる援助を54人(93.1%)が心がけていた。また、食に関しては本人の意志を59人(100.0%)、家族の意志59人(100.0%)が大切であると考えていた。一方で医師の指示を優先するという回答も55人(94.8%)あった。看取りの食の援助は栄養摂取よりも満足感に意味があるとの回答が58人(100.0%)であった。摂食・嚥下障害に基づいて指導が出来ているは27人(50.9%)であった。介護者が食事の準備に困っていると回答した人は39人(67.2%)また、食事の内容に困っているは52人(88.1%)であった。

他職種との連携については栄養士は26人(43.3%)で介護職の46人(76.6%)より少なかった。また、看取りにおいて食べることは死亡後の家族の満足度に関係していると52人(88.1%)が回答した。胃瘻の適用は33人(56.9%)が考えると回答した。口腔摂取が出来なくなった時死と考えるかは20人(32.4%)であった。看取りにおいて食の問題を46人(76.7%)が経験していた。(回答不明は含まず)

看取りをおこなった個別事例における死亡前一週間の食に係る状況

結果

研究への同意が得られた訪問看護ステーション62事業所において、2002年度に、ターミナル期の看護を行ったのは393事例（男性191人、女性202人）であった。

年齢は2歳から102歳で、平均82.3歳±11.3であった。死亡場所は、病院が203人(52.9%)で、在宅死が183人(46.3%)であった。死亡病名は、悪性腫瘍が121人(30.8%)、脳血管疾患97人(24.7%)、呼吸器疾患60人(15.3%)、その他であった。

死亡1週間前の日常生活自立度はランクCが265人(67.4%)と最も多く、ランクBが78人(19.8%)、と寝たきり度が高い人が多かった。主たる介護者は、配偶者が140人(35.6%)、嫁が114人(29.0%)、こども世代100人(25.4%)、であった。介護者の交代があったのは240人(61.1%)であった。

死亡1週間前の状態として、食事摂取の状況が楽しみであったのは139人(35.4%)で、いやいやだったのは100人(25.4%)、苦痛49人(12.5%)、その他102人(26.0%)であった。食に対する本人の希望は、最後まで経口を希望したのは245人(62.3%)と多く、胃瘻など何らかの医療処置を希望したのは24人(6.1%)であった。一方、家族の食に対する希望は、最後まで経口を希望したのは250人(63.6%)で、胃瘻など何らかの医療処置を希望したのは60人(15.3%)であった。

ケア提供者の方針として、医師の方針は、最後まで経口は209人(53.2%)、胃瘻など何らかの医療処置は87人(22.1%)。看護職の方針は、最後まで経口は230人(58.5%)、胃瘻など何らかの医療処置は73人(18.6%)であった。食の援助をしたのは、看護職が最も多く、335人(85.2%)であった。次いで、医師12人(3.1%)、ヘルパー8人(2.0%)、その他栄養士や歯科医師、言語聴覚士の援助があった。

食事の形態では、絶食46人(11.7%)、流動食105人(26.7%)、軟食145人(36.9%)、普通食59人(15.0%)で、大半が普通食に近い食事を摂取していた。終末期に行われていた食に関する医療処置は、経口摂取で医療処置をしていなかったのは218人(55.5%)であった。その他胃瘻造設26人(6.6%)、経管栄養8人(2.0%)、点滴94人(23.9%)、IVH3人(8.4%)であった。

摂食障害について、何らかの摂食障害があったのは238人(60.6%)であった。何らかの嚥下障害があったのは209人(53.2%)であった。摂食嚥下に関する指導をしていたのは看護職が最も多く、次いで医師であった。歯科医、ヘルパー、ケアマネージャーによるが少数であった。内容は口腔ケアを中心とした嚥下リハビリ50人が最も多かった。(回答不明は含まず)

考察

本調査においては、訪問看護職の多くは摂食・嚥下障害のアセスメントをもとにケアが出来ていると考えていたが、摂食・嚥下障害の指導が十分でないことが指摘される。本人・家族の意思が最も大切にされていた反面、医師の指示が優先されている事実、医療職

の説明と同意というこれからの食の看取りの課題が推測される。

摂食障害や嚥下障害が多かったにも関わらず、半数以上が形のある食事を摂取していた。また、看取りの援助において食の問題を多く経験すること、介護者が食事の準備や内容に困っていることなどの実状からも、栄養士や福祉職等専門職との連携を深めた援助が求められる。看取りの場において、食は楽しみであり死亡後の家族の満足度に関係していると考えられる。

今回は研究の概要の報告であるが、今後在宅での看取りが食によって豊かになり、心残りの少ない看取りが出来る為の要因を詳しく検討していく予定である。

2) インタビュー調査

結果

調査対象者の概要

| 対象者 (介護者) | 死亡者 との関係 | 死亡者 性別 | 死亡者 年齢 | 死亡病名 | 食の状態 (死亡前1週間) |
|--------------|-------------|-----------|-----------|------|------------------|
| B氏 | 娘 | 男性 | 86 | 胃癌 | 経口 |
| C氏 | 娘 | 女性 | 82 | 肺炎 | 胃瘻 |
| D氏 | 妻 | 男性 | 84 | 老衰 | 経口 |
| E氏 | 娘 | 男性 | 92 | 老衰 | 胃瘻 |
| F氏 | 夫 | 女性 | 69 | 脳腫瘍 | 経管栄養 |
| G氏 | 妻 | 男性 | 94 | 老衰 | 経口 |
| H氏 | 娘 | 女性 | 78 | 胆のう癌 | 経口 |
| I氏 | 妻 | 男性 | 90 | 肺炎 | 経口 |
| J氏 | 娘 | 女性 | 89 | 老衰 | 胃瘻 |
| K氏 | 妻 | 男性 | 76 | 肺癌 | 経口 |

インタビューの対象者は死亡者と良い家族関係を形成してきた。「感謝している」「いい人だった」「恩返し」と在宅での看取りの決定に、これまでの良い家族関係が関係していた。また、「食は生活史」であった。94歳の男性が死の直前、幼い頃の母親の味を懐かしみ、きな粉とはったい粉を湯で溶いたものを食べた。軽度の嚥下障害があるにもかかわらず妻が作る餅に似せたおやつを楽しみに死の数日前まで食べた事例もあった。一人ひとり自分の味、家族の味があり、好物や思い出の味は軽度の嚥下障害があつたり、ほとんど口腔摂取が出来なくなっている状態においても「不思議なことに」食べられた。「食べることは生きること」であること。食べられることは生きている証であり、食べられなくな

ってきた事実は死が間近に迫ってきたことを悟ることであった。「たくさんの食事よりもよりよい食事」に創意工夫を凝らした。とろみ剤を使用すると嫌がる事例が多くみられたが野菜を煮込んでとろみをつけたり、おかゆの材料にもち米を加えたりして家族の工夫があった。入院中ほとんど食べられなかったが、「家の食事が1番」と言う言葉に調理・介助の苦労は忘れ「癒された」。24時間対応の医師・看護職が食事摂取状況の変化に死に近いことを説明し、家族を死の受容へと指導していた。また看護職は食の状況の把握に努め、水分摂取を評価し、最低量の水分の確保の方法を指導していた。「ありがたかった」「先生と看護師さんがいたから家で死ねた」とその存在の重要性が語られた。

胃瘻造設の事例は、胃瘻造設の決定を家族（介護者）がおこなっていた。胃瘻造設後、ほとんど口から食べる事が無くなったことで「食事の介護から開放」された。しかし「自然にまかせる」ことが良かったのかもしれない、と「人間らしい死への心残り」があった。

結果

看取りにおける食の意義は大きく、食べることは生きている証であり、食べられなくなっていくことは死への恐怖を増強する原因となっていた。しかし、これまでの看取りの経験や医師・看護職の指導が死の過程の理解と死の受容を助けた。また、介護者と家族は死の受容と共に看取りの力をつけ、最後の瞬間も動揺することなく生き生きと看取りをおこなっていた。

胃瘻造設や医学的な処置の有無は、かかりつけの医師の価値観や判断が大きく関係していると推測される。また、在宅での看取りに熱心な医師と看護職の存在が、最後まで口腔摂取と在宅での看取りを可能にしている大きな要因であり、本人が自然な看取りを希望した場合とこれまでの家族の看取りの経験が、医学的な処置に頼らない自然な死を可能にすると考えられる。最後まで好きな物を食べて畳の上で死ぬことができた、自然な死への満足感は強かった。その一方で、介護者は、調理や介助等食事摂取の機能低下への対応に苦勞し困惑していた。しかしながら食の専門家である栄養士の関わりはほとんどなかった。平成12年に栄養士法が改正され、平成14年からベットサイドで患者の栄養ケアに対応することのできる専門家として管理栄養士の養成教育が始まった。しかし、在宅患者訪問栄養指導の実施率は約5%にとどまっていると言われている⁷⁾。入院治療から在宅移行後は継続した食に対する相談、指導の必要性が指摘される。また、在宅における看取りのQOLを向上させるためには、他の専門職との連携システムの整備と構築が重要である。本調査では食は食べる機能よりもQOLの側面が強いことが示唆されたが、これまでの栄養必要量の指導のみではなく食が癒しになるような栄養士の役割を理解し、看取りにおける食の関わりを実践していくための連携のチームケアが医療福祉職に求められる。

参考文献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部編．人口動態社会経済面調査（高齢者死亡）．厚生統計協会，東京，1995．
- 2) 厚生統計協会．国民衛生の動向．厚生統計協会，東京，2002．
- 3) 厚生省大臣官房統計情報部編．平成14年人口動態統計．厚生統計協会，東京，200
- 4) 兵庫県県民生活部．摂食嚥下障害患者の歯科保健マニュアル．2001．
- 5) 才藤栄一．水野雅康．摂食嚥下障害のケアハンドブック．藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学．
- 6) 兵庫県県民生活部．摂食嚥下障害対策検討会報告書．2001．
- 7) 杉山みち子．Home Care Medicine．メディカルトリビューン，2003，36 - 37．