

日本家族看護学会第 23 回学術集会
家族を癒すケアの探求～エンド・オブ・ライフケアの実践～

特別講演1「認知症高齢者と家族の支援～住み慣れた地域で最期までをその人らしく～」

特別講演2・市民公開講座「人生の最終章をどこで誰と～ものがたりの力～」

シンポジウム2「最期まで自宅で暮らし続けるための家族ケア」

申請者：古瀬みどり

日本家族看護学会第 23 回学術集会大会長
(山形大学医学部看護学科教授)

助成対象年度：2015 年度後期

提出年月日：平成 28 年 9 月 20 日

日本家族看護学会第23回学術集会開催報告

日本家族看護学会第23回学術集会は、2016年8月27日（土）・28日（日）に山形市の山形テルサにて開催し、参加者数約1,130名と盛会に終了することができました。

人口の少子高齢化が加速するわが国において、健康問題に直面する家族は以前にも増してケア機能が弱まり、家族を対象とする専門的援助の必要性が増大しております。また、科学技術の進歩と相まって、治療の場を可能な限り在宅へと転換が図られ、病気や障害を持ちながら自己管理して生活するという局面を迎えました。日本家族看護学会はそのような背景のもと、わが国での家族看護学の確立を目的に1998年に発足しました。個人のみならず家族をケアの対象とする家族看護学は、多様化・複雑化する社会と、高度医療の進展する中で、ますますニーズの高いものとなっています。

第23回学術集会では、『家族を癒すケアの探求～エンド・オブ・ライフケアの実践』を大会テーマに据えました。老いや病を抱えながら地域社会で暮らす人々と家族にとって、医療・介護従事者と紡ぐそのプロセスこそが家族全体の癒しにつながるのではないだろうかと考えたからです。

本学術集会は、さまざまな現場でエンド・オブ・ライフケアに携わっている実践家の講演や発表を通して、その人らしい暮らしを人生の最期まで続けられるための支援について活発な議論を繰り広げられる場にしました。また、医療・介護従事者自身が家族を癒す存在になりうるという気づきを促すことで、医療・介護従事者をエンパワーメントすることをねらいとしました。

貴財団より助成を受けた3つのプログラムの内容および感想について述べます。

特別講演1「認知症高齢者と家族の支援～住み慣れた地域で最期までをその人らしく～」

講師は株式会社リブレ代表取締役の蓬田隆子先生です。蓬田先生はご自身が運営されているグループホームなつき塾での認知症高齢者およびご家族への支援について話されました。その中で、意思疎通が十分に行えない高齢者の尊厳をいかにして守るのかについて具体的に話され、考えさせられる点が大変多かったと記憶しております。またグループホームでの看取りにおける多職種連携のあり方、ならびに“家族とは協働帯”という言葉より、日ごろからの家族との関係性の構築が看取り支援に極めて重要であることが再認識できました。「日ごろ忘れてしまっている重要なことに気づかされた」（病院看護師）との感想があり、良い企画を提供することができたと感じております。

特別講演2・市民公開講座「人生の最終章をどこで誰と～ものがたりの力～」

講師はものがたり診療所所長の佐藤伸彦先生です。佐藤先生は、ご自身の著書『ナラティブホームの物語』に登場する患者さんとの日常的な関わりを例に上げ、人生の最終章にかかわる医療者の姿勢・態度について話されました。“ものがたり”の本来の意味についても述べられ、在宅医療に携わる医師はどうあるべきかについて力説されました。

このプログラムは市民公開講座としました。学術集会ホームページのほか、医師会が運営するホームページ、市報にも掲載を依頼し広報に努めましたが、一般市民の参加者数は合計25名と予想よりも少ない数でした。25名中、約半数が無職で、60歳以上の方でした。山形県内における看護の全国学会開催は極めて稀であること、またテーマが大変興味深い内容であったことから、非学会員である多くの看護職（その他の医療職や介護職を含む）が有料参加者として本学術集会に参加していたと推察します。実際にこれまでの日本家族看護学会学術集会にて参加者数が1,000名を超えること自体極めて稀であるため、そのように考えた次第です。

シンポジウム2「最期まで自宅で暮らし続けるための家族ケア」

特別講演2・市民公開講座「人生の最終章をどこで誰と～ものがたりの力～」に引き続き、シンポジウム2を開催しました。山形在住の開業医、退院支援部署に勤務する老人看護専門看護師、開業の管理栄養士、市民（遺族のお立場）の4名がシンポジストとして登壇しました。高齢者のいる家族をどのように支えてゆくのか、それぞれがご家族の立場に立ち、日ごろの支援のあり様等を語ってくれました。山形の地域性あふれる語りではありましたが、最期まで自宅で暮らしを支え続けるという点で、援助者の姿勢は共通しております。それぞれの語りから、在宅の豊かさが十分伝わったものと確信しております。

全体を通して

このたび助成をいただいたプログラム並びに学術集会の一般演題発表等を含めての感想です。在宅療養の推進が国の施策として掲げられているため、病院勤務の医療職にとっても在宅への移行は大きな課題となっております。一般演題発表においても、退院支援や自宅での看取りに関するものが多数認められ、活発な議論がなされておりました。

このたびの助成により、在宅医療・在宅ケアにかかわる医療職・介護職のエンド・オブ・ライフケアならびに家族ケアに対する意識の向上、エンパワメントにつながる学術集会運営ができたものと考えております。公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成に深謝申し上げます。



The 23rd Annual Conference of Japanese Association for Research in Family Nursing

日本家族看護学会

第23回学術集会

プログラム・抄録集

家族を癒すケアの探究 ～エンド・オブ・ライフケアの実践～

会期 2016年 8月27日(土)・28日(日)

会場 山形テルサ

会長 古瀬みどり 山形大学医学部看護学科

日本家族看護学会第23回学術集会 事務局

山形大学医学部看護学科 臨床看護学講座 成人看護学

〒990-9585 山形市飯田西2-2-2

E-mail: jarfn23-ygt@umin.ac.jp

プログラム(指定演題)

1日目 8月27日(土)

12:20~12:30 開会・オリエンテーション 第1会場(テルサホール)

12:30~13:10 会長講演 第1会場(テルサホール)

座長:浅野 みどり(名古屋大学大学院)

エンド・オブ・ライフケアと家族の癒し

古瀬 みどり(日本家族看護学会第23回学術集会 会長・山形大学)

13:15~14:10 特別講演1 第1会場(テルサホール)

座長:古瀬 みどり(山形大学)

認知症高齢者と家族の支援 ~住み慣れた地域で最期までをその人らしく~

蓬田 隆子(株式会社リブレ)

14:20~15:40 シンポジウム1 第1会場(テルサホール)

座長:塩飽 仁(東北大学大学院)

荒木 暁子(千葉県千葉リハビリテーションセンター)

子どもがいる家族へのエンド・オブ・ライフケア

S1-1 小児がん患児の家族へのエンド・オブ・ライフケア

名古屋 祐子(宮城県立こども病院)

S1-2 エンド・オブ・ライフにある成人がん患者の子どもの支援

阿部 啓子(静岡県立静岡がんセンター)

S1-3 わたぼうしの会の取り組みから

佐藤 律子(神奈川県立こども医療センター)

15:50~16:50 理事会企画 第1会場(テルサホール)

日本の家族看護における看護師に求められる能力 —看護基礎教育における家族看護学教育の充実を視座に—

浅野 みどり¹⁾、荒木 暁子²⁾、池田 真理³⁾、本田 順子⁴⁾、
中村 由美子⁵⁾、石垣 和子⁶⁾

1)名古屋大学大学院、2)千葉県千葉リハビリテーションセンター

3)東京女子医科大学、4)神戸大学大学院、5)文京学院大学、6)福井県立看護大学

「渡辺式」家族アセスメント／支援モデル その7
—“「渡辺式」看護介入システムモデル”の紹介—

柳原 清子¹⁾、木村 藍子²⁾、藤井 淳子³⁾、澤田 紀子⁴⁾、今井 美佳⁵⁾、
福山 幸子⁶⁾、横田 益美⁷⁾、浅野 悠佳⁸⁾、樋口 薫⁹⁾

1)金沢大学、2)東海大学医学部付属病院、3)東京女子医大病院、4)東京医科大学病院、
5)佐久総合病院、6)在宅療養支援ステーション「楓の風」、7)訪問看護ステーション けやき、
8)広島大学病院、9)厚木市立病院

『家族看護エンパワーメントガイドライン』の臨床への導入と看護介入の評価
—家族らしく最期まで生活していくことを支える看護—

池添 志乃¹⁾、畠山 卓也²⁾、星川 理恵³⁾、関根 光枝⁴⁾、野嶋 佐由美¹⁾、
中野 綾美¹⁾、田井 雅子¹⁾、横本 香¹⁾、岩井 弓香理¹⁾、升田 茂章⁵⁾

1)高知県立大学、2)公益財団法人 井之頭病院、3)高知大学医学部附属病院、
4)日本赤十字広尾訪問看護ステーション、5)奈良県立医科大学

突然の出来事に直面した家族の反応をとらえる ～救急事例から～

竹村 淳子¹⁾、真継 和子¹⁾、松本 修一²⁾、泊 祐子¹⁾、八尾 みどり³⁾、
宮田 郁¹⁾、曾我 浩美¹⁾、平山 五月⁵⁾、福寫 松代⁶⁾

1)大阪医科大学、2)滋賀県立成人病センター、3)大阪府三島救命救急センター、
4)大阪医科大学附属病院、5)淀川キリスト教病院、6)関西看護専門学校

座長：佐藤 幸子(山形大学)

脳腫瘍の治療とケア —高度実践看護師への期待—

櫻田 香(山形大学)

共催：山形大学医学部看護学科同窓会 樹氷会

2日目 8月28日(日)

10:30～11:30 教育講演

第1会場(テルサホール)

座長: 齊藤 律子(山形大学医学部附属病院)

エンド・オブ・ライフにおけるがん患者のスピリチュアルケア

田村 恵子(京都大学大学院)

13:00～14:00 特別講演2・市民公開講座

第1会場(テルサホール)

座長: 大竹 まり子(山形大学)

人生の最終章をどこで誰と ～ものがたりの力～

佐藤 伸彦(ものがたり診療所)

14:10～16:00 シンポジウム2

第1会場(テルサホール)

座長: 後藤 順子(山形県立保健医療大学)

原 礼子(慶應義塾大学)

最期まで自宅で暮らし続けるための家族ケア

S2-1 エンド・オブ・ライフを見据えた退院支援

後藤 慶(北村山公立病院)

S2-2 食を支える立場から

池田 百合子(ゆにしあ)

S2-3 在宅の豊かさと百歳の煌めき

折居 和夫(折居内科医院)

S2-4 遺族の立場から

荒井 幸子

9:00～10:20 教育促進委員会企画1

第1会場(テルサホール)

家族支援専門看護師の教育機能の活用による家族看護実践の普及

山口 桂子¹⁾、中野 綾美²⁾

1)日本福祉大学、2)高知県立大学

事例研究のすすめ方 ～家族看護実践を描くために～

泊 祐子¹⁾、伊藤 隆子²⁾、上野 里絵³⁾、上別府 圭子⁴⁾、河原 宣子⁵⁾、
 中山 美由紀⁶⁾、奈良間 美保⁷⁾、真継 和子¹⁾、野島 敬祐⁸⁾、深堀 浩樹⁸⁾、
 山口 桂子⁹⁾、荒木 暁子¹⁰⁾、山崎 あけみ¹¹⁾、池田 真理¹²⁾、小林 京子¹³⁾、
 キタ 幸子¹⁾、藤原 真弓¹⁴⁾

1)大阪医科大学、2)順天堂大学、3)東京医科大学、4)東京大学大学院、5)京都橘大学、
 6)大阪府立大学、7)名古屋大学大学院、8)東京医科歯科大学、9)日本福祉大学、
 10)千葉県千葉リハビリテーションセンター、11)大阪大学大学院、12)東京女子医科大学、
 13)聖路加国際大学、14)淀川キリスト教病院

臨床における家族看護実践教育(レベルI;初心者編)の開発

中村 由美子¹⁾、大橋 優紀子¹⁾、藤野 崇²⁾

1)文京学院大学、2)近畿大学医学部附属病院

家族支援 CNS 登場! —“仲良き家族は美しいのだろうか?”
 —現場志向の家族アセスメント/調整の実際—

松本 修一¹⁾、石渡 未来²⁾、森川 真理³⁾、園川 雄二⁴⁾、榎本 美由貴⁵⁾、
 三枝 真理¹⁾、佐藤 律子⁶⁾、櫻井 大輔⁷⁾、宇都宮 望⁸⁾

1)滋賀県立成人病センター、2)横浜市立市民病院、3)公立大学法人横浜市立大学附属病院、
 4)東海大学医学部付属病院、5)富士見台ひまわり診療所、6)神奈川県立こども医療センター、
 7)神奈川県立足柄上病院、8)元東海大学医学部付属病院

家族看護実践の事例研究を考える:

「日本の現場発看護学」の開発を目指す実践者と研究者の協働モデル

山本 則子¹⁾、池田 真理²⁾、野口 麻衣子¹⁾、岩戸 さゆき³⁾、辻村 真由子⁴⁾、
 吉岡 大晶⁵⁾、柄澤 清美⁶⁾、吉田 滋子¹⁾、上別府 圭子¹⁾

1)東京大学大学院、2)東京女子医科大学、3)大阪発達総合療育センター 訪問看護ステーションめぐみ、
 4)千葉大学大学院、5)千葉科学大学、6)新潟青陵大学

認知症高齢者と家族の支援 ～住み慣れた地域で最期までをその人らしく

蓬田 隆子

株式会社リブレ 代表取締役、東北ブロック認知症グループホーム連合会会長

75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降急速に増加。2030年には要介護者が大きな山場を迎える。同時に認知症の人も2012年462万人から増加し、2025年には700万人と推計されている。また、終末期を自宅で最期まで過ごしたいと思う人が7割を超えるが、現実には1割となっている。特に認知症の人に関しては、自分らしい人生を全うしたいという願いが叫ばれているだろうか。

人として、いつでもどこでも住み慣れた地域で最期まで自分の人生を生ききる姿について、グループホームケアを通して考えていきたい。

認知症は何らかの病気が原因で起こる脳の障害だが、障害を助ける適切な環境やケア、医療が整えられることによって、BPSD（認知症の行動・心理症状）と言われる介護拒否・暴言暴力・徘徊は出現せず、本来のその人らしい姿で生きることができる。

嬉しいことや希望、嫌なことを上手く表現できない認知症の人がその人らしく生きるためには、持っている力や大切にしている価値観を深く知り、受け止め、支援することである。その要素として、①その人(生命・生活・人生・関係性)の底力のアセスメント ②家族との協働 ③地域力を活かす ④絆を築くの4本柱である。

グループホームでは、ケア理念としての「ゆったり・一緒に・楽しく・豊かに」をもとに当事者・家族・地域の力を発見し、生活を再構築する支援を日々実践している。そして人は生きている限り誰もが人生の終盤が訪れる。認知症になっても最期まで地域で当たり前暮らし続けていくことが、「認知症になっても大丈夫」といえる社会を作っていくと考える。

略 歴

約20年の小学校教員を経て、親の介護をきっかけに平成7年10月より福祉の仕事。平成8年宮城県モデル事業認知症グループホーム責任者として設立運営を行う。平成17年 株式会社リブレ設立 代表取締役。仙台市・福島市で地域密着型関係の介護事業所を運営。現在に至る。

主な既役職

平成10年 厚生省委託事業「痴呆性高齢者グループホームの将来ビジョン」グループホーム班
平成14年 痴呆ケース用共用アセスメントケアプラン検討会(センター方式)
平成15年 「初期から終末期に至るまでの地域に密着した望ましい痴呆性・高齢者ケアのありかたに関する調査研究」ターミナルケアワーキング班
平成15年 厚生労働省中村局長私的研究会「2015年の介護を考える会」(霞ヶ関)ゲストスピーカー
平成20年 厚生労働省委託事業(認知症介護研究・研修東京センター)認知症高度化ケア推進事業「ワーキングチーム」
平成21年 日本放送協会東北地方放送番組審議会 委員
(現在) 株式会社リブレ 代表取締役 NPO 法人地域ケア研究所 理事長、
NPO 法人宮城県認知症グループホーム協議会 会長、東北ブロック認知症グループホーム連合会 会長、
レビー小体型認知症サポートネットワーク宮城 代表(社団)、日本認知症ケア学会 代議員

その他

資格 主任介護支援専門員、介護福祉士、福祉用具専門相談員

賞罰 日本認知症ケア学会読売奨励賞 受賞(日22)

著書 グループホーム読本(共著)、痴呆ケア福祉キーワードシリーズ(共著)、
新・痴呆性高齢者の理解とケア(共著)、認知症専門士テキスト「事例集」(共著)、
「ひとときシート」活用ガイドブック など

人生の最終章をどこで誰と ～ものがたりの力～

佐藤 伸彦

ものがたり診療所 所長

イノチには、漢字の「命」とひらがなの「いのち」があると最近思う。

医師になりたての頃、特に救命救急をしていた頃の私は、救急車で運ばれてくるまさにストレッチャーの上にある「命」を救うことに命をかけていた。運ばれてきた瀕死の人が今までどのような人生を歩んできたのかはまったくもってどうでもよかった。目の前の命を全力で救うためには、その「命」に集中する必要がある。その時、私が救おうと思ったイノチは、おそらく漢字の「命」と表されるものなのだと思う。これは生命体としての命、biologicalな命である。心臓がどのようにして動き、どのような役割を演じているのか、肺は、腎臓は、脳は、私たちが学校で学ぶ人体の解剖、生理、病態としての「命」である。そこには生命体の個性はない。正常を知って異常を学ぶ。その人がどんな価値観を持った人なのか、どのような人生を生きてきた人なのかを問う余地はない。

そんな中で、私の「命」にたいする医療に疑問を投げかけた事件が起きた。詳細は拙書「ナラティブホームの物語」の中にも書いたが、「一人助けて二人死んだ」という私には衝撃的なことであった。ひたすら、本を読み、死というものの意味、生きることの意味、医療というもののあり方について考えた。

もうひとつのイノチがあると気がつくようになる。ものがたられる人生としての「いのち」、biographicalないのちである。

「命」も「いのち」もどちらの大事なのである。二項対立で考えるものではない。「命」をあつかうものとして、技術、知識は常に最新に磨きをかける必要がある。一方で「いのち」に向き合うものとして、病気はその人の全てではなく、その人のもつ一側面でしかないことを理解し、その人の、その人を語る 家族の語りに耳を傾けることができる必要がある。

終末期に関わる、関わらざるを得ないものは、この「命」と「いのち」のバランスをどうとるのか、そこに臨床の視点を置くことができるように 日々努力していくことであり、関わる人との本当の信頼はこの両方のイノチについて想いを馳せられることができることで得られるものである。

臨床の場でこの「命」と「いのち」のバランスをとにかく意識している。命に偏り過ぎれば、徒らな延命治療、治るのではないかとの幻想を描かせる医学、この両極のどこに落とし所をお互いの対話の中で探し「いろいろとあったけど、それなりの人生だった」といって笑顔を見せることが、医療の究極のアウトカムであると信じている。

略 歴

1958年東京生まれ。富山大学薬学部、医学部卒業。成田赤十字病院内科、麻生飯塚病院神経内科を経て、平成14年から砺波サンシャイン病院 副院長。その後市立砺波総合病院地域総合診療科部長を経て、平成21年4月に医療法人社団ナラティブホームを立ち上げる。平成22年4月1日「ものがたり診療所」を砺波市で開設。平成24年度は厚生労働省在宅医療連携拠点事業所として活動し、その後も地域医療と終末期医療をキーワードに包括チーム医療を実践している。

主な所属学会

日本プライマリ・ケア連合学会、日本在宅医学会、日本生命倫理学会、日本医学哲学学会

主な著書等

家庭のような病院を ―人生の最終章をあつたかい空間で― (文藝春秋、2008年)
患者様とお医者様 ―必要とする人に適切な医療を(日本評論社、2008年)
高齢者ケアと人工栄養を考える(アドバイザー/社団法人日本老年医学会、2012年)
ナラティブホームの物語(医学書院、2015年2月)

シンポジウム2 Overview

最期まで自宅で暮らし続けるための家族ケア

座長：後藤 順子(山形県立保健医療大学)

原 礼子(慶應義塾大学)

超高齢多死社会を向かえ、その人にとって自分らしくより良い死を迎えることが家族全体の癒しにつながります。その看取りのプロセスの中で、多くの医療や介護の専門職によって家族は支えられ、家族は前に一步進むことができます。

このシンポジウムでは、エンド・オブ・ライフに携わっている実践家の方から、最期まで自宅で暮らし続けるための家族ケアとして、それぞれができること、大切にしていること、そして学んだことを発表していただき、会場全体で最期まで自宅で暮らし続けるための家族ケアについて共有していこうと思います。

老人専門看護師として活躍されている後藤看護師さんからは、患者さんの「家に帰りたい」という思いを実現するための家族の意思決定や、家族のエンパワーメントを強めるための支援を退院支援にいかん盛り込んでいくか報告していただきます。

最期まで自宅で暮らし続けるための食を支える立場からは、池田管理栄養士さんに、療養者の健康状態の向上と家族の介護負担の軽減を目標としながらも、最期まで「おいしい」を支えることの大切さを報告していただきます。

山形県寒河江市で開業医をされている折居先生からは、在宅独特の「時間」と「空間」と「人間(じんかん)」の豊かさと、人生や日常生活の煌めきの中での家族と本人のためのエンド・オブ・ライフへのかかわりを報告していただきます。

最後に、元保健師で山形県の訪問看護ステーションの先駆者である荒井さんからは、姑さんとご主人を看取った遺族の立場から、家族としてどのようにありたいと思い、そして実践したか、家族としての最期の看取りをとおしての学びを報告していただきます。

それぞれのシンポジストは、最期まで自宅で暮らし続けるための家族ケアについて多くの実践や経験の中から、参加者への深いメッセージを伝えてくれるものと思います。エンド・オブ・ライフにかかわるすべての方にとって、有意義な機会になるのではないのでしょうか。

S2-1 エンド・オブ・ライフを見据えた退院支援

後藤 慶

北村山公立病院 老人看護専門看護師

現在、地域の基幹病院としての役割を担っている急性期病院の医療福祉連携室で、退院調整看護師として退院支援・退院調整を行っている。退院支援を必要とする患者は、入院前に比べてADLが低下した方、四肢に機能障害が残ってしまった方、日常生活に介護が必要になった方、退院後も何らかの医療の継続が必要な方、エンド・オブ・ライフにある方など様々である。

退院調整看護師が退院支援を行う時には、患者と家族から、どこに退院するのか、退院後にどのような生活を送るのか、その時には誰から生活のサポートをしていただくのかを、意志決定していただくことから始まる。エンド・オブ・ライフにある患者の退院を支援する時に、患者の家族と面談し、どこに退院したいのかと尋ねると、家族は「患者の意志を大切にしたい」と言う。一方で、自分達家族が、患者が家に帰ってきた時に看ることができらうかと悩み、家族に不安や葛藤が生じ、その家族の不安や葛藤が解決しないと、患者の「家に帰りたい」という思いを遂げることはできない困難さがある。そのような時に私は、家族の意志決定する力を助け、家族のエンパワーメントを強化する支援を行っていく。この時の意志決定する力を助けるとは、家族の“患者を家に連れて帰りたい..”家で看ることができる..という気持ちを高め、強固なものにする支援である。

退院後に医療の継続が必要な患者の家族には、病棟看護師は退院前に医療処置の手技の指導を行う。医療処置の手技を獲得することは家族の介護に対する自信につながることもある。しかし、この時に注意しなければならないことは、手技を獲得したこと＝在宅介護への決意ができたことではない。退院指導を行いながら、手技の獲得状況を確認すると同時に家族の不安や在宅での介護への思いも確認していくことが必要である。

エンド・オブ・ライフにある患者を在宅で看る時には、家族と最期についての話し合いを持つことも忘れてはならない。患者がどのような経過を辿り、最期を迎えるのか、予後予測を踏まえて家族と話しをすることも大切である。逆にこのような最期についての話し合いが行われずにエンド・オブ・ライフの情報提供が不足しているようでは、家族の不安は払拭されずに、退院への意志決定に時間を費やし、なかなか退院に踏み切れないこともある。家族にとって必要な情報を伝え、家族自身で退院を決定することができるように支援することが大切であると思う。

最後まで限られた日々を後悔のないように過ごしてもらえるように支援することが、エンド・オブ・ライフを見据えた退院支援である。私は退院調整看護師として、そして、老人看護専門看護師としてエンド・オブ・ライフにある高齢者とその家族を支援していきたいと考えている。

S2-2 食を支える立場から

池田 百合子

ゆにしあ 管理栄養士

日本の介護保険制度は、在宅介護の奨励する方針に基づく。しかし、脳血管疾患後遺症等で嚥下障害を始め、食に問題を抱える療養者の家族は、介護食の調理や食事介助等の食に関する介護（食介護）で十分な公的サポートも民間サービスもなく、大きな負担を強いられる状況に置かれ、その結果、療養者の低栄養や誤嚥から起きる肺炎など状態悪化のみならず家族もまた心身共に苦しむ^{※1}。在宅介護は何より介護する家族が心身共に健康を保ち、気持ちに余裕をもってあたれる事が大切になる。一般社団法人ゆにしあ（以下、法人）では、療養者の状態に合わせた食介護方法のエッセンスを家族に伝え、一緒に作りながら最適法を探し、家族自身が日々の介護に活かせることで、療養者の健康状態の向上と家族の介護負担軽減を目指し、活動を行ってきた。

「これまでの食事が食べられない」ことが自宅生活を困難とさせる大きな原因となっている。加齢による状態の変化が食事を「作る」「食べる」機能と「食べたい」気持ちの低下に繋がっている。摂食機能が悪化してからの“栄養補給”は“楽しくない食事”に繋がり、更なる意欲低下を招く恐れがある。

介護者家族は、配食サービスや介護用レトルト食品よりも「通常の食事で対応したい」と考えていることがわかった^{※2}。

“おいしさ”は、「味」だけでなく、「香り」「見た目」「音」「文化」「習慣」「体」や「心」の状態など、様々な要素が合わさって感じている。そのため、料理を作る家族の状況や関わり方も高齢者の食事摂取において重要となっている。「特別なもの」ではなく、これまで食べてきた食材や料理で食べやすいものを見つけること、これまでと同様に家族が共に食卓を囲む機会や気持ちの余裕を持つことが、最期まで「おいしい」を支えることに繋がる。

また、一方で「食の確保」だけを目的とした支援は、在宅療養者の「食の自立」の機会を奪ってしまう恐れがある。“できないこと”を正確に把握することで、最期の時まで“できること”を生かした支援が可能となる。シニアの料理離れは認知機能や身体機能の低下に繋がり、介護が必要になるリスクが高い。料理や買い物の頻度が多い人では死亡率が低く、食事の準備が困難であるほど栄養状態が悪いという報告がある。

“料理を作って食べる”一連の流れが高齢者の頭・心・体それぞれに刺激を与え、おいしく食べられる心と体を作る。在宅における高齢者と介護者家族の支援では「やってあげる」代行支援ではなく、「自分でするを手伝う」自立支援が重要と考え、台所整理、買い物、料理訓練を自宅を訪問して行う支援を平成28年4月より、山形市の委託事業として前年よりモデル介入を経て、新たに開始した。

※1：厚労省平成12年介護サービス世帯調査の概況

※2：山形県平成25年度在宅療養者の食環境整備に関する調査

S2-3 在宅の豊かさと百歳の煌めき

折居 和夫

折居内科医院 院長

病院は、患者を日常から切り離すことによって、効率的で正確な診断と治療を実現してきた。しかし、完治しない病気と病人が増え、「家に帰す」という丁寧な作業が求められるようになってきている。在宅の日常性は、医療の高度・効率・迅速という面ではでは劣るが、QOLの高さ、物語性の豊かさ、人生の安心感等の優位性が認められる。

担病生活を支えるのは、医療面を網羅する訪問看護、生活面を支援する訪問介護、周りのネットワークを連携させるケアマネ、身の回り動作の自立を助け将来を見据えるリハビリ等である。大概の在宅復帰ケースでは、本人・介護者ともに10日間程で自信が付き始め、落ち着くようになる。医療依存度の高い家人を、さりげなく生き活きと豊かに美しくケアする、夫たち妻たち嫁たち等素敵なケアラーたちと多く出逢えた。

75才男性。脳梗塞・失語症・嚥下障害あり、誤嚥性肺炎は繰り返し胃瘻造設した。何回目かの管交換時に入院して嚥下検査をしたところ、重度の嚥下機能低下あり、誤嚥の危険性高く、姿勢・吸引・とろみ・即中止等の最大限の制限で帰宅した。ところが家では、果物でも生寿司でもなんでもバクバク食べられた。在宅での奥さんの手料理で、奥さんの「あ〜ん」だと何でも食べられる。ということは、病院の非日常の検査の意味ってなんだろう。在宅の力・豊かさを見せつけられた症例だった。

きっかけは、正月に数えて百歳を迎える在宅患者さんに、ささやかで我儘なプレゼントを、知人の女花火師にお願いしたことだった。100年を生き通し、今を生き続けている軌跡と奇跡を、本人に美しく自覚させ、周囲にお裾分け的に他覚させることができた。家族・親戚・ご近所さん・医療介護のスタッフともどもが「お祭り」にできた。

ともすれば単調になりがちな日常に、夢と祭りを添えることによって、本人と周りの過去と現在と、あと少しの未来を称えられる。在宅独特の「時間」と「空間」と「人間(じんかん)」は豊かさと煌めきに満ちている。

S2-4 遺族の立場から

荒井 幸子

15年前に80歳の姑を、そして昨年夫を見送りました。二人とも在宅で過ごし入院したのは最期の二日間だけでした。

姑の在宅看護。共働きと介護の両立、看取り

私は25歳で結婚し三人の子を出産しました。結婚後も勤めを続けていたので、同居していた姑が子育てをやってくれました。ようやく孫育てから解放されたころ、姑は心臓を悪くし寝たり起きたりの生活になりました。姑はどんなに体調が悪くても仏壇のお参りは欠かさず、入院を嫌がりました。私は、共働きと介護の両立のため、主治医に往診をお願いし、訪問看護を週三回、訪問介護を週三回それに毎日朝～夕方までシルバー人材センターから留守番に来てもらいました。夜間と休日は私と夫が介護に当たりました。毎日全員が、本人の状態をノートに記入し、情報を共有するようにしました。このようにして一年半ほど在宅看護を続けましたが次第に病気が進み、80歳の晩秋、熱が下がらず食事がとれなくなり入院しました。入院して間もなく意識が亡くなり、翌日病院で死亡しました。子供や孫達は臨終に間に合いませんでした。

夫の看取りと残してくれたこと

あれから10年がたった昨年の一月に夫を見送りました。77歳でした。夫は長年たばこを吸っており、自然気胸を二回繰り返し60歳の時右肺の三分の一を切除しました。75歳になって在宅酸素療法を始めました。酸素の使い方は、テレビを見ているときは使い、トイレや入浴時は外すという全く逆のことをしていました。私はうるさく酸素の使い方を口にするので、そのたび本人は嫌な顔をしていました。一昨年暮に風邪が基で肺炎になり大晦日に入院しました。子供や孫達も年末年始休暇で集まっていたので「正月の祝は退院してからだね」と、気軽な気持ちで入院したのですが、先生からは肺機能がかなり悪いと言われました。夫は酸素マスクを着け、眠っていたので落ち着いているものと思い看護師さんをお願いし、「明日来るね」と夫の耳元でいうと顔は夜遅く帰宅しました。翌朝病院に行ってみると意識はなく、先生から「知らせたい人がいれば」といわれ、ことの重大さを悟りました。子供や孫・親戚など次々と集まってきました。休日で先生は、なかなか来てくれず不安でしたが、看護師さんが最期に近いことを教えてくれ「みんな側に来て」と言って下さいました。子供夫婦・孫全員がベッドの囲りに集まり、静かに枕元のモニターを見ながら、次第に冷たくなっていく手と足を擦っていました。突然起き上がるように肩を動かし大きな深い呼吸をした時、中学生の孫が「じいちゃん大丈夫だ」と言いました。しかしそれが最期でした。モニターの波が次第に直線になり、先生から臨終が告げられました。しばらくして一人ずつ脱脂綿に含んだ水を夫の唇に当てお別れをしました。私たち家族は、この看護師さんの配慮に心から感謝しました。命の終りを子供や孫に体験させて下さったのです。そして夫も命の終わり方を遺してくれました。

悲しみと喪失感

慌ただしく葬式が済み、四九日の法要が過ぎた頃から、毎日一人になる昼食時に夫との会話が思い出され、ご飯に涙が落ちてきます。そして「ありがとう」と言わなかったことを悔やんでいます。一年が過ぎました。私は身近な人の死を経験して、エンディングノートに自分が遺したい気持ちを文字にして置こうと強く思いました。