

特集 今私たちにできること

看取りの 栄養ケア

4月の介護報酬改定に向けて、厚生労働省の社会保障審議会で議論が進められている。

改定事項の1つとして、看取り期における栄養ケアの充実を図る観点から、

関与する職種として管理栄養士を明記することになる見込みだ。

これはいったいどういうことなのか？ また、具体的にどう取り組むべきことなのか？

看取りにかかわる医師、管理栄養士、そして家族との調整に奔走するケアマネジャーが集まり、率直な意見を交わした。併せて、管理栄養士の取り組み事例も紹介する。



© yanadjan - stock.adobe.com

入所の時から始まるのが看取り 最期までかかわる 「食」の役割は大きい



蓮村友樹久氏

社会福祉法人同胞互助会
愛全診療所 所長
特別養護老人ホーム愛全園 常勤医



橋本ちひろ氏

社会医療法人三宝会
社会福祉法人健成会 法人本部
管理栄養士



細江学氏

社会福祉法人緑風会
東村山市南部地域包括支援センター
センター長

日本は国際的にみても病院の死亡率が突出しているが、
終末期の療養場所として自宅を希望する国民は多い。
自宅での療養が困難な場合に受け皿となるのが特別養護老人ホームなどだ。
では、病院以外の場所で看取るとはどういうことか？ 家族とのかかわりは？
医師、管理栄養士、そして地域包括支援センターのケアマネジャーの3職種が語り合う。

医師として その人の最期をどう演出するかが 永遠の課題です

(蓮村)

**看取りの意味とは
楽な死を支援すること**

蓮村 東京都昭島市にある愛全診療所で所長を務める内科医です。診療所に併設する特別養護老人ホーム愛全園の常勤医でもあります。社会福祉法人同胞互助会ではこのほかにもデイサービスや養護老人ホーム、地域包括支援センター、在宅や訪問介護など地域の福祉を幅広く行っています。特養の中でも、施設内に診療所があり常勤医がいるというのは、愛全園の特異な点だと思います。開設以

来、施設内で完結できる医療体制を敷いてきました。現在、当施設では看取りを年間50〜60件ほど行っており、看取り率は98%です。

開設時の看取り率は10%ほどでしたが、介護職員への看取りの教育に力を入れ、10〜15年ほどかけて看取り率を上げていきました。

橋本 大阪市にある社会医療法人・社会福祉法人の法人本部に所属し、栄養部門の統括にあたっています。当法人では病院、診療所、特別養護老人ホーム、グループホームのほか、地域包括支援センター、障害者施設、保育園なども運営しています。また、配食サービスを2020年5月から開始し、在宅と施設の管理栄養士の役割で多方面に動いています。私のもとと、立ち上げからかわった特別養護老人ホームに勤務したのち、19年に法人本部に異動となりました。

細江 東京都東村山市にある社会福祉法人緑風会に所属しています。基幹となる緑風荘病院は急性期51床、回復期40床、療養108床の病院で、併設の介護老人保健施設で入所、デイケアなどのサービスを提供しています。私は当法人内に設置された地域包括支援センターで地域づくりを行っています。

す。ケアマネジャーの支援にも取り組んでおり、地域で活動するケアマネジャーの相談を受け付けています。

蓮村 当施設が開設時より常勤医を置く特養である理由には、看取りに対する考え方が大きく関係しています。高齢者の最期の場にはどうしても医師が必要だと考えるからです。高齢者の最期は、医療的処置を何もしなくても自然と穏やかに亡くなっていくという幻想が未だにあります。私は大学病院に勤務していた時より、高齢者のさまざまな死を見てきました。苦しみながら最期を迎える人は少なくありません。そのため、苦しみに亡くなるための医療的処置は必要であるというのが私の考えです。ですから、麻薬、ステロイド剤、解熱剤などによる疼痛や苦痛の管理、胃ろうは必要な医療として行っています。楽に死ぬための胃ろうもあり得ると思います。

私は、栄養は基本的人権の一つではないかとさえ考えています。死の直前であってもぎりぎりまで栄養や水分は必要です。さまざまな死を見てきたからわかるのですが、まったく水分や栄養を投与されずに死んでいくことは大変苦し



写真はイメージです

© hemvala40 - stock.adobe.com

いことなんです。ですから、不感蒸泄の分だけは輸液を行います。点滴を2、3ℓも入れてしまつては浮腫などで逆に苦しませることになりますから、500ml〜1ℓ程度の少量を皮下注療法(Hypodermoclysis(HDC))で投与します。いかにその人が楽に亡くなるかが看取りだと思っています。医師としてその人の最期をどう演出するかが永遠の課題です。

**日頃からのチームでの
取り組みがあつてこそ**

——看取りにおける「食」にはどのような取り組んでいますか？

蓮村

当施設の栄養ケアの特徴として、NSTがあります。当施設のNSTは医師がトップに立つのではなく、管理栄養士がチームマネジャーを務めてチームを動かしています。NSTは本来、栄養状態を改善させることで長く穏やかに施設で暮らしてもらうための活動ですが、看取りの方にもNSTで介入しています。当施設では管理栄養士も嚥下内視鏡検査（VE）に同席して嚥下の状態を見ますし、亡くなる直前の状態も見ています。NSTがあることで、看取りでも多職種が集まり最期をケアする体制がつけられたと思います。

嚥下機能が下がっている方に最期、どうやって食べたいものを食べていただけるのか。たとえばフルーツ好きの方であれば、凍結含浸食で食べやすくしたフルーツを提供したりします。それでも、最後にはほとんどのものが食べられなくなるのがターミナルです。そこで何ができるか、ということですね。当施設では匂いだけ、見た目だけで食事を味わっていただく取り組みもしています。スピリチュアルケア的なことになってきますが、食べられなくても提供したことが大切なことだったりするんですね。口に含んで舌で味わったあ

と、吐き出してもいいわけです。最期に好きな食べ物を味わっている様子を写真や動画で記録して家族に伝えれば、それは残された家族のグリーフケアにもなります。

橋本 当法人の特別養護老人ホームでは、ここ3カ月で看取りをした方が3人いらっしゃるので、一方で、病院で亡くなった方が7人いらっしゃいました。看取りの判断の難しさを実感しています。法人内に病院があり何かあればすぐに搬送できるという状況で、施設でどう看取りを判断できるのかは課題に感じています。

看取りに対して、医師の見立てだけに頼るのではなく、かかわる専門職がそれぞれ頑張らなければならぬという意識を施設職員で共有しています。食べられるか否かの評価についても、日常的な取り組みがあつてこそ、看取り期に入った時に判断ができるものだと思います。当法人の特養では管理栄養士も看護師と協働して嚥下機能評価を行い、食べられる方法を探っていくことに力を入れていきます。管理栄養士も食形態の調整といった食事提供の面だけでなく、嚥下機能評価にもかかわることを重視しています。また、食事介助をする介護職員にも聴診器で嚥下

音を聞いてもらうなどして、多職種で取り組んでいますね。「もう食べられない」という判断に対して、「諦めじゃないのか」ということが他職種間で議論になることもあります。日頃から施設で利用者を見ている多職種が看取りに対して受け身にならず、取り組みむことが重要だと思っています。

細江 私が在宅でケアプランに従事していたのが15年ほど前になりますが、その頃は在宅で看取るケースはほとんどなかったと記憶しています。まだ医療介護、福祉連携も構築されていなかった頃だと思います。相談室を設置している病院も少なく、病棟の看護師さんと直接やり取りをしていたのですが、医療の場でケアマネジャーの存在はまだあまり認められていなかったような時代です。また、ケアマネジャーのほうでも、食事についての問題意識は弱かったと思います。わかりやすい生活上の問題、たとえば買い物に行けない、掃除ができないといった問題をクリアするために訪問介護を入れる、お風呂に入れないのであればお風呂の改修やデイサービスの利用を考えるなどはできて、目に見えにくい栄養や食事の問題には気づけないのです。その時から比

べると、現在、当法人には栄養ケア・ステーションもあり、管理栄養士としっかり連携できていると思います。

また、東村山市南部地域包括支援センターでは地域のケアマネジャーのサポートをしています。食事や栄養に十分な注意を向けられているケアマネジャーばかりではありません。ケアマネジャーは1人で40件を担当していたりするので、ケアマネジャー自身が食事のことまで細かく把握することは困難だというのが実際でしょう。ですから、ケアマネジャー自身がいくつかの専門知識をもつべきだということではありません。ケア



写真はイメージです

© japolia - stock.adobe.com

基盤となる栄養として 濃厚流動食を使用し 食べる力を保つことは意味があると思います

(橋本)

マネジャーはチームの調整役です
ので、よりよいチーム体制を構築
するために、さまざまな専門職の
知恵を借りるのが役割だと思いま
す。ケアマネジャーやその他の専
門職が食事や栄養に対する視点を
もつために、管理栄養士がチーム
に入ってもらうことは、とても大
切だと思います。たとえば、体重
が減っているのがわかった時に、
食事が減っているのではないの
か、食事に問題が生じているので

はないか、という疑いをもてるか
どうか。そして、管理栄養士に情
報共有できるかどうか。そのため
の視点は必要だと思えます。そう
いう視点をもったケアマネジャー
が増えていくことをめざして、取
り組んでいます。

食べたいものを食べるための 胃ろうや濃厚流動食がある

——看取りの判断の難しさという
話が上がりましたが、蓮村先生は
以前から「見なしターミナル」とい
うことを指摘されていますね。

蓮村 私は以前から「見なしター
ミナル」や「見なし末期」というも
のに対する危惧をもっています。
平たく言うと、何でも看取りと見
なすことです。この人は高齢
だから胃ろうの適応外だ」と端か
ら決めつけるような態度です。本
人の意思に限らず、高齢だから自
然に任せるのが本来の正しい生き
方だ、という考え方を突き詰める
と、本当はまだ生きられる人を殺
してしまふことになります。当施
設でも、新規入所の際に病院から
「胃ろうで経管栄養中なので禁食
対応。夜間に『ご飯を食べさせて
くれ』と騒ぐなど不穏が見られる」
などと申し送られてくる方がいま
す。ところが当施設でVEをした

結果、嚥下機能が残存しているの
がわかり、胃ろうをしながら経口
摂取をしているという方がこれま
でに何人もいます。看取りや胃ろ
うに対して間違った常識がはび
こっているのではないでしょう
か。高齢者に対する胃ろうは延命
であり、静かな死を妨げている、
というのは偏見です。先ほどお話
しましたように、何もしないでも静
かな死を迎えるというのは幻想で
す。年齢だけで単純にその人の死
を決めつけることはできません。
また、実際に死に向かっていると
しても、死までの間の苦痛を生ま
ないために必要な医療行為や栄養
があるのです。

橋本 私も延命と胃ろうを同一視
されるご家族が多いことが気にな
っています。私たちが伝えなけ
ればならないのは、前向きな胃ろ
うがあることだと思っています。
ポジティブな意味で今、胃ろうが
必要であることをきちんとご家族
に伝えられる力が、栄養ケアを行
う管理栄養士にも必要ではないで
しょうか。蓮村先生から先ほど、
ご家族に対するケアというお話も
出ましたが、ご家族に「看取り
食べられない」ではなく、「食べて
もいいんだ」とご家族が思えるよ
うに、さまざまな方法で、食事で

できることがあるのを伝えるの
も、大切なことだと思っています。
ですから私は、ターミナルの方
であっても濃厚流動食は活用して
いくべきだと考えます。ターミナ
ルの方にもエネルギーやたんぱく
質などに最低限の必要量があり、
それを提供することに信念をもつ
て取り組んでいます。人工的に調
整された高栄養な食品を日々、摂
取してもらってもQOLは上がら
ないのではないかと。本人が食べ
たいと思うものだけを提供すべき
ではないか。こうした、ターミナル
における濃厚流動食の活用に否定
的な意見があるのも知っています。
しかし、食べたいものを食べ
ていただくために、基盤となる栄
養として濃厚流動食を使用し、食
べる力を保つことは意味がある
と思います。たとえば、101歳に
なる看取りの方でウナギを食べ
たいというご利用者に、ウナギを提
供しています。食べる力を維持す
るために濃厚流動食を飲んでいた
りながら、食べたいものを味
わっていたりというケアを、介
護職員と一緒にしています。看
取りといっても状態はケースに
よってさまざまですから、看取り
のなかでできることを判断するこ
とは、重要だと思っています。

入所した時から家族とともに 看取りについて考えていく

蓮村 看取りケアというのは、看取りの時になってから始めては遅いんです。特に家族への対応という意味では、初期から意思疎通を図っていくことが大切でしょう。医師と違って家族は死に慣れていません。施設での看取りについて事前に知識をもっていたかどうかと、その時になって動揺してしまい、下手をするとトラブルにつながる恐れもあるからです。当施設では入所の段階で最期についてかなりシビアなことも家族と話します。アドバンス・ケア・プランニング(ACP)ですね。どのような最期を望むのか、胃ろうはどのようにするか、といった希望から、必要な知識も含めて伝えます。ご本人は入所時に認知症である場合が9割以上ですので、最期の迎え方については、家族に希望を聞くことになります。当施設では市の助成を受け、通称「看取り部屋」という、生活感のあるつくりの中で家族が看取りをできる部屋を用意しています。看取り部屋に家族が宿泊するということもあります。

また、「親の死に目に会えないことは悪いことだ」という固定観

念が根強いですが、死の瞬間に立ち会うことが看取りの本質ではありません。夜中に亡くなる方は少なくありませんが、看取りの場合には、ご家族が急いで施設に駆けつけてもらう必要はないことと、翌朝の死亡確認でも法的には問題ないことを伝えます。「亡くなることはわかっているのだから、生きている時に皆で会って、お別れをしておいてください」と伝え、しっかりと一緒の時間をつくっていただくことが重要なのです。

細江 最期というものについての家族への説明は、やはり医師だからできることだと思います。それを在宅のチームの多職種が共有して理解していることが大切なんだと思います。その方の終末期に対して共通認識をもって、本人を中心としたケアチームをつくっていくのが特に在宅では求められます。在宅では、ケアマネジャーと家族のやり取りが頻繁になります。そのケアマネジャーが終末期に対する理解をまずしっかりともっていることを前提として、家族とのコミュニケーションのなかで終末期について話をしていくべきです。

十数年前というのは、在宅の多職種連携はとて難しかったのを

思い出します。たとえば、訪問看護に電話しても訪問看護に出ていないことが多く、連携したくてもうまくできないというのが日常茶飯事でした。その点、最近ICTの活用が普及しているので、非常に連絡が取りやすくなりましたね。連携が進むなかでますます、本人や家族に対するACPの重要性や、多職種でそれを共通認識とする大切さを重々身に染みて感じていきます。

たとえば、これは看取りに限らないことですが、本人の意思と家族の意思が一致しないことがあります。あるいは、本人よりもその家族たちの間で意見が変わっていくということもあります。意見が変わることは当然あり得ることです。まったく悪いことではありません。本人の苦しそうな姿を見て気持ちが変わるご家族もいるでしょう。気持ちの変化は誰にもあることなので、それ自体が問題なのではなく、亡くなったあとに後悔しないことが大事なのですが、選択は大変難しく、家族は悩まれます。揺れ動く心を医師に伝える家族もいれば、医師に言いにくいことをケアマネジャーに伝える家族もいます。家族は死の経験がない、もしくは浅いことがほとんどで



写真はイメージです

© BillionPhotos.com - stock.adobe.com

す。「経験のある医師だから安心して」というのをケアマネジャーから伝えたりするのも、チームとして大切だと思っています。その都度、状況や気持ちをうかがいながら、どのような対応をしていくのが大切で、コミュニケーションを常にとりながら看取りを進めていくということなのだと思います。

橋本 食事は人生の最期までかわることですから、ご家族の希望する最期には食事のことも必ず含まれてきます。家族ができるケアの1つに口腔ケアがありますが、当法人の特養では、食べる力を維持する一環として口腔ケアも積極

その方の終末期に対して共通認識をもって、
本人を中心としたケアチームをつくっていくのが
特に在宅では求められます

(細江)

的に取り組んでいます。もちろん、
家族が口腔ケアや食事ケアにかか
わるかどうかは、本人と家族の関
係性にもよってきます。栄養ケア
プランを足掛かりにして、家族に
ケアの協働をアプローチできそう
であれば、行っていきます。たと
えば、持ち込み食はその方の嚥下
機能などを考慮しながら、食形態
や提供方法、提供時間を提案しま

す。食事を通して本人と家族の関
係性がよくなることもありますか
ら、施設の看取りの「食事」とい
うところから人がつながれるとい
うことも多いのではないかと思います。

あるケースですと、なかなか面
会に来ないAさんのご家族に「A
さんがこの間、田舎で茶粥を食べ
ていたと楽しそうにお話しされま
した。Aさんは茶粥がお好きなん
ですね」ということを話したとこ
ろ、ご家族もAさんの食事に関心
が向いたのか、茶粥を持ち込まれ
ることはありませんでしたが、食
事介助をしてくださるようになって、ご家族の態度が変わったと感
じました。

——最後に、理想とする看取りに
ついてお教えてください。

蓮村 理想の看取りというのを考
えるうえでデスカンファレンス
がとても重要だと思っています。亡く
なったら看取りは終わり、ではな
く、デスカンファレンスまでが看
取りといえるのではないでしょう
か。当施設でもデスカンファレン
スを始めた頃は「何でこんなこと
をやる必要があるんだ」という反
発の声もありました。最期がどう
だったかを振り返るのがつらいと
いう気持ちからでしょう。しかし

振り返る場をつくるのは、それぞ
れの職員はどういう思いでその方
を看取ったか、何ができ、できな
かったのか、などを話し合うこと
で、人の死はどういうものかを考
える機会となっています。デスカ
ンファレンスを繰り返すことで看
取りの質は確実に上がったと実感
しています。デスカンファレンス
に家族も参加してもらうのが理想
ですね。また、こうした施設内
での取り組みを在宅でも行えるよ
うにするのが今後の夢でもあります。
橋本 私は管理栄養士として、食
べることを最後まで諦めない看取
りに挑戦し続けたいです。簡単に
はありませんが、ご家族、職員に
とって不安のない看取りというこ
とを目標にしていきたいと思っ
ています。かわる職種が多いほう
が質の高い看取りが実践できると
思います。そのために、周りを巻
き込む力をもっと高めていきたい
と思いますし、食事のアプローチ
の仕方や臨床の研鑽を積みながら
看取りにかかわっていききたいです。
細江 施設とは違って、在宅で看
取りになり最期を迎えると、その
ケアチームは解散となるんです。
しかし、解散になるとはいえ、ど
ういう風に連携できたかをケアマ
ネジャー自身がまず振り返ること

が大切だと思っています。また、
そういうケアマネジャーを地域に
増やしていくことが地域包括支援
センターの役割でもあります。そ
うして振り返ることで、その次に
看取りがあった時に、本人、家族
に対して熱意をもってかわられる
ようなチームがつくれるかも変
わってくるはずです。そこがケア
マネジャーの調整力ともなるでし
ょう。在宅で先生方のような熱意
のある専門職が増えると、在宅の
看取りも増えていくと思います
が、それはこれからだと思っています。
チームを調整する能力をもったケ
アマネジャーを地域にもっと増や
していくことが今の自分の役割で
す。

蓮村友樹久 (はすむら・ゆきひさ)

2001年、杏林大学大学院医学研究科卒業。医学博士、産業
医。06年から愛全診療所所長を務める

橋本ちひろ (はしもと・ちひろ)

病院、特別養護老人ホームの勤務を経て、2013年、社会福祉
法人健成会特別養護老人ホーム加賀屋の森入職。17年、社
会医療法人三宝会南港病院よろず連携室兼務。19年より現
職。大阪健康福祉短期大学介護福祉学科非常勤講師

細江 学 (ほそえ・まなぶ)

1999年、社会福祉法人緑風会入職、介護老人保健施設グリー
ン・ボイス勤務。2000年4月より緑風荘在宅介護支援センター勤
務(06年4月に地域包括支援センターへ移行)、20年4月より現
職。東村山市非常勤特別職(介護認定審査会委員)