原 著 論 文

特集1　最期まで「口から食べたい」の願いを叶える支援の実際

緩和ケア病棟でのチームで支える経口摂取への取り組み

独立行政法人地域医療機能推進機構　湯布院病院
緩和ケア認定看護師　田中淑子

国立病院機構九州医療センター附属福岡看護助産学校卒業。神奈川県立足柄上病院，国立病院九州医療センター手術室勤務を経て，2003年より湯布院厚生年金病院（現・JCHO湯布院病院）勤務。

看護師長／摂食・嚥下障害看護認定看護師　木本ちはる

国立病院機構京都医療センター附属看護助産学校卒業。福岡大学病院小児科病棟，脳神経外科病棟を経て，1990年湯布院厚生年金病院（現・JCHO湯布院病院）。2014年ナーシングバイオメカニクスインストラクター資格取得。日本摂食・嚥下リハビリテーション学会認定士，日本嚥下障害臨床研究会世話人。

〈病院・病棟紹介〉

当院は，独立行政法人地域医療機能推進機構（以下，JCHO）湯布院病院として，2014年４月湯布院厚生年金病院から改組された。JCHOの理念として，「地域の住民，行政，関係機関と連携し，地域医療の改革を進め，安心して暮らせる地域づくりに貢献する」ことを目指している。

稼動病床数は243床（一般病棟60床，回復期リハビリテーション病棟60床，地域包括ケア病棟111床，緩和ケア病棟12床）。付属施設として，居宅介護支援センターと訪問看護ステーションを有している。2015年５月，緩和ケア病棟10床を開設し，同年12月に12床へ増床した。緩和ケア病棟の基本方針は「がん患者のQOLの向上を図るために，がんリハビリテーションを積極的に提供し，その人らしく自律した生活を過ごせるよう支援していくこと」であり，住み慣れた自宅で生活を送れるよう，積極的に在宅療養を支援している。

緩和ケア病棟開設後（2015年５月～2016年12月）の総入院患者数は56人（うち13人は入退院を繰り返している）で，男性28人，女性28人，退院理由の内訳は死亡退院27人，軽快退院21人，転院３人であった。平均在院日数は65.2日，入院時の平均年齢は75.9歳と高齢化している。

当院では，入院時よりほぼ全患者にリハビリテーションを提供しており，理学療法士（PT），作業療法士（OT），言語聴覚士（ST）が病前の生活を少しでも取り戻せるよう体力調整を行い，在宅に向けてMSWが中心となり，在宅訪問やサービス担当者会議を積極的に行っている。また，チーム医療のメンバーとして臨床心理士や薬剤師，栄養士などさまざまな職種が協働し，患者・家族の希望に応えられるようチームアプローチを行っている。

緩和ケアにおける経口摂取の意義

人間にとって「食べる」ことの意義には次の３点がある。

①生命を維持する生理的意義

②生活の楽しみとなる，あるいは食事をおいしく感じることにより健康を認識する心理的意義

③人間関係を形成する社交の場としての社会的意義

しかし，病状は徐々に進行し，心身が衰弱する中で，「食べる」ことに関連する機能も低下していく。この機能低下は加齢による変

化でもあり，食べることに関連した機能低下として次の４つの変化がある。

①認知・感覚機能の変化

②運動機能の変化

③咀嚼・嚥下機能の変化

④消化機能の変化

それぞれの身体機能の変化を適切にアセスメントし，それらに対しケアを行っていくことが，「最期まで口から食べたい」という希望を支える。がん患者が抱える問題として，疾患や治療に伴って障害や生活機能の低下が生じ，特に高齢者では，加齢による身体予備機能の低下が見られたり，併存疾患による回復遅延や合併症の危険性が増したりする。緩和ケアにおける経口摂取の意義とは，「がん」と共存しながら生活活動を行うためのエネルギー源であり，少量しか摂取できなくても，「おいしい」と感じる欲求を満たす楽しみの一つでもあり，人間の尊厳でもある。そのため，食べることが苦痛とならないような食の提供が重要となる。

ケアチームの構成と役割

メンバー：医師，看護師，PT，OT，ST，MSW，栄養士，臨床心理士，薬剤師

週１回カンファレンスを開催し，患者の問題点や今後の課題について，それぞれの職種が専門的な立場で意見交換を行い，より良い方法を検討している。看護師がコーディネーター役として司会・進行を担い，活発な意見交換を目指している。

摂食・嚥下評価と判断

緩和ケア病棟開設後，摂食機能療法を実施した患者は11人であった。男性５人，女性６人で，がん患者10人，心不全増悪１人，平均入院期間は102（±84）日，入院時藤島式嚥下グレードは平均６（±3.2）であった。BMIは入院時19.4（±３），死亡前17.5（±2.9），AIbは入院時2.9（±0.4）g/dL，死亡前2.8（±0.5）g/dLと，軽度の体重減少は見られるものの，栄養状態の悪化は最小限で維持している状態であった。死亡するまで経口摂取を実施していたのは５人，絶食期間は平均6.2（±5.4）日間であった。入院中に原疾患の悪化で死亡した患者は９人，誤嚥性肺炎による死亡１人，敗血症による死亡１人であり，合併症は少なく，最期まで口から食べることを大切にしたかかわりを行っている。

摂食機能療法は緩和ケア病棟では診療報酬上の算定はできないが，摂食・嚥下障害のアセスメント，計画立案，実施の評価を毎月行っている。入院時にEAT-10や藤島式嚥下グレードの質問紙などによるスクリーニングを実施し，問題ありと判断した場合は，必要時STの介入を開始し，摂食・嚥下障害看護認定看護師によるNSTラウンドで定点評価を行い，栄養状態，嚥下機能，家族への支援についての情報交換やコンサルテーションを実施している。

また，NST委員会，看護部の嚥下委員会でデータベースのまとめや事例についての検討を行い，緩和ケア病棟での口から食べる支援において，悪化を最小限にとどめるために口腔ケアを徹底し，必要時には嚥下造影検査を実施し，安全な食事形態や姿勢，食事介助技術について学んでいる。さらに，口から食べることに対する総合的な支援の指標として

KTバランスチャートを用い，事例の展開を進めている。KTバランスチャートは，患者の状態を13項目で評価し，食べることについて患者の強みを生かしながら弱みを引き上げる支援を行っていくためのツールであるが[1]，緩和ケア病棟においては患者の強みが継続されるよう支援を行っていくことに活用できると考える。

緩和ケア病棟における経口摂取への取り組みの実際

ここでは，余命３カ月と診断され，当院へ疼痛コントロール目的で入院となったが，徐々に活動性を向上させ，入退院を３回繰り返したＴ氏の事例を紹介する。その中でＴ氏は，食を通して人とつながり，生きる意味を見いだすことで，特別養護老人ホームのショートステイと自宅で介護サービスを利用しながら独居生活を送ることができるようになった。

◆事例紹介

患者：Ｔ氏，80代

入院期間：（４回目の入院）200X年Ｘ月～Ｘ＋６カ月

初回の入院～死亡退院の期間：１年７カ月

診断名：子宮頸がんⅣb期

家族構成：独居（息子夫婦が近隣にて生活）

職業：金物屋勤務後，ボランティアにて弁当作り

性格：社交的，楽天的

◆入院までの経過

200X－２年春に頻尿にて泌尿器科を受診するが，婦人科受診を勧められた。CTを施行し，子宮頸がんⅣ期，多発肺転移と診断された。子宮頸がん，多発肺転移に対し放射線療法（外照射50Gy）と化学療法（TC療法６クール，CPT-P療法）を施行した。

200X－１年に入り，骨転移，肺転移を認め，腰痛が出現した。化学療法での副作用の出現もあり，治療継続が困難と判断。高齢でもあり，家族は積極的な治療を望まず，ベスト・サポーティブ・ケア（以下，BSC）を希望された。家族へは余命３カ月と説明。Ｔ氏は家族から説明を受けており，がんであることは理解していた。

◆患者・家族の意向

患者：食べるのも作るのも好き。人の世話をするのが好き。私はあんこ屋の娘やけん，あんこが好き。食べれんようになったら，おしまいやね。なるようにしかならんよ。

家族：余命が短いという説明を受けて覚悟はできています。できるだけ本人が苦しむことはしたくないので，点滴とか経管栄養は希望しません。

◆ADL状況（入院時）

入院時はベッド上での生活が主体で，倦怠感と嘔気・嘔吐症状があり，離床することが困難な状況であった。食事はセッティングをすれば自力摂取が可能。それ以外のADLは全介助状態であった。

◆食に対するケアの提供（表）

◎1・2回目の入院：

セルフケアが向上した時期

入院から１カ月が経過したころに，Ｔ氏から「何か料理が作りたいなあ。自分たちで作ったおやつが食べたい」との発言が聞かれ，パンケーキ作りを施行した。そのことがきっかけで，「調理」に対する関心が高まった。認知

表　T氏の経過表

	入院時	1カ月後	2カ月後	5カ月後	7カ月後
患者の病態	1回目の入院 疼痛コントロール目的で入院（前医で疼痛緩和目的にて放射線療法・硬膜外注入施行）入院時嘔気出現にて離床が困難	→	→	2回目の入院 ショートステイ利用後，さらなる活動性の向上を目指し，がんリハビリテーション施行	→
移乗	見守り	自立	自立	自立	自立
移動	車いす	シルバーカー歩行見守り	シルバーカー歩行見守り	シルバーカー歩行自立	シルバーカー歩行自立
排泄（昼）	おむつ	トイレ	トイレ	トイレ	トイレ
排泄（夜）	おむつ	おむつ	トイレ	トイレ	トイレ
整容	介助	見守りと声かけ	自立	自立	自立
口腔ケア	義歯洗浄は介助	洗面台にて見守り	声かけにて自立	自立	自立
更衣	介助	準備すれば自立	自立	自立	自立
入浴	機械浴	介助入浴	介助入浴	介助入浴	介助入浴
食事	全粥200 g 副食半量	全粥100 g 副食半量	軟飯100 g 副食軟菜一口大 半量	軟飯100 g 副食軟菜一口大 半量	軟飯100 g 副食軟菜一口大
エネルギー量	900	700	950	950	1,200
内服薬	オキシコンチン 10mg×2 ロキソプロフェンナトリウム×2	オキシコンチン 10mg×2 ロキソプロフェンナトリウム×2	オキシコンチン 10mg×2 ロキソプロフェンナトリウム×2	オキシコンチン 10mg×2 ロキソプロフェンナトリウム×2	オキシコンチン 5 mg×2 ロキソプロフェンナトリウム×2
疼痛評価	FS1	FS1	FS1	FS1	FS1
自律性の尊重	団子汁作り 	やせうま作り （郷土料理） 	スイートポテト作り 		シルバーカー歩行も安定
介護サービス				特別養護老人ホームでショートステイを利用	
看護のポイント	セルフケアが向上した時期 「普遍的セルフケア」の充足により一部代償システム～支持・教育的システムを受けながら，患者の自律性を尊重し，適切な代償行為を行うケアの提供				

8カ月後	9カ月後	12カ月後	13カ月後	14カ月後	15～17カ月後
自宅へ退院	3回目の入院 骨転移による腰椎圧迫骨折で入院	→	4回目の入院 ショートステイ利用中に活動性の低下を認め，精査目的で入院		
	介助	自立	離床時，前方からの介助	立位可能だが，方向転換に介助	ベット上であるが，時折車いすへ離床
	車いす	シルバーカー歩行自立	車いす	車いす	車いす 最小限で離床
	おむつ	トイレ	おむつ	おむつ	おむつ
	おむつ	トイレ	おむつ	おむつ	おむつ
	準備・片付け介助	自立	一部介助	一部介助	介助
	ベッド上にてセッティングすれば自力で可能	自立	洗面台にて声かけにて自立	車いすにてセッティングすれば自力で可能	含嗽もできず，スポンジブラシを使用して口腔ケアを施行
	介助	自立	介助	介助	介助
	介助入浴	介助入浴	介助入浴	介助入浴	機械浴
	軟飯100 g 副食軟菜一口大	軟飯100 g 副食軟菜 一口大半量	全粥100 g 副食ソフト食 半量	全粥100 g 副食ソフト食 半量	全粥100 g 副食ソフト食半量 お茶ゼリー
	1,200	950	700	700	700
	オキシコンチン 5 mg×2 疼痛増強で10mg×2へ増量 ロキソプロフェンナトリウム×2 屯用ボルタレン坐薬 (25mg)	オキシコンチン10mg×2 ロキソプロフェンナトリウム×2	オキシコンチン 5 mg×2へ減量 ロキソプロフェンナトリウム×2	倦怠感に対しデカドロン投与，その後リンデロン開始	トラムセット ×2へ減量 トラマールへ変更し，その後終了
	FS2～3	FS1	FS1	FS1	評価不能
由布岳を見に散策 		節分でおやつ作り 		あじさい観賞 	最後の水ようかん作り
通所介護週2日，訪問介護週3日，訪問看護・訪問リハ週1日をケアプランとして立案					
	身体機能の低下や疼痛の出現により，ADLは一時的に低下したが，「普遍的セルフケア」要件を維持しながら，自律した生活が継続できた時期		T氏の潜在的能力を引き出し，最期まで「食べる」ことへの生理的欲求を満たし，安楽な死が迎えられた時期		

面はHDS-R６点と低いが，台所に立ち包丁を持つと手際よく調理を始めた。元々ボランティアで弁当作りを行うなど社会貢献活動をしており，以前のように「誰かの役に立ちたい」と自律性の存在価値を表出するようになった。

調理の企画はＴ氏と看護師で相談し，お好み焼き，盆団子，やせうま，団子汁，スイートポテトなど毎月季節に合わせた調理を行い，Ｔ氏の希望を叶えていくことができた。日程調整は看護師が行い，材料は栄養士に手配を依頼した。材料を切るところから味付け，盛り付けまでＴ氏が行った。出来上がったものは，Ｔ氏自ら他患者に配膳し，職員も試食した。

他患者からは「おいしい」「またお願い」と好評で，家庭料理への懐かしさもあったようであった。病気をして台所に立つ機会が減少していた中で，調理を通して誰かの役に立つことの喜びから，Ｔ氏は生きる意味を見いだすことができた。また，さまざまな人からの反応がＴ氏を笑顔にし，QOLの向上へとつながり，Ｔ氏の自信となった。そして，「家に帰りたい」と希望し，自宅退院となった。

この時期のＴ氏の身体状況は，オキシコンチン10mg×２を内服し，疼痛コントロールは良好で，活動量が増加していた。病院は療養の場であるが，生活の場として「その人らしさ」を尊重しながら，心理的意義と社会的意義を見いだすことができた。また，入院時のFIM（機能的自立度評価表）は37点であったが，退院時は87点と上昇し，ADLの自立度が向上した。

KTバランスチャート（**図１**）は，入院時は合計44点であり，嚥下機能に問題はなく，入院時に低下していた食べる意欲や姿勢・耐久性，認知機能などが２回目の退院時には全体的に改善し，合計63点と活動レベルが向上した。

◎3回目の入院：

疾病による合併症や加齢に伴う身体機能の低下といった心身の変化に折り合いを付けた時期

自宅療養中，息子宅で生活していた際，起床時に腰痛が出現し動作困難となり，外来受診した。その結果，骨転移部位の腰椎圧迫骨折にて緊急入院となった。コルセットを装着し，セルフケアは一部介助状態となった。入院時より「人に迷惑をかけることが情けない」と話し，自分のことが自分でできないことに対する苦悩が出現していた。また，認知面はHDS-R６点と変化がなく，短期記憶の定着が困難となっていた。

食事は病院食を全量摂取し，持ち込みのようかんなどを好んで摂取していた。腰椎圧迫骨折による腰痛があり，立位はできるが，長時間の立位保持が困難となっていたため，入院期間中に調理をする機会はなかった。

この時期は，社会的意義から生理的意義や心理的意義を見いだすことへ移行していった。「自分のことが自分でできなくなっていく」という自律性の低下に対し，リハビリテーションを通して筋力の維持を目指し，「今できていること」を支え，生活していくことを見守った。Ｔ氏が現状を受け止めながら看護師が応援し続けていくことができ，FIMは入院時95点→退院時87点と低下はしているが，ADLの著しい低下はなく維持できていた。

KTバランスチャート（**図２**）は，入院時

図1　1・2回目の入退院時の
KTバランスチャート

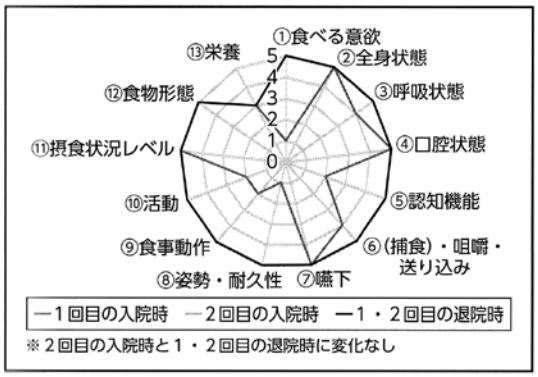
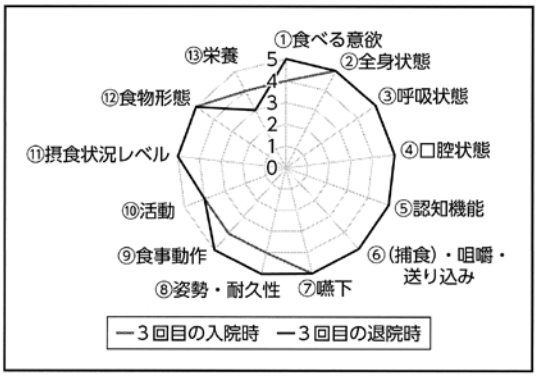


図2　3回目の入退院時の
KTバランスチャート



は合計60点であり，嚥下機能に問題はなく，食べる意欲や耐久性の低下が見られたが，退院時には合計62点と改善を図れた。

◎4回目の入院：

T氏の潜在的能力を引き出して
「最期まで口から食べたい」という
欲求を満たし，安楽な死を迎えた時期

1回目の入院から今までは食堂での食事摂取が可能であったが，自室での車いす座位で摂取するようになる。入院1カ月後には離床時に倦怠感が出現し，ベッド上での摂取へ変更した。食事量も副食を減量し，米飯から軟飯へ変更した。ステロイドを開始し倦怠感は一時的に軽減したが，傾眠となり，食事摂取も介助が必要となった。

入院3カ月後には，食形態により咀嚼運動と嚥下反射に時間がかかり，とろみのある食材や水分は口腔内保留時間が長くなった。しかし，固形物の認知と咀嚼機能には問題なく，摂取することができた。

入院4カ月後には，内服薬の経口摂取が困難となったため全面中止となった。家族からは「覚悟はできています。何があっても，本人が苦しむことはしません」とのことで，自然にゆだねる形で見守っていくことを確認した。

患者・家族の意向を尊重し，覚醒に合わせて食の提供を行い，間食の際にゼリーやようかんなどを摂取していった。食事摂取時の体位はギャッジアップ45°程度で，頸部の拘縮があったため，枕で頸部を前屈させて姿勢を整えた。また，嚥下反射が起こらない時は，その都度声かけと咽頭部のマッサージを行い，嚥下反射を促していった。

入院5カ月後には食事はほとんど入らない状況であったが，大好きなようかんだけは摂取した。死亡10日前にぜんざいとお茶を摂取したのが最期の食事となった。

自宅に帰る際，家族からは「ここで過ごし，歩けるようになって家に帰ることができたし，最期は苦しまずに痛みもなく過ごすことができてよかったです」と語り，当院と自宅，施設を行き来する中で患者・家族の希望に沿ったケアの提供ができたと考える。

この時期は，生理的意義から「食べる」ことに関連した機能の変化が見られた。食物の認知・感覚機能として，あんこへの認識は高く，運動機能の変化では食堂→自室→ベッド上と離床することが困難になっていく中で，姿勢保持や自力摂取を支援していった。咀嚼・嚥下機能の変化では，徐々に低下していくこ

図3　T氏のFIMの変化

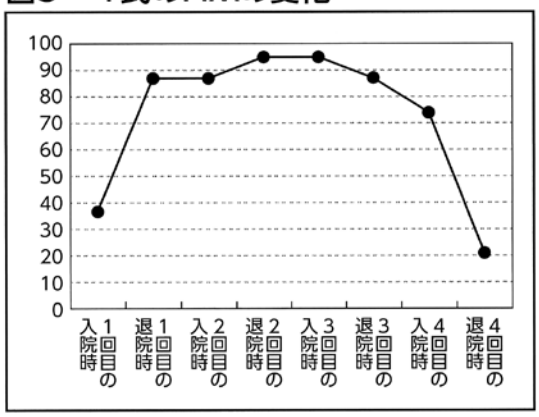
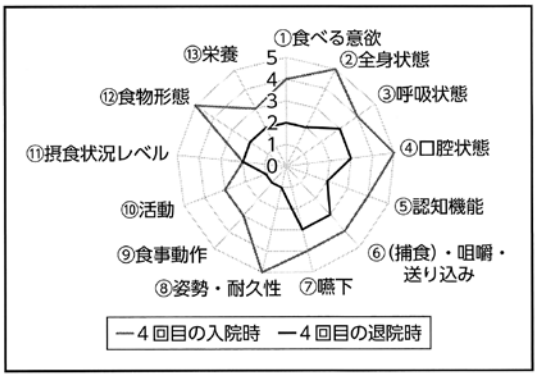


図4　4回目の入退院時のKTバランスチャート



とを予測し，食形態の調整をその都度検討していった。機能の低下はありながらも，「楽しみ」としての食事を大切にしながら，「最期まで口から食べたい」という希望を叶え，苦痛なく最期まで食べる楽しみを持ち続けられたことは，家族の「何かしてあげられた」という満足感につながった。FIMに関しては，入院時74点→入院１カ月後55点→入院３～５カ月後の間21点と低下が見られた（**図３**）。

KTバランスチャート（**図４**）は，入院時は合計51点であり，嚥下機能は徐々に低下し，退院時には合計31点と低下は見られたが，重篤な合併症を併発することなく，最期まで楽しみである食事を安全に摂取し，可能な限り食べる意欲を維持することができた。

◆看護のポイント

◎1・2回目の入院：

セルフケアが向上した時期

調理を通して，感覚，認知，思考などの基本的な能力を引き出すことで，「何かを作りたい」「誰かの役に立ちたい」と自律性の向上につながり，生きる意味を見いだすことができた。また，「家に帰りたい」という「今，この瞬間」をキャッチし，前向きな生き方を支援することで，住み慣れた場所での生活を取り戻すことができた。

◎3回目の入院：

疾病による合併症や加齢に伴う身体機能の低下といった心身の変化に折り合いを付けた時期

身体機能の低下や疼痛の出現により，ADLは一時的に低下したが，普遍的セルフケア要件を維持しながら，発達的セルフケア要件として疾患による合併症などを最小限にしていった。また，周囲の援助を受けながら，一部代償システムにて必要に応じて患者を支援し，心身の変化に折り合いを付けていった。

◎4回目の入院：

T氏の潜在的能力を引き出して「最期まで口から食べたい」という欲求を満たし，安楽な死を迎えた時期

他者の支援を全面的に必要とした時期であり，患者の苦痛を最小限にしながら安全に食事ができるよう，食事の際のポジショニングや食形態，食べる時間などを覚醒状態に合わせ，全代償システムで患者の潜在的能力を引き出しながら食の提供を行うことで，「食べる」楽しみのある時間を有意義に過ごすことができた。

まとめ

本稿では，KTバランスチャートを活用した事例を紹介したが，患者を全体的にとらえ，患者の強みを維持できるようなかかわりがエンド・オブ・ライフケアのチーム医療においても重要であることが示唆された。

食べられなくなった時にどうするのか意思決定をする上で，栄養補給に対して現場で検討する場面に遭遇することも多い。現在，日本老年医学会から「『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』2012」が発表されている。その時に何を大切にするのか，患者の希望や家族の思い，さまざまな意見に悩むこともある。しかし，患者のこれまでの人生やこれからの希望を大切にすることが何よりも重要であり，「その人らしい尊厳ある時間の過ごし方」を療養の場でどのように提供していくかが課題である。

「食べる」ということは，生命の維持という生理的意義を満たすだけではない。「最期まで口から食べたい」という希望を支えることで，生活の楽しみや生きる意味を見いだすことができる。今後も，患者が可能な限り自律した生活を継続できるよう尊重しながら，患者と家族と共にケアを通して最期の瞬間まで支援していける病棟づくりを行っていきたい。

なお，個人情報の利用については，御遺族の同意と倫理委員会の承認を得ている。

引用・参考文献

1）小山珠美編：口から食べる幸せをサポートする包括的スキル―KTバランスチャートの活用と支援，P.13～71，医学書院，2015.
2）吉澤理編：看護技術を根拠からマスターしよう改訂・増補版，医学芸術社，2004.
3）泉キヨ子，小山幸代編著：看護実践のための根拠がわかる老年看護技術 第3版，メヂカルフレンド社，2015.
4）長江弘子編：看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア，日本看護協会出版会，2014.
5）コニー・M・デニス著，小野寺杜紀監訳：オレム看護論入門―セルフケア不足看護理論へのアプローチ，医学書院，2012.
6）日本老年医学会編：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン―人工的水分・栄養補給の導入を中心として 2012年版，医学と看護社，2012.