

# 食べられなくなったら どうしますか

公開  
講座

自分らしい  
治療・ケアの選択のために

2013年2月3日(日) 午後1時～4時半

会場：東京大学本郷キャンパス

伊藤国際学術研究センター・伊藤ホール

主催：日本医学哲学・倫理学会

後援：東京大学死生学・応用倫理センター上廣講座

高齢になって口から食べるのが難しくなったら、

どうしましょうか。

食べ方、介助の仕方を工夫すれば、

まだ食べられるでしょうか？

胃ろうにしたほうが良いでしょうか？

他にどのような方法があるでしょうか？

——どう考えて選んだらよいか、悩ましいですね。

一緒に考えましょう。

他の問題を考えるためのヒントにもなります。

## プログラム

開会の辞 13:00 日本医学哲学・倫理学会会長 小出泰士

### 趣旨説明

東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座 特任教授  
清水哲郎

講演1 「認知症の人が最期まで美味しく食べるための支援」  
北海道医療大学大学院看護福祉学研究科老年看護学教授  
山田律子

講演2 「胃ろうにすると、しないとき」  
東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座特任准教授  
会田薫子

<休憩> 15分

講演3 「物語られる人生としての最期 ～ ナラティブホームの実践から」  
ナラティブホーム理事長、ものがたり診療所所長  
佐藤伸彦

講演4 「自分らしい生き方を考える」  
東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座 特任教授  
清水哲郎

質疑 座長：清水哲郎

閉会の辞 16:25

総合司会：会田薫子



## ご挨拶

日本医学哲学・倫理学会 会長  
小出泰士（芝浦工業大学教授）

皆様、ご多忙のところ、日本医学哲学・倫理学会主催による公開講座にご参加いただき、誠にありがとうございます。

本学会では、だいたい毎年このくらいの時期に、教育委員会が中心となり、文部科学省から科学研究費補助金の交付を受け、広く一般市民の方々を対象に、こうしたシンポジウムを企画しております。その趣旨は、本学会の日頃の研究成果を広く社会に公開するとともに、医療倫理・生命倫理の様々な問題について、単なる机上の空論としてではなく、私たち人間の現実の切実な問題として、一般市民の皆様方と一緒に真剣に考えたいということにあります。

今回の公開講座のテーマは、「自分らしい治療・ケアの選択のために一食べられなくなったらどうしますか」です。人間は、生まれた以上、その宿命として、いつかは生の終焉を迎えます。その前に、どのようにしたら残りの人生を自分らしく充実させて生きることができるでしょうか。誰もが遅かれ早かれいつかは経験するに違いないことであるにもかかわらず、元気なうちは、自分の生の黄昏をどのように過ごしたいかについては、なかなか考えにくいものです。また実際、末期を迎えた時に、自分が一体どのような状況に置かれているかについても、まったく予測することは不可能です。とはいえ、その時が来てあわてるのでは、もはや遅すぎます。

医療倫理・生命倫理の諸問題について考ようとする時、その前提として必要になるのが、対象となる事実や技術に関する基本的な知識です。例えば、胃ろうとは何か、どういう状態にある人に対して、何を目的として胃ろうを施すのか。また、胃ろうをすることとしないことのメリットとデメリットは何か。そうした基本的理解がなければ、胃ろうに関する是非や倫理について、考えたり議論したりすることはナンセンスです。

さらに、生の最終段階に至った時、私たちが健康で元気な時に抱いていた信念や価値観の見直しが必要となります。例えば、生きるために食べるのは当然だといった、普段は何の疑いも抱かずに、それ以上考えようとはしなかった信念について、否応なく反省が迫られることとなります。そのような反省を経て改めて見つめ直すと、末期を迎えた時に何がよいことで何がよくないことかについて、これまでとはまったく違った景色が見えてくることも稀ではありません。それは新鮮な驚きの経験となるでしょう。

今回の公開講座では、各提題者がそれぞれ専門のお立場から、人生の終わりが近づいてきて問題となることは何か、また、生の最終段階を普段とは異なる価値観の下に見つめた時に、新たな光に照らし出されて見えてくるものは何かについて、お示しくださることでしょう。会場の皆様には、そのような驚きの体験を味わっていただけたらと思います。そして、本日のこの経験が、今度は皆様ご自身の人生の終幕に関する思索と準備の一助ともなれば、私ども学会といたしましては、望外の喜びでございます。

それでは皆様、最後まで提題者と一緒にお考えいただき、議論にご参加いただければと思います。よろしくお願い申し上げます。

## 本公開講座の趣旨

清水哲郎

この公開講座は、私たちの研究成果の一端を、一般市民のみなさまにご覧いただいて、もしご参考になるところがあれば、ご参考にしていただこうという趣旨のものです。今日は、高齢者ケアのあり方を実践的に研究している方たちにお話しいただくこととしております。

高齢者のケアをめぐるのは、沢山の課題があります。その中で今日取り上げますのは、なによりも高齢者ご本人が、「最期まで自分らしく生きる」ということを実現するために要となることです。つまり、「どう生きるか、どういう治療や介護を受けるかを自分で選ぶ」ことのためにはどうしたらよいかをテーマとしました。そして、高齢者の「治療や介護の選択」ということでは、現在一番話題になっているのは、「口から食べられなくなったらどうしましょうか」ということです。こういうわけで、本講座は、「自分らしい治療・ケアの選択のために」というテーマに、「食べられなくなったらどうしますか」というサブテーマを付けて企画しました。

ところで、このようなテーマ設定をしますと、「そうあっさりと《食べられなくなったら》と言わないで！」という研究もあります。高齢になって、心身の活動が衰えてきても、美味しく食べられるための工夫はいろいろあるよ、というわけです。このような研究の第一人者、山田律子さんに、まずこここのところから始めていただきます。

さて、「口から食べる」以外の方法での水分や栄養の補給を検討する場合、《胃ろう》は適切に使えば便利で有益な方法です。しかし、胃ろうにしてかえって可哀そうなことになってしまったという家族の声も多くきかれるようになり、「胃ろうは悪い」と思ってしまった方もいるようです。そこで、会田薫子さんに、研究成果に基づきながら、胃ろうが適している場合、適していない場合について、話していただきます。

三番目に登場するのは、富山県砺波市で「ナラティブホーム」というユニークな医療・介護にまたがる活動をしておられる佐藤伸彦医師です。人をただ医学の眼で見るのではなく、むしろ、人生の物語りを生きている人として見つつ、本人の物語られる人生にとって一番よい方法を、本人や家族と共に考えながら実践しておられる活動をお話しいただきます。

最後に、私清水が、「食べられなくなったらどうするか」について、本人・家族はこうお考えになってはいかがですかと、考える順序について提案し、それに基づき、その他の場合も含めて、《最期まで自分らしく生きる》ことを実現するために、私たちが今から考えておきたいことについてお話しします。

以上、4人が話した後で、皆さまからのご質問やご意見を交えつつ、さらにテーマにそって理解を深めていきたいと思っています。

講演1 「認知症の人が最期まで美味しく食べるための支援」

北海道医療大学大学院看護福祉学研究科老年看護学教授

山 田 律 子

# 認知症の人が最期まで 美味しく食べるための支援

主催：日本医学哲学・倫理学会  
 後援：東京大学大学院 死生学・応用倫理センター上廣講座

**公開講座**

## 認知症の人が最期まで 美味しく食べるための支援

February 3rd, 2013

山田 律子  
 北海道医療大学看護福祉学部



## 食べられなくなったら どうしますか？

その前に！


### 本当に食べられないのですか？ (専門職として最善を尽くしましたか？)

支援すべきこと、支援できることは、まだまだあります。

好物	美味しさ	食形態	スプーン テクニク	覚醒状態	姿勢	口腔環境	リラクゼーション
----	------	-----	--------------	------	----	------	----------


### 本日の構成

1. 人間にとっての**食べる**ことの意味と  
 食べるために必要な**からだのしくみ**
2. **認知症**に関する基礎知識
3. **認知症**が**食事**に及ぼす**影響**と**食事支援**の視点
4. **認知症**の人の**摂食・咀嚼・嚥下**障害の特徴と  
**食事支援**の**実際**



### 1. 人間にとっての**食べる**ことの意味と、 食べるために必要な**からだのしくみ**(摂食・咀嚼・嚥下のメカニズム)

人間にとっての**食**の意味を再考することで、  
 認知症の人への豊かな食支援のあり方について考えてみましょう。また、適切な支援を提供するためにも、人間が**食べる**ために必要な**からだのしくみ**についても再確認しましょう。




### 「食べる」とは

◆「食」の字を分解すると？  
 →人を**良**くする…

# 食

語源：象形文字(器にもった食物にふたをしたさまで、たべもの、ひいて「たべる」意)



### 人間にとって「食べる」とは

◆食べることは、単に栄養素を補給し、生命を維持するための**生理的欲求**のみならず、その人らしく生きるための**社会文化的な営み**でもある。  
 よりよく食べることは、よりよく生きることにもつながる。

◆また、**生活の営み**の一部として位置づくものである。

Science (サイエンス)

生理機能  
(摂食・咀嚼・嚥下機能)

食事

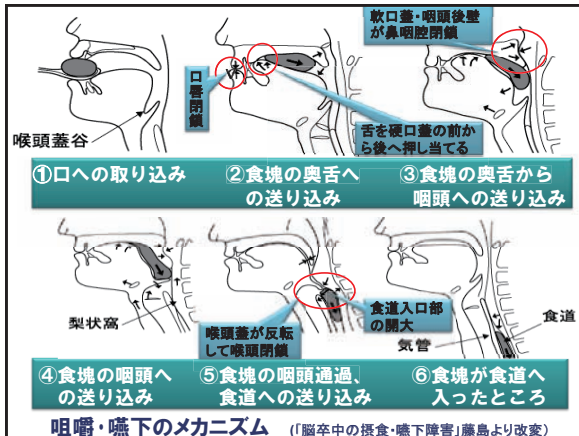
Art (アート)

社会文化的営み

生活の営みに組み込まれた食事  
**Holistic (全体論的視点)**



## 認知症の人が最期まで 美味しく食べるための支援



## 2. 認知症に関する基礎知識

**認知症とは、どのような病気なのだろう。それゆえに、認知症の人が豊かに暮らすために、どのような点に留意する必要があるのだろうか。**

## 認知症の実態—身近な病気に

### 年齢階級別の認知症の有病率

年齢階層(歳)	65～69	70～74	75～79	80～84	85～
有病率(%)	1.9	4.5	8.8	18.2	33.9

2002年は149万人だったが、10年間で倍増、2012年 305万人

65歳以上人口に占める割合：約10% (10人に1人が認知症に罹患) (2012年8月24日付)

図 認知症高齢者数の将来推計

## 認知症dementiaとは

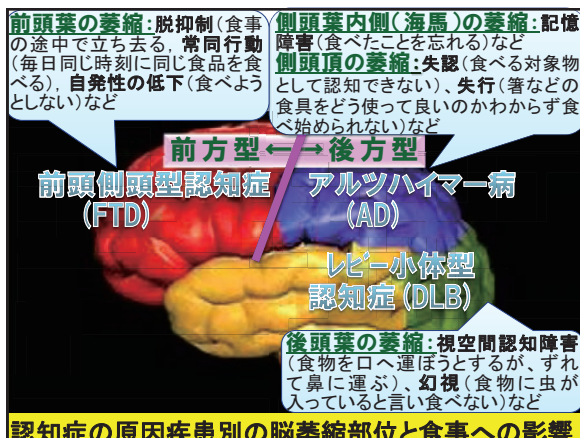
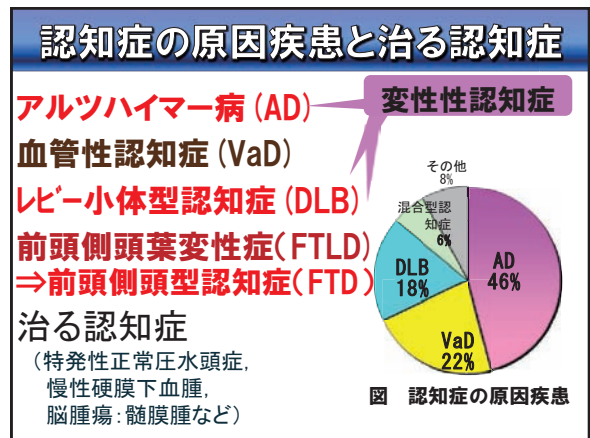
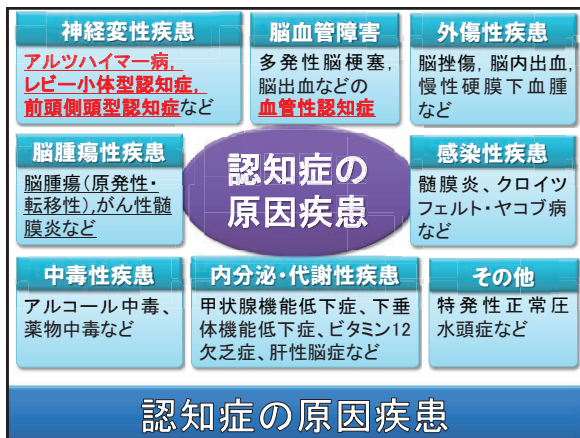
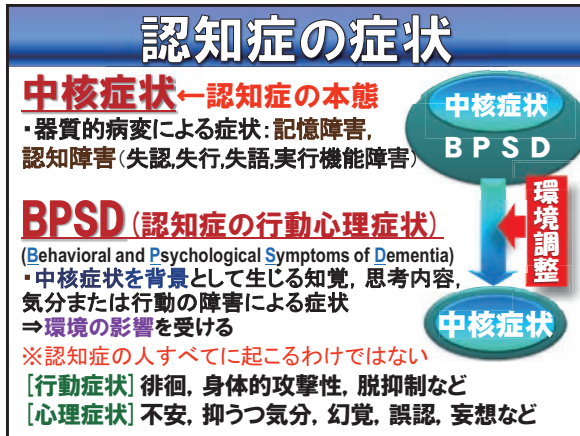
いったんは獲得した**知的機能**が、その後起こった**慢性の脳機能障害**のために著しく低下し、**徐々に自立した生活に支障**をきたしていく状態。

※一過性の意識障害は含まない。

## 認知症の特徴

- ・認知症は**病(やまい)**である。しかし、**脳機能の障害**のために外見적으로는わかりにくい。  
 ⇒ 認知症という病を正しく理解し、関わる人は内なる偏見を払拭しながら、認知症の人が示す行動の意味を解釈することが必要
- ・認知症は、**進行性**の疾患である。  
 ⇒ 認知症の進行に応じた支援が必要
- ・認知症は**総称**で、種々の**原因疾患**がある。  
 ⇒ 認知症の原因疾患に応じた支援が必要

# 認知症の人が最期まで 美味しく食べるための支援



## 3. 認知症が食事に及ぼす 影響と食事支援の視点

認知症の人の食事場面を通して、  
 認知症という病が食事に及ぼす影響  
 と必要な食事支援の視点について理  
 解を深めてみましょう。

この食事場面から何を考えますか？

**食事場面1**

お粥を一口食べた後、眉間にシワを寄せ、スプーンを置いてしまいました。「どうされたのですか」と尋ねても無言です。

そこで、今度は食事を介助しようとしたところ、口をかたく閉じたまま、介助者の手を奥へと押し付けました。

あなたは、この場面をどのように分析しますか？

この食事場面から何を考えますか？

**食事場面2**

食事を対象者の目の前に配膳してもいっこうに食べようとしません。そのうちスプーンを持ったのですが、逆さまに持ち、再びお膳の上に置いてしまいました。



あなたは、この場面をどのように分析しますか？

この食事場面から何を考えますか？

**食事場面3**

お茶碗の中にはご飯がなくなっているにもかかわらず、箸でご飯をつまむ動作を繰り返している高齢者がいます。



あなたは、この場面をどのように分析しますか？

白内障の高齢者には、ご飯がどのように見えていたのでしょうか



3つの食事場面を通して考えることは？

認知症の人の立場にたって考えると食事支援の方向性が見えてくる！

●食事支援の3つの視点

1. 認知症の病態に基づく支援の視点
2. 生活者の視点
3. 加齢変化をふまえたフィジカルアセスメントの視点 ⇒ 認知症の人に対する内なる偏見に気づくことが前提

**環境とは**

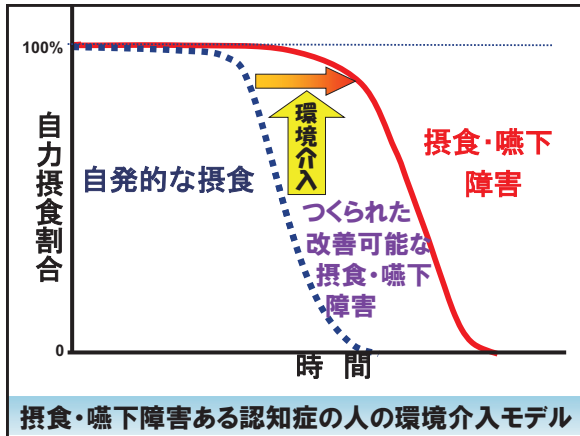
- 認知症の人を取りまき、相互作用を及ぼす外界条件のすべて



**支援者も「環境」の一部**

- 認知症の人にとって、支援者は環境の一部であることを自覚
- 内なる偏見や誤った認識に気づき、摘み取っていくことが必要

## 認知症の人が最期まで 美味しく食べるための支援



### 認知症の人の食事場面の観察のコツ

●食事場面の観察では、特に**摂食開始時**と**摂食中断時**の「**認知症の人の行動と環境の関係**」に着目！

●認知症者の**摂食・嚥下障害の特徴**

1. **摂食開始困難**(食べ始められない)
2. **摂食中断**(途中で食事をやめる)
3. **食べ方の乱れ**(ペースや一口量などの調整が上手くできない)

## 4. 認知症の人の摂食・咀嚼・ 嚥下障害の特徴と食事支援 ～認知症初期から終末期に 至るまでの食事支援



### 認知症の経過に伴う食行動の変化

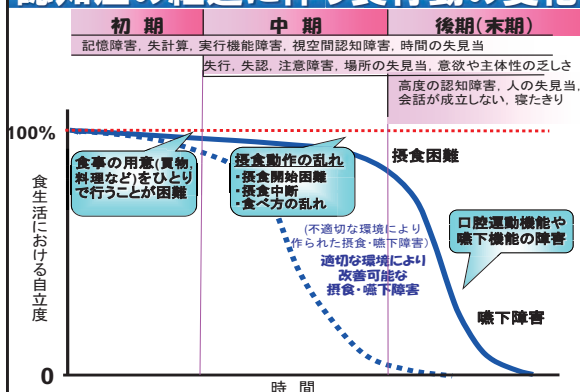
認知症が進行すると、食べることに支障を来すようになる。しかし、

**食べない** ≠ **食べたくない**  
 ≠ **終末期**

であることも多い。

**なぜ食べないのか、食べられなくなった際に真意を探求**することが大切！

### 認知症の経過に伴う食行動の変化

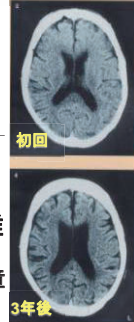


### アルツハイマー病(AD)

脳の神経原繊維変化、老人斑(アミロイドβ 蛋白)、大量の神経細胞の脱落を神経病理学的特徴とする。

**特徴：徐々に進行**

- ・記憶障害
  - ・認知障害
- ⇒失語：言葉が出てこない  
 ⇒失認：対象の認識・同定が困難  
 ⇒失行：道具の使い方がわからない  
 ⇒実行機能障害：段取り・計画立案に困難  
 ⇒空間認知障害：空間における対象物や自分自身の位置関係の確認に支障  
 ・運動・感覚機能は保たれる




## 認知症の人が最期まで 美味しく食べるための支援

### ADの摂食・咀嚼・嚥下障害

**[初期]**

● **実行機能障害、記憶障害、判断力の低下**：買物、食品の貯蔵管理、調理が困難(鍋こがしや台所の乱雑さ、味付けの変化など)(Gray,1989;野村他,1999)  
 ⇒料理といった一連のプログラムの組み立てる部分を支援



### ADの摂食・咀嚼・嚥下障害

**[中期]**

● **失認・失行・記憶障害**：目前の食物を認知できず、失行により食べ始めることができない(Tully et al.,1997;Volicer & Hurley,1999;山田,2002)⇒味覚(一口摂取)や嗅覚(香りたつ種類など)の活用、持ち方のアシスト、なじみの茶碗や湯飲みなどの手がかり



### ADの摂食・咀嚼・嚥下障害

**[中期]**

● **空間認知障害と失行**：食具の位置や使い方の混乱(Leclerc&Wells,1998).箸がうまく使えず手で食べる(野村他,1999).こぼす(Athlin et al.,1999)⇒道具の持ち方の支援、道具の工夫、手に持ち食べることのできる食品

● **注意障害**：過剰な環境刺激により摂食を中断(Durnbaugh et al.,1996;山田,2002)  
 ⇒刺激の質と量の調整：物音など過剰な環境刺激の調整、好物の活用・食卓を囲む仲間、1品ずつ配膳(コース料理、わんこそば風)



### ADの摂食・咀嚼・嚥下障害

**[後期・末期(重度期)]**

● **口腔顔面失行**：「いつまでも咀嚼し続ける」「口腔内に食物を溜める」「口が開かない」(Athlin & Norberg,1987; Van Ort & Phillips, 1992; Kindell, 2002)⇒感覚機能の活用(下口唇をスプーンで触れる、ゼリーなど食感が異なり嚥下しやすい食物や好物)、笑顔、目と手と口の協調運動の活用

● **嚥下障害**(Rumeau et al., 2003;岩本他,2006)：運動低下と硬直(Leopold et al.,1997)、口腔失行関連(Logemann,1998)、大脳皮質の神経細胞の広範囲に死滅、皮質延髄路や脳神経核が障害され嚥下反射に支障(Frissioni et al.1998)、次第に嚥下反射も消失(村井,1998)。⇒誤嚥性肺炎のリスク管理

### 嚥下障害のリスクが高い認知症

- **レビー小体型認知症(DLB)**
- **血管性認知症(VaD)**
- **アルツハイマー病(AD)の末期**(アルツハイマー病は、運動・感覚機能が特異的に保持されるため、初期・中期では臨床的に問題となるような嚥下障害を認めない)

⇒専門家との協働によるリスク管理、口腔ケア、義歯の調整、薬物の調整、嚥下調整食(×刻み食)、食事姿勢


### グループホームにおける認知症終末期にある高齢者の豊かな食事を目指して —死亡前1週間の身体兆候と食支援の工夫—

2012年5月 日本認知症ケア学会大会(浜松)での発表

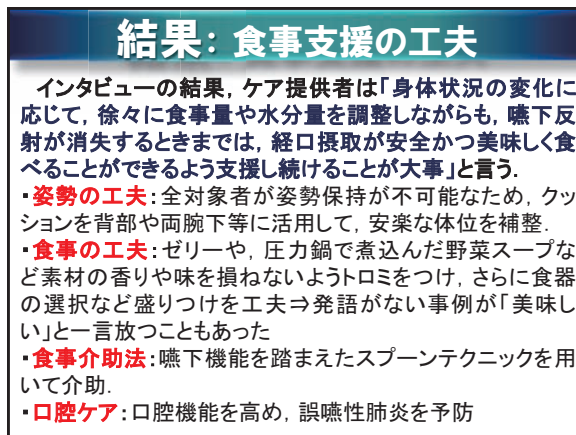
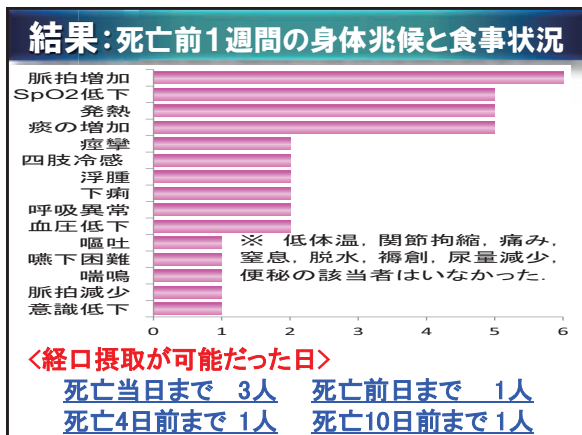
**研究目的**：最期まで美味しく安全に口から食べたいという高齢者の願いを支えた認知症高齢者グループホームでの事例をもとに、死亡前1週間の身体兆候と食支援の工夫を分析し、認知症終末期にある高齢者への食支援のあり方を検討すること。

**対象者**：グループホームで亡くなった認知症高齢者の記録物5事例分とケア提供者2人。

**方法**：記録物から、死亡までの1週間の身体兆候と食支援内容を時系列で抽出し、食支援の具体的な工夫についてケア提供者2人のインタビューにより補足。



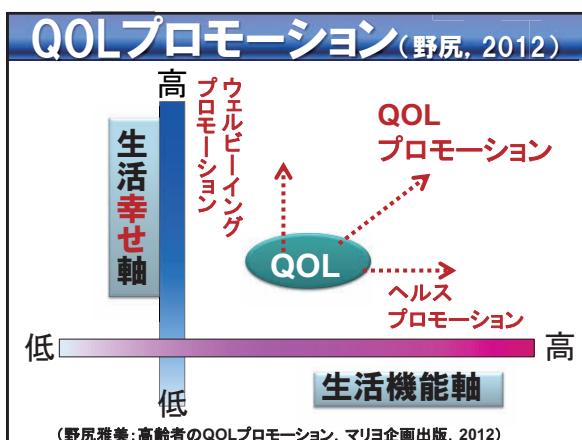
## 認知症の人が最期まで 美味しく食べるための支援



### 考察

昏睡状態だった事例以外は、身体兆候に応じた安全かつ美味しいという喜びを感じられる口腔環境の維持、食形態や献立の工夫、姿勢調整、スプーンテクニックなどの食支援の工夫によって、認知症終末期の嚥下反射が消失するまでは、最期まで美味しく口から食べることが可能であることが示された。

また、飲食も代替栄養法もせずに家族が毎日のように語りかける中、眠るように亡くなった事例はじめ、家族や職員の誰もが認める最期の穏やか表情から身体的苦痛が少なかつたことが推察される。認知症終末期の経管栄養法などによる過剰な栄養補給は、逆に喀痰や吸引回数増加など身体的苦痛を増すことが報告されている。今後、さらに事例を積み重ねて、終末期認知症の高齢者の穏やかな最期に向けたケアスキルについて検討していく必要がある。



- ### まとめ
1. 認知症の人への食事支援では、「食べない」ときの真の意味を見極めて支援することが必要である。
  2. 特に認知症終末期の食事支援のあり方は今後の課題であるが、その人にとって美味しいと思える献立、咀嚼・嚥下機能を考慮した食形態や食事介助法、身体が求める無理のない食事量の調整、姿勢の調整等により、嚥下反射が消失するまでは口から食べることの意味(真価)を重視したプロとしての支援が求められる。
  3. 認知症の人や家族の意向を大切に、最期まで美味しく食べ続けることを見据えた早期からの多職種によるチームアプローチが重要である。

# 認知症の人の おいしく豊かな食事に向けて

## はじめに

- 認知症が進むと、「自ら食べ始めることができない」「最後まで食べ続けることができない」「適量をすくえない」「むせる」など、**食べることへの支えが必要**になります。
- このとき、すべて食事を介助すると、認知症の人は自ら食べる意欲を失い、やがて本当に食べることができない人になってしまいます。  
一方、認知症の人が**食べる力を発揮できるような環境**を整えることで、再びおいしく楽しく食べ続けることができるようになります。
- このパンフレットは、認知症の人の食べることに関する困難を理解し、その人が食べる力を発揮できる環境を整えていくための指針です。



まずは、以下に示すような**食事前の環境**が整っているか確認してみてください。  
その上で、認知症の人の**食事の様子(食事場面の観察)**をもとに、**3つの視点**をチェックし、該当するページへと進んでください。

## 食事前の準備状況の確認

- 食べるためのからだの準備は整っていますか？**  
食前に排泄を済ませていますか？ 疲れていたり、睡眠が乱れていたりしませんか？  
発熱していたり、痛みがあったりしませんか？
- 食べることに集中できる環境ですか？**  
食べたいと思える食物が提供されていますか？ 食卓に食物以外の物がおかれていませんか？ 気になる環境内の刺激(物音、動く物、光、においなど)はありませんか？
- 食べやすい姿勢ですか？**  
姿勢は崩れていませんか？  
食卓とからだとの距離、食卓の高さ、座る位置は適切ですか？



認知症の人の食事の様子を見て、次の①～③にお答えください。  
「いいえ」の場合、指定するページへと  
お進みください。

## 3つの視点

- ① **食べ始める**ことはできますか？  
はい・いいえ・**2ページ**
- ② **食べ続ける**ことはできますか？  
はい・いいえ・**3ページ**
- ③ **食べ方**は以前と同じですか？  
例) 食べるペースが速くなった、  
適量をすくえずこぼすようになった、など。  
はい・いいえ・**4ページ**

# 1 食べ始めることができない場合

## 認知症の人の食べる様子

## 支援の仕方(食事環境づくり)

- 1 食事を目の前に置いてもじっと座ったまま食べようとしな



### 1 食事(食べる物として)の認知を高める工夫

- 1) 味覚の活用: 一口味わえるよう介助
- 2) 嗅覚の活用: うどん等の香りたつ食材の配膳
- 3) 好物の活用
- 4) なじんだ食器類の活用



- 2 食器を並び替えることを繰り返して、食べようとしな



### 2 配膳方法の工夫

- 1) コース料理方式: 一品ずつ料理を出す
- 2) ワンプレート方式: 丼物や大皿  
1つに主食と副食を盛りつける
- 3) 弁当箱の活用



- 3 スプーン等を逆さに持ったり、食器に触れたりするが、食べる行為に至らな



### 3

- 日本の食文化を活かし、**利き手に食具(箸やスプーン)**、もう一方の手に**食器**をもつことを支援
- おにぎりやサンドイッチなど**道具を使わずに食べられる食物**を用意



- 4 食卓に置かれた食物以外の物に手を触れ、食べようとしな



### 4 食卓上の物品整理:

- 鉛筆など食物以外の物品を置かない



## (重度)介助で食べている場合

- 5 口を開けようとしな、顔をそむける、介助者の手を押し返す



### 5 (重度認知症)

#### 食事の認知を高める工夫

- 1) 好物の活用
- 2) 食物をすくったスプーンを下唇に触れる、なめてもらう
- 3) 口角、頬を指で軽くトントンと触れる
- 4) 本人の手に介助者の手を添えて食物を口へ運ぶ動作を支援



- 6 いったん口に入れた食物をはき出す



### 6

- 1) 痛みなど**食べたくない原因**への対応
- 2) 食事時間の変更

- 7 口に食物をため込んだまま飲み込まない



### 7

- 1) 声かけ、やさしくからだに**触れて気持ち**を食事に戻す
- 2) **異なる食感や味覚**(甘味・塩味など)、温冷を交互に介助(食事への注意維持)
- 3) **好物や冷たい物**で飲み込みやすくする(嚥下反射を誘発)



# 2 食べ続けることができない場合

認知症の人の食べる様子

支援の仕方(食事環境づくり)

1 食事以外の刺激に注意が向き、  
食べ続けられない(食事に集中できない)



## 1 食事環境の見直し

- 1) 過剰な刺激の除去: 食事を中断する音・映像、人の足音、おしゃべりなど
- 2) 良い刺激の工夫: 彩りのよい盛りつけ、食事ペースが同じ仲間との同席など
- 3) 食事への注意の戻し方
  - ① 「次は〇〇を食べますか」等の言葉かけ
  - ② 手を用いて視線を食材へと誘導
  - ③ 認知症の人の手にやさしく触れる
  - ④ 本人の手に介助者が手を添え、背後から食べる動作を支援

2 食事が途中だが、その場から立ち去る



## 2 1) 立ち去る要因の調整

- ① 立ち去る原因となる刺激物の除去
  - ② 薬による影響の確認
  - ③ 認知症の人の生活リズムに合わせて食事時間を設定
- 2) 食事量が不足する場合の工夫
- ① 動きながらでも手にもって食べることのできる食物(おにぎり、パンなど)を用意
  - ② 移動ルートに食物を置く

3 食事中に居眠りしてしまい、  
食べ続けられない



## 3 食事中にすっきり起きていられるための支援

- 1) 睡眠不足や疲れの解消
- 2) 食事時間帯の見直し
- 3) 睡眠薬等の見直し(医療機関に相談)

4 むせてしまい、  
食べ続けられない



## 4-1 専門家に相談: 飲み込む機能(嚥下機能)への対応

- 1) 食事前の適切な座り方(ホジショニング)
- 2) 飲み込みやすい食物の選択: 冷たいゼリーやとろみ(増粘剤)の活用など
- 3) むせる食品の見直し: 味つけの工夫や、好みの食物への変更
- 4) 休息と活動のバランスの調整、体づくりに向けた支援
- 5) 嚥下体操などリハビリテーション
- 6) 飲み込んでいる最中に話しかけない

## (重度)介助で食べている場合

### 4-2 むせの予防

- 1) 自分で食べることができるよう支援(食べる動作との協調で、むせる回数も減少)
- 2) 飲み込んだことを確認した上で、次の一口を介助

# 3 食べ方が以前と違う場合

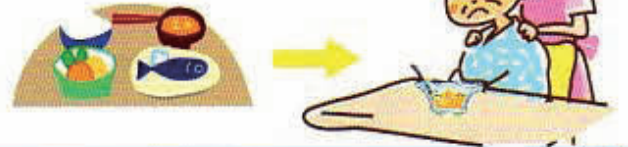
## 認知症の人の食べる様子

## 支援の仕方(食事環境づくり)

1 食べるペースが早い(早食い)、口に食物をたくさん詰め込む  
⇒ムセたり、窒息しそうになる



1 食事環境の工夫: 小さなスプーンや箸への変更、配膳方法や食物形態、食器も小ぶりにするなどの工夫



2 1) 適量すくえない (一口量が多い、少ない)  
2) 手を使って食べる



2 1) 配膳方法の工夫: 事前に一口サイズに切り目を入れてから配膳  
2) 自助具の工夫: 滑り止め付きの皿や、すくいやすいスプーンなど



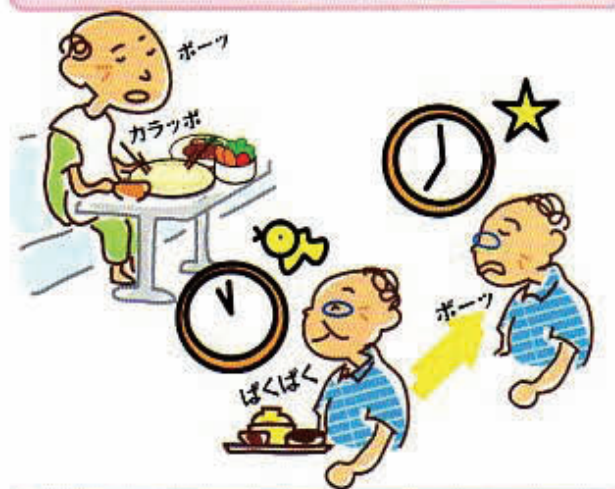
3) おにぎりやサンドイッチなど 道具を使わずに食べられる食物の工夫



3 スプーンを鼻へ運んだり、食器まで届かず空すくにする

3 食具の持ち方や食べる動作のうち、できない部分のみ、本人の手に介助者の手を添えて支援

4 一つの食器からのみ食べ続ける、すべての食事を認知できず食べ残す



4 1) 配膳方法の工夫: 丼物などワンプレート方式やコース料理方式など  
2) 認知している場所に配膳(半側空間失認と診断され、食物を片側半分残した場合には、食器の向きを180度回転)



3) 食物が見えやすい食器の色・形の選択  
4) 食べる動作の継続: 食器を交換すると食べ続けられなくなる場合、手に持っている食器内の食物が食べ終わる直前に、介助用スプーンで食材をつぎ足す

5 時間帯や日によって、うまく食べられるときと、そうでないときがある

5 1) うまく食べられるときと、食べられないときで支援の仕方の変更・調整(過介助にならないように注意)  
2) 生活リズムと薬の関係(専門家に相談)

講演2 「胃ろうにするとき、しないとき」

東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター

上廣講座 特任准教授

会 田 薫 子

公開講座 2013年2月3日  
食べられなくなったらどうしますか  
～自分らしい治療・ケアの選択のために～

## 胃ろうにするとき、しないとき

会田薫子  
東京大学 死生学・応用倫理センター 上廣講座

## 日本老年医学会の 終末期医療とケアのガイドライン

2001年 学会「立場表明」  
経管栄養ガイドラインは今後の課題  
(栄養チューブを使う方法: 胃ろうや経鼻経管)

2012年 学会「立場表明2012」  
経管栄養の差し控えと撤退(中止)も  
選択肢

2

## 胃ろう 家族の後悔

胃ろう造設後の早期に死亡した場合  
痛い思いをさせただけだった・・・  
胃ろう造設後の生き方が肯定できない場合  
無理やり生かされている・・・  
本人はこんなの嫌だろう・・・  
介護が大変、いつ終わるのか・・・  
わかっていれば、胃ろう造設しなかった・・・  
→ 終末期医療・延命医療問題が  
広く市民レベルの問題として認識

## 胃ろうに関する偏見

「胃ろう措置 “エイリアンみたい” 石原幹事長」  
自民党の石原伸晃氏は2月6日のBS朝日の番組で、病院で胃ろうの措置を見学した際の感想として、「意識がない人に管を入れて生かしている。何十人も寝ている部屋を見たときに何を思ったかという、(映画の)エイリアンだ。寄生したエイリアンが人間を食べて生きているみたいだ」と述べた。

朝日新聞 2012年2月7日

翌日の記者会見で石原氏は「私は人間の尊厳を重んじなければならぬと絶えず言っていて、私自身もそういうこと(胃ろう措置)は夫婦の間で行わないと決めている」と述べた。

共同通信 2012年2月7日

## 胃ろうって？

良いもの？ 悪いもの？

是？ 非？

## 胃ろうとは

- ・口から十分に食べたり飲んだりできないときに、水分や栄養や補給するために胃にあけた穴。薬剤も投与できる  
つまり、道具！  
だから、道具そのものの是非ではない！  
要は、道具の**使い方**の問題！

## 胃ろうが**良い方法**になり得る場合

- ・頭や首や顔、口腔、のど、食道のがんや外傷
- ・ALSなどの神経変性疾患
- ・クローン病という腸の病気
- ・脳卒中後に飲み込めなくなった
- ・経口摂取のみでは栄養が不十分
- ・栄養をつけて回復を目指す

生活の質  
(QOL)の  
改善、  
経口との  
併用

8

## 胃ろうが**良い方法**になるかどうかは 本人と家族の価値観・死生観による場合

- ・重度の意識障害の場合  
(例えば、脳卒中や事故で頭部の損傷が非常に重く、意識がないとき)

胃ろう栄養法によって生存期間は延ばすことは可能  
しかしそれは、意思疎通できず、寝たきりの期間

## 胃ろうが**良い方法**になりにくい場合

- ・アルツハイマー病などの終末期
- ・老衰の末期

胃ろう造設後、短期間で死亡する恐れあり  
肺炎等で死亡する原因にもなる  
生存期間の延長可能性はゼロではない

10

## オーストラリアの 認知症緩和ケアプログラム

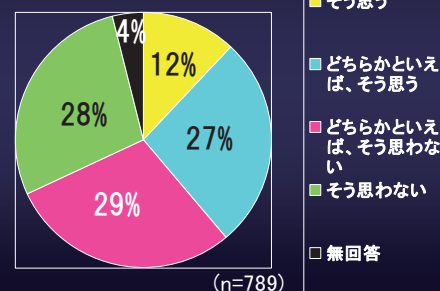
「経管栄養法や輸液は害が大きい」  
「死が迫った高齢者に胃ろう造設しないように」

高齢者介護施設における緩和医療ガイドライン  
(オーストラリア政府、2005)

11

日本老年医学会医師会員対象調査2010

「アルツ末期患者における人工栄養の差し控えは、**餓死**させることと同じと思いますか？」



12

## 「餓死」という医師の認識

「あなた(会田を指して)、認知症で食えなくなってるじいさんばあさんは、そのまま飢え死にさせてもいいと思ってるの？」

(40代男性、消化器外科医)

(会田の面接調査 2004)

## 「餓死」という医師の認識

「水分と栄養を補給しないことはね、アフリカの子どもを餓死させるのと同じだから、絶対できませんよ、人間として。人工栄養は、基本的にはやめられないです。僕の考えでは、それは虐待だと思う。経管栄養をしないとか、それはある意味、死に直結することですよ。」

(40代男性、脳外科医)

(会田の面接調査 2004)

## 「餓死」という医師の認識

「とにかく餓死は、ウチでは餓死させると言われても病院ですから、できません」

(50代男性、療養病床医)

(会田の面接調査 2004)

## 終末期の人工栄養の差し控えは 餓死？

医学文献によると、苦痛の少ない最期のためには

「人工栄養は**不要**」

「差し控え・中止は**医学的にも倫理的にも適切**」

(Printz 1988, Sullivan 1993, Ahronheim 1996, 植村 2000)

16

## 終末期の人工栄養の差し控えは 緩和ケア

- ・脳内麻薬( $\beta$  エンドルフィン)やケトン体の増加  
⇒ 鎮痛鎮静作用
- ・気道内分泌減⇒気道閉塞のリスク低下  
吸引回数減

17

## 「自然死」の実体

「死に際は、何らの医療措置も行わなければ、夢うつつの、気持ちのいい、穏やかな状態になるということです。これが自然のしくみです。私達のご先祖はみんなこうして無事に死んでいったのです」

(中村、『大往生したけりや医療とかかわるな』p49)

## 人工栄養に関して最期のケアは

- 適切な口腔ケアを行い、小さな氷のかけらを与えて水分補給する程度が望ましい。氷に味をつけるのもよい
- 人工的な栄養投与はほとんどの症例において患者のためにならない
- 死を間近にした患者は空腹やのどの渇きを覚えない

米国老年医学会

## 難しい問題

### 生存期間が延長可の場合？

- 例えば、胃ろう栄養法を行うと、生存期間を年単位で延長できると思われるが、本人の人生の集大成という意味で、その実施に疑問がある。生存期間を延ばしても本人のつらさを増し、本人らしさが損なわれる場合。どうするか？

生存期間の延長 < 本人らしい人生の集大成

## 本人らしさをどのように理解するか



### 本人の生き方、価値観・死生観

人生にとって大事なこと、考え方、最期の期間の過ごし方の希望

生活の質(QOL)の視点から

本人の視点で、

過剰でも過少でもない医療を

## この二人について考えてください

脳卒中後、持続的植物状態になって1年のAさんとBさん、ともに85歳女性、胃ろう栄養、

生命予後は年単位、意識は戻らないとの診断  
Aさん:60歳の時に尊厳死協会に加盟し、リビング・ウィルを書き、折々、内容を確認していた。延命医療は不要と繰り返し語っていた。

Bさん:何を決めるときも家族に任せてきた。以前にがんの手術をするかどうかというときも、夫と息子に決めてもらって、そのとおりにして、満足していた。

## 本人らしい人生の集大成を

本人らしさ・生活の質を重視すれば

- 身体の状態が同じでも、生存期間は違うことがある  
異なる価値観を持ち、異なる人生を生きているから
- 生存期間が違うから問題、なのではない

重要なのは、人生の充実

- 死は敗北？ 身体だけに注目すると常に敗北
- 人生の充実に貢献できれば、常勝！

## その人らしい生き方を肯定する しなやかな考え方

「まだ生きられる。がんばれ、がんばれ!」と  
言い続けない

「こんな状態なんだから、もう死んだほうが  
いいんじゃないの」とも言わない

## 末期・寝たきり・意思疎通困難・摂食困難 になった後の人工栄養の要望

東京都健康長寿医療センターの外来高齢患者

	n=562 (1999)	
胃ろう	2.7%	
経鼻経管	6.0%	
点滴	38.8%	
何もしない	39.7%	
調査班	松下、稲松ら	

25

## 末期・寝たきり・意思疎通困難・摂食困難 になった後の人工栄養の要望

東京都健康長寿医療センターの外来高齢患者

	人生の最終段階における 人工栄養の希望 → 生き終わり方の希望 死生観の表れ	
胃ろう		
経鼻経管		
点滴		
何もしない	39.7%	47.2%
調査班	松下、稲松ら	島田、高橋ら

26

## 経口摂取困難・意思疎通困難となった 場合、延命医療を要望しますか？

(n=7,782)

- ・ 40歳代 ... 5%
- ・ 50歳代 ... 8%
- ・ 60歳代 ... 8%
- ・ 70歳代 ... 9%
- ・ 80歳代 ... 11%
- ・ 90歳代 ... 12%

高齢になるほど  
延命医療を望む  
という結果  
死生観の表れ

「老年者のターミナルケアに関する研究」1993、大友ら

27

## 死の時を想う

西行法師 (1118-1190)

「願わくは  
花のもとにて春死なん  
その如月の望月の頃」



## 不老不死を求めて

秦の始皇帝 (前259-前210)

中国を統一  
最初の皇帝に

不老不死への欲求  
仙薬⇒死期を早めた?



## 日本老年医学会「立場表明2012」

「本人の満足をもとに」

高齢者の医療およびケアにおいては、  
苦痛の緩和とQOLの維持・向上に最大  
限の配慮がなされるべきである。



## 何が「良い」意思決定かわからないとき

家族ら&スタッフのコミュニケーションのプロセスにおいて、本人にとっての最善をめぐって一緒に考え悩むことが決定の倫理的妥当性を担保

## 日本老年医学会 人工栄養の意思決定プロセス ガイドライン

- ◆ 本人の人生をより豊かにする、少なくともより悪くしないことを目指す
- ◆ 人工栄養の導入・差し控え・導入後の減量・中止について、本人の人生にとっての益と害の観点で評価
- ◆ 患者/家族らとスタッフが納得できる合意形成/共同の意思決定

32

## 人工栄養の差し控えと中止に関する法的懸念??

日本老年医学会と朝日新聞の共同調査

回答した会員医師1000人中、  
「2割が人工栄養の中止を過去1年以内に経験」  
「中止について、4割が法的な責任を問われるとの不安は残る」

朝日新聞2012年6月28日

33

## 人工栄養の差し控えと中止に関する法的懸念は杞憂

「ガイドラインに沿えばOK」と表明する法律家が多数

「各現場で複数の医療者・患者家族間で、どうすることが患者のためなのか話し合って合意形成すれば、法的問題にならない」



(樋口)

厚労省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2007)の趣旨

34

## 人工栄養ガイドラインに賛同する法律家

東大	宇賀克也	東大	大武和夫	東大	神作裕之
早大	伊藤真	学習院大	戸松秀典	弁護士	木下毅
神戸大	丸山英二	札幌医大	旗手俊彦	龍谷大	平野哲郎
慶応大	大沢秀介	慶応大	井田良	同志社大	位田隆一
弁護士	奥平哲彦	立教大	舟田正之	元最高裁判事	園部逸夫
弁護士	小杉丈夫	上智大	岩田太	元最高裁判事	泉徳治
明治大	中山信弘	信州大	米田保晴	元最高裁判事	上田豊三
弁護士	小野傑	早大	甲斐克則	元東京高裁判事	原田國男
中央大	柏木昇	弁護士	山室恵	元最高裁判事	濱田邦夫
東大	土屋文昭	一橋大	山本和彦		

35

## まとめ

- 胃ろうは道具。使い方の問題
- 胃ろう栄養等の人工栄養の差し控えや撤退は医学的にも倫理的にも妥当な選択肢
- 大切なのはスタッフと本人・家族間の話し合いのプロセス。本人の最善のために何をするのか何ができるのかをよく話し合う、一緒に考える
- 適切な合意形成で法的問題は回避可能
- 本人の人生という視点で過剰でも過少でもなく
- 天寿はそれぞれ。本人の人生の集大成の支援を！



講演3 「物語られる人生としての最期

～ ナラティブホームの実践から」

ナラティブホーム理事長、ものがたり診療所所長

佐 藤 伸 彦

  
**物語られる人生としての最期**  
**—ナラティブホームの実践から—**

自分らしい治療・ケアの選択のために  
 —食べられなくなったらどうしますか—


平成25年2月3日

富山県砺波市 ものがたり診療所  
 佐藤伸彦  
 narrativehome@gmail.com

(26)

## 65歳以上300万人突破

24総人口の 団塊世代仲間入り

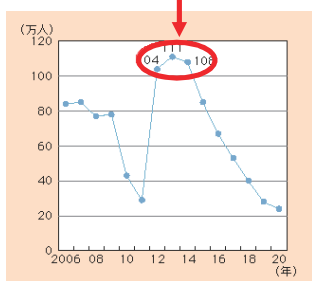


65歳以上の人口は3074万人で、初め3千万人突破を達成した。40年ぶりに初めて「団塊世代」を前にした高齢者の増加は、前年比で100万人増え、総人口に占める割合は8.8%に達した。団塊世代の増加を中心に、高齢者の仲間入りを果たした。

### 団塊の世代

昭和22~24年生まれ

- 第一次ベビーブーム
- 出生数で約806万人
- 平成17年で約678万
- 総人口の約5%
- 平成24~26年から65歳になり毎年高齢者が約100万人ずつ増加

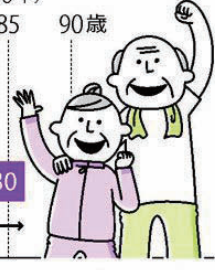


「団塊の世代」が高齢期に達する時期に推計される高齢者の増加数

### 健康寿命

平均寿命と健康寿命の差 (2010年)

男性	平均寿命: 79.55	健康寿命: 70.42	差: 9.13年
女性	平均寿命: 86.30	健康寿命: 73.62	差: 12.68年



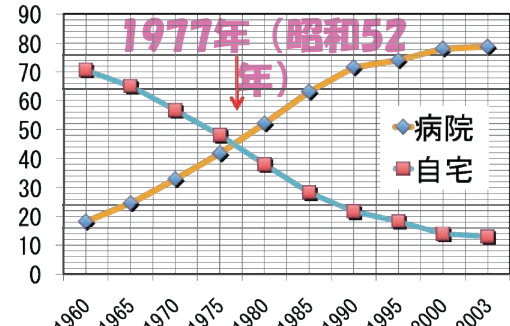
■ = 平均寿命   ■ = 健康寿命   ↔ = 平均寿命と健康寿命の差

### 超高齢社会

高齢独居	老老夫婦
老老兄弟姉妹	老老親子

Narrative\_home

### 在宅死の減少と病院死の増加



1977年 (昭和52年)

◆ 病院   ■ 自宅

## 高齢者爆発による 多死社会の到来

### 医療は科学ではなく社会的実践行為

- ◆人間の身体の仕組みを解明し、病気の原因を特定するのは医学（科学）
- ◆しかし、そこから先は科学ではありえない
- ◆やれることをすべてやればそれで幸せか？
- ◆「いのち」の始まりと終わりの問題で顕著
  - ◆生命操作、臓器移植、脳死
  - ◆高齢者終末期（胃ろうなどの経管栄養）

### 治す医学からのパラダイムシフト

- 治すことを目的とした医療
- 根拠のある医療
- EBM(Evidence-based Medicine,1990)
- ⇔NBM(Narrative-based Medicine,1998)
  
- 治せない、治らない（人の死亡率100%！）
- 出来ることはたくさんある
- **終末期医療は高度専門医療である**

### 終末期医療と栄養

- 必要なカロリーは変わる、計算できない
  - カロリーよりも食べたいものを口にすることがADLが高くなることも多い
  - 点滴の意味は、目的は何かを考える必要性
- 水分量も変わる、検査データではなく診察
  - 水分を減らす方が浮腫みや腹水が減る
  - 痰（口腔内分泌物）も減る
  - 口腔内の出血に注意
  - 水分だけなら皮下注で十分

Narrative\_home

### 食と餌

- 栄養だけなら点滴でも可能
- 食と餌とは異なる
  - 母親の味
  - 会食、団欒……
  - 食べるのが地獄になっていないか
- 食文化も価値観同様に多様
  
- **食べられなくなったらどうするか**
  - 胃瘻の問題、終末期の問題

Narrative\_home

### ナラティブ（narrative）

- ナレーター、ナレーションの語源
- ナラティブ＝「物語り」「語る」
- 人間の織りなすさまざまな行為や関係を、「言葉」「語り」「物語」という視点からとらえ直す＝物語的理解
- 人生は一つの物語である
- ナラティブがまずある
  
- 「病気」は「人の一側面」を見ているにすぎない。すべてを理解したような感覚は奢り

## 物語的理解

- 理屈だけの世界を生きているわけではない
- 「物語」は現実を組織化し、混沌とした世界に意味の一貫性を与えてくれる
- 物語としての一貫性が見出されたとき、わたしたちは事態を理解したとを感じる。
- そういふことあるよね・という感覚
- ばあちゃんの「あなんたんの水」
- 偽医者、スピリチュアリティの江原さん

## 物語としての死＝究極の妥協

- 尊厳死、満足死、平穏死・・・は可能か？
- いろいろあったけど、さほど悪い人生でもなかった。
- 誰も家族の死を喜んで受け入れているわけではない。
- 関係性のある死は究極の妥協
- 現代の医学が見えなくしてしまった「人」としての最期の時間
- 人生の最期を生ききる

Narrative\_home

## 何処で死ぬかを選ぶ時代に

### 病院・施設でも在宅でもない 第3の終の住処:ナラティブホーム



Narrative\_home

## ナラティブホームの理念

物語的理解（腑に落ちる、納得する）  
人それぞれに人生がある（多様性）  
病気・死をどのようにとらえるか（価値観）  
心象の絆（人と人との関係性）

二項バランス  
医学と物語

Narrative\_home



ものがたりの郷  
(ナラティブホーム)  
集合住宅 15室

医療保険  
介護保険  
保険外サービス



訪問診療・往診  
訪問看護  
訪問介護

ものがたり診療所（医師2、看護1、事務2）  
居宅介護支援センター（ケアマネ1）  
訪問看護ステーション（看護6）  
ホームヘルパーステーション（介護福祉士6）

Narrative\_home

## ナラティブホーム

そこには人生の最終章を  
家族と共に  
ゆっくりと、安心して過ごせる  
空間がある  
ただ傍らに在り、温もりを感じ  
声なき声を聴け  
ケアの原点は  
心象の絆の中にある

Narrative\_home

## ナラティブホームについて

佐藤伸彦

死に支度 いたせいたせと 桜かな

小林一茶の句です。

自然な最期というのは何なのだろうと、高齢者医療の終末期に関わるなかでいつも考えてきました。もしかしたら医療が、死の最期に良かれと欲してすることが、死に逝く人に過大な負担をかけ、徒にこの往生の際を引き伸ばしてしまっているのではないかと考えてしまう経験を多くしてきました。桜の花の散り際の潔さ（いさぎよさ）や儂さ（はかなさ）に、時に私達は自分の人生を重ねます。出来れば誰にも迷惑をかえずに、自分の人生は自分の手で幕を引きたい。そう考える人が、歳をとるにしたがって多くなっていくように思います。

そう遠くない将来、高齢者爆発による多死社会が来ます。その時、今のように9割近くが病院で亡くなる社会ではおそらく乗り切る事が出来ないでしょう。「何処で死ぬのかを選べる時代」にしなくてはなりません。今は選択肢がほとんどないのです。自宅で死にたいという方は多いですが、実際は家族介護力の不足や療養する部屋という住宅問題、老老夫婦介護や独居、最近では老老親子介護という問題もあり、在宅での最期がすべて良いものとは限りません。そして何より、治す事を目的とした「医学」だけではなく「死」というものを視野に入れた社会的実践行為としての「医療」が必要になってきます。その中で、在宅医療、さらには病院・施設でも在宅でもない第3の場所を作ろうと思って活動を始めたのがもう8年も前になります。

2年前に独立して医療法人社団ナラティブホームを設立しました。ナラティブとは「ものがたり」という意味です。病気というものはその人の一側面を見ているだけです。長い人生の中で私たちはいろいろな事情を抱え、自分なりの価値観をもって生きています。病気という一面だけで終末期ケアはできません。

私達の人生はまさに物語です。また日々の生活も「語る」ということによって成り立っています。語ること／語られることを大事にし、終末期の方の最期の時間（人生）を生ききっていただきたいという思いでナラティブホームという造語を作りました。

理屈ではなく、私達は人の死を受け入れていかねばなりません。例えどんな高齢者でも、家族にとって本当に「満足」した、「平穏」な「死」というものはありえないのではないのでしょうか。どこかに妥協や諦めが必ず混在する。そのときに必要なのが「物語り」

としての「死」という理解ではないでしょうか。

具体的には、富山県砺波市の駅南に「ものがたり診療所」という小さな在宅療養支援診療所と訪問看護、居宅介護支援センター、訪問ヘルパーステーションを開設し、隣接する「ものがたりの郷」という15室の賃貸住宅を中心に終末期の方に在宅の包括的チームケアを提供しています。ものがたりの郷は、がんに限らないすべての方の終末期に対応するホスピスと考えていただければよいかと思います。がん疾患はもとより、経口摂取困難だが胃瘻造設を望まない方、慢性呼吸不全、慢性腎不全、慢性心不全等の末期などに対応しています。もちろん一般在宅での終末期にも対応しています。昨年度1年間での看取り数は60名、看取り率は90%です。そのうちものがたりの郷が約半分を占めています。出来るだけ最期まで住み慣れたところで生きていきたいという想いを強く感じています。

チームナラティブはその人にとって何が最善なのかを、医療と物語のバランスを取りながら(二項バランスと呼んでいます)現場で考えて行く事をミッションにしています。そこで決まった最善の事をそれぞれの職種が全力を尽くして遂行する、これがチーム医療の本質ではないでしょうか。職種の違いはあるが、職種というものの自体がヒエラルキーを形成する事なくフラットな組織であるために必要なのは、揺るぎがたいミッションだと思います。

エリザベス・キューブラー＝ロスが「*On Death and Dying*」(邦訳『死の瞬間』)で死の受容のプロセスを書き衝撃を与えたのが1969年のことです。それから約40年たった現在、あらためて日本人独自の「死に際のものごと」について耳を傾け、究極のチーム医療を終末期の現場で実践して行きたいと思います。



講演4 「自分らしい生き方を考える」

東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター

上廣講座 特任教授

清水 哲 郎

## 自分らしい生き方を考える

東京大学大学院人文社会系研究科  
死生学・応用倫理センター 上廣講座  
清水 哲郎

## 自分らしい生き方を考える

### 目 次

- 「食べられなくなった時」の選択
- 「自分らしい生き方」の実現のために
  - ① 本人・家族の意思決定を整える
  - ② 最期の生や医療の役割について
  - ③ 人間関係-助け合い-について

### 人々の願い

人生の終わり方について、人々はどう願っているか

- 元気で長生き／ピンピンコロリ／ぼっくり寺
- 最期までハッピーに
  - ・ 穏やか、プラスの感情（喜び、好意・・・）、
  - ⇔ 不穏、マイナスの感情（悲しみ、怒り・・・）
- 自分（その人）らしく／普通に／
  - ・ 環境からの圧力で歪んでいないあり方

## 「食べられなくなった時」の選択

### 口から食べられなくなった時

- ・ 「胃ろう」を造ってよかったケース、よくなかったケース
  - 胃ろうにより栄養状態が回復し、体力・機能がよくなる → 「生きててよかった」時間をもらった
  - 胃ろうをしたのに、すぐ死に至ってしまった。
  - 胃ろうで生命は延びたけれど、かわいそうな日々（本人は自覚があれば絶対嫌がる）になってしまった
- ・ 「胃ろう」を造って良い場合と良くない場合を区別する／どちらか一方だと決めつけない
  - × 生命維持ができるから胃ろうをつくる
  - もうしばらくよい人生を送るために胃ろうをつくる

### 口から食べられなくなった時

- ・ **《よい人生》**：本人が「生きててよかった」と満足できる（人生観・価値観とも連動）

→自分らしく生きる

→快適な生活

- ① 苦痛がなく、楽に過ごせる
- ② 残っている能力を発揮する機会がある

口から食べられなくなった時：**選択**

- ・ 関係者**皆で話し合っ**て、**合意**を目指す
- ・ **本人の意向**と**本人の最善**を併せ考える
- ・ 本人の最善を実現するために、**家族の負担にも配慮する**（社会の負担にも配慮する時代がくる）
- ・ 以下、次の配布資料をご参照ください：  
『高齢者ケアと人工栄養を考える  
本人・家族の意思決定プロセスノート』

食べられなくなった時：**考える順序①**

〔ステップ 1〕 **自分の人生全体を眺めましょう**

- 現在の自分の状況を把握しましょう。
- 今後の大まかな見通しは？
  - ・ まだまだ いろいろやれるね
  - ・ そろそろ かなあ！

〔ステップ 2〕 **自分の生き方・価値観**

- 来し方：こう生きて来た／生き方・大事にしてきたこと・人生のハイライト
- 現 在：居心地／一緒にいたい人たち／大事なこと・気懸り
- 行く末：こう生きたい こうして欲しい

口から食べられなくなった時：**考える順序②**

〔ステップ 3〕 **胃ろう(AHN)は必要**  
かつ**有効**でしょうか

① **必要？一口から食べる可能性は残ってないか？**

工夫 食べ物の工夫、食べ方の工夫・・・  
手当 入れ歯の調整・・・

② **有効？一栄養補給したら、どうなるか**

医学的な見込み  
- 生命維持は可能か  
- どういう生活になるか  
快適さ：苦痛がない／能力を発揮できる

口から食べられなくなった時：**考える順序③**

〔ステップ 4〕 今後の**生活の目的 (=ケアの目標)**

を**選ぶ**

- より長く：生命維持 ⇒ 人生が当分続く
- 快適に：苦痛がない & 残っている能力が発揮できる
- **【より長く+快適に】** か **【快適に】** のみか
- ・ 提案：**【より長く+快適に】**は避けましょう  
→ 少なくとも**【快適に】**は達成できるように！  
→ 加えて **【より長く】**も実現できればラッキー！

口から食べられなくなった時：**考える順序④**

〔ステップ 5〕 **どの方法にしましょうか**  
—**それとも？**

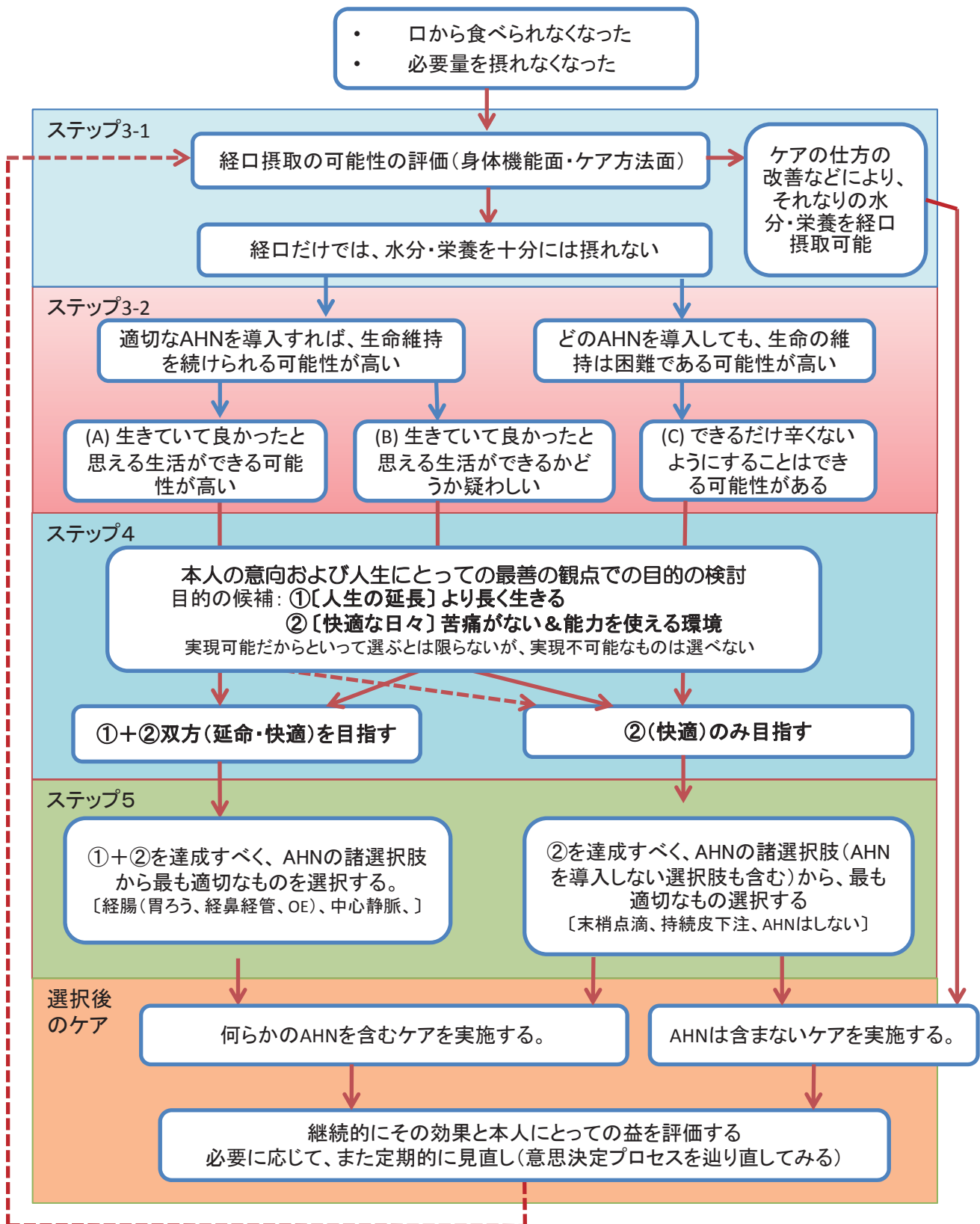
- (A) **【より長く+快適に】** → 人工的栄養補給  
→ 胃ろう？それとも
- (B) **【快適に】** → 人工的栄養補給はしない  
→ 水分補給は、快適のために必要ならする  
？ 何もしないというのはどうも・・・  
水分くらいは補給 (=点滴) しなければ  
→ **本人にとってよりよいのはどちら？**

口から食べられなくなった時：**考える順序⑤**

〔選んでからも考え続けましょう〕

- 「一度選んだら、それで終わり」ではありません。  
〔長生き+快適〕 → 人工的栄養補給 → 胃ろう  
となった場合でも
- ・ 口から食べられるようになった、ということがあるかも
  - ・ 衰えが進んで、もう栄養補給はしないほうが、**本人の人生にとってよりよい**、という時期がくるかも
- 胃ろう・人工的栄養補給の中止：  
○ 本人にとってそのほうが快適だからやめる  
× 「もう死なせよう」としてやめる  
→ **本人の人生にとって最善になるように**  
→ **《人生を全うする》を支える**

## 選択プロセスのまとめ（フローチャート）



「自分らしい生き方」を  
実現するために

自分らしい生き方を実現するために

①本人・家族の意思決定を整える

②最期の生や医療の役割について理解を深める

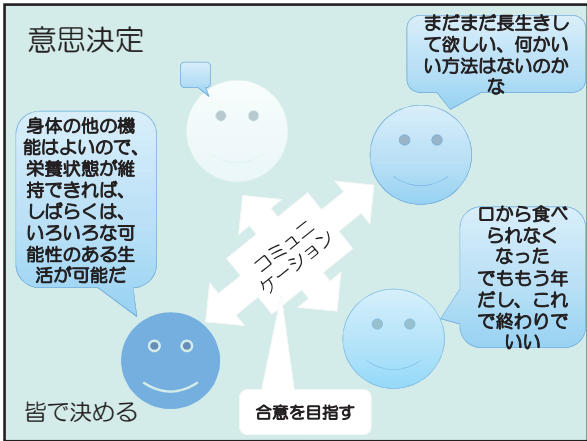
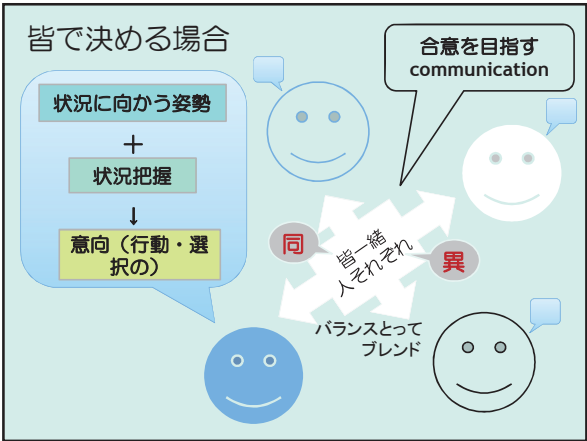
③人間関係—助け合い—について：私たちはどう  
いう社会を望むのか

① 本人・家族の意思決定を整える

本人の意思尊重とはいうけれど

- ・ 「選べ」と言われても 情報が提供されていない  
 予め選ぶことの難しさ
- ・ 誰が決める？ 医療の専門家—家族—本人
- ・ 本人の発言権 < 家族の発言権 ??

☆独居・身寄りのない人の選択をどうする？



① 本人・家族の意思決定プロセス

- ・ 「より長く生きる」 → 「よりよく生きる」  
 人生を全うする／快適な日々
- ・ 本人の意思 & 人生にとっての最善  
 - 「自分で決める」 & 「皆で決める」
- ・ 家族も当事者 意思決定プロセスに参加  
 - 美しい支え合い&愛という名の支配  
 - 本人の人生にとっての最善を考えるように  
 - 過重負担にならないように、長続きするように配慮

### 家族は当事者

#### 家族の皆さまに一自戒を込めて

- ・ **本人と非常に近い関係** **愛という名の支配**
  - 「一緒」が前提なので、患者の意思を軽視する（善いと思っただけを勝手にやる）
  - 患者を保護しようとして、抱え込む／患者の苦悩に対する関心が低い／患者の克服する力を過小評価する
  - 反面：家族のために患者に犠牲を求める・・・こともある
  - さらには → 年金のために、生き続けることを望む
- ・ 「**遠くの親戚のおじさん**」症候群
  - 後からきて口をだす⇒決定をひっくり返す
  - 本人とのかつての親しさ／何かしてやらないと気がすまない
- ・ 以上のようなことを「してはいけない」ではありません  
——「家族はこう動く傾向がある」と自覚することです

## ② 最期の生・医療の役割について

- ・ **先入見**
  - 少しでも長く生きるほうがよい  
→ 死は医療にとって敗北だ
  - 医療ができることはできるだけやるのがよい  
+ 死が近くなればなるほど、医学的にやってみてもらえることがある →
  - ・ 「こんなに状態が悪いのに、どうして入院させないんだ」
  - ・ 「点滴もしてもらってないのか」
- ・ 死に至る最期のプロセスを、医療が支配する

## ② 最期の生・医療の役割について

しかし

- ・ 死に至る最期のプロセス自体は、**誰でも辿る正常なもの**  
医療が阻止しなければならないものではない。
- ここでは医療は、死を避けることではなく、できるだけ快適に過ごせることを目指す
- ・ 「何かをする」から
- ・ 「見守りつつ、《これでよい、大丈夫!》と保障する」医療へ
- ・ トピック 在宅で過ごしていて、救急車を呼ぶかどうか

## ② 最期の生・医療の役割について

- ・ 医学の進歩とともに、**死生観に医学信仰**が入った  
→ 先入見 最期の時期には医学的にすべきことがある
- ・ だが、死生観は、現在も変化しつつある
  - 延命優先 から QOL（生の質）優先 へ
  - がん治療などの場合「徒な延命治療はしないでください。痛みはとってください」
  - 「最期までできるだけつらくなく過ごしたい。そのために余命を長くできなくてもよい」
- 高齢者ケアにもこの考え方が広がる兆し

## ③ 人間関係一助け合い

- ・ 個々人の価値観の問題
  - できるほうがいい／できなくてもいい
  - 〈人の世話になる（≠迷惑になる）〉の否定 →
- ・ 家族（の負担）への配慮
  - 大家族・親族 → 小家族単位
  - ケアの社会化により、負担を減らす（はずなのに）
- ・ 社会・世間の眼を気にする
  - 私たちの社会はどこまで個々人の生活をサポートすべきか？

## ③ 人間関係一助け合い

- ・ 「弱者を切り捨てない」社会を実現するために  
→ 皆が遠慮して、社会資源を使わなかったら、使わないのが当たり前の社会になってしまう
- ・ 家族（の負担）への配慮
  - 大家族に代って、社会として各個人の人生を支えるため、社会資源が用意されている
  - 支える側になることもあれば、使う側になることもある。使う側にならずにすめばラッキー／せめて支える貢献を
- ・ 社会・世間の眼 遠慮する人自身が他人に対して「世間の眼」になってしまう

### ③ 人間関係—助け合い

- ・ **現代社会に合った新しい看取り文化の創造を!**
  - 大家族は崩壊してしまっている。核家族化
  - 地域社会（コミュニティ）に開かれた家庭？  
⇒ **プライバシーを知ってしまった私たち**に適切な開かれ方を探す
  - **《同》＝皆一緒**と**《異》＝人それぞれ**をバランスよく両立させるには？
- ・ **いろいろな問題—別の機会のお楽しみに!**
  - 自宅で（介護施設で）看取ったことがないので不安
  - 何かあったら救急車を呼ぶ？ 可哀そうなことになりかねない
  - 年間160万人代の死亡が予想される時期の看取りは？

### おわりに—「自分らしい生き方」のために

- ・ 今から、人生の終わりの時期について考えておきましょう
  - 家族で話し合う
  - 自分はどう生きたいのかをはっきりさせる
- ・ 少なくとも〔快適に〕を目指す／  
〔より長く〕は上乗せできればラッキー
- ・ 私たち人間は、人々の輪の中に居ることで安定  
——孤立が最大の問題
- ・ 「皆一緒」かつ「人それぞれ」を認め合う絆をどう構築するか

## 講師略歴（講演順）

### ◆山田 律子（やまだ りつこ）

**現職：**北海道医療大学看護福祉学部／北海道医療大学大学院看護福祉学研究科・教授

**略歴：**千葉大学看護学部卒業。東京大学大学院医学系研究科修士課程，北海道医療大学大学院看護福祉学研究科博士課程修了。札幌市中央保健所訪問指導員（副代表），医療法人溪仁会西円山病院，ミネソタ大学大学院Visiting Scholar，北海道医療大学看護福祉学部助手・講師・准教授などを経て，2009年から現職。

**専門：**老年看護学，認知症ケア

**主な学会活動：**日本看護研究学会理事，日本認知症ケア学会理事，日本老年看護学会評議員，日本摂食・嚥下リハビリテーション学会評議員，日本咀嚼学会評議員，他

**主な著書：**『生活機能からみた老年看護過程第2版』（編著，医学書院）、『高齢者の生活機能再獲得のためのケアプロトコール』（日本看護協会）、『看護大事典第2版』（責任編集，医学書院）、『老年看護学第7版』（医学書院）、『認知症高齢者の看護』（医歯薬出版）、他

### ◆会田 薫子（あいた かおるこ）

**現職：**東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座特任准教授

**略歴：**東京大学大学院医学系研究科健康科学専攻博士課程修了（保健学博士）。ハーバード大学メディカル・スクール医療倫理プログラム フェロー、東京大学グローバルCOE 死生学研究員を経て、現職。

**専門：**医療倫理学、臨床倫理学、臨床死生学（終末期医療、延命医療、高齢者医療とケア、脳死、臓器移植）

**主な著書：**『延命医療と臨床現場：人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』（東京大学出版会）、『シリーズ生命倫理学第3巻 脳死・臓器移植』（共著、丸善出版）、『シリーズ生命倫理学第4巻 終末期医療』（共著、丸善出版）、『日米の医療－制度と倫理』（共著、大阪大学出版会）『シリーズ死生学第5巻 医と法をめぐる生死の境界』（共著、東京大学出版会）、他



◆佐藤伸彦（さとう のぶひこ）

**現職**：医療法人社団ナラティブホーム理事長、ものがたり診療所所長

**略歴**：市立砺波総合病院地域総合診療科部長、外来診療部内科部長を経て、2009年4月、富山県砺波市で医療法人社団ナラティブホームを立ち上げる。2010年4月、ものがたり診療所を開設。2012年度は厚生労働省在宅医療連携拠点事業所として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。

**専門**：高齢者医療

**主な著書**：『家庭のような病院を 一人生の最終章をあったかい空間で』（文藝春秋社）、『患者様とお医者様 ー 必要とする人に適切な医療を』（日本評論社）

◆清水 哲郎（しみず てつろう）

**現職**：東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座 特任教授。日本医学哲学・倫理学会前会長。

**略歴**：東京大学理学部天文学科卒業。東京都立大学大学院人文科学研究科博士課程修了。北海道大学助教授、東北大学教授等を経て、2007年から現職。

**専門**：哲学、臨床倫理学、臨床死生学。

**主な著書**：『パウロの言語哲学』（岩波書店）、『世界を語るということー「言葉と物」の系譜学』（岩波書店）、『医療現場に臨む哲学』、『医療現場に臨む哲学Ⅱ ことばに与（あずか）る私たち』（勁草書房）、『高齢社会を生きるー老いる人／看取るシステム』（編著 東信堂）、『ケア従事者のための死生学』（共編著、ヌーベルヒロカワ）、『臨床倫理ベーシックレッスン』（共編著、日本看護協会出版会）。

---

公開講座

「自分らしい治療・ケアの選択のために ～ 食べられなくなったらどうしますか」

発行日 平成 25 年 2 月 3 日

主催者 日本医学哲学・倫理学会

発行者 公開講座「自分らしい治療・ケアの選択のために」実行委員会

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1

東京大学大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター 上廣講座

e-mail:uc4dals@gmail.com

---