

「みなしターミナル」に陥らないための看取りにおける栄養ケアの役割

蓮村友樹久

社会福祉法人同胞互助会 愛全診療所 所長・医師

はすむら・ゆきひさ

社会福祉法人同胞互助会愛全園診療所所長・医師、介護老人福祉施設愛全園常勤医師。NPO法人多摩胃ろう・摂食嚥下ネットワーク理事、日本医師会認定産業医、認知症サポート医

愛全園NSTによる多職種協働の栄養ケア

愛全診療所の母体である同胞互助会は、東京都で初めて特別養護老人ホームを開設した社会福祉法人であり、特別養護老人ホーム愛全園、養護老人ホーム偕生園などを運営している。当診療所は愛全園内に併設されており、施設入所者に対する診療を行っている。愛全園の入所定員は110人、入所者の平均年齢84.1歳、平均要介護度4.1となっている。

特徴としては、診療所が併設されていることにより、嚥下内視鏡検査(VE)による摂食嚥下評価、超細径内視鏡による胃ろう交換、大量皮下点滴療法、OWDT(open-wet-dressing Therapy、褥瘡ラッ

プ療法)を実施している点や、機能訓練として、音楽療法(赤星式)を取り入れている点がある。

加えて、大きな特徴と言えるのが、施設内でNSTが稼働していることである(愛全園NST)。NSTの構成メンバーは、管理栄養士、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、ケアワーカー、機能訓練指導員、歯科衛生士、相談員、施設長など多岐にわたる。毎週水曜日、11時から約1時間かけ、毎回3～5人程度を診ている。新入所に関しては1週間以内に介入を行う。退院直後や褥瘡がある方、看取り介護中の方は毎週フォローすることになっている。

また、愛全園では多職種で集まりVEを行っている。当施設では2009年にVEを導入しており、当



愛全園NSTのラウンドの様子

時の介護報酬においては、経口維持加算(I)の算定要件として、半年に1回、VEあるいは嚥下造影検査(VF)を行うことが定められていた。当施設では奇しくもVEを導入していたため、経口維持加算(I)を毎月40件以上算定していた。しかし、認知症の利用者にとってVEは苦痛を伴うもの

であり、暴れて検査が行えない場合もある。

当施設ではNSTが稼働しているため、多職種で入所者の栄養状態や喫食状況を確認している。重要なのは、VEの実施以前に、まずは多職種協働による栄養ケアを徹底することである。このチーム体制があるからこそ、経口摂取を支える栄養ケアから看取りのフォローまで行うことができる。

なお、15年度の介護報酬改定では、経口維持加算の算定要件からVEやVFによる嚥下機能評価が外され、多職種によるミールラウンドやカンファレンスの実施が要件となった。もちろん、VEやVFがまったく必要ないわけではない。当施設では引き続き、不顕性誤嚥の有無の確認や、提供している食形態の適正を確認するために、客観的な評価としてVEを行っている。

高齢者の水分管理

看取りの問題を考えるうえで指摘しておきたいのが、高齢者の脱水である。高齢者はさまざまな原因（肺炎、脳卒中、がんなど）で水分摂取が困難となり、容易に脱水に陥る。その場合、水分を補給しながら体力を回復させなければならない。方法として以下の5つが挙げられる。①経口からの補給、②胃ろうや経鼻胃管からの補給、③中心静脈栄養からの補液、④末梢静脈栄養からの補液、⑤大量皮下点滴療法による補液。

大量皮下点滴療法とは、点滴ラインがとれない高齢者や、認知症

がひどくて管を自分で抜いてしまう患者のほか、血管が脆く点滴が漏れてしまう患者などに輸液を行う方法。皮下大量輸液は1世紀以上前から行われており、最近になって見直されるようになった（まだあまり普及してない）。穿刺部位を選ばず簡便で、低コストな輸液方法として、緩和ケアや施設・在宅の現場で徐々に広がっている。当施設では大量皮下点滴療法を06年より導入し、施設内の診療に役立てている。点滴内に抗菌薬や利尿剤、麻薬などの点注も可能であり、軽い呼吸器や尿路感染症などであれば施設内での点滴加療が可能である。また、終末期においてもステロイドホルモンや麻薬の利用などの緩和療法において大きく貢献している。

また、水分・栄養ルートとして



大量皮下点滴療法

胃ろうを用いる場合、胃ろうカテーテルの交換が必要となるが、カテーテル交換時の合併症として腹腔内誤挿入がある。誤挿入に気がつかずに栄養剤の注入を開始した場合、腹膜炎を引き起こし命にかかわる。当施設でも胃ろうカテーテル交換は胃内への胃ろう留置を確認する手立てがなく、4カ月に1回病院へ搬送して交換を行わざるを得なかった。14年より、

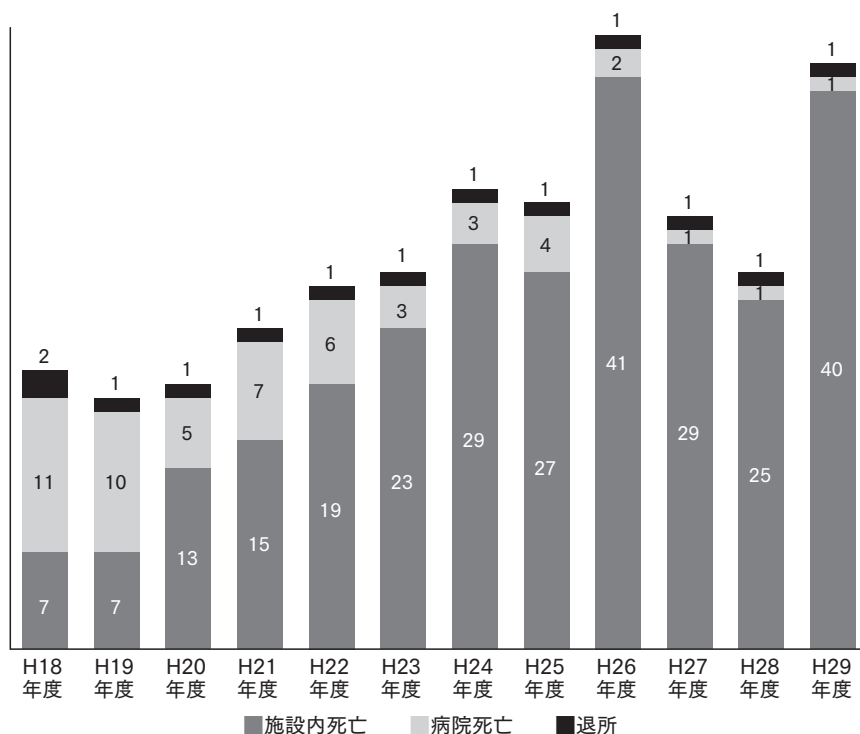


図1 施設内看取り年次推移

胃ろうの穴を通り抜けて270度反転することより交換後の留置が確認できる超細径内視鏡を導入し、施設内での胃ろう交換を実現した。これにより、全介助の胃ろう患者の身体的はもちろん、家族や施設職員などの負担(病院搬送のための車の手配などの経済的支出や人件費)を大幅に減らすことができた。

看取りにおける みなしターミナルについて

当施設における看取り医療の実績(17年度)は以下のとおりである。入院先での死亡1人(肺炎)、施設内死亡40人(老衰19人、肺炎8人、脳梗塞4人、大腸がん2人、悪性リンパ腫1人、膀胱がん1人、肺塞栓症1人、膵臓がん1人、肝硬変1人、閉塞性肥大型心筋症1人、敗血症1人)。施設内死亡率97.6%、病院死亡率2.4%であり、入院件数9件、平均入院日数31.9日/人、入院延べ日数287日。施設内の看取り数の年次推移を図1に、入院人数の年次推移を図2に示す。また、介護報酬の看取り介護加算の要件は表1のとおりである。

終末期には「老化のターミナル」「生命のターミナル」「みなしターミナル」の3種類がある。老化のターミナルとは老衰死のことであり、生命のターミナルとはがんや重症疾患による死を指す。みなしターミナルとは、高齢だからという理由だけで安易に看取りと判断することを意味する。

高齢者施設において、入所者が

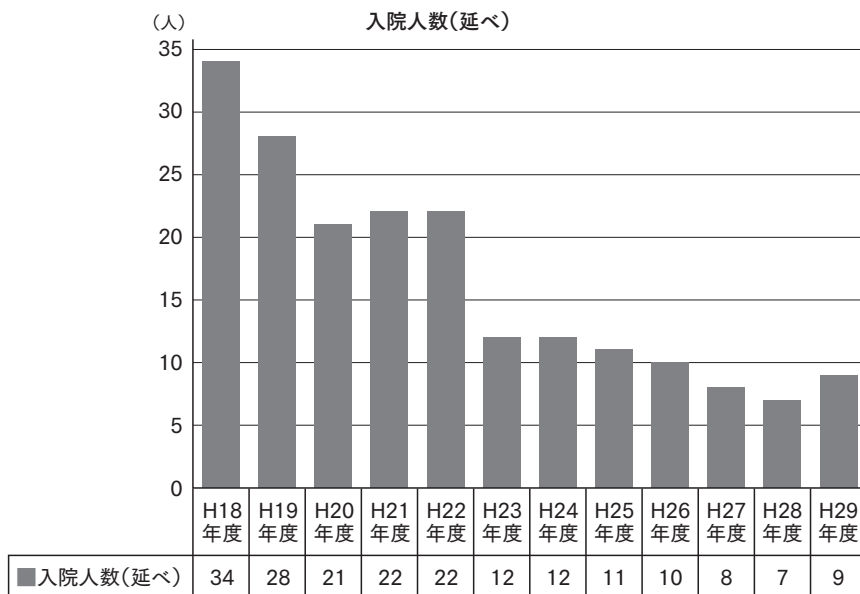


図2 入院人数年次推移

表1 看取り介護加算について

看取り介護加算(I) (変更なし)	
死亡日30日前～4日前	144単位/日
死亡日前々日、前日	680単位/日
死亡日	1280単位/日
看取り介護加算(II) (新設)	
死亡日30日前～4日前	144単位/日
死亡日前々日、前日	780単位/日
死亡日	1580単位/日
【算定要件等】	
以下の医療提供体制を整備し、さらに施設内で実際看取った場合に算定する。	
<ul style="list-style-type: none"> 入所者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法及び曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法や診察を依頼するタイミングなどについて、配置医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされていること。 複数名の配置医師を置いていること、若しくは配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保していること。 上記の内容につき、届出を行っていること。 看護体制加算(II)を算定していること。 	

徐々に衰弱し、食事もとれなくなり、水分も摂取できなくなり、静かに息をひきとる——これは一見、老衰死に似ているが、まったく違う場合がある。衰弱し食事も水もとれなくなった原因は、多く

が脱水か急性疾患(肺炎や心不全など)にあり、その原因を取り除けば元気な姿に戻ることがある。実際、点滴一本だけで回復する場合もよくみられる。これは決して、老衰死ではない。つまり、食事を

とれなくなった状態を意図的に末期とみなして治療しないということ、これをみなしターミナルと言う。みなしターミナルとならないようにするためにも、終末期にも最低限の医療は必要である(表2)。

表2 終末期に必要なとされる医療

・ 緩和栄養(最低限の栄養)
・ 点滴 (500~1000mlの大量皮下点滴療法)
・ 酸素療法(呼吸苦の緩和目的)
・ ステロイドホルモン (消炎・解熱・鎮痛効果)
・ 麻薬(モルヒネ・フェンタニルなど)
・ 抗精神病薬を含む鎮静剤
・ 解熱剤(アセトアミノフェンなど)
・ 漢方薬
・ 抗コリン剤 (痰の減少、死前喘鳴の緩和)

看取りの状態(老衰死)が予測された時の対応

まず、ご家族へインフォームド・コンセント(IC)を行い、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を確認する。老衰で食事がとれなくなることは、自然なことであり悲しむべきことではないこと、このような状況下では食べないから死ぬのではなく、死ぬために食べなくなると解釈することも重要であること、無理に食べさせることは、逆に本人への苦痛につながるリスクがあること、などを話す。当施設では看取りのムンテラの際、管理栄養士にも同席してもらい、現在までの長期間体重グラフ(図3)を参照していただきながら、ご本人の体重低下の推移や状態がよかった(体重が維持

できていた頃)時の話などを行い、看取りに至るまでの経過を説明している。これを行うことで、ご家族への終末期に向けての覚悟と理解が深まる。

この時点で、施設内で看取りを希望された方には施設での看取りの同意書を書いていただく。覚悟ができない方について延命処置としての経管栄養やTPNなどの可能性や療養型病院などでのフォローを模索し、方針を協議する。

この過程を経たのち、管理栄養士とご家族でご本人の嗜好などについて話し合い、最期に向けて食べていただきたいものは何かを聴取し、なるべくそれを実現できるよう努力する(「愛全園食」の提供)。その後、施設内で多職種参加の看取りカンファレンスを開催し、今後の終末に向けてのケア対

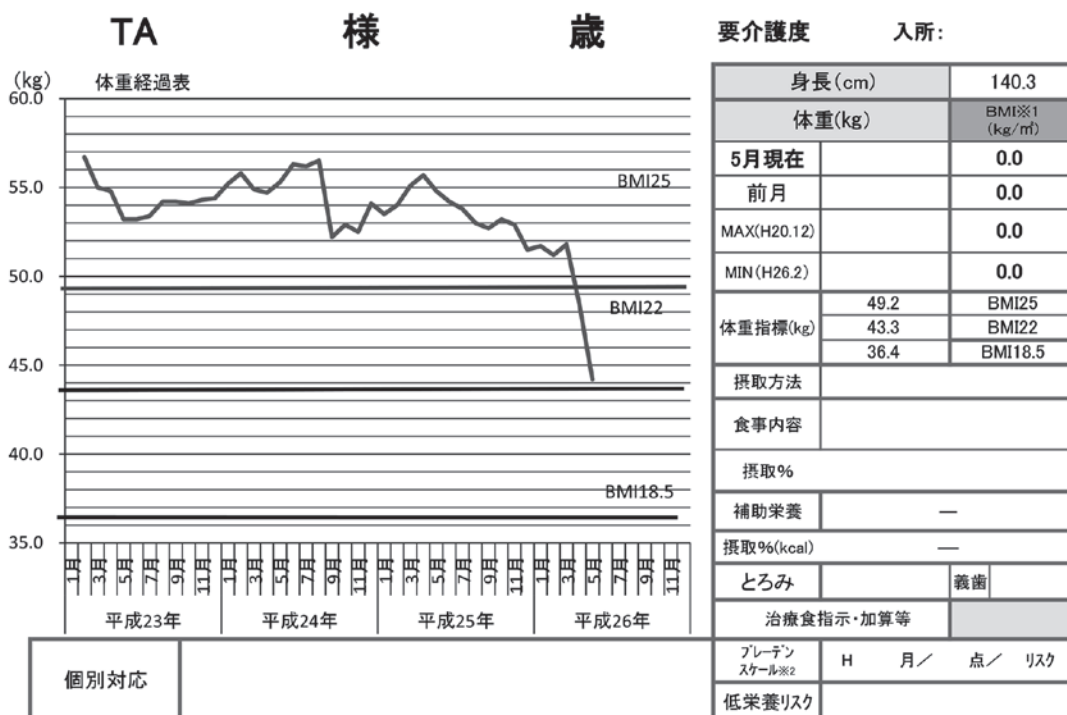


図3 長期間体重グラフ



大好物のぬか漬け(ご本人の糠床)のきゅうりを家から持ってきてもらい、自分で切って食べているところ(死の3日前)



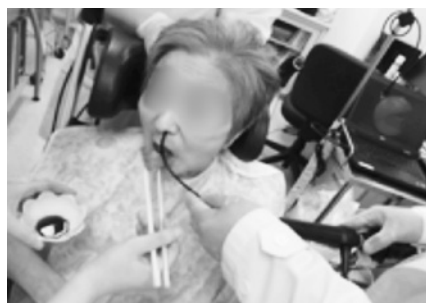
大好物のウナギのかば焼き(凍結含浸処理)を食べているところ(死の前日)。飲み込むことはできず最終的に吐き出したが、ご家族の前で「おいしい」と言っただけは喜び、ご家族も大変喜んだ



愛全園ケーキ。ゼラチンを使って滑らかなスポンジとすることで飲み込みやすくしている



愛全園ケーキをおいしそうに食べているところ(故人)



胃ろうの方で終末期どうしてもお寿司とモンブランが食べたいとおっしゃり、嚥下内視鏡で安全を確認しながら食べているところ(死の2カ月前)



応について話し合う。

看取り期の方は当然であるが嚥下機能が低下しており、ご本人が食べたい、またはご家族が食べさせたいものを提供できるとはかぎらない。そこで当施設で導入している真空調理を応用した凍結含浸法がとても役に立っている。凍結含浸法とは、凍結含浸専用調味料を食材に染み込ませ、凍結・解凍・調理するという調理法であり、見た目は常食とほぼ変わらないが、物性としては嚥下調整食の学会分

類2013のコード3程度の軟らかさに仕上がる。

また、死期が迫ると当然、食欲はなくなり、口にする物もさっぱりしたものや果物を希望されることが多い。本人が元気な頃の好物が必ずしも終末期に適しているとはかぎらないことをご家族に認識してもらい、必要性もある。たとえば好物で提供したものが食べられなくても、いわゆる「目で食べる」「においを感じる」だけでも満足していただけることがある。飲み込め

なくても口に含み、味だけでも愉しんでいただければ十分という場合もある。また、何よりご家族と協力してこのような取り組みを行うことがご家族へのグリーフケアになることを忘れてはならない。みなしターミナルのごとく、「どうせ末期だから」という考えで何ももしないのではなく「ダメでもやってみる」という姿勢がとても大切である。