

訪問リハビリテーションにおける人生最終段階の 食支援のありかた

牧野 日和¹⁾

要旨

目的：訪問リハビリテーションにおける人生最終段階の食支援の概念ならびに具体的方法を確立させるための一資料を構築することを目的とした。**方法**：訪問リハビリテーションにおける人生最終段階の食支援の実践 2 例について後方視的に経過報告及び考察を行った。**結果**：〔症例 1〕80 歳男性の A 氏は多発性脳梗塞を経て人生最終段階を迎えた。訪問リハビリテーションにおいて経口摂取を試みたところ、一時は回復、一年後に死去された。〔症例 2〕60 歳代男性の B 氏は筋萎縮性側索硬化症によって人生最終段階を迎えた。B 氏は告知を受けた当初は死にたいなど後ろ向きな言葉が見られたが訪問リハビリテーションの経過のなかで障害を受容し生きがいを見出すなど、発言の変容が見られた。**考察**：人生最終段階における食支援は、訪問リハビリテーションにおいても、可能な範囲で利用者の主訴に寄り添うことで利用者自身だけでなくその家族にも満足感を与えられる可能性が示唆された。

キーワード：人生最終段階の食支援，訪問リハビリテーション，ナラティブ支援

I. はじめに

厚生労働省によると、我が国では 2010 年に、総人口に対する 65 歳以上の割合が 21% を超え「超高齢社会」を迎えた。さらに今後、死亡者数が急増すると予想している¹⁾。

また、厚生労働省は、2007 年に発表した「終末期医療の決定プロセス」を、2018 年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」とし、これまでの「終末期」を「人生の最終段階」へと名称変更、さらに、人生最終段階の医療においては、患者本人の意思決定を基本とすること、医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断すると発表された²⁾。

これらの発表は、摂食嚥下リハビリテーション（食支援）にも影響を与えた。それまでの日本における食支援は、誤嚥や肺炎を避けるために過度の禁食に傾倒してきた。しかし、近年、食支援は在宅支援や訪問リハビリテーションへとその舞台を拡げ、引き続きリスク管理の視点に加え、2014 年の診療報酬改定を機に、とくに人生最終段階においては誤嚥が起ることも自然の摂理であり、もし対象者が望むなら多少の誤嚥を認め、心身に負担がない範囲で経口摂取を行うという考えが急速に広まった³⁾。

人生最終段階の支援は、対象者が心身を癒されたなかで人生の最期を有終の美として迎え、家族が対象者の死後においても達成感や納得感を得ることを主軸とする⁴⁾。

1) 愛知学院大学心身科学部

連絡責任者：牧野日和 [〒473-0035 愛知県豊田市大島町元の 22-9]

e-mail: hiyori@dpc.agu.ac.jp

受付日：2022 年 6 月 14 日 / 採択日：2022 年 10 月 26 日

II. 目的

訪問リハビリテーションにおける人生最終段階の適切な食支援の概念や具体的手法を確立させ、広く国内に啓発するための一資料を構築することを目的に、訪問リハビリテーションにおいて報告が少ない症例検討及び考察を行う。

III. 方法

人生最終段階の食支援を訪問リハビリテーション（対象者の在宅）において実施し、のちに死去された2例の診療記録や対象者が執筆した日記、家族や多職種からの情報、食支援実践の映像記録などをもとに記述し、後方視的に考察を行った。訪問であることに加え、人生最終段階であることから、嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査などの精密検査は行わず、できるだけ対象者や家族とのナラティブで得られた思いをもとにした介入を重んじた。なお倫理的な配慮については、生前本人および家族から執筆の承諾を口頭で得て、家族から承諾文書を代筆にて得た。さらに、論文発表によって本領域の発展に寄与することで、関連する対象者やご家族、スタッフ等に還元することを説明した。また個人が特定されないようデータを記号化した。

IV. 結果

1. 症例 A氏

80歳代男性。70歳あたりから多発性脳梗塞を患い、在宅で静養するも数年におよぶ闘病生活の間に、栄養不良に陥り、それを機に心身機能は一気に低下、一年前に入院となった。急性期病院では、病状の安定ならびに機能回復を目的に点滴、投薬、リハビリテーションなどの対応がなされたが回復は見られず、徐々に心身機能が衰え要介護度は4から5へ上がり、BMIは17から14に下がるなど健康状態は日増しに増悪を辿った。入院して一年後に主治医より余命1週間と宣告された。妻は「人生最終段階であるならば」と、主治医にNGチューブを外し、自宅に帰ることを願い出た。自宅で人生の最期を迎えることは、若かったころからの夫婦二人の約束だった。

自宅に帰った最初の日、A氏は居間に置かれたベッドの上で過ごした。意識は朦朧としていた。妻は夫が好きなみかんを食べさせてやりたいと考え訪問診療医に相談した。病院では禁食だったが訪問診療医は、医療法人に所属の訪問リハビリテーションチーム（医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言

語聴覚士・歯科衛生士、管理栄養士）に摂食嚥下の評価を指示した。その結果、一分間の呼吸数は24回となり、覚醒レベルは「II. 刺激で覚醒するが、刺激をやめると寝てしまう段階」であり、嚥下反射惹起遅延、反復唾液嚥下検査や改定水飲みテストなどのスクリーニング検査は実施できず、これらから経口摂取は誤嚥のリスクが高いものと考えられた。A氏の身体的負担から内視鏡検査などの精密検査は行わなかった。

訪問診療医は、A氏が人生最終段階であり、妻が誤嚥等リスクを充分理解し、それでもなお食べさせたいとの強い意志を汲み取って、呼吸が乱れない範囲で、かつ経口摂取によってむせなどの症状があった場合は即中断するという条件で、味を楽しむ程度（嚥下を伴わない量の提供）もしくは段階的食支援を摂食嚥下チームが中心となって行うよう指示した。

介入一日目、A氏は目を閉じたままであり、呼吸状態が悪く肩で息をしていた。食支援の最初のプログラムは、一年以上何も食べていない背景から、理学療法士が呼吸しやすい側臥位をとらせ枕やタオルを使用して姿勢を作り、歯科衛生士が口腔保清および口腔や咽頭機能、意識レベルの向上を目的とした専門的口腔ケアを実施した。

一分間の呼吸数は27回から19回に減少した。歯科衛生士は吸引機を用いながら専門的口腔ケアを行った。その直後を見計らって言語聴覚士は、一回50ccを上限として、真水を提供した（Frazier Water Protocolの変法）。最初の一口、むせたが、自ら口を突き出しさらに水を飲もうとした。バイタルチェックや肺聴診を行ったが大きな問題はないと訪問診療医は判断した。介入二日目、一日目同様、同じプログラムを試みた。意識レベルが改善し目を開けている時間が増えた。また嚥下反射惹起までの時間短縮や嚥下音から嚥下圧も改善したと思われた。

管理栄養士は、妻が夫に予てより食べさせてあげたいと考えていたみかんを日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食基準⁵⁻⁶⁾に準拠してゼリー（0j=たんぱく質を含まないゼリー）にした。言語聴覚士はそのゼリーを丸飲みができるように、ゼリーの上下幅3mm程度のスライス状に切り分け、提供した。

本来なら数日かけて展開すべき支援も余命の短さを想えば可及的速やかな対応および慎重な実践が求められた。

妻が「お父さんが好きなみかんゼリーよ。愛媛のみかんを取り寄せて私が絞って作ったのよ。お父さん好きでしょ。」と言うと、A氏はゆっくり頷きながらみかんゼリーを口にふくみ、口の奥へと移送させて嚥下した。そしてゆっくり息を吐き、そして再び

頷いた。妻はハンカチを自身の臉に当て、泣いた。A氏は妻の目を見てか細い声で「もっと」と言った。介入から24時間における頻回なバイタルチェックでは問題は見つけられなかった。これらの食支援は毎日一回実施され、一週間が過ぎた。

一週間前に主治医から死の宣告を受けたが、しかし死は訪れなかった。摂食嚥下チームはその後も薄氷を踏むような感覚で支援と再評価、適宜支援内容を修正させながらの食支援を継続させた。一日の経口摂取は100-200キロカロリー程度であり、生命維持のためのエネルギー量としては不十分なものであった。A氏は次第に痩せていった一方で意識は日増しに清明となり、妻に冗談が言えるまでになった。「いつもの夫婦の関係に戻った。お父さんが元気になった」と妻は笑った。

二週間が経過した頃に、訪問診療医は食形態を、現在のゼリーから段階的にアップするとの計画を妻に伝えた。妻の希望で飲食物はすべて妻の手料理とした。「若いころお父さんは妻の料理を褒めたことがなくて、常に何かしらの注文をつけた。しかしそのおかげで料理の勉強をさせられたんですよ」と妻はそう言ってA氏を見た。

妻は、プリン(1j=たんぱく質を含むゼリー)、豆腐料理(2=ミキサーなどの液体状から3=舌でつぶせる不均質)、パン粥(3)を調理、言語聴覚士が味見をして物性の官能試験(フードスタディ)を行ったうえで、A氏に提供した。

介入開始4か月頃からは、A氏は妻に食事のリクエストをするまでに回復をした。亭主関白のようだった。妻は「ハイ、ハイ」と返事をしながら夫のリクエストに応え続けた。妻によると、この亭主関白ぶりもまた「普段通りの夫の姿」であり、「夫が主治医の予想を覆し、元気を取り戻したと実感している」と言って喜んだ。

介入開始半年後には、常食を食べるまでに回復し、食事摂取量も500キロカロリー程度まで増加した。あわせて姿勢は、最初の寝たきり(リクライニング位30度)から、ベッド上リクライニング位60度となり、その姿勢で経口摂取が出来るまでになった。

ところが、一年後、さらなる脳梗塞を起こし救急病院に搬送された。病院の主治医からは今度は助からないだろうと言われた。しかし病状は一時安定した。妻はすぐに経口摂取再開を主治医に申し出た。ところがA氏は病院の食事は一切食べようとしなかった。病院の看護師や管理栄養士は妻にA氏が食べて喜んでくれるであろうメニューを尋ね、その真似をして食事提供するも、A氏は頑なに食べなかった。妻は「お父さん、家に帰ろう」と言った。妻は「夫はもう、自分が作った料理しか食べないのだ」

と確信していた。帰宅後、妻の予想通りA氏は妻が用意した手料理を口にしたら、妻は嬉しかった。もしかすると、妻への感謝があつて、妻の食事だけは食べたのかもしれないと妻は思った。A氏は好物のみかんを食べ終えた。妻は口の清掃をしようと義歯を外した。その際、妻は軽く手をかまれた。「それは私の手でしょ」妻が言って顔を覗き込んだ。すでに呼吸がなかった。妻は、落ち着いて訪問診療医に連絡をした。

2. 症例 B氏

訪問診療医の指示により、医療法人に所属の言語聴覚士が自宅に呼ばれた。そこにはベッド上のB氏を中心に妻、娘がおり、さらに訪問チームの訪問診療医、看護師、理学療法士、作業療法士、相談員、介護士、民生委員らがいた。みな言語聴覚士を待っていたという。以下は、それまでの経過を含め、娘と訪問診療医、看護師への聞き取りから得られた情報である。

B氏は60歳代男性。元中学校の校長。教員時代は多くの教え子に慕われ、定年まで勤めあげた。教育者であったことが彼の最大の誇りであった(寝室には教え子たちの写真が10枚以上掲げられている)。定年後、身体不調を感じ病院を受診した。そこで医師から筋萎縮性側索硬化症(以下ALS)であること、死までの軌跡、長くは生きられないことを告げられた。B氏はインターネットで自身の病気について、細かく調べ、ALSが最終的には動けなくなり管によって生かされる運命であることを知った。最初はその運命を受け入れ難く、ほかに光明を求め、都市部の大きな病院の名医を探し通った。しかし多くの有名とされる医師と会い説明を受けるたびに、ALSの死する運命には現代医学では抗えない事実を受け入れざるを得なくなった。

B氏の娘は看護師だった。娘の的確な病気や予後の説明が、かえって心を痛めることになった。B氏には心の拠り所がなく、正論を言う娘と何度も衝突した。B氏は「娘が悪いのではない」と本当はわかっていた。

B氏は、球麻痺症状が先行し、摂食嚥下機能が初期に低下するタイプのALSだった。ある日、主治医に呼ばれ、PEG造設と気管切開術について説明がなされ、近々決断するよう促された。

B氏は混乱した。まだ食事が食べられている、呼吸が来ているこの時期に先を見越しての手術には抵抗感があつた。またこの病気を抱えながら、家族に迷惑をかけながら生きることが辛く、これらの延命処置をためらった。自分が生き続けることは家族に負担をかける。なによりも自分には教師時代を上

回る生き甲斐はなく、このような情けない姿での余生は嫌だと思った。主治医にはPEGや気管切開を拒み早期の死を選択したと応えるつもりだった。この考えを振り払ったのは娘が泣きながら言った「お父さん…生きていてほしい」という一言だった。

その後、PEGを造設。気管切開術を受け、自宅に帰った。毎日多職種の訪問スタッフと出会ううちに「自分にはALSとして生き延びることで、これから自分に関わるいろんな介護スタッフを育て、この地域の医療や福祉のレベルが向上させる役割があるのではないか。人生の最期まで教育者として人の役に立つ使命なのではないだろうか」と強く思えるようになった。

その半年後、言語聴覚士が自宅を訪れたのであった。B氏は笑顔で言語聴覚士を迎え、周囲のスタッフも笑っていた。周囲を笑顔にするのは、B氏の笑顔と右ひじ部分にタッチスイッチが設置された意思伝達装置で表出するジョークだった。

言語聴覚士が呼ばれた理由は次の通りだった。妻や娘はリスクを回避するためにとろみを強くしたジュースを用意したいのに対し、B氏本人はとろみは咽頭に残るからいらぬ、もしくは薄い方がいいのだと言って、互いの主張が平行線で埒が明かない。それなら摂食嚥下の専門家に聞いたらどうかということで、訪問診療医の発案で言語聴覚士を招こうということになった。これらが、言語聴覚士の訪問前の経緯である。

言語聴覚士は、医学的な情報を訪問診療医や他職種より得て、自らも心身機能をチェックし、摂食嚥下機能を評価した。次に対象者の訴え（意思伝達装置による）、家族からの情報、これまでの記録を見て、健康状態や栄養状態等の推移、そして現状から予後を推定した。その後、頸部周辺の筋肉を触診、慎重に咽頭反射や改定水飲みテスト、とろみ付き液体テスト、フードテストなどのスクリーニングテストを実施した。一般的にスクリーニング検査の妥当性は高くはないとされているが、自宅で実施可能な検査は限られており、言語聴覚士は、上記の検査に頸部聴診法を組み合わせ、食事摂取の観察などから総合的評価を行った。

B氏は、全身同様、咽頭領域が痩せており、嚥下圧の弱さもあって飲食物の粘性や付着性が増す咽頭残渣が起るものと予測した（咽頭クリアランス不可）。咽頭残渣は追加嚥下でも改善しなかった。今度は側臥位にし、咽頭残渣後にスライスゼリーを提供、残渣物の除去を試みた。嚥下反射のタイミングは保たれており、水分は、とろみ無しか、薄めのとろみでいいのではないかと考えた。言語聴覚士は、評価結果と対応案について訪問診療医に説明を行った。それを聞いたB氏は、勝ち誇った顔「どうだ。

とろみがない方がいいだろう（意思伝達装置）」と娘を見た。オーバーアクションの表情で妻と娘を一瞥した。そこにいたスタッフはどっと笑った。

その二年後、B氏は帰らぬ人となった。亡くなる前日までは飲食物を口にしたということだった。家族は「本人は最後まで穏やかに過ごし、生き活きとした表情だった」と胸を張った。

IV. 考察

1980年後半、米国では人生最終段階の対象患者に対し自己決定権を尊重しようという考えから「AD (Advance Directive: 事前指示)」が制度化された。しかしその後のSupport研究にてADでは患者とのコミュニケーションが欠如、結果意思決定は促進されなかったとの批判⁷⁻⁸⁾から、続いて支援者と患者や家族のコミュニケーションの要素を多く取り入れたACP (Advance care planning: 人生会議)が重要であるとの認識が広まった。わが国では2018年に厚生労働省が経済財政運営と改革の基本方針、社会保障・在宅での看取り等の項で、英米諸国で普及しているACPを導入。普及啓発を開始した。

摂食嚥下障害を有する対象者へのACPでは、対象者本人や家族に、病の軌跡を開示する。そして誤嚥や肺炎になり食べられなくなる可能性を伝える。肝心なのは、このあとに対象者が自分らしい余生のために、いま出来るうちに何をしておくべきか、何も出来なくなった時にどういう支援を受けたいかなどについて話し合いを行うことである。人生最終段階にあつて対象者の意向が変わることは往々にしてみられることであり、そのような場合はACPを繰り返して食支援の内容を変える。

ACPの過程で対象者や家族は、死へと向かう現実を受け入れ難く、翻弄されることも少なくない。しかしACPには、対象者の最期もしくは死去した後の家族が、満足感や達成感を得る効果があるとされる⁹⁾。

日本におけるこれまでの食支援は、対象患者の生命存続のリスクを避けることに傾倒した結果、本人や家族の想いを軽んじてきた歴史がある。これまでの摂食嚥下リハビリテーションにおいては、急性期や回復期に求められる機能訓練等が主流だった。近年、超高齢社会の到来や人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインが発表されたこと、ACP普及などの影響から、対象者や家族が望むなら人生の最期まで慎重に食べてもらおうという考えが広まった。しかし現時点においても人生最終段階の対象患者を扱う病院、施設、在宅からも本人や家族の「語り」を大切に食支援（以下、ナラティブ支援）の報告は少ない。今後、訪問リハビ

リテーション等においても、従来の科学的根拠に基づいた摂食嚥下リハビリテーションや食支援に加え、ナラティブ支援を導入した実践が一層普及し、対象者や家族を中心とした支援が多く報告されることを願う。

ナラティブ支援の懸念点もある。人生最終段階においては、食べられない対象患者も多く、誤嚥や窒息もおこりやすい¹⁰⁾。支援者は、対象者の希望を叶えるために食べることに盲従するのではなく、対象者の心身の癒しを支援の軸としながら食支援を展開、状況によっては、機敏で繊細な判断や吸引等の対応が求められる¹¹⁻¹³⁾。今後改訂される予定の言語聴覚士養成カリキュラムにおいては、これらに対応することを想定したカリキュラムがすでに検討されている。

1. 人生最終段階における食を含めた意思決定について

A氏の死後、5年が経過した。筆者は新聞社記者とともに一人暮らしを続ける妻のもとに取材に訪れた。妻は「先生らのおかげでとても素敵な最期でした。夫がいなくなって寂しいけど、でも今も私は主人と繋がっていると感じる。だからとても幸せよ。主人と生きたことが私のすべて。本当に私はやり切った。あれ以上のことは何もない。先生ありがとう」と振り返ってくれた。

人生最終段階に考えるべきリスクは2つあると考える。ひとつは生命存続のリスク。もうひとつは人生の最期に悔いを残すリスクである。後者は、対象者が自分らしい最期を検討し実践できたか、もしくはたとえ出来なかったとしても対象者が折り合いをつけられたかがカタルシス（浄化）のポイントになると思われる。

筆者は2002年までは終末期支援の病院や施設、訪問業務を行う現場において、前者のみが正しいことと信じていた。当時、食べずに亡くなった対象者の家族から「どうせ死ぬなら食べさせておけば良かった」と責められることもあった。また、10年以上ぶりに再会した家族が、10年間ずっと「食べさせてやればよかった」と苦しみ、スタッフや自身をずっと恨んでいた方々がいることを知った。

さらに、2003年からは対象者や家族の想いを第一優先にした医療や福祉等を具現化している医療法人に勤めた。そこで食思があるが摂食嚥下障害を有する対象者に、最後まで食べるための挑戦を行ってきた。厚生労働省の指針より15年早く取り組んでおり、法人の理事長は時代を先取りしていた。

私はこの法人で経験した人生最終段階の食支援100例近くから、対象者や家族とともに対象者への

最期をつむぐナラティブ支援には、対象者だけでなくその後を生きていく家族にとってもカタルシスを付与し生きる支えが得られる効果があることを学んだ。

2. B氏が見出した答え、絶望を生きることの意味について

B氏は、葛藤の末、「ALSとして精いっぱい自宅で余生を送る」ことを選択した。「この街にもALSなどの難病と闘う人がいて、同時に在宅で支える多職種が存在する」ということを、「自身が病気になることで初めて知った」とも語ってくれた。「支援を受けるうちに、スタッフの中にはベテランもいれば注射器すらうまく扱えない新人看護師がいることに気が付いた。私は自分がALS患者として存在し続け、彼らにケアをする機会を与えることでこの街の医療のレベルが向上するのではないか、これが教育者の自分の使命ではないかと考えた」とも語ってくれた。人は人の役に立つことで自身の自尊心が支えられる。人間は自尊感情を低下させることで心は迷走し生きる気力を失う¹⁴⁾。B氏は最期まで患者というよりは教育者だったのではないかと、教育者としての人を支える自我に生き抜く意味を見出し、最期まで自分らしく生きたものと思われた。

人生最終段階には、「スタッフ主導の生命存続のリスクを回避する支援」に過度に傾倒するのではなく、「ACPをもとに対象者主導のアプローチを展開し、最期まで対象者が生きる意味や死する病気に罹患した意味・役割を内発的に見出す心理学的支援」の必要性を強く感じさせる。

3. 訪問リハビリテーションにおける人生最終段階の食支援のありかた

Kübler-Rossは、シカゴの病院で死を目の当たりにしている患者さん200人以上にインタビューをし、対象者が死を受け入れるまでの段階を発見した。死に際しての心理的な過程については、死の受容モデル「否認と孤立」「怒り」「取引」「抑うつ」「受容」が有名である。さらに対象者に寄り添う家族もさまざまな心理過程を歩むとした。家族は、対象者の死が避けられないと気付いた時点から予期悲嘆の心理のプロセスを辿り、患者の死に対する不安や恐怖、悲嘆に打ちのめされながら共に闘病生活を送るとしている¹⁵⁾。

対象者や家族の間には、数十年に及ぶ家族史があり、人生最終段階は対象者やその家族の集大成の時期である。短期間だけとにした支援者には理解が及ばないこともあろう。Kübler-Rossが示した死の

受容モデルの各段階にはそれぞれ重要な意味があって、命の儚さや尊さを知る究極の命の学びの機会になるものと思われる。支援者は目の前の対象者の姿に翻弄されるのではなく、荒れる海を渡る対象者に寄り添い続け対象者の内発的な死の受容を支える必要がある。

一方、家族側の心理学的過程もまた多様である。筆者は臨床経験を通じ、家族の心理過程を次の5つの型に分類した。

- ①支援者が最期まで精いっぱい努力してくれることで覚悟が決められるA型
- ②支援者に過度に依存し自分は対象患者に会おうとしないB型
- ③死ぬことの覚悟ができたC型
- ④関心を持たないD型
- ⑤覚悟と迷いという相談する感情を衝動的に繰り返すアンビバレント型

このように臨床ではいろんな家族と遭遇する。どの家族も大切な人を失う時、大きく揺さぶられる。家族が死生観を養い、大切な人の死を前向きに受け入れ、その後の自らの人生を前向きに考察するためには、これらの心理過程は意味ある契機と思われる。支援者の寄り添いは家族心理を支えるものと思われる。

日本訪問リハビリテーション協会は、訪問リハビリテーションを「その人が自分らしく暮らすために、それぞれの地域に出向いて、リハビリテーションの立場から行われる支援である」とし、さらに「自分らしく暮らす」とは、本人が納得した生活であり、「納得した生活」とは“その人”の主観だけでなく、“その人”と共に暮らす人達との関係性から生まれる“役割”や“存在価値”を見出した暮らしを指している」と定義付けしている。

今回、筆者は訪問リハビリテーションにおける人生最終段階の食支援の経験から、従来の機能訓練への過度の傾倒を避け、出来るだけ対象者が自分らしく、最期まで生き甲斐を見出すことを支えられるナラティブ支援の視点を啓発していきたいと強く考えている。

V. 結語

訪問リハビリテーションにおける人生最終段階の食支援において、対象者に死が迫り残された時間が少ない状況で、支援者は、より対象者及び家族の心理状態に寄り添ったナラティブ支援を行い、対象者

及び家族が最終的にカタルシス効果を得られるよう促す視点が重要と思われた。

本研究に利益相反関係は無いことを追記する。

文献

- 1) 内閣府：令和3年版高齢社会白書（全体版）．https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/html/zenbun/s1_1_1.html. (2022年4月23日アクセス可能)
- 2) 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインの改定について．<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>. (2022年4月23日アクセス可能)
- 3) 牧野日和：人生最終段階における食支援の研究 ～お食い締め実践報告．健康レクリエーション研究 17：85-97, 2022.
- 4) 牧野日和：口から食べる支援；お食い締めの観点から．訪問リハビリテーション 6：51-57, 2016.
- 5) 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会 嚥下調整食特別委員会，藤谷順子，宇山理紗，大越ひろ，他：日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013. 日摂食嚥下リハ会誌 17：255-267, 2013.
- 6) 牧野日和：歯科医師が知っておくべき嚥下食の知識．日本歯科医師会雑誌 70：33-40, 2017.
- 7) Schneiderman LJ, Kronick R, Klpan RM, et al：Effects of offering advance directives on medical treatments and costs. *Annals of internal medicine* 117：599-606, 1992.
- 8) Danis M, Southerland LI, Garrett JM, et al：A prospective study of advance directives for life-sustaining care. *N Engl J Med* 324：882-888, 1991.
- 9) 牧野日和：お食い締めがもたらす効果．おはよう 21：25：66-69, 2014.
- 10) 牧野日和：口から食べる支援；お食い締めの観点から訪問リハビリテーション 6：51-57, 2016.
- 11) 牧野日和：人生最後の食支援を問う「お食い締め」～死から生まれるもの．看護技術 10：57-66, 2018.
- 12) 竹内満：訪問リハビリテーション；終末期の呼吸・摂食・嚥下の訪問リハビリテーション．訪問リハビリテーション 6：147-154, 2016.
- 13) 上村友希：ターミナル期における「食べる」ことへの支援 「お食い締め」の取り組みと介護職の役割．今治明德短期大学研究紀要 40：13-22, 2017.
- 14) 木村敏：人と人との間. p.21-34, 弘文堂, 1972.
- 15) 多田良陽乃：終末期がん患者の家族支援～予期悲嘆への援助に焦点をあてて振り返る～．静岡赤十字病院研究報 36：89-94, 2016.