

看取りの体験を通して口腔ケアとターミナルケアの一考察

～医療・看護・福祉の教育連携～

服部 安子

Considering of mouth care and terminal care from my experience
of nursing to ending patients ;

Educational cooperation with medical treatment, nursing and welfare

Yasuko Hattori

1. はじめに

2025年には高齢化のピークが到来する。誰しもが、今日の健康が明日にも繋がっていくと信じている。退職後の人生を語るとき、多くの人は、風光明媚な場所を旅行して、好きな趣味などをし、家族に囲まれて暮らしたいと希望を持っている。

しかし、ヒョンな事が起きるのも人生である。万が一の生活（不吉なことは、考えたくないことも人間の心理である）等は、健康な時には想像すら出来ない。

医療技術の進歩により、介護される期間が10年以上続くことも珍しい事ではなくなった。介護が必要になった原因では、脳血管性疾患が第1位であり、認知症、高齢による衰弱で5割強を占める。そして、脳卒中の5割強以上が嚥下障害を起こしていると言う¹⁾。

多くの高齢者は、いつか訪れる死を「暈の上で」と願っているが、多くの家族は「病院」を

希望している。実際には、在宅で約2割、病院で8割以上の方が最期を迎えられており、介護する側と介護される側の間に乖離がみられる²⁾。

また、急性期に呼吸器科にて治療を受け、晴れて退院というときに「肺炎再発の恐れ」について、本人や家族は指導を受ける。2006年の医療保険制度改正により在宅療養支援診療所（24時間往診体制）が新設されたが、まだ課題は多いと言われている。チームケアの未熟さ、医療福祉専門側の知識・技術・倫理観の低さなども誘因となり、経口摂取を諦める本人・家族が多いことも事実である。

医療制度改正、長期療養病棟廃止も検討されており、平成18年の介護保険制度の一部改正法において、「尊厳の保持」が明文化されたことは画期的なことであると言えるであろう³⁾。

更に、特別養護老人ホームでは、平成18年の介護保険法一部改正による看取り加算が導入され、ターミナルケアも実施されるようになった。

日本大学歯学部医療人間科学教室
〒101-8310 東京都千代田区神田駿河台 1-8-13
社会福祉法人 浴風会 浴風会ケアスクール
〒168-8510 東京都杉並区高井戸西 1-12-1
(受理：2010年9月30日)

Department of Community Dentistry
Nihon University School of Dentistry
1-8-13 Kanda-Surugadai, Chiyoda-ku, Tokyo 101-8310, Japan
Yokufukai Care School
Social Welfare Foundation Yokufukai
1-12-1 Takaido-nishi, Suginami-ku, Tokyo 168-8510, Japan

今後、ますます「病院以外の最期の場所」を希望される方が増えてくると思われるが、本人が納得できる選択をすることは難しい。

なぜなら、終末期に対して急性期の原疾患に対する治療は行われてきたが、経管栄養の方は、経口摂取は不可との医療従事者からのパターンリズムにより、長期入院や要介護度が高く、意識障害が遷延化した方々への摂食・嚥下機能に対する医療・看護・福祉の連携と対策がなされてこなかった。また、一般市民も福祉職も含めて、利用者一人ひとりの人生観、価値観や生き様等を尊重し、いのちの重み（畏敬の念）を問い続ける姿勢や、倫理観の形成が未成熟である。

本稿は、看取りの体験の事例を通して口腔ケアとターミナルケアについて、医療・介護・福祉での教育連携について一考察するものとする。

2. ターミナルケアとは何か？

死には、突然事故や心筋梗塞等による予告なしの死と、がんや脳血管障害により発病してから月日を経て予告された死がある。

前者は本人の準備もなし、一瞬にして全てのものが消えてしまうため、本人は、そのままのプライドを持って死ぬことができる。しかし、残されたものは、その死を受容するまでに時間がかかることが多いようである。

後者は中高年の疾病からくる事が多く、長年要介護状態となり、認知症になったり、ADLの低下に伴い、病氣と闘い、苦しんだりする。思うように身体をコントロールができず、または意思表示できず、本人の望む終末のステージとは違う、従事者側主導のパターンリズムのケアを受けて、自尊心を打ちのめされる場合も多いようである。

村上氏は「ターミナルケアでは死を食い止めることには努力しないが、大往生といわれてもよいような“望ましい死”のため、最大限の努

力をすることになる」と言っている³⁾。

ターミナルケアとは、最後まで医療や福祉関係者、家族、友人、時には地域のボランティア等と積極的に自分らしい死に方を模索することかもしれない。

3. 自分らしく生きることと死ぬこと

事例より学ぶ

(1) 死は忌み嫌うもの？…事例1

著者は、高齢者施設等で勤務して17年になるが、様々な生き方や死に立ち合わせていただく機会があった。

私が障害者の分野から、初めて高齢者分野の責任者として就任した頃、高齢者分野では“死は忌み嫌うもの”として扱われ、入所は玄関から堂々と入り、死亡退所は、裏口からヒソリとが慣例になっていた。

開始に当たり、お一人おひとりのお宅を訪問させていただき介護状態や家族状況やその方の辿ってこられた道を伺うと、どの方も「やむなく、心身の障害になられた人」ばかりであった。在宅の介護の状況は、一度介護の状態になられると、杖歩行程度の高齢者でも、家の外へ出ることもほとんどなく、自ら病人と化して“寝たきり”の安静を保っている事が多いのが実態であった。

ある時、通所で通われている方の訃報が届き、通所の責任者をしていただいていた著者は、心身の障害を持った高齢者の死をより身近に感じていた立場にいただけに、利用者の死を通所に通われている方々に伝えてよいものか、職員と悩み、著者の判断は、朝礼に職員だけで黙祷を捧げ、その話題は、利用者の前では禁句とすることにした。ところが、利用者の一人から、その方の消息を尋ねられた。元来著者は嘘がばれる顔をしているのか、「隠さなくともいいのよ。私たちもいつかこのように自分が亡くなって心配をしてくれる方々へ隠されるとつらいわ。病気になっては

じめてできたお友達。勇気を頂いた大切な仲間よ。一緒に冥福をお祈りしたいわ…。」そこに居合わせた高齢者からも「そうよ」との声を多く頂いた。若輩の責任者でもある著者と高齢者の死生観の違いを突きつけられたようで、間違っただ指導を職員にしていたことを恥じ、次からは通所の皆様とご冥福を祈り、思い出を語り合う会に繋がったのである。

そこからは、死は必ず誰にでも訪れる平等の権利であり、どのように生きるかも大切であるが、どのように死ぬかも大切であることを教わり、死を意識することによって、生が浄化できることを学ばせていただいたのである。

(2) 自分らしくとは…誇りを持った死…事例2

定年まで2年を残し、脳梗塞になったAさん。銀行の支店長。出張中に倒れる。退院後、要介護3、車椅子状態にて妻の介護を受けて在宅生活。本人の性格もあるのか、健康な時からワンマンで時折妻に暴力を振るっていたが、介護の状況になって一層自暴自棄になり、妻では手に負えないため、施設入所となる。入所後、すぐに妻は持病が悪化し、亡くなった。

妻の葬儀後、施設に戻ったAさんは、食事のお膳をひっくり返したり、大声を上げたり、職員にも暴力を振るようになった。職員は管理者の著者にSOSを求めてきた。著者としては、管理者といえどもこれだけ横暴な利用者との接触は初めてであった為、内心は恐る恐るではあったが、おやつのおはぎを持って、訪室した。サイドテーブルには、まだ、新しい奥様の写真が飾ってあることを見届け、「奥様、優しい方でしたね」と水を向けると、「そう」とポツリと返ってきた。「仕事大変だったのでしょ…。毎日遅かったのですか」。また、「そう」とポツリ。「接待などもあったのでしょ」「そう」。「接待は、お酒ですか」「違う」「違うと言いますと…」。「マージャン」「マージャンが好きなのですね」「そう」。「強かったのですか…」。「そう」。「まあ～奥様も

大変でしたね。…」。「そう」。Aさん、少し涙目になる。「…私の父もマージャンが強くて、家に人を連れてきては徹マンで、母親が大変なのを娘として見ていたのよ。…子ども心にパイがなければと思って屋根裏に隠したのよ…」とお話しましたら、いきなり、「アハハ…」と大声ではじめて笑い出した。「Aさんの娘さんもそうだったのでは…」。「そう」。しばし沈黙。

そして、「最後まで迷惑をかけてしまいましたね」「…」Aさん、入所以来、はじめて嗚咽して泣いていた。

「私、マージャンキチの娘なのに、知らないの。教えて下さいね。」「いいよ」

「そうそう、このおはぎは、苦勞をかけた奥様にお供えをしてから頂きましょう」と、介助にて食べさせる。介護職にもかなりの抵抗をしていたらしく、口腔は、歯垢で歯が見えないほどになっていた。本来なら食後の歯磨きであるが、「奥様を偲んでおいしくいただくには、口の中をさっぱりしましょう」と。私にすんなりと口腔ケアを委ねた。「ひとりで食べるのもおいしくないから皆さんのテーブルに行きましょう」と促した。先ほどまで職員が怖がっていた横暴なAさんとは思えないくらいに、素直に行動に移してくれた。

その後、娘さんにこれらをお話し、現役時代に中国で買ったという大切なマージャンパイを頂き、マージャン好きのドクター、ケアワーカー、利用者等を集めて、健康マージャンに精を出していた。食欲も戻り、怖い表情も取れ、中国への出張の話も出たりして穏やかな表情をして過ごすことが多くなった。最後は、腹部大動脈瘤破裂で、一瞬にして飛び立っていった。娘さんからは、何度も何度も頭を下げられた。同じようなマージャンキチの父親を持った娘同士、響きあうものがあつたように思われた。

(3) ターミナル末期の口腔ケアを実施して

…事例3

Bさんは、○歳。特養で寝たきりとなり、その後、誤嚥性肺炎を起こし手足を縛られ、鼻腔栄養、バルーンカテーテルで、他県の老人病院から強い希望にて老人保健施設の入所となる。家族の方は「かすかに反応している。寿命が1～2ヶ月といわれている」「施設に入ってみれば、ますますここで死なせてほしいと思いました。皆さんに迷惑をかけることも重々わかっています。無理を承知で来ました。…のように死なせてほしい」と深々と頭を下げ、懇願された。すでにこの時には、施設内でターミナルをする施設として近隣では知られていたが、制度上は、老人保健施設は在宅復帰として位置づけられており入所対象者ではなかった。診断書には『植物状態・貧血』とのみ記載されているのみであった。入所検討会にて、看護師より「もうすぐ死ぬ人ですよ。ここを死に場所を選ばなくてもいいでしょ」との意見も出た。最終的には脳神経外科医の施設長は「老健といえども全部が在宅復帰できる人ではない」とのことで、以前から関わっていた著者が病院を訪問し状態を確認することになった。その病院は、どこの病院からも断られた方の引き受け病院として存在していただけに、病室の真っ白な壁に名前だけ書いてあり、ただお迎えを待っている様な殺風景な異様な状況に著者は大変驚いた。いわゆるスパゲッティ状態で全員が医療チューブを幾つもつけており、寝たきり状態(C2)で自ら動くこともできない人をベッドに縛っており、階毎のステーションにナースが一人いるだけでモニターテレビが配置されていた。本人と一年ぶりの対面であったが、変わり果てた姿に二度驚いた。どのように声をかければ良いのかわからず、一瞬言葉を失った。しかし、本人とよく対面してみると、口は鼻腔栄養のため、モグモグ動いていた。

その師長は、「新設の施設だから、ここまで患者を迎えに来るのか…」と転院先の著者に冷ややかな態度と蔑視した表情で立っていた(しかし、当施設は、地域の入所者でいつも満床であったが、家族との強い思いと当施設で検討を重ねた結果、特例的な受け入れとなった)。その張りつめたような雰囲気の中で、本人が元気で徘徊している頃、「やだ」と照れながら、私と指相撲する事が得意だったことを思い出した。植物状態と言われた本人の手を握って「Aさん、指相撲しよう…やだと言って」「お母さん、服部ちゃんだよ」と、何度か当時のおどけた表情で、パフォーマンスを演じ、声をかけていると、本人の手が、私の手を握りしめたのであった。家族が「手が動いた」と飛び上がり、そこに来ていた師長やナースも驚いて見ていた。

帰設するなり、脳神経外科医の施設長へ「ほんの少しの反応があったこと」を報告した。「移動の途中にて万が一の事が起こる可能性もある。そのことをきちんと家族に伝えて、その覚悟ができていなら引き受けよう」と、施設長が決断した。当時は、既にターミナルの方が4人(平成15年には、10人になっていた)いたが、Bさんは最重度の方であった。著者は、「死に場所として当施設を選んだこと、万が一のことがあっても驚かなくともいいこと(今まで同様、マニュアルの対応でいいこと)、施設長は一年間経口摂取をしていないが、かすかに口が動くので、まだ可能性があると言っていたこと、希望的観測かもしれないが、天国に行く前にクリスマスのプレゼントとして、本人の大好きだった、アイスクリームをなめさせてあげることができればいい…。残された時間のケアを考えよう」とこれがケアプランの目標であることを全職員に申し送りをした。

ケアの方法としては、終末期まで人の声が聞こえ、生活のにおいのする場(一番人の声がするところ)で行い、看護と介護の分担と協働部

分を明確にした。殊に介護職は、B氏の対応は看護職と決めつけず、他の利用者と同じように介護の仕事をする。看護職には、病院ではないので日々のバイタルチェックだけではなく、生活を支援することを考えながら介護職に協力することを話し合った。そのお陰で両方で協力して、ベッドごと階下のコンサートや催し物にも連れて行くことが多くなり、その頃から時折かすかに首を動かして聞いているようでもあった。

入所二ヶ月後、開かなかった目も開き、訪問歯科医の指導のもと、舌苔のケアも毎日するようになり、口元やのどぼとけが動くようになってきた。Bさんの変化は、顔にも生気が戻り、音楽等にはしっかり目を開けるようになり、職員を勇気付けてくれ、ケアの方向性を力強く示唆してくれた。

○月○日

入所2ヶ月目のクリスマス前に施設長とナースでアイスクリームを一さじなめさせることができた。家族の方には「お母さんは、天国にいるようだ。ここまでしてくれてうれしい。今死んでも喜びだけが残る」と言われた。これを機会に少しずつ食べる練習をして、入所5ヶ月後、経管をはずし、重湯等が食べられるようになったのである。

私とBさんの関わりは、まだ徘徊が激しいとき、孫娘の自殺未遂、長女の失業、本人の寝たきり…等の家族からの相談から、既に10年を経過していた。当時は、家族関係も複雑でバラバラで、長女だけが孤軍奮闘していた。著者が初めて会う姉妹も、Bさんの終末期を共に過ごすことで、毎日施設を訪れるようになり、家族関係が再生されていった。Bさんは、家族の求心力となる役割を果たしたのである。

○月○日

午後9時 下顎呼吸が始まり、酸素濃度70%、徐脈、貧血(Tb 5.4, ALB 3.2, Hb 3.5)、尿閉、死期がドクターより1~2時間といわれ、大急ぎで危篤状態であることを家族に連絡をした。病院からも応援の医者が来て、医療職は必要最小限の終末医療体制を整え、介護職員は、最後に出来ることとして室内環境等を整え、万全を期して待機した。元教員であったBさんは、かつて歌っていたという大好きな小学校唱歌が流れる中、安らかに旅立った。

職員も、何度かの研修を重ねターミナルを共に過ごすことにより、“死への恐怖”や抵抗感がなくなり、人の命の尊さを学び、死後の清拭や化粧替えをていねいにおこなってくれるように変化してきた。

4. 遺族のグリーフケア (grief care=悲嘆のケア)

死を恐れることはない。人間には、生物としての生とスピリチュアルな生がある。著者は、デイサービスで高齢者から学んだ死生観を元に、次に開設した施設では、入所者が亡くなったときは、「○○さんのお帰りの支度が整いましたので、玄関に集合してください。」と放送を流し、職員、利用者、ボランティア等と正面玄関からお見送りをしてくれている。中には、近くの病院に転院してから亡くなり、家に帰る前に立ち寄らせてくださいとご家族から言われ、同じように放送をかけて、お別れをしたこともある。職員もお見送りをすることができ、「この職業冥利に尽きる」と話している。

私がお見送りをする時はご家族・ご親族には「○○さんは家族に守られて幸せでしたね。お世話になり、ありがとうございました」と言うことにしている。一人の死を通して、私達ケアする者は、人生の終焉の大切な場を共に過ごすことができたことに感謝することと、大きな学び

を与えて下さったご本人、ご家族に心から御礼を申し上げることにしている。一人の生は終わっても、残された家族は、時には自分の介護について自責の念にかられうつ状態になったりする。「自分の親だから仕事を辞めれば良かったか…」とか「もっと優しくしてやれば良かった」と人により関わりの時間の長短、介護の時間の濃淡はあるが、問題ではない。その時その時の家族の状況もそれぞれ違っていて、懸命に介護に向かい合った事実に対して補償していくことが必要と考える。

遺族のグリーフケア（grief care=悲嘆のケア）は、遺族の心を癒し、前に進む原動力になる。

5. “生活の質” を担保にしたターミナルケアを行うには

日野原氏は「生活の質（QOL）について第一に社会生活ができる能力があること、第二は感性や知性が保たれていること、第三は苦しみ、痛み、不眠、排泄障害の除去、体の清潔などが保持できること、第四は生きがいを持つこと」と言っている。さらに、「科学としての医学を超えて人間として存在することに価値をおく感性を、人間の最後にも与える方向で医療者は判断し、行動しなければなりません。…科学としての医学は、この最後のステージでは存在意義を失い、哲学、宗教を含む人文科学と同じ枠の中で人間を扱うものとして昇華すべきものなのです。」とも言っている⁴⁾。

また、神谷美恵子氏は著書『生きがいについて』の中で、老人の生きがいについて「『自分の存在は何のため、または誰かのために必要であるか』が肯定的に答えられれば、それだけで十分生きがいを認める人が多いと思われる」と言っている⁵⁾。

日本人の3大死因は、がん、心臓病、脳卒中となっている。がん末期の方のターミナルケア

としては、ホスピス²⁾が注目されるようになってきている。疼痛コントロールを適切に行い、肉体的、社会的、精神的な緩和ケアによる生活の質に視点が置かれている。しかしながら、1981年に日本ではじめてのホスピスが誕生後、2002年9月には108箇所と急速に伸びてきており、ホスピスで働く医師、看護師の質が追いついていないのも事実である。

人生は、長短ではない。一人ひとりの人生はかけがえのないものであり、たとえどんなに重い認知症等になって人格変容しても、その方の生を肯定し、それまでの人生に敬意を示すことから、その方の最後のステージまでの伴走ターミナルケアが始まるのだと、著者は考える。

6. 終の棲家を自己決定しよう

「21世紀は人権の時代」と言われている。知的障害者の家族会運動から生まれたノーマライゼーションの理念を受け、高齢者福祉でも焦点が当てられるようになってきた。

たとえ、心身の状態が不自由になっても、人は最後まで、個人の人格を尊重された関わりを受ける権利を有している。しかし、自分が要介護状態になったときには、残念ながら終の棲家（施設等）を、自ら選択できる力を持ち合わせてないことが多い。

2000年（平成12年）から新しく成年後見制度が実施された。また、民法の委任契約の特別法という形で「任意後見契約に関する法律」（任意後見契約法）も作られた³⁾。また、権利擁護制度も導入された。遺言制度もある。

最後まで、その人らしく、尊厳を持った死に方を誰でもが望んでいる。

最後のステージをより豊かに過ごすためにも、意識が鮮明なうちに（意思表示ができるうちに）、万が一お体が不自由になられた時、どの

ように介護や看護をされたいのか、日頃から意識し、話題に載せておくことも必要である。よく話し合い、自分の希望を明確にしておくことは、周りの方が施設や病院を選ぶ際の判断基準としても反映されると思われる。

介護保険制度施行以降、介護施設には要介護度の高い高齢者が入所してきており、看取り加算の導入により『ターミナルケアの実施』に向けて検討されている施設も多いのではなかろうか。しかし、ここでのターミナルとは、施設での死を受け入れるか否かの議論であり、他職種との連携により最後の一息までの生活の支援をどのように行うか、家族も含めた「生の伴走」についての議論はない。つまり、「医療的な死」を迎えるだけのターミナルになるのではと著者は危惧するのである。

医療職は、「生命」を第一に考える。が、多くの高齢者の死は「生活」の延長にある。人は、必ず衰え、摂食・嚥下機能が低下し、死を迎えるのである。

平成12年には栄養士法が改正され、平成14年から管理栄養士の栄養ケアについての養成教育が、患者のベットサイドで始まった。そして、今年度、NST加算制度がはじまり、職種の壁をこえ、チームで栄養＝食事を調整する体制がとられようとしている。医師、歯科医師、看護師、管理栄養士、福祉職、リハビリ職等の専門職には、患者や家族を中心に相互連携を図る真のチームケアが求められている。チームケアではタスク機能を高めるため、マネジメント力、コンピテンシーのある人材の育成が求められており、その根底にはより深い倫理観の醸成が欠かせないことは言うまでもない。今後の更なる研鑽に期待したい。

7. まとめ…“しあわせな”ターミナルへ

貝原益軒の「日本歳時記」には「人は歯をもって命とする故に、歯という文字をよはい（齢）

ともよむ也」と書かれている。

口から食べ、噛むことは、しあわせ長寿生活の第一歩であり、たとえ『美味しいね』といえなくとも、視覚や嗅覚そして口からその食材の持つ季節や強度を感じ、実感することが楽しみであり、生きていることのしあわせだと考える。

今回の改訂で、ようやく口腔ケアの必要性が示されたが、まだまだ現場では摂食・嚥下障害についての誤解や諦めがある。その結果、安易に胃ろう、経管栄養に流れやすい。

ターミナル期の「生活の質」の向上に食事がいかに大切であるか、そのために口腔ケアと摂食・嚥下リハビリテーションがいかに重要であるか、歯科医師が中心となり医師等と連携し、検証・評価していくことが求められている。

人が「死に方を選ぶ」とき、それはそこへ辿り着くまでの「生き方を選ぶ」ことを意味している。一人ひとりの生の総体である死に対して、医療・介護に携わる人々が、まずそのことを認識し尊重して、QOLを高めるターミナルケアを実現していくことを願っている。

*この稿は、『いまからはじめる口腔ケア』（鴨井久一 宮田隆編集 服部安子執筆学建書院2007年）を、加筆訂正をしたものである。

注

- 1) 平成18年介護保険一部改正法、第1条 目的
この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保険医療の向上及び福祉の増進

を図ることを目的とする。

- 2) ホスピス (hospice) とは, ターミナルケア (終末期ケア) を行う施設のこと。1960 年にイギリスで, 末期がん患者に対して積極的治療を行わず, 主としてモルヒネによる鎮痛などの緩和ケアを行う施設がシシリー・ソンドラス女史により始められた。これが, 近代ホスピスの始まりである。ホスピスは生命の量 (寿命) を引き延ばす所ではなく, 生命の質 (QOL) を高める場所であるという共通の理念をもっている。
- 3) 「任意後見契約に関する法律」(任意後見契約法)

自分の判断能力がある間に後見事務をあらかじめ契約で委任しておき, 判断能力が不十分になったときに後見事務を開始してもらい, 合わせて家庭裁判所により任意後見監督人を付してもらうものである。

参考文献

- 1) 新田國夫 (編著) (2010) “口から食べる” を支える—在宅でみる摂食・嚥下障害, 口腔ケア—。南山堂, 東京
- 2) 鴨井久一, 宮田隆 (2007) いまからはじめる口腔ケア。学建書院, 東京
- 3) 村上國男 (2005) ターミナルケア・ガイド。関西介護出版, 泉大津市
- 4) 日野原重明 (1999) 豊かに老いを生きる。春秋社, 東京
- 5) 神谷美恵子 (1996) 生きがいについて。みすず書房, 東京
- 6) ターミナルケア 介護事業者が死と向き合うとき。介護ビジョン (日本医療企画), 2005 年 11 月号
- 7) 河内正広 (2003) トータルケア—事例から学ぶ高齢者介護—。学文社, 東京
- 8) 清田一民 (1991) 正常な「老い」と異常な「老い」。星和書店, 東京
- 9) 中村陽子 (2002) 在宅死における食の援助と医療福祉の課題。公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団研究報告書
- 10) ターミナル期をどう介護しますか?。おはよう 21, 2003 年 3 月号
- 11) ターミナルケア特集。季刊 human 13 巻, 2006 年
- 12) 介護保険制度改正の概要と新しい社会福祉の制度。日本医療企画, 東京, 2006 年
- 13) 大田仁史 (2010) 終末期の介護への遁減 「死の姿」から学ぶケア。中央法規, 東京
- 14) 東京都多摩立川保健所 (2010) 北多摩西武保健医療圏摂食・嚥下機能支援事業ガイドライン。