

人生の最終段階における医療に対する 在宅看護の役割

壬 生 寿 子・日 當 ひ と み

要 旨

人生の最終段階における医療に対する選択肢も多様化してきている。人生の最終段階における医療は、高齢者だけではなく、子どもから全年齢層の人々を対象とし、人生のQOLに焦点をあてた「人生の最期までその人らしく生きること」を前提にした考え方が重要である。人々の生死の問題を支える医療モデルから、その人の住む地域でどのように誰と生活するかを見据えた生活支援・家族支援を含む生活モデルを重視し、医療・看護・福祉と生活を統合するケアが求められてきている。そして、療養者にとって最善の医療が受けられるように、在宅での看護実践を通して、療養者の尊厳を守ることにつながる意思決定の支援などを家族とともに考え、支援していくことが在宅看護の果たす役割であると考ええる。

I. はじめに

近年、医療技術の進歩に伴い、人生の最終段階における医療への対応や選択肢も多様化してきている。厚生労働省は1987年以来、概ね5年毎に全5回にわたり、人生の最終段階における医療に関する意識調査を実施し、検討を重ねてきた。1993年からは国民および医療従事者等に対して、その結果に基づき課題を整理してきた。そして、2007年には「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定した¹⁾。また、「人生の最終段階における医療」の呼称についても、1987年から1998年までは「末期医療」の名称が使われ、2004年以降は「終末期医療」と変更された。さらに、2012年に成立した社会保障制度改革推進法（第6条第3項）²⁾「個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」を参考に、人生の最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目し、幅広

く医療およびケアを提供することに重点を置くことが望ましいとし、「人生の最終段階における医療」と名称を変更した。そして、これまでの調査において、家族との話し合いが全くされていない者の割合が過半数を超えていることや意思表示の書面、事前指示書等の作成に関する事などが今後の検討課題とされた。また、国民の死亡場所は自宅死亡が減少し、医療機関の割合が8割近くまで達した。しかし、多くの国民は住み慣れた環境の中で最期を迎えたいと希望していることも明らかにされた³⁾。また、人生の最期の時期の過ごし方や療養する場所についての国民の希望は様々である。しかし、本人がどのような治療を選択するのか、医療のみならず、どこでどのように誰と過ごしたいかという生き方に対する考え方を踏まえて支援していくことが重要であると考ええる。そのための在宅医療は重要視され、それを支えるための在宅看護のニーズも高まってきている。

本稿は、住み慣れた環境の中で提供する、在宅看護について概説し、人生の最期の時を過ご

したいと希望する人々に対する在宅看護の果たす役割について考察する。

II. 在宅看護の概念

1. 在宅ケアと在宅看護

「在宅ケア」とは療養者の生活の場での活動である。疾病や障がいをもつ療養者や家族に対して、生活している場で、包括的な保健・医療・福祉サービスを提供し、健康の保持・増進・回復や療養者本人が望む人生の最終段階への支援を目的とする活動である。在宅ケアを支える柱が在宅看護であり、在宅医療や福祉との連携・協働のもと在宅ケア活動が展開されている。

「在宅看護」とは自宅療養生活を送る人々への看護活動である。療養者とその家族それぞれの生活の質（QOL）の維持・向上を目的としている。在宅看護は自宅で暮らす人々への看護を包括する概念である⁴⁾。生活の自立を目的に、年齢や障がいの有無、国籍を問わず誰でも受ける権利がある社会資源のひとつである。在宅での看護を受けるには一定の条件が設けられ、在宅ケアの一翼を担うものである。（図1）

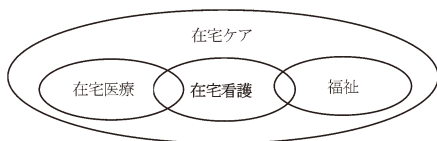


図1 在宅ケアを支える3本柱

2. 訪問看護

「訪問看護」とは訪問看護制度に基づいた看護の提供であり、在宅看護実践の主要な活動手段として展開され「保健師・助産師・看護師の有資格者が訪問して看護する活動であり、在宅や地域その他施設等に出向いて行う看護の方法である」（日本看護協会訪問看護検討委員会、1990年）、「疾病または負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の

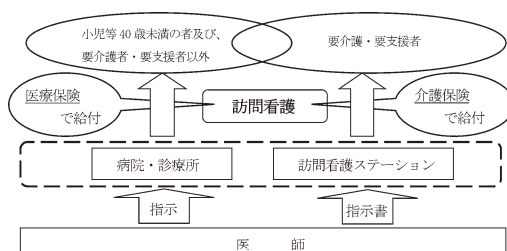


図2 訪問看護のしくみ

世話または必要な診療の補助をいう。介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護非保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。」（中医協、2011年）訪問看護は医療機関や訪問看護ステーションなどが活動の拠点となり、看護活動を展開している。

「訪問看護ステーション」とは住み慣れた自宅で療養生活を送れるように医師や他の医療関係者、ケアマネージャーなどと連携し、看護を提供する事業所であり、訪問看護事業所ともいう。1991年に老人保健法の改正により老人訪問看護制度が創設され、地域で暮らす高齢者への看護の拠点となる事業所として老人訪問看護ステーションが誕生した。医療法も改正され、「居宅」も医療提供の場に位置づけられた。さらに1994年には対象を高齢者に限定せず全年齢層に対して訪問看護が提供できる訪問看護制度が創設され、訪問看護ステーションの名称で活動することとなった。2000年には介護保険制度が施行され、訪問看護は医療保険制度と介護保険制度の双方で提供されている。活動する看護師を訪問看護師と呼んでいる。（図2）

3. 在宅看護の対象

在宅看護の対象は療養者とその家族である。対象となる療養者をライフステージから見ると妊産婦（胎児）・小児から高齢者・終末期まですべての年齢層が含まれ、障がいの程度から見

ると人工呼吸機など医療機器を装着する高度の医療・看護が必要な人々を対象とし、疾患の種類から見ると一般的な身体疾患・精神疾患・難病など多種多様な疾患を持つ人々が含まれる。

4. 在宅看護が提供する看護内容

在宅看護は保健師助産師看護師法に基づき、在宅療養者が必要とする「療養上の世話」および医師の指示による「診療上の補助」を行う。また、すべての年齢層を対象とすることや生活の場での看護の提供であり、生活支援の視点を踏まえた上での看護の提供も行う。看護を提供する際は身体面・心理面・社会面の安定のみならず、その人の生き方を尊重し、その人らしく生きていけるような支援も必要である。

5. 施設内看護と在宅看護の相違

在宅看護は療養者の生活の場で提供されるため、施設内看護とは異なった特徴をもっている。どちらも24時間対応であり、切れ目のない看護を提供している。(表1)

年5月には「終末期に関するガイドライン」～よりよい終末期を迎えるために～が全日本病院協会から発表された⁵⁾。これらのガイドラインのポイントは病態や対象の個別性を重視し、患者・家族・医師・看護師等の関係者との合意形成のもとでのケアが提供されることが基本であることが示されている。従来のがん患者を対象としたケアの考え方から、その対象が拡大し、慢性疾患、難病、認知症等多様な疾患を含めて対応する必要がある。

在宅看護を推進するための活動の手段としての訪問看護は病院と同様に「療養上の世話」「診療の補助」であるため、医師の指示のもとに活動する。訪問看護制度として、医師の訪問看護指示書が必須であり、訪問看護師は訪問看護計画書を作成し、毎月療養者の状態について訪問看護報告書を記載し、報告することになっている。医師との連携は不可欠であり、さらには地域での活動には保健師、社会福祉士、介護福祉士、ケアマネージャー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など多職種の連携は重要な要素である。

III. 在宅における看護実践への考え方

1. 専門職種との合意を基盤とした考え方

厚生労働省は2007年5月に「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」(改訂2015年3月)を示した⁴⁾。2009

2. 看護実践に必要な要素

1) 治療の選択と看護の機能

人生の最終段階における医療を実践するには、病態や対象の個別性の重視を基に患者・家族・医師・看護師等の関係者とのチームでの合

表1 在宅看護と施設内看護の比較

項目	在宅看護	施設内看護
病状の特性	病態がほぼ安定、ケアが主体	病態がほぼ不安定、ケアが主体
緊急時の対応	緊急時の対応が時に不十分	医療者が常時対応はでき速やか
看護の関わり	訪問時直接的看護、電話相談など間接的、教育的ケア	常時直接的看護 教育的ケア
患者の主体性	指導は受けるが自分で選択	施設の基準を守りながらの生活
家族の対応	常に家族と共に生活 家族の負担が大きい	家族と別の生活、面会のみ 主に施設スタッフが対応
場の主導者	療養者本人、家族	施設・医療機関の従事者

意形成のもとでのケアが提供されることが基本である。看護を実践して行くには看護師としての責務を全うし、治療への根拠を持った判断、看護倫理を遵守するとともに、チーム内で意見をのべ、療養者・家族にとって最良の選択ができるために、チームで合意形成することを促進する役割がある。療養者・家族の治療への選択の迷いや辛さ、苦しさに対して、療養者・家族が発する言葉に耳を傾け、療養者が大切にしているもの、望んでいることに意識的にかかわり、言語化することでチームでの情報の共有ができる。日常にかかわることの多い看護師はチーム内での橋渡しの役割があり、療養者・家族にとってQOLの維持・向上につながる。人生の最終段階にある療養者は身体的・精神的・社会的な激しい痛み、自立・自由を奪われることによる自尊感情の低下など、さまざまな苦痛・苦悩を体験する。このように、療養者の思いや心情を受け止める立場にある看護師は専門職業人のケアリング能力を高める事が望まれている。ケアリングとは、レイニンガー (Leininger)⁶⁾によると「人間としての条件もしくは生活様式を改善したり、高めようとする明白なニーズあるいは予測されるニーズを持つ個人あるいは集団を援助したり、支援したり、あるいは能力を与える事を目指す行為である」と示し、看護師は全人的苦痛（身体的・精神的・社会的・霊的苦痛）の中にいる療養者について、その人がどのような人なのか、求めていることは何なのか、知識だけではなく、倫理的・道徳的要素、あるいは態度、感性が重要になる。療養者である他者の痛みを看護師は思いやりをもち、責任、コミットメントを通じて、信頼関係の構築に努め、痛みをわかることに専念する立場をとり続けることが必要である。療養者・家族が人生最期の希望を育む場を「自宅」と選択したならば、希望に添える場を創り出すことも必要である。

人生の最終段階における医療を支えるために、療養者・家族そして医療・福祉従事者に対する教育があげられる。生と死の問題は、死が

間近になってから考えるのではなく、「死の準備教育(デス・エデュケーション)」という形で、日常的に自分の生と死について考える事の出来る機会を提供することも看護師の役割である。

2) 家族看護の重要性

家族看護とは「家族がその家族の発達段階に応じた発達課題を達成し、健康的なライフスタイルを維持し、家族が直面している健康問題に対して、家族という集団が主体的に対応し、問題解決し、対処し、適応していくように家族が本来もっているセルフケア機能を高めること」と定義されている⁷⁾。家族看護は家族とともに過ごす生活の場での活動であるため、療養者の生きる意味や目的を家族に伝え、家族がもつ考えや感情を効果的に伝える力や関係性を維持しようとする力などを見出し、その力が増すように家族を看護することが重要になる。それぞれの家族には共に過ごした「歴史」がある。その家族の過去・現在・未来の時間軸の中で、看護師はわずかな時間での関わりではあるが、療養者を含めた家族を一つのまとまりとして捉え、療養者の人生の最終段階を、分かち合う時間を大切にする関係性の中で、家族看護は重要である。家族看護を提供する場という視点で見た時、在宅ケアを提供する地域や病院、施設等さまざまな場での看護の提供になる。そして一つの家族の形成から終末までの家族周期に応じた看護の対象は、あらゆる看護の領域を網羅している⁸⁾。在宅看護は全年齢層を対象としての実践であるため、学際的な意味合いの強い家族看護学を学ぶことは、療養者・家族の主体性を育むことにつながる。

3) 意思決定への支援

人生の最終段階における医療のあり方を「国民的合意」を必要とする課題を最終的な目標とし、1999～2001年に「高齢者終末期医療の自己決定実現のための介入的研究」が長寿科学総合研究事業（厚生科学研究補助金）として実施された。これは、国民的議論を喚起するきっかけとなり、今後の人生の最終段階における医療

に対する自己決定実現に向けてのたたき台としての提示があった⁹⁾。

在宅看護は全年齢層を対象としていることから、意思決定に関しては、高齢者のみならず、小児に関しても検討する必要がある。民法に規定されている15歳未満の子（民法961条）で遺言能力を有しない者や15歳以上であっても、未成年の療養者に対する意思決定に関しては、療養者の親権者である家族も含めての対応が必要である。15歳未満の「小児終末期患者に対する治療方針の決定」に関しては、2012年4月、日本小児科学会が「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」を公表している¹⁰⁾。このガイドラインは子ども、保護者および医療スタッフが、子どもの適切な医療と保護を受ける権利を擁護し、子どもの気持ちや意見を最大限尊重した上で、子どもの最善の利益（best interest of child）を判断し、治療方針を決定するとしている。今後も緩和ケアやグリーフケアの在り方について検討を続けるほか、医療や社会状況の変化に応じ、ガイドラインの改訂・更新に引き続き責任を持って取り組む考えであることが示されている。

意思決定について、諸外国を見ると、アメリカにおいては、持続的植物状態となり、将来意識を取り戻す可能性はないと判断され、生命維持装置がはずされ、その後も9年間生き続けた「カレン・アン・クイラン事件」をきっかけとして、持続的植物状態になった場合には、生命維持装置による延命医療を拒否する人々が増え、死生観が多様化し始めた。その後1976年には、「カリフォルニア州自然死法」が制定され、この法律には「成人が末期状態になった時に、生命維持装置を中止するか取り外すように、医師に対して文書をもって指示する書面を作成する権利をカリフォルニア州は認める」と明記された。この法文にある書面を「リビングウィル：Living Will：LW」といい、世界で初めて法制化された。さらに、1983年には「カリフォルニア州医療のための持続的委任権法」が制定、

知的精神的判断能力が無くなった後の自分の医療について、事前に医師に指示しておくための意思表示の文書を含め、総括して「医療のための事前指示（アドバンスディレクティブ：advance directive for medical care）」と呼ぶようになった¹¹⁾。そして、1991年12月連邦政府の法律として「患者自己決定法」（Patient Self Determination Act：PSDA）が制定された。この法制化により、連邦政府から診療報酬を受けている医療機関では「自己決定権」についての患者への教育が義務づけられた¹²⁾。このような背景をもとに、アメリカ看護協会においても、看護師は患者・家族に終末期に関する選択をするための情報提供を促進する責任があるとし、教育プログラムが組まれ、看護師の「自己決定権」における役割についての指針が示された¹³⁾。また、蘇生拒否指示（Do Not Resuscitate Order：DNR order）を事前に書面として作成もしている。この事前指示（Advance Directive：AD）は治療方針に特化して、指示する患者本人の「自律的な」意思決定を尊重するものではあるが、患者の判断能力があっても、将来のあらゆる状況を想定して指示することには限界あることや患者が家族と治療の希望について話合っていないなど、いくつかの課題も指摘されている¹⁴⁾。さまざまなADの限界が指摘されたことから、ADに欠けていた、患者と家族、医療従事者を含めた、包括的プロセスを重視した「事前医療・ケア計画（アドバンス・ケア・プラン：Advance Care Planning：ACP）の考え方が発展してきた¹⁵⁾。「事前ケア計画」「患者の意思決定支援計画」などと呼ばれている。生命倫理百科事典¹⁶⁾によるとACPとは①将来受けたい医療やケア、受けたくない医療やケア、②自分の代わりに医療やケアの決定をしてもらいたい人の指名、③希望する看取りの場所、④患者本人の価値観や思想信条、宗教に基づく希望を具体化することを目標にしている。ACPはアメリカで行われたが、カナダ、北ヨーロッパ、オーストラリアでは2002年にオース

チンヘルス病院で始めた¹⁷⁾。また、スウェーデン、オランダ、フランスについては2001年、医療経済研究機構において、要介護高齢者の終末期における医療に関する、終末期ケアの実態、また高齢者ケアの方針を決定するための自己決定プロセス等の調査研究を実施している。その調査では、死期が近づいた場合の対応については、いずれの国でも施設・ケア付き住宅などの看護師や介護スタッフが最期まで必要なケアを提供し、死の看とりができ、病院へ転送することは少ないと報告されている¹⁸⁾。意思決定に関しては、オランダは医師に対しての意思表示は明確であり、心肺蘇生に関するガイドラインが作成され治療方針に反映され、1993年「埋葬法」が制定された¹⁹⁾。

わが国での意思決定に対する動きとして、1976年「日本尊厳死協会」が設立され²⁰⁾ 自らの死のあり方を選ぶ権利を社会に認めてもらう事を目的に活動し「リビングウィル」を発行しているが、すべての人が人生の最期まで尊厳ある「生」を保てるように、法制化に関する事については、国レベルで十分な論議をし、検討を重ねる必要がある。また、療養場所に関しても住み慣れた自宅を「人生の最期を過ごす場所」と希望していても家族への負担感や死への恐怖感などのために、その思いが叶わない現状がある。人生の尊厳を尊重し、希望を育む場としての自宅での療養生活は、今後ますます必要とされ、在宅医療・看護・福祉が連携し、地域包括ケアシステムとして関わっていくことが求められている。このような状況の中で、人生の最終段階を支えるための看護実践で中核になる意思表示への支援は、療養者が自らの人生を主体的に判断することに、看護師として、そのプロセスに寄り添うことが役割である。そこには本人のみならず、家族を含めた関わりが必要であり家族への看護は在宅看護を推進していくための大きな要素となる。

3. 生命の質・人生の質（QOL）を意識した看護の重要性

高齢社会の到来と慢性疾患の増大に伴い、人生の最終段階における医療の在り方が模索されている。この状況の中で、従来のがん患者の疼痛・症状管理に焦点をおいた「緩和ケア」や終末期に特化した「ターミナルケア」の用語が使われてきた。人々の価値観にも変化が表れ、緩和ケアやターミナルケアを内包する新しい概念として「エンド・オブ・ライフケア」という言葉が生まれてきた²¹⁾。この用語の意味は「終末期医療だけでなく、時間的継続性と関係性の中で、肯定的に人生を意味づけ、その人のコミュニティの視座を含む新たなケアの概念」とされ、その特徴は、患者中心のケア⇒その個人中心のケア、病院中心の医療システム⇒地域包括ケアシステム、医療者優先型インフォームド・コンセント⇒情報提供合意形成型ケアプランニングなどパラダイムのシフトを挙げている²²⁾。また、2016年7月、日本エンドオブライフケア学会が設立され、趣意書には「エンドオブライフケアとは、すべての人に死は訪れるものであり、年齢や病気であるか否かに問わず、人々が差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考え、最期までその人らしい生と死を支えること、ならびに生と死を見送った家族が生きることを支えるケアである」と示している²³⁾。意思決定の支援はエンド・オブ・ライフケアの概念に基づいた看護実践の中核となり、この考え方は前述の「ACP」が基盤にある。ACPとは、長江によると「将来の意思決定能力の低下に備えての対応プロセス全体のことであり、患者の価値をはっきりさせ個々の治療選択だけでなく生き方を含めた全体的な目標を明確にさせること。すなわち意思決定を支えていくケアのプロセス」と示している²⁴⁾。

長寿国である我が国の人生の最終段階における医療は、高齢者だけではなく、子どもから働く盛りまであらゆる年代を対象とし、80年、90年と生きることを前提に、人生の最終段階

に向けた生き方を考えることが重要となる²⁵⁾。そのためには、人生の最終段階における医療の問題を医療モデルから、その人が住む地域での生活支援・家族支援を含む生活モデル（コンフォートケア：comfort care）を重視し、医療と生活を統合するケア（integrated care）ととらえることが必要である。この考え方は、今後求められる地域包括ケアシステムを目指した在宅ケアの考え方である²⁶⁾。「地域包括ケアシステム」は2011年の介護保険の見直しで組み入れられ、尊厳の保持と自立支援を目指し、住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制を整えることとされている。第1次ベビーブーム世代の俗称としての「団塊の世代」が後期高齢者になる時点である「2025年問題」として打ち出された施策の一つである。実践のためには、個人のライフステージに焦点をあて、生活、いのち、人生という時間軸でとらえることが重要であり、個別性を重視し、主体的に生きることを支えるために、その人の生きる力を意識的に引き出すケアが大切であり、このことが、QOLの維持・向上につながる。

4. 高齢者の人生の最終段階における医療の考え方

高齢者人口が急増しつつある現在、高齢者の尊厳をもって最期まで生きられるような援助のあり方が注目されつつある。高齢者に対する実践上の課題・方策の必要性が提示されている現状の中で、2002年、厚生労働省から「高齢者介護研究会報告書」²⁷⁾が出され、サブタイトルとして「高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」と提示があった。そして、その実現のために介護予防・リハビリテーション、可能な限りの在宅生活の保証、さらには新たなケアモデルの確立とサービスの質保障の視点の提言がされている。しかし、高齢者の尊厳を保つための大きな要因である「高齢者の自己決定権の保証」についての具体策は明確に出されていない。ま

た、2002年「日本老年医学会」の報告に「高齢者の終末期の医療およびケア」に関して、人生の最終段階は高齢者の生活の質の維持・向上に最大限の配慮がなされるべきとある²⁸⁾。

高齢者の人生の最終段階における医療の目的を「わが国に生活するすべての人は、人生の最終局面である死を迎える際に、個々の価値観や思想・信仰を十分に尊重した最善の医療を受ける権利を有する」としている。そして「人生の最終段階の医療」は普遍的な問題であり、意義深い課題であるが、一般の高齢者が人生の最終段階に何を望んでいるのかに関しては、あまり知られていない現状であると表明している²⁹⁾。また、QOLの意義への明確化や高齢者が求める延命治療のあり方を明らかにすることが求められ、自らの人生の最終段階に関する治療への考えを示す意思決定についても、話題となり始めてはいるが、まだ十分に知られてはいない³⁰⁾。さらに持続植物状態や認知症など、知的能力や意思疎通能力が障害された高齢者の増加に伴い自己決定の問題は代理人としての家族の問題を含めて、早急な解決を迫られている³¹⁾。その後、2012年にも「日本老年医学会立場表明」がされ、この表明では「高齢者は複数の疾病や障害を併せ持つことが多く、また心理・社会的影響も受けやすいために、その終末期の経過は極めて多様である。そのため臨死期に至るまでは余命の予測が困難である」と示されている³²⁾。さらに、高齢者自身がどのように判断し、本人の意思をどのように反映させ、予後予測などの家族への指導等、現実的な課題として取り組んでいく必要があると明示している。そこには、高齢者自身が人生の最終段階に対して、どのように考えているかが前提になる。また、専門機関との連携、システムの構築は重要な課題であり、今後、人生の最終段階のあり方を明らかにしていくことは、高齢者の尊厳ある生き方につながる。人生の最終段階に関しては「死」に関わる問題でもあるため、わが国の文化的背景から話題にすることは少なく、高齢者にとっ

ては敬遠されがちでもある。しかし今後、日本の文化に即した「情報開示」と「同意」の基での「意思決定」のあり方を明らかにすることも期待される。高齢者の健康問題をみると、複数の疾患を抱え、認知機能も低下してくる。しかし個人差も大きいため、人生の最終段階における医療については多様なケアのあり方が課題であり、多職種のそれぞれの立場での判断や倫理観が求められる。高齢者を取り巻く関係者との合意形成の推進が必要不可欠である。

IV. 考 察

1. 人生の最終段階における医療を支える 在宅看護の役割と機能

長寿社会であるわが国の人生の最終段階における医療の在り方については、長年、意識調査を実施し、課題の検討を重ねてきた。その経過の中で、人々の価値観の多様化や治療方針の選択に積極的に関わり、意識も変化してきていることから「自分らしい生活をしたい」と自宅での療養を希望する人々が安心して在宅療養を選択できるような在宅医療・在宅看護の提供はQOLの尊重につながるものと考ええる。そして、この在り方は医療機関のみならず、地域で生活する場で包括的に提供されなければならない。そして、在宅で人生の最期を迎える事を選択した時、重要なことは、療養者の思い、痛み、苦しみを看護職自身の心の鏡を通して、鋭く察知できるケアリング能力を身につける事が求められる。患者の援助には知識だけではなく、それをどのように駆使するかという技術が必要であり、看護職自身が人生を辿る中で、喜びや悲しみ、苦しみを体験することで、他者の苦しみを鋭敏にキャッチする感性を育むことになると思われる。そして、信頼関係の構築は、療養者の根本的な苦痛の源に迫ることになり、苦痛の緩和につながるものと考ええる。その関係性の中で、療養者のもつ能力を信じ、死という絶望の淵にあっても、主体的に行動がとれるように支え、

援助することが大切である。たとえ命の灯火が消えかかろうとしても、療養者の残された力を信じ、人生の最期まで意味ある存在として生き抜く勇気と希望を育むことにつながるものと考ええる。看護職は、これまで、死のプロセスについて教育を受け、さまざまな死の対応への経験をしている。また、身体的ニーズのみならず、家族へのケア、意志決定の支援、身体的・精神的・社会的支援、倫理などについても幅広く学習を積み重ねている。今後も、看護職自らの生涯教育の中に、人生の最終段階に関わる教育内容を充実させて行くことも必要であると考ええる。ヴァージニア・ヘンダーソンは、看護の役割を「看護の独自の機能は、病人であれ健康人であれ、各人が健康あるいは、健康の回復（あるいは平和な死）に資する行動をするのを援助することである。その人が必要なだけの体力と意志力と知識とをもっていれば、これらの行動は他者の援助を得なくても可能であろう。この援助は、その人ができるだけ早く自立できるようにしむけるやり方で行う」と述べている³³⁾。看護としての役割を看護職自身が常に認識し、他職との連携などを踏まえる事が大切である。広い視野でのケア提供にはチームでの支援が重要であり、その中で、看護職はパートナーシップを発揮することも、人生の最終段階を支える要素であると考ええる。また、これからの社会を支えていくには、医療・看護、福祉サービスと連携を図り、包括的なシステムの確立が必要不可欠である。

看護職は、病院、施設、在宅、地域など、様々な場で活動している。その活動の中で、「人生の終末期に関する教育」「死の準備教育」は重要である。医療・看護にはケアの「提供者」とケアの「受容者」の二つがある。ケアの受容者のみでなくケアの提供者にも浸透させていくリーダー的な役割を担っていくことが、求められていると考える。

2. 意思決定に対する支援

人生の最終段階における医療に対して、「自分のことは自分で決める」という意思決定の考え方が主張されるようになって来た。意思決定について考えた時、生死と直結している延命治療の是非について考えさせられる。延命治療については、人間としての尊厳を保ち、死を迎える権利を侵しているという観点から、人権問題を含めて、検討課題の一つであると考ええる。本人の意思を尊重し、意向を確かめるため、全国の数箇所の大学病院などでも「過剰な延命治療拒否の申請書」「蘇生術を行わない要望書」などを作成し、活用している施設もみられている³⁴⁾。今後、ますます延命治療のあり方、さらには対応についての対策が重要になっていくことが考えられる。医療の進歩に伴い、延命治療については「延命治療をしながら生きていく生き方」と「延命治療をしないで生きていく生き方」のどちらを選択するか権利についても論議がされている。しかし、この権利を認める一方で、人権を無視した治療などがされることのないような検討も必要と考える。人権を尊重すると同時に、その権利を自分自身で決定できる動きが起きて行くことも、生き方の一つにつながるものと考ええる。今後、ケア提供者である医療従事者側も延命治療や人権に対する学びを深め、延命治療に対する、社会的なコンセンサスを獲得していく必要があると考える。

意思決定のためのADやLW、ACPなどは、アメリカ、オーストラリアなど諸外国では浸透しつつある。しかし、諸外国で実施されてきた方法がそのまま、わが国の風土に適應するとは限らず、また、わが国は生命倫理、社会保障、医療経済、法的基盤、文化的背景など多くの点で諸外国とは相違があり、今後、社会制度まで広い視野での検討が必要になってきている。従来の視点は、医療者が人生の最終段階をどのように扱うか、また療養者・家族とどう接するかなどが中心であった。これからの対応については、その主体が療養者自身であることをふまえ、

考え方、意識を正しく把握し、自ら決定し実行に移すアプローチ、人々の潜在力を重視した意思決定に基づいた対応の導入が必要である。2009年に全日本病院協会でもガイドラインを作成し、2011年には「終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究」を実施し、関係法律の必要性について示している³⁵⁾。2016年3月の「終末期医療に関する意識調査等検討会」³⁶⁾の主な意見の中に「ACPを普及させていくことが重要である」と示されている。これまでのADやLWの考えから、地域包括ケアシステムを視野に入れた、ACPの考え方が普及し、これから本格的な動きが起こるものと期待したい。

また、高齢者に対しての対応として、2012年の「高齢者の健康に関する意識調査(内閣府)」によると「介護を受けたい場所」について、「自宅」が34.8%で最も高く、また「最期を迎えたい場所」についても、「自宅」が54.8%で最も高い³⁷⁾。死亡場所については、1950年代は「自宅」が82.5%「病院」が9.1%であったが、1970年以降は逆転し、2009年には「自宅」が12.4%「病院」が78.4%となり³⁸⁾、高齢者が在宅死を望んだとしても、核家族化による介護力の低下などにより、家族での看取りが困難となり、日本における戦前まで根強く残っていた看取りの文化も変化してきているものと考ええる。そして、この現状の中で、高齢者自身も病院死や施設死を受容せざるを得ない状況にあると思われる。このような現実をふまえ、社会福祉の分野でも、1998年頃から人生の最終段階における医療についての論議がされ始めた。高齢者死亡に占める死亡場所別統計によると、2005年は老人ホームなどの施設で死亡した高齢者は2.8%であったが、2013年には7.2%に上昇している³⁹⁾。今後、死亡場所として、住み慣れた施設を希望する高齢者が増え、老人ホームなどの施設が人生の最期を過ごす場所の一つとなることは避けられなくなって来ていると思われる。死亡数の年次推移をみると、1999年には

80 万人であったが、2003 年以降増加傾向にあり、今後 2040 年には、約 167 万人と最高に達すると推計されている⁴⁰⁾。

疾病構造やライフスタイルの変化してきている現状の中で、高齢者の主体性を尊重し、医療・保健・福祉のサービス提供は、今後ますます充実させていく必要があると考える。

3. 家族関係の重要性

人生の最終段階における医療の対応について、家族との話し合いは、特にケアに対する判断を自らができなくなった場合など、事前の家族との話し合いの有無は、意志の尊重、さらには家族への対応の判断に役立つものであると思われる。そこには、家族内におけるキーパーソンが存在が重要であり、人生の最終局面において、家族間での十分な対話は、意義深く、日常的に人生の最終段階における医療についての話し合いができていることは、尊厳ある生き方につながる重要な要素と考える。そして、その話し合いの内容を書面に残すことで、最終的な判断をしなければならない時の指標となるものと考えている。

しかし、日本の社会における家族構成の変化を考えると、家族のない高齢者・高齢世帯の残された配偶者へのケアをはじめ、さまざまな家族形態を有する家族へのケアのあり方も模索して行かなければならないと思われる。

V. 結 論

本稿は、人生の最終段階における医療に対する在宅看護に焦点をあて、考察した。その内容から、そのあり方については、人々の尊厳を尊重する考えを基盤として、医療モデルから生活モデルを意識し、地域包括ケアシステムとしての関わりが在宅看護の役割であることが明らかになった。その対策として、以下の 3 点が結論として考えられた。

1. 人生の最終段階における医療のあり方は

高齢者のみに焦点を当てるのではなく、すべての年齢層が対象になるため、療養者—家族—医療・福祉関係者の三者が連携し、包括的アプローチとしての支援が重要である

2. 家族との円滑な関係は、尊厳ある生き方につながる重要な要素であるため、家族を支援するためのシステムの構築が大切である。
3. 在宅看護を展開するとき、看護職は連携した活動を推進していくためのリーダーとしての役割を担っていくことが求められている。

引用・参考文献

【引用文献】

- 1) 厚生労働省、「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」、2007（改訂 2017 年 3 月）
- 2) 厚生労働省、社会保障制度改革推進法、2012
- 3) 厚生労働省、終末期医療に関する意識調査等検討会報告書、2016
- 4) 石垣和子他編集、在宅看護論—自分らしい生活の継続をめざして—、南江堂、2017、2
- 5) 全日本病院協会：終末期医療に関するガイドライン策定検討会、「終末期に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～」、2009
- 6) 筒井真優美他編集、看護理論家の業績と理論評価、医学書院、2015、179
- 7) 鈴木和子・渡辺裕子著、家族看護学・第 4 版、日本看護協会出版会、2016、12
- 8) (7) 前掲、11
- 9) 内藤通孝、長寿科学総合研究事業 高齢者終末期医療の自己決定実現のための介入的研究、1999～2001 年度：厚生科学総合研究報告書、2002
- 10) 日本小児科学会：倫理委員会小児終末期医療ガイドラインワーキンググループ、「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いの

- ガイドライン」, 2012, 4
- 11) 日本尊厳死協会編, 誰もが知っておきたいリビング・ウィル: 尊厳死の宣言書, 2001, 29-57
- 12) 長江弘子編集, 看護実践に生かすエンド・オブ・ライフケア, 日本看護協会出版会, 2015, 40
- 13) Nursing and the Patient Self-Determination Acts, <http://www.partnershiptorcar.org/Advance/content.html> 29. june.2003
- 14) 患者の意思決定を支える一事前医療・ケア計画 (ACP), <http://www.asahi.com/apital/articles/SDI1201511303804.html>, 2016.11.12
- 15) (14) 前掲, 3
- 16) 生命倫理百科事典翻訳刊行委員会編「ADと事前ケア計画」, 生命倫理百科事典, 丸善, 2006, 1258-1268
- 17) ADVANCE CARE PLANNING INFORMATION SHIET, http://advancecareplanning.org.au/library/uploads/documents/vic/Vic_Advance_Care_Directive_CP.pdf, 2016.12.21
- 18) 要介護高齢者の終末期ケア実態調査, 医療経済研究機構, 2011
- 19)20) 日本尊厳死協会年譜, 1997
- 21)22) (12) 前掲, 2-3
- 23) 日本エンドオブライフケア学会 設立趣意書 2016.7.19, http://endoflifecare.jp/wp-content/uploads/20160719_syuisyo.pdf, 2016.12.2
- 24) (12) 前掲, 28
- 25)26) (4) 前掲, 24-25
- 27)28)29) 厚生労働省, 「高齢者介護研究会報告書」, 2002
- 30)31)32) 植村和正, 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」, 日本老年医学会雑誌, 2004, 45-47
- 33) ヴァージニア・ヘンダーソン著, 看護の基本となるもの, 湯楨ます他訳, 日本看護協会出版会, 2006, 12
- 34) 延命治療と患者の自己決定に関する意見書, <http://www.i.hosei.ac.jp/~narusawa/enmei.htm>.2002.12.1
- 35) 全日本病院協会, 「終末期の対応と理想の見取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究」調査結果概, 2012
- 36) 厚生労働省, 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書, 2016.3
- 37) 内閣府, 高齢者の健康に関する意識調査, 2012
- 38)39) 厚生労働省, 人口動態調査, 2013
- 40) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」, 2012

〔参考文献〕

- 1) 川上嘉明, 高齢者の死にゆく家庭をととのえる終末期ケアの視点, 総合看護, 4, 2000
- 2) 木下由美子, 在宅療養者の最期の場所を自宅に決定する要因, ターミナルケア Vol. 10(2), 2000
- 3) 木下由美子, 家族を看護する, 大分看護科学研究 3(2), 2002
- 4) 武ユカリ他, 終末期医療における自己決定について, ターミナルケア, Vol. 12(1), 2002
- 5) 百瀬由美子, 病院および高齢者施設における高齢者終末期ケア, 日老医誌, 2011
- 6) 森山瑠璃子他, アメリカにおける高齢者をとりまく医療および福祉の状況について, 保健誌雑誌, Vol. 53(6), 2002
- 7) 高宮有介, ターミナルケア—現状と課題—, 日本医師会雑誌, Vol. 129, No. 11, 2003
- 8) 緒方あゆみ, 終末期医療と刑法—生命維持治療の差し控え・中止をめぐる問題を中心に—, 中京大学法科大学院 CHOKYO LAWYER, 2014