

〈研究ノート〉

老年看護学の立場から見るわが国の終末期医療の変遷 —終末期医療に関するガイドラインから考察する看護師の役割—

Changes in Japan's end-of-life care Interpretation from the gerontological nursing :
The role of the nurse to be considered from the guidelines on end-of-life care

長尾 匡子¹

要旨

治療不可能であった疾患や状態が、医学の進歩により治療可能となった。しかし、救命はできても元の状態に回復せず、医療継続によって家族や医療従事者が苦悩する状況を生み出している。人間としての尊厳を守り、自然に死を迎えるべきであると、国民の死生観は変化してきている。急速な高齢化や家族形態の変化と相まり、これらの状況は医療従事者に倫理的課題を提示するようになった。

終末期医療のとらえ方は時代と共に変遷し、それに伴って医療のあり方も変遷する。終末期医療のあり方は、人生の統合期にある高齢者のQOLに直結する問題でもある。わが国の終末期医療の変遷を通して、看護職が高齢者・家族に果たす役割を考察する。

キーワード：終末期医療、延命医療、高齢者、看護の役割、意思決定支援

end of life care, life-prolonging, elderly, the role of nursing, decision support

1. はじめに

これまで治療不可能であった疾患や状態が、医学の進歩により、治療可能となった。しかし、救命はできても元の状態に回復することはなく、医療継続によって家族や医療従事者が苦悩する状況を生み出している。また、経管栄養法の確立により、摂食機能低下になっても、長期に渡る生命維持が可能となったことから、人間としての尊厳を守り、自然に死を迎えること、すなわち、終末期医療についての関心が高まってきている（全日本病院協会病院のあり方委員会, 2007）。

特に高齢者は顕在性・潜在性を問わず、一人で多くの疾患を有することから、死に至る可能性が他の年齢層よりも高い。その意味において終末期医療のあり方は、人生の統合期にある高齢者のQOLに直結する問題である。

急速な高齢化や医療費の高騰、高齢者介護が引き起こす介護殺人の増加（NHK, 2016）は、法的整備や国民の死生観、医療従事者の倫理観など、多くの課題を提示している。

そこで、わが国の終末期医療の変遷を概観し、老年看護学の視点で考察する。これは看護師が終末期医療において、高齢者・家族に対して、専門職として果たすべき役割を考える一助となる。

2. わが国の安楽死をめぐる法的解釈

安楽死が法廷で争われたのは、1949年東京で起きた全身不随で精神的苦痛を有する50代の母親から、「早く楽にして」と懇願された息子が青酸カリを母親に飲ませ死亡させた事件である。東京地裁は嘱託殺人被告事件として「精神的苦痛を取り除くため死を惹起する行為があっても、これを正当行為とすることはできない」との判決理由（稲葉, 2003）で、息子に懲役1年、執行猶予2年を科している。

次に1961年愛知県で起こった全身不随と強度の上下肢拘縮による激痛で、「早く死にたい」「殺してくれ」と苦しみ叫ぶ50代の父親に、息子が有機燐殺虫剤を混入した牛乳を飲ませて殺害した尊属殺人被告事件である。医師から施す術はないと告

1 Kyoko NAGAO 千里金蘭大学 看護学部

受理日：2016年9月10日

げられ、父親への最後の孝養と考えたという。判決は懲役1年、執行猶予3年が科せられたが、名古屋高等裁判所は①不治の病に冒され、しかもその死が目前に迫っていること、②苦痛が見るに忍びない程度に甚だしいこと、③もっぱら死苦の緩和を目的でなされたこと、④病者の意識がなお明瞭であって意思を表明できる場合には、本人の真摯な囑託又は承諾があること、⑤原則として医師の手によるべきだが医師によりえないと首肯するに足る特別な事情があること、⑥方法が倫理的にも妥当なものであること、を安楽死の成立要件として示した(高等裁判所判例集, 1962)。これは「名古屋高裁の六要件」と呼ばれ、この基準が後の安楽死や尊厳死に関する判決でも援用されている。

1976年には日本尊厳死協会が設立されたが、行政や医療提供側は安楽死や尊厳死問題に向き合うことはなかった。

3. 厚生労働省による終末期医療の検討

「医療」とは、医術・医薬で病気やけがを治すこと、「医術」とは診察・治療する技術である、と広辞苑には記されている。20世紀迄は延命が医学の至上命題であり、医術によって多くの人の命が救われてきた。しかし、医術に高度なテクノロジーが加わり、これまで追求してきた延命のための医療、すなわち、1分1秒でも長く生きることが、必ずしも幸福をもたらすとは言えなくなった。

そのことを日本人も認識しているのであるが、死を語ることはタブーであり、公の機関が旗振りをして何かを提示することは困難だったと推測する。しかし、がん末期の苦痛対策やホスピスケアへの国民の渴望が、1990年の「緩和ケア病棟・定額制」の健康保険医療制度の発足(志真, 2004)につながったことから、「終末期ケア」という用語が登場(佐々木, 2012)し、公的議論が始まった。以下に、厚生労働省(旧厚生省含む)検討会およびその報告書について論じる。

1) 末期医療に関するケアの在り方の検討会(昭和62年; 1987年~平成元年; 1989年)

がんを中心に「末期医療の現状」「末期医療のケア」「施設、在宅での末期医療」「一般国民の理解」などを検討している。

「がん末期患者には延命治療よりも人間らしい時を送ることができるよう、精神的ケアを」「住み慣

れた自宅で療養できるように」などの要求が医療機関に向けられていた(厚生労働省, 1989)。1989年の十二指腸乳頭周囲腫瘍(膵がん)による昭和天皇崩御も、がん末期医療に対する国民の関心を高めたと推察する。

1987年の「社会福祉士及び介護福祉士法制定」による国家資格を有する介護職の出現は、看護師の役割とは何かを考える契機になった(望月, 1988)。医師の指示を受けて医療的ケアに終始するのではなく、実践から理論を構築し、体系化を試みる動きが出てきた反面、エキスパートとして専門細分化していく動きもあった。このようにミニドクター化していく中で、療養上の世話がなおざりになり、新職種誕生につながったと危惧する意見もあった(掛橋, 1990)。

いずれは介護職も高齢者終末期ケアに携わることを予測し、看護専門職としての死生観の醸成や看護倫理に基づいた対応、介護職との連携の必要性が報じてられている(掛橋, 1990)が、老衰死に関する記述はどこにも見当たらなかった。がん看護が注目を浴び、非がん疾患や老衰への認識は低かったと言える。

2) 末期医療に関する国民の意識調査等検討会(平成5年; 1993年)

主に「末期医療に対する国民の関心」「苦痛を伴う末期状態における延命治療」「患者の意思の尊重とリビング・ウィル」「尊厳死と安楽死」など、回復見込のない末期患者へ医療についての意識を調査し、検討している。会議では痛みを伴い、治る見込の無い死期が迫っている場合を「痛みを伴う末期状態」、持続的植物状態で治る見込が無いと診断された場合を「治る見込の無い持続的植物状態」と限定して議論している。

背景に1991年に起こった、50代の末期がん患者に塩化カリウムを投与した東海大学安楽死事件や、日本医師会が回復する見込みのない重症末期患者への治療差し控えや中止を容認する見解を示したことがある(日本医師会第三次生命倫理懇談会, 1992)。この中で「末期医療」とは、患者が近いうちに死が不可避とされる疾病や外傷によって病床に就いてから死を迎えるまでの医療を指し、その期間は人によって異なるが6カ月程度、あるいはそれより短い期間のものとしている。

「回復する見込の無い」の定義が不明確であることが指摘できるが、脳死という概念が一般国民に

はまだないため、「持続的植物状態」と表現されていることは興味深い。

病气中心の看護から健康中心の看護、科学的思考力や倫理的判断力が求められ、看護系大学が増加していったのもこの頃である。1992年の「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」成立、1994年の大学基準協会において看護学教育に関する独自の大学設置基準が制定されたことが背景として挙げられる。

老人訪問看護制度が発足し、高齢者医療や訪問看護も注目され始めたが、看護師の関心は依然としてがん看護であったと推測する。

3) 末期医療に関する意識調査等検討会(平成9年; 1997年~10年; 1998年)

末期医療に関する意識調査を実施し、「末期医療における国民の意識の変化」「国民と医療従事者との意識を通じて見た末期医療」「適切な末期医療の確保に必要な取り組み」などを検討している。

1996年、国保京北病院において40代の末期癌で昏睡状態の患者に、医師が筋弛緩剤を投与するという安楽死騒動が起こった。また、1997年の「臓器の移植に関する法律」制定により、脳死、安楽死や尊厳死への関心が高まった。

調査では「安楽死」を、本人の自発的な要請により医師が医療的方法で死に至らすこと、「尊厳死」を本人の自発的意志で延命医療を中止し、人工呼吸器等の医療機器を用いた医療処置に頼らずに寿命がきたら迎えることのできる死(自然死)と定義している。調査では、国民の68%が延命治療を否定しているという結果が出た。

専門看護師や認定看護師が誕生し、看護の専門分化が促進された。専門看護師は「がん看護」「精神看護」「地域看護」の3分野が認定を開始している。認定看護師は「救急看護」「皮膚・排泄ケア」「集中ケア」「緩和ケア」が認定を開始し、「がん化学療法」「がん性疼痛看護」「訪問看護」「感染管理」分野が特定された。依然、がん看護への関心が高いが、介護保険開始を睨み、看護師の活動の場が地域に広がるということ、うかがうことができる。

4) 終末期医療に関する調査等検討会(平成14年; 2002年~16年; 2004年)

終末期医療に関する意識調査を実施し、「患者に対する説明と終末期医療の在り方」「末期状態における療養の場所」「癌疼痛療法とその説明」「終末

期医療体制の充実」などを検討している(厚生労働省, 2004)。

2001年、川崎協同病院で、医師が50代の患者の気管内チューブ抜管後に筋弛緩剤を投与して死亡させていたことが明るみになった。医師が脳死状態と説明し、家族が気管内チューブ抜管に同意したとされている(稲田, 2012)が、家族の誰と、いつ、どのように説明したかのカルテ記載がなく、薬剤使用の説明、患者が死に至ることを説明していなかった(川崎協同病院における「気管チューブ抜去、薬剤投与死亡事件」についての内部調査委員会, 2002)。

外部調査委員会は日常的に医療現場で遭遇する問題であることを指摘し、要因の多くは日本の病院に潜在的に存在すると述べ、組織医療の問題点や解決策を検討している(川崎協同病院「気管チューブ抜去、薬剤投与死亡事件」外部評価委員会, 2002)。すなわち、医師のパターンリズムの存在、インフォームド・コンセントのプロセスの重要性、医療現場でのコミュニケーションシステムの構築とチーム医療の実践である。

この事件を背景に検討会は、がん末期患者や治る見込みのない持続的植物状態の患者を想定した医療のあり方を議論している。そして、医師は他の医療関係者と共に患者・家族の要望を踏まえ、適切な時期に適切な方法で、病名や病気の見通しを説明すべきと報じている。また、医師は看護師等他の医療関係者と協力して患者・家族の不安の軽減にあたること、終末期医療に関わる医療関係者へのコミュニケーションやこころのケアに関する研修・教育の充実が必要としている。

意識調査では、リビング・ウィルを国民多数が賛成するも法制化への賛成は少ないこと、延命医療の不開始・中止や判断基準の不明確さから多くの医療関係者が悩んでいることが明かされた。そして、医療の不開始・中止に関する手続きを専門学会や医療機関、医師会等が協力してガイドラインを作成し、国が支援すべきとしている。さらに、非がん高齢者の増加を想定した終末期医療の在り方も、議論・検討すべきと結んでいる。

本検討会には、2名の看護職が委員として参加している。これは検討会始まって以来の画期的なことであり、終末期医療における看護師の存在の重要性が認められたことと、期待の大きさと考える。

看護師の視点から、高齢者の終末期医療の認識や死生観についての研究も行われている(吉田ら,

2004; 勝間ら, 2002)。また岡田ら (2001) は在宅終末期医療を支援する看護師の対応について論じ、児玉ら (2001) や二重作ら (2000) は、家族の心のケアについて報じるなど、看護師の果たす役割についての知見が散見できる。

5) 終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会 (平成18年; 2006年~19年; 2007年)

2006年に生じた射水市民病院での人工呼吸器取り外し事件を契機に、尊厳死に関するルール作りが求められ、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン 解説編」(終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会, 2007) を策定した。

射水市民病院の事件では、意識がなく回復の見込みがない50~90代の患者7人 (5人は末期がん)のうち、1人は家族を通じて本人の同意が得られており、6人は家族の同意が得られたとカルテに記されていた。また、道立羽幌病院で2004年に90代患者、2006年に和歌山県立医科大学付属病院紀北分院で80代患者の人工呼吸器を取り外すという、治療中止事件が起きている。

道立羽幌病院の事件では、家族が医師に治療停止を要望したとあるが、その過程での手続き等が不明であること、人工呼吸器を取り外しただけの「消極的安楽死」といわれる延命措置停止であることも医療界に衝撃を与えた (読売新聞, 2004)。和歌山県立医科大学付属病院紀北分院での事件は、家族の「自然に亡くなる方法を取ってほしい」との強い要望から呼吸器を外したという (朝日新聞, 2007)。

延命治療停止は明確な基準がないまま、多くの医療現場で行われている実態があることは、先述の川崎協働病院の外部評価委員会報告書でも述べられている。そのため、刑事事件として立件された医師に対して多くの医師が同情したと同時に、医療現場は動揺し、不安は広がった。

これらの事件を機に、延命医療の不開始・中止に関するガイドラインの作成を期待する声から、適切な情報提供と説明に基づいて患者が医療従事者と話し合い、患者本人による決定を基本とすることや、終末期医療の内容は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ことなどが提示された。

本ガイドラインは、生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死を対象とはしていない。「患者に

とって」「最善の治療」とは何かを患者・家族、医師、看護師やソーシャルワーカー等の医療従事者が、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断して作り上げるプロセスに意味があるとしている。また、現場が困らないように法的整備する必要性を指摘している。

公的ガイドラインを作成したことは評価できるが、医師が刑事訴追されない基準は明示していない。また手続きが中心で、終末期の定義がなく、延命治療中止の対象疾患も明示されていない。

ガイドラインを現場で活用するための体制作りも必要であるが、「終末期医療に組織的に取り組んでいる」病院は27.7%、「『尊厳死の宣言書(リビング・ウィル)』を病院として受け入れる体制にある」は14.9%との報告がある (全日本病院協会病院のあり方委員会, 2007)。松島の調査でも、意思表示できる患者の治療方針決定時に「患者のみに確認」とした施設は0.8%、「患者とは別に必ず家族の意向も確認」は48.7%で、「日本の医療現場は患者の意思が二の次だ」と、患者の意思を尊重する医療スタッフの教育の重要性を説いている (松島, 2007)。

本検討会にも看護職は参加しており、看護職の参画が一般化したと考える。そして、意思決定に看護師がどのように関わるべきかという研究が増えてきている (佐久間ら, 2007; 田木ら, 2006; 佐々木, 2004)。

6) 終末期医療のあり方に関する懇談会 (平成20年; 2008年~22年; 2010年)

終末期医療の意識調査を行い、「終末期のあり方を決定する際のプロセスの充実とリビング・ウィルについて」「終末期医療に関する患者・家族と医療福祉従事者間の情報格差」「終末期医療体制の整備と医療福祉従事者に対する知識の普及」「緩和ケアについて」「家族ケア・グリーフケア」を検討している (終末期医療のあり方に関する懇談会, 2010)。

調査結果は、リビング・ウィルの法制化については賛否が分かれ、医師は前回調査時より法制化を望む回答が増加している。また、終末期医療に対する悩みや疑問を全医療福祉従事者の8割が有していた。そして、自然に死が迎えられる、苦痛を和らげる医療・ケアを望む者が増加していた。

すでに医師会や日本救急医学会、全日本病院協会がガイドラインを策定し、現場への普及活動をしていることから、「患者・家族に対する相談体制

整備と活用」「医療福祉従事者と患者・家族が話し合える機会の確保」「医療福祉従事者への教育の充実」「終末期のあり方を健康な時から家族で話し合うこと」「そのための国民の終末期医療への関心を高める取り組み」の必要性を報告書として記している。

看護の視点からは、高齢者が望む終末期についての調査（深澤ら，2010；石井，2008；山口ら，2008）や高齢者が終末期に医療者に望むことを明らかにした研究（木村ら，2008）が行われているが、調査対象が比較的元気な高齢者であるため、全国国民対象の懇談会実施の意識調査と結果に大きな違いはない。しかし、家族への意思決定支援（日野，2009；石田ら，2008）という実践的な知見も示されており、看護師が高齢者の終末期医療において意思決定に参画するという認識は、高まってきていると言える。

7) 終末期医療に関する意識調査等検討会（平成24年；2012年～26年；2014年）

1987年から1998年までの検討会は、主に痛みを伴うがん末期患者、治る見込みのない植物状態の患者を想定した議論であったことから、「末期医療」と称した。2004年以降は高齢による身体衰弱、非がんについての議論の必要性から、「終末期医療」と称した。今回から、2012年成立の社会保障制度改革推進法の第六条三に「医療の在り方について（中略）人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる」とあることから、「人生の最終段階における医療」に名称を変更している。

検討会は、国民に改めて意識調査を行い、今後の方向性等を取りまとめている。その調査結果は、事前意思表示書の作成は国民の7割以上が賛成としているが、実際に作成しているのは3%で、書面の法制化には消極的な意見が多かった。

書面作成の理解と行動が乖離する理由として、遠い存在としてとらえていること、今しなくてもその時にすれば良いという感情（木部ら，2013）があると考えられる。また、「治療方針は家族で話し合った結果を尊重する」が最多回答であることから、書面内容と家族の考えとの齟齬が生じることへの恐れがあると推察する。家族に従うという日本文化（山口ら，2008；Bitoら，2007）、実行の多くを他者に担って貰う高齢者が自分の意思を押し通すことの難しさ（清水，2012）も理由と考える。

希望する療養場所は、医療機関や介護施設が多

かった。過去の調査では6割近くが自宅を希望していた（小谷，2014；内閣府，2012）が、前回調査（終末期医療のあり方に関する懇談会，2010）でも自宅療養は「実現困難」と最多回答だったことから、独居世帯や老老介護の増加、コミュニティの崩壊（大内ら，2013）が、現実的判断に向かわせたと考える。

医療従事者に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の活用状況を問うているが、「ガイドラインを知らない」が最多回答で、「参考にしていない」も一定数存在していた。各学会等が作成しているガイドラインの活用状況も同様であった。ガイドライン普及には何らかの施策が必要なのかもしれない。

また、人生の最終段階における医療に関する教育・研修の実施については介護老人福祉施設で約60%、病院で約30%で、十分とはいえない状況であった。関心はあってもセンシティブなものだけに何を、どのように教えるべきかという教育内容の不明瞭さ、研修講師確保の難しさがあると考えられる。

看護の視点では武藤ら（2012）が、高齢者に人工呼吸器装着による延命治療についての意識を調査しており、人工呼吸器装着の延命について過半数が希望しないと回答し、看護師には患者・家族が意思決定できるような情報提供と、情緒の安定を図るケアの提供を必要だと論じている。また、木部ら（2013）は高齢者の臓器移植に対する意識調査の中で、書面に残す機会がない現状を明らかにしている。検討会調査で事前意思表示書の作成がわずかだったとの結果もふまえ、今後、看護師の関わり方も含め、検討していく課題と考える。

そして、土井（2011）は終末期の在宅高齢患者への経管栄養に対する訪問看護師の倫理的ディレンマを述べ、医師によって終末期の栄養補給についての考え方が異なること、老年医学会の経管栄養についてのガイドラインの現場での活用が進んでいないこと、を問題提起している。一方、山崎ら（2013）は日本救急医学会ガイドラインに基づいた終末期の判断時に、看護師が実施した家族の意思決定支援のあり様を報じている。

在宅での看取りの看護支援（小倉ら，2014；三浦ら，2012；矢嶋ら，2012）や、不安を抱える家族への支援（片山ら，2012；久松ら，2011）、終末期患者への看護の内省（寺谷，2014；岡崎ら，2012）、急変時の意思決定に際して看護師が果たす役割の考察（吉田ら，2014）など、看護師が高齢者

の終末期医療を積極的に支援している姿もみられる。

また、病院ではなく特別養護老人ホームで最期を迎える家族に関する文献（永田ら，2014；田中ら，2011）もある。2009年から介護報酬に看取り加算がついたことから、施設で最期を迎えるという選択肢が加わり、看護師の終末期医療での活動が拡大したと言える。

そして岡本（2014）は、非がん高齢患者の終末期に対する看護師の意識調査で、在宅や施設での看取りだけでなく、病院での看取りも充実させる必要があると指摘している。そして、非がん疾患への看取り加算がつかないことや医師の理解不足などが病院での看取り推進の障壁になっている現実を示している。

4. 学会等によるガイドライン

2007年以降、学会等もガイドラインを作成している。厚生労働省のものと共通部分が多く、学会分野に特化した具体的な内容である。

1) 日本集中治療学会「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告 平成18年8月28日」

集中治療を行っても救命不可能な場合の治療の進め方を勧告している。

ここでは、終末期を「不治かつ末期」の状態としており、「治療の手控え並びに治療の終了は、原則として患者自身の意思に基づいて検討されるべきもの」「その実施にあたっては医学的な妥当性と家族の同意が必須の要件」「その過程においては透明性を維持し、診療録に適正な方法で記載すべき」としている。

終末期の定義が不明瞭であり、治療のみが述べられていて、ケアやチーム医療について触れられていない。

2) 日本救急医学会「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）平成19年11月5日」

救急医療における「終末期」とは、突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対して適切な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫っている状態とし、次の①～④のいずれかの状況と示している。①不可逆な全脳機能不全（脳死診断後や脳血

流量低下の確認後なども含む）と診断された場合、②生命が新たに開始された人工的な装置に依存し、生命維持に必須な臓器の機能不全が不可逆であり、移植などの代替え手段もない場合、③その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても数日以内に死亡することが予測される場合、④悪性疾患や回復不可能な疾病の末期であることが、積極的な治療の開始後に判明した場合。なお、上記の「終末期」の判断については、主治医と主治医以外の複数の医師（以下、「複数の医師」という）により客観的になされる必要がある。

このガイドラインは、脳死、臓器移植について触れており、家族らが積極的な延命を希望しない場合は、複数の医師と看護師らを含む医療チームで、延命措置を中止する方法についての選択を行うとしている。この医療チームとは、複数の医師と看護師を含むとあり、チーム医療のための情報共有に際しては、誰もが読める字で、多職種間で理解される用語・略語を用いて記載することが明記されている。

3) 日本医師会「終末期医療に関するガイドラインについて 平成20年2月」

本ガイドラインでは終末期は多様で、患者の状態を踏まえて医療・ケアチームで判断すべきものとし、終末期医療について定義はしていない。グランドデザイン2007（日本医師会,2007）でも、治療技術の進歩、その内容の多様化から、死亡時点から遡った一定の期間を「終末期」と定義することは臨床現場が混乱するとの懸念から、「終末期」とは何かを決めるわけにはいかないとしている。そして、終末期の判断は、主治医を含む複数の医師を含む医療ケアチームによって行うとしている。この医療ケアチームとは担当医、担当医以外の医師、看護師、ソーシャルワーカー等の医療従事者をさしている。

箕岡（2010）は、「『終末期である』と適切に診断がなされたのであれば人工的水分栄養補給である経管栄養は延命治療になるが、『まだ終末期ではない』と診断された場合には、回復可能性があり救命治療になる」と、高齢者の終末期医療の複雑さを論じている。つまり、高齢者の終末期は一様ではなく、ケースごとに判断すべきというのが本ガイドラインも含めた、一般的な見解である。

4) 日本学術会議「終末期医療のあり方について
－亜急性型の終末期について－平成20年(2008年)2月14日」
終末期は急性型(救急医療等)、亜急性型(がん等)、慢性型(高齢者、植物状態、認知症等)とあり、一律にとりまとめることは難しいため、亜急性型の終末期医療に限定した原則的な考え方を呈示している。

ここでの終末期の定義は、「悪性腫瘍などに代表される消耗性疾患により、生命予後に関する予測が概ね6ヶ月以内」とし、医学的にみて病状の進行が確実であるか否かを判断するとしている。その上で、「患者が何を望むかを基本とした、家族による患者の意思の『推定』を容認し、家族が患者の意思を推定できない場合には、医療チームは家族と十分に話し合った上で、患者にとって最良の治療方針を判断する」とし、「医療側の判断は複数の職種から公平に構成されるチームによってなされるべきであり、記録の適正な管理、透明性の確保は必須の要件である。判断が困難な場合には、施設内倫理審査委員会等に委ねるべき」と示している。

5) 全日本病院協会「終末期医療に関するガイドライン ～よりよい終末期を迎えるために～平成21年5月」

本ガイドラインでは終末期を、①医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること、②患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること、③患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応すること、の3条件を満たす場合と明記している。

終末期医療の開始・継続・中止については、他の医師や看護師等と家族を交えて話し合うとしており、看護師は医療チームの一員として、意思決定を支援する旨が示されている。

6) 循環器疾患における末期医療における提言(JCS 2010)

平成21年～22年に、日本循環器学会、日本移植学会、日本救急医学会、日本胸部外科学会、日本集中治療医学会、日本人工臓器学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本心電学会、日本心不全学会、日本透析医学会、日本脳神経外科学会、日本脳卒中学会、日本麻酔科学会が参加し、

治療適応や中断条件等、超高齢化時代に即した治療体系を提示している。

ここでは、終末期を「循環器疾患の末期状態であり、妥当な医療の継続にもかかわらず、死が間近に迫っている状況とし、循環器疾患の末期状態を「最大の薬物治療でも治療困難な状態」としている。

さらに、循環器集中治療における末期状態と終末期を定義づけるには、単に医学的な観点のみならず、疫学、倫理学、法律、宗教等の極めて広い分野での意見の統合が必要であり、個々に異なる人生観や意欲を理解・尊重しなければならないとしている。そして、終末期といえども数日で死亡するわけではないとし、がん末期治療と同様に、疼痛緩解とQOLの向上を目指すとしている。

医療チームで対応する旨が記されているが、具体的職種についての記載はない。ただ、文脈から看護師が含まれていることに間違いはない。

7) 日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として 平成24年6月27日」

本ガイドラインは終末期に限定したガイドラインではない。加齢に伴う衰えとみれば、人工的营养補給は行わなくても良いとの考えもあるが、行えばしばらくの生が見込まれるのであれば、それを導入すべきとの考えもある。つまり、導入しないことに倫理的問題を感じるのか、導入することに倫理的問題を感じるのか、臨床現場での困惑に対処すべく、本ガイドラインが策定された。

本ガイドラインは医療・介護・福祉従事者たちが、本人・家族とのコミュニケーションを通して、人工栄養補給導入について意思決定できるためのものである。したがって、導入しないと決定した場合は、生命を絶つことにつながり、ここでも看護師は医療ケアチームの一員として、意思決定に大きく参画することとなる。

8) 日本集中治療医学会、日本救急医学会、日本循環器学会「救急・集中治療における終末期に関するガイドライン ～3学会からの提言～平成26年11月4日」

3学会はそれぞれがガイドラインを提示してきたが、①それぞれが想定している対象患者がほぼ一致していること、②終末期の定義とその後の対

応に関して同様な考えを有していること、③複数の提言や指針が存在することは現場や患者、その家族や関係者などや社会に対して混乱と誤解を招く、との認識で一致する（日本集中治療医学会倫理委員会，日本救急医学会救急医療における終末期医療のあり方に関する委員会，日本循環器学会医療倫理委員会，2014）。そこで、3学会による救急・集中治療における終末期の判断や対応について本ガイドラインで示したが、使用への強制力はなく、使用方法は各施設の選択に委ねられている。

終末期の定義は、日本救急医療学会が提示した「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）平成19年11月5日」と同じである。そして、その判断は「主治医を含む複数の医師と看護師からなる医療チームの総意であることが重要」としている。そして、救急初療室に搬送された心肺停止状態の患者や瀕死の重症患者に関して蘇生行為や救命治療を行う、行わない判断などは想定していないことを提示している。

クリティカルな場での看護師役割については山崎ら（2013）が報じているが、高齢者・家族に対する看護師の関わりについては、ますます増大していくであろう。医師の指示を待つのではなく、看護だからできることを考え、実行していく能力が求められると考える。

9) 日本透析医学会「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」(2014年)

透析患者の平均年齢が66.87歳、新規透析導入患者の平均年齢が68.44歳で、通院困難による社会的入院が増えている（日本透析医学会，2010）。透析治療は社会復帰を目指す救命治療から延命治療に変化しており、終末期における透析医療のあり方を提言している。

終末期の定義は、厚生労働省と日本医師会第X次生命倫理懇談会による公的見解に準じるとし、判断に関する記載はない。

この提言でも患者・家族と医療チームとの話し合いを重視しており、担当医師や看護師、臨床工学士等、他の医療従事者や福祉従事者が医療チームとしている。これは、透析通院を福祉職が担っている実態があり、高齢化の進展に伴って福祉職の参画は必要不可欠なものである。看護と介護の連携が、高齢者の終末期医療でのQOLに影響するものと考えられる。

5. 考察

多くのガイドラインで、看護師が終末期医療において医師の次に大きな役割を果たす必要があると見て取れる。看護師が患者・家族に一番長くケアを通して関わることから、他職種がその役割に期待を寄せていると推察できる。しかし、終末期に関する話し合いの場に看護師が同席していない実態（牛田ら，2006）、家族の意思決定に看護師は介入していない（青木，2014；森ら，2012）実態も報告されている。

これまで医師の指示を受けて行動していた看護師が、高齢者・家族の意向をくみ、自発的に医師と対等に話し合うということは、医療現場ではあまり行われてはいなかった。ガイドラインがそのように明記し、社会的に要請されていても、そのような教育を看護師は受けてきていない。代弁者としての役割を果たすことは看護師の倫理綱領（日本看護協会，2003）にも記されているが、看護師が医師に遠慮して、言いたいことが言えない現状が、残念ながら存在する。この状況を改善していくためには、看護師のアサーティブなコミュニケーション能力の向上が必要だと考える。

また、二神ら（2010）は、高齢者の意思を十分推測した上での決定であるのか、を把握すべき必要性を説いている。すなわち、日常的な関わりで表出された些細な言葉、表情、行動などからアセスメントする視点を持ち、記録に残し、意思決定のプロセスを家族とともに歩むことが重要である。これは、高齢者の状況や家族の理解状況を判断し、医師と調整している看護師についての矢野（2015）の報告と同じである。

つまり、これは日常当たり前に行っている看護業務であり、些細なことであっても報告、連絡、相談し、記録に残す重要性を改めて提示している。看護師が終末期医療に関わる意義を看護師自身が認識し、国民や他職種からの期待に応える努力が必要だと考える。

6. おわりに

終末期医療に関するガイドラインから、高齢者終末期医療における看護師の役割を考察してきた。時代と共に医療、特に終末期医療に対する国民の意識は変化している。医療制度および医療従事者の免許制度は社会、すなわち国民からの信頼がな

ければ成立しない制度である。したがって、的確な医学的判断は無論のこと、医療従事者の生命倫理観や専門職としての信念、たゆまぬ努力が不可欠であることは言うまでもない。その上で、時代に即した医療の展開にフレキシブルに対応できる思考と行動が求められる。

その一方で、生老病死と言われるように、生を受けた瞬間から老いに向かい、病の果てに死ぬことは、自然の摂理でもある。手に入れた技術がすべて、人々を幸福にするわけではないということ、我々は過去においても学習してきている。このことをふまえて、人生の統合期にある高齢者とその家族に、看護師はどのような役割を果たすべきなのかを考え続けなければならない。

日本看護協会創立50周年記念式典において、皇后陛下は次の御言葉を述べられている（宮内庁、1996）。

時としては、医療がそのすべての効力を失った後も患者と共にあり、患者の生きる日々の体験を、意味あらしめる助けをする程の、重い使命を持つ仕事が看護職であり、当事者の強い自覚が求められる一方、社会における看護者の位置付けにも、それにふさわしい配慮が払われることが、切に望まれます。

医療が効を無くしても、看護が効を無くすことはない。この御言葉を述べられた当時、終末期医療をめぐる厚生省検討会に看護職はまだ席を得ていない。この8年後、看護の立場から終末期医療についての議論にようやく参画できるようになった。

高齢化は粛々と進み、多死時代を迎えた今日、看護師が果たす役割の重みを自覚し、今後を見据えた看護のあり様を考え、行動していく努力が、ますます求められると考える。

文献

青木頼子. (2014). 意思疎通が困難な高齢者を支える家族の代理意思決定に関する文献レビュー. 富山大学看護学会誌,14(2),131-144
朝日新聞. (2007). 呼吸器外し女性死亡 殺人容疑 医師を書類送検. 2007年5月23日朝刊35面
Bito S, Matsumura S, Singer MK, et al. (2007). Acculturation and end-of-life decision making:

comparison of japanese and japanese-american focus groups. Bioethics, 21(5), 251-262
土井英子. (2011). 終末期在宅高齢患者の経管栄養に携わる訪問看護師の倫理的ディレンマ. インターナショナルNursing Care Research, 10(3), 1-8
深澤圭子, 高岡哲子, 根本和加子, 他. (2010). A地域の高齢者が考える自らの終末期. 名寄市立大学紀要, 4巻, 63-68
二神真理子, 渡辺みどり, 千葉真弓. (2010). 施設入所認知症高齢者の家族が事前意思代理決定をするうえで生じる困難と対処のプロセス. 老年看護学,14(1),25-33
二重作清子, 小幡セイ, 山田秀樹. (2000). 在宅での延命を可能にした要件から示唆された看護の方向性. 臨床死生学, 5(2), 71-79
日野紀子. (2009). 在宅での最期を強く希望して在宅移行後の訪問看護師としてのかかわり. 臨床今治, 22(1), 79-82
久松美佐子, 丹羽さよ子. (2011). 終末期がん患者の家族の不安への対処を支える要因. 日本看護科学会誌, 31(1), 58-67
稲葉一人. (2003). 医療における意思決定 —終末期における患者・家族・代理人—, 医療・生命と倫理・社会 2(2), 34-51
稲田朗子. (2012). 川崎協同病院事件最高裁決定一最(三)決平成21年12月7日刑集63巻11号1899頁以下. 高知論叢, 105, 47-69
石田一美, 大島由紀, 谷暁絵, 他. (2008). 「看取り介護加算」導入に伴う看取りを選択した家族の意思決定要因探求. 日本看護学会論文集 老年看護, 38号, 32-34
石井京子. (2008). 高齢者への死の準備学習を促進するプログラムの実践活動. ヒューマン・ケア研究, 9巻, 53-63
掛橋千賀子. (1990). 看護と介護に関する考察「介護福祉士」の誕生にあたって. 岡山県立短期大学研究紀要, 33(2), 153-163
片山恵美, 成岡里芳, 檜垣志穂. (2012). 一般病棟におけるがん終末期の家族の思い 終末期に至る経過の異なる事例から. 高知赤十字病院医学雑誌, 16(1), 29-34
勝間政男, 犬浦久美子, 市川範子, 他. (2002). アンケートから見た利用者の死生観. 東京都老年学会誌, 9巻, 61-63
川崎協同病院「気管チューブ抜去, 薬剤投与死亡

- 事件」外部評価委員会. (2002). 川崎協同病院における「気管チューブ抜去, 薬剤投与死亡事件」に関する外部評価委員会報告書 医療の民主化と安全文化を育む組織の仕組みと運営 平成14年(2002年)7月31日. <http://dl.cubo-medical.com/dl/62-6fe76aa203557949982cea70498062a8>, 2016年8月12日閲覧
- 川崎協同病院における「気管チューブ抜去, 薬剤投与死亡事件」についての内部調査委員会. (2002). 川崎協同病院における「気管チューブ抜去, 薬剤投与死亡事件」についての調査報告(2002.7.31). <http://dl.cubo-medical.com/dl/63a495930101d5d17ad0b7aefeaef98b0>, 2016年8月12日閲覧
- 木部泉, 阪本恵子, 内山久美, 他. (2013). ある夫婦の臓器移植に対する思い, 看護・保健科学研究誌, 13(1), 17-27.
- 木村千代子, 水木暢子, 山口かおる. (2008). 生命の危機的状況に陥ったとき, 向老・老年期にある患者家族が望む援助 向老・老年期にある人の自由記述内容の分析より. 看護実践の科学, 33(4), 68-72
- 児玉三枝子, 中野みさお, 白井精一郎. (2001). 高齢の難治性狭心症患者の看護をとおして学んだこと 延命を望む家族と重症化していく患者にかかわって, ハートナーシング, 14(6), 573-577
- 厚生省. (1989). 厚生白書(平成元年版)第3章 適正な国民医療の確保. http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1989/, 2014年12月24日閲覧
- 厚生労働省. 終末期医療のあり方に関する懇談会. (2010). 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書 平成22年12月, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yp23-att/2r9852000000yp3k.pdf>, 2014年12月24日閲覧
- 厚生労働省. (2007). 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン 平成19年5月. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>, 2014年12月24日閲覧
- 厚生労働省. 終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会. (2007). 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編 平成19年5月. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11b.pdf>, 2014年12月24日閲覧
- 厚生労働省. (2004). 終末期医療に関する調査等検討会報告書-今後の終末期医療の在り方について-平成16年7月. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>, 平成24年12月24日閲覧
- 小谷みどり. (2014). 介護されることについての意識-主として性差の視点から-. Life Design Report(211), 13-22
- 高等裁判所判例集. (1962). 名古屋高等裁判所第四部 昭和37(う)496, 尊属殺人被告事件. 15(9), 674, http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/053/023053_hanrei.pdf, 2016年7月25日閲覧
- 宮内庁. (1996). 主な式典におけるおことば(平成8年)日本看護協会創立50周年記念式典 平成8年11月16日(土)(東京プリンスホテル). <http://www.kunaicho.go.jp/okotoba/01/okotoba/okotoba-h08sk.html>, 2003年5月28日閲覧
- 松島英介. (2007). わが国における尊厳死の研究 平成19年度 総括・分担研究報告書(主任研究者:松島英介). 厚生労働科学研究費補助金(効果的医療技術の確立推進臨床研究事業), <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD02.do?resrchNum=200634001A>, 2016年7月25日閲覧
- 箕岡真子. (2010). 認知症終末期ケアにおける事前指示書(本人の願望)の重要性和今後の展望. 認知症ケア事例ジャーナル, 3(1), 91-98
- 三浦美穂子, 浅沼義博. (2012). 筋萎縮性側索硬化症療養者と介護者の苦悩と看護支援 侵襲的人工呼吸器を装着した1事例の検討より. 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要, 20(2), 95-107
- 望月弘子. (1988). 看護職は新職種の誕生をどう考えるか. 看護教育, 29(3), 135-141
- 森一恵, 杉本知子. (2012). 高齢がん患者の終末期に関する意思決定支援の実際と課題. 岩手県立大学看護学部紀要, 14, 21-32
- 武藤淳子, 工藤恭子, 舟根妃都美. (2012). 高齢者の人工呼吸器装着による延命治療に対する意識について. 日本看護学会論文集 看護総合, 42号, 249-252
- 永田文子, 佐川美枝子, 水野正之. (2014). 入所者と遺族が病院ではなく特別養護老人ホームでの看取りを選んだ理由. 国立病院看護研究学会誌, 10(1), 2-12
- 内閣府. (2012). 平成24年版高齢社会白書(概要版), <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/gaiyou/index.html>, 2014年12月24日閲覧
- NHK. (2016). 私は家族を殺した~“介護殺人”当

- 事者たちの告白～http://www.nhk.or.jp/dnavig/link/kaigosatsujin/index_a.html, 2016年7月4日閲覧
- 日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会. (2008). 対外報告 終末期医療のあり方について - 亜急性型の終末期について - 平成20年(2008年)2月14日. <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-2.pdf>, 2016年7月4日閲覧
- 日本看護協会. (2003). 看護者の倫理綱領, <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>, 2007年5月28日閲覧
- 日本医師会第X次生命倫理懇談会. (2008). 「平成18・19年度生命倫理懇談会答申 終末期医療に関するガイドラインについて 平成20年2月」. http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227_1.pdf, 2016年7月4日閲覧
- 日本医師会. (2007). グランドデザイン2007 - 国民が安心できる最善の医療を目指して - 各論 2007年8月. http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20070829_1.pdf, 2014年7月24日閲覧
- 日本医師会第Ⅲ次生命倫理懇談会. (1992). 「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告平成4年3月9日. <http://www.arsvi.com/1990/920309et.htm>, 2014年12月24日閲覧
- 日本循環器学会. (2009). 循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2008-2009年度合同研究班報告)循環器疾患における末期医療における提言. <http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf>, 2015年7月25日閲覧
- 日本救急医学会救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会. (2007). 「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)平成19年11月5日」. <http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.pdf>, 2016年8月12日閲覧
- 日本集中治療医学会, 日本救急医学会, 日本循環器学会. (2014). 救急・集中治療における終末期に関するガイドライン～3学会からの提言～平成26年11月4日. <http://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf>, 2015年7月25日閲覧
- 日本集中治療学会. (2006). 「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告 平成18年8月28日」. http://www.jsicm.org/kankoku_terminal.html, 2016年8月12日閲覧
- 日本透析医学会血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ. 透析非導入と継続中止を検討するサブグループ. (2014). 維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. 日本透析医学会雑誌, 47(5), 269-285
- 日本透析医学会. (2010). わが国の慢性透析療法の現況, 2010年12月31日現在, <http://docs.jsdt.or.jp/overview/pdf2011/2010all.pdf>, 2016年7月4日閲覧
- 小倉敦子, 岡本薫, 鳥越真由美, 他. (2014). 終末期を迎える療養者への在宅支援 看取りを可能にする訪問看護の役割. 旭川荘研究年報, 45(1), 76-78
- 岡田美千子, 柏木英里子, 浜尾巧. (2001). ターミナル後期においても延命と苦痛緩和の葛藤を認めた在宅で看取った前立腺がん患者の家族のケアについて, ホスピスケアと在宅ケア, 9(3), 279-281
- 岡本あゆみ. (2014). 非がん高齢患者の終末期を経験した看護師の意識調査. 淑徳大学看護栄養学部紀要, 6号, 61-70
- 岡崎絵里子, 佐藤智子, 土居明美. (2012). 延命治療を望まないALS患者の看護 死に直面した患者への関わりを通して. 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌, 7巻, 220-223
- 大内隆, 井上セツ子, 木村幸生, 他. (2013). 交流会による被災者のメンタルヘルスの向上 人形劇を用いた意欲喚起を目的として. 日本精神科看護学術集会誌, 56(2), 157-161
- 佐々木隆志. (2012). エンド・オブ・ライフケアの概念構成と変遷に関する研究. 静岡県立大学短期大学部研究紀要, 第26号, 29-34
- 佐々木陽子. (2004). 延命治療に関わる家族の意思決定への関わり 急性期病棟における看護のあり方について考える. 臨床看護研究, 11(1), 29-37
- 佐久間美和, 久保裕子, 清家志織, 他. (2007). 終末期医療における患者・家族の意向の不一致がみられた2例. 京都第二赤十字病院医学雑誌, 28巻, 128-133
- 志真泰夫. (2004). わが国におけるホスピス・緩和ケアの歩み—現状と展望—. 緩和ケア白書 2004, 1-9
- 清水哲郎. (2012). 意思決定プロセスの共同性と人生優位の視点—日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」の立場—, Geriatric Medicine, 50(12), 1387-1393.
- 田木久美子, 東めぐみ, 石塚綾子, 他. (2006). 終末期の脳腫瘍患者の家族への看護 カルガ

- リー家族アセスメントモデル・カルガリー家族
介入モデルを用いて. 日本看護学会論文集 看
護総合, 37号, 54-55
- 田中結花子, 石井英子, 松本文恵. (2011). 特別
養護老人ホームにおいて最後を迎えた認知症利
用者の家族の施設に対するニーズ 看取りの事
例 最期まで自己決定を尊重した支援. 医学と生
物学, 155(10), 670-675
- 寺谷はる菜. (2014). 自然な形で逝きたいと言う
エンドステージ患者に対する看護. 川崎市立川
崎病院事例研究集録16回, 5-7
- 牛田貴子, 流石ゆり子, 亀山直子, 他. (2006). Y
県下の介護保険施設に勤務する看護職が捉えた
終末期(end of life)における意思決定の現
状. 山梨県立大学看護学部紀要, 8,9-15
- 山口恵美, 安井かおり, 藤原桂子, 他. (2008).
入院経験のある高齢者が望む死の迎え方 入院
患者, 施設入所者への質問紙調査から. 名古屋
市厚生院紀要, 34号, 25-27
- 山崎直人, 大江健, 佐藤憲明. (2013). 高度救命
救急センターにおける終末期医療に関しての看
護師としての関わり. 日本救急医学会関東地方
会雑誌, 34(2), 412-413
- 矢野真理. (2015). 超高齢者の終末期医療におけ
る家族の代理意思決定に対する看護師の臨床判
断. 日本赤十字九州国際看護大学紀要, 14,1-12
- 矢嶋文野, 塩崎美由紀, 中村里恵. (2012). QOLを
尊重したターミナルケア 在宅復帰を目指した退
院支援に関わって. 健生病院医報, 35巻, 35-37
- 読売新聞. (2004). 羽幌病院患者死亡「安楽死」
に疑問 医師はどこまで検査?. 2004年5月14日
朝刊34面
- 吉田千鶴子, 木内千晶. (2004). M市老人クラブ
員のEND OF LIFEに関する意識調査. 岩手県立
大学看護学部紀要, 6巻, 67-76
- 吉田美里, 長津美雪, 田中敦子, 他. (2014). 神経・
筋難病病棟における急変時意思決定用紙の必要
性 2事例から振り返る. 中国四国地区国立病院
機構・国立療養所看護研究学会誌, 9巻, 75-78
- 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. (2009). 終末期医療に関するガイ
ドライン ~よりよい終末期を迎えるために~
平成21年5月. [http://www.ajha.or.jp/topics/info/
pdf/2009/090618.pdf](http://www.ajha.or.jp/topics/info/pdf/2009/090618.pdf), 2016年7月4日閲覧
- 全日本病院協会病院のあり方委員会. (2007). 病
院のあり方に関する報告書2007年版.<http://www.>
- ajha.or.jp/\voice/pdf/arikata/2007_arikata.pdf,
2016年7月25日閲覧