

第2回 高齢社会を考えるシンポジウム 千葉大学と超高齢社会

千葉大学に生まれた
エンド・オブ・ライフケア看護学

「生老病死と向き合い、どう生きるかを考える」
人々の対話の機会と場を地域社会に創出
するモデル開発の試み



日本財団助成事業
The Nippon Foundation

大学院看護学研究科
エンド・オブ・ライフケア看護学
特任教授 長 江 弘 子
h-nagae@faculty.chiba-u.jp

エンド・オブ・ライフ(終生期)にケアを必要とする人の増加

■長寿・多死

■高齢であること

+慢性疾患の増加

- 多重に疾患を有する
- 病状管理の長期化・複雑化
- 多くは地域で暮らし続ける

日本の死因順位と死亡率（人口10万対）

平成20年

死因順位/ 疾患	総数 (全年代)	65歳以上	80歳以上
1. がん	272.3	966.0	1633.6
2. 心疾患	114.4	573.2	1492.6
3. 脳血管疾患	100.9	401.4	1033.4
8. 腎不全	17.9	75.7	210.6
10. 慢性閉塞性肺疾患	12.3	53.8	139.3

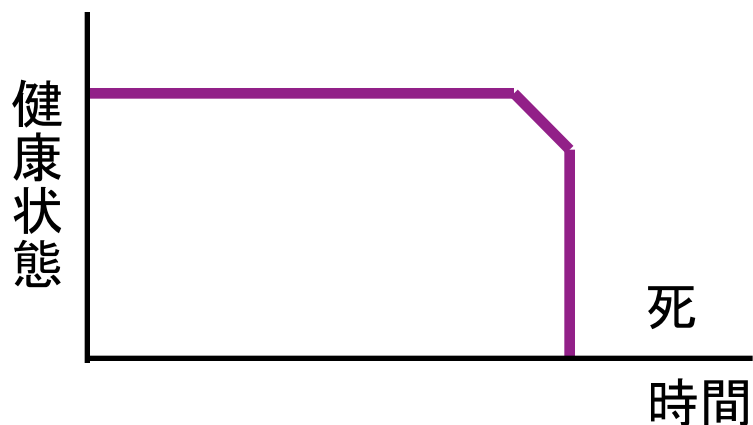
ケア提供する社会的基盤の脆弱化

■若年層人口の減少 ■病院の機能分化＝病院死は×

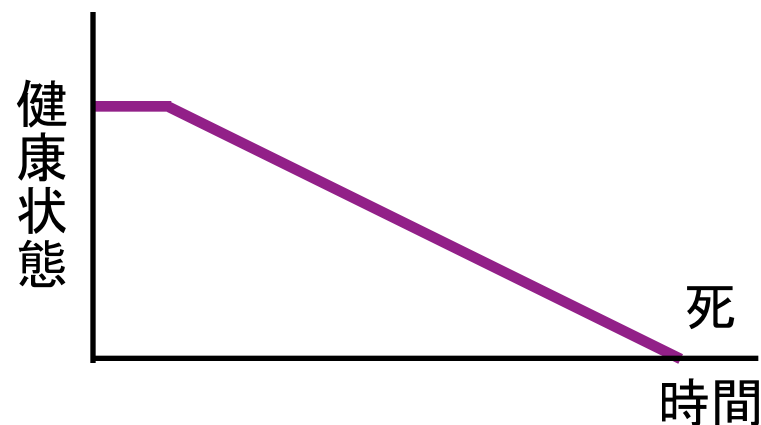
■単独世帯と核家族世帯の増加:家族機能の多様化

医療の変化：医学の進歩・病いと老いによる さまざまなエンド・オブ・ライフ期の多様な軌跡

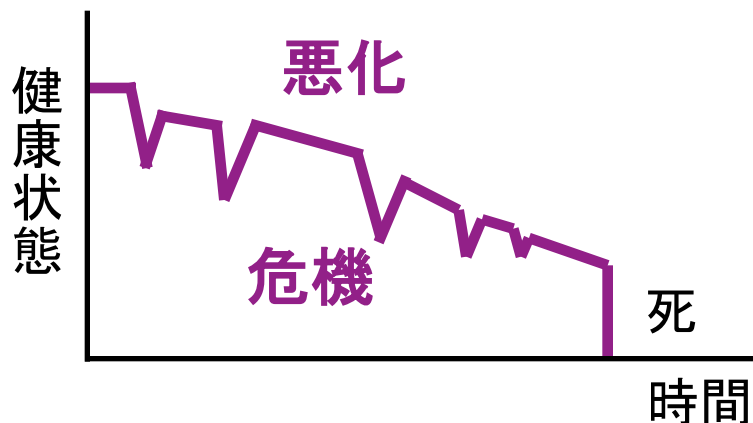
1 突然死、予期せぬ原因



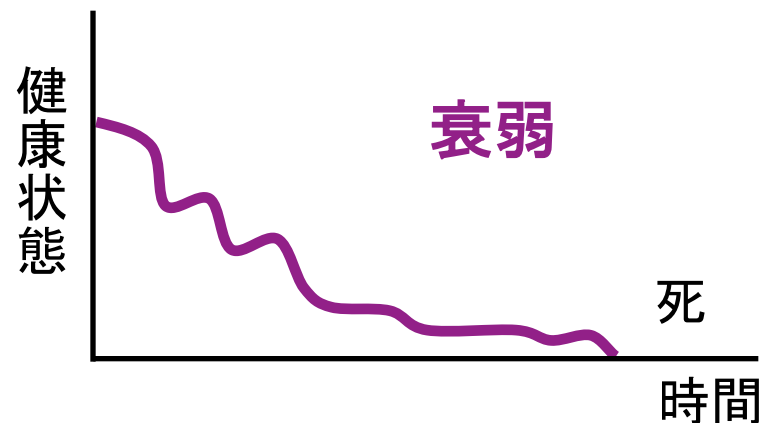
2 着実に向かう短いターミナル期



3 緩慢な悪化、危機の繰り返し

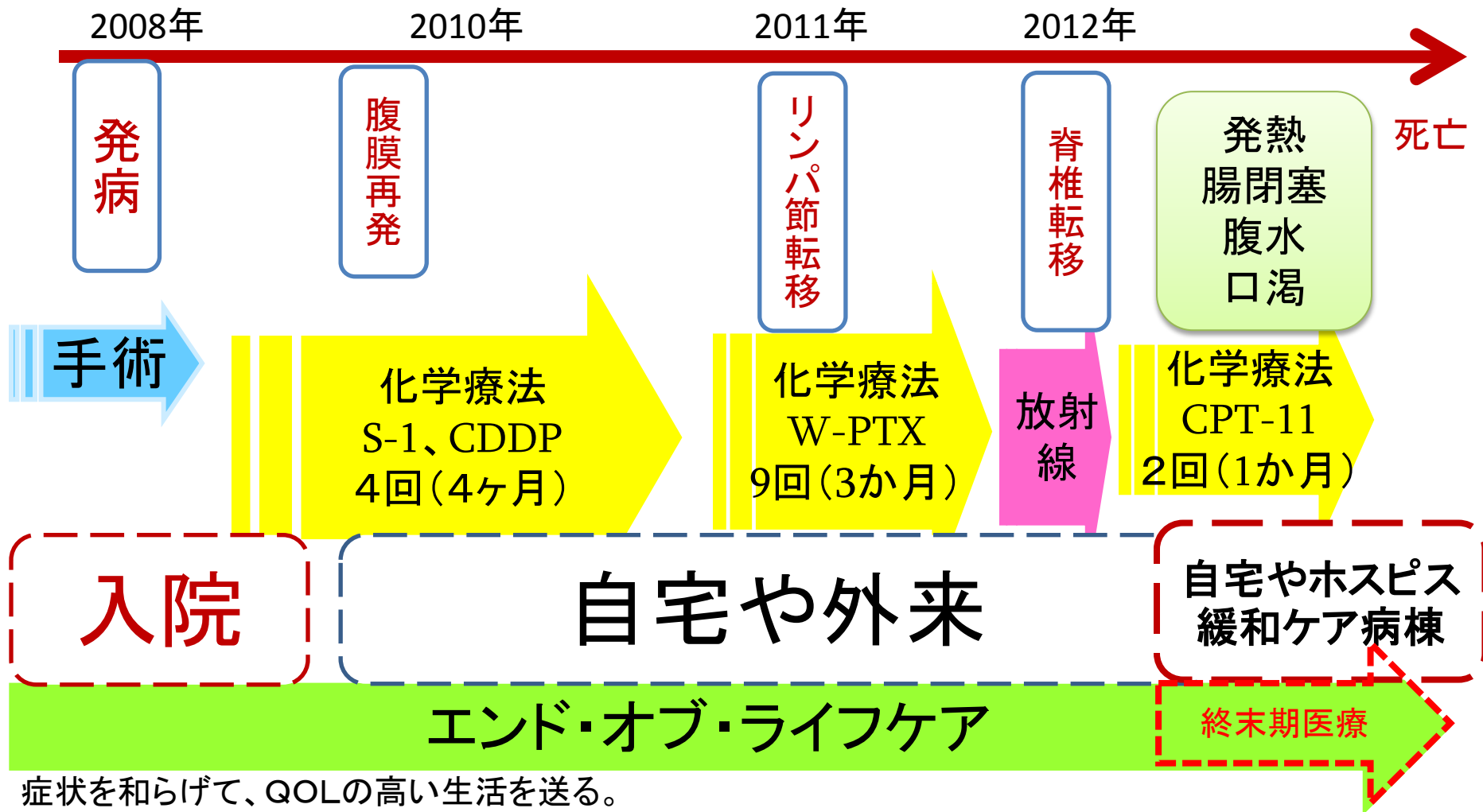


4 衰弱、予期した死



(Field MJ & Cassel CK, 1997; Lunney JR et al, 2003)

診断技術・治療の進歩により、がんでも慢性的に経過する胃がん患者さんの経過



症状を和らげて、QOLの高い生活を送る。

「老いや病いとともに限られた日々をより良い状態で、自分らしく過ごす」自分しかわからない
病気の早い時期に、どう過ごしたいかを大切な人と話をして伝えることが大切、名医も決められない

死を不可避なものと意識することは

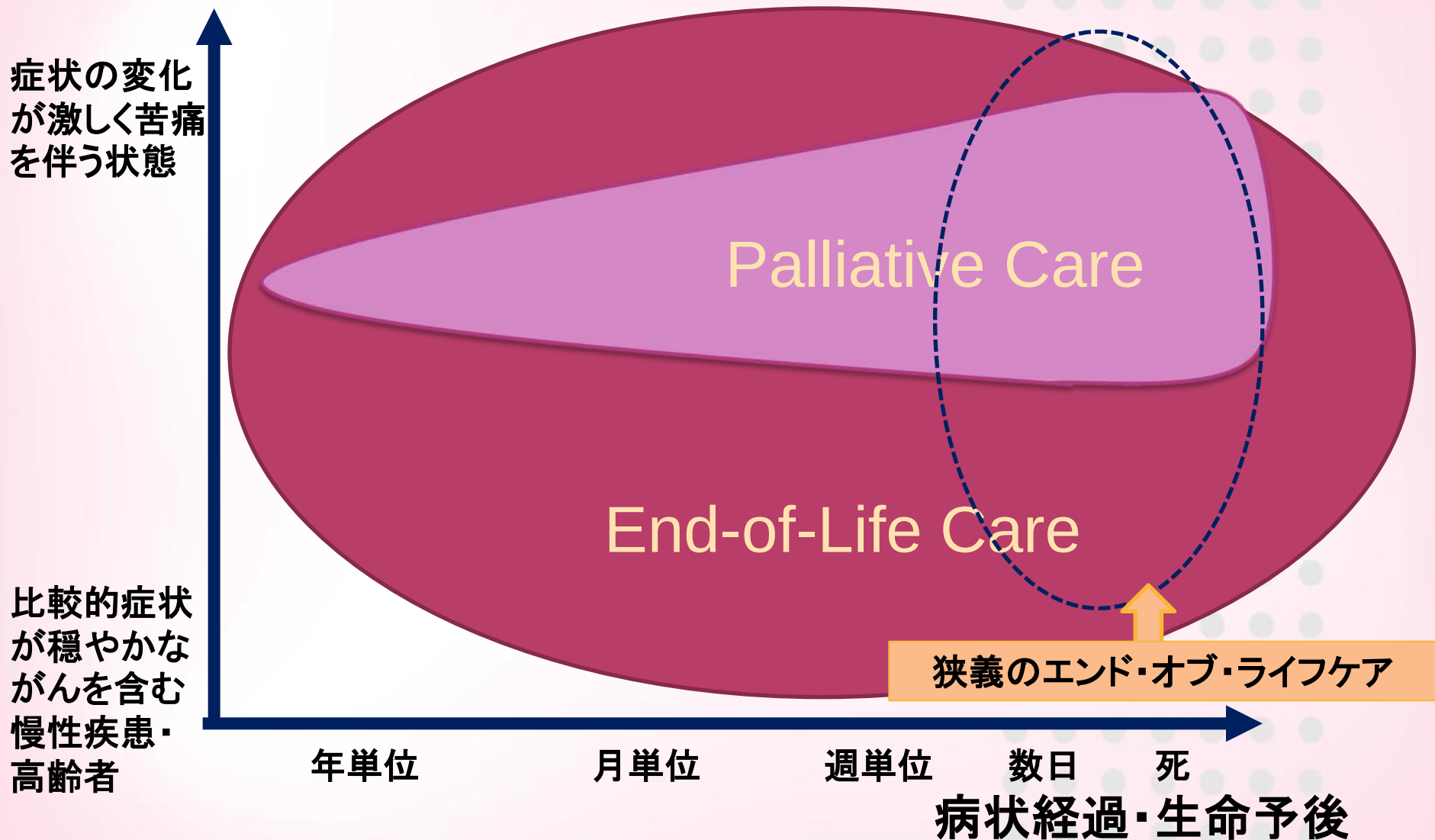
それが1年先のことであれ、3年先のことであれ、いまという瞬間の生を濃密に意識せざるを得ない状況を作り出す。

1日1日が緊迫する。必死になる。

その緊迫感が病いを知らぬ日常の何十倍にも感性を鋭敏にするに違いない

（柳田邦夫「『死の医学』への序章」 1990）

エンド・オブ・ライフケアと緩和ケア



エンド・オブ・ライフケアとは

診断名、健康状態、あるいは年齢に関わらず差し迫った死
あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わる
時点まで最善の生を生きることができるよう支援すること

患者とその家族と専門職者との合意形成のプロセスである
以下の特徴を有している

- 1) その人のライフ(生活や人生)に焦点を当てる。
- 2) 患者・家族・医療スタッフが死を意識した時から始まる。
- 3) 患者・家族・医療スタッフが共に治療の選択に関わる。
- 4) 患者・家族・医療スタッフが共に多様な療養・看取りの場の
選択を考える。
- 5) QOLを最期まで最大限に保ち、その人にとっての良い死を迎えられるようにすることを家族(大切な人)とともに目標とする。

そのためには、病期としてではなく自分の生の一部としてエンド・オブ・ライフについて考え、周囲の人、大切な人と語り合う文化を創り出すことが重要である

H23年度千葉大学COEスタートアッププログラム に採択され、さらにH25年度も継続決定！

生活文化に即した エンド・オブ・ライフケア

慢性疾患患者と家族の生き方を
支えるケアとエビデンスの構築



看護学研究科

増島 麻里子

櫻井 智穂子

和泉 成子

谷本 真理子

池崎 澄江

法経学部

関谷 昇

研究方法と開発するモデルの要件

わが国の実情に合ったモデル構築 多様な当事者からデータ収集し生きた体験を抽出

■ 質的記述的調査（インタビュー調査）

1. **高齢患者・家族**：計 64名 素データ数 4025
(患者 36名、家族 28名)
2. **医療介護関係者**：計 27名 素データ数 230
(10職種：医師、看護師、薬剤師、理学療法士、
作業療法士、栄養士、ケアマネージャー、
介護福祉士、ソーシャルワーカー、チャプレン)
3. **行政関係者ヒアリング**：計 8名
(本研究対象者の居住区域の行政機関)

研究の新規性 多様性を網羅する理論的サンプリング

■ 日本の生活文化に即した**エンド・オブ・ライフ**をナビゲイトする
＝**地域社会や他者との関係性の中で、本人・家族・医療者がどう生きるかを考え、話し合う手がり**となるモデルの構築

- ・ がん・非がん・虚弱高齢者の3類型による比較
- ・ 本人と家族の思いや考えの比較
- ・ 入院・外来・在宅・高齢者施設の比較
- ・ 農村部と都市部との比較
- ・ 米国との比較

エンド・オブ・ライフの時期を時間軸の連続性で考える視座の必要性

最期の医療をどう受けるかに加え、「どう生きるか」を考える契機と共有の少なさ、何を話し合えばいいのかわからない現状、話しにくい話題

高齢者と周囲の人々（家族・医療関係者）が終生期を「どう生きるか」を話し合い、共有を促進するモデルの開発へ

今後の展望

研究継続と拠点形成への発展

エンド・オブ・ライフケアモデルの検証
(研究の継続)

エンド・オブ・ライフをナビゲート
する教育・研究拠点形成

千葉大学で取り組む強み 総合大学で学際領域が多彩 大学病院を中心とした地域・医療施設との連携
看護学研究科:看護実践研究指導センター、エンドオブライフケア看護学分野(国内初)がすでにある。

大型研究費獲得へのチャレンジ

- ・平成25年度 基盤研究(B)2件、基盤研究(C)1件、挑戦的萌芽研究1件 申請中
- ・文科省「地(知)の拠点整備事業(大学COC: Center of Community)」も視野に

エンド・オブ・ライフケアモデルの精練

- ・量的調査による価値観の数量化と一般化可能性の検証

エンド・オブ・ライフケアモデル社会介入の試みと普及

- ・日本に適したACP(話し合い、共有の仕方)の アプローチ方法の具体化
- ・患者と家族が望むエンドオブライフを考え、話し合うために必要な情報提供ツール(冊子、WEB)の開発
- ・研究成果の普及(専門職者、一般市民)

★市民:高齢者、および、40~50代の子ども世代

日本の高齢者のエンド・オブ・ライフをナビゲイトする ケアモデル実践・開発研究拠点の形成

公共政策学

研究

- ・エンドオブライフケアの国内研究の拠点（多職種の医療者、学際的支援チームを研究メンバーとする多角的な視点からの研究）
- ・エンドオブライフケアの国際比較研究拠点

教育

心理学、哲学、教育学部：小中高等学校での「生きるを考える」教育プログラムの開発

- 世代を超えて、市民が学び考える場の提供（社会参加を通じてエンドオブライフを学び他者を知る）
- ・医療者の育成（疾患に対する治療以外に、老化/死に伴い予測される身体的変化と経過を具体的に話し合える医療者）
- ・市民と医療者が共に事例を討論する場の提供
- ・複数機関・多職種間の連携をとれる新たな人材としてのケアコーディネータの育成

大学病院・医学部・薬学部の協力

社会への発信と提言

法学や公共政策学：政策や法整備への提言に向けての協働

- ケアモデル適用事例や当事者の語りの蓄積
- ・エンドオブライフケアに関する知見収集と蓄積（日本・世界の情報はすぐに引き出せるようなシステム）
- ・医療・社会環境の変革への提言（高齢者福祉から生きがいづくりまで幅広く存在する社会・行政制度にエンドオブライフケアの発想としくみを浸透）

工学部：当事者の利用しやすい相互交流型情報システム開発

時代と共に変化するエンド・オブ・ライフに合わせ柔軟に

千葉大学にエンド・オブ・ライフケア看護学が存在する意義

