

一般社団法人 日本エンドオブライフケア学会  
Japan Society for End-of-Life Care  
記念講演会

対談：わが国のエンドオブライフケアをどうすすめるか

市民と専門職が協働する  
エンドオブライフケアの実現と人材育成

これまでと今、そしてこれからの取り組みに必要なこと

東京女子医科大学 看護学部・看護学研究科

老年看護学 教授 長江 弘子

2016年10月23日(土)

# 千葉大学における日本財団委託事業 「領域横断的エンドオブライフケア看護学構築」事業の目的

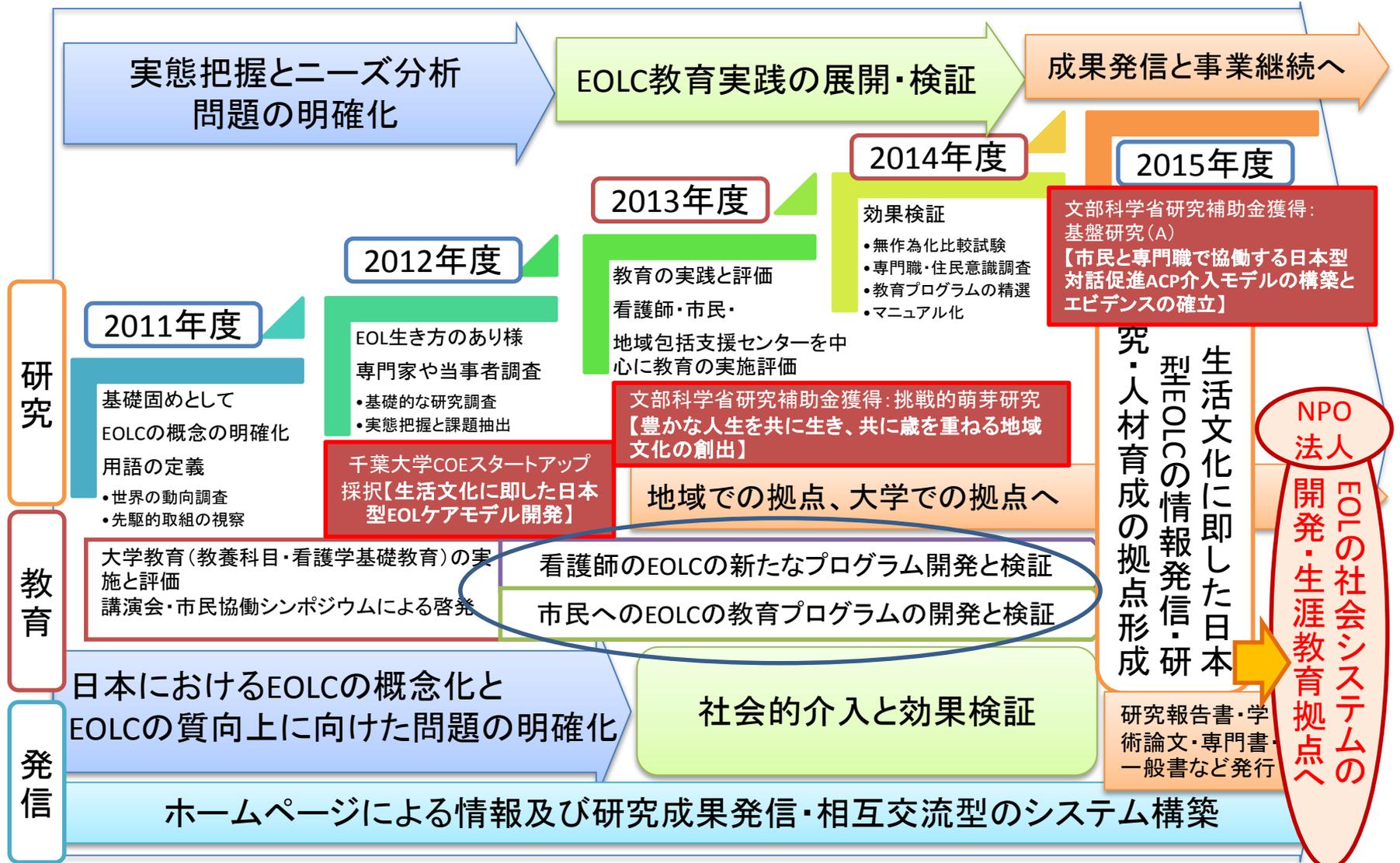
高齢化が進む我が国において、領域横断的なエンド・オブ・ライフケア看護学を構築し、教育と研究を推進することを目的とする。

1. 看護基礎教育課程において生と死について深く学び、死生観を身につけた看護職者の人材育成を行う。
2. エンド・オブ・ライフケア看護学の確立の礎を築くことである。

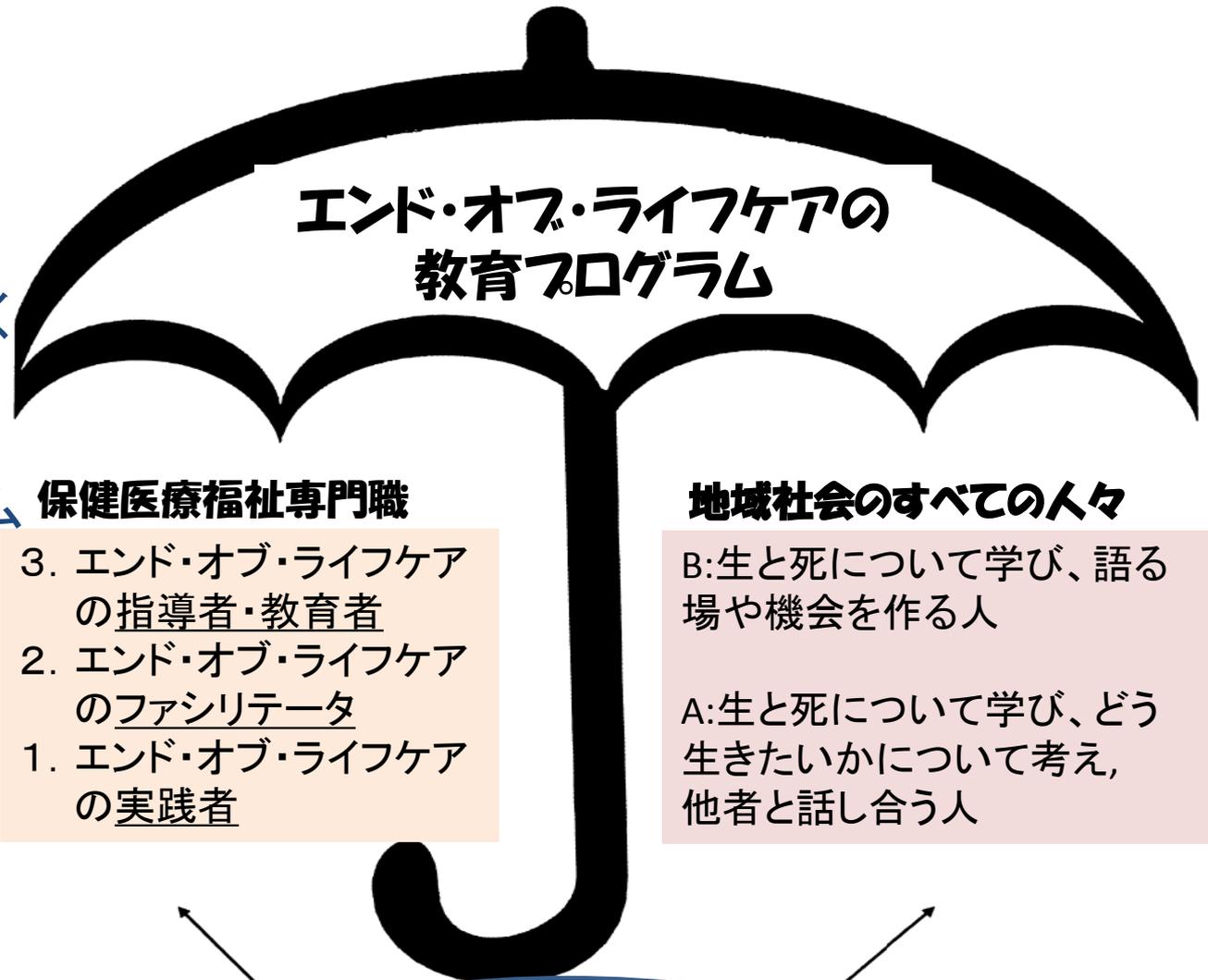


2010年10月からの半年間を準備期間として、  
2011年度より5カ年計画で、3つの柱に5つの事業を展開

# H23年度(2011.4)-H27年度(2016.3)



市民と専門職が  
互いに伝えあって  
両輪となって  
支え合う社会をつく  
るために



## エンド・オブ・ライフケアの 教育プログラム

EOL教育プログラム  
の枠組み

保健医療福祉専門職

3. エンド・オブ・ライフケアの指導者・教育者
2. エンド・オブ・ライフケアのファシリテータ
1. エンド・オブ・ライフケアの実践者

地域社会のすべての人々

B: 生と死について学び、語る場や機会を作る人

A: 生と死について学び、どう生きたいかについて考え、他者と話し合う人

すべての人々が  
どう生きたいかについて  
考えたり話したりする機会  
や場を持つ

# 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

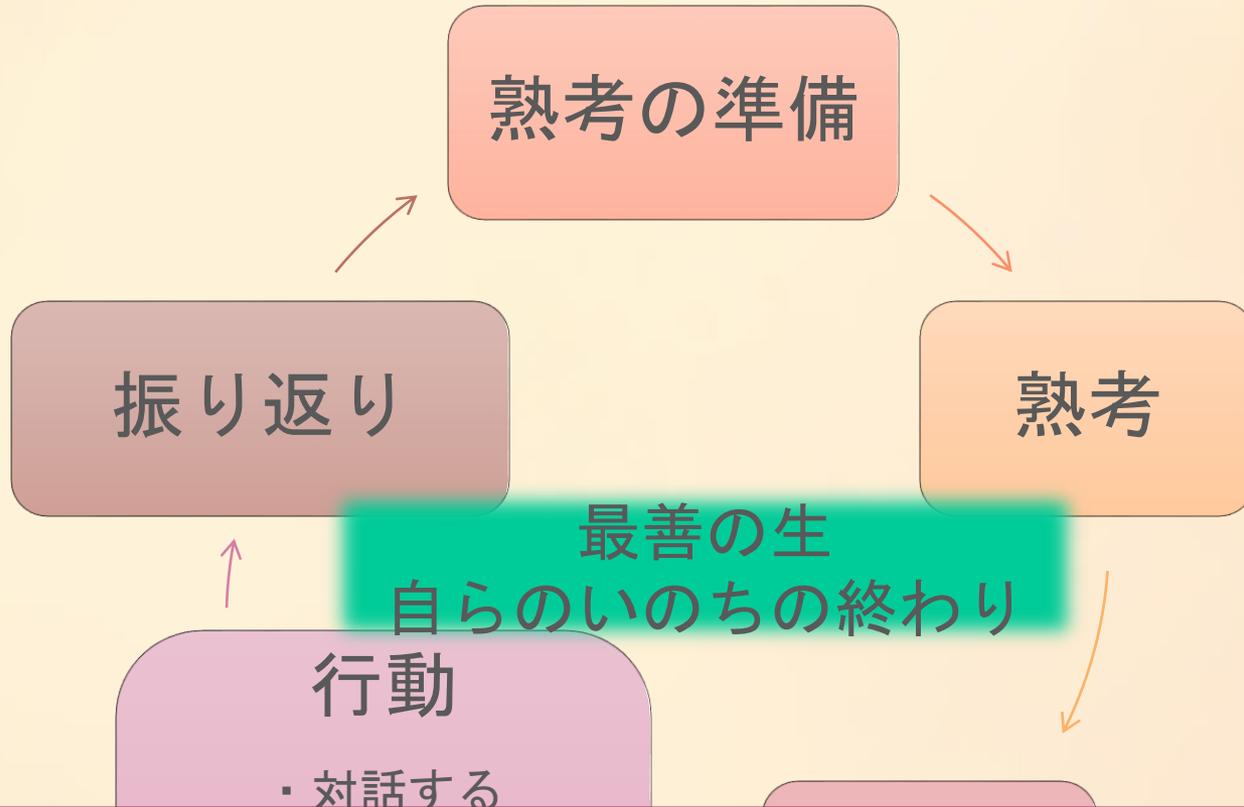
患者とその家族と専門職者との合意形成のプロセスである  
以下の特徴を有している

- 1) その人のライフ(いのち・生活・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

# エンド・オブ・ライフについて話すことは難しい

・誰かに自分のエンド・オブ・ライフについて準備する、考える、吟味する、表現するサイクル

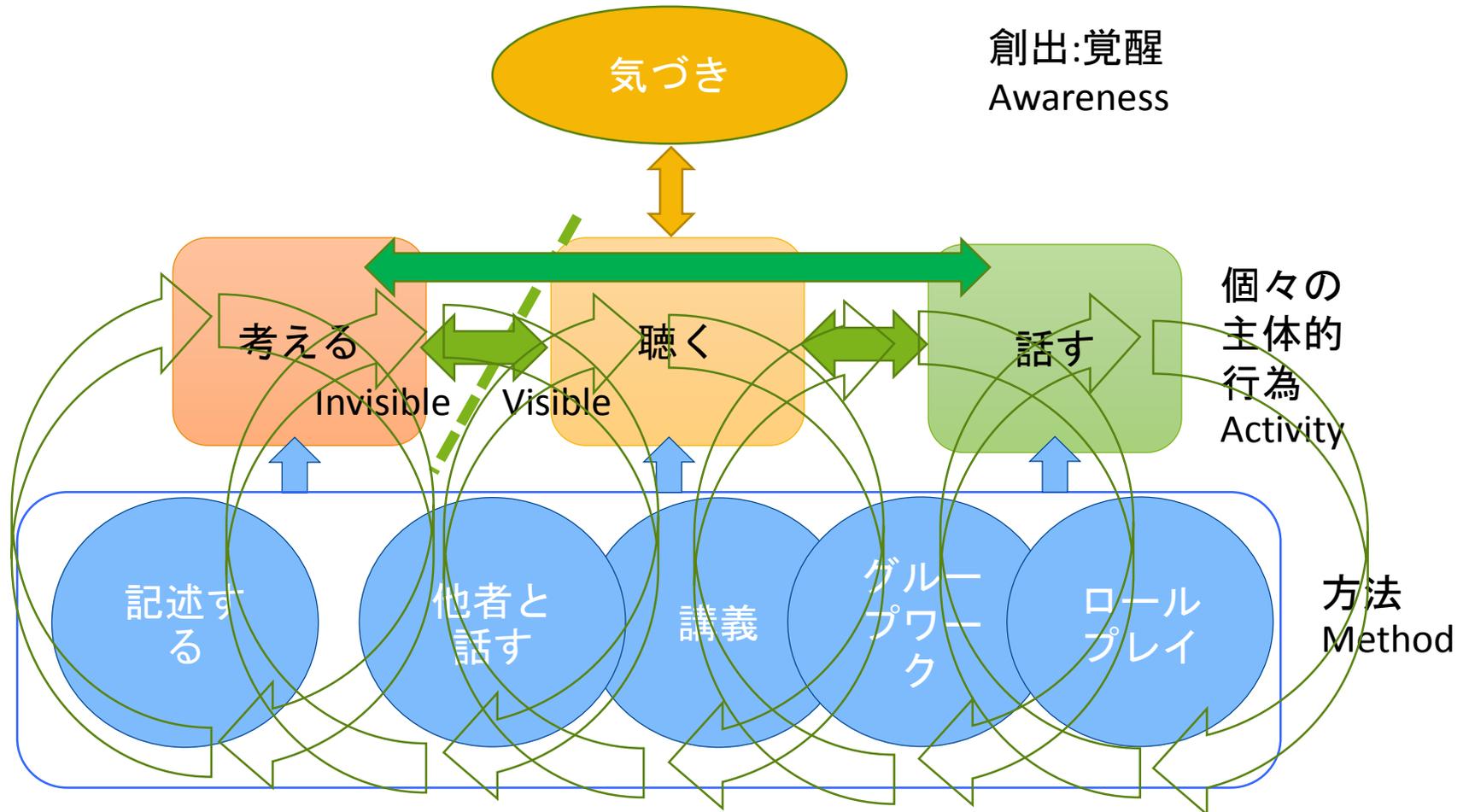


教育プログラムの骨子を支える考え方

・書面に書く

参考 : Adam DS他;2009

# エンド・オブ・ライフを「語る」ことは 生と死を振り返る学習過程



## ■長寿を豊かなものに

- QOLを考える

—生命の質、生活の質、人生の質—

- 尊厳をもって生き抜く物語られるいのちを大切にする社会



病気や障害があっても、生き活きと生き、  
その人らしい人生を歩み、人生を終える。

支える医療にそして人生に、すべての人々が主体的に取り組む

エンド・オブ・ライフケアとは他者との関係性を育くみながら、自分の人生に主体的に向き合い「生と死について学ぶプロセス」である。

そのプロセスでは、自分がどう生きてきたか、今後どう生きたいかを考え、意識化する。生きている今を言葉に表現し身近な他者に伝えていくことをしながら、自分に気がついていくのである。

# エンドオブライフケアとは

- だれかと「どう生きていか」について語り合い、分かり合い、互いに生き方を学び合うこと = 生き方の意識化と価値の伝承
- この相互作用を「話していいのだよ」「聞かせてくださいあなたの物語」「あなたのことをもっと知りたい」という「関心や気がかり」のケアリングを通して促進していくこと
- 意思決定ではなく、表明を支援しその学習過程を支えていくこと

# アドバンス・ケア・プランニング

## Advance Care Planning(ACP): 定義

- 今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス
  - 患者が望めば、家族や友人とともに行われる
  - 患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。
  - ACPの話し合いは以下の内容を含む
    - 患者本人の気がかりや意向
    - 患者の価値観や目標
    - 病状や予後の理解
    - 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

本人が自分の気持ちや考えを意識化する・表出する(話す・書く行為)へ主体的に取り組むことができるように支援する

<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

心身状態の悪化など病状が経過する中で変化することを前提として、さまざまな局面で繰り返し行われるものである

# プロセスが重要



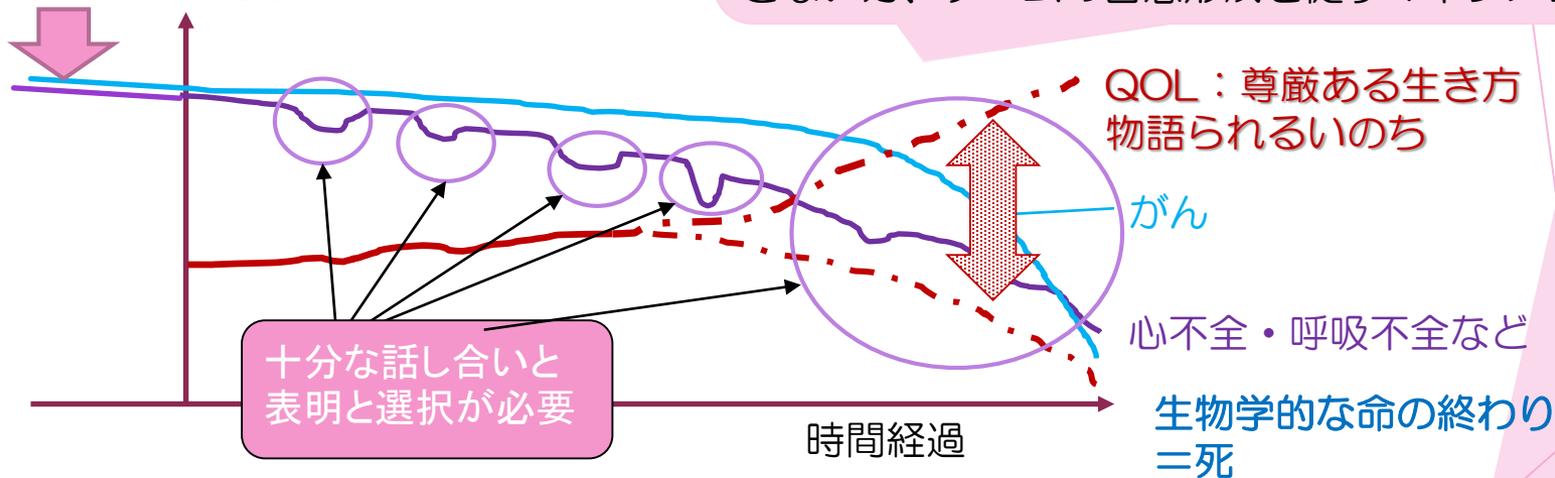
「尊厳をもってその人らしく生きることを支える」  
その人が話したい、話せる、話し合わなければならない  
ターニングポイントとなるタイミングを逃さずに、  
その人にとって最善の選択が行われること

一方  
その人自身が自分の状況を理解し（できればどうなっ  
ていくかをイメージし）どうしたいかを表現できること

## この差を作る要因

支援者の意図的関わり、話を聞く力、病状とそれに対する  
反応や対処行動の予測力、ターニングポイントを見逃  
さない力、チームの合意形成を促すマネジメント力

病気になる前から続く  
人生の軌跡がある



June R. Lunney, Joanne Lynn, Daniel J. Foley, et  
al.: Patterns Functional Decline at the End of Life.  
JAMA, 289(18), 2387-2392, 2003.

# ACP: いつ、どこで、だれが、何をしていくのか

表2 健康状態とアドバンス・ケア・プランニングの特性

	健康状態のステージ			
	健康	生命を脅かす疾患を有する可能性がある	生命を脅かす疾患を有する	要介護・終末期
アドバンス・ケア・プランニングの主な内容	代理決定者を決める	疾患が顕在化し、症状が増悪した際の医療の選好	疾患の増悪により、意思決定が困難になった際の延命処置に関する選好	エンドオブライフケアに関する選好
アドバンス・ケア・プランニングを行う場所	コミュニティー・イベント、インターネット	医療機関	医療機関	医療機関・ホスピス・緩和ケア病棟、など
事前指示書の必要性	低い	状態による	高い	高い
適切なディシジョンエイドの内容	代理決定者の役割、代理決定者となりうるものの定義	病状が悪化した際の状態、延命治療に関する知識、延命治療の効果	生活の質と量のどちらを重視するか、疾患増悪に伴う延命治療のメリット・デメリット	症状マネジメントの選択肢、療養場所によるエンドオブライフケアの資源

差し迫った選択を必要とする程度：  
意思決定支援のニーズ

(Mary B, et al. : Decision aids for advance care plani

平成27-31年度科学研究費補助金：基盤研究(A)  
市民と専門職で協働する日本型対話促進  
ACP介入モデルの構築とエビデンスの確立

日本型対話促進ACP介入モデル構築のための  
理論知と実践知の統合：

1. ACPの再概念化
2. エンドオブライフケアの概念に基づいた  
意思決定支援の構造化
3. その人の価値を見える化：自身の価値の  
自覚・支援者との相互理解)する支援  
ツールの開発
4. 支援ツールを活用したEOL実践プログラ  
ムの開発と介入試験

# エンドオブライフケアの概念に基づいた 意思決定支援の構造化に向けての取り組み

## エンドオブライフケアにおける意思決定支援の類型化

疾患別特性と共通性

病状経過に応じた支援内容



## RQ:判断能力を失う前にどの時点でどのような支援が効果的か

支援のタイミング

支援内容



## これまで、どのような意思決定支援をしているのか：文献レビュー

慢性疾患における意思決定支援

誰と誰がどのような内容について

# 文献レビュー: 目的

わが国の現状にあった慢性疾患患者の意思決定支援における看護実践の現状と課題を明らかにする

# 文献レビュー: 方法

データベース：Web版医中誌Ver5

検索期間：2007年から2014年までの7年間の原著論文

検索キーワード：認知症、腎不全、COPD、神経疾患、心不全、  
高齢者のがん、意思決定支援、看護師  
主たるキーワードを決め、各疾患ごとに検討

分析方法：病状の変化に伴う看護師の意思決定支援の特徴を抽出する：「病期ステージ」

「意思決定の内容と意思決定の主体はだれか」

「看護実践の内容と結果」を分析軸とした

# 病期経過の時間軸と生活や医療の内容に関する支援内容のクロスプロット

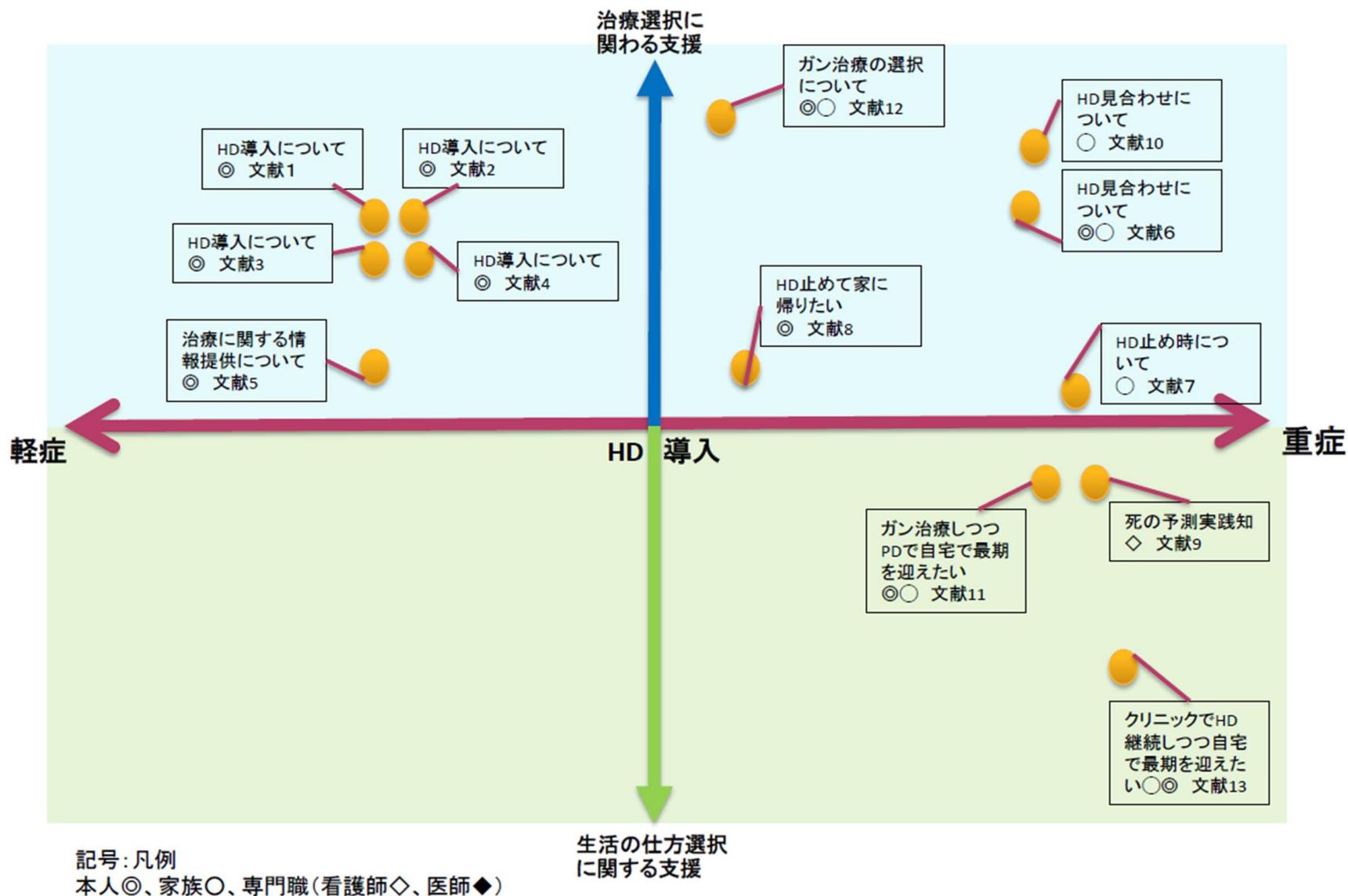
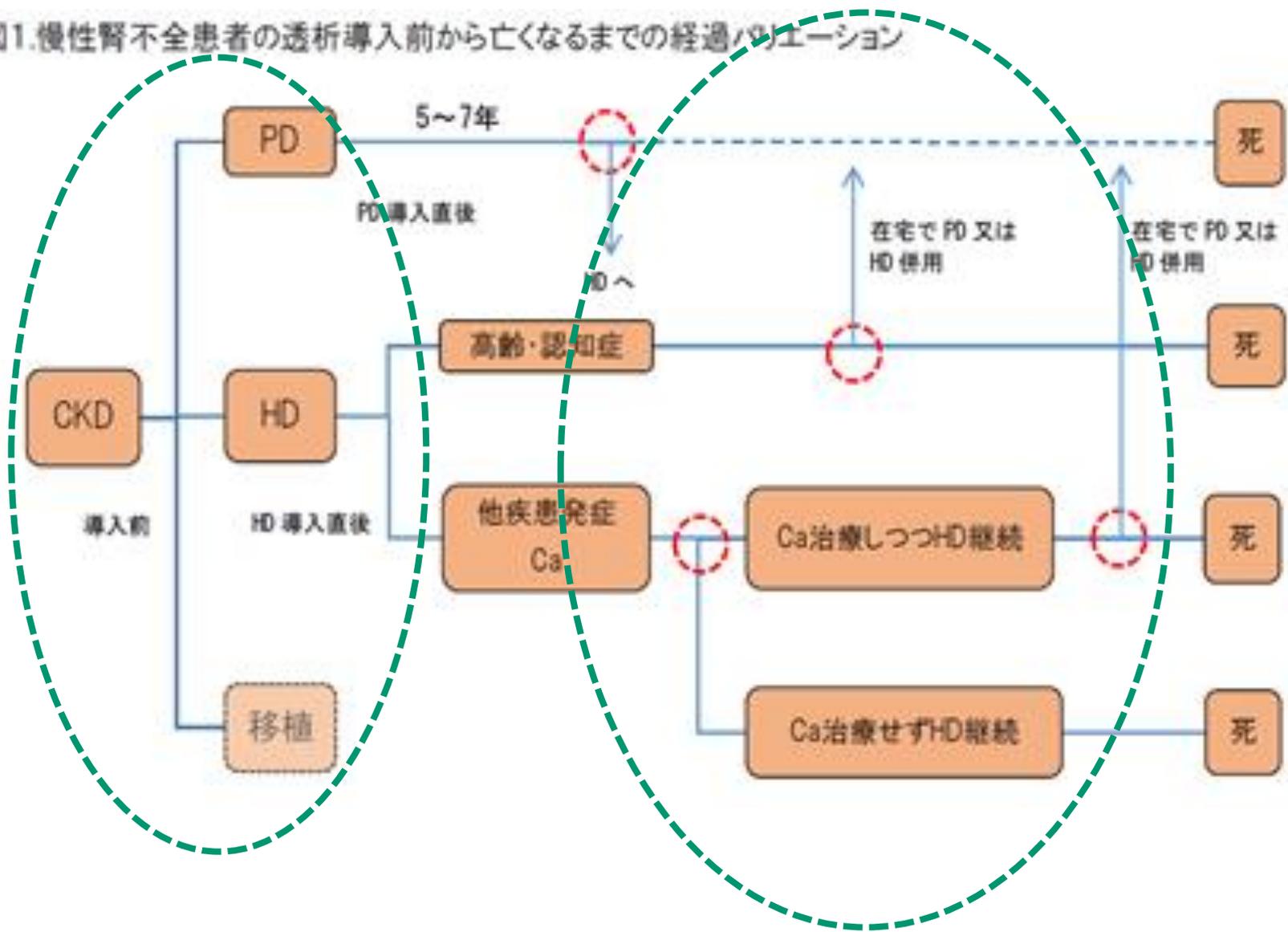
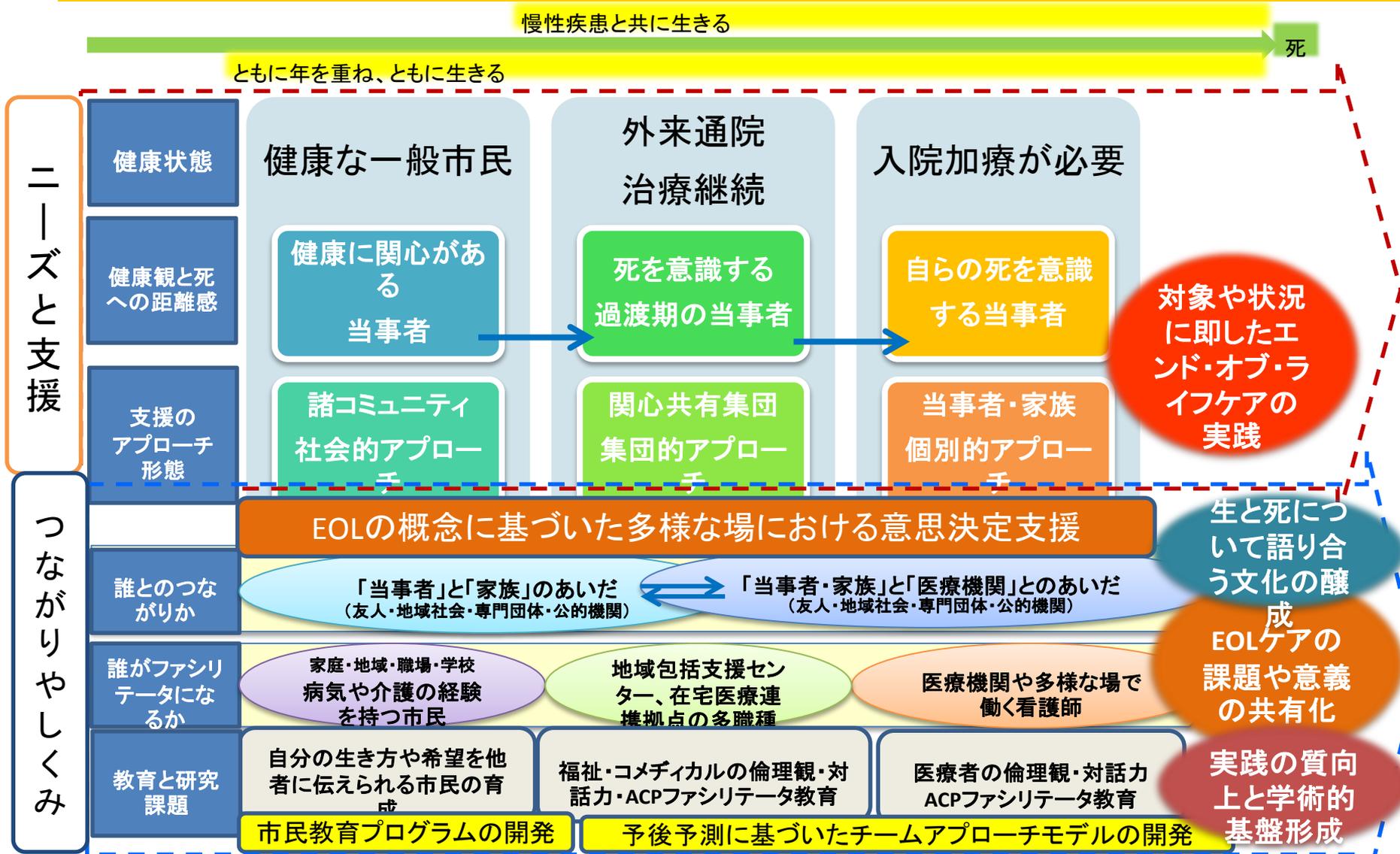


図1.慢性腎不全患者の透析導入前から亡くなるまでの経過パターション



地域・社会全体でどう生きるかを考え話し合うエンド・オブ・ライフケアを  
推進する実践・教育・研究的アプローチ



# エンドオブライフケアの概念に基づく ケアのプロセスとして意思決定支援をモデル化

意向表明支援の積み重ねが意思決定とつながる

生活支援がその人らしい人生の終え方を形作る：  
生活支援による心地よさComfort Careの実践と結果：  
QOLの視点を本人・本人家族と支援者が学びあう

チームにおける合意形成に向けて：

意思判断能力のある時期に生活支援における好みを把握し、自己決定の機会を意識的にもつことが、本人の自覚を促し、支援者にとって本人の意向を知る機会になりそれが終末期ケアの方向性を見出すことにつながる

意思表示支援をケア計画として位置付ける

疾患別の意思表示支援の特徴を時間軸で把握できることによって  
意向表明について誰と何について話し合うことが必要か  
個別性を踏まえて、予測的に、タイミングを見つけやすくなるのではないか  
ケアプランとして計画的に意図的に行うことにつながる