

RISTEX研究開発プロジェクト

「エンド・オブ・ライフ」でシンポ

高齢者ケアの意思決定の在り方について話し合うシンポジウム「人生の最終段階のケア—エンド・オブ・ライフ」が9日、東京大学本郷キャンパスで開催された。主催は、RISTEX研究開発プロジェクト「高齢者ケアにおける意思決定を支える文化の創生」、後援は、東京大学死生学・応用倫理センター上廣講座。副題は「支える文化の創成に向けて」で、本人、家族が納得できる合意形成が、制度やシステムでなく、国民文化に大きく左右されるため、超高齢社会における新たな価値観を創り出すことが必要、との認識の共有を目的にした。

同シンポは、冒ろうなどの人工栄養について、本人の意思をどのように医療従事者が共有できるかについて

意思決定プロセスに関するガイドライン」の評価を中心に議論を進められた。

開会あいさつで清水哲郎東大院教授（人文社会学系）は、医学用語としての「終末期」よりも個々の人々の人生全てを捉える「エンド・オブ・ライフ」に注目し、自分らしい人生を最後まで生きられるような、支える文化を創り出すことが求めらるると述べた。

講演1では、秋山弘子東大高齢社会総合研究機構教授が「長寿社会に生きる」と



地域包括ケアでの看取りのあり方について話し合われた

時代の人生設計によって、多彩な生活パターンが生まれると示唆した。約7割の人が75歳ごろまで十分な自立度を維持しており、そこから次第に虚弱化していく変化パターンを取ることから、75歳までのセカンドライフを前提としたコミュニケーション作りが重要だとした。

題して、世界の最長寿国となった日本では、ライフプランそのものが変化してきていることを指摘。90年代に比べて高齢者の心身機能が若返っており、人生90年

講演2では、太田秀樹全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長（医療法人アスムス理事長）が「地域包括ケアと地域居住の継続（Age in Place）」と題して、日

本で1970年代に定着した「病院信仰」と、これに対する「高度先進医療への疑問」が日本の医療社会の特徴だと指摘。寝たきり高齢者が極端に少ない北欧地域では、経済活動から身を引いた高齢者は過去の人として積極的に医療の対象とならない。そのことを本人、家族も受容していることを紹介した。

その上で、本来、病院には加齢変化その他で虚弱になった状態を支える機能がなくなっているため、地域包括支援で支えることが求められるようになっていく、と日本の高齢者医療・福祉の変化を説明した。

なる急性期中心の医療は、超高齢社会・多死社会では役割が小さくなり、総合医と地域が支えるケア中心の医療が求められるとして、実際の症例をもとに「在宅で看取りまで医療のほとんどの対応できる時代になっているが、在宅看取り率は市区町村別に大きな差がある」と、地域包括ケアの将来課題を強調した。

事例報告の中では、宮城県南栄養サポートネットワークの活動を紹介した二井谷友公みやぎ県南中核病院腫瘍内科部長が、人口減と医師不足の進む地域で、どのように地域医療と中核病院が個別的な情報を共有できるかの状況を説明。中核病院は、多くの場合、救命救急で搬送されるため、人工栄養造設の判断とその後の動向把握に役立つ、それまでの生活歴、病歴などの情報を把握することが困難だった。そのため、歯科医療機関も含めた「栄養サポートネットワーク」を構築し、高次医療機関でも本人の意思を反映したエンド・オブ・ケアに結び付けられる体制を取りつつあるという。

今後の課題としては、会場から、時系列で高齢者ケアを捉えることが重要、栄養摂取だけでなく排泄についても検討すべき、人工栄養だけでなく、人工透析などについても意思決定プロセスのガイドライン策定が求められるなどの見方を示した。