平成 20 年度　グローバル COE プログラム
「生存基盤持続型の発展を目指す地域研究拠点」
次世代研究イニシアティブ　成果報告書

地域在住高齢者の老年症候群とそのケアの実態
-タイ・日本の国際間比較-

代表:　　和田泰三（京都大学　東南アジア研究所　特定研究員（G-COE））
共同研究者：石本恭子　（京都大学　医学研究科　D2）
笠原順子　（京都大学　医学研究科　D3）
木村友美　（京都大学　医学研究科　D1）
広崎真由美（京都大学　医学研究科　D3）

背景

人口の高齢化（Population Ageing）は地球規模で急速に進行しており、この傾向は発展途上国においても顕著である。[1] 生存圏（Humanosphere）の発展経路を人間圏内相互の interaction を念頭に模索するとき、虚弱高齢者のケアや終末期ケアのあり方を再検討して「生存」のあり方を記述することは有用であろう。この点で、Living will や医療代理人の指名（Health Care Power of Attorney または Durable power of attorney）といった事前指示（Advanced directive）をめぐる国際間比較の試みは有用と考える。

オランダや米国[2]、オーストラリアなどの先進国では Living Will などの Advanced directive がすでに法制化されている一方で、日本を含むアジア・アフリカ各国でこれらが正式に法制化されている国はまだない。[3]1970年代から発展した生命倫理学（Bioethics）は、西洋哲学を基礎として脳死や安楽死などの新しい倫理的問題に対してアプローチしてきた。[4] しかし、西欧社会とはことなる独自の文化をもつアジアやアフリカ地域において臨床現場における生命倫理上の問題に対してはこれまでとは異なるアプローチが必要となる可能性がある。

目的

本研究では、アジア・アフリカ地域において終末期医療の決定と判断が「どうあるべきか」をあきらかにすることを将来的な目標としながら、日本とタイの高齢者を対象に実際の行動と preference を記述することで、現時点で「どうであるか」をあきらかにすることを目的とした。

対象・方法

京都市内の有料老人ホーム「ライフ・イン京都」入居高齢者149名（平均年齢82．2才　男41女108）を対象に、Living Will の作成状況を尋ね、回復の望みの低い終末期に避けたい医療をあげて

いただいた。また、東北タイ・コンケン近郊の Chayapum hospital 外来を受診した高齢者13名(平均年齢68才　男4，女9)を対象とした調査では、認知症や脳血管障害のために経口摂取が困難になったときにはどのような栄養方法をのぞむかを尋ね、主治医の治療方針の説明を理解して決定することが出来なくなった際は誰に医療代理人になってもらいたいかも尋ねた。また、前立腺癌と膝関節の痛みのために歩行困難となった82才の僧の寺院を訪ね、そのケアの実態を調査した。

結果・考察

京都市の有料老人ホーム「ライフ・イン京都」在住高齢者において、28．9%のものが Living Will を作成しているとこたえた。Living Will の法制度が未整備の日本において、作成者のほとんどが日本尊厳死協会の「尊厳死宣言書」の書式 [3] を参考に作成していたが、実際に本人の署名のある尊厳死宣言書をもとに本人の希望にそった治療方針が最期まで貫かれているケースが確認できた。Masuda らは事前指示書により治療行為に影響を受けたと答えた医師は約12．6%にすぎないことを報告しているが、[5] ほとんどの医療行為でインフォームドコンセントが必要になっている現代の医療現場では、事前指示書に基づいた治療方針を尊重する医師がふえてくるものと予想される。終末期に最も避けたい医療行為を複数選択可として質問したところ、78．6%のものが胃瘻・経鼻による経管栄養をあげ、ついで気管切開（67．3%）、手術（53．6%）、呼吸器の使用（46．4%）、化学療法（44．0%）、心肺蘇生（39．9%）放射線治療（35．1%）が続いた。

東北タイ・コンケン近郊の Chayapum hospital の外来を受診した高齢者とした調査では、経口摂取が困難になったときの栄養方法については末梢点滴を望むとこたえたものが54%と最も多く、ついで「胃瘻」、「経口摂取にこだわる」がそれぞれ23%であった。経鼻経管栄養を望むと答えたものは対象の13名のなかにはいなかったが、実際に経鼻経管栄養をされている外来通院中の高齢者 1 名を確認できた。医療代理人の選定に関しては「子供」を選択するものが38．5%ともっとも多く、ついで「主治医の判断に委ねる」31%、「配偶者」15．4%、「自分自身」8%がつづいた。

Chayapum hospital の外来を受診した高齢者のなかに前立腺癌末期のために 2 ヶ月前から歩行困難となり、膝関節痛を訴えてこられた 82 才の老僧がいた。鎮痛剤を処方して帰宅させた翌日、彼の寺院を訪ねたところ、そこでは多くの家族や若い僧にかこまれて、癌末期の苦痛や悲壮感とは無縁の穏やかに過ごされている姿があった。2 ヶ月前から自分ではトイレ動作もままならない状態であったが、主たる介護者である長男夫婦との他十数名の介護者に丁重に扱われ、寺院の一角の居住スペースで静かな時を過ごされていた。ご本人は膝の痛み止めの薬さえのんでいれば苦痛はなく、食事も少量ながら経口摂取が継続できているという。介護をされている御家族や僧も、大勢で介護しているのでひとりに負担が集中することはなく、介護負担の訴えは皆無であった。過剰な医療とは無縁の農村部タイの寺院で、身近な人の濃厚なケアをうけて、最期の時を静かにすごされている本症例のケア体制は寺院ゆえの特別な例なのかもしれない。しかし、欧米とはことなるアジア・アフリカの文化のなかで、虚弱高齢者や終末期におけるケアのありかたの実態を明らかにすることは、「生存」の本質をふまえたよりよい決定と判断を可能にするためにも重要と考える。

参考文献

[1] Lloyd-Sherlock P. Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. *Soc Sci Med*. 2000;**51**: 887-895.

[2] McCrary SV, Botkin JR. Hospital policy on advance directives. Do institutions ask patients about living wills? *JAMA*. 1989;**262**: 2411-2414.

[3] 日本尊厳死協会. *世界のリビングウィル Living Wills around the World*. 東京, 2005.

[4] Kimura R. Bioethics as a prescription for civic action: the Japanese interpretation. *J Med Philos*. 1987;**12**: 267-277.

[5] Masuda Y, Fetters MD, Hattori A*, et al.* Physicians's reports on the impact of living wills at the end of life in Japan. *J Med Ethics*. 2003;**29**: 248-252.