

「2025年問題」と言われている。

その頃、団塊の世代が一齐に75歳以上の後期高齢者に突入し、医療と介護の両方を必要とする人が急増するからである。

一方、「多死社会」の到来とも言われる。現在約120万人の年間死亡者数が、2025（平成37）年には約160万人と予測されているからである。

死に場所に困る時代

少子高齢社会では、こうした急増する死に至る人々を受け入れる新たな医療施設の整備は選択肢に入りにくい。団塊の世代がいなくなるころには、それらは不要になり、後の世代の大きな負の遺産になってしまつてからである。

しかし、新たな施設の整備がなければ、急増する死亡者が最期を過ごす場所は大幅に不足し、死に場所の見つからない、いわば死に場所難民の大量出現も予測されている。

もちろん政府も手をこまねいておられるわけではない。近未来の非常事態に備えようと必死である。そ

多死社会で患者と家族を支える

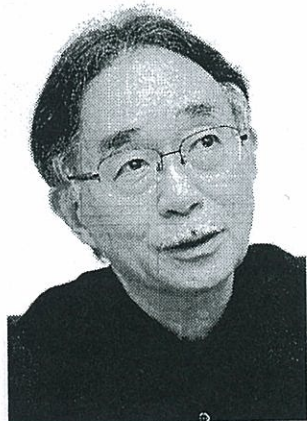
の二つが2025年までに医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現しようとする構想である。

医療・介護に携わる多職種が連携し、その構想を支えることとなる。その中で医療を担うのは、主に地域のかかりつけ医としての一般開業医であるが、一定数の看取りを行うことも想定されており、自宅、グループホーム、有料老人ホーム、特別養護老人ホームなど生活の場での死を増加させることを視野に入れている。

その主な対象は医療や介護を必要とする障害や慢性疾患を持った高齢者、つまり、ある程度、中期のケア計画の中で対応できる人々である。

千葉県柏市など、地域の医師会や市が中心になってその構想実現を目指して動き出している地域もある。

正論



小平院長
山崎 章郎
ケアタウンクリニック

しかし、懸念もある。

例えば、老化に伴う疾患でもあがるがん患者の急増に伴い、現在年間約36万人のがん死者は、2025年には、さらに増加すると予測されている。こうした患者の急増に加え、私が東京都小平市で取り組んでいる末期がん患者を中心とした在宅緩和ケアでは、通院治療が困難となった患者の約4分の1は訪問診療開始から2週以内に、約半数は4週以内とかなり短い間に在宅で死亡しているという現実があるからである。

在宅緩和ケア専門診療所を

短期間に死に向かう患者の心身の様々な苦痛症状に対処し、不安の中で戸惑う家族を支援するためには、専門性の高い医師や看護師が中心になった迅速かつ24時間対応のチームケアが求められる。また、がん患者の病状変化を熟知したケアマネジャーも必要である（が、現状では末期がん患者に適切に対応できるケアマネジャーは少ない）。

以上のように短期集中の専門性

の高いケアを必要とする末期がんの患者・家族に、先述した中長期的展望の下に慢性疾患や障害を持った高齢者を主な対象にした地域包括ケアシステムは対処できるのだろうか、という懸念である。

緩和ケアで求められるものは、心身の苦痛症状の適切な緩和のみならず、その困難状況を生き、死に向かう患者の人生全体を支援することであり、予測される喪失の悲しみの中にいる家族へも配慮する、きめ細かなケアであるからだ。ただ単に痛みを緩和し、在宅での死が実現できただけでは緩和ケアとはいえない。

そこで、先述した地域包括ケアシステムの中に、例えば、主に急増する末期がん患者の在宅診療に専門的に取り組む、24時間対応在宅緩和ケア専門診療所を入れた。また、それら専門診療所とチームを組む専門性の高い24時間対応訪問看護ステーション、さらにはがん患者にも適切に対応できるケアマネジャーも一体化した、地域在宅緩和ケアチームのような仕組みが必要であると考えるのである。

制度化し地域社会に貢献

もちろん、緩和ケアはがんに限らないので非がん患者の在宅看取りにも対応する必要がある。まずは、それら在宅緩和ケアの中核となる在宅緩和ケア専門診療所の制度化が重要になる。

在宅緩和ケア専門診療所の要件としては、例えば、24時間対応は言ってもなく、少なくとも、在宅療養を希望する患者の年間在宅看取り率は50%以上かつ年間在宅看取り数もがん、非がん合わせて30〜40人以上（地域差は考慮されるべき）は必要と思われる。その程度の看取り率と看取り数がなければ、地域社会に貢献し研修機能も併せ持つ専門診療所とは言いがたい、と考えるからである。

そのような在宅緩和ケア専門診療所を中心とした在宅緩和ケアチームを地域包括ケアシステムに組み入れることで、多死社会に備えた地域包括ケアシステムの更なる充実が図られると考える。在宅緩和ケア専門診療所の制度化を提言する所以である。

（やまざき ちかお）