

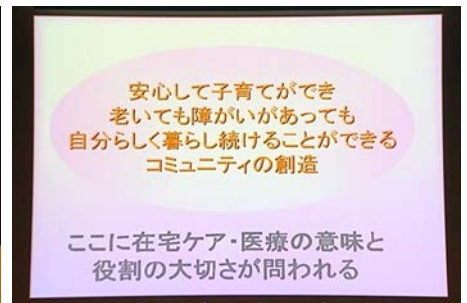
第16回日本緩和医療学会学術大会は2011年7月29日（金）30日（土）の二日間の日程で札幌の北1条地区にある3施設（さっぽろ芸術文化の館、ロイトン札幌、札幌市教育会館）で開催され、大きなトラブルなく無事終了しました。2日間の有料参加者は約5500名。運営に参加したボランティアは約100名。その他業者や事務局のスタッフを含めると6000名程度の人が北1条地区に集まったこととなります。同年3月11日に起きた東日本大震災、さらに福島第一原発による大規模な放射線被ばく汚染は、本大会の準備や参加者数に多少の影響を及ぼしましたが、ほぼ計画通りのプログラムをこなすことができました。

大会のテーマ『いのちをささえ いのちをつなぐ 緩和ケア ～病院から地域へ～』は、これからの日本の医療の方向性と緩和医療／緩和ケアの方向性を示すものとして提示したもので、これまでがん医療の現場、とくに在宅ホスピスケアの現場からの私の学びを言葉にしたものです。

これまでの約25年間にわたる在宅を中心とする緩和ケア実践の現場の中で、私は、緩和ケアの原点はホスピタリティー（温かさ、思いやり、やさしさ、おもてなし、寄り添い）にあると確信し、緩和ケア実践にあたっては、①一人一人の生き方を支えること、②楽に生きることを支えること、③介護者や家族を支えること、④チームで支えることの4つの基本理念があることに気付きました。そして、この基本理念は、超高齢社会そして多死の時代を迎えるこれからの日本の医療に必要な理念であると考えようになりました。

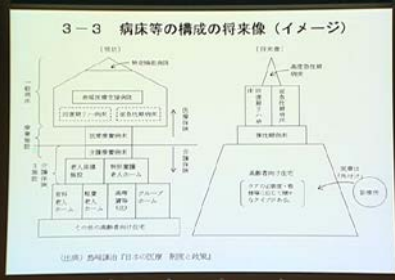
そこで、今回の大会では、すでに到来している高齢社会において「治す医療」から「生活を支える医療」への転換が必要であること、この「生活を支える医療」において緩和ケアが重要な役割を果たす可能性を発信したいと考え、いくつかのプログラムを作りましたが、在宅医療助成勇美記念財団の共催の形で今回のパネルディスカッション「超高齢化・多死の時代への準備」を7月29日（金）に企画しました。

パネルディスカッションの座長は前沢政次氏（北海道大学名誉教授・日本プライマリー・ケア連合学会理事長）、パネラーは、黒岩卓夫氏（医療法人社団 萌気会理事長 全国在宅療養支援診療所連絡会副会長）、島崎謙治氏（政策研究大学院教授）、辻哲夫氏（東京大学 高齢化社会総合研究機構教授）、大島伸一（長寿医療センター総長）の4名です。



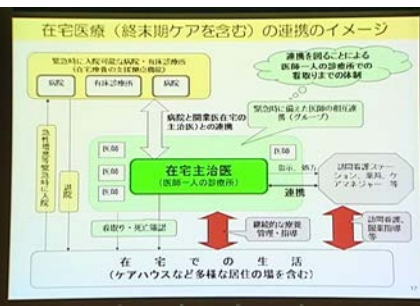
それぞれの発表時間は20分と短い時間でしたが、黒岩氏は過去19年間の看取りを伴う在宅医療の取り組みと、その取り組みの中で地域が変わりつつある現状が報告されました（「在宅医療から、地域包括ケアを考える～老いと死をみつめて～」）。特に地域包括ケアにおける「24時間体制」での医療支援では制度ではなく患者や家族を含めた地域住民との信頼関係が重要であることが強調されました。

島崎氏からは、近未来の日本の人口構造は具体的にどのように変わるのか、人口構造の変容が医療に及ぼす影響、人口構造の変容に伴い、どのような医療政策の対応が求められるのか（「人口構造の変容の諸相と医療政策の課題」）について報告があり、高齢化の波が非常な勢いで押し寄せてくること、特に都市部では深刻な問題となってくること、介護者がいない高齢者が増え、もはや家族では支えきれない現状で家族の代替として地域がどのようにその生活を支えるかが緊縛の課題であること、そして医療政策を社会状況にあわせて大きく変えていく必要があり、その中で、「家庭医」の位置付けの明確化が必要であり、緩和ケアの重要性が大きくなるとともに、その概念の拡張が必要になってくることが強調されました。



- ### まとめ
- 1 近未来の日本の人口構造は変容する。社会保障にとっては、特に人口構成の急激な変化がクリティカルな意味をもつ。
  - 2 人口問題は日本全体の変化だけでなく、都道府県など地域別の変化、世帯構造の変化も細かく観察することが必要。
  - 3 人口構造の変容は、①医療費の増加、②世代間の負担の不均衡、③医療労働力の確保問題、④潜在成長率の低下など、医療に多大な影響を及ぼす。
  - 4 社会経済の基底的条件が変容している以上、医療政策もこれまでの単純な延長では不十分な。たとえば、①臓器別医療という単一的医療から全人的医療等の重視、②医療機関の機能分化・集約化・連携の重視、③患者の真の代理人としての「家庭医」の位置づけの明確化、④緩和ケアの重要性の増大と概念の拡張など、が必要になる。

そして、辻氏は、日本の医療は病院医療として進み、発展してきたが、その一方で、病院信仰と臓器別医療（臓器を治す医療）を産みだし、生活の場を支える医療がなくなったこと、このため長寿を全うした死を迎える人でも最後は病院に入院せざるを得なくなり、このままでは病院がメルトダウンする可能性が高いことが言及されました。そして、これを回避するため、これまで在宅医療が必要不可欠であるという政策を柱にした厚生行政を行ってきたことが報告され（「超高齢社会における医療介護政策」）、生活を支える医療を構築するための4つのポイント、総合医を育てること、在宅医療における多職種協働および医師のグループ化を進めること、必要不可欠な連携のコーディネート業務を行政が行うこと、そして住民の啓発を行うこと、が提示されました。さらに、超高齢化・多死の時代への準備としての在宅医療システム構築のための実証実験である柏市豊四季台団地での試みが紹介されました。



最後の演者である、大島氏は、社会そのものが大きく変わっており医療も大きく変わらざるを得ず、医学モデルから生活モデルへの転換、診療所・病院完結型から地域完結型への転換が必要であることを強調し（「医療は変わる」）、高齢者が増えている現状では生活の場に医療をとどける在宅医療が核となり地域完結型医療を構築する必要があるとの見解を提示しました。



- ### 地域完結型医療
1. 生から死まで地域全体でみる
  2. 医療・介護・福祉の連携
  3. かかりつけ医・在宅医から専門医までの連携
  4. 治し、支える医療
- 在宅医療が核

- ### 医療とは
- 人間的な営みとしての医療
  - 技術的な営みとしての医療
  - 社会的な営みとしての医療

なお、総合討論では会場の参加者との活発な意見が交わされていました。





(文責 第16回日本緩和医療学会学術大会長 蘆野吉和)