

多職種連携で機能する地域連携ネットワーク型在宅医療 ―時代の最先端医療―としての在宅医療

医療法人ナカノ会 理事長
ナカノ在宅医療クリニック 院長
鹿児島大学医学部 臨床教授
一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会 IT・コミュニケーション局長

中野 一司

E-mail : nakano@nakanozaitaku.or.jp
ホームページ : <http://www13.ocn.ne.jp/~nazic/index.html>

(要訳)

超高齢社会を迎え、医療システム全体（医療、介護システム）が、“キュア”主体の医療システムから、“ケア”主体の医療システムへの転換を求められている。現在進行中の医療崩壊は、見方を変えると医療再編（再生）のプロセスとも捕らえることができる。医療再編の行き着く先は、1）急性期病院の集約化（スリム化、機能強化）と、2）在宅医療（地域で展開される医療＋介護）の普及と考える。そしてこれらスリム・機能強化された急性期病院と、普及していく在宅医療は、相補的に相協力しながら地域の医療を支えていくであろう。

在宅医療において、多職種連携で機能するチーム医療が重要である。また、疾患のみにとらわれず、精神面、生活面までトータルにみる“かかりつけ医”（総合医、プライマリ・ケア医）が必要である。

1、はじめに―時代の最先端医療―としての在宅医療

近年、医療崩壊が叫ばれている。その原因として、大学の独立法人化、臨床研修義務化、病院医療から在宅医療への政策誘導など、国が制度をいじるから、医局や地域医療が崩壊する（だから臨床研修義務化を中止せよ）という議論がある。

おそらく、国が政策誘導するから医療システムが崩壊するのではなく、超高齢社会を迎え、疾患構造が急性期疾患から慢性期疾患へ変化して（表1）、現在の病院医療を中心とした医療システムでは現状（超高齢社会）に対応できなくなってしまったため、医療システム自体が崩壊しているのだ、と考える（1）。

超高齢社会を迎え、増えているのは病人ではなく（慢性疾患を抱える高齢）障害者である。旧来の病院を中心とした医療システムは病人を対象としたもので、障害者への対応は想定していない。即ち、医療システム自体が全体的にシステム疲労を起こして、国民のニーズに対応できなくなってきている。だから、現行の医療システム自体が崩壊しているのだと考える。

障害者に対応した医療システムは、在宅（地域）での療養生活を支える介護と在宅医療で、病院医療から在宅医療へのパラダイムシフトが必要な理由である。また、大きく医療全体が、キュアからケアへのパラダイムシフトを必要としている（表2）。

このような時代の流れから、在宅医療は“時代の最先端医療”である、と言える。また、これらの一連の医療崩壊、医療再生に伴うキーパーソンは、総合的に人間を診ることのできる、かかりつけ医（総合医）、と考える。

2、キュアとケアの定義（村田理論から（2））

筆者は、2008年の8月から9月にかけて、京都ノートルダム女子大学の村田久行教授のスピリチュアル・ケアのセミナーを4.5時間x3日間、受講する機会を得た。本セミナーを受講して、筆者自身、思考をキュアからケアへ転換することで、その後の日常診療が非常に楽になった。本稿では、村田教授のキュアとケアの定義から、苦しみの構造や、キュアとケアの考え方につき解説し、現在進行中の医療崩壊（再生）や在宅医療の意味について述べてみたい。

村田理論はきわめてシンプルで、苦しみの構造は、その人の①客観的状況、と②主観的な思い・願い・価値観のズレから生じるとする（図1）。例えば、①は、末期癌であって、なかなか治療が難しいというような、患者の客観的状況である。②は、癌が治って、またもどのように職場復帰したいという、患者の主観的な思い・願い・価値観である。末期癌であるだけに、①②のズレが大きく、①②のズレが大きいほど、苦しみは大きくなる。

この苦しみをとる（①②のズレを少なくする）方法（アプローチ）が2つある。1つの方法は、手術やお薬によって末期癌の状況を改善することで、患者の①客観的状況を改善して、①②のズレを少なくして、患者の苦しみを緩和する方法である。薬や手術や努力などで、患者の①客観的状況を改善する方法を、キュアと定義する。

しかし、末期癌の場合、もはやキュアが難しいので、末期癌なのである。我々医師は、キュアのプロとして、日夜教育を受け、日常診療に当たっている。だから、治療困難な末期癌患者に遭遇すれば、“What can not be cured must be endured（キュアできないことは、耐えるより仕方ない）”という心理状態に追い込まれる。本当に耐えるしかないのだろうか？村田理論では、①客観的状況の修正（キュア）が困難な場合でも、患者の②主観的な思い・願い・価値観が変わるのを支える支援をしていくことで、①②のズレを少なくして、苦しみを和らげる方法があり、これをケアと定義する。例えば、末期癌であっても、今すぐ死ぬわけではないので、残された命を楽しもう、という感じで、考え方を変えていく（変わるのは患者自身）のを支援しようとするアプローチである。だから、“What can not be cured must be cared（キュアできぬときは、ケアで対応すべき）”ということになる。

また、たとえば、（図2）において、黒に注目すれば向き合ったヒトの顔が2つ見えるが、白に注目すれば杯に見える。このように同じものでも、意識の志向性を変化させる（見方を変える）ことで、全く別なものが現れて（見えて）くる。このように、人間の関係性を利用して、患者自身の意識の志向性を変え、患者の②主観的な思い・願い・価値観が変わるのを支援（変わるのは患者自身）するアプローチを、ケアと定義する。

3 キュアとケアの定義に基づく、病院医療と在宅医療の違い

病院は、病気を検査し、治療するところで、基本的にキュア（治療）が実践される“場”である。これに対し、在宅（地域）では、病気は生活（生命）の一部であって、病気があっても必ずしも検査や治療が優先されるわけではない。病気があっても、検査や治療をしないという選択枝もあり得、これが“看取り”に結びつく。在宅では、基本的にケア（患者がどうしたいのかを医療的に支援していくアプローチ）での対応が優先される。勿論、病院でもケアは実践されるべきだし、在宅でもキュアは実践されている。在宅で、ケアでフォロー（訪問診療）しながら、キュアの介入（往診）のタイミングをモニタリングしているのが、我々在宅主治医の仕事である、ともいえる。

病院医療＝キュア主体、在宅医療＝ケア主体であって、病院医療＝キュア、在宅医療＝ケアではない。したがって、病院医療でもケアを実践することは可能であるし、実践されるべき側面もあるが、在宅医療に比べ病院医療ではケアが実践されにくいのは、“場”の違いに起因する。病院は医療者のホームグラウンド、在宅は患者のホームグラウンド（医療者にとってはアウェイの医療を展開する“場”）という“場”の違いがある。だから、医療者は在宅医療を、患者（市

民)は病院医療を学ぶ必要があると考える(医療者、市民の相互理解のために)。そうすれば、(医療崩壊の一因と言われる)モンスターペイシエント(医療者-市民の相互のコミュニケーション不足に起因して現れる)も少なくなるのではないかと考える。

病院医療と在宅医療はどちらがよいか?ということではなく、病院で提供される医療と在宅(地域)で提供される医療の違いをうまく活用することが重要と考える。そして、この2つの形態の医療は、あい争うのではなく、お互い相補い合う(相補的な)関係で成立する医療形態で、今後は、そのような(病院医療と相補的に機能する)形で在宅医療が地域に普及していくのだと考える。

医療崩壊に伴う医療再生のプロセスは、1)急性期病院の集約化、と2)在宅医療の地域への普及、と考える。そして、多職種を絡めた、急性期医療と在宅医療の連携が、今後大きく我が国の医療システムを変えて行くと考えられる。

4、医療法人ナカノ会

1999年9月、筆者らは、医師1人、保健師1人、事務1人の3名で、ナカノ在宅医療クリニック(個人)を開業した。当時筆者は、在宅医療がやりたくて(名前だけは日本初の)在宅医療クリニックを立ち上げたわけではない。在宅医療の“システム”を作りたくて、開業した。当時も、訪問看護やホームヘルパー、訪問入浴サービス、介護施設、調剤薬局、病院などの社会資源は存在したが、それらのサービスは、バラバラに提供されていた。介護保険施行6ヶ月前の時期である。今後、在宅医療では、これら個々の社会資源が有機的につながり、多職種連携で機能する地域連携ネットワーク型在宅医療システムが必要と考え、これらのシステムを鹿児島市に構築するために、ナカノ在宅医療クリニックを開業した。表3は、開業に当たったの当クリニック開設理念である。

現在までに、多くの医療・介護福祉施設と連携してきたが、私たちにとっては地域の訪問看護ステーションは、地域病院(鹿児島市)におけるナースステーション、居宅介護支援事業所は地域連携室、後方支援病院は地域病院のICU(集中治療室)、ナカノ在宅医療クリニックは医局兼当直室と考え(表3、図3参照)、そのためのシステム作りに邁進してきた。

3名で始めたナカノ在宅医療クリニックは、2003年10月には医療法人ナカノ会となり、2004年の11月にはナカノ在宅医療クリニックの看護部門を独立させ、ナカノ訪問看護ステーション、ナカノ居宅介護支援事業所を併設するに至った。現在のスタッフは、医師5名(常勤2名、非常勤3名)、看護師11名(常勤11名)、事務6名(常勤6名)、理学療法士1人、作業療法士1人、運転手3名(非常勤3名)の総勢27名で、在宅患者数は約158名(9年半目の2009年3月現在で延べ約593名)である。今までに182名(うち110名が末期癌の患者)をご自宅で看取った。在宅看取り率は、約40%(癌末期患者では約90%以上)である。

在宅医療は、地域社会資源を基盤においた多職種が連携するチーム医療である。チーム医療の質を上げるための条件は、①良質な連携システムの構築(ICT: Information and Communication Technologyを利用して、連携のコストを安くする)、②各参加メンバー(参加施設)のクオリティを上げる(教育環境の整備)、の2点が重要であり、これまでICTをフル活用して、良質な地域医療システムの構築と、教育環境の整備に努力してきた。

5、ICTのフル活用。

鹿児島市内に、以上のような多職種連携で機能する地域連携ネットワーク型在宅医療システムを構築することが、開業当初からの筆者の目的であったが、そのための手段としてICTのフル活用にチャレンジしてきた。現在までに、電子カルテ(ダイナミクス+RS_Base)を導入し、完全ペーパーレス化を実現した(看護記録も電子カルテで看護師が直接入力し、法人内で医療

情報を共有)。現在、(運転士を除く) スタッフ全員 24 名が、電子カルテを使え、法人内メーリングリストを活用できる環境にある。

もちろん、ここに至るまでには、一定の教育期間を必要とした(スタッフ全員でお互い学ぶ環境の構築)。診療録、訪問看護記録が、一覧できれば、患者状況が良く分かり、チーム医療としての診療のレベルは格段に向上すると考えたからである(もっとも情報の共有化によるチーム医療の実践と、医療の質の向上が、電子カルテ導入の大きな目的の一つであることは、いうまでもない)。

集金は銀行引き落とし、支払いはネットバンキングを活用している。法人内では、スタッフ全員が法人内メーリングリストでの情報共有化を図り、完全週休 2 日、年休完全消化を実現し、残業なしの職場環境を目指している。個人的には完全週休 2 日であるが、法人全体としては年中無休、24 時間対応であることはいままでのない。このシステムを構築・運用するに、携帯電話、E メールを有効利用しているため、携帯電話は全スタッフ 24 時間対応であるが、緊急以外は使用しない。また、E メールで済む用事は E メールを使用する約束である。車、携帯電話、パソコンが、当クリニックの“3 種の神器”である。

以上のように、現在までに法人内の ICT 化により業務の効率化を図り、経営状態を良くすることに成功してきた。当法人では、「一生懸命働かず、賢く働こう」を合言葉にしている。皆で知恵を出し合い、楽しんで、仕事の質を高めることに知恵を絞り、しっかり勉強して自分の仕事の価値を高め、医療法人ナカノ会全体の価値を高めて、自らの収益を増やし、快適な仕事の環境が構築できるように、スタッフ全員で、経営努力している。

6、教育環境の整備

法人内スタッフの連携や資質のレベルアップという意味では、開設時の理念と目標の一つに法人内外の勉強会の励行をあげている。法人内では、月～土曜日の朝 8 時 30 分～9 時に行っているスタッフミーティングが討論、勉強の場である。ミーティング開始時に前日の患者の情報などを共有するため、スタッフ全員が院内のメーリングリストで情報交換し、朝、必ず法人内メールに目を通して出勤してくる。ミーティングでは医師、看護師、事務のすべてのスタッフが対等であり、互いに見直すべきところを指摘し合い、改善点を検討する毎日である。また、スタッフミーティングの時間を利用して、4 週間に 1 回、連携薬局 3 施設の(訪問)薬剤師を交えての服薬カンファレンスを開催している。

チーム医療や地域のチームケアにとって、あるいは在宅療養を行おうとする患者と家族にとって、ケアカンファレンスがいかに重要であるかは論を待たない。ただ、コスト・パフォーマンスがよくないために開催回数は多くできない。

当法人では患者の退院時、または容態変化時に合わせ、積極的にケアマネジャーに働きかけてケアカンファレンスを開催している。ケアカンファレンスが頻回に開催できるようにするのは、その教育効果を考えるからである。このケアカンファレンスを法人内外の教育活動の一環と考えれば投資する価値はある。2008 年度の診療報酬改訂では、ケアカンファレンスなどの連携に関する報酬が評価された。必要な仕事を創って行けば、お金は後からついてくる。これは、医療法人ナカノ会の大きな経営哲学の一つでもある。

非公式にはあるが、現在までに、医師(研修医、勤務医、開業医)、看護師、ケアマネジャー、医学生、看護学生、教員などの研修を受け入れ、研修者は年間 100 名を超えている。また、2008 年 3 月から、筆者は鹿児島大学医学部の臨床教授に就任し、医療法人ナカノ会は鹿児島大学医学部 6 年生の学生実習施設となり、正式に医学生に在宅医療や訪問看護を教育することとなった。今後、さらに教育環境を整備し、在宅主治医(かかりつけ医)、訪問看護師、ケアマネジャーの育成・研修施設として、在宅医療関係の教育機関(研究研修施設)として進化、機能

することを目指している。

7、在宅ケアネット鹿児島

2006（平成 18）年 11 月 21 日に筆者自ら立ち上げた在宅ケアネット鹿児島 ML (<http://www13.ocn.ne.jp/~nazic/carenet.html>) では、全国各地から、さらに遠くはボストンやロンドンからの多数の参加者があり、日夜、医療介護問題にとどまらず、政治、経済や歴史、文化、地域づくり、ICT、教育、ジェンダーの問題などについて、活発な議論を展開している。2009 年 3 月現在で参加者は 800 名を超え、そのうちの約半数が在宅医療に関心のある医師であるが、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、薬剤師、歯科医師のほか、医療教育関係者、行政関係者、一般市民、患者、家族（遺族）の参加もある。特に看護師、一般市民の意見が多いのが大きな特徴である（参加希望者は、中野 nakano@nakanozaitaku.or.jp まで個人メールをいただければ、自由に参加できる）。

今年 2 月 28 日～3 月 1 日に鹿児島市で開催された第 11 回日本在宅医学会の企画、運営は、実行委員会を組織せずに、筆者一人で、本MLを通じて企画、連絡、広報を行うある種の実験であったが、結果的にMLのメンバー全員が実行委員兼演者兼聴衆となり、90 の一般演題（ポスター発表）、1,000 名の学会参加（例年の倍数）で、大成功に終わった。

8、かかりつけ医の必要性（総合医としてのかかりつけ医）

2009 年 9 月に、在宅医療専門のクリニックであるナカノ在宅医療クリニックを開業して、丸 10 年が経過する。在宅医療の現場に赴けば、一人の患者が、心臓は循環器内科、骨粗鬆症は整形外科、目薬は眼科と、複数の医療機関を受診していることに気づく。おそらく、自分で通院できる外来医療においては、それ以上の複数医療機関受診がなされていると想像する。また、処方されたお薬が、いかにきちんと内服されていないかにつき、驚かされる（ゴミ箱に処方されたお薬が投げ捨てられている例もめずらしくない）。

複数医受診の弊害は、重複薬剤が存在することや、お互いの医療機関通しの連携不足などが挙げられる。2008 年 4 月からの診療報酬改定では、後期高齢者診療料が新設され、外来診療でも事実上のかかりつけ医制度が設定された。（在宅医療分野では、定期の訪問診療する医師は原則的に一人で、既に在宅主治医としてかかりつけ医機能が実践されている。）

かかりつけ医の条件としては、1) 複数の疾患を診ることができ、心のケアにも対応できる、2) 介護計画をつくるケアマネジャーと情報を交換し、往診もする、3) 痛みの緩和ケアなど終末期医療にも対応するなどである。

私見として、開業医は、自分の専門ばかり診るのではなく、専門外の疾患もトータルで診たほうが良いと考える。そうでないと、今の医療現場（とくに高齢者に対しては）では、あまり役に立たないと思う。高齢者においては、心臓も悪く、認知症で、骨粗鬆症もあって、眼も耳も悪いという人が多い。これらの悪いところは、病気なのか、障害なのかよく分からなく、従来の専門医療で個別に対応すれば、コストもかかれば効率も上がらないと考える。病気や障害を体ごと（生活面まで含めて）トータルに診る、かかりつけ医が必要な理由である。

医療をキュア主体からケア主体に転換することにより、あらゆる診療科の医師が、かかりつけ医（総合医）として機能できると考える（麻薬の使い方などの若干の教育と経験は必要であるが）。定期の訪問診療にて予防医学としてケア的手法でかかわる中、キュアの必要性が生じ（急変時など）、自分の専門外と感じたら、専門医を紹介（専門外来受診や入院依頼）すれば良い。これまた、医師間の連携である。

旧来の医学教育システムでは、臓器別専門家のみの育成で、トータルな総合診療能力を身につけるためには、卒後の勉強、研修、経験が必要であった。現行の新臨床研修制度は、これら

総合医育成に対応しているため、今後はかかりつけ医として、総合的に全体的に人間を診る医師（総合医）が増えてくると考える。

9、地域での在宅医療・ケア供給体制

現在、地域（在宅）で供給されている在宅医療・ケア体制を、患者（地域住民）を中心に描いてみる（図4）。慢性期疾患をもつ障害者を、生活面から支えるのはご家族、ホームヘルパー、医療面から支えるのは在宅療養支援診療所である。在宅療養支援診療所は、2006年4月に創設されたが、その要件を（表4）に挙げる。在宅療養支援診療所のパートナーは、地域の訪問看護ステーションである。良質な在宅医療を提供するために、在宅療養支援診療所—訪問看護ステーション間の緊密な連携は必須で、在宅療養支援診療所の要件にも挙げられている。また、様々な医療介護サービスを調整（マネジメント）してくれる居宅介護支援事業所や地域包括支援センターも非常に重要な機関であり、これらと連携することも要件に含まれる。また、慢性期疾患の患者が治療を必要とする状態になったとき（急変時）には、病院医療が必要である。急性期患者の受け入れ病院が後方支援病院で、地域の急性期病院がこの機能を担う。後方支援病院を確保することも、在宅療養支援診療所の要件の一つである（表4）。

現在、グループホームや小規模多機能施設、高齢者賃貸住宅、有料老人ホームへの在宅医療が適応とされているが、今後 特別養護老人ホーム（特養）での在宅医療が全面解禁されれば（現在は末期がん患者にのみ適応）、病院医療から在宅医療へのパラダイムシフトは一気に加速するものと思われる。

10、おわりに—医療再生のプログラム

現在問題になっている医療崩壊は、ある意味医療再生のプロセスとも捉えることができる。今後、1）急性期病院の集約化、と2）在宅医療の普及の2極に集約していくと考える。そして、これら急性期医療と在宅医療は相補的にお互い協力しあう関係になるであろう。

今後の予想される展開を、（図5）に示してみた。大胆に予測してみよう。今後、病院（療養型病床群を含む）のベッド数は3分の1に削減されるとして（現在の日本の病院ベッド数は欧米の約3倍）、スタッフの3分の2が病院に残れば、スタッフ数は実質2倍になる。この余力で、救急患者の受け入れや、医療スタッフの教育環境の整備が可能となる。今後、病院は、このような良質環境の急性期病院（マグネットホスピタル）に集約化されてくると考える。医療スタッフの残りの3分の1は在宅に赴くことになり、地域の開業医、勤務医として、地域のケアマネジャーや訪問看護師、薬剤師、歯科医師、ホームヘルパーと多職種連携して、在宅（地域）での慢性期医療（在宅医療、ケア、総合外来）を支えていくことになるだろう。

これらの一連の動きは、旧来の病院医療の立場から見れば“医療崩壊”でも、在宅医療を展開する立場から見れば“医療再生”である。

（参考文献）

- (1) 中野一司：「在宅医療とかかりつけ医」。治療、5.2008.p1826-1830
- (2) 村田久行：「改訂増補 ケアの思想と対人援助」。川島書店、1998年

(表1) 時代の変遷に伴う疾病構造の変化

		第2次大戦前	戦後まもない頃	現在
死亡率	1位	感染症(肺結核)	脳出血(高血圧症)	悪性新生物(癌)
	2位			脳卒中(脳梗塞)
	3位			心疾患(心筋梗塞)
医療環境の変化		抗生物質の発見	食生活の向上 医学の進歩 衛生環境の向	慢性疾患の増加 超高齢社会
平均寿命		50-60歳	60-70歳	80歳

(表2) 医療(治療)から介護(生活支援)へのパラダイムシフト

	以前	超高齢社会
疾患対象者	若年者	高齢者
疾患	急性期疾患	慢性期疾患
傷害の種類	疾患(治療できる)	障害(治療できない)
機能障害、後遺症	なし	あり
必要な対応	病院医療 (急性期医療) (治療医学) 治療(キユー)	在宅医療 (慢性期医療) (予防医学) 介護(ケア、生活支援)

(表3) ナカノ在宅医療クリニックの開設理念と目標

(1999年9月、2003年8月一部改正。)

- 1) 訪問診療を主な業務とする。
- 2) 単なるクリニックではなく、本格的なケアマネジメント業務も起業する。
- 3) ツールとしてICT(電子カルテ・E-メール・インターネット、携帯電話等)をフル活用する。
- 4) 地域では、競争ではなく共生を目指す。各機関と良好な関係を結ぶことで、お互いの利益向上を図るとともに、医療全体の質を高め、地域医療の向上に貢献する。
- 5) 病診連携・診診連携のほか、訪問看護ステーション・ヘルパーステーション等との連携とその交通整理を推進し、これらの要となるべきシステムを構築する。単にペーパー(紹介状や報告書)のみの情報交換ではなく、実際に現場や施設へ行き交渉する。
- 6) 医師会活動(各種勉強会、医師会訪問看護ステーション、医師会検査センターなど)と連携し、地域医療の向上を図る。
- 7) ケアカンファレンスの実施。
- 8) 在宅医療の知的集団を形成し、企画・教育・広報などの業務ができる専門家を養成する。
- 9) クリニック内外の勉強会を励行する。
- 10) 在宅医療の教育機関として機能する。

(表4) 在宅療養支援診療所の要件

1. 保険医療機関たる診療所であること
2. 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
3. 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
4. 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
5. 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
6. 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること
7. 当該診療所における在宅看取り数を報告すること