

## 医療と介護の連携

### 「ケア志向の在宅医療」という新しい概念(哲学)の重要性

中野一司 医療法人ナカノ会理事長

なかのかずし ●1956年、鹿児島県阿久根市生まれ。東京理科大学薬学部に入學。薬剤師免許取得後、鹿児島大学医薬部に再入學して医師免許取得。87年4月に鹿児島大学病院第3内科入局。95年3月同大医学部大学院内科系卒業。医学博士。99年9月ナカノ在宅医療クリニック開設。2003年10月、医療法人ナカノ会理事長。12年5月ナカノ在宅医療連携拠点センターを設立。

#### 在宅医療という新たな医療概念の提唱

1999年9月に、在宅医療専門の診療所であるナカノ在宅医療クリニックを鹿児島市で開業して15年が経過した。開業当初は、病院で行われている(キウア志向の医療である)病院医療をそのまま在宅で展開するのが在宅医療だと考えていた。ところが、実際、在宅医療を始めてみると何かが違う。病院医療と在宅医療は似て非なる、パラダイムの違う医療ではないかと考え始めた。

そうしたなかで、開業9年目の2008年に、京都ノートルダム女子大学の村田久行教授の3回のセミナー(1回4・5時間×3回)を受講。その話は目から鱗であった。私は、村田理論(文献1)における

キウア概念とケア概念(定義)を用いて、従来の「キウア志向の医療」病院医療に対し、「ケア志向の医療」在宅医療という在宅医療の新たな医療概念を提唱するに至った(文献2)。

病院(医療機関)は病気を検査し、治療する場所だ。医療機関(病院や外来)のなかで行われる医療が、私の提唱するキウア志向の病院医療である。これに対し、在宅医療は医療機関の外で展開される医療(病院外医療)で、検査や治療(キウア)より生活(ケア)が優先される医療を指す。医療機関外(地域)在宅や施設で行われる医療が、私の提唱するケア志向の在宅医療である。

病気や障害があっても、地域在宅や施設)の生活の場で、最期まで生活してもよいことを医療的に保

証する医療がケア志向の在宅医療で、生活の場での医療を保証した結果が、地域(在宅や施設)での看取りに結びつく。だから看取りは、(国の財源確保の)目的(キウア)ではなく、患者の望む医療を実践した結果(ケア)が看取りに結びつくのである。そして、このことが結果的に医療費を安くするので、看取りは(財源獲得の)目的(キウア)

ではなく、(患者の望む医療を実践した)結果(ケア)であるという点が非常に重要な視点だと強調したい。

キウア志向の病院医療が病気を対象にするのに対し、ケア志向の在宅医療は病気を抱えた人を対象にする。キウア志向の病院医療とケア志向の在宅医療の違いは図1にまとめた。

図1 キウア志向とケア志向の違い

#### キウア志向の病院医療

- = 院内医療
- = 医療機関内(入院、外来)で行われる医療
- = 治療(キウア)が優先される医療
- = **病気が優先される医療**

#### ケア志向の在宅医療

- = 病院外医療
- = 地域(在宅、施設)で行われる医療
- = 生活(ケア)が優先される医療
- = **人が優先される医療**

#### 医療と介護の連携

地域包括ケアシステムの構築において、医療と介護の連携は非常に重要である。医療と介護の連携を考察するときに、医療を、①キウア志向の病院医療(急性期医療)と、②ケア志向の在宅医療(慢性期医療)に分けて考える必要がある。

私の主催するメーリングリスト

図2 地域包括ケアシステムにおける医療と介護の連携  
 キュア志向の病院医療と介護を継ぐケア志向の在宅医療の重要性

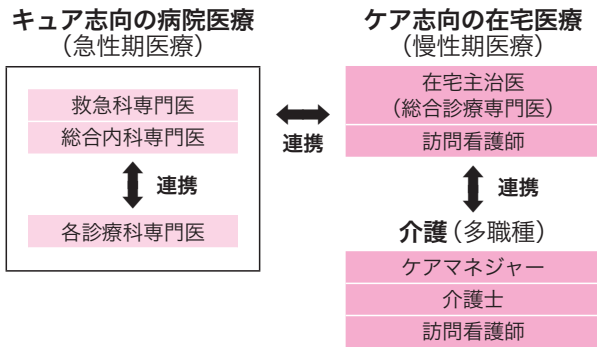


図3 「ご当地医療」に大転換  
 増やすのは生命の「量」から「質」に

これまでの医療 (1970年代モデル)	これからの医療 (2025年モデル)
・体を治す医療	・生活を支える医療
・病院完結型	・地域完結型
・入院医療	・在宅医療
・救命、延命、治療	・病気(合併症)と共存
・社会復帰	・QOL(生活の質)、QOD
・寿命60歳代	・寿命80歳代

現在、医療と介護の連携を考えるとときに、医療Ⅱ(キュア志向の病院医療(急性期医療))と想定すると、①キュア志向の病院医療(油)Ⅱ病気を治す、③介護(水)Ⅱ生活を支えるで、①油と③水でうまく

宅医療の経験から確信する)。地域包括ケアシステムの構築のために在宅医療を推進することは、慢性期医療を展開する医師たち(特に開業医Ⅱかかりつけ医)の意識をキュア志向からケア志向へ変容促進する効果が大きいのではないかと私は考えている。

①キュア志向の病院医療(急性期医療)と、②ケア志向の在宅医療(慢性期医療)は、医療を展開する場所が、医療機関(病院と外来)内外で区分けされているので、相性がよく、お互いに補う(相補的な関係にある。慢性疾患や障害を持つについても、普段は地域(在宅や施設)で生活しケア志向の在宅医療でフォローして、肺炎や心筋梗塞など治療(キュア)が必要になれば、急性期病院でキュア志向の病院医療(急性期医療)をお願いすればよい①キュア志向の病院医療と②ケア志向の在宅医療の良質な連携)。

参考文献  
 1 村田久行「改訂増補 ケアの思想と対人援助」川島書店、1999年  
 2 中野「司」在宅医療が日本を変える | キュアからケアへのパラダイムチェンジ「ケア志向の医療Ⅱ在宅医療」という新しい医療概念の提唱(ナカノ会 2012年)

「在宅ケアネット鹿児島(CNK)ML」で、5年前に「キュア志向の病院医療に対して、ケア志向の在宅医療(病院外医療)」という新しい医療概念を提唱したい」と発信したら、ある会員(医師)から「キュア志向の病院医療Ⅱ急性期医療、ケア志向の在宅医療Ⅱ慢性期医療でよいのではないか」との指摘を受けた。

私自身、この意見にまったく賛同するのだが、多くの医師はキュア志向の病院医療しか知らず(キュア志向の病院医療の教育しか受けていない)、多くの慢性期医療は

キュア志向の病院医療の哲学で実践されているのが現状であり、それが今の(慢性期)医療の最大の問題点であると私は考えている。地域包括ケアシステムの構築を成功させるための必要条件是、慢性期医療を展開する医師の意識が、キュア志向の病院医療の哲学(考え方)からケア志向の在宅医療の哲学(考え方)にパラダイムチェンジ(意識変容)することだと考えている。そしてこの意識変容は、医師たちが医療機関内(病院や外来)から外の地域(在宅や施設)に赴くことで促されるだろう(私自身の15年間の在

宅医療の経験から確信する)。地域包括ケアシステムの構築のために在宅医療を推進することは、慢性期医療を展開する医師たち(特に開業医Ⅱかかりつけ医)の意識をキュア志向からケア志向へ変容促進する効果が大きいのではないかと私は考えている。

①キュア志向の病院医療(急性期医療)と、②ケア志向の在宅医療(慢性期医療)は、医療を展開する場所が、医療機関(病院と外来)内外で区分けされているので、相性がよく、お互いに補う(相補的な関係にある。慢性疾患や障害を持つについても、普段は地域(在宅や施設)で生活しケア志向の在宅医療でフォローして、肺炎や心筋梗塞など治療(キュア)が必要になれば、急性期病院でキュア志向の病院医療(急性期医療)をお願いすればよい①キュア志向の病院医療と②ケア志向の在宅医療の良質な連携)。

今後、慢性期医療の哲学が①キュア志向の病院医療の哲学から②ケア志向の在宅医療の哲学に変わっていくことが重要で、そのためには慢性期医療を展開する医師たちが病院外の地域(在宅や施設)に赴き、ケア志向の在宅医療を展開する必要がある。そして慢性期病院で展開される医療も、キュア志向からケア志向へ変わっていく必要があると考えている。これらの考え方は、13年の社会保障制度改革国民会議でも報告され、国策となりつつある(図3)。