

鹿児島経済同友会 情報化推進委員会(平成21年11月18日、ホテル・レクストン鹿児島)

「ICTをフル活用した在宅医療支援診療所の運営と経営哲学について」

中野 一司 氏

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

<http://www13.ocn.ne.jp/~nazic/index.html>

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

<http://zaitakuiryo.or.jp/msg/view/nakano>

《ICTで楽する医療》

私は10年前、1999年の9月に開業しました。僕らの仲間では結構、在宅医療が大好きというか、在宅医療をやりたくて開業したという仲間が多いのですが、僕はちょっと変わり者で、在宅医療が嫌いではないのですが、ちょっと面倒くさいかなと思う人間です。来年から常勤医が来てくれそうで、(よろしければ)その方に院長になっていただいて、できるだけ診療から手を抜いて、こういうところで話をしたいと思っている人間です。

といいますのは、私はシステムがつくりたくて開業しました。在宅医療といいますか、結局、「赤ひげ先生」の熱い思いだけでは、過労死するか、あまりパフォーマンスが上がらないか、どっちかだろうとイメージしていたわけです。これは検査部での経験からですが、明確にシステムをつくらうと思っていたわけです。平たく言うと、自分が楽するシステムをつくらうということです。そうでないと、たぶん医療チーム全体のパフォーマンスが上がらないし、医療チーム全体のパフォーマンスが上がらないと医療全体の質が上がらないということです。世の中につくる意味がないと考えたのです。

それで、開業当初から明確にIT、いまでいうコミュニケーションまで入ったICTですが、それを活用

しない限りは無理だろうと思っています。それか、一生懸命やってしまうかです。パフォーマンスが上がらないと金がかかるということですから、世の中から廃れるということです。だから、その面を明確にイメージしておりました。それで僕自身の活動の4割ぐらいは診療で、あと6割がこういうシステムづくりに入っていると思いますが、これを今後、2:8ぐらいにシフトしていきたいと思っています。

メール管理が自分の仕事の半分以上です。これはクリニックのメーリングリストです。スタッフが25人いますが、全員が1人1台パソコンを持って、こういったやり取りをしています。例えば、訪問看護の記録とかをこういう形で送って、訪問看護師が常勤で11名いますが、僕の診療記録とかも全部メールで送っているということです。紹介状などもメールで送って、あとは事務員で処理してもらっています。そのことで自分の時間が結構持てます。例えばきのうの診療記録ですが、電子カルテを使っていますが、電子カルテには自分で直接書き込みません。というのは、書き込む手間が手間なのです。だから、日ごろ訪問診療という形で定期的に毎週火曜日とか隔週火曜日とか回ってきますが、回る順序が決まっているので、新患が入ったらこれに割り込ませるという形で、この上にどんどん書き込んでいきます。最初の頃は電子カルテがあるので、電子カルテにどんどん書き込んでいったのですが、この時間が手間だということで、いま方法を変えています。

それから画像なども院内のメーリングリストで、業務連絡なども全部メーリングリストで行います。だから朝ミーティングで集まる時は、誰がきのう亡くなったかということはスタッフ全員が押さえているわけですが、こういう形でデジカメで画像を送ったりします。だからメーリングリスト自体がひとつの電子カルテになっています。例えば、新患紹介などの情報提供などで調べたい人があったら、それをグーグルのデスクトップで検索すれば、その知りたい情報に行き着きますし、こういう形で診療情報提供もファックスでメール上に載せて、みんなで共有しているということです。

紹介状も電子カルテで書けるわけですが、紹介内容のみを書いてメールで送って、あとの要約とか一切は事務で転記してもらうということで、僕はあまり忙し

くないのです。僕はだいたい午後 4 時までには帰っています。きょうももうルーチン業務は終わっていますので、だからこうやって講演会に来る暇もできます。最初からこんなに暇だったわけではないのですが、だんだんスタッフが増えてくるにしたがって暇になるシステムをつくってきたという方が正しいと思います。こういう検査情報も送れるので、こういう情報も全部スタッフ全員で共有しています。

《日本の医療を変えるメーリングリスト》

あと「在宅ケアネット鹿児島」というメーリングリスト <http://www13.ocn.ne.jp/~nazic/carenet.html> を作っています。これでかなり激しいディスカッションをやっており、下手するとこのメーリングリストが、特に医療介護分野ではこの日本を動かしているかもしれませぬ。それくらいのメンバーが入っています。在宅医療を全国で展開する医師、看護師、介護職の他、例えば官僚とか、医療ジャーナリスト、大学教授、国会議員も数名入っています。こうやって講演するに従い入会者を増やし、このメーリングリストで国政を動かしていくことが可能になってくるかもしれないというくらい成長してきています。やはりいまはそういう時代です。田舎の開業医が日本国を動かしたかもしれないという、そういうことが本当に起こる時代です。

ちなみに、11月30日に、厚生労働省の「第6回チーム医療の推進に関する検討会」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/11/s1130-16.html> で、僕はヒアリングを頼まれて10分間話をしてきます。3日前ぐらいに厚生労働省から電話がかかってくるので、ちょっと慌てて代診を見つけて、急ぎょ行くことになるのですが、いまそういう時代に入ってきています。

あと「一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会」<http://www.zaitakuiryo.or.jp/> というのができて、そっちのサポートをやっております。特に在宅医療は新しい分野ですので、参入してくるドクターもなかなか診療報酬の請求の仕方が分からないとか、あるいはモルヒネの使い方はどうするのかとか、認知症の扱いをどうするのかとか、医者でも知らないというところもあるので、そういう僕らが持っている10年間の在宅医療の経験と知識の蓄積を企業秘密ではな

くて、どんどん情報開示していく時代です。

というのは、僕の開業の目的が金儲けをしようと思ってこの仕事をするというコンセプトだったら、教えません。僕の開業の目的は、在宅医療を推進しようということです。いい医療ですの国民に広げて、ファイナルには医療改革をやっていこうという目的ですので、どんどん参入してくる方にこういう組織をつくって情報を提供していくことをしていきます。

僕も日本医師会会員で、医師会の会員ですが、いまの医師会の動きを見ていると、これでは自民党と一緒に動きが遅いということを感じます。だいたい鹿児島市の医師会の会費が、入会費120万円、医師会全体の年会費120万円ぐらいの会費を払っています。ちなみに僕らの連絡会は入会費5千円、年会費5千円です。なぜこれができるかというと、ICTを使っているからです。ICTを使って連絡会をやるとうところのコンセプトについて、連絡会の中でディスカッションした時に反対意見がありました。結構大きい反対意見がありました。メールを使わない会員を除外するのということなのです。

これもよく分かります。ただこの時代、お仲間の中でシコシコやってもいまのテンポの早い時代に対応できません。だから決して除外するものではありません。会費の中から年に1回は年会費5千円に見合うだけの広報は出します。その情報は提供します。ただ情報は欲しい人はもらいに来てよというのが一番だという話です。ちなみに、この連絡会のある世話人の先生は、在宅医療の世界では日本で有名なトップリーダーの一人ですが、この前、地域の医師会の理事会でみんなメールを使ってやろうよとか言ったら、他の理事から私はメールを使わなく別に不自由をしないからいいよと言われたそうです。その世話人の先生は、俺の方が不自由するよと言われていました。今はそういう時代に入ってきています。

だから決して情報を開示しないのではなくて、情報はどんどん開示していきます。開示し、受け取るためにICTを使っただけというコンセプトを持ちながらやっています。しかもこの連絡会は非常に活発です。僕自身がこのメーリングリストを管理していますが、会員は8月1日から募集開始して500人を超えましたが、この会員集めもICTでやっていますが、非常

に活性化したメーリングリストです。おそらくこの連絡会がこれからの日本の医療を変えていくのではないかと考えています。

《在宅医療は医療改革の本丸》

日本の医療というと大げさと思われるかもしれませんが、きょうの話を聞いていただくと分かるかもしれません。在宅医療は基本的にはおそらく今後の医療改革の本丸です。そのへんの話はきょうちょっとできたかと思っています。きょうは企業の経営者の方が多いのですが、僕のところのシステムがよく分かったドクターが、医療法人ナカノ会のITシステムをみて、「中野のところは常勤医2人換算でこの仕事をしながら、常勤の事務が6人もいる。ITで合理化と言いつつながら全国で講演し回っているけど、お前のところのITのシステムは全然合理化できていないじゃないか」と言われます。これは鋭い指摘です。当たっています。

どういうところで当たっているかということ、僕のところは、僕がメールで送って、そのメールをみんなが読むことで情報を共有化するという利点はあるにしても、人員の省力化という側面からすると、医師である僕が発生源入力ということで直接入力せずに、それをITを通じて事務員に振り分けることにおいて、事務作業は2倍から3倍に増えています。これで経営上いいのでしょうかということなのですが、皆さんは経営者ですから答えは分かっていると思います。これで、経営的にも正解なのです。

答えは、医師の僕の人件費は事務員の3倍～5倍です。だから医師の事務業務のうち事務員でできることを事務員に振り分けると、事務業務作業量が全体で3倍になっても、法人全体で経営的には有利になるのです。ところが、病院のシステムというのは、病院の仕掛け自体が従来からいうと権限委譲ではなくて、医師に全権力が集中しているので、決済を全部医師がしなければいけないシステムができています。だから馬鹿なITシステムをつくると、ITを入れたがために医師の負荷が重くなって、事務が暇をこいでいるというシステムがいっぱいあるのです。本当は逆なのです。業務作業をいっぱい事務員に振り分けて、そして経営状態をよくしていくというスタンスで考える。これ

がひとつの肝です。

だから僕は、こういうコンセプトでこの10年間やってきたので非常に暇で、週休3日ですし、午後4時までには帰っているということです。ただ24時間対応していますので、他のサラリーマンぐらいいは忙しいです。夜の対応があるので、そんなに皆さんに言うほど暇ではないのですが、同じ医師仲間の中では結構楽しんでいる部類に入るかなと思います。しかも事務業務の仕事量を3倍にしたということは、僕はそのおかげでうちの事務員の雇用を確保したわけです。だから雇用の創出にもつながるわけです。そういう感じでの仕事の振り分け、IT(ICT)の使い方というのは、たぶん医療界だけでなく、国全体をあげてつくっていくことが必要だろうと思います。

介護に金をやるといっても財源がないと自民党政治は言っていました。僕は決して民主党員でもなく政治的には中立ですが、いまの動きを見ていると、自民党政治というのは高度成長期においていっぱい仕事をされてきたのですが、いよいよこれだけ金持ちになってきたらもうそろそろ限界かなということで、これがたぶん民主党の掲げる「コンクリートから人へ」という流れなのだと思います。要するに金の稼ぎ方ではなくて、使い方を考えていけなくていけない時代になってきている。不景気なのにそんなに金持ちじゃないだろうと皆さん経済界の皆様は言われますが、ニートとか派遣切りとか、仕事をしない人も飯を食っていける時代なのです。こんな豊かな時代はない。ただ貧乏な人がなぜいるかということ、金の振り分け方がおかしいのです。一方であるところにはあって、じゃぶじゃぶと無駄遣いしながら、実際に要るところに使っていかない。こういうところのお金の流れを変えていかなくてはいけないということを、この仕事をしながら思うわけです。

《患者情報のセキュリティーと共有化》

よくメールを使って仕事をしているとかいう話をすれば、大学の医療情報部の教授とか偉い先生たちから、「中野君、メールなんてセキュリティーは無防備なのだよ、甘いのだよ」と言われます。そんなことは知っていますよと思うのですが、「こういうメールなどを患者情報などに使ってはいけません」とも言われます。

本当にそうでしょうか。この時代、政治上の大きな情報がメールで流れる時代に、たかが患者の医療情報ぐらいでそんなに目くじら立てる必要はないと、僕は思っています。

さらに患者情報というのは、人に見られてそんなに大切でしょうか。一昔前なら、がんも人に言わない時代でした。いまはもう、がんもちゃんと説明しますし、説明しないと説明不足だといわれる時代です。あとどうも患者情報がすごい情報だという人は、何か権威の人というか、偉い人たちだけで、やたら医療のところに権威づけするところにそういう迷信があるのではないかと考えています。結局、患者情報を意図的に漏らすということではないのですが、例えばだれだれさんが熱が38度出たとか、そういう情報が飛び交っているわけです。それに対して、がちがちの銀行みたいなセキュリティをを求める必要があるかということを考えるわけです。

それより大事なものは、やはり患者情報をセキュリティの甘いところでちゃんと共有しますよということ（をしっかりと患者さんの了解をいただくということ）であって、それを患者の診療の使用目的以外には使わないということです。朝からろくなものを食べていなかったから、あそこは貧乏なのじゃないかと面白半分に話題にするようなメンタリティーとか、そういうのを避けて、しっかり知りえた患者情報を他人に漏らさないという、物質的なセキュリティよりはリテラシーというか、スタッフが共有することの方がはるかに大事なのではないかと思うわけです。

大学の先生たちに言わせると、電子カルテなどは院内の情報だから外に持ち出すなんてとんでもないと言う方がいらっしやるわけです。だって僕らの仕事の場は、患者さんの家で、院外です。だからそういうことであまり余計ないちゃもんをつけてほしくないという考えです。だって院外に持ち出すなといったら、最高のセキュリティというのは、電子カルテを銀行の金庫に預けておくのが一番のセキュリティです。何のために情報を使って、どこを守っていくのかということをしっかりしないと、やたらセキュリティ、セキュリティと原理主義的なことをいうと一歩も進まない。むしろセキュリティを最大限に下げることににおいて利便性が出てくるということです。

個人情報保護法というのは、個人情報を絶対に外に漏らさないということではないのです。個人情報をみんな使いなさいということなのです。みんなですらに当たってちゃんとルール決めはしっかりして、使用目的以外には使わない。そういう信頼関係を持った上で使うという哲学が非常に大事だということを、最初に強調しておきたいと思います。

僕は患者さんの家に看護師と行って、看護師がこうやってバイタルサイン（血圧や体温など）を測っている間に、記録しています。だいたい3年前まで僕が運転して行っていたのですが、運転手がつくことにおいて僕は診療中もメールチェックとかカルテ記入ができます。だから往診が終わると僕の仕事は終わっているわけです。エアエッジでも全部メール送信しますので、だから余計な用事がない時はあまり診療所にはいないということです。だからよく診療所に面接に来られるプロパーさんとか薬屋さんとかいるのですが、診療所にはいないので約束はできません。ちょっとしたものだったらメールでくださいと言っています。

運転手をつけるということは、細かいことですが、チーム医療です。運転手の賃金ももたないのではなくて、運転手を雇うお金で僕は時間をもらって、もうちょっと生産的な価値の高い仕事をしていくということでの業務分担をするということです。移動中にもこうやって連絡していますし、処方箋も事務前に前処理で定期のお薬を処方したものを2枚準備し、カーボン紙で腹写訂正して、1枚は患者宅に置いて、1枚持って帰ってきて、電子カルテへの書き込みは後処理でこの複写を見て事務がやるということです。よくマニアックなドクターは、ITといいながらパソコンを持って、モバイルのプリンターを打って、スーッと出してどうぞとやると、あたかもスマートなのですが、僕から見たらちょっと時間の浪費かなという感じがします。そういうところでいかに時間をうまく使っていくか。それで全体的なパフォーマンスを上げていくことが大切です。

ただきょう僕だけの話をしていますが、私を仮に雇用した医師と考えてください。その医師にいかに、医師として事務員の3倍～5倍の人件費をもらうだけの価値のある仕事をしてもらうために、私がおの場を提供しているかということです。それを自分の身をもつ

てやっているわけです。そうすると、医師は自分の好きな仕事、専門性のある仕事をするとうごくいいわけです。もともと事務作業をやりたいという医師は1人もいません。だからうちの非常勤の医師は一応5時半までの勤務時間ですが、終わったらいつでも帰っていますよということで、2時とか3時に帰っています。だから辞めません。この医師不足で医師が来ないというのは、たぶん働く環境があまりよくないのではないかと思うわけです。

《苦しみの構造におけるキュアとケア》

きょうの講演で、最初は難しい話から入りますが、哲学です。これは苦しみの構造について、京都ノートルダム女子大学の村田久行教授という哲学の先生のキュアとケアについての定義です。私は去年、村田先生の研修に参加して、非常にじっくりいったというか、在宅の現場で9年間もやもやとしていたものが、この村田理論ですべて理論体系化できました。

苦しみの構造

客観的な状況 **キュア**

↑↓ズレ = 苦しみ

主観的な思い・願い・価値観 **ケア**

出典：京都ノートルダム女子大学 村田久行教授

苦しみというのはペインです。英語でスピリチュアルペインとか言いますが、そういうのがどうして起こるのかというと、ひとつはいまの状況（“客観的な状況”）、私はがんであるとか、がんも治らない状態であるとか、あるいは貧乏であるとか、いろんな状況があるわけです。それで例えばお金持ちになりたいとかの思い（“主観的な思い・願い・価値観”）があります。あるいは、がんさえ治れば私はまた仕事に復帰して、また新しい仕事ができるのにとします。だからこの感覚がズレ（とのズレ）ればズレるほどつらいわけです。

例えば、うちの息子は東大の医学部に通りたいけど

偏差値が30しかないとか、非常につらいわけです。そのつらさを取るための方法として、一番よく知られるのが、“客観的な状況”を変えて、“主観的な思い・願い・価値観”に近づけていく。これは非常に推奨されることです。結局、偏差値が30なら、努力して80まで上げれば東大の医学部も通るということです。お前が苦しいのは努力が足りないからだよということで、あるいはがんがあっても手術やいい薬を使えばがんが治ってまたハッピーになれるとか、こういう“客観的な状況”を努力とか薬とか手術とか、そういう手段によって変化させ、その人の“主観的な思い・願い・価値観”に近づけている方法をキュア、つまり治療と村田先生は定義しているのです。

考えてみますと、まず医者間違いなくキュア志向です。そのために教育と訓練を受けていますから。だから病気があれば、検査して治療するのが医者の仕事です。それからいまの高齢者、それからここにいらっしゃるほとんどの経営者の皆様は、先ほどの話を聞いていても、ほとんどキュア志向です。自民党もキュア志向です。どういうことかといいますと、戦後貧しいところから金持ちになりたいという国民の願望があって、池田勇人首相の所得倍増計画とかいろいろあって、努力して（“客観的な状況”を変えて）、国民の“主観的な思い・願い・価値観”に近づけてきたのです。戦後、焼け野原から一生懸命みんな働いて道路をつくり、テレビをつくり、車をつくりして、いまの栄えある経済大国の日本国社会をつくってきたわけです。

だからこういう成功体験も含めて、方法として、極端にいうとキュアしか知りません。そうすると、キュアができなくなってくると医者も国民も非常につらいわけです。例えばがんも治る病気であれば、「よかったですね、大腸がんが見つかった。いま取れば治りますよ」と外科医は喜ぶけれども、がんももう脳に転移していたり、骨に転移していたりして抗がん剤も効かない、手術もできないとなると非常に困ってしまうわけです。キュアできなければ、患者さんだけではなく、外科医も困るわけです。ではキュアできなければもう方法はないのかというと、実はその人の“主観的な思い・願い・価値観”が変わるのを支援して、“客観的な状況”に近づけるという方法があるということです。このアプローチを村田先生は、ケアと呼んでいま

す。

どういうことかといいますと、がんであと90日しか生きられないと医者から宣告されたら、どうせ死ぬなら死んじゃおうというのがキュアの考え方です。ケアにおいては、あと90日か、いままであまりろくなこともしていなかったの、残り少ない一日一日を大事に生きていこうかなとか、その人の“主観的な想い・願い・価値観”が変わるのを支援していくのです。例えば、うちの息子が東大に行きたかったという要望があるからつらいのであって、もう偏差値30までで合格できる大学を選べばつらさは取れるわけです。そういうふうに想いを変えていく。もっと言うと、“主観的な想い・願い・価値観”を“客観的な状況”に近づけることは、ある意味、受容です。その状態を受け入れるということに対して価値観を変えていく。

その時にキュアというのは自分の努力でもできますし、名医の誰かに頼んでもできるから人に任せられるのですが、ケアというのはあなた自身が変わらなければ、私は変えることができないわけです。いくら変えるといっても駄目です。変えろ、変えろというのはキュアで、ケアは、その人がそういう価値観が変わるように支援していくということになるので、そうするとそこに介在するのは人と人との関係です。だから人と人との関係性においてその人の意識の志向性を変えて、その人の“主観的な想い・願い・価値観”が変わるのを支援して、その人の“客観的な状況”に近づけていくアプローチを、ケアといいます。だからケアにおいて、人と人との関わり合いが出てくるといのはそういうことなのです。



見方がどう違うかという、この図は何に見えます

か。人の顔に見える方？ 杯に見える方はいらっやいますか？ 両方見える方はいらっやいますか？ 両方見える方は頭がよすぎるというか、これは一方しか見えないのです。白だけに注目して杯に見える方？ みんな見えるのではないですか。白に注目すると杯以外に見えないのです。黒に注目すれば、向き合った顔にしか見えないのです。ちょっと思い込みの強い方は、顔に見えた時には顔以外見えないのです。僕の患者さんでも、キュアとケアの話をする時に、これは何に見えますかと聞いたら、向き合った人の顔に見えるというのです。よく見てください、顔しか見えませんかと言っても、顔しか見えないということを確認した後、白を見てくださいというと、ハッとされるのです。ものの見方というのは、こんなに何に意識を注目するかで見方が変わってくるのですよという話をする、キュアとケアの話もちょっと受け入れてもうということが出来ます。

だから物事というのは裏と表がありますし、見方によってだいぶ変わってくる。それによって随分苦しみというのでも変わってくる。だからキュアができなくてもケアで対応できるのだよというのはそういうことなのです。

《超高齢社会の到来と医療崩壊》

いまよく言われている医療崩壊とか医療再生もしかりです。よく医療崩壊というのは、医者が6、7年前ぐらいから最初の2年間初期研修するようになり、そのために医局に下働きする兵隊がいなくなり、派遣する医者がいなくなって地方に送れなくなり、地方から医療が崩壊してくるとされています。だから大学の偉い先生たちは、けしからんから研修制度を元に戻せというのです。ところが、うちにも学生実習施設になっているので研修医も来ますが、「どうしてあなたたちは大学に入局しないの」と聞くと、一言で「大学医局は魅力がないから」と言います。結局、大学医局でも集まっているところがあります。そうしたところはしっかりした教育研修プログラムを持っているわけです。だから、そういう努力をせずにおいて制度のせいにするというのはいかがなものか。どこの世界でもあることでしょうが、やはり人を集めるためには自ら努力しなければいけないかなと思います。

医療崩壊の原因は、結論から言いますと、超高齢社会の到来です。問題は制度ではなく、制度はあとからついてくるものです。なぜ超高齢社会が来たかという、間違いなく高度成長です。確かに医療も一部貢献しているかもしれませんが、何といても食いです。ぜいたくなものは食べなくても、これだけ朝・昼・晩食べられる。食事は健康の源ですから、そうしたら長生きできます。超高齢社会が来たから年寄りが増える社会で、病気が増える社会であるから医療費が上がるということも、マスコミも政治も当然のように言いますが、あれはうそです。だって長生きできて死になくなったから超高齢社会が来たわけです。超高齢社会において、病人は減っているのです。増えているのは実は加齢に伴う障害なのです。

病気と障害は何が違うかという、病気は治療で治ります。障害は治りません。治らない障害を抱えた人がいっぱいいる社会を、病院という病気を治すところでカバーしようとするものだから、いまのシステム疲労が起きて医療は崩壊しているのです。なぜ医療崩壊が起こるのかという、病院が要らないから崩壊しているのです。こういう話を2週間後に厚生労働省でしようと思っているのですが、こういうことを言う人はいまのところいません。僕がたぶん医療界で初めて言い出したのだと思います。一部、福祉の世界では気がついていて、別の言葉で語っている人がいらっしゃいますが、面と向かって、いま病人が減っているから病院はそんなに要らないよと言うのは僕ぐらいだと思っています。

でもこれは当たっていると思います。おそらくこれは統計学的にも言えるのですが、日本の病院のベッド数は老人病院まで含めて欧米の約3倍です。ということは、基本的にはもう急性期病院の3分の1のベッドで十分だということです。だけど日本の病院の1ベッド当たりのスタッフの配置は非常に少ないです。それが勤務医の過剰労働に原因となっています。だからベッドが3分の1になって、スタッフも3分の1になるとつらいです。だけどベッドが3分の1になり、スタッフも3分の2残れば、これは病院自体が集約化して機能強化できます。だから残るべき病院しか残らなくて、そこにスタッフが集まる。医療崩壊で大変だと医師も言っていますが、医療崩壊して医師も楽になるの

だと僕は思っています。あとの3分の1は在宅に出てきて、僕がきょう皆さん方にお話しするような医療があと10年後には展開されてくるでしょう。特に在宅医療の場合は、医師だけの参加ではつらいです。医師はほんの調味料みたいな存在で、実はヘルパーさんとか訪問看護師とかが中心になりながらチームをつくってやるチーム医療であるということです。

《急性期病院と在宅医療》

在宅医療においては、かかりつけ医、総合医というのが大事になってきます。実は2年前の診療報酬改定で総合医というのを厚生労働省打ち出したのですが、日本医師会がかんかんがくがく大反対です。それに乘ったの後期医療制度の反対というムーブメントも起こってきたのですが、理由としては、整形外科の医者は内科が診れないと、さも当然のように言われるのですが、それはあくまでもキュア志向の治すという医療からの視点であって、キュアの視点からは整形の先生は内科の疾患は診れません。ただケア、見守っていくという形だったらできます。例えばある日突然、右の半身にマヒが出てきたから脳卒中が起きたのではないかと、医学部の教育を受けた医師、あるいは素人でもちょっと勉強した方は誰でも診断できるのです。そしてそれをキュアフェーズに持っていけばいい(治療できる専門医に紹介すればよい)だけですので、そういう医療だったら誰でもできるわけです。だから、プライマリーキュアとは言わずに、プライマリーケアというのは、そういう意味もたぶんあるのだろうと思います。そのへんがなかなかわれわれも医療界でも伝わっていないところだと思います。

疾患、病気自体はかつての感染症、病気だったのですが、いまはほとんど、がんにしたって体を長く使ったから遺伝子が壊れたわけであって、心疾患、動脈硬化など血管が古くなる病気も全部老化です。認知症だって脳の病気ではありません。脳の障害です。どうやって障害が起きたか。病気も一部あります。40歳でアルツハイマーになる方もいらっしゃって、こういう方は病気ですが、80歳になってボケたというのは、あれは脳の病気ではないのです。ただしいまも医療界では、認知症があったら早くお医者さんにかかって早期発見、早期治療をすれば、いい薬があるので早く悪くならな

いように治療しましょうということを使うわけですが、これはたぶん誤りです。認知症は脳の障害なので、病気を治すというよりは、障害を持ってどうやって地域（在宅）で暮らしていけるかという視点に立って医療を展開しないと、みんな不幸になります。

もちろん急性期病院は要ります。急性期病院は、間違いなく僕ら在宅医療のパートナーです。急性期病院は、要るのだけど、数からいってもそれほどは要らないだろうということです。いま必要なのは、障害を持ってでも地域で生活できる医療、在宅医療を提供することです。医療の中でも特に介護です。生活の支援というのを家族に頼ってもつらいものがあります。家族もそんなに要員もいないのです。だって家族はみんな素人です。そういうのはやはりプロに任せていくような社会が必要です。だから僕はいつも言っているのですが、「コンクリートから人へ」の次は、「公共事業を、土木工事から社会保障へ」という形のキャッチフレーズです。

実は「コンクリートから人へ」というのは、僕が言ったことじゃないかなとひそかに思っているのです。メーリングリストで言ったことがそのままキャッチフレーズになった気もしますが、違うかもしれません。誰が言ったかはどうでもいいのです。学問（キュア）の世界と違って、ケアの世界ではプライオリティーはあまり大事にしません。もっとみんなで共有しながら、同じコンセプトを持っていく。プライオリティーを大事にするのがキュアの世界で競争社会なのに対し、ケアの社会というのは、お互いに共存共栄ということで、みんなが幸せになるなら誰が言い出しっぺでもいいじゃないかという考えです。僕のところの在宅医療の知識というのは10年間蓄えてきていますが、これはだいたい診療報酬からもらった公金からの知識なので、これは国に還元しないと意味がないということだと考えているわけです。

《病院医療と在宅医療》

かつての病院の医療というのは、患者中心の医療をやろうといても無理なのです。だって医者、医療者がいるところに患者が来るわけです。だからお医者さんの言うことを聞かない患者さんはあまり受け入れてもらえないということです。僕らの在宅医療は患者さ

んの家に行くわけですから、患者中心の医療をやらなければ成り立ちません。あんな生意気な医者は次から来なくていいと言われたらそれで終わりですから。

訪問診療は、往診とは違います。よく在宅に行くと、しょっちゅう1週間に1回とか2週間に1回、何も無い人のところに行くものですから、医者仲間でも僕らは質の低い医療だと思われています。あまり意味のないところに行って高い診療報酬をもらっている。中野は金儲け主義のけしからん医者だと思っている医者も、たぶん世の中に8割ぐらいいます。ところが何も無い障害者のところに定期的に行って、その人の日常の健康状態を知る。血液検査の結果を知る。入院した時の全身状態を知る。ただ肉体的なものだけでなく、家族関係を知る。その人の生活状況を知る。悪くなった時にどうするかという意向を知ることにおいて、緊急時の対応がきっちりよくなるわけです。だから患者さんのニーズ、デマンドに沿って、訪問診療せずに往診だけで対応したら、何か悪くなったら病院に行ってくださいという間抜けな医者になってしまうのです。要するに、定期的な訪問診療で患者さんの状況をしっかり押さえてお互いの信頼関係ができるところに、きっちりとした（緊急時、キュアフェーズの）往診ができて、場合によっては看取りに結びつけることができるということなのです。

キュア主体の医療がなくなることはありえませんが、必要です。いまだって交通事故はありますから、その時は救命救急が求められます。僕はもともと救急部の出身ですので、そういう救命救急をきっちりやるような医療は必要ですが、その対極にある、支える医療がむしろずっと足りないのです。その人が障害を持って、地域で生きていくことを医療的に支援していく医療が在宅医療です。いま医療の大きな流れとしては、病院医療と在宅医療がお互いに争って患者を取り合うのではなくて、総合的に協力し合う関係です。両極化しながら、いまは中途半端のところが多いのです。急性期医療と在宅医療が連携することが重要です。

病院というのは場所的に看取りができません。病院は病気を検査して治療するところです。在宅だと訪問診療の中で患者さんの意向とかがわかりますので、病気があっても、私はもう年だから家でできる治療をして、そして駄目な場合はあきらめるわという方も結構

いらっしやいます。本音を言うと、入院したくないのです。当たり前です。病院は構造的に病気を治すための刑務所ですから。あともうひとつ、病院というところは生活よりも病気が優先します。在宅の場合は、その人の病気が悪くなっても、仮に死んだとしても、もう年だからあきらめるといふ合意があれば、検査も治療もせずに家で看れるわけです。あるいは検査せずに治療だけしていくわけです。

さらにちょっと驚くべきことは、そうやって医療から解放した方が高齢者は長生きします。病院の先生たちは、家でほったらかしにしていると早く死ぬと思っ込んでいます。ところが、在宅に行くと驚くべきことが起きます。家にいるということを保証するだけで患者さんは結構長生きすることが起こります。だから看取りというのは、財務省がいうように医療費を削減するための目的ではないのです。看取りは結果なのです。看取りができたということは、家で死ぬまで家にいられることを医療的に保障してあげた結果が、最終的に看取りができた。看取りができたということは、家で死んだということではなくて、死ぬまで家で生きられたということなのです。ここが非常に大事な視点で、死に注目するのではなくて、地域（在宅）で生きるといふことに注目すれば、看取りがいかに価値があるかということをごささんご了解いただけると思っています。

何もしないということ、キュアをしないに注目すれば“見殺し”だけど、ケアをしているから“看取り”になるのです。ずっと貧しいころから高度成長できて、キュアとケアはどっちが正しいかということではありません。ただ医療も政治もあまりにもキュアに寄りすぎでした。実はキュアだけではなくて、ケアも非常に大事なのです。お金をしっかり稼ぎながら、かつ社会保障もしっかりしながらバランスをとっていかなくては行けないのです。今まで、あまりにもキュアに寄りすぎた医療とか政治をケアに戻そうということ、鳩山さんの友愛というはこのケアの精神なのかなと思っています。

キュアはコンクリートであってハコモノであるのに対して、ケアは人と人との関わり合いとかのつながりを大事にしていく。キュアが稼ぐ、貯金であったら、ケアは消費といえます。キュアは男性社会であって、ケアは女性社会である。たぶんおそらく今後は男女共

同参画社会ということで、もう男どもの社会というのはいかなり飽和点に来たところから、男が白旗を挙げて女性軍の力を借りなくてはならない時代になってきているのかなという気がします。

病院医療の側から見ると医療崩壊ですが、在宅医療の側から見ると医療再生です。だから今後在宅医療が推進されていくと考えます。実際、全国在宅療養支援診療所連絡会 <http://www.zaitakuiryo.or.jp/>で、新しく開業する8割の医師は在宅医療に参入してきています。そういう若い人たちを育てていくことでガラッと医療が変わっていくだろうと考えます。

某メーリングリストで、在宅医療は医療の発展に寄与しないとされたことがあります。最近はその怒りません。やはり分からない人はそう思うだろうなということで、従来の古い考え方では、病院の尻ぬぐいをしているところが在宅医療だと思われているのです。僕のところも学生が来ますが、学生たちに言うのです。君たちの在宅医療についてのイメージは、現代の医療にあまり触れなくなった高齢者の2流、3流の患者さんを、大学病院にいられなくなった2流、3流の開業医の中野が診ている低レベルの医療だと思っていないかい？と。「あれ！先生、違うんですか？」と、まともな顔をして学生たちは言うのです。

君たちが最先端の医療だと思っているのは遺伝子医療や再生医療、移植医療などで、僕も結構やってきましたが、ある意味での技術的な最先端医療で、これは基本的にはキュアです。こういう技術を磨いていくのも、このことによっていまだ治らなかった病気が治るから、これは非常に大事な側面です。これを否定しているわけではありません。ただ在宅医療が落ちこぼれの医療かというところではなくて、いま時代のニーズというのはまさに在宅医療の方であって、いますぐ取りかからなければいけない医療なのだということです。本当は大学あたりが真剣に積極的に取り組んでいかなければいけない最先端の医療なのに、粗末にされているという話をすれば、彼らは納得してくれます。だから君たちが今後開拓していく新しい分野の医療の領域だよということを言っています。遺伝子医療や再生医療、移植医療が“技術的な最先端医療”であるのに対し、在宅医療は“時代の最先端医療”だと学生たちには講義して、納得してもらっています。

《在宅医療クリニックの開業》

僕は検査部で5年間、合計10億円のシステムをつくりました。このシステムは日本全国で評価されて、外国からも講演依頼が来たぐらいのシステムをつくったのですが、そのシステムをつくり始めた3ヵ月後には、これは在宅医療のシステムに応用できるという想いがありました。大学がこのままでは教育システムを含めて駄目だなという思いが、開業する10年ぐらい前(いまから20年前)からあって、僕は大学を改革したいと考えていました。大学を改革するには教授にならなければならないので検査の分野で仕事をして、医療情報部とか検査部の教授になろうかと思っていたのですが、大学というのはどうも権威主義で、ペーパーとかの実績がないと出世できないという場所であって、それはそれで十分わかっていました。

僕はいま「1Q84」から始まって、村上春樹の小説にはまっているのですが、彼のテーマがシステムと個人の思考というか、個人の考える力というのがひとつのテーマになっています。一言で言うと、システムは個人の思考停止をもたらすということを言っているわけです。だから権威主義になってしまうと、大学はひとつの権威ですが、考えることを忘れてしまうのです。ああいう中でああいうことをやっても、いずれ学生も来なくなって崩壊するというのは見える人には見えるのです。ペーパーでいっぱい実績を持って、教育もできなくて、手術のできない人がトップになったりしていたのです。ただ単に偏差値教育の現われです。非常に幼いと思います。だから大学はちょっとおかしいのではないだろうとかと20年ほど前から思っていました。実際、教授になるのが目的だったら、ペーパーをいっぱい書こうと思えば書けたのですが、わざと英文ペーパーを1枚も書いていなかったのです。英文ペーパーでインパクトファクターがいくらだろうからといって、そんな他人が評価したことを大学がそのまま評価して、そこで点数制をつけて決めていくなんてことは間抜けじゃないかなと、僕は思っていました。

だから、「英文ペーパーを1枚も書かずに医学部教授になろう」とちょっとしたチャレンジもあったのですが、やっぱり無理だったということが、ひとつの開業の(大学を出る)きっかけとなりました(結果的には、

英文ペーパーを1枚も書かずに、昨年、鹿児島大学医学の臨床教授になりました)これは大学に恨みを持っているわけでもないですし、大学というのはそんなところなのだろうと思います。例えば今回の自民党の政治だって同じだし、全部官僚に丸投げで政治をやってきた。やっといまオタオタしていますけど、各自が考えて、わが国を一人一人がどうしなければいけないかということを実際に考えないと次の国家は展望できないと思っています。今度の政権交代は明治維新に匹敵するような大きな出来事なのかなとか思っています。単にパフォーマンスということではなくて、各自がわが国のことを考えよう、自分たちの高齢社会を考えようよということをしなないと、いままでの伝統的なものがこれでやってきたからというのではやはりおかしい。これは雪印の問題とか、あるいは吉兆の問題とか、警察の裏帳簿の問題とか、システムレベルで、全部全く同じ現象です。個人の誰が悪いというのではなくて、組織(システム)がおかしくなったのです。一人一人が考えて、自分たちの組織はちょっとおかしいのではないかということを書えなくなっているところがあり、それがやっといま吹き出てきて、いまから大きな改革が始まるのではないかと考えています。

大学で検査部のシステムをつくって、これは在宅医療だ、と思ったわけです。いろんな社会資源がいっぱいある中で、こういう社会資源をネットワークで結びつけていく。そのためにICTを使うということを考えたのです。僕の開業が、自分の城を持つための開業であれば、情報は自分で独占してもっともっと広げていければいいのですが、もともとの開業の理念というのがシステムをつくらう、日本の医療をよくしようというのが一番の目的ですから、そのためにはひとつの実験というか、僕自身のこの10年の歩みというのは、地域を実験の場としたひとつの実験(チャレンジ)だったと思っています。そのためには、ひとつの実験計画書が必要だということで、在宅医療と大きなサービスを結びつけるケアマネジメントをやる。そのためのツールとしてICTをフル活用する。そういう思想を持っています。

<http://www13.ocn.ne.jp/~nazic/pdf/hisyou10th.pdf>

あと医師会を変えようと思いますが、医師会はなかなか組織として古いのです。たぶん僕らが今度つくっ

た「一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会」
<http://www.zaitakuiryo.or.jp/>の活動はかなり活発で、いい人材が集結しているので、そういうところが旧来の組織に変わっていくような形になるのではないかなと思っています。別に医師会にけんかを売る気は全くないですし、僕自身も医師会員です。それを前提として医師会という組織（システム）、大学という組織（システム）を批判しているのであって、大学にいる人とか、医師会にいる人を批判しているわけではありません。ここがすごく大事なところです。個々人はすごく優秀なのに、システムがおかしくなると個々人の機能が低下するということです。いま壊れているのはシステムですから、そこで新しく活力あるシステムをつくっていく必要があるだろうという考えです。

《在宅療養支援診療所》

在宅医療は新しい分野なので、研究、勉強が必要であって、ICTと教育というのは大きな2本立てとしてやってきたわけです。地域の急性期病院といわれるところは、僕らにとってみれば地域のICUとして考えています。僕が厚労省に働きかけて在宅療養支援診療所をつくってくれと言ったわけではありません。僕と同じような仕事をしている人が全国に20カ所ぐらいあり、お互いに仲がいいのです。そういうところで活動してきて、2006年の診療報酬改定で、厚労省がナカノ理念をパクするような形で、在宅療養支援診療所として制度化してきました。24時間対応して、24時間往診できる体制をとって、訪問看護ステーションと連携して、緊急時の受け入れ病院を確保して、そして介護、ケアマネジャーとも連携して、看取りに対応できれば、一般の診療の倍の診療報酬をつけると厚労省は打ち出してきたのです。

僕は在宅療養支援診療所の制度ができることは、事前に知りませんでした。そういうことで、在宅療養支援診療所の制度が創設された時は、びっくりしました。どういう診療所ですかと聞かれたものですから、あてずっぽに、うちみたいな診療所につく報酬じゃないですかと言ったのです。すると本当にその通りだったのです。僕も経営が大好きで、松下幸之助さんとか大好きで本もいっぱい読んでいたのですが、彼は、やはり世の中のニーズがあることを追求していけば金はあと

からついてくるよとおっしゃっています。やはりそんなんだなということ、実際にこういう経験をもとに感じたことです。お金を追っていけばお金は逃げるけど、金は要らないよという金があとからどんどんついてくるという現象が起こってくる。情報も一緒です。発信していけばどんどんもらえます。

在宅医療の中心はクリニックではなくて訪問看護ステーションです。まだ日本全国ではそれほど機能していません。ただ僕のところは意識してつくったので、いま常勤11人ですが、たぶん日本のトップクラスの訪問看護ステーションがいま出来上がっています。だから僕自身は非常に楽です。看護師がきっちり動くと医師は非常に楽になる。これを11月30日の厚労省のヒアリングでは強調してこようと思っています。

ラーメンでいうと、訪問介護がスープで、在宅医療（訪問診療+訪問看護）が調味料ということになります。鶏がらスープがしっかりしていないと、うまいラーメンはできません。いまの介護保険制度というのは、ヘルパーとかいろいろサービスを使っても、家族に誰か1人介護者がいないと在宅療養は無理です。いま家族がつけるところはそんなにないのです。多くはだんだん若くなるにしたがって共働きになってくるので、家族がいなくても家にいたい人は家にいれるだけの社会保障（介護力保障）というのはつくっていかなくてはいけないだろうと思います。お金はどこから持ってくるのと言われますが、お金はたぶんあるのです。いままで僕が経営した感覚からいうと、金はある。あるけど使い方が下手なのです。こういうところに人（金）を入れてくる。人が動くとも税金を払うので、内需が拡大する。かつての貧しいころの社会保障、稼いだ金からおこぼれをもらうという発想は（お金持ちになった現在）捨てた方がいいと思います。

基本的にコンクリートから人への金の流れというのはここなのです。ただこれをしっかり言える民主党の議員はいません。コンクリートから人へといっぱい言っているけど、介護の話でひとつの雇用とか労働市場の話として明確に出てくることはまだありません。でもこれこそ最大の労働市場だと思います。しかも人と人が関わることに、コミュニケーションを取りながら金が稼げるのです。金でなくて家族であればいいだろうということですが、家族は素人です。しか

も家族もみんな仲がいいわけじゃないのです。仲がいいふりをしている家族はいっぱいあって、近いだけに仲の悪い家族はいっぱいいるというのは在宅の現場でよく分かっています。そのへんのところの家族のあり方なども、今後は変わっていかなくてはいけないということも在宅の現場にしながら見て思うわけです。

何かあれば（急変時は）後方支援病院（入院）ですが、おそらく在宅医療が施設に入っていきます。かつて僕が開業したころの在宅医療というのは居宅（在宅）に行く医療だったのですが、在宅で病院の医療をすることは在宅医療ではないのです。患者さんが障害を持って在宅（地域）で生きていくことを支援して、場合によっては看取りまで対応するから在宅医療なのです。病院医療と在宅医療では、ベクトルが違うのです。そういう在宅医療が、特養に入っていかなければいけないのです。ところが、こういうところは介護だろうということで、特養は、医者はいない世界です。医者は嘱託医というのがいます。看取りができる特養は嘱託医がボランティアで働いています。ほとんどタダ同然の診療報酬です。医者は金取りでけしからんというのが世間の評判ですが、結構 8 割ぐらいはいい人が多いです。2 割ぐらいが強調されて悪いイメージになっていますが、本当にボランティアでされている方は少なからずいらっしゃいます。特養にもちゃんと在宅医療を導入して、診療報酬的にも保障していくことで医療の質を上げていく必要があります。

《多職種連携のチーム医療》

いままでの医療というのは間違いなく医者が偉くて、あとは患者さんまで含めて医者の下だったのですが、やはり患者中心にチーム医療を展開することが病院でも行われるようになり、チーム医療の推進に関する委員会が厚労省でもたれています。在宅ケアというのはまさにチーム医療だということを意識して、介護保険制度は導入されて 10 年になります。医師と看護師の二輪駆動でやっているところに、最近では口腔ケアや食べ物の栄養管理とかで歯科医師が入っていく。薬の管理で薬剤師が入っていく。四輪駆動で展開する在宅医療ということで、歯科医師会もついこの前、口腔ケアの歯科医師の全国の連絡会ができました。

これが在宅療養支援診療所の全国連絡会とリンクし

て、薬剤師の方もつくるという話です。このへんが四輪でタッグを組んで、今年 2 月に鹿児島での日本在宅医学会で、四輪駆動で展開する在宅医療ということで大会を開きました。そうしたらそのシンポジウムで、介護士が入っていないのではないかという質問が、会場の樋口恵子さんからありました。医学の学会だからいま医療職内で四輪駆動でしているだけで、僕らが目指しているのは介護職も含めたキャタピラで展開する在宅医療だと説明したら、樋口さんにも納得していただきました。

http://www13.ocn.ne.jp/~nazic/zaitakuigakukai_hp/index.html

チーム医療の要件として 2 つ挙げています。まず連携のコストが安いこと。連携がうまくいくためにはコストが安いことが大切です。それから各スタッフが優秀であるということです。なぜ看護師が医者のパシリをやったのかというと、看護師が医者よりもレベルが低かったからです。ところがいまこういう時代になってくると、医者よりできる看護師さんはいっぱいいます。医者もうかうかしていると看護師以下というのはざらです。インターネットの時代なので、どこの学校を出たか、どの資格を得たかというよりは、資格を取ったあとにどれだけ勉強したかということで差がつかってきます。ちゃんとやれる人と一緒にチームを組む。チーム医療をすることで賢くなれるということです。連携を安くするためには ICT を使う。賢くなれば賢くなればいい。この 2 つをコンセプトとして挙げています。

在宅ケアネット鹿児島のメーリングリスト <http://www13.ocn.ne.jp/~nazic/carenet.html> には 950 人が入っています。興味があれば中野 nakano@nakanozai.taku.or.jp に個人メールをくだされば誰でも参加できます。行政の関係の方とか、経営関係の方とか、いろんな方が入っておられます。電子カルテではいろいろ検査値とか画像とか入れながら、メールをしながら、画像を送りながら、紹介状も書いています。在宅医療というのは基本的にチーム医療なのです。在宅医療には訪問診療が大事です。訪問診療において定期的に在宅で診療することによって日常の状態がチェックできるということで、緊急時の往診が生きてくる。この一つ一つは年間 60 万ぐらいかかる無駄

な医療であっても、寝たきりになってほしい2、3年しかもたないので、そういう人がいざ看取りになった時にはしっかり看取れて、トータルでは60万で3年間診たら180万です。

看取りが全然ないところで突然倒れて救急車で行って、救急車で集中治療を受けたら、それだけでたぶん40、50万円とか楽にかかります。あわよく生き残ったりすると、それからの医療費、介護費は膨大なものになります。だからトータルとして在宅医療が絡むことで、医療費も安くなるし、さらにいま医療崩壊で救急病院に救急車がいっぱい来て、たらい回しとかいわれていますが、これは基本的に地域で見守りをしていないからです。地域でしっかり見守りができて、高齢者の人をしかるべきところで看取れる体制ができれば、いまの救急搬送はたぶん4分の1に減るだろうと思います。そうすると、救急病院も交通事故とか熱傷とか救急医療が必要な対象患者に対して集中的に対応できます。だいたい死んでから老人が来て、それを蘇生するような医療というのは医師のモチベーションも下がるし、忙しくて金もかかるのです。

看取りの話は、決して年寄り早く死ぬということではないのです。年寄り早く死ぬというのがケアの考え方です。こういうことを言える政治家がいない。年寄り早く死ぬと言うのかといたら、それはいけませんねと言うのですが、年寄り基本的には80歳を超えたら死ぬのです。だから死ぬから早く死なせではなくて、死ぬから死ぬまでは幸せに生きてもらおうね、そのための介護と医療をどうやって提供するのかという視点に立って医療システムを組んでいかないと、話がおかしくなってしまうということだと思います。

だから皆さんはキュアの思考なのです。年寄り死ぬということもキュアの考え方です。金がないから早く死んで食い扶持を少なくするというのはキュアの思考であって、これだけ豊かになったら、ケアでどんどん死ぬまで長生きしてくださいという感じにもっていくことで、みんなハッピーになれるということを考えるわけです。

看護師が非常に大事であるということで、いろいろ連携を進めてやっています。在宅医療というと、高齢者の在宅医療、障害者、がんの末期などがあります。がんの末期は、年は取っていなくても高齢者医療と一

緒です。残された命をどうやって気持ちよく家で生きていただけるか。ちょうど2週間前にホスピスとの会がありました。ホスピスというのは病院の中にある緩和ケアの施設です。結局、ホスピスは病院なのです。みんな家に帰りたいという。どうして家に帰りたい人を帰せないのかという議論になっていましたが、それはたぶんホスピスのスタッフに、家に帰そうという発想が特に経営者サイドにない。なぜかという、家族がもう家では看れないということで終わってしまうのです。家族が家では看れないのではなくて、家族が家で看れるように支援してあげれば家族が家で看れるわけです。

末期がん患者でふだん大変だと思うのは、何かあった時に何かしてあげなければいけないというキュアの思考に家族がなっているわけです。例えば家で急変が起こるかもしれない人を見た場合、何かあった時にすぐに早期発見、早期治療で連絡しないと自分の責任が問われると思っているのです。ところが、僕らが家族に言うのは、がんの末期ということは、医者も治療ができないという判断をしているのです。だから何かあった時は医者も何もできないということなのです。何かあった時は静かに見守りましょう。死ぬ時はたぶん苦しくないですよ。そんな感じです。だからそういうことをきちんと説明できるかどうかというのは、政治も医療も一緒です。それを支援してあげるだけで、家族は家で看れるのです。

末期がんの家族介護の肉体的な大変さというのは、死ぬ2週間ぐらい前からです。2週間前までは本人は元気で歩いて、自分のことは自分でできるわけです。その2週間ぐらいはいろいろ介護保険とか使ってもらえば、楽に家でやれる。だから僕らのところは9割5分は在宅で看取っているわけです。在宅療養支援診療所の制度ができただけで、同じ仕事をしていたのに診療報酬は1割5分ぐらい上がりました。末期がん以外の方の看取りはだいたい推定で5割ぐらいです。病気が治るだろうと思って入院された方が、途中で亡くなったりするケースもあつたりするので5割ぐらいになっています。

《教育環境の整備》

教育をどうするかということですが、朝必ず8時半

からミーティングを20、30分やっています。この時は申し送りではありません。ディスカッションをします。うちに取材に来た新聞記者さんは、新聞社の朝のミーティングよりすごいと言っていました。僕らの在宅ケアチームの一員は薬剤師で、開業当初からやっていて、服薬指導ということで実際にケアチームの中に入って仕事をしています。薬剤師を交えて、4週間に1回、服薬カンファレンスを開催しています。

患者の退院時などにはケアカンファレンスを開いています。目的は、患者さんが帰った時点で在宅の医療、ケアは始まるので、それがスムーズに移行すること。もうひとつは、僕ら在宅医は病院の医療には熟知しています。それができないと在宅などできないのですが、病院のスタッフは在宅で何が行われているかよく分かっていません。在宅医療というのは病院医療と似て異なるものですから、病院の医療の感覚で在宅を見ると、間違ってしまう。だからこういうことができるよということを僕は病院のドクター、看護師に対して教育啓蒙をするのが2つ目の目的です。3つ目は営業です。患者さんを紹介してもらってこそですから。あと4つ目は顔と顔が見られる関係になるとまた連携もうまくいきますから、そこでフェースツーフェースで合わせる。ITというのは単にコミュニケーションツールです。最終的にはやはり人と人とのコミュニケーションというのは、顔と顔が見合える関係が大事ですが、しょっちゅう人と人を顔で見てやっていると、これはもう時間のロスなので、ほとんどは携帯とITで済ませて、1回は顔と顔を見られる関係にしておくということです（ICTの有効活用）

ヘルパーさんの医療行為も積極的に進めていくということで、訪問看護ステーションでは勉強会をしょっちゅうやっています。学会報告もしょっちゅうやっています。はっきり言ってうちの経営状態はいいです。年間に教育費、出張費だけでだいたい300万円ぐらいかけています。行きたい学会があれば、行きたいだけ行ってもらっています。だいたい1人平均年3回ぐらいです。北海道とか東京とか行って、できるだけ発表してくるようにしています。

傷をラップで治すラップ療法というのがあります。今年9月の初めに日本褥瘡学会というのがあり、褥瘡治療を専門にやる人たちがいます。どういう機材を使

い、どういう軟膏を使って褥瘡を治すかということを一生涯懸命研究、実践しています。特に看護師さんたちが熱心で、褥瘡専門ナースとかもあったりして、その中でラップ療法というのは鬼っ子です。開発した先生がややアグレッシブな人だということがすこし影響しているのですが、ラップは民間療法だと信じている人たちがいっぱいいる中で、やっとこれはいいかもねという雰囲気になってきています。今年、第11回日本褥瘡学会でラップ療法のシンポジウムが開かれて、僕は在宅医代表でシンポジストとして在宅での褥瘡のラップ療法について15分話しました。

ラップ療法で傷は治るのです。僕らの体は受精卵の分裂から始まる60兆個の細胞からできていますが、脳になったり、肝臓になったり、皮膚になったりしているのです。だからこういうところ（褥瘡表面）にある細胞は、血管をつくる血管内皮細胞とか、あるいは外からのばい菌をやっつける白血球細胞とか、マクロファージとか、体をつくる筋肉細胞をつくる平滑筋細胞とか、そういうのがいっぱいあるようなネットワークです。この場所は阪神大震災とかイラクの戦場とかに匹敵するところ。だからそういうところのミクロの兵士を死なさないようにすれば傷は治るのです。ところが、伝統的に考えない病院医療というのは、こういうところは雑菌だけだからと消毒するのです。ばい菌が攻めてくるといけないからとガーゼをします。しかもガーゼは滅菌ガーゼです。ところがいくら滅菌ガーゼといっても、ちょっと置いておけば、ばい菌はいつでも侵入します。

ちょっと考えたら分かるのですが、伝統的にやっているで考えないのです。そうするとこういうふうな傷になってしまうのです。実際の傷にどういふことをやるかという、この上からラップをかぶせると下から水があふれてきます。その水を閉じ込めておくとその水の中にはばい菌がすんだり、戦った後のたんぱくとか栄養価の高いものがあるので、閉じ込めておけばそこでばい菌が増殖して、感染症を起こします。だからラップ療法では、浸出液は閉じ込めておくのではなくて、外に吐き出すのです。ラップで包むけど、外に滲出液が出てくるのをオムツで受け止める。傷を洗うのは生理食塩水とかでなくて、水道水で十分なのです。水道水で洗えば感染はコントロールできます。これで

傷は100%治ります。

これはある病院でつくった褥瘡ですが、うちで6カ月できれいに治りました。最近では、台所で生ごみを切るゴミ袋にオムツを入れると、ゴミ袋の穴のところから排水します。傷は乾かずに、毎日変えるだけです。褥瘡の医療処置は訪問看護師だけしかできなかったのが、ちゃんと指導すればヘルパーでも十分です。そうするとコストも安くなるし、簡便で傷もよくなります。医療費に換算すると200分の1ぐらいです。ただこれだけ優れた方法が、民間療法だということで病院で使われていないのです。無菌化していないものは、生理的に使いたくないと病院の人たちは言います。この治療法が広がったのもインターネットです。僕は分子生物学などを勉強しているから、これはいけるなと直感したのですが、そのへんの知識がない方は、実際に見てもらうしかありません。看護師さんたちは知識はなくても、やっているとどんどんよくなるから、これでいいじゃないかと在宅から始まるわけです。大学の方は従来のやり方があり、医療費とかこだわる必要がないので、それ以上先に進めないということになります。

実はケアの部分というのは、在宅の方がずっと進んでいるのです。僕たちはいいじゃないか、やろうということで、患者さんの許可を得ればいいのですが、大学のスタッフは法的な医療用でない器具を使った場合、法的なところはどうなるのかとか、もっともらしいけど思考停止を起こしているのです。だからこのへんが非常に矛盾する話ですが、在宅の方が病院よりケアが進んでいるというのはびっくりされると思います。厚労省には偉い先生たちが来ているので、そういう先生の前でこういう話をすると、病院より在宅が意外に進んでいるかもしれませんと、ちょっとびっくりされるのではないかと非常に楽しみにしております。

これは閉塞性動脈硬化症といって、血流の悪い傷です。こういう傷は治りません。だからラップ療法を始めた先生は、絶対この傷には使うなと言っています。なぜかというと、どういう治療をしても治らないから、この治療法で悪くなったら、ラップ療法をやったから足を切る羽目になったと言われかねないから、これはできるだけしてくれるなというわけです。僕らはこの時点になったら家族に説明して、入院すると足を切る羽目になるけど、ラップ療法でいくとちょっと保存的

にいけるかもしれないということで、ラップに爪楊枝で穴を開けて、水で洗ったりしてきれいにしてやってみました。結局、これで3年間、褥瘡は良くはならないけれども、悪くならなくて家にいられたのです。でも、傷がちょっと悪くなったからと病院に入院したら、それで食事もできなくなった。悪い状態では病院の医者は家帰しませんから、結局、入院して2カ月で亡くなりました。いかに病院が高齢者にとって危険なものであるかということの実例だと思います。

《人の生と医療行為》

在宅医療はラップ療法だということを書いたのですが、これは哲学です。村田先生の定義によると、哲学というのは漠然とした概念を言語化する作業だとおっしゃっています。ラップで傷を治したのではありません。ラップで傷が治る環境をつくることにおいて、傷は勝手に治ったのです。自然治癒力というのはそういうものです。僕らは自然治癒力をサポートする、つまりケアの医療です。褥瘡学会でどの機材を使いましょうか、どの水で洗いましょうか、どの軟膏がいいですという考え方は全部キュアの考え方なのです。だから病院の人たちはみんな、自分たちが病気を治すと思い込んでいるのです。病気は治すもの(キュア)で、治るもの(ケア)だという観点があまりないのです。

医学の祖といわれるヒポクラテスの第一義の言葉は、「デュノツツ・ハーム」です。害になる医療をするなということです。だから分からない時には放っておくのが医療の原点なのです。病気があるから医療するのは医者思い込みです。キュアに染まった人たちの思い込みであって、医療行為というのは、医療行為によって良くするのではなくて、医療介入するしかないから仕方なく、悪いけどあなたの体を傷つけるねというのが医療なのです。だから放っておいても傷は治るという側面があるのです。

在宅医療というのは、患者さんが病院という危険なところに行かないために、家にいることを保障する医療です。それをやることで、僕みたいなあまり医療をやりたくないやぶ医者でも、僕が主治医として関わることで患者さんは長生きするということになります。だから、在宅医療は在宅というよい環境を提供するという点で、ラップ療法と一緒にです。在宅医療はラップ

療法という概念は哲学だというのは、そういうことです。

きょう亡くなるかもしれなという方ですが、家族から呼ばれて行ったのですが、本人はあまり入院したくないと言っているのです。どうして入院したくないのと聞くと、「私は老人病院で看護助手をやっていたけど、病院に入ると死ぬことは分かっているの、家で死なしてくれ」と言うのです。「あなたの気持ちは分かるよ」と言いました。家族はどう思っているかという、ここで死んでもらったら警察が入ったり、自分たちが彼女を見殺しにしたとって非難されることを怖がっているのです。そんな時、「心配いりませんよ。きょう死んでも死亡診断書が書けますから」と、安心を与える医療をするということが大事です。私がいくら医者であっても、命が危ないからといって強制的に入院させたら人権無視でしょう。これは見方を変えると、私が犯罪で捕まりますから、ご本人が家にいたいということですので、家で診ますけどいいですね。家族も心配しないでいいですよ。亡くなっても僕は医者ですから、死亡診断書は書けますからと言いました。こういう方もちゃんとケアで対応して元気になり、歌も歌えるようになり、2年間生きて、最期はお家でお亡くなりになりました。病院にもよりますが、普通の老人病院に入院させたら4、5日で亡くなっていたと思います。

《医療・介護の現場で》

僕らのコンセプトとしては、抱え込まない、働きすぎない、賢く働こう、楽するために知恵を出そう、です。どうやって手をかけない医療をするか。私は手抜き医療を勧めています。手抜きができるということは、どこを手を抜いていいかという知識を持っているということですから、これは非常に大事な作業だと考えるわけです。

ジェンダー問題というのは今後、雇用を考えた場合に非常に大事です。なぜジェンダーかというと、ジェンダーとは社会的性差別問題であって、医者と看護師の社会というのがジェンダーかもしれません。女は子どもを産む機械なんて言葉自体がまさにジェンダーを表した言葉でしょうが、なぜ女性が介護するのか。介護労働が安いというのは、もともと嫁のする仕事であって、そういうメンタリティーを持っている男性が多

いかもしれませんが、そのためにつけられた報酬が安い。実際に報酬をいまの1.5倍、2倍ぐらいにしないといいい人材も集まらない。

例えば僕は薬剤師の勉強会で言っているのですが、薬屋さんのプロパーさんは薬学部を出た方が結構多いのです。僕らも結構、製薬会社の勉強会に呼ばれて講演します。そうするとプロパーさんが送り迎えに来たりとか、そのあとの懇親会の世話をしたりしてもらえるのです。いい身分ですが、非常に社会的損失だと思います。あなた方みたいに高等教育を受けた人は、教授とか大臣とか偉い人のケアではなくて、現場で困っている人のケアをしたらどうですかという話をします。在宅という場所はそれぐらいの知識や教養が要るところです。人と人とのコミュニケーションですから、そこでいかにコミュニケーションをとっていくか、あるいはスピリチュアルケアをしていくかというのがあるので、デスクワークでなくて、現場（地域）に行っという作業をする分野というのはいっぱいあるのだと思います。そういう分野で薬剤師などもどんどん出ていくべきだと思います。いまや薬剤師が薬局に拉致されている時代ではないということ、日本薬剤師学会が2週間前に滋賀県の津市でありましたが、そこでそういう話してきたばかりです。

たぶん少子高齢化を救うためには、高齢者でも80歳、90歳になっても、ちゃんと働ける人には働いてもらって、働いて労働の報酬を得るといよりは喜んでもらう報酬というものもあります。もちろん金に換算してもいいのですが、あるいは逆にボランティアに頼るような介護では情けないし、ちゃんと高度な仕事というのは金銭に変えて報酬にしていこうよということで、労働事情の構造転換を図っていかなくてははいけません。これが本当の意味でのコンクリートから人への理念だと思います。民主党も代わったばかりで訳が分からないみたいなので、そういうところをいろんなところに行っ話をしながら変えていきたいと思っています。

昨年は「篤姫」がはやりましたが、なぜ篤姫がはやるかということ、はっきりいって女性の時代なのです。まだまだ社会は男性社会ですが、家庭内ではたぶん皆さんのところも逆転していると思います。男が偉いとか、女が偉くないとかいう意味ではなくて、本当の意味での男女が仲良くしながら次の時代を展望していく

ような時代をつくっていかないといけません。介護市場があんなに安いというのは、ある意味では女性を馬鹿にした話なのかなと考えるわけです。

「おひとりさまの老後」を書いた東大教授の上野千鶴子さんがおられます。続編の「男おひとりさま道」では、夫婦で仲がいいのは非常にいいけれども、あまり仲が良すぎて人間関係を夫婦関係だけに求めたら、特にご主人が奥さんに逝かれた時に長門裕之さん状態になってしまいます。介護に関しても、罪滅ぼしで介護をするけれども、結局、自分のパートナーを独占したり、依存したりするのではなくて、男性ももう少しそのへんの人間関係を女性に学んだ方が楽な老後が送れるかなと思います。決して浮気をするという事ではないのです。上野千鶴子さんが言っているのは、ひとつの方法論として異性の友達をいっぱい作ることです。特に男性の場合はそうです。もうひとつのポイントは、特に男性の場合は下心を持つなということ言われています。この本は特に男性の皆さんにお薦めします。僕もこの本の最後の方で登場します。第11回日本在宅医学会のことも書いてくれています。

《家で看取るということ》

亡くなる3日前の写真です。大腸がんの末期で、麻薬を使ってコントロールしますが、麻薬を使うと意識が落ちるといのはまさに迷信であって、麻薬をしっかり使うと痛みもなくここに生活できる。これは誕生日の時の花です。フォトセラピーといっていますが、これが遺影になっていました。死ぬのがよくないというのがキュアの考え方で、年取って死ぬのは当たり前で、死ぬのもいいのです。苦しまないで逝けるようにモルヒネをしっかり使う。モルヒネを使うと早く死ぬというのはキュアの考え方で、モルヒネで痛みが取れば食べ物もおいしくなって長生きしますよというのがケアの世界です。このへんにすごく皆さん誤解があるようです。

この人はもう亡くなりましたが、36歳の直腸がんの末期の方です。家でモルヒネも通常の200倍くらい使っているのですが、緩和ケアの専門医でない中野がどのように麻薬が使えるのはインターネットのおかげです。僕のあとには緩和ケアのトップクラスの医師たちがインターネットで何人もサポートしてくれています。

もうそういう時代に入ってきています。

この方はいま90歳ですが、80歳で胃がんだと言われたのです。医者は手術しないと死にますよと脅迫したのですが、だけどもう悟っているのです。いや、私はもう年だから、がんで死んでもそれはそれでいいと。病院なんかにいまさら入院したくないと言っているのです。それから10年、普通に生活していて家で生きています。そうしたらいよいよご飯が食べられなくなって、入院したら胃の内部が1センチしかなかった。病院で何をやっているかという、点滴をずっとやっているわけです。そして腹水がこんなにたまっている。家に帰りたいということで、息子さんがインターネットで調べたら在宅医療というのがあったということで、僕のところのメールが来たのです。

訪問看護もからめながら、場合によっては家で最期まで看ますよということで返信したら、お願いしますということで病院に行ったのです。僕が行ったらお腹がぱんぱんになって腹水がたまっていて、ゼロゼロと言っているわけです。どうしてこうなるのかと聞かれたので、私がこっそりと点滴するからこうなるのですよと言いました。点滴をしなれば水もたまらないし、ゼロゼロも言いませんということで、このまま放っておくといまの状態だと点滴してもたぶん1週間も難しいという状態でした。ただひよっとしたら点滴しないと2、3週間は大丈夫かもしれません。どっちも駄目だったら家に連れて帰ってきて、何もしない方がいいのじゃないですかと話をしたのです。最終的に点滴は一切しませんでした。だんだんお腹の水も減ってきて、口から食べられるだけ食べて、家で4週間生きられました。亡くなる前の写真ですが、息子さんが外に連れて帰りたいというのが夢だったものですから、この写真が撮れただけで家に連れて帰ってきてよかったと喜んでいました。この3日後に昏睡状態になっていくのです。

がんでその日に亡くなるような方でも、お風呂に入れてもいいでしょうかと医師の僕に聞かれても正直困るのです。きょう亡くなるような人をお風呂に入れる時、家族が入れたかったり、本人が入りたかったら、入れたらどうですかと言います。介護スタッフや家族から、お風呂に入れても大丈夫なのですかと聞かれますが、お風呂に入れなくても大丈夫じゃないのですと

話します。お風呂に入れなくても大丈夫じゃないのだから、きょうかあす亡くなるかもしれないので、だからお風呂に入れてあげたらどうですかと。もしお風呂で亡くなった場合には、お風呂に入れたから亡くなったと考えるの(キュア)ではなくて、最期はお風呂で気持ちよく逝かれました(ケア)と考えたらどうでしょうか。これもキュアとケアの考え方です。今の社会は全部キュアの世界だから、風呂に入って亡くなったら、医者が風呂に入れるのを許可したから死んだんじゃないか、けしからん、業務上過失致死とか言い出すのです。そうではなくて、人間は必ず死ぬということとらえたら、死んだところがどこであったかという話なのです。僕はそうやって全部風呂に入れていますが、実はまだお風呂に入って亡くなった方は1人もいらっしゃいません。だからきっとお風呂というのは気持ちがいいから、気持ちがいい時は人間、死なないのではないかなあというのが僕の考えです。入浴車が到着する10分前に亡くなって看取りに行ったのですが、せっかく入浴車が来たから入れようかということで、亡くなってから入れました。そんなものだと思うのです。

韓国の射撃場で亡くなった突然の死というのは不幸ですが、年を取って十分に寿命を使い果たして、そして最期を迎えるということはそんなに悪いことではないのかなということを感じます。それは死ぬ間際になると、みんなキュア志向だから、死ぬかもしれないとなると慌てて入院させるということですが、当の本人は大変だし、お金もかかるし、三方不幸です。家で看取りができることにおいて本人も満足、家族も満足、国も満足という三方良しということで、こういうふうに変わっていくのがよいのではないかなと思うわけです。

そういうことで、ちょっと長くなりましたが、これで僕の講演を終わります。どうもありがとうございました。

(講師プロフィール)

1956年3月生まれ

1981年3月：東京理科大学薬学部卒業(薬剤師免許取得)

1987年3月：鹿児島大学医学部卒業(医師免許取得)

1987年4月：鹿児島大学病院第3内科入局

1988年1月～1988年3月：鹿児島大学医学部附属病院救急部で研修

1995年3月：鹿児島大学医学部大学院内科系卒業。医学博士。研究テーマ：血液凝固学の分子生物学。

1995年4月：鹿児島大学附属病院検査部 検査部内コンピュタネットワークの構築に従事

1999年9月：ナカノ在宅医療クリニック開設(院長)

2003年10月：医療法人ナカノ会理事長

2004年11月：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設立

2008年3月：鹿児島大学医学部臨床教授

2009年2月：第11回日本在宅医学会大会長

2009年6月：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

(著書)

臨床診断のピットフォール

(只野寿太郎監修、医歯薬出版)

感染症(一山智、丸山征郎編、メディカルビュー社)
がんの在宅医療

(坪井栄孝、田城孝雄編、中外医学社)

褥創の常識・非常識(鳥谷部俊一、三輪書店)

これでわかった！褥創のラップ療法

(鳥谷部俊一、三輪書店)

(役職)

鹿児島大学医学部 臨床教授

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

NPO 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク 理事

日本在宅医学会 幹事