

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
【電子書籍版】

中野一司



【巻頭言】

超高齢社会に必須の新しい医療の形を提言

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

システム血栓制御学（メディポリス連携医学）教授

丸山征郎

「息子が“死に場所探し”のNPO法人を創ると言っておりましたね」

つい先日耳にした、私が尊敬する精神科医の先輩の言葉である。エリート集団のT大学の数学科の大学院まで出たから、T大学医学部へ入りなおし、一転、臨床医として都立病院内科で働いている子息の、この夏からの試みだというのである。勤務先のマジョリティである独居の患者さん方を診ていて、独居老人、数人ずつがまとまって別の独居老人の持ち家で共同生活してもらうプランなど、とにかく独居老人の新しいライフスタイルのあり方を模索するということらしい。

後生殖期が著しく延長した“歪み？”に対するシフト

一般の生物は、生殖期を過ぎると死のプログラムがオンセットさ

れる。ある種のカゲロウなどは口や消化器も無くて成虫へ脱皮し、数十時間のうちに交尾して、次世代を残すと死ぬ。ただしヒトだけは、生殖不可能な年齢（後生殖期）になっても、生存する。その理由はヒトの乳幼児だけが独り立ちするのに時間がかかるので、おばあちゃんが存在して、孫の世話をすることが、孫、すなわち自分の DNA をたくさん残すことに有利だから、と説明されている。すなわち“おばあちゃん効果”である。

生殖年齢で発症してくる疾患の場合には、発症した患者は、当然子孫を残す確率が低くなるので、自然とその疾患は淘汰されてくる。しかし、子孫を残してから発症してくる疾患には淘汰圧がかからないので、当然後生殖期の疾患は蓄積してきて、結果として後生殖期には疾患が増えてくることになる。アルツハイマー、認知症、骨粗鬆症などなどで、これらは病気というより、誰にでも起きてくる正常過程の延長線上の身体のあり方ともいべきものであり、私はこれらの疾患を“自然疾患”とよんでいる。

このようにおばあちゃんの存在に進化論的意義があったにしても、しかし“進化という神”は、ヒトが知恵をしぼり、環境を整備し、医学を発達させて、これほどまでに長生きするとは予想しなかったのであろう。今やヒトはうまくゆくと、100歳までも生存が可能である。しかしそこには何らかの不自由、制限が待ち構えているのである。

急務となってきた新しい医療、医学の形

完全には元に戻りえない自然な疾患群を背負う後生殖期には、キ

ケアではなく、ケアを目的とすべきである！ これは誰でも納得のいく提言で、これまでも唱えられてきたことであり、その方法は模索されてきた。できることなら、自分の最期は、慣れ親しんだ我が家で、家族とともに、畳の上で、とは誰しも願う贅沢である。

中野一司氏は、この昔流に言えば、今まさにオンエア中の“梅ちゃん先生”の「地域密着型」医療＝“往診”に、彼が得意とする ICT (情報) 革命を持ち込み、新しい医療、在宅医療を提言しているのである。キュアを主とする病院医療から、ケアを主とする在宅医療へ。

私はかつて、中野氏が私の教室（鹿児島大学臨床検査医学講座、中央検査部）にいた頃、彼と一緒に、というか彼の発案主導で、情報重視型の検査システムを構築した。彼はものにこだわらない、というかしきたりや雑音をあまり気にすることなく、自分の考えを具体化してゆく天才である。おおらかな楽天主で、かつ先見の明があり、大局観の持ち主である。彼は見事に小回りの利く 24 時間オープンな検査部、いわば医療現場密着型検査システムを日本に、否、世界に先駆けて構築した。いわば百貨店型検査室から、コンビニ型検査部の構築である。

私はこの本『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＝在宅医療】という新しい医療概念の提唱』の書評を頼まれて、読んでいるうちに熱中し、ついつい“はまって”しまって、それで書評も力のこもったものとなった。

中野氏のこの提言は、彼が主宰するメーリングリスト“在宅ケアネ

ット鹿児島 ML ”（以下、CNK-ML と記す。
<http://nakanozaitaku.jp/carenet.html>)を介して、日本中の在宅医療に関わるメンバーとの熱い交流、時にはハラハラするような議論の中で進化成長してきたものである。まさにオンゴーイングの試論提言であるが、おそらくこれを進化させて定着させてゆくほか、日本のこの超高齢社会を乗り切る術はないように思われる。

本書を関係者のみならず、明日の高齢者、否、今高齢者の皆様に広く推薦するものである。そしてこの新しい在宅医療の方法論を我々は、世界で最初の超高齢社会の先輩の経験として、世界に発信してゆくべきである。隣国もかなたの国も、いずれ通る道であるからである。

私はこの本を読んでゆくうち、「苦境の中にこそ、新たな道が見えてくる」と常に説かれていた我々の共通の恩師、井形昭弘先生（元鹿児島大学学長、現名古屋学芸大学学長、日本尊厳死協会名誉会長、介護保険提唱者）の教えを思い出し、明るい気持ちになったのである。げにこの中野氏の本は、井形先生の教え、“井形イズム”の具体的ストラテジーでもあると確信して推薦の言葉としたい。

(2012年8月)



目次

【巻頭言】 超高齢社会に必須の新しい医療の形を提言

1 はじめに ——在宅医療が日本を変える

2 村田理論におけるキュア概念とケア概念 —— “苦しみの構造”

(文献1)

3 病院医療（キュア志向の医療）と 在宅医療（ケア志向の医療）

3.1 ケア志向の医療である “在宅医療” という 新しい医療概念の提唱

3.2 医療崩壊の真犯人——超高齢社会の到来

3.3 在宅医療と病院医療

【コラム】 リレーエッセイ「続・時間の風景」 「生きているとは？」

4 医療法人ナカノ会の13年の歩み

4.1 医療法人ナカノ会

4.2 ICT のフル活用

4.3 教育環境の整備

4.4 ケアタウン・ナカノ構想と ナカノ在宅医療連携拠点センターの設立

5 在宅医療と情報革命（ICT 革命）

5.1 情報革命（ICT 革命）とは？

5.2 ML（メーリングリスト）活用のもたらす意味

5.3 勉強（学習）することの重要性

5.4 在宅ケアネット鹿児島 ML（CNK-ML）

<http://nakanozaitaku.jp/carenet.html>

5.5 一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会 ML

<http://www.zaitakuiryo.or.jp/>

5.6 情報革命がもたらす意味

5.7 医療法人ナカノ会の ICT 活用と経営哲学

5.8 セキュリティの問題

5.9 学問の重要性

5.10 “金持ち” から “心持ち” へのパラダイムチェンジ

6 情報革命（ICT 革命）と政治、社会変革

6.1 “本来的” 生き方（ハイデガー）と、“行動する良心”
（ヘーゲル）

6.2 政治と情報革命（ICT 革命）

6.3 ジェンダー問題と情報革命（ICT 革命）

7 在宅医療とラップ療法

7.1 ラップ療法とは？

7.2 なぜ、ラップ療法で褥瘡が治るのか？

7.3 ラップ療法の基本的な考え方

7.4 病院医療の鬼っ子——ラップ療法

7.5 在宅医療に相性のよいラップ療法

7.6 ラップ療法は在宅医療だという哲学（コンセプト）^{（文献11）}

8 看取りの文化の創造 ——再びキュアからケアへのパラダイム チェンジ

8.1 慢性期医療の哲学を、キュア志向の病院医療の哲学から

ケア志向の在宅医療の哲学へパラダイムチェンジする必要性

- 8.2 患者が望む医療の実践
- 8.3 家族や介護職の介護負担の軽減
- 8.4 財源問題としての“看取り”の問題
- 8.5 在宅医療は孤独死（検視）を減らす

9 終わりに：医療再生のシナリオ ——地域包括ケアシステムの構築に向けて

- 9.1 はじめに——今後の医療・介護システムの方向性
- 9.2 かかりつけ医の重要性（総合医としての在宅主治医）
- 9.3 地域での在宅医療・ケア供給体制
- 9.4 医療再生のプログラム——病院医療中心（キュア志向）システムから地域包括（ケア志向）システムへのパラダイムチェンジ

参考文献

【資料】 医療法人ナカノ会 10 年を振り返って ——次なる 10 年の飛翔に向けて

あとがき——謝辞にかえて

著者略歴

1 はじめに

——在宅医療が日本を変える

1999年9月2日に在宅医療の専門のクリニック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、早13年が経過した。

開業当初は、病院で行われている（キュ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、実際に在宅医療を始めれば、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。

そうした中で、開業9年目の2008年8月24日、9月7日、9月21日と、村田久行先生の3回のセミナー（1回4時間半×3回）を受講し、「目から鱗^{ウロコ}」であった。

村田先生は、京都ノートルダム女子大学大学院人間文化学部特任教授（哲学者）で、「哲学とは、漠然とした観念を、しっかりと言語化する学問」と喝破された方である。

本書では、この村田理論におけるキュア概念とケア概念（定義）を用いて、従来の“キュア志向の医療＝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。

また、この“ケア志向の医療＝在宅医療”という新たな“在宅医療”

の概念（哲学）に基づき、今日における医療崩壊や医療再生、地域再生、ICT、社会、政治、ジェンダー問題、褥瘡ケア（ラップ療法）、胃瘻の適応、看取り、終末期医療の問題（意味）について考察する。

現在進行中の医療崩壊は、キュア志向の病院医療の崩壊である。キュア志向の病院医療崩壊の救世主は、ケア志向の在宅医療であると考える。

病院医療崩壊後に見えてくる我が国の医療再生のシナリオは、

- (1) 急性期医療（キュア志向の医療）の集約化、機能強化
- (2) 在宅医療（ケア志向の医療）・介護の連携・推進・普及
- (3) 病院医療（急性期医療）と在宅医療（慢性期医療）の良質な
連携

で、その行き着く先に「地域包括ケアシステム」が展望できる。

そして、これらの方向性は、2012年度（平成24年度）診療報酬・介護報酬の同時改定に反映されたのである。

今回の2012年度（平成24年度）の診療報酬・介護報酬の同時改定は、ドラスティックな改定になるといわれてきたが、実際に予想を上回るドラスティックな改定となった。

団塊の世代が後期高齢者（75歳）になる「2025年問題」を睨んだ、これらの抜本的ともいえる全体的な医療・介護のシステム変更は、日

頃から厚労省や私たちが主張し、また私の主宰するメーリングリストである“在宅ケアネット鹿児島 ML”（以下、CNK-ML、5.4「在宅ケアネット鹿児島 ML (CNK-ML)」で詳述 <http://nakanozaitaku.jp/carenet.html>）で、活発に議論されてきた内容である。

そして、これらのインターネット上での議論が、具体的に国の政策として採用された。情報（ICT）革命により、インターネットが国の大きな政策にも影響、反映する時代になった、象徴的な出来事であったと考えている。

以上の経過で、2012年度（平成24年度）の診療報酬・介護報酬の同時改定の理念と内容には全面的に賛成なのであるが、これらのシステム変更がうまく機能するには、特に療養型病床群（老人病院）や介護施設、外来や在宅で現在展開されている慢性期医療の哲学が、キュア志向の病院医療の哲学からケア志向の在宅医療の哲学にパラダイムチェンジすることが必要だと考える。

私が、本書を執筆した大きな動機は、ここにあった。

今日、我が国は、医療も、政治も、行政も、社会も、“キュアからケアへ”のパラダイムチェンジが求められている。もう少し正確に言えば、“キュア偏在社会からキュア・ケアバランス社会へ”のパラダイムチェンジである。

第2次世界大戦後、我が国の先輩たちは、敗戦の焦土の中から、一生懸命に働き、道路を造り、家を造り、冷蔵庫、車、コンピュータの

利用へと、豊かな日本社会を構築してきた。いわゆる右肩上がりの高度経済成長である。この右肩上がりの高度経済成長こそ、キュア志向政治（いわゆる自民党政治）の成功例そのものの歴史であった。

一方、過去14年にわたって毎年3万人以上の自殺者を抱える我が国の現状は、キュア偏在社会の現れとも考えられる。

戦後、栄えある高度経済成長の中で、失われてきたシステムが3つある、と考えている。

- (1) 地域社会の連携システム
- (2) 地域社会が担っていた、医療、介護、福祉システム
- (3) 地域社会が担っていた、教育システム

以上3つのシステムの崩壊である。

これら、失われた地域社会（地域コミュニティ）が包括していた3つの機能（システム）はケアそのものであり、私たちは、今、失われたケア社会を再構築（キュア）する必要がある。

医療法人ナカノ会ナカノ在宅医療クリニックが丸10周年を迎えた2009年8月30日に我が国では、歴史的な政権交代が起きた。

政権交代当初に民主党政権が掲げていた「コンクリートから人へ」の理念は、まさに、政策におけるキュアからケアへのパラダイムチェンジと考えられたが、その後、鳩山政権から菅政権、そして野田政権に代わり、初期の理念は完全に崩壊してしまったような印象である。

一方、野田政権の掲げる「社会保障と税の一体改革」は、日本における超高齢社会を乗り越えるにはこの政策しかない、というような重要な政策であり、今後、この社会保障と税の一体改革が、どのように展開していくのかに注目していきたい。

そうした中、2011年3月11日に東日本大震災が発生した。東北地方を中心に太平洋岸を襲った広範囲な津波災害と、東京電力福島第一原子力発電所の事故で、特に被災地の方々は、強制的にキュアからケアへと、パラダイムチェンジをさせられている、という状況である。

今回の大震災では、津波災害や原発事故によって、生活の基盤そのものが失われ、今、被災地に必要なのは、生活支援（住宅や雇用創出、介護など）と、（必要な方への）在宅医療＋介護（生活支援）である、と考える。その意味では、東北地方が、これから超高齢社会の本番を迎える日本社会の将来を、一歩先んじて経験している状態であるともいえるだろう。

これまでに、日本社会は変革を求められてきた。小沢事件や村木事件（6章で詳述）に見る証拠捏造事件など検察の一連の不祥事は、ある特定の一検事や大阪地検特捜部単独の犯罪というより、最高検察庁をも包括する検察組織（官僚機構）全体の、システム疲労（機能不全）が原因と考えられる。

同様に、マスコミ組織や政治システム、官僚システムの劣化（システム疲労）なども露呈し、我が日本国に根本的な大改革（革命）が求

められている。今回の大震災、原発事故は、大変悲しい大災害であるが、見方を変えると、あらゆる組織で起きている疲弊したシステムを再生させる（キュアする）チャンス、とも捉えることができよう。

メルトダウンしたのは、原発のみではない。政、財、官、学、報の癒着構造も、同時にメルトダウンしたと考えられる。そして、我が医療界でも、超高齢社会を迎え、援助対象が（キュアで治る）病気から（ケアで対応すべき）障害に変化し、病院を中心とした医療（医療＋介護）供給システムがそのことに対応できず、言うなればシステム疲労を起こしている状態、なのである。

このような状況下で現在、確実に起きている日本社会の激流的变化の根源には、情報革命（ICT 革命）がある、と考える。

今や、インターネットやツイッター、フェイスブックなど、ICT（Information and Communication Technology）が、劇的に日本社会を変えている（エジプト革命など一連の「アラブの春」をはじめ、世界レベルにおいても）。

キュアからケアへのパラダイムチェンジが可能なのは、ICT の環境により、人々が恐ろしいくらいにローコストで情報交換が容易になったことが、大きな要因になると考えられる。ウィキリークスにおける機密情報の公開や、尖閣諸島事件ビデオ流出事件など、今や情報は隠す時代から、様々な情報に対し当事者の説明責任を求められる時代に転換してきた、といえよう。

今回の大震災の対策でも、この ICT が大活躍している。また、大

阪の橋下改革、民主党分裂などを経て、今から起きると予想される大きな政治改革も、ベースとしては ICT 革命の激流の中で起きている現象、と捉えることができる。

超高齢社会を迎え、日本の慢性期医療は、キュア志向の病院医療の哲学から、ケア志向の在宅医療の哲学への転換（パラダイムチェンジ）が求められている。また、在宅医療は、病院医療崩壊の救世主にとどまらず、崩壊した地域社会（地域コミュニティ）を再生（キュア）するための、大きなツールとも考えられる。

今回の大震災では、実際に広範囲の地域そのものが崩壊しており、地域再生（キュア）のツールとして、今後、在宅医療（介護）が大きくクローズアップされてくるものとする。

本書のタイトルを、『在宅医療が日本の医療を変える』ではなく、『在宅医療が日本を変える』とした所以である。

2 村田理論におけるキュア概念とケア概念

—— “苦しみの構造”（文献1）

まず最初に、本書を読むための基礎概念となる、村田理論におけるキュア概念とケア概念（定義）について、解説しよう。

村田理論は、きわめてシンプルである。

“苦しみの構造”は、その人の客観的状況（①）と、主観的な想い・願い・価値観（②）のズレから生じる、とする（図1）。

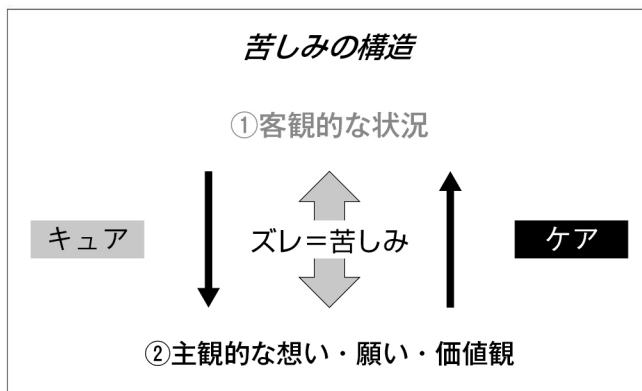


図1 苦しみの構造の図

出典：村田久行（1998）『改訂増補 ケアの思想と対人援助』（文献1）p. 45を一部改変

例えば、①として、末期癌であって、なかなか治療が難しいという
ような、患者の客観的状況がある。

②としては、癌が治って、またもとのように職場復帰したいとい
う、患者の主観的な想い・願い・価値観がある。

この場合、末期癌であるだけに（客観的状況が改善できず）、①と
②のズレは大きく、そのズレが大きいほど、その人の苦しみは大き
くなる。

この苦しみをとる（①と②のズレを少なくする）方法（アプローチ）
には、2つある。

1つの方法は、手術や薬によって末期癌の状況を打開することで、
患者の①客観的状況を改善し、①と②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。すなわち、薬や手術や本人の努力など
で、患者の①客観的状況を改善し、患者の②主観的な想い・願い・価
値観を満足させ、患者の苦しみを緩和する、という方法（生の原状回
復）である。これを、村田理論では「キュア」と定義する。

しかし、末期癌の場合は、もはやキュア（治療）が難しいからこそ、
末期癌なのである。私たち医師は、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、キュア（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、苦しむことになる。

だが、本当に耐えるしかないのであろうか。

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、①の客観的状況に沿うように変わるのを支援していくことで、①と②のズレを少なくして、苦しみを和らげる方法がある、とする。そして、この対人援助の方法（アプローチ）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、その人の考え方（主観）が変わることを支援する（変わるのは患者自身）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。

主観が変わるのは患者自身である。そこで、援助者が患者の主観が変わるのを支援するためには、患者と援助者との信頼関係が必要条件となる。

患者と援助者の関係性の力（関わり、ケア）によって、患者の②主観的な思い・願い・価値観が、①の客観的状況に沿う形で変わっていくことを支援する対人援助法が、ケアである。ケアという言葉の中に、「関係性」とか「世話をやく（take care of）」、「気遣う」などの概念を包括する、論理的根拠である。

例えば、**図 2**において、黒の部分に注目すれば向き合ったヒトの顔が2つ見えるが、白の部分に注目すれば杯に見える。すなわち、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、まったく別なものが現れて（見えて）くるのである。

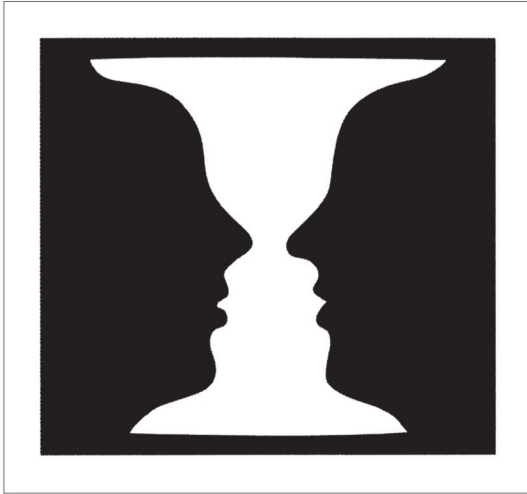


図2 だまし絵

このように、人間の関係性（ケアの力）を利用して、患者自身の意識の志向性が変わり、患者の②主観的な思い・願い・価値観が、その人の①客観的状况に沿う形で変わるのを支援する（変わるのはあくまでも患者自身）対人援助のアプローチを、ケアと定義するのである。

まとめると、村田理論においては、客観を主観に即した形で変える対人援助が「キュア」であり、変えられない客観に対して、主観が変えられない客観を受容できるように、関わり支えていく対人援助方法が「ケア」である。

「人事を尽くして天命を待つ」の、「人事を尽くす」がキュアであ

り、「天命を待つ」のを支援する援助がケアである。また、ラジオの人生相談の番組で、パーソナリティがよく言う、「変えられることは変える努力をしましょう。変えられないことはその事態を受け入れましょう」の、変える努力がキュア、患者が事態を受け入れるための支援の対人援助がケアとなる。

ケアにおいて、援助者は、患者と同様、人間存在が「ともに老い、ともに病^{やま}い、ともに死すべき」存在であるという、すなわち生まれたら歳をとって、病気になり、やがて死ぬのはみんな一緒という共感的態度が重要である。

3 病院医療（キュア志向の医療）と

在宅医療（ケア志向の医療）

3.1 ケア志向の医療である“在宅医療”という 新しい医療概念の提唱

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13年が経過した。「はじめに」でも述べたように、開業当初、在宅で（キュア志向の医療である）病院医療を展開するのが在宅医療だと思っていた。開業後13年在宅医療を経験し、9年目に村田理論を学んだ今では、在宅で（不必要な）治療（キュア）をしない（過剰な治療を控える）のが在宅医療だ、と思っている。

在宅医療において、何が必要な治療（キュア）で何が不必要な治療（キュア）なのかは、患者、家族と話し合いのうえ、個別に対応すべき問題だと考えている。

私は、13年間の在宅医療の経験から、村田理論におけるキュア概念、ケア概念を用いて、キュア志向の医療である“病院医療”に対して、ケア志向の医療である“在宅医療”という新しい医療概念を、本書で提唱する。また、このケア志向の医療である“在宅医療”という新しい医療概念を用いて、在宅医療および、胃瘻の適応や看取りの問

題など、現在の医療全般に関連するさまざまな問題について考察する。

私の主宰する CNK-ML の議論のやり取りの中で、キュア志向の医療である“病院医療”に対し、ケア志向の医療である“在宅医療”という新たな医療概念を提唱したいとする私の主張に対し、「キュア志向の医療＝急性期医療」、「ケア志向の医療＝慢性期医療」でよいではないか？ との指摘を受けた。

まったくその通りなのだが、現在の外来やいわゆる老人病院で行われている慢性期医療の多くが、キュア志向の医療である病院医療のマインド(哲学)で行われているところに、現在の医療界(介護界)全体の(終末期医療などの)諸問題の解決を、困難なものにしている要因があると考える。

私たちが従来学んできた(狭義の)医療は、その本質がキュアそのものなのである。病院は、病気を検査して治療(キュア)する場所であり、病院で行われる医療(病院医療)は、急性期病院であろうが、慢性期病院であろうが、外来医療であろうが、本質的に、すべてキュア志向の病院医療の哲学に基づき、医療が実践されているのである。

これに対し、在宅で行われる医療は、患者の生活の場で行われる医療であって、必ずしも治療(キュア)が優先されない。病気や障害があっても、患者が望めば、検査も治療(キュア)もしない、あるいは、家でできる検査や治療(キュア)で、キュアが効を奏さなければ、看取りも容認する(ケア)、という医療である。

在宅では、治療（キュア）より生活（ケア）が優先される。

在宅現場は、医療者（特に医師たち）の意識（マインド）を、“キュアからケアへパラダイムチェンジ” させる、はずである。これは、私自身が13年間、在宅医療の現場で悶え苦し^{もた}みながら、キュアからケアへの意識変容がされてきた、その経験から断言できる。

そして、その意識変容の先に、医療崩壊（再生）、胃瘻の適応、看取り、終末期医療などの問題の核心が見えてくる。日本の慢性期医療が、キュア志向の病院医療の哲学からケア志向の在宅医療の哲学（マインド）にパラダイムチェンジする（変わる）必要性を、在宅の現場で日々感じているのは私ばかりではないはずだ。

以下、従来の治療（キュア）を優先した（キュア志向の医療である）“病院医療” に対して、生活（ケア）を優先した（ケア志向の医療である）“在宅医療” という新しい医療概念を提唱し、その卓越性を述べていく。

3.2 医療崩壊の真犯人——超高齢社会の到来

近年、「医療崩壊」が叫ばれて久しい。

その原因として、公立大学の独立行政法人化、臨床研修の義務化、病院医療から在宅医療への政策誘導など、国がいたずらに制度をいじるから、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。また、診療報酬を削減したために、医療崩壊が起きた、という議論もある。

これらの議論も一理はあろう。しかし、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、超高齢社会を迎えて起こった大きな疾病構造の変化が背後にある、と私は考えている。すなわち、超高齢社会において疾病構造は急性期疾患から慢性期疾患へ変化し（表1）、現在のキュア志向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、キュア志向の病院医療（特に慢性期病院医療）が崩壊している、という現状認識である。

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
死因	1位	感染症 (肺結核)	脳出血 (高血圧症)	悪性新生物(癌)
	2位			心疾患 (心筋梗塞)
	3位			脳卒中(脳梗塞) [※]
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 衛生環境の向上	慢性疾患の増加 超高齢社会	
平均寿命	50~60歳	60~70歳	80歳	

※最近の調査での死因の第3位は肺炎に変わったが(脳卒中は4位)、肺炎の多くは老化に伴う誤嚥性肺炎と考えられる。

我が国において、こんにち超高齢社会を迎え、増えているのは「病人」(急性期疾患)ではなく、「障害者」(加齢に伴う障害を抱える慢

性期疾患)なのである。従来の、キュア志向の病院医療を中心とした医療システムは、あくまで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。

すなわち、キュア志向の病院医療を中心とした医療システム全体が、増加する(慢性疾患を抱える高齢)障害者に対応できなくなってきていて、全体的にシステム疲労を起こし、国民のニーズに対応できなくなってきているのである。そして、崩壊しているのは、キュア志向の病院医療、特に慢性期領域の病院医療(キュア志向の医療)である。

慢性疾患や、障害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(生活支援)と、ケア志向の医療である在宅医療である。慢性期医療において、旧来のキュア志向の病院医療の哲学から、ケア志向の在宅医療の哲学へのパラダイムチェンジが、いま求められているのである。

また、大きく医療システム全体も、病院医療中心のキュア偏在医療システムから、キュア・ケアバランス・システムへのシステム変換(パラダイムチェンジ)が求められている(表2)。ケア志向の在宅医療が医療再生の本丸(病院医療崩壊の救世主)、と私が考える所以である。

表2 医療（キュア）から介護（ケア）へのパラダイムチェンジ

	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） （キュア志向） 治療（キュア）	在宅医療 （慢性期医療） （ケア志向） 介護（ケア、生活支援）

これらに関連して、WHO の「健康の定義」^(注) の解釈も変化してきている。かつての ICD モデル（疾病モデル）では、病気でないことが健康であったのに対し、最近の ICF モデル（生活モデル）では、病気や障害があっても、活動ができて、社会参加できれば健康、というように、その健康概念が変化してきているのである。例えば、ICF モデルにおいては、脳卒中後遺症で右片麻痺があって歩行ができなくても、車椅子でヘルパーさんの介助にて外出（活動）でき、お花見が楽しめる（社会参加でき）れば、健康となる（図3）。

(注) WHO の健康の定義：健康とは、完全に、身体、精神、及び社会的に
よい（安寧な）状態であることを意味し、単に病気でないとか、虚弱で
ないということではない（1948 年）。

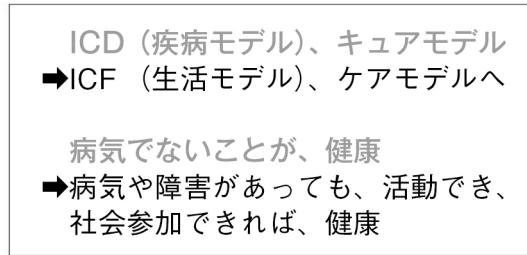


図3 ICDモデルからICFモデルへ

このような時代の流れから、遺伝子治療や再生医療、移植医療などが“技術的な”キュア志向の最先端医療であるのに対し、在宅医療は“時代”のニーズの大きい、ケア志向の最先端医療である、といえよう。

さらに、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、病気の種類にかかわらず総合的に「人間を診る」ことのできる、かかりつけ医（総合医）である、と考えている。

3.3 在宅医療と病院医療

在宅医療では、訪問診療が大切である。在宅医療においては、患者の日ごろの状態を把握するために、定期的な往診を行う。この定期的な往診を、訪問診療と呼ぶ。訪問診療の頻度は、患者の状態によって異なるものである。

私たちのクリニックでは、高齢者の寝たきりなどで安定した方な

ら2週間に1回、少し細かい観察や在宅導入当初の患者の場合は1週間に1回、癌の末期患者などのケースは（必要なら）毎日でも訪問診療を計画する。すなわち、患者の状態、症状により訪問診療の頻度を決定するわけである。

保険診療上は、毎月2回以上の訪問診療をしないと、24時間、365日対応に対する在宅医療の高い診療報酬（在宅時医学総合管理料）が算定できないため、患者さん、ご家族に、その旨を説明し、最低2週間に1回の訪問診療を実践している。この高い診療報酬をいただかないと、質の高い24時間、365日対応の在宅医療システムは構築できない。

開業当初は、何も変化のない（寝たきりの）患者さんのところに、頻回（？）に訪問診療することには、心理的な抵抗を感じていた。また、患者サイドからも、そのような頻回の訪問診療は必要ないと言われたこともある。

今から振り返って考えれば、これはキュア志向の病院医療の考え方である。定期的な訪問診療なくして、何かあったら往診で対応すればよいという考え方は、まさにキュア志向の病院医療の考え方であって、原因検査、治療のために「病院に行って下さい」という結果になり、実際の在宅医療では役に立たない（診療システムの）結果となる。

これに対し、ケア志向の在宅医療においては、定期的な訪問診療が重要である。定期的な訪問診療を充実させることで、日ごろの患者情報（病状のみならず、生活や、ご本人・ご家族の意向など）を的確に

把握することができ（ケア）、往診時（緊急時の診療、キュアフェーズ時）において、緊急搬送、看取りなどの判断を含めた的確な医学的判断を下すことが可能となる。

在宅主治医の負荷を減らすためには、多職種連携による「チーム医療」の展開が必要で、在宅主治医の往診頻度を減らすことができる。このことで良質な在宅医療の質が担保できる（在宅主治医に負荷がかかり過ぎては、チーム医療全体としての在宅医療の質が落ちてしまう）。

在宅医療はまた、在宅（地域）での継続生活を保障する医療である。そして、24時間、365日の患者の「生活を支える医療」をになう。だからこそ、24時間、365日対応しない在宅医療は、役に立たない。そのような在宅医療の診療体制を支えるために、高い診療報酬は必要なのである。

仮にケア志向の在宅医療に高い診療報酬が支払われても、（不必要な）緊急搬送を減らし、在宅での看取りなどに対応すれば、キュア志向の病院医療（急性期病院）の負荷を減らすことが可能であり、トータルとしての医療費は削減できるはずである。

訪問診療は、病院医療における定期的な病棟回診に相当する。

表3に病院医療と在宅医療の比較を示した。

病院医療と在宅医療の比較において、病院は地域であり、病院の廊下は地域の道路に、病室は患者宅に、病院の主治医兼当直医は在宅主治医にあたり、病院内のナースステーションは訪問看護ステーションに、病院内のICU（集中治療室）は後方支援病院（急性期病院）に

相当する。

表3 病院医療と在宅医療の比較

病院医療	在宅医療
病院	地域
病室	患者宅
病院廊下	道路
病棟回診	訪問診療
急変時の診察	往診
主治医兼当直医	在宅主治医
ナースステーション	訪問看護ステーション
ICU（集中治療室）	後方支援病院（急性期病院）

キュア志向の病院医療は、治療（キュア）の場である病院で展開される医療であるのに対して、ケア志向の在宅医療においては、生活（ケア）の場である「地域で展開される医療」である。この点が、病院医療と在宅医療では大きく異なっている。

病院は、病気を検査し、治療するところで、基本的に治療（キュア）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（ケア）の一部であり、病気があったからといって必ずしも検査や治療（キュア）が優先されるわけではない。

病気や障害があっても、その人が地域（在宅や施設）における自ら

の生活の場で、最期まで生活してもよい、ということを経済的に保障する医療が、ケア志向の在宅医療なのである。さらに、生活の場での医療を保障した結果が、「在宅での看取り」に結びつく。だから、看取りはあくまで、(国の財源確保の) 目的 (キュア) ではなく、患者の望む医療を展開した結果 (ケア) が、おのずと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。看取りは (財源獲得の) 目的 (キュア) ではなく、結果 (ケア) であることは、非常に重要な視点であることを強調しておきたい。

病院では、病気を治すこと (キュア) が優先されるが、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受け入れ、支援していくアプローチ) での対応が優先される。もちろん、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 (患者が望めば、在宅で急性期疾患を治療することもある)。

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、私たち在宅主治医の仕事である、ともいえる。

これが病院医療 = キュア志向の医療、在宅医療 = ケア志向の医療であって、病院医療 = キュアの医療、在宅医療 = ケアの医療と峻別したい。別の言い方をすると、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、在宅医療に比べて病院医療ではケアが実践されにくいのは、それぞれの医療が展開される“場”

の違いに起因する。

病院は、医療者のホームグラウンドであるが、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”）である、という“場”の違いがある。そして、この「在宅の現場」こそ、医療者（特に医師たち）の意識を、キュアからケアへパラダイムチェンジさせる強力な“場”、なのである。私自身も、在宅の現場での13年間の経験によって、意識がキュアからケアへパラダイムチェンジしたことは、前述した通りである。

【症例1】60歳、男性、胆管癌末期、2002～2003年

それぞれの人生

在宅の現場にいと、いろいろな人生と出会う。人の人生、考え方は、種々様々である。Kさんは、60歳男性で、胆管癌の末期の方である。独居で、16年別居中の奥様、家庭内暴力で不仲の子供さんもいるが、ご家族は亡くなったら葬式だけはしますというだけで、結局、一回もお会いできなかった（電話だけの対応で終わった）。

ケアマネジャーの紹介で、2002年9月10日、Kさんを初回往診した。初回往診時、痛みのため、十分返事もできないくらいの状態で、食事摂取も不十分、ビリルビン10台の状態で、おそらく1週間は無理だろうと考

えた（この状態で病院はいやだと自宅に逃げ帰ってきた）。せめて痛みだけでも取ってあげようと MS コンチン 20mg を内服開始し、CRP16 と炎症所見も強いいため、抗生剤内服との併用で、リンデロン 2mg 内服を開始したところ、翌朝から食欲増進、元気になってきて、ビリルビンも 5 以下になってきた。この時点で、Kさんの望みは、自分に暴力を加えた（自分も暴力を加えていたのだが）息子を裁判にかけて、慰謝料をせしめることだった。

1 週間もつどころか、1 カ月半経過した 10 月 25 日には、元気になった（病気が良くなった）と思い込んだようで、突然、薬をすべて止めたいと言い出した。Kさんには、痛みが取れて本人との信頼関係がとれた時点（2 回目の訪問診療時）で、正確な病名告知と予後予測（あまり長くはないだろうということ）については、しっかりと説明してある。それにもかかわらず（これが当たり前の心理なのだろうが）、本人は容易に自分の病状を認めようとせず、「現在、癌の痛みはモルヒネで抑えている」と説明しても、本人は、「癌が治ったのではないか？」と、どうしても我々の説得に納得しなかった。

そこで、10 月 26 日から、デュロテップパッチ（途中からモルヒネ系の薬剤が変わっている）を止めて、訪問診療も訪問看護も止めて（診療の金もつたいないという。実は身障者の手帳を持っていて、実質無料なのだが、人間不信が強く、説得困難。テレビの番組にヒントを得て、我々が保険金詐欺をしていると思い込んでいる）、ステロイド（リンデロン 3mg）だけは、急にやめると withdrawal 症候群を起し、急死する可能性がある（でなくても急死する可能性がある状態ではあるのだが）ので、続けて

くれるよう頼み込んだ。

それで、ヘルパーさんも毎日入っているため、一応これで在宅医療（訪問診療、訪問看護）は中断して、もし痛くなったらいつでも往診しますと
いうことで（奥様にも納得のうえ、亡くなったらそのまま死亡診断する
というので）、いったん在宅医療を中止した。

多分、1週間もしないうちに再度呼ばれるであろうと心待ちしていた
が、なかなか敵もしぶとい。（ヘルパーさんの話では）この間、食わなき
ゃ死んでしまうと、痛みに耐えて、夜中に自分でラーメンを作って食べる
こともあったらしい。生に対する執念は、すさまじいものがあった。2週
間経過した11月7日に背中が痛いと言われ、痛み止め（デュロテ
ップパッチ）を勧めたが、逆にステロイドを減らして欲しいという要望で、
そのために1週間に1回は訪問診療で入るということで、Kさんとの在
宅医療再開の交渉が成立した。そして、待つこと3週間、11月27日に、
やっと、本人の了承のもと、デュロテップパッチを再度開始させていただ
くことに、成功した。

その後、痛みに応じてデュロテップパッチの量を増量し（2.5mg から
30mg まで）、翌年（2003年）4月までは安定した状態が続いていたが（CA19-
9 レベルでは、357 から 3606 まで徐々に上昇、すなわち癌は確実に進行
していた）、5月になり症状悪化、5月7日に、ヘルパーさんの腕の中で
眠るように亡くなられた。

Kさんの関心事は、家の不動産。お金に対する執着心と生に対する執着
心はすさまじいものがあった。人が信じられず、信じるものは自分とお金
だけ。何か、悲しくなってしまうのだが、別の視点で見ると、その生き方

は壮絶で、自己主張を貫き、一貫したものがあって、感動的でした。

人生とは、何か？——を、しみじみと考えさせられる症例であった。

キュア志向の病院医療とケア志向の在宅医療はどちらがよいか？
ということではない。急性期病院で提供される（キュア志向の）病院
医療と、在宅（地域）で提供される（ケア志向の）在宅医療の違いを、
うまく活用することが重要だと考える。

そして、これらパラダイムの相反する2つの形態の医療は、相争う
のではなく、お互いに相補い合う、相補的な関係で成立する医療形態
なのである。

今後は、病院医療（急性期医療）と相補的に連携する形で在宅医療
（慢性期医療）が地域に普及し、地域包括ケアシステムが構築されて
いくものと想定される。

キュア＝客観を変え、主観に近づける対人援助

ケア＝（変えられない）客観に
主観を近づける（受け入れる）のを
支援する対人援助

【コラム】リレーエッセイ「続・時間の風景」

「生きているとは？」

「生きているとは、どういうことか？」というのが、子供のころからの疑問である。最近の少年犯罪で、「ヒトの死をみてみたかった」という動機と好奇心の起源は一緒だろう。ただし、ヒトをあやめたりしないのが大きな違いである。子供なら、誰もが抱く疑問かもしれない。

1971年、高校に入学し、化学を学び、この世の中の物質（分子）は原子よりなり、またすべての原子は陽子と中性子、電子の組み合わせよりなることを知った。また、物理学ではニュートンの運動方程式に代表されるように、すべての運動は因果律にて説明できることを知った（ $F=ma$ ）。これらのことより、宇宙に存在する物質はすべて陽子、中性子、電子の組み合わせよりなり、生物と無生物の違いはこれらの組み合わせ、すなわちエネルギーの状態の違いにすぎないことを知った。そして、人間の行動は、最終的には微分方程式で記述される性質のものであるだろう、と考えた。

高校卒業後、医学部を志望したが、成績が悪く、不合格の連続。（高校の進学係の先生には2年浪人しても医学部には合格しないだろうと言われたが、さすがにその道のプロのお言葉。その通りにな

った。)医学部志望の動機は、ヒトの命を助けたいという思いのほか、解剖学実習などで、ヒトの死が合法的に実感できるというものだった。

1976年には、2年浪人後、東京理科大学薬学部に進学した。ここでは、前半大いに遊んだ。酒、マージャン、パチンコ、競馬と大いに遊び(不思議に女性には縁がなかった)、1年留年した結果、「はて、どのように生きようか?」と考えた。まじめにマージャンのプロを目指そうかとも考えたが、リスクが大きすぎる。今までの自分の歴史から、学問でメシを食うしかない、と悟った。

理科大時代の後半は、本当によく勉強した。生化学、生物物理学、分子生物学を学んだ。なるほど生命は、DNA、RNA、プロテインからなり(セントラルドグマ)、それらの全体的な挙動を示す物理学である熱力学や量子力学、統計力学を学び、「生命は開放系であり、エネルギーを代償することで、秩序を維持するシステムである」ということを知り、何となく生命というものが分かったような気になった。しかし、なんとなくしっくりしない。

そして、1981年に、鹿児島大学医学部に再入学した。理科大時代後半の猛勉強のお陰で、受験勉強ほとんどゼロで、医学部合格が実現できた。医学部でのテーマは、「What is a life?」であった。学生時代は、基礎医学、生化学や生理学、薬理学、病理学、分子生物学、本当にすべての学問が楽しくて、楽しくて、仕方なかった。授業をサボる同級生をみながら、何ともったいないことか? と考えた。で、臨床医学に入ると、とたんに授業が面白くなくなってきた。

しかし、せつかく医学部に入ったのだから、せめて緊急時に「医者と呼ばせ」というような医師にならないように、また必要最小限の食い扶持をかせぐために、まず臨床医学を研修しようと考え、1987年に鹿児島大学医学部第3内科に入局した。第3内科は、神経内科が専門であるが、神経内科専門医になる気はない（どうせ医師になるなら、今で言うプライマリーケア医を目指したかった）が、OKかと主任教授にお尋ねしたらOKということで、研修1年目には、鹿児島大学医学部救急部で研修させていただいた。救急の現場は、尼崎の列車事故ではないが、朝元気で出かけた青年が、夕方には冷たくなって帰る世界である。「生きていとは何か？」を再び、別の角度から考えさせられる機会であった。

1995年には、鹿児島大学医学部附属病院検査部に入り、以後5年間所属して、HIPOCLATES、PLATON、GALIREOという3つの検査部内システム（総額10億円ほど）の構築に従事した。これらのシステムは、病院内電子カルテシステムの一翼を担うものであった。検査部時代の仕事は楽しかったが、検査部内のシステムにとらわれず、地域全体に新しい医療システムを構築したいという想いと、医療（検査ではなく）の現場に戻りたいという激しい郷愁が複雑に絡み合い、1999年のナカノ在宅医療クリニックの開業に至った。

在宅医療は楽しい。在宅医療（介護）は、診療所、病院、訪問看護ステーション、ホームヘルパーステーション、介護施設など、様々な医療（介護）サービスが連携するチーム医療である。

医師になって、救急医学（医療）を研修して、「なるほど人は死ぬ

ものだ」と実感できた。しかし、「生きているとはどういうことか？」
についての解答は得られなかった。

私とコンピュータとの出会いは、鹿児島大学に再入学したころからのもので約 25 年になるが、本格的に付き合うようになったのは、検査部でコンピュータの仕事をしたときからである。そして、コンピュータと付き合い中で、複雑系という存在を知った。

複雑系の本を見た瞬間、これこそが私の求めていたものだと、目からウロコが落ちた。すなわち複雑系こそが、生命を解くカギだと考える。複雑系においては、各要素そのもの（要素還元主義）より、その各要素間の関係性が重要で、人体そのものが各細胞を要素とした複雑系である。

在宅医療も、診療所や訪問看護ステーション、また患者、家族など、各要素（プレイヤー）から構成される複雑系である。複雑系では、ニュートン力学の因果律とは違い、初期値がちょっと違えば結果は大いに異なるみたいである（北京で蝶が舞えば、ニューヨークでハリケーンが起きる）。

どうも生命とは（生きているとは？）、高校生のころ考えたように、何が何々だから結果はこうなるというきちっとしたもの（因果律）ではなく、人生なるようにしかならないというかなりいい加減なもののようなのである。

（『Medical Tribune』〔2005 年 6 月 16 日〕掲載分より一部改変）

村田理論のキュア・ケア概念を用いた
「キュア志向の医療＝病院医療」に対する
「ケア志向の医療＝在宅医療」という
新しい医療概念の提唱

4 医療法人ナカノ会の13年の歩み

4.1 医療法人ナカノ会

1999年9月、私たちは、医師1人、看護師（保健師）1人、事務（臨床検査技師）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。

私自身は、開業前の5年間は、鹿児島大学付属病院検査部に所属し、HIPOCLATES（ヒポクラテス）、PLATON（プラトン）、GALIREO（ガリレオ）という、総計10億円ほどの3つの臨床検査システムの構築に関与した（文献2）。

この、臨床検査の世界から在宅医療の現場への“華麗なる？”転身は、周囲を驚かせたようである。しかし、私にとっては、ネットワークづくりの仕事の場を、大学病院の検査部から地域医療（在宅）に移行させたに過ぎなかった。

そのネットワークとは何か。

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。

介護保険制度施行6カ月前の時期である。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の在宅医療システムが必要だと考えたのである。

表 4 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・電子メール・インターネット・携帯電話など）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など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. 法人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。

言い方を変えると、私は、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。いわゆる町の赤ひげ先生ではなく、在宅医療の“システム”構築を目指して、ナカノ在宅医療クリニックを開設したのである。

表4は、開業に当たっての当クリニックの開設理念である。

現在までに多くの医療・介護福祉施設と連携してきたが、すでに述べてきたように、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と位置づけ、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(図4)、そのためのシステムづくりに邁進してきた。

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「医療法人ナカノ会ナカノ在宅医療クリニック」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」を併設した(ナカノ居宅介護支援事業所は、2006年3月に閉鎖した。訪問看護業務に専念するのが目的で、ケアマネジメント業務は訪問看護業務に包括されるというコンセプトである)。

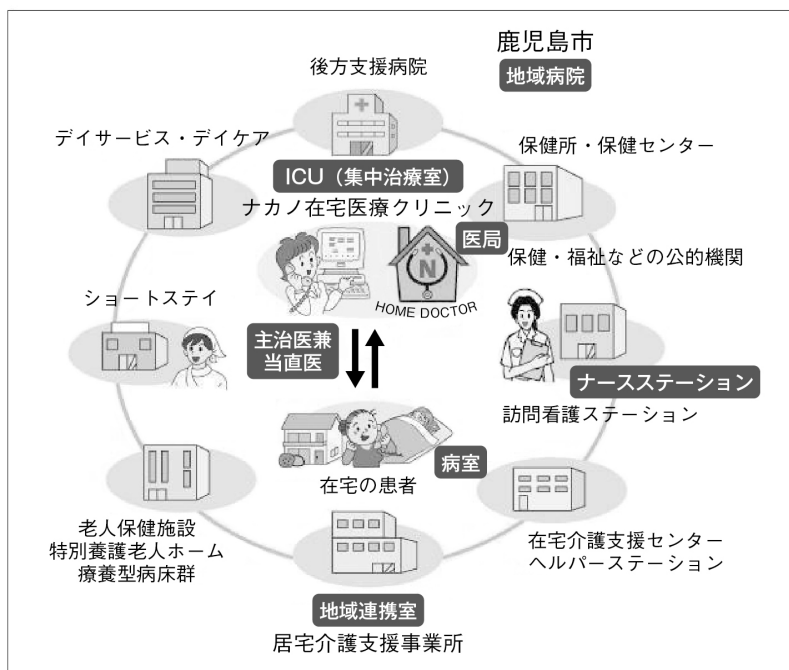


図4 地域連携ネットワーク型在宅医療システム

2006年4月の診療報酬改定では、ナカノ在宅医療クリニックの開
設理念がそのまま国の制度に採用されるような形で、新たに“在宅療
養支援診療所”の制度が創設された（表5）。

ナカノ在宅医療クリニックは、そのまま“在宅療養支援診療所”と
なり、それに伴い診療報酬もアップして、経営は非常に楽になった。
経営の神様といわれた松下幸之助氏の言^(注)にならい、「世の中に必
要なものを追求すれば、お金は後からついてくる」というのが、医療
法人ナカノ会の経営哲学である。

(注) 「商売は世の為、人の為の奉仕にして、利益はその当然の報酬なり」
(利益は後からついてくる)

表 5 在宅療養支援診療所の要件

(2006年 4月)

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

現在（2012年8月時点）のスタッフは、医師5名（常勤2名、非常勤3名）、看護師10名（常勤10名）、事務7名（常勤6名、非常勤1名）、理学療法士1名（常勤1名）、運転手3名（非常勤3名）の総

勢 26 名で、在宅患者数は 164 名（13 年目の 2012 年 8 月現在で延べ約 865 名）である。今までに 362 名（うち 194 名が末期癌の患者）の方をご自宅で看取った。在宅看取り率は、約 70%（末期癌患者では約 95%）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。

4.2 ICT のフル活用

鹿児島市内に、上記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、開業当初からの私の目的であったが、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。

そして現在までに、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てきた（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している）。

現在、（運転手を除く）スタッフ全員 23 名が、電子カルテを使用し、法人内メーリングリスト（以下法人内 ML）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に学ぶ環境の構築）。それでも全員で取り組んだのは、診療記録および訪問看護記録が一覧できれば、患者状況がよく分かり、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。この、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。

また、集金は銀行引き落としとし、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 ML での情報共有化を図り、完全週休 2 日制、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。スタッフは個人的には完全週休 2 日制であるが、法人全体としては年中無休、24 時間、365 日対応であることはもちろんである。

このシステムを構築・運用するために、携帯電話、電子メールを有効利用しているので、携帯電話は全スタッフが 24 時間対応であるが、緊急以外は使用しない。また、電子メールで済む用事は電子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“三

種の神器”である（図5、図6）。

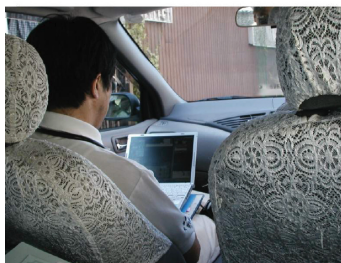


図5 在宅診療へ車で移動

移動の車内は動くオフィス。パソコン操作を続ける。



図6 患者さん宅での診察風景

会話をしながらも診察記録などすぐにパソコンに書きこむ。

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」を合い言葉にしている。皆で知恵を出し合い、楽しんで、仕事の質を高めることに専念する。そして、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も高めて、自らの収益を増やし、快適な職場環境が構築できるように、スタッフ全員で、経営努力をしているのである。

4.3 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

(表4)。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まず第一の討論、勉強の場である(図7-①)。

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、スタッフ全員が法人内MLで情報交換し、朝、必ず法人内ML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5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(図7-②)。さらに、2カ月に1回の間隔で、大阪大学歯学部野原幹司助教を太田歯科医院(太田博見院長)に迎え、ナカノ在宅医療クリニックと合同で、「摂食嚥下合同診療・合同カンファレンス」(NN0:野原、中野、太田の略)を開催している(図7-③)。

退院前カンファレンス(図7-④)は、退院患者が帰ったその日からすぐに生活のできる環境を準備するのに必須の会議である。それと同時に、ケア志向の病院スタッフに、ケア志向の在宅医療を教育、啓蒙する絶好の機会でもある。退院前カンファレンスは、診療所スタッフが紹介先の病院に直接赴く。ナカノ在宅医療クリニックでは、開業以来13年間、新規退院患者のほぼ全例に、退院前カンファレンスを実践してきた。



図7-① スタッフミーティング（毎日、午前8時30分～9時）

毎朝開催するスタッフミーティングは、法人内スタッフ（医師、看護師、事務）の全員が一堂に会する勉強の場である。ミーティング開始前に、法人内MLですでに情報共有しているので、本格的なディスカッションが可能となる。



図7-② 服薬カンファレンス（4週間に1回）

訪問薬剤師を交えての服薬カンファレンスは、13年前の開業当初から、継続して行っている。薬剤師は、在宅ケアチームの重要なメンバーである。



図7-③ 医科・歯科合同カンファレンス（2カ月に1回）

歯科との連携も、摂食嚥下、口腔ケアなどの領域で、非常に重要な分野である。



図7-④ 退院前カンファレンス

退院前カンファレンスは、病院医療スタッフへの在宅医療に対する教育のための、絶好の機会である。

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うおとする患者と家族にとって、ケアカンファレンス（図7-⑤）が
いかに重要であるかは論をまたない。



図7-⑤ ケアカンファレンス風景

患者宅で、在宅ケアチーム一同が会合するケアカンファレンスは、多職種連携のチーム医療を実践するために非常に重要な場である。

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のが他施設の現状のようである。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、必要時に頻回にケアカンファレンスを開催している。

当法人でケアカンファレンスを頻回に開催するのは、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、投資する価値は十分にある。

2008年度の診療報酬改定では、ケアカンファレンスや退院前カンファレンスなどの連携に関する診療報酬が評価された。必要な仕事を創っていけば、お金は後からついてくる。これは、前述したように、医療法人ナカノ会の経営哲学である。

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、私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、医学生に在宅医療や訪問看護を教育している。さらに2009年11月には、日本在宅医学会の認定専門医研修施設となり、後期研修の受け入れも可能となっている。

今後、いっそう教育環境を整備し、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。

4.4 ケアタウン・ナカノ構想と

ナカノ在宅医療連携拠点センターの設立

医療法人ナカノ会では、次なるステップとして、「ケアタウン・ナカノ構想」を掲げ、現在、鋭意準備中である。ケアタウン・ナカノで

は、高齢になり、障害を抱えても、地域で安心して、人生の最期の時まで生活できる（住み慣れた地域で看取れる）環境を提供することを目指している。

具体的に、ケアタウン・ナカノには、以下のような構想を掲げている。

- (1) サービス付き高齢者住宅をつくり、バリアフリーの高齢者の住居環境を提供するとともに、
- (2) 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、訪問介護（ホームヘルパー）ステーション、居宅介護支援事業所、デイサービス、デイホスピス、ショートステイ、複合型サービスなどの医療・介護サービスを提供することで、人生の最期の時まで地域で生活できる環境を提供する（在宅〔地域〕での“看取り”に対応できる、医療、介護システムを提供する）。
- (3) レストランやショッピングモールを包括することで、体が不自由な高齢者でも、安心して気楽に食事や買い物ができる環境を提供する。また、鹿児島地域住民に対し、レストランやショッピングモールを開放することで、体の不自由な障害者や高齢者、小児、鹿児島市民の交流できる場を提供する。
- (4) 託児所を併設することで、スタッフや地域住民の育児支援を行うとともに、高齢者と子供の共有空間を提供する。
- (5) 教育・研修センターを設け、高齢者住宅住民、鹿児島市民や医療、介護スタッフが講演会や研修会ができるスペース（多目

的ホール)、学生や研修医が宿泊できる施設を準備する。

(6) 電子カルテなどの導入、施設内外 ICT (Information and Communication Technology) 化により、施設内外情報の共有化をはかる。

(7) 生き死にを通じ、人生を語る文化・芸術活動を創造する (ICT を活用した新たなビジネスモデルの創造など)。

要するに、人生を死ぬまで楽しく生きる環境を提供する、ものである (表 6)。

表6 ケアタウン・ナカノ構想

(2012年8月末現在)

1. サービス付き高齢者住宅（20室）＋ショートステイ施設（4室）
2. ナカノヘルパーステーション（新設）
3. ナカノ居宅介護支援事業所（新設）
4. ナカノデイサービス（新設）
5. ナカノ複合型サービス事業所（新設）
6. 法人内外 ICT（Information and Communication Technology）
化
（以上、第1期計画）
7. サービス付き高齢者住宅（増設）
8. 多目的ホール（講演、研修施設）→デイサービス（増員）
9. ナカノ在宅医療クリニック（既設）移設
10. ナカノ訪問看護ステーション（既設）移設
11. ナカノ在宅医療連携拠点センター（既設）移設
（以上、第2期計画）
12. 託児所
13. レストラン、商店街（ショッピングモール、コンビニ、テナント）、
薬局、歯科医院、理容店などなど。
14. 教育・研修センター、宿泊施設（鹿児島大学学生実習施設、浦添総合
病院研修医）
15. 文化・芸術産業（グリーンケアを实践できる葬儀産業などに絡めて）
（以上、第3期計画）

以上、ケアタウン・ナカノのコンセプトは、狭く施設内にとどまる
のではなく、

- (1) 広く鹿児島市地域に向けて、在宅医療、介護のサービス（在

宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、訪問介護〔ホームヘルパー〕ステーション、居宅介護支援事業所、デイケア、デイホスピス、ショートステイ、複合型サービスなどを提供し
(=在宅医療、介護のソフトの鹿児島市地域への提供)、

- (2) レストランやショッピングモールは広く鹿児島市地域住民に開放することで、体の不自由な高齢者と小児、鹿児島市地域住民との交流をはかるもの(=ノーマライゼーションの実践)、

である。

すなわち、ケアタウン・ナカノは、決して同一施設に患者を囲い込むのではなく、健常者、障害者、大人、子供、高齢者、老若男女が分け隔てなく集える空間(街)を創り、そこを拠点として、地域連携に基づく在宅医療・介護サービスを提供する、というコンセプトである。

このケアタウン・ナカノ構想は、鹿児島市の在宅医療連携拠点施設を目指し、地域のコミュニティ再生(街創り)をも目指すもので、今年(2012年)10月に第1期計画をスタートさせた。

今年度、厚労省の平成24年度在宅医療連携拠点事業として、全国105カ所の医療、介護施設が採択されたが、その中の1カ所として医療法人ナカノ会も採択され、事業所名をナカノ在宅医療連携拠点センターと命名した。

この厚労省の在宅医療連携拠点事業は、

- (1) ICT (情報) システムの有効活用と、
- (2) 教育活動により、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 (地域包括ケアシステム) の構築

を目指すもので、これは、開業以来医療法人ナカノ会が過去 13 年間持ち続け実践してきた開設理念でもある (表 4、4.1「医療法人ナカノ会」参照)。

表 7 に、ナカノ在宅医療連携拠点センターの開設理念を書いた。過去 13 年間温め、医療法人ナカノ会で実践してきた事業を、ナカノ在宅医療連携拠点センターとして、正式な国の事業として鹿児島市全体に広げていくことが可能となり、またケアタウン・ナカノ構想とも連携して、いよいよ本格的な在宅医療を核とした地域コミュニティ創りを実践できる時が到来したと、胸をワクワクさせながら楽しく生き生き活動している毎日である。

表7 ナカノ在宅医療連携拠点センターの開設理念

(2012年7月)

1. 医療法人ナカノ会（ナカノ在宅医療クリニック、ナカノ訪問看護ステーション）で開業以来過去13年間構築してきた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で得た経験、知識を、鹿児島市地域全体に拡充を図り、鹿児島市内での地域包括ケアシステムの構築を目指し、在宅医療連携拠点として機能する。
2. 積極的なICTの活用により、鹿児島市内の鹿児島市民と医療・介護サービス提供者、行政の情報交換、情報共有を図り、教育、啓蒙支援を行うとともに、多職種連携で機能する効率的な医療・介護サービスシステムの構築を目指す。
3. 在宅医療・介護の研究、教育支援機関として機能する。

情報（ICT）社会は
肩書より中身（コンテンツ）が問われる

情報（ICT）社会を生き抜くには
学問（学習）がすべて

お金をお金に投資する
“マネーゲーム（ギャンブル）”ではなく
お金を人に投資する“教育”が重要

5 在宅医療と情報革命（ICT 革命）

5.1 情報革命（ICT 革命）とは？

コンピュータの進化、ネットワーク化の発展に伴う人類社会の劇的な変化（革命）は、「情報革命」と呼ばれている。これは、人類史上、農業革命、産業革命に次ぐ、第3の革命として位置づけられている。

農業革命により、人類は食物を探すために移動する必要はなくなり（定住生活の獲得）、産業革命により、肉体労働を機械に代行させることが可能となった。これらの革命はそれぞれ、人類史上、人びとに莫大なる富をもたらし、人びとの行動様式や思想そのものをも変えた。だから、“革命”なのである。

情報革命も、これら2つの革命（農業革命、産業革命）に匹敵する、あるいはそれ以上のパワーをもって、私たちの社会や思想を変革する。そして、現在は、まさにその情報革命の渦中にある、と考えられる。

5.2 ML（メーリングリスト）活用のもたらす意味

私は、現在 40 以上の ML に所属していて、1 日 300 通以上の電子

メールを受け取る。ML は、会員の発信した電子メールがすべての会員に配信される仕掛けである。たとえば、話は簡単なのだが、ML 活用のもたらす意味は、革命的である。

従来の、情報を伝達する手段であるマスメディア（新聞、テレビ、映画、雑誌など）は、すべて一方向の情報伝達手段である。情報伝達が一方向のため、情報を発信する側と情報を受け取る側との間に、（権力の）階層構造を形成する。いくなれば、有名人とファン、の創出である。ファンとは、有名人に恋し、あこがれながらも、有名人からは覚えてもらえない、はかない存在である。

この旧来型のマスメディアに対し、ML（やツイッター、フェイスブックなど）は、その情報交換がつねに双方向であり、ML 上で会員全員参加型の会議が常時インターネット空間で開催できる環境である。そこで ML は、対人関係に意識革命を起こし、社会（組織）構造にも変革をもたらすのである。

実際、私自身も多くの ML に参加して、開業以来 13 年間で完全に意識が変わった。そこは、年齢も、性別も、職業も関係のない、フラットな社会である。その人が、どんな社会的立場の人か（肩書）より、どんな考え方をもち、どのような情報を発信するのかなど、その人（人物、中身、コンテンツ）そのものが問われてくる。

このことは、人間社会（人間関係）それ自体を、根本的に変革するパワーを秘めているのではないか。上意下達縦割社会から、ネットワーク型フラット社会への、まさにパラダイムチェンジである。

5.3 勉強（学習）することの重要性

情報革命による意識変革は、肩書社会から、人物そのものが評価される社会への、パラダイムチェンジをもたらす。このような時代を生き抜くには、勉強（学習）がすべて、である。すなわち、肩書より中身（コンテンツ）が問われる。そして、そのための情報収集や情報交換には、ML や電子メール、ツイッターなどの ICT が大いに役立つのである。

在宅医療という、比較的新しく、未開な（学問）分野を開拓しようとする時、情報は非常に貴重である。私は、これらの情報も数々の医療系 ML から得てきた。

開業当初（13 年前）、在宅人工呼吸器管理（もちろん初めての経験）を始めるにあたり、医療系某 ML で問い合わせたところ、その日のうちに 10 通ほどのメールの返事があった。本当に助かり、感激したものだ。某 ML のメンバーが、「メーリングリストは知識と知識の無料の物々交換の市場である」と言っていたが、当を得た発言だと思う。

現在、私が参加している 40 以上の ML の中で、①医療法人ナカノ会 ML、②在宅ケアネット鹿児島 ML（CNK-ML）、③一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会 ML を、積極的に管理、活用している（表 8）。

表 8 ホームページ紹介

1. 医療法人ナカノ会
<http://nakanozaitaku.jp/>
2. 在宅ケアネット鹿児島
<http://nakanozaitaku.jp/carenet.html>
3. 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/>

①については前述したので、以下、②、③について解説する。

5.4 在宅ケアネット鹿児島 ML (CNK-ML)

<http://nakanozaitaku.jp/carenet.html>

2006年11月21日に、私自身が立ち上げた「在宅ケアネット鹿児島 ML」では、日本各地から、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、歴史、哲学、文化、地域創り、ICT、教育、ジェンダーなどの問題について、活発な議論を展開している。

2012年8月現在で参加者は1400名を超え、そのうちの約3割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（官僚）、政治家、メディア関係者、一般市民、患者、家族（遺族）の参

加もある。特にコメディカル、一般市民の意見が多いのが大きな特徴である。

2009年2月28日～3月1日に、鹿児島市で第11回日本在宅医学会大会が開催された(図8)。その企画・運営は、従来型の実行委員会を組織せず、大会長である私一人で、本CNK-MLを通じて企画・連絡・広報を行う、一種の社会実験でもあった。ちなみに、CNK-MLはこの大会の準備のために立ち上げたものである(2006年の立ち上げ当初は、鹿児島地域での多職種連携への活用を第1の目的としていたが、同時にこの大会の準備のツールとして使用することも考えていた)。



図8 第11回日本在宅医学会大会の会場風景

(『Visionと戦略』2009年4月号より)

結果的に、CNK-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）、1000 名の大会参加（例年の倍数）で、大成功に終わった（文献³）。

ところで、第 11 回日本在宅医学会大会のメインイベントは懇親会とした。上述のように、この大会の企画・準備は、CNK-ML を通じて行ったが、そのための情報交換がインターネットの仮想空間での情報交換（オンラインミーティング）である。それら情報交換の集大成である実の顔の見える場である懇親会こそ、CNK-ML のオフラインミーティング（オフ会）と位置づけたのである。大会参加者 1000 名のうち 350 名の懇親会の参加者を得て、CNK-ML の有名人 13 名に 3 分間スピーチをいただき、“薩摩示現流”や“九面太鼓”“おはら踊り”の演出など、あっという間の 2 時間で、懇親会も大成功に終わった。このように、ML は、オフ会のためにある（出会いのツール）と考えてよい。



図9 第1回 CNK-東京セミナーでのグループ討議

第11回日本在宅医学会大会の大成功の経験を経て、2010年11月13日、14日には、CNK-MLのオフ会として、CNK-東京セミナーを開催した(図9)。このセミナーには、CNK-MLのメンバーが五十数名、手弁当で集まり、活発なグループワーク(表9)を行った。そして2012年度(平成24年度)診療報酬、介護報酬改定への政策提言を、さらにCNK-MLでの議論をもとに私個人としてまとめ、CNK-MLで公表した(表10)。

表9 議論のテーマとグループ

-
- ① 在宅医療推進の阻害因子は、推進因子は？
(第1グループ、第5グループ)
 - ② 看取りの阻害因子は、推進因子は？
(第2グループ、第6グループ)
 - ③ 介護保険の現状、問題点は、良い点は？
(第3グループ、第7グループ)
 - ④ 財源は、社会保険か税か？
(第4グループ、第8グループ)
-

本セミナーには、厚労省の官僚の方たちも数名参加され、この政策提言は、2012年度（平成24年度）の診療報酬、介護報酬改定にも反映される結果となった。

表10 CNK-東京セミナー（2010.11.13~14）を土台とした CNK-ML 上での議論のまとめ
からの提言（中野私案）（2010年12月）

1. キュアからケアへの（正確には、キュア偏在からキュア・ケアバランスへの）パラダイムチェンジが必要（医療も社会も）。
2. 慢性期医療、介護の、住居（自宅、施設）と、サービスソフト（在宅医療、介護サービスなど）の支払い（財源）分離→施策の一つとして、特養に在宅医療を導入（全面解禁→今は末期がんのみ）すれば、日本の医療が変わる ???
3. 医療、介護サービスの、囲い込み型からネットワーク型へ→現在（高専賃などの）施設囲い込み型は、今後地域（在宅）へも参入しつつ、ネットワーク型へ進化（密室性の開放）。
4. 不必要な胃瘻を造設せず、地域での自然な看取りを支援するためにも、病院に入院させる前に、在宅で防御する（看守っていく）。
5. 政策もキュアからケアへのパラダイムチェンジの必要あり。→看取りは、財源獲得のための目的（キュア的政策）ではなく、地域で“看取り”まで生きることを支援した結果が看取りとなる（ケア的政策）。より良く地域で生きることを支援した結果が看取りになり、その結果、医療、介護費用が削減されたという社会（ケア社会）を構築していきたい。
6. （医療をキュアからケアへパラダイムチェンジすることで、）財源は、不必要な胃瘻をつくらないなどで、急性期医療、（胃瘻造設後の）介護費用が削減でき、その分を医療費、介護費（特に介護費）の増大に向けることができる。
7. レスバイト機能などを含めた、在宅療養支援病院などの検討→ただし、医療全体が、キュアからケアへパラダイムチェンジすれば、不必要な胃瘻などなくなり、要介護度の高い高齢者は激減すると想定され、また全体の介護資源が大きくなれば、将来的にはあまり要らなくなるかもしれない（あくまで、過渡的存在として、必要な施設かもしれない）。
8. まずは、（民主党政権がトライしている ???）無駄の削減からで、トータルに、効率的な医療、介護に組み直す必要あり。
9. それでも、お一人様用介護には、財源が足りなさそうなので、その時点で（医療、介護の効率化を図った上で）、消費税などのアップを検討する。
10. 洗骨問題など、日本人の死生観の変化（キュアからケアへの）が求められているのかもしれない。

本書の主テーマである、“キュアからケアへのパラダイムチェンジ”や“ケア志向の医療である在宅医療”という新しい医療概念の提唱も、CNK-MLの深い議論の中で創出された概念である。

また、CNK-MLの議論は、前述したように2012年度(平成24年度)診療報酬、介護報酬改定にも影響を与えるなど、インターネットの活用が国の政策をも動かす時代に突入した象徴的な出来事であった、と考えている。

5.5 一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会 ML

<http://www.zaitakuiryo.or.jp/>

2006年4月に「在宅療養支援診療所」が国で制度化され、在宅療養支援診療所の連絡会である「一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会」(表8)が、国の在宅医療推進会議のもと、2008年3月29日に設立された。

CNK-MLにおける実績を買われて、私が本連絡会のIT・コミュニケーション局長を担当することとなり、2009年8月1日から一般会員を募集し、ICT(連絡会ML、連絡会HP)をフル活用しての活動を開始している。現在、会員は700名を超え、連絡会MLにて在宅医療に関する、様々な問題の情報交換を活発に行っている。

特に在宅医療は新しい分野であって、参入してくる医師も具体的な種々の対応で戸惑うことも多い。そこで、例えば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具体

的にどうしたらよいのかとか、認知症のケアをどうするのかなどなど、多様な問題で情報交換をし、一般開業医に対しての在宅医療への参入支援（診療支援、教育支援、事務作業支援など）の大きな役割を担っている。

本連絡会の目的は、我が国における在宅医療の推進である。

医療法人ナカノ会で得た13年間の在宅医療の経験と知識は、もとはと言えば公費（診療報酬）から得たものであり、惜しみなく本連絡会MLで公開し、全国での在宅医療を推進して、我が国の医療改革に貢献したいと考えている。

また、これら13年間の在宅医療の経験と知識は、在宅医療連携拠点事業を通じて、鹿児島市地域の在宅医療の推進・普及に、積極的に役立てたいと考えている。そして、この思いが、ケアタウン・ナカノ構想を生んだ、ともいえるだろう。

5.6 情報革命がもたらす意味

情報革命とは、産業社会から情報社会への社会システムの転換（パラダイムチェンジ）を意味する。

従来の産業社会時代の仕事の在り方が上意下達主義であったのに対して、情報社会時代の仕事の在り方はネットワーク型（医療ではチーム医療）に変化していく。この変化が可能なのは、情報交換のコストが著しく低下したためである。

情報交換のコストが高い時は、皆の知恵を総括するのはあまりにも経済効率が悪く、一部の幹部のみの意思決定で組織が動いていくしかなかった。しかし、情報交換のコストが著しく低下した情報社会では、皆の知恵を拝借、調整するほうが組織全体の仕事効率が良く、自然とネットワーク型の仕事に移行していく。

これらの構造変化は、かつてコンピュータの世界でも起きたことである。すなわち、大型コンピュータの端末としてパソコンが末端で（大型コンピュータの指示命令で）機能していた時代（メインフレーム方式）から、パソコンの爆発的機能進化に伴い、クライアント・サーバー方式のネットワーク型システムに変化してきた、という歴史がある。

つまり、パソコンの進化により、個々の作業は個々のパソコンが行い、大型コンピュータは個々のパソコンが仕事をしやすい環境を提供するための、サーバー＝サービス提供者に転じた。

そして、政治の世界でも、今後、中央集権システムから地方分権システムに移行していくであろう。ICT 革命により、個人レベルで政治活動の可能な時代に突入するのである。

5.7 医療法人ナカノ会の ICT 活用と経営哲学

すでに、当法人の 13 年の歩みのところでも述べた「ICT の活用」について、ここでより具体的にふれておきたい。

まず、電子カルテの使用について、である。医療法人ナカノ会では、医師である私は電子カルテに直接所見を書き込まない。医師は、訪問診療コース別、患者別に前もってパソコン内に準備している訪問診療専用の電子メモに、診療所見を直接上書きし、訪問診療終了後、その日の訪問診療の所見を書いた電子メモを電子メールに直接コピー・ペーストして法人内 ML に転送している。そして、それぞれの訪問診療記録（カルテ所見）を法人スタッフ全員で共有し、後日事務職員（総勢常勤6名）が、患者別の所見を電子カルテ“ダイナミクス”にコピー・ペースト、転記している。

このことは、法人内スタッフ全員で患者情報を共有化するという利点はあるが、医師が直接電子カルテに入力せず、IT を介して事務職員に事務作業を振り分けるシステムであり、法人全体での事務作業量は2倍から3倍に増えている。

しかし、それでも経営上は有利なのである。その理由は、医師の人件費は事務職員の3倍から5倍のため、たとえ事務作業が2倍、3倍に増えても、トータルの人件費は削減され、経営的にも有利になる、ということである。

ところが、多くの医療機関の電子カルテは、このような使い方はされていない。つまり、仕事の在り方自体が従来からの産業社会時代の方式（上意下達主義）なのである。権限委譲せず医師に全権力が集中しているため、決裁を全部医師がしなければいけないシステムになっているものが多いのだ。

だから、現行の医療機関の業務に即して ICT システムをそのまま

導入すれば、ITを入れたがために医師の負荷はさらに重くなり、事務職員が暇になるという、効率性の悪いシステムに陥りやすい。このような、非効率な電子カルテ（院内情報システム）が、我が国には多数存在する。

業務作業の多くを事務職員に振り分け、そして経営状態を良くしていくというコンセプト（経営哲学）が、医療機関のICTシステムの導入には重要かつ必要と考えている。

私は、医師の負荷を可能な限り取り去るというコンセプトで、この13年間かけて法人内のICT化を行ってきた。そのため、今では非常に私（医師）の仕事の負荷が少なくなり、週休3日で、午後4時までには帰宅することが可能となっている。

ただし、24時間、365日対応しているので、普通のサラリーマンくらいには忙しいのであるが、同じ医師仲間の中では、仕事量は少ない部類に入るだろう。

また見方を変えると、事務業務の仕事量を2～3倍にしたということは、医療法人ナカノ会は、ICTの活用により、日本社会に2～3倍の事務職員の雇用を創出した、ということになる。だから、このような（効率的な情報システムを創る）作業は、雇用の創出にもつながるのである。

こういった感覚の仕事の振り分け、ICTの活用というのは、たぶん医療界だけではなく、今後、日本国全体を挙げて創っていくことが重要なのだと考えている。

情報革命の進行も影響して、現在の日本社会はどんどん雇用が少なくなり、いわゆるフリーターやニートなどの、定職を持たない若者や中高年者が増えている。すでに、国全体の借金も1000兆円を超え、あたかも我が国は貧困のどん底にあるような錯覚を覚える。

しかし、見方を変えると、(産業革命、情報革命により)働かない若者を抱えても、我が国の全国民が食っていける(飢え死にはしない)くらい、十分豊かな国になった、ともいえるのである。

いま、不足しているのはお金ではなく、労働の分配(ワークシェアリング)である。そして、ワークシェアリングにより、分配され、増える労働力が、結果的にお金を生み出すこと(財源の確保)になると考えられる。

医療法人ナカノ会が13年間で実践してきた、ICTの活用や雇用の創出などの活動は、本来国(政治や行政)が、今後、実践しなくてはならない仕事であろう。ここでも、キュア(仕事の奪い合い)からケア(産業革命、情報革命の果実をみんなでシェアする)への、パラダイムチェンジが必要と考えるのである。

5.8 セキュリティの問題

よく「メールを使って仕事をしています」という話を講演会などですると、「電子メールはセキュリティが甘いので、患者情報の共有や伝達には使うべきではない」というご意見をいただくことがある。

本当にそうなのだろうか？

政治上の大きな情報が、メールやツイッター上で流れる今のこの情報時代に、患者情報はそれほどセキュリティを高くする必要があるのだろうか？ と、在宅医療の現場で、私は心密かな疑問を持っている。

一昔前なら、癌も本人に言わない時代であった。現在は、癌もすっかり本人に説明するし、説明不足だと訴訟のリスクさえ生じる時代である。

患者情報がすごい情報だというのは、やたらと医療に権威づけするところに、そういう迷信（妄想）が生まれたのではないかと実は思っている。例えば、「誰々さんの熱が 38 度であった」というような患者情報がメール上で飛び交っているわけで、そのような情報に対して、ガチガチの銀行並みのセキュリティを求める必要があるのだろうか、というような問題である。

それよりも大事なのは、やはり患者情報をセキュリティの甘いところできちんと共有している（ことをしっかり患者さんやご家族に了解していただく）ということである。つまり、それらの個人情報、患者の診療の使用目的以外に用いることはなく、患者さんの利益のために、必要な患者情報を関連スタッフ全員で共有するのである、という説明をし、患者サイドの了解を得ることだと考える。

「朝からろくなものを食べていなかったから、あそこの家は貧乏なのじゃないか」と興味半分に話題にするようなメンタリティを回避し、知りえた患者情報をしっかり他人には漏らさないという、（物理

的なセキュリティよりは)リテラシーを、チームスタッフ全員で共有することのほうが、はるかに大事なのである。

なかには、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、と言われる方もおられる。しかし、私たち在宅主治医の仕事の場は、患者さんの家であり、院外である。電子カルテを院外に持ち出すなということは、電子カルテを銀行の金庫に預けておくのが最高のセキュリティである、というのに等しい。

何のために情報を使って、どこを守っていくのか、ということをしつかり確認しないと、やたらにセキュリティ、セキュリティと原理主義に陥り、一步も進まないことになる。

むしろ、医療情報システムづくりにおいて、セキュリティを可能な限り最大限下げることによって利便性を創出でき、結果的に患者利益につながる(社会貢献できる)、というスタンスが重要と考え、在宅医療の現場で具体的に行動している。

5.9 学問の重要性

学問というのは、人生ゲームの地図(攻略本)であり、人びとを幸せにするための知恵袋であり、人生最高の娯楽だと思う。現在、私の趣味(娯楽)は学問である。

私は、以前は、ギャンブル好きで、競馬やパチンコなどのギャンブルが、大きな娯楽であった。そういう中で、30年前、パチスロのプログラムの流れを解析し、パチスロ必勝攻略法を編み出して、確率的

に勝てるギャンブルを体験したことがある。パチスロのゲームの流れの中で、当選確率の高い部分だけ1台のマシンでプレイし、次々に台を渡り歩く方法、すなわち、おいしいプログラムだけをかじるハイエナ打法である。

詳細な説明は省くが、私の計算では、投資金額が通常の半分になる計算で、通常のギャンブルの還元率が8割だとして、1万円を投資すれば通常の方法で2000円負けるところが、必勝法では6000円勝つ勘定になる。

この必勝法で、毎週2、3日、平均時給1万円で2、3時間遊び、2、3万円稼いで帰る（あまり稼ぎすぎると目立つので）、という学生生活を送っていた。しかし、ギャンブルは勝っても負けても確率の世界であるので、たまには、朝10時から閉店の夜10時までいても3000円負けるという日があった。この時に、非常に悔しい思いを経験した。3000円負けたのが悔しいのではない。自分の人生の大切な12時間という時間を、パチスロという（あまり人生に価値のない）ゲームで浪費し、しかも3000円の対価を払ったことに、無性に腹が立ったのである。

この時に、ギャンブルという“娯楽”が、自分の人生の貴重な時間を使って賃金を稼ぎ出す“労働”に変化する、という経験をしたのである。そして、ギャンブルとは“負ける喜び”（娯楽）である、ということに気がついた。

ギャンブルは普通に勝負すれば、確率的に胴元が勝つ仕組みになっているので、やればやるほど負ける（宝くじも一緒に、だから私は

宝くじを買わない)。ギャンブルでは、今日負ければ、明日は勝とうという意欲（人生の目標）が生み出せる。だから楽しい“娯楽”なのである。

これらの気づきから、25年前の医学部卒業時にきっぱりとギャンブルからは足を洗った。

同じ“娯楽”でも、ギャンブルに対して学問は、すればするほど社会貢献できる。ギャンブルは勝って嬉しくても、所詮は自己満足に過ぎない。この経験から、娯楽と労働は紙一重であることに気がついた。

学問が、出世のための労働になって（しっかり受験勉強して東大に行けば、出世できる）、本来の面白さや目標を失っているところに、現代社会が抱える大きな問題の一つ（学歴社会の弊害）がある、と考えている。

情報社会を迎え、今後、労働も、単に賃金を稼ぐための労働から、自分の人生の喜び（社会貢献）のための労働（娯楽）に、変化する時代に突入していくのではないか。労働を、自分の人生の喜び（娯楽）にするために、学問は非常に重要なツールだと考えるのである。

5.10 “金持ち” から “心持ち” へのパラダイムチェンジ

現在我が国は、派遣切りや、雇用がないといわれつつけるなど、長

年にわたり「不況」である。この不況の大きな要因の一つは、IT であろう。IT の活用により、ヒトの仕事自体が減ってきたのである。雇用不安、不況などと聞けば、あたかも、我が国が貧乏になったような印象である。

しかし、前にも述べたが、逆の見方をすれば、雇用（仕事）がない国民を抱えても国全体が飢え死にしないほど、我が国は十分に、物質的に豊か（金持ち）になってきたのである。ここは、ICT をうまく活用して、ワークシェアリングを行い、国民全体でさらに豊かな国家を構築できるのではないかと考えている。

医療や介護、福祉、育児、教育、環境というような、人が活動する分野に今後多くのお金を流し込み、多くの雇用を創出していく必要がある。これこそ、「コンクリートから人へ」という、民主党の 2009 マニフェストの理念に合致する政策であると考えられる。

医療・介護にお金を流すといっても財源がない、と自民党政権に引き続き、現野田政権（背景は財務省？）は言っている。だから、増税しようという。自民党政治は、高度成長期に右肩上がりの経済成長を実現し、長い低成長の時代を持ちこたえたものの、それが飽和点に達したのが、2009 年の政権交代として現れたのだと私は考えている。

これが、たぶん政権交代時に民主党が 2009 マニフェストで掲げた「コンクリートから人へ」の理念であり、情報革命による豊かな時代を迎えて、「お金の稼ぎ方」ではなくて、「お金の使い方」が重要な時代に、パラダイムチェンジしてきているということだろう。

今後、経済（お金）のためにヒトが働くのではなく、ヒトのために経済（お金）が働く時代に、パラダイムチェンジしていく必要があると考える。お金のためにヒトが働くのではなく、生きがいのためにヒトが働き、結果として賃金をもらうシステムの構築である。成長（キュア）社会から、成熟（ケア）社会へのパラダイムチェンジである。

過去 50 年以上にわたる自民党政治のお陰で、我が国は十分に金持ちになって（道路、家などの社会インフラが整備されて）きた。これに情報革命が絡んで、今後さらに金持ち（より少ない労力で生活できる時代）になっていくことだろう。

政治における、キュア（お金を稼ぐ）の時代からケア（ヒトとの関わりにお金を使う）の時代への、パラダイムチェンジが必要なのである。

金持ちになるに従い、お金はだんだん価値が低くなる。それが、現在進行中のデフレ経済と捉えることもできるのではないか。ケア時代においては、お金を稼ぐ“金持ち”より、稼いだお金をうまく使う、心豊かな“心持ち”が重要になってくると考えている。すなわち、“金持ち”（キュア）から“心持ち”（ケア）へのパラダイムチェンジである。

産業革命と、それに続く情報革命により、世の中にお金が余っているから、マネーゲーム（キュア）が盛んなのである。そのマネーゲームも、いまや欧州経済危機などで怪しくなっている。

東日本大震災が起こった昨年（2011 年）、ブータン国王夫妻が日本を訪れ、GNH（国民総幸福量）が話題になった。GNP（国民総生産）に

対しての GNH（国民総幸福量）であるが、幸福とは、「足るを知る」（ケア）という側面もある。

ここでも、キュア（GNP）からケア（GNH）へのパラダイムチェンジが求められている、と考える。すなわち、マネーゲーム（キュア）から、人生ゲーム（ケア）へのパラダイムチェンジ、である。

情報（ICT）革命は
（ハイデガーの）非本来的生き方から
本来的生き方への移行を加速する

6 情報革命（ICT 革命）と政治、社会変革

6.1 “本来的” 生き方（ハイデガー）と、 “行動する良心”（ヘーゲル）

「人間は社会的動物である」とは、ギリシャの哲学者アリストテレスの言葉である。個人は、社会の一員であり、通常は社会のルール（法律や慣習）や世論（うわさ話やマスコミ報道）に縛られて、個人の自由に生きられないのが日常である。ドイツの哲学者であるハイデガーは、このような個人の日常的な不自由な生き方を、非本来的存在に“^{たいらく}頹落”している状態と、その著書『存在と時間』で述べている（文献4）。

“非本来的”存在（生き方）とは、世間の常識に縛られて、本来の自分の生き方を忘れ（放置し）、周囲に気配り（ケア）しながら、世間的に日常を生きている存在をいう。

ハイデガーによれば、人間存在は、気遣い（ケア、Care）と規定する（村田理論のケア概念と、本質的には一緒であるが、微妙に異なる概念）。“ケア”という言葉には、「気にかかること」「心配」「不安」という意味（気懸り）と、「気にかけること」「注意」「配慮」「世話」「保護」という意味（気遣い）がある。

“ケア”は、「気遣い」であると同時に、「気懸り」でもある。そし

て、ケア（気懸り、不安）を引き受けること（take care of）も、またケア（気遣い）である。つまり、ケアとは相互的に、関係性の中で実践されるものである（文献1）。

このように、ハイデガーは、人間の在り方（存在）を、①非本来的存在と、②本来的存在に分類している。

通常、私たちの生活する日常においては、お互いが気遣う（ケアしあう）関係で、非本来的（①）に生きていて、私たち人間は有限な存在である（命に限りがある）という本来的存在（②）は、どこかに忘却されていることが多い。

その日常の“非本来的”な生き方が、癌の末期などを迎えることによって、自分の命（時間）が有限であるということを実感するようになる。そのとき、関係性を利用して（ケアの力を借りて）、非本来的な生き方から本来的な生き方へ変わることを支援する援助法（客観の受容を促進する援助法）が、村田理論のケア概念なのである。

すなわち、人間は、死（命に限りがある、時間）を意識することで、人間関係のケアを介して、（限りある命を実感する）本来の存在（生き方）に立ち戻ることができるのである。

ハイデガーの、世間の雑音に惑わされず、自分自身を自由に生きる本来的存在（生き方）は、ドイツの哲学者であるヘーゲルの『精神現象学』に登場する、“行動する良心”とも共通する概念である（文献5）。

人間は社会の一員であり、社会そのものが常に理不尽であることを知りつつ、自分の確信する真実（良心）に従い、行動し、社会の理

不尽を正していこうとする生き方である。「この行いは誰にとっても正しいことであるはずだ」という内的確信こそ、「行動する良心」の本質である。

この際、正しいのは自分の確信ではなく、社会のほうである場合もある。その場合、自分は社会から「新しい知を得た」という経験となり、自分の知識や行動を正していけばよい（弁証法）だけのことである。

私は、情報革命（ICT 革命）の到来において、ICTにより外部環境の情報収集能力が格段に増強することで、①非本来的な生き方から、②本来的な生き方への移行を促す効果がある、と考えている。

おそらく、現代は、情報革命（ICT 革命）によって、私自身が欲しい情報を、直接に獲得ししやすい環境にある。そして、私自身で得られた情報により、私自身でその真偽を判断し（良心）、私自身の良心で社会に働きかけて（行動して）、社会貢献する生き方——すなわち、ハイデガールの“本来的”生き方や、ヘーゲルの“行動する良心”の生き方——が、できやすい時代に突入している、と考えるのである。

6.2 政治と情報革命（ICT 革命）

私は、2010年2月4日からツイッターを利用し始め、すでにフォロワーは2000名を超えるようになった。また、CNK-MLなどのインターネット環境から、非常に有効な一次情報を獲得できる環境にある。この3年間ほど、ネット情報とマスコミ情報の乖離はすさまじく、構

造的にネットがマスコミを先導する状況にある、と考えている。これは、直接に、さらにリアルタイムでのインターネット情報（一次情報）に接しての実感である。

その代表的事件が、「小沢事件」と考えるのである。

記憶に新しいと思うが、小沢一郎氏の「政治と金」の問題は、2011年3月11日までは、政治、マスコミの中心的话题となっており、2010年は、小沢一郎氏の「政治と金の問題」で、一年が経過した年とも言えるくらい、この問題は、政界やマスコミ界を賑わす、重大事件であった。

西松事件、陸山会事件という一連の小沢一郎氏にまつわる事件（本書では「小沢事件」と総括する）は、ある意味、今までの日本社会がシステムとして抱える問題（病理、システム疲労）を、大きくクローズアップさせてくれた、代表的な事件といえるだろう。

検察や裁判所といった司法システムの在り方、マスコミ報道（特に記者クラブ）の在り方などの問題、そしてそれら大きなシステムが、すでにシステム疲労を起こしている現状を、否応なく露呈させたのである。それらのことは、小沢事件に関するマスコミの偏向と言わざるを得ない報道の在り方と、インターネット上で交わされる情報とマスコミ情報の著しい（信じがたい）乖離状態に、如実に現れている。

小沢事件と、その前に生じた障害者郵便制度悪用事件（通称「村木事件」）は、こと検察組織全体のシステム疲労という点では、私は同じ土壌（文化）での事件と考えている。検察の取り調べは（というよ

り行政システムそのものが)はじめにストーリーありきで、それに従い、検察の調書が作成され、裁判が行われる。被疑者は、検察のストーリーに従う調書に署名しない限り、いつまでも拘置所を出られないシステムになっている(文献6)。

村木事件においては、証拠がなければ作ればよい、という「事件」までに発展した。しかし村木事件は、証拠を捏造した一検事の起こした事件、あるいはそれを指示した(容認した)一部上司の犯罪として処理されているが、むしろ最高検察庁を含む検察組織全体の組織(システム)疲労から惹起された事件ではないか。私は、一連のネット情報の検索(研究)から、そのように推定する(ネット上で、元検事である郷原信郎氏の生の意見などを聞いて、私自身で考え、判断するものである)(文献7)。

小沢事件においては、ネット情報と、従来のマスコミ報道の乖離は、信じられないほど、すさまじいものであった。

検察が、“小沢氏は悪人”という先入観で無理な捜査を進めるのは、ある意味、彼らの社会的使命で仕方のないところはある。だが、その捜査に対し、吟味することもなく、検察リーク情報をそのまま“大本営発表”で垂れ流す大マスコミの報道ぶりは、ネット情報で検証する限り、不適切と言わざるを得ない。

「政治と金」にまみれた大悪人・小沢一郎氏に対する、検察、マスコミ連合体の大ネガティブキャンペーンは、目に余るものがあつた。

このありさまに、3年ほど前、私の主宰するCNK-MLで、小沢事件に関し、「私は、小沢一郎氏は無罪だと思う」との主張を発信し、多

くの会員から鬻ぎを買った経験がある（この件では、CNK-ML 脱退者が2人も出た）。

その後の展開もふまえて冷静に考えれば、村木さんの数倍、数百倍も検察組織が犯罪者にしたい人物で、秘書の逮捕後に2回も家宅捜査をしながら、捜査のプロ中のプロの東京地検特捜部が起訴すらできなかった小沢氏が、有罪であろうはずがない。このことは、自らの頭で考えれば、論理的には十分に納得できる問題なのである。

また、プロの検察組織が起訴したくて起訴したくて、調べ尽くしても、起訴すらできなかった小沢氏を、素人集団である検察審査会で強制起訴できること自体に論理的な矛盾も感じている。検察審査会は、詰めの甘い検察の判断を、民間感覚でチェックするシステムである（だから、JR 福知山線脱線事故などで、市民の感覚として JR 西日本経営者の責任を問うて起訴したケースなど、検察審査会の存在自体を否定しているわけではない）。

それを、大マスコミは、強制起訴された事実だけで、小沢氏を責めるのである。この事態は、マスコミ組織そのものが機能不全となり、思考停止に陥った証としか、言いようがない。

ネット上で、『週刊朝日』の山口一臣前編集長も述べていたが、小沢氏は無罪だと主張すれば、上司から何でお前は小沢氏を擁護するのかと言われたそうだ。元特捜部検事である郷原信郎氏にしても、決して小沢氏を擁護しているのではなく、このような事件が世の中で起きることが好ましくないと考え（良心に基づき）、具体的に行動しているのだと語っている。

私も、CNK-ML でまったく同じように、なぜ小沢氏を擁護するのかと言われた。私も郷原氏と同じく、「擁護」という意識はもっていない。だいたい、いわゆる「擁護する」とすれば、その人（小沢氏）と何らかの利害関係などなければならず、少なくとも私は、小沢氏個人とは一回も会ったこともなく、利害関係はまったくない。

このような（なぜ、小沢氏を擁護するのかというような）発想は、ハイデガーのいう非本来的（日常）世界に、人と人との利害関係ばかりで生きている人びとの発想ではないのか。私自身、ICT 環境下にあり、またターミナルケアの現場（ヒトの死に関わる現場）で生きるという環境にあって、生き方がハイデガーの本来的生き方に近づき、ヘーゲルの“行動する良心”的生き方を求めるようになっていく。

小沢氏のような無罪の人間が、魔女裁判で罰せられる社会では困ると私自身の良心が確信するから、小沢氏は無罪だと断言（社会に向かって発言）するのである。

考えてみれば、権力とは（小沢氏のような）特定の人物を指すものではなく、意思決定の仕組みのシステムそのものである。自民党時代の権力システムの在り方は、政府や官庁から流される特定の情報を、ある特定のマスコミ（記者クラブなど）が一方向的に国民に流し、ある意味（結果的に）情報操作が行われていた（ストーリーが作られていた）とも捉えることができる。

逆に情報操作が適正に行われてきたため、政治、行政システムがう

まく機能して、右肩上がりの経済成長が可能となり、戦後、私たちの国は順調に繁栄してきた、とも解釈できる。

著書『1Q84』で有名な作家の村上春樹氏は、2009年2月17日、エルサレム賞受賞のスピーチで、「高く堅固な壁と卵があって、卵は壁にぶつかり割れる。そんな時に私は常に卵の側に立つ」と語った。壁はシステム（権力）であり、卵は個人の思考とも考えられる。このスピーチは、「システムは個人の思考停止を誘発する」とも捉えることができよう。

これはまた、システム＝人間社会＝世間とも捉えることができ、

- (1) システムに縛られて生きる生き方＝非本来的生き方（ハイデガー）または教養の世界（ヘーゲル）＝小人（論語）
- (2) 卵の生き方＝本来的生き方（ハイデガー）または行動する良心（ヘーゲル）＝君子（論語）

とも捉えることができる。

脳科学者の茂木健一郎氏は、その著書『龍馬脳のススメ』^{（文献8）}の中で、「坂本龍馬が明治維新に貢献できたのは、土佐藩を脱藩したから」と論じている。改革の志を持ちながら、同じ土佐藩内での改革に失敗した武市半平太とは対照的である。

龍馬は土佐藩を脱藩することで、土佐藩のシステムから解放され、広く日本国という視点から自由に発想できて、明治維新（革命）に貢献できた、という。同様に、政権与党であった自民党という政治権力

システムから、20年前に脱藩したのが小沢一郎氏と考える。だから、彼は、自分の頭で考え、政治を語る素晴らしい政治家である、と私は評価するのである。ちなみに私も、大学病院というシステム（権威）から13年前に脱藩した“脱藩兵”である。

小沢裁判も一審判決では無罪判決を得て（控訴中ではあるが）、民主党とも袂を分かち、今後小沢改革は、日本社会の抜本的改革の目玉になるのではないかと推測（期待）している。

小沢氏が20年来主張されている政策は、明治維新以来継続している中央集権体制の日本社会における抜本的権力システム変更で、①中央集権機構（霞ヶ関）の解体、政治主導、②地方分権と、終始一貫している。この基本政策は、橋下大阪市長の「日本維新の会」の理念とも一致する。

このような流れは、前述したような大型コンピュータシステム（中央集権システム）から、サーバー・クライアントシステム（地方分権システム）へと、パラダイムチェンジしたコンピュータシステムの歴史と酷似している。

たぶん、脱藩兵＝卵（個人）によって、旧システム（権力）が力を失い、活性化された卵により新しいシステムが創られ（再生され）つつあるのが、現状ではないか。小沢氏（卵）も、システム（旧権力）につぶされかけた（ICT社会が小沢氏を救った）のだと考える。

今後、金権政治を打破するためにも、政治活動のコストを下げる必要がある。そのために、メーリングリスト（ML）やツイッター、ホームページなどのインターネットツールが、政治活動に活用されるこ

とは必須だろう。また、我が医療界においても ICT の有効活用は絶対に避けて通れない問題だと思われる。

現在、進行する情報革命（ICT 革命）の激流の中、社会が大きく 2 つの集団に分かれている印象である。すなわち、

- (1) 旧来の価値観を持つ集団（ロコミやマスコミのみで情報を得る集団）
- (2) 新しい価値観を持つ集団（ICT により、より精度の高い情報を個人的に集めることができ、自己判断できる集団）

の 2 つの集団である。

そして、(1) の集団はハイデガーの“非本来的”生き方に近く、(2) の集団はハイデガーの“本来的”生き方に近い。また、論語の世界では、(1) 小人、(2) 君子と解釈できる（図 10）。



図10 2つの生き方

私の感覚では、日本社会では、(1)の世界の生き方の方が90%以上、(2)の世界の生き方の方が5%以下、というのが現状だろう。

私や橋下氏、小沢事件がおかしいと考える人たちの多くは、(2)の世界の生き方、小沢氏は、世代的には(1)の世界の生き方で来られたと考えるが、周囲に、(2)の世界の生き方をする人が多く、現実的には(2)の世界の生き方に近い (ICTによらず、小沢氏自身がもともと(2)本来的生き方を志向される方) と考えている。

現在は、歴史的には、情報革命 (ICT 革命) の激流の中、(1)の集

団から、(2)の集団に急速に移行していく過程で、その渦中に、小沢事件、九電やらせメール事件、2011年の大阪府市のダブル選挙、TPP問題、大飯原発再稼働問題、消費税増税問題、いじめ問題などがある、と考える。

2011年の大阪市長選挙において、(1)の平松前市長は、(2)の橋下氏の行動が理解できないと言われていた。(1)の世界の(非本来的)生き方をする人たちからは、(2)の世界の(本来的)生き方をする人たちは理解できないようである。

一方、(2)の世界の生き方をする人たちからは、(1)の世界の生き方の人たちの行動は理解できる。組織の中で仕事をすれば、そのように考えるのは当然だ、という理解である。

これら両者の差異は、(2)の世界の生き方の人は、(1)の世界の生き方の経験があるのに対し((1)の生き方を経験しないと、(2)の生き方には移行できない)、(1)の世界の生き方の人は、(2)の世界の生き方の経験がないために生じるものと考えられる。

2011年の大阪市長選挙において、(1)平松氏は、独裁者と、(2)橋下氏を個人攻撃していたが、(2)橋下氏が攻撃したのは、(1)平松氏という個人ではなく、大阪市というシステムであった。

小沢氏も個人の政策は批判しても、特定の個人の人格批判は絶対にしない。20年来、小沢氏をウォッチングしてきた私の実感である。(2)の世界の生き方をする人たちは、世の中がうまく機能しないのは、個人の問題ではなく、システムの病理にあることを見抜いているのである。

(1)の世界の生き方は、利害関係の世界の生き方なので、結局、自分の発言が自己防衛的になり、結果的に他人を攻撃することになりやすい。

同じような行動（発言）でも、(2)の世界の生き方では、自分を社会の構成要員の一人と自覚しているので、攻撃対象が個人ではなく、システム（社会）になるのだと思う。(1)の世界の生き方から見れば、(2)の世界の生き方の人のシステム（社会）批判が、トップの個人攻撃に映るのであろう。

私自身、(1)の世界の生き方をしていた時代（2、3年前まで）は、小沢事件などをみれば、非常に腹が立って、何と世の中（社会）は理不尽なのだと、怒っていた。

(2)の世界の生き方に慣れた最近では、理不尽であるのが社会の本質であり、社会の理不尽さに気づいた私は、その中で私の良心に従ってどのように行動していけばよいのか、というスタンスで具体的に行動ができる（行動する良心）。これは、非常に気分的に楽で、生きていて楽しい。世の中の理不尽を正すために、私の人生がある、と思えるからである。

(1)の世界の生き方では、悪いことをしたから犯罪者になるのであるが、(2)の世界の生き方では、社会になじまない生き方をしたから犯罪者になる、と考えられる。

そして、その社会は常に進化するもので、各個人はその社会を進化（変化）させるために、死ぬまで生きる意味（楽しみ）を持つのだと思うのである。

(2)の世界の生き方をしている私が、CNK-MLの管理者が務まるのは、CNK-MLの論客には、(2)の世界の生き方をする人が多く、また、CNK-MLを通じて、(1)の世界の生き方から、(2)の世界の生き方に変わる人が多いからだと思う。

情報革命（ICT革命）とは、ICTの普及により、社会における人びとの生き方が、(1)の世界の生き方から、(2)の世界の生き方にパラダイムチェンジするプロセス、とも捉えることができる。

最近話題の「東大話法」^(文献9)（表11）は、組織内のコミュニケーション不足をまとめる（方向性を示す）ために、有効な手法（話法）と考える。すなわち、東大話法は、旧来のコミュニケーション不足であった、(1)の世界では絶大なる効力を示したが、情報革命（ICT革命）により移行する(2)の世界では、通用しない手法（話法）と考えている。

表11 東大話法の特徴

1. 自分の信念ではなく、自分の立場に合わせた思考を採用する
 2. 自分の立場の都合のよいように相手の話を解釈する
 3. 都合の悪いことは無視し、都合のよいことだけ返事をする
 4. 都合のよいことがない場合には、関係のない話をしてお茶を濁す
 5. どんなにいい加減でつじつまの合わないことでも自信満々で話す
 6. 自分の問題を隠すために、同種の問題を持つ人を、力いっぱい批判する
 7. その場で自分が立派な人間だと思われることを言う
 8. 自分を傍観者と見なし、発言者を分類してレッテル貼りし、実体化して属性を勝手に設定し、解説する
- など20の項目

(文献9、p. 24「東大話法規則一覧」から引用)

6.3 ジェンダー問題と情報革命（ICT 革命）

「ジェンダー」とは、男女の生物学的性差（セックス）ではなく、社会的文化的な価値観などによって規定された社会的文化的性差（男女の社会的文化的役割）のことである。ジェンダー（男女の社会的文化的役割の違い）により生ずる男女の性差別問題を、本書では「ジェンダー問題」と呼ぶ。

男女を問わず、個人の間にはそれぞれの差異はあるが、集団としての男女は明らかにそれぞれの特性が違う。集団として見るなら、男性＝稼ぐ性＝キュア（客観を改善すること）が得意、女性＝使う（消費する）性＝ケア（客観を受け入れること）が得意とも言える。

これは、集団としての男女の差異で、個別的には（男女の他、ゲイもいるし）、男女差は存在しないと言ってよい。それらの差異は、個性と言ったほうが妥当であろう。

この集団としての男女の特性の違いは、おそらく社会的文化的に作られたものではなく、大脳生理学（解剖学、遺伝学）的に脳の構造が違うことに起因すると、私は考えている（社会的文化的な集団としての性差異は二次的なものとするからである）。

この考えが正しいとして、この集団としての男女の特性の差が、男女の役割分担として社会的文化的に個々の男女に押し付けられ、結果的に、男性優位社会（男女差別社会）を形成したことに、ジェンダー問題の核心があるのではないか。

今後、個人（男女も、ゲイも、年齢も、障害者も含む）の差異を、集団の区別や差別に結びつけるのではなく、あるがままに受け入れる（ケア）社会の構築が求められる。この点でも、ジェンダー問題には、ゲイや、障害者の差別問題と共通する問題が存在すると思われる。

なぜ差異が区別や差別につながるのかと言えば、世の中が貧しかったからだ、と考える。過去、世の中が貧しかったから、集団として稼ぐ性である男性が優遇されたのであろう。

ただ、今後、産業革命に続く情報革命（ICT革命）により、世の中が（物質的に）どんどん豊かに（金持ちに）なっていく。稼ぐ性（キュア）である男性より、使う性（ケア）である女性が、クローズアップされてくるような印象である。

ジェンダー問題でも、キュア（男性）から、ケア（女性）へのパラダイムチェンジが起きているように思われる。

情報社会とは、個々の違いを、集団の区別や差別ではなく、あるがままに受け入れること（ケア）を、ある程度、可能とする社会であろう。

結局は、ジェンダー問題の解決においても、ハイデガーの「非本来的な生き方」から、自分の価値観で社会と共存しながら生きる「本来的な生き方（ヘーゲルの“行動する良心”）」を、男女ともに実践することが大事になってくるように思われる。

在宅医療とジェンダー問題は、関係が深い。

医療、介護、福祉分野は女性の多い職場であり、医療、介護の職場自体がジェンダー社会であった、とも言える。

介護労働の報酬が安い理由は、もともと女性（嫁）の無償の労働（不払い労働）であったことに起因する。情報革命（ICT革命）の進展に伴い、世の中が物質的に豊かになってくる時代において、モノの価値が下がり、ケア（人と人の関わり）の商品化が促進される時代に移行するであろう（文献10）。

少子高齢社会を救うのは、高齢者の雇用確保と、真の意味での“男女共同参画社会”の実現である、と考えている。

ラップで褥瘡が治るのではない

ラップで褥瘡が治る（自然治癒する）環境を提供しただけ
にすぎない

（在宅の良い環境にいることを支援するだけで病気が良くなる）ケア志向の在宅医療は
ラップ療法の哲学そのものである

7 在宅医療とラップ療法

7.1 ラップ療法とは？

ラップ療法は、鳥谷部俊一氏により開発された、簡便、低コストの、優れた「褥瘡の治療法」である^(文献11)。

ラップで褥瘡をやさしく包み、褥瘡の自然治癒力を支援するのが、ラップ療法のコンセプトである。褥瘡は、(水道)水で洗い、ラップなどで、傷を乾かさないように工夫すれば、自然に治癒するのである。

7.2 なぜ、ラップ療法で褥瘡が治るのか？

人体には「自然治癒力」がある。傷(褥瘡も傷の一つ)ができれば、60兆個の細胞から構成される私たちの生体内組織(生体社会)は、創傷部位(戦場)に、白血球やマクロファージ、血小板、血管内皮細胞、平滑筋細胞などのミクロの戦士を総動員する。

「いざ、鎌倉!!」の世界である。

そして、戦場(褥瘡部、炎症部)に動員されたこれらのミクロの戦士たちは、(外部からの)細菌を殺す抗体やサイトカイン、戦いのあとの廃棄物を片付けるための蛋白分解酵素、復興修復のための血液

凝固因子、細胞増殖因子などを生産、分泌し、自然に傷（褥瘡）を治すように、各細胞間で連携しながら機能する。

図 11 のような褥瘡部位には、これらのミクロの戦士（免疫細胞や修復細胞）が集合している。病院で伝統的に行われる褥瘡への消毒やガーゼ処置は、これらミクロの戦士を殺し、さまざまな自然治癒行為をすべて台無しにするものである。



図11 褥瘡



図12 悪化した褥瘡

消毒処置やガーゼ処置による褥瘡の乾燥のため、ミクロの戦士たち（免疫細胞や修復細胞など）が死んでしまって、壊死組織が褥瘡表面を覆っている。

図 12 は、これらの褥瘡に消毒、ガーゼ処置をして、褥瘡表面の細胞が壊死した写真である（入院先の病院でこのような褥瘡をつくってきて、患者さんの在宅医療が始まった）。

ラップ療法は、これらのミクロの戦士たちの行動に、「湿潤環境」という心地よい環境を提供して支援する行為で、褥瘡は、ラップなどで治る環境を提供することにより、自然治癒する。

7.3 ラップ療法の基本的な考え方

ラップ療法の基本的な考え方は、次の2点である。

(1) 褥瘡は、乾かさないようにする。

浸出液は、褥瘡表面にラップなどの基材で、閉じ込める。褥瘡を乾かせば、その内部に含まれる、褥瘡表面のミクロの戦士たち（免疫細胞や修復細胞など）が死んでしまい、褥瘡は治りにくくなる。

(2) 浸出液は、できるだけ、排出しやすくする。

褥瘡から排出された浸出液＝褥瘡周囲の血管から排出される水分は、褥瘡表面のミクロの戦士（細胞）を生かす大切な水分である一方、褥瘡から排出される汚水であって、浸出液を完全にラップで閉じ込めておくと、浸出液が細菌の培養液となり、必ず感染を引き起こす。



このように、褥瘡から排出される浸出液をどう扱い、褥瘡の修復（自然治癒力）をどのように引き出す（支援する）かが、ラップ療法のキモなのである。



そのために、

(1) 浸出液を閉じ込め、湿潤環境を維持する。

(2) 浸出液を排出する。

という2つの相反する作業を、どのように工夫、実践するかが大切なのである。

褥瘡にこのような環境を提供するために、最近では、穴あきポリエチレン袋（台所の生ごみの水を切るための穴のあいたビニール袋  13) の中に、紙オムツをつめた“穴あきポリエチレン袋—紙オムツ” ( 14) がよく用いられる。これは、上記の(1)、(2)の条件を同時にできる画期的な方法(穴あきポリエチレン袋—紙オムツ療法)であり、在宅の現場で多用している。

この方法により、ほとんどの褥瘡は、 15、 16のように自然治癒する。この方法は、褥瘡の大きさ、深さにかかわらず、またズレも気にせずに、あらゆる褥瘡に適応できる。

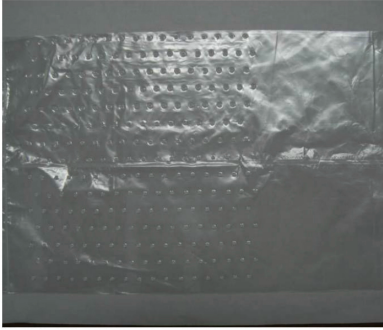


図13 穴あきポリエチレン袋

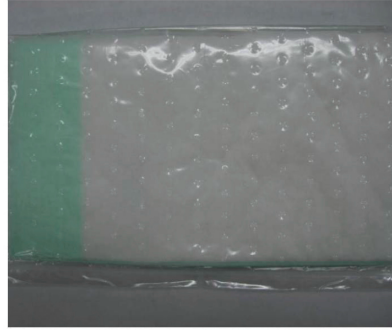


図14 穴あきポリエチレン袋-紙オムツ



図15 痔瘡改善経過（ラップ療法3カ月目）

痔瘡に、(1)湿潤環境を提供し、(2)浸出液を排出するために、(痔瘡にではなく)紙オムツにオプサイト(医療用フィルム)を貼っている。



図16 痔瘡改善経過（ラップ療法6カ月目）

痔瘡はほぼ完全治癒。

次に、痔瘡を洗う水は、滅菌精製水や生理食塩水である必要はなく、水道水で十分である。

なぜなら、痔瘡の浸出液は、周囲の血管を通して、生体内部から湧き出て（排出されて）きて、細菌も一緒に排液してくれるからである（排液＝ドレナージおよび洗浄が重要）。

同様の理由で、穴あきポリエチレン袋—紙オムツも、無菌である必要はない。

7.4 病院医療の鬼っ子——ラップ療法

このように、手技も簡便で、コストも安く、在宅医療の現場では非常に重宝されているラップ療法であるが、病院医療ではまだまだ普及していない、という側面もある。

2009年9月、私は第11回日本褥瘡学会のシンポジウムに呼ばれ、「在宅医療とラップ療法」というテーマで15分講演した（6カ月前に私が大会長で主催した第11回日本在宅医学会大会でラップ療法のシンポジウムを開催した一連の流れの中で）。日本褥瘡学会は、キュア志向の病院医療の学会であるが、褥瘡をどのような水（滅菌精製水、酸性水など）で洗い、どの被覆基材を使ったら褥瘡は早く治るか、などを研究する学会である。

本学会の多くの会員は、エビデンス（根拠）のないラップ療法など使いたくない、というのである。シンポジウムで私が「褥瘡は治す」のではなく、「褥瘡は治るのである」と強調しても、キュア志向の病医医療の世界では理解してもらえなかった。

ある意味、病院医療の世界は、システム（権威）に守られ、思考停止を起こしている状態ともいえる。病院医療において、スタッフの80%がラップ療法を支持しても、20%の抵抗勢力がいれば、ラップ療法は実践されない。

日本褥瘡学会は、ラップ療法の創始者である鳥谷部俊一氏に対して、ラップ療法がそれだけ素晴らしい療法だと言うのなら、ラップ療法が従来の褥瘡治療法（軟膏ガーゼ療法や、創傷被覆材を用いた褥瘡療法）に比べて、同等もしくはそれ以上の治療効果があるというエビデンスを出しなさいと、もっともらしいことを要求していた。

しかし、前述したようにラップ療法は、実験でいえば、コントロール（比較基準）に相当する療法である。エビデンスを出すべきは、現在行われている褥瘡治療法（軟膏ガーゼ療法や、創傷被覆材を用いた褥瘡療法）なのである。

しかも、従来法は（コントロールの）ラップ療法と同等の治療効果のエビデンスではだめで、コストに見合う治療効果のエビデンスが必要なのである。まさに医学会も、他の旧組織（システム）と同様、思考停止を起こしている状態、と言わざるを得ない。

このようにラップ療法は、日本褥瘡学会の鬼っ子であったが、第11回日本褥瘡学会の6カ月後の2010年3月3日に、日本褥瘡学会がラップ療法を容認するコメントを出した。

ラップ療法は、CNK-MLなどのインターネットを通じて、全国に普及していた。インターネットが学会（システム、権威）に勝利した、情報（ICT）時代を象徴する、医学史上の歴史的な出来事だったのでないか、と私は考えている。

7.5 在宅医療に相性のよいラップ療法

褥瘡を、できるだけ早く治したいというのが目的なら、壊死部をしっかり除去するなり、洗浄水、被覆基材にこだわる必要があるだろう。

在宅では、必ずしも褥瘡が早く治る必要はなく、褥瘡と在宅での療養生活が共存できればよい。むしろ、誰でも実施できて、簡便で、コストが安い方法が望まれる。そういう観点から、ラップ療法は在宅医療と非常に相性のよい褥瘡療法といえる。

ラップ療法では、褥瘡は、水道水でよく洗い、穴あきポリエチレン袋一紙オムツ（**図 14** 参照）を当てて、これをまめに（毎日）交換することで、褥瘡は自然に治ってしまう。しかも、消毒、生食洗浄、滅菌ガーゼを当てるなどの、従来の褥瘡治療法に比べ、治療成績は遜色なく、コストは格段に安いのである。

さらに、この穴あきポリエチレン袋一紙オムツ療法は、褥瘡の治療（キュア）を、褥瘡のケアのレベルに変え、従来の医療行為（キュア）を介護職で対応可能な介護（ケア）のレベルに転換させた。つまり、訪問看護師の専門作業だった仕事を、介護職（ヘルパー）の仕事のレベルにまで変えてしまったのである。

この点でも、ラップ療法は、医療費の削減に大いに貢献するすぐれた療法である。

7.6 ラップ療法は在宅医療だという哲学（コンセプト）

（文献 11）

ラップ療法では、ラップ（穴あきポリエチレン袋—紙オムツ）などの基材によって褥瘡を治したわけではない。ラップ（穴あきポリエチレン袋—紙オムツ）などの基材で、褥瘡が自然治癒する環境を提供し、褥瘡の自然治癒を支援しただけに過ぎない。

一方、キュア志向の病院医療が“病気を治す医療”であるのに対し、ケア志向の在宅医療は、“生活を支える医療”である。

在宅では、自宅に帰ってこられただけで、精神的にも安定し、自然治癒力を引き出し、患者さんが元気になれる場面にたびたび遭遇する（良い精神症状が免疫系に働きかけ病気を治すことは、科学的にも立証されている）。

在宅そのものがラップと同じ役割で、患者（褥瘡）が良くなる環境を提供して、患者（褥瘡）は自然に良くなるのである。このことは、優れた療養環境を整備することが患者の自然治癒力を引き出す、という、ナイチンゲール精神にも通じる概念である。

キュアの教育を徹底的に受けた医師集団は、病気は治療（キュア）しないと悪くなると思いつこんでいる傾向がある（強迫観念を持っている）と思う。病気があって、治療（キュア）しなくても、自然治癒力が病気に勝てば、患者は回復に向かう。

例えば、肺炎で、抗生剤を使わなくても、患者の免疫力が細菌に勝てば、肺炎は自然治癒するのである。ケア志向の在宅医療において、キュア（治療）せずにケア（看守）だけで対応することの免罪符は、患者の持つ自然治癒力である。

医師は治療した結果については、良くなった結果、悪くなった結果

について、経験的に熟知している。しかし、治療しなかった結果（でも、かなり良くなることも多いこと）については、ほとんど未経験である。このことが、在宅医療で患者が良くなることがあまり知られていない、盲点の一つかもしれない。

【症例 2】104 歳、女性、認知症、慢性心不全、在宅酸素、寝たきり、2012 年

医師の盲点——治療しないと患者は死ぬか？

時々食事をしなくなるので、その時は、在宅で点滴をしていただけませんか？ と、病院主治医から在宅医療を依頼された。

退院前カンファレンスで、患者さんにお会いした時、帰宅願望が強く、ご家族には、「お家に帰れるのであれば、このまま食べない状態で、結果、お家でお亡くなりになれば、それは寿命で大往生ではないでしょうか？点滴は、生命維持に最低必要な分の水分と塩分を補充しますので、食べない場合の漫然とした点滴は、食欲を落とし、かえって寿命を縮める可能性すらあります」と説明した。そして、ただ今ベストセラーになっている、中村仁一先生の『大往生したけりゃ医療とかかわるな』（幻冬舎新書）^{文献 12)}の一節、「食べないから死ぬのではなく、寿命が来たから食べないのだ」を紹介し、不要な点滴をしないことと、結果的な在宅での“看取り”を納

得していただいた。

2012年5月にご自宅に帰ってから、爆睡状態が続き、爆睡なのか、意識障害なのか、主治医の私も判断がつかない状態であった。退院当日の在宅往診時は、血圧：114/54、脈拍：54、SpO₂：96（酸素2L）で、バイタルサイン（生きている兆候）は落ち着いた状態であった。

翌日まで、爆睡状態（意識障害？）持続で、一切食事、水摂取せず。血圧：96/40、脈拍：144、SpO₂：98（酸素2L）で、医学的には脱水状態である。上述のように、ケア志向の在宅医療では、食べないから点滴をすることは少ないが、脱水状態には、それを補正するために点滴をする。ご家族も、点滴をするにはやぶさかではなく、状態を説明して（ちょっと点滴をすれば、脱水も補正されて食欲が出てくるかもしれない）、在宅で点滴をすることとなった。

が、点滴をする血管が出なくて、点滴ができないのである。103歳という年齢と、寝たきりという状態を考えれば、食べなくて、脱水で、血管が取れない状態も総合的に寿命と考え、このまま看ましよう、仮にこのまま看取りになっても、お家にいたい（帰りたい）というご本人の意思をくんだ結果で、それはそれで、よいのではないのでしょうか？ と、ご家族にお話しし、納得していただいた。それで、主治医の私は、たぶんその日の看取りになるのではないかと考えていた。

ところが、翌朝になっても、患者ご家族から電話が来ない。こちらから電話したら、なんとその夜、お腹が空いたと、食事をされたようである。2012年9月現在、お元気で、食事もできて、会話もできる状態で、104歳のお誕生日を迎えられた。

医師の経験として、たぶん退院翌日、無理にでも点滴をしていたら、やっぱり脱水には点滴は必要という確信に至る経験をしていただろう。在宅現場でのこのような（医療が介在しなくても、寿命のある方は生きる）経験の積み重ねが、在宅主治医の意識をキュア志向からケア志向へ、パラダイムチェンジさせてくれるのである。

ラップ療法は、人間の持つ自然治癒力の偉大さを教えてくれる、素晴らしいケア志向の褥瘡療法である。

「あなたの褥瘡が治るのを温かく看守り、支援します」、というラップ療法のコンセプトは、「あなたの生活を医療、介護、環境面から支援します」という在宅医療のコンセプト、そのものなのである。

8 看取りの文化の創造

——再びキュアからケアへのパラダイムチェンジ

8.1 慢性期医療の哲学を、キュア志向の病院医療の哲学から ケア志向の在宅医療の哲学へパラダイムチェンジ する必要性

近年、医療技術の進歩により、多くの病気が治療できるようになってきた。肺炎になれば抗生物質で治療ができ、食事ができなくなれば、胃瘻や経管栄養、中心静脈栄養などで、栄養を人工的に与えることができる。

このような時代背景の中、病気になれば、病院に行って治療（キュア）を受けることが、常識となっている。この間、医療技術の進歩もさることながら、高度経済成長の結果、誰もが基本的に生存するのに十分な食事を獲得できるほど私たちの国は経済的に豊かになり、80歳、90歳まで生きることが可能となってきた（超高齢社会の到来）。

いろいろな病気が検査、治療できる中で、生老病死（すなわち、生きていれば、やがて年を取り、病気になって、死んでいく）という当たり前の出来事が、どこかに忘れ去られてしまったのではないだろ

うか。

病気になれば、病院にお願いすれば、何とかなる、という風潮。その結果、年老いて、例えば認知症になって、食事が取れなくなったような方にも、胃瘻を造設する医療（胃瘻）文化が、現在広がっている。

慢性期医療がキュアに志向している（病院医療の哲学を持つ）ことで、

- (1) （結果的に）患者本人が望まない治療が行われている可能性がある。
- (2) 介護する家族や介護職の不安が大きくなる。
- (3) トータルの医療、介護費用のコスト・パフォーマンスが悪くなる。

の3つのデメリットを想定することができる。

逆に、慢性期医療の哲学を、キュア志向の病院医療の哲学からケア志向の在宅医療の哲学にパラダイムチェンジすることで、

- (1) 患者が望まない過剰医療を控えることができる。
- (2) 介護する家族や介護職の不安を軽減できる。
- (3) 結果的に医療、介護費用も削減できる。

の三方よし、の近江商法^(注)の可能性が見えてくる。

(注) 近江商人の「三方よし」とは、「売り手よし」「買い手よし」そして

「世間よし」。

8.2 患者が望む医療の実践

すでに述べたように、私たちの国は超高齢社会を迎え、増えているのは、キュアで治癒する“病気”ではなく、加齢（老化）に伴う（キュアできない）“障害”である。

高齢者の認知症の多くは、加齢に伴う脳の障害（キュアできない）であり、認知症の進行に伴う嚥下障害、誤嚥性肺炎は、当然予測される自然の成り行き、なのである。

だが、従来のキュア志向の病院医療は、「死なせてはいけない医療」である。その結果、肺炎は治したが、寝たきりになってしまった、ということにもなりかねない。

これに対して、ケア志向の在宅医療では、たとえ病気や障害を抱えても、（患者やご家族が希望されれば）家（地域）で「生きることを支援する医療」である。終末期には、必ず誤嚥性肺炎が起きてくるが、キュア志向の病院医療が極力誤嚥を嫌う医療であるのに対し、ケア志向の在宅医療では、誤嚥が起きても肺炎を起こさなければよいのである（その予防として「口腔ケア」を実践する）。

また、肺炎が起きたとしても、本人が自宅（施設）での継続療養を希望すれば、在宅（施設）で可能なキュアを施行し、キュアが効を成さなければ、そのまま在宅（施設）での“看取り”で対応すればよい（結果的な看取りを容認する）、という医療である。

認知症が進行して、口から食べられなくなったとき、ケア志向の病院医療では「食べなきゃ死ぬ」という理由で、胃瘻が造設されるケースが多い。

これに対して、ケア志向の在宅医療では、「食べなきゃ寿命」と考え、在宅でできるケア（口腔ケアなど）と摂食・嚥下リハビリで対応し、結果的に看取ることもある。そして、最近、在宅での看取りは、徐々に増えてきている現状がある。

一方、構造的にケア志向の病院医療では、看取りができない。なぜなら、病院は病気を検査し、治療する場所だからである。だからケア志向の病院医療において、静かな“看取り”という文化そのものが存在しない。

これに対し、ケア志向の在宅医療では、病気があっても、検査も治療もしないという（あるいは、在宅でできるケアで対応する）選択が許され、その延長（結果）として、静かな在宅での“看取り”が存在する。

看取りができたということは、何もせずに“見殺し”にした（ケア志向）ということではない。むしろ慢性疾患や障害を抱えても、最期（死ぬ）まで在宅（地域）で生きることを、医療的に支援できた、ということである。

看取りのできるケア志向の在宅医療は、質の高い医療といえる。

死なせてはいけないケア志向の病院医療の文化が、認知症の方の誤嚥性肺炎を予防し、栄養補給（見方を変えれば、強制栄養）する目的で、胃瘻造設を導く（これが現在の標準的な日本の医療）。

そろそろ、認知症で、口から食べられるだけの食事でも栄養不良になり、誤嚥性肺炎を起こしたら、可能な範囲でのキュアとケアで対応し、結果的に自然に「看取る文化の創造」が重要な時期にさしかかっているのではないかと、在宅の現場で考えている。

そして、在宅での看取りを可能とする医療が、ケア志向の在宅医療なのである。

認知症になって、食べる意欲も失った人に、胃瘻を造り強制栄養することが、その人にとって、望む医療とは思えない。認知症が進行して食べなくなったら寿命という、キュアからケアへの国民全体（医療者を含む）の意識のパラダイムチェンジが必要だと、在宅医療の現場で感じている。

8.3 家族や介護職の介護負担の軽減

癌末期の患者さんを在宅で看る時の家族（介護者）の介護負担は、直接の身体的な介護負担より、「何かあったらどうしようか」という、キュア志向の病院医療の看護師の代行になることへの、心理的（精神的）介護負担のほうが大きい。

何かあっても、何か（キュアが）できないから、末期なのである。ご家族には、

「何かあっても（特に心肺停止の場合）、医療専門職の私たちでも、何も（キュア）できないので、末期状態なのです。

何かあったら、心配せずに私たちを呼んでいただき、結果的に静かに看取りましょう（意識がなければ、患者さん本人は苦痛を感じません）。苦痛はできるだけ取り除く治療（キュア）はしますので、最期を心配するのではなく、今元気で生きているこの時間を大切にしましょう」と伝えている。

まったく同様なことは、老衰状態にある高齢者にも言えることで、適当なケアおよび必要に応じたキュアで、最期は（結果的に）静かに看取る。

このように、医療全体をキュア偏在から、キュア・ケアバランスの良い医療・介護システムへ、すなわち慢性期医療の哲学を、キュア志向の病院医療の哲学からケア志向の在宅医療の哲学に、パラダイムチェンジすることで、患者も楽になれば、家族（介護者）も楽になる。

そして、結果的に国もお金がかからない。

8.4 財源問題としての“看取り”の問題

高齢者医療（介護）はお金がかかるので、費用削減のため“看取り”を推奨しようという政策（財務省的発想）は、キュア志向の政策でお勧めできない。

以前、後期高齢者医療制度導入反対のキャッチフレーズとして、よく使われた「高齢者は死ねと言うのか？」という発言も、キュア志向（現状を改善しようとする）からの発言である。

「高齢者は死ねと言うのか？」というキュア志向の発言を、ケア志

向（受容的）に言い換えるなら、「高齢者は死ぬ」、のである。今後、そんなに長生きをしないので、私たちがお世話になった（若い世代の恩人でもある）高齢者には、せめて亡くなるまでの余生は、楽しく快適に生きていただくことを社会全体で支援していく。そういう社会を構築しよう（お金を使う）とする政策が、ケア志向の政策であり、社会的合意も得られやすいのではないか。

そして、その結果、雇用も増えて、お金も回り、経済（内需）も活性化する。これが、民主党政権が唱える、「強い経済、強い財政、強い社会保障政策（社会保障と税の一体改革）」の本質である（べき）、と考える。

このように、政策もケアからケアへとパラダイムチェンジすることで、高齢者にやさしい豊かな超高齢社会を展望できるのである。

8.5 在宅医療は孤独死（検視）を減らす

超高齢社会になり、「孤独死の問題」がクローズアップされてきている。

孤独死の場合、死亡診断する医師もなく、検視（＝警察が関わる）になるのが一般的である。一方、私たち在宅主治医が、定期的に訪問診療している患者さんでも、急変時、ご家族やヘルパーが救急車を呼んで、そのまま亡くなった場合は、「検視」となるケースも多い。

警察が介入した後から在宅主治医が現場に到着し、いつも診察している主治医が病死と死亡診断するから「死亡診断」にして欲しいと

主張しても、いったん警察が動けば、事件となり、検視となるのである（少なくとも、鹿児島市では）。

だから、最近では、急変時（特に心肺停止時）には（寝たきり患者の場合には急死も想定される事態なので）救急車は呼ばずに、必ず、主治医に連絡するように、初診時の面接でご家族に説明し、了解をいただいている（検視になれば、貯金通帳を調べられたりして、痛くもない腹を探られ、家族は大変不愉快な想いもする）。

在宅医療で、なかなか看取りが進まない理由の一つに、「看取りの24時間ルール」における“誤解”がある。

あえて、“誤解”という言葉を使ったが、「24時間以内に診療していないと、在宅での死亡診断ができず、検視になる」という“誤解”である（筆者も、25年以上前の学生時代、法医学の講義でそのように習っていた）。

だが、24時間以内に診療していない患者でも、日常診療をしていて、予想される疾患で亡くなった場合には、医師は死亡診断書が書ける。

実は、法的には（医師法：第20条では）、24時間以内に診療していれば、直接診察しなくても家族や訪問看護師の報告のみで、医師は死亡診断書が書ける、のである。

「そんな馬鹿な！」と思われる方も多いと想像するが、実はこの法律は1948（昭和23）年にできた法律で、医師が馬車で遠く離れた患者に往診していた時代の、医師の便宜を図って作られた法律なので

ある。「そんな馬鹿な！」という感覚が、24時間以内の診察のない場合は検視、と誤解され、社会常識になったという経緯である。

私の場合、法律的にはそうでも、在宅の現場では、24時間以内に診察していても、死亡時はしっかり看取り往診をして、死亡診断書を書いている（法律上の問題ではなく、主治医としての道義上の責任の問題として）。

死因究明に関する法案が厚労省で検討されているが、亡くなったら直接の死因が特定できるはず、という考え方は、キョア志向の病院医療の考え方である。

ケア志向の在宅医療において、ケア的対応で自然に看取った場合は、直接の死因が特定できないケースも多い。また、寝たきりの患者において、朝、気がついたら、静かに亡くなっていたという場合も、少なからず起こる。定期的に訪問診療している寝たきりの患者では、痰を詰めて亡くなる場合や、心筋梗塞で亡くなる場合もあって、必ずしも直接死因は特定できないケースも、少なからず存在する。

このような場合、検視するか死亡診断するかは、事件性があるか否かで（直接の死因が同定できるか否かではなく）判断すべきで、明らかに病死である（事件性がない）と主治医が診断する場合は、死亡診断で対応すべきと考えている。

ここでも、人の死は特別なこと（事件）ではなく、日常に生じるごく日常の出来事である、との認識の、キョアからケアへのパラダイムチェンジが必要と思われる。

現在一般的には、このような（直接死因の特定できない）ケースの

場合は、検視にすることが多い(キュア社会における一般社会常識である)。このことが、警察組織において少ないスタッフでの検視を強いてしまい、逆に重大事件を見落とす要因にもなり、近年大きな社会問題となっている。

重大事件の見落としを少なくするために、検視官や検察医を増やすという対応より、地域で看守り(訪問診療、往診)、看取りに対応する在宅主治医を増やす(ケア志向の医療である“在宅医療”を推進する)ことのほうが、社会的コスト・パフォーマンスは高いと考える。

在宅死においても、社会をキュア社会からケア社会にパラダイムチェンジすることで、社会全体のコスト削減が可能となるのである。警察組織の検視の負荷を軽減するためにも、在宅医療の推進は重要である。

村田理論のキュア概念とケアの概念から、どのような世界が見えてくるかを、表 12 にまとめた。

表12 キュア概念とケア概念の対比表

	キュア概念	ケア概念
対象	病気	障害
優先順位	治療	生活
対応	病院医療	在宅医療+介護
医療	長寿を目指す医療	天寿を全うする医療
胃瘻	造る	造らない
褥瘡	治す（日本褥瘡学会）	治る（ラップ療法）
高齢者への対応	死ね*（死んでいただいて社会資源を残す）	死ぬ（死ぬまでの期間、楽しく生きる環境を提供する）
死因	死んだからには死因がある（死因究明）	死因が分からない死も多い（自然死、老衰）
死因の分からない死	病理解剖、検視	死亡診断（事件性がなければ）
政治	経済成長（競争社会）	社会保障（共生社会）
社会	成長社会	成熟社会
政党	自民党	民主党（??）**
推進力（富の源）	産業革命（科学技術）	情報革命（ICT）
コンピュータ	セキュリティ	リテラシー
尊敬される人	金持ち	心持ち
80歳の誕生日を迎え	歳は取りたくない、死が近づく	よくぞこの年まで生きられた、おめでとう

※後期高齢者医療制度導入反対のキャッチフレーズとしてよく使われた「高齢者は“死ね”と言うのか？」から用いたもの。
 ※※2009年政権交代時、「コンクリート（キュア）から人（ケア）へ」という民主党の理念には大いに期待していたが、いまは残念ながら疑問符をつけざるを得ない。

次章（最終章）では、キュアからケアへ ^{パラダイムチェンジ} 転換の哲学の基に、新たに再生される医療システム（地域包括ケアシステム）のモデルは、どのように構築、展望されるのかについて考察する。

キュアからケアへ

治療（医療）から生活へ

長寿を目指す医療から天寿を全うする医療へ

人事を尽くすから天命を待つへ

経済成長から社会保障へ

成長社会から成熟社会へ

コンクリートから人へ

産業社会から情報社会へ

セキュリティからリテラシーへ

金持ちから心持ちへ

9 終わりに：医療再生のシナリオ

——地域包括ケアシステムの構築に向けて

9.1 はじめに——今後の医療・介護システムの方向性

以上ここまで、超高齢社会の到来に伴い、私たちの国の医療者、国民の死生観が、キュアからケアへ変わる（パラダイムチェンジする）必要性について述べた。

高度経済成長時代に、どんどん病気の検査、治療法が確立し、寿命もだんだんに延びていった。多くの人びとが80歳、90歳まで生きることができる時代を迎えた今（超高齢社会の到来）、“病気は治すもの”（キュア）から、“生老病死は自然で、死は自然なもの”（ケア）というように、国民全体（医療者を含む）の死生観が変わる必要を感じている。

「長寿を目指す医療」（キュア）から、「天寿を全うする医療」（ケア）へのパラダイムチェンジである。

それに伴い、医療システム全体（医療、介護）も、キュア偏在医療システムから、キュア・ケアバランス医療システムへの転換（パラダイムチェンジ）が求められている。

現在進行中の医療崩壊は、キュア志向の病院医療の崩壊であって、見方を変えれば、医療再生（再編）のプロセスとも捉えることができる。

医療再生の行き着く先は、

- (1) 急性期病院（急性期医療、キュア志向の医療）の集約化・機能強化
- (2) 在宅医療（慢性期医療、ケア志向の医療）＋介護（生活支援）の普及

と考える。

そして、これら集約化・機能強化された病院医療（急性期医療）と、普及していく在宅医療（慢性期医療）は、相補的に連携しながら地域の医療を支えていくと予想され（図 17）、今回、平成 24 年度の診療報酬・介護報酬の同時改定でも、その方向性が示された。

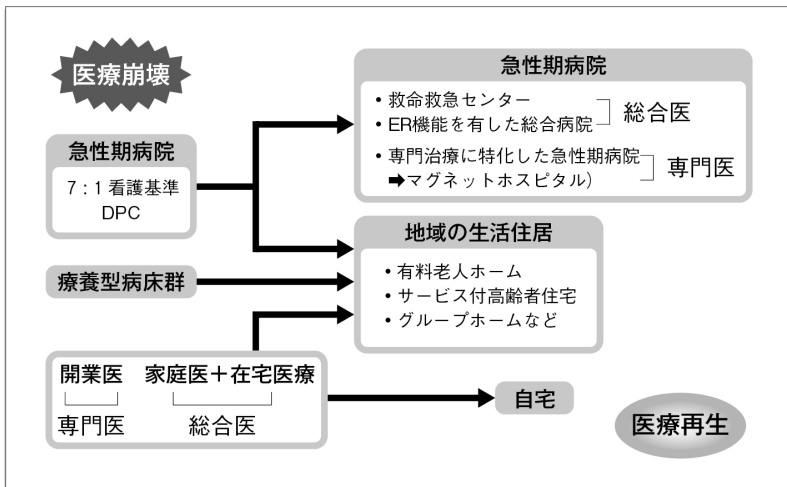


図17 医療崩壊から医療再生へ

ケア志向の在宅医療において、多職種連携で機能するチーム医療が重要である。また、キュア志向の病院医療（急性期医療）とケア志向の在宅医療（慢性期医療）の連携こそ、究極のチーム医療と考えるのである。

一方、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）の存在が重要であることは、言うまでもない。

9.2 かかりつけ医の重要性（総合医としての在宅主治医）

2012年8月で、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、13年が経過した。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、白内障は眼科と、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の受診がなされていると想像する。また、処方された薬が、いかにきちんと内服されていないかにも驚かされる（ゴミ箱に処方された薬が投げ捨てられている例も、決して珍しくはない）。

複数医療機関受診の弊害としては、重複薬剤が存在することや、お互いの医療機関間の連携不足などが挙げられる。

在宅医療の分野では、定期の訪問診療をする医師は原則的に一人で、すで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。

私見であるが、開業医は、自分の専門ばかりを診るのではなく、専門外の疾患もトータルで診たほうがよい、と考えている。そうでないと、今の医療現場では（特に高齢者に対しては）、あまり役に立たないと思うからである。

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ず、従来の専門医療で個別に対応するならば、コストもかかれれば効率も上がらない。

病気や障害を丸ごと、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。専門医（キュア志向）から、かかりつけ医（ケア志向）への転換も、キュアからケアへのパラダイムチェンジである。

キュア志向の病院医療は、究極的には医師（それも各科の専門医）のみにしか実践できない。そして、キュア志向の病院医療は、基本的に、医師を頂点とするヒエラルキーで、薬剤師や看護師は、コメディカルとして、あくまで医師の補佐として機能するに過ぎない。

これは、キュア志向の病院医療が、科学に基づく客観的な医療であって高い専門性を必要とするためであり、専門医とそれを支える専門スタッフ、治療を受ける患者間に、上下関係を生ずるためと考えられる。

これに対し、ケア志向の在宅医療は、内科医でも整形外科医でも耳鼻科医でも、また薬剤師でも歯科医でも看護師でも、勉強して経験すれば（ここが重要）、どの科の医師でも、どの職種のスタッフでも実践可能なケア志向の医療と考える。

キュア志向の病院医療の場合、治療の対象は個別のAさんではなく、Aさんの胃癌となる。これに対し、ケア志向の在宅医療では、個別のAさんのケアが重要で、胃癌はAさんが持っている病気の一つに過ぎない。

Aさんのケアには、専門家はおらず、ましてやAさんの死に対する専門家もいない。また、世界中の誰も自分の死の経験はなく、死の専門家はいない。

だから、個々の死（生）に対しては、個別のケアでの対応が必要なのである。キュア志向の病院医療が、EBM（Evidence-based Medicine：根拠に基づく医療）により実践される普遍的な医療であるのに対して、ケア志向の在宅医療は、NBM（Narrative-based Medicine：物語に基づく医療）により実践される、個別の医療である。

ケア志向の医療である在宅医療には、専門家はおらず、「あなたの人生の専門家はあなた」である。私たちケアチームスタッフは、あなたの人生がハッピーであるように支援していきたいと願う、あなたのチームである。

このように、ケア志向の在宅医療は、本当の意味で、医師と看護師、薬剤師、歯科医師が、対等な立場で、多職種連携のチーム医療（ケア）で関わる個別の医療（ケア）である。

慢性期医療の哲学を、キュア志向の病院医療の哲学から、ケア志向の在宅医療の哲学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（もちろん、麻薬の使い方や認知症のケアなどの、若干の教育と経験は必要であるが）。

定期的な訪問診療によって予防的にケア手法で関わる中、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、キュア志向の専門医を紹介（専門外来受診や入院依頼）すればよい。これまた、

医師間の連携である。プライマリ・キヤア医は誰でもは難しいが、プライマリ・ケア医は、訓練を受ければ、どの診療科の医師でも対応可能だと考えている。

旧来の医学教育システムでは、臓器別専門医のみの育成が行われ、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）、プライマリ・ケア医が増えてくるにちがいない。

9.3 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 18）。

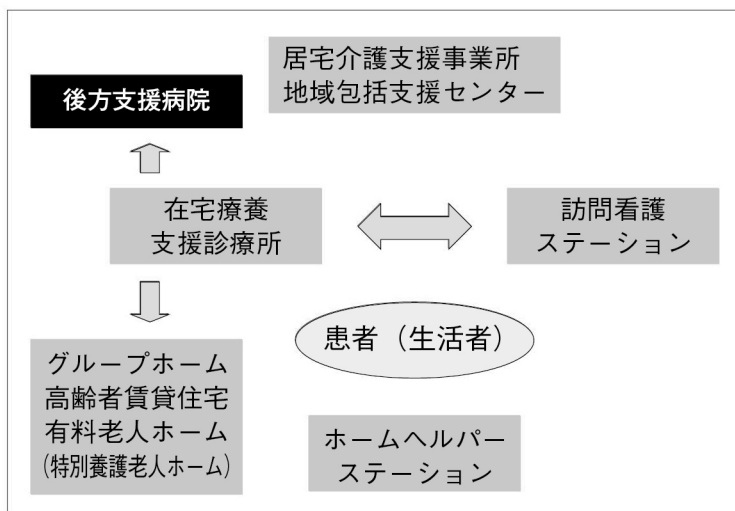


図18 現在、地域（在宅）で供給されている在宅医療・ケア体制

慢性期疾患や障害をもつ患者（生活者）を、生活面から支えるのはご家族、ホームヘルパーなどであり、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5に挙げた（4.1「医療法人ナカノ会」参照）。

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と訪問看護ステーション間の緊密な連携は必須であり、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。

さらに、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、キュア志向の病院医療（急性期医療）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あり、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5）。

現在、グループホームや小規模多機能施設、サービス付き高齢者住宅、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（現在は終末期患者と、2012年4月からは看取った患者の終末期の1カ月が適応となった）、慢性期医療の哲学がキュア志向の病院医療の哲学からケア志向の在宅医療の哲学へ、一気にパラダイムチェンジするものと思われる。

9.4 医療再生のプログラム——病院医療中心（キュア志向）システムから地域包括（ケア志向）システムへのパラダイムチェンジ

今後の予想される医療崩壊から医療再生への展開を、図17に示した（9.1「はじめに——今後の医療・介護システムの方向性」）。

今後を大胆に予測してみよう。

今後、（病院）医療崩壊に伴い、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、1ベッド当たりのスタッフ数は実質現在の2倍になる。

この余力によって、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・機能強化されてくるものと考ええる。

医療スタッフの残りの3分の1は在宅(地域)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、訪問薬剤師、訪問歯科医師、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(ケア志向の在宅医療の哲学を持つ慢性期医療)を支えていくことになるだろう。

これらの一連の動きは、旧来のキュア志向の病院医療の立場から見れば“医療崩壊”でも、ケア志向の在宅医療を展開する立場から見れば“医療再生”である(文献¹³)。

猪飼周平氏の『病院の世紀の理論』(文献¹⁴)によれば、21世紀を迎え、病院の世紀も終焉を迎え、治療(キュア)が中心となる医療システムは終焉しつつある、とする。

これは、医療崩壊の問題とも密接に関連する問題である。また、私が本書で提唱した、「キュアからケアへのパラダイムチェンジ」理論とも合致している。

病院の世紀の終焉ののち、現れる新医療システムの最右翼候補は、地域包括ケアシステムである。

キュア志向の病院医療がすべてを賄っていた旧医療システムから、

キュア志向の病院医療は、新医療（介護）システム（地域包括ケアシステム）の一部となる。

地域包括ケアシステムの一翼は、ケア志向の在宅医療が担うことになり、

- (1) 病院医療（急性期医療）と
- (2) 在宅医療（慢性期医療）＋介護の連携

が、今後大きな医療、介護連携システムに進展していくものと考え

る。まさに、医療が、「疾病（医学）モデル」中心から「生活モデル」に転換していくことを示している。国際的には、「ICDモデル」（病気でないことが健康）から「ICFモデル」（病気や障害を抱えても、活動〔楽しく生活〕、社会参加できることが健康）への概念とも一致する。

第4章で述べたように、本書を脱稿する直前の2012年5月には、医療法人ナカノ会ナカノ在宅医療クリニックは、厚労省の「在宅医療連携拠点事業」に採択された。

1999年9月の開業以来13年間、在宅医療の現場で悶え^{もた}苦しみながら、考案し、実践してきた、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、いよいよ具体的に鹿児島地域で実践する大きなチャンスを、国から与えていただいた。

また、この在宅医療連携拠点事業は、ケアタウン・ナカノ構想とも連動する事業である。ケアタウン・ナカノ構想は、ケア志向の在宅医療をツールとして、地域社会（鹿児島市）を再生（キュア）しようとするものである。

ケア志向の在宅医療が、キュアに偏在していた日本社会を、ケア・ケアバランス社会にパラダイムチェンジさせ、新たな地域社会（コミュニティ）を再構築（キュア）してくれると信じている。

在宅医療が日本社会変革の起爆剤になるように、在宅医療の現場で、今後も、具体的に行動していきたい。

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、1998年
- (2) 中野一司・丸山征郎「Evidence-based medicine (EBM) を可能にする臨床検査システムの必須条件」『日本臨床』増刊号（広範囲血液・尿化学検査、免疫学的検査）第5版、1999年、pp. 11-17
- (3) 『Visionと戦略』2009年4月号、保健・医療・福祉サービス研究会
- (4) マルティン・ハイデッガー『存在と時間』上・下（細谷貞雄訳）ちくま学芸文庫、1994年
- (5) 竹田青嗣・西研『超解説！はじめてのヘーゲル『精神現象学』』講談社現代新書、2010年
- (6) 大熊一夫『つくりごと——高齢者福祉の星岩川徹逮捕の虚構』創出版、2012年
- (7) 郷原信郎『検察崩壊——失われた正義』毎日新聞社、2012年
- (8) 茂木健一郎『人生が驚くほど変わる 龍馬脳のススメ』主婦と生活社、2010年
- (9) 安富歩『原発危機と「東大話法」——傍観者の論理・欺瞞の言語』明石書店、2012年
- (10) 広井良典『グローバル定常型社会——地球社会の理論のために』岩波書店、2009年
- (11) 鳥谷部俊一『褥創治療の常識非常識——ラップ療法から開放性ウェットドレッシングまで』三輪書店、2005年

- (12) 中村仁一『大往生したけりゃ医療とかかわるな——「自然死」のすすめ』幻冬舎新書、2012年
- (13) 中野一司「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」『治療』Vol. 91、No. 5、南山堂、2009年 pp. 1430-1439.
- (14) 猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣、2010年

【資料】

医療法人ナカノ会 10 年を振り返って

——次なる 10 年の飛翔に向けて

中野 一司

医療法人ナカノ会ナカノ在宅医療クリニック理事長兼院長

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

人生は、物語である。

振り返れば、あっという間の 10 年だった。

この 10 年を物語り、次なる 10 年を展望してみたい。

1. 創世期（1999. 9～2002. 8）→ 3 周年記念誌 “出会い”

「IT を駆使し在宅医療専門の診療所を立ち上げたい。赤ひげ先生ではなく、地域に“システム”を作りたい」と、植屋さん（保健師、ケアマネジャー）、宇都さん（臨床検査技師、事務長）に出会い、ナカノ在宅医療クリニックが誕生した。

開業前の5年間、丸山征郎教授の鹿児島大学付属病院検査部に所属し、合計約10億円をかけて、総合検体検査システム(HIPOCLATES)、総合生理機能検査システム(PLATON)、総合画像診療支援システム(GALIREO)という3つの臨床検査システムを構築した。臨床検査の世界から在宅医療の現場への“華麗なる”転身は周囲をびっくりさせたようであるが、ネットワーク創りの場を検査部から地域に移行させたに過ぎなかった。

宇都さんは、わずか2週間で、ナカノ在宅医療クリニックを開業してくれた。1999年9月1日の開院予定であったが、「9月1日は仏滅だから、頼むから9月2日の大安の日に開院してくれ」と田舎(阿久根)の母に泣きつかれ、9月2日(木)という中途半端な日の開業になった。開業10年を経て医療法人ナカノ会が成功裏に経過しているのは、この母の愛のおかげかも知れない。あらためて、まだ現役で元気に商売(薬店経営)をしている阿久根の両親に感謝したい。

思えば、患者数0人からの出発であった。「ウサギさんではなく、カメさんでいこう。確実な実績を上げて、良い仕事をするのが、患者様増加につながる」と言いながら、3人で開院時のパンフレットを配り営業活動を開始したのが懐かしい。その後、全国各地で、在宅医療関係の講演活動を開始することになるが、結果的にこの講演活動が一番の営業活動となった。

開業当初からの理念として、地域連携ネットワーク型の在宅医療システムを構築することを目指し、チーム医療を実践してきた。チーム医療の要件として、(1)ICTのフル活用、(2)教育環境の構築を指向

した。

開業当初から、院内のメーリングリストを立ち上げ、活発な情報交換を実践した。また、毎朝、8時30分からの、スタッフミーティングでは、かなり激しいディスカッション（バトル？）を展開した。中野自身、このバトルの中で、植屋さんから、随分いろいろと在宅医療（ケア）のノウハウを教えていただいた。この場を借りて、感謝!!!である。

開業当初から、宇都さんの薬局で（宇都さんは川内市のしらゆり調剤薬局の社長でもある）服薬指導専門の薬剤師である鳥集さんを雇用していただき、服薬指導を開始した。（中野自身ペーパー薬剤師であるが）薬剤師も在宅ケアチームの立派な一員であるというコンセプトである。スタッフミーティングの時間を利用して、毎週1回は、鳥集薬剤師を交えての服薬カンファレンスを開催し、在宅医療に対応できる薬剤師の育成を目指した。この服薬カンファレンスは、現在、4週間に1回の開催となっているが、3連携薬局の参加で、活発な議論が展開されている。

宇都さんの薬局での服薬指導の症例が増えるにつれ、連携薬局の社長とナカノ在宅医療クリニックの事務長が同じではまずいのではないかとの結論で、宇都さんは2001年3月にナカノ在宅医療クリニックを退職。その後、2代目事務長の竹内さんに引き継いでいる。その後、宇都さんは、鹿児島市に、すずらん調剤薬局、平和市民調剤薬局の合計3つの薬局の社長となり、鹿児島市における服薬指導を行うモデル薬局を経営することになる。

その後、ナカノ在宅医療クリニックは、患者様が順調に増え、3周年を迎える頃は在宅患者様が60名を超えるようになっていた。

2. 成長期（2002.9～2006.8）→7周年記念誌“飛躍”

開業4年目の2003年10月に、ナカノ在宅医療クリニック（個人）は、医療法人ナカノ会ナカノ在宅医療クリニックとなった。ナカノ在宅医療クリニックの看護部を訪問看護ステーションに移行させるための布石である。2004年の11月には、植屋さんが初代所長でナカノ訪問看護ステーション及びナカノ居宅介護支援事業所を設立した。その後、植屋所長を中心にナカノ訪問看護ステーションは順調に立ち上がり、順調に成長していった。（ナカノ居宅介護支援事業所は、2006年3月に閉鎖した。訪問看護業務に専念するのが目的で、ケアマネジメント業務は訪問看護業務に包括されるというコンセプトである。）

2005年1月には、小林奈美先生（当時、鹿児島大学医学部保健学科助教授→教授）の家族事例検討会を医療法人ナカノ会の実際の事例を対象に開始した。大学と医療機関現場との産学協同研究のスタートである。

2006年4月の診療報酬改定では、ナカノ在宅医療クリニックの開業理念がそのまま国の制度に採用されるような形で、新たに“在宅療養支援診療所”の制度が創設された。ナカノ在宅医療クリニックは“在宅療養支援診療所”となり、それに伴い診療報酬も15%アップ

して、経営は非常に楽になった。経営の神様といわれる松下幸之助氏が、「世の中に必要なものを追求すれば、お金は後からついてくる」と自著で書かれているが、まさに“その言”の通りだと感じた。

開業7周年目の2006年8月にナカノ訪問看護ステーションの初代所長の植屋さんは医療法人ナカノ会を退職（彼女の言葉を借りれば“卒業”）し、2代目所長の泊さんとバトンタッチした。“立つ鳥、跡を濁さず”の、6カ月間の見事なバトンタッチであった。

3. 成熟期（2006.9～）→10周年記念誌“飛翔”

初代所長植屋さんが退職し、2代目所長泊さんと2代目事務長竹内さんの新体制で、医療法人ナカノ会は、新たな新時代を迎える。中野—植屋体制から、中野—泊—竹内体制への転換である。この間も、ナカノ在宅医療クリニックの患者は120名から160名に、またナカノ訪問看護ステーションの利用者は30名から60名に、医療法人ナカノ会のスタッフも総勢17名から27名に増えた。

2008年4月から、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、中野は鹿児島大学医学部臨床教授に就任した。沖縄の浦添総合病院2年目研修医の定期的な研修、訪問看護研修も含め、当法人の実習、研修、見学者は実に年間100名を超えている。

2009年に鹿児島市で第11回日本在宅医学会を中野が大会長で開催することが決定し、その準備も兼ねて、2006年11月21日に、在宅ケアネット鹿児島メーリングリスト（CNK-ML）を立ち上げた。CNK-

ML 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9月現在で参加者は900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、官僚、国会議員、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。CNK-ML は、日本の医療、介護、行政、政治に大きな影響力を持つメーリングリストに成長してきている。

そして、今年（2009年）2月28日～3月1日に、鹿児島市のかごしま県民交流センターで、第11回日本在宅医学会大会を開催した。本大会の企画、運営は、実行委員会を組織せずに、大会長である中野一人で、CNK-ML を介して企画、連絡、広報を行うある種の実験であった。結果的にCNK-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）、1000名の学会参加者（例年の倍以上）を得て、本大会は大成功に終わった。この様子は、雑誌『Vision と戦略』の特集号（pp. 36-39）で紹介されている。

また、在宅療養支援診療所の連絡会である一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会が、国の在宅医療推進会議のもと2008年3月に設立された。中野がIT・コミュニケーション局長を担当し、2009年8月から一般会員を募集し、ICT（連絡会ML、連絡会HP）をフル活用しての活動を開始している。

医療法人ナカノ会が丸10周年を迎える2009年8月30日に、歴史的な政権交代が起きた。民主党政権が誕生し、おそらく今後、時代は大きく変わるだろう。今回の政権交代は、明治維新に匹敵する大改革を日本社会にもたらすと予想する。道路工事や車産業の推進、ダム建設など、高度経済成長を実践し成果を挙げてきた自民政権が終わり、「コンクリートから人へのお金の流れ」を主張する民主党政権の誕生である。成長社会から成熟社会へ、キュア社会からケア社会へのパラダイムチェンジが政治の世界で起きた。

我々の医療・介護の世界でも、政治に引き続き、長寿をめざす医療（キュア）から天寿を支える医療（ケア）へのパラダイムチェンジが起きるであろう。その様子は、本記念誌の最後に転載した、プライマリケア医向け雑誌『治療』の論文「多職種連携で機能する地域ネットワーク型在宅医療」に記した。

初代所長の植屋さんは、2006年8月31日医療法人ナカノ会退職後、東京で、相談業務を勉強し、2009年4月から、以前勤務していた市中病院に新設の緩和医療課に勤務している。在宅医療（ケア）を熟知した看護スタッフが急性期病院にいることは、在宅医療を展開するものにとって、非常に心強いことである。彼女のような、在宅医療（ケア）を熟知した病院スタッフが、今後の病院医療を変えていくものと確信する。

今後、植屋さんたちの活動と協働していく形で、さらに鹿児島市地域で病診連携を進めていく予定である。宇都さん等の薬局ともさらなる連携強化を進めていきたい。また、小林教授との家族看護の事例

検討会も今年で9回を重ね、さらに年2回は開催していく予定である。丸山先生にもさらなるメンターとしてのご支援をいただきながら、成長していきたい。

おそらく、今後の中野の活躍の場は、誕生したばかりの一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会の活動にシフトしていくものと考ええる。ここを足場に、政権交代とも同期して、日本国の医療改革（医療界の平成維新）を実践し、在宅医療の推進、普及に貢献し、国民のための医療・介護を具体的に実現していきたいと考えている。

最後に、この10年間仕事中毒の中野をバックアップしてくれた妻の律子と、泊所長、竹内事務長をはじめとする医療法人ナカノ会の優秀な現スタッフに感謝したい。中野が毎週全国各地での講演が可能なのも、妻の律子（医師）のバックアップと、現ナカノスタッフがサポートしてくれるお陰である。

こうして考えてみると、本当に多くの方々にお世話になって、“生かされている”ことが、良く理解できる。

この10年間本当にお世話になりました。また、今後とも宜しくお願ひ申し上げます。

10周年（第1幕）を終え、一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会が設立され、政権交代が起きて、さあ、これから、第2幕のはじまり、です。

（医療法人ナカノ会10周年記念誌『飛翔』

〔2009年12月1日発行〕より）

あとがき——謝辞にかえて

本書の編集者である夏目恵子さんと、「在宅医療の本」を書こうと決めたのは、2010年の夏ごろだったと記憶している。当初は、夏目さんは、一般市民に在宅医療という素敵な医療があるという、より現場に近い本を発行したいと考えておられたようだ。

一方、私自身は、在宅医療の過去10年あまりの経験に基づく、「在宅医療」の哲学（概念）を提起する本（村田理論を用いてのケア志向の医療である在宅医療を定義する本）を書きたいと思っていた。何せ初めての本（処女作）で、その制作の手順が分からなかったが、在宅医療関係の雑誌の連載記事などの執筆活動は日常茶飯の仕事であったので、「在宅医療の本」の一冊くらい、2、3カ月もあれば、すぐに書けると思っていた。

ところが、実際、いざ書こうとすれば、全然書けない。すなわち、在宅医療の概念を定義するには、自分自身の経験を裏付ける知識（特に哲学の知識）が全然足りないのである。そこで、村田理論のベースとなるハイデガーの著書やヘーゲルの本などを読みあさり、500冊ほどの読書を重ね、本著を執筆するのに2年余りの歳月を要した。

この間、2010年4月から2012年6月まで、松尾敏明先生がナカノ在宅医療クリニックに常勤医として勤務してくださり、十分な読書の時間を確保できた。私に早く、本書を書くように催促してくれたの

も松尾先生である。この場を借りて、松尾先生には、感謝!!!である。

本書では、開業以来 13 年間経験した在宅医療を、“ケア志向の医療である在宅医療”として定義（理論化）し、一冊の本にまとめることができ、感激の至りである。本書を脱稿して、まず感じたことは、「これで、いつ死んでもいい」という感覚であった。

本文でも述べたが、本書は、私の主宰する CNK-ML の深い議論の中から創出されたものである。その意味では、本書は、私個人の本と言うよりは、CNK-ML の論客の皆様、会員全員執筆の本とも言える。CNK-ML 会員の皆様には、この場を借りて、またまた、感謝!!!である。

巻頭言をいただいた丸山征郎先生も、また本 CNK-ML の会員である。丸山先生との初めての出会いは、今から三十数年前の鹿児島大学医学部時代の臨床講義だった。分子生物学の理論を使って血栓症の病態生理を語る、非常にエキサイティング（エレガント）な臨床講義を、今でも鮮明に憶えている。その後、丸山先生が助教授でおられた鹿児島大学医学部第 3 内科に入局し、私の基礎研究をご指導いただいた。そして、丸山先生が鹿児島大学医学部臨床検査医学（検査部）教授に就任された時に、私も検査部に移籍し、現在の在宅医療システム創りの仕事につながる、鹿児島大学病院検査部内の ICT システム創りの仕事に着手した。1999 年 9 月にナカノ在宅医療クリニックを開業後も、引き続きご指導をいただいております、丸山先生は私の生涯の恩師ともいえる存在である。

丸山先生には、今回は、素晴らしい巻頭言をいただき、感謝とともに感激の至りである。この巻頭言の最後のほうにも書かれているよ

うに、私たちの共通の師で、鹿児島大学医学部第3内科初代教授であられる井形昭弘先生（井形先生にも本書の発行に関連して最近 CNK-MLにご参加していただいている）の、「限りなくローカルは、限りなくグローバルに通ず」の“井形イズム”は、私自身の在宅医療の実践（ローカル）であり理論化（グローバル化）であると、考えている。今回、それらの活動（実践と理論）を一冊の本に、まとめることができたことは、私の無上の喜びである。

村田理論の発案者であられる村田久行先生、またそのお弟子さんの的場康徳先生には、私の原稿を読んでいただき、直接ご意見、ご指導をいただき、感謝に堪えない。“ケア志向の医療である在宅医療”という“在宅医療の新しい概念”は、村田理論のキュア、ケア概念なしには存在しえなかった。村田先生を私に紹介してくださったのは的場先生で、的場先生はナカノ在宅医療クリニックの非常勤医師でもある。さらに的場先生には、「ケア“主体”の医療である在宅医療」を、「ケア“志向”の医療である在宅医療」に変えたほうがよいとのご助言をいただき、これで本書が完成した。

本書を脱稿する2012年10月1日現在、医療法人ナカノ会は、国の在宅医療連携拠点事業を実践中で、また、今月からは、ケアタウン・ナカノの基礎土木工事が開始され、2013年の秋には、ケアタウン・ナカノがオープン予定である。これら2つの事業を通じて、鹿児島市（日本国）の在宅医療、介護の推進のために多職種連携拠点施設として、機能、進化していきたいと考えている。

本書は、編集者の夏目さんなしには、誕生しなかった。夏目さん

(も CNK-ML の会員である) としては、彼女が当初希望していた本ではなかったが、今回の本づくりを気持ちよく手伝ってくださったことに、深く感謝する。彼女が望む一般読者に向けての本は、次の宿題としたい。本書は在宅医療のやや専門的な本で、一般に出版社として考える「読者向き」という立場ではなく、自分の哲学ないし考え方を提起する、ということを重視し、この区切りの年に医療法人ナカノ会の取り組みとして、在宅医療の新たな概念を提唱する本を刊行することにした。

最後に、ただ今 2 人常勤医の相棒である妻の中野律子医師 (ナカノ在宅医療クリニック 副院長)、泊奈津美所長 (ナカノ訪問看護ステーション)、竹内ゆみ子事務長 (ナカノ在宅医療クリニック) をはじめとする、医療法人ナカノ会スタッフ全員に感謝して、この本を終えた。

2012 年 10 月 1 日

著 者



著者略歴

中野 一司 (なかの・かずし)



医療法人ナカノ会理事長／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

1956年3月、鹿児島県阿久根市生まれ。医師を目指すも二浪し東京理科大学薬学部に入學。理科大時代前半は大いに遊び、1年留年をはさんで後半は学問に目覚めた(薬剤師免許取得、ただしペーパー薬剤師である)。さしたる受験勉強なしで81年、鹿児島大学医学部に再入学(医師免許取得)。臨床医学を研修すべく87年4月、鹿児島大学病院第3内科入局、さらに救急部でも研修をつむ。95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)。95年4月から鹿児島大学附属病院検査部に所属し検査部内コンピュータネットワークシステムの構築に従事。

1999年9月、象牙の塔を飛び出し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とし理事長に就任。08年3月鹿児島大学医学部臨床教授に就任。09年2月の第11回日本在宅医学会大会長を務めるにあたりメーリングリストで企画・運営を行い、現在在宅ケアネット鹿児島ML(CMK-ML)を主宰(会員1400人超)。

2012年5月、ナカノ在宅医療連携拠点センターを設立、10月からは「ケアタウン・ナカノ構想」第一期事業に着手し、充実した毎日を送っている。趣味は読書と学問。

著書に、『臨床診断のピットフォール』(只野壽太郎・松井征男監修、医歯薬出版)『感染症』(一山智・丸山征郎編、メディカルレビュー社)『がんの在宅医療』(坪井栄孝監修、田城孝雄編著、中外医学社)〔ともに共同執筆〕ほか。

本書は医療法人ナカノ会より発行された『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》』（2012年）をもとにし
た電子書籍です。

表 題／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【電子書籍版】

発売日／2023年5月

著 者／中野一司

発行者／向田翔一

発行所／株式会社 22 世紀アート

〒103-0007

中央区日本橋浜町 3-23-1

ACN 日本橋リバーサイド 5 階

電 話／03 (5941) 9774

本書は著作権上の保護を受けています。本書の一部または全部について、株式会社 22 世紀アートから文書による許諾を得ずに、いかなる方法においても無断で複製およびデータの転用することを禁じます。本書へのお問い合わせについては、お客様相談センター 03 (5941) 9774 までご連絡ください。

www.22art.net

info@22art.net