



在宅医療が日本を変える。

「地域包括ケアと 在宅医療」

～CNK-ML 過去・現在・未来～

今日、2025年超高齢社会に向けた社会保障改革シナリオに基づき、医療・介護提供体制の抜本的な見直しの改革が急ピッチで進められている。特に、国家プロジェクトである地域包括ケアの実現には、在宅医療・介護の整備拡充と連携強化が喫緊の課題となっている。そのような中、在宅医療を拠点に、ICTを活用した地方発の在宅医療のネットワーク（在宅ケアネット鹿児島 CNK-ML）は、登録会員数も在宅医療に携わる医師をはじめ1400名を超えており、今や全国や海外にまで広がり、日々の議論も医療、介護問題に留まらず政治・経済・教育・歴史・哲学等にもおよび、我が国の在宅医療の啓蒙や医療・介護政策にも影響を与えるまでに成長発展してきた。今月の特集では、その中心人物であり「在宅医療が日本を変えるーキュアからケアへのパラダイムチェンジー」の著者である医療法人ナカノ会ナカノ在宅医療クリニック理事長の中野一司氏に立ち上げから、活動内容、将来ビジョンを伺うと共に、近年定例となった第3回CNKセミナー・メディカルラーニングバー（懇親会）の活動を紹介する。

Part 1

MLの議論で育まれ発信される キュアからケアへのパラダイムチェンジ

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 中野一司氏

Part 2

寄稿 CNK-MLに思う

老・病・死を考える会 世話人 尾崎 雄氏
医療法人 おひさま会 理事長 山口 高秀氏
東海大学医学救命救急・地域医療連携講座 特任准教授 山本 五十年氏
前衆議院議員 元日本看護協会常任理事 山崎 摩耶氏
草加永大クリニック院長 梶井 雄一郎氏

Part 3

第3回 CNKセミナー「空中戦、から地上戦、へ MLでの議論と地続きのオフ会 活発なディスカッションが魅力

Part 4

CNK懇親会「メディカルラーニングバー」で 「生きる」をテーマに大いに語る

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

中野 一司氏

M Lの議論で育まれ発信される キュアからケアへのパラダイムチェンジ

鹿児島県の在宅医療のネットワークづくりから始まり、今やメーリングリスト会員は、全国や海外にまで広がる在宅ケアネットワーク鹿児島ML（CNK-ML）。日々の議論も医療、介護問題に留まらず政治・経済・歴史・哲学・教育等にもおよび、話題が絶えないCNK-MLの創設から今日までの活動について、主宰者である中野一司氏に聞く。

■在宅ケアネットワーク鹿児島ML（以下、CNK-ML）創設の動機についてお聞かせください。

中野 近年、インターネットやツイッター、フェイスブックなどに象徴されるICT（Information and Communication Technology）が劇的に社会を変えています。その変化は「情報革命」と呼ばれ、人類史上、農業革命、産業革命に次ぐ第三の革命として位置づけられています。こうした中、メーリングリスト（以下、ML）活用のもたらす意味もまた革命的で、従来のマスメディアは、すべて一方向の

情報伝達手段であり、情報発信する側と受ける側との間に階層構造を形成します。しかしMLは、その情報交換が常に双方向であり、参加者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なのです。ゆえにMLは、対人関係の意識革命を起こし、社会や組織の構造にも変革をもたらすのです。

そこは、年齢も性別も、職業も関係のない、フラットな社会です。問われるのは立場や肩書きではなく、どんな考え方をもち、どんな情報を発信するのかなど、その人そのものです。MLに象徴される情報革命（ICT革命）は、

人間社会を上意下達型縦割社会から、ネットワーク型フラット社会へと根本的に変革する、パラダイムチェンジの力を秘めているのです。こうした考えから、鹿児島地域での多職種連携への活用を第一の目的に、2006年11月21日、私はCNK-MLを立ち上げました。

■現在、CNK-MLの活動状況は、どのようになっているのでしょうか。

中野 MLの人数制限の関係で、昨年、グーグルMLからユーミンML（東京大学の医療系ML）に移行したため、最新の詳細な数字は把握して

いないのですが、昨年8月時点で参加者は1400名を超えています。そのうち約3割が在宅医療に関心のある医師で、そのほか訪問看護師、ケアマネジャー、薬剤師、歯科医師、ヘルパー、医療教育関係者、官僚、政治家、メディア関係者、一般市民、患者、家族の参加もあります。なかでもコメディカルや一般市民の意見が多いのが特徴です。

これまでの発信数については、ML開設から6年間で3万3580のメールがやり取りされました。平均すると年間5000、月400、1日15件となります。発信される内容は、医療関係のみならず、政治経済、歴史、哲学、文化、地域、教育、環境、介護など広範囲にわたります。

ゼロで、医療法人ナカノ会のSEがMLの入会・退会登録を、私がMLの管理を行っています。

またCNK-MLのオフ会として、2010年11月から、定期的にCNK-MLセミナーを開催しています。これはCNK-MLという仮想空間で集う人々が、リアルな場での出会う重要な場であり、この直接の出会いの場を有意義なものにするために、CNK-MLという仮想空間があるものと考えています。セミナーではCNK-MLメンバーが手弁当で集まり、活発なグループワークを行います。これまで本セミナーには、厚生労働省の官僚の方々も参加され、グループワークで議論された結果をまとめた政策提言は、たとえば2012年度

(平成24年度)の診療報酬改定・介護報酬改定にも反映されたと自負しています。

■2009年に開催された、第11回日本在宅医学会大会の企画・運営は、従来型の実行委員会を組織せず、会長である中野先生お一人で、CNKIMLを通じて企画・連絡・広報を行ったと聞いています。

中野 CNKIMLを通じての学会の企画・運営は、一種の社会実験でもありました。CNKIMLの立ち上げは、鹿児島地域での多職種連携への活用が第一の目的でしたが、同時にこの大会の準備ツールとして活用することも考えていたので、結果として、CNKIMLのメンバー全員が実行委員兼演者兼聴衆となつて、90の一般演題、例年の倍に当たる1000名の大会参加で、大会は大成功に終わりました。

■さらに中野先生は、一般社団法人全国在宅療養支援

診療所連絡会のMLも管理されていますね。

中野 全国在宅療養支援診療所連絡会は、国の在宅医療推進会議のもと、2008年3月に設立されました。そこで私は、CNKIMLでの実績を買われて連絡会のICT局長を担当することとなり、連絡会MLやホームページなどのICTをフル活用して活動をしています。現在、会員は900名を超え、連絡会MLにて、様々な情報交換を行っています。在宅医療は新しい分野ですから、それを担う医師にとっても多くの戸惑いや疑問があります。そこで本MLでは、診療報酬の請求の仕方、モルヒネの使い方、認知症ケアの提供の仕方など、多様で具体的な問題について情報交換をし、一般開業医に対しての在宅医療への参入支援という、大きな役割を担っています。

■現在、医療関連のMLは、国内にも様々なものがありますが、その中でもCNK

IMLは、非常に活発な議論が交わされ、しかも単なる議論の場にとどまらず、日本の在宅医療の普及・促進に大きな役割を示しています。その秘訣はどこにあるのでしょうか。

中野 まずCNKIMLの管理は、私自身、ライフワークと考え、それを楽しんでいます。毎朝2時間はML管理に費やしますし、この2時間は、私の貴重な勉強時間でもあります。MLはある意味で「生き物」ですから、各人のメールに丁寧な返事をする事によるMLの丁寧なケアこそ、MLをうまく機能させるための秘訣だと考えています。

■こうしたICTの活用は、法人の経営にはどのような影響を与えているのでしょうか。

中野 経営面でのICTの活用に関しては、まず医師の負荷を可能な限り取り去るとというのがコンセプトとしてあります。具体的には、電子カルテを導入し、完全

ペーパーレス化を実現し、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ます。運転手を除くスタッフ全員が電子カルテを使用し、法人内MLを活用できる環境にあります。これによって、診療記録や看護記録が一览でき、チーム医療としての診療のレベルが格段に向上しました。また法人内のICT化により業務の効率化を図り、スタッフは個人的には完全週休2日制で年休完全消化を実現しながら、法人全体としては年中無休、24時間、365日対応を実現し、経営状態を良くすることに成功しています。

もう少し具体的に説明しますと、たとえば電子カルテについては、医師である私は、電子カルテに直接所見を書き込みません。前もってパソコンに準備している訪問診療用の電子メモに所見を上書きし、それを電子メールで法人内MLに転送します。こうしてそれぞれの訪問診療記録を法人スタッ

フ全員で共有し、後日、事務職員が、患者別の所見を電子カルテにコピー・ペー

ストで転記するのです。この方法は、患者情報の共有というメリットがある反面、法人全体の事務作業が通常の2〜3倍に増えます。この点で、事務職員の人件費も増えるのですが、結果として経営上は有利になります。なぜなら、医師の人件費は事務職員の3〜5倍に当たりますから、たとえ事務作業が2〜3倍増えたとしても、トータルでの人件費は削減されるのです。ポイントは、業務作業の多くを事務職員に振り分け、医師の負担を可能なかぎり取り去ることです。ところが多くの医療機関では、こうした電子カルテの使い方はされていません。このためICTシステムを導入することで、むしろ医師の負担は重くなり、事務職員は暇になるという効率性の悪いシステムに陥りやすいのです。

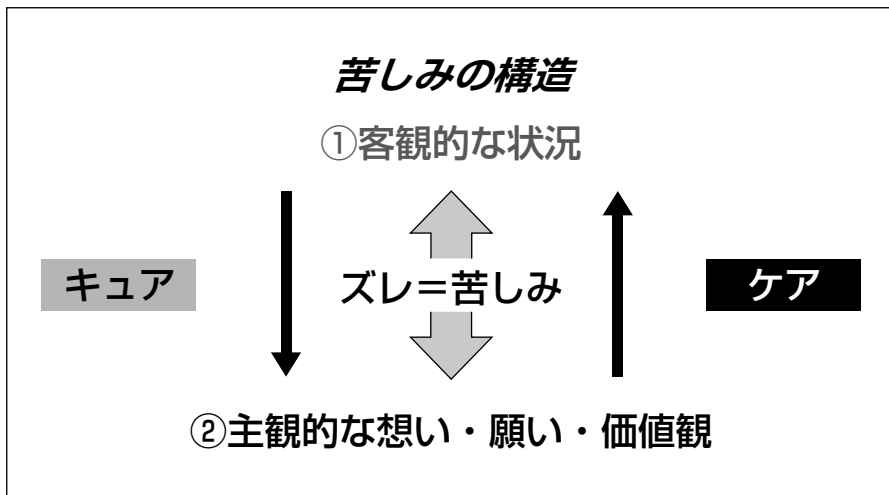
また見方を変えると、事務職員の作業量を2〜3倍

「専門医の在り方に関する検討会」で、専門医制度改革が検討され、従来の18診療科専門医に加え、新たに総合診療専門医の導入が決まりました。私は昨年12月に出版した『在宅医療が日本を変えるーキュアからケアへのパラダイムチェンジ【ケア志向の医療Ⅱ在宅医療】という新しい医療概念の提唱』（ドメス出版）で、これまでの「キュア志向の医療Ⅱ病院医療」に対し、「ケア志向の医療Ⅱ在宅医療」という、新たな医療概念を提唱しました。これは、私が開業9年目に学ぶ機会を得た、京都ノートルダム女子大学人間

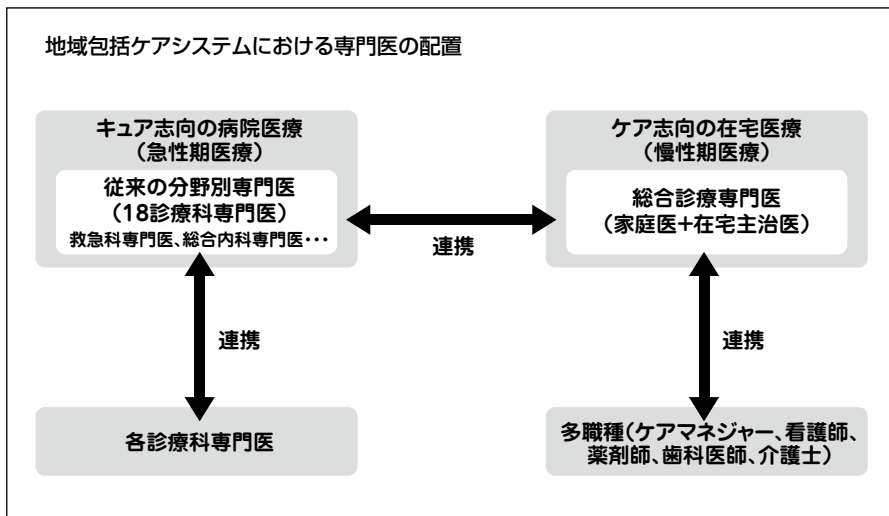
に増やしたということは、事務職員の雇用を創出したということにもなり、効率的なICTの活用は、新たな雇用創出にもつながること示しています。

■地域包括ケア実現に向け拡充が期待される、在宅医療のあるべき方向についてお聞かせください。

中野 先日、厚生労働省の



【図1】 苦しみの構造
出典：村田久行(1998)『改訂増補 ケアの思想と対人援助』(川島書店)p.45を一部改変



【図2】 地域包括ケアシステムにおける専門医の配置
出典：日本医事新報 11月特集号 No.4675 2013/11/30

在宅ケアネット鹿児島(CNK-ML)事務局 <http://nakanozaitaku.jp/renkeikyoten/carenet.html>
CNK-MLの入会・退会手続き 中野一司 E-mail nakano@nakanozaitaku.jp

文化研究科特任教授である村田久行先生の、キュアとケアの概念に基づいています。村田理論では、苦しみはその人の「客観的な状況」と「主観的な思い・願い・価値観」のずれから生ずるとされます。このずれを修正することが苦しみをとる対人援助であり、主観に沿う形で客観を変える対人援助を「キュア」

「ケア」と定義しています(図1)。

病気を検査し治療するところである病院は、治療(キュア)が実践される場であるのに対し、在宅では病気は生活(ケア)の一部であり、必ずしも検査や治療などの

「ケア」が優先されるわけではありません。障害や病気があっても、地域で最後まで生活することを医療的に保障するのが、「ケア志向の在宅医療」なのです。その結果は、在宅での看取りに結びつきます。ゆえに、在宅での看取りは国の財源確保の目的(キュア)ではなく、患者の望む医療を実践した

結果(ケア)であり、それが結果として、医療費抑制につながります。

専門医制度における現存の18の基本領域の専門医は、「キュア志向の病院医療」から誕生したものです。その延長線上に、新たな19番目の専門医として全ての疾患を横断的に診る、言い換えれば地域を診る、総合診療専門医の導入が、厚生労働省の検討会で検討されたとは見えていますが、「総合診療専門医とは、ケア志向の在宅医療(病院外医療)の専門医である」という新しい哲学の構築です。地域包括ケアシステムの構築と普及に向けて、ケア志向の在宅医療(慢性期医療)を行う総合診療専門医が、キュア志向の病院医療とケアを担う地域

の多職種との、連携のハブになることが求められています(図2)。

寄稿

CNK・MLに思う



老・病・死を考える会
世話人

尾崎 雄氏

私がCNKに留まっている理由

匿名の投稿を許さない点が気に入っている。治療行為は苦痛と引き換えだと断言したり、医療事故訴訟の原告を軽蔑したりするよきな医師も散見した。ハイデッカーとか村田理論をめぐる哲学的で高踏的な議論や政治的な発言をめぐる議論も交わされたりして辟易することもあった。それを忌避するかなのような退会者もいた。

私が、ときにウンザリしながらも、このMLに留まっている理由は全国津々浦々、それぞれの持ち場でヘルス・ケア改革に真剣に取り組む医師や看護師や薬剤師や介護専門職らの貴重な実践や生の声を知ることができるからだ。

医師による上から目線のコメントがあれば、自分自身の体験に基づいた反論をし、再反論されたら再反論する。それが私の作法であり、71歳の年金生活者としてのつとめだと思ふ。そんな「特殊市民」に共感メールを戴くと嬉しい。ただ、それらは往々にして看護師ら医師以外からの個人メールである。そこに実名を原則とするCNKの可能性と限界があるようだ。



医療法人 おひさま会
理事長

山口 高秀氏

遠くを知り自分をもめぐるための塾、CNKメーリングリスト

僕が参加して驚いたのは、投稿の活発さ。ずらつとならんだ受信記録。読むうちに、気づきました。どんどん、自分はこう思う、っていうことを、ぶつけ合っているいい場なんだと。そこで、どんどん思うことを発信してみました。あまりにぎくばらんにぶつけたので、ヒヤヒヤする議論が巻き起こることもあります。その点で投稿には少々覚悟は必要でしたが、それを乗り越えんとすばらしい世界が待っていました。それは、ここで発信することは、相手と議論するのではなく、対話を通じて、コンセプトを見つめ直す、内省の場になるということでした。他の方々との違いを知り、自分は何者なのかを見つめる場になります。僕にとってここは学校の教室。MLですので、出席時間は自由だし、退学も入学も自由。そして無料。こんなすばらしい場はほかにはありません。僕は生涯この学生として参加していきたいと思っています。中野さん、この学校は僕が死ぬまで続けてくださいな(笑)。

私がCNKに加入したのは7年ほど前です。救急医療一筋の私が、複合プロジェクトを創始しようと考えた時に、私の後輩である中野先生からお誘いを受けました。「キユアからケアへのパラダイムシフト」の本質論的認識に共感し、時代の風を感じ、今、多くの素敵な仲間にも恵まれています。CNKは鹿児島で創始されましたが、時代の風を捉えた今、CNJ (Care-net Japan) という次のPhaseへ飛び立つことを切望します。常に有意な情報を提供し懐の深いCNJを大切にしていきたいと思っています。



東海大学医学救命救急・
地域医療連携講座
特任准教授

山本五十年氏

ケアネットジャパンへの飛翔

私は、沢山のメーリングリスト (ML) の「栄枯盛衰」を見てきました。重要な情報提供があり、意義のある討論があり、学びの要素があり、管理者が上手くハンドリングするMLは発展しています。時代の風を捉えることが出来れば、オピニオンリーダー達が有意な情報を注ぎ込んでくれます。時には、最高のピアリングの場になり、国の施策に影響を与えることもあります。しかし、時代の風を捉えられなくなると、脆くも崩れていきます。

私は国政の場で医療介護現場の代弁者として、皆さまの現場の想いや実践、患者・家族としての声を、法制度や国家予算に落とし込む仕事をしてきたが、「老いてもほけても自分の住み慣れた地域で最後まで生き抜きたい」と思う国民のニーズをかなえる「人に添った在宅医療・看護のシステムづくり」はまさに地域づくり。「人間の安全保障」としての国家戦略だろうと思っている。患者・家族、医療提供者、行政の三方よしのシステムと地域づ



前衆議院議員
元日本看護協会
常任理事

山崎摩耶氏

ソーシャルキャピタルとしての在宅医療看護と地域づくり

数年前、WHOが「Great TUNAMI」と称しグローバルな課題と位置付けた高齢化の波は、まさに地球上の国々の社会システムを一変させるだけの巨大エネルギーに満ちている。そのフロントランナーとしてソーシャルキャピタルづくりをしているのが、わが日本である。さて、挑戦する在宅ケアのネットワークCNK・ML。全国のピギナーから先達まで、大小様々なケースが、リテラシーや論争の種となり、現在の苦悩(苦労)と未来の展望を語り、医療思想のパラダイムシフトの波に皆、必死で乗ろうとしている。その意味でダイバーシティな「場」としての意義と面白さがある。

私は国政の場で医療介護現場の代弁者として、皆さまの現場の想いや実践、患者・家族としての声を、法制度や国家予算に落とし込む仕事をしてきたが、「老いてもほけても自分の住み慣れた地域で最後まで生き抜きたい」と思う国民のニーズをかなえる「人に添った在宅医療・看護のシステムづくり」はまさに地域づくり。「人間の安全保障」としての国家戦略だろうと思っている。患者・家族、医療提供者、行政の三方よしのシステムと地域づ



草加永大クリニック
院長

梅井雄一郎氏

CNKセミナーに参加して「意欲的な方が多いCNKML」

個人も社会も、ほとんどは無意識の大きな流れや動きのなかに入り、ごく一部の意識や無意識のなかから意識へと移行したものが自覚されるだけです。人間の概念形成は、漠然としたものから、わかりやすい二分割などに移行し、しだいに多角化した構造に移行します。

組織が柔軟性を失って守りの姿勢が強くなると管理強化が打ち出され、個人の場合も、守りの姿勢などが強くなります。それぞれがそれぞれの主役としてできる範囲内であることをやるうとしていけば、その範囲内で情報も共有できて、結果も期待できます。具体的には、安価で活動してくれる経験豊富な資源として何がしかの活動可能な高齢者を活用していければ、日本は人的資源大国になります。CNK・MLは、意欲的な方が多く、今後のご発展を期待いたします。

くりを目指して、地に足ついた未来志向の本ネットワークの今後に大いに期待している。山高ければ裾野広し!

第3回 CNKセミナー 空中戦から地上戦へ MLでの議論と地続きのオフ会 活発なデイスカッションが魅力

普段はインターネット上で議論を交わす在宅ケアネット鹿児島ML（CNK-ML）の会員が、直接顔を合わせる「オフ会」が、CNKセミナーである。今回で3回目となるCNKセミナーはどのように行われたのか、現場からレポートする。

今年で3回目となった CNK-MLのオフ会

第3回のCNKセミナーは、

「医療と介護の連携・地域包括ケアの構築の促進・障害因子」をテーマに、銀座にある保健・医療・福祉サービス研究会のセミナールームにて開催された。当日は、全国各地からCNK-MLの会員約50名が、それぞれ在宅医療への熱い思いを胸に集まった。

セミナーは、まずアイスブレイキングとして、参加者全員が1人30秒ずつの自己紹介をすることから始まった。普段、ML内で活発な議論が交わされているCNK-MLであるが、実際に顔を見るのはここが始めてであるという人

も少なくない。こうした「オフ会」としての意味が、本セミナーには大きい。

救急医療の視点から見た 地域包括ケアの課題



東海大学医学部救命救急・地域医療連携講座特任准教授 山本五十年氏

アイスブレイキングの後には、CNK-MLのアクティブな発言者である東海大学医学部救命救急・地域医療連携講座特任准教授の山本五十年氏が、「地域包括ケア構築の促進・障害因子（在宅医療を担う救急指導医の観点から）」

と題して、基調講演を行った。まず山本氏は、地域包括ケアの構築に向けて、考え、行動するのは「今である！」という点を強調。現状を分析すると、国のコンセプトやイメージ、工程は公表されており、医療のパラダイムシフトは想定されている。また現場から草の根の活動が各地で勃興しており、在宅医学会や在宅関係事業所・団体などが奮闘しており、様々な地域モデルが誕生しているなか、「国民の社会保障への不安は蔓延し、民意は動いているが、一方で実施主体の分析や方法論が甘



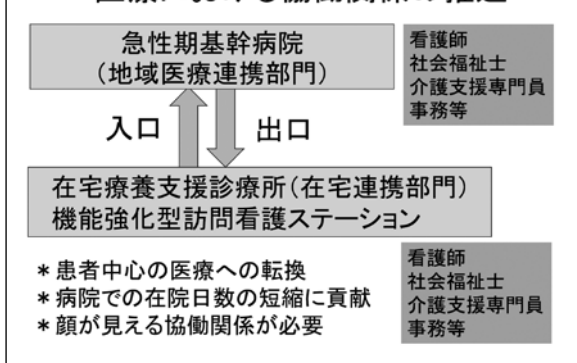
い」と指摘する。

その上で山本氏は、問題はまず、医療全体の中で在宅医療の位置づけが不十分であり、救急医療と在宅医療の連携をどう作るか、地域包括支援センターは地域包括ケア構築の推進力になることができるか、介護支援専門員（ケアマネジャー）が医療と介護の連携の柱になりうるか、そのためにどうすべきかと指摘。「そもそも、地域包括ケアシステムは介護保険事業なのか？ 医療と介護の総力を結集し、国のセーフティネットを創造する壮大な事業ではないのか？」と述べた。

また「キューアケアの最適化」という点で、救急医療の位置づけを解説し、同時に慢性疾患の治療や緩和ケア、在宅トリアージによる救急医療の負担軽減など、在宅医療のミッションとその位置づけについても説明。急性期基幹病院と在宅療養支援診療所による、協働関係推進の重要性を強調した（図1）。

一方で地域包括支援センターについては、本来は保健所の公衆衛生・予防/健康増進事業を継承したものであり、「包括的継続的な支援を行う地域包括ケアを実現するための中心的役割」（長寿社会開発セ

医療における協働関係の推進



【図1】 医療における協働関係の推進

ンター)を果たすことができるのか?」と疑問を呈した。同様に介護支援専門員制度についても、医療を含むアクセスメントが不十分であり、医療に弱い。地域では医療に強い介護支援専門員が期待されているが、現在の介護支援専門員の「否定的」な状況は、制度発足から宿命付けられているとし、医療に強い介護支援専門員制度を目指すためのポイントについて指摘した。

医療と介護の連携については、医療保険と介護保険のカットリングした共通の土台が必要であり、ICT活用や相互理解による共通の認識・共通の言語が必要であると述べた。まためとして山本氏は、「高齢化社会の到来にともない、医療の枠組み(パラダイム)は地殻変動を起こしつつある。地域包括ケアシステムの構築は、介護保険事業に単純化されず、基礎自治体に丸投げされてはならない。国・都道府県・市町村の行政の指導力、医療と介護・福祉の総力を結集し、国民のセーフティネット⇨新たな社会システム

を創造する、壮大な事業でなければならぬ」と結んだ。

地域医療を担う病院機能の重要性



総務省消防庁審議官 武田俊彦氏

続いて総務省消防庁審議官で、前厚生労働省社会保障担当参事官の武田俊彦氏が、「地域包括ケアの目指すもの―救急医療、在宅医療、病院、医療介護連携―」と題し、基調講演を行った。冒頭、武田氏は、本講演における厚生労働行政にかかわる部分の見解は、あくまでも個人的見解であるとした上で、社会保障制度改革国民会議の報告書や日医・四病協提言が示す、かかりつけ医の定義や機能を示した。その上で同氏は、救急から見た今の医療提供体制として、救急搬送件数は増加が続き、救急搬送は限界に近づいていると指摘。救急隊の増加は容易では

なく、地域によっては搬送困難事例が増大しているなか、救急相談のコールも多く、救急医療現場の医師の疲弊も続いていると述べた。困ったときにどこを受診するのかという点で、患者のフリーアクセスが保障されている反面、どこに行ってもよいのか分からないという現状があり、「システムとしての医療の再構築が迫られていると見ることもできるのではないかとし、さらにこの時期に出た日医・四病協の提言をどう見るべきかが重要であると指摘、その意義について考察を述べた。

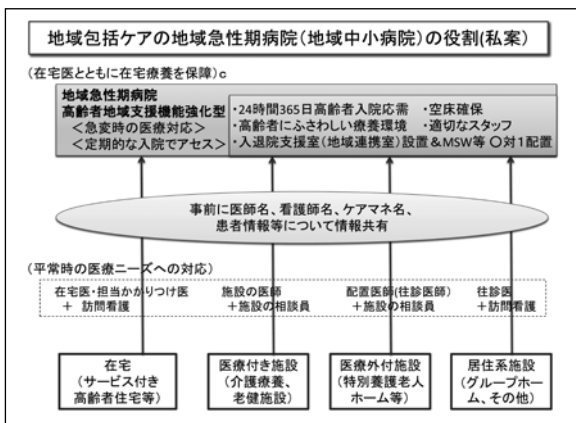
続いて武田氏は、地域包括ケアから見た医療改革として、医療をも包括した地域包括ケアの再定義がなされる中、医師会や病院団体が地域包括ケアの推進を宣言し、在宅医療は新たなステージに入ったとした上で「患者の視点で再定義するとすれば、」

「地域包括ケアの視点で見た診療所、病院の将来像は?」「地域包括ケアシステムにおける在宅医療とは?」という視点の重要性を指摘。「地域

包括ケアの構築で医療・介護・難民を作らないために」と目標を設定するとすれば、医療・介護が必要な人に適切な支援を行える体制が必要であるが、「介護ではケアマネや地域包括支援センターが制度化されているが、医療との連携は不十分。医療では、退院支援の充実が必要だが、患者支援体制は制度化されていない。地域医療・地域包括ケアを担う病院の機能、診療報酬上の評価に、これらの機能が組み込まれるべきである」と指摘。「どのような病気に対応し、どのような患者が入院しているのか」という病床の医療機能に加え、病院として果たしている地域包括ケアを担う機能の積極評価が不可欠だ」と強調した。

を定義した。たとえば、救急搬送を断られる高齢者など、救急搬送の問題。転退院が困難な救急部門の入院患者の存在(救急の出口問題)。病院から退院できない患者が一定程度存在(特定除外の問題)。転院先を探す患者や家族と、それに対するサポートの不在(医療・介護難民)。在宅医療がシステムに組み込まれていない、などである。

その上で武田氏は、入院から退院・転院の患者の流れのイメージを整理し、地域医療を担う病院機能が今後重要になると強調。具体的な事例として、京都府医師会によ



【図2】 地域包括ケアの地域急性期病院(中小病院)の役割(私案)

る「在宅療養あんしん病院制度」のコンセプトや、地域包括ケアの地域急性期病院（地域中小病院）の役割私案（図2）、病床機能と病院が果たす機能の整理などについて解説し、「高度急性期病院が救急・急性期の中核になるのに対して、地域の病院は、医療難民、介護難民を作らないための地域のセーフティネットとなるべき」と述べた。

活発に意見が交わされるフラットなグループワーク

山本・武田両氏の基調講演に続いて、セミナー参加者全員によるグループワークが行われた。参加者を8つのグループに分け、「地域包括ケアの構築の促進因子・阻害因子」をテーマに1時間ほど討論し、その結果を、各グループが発表するといったものである。

8つのグループは、あらかじめ主催側によって、多職種参加者がバランスよく混じるよう配慮の上グループ分けがなされ、各テーブルでは、医療関係者、介護・福祉関係者、マスコミ関係者などが、活発で真摯



グループワークの様子



グループワークの様子



グループワーク後の発表の様子



質疑およびまとめの様子

な討論を行っていた。たとえば記者が参加したグループでは、現役の医師、政治家、市民、マスコミ関係者がテーブルを囲み、自由闊達な意見が交わされ、その様子は、職種や社会的地位などの階層に囚われない、きわめてフラットな雰囲気での討論となった。討論後の各グループの発表では、「医療費や行政、現場の問題などの阻害因子があるなか、市民参加型のシステム構築が必要」「知識と教育のコミュニケーションギャップ、介護職の低い報酬が阻害因子としてあり、行政が分かる市民の登場が重要」「フリー

アクセスの矛盾をどう捉えるのか？」「市町村の議会が担う役割を見直す」「市民のリテラシーの向上」「ICTを生かしたシステムの構築」など、多彩な意見が示された。

グループワークの後は、質疑応答として、参加者からの発言がなされ、最後にCNK・MLの主催者である中野二司氏が、まとめのコメントを述べた。

中野氏は、現在、厚生労働省で議論されている総合診療専門医を、ケア志向の在宅医療の担い手と定義した上で、本セミナーのテーマであった「地域包括ケアの構築の促進・阻害因子」という課題のポイ

ントは、医療と介護の連携であると強調。それはキュアとケアの連携なのだが、医師の提供する医療の9割5部はキュア志向であり、キュア志向の医師と、生活を支援するケア志向の介護職は、そもそも水と油であり、合うはずがないと指摘。そのレベルで医療と介護の連携といっても、まず合うはずがない。だからこそ、そこに介入するのが、「ケア志向の在宅医療」なのだと述べた。

「ケア志向の在宅医療と介護は、当然ながら相性がよい。ケア志向の在宅医療は、看取りまで対応し、死ぬまで家で

過ごしてよいということを支援する医療だからです。一方で、ケア志向の在宅医療と、キュア志向の病院医療も相性がいいのです。担う医療の領域が違いますから。たとえば在宅の高齢者が肺炎になったら、家で粘るよりは、病院に送って治療してもらったほうがいい。だからこそ医療と介護の連携に、ハブ機能としてのケア志向の在宅医療が必要になるのです。逆に言えば、この概念がないと、医療と介護の連携はありえない。これが今日のテーマのポイントです」と、中野氏は結んだ。

（文）瀬沼健司

CNK懇親会「メデイカルラーニングバー」で 「生きる」をテーマに大いに語る

CNKセミナーに先立ち、前夜に開催された懇親会「メデイカルラーニングバー」。ラーニングバーとは、料理やお酒を楽しみながら、講演を聴き、そして対話をするという、いわば「大人のための学びのスタイル」だ。当日は全国から45名の参加者が集い、リラックスした雰囲気の中で、活発な意見交換が繰り広げられた。その模様を報告する。

立場の異なる人たちの、 自然な対話を生み出す

今回の進行を担当したのは、医療法人おひさま会理事長の山口高秀氏が代表を務める、株式会社LINKのスタッフ。まずは、このラーニングバーの「お作法」と題して、企画の主旨、およびル

ルについて、スタッフより解説が行われた。

真面目なテーマを柔らかい場で扱うことにより、組織や立場の異なる人たちの対話を生み出す——それがメデイカルラーニングバーのコンセプトである。一般的に、講義の場というのは一方的に話を聞くのみである場合が多いが、メデイカルラーニングバーは「聞く」だけではなく、参加した一人ひとりが「考える」、そして「対話する」、そのことから「気づきを得る」、ということを主旨としている。そのためのものである。スタッフが示したのは、次の通りだ。まずは「私を主語に語る」と、そして「あえて判断を

保留すること」「何よりも「楽しむ」ということである。一般論ではなく、「私はこう思う」ということをお互いに語り合いながら、あえて判断を保留することで、「こういう考えもあるのか」という気付きにつなげていく。議論を戦わせるのではなく、「みんな違って当たり前」という前提に立ち、楽しみながら意見を交換し合う、それがこの企画の狙いである。

では、何をテーマに語り合うのか。プレゼンターとして講演したのは、草加永大クリニック院長の梅井雄一郎氏だ。氏が提示したのは、黒沢明監督の映画『生きる』。この映画は題名通り「生きる」という普遍的なテーマに真っ向から切り込んだもので、時代劇の印象が強い黒沢映画の中では異色の作品として知られる。梅井氏が読み上げたのは、この制作の意図についての黒沢監督の言葉である。



プレゼンターの梅井氏が、ラーニングバーのテーマを設定

て立派に生きようとする。僕は、この人間の軽薄から生まれた悲劇をしみじみと描いてみたかったのである——

死に直面した時、得体の知れない恐怖に襲われ、「死にたくない」と叫ぶ。そんなありのままの人間の姿を赤裸々に描き、「なぜ生きるか」を世に問うたこの作品。それは黒沢明監督自身の実感を土台にした映画でもある。今回の話し合いのテーマとして、この「生きる」を提案した梅井氏。「皆さんは今、生きているが、いつ死んでもおかしくない。自分だけは大丈夫と思ってしまうが、人間の死亡率は百パーセントだ。生きるということを考えることは、逆説的に死を考えることになる。自分自身がどう生きるか、自分自身がどう死にたいか、これを一つのテーマにしてはどうか」と語り、対話を呼びかけた。

45人の参加者が、 それぞれの「生きる」を語る

テーブルごとに、約30分の対話がスタート。それぞれの





それぞれが、「生きる」について思い思いに書き込んでいく



美味しい料理とお酒を楽しみながらのトーク

テーブルで自由に話し合いをした後、テーブルの中央に用意されたメモ用紙に、参加者が「私にとっての生きるということ」を思い思いに書き込んでいく。30分が経過すると、それぞれの考えや意見を記したたくさんメモが集まった。続いて行われたのは、それ



生と死について語る山口氏（右）と中野氏（左）

ぞれが記した「生きる」を共有することである。参加者からのたくさんコメントをもとにトークを繰り広げたのは、山口氏、そしてCNK主催者の中野一司氏。まず山口氏が語ったのは、自らが抱いている生と死のイメージだ。「人生の終わりというゴールを意識して、そこに向かって走っているというより、むしろゴールはないと思って走っているけれども、知らない間にスポッといなくなっているイメージ」と語った山口氏。一方で、たくさんメモの中から山口氏が拾い上げたのは、「生きる」と「死ぬ」とは一体だ。でも死ぬんだったらがん」とのコメントだ。



ラーニングバーの企画・運営をした一般社団法人LINK 理事長の山口氏（右上）司会を務めた大島氏（右下）とメンバーの皆さん

「ゴールがある程度、見えている生について、今度は中野氏が、自らの経験をふまえてコメント。「がん末期の患者が、自分がこの世からいなくなるのが心配でたまらない、ということをお口にすることがある。そういう時に自分が必ず言うのは、心配する状況になったら、もう心配はなくなりですよ、ということ。生きていくから苦しいのであって、死ぬときは意識がなくなから苦しくない。それならば今、心配している死が訪れるまで、人生を楽しめばいい

「生きる」を語った今回のメ
ディカルラーニングバー。運
45人の参加者が、45通りの
多職種の垣根を越えていく
人との違いを知ること
で
「生きる」を語った今回のメ
ディカルラーニングバー。運

じゃないか、そう話している」と語った。
続けて、スタッフがピックアップしたのは、何のために生きるのか、というコメントである。「好きなことをする、育てる、社会貢献」という三つの生きる意味が記されたそのコメントに対し、中野氏は「人は基本的に依存的な存在であり、自分自身が人に育てられていることを知ることが大事」とコメント。これを受けて山口氏も、「目の前に弱っている人がいて、それを無視して歩き去るのは気持ちが悪いもので、助けないといけないと思う気持ちは非常に苦しいもの。無視しても苦しい、ケアしていても苦しい。だから、ケアして苦しんでいるその人をまたケアする必要がある。それがつながっていくと、地域包括ケアになるのではないか」と語った。

「生きる」を語った今回のメ
ディカルラーニングバー。運
45人の参加者が、45通りの
多職種の垣根を越えていく
人との違いを知ること
で
「生きる」を語った今回のメ
ディカルラーニングバー。運

営スタッフのチームワークにより、参加者が職種の垣根を越えて楽しく語り合い、会場は大いに盛り上がった。最後に山口氏は、こうして語り合うことの意義について、「多職種連携においては相手の考えていることがわからないことが多々あるが、それを会議室で解決するのは難しい。この壁を何とか突き崩そうと思った時、このような場を通して人との違いを知り、自分の中でそれを反芻できる意義は大きい。そういうことの繰り返しによって多職種連携の壁もなくなっていくという仮説に基づき、これからも続けていきたいと考えている」と結んだ。

（文／佐藤あゆ美）