

フロンティア精神で取り組む 在宅医療のシステム化

「私は“在宅医療”をやりたいくて在宅医療クリニックを立ち上げたのではない、“在宅医療のシステム”を作りたくて開業したのだ」——そう語る医療法人ナカノ会理事長の中野一司氏は、1999年にナカノ在宅医療クリニックを創設して以来、常に在宅医療へ新風を吹き込んできた。開業以降、同法人の訪問看護ステーションをはじめ鹿児島市にある10数軒もの訪問看護ステーションと強固な連携を培い、現在では、医師5名（うち非常勤4名）、看護師9名、事務6名、理学療法士1名、運転手3名と、総勢24名の法人スタッフで、150名にもものぼる在宅患者を診ている。

2006年11月には同市における在宅医療の試みとして、メーリングリスト（「在宅ケアネット鹿児島」）を立ち上げるなど、常に新たな在宅医療の形を模索し続けている。

成功へのStep

Step 1 背景

鹿児島市は、県人口の3割が集中し、特定機能病院である鹿児島大学医学部附属病院をはじめ、鹿児島医療センター、鹿児島市立病院、などの中核病院が充実する都市型医療圏である。近年住民の高齢化が著しく、その多くが独居であることから在宅医療へのニーズは高い。

Step 2 課題／問題点

ナカノ在宅医療クリニックが開設した1999年当時は、まだ在宅医療への認識が低く、訪問看護やホームヘルパー、訪問入浴サービス、介護施設などの社会資源は存在していたものの、それぞれのサービスはバラバラに提供されており、必ずしも効率よく機能しているとはいえなかった。

Step 3 打開策＝今回の取り組み

同クリニックの中野氏は、ノートパソコンと携帯電話のフル活用による院内の情報共有体制の徹底や電子カルテの導入による完全ペーパーレス化を図るなど、ITを有効活用した良質な連携システムづくりを実践した。また「在宅医療の最前線基地は地域の訪問看護ステーションが担うべき」といった構想のもと、同法人ナカノ訪問看護ステーションの育成を目指した教育環境（在宅医療実践勉強会開催・学会参加等）の整備に注力した。

Step 4 成果

ITの有効活用により、全スタッフがオンタイムで情報を共有できるばかりでなく、問題点を共有し、知恵や情報を交換し合うことで仕事の効率化が図られた。2006年には「在宅ケアネット鹿児島」という全国版MLを立ち上げ、全国規模の在宅医療ネットワークの形成・強化にも乗り出している。一方、同法人の訪問看護ステーションについては、将来的に地域の訪問看護ステーションや地域開業医の教育支援機関として進化させていくことを目指している。

社会資源が有機的に連携する 在宅医療システムを目指して

鹿児島市は、県人口の3割（約60万人）が集中し、特定機能病院である鹿児島大学医学部附属病院をはじめ、鹿児島医療センター、鹿児島市立病院、などの中核病院が充実する「都市型医療圏」だ。近年住民の高齢化が著しく、その多くが独居であることから在宅医療へのニーズは高い。

この都市に居を構えるナカノ在宅医療クリニックは、1999年9月に開設した。当時はまだ在宅医療への認識が低く、訪問看護やホームヘルパー、訪問入浴サービス、介護施設などの社会資源は存在していたものの、それぞれのサービスはバラバラに提供されており、必ずしも効率よ

く機能しているとはいえなかった。「これらの社会資源を連携させ、有機的に機能する地域連携ネットワーク型在宅医療システム（以下、在宅医療システム）（図）を構築しようと思ったのが開業のきっかけです」と中野氏は振り返る。

同クリニックは創設当初よりこれまで、訪問看護ステーションをはじめとする医療・福祉施設との連携を強化しながら、地域一体となり患者さんを診てきた。その運営スタイルは2006年に創設された在宅療養支援診療所の施設要件によく似ている。

「在宅療養支援診療所は一見、ハードルが高いと思われます。確かに24時間365日往診体制を自己完結的に行おうとすれば当然医師は疲弊してしまう。しかし24時間対応の訪問看護ステーションや緊急時に受け入れ



医療法人ナカノ会理事長
中野 一司 氏

てくれる病院とうまく連携することによって、24時間往診体制を実行することは、例え一人主治医でも、それほど大変ではないのだと、在宅医療の現場を経験してきた私には断言できます。

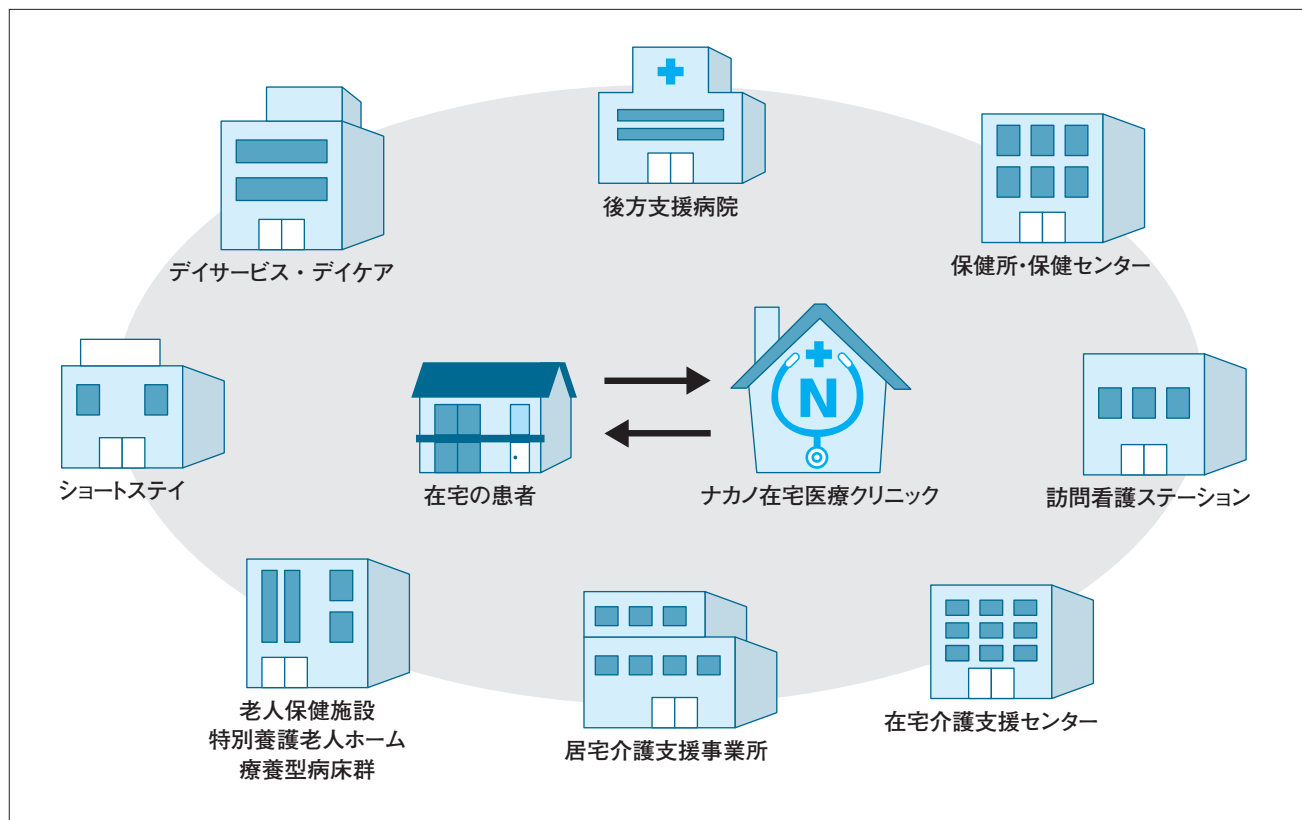


図 地域連携ネットワーク型在宅医療システム

当クリニックがここまで成長できたのも、訪問看護ステーションとの連携があったからです」（中野氏）。2004年11月、ナカノ在宅医療クリニックの看護部門を独立させる形で、“ナカノ訪問看護ステーション”を創設して以来、同クリニックは訪問看護ステーションと二人三脚の在宅医療を手がけてきた。

折しも、2008年度診療報酬改定では、在宅医療における訪問看護の重要性に鑑み、「訪問看護基本療養費」の引き上げとともに、24時間訪問対応が可能な体制を整えている訪問看護については、「24時間対応体制加算」として540点が加算されることとなった。在宅医療における中心的役割を担う在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションの連携が今後ますます広がりを見せることになりそうだが、中野氏はいち早く着目したことになる。

ITと教育を核に グループ診療の強化を実現

ナカノ在宅クリニックを開業する前、中野氏は鹿児島大学病院で検査システムのIT化を手がけていた。この時蓄積したノウハウや理論は、その後の取り組みに大きく影響している。

「グループ診療を実践するには、“良質な連携システムを構築すること”と“各構成メンバーのモチベーションを高めること”が重要になります。前者はITの有効活用により、後者は教育環境の整備により実現が可能となるのです」と中野氏は語る。この二つのポイントをもとに同氏の取り組みを見ていこう。

●良質な連携システムを構築

⇒ITの有効活用

在宅医療は訪問診療が中心になるため、診療所を不在にすることも多く、スタッフ間の情報共有が滞りがちだ。このため中野氏は、ノートパソコンと携帯電話のフル活用による院内の情報共有体制を徹底した。

同クリニックでは、スタッフ一人ひとりがノートパソコンを携帯し、訪問診療時の診察データや在宅ケアカンファレンス時の協議内容を、その場でパソコンに打ち込む。このデータをクリニック内のメーリングリスト（以下、ML）で全スタッフへ流し、必要に応じて、問題点・対策などの意見交換も行う。多いときには一日に100通ものメールが行き交うという（緊急時には携帯電話を利用）。

これにより、全スタッフがオンタイムで情報を共有できるばかりでなく、診療所不在となる中でも問題点を共有し、知恵や情報を交換し合うことで全体としての仕事の効率化も図られる。「近年のIT化により、情報共有は簡単かつタイムリー、さらに低コストでできるようになりました。これを活用しない手はありません」と中野氏は話す。

また電子カルテの導入により、診療録や看護記録などもノートパソコンで直接入力・閲覧できるようにし、完全ペーパーレス化を図った。この結果、大幅な業務量の削減にも成功したという。

「当法人では、“一生懸命働かず、賢く働こう”を合言葉に皆で知恵を出し合い、最小限の労力で仕事の質を高めるための話し合いを行っています。しっかり勉強して自分の仕事

の価値を高め、快適な仕事環境を構築できるよう、スタッフ全員で経営努力しているわけです」と中野氏。

医療機関におけるIT活用はまだまだ発展途上であり、その効果を実感するまでに至らない所が多いなか、同クリニックではITツールを前提とした高効率なチーム体制がすでに形成されているようだ。

●各構成メンバーのモチベーションを高める

⇒教育環境の整備

また中野氏は「在宅医療の最前線基地は地域の訪問看護ステーションが担うべき」といった構想のもと立ち上げた“ナカノ訪問看護ステーション”の育成に注力してきた。「“病院医療”が医師の指示に基づき看護師から患者さんへ提供される医療であるのに対し、“在宅医療”は患者さんの生活をご家族やヘルパーが介護し、その医療的側面を訪問看護師がサポートし、さらに看護師を医師がサポートするという体制になっています。つまり、指示待ち看護師では訪問看護師は務まりません。現場での確かな判断ができるよう、日ごろから医療情報の収集に熱心であることが求められます」（同氏）。

同法人では開業当初より1~2カ月に一度のペースで、法人内勉強会を開催している。テーマは「家族看護」、「ラップ療法」、「対人援助論」、「鎮痛薬の使用法」など、在宅医療現場で役立つ実践的なものが多く、講師には、あおぞら診療所の川越正平氏や、鹿児島大学医学部保健学科教授の小林奈美氏など、豪華な顔ぶれをそろえる。このほか、スタッフが希望した学会には全て参加させており、ス

表 「在宅ケアネット鹿児島」主催の勉強会

実施日	講師	内容
2007.2.3	五反田 満幸 さん(五反田内科クリニック) 中野 一司 さん(ナカノ在宅医療クリニック)	鹿児島市地域の在宅医療
2007.5.12	太田 秀樹 さん(医療法人アスミス理事長)	実りある人生のための在宅医療 出前医療16年の実践から
2007.7.14	白浜 雅司 さん(佐賀市立国民健康保険三瀬診療所所長、佐賀大学医学部臨床教授)	臨床倫理について
2007.10.13	小林 奈美 さん(鹿児島大学医学部保健学科教授)	家族看護について「家族のケア-家族との日常の関わりをあらためて考えてみませんか？」
2008.2.23	桜井 隆 さん(兵庫県尼崎市さくらいクリニック、おかえりなさいプロジェクト代表 阪神ホームホスピスを考える会代表)	「あなたの家にかえろう～住み慣れた家で死ぬということ～」(看取りのソーシャル・キャピタルの再構築)
(予定) 2008.6.28	白浜 雅司 さん(佐賀市立国民健康保険三瀬診療所所長、佐賀大学医学部臨床教授)	臨床倫理について

スタッフ1名につき平均年3回もの学会参加を果たしている。これらの教育にかかる費用は年間およそ200万円にもものぼるが、同氏は「教育は将来に向けての最大の投資」だと言い切る。

また、訪問診療時には訪問看護師を必ず同行させ、医療・介護施設のコーディネートを一任するなど、在宅医療の中心的役割を担える自立性も同時に養っている。「ゆくゆくは当法人の訪問看護ステーションを、地域の訪問看護ステーションや地域開業医の教育支援機関として進化させていきたい」と中野氏は意気込みを見せる。

全国に広がるITネットワークに新たな可能性を見出す

2006年11月、中野氏は鹿児島市の医療、介護、福祉、行政、教育機関の地域連携ツールの確立を目指し、「在宅ケアネット鹿児島」というMLを立ち上げた。しかし、これが一年経たないうちに全国レベルのメー

ングリストにまで拡大した。現在では約400名が登録し、開設から一年のうちにやりとりされたメールはおよそ4,000通にもものぼる。

メンバーには、在宅医療に関心のある医師が6割、訪問看護師・ケアマネジャー・ホームヘルパー等のコメディカルが3割、その他、医療教育関係者、行政、患者さん、一般市民、ジャーナリストなどが参加しており、在宅医療をめぐる様々な問題点について日夜活発な議論を展開している。

「先日はML上で『認知症のある99歳の患者さんにPTCAを施行すべきか?』という議論が展開されました。在宅医療はいわゆるトリアージ的な側面を持っており、在宅医師には日々重大な決断を迫られます。患者さんにとってよりよいゴールへ結び付けていくため、MLで得られる体験談や多面的な意見は非常に参考になります」と中野氏は話す。

またML主催の勉強会をこの一年で4回開催し、毎回100名以上の参加者を得てきた宣伝や連絡を全てMLで行うことで、準備にかかるコストや労力を最小限に抑え、その代わり参加費を無料にしているという。「勉強会の開催」を目的とするのではなく、それを呼び水に“全国規模の在宅医療ネットワークが形成・強化されていくこと”に同氏は意義を見出す。鹿児島市では日本在宅医学会大会(2009年2月28日～3月1日、かごしま県民交流センター)の開催を控えているが、この準備にもMLの活用を考えているという。

今後は在宅医療の研修施設として鹿児島大学の研修医を受け入れていくという同クリニック。在宅医療を支えるシステムづくりには、一人でも多くの医師に在宅医療を理解してもらうことが大事だと考える同氏の信念が、着実に次世代へも受け継がれていくだろう。

※在宅ケアネット鹿児島の詳しいご紹介はこちらまで↓
<http://www13.ocn.ne.jp/~nazic/carenet.html>