

ICTを生かした 在宅療養支援診療所の経営

中野一司

はじめに

～クリニック開業の目的～

1 在宅医療の“システム”が創りたくて、開業した

筆者は、1999年9月に、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た。筆者は、在宅医療に携わることを目的として(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。在宅医療の“システム”が創りたいと思っていたのである。

その当時、訪問看護サービスや訪問介護サービス、訪問入浴サービス、介護施設、病院などの医療介護の社会資源は存在したが、それらのサービスが別々に提供されていて、せっかくの有用なサービスが全体的に非効率的できちんと活用されていないと考えた。介護保険法施行6か月前の時期である。

在宅医療では、これら個々の社会資源が一人の患者に対して有機的につながり、連携機能する地域連携ネットワーク型在宅医療システムが必要と考えていた。そのシステムを鹿児島市に構築するために、その拠点としてナカノ在宅医療クリニックを開業したのである。

筆者は、開業前の5年間鹿児島大学病院検査部に所属し、合計約10億円をかけて、総合検体検査支援システム(HIPOCLATES)、総合生理機能支援検査システム(PLATON)、総合画像診療支援システム(GALIREO)という三つの臨床検査システムの構築に関与した¹⁾。臨

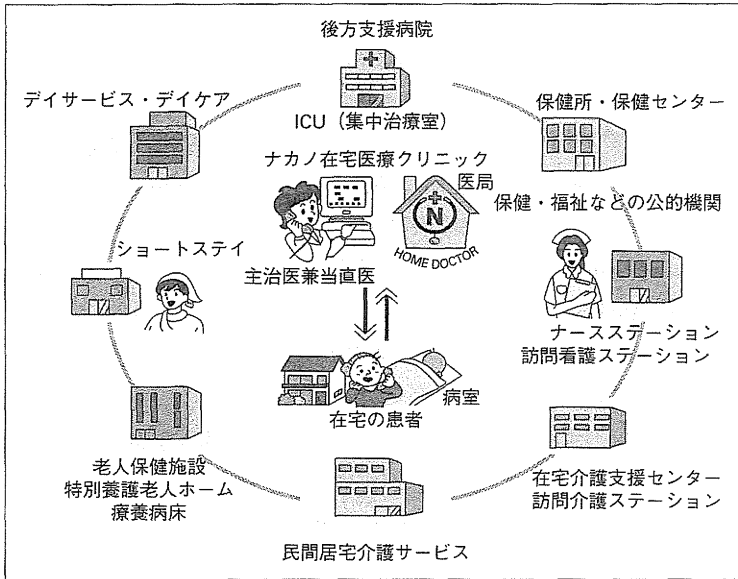


図8-1 在宅支援体制（ネットワーク）鹿児島市

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、筆者にとっては、ネットワークづくりの場を検査部から地域に移行させたに過ぎない。

また、いくつかの病気をかかえて生活している高齢者は、脱水、誤嚥性肺炎などを起こしやすい。これらの高齢者にとって必要な医療は、“治す医療”（治療医学）ではなく“生活を支える医療”（予防医学）である。そして24時間365日、安心して地域で生活できるよう医療面から支援する在宅医療は、患者中心の質の高い医療であり、時代の最先端医療であると考えている。

在宅医療は、診療所、訪問看護ステーション、訪問介護ステーション、病院、薬局、介護関連施設などが連携するネットワークを用いてのチーム医療である（図8-1）。

2 チーム医療の実践に必要な二つの要件 ——ICTの活用と教育環境の整備

クリニック開業当初から、業務を「抱え込まない」をコンセプトとし、“連携”をキーワードにして、チーム医療を展開してきた。抱え込めば、注意が分散し、地域全体の医療介護の質が落ちると考えたからである。純粹に在宅医療の施設（結果的に在宅医療専門のクリニックと訪問看護ステーション）に特化して、そこを拠点に鹿児島地域に教育・啓蒙を行い、鹿児島市内に良質な地域連携ネットワーク型在宅医療システムを構築しようと考えたからである。

表8-1に、ナカノ在宅医療クリニックの開設理念と目標を示す。在宅医療は、地域社会資源と連携したチーム医療である。チーム医療の質を上げるための要件は以下の通りである²⁾³⁾。

- ① 良質な連携システムの構築（情報通信技術、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）

表8-1 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・Eメール・インターネット、携帯電話等）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等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) クリニック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。

これまでICTをフルに活用して、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。基本的に連携先の医療機関や介護福祉サービス事業所・施設はオープンだが、鹿児島市内の十数か所の訪問看護ステーション、5～6か所の後方支援病院、十数か所の居宅介護支援事業所、十数か所の訪問介護ステーションと連携している。

本章では、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、ナカノ居宅介護支援事業所）の8年半の歩みを、その経営理念と経営哲学について述べてみたい。

1 医療法人ナカノ会

1-1 医療法人ナカノ会 8年半の歩み

1999年に医師1人、看護師（保健師）1人、事務員1人の3人でナカノ在宅医療クリニックを始めた。2003年10月に医療法人ナカノ会になり、翌年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として独立させて、これらを併設するに至った。

現在2008年のスタッフは、医師4人（常勤1人、非常勤3人）、看護師11人（常勤10人、非常勤1人）、事務員6人（常勤6人）、理学療法士1人（常勤1人）、運転士3人（非常勤3人）の総勢25人である。

診療圏は、保険診療で認められているクリニックから半径16km以内の範囲で、曜日別に、訪問診療のコースを決めている。

在宅患者数は152人（8年半の2008年3月現在で延べ約522人）である。今までに149人（うち95人ががん末期の患者）を患者の自宅で看取った。在宅看取り率が、約40%（がん末期患者では約90%以上）である。

医療法人ナカノ会において、ナカノ在宅医療クリニックとナカノ

訪問看護ステーションの両施設で、365日24時間対応をしている。ナカノ在宅医療クリニックの24時間電話対応は常勤医（院長）の筆者が一人で行っており、ナカノ訪問看護ステーションの24時間電話対応は当番看護師に転送されるようになっているが、常勤の医師、看護師には、常に24時間携帯電話によって連絡が可能な体制を有している。これにより、筆者が一人で全患者のファーストコールを受けても、必要なら当番の訪問看護師に振ることができるので、それほど負荷がかからないようになっている。また、昼間しっかりした訪問診療や訪問看護で患者の状態を把握しておけば、夜間にそれほど呼ばれることはない。ちなみに約150人の患者（人工呼吸器装着など重症在宅患者十数人、末期がん患者3～5人）の場合で、夜間往診対応が月2回程度、夜間訪問看護対応が通常月10回以内である。

良好な在宅医療システムを構築すれば、低負荷で高品質の在宅医療が提供できる。そのためには、ICTの有効活用と教育投資が重要と考え実践してきた。

1-2 在宅療養支援診療所 ——ナカノ在宅医療クリニック

2006年度の医療改正に伴い創設された在宅療養支援診療所の要件（表8-2）は、ナカノ在宅医療クリニックの開設理念（表8-1）と同じであった。2006年4月に、ナカノ在宅医療クリニックが在宅療養支援診療所となったのは、当然の成り行きである⁴⁾。

ナカノ在宅医療クリニックは、ナカノ訪問看護ステーションをはじめとする鹿児島市地域の十数か所の訪問看護ステーション（約半分の患者が他訪問看護ステーション）と連携して、在宅医療に従事している。

将来的に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い、ナカノ在宅医療クリニック（在宅療養支援診療所）は、それら訪

表8-2 在宅療養支援診療所の要件

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また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、また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、また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、また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

問看護ステーションの後方支援機能を担当し、さらに地域の訪問看護ステーションや地域開業医（在宅療養支援診療所）の教育支援機関（研究、研修機関）として、進化、機能させていきたい。

なぜならば、医師は医師の仕事に特化し、看護師は看護師の仕事に特化して、目的と役割を決めて、権限委譲を行い、その上で異職種がスムーズに連携することで、医療の質の向上とコストの削減を図ることができるからである。

1-3 ナカノ訪問看護ステーション

ナカノ訪問看護ステーションのスタッフは、常勤看護師10人、非常勤看護師1人（鹿児島大学保健学科教員）、常勤理学療法士1人で、そのうち7人がケアマネジャー資格を有する。

表8-3にナカノ訪問看護ステーションの看護師の業務を示す。

表8-3 ナカノ訪問看護ステーションの看護職の業務

1	訪問看護業務
2	訪問診療補佐業務
3	ケア（メディカル）マネジメント
4	コーディネート業務

訪問看護ステーションなので、「①訪問看護業務」を主な業務としているが、スタッフ全員がナカノ在宅医療クリニックと兼務しており、クリニックの訪問診療には訪問看護師の誰か1人が同伴する「②訪問診療補佐業務」を行っている。その他、ケアマネジャー資格を有するスタッフは、ナカノ居宅介護支援事業所と兼務しており「③ケアプランの作成」もしていたが、2006年4月から、ケアプラン作成業務の全部を他居宅介護支援事業所に外部委託（連携）し、訪問看護業務に専任している。それは、訪問看護業務および訪問診療補佐業務のなかで、ケアマネジメント業務は担当するが、ケアプランは他事業所で（連携しながら）作成していくという戦略で、「④コーディネート業務」が必要と考えているからである。

これにより、地域連携の要としてナカノ在宅医療クリニック（および併設居宅介護支援事業所）に想定していたケアマネジメントの機能を、ナカノ訪問看護ステーションに移行させた。ナカノ在宅医療クリニックは、ナカノ訪問看護ステーションの後方支援機能に転換したことを意味する⁵⁾。

2

ICT のフル活用

2-1 医療法人ナカノ会内の ICT 化と経営効果

鹿児島市内に、前述のような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。現在までに、電子カルテの導入、診療録、訪問看護記録の電子化により、完全ペーパーレス化を実現させている。訪問看護記録も電子カルテ上にあり、訪問看護師が直接入力し、法人内の医療情報を共有している。

法人内スタッフ全員 22 人（運転士を除く）が、電子カルテを用いて、

法人内メーリングリスト（以下、ML）を活用できる環境下にある。MLでは、発信者のメールが全ML会員（即ち法人内スタッフ全員）に発信され、法人内情報を全員で共有できる。例えば、緊急往診先で、緊急搬送先の病院への紹介状を法人内MLで送り、法人内の事務員が受信する。法人内の電子カルテを用いて、正式の紹介状を事務員で作成し（メール紹介状をコピー貼り付け）、緊急搬送先の病院に患者が到着する前に、電子カルテからの検査歴、薬歴つきの紹介状をFAXで届けるといふ芸当が可能である。またこの作業を通じ、ほかの法人内スタッフは、誰々がどの病院にどのような経過で緊急搬送されたかを法人内MLを通じて知ることができる。

このように診療録、訪問看護記録が一覧でき、活用できれば、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。

また、事務手続きも、例えば、医療費一部負担金の集金は銀行引き落とし、支払いはネットバンキングを活用するなど効率化に寄与している。

法人内では、スタッフ全員が法人内MLで情報共有化を図り、業務を効率化することで時間のロスを短縮し、完全週休2日、年休完全消化を実現し、さらに残業なしの職場環境を目指している。スタッフ個々は完全週休2日であるが、法人全体としては年中無休、24時間対応である。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。携帯電話は全スタッフが24時間対応することができるようにしているが、そのためには携帯電話を緊急時以外は使用しないで、電子メールで済む用事は電子メールを使用することを原則としている。このように、自動車、携帯電話、パソコンが、当法人の“3種の神器”である。

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。そのため、法人内スタッフ全員でお互い学ぶことができる環境を構

築した。

以上のように、法人内の ICT 化により業務の効率化を図り、経営状態をよ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、効率化して仕事の質を高めることに知恵を絞り、しっかり勉強して自分の仕事の価値を高め、さらに医療法人ナカノ会全体の価値を高めて、自らの収益を増やし、快適な仕事の環境が構築できるように、法人スタッフ全員で経営努力している。

2-2 在宅ケアネット鹿児島——法人外に向けての ICT 化

2000 年に、法人外との情報交換および在宅医療の最新情報を得る勉強会の開催を目的として、在宅ケアネット鹿児島の ML および勉強会を一度立ち上げた。しかし、すべての会員が ML の会員とならなかったこと、勉強会の開催や連絡に（事務）労力を要したことが原因で、1 年ちょっとで自然消滅してしまった。

そこで 2006 年 11 月にシステムエンジニアの事務員が入職したときに、再び「在宅ケアネット鹿児島」という ML を開始した。ML への加入を必須条件としたため、勉強会の開催（講師はすべて ML 会員）の連絡などが格段に容易になり、すでに 5 回実施した勉強会ではそれぞれ 100 人以上の参加者を得るなど成果を感じている。

筆者としては、この在宅ケアネット鹿児島 ML が鹿児島市地域の医療・介護・福祉を連携するツールとして使えないかという目論見をもっていたのだが、ML では個人情報保護の問題が生じて、なかなか機能することが難しい側面も見えてきた。

しかし、ML やインターネットを使用することの長所は、時間・空間を恐ろしく狭めることで、全国各地から、また遠くはボストンやロンドンからの参加者も多数あり、日夜、医療介護問題にとどまらず、経済や歴史、文化、地域づくり、ICT、教育の問題などについて、

活発な議論を展開している。2008年4月現在での参加者は500人弱で、そのうちの約6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、介護職のほか、医療教育関係者、行政関係者、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。

3

教育環境の整備

3-1 スタッフミーティング

法人内では、月～土曜日（祝日なし）の毎朝8時30分～9時までスタッフミーティングを行い、大切な討論、議論、勉強の場となっている。ミーティングでは、その日予定の訪問診療の打ち合せ、前日までの患者の変化の確認、事務からの連絡などを行う。事前に法人内MLで法人スタッフ全員が患者情報を共有しているので、短時間での活発な内容のあるディスカッションが可能となっている。このミーティングでは、医師、看護師、事務員の法人スタッフ全員が対等の立場であり、患者・利用者に対する意見交換や、業務上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。

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3施設の（訪問）薬剤師を交えての服薬カンファレンス、および4週間に1回の法人内全体の業務ミーティングを開催している。訪問服薬指導を開始した開業当時の8年半前には、患者宅に行き、薬を郵便ポストに入れておけばよいといわれ困っていた薬剤師も、今では立派で強力な在宅医療チームの一員である。

3-2 医療法人ナカノ会勉強会から在宅ケアネット鹿児島勉強会へ

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があげられる。開業以来、多くの講師に来ていただき、大体3か月に1回ほどのペースで、法人内勉強会を開催してきた。

2006年11月の在宅ケアネット鹿児島の設立に伴い、医療法人ナカノ会勉強会の一部を在宅ケアネット鹿児島の勉強会に移行した。在宅ケアネット鹿児島は、会費なし、勉強会の参加費も無料であり、この会の運営自体を医療法人ナカノ会の実験の一つとして積極的に取り組んでいる。勉強会場（鹿児島市医師会館）が鹿児島市医師会の厚意により無料で借りることができるため、勉強会開催にかかる費用は、講師の旅費宿泊費＋講師謝礼のみである。これは、鹿児島市地域の在宅医療に関する教育レベルを上げる効果が大きく、本実験（勉強会）はかなり成功しているといえる。

在宅ケアネット鹿児島の勉強会などを開催するとき、一番コストのかかるのは、講師の手配や聴衆の集客などの事務経費である。MLという環境で、この事務経費を実質上無料化したところに、本実験（勉強会）の成功の秘訣がある。2009年、鹿児島市で開催予定の第11回日本在宅医学会大会（大会長中野一司）も、同様のインターネットを活用した方法により、低コストで開催できないか、ただ今企画中である。

3-3 積極的なケアカンファレンスの開催

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うとする患者と家族にとって、ケアカンファレンスがいかに重要であるかは論をまたない。ただ、コスト・パフォーマンスがよくないために開催される回数も多くはできない。

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ケアカンファレンスを開催している。ケアカンファレンスが頻回に開催できるようにするのは、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ある。そうでなければ、今の介護報酬では、とても頻回にケアカンファレンスを開く余裕などはない。当法人では、ICTを効率的に運用し事務経費を削減することにより、ケアカンファレンスの費用を捻出してきた。教育は、将来に向けての最大の投資と考えている。

2008年度の診療報酬改定では、ケアカンファレンスなどの連携に関する報酬が評価された。必要な仕事をつくっていけば、お金は後からついてくる。これは、医療法人ナカノ会の大きな経営哲学の一つでもある。

3-4 在宅医療の教育研修施設を目指して

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、研修者はすでに50人を超えている。また、2008年3月から、筆者は鹿児島大学医学部の臨床教授、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、正式に医学生に在宅医療や訪問看護を教育することとなった。今後、さらに、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す。

4-1 医療法人ナカノ会の経営状態

開業当初から、ICTの有効活用を意識してきたため、情報の共有化、経営の効率化は、かなりうまく進化してきたと考えている。その効果、および、2006年度の診療報酬改定による在宅療養支援診療所の創設で、ナカノ在宅医療クリニックの経営状態は、すこぶる良好である。

一方、ナカノ訪問看護ステーションは、ナカノ在宅医療クリニックのサポート機能もあり、無理な患者・利用者確保より、法人内訪問看護師の教育育成を重要視（最優先）しているため、現時点では、収支が均衡または、少し赤字、という経営状態である。

つまり医療法人ナカノ会全体では、ナカノ在宅医療クリニックで生み出した黒字を、ナカノ訪問看護ステーションに教育投資しているという現状である。在宅医療の要の職種は、優秀な訪問看護師と考えていて、優秀な訪問看護師を教育育成できる環境の構築も、医療法人ナカノ会の大きな目標の一つである。

具体的には、ナカノ在宅医療クリニックで、在宅患者約150人がいる。医療保険からの診療報酬が月額約1400万円、介護報酬（居宅療養管理指導費）が約100万円で、人件費が約1000万円（医師常勤1人、医師非常勤3人、事務員常勤5人、看護師常勤2人、運転士非常勤3人）、必要経費約300万円で、月額約200万円程の利益が出ている。訪問看護ステーションは、利用者約50人、収入（医療保険+介護保険）が約300万円、人件費約300万円（常勤看護師8人）で、経費分（ほとんどナカノ在宅医療クリニックから捻出）が実質赤字というところである。

これだけの利益が捻出できる要因の一つは、150人もの在宅患者を、実質筆者の一人常勤医でこなしていることである。クリニックの経営状態からは、筆者も含め3人の常勤医が雇用できるキャパシ

ティーがあるが、応募者がいないため、しかたなく一人常勤医をこなしながら高い理事報酬をいただいているという現状である。

筆者が、何とか、一人常勤医でできるのは、①常勤10人の訪問看護師を擁するナカノ訪問看護ステーションに助けられていること、②定期訪問診療の半分を3人の非常勤医師でカバーしていること、③事務員常勤6人という陣容で、ITを活用しながら医療事務業務のほとんどを事務員に振れるシステムを確立していることにある（見方を別にすれば、医療法人ナカノ会は、IT化で合理化というが、患者150人の割には、事務員常勤を6人も抱え、全然合理化していないではないか、との批判もある）。ちなみに、筆者は、臨時の往診がない日は、定期の訪問診療が終了した午後4時には、帰宅できている（医師の事務業務が少ないためである。カルテ記載や診療情報提供書などは、移動中の車の中で済ませ、法人内MLで事務部に転送し、その後処理は事務部で行っている）。実質一人主治医なので、月～土曜日勤務（祝日なし）、365日、24時間対応であるが、負荷にはなっていない。在宅ケアネット鹿児島MLを運営する時間ももてるし、妻（非常勤医師）に留守を頼んで、頻回に遠隔地へ出張もできている。

4-2 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションの経営の現状と課題

前述したように、ICTの有効活用と、教育投資により、医療法人ナカノ会の経営状態は、すこぶる良好である。逆にいえば、いかに効率的なICT化ができて、良質な地域連携システムを構築できるかが、これからの在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションの経営の課題であろう。

診療報酬面では、2006年度の診療報酬改定で、在宅療養支援診療所の経営環境は整備された。一方、訪問看護ステーションにおいては、2008年度の診療報酬改定で、医療保険部門の訪問看護が大きく評価されたが、その機能の割には、まだまだ報酬（診療報酬や介護報

酬)が低いと考える。在宅療養支援診療所と同様、24時間しっかり機能できる訪問看護ステーションには、それに相当したさらなる報酬の改善が望まれる。なぜならば、しっかりした教育環境を整備し、自立して機能できる訪問看護ステーションこそ、在宅医療の最前線基地と考えるからである。在宅療養支援診療所はその訪問看護ステーションを後方からしっかり支える機能をもつことが、将来的に望まれる在宅医療の理想像と考える(医療法人ナカノ会では、すでにこの理想像を一部実現している)。

将来的に在宅療養支援診療所の大多数は、午前中外来、午後在宅という一般的な地域の診療所が担うものとする⁶⁾。これらの診療所は、しっかり365日、24時間機能する地域の訪問看護ステーションと連携し、訪問看護ステーションをバックアップする機能を持ち、地域の在宅医療に貢献するものとする。ナカノ在宅医療クリニックのような複数医の在宅医療専門クリニックは、在宅医療の主な担い手から、これら地域の一般開業医や訪問看護ステーションの在宅医療参入支援や教育研修施設として進化、機能していく必要があると考えていて、そのような方向性で今後、在宅医療は全体的に地域で成長、進化していくものであろう。

おわりに

～複数医師のグループ診療の実践と、在宅医療教育機関として機能する在宅医療専門クリニックを目指して～

2006年3月から実質換算2.5人の常勤医で開始した複数医師で診療を行うグループ診療は、2007年8月に常勤医一人が退職することで、空中分解した。2007年9月からは、実質筆者(院長)一人の主治医制(3人の非常勤医師のサポートを得て)で診療している。グループ診

療が頓挫した理由は、ナカノ訪問看護ステーションの立ち上げ（開設3年目で常勤看護師が5人から9人に倍増）とグループ診療が重なったためである。そのため、筆者自身、グループ診療の整備に時間をとられ、ナカノ訪問看護ステーションとの連携が手薄になった感がある。退職した常勤医は、もともと、麻酔科が専門で、連携先の病院の救急、総合内科に転職した。在宅医療を経験して、もっと、救急医療や総合内科を勉強したくなった、というのが転職の大きな理由である。逆にいえば、ナカノ在宅医療クリニック自体が、グループ診療のためのクリニック内教育支援プログラムが未熟であった証拠である。

2007年9月から、実質筆者一人の主治医制に戻り、それまでグループ診療に割いていた時間を、ナカノ訪問看護ステーションのスタッフ教育に集中させている。実は、現時点だけの経営状態や、経営効率だけを考えれば、筆者一人の主治医制で、連携訪問看護ステーション（特にナカノ訪問看護ステーション）を機能強化したほうが、仕事はやりやすくなるし、筆者自身も時間的に余裕がもてる。ただ、ナカノ在宅医療クリニックが医師の在宅医療の教育研修施設として成長、進化するためには、複数医師のグループ診療というテーマは、今後是非クリアしたい思いがある。今後、筆者の一人主治医体制で、足元のナカノ訪問看護ステーションを機能強化した後、複数医のグループ診療に再チャレンジする心構えである。

引用文献

- 1) 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), 11-17, 1999.
- 2) 中野一司: 在宅医療と IT, Medical Management, 198~209, 2001年11月号~2002年10月号, 2001-2002.
- 3) 中野一司: 良質な連携システムの構築と教育環境の整備によるチーム医療の実現, 訪問看護と介護, 12(12), 1010-1015, 2007.
- 4) 中野一司: 「在宅療養支援診療所」の創設に伴う今後の在宅医療の展望, 日本在宅医学会雑誌, 8, 55-60, 2007.
- 5) 中野一司: 看護職が地域全体のケアマネジメントを担う一医師はそのためのサポート役, コミュニティーケア, 11, 21-24, 2005.
- 6) 中野一司: 在宅医療とかかりつけ医, 治療, 5, 1826-1830, 2008.