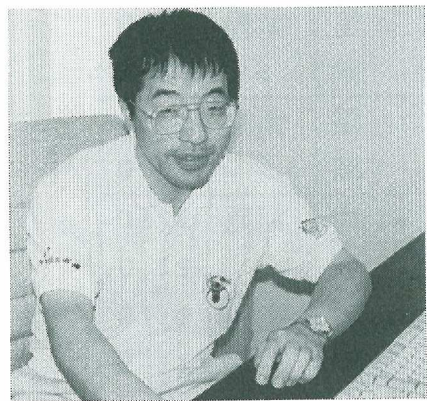


やりたいことへのチャレンジが、楽しい医師人生だ!!

中野 一司氏



1人の若者が医師に対してコンプレックスを抱いていた。しかし、大学を卒業して再度受験した医学部に入学することで、そのコンプレックスから解放され、自分の医師人生をチャレンジ精神旺盛に生きている。鹿児島市で在宅医療専門クリニックを開設し、自分のことではなく地域全体の在宅医療の質の向上のために、ネットワークづくりに奔走する中野一司氏（45歳）に話を聞いた。

中野一司氏 E-mail : knak@sun-net.ne.jp

キーワード……在宅医療とIT

医学部合格は、人生の最大の転機となった。そのまま大

研修1年目は、鹿児島大学病院の救急部で行った。

在宅医療への誘導政策が行われて

1970年代、医師という職業は将来性の高い職業として社会的な地位も高く、安定的な高収入も得られるという評価だった。もちろん、高校での成績がいいから医学部へという流れも出ていた。

両親が薬剤師だった中野氏は、親からは医師になるように勧められていたが、本人自身も将来は医師になりたいと思っていたという。

「人の命を助けたらいいな」という思いに、生きていく・死ぬということは何か、これを学問的に究明してみたいと思っていたからです。

しかし、医学部受験に2度失敗。結局は薬学部に入った。入学後はとにかく遊んで社会勉強をした結果、留年も経験した。そのとき自分の将来を真剣に考えるようになったという。医学部の学生であれば、すでに将来は医師になるということが前提だけに、そこを基盤とした将来像を考えるのだが、中野氏の場合は、学問の道を志すと決めた。そして大学院に進んで、分子生物学の研究をしよう、進学先も決めていた。

「しかし、私は医学部に落ちたことで医学部や医師に対するコンプレックスを強く持ち続けていました。それを断ち切るために、卒業時に医学部をまた受験しました」

学院に進んでいたら「医師・中野一司」はこの世に存在していない。どちらを選択するのが本当に悩みに悩んだという。

最終的には鹿児島大学医学部へ進むことに決めたのだが、もちろん、それによってこれまでくすぶっていたコンプレックスはすべて消えたという。

「そして、医師とはそれほど偉くはないんだ、と思うようになりました」

医師は偉い存在というわけではないというところが、おそらく中野氏の臨床医としての原点になっているのかもしれない。医学部に入ったときは一般人の視点を持っているが、だんだん学年が進み、卒業するころにはいわゆる「先生」と呼ばれる医師の視点が変わっていく多くの医学生たちとは、中野氏はちよつと違っていたようだった。

研究志向が強く、将来は基礎医学の研究をしようと思っていたこともあり、最初の4年間は授業が面白くはなかった。

しかし、5年生になり臨床科目がスタートすると、とたんに面白くなっていったという。とはいえず、基礎研究に進む前に、医師としての医学常識や技能を身につけようと、鹿児島大学医学部附属病院第三内科に入局したころから、臨床医学の面白さを知り、臨床を生かすために基礎医学があるという考え方に変わってきた。

「死にぞうな人がそこにいるのに、『救急車を呼びなさい』という医者にはなりたくなかったからです」

この救急部で培った経験が、中野氏の臨床ベースとなっている。その後、一般内科を中心に研修を行い、派遣先病院などで在宅医療なども手掛けてきた。専門医志向はなかったという。

在宅医療はネットワークである

入局して8年目にまた転機が中野氏に訪れた。基礎研究の師匠である丸山征郎氏が鹿児島大学医学部臨床検査医学講座の教授になったので、同講座へ移籍したのである。そこでは約5年間、検査部内のコンピュータネットワーク構築を行ってきた。この仕事でコンピュータと深く関わり、しかも「複雑系」という新しい概念と出会ったのだ。複雑系の考え方は、細かく分けていっても複雑なまま、単純にはならない対象をとらえるもの。人間社会もその考え方でとらえていくと、これまでにない新たな視点が出てくるという。

「日本の社会が物と心の豊かさのバランスをなくし、精神的な支えや生き方を見失っている状況のなかで、もう一度臨床の現場に戻りたいという希望が強くわいてきました」

それが、開業ということに結びついたのだ。99年9月に在宅医療を専門に行う「ナカノ在宅医療クリニック」を鹿児島市内にオープンした。在宅医療への誘導政策が行われて

「ナカノ在宅医療クリニック」開設理念

- 1 訪問診療を主な業務とするクリニックを開設する。
- 2 単なるクリニックではなく、ケア（メディカル）マネジメント業務を行う起業を起こす。
- 3 ツールとしてコンピュータネットワークシステムをフル活用する。
- 4 在宅医療における知的集団を形成し、専門家として、企画、教育、広報などの業務ができる起業を創設する。
- 5 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。
- 6 今後進むであろう、病診連携、診診連携、訪問看護ステーション、ホームヘルプステーションなどとの連携の交通整理を行い、これらの施設の要ともなるべきシステムを構築する。
- 7 すなわち、本格的なケア（メディカル）マネジメント業務を行う起業を創設する。
- 8 在宅医療は、今後の医療のドル箱であり、既に在宅患者の取り合いの過当競争が始まっているとも聞か、私の目指すことは、競争ではなく共生である。
- 9 病院、診療所、訪問看護ステーション、ホームヘルプステーションなどと良好な関係を結び、共生関係を形成することで、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。
- 10 クリニック内外の勉強会の励行。
- 11 大病院、診療所、訪問看護ステーション、ヘルプステーションなどとの連携→単に紙（紹介状や報告書）のみのやり取りではなく、実際現場（訪問看護ステーションなど）に行き行動（交渉）する。
- 12 ケアカンファレンスの実施。
- 13 コンピュータシステムの有効活用（電子カルテ、Eメール、インターネット）。

現在、在宅で診ている患者は約40人。スタッフは、中野氏の他に看護婦2人（ケアマネジメント業務を中心に行う）、常勤事務1人、非常勤事務1人、そして非常勤で皮膚科医である奥さんが加わっている。現体制でいくと患者は約100人がキャパシティ。しかし、ネットワークなど諸々のことをする時間を考えると、60〜70人どまりがいいという。

クリニックではパソコンはLANで繋がれており、電子カルテ（ダイナ

ミックス）も導入している。紹介状や処方箋の発行も行えるようにし、業務の効率化を図っている。

在宅医療はチーム医療であり、患者宅にスタッフが集まり、家族も交えてカンファレンスを行い、治療方針等を話し合う。これで患者家族との信頼関係も築いていくことができる。そして、何より、中野氏は地域ネットワークの確立を目指している。開業当初より、同じ鹿児島市内にある五反田内科クリニックとは密な連携をとり、患者データ交換を患者の了解のもとに行い、中野氏が不在にする場合、任せられることができる。逆のケースも当然ある。

これは二つの診療所のネットワークといえるが、それを他の医療機関や施設を巻き込んで地域ネットワークを構築していくために、昨年、「在宅ケアネットワーク鹿児島」をつくった。

「ネットワークの核は人です。人の輪をつくることで、施設間のITを使つた仕掛けが生まれてくるのです。ハード面だけのネットワークでなく、ヒューマンネットワークが在宅医療ネットワークではとても重要になると考えています」

第1回の集まりは約160人が集まった。在宅医療はチーム医療であり、そのためのデイスカッションは大変盛り上がりがあったという。こうした人たちがそれぞれ結びついていくとおのずと地域のレベルは上がっていく。中野氏の狙いはそこにあるのだ。今年11月には「在宅ホスピス」をテーマとして第4回が行われる。

在宅医療を担う医師はメディカル

マネージャーという位置づけというのが、中野氏の考え方。

「在宅の患者さんにいるいろいろなサービスを提供するのが、往診に緊急的な在宅医療、訪問診療は定期的な在宅医療です。在宅医療の質を上げていくにはできるだけ往診回数を少なくして、24時間の連絡・連携が行えるシステムをつくることです」

つまり、何か緊急性があつたときには、まず訪問看護ステーションに連絡が行き、そこから医師へという流れをつくるということだ。もちろん、他の医療機関や施設との連絡・連携もしかり。

各医療機関や施設がレベルアップしていくための情報提供を中野氏は惜しまない。メールや携帯電話を駆使して、患者情報の把握や連携先への手配などにより、ネットワークを広げ充実させていく。

と同時に現在でも非公式に行われている学生実習の場としての充実も視野に入れている。

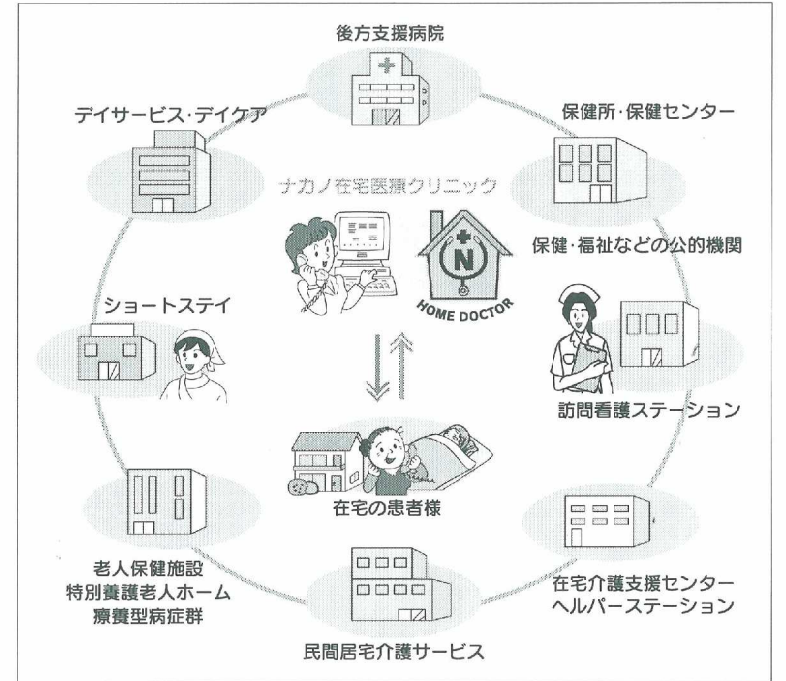
「たえず自己改革をし、自己実現をしたいという人生観を私は持っています」

こう語る中野氏は、失敗から学ぶことは多いとつけ加える。失敗をすることが大切だといっているわけではなく、何か行動を起こさなければ失敗にも結びつかないということ。

若手の医師たちは、失敗を恐れて動かないことが多いのだが、自分が何を指すのかということ、明確にすれば、そこへ向かって行動し、そのなかでの失敗は次に繋がるのだ。

文・下村 徳雄

在宅支援体制（ネットワーク）



いるなかで、各医療機関は在宅医療への取り組みに精を出しているが、各医療機関や施設、事業所等のネットワーク化はなかなか進まないのが全国的な状況だ。それは患者を囲い込むという視点があつて、患者獲得競争が激しくなっているからに他ならない。

中野氏は、クリニック開設理念のなかで掲げているように、競争ではなく共生を目指して、地域全体でのレベルアップを図るためにネットワーク化が必要だと考えている。ITを活用した在宅医療ネットワークの大きく描いた絵は、自院だけを考えたものではないだけに、チャレンジのしがいがあるものだ。

「もしその絵を実現することができなければ、それは自分に能力がなかったということでしょう」

と、中野氏は笑う。

「死にぞうな人がそこにいるのに、『救急車を呼びなさい』という医者にはなりたくなかったからです」

この救急部で培った経験が、中野氏の臨床ベースとなっている。その後、一般内科を中心に研修を行い、派遣先病院などで在宅医療なども手掛けてきた。専門医志向はなかったという。

在宅医療はネットワークである

入局して8年目にまた転機が中野氏に訪れた。基礎研究の師匠である丸山征郎氏が鹿児島大学医学部臨床検査医学講座の教授になったので、同講座へ移籍したのである。そこでは約5年間、検査部内のコンピュータネットワーク構築を行ってきた。この仕事でコンピュータと深く関わり、しかも「複雑系」という新しい概念と出会ったのだ。複雑系の考え方は、細かく分けていっても複雑なまま、単純にはならない対象をとらえるもの。人間社会もその考え方でとらえていくと、これまでにない新たな視点が出てくるという。

「日本の社会が物と心の豊かさのバランスをなくし、精神的な支えや生き方を見失っている状況のなかで、もう一度臨床の現場に戻りたいという希望が強くわいてきました」

それが、開業ということに結びついたのだ。99年9月に在宅医療を専門に行う「ナカノ在宅医療クリニック」を鹿児島市内にオープンした。在宅医療への誘導政策が行われて

マネージャーという位置づけというのが、中野氏の考え方。

「在宅の患者さんにいるいろいろなサービスを提供するのが、往診に緊急的な在宅医療、訪問診療は定期的な在宅医療です。在宅医療の質を上げていくにはできるだけ往診回数を少なくして、24時間の連絡・連携が行えるシステムをつくることです」

つまり、何か緊急性があつたときには、まず訪問看護ステーションに連絡が行き、そこから医師へという流れをつくるということだ。もちろん、他の医療機関や施設との連絡・連携もしかり。

各医療機関や施設がレベルアップしていくための情報提供を中野氏は惜しまない。メールや携帯電話を駆使して、患者情報の把握や連携先への手配などにより、ネットワークを広げ充実させていく。

同時に現在でも非公式に行われている学生実習の場としての充実も視野に入れている。

「たえず自己改革をし、自己実現をしたいという人生観を私は持っています」

こう語る中野氏は、失敗から学ぶことは多いとつけ加える。失敗をすることが大切だといっているわけではなく、何か行動を起こさなければ失敗にも結びつかないということ。

若手の医師たちは、失敗を恐れて動かないことが多いのだが、自分が何を指すのかということ、明確にすれば、そこへ向かって行動し、そのなかでの失敗は次に繋がるのだ。

文・下村 徳雄