



ITを駆使する在宅ケアでは、主治医が患者の自宅でこのように、電子カルテのMRI写真をパソコンから取り出すこともできる

55
新介護
 movement

尾崎 雄さんが歩く

「携帯電話、ノートパソコン、電子カルテ」の三種の神器を駆使した、在宅ケアのシステムづくり
 「ナカノ在宅医療クリニック」(鹿児島市)

おさき たけし
尾崎 雄 ジャーナリスト
 1942年生まれ。65年早稲田大学政経学部卒。
 日本経済新聞社で婦人家庭部次長、「日経Woman」編集長、編集委員等を歴任。元仙台白百合女子大学教授。
 NPO法人コミュニティケアリンク東京副理事長。日本ホスピス在宅ケア研究会評議員。東京大学医療政策人材養成講座2期生。著書に「人間らしく死にたい」など。



IT(情報技術)の徹底活用こそ、自宅で暮らす高齢障害者のQOLを支える切り札だ。そのためのシステム開発に取り組むナカノ在宅医療クリニックが鹿児島市で開業して7年。昨年4月、いちちはやく在宅療養支援診療所となった中野一司院長は、ヘルパーら在宅介護職こそ、医療と介護のケアミックスを担う基幹職種だと期待する。

撮影：藤田アキラ

往診先で電子カルテをパソコンに呼び出す中野一司ナカノ在宅医療クリニック院長(手前)

診療所は航空母艦、 訪問スタッフは艦載機。 IT駆使の連携フレイドで戦果を 上げる

IT在宅医を自任する中野院長の1日はこう始まる。朝のミーティングを終えると、ノートパソコンを抱えてクルマに飛び乗り、鹿児島市北部の住宅街へ。2件の在宅ケアカンファレンスをこなしながら二戸建住宅、集合住宅、宅老所と定期往診に。さらに、在宅から入院に転じた患者の病室を訪れ、病院の担当医と打ち合わ

せ、付き添っている家族をねぎらう。最後は末期がん患者の治療方針を探るため、放射線病院のガンマナイフ専門医を訪ねて、セカンドオピニオンを聞き、その結果をただちに患者の家族へ携帯電話で知らせる——患者は脳出血の後遺症、人工呼吸器を必要とするALS、予後数か月の末期がん、脳性まひなど重度の人が多い。クリニックに戻るとただちに症例検討会を開催する。

こうしたネットワーク医療ができるのは、携帯電話、ノートパソコン、電子カルテという

“三種の神器”を駆使している

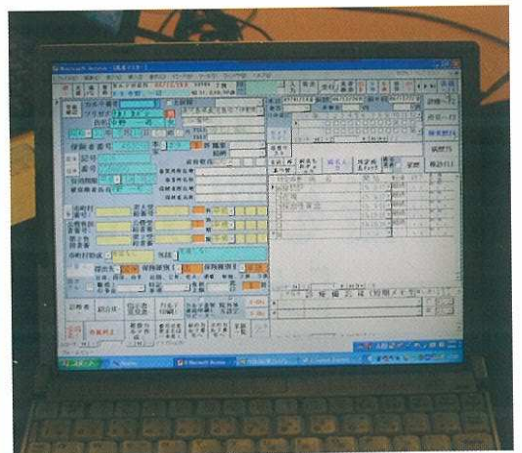
からだ。利用者本位の在宅ケアマネジメントを手配してくれる有能なケアマネジャー、いつでも緊急入院にに応じてくれる病院医師、家庭的な環境が必要な高齢患者を受け入れる宅老所の経営者らと緊密な連携をとることができるとも“三種の神器”のおかげである。

中野院長は往診に聴診器を忘れても、パソコンだけは手放さない。リーダーと無線通話が航空母艦と艦載機を一体化して最大限の戦果を上げるように、IT機器が在宅医療診療所と訪問スタッフのパフォーマンスと患者のQOLを高める——そんな印象だ。

ベッドサイドで診察データを パソコンに打ち込み、 移動の車中で電子メールを送信して 患者情報を共有する

在宅ケアカンファレンスでは、協議の要点を利用者の目の前で、往診では診察データを患者の枕元でパソコンに打ち込み、電子メールでクリニックに送信する。次の患者の家に移動する間も、車中からクリニックのスタッフ宛に患者情報を送信する。こうしたメールは1日100本にも。スタッフ全員が患者情報を常時共有することが、チームケアの質を高めるからだ。

「職種を問わずパソコン操作ができること」これがナカノ在宅医療クリニックの採用条件である。在宅療養支援診療所の使命である24時間365日ケアには、医療・看護・介護担当者によるリアルタイムの情報共有が欠かせない。ケアチームに「一人でもITを使えないスタッフがいたら仕事にならない」（中野院長）からだ。



ナカノ在宅医療クリニックが活用している電子カルテの画面の一枚。同クリニックの医師、看護師、ケアマネ、事務職員は顧客（患者）の電子カルテを共有している



在宅ケアカンファレンスに参加するときもパソコンは必携。ケアマネジャーの駒走初恵さん(右から2人目)は、ナカノ在宅医療クリニック主宰の「在宅ケアネット鹿兒島」のメンバーだ



症例検討会もパソコンなしには成立しない。右側3人は医師、残りは看護師。同クリニックのスタッフは、中野院長を含めて8人がケアマネジャーの資格を持っている

は知識産業なのだから。

介護現場の情報化・IT化は立ち遅れている。だが、医療的ケアと看取りにもかかわる介護職にとって、ITを自由に操ることは必須のスキル。中野院長は「スキル(技能)だけでなくウィル(やる気を)」と奮起を促す。在宅ケアとは知識産業なのだから。

「介護8+医療2」のケアミックスである。規制緩和を推進し、人工呼吸器の操作なども含めた在宅での医療行為をこなせる優秀な在宅ヘルパーを育成しなければならない。中野院長はヘルパーステーション開設を検討中である。

そこで求められるのは、介護職の覚醒と奮起だ。家族崩壊によって、老老介護と寝たきり独居が当たり前になる近未来の在宅ケアをどうするか? 中野院長によれば、広義の在宅医療とは「介護8+医療2」のケアミックスである。規制緩和を推進し、人工呼吸器の操作なども含めた在宅での医療行為をこなせる優秀な在宅ヘルパーを育成しなければならない。中野院長はヘルパーステーション開設を検討中である。

IT化の第二ステージは、地域連携ネットワークづくり。「在宅ケアネット鹿兒島」は「鹿兒島市の医療・介護・福祉、行政、教育機関の地域連携ツール」(中野院長) 確立への一歩だ。在宅ケアは「地域全体の社会資源が連携して構築されていくもの」だからである。

は何でも聞きやすく、話しやすい(ケアマネジャーの話)。



電子カルテの一部(血圧グラフ)

次の往診先へ移動する車中、カルテ記載事項や患者情報などをクリニックへメールで送る中野院長。パソコンは片時も放さない

医療・介護保険事務の効率化に役立つことは言うまでもない。そのための投資は惜しまず、昨年11月にはシステムエンジニア(SE)を採用した。SE採用を機に、メーリングリスト「在宅ケアネット鹿兒島」を立ち上げ、全国の在宅医療専門医、訪問看護師、介護職、ケアマネジャー、大学の看護学教員ら有志をネットワーク化した。QOLの定義から自分の臨床ケースに対する評価、アドバイス、批判など、「在宅」の理念や臨床情報などをやり取りする。素人の発言も歓迎・尊重し、2月3日には初のオフ会を開いた。

鹿兒島大学病院に勤めていた中野院長は、病院検査部のIT化を仕上げた後、「在宅医療システムづくり」を目標に地域デビューした。

在宅の看取り率40%、末期がんでは90%、課題は「医療」ヘルパーの育成

志を同じにする訪問看護師と事務職の3人で開業したのは1999年9月。現在のスタッフは、常勤・非常勤あわせて医師5人、看護師9人、事務5人など総勢22人(ケアマネジャー資格保有者は院長を含め8人)で、24時間365日の在宅医療を行う。

定期訪問する患者は140人。今までに107人を在宅で看取った。在宅看取り率は40%。がん末期では90%を超える。医療ニーズの高い在宅ケアは、介護保険事業者だけでは困難なため、在宅医療との連携は必須だが、「中野先生