

- 隔週原則として（ ）曜日の訪問診療実施。
- 隔週原則として（ ）曜日の訪問診療実施。
- その他（ ）

● 24時間対応における同意内容

- 1、訪問診療の日程は、前月までに書面にてお知らせします。
- 2、常勤医師の携帯番号は書面でお知らせし、24時間対応します。
- 3、複数の医師・看護師で訪問診療に対応しますので、患者様の診療に関する情報を互いに共有する場合があります。その場合の患者様の個人情報は、診療以外の目的に使用されることはありません。
また診療、訪問看護の記録、情報提供の手段として、電子カルテ、電子メールを使用しております。
- 4、患者様の居宅での療養のために、地域のケアマネジャーとの情報交換を行う場合があります。その場合の患者様の個人情報は、居宅での療養以外の目的に使用されることはありません。
- 5、患者様の状態等の変化に応じ、ご相談の上当院以外の医療機関と連携して外来受診や入院をお願いする場合があります。

以上の内容について説明を受け、在宅医療を行っていくことに同意します。

平成 年 月 日

(在宅療養支援診療所) ナカノ在宅医療クリニック

〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1

チーム医療実践のための条件

1、連携のコストが安いこと

→ ITのフル活用

2、各職種スタッフが優秀なこと

→ 教育環境の充実



スタッフミーティング
(毎日:午前8時30分~9時)

26



服薬カンファレンス
(隔週金曜日:午前8時30分~9時)

27



訪問看護師

家族

本人

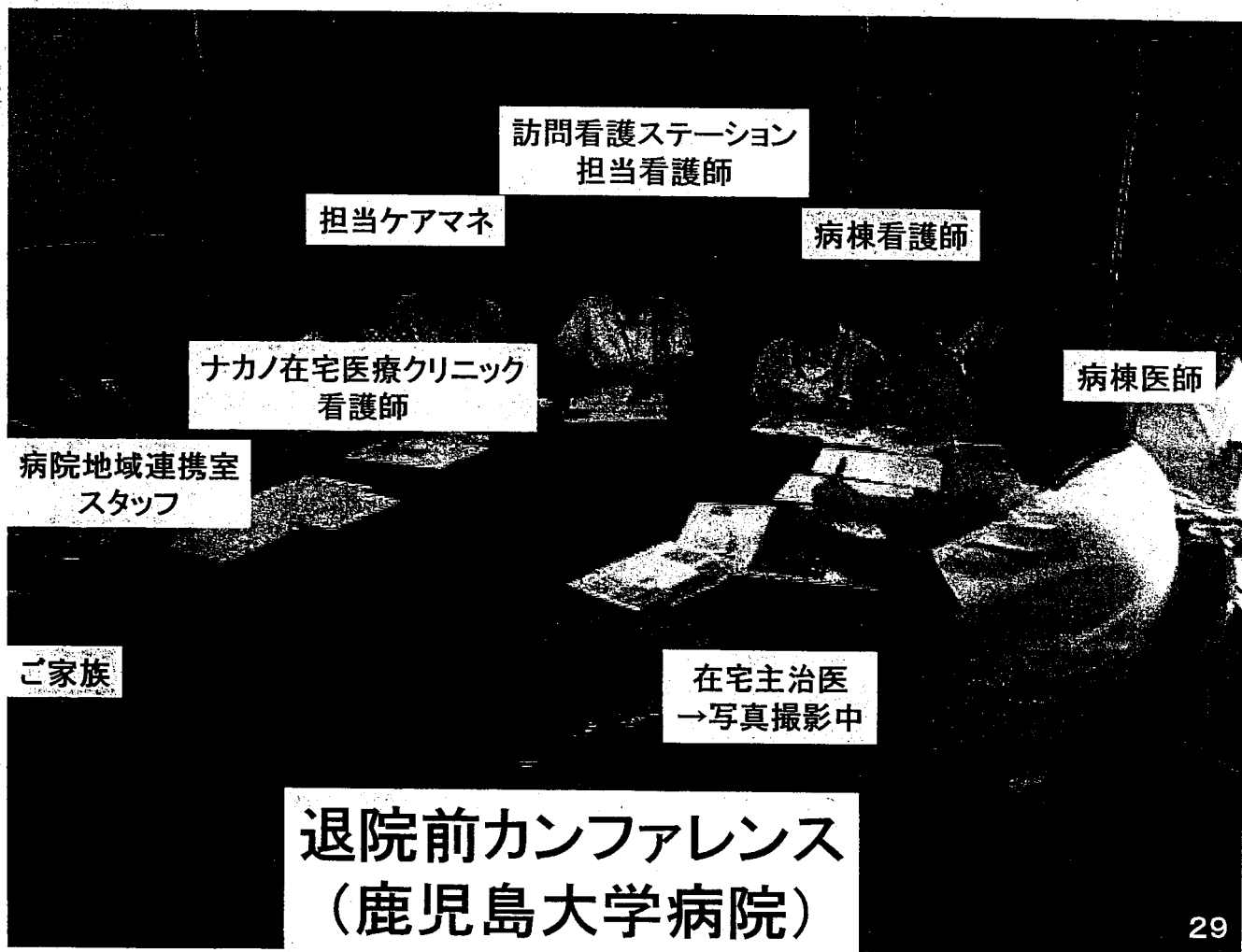
担当ケアマネ

療法士

診療補佐看護師

在宅主治医
→写真撮影中

ケアカンファレンス



訪問看護ステーション
担当看護師

担当ケアマネ

病棟看護師

ナカノ在宅医療クリニック
看護師

病棟医師

病院地域連携室
スタッフ

ご家族

在宅主治医
→写真撮影中

退院前カンファレンス (鹿児島大学病院)



ホームヘルパーに医療行為をお願いするときの3つの条件(中野案)

1、家族(および本人)が、その医療行為を、ホームヘルパーにお願いすること(ケアカンファレンスにて確認)。

2、家族(および本人)が、その医療行為を、ホームヘルパーにして欲しいと望んでいること。

3、事故が起きた時は、家族(および本人)の責任であること(ケアカンファレンスにて確認)。

30

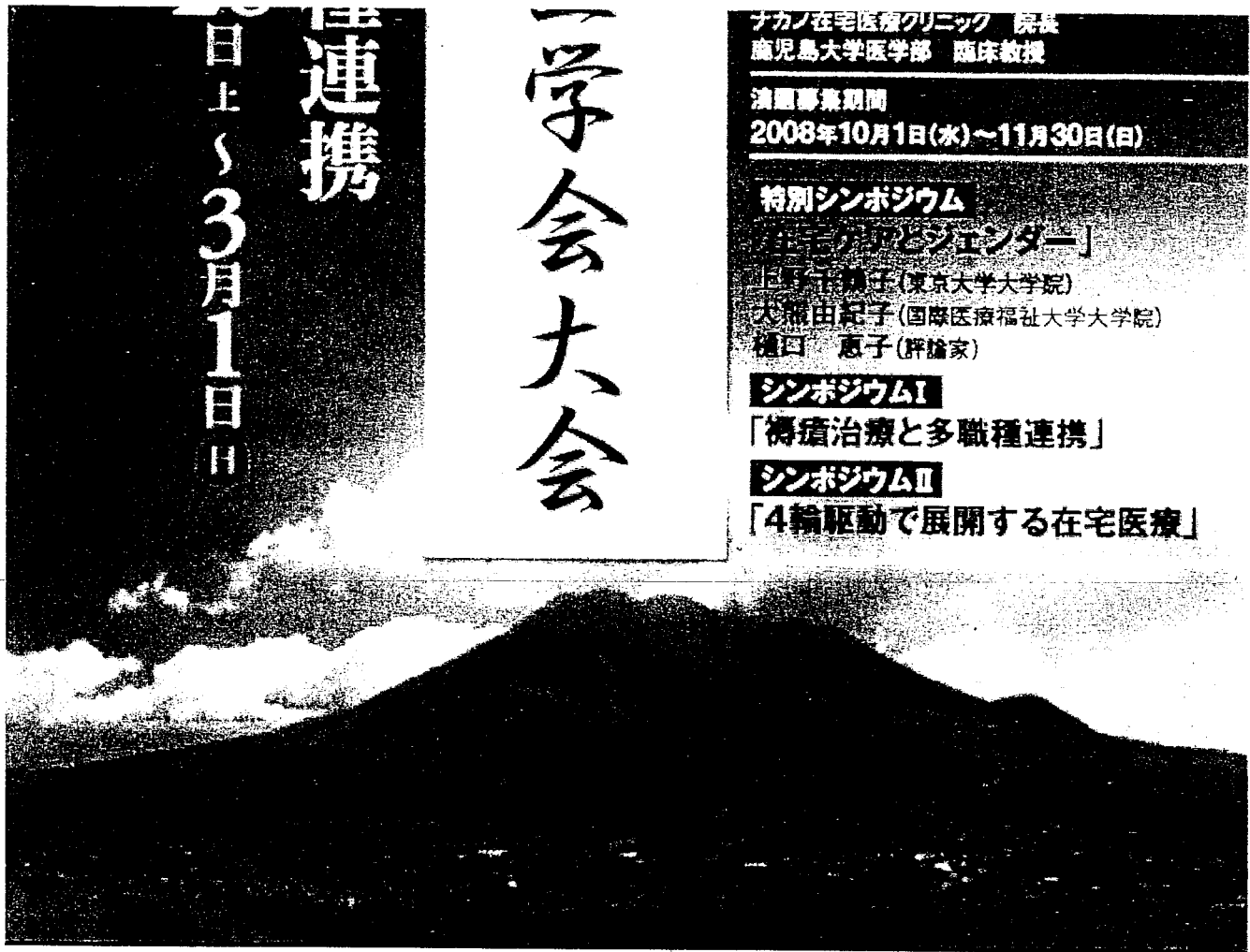


研修風景

指導医

研修医

31



まとめ

- 1) 病院医療がキュア主体の医療であるのに対し、在宅医療はケア主体の医療である。(勿論、在宅医療でも急性期医療対応する局面もある。)
- 2) 病院医療(急性期医療)と在宅医療(慢性期医療)がうまく連携することで、病院医療のベッドを減らすことができる。病院医療と在宅医療の連携こそ、究極の(より大きなフレームワークでの)チーム医療である。
- 3) 在宅医療(ケア)においては、チーム医療と、多職種連携が重要である。
- 4) 在宅チーム医療における、要の職種は訪問看護で、能力の高い信頼できる訪問看護師の育成・採用は急務である。
- 5) 薬剤師、歯科医師は、在宅ケアチームの有力メンバーである。
⇒ 四輪駆動で展開する在宅医療。
- 6) 在宅医療(ケア)において、介護職(家族ができるレベル)の医療行為規制緩和の検討は重要と考える。



①スタッフミーティングは、毎日午前8時30分～9時

ゆき@鹿児島、 ITを道具に医療革命 進行中です(*^_^*)

大熊 由紀子

ある日東京に生まれ、01年までの17年間、朝日新聞の福祉、医療、科学、技術分野の社説を担当。著書に「寝たきり老人のいる国はない国」「福祉が変わる医療が変わる」(ぶどう社)「患者の声を医療に生かす」(医学書院)など。国際医療福祉大学大学院教授(医療福祉ジャーナリズム)、千葉県健康福祉政策担当参与。福祉と医療、現場と政策をつなぐ「えにし」ネット志の縁結び係。<http://www.yuki-enishi.com/>の「優しき挑戦者の部屋」などでバックナンバー読めます。

第73回

桜島が爆発的噴火を起こしたこの初春、医療の世界でも、それにおとらぬ「爆発」が鹿児島で起こりました。

クリニックの1医師が大会長をつとめるという前代未聞の学会に、全国から900人の医師、ナース、歯科医師、歯科衛生士、栄養士、薬剤師、ケアスタッフたちが集まり「多職種連携」をキーワードに熱気が渦巻いたのです。

◆3種の神器と移動オフィスと

熱気の源をつきとめようと、第11回日本在宅医学会の大会長をつとめた中野三司さんと、朝から晩まで過ごしてみました。

朝の8時半、ナカノ在宅医療クリニックと訪問看護ステーション合同のカンファレンスが始まります。医師、ナース、理学療法士、事務職、総勢20人ほどが写真①のようにパソコンを開きます。患者さんごとにつくられている電子カルテで情報を共有しながら、病状の確認や診療方針、今日の訪問計画について、活発に意見が飛び交います。

30分のミーティングが終わると、中野さんはクリニック(写真②)に戻って訪問診療の準備です。医師とナースに運転手さんが加わって3人が1チーム。2チームがそれぞれ10～15軒の自宅を訪ねます。

運転手さんつきというと贅沢のようですが、移動中に、インターネットでデータを

事務職に送ったり、携帯で連絡をとったり……こは「移動オフィス」なのです。

年金暮らしの運転手さんは、「給料もろて、人の役にたてて、こげん、うれしかこととはなか」。プロですから抜け道に精通している上、車の中で待機しているので駐車違反でつかまる心配もありません。

◆誕生日の花束と笑顔の写真と

ナースが途中で車を降り、花束をもって戻ってきました。きょう誕生日を迎える患者さんにプレゼントにするために予約していたのだそうです。

写真③は、2000年3月以来診療していた認知症の女性です。大腸癌が進み昨年1月、82歳のとき腸閉塞を起こし、入院して人工肛門をつける手術をしました。

3月退院と同時に、痛みや辛さを和らげる緩和治療を開始。そして、ひとり暮らしのこの女性を、ケアスタッフとともに支え続けました。5月29日の誕生日には、花束をプレゼント。

左が中野さん、右は鹿児島大学医学部6年の実習生です。

老婦人は、専門医の予想をはるかに超えて穏やかに生き続け、12月29日、自宅でやすらかに息をひきとりました。

誕生日祝いの花束を受け取った笑顔の写真は、しばしば、遺影として祭壇に飾られることになるのだそうです。



④ケアカンファレンスは、ご本人を中心に自宅で

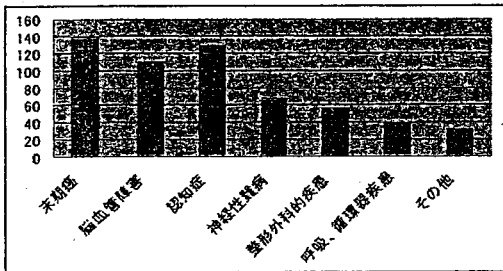
在宅主治医は、この写真を撮影中

②住宅街に溶けこんだナキノ在宅医療クリニック



クリニックのHPは、<http://www13.ocn.ne.jp/~nazic/>

10年間に
かかわった
患者さんは
578人



③癌末期で認知症の女性に、誕生日の花束をプレゼント



思い出のアルバムをめくりながらのお喋りは訪問診療の大事なひとときです。

◆事務職と連携して賢く働く

さて、訪問診療風景に戻ります。

中野さん、床に座って、患者さん、家族と和やかに話し込みます。そのあいだにナースは体温、血圧、脈拍を計って中野さんに伝えます。それをパソコンに打ち込み、クリニックで待機している事務職に電子メールで送信します。他の医療機関への紹介状や処方箋もメールと携帯であつというまにやっつけてしまいます。

訪問診療を終えてクリニックに戻る4時ごろには、電子カルテへの書き込みも書類も事務職が仕上げてくれているので、それを確認して、きょうの仕事は終わり。

いい診療をするに「医師はヘトヘト、経営は赤字」という常識をしつかり破ってしまっています。

中野さんのモットーは、

①抱え込まない。②働きすぎない。③賢く働こう。④楽するために、知恵を出そう。なのです。

◆実践に制度が追いついて……

型破りな中野さんの前身は病院I.Tのカリスマです。鹿児島大学付属病院の検査部で3つのシステムを立ち上げた後、「病院を出て、在宅医療・介護の現場にI.Tを活用

したシステムをつくりあげたい」と夢を抱き、志を同じくするナースと事務長、3人で訪問診療専門のクリニックを立ち上げました。

名人芸ではなく、どこでもだれでもできるシステムをつくるのが夢ですから、地域に大勢の仲間をつくってゆきました。写真④は、患者さんと家族と一緒にさまざまな職種が知恵を出し合うケアカンファレンスの風景です。地域のケアマネジャーや福祉用具の専門家も加わっています。中野さん自身は、この写真を撮影中なので、写真の中にはいないのですが。

私が同行した訪問先のうちの何軒かにはケアマネジャーも待っていて、今後の方針の相談に加わりました。その1人の言葉が印象的でした。

「こん方は種子島出身じゃつて、ヘルパーさんは種子島出身の方を頼もうかと思うちよつとです。鹿児島弁じゃつと、気持ち伝わらんでな」

お国言葉を大切に配慮と最先端のI.T技術が見事に調和していました。

中野さんたちがこの10年間にかわった患者さんはグラフのように578人。そのうち149人を自宅で看取りました。そしてこのやり方は「在宅療養支援診療所」として06年には国の制度になりました。

ボランティア精神がつながると社会が変わるといふ法則通りです。

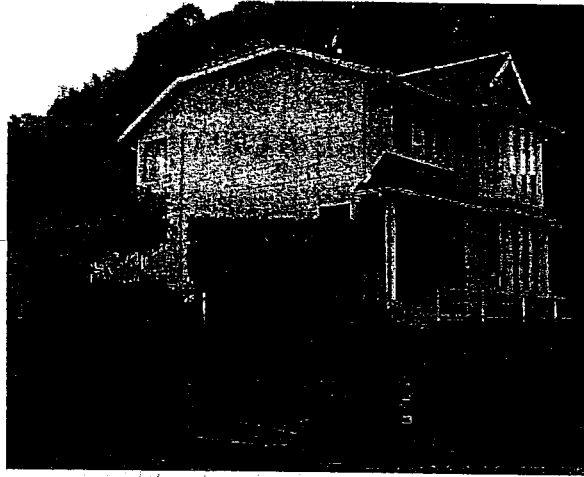
挑戦!

ニュートリアル

パソコンメールや電子カルテ等を活用し、リアルタイムで診療情報を共有。地域で支える在宅医療システムの構築を!



中野一司 院長
(医療法人ナカノ会 理事長)



医療法人ナカノ会 ナカノ在宅医療クリニック

鹿児島県鹿児島市伊敷台6丁目27-11

在宅医療の普及と人材育成のために、独自のノウハウを全てオープンに——病院での回診とはまるで違う診察風景があります。患者さんが患者さんの生活の中にとりこまれて先生が入っていられることが新鮮でした。愛犬が傍にいたり、庭を自慢されたりと、患者さんはリラックスされている様子が感じました。実感として在宅医療の利点を知ることが出来たと思います。(大学医学部6年生)

——在宅医療というものが、病気を治す病院・クリニックの医療を自宅に持ってきたものではなく、病気を予防し、死という自然現象を、家族を含め(患者さんに)受容していただき、いかに現在を楽しく、充実した時間にするものであるかということが分かったと思います。医療サイドの密な連携があり、家族と良好な関係が保てて初めてできることでありそれぞれのバックアップ、信頼関係は非常に大切だと思いました。(病院初期研修医)

これはナカノ在宅医療クリニックの見学者や医学部実習生が綴った在宅医療体験記のほ

んの一部を抜粋したものです。当クリニックのホームページの中でこのような感想文をたくさん読むことができます。

ナカノ在宅医療クリニックは、ITを活用したネットワーク型の在宅医療を展開するクリニックとして、在宅医療・介護の世界では全国的にも知られる存在です。ここでは積極的に見学者等の受け入れを行って、在宅医療を志向する医師・看護師から事務職員、さらには報道関係者まで、全国から多くの方が訪れます。

独自にゼロから創りあげたシステムのノウハウを惜しげもなく披露するのは、「在宅医療の普及と人材育成のため」と言い切る中野一司院長、特に「医師の意識改革の一助となれたら」との思いがあるといいます。

その甲斐あって今年4月からは鹿児島大学医学部6年生の実習も始まり、冒頭にあるように医学部学生の意識改革にもかなりの影響を与え始めているようです。

私たち取材班も例外ではありません。近年の医療制度改革の柱が地域連携と在宅医療にあ

るということは頭で分かっているけれども、果たしてどこまで実現できるのかという疑念がありました。しかしながら、実際に同クリニックが行う在宅医療の現場を取材する中で、厚生労働省が理想として思い描くそのままのシステムが、すでに何年も前からこの鹿児島島の地で構築されているのを目の当たりにし、既成概念にとらわれてはいけなないとあらためて思い知らされた次第です。

そんな訳で、今回、中野院長に同行し、まる1日の密着取材を許していただいたことに報いるべく、私たち取材班2名が見たナカノ在宅医療クリニックの在りのまを何とかお伝えできればと思っています。

□ 電子カルテとパソコンメールを活用した「チーム診療」を実践

同行取材の話を進める前に、もう少し医療法人ナカノ会についての全体像をお話しましょう。

ナカノ在宅医療クリニックは、平成11年9月に開業し、今年で10年目を迎えます。

開業前の5年間、鹿児島大学病院の検査部に所属し、3つの検査部内システムを立ち上げるなど病院のIT化の強力な推進者であった中野院長は、在宅医療・介護の現場で新しいシステム構築を成し遂げたいという大きな夢を胸に、在宅医療を専門に行うクリニックを立ち上げたといいます。平成15年10月には法人化を果たし、その翌年11月には、訪問看護ステーションと居宅介護支援事務所を開設するなど、着実に進化を続け、現在に至っています。

ナカノ会は、鹿児島市北部の「伊敷ニュータウン」の入り口付近に位置し、およそ半径10km以内、車で30分以内を訪問範囲としています。外観は普通の民家のように見えます。クリニックのドアから院内へ一歩進むと、外観と同様に内部も普通の民家とほとんど変わりありません。隣接のナカノ訪問看護ステーションも同様です。違いは、天井に設置されている照明設

備が他のクリニックと同様の明るさを確保しているくらいのもので、「クリニックは、医局や当直室のようなものです」と中野院長。その外見には全くこだわりがありません。ナカノ会のスタッフは、現在、クリニックに院長含め医師5名（常勤1名、非常勤4名）と事務職6名を配し、ステーション等には、看護師10名に保健師、理学療法士が1名ずつ（うちケアマネジャーの有資格者5名）が在籍し、約160名の在宅患者の療養生活を支えています。

開業以来、「完全なチーム診療（共同診療体制）」を目指してきたという中野院長は、こう語ります。

「ナカノ会では、スタッフ全員に軽量のモバイルパソコンを配備し、訪問先などで必要があればいつでも電子カルテ（ダイナミクス）の閲覧やスタッフ間のメール配信による情報交換が可能です。これに携帯電話を加え、1日の流れの中で、それぞれが連携し効率的な業務分担の体制づくりを進めてきました。

平成18年の3月から常勤医3名体制になり、ようやく本格的なチーム診療に着手できましたが、H19年の9月から再度常勤一人体制に戻っております（常勤医1人退職のため）。最近では、複数の医師を配した在宅療養支援診療所も増えてきましたが、そのほとんどは担当医制のようです。当クリニックでは、担当医を決めず、複数医が参加する完全なチーム診療体制を再度追求していきたいと考えています。そのためにはナカノ会オリジナルの在宅医療のクリティカルパスを完成させたいとも考えています。もしこれが完成すれば、1つの診療所だけに留まらず、診診連携のためにも有効なツールになる可能性があります。当クリニックだけでなく、全国の先進的な在宅療養支援診療所と連携し、電子カルテのダイナミクスがユーザーの手で進化し続けているように、ネット上で進化させて行ければとも思っています。」

中野院長は開業当初からダイナミクスを採用し、その機能を進化させてきた一人で、同ソ

フトの在宅医療部分の開発にも関わられてこられたそうです。在宅医療クリティカルパスにも期待がかかります。

また、平成18年11月に中野院長が立ち上げたメーリングリスト「在宅ケアネット鹿児島ML」が今、凄いことになっているそうです。

もともとは鹿児島市内の医療・介護・福祉、それに行政や教育機関の関係者のための連携ツールのつもりだったそうですが、全国有数の在宅医療関係者が次々と参加し、現在では約700名の登録があるとのこと。しかもそこで日夜繰り広げられる議論はすばらしく、「日本の医療・介護そのものを変革するパワーを有してきた」とうれい誤算に院長は目を細めます。誰でも入会できますので、興味のある方は下記のURLをご覧ください。

在宅ケアネット鹿児島ML

<http://www.l3.ocn.ne.jp/~nazic/carenet.html>



■朝のミーティング風景と車の中の中野院長。…院長以下スタッフ全員、パソコンでこまめに情報共有を果たしている。

訪問診療に密着取材。…ナカノ会のある1日を追って

さて、いよいよ同行取材について話を進めます。朝8時半、ナカノ訪問看護ステーション内で行われるクリニック、ステーション合同のカンファレンスから1日が始まります。ここでは、皆さんパソコンを開き、メールと電子カルテを参照しながら、本日の訪問スケジュールと病状の確認や診療方針について意見交換が行われていました。特に印象深かったのは、ただの申し送りではなく、スタッフ全員が活発に議論する姿です。皆さんの表情は、明るくしかも真剣

です。この場にいるだけでも、チーム医療のレベルの高さを実感します。

30分かけてのミーティングが終了すると、クリニックに帰って訪問診療の準備が開始されます。訪問診療は、医師と看護師のペアに、専属ドライバーが加わり3名でチームを組んで行います。通常2チームに分かれ、それぞれに10軒から15軒の居宅を回ります。

さっそく中野院長のチームに同行させていただき、出発しました。

車に乗り込むやいなや、院長の携帯電話に患者の家族の方から臨時に訪問依頼が入りました。院長は速やかにスケジュールを調整し、午後の訪問診療への追加を指示します。車中はまるで移動オフィスです。その日は入院先の検討や他の訪問看護ステーションへの訪問依頼などもあり、次々に案件を処理していきます。



■訪問診療の様子。…院長の気さくな人柄に触れ、和やかな会話が交わされる。

「スタッフ全員が患者さんの情報をリアルタイムで共有しています。何か変化があるとすぐにメールや携帯電話で対応策を検討でき、すばい指示も可能となります。このように全職員が常に全ての患者さんの状態を把握しているということは、在宅医療をチームで行う際に最も大切なポイントになります。」と院長。

そのためには、安価で使い易いという観点から、通常のメールソフトを情報共有のツールに採用したとのことでした。

流れはこうです。中野院長はまず、患者さんやご家族との和やかな会話の中から、病状などを聞き取りつつ、ベッドの傍らに座り、おもむろにパソコンを開きます。看護師はバイタルチェックや必要な処置を行いながら、口頭でその

日の患者さんの状態を院長に伝えます。それをメールソフトにその場で入力し、クリニックにいる事務職員にメール送信します。訪問診療中の電子カルテはあくまでもデータ参照用で、直接入力はしません。投薬では、定期的な処方内容を記載した処方せんを予め用意しておき、変更する薬剤のみ訂正して発行するといった工夫もなされています。必要があれば、訪問看護ステーションへの指示書や他の医療機関への紹介状といった文書類もメールで事務職員に指示します。訪問診療を終えて帰るころには、電子カルテ等への転記も終わっていますので、後はその確認作業をするだけです。

この辺りのノウハウは、過去9年間の歩みの中で進化し現在の形になったそうで、これからもまだまだ進化し続けるに違いありません。

さて、在宅システムの話の次は、実際の患者さんのお宅に訪問して感じたことを述べたいと思います。

患者さんやご家族の方には、中野院長から見学の旨お伝えいただき、恐縮しながらお邪魔しましたが、どのお宅からも重たい空気は微塵も感じられず、突然の見知らぬ来訪者である私たちを皆さん快く迎え入れてくださいました。その中でも特に印象深かったエピソードを2つほど紹介します。

数年前にご主人を亡くされ、独居となってしまわれた、あるご高齢の患者さんは、私たちに「中野先生のおかげで主人を自宅で看取ることができ、とても感謝しています。今は主人に代って私が先生のお世話になっています。めったに夜中に電話したりはしませんが、24時間いつでも連絡がとれるという安心感が支えになっています。」と話され、中野院長に全幅の信頼を寄せています。

また、あるお宅では、奥様がご主人の介護を続けて5年になるとのこと。ご自宅でご主人に寄り添いゆっくと過ごす毎日、お二人にとって何物にも代え難い、大切な時間にちがいません。奥様は突然病に倒れたご主人に付き

添い、急性期から慢性期の入院を経て在宅介護に踏み切るまでの手記をまとめ、地元出版社から本を出されたそうです。文中には、もちろん中野院長も登場しています。この本が評判になり、現在は南日本新聞にも手記が連載されているそうです。

「在宅医療は予防医学的な役割が大きく、患者さんだけではなく、家族の方からの情報が何より大切です。そのためには、日頃から何でも相談していただけるような関係作りが必要です。」と語る院長、患者さんやご家族の方との信頼関係の強さを肌で感じた同行取材でした。

「第11回日本在宅医学会大会」が鹿児島で開催（2009/2/28～3/1）に！

午後3時前には無事訪問診療を終え、クリニックに戻りましたが、最後は院内で、今後の展開など、道中で聞けなかった話を聞かせていただきました。

「実は、来年の2月28日・3月1日の2日間、第11回日本在宅医学会大会を鹿児島で開催します。私が大会長を務めさせて頂き、『多職種連携』がメインテーマです。多職種連携で行う褥瘡治療や栄養管理(NST)、口腔ケアなど内容は盛り沢山です。ぜひ全国から在宅に携わる多職種の皆様に参加していただきたいと考えています。」

平成18年度の診療報酬改定で制度化した「在宅療養支援診療所」に引き続き、今年（平成20年度）の改定では、入院患者の退院支援から在宅まで、その状況に応じ実施される多職種共同のカンファレンスを評価した様々な診療報酬点数が創設されるなど、医療機能の分化・連携を促すような改定となりました。まさに在宅医療普及の年、ひょっとしたら、薩摩からの医療革命（平成維新）はもう始まっているのかもしれない。<K.K./K.M.>

第11回日本在宅医学会大会のホームページ

<http://www.procomu.jp/zaitaku2009/>