

【東京】外来メインのクリニックがスムーズに在宅医療を推進させる方法-野村和至・野村医院院長に聞く◆Vol.2

2021年3月19日（金）配信 m3.com地域版

高齢化の進展に伴うニーズの拡大によって、在宅医療に関心を持つ開業医は少なくないだろう。事実、在宅医療に注力するクリニックは増えているが、一方で「外来診療をメインにしながらバランス良く在宅医療も展開する」例はまだ少ない。1980年代から患者宅への往診を続け、在宅医療の法整備が進んでからも同医療を継続する「野村医院」（東京都板橋区）の野村和至院長に、外来診療と在宅医療を両立させてきた方法を聞いた。（2020年12月24日インタビュー、計3回連載の2回目）

▼第1回は[こちら](#)

▼第3回は[こちら](#)

——野村医院は専門外来「地域包括診療外来」を開設したことで、在宅医療への移行がスムーズになったとのこと（1回目記事を参照）。在宅医療は今後、先生にとって力を入れていきたい分野なのでしょうか。

はい。高齢化の進展によって需要が増えていますし、老年医学という私の専門性を生かせる分野なのでそう考えています。もともと、当院では母が開業した1980年代当初から往診をしていたので、「地域のかかりつけ医として患者さんを外来と在宅で幅広く診る」という志を絶やしたくない思いもあります。

近年、在宅医療に注力するクリニックが増えています。患者さんが希望し、かつクリニックとして可能なのであれば、患者さんと信頼関係を築いているかかりつけ医が在宅でも診てあげた方が良いでしょう。体制を整え、労力に見合った診療報酬を得られれば一般的な外来メインのクリニックでもある程度の人数は診られます。



野村和至院長

——外来を軸に据えながら在宅医療も行う場合、在宅に注力するクリニックとはまた違う難しさがあるのではないのでしょうか。

そうですね。在宅医療をメインとするクリニックは体制が充実しているので患者さんの急変やスタッフの体調不良などの有事でも自院で完結しやすいと思いますが、外来メインのクリニックがいきなり24時間対応できる体制を作るのは難しいように思います。

そこで重要なのは、「いかにして外的なサポートを得ながら在宅医療を推進するためのハードルを下げるか」です。その意味で、当院では医師会の制度とデジタルツールを活用しています。

まず前者について、私が所属する板橋区医師会では「副主治医連携」というユニークな取り組みを行っています。これは、在宅医療を行っているクリニックが複数のグループを作り、ある医師が休みたい希望日を出したときに他の医師が臨時で代行するという互助機能を果たすものです。同医師会ではさらに、この仕組みを利用する医師が集まる会議の場を毎月設けているので、「有事の副主治医」になり得る先生方との関係性もその場で深められます。

——在宅医療に活用している「デジタルツール」とは？

エンブレース株式会社（港区）が提供している「メディカルケアステーション」（MCS）です。これは医療介護専用のSNSで、一般に普及している「LINE」の医療版のようなもの。在宅医療では多職種連携が重要ですが、MCSはその情報共有の面を遠隔で密に、スピーディーに行えます。たとえば、ある患者さんのトークルームを開設したらその方に関わる多職種が参加し、必要だと思う情報を随時投稿、他の参加者は画像データや動画を含めてすぐに閲覧できます。当院では2年ほど前に使い始めましたが、今ではこういったSNSが在宅医療には不可欠だと感じています。

当院では以前、多職種間の情報共有に電話やノートを使っていました。しかしノートでは共有するまでのスピードが遅く、また電話では医師の場合、診療中は出られません。もちろん、電話の方が伝わりやすい内容もありますが、連絡手段が電話だけだと、電話に出るまでその情報の重要度がわかりませんし、忙しいときに電話をされても冷静に対応できないことがあります。いろいろな意味でSNSを活用するのは効果的なのです。特にみとりの前は患者さんの状態が刻々と変わるので、スピーディーに情報を共有できるツールは有用です。患者さんやご家族とのやり取りもこのシステムでできます。

——在宅医療を充実させていく上で、今後取り組みたいことはありますか？

二つ考えています。一つは訪問看護ステーションの開設で、もう一つはオンライン診療の活用です。

まず前者について、患者さんの状態が安定しているときは別組織の訪問看護ステーションが対応しても問題ないことはありますが、患者さんの死期が近くなって非常にデリケートな時期に差し掛かってくると、クリニック側との目標のズレが起きやすくなると感じています。場合によっては医師と訪問看護ステーションのスタッフの発言が違ってしまい、患者さんやご家族を混乱させてしまう可能性もあります。

現在はMCSで情報共有を図ることでそのリスクを減らしていますが、やはり自院と同じ法人内の訪問看護ステーションから看護師を派遣した方がご家族も安心しやすいでしょう。今は2、3年後の開設に向け、人員基準をクリアしつつ、さらに外来運営に支障のない体制を築くためにスタッフを増やしているところです。

もう一つのオンライン診療について、当院では新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行後から株式会社MICIN（マイシン）（千代田区）が提供するシステム「curon（クロン）」を本格的に使い始めましたが、オンライン診療には制度的な課題がありつつも、仕組みそのものにはさまざまなポジティブな可能性があると感じています。その一つが在宅医療への活用です。

具体的には、患者さんの終末期に、ご家族に安心感を与えるために活用できるのではないかと考えています。患者さんの死期が近づいてくると、本人への対応はもちろんのこと、「不安になっているご家族にどう安心してもらうか」が医師には問われます。当院ではそんな時期、訪問しない日でも朝と晩に必ずご自宅に電話をかけて患者さんの状態を尋ねるようにしているのですが、そのときにオンライン診療を絡めればより患者さんは安心しやすいのではないかと。また実際のところ、患者さんの死期が近いときは緊急往診をした方がいいかどうか私たちも悩むもので、オンライン診療によって、声だけでなく患者さんやご家族の姿や表情も見ることで判断材料が増える利点もあります。

以前、92歳の不安神経症の患者さんにオンライン診療を行ったら症状が大きく和らいだことがありました。その方は不安のために、診療外でも頻繁にクリニックに電話をかけたり、必然性が低いものの当院とは違う医療機関を受診したりしていました。ところが、診療形態にオンラインを加えることでこうした行動がぴたっと止まったのです。その方によると、「対面診療よりもオンラインの方がゆっくり話すことで安心感があつた」そうで、この出来事に私は着想を得ました。

オンライン診療を単に診療そのものとしてでなく、「患者さんに安心感を与えられるツール」と広く捉えると、在宅医療だけではない活用方法も見えてくるのではないのでしょうか。

◆野村 和至（のむら・かずし）氏

1991年帝京大学医学部卒。東京大学医学部附属病院、自治医科大学附属大宮医療センター（現自治医科大学附属さいたま医療センター）での内科研修を経て、1993年から虎の門病院内分泌代謝科に勤務。その後、関東中央病院代謝内分泌内科、東京大学大学院加齢医学講座での勤務を経て、2013年に母が院長を務める医療法人社団「野村医院」に加入。2015年東京大学大学院修了。2017年同院院長。東京大学大学院加齢医学講座の非常勤講師や板橋区医師会の理事も務める。糖尿病専門医、老年病専門医・指導医。

【取材・文・撮影＝医療ライター 庄部勇太】

