

「最期を満足して生きる」ための ニーズに真摯に応えていきたい

かかりつけ医として、午前中は診療所で外来患者を診察し、午後は地域に出て行き在宅医療にあたる。終末期在宅(在宅ホスピスケア)にも取り組み、看取りも行う。患者が住み慣れた地域で最期まで生きられるようにと介護分野へも進出。その中核として小規模多機能型居宅介護施設を位置づける。斎藤内科クリニック(新潟市)が取り組む医療の現状、目指す方向について斎藤忠雄院長に聞いた。

斎藤内科クリニック 院長 斎藤忠雄



地域ニーズから在宅を拡大 小規模多機能施設も開設

——外来から在宅、小規模多機能と幅広く取り組まれています。こうした体制をつくられた経緯を教えてください。

斎藤 もともと大学病院では肝臓、消化器内科を専門にしていました。94年にクリニックを開業し、当初は外来診療をメインにしていました。しかし、地域の方々や患者さんの高齢化にともない、定期的な在宅の依頼が次第に増えてきたのです。そこで、外来の合間をぬって行うようになっていったのですが、その依頼がどんどん増えてきた。夜遅くまで対応するケースも多くなってきました。ついには対応できなくなり、2006年10月から外来は午前だけとし、午後はすべて訪問診療に変更しました。木曜日は丸1日在宅を行っています。

考えてみると、これは病院の医師と同じことを行っているに過ぎません。病院の医師も午前中は外来患者を診て、午後は病棟入院患者を診る。我々開業医も地域を広い病棟と捉えて、午後は地域に出る。病棟の患者さんを診ているのと同じ感覚です。

小規模多機能型居宅介護施設「るぴなす」を開設したのは2007年です。その前年に介護保険制度の見直しで「小規模多機能型居宅介護」が制度化されました。小規模多機能は通いが中心で、場合によっては泊まることもでき、訪問もできます。認知症の方や1人暮らしの方が地域で安心して暮らしていけるという小規模多機能の理念に共感し、自分でもつくりたいと考えました。小規模多機能には小規模型のデイサービスセンターも併設しています。

さらに、がん対策基本法を受けて、がん患者さんが病院から家に帰される一方で、住み慣れた場所で最期



一般外来の他、在宅療養支援診療所として24時間365日対応で、在宅ホスピスケアなどに取り組む斎藤内科クリニック

——他業種との協働、連携では患者さんの情報共有も大事になります。そのために取り組んでいることはありますか。

斎藤 連携で中心になるのはケアマネジャーです。ケアマネジャーと医者がきちんと連携をとればスムーズにいきます。そのため私はケアマネジャーと常に電話連絡がとれるようにしています。また、居宅介護支援事業所と訪問看護ステーションの1日の動きは次の日の朝に報告してもらい、それをチェックしています。

そのほか、毎週月曜日の午後1時から約1時間、ケアマネジャー、訪問看護師、連携している訪問薬剤師、そして私でミーティングを行っています。突発的な問題については随時開いています。

——先ほど小規模多機能の理念に共感したというお話でしたが、先生の目指しておられる医療にとって小規模多機能は欠かせないものなのでしょうか。

斎藤 小規模多機能はこれから非常に重要な位置づけになると思います。これまでに小規模多機能で4人の看取りを行っています。看取りも緊急避難的に認められていて、小規模多機能は看取りの場としても使える。すでに家の機能を持っているのです。

高齢者にとってこれからの大きな課題は、住まいだと思います。特養(特別養護老人ホーム)や老健(介護老人保健施設)はなかなか入れない状況です。有料老人ホームは高額ですし、高齢者専用賃貸住宅(高専賃)も月15万円くらいかかる。そこで、たとえば、今、空き家がたくさんありますが、そこを借りて、ある程度元気な高齢者がオーナーになり、1人暮らしの高齢者や老老世帯の方がルームシェアリング(共同住宅)とい

う形で住む。そして、その地域に医療機関と小規模多機能施設があれば、地域のなかで最期まで過ごせるのではないかと私は考えています。共同住宅では看取りもできます。

共同住宅の家賃は1人あたり2～3万円で済みます。そこに小規模多機能の泊まりを時々使ったとして2～3万円、食事を入れても5万円ほどです。すると1か月8万円程度で暮らせる。今後は国民年金で暮らせる街づくりをしていかなければいけないと思います。高額なお金を払って施設に入れる人は限られていますからね。

現場の問題をヒアリングし改善検討 デイサービスを併設して経営補填

——小規模多機能がそれだけ重要になると、現場の介護職員にも高い質が求められますね。

斎藤 現在、小規模多機能のスタッフは18人、デイサービスは5人いますが、内部研修会やミーティングを頻繁に開いています。最近、運営推進会議を刷新して、「るびなすカンファレンス」という形で、小規模のなかで問題になっていること、たとえば「看取りは怖い」といったことなどについて講演会や発表会、講義などを行っています。

研修会に加えて、重要になるのがヒアリングです。小規模多機能とデイサービスを統括する会社に08年から、総務担当の女性スタッフを1人置いています。彼女が職員からヒアリングをし、それを私に伝えてもらいます。私はあまり時間的余裕がないですし、職員も私には話しにくい部分があるでしょうから。彼女は別の小規模多機能で管理者の経験があり、ヘルパー2級も持っていて現場の仕事もこなします。事務室に閉じこもっているだけではないので職員も話しやすいようです。私たち2人は毎日10分程度ミーティングをし、いろいろな問題の改善に結びつけています。

また月1回、管理者会議を開いています。小規模とデイサービスの管理者、総務担当者、私の4人で主に売上やスタッフの問題、各種行事、ヒアリングの内容の4つについて話し合っています。

とにかく私は頻繁にスタッフに理念を話すよう心がけています。居心地のいい人たちに囲まれ、居心地のいい場所をつくる、そして、ここが終の棲家になって



定員25人の小規模多機能「るびなす」にはデイサービスセンターが併設されている

いくようにしましょうと。理念を共有してくれればスタッフも定着します。

——小規模多機能型居宅介護施設は経営が難しいと聞きますが、その点はいかがですか。

斎藤 そのとおりです。小規模多機能単体ではなかなか収支が合わない。特に小さな医療機関では難しいと思います。そこで小規模のデイサービスセンターを併設しました。デイサービスの収益で小規模多機能のマイナス分を補填しようという狙いからです。さらに足りない部分はクリニックの収益を回しました。約2年半、そういう状態が続き、ようやく昨年11月から単体での収支が合うようになりました。

もう1つの問題は、小規模多機能は25名登録で1日当たり15名利用というシバリがあることです。泊まりは5～9部屋使えることになっていますが、15名利用という枠のなかで、25名登録すると泊まりの部屋が足りなくなるのです。そのため、実際は21～22名の登録が限界です。25名登録するためには、1日の利用者15名という枠を撤廃する必要があると強く感じているところです。

在宅に取り組む開業医のためのサポートセンターをつくりたい

——現在、抱えている課題などがありますか。

斎藤 経営的には、訪問看護ステーションの収支が単独でマイナスになっていることがあります。しかし、訪問看護ステーションがないと診療所は成り立ちません。

今、全国的に訪問看護ステーションが減っています。本来、在宅において重要な役割を担わなければいけないのになぜかという、訪問看護ステーションは医療保険ではなく、介護保険で制定されているからです。疾患によっては医療保険に変えられますが、すべて医療保険にすれば成り立ちます。看護師にとっては一般の病院のほうが待遇はいいですが、訪問看護にやりがいを持って働いてくれています。それに何とか応えたい。国には制度を変えてもらいたいですね。

——これからの展望、抱負などをお聞かせください。

斎藤 私にとってかかりつけ医の理想の姿とは、かぜも診るし、最期は看取りもするというものです。そうすれば、がん患者さんでも住み慣れた場所で安心して

最期を生きることができます。そのために、現在のようなスタイルの小規模多機能施設をあちこちにつくればと考えています。小規模多機能は訪問やお弁当の配食もできるので高齢者の見守りができ、安否確認が可能になります。ウチの診療所1つで、2～3の小規模多機能は対応できます。

地域とのかかわりも積極的に持つようにしていきたいと思っています。小規模多機能では子どもたちとコラボレーションしたり、夏祭りを行ったり、防災訓練で炊き出しの練習をしたりしています。また、デイサービスは日曜日が休みなので施設を開放し、自治会の人たちが話し合いをしています。職員と利用者、自治会の人たちも参加して居酒屋タイムを開いたりもしています。こうした取り組みをより増やしていきたいですね。

残念ながら、新潟県の在宅療養支援診療所のうち実際に機能しているのは3分の1程度です。がん患者さんへの麻薬、モルヒネも安心して使えるようになりましたが、開業医はそのへんがよくわからないのです。私は今年1月に新潟大学で緩和ケアの研修を受けましたが、40人いる中で開業医は1人だけでした。多くは病院の先生や看護師です。在宅でがん患者を診ることができると意識を持っている開業医は少ないのが実状です。ですから、普通の開業医でも、がん末期の患者さんを在宅で診てその人らしい最期を迎えられるようにお手伝いできるということをもっと広く世の中に知ってもらえるように活動をしていかなければと思っています。また、診療所間の連携に力を入れていくほか、私のように開業医1人で在宅のネットワークづくりに取り組む先生を支援する「在宅療養支援診療所サポートセンター」をつくりたいとも考えています。(平成22年7月22日／取材協力：細川健二税理士事務所／ライター 田之上 信)



斎藤内科クリニック
http://smc-kanwa.jp

DATA

新潟市中央区高志2-20-3 Tel 025-287-5800
mail: t-saitoh@smc-kanwa.jp
●診療科：内科・在宅医療

院長 斎藤忠雄(さいとう ただお)

1954年福島県生まれ。90年新潟大学大学院卒業後、米アラバマ大学バーミンガム校客員助教授。94年斎藤内科クリニック開業。小規模多機能型居宅介護施設と小規模型デイサービスセンターを開設。08年より24時間体制の在宅療養支援診療所・緩和ケア診療所となる。現在、「住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らせるまちづくり」を目指して多職種によるネットワークづくりに取り組んでいる。