

ゆるやかにつながるネットワークを立ち上げ、地域全体で在宅医療を展開する

齋藤忠雄院長が1994年に開業した齋藤内科クリニックは、外来診療と訪問診療を行う地域のかかりつけ医である。2007年には患者さんの要望に応える形で介護の分野にも進出し、小規模多機能型居宅介護施設を開設した。また、患者さんが住み慣れた場所で最期まで過ごせるように、他科の医師やケアマネジャー、介護士などとゆるやかに連携して在宅医療を行うネットワーク『にいがた在宅ケアねっと』を立ち上げており、これは新潟県福祉保健部の在宅事業のモデルケースになっている。

地域の中で高齢者が安心して暮らせる小規模多機能型居宅介護施設

齋藤院長は大学病院では消化器内科を専門とし、肝臓の研究で米国アラバマ大学バーミンハム校客員助教授を務めたという経歴を持っている。帰国後は研究畑から離れ、齋藤内科クリニックを開業して地域のかかりつけ医としての生活をスタートさせた。当初は外来診療のみだったが、地域の人々の高齢化に伴い通院が難しい患者さんが増えてきたため、訪問診療も行うようになった。

在宅医療を行ううちに、患者さんが満足できるような介護サービスが少ないことを知って開設したのが、小規模多機能型居宅介護施設『るびなす』だ。小規模多機能サービスは、自宅を中心にデイサービス、ショートステイ、訪問介護を患者さんの希望や状態に応じて提供するもので、それぞれのサービスを同じスタッフが担当できるのも魅力の一つである。利用者さんが地域で安心して暮らし続けられるように支援することを目的としており、齋藤院長はそれに深く共感して開設に踏み切った。しかし、開設当初は利用者さんが少ないにもかかわらず、多くのスタッフを雇用していなければならず、経営的にはとても苦しかったという。「小規模多機能単体ではなかなか収支が合わず、小規模のデイサービスセンターを併設したり、クリニックの収益を回したりするなど、いろいろな苦労がありました。その後、徐々に利用者さんも増えて経営的に安定し、施設内でこれまで17人の看取りができるまでになりました。また、2012年の介護報酬改定では、小規模多機能型居宅介護事業が強化され、今後の介護の中心に据えるという国の姿勢が示されました。大変でしたが、小規模多機能型居

宅介護事業に共感した自分の考えは間違っていないかったと満足しています」と齋藤院長は振り返る。

“看取りは家族のもの”という思いで患者さんや家族をサポート

同クリニックでは午前中に外来診療を行い、午後を訪問診療に充てている（木曜日は午前に訪問診療、午後休診）。外来は1日に約30人の患者さんが受診する。近隣の住民が中心で、生活習慣病などの高齢者が多い。訪問診療は1日に5人ほどを診る。個人の家の他、特別養護老人ホームの嘱託医やグループホームの協力医も務める。自宅で看取る患者さんは年間30～40人。齋藤院長は“看取りは家族のもの”ととらえており、患者さんやその家族の意思を尊重し、自分の考えを押し付けないようにしているという。「医師や看護師などのスタッフは、患者さんやご家族をサポートして見守るのが役目です。自宅で穏やかに過ごしたいという希望があれば緩和ケアなどを行い、最期を満足して過ごせるようにします。病院を希望する場合には、連携先の医療機関を紹介しています」

齋藤院長の思い出に残っている患者さんの中に、一人暮らしの87歳の女性がいる。一人娘が栃木県に嫁いでいたため、病院側は自宅から離れたホスピスへの入所を勧めていたのだが、本人は住み慣れた自宅で最期を迎えたいと望んでいた。そこで齋藤院長が相談を受け、『るびなす』のサービスを利用して、栃木県の娘さんとスタッフが自宅で最期を看取る、すなわち在宅ホスピスを行った。「一人暮らしの方でも、小規模多機能サービスを利用すれば、自宅での最期を満足して迎えられないということを多くの人たちに知っても

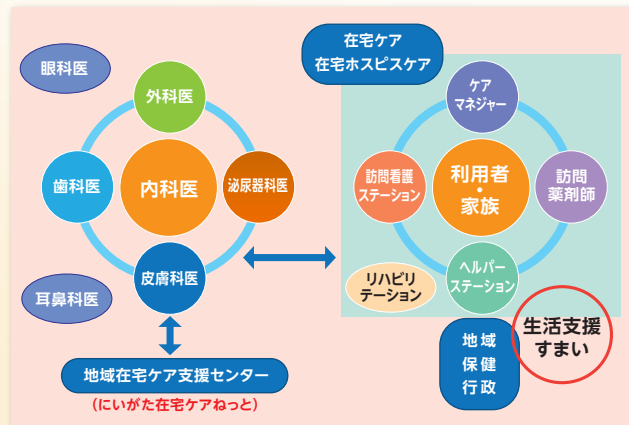
らい、このような施設が全国にたくさん増えていってほしいと願っています」と齋藤院長は話す。

各分野の専門家が集まるゆるやかなネットワーク

齋藤院長が在宅医療を始めて感じたのは、病院と在宅での医療は大きく異なるということだった。病院医療は治療（キュア）をめざすが、在宅医療ではキュアとともに介護（ケア）も重要になる。キュアとケア、両方ができなければ在宅医療は行えない。しかし医師は、大学でケアに関する勉強をする機会がほとんどない。“1回もおむつを替えた経験がない”という医師が珍しくないのが現状だ。「ケアについての知識がない、そうした医師が在宅医療の中心になろうとしても、うまく回っていかないでしょう。これまで在宅医療が思うように軌道に乗らなかった原因の一つは、ここにあると思います」と齋藤院長は問題点を指摘する。

だからといって齋藤院長は、医師に介護のプロになる必要があると呼び掛けているわけではない。医師は医療のプロとしての役割を果たし、介護のプロであるケアマネジャーや介護士と連携することで、より良い在宅医療をめざすという考え方である。さらに、医師の中でも内科、皮膚科、整形外科など、それぞれ専門がある。各分野の医師が集まり、介護のプロと連携するネットワークを構築したいと始めたのが『にいがた在宅ケアねっと』（図）だ。

図 にいがた在宅ケアねっと



齋藤内科クリニック

院長 齋藤 忠雄 先生
Tadao Saito

1990年新潟大学大学院修了。米国アラバマ大学バーミンハム校客員助教授、帰国後、94年齋藤内科クリニックを開業し院長となり、現在に至る。2012年新潟市民病院地域医療支援委員会委員、2013年新潟市地域医療推進会議在宅医療部会委員。

内科の医師が中心となり、皮膚科や泌尿器科、歯科などがゆるやかに連携し、患者さんを取り巻く介護のプロとつながる。患者さんが褥瘡を訴えれば皮膚科の医師が治療し、尿道カテーテルを利用する際は泌尿器科の医師が対応する。いわば病院でのチーム医療を在宅医療の中で行おうというもので、実際に齋藤院長たちは、この方法で看取りを行っている。

『にいがた在宅ケアねっと』の取り組みは新潟県の在宅事業のモデルケースに選ばれ、行政のバックアップを受けたことで興味を抱いてくれる開業医が増えたという。「『齋藤忠雄』と一緒にネットワークをつくろうと呼び掛けても応じる人は少ないですが、新潟県が呼び掛ければ耳を貸してくれる人が増えます。行政の役割とは、そのように市民の活動を後押ししてくれることだと思います。何も行政が医療について勉強し、詳しくなる必要はありません。医師は医療、ケアマネジャーや介護士は介護、行政に携わる人は行政と、プロとしてその道を極め協力し合うことで、患者さんご家族の在宅医療を支援する。それが私のめざすところです」と齋藤院長は力説する。

多くの人々がつながるネットワークであるが、齋藤院長は“ゆるやかにつながること”を重要視している。

「ネットワークが組織化され、上下の関係ができてしまうと破綻すると思います。参加者が自由な意思でつながり、患者さんのことを思っさまざまな意見を出し合うという関係を積み重ねていきたいと思っています」

今後は、開業医や患者さんと家族など、在宅医療に取り組む多くの人々が相談できる窓口として『地域在宅ケア支援センター』をつくりたいと考え、準備中だ。地域の人々が最期まで住み慣れた場所で安心して過ごすことができるように、齋藤院長の取り組みは続いていく。