

「会員制による在宅医療の取組み ～在宅でこそ その人らしく～^(注)」 (ライフケアシステム (東京都千代田区))

1 概要

「ライフケアシステム」は、1980（昭和55）年10月に発足した会員制の在宅医療組織である（現在は中間法人として法人格を取得している）。

ある患者が夜中に激しい胸痛があり、かかりつけの医師に電話をかけても通じず、困っており、その人から翌朝、「24時間いつでも連絡がつく方法を考えてほしい。そのためにはお金もかかるだろうから自分たちで出し合う。」といわれたのがきっかけで、その医師（佐藤智氏）が中心となって、40世帯くらいが集まって始められたものである。

会員は、会費として1世帯当たり毎月1口1,000円で7口以上（自己申告制）を負担することとされている。約1,000名（約350世帯）の会員に対し、24時間の電話相談や往診のほか、訪問看護などの在宅医療を行っている。医療法人社団互酬会水道橋東口クリニックに勤務する医師を含めた医師3名のほか、看護師、保健師、ソーシャルワーカー、事務職等で運営が行われている。結成当時から、医療保険制度ではカバーされていなかった訪問看護、末期がん患者に対する在宅ケアに取り組むなど、在宅医療に関する先駆的な取組みを推進してきている。

（注）佐藤智氏著書（1992（平成4）年）表題より

2 取組内容

（1）「24時間ケア」の実現

ライフケアシステムの基本的なサービスの一つが、組織結成の原点ともいえる「24時間ケア」であり、その実現のために様々な工夫を凝らしている。

まず、患者から電話があった場合、担当の医師（交代制）に連絡が伝わり、医師が患者宅へ電話連絡する。電話での対応で十分な場合はその場で終了する。状況によっては、ライフケアシステムから患者宅に預託されている救急薬の使用を指示し、患者の経過を観察する。必要な場合には医師が訪問診察を行う。このように、すべての場合に医師が患者宅に出向くのではなく、電話による問診を医師が十分に行い、容態に応じた柔軟な対応を取ることで、医師に過剰な負担が生じることを回避しつつ、24時間いつでも、お互いに信頼関係がある医師に電話で容易に連絡がつくという安心感を患者に与えている。

また、「24時間ケア」を実現する上で、ライフケアシステム結成時からのモットーである①自分たちの健康は自分で守る、②病気は家庭でなおすものであるという考え方を会員が共有している点も見逃せない。こうした健康、医療に対する考え方を共有しながら、医師と患者の間に深い信頼関係が構築されている。そうした結果、深夜対応も数えるほどしか

ないという。

真夜中に胸痛を覚えたある患者は、電話で応急の薬の服用指示を受けた後、次のように述べている。

「薬のお陰でだいぶ良くなりました。今、往診していただいたら明け方までかかり、先生の睡眠時間が少なくなります。明日の外来の患者さんにも迷惑がかかるかも知れない。ライフケアシステムのモットーは『自分たちの健康は自分たちで守る』です。先生も私達の仲間ですから、先生の健康だって私達が守らなくてはならないのです。」

(2) 症状の急変時の対応

在宅医療を行う上で、患者側が抱く懸念の一つは、症状の急変時の医療に対する不安である。この点、ライフケアシステムの会員は、ライフケアシステムが協定を締結している病院への入院が可能であり、専門医の紹介を受けることもできる。そうした場合、ライフケアシステムの医師が患者に同行し、患者の病状、健康履歴等について専門医への説明を行っている。そうした形で病院との間に信頼関係を構築することにより、いざ入院を依頼したときに断られることがほとんどなくなるという。このようにして、症状の急変時にも患者が安心できる医療サービスを用意している。

(3) 訪問看護の重視

在宅医療を継続していく中で、医学的に正しい見通しを持つことだけでなく、世話する家族を支えることも重要である。そこで、家族とともに看護を行いながら、その方法を教え、患者や家族の色々な問題を受け止め、医師と患者・家族の間の橋渡し役を果たす看護師の存在が重要になる。

ライフケアシステムは、訪問看護ステーションと連携しており、24時間いつでも対応できる体制を取っている（訪問看護が診療報酬上の制度として位置づけられる前から訪問看護に取り組んでおり、当時は会費で賄っていた）。日常的に訪問看護師が訪問し、患者や家族との信頼関係を築いている。通常は定期的な訪問で、状況により入院が必要な場合は同行し、入院先への訪問も行う。重症になり家庭で終末期を迎える場合には頻回に訪問している。こうした活動により、家族との関係も親密になり、信頼関係も深まっている。その結果、患者が在宅で亡くなる時、医師とともに、普段世話をしている訪問看護師が駆けつけて対応することで患者や家族が安心感を得ることができる。

こうした手厚い在宅医療サービスに支えられ、死亡する会員の半数程度が在宅で死を迎えている（全国平均は12.2%（2005（平成17）年））。急性増悪により入院し、病院で死亡するケースもあるが、入院期間は短く、可能な限り住み慣れた我が家でそれぞれの生活を送っている。

終末期になると、患者は死後どうなるかといった不安から心の痛みを感じることも多くなる。終末期医療を行うためには、そうした患者の訴えにも十分な時間を取って耳を傾け、その痛みを分かち合っていく姿勢が必要であり、そうした交流は、患者が住み慣れた生活

の場である自宅でこそなし得るものであるという。

“人は家庭で生まれ、育ち、そして病むときもさらに、死を迎えるときも、家庭でというのが本来の姿だ”という哲学がライフケアシステムの活動に貫かれ、発足からすでに28年目を迎えている。

在宅医療

CASE STUDY

「在宅医療の推進を目指して ～効果的な在宅医療の取組み～」

1 概要

あおぞら診療所は、松戸市内の2か所の診療所（上本郷、新松戸）で在宅医療を行っている。在宅医療を開始して8年経過し、松戸市における在宅診療受診者数の2割（患者数は約400名）を占め、松戸市における最大の在宅医療機関となっている。

2 開設の経緯

あおぞら診療所は、1999（平成11）年4月に3人の医師で開設した在宅医療診療所である。開設した3人の医師は学生のころから臨床研修問題を共に考えてきた仲間であった。中堅医師になり、臨床研修を通じて考えてきた“主治医（病気のみでなく、患者さんの人生や生活まで責任をもって診る医師）の思想”を実践するため、診療所を設立することとした。

3 取組内容

（1）在宅医療の患者

あおぞら診療所は、千葉県松戸市内の通院不能な患者を対象に在宅医療を行っている。在宅医療の患者は、大きく、①日常生活の行動性の低下した高齢者（いわゆる寝たきり老人等）、②難病患者、外傷後遺症患者、精神疾患患者などの小児・若年の障害者、③悪性疾患の末期患者に分けられる。

特に、小児患者が自宅で家族と一緒に暮らす意義は大きいと考え、小児の在宅医療を積極的に推進し、小児在宅医療に関しては、我孫子市、船橋市、八千代市を含めた広域で行っている。

2007（平成19）年1月末現在、あおぞら診療所の在宅患者数は、2診療所合わせて402人となっている。

（2）実施体制

同診療所は、松戸市内の2か所の診療所を合わせて、常勤医師5名、非常勤医師2名、開業前研修医2名、臨床研修医2～3名、常勤看護師10名、非常勤看護師4名、その他事務員、ソーシャルワーカー、運転手で運営されている。

医師と看護師は医療を提供するのみならず、困難な病態や障害を抱えつつも患者が在宅で療養を継続するために必要な生活援助やアドバイスを行う。この障害や疾病に関連する生活援助やアドバイスについては看護師が中心的役割を担っており、医師よりも頻繁に訪問し（週1～3回）患者をともに支えている。

また、効果的・効率的に患者を診療できるよう、専属のソーシャルワーカーを雇用するとともに、診療報酬請求事務といった一部の事務作業を外注化している。ソーシャルワーカー

カーを診療所として雇うことは珍しいが、それにより、患者の精神的ケアや介護保険などの地域の社会資源に関する知識・経験を活用した、より適切な対応が可能となっている。

さらに、地域のコメディカル資源との連携も行われている。患者の状況に応じて、リハビリに強い訪問看護ステーションと連携したり、がんのターミナルケアであれば24時間対応してくれる訪問看護ステーションと連携している。同診療所の複数の患者に対応している訪問看護ステーションとは、院内の医師と月1回、患者ごとの治療・ケアの方針をともに討議するカンファレンスも行っている。

（3）24時間体制の確立

在宅診療においては、患者の急な容態変化等に対処するため、24時間体制が不可欠である。

同診療所では、「ゆるやかな主治医制」を採用し、24時間対応をしている。患者の担当医は決めるが、実際には担当医以外の医師も時折訪問するよう配慮し、さらに毎週1回診療所内の全職員参加のカンファレンスで情報共有を行っている。

夜間や休日は当番制にすることで、医師によるサービスを確保しながら、すべての医師が休日・夜間に待機せずに済む体制を採っている。また、今後の患者の病状を予測し、昼間に事前に対応しておくことで、実際に医師が休日・夜間に臨時対応として診療するのは、月2～3回程度（医師1人当たり）にとどまっているとのことである。

（4）在宅診療の方法

同診療所では、患者の症状によっても異なるが、月2～4回程度、定期的に患者を訪問している。また、患者の容態に応じて、また、患者からの依頼により臨時に往診を行っている。医師1人半日当たりの診療回数は平均6～10件程度である。

また、効率的・効果的に患者を往診できるよう、カンファレンス開催による患者情報の共有化とともに、毎日の在宅診療^{しんちよく}においては、診療所と訪問チームは適宜連絡を取り合い、診療所オフィスが全体の進捗^{しんちよく}管理及び各人の行動状況を確認している。

さらに、あくまで患者の希望に沿って在宅生活を支えるが、手術などの積極的治療が必要な場合には、病院治療を勧めており、病院での検査や治療の終了後、再び自宅での療養を継続して支える活動を行っているとのことである。

（5）在宅での看取り

2005（平成17）年～2006（平成18）年の2年間において、在宅医療を受けた患者の死亡数は254人である。そのうち在宅看取り数は143人、在宅看取り率は56%となっている。まず余命が分かった段階で、看取りについて病院と在宅のいずれを選択するかについての意向を本人や家族と相談する。在宅を選択した場合は、やがて食べられなくなり、最終的に呼吸停止に至る死のプロセスを患者やその家族に説明しており、いざという時に慌てないよう配慮している。在宅での看取りの場合、末期がんなど一部を除けば、医師の役割は患者や家族への説明や病状コントロールが中心で、治療ではなくケアの必要性が高まるため、

看護や介護との連携が通常の在宅医療以上に重要であるという方針で対応している。

同診療所の患者であったが、最期は病院で看取られた患者もいる。そのうち、約3割は在宅介護サービスを利用しても家族が介護の負担に耐えられなくなり、入院後に死亡に至ったものである。

（6）在宅診療の適正規模

一人の医師が主治医として診る在宅患者数は80人程度が適正で、100人が限界と考えている。具体的には、あおぞら診療所（新松戸）には2人の常勤医師がおり、ゆるやかな主治医制により、自分が主治医でない患者の状況もある程度把握する必要があるが、それを含め200人の患者を把握することがほぼ限界とのことである。

現在、2か所の診療所体制としているが、これは、一人の医師が把握できる患者数を勘案し、診療所を分けた方が運営しやすいという考え方に基づいている。

（7）在宅医療を行う医師の資質

在宅医療を行う医師に求められる資質として、まず、内科を始め整形外科や精神科など幅広い知識が必要であり、また、一人前の在宅医療医師として独り立ちするには、新臨床研修制度の臨床研修2年を含めて4～5年程度の病院医療の経験、2～3年の在宅医療の実務が必要であるとしている。

また、在宅医療は医療だけではなく、患者の家族を始めとして、看護・介護・福祉にまたがる訪問看護師、ケアマネージャー、ヘルパーなど多様な他職種との連携により患者の生活を支えることとなるため、コミュニケーション能力を磨く必要があるとしている。

（8）教育

“後輩の方々の研修の場の提供”が開設目的の一つだったこともあり、積極的に研修医を受け入れている。特に2004（平成16）年から必修化された医師の臨床研修の「地域保健・医療研修」を積極的に受け入れ、1大学・2民間病院の臨床研修協力施設となり、これまで58名受け入れた。

あおぞら診療所の臨床研修プログラム（1か月）では、必ず常勤看護師を同行させ、かつ、病状の変化、治療方針の決定等に際しては、現場から携帯電話を用いて指導医に報告を義務づけるといったバックアップ体制を取ることで、本人の到達レベルに応じた体験型研修の機会を確保している。

また、2大学医学部と1大学看護学部の学生実習施設ともなっているほか、医療、福祉系学生及び専門職の見学なども積極的に受け入れている。

「重症患者の在宅医療」 (仙台往診クリニック (宮城県仙台市))

1 概要

「仙台往診クリニック」は、1996（平成8）年1月に開設した在宅医療専門診療所である。仙台市及び周辺市町村を対象に、寝たきり老人や難病・がん患者などの在宅医療を行っている。現在常勤医師5名、非常勤医師5名、看護師5名、非常勤放射線技師1名、事務員7名で運営が行われている。勤務はシフト制を取っており、平日日中は医師4名・看護師4名、平日夜間は医師1名、土日休日は医師2名・看護師2名の体制が取られている。

2 取組内容

2007（平成19）年3月現在で190名の患者は、基本的には病院からの紹介患者となっているが、その内訳は、在宅人工呼吸器装着者33名、酸素濃縮装置などを用いた在宅酸素療法患者55名、血管から直接栄養を注入する中心静脈栄養患者10名、胃ろうなどを用いた経管栄養患者67名と、一般の病院以上に重症患者の多い構成となっている。

重症患者に在宅医療を行うため、①急変時の対応、②看護・介護サービスの確保に努力している。

1) 急変時の対応

週1回以上（がん末期患者は週4回以上）医師による定期往診を行う場合が多い。しかし、重症患者は病状が急変しやすいため、医療提供側もそれに対応できる体制整備が必要である。仙台往診クリニックでは24時間・年中無休体制を取るために、医師・看護師・事務員はシフト制が取られている。また、毎朝患者宅からクリニック指定の様式でFAXを送ってもらい、症状を随時確認している。さらに、毎朝行われる医師・看護師によるミーティングにおいても、その日の新規患者、症状に変化があった患者、定期訪問する患者について、ケースごとに綿密な検討が行われている。

急変時の対応としては、日中はまずクリニックで連絡を受け、事務員が患者宅に最も近い医師ないし場合によっては連携する訪問看護ステーションの看護師に連絡を取り、患者宅に駆けつける。夜間には当番医の携帯電話に直接連絡が入るようになっており、当番医が患者宅に駆けつける。また、救急治療を望む場合、クリニックの医師が患者の紹介元病院の救急外来に病状を含めて連絡することで、病院へのスムーズな搬送が可能となっている。

2) 看護・介護との連携

在宅療養する患者にとって、医師による在宅医療と並んで、看護・介護サービスも必要不可欠なケアであると仙台往診クリニックでは考えている。

看護・介護サービスとの連携方法として、サービス担当者会議を重視している。これは、多くは病院側又は仙台往診クリニック側が主導して、退院予定の患者のベッドサイドにお

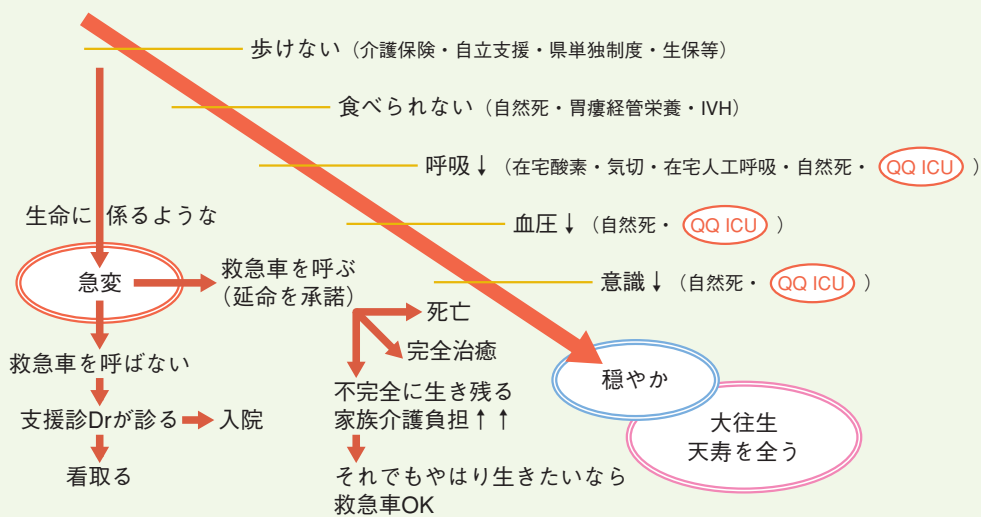
いて、訪問看護ステーションの看護師、ケアマネージャー、訪問ヘルパー、介護機器や入浴サービス業者、薬剤師、家族などを交えた打合せを行い、患者のケアの方向性を決め、スムーズな在宅医療への移行を図っている。

3) 患者の納得のいく医療提供

重症患者の在宅医療においては、発症前の元の身体状態に戻ることは少なく徐々に身体状況が衰えることから、どこまで延命治療を望むかという問題があり、医師がどのように患者やその家族等に説明するかが問われていると仙台往診クリニックでは考えている。

多くの病院の医師は病気や治療内容についての説明はあるものの、その治療を行うことで患者及び患者の家族の生活・生き方がどう変わるのか説明がなされていない。仙台往診クリニックでは、以下の資料（図表1）を基にすべての患者に対して、今後どのように病状が変化し、治療を行ったり医療機器を装着したりすることでどのように生き方が変化するかを、家族の実情に合わせて説明方法を変えながら2時間程度にわたってじっくり説明し、その上で患者や患者の家族自身に自らの治療方針や生き方を判断してもらうこととしている。患者や家族の考えは変化しうるので、急変時には再度確認を行っている。このような説明をすることにより、患者の納得のいく医療の提供につながっている。

図表1 人間の生き方（看取り）緩急の図
＜生き方は二つしかない＞



(注) 図表中「QQ ICU」とは、「救急病院 集中治療室 (Intensive Care Unit)」の略称である。

3 成果

病院の集中治療室や重症室から直接仙台往診クリニックの在宅医療に移行する者が年間50名（2006（平成18）年時点）になるなど多くの難病患者を在宅で看取りまで行っている。

また、急変時における患者の搬送先について、開業当初は、病院への営業活動を行い、搬送先になることについて病院の医師に直接お願いをしていたが、現在では、在宅医療や

当診療所に対する理解が深まるとともに、病院側も在院日数短縮のため連携診療所の獲得に熱心なこともあり、紹介元病院の患者受入れに際しては支障が生じていない。