

自分たちの健康は自分たちで守る— ライフケアシステム35年の経験から

辻 彼南雄 氏

ライフケアシステム代表理事
水道橋東口クリニック院長
高齢者を支える学際的チームアプローチ推進ネットワーク理事長
日本在宅ケア学会副理事長



佐藤智医師診療風景

要旨

25年間の東京都心での診療所医として取り組んできた地域・在宅医療と、創設35年目の患者中心の組織「ライフケアシステム」活動の実践を通し、医学生教育、研修医教育、学会活動、多職種チームアプローチ推進活動、市民啓発運動を行ってきた。これからの地域包括ケア時代において、患者中心の医療を実現し、診療所の地域貢献のひとつのモデルとなれるよう今後も努力を続けたい。

1. 佐藤智とライフケアシステム— 在宅でこそ その人らしく

ライフケアシステムは、1981年に佐藤智医師が患者とともに立ち上げた在宅医療の組織である。「自分たちの健康は自分たちで守る」「病気は家庭でなおすもの」をモットーとしての結成だった。当初は長期的な組織存続をめざしたわけではなく、在宅医療を提供するための会費制の実験的グループであったが、現在まで形を一部変えながらも2003年法人格を得て、現在まで35年の活動が継続されている。

佐藤智医師は創立者であり、2009年までグループの代表を務め、私は1990年から佐藤医師の薫陶を受けて、その活動をサポートしてきた。

ライフケアシステムは佐藤智医師のキリスト教に基づく信条と、在宅医学の理念と、それを囲む協力者、患者達によって実現したコミュニティであった。

日頃から、近隣会員の集まりである最寄り会や講演会での予防活動があり、緊急時に医師に24時間連絡がつき、往診と訪問看護師との協働があり、入院治療など専門的医療については病院との連携契約がしっかりと確保されていた。

創立30周年記念のつどいにて、東京大学高齢社会総合研究機構辻哲夫教授から「日頃の丁寧な診療や最寄り会での地道な健康相談等で深い患者と信頼関係を築き、さ

らに24時間医師に連絡がつき、契約バックアップ病床もあるという、在宅医療の理想型です。」のお言葉を頂いている。

佐藤智医師の理念を実現したライフケアシステム活動は、厚生白書平成7年版、厚生労働白書平成19年版にも在宅医療の先駆的な事例として取り上げられている。

- 1) 厚生白書(平成7年版) 厚生省編 1995 p45
「在宅ターミナルケアの例」
http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1995/
- 2) 厚生労働白書(平成19年版) 厚生労働省編 2007 p20-22 「会員制による在宅医療の試み—在宅でこそその人らしく」
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/>
また、その活動成果については、1991年、2005年に私が国際学会で発表している。
- 3) The 4th ASIA/OCEANIA REGIONAL CONGRESS OF GERONTOLOGY, YOKOHAMA, 1991
A HOME CARE SYSTEM FOR THE ELDERLY IN JAPAN: EXPERIENCE FOR TEN YEARS
K. Tsuji, K. Kawagoe, A. Sato
- 4) WONCA ASIA PACIFIC REGIONAL CONFERENCE, KYOTO, 2005
A HOME CARE SYSTEM FOR THE ELDERLY IN

JAPAN: FAMILY DOCTORS' EXPERIENCE OF TWENTY-FIVE YEARS

K.Tsuji M.D., T.Sakai M.D. and A.Sato M.D.
Life Care System, Tokyo, Japan

2.現在のライフケアシステム— 家庭医対応とその人の生き方にそったチームケア

診療報酬改定によって在宅医療が保険診療で提供できる時代になり、ライフケアシステムの当初の目標のひとつである在宅医療の普及は達成されつつある。しかし、佐藤智医師が「在宅でこそその人らしく」と追求めた「その人の生き方にそった医療とケア」「ご本人が望む医療」は日本全国どこでもまだ実現しているとは言えない。

現在のライフケアシステムは、「自分たちの健康を自分たちで守る」をモットーに、生涯にわたり健康ケアを実践する会員団体として活動している。2009年からは私が代表理事を引き継いで現在に至っている。現在は一般社団法人格を取得しており、医療ケアについては医療法人社団互酬会水道橋東口クリニックに全面的に委託している。

創立以来のライフケアシステム精神は堅持しながら、当初の目的が会員に在宅医療を提供するための組織から、地域生活において「自分らしい健康」を維持することを支援する患者主体のサポートグループに発展してきた。

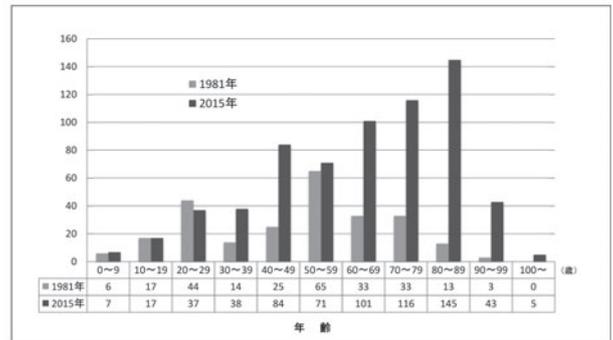
運営の基本方針は理事会、総会で協議、決定され、財政は会員からの会費(原則として、一世帯につき月額 7,000円以上の自己申告制)と寄付によって支えられている。



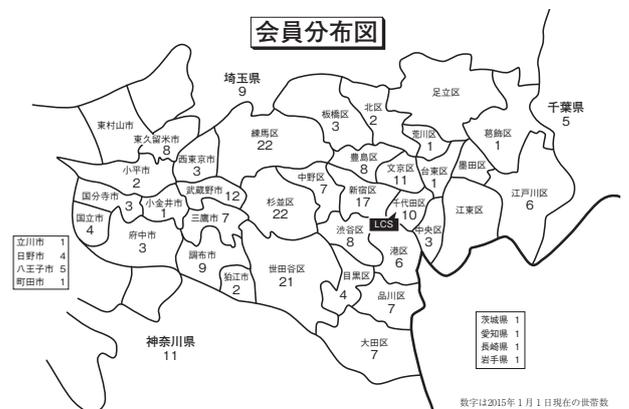
総会風景

会員の年齢構成の年次変化は年々高齢化が進んでいる。また、会員居住分布は事務所のある東京都千代田区を中心に広い地域にわたっている。

◆資料1 会員年齢層別構成 (単位:人)



会員構成



会員分布図

現在、ケアスタッフの構成は、医師1人、看護師1人、医療ソーシャルワーカー1人を常勤として、また、サポートドクターとして3人の非常勤医師を雇用している。

3本柱の健康ケア活動内容は下記の通りである。

1)その人の生き方にそった予防活動

その人らしいケアの実現のため、予防活動に力を入れている。毎年健康診断券を配布し会員健診を勧め、家庭医が面談しコメントを返している。毎月ニュースレターを発行し、医療情報を提供している。水道橋東口クリニックの待合室では毎月会員カフェを開き、保健や医療を話題に会員がスタッフと歓談している。創立以来1年に1回の公開講座には、医療やケアに関連する有識者を招き、会員交流の場にもなっている。

これら日頃の予防活動・交流活動は、「その人が望む医療は何か」「その人の生き方にそったケアとは何か」を会員とスタッフが共有するプロセスであり、エンドオブライフケアにおけるリビング・ウィルの作成と保管にもつながっているのである。

2) 予防から看取りまでの24時間家庭医対応



辻診療風景

医師による24時間対応電話相談を創立以来35年途切れることなく継続している。

症状や服用薬、対処方法等、医師が24時間なんでも電話相談に応じ、病気の早期発見、早期対応を図るほか、会員には配布してある救急薬の服薬指示をすることもある。

急性心筋梗塞など重症時には、医師が電話で救急隊員に指示を出し、搬送病院の選択と処置が適切かつ迅速に行われるようサポートすることもある。

医師がいつでもなんでも相談にのることは、欧米の家庭医、特に英国のGPをモデルにしている。インフルエンザからがん検診の受け方、認知症やうつ病の相談、看取りまでプライマリケアの相談にのっている。

専門治療が必要な場合には、多くの連携専門医療機関を選定して紹介している。また、専門医療機関への紹介だけに留まらず、その後の治療状況も継続して相談し、患者と主治医と面談のため病院を訪れることも多い。

3) 医師・看護師・医療ソーシャルワーカーチームによる総合相談と支援



チームスタッフ

オフィスでの面談、電話、メールによる相談のほか、入院中や自宅療養中の会員には訪問相談を行っている。医療、看護、福祉の専門職がチームを組ん

で、問題の解決策を会員とともに見つけている。

会員から相談があると、3人がすぐにミーティングを行い、問題解決の方法を検討し、実行していく。記録はクラウド型電子カルテに3人が書き込んでおり、どこでも相互に確認できる。それぞれ病院、診療所、訪問看護ステーション、介護保険サービス事業所とのネットワークをもっているため、専門医、救急センター、介護機関との連携もスムーズである。

医療・介護・住宅・家族等の問題を同時に抱える高齢者には特に多職種チームアプローチが大変有効である。

活動状況推移 (1981~2014年・年度別/月平均数)

年	1981	1983	1985	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999
会員世帯数(世帯)	73	184	198	219	238	266	301	289	311	349
会員人数(人)	229	601	638	702	743	799	904	893	927	1025
LCS 緊急電話利用	9.1	13.0	12.3	11.0	7.8	13.1	3.5	4.7	20.3	11.8
* 医師 訪問診療	11.0	18.5	17.8	21.3	20.6	41.6	68.6	58.1	132.6	168.0
LCS 医師 巡回訪問	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LCS 医師 病院・施設訪問	5.1	4.0	5.0	3.7	-	50.6	-	-	-	-
** 保健師・看護師訪問	11.7	26.8	41.0	49.9	25.3	-	(177)	-	-	20.0
*** MSW 訪問	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.3
LCS ノンメディカル訪問	-	-	-	-	-	-	-	-	0.6	3.1
LCS 電話訪問	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

() は概数

年	2001	2003	2005	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014
会員世帯数(世帯)	359	365	362	357	344	340	316	300	285	270
会員人数(人)	1031	1034	984	964	887	870	793	752	718	684
LCS 緊急電話利用	12.1	31.1	23.6	15.8	13.8	12.5	8.0	8.3	9.0	9.2
* 医師 訪問診療	221.5	216.8	192.3	153.7	143.5	123.6	108.8	112.9	103.7	113.9
LCS 医師 巡回訪問	-	-	-	-	-	-	0.8	0.1	0.2	0.6
LCS 医師 病院・施設訪問	0.9	2.3	2.0	2.8	2.1	2.2	0.8	1.0	1.4	1.8
** 保健師・看護師訪問看護	32.2	41.5	12.0	6.2	15.0	8.1	5.1	3.7	4.2	4.9
LCS 巡回訪問	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.1
*** MSW 訪問	0.4	-	1.0	5.1	8.8	9.1	10.9	10.9	11.7	13.1
LCS ノンメディカル訪問	2.7	0.3	0.7	0.6	0	0	0	0	0	0
LCS 電話訪問	-	-	32.3	30.6	26.8	24.1	20.0	13.3	10.1	9.2

活動状況

3. ライフケアシステムから地域ケアへ — ともに学ぶ

2011年の公開講座に北海道大学名誉教授前沢政次先生を講師として呼び出した際、「ライフケアシステムは素晴らしいが、この活動の成果を地域に広げたらもっと素晴らしいですね。」と助言を頂いたことが、心に残り、これからの活動のめざすものになっている。

今後は、私がライフケアシステム活動25年から学んだ3つのことを地域に展開していきたい。

1) 家庭医の育成

地域医療においては「いつでもなんでも相談にのる医師」「予防から看取りまで長期にわたり患者と寄り添う医師」の重要性を私は実感してきた。

地域医療に必要な医師は医学部付属病院内でなく、地域医療の現場で教育するのが適切なことは自明である。ライフケアシステムは旧白十字診療所、水道橋東口クリニックにおいて、筑波大学、東邦大学、順天堂大学、東京大学から医学部地域医療実習、旧東京厚生年金病院から研修医地域医療教育を引き受けてきたが、2016年4月からは東京大学付属病院初期研修医(2年目)を1年を通して引き受けることに

なっている。地域医療推進において、診療所の役割として患者中心の医療を実践できる家庭医の育成が重要である。

2) 医療・介護等多職種によるチームアプローチの普及と推進

地域包括ケアシステムの実現のため、地域では産官学連携のさまざまな試みが行われている。

ライフケアシステムでは、医師・看護師・医療ソーシャルワーカーの3人によるチームケアで対応している。特に、認知症ケアやエンドオブライフケアにおいては、非常に有効であり、患者・家族の満足度も高い。このアプローチは私が1992年ミシガン大学老年学夏期セミナーに参加し、トレーニングを受けた。同セミナー修了者が中心になって2002年に立ち上げた特定非営利活動法人高齢者を支える学際的チームアプローチ推進ネットワーク(通称ミシガンネット)において、学際的・多職種のチームアプローチの普及・啓発を続けている。

また、在宅ケアを受ける立場にたてば、多くの専門職が効率よく切れ目なくサービスが提供されるべきである。そのためのチームアプローチも今後の地域医療においては必須である。日本在宅ケア学会では、「地域ケアの中心となる医療・看護・介護等の包括的対人サービスの理論と実践の研究」である「在宅ケア学」の確立をめざしている。

3) 医療と看取りについて一般市民啓発

2009年から国際長寿センター日本事務局の研究委員会(長谷川和夫委員長)に所属し、「理想の看取りと医療・介護」について国際調査を行った。

2010年から2011年に欧州や日韓の医療・介護関係者ら約2000人にインタビューした。重度の認知症末期患者への対応を決める際、重視する点として欧州では「患者本人の尊厳の保持」との答えが多かったが、日本では「生存時間」「家族の意向」が重視されていた。また、末期がん患者が「最後を迎えるのに理想的な場所」として「自宅」をあげる人の割合が高い国が多かったが、「実際に最後を迎えるであろう場所」は各国とも「自宅」が減り、病院、ホスピスなどが目立つ。中でも日本はそのギャップが大きかった。

なお、調査結果はThe 20th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics (第20回国際老年学会議2013年ソウル)において辻が発表した。

THE END OF LIFE CARE AND ROLES OF PROFESSIONALS IN NINE COUNTRIES Kanao

Tsuji, President, Life Care System, Japan

この研究を受け、国際長寿センター日本事務局で新たなチームを作り、「納得できる旅立ちのために」というガイドブックを作成し、今後市民啓発の講演会を各地で開いていく予定である。地域医療と地域包括ケアを推進し、エンドオブライフケアの向上には、専門職教育だけではなく、サービスの受け手である市民が主体的になることがどうしても必要だからである。

<参考資料>

- 1) ライフケアシステム20年史 在宅ケアの真髄を求めて 佐藤 智 編 ライフケアシステム発行 2002
- 2) 年表と写真で見るライフケアシステム30年の歩み ライフケアシステム発行 2011
- 3) 在宅老人に学ぶ 新しい医療の姿を求めて 佐藤 智 著 ミネルヴァ書房 1983
- 4) 「生きる」、そして「死ぬ」ということ 佐藤 智 著 経済往来社 1985
- 5) 看とりの医療 むくもりの在宅ケアへの道すじ 佐藤 智 編 保険同人社 1987
- 6) これからの在宅ケア 「ライフケアシステム」の経験から 佐藤 智 著 医学書院 1988
- 7) 在宅でこそ その人らしく ライフケアシステム12年の経験から 佐藤 智 著 ミネルヴァ書房 1992
- 8) 在宅ケアの真髄を求めて 私の歩んだ一筋の道 佐藤 智 著 日本評論社 2000
- 9) 死から学び、生を考える
〔対談〕在宅医療の再生に向けて
立川昭二／佐藤 智 共著 日本評論社 2001
- 10) 明日の在宅医療 全7巻 佐藤 智 編集代表 中央法規出版 2008
- 11) 高齢者ケアはチームで チームアプローチのつくり方・進め方 黒田輝政ほか ミネルヴァ書房 1994
- 12) 平成23年度 理想の看取りと死に関する国際比較研究報告書 p134～141、長寿社会開発センター、国際長寿センター 2012
「終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査」の背景・成果・提言」辻 彼南雄
http://www.ilc-japan.org/study/doc/summary_1101.pdf