

ライフケア研究会報告書 目次

()内は執筆分担

はじめに (田中(耕))	頁
(1) 本研究会の発足の経緯と研究の目的	4
(2) 議事経過	5
1. ライフケアシステム(LCS)の概要と歩み	
(1) 概要(田中(耕))	6
(2) 20年間の発展の歩み	
ア. 国の施策との対応関係(田中(耕))	7
イ. 『ライフケアシステムの歩み』からの抜粋(西本)	8
(3) スタッフ(医師、事務スタッフ、ボランティア)	
ア. スタッフの推移と現状(西本)	40
イ. スタッフの業務分析(山口)	42
2. LCSの会員の特徴(峰岸+高野)	
(1) LCSの会員の特徴	
ア. LCS会員の属性データ調査方法	46
イ. LCS会員の属性データ	47
ウ. LCSとの関係	51
(2) LCSのコミュニティ性に関する分析	
ア. コミュニティについて	53
イ. コミュニティ性についてのデータ分析	54
ウ. コミュニティ性についての補足	55
3. LCSとクリニックの財務分析	
(1) LCSの提供するサービスと財源(会費と診療報酬)の組合せ(小笹)	
ア. LCSにおける事業内容	59
イ. 業務の実施主体	60
ウ. 業務の財源	61
(2) LCSとクリニックの財務分析(西本+田中(滋))	63
(3) クリニックの診療報酬構造の特徴(西本+田中(耕))	

ア．レセプトの全体像.....	66
イ．主な診療行為の説明.....	72
ウ．70歳以上と70歳未満から見た診療報酬構造の特徴.....	73
エ．詳細な年齢区分による診療報酬構造の分析.....	76
オ．LCS/クリニックの会員/患者の構造分析.....	80
カ．在宅末期のケース分析.....	82
4．LCSの在宅診療を支える要諦（田中（耕））	
（1）3名の医師のチームによる業務分担	
ア．業務分担のシステム.....	88
イ．一般の診療所との患者数の比較.....	90
ウ．医師の給与の水準.....	90
（2）会員のタイプ別構成と適正規模.....	91
（3）軽装備と検査委託先の確保.....	93
（4）入院先の確保と病院との連携.....	94
（5）緊急時の常備薬の配置.....	94
（6）研究的姿勢の堅持.....	96

「ライフケア研究会」メンバー一覧（2001年1月現在）

（敬称略、あいうえお順）

[研究会委員]

小笹 貴之	（慶応義塾大学大学院経営管理研究科）
小林 昭一	（日本評論社相談役、LCS 会員）
高野 和良	（山口県立大学助教授）
（座長）田中 耕太郎	（山口県立大学教授）
田中 滋	（慶応義塾大学教授）
西本 恭子	（慶応義塾大学大学院経営管理研究科）
峰岸 貴子	（慶応義塾大学大学院政メディア研究科、LCS 研究員）
山口 典枝	（慶応義塾大学大学院経営管理研究科）

[研究協力]

佐藤 智	（LCS 代表幹事・医師）
中村 秀一	（厚生労働省保険局審議官）
矢島 鉄也	（厚生労働省保険局医療課企画官）

[事務局]

中山 純彦	（（財）在宅医療助成 勇美記念財団常務理事）
磯崎 慶	（（財）在宅医療助成 勇美記念財団）

（研究助成）

財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団（住野 勇理事長）

はじめに

(1) 本研究会の発足の経緯と研究の目的

本研究会は、1980年10月に佐藤智医師を中心として発足した会員制の24時間ケアを行う在宅医療組織であるライフケアシステム(以下「LCS」という。)が20年間にわたって実践してきた歩みをその会員構成面、運営面、財政面、診療報酬面などさまざまな角度から分析し、その成功した要因を明らかにするとともに、これを通じて、同様な質の高い在宅医療を全国に普及させるための方策を検討することを目的として2001年1月に発足した。

その背景としては、何よりもまず、LCSがその発足以来実践してきた在宅医療が高く評価され、これを追う形で訪問看護事業や在宅総合診療料の創設など国の施策として結実してきた、その実践を20年経た現段階で一度総合的に評価分析しておく必要があるという関係者の共通した認識がある。と同時に、LCSがこのように全国的に高い評価を得、同様の実践を希望する医療関係者や患者家族の声が強いにも拘わらず、このような24時間の在宅医療を支えるシステムは現実には他に殆ど定着例を見いだすことができず、見方によれば佐藤医師を中心とする個人的魅力や高い志に支えられた特異な成功例とみなされる場合すらある。

このため、改めてLCSの実像をさまざまな角度から分析し、LCSに固有の特性や要因と同時に、その客観的な運営の実態を分析結果として明らかにすることにより、「こうすれば運営できるのか」「これなら私(たち)でもできそうだな」という展望を示し、これを通じて全国それぞれの地域の実情に応じて「私たちのLCS」が展開されることを願って研究会を発足させることとなった。

本研究会の発足及び毎回の熱心な討議に当たっては、まず何よりも佐藤智医師に全面的なご協力・ご支援を賜った。とりわけ、財務データや診療報酬明細書など、膨大な機微にわたる部内資料を気持ちよく提供いただいた。これなくしてはこの研究成果はあり得なかったといつてよい。また、研究に当たっては、在宅医療の助成のために2000年7月に設立されたばかりの財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団(住野 勇理事長)の助成を頂いたほか、会場の確保から議事録の作成まで同財団の事務局には大変お世話になった。ここに記して謝意を表したい。また、この研究会の発足に際しては、辻哲夫・厚生労働省審議官(当時)の熱意溢れるご支援があり、また、その後任の中村秀一審議官と矢島鉄也企画官には公務ご多忙の中、ほぼ毎回出席頂き、貴重なご意見を頂いた。あわせて心からお礼申し上げたい。

(2) 議事経過

研究会は、2001年1月29日の第1回会議より次の通りほぼ毎月1回各2時間程度開催した。なお、毎回の議事録は別途作成して事務局で保管している。

第1回 2001年1月29日 研究の目的、方法、検討事項、日程などについて論議、峰岸研究員よりLCSの会員構成の特徴について報告・論議した後、LCS事務局、水道橋クリニック、同ビル内にある結核予防会検査センターを視察

第2回 3月5日 小笹研究員より現状分析作業の進め方について報告・討議、峰岸研究員よりLCSの会員構成の特徴について追加報告・討議、佐藤医師から提案のあった診療報酬明細書の分析調査の進め方について討議

第3回 3月27日 西本研究員から財務データの分析の進め方について報告・討議、山口研究員から業務分析についてのテーマ設定と進め方の報告、小笹研究員からLCSとクリニックの役割分担と経理の仕切について報告・討議

第4回 4月16日 西本研究員より財務構造及び診療報酬に関する一般の診療所との比較分析結果の報告・討議、続いて山口研究員より業務分析の目的・進め方等に関する報告・討議

第5回 5月14日 西本研究員よりLCSの人事構成の推移、サービス内容の推移、診療報酬構造の特徴について報告・討議

第6回 6月4日 西本研究員よりLCS/クリニックの財務分析結果、診療報酬明細書から明らかになった診療パターンの特徴、LCS20年の歩みから事業の展開過程での主要な課題やそれへの対応について報告・討議、田中(耕)より一般の勤務医・開業医の平均所得について報告・討議、佐藤医師よりニーズ構造から見て会員を3種類のカテゴリーに分類して適正会員規模をより正確に把握する試案の提出・討議

第7回 7月2日 西本研究員より2001年1月と4月の診療報酬の分析結果としての医療費の2極分布、年齢別の診療報酬構造の特徴、在宅総合診療料と在宅酸素療法算定患者の実態等について報告・討議、峰岸研究員と高野研究員より会員構成の分析結果について報告・討議が行われ、最終報告書のとりまとめ方針について確認

1. ライフケアシステム（LCS）の概要と歩み

（1）概要

LCSは、「自分たちの健康は自分で守る」「病気は家庭で治すものである」という2つのモットーの下に、佐藤智医師を中心として1980年10月に作られた会員組織である。当初は64世帯、164名の会員から始められたが、次第に規模を拡大し、2000年には350世帯、1050名となっている。会員の在宅医療への希望を基に、公的な医療保険制度の対象とされない24時間ケア、訪問看護、末期がん在宅医療などを会費収入によって先駆的に実施し、その実践の評価を通じてこれらの事業の多くが長い時を経ずして公的医療保険の施策に取り込まれてきた。

LCSは「法人格なき社団」（みなし法人）の任意団体である。これと1998年に設立された医療法人水道橋東口クリニック（以下「クリニック」という。）は相互に密接に関連し役割分担しながら有機的に事業を実施してきている。両者とも千代田区三崎町の（財）結核予防会水道橋ビル9階の一室にあり、北側にLCSが、南側にクリニックが同居している。なお、2000年4月に特定非営利法人（NPO法人）「ライフケア互酬研究会」を設立し、従来の研究事業の部門をここで行うこととした。

この結核予防会のビルの2階には検診センターがあり、高度な医療検査機器を有しているため、全ての検査はここに委託している（診療報酬請求はクリニックが行う。）。したがって、クリニックには医療機器としては血圧計、聴診器などしか置いていないという現代の日本の診療所では珍しい軽装備となっている。

LCSとクリニックの職員は、3名の医師を始めとしてスタッフ全員が双方の仕事を行っており、非常勤を含めて全部で23名の職員がいる。職員は全員がLCSの会員となっている。

財政規模について見ると、1999年度でLCSの収入が約4670万円、クリニックの収入が約9390万円となっている。LCSの会費は世帯単位で、申告制で減免制度があり、生活保護世帯の人もある。平均で約7200円/月の会費が集まる。ご家族が亡くなった後などに寄付金を頂くこともあり、同年で約400万円の寄付収入がある。クリニックでは、創業資金として幹部会員が一口100万円を1年間無利子で融資して下さり、合計2300万円になったため（1年間でほぼ返済終了）、銀行借入金や医療機器リース代の負担がない。このことは経営上固定資本の償却に無理をする必要がないという大きな長所をもたらしている。

（2）20年間の発展の歩み

ア．国の施策との対応関係

LCS の 20 年間の歩みとそれに関連する国の医療（保険）政策の動きを一覧すると次表の通りであり、公的施策のないところを LCS が会費により先駆的なサービスとして取り組み、それがあまり期間を置かずに国の施策として取り込まれ、公的な医療保険財源の裏打ちをもった事業に切り替えて財政的な安定がもたらされ、さらに次の課題にチャレンジしていくという、先駆的事业と政策との間にわが国では比較的稀な短いタイムラグでのダイナミックな相互の対応関係が見られる。

これは、LCS の取り組みが何よりも患者、家族などの切実なニーズのあるところから始まったこと、LCS の実践が一般に高い評価を与えられたこと、常に研究的な取り組みにより実践を客観化する努力が並行してなされていたことなどが基本にあると考えられるが、この 20 年間という時代そのものが我が国社会のかつて経験したことのない激しい変化の時期であり、それだけにどんどん国の施策のレベルでも新たな国民のニーズに対応できるサービスや制度の創設が求められたということの結果とも言えよう。

LCS の 20 年間の取り組みと国の施策の動き

年	LCS の取り組み	国の医療（保険）政策の動き
1980	10 月から LCS 事業開始（64 世帯 156 名） 24 時間ケア（医師 1 名看護婦 2 名）	
1981	頻回の訪問看護が赤字要因 11 月から会員の最寄り会を始める	
1982	重症会員へのケアと 24 時間ケアが事業の中心	
1983		老人保健法施行（退院患者継続看護・指導料の新設など）
1984		
1985		
1986		
1987		
1988		診療報酬改正で在宅医療の部を新設、在宅患者訪問診療料の新設（480 点、週 2 回）、在宅患者訪問看護・指導料の新設（230 点、週 2 回）、往診料の引上げなど
1989	白十字診療所と LCS を完全に分離	
1990		
1991	在宅ホスピスの試行	老人保健法改正（訪問看護制度の創設など）
1992	白十字老人訪問看護ステーション設立、在宅ホスピスの充実により会員希	老人訪問看護療養費の新設（基本療養費 470 点など）、寝たきり老人在宅総合診

	望者急増	療料（在総診）の新設（2200点）
1993		
1994		在総診に 24 時間連携加算（1500 点） ターミナルケア加算（1000 点）の新設、 訪問看護療養費の新設（基本療養費 500 点など）
1995	介護福祉士を常勤職員として採用、福 祉との連携・ケアマネジメントの課題 に取り組む	
1996		
1997		介護保険法制定
1998	水道橋クリニック設立	
1999		
2000	NPO 法人互酬会設立	介護保険法施行

イ.『ライフケアシステムの歩み』からの抜粋

このような事業を新規に立ち上げる際には、安定的な事業が軌道に乗るまでの初期のさまざまな困難をどう乗り越えて行くか、ということが極めて重要であろう。そこで、LCS の 1980 年の設立から現在までの 20 年間の歩みの中で、特に重要と思われる点を中心に、その毎年度の事業報告（『ライフケアシステムの歩み』（以下『歩み』という）1980 年（No.1）～1999 年（No.19））から一部引用する形で記述する。

1990 年 No.10『歩み』2 ページ「第三段階に入ったライフケアシステム 1990 年のあゆみと今後の展望」より

1980 年代の 10 年間は、日本の在宅ケア、在宅医療が行政面で大きく転換した時期である。LCS を始めたときは、「訪問看護」という言葉にも説明が必要な頃であった。健康保険では診療報酬が認められず、自費扱いになるので、LCS では会費で賄っていた。当時は、癌の末期の方を自宅で看取るということは、一般には考えられないような時代であった。

1984 年 No.4『歩み』2～5 ページ「ライフケアシステムを始めた動機 なぜ始めることができたか」より

ライフケアシステムを始めた動機

10 年以上医者としてお付き合いしていた方々の中から、会を作ろうという気運が盛り上がったから。

東京白十字病院の院長をやめて、昭和 53 年（1978）5 月から 1 年間、南インドの農村の

病院で働いた。そして、日本に帰り、再び白十字診療所で働くことになった。そのとき、何人かの患者さんから「もう二度とインドには行かないだろうな。1年間一生懸命病気をしないように我慢していたんだよ。」というようなことを聞かされた。私としては、留守の間の引継ぎをしていったので、我慢しないで次の医師に診ていただければよかったのと思った。しかし反面、一度結ばれた医師と患者の関係というものは、もっともっと責任を負わなければならないということを感じた。こちら側は十分な引き継ぎをしたと思っても、患者さんの側では見放されたというふうに思うこともあったであろう。

土曜日の夕方、長年診ていた心臓病の患者さんが、急に具合が悪くなり、私の自宅に何回か電話をしてきた。しかし、あいにく家中留守で、連絡がつかず、やむをえず救急車で近くの救急外来の医院に入院した。翌日の日曜日にも私の家へ何回か電話したが通じなかった。月曜日の朝、家族からの連絡で、私はそれを知り、大変申しわけなく思い、かつ非常に残念に思った。家族も残念がっていた。そのことから、医者というのは、患者に対し24時間いつでも連絡が付きアドバイスができるような体制、すなわち「24時間ケア」をもたないかぎり、家庭医としての役割を果たすことができないということを教えられた。

そこでインドの留守中に困ったという人、不在のために困ったという人、それぞれに、どうしたらよいか相談した。昭和55年(1980)1月のことである。

その結果、いつでも相談にのってくれるシステムがほしいという意見がでてきたので、さらに数人の方々に集ってもらい、具体的にすすめるための簡単な趣意書を作った。なにぶん経費を要することであり、担当者も置かなければならない。具体的なことは、皆が集まったところで決めることにして、いくつかの仕事の枠組みを作った。

この24時間ケアを始める相談会は、昭和55年(1980)4月10日と決め、呼びかける方々は、私が10年以上診ている年配の患者さんの家庭と、自宅に老人などのいる家庭を主とした、約60世帯になった。

その日は平日の木曜日で、午後1時から2時半までという時間であり、7~8人集まればよいと思っていたところ、40人くらいの方が来られた。60人に案内を出して40人の出席には、非常に驚いた。中にはご主人が来られないので、奥さんが来られた方もあった。こんなにも必要性のあるものだったのかと感じた。そして「ライフケアシステム」という名称で会を始めることに、ほぼ内定した。

1986年 No.6 『歩み』 2~4 ページ 「ライフケアシステムの意味するもの」より

(1) ライフとは

創立当初は「生命、病気、健康」のほうに比重がかかり、「生活」のことはあまり考えていなかった。真夜中でも急変があれば「24時間ケア」の留守番電話をとおして医師・看護

婦が呼ばれ、救急に処するの「生命、病気」への対応であった。訪問看護も救急への対応であり、現在力を注いでいる「在宅ターミナルケア」(人生の最後は自宅で静かに閉じたいという方の希望に沿うようなケア)も、やはり生命に重きをおいていた。しかし、そこに至るまでの「生活」も大切であり、そこにも重点をおくべきであると、創立4年目(昭和59年(1984))にして考えるようになった。ライフとは生命と生活を意味する。

(2) ケアとは

Care を日本語で「介護、看護、世話、管理」などといってみても、どうも当てはまらないようである。創立当初から Cure から Care へといわれた。病気を治すのは狭義の医療だけでなく、広義のケアが大切であるということが言われ始めていた。会員の皆がお互いのことを心配し合って、世話し合うことを含めて「ケア」と名付けた。

しかし創立当初は、6年後には会の中にボランティアが生まれたり、医師・看護婦も会員の仲間なので疲れすぎないようにと心配して下さったりするようなケアが育つとは思っていなかった。

(3) システムとは

各人の会費で運営される「社団法人」的性格をもたせたいと考えていたので、名称として「会」とする案もあった。しかし、これは会員だけが利益を享受するのではなく、新しい医療の在り方を試みていく会であり、良いものであれば他に広がっていくことを願って「システム」とした。一つの組織体として永続することを願ったのである。

この会の雛型は、アメリカのカイザー財団が1947年に創立した組織(organization)である。日本とアメリカとでは医療費支払制度が異なるので、安易に比較したり、日本に導入したりすることはできない。だが、会員が会費を納め、そのお金で自分達の健康を守ろうとする「システム」であるという点は類似している。今やアメリカにはこの種の団体がいくつもできて盛んになっている。それらを一括して「HMO方式」(Health Maintenance Organization)という。LCSはHMOシステムの一環であるとも考えられる。

システムは、一つ一つのことが関連をもって機能して初めて「システム」となる。創立時には、生きたシステムは存在せず、紙の上の図式しかなかった。その後、「24時間ケア」「訪問看護」「委託病床契約病院」が会員を中心に機能し始めるには、1年かかった。LCSは「24時間ケア」のような会員サービスの「ハード」面をシステム化してきたが、それは会を支える「ソフト」面、すなわち会員組織のシステム化があって可能になると思われる。システム化は、全会員の意志を問う総会や、その決定を具体化する幹事会が、推進してきたようである。

医者になりたての頃（昭和 26 年（1951））、長野県の無医村の村医をつとめ、また、南インドの農村病院での働き（昭和 53 年（1978））を通して、医の原点に立つ医者への在り方を学び、それを具現してみたいと思ったから。その際、昭和 37 年（1962）から数名の医師、看護婦が集まり、アメリカのカイザー財団に倣って、健康を守る会を作ろうとしていた経験が具体的な行動を起こす原動力になった。

「信州の村医の生活」が、ものの考え方を教えてくれた。農村の家庭で生まれ、その村から離れず、家庭で死んでいく人々に多くふれ、「1 人の生命が召されていった」、「医者は無力なものだな」ということを実感した。この村での在宅の死に遭遇しなければ、その生命の尊さ、召されていく生命への感慨は得られなかったであろう。この思いをさらに深めてくれたのは、南インド農村の生活であった。

さらに「在宅ケア」の姿を具体的に考えさせてくれたのは、アメリカのカイザー財団が昭和 18 年（1943）から始めた会員制の健康管理システムである。私どもの小さいグループ（日本基督教者医科連盟）で理想的な病院を作ろうというプランが昭和 37 年（1962）から起こり、毎月 2 回早朝に数名の委員（野村実、日野原重明、新海明彦、川原啓美、紀伊国献三、田川栄一、紅林みつ子、佐藤智）が集まり、病院の方針、規模、内容などにつき、勉強とプランニングが行われた。この委員会は約 5 年間続けられ、ついに具現はしなかったが、そこで学んだことのひとつが、LCS を創設する力になった。

患者さんたちからの呼びかけがあったときには、既に心の中に、おぼろげながら一つのプランがあった。

周囲にいる医師、看護婦、事務員の人たちが積極的に会を作ることを支援してくれたから。

カイザー財団のシステムにならった案を作り、友人の医師たちに相談したときに、諸手をあげて賛成し、協力してくれたからである。

このシステムは、いつでも入院させてくれるレベルの高い病院がなければ成立しない。佐藤智医師はまず、河北総合病院副院長・小笠原道夫医師と、東京厚生年金病院内科部長・山根至二医師、消化器部長・福永進医師に相談した。彼らは、責任をもって入院を依頼するときには必ず受け入れてくれることを約束してくれ、さらにいろいろと会の進め方について、具体的なアドバイスをしてくれた。そして、ライフケアの訪問看護婦に、それぞれの病院の通院患者への訪問看護を依頼してくれた。これで、相互援助の形になった。当時白十字診療所長であった橋本芳郎医師も全面的な協力を約束してくれた。それらの 4 名の医師は現在も顧問として力を貸してくれる。

ライフケアの発足にあたり、人材を求めたところ、訪問看護を引き受けるナースや事務を引き受ける職員、白十字診療所の看護婦、職員なども次々と現れ、昭和 55 年（1980）10 月からモニター期間が始まった。佐藤智医師は橋本医師の後を受けて白十字診療所所長（管理医）になり、名実ともに発足することになった。

1981 年 No.1 『歩み』 27 ページ「設立総会までの経過」より

ライフケアシステム（LCS）設立総会までの経過

1980 年	
4 月	LCS の「趣旨説明と意見を伺う会」を開催。参加者の賛同を得たので、世話人をおき準備開始
4～5 月	LCS の機能を果たす専用電話、留守番電話、ポケットベルなどを設置し、準備を行った
10 月	LCS の機能の一部である下記のことをモニター期間として開始（64 家族 156 名） （1）24 時間留守番電話と連動したポケットベル着用 （2）訪問看護（往診を含む） （3）河北総合病院と委託病床契約をして、その旨を記した会員証交付
11 月	利用状況アンケート調査、自動車電話設置
12 月	世話人会開催（会則その他原案作成）、年末年始の緊急連絡の利用方法について連絡
1981 年	
1 月	【午前】世話人会開催 【午後】設立総会開催 会則、事業計画、予算等の決定 役員、顧問を決定

1981 年 No.1 『歩み』 2～7 ページ「1 か年の歩みと今後の展望」より

1 か年の歩みと今後の展望

今年度事業、会計の報告と来年度事業、予算について

LCS が発足したときには、数項目の事業計画をたて、会員数、世帯数も漸増させる予定であったが、1 年を顧みると、最も主力を注いだのは重症になった会員へのケア（訪問看護、入退院の世話など）と「24 時間ケア」で、他の事業項目にはあまり力が及ばなかった。

濃厚なケアをうけた会員には、システムの存在意義は十分に理解されても、1 年間全く健康であった会員には物足りない感じが残ったと思われる。

1. 会員数

LCSは会員制をとっているので、最適規模の会員数をもつことが必須であるが、その算定は、このLCSが他に前例のない試みであるだけに難しい。1人の医師が主治医として責任をもてる範囲は、一般に200世帯といわれているし、現在の白十字診療所でもほぼそのような程度であるから、来年度の最終目標は200世帯とした。

本年度の会員数の推移は、漸増し、9月30日現在で80世帯、258人である。

2. 会員年齢構成

家族の中心をなす50歳～59歳が最も多く、次いで20歳～29歳で、両年代で全体の42%を占め、60歳以上は34%である。1歳～9歳は6名で、将来は小児科専門医との連携も必要である。

3. コミュニティー（地域社会）の拡がり

これからの医療、特に老人医療を考えるときには、コミュニティーの中で福祉を含めて考えねばならないが、現在の市町村を直にコミュニティーとするまでには未だ成熟していない。そこで、このシステムは会員が相互に援助することを一つの目的としているので、一つのコミュニティーを念頭において成長させていきたい。現在は、4世帯以外は東京都内の中央から西へ拡がり、相当広範囲であるが、何とかカバーできる範囲内にあり、ケアは可能である。

4. 会費収入

発足当初は6か月、1年分を一時に支払った会員もあり、3月、4月は会費収入も多かったが、12月末日では月平均41万3000円で、1世帯平均4640円である。月5000円に満たないのは、特別会員として減免されたもの（低所得の独居老人、診療所職員家族など）があるためである。今までは、外来に来るときに持ってきてもらっていたが、今後は自動振込制を導入するなど、払込方法や事務処理を改善し、100%納入になるように努めなければならない。

5. 入会預り金

入会時10万円の預り金を集め、設備費などに充当することになっている。12月末日現在88世帯であるが、減免された会員もあるので、総額835万6000円である。

6. その他の収入

システムの主たる財源は会費であるが、その他に寄付と、預金の利息と雑収入がある。

雑収入の主なるものは、河北総合病院在宅患者ケアサービス部門の育成のために、システムの訪問看護婦が援助していることに対する謝礼である。これはシステムの目的に基づく事業である。

< 会員へのケアの内容と今後の問題点 >

1. 24時間ケア

1980年の10月1日午前0時から、留守番電話に連動したポケットベルを「ON」にし続けて、今に至っている。その間に、停電が数時間あり、「間違い電話の呼び出し」が数回あったが、会員の緊急呼び出しには何らかの方法で応答した。

会員が路上で交通事故にあい、入院先に困って呼び出されて、電話で入院の手配をしたり、真夜中に苦しくなり呼び出され、お渡ししてある「救急薬」で改善したり等、この「24時間ケア」が力を発揮した事例は数え切れない。これは会員にとって「第1の安心感」である。

現在は3名（医師1、看護婦2）で交代に担当している。1980年に開始した頃は、正直に言って夜もおちおち寝ていられない気分であったが、月平均9.1回程度でそんなに頻度の多いものでないことがわかり、従事者側も慣れた。

「留守番電話」という機械に話しかけるのは、誰でも慣れないと面倒なものである。今後は、とくにお年寄りの方には練習していただくことが大切であろう。日ごろ、診療所で定期的に診ている方は、緊急の場合でも電話で具体的に指示しながら経過をみていると、ほとんどの場合落ち着くものである。

この「24時間ケア」は、次の「訪問看護」とも深くかかわっているもので、この2つの柱を増強するために来年度は1名を増員する予定である。また、コンピュータ導入などにより事務効率化を図りたい。

2. 訪問看護

設立当初は、担当看護婦が病人、高齢会員のところを巡回し、緊急のときには訪問して、必要があれば入院に同行する、というくらいに考えていた。ところが、重症患者が6月以降多くなると、入院前の訪問、入院中の病室訪問（退院後の打合せなど）、そして退院後の訪問看護が重要な「医療とケアの一環」になり頻度も急増した。「入院しているときと同じような質の高い看護」を家庭において行うためには、家庭看護している家族と看護婦との信頼関係が深くなることが先決で、そのためにも多くの回数を必要とした。そして、家族が「入院しているよりもっとよい看護を自宅で提供できる」という自信、例えば、入院中は経口摂取ができなかったのに、家に帰ったら飲食できるようになったり、歩けるように

なったりして気分もよくなると、訪問看護がその家庭に定着してくる。

われわれがいう「訪問看護」というのは、広義に解し「在宅患者ケアサービス」ということで、医師、ケースワーカーなどを含めたチームですべきものであり、主人公は在宅患者である。このことは、われわれのモットーである「病気は家庭でこそなおすもの」を具現することになる。この1年間に6人のお年寄りが自宅で亡くなられたが、すべての方が、全く苦痛なく、眠るがごとく平安な最期であったのも、「訪問看護」の結果であろう。今はイギリスで開発された「プロンプトン・カクテル」の経口投与により疼痛を自宅においても抑えることが可能になったので、ほとんどの場合、自宅で苦痛なく生涯を閉じることができるようになった。酸素吸入装置、ボンベも会員の寄付により整備されたので、いつでも使用できるようになっており、これに吸入器も寄付されることが決まったので、「死を迎えるためにわざわざ入院する」必要はなくなりつつある。

6人の逝去者のうち、2人の方はご遺体を河北総合病院へ運び病理解剖させていただいた。そのことにより、いつまでも入院していないで早く退院して自宅で最期を迎えることが、医学上、正しかったことを科学的に実証することができた。このことは私どもにとって大変に有難いことである。「病気は家庭でこそ治すもの」ということを強調するあまり、本当は入院治療すべき状態のものを家へ帰してしまっただけは申し訳ないが、病理解剖により在宅ケアの評価が、科学的に明白になる。

このシステムを日本に広げるためには、われわれの在宅ケアが、科学的に正しかったという実証が必要である。一般の方には「医学の発展のために、後世の人のために病理解剖をさせて下さい」とお願いしているが、会員には、さらに「システムの発展のために是非お願いします」と申し上げたい。

訪問看護が医療費など経済的な面に及ぼす影響について述べると、このシステムから入院した人は一般の人に比べて入院日数は51%、総医療費は54.8%、自己負担分は51.4%ですんだ。このことは、今後の日本の医療経済に明るい見通しを示す資料になるであろう。

訪問看護はこのシステムの大きな柱であり、来年度は1名増員し、さらに訪問看護の効率を高めたい。

3. 会員の健康増進

会員は健康診断を年1回受け、これを「健康ノート」に記録することになっているが、本年は45.6%程度であった。「病気になるより予防、早期発見を」ということは常に真理であるので、来年度はこの健康診断と、電話、訪問などによる健康相談に力を注ぎ、全会員にサービスが及ぶよう努力したい。

健康教育としては、現在「血圧自己測定講習会」を毎月定期的に行っている。現在まで

の受講者は 56 名、約 2 時間の講習会で 80% の人はマスターした。

健康教育の 1 つである会報発行は、1981 年度はできず、毎月「ライフケアだより」を送るのみであったが、1982 年度には実施したい。

4 . システムの拡充

このシステムの目的の一つは、これを広めることにある。しかし、現状ではわれわれのシステムの実態そのものが未だ十分には固まっていないので、この「年報」に現況を正確に載せ、会員の認識を高めていただくことから始めたい。一方、関連した医学会誌などに逐次発表し、各界の批判を受けたい。

本年度に LCS が他に影響を与えたことの 1 つとして、河北総合病院の「在宅患者ケアサービス」部門の設立と運営のお手伝いをしたことがあげられる。河北総合病院は、LCS の契約病院として、救急患者を必ず受け入れるなど大変な便宜を図って下さっているが、われわれとしては、契約を守り「医学的にこれ以上入院する必要がないときは退院する」ようにして、ますます関係を密にしなければならない。これらのことによって、LCS の拡充が図られていくであろう。

来年度はその他の病院（東京厚生年金病院など）との連携をさらに良くしていきたい。

5 . 経営の安定化（会計報告、予算）

1981 年 2 月から 12 月までの経理状況は会計報告に示したように、会費収入などの総収入は 529 万 2000 円であるのに対して、必要経費は 676 万 4000 円で、147 万 2000 円の赤字である。現在は、入会預り金を借用し、バランスを合わせている。

LCS が健全に成長するためには、初年度の赤字はやむをえないとしても、収支のバランスがとれるように方策を立てなければならない。赤字内容を検討すると、会員数を抑えたための収入減、頻回に訪問看護を要するケース（患者）の増加による支出増、が主たるものである。よって、

会員数の増加を図る。会員数が多くなれば、担当者を増やさなければならず、支出増になるが、200 世帯まではケアが可能であるので募集する。ただし、趣旨をよく理解していただける会員紹介者に限る。また、団体（法人）会員の設置も考慮する。

現在の会費（月 5000 円）でカバーされる内容を決め、それ以上のものは実費負担とする。

頻回に訪問看護、往診を要したケースの費用は、赤字額の約 3 分の 1 に当たる。しかし、相互扶助を趣旨とするこのシステムでは、実費徴収というのは良くないという考えがある。そこで、折衷案として、会費では基本的なケアをカバーするようにして、その内容を明確

にし、それ以上の頻回のケアは実費負担とするという考え方がある。会員の積極的な討論のなかで決めていきたい。

1981年 No.1 『歩み』 10 ページ 「1982年度事業計画案」より

1982年度事業計画案
1. 24時間ケアの拡充 （1）留守番電話使用法の訓練 （2）担当員の増強（1名） （3）コンピュータ導入（病歴の迅速入手など）の予備調査と配置
2. 訪問看護の充実 （1）訪問要員の増強（1名） （2）家庭へ配置する機材（吸引器、酸素など）の整備 （3）訪問用車両の配置
3. 会員の健康増進 （1）健康診断の励行 （2）健康教育（血压講習会、会誌発行など）の拡充 （3）健康相談（電話、訪問などによる）の拡充
4. システムの拡充 （1）契約病院と関連の強化（河北病院との交流） （2）関連病院との連繋 （3）システムの拡充の準備（年報を作り、学会などへ発表し、評価をうける）
5. 経営の安定化 （1）200世帯を目標に新会員募集（ただし、会員紹介に限る） （2）交通費などの実費負担制度の設置 （3）寄付金募集
[附] 「訪問看護婦育成基金」の設置

1982年 No.2 『歩み』 1 ページ 「第2報を発刊するにあたって」より

2年目の経過（1982年1月1日から12月31日まで）

1983年は、老人保健法が施行され、在宅ケアが重視され、訪問看護が健康保険の点数に認められた画期的な年である。それだけに、一方先に歩みだしたLCSの責任は重大である。このシステムの目的は、会員がお互いに生涯の健康をケアしあってゆくと共に、このシステムを日本の中に広め、真の医療を築いてゆくことにある。過去2年間の経験の中でもいくつかの困難に逢ったが、会員の力を合わせれば、少しずつ前進することを信じて疑わない。そして、「健康とは何か」「いかに生きるか」ということをお互いに求めてゆきたい。そして、地球上に住む人々、特に開発途上国の人々の生命も忘れないで歩みたいものである。

1982年 No.2 『歩み』 2～9 ページ 「1 年間の歩みと今後の展望」より

LCS が発足したときには、数項目の事業計画をたて、会員数、世帯数もどんどん増加させる予定であったが、この 1 年間を顧みると、最も主力を注いだのは重症になった会員へのケア（訪問看護、入退院の世話など）と「24 時間ケア」で、昨年（1981 年）と同様の傾向で、他の事業項目にはあまり力が及ばなかった。

今年度の大きな仕事の一つは、「訪問看護婦教育セミナー」とそれに付随した「公開講座」を開催したことである。

濃厚なケアを受けた会員には、LCS の存在意義は十分に理解されても、1 年間全く健康であった会員には物足りない感じが残ったと思われる。ここの LCS の歩み 事業内容と経理を述べ、会員によりよく理解していただき、今後どのようにしたらよいか、「自分達の会」を盛り立てるために活発な意見を述べていただきたい。

1. 会員数

昨年度の最終希望目標は 200 世帯と考えたが、現実の目標は 180 世帯とした。2 年間の会員数の推移は毎月増加し、12 月 31 日現在で 179 世帯、587 人である。特に 1981 年 12 月に朝日新聞に、1982 年 1 月に NHK テレビに報道されてから急増した。なお 1981 年 1 月の第 2 回総会で団体会員設置が承認され、1 団体（婦人之友社 59 名）が参加した。

2. 会員年齢構成

家族の中心をなす 50 歳～59 歳が最も多く、次いで 20 歳～29 歳で、両年代で全体の 37% をしめ、60 歳以上は 36% である。0 歳～9 歳は 20 名で、将来は小児科専門医との連携も必要である。本年度はある会員世帯に赤ちゃんが誕生したので初めて 0 歳会員が生まれた。

3. コミュニティー（地域社会）の拡がり

現在は、12 世帯以外は東京都内の中央から西へ拡がり相当広範囲であるが、何とかカバーできる範囲内にあり、ケアは可能であることが 2 年間で実証された。コミュニティー作りの一環として始めた「最寄り会」については後述する。

4. 会費収入

入会当初は 6 か月、1 年分を一時に支払う会員もあり、2 月、8 月は会費収入も多かったが、12 月末日では月平均 76 万 7000 円で、1 世帯平均 4690 円である。自動振込制を導入し、払込方法や事務処理の改善に努めているので、ほぼ 100% 納入になった。

5．入会預り金

入会時1口5万円、2口以上ということで、預り金を集め、設備費、通常会計の欠損などに充当することになっている。12月末日現在179世帯であるが、減免された会員もあり、総額1713万円である。

6．その他の収入

システムの主たる財源は会費であるが、その他に寄付と、預金の利息と雑収入がある。寄付金は死亡された会員のご遺族が寄付して下さったものなどが含まれる。

< 事業内容と今後の問題点 >

1．24時間ケア

1980年10月1日午前0時から、留守番電話に連動したポケットベルを「ON」にし続けて、今に至っている。その間に、停電が数時間あった以外は連続して合計1万9720時間になる。「間違い電話の呼び出し」は数回あったが、会員の緊急呼び出しには、何らかの方法で応答できた。現在までに4回往復はがきで留守番電話の利用状況調査を行ったが、ほぼ満足すべき結果が得られた。

現在は3名(医師1、看護婦2)で交代に担当している。1980年に開始した頃は、正直に言って夜もおちおち寝ていられない気分であったが、第1年度は月平均9.1回、第2年度は11.8回程度でそんなに頻度の多いものでないことがわかり、次第に従事者側も慣れた。

この「24時間ケア」は、次の「訪問看護」とも深くかかわっているもので、この2つの柱を増強するためにコンピュータ導入などにより、事務効率化を図る予定であったが、実現しなかった。

2．訪問看護

この2年間に8人のお年寄りが自宅で亡くなられたが、すべての方が、全く苦痛なく、眠るがごとく平安な最期であったのも、「訪問看護」の結果であろう。8人の逝去者のうち、6人の方はご遺体を河北総合病院などで運び、病理解剖させていただいた。

「在宅ケア研究基金趣意書」にも記したが、在宅死亡された方の75%の方を病理解剖させていただいたことは、恐らく世界でも類をみないことであろう。

また、「退院の意志決定」に患者本人ならびに家族の意志が大きな比重を占めるに至った。これは従来のように病院の受持医の決定に患者が従うのと異なり、患者の人権が治療方針

にも認められていたとで、このシステムのバックアップがあるためになし得ることである。

訪問看護が医療費など経済的な面に及ぼす影響についてであるが、このシステムに入院した人は一般の人に比べて入院日数は 51%、総医療費は 54.8%、自己負担分は 51.4% だった。これらのことは、今後の日本医療経済に明るい見通しを示す資料になり、1983 年 2 月から実施される「老人保健法」の立案資料の一つとなった。また、同時に実施される「訪問看護」に対する健康保険からの支払い制度の新設にも参考資料を LCS から提出することができた。

3. 会員の健康増進

会員は健康診断を年 1 回受け、これを「健康ノート」に記録することになっているが、本年は 51.9% 程度であった。「病気になるより予防、早期発見を」ということは常に真理であるが、昨年度は 45.6% で未だ十分ではない。来年度はこの健康診断と、電話、訪問などによる健康相談に力を注ぎ、全会員にサービスが及ぶように努力したい。

健康教育としては、昨年度から「血圧自己測定講習会」を定期的に行い、本年 6 月まで続けたが、受講者が減少し中止した。現在までの本年の受講者は 19 名であった。5 月に行った会員へのアンケートにより、食事指導講習会の希望があったので 10 月に行った。来年度はこの面を強化していきたい。

健康教育の 1 つである会報発行は、1982 年度はできず、毎月「ライフケアだより」を送るのみであったが、「訪問看護の真髄を求めて」(公開講座講演記録)を全員に送付した。

4. システムの拡充

本年度にシステムが他に影響を与えたことは、大きく分けて 3 つある。

「在宅患者ケアサービス」部門の設立と運営

昨年度に続いて、河北総合病院の「在宅患者ケアサービス」部門の設立と運営のお手伝いをした。河北総合病院は、LCS の契約病院として、救急患者を必ず受け入れるなど大変な便宜を図ってくださっているが、われわれとしては、契約を守り「医学的にこれ以上入院する必要がないときは退院する」ようにして、ますます関係を密にしなければならない。これらのことによって、LCS の拡充が図られていくであろう。

なお、その他の病院(東京厚生年金病院、東京白十字病院、結核研究所附属病院など)との連携をさらに良くしていきたい。

第 1 回訪問看護婦教育セミナー、ならびに公開講座

昨年発足した「訪問看護婦育成基金」の趣意書のなかにも述べたが、日本の医療界で近年訪問看護ということが話題になり、諸所で行われている。しかし、その中心になるべき「訪問看護婦」の育成機関もカリキュラムやテキストもなく、研修の場もほとんどない。そこで、このシステムと河北総合病院と共催で、8月24日から28日まで、第1回セミナーを行い、最終日の28日（土）午後に公開講座を行った。

受講者も参会者も熱心に参加され、第1回としては大成功であった。会員全員に通知し、280名が参加した。費用は基金と河北病院とで分担した。第2日は1983年8月23日から27日に行い、最終日に公開講座を行う予定である。

厚生省の厚生科学研究へ参加

LCSが河北総合病院と協力して行ってきたことの実績が認められて、老人在宅ケアの組織化と経済性に関する研究」について厚生科学研究費補助金（200万円）が1982年度分として交付された。この内容は、4月20日に提出された後に公表を許されるが、その一部は「第6回死の臨床研究会」において発表した。

末期がんの重症患者でも退院すると食欲が増進し、血清総蛋白量、血色素量も増し、ある期間全身状態が改善するので、入院ケアより在宅ケアのほうが優れていることが実証された。

5. コミュニティー作り（最寄り会など）

LCSの会員の拡がり是非常に広く、年2回の総会に集まるのみである。私は「もともと病人である患者さんの集まりから出発したので、相互に知り合う名簿のようなものは作らないほうがよい」と考えていた。ところが、昨年11月18日臨時総会で名簿を作成したほうがよい、というご意見が多く、相互の理解と援助をしてゆくようにしたいという話が出た。

本年度は、名簿の資料と共に、何か会員のために尽くせることがあるか、アンケートで問うことになった。

現在は、会員が比較的集まっている東京都調布地区で1会員宅に10～15名くらい集まり、「最寄り会」を開き、システムのスタッフも参加し、話し合うことを行っている。ご老人が多いので、その機会にインフルエンザ予防注射を行い、都心の診療所まで来ないでよいように便宜を図った。

現在までに3回（1981年11月15日、1982年5月27日、11月13日）行った。

今後こうした「最寄り会」を他の地区にも及ぼし、老人の方が病気になったときに相互援助できるような体制を考えていきたい。

6. 経営の安定化（会計報告、予算）

1982年1月から12月までの経理状況は会計報告に示すように、会費収入などの総収入は1145万4000円だが、必要経費は1151万円で、5.6万円の赤字である。昨年度は147万1000円であったから、だいぶ改善した。現在は入会預り金でバランスを合わせている。

このシステムが健全に成長するためには、初年度、次年度においての赤字はやむをえないとしても、収支バランスのとれるような方策を立てなければならない。来年度予算は収支を同額とした。

1983年の方針としては、収入面では200世帯まではケアが可能であるので、漸次（毎月2世帯）募集する。ただし、趣旨をよく理解していただける会員紹介者に限る。

また、現在の会費（月5000円）でカバーされる内容（月1回の訪問看護など）以上の交通費、医療消耗品などは実費負担とし、雑収入に計上した。

支出の面では、人件費の中に訪問看護要員1名増員と医師給の一部（月10万円）を加算した。それ以外は1981年度を大体において踏襲した。

このシステムは医療機関（白十字診療所）と同居し、有無相通じているので運営可能であるが、システムが独立形態になれば医師給など支出増になる。これはこのシステムが普及するときには一つの重要課題になるであろう。

1982年 No.2 『歩み』 20～22ページ 「病院ケアに対して在宅ケアの優位性」より

病院ケアに対して在宅ケアの優位性 とくにターミナルケアに関して

「病気は家庭の中でなおすものである」「自分たちの健康は自分たちで守る」ということをモットーに、診療所を中心にLCSという会員組織をつくり、その人たちの生涯に亘ってケアをするという一つの試みを1980年10月から行っている。

活動内容は、24時間ケア、訪問看護、健康診断、健康教育である。

24時間ケアは、緊急時にはいつでも会員と医師または看護婦と連携がとれる体制が必要と考え、留守番電話、ポケットベルを用いている。

訪問看護は、75歳以上の会員のところへは健康な時から訪問し、お互いに知り合うことに努力している。また状況により入院が必要な場合は同行し、入院中は病院へ訪問して病状の把握と退院後の打合せ等を行う。とくに重症になり家庭で終末を迎える場合には、頻回に訪問している。このこと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。

河北総合病院と連携して在宅ケアを積極的に行ってきたが、予想以上に「在宅ケア」のほうが「病院ケア」より優れていることを経験した。

例えば、がん末期の患者4例について入院中の血清総蛋白、ヘモグロビン値についてみ

ると、退院よりも一時的であるが、かなりよくなっていることを経験する。これは食欲との関係が大きいですが、癌性腹膜炎の患者では入院の3か月間、医療関係者とほとんどコミュニケーションがとれず、食事も牛乳、お茶等をやっと飲むくらいで、プロンプトン・カクテルも嘔下せず嘔吐する状態であった。入院していてもこれ以上一般状態の改善も考えられず退院した。退院後、夫は妻のために元気だった頃好きだったものを一生懸命買ってきては食べさせるように努め、その結果、おかゆ、うなぎ、カレーライスなどを食べ始め、血清総蛋白、ヘモグロビン値も上昇し、笑顔をみせるようになった。

また、精神的な面では、定期的と同じ人が訪問することにより、病状、家庭状況もよく理解でき、ある胃癌の患者は末期になって、自分が「がん」であることを訪問看護婦に話せるような信頼関係になった。そして自分の病気と積極的に取組み、自分の人生をみつめ、最期まで自宅で過ごそうという意欲をみせた。

在宅でケアする場合、看護婦の問題がでてくるが、今まで経験した中では必ずしもケアできる条件が整っているからできるというのではなく、在宅でケアしようという家族の病人に対する愛情と理解が優先するように思う。

病院と連携をもち、退院後は訪問看護を行うということで、入院の期間をできるだけ短くして在宅で療養できるように努力しているが、その退院の決定は、従来は病院側の一方的な都合と指示できめられることが多かった。しかし、本人・家族の希望、家庭医・訪問看護婦・病院の医師の意見などによって決めるようにしており、本人と家族の希望により往診と訪問看護を行いながら在宅で終末を迎えている病人もある。

ただ、入院して濃厚なケアを受ければよくなる病気であったものを、在宅でケアしていたために重要な症状を見落とししたり、手遅れになってしまったり、ということがないように、在宅ケアを客観的に評価する必要がある。

そのために、在宅ケアをしてきた21例について改善度を検討すると、そのうち5例は著しい改善がみられ、20例については何らかの形で在宅がよいという結果がでた。また、病理解剖も重要なことであるが、今まで自宅で死亡した7名のうち5名の方が病理解剖を快く承諾してくれた。このことは、病院では得られない信頼関係に立脚しているものと思われる。

在宅ケアにおいて終末ケアを可能にする条件として、次のことが考えられる。

必要なときに必ず援助が受けられるという安心感と信頼に立つシステムを持つこと。

在宅にあっても最小限必要なケアが入院と同じように受けられること。例えば酸素吸入、吸引、輸液など。また、必要なときには短期間でも入院できるような体制をもつこと。

可能な限り病理解剖をして終末ケアを客観的に評価する体制をもつこと。

これらのことによって、家族は在宅における終末ケアをとおして病人の生命がまっとうされたという確信をもち、医療従事者側は自らのケアを、評価・反省することができると考えられる。

1984年 No.4 『歩み』 25～26 ページ 「1984年事業報告」より

1984年事業報告から

<主たる活動について>

1. 24時間ケア

24時間ケアの実施には留守番電話の活用による力が大きい。しかし、会員の中には留守番電話を利用するのをかなり遠慮して、夜中に苦痛があっても朝まで我慢して診療所に連絡してきている人もある。中には、この留守番電話による24時間ケアで救急病院に行かずにすんだ人も大勢いる。

この24時間ケアサービスを拡充するため、会員の病歴などの情報について、いつでも最新のもので得られるようコンピュータを導入し、情報の整理を急いでいる。

2. 訪問看護

重症患者の在宅ケアなども訪問看護を中心に行うことが可能になってきた。LCSの会員の要請に応じて往診・訪問看護は増えているが、まだ75歳以上の会員への定期的訪問は十分とはいえない。在宅ケアを行う上で必要な器材等は随時整備し、需要に応じているが、長期に使用するものについては、会員各自で購入していただいている。

3. 健康教育

LCSをはじめた頃は「自分達の健康は自分達で守ろう」ということのため、血圧の自己測定講習会、食事講習会など集団指導を行っていた。しかし、大体必要な方には一巡したので、今年度は個別指導に力を注いだ。

4. 健康診断

世帯別にみればほぼ全世帯となるが、事業所、学校などで健康診断を受けている人の健康状態の把握は十分ではなかった。

<システムの充実について>

1. 最寄り会

1984年度は新たに武蔵野市において今までの調布地区の特定グループ以外にも行った。

2. 一人暮らしの会員への援助

緊急連絡のための安心電話（電電公社）を福祉との連繫で設置した方もいる。日常生活援助体制についての対応は十分ではなかったが、幸いその必要はなかった。

3．医師の増強

1985年4月より医師1名が増強されることがきまった。

4．契約病院の増強

現在、契約病院として河北総合病院があるが、もっと広範囲にほしいという希望もある。しかし、正式には契約していないが、佐藤智医師の紹介があれば、LCSの精神を理解して受け入れてくれる病院が諸所に増えつつある。

1984年 No.4 『歩み』 5～9 ページ「ライフケアシステムの原則」より

LCSの原則

LCSを始めるに当たって、いくつかの原則というか心構えがあった。これは4年間に一層明確になったものもあるが、未だに不明確なものもある。以下で、その中の3つについて述べる。

会員が主権をもち、総会が最高決議機関である。

昭和55年（1980）4月に数人の発起人が集まったときから、この会は医師が中心になって始めたものではなく、会員が主体である。医師や看護婦はこの会の事業を実施する人材であるということは建前として明確であった。したがって、社団法人設立に準じるような体制で準備がなされ、規約、名称が作られて、事業計画、予算が組まれた。

佐藤医師は、いくつかの社団法人、財団法人設立に直接関係したことがあったので、医療事業を行うこの会が直ちに法人格を取得することは、諸般の事情から困難なことがわかっていった。しかし、会の目的は公益性をもたせるように、「システムを作り、それを実践し、もって真の医療を築くことに寄与する」ということを盛った。何年かの実績を積んだ後に「社団法人」になることを望んだ。

「医療は本来、非収益事業である」という主張と、「自分達の健康は自分達で守る」「病気は家庭で治すものである」というモットーに基づき、会則（7章30条）と施行細則（3章8条）を作った。

総会は、往復はがきで出欠ならびに委任状をとり、定足数に達していることを確認して始めた。

このような小さな会で、何もこのように堅苦しい運営をしなくてもよいのではないか、

という批判もあった。しかし、一つの組織体として根をおろすには必要条件であると考えた。現在にいたるまで 5 回の総会は、常にこのように開かれてきて、会員の意欲も年々高まってきた。

設立総会において 5 名の役員(会長、副会長、幹事)が選出され、3 名の顧問が選ばれた。初代会長には佐藤智医師が就任した。

この会は、1 人の医師に引率される会ではなく、患者を含む家族全体の会であるという意味を明らかにする意味で、2 回目の総会では、会長、副会長という名称を改め、代表幹事を 2 人とし、1 人は会の経済面、事務面などの運営を専門に、代表して責任をもつという形にした。この会は、常に広義の医療に関わるので、1 人は医師が代表する必要がある。

設立総会準備会で、佐藤医師は会費 1 か月 1 世帯当たり 3000 円という原案を出したが、会社などを経営している幹事らは、それでは経営不可能であると指摘し、5000 円になった。創立以来、値上げはしていない。創立当初(昭和 55 年(1980))には、会費月額 5000 円も高いという声があったが、4 年間の実態を会員が理解し、現在は高いという声はほとんどない。

初年度 147 万円の赤字になったとき、会費は当分値上げしないという意見が多いので、赤字の原因を究明した。それは主として重症者の家庭へ毎日のように訪問する費用が高んだためであった。そこで、会員のところへ 1 か月 1 回訪問するときの費用はいかに遠距離でも、会費 5000 円の中に含み、初回以降の訪問は実費弁済してもらおう、という内規を皆で作った。そのため、その後収支バランスは好転した。

会の大きさは医師 1 人につき世帯数 200 を限度とする規模を守る。

設立時は、会員は 42 世帯から始まったが、1 人の医師が細かいことまで記憶してケアできるのは 200 世帯であると考えた。この 200 という数字に学問的根拠はない。友人の医師、その他の人の話から類推した。

1981 年 12 月から翌年 1 月にかけて、新聞・テレビなどに報道されえたため、入会希望者が増え、約 60 世帯が入会した。現在は 190 世帯となり、ほぼ限度に達したので、入会はお断りしている。

会員数が多くなりすぎると、1 人当たりのサービスの質が低下するかもしれないし、会の趣旨を十分に理解しない会員が増える可能性もある。

将来、医師数が増えれば、それに応じて会員数も増えるかもしれない。しかし、人と人との信頼関係を基盤とするこのシステムは、常にサービスの内容と収支の最適規模はどれくらいかを考えながら運営しなければならない。

医療は、医師・患者ならびに家族・看護婦ならびにその周辺の人々で行うものである。

LCS を 4 年余行ってきて、現在は、「医療は患者・医師・看護者（看護婦ならびに患者家族）の 3 つの要素から成り、その中心に“共有の場”を持ち、そこで共に考え、共に力を分かち合うものである」と考えている。この 3 要素の考え方は昭和 17 年（1942）頃、澤瀉久敬大阪大学名誉教授が提唱されたものである。

設立当初は、ここまで明確ではなかったが、「医療は医師のみでできるものではなく、患者の生活の場である家庭へ出かけてゆく訪問看護婦の力を必要とする」と理解していた。当初から、訪問看護を大きな柱の一つと考えていたのは、そのためである。

過去 4 年間に、「病気は家庭で治すものである」という精神を実践されて、家庭で生涯を閉じられた会員が 16 名おられた（全死亡者 36 名中 44.4%）。そのうち、がんの方も 6 名（全がん死亡者 15 名中 40%）おられた。

このように、日本全体が「死ぬのは病院で」という風潮の盛んな中で、在宅で死亡される方があったのは、訪問看護婦がしばしば家庭を訪問したためであり、医師のみでは行えないことである。

従来の医療では、医者は患者を病院、診療所に来させ、医者の土俵の上で治療を行っていた。往診していて患者が重症になると、家庭で療養できるか否か、患者にとって家庭がよいか、などと考えることなく、病院へ来させた。そのとき、患者は服従するしかなく、拒否することは難しい。

ところが、LCS の精神で仕事を始めてみると、医師自身が変わり、患者の側へ一歩近づき、一生懸命に患者のことを考えるようになった。そして、患者とその家族も今までより一層真剣に自分のことを考えるようになった。これは、従来の「医師から患者へという上下関係」からは生まれてこない。

LCS の場合は、訪問看護婦が患者の側に立ちながら、患者と医師との間の諸問題を調整する役割を果たしている。このような場が築かれて初めて、「自分達の健康（病気も含めて）は自分達で守る」という姿勢が患者側に確立してきた。そして、それは家庭という生活の場を中心に行っているということが次第にわかってきた。

患者も自分の家庭にいて初めて、自分の意志を正しく訪問看護婦に伝えることができ、それに基づく医療が行われた。その結果、家庭で静かに人生を閉じるための努力がなされたようである。このことは、高齢社会を迎えつつある日本の現状にとって大切なことである。

1986年 No.6 『歩み』 4～5 ページ「ライフケアシステムから得たもの」より

LCS から得たもの

会員として得たもの

会員になるには、まず会の趣旨に賛成し、幹事会の承認を得て、一定の会費を納入することから始まる。減免制度もあり、全額から一部まである。

次に、いろいろなサービス（24 時間ケア、訪問看護など）を受けられると共に、会を支えてゆく義務が生じる。

創立当初は、寝たきり老人を抱えておられる会員以外は、全く「得るもの」はなかったかもしれない。しかし、2年、3年と経つうちに、家族の誰かが急病になり、「24 時間ケア」で医師や看護婦を呼び、適切な指示を受けて、良かったという実感をもつ会員が増えてきた。

創立時から6年間で、80%の会員は「24 時間ケア」の恩恵を受けたので、今は健康でも参加していようと思われたのか、退会希望者は遠方への転居以外はなくなった。LCS があつたために、病人をご家族で最期まで看取ることができたと感謝される方も多い。

会員数が200世帯余であれば、たとえ在宅で死を看取られるときも、きめの細かいケアができるという自信ができてきた。そうなってくると、ケアを受けていた方が亡くなられても、世帯として退会なさらないで、引き続き会員として留まれる方が多くなった。「この会は自分達の会である」という実感をもつようになり、安心感が生まれてきたようである。

医療従事者として得たもの

「家庭にいる患者さん」の状況を全く知らずに医療を行っていたであろう。あるいは、「知らない」ということすらわからなかったであろう。

医療従事者になるときは、「患者の家庭状況を十分に知って判断すべきである」と教育されてきたので、病院や診療所でご家族やお住まいの状況を聞くが、そのときにわかることは僅かである。LCSは家族を単位と考えるので、医師・看護婦は往診・訪問によってご家族を知り、外とは違ったお姿も知ることができて、新しい治療法が考え出されることもある。

がん末期や重症な病状の方ほど、病院では疼痛・苦痛が大きいのに自宅へ戻られると症

状が改善される方が多い。疼痛などの自覚的なものだけでなく、他覚的な諸検査成績も良くなることがある。これらのことから、在宅老人医学という新しい分野が生まれる可能性があることを知った。

1992年 No.12 『歩み』 2～6 ページ「ライフケアシステムの本質は何か 1993年を迎えるにあたって」より

LCSの本質は何か

ある会員から「私は創立以来の会員ですが、最近のLCSの動きをみると、ライフケアとは何なのかわからなくなりました」といわれ、一瞬緊張した。満12年の歩みをみると「何なのか」がわかるような気もするが、会員の側からみると、1992年のように常に動いてきたこの組織体は、自分にとって何なのか、わかりにくい点が多かったと思うので、1993年はどんな年か、6つの視点から考えてみた。

日本がAging in Placeに向かう年

Aging in Placeという言葉は、昨年12月7日にパリで開かれたOECD（経済協力開発機構）社会保障大臣会議の基調講演で、日本の厚生大臣が述べたものである。その意味は「自分の住み慣れた場所で生活し、年を重ねてゆくことが幸せである」ということで、これはLCSが12年前に主唱した「病気は家庭で治すものである」ということと同じ精神である。

この厚生大臣は、「高齢者の介護」という討論の導入演説で、基本的な考え方として次のように述べている。「高齢者を支援する政策の基調は地域ケアであり、在宅ケア、施設ケアの調和のとれた充実に十分留意しながら...Aging in Placeを尊重すべきである」と述べ、「日本はこれを具現してゆく」という決意を国際舞台で公言した。在宅ケアは世界の趨勢であることは今や常識になっているが、日本の政府がはっきりと世界に向かって言ったことの意義は大きい。

LCSの本質（principle）は何かを求める年

今まで毎年「公開講座」を開き、訪問看護や在宅ケアの本質を考えてきたが、その中からいくつかの本質（principle：在るべき姿）がみえてきたように思う。

2～3年前から会員の中で語り合われてきたことであるが、LCSは「互酬制度」「ボランティア・イン・スピリット」を具現する組織なのか。

LCSの活動（practice：とくに医療と看護）の形態を明確にする年

創立以来、健康保険にかかわるような医療は白十字診療所などへ委託してきた。このたび、白十字老人訪問看護ステーションが生まれ、訪問看護料は基本的に健康保険から支払われるようになった。12年前には訪問看護はすべてLCSの会計のなかで賄われていたが、次第に社会に認められ、公的援助が得られるようになった。しかし、今のところLCSのサポートがないと健全に成長しない段階にある。

歴史的にみると、現在の診療所とLCSは旧白十字診療所の患者さんなどが中心になって1980年に生み出され、ステーションは1992年12月にLCSによって生み出された。

本来、LCSは会員の医療・保健・福祉の問題を「共有して」解決していく「場」であり、医療と看護を行って料金を得る医療機関ではない。具体的には、LCSの精神を理解してくれる機関（診療所、訪問看護ステーションなど）へ「ハード」面を委託するのがより適切である。今年はこれらの相互関係を明確にしていく。

もう一つ、最近LCSの「医療形態」で大きな問題になっているのが「在宅ホスピス部」である。今の日本では複数の医師と訪問看護婦のチームで末期がん患者の在宅ターミナルケアを行っている機関はLCSの「在宅ホスピス部」以外にほとんどなく、そのニーズは大きい。

一般的には、経済的に成り立たないから行わない。LCSで成り立ってきたのは、初期の訪問看護がそうであったように、健康な会員が病気の会員を支えている部分があるからである。しかし、これにも自ずと限界がある。「在宅ホスピス部」が独立するためには、健康保険診療報酬制度の改定を提言していかなければならない。

LCSの適正規模を見出していく年

初期の医師1人、訪問看護婦1人の時には、会員数200を限度としていた。次第に医師と訪問看護婦が増えて300を限度とした。しかし、これは能力や経済力に応じて異なり一概にはいえない。「なぜ会員世帯数を300にするのか」という質問を今までにしばしば受けた。それに対して「一人の人が、名前を聞いてその方の顔と姿をすぐに思い出せるのは300人が限度でしょう」と答えている。このような組織体の適正な会員数がどれくらいかという方程式や文献はないので、試行錯誤を重ねながら考えていく以外にない。しかし、100人では経済的に成り立たず、1000人ではサービスが成り立たない。自ずと適正な規模に落ち着くであろう。

24時間ケア体制を充実する年

創立当初に掲げた3つのこと、(ア)24時間ケア、(イ)訪問看護、(ウ)委託病床契約病院設置のうち、(イ)(ウ)はこの12年間に日本の社会に広まったが、(ア)は全く普及し

ていない。しかし、在宅ケアには（ア）は必要条件であり、世界各国の家庭医はなんらかの手段でこれを行っている。

日本でも昔の開業医は夜中でも呼ばれば飛んでいった。それが使命であると当然のように考えていたからである。今でも心ある開業医は、気にかかる患者には自宅の電話番号を知らせている。

LCSは一般の開業医のように狭い範囲の患者を診ているのではないために、緊急時に直ちに駆けつけるわけにはいかない。そこで、留守番電話と救急薬とで緊急事態に対応する「24時間ケアシステム」を始めた。初期の頃は医師が1人であったため、患者情報はすべて記憶しており、緊急電話を受けたら解決することが大部分であった。しかし、会員が増加し、医師と訪問看護婦が増え、会員の情報をコンピュータに入れるようになった。会員からの緊急連絡を「ボイスメール」という機会を受け、ポケットベル当番の医師が呼び出される。必要なときには、その患者の病歴をコンピュータからFAXで取り出せるようになった。

このような機器や通信の方法は日進月歩であり、今後はこれらを活用して効率を上げていきたい。創立当初から、これらのことを事業計画に入れて試行錯誤を繰り返したが、漸く一つの方向が見出されてきた。

日本の大部分の家庭に電話とテレビがあり、一般に教育レベルも高いので、在宅ケアに「ニューメディア」を導入することが日本の在宅ケアの特徴であると思う。さらに「24時間ケア体制」を充実させたい。

「在宅福祉」の基礎を築く年

世の中には在宅福祉という言葉が氾濫しているが、その本質は日本ではまだ十分に考えられていない。それは日本の福祉が施設中心に育ってきたものであり、在宅へ目が向けられたのはこの数年である。それも市町村の役所を起点としたもので、「在宅福祉の本質」というよりは「在宅福祉のシステム論」に走り、大都会の老人の福祉ニーズなどは十分に把握されていない。

LCSでは、「在宅医学」「訪問看護」の本質をその実践のなかで少しずつ考え、論文などにして世に問うてきた。「在宅福祉」の本質についてもその基礎を、小さい実践を積み重ねながら築いていきたい。

LCS13歳の今年、外への発展というより、内に本質をみつめる年にしたい。

1992年 No.12『歩み』7ページ「春峰会 白十字診療所からライフケアシステムへのメッセージ 医療法人社団春峰会 白十字診療所 所長 三橋慎一」より

白十字診療所から

LCSと白十字診療所は、以前は全くといってよいほど同体であったが、お互いを法人化しようとしてLCSの代表幹事であり、また当時の診療所長であった佐藤先生が双方を制度上完全に分離させた。1989年1月のことである。慣れない我々は大変とまどったが、診療所は曲がりなりにも独立の機関として歩み始め、1991年12月に医療法人として認可された。

今回、LCSを母体として春峰会に新たに訪問看護ステーションができ、診療所と並んで二つの部門ができた。このステーションは、従来LCSが担ってきた訪問看護の相当部分を引き継ぐはずであり、LCSは法的には医療の上では高齢者以外の患者さんのケアにあたることになるかと予測される。当初は、1989年に診療所とLCSが分離したときのような戸惑いがあるだろう。ステーションとLCSの関係が今ひとつ把握できていないが、軌道に乗っていくことを期待したい。

1992年No.12『歩み』9～10ページ「白十字老人訪問看護ステーションの1か月のあゆみとこれから 医療法人社団春峰会 白十字老人訪問看護ステーション 所長 川越博美」より

白十字老人訪問看護ステーションの1か月

1992年12月、心温まる開所式をもつことができた。準備期間3か月という超スピード開設で、すべてがはじめての経験であったが、看護婦の力で開設準備をすすめてきた。在宅ですごされるお年よりやご家族にとって、訪問看護ステーションの働きが役立つようにと、看護婦一同気持ちを新たにしました。

開所式を迎えた日、ステーションからの第一号の患者さんを訪問して帰った訪問看護婦が、笑顔で「250円いただいて来ました」と差し出した。この250円は訪問看護利用料の個人負担金として、患者さん本人からいただいたものである。なぜ250円をいただいたことが訪問看護婦にとって、こんなにも嬉しく大事なことからいって、今まで訪問看護はサービスで無料という考えが一般的で、LCSでもお年寄りには巡回訪問として無料で訪問していたからである。お金をいただくということは、訪問看護を評価して下さるということで、気持ちよく250円を支払ってくださったとき、訪問看護がお役にたっているという喜びと自信がわいてくる。

一人の訪問看護婦によると、「ステーションから訪問するようになって、患者さんのことばかり考えている。きっと患者さんに対して、より責任を感じるようになったからよ。」とのことであった。「患者さんや家族の方と、より深く心が通じ合うようになった。」との意見もある。ある患者さんは、「LCSから来ていただいたときは、お忙しいのに申し訳ないと、

来ていただきたいときも遠慮していましたが、これからは必要なときに来ていただけるような気がします。」とおっしゃっていた。また、「250 円いただくのだから入浴介助をしたり、清拭をしたり、何かをさせていただきたい。」と申し出たところ、「何かをすることだけが看護婦さんの仕事ではないと思います。家へ来てくださって、老人の生活をみていただく、悩みを聞いていただくだけでもありがたいものです。」と行ってくださった。これからはお金を払ってでも来て欲しいといわれるような質の高い責任ある訪問看護をめざして、努力していきたい。

白十字老人訪問看護ステーションは組織的には医療法人春峰会のもとにあり、LCS の方の訪問以外にも、在宅ケアを希望される老人を白十字診療所や開業医の医師と協力しあって訪問している。福祉施設などからの問い合わせもあり、6 人の訪問看護婦は毎日フル回転で忙しく訪問している。まだまだ事務職員をお願いする余裕はないので、経理は LCS にお願いして助けていただいているが、その他の事務は訪問看護婦でどうにかこなしている。電話番、掃除、保険請求、行政機関とのやりとり、医療機関に出す書類等々、慣れない仕事に残業続きであるが、これもステーションの発展のためと試行錯誤を繰り返しながら、和気あいあいと働いている。

1992 年 No.12 『歩み』 11～12 ページ「家で死ぬための条件 副題：患者が選ぶ在宅死
メディカルディレクター 川越厚」より

メディカルディレクターから

「家で死ぬための条件 - 患者が選ぶ在宅死 - 」

1. 残された時間をどのように過ごすかによって、過ごす場所が自ずと決まる

末期がん患者が残された最後の時を過ごす場所には、大きく分けて「病院」、「施設としてのホスピス」、「自宅」の 3 つがある。今のところ、自宅で亡くなる者は一割弱であり、大多数の者は病院で死んでいる。

当然のことだが、この 3 つの場所には、それぞれの場所にふさわしい医療やケアがある。病院は病を治す場所、治らない病を持つ病院をケアする場所が、施設としてのホスピスと自宅である。

末期がんになると、どこで療養するのか、具体的に決めなければならない。その場合、それぞれの場所には、その場所にふさわしい、残された時の過ごし方、看取り方、死に方があることを、十分理解する必要がある。

したがって、場所を選ぶといっても、それは単に「好きな場所を選ぶ」ということでは

ない。つまり場所を選ぶ場合には、「残された時をどのように生きようとしているのか」という問いが、スタートになければならない。その問いの答えによって、もっともふさわしい場所が自ずと決まってくる。

この原則は、患者が自らの最期をデザインする場合も、また家族が患者に代わって「患者にとって望ましい過ごし方」を選択する場合も、同じようにあてはまる。

2. 家で死ぬためには

在宅での看取りが可能になるためには、医療者サイドと患者サイドで、それぞれ満たさなければならない、いくつかの条件がある。

その中で特に大切なことは、患者自身が「家に帰る」という、はっきりとした目的意識を持っていることである。「家に帰る」という目的意識は、死を具体的に見つめて生きようとする姿勢のなかから生まれてくるものでなければならない。

注意することは、この「家に帰る」という目的意識が、高齢者の場合（おおよそ70歳以上を考えている）と若い人の場合とでは、かなり異なることである。

体の具合が悪くなった高齢者は、ほとんどの場合、なんらかの形で死をみつめている。だから、高齢者では、家に帰りたいたいという気持ちが自然な形で出てきやすい。

ところが、若い末期がん患者の場合には、そのような形で「家に帰りたいたい」という目的意識は出てこない。したがって、若年の末期がん患者の場合は、自分がかんであって、しかもそれは治る見込みのないことを理解していることが、在宅でターミナルケアを受けるための絶対条件となってくる。

「治るとしか考えていない」若い末期がん患者を、「病院においておくのはかわいそうだから」という理由だけで家に連れ帰り、そこでターミナルケアを行うことは、大変難しい。

在宅でのターミナルケアは、一つの選択である。それは、死に逝くことを正しく理解した者だけに、選ぶことを許された、一つの特権といえる。

1992年 No.12 『歩み』 15～16 ページ 「1992年事業報告」より

1992年事業報告

主な活動	<ol style="list-style-type: none"> 1. 24 時間ケア（5 名の医師が担当） 2. 訪問看護（7 名の訪問看護婦が担当） 3. 健康教育（最寄り会などで行う） 4. 健康診断（クーポン券を発行し、受診しやすいようにしている。団体会員に対し、集団検診を実施している） 5. スタッフ研修（アメリカのミシガン大学での研修） 6. 研究活動（厚生省、その他の研究班にて研究。学会、研究会で発表。定期的なデスカンファレンス、抄読会の継続） 7. 教育活動（公開講座、看護・医学生の実習、懇談会、たより等）
組織の充実	<ol style="list-style-type: none"> 1. バックアップ体制の強化（訪問看護婦補充（1月、9月）福祉職員採用（4月）） 2. 組織体制の強化（幹事会、総会の実施、歩みの発行、財政問題、会員増、会員の年齢構成の検討、会員相互のホームヘルパーの検討） 3. 医療情報処理システムの発展（緊急電話の方式を改善し、医師、看護婦がファクシミリにより会員の病歴要約を取り出せるシステムを開発） 4. 在宅ホスピスの充実（入会希望者急増） 5. 自立した訪問看護への支援（訪問看護ステーションの誕生（12月））

1994 年 No.14 『歩み』 4～5 ページ「介護福祉士を常勤職員として採用したことをめぐって」より

1995 年 介護福祉士を常勤職員として採用

高齢化社会では保健・医療・福祉の統合が必要なことは各所でいわれている。しかし、長い歴史のなかで医療機関内で医師・看護婦の仕事の分野が分かれて確立し、それは行政の末端にまで及び、両者の協力は難しい。そこへさらに新しく福祉の職員が参入し、「老人を中心にチームを組む」努力をしても、なかなか難しい状況である。在宅医療の面では、医師と看護婦の協力が病院よりは容易であるが、介護福祉士や医療ケースワーカーなどとの協力の実績は少ない。公的介護保険問題が浮上してきたので、その社会的な整備は急務である。

LCS は創立 4 年目から福祉面の拡充をあげていたが、実行できず、1994 年 9 月から介護福祉士を常勤でおくことができた。何をすべきかは、これからの問題である。介護福祉士は遠方の会員のなかで、医師・看護婦があまり訪問できなかったところを回り、十分に関わることができなかったことを埋めて、新しい問題を見出していくような仕事を行っている。将来的には「ケース・マネジメント」「ケア・コーディネーター」といわれる役割を果たしてもらいたい。「家にいる老人にとって、どのようなケアが必要か、老人の側にたって考え、具体的に調整し、具体的なケアを依頼・調整する人」である。このような職種は、イギリスでは長年の試行錯誤の結果作り出された職種のようなものである。

1995 年 No.15 『歩み』 7～10 ページ「本年度の目指す目標 コミュニティーということ

を一人一人が十分に理解すること」より

1. コミュニティーメンバーが全体に対して責任をもつことを強化する

正真正銘 1980 年 10 月 1 日午前 0 時から今日までポケットベルのスイッチは「ON」になり続けている。この「24 時間ケア」が LCS を支えている根幹である。私は昭和 38 年(1963)頃ポケットベルが日本で始められたころから、緊急連絡の一助とするために携帯してきたが、携帯することに公的な責任はなかった。

LCS の場合は、会員から会費を、それも 1 世帯当たり月額 7000 円(創立当時は 5000 円)という決して低額でないものを負担してもらって事業を行っている。そのため、会員全体に対して責任があり、一瞬たりともおろそかにはできない。LCS の場合、FACE TO FACE で「顔が見えている関係」であることが更に責任を重くしている。また、この緊張感がポケットベルを持ちつづける原動力を与えてくれる。

「相互の緊張関係と責任」を保つために、経験的に最適規模である 300 世帯 900 人を、2~3 人の医師で受け持っているが、在宅ケアを求める人が急増している現在、多くの人々の希望に対応するためには、双方向メディアの活用など、何か新しい構想を立てる必要がある。

2. 「24 時間ケア」を支えるのはコミュニティーである

在宅ケアの根源は「24 時間いつでも患者に対応すること」である。日本でも開業医は昔からこの姿勢を保ってきた。真夜中の往診が経済的に収支釣り合っていたか否かは別として、「往診は医師の義務」と感じ行い、患者もそれに対して信頼と尊敬を示してきた。私も昭和 26 年に長野県小県郡塩尻村の村医をしていたときに、このことを痛感した。

現在の日本で「24 時間ケア」を具体的に実践しているのは消防署の救急車である。日本全国の平均で、要請の電話があつて救急車が到着するまでの時間はわずか 4~5 分で、世界的な水準でみても完全にカバーされているとって過言ではない。しかし、救急車を呼ぶほどでない病気や健康に関しての相談などに「24 時間ケア」をしてくれるところはない。また、現状では緊急事態で運ばれる先は全く知らない病院で、その対応は FACE TO FACE というわけではない。LCS では医師が直接、救急隊員や入院先の救急外来医師に電話して連絡をとることが可能であるが、一般にはそうはいかない。

日本の救急体制はすべて国費・地方税など公的な経費で賄われていて、社会保険は関わっていない。病院に送られた患者がその後どのような処遇を受けたかについて消防署は関知しない。搬送先が適当でないと思つてもどうにもならず、これでは「搬送業」で本当の在宅ケアを担うものではないという指摘を受けてしまう。

日本の社会保険は疾病保険で、病気・障害に対して保障する。健康を保つための行為には原則として支払わず、起こってしまった疾病に対する出来高払いの点数支払い方式が一般的である。最近定額制が導入されたが、予防に対しては支払われない。

例えば、寝たきり在宅老人の在宅ケアを充実させるために「24 時間ケア」を行っても、現状は「いつ起こるか判らないから 24 時間ケアをしていることには支払わない」で「月 2 回医師が訪問診療に行き〈在宅老人総合診療料〉を算定された場合」のみに〈24 時間連携体制加算〉が算定される。つまり、寝たきり老人がいつ悪くなるか判らず、24 時間体制でケアしていても公的給付はない。

日本のように超高齢化社会になると、老人を対象とした出来高払い方式では予防的ケアを含めてサービスを完結することは不可能である。また、すべてを公的な社会保険でカバーしようとするのは間違いである。「自分たちの健康・福祉を自分たちで守る」ために経済的、人的な力を出し合うことがなければ完結しないであろう。

3. コミュニティーを現在の市町村と考えるには時期尚早であるが自分の町を見直すこと

医療者のなかで聞かれる LCS に対する反発は、「お金持ちの都会的な特殊集団である」ということである。貧しい人を切り捨てた、自己満足的な集まりであると思われる。会員に減免制度のあることは知られていない。健康保険料などの他に会費を徴収することに対する反発や、「会員の発言を一つ一つ取り上げては収拾がつかない」という意見がある。

LCS は市町村の範囲を越えてコミュニティーを形成しているが、近年、老人福祉・健康の問題が市町村の「市民の声」から取り上げられて、少しずつ力になってきている。東京のような大都市では例えば一つの特別区が行政・経済の単位であるといっても、すぐにコミュニティーにはなれない。人口 4~5 万人くらいの町村では、医療・福祉を中心にしたコミュニティーが形成されている実例がある。広島県御調町、長野県臼田町など模範的なところは諸所にあっても、その考えを東京に当てはめることはできない。北欧のように行政・経済のすべてが市町村にあるような仕組みになっている状態になるには時期尚早である。

しかし、2 年後の公的介護保険は市町村単位で始まる。このとき、LCS 会員は自分の住む市町村の活動に積極的に関わる必要がある。これは、LCS の歴史 15 年のなかではなかったことであり、十分な討議を要する。

1996 年 No.16 『歩み』3 ページ「在宅ケア経済の展望 1996 年からの新しい体制を踏まえて」より

在宅ケアの展望

LCS16 年間の活動を経済面から支えてきたのは互酬制度に基づく会費と寄付であることが明白になった。今までのように白十字診療所のような異なった歴史と方針に立つ事業体と合算して考えているのでは、在宅ケアの経済面と互酬制度を明確に分析できなかった。

しかし 1996 年 1 月からの新体制では、新しいクリニックのために会員が立ち上がり資金を貸してくださった。さらに LCS のボランティアが患者さんを 9 階のクリニックから 2 階の検査センターまで案内して下さることなどのサポートがあることがわかった。

1996 年 No.16 『歩み』5 ページ「16 年間の在宅ケアの内容と費用区分」より

< 16 年間の在宅ケアの内容と費用区分 >

「24 時間いつでも医師に連絡のつくシステム」は LCS の中核をなす事業で、今日まですべてが会費で支えられている。

「訪問看護」は 1983 年からわずかずつ保険（主として老人保健）から支出され、訪問看護ステーション発足後は保険の診療報酬を受けることができるようになった。

「末期がん在宅ケア」は 1989 年頃まで会費でカバーされてきたが、次第に健康保険の診療報酬からも支出されるようになった。

「在宅介護」「コミュニティ・ケア」はまだ十分には活動をしていないが、すべての費用が LCS の会費で賄われている。今後は重視され、少しずつ公的援助も生まれてくるであろう。

1996 年 No.16 『歩み』6 ページ「今後の展望 日本の新しい在宅ケアのラッセルとして」より

< 今後の展望 >

コミュニティと無縁に病院が建てられるような国は日本以外にはない。日本の医療は 1975 年頃から病院を中心に急速に発展し、国民の中に病院信仰が生まれた。病人は病院に集まり、在宅医療は衰微していった。

しかし、この 5 年ほど「在宅医療」「在宅ケア」「在宅医学」が叫ばれるようになり、状

況は変わってきた。ただ、在宅ケアの進むべき道が一般の人々にはみえない。それは、在宅医療は行政や医者などの関係者がやってくれるものであると思って、自ら参画しないからである。また、参画できるような状況も作られていない。コミュニティーを基盤にした在宅ケアの実例が出てこなければならぬが、残念ながら現在は LCS といっても知る人は少ないし、「日本の社会で健康保険にたくさんのお金を取られていて、さらに会のためにお金を出すことは考えられない」という人々も多い。

1996 年 No.16 『歩み』 7 ページ「おわりに」より

1980 年に「24 時間医師が対応するシステム」「訪問看護」「委託病床契約病院設置」が公的援助の全くないときに始められた。今後は「在宅介護」「在宅予防介護」「在宅医療ソーシャルワーク」などを公的な経済援助が全くなくても会費で実施していかなければならない。

1997 年 No.17 『歩み』 6 ページ「評価の一つとしての医師の心構え」より

< 医師の心構えについて >

今年の 1 月 2 日午後 10 時に「24 時間ケア」を担当している医師の一人酒井医師から私の自宅に電話があった。「がんの末期の A さんは病態が悪く、今夜往診しました。ところが、私は明日朝 7 時に家を出て午前中に研究会で発表しなければならないので、もし急なことがありましたら往診してください。夕方には帰ります。」

A さんは酒井医師の担当であるが、私も存じ上げているので「明日午前中に私も伺いましょう。」と返事をした。

翌 3 日午前 6 時に酒井医師から「A さんは今朝 5 時 5 分に亡くなりました。これから研究会に行きます。」と電話があった。私からも A さんのご家族にお悔やみの電話をおかけした。そして、LCS とクリニックのスタッフの皆でお悔やみのカードをお送りした。

これは正月のある出来事である。

LCS の「24 時間ケア」は 3 人の医師が担当しているので、このような対応も可能であるが、1 人・2 人では長い休暇が取れず、長続きしない。末期を在宅で看取るには、このような「24 時間ケア」が必須である。そして、何よりも患者さんを気遣い、愛する心がなければできない。

「24 時間ケア」というのは、大変なことのように思われているが、開業医が昔から行っていたことで、世界の「家庭医の条件」に入っている。LCS が 17 年続けてこられたのは、

「それほど無理をしないのでできる」事柄であるからである。

(3) スタッフ(医師、事務スタッフ、ボランティア)

ア. スタッフの推移と現状

LCS とクリニック(当初は白十字診療所、1998 年からは水道橋東口クリニック)の設立当初と現在の役員及びスタッフは次の通りである。業務を支えるスタッフの数はこの間に大幅に増加している。

1981 年

入: その年に新入

退: その年度で退任

入 役員 会長	佐藤智	白十字診療所所長、北里大学医学部客員教授
入 副会長	井畑正明	東京ダイハツ自動車株式会社 専務取締役
入 幹事	油谷孝	ダイハツ信販株式会社 専務取締役
入 幹事	米津幸男	米津会計税務事務所 所長
入 監事	戸谷真一	ニュージャパン・エア・サービス株式会社 経理部長代理
入 顧問 医師	小笠原道夫	医療法人財団河北総合病院 院長
入 医師	橋本芳郎	財団法人富坂診療所所長 白十字診療所
入 医師	山根至二	東京厚生年金病院 内科部長

LCS・白十字診療所

入 医師	3(1)
入 看護婦	4(1)
入 事務長	1
入 事務員	3(1)
入 X線技師	1(兼任)

()内はシステムの仕事をしている者

1999 年

役員 代表幹事(常任幹事)	佐藤智	水道橋東口クリニック	医師
代表幹事(常任幹事)	徳久俊彦	社会福祉法人 賛育会	理事長
幹事(常任幹事)	永井淳一郎	永井税務会計事務所	所長
幹事(常任幹事)	辻彼南雄	水道橋東口クリニック	医師
幹事(常任幹事)	酒井忠昭	水道橋東口クリニック	医師
幹事(常任幹事)	羽鳥直之	LCS	コーディネータ
幹事	岩井道子	東京 YWCA 専門学校	社会福祉科 講師
幹事	櫻井章雄	元千代田生命保険相互会社	
幹事	塩月賢太郎	元 YMCA 同盟総主事、前明治学院大学	教授

	幹事	芳賀敏彦	国立療養所東京病院 名誉院長 (専)社会医学技術学院 院長 医師
	幹事	小坂良子	主婦
	幹事	鈴木収	日本消費者教育学会 役員
	幹事	若麻積盛夫	有機合成薬品工業(株) 顧問
入	幹事	青木茂	元流通経済大学 教授
入	幹事	小泉佳一	(株) コマス・プロジェクト 会長
入	幹事	宍戸好子	日本キリスト教団 国立教会 牧師
入	幹事	古橋栄三	東海大学 名誉教授、古橋建築事務所所長
入	監事	五十嵐真	(株) 白洋舎 顧問
	監事	小林昭一	(株) 日本評論者 相談役
LCS / クリニック			
	医師	佐藤智	
	秘書	五十嵐和子	
	医師	酒井忠昭	
	医師	辻彼南雄	
	看護婦	岩野さかえ	
	看護婦	土川稔美	
入	看護婦	加藤弘子	
入	看護婦	原澤伸江	
	LCS 事務	辻幸子	
入	LCS 事務	出口みどり	
	LCS 事務(編集担当)	濱野久子	
	クリニック事務長	武市寿郎	
	クリニック医療事務	佐々木こずえ	
入	クリニック医療事務	鈴木里香	
	ソーシャルワーカー	石井三智子	
入	ケアマネージャー	伊堂寺まり子	
	理学療法士	田代文子	
	コーディネーター	羽鳥直之	
入	運転手	京嶋康之	

イ. スタッフの業務分析

スタッフは医師を始め全員がLCSとクリニックの業務を兼任している。とりわけ、350世帯、1000人を超える会員を抱える現在、LCSの業務量は相当な量になっており、その活動

が LCS を連帯感を持つ一つのコミュニティとして成り立たせる上で重要な役割を演じている。

そこで、このスタッフの業務分析を行った結果は、次の通りである。

(ア) LCS を支える柱

LCS と同様のしくみを構築しようとしても、なぜなかなか成功事例が続かないのかを探るために、何が通常の組織と異なっているのか、何が LCS 独特の仕組みを支えているのかを明らかにしたいと考察した結果、以下の4つが LCS を支える柱であると考えた。

ボランティアの存在

ボランティアには、各種行事の際のボランティアと、通常の業務運営を支えるボランティアの2種類があり、LCS の場合、この両方のボランティアに支えられている。中でも注目に値するのが、通常の LCS および水道橋のクリニックの運営を支えている人の中にも、ボランティアが存在するということである。

水道橋クリニックは予約制で、医師と十分に話をする時間が確保されているが、訪れた人たちが感じる余裕は、それだけではない。スタッフも、非常に余裕を持って患者に接し、例えば、検査を受ける際には、スタッフが病院の検査受付まで案内をする。もし、検査を受けるのが初めてで不案内であれば、検査が終わるまでそのスタッフは待っていて、診療所までまた付き添う。クリニックの患者は高齢者が多いためこのような対応を始めたとのことだが、通常の勤務の枠内の人たちだけでは、到底ここまで徹底したサービスの提供を行う余裕はないだろう。これは一例であるが、このような患者との接し方は、ボランティアの存在によって支えられている部分が多い。他にも、通院時の付き添いなどもボランティアによって行われている。

非常勤者の多さ

LCS と水道橋のクリニックのスタッフには、非常勤者が多い。在宅看護の看護婦も、月数件の訪問看護を受託している契約形態もあり、需要に応じたスタッフの供給が可能となっている。また、非常勤スタッフの中には、非常勤業務と定期的なボランティアを両方行っている人もおり、例えば、勤務のうち3日分は業務として給与を受け、という形をとっている。

経理や受付を行うスタッフには常勤者が多いが、LCS の様々な調整を行うコーディネ

ネーターや、佐藤医師の秘書などの業務に携わる人も、常勤ではなく非常勤である。非常勤者が多いことにより、のボランティアだけでなく、人件費に比してスタッフ数が多くなり、LCS の理念を実現するための余裕を生んでいると考えられる。

LCS 会員以外の患者の存在

水道橋のクリニックを訪れる患者は、LCS システム以外の会員の割合が約半数である。つまり、クリニックは LCS に併設されたクリニックとしてのみ位置付けられているのではない。クリニックで、会員以外の患者に対して、特に LCS をアピールすることもない（興味がある人向けに、会員誌が置かれているだけである）。ただ、水道橋のクリニックを訪れる患者の大半は、医師の以前からの患者、あるいは、産業医となっている会社からの患者、あるいは、区の要介護認定医として紹介を受けた患者である。

以前からの患者は、当然の流れとして減少傾向にあるため、クリニックの患者の確保を目的として、産業医になる、認定医になるなどの施策を打ってきたこととであり、クリニックへの患者確保には、組織として取り組んでいる。

リーダーシップ

上記 で述べたいずれをも支えているのが、佐藤医師のリーダーシップである。特に は、同氏の理念に共鳴した人々により初めて可能となっている。

(イ) 診療以外の組織を運営するための業務の進め方

組織を機能させるためには、医療以外の業務プロセスも必要となる。LCS がどのように組織を運営させているのか、その運営方法に何か独自の特色があるのか、同様の仕組みを構築しようとする組織にとって、何か参考となる運営手法がとられているのか。組織運営に必要となる主要プロセスごとに、LCS の運営方法を以下に記述する。運営方法の中では、特に人的資源管理のコミュニケーションにおいて、リーダーシップを発揮している点に特色があるが、その他には特別な方式は見られなかった。

主な業務の運営方法

方針策定：常任幹事会が年 2～3 回実施され、2 人の代表幹事が考えた方針は、この会議体にて諮られる。その他に、方針承認の場として、総会が年 1 回（1～3 月に実

施) また幹事会が年 4 回開催されている。

予算管理：LCS の担当職員が実施しており、代表幹事が随時チェックする。

診療外活動：LCS 内で実施している通常の診療以外のプログラムとしては、アウトリーチ（出張診療）と研究（互酬研究会にて）がある。

人的資源管理：評価・採用は、代表幹事とクリニックの医師、事務長が行う。また、情報共有の方法として定期的に行っているのが、毎週水曜日のミーティングと、月 1 回のカンファレンスである。その他、必要に応じて随時、情報交換を行っている。非常勤のスタッフが多く、顔を合わせる機会も限られることから、昼食時には佐藤医師を囲んで、情報交換や議論が行われている。

患者情報の管理：面接、電話、手紙、訪問診療により収集した情報を、カルテに記入する。診療所のカルテは、LCS のカルテとは別のものであり、診療所のカルテに記載した会員番号で、LCS の会員であることが判別できるようになっている。患者とのやり取りについては、システムティックに登録していくというよりも、担当の医師の頭の中に必要な情報は入っているという状態である。

病院との連携：提携している病院や訪問看護ステーションとのやり取りは、医師と看護婦（時には患者自身）が、Face To Face で、実際に担当医に会い情報を伝える。最近では、大病院には病診連携室が設置されているため、そこを通じて依頼をすることも多い。ちなみに、昔は受け入れ先の病院を探すのは大変だったが、最近では受け入れられやすくなってきているとのことである。

会員とのコミュニケーション・パターン

LCS は会員制であるため、どのようなコミュニケーションを会員ととっているのか、コミュニケーション・パターンを洗い出した。会としての会員に対するメッセージの発信は予想していたより少なく、組織としての LCS と会員とのつながりや、会員同士のつながりよりも、やはり医師と会員とのつながりのほうが強いと感じた。

治療・看護：訪問診療、訪問看護、訪問リハビリなど、直接患者と接するもののほかに、電話での投薬指示が行われている。

相談：健康相談のための面談を受け付けるとともに、電話での相談、手紙での相談も行っている。

会員誌：会員向けに、はがき形式のものを年に 4 回、小冊子のものを年に 3 回発行している。

勉強会等：公開講座を年に 1 回実施している。

最寄り会：会員同士の横のつながりとして、近隣の会員同士最寄り会を開催することがある。(ただし、開催頻度や内容等は会によりまちまちであり、必ずしも会員同士の横のつながりが強いとはいえない。)

(ウ) 現状の課題

ボランティアの確保：佐藤医師のファンがボランティアを行うという形では、組織の拡大とともにその確保が困難となっていく。ボランティアをどのように組織化できるか、コーディネーターが外部の研究会等に参加して検討を重ねているとのことであり、現状最大の課題の1つとして、認識されている。

ボランティアの困難な側面としては、依頼することがそもそも誰かの負担になるのではないかと、依頼したその時はお願いできたにしても、本当に特定の人たちに負担をかけることなく長期で機能していけるのか、簡単には判断がつかない場合が多いとの理由が挙げられる。

介護保険との関係

介護保険導入後、LCS がサービス提供範囲を広げ、介護も行うことを求める声があがっている。また、介護保険によって、以前より介護が受けやすくなったことから、介護保険料にプラスして、LCS の会費を支払う価値があるのかという意見も出ている。

LCS が始まった当初より、現在のほうが例えば、介護や救急医療の受け入れに関するサービスは整備されてきている側面もあり、そのようなサービス・レベルの変化に応じて会員のニーズも変化してくるのであるから、どのようにそれに依拠していくのか、今後検討していく必要があるが、会員にも様々な意見があり、変えるのはなかなか困難だとのことである。

2 . LCS の会員の特徵

本章の目的は、LCS 会員の實態と意識を把握することであり、そのために会員に対して行われた調査結果の分析を行うこととする。

< LCS の会員制について >

LCS の概要については、前章に示された通りであるが、ごく簡単に整理しておきたい。LCS は、会員制の 24 時間在宅医療支援組織として 1980 年 10 月に発足した。きっかけは、佐藤医師の患者数人が「真夜中でも医師と連絡のつく方法を考えてほしい」といった会員側の要望であり、数人のスタッフと 64 世帯からスタートした。2000 年 11 月時点で、世帯数：353、会員数：1020 人である。会の運営は、会員の中から選出された幹事が LCS の方向性を決定し、実質的な業務は LCS のスタッフと併設している水道橋東口クリニックのスタッフが共同で行っている。

LCS は、会員制（月額会費 7000 円）を採用しており、会員に提供する機能としては、医師と 24 時間連絡が取れまた必要であれば医師の往診も受けられる 24 時間ケア、在宅ケアなどの医療サービス、健康や生命に関する健康教育などがある。さらにこれらに加えて、会員制であるがために、会員同士の交流や会の中で行われているボランティア的な活動があり、さらに、会員が会を支えるために自発的に行う寄付、会費は月 7000 円となっているものの自己申告制であるため 7000 円より多く払う人の存在も認められる。こうした、LCS の医師やスタッフ側と会員側が相互にかかわりあって作り上げている相互扶助的な関係性が存在しているのである。ここでは、こうした関係をアソシエーションとしての LCS に内在化された「コミュニティ」性として考えておきたい。

(1) LCS の会員の特徵

まず、現在の LCS 全会員の属性からうかがえる会員の特徵を示したうえで、コミュニティ性をめぐるごく簡単な分析を試みたい。

ア . LCS 会員の属性データ調査方法

以下の分析で使用するデータの概要は次の通りである。なお、入会は世帯単位で行われるため、回答者本人が LCS のサービスを現時点で利用しているか、あるいはかつて利用した経験を有するのかといった、LCS のサービス利用の濃淡との関連を把握することは、今回の調査票の分析では行うことができなかった。また、同一世帯の複数の世帯員が回答を行っている場合も若干ではあるが認められる。

使用するデータ

調査対象者 2000年10月時点でのLCS会員全世帯

調査方法 定期会合参加者には会場にて調査実施
不参加者については郵送法

回収率など 定期会合参加者 150人(140世帯)中、98人(回収率65%)

不参加者 199世帯中、168世帯(回収率84%)

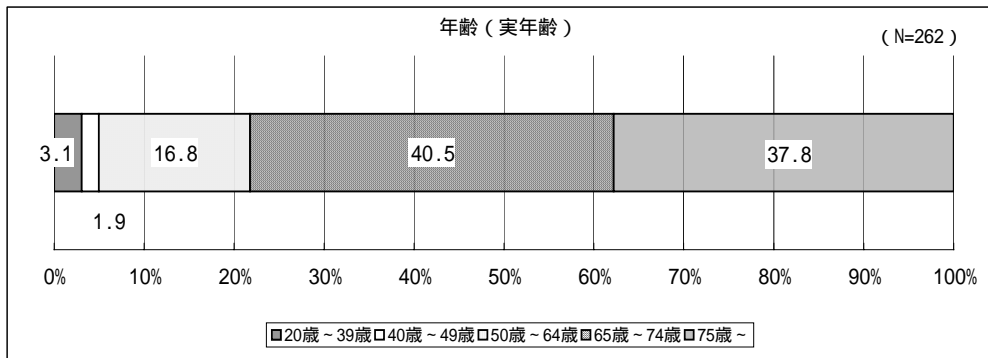
合計 339世帯中、266票(回収率78%)

イ．LCS会員の属性データ

以下では、会員の属性について簡単にみておきたい。

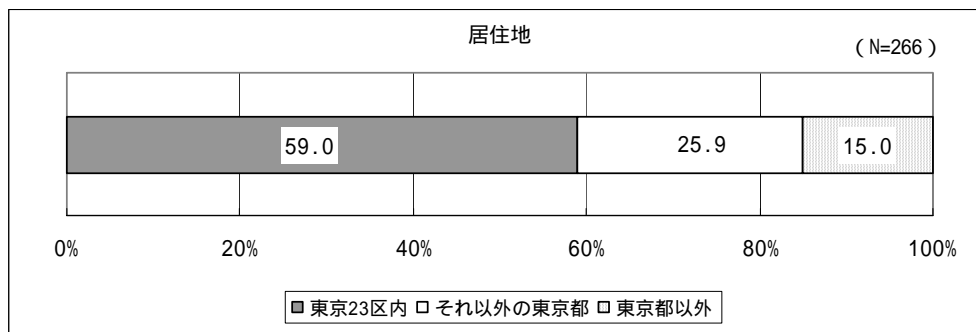
まず、性別であるが、男性101人、女性165人であり、女性の占める割合が高いことがうかがえる。

1) 年齢(実年齢)



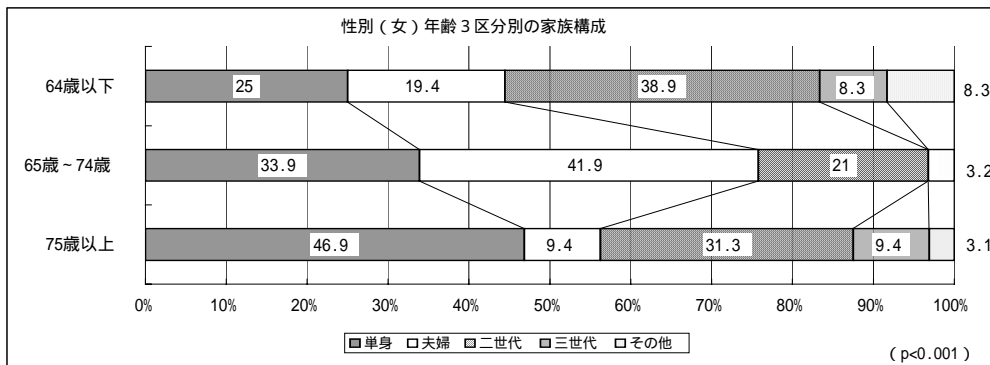
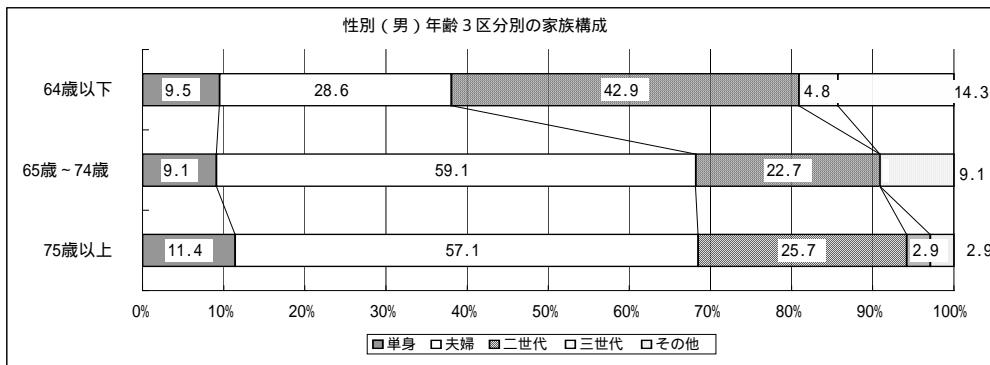
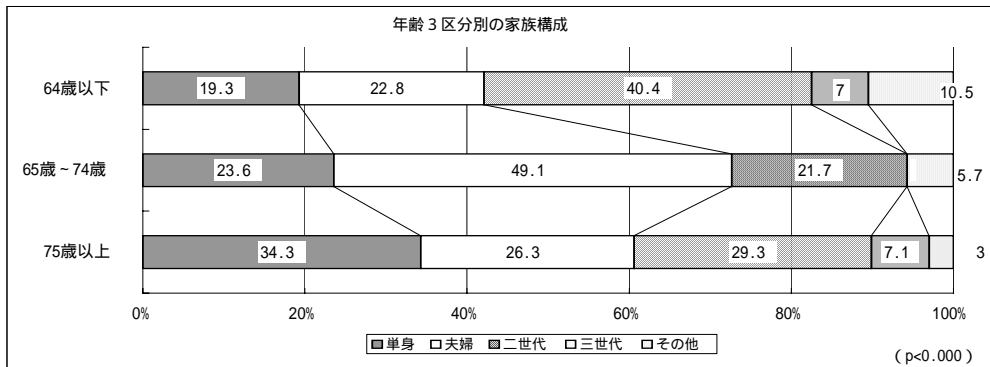
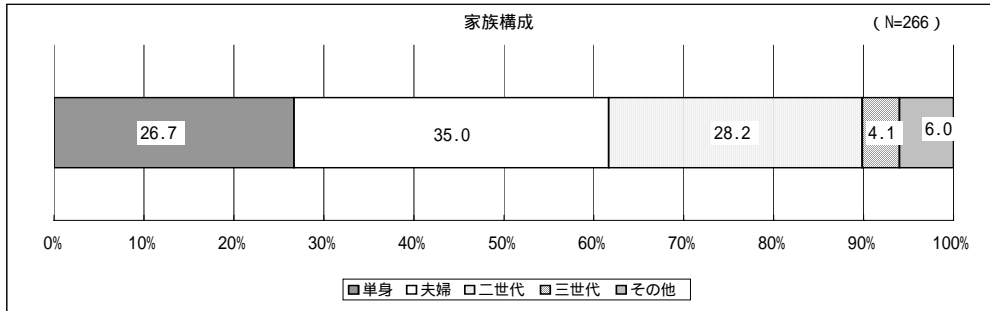
年齢の特徴としては、65歳以上の会員が大半を占めていることがわかる。LCSは主に高齢層によって支えられているといえよう。

2) 居住地(23区内、それ以外の東京都、東京都以外)



会員の居住地の大部分が東京 23 区内であり、東京都在住の会員はおよそ 85% となっている。

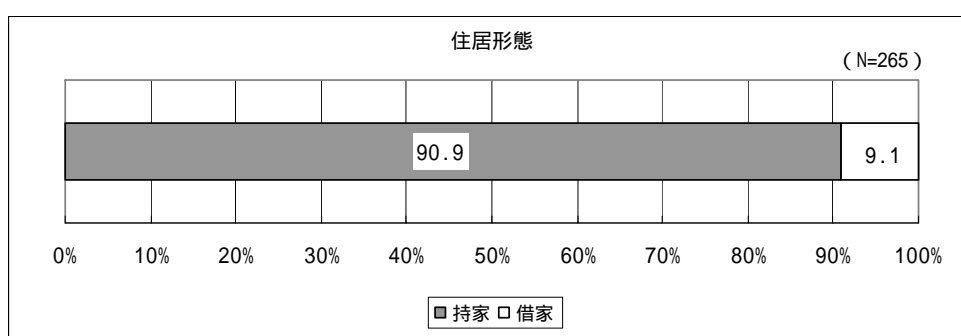
3) 家族構成



全体の家族構成をみると、最も多いのが夫婦世帯、そして二世帯、単身と続いている。これを年齢階層別にみると、年齢層が上がるにしたがって、「単身」が増加していることがうかがえる。

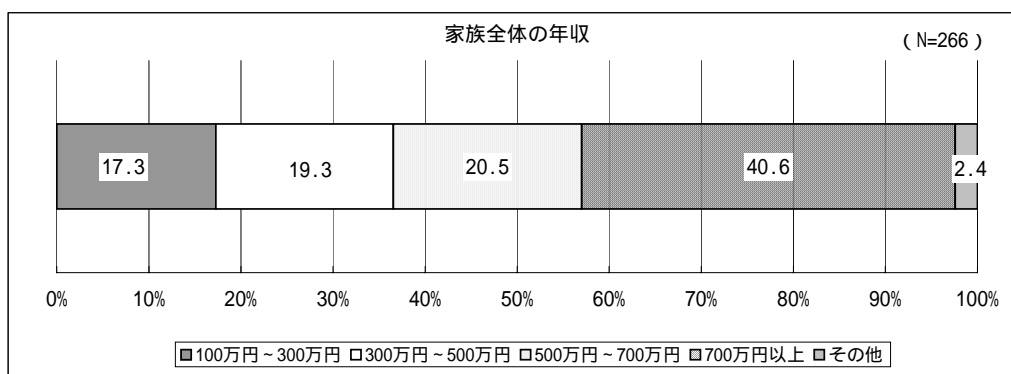
さらに、性別を加えてみると、この傾向は女性に顕著であることが示されている。男性の一人暮らし世帯は、女性に比べて圧倒的に少ないのである。75歳以上の女性会員の実に5割近くが単身であるが、この要因として、夫婦のどちらかがLCSに関わり最期を遂げた後も、そのまま入会し続けていることが考えられる。

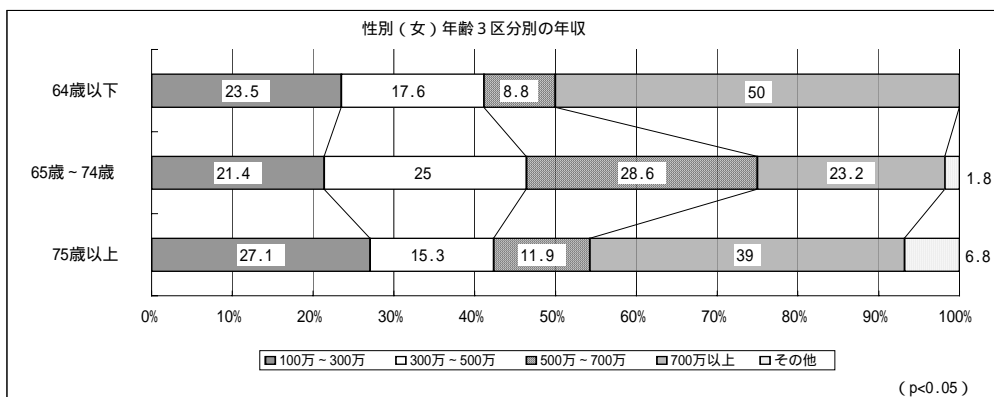
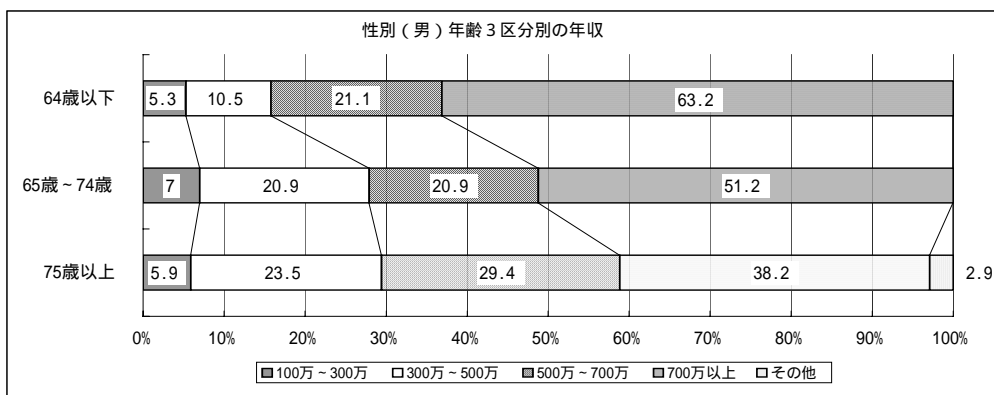
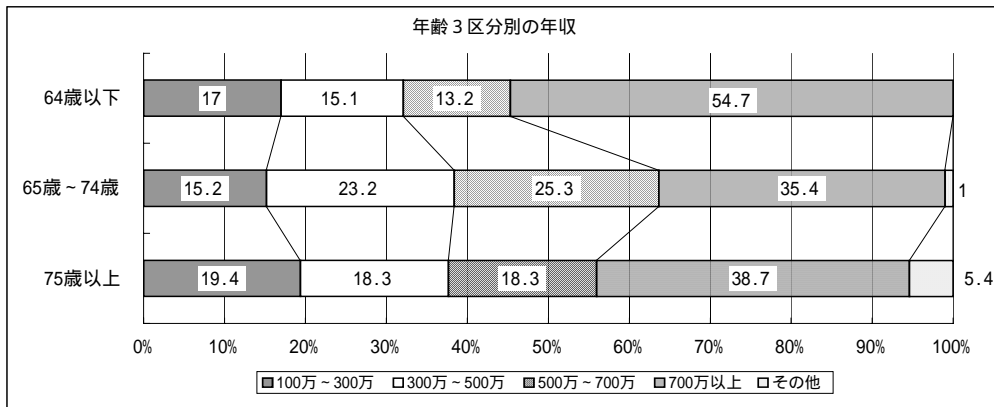
4) 住居形態（持家、借家）



住居形態として、会員の9割が持家である。一般的な高齢者のいる世帯の持ち家率はおよそ8割を超えているとされるが（総務庁統計局『平成10年住宅・土地統計調査』）、これよりも若干高くなっていることがわかる。したがって、LCSの会員は、都市地域に多くみられる移動（流動）層というよりも、地域社会における安定的な生活を営んでいる層が中心であると推測される。

5) 家族全体の年収

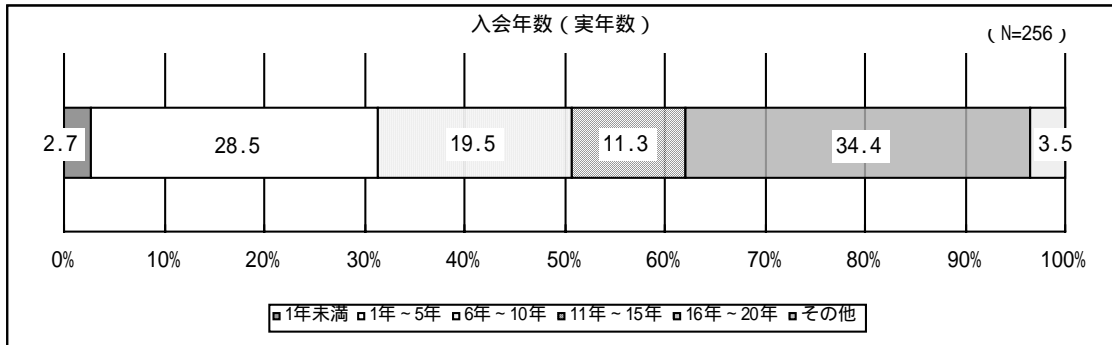




年収は家族全体として 700 万円以上がほぼ半数近くを占めており、生活にゆとりある層が多数を占めているようにも思われるが、後に示すようにここでの年収は世帯全体のものであり、子世代との同居高齢者の場合が含まれているためにこうした結果となったものと考えられる。

また、女性会員に高齢の単身世帯が多く認められたことから、男性と比較して年収の低い層の占める割合が高くなっていることがうかがえる。

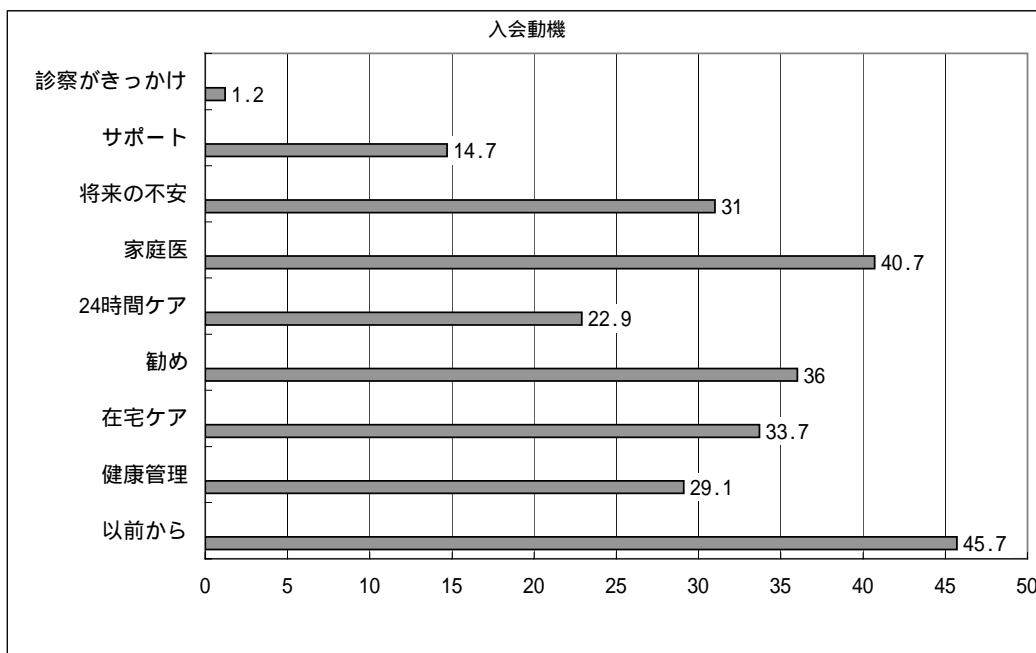
6) 入会年数（実年数）



入会年数を見ると、16年以上といった長い会員もいる一方、入会期間が1～5年といった比較的短い会員も多いことがうかがえる。先にも述べたように回答者のサービス利用状況が不明のため、設立当初からの会員が継続的にサービスを利用しているかどうかは判断できないが、いずれにせよ、長期間にわたってLCSを支えている層の存在が示されている。

ウ．LCS との関係

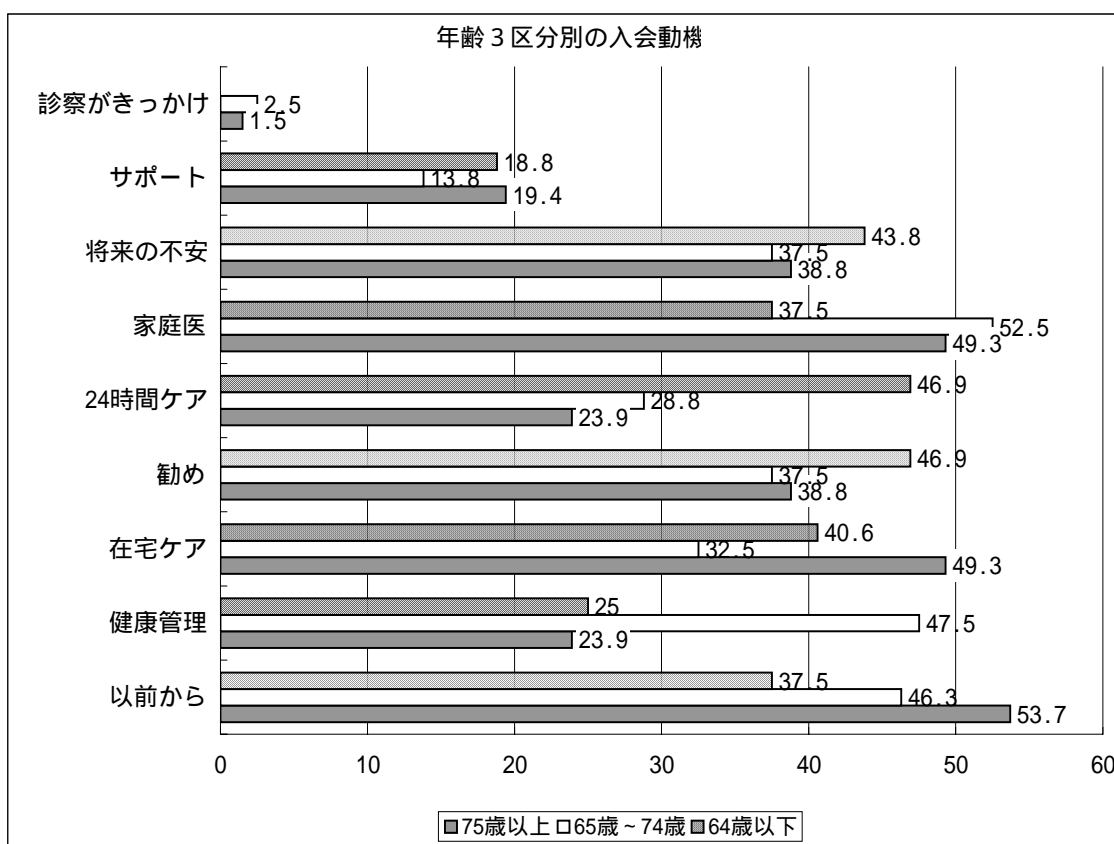
1) LCS への入会動機（複数回答）



また、入会動機についてみると、「LCSの医師に入会する以前から診察を受けていた」、さらに、「自分の家庭医（かかりつけ医）がほしいから」という動機が多いことがわかる。

年齢階層別にみると、75歳以上層で多いのは順に「LCSの医師に入会する以前から診察を受けていた」、「自分の家庭医（かかりつけ医）がほしいから」、「在宅ケアを受けたい」などとなった。この理由として、以前からLCSの医師に診察を受けていたとするものにつ

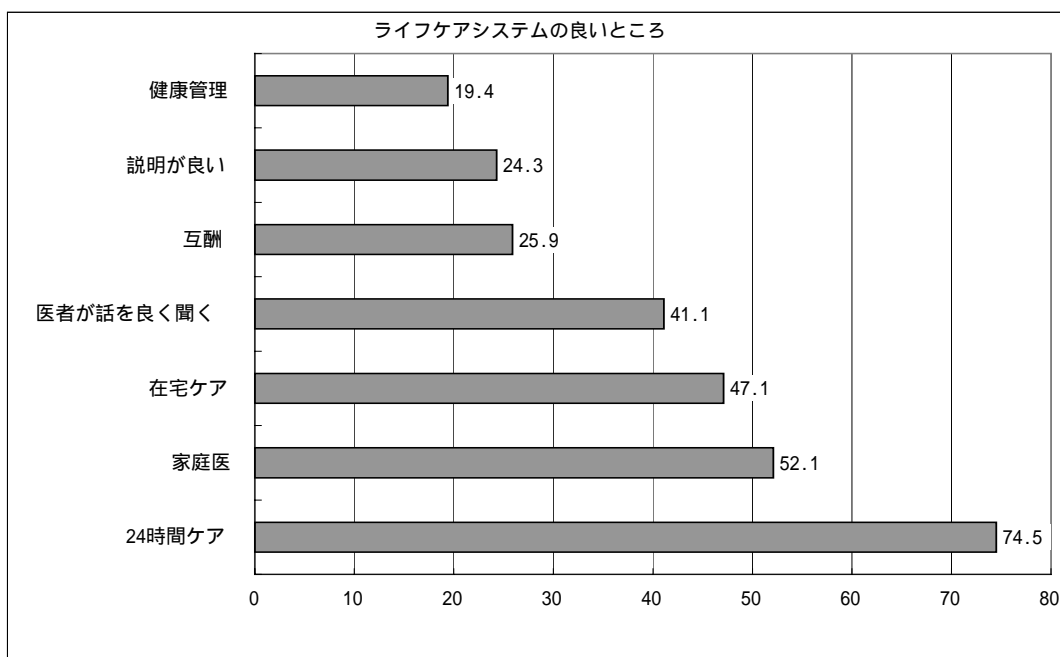
いては、75 歳以上の会員に LCS への入会年数が長い会員が多いことが考えられる。また、「在宅ケアを受けたい」では、これらの会員の多くが、実際に LCS の医師の往診を受けていたり、人生の最後を迎えるにあたって、在宅を希望していることなどがその理由と考えられる。64 歳以下では、LCS をサポートするため、将来の不安に備えて、24 時間ケアを求めて、などが多くみられる。この理由として、この年齢の会員は、現在在宅ケアを受けたいといったような具体的なニーズがあるわけではなく、自分が良く知っている医師を持ちたい、いつ病気になるか分からない、といったような将来に対する漠然とした不確実性に



対処するために入会していることが考えられる。

2) LCS の良いところ (複数回答)

入会動機からうかがえる LCS に求められていた機能は、入会後の会員によってどのような評価が下されているのであろうか。これを「LCS の良いところ」からみると、入会動機としてはあまり支持されていなかった、いつでも自分の知っている顔なじみの医師と連絡が取れる「24 時間ケア」があげられていることがわかる。入会時点ではあまり意識されていなかった 24 時間ケアという具体的なサービスが、会員からは高く評価されていることがわかる。



(2) LCS のコミュニティ性に関する分析

これまでに示した LCS 会員の特徴をふまえて、コミュニティ性に関する分析を行うこととしたい。

LCS は会員制の組織である。会の活動は医療面、教育面、クリスマスなどの催しなど、生命と健康に関する多種多様なものが行われている。運営は、LCS と水道橋東口クリニックのスタッフの他、ボランティアが存在する。さらに、会費として1月あたり1口1000円7口以上が基本となっているが、特別な事情がある場合は減免可能であり、反対に会費を多く払う会員や寄付を行う会員もいる。このような状況から会員がシステムを支えているという、コミュニティ性が存在しているのではないかと考えられる。

ア. コミュニティについて

まず、コミュニティについて考える。コミュニティという言葉は社会学や政治学において、たくさんの意味で使われている。金子郁容は『コミュニティ・スクール構想』(岩波書店、2000.)のなかで、コミュニティを「ローカルコミュニティ」¹と「テーマコミュニティ」²に大きく2つに分けることができるとしている。この2つの共通点として、意識の共通性がある。たまたま同じ行政区に住んでいるだけではコミュニティとは言えず、個々の意識

¹ ローカルコミュニティは居住する物理的空間を同じくする人たちの集まり、いわゆる地域共同体である。

² テーマコミュニティはビジョン、価値観、関心などを共有する人たちの集まりのことであり、英語の文献では“community of interest”関心共有のコミュニティと呼ばれるものである。

や想像力の中にある「共同体の記憶」や「関心を同じくする人」「相互関係」の中にコミュニティが存在するということができる。金子によると、コミュニティの概念として、「場所の共通性」という要素が必ずしも必要なのではなく、「関心・テーマの共通性」があればコミュニティとして存在しうると考えられる。さらに、広井良典は『医療改革とマネジドケア』（東洋経済新報社、1999）のなかで経済的に自発的に関わっていくという「経済的な意識」のなかにもコミュニティ性が見られると指摘している。³

イ．コミュニティ性についてのデータ分析

LCSは、金子や広井のコミュニティとしての考え方に当てはまる点が指摘できる。このコミュニティ性について「会員がお互いを支えていく意識を共通して持っているか」に焦点を当て、仮説を立て、そしてアンケート調査をもとに 2乗検定⁴を行う。

仮説 1：LCS に長年入会している人は寄付を多く払う人が多い

仮説 2：LCS に長年入会している人は会費を 7000 円より多く払う人が多い

仮説 3：LCS の医師の診察を受けた人ほど寄付を多く払う人が多い

仮説 4：LCS の医師の診察を受けた人ほど会費を 7000 円より多く払う人が多い

2乗検定では、仮説を検証するにあたり漸近有意確率が 0.05 以上の場合、その仮説は棄却される。0.05 以下の場合、その仮説は棄却されない。

仮説 1：LCS に入会している年数と、寄付を行う・行わないの寄付行動発生率に違いがあるかどうかをみるために、2乗検定を行った。Pearson の 2乗における漸近有意確率が 0.000 になった。これより、入会年数と、寄付を行う発生率が同じであるという帰無仮説が棄却された。よって入会年数によって寄付行動に違いが生じることが検証された。

仮説 2：LCS に入会している年数と、会費を多く払う・規定通り払う行為の発生率に違い

³ 広井はアルベール『資本主義対資本主義』1992 をもとにこの指摘を行っている。「アルペン型保険」と「アングロサクソン型保険」があり、「アルペン型保険」は保険システムを構成する単位をコミュニティにおき、「アングロサクソン型保険」は個人に単位を置いている。

⁴ 手順 1：仮説の設定

手順 2：有意水準 の設定 2乗検定では有意水準 = 0.05

手順 3：検定統計量 2乗値の算出

手順 4：P 値の計算

手順 5：判定

P値 ≤ 有意水準 帰無仮説 H_0 を棄却する

P値 > 有意水準 帰無仮説 H_0 を棄却しない

があるかどうかをみるために、仮説1と同じように検定を行った。その結果、漸近有意確率が0.000となった。これより、入会年数によって、会費を多く払う行為に違いが生じることが検証された。

仮説3：LCSの医師の診察を受ける・受けないと、寄付を行う・行わないの寄付行動発生率に違いがあるかどうかをみるために、2乗検定を行った。漸近有意確率が0.887となった。これより、診察を受けた・受けないと寄付をする・しないの発生率が同じであるという帰無仮説を棄却しない。よって、診察を受けた・受けないに拘わらず、寄付行動に違いが生じないことが検証された。

仮説4：LCSの医師の診察を受ける・受けないと、会費を多く払う・払わないの発生率に違いがあるかどうかを見るために、仮説3と同じように検定を行った。その結果、漸近有意確率が0.115となった。これより、診察を受けた・受けないに拘わらず、会費を多く払う行為に違いが生じないことが検証された。

これらの仮説1と2の検証より、入会年数によって、寄付行動の発生率と、会費を多く払う行為の発生率が異なることが検証された。また、仮説3と4の検証により、医師に診察を受けても受けなくても、寄付行動の発生率と、会費を多く払う行為の発生率に違いがないことが検証された。これより、LCSでは、入会年数によって、寄付や会費を多く払う行為が異なるものの、医師の診察を受ける・受けないに拘わらず、寄付や会費を多く払うことが明らかになった。この、医師の診察を受ける・受けないは、LCSの「医療サービスを利用している」「していない」に置き換えることができる。そのため、LCSの医療サービスを受けていなくても、経済的にLCSを支えていこうと考えている人が存在していることがわかる。これより、現在自分がサービスを受けていなくても、LCSを支えていく「互酬性」ともいえるような「コミュニティ性」が存在していると考えられる。

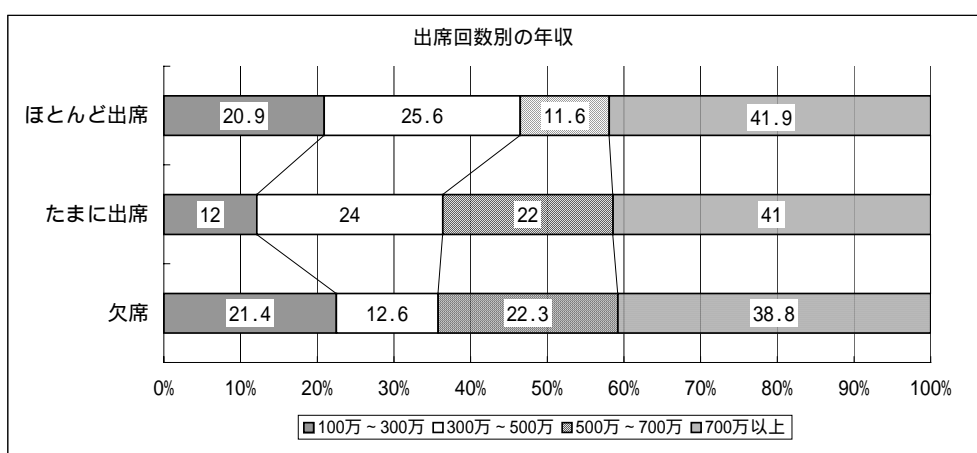
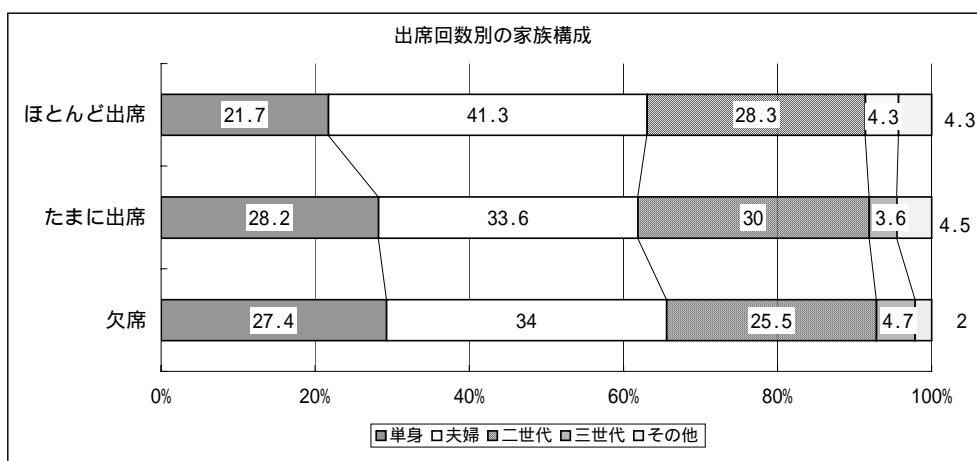
ウ．コミュニティ性についての補足

以上からLCSの会員にコミュニティ性が存在していることが明らかとなった。そこで、こうしたコミュニティ性が、実際にLCSの運営において、寄付行動などにとどまらず、いかなる機能を有しているかを把握することが必要と思われる。そのためには、LCSに対する会員の愛着度や一体感、さらには互酬的な意識などといった多くの側面からコミュニティ性の構造を把握したうえで、サービス利用の状況や満足感との関連を検討することが必要である。ここでは、こうした作業の前段階として、LCSの行う「総会・最寄り会・オープン

「クリニック・その他の行事などへの出席回数」をコミュニティ性の強弱を示す変数として位置づけ、コミュニティ性の実際の機能に関する検討を補足的に行うこととしたい。これは、こうした会合へ頻繁に出席することによって会員相互の一体感が深まり、それによってさらなる参加が導かれていくことが想定され、こうした関係の深まりを、疑似的にコミュニティ性をはかる尺度して利用しうると考えたためである。

1) 家族構成および年収との関係

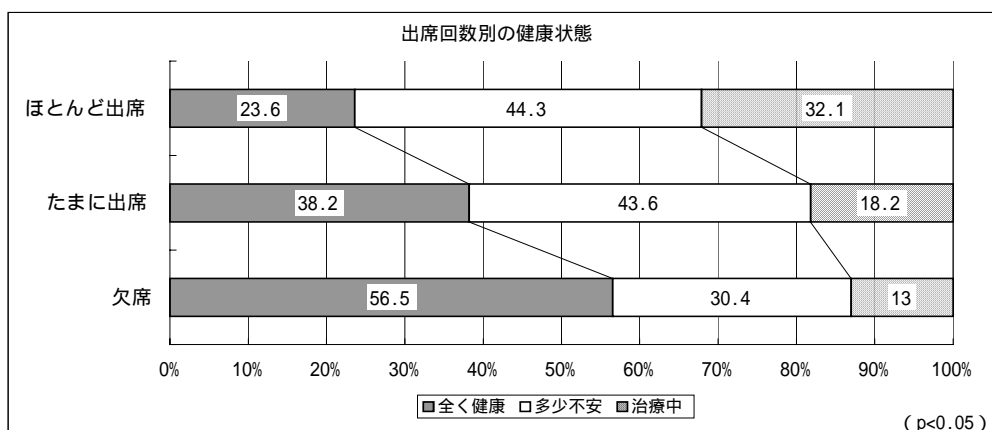
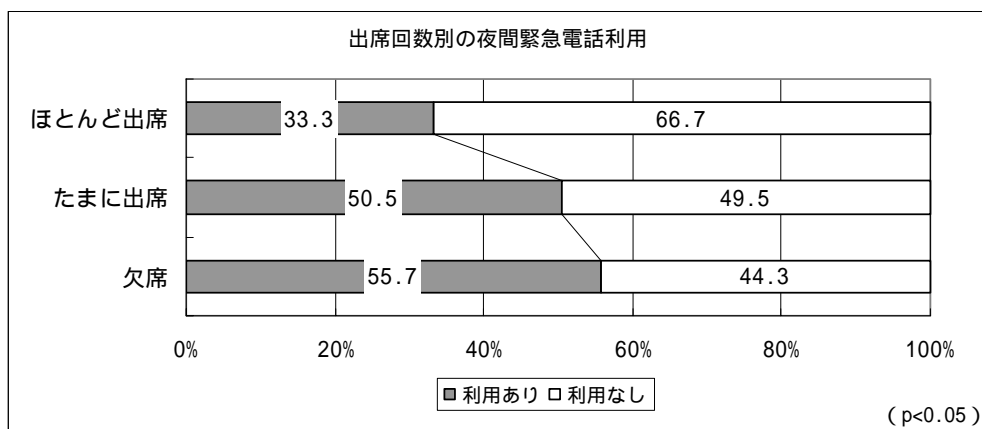
まず、総会などへの出席に影響を及ぼすことが予想されるいくつかの要因についてみておきたい。



一般的には多世代同居の方が、家をあけて会合に出席しやすいのではないかとと思われるが、結果的には出席、欠席にかかわらず家族構成による差異は認められなかった。

年収についても、ほとんど出席している層が欠席している層よりも、若干低くなっていることがうかがえるが、あまり意味のある傾向は見いだせなかった。

2) 夜間緊急電話利用の状況



繰り返し述べてきたように、本調査では LCS の提供するサービスの利用状況を把握できないのであるが、そうしたなかで「夜間緊急電話の利用」についてはその利用状況を確認することができる。そこで、サービス利用とコミュニティ性の関連を推測するために、夜間緊急電話と利用状況と総会などへの出席頻度との関連をみておくこととしたい。

表に示したように欠席層はほとんど出席している層と比較してその利用が多いことがわかる。欠席層の利用が多いのは、欠席層の状態があまりよくない結果と考えることもできるため、健康状態と出席状況についての関連をみると、LCS の催しに欠席する会員の方が、健康状態が良いとするものの割合が高く、反対に、ほとんど出席する会員では、多少不安ありや治療中の会員が多い結果となった。これより、健康状態に不安がある会員のほうが、LCS にコミットする割合が高いとも考えられる。

やや強引に解釈するならば、総会などへ参加することによって LCS の医師との深い関係が構築され、「夜中にあまり先生に迷惑をかけては申し訳ない」という抑制効果が作用した結果と考えることもできるかもしれない。また、総会や最寄り会、オープンクリニックな

どに出席することによって、医師との間の関係性が築かれていくことによって、電話をしなくとも、いつでも知っている医師と連絡を取れる安心感が醸成されていることによるものかもしれない。

以上の指摘は、きわめて素朴な水準にとどまっており、これをもってコミュニティ性の果たしている機能を過大に評価することには無理がある。しかしながら、少なくともコミュニティ性の強い会員を多く有している組織は、そうではない組織よりも、円滑な組織運営を行いやすいということは、LCSの実態から認められてよいものと思われる。したがって、会員のコミュニティ性を呼び起こし、それを維持し、強めていくための、具体的な方法が検討されなければならないが、本章ではこの点を指摘するまでには至らなかった。

3. LCS とクリニックの財務分析

(1) LCS の提供するサービスと財源（会費と診療報酬）の組合せ

本項では、LCS の仕組みを会費と診療報酬のといった財源の関係から整理する。つまり、水道橋クリニックを含む LCS の活動について会費から支弁される部分と診療報酬から支弁される部分に区分けし、資金の流れを明確にする。

ア. LCS における事業内容

そこで、まずは LCS の会則から、LCS が行う事業および活動を整理すると以下のようになる。

会員に対して 24 時間いつでも健康に関する相談を受け、適切なケアを行うこと
会員である在宅患者に在宅ケアを行い、入院患者には退院後の継続ケアを行うこと
会員の健康記録を生涯にわたって整え、常に役立つよう整備すること
会員に対して健康管理を行い、社会に対してはこのシステムの普及を図ること
以上の目的達成のため、医療機関、訪問看護ステーション等にケアを委嘱すること
その他本会の目的達成に必要な事業

これらをより具体的な業務として表現すれば、

(ア) 24 時間健康相談・緊急対応サービス

会員の求めに応じて 24 時間健康相談や緊急事態に備える体制を構築し、24 時間健康相談・緊急対応サービスを提供している。患者から電話があった場合、ポケットベルを通じて担当の医師へ連絡が伝わり、医師が患者宅へ連絡、必要に応じて医師が指示を出す仕組みとなっている。また、会員への「緊急薬品」預託という仕組みを作り、こうしたシステムを効率的に行えるよう工夫している。

(イ) 他の病院への病床委託、入院患者への同行、経過説明

会員は必要ならば LCS が協定を結んでいる病院への入院が可能であり、それ以外にも専門医の紹介を受けることもできる。そうした場合、LCS 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い、患者へは応じて経過説明を行うようにしている。

(ウ) 健康診断

会則では健康診断を行う旨は記述されていない。しかし、LCS では、一世帯につき 1 回分、委託機関における健康診断費用を予算化している。

(エ) 診察

水道橋クリニックにおいて、診療所として患者に対し診察を行っている。水道橋クリニックでは会員以外の患者についても通常どおり診察を行っている。

(オ) 往診・訪問診察

LCS では、主に会員に対し(会員化の手続きをしていないが、ガン末期患者について緊急的に受入れることもある) 往診・訪問診察を行っている。

(カ) 検査

水道橋クリニックでは、診察において検査が必要となった場合には、同じビルの病院に検査を委託している。

(キ) 健康管理支援

LCS では、各会員の家庭ごとに健康ファイルを作成し、健康診断や病歴等について整理しており、会員自身による健康管理を支援している。

(ク) LCS の運営

最寄り会、ボランティア活動、公開講座、オープンクリニック、総会・幹事会、会誌、運営事務といった様々な活動、日常業務を行っている。

(ケ) 研究調査

となる。

イ. 業務の実施主体

ア. でみたような業務を実施するにあたり、LCS においては、会員組織としての見なし法人「LCS」と、診療所としての医療法人「水道橋東口クリニック」という異なる主体が表裏一体の活動を行っている。ここでは、上でみてきたような業務がどちらの法人を主体として行っているかを以下に整理する。

活 動	LCS	クリニック
24時間健康相談サービス		
24時間緊急対応サービス		
他の病院への病床委託、入院同行等		
健康診断		
診察		
往診・訪問診察		
検査		
健康管理支援		
LCS の運営		

ウ．業務の財源

上表から LCS としての活動とその主体が明確になったが、同時に LCS における活動と財源についても明確になる。

まず、見なし法人「LCS」が主体となる業務については、原則として世帯ごと会員からの会費（原則月 7000 円）および寄付金を財源としている。また、医療法人「水道橋東口クリニック」が主体となる業務については通常の診療所同様、診療報酬および患者の自己負担を財源としていることがわかる。

しかし、LCS では、両法人が密接に連携して実施している業務もあり、こうした業務が LCS に特徴的な仕組みとなっている。そこで、こうした特徴的な業務の財源の考え方について詳細を見ていく。

（ア）24 時間緊急対応サービス

この業務は 3 人の医師が実施しているものの、「LCS」としての活動と「クリニック」としての活動が峻別しにくい部分でもある。そこで、LCS においては、基本的に以下のような考え方をとっている。

この業務は、まず会員から留守番電話を通じた担当の医師の呼び出しに応じて、医師が会員への電話連絡を行うことから始まる。しかし、次に医師がとる行動はその電話での内容によって大きく以下のように分けでき、それぞれの場合によって財源を峻別するというものである。

第 1 に電話での対応で十分な場合はその場で終了する。本来、電話での再診は、診療報酬の請求が可能であるが、LCS ではそうした場合も原則として請求は行わない。つまり、この場合の業務は会費から支弁されたことになる。

第 2 に、状況に応じては「緊急薬品（常備薬）」の使用を指示し、患者の経過を観察する場合がある。この場合、常備薬は LCS からの預託という扱いであるため、常備薬の処方については診療報酬の請求は行わない。なお、医師の指示業務については診療報酬から支弁される。

第 3 に、医師の訪問診察が必要な場合がある。この場合は、医師の訪問診察にかかる業務については診療報酬から支弁される。

(イ) 会員が入院した場合の同行、経過説明等

LCSでは会員が入院する場合、必要に応じて担当の医師が適当な病院を紹介し、当該病院医師への患者状態の説明、入院患者への経過説明を行っている。この部分は診療報酬でカバーされる範囲ではなく、形としては会費から支弁されていることになる。

(ウ) 往診・訪問診察

LCSでは、緊急時の往診、末期ガン患者に対する訪問診察や70歳以上の寝たきり老人への定期的な訪問診察等を行っている。この部分については、現在、末期ガン患者に対する訪問診察が94年から「在宅末期医療総合診察料」として点数化され、また定期的な訪問診察についても97年から「在宅総合診察料」として点数化されているため、診療報酬から支弁される。

こうした活動はLCSにおいては制度化される以前から行われており、点数化される以前は会費を財源としていた。むしろ、LCSのこうした先行的な活動が参考となり、訪問看護、在宅末期医療総合診療などが公的に制度化されたともいえる。

(エ) 医師およびスタッフの人件費

医師およびスタッフの人件費は、「LCS」と「水道橋東口クリニック」の両方から支払われている。こうした方法以外にも、「LCS」から「水道橋東口クリニック」への業務委託という形にして、まとめて「水道橋東口クリニック」から支払うという形も考えられるが、あえてこのような方式をとっている。

この意味については、基本的に「LCS」の活動と「水道橋東口クリニック」の活動が表裏一体であり、どちらの活動も行っているということはもちろんであるが、それ以上に、毎月両方の法人から給与を受取ることにより、医師およびスタッフに両方の組織への明確な所属意識を持たせることを目的としている。

(2) LCS とクリニックの財務分析

LCS とクリニックとは上記のように相互に役割分担しつつ、密接な連携の下に医療サービスを提供しているが、両者の収支状況を直近の医療経済実態調査（中央社会保険医療協議会実施、1999 年 6 月）による全国の無床の一般診療所の平均と比較すると、次表の通りである。

LCS/クリニックと無床一般診療所との収支の比較

(単位：千円)

	無床一般診療所 (1 月当たり)			(年間)	
	個人	その他	全体	LCS	クリニック
医業収入	6,692	11,676	8,182	40,089	89,788
1. 保険診療収入	6,332	11,045	7,740	0	78,373
(再掲) 入院収入					
(再掲) 外来収入	6,332	11,045	7,740	0	78,373
2. 公害等・その他診療収入	166	356	223	0	0
3. その他の医業収入	194	276	218	40,089	11,415
医業費用	4,475	10,160	6,174	42,652	87,237
1. 給与費	1,584	5,220	2,670	27,868	56,357
2. 医薬品費	1,449	2,133	1,653	69	2,692
3. 材料費	88	259	139	0	279
4. 委託費	203	426	269	1,530	10,566
5. 減価償却費	273	321	287	1,360	2,160
(再掲) 建物減価償却費	130	104	122	0	581
(再掲) 医療機器減価償却費	67	90	74	0	839
6. その他の医業費用	880	1,802	1,155	11,825	15,183
収支差額 (-)	2,217	1,516	2,008	-2,563	2,551
施設数	636	271	907	1	1

(出典) 無床一般診療所は医療経済実態調査(中央社会保険医療協議会実施、1999 年 6 月)

LCS とクリニックについては 1999 年の実績による。

また、この数値を百分率による構成比で表示したものが次表である。

LCS/クリニックと無床一般診療所との収支構成比の比較

	無床一般診療所（1施設当たり）			LCS	クリニック
	個人	その他	全体		
医業収入	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
1. 保険診療収入	94.6%	94.6%	94.6%	0.0%	0.0%
（再掲）入院収入	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
（再掲）外来収入	94.6%	94.6%	94.6%	0.0%	87.3%
2. 公害等・その他診療収入	2.5%	3.0%	2.7%	0.0%	0.0%
3. その他の医業収入	2.9%	2.4%	2.7%	100.0%	12.7%
医業費用	66.9%	87.0%	75.5%	106.4%	97.2%
1. 給与費	23.7%	44.7%	32.6%	69.5%	62.8%
2. 医薬品費	21.7%	18.3%	20.2%	0.2%	3.0%
3. 材料費	1.3%	2.2%	1.7%	0.0%	0.3%
4. 委託費	3.0%	3.6%	3.3%	3.8%	11.8%
5. 減価償却費	4.1%	2.7%	3.5%	3.4%	2.4%
（再掲）建物減価償却費	1.9%	0.9%	1.5%	0%	0.6%
（再掲）医療機器減価償却費	1.0%	0.8%	0.9%	0%	0.9%
6. その他の医業費用	13.2%	15.4%	14.1%	29.5%	16.9%
収支差額（ - ）	33.1%	13.0%	24.5%	-6.4%	2.8%

（出典） 前表と同じ。

この2つの表からは、保険診療を行っているクリニックの財政規模は、全国の個人開業の無床の一般診療所よりやや大きい程度で、医療法人としてはむしろ収支の規模は平均より少し小さいということが分かる。そして、平均的な無床診療所と比べると、保険診療収入以外に、その他の医療収入が1割強と多いことが分かる。これはLCS/クリニックが産業医派遣や企業の健康診断などの活動領域を比較的豊かに有していることを反映している。

他方、支出面の特徴を比較すると、支出内訳に占める給与費比率の際立った高さが確認できる。個人立のものは開設者の収入が給与化されていないから低いのは当然として、「その他」の法人立と比較しても給与費の割合の高さは顕著である。そして、その分、医薬品費がほとんど無いこともこれが2割前後を占めている他の無償診療所と比べて大きな相違点である。

この給与費比率の高さという点は、次表で平均的な1診療所当りの医師その他の従業員数の比較からも裏付けることが出来る。すなわち、LCS/クリニックが抱えている医師数やその他の従業員数は平均的な無床診療所と比較して、常勤で約2倍、非常勤では数倍近い規模であり、人的資源の集中が著しいというLCS/クリニックの大きな特徴を示している。

1 診療所当たり従業員数の比較

(単位：人)

	無床一般診療所						LCS/クリニック	
	個人		その他		全体		常勤	非常勤
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
医師	1.1	0.2	1.1	0.7	1.1	0.4	3	2
看護婦(士)・ 准看護婦(士)	1.4	0.5	2.4	0.9	1.7	0.6	3	1.4
事務職員	1.8	0.7	2.6	0.9	2.0	0.7	4	4
その他の職員	0.8	0.5	1.3	0.9	1.0	0.6	1.2	4.4
全体	5.0	2.0	7.4	3.3	5.7	2.4	11.2	11.8

(出典)無床一般診療所は医療経済実態調査(中央社会保険医療協議会実施、1999年6月)

LCS/クリニックは2001年10月現在。LCS/クリニックの端数は兼任を表している。

このような比較的少ない収入で多くのスタッフを抱えることが出来ている原因としては、調剤はもちろん、検査についてもほぼ完全に外注化し、徹底した軽装備で固定費がほとんどなく、無借金経営を行っていることが大きい。なお、LCSの減価償却費は留守番電話24時間緊急システムから発生するものが大半であり、クリニックは中古の電子カルテソフトやパソコン、車両運搬具等によるものである。さらには、クリニックと相補いつつ会費・寄付金収入によって財政的に支えているLCSの存在ももちろん重要である。

(3) クリニックの診療報酬構造の特徴

LCS/クリニックの経営という面では前者の会費を中心とした収入と、後者の診療報酬という公的施策による収入の両者による適切な組み合わせがこの仕組みを長期間可能にしてきた鍵を握っているといえる。そしてすでに述べたように、この仕組みの20年間の歩みは、会員・患者の必要とするサービスで公的施策ではまだ認められていないものはまずLCSの方の会費で賄う形でサービスを提供し、その実践が社会的に評価されて公的制度に取り込まれ、その後は必要な費用が診療報酬から得られてLCS/クリニックの経営の安定をもたらすという好循環を繰り返して今日に至っている。

したがって、訪問看護や在宅診療、在宅ターミナルケアなどがある程度公的に制度化され、診療報酬上の手当が行われている現在、クリニックの診療報酬収入がどのような構造を有するに至っているのかを分析することは、現在の公的施策がLCS/クリニックのような形態の在宅医療に対してどのように効果を及ぼしているかを明らかにすると同時に、今後ともこのような形態の医療を支えていくためにはどの部分に重点を置いた診療報酬体系が望ましいかという点を明らかにするうえでも重要であると考えられる。

そこで、クリニックの直近の平成13年1月の診療報酬明細書(レセプト)全数を対象に分析を行い、その後、季節による変化を補足確認するために同年4月分のレセプト全数についても同様の分析を行った結果、次のような点が明らかになった。

ア. レセプトの全体像

平成13年1月のレセプト件数は総数が439件で、そのうち70歳以上が268件、70歳未満が171件(ただし、病名のみが書かれており、点数が書かれていないものが3件含まれている)となっている。

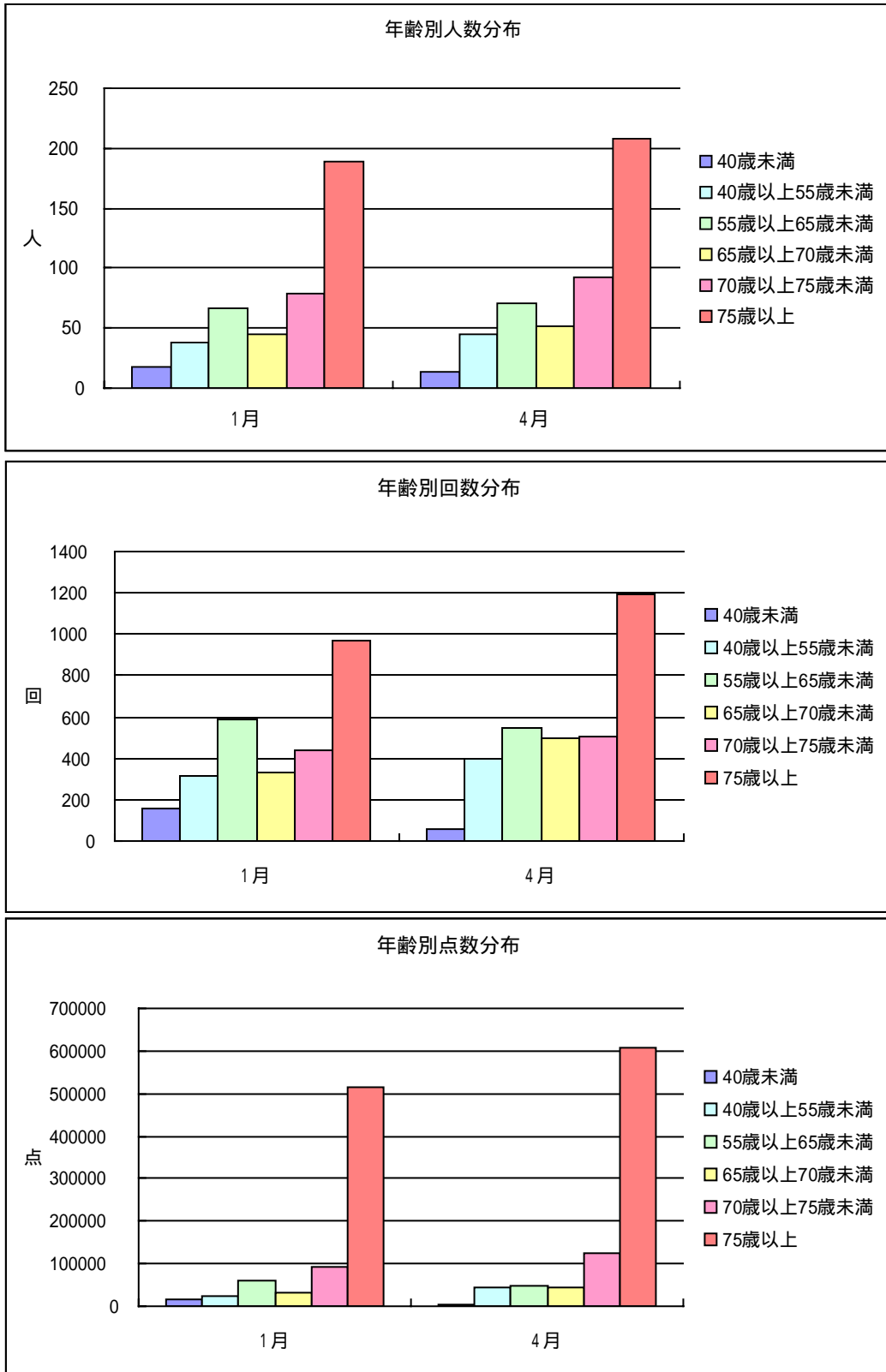
1月分レセプトの全請求項目と請求回数総計は、次の表の通りである。

			単価	40歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上 75歳未満	75歳以上	回数合計
(10)		往診 日		0	1	2	3	6
		傷病手当金意見書交付 年 月 日		0	1	0	0	1
		診療情報提供料算定 日		3	10	7	13	33
		特定薬剤治療管理料初回算定 年 月 日		0	0	0	1	1
		訪問看護指示料算定 日		0	1	2	19	22
(11)	初診	初診(診療所)	270	6	6	1	2	15
(12)	再診	外来管理加算	52	18	112	60	0	190
		外来管理加算(診療所)	57	0	0	12	63	75
		休日(再診)	190	0	3	0	2	5
		継続管理加算	5	14	96	117	119	346

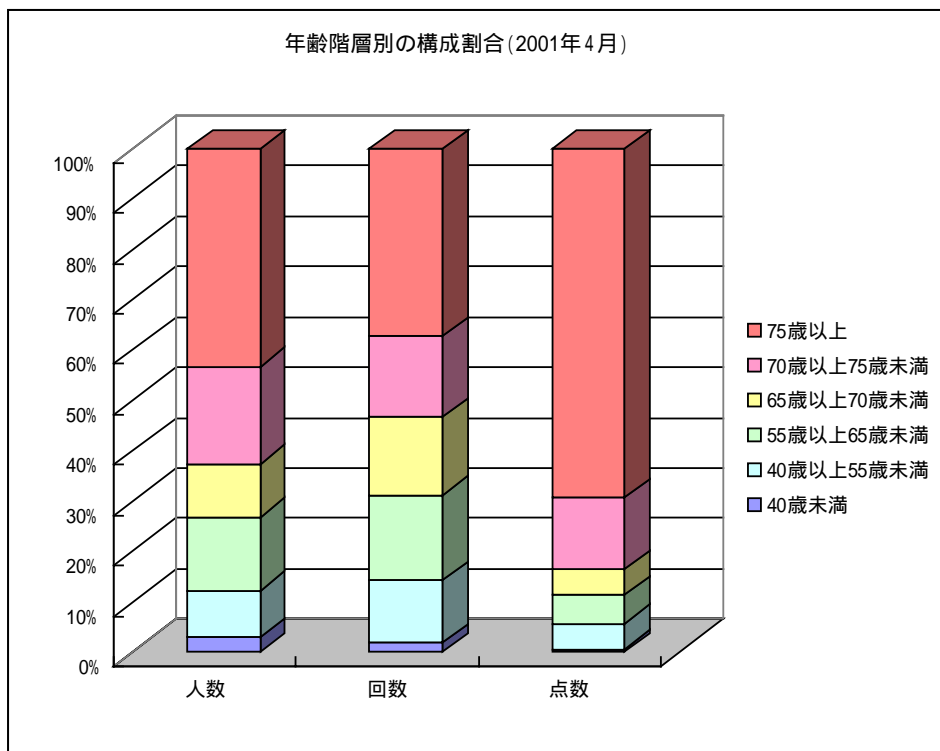
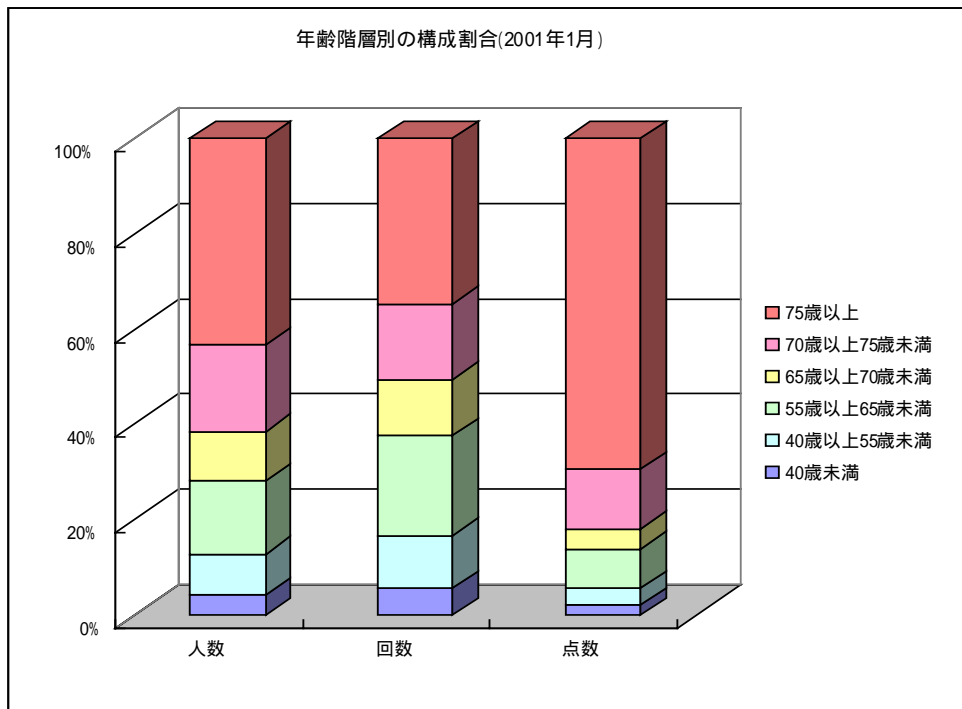
		再診（診療所）	74	18	113	132	145	408
		深夜（再診）	420	0	1	1	2	4
		時間外（再診）	65	0	3	0	3	6
		電話等再診（診療所）	74	1	6	4	41	52
		同日電話等再診（診療所）	74	0	0	1	0	1
		同日再診（診療所）	74	0	2	0	1	3
(13)	指導	傷病手当金意見書交付料	100	0	1	0	0	1
		診療情報提供料（A）	220	2	4	2	4	12
		診療情報提供料（B）	290	1	6	5	9	21
		特定疾患療養指導料（診療所）	225	9	92	59	0	160
		特定薬剤治療管理料	500	0	0	0	1	1
		慢性疾患生活指導量（診療所）	225	0	0	2	1	3
		老人慢性疾患外来総合診療料（院外処方箋を交付しない）（1回目）	1035	0	0	2	5	7
		老人慢性疾患外来総合診療科（院外処方箋を交付する場合）	735	0	0	49	72	121
(14)	在宅	往診	650	0	6	2	3	11
		往診（夜間）	1300	0	1	0	1	2
		往診（深夜）	1950	0	1	0	0	1
		往診（診療時間）加算1時間超	100	0	1	0	2	3
		往診（診療時間）加算2時間超	300	0	1	0	0	1
		往診（診療時間）加算夜間1時間超	200	0	1	0	0	1
		往診（診療時間）加算深夜1時間超	300	0	1	0	0	1
		在宅患者訪問看護・指導料（保健婦、助産婦、看護婦・週3日目まで）	530	0	0	0	5	5
		在宅患者訪問診療料	830	0	8	3	0	11
		在宅酸素療法携帯用酸素ボンベ	1200	0	0	0	3	3
		在宅酸素療法携帯型液化酸素装置	1200	0	0	0	1	1
		在宅酸素療法酸素濃縮装置	5500	0	0	0	3	3
		在宅酸素療法設置型液化酸素装置	4800	0	0	0	1	1
		死亡診断加算	200	0	1	0	1	2
		24時間連携体制加算（1）	1600	0	0	5	62	67
		寝たきり老人在宅総合診療料（院外処方箋を交付しない）	2600	0	0	1	17	18
		寝たきり老人在宅総合診療料（院外処方箋を交付する）	2300	0	0	4	45	49
		寝たきり老人訪問指導管理料	430	0	0	4	30	34
		寝たきり老人訪問診療料（1）	830	0	0	2	27	29
		寝たきり老人訪問診療料（2）	860	0	0	4	118	122
		寝たきり老人訪問診療料（診療時間）加算	100	0	0	0	1	1
		訪問看護指示料	300	0	1	2	19	22
		同一患家で2人目の患者のため訪問診療料の算定はなし		0	0	4	11	15
(60)	検査	胃十二指腸造影検査（胃 X-D X-P 四切10枚 ブスコパン注1A バリコンミール99% 500g パロス発泡顆粒-S5g プルゼニド錠12mg2錠）	865	1	0	0	0	1
		グルコース	16	0	1	1	0	2
		血液学的検査判断料	126	5	21	15	3	44
		腫瘍マーカー検査2項目 CEA 精密・CA19-9 精密	360	0	0	2	0	2
		生化学1検査10項目 TP・BUN・クレアチニン・UA・-GTP・TG	175	5	21	16	2	44

		Tcho・GOT・GPT・HDL-Ch						
		生化学的検査(1)判断料	145	5	22	16	2	45
		生化学的検査(2)判断料	126	1	2	3	0	6
		像	29	5	18	15	5	43
		耐糖能精密	900	0	0	1	0	1
		超音波検査(断層撮影法)(胸腹部)	550	0	0	1	0	1
		尿一般	28	3	17	9	3	32
		尿沈渣	27	3	15	6	3	27
		尿・糞便等検査判断料	30	3	15	5	2	25
		末梢血液一般	27	5	18	15	5	43
		免疫学的検査判断料	133	1	1	2	1	5
		リウマチ因子	50	0	1	1	2	4
		B-V	12	5	23	17	3	48
		CEA 精密	170	0	0	1	1	2
		CRP	25	0	1	2	2	5
		ECG12	150	2	8	5	2	17
		EF-胃・十二指腸(フィルム代 1450円 キシロカインビスカス 5ml ガスコンドロップ 2ml 0.4g SP トローチ 2T ブスコパン 1A 硫酸 1A)	1308	0	0	2	0	2
		ESR	12	4	10	4	2	20
		FT 3 精密	220	1	2	0	0	3
		FT 4 精密	220	1	2	0	0	3
		Hb(便)	60	0	0	1	1	2
		HbA1c	75	0	5	6	0	11
		TSH 精密	170	1	2	0	0	3
		TSH レセプター抗体精密	400	1	0	0	0	1
(70)	画像診断	胸部 X-P1 方向	150	0	2	5	2	9
		胸部 X-P2 方向	226	0	7	3	5	15
		胸部 X-P3 方向	300	2	2	2	2	8
		躯幹単純 CT 撮影	880	0	0	0	1	1
		コンピュータ断層診断	450	0	2	1	2	5
		デジタル映像化処理(単純撮影)	75	2	11	10	9	32
		頭部単純 CT 撮影	655	0	2	1	1	4
		腹部 X-P2 枚(診断・撮影)	226	2	0	0	1	3
		CR用(25.7×36.4)1枚	21	0	2	6	2	10
		CR用(25.7×36.4)2枚	41	1	7	3	4	15
		CR用(25.7×36.4)3枚	62	1	2	1	2	6
		CR用(25.7×36.4)4枚	83	0	0	0	1	1
		CR用(25.7×36.4)5枚	104	1	0	0	0	1
		CT用半切2枚	84	0	2	1	2	5
(80)	その他	処方箋料(その他)	81	17	101	61	46	225
		特定疾患処方管理加算(処方箋料)	15	7	89	56	34	186
		合計	157	914	785	1009	2865	

また、1月分と4月分の双方について、人数（請求件数）回数、総点数の年齢階層別分布を見たものが次の図である。



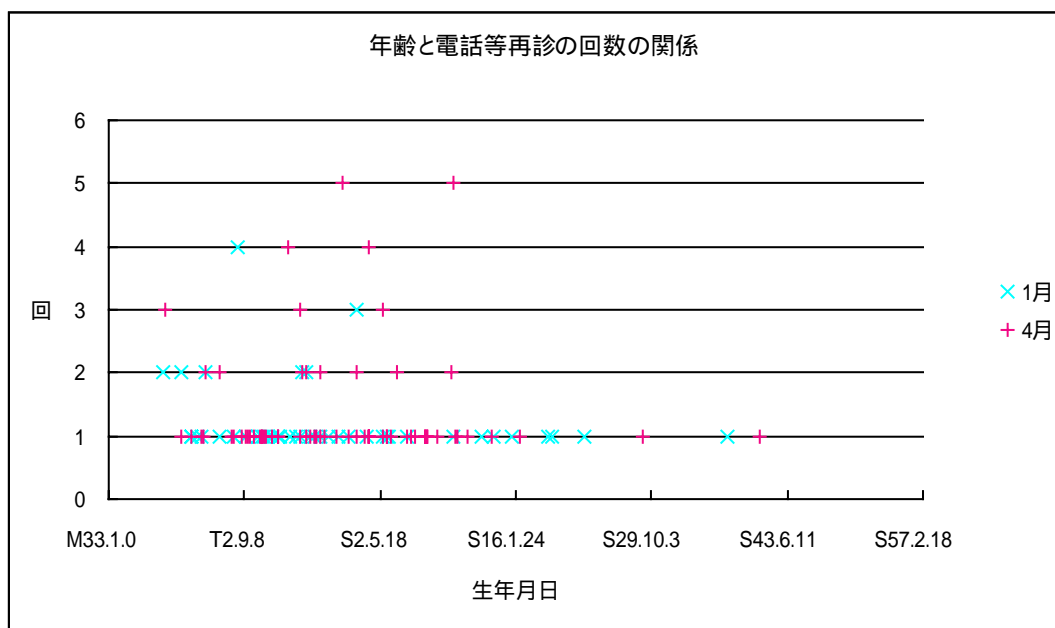
この3つの図から明らかなように、人数、回数、点数ともに、年齢階層別にみると高齢層、とりわけ75歳以上の層が占める割合が高いが、とりわけ点数分布については、この層の全体に占める割合が高くなっている傾向が顕著である。このことは、この3項目についてそれぞれ構成割合で表示した次の図からより明らかに読み取ることができる。



こうしてみると、何よりもまず、クリニックの診療報酬収入という面では、75 歳以上の高齢者の診療による収入が全体の 7 割程度を占めており、クリニックの収入の中心を占めていることが明らかである。また、年齢階層別の人数の割に点数の構成割合が高齢者層で高くなっているのは、高齢者層になるほど人数、より正確にはレセプト 1 件当たり点数が高くなっていることの結果である。

回数については 70 歳以上の高齢者層は却って 1 件当たり回数が少なくなっているように見えるが、これは点数設定が老人診療報酬において一般の診療報酬よりも包括化が進んでおり、実際に何回診療行為が行われても請求は月 1 回とか、2 週間に 1 回といったふうに制限される場合が多いこと、そのかわりに 1 回の点数設定が高くなっている場合が多いこと、つまりは診療報酬点数の設定方法の相違を反映しているもので、必ずしも実際の診療回数の頻度の差を反映したものではないと考えられる。

以上のクリニックに係る全体像に付け加えて、LCS/クリニックの重要な機能である 24 時間ケアについて、同じく 2001 年 1 月と 4 月にそれぞれ診療報酬請求されたものと、4 月分についてはそれ以外に佐藤医師などの自宅にかかってきた電話相談も含めて、電話相談の頻度を患者の年齢階級別に調査した結果が次の図である。上記の理由で 1 月と 4 月には回数に差はあるが、いずれについても、年齢層が高くなるほど電話での診療が増えていること、しかし、何件かの例外を除いて月に 1 回の相談のケースがほとんどであることなどの特徴が伺える。



(注) 電話等再診 (@74) の回数は、1月 53 件、4月 96 件。4月は診療所以外の自宅等への電話も合計。

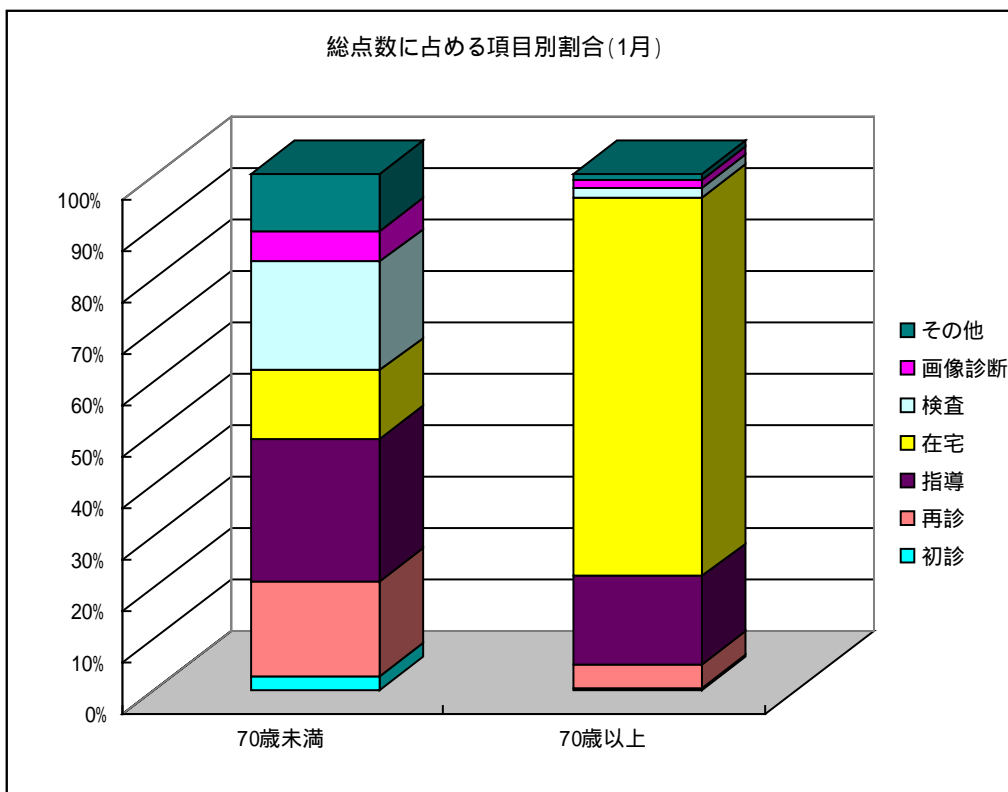
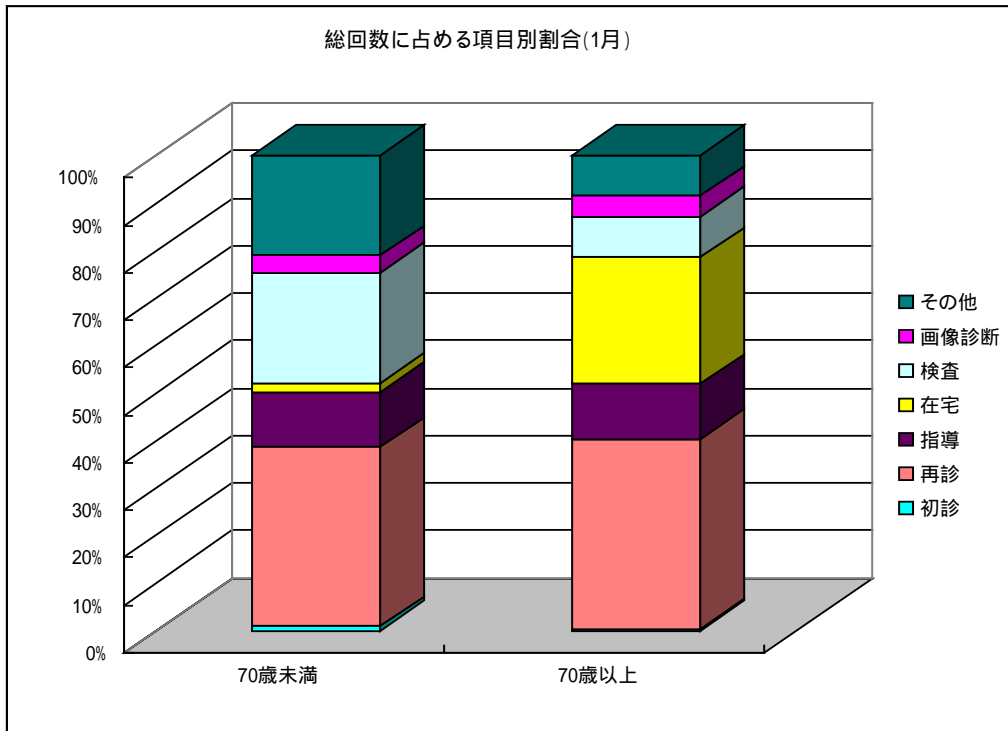
イ．主な診療行為の説明

次項以降で明らかになるが、クリニックによる在宅診療を特徴づける診療報酬点数は、在宅慢性疾患外来総合診療料と寝たきり老人在宅総合診療料（在総診）であるが、内容に入る前にその簡単な説明を行っておく。

	診療所	老人慢性疾患外来総合診療料 届出保険医療機関	寝たきり老人在宅総合診療料 届出保険医療機関
初診	老人初診料：270点 紹介患者加算：55点 （一般：50点） 時間外加算 休日加算 深夜加算 等	X	X
再診	老人再診料：74点 老人外来管理加算： 57点（一般：52点） 継続管理加算：月5点 時間外加算 休日加算 深夜加算 等	老人慢性疾患外来総合診療料 処方箋あり：735点 処方箋なし： 月1回目：1035点 月2回目：735点 一定の要件を満たす診療所または200床未満の病院で、月2回のみ算定可 検査、投薬および注射ならびに主病に係る生活指導を包括評価	寝たきり老人在宅総合診療料 処方箋あり： 1月：2300点 処方箋なし： 1月：2600点 一定の要件を満たす診療所で、月2回以上訪問した場合に、月1回に限り算定可 老人慢性疾患生活指導、寝たきり老人訪問指導管理、検査および投薬を包括評価
		老人慢性疾患外来総合診療料： 老人慢性疾患患者に対し、計画的な医学管理の下に、栄養、安静、運動、日常生活その他療養上必要な指導および診療を行った場合に、月2回を限度として算定。診療所または200床未満の病院のみが算定可。 平成12（2000）年7月1日現在で、病院：1,465、診療所：17,258が届出。	寝たきり老人在宅総合診療料： 家庭において療養を行っている患者であって、現に寝たきりの状態にあるものに対して、在宅療養計画を策定し、計画的な医学管理の下に、1月に2回以上訪問して診療を行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定。診療所のみが算定可。平成12（2000）年7月1日現在で、20,014診療所が届出。

ウ．70歳以上と70歳未満から見た診療報酬構造の特徴

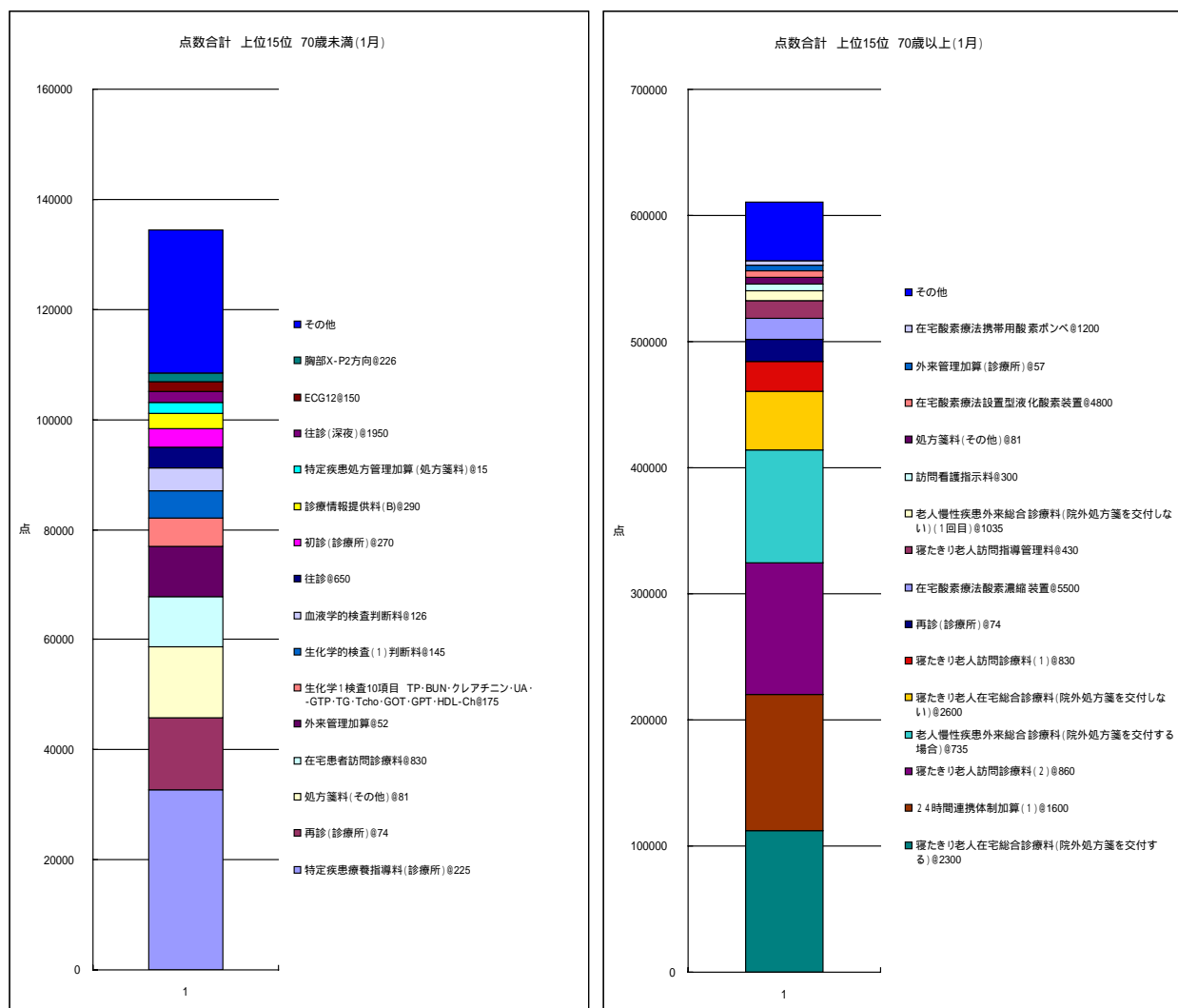
我が国の診療報酬体系は、70歳を境に、70歳以上は老人保健法に基づく老人診療報酬、70歳未満は健康保険法や国民健康保険法等に基づく一般の診療報酬と、別になっている。このため、クリニックの診療報酬について、まず、この制度の相違を踏まえて、70歳以上と未満とでどのような特徴があるかを調べてみる。



2001年1月分について請求回数と請求点数の総数を診療行為区別にみたのが上の2つの図である。まず回数については、再診が両者を通じて全体の約3割を占めて共通の傾向を示している。これに対して、両者で大きく異なるのが、70歳未満では検査が約2割と比較的大きな割合を占めているのに対し、70歳以上の老人診療報酬では検査がほとんど請求行為としてカウントされておらず、これに代わって在宅医療が約2割と重要な比重を占めていることということである。

この傾向は、回数以上に点数の構成割合でみると顕著に相違が現れており、70歳未満が再診料、指導料、在宅医療料、検査料等によりほぼまんべんなく診療報酬収入が構成されているのに対し、70歳以上においては、診療報酬収入の実に3/4が在宅医療によって占められ、次に指導料が2割近くを占め、この両者だけでほぼ全ての診療報酬収入を構成するという際立った姿を示している。

しかも、すでに1)でみたように、クリニックの全体の診療報酬点数に占める70歳以上の患者の割合は8割近いことを考え合わせると、クリニックの診療報酬収入全体にとってもこの在宅医療料と指導料が決定的に重要な位置を占めていることが分かる。



このような診療報酬の構成の特徴をより明らかにするために、70 歳未満と以上でクリニックの1月の診療報酬点数の上位15の診療行為を比較したのが前頁の2つの図である。70歳未満については再診料による収入が最も多く、投薬・注射が極めて少ない点を除けば一般の診療所とそれほど大きな構成割合の相違はない。

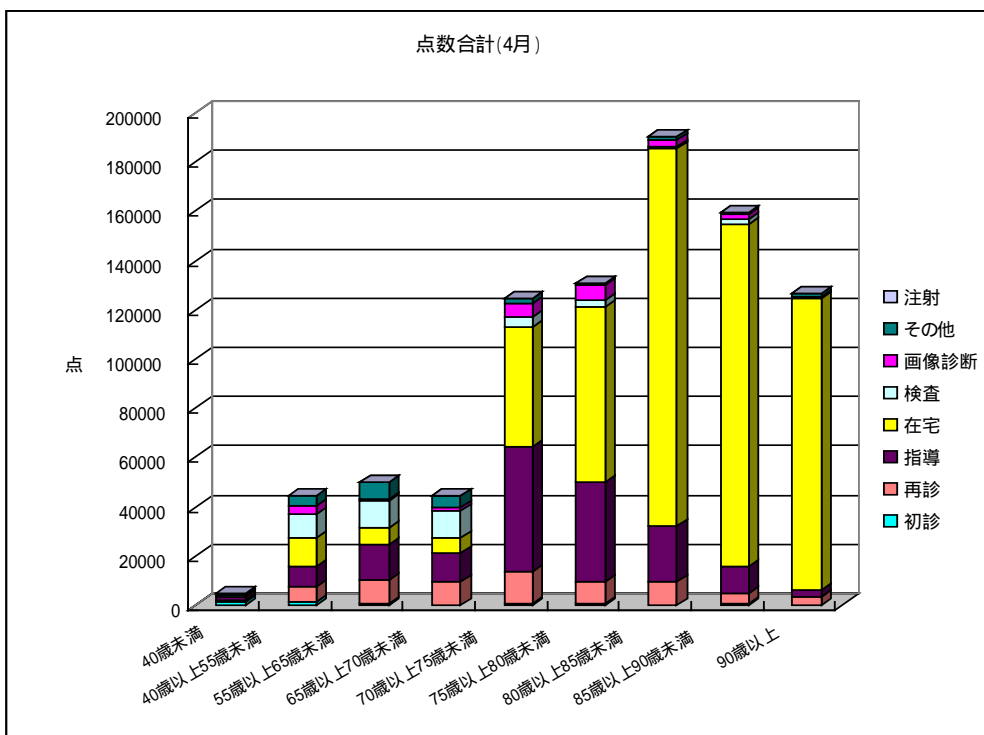
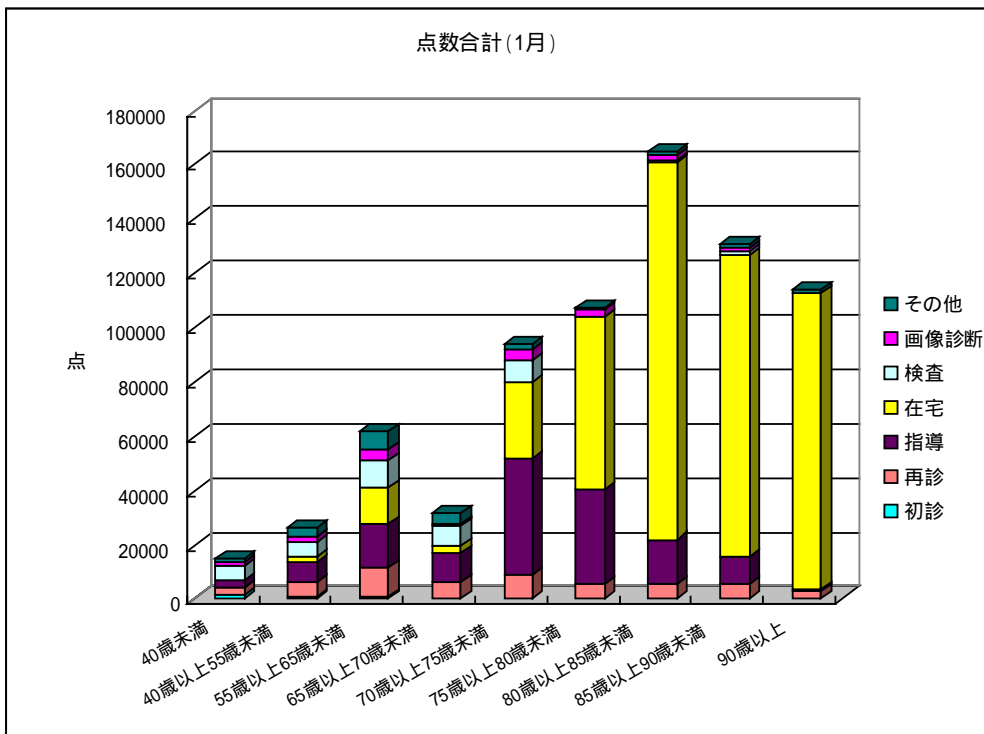
これに対して、70歳以上については、在総診（院外処方せんを出す場合、出さない場合）+24時間体制加算と寝たきり老人訪問診療料の2項目だけで全体の6割以上を占めるといって、際立った特徴を示している。これはとりもなおさず、3名の医師による24時間の在宅医療を行うというLCS/クリニックの医療内容を特徴的に反映するものであるが、別の言い方をすると、1992年と1994年を中心としたこの間の診療報酬改定の中で、現在の点数設定で十分かどうかはなお検証を要するとしても、相当程度にLCS/クリニックのような形態の在宅医療を公的な診療報酬面でも財政的に支えるような政策がとられてきたことを反映しているといえる。

このように、70歳を境に診療報酬構造を比較しても、両者の間では大きな相違がみられるが、さらにそれぞれの年齢区分の中でも、さらに細かな年齢区分によりどのような患者像—診療行為像—診療報酬収入構造上の特徴が見られるのか、次項でさらに分析を試みる。

エ．詳細な年齢区分による診療報酬構造の分析

年齢階層による患者像の変化や診療報酬点数表の設定のあり方を反映したクリニックの診療報酬構造の特徴を70歳未満では40歳、55歳、65歳の細区分を入れ、70歳以上については75歳、80歳、85歳、90歳の細区分を入れて、分析した結果は以下の通りである。

まず、詳細な年齢区分別にみた点数分布は次の通りである。

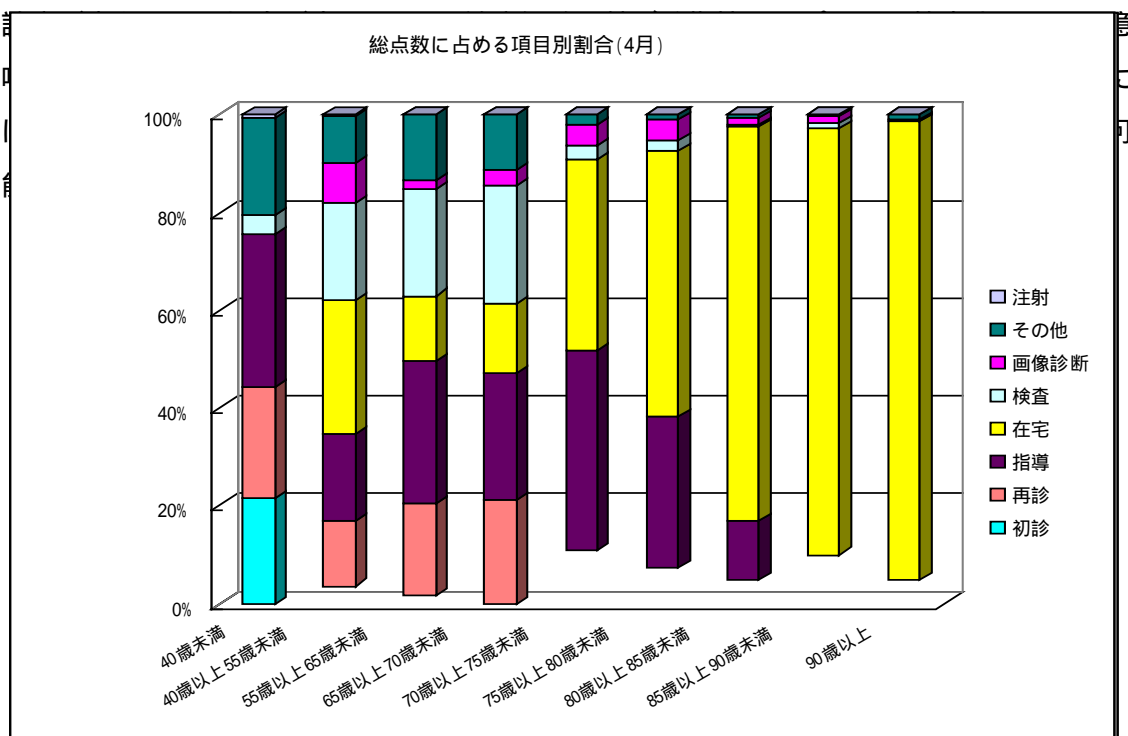


1月と4月ともほぼ同じ傾向を示しているが、既にア・やウ・の分析でも示されているように全体の診療報酬収入のうち、70歳以上の高齢者によってもたらされている部分が大半を占めるという点がこのより詳細な年齢区分でも確認できる。しかも、同じ高齢者層でも、80歳代が占める割合が高いことが明らかとなっている。これは該当する年齢層の患者が多いことと、1人(1件)当り点数が高いことによる。90歳代の占める割合が減少するのは、後で見るように1人当り点数は高くなるが該当する患者数が少なくなるためである。

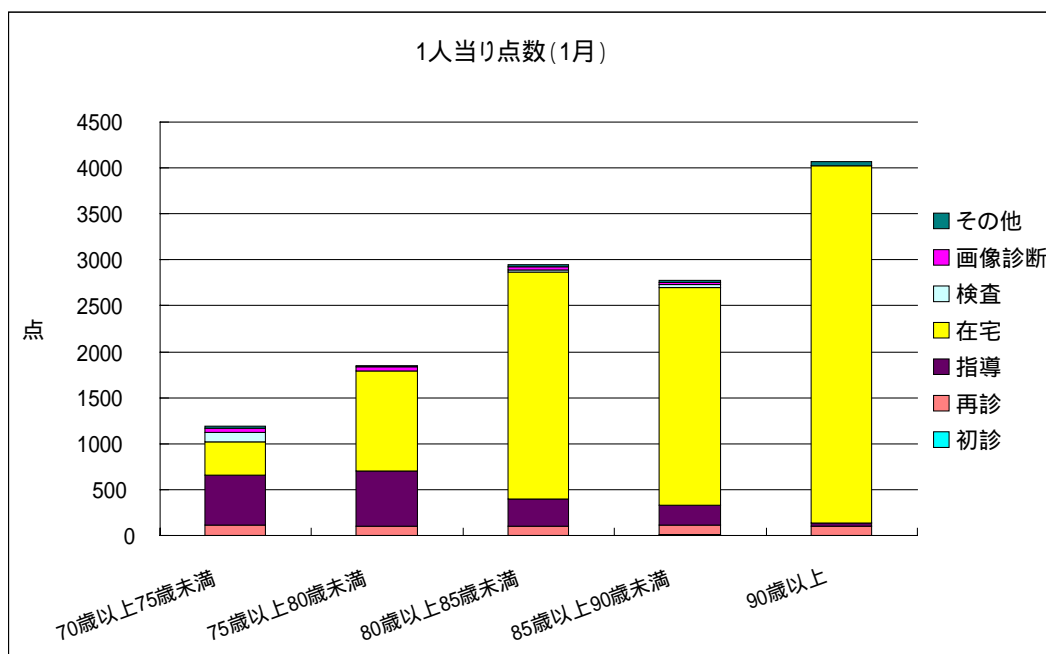
次に各年齢階層ごとに診療行為別の構成割合を見ると、ウ・で見た以上に年齢階層による構造の相違が顕著であることが判明する。すなわち、70歳未満層では在宅医療の占める割合はごく少なく、再診料や指導料、検査料が主な項目となっている。これに対して、70歳以上になると、再診料や検査料の割合が急減し、これに代わって指導料と在宅医療料がその中心を占めることになる。

しかし、同じ70歳以上でも、70歳代では指導料の割合がまだ高いのに対して、この割合が加齢とともに急減し、80歳代以降では在宅医療料が診療報酬収入のほとんどを占めるという極めて特徴的な構造を示している。このことは、各年齢階層ごとの診療行為の構成割合を百分率で見た次頁の図でより明らかに確認できよう。

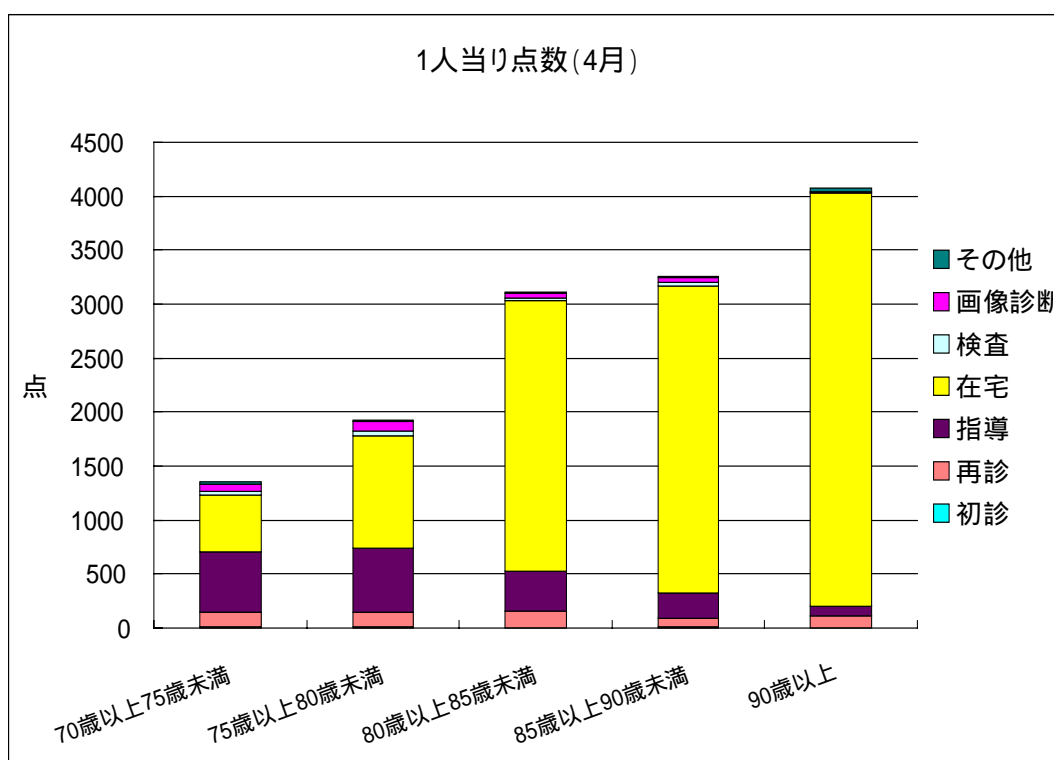
このような、同じ高齢者層でも、70歳代と80歳代で、診療報酬体系は同じ老人診療報酬が適用されるにもかかわらず、著しく異なる診療パターンを示すことは、主に患者サイドの病態像と診療ニーズが変化することによって生じているものと考えられる。この点は、佐藤医師の「高齢の患者さんも、70歳代はまだお元気な方が多く診療所に通ってこられるが、80歳辺りから足腰が弱り、あるいは寝たきりになって通院が困難になり、往診/訪問



なお、1人(1件)当たり請求点数を年齢階層別に算出した図を次に掲げる。これから明らかのように、1人当たりの請求点数はほぼ一貫して年齢階層が上がるごとに増えており、90歳以上では70~74歳の3~4倍となっている。それでも、一番高い90歳代でも1人平均4000

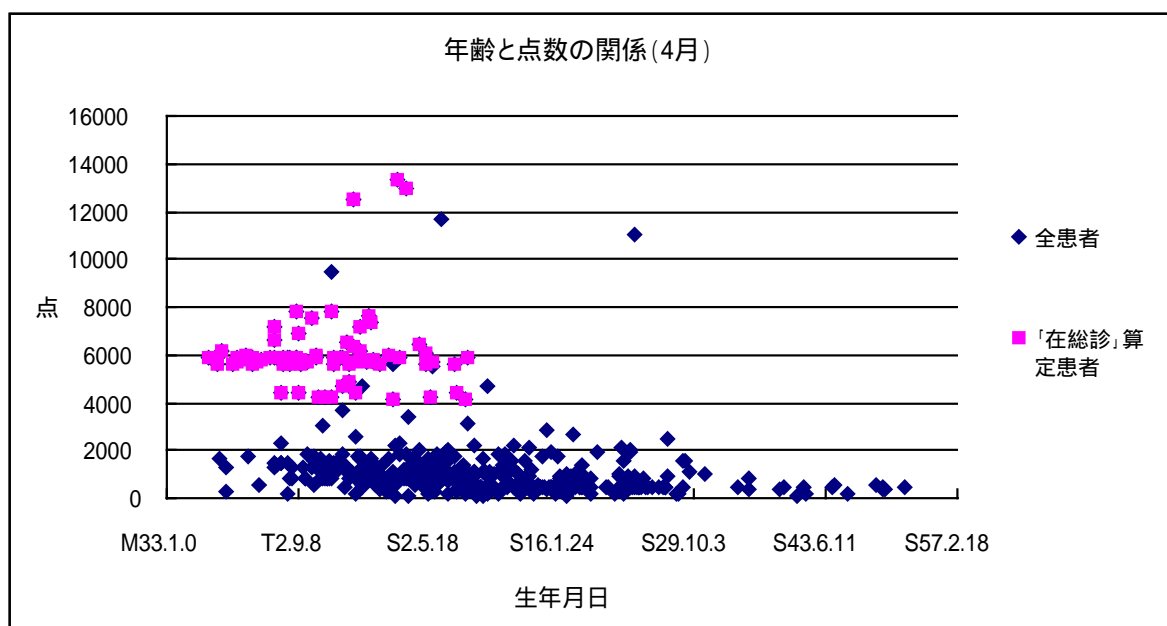
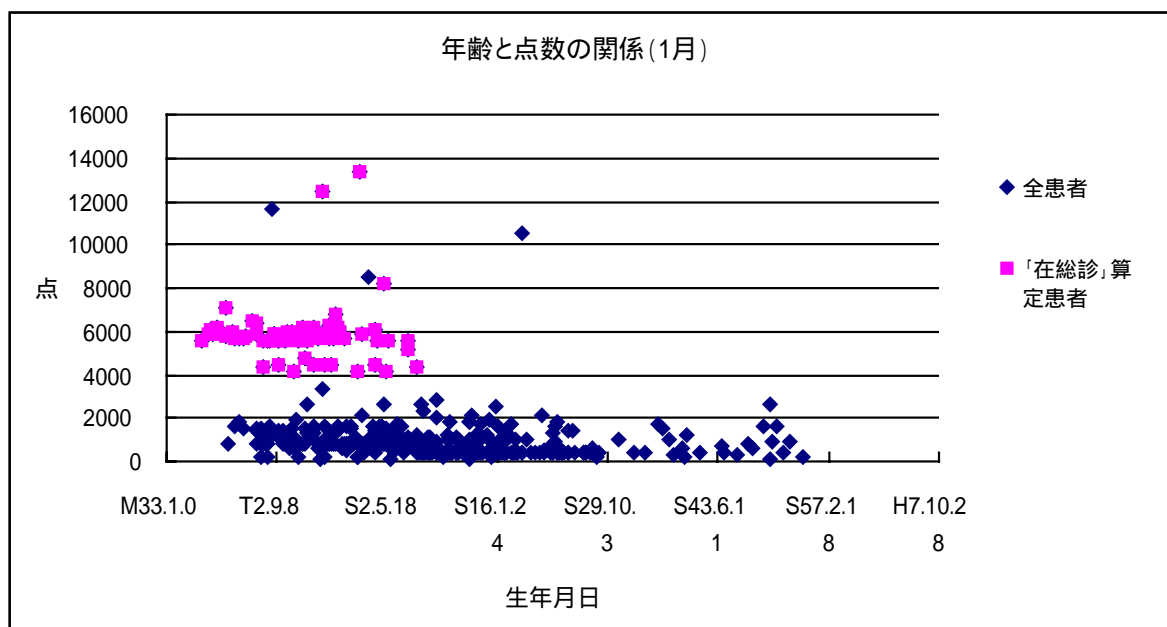


点/月程度、つまり月に4万円程度の医療費ですんでいるという点は特筆すべきであり、患者や家族が満足いく、ターミナルも含めた質の高い在宅医療は、医療費の有効な使い方という観点から見て今後さらに推進する方向での政策努力が求められるものといえよう。この点は特に在宅末期について、カ．でケースでの分析を試みる。



オ．LCS/クリニックの会員/患者の構造分析

次の4(2)とも関連するが、クリニックの1月分及び4月分の全レセプトについて、1件当たり点数の分布図を描いたところ、次の図のようになった。



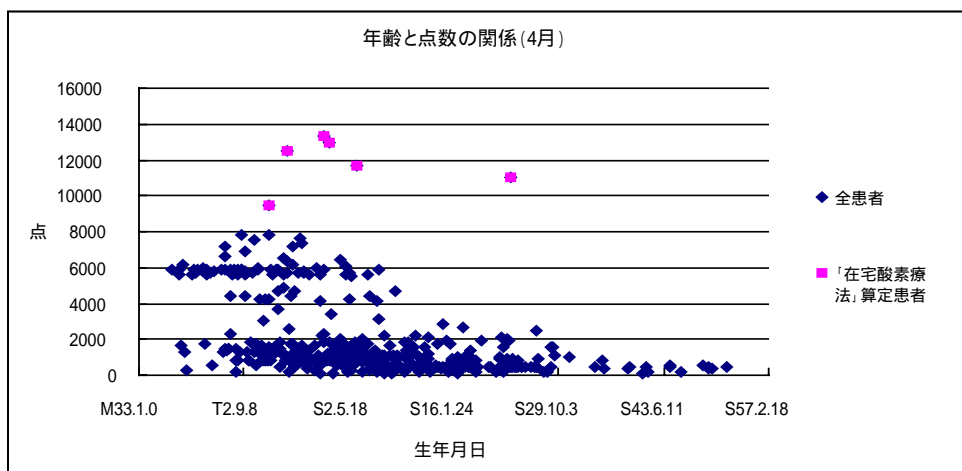
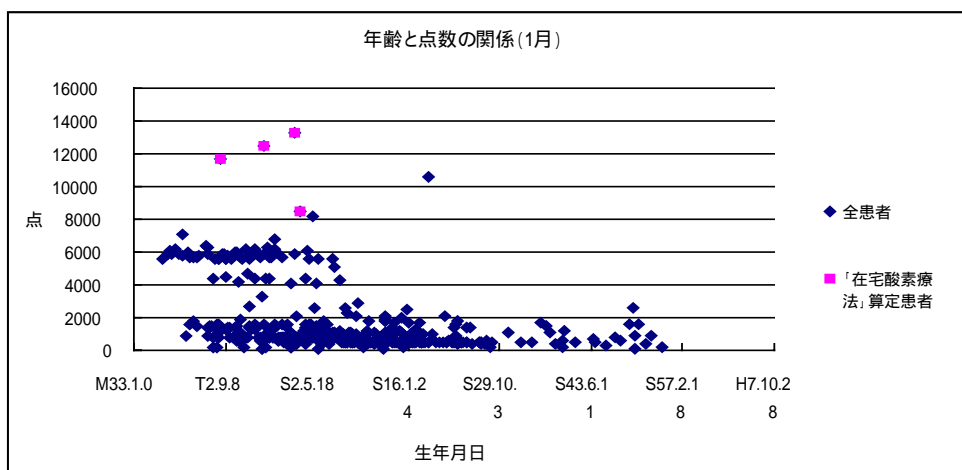
この両図から明らかになるのは、まず、いずれの月についても同じ傾向として、2000点/月前後までの比較的点数の低いグループが数の上では一番大きなグループを形成していることである。しかもこのグループは、ほぼすべての年齢階層にわたって存在している。

これに対して、もう一つのグループが見出される。それは、比較的高年齢層に集中しており、しかしながら点数のばらつきはあまりなく、ほぼ6000点/月前後の点数に固まっている。このグループの性格を検証するために、在総診を算定している患者のレセプトを赤

で色付けしてプロットしてみると、この患者群がほぼこの第 2 のグループと一致していることが分かる。

つまり、クリニックの患者群は、診療所への通院によりそれほど濃くない通常の医療を受けている、ほぼ全年齢層にわたるグループと、より濃密な往診/訪問診療などの在宅医療を受けているグループの 2 群に分かれ、後者は主に 70 歳代後半から 80 歳代以降の高齢者層に集中しているのである。

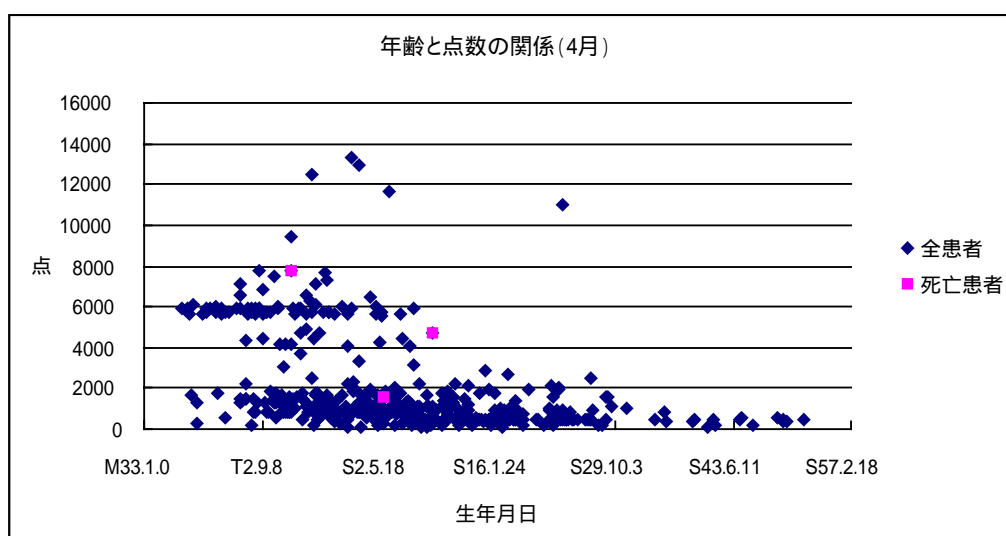
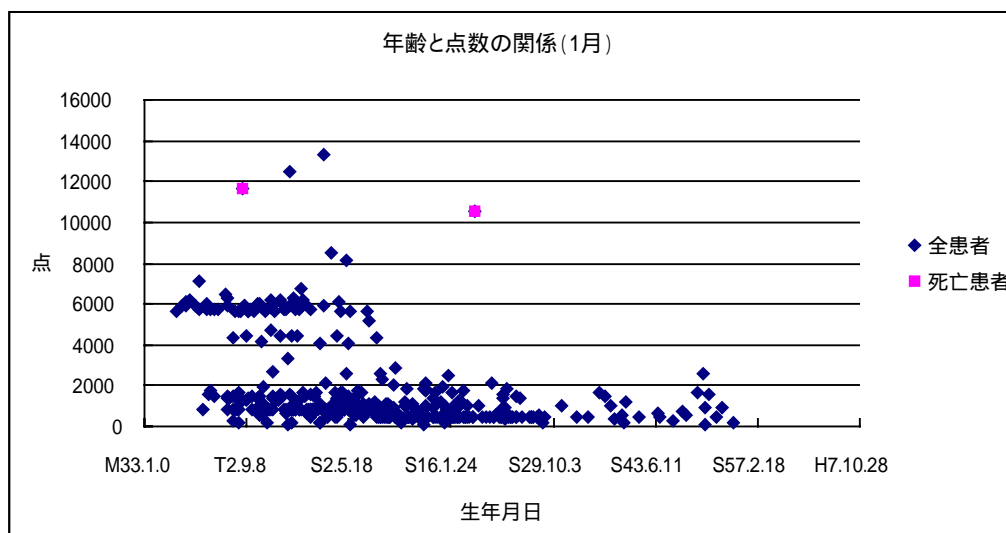
次に在宅酸素療法を受けている患者の特性について若干の補足を行う。在宅で寝たきりになった場合、その後半期には呼吸機能の障害を伴って、在宅で酸素療法が必要になる場合が多い。現在の診療報酬では、在宅医療の部に在宅酸素指導管理料とともに、酸素ボンベと酸素の費用も公的に認められており、比較的高い点数が設定されている。これを反映して、数は多くはないものの、在宅酸素療法を受けている患者のレセプトを同じく赤でプロットすると、次の図のように、上記の在宅診療を算定している第 2 群の患者の中でも高い点数となっていることが分かる。



カ．在宅末期のケース分析

LCS/クリニックの提供する医療サービスの中で、在宅末期の患者への医療提供は、数はそれほど多くはないが重要な位置づけを有している。しかし、3人の医師で約350世帯を抱えていることから、そう頻繁には多くの末期の患者を受け止めることは困難で、最近では末期状態になってからの新規の会員申請は断らざるを得ない場合もあるという。

まず、レセプトの分布から死亡月の患者のレセプトを赤でプロットしたのが次の図で、1月、4月とも比較的高い点数に位置しているものが多いが、低いものもあり、また、高いといっても相対的にLCS/クリニックの患者群の中での話であって、1万円/月というのは、延命治療などをの濃厚な医療を受けた揚げ句に死亡するケースなどはもちろん、通常に入院した場合の医療費と比べてもずっと低くなっている。



死亡月のレセプトは1月と4月の両月あわせてもごく少数であり、LCS/クリニックの医療を受けた場合の死亡月における診療行為が点数上どのように反映されるかを確認するために以下にその内容を記述する。

2001年1月の死亡例 2名

A氏

昭和19年生まれ(57歳)			
傷病名	子宮ガン 肺転移 骨転移 乳がん	診療開始日	2000年11月 2000年11月 2000年11月 2000年11月
			診療実日数7日
			点数合計 10580
		点数単価	回数 点数
(12)再診	再診(診療所)	2168	74 6 444
	電話等再診(診療所)		74 1 74
	同日再診(診療所)		74 2 148
	継続管理加算		5 1 5
	外来管理加算		52 6 312
	時間外(再診)		65 3 195
	休日(再診)		190 3 570
	深夜(再診)		420 1 420
(14)在宅	往診	8250	650 6 3900
	往診(診療時間)加算1時間超		100 1 100
	往診(診療時間)加算2時間超		300 1 300
	往診(深夜)		1300 1 1300
	往診(診療時間)加算夜間1時間超		200 1 200
	往診(深夜)		1950 1 1950
	往診(診療時間)加算深夜1時間超		300 1 300
	死亡診断加算		200 1 200
(80)その他処方箋料(その他)		162	81 2 162

このA氏の場合、子宮ガンと乳がんがすでに肺や骨に転移した後の末期の状態になった2000年11月からLCS/クリニックの診療を受け始め、3ヶ月目の2001年1月に死亡している。この死亡月には時間外、休日、深夜の計6回の往診と1回の電話再診を受けて亡くなっているが、医師の診察以外には診療報酬上は特別の治療行為は行われていない。

B氏の場合

大正2年生まれ(88歳)			
傷病名	膠原病性間質性肺炎	診療開始日	2000年12月
	肺混合感染症		2000年12月
	低肺機能症		2000年12月
	糖尿病		2000年12月
	脳梗塞		2000年12月
			診療実日数6日
			点数合計 11696
		点数単価	回数
(12)	再診再診(診療所)	826	74
	電話等再診(診療所)		74
	同日再診(診療所)		74
	継続管理加算		5
	外来管理加算(診療所)		57
	時間外(再診)		65
	休日(再診)		190
(14)	在宅往診	10870	650
	往診(診療時間)加算1時間超		100
	往診(夜間)		1300
	死亡診断加算		200
	寝たきり老人訪問診療料(2)		860
	在宅患者訪問看護・指導料(看護婦等・週3日まで)		530
	在宅酸素療法酸素濃縮装置		5500
	在宅酸素療法携帯用酸素ボンベ		1200
			1200

B氏の場合も、膠原病性間質性肺炎、肺混合感染症、低肺機能症、糖尿病、脳梗塞を合併した状態で2000年12月にLCS/クリニックに初めて受診し、その翌月に亡くなっている。死亡月には、低肺機能症のために在宅酸素療法を受けており、一度クリニックで再診したほか、電話等再診が4回、そして一度ほど訪問診療を行っているほか、訪問看護ステーションの訪問看護も入れている。死亡時には夜間に医師が往診して看取りを行い、死亡診断まで行っている。在宅酸素療法を受けているためやや点数合計は高めになっているが、それでも入院と比べるとずっと低い点数になっている。

2001年1月のレセプトがあり、4月に死亡した事例 1名

C氏の場合

(1月)

大正6年生まれ(84歳)			
傷病名	非定型抗酸菌症	診察開始日	1997年4月
	貧血症		1997年10月
	甲状腺機能低下症		1997年11月
	呼吸機能障害		1998年9月
	気管支拡張症		1998年9月
	不眠症		1999年1月
	うつ		1999年1月
	便秘症		1999年2月
	腰部筋炎		1999年4月
	急性肺炎		2000年4月
	心不全		2000年8月
	胃潰瘍		2000年8月
	食欲不振		2000年9月
			診療実日数2日
			点数合計 5840
		点数単価	回数
(13)	指導診療情報提供料(A)	220	220 1 220
(14)	在宅寝たきり老人訪問診療料(2)	5620	860 2 1720
	寝たきり老人在宅総合診療料(院外処方箋を交付する)	2300	1 2300
	24時間連携体制加算(1)	1600	1 1600

(4月)

傷病名	~ は1月と同じ	診察開始日	~ は1月と同じ
	肺炎		2001年3月
	肛門周囲びらん		2001年4月
	腸骨部褥瘡		2001年4月
			診療実日数 4日
			点数合計 7772
		点数単価	回数
(12)	再診再診(診療所)	332	74 2 148
	継続管理加算		5 1 5
	外来管理加算(診療所)		57 2 114
	時間外(再診)		65 1 65
(13)	指導診療情報提供料(A)	220	220 1 220
(14)	在宅往診	7220	650 2 1300
	往診(診療時間)加算		100 1 100
	死亡診断加算		200 1 200
	寝たきり老人訪問診療料(2)		860 2 1720
	寝たきり老人在宅総合診療料(院外処方箋を交付)		2300 1 2300
	24時間連携体制加算(1)		1600 1 1600

このC氏の場合は、1997年4月に非定型性抗酸菌症でLCS/クリニックにかかって以来の患者である。その後、疾患も増え、不眠症やうつなどの精神症状も現れている。死亡月の4

月には、訪問診療が2回、死亡時の看取りも含めて往診が2回の対応となっているほかは、診療報酬上は特別な治療行為は行われていない。

4月の死亡例 2名

D氏の場合

昭和8年生まれ(68歳)			
傷病名	肺癌	診察開始日	2001年3月
	全身リンパ節転移		2001年3月
	副腎不全		2001年3月
	肺炎		2001年3月
	敗血症		2001年4月
		診療実日数	4日
		点数合計	4709
		点数単価	回数
(12)	再診再診(診療所)	829	74
	継続管理加算		5
	外来管理加算		52
	時間外(再診)		65
	休日(再診)		190
(14)	在宅往診	3550	650
	往診(夜間)		1300
	往診(診療時間)加算		100
	死亡診断加算		200
(32)	ブドウ糖注射液 20%20mL2 管	330	
	生理食塩液 20mL2 管		
	プレドニン 10mg1 管		
	ピクシリン 1g1 瓶		84
	ブドウ糖注射液 20%20mL3 管		
	生理食塩水 20mL2 管		
	プレドニン 10mg1 管		
	ピクシリン 1g1 瓶		91
	生理食塩液 20mL1 管		
	プレドニン 10mg1 管		
	ピクシリン 1g1 瓶		65
	静脈内注射		30
			90

D氏の場合は、2001年3月にすでに肺ガンが全身に転移し、副腎不全や肺炎を併発した状態でLCS/クリニックにかかり、翌月に死亡した事例である。死亡月には、死亡時の看取りと夜間を含めた4回の往診が行われ、3回ほどピクシリン等の静脈注射が行われた他は、特別な治療行為は行われず、死亡診断まで行われている。

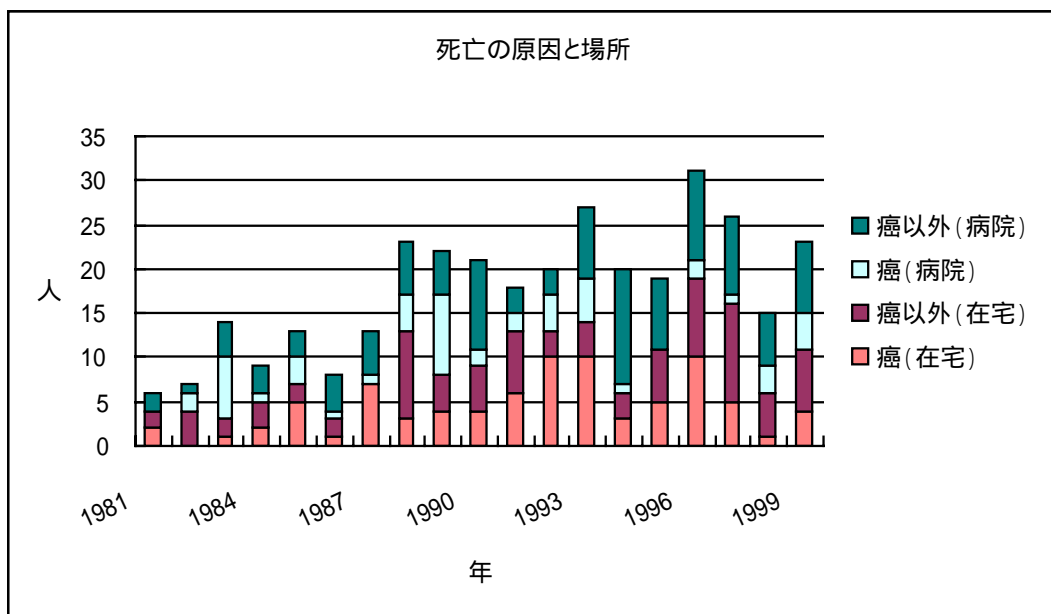
E氏の場合

昭和2年生まれ(74歳)			
傷病名	胃癌	診察開始日	2001年4月

がん性腹膜炎	2001年4月		
	診療実日数2日		
	点数合計	回数	点数
(11) 初診初診(診療所)	270	270	270
(12) 再診再診(診療所)	196	74	74
外来管理加算(診療所)		57	57
時間外(再診)		65	65
(14) 在宅往診	1150	650	650
往診(診療時間)加算2時間超		300	300
死亡診断加算		200	200

E氏の場合は、胃ガンとがん性腹膜炎で2001年4月にLCS/クリニックにかかり、その月のうちに死亡した事例である。死亡月には、診療報酬上は、初診と死亡時の看取りの際に1度の往診が行われて、死亡診断まで行われている。1月と4月の死亡例5例の中では関わった期間が最も短い事例である。

以上のように2000年1月と4月の死亡例レセプトから在宅末期の医療内容を検討してきたが、LCS発足後の死亡された会員の死亡場所の年次推移を示したのが次表で、LCSのサービスによって支えられることで、会員の半数前後が在宅で最後を迎えることができたことが示されており、今後の医療のあり方について多くの示唆を与えるものとなっている。



4 . LCS の在宅医療を支える要諦

以上、LCS/クリニックによる質の高い在宅医療を可能にしてきた要因を会員構成、業務面、財政運営、診療報酬構造など、いくつかの視点から分析してきた。以下では、それらと一部重なる点はあるが、質の高い在宅医療を長期に事業として継続していくうえで特に重要と思われる点に絞って、改めて分析を加え、提示する。

(1) 3名の医師のチームによる業務分担

ア . 業務分担のシステム

LCS 発足当初は、医師 1 名、看護婦 2 名の体制で 24 時間ケアを実施してきたが、当時の事業報告に佐藤医師自身が述べているように、24 時間拘束の負担感は相当に厳しいものがあったと推測される。この点はまた、同じように使命感に燃えて在宅医療に取り組んだが途中で燃え尽きてしまう大きな要因にもなるものと考えられる。このため、本項では LCS/クリニックの医師の勤務体制について分析を試みる。

まず、医師の専門分野については、佐藤医師によれば、医師のチームを組む場合、診療領域はあまり関係ないのではないかとのことである。LCS の場合には、佐藤医師は内科、酒井医師はガンが専門の元外科医長、辻医師は老人内科となっている。

次に、医師の勤務体制についてみる。

クリニックの勤務については、基本形は佐藤医師が 2 日、あと 2 名の医師がそれぞれ 1 . 5 日ずつとなっている。そしてこのクリニックの当番の日が 24 時間相談の担当となる。それ以外には、一人週に原則として 1 日、往診・外来診療の担当がある。これには LCS の車を使い運転手付きである。往診・外来は全体で 1 月に 200 回程度である。

24 時間ケアの当番制は、クリニック勤務の日はその担当の医師が朝 7 時から翌朝の交代まで当番となるほか、毎月の当番表を前月中に予め作成する。万が一、1 人当番制で受信を落とすと大変なことになるので、医師が多くいた当時は「次番」「次々番」まで置き、3 人制にしていたそうだが、「次々番」までいくことは全く無かったので、この数年は 2 人制にしている。

現在では 3 名の常勤医師に非常勤医師 1 名の交代制で 24 時間ケア体制を構築している。当番表はコンピュータに入力し記憶させている。そして朝 7 時になるとその日の当番が呼ばれ、翌朝 7 時になると自動的に交代になる。水道橋のビルに来て 6 年になるが、このシ

システムで大きなトラブルはない。

余談になるが、このシステムの開発のために 500～600 万円の投資を行っており、現在のシステムを三菱商事から 300 万円で売り出しているが、現在までのところ買い手はない。

参考までに、2001 年 8 月の医師当番表を次に掲げる。

これ以外には勤務時間としてどこにいななければならないというものはない。診療としてのアルバイトは禁止しており、原稿料、講演料などは個人でもらえるが、その報告等を行う。医師の行動にもボランティア性のようなものは大きく、会員の側と 3 名の医師の側にとってどちらがどちらともいえないくらい影響力がある。

3 名の医師は、interesting で exciting だと思って仕事をしている。

イ．一般の診療所との患者数の比較

LCS/クリニックの医師の「やりがい」を支えている大きな要素が患者とゆっくり話せる診療時間を確保できるという点にある。この点を取り扱い患者数という面から LCS/クリニックと全国の無床一般診療所とで比較してみよう。

次表から明らかなように、クリニックの1日当り取扱い患者数は約20人と、個人立の無床一般診療所の4割にすぎない。このため、クリニックでは一人の患者に15分の診療時間を確保することができ、患者側にも医師にとっても満足感を与えている。

取扱い患者数の比較

(単位:人)

	個人立無床一般診療所の平均 (1999年)	LCS/クリニック (2001年)
外来患者総数(月)	1,265	約460
一日当たり外来患者数	55	約20

(出典)個人立無床一般診療所は医療経済実態調査(中央社会保険医療協議会実施、1999年6月実施)による。

ウ．医師の給与の水準

3名の医師には、年俸制で約1200万円の給与が支給される。その費用はLCSとクリニックでほぼ1:3で分担して両方から出している。その意味ではクリニックだけでは現在の給与水準は保障できず、LCSの持つ財政機能は重要である。

この給与水準は、仕事がやりがいがあること、比較的拘束が少なく自由であることなどを考えると、同僚の勤務医と比較しても悪くないと受け止められている。参考までに病院勤務医及び開業医の平均所得は次の通りである。

(参考)

・勤務医の平均給与(「民間給与の実態平成12年」(人事院給与局編))

医科長 平均年齢46.6歳 1,137,856円
 年収1,137,856円/月×15.74月 = 1791万円

医師 平均年齢38.6歳 896,633円
 年収896,633円/月×15.74月 = 1411万円

・個人無床診療所(「医療経済実態調査平成11年6月」)

医療収入 6,692,461円
 医業費用 4,475,022円 (うち給与費1,583,713円)
 収支差額 2,217,439円/月×12月 = 2661万円

(2) 会員のタイプ別構成と適正規模

設立当初、医師 1 名で担当していた当時は、佐藤医師が他の医師達から聞き、自分自身でも感じていたのは会員規模は 200 世帯が限度であろうということであった。その後、医師が 3 名に増えて安定的な事業運営が出来るようになってきた現在では、適正会員規模はほぼ現行の 350 世帯、1000 人前後だと考えるに至っている。それは結局、会員の名前を聞いてその人の顔と姿がすぐに思い出せるのにはこの程度の規模が限界だということである。また、会員の帰属意識という面でも、お互いが支え合う意識を持ちあうのにふさわしい規模としては現在の程度が適正だと感じられているようである。それでも、当初からの会員である小林氏によれば、これだけの規模になってくると会員の間にも相当に意識の差が出てくるようで、最寄り会をはじめとする、一種のグループワークの実施という面でも参加会員は限られてくるなど、「互いに支え合う」会という点を重視するならば現行程度がやはり限度と考えられる。

この会員の適正規模という点は、もちろん医師その他のスタッフの人数によって変わるし、また、会の運営方針やその位置づけによっても変わるものと考えられるが、20 年にわたって先駆的な 24 時間在宅ケアを継続してきた LCS の経験則は今後類似の事業の展開を考えるうえでは貴重な示唆を与えるものであろう。

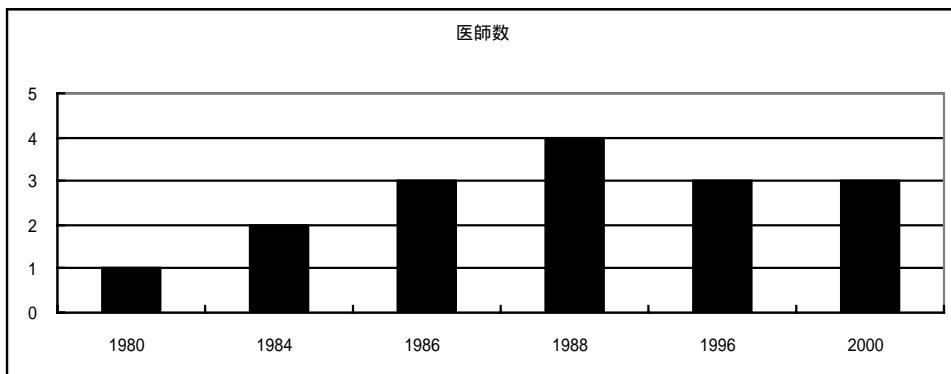
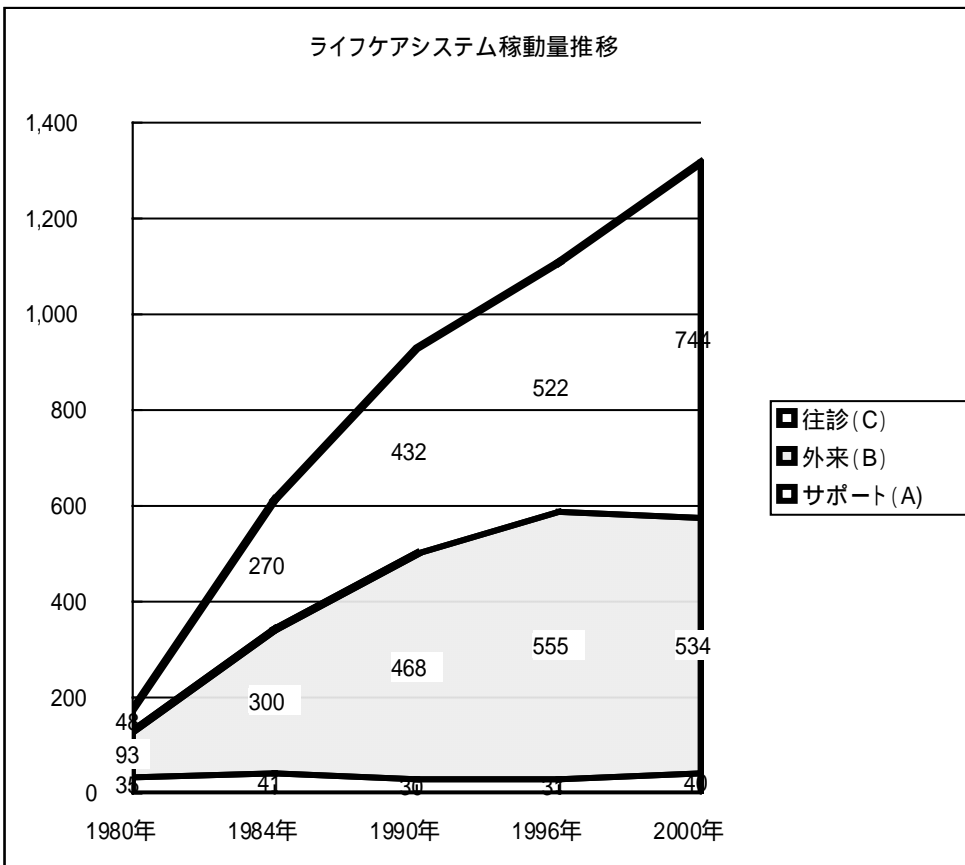
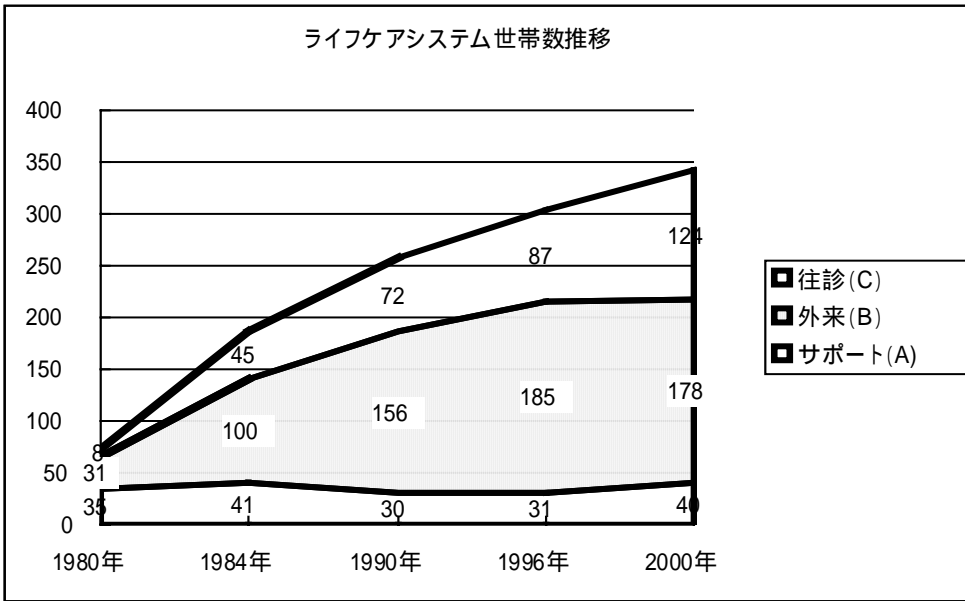
他方で、会員の適正規模と設立当初の不安定な苦しい時期の乗り越えということを考えると、単に会員の人数だけでなく、そのタイプに応じた構成が重要ではないかとの指摘が佐藤医師からなされた。とりわけ、会の発足時から一貫して「会費は納入しているが、ケアは期待せず会をサポートしようとする」会員を常に一定割合有していたことが会の安定的な運営上とても重要だったとの指摘があった。そこで、全会員を掌握している佐藤医師自身によって発足時から現在までの会員世帯を次の 3 種類に分類し、経験的なサービス提供量をその重症度に応じてそれぞれ点数化 (A:B:C = 1:3:6) して、適正規模を算出してみた。

A 会員 : Supporting member

B 会員 : クリニック外来、電話相談などを受けている

C 会員 : 往診・訪問診療、訪問看護など濃厚なサービスを受けているグループ

その結果をグラフ化したのが次図である。



まず Supporting member については、設立当初の 35 世帯から現在の 40 世帯まで、ほぼコンスタントに会員の一定割合を占めており、その存在が会の安定的な運営に大きく貢献していることが分かる。

他方で、発足当時はわずかに 8 世帯だった、往診・訪問診療などを受けている重度の C 会員の世帯が現在では 124 世帯と、会員の高齢化とともにこの 20 年の間に急速に増えてきていることも確認できる。そしてこのグループは受けるサービス内容が濃厚であり、結果的に上記の点数配分で計算すると全体の約 56%程度を占めている。そして、すでに 3(3) で見たように近年の診療報酬改正により 24 時間対応在宅総合診療料が比較的高い点数設定された結果、クリニックの診療報酬収入面でも大きく貢献していることが確認できる。

会員の構成としては、これら以外に B 会員の会員が一定割合確保されており、その存在も業務量と安定的な収入というバランスの上で大切な役割を果たしている。

このような会員構成という点については、上記の佐藤医師による会員世帯の分類結果が、3(3)オ. で確認された、診療報酬請求の 2 つの群への明確なグループ化、すなわち、C 会員については高齢者層を中心にほぼ 6000 点前後、B 会員については各年齢層まんべんなくほぼ 2000 点前後にグループ化されるという結果からも見事に確認できる。なお、いうまでもなく A 会員については実際に医療にかかっていないので診療報酬請求が出てこない。

現在の約 350 世帯、1000 人という会員規模は、上記のような受けるサービスの密度に応じてグループごとに点数化してみると約 1300 点となり、この前後が現在の医師 3 名によるスタッフで適切に対応できる適正規模の一つの目安と考えられる。

(3) 軽装備と検査委託先の確保

LCS は発足当初から無借金経営を心がけてきたが、1998 年のクリニックを設立する際にも、水道橋の結核予防会の検診センターのビルに入ることができ、検査は全てここに委託する形を採用した。このため、検査機器の設備投資が全く不要になり、その償却のために不必要な検査をするといったことも必要なかった。

また、検査機器があるとその利用に時間をとられるが、検査を完全に外注することにより検査にとられる時間がなくなり、その分、患者とゆっくり会話する時間が増えることの効用も大きい。

ただし、患者にとっては検査のために移動しなければならないという負担は増える。LCS/クリニックの場合には、幸いに同じビルの中に検診センターがあるため、その負担は最小限で済んでおり、同一ビル内にあるメリットは大きい。また、患者さんが迷ったりしないように、検診センターへの案内を LCS のボランティアの方がなさって下さっているのも役

立っている。

(4) 入院先の確保と病院との連携

在宅医療を安心して継続していくためには、何かあった場合にいつでも医師に相談でき、必要ならば往診・訪問診療をうけることができるという機能のほかに、緊急時にいつでも必要ならば入院できるという体制の支援が不可欠である。

このため、LCS では発足当初から河北総合病院と年間 15 万円の委託料を支払って委託病床契約を締結し、必ず入院できる体制をとっている。LCS と名乗れば救急ドクターも受付も知っているような病院が 1 つはあったほうがいいし、無理が頼める。

それ以外にもその時の患者さんの状況に応じて入院をお願いする病院は色々ある。LCS の会員が入院した場合には、患者を送り届けた後で、LCS の医師が病院を訪ね、相手の医師と話をすることが大切で、そういう信頼関係を作っておくと、いざ入院をお願いしても断られることはほとんど無くなる。

(5) 緊急時の常備薬の配置

会員の住居は都下全域にわたっており、夜中などに緊急の電話相談を受けてもすぐに駆けつけるわけにはいかない。このため、LCS では救急薬セットを各家庭に置いてもらっていて、相談があった場合にはその症状に応じて薬の服用を指示し、その後少し経って様子を確認しているが、この救急薬セットがあったお陰で救急車で緊急入院せずに済んだケースも少なくない。

救急薬は薬局では買えない医療用医薬品で、形としては LCS/クリニックで購入し、所有権も LCS/クリニックにあり、それをたまたま患者宅に置いているという位置づけをしている。15 年ほど前に厚生省の技官の勉強会でこの話をしたときにこのやり方は医療法違反ではないか、という質問が出たことがあるが、その後厚生省の法律担当者に確認しても全く合法的であるとの回答を得ている。

救急薬のこうした性格上、患者が勝手に服用してはいけないし、処方していないから薬価の診療報酬請求も出来ない。緊急時用なので、1 ヶ月で 2~3 人と利用率は多くなく、廃棄率が高い。

救急薬セットの内容は、20 年間の経験の中で改善してきたもので、次の 8 種類である。いずれも古くからある基礎的な薬であるが、佐藤医師によれば、過去 20 年間、この薬で間

に合わなかったことはないとのことである。いずれも電話口で指示するときにはすぐに分かるように色分けして透明なビニールパックに入れてある。これを詰めて郵送する作業は、LCS のボランティアの人たちがして下さるが、結構な作業ではある。

(6) 研究的姿勢の堅持

LCS では、設立当初よりその実施する在宅ケアが科学的に正しいものだったかどうかを検証するという研究的姿勢を堅持してきている。設立当初の 2 年間だけで在宅で亡くなった 8 名のうち 6 名について河北総合病院に運んで病理解剖し、そのことによりいつまでも入院していないで早く退院して自宅で最後を迎えることが医学的に適切であったことを科学的に実証できた。

また、河北総合病院と協力して実施してきた在宅医療の実績が認められて、1982 年に「老人在宅ケアの組織化と経済性に関する研究」について厚生科学研究費補助金の交付を受けて以降も、毎年のように各種の研究費を得て、研究を行ってきた。

このような自らの実践に対するオープンで実証的な研究的姿勢を持ち続けてきたことが、質の高い在宅ケアを継続するうえでやはり欠かすことのできない重要な姿勢であったといえよう。このことは、とりわけ病院における重装備の技術中心の医療が全盛の現代において、在宅医療の質とその効果を医師の世界において認知させ、在宅医療を積極的な選択肢として広めていくためにも不可欠の姿勢と言えよう。このような姿勢が、また、最近、在宅医療に関する学会を新たに立ち上げたことともつながってくる。

以上のような研究への熱心な取り組みはまた、研究費という、通常の事業資金とは異なって先駆的な事業に柔軟に使える新たな性格の財政資金の導入という側面も有しており、事業運営という面から見ても、LCS の会費収入と並んで、公的財政では対応が困難な先駆的な取り組みに財政面で貢献するうえでも貴重な役割を果たしてきたことも記しておくべきであろう。

(了)