

# 1 章

## 地域ケアを支えるかかりつけ医機能

### 1 かかりつけ医機能と基本理念

2006（平成 18）年 4 月の医療改革関連法と改定介護保険法の成立、2008（平成 20）年 4 月の後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の創設などにより、急性期と慢性期医療の役割の分化がさらに鮮明化し、療養病床の介護施設への転換が進められている。

国は療養病床の療養者を医療の必要度で区分し、医療依存度の低い療養者は病院ではなく、状況にみあった「居住」の場で暮らしながら、必要な医療や介護の提供を受けるしくみを促進するとした。

入院という「居住と医療を包括した提供モデル」を、急性期医療においては期間を限定し、慢性期医療においては重度者に限定するとともに、病院といわゆる介護 3 施設以外の多様な施設を「在宅」と定義した（図 1）。これによって、未だ十分な体制が整っているとは言い難い居宅や施設に事実上、さまざまな合併症や生活障害を有する高齢者の療養の場が移されることになった。今後、ケアハウス、グループホームや有料老人ホーム、高齢者専用住宅といった多様な居住系サービス全般を「暮らしの場」ととらえて、そこに個々の QOL を支え、病状にあった「在宅」医療をどのようにして届けるかが、喫緊の課題となった（図 2・3）。

このことを踏まえ、かかりつけ医機能とは何かを考察し創造していく必要がある。

#### ● 「暮らしの場」に医療を提供する機能 — 広がった在宅療養の概念を踏まえて —

2005（平成 17）年の人口動態統計によると、出生数は約 106 万人、死亡数は約 108 万人で、死亡数が出生数を 2 万人上回り、人口減少社会に突入した。高齢化率は 21% で、世界のトップクラスにある。今後、多様な価値観を持つ団塊の世代が高齢者となる（図 4）。

図 1 後期高齢者医療における在宅、居住系施設などの定義付け

施設等名称
自宅
高専賃（特定施設以外）
ケアハウス・有料老人ホーム等（特定施設以外）
認知症対応型共同生活介護（認知症対応GH）
介護予防認知症対応型共同生活介護
外部サービス利用型特定施設入居者生活介護
外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護
小規模多機能型居宅介護
介護予防小規模多機能型居宅介護
特定施設
短期入所生活介護（ショートステイ）
介護予防短期入所生活介護
特別養護老人ホーム
介護老人保健施設
介護療養型医療施設
その他

（出典：厚生労働省 後期高齢者医療制度説明資料より）

30年後には、年間死亡数が170万人の「多死の時代」となるが、病院死亡率ははまだ80%前後であり、このような状況を背景に、病床が削減され、在宅療養が政策的に大きく推進されようとしている。

都民のニーズをみると、2005（平成17）年度に東京都が行った、高齢者の生活実態に係る調査において、介護が必要になった場合にどのような対応を望むのかを尋ねたところ、自宅での介護を希望する人が66.0%にのぼり、2000（平成12）年度の調査と比べて在宅志向が高まる一方、高齢者福祉施設を希望する人は10.9%にとどまり、ほぼ半減している。2025（平成37）年の高齢化のピークに向けて、高齢者が住み慣れた地域で、家族や友人、知人に囲まれて安心して暮らすことができる医療や介護の体制づくりが期待され、その中心的な機能を果たす、なじみの「かかりつけ医」の存在が待望されている。

しかし現実的には、独居や老々介護といった言葉で象徴されるように、世帯規模の縮小が進み「家族」の介護力は低下し、住宅の高層化や商店街の空洞化により「住み慣れた街」も形骸化している。家庭や地域で、互いに支え合う力の低下が高齢者の孤立を深め、認知症者の社会適応を困難に

図2 高齢者の暮らしの場と所在のイメージ

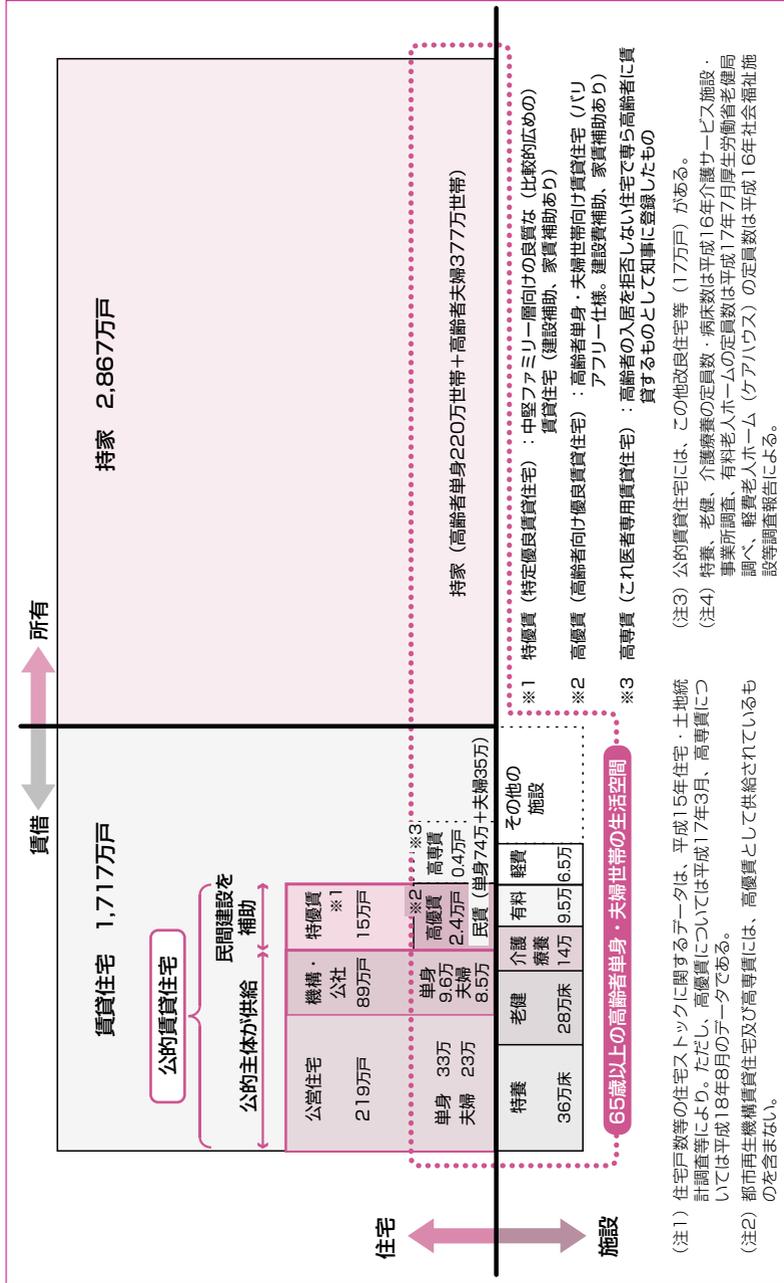


図3 65歳以上人口に占める要介護認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

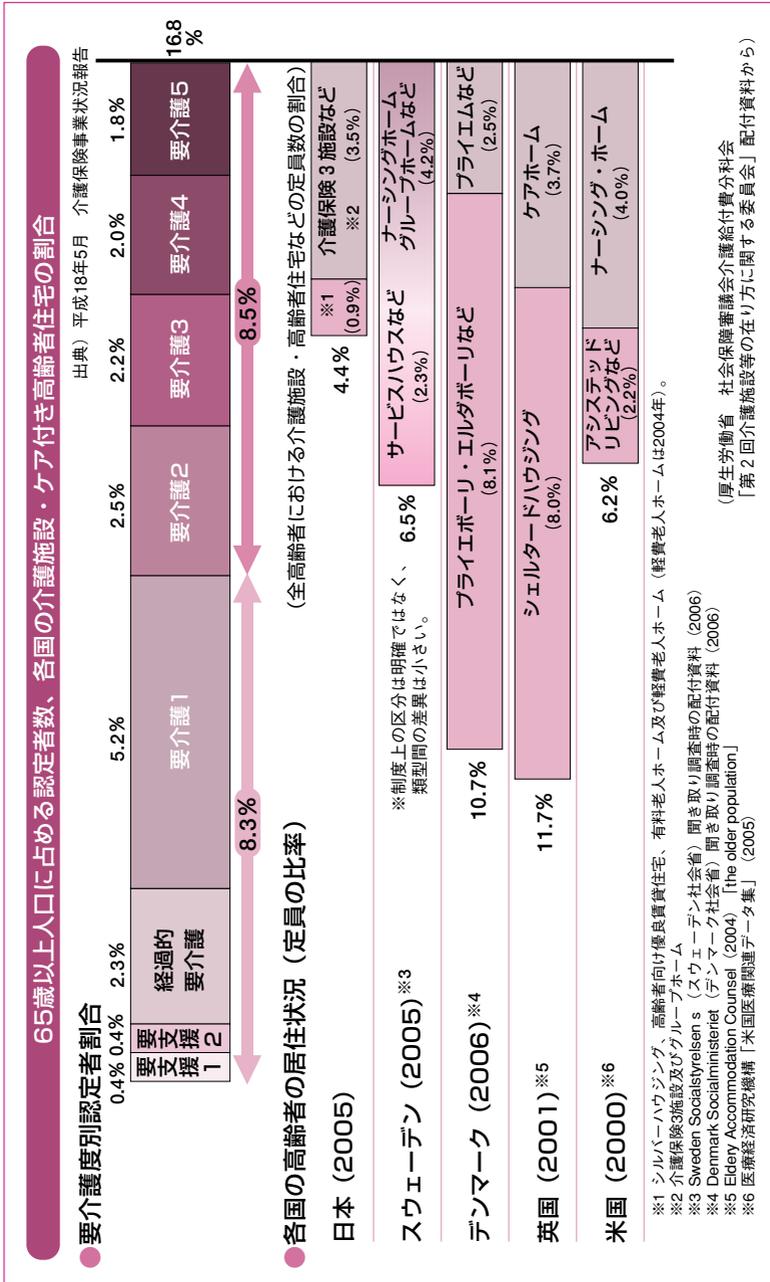
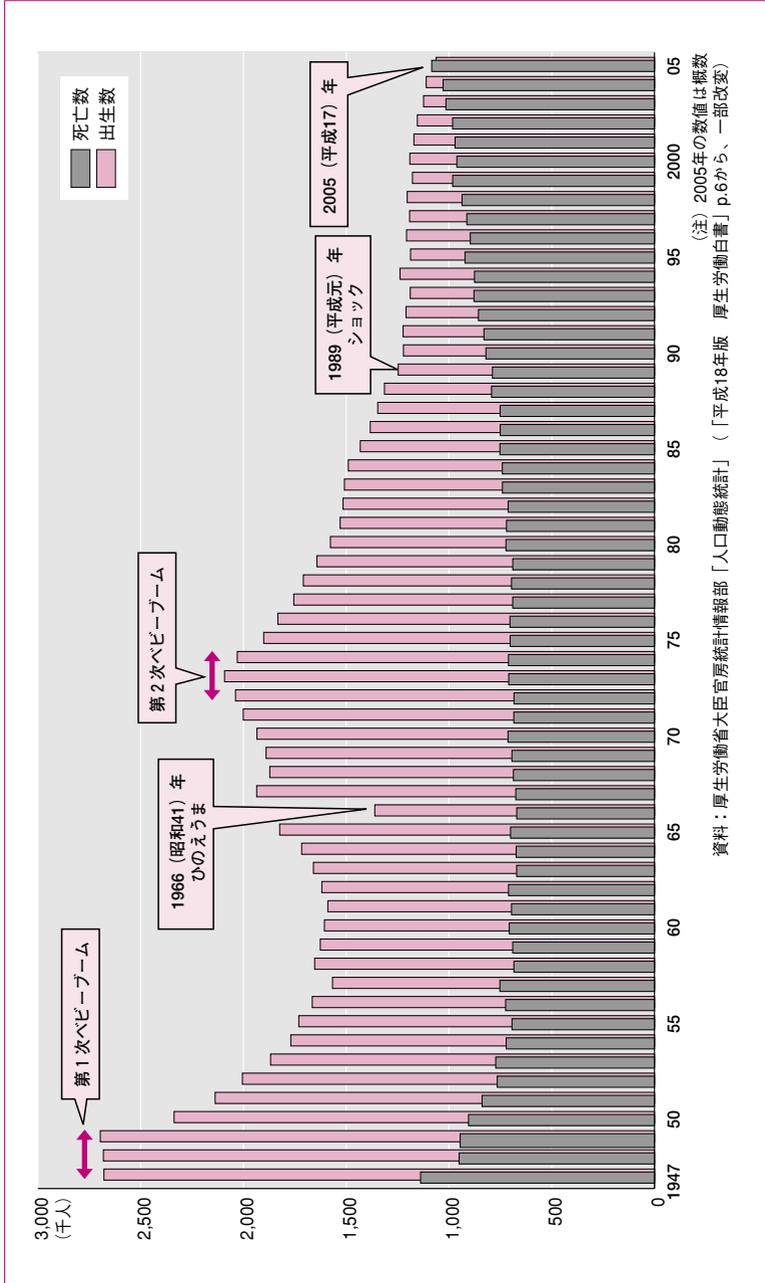


図4 日本における出生数・死亡数の推移



している。その結果として施設志向も根強い。

図5は、東京都における何らかの社会的支援が必要な高齢者の居住環境を、住まいの系図として示したものである。こうした社会支援は、高齢者個々の経済的、身体的状況によって類型化されているが、実際は低負担で重度介護者に対応する介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に、入所希望が殺到しているのが現状である。在宅療養を望む都民の希望を一人でも多くかなえるためにも、社会を挙げた取り組みが必要となろう。

地域に実際にどの程度の家族介護力があるのかを、真にとらえることは難しい。要介護状態といってもさまざまであるし、たとえば脳梗塞後や、加齢による生活機能の低下によるものは、長い療養期間を要する。悪性疾患による場合は、精神的、肉体的苦痛の緩和ケアが必要であり、認知症の場合は多様な周辺症状への対応が必要になる。加えて世帯規模、住宅事情、経済状態、価値観など、千差万別の事情がある。

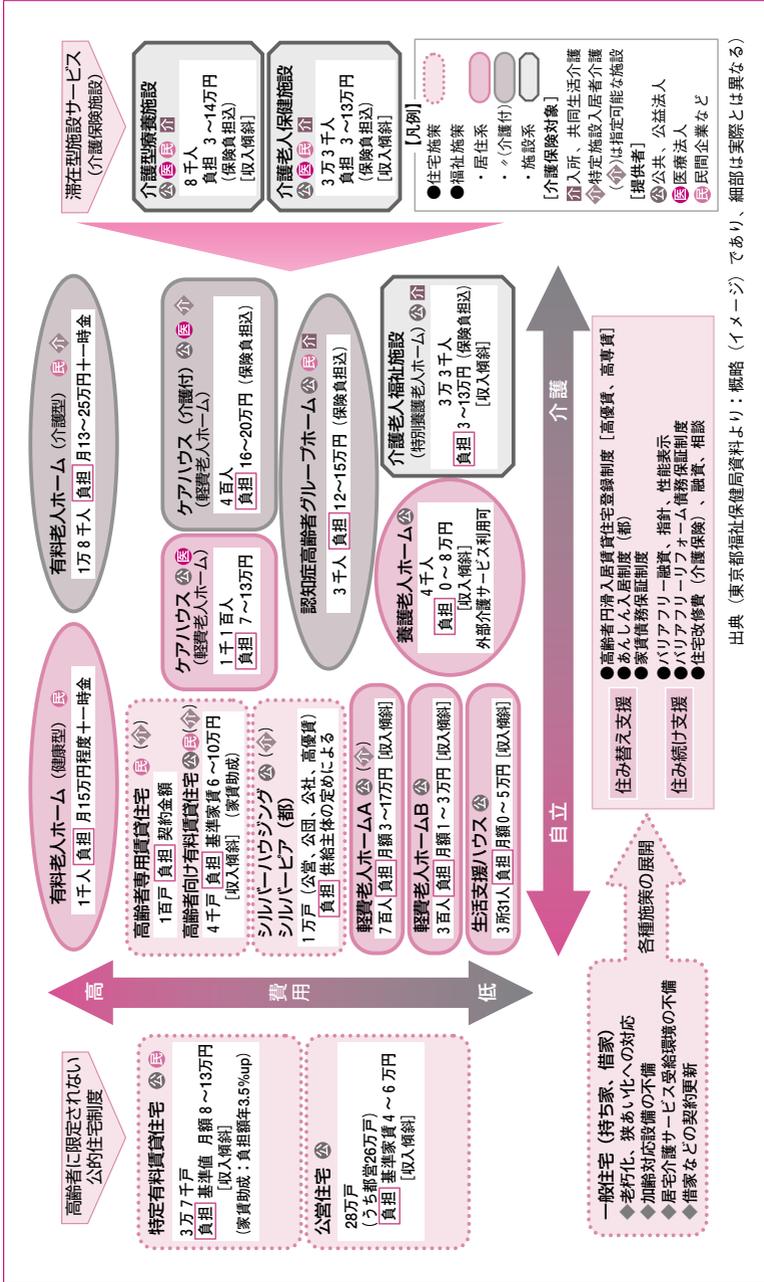
多様な施設に同じような医療職配置がかなわぬ以上、必要に応じて個別にデリバリーする医療の展開、あるいは施設における医療に、多様なニーズに応じられる機能が求められてこよう。諸施設が地域に密着した姿を求められている今、そこに展開される医療現場を、広い意味での『在宅療養』としてとらえ、なじみの医師による「かかりつけ医機能」のフィールドとして認識する必要がある。病院や施設など、いわゆる「箱物」を機能別に細分化し、そこに人を疾病や障害の程度で類型化して行き来させながら提供する医療モデルだけでは、様々な疾病や生活機能障害を併せもち、人生の最期を懸命に療養する高齢者を支えることはできない。暮らしの場に、その療養者のニーズに応じた個別性のある療養環境が構築され、求めれば多様な医療が提供される在宅療養基盤がなければ、QOLを支えることはできない。

とりわけ、暮らしの場で死を迎えるという決断を支えることは、容易なことではない。そこに、いつでも必要な医療が提供されるという安心、かかりつけ医やなじみの人々に見守られているという安心、病院にいるのと同じような安心を、暮らしの場にもたらさなければならない。

課題を乗り越え、居宅や施設も含めた多様な「暮らしの場」に療養環境を構築し、隔たりのない同質の医療と安心を提供する機能が「かかりつけ医」の基本機能であり、理念といえよう。それは一人の医師の機能というより、社会全体で提供する機能の中心的役割を果たす存在と認識したい。

国は、その医療機関自らの24時間対応、緊急入院病床の確保を要件に、

図5 高齢者の住まいの系図



一般住宅 (持ち家、借家)  
 ◆老朽化、築あい北への対応  
 ◆加齢対応設備の不備  
 ◆居宅介護サービスや給排水の不備  
 ◆借家などの契約更新

各種施策の展開

住み替え支援  
 住み続け支援

高齢者中滞入居賃貸住宅登録制度 (高賃賃、高専賃)  
 ●あんしん入居制度 (都)  
 ●家賃債務保証制度  
 ●バリアフリー融資、指針 性能表示  
 ●バリアフリーリフォーム義務保証制度  
 ●住宅改修費 (介護保険)、融資、相談

【凡例】

- 住宅施策
- 福祉施策
- 居住系
- 介護付
- 施設系

【介護保険対象】

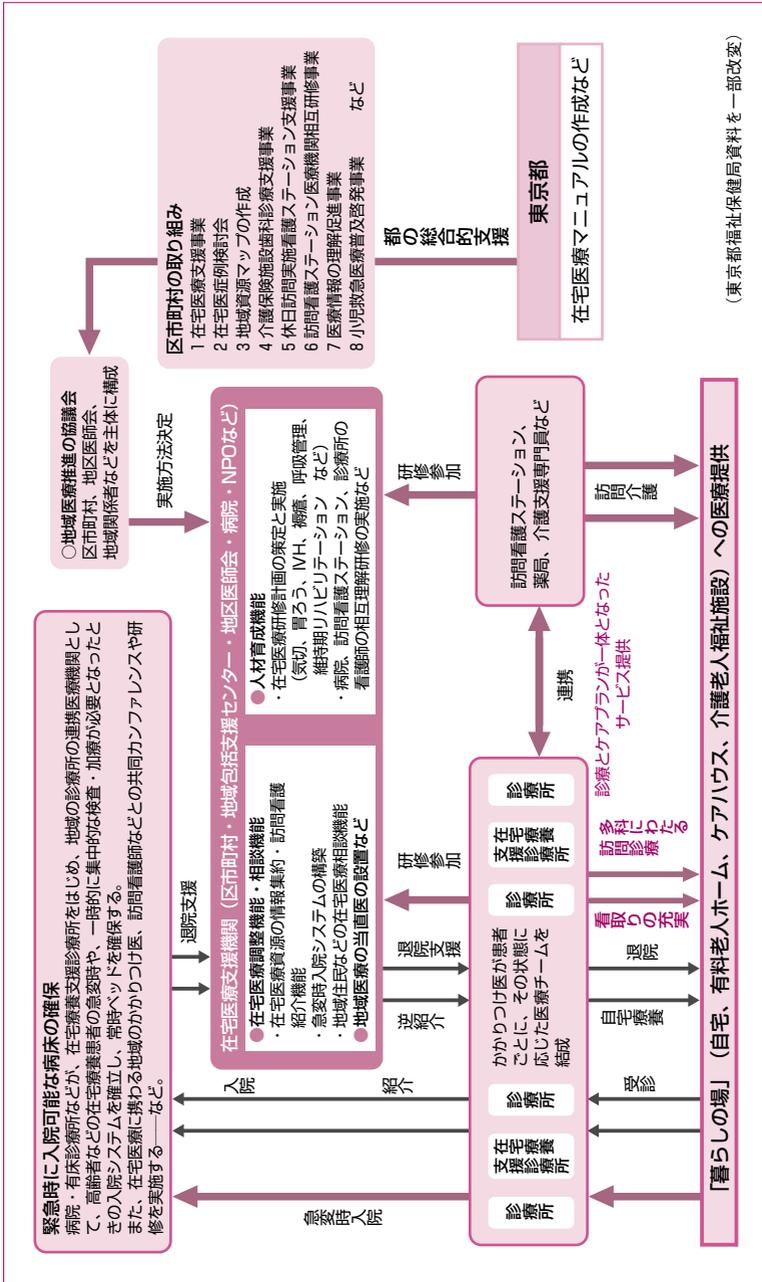
- 介護入所、共同生活介護
- 特定施設入居者介護
- (令)は指定可能な施設

【提供者】

- 公共、公益法人
- 医療法人
- 民間企業など

出典 (東京都福祉保健局資料より)：概略 (イメージ) であり、細部は実際とは異なる

図 6 東京都・区市町村・医師会などの協力による在宅療養基盤強化の構想



在宅療養支援診療所（「在宅療養支援診療所の概念」48頁参照）のカテゴリーを導入し、在宅療養の推進を図ろうとしている。制度としての持続可能性を維持するためには、医療提供者と介護者に負担を帰すばかりでなく、地域自治体や地域資源が一致協力して、療養者を支援する体制が不可欠であり、病床の確保、在宅医療の調整・相談機能や人材育成機能を持つ在宅療養支援機関の設置、かかりつけ医によるチーム医療の支援、24時間訪問看護ステーションの整備、ボランティアの養成など、きめ細かい支援が必要である（図6）。

### ● 多職種協働で一元的な医療・介護・生活支援を提供する機能

「暮らしの場」における医療は、既存の急性期医療と区分され、介護サービス計画の介在により多彩な介護・福祉提供者と連携して、療養者のQOLや生活機能の維持向上をめざす、生活を支えるための医療、いわゆる“生活モデル”の医療が担うことになる（図7）。

千差万別の疾病や生活障害の状況に、きめ細かく対応するには、急性期と慢性期医療、医師と介護支援専門員の連携の強化により、医療やリハビリテーションのニーズが的確に反映された介護サービス計画を機軸として、一元的に医療・介護・生活支援サービスが提供されることが望まれ、個別の事例にあたってCASE dependentな多職種協働のチームを、かかりつけ医が中心となって結成し、機能することがイメージされる。

多職種協働による地域ケアの成功事例では、サービス担当者会議の開催が重要であり、かかりつけ医がキーマンとなって、診療所や患者宅など開催場所を工夫し、15分程度の簡潔な意見交換で、多くの問題を解決して職種の意思統一を図っているとの報告が多い。

図7 生活モデルの医療の概念

	医療モデル	生活（QOL）モデル
目的	疾病の治療・救命	生活の質の向上
目標	健康	自立
対象	疾患（生理的正常的維持）	障害（日常生活活動の維持）
場所	病院（施設）	社会（生活）
チーム	医療従事者（命令）	多職種（協力）

（長谷川敏彦「平成10年度医療技術評価総合研究事業「医療法改正に伴う医療提供体制に関する研究」」から）

## ● 暮らしの場で QOL の向上を支援する機能

WHO（世界保健機関）は「健康とは身体的、精神的、社会的良好状態であり、単に疾患にかかっておらず、衰弱していない状態ではない」とし、健康感の要素を示している。同じく QOL について「自分が身を置く文化や価値観の中で、自分自身の目標、期待、規範、関心事において自分の状況をどのように認識し、感じるかである」とし、疾病や障害を踏まえた生活の質の再生について、指針を示している（「QOL とは」69 頁参照）。

療養者と医療提供者の信頼に基づく協働行為により、回復しきれない疾病や生活障害を被った後も、暮らしの場において QOL を達成するための医療が展開されることが求められている。救命や治療だけでなく、食べ、排泄し、移動し、身支度をし、家庭での役割を担い、人生を豊かにする多様な社会資源にアクセスするために、どのように医師が係わるかが問われているともいえよう。

療養者の求める QOL や新しい自画像の具体的内容を知り、多職種連携を駆使して、自立した新たな人生の再生と、生活の質の向上を実現するために療養を総合的にマネジメントする力が、医師の基本的資質として求められている（図 8）。

## ● 生活機能の維持・向上をマネジメントする機能

多職種協働による在宅療養の実現には、よりどころとなる共通理念によって療養が提供され、かつ情報が共有されていくことが必要となる。現在高齢化のため、国民の 1 割近くが何らかの障害を抱えながら、日々の人生を送っているといわれている。ここでいう障害とは、原因や年齢によらない多様な「生活機能障害」を指すが、WHO は、2001（平成 13）年に制定した ICF（国際生活機能分類、「ICF とは」67 頁参照）において、個々の障害の状況の理解や多職種協働における共通理念として「生活機能」を定義している。

ICF では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体や精神の働きである「心身機能」、②日常生活動作や家事、職業能力や歩行といった生活行為である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」——の 3 つの要素からなるものとした。そして、こ

の3つの要素が低下した状態を「機能障害」「活動制限」「参加制約」とし、療養者とともに多職種が協働して、問題の解決や改善を図るという発想に立脚している。

たとえば、脳梗塞で片麻痺になった場合、医師は麻痺側の失った機能を回復する訓練だけではなく、残存する「心身機能」を生かして、住み慣れた生活の場で日常生活の「活動」を再構築して、社会への「参加」を促し、あわせて生活環境の改善を行うことにマネジメント機能を発揮し、総じて生活機能を維持・向上させて、療養者の生活を支えていくという考え方であり、今後の高齢者ケアの基本理念とされている。

図8 QOLと生活機能を支える多職種協働



### ● 患者や家族の「人生」も相手にする「家庭医」としての機能

患者から「かかりつけ医」と呼ばれるときには、多様な人生観・価値観を有する患者の相談にのり、患者本人だけでなく、その家族全員のケアまで考えに入れて、全力を尽くすことが期待されよう。そのために必要とされる技術や知識は、医療・医学にとどまらず、広く福祉・保健の分野

にまでおよぶ。また「人生」そのものを相手にすることから、医師自身の人生観をも反映する。

良好な人間関係や信頼関係のもと、自己限定的でなく広い視野に立ち、専門医への適切な紹介や福祉関係者との連携を保ち、患者とその家族にとつての最善の道を選択する手助けをすることが、かかりつけ医に求められる重要な機能の一つであろう。

「かかりつけ医」は、欧米でいう「家庭医」が最も近い表現であろうか。この「かかりつけ医」や「家庭医」を育成する教育制度は、日本ではまだ確立されていないが、デンマークなどでは「医療の門番」であるプライマリ・ケアを担う専門医として、社会的地位が確立されているという。欧米の「家庭医」は、公的な制度に基づき配置されている場合が多いが、わが国では国民皆保険、自由開業制、フリーアクセスによる医師と患者の自由な関係を基本としている点において、傑出した提供体制にあるといえる。

## ● 地域医療・保健・福祉を担う幅広い能力を有する街の「総合医」としての機能

これまで述べてきたように、かかりつけ医は母子保健や学校医、家族ぐるみのプライマリ・ケアや、生活習慣病対策をはじめとする地域医療全般を担当するだけでなく、高齢者や障害者の生活障害にまで目を向け、尊厳ある生活を支援するために、住みなれた地域や居宅での療養の継続を重んじ、医療・介護職種連携により、個々に応じた地域ケアの実現を総合力でマネジメントする地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する街の「総合医」とイメージされよう。

この総合力は、医師それぞれの資質や研鑽、実践経験から得た機能であり、わが国の風土や文化、その時代の価値観や制度、地域特性を反映した医療提供を支える機能といえる。ここで言う「総合医」とは単なる研修では得がたい、一人ひとりの実地医家の診療活動の集大成としての「技能」をもち、次世代の医師にも、その理念と修得の道筋を伝え、医師の標準的スキルとして受け継がれて行くことを願う自律的医師像であり、医療費抑制策の中で国が提する「総合医」とは異なるものである。

(注) 本ハンドブックでは「療養」と「ケア」という言葉を、医療・介護・生活支援が包括的に提供されている状況とイメージし、活動主体から言えば、患者・利用者が自ら「療養」する、サービス提供者側が支援として「ケア」という意味で使用しています。

## 患者・利用者と医療・介護提供者との関係について考える

### (1) パーソンの4つのモデル

医療社会学の分野を切り開いたアメリカのタルコット・パーソンズ（1902～1979）は、医師と患者の関係や療養提供モデルを理解するために、4つのモデルを提示している。

市場モデルは、医師をサービスの販売者、患者を消費者とするモデルだが、医療費は成功報酬ではなく、専門職である医師と患者の親密な関係の上になり立つ共同作業を説明できないとしている。

官僚制モデルは、公的な規則に基づいた上意下達による管理組織で、国税庁と納税者の関係のようなモデルである。患者の治療という目標を遂行しているのは、医師と患者に他ならず、学問の自由の原則と同じように、医師は専門家としての職業的裁量において、自律的かつ自己責任において治療にあたっているのであって、いちいち指示や命令に従っているのではなく、医師と患者間の信頼や連帯関係を説明できないとしている。

民主的アソシエーションは、平等で自発的参加による構成員で組織され、多数決により意思を決定する。医師と患者の専門性における能力差を反映せず、専門職が積み上げてきた専門能力を損なうことになりかねないとしている。

合議制アソシエーションは、自発的参加で構成されながら、専門能力と経験に従って階層化され、各層の医療従事者は異なった権限と責任を持ち、患者の治療を共通の目的とする連帯集団であるとみなすモデルと説明している。このモデルでは、

第一に、患者を単なる顧客ではなく、組織の構成員として位置づけ、相互信頼を保持するために、患者が医師を選択する機会が保障され、医療提供者が十分な専門的能力と規範、患者のライフスタイルやQOLを尊重する姿勢を持つことが要件となる。

第二に、医師の専門性における裁量と患者との能力差を認め、代わりに医療行為の妥当性を判断するにたる十分な説明で、共同決定を導く責務を医師に求めている。

第三に、医師は患者の健康回復という、社会と患者からの信託責任を負い、専門的技術を不断に向上させる責任に加え、倫理的・道徳的責任や保健政策の改善への貢献など、広範な社会的責任を担っているとし、信頼＝協力関係に基づく共同の意思決定という、新たな医師と患者関係を示した。

さらにパーソンズは、あまりにも厳格な個人の自己決定権の主張は、専門職の機能遂行に対する制約になると注意を喚起している。

利用者本位とCASE dependent な多職種協働チームのイメージは、この合議制アソシエーションのモデルに合致したものと理解されよう。かかりつけ医機能を、この合議制アソシエーションに当てはめると、具体的ケースに即して、さまざまな課題を乗り越え、満足度の高い医療提供を実現するために、きめ細かいインフォームド・コンセントによる、良好な医師と患者関係を構築しながら、患者の保護や意思の尊重と、専門職の機能遂行とのバランスを図ることのできる機能と表現することができる。

参考および引用文献：「パーソンズ 医療社会学の構想」高城和義（岩波書店）

## (2) 「患者の債務」という概念

医療サービスの質を評価するにあたっては、健全な医師患者関係が築かれていることが大前提である。

わが国の医療現場では、患者の医師に対する「すべておまかせします」という表現に象徴されるように、医師に対する厚い信頼がある一方、患者だけでなく医師においても「患者の責務」に対する認識が希薄であった。しかし、あるべき医療を目指すためには、健全で均衡のとれた医療の質をマネジメントすることが大切である。そして、そのためには医師・患者双方がその責務を正しく認識する必要がある。

医師の行動規範について最も古い伝統をもつアメリカ医師会の「医療倫理規定（＝Code of Medical Ethics.2005）」では「医師の責務」と同様に「患者の責務」の重要性を説いている。以下、抜粋して示す。

## ●患者の責務●

(アメリカ医師会「Code of Medical Ethics.2005」から抜粋)

治療の成功のためには患者と医師の間に継続的な協同的努力が必要であることは長い間認識されてきたことである。医師と患者は、病気の治療の過程で双方が積極的役割を果たすことを目的にパートナーシップの関係で結ばれている。このパートナーシップとは、双方が同一の責任を有するとか双方の力が同等であるという意味ではない。医師が能力の限りを尽くして患者に治療を提供する義務を負うのに対し、患者には、正直に意思疎通を行い、診断と治療の決定に参加し、同意した治療プログラムに従うという責任がある。

患者の権利と同様、患者の責任も自己決定権の原則から導き出される。患者の自己決定権の原則は、個人の身体的・感情的・心理的完全性は尊重され守られなければならないとする。この原則は同時に、異なる選択肢の中から自らの行動を選択する能力を認めている。自発的で能力のある患者は、自らが受ける治療の方向の決定について、何らかのコントロールを及ぼしたいと主張する。そのような自己統治と自由選択権の行使に伴って、以下のような責任が生じる。

- 1) 十分な意思疎通は、良好な患者医師関係の構築にとって不可欠である。患者は可能な限り、医師に対し正直であり、自分の心配事を明解に説明する責任を負う。
- 2) 患者は、過去の病歴・投薬・入院歴・家族の病歴・その他現在の健康状態に関係するすべての事項を含む、病歴についての十分な情報を提供する責任を負う。
- 3) 患者は、十分理解できなかった時には、医師に自らの健康状態や治療内容について説明や情報を求める責任を負う。
- 4) 患者と医師が治療目的と治療計画に合意した後は、患者は当該治療計画に協力し、同意した約束事項を守る責任を有する。医師の指示に従うことは、しばしば当人と社会の安全のために必須である。さらに患者は、過去に同意した治療法に従っているかを正直に述べ、治療計画を再検討したいと願う場合にはそれを伝える責任を負う。

- 5) 患者は一般に、治療費に関する責任を果たさなければならない、それができない場合は金銭的に困難な状況について医師と話し合わなければならない。患者は医療のような限られた資源の利用に伴うコストを認識し、医療資源を思慮深く利用するよう努めなければならない。
- 6) 患者は、終末期医療について医師と話し合い、自らの希望を伝えておかなければならない。それには、生前の意思表示書類の作成が含まれる場合がある。
- 7) 患者は、健康によい行動によって自ら健康を管理する責任を負う。病気はしばしば健康的な生活習慣によって防止できるのであり、患者は病気の進行の防止が可能な場合には、個人としての責任を負わなければならない。
- 8) 患者は自己の行為が他者に与える影響に関心を示さなければならない、他者の健康に過度のリスクを与える行為は避けなければならない。患者は、感染性の病気が感染する方法やその可能性について尋ね、さらなる感染を防止できる最善の方法に従って行動しなければならない。
- 9) 医療教育への参加は、患者と医療機関の双方にとって利益となる。患者が、適切な監督のもとになされる医学生・研修医・その他の訓練医からの治療に同意することは奨励される。しかしインフォームド・コンセントの手続きに従って、患者またはその代理人が医療チームのどのメンバーからの治療を断るのも、常に自由である。
- 10) 患者は臓器移植について医師と話し合い、臓器提供が望まれる場合には、受容可能な条件を提示しなければならない。臓器提供システムの中におり、必要な移植のために待っている患者は、そのシステムの外に出ようとしていたり、システムを操作しようとしてはならない。公正なシステムは、社会による信用と希少な資源への認識によって支えられなければならない。
- 11) 患者は、詐欺的な医療を首謀したり、それに参加してはならず、医師や他の医療提供者の非合法または非倫理的な行為があった場合には、しかるべき医師会・医師免許認定機関・法執行機関のいずれかに報告しなければならない。

(日本医師会訳：グラウンドデザイン 2007—国民が安心できる最善の医療を目指して (総論) から)