

め、比較的初期のうちなら大規模な施設を立地することが可能であったものと思われる。以上の分布図は図表 10 にしめた。

－図表 10－

最後に、施設数 6～7 の病院チェーンを見てもらいたい。図表 11 に示した通り、老健・療養型をもつ施設はおよそ半分である。そして、病院ではなく診療所ベースのチェーン展開がなされてくるのがこのクラスの病院チェーンである（診療所チェーンか）。また、歯科や眼科ベースのチェーンも見られ、多種多様な参入形態が見られる。当然歯科や眼科では訪問看護が主体となっている。

－図表 11－

このクラスの分布も城北地域が多いが、それと同程度に東京都西部にも分布が見られる。東京西部はベッドタウンとして発展し、人口数の急激な増加があった。しかし、地価の点では都心部とはいかないまでも相当程度の値上がりを見せた。そのため、大規模な施設を建設することはできず、身軽な診療所＋訪問看護ステーションという形態を核としたチェーン展開がなされたようである。

おわりに

以上見てきたように、東京圏といった地域にも医療・福祉複合体が現れ始めている。しかし、大規模な複合体というよりも小規模な、もっといえば身軽な複合体が多い。診療所＋訪問介護ステーションというのが典型だが、そのような形態のものが非常に多かった。もちろん大規模な複合体も存在するが、それは地域限定（城北地区）であり、東京圏ではむしろ例外的と言わざるを得ない。その意味で、複合体の有り様は日本総研の結果を支持するものであった。

ただし、歯科診療所がこれほどまだ訪問看護に手を挙げていることは日本総研の成果にも無く、本研究のファクト・ファインディングである。

今後の課題としては、

1. 4 都県以外の様子も見ていくこと
2. レセプトベースで患者の動きを捉らえたいこと

である。まず手始めは 1 であり、他の道府県の動向は興味深い。

参考文献

- 河口洋行(2004)、「医療機関による介護サービス供給形態とその影響に関する個票分析」、医療と社会 Vol.14 NO.1
- 二木立(1998)「保健・医療・福祉複合体 —全国調査と将来予測—」、医学書院
- (2004)『医療改革と病院—幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ』、勁草書房
- 株式会社日本総合研究所研究事業本部複合体研究チーム(2001) 保健・医療・福祉の複合的サービス展開に関する研究 ～大都市型複合体を中心に～
- 山本克也(2005)、「医療・福祉複合体の研究」厚生労働科学研究費補助金政策科学推進事業

—付表 1—

-
- i 独立行政法人福祉医療機構では、福祉保健医療ならびに介護保険、障害者支援費制度における関連情報を提供するために、情報ネットワークシステム『WAM NET』（ワムネット）を構築し、情報化推進のための情報基盤として、平成 11 年 3 月 1 日より運用を開始している。
- ii 介護保険法第 7 1 条第 1 項の規定により、保険医療機関若しくは保険薬局の指定があったときは、その指定の時に、当該病院、診療所又は薬局の開設者について、当該病院、診療所又は薬局により行われる居宅サービスに係る指定があったものとみなされることとなっている。（病院・診療所は訪問看護、訪問リハビリテーション及び居宅療養管理指導の 3 サービス、薬局は居宅療養管理指導の 1 サービス）WAM NET（ワムネット）では、各都道府県から提供された事業者情報をもとに情報提供を行なっているが、各都道府県から提供される事業者情報には上記の介護保険法第 7 1 条第 1 項の規定により「指定があったとみなされる」事業者の情報が含まれるものもあるため、その事業者の情報が掲載されている場合がある。

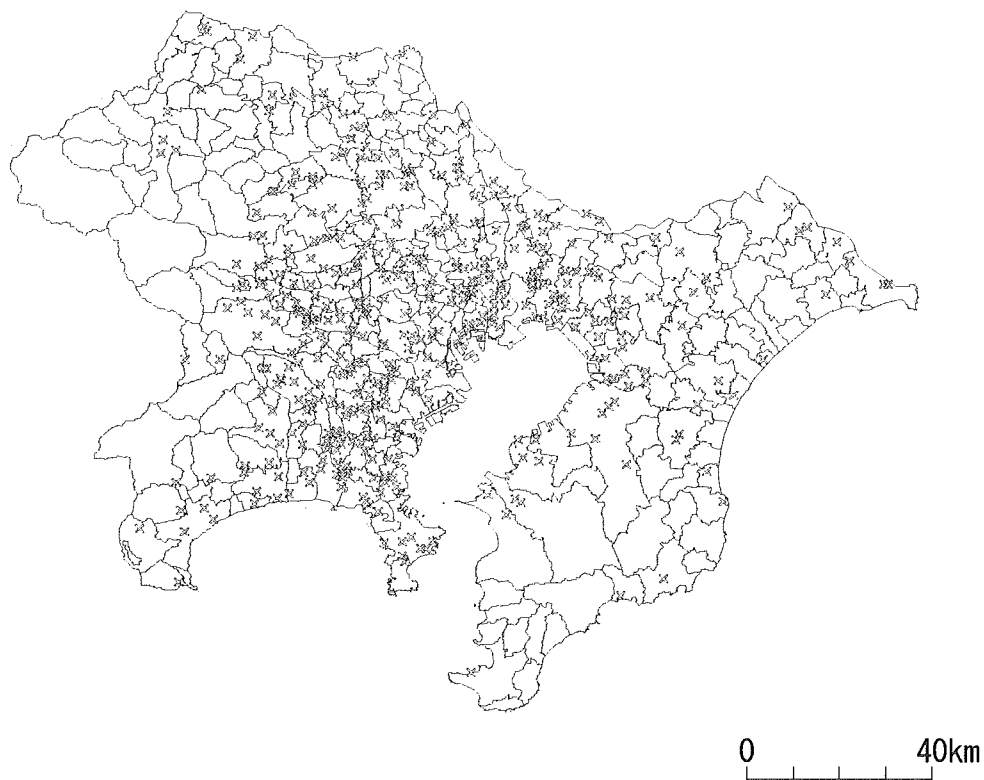
図表1 WAM NET コード

番号	名称	説明
01	訪問介護	ホームヘルパーの訪問。居宅にて入浴・排せつ・食事等の介護サービスを受けることができます。
02	訪問入浴	入浴チームの訪問。居宅にて浴槽を提供した入浴介護サービスを受けることができます。
03	訪問看護	看護婦等の訪問。居宅にて療護の手助けを受けることができます。
04	訪問リハビリ	理学療法士、作業療法士の訪問。居宅にてリハビリのサービスを受けることができます。
40	居宅療養管理指導	病院・診療所・薬局の医師・薬剤師等の訪問。居宅にて療養上の管理および指導を受けることができます。
11	デイサービス	通所介護。自宅から日帰り介護施設等にでかけ、入浴・排せつ・食事等の介護サービスを受けることができます。
12	デイケア	通所リハビリ。自宅から病院、診療所、老人保健施設等にでかけ、リハビリ、看護、介護等のサービスを受けることができます。
21	ショートステイ(福祉)	短期入所生活介護。特別養護老人ホーム等に短期間入所して、入浴・排せつ・食事等の介護サービスを受けることができます。
22	ショートステイ(医療)	短期入所療養介護。療養型医療施設、老人保健施設等に短期間入所して、リハビリ、看護、介護等のサービスを受けることができます。
31	グループホーム	認知症対応型共同生活介護。認知症高齢者が共同生活し、入浴・排せつ・食事等の介護サービスを受けることができます。
32	有料・軽費ホーム	有料老人ホーム、軽費老人ホーム等に入所して、介護、看護、リハビリ等のサービスを受けることができます。
41	福祉用具貸与	車いす、ベッド、歩行支援具等の用具を借りることができます。
50	居宅介護支援	介護サービス利用計画(ケアプラン)を作ったり、サービスを提供する各事業者と連絡調整をはかります。
61	老人福祉施設	特別養護老人ホーム。常時介護を必要とし、在宅介護が困難な場合に在宅の生活への復帰を念頭にしたサービスを受けることができます。
62	老人保健施設	病状が安定期にあるかたに、在宅の生活への復帰をめざした、医学的管理下の介護等のサービスを受けることができます。
63	療養医療施設	療養型施設をもつ病院・診療所に入院し、療養上の管理・医学的管理下の介護等のサービスを受けることができます。

図表2 基本統計

	訪問介護	訪問看護	老人保健 施設	介護療養 型医療施 設	計	人口(万人)	高齢化率(%)
埼玉県	72	727	79	63	941	7095	16.2
千葉県	62	1147	102	78	1389	6036	17.4
東京都	90	2357	117	101	2665	12301	18.5
神奈川県	75	450	124	60	709	8694	16.8
計	299	4681	422	302	5704		

図表3 医療法人所有の老人保健施設の分布



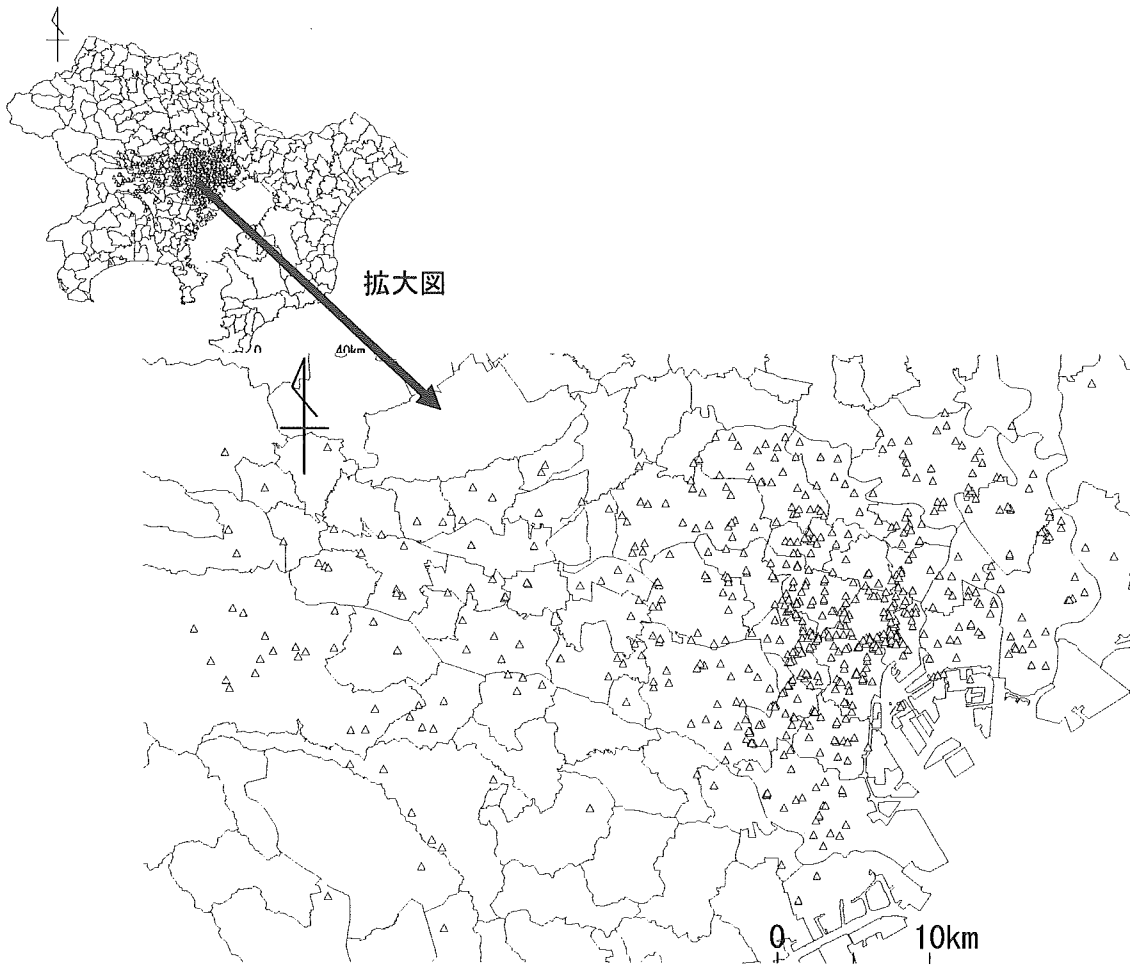
図表4 訪問看護の内訳

	訪問看護ステーション等	病院	診療所	合計
埼玉県	1	144	159	423
千葉県	5	162	171	809
東京都	652	294	193	2357
神奈川県	18	180	81	450
計	676	780	604	4681

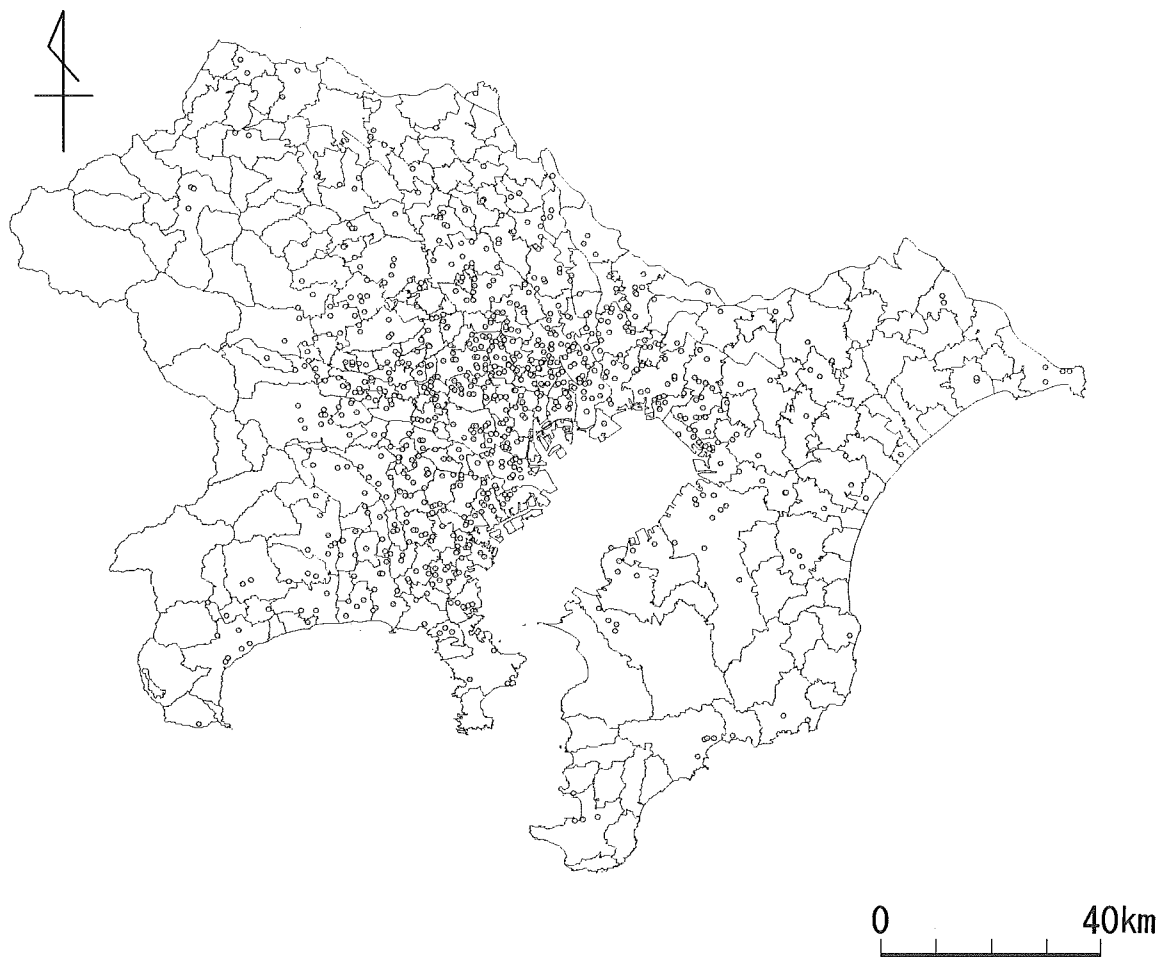
医療施設調査 平成15年

	歯科 医院	病院	診療所	人口(千人)	高齢化率(%)
埼玉県	3162	363	3738	7095	16.2
千葉県	3033	291	3626	6036	17.4
東京都	10441	665	12197	12301	18.5
神奈川県	4621	357	5977	8694	16.8
	21257	1676	25538		

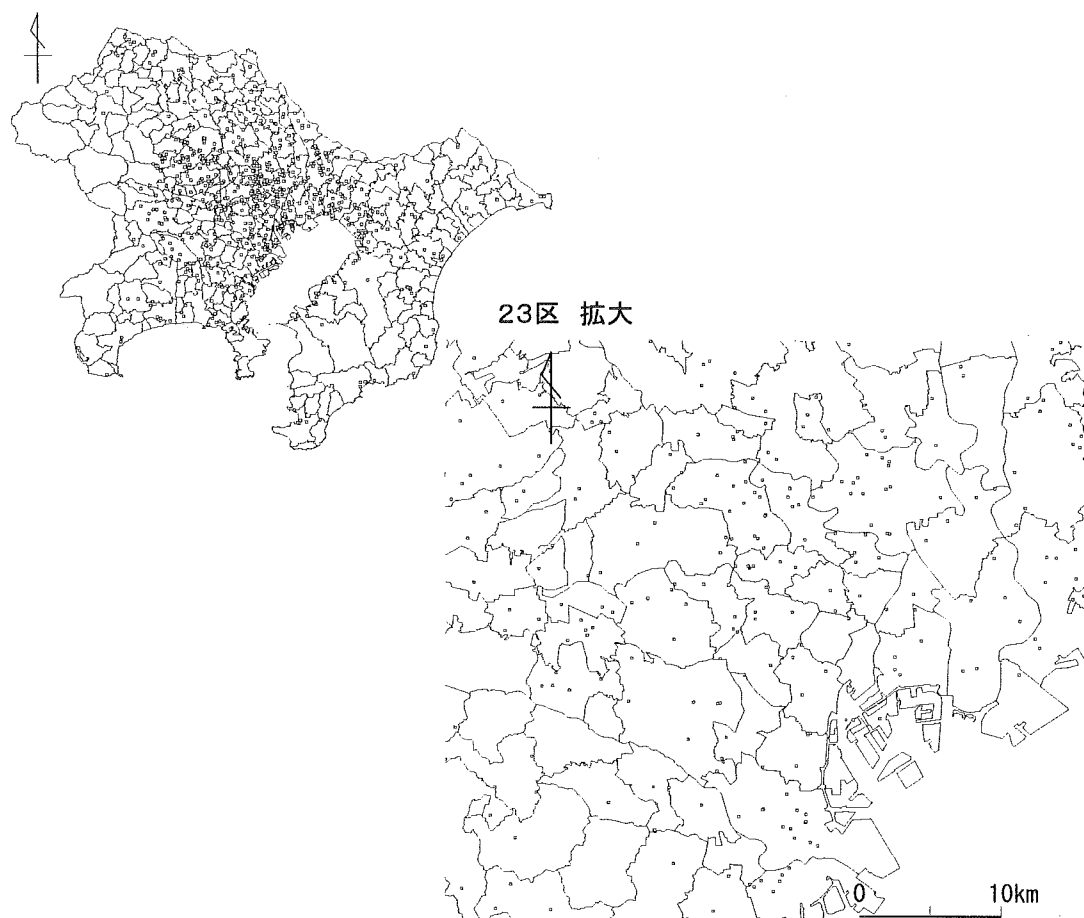
図表5 訪問看護(歯科医院)の分布



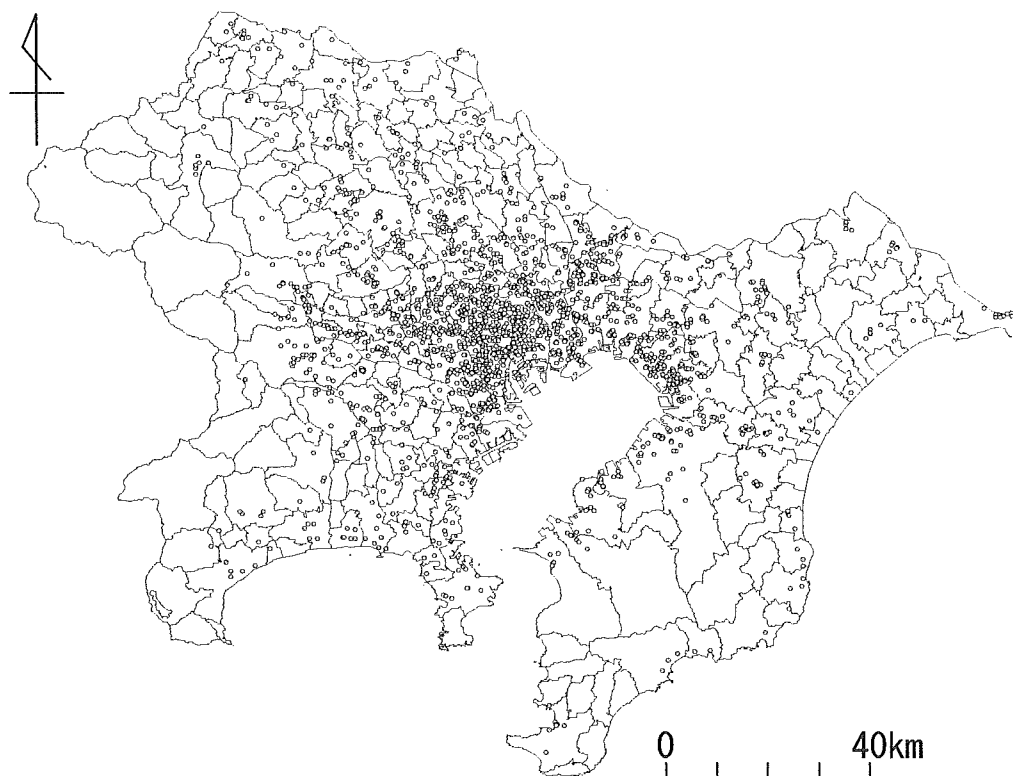
図表6 訪問看護ステーションの分布



図表7 訪問看護(病院)の分布図



図表8 訪問看護(診療所)の分布

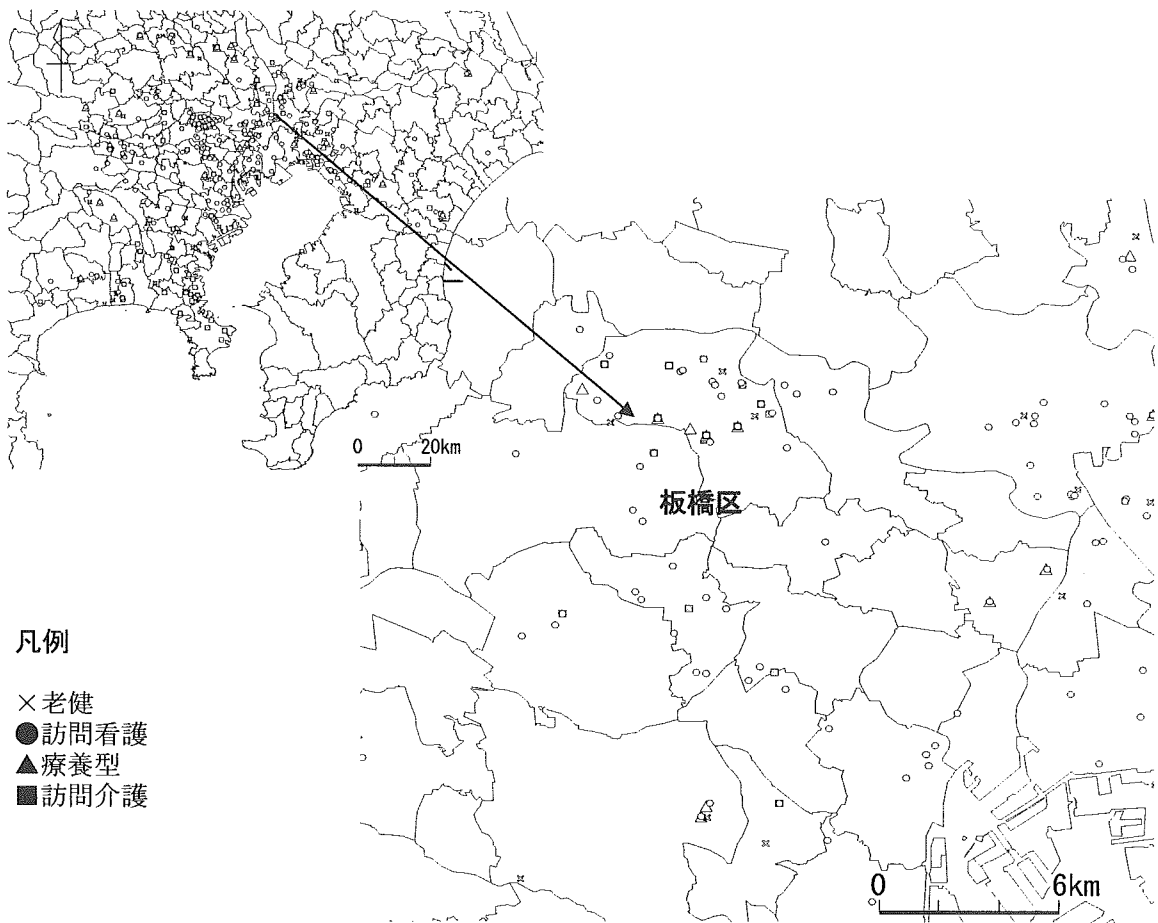


図表9 病院のチェーン展開 1

	法人名	所在地	施設数計	訪問介護	訪問看護	老健あり	療養型あり
1	徳洲会		106	27	54	15	10
2	協友会	埼玉県南部、千葉県北西部、 東京都城北部、神奈川県北西 部	25	0	0	15	10
3	健生会	東京都西部	24	0	0	15	9
4	明理会	宮城県、埼玉県、千葉県、東 京都、神奈川県	21	0	20	13	10
5	千葉県勤労者 医療協会	千葉県北西部	22	0	0	14	8
6	景翠会	神奈川県東部	20	0	0	13	7
7	明芳会	埼玉県南部、東京都城北、神 奈川県東部	20	0	0	14	6
8	健康文化会	東京都城北部	18	0	0	13	5
9	健育会	宮城県東部、東京都城北部・ 城南、静岡県伊豆	17	0	0	14	3
10	健和会	埼玉県南部、東京都城北部	17	0	0	15	2
11	慈誠会	埼玉県南部、東京都城北部	16	0	0	15	1
12	健友会	埼玉県南部、東京都城西部	15	0	0	15	0
13	翠会	東京都城北部、福岡県北九州	15	0	1	14	0
14	葵会	千葉県北西部、東京都城北 部、広島県北東部	15	0	0	11	4
15	三喜会	神奈川県西部・東部、東京都 城北	14	0	1	13	0
16	哺育会	埼玉県南部、千葉県北西部、 東京都城北部、神奈川県北西 部	11	1	5	3	2
17	明生会	千葉県北西部	11	2	9	0	0
18	全仁会	栃木県南部、群馬県南部、埼 玉県南部、東京都城北	11	7		1	3
19	新世会*	東京都城東部、城西、西部	11	0	11	0	0
20	啓仁会	埼玉県南部	10	1	5	2	2
21	福寿会	東京都城北部	10	0	9	1	0
22	青葉会	埼玉県南部、東京都城西部、 神奈川県北西部	10	1	5	2	2
23	松和会	東京都城西部、西部、神奈川 県北西部	10	2	7	1	0
24	城南福祉医療 協会	東京都城南地区	10	0	10	0	0
25	天宣会	千葉県北西部	10	0	8	2	0
26	友愛病院会	石川県加賀、富山県西部、神 奈川県西部	9	0	3	1	5
27	大坪会	東京都城西部、城北部、西部	9	0	5	2	2
28	南葛勤医協	東京都城北部、城南	9	0	9	0	0
29	光仁会	埼玉県南部	9	2	3	0	4
30	杏林会	宮城県東部、東京都城南	8	0	1	7	0
31	誠馨会	千葉県北西部	8	1	5	1	1
32	静和会	千葉県北西部	8	1	3	2	2
33	石心会	埼玉県南部、神奈川県東部	8	2	6	0	0
34	康心会	神奈川県東部	8	1	4	3	0
35	松園会	千葉県北西部	8	0	7	0	1
36	成春会	千葉県北西部	8	1	5	0	2
37	梨香会	千葉県北西部	8	3	5	0	0
	計		569	52	201	237	101

*は歯科系のチェーン

図表10 チェーン展開 1



図表11 病院チェーン展開 2

	法人名	所在地	訪問介護	訪問看護	老健あり	療養型あり
施設数7	相光会	神奈川県東部	0	3	4	0
	丸山会	長野県中部、東京都 城北部、埼玉県南部	0	2	4	2
	岡波総合病院	三重県北中部、千葉 県北西部	1	3	3	0
	眞仁会	東京都城北部、神奈 川県東部	0	4	3	0
	恒久会	千葉県南部	1	4	2	0
	育明会	東京都城北部、神奈 川県東部	0	6	1	0
	三医会	東京都西部、神奈川 県東部	1	5	0	1
	潤成会**	東京都城西部・西部	0	7	0	0
	小羊会	千葉県北西部	2	5	0	0
	誠高会	千葉県北西部	0	7	0	0
	石川記念会	埼玉県南部、東京都 城北部・城西部・西部	0	7	0	0
	徳友会	千葉県北西部・南部	0	7	0	0
施設数6	珠泉会	東京都西部、神奈川 県西部	2	1	3	0
	コスモス	長野県北部、神奈川 県西部	1	2	2	1
	聖蹟会	埼玉南部	3	1	2	0
	厚生会	埼玉県南部、東京都 城北部	1	2	2	1
	和風会	東京都西部・城北部 埼玉県南部、	0	3	2	1
	大和会	東京都西部	1	3	1	1
	心和会	千葉県北西部	0	4	1	1
	桐峰会	神奈川県東部	1	4	1	0
	大和会	東京都西部	1	3	1	1
	三省会	千葉県北東部	0	4	1	1
	心和会	千葉県北西部	0	4	1	1
	永寿会	福岡県福岡、東京都 西部	0	3	1	2
	一心会	埼玉県南部	0	5	1	0
	敬生会	神奈川県東部	0	4	1	1
	徳友会	千葉県北西部	0	6	0	0
	聖和会	東京都西部	0	6	0	0
	黎明会	東京都城南部・城北	0	6	0	0
	樺会	東京都城北部・西部	0	6	0	0
	双愛会	栃木県北部、茨城県 南部、埼玉県南部	0	5	0	1
	東仁会	東京都城西部・西部	0	6	0	0
	新都市医療研	千葉県南部	1	5	0	0
	共立医療会	東京都西部	1	5	0	0
	聖優会*	東京都城西部	0	6	0	0
	健生会	神奈川県東部	2	4	0	0
	聖和会*	東京都西部	0	6	0	0
	黎明会	東京都城北部	0	6	0	0
	聖仁会	千葉県北東部、神奈 川県東部	0	4	0	2
寿会	千葉県南部	1	4	0	1	

付表1 3施設の区別

	介護老人保健施設	介護老人福祉施設	介護療養型医療施設
設置根拠	介護保険法に基づく開設許可	老人福祉法に基づき認可された特別養護老人ホームを指定	医療法に基づき許可された病院又は診療所の療養型病床群等を指定
医療	施設療養上、必要な医療の提供は介護保険で給付	全て医療保険で給付	施設療養上、必要な医療の提供は介護保険で給付
利用対象者	病状安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリテーションや看護・介護を必要とする要介護者	常時介護が必要で在宅生活が困難な要介護者	カテーテルを装着している等の常時医療管理が必要で病状が安定期にある要介護者
設備等の指定基準	療養室 (1人当たり8m ² 以上) 診察室 機能訓練室(1人当たり1m ² 以上) 談話室 食堂(1人当たり2m ² 以上) 浴室等 医師(常勤)1人 OTまたはPT1人 介護支援専門員1人 看護・介護職員 入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上(看護職員数は看護/介護職員の総数の7分 その他 支援相談員 等	居室 (1人当たり10.65m ² 以上) 医務室 食堂及び機能訓練室(3m ² 以上、支障がなければ同一の場所) 浴室等 医師(非常勤可)1人 看護職員3人 介護職員31人 介護支援専門員1人 その他 生活指導員 等	病室 (1人当たり6.4m ² 以上) 機能訓練室 談話室 浴室 食堂等 医師3人 看護職員17人 介護職員17人 介護支援専門員1人
人員基準(入所定員100人当たり)			

介護・看護職員の配置は、各施設とも3:1(ただし、経過措置として介護老人福祉施設で4.1:1以上で差し支えないこととする)

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

研究報告書

⑥北海道更別村におけるプライマリ・ケアの実践とその効果評価

主任研究者 島崎謙治 国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官

研究協力者 葛西龍樹 福島県立医科大学医学部教授

山田康介 北海道家庭医療学センター十勝更別サイト所長

川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所室長

医療政策の目標は、医療の質、アクセス、効率性の向上であるが、そのためには、ファイナンスとしての医療保険制度改革以上に、医療供給制度の改革が重要である。現在、医療制度改革が進められ、「医療機関等の機能分化と連携」が重要な課題となっているが、これを解決するための重要な方法の一つは、プライマリ・ケアを日本の医療政策の柱として確立することである。

この実現のためには、プライマリ・ケア自体を一つの専門領域として位置づけ、それに必要な技術・方法論等を確立し、適切な指導医の下で体系的な教育・研修を行うことと併せ、各地域でのプライマリ・ケアの実践の効果を評価・検証し、それを共有財産とする作業が重要となる。

本稿の目的は、家庭医療学の専門教育を実施している北海道家庭医療学センターの取り組みの理念や内容、研修プログラム等を紹介するとともに、同センターの一活動拠点である北海道更別村におけるプライマリ・ケアの実践の効果を多面的に評価する（住民からの評価、救急医療や医療費への影響など）ことにより、今後の医療提供体制のあり方を提言する上での貴重な示唆を得ることにある。

今回の調査から、更別村では、プライマリ・ケアの実践により、①住民アクセスの拡大 ②救急体制（トリアージ機能）の充実が図られるとともに、良好な医師・患者関係が構築されていることがわかった。これらの結果は、家庭医（プライマリ・ケア専門医）としての専門的スキルとマインドを持った者が地域で実践活動を行い、それが住民に受容され、高い評価を得ていることを示すものであるが、このことは、わが国における医療政策においてプライマリ・ケアを正面から取り上げそれを適切に位置づけるべきであるという課題—これまで避けてきた課題であり今般の医療制度改革においても十分議論されていない課題—の重要性と意義を浮かび上がらせていると考えられる。

A. 研究目的

家庭医療学の専門教育を実施している北海道家庭医療学センターの取り組みの理念や内容、研修プログラム等を紹介するとともに、同センターの一活動拠点である北海道更別村におけるプライマリ・ケアの実践の効果を多面的に評価する（住民からの評価、救急医療や医療費への影響など）ことにより、今後の医療提供体制のあり方を提言する上での貴重な示唆を得ること。

B. 研究方法

①住民アンケート調査を基にした住民の意識や評価の分析 ②南十勝消防事務組合のデータ等を基にした救急医療の変化の分析 ③国民健康保険のデータを基にした医療費の3要素分析等を通じた医療費の変化の分析などにより、更別村におけるプライマリ・ケアの実践が、地域に及ぼした影響を多面的に評価した。

（倫理面への配慮）

住民アンケートの実施に当たり、更別村と個人情報取り扱いに関する覚え書きを締結するとともに、内部の情報管理の徹底を図った。

C. 研究結果

今回の調査から、更別村では、プライマリ・ケアの実践により、①住民アクセスの拡大 ②救急体制（トリアージ機能）の充実が図ら

れるとともに、住民が考える理想の医師・患者関係と、更別村国民健康保険診療所の家庭医と患者の関係に対する評価が類似していることなどから、更別村では、良好な医師・患者関係が構築されていることがわかった。

D. 考察

今回の住民アンケートから、更別村住民は、医師・患者関係に関し、「日本の他の地域では患者と医師の関係は理想と現実が乖離しているが、更別村診療所では理想どおりの患者と医師の関係が構築されている」と考えていることが推認できた。また、同診療所に通院する住民の割合も増加しており、家庭医（プライマリ・ケア専門医）としての専門的スキルとマインドを持った者が地域で実践活動を行うことで、医師・患者関係が良好なものとなるだけでなく、それが住民の安心感や信頼感につながっている可能性が示唆された。

E. 結論

1. 専門的スキルとマインドを持った者が地域で実践活動を行うことで、医師・患者関係が良好になることが推認できた。

2. 医療のあるべき姿としては、一定の方向を目指す医師と患者のいわば一種の「協働行為」として捉えることが妥当であり、患者と医師の信頼関係は医療における最もクリティカルなファクターと言える。情報開示と患者の選択にせよ、インフォームドコンセントにせよ、

このことがベースとなる。裏返していえば、その信頼関係が十分構築できていない（崩れかけている）ことこそが、日本の医療の最も深刻な問題であるというべきである。また、医療機関の機能分化と連携は、わが国の医療政策上重要な課題であるが、機能分化は患者の側からみれば医療等の提供の場所や担当医師が変わることであり、それを包括し「繋ぎ」の役割を担う医師の役割が非常に重要になる。日本の場合、ここの部分が脆弱であることが特徴であるとともに、医療政策の展開上致命的な要素になりかねない。

全人的対応（包括的対応）が求められる高齢者の急増という現実、医師・患者関係の再構築が求められている現状を鑑みれば、従来の専門医重視から、専門医と家庭医をバランス良く整備する方向に政策の舵をきることが肝要であろう。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

第6章 北海道更別村におけるプライマリ・ケア の実践とその効果評価

島崎謙治（国立社会保障・人口問題研究所）

葛西龍樹（福島県立医科大学医学部）

山田康介（北海道家庭医療学センター十勝更別サイト）

川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

1. 問題意識および研究全体のねらい（島崎）

本稿は「北海道更別村におけるプライマリ・ケアの実践とその効果評価」に関する論文であるが、はじめに、本研究の問題意識と研究全体のねらいを述べ、「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」プロジェクトにおける本研究の位置づけ等を明確にしておきたい。

平成16(2004)年度および平成17(2005)年度の「総括研究報告」で述べているとおり、「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」プロジェクト全体を通じる問題意識を要約すれば次のようになる。

- ① 医療政策の目標は、医療の質、アクセス、効率性の向上であるが、そのためには、ファイナンスとしての医療保険制度改革もさることながら、デリバリーとしての医療供給制度の改革がより重要である。
- ② 「医療機関等の機能分化と連携」はやはり医療供給制度改革の重要な課題であるが、それを自己目的化するのではなく、医療政策の目標に照らしそれが機能するための「必要十分条件」の吟味と政策展開が必要である。
- ③ その「必要十分条件」の最も重要なものの一つは、プライマリ・ケアを日本の医療政策の柱として確立することである。

しかし、それぞれ課題は山積している。③についていえば、プライマリ・ケアの機能および役割について関係者の間に十分な共通理解やコンセンサスがなく、医学教育においてプライマリ・ケアの位置づけが明確にされていないという大きな問題がある。実際、日本では、大学でプライマリ・ケア医を専門に養成する講座は現在のところ存在しない。また、臨床研修必修化の中で「スーパーローテーション方式」を採り入れ幅広い診断能力の涵養を図ることも試みられているが、個々の専門領域の「上澄みの集合」がプライマリ・ケアとなるわけではない。やはり、プライマリ・ケアそれ自体を一つの専門領域（例えば心臓外科や泌尿器科と同列のように）として位置づけ、それに必要な技術・方法論等を確立し、適切な指導医の下で体系的に教育・研修を行うことが肝要である¹。

¹ なお、こうした日本の現状は、先進諸国のみならず世界の数多くの国々においてプライマリ・

もっとも、プライマリ・ケアを大学教育の中にきちんと位置づけ、その「専門医」を養成していくことは「王道」ではあるが、「百年河清を待つ」感があることも否めない。そして、わが国の高齢化が急ピッチで進むこと等を考えれば、それを待つ時間的余裕はない。だとすれば、今まさに必要なことは、プライマリ・ケアの重要性を認識している関係者が、各々できることからチャレンジし、その成果を共有し、それを「踏み台」に更にステップアップしていくことであると思われる。関係学会における国際比較も含めた学術的検討と家庭医の認定システムの構築もその一つであろうし、当然のことながら大学において家庭医専門教育を試ることも必要であろう。また、基幹的病院と連携し家庭医養成の研修を体系的に行い実践していくことも非常に有意義であると思われる。

そして、こうした取組みと併せ強調したいことは、プライマリ・ケアの実践の効果を評価・検証することの重要性である。わが国においてプライマリ・ケアの機能や役割に関する共通理解が不足しているとするれば、具体的なケースを基にプライマリ・ケアの実践の成果を客観的に評価し「共有財産」とする作業が不可欠である。本研究において「北海道更別村におけるプライマリ・ケアの実践とその効果評価」を取り上げた理由もまさしくそこにある。すなわち、更別村は2001年1月から国民健康保険診療所の運営を医療法人 社団 カレス アライアンスに委託し北海道家庭医療学センターの教育と実践の貴重なフィールドとなっている。以来約5年が経過したが、その結果、更別村の医療内容や医療費はどのように変化したのだろうか。また、更別村の住民はプライマリ・ケアの理念や取組みを現実はどう受けとめているのであろうか。これらを住民意識調査の分析も含め評価・検証することは、更別村における今後のプライマリ・ケアの展開のみならず、わが国におけるプライマリ・ケアの医療政策上の意義や方策等を考察する上での貴重な基礎資料となると考えられる。

もとより、プライマリ・ケアの在り方・展開の仕方は一様ではない。地域の地理的条件、人口集積、住民の意識、医療資源の分布等により変わり得る。例えば、都市部においては各科専門医のグループ・プラクティスがうまく機能する場合もあろう。その意味では、更別村は「一つの比較的限られた地域で完結するタイプの農村型家庭医実践のフィールド」²というべきかもしれないが、現実には医師不足に悩んでいる農村・過疎地域が少なくない中で、こうした地域におけるプライマリ・ケアの機能を考察する上で重要な意義を有すると思われる。また、今後、大都市部など他の地域における取組みとの比較検討を行う際の素材にもなる。

なお、本稿は4名の共同執筆であるが、構成および執筆者は次のとおりである。本節に続く2節では、更別村におけるプライマリ・ケアの取組みの理念・内容等を述べる（葛西・山田執筆）。3節では、更別村におけるプライマリ・ケ

ケアが専門領域として確立されていることと対比すれば、はなはだ“奇妙”な現象というべきである。

² 葛西龍樹(2001)「日本の家庭医の現状と養成に向けた取り組み」『健康保険』2001年1月号, p.22.

アの実践の効果評価を分析する（川越執筆）。4 節では、更別村のプライマリ・ケアの実践の効果評価から得られる政策的インプリケーションについて述べる（1 節と併せ島崎執筆）。ただし、それぞれの文責は各執筆者が負うものであるが、4 人の間で問題意識は完全に共有しており、各分担執筆分についても輪読し必要な調整を行ったものであることは明記しておきたい。

2. 更別村におけるプライマリ・ケアへの取り組み（葛西、山田）

（1）沿革（葛西）

医療法人 社団 カレス アライアンスは、1996 年 4 月 1 日に法人内にある日鋼記念病院が臨床研修病院の認可を受けたのと同時に北海道家庭医療学センターを設立した。北海道家庭医療学センターは、家庭医療の発達が遅れている日本で本格的に家庭医療（学）の診療・教育・研究を推進することを使命としていた。設立初年度から医学生の見学研修などを行って準備を進め、1997 年度から臨床研修を開始した。当時はまだ初期研修必修化される前であったが、幸い家庭医になることを目指す志の高い医学生が全国から応募して集まり研修医となった。

研修の初期 2 年間は日鋼記念病院を中心に臨床各科をローテーションする研修と室蘭市内の診療所を舞台とした家庭医療の研修を行っていたが、後期 2 年間では、より地域に密着して家庭医療を実践するいわば「家庭医として生きる」ことを学ぶ研修プログラムを構築しようとしていた。しかし現実問題として、筆者単独で室蘭の診療所ですべての研修医に十分な教育を提供することはできないということがあり、後期研修が開始された 1999 年度当初から筆者が信頼する指導医がいる揖斐郡北西部地域医療センター（岐阜県）と北中城若松病院・ファミリークリニックきたなかぐすく（沖縄県）に後期研修医を派遣する研修プログラムを実施していた。

北海道河西郡更別村との出会いは、こうした「最初から地域で家庭医を育てる」研修プログラムにさらに研修医が集まることを予想して、家庭医療の実践と教育のフィールドを室蘭だけでなく北海道の地域に持ちたいと筆者がちょうど考えていた時であった。2000 年 9 月に更別村長と更別村国民健康保険診療所事務長が最初に医療法人 社団 カレス アライアンスの西村理事長と筆者を訪問した。この時は医師派遣依頼ということではなく地域医療についての意見交換が主であったが、やがて両者が現在抱えている問題を率直に語り合ううちに連帯感と信頼感が生まれ、法人から村へ家庭医を派遣してそれ以前は単独の医師が短期間で交代していた村唯一の医療機関である国民健康保険診療所の診療体制を再構築することと、村から法人へ家庭医の診療と教育のフィールドを提供することを主軸とした医療業務提携の準備が急ピッチで進んだ。

現在でも、北海道では一人の医師を確保（「一本釣り」と称されている）す