

ることにも困難を極めている町村が多数ある。こうした多数ある町村のひとつであった更別村と、当時家庭医を養成する日本でほとんど唯一の施設であり実績も評価もまだ見えていない北海道家庭医療学センターとが提携したことは、どこかでセレンディピティが働かなければならないような、かなり稀な事象ではある。しかし、今この5年間の協働のプロセスとそのアウトカムを振り返る時、このプロジェクトに関係する多くのステイクホルダーたちが「地域に住む人たちがより良い家庭医療を利用できるように」、そして「家庭医を目指す人たちがより良い家庭医療の教育を受けられるように」、という大きな2つの目標を共有できたことが一番大きな発展の要因であったと思える。

現在、医療法人 社団 カレス アライアンス・北海道家庭医療学センターと北海道の地域との業務提携は、日本海を望む漁業の町後志管内寿都郡寿都町（人口約3,800人）、そして日本最北の島である宗谷管内礼文郡礼文町（人口約3,400人）へも広がっている。

（2）プライマリ・ケア／家庭医療学とは（葛西）

北海道家庭医療学センターでは、1996年の設立当初から「家庭医療はプライマリ・ケアの進化したもの（バージョンアップしたもの）」という基本的な考えを前面に出していた。「プライマリ・ケア」の基本的な5項目の専門性（キーワードの頭文字によって「プライマリ・ケアのACCCA」と呼ばれている（表2-2-1参照））は、いわば1970年代のプライマリ・ケアの定義であるが、これだけでは、病気を持つ人をその人の生活から理解するケアへとは発展しにくい。社会の変化とともに家庭医療の先進国での実践（診療・教育・研究）が成熟してきた1990年代には、新たにプライマリ・ケアを進化させる要素として「患者－医師の持続するパートナーシップ」や「家族と地域のコンテクスト」が重視されてきた。そこで、表2-2-2に示した5項目を新たな専門性として加えて、合計10項目の家庭医療の専門性を理解して、それらをバランスよく実践できることが家庭医に求められる、としていたのである[文献3]。そして、比較的平易な言葉で、これら10項目の家庭医療の特長を網羅して表現し一般の人向けの定義とした（表2-2-3参照）。

表 2-2-1. プライマリ・ケアの専門性

-
1. 医療へのアクセスが物理的にも、心理・社会的にも良好である
近接性(accessibility)
 2. どのような問題にも対応する包括性(comprehensiveness)
 3. 問題の経過中だけではなく病気の前後や健康時にも関わる
継続性(continuity)
 4. チームでケアを有機的に勧める協調性(coordination)
 5. インフォームド・コンセントを重視した責任性(accountability)
-

表 2-2-2. 家庭医療の専門性

-
1. 患者中心の医療
 2. 家族志向型のケア
 3. 地域包括プライマリ・ケア
 4. 健康問題の心理社会的アプローチ
 5. 共感できる人間関係の維持・強化
-

表 2-2-3. 家庭医療とは

家庭医療とは、
どのような問題にもすぐに対応し
家族と地域の広がりの中で
疾患の背景にある問題を重視しながら
病気を持つひとを人間として理解し
からだとこころをバランスよくケアし
利用者との継続したパートナーシップを築き
そのケアに関わる多くの人と協力して
地域の健康ネットワークを創り
十分な説明と情報の提供を行うことに責任を持つ
家庭医によって提供される
医療サービスである。

その後、北海道家庭医療学センターでの実際の診療や臨床教育の経験が進むに連れて、家庭医療の専門性としてこれまで提唱してきた 10 項目の重要性は変わらないが、それら 10 項目を一次的に並べて示すのではなくて、どのようにそれぞれの項目を関係させて実践していくかについての指針を提供する方がより適切であることがわかってきた[文献 4]。

世界でも、この 4、5 年の間に特にヨーロッパ諸国の中で家庭医療の定義や教育システムについての議論が活発になっている。こうした議論を経て、ヨーロッパの 30 カ国の家庭医療学会が加盟する「WONCA Europe（世界家庭医機構ヨーロッパ地域連合）」は、2002 年に *The European Definition of General Practice / Family Medicine* を発表した[文献 5]。ヨーロッパ連合の誕生によって社会全体が大きく再編成される状況下で、社会の中での家庭医療が果たすものへの再考察が色濃く出ている。そして、そのような社会のニーズに応える家庭医をどのように養成するかにも力点が置かれている。

北海道家庭医療学センターでも、そして北海道家庭医療学センターが研修プログラムのモデルを提供している日本家庭医療学会でも、今後は「家庭医療とは何か」を論ずるだけでなく、実際にその家庭医療を提供することができる「家庭医をどう教育するか」も含めた考察と実践が展開していくことになるだろう。さらに、本当にその家庭医療が日本の社会の中で役に立っているのかについての評価とフィードバックも加えなければならない。そうしたプロセスの中で、日本の社会に必要とされる「家庭医療」の定義が徐々に成熟していくはずである。

【文献】

1. 葛西龍樹(2000)「家庭医とこれからの日本の医療」『社会保険旬報』第 2048号 pp.26-30
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』第 55 巻第 5 号 pp.18-23
3. 葛西龍樹(2002)「家庭医療～家庭医をめざす人・家庭医と働く人のために～」ライフメディコム
4. 葛西龍樹(2005)「家庭医療」『スタンダード家庭医療マニュアルー理論から実践までー (葛西龍樹編)』永井書店 pp.3-16
5. WONCA Europe(2002)The European definition of general practice / family medicine. <http://www.medisin.ntnu.no/wonca/>

(3) 現場における取り組み状況 (山田)

ここでは 2001 年 5 月、医療法人 社団 カレス アライアンスと更別村との家庭医療に関する業務提携が結ばれた後に行われた、更別村におけるプライマリ・ケアの取り組みを報告する。

1) 更別村、更別村国民健康保険診療所の概要

更別村は北海道の道東・十勝地区、帯広市の南約 40km に位置する人口 3,400 人の大規模農業の村である。主な農作物はジャガイモ、小麦、豆類、トウモロコシ、テンサイ、アスパラガス、キャベツなどであり、農家の個人所得は高く、比較的裕福な村であるといえる。

村内には役場・農協といった大きな団体の他に建設会社、運送会社、食品会社の工場など、雇用の場も比較的多様性に富み、人口はこの数年一定しているが、高齢化率は国内の過疎の町村と変わらず急激に上昇しつつあり、2005 年現在 25%弱という状態である。

一方で 15 歳未満の人口が 17.5%と比較的高い点は他の過疎の町村とは異なる点であろう。

更別村国民健康保険診療所が村内唯一の医療機関であり、19 床の有床診療所である。19 床のうち 14 床が介護保険による療養型病床、3 床が医療保険に

よる療養型病床、2床が一般病床という構成である。2004年10月に新築移転し、役場保健福祉課、社会福祉協議会（居宅介護支援事業所）、生活援助員付き住宅との合同施設の一部となった。

地域の基幹病院や専門医の開業病院・医院があるのは帯広市であり、国道を自動車で40分程度の距離である。

更別村はカレスアライアンスとの医療業務提携以前は北海道内の他の町村と同様に全国公募で医師を採用してきたが、医師はなかなか定着せず、数年で退職、医師が変わるたびに村の医療の質や方針も変化するという状態であった。

2001年、前任の医師の退職をきっかけにカレスアライアンスとの業務提携が実現、主に同法人内北海道家庭医療学センターが中心となり、更別村で家庭医療を展開することとなった。

2) 具体的な取り組みについて

ア) 基本的な理念・考え方

筆者は2001年の業務提携開始時より所長として5年間勤務を続けているが、一貫して重要視していることは、村がうたう「心身ともに健康で、希望や生きがいをもちながら安心して暮らせる村づくり」という基本理念の実現に協力・貢献する、ということである。

医療はあくまで村、住民が描く村作りの一部でありニーズに沿ったものである必要があり、医療が医師の独善で方向性を異にしてはならない、と考えてきた。

以上より更別村国民健康保険診療所の基本理念を以下に記載する。

- 私たちは地域の皆様と共に「心身ともに健康で、希望や生きがいをもちながら安心して暮らせる村づくり」に貢献します。
- ① 私たちは人間関係を大切にし、利用者中心の医療を提供します。
- ② 私たちは地域の皆様にとって利用しやすい診療所をめざします。
- ③ 私たちは良質で安全な医療を提供します。
- ④ 私たちはあらゆる健康問題に対応します。
- ⑤ 私たちは幅広いネットワークを用いて地域の皆様に包括的な医療サービスを提供します。
- ⑥ 私たちは予防医学を重視し、地域の皆様の健康維持・増進のお手伝いをします。
- ⑦ 私たちは地域の皆様と共に日本の未来の地域医療を担う人材を育てます。

イ) 複数の医師による体制

この業務提携の優れた点は医師が複数名派遣されていること、指導医と初期研修を終えた専門医研修中の医師が同時に派遣されているという点である。

医師が複数名派遣されていることにより、交代で夜間・休日の急患の診療に当たることができ、適切な休養、または学会への参加の時間を確保することができること、また出張医・代診を養成する必要もなくなり、診療内容も一貫するという利点がある。

指導医と研修医が同時に派遣されることによる利点は、医師の給与を低く抑えることができるという利点、この診療所で専門医を教育することにより地域で働くことに希望を持つ医師を増やし、最終的には村の医療だけではなく国内の他の地域の医療にも貢献しうる、という点である。

ウ) 診療に関する取り組み

「(2) プライマリ・ケア／家庭医療学とは」で述べられた家庭医療を日常の診療において実践することはもちろんであるが、さらに家庭医療を地域で展開するために以下のような取り組みも行ってきた。

① 外来診療

a. 外来診療の予約制

業務提携開始直後から外来診療を予約制とした。15分ごとの予約診療とすることにより、診察順を早くしたい利用者が朝に受付を集中させることがなく、一人あたりの診察時間を平均 12.6 分（2003 年現在）取ることができている。

b. 診察室の個室化

診察室を利用者のプライバシーが守られ何でも相談出来る個室とし、医師と 2 人で話し合える環境を整えた。

c. 診療データベース（サマリーシート）の作成

更別村国民健康保険診療所のすべてのカルテに利用者の正確な病名、既往歴、アレルギー、家族構成、アルコール・喫煙状況などの情報が一元管理することができるシートが入れられている。利用者の医療に関する問題点がもれなく安全にフォローアップされる。

また現在このサマリーシートを電子化するための作業中であり、今後データベースとして用い、診療改善や研究に役立てることが期待されている。

d. 認知症外来の設置

高齢化が進む中、認知症ケアへの住民ニーズが高まる中、認知症の早期診断・治療を目的とした認知症外来を 2006 年 4 月から設置することを計画中である。

② 入院診療

a. 療養型病床に対する入退院判定会議の設置

それまで利用者やその家族から申し出のあるままに先着順に入院が決まっていたが、住民に公平に療養型病床を利用して頂くために入退院判定会議を開催し、より重症、緊急度の高い患者を受け入れられるような体制とした。

b. 看護師による高齢者包括評価、入院ケアのプラン作成

比較的病状の安定した療養型病床の患者において重要なのは疾患の治療だけではなく、適切な介護・リハビリテーションのプラン作成と実施、その評価である。

看護師が主体となった病棟運営が実現している。

c. クリスマス会などの行事

入院患者と家族、スタッフの交流の場として定期的に行事を計画・運営している。

③ 救急医療

a. 365日、24時間の患者受け入れ

複数の医師が勤務することにより実現した。住民は診療所に電話を入れれば診療をいつでも受けることができる体制となった。

b. 救急車の受け入れ

業務提携開始直後より、原則として全例の救急車を受け入れることとした。重症患者に関しては適切な初期治療を迅速に施しつつ安全に大病院に搬送することができること、軽症患者に関しては不必要な大病院への搬送を減らし、当院で診療完了させることができる、といういわゆるゲートキーパーとしての役割が果たせるようになった。

c. 心肺停止患者ケアの標準化

心肺停止患者が搬入された際の作業手順を、ACLSを元に救急隊員、看護師を巻き込んで作成、訓練を重ねており、迅速かつ適切なケアを提供出来る体制が整っている。

d. 多発外傷患者ケアの標準化

多発外傷患者に関しても標準化されたケア（JPTEC）を救急隊とともに学習・訓練を重ね、救急隊との協働が実現している。

④ 理学療法士の派遣

2002年度より、カレスアライアンスリハビリテーションセンターの理学療法士を毎月3日間派遣してもらい、入院患者の身体的な評価とリハビリのプラン作成を開始した。2005年度より常勤での派遣が実現し、外来患者のリハビリも開始、さらに診療外で保健師が行う事業への協力なども行えるようになった。

エ) 診療外の取り組み

① 保健・福祉領域との密な連携

予防接種、乳児健診、高齢者検診といった保健師の事業の業務委託、介護保険におけるサービス担当者会議への参加といった公式な連携はもちろん、それを超えた、互いに細やかに相談できる敷居の低い関係作りが進み、業務提携以前では考えられなかった密な連携が実現した。

さらに、2004年度よりそれまでの実績が評価され、筆者が村から保健福祉課「総合アドバイザー」という保健・福祉・医療を統括する役職を頂き、行政との協働もよりスムーズに行えるようになった。

② 診療所かわら版

業務提携当初より月刊で診療所の行事やスタッフ紹介、医療情報提供を目的としたかわら版を発行し、全戸配布している。

③ 出前宅配便（講演会キャラバン）

業務提携開始初年度より農閑期の冬、毎年村内各地区で村が開催する行政懇談会に相乗りさせて頂き、講演会を実施している。1シーズン1テーマを扱い、これまで「健康クイズ」「家庭医の紹介」「うつ病」「禁煙」「認知症の早期発見」がテーマとして扱われている。

その他にも随時依頼に応じて講演会を実施している。

④ 保育園かわら版への記事連載

2005年度からは保育園の利用者向けかわら版に小児の健康に関連する記事を連載させて頂いている。

⑤ 小児メンタルヘルスネットワーク構築

村内の不登校生徒の問題をきっかけに2005年からは小児のメンタルヘルスをテーマとしたプロの職員でつくるネットワークが村内の保育士を中心に構築され、医療機関からは筆者も参加し活発に活動している。

以上のような特徴的な取り組みに加え、診療所の運営上の地道な工夫なども継続的に行った結果として、家庭医療が提供され5年となる更別村の現在の医療の姿がある。

今後も様々な取り組みを継続し、「心身ともに健康で、希望や生きがいをもちながら安心して暮らせる村づくり」へ貢献できるよう、努力を継続していく必要がある。

(4) 家庭医の養成・研修への取り組み（山田）

1) 日本における「家庭医」の歴史、北海道家庭医療学センターの設立までの経緯からみる家庭医療研修の意義・目的

いままでも、「家庭医」と呼ばれるにふさわしい医師は日本各地に存在してきた。しかし、彼らの多くは元来、大学の医局に所属し各地の医療機関で働

いてきた臓器別専門医であることが多い。ある時、開業、あるいは他の形で地域の第一線の医療に身を置くことになった彼らは地域で必要とされる医師と自分自身のもつ能力との間に差を実感し、必死で自己学習し長い年月をかけて「家庭医」と呼ばれるにふさわしい医師となったのである。

このような形で提供されてきた日本の「家庭医療」の問題点は以下のようにまとめられるだろう。

- ・ 「家庭医」と呼ばれるのにふさわしい医師になるまでにその地域の住民が被った不利益
- ・ それを避けるためにとった住民の受療行動の結果できあがった都市部の病院を過度に頼る傾向
- ・ 自然発生に任されてきた「家庭医」の数の少なさ、供給不足

日本に家庭医療の制度を立ち上げようとする取り組みがあった。1985年、旧厚生省が「家庭医に関する懇談会」を設置し、十数回にわたる議論を経て1987年に報告書を提出し、日本にも家庭医の制度が生まれるかと思われたが、政治的なコンセンサスが得られず、家庭医制度が立ち上げられることはなかった³。

しかし、専門細分化する日本の医療の弊害はその後も増大し、国内の複数の大学医学部附属病院に総合診療部⁴が設立された。

日本において家庭医療を発展させるには大学も何か取り組まなければならない、という認識が働いたわけであるが、大学附属病院という3次ケア施設で診療を行うのみでは、家族と地域のコンテクストを重視する家庭医療の専門性を示すことはできない。

総合診療部は、世界に比べて劣っている日本の医学部教育の質を改善する役割を担う場合が多かったため、家庭医療に関心を持つ医学生を増やすことに関しては一定の成果を上げることに成功したが、そのような学生たちを家庭医療学専門医へ導く道筋となるべき家庭医療研修プログラムを立ち上げる場所までには至らなかった⁵。

このような状況にあった1995年、葛西（北海道家庭医療学センター初代所長）自身も医科大学総合診療部に講師として所属していた。

家庭医の教育は大学病院で行うのではなく家庭医療の現場で行うべきであり、大学の総合診療部も大学の外に診療と教育の拠点を持つべきであると考えていた葛西は、当時の大学の環境ではこのような診療・教育体制を作り上

³ 葛西龍樹（2002）「家庭医療－家庭医を目指す人・家庭医と働く人のために－」ライフメディコム（東京）の「第一章 今、なぜ家庭医療なのか」 pp.10-17 参照。

⁴ 家庭医療の先進国である英国では家庭医療を general practice と伝統的に呼ぶ。この general practice の邦訳を「総合診療」とし、医学部附属病院内の部門の名としたのが総合診療部である。

⁵ 葛西龍樹（2002）「家庭医療－家庭医を目指す人・家庭医と働く人のために－」ライフメディコム（東京）の「第七章 学習者中心の臨床教育」 pp.92-106 参照。

げることは困難である、と考えるに至った。

同じ1995年、北海道室蘭市にある日鋼記念病院は臨床研修指定病院となることを目標に準備を進めていた。この時に葛西と出会い、家庭医療の考え方に共感した西村昭男・日鋼記念病院理事長は日鋼記念病院の臨床研修を葛西を核とした家庭医療の教育の場とすることを決断した。

1996年4月1日、日鋼記念病院が臨床研修指定病院として指定を受けると同時に北海道家庭医療学センターとその診療・教育の最初の拠点となる本輪西サテライトクリニックが設立された⁶。

このような経緯から、北海道家庭医療学センターは設立当初から研修医を教育し家庭医として送り出すことを重要なミッションの一つとしていたことが理解出来る。

以上から北海道家庭医療学センターが家庭医療研修プログラムを立ち上げた目的は以下の2点に整理出来る。

- ・ 家庭医療の現場で行われる、質の高い研修プログラムの中で多くの若い医師を優秀な「家庭医」として育て上げ地域の第一線に送り出すことにより国民の医療ニーズに応えること
- ・ その実績を通じて国内に家庭医という専門医が必要であること、家庭医を育てる臨床研修プログラムが必要であることを主張していく

2) 北海道家庭医療学センターの家庭医療学専門医養成コースの実績から考える家庭医療学研修の意義

ア) 家庭医療学専門医養成コースの実際

北海道家庭医療学センターの現在の家庭医療学専門医養成コースは、大きく、医療法人 社団 カレス アライアンス・日鋼記念病院内のスーパーローテート方式の臨床研修を行う初期の2年間と、室蘭市内の同医療法人内の2診療所、北海道内のへき地の公的診療所（更別村国民健康保険診療所を含む）、北海道外の2診療所を3～8ヶ月単位でローテートしながら実際に家庭医として診療を行いながら家庭医療を学ぶ後期研修に分けられる（図2-4-1）。

この家庭医療学専門医コースの特徴は初期から一貫して「家庭医として生きる」ことを目標として研修プログラムが構成されていることである。

初期の2年間ではどの専門科をローテートしていても週に半日（1コマ）は室蘭市内のサテライトクリニックで外来診療や訪問診療を行う。この制度はハーフデイバック制度と呼ばれ、北海道家庭医療学センターの初期臨床研修の特徴となっており、医師として最も重要な時期に家庭医として重要かつ基本的な知識・技術・態度や価値観を身につけることができる。

また、1年目に1ヶ月、2年目に1ヶ月、「地域保健・医療」の研修とし

⁶ 日鋼記念病院史。

て家庭医のクリニックで実際の診療、地域との連携などを集中して学ぶ期間も設けられている。2年目では筆者の運営する更別村国民健康保険診療所が家庭医療ローテート研修の場として設定されている。

研修医は初期研修の修了時には筆記試験、模擬レクチャー試験、小論文の提出といった評価を受け、合格したものが後期研修に進むことができる。

後期の2年間では病棟が研修の主たる場所であった初期研修と異なり、地域の診療所つまり家庭医療の現場が研修の主たる場所に変化する。

図2-4-1のように、3~8ヶ月の単位で各診療所に一家庭医として勤務し、指導医の指導の元働きながら「家庭医として生きる」ことを学び、必要な能力を身につけていく（on the job training）。

後期研修の修了時にも筆記試験、小論文、模擬患者の診察、模擬研修医の教育、口頭試問といった試験を実施し、各診療所の指導医からの研修中の評価を加味して、研修医を評価し、合格したものを「専門家庭医」として北海道家庭医療学センター独自に認定してきた⁷。

ここで、研修修了者を対象に実施した、研修プログラムに対するアンケート調査結果を紹介する。

家庭医療やこの研修プログラムを知るきっかけになったのは家庭医療学研究会（現日本家庭医療学会）が学生向けに実施する夏期セミナー、北海道家庭医療学センターが提供する学生実習「エクスターンシップ」、大学の講義（葛西前所長が北海道内の大学で行った家庭医療に関連する講義）というところである。

さらにこの研修プログラムに参加することになった動機はほぼ全員が「当時、家庭医療の研修を受けられる施設が北海道家庭医療学センターしかなかったから」という点を挙げている。

⁷ 現在のところ、国内の学会や国の動きとして「専門家庭医」を認定するための制度がないため、医療法人社団カレスアライアンスとして認定することになっている。

図 2-4-1. 北海道家庭医療学センターの臨床研修プログラム

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年目	消化器		循環器		呼吸器		外科		麻酔科		家庭医療	小児科
2年目	小児科	緩和ケア	産婦人科		精神科	脳神経外科	選択			家庭医療	選択	救急
3年目進級時に試験を実施（筆記試験、小論文、模擬レクチャー試験の実践）												
3年目	更別						礼文				沖縄	
4年目	沖縄		室蘭							選択		

研修修了時に試験を実施（筆記試験、小論文、模擬患者の診察、模擬研修医の教育、口頭試問の実践）

イ) 家庭医に必要とされる能力（研修目標）

北海道家庭医療学センターの家庭医療学専門医養成コースではこれまで研修目標を明文化してこなかったが、2005年、文書化された。図 2-4-2 にその概要を示す。

文章の羅列ではなく、図で表現することにより、家庭医の能力を視覚的にイメージしやすくしたのが特徴である。

家庭医の能力は

- ① 医師であれば誰でも持つべき基礎的な知識・技術・態度といった能力（「家庭医に必要とされる基礎的な知識・技術・態度」）
- ② 診療所や中小病院の第一線でよく出会う疾患・症候をマネージする能力（「Common Problems をマネージする能力」）
- ③ 家庭医に特徴的な医学的問題に対するアプローチ法（「家庭医に必須のアプローチ法」）を段階的に積み上げたもの

と表現することができる。

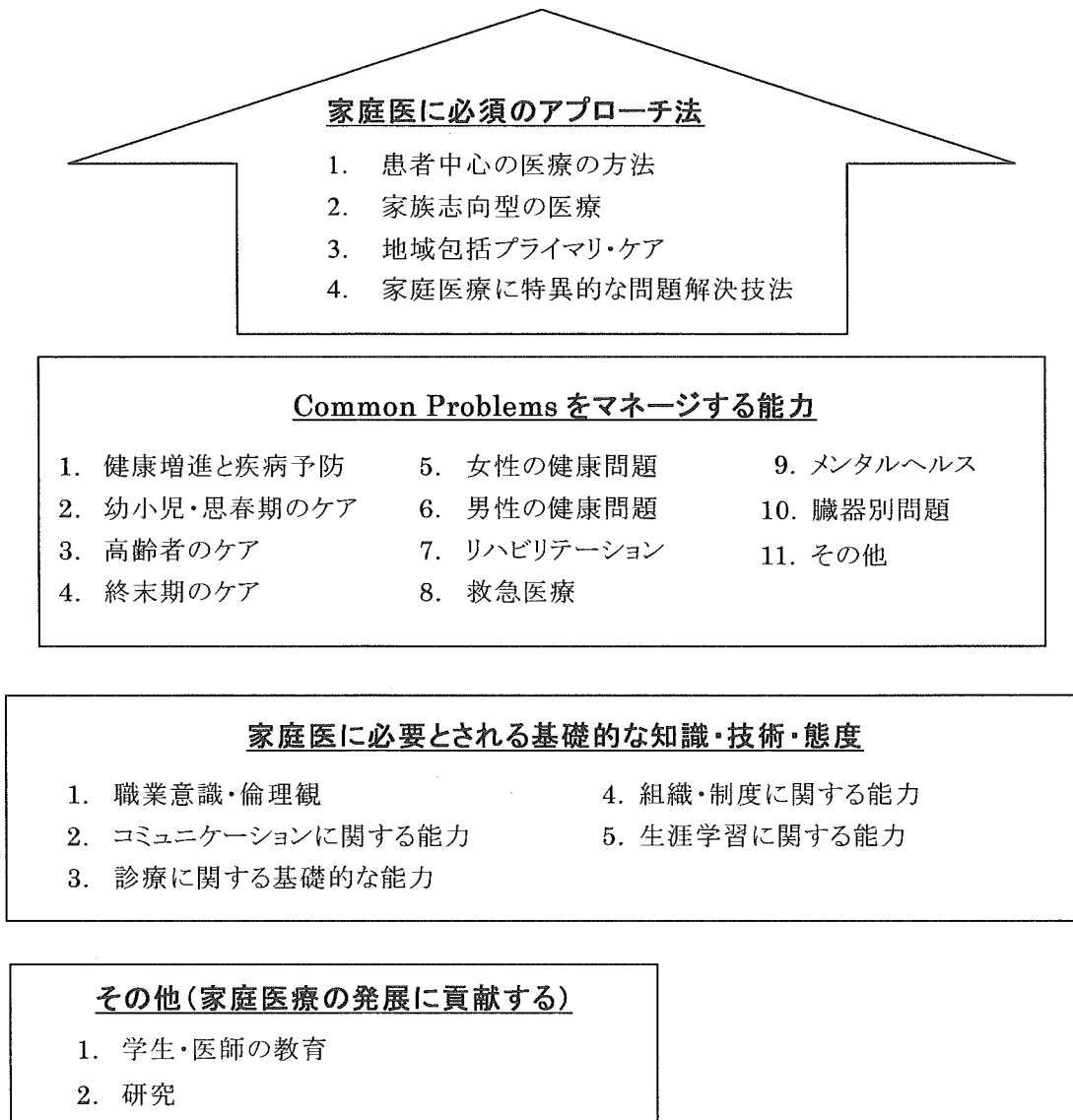
②の項目、つまり各専門診療科の知識や技術の寄せ集めイコール家庭医、ではない、ということが理解できると思う。

①、③の項目に関しては家庭医がどこで診療しても内容の変化しない不偏性をもつが、②の項目は家庭医がどのような場所で働くのかにより内容が大きく変わってくる。「家庭医が身につけるべき能力は地域が決める」と言われる所以でもある。4年間の研修プログラムであらゆる地域であらゆる問題に対応出来る医師を育てることは不可能であるため、4年間では最小限の知識・技術にとどめ、むしろ各個人の生涯学習能力をしっかりと教育することを重視している。

②の詳細に関しては、北海道家庭医療学センターにおける研修プログラム「Common Problems をマネージする能力⁸」を参照頂きたい(図 2-4-3 に、「3.高齢者のケア」部分を示す)。

図 2-4-2. 家庭医に必要とされる能力

下記の能力を統合し、地域の診療所や中小病院で第一線の医療を担う医師を目標とする。



⁸ 「Common Problems をマネージする能力」の詳細については <http://www.nikko-kinen.or.jp/> 参照。

図 2-4-3. Common Problems をマネージドする能力「3.高齢者のケア」

【はじめに】

あらゆる世代の医療を扱う家庭医にとって、高齢者のケアは重要な位置を占めており、すべての家庭医が基礎的な高齢者のケアについて学習する必要がある。

人は高齢になるに従い機能やライフスタイルの面で個人差が大きくなる。彼らを包括的に評価し、彼らが良く遭遇する問題に精通することにより、現在の問題や将来のリスクを明らかにすることができ、個別化されたケアを提供することが可能となる。

また、家庭医は地域を包括し、ケアを提供するというその特徴から高齢者の特性をはじめ、彼らを取り巻く背景を多角的に観察することができる立場にあり、高齢者とその家族という視点を持ちながらケアを提供していくことも重要である。

学習項目には「推奨」と「オプション」の項を設けた。

■推奨→4年間の研修において学習することがすすめられる項目

■オプション→必ずしも4年間の研修期間において学習する必要はない項目。

または、後期研修終了時に必要に応じて学習すればよい項目。

カリキュラムでは【知識】【技術】の項はレジデントが研修するためのガイドにするためのものであり、「推奨」の項をすべて経験し知識・技術を有していることが修了の要件というわけではない。

【知識】

A. 高齢者ケアの基本と原則

①老人と虚弱性 ②高齢者総合評価 ③高齢者に対する薬物治療の原則

B. 高齢者でよく見られる一般的問題

①移動能力の障害 ②尿失禁 ③認知障害 ④うつ状態

⑤虐待、アルコール、自動車運転 ⑥便秘、便失禁、褥創 ⑦問題行動

⑧心理社会的問題 ⑨その他

C. 問題解決のための多角的アプローチ

①チームによるケア

②リハビリテーション(7.危険因子のスクリーニング、8.評価、9.ヘルスプロモーションと健康維持)

③在宅ケアと介護者、家族への支援 ④施設ケア

⑤緩和ケア(10.疼痛コントロール、11.その他の症状のコントロール)

⑥倫理的問題

⑦高齢者を取り巻く、日本の状況(12.高齢化社会、13.制度)

【技能】

A. 高齢者包括評価の実施

B. 高齢者を対象とした適切な医療面接と身体診察

ウ) 北海道家庭医療学センター家庭医療学専門医コースの実績とその意義

2005年3月の時点で1期生2名、2期生2名、3期生3名、5期生4名(4期生は後期研修に進んだものが0名であった)、計11名が北海道家庭医療学センターの後期研修プログラムを修了し、6期生(4年目研修医)5名、7期生(3年目研修医)7名が現在北海道家庭医療学センターの後期研修医に在籍し、8期生6名を2006年度に後期研修医として採用予定である。

表2-4-1に研修を修了したものの進路の概要を示す。

表 2-4-1. 研修修了者の進路

	北海道家庭医療学 センター	研修プログラムを 持つ施設	研修プログラムを 持たない 原則診療のみの施設
北海道内	4名	0名	4名
北海道外	0名	3名	0名

11名のうち7名はその後も研修医の教育に携わっている。

また、研修プログラムを持たずとも全員が大学などと協力し、家庭医療・地域医療に興味を持つ学生の教育に関わっており、研修修了者は全員、卒後も診療を超えた家庭医療の発展・普及に何かしらの形で関わっていると言える。また、修了者の多くが就職先の上司などから高い評価を得ている。

「1) 日本における「家庭医」の歴史、北海道家庭医療学センターの設立までの経緯からみる家庭医療研修の意義・目的」の項で述べた、「家庭医療の現場で行われる、質の高い研修プログラムの中で多くの若い医師を優秀な「家庭医」として育て上げ地域の第一線に送り出すことにより国民の医療ニーズに応えること」という目的はまだまだ人数は少ないとはいえ着実に達成されているということが言える。

それに加え、研修を修了したものが後進を育てることに興味を持ち、他施設でも家庭医を育てることに貢献していることは注目すべき点と考えられる。

また、北海道家庭医療学センターが1997年に研修プログラムを日本で初めて開始して以来、「家庭医療の専門医研修」をうたう医師の研修プログラムは増加した。すべてのプログラムが北海道家庭医療学センターをモデルにしたという確証は全くないが、北海道の民間の医療法人が家庭医療学専門医を育て修了生を世に送り出し続けているという事実が他施設の家庭医療研修プログラム設立の動機になっている可能性がある。

エ) 北海道家庭医療学センター家庭医療学専門医コースの評価

2006年2月に北海道家庭医療学センター内部で「北海道家庭医療学センターの優れた点、問題点」を語り合う場を設けた。北海道家庭医療学セン

ター家庭医療学専門医コースの現時点における優れている点、問題点を以下に示したい。

<優れている点>

- ・ 初期研修・後期研修を通じて医療者として基礎的な事項（患者・家族に対する態度、診療に対する責任感、病歴・身体所見・検査の実施からその評価・治療という過程を組織だって考える力、医療面接）をしっかりと学ぶことができる
- ・ 家庭医を学習・実践するための環境
 - 価値観を共有出来る同僚・先輩の存在
 - 複数のサイトを抱え多様性に富む
- ・ 人材の質の高さ
 - ロールモデルたり得る指導医
 - 優しさと向上心
 - 教育に対する造詣
- ・ 家庭医療を日本で実践・教育するための組織やシステムを模索し作り上げてきたこと

<問題点>

- ・ 北海道家庭医療学センターの孤立
 - 日本で最初の家庭医療学センターとしてがんばればがんばるほど孤高の存在に
- ・ 北海道家庭医療学センター組織内の問題点
 - 増え続ける研修サイトと研修医、毎年求められる変化
 - 人事・労働条件などの基盤が未整備であり勤務・研修に集中出来ない
 - 情報管理・共有のためのシステム
 - 引っ越しの多さ、本拠地を離れて研修する研修医の孤独、疲労、不安
 - 研修修了後の個人のビジョンが描きにくい
 - 北海道家庭医療学センターの中長期的なビジョンの不明瞭さと人材離れ
 - ✧ 個人のビジョンと組織のビジョンを比較しすりあわせることができず、結局は他施設へ就職してしまう傾向

この評価は今年 10 周年を迎える北海道家庭医療学センターがさらなる発展をとげ、日本における家庭医療の発展のために非常に有用な情報であるとともに、後進の家庭医療研修施設が発展する過程で将来予測されるであろう問題に光を当てるものであると考える。

(5) 今後の課題（山田）

上記の問題点を受け、いま北海道家庭医療学センターは設立10年目において大きな変革の時を迎えている。大きくなった組織とその研修プログラムの管理体制の確立が急務である。内部の充実ばかりではなく、外部組織との連携を強化し、当センターのノウハウを提供していくことも重要である。

また、北海道家庭医療学センターが1997年に家庭医療学専門医養成を目的とした研修プログラムを日本で初めて開始して以来、「家庭医療の専門医研修」をキーワードとした医師の研修プログラムを立ち上げる国内の大学、地域の医療機関は急速に増加している。

家庭医を養成する研修プログラムを立ち上げることの社会的意義が認知されて起きた現象として望ましいことである反面、質の低い研修プログラムが少なからず生まれ、逆に家庭医療が国民の理解を得られない、という事態が発生する可能性も否定出来ない。

このような事態を避けるため、日本国内の家庭医療研修プログラムの要件を設定し、その要件を満たした施設が家庭医療研修プログラムとしての認定をうける、という認定制度が必要となる。

現在、日本国内の家庭医療、プライマリ・ケア関連学会の一つ、日本家庭医療学会が国内に増えつつある家庭医療研修プログラムの質を国民に対し保証する目的で家庭医療後期研修プログラム認定の要件を策定している。

北海道家庭医療学センターも策定作業に協力しており、今後の動向が注目される場所である。

3. 更別村におけるプライマリ・ケア実践の効果評価（川越）

前節で述べたように、2000年に常勤医師不在に直面した更別村は、2001年に、医療法人 社団 カレス アライアンスと医療業務を提携し、現在、村内唯一の医療機関である更別村国民健康保険診療所（病床19床、以下更別村診療所と略）を中心に、常勤医師3名体制で、地域における家庭医療学の実践を行っている。

本節の目的は、これら医療提供体制の強化や家庭医機能の提供が、更別村の住民・患者の意識、医療アクセス、救急医療体制、医療費（今回、市町村国保に限定して評価）等にどのような影響を及ぼしたかを調査・分析し、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とすることにある。

(2) 住民・患者の意識に及ぼす影響（アンケート調査より）

ここでは、現在の医療受給状況や主治医の有無、主観的健康観、費用負担感などの実態に加えて、住民・患者が、①医療提供体制 ②医療内容 ③医療へのアクセス ④家庭医機能等に対してどのような印象を持っているのか、また、主治医にどのような事を期待しているのかなどを、アンケート形式により評価する。なお、アンケートの対象は、満 20 歳以上の村民全員（対象者数：2,729 名）。また、一部のアンケート項目の中で、2001 年以前（医師 1 人体制又は常勤医師不在の時代）との比較をヒアリングする形とした。なお、有効回答数は 1,458 人、回収率は 53.4%であった。

1) 対象者のプロフィール（主なもの）

ア) 性・年齢階級（有効回答 1,445 人）

性別では、「男性」675 人(46.7%)、「女性」770 人(53.3%)、年齢階級では、「20～30 歳代」297 人(20.6%)、「40～50 歳代」455 人(31.5%)、「60～70 歳代」564 人(39.0%)、「80 歳以上」129 人(8.9%)であった。

イ) 主観的健康観と健康に対する不安感（有効回答 1,445 人）

主観的健康観では、「非常に健康」121 人(8.3%)、「まあまあ健康」992 人(68.0%)、「あまり健康でない」288 人(19.8%)、「全く健康でない」52 人(3.6%)であった。

これを年齢階級別にみた。ここで、「あまり健康でない～全く健康でない」の割合をみると、70 歳代以降で増加しているものの、70 歳代とそれ以降の年代ではあまり差はみられなかった。また、20 歳代は、60 歳代とほぼ同じであった。

次に、主観的健康観と健康に対する不安感の関係をみた。ここで、「いつも不安を感じる」の割合をみると(全体：9.7%)、「非常に健康」0.8%、「まあまあ健康」2.7%に対し、「あまり健康でない」25.2%、「全く健康でない」76.9%と、全く健康でないと思っている人の約 8 割は、いつも健康に不安を抱えている状況であった。

図 3-1-1. 年齢階級別にみた主観的健康観

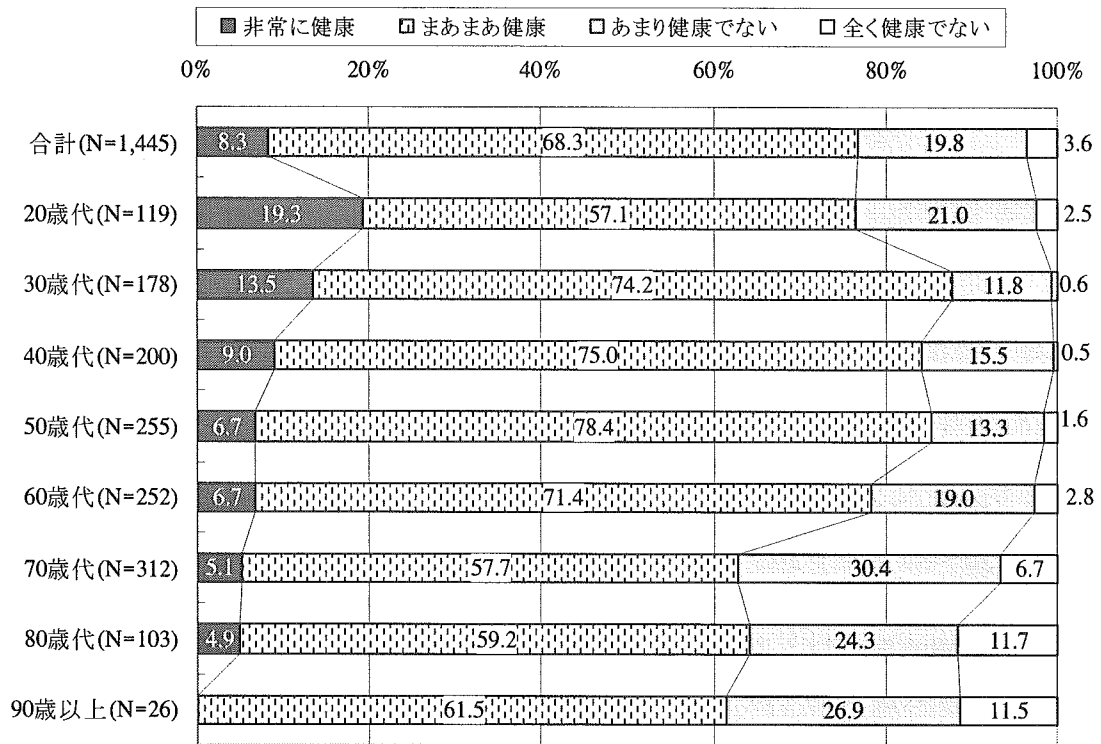
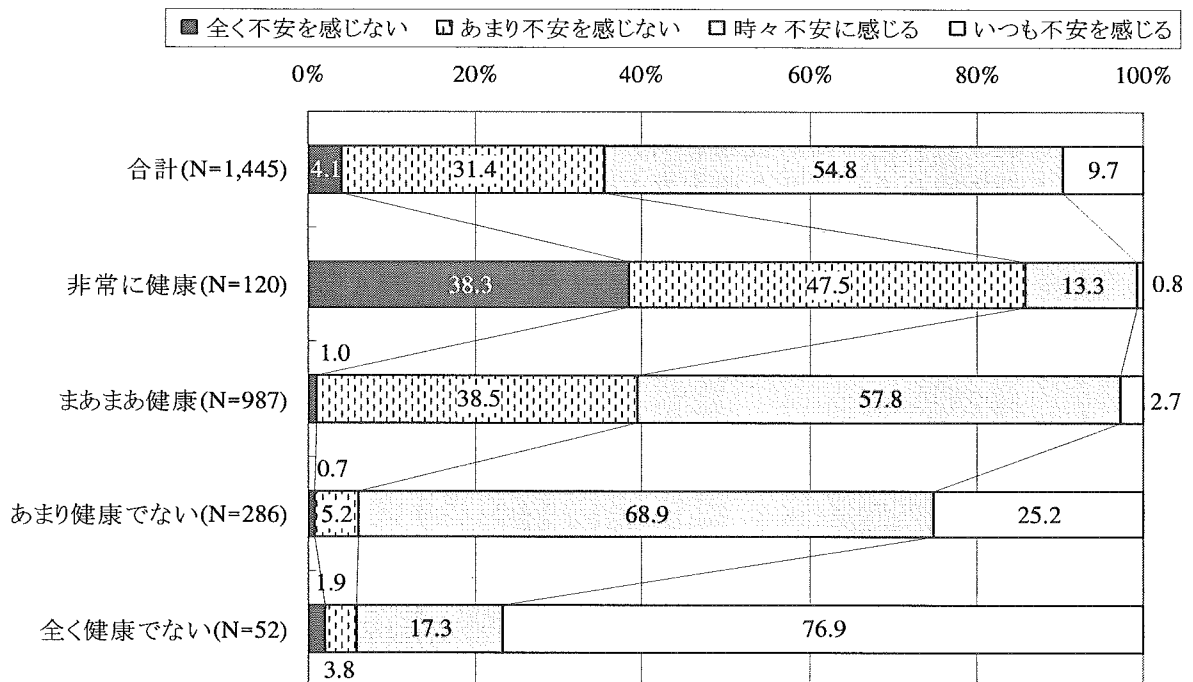


図 3-1-2. 主観的健康観と健康に対する不安感の関係



ウ) 現在の通院状況（有効回答 1,432 人）

まず、通院先をみると、「病院のみ」23.5%、「更別村診療所のみ」22.9%、「その他診療所のみ」5.3%、「病院と更別村診療所」3.4%、「通院していない」44.1%であった。

次に、通院頻度をみると、「週1回以上」2.9%、「月2回程度」7.5%、「月1回程度」31.9%、「2-3ヶ月に1回程度」13.5%、「通院していない」44.1%であった。ここで、通院していない割合を年齢階級別にみると、20～40歳代では約7割が通院していないのに対し、70歳代以上では約9割が通院している状況であった。

図 3-1-3. 通院先の状況

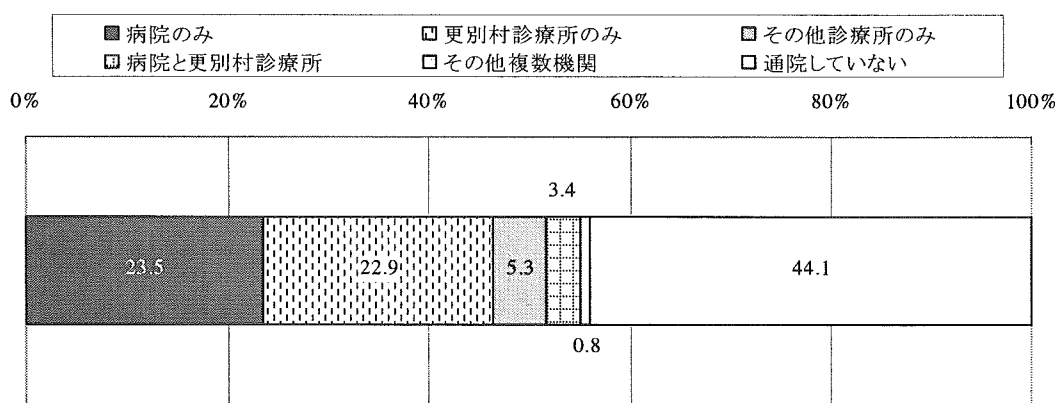
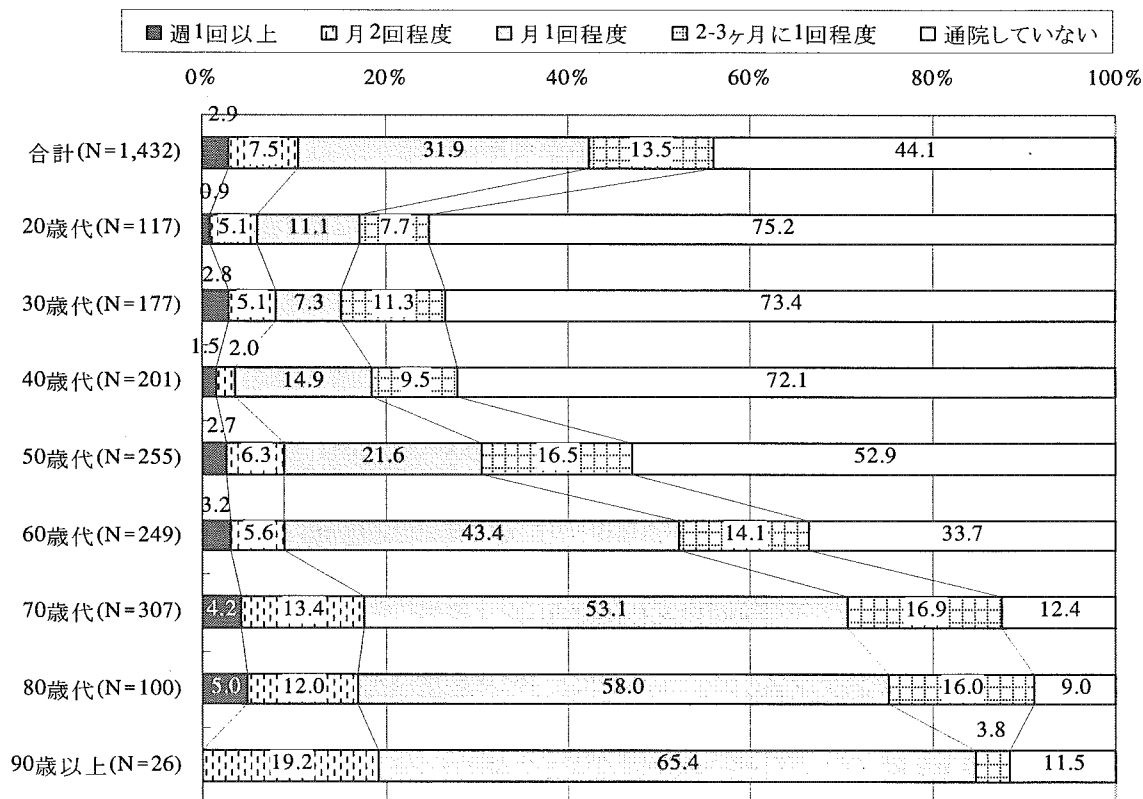


図 3-1-4. 年齢階級別にみた通院頻度の状況



2) 主治医と患者の関係性からみた評価

ア) 患者と医師の関係モデルからみた評価（有効回答 796 人）

今回、過去の調査研究⁹で用いられた質問項目と同じものを用いて、患者¹⁰と医師の関係を調査した（4つのモデルに関しては、図 3-1-5 参照）。

まず、“患者にとって、どのモデルが望ましいか”に関しては、「モデル 1（情報も決定も医師主導）」5.0%、「モデル 2（情報は共有だが、決定は患者主導）」30.2%、「モデル 3（情報も決定も共有）」42.8%、「モデル 4（情報は共有だが、決定は医師主導）」22.0%と、モデル 2 ないしモデル 3 が望ましいという意見が多かった。

次に、“現在の日本の現状では、どのモデルが多いか”に関しては、「モデル 1」34.3%、「モデル 2」14.9%、「モデル 3」23.4%、「モデル 4」27.4%と、患者と医師の望ましい関係に比べ、モデル 1 が圧倒的に多く、逆に、モデル 2 及びモデル 3 が少ないという結果であった。

最後に、“現在の更別村診療所における患者と医師の関係に近いモデルはどれか”に関しては、「モデル 1」7.8%、「モデル 2」32.5%、「モデル 3」38.9%、「モデル 4」20.7%と、患者にとって望ましいモデルに近い評価であった。

図 3-1-5. 患者と医師の関係モデル

<p>【モデル 1：Paternalism model（情報も決定も医師主導）】</p> <p>○患者：「いただいたお薬をきっちりのんでいるのですが、なかなかよくなるいんですが・・・」</p> <p>●医師：「だいじょうぶですよ、私にまかせておいたら必ずなおりますから」</p> <p>○患者：「そうですか、よろしくお願いします」</p>
<p>【モデル 2：Agency model（情報は共有だが、決定は患者主導）】</p> <p>●医師：「この前の検査ではここまでわかりました。次の検査に進めてもよいですか？」</p> <p>○患者：「次の検査をするか 2、3 日考えてから返事します」</p> <p>●医師：「それでは返事をお待ちします」</p>
<p>【モデル 3：Partnership model（情報も決定も共有）】</p> <p>●医師：「次に、この治療をする必要があります。しかし副作用が心配です」</p> <p>○患者：「副作用はどの程度のものでしょうか？」</p> <p>●医師：「人によっても違いますが、こんな症状が出る可能性が強いですね」</p> <p>○患者：「でも仕方ないですね。それでいきましょう」</p>
<p>【モデル 4：Limited Partnership model（情報は共有だが、決定は医師主導）】</p> <p>●医師：「この前の検査結果はこうで、こんなことが考えられます。次は、ここを明らかにするために、この検査を行います。まかせておいてください」</p> <p>○患者：「検査の内容だけでももう少し説明してください。あとはぜんぶおまかせします」</p>

⁹ 具体的内容に関しては、主任研究員岩井郁子「医療への患者参加を促進する情報公開と従事者教育の基盤整備に関する研究」（平成 10 年度厚生省政策科学推進研究事業）を参照。

¹⁰ ここでは、現在通院中の患者と、過去に通院経験のある患者を含めて患者としているが、分析上は両者を区分して分析している。