

支援専門員が多忙という理由もあるが、アセスメント行為が ①直接的なサービス選択 ②利用者のリスク評価と専門職との具体的連携 につながっていないことも要因であろう。また、「多職種連携」の重要性をいくら言っても、その具体的方法論の理解と実施したことのメリットが実感されなければ、実際にはなかなか連携など行わない。

松江市では、現在、本年4月からの地域支援事業や新予防給付の円滑な実施に向け、①地域包括支援センターやサービス提供事業所で行う具体的アセスメント項目の決定 ②利用者への説明および主治医への報告用に活用する「日常生活活動状況評価シート」のフォームの決定 ③アセスメント結果に基づく主治医／歯科関係者との連携ルール などを、介護予防推進会議で検討している。例えば、主治医との連携ルールに関しては、①立ちくらみが「ある」 ②食欲が「低下してきた」 ③自分の健康状態を「あまり良くない～非常に良くない」と本人が回答した場合、あるいは、地域包括支援センター職員などが行う問診の中で、①日常での痛みが「ある」 ②歩行時に痛みが「ある」 ③熱発が「たまに～しばしばある」 ④下痢または便秘が「継続している」 などが確認された場合、主治医に相談をするというものである。また、歯科においても、①食べるのが「遅くなった」 ②口の中に食べ物が「残ることがある」などと本人が回答した場合、あるいは、①入れ歯の適合が「やや不適合～非常に不適合」 ②ぱ・た・ら・かの発音が「できない」 ③口腔清掃が「やや不良～大いに不良」などが確認された場合、歯科関係者や言語聴覚士に相談をするというものである。

これらルールは、専門職に叩き台の考え方をまず提示頂いた上で、介護予防推進会議で了解を取り、その上で、現場スタッフへは、研修会などを通じて徹底を図るという流れにしている。具体的ルールを作ることで、地域包括支援センター等の業務負担感の軽減、および専門職の連携に対する思いの実現を図った訳である。

#### 4. 地域包括ケア実現に向けての課題

本稿では、医療保険・介護保険制度改革の中で、地域包括ケアの実現が切望されている背景を解説するとともに、異なるアプローチで、地域包括ケア実現に向けた具体的取り組みを行っている2地区の事例を紹介してきた。

ここでは、これら事例も踏まえながら、地域包括ケア実現に向けた課題について私見を述べる。

##### (1) 地域包括ケアが目指す基本理念の理解の徹底

今回の介護保険制度改革の中で、地域医療・ケアのあり方に大きく関係するのが、「地域という概念設定」であり、「地域包括ケア体制の構築」である。

このことは、高齢化の更なる進展や平均在院日数の短縮化などの流れの中、高齢者の特性を踏まえた上で、「要介護高齢者の地域における生活をできる限り継

「続けて支える」という目標を、利用者本位で如何に実現するかを考えた場合の結論であったと思う。

ただし、様々な障害を抱え、かつ状態が変化しやすい高齢者の在宅生活を支援することはそれ程容易ではない。地域の支援体制によっては、本人・介護者双方に大きな負担・不安を抱かせ、結局、施設入所を選択せざるを得ない状況に追い込みかねない。家族を含めた支援体制を如何に構築するかが、介護保険の本来の理念である「在宅重視」を具現化するカギと言えるだろう。

このように考えると、今回のキーワードである「包括性」という言葉には、①サービスの包括性 だけでなく ②本人だけでなく家族をも含めた包括性 ③高齢者の抱える様々な障害の評価の包括性（全人的評価） を含んだ概念であると理解すべきであろう。

マネジメント担当者及びサービス提供者は、上記のような制度改革の流れを鑑み、「様々な障害を抱える高齢者の地域における生活を継続的・包括的に支援すること」を共通目標・使命と理解した上で、「目標実現に向け、自分はどのような支援ができるか」を出し合うことが求められていることを認識する必要がある。

## （２）目標設定変更に伴う意識改革～治療から生活支援へ～

サービス提供時に、誰が問題を定義し、どこに目標を設定するかは、その後の治療・ケア方針だけでなく、患者や家族の感情やその後の療養生活に大きな影響を及ぼす。例えば、救命救急であれば、「救命すること」が目標であり、その実現に向けて必要な医療資源が投入される。急性期病院でも同様で、「治すこと」が目標であり、治すことには精力を傾注するが、仮に治らない（目標は達成できない）となると、医療従事者としての役割はなくなったと思いがちになる。そして、長期療養に適した施設への転院が勧められたり、退院を行い易くするための治療が選択されたりする。別に悪意や悪気がある訳ではなく、その病院は「有する医療機能」を必要とする患者のための施設であり、自らは「治すという目標」を達成するための資源であると考えているからであろう。ただ、そこには、障害を抱えたまま退院せざるを得ない本人や家族の様々な思いへの配慮といった視点は欠落している場合が多いように思う。実は、効率性重視になっているのである。

一方、地域包括ケアという空間に求められているものは、「様々な障害を抱える高齢者の地域における生活を継続的・包括的に支援すること」である。この空間に関わる医師<sup>10</sup>には、「治るか否か」といった自分の評価軸を捨て、本人や家族の意向を十分傾聴し、理解した上で、生活支援の観点から、医学的管理に関わるといった姿勢が求められる。サービス介入によって、単に、数値（血圧、歩行速度など）が改善したか、身体機能が改善したかを評価する（これらの結果にとらわれる）のではなく、生活機能の向上や本人・家族の自己実現が出来たか否かを

<sup>10</sup> 全ての医師がこの空間に関わる必要はない。この空間に関わる場合は、利用者本位での医療提供が求められると言っているだけである。ただし、救命に関わるにせよ、このような視点があることは認識しておくべきと思う。

評価することが求められる。

介護保険における「利用者本位」という概念は、医療や介護の専門職が、各々の評価軸で本人や家族を押し量るのではなく、本人・家族の意向や内なる思いを十分理解した上で、本人・家族の自己実現に向け、各関係者が必要な専門的支援を行うことであると、筆者は理解している。

### (3) 急性期病院と在宅間の連携推進～退院指導から退院支援へ～

一般的に高齢者は、様々な生活障害に加え、慢性的な健康問題を抱えている。また、状態変化も起こしやすいため、急性期医療を必要とする場合も多い。要するに、急性期～回復期～慢性期を行き来し易い状況にある。

ところで、急性期医療の現場では、「治療により、入院前の健康な状態に戻すこと」が目的と考えられ、治らなければ療養に適した他の場所に移ってもらうという意識が強い（平均在院日数の短縮化がこの意識を強くさせている側面がある）。また、慢性期医療を、急性期医療の延長ないし後行程と見なし、患者や家族の視点よりも、医療従事者の価値基準を優先しやすい傾向にある。

ただ、このような医療提供は、昨今強く謳われている「患者中心の医療」という視点からみて、また、医療資源の有効活用という観点からみて、適切と言えるのであろうか。

退院後の生活の方が時間的に非常に長い。逆に言えば、急性期対応の時期は、その長い時間のほんの一部でしかないのであるが、その治療やケア内容、退院時の対応などは、その後の療養に大きな影響を及ぼす。急性期対応を行う医療従事者には、「治したい」という医療専門職としての意識や思いをもった上で、患者や家族と同じ境遇になった場合の気持ちを想像し、退院時に、それ以降に関わる地域の担当者（在宅主治医、在宅訪問看護師、介護支援専門員など）に円滑につながるという意識を持つべきである。

この意識が持てれば、「短い入院期間内で、退院後にすべきことを全て教え込む（教え込まなければならぬ）」という発想から、病院内の日勤帯と準夜帯の看護師同士の申し送りのごとく、「入院中は病棟看護師でできる範囲を行い、完全に習熟出来ていない行為や理解しきれていない療養上の留意点などについては、退院後に在宅訪問看護師に教えてもらう」といった形に転換できる。このように、病院関係者と在宅関係者が同一の目線を持っていること、両方の支援体制があることは、様々な不安を抱える本人や家族にとって、非常に心強いものである。

急性期の医療従事者の意識を少し変えるだけで、患者・家族の抱く「病院から追い出された」というネガティブな意識を、「いつでも何かあれば病院に対応してもらえる」というポジティブな意識に転換することが出来、良好な患者・家族関係も構築できる可能性が高いことを認識する必要がある。

### (4) 求められる多職種協働の実現

高齢者の場合、様々な生活障害や健康問題を抱えており、かつ、状態が変化しやすい状況にある。このような高齢者の生活を支える事は、主治医だけでは不可

能であり、疾病や症状に応じた在宅専門医（泌尿器科、耳鼻咽喉科、皮膚科、歯科など）の協力、地域の様々なケア資源の活用が求められる。状況に応じて変化する支援内容に応じて、必要なスタッフが適宜対応できるといった、柔軟な多職種協働の仕組みが求められているのである。

この多職種協働を有機的に機能させるためには、疾病のマネジメントを行う医師と、生活支援の観点からマネジメントを行う介護支援専門員がきちんと協働した上で（両者のマネジメントが融合して、初めて包括的なマネジメントが実現出来る）、ケアカンファレンスの場で、他の関係職種を交えながら、ケアの方向性の確認作業と役割分担、スケジュールの確認を行う過程が必要不可欠となる。

役割分担を合議で決めるということは、それだけ責任も生じることになるが、①自分の専門性が発揮出来ること（専門職としてのやりがい） ②自分の守備範囲やリスクの範囲が明確になること ③何かあっても他の人がカバー、ないし指導助言してくれる安心感があること ④うまく機能すれば、他の職種から評価されること ⑤ケア目標実現に向けたチームとしての一体感が得られること ⑥事業所ではなかなか受けられない様々な指導助言が得られること（実践的な教育の場）などのメリットが実感できる重要な「場」がケアカンファレンスであることを理解する必要がある。

#### （５）包括的アセスメント票の再構築

医療において、適切な診断がなければ、適切な治療の選択・提供は期待出来ない。「診断」という技術は非常に重要であるが、高齢者医療・ケアの世界においてこの診断に相当するのが「アセスメント」である。ケアマネジメントにおいて、この行為が十分に行えていないこと、また、それに対する他の職種によるチェックや指導助言の不足が、特に、軽度要介護者に対する対処療法的なサービス提供<sup>11</sup>につながっていると考える。

介護保険施行当所から、ケアプラン方式に関しては、MDS・HC や三団体方式、日本訪問看護振興財団方式などの複数方式の選択の形でスタートしたが、地域包括ケアを実現するためには、それに適したアセスメント票を構築し直す必要がある。

#### （６）職種間連携の具体的なルール構築

医療や介護の世界は、専門職を中心とした世界である。このうち、医療、特に、急性期医療の世界では、「治すこと」を実現するための効率的な組織形態（医師を中心とした階層型組織）が構築され、指示命令系統や責任主体もはっきりしていた。また、同じ医療という土壌で育った関係者、かつ、同一医療機関内の関係者同士での連携であったため、医師のマネジメントのもと、比較的うまく機能し

<sup>11</sup> 軽度要介護者の場合、単品ケアプランが多いが、その内訳は、「訪問介護」「通所介護」「福祉用具貸与」などであり、出来なくなった生活行為（日用品の買い物、起居動作、家庭内浴槽の出入りなど）を補完するサービス選択が中心で、それら生活行為が出来ない理由の掘り下げ、生活行為を改善するためのメニューのケアプラン導入（特に、リハビリテーション）などはあまり行われていない。

ていた。一方、介護の世界は、医療のようなトップダウン方式はなく、また、医療のように即断即決が求められる世界でも、マネジメントが十分機能した世界でもなかった。

さて、今回の地域包括ケアの空間では、医療・介護関係者による多職種協働が求められる。この空間では、各専門職は「果たすべき役割の違い」という「横軸」の関係であり、また、利用者を中心とした支援方法を検討することが求められているなど、今まで育ってきた環境や方法論（問題は医師が決定することなど）との差異から、主治医は非常に戸惑いを覚えるのである（このような空間になかなか馴染めない）。また、主治医は、医学的リスクに対する責任者であるため、病院でそうであったように、関係者から適宜きちんと連絡が入ることを期待するが、育ってきたバックグラウンドや日常使っている言葉、仮に同じ言葉を発していても認識している意味が異なる介護関係者から適切なタイミングで適切な連携が入ることは難しい。このような状況下で、もし利用者に主治医が想定したリスクが生じれば、「何故こんな状態になるまで連絡しなかったのか」と、関係者を叱責することになる。

医師に限らず、多忙な人間にとって、一から十まで言わなくても理解してくれる事を相手に要求しがちである。これまでの医療空間では、周りのスタッフが、医師の指示の行間を補足し、問題ない対処をしていた訳であるが、地域包括ケアの空間では、より具体的な指示と、何故そうするのかの説明が求められる。このような状況において、連携を取る方法としては、①尾道市のように、アセスメントの徹底を図りながら、ケアカンファレンスという研修の場を通じて相互理解を深め、かつ具体的指示を行う ②どういう場合に連絡が欲しいかを専門職側から具体的に提案・説明し<sup>12</sup>、そのルールを関係者が遵守するよう徹底する などの方法しかないと考えられる。

一つの方法は、アセスメント内容から、具体的連携ルールを構築することではないかと考える。

#### (7) プライマリ・ケアの理念を理解した関係職種の養成

現時点の在宅・施設療養者本人や家族のことを鑑みれば、様々な形で高齢者医療・ケアに関わっている医師などの意識を変えることは非常に重要である。ただし、前述したように、地域包括ケアという空間は、元々育ってきた環境や方法論とは異なる世界であるため、なかなか理解しづらい。このことは、他の職種との連携が要求される「在宅医療」がこれまでそれ程進んでこなかった背景の一つと考えられる。

この解決策としては、初めから、地域包括ケアに求められる機能や取り組む姿勢（包括的対応、継続的関わり、チームとしての協調性、説明責任、患者中心の考え方、家族を含めた対応、共感できる関係性の構築など）を、目的達成のためには当然のことと理解した関係者（医師だけでなく、医師と同様の世界で育って

<sup>12</sup> この作業を行うことで、医師などが「何をリスクだと考えているのか」が、他の職種に理解できる効果が期待できる。

きた看護師やP Tなども含め)を、専門のプログラムに従って養成することであろう。

これまでは、専門分化の流れが強い一方で、それを補完する連携体制の強化が遅れたため、医療サービスのトータルパフォーマンスを低下させた感がある。また、専門分化の流れは、医療従事者の守備範囲を狭くし、かつ、小児科などの医師不足をもたらしただけでなく、患者との関係性の悪化を招いた一因にもなっている。

第6章で報告した北海道更別村での家庭医は、小児から高齢者まで幅広い年齢層を、また、救急から慢性期医療まで幅広い領域をカバーし、かつ住民から高い評価を得ている。

今後、専門医だけでなく、プライマリ・ケア医／家庭医を、また、プライマリ・ケアの理念を理解した関係者を、バランス良くかつ早急に養成していくことが肝要と考える。

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

## ⑱ 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

（平成 17 年度実施）

### 研究要旨

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、更別村と個人情報の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

川越雅弘（2006）「医療保険改革と介護保険改革（上）・（下）『月刊介護保険』,122号, pp.56-57, 123号, pp.64-65

##### 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

[この研究は、平成 17 年度に行った研究である。]

# 第 18 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「スーパーローテート方式」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<sup>1</sup>。

<sup>1</sup> 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・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。

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す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」<sup>2</sup>というべきかもしれないが、現実に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ろう。

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

<sup>2</sup> 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。

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、それを越えた、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、希望や生きがいを持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<sup>3</sup>。

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<sup>4</sup>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ところまでには至らなかった<sup>5</sup>。

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の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<sup>6</sup>。

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

<sup>3</sup> 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。

<sup>4</sup> 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。

<sup>5</sup> 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。

<sup>6</sup> 日鋼記念病院史。