

## 総合福祉教育体系の創成

大貫 稔<sup>1)</sup>

### Creation of Strategy for the Educational System of Comprehensive Welfare

Minoru Ohnuki<sup>1)</sup>

#### 要約：

1977年度から筑波大学の医学生を対象に、医学の教育と並行して、保健、看護、福祉などの医学関連のパラメディカル分野の教育・実習をさせるという、わが国で初めての斬新なチーム医療教育を断行した。

この教育は、さらにすでに医師となっている医師会員の再教育にも導入し、1987年には茨城県古河市において保健・医療・福祉の各専門家集団と、さらに市民を含めて官民一体となった包括的地域ケア・システム（福祉の森事業）を構築することに成功した。

この成果を基盤として、1991年以降は福祉系大学の学生に対して、保健・医療の教育を充実させ、さらに在宅ケアが重要視される21世紀の福祉人材として、保健・医療・福祉に加えて心理的支援、経済的自立・支援、福祉施設運営・経営の知識、さらにはヘルパーの技能体得等総合的・包括的な能力を教育する浦和大学総合福祉学部が2003年4月からこれもわが国では初めての構想が発足した。

チーム医療教育から始まって、総合福祉教育に至るまでの30年間の保健・医療・福祉の連携による包括的ケア・システムの教育と実践に関する開発的歩みについて述べる。

この理想を4年間で実現させる「総合福祉教育体系の創成」がわが大学の最大の課題である。

**キーワード：**総合福祉教育、包括的地域ケア・システム、在宅ケア、地域リハビリテーション

#### 1. はじめに

1954（昭和29）年に東京医科歯科大学医学部を卒業し、1年間のインターン生活の後に医師免許を取得してからその年のうちに同大学の助手となり、以来今日まで、東京医科歯科大学での教員として22年間、筑波大学が14年間、そして日本女子大学の6年間を経て、さらに浦和短期大学6年間、浦和大学の1年間を加えて合計49年間で医学関連分野で教職を続けてきた。卒業後しばらくは、それまでの医学教育を忠実に守って、後輩にも、内科医として呼吸器病学と内分泌学の診断・治療とその研究を中心とした教育に当たっていたが、長期療養の慢性疾患々者を数多く治療しているうちに、

純粹の医学の立場のみから患者に接する医師が、本当に患者本位の医師といえるのかという疑問を持つようになり、私なりに、患者の社会的、家庭的背景を重視した対応にも力を入れるようになった。

丁度その頃筑波大学がわが国の新構想大学として国を挙げての事業となり、とくに臨床医学系と基礎医学系とは別に、社会医学系という日本で初めての分野を独立させた医学教育が取り入れられ、私がおの中の「看護・リハビリテーション医学」の初代教授として赴任することになったのを契機として、医学とその関連領域との融合連携を図るという私の基本理念を導入した新しい医学教育（チーム医療教育）をスタートさせた。

以来今日まで、医学生の卒前教育、医師会員の

1) 浦和大学 学長 Urawa University, President

卒業教育、パラメディカルスタッフの卒前・卒業教育においてこの連携・統一の重要性を強調し続けると共に、茨城県古河市において、そのような保健・医療・福祉の各専門職集団とさらに市民各層も含めて官民一体となった包括的地域ケア・システム（福祉の森事業）を構築することに成功した実践的研究活動も並行して実行してきた。それらの成果は、文部省、厚生省の大学レベルでの医学教育や保健・医療・福祉関連の法制度の改革・制定へも大きな影響を与えてきた。

その成果を踏まえて、浦和大学「総合福祉学部」構想に到達したので、その概要について以下に述べることにする。

## 2. 医学生に対する「チーム医療実習」から福祉人材養成の「総合福祉教育」までの流れ

### 2.1 筑波大学におけるチーム医療実習に至るまでの経過

昭和29年 3月 東京医科歯科大学医学部卒、インターン1年間

昭和30年 7月 医師免許取得

昭和30年10月 東京医科歯科大学内科助手

昭和38年 1月 同上 講師

昭和46年 7月 同上 助教授兼霞ヶ浦分院長

東京医科歯科大学で22年間、内科学（主として呼吸器病学と内分泌学）の診療・研究と講義担当。

昭和52年 4月 筑波大学社会医学系教授（看護・リハビリテーション医学担当）

この年度から、医学4年生の3学期に「チーム医療実習」を開始。

この保健・医療・福祉を連携させた包括的ケア・システムの構想は、4年前の昭和48年から計画。

内容：看護婦実習・保健婦実習・リハビリテーション実習・臨床検査実習・放射線部実習・福祉関連講義など。

### 2.2 チーム医療実習から、医師会員の再教育まで

昭和60年 7月 茨城県医師会理事を併任

昭和62年 8月 医師会員に対する筑波大学体験学

習制度（無料）を開設（文部省の強い反対を押し切って運営開始）平成元年6月文部省から「国公立の医大・医学部はその機能を地域医師会の生涯学習に開放せよ」という法案が成立

昭和62年12月 茨城県古河市に、全市的システムとして、保健・医療・福祉の専門家集団が連携した包括的ケア・システム「福祉の森事業」の構想を大貫による企画・運営指導でスタートさせた。

これはその後「ゴールドプラン」や「介護保険制度」のモデルとなったもの。

しかも、国レベルではなく、古河市の行政独特の事業で、市民税の範囲で実行された。

平成2年度の1年間、厚生省と文部省合同による医学部における「臨床実習検討委員会」で15人の委員の1人に選ばれた。

平成 3年 6月 大貫の強い主張で、平成3年6月、医学教育の中に、チーム医療実習を必ず入れることが、国家試験受験資格の要件となった。

### 2.3 医学生・医師の包括的連携教育から福祉人材教育への展開

平成 3年 4月 日本女子大学人間社会学部社会福祉学科教授に転出し、今度は社会福祉士を目指す学生に、福祉と関連の深い、医学、リハビリテーション学などを幅広く教育することを開始した。

平成7年から9年 浦和短期大学福祉科設置準備委員  
平成 9年 4月 浦和短期大学福祉科学科長として着任

平成13年 4月 浦和短期大学学長、浦和大学総合福祉学部設置準備委員

平成15年 4月 浦和大学学長、総合福祉学部学部長

福祉科開設準備の時から、福祉教育に大いに包

括的教育の思想を盛り込んだつもりである。しかしやはり既存の国家資格カリキュラムの枠の中で、しかも2年間という限定された期間では、福祉本来の科目以外の分野の教育に手を広げることには限界が感じられていた。

そこで今回、4年制の社会福祉士養成大学の構想が3年前から準備されたのを絶好の機会ととらえ、念願の福祉と保健・医療に加えて、心理的支援、経済的自立・支援、福祉施設運営・経営の知識、さらには訪問介護員（ホームヘルパー）1・2級の技能体得等、幅広いカリキュラムを盛り込んだ実習重視の福祉とその関連領域のすべてに総合的に強い福祉人材となるべく学生を教育しようという目標を立てて、「総合福祉学部」と命名したわけである。

実は、この基本理念は理論上は納得できると思うが、いざこれを4年間の教育で如何にその目標を達成させるか、すなわち「総合福祉教育の創成」こそが、われわれ教職員に課せられた最大の命題なのである。

### 3. 保健・医療・福祉の一体的連携のための医学生、卒前教育

#### 3.1 筑波大学医学専門群における「看護実習」・「チーム医療実習」

筑波大学は1973年10月開校し、翌年4月から1期生が入学したが、私は医学の1期生が4年に進学した1977（昭和52）年4月から、社会医学系の看護・リハビリテーション医学の教授として赴任した。その話は開校前の1973年春から決まっていたが、それまで東京医科歯科大学で内科学（主として呼吸器病学と内分泌学）を専攻していた私は、社会医学関連の教授ということで一寸戸惑った。

しかしすぐに、これからの新しい医学生教育に、最もやりがいのある、しかも日本では初めての分野として、前例のない教育をやってみようという決心をして赴任までの4年間にその準備に当たった。

私と、助教授予定者と、さらに病院の看護部長予定者、副看護長予定者の4人が集まって、医学生の新々な教育方法について協議を重ねた結果、医師として病院実習に入る前に、「看護婦」として病棟勤務を体験させるという結論に達した。

これは日本では全く初めての試みであった。

最初のうちは、看護婦さんが何をやるか十分知った上で医者になるべきだという、その程度のことから始まったのであるが、だんだん話は広がっていき、これからの医療というのは、医学そのものだけではない、どうしても保健とか、福祉とか、いろいろな問題があって、医者はそれらの知識を持たなければならない。その突破口として、とりあえず6年間一貫教育のうちの4年の3学期に看護について体験させるということに話がいきついた。したがって、看護学実習のようではあるが、同時にその他のパラメディカルの人たちのやることのすべてについて、講義なりスライドなりで体験する。あるいは将来4年生以外の時間帯—実際には6年の保健所実習、公衆衛生実習で体験させるようになったが、そういうところでどんどん体験を加えていくということに話が広がった。

これを「チーム医療実習」といい、このような教育を徹底的にやるためには夜勤もしなければならない、つまり24時間の看護婦さんの仕事は全部体験させる必要があるというので、日勤の他、準夜勤、深夜勤もさせた。

そういうことで、わが国初のチーム医療実習が始まったわけである<sup>[1], [2], [3], [4]</sup>。

筑波大学におけるチーム医療実習はさらに拡大され、この実習を実施した4年生3学期には、実習時間以外の時間帯を有効に使って、表1に示したような「チーム医療実習関連講義」を組み、さらに、中央検査部、中央放射線部、リハビリテーション部、輸血部、救急部（含救急車同乗実習）なども同時期にローテーションで全員が体験できるようなカリキュラムが組み込まれるようになった。

表1 チーム医療実習関連講義

学 習 項 目
看護について
看護の展開と患者情報処理
附属病院の組織と看護
病院におけるチーム医療
チーム医療によるケアの実際
ケアとチームワーク
医療福祉とその担い手
リハビリテーションとチームワーク
理学療法
作業療法
障害者のチーム・ケアにおける医師の役割
脊損患者に対するチームワークの実際
老人障害者に対するチーム・アプローチ
農村におけるチーム医療
リハビリテーション施設におけるチームワークの実際

### 3.2 保健所（保健婦）実習への拡大

4年生3学期のチーム医療実習の精神を更に拡大して、臨床的医学実習を一通り終了した時点（6年生1学期の終わりの2週間）に、約100名の学生を主として茨城県内の保健所等に分散配置して、それぞれ社会医学系の教員の指導の基に保健所実習（公衆衛生実習）を体験させた<sup>[5]</sup>。

以上のように、4年次のチーム医療実習と6年次の公衆衛生実習は、院内での看護婦を中心とするパラメディカルとのチーム医療活動や、保健所における保健婦活動などの実地の体験を通じて、包括的保健・医療・福祉体制のリーダーとなるべき医師としての自覚を認識させるモチベーションとして特に力を入れてきた点である。

これからの医学部卒業生は勤務医となる者が多いと思われるが、とかく大病院の勤務医は、地域へ目を向け、労力を提供する努力が少ない傾向にあったと思われるが、今後はたとえ大学病院の医師であっても、地域医療における自らの果たすべき役割を自覚して、積極的に地域に向けて保健・医療・福祉に関する活動をしていくような意識改革が必要であると確信し、そのような医学教育に力を入れてきた次第である。

### 3.3 看護実習・チーム医療実習の法律化が実現

実は、厚生省の保健政策局医事課と文部省医学教育課が合同で、1990年の4月からスタートさせた臨床実習検討委員会というのがあって、臨床実習を諸外国レベルに、医学生をかつてのインターンの時と同じような実習をやらせよう、6年生までの間に全部体験させよう。つまり主治医として処方箋も書き、手術にも直接手を出すような、そういう医学の臨床教育をやらせようという話が始まり、その委員に私は選ばれた。

その理由は、筑波大学はチーム医療実習で4年生から患者さんに非常に濃厚にタッチしているということが評判になっているということと、もう一つは、学生時代に外国にどんどん留学させている。その2つのことで筑波大学から代表として1人出てほしいということで選ばれた。委員会の間でも、その報告はさんざんやられたし、筑波大学が今までやっている以上の臨床教育を全国の医学部で6年までにぜひやらせるようなカリキュラムを作

らうということ、委員会の答申が私が日本女子大学に移った年の6月に出され、その中に、すべての医学部は、必ず看護実習またはチーム医療実習を実施することが義務つけられた。その先鞭は、筑波大学のチーム医療実習が導火線を引いたという形になっている。

## 4. 茨城県医師会員を対象とした包括的地域ケア・システムの重要性についての卒後教育

### 4.1 茨城県医師会理事となって

筑波大学の医学生を対象とした「チーム医療」の教育を、私は更に茨城県医師会所属の全会員にも普及させたいと願って、1985(昭和60)年7月に、茨城県医師会理事に自ら立候補して、当時としては全国にも殆ど例のない、国立大学教授と県医師会理事の併任を実現させた。

そして、県医師会レベルの重要な委員会、例えば、地域医療委員会、健康教育委員会、生涯教育委員会、学術委員会、県地域医療計画特別委員会、勤務医部会準備委員会などの委員を積極的に引き受けて、筑波大学での教授、さらには社会医学系長としての役割の他に、水戸市にある県医師会にも週2~3回、夕方から夜間に通って、それぞれの重職を果たした。

その中で特に、県医師会員の意識改革と生涯教育のために、筑波大学の医学系を県医師会員に無料で全面開放するという思い切った制度を、当時文部省の猛反対を押し切って断行したのは特筆すべき事といえよう<sup>[6], [7]</sup>。

### 4.2 筑波大学における茨城県医師会員生涯学習制度

#### (1) 生涯学習制度の必要性和大学開放の理念

地域医療を担う医師にとって、今最も強く求められていることは、その地域の住民が、身体的、精神的、社会的、職業的（または学業的）かつ経済的に充実した一生を全うするように、地域に所属する保健・医療・福祉関係職の人々の緊密な相互連携の中心的役割を医師が果たすべきであるという自覚を持ち、それを実行するために必要な知識の習得・研鑽を積み重ねなければならないということであろう。すなわち、全人的医療の推進役となるべきであるという、医師自らの意識改革が望まれている。

従来の病院・診療所等の施設内医療にとどまっていた医療行為から脱皮して、積極的に地域に進出し、地域住民に対して、保健・医療・福祉に関するサービス提供の調整役を果たし、また地域住民に対する各種教育的活動を組織的に展開するとともに、医師以外のサービス提供側の人々に対しても指導的活動を意欲的に実践することが大切である。

そこで茨城県医師会では、昭和61年度から日本医師会がスタートさせた「生涯教育制度」を契機として、形式的な自己申告制・自己学習制のみでなく、実質的に最新の知識・技術を学習・体験することに意味があるという観点から、私が筑波大学と県医師会の両者に働きかけて、筑波大学の医学3学系（臨床・基礎・社会医学系）との積極的連携による生涯教育・体験学習制度を確立し、昭和62年8月から発足させた。

#### (2) 地域における保健・医療・福祉活動への発展

「はじめに」の項にも述べたように、茨城県医師会員の生涯教育のために開かれた、この筑波大学を中心とした研修活動の目的は、単に医師個人の知識や技術の向上のためのみではなく、地域住民の全人間的生涯を全うすることへの貢献を究極の目的としているわけである。したがって研修項目の中にも純粹の医学、医術の知識以外に、保健や福祉にかかわる分野のものも含まれている。

例えば私が主催した「地域医療に関する勉強会」では、在宅ケアにかかわる保健・医療・福祉の各分野の相互連携に関する諸問題をそれぞれの専門家を招いて講演して勉強してきたが、この会では医師会員の他、地域の保健婦、看護婦、福祉事務所等の関係者さらには医学生や看護学生も数多く聴講している。

たまたまこの会に参加していた医師会員や福祉関係者からの熱意と、その方々の在住の市長以下市役所職員、さらには地元医師会員等の総意の盛

り上がりが生まれて、茨城県内の古河市において、全市を挙げて保健・医療・福祉の三位一体化したシステム作りの構想が具体的に動き出した。市単位でのこのような構想は、わが国で初めてのものであり、画期的な計画が実現に移されたことは、この生涯教育制度を実現させるための推進役を果たしてきた者の1人として、真に喜ばしい成果である。

なおこのような多くの成果が生み出されていくのをみた文部省は、筑波大学と茨城県医師会との間で試行を始めた無料開放の生涯学習制度に、当初は全面的に中止の方向を強く指示してきた態度から一変して、1989（平成元）年6月に「文部省高等教育局長通知」という形で「研修登録医制度」を日本の国公立大学の医学部（医科大学）は実施し、地域医師会に開放することを法制化するに至った。（但し、研修登録料月額4,000円＋消費税ということになっているが。）

#### 4.3 古河市「福祉の森」事業の基本理念

1955年に Clark と Leavell<sup>[8], [9], [10]</sup> が包括医療という考え方を提唱し、医療機関を訪ねてきた患者だけを治療するのが医療の本来のあり方ではなく、表2に示した疾病対策の5つのレベルのすべてについて、地域ぐるみの一貫した保健・医療体制がとられるべきだということを強調した。今や世界の保健・医療体系はほとんどこの方向に向かいつつあり、各専門職種の人々は、この包括医療・総合医療あるいは地域医療という体系の中で自らの位置づけ・役割を正しく見直す必要がある。

古河市「福祉の森」事業においては、このような福祉と保健・医療部門の完全な連携を図った地域総ぐるみのシステムづくりを目指したものであり、その全体構想の基調には、地域リハビリテーションの理念が貫かれていることを強調したい。

このような保健・医療・福祉の包括的連携による地域ケア・システムは、終末期ケアや重症要介護者のケアという“極”と、それとは正反対の完

表2 疾病対策の5レベルと包括医療 (Leavell,H.R.,and Clark,E.G.)

(1) 健康増進	health promotion
(2) 特殊予防	specific protection
(3) 早期発見・早期治療	early diagnosis and prompt treatment
(4) 残存障害の制限	disability limitation
(5) 社会復帰	Rehabilitation

全な健康者に対する健康教育・健康増進活動の“極”との間を連続性をもって包括するさまざまな地域活動が展開されるべきである。

古河市では、このような保健・医療・福祉の密接な連携システムの整備に係わるさまざまな課題を、行政のみでなく医師会や各種専門職、市民各層および民間企業の協力により全市的合意と参加体制を基本とした新発想による事業として「福祉の森」と名付け、建設を終わり、平成8年4月から全面的に運営を開始している<sup>[11], [12], [13], [14]</sup>。

#### 4.4 包括的ケア・システムの基本的理念（哲学） の確立と地域リハビリテーション・システムの重要性

このような包括的ケア・システムを構築するに当たっては、まずその基本理念（哲学）を確立しておくことが重要である。

古河市「福祉の森」構想においては、計画の第1段階から表3に示した基本理念を提唱し、この事業に参加するすべての人、すべての事業体に対してその徹底を図ってきた。

この中でとくに強調したいのは「地域リハビリテーション」の理念ですべてを貫くことである。

すなわち、「福祉の森」設立の基本理念を全うするために、最も重要な施設・体系は、保健・医療・福祉を一体化させた全人間的復権を目指した「地域リハビリテーション・システム」の充実した体系である。

この目標を達成するには、これまでの行政枠を取り除いた新しい運営システムの開発が必要となってくる。

たとえば、従来の縦割り行政の系列ごとの人員配置という考え方を取り払い、総合企画調整会議で十分練った上で、各実行グループの責任者の元に有機的に人員の有効配置を行う方式をとる。たとえば、理学療法士（P.T.）についていえば、従来の方式では、リハビリテーション・センターに3名、身体障害者福祉センターに1名、在宅ケア支援センターに1名などという具合に所属して、それぞれ別々の指揮系統で仕事を分業するシステムであったとおもわれるが、この「福祉の森」の構想においては、「福祉の森」全体として、たとえば、P.T.（理学療法士）5名、O.T.（作業療法士）5名という

ようにプールして、この人々が日によって、或いは期間によって、「福祉の森」の中の諸施設の機能や、さらに在宅ケアや医師会員の病院や診療所の患者への協力体制などに流動的に活動できるようにする。看護職その他の専門職についても同様な考え方をとる。

行政枠のみでなく、官民の垣根も取り払う構想が必要である。

表3 基本的理念

①地域リハビリテーション・システムの確立。
②保健・医療・福祉の完全一体化。
③人的・物質資源の有効利用。
④全住民参加の全市的活動など。

## 5. 総合福祉、包括福祉という概念が醸成されてきた経緯

このような概念の発祥は、まず医学とくに公衆衛生学の領域から始まり、それがリハビリテーション医療の分野で強固な考え方として成熟し、以後福祉の分野にも波及してきたものと考えている。

### 5.1 地域における疾病対策の5レベルと包括医療

1955年～1958年にClark, E.G.とLeavell, H.R.<sup>[8], [9], [10]</sup>によって、地域（Community）レベルでの保健・医療対策として4.3の表2に示した5つのレベルの包括的（Comprehensive）医療体制の構築が、これからの疾病対策として重要であることが強調された。（この中には、rehabilitation活動も含まれている。）

この考え方は、第2次世界大戦前後に大きく変貌した「リハビリテーション医療」の領域の基本理念とも強く符合するものである。

### 5.2 リハビリテーションの基本理念

(1) 1942年にニューヨークで開かれたアメリカの全国リハビリテーション評議会（National Council of Rehabilitation）で次のような定義が決められた。すなわち、「リハビリテーションとは、障害を受けた者を、彼のなしうる最大の身体的、精神的、社会的、職業的、経済的な能力を有するまでに回復させることである」（リハビリテーション白書）というものである<sup>[15]</sup>。

(2) また、1968年の WHO の定義では、「障害の場合に機能的能力が可能なかぎりの最高のレベルに達するように固体を訓練あるいは再訓練するため医学的・社会的・教育的・職業的手段を併せ、かつ調整して用いること」となっている<sup>[16]</sup>。

前者の定義は到達目標を示したものであり、後者の定義はその手段を示しているといえる。すなわち、単に「生物」としての人間を対象とするのではなく、社会の中に文化的に「生活」している人間に対して、その人権あるいは人格を元の状態に回復させることのすべてを総合的、包括的にとらえて「リハビリテーション」という言葉は包含しているのであって、「全人的復権の医学」(上田敏)<sup>[17]</sup>、あるいは、「人間生活の医学」(竹内孝仁)<sup>[18]</sup>、と表現されており、「福祉」の分野と相通ずるものといえる。

### 5.3 プライマリ（・ヘルス）・ケアの概念の台頭と包括的福祉

(1) 1978年9月12日の WHO のアルマ・マタ宣言  
1978年9月6日～12日にアルマ・マタ（ソ連）で開催された WHO のプライマリ・ケア国際会議の宣言の中で、以下のような包括的地域ケアに関する記述が示されている<sup>[19]</sup>。

#### 前略

7. プライマリ・ヘルス・ケアは、

- ①国および地域社会の経済状態は社会・文化的小および政治的特徴を反映し、そして進歩する。そして、これは社会的、生物・医学的、保健サービス上の研究成果の応用と、公衆衛生上の経験にその基盤を置いている。
- ②健康増進、予防、治療、リハビリテーション・サービスの実施などの地域社会における主要な保健問題を対象とする。

#### 中略

- ⑥すべての人びとのための包括的保健サービスを継続的に改善し、もっとも必要としているところに機能的で優れた相互支援的および相互依存のシステムを適用することによって支えられなければならない。

#### 中略

- ⑧すべての政府は、包括的国家保健システムの

一部として、また他の部門と協力して、プライマリ・ヘルス・ケアに着手し、これを維持するために国の政策、戦略、および行動計画を明瞭に打ち出すべきである。この目的のために、政治的意思を行使し、国の資源を動員し、利用可能な外部資源を合理的に利用することが必要である。

(2) 日本におけるプライマリ・ヘルス・ケアの発展  
勝沼晴雄の論文<sup>[20]</sup>に以下のような記述がある。

WHO が1947年の創設以来、時あつていろいろな表現で人類の健康養護推進の基本を述べてきたが、その基調をなすものは次の3点であったと言える。

- 1) 患者中心であること  
(patient centered)
- 2) 地域の要請に応えること  
(community directed)
- 3) 包括医療（包括保健）であること  
(comprehensive health care)

そして、これらを取りまとめて今日 primary health care という表現によって、健康養護活動を進める土台にすべきであるということになったわけである。

これを日本のヘルス・ケアということで考えてみると、

- 1) 全人的医療（または保健）
  - 2) 継続的包括医療（または保健）
  - 3) 地域医療（または保健）
- としてとらえることができる。

さらに、これを一文にまとめるとすれば、全人的な継続的包括医療を地域医療として展開することが、日本におけるプライマリ・ケアであるということができよう。

(3) 以上のような視点にたつて、勝沼晴雄は、1978年3月に開かれた SEAMIC のワーク・ショップで、日本代表としてプライマリ・ケアの受け止め方について、次のように述べている。

The content and even the aim of primary health care (PHC) are many, and they vary from one

community to another because PHC should be a well-organized health and/ or medical care system to provide good and efficient execution of tasks at the grass-roots level of a community.

In Japan, PHC is understood as “an organized contact with the people so that continuous and comprehensive care of health and welfare for the people can be provided on a community level”.

Since PHC was introduced, the on-going health and/or medical care system has been checked and studied again whether the existing system meets the people’s needs in the country.

(以下略)

そしてプライマリ・ケアという言葉の導入を契機として、日本の医療を原点から再検討し、新しい学問の進歩を反映し、健康福祉指向型の文明国としての日本の医療の将来を築き上げる必要がある。

すなわち、ここに、「comprehensive care of health and welfare」の概念を明確に示している。

(4) 同様に、江見康一<sup>[21]</sup>も、プライマリ・ケアの特性の中で、comprehensive medical care や community medical care を次のように強調している。

プライマリ・ケアの特性として一般に指摘されているのは、包括性と地域性である。前者は、これからの医療が単に発病に対する治療としてでなく、それ以前の予防や、治療後の回復過程をも含めた包括医療 (comprehensive medical care) を目指さねばならない、ということである。また後者は、疾病を単に個人レベルでの症状としてではなく全人的に、さらに家族と一体的にとらえ、進んで地域社会とのつながりの中で把握しなければならないという地域医療 (community medical care) の考え方と結びついている。これら両者は相互にオーバーラップするものであるが、強いて言えば前者は医療の概念が拡充されて、本来の医療を保健活動やリハビリテーション (社会復帰ないしそのための機能回復訓練、以下リハビリと略称) との連結性に

おいてとらえようとすることであり、後者はそのような包括医療の展開の場が、生活圏としての地域社会であるということである。したがって、プライマリ・ケアの成果が上がるためには、医師は患者の疾病のみならず、患者の背後にある家族生活や住居の状況、地域の生活環境 (学校・職場を含む) などにも通じていることが必要であり、そのためには地域住民との不断の接触と、それを通じる健康教育の実践などが望まれる。他方個々の地域住民は、セルフ・ケアはもちろん家族を単位とするホーム・ケアなどの自助努力が基本的に重要であろう。もちろんこれらの自主的保健活動は、公衆衛生を中心とする公共保健活動との連携に立ってはじめて効果があがることはいままでもない。

## 6. 厚生省 (現厚生労働省) の行政からみた総合福祉、包括的福祉への動向

### 6.1 厚生省五十年史の記録から

厚生省五十年史<sup>[22]</sup>の記録をみると、昭和51 (1976) 年頃から、総合福祉を意識した文言が散見されるようになってきた。

昭和51 (1976) 年

10.29 厚生省と労働省、第1回総合福祉懇談会の合同会議開催 (賃金の在職老齢年金の調整、定年延長、高年労働者の労働条件など)。

昭和52 (1977) 年

10.26 老人保健医療問題懇談会、今後の老人保健医療対策のあり方についての意見書を厚相に提出 (現行制度のもとで一部負担は現実的でない、健康教育、健康検査、保健指導、機能回復訓練など総合的保健医療対策の確立、所得制限はやむを得ない、など)。

昭和53 (1978) 年

12.19 中央児童福祉審議会、心身障害児 (者) 福祉対策に関する当面の改善拡充策について厚相に具申 (国際児童年や国際障害者年を契機に、心身障害児の地域社会や在宅での福祉をきめ細かく具体化、養

護学校の義務化にともない入所児童に対して医療・福祉面の配慮)。

12.一 全社協在宅福祉研究委員会、報告書を公表(在宅福祉サービスはわが国社会福祉転換の重要課題、専門職らによる在宅老人への医療・看護・リハビリテーションの提供)。

昭和56(1981)年

7.17 身体障害者福祉審議会、今後における身体障害者福祉を進めるための総合的方策に関し厚相に中間報告。

7.27 厚生省、夜間保育実施について。

昭和60(1985)年

4.19 厚生省、へき地保健医療検討委員会発足。

6.25 へき地保健医療検討委員会。へき地保健医療対策のあり方について検討結果をまとめた(広域的観点からの施策の展開、医療の質の確保、保健予防活動と医療の一体化、地域特性への配慮等)。

8.2 厚生省の中間施設に関する懇談会、要介護老人対策の基本的考え方といわゆる中間施設のあり方についての中間報告

を厚相に提出(施設型中間施設と在宅型中間施設の整備を提言)。

8.2 中間施設に関する懇談会。中間報告(健康管理・疾病予防対策、在宅サービス、入所サービスが整合性をもって提供されるよう体系化すべし、中間施設を在宅型、入所型に分類、サービス費用については適当な利用者負担を求める)。

6.2 その後の政府の取り組み

(1) 21世紀に、わが国では、国民の4人に1人が65歳以上という超高齢社会を迎える。そのときになっても、すべての人が安心して、そして生きがいを感じながら暮らせる街づくりが必要となってくる。そのためには、20世紀中に、その対策を精力的に立てておかなければ間に合わない。

昭和60年代初めから、厚生省を中心として政府はさまざまな取り組みを発表し、実行してきた。(表4参照<sup>[23]</sup>)。ただ、その取り組みについて、必ずしも目標どおりに各地域に移され、成果を上げているとは限らないが。

表4 これまでの政府の取り組み

昭和61年6月	長寿社会対策大綱 ○昭和61年6月 閣議決定(政府全体としての長寿社会対策の指針) ○保健、医療、福祉、所得保障、雇用、生涯学習、在宅、研究開発などを網羅
昭和63年10月	長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について(いわゆる「福祉ビジョン」) ○昭和63年10月 厚生省・労働省より国会提出 ○保健、医療、福祉、所得保障、雇用、研究開発などについて具体化し、平成12年にホームヘルパーを5万人にする等の具体的目標値も初めて提示
平成元年12月	高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン) ○平成元年12月 厚生・大蔵・自治三大臣合意 ○高齢者の保健福祉サービス等の確保について「福祉ビジョン」で示した水準を大幅に上回る目標(例:ホームヘルパー 5万→10万を提示するとともに、新規施策(例:在宅介護支援センター、ケアハウス)を積極的に取り込む
平成6年12月	新ゴールドプラン ○平成6年12月 厚生・大蔵・自治三大臣合意 ○地方老人保健福祉計画の策定等を踏まえ、ゴールドプランで掲げられた目標をさらに引き上げる(例:ホームヘルパー 10万→17万)とともに、新規施策(例:24時間対応ヘルパー〈巡回型〉の創設)等を積極的に取り込んだ施策の基本的枠組みを策定

出典:厚生省老人保健福祉局監修「老人の保健医療と福祉」財団法人長寿社会開発センター、1995

(2) 公的介護保険制度への展開

高齢要介護者に対する包括的な支援体制をより効率的に充実させるためには、ヘルパーなど介護する人的資源とともに、財政的な面でも裏付けが必要となってくる。

そこで浮上してきたのが、介護を受ける人のた

めの「公的介護保険」の制度である。

わが国では、公的介護保険制度の創設に向けて、以下のような過程をたどってきた。

A. 社会保障制度審議会社会保障将来像委員会第二次報告

1991(平成3)年11月に、21世紀に向けた新し

い社会保障像を追求する目的で委員会が設置された。1994（平成6）年9月の第二次報告で、「社会保障制度の中でも高齢者・障害者の介護や育児などへの支援は、年金や医療にくらべて著しく遅れており、今後の人口高齢化・少子化の中で、この分野での施策の充実に重点的に取り組むことが大切である」と述べられた。

#### B. 高齢者介護・自立支援システム報告会報告

Aの報告を受けて、1994（平成6）年7月に発足した高齢者介護・自立支援システム研究会が精力的に検討会を重ね、同年12月に「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」と題する報告をまとめた。

その中で、「高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるよう支援すること、つまり“高齢者の自立支援”が、高齢者介護の基本的な理念であることを提言した。

#### C. 社会保障制度審議会勧告

これらの審議経過を受けて、1995（平成7）年7月に社会保障制度審議会は「社会保障体制の再構築—安心して暮らせる21世紀の社会を目指して—」と題する勧告を内閣総理大臣に提出した。その中で、「今後、介護保障制度を確立していくことは、国民に健やかで安心できる生活を保障する上で最も緊急かつ重要な施策である」と述べ、社会保険方式による公的介護保険の導入を提言した。

#### D. 高齢社会対策基本法の成立

衆議院国民生活に関する調査会が提出し、1995（平成7）年に成立した高齢社会対策基本法には、「公正で活力ある社会」、「地域社会が自立と連携の精神に立脚して形成される社会」、「豊かな社会」の構築を基本理念におき、「国は、介護を必要とする高齢者が自立した日常生活を営むことができるようにするため、適切な介護のサービスを受けることができる基盤の整備を推進するよう必要な施策を講ずるものとする」と示している。

#### E. 老人保健福祉審議会の報告

ここまでの各種委員会などの働きを受けて、老人保健福祉審議会で、介護保険に関する具体的審議が進行していった。

すなわち、1995（平成7）年7月にまず中間報

告として、新たな高齢者介護システムの基本的考え方が示された。ついで1996（平成8）年1月の第2次報告では、介護給付および基盤整備について、国民に情報を公開していく視点から、具体的内容および考え方の取りまとめが行われた。

そして同年4月の最終報告で、介護サービスのあり方などについて、第2次報告をさらに具体化したものを示した。それとともに、高齢者介護保険制度については、それぞれの問題点ごとに議論を整理し、これを踏まえた上で制度の具体的な試案を作成するよう、厚生省に求めた。

以上のような経過をたどって、厚生省の原案をもとに国会での議論を重ね、公的介護保険制度の制定に向けて、慎重な審議が繰り返され、1997年12月の国会でやっと「公的介護保険制度」に関する法案が成立した。

### 6.3 国内文献からみた総合福祉、包括的福祉等の動向

(1) 古川孝順著『社会福祉21世紀のパラダイムⅡ—方法と技術』、1999<sup>[24]</sup>の27～28頁に、社会福祉構造改革分科会の「中間報告」について以下のように記載されている。

#### 1 利用支援システム

ここでは、さしあたり社会福祉構造改革分科会の「中間報告」が「質と効率性の確保」の項および「地域福祉の確立」の項でそれぞれ「利用者の需要に的確に対応するためには、保健・医療・福祉サービスの一体的な提供が重要であり、福祉サービス全般について、介護支援サービス（ケアマネジメント）のようなサービス提供手法の確立が必要である」、「地域福祉計画においては、住民が身近なところで総合的な相談を受けられ、サービスの適切な利用と結びつける体制整備や、保健・医療・福祉の総合的な展開と併せて、教育、就労、住宅、交通などの生活関連分野との連携に配慮する必要がある」としていることに留意してみたい。

「中間報告」の該当箇所を通じて論じられていることは、第1には利用者の需要に的確に対応するには、福祉サービスのみならず、保健、医療、教育、就労、住宅、交通などの総合的な提供を必要とするということであり、第2にはそのこと

を実現するためには介護支援サービス（ケアマネジメント）のようなサービス提供手法の確立あるいは利用者をサービスの適切な利用と結びつける体制の整備を必要とするということである。第1の論点はこれからの社会福祉におけるサービス提供の基本的なあり方を指し示すものであるが、ここでわれわれが重要視するのはむしろ第2の論点、すなわち利用者サービスとサービスとを結びつけるための体制整備の必要性が介護支援サービス（ケアマネジメント）を例示するかたちで提案されている事実である。（後略）

（2）社会福祉学が、時代による社会的需要の変動に伴って、その学問体系が変化しつつあることについては、京極高宣著『改訂 社会福祉学とは何か 一新・社会福祉原論一』、1998<sup>[25]</sup>の10～11頁にも同様な記述が以下のようにみられる。

（前略）

現在、わが国のみならず、先進諸国において21世紀の超高齢社会を目前にして、学界（研究教育界）、事業界、行政界の三者の総力をあげて、新たな現代福祉学の学問的完成がなされようとしています。それは従来の貧困を中心とした社会福祉学の視点と枠組みを乗り越え止揚して、ケアワーク（保育・介護等）や健康対策・生きがいなどを含む保健・対人福祉サービス（health and personal social services）をめぐる新たな総合的実践科学として開花する時期にきているのです。

また、同書69頁には、次のように述べられている。

（前略）

また近年の福祉ニーズの高度化、多様化にあたって、とくに重視されなければならないのは、保健、医療、福祉の連携です。もともと個人の福祉ニーズを評価する前提には、その人の健康状況に関する医学的保健学的な把握が前提条件であることはいまでもありません。要介護高齢者の場合（要介護性）を例にとっても、保健・医療ニーズと福祉ニーズが一体となっていることが大部分ですので、これまで以上の保健、医療、福祉に連携が必要となるのです。連携の内

容としては、一般的な連絡調整から、情報交換、技術指導などさまざまありますが、より進んだ形態をとる場合には連携そのものの存在いかん、融合的一体化のあり方いかんで、より効果的機能を発揮することが多いといえます。

（後略）

さらに、京極高宣著『少子高齢社会に挑む』、1998<sup>[26]</sup>の中では、この保健・医療・福祉の一体化について、以下のように一層強調された表現が記されている。

#### 1. 保健、医療、福祉の連携の必要性

私は厚生省老人保健福祉計画作業班の平成3年度ガイドライン作成の部会長を務めました。第2次医療圏になるべく揃えて計画を立てて欲しい、また医師会など医療関係者も参加して欲しい、などという方針を出しました。地域によって困難はあるだろうけど可能な限り努力して欲しい、ということで報告を出しました。そういうことに関わっておりますと、まず保健、医療、福祉の連携化、融合化というものが必要になっていると感じております。

なぜ連携がいわれるのかは、やはり時代の趨勢ということに尽きるわけですが、それだけでなく、保健医療と福祉のそれぞれの本質にも関係があるのではないかと考えられます。高齢化の進行する時代の趨勢として、要介護高齢者には保健医療サービスや福祉サービスがそれぞれ必要です。専門職としてそれぞれの対応があるでしょうし、また行政的な壁があるにせよ、基本的には地域にいるお年寄りに総合的な対応が必要だということから、それらの連携が不可欠なことは明白です。

（後略）

#### 7. 総合福祉教育発足までの総括

2003年4月に未来への大いなる期待を込めて発足した浦和大学は、1学部1学科でありながら、敢えて「総合福祉学部・総合福祉学科」という名称を用いた裏には、これまでのわが国の福祉教育（とくに社会福祉教育）のあり方、基本的理念に対す

る根本的な改革を提言する深く熱い情熱が込められているのである。

すなわち、科学技術の進歩に伴い医療成果の高度な成長は、これまでの死因の中心であった急性感染症のみならず、結核などの慢性感染症も克服し、脳卒中や外傷などで重度の障害を負っても生命は保ち続け生涯を全うすることも可能な時代になってきた。

そのような疾病構造の変貌は、当然その障害者およびその家族に対する福祉的支援のあり方について、大きな改革をもたらすものであることは当然といえよう。

私は、昭和52年4月に筑波大学社会医学系教授に赴任したが、その4年前の昭和48年から21世紀の日本の超高齢社会を迎えた時の、要援護者とくに施設内よりは、在宅中心の保健・医療的および福祉的支援体制の協調連携の必要性を指摘し、以後の医学教育・医師教育・福祉従事者教育の中で、このことの具体的実践も含めた教育プログラムを展開してきた。

さらにこれを、保健・医療・福祉が連携した「包括的地域ケア・システムの育成」という形で、昭和62年から茨城県古河市の全市をあげての、市民も同調した「古河市福祉の森事業」として、企画・運営の指導に当たってきた。

これは内容的には在宅の要支援者に対する保健・医療・福祉の帯同連携による専門集団の支援体制を全市的に組もうという発想に基づくもので、地域リハビリテーション・システムが基調となった考え方である。

これは、平成元年の厚生省発表の「ゴールドプ

ラン」に先がけて、その2年前から古河市でスタートしており、更に平成12年度から施行された介護保険制度と内容的には全く同様なことを国家レベルでなく、市の財政レベルで実行してきたものである。

平成3年4月から、日本女子大学の社会福祉学科教授となった時から私は、このような包括的ケア・システムの考え方を、福祉系の学生教育にも取り入れるべきであるとして可能な範囲で実行してきたが、平成9年4月から、浦和短期大学福祉科学科長になって、わが九里学園の福祉教育に大いにその思想を盛り込んだつもりである。しかしやはり既存の国家資格カリキュラムの枠の中で、しかも2年間という限定された期間では、福祉系の科目以外の分野の教育に手を広げることには限界が感じられてきた。

そこで今回、4年制の社会福祉士養成大学の構想が3年前から準備されたのを絶好の機会ととらえ、念願の福祉と保健・医療に加えて、心理的支援、経済的自立・支援、福祉施設運営・経営の知識、さらには訪問介護員（ホームヘルパー）1級・2級の技能体得等、幅広いカリキュラムを盛り込んだ実習重視の福祉とその関連領域のすべてに総合的に強い福祉人材となるべく学生を教育しようという目標を立てて、「総合福祉学部」と命名したわけである。

実は、この基本理念は理論上は納得できると思うが、いざこれを4年間の教育で如何にその目的を達成させるか、すなわち「総合福祉教育の創成」こそがわれわれ教職員に課せられた最大の命題なのである。

## 引用文献・注

- [1] 大貫稔、土屋滋、滝田斉、赤岡茂子、高橋美智、筑波大学におけるチーム診療実習の効果、「医学教育」、9、p.194-197、1978
- [2] 大貫稔、土屋滋、福屋靖子、筑波大学におけるチーム医療実習の実際、「日本プライマリ・ケア学会誌」、2、p.337-339、1980
- [3] 土屋滋、大貫稔、福屋靖子、卒業時におけるチーム医療実習の影響調査—第1回生、第2回生の比較において—、「日本プライマリ・ケア学会誌」、4、p.275-278、1982
- [4] 土屋滋、大貫稔、福屋靖子、江口清、小松崎房枝、赤沢陽子、磯岩寿満子、中村礼子、高橋美智、筑波大学方式チーム医療実習の12年間の経験、「医学教育」、21、p.249-256、1990
- [5] 大貫稔、在宅ケアにおける医師の役割について、「日本プライマリ・ケア学会、医療研究レポート」、7（1）別冊、p.1-28、1987
- [6] 大貫稔、保健医療活動と地域医師会の生涯教

- 育,「公衆衛生」, 53 (3), 1989
- [7] 大貫稔, なぜいま生涯教育か—筑波大学における生涯教育と病診連携—,「日本医師会雑誌」, 103 (12), 1990
- [8] Clark,E.G, Modern concept of epidemiology, J.Chron. Dis., 2, p.593-596, 1955
- [9] Leavell,H.R., The developing field of preventive medicine, Therapeutic Notes 63E, 11, p.220-222, 1956
- [10] Leavell,H.R. and Clark,E.G., Preventive Medicine for the Doctor in his Community, p.10-11, 1958
- [11] 大貫稔他,『古河市「福祉の森」計画に関する研究報告書』, ポニー印刷, 1989
- [12] 大貫稔他, 地方都市古河市における保健・医療・福祉の一体化のための基礎調査,「日本公衛誌」, 38, p.140-148, 1991
- [13] 江口清他, 在宅要介護老人の地域に根ざしたリハビリテーションのための基礎調査—茨城県古河市における包括的実態調査,「日本公衛誌」, 39, p.743-757, 1992
- [14] 大貫稔, 地域福祉総論—地域リハビリテーションの視点に立った展開—,「社会福祉」, 33, p.2-9, 1993
- [15] 日本リハビリテーション医学会編,『リハビリテーション白書』, 医歯薬出版, p.20, 1979
- [16] 砂原茂一,『リハビリテーション』, 岩波新書, p.64, 1980
- [17] 上田敏,『目でみるリハビリテーション医学』, 東京大学出版会, p.2, 1975
- [18] 竹内孝仁, 大貫稔監修『リハビリテーション看護の考え方と実際』, ライフ・サイエンス・センター, p.14, 1983
- [19] 武見太郎編,『プライマリ・ケアの医科学 I』, 3, 朝倉書店, 1982
- [20] 勝沼晴雄,『プライマリ・ケアの医科学 I』, 5, 朝倉書店, 1982
- [21] 江見康一,『プライマリ・ケアの医科学 I』, 11, 朝倉書店, 1982
- [22] 厚生省五十年史編集委員会編,『厚生省五十年史資料篇』, p.1402、1408、1417、1435、1462、1464, 中央法規出版, 1990
- [23] 厚生省老人保健福祉局監修,『老人保健医療と福祉』, 財団法人長寿社会開発センター, 1995
- [24] 古川孝順,『社会福祉21世紀のパラダイム II—方法と技術』, 誠信書房, p.27-28, 1999
- [25] 京極高宣,『改訂社会福祉学とは何か—新社会福祉原論—』, 全国社会福祉協議会, p.10-11、69, 1998
- [26] 京極高宣,『少子高齢社会に挑む』, 中央法規出版, p.30-31, 1998

#### Abstract

Since 1977, we have started to create the novel educational system of the medical team care in Japan. At First, we have managed this system for medical students of University of Tsukuba, and educated about not only medicine but also paramedical field, for example, health, nursing and welfare.

Moreover, we have introduced this educational system for the member of the Association of medical doctor. Since 1987, we have succeeded to make the comprehensive community care system in Koga city, Ibaraki, with specialists in the field of health, nursing, welfare and citizen in this area.

Based on these results, 1991, we decided to introduce this system to the students of University in the field of welfare. We are sure it is very important for them to learn about health, medicine, welfare, home visiting care, mental support, economical support, management of welfare house and so on.

To educate these many important items synthetically, we have instituted the Department of Comprehensive Welfare, Urawa University, since April, 2003.

I introduce about the development of the novel educational system that I have managed in these 30 years.

Now, the most important theme of our university is how to accomplish this novel educational system for four years.

**Key Words:** education of comprehensive welfare, comprehensive community care system, home visiting care, community based rehabilitation