

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

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。

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。

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。

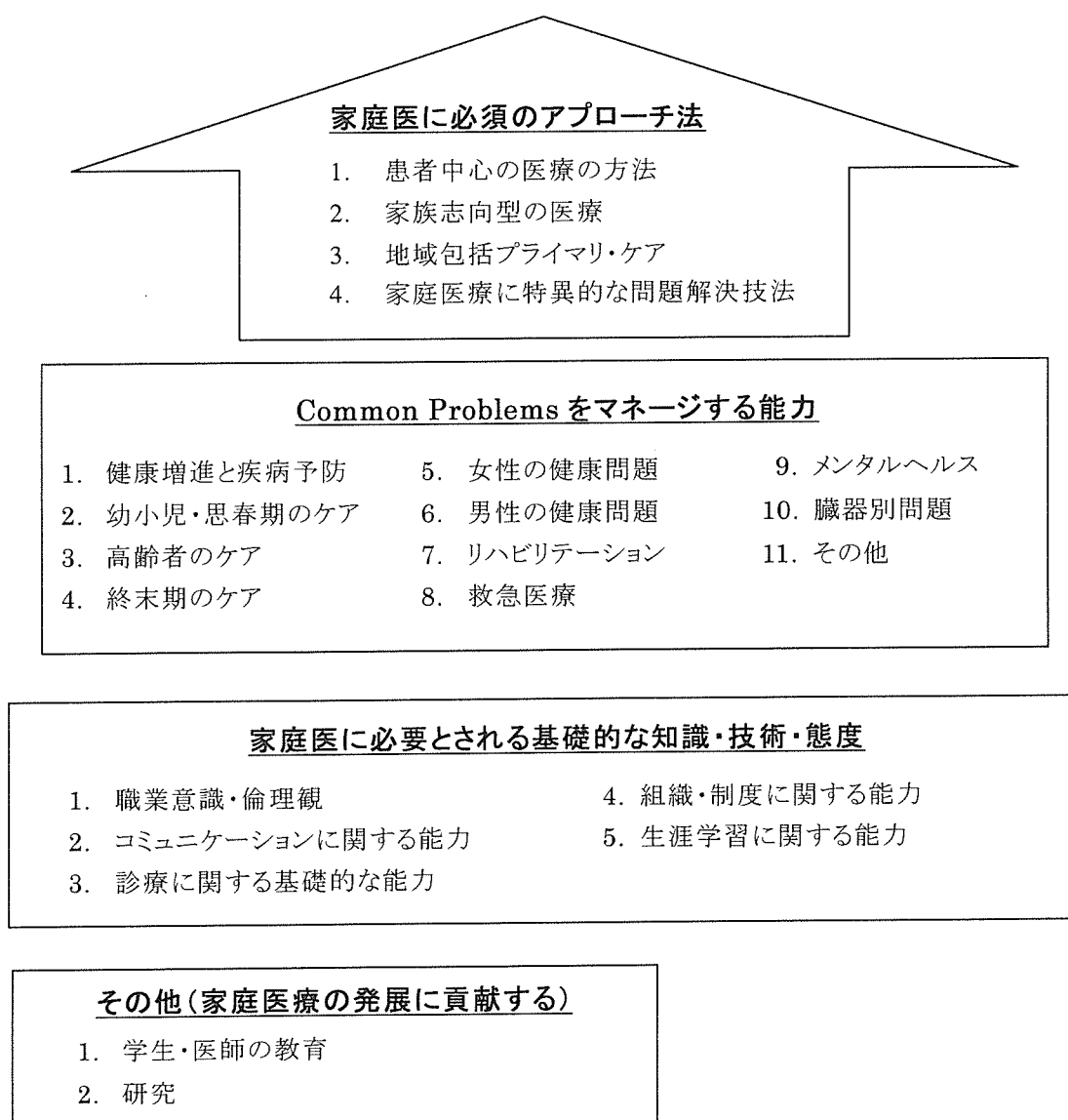
②の項目、つまり各専門診療科の知識や技術の寄せ集めイコール家庭医、ではない、ということが理解できると思う。

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.ヘルスポ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ての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。

(1) 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

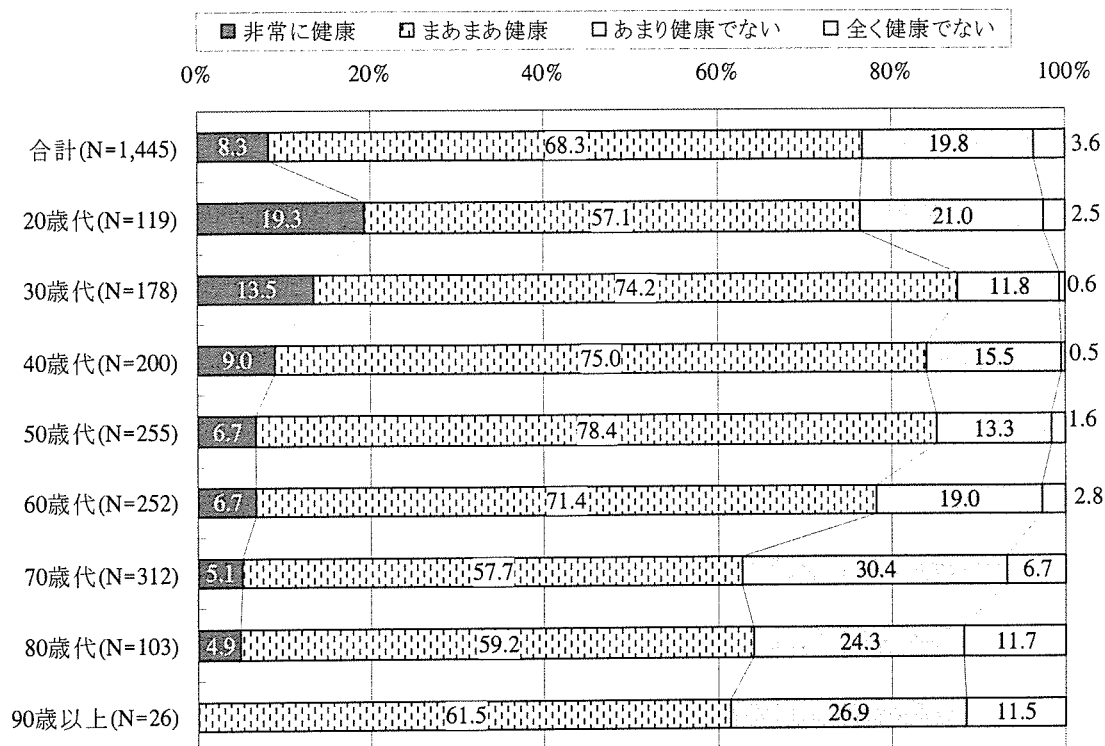
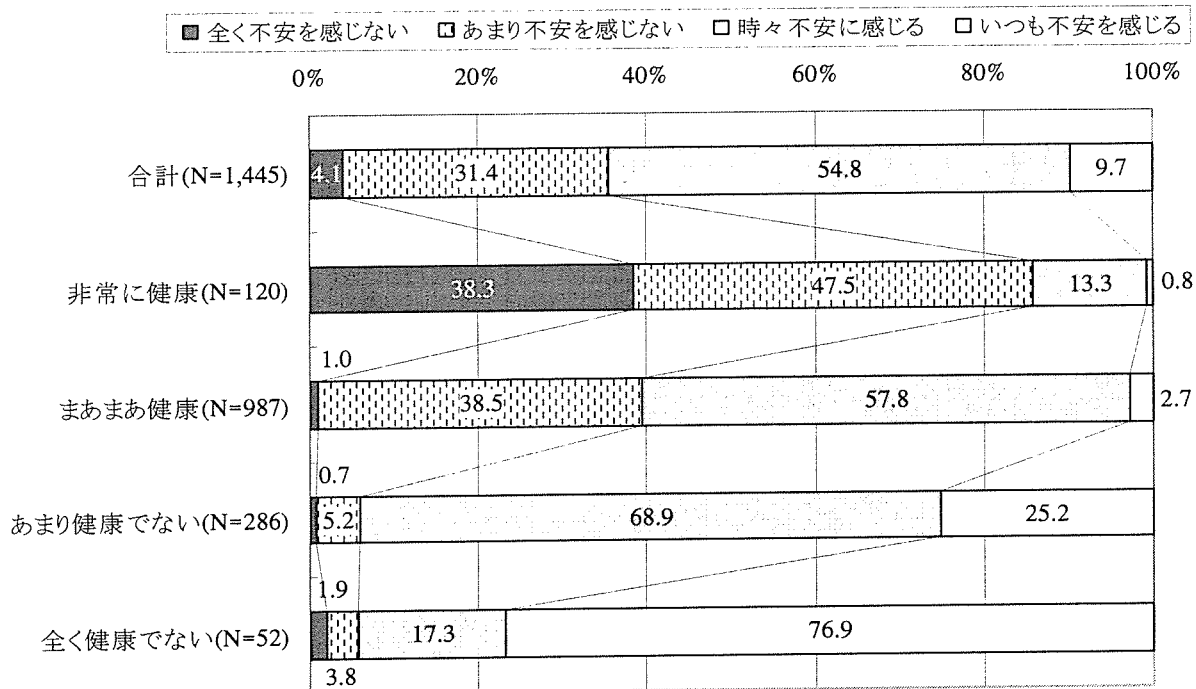


図 3-1-2. 主観的健康観と健康に対する不安感の関係



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

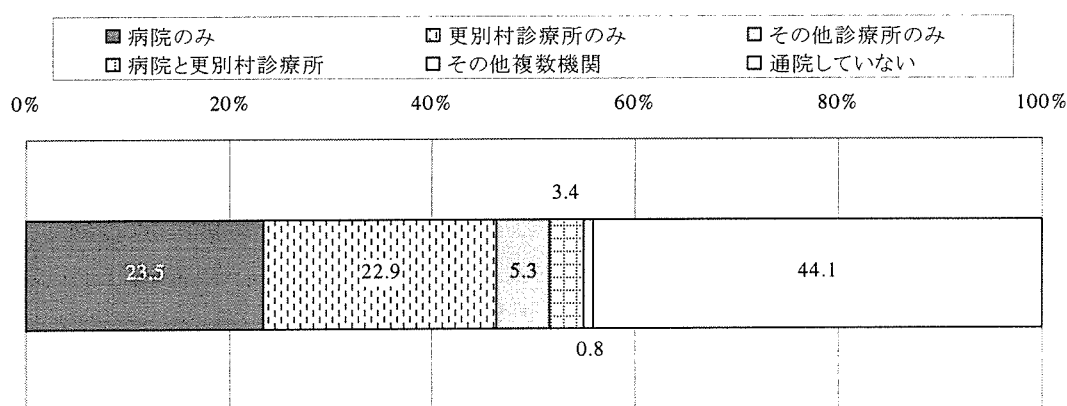
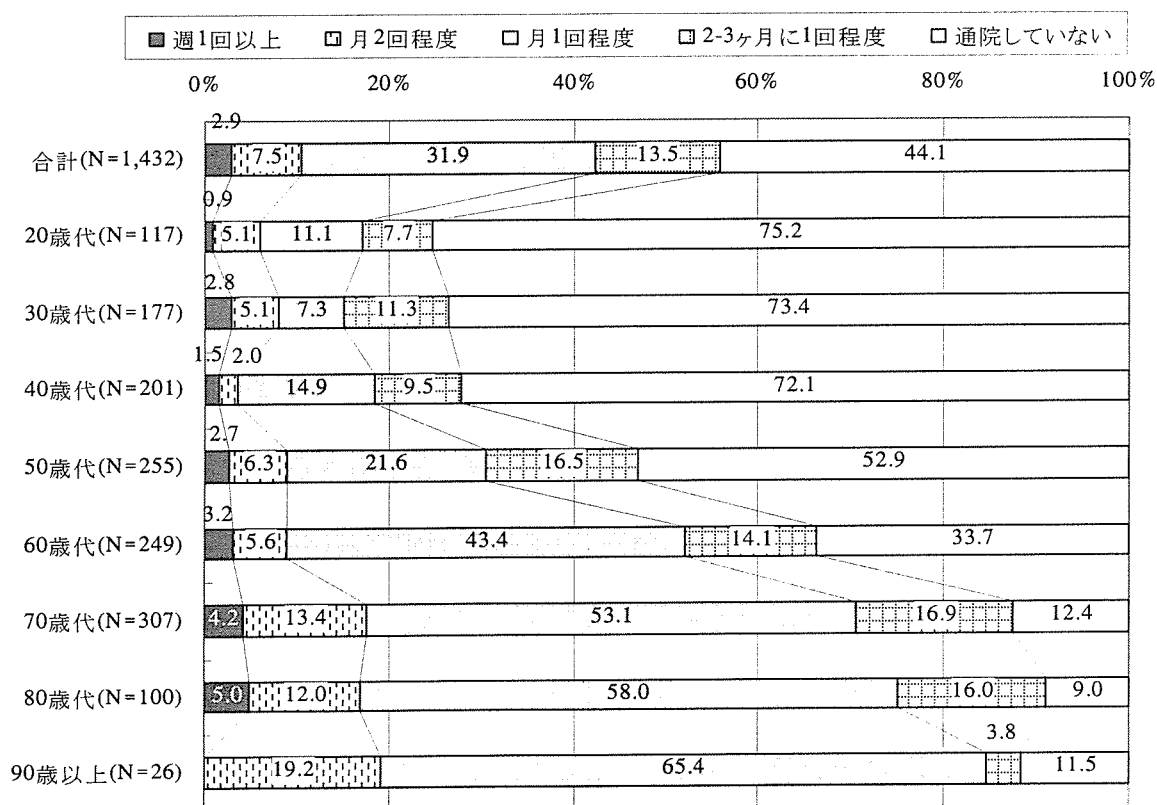


図 3-1-4. 年齢階級別にみた通院頻度の状況



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

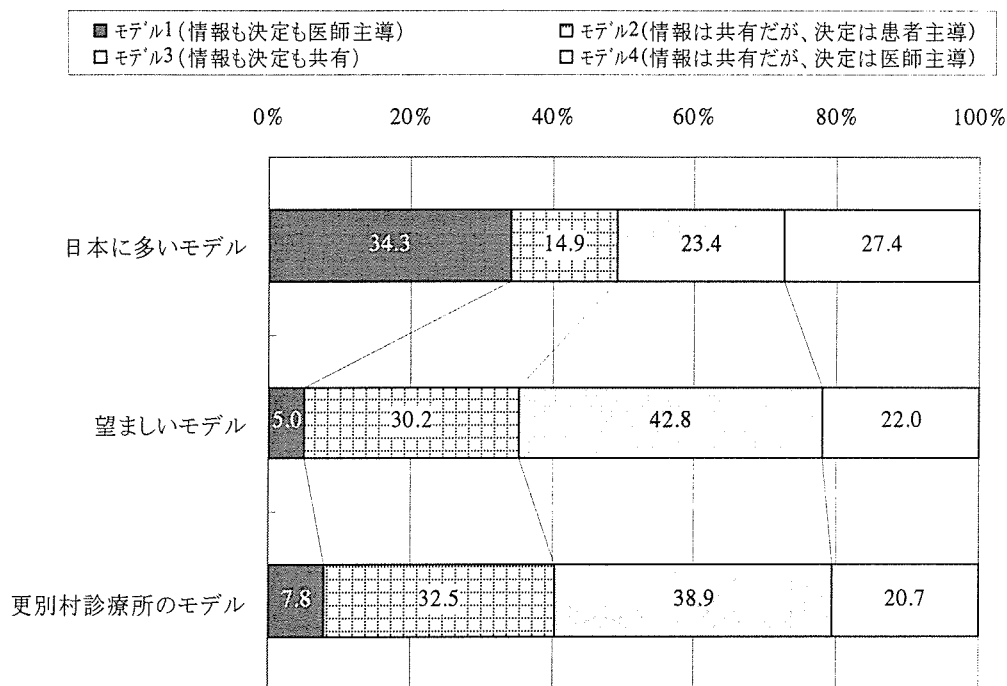
<p>【モデル 1 : Paternalism model (情報も決定も医師主導)】</p> <p>○患者:「いただいたお薬をきっちりのんでいるのですが、なかなかよくならないんですが・・・」</p> <p>●医師:「だいじょうぶですよ、私にまかせておいたら必ずなおりますから」</p> <p>○患者:「そうですか、よろしくお願いします」</p>
<p>【モデル 2 : Agency model (情報は共有だが、決定は患者主導)】</p> <p>●医師:「この前の検査ではここまでわかりました。次の検査に進めてもよいですか?」</p> <p>○患者:「次の検査をするか 2、3 日考えてから返事します」</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。

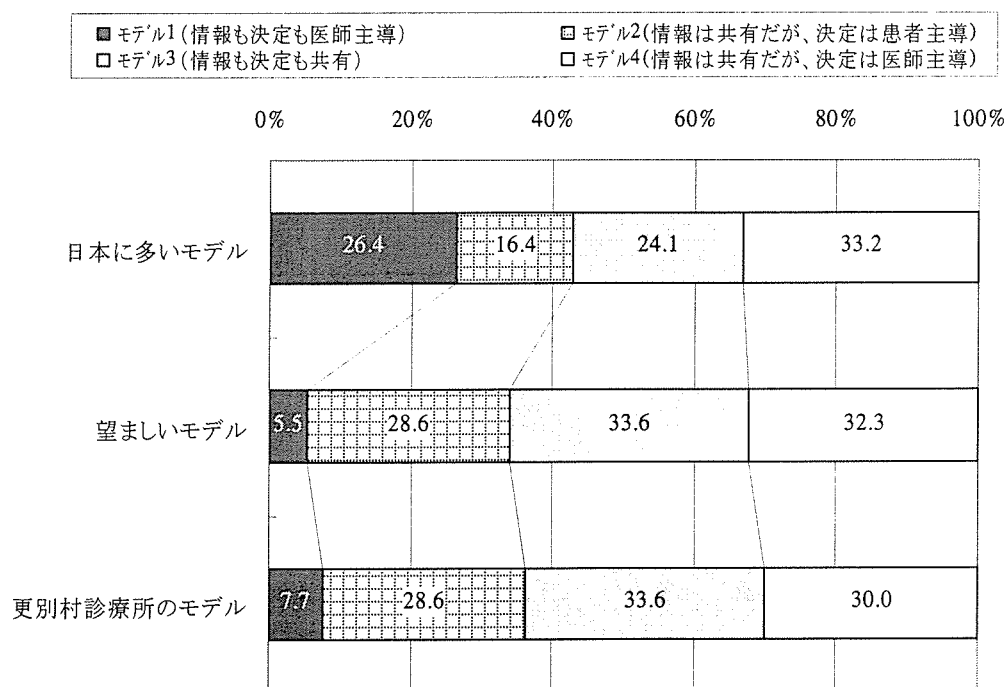
¹⁰ ここでは、現在通院中の患者と、過去に通院経験のある患者を含めて患者としているが、分析上は両者を区分して分析している。

図 3-1-6. 更別村の住民・更別村診療所通院患者からみた「患者と医師の関係」

ア) 更別村住民(N=796)



イ) 更別村診療所通院患者(N=220)

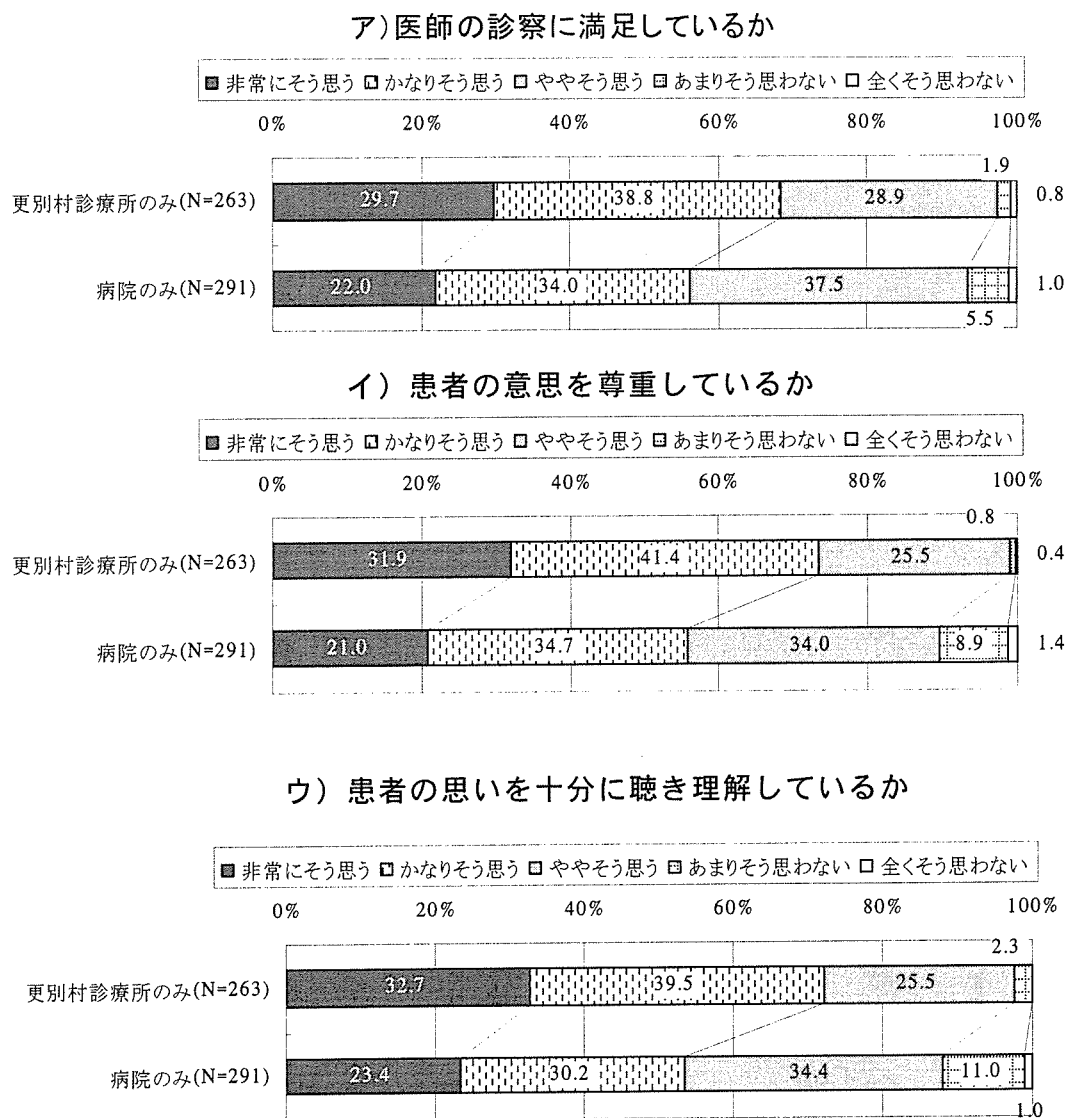


イ) 患者・医師関係からみた評価（病院通院群との比較）

ここでは、“病院のみに現在通院している群(N=291)”と“更別村診療所のみに現在通院している群(N=263)”について、患者と医師の関係性に関する評価の比較を行った。

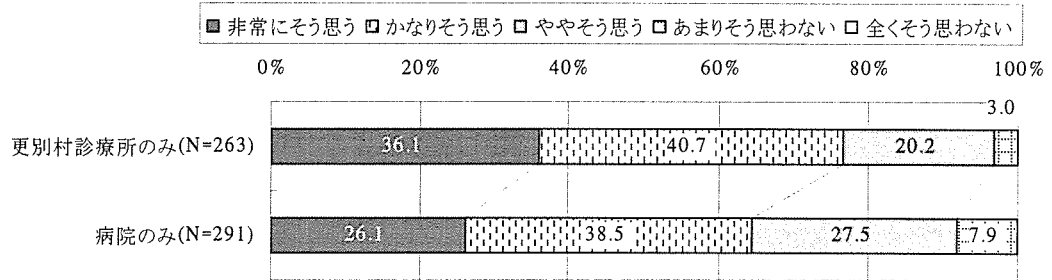
ここで、“非常にそう思う～かなりそう思う”の割合をみると、全ての項目で、更別村診療所通院群の方が、評価が高い状況であった。なお、各質問に対し、両群間の差の検定を実施したが¹¹、全ての項目で、有意な差がみられた（有意水準5%）。

図 3-1-7. 患者と医師の関係性に対する評価の比較（対病院通院群）

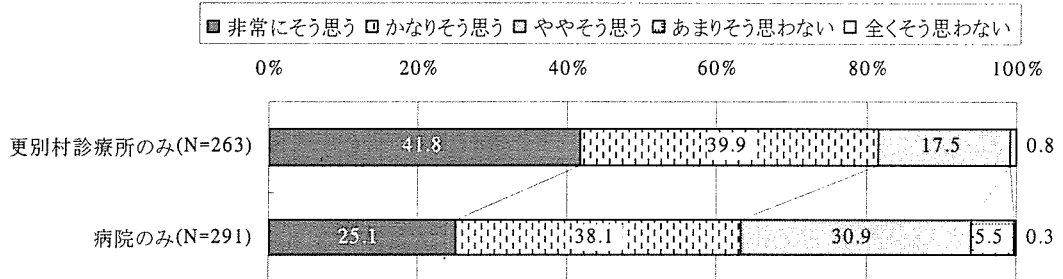


¹¹ 統計ソフト(SPSS14.0)を使って、Wilcoxon の順位和検定を実施した。

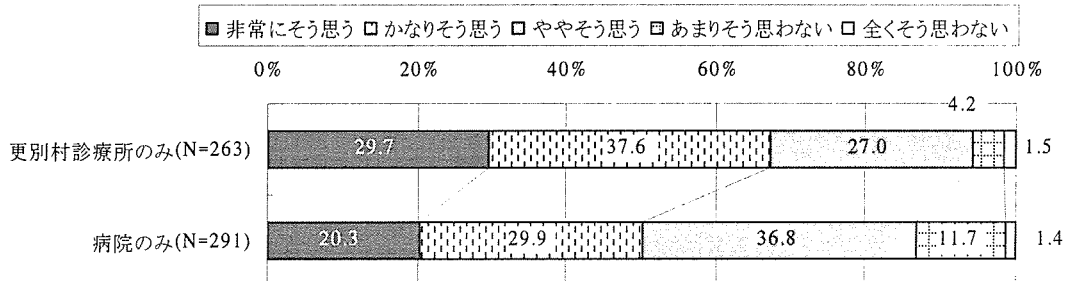
エ) 治療方法をわかりやすく説明しているか



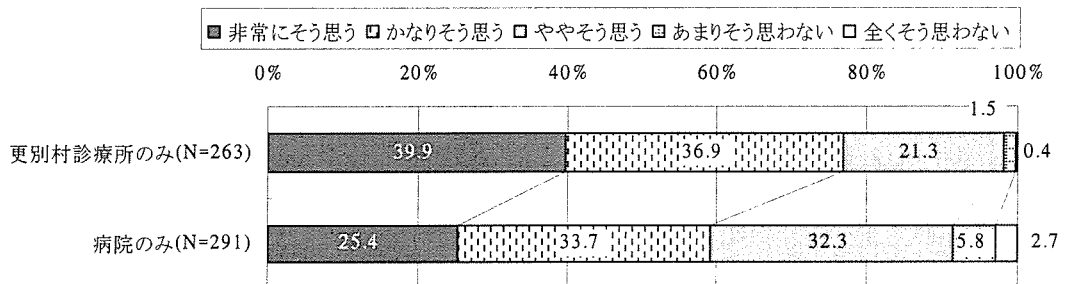
オ) 患者の質問に丁寧に答えているか



カ) 医師とは信頼関係が築けているか



キ) 必要に応じ、他の医療機関を紹介してくれるか

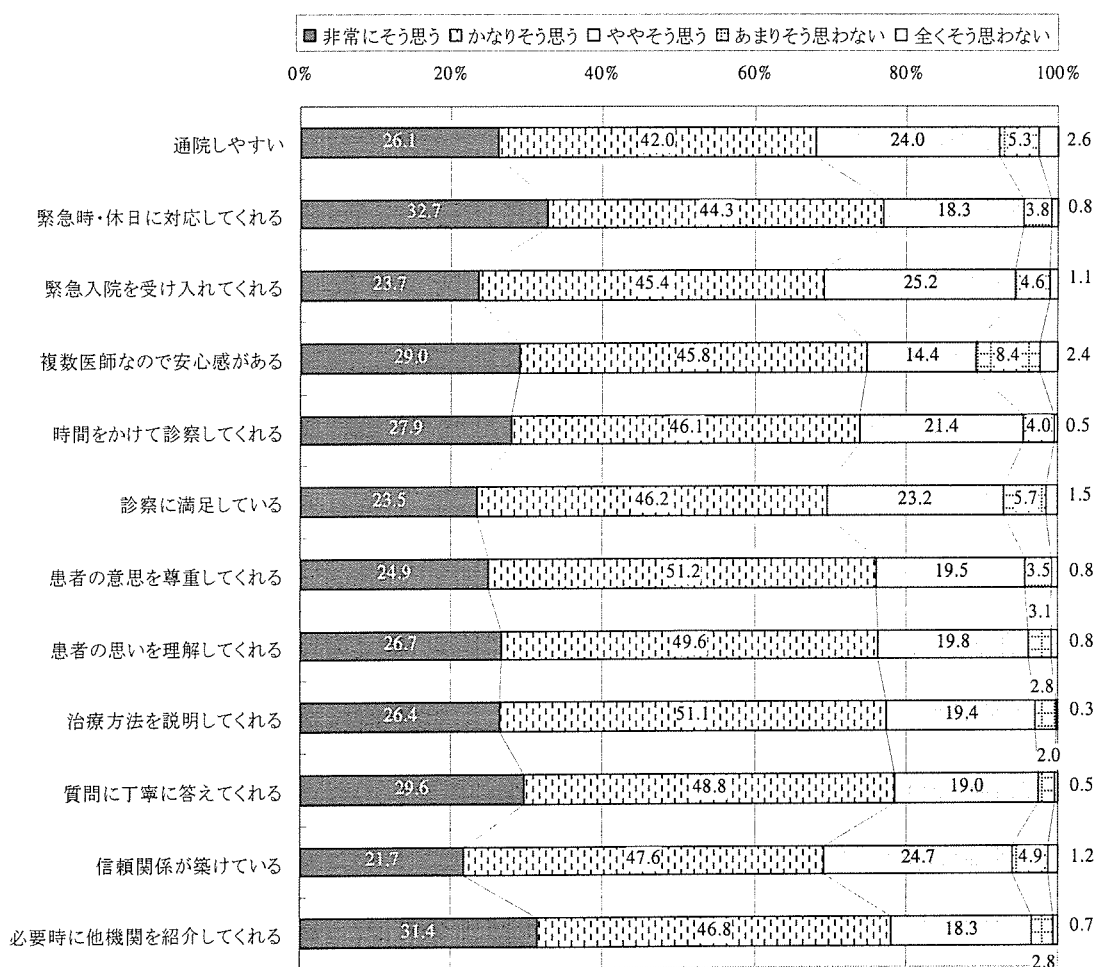


ウ) 患者・医師関係などからみた評価（前体制との比較、有効回答 742 人¹²⁾）

ここでは、常勤医師複数体制で患者中心の医療を提供している現体制を、①近接性（アクセスのし易さ） ②診療に対する姿勢 ③診察に対する満足感 ④信頼関係の構築度 などの観点から、前体制と比較した。

ここで、“非常にそう思う”の割合をみると、「緊急時・休日に対応してくれる」が32.7%と最も多く、次いで「必要時に他機関を紹介してくれる」31.4%、「質問に丁寧に答えてくれる」29.6%、「複数医師なので安心できる」29.0%など、診療体制の強化や医療機関連携（紹介機能）に対する項目、診察時の対応に対する項目の評価が高い状況にあった。

図 3-1-8. 患者と医師の関係性などに対する評価の比較（対前体制）



¹²⁾ ここでは、評価に関する 12 の質問全てに回答があった方を有効として分析した。

(2) 医療アクセスに及ぼす影響

ここでは、まず、医療アクセスをどう定義するかが課題となる。医療アクセスとしては、空間的意味合い（医療機関の地域偏在等）と経済的意味合い（医療費負担等）なども考えられるが、今回の場合の評価対象は、同一地区内の同一医療機関へのアクセスであることから、更別村診療所の外来占有率（市町村国保全体の外来件数／日数に占める更別村診療所（国保）の外来件数／日数の割合）を一つの指標とした。

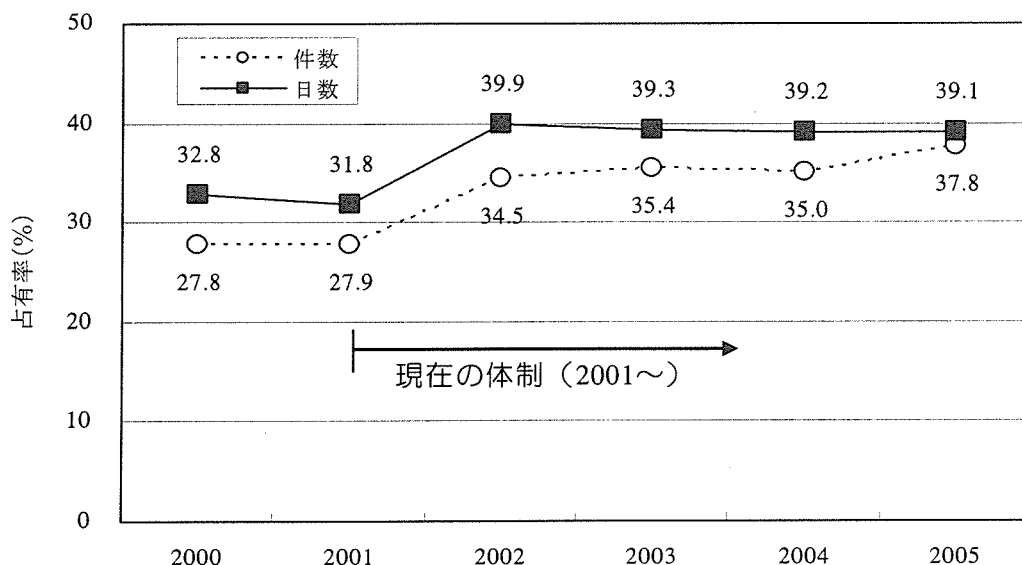
図 3-2-1 に、2000 年度以降の更別村診療所の外来占有率の推移を示す¹³（市町村国保の件数／日数ベース）。現在の診療体制がスタートした 2001 年度以降、外来件数／日数の占有率はともに上昇し、2005 年度現在、外来占有率は、件数ベースで 37.8%、日数ベースで 39.1%となっている。

さらに、更別村民の外来受診に対する受診先別占有率の推移をみた（国保、件数ベース、各年 5 月診療分）。

その結果を図 3-2-2 に示すが、2001 年 5 月診療分では、“更別村¹⁴” 25.6%、“帯広市¹⁵” 50.9%、“中礼内村” 6.1%に対し、2005 年 5 月診療分では、“更別村” 37.8%、“帯広市” 42.1%、“中礼内村” 3.4%となっている。

2001 年 5 月時点では、更別村民の外来受診者の約半数（国保、件数ベース）が、基幹病院を有する“帯広市”の医療機関を外来受診していたが、その割合は年々減少し、逆に、更別村診療所への外来受診の割合は徐々に増加する傾向にある。これは、同診療所の医療提供体制や取り組みが、地域に定着してきた（住民の評価が上がってきた）ことを反映した結果と推察される。

図 3-2-1. 更別村診療所の外来占有率の推移（国保、年度ベース）

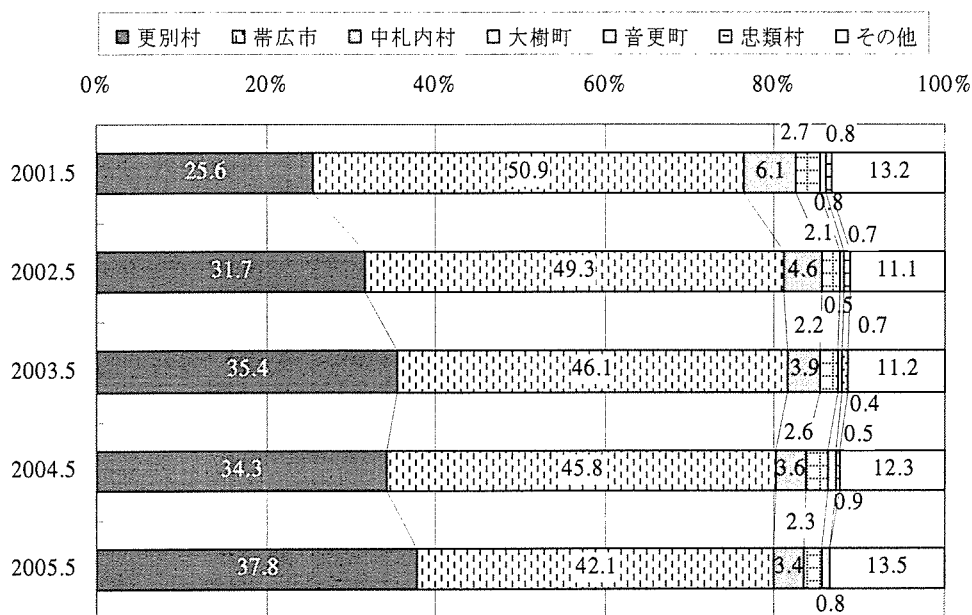


¹³ 年度は、3月～2月ベース。2005年度は、3月～8月の合計。

¹⁴ 更別村の場合、同診療所が唯一の医療機関であるため、この数字は、更別村民の外来件数に占める更別村診療所への外来件数の割合を示したものとなる。

¹⁵ 参考まで、2003年10月1日時点の帯広市内の医療機関数は、病院20、診療所109である。

図 3-2-2. 更別村民の外来受診先別占有率の推移（国保、各年 5 月診療分）



(出典) 更別村役場調べ

(3) 救急医療に及ぼす影響

2001 年度以前の更別村国保診療所の入院は、慢性期の長期入院が主であり、また、急性期への対応も限定的で、救急対応は車で 30 分以上かかる帯広市内の基幹病院に依存している状況であった。また、地元の救急隊員との連携もほとんどなかった。

このような状況に対し、現体制は、急性期対応の再構築をめざし、①病床の一部（2 床）の一般病床への変更 ②救急搬送患者に対する初期治療（気管内挿管、薬剤投与、ルート確保等）への積極的関与 ③搬送先基幹病院との連携強化（転院搬送時¹⁶や転送時¹⁷の救急車への医師の同乗と搬送先医師への情報提供） ④救急隊員との連携強化（定期的な勉強会の開催（症例検討、訓練等を含む）、診療所での実習受入など）を実施している。

以下、更別村における救急医療の現状と、更別村診療所の救急医療への関与状況の変化を検証する。

¹⁶ 転院搬送とは、例えば、入院患者が急性増悪を起こし、他の基幹病院に搬送を依頼する場合には、医療機関からの要請で救急隊が出動し、基幹病院に搬送することをいう。

¹⁷ 転送とは、初期治療への対応を目的に、更別村診療所にまず搬送し、初期治療終了後（その間、救急隊員は診療所で待機（10 分程度））、基幹病院に搬送することをいう。

1) 救急搬送の現状

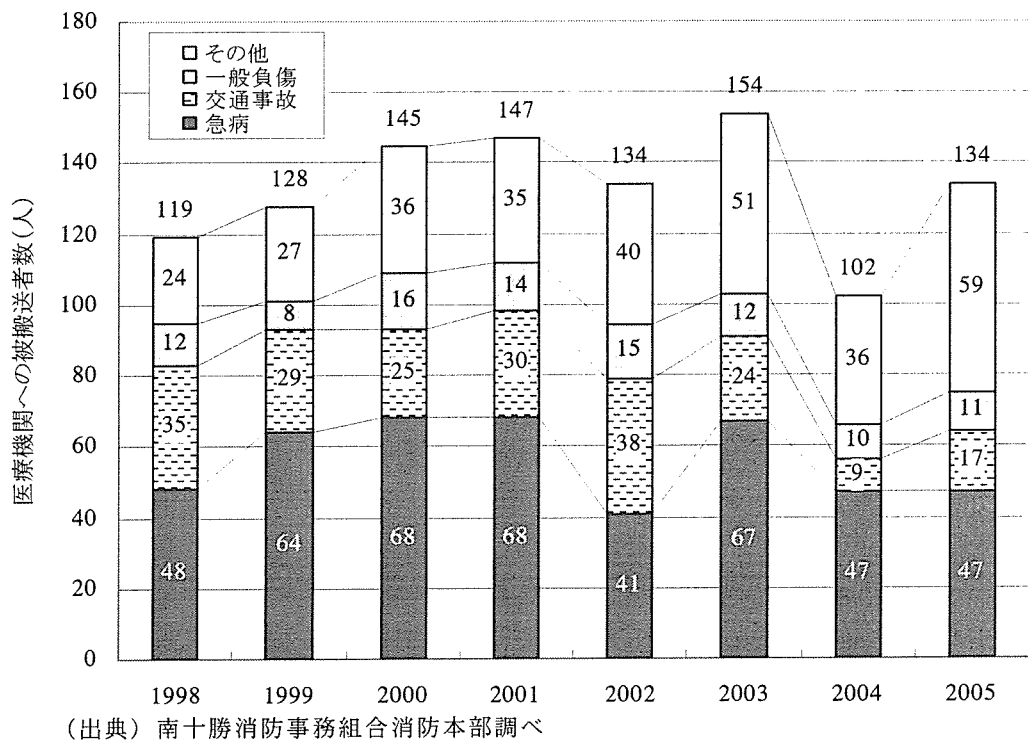
ア) 被搬送者数の推移

図 3-3-1 に、事故種類別にみた医療機関への被搬送者数（年間）の推移を示す。

被搬送者数は、1998 年度¹⁸の 119 人から 2001 年度には 147 人にまで増加した後、やや減少傾向に転じ、2005 年度は 134 人となっている。

ここで、2000 年度（現体制以前）と 2005 年度（現体制）の被搬送者を事故種類別にみると、2000 年度は、「急病」46.9%、「交通事故」17.2%、「一般負傷」11.0%、「その他」24.8%に対し、2005 年度は、「急病」35.1%、「交通事故」12.7%、「一般負傷」8.2%、「その他」44.0%となっている。

図 3-3-1. 被搬送者数の推移（事故種類別）



¹⁸ 各年度は、1～12月ベース。

イ) 被搬送者の特性

表 3-3-1 に、2000 年度と 2005 年度における被搬送者の特性の比較を示す。

まず、性別では、両年とも、「男性」約 6 割、「女性」約 4 割とほぼ同じ構成割合であった。

次に、対象者区分別¹⁹にみると、2000 年度は、「成人」49.0%、「老人」39.3% に対し、2005 年度は、「成人」29.9%、「老人」56.7%と、「老人」の救急搬送の割合が大幅に増加している状況であった。

次に、急病による被搬送者を疾病分類別にみると、2000 年度は、「脳血管疾患」27.9%、「消化器系疾患」14.7%、「感覚器系疾患」13.2%、「心疾患」5.9% の順であったが、2005 年度は、「脳血管疾患」23.4%、「呼吸器系疾患」17.0%、「心疾患」「消化器系疾患」14.9%の順であり、2000 年度に比べ、「心疾患」「呼吸器系疾患」の割合の増加が目立つ。

表 3-3-1. 被搬送者の特性

	被搬送者数 (人)		構成割合 (%)	
	2000 年度	2005 年度	2000 年度	2005 年度
1.性別	145	134	100.0	100.0
- 男性	91	82	62.8	61.2
- 女性	54	52	37.2	38.8
2.対象者区分別	145	134	100.0	100.0
- 新生児	2	0	1.4	0.0
- 乳幼児	6	10	4.1	7.5
- 少年	9	7	6.2	5.2
- 成人	71	40	49.0	29.9
- 老人	57	76	39.3	56.7
- 不明	0	1	0.0	0.7
3.急病搬送者の疾病分類別	68	47	100.0	100.0
- 脳血管疾患	19	11	27.9	23.4
- 心疾患	4	7	5.9	14.9
- 消化器系疾患	10	7	14.7	14.9
- 呼吸器系疾患	8	8	11.8	17.0
- 感覚器系疾患	9	0	13.2	0.0
- 精神系疾患	3	1	4.4	2.1
- 泌尿器系疾患	3	0	4.4	0.0
- その他・不明	12	13	17.6	27.7

(出典) 南十勝消防事務組合消防本部調べ

¹⁹ ここでの区分の定義は、「新生児」生後 28 日以内の者、「乳幼児」生後 29 日以上満 7 歳未満の者、「少年」満 7 歳以上満 18 歳未満の者、「成人」満 18 歳以上満 65 歳未満の者、「老人」満 65 歳以上の者である。

2) 救急医療への関与状況の変化

ア) 更別村診療所の搬送・転送への関与状況の変化

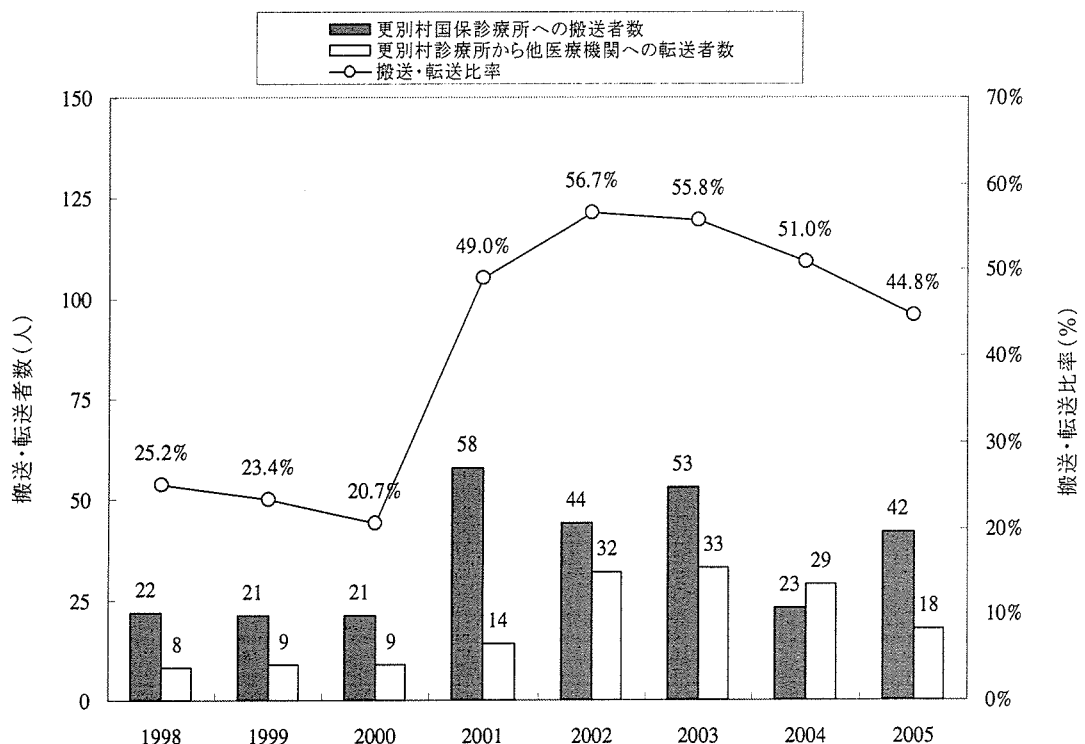
図 3-3-2 に、更別村診療所への搬送者数²⁰、更別村診療所から他医療機関への転送者数²¹、ならびに全被搬送者数に占める更別村診療所への搬送・転送者数の割合の推移を示す。

まず、更別村国保診療所への搬送者数をみると、1998～2000 年度は 21～22 人で推移していたが、現体制になった 2001 年度には 58 人に急増し、その後も 40～50 件前後で推移している。

次に、更別村診療所から他の医療機関への転送者数をみると、1998～2000 年度の 8～9 人から、現体制後は 20～30 人前後で推移している。

このような救急への関与の拡大により、全被搬送者に占める更別村診療所への搬送及び更別村診療所からの転送者数の割合²²は、1998～2000 年度の 20～25% から、現体制後は 50% 前後に増加している。

図 3-3-2. 更別村診療所の搬送・転送への関与状況の変化



(出典) 南十勝消防事務組合消防本部調べ

²⁰ 救急搬送された患者を、更別村診療所で救急対応した後、入院受け入れした数のこと。

²¹ 初期治療対応を目的に、更別村診療所にまず搬送し、初期治療終了後、基幹病院に搬送した数のこと。

²² この数字は、更別村診療所が、救急搬送に対し、救急患者の受け入れや初期治療対応としてどの程度関わったかの指標である。