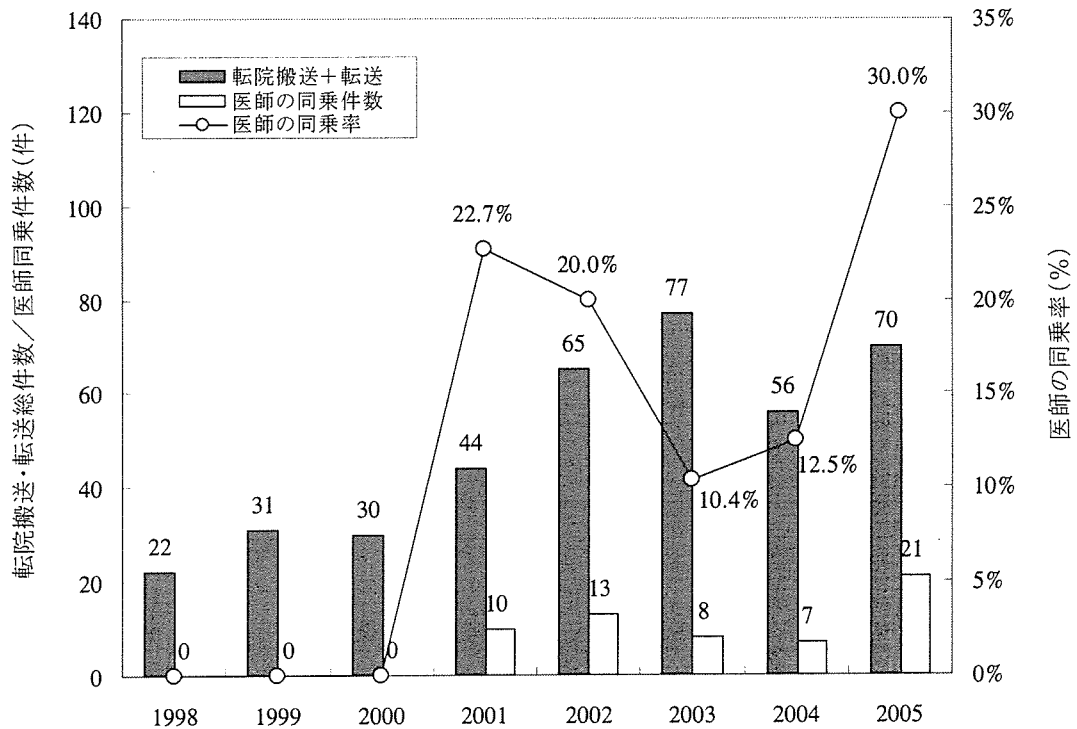


イ) 救急搬送への医師の同乗件数の変化

図 3-3-3 に、転院搬送時²³ならびに転送時²⁴における、救急車への医師の同乗数および同乗率²⁵の推移を示す。

まず、医師の同乗件数をみると、1998～2000 年度は全く実施されていなかったが、現体制になった 2001 年度以降、同乗件数は 10～20 件程度に増加している。また、同乗率も、10～30%前後に増加している。

図 3-3-3. 転院搬送・転送時の医師の同乗件数の変化



²³ 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のように、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。

²⁴ 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。

²⁵ 転院搬送および転送の総件数のうち、医師が同乗した件数の割合のこと。

(4) 医療費に及ぼす影響

ここでは、更別村における医療提供体制の強化や家庭医機能の提供が、更別村における医療費²⁶に及ぼす影響を分析する。

具体的には、まず、2003年度の診療費諸率（①被保険者100人当たり受診件数（以下、受診率と略） ②1件当たり診療費 ③1件当たり日数 ④1日当たり診療費 ⑤被保険者1人当たり診療費）を、入院・入院外別に全国平均及び北海道平均と比較し、診療費諸率からみた、更別村の国保診療費の相対的特徴を分析する。その後、1999～2003年間の診療費諸率の推移（歯科含む）から、現体制の前後でこれら指標がどのように変化したかを分析する²⁷。

1) 診療費諸率からみた更別村国保診療費の特徴

図3-4-1に、2003年度の全国の診療費諸率を100とした場合の、入院・入院外別にみた更別村および北海道の各指標の値を示す²⁸。

まず、入院をみると、更別村の各指標の値は、「受診率」86.1、「1件当たり診療費」94.4、「1件当たり日数」83.7、「1日当たり診療費」112.8、「被保険者1人当たり診療費」81.3と、全国に比べ、1日当たりの入院単価は約13%上回っているものの²⁹、入院日数は約16%、受診率は約14%低いことから、結果的に被保険者1人当たりの入院診療費は約19%も低い状況にある。

この傾向は、入院外も同様であり、1日当たりの入院外単価は約29%上回っているものの、入院外の日数は約30%、受診率は約9%低いことから、結果的に被保険者1人当たりの入院外診療費は約17%も低い状況にある。

²⁶ ここでは、①市町村でデータが入手可能であること ②更別村民の約6割が加入していることから、市町村国保の医療費（一般被保険者分、老人医療受給対象者分、退職被保険者分を含んだ国保全体の医療費）の診療費部分を分析対象とした。

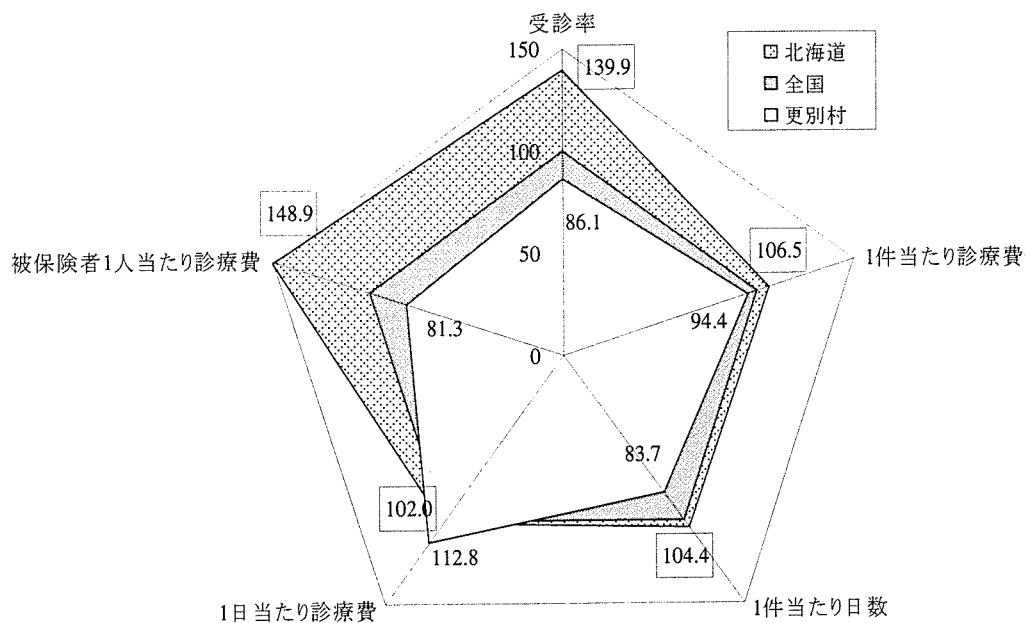
²⁷ 2003年度末時点の市町村国保に占める老人保健受給対象者の割合は、全国25.3%、北海道29.0%、更別村23.2%と、北海道は老人保健加入者の割合が、全国や更別村より高い状況に、また更別村は、全国より若干低い状況にある。本来であれば、たとえば、老人保健加入者同士での諸率の比較を行うなどが必要であるが、①今回の分析は全国と更別村の比較が中心で、両者の老人保健加入者割合は近い状態にあること（北海道データは参照的な意味合いが強い） ②諸率の特徴と経時変化の特徴をみることが目的であり、市町村国保全体でみても大きな差はないと判断し、今回は、市町村国保全体での比較や経時変化の評価を行っている。

²⁸ 全国データは、厚生労働省保険局「国民健康保険事業年報」に、また、更別村および北海道のデータは、北海道保健福祉部国民健康保険課「国民健康保険事業状況」による。

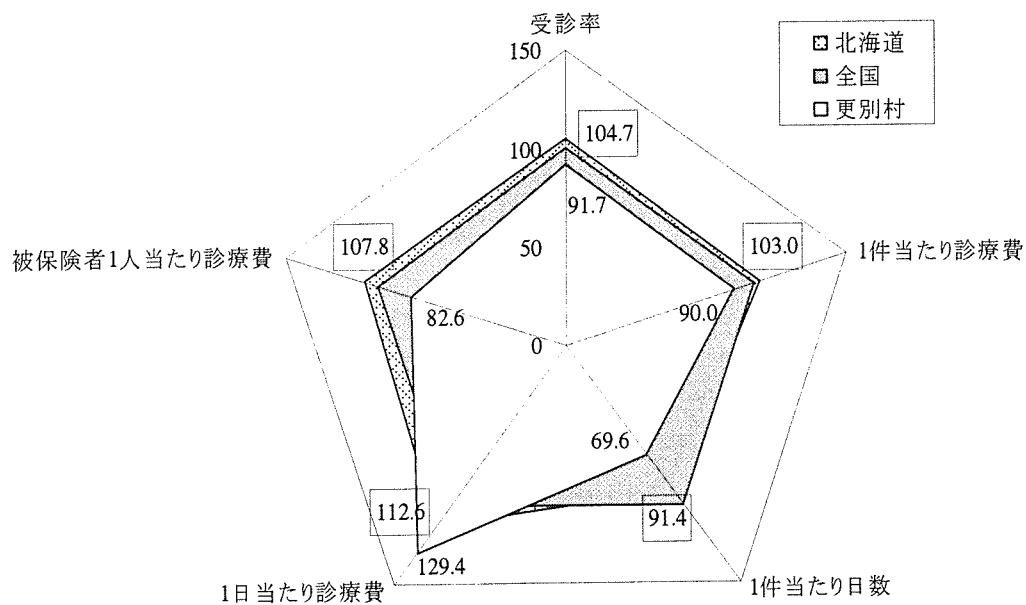
²⁹ 今回の調査では、様々な診療の結果としての診療費諸率を評価しているだけであり、更別村の入院単価や入院外単価が、全国より高い要因については分析出来ていない。このためにはレセプト調査が必要であるが、この件は次年度の課題とする。

図 3-4-1. 市町村国保の診療費諸率の比較 (2003 年度、全国を 100 とした場合)

ア) 入院



イ) 入院外



注. 四角で囲ってある数字は、北海道の市町村国保の平均値、囲っていない数字は、更別村の数値。

2) 診療費諸率の経時変化からみた、現体制が国保診療費に及ぼす影響

図 3-4-2～図 3-4-6 に、入院・入院外・歯科別³⁰にみた 1999～2003 年度間の診療費諸率の推移を示す。

まず、受診率をみる。

ここで入院をみると、受診率は、全国・北海道とも年々減少しているのに対し、更別村では 2000 年度以降増加している。一方、入院外では、2001 年度と 2003 年度を比較すると、北海道は減少、全国は若干増加(2 年間の増加率 0.37%)、更別村は全国を上回る増加(同 1.3%)と、更別村が最も増加している状況にある。受診率は、入院・入院外とも、全国や北海道の推移に比べて相対的に増加の傾向を示しているが、これは受診がしやすくなった影響の可能性もある。

次に、1 件当たり診療費をみる。

ここで、入院をみると、更別村では、1999～2000 年度は 1 件当たり診療費が実額ベースで全国を上回っていたものの、2001 年度に激減し、その後徐々に増加している。2001 年度と 2003 年度を比較すると、全国・北海道とも増加しているが(増加率は全国 2.0%、北海道 1.6%)、更別村はそれを上回る形で増加している(同 5.1%)。

この要因を探るために、1 件当たり日数および 1 日当たり診療費をみると、更別村では、2000 年度に 1 件当たり日数が急減し、逆に、1 日当たり診療費が急増しているが、日数の影響の方が大きかったため、1 件当たり入院診療費が急減したものと考えられる。また、1 件当たり日数は、全国・北海道ともに年々減少しているのに対し、更別村では、2000 年度以降、増加傾向にある。1 日当たり診療費の推移は、3 者とも同程度の増加率(全国 4.7%、北海道 3.1%、更別村 4.3%)であることから、入院日数の推移の差が、更別村の相対的な 1 件当たり診療費の増加の要因と思われる。

一方、入院外をみると、全国・北海道が年々減少しているのに対し、2001 年度と 2003 年度を比較すると、更別村は若干増加している(増加率 0.7%)。これは、1 件当たり日数は 3 者とも年々減少しているのに対し、1 日当たり診療費は、2000 年度以降、更別村の増加率が全国・北海道より高いことから、入院外の単価増が、更別村の相対的な 1 件当たり診療費の増加の要因と思われる。

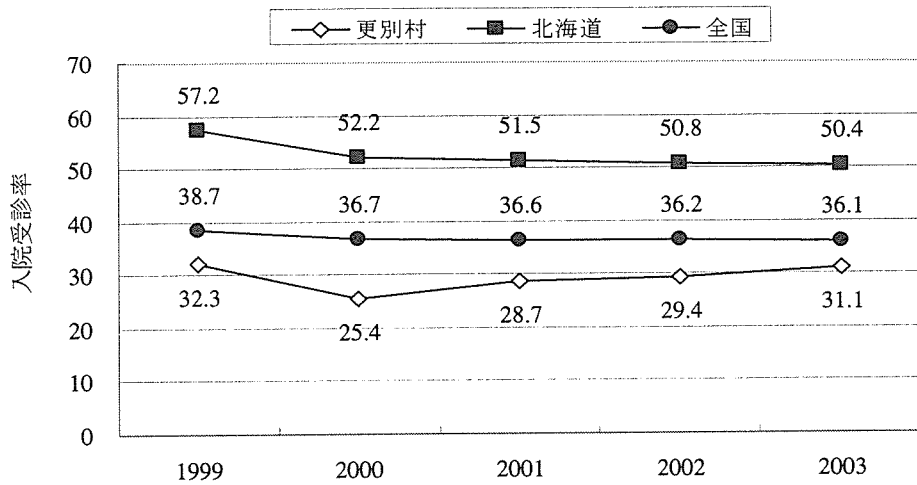
最後に、被保険者 1 人当たり診療費をみる。

ここで、入院について、2001 年度と 2003 年度を比較すると、北海道は若干の減少(減少率 0.5%)、全国は若干の増加(増加率 0.4%)に対し、更別村は大幅増となっている(増加率 13.8%)。一方、入院外も、北海道・全国ともに減少しているのに対し、更別村は若干増(増加率 2.1%)となっているが、これは受診率が増加した影響と考えられる。

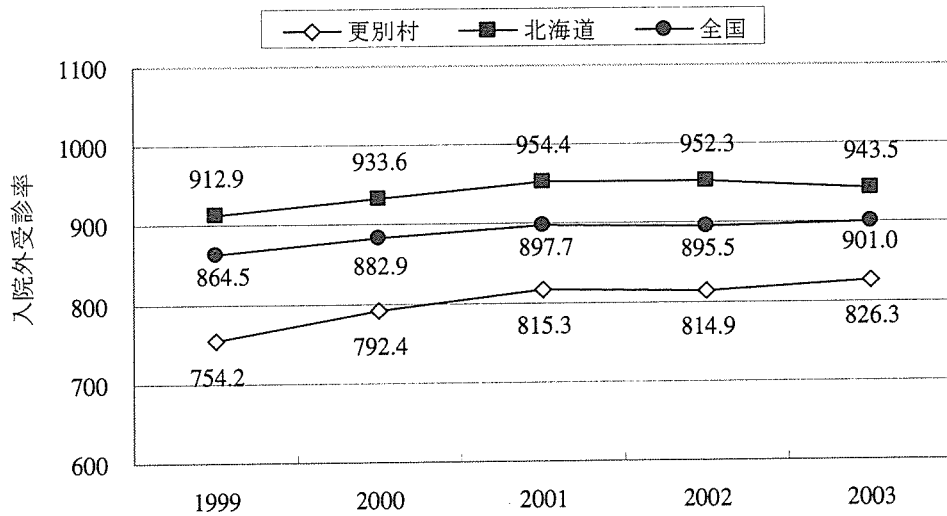
³⁰ 診療費諸率の分析は、ここでは、入院と入院外についてのみ言及する。

図 3-4-2. 受診率の推移

ア) 入院



イ) 入院外



ウ) 歯科

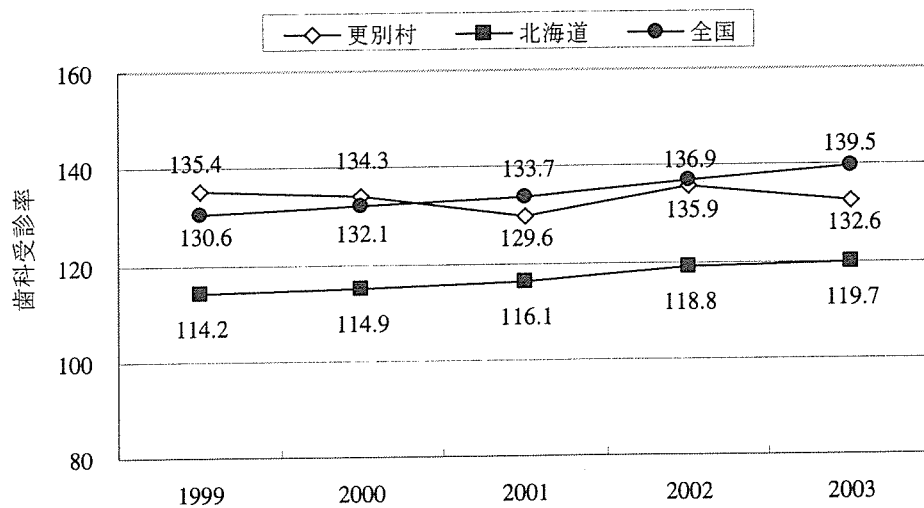
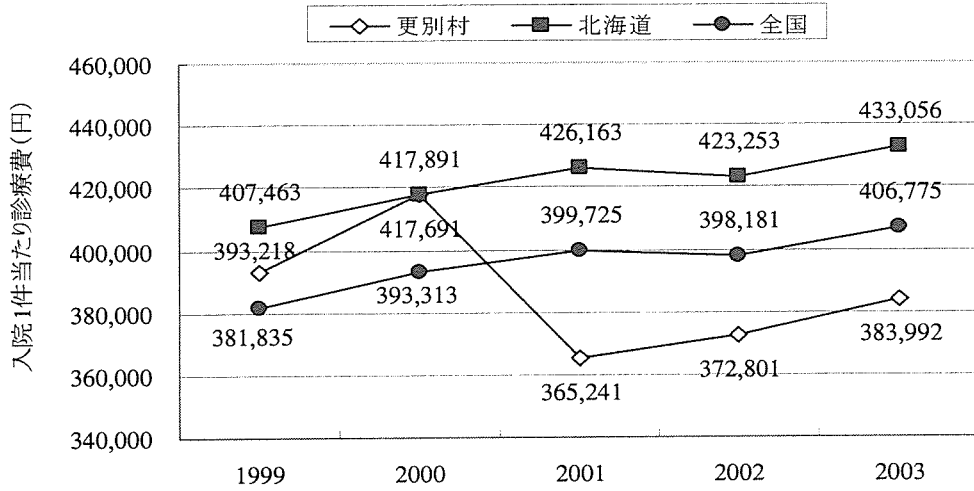
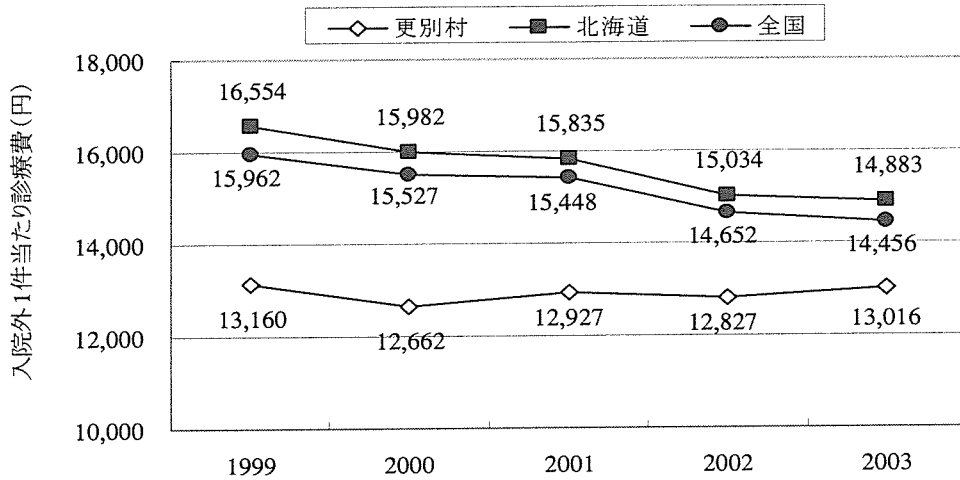


図 3-4-3. 1 件当たり診療費の推移

ア) 入院



イ) 入院外



ウ) 歯科

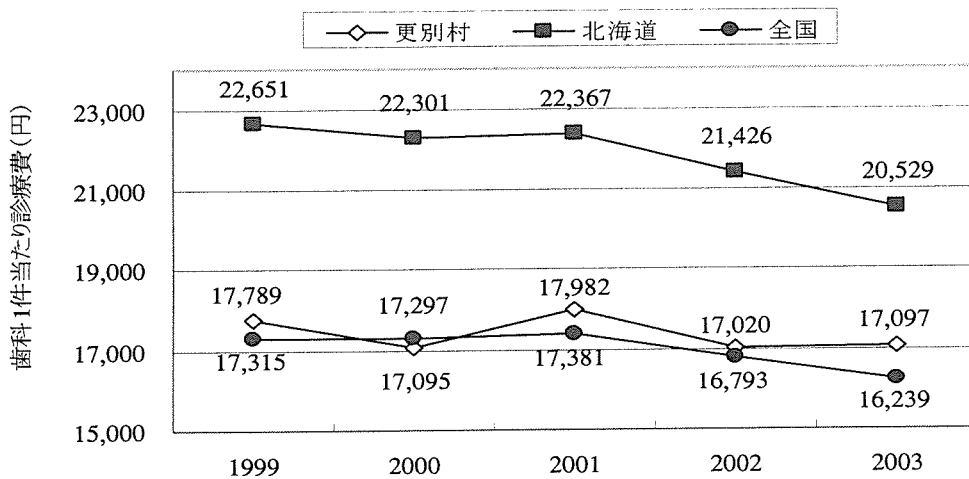
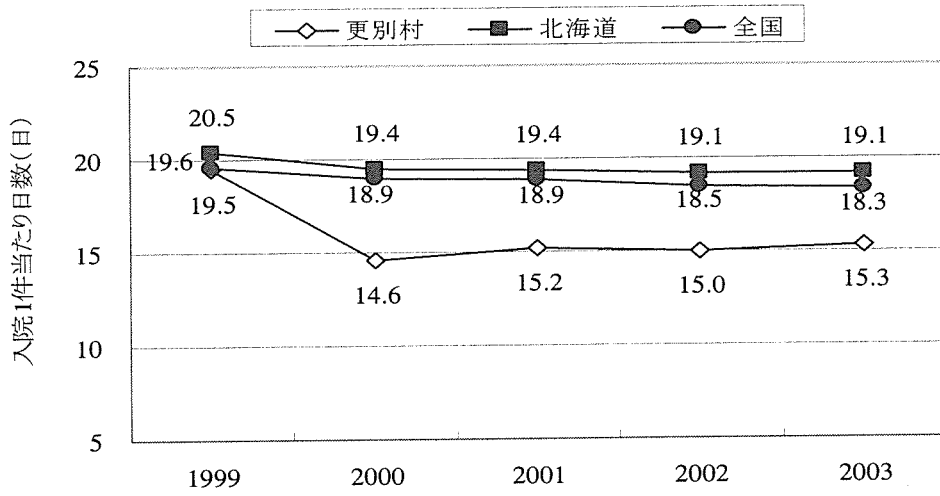
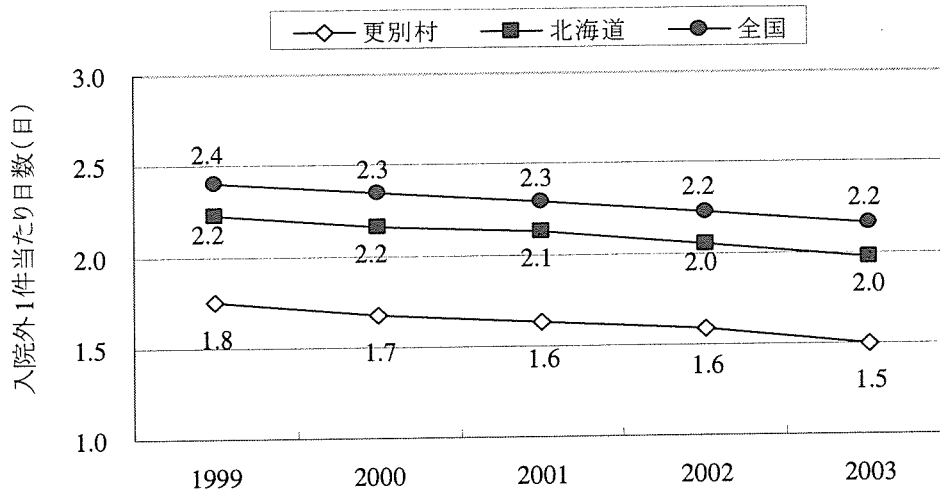


図 3-4-4. 1 件当たり日数の推移

ア) 入院



イ) 入院外



ウ) 歯科

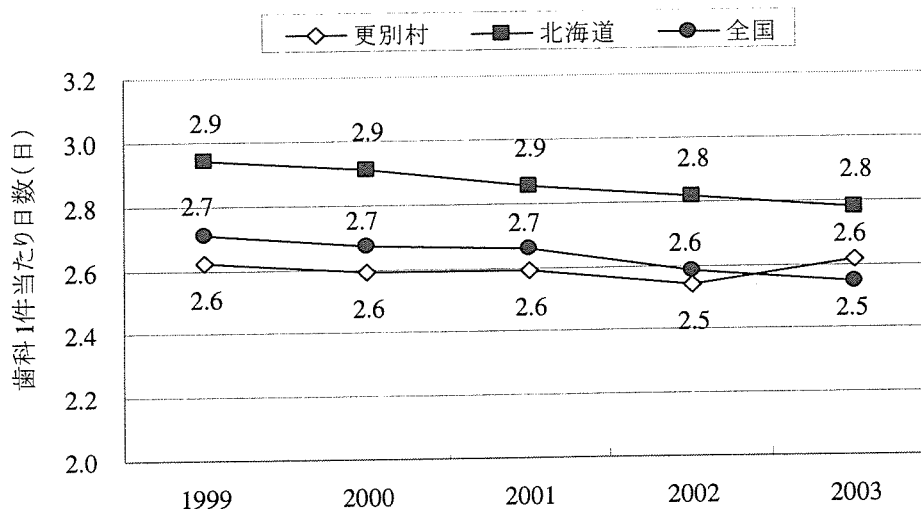
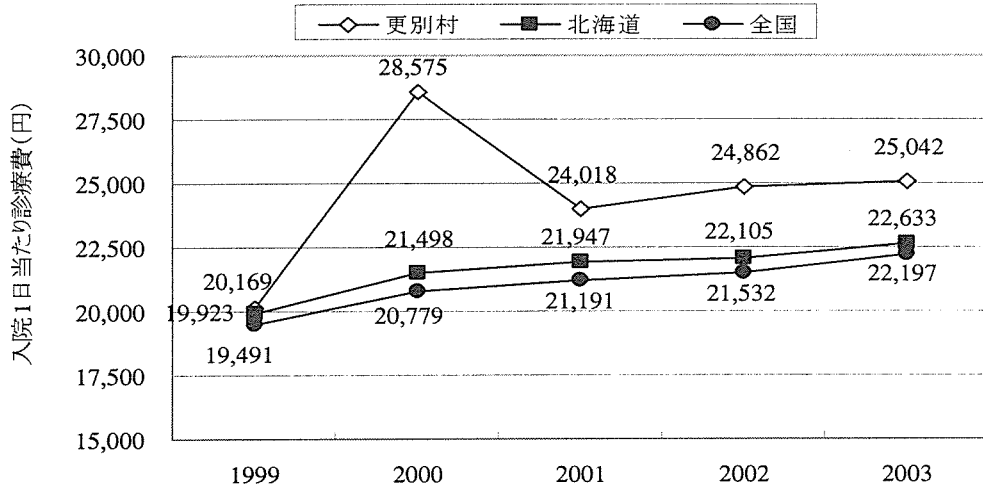
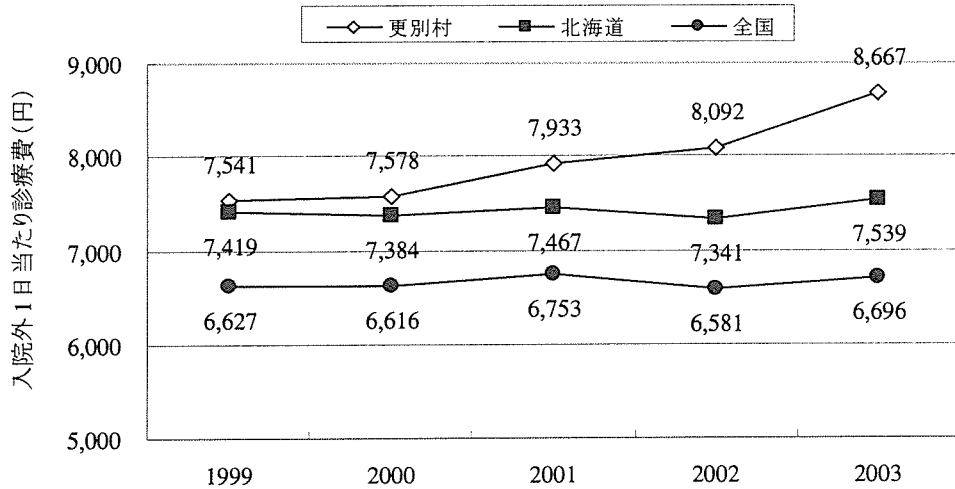


図 3-4-5. 1日当たり診療費の推移

ア) 入院



イ) 入院外



ウ) 歯科

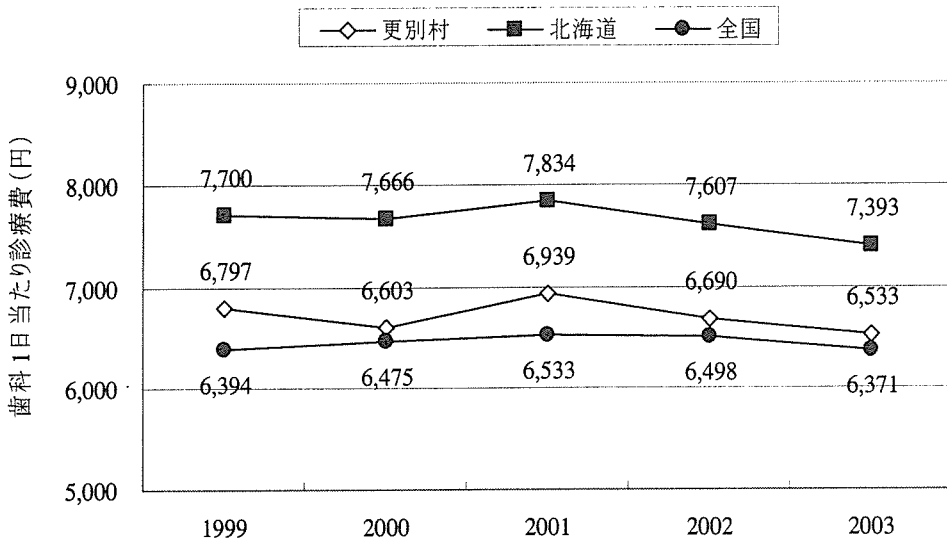
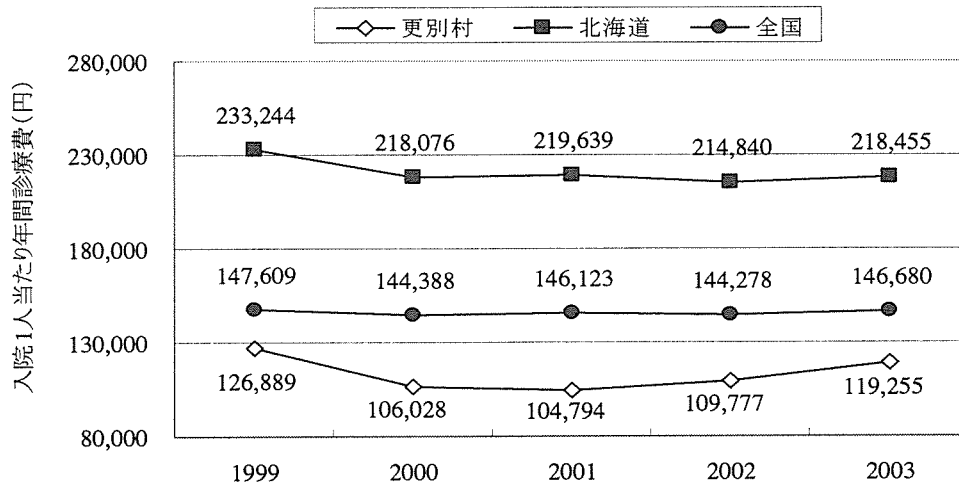
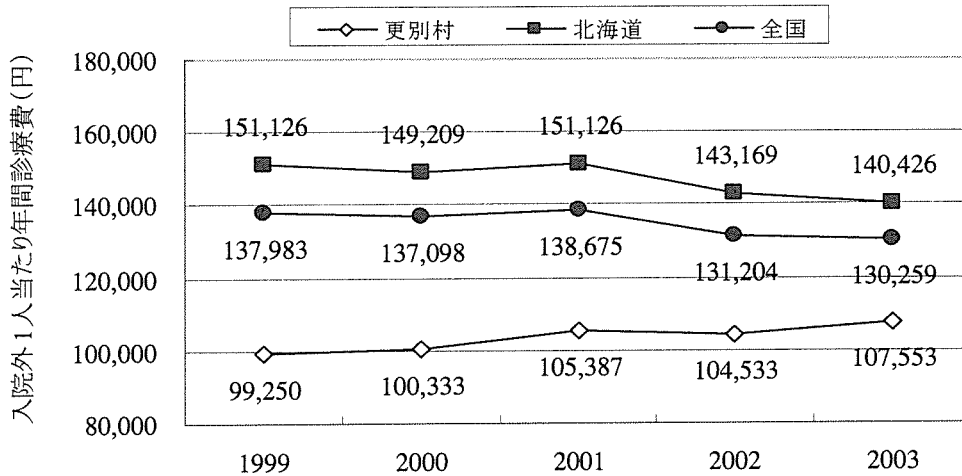


図 3-4-6. 被保険者 1 人当たり年間診療費の推移

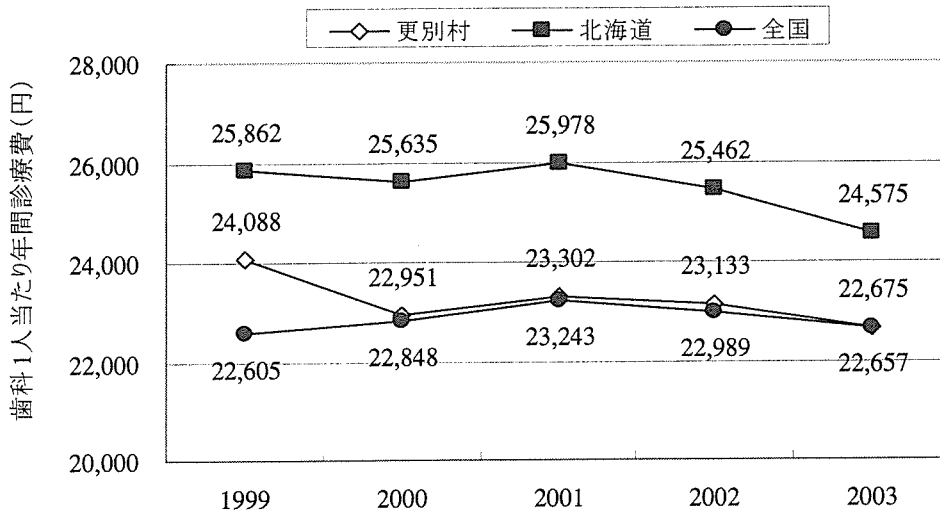
ア) 入院



イ) 入院外



ウ) 歯科



(5) まとめ及び所感

本節では、更別村における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、市町村国保診療費等に及ぼす影響に関する調査・分析結果を報告した。以下、ポイントと所感をまとめる。

1) 住民・患者の意識に及ぼす影響

今回のアンケートでは、ア) 更別村の住民や患者が、家庭医機能に対しどのような受け止め方をしているのか イ) 住民や患者は、医療提供者に対して何を望んでいるのか を概観することが大きな目的であった。

患者と医師の関係では、望ましいモデルとして、「モデル3（情報も決定も共有）」が42.8%と最も多く、次いで「モデル2（情報は共有だが決定は患者主導）」30.2%、「モデル4（情報は共有だが決定は医師主導）」22.0%の順で、「モデル1（情報も決定も医師主導）」は5.0%に過ぎなかった。聖路加病院の外来患者に対する先行研究³¹では、「モデル3」59%、「モデル4」23%、「モデル2」18%、「モデル1」0.4%であり、調査地区や調査時期、患者像の違いはあるにせよ、モデル3が最も多く、モデル1が最も少ない状況は同じであった。また、情報は共有しても、決定は患者主導（モデル2）の方が、医師主導（モデル4）よりも多いことから、僻地であるからといって、決定を医師に安易に委ねるという態度ではないことも伺える結果であった。

一方、日本における患者と医師の関係の現状に関しては、「モデル1」が34.3%を占めており（先行研究では、「モデル1」64%）、患者が望む医師との関係の“理想と現実”に大きなギャップがあることがわかったが、更別村では、患者が思う「望ましい医師との関係」と、「更別村診療所の医師との関係」に対する評価が類似しており、患者中心の医療が具体的に地域で展開され、そのことが患者や地域住民に受け入れられている様子が伺える結果であった。

また、前体制に比べて現体制を特に評価する点を見ると、患者や住民は、救急時や夜間における対応、患者中心の医療の提供、必要時の医療機関の紹介などの機能を医師に求めていることが推察された。

2) 医療アクセスに及ぼす影響

更別村唯一の医療機関が、今回調査した更別村診療所である。したがって、医療アクセスへの影響を因る一指標として、「住民の同診療所への外来受診割合」をみた。その結果、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とがわかった。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

³¹ 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。

映した結果であろう。

3) 救急医療に及ぼす影響

上記のアンケートなどの結果をみると、患者が医師に「患者中心の医療」を求めていることはわかるが、根底に流れる医師への信頼感の拠り所は、「何かあった時に適切に対処し、救命してくれること」であろう。全ての処置・手術まで含めたものを一人の医師に求めているのではなく、けがや症状の程度に応じて、必要な処置を行い（気管内挿管、ルート確保等の初期治療）、救急病院への搬送の必要性を判断し、出来れば、基幹病院の医師に必要な情報を提供してくれる医師を求めているのではないかと思う。

さて、アメリカの IOM (Institute of Medicine) が提唱したプライマリ・ケアの 5 つの概念³²の中に、「どのような問題にも対応する」という包括性の考え方がある。これを、家庭医療学の基本である「患者中心の医療」と併せて考えれば、例えば救急でも適切に関わることが家庭医には求められることになる。

今回、地元の救急隊の方に、救急への家庭医の関与状況を中心としたインタビューを行い、また、救急に関し頂戴したデータを分析する中で、「必要があると判断した場合には救急車に同乗し、基幹病院の医師に必要な医療情報の提供を実施する」などを、ルールではなく能動的かつ当然のように実践していることがわかった。

今回のデータから、家庭医の救急医療への関与の実態は明らかに出来たが、この事がどのようなアウトカムをもたらしたかなどの定量的分析には辿りつけなかった。今後の課題と考える。

4) 医療費に及ぼす影響

更別村の国保診療費の分析から、「入院や入院外の 1 日当たり診療費は全国より高い水準にあるが、受診率や 1 件当たり日数などは低い水準にあり、結果として、被保険者 1 人当たり診療費は、入院・入院外とも約 2 割は低い水準にある」ことがわかった。

また 1999 年度（現体制以前）からの診療費諸率の経時変化をみると、全国や北海道の平均に比べて低い水準にあるが、アクセスの改善に伴う受診率の増加、診療単価の増加などの影響で、入院・入院外ともに、徐々に「被保険者 1 人当たり診療費」が増加している傾向が伺えた。

今後とも、継続した医療費に対する観察と増加要因分析は必要であろう。

³² プライマリ・ケアの 5 つの概念 (ACCCA) とは、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問題の経過中はもちろん病気の前後や健康な時にもかかわる (継続性 Continuity) ④チームでケアを有機的に進める (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) のこと。

4. 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（島崎）

2 節で更別村におけるプライマリ・ケアの取組みの理念・内容等を述べるとともに、3 節で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した。本節では、それらを踏まえ、更別村におけるプライマリ・ケアの取組みの政策的インプリケーションについて、2006 年度の検討課題も含め、考察することとした。

2005 年度の更別村におけるプライマリ・ケアの取組みに関する評価・分析は、大別すれば、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、から成っている。その結果は3 節で述べているとおりであるが、②および③に関し国民健康保険診療所の運営内容が変わった2001年1月以前と以降の変化として特記すべきことは、②については、2001年1月以前は国民健康保険診療所が救急医療に関与することはほとんどなかったのに対し、運営体制が変わった以降は国民健康保険診療所が病院搬送の必要性の可否を判断しており「トリアージ機能」を果たしていること、また、必要に応じ医師が同乗し救急車の中で最低限必要な医療を行うとともに病態等の伝達を国民健康保険診療所の医師が直接行うことがみられることである。これは家庭医機能を考える上で重要な変化であるが、その結果、アウトカムがどのように変化したのかという評価分析を行う必要がある。また、③については、入院・外来とも「1件当たり日数」は減少しているが、「1日当たり診療費」は基本的に増加傾向にあり、「診療密度」が変化していることが特記すべきことである。ただし、こうした変化が生じた理由等については、レセプト等の解析を通じ診療内容の変化の分析を行う必要があると、2006年度にさらに検討を行った上で論じることが適当であると考えられる。要するに、②および③についても興味深い変化が生じている「事実」は指摘できるが、その理由等について2006年度にさらに分析を行いまとめて論じることが適当だと思われる。したがって、以下、本稿では、①に絞って述べる。

2 節で述べたとおり、更別村におけるプライマリ・ケアの取組みの理念を一言でいえば、プライマリ・ケアの特徴づける要素（近接性、包括性、継続性、協調性、責任性）の実践を行うことにある。住民アンケート調査は、こうした理念と実践活動が現実に住民からどのように評価されているのか検証することを目的に行ったものであるが、その結果によれば、「病院通院群との比較」（図3-1-7）、「前体制との比較」（図3-1-8）、いずれをみても、その理念と実践は住民から非常に高く評価されていることが確認できる。とりわけ政策的インプリケーションを考える上で重要なことは、「患者の意思の尊重」、「患者の質問に丁寧に答えているか」など患者と医師の関係に関する評価が非常に高いことである。これを別の角度からみたのが、図3-1-5に掲げた「患者と医師の関係モデル」に関する更別村の患者の認識である。つまり、①望ましい患者と医師の関係（理想像）、②日本の患者と医師の関係の現状（日本の現状認識）、③更別村診療所における患者と医師の関係（更別村診療所に対する現状認識）をみた調査であるが、調査結果をまとめた図3-1-6をみると、更別村の患者の①と③の認識はほぼ完全に一致していることがわかる。また、①と②の認識を比

較すると、一般論としては「日本の患者と医師の関係は理想と現実が乖離している」と更別村の患者が認識していることもわかる。例えば、更別村の患者のうち、モデル1（医師が診療の情報も決定も主導するというパターナリスティックなモデル）が理想だと考えている割合はわずか5.0%であるのに対し、日本の患者と医師の関係の現実にはモデル1であると考えている割合は34.3%と一番多いからである。しかし、更別村診療所における患者と医師の関係の現実にはモデル1であると考えている割合は7.8%にとどまる。以上をまとめていえば、更別村の患者の多くは、「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る³³。そして、このことと図3-1-7および図3-1-8における更別村診療所の医療に対する高い評価は密接に結びついていると考えられる。一般論でいえば、理想と現実の認識ギャップが小さいほど、良好な医師と患者の関係の構築、患者の医療（あるいは医師）に対するプラスの評価に結びつくと考えられるからである。

このことの政策的インプリケーションは決して小さくない。それは次の理由による。

医療契約は、法的には患者（委任者）が医師（受任者）に治療（事務）の委託を行う契約であり、一般に（準）委任契約（民法643条から656条）に相当すると考えられている。重要な点は、請負契約と異なり、結果を保証することが債務の内容になるのではなく（請負契約であると捉えれば治癒が債務の完了となる）、善良な管理者の注意を払い適切な医療行為を行うことが医師の債務の内容となることである。もっとも、医師と患者の関係を単純な委任関係に捉えることは必ずしも適切ではないかもしれない。医師には患者の信任（信頼）に応え最善の行為を尽くす義務が生じるが、患者もすべて医師任せということではなく、必要な情報を提供し診療方針の決定等に関与することが求められるからである。患者と医師の望ましい関係は、レストランのお客のように「患者様」と呼称し患者を顧客扱いすることではない。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ると筆者は考えている。であるとすれば、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であり、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³⁴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。実際、わが国における医師の「専門の配分」上の最も深刻な問題は、医学生の

³³ ただし、更別村の患者の病院群に対する評価等も更別村国保診療所ほどではないが高く、その理由の解析等が必要である。

³⁴ 先進諸国の医療の違いが最も顕著に現れるのは一次医療と二次の繋ぎの部分である。郡司（1998）『医療システム研究ノート』丸善プラネット、p.161。

選好において外科や小児科・産婦人科等を専門とすることに対する忌避の傾向と、真の意味の家庭医（プライマリ・ケア専門医）の不足である³⁵。

それでは、家庭医（プライマリ・ケア専門医）をどのように養成すればどうすればよいのか。明確な達成目標を明らかにし体系的な方法論に基づく教育と実践を積み重ねることが本道だと思われる（2節参照）。

マインドについては、患者の話をよく聴き、仮に自分が患者の立場であったらという想像力を働かせ、患者が理解できる説明を丁寧に行うといったことの重要性、そして、そうした行為の積み重ねにより形成された信頼関係があってはじめて、患者は医師の説明を受容し医療が「協働行為」であることの意味を理解できることの重要性を認識させることが必要であると思われる。2節で述べられた家庭医療学の理念の一つである「地域・家族を含めた全人的理解」ということや「患者中心の医療」（patient-centered medicine）も、そうした内容を包摂していると考えべきものである³⁶。

また、医療はマインドがあれば足りるものではない。的確な診断や治療を行えるというスキルが十分でなければ信頼が生まれようはずもない。消化器外科医には消化器外科固有の専門技術の修得が必要のように、家庭医（プライマリ・ケア専門医）足るには家庭医固有の専門技術や「問題解決技法」の修得が必要である³⁷（葛西2005,p.20）。その意味では、専門的な教育や研修を通じた厳格なトレーニングの重要性も強調されよう。

更別村におけるプライマリ・ケアの実践の効果評価の分析は、そうした修練を経て家庭医（プライマリ・ケア専門医）としての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している。そして、それは更別村の一事例というにとどまらず、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。

³⁵ 副島秀久(2006)「専門医より一般医の充実を」朝日新聞 2006年3月1日。今井澄(2002)『理想の医療を語れますか』東洋経済新報社,pp.63-75。

³⁶ Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*, Radcliffe Medical Press, Abingdon, UK.

³⁷ 葛西龍樹(2005)「家庭医療の専門性」葛西龍樹編著『家庭医療マニュアル』永井書店。

【更別村における医療提供の現状と今後のあり方に関するアンケート】

以下の質問に対して、当てはまる回答を選び、数字に○をつけて下さい。

問1 あなたの性別は？

1. 男性 2. 女性

問2 あなたの年齢は？

1. 20歳代 2. 30歳代 3. 40歳代 4. 50歳代 5. 60歳代
6. 70歳代 7. 80歳代 8. 90歳以上

問3 同居されているご家族の人数は何人ですか

1. 1人 2. 2人 3. 3人 4. 4人 5. 5人以上

問4 あなたは、現在、仕事をされていますか

1. している 2. していない

問5 あなたは、普段、ご自分で健康だと思いますか

1. 非常に健康だと思う 2. まあまあ健康な方だと思う
3. あまり健康ではないと思う 4. 全く健康ではないと思う

問6 あなたは、自分の健康に不安を感じることはありませんか

1. 全く不安に感じない 2. あまり不安に感じない
3. ときどき不安を感じる 4. いつも不安を感じる

問7 あなたは、年に1回、健康診断を受けていますか

1. 受けている 2. 受けていない

問8 あなたには、「かかりつけ医（主治医）」がいますか（歯科は除きます）

1. いる 2. いない

問9 あなたは、現在、医療機関へ通院していますか（歯科は除きます）

1. ほぼ毎日 2. 毎週 3. 月2回程度 4. 月1回程度
5. 2ヶ月に1回程度 6. 3ヶ月に1回程度 7. 通院していない

問10 問9で、現在通院している(1から6)と答えた方に伺います。

現在通院している医療機関はどちらですか（複数回答）

1. 病院 2. 更別村国民健康保険診療所 3. その他の診療所

問11 問9で、現在通院していない(7)と答えた方に伺います。

一番最近受診された医療機関はどちらですか（歯科は除きます）

1. 病院 2. 更別村国民健康保険診療所 3. その他の診療所 4. なし

問 12 現在通院している医療機関の医師、あるいは一番最近受診された医療機関の医師の診察や医師との関係についてお伺いします。各項目について、当てはまる回答を1つだけ選び、数字に○をつけて下さい（歯科は除きます）。

	非常に そう思う	かなり そう思う	やや そう思う	あまりそう 思わない	全くそう 思わない
① 医師の診察に満足している (満足していた)	1	2	3	4	5
② 医師は患者の意思を尊重しようとしている (尊重しようとしていた)	1	2	3	4	5
③ 医師は患者の思い(病気の不安など)を 十分に聴き理解している(理解していた)	1	2	3	4	5
④ 医師は治療方法についてわかりやすく説明 している(説明していた)	1	2	3	4	5
⑤ 医師は患者の質問に丁寧に答えている (答えていた)	1	2	3	4	5
⑥ 医師とは信頼関係が築けている (築けていた)	1	2	3	4	5
⑦ 医師は必要に応じ、他の医療機関を紹介 してくれると思う(紹介してくれた)	1	2	3	4	5

問13 治療方法に関する意思決定についてお伺いします。

(1) 次の選択肢のうち、どの考えが望ましいと思いますか。最も近いもの1つに、○をつけて下さい。

1. 治療方法については、全て医師に任せるべき
2. 医師から最良だと思ふ治療方法について説明を受け、患者が同意すべき
3. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、その中で医師が最良だと思ふ治療方法を説明し、患者が同意すべき
4. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、患者が医師と相談して決めるべき
5. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、判断は患者に任せるべき

(2) 次の選択肢のうち、現在の治療、あるいは最近受けた治療はどれに近いですか。最も近いもの1つに、○をつけて下さい。

1. 治療方法については、全て医師が決めた
2. 医師から最良だと思ふ治療方法について説明を受け、同意した
3. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、その中で医師が最良だと思ふ治療方法を説明され、同意した
4. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、医師と相談して決めた
5. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、自分で判断した

問 14 平成 13 年から、更別村国民健康保険診療所が、常勤医師複数名体制となり、また、患者中心の医療（家庭医療）が実践されています。ここで、それ以前に比べ、何がどのように変わったかをお伺いします。各項目について、当てはまる回答を 1 つだけ選び、数字に○をつけて下さい。

	非常に そう思う	かなり そう思う	以前と変 わらない	あまりそう 思わない	全くそう 思わない
① 以前に比べ、外来に通院しやすくなった	1	2	3	4	5
② 以前に比べ、緊急時や休日でも対応してくれるようになった	1	2	3	4	5
③ 以前に比べ、救急時に入院の受け入れをしてくれるようになった	1	2	3	4	5
④ 以前に比べ、医師が複数いるので、安心感がある	1	2	3	4	5
⑤ 以前に比べ、医師は、時間をかけて診察してくれるようになった	1	2	3	4	5
⑥ 以前に比べ、医師の診察に満足している	1	2	3	4	5
⑦ 以前に比べ、医師は、患者の意思を尊重しようとしている	1	2	3	4	5
⑧ 以前に比べ、医師は、患者の思い(病気の不安等)を十分に聴き理解している	1	2	3	4	5
⑨ 以前に比べ、医師は、治療方法についてわかりやすく説明している	1	2	3	4	5
⑩ 以前に比べ、医師は、患者の質問に丁寧に答えている	1	2	3	4	5
⑪ 以前に比べ、医師とは信頼関係が築けている	1	2	3	4	5
⑫ 以前に比べ、医師は、必要に応じ、他の医療機関を紹介してくれると思う	1	2	3	4	5

問 15 現在、更別村における休日・夜間の救急医療体制は、どの程度整っていると思いますか。

1. 安心して生活できるくらい整っている
2. だいたい整っている
3. あまり整っていない
4. 全く整っていない

問 16 問 15 で、「3. あまり整っていない、または、4. 全く整っていない」と回答された方にお伺いします。どのような点が整っていないと思いますか。該当する番号全てに○をつけて下さい。

1. 休日・夜間に診てくれる身近な病院がない
2. 休日・夜間に診てくれる身近な診療所がない
3. 休日・夜間だと専門医に診てもらえない
4. 休日・夜間だと病院のスタッフが少ない
5. 休日・夜間だと診療所のスタッフが少ない
6. 休日・夜間に診てくれる救急病院に行くまで時間がかかる
7. 救急車の出動が遅い
8. その他(具体的に: _____)

問 17 以下の4つの会話で示した「患者と医師の関係モデル」をご覧いただいた上で、患者と医療従事者の関係に関する下記の3つの質問に対し、最も近いものを各々1つ選んで下さい。

「患者と医師の関係モデル」

【モデル1】

- 患者:「いただいたお薬をきっちりのんでいるのですが、なかなかよくなりませんが・・・」
- 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」
- 患者:「そうですか、よろしく願います」

【モデル2】

- 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？」
- 患者:「次の検査をするか2、3日考えてから返事します」
- 医師:「それでは返事をお待ちします」

【モデル3】

- 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」
- 患者:「副作用はどの程度のものでしょうか？」
- 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」
- 患者:「でも仕方ないですね。それでいきましょう」

【モデル4】

- 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」
- 患者:「検査の内容だけ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」

(1) 患者と医療従事者の関係は、どのような関係のあり方が望ましいと思いますか。次の選択肢から1つを選び、番号に○をつけて下さい。

- 1. モデル1が最も望ましいと思う
- 2. モデル2が最も望ましいと思う
- 3. モデル3が最も望ましいと思う
- 4. モデル4が最も望ましいと思う

(2) あなたの体験などから、患者さんと医師の関係に関して、今の日本ではどのようなモデルが多いと思いますか。次の選択肢から1つを選び、番号に○をつけて下さい。

- 1. モデル1が最も多いと思う
- 2. モデル2が最も多いと思う
- 3. モデル3が最も多いと思う
- 4. モデル4が最も多いと思う

(3) 更別診療所では、どのようなモデルに近いと思いますか。次の選択肢から1つを選び、番号に○をつけて下さい。

- 1. モデル1が最も近いと思う
- 2. モデル2が最も近いと思う
- 3. モデル3が最も近いと思う
- 4. モデル4が最も近いと思う

問 18 あなたは、主治医以外の医師から、診断や治療法を聞いてみたいですか

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. 是非聞いてみたい | 2. 出来れば聞いてみたい |
| 3. あまり聞いてみたいとは思わない | 4. 全く聞いてみたいとは思わない |

問 19 現在、通院されている方にのみお伺いします。

医療機関で支払う医療費（自己負担）をどう思われますか（歯科は除きます）

- | | | |
|---------------|--------------|-----------|
| 1. 非常に高いと思う | 2. やや高いと思う | 3. 妥当だと思う |
| 4. あまり高くないと思う | 5. 全く高くないと思う | |

最後に、更別村における医療提供に関し、ご意見やご要望をお聞かせ下さい。

① 更別村国民健康保険診療所に対し、ご意見やご要望があればご指摘下さい。

1. 診療所における外来に関して(医師や看護師への要望なども含みます)

2. 診療所における入院に関して(医師や看護師への要望なども含みます)

3. 診療所における緊急対応に関して(医師や看護師への要望なども含みます)

4. 診療所の設備や運営方法に関して

② 更別村役場に対し、医療提供等に関するご意見やご要望があればご指摘下さい。

アンケートは以上です。
ご協力有難うございました。

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 公的有床診療所を運営維持していく必要性とその問題点

～寿都町立寿都診療所の事例～

研究協力者 中川貴史 寿都町立寿都診療所所長

（平成 18 年度実施）

研究要旨

筆者は、町立の公的医療機関であるこの寿都診療所において、平成 17 年 5 月から、住民の健康や地域の公益性などについて日々考えながら家庭医療を実践している。この診療所は、地域のニーズに応えるべく 24 時間、365 日の救急体制を確保した有床の診療所として「だれもが安心してかかり信頼される診療所」「保健福祉の支えとなる診療所」「家庭医療の中核施設となる診療所」を基本理念に運営されている。しかしながら、昨今の医療を取り巻く環境の変化、とりわけ診療報酬の改定や地域人口の減少などによって診療所の運営は赤字を計上しており、地域医療を自ら担う自治体にとっては大きな負担となっている。

ここでは、筆者がこの地域において家庭医療を実践している立場で、これまでの経過や寿都診療所を取り巻く環境、保健医療福祉行政との連携等の現状や課題などのほか、こうした地域に必要な公的医療機関が安定的に運営されていくための提言を記述したい。

A. 研究目的

住民の健康や地域の公益性など重視し、地域のニーズに応えるべく 24 時間、365 日の救急体制を確保した有床診療所である寿都町立寿都診療所の現状を分析し、このような医療機関が今後も安定的に運営されていくために国の政策として必要なことを提言すること。

B. 研究方法

現状報告

（倫理面への配慮）

個人情報保護のため、事例は匿名にて記載した。

C. 研究結果

保健・福祉との密な連携を行い、入院病床を有し、24 時間 365 日の救急体制が不可欠な寿都診療所のような公的有床診療所において、運営上赤字を計上することは、昨今の診療報酬制度上では止むを得ない状況であると考えられた。