

地域共生社会における生活保障基盤の要因研究

—2040年人口400万人時代を見据えた
救急医療体制・生活支援施設等に関する施策について—

北海道大学大学院 法学研究科教授 加藤 智章
(現)北海道大学名誉教授

はじめに

研究の目的

2016年6月2日、「ニッポン一億総活躍プラン」が閣議決定されて以来、総人口減少・少子高齢化が一層進展することを前提に、地域共生社会の構築が重要な政策課題となっている。そこで強調されている『我が事』・『丸ごと』の地域づくりというキャッチフレーズは一見、普遍性に富んだ表現である。しかし、資源という視点から考えると、生活の場としての地域には人口稠密地域(いわゆる都市部)と人口希薄地域(いわゆる過疎地域)が存在し、それぞれの地域に応じた資源配分を行わなければ、地域を基盤とした包括的な支援体制を構築することはできない。このため、地域の実情を把握し、課題の共有、課題解決のための施策を具体化する作業が必要である。

本研究の目的は、実務担当者との情報交換を通して、21世紀後半に向けたマチ作りにおける課題(市町村や地域にできること・できないこと)を考察することによって、都道府県・国レベルに求められる政策を明らかにすることである。こうして本研究は、地域共生社会に向けた地域・市町村・都道府県・国において取り組むべき施策や政策の交通整理を行うことになる。そしてこの作業は、ある意味で「クニ作り」「国のあり方」を考えるための視点や検討材料を提供することを意図している。

検討対象と方法

人口問題において、“北海道は日本の縮図である”といわれることがある。このことは、第二次ベビーブーマーが高齢者に移行する2040年問題に、北海道が全国に先駆けて直面することを意味する。加えて、北海道の特性のひとつはその広域性である。北海道は22の都府県をあわせた面積に匹敵する。

全国に先駆けた人口減少に直面し、ひとつの2次医療圏でも都府県並みの面積を有する北海道において、中学校区あるいは市町村単位の地域共生社会を構築するための基本的要因を分析する研究は、北海道の今後を考えるうえで重要な問題である。

地域共生社会を構築するための基本的要因には多くの要因が存在するが、本研究における基本的要因は、救急医療体制の確保と生活支援施設を念頭に置いている。また、中核的都市圏から離れた過疎地域を検討対象とする。過疎地域圏では、医療アクセスを確保するための救急医療体制の確保と生活支援施設の整備が不可欠と考えるからである。本研究で生活支援施設とは、高齢者や障害を有する者などの自

宅にとどまらず、軽費老人ホームなど介護保険における「居宅」とされる施設や、介護老人福祉施設など保険介護保険における特定施設、さらには訪問看護ステーションなど、多様な医療介護サービスを提供し、できる限り、住み慣れた地域に安心して住み続けることを可能とするための施設全般（サービス事業なども含む）を想定している。

本研究は、先に少し触れたように、市町村や地域におけるマチ作りの課題を考察することによって、都道府県・国レベルに求められる政策提言を行うことを目的とする。ここでの政策提言は“**戻りたくても戻れない事態の解消**”を基調としている。すなわち、傷病前のように自立した生活は無理としても、一定の見守り・援助があれば、自宅で生活を維持することのできる要介護2程度までの者が、本人の意思として、傷病前に暮らしていた自宅あるいは地域に戻り暮らしていくことを希望していることを前提としている。

この研究は、広域性と地域性とをどのように調和させるかという視点から行われる。人口が大きく減少する地域にあって、2040年に向けてどれだけの資源をどのように集約するかは、個別の市町村・地域だけを対象にするだけでは見えてこない。長期的なスパンを考えれば、資源や財源の無駄遣いを招きかねないからである（「いつでも、好きなところで」受けられる医療・介護というあり方は、ヒト・モノ双方から限界があるため、今後は「必要なときに必要な医療・介護」にアクセスできるという認識に立つべきである。）。このため、俯瞰的・広域的な視点の設定が重要となる。

I. 北海道の特性

所得を得るための就労機会の有無、住環境、医療・介護施設の充実度など、住民が住み続けるための様々な要因を総合したパフォーマンスを地域力とすれば、人口減少は、個人の希望や個人的事情が、その地域が持っている地域力を上回った結果ということができる。自らの意思によるか否かを問わず、何らかの理由で、住み慣れた地域から移動するという事実は、地域に住民の移動を止める要因すなわち地域力がなかったことを意味する。この地域力という視点に立てば、人口減少ではなく、**人口流出**という言葉を使うべきである。人口減少という言葉は自然現象を想起させる抽象的・静態的な表現であるのに対して、人口流出はややきつい表現であるが地域のパフォーマンスを端的に示す用語と考えるからである。

ここでは、北海道の地域力を検討する際の前提となる地域特性を3つの視点で検討する。

1. 人口問題に関わる特性－多老化・孤老化－

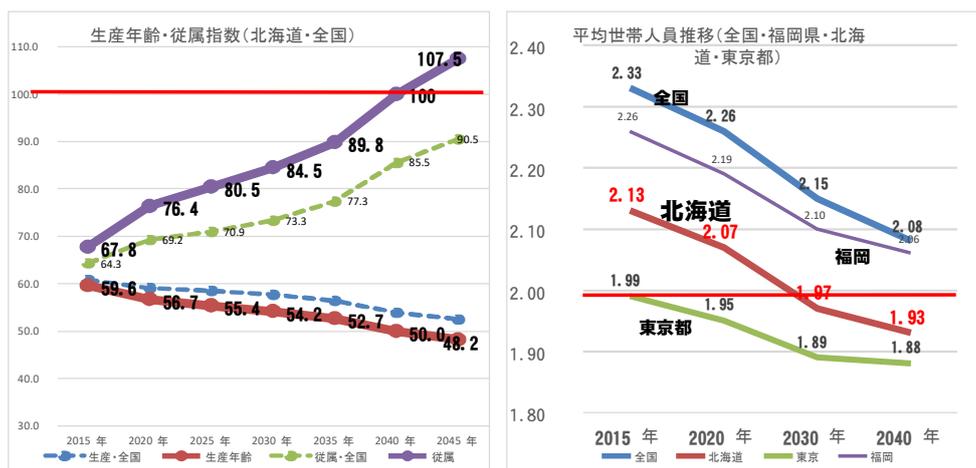
北海道は日本の縮図といわれる。北海道の人口減少・少子高齢化の進行は、規模は小さいとはいえ全国の状況を先行して推移するからである。しかし、生産年齢人口の減少に伴う従属人口指数は全国以上の上昇を見せていると同時に、平均世帯人員の減少は東京に次ぐ状況にある。すなわち北海道は、相対的に老年人口が増加する（多老化）とともに、単身世帯の高齢者が増加する（孤老化）する状況にある（図1参照）。

北海道人口ビジョン改訂版（2020年10月）によれば、北海道は、2002年までは、出生

数が死亡数を上回っていたものの社会減のために、2003 年以降は出生数を死亡数が上回り、これに社会減が加わり、人口流出が加速される。また、半世紀にわたり、道外への転出が道内への転入を超過するという社会減が恒常的になっており、近年は女性の転出が男性の転出を上回る傾向にある。こうして、将来推計人口では、2015 年 538 万人であるものが、2040 年には 428 万人、2060 年には 320 万人になると推計されている。しかも、人口流出以上に、就業者数の減少が大きいと推計されている。このことと密接に関連して、合計特殊出生率は非常に低い。2018 年、全国の合計特殊出生率は 1.42 であるが、北海道は 1.27 で全国 46 位である。この年、札幌の数字は 1.18 であり、札幌市の出生率の低さが北海道全体に影響を与えている。

以上のような状況を北海道を中心に概観すると、北海道はいち早く生産年齢人口が減少し、それに連動して従属人口指数も 2040 年には 100 となる。つまり、北海道は年少人口だけでなく生産年齢も減少することによって、相対的に高齢人口が増加する**多老化**が進行する。これに加えて、平均世帯人員についても、北海道は東京に次いで、2030 年に 2 を割り込む。2040 年時点で見れば、平均世帯人員が 2 を割り込むのは、東京、北海道と高知県（1.94）だけである。ここでは、**孤老化**が進行することを示している。

この孤老化については、北海道では全世帯に占める世帯主が 65 歳以上の高齢者世帯の割合が 2040 年には 47.8%と推計されるうえ、65 歳以上の独居世帯は 5 世帯中 1 世帯である。また、令和元年における世帯数の将来推計（日経電子版 2019/4/19）*1によれば、2015 年 243 万世帯から 2040 年には 208 万世帯に減少し、平均世帯人員も 2015 年の 2.13 人から 2040 年には 1.93 人に減少するものとみられている。くわえて、世帯主が 65 歳以上世帯数は 2015 年に比べて 10.9%増えて、2040 年には 99 万世帯となる見通しであり、このうち、世帯主 75 歳以上の世帯数は 2015 年比 33.6%増の 57 万世帯世帯となる。これは高齢世帯のうちの 58%を占める。



人口減少・人口流出＝少子高齢化＝従属人口指数の上昇
東京に次いで孤老化が進行する

2

図1 人口流出・多老化・孤老化の進行

*1 社人研日本の世帯数の将来推計－2019（平成 31）年推計－2015 年～2040 年。

65 歳以上の高齢者が一人で暮らす世帯は、2040 年には 42 万世帯となり、全世代規模で見ても、一人世帯は 2015 年には全体の 37.3%であったものが 2040 年には 41.7%と増える一方、家族の標準モデルとされていた「夫婦と子ども」世帯は 22.7%から 19.7%に減少し、全国でも 2 番目に少ない水準となる。

2. 広域性に関わる医療・介護資源の特性

北海道の面積は、小さな 22 の都府県を集めた面積に相当する。ここに 179 の市町村があり、21 の 2 次医療圏、6 つの 3 次医療圏が設けられている。

医療圏とは、医療法上、都道府県が医療計画のなかで、病院および診療所の病床の整備を図るべき地域的単位である。市町村を単位とする 1 次医療圏、複数の市町村を単位として設定される 2 次医療圏（医療法 30 条の 4 第 2 項第 10 号）および最先端、高度な技術を提供する特殊な医療を行う 3 次医療圏（同法同条同項 11 号）から構成される。北海道には、179 の 3 次医療圏、21 の 2 次医療圏、3 次医療圏は 6 つ設定されている。原則、都道府県単位で設定される 3 次医療圏が 6 つ設けられていることから、北海道の広域性は明らかである。

2 次医療圏は、全国で 344 存在する（2014 年 9 月現在）。全国の 2 次医療圏の平均面積は 1,112Km²である。面積で見ると、北海道は 1 位から 9 位までを占める。最大の医療圏は十勝医療圏で 10,828 Km²であり、これは岐阜県全体の面積よりも広い。なお面積 10 位の 2 次医療圏は、岐阜県の飛騨医療圏で 4,178 Km²である。また、人口で見ると、全国の 2 次医療圏の平均人数は 372 千人である。最大は大阪の 2,665 千人、札幌 2,342 千人、名古屋 2,269 千人と続く。最小は、島根県の隠岐医療圏で 22 千人（344 位）、上五島（長崎県）24 千人（343 位）、北海道の南檜山 26 千人（342 位）と続く。

いずれにせよ、北海道では、札幌医療圏を除き、広大な面積ではあるが人口密度の低い 2 次医療圏のなかで、医療・介護サービスが提供されることになる。

このように人口周密地域が広域に分散していることに加え、積雪寒冷であることから、地元存在する医療機関の役割は極めて重要である。特に、少ない人口を対象に不採算であっても医療の提供を行うことが求められるため、自治体病院や公的病院が相対的に多い。しかし、対象人口が少ないことから、病院の規模は小さくならざるを得ない。こうして、過疎化が進む圏域ほど、公立病院が地域医療を支えることになり、地域医療における自治体病院・公立病院の役割が極めて重要になる。このことは、自治体病院の割合が全国平均よりも高く、かつ小規模な病院が多いことがそれを証明している。

地域医療における自治体病院・公立病院は、二つの側面で経営上の困難に直面している。ひとつは、現行の診療報酬体系に関連する。すなわち、一定数の医療従事者の確保が収益確保の前提となっている全国一律の診療報酬体系のもとでは、小規模で多機能を担う地域の病院が、経営的にも収益を上げることは困難である。いまひとつは、地域のインフラ状況である。特にライフラインで JR 路線をはじめとする交通路線の廃止や縮小は、その背景に存在する人口減少とも相まって、地域医療への依存を高めると共に先に述べた経営状

況にもマイナス要因として機能する*2。このため、不採算医療を担う病院や小規模自治体病院への重点的な財政支援が求められるし、きめ細やかな地方交付税の算定ルールを導入を図るべきである*3。

このような地域医療のあり様を北海道全体から見れば、医療資源の地域偏在という状況をもたらしている。3次医療圏および2次医療圏の中核をなす基幹病院が存在する南渡島（函館）、札幌、中空知（砂川）、西胆振（室蘭）、上川中部（旭川）、上川北部（名寄）、十勝（帯広）、釧路とそれ以外の過疎地域における医療機関に関する格差である。いまひとつ、人的資源の格差も存在する。かくして、過疎地域では、機能レベルは高くないが比較的潤沢な病床を有する町立病院や国保病院を数少ない医師と比較的潤沢な看護師がその運営にあっている。このような状況のため、高度医療が必要な患者が発生した場合には、数10キロから100キロ以上の搬送が必要となる。

3. 医療費・介護給付費の関係性

北海道は、一人あたり国民医療費と介護給付費の関係について、大きな特徴を示している。それは、一人あたり国民医療費は全国トップレベルの40万5700円（2018年度）であるのに対して、介護給付費は全国平均19万4600円を下回る18万5600円となっていることである。図2から明らかのように、医療費では全国平均よりも高く、介護給付費では全国平均を下回る都道府県は北海道だけである。長崎や山口も医療費は全国平均よりも相当高いが、介護給付費はほぼ全国平均並といえる。北海道と対極にあると考えられるのが沖縄県、愛知県などである。これらの県は、医療費の消費は少ないが、介護給付費は高い水準を維持している。特に、沖縄県は、医療施設の少ないけれども介護サービスは住宅に提供されていることを示唆している。

これについては、二つの理由が考えられる。ひとつは、圧倒的な事業者不足により訪問系サービスが十分でないため、その部分に対応する費用が少ないことである。これは、北海道の広域性に関係する。介護保険における訪問介護報酬ないし医療保険における訪問看護報酬の要件が全国一律のため、広範な地域を訪問しなければならない北海道は、事業としての採算がとれないからである。

いまひとつは、第1次産業主体の市町村を中心に、介護に関する施設サービスの整備が追いつかないため、既存の医療施設を活用している可能性があることである。沿岸部に顕著な特徴といえるが、公立病院が唯一の医療機関で、かつ財政的に施設サービス事業の成立が難しいか、事業展開をする余力がないケースが多い。介護保険は、医療の社会的入院を回避減少させるということも目的の一つであったが、北海道ではその目的は実現できていないことになる。

*2 病院への依存が強いことを示すデータとして、死亡の場所別にみた都道府県別死亡率（平成30年人口代替統計）がある。これによれば、施設内の死亡率は、大分県90.2%、宮崎県90%などに続き北海道は88.6%であるが、病院での死亡率で言えば、北海道が81%で全国1位となっている。逆に、自宅での死亡率は9.8%で、全国で5本の指に入る低さとなっている。このデータは、在宅医療サービスの実施割合が低いことや、在宅療養支援診療所が少ないことを裏付けるものである。

*3 地方自治体の財政に関連して、2021年4月から過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法が施行された。これは、過疎地域自立促進特別措置法が2021年3月末に期限を迎えたことによる。旧法では全国で817の市町村が過疎地域とされていたが、新法では820の市町村が指定されている。北海道では、富良野市、京極町および新篠津村が外れ、上富良野町と斜里町が新たに指定されることになった。過疎地域に指定されると返済額の7割を国が返済する過疎債を発行することができる。

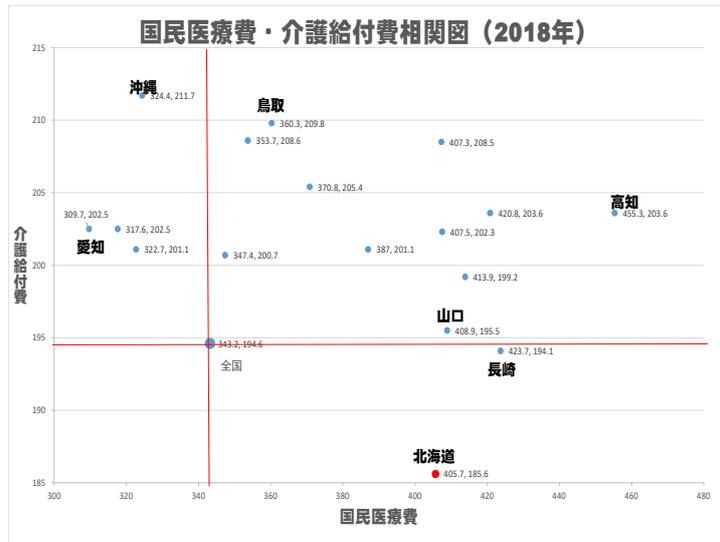


図2 国民医療費・介護給付費相関図 (2018)

図3において、急性期医療密度とはその地域の住民が、どの程度の医療を利用できるかの指標である。1.0が全国平均で、0.8を下回ると少ない、0.6を下回ると非常に少ない、1.5以上非常に充実していることを意味する。

また、75歳以上介護充足度とは、高齢者住宅・施設の各地域の受け入れ充足度を示す指標である。高齢者住宅・施設は、介護3施設、軽費老人ホーム、グループホーム、有料老人ホーム、サ高住等である。

北海道全体でみると、急性期医療密度が1.41、75歳以上介護充足度は-8.3であるから、急性期医療密度はかなり充実しているものの、介護充足度では少ない、という状況である。

日高圏域に限定すれば、急性期医療密度0.56、75歳以上介護充足度-16.8であり、急性期医療密度、介護充足度ともに低い。このことは、いったん急性期で入院が必要になると、その時点から日高を離れて、そのまま日高に戻らないことを意味する。

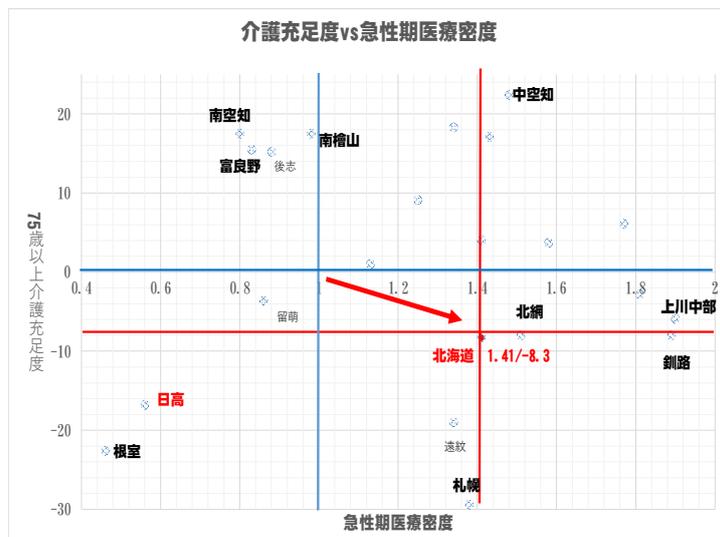


図3 介護充足度 vs 急性期医療密度

図4は、2018年12月審査分に基づく居宅サービス費と施設サービス費の相関図である。ここから明らかなように、北海道の介護では、居宅サービス費が低く、全国で唯一、10万円台を下回っている。また、施設サービス費も全体的に見ると高いものではない。

これに関連してやや古いデータであるが、「要介護2から5の高齢者数に対する施設・居住系サービスの利用者数の割合」（2015年1月末時点：※介護保険給付別費用構成*4）について、北海道は、石川県、鹿児島県、高知県に次いで全国4位のポジションにいる（全国平均37.1%）。また、1号被保険者一人あたり給付費（施設サービス×居宅及び地域密着型サービス）で見ると、北海道は全国平均を比較すると、施設サービス給付費はほぼ全国平均並み、居宅+地域密着型サービス給付費では、全国平均をほぼ1,500円低いポジションに位置している。

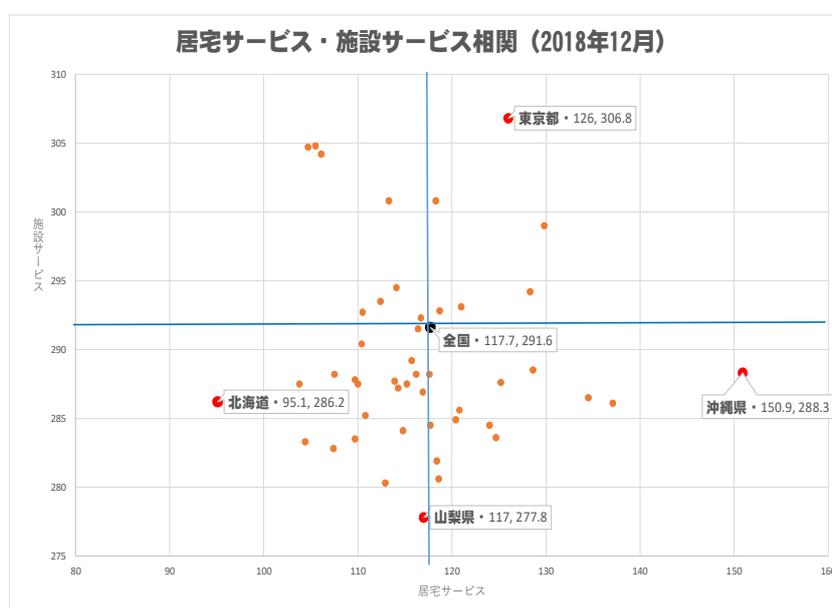


図4 居宅サービス・施設サービス相関 (2018年12月)

介護給付費等実態調査月報 (2018年12月審査分) | 厚生労働省 (<https://www.mhlw.go.jp>)

*4 介護費用の地域差分析：第7期介護保険事業計画を作成する際、介護保険給付費の分析を通じた保険者機能強化のための関連資料。

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/wg_dai12/siryou1.pdf

Ⅱ．道民意識

特定の地域における地域力を判断するとき、そこに住んでいる住民が継続して居住する意思があるのか移住を考えているのかは、重要なポイントになる。この点について、貴重な資料となるのは、北海道庁が毎年実施している道民意識調査である（http://www.pref.hokkaido.lg.jp/ss/tkk/ishiki/02_chosakekka.htm 参照）。

以下では、i「あなたは、現在住んでいる市町村にこれからも住みたいと思いますか」、ii「人口減少についてどのように思いますか」、iii「人口減少や高齢化といった人口問題が、あなたがお住まいの地域に与えている影響について、どのように思いますか」という設問に関する回答を分析する。

i 定住志向について

令和元年度道民意識調査によれば、「あなたは、現在住んでいる市町村にこれからも住みたいと思いますか」という設問に対して、75.4%の道民が、「できれば今と同じ市町村に住んでいたい」と回答している*5。次いで「できれば道内の他の市町村へ移りたい」（12.3%）、「よくわからない」（6.7%）となっている。調査を開始した2015年度から5年連続で7割を超えている、ということである。

圏域別では、十勝連携地域（84.2%）が最も割合が高く、次いで道央広域連携地域（78.5%）となっている。なお、最も低いのはオホーツク連携地域の60.0%である。「できれば道内の他の市町村へ移りたい」については、オホーツク連携地域（22.9%）が最も高く、次いで道南連携地域（20.0%）となっている。

人口規模別では、札幌市が最も割合が高く85.7%、次いで人口10万人以上の市（74.9%）であり、人口10万人未満の市が最も低く64.3%、町村部で65.1%となっている。「できれば道内の他の市町村へ移りたい」については、人口10万人未満の市が23.3%、町村部が20.6%、人口10万人以上の市が13.3%、札幌市はわずか2.3%である。

性別では、男性79.6%、女性71.9%が現在地に住んでいたいとしており、「できれば道内の他の市町村へ移りたい」については、男性9.1%、女性14.9%となっている。

年代別では、70歳以上が最も高く85.5%、次に60～69歳81.5%で、最も低いのは18～29歳が65.1%となっている。逆に、「できれば道内の他の市町村へ移りたい」については18～29歳22.2%、次いで30～39歳12.4%、40～49歳12.1%となっている。

職種で最も高いのは自営業（農林漁業）80.0%で、次に主婦78.6%である。「できれば道内の他の市町村へ移りたい」については自由業23.1%が最も高く、次いで自営業（農林漁業）15.0%である。また、「できれば北海道以外の所へ移りたい」については労務職系6.6%、自営業（商工サービス業）5.8%、主婦4.8%となっているほか、学生は25.0%が「よくわからない」としている。

居住年数についてみれば、居住年数が長くなるほど「できれば今と同じ市町村に住んでいたい」と答える比率が高くなり、20年以上が最も高く78.3%となっており、最も低い

*5 令和元年度調査は、北海道を、道央、道南、道北、オホーツク、十勝および釧路・根室6つの広域連携地域あるいは連携地域に分けたうえで分析されている。

は1年未満の57.1%である。

以上の結果から、次のように総括することができる。札幌の住民は、札幌にそのまま住み続けていたいという意向が強い。また、十勝地域の地元志向が高いことが興味深い。人口規模が小さい市および町村部は約2割の人々が道内の他の市町村への移動を考えている。人口規模が地域力に相関していることを示唆しているように思われる。年代が上がるにつれ、そして居住年数が長いほど、現在地での継続居住を望んでいる。高齢者ほど、生活の場が変わることを嫌うことがわかる。性別では男性の方が継続居住を望んでいるものの、職種で見ると、主婦の割合が高いことは興味深い。

ii 人口減少について

2016年度道民意識調査では、「あなたは、人口問題のうち、人口減少についてどのように思いますか」という問いに対して、「人口減少を問題とは思っていない」、「将来の問題であり、当面の対応は必要ない」、「次世代のために、徐々に取り組むべき」、「すでに問題が生じており、今すぐに取り組むべき」の中からひとつだけ選択する調査を実施している。

北海道全体では、「すぐに取り組むべき」63.5%、「徐々に」29.3%でこの二つでほぼ93%に達しているが、加藤は「すぐに」の数字が低いと考える。

以下、「すぐに対応すべき」という回答を中心に検討すると、圏域では、他の圏域がほぼ64%前後であるのに対して、釧路・根室圏が74.3%で突出している。人口規模では、人口10万人未満の市(67.2%)、町村部(69.1%)が多く、性別では男性69.4%、女性57.6%、年代では60~69歳73.0%、続いて70歳以上が70.8%となっている。職種では、自営業(商工サービス業)74.4%、無職(71.5%)の二つが際立っている。居住年数では、大きな違いは見られないように思われる。

iii 人口減少・高齢化の影響について

2014年度道民意識調査では、人口問題について、問1として、「人口減少や高齢化といった人口問題が、あなたがお住まいの地域に与えている影響について、どのように思いますか」と問いかけ、これに対する複数の回答枝を設定し、その中からいくつでも選ぶようことを求める質問をしている。

全体を通した回答のベストスリーは、「にぎわいや画期がなくなってきている」(60.4%)、「働く場がなくなってきている」(32.6%)、「病院や介護などに影響が出ている」(30.5%)である。

本研究との密接に関連する「病院や介護などに影響が出ている」について、以下、少し概観してみたい。他の調査と同様、圏域、人口規模、性別、職種および居住年数で分析できるが、全体的に大きな違いは見られず、各項目で30%前後を示している。そのなかで特徴的な点を指摘すれば、圏域でいえば、十勝圏が18.2%と他の圏域に比べて、一段低い数字を示している。釧路・根室圏(35.4%)、道北圏(33.7%)、オホーツク圏(33.3%)、道南圏(31.5%)、道央圏(30.3%)である。また、職種のなかでも、自営業(農林漁業)が58.8%と影響がでていることを半数以上の人々が認めているのに対して、自営業(商工サービス業)は19.7%となっている。この対照的な違いは、農林漁業と商工業サービス系

と居住する地域が異なることの影響が出ているように思われる。

次に、問1と密接に関係する設問として、問2は「人口問題に対応するために必要な取組は何か」を3択で質問している。

回答枝のなかに「十分な医療や介護を受けられる環境づくり」があり、「雇用の場づくり」(44.2%)、「少子化に歯止めをかけること」(43.4%)につぐ、3番目(35.6%)に選択されている。この回答枝は、圏域別にいえば「オホーツク圏」48.7%に次いで、十勝圏が47.7%と高いのが注目される。すなわち、十勝圏は「病院や介護などに影響が出ている」と答える割合が少ない一方、「十分な医療や介護を受けられる環境づくり」を求めている割合が高いということである。医療アクセスが確保されているものの、さらなるアクセスの改善を求めていると思われる。

この「十分な医療や介護を受けられる環境づくり」という点では、町村部が高く、女性(40.8%)が男性(30.6%)を10.2%上回っている。年代別でみると、40代(41.0%)から50代(40.3%)が、60代70代(32.7%、32.3%)以上に比べて高い。このことは、20年以上(36.6%)よりも10~20年未満が41.5%と高いこととも関係しているように思われる。高齢者・居住年数の長い人ほど、医療アクセスに関する現状肯定の姿勢が高いと思われる。

Ⅲ. 医療アクセスの確保ードクターヘリ・救急車・ドクターカーー

医療・介護の資源が制約される地域にあって、医療アクセスを確保する上で重要な役割を果たすのが、救急車である。また、広域性を大きな特性とする北海道にあっては、搬送時間の短縮に大きな威力を発揮するドクターヘリ(以下、「ドクヘリ」と略す)も重要である。

ここでは、まずドクヘリの問題を考察した後、日高・2次医療圏に所在する3つの消防組合、日高西部・日高中部・日高東部の各消防組合における救急車による救急搬送業務データの分析を行う。(道央ドクヘリ(北海道防災ヘリ・札幌市消防ヘリ含む)、日高西部消防組合、日高中部消防組合および日高東部消防組合の救急活動に関するデータ分析の結果については、別添資料参照。)

1. ドクターヘリについて

北海道では3次医療圏が6つ設定されているが、ドクヘリは現在4機が運航されている。道央、道北、道東および道南という地域区分である*6。

ドクヘリの運航に関する先行研究としては、以下の通りである。

小濱らは、やや古い数字であるが、ドクヘリが出動する場合、119番覚知から診療開始

*6 4つのドクヘリの基地病院、運航会社および運航開始は以下の通りである。

道央：手稲溪仁会病院、中日本航空(株)、2005年4月

道北：旭川赤十字病院、朝日航洋(株)、2009年10月

道東：市立釧路総合病院、中日本航空(株)、2009年10月

道南：市立函館病院、鹿児島国際航空(株)、2015年2月

まで 29.9 分を要しているが、これはドクヘリを要請するまでに 14.2 分をかけているため、この要請までの時間を短縮する必要があるとしている*7。また、益子邦洋ほかは、2002 年度において、ドクヘリが対応した交通事故の負傷者 474 人の追跡調査の結果、もしドクヘリがなかったと仮定した場合に比べて、死者は 40%減、社会復帰できた人は 1.6 倍とする*8。さらに宗広らは、道路空間をヘリコプターの緊急離着陸場として利用できるように、道路設計上考慮する必要性を議論すべきという*9。

本研究では、道央ドクヘリの 2019 年度運航実績を分析した。道央ドクヘリの主な運航圏は、道央圏および富良野・留萌周辺の道北圏であり、31 消防本部 79 市町村をカバーしている。

運航実績の概要は 329 件であり、合流方法として救急現場出動 256 件、緊急外来搬送 23 件、施設間搬送 50 件という内訳になっている（不搬送 7 件を含む）*10。

図Ⅲ-1■道央ドクターヘリは、運航実績における患者の年齢と運送距離の相関図である。図では合流方法に応じて色分けしている。ここから明らかなように、搬送患者の年齢に特に偏りはない。搬送距離では、日高東部消防組合圏内の 165km が最長で、日高中部 127km、日高西部 97km などと続き、最短は 1km である（なお、141km は幌加内町から旭川赤十字病院までの事例である）。救急現場出動では、深川地区消防組合からの要請に基づく幌加内・旭川（141km）のケースを除き、ほとんどが 100km 以内の事例である。日高東部の事例はすべて緊急外来搬送であり、図から明らかなように、日高圏域では緊急外来搬送が多いことが分かる。また、施設間搬送は 10km という事例も存在するものの、多くは 40km から 130km の間に収まっている。

合流方法による区別のほか、3 種類の搬送形態がある。この搬送形態による色分けはしなかったものの、原則的な形態であるヘリコプター搬送のほか、ドクヘリスタッフ（医師及び看護師）が現場で処置をした後、救急隊のみで搬送先医療機関に搬送する救急車搬送と、ドクヘリスタッフが現場処置後にそのまま救急車に同乗し搬送先医療機関へ付き添って搬送するドクターカー搬送がある。2019 年度における搬送実績 329 件の内訳は、ヘリコプター搬送 262 件、救急車搬送 37 件、ドクターカー搬送 23 件、不搬送 7 件である。

出動を要請した消防本部でみると、羊蹄山ろく消防本部が 53 件、石狩北部地区消防本部 27 件、北後志消防本部 22 件、札幌市消防本部 21 件であり、岩内・寿都地方消防本部と南空知消防本部が同数の 18 件が件数の多いところである。日高 2 次医療圏では、中部が 12 件、西部 9 件、東部 6 件であり全体で 27 件となっている。また、施設間搬送では 22

*7 日本航空医療学会監修、小濱啓次、杉山貢、西川渉編著『ドクターヘリ 導入と運用のガイドブック』メディカルサイエンス社 2007 年 x 頁。

*8 益子邦洋ほか：2015 年度厚生労働科学研究。ドクターヘリの実態と評価に関する研究、2006 年 3 月）同著 x 頁。

*9 宗広一徳、武本東、渡邊政義「ドクターヘリの緊急離着陸場の利用実態と将来展望」2011 年度（寒地土木研究所、第 55 回（平成 23 年度）北海道開発局技術研究発表会 2011/11/21）

*10 救急現場出動とは交通事故等の救急現場に出動し、救急現場から治療を開始するとともに、救急搬送時間の短縮を図ることを主目的とした出動をいい、緊急外来搬送とは救急現場からのドクターヘリ出動要請後、一時的に直近の医療機関に搬送された傷病者を他の医療機関へ搬送するための出動をいう。また、施設間搬送とは医療機関に搬入され初期治療が行われている傷病者又は既に入院している傷病者を他の医療機関に転院させるための出動をいい、不搬送とは現場にて死亡確認がなされ医療機関へ搬送されなかったケースをいう。

件が消防本部を介在せずに実施されている。この場合、搬送先病院としては、北海道せき損センターが 22 件中 19 件を占めている。

2. 日高西部消防組合

日高西部消防組合は、令和元年度、883 件の救急活動を行った。このうち、搬送元でいえば、日高町 589 件、平取町 288 件および占冠村 6 件となっている。日高町については、搬送元が旧門別町と日高町に分類されており、旧門別町を搬送元とする事案が 590 件のうち 497 件、92 件が日高町を搬送元とする。以下では、消防組合の分類および標記に従い、日高町（旧門別町）、平取町、日高町の順で搬送先を概観する。

旧門別町 497 件のうち、搬送されなかったり、医師搬送の事案があるため、実際に搬送された事案は 466 件である。このうち、地元の日高町立門別国保病院に搬送された事案が搬送実数の 63%にあたる 292 件であった。次いで苫小牧市立病院 68 件、王子総合病院 64 件のほか苫小牧所在の医療機関に 30 件弱、搬送されている。苫小牧方面への搬送が 150 件あまりである（32%相当）。

平取町は 288 件のうち、不搬送 11 件、医師搬送 2 件であり、実際に搬送された事案は 275 件である。ここでも、地元の平取町国保病院への搬送が多く、188 件 65.3%である。次に、苫小牧市立病院 38 件、王子総合病院 31 件でこの二つの病院で 69 件 24%を占めている。

日高町の場合は、上記の二つの町とは異なり、搬送先が分散しているのが特徴である。これは地政学的に道央道占冠 IC、金山峠（国道 237 号）あるいは日勝峠（国道 274 号）を利用することができることと関係する。実搬送数 83 件のうち、富良野協会病院が最多の 32 件、日高国保診療所は 20 件にとどまり、王子総合病院 8 件、苫小牧市立病院 7 件のほか、清水赤十字病院 5 件、帯広厚生病院 2 件、門別国保病院・平取国保病院各 3 件となっている。

なお、データに基づく作図において、100 歳以上および搬送距離 200km 以上という事例が存在するが、図の統一性を重視して、外れ値として処理している。

3. 日高中部消防組合

日高中部消防組合は、本署、新冠支署および三石支署に分けて統計を取っている。

本署は、令和元年（2021 年 1 月 1 日から 12 月 31 日）、948 件の搬送活動を行っている。搬送先の分布が明確に分散していることが特徴であり、日高德州会のプレゼンスが非常に大きい。948 件中不搬送が 76 件であり、搬送実数は 872 件である。このうち日高德州会が 354 件（40.6%）、町立静内病院が 289 件（33.1%）で、この二つの病院で 74%近くの患者を受け入れている。40km 圏は浦河赤十字病院 20 件、80km 圏は王子病院 90 件（10.3%）、苫小牧市立病院 43 件（4.9%）120km から 140km 圏は札幌東徳州会病院、手稲溪仁会病院など札幌所在の病院である。

新冠支署は、令和元年 320 件の搬送活動を行った。ここでも本署の場合と同じような傾向が見られる。ここでは、日高德州会病院 92 件（28.8%）、新冠町立国保診療所 89 件（27.8%）、王子総合病院 41 件（12.8%）、苫小牧市立病院 19 件（5.9%）ほかという構成になっている。

三石支署は、令和元年 194 件の出動があり、搬送患者の年齢と搬送距離の相関関係は図 III-3 の通りである。ここでは、静内方面と浦河方面の両方向に搬送される。地元ともいえる新ひだか町立三石国保病院 47 件（24.2%）、静内方面では日高徳州会病院 38 件（19.6%）、新ひだか町立静内病院 16 件（8.2%）、浦河赤十字病院 47 件（24.2%）のほか、苫小牧王子総合病院は 14 件、苫小牧市立病院は 4 件である。

4. 日高東部消防組合

令和元年度の日高東部消防組合の救急活動記録によれば、搬送元が浦河町の事案は 536 件である。このうち、浦河赤十字病院を搬送先にするケースが 480 件、王子総合病院が 7 件、苫小牧市立病院 3 件などとなっている。搬送距離からみると、大部分が 50 キロ圏内への搬送となっている。

これに対して、えりも町の場合、搬送先病院が分散していることと帯広方面への搬送が多いことに関して、搬送距離が長いことが特徴である。令和元年度 176 件中、えりも国保診療所 66 件、浦河赤十字病院 50 件、新ひだか町立静内病院 5 件のほか、帯広・十勝方面が 47 件（内訳：帯広協会病院 5 件、帯広慶愛病院 1 件、帯広厚生病院 13 件、帯広第一病院 2 件、帯広北斗病院 24 件、広尾町立病院 2 件）となっている。搬送距離をみると、70 キロから 100 キロ圏内と 250 キロ圏内にピークがある。十勝方面への搬送は、広尾町立病院への搬送が 100km 弱、帯広の病院の場合にはほぼ 250km 前後の搬送となる。

IV. 提言

“はじめに”でも言及したように、本研究は、過疎地域圏における地域共生社会を構築するための基本的要因のうち、救急医療体制と生活支援施設に焦点を絞って、どのような問題を抱え、その問題を解決するための提言を行うことを目的とする。

厚生労働省によれば、地域共生社会とは「制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会」を指す。

住民個人の暮らしと生きがいにあわせて、地域をともに創る以上、その社会は継続して存続することを前提としている。そうであるならば、万が一、傷病の急性期には住み慣れた地域を離れたとしても、急性期を脱して回復期・安定期に移行したときには、住み慣れた地域に戻ることができなければ、その地域の継続性は確保できないことになる。こうして、本研究が救急医療体制と生活支援施設に注目したのは、傷病が安定期に移行したとき、住み慣れたマチに戻ることは可能か、という論点を立てて、地域共生社会の基本的要因の一端を明らかにしようと考えたからである。

この点について結論を先取りしていえば、過疎地域においては、住み慣れたマチに“**戻りたくても戻れない**”状況が生まれている。ドクターヘリおよび日高圏域における救急車の出動状況に関する分析、さらには道民意識調査や日高圏域でのヒアリングの内容は、北海道の過疎地域における医療サービスと介護サービスとアンバランスで医療サービスに重点が

置かれていることを明らかにしているからである。

急性期診療におけるアクセスは確保されているものの、慢性期以降、介護領域におけるサービスが手薄なため、過疎地域においては、住み慣れたマチに“戻りたくても戻れない”状況が生まれている。したがって、ここでの政策提言は、戻りたくても戻れない状況を解消するためにはどのような施策が必要かを明らかにすることである。以下では、医療アクセスの確保と生活支援施設とに分けたうえで、中期的な視点・長期的視点に立った政策提言を行う。

1. 医療アクセス

ここではまず、日高圏域における医療資源の全体像を把握するため、北海道医療計画および北海道地域医療構想に基づくデータを確認する。

下の表1は2018年7月1日現在の病床数をもとにしたデータである。

表1 病床の現況及び2025年の見込み（医療機能別）

必要病床数		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟	合計
2025年推計		20床	103床	259床	255床		637床
意向調査	2016.7.1	0床	307床	0床	260床	62床	629床
	2018.7.1	0床	366床	0床	211床	42床	619床
	2,025	0床	370床	0床	213床	30床	613床
	必要病床数-2,025	20床	▲267床	259床	42床		24床

<http://www.hidaka.pref.hokkaido.lg.jp/hk/sth/tiikiiryoudai2kai.htm>

(1) 病床機能

表1からも明らかのように、そして日本全体の医療提供体制の特徴と同様に、日高圏域でも、急性期病床が過剰で、回復期・慢性期病床が不足している。特に回復期病床は2,025年における必要病床259床に対して2018年7月現在で0床である*11。これに慢性期病床の不足分42床を加えると回復期および慢性期の病床は301床の不足ということになる。

この点について、2018年度の地域医療構想推進シートの評価（課題）では、将来的に不足する医療機能の確保に関する項目に関し、回復期病床については「リハビリに関わる従事者の確保の観点等から、現状では見通しは立っていない」とされ、今後の方向性として「回復期病床の必要性を共有しながら、病床の確保に向け関係機関における協議を進める」

*11 回復期病床が0床であること背景には、ふたつの事情が存在すると考える。ひとつは病床数は医療機関からの報告に基づいていること、いまひとつは、報告の際の基準として、現実にはひとつの病棟に様々な病期の患者が入院していることから、当該病棟でも最も多くの割合を占める患者により報告することとされていることである。このため、単に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している病棟のみを指すものではない、とされる。

また、回復期および慢性期病床に関連して、医療法に基づく療養病床という概念も存在する。2016年1月31日現在、圏域全体の病床数629床のうち、一般病床452床、療養病床177床という統計も存在する（北海道医療計画〔改訂版〕日高区域医療構想案平成28年7月6日現在）。

とされている*12。

地域医療構想の必要病床数は、ある意味行政計画の策定のために算定された数字であり、一定の意味はあるとはいえ、その数字を満たすことが優先されるべきものではない。しかし、回復期機能病床が急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する病床、慢性期機能病床が、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる病床であることからいえば、病気と共存しながら生活の質の維持・向上を目指す医療、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、すなわち地域で支える「地域完結型」の医療を実現するには至っていない。

(2) 救急医療

日高圏域は、地勢的に東西に長く、海岸沿いに国道 235 号線が主要な幹線であり、このほか日高道が現在、新冠町厚賀まで開通している。しかし、資料編に示しているように、日高西部消防組合、日高中部消防組合、日高東部消防組合の順で搬送距離が長距離化する傾向にあり、特に日高東部消防組合の場合、東胆振圏域あるいは十勝圏域に患者搬送する場合には搬送時間も長くなる傾向にある。また、これも資料が示すように、日高圏域に存在する病院は、公立・私立を問わず、救急医療体制の確保にとって非常に重要な役割を果たしている。

救急医療については、2018 年度地域医療構想推進シートでも、「軽症の救急患者の利用増加や不要不急の時間外受診（コンビニ受診）などにより、二次救急医療機関における医師等への負担が増大している」と指摘されており、「医療機関、消防機関等の関係機関の連携を推進し、初期・二次救急医療機関の役割分担を明確にする」とされている*13。

2. 生活支援施設

本研究をはじめめる時点では、自宅のほか経費老人ホームなどを含めて「居宅」とする考え方（介保 8 条 2 項）に違和感を覚えることはなかった。しかし、“戻りたくても戻れない事態の解消”を政策目標と設定するとき、まず優先されるべきは自宅へ戻ることである。軽費老人ホームなど厚生労働省令で定める施設であれ、介護保険施設であれ、自宅以外の各種施設は、自宅に戻りたいと考える本人にとっては、自宅に劣後するものであり、その限りで次善の策ということになる。自宅に戻れないのであれば、住み慣れた地域における施設よりもむしろ、娘や息子が生活する地域に近い施設を選択する可能性もでてくるからである。このように本人の状態や家族環境などによって選択される施設が決定されるから、“施設”は、その所在地や種別にかかわらず、本人の自宅に戻りたいという希望から言えば、第 2 順位として同列に位置づけられるものである。

自宅での生活という視点に立てば、ここでは、訪問看護サービスや訪問介護サービスによって、自宅での生活に不可欠なサービスとなる。これらの事業がどの程度存在するのか

*12 新ひだか町立静内病院、同三石国民健康保険病院では、回復期病床に転換する病床数や当該病床を運営するための人材面を含めた体制整備について、平成 31 年度頃までに結論を得ることとされている。

*13 小児医療の電話相談 #8000 も含めた啓発活動や、場合によれば日高地域 3 消防組合合同あるいは近隣の 2 次医療圏も含めた対象地域を設定して、トリアージセンターを設置することも検討すべきではないかと考える。

が第一の視点である。

しかし、軽費老人ホーム等にせよ、あるいは介護老人福祉施設等にせよ、回復期や慢性期に移行したあとの高齢者にとって、その生活を支援する施設であり、これらの生活支援施設が地元にとれくらい存在するのか、入居したいと考える場合にその選択が可能か否かが第二の視点となる。

(1) 訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護

第一の視点は自宅においてどのようなサービスをどれくらい受けることができるかという問題となる。

先に考察したように、北海道の介護サービスは全国平均を下回り、特に居宅サービスの水準が低い。

これに関連して、令和元年度の実績をみると、主な居宅サービスである訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護の日高圏域における充足率（見込量/実績）は76.5%、188.9%、218.9%であるが、訪問入浴介護の見込量36（回/月）に対する実績68（回/月）、訪問看護の見込量845（回/月）に対する実績1,850（回/月）であるから、これらのサービスが潤沢に提供されているとはいえない状況にある。このことは、事業所数にも反映されていて、訪問介護28訪問入浴介護2訪問看護34となっている。これは全道的な傾向であるが、訪問介護を提供する事業所（28）よりも訪問介護を行う事業所（34）が多い。訪問入浴を行う事業所は2しか存在しないが、これはまだいい方で、南檜山、北渡島檜山、富良野、留萌、宗谷については訪問入浴サービスを行う事業所は存在しない。（介護第8期高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画）

(2) 地域密着型サービス・施設サービス

第二の視点は、自宅に代わる次善の策としての施設入所サービスの有無やサービス量に関連する。

介護給付費は全国平均に比べて低いことは前述したが、北海道全体の総高齢者施設・住宅定員数（療養病床含む）合計は95,035人（75歳以上1,000人あたり偏差値61）と全国平均レベルを上回り、介護保険施設は全国平均レベルであるが高齢者住宅等は全国平均レベルを上回る。また、介護職員（介護施設等）の合計は全国平均レベルをやや上回る。

以上が北海道全体のパフォーマンスであるが、これは札幌医療圏の影響が大きい。日高に限定すると、総高齢者施設・住宅定員数（療養病床含む）合計は998人（75歳以上1,000人あたり偏差値39）と全国平均レベルを下回る。このうち、介護保険施設の定員は714床（偏差値51）、高齢者住宅等が284床（偏差値38）である。このように、介護保険施設は全国平均レベルであるが、高齢者住宅等は全国平均を大きく下回る。また、介護職員（介護施設等）の合計は752人（75歳以上1,000人あたり偏差値38）で全国平均レベルを下回っている。

75歳以上1,000人あたり定員数の偏差値で各種施設を具体的にみると、老人保健施設38、特別養護老人ホーム62、軽費ホーム47、グループホーム54、サ高住42であり、介護療養型医療施設と有料老人ホームは施設が存在しない。

定員数の偏差値がサービス供給の過不足を表すものではないにせよ、2040年には圏域

人口が 39 千人、75 歳以上人口が 11 千人と予測されている日高圏域では、2025 年の介護充足度指数で-16.8%とされているところから、地域密着型サービスや施設サービスのパフォーマンスは、収容定員および従事者数どちらのレベルも低いことがわかる。

3. 具体的な政策提言

地域共生社会を構築するための基本的要因という点では、先に言及した地域医療構想の中で、地域包括ケアシステムの構築に向けた基本的な考え方、高齢者の住まいの確保あるいは医療・介護従事者の確保に関する取組目標が明記され、それに対する達成状況や期待される効果等が示されている。

これら地域医療構想で検討されている項目はいずれも本研究と密接に関係する。以下では、日高における地域医療構想シートとの関係で、具体的な政策提言を行いたい。

まず、地域包括ケアシステムの構築についてである。これについては、各町とも具体的な記述に乏しく、包括ケアシステムの構築が始まったばかりであることと、他職種の連携が小規模自治体にあってもうまく進まないことが推測される。

次に、高齢者の住まいの確保である。これについては、生活支援ハウスの整備（定員 9 名：平取町）、サ高住の整備（増築 29 床：浦河町）、高齢者向け公営住宅の空き情報の提供や高齢者福祉住宅(食事付き)の募集(様似町)などが取組目標とされている。ここでは具体的な取組が示されており、その達成が望まれる。

ただ、先に述べたように“住まい”の問題では自宅への復帰を優先すべきと考えれば、訪問看護サービスや訪問介護サービスを充実することが重要な政策課題となる。そして、訪問介護サービス・訪問看護サービスが北海道において手薄なのは、北海道の広域性、人口密度の粗さが事業の継続や維持を阻害している要因となっていると考えられる。このため、看護報酬や介護報酬に関して、北海道の特性を生かした独自の報酬体系（例えば、介護保険における特別地域加算、中山間地域等小規模事業所加算、中山間地域等居住者サービス提供加算など）を検討設定すべきである。また、訪問診療・訪問看護・訪問介護に関する事業要件についても、北海道の特性のもとで事業展開を可能とするための緩和（例えば訪問看護ステーションのサテライト設置基準など）を検討すべきである。

第 3 は、医療・介護従事者の確保についてである。これについても、各町とも医療従事者・介護従事者問わず修学資金や修業資金の貸付あるいは研修経費の助成、さらには中高生を対象とした職場体験学習などを実施している。金額的にも、修業資金の貸付 120 万円以内（日高町）や各種資格取得の費用貸付 60 万円以内（償還免除規定あり・平取町）など、担当者の苦労が目につかぶ内容となっている。これら貸付事業の財源の一部は医療介護総合確保基金によるものとする。

総合確保基金による助成が市町村にとって、財源確保の頼もしい存在であると思われる。しかし、医療従事者・介護従事者を確保するためには、総合確保基金では数多くの事業が多岐にわたって展開されており、全道をくまなく網羅するため総花的に資金をばらまいている印象を受ける。政策の必要性・有効性を十分に説明した上で、政策の優先順位に従いメリハリのきいた資金配分をすべきであり、過疎地域での医療従事者・介護従事者の採用支援・定着支援事業を展開すべきである。

最後に、地域医療構想シートとは直接関係しないが、救急搬送のデータからすれば、特に日高東部消防組合管内については、日高道の延伸および帯広に抜ける道路網（国道 236 号、336 号、道道 34 号）の整備が必要である。

【参考文献】

- 西川渉（2009年）『ドクターヘリ'飛ぶ救命救急室'』時事通信社
小濱啓次（2003年）『ドクターヘリ 救急医療とヘリコプター』へるす出版
社会保障制度改革国民会議報告書 2013年8月6日
日医総研・日医総研ワーキングペーパーNo.443『都道府県別・二次医療圏別データ集（2020年4月第8版）』 https://www.jmari.med.or.jp/research/working/wr_697.html
道民意識調査：http://www.pref.hokkaido.lg.jp/ss/tkk/ishiki/02_chosakekka.htm
日高区域地域医療構想推進シート平成30年度第2回会議版：
<http://www.hidaka.pref.hokkaido.lg.jp/hk/sth/tiikiiryoudai2kai.htm>

【謝辞】（訪問時職名）

本報告書の作成に当たっては、下記の方々から大変多くのご教示を頂きました。ここに期して、厚くお礼申し上げます。

北海道防災航空室長 保崎正弥氏
札幌市消防局警防部消防救助課消防航空係長 佐伯紀章氏
札幌市消防局警防部消防救助課消防航空係 菅原大樹氏
札幌市消防局警防部救急課救急係 柳原 卓氏
医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 経営管理部 部長 小野寺 英雄氏
医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 曾根 諒氏
日高町長 大鷹千秋氏
日高町立門別国民健常保険病院 嘱託医師 谷井広樹氏
日高町立門別国民健常保険病院 訪問看護室室長 吉田容子氏
富川グロリアホーム管理者 谷井基子氏
デイサービス「あかつき」 (株)TAKARA Deporte 代表取締役 高羅正成氏
日高町門別地域包括支援センター 保健師 金子千春氏
日高町門別地域包括支援センター 門別やすらぎ荘施設長 工藤正和氏
日高町門別地域包括支援センター 社会福祉士 武藤洋一氏
日高町門別地域包括支援センター 主任介護支援専門員 亀沢滋俊氏
平取町保健福祉課介護支援係 介護支援専門員 久保由紀氏

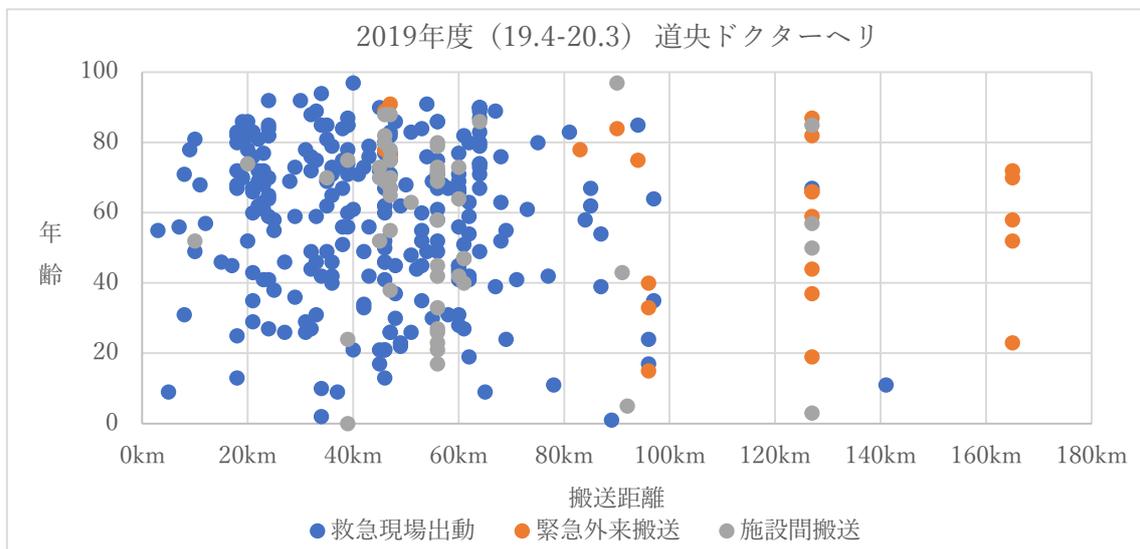
【研究日程】

- 2020.07.27 北海道防災航空室訪問
2021.01.19 日高町訪問
2021.01.20 平取町訪問
2021.02.15 札幌市消防航空隊訪問
2021.02.18 札幌溪仁会病院
2021.02.20 研究会「地方公立病院の財政問題について」報告者：真壁英治氏
2021.03.24 研究会「江別市立病院における総合内科医教育センターへの経緯」
報告者：梶井直文氏
2021.05.15 研究会「日高3消防組合における救急搬送について」
報告者：加藤智章

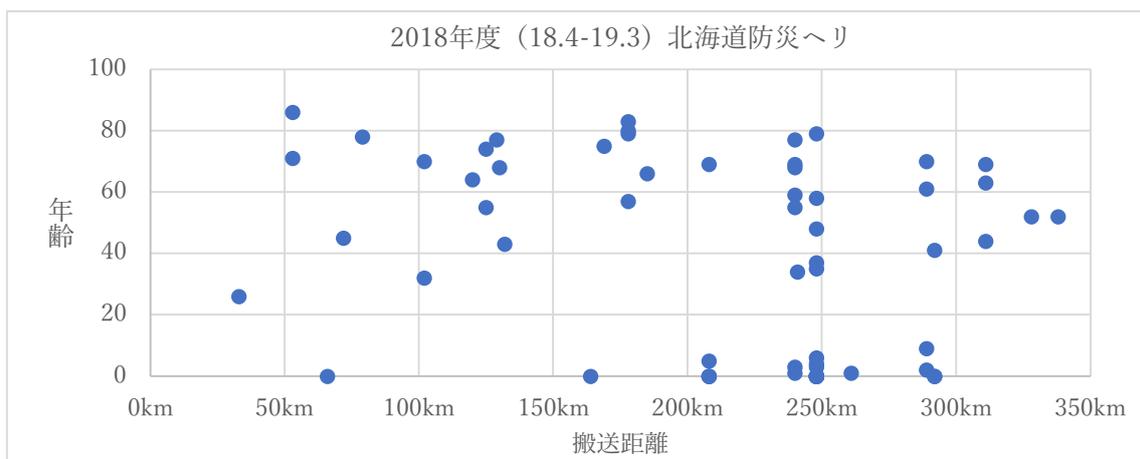
資料編（笠田健太郎氏作成）

Ⅲ-1 ドクターヘリ関係

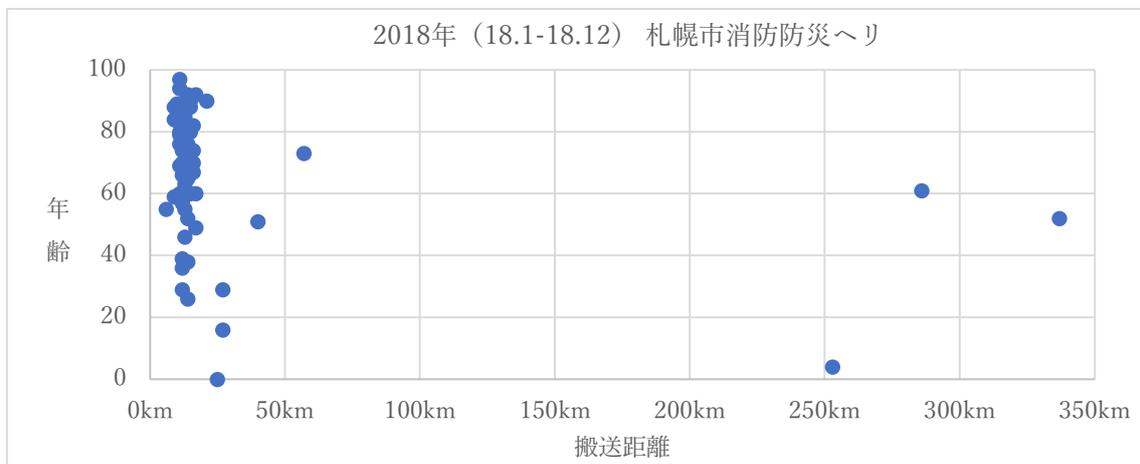
■道央ドクターヘリ



■北海道防災ヘリ

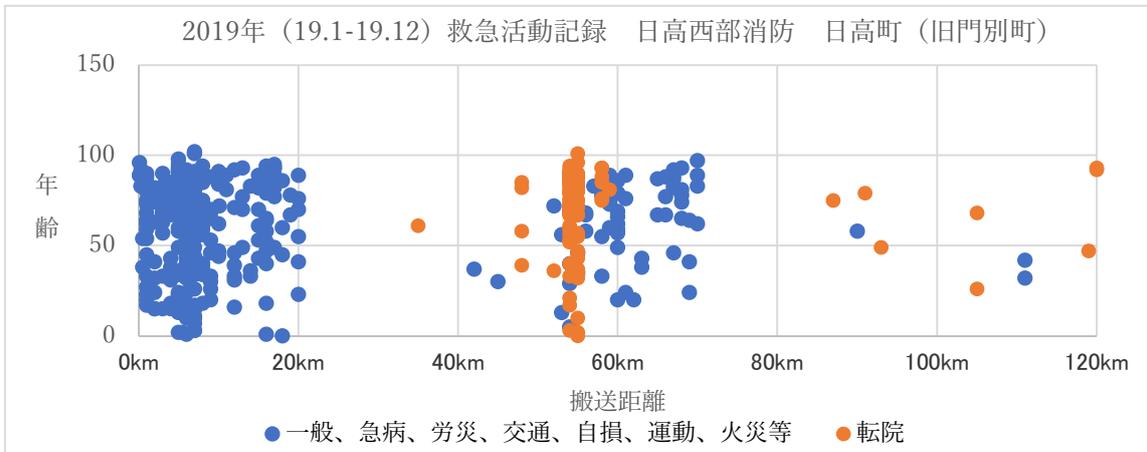


■札幌市消防防災ヘリ

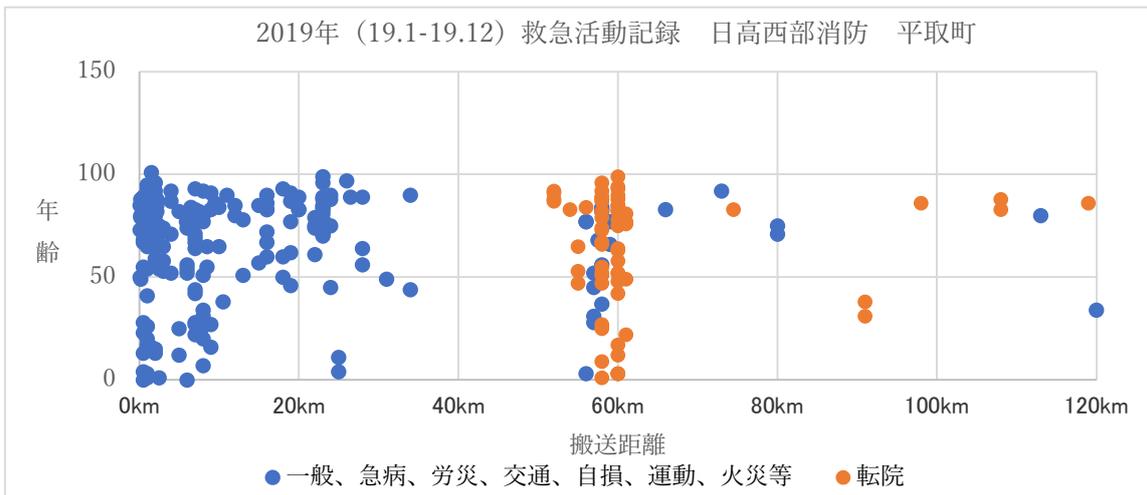


Ⅲ-2 日高西部消防組合

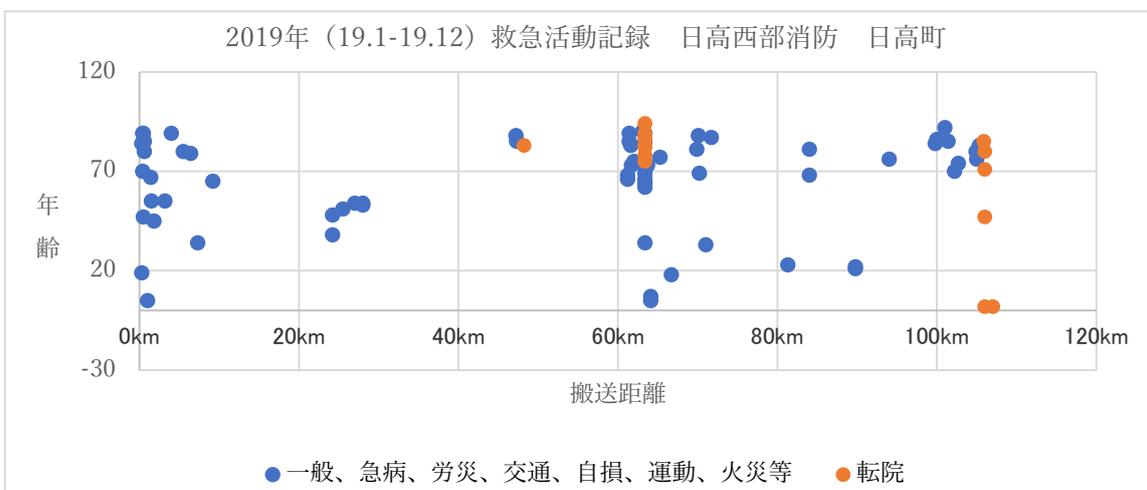
■日高町（旧門別町）：120km 超実績 1 件（搬送距離 133km）



■平取町

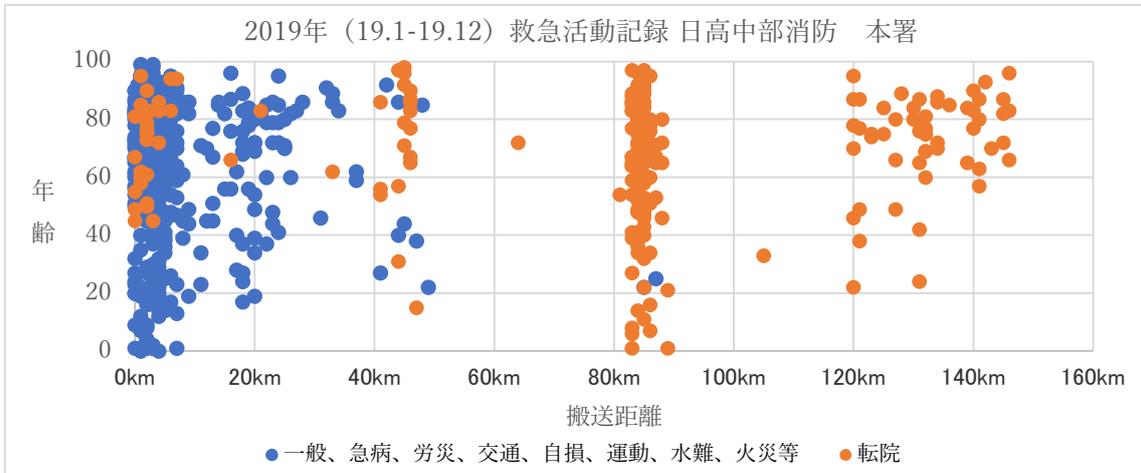


■日高町：120km 超実績 1 件（搬送距離 170km）

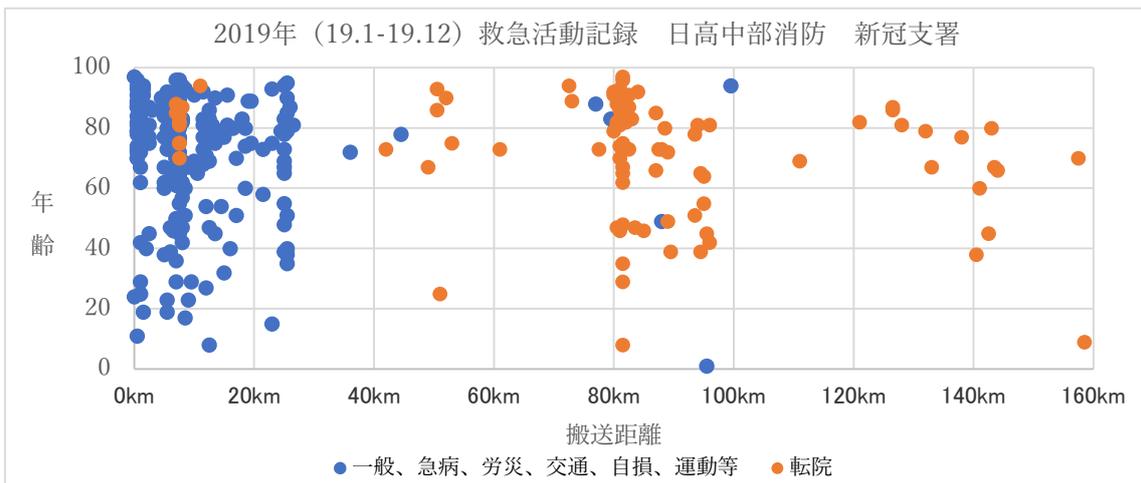


Ⅲ-3 日高中部消防組合

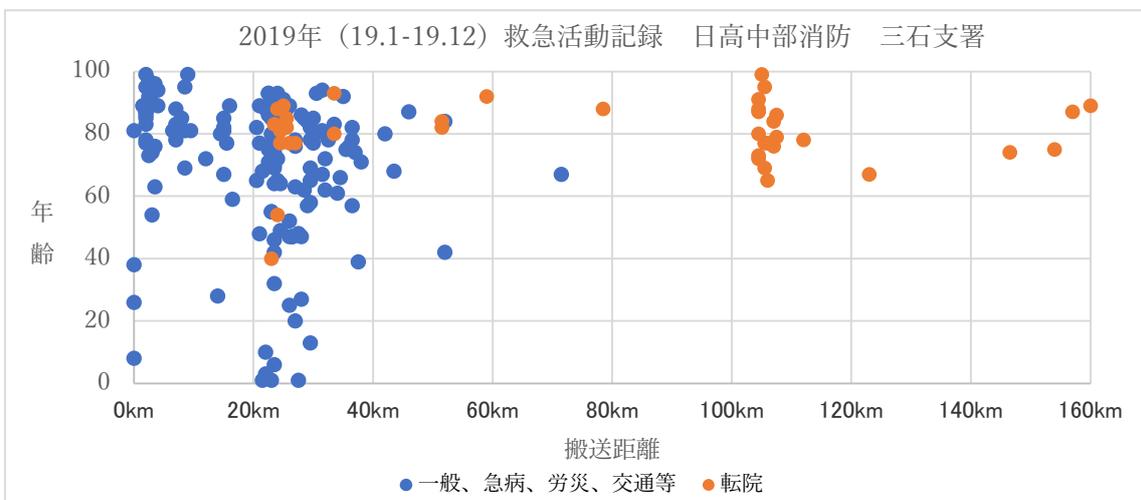
■本部



■新冠支署

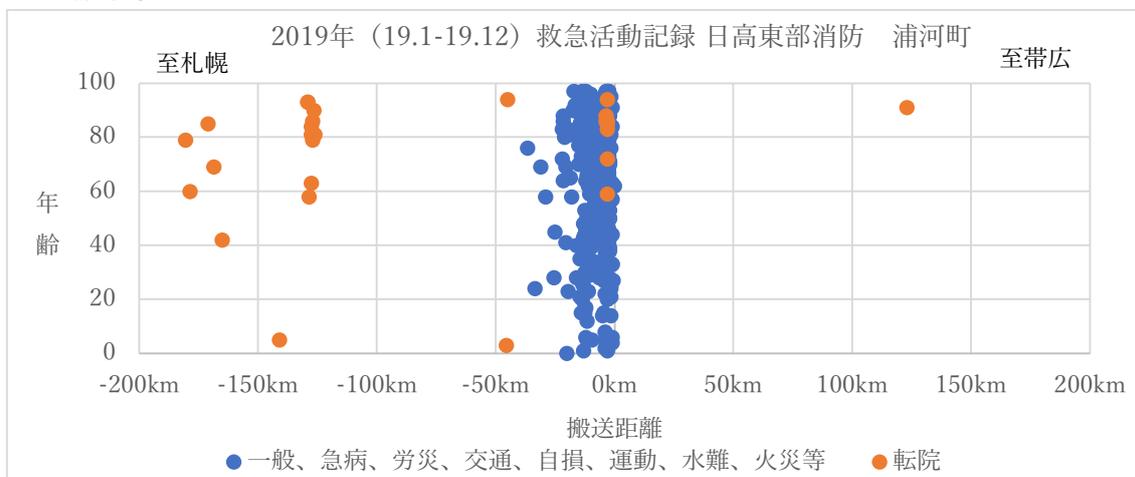


■三石支署：160km 超実績 1 件（搬送距離 161km）

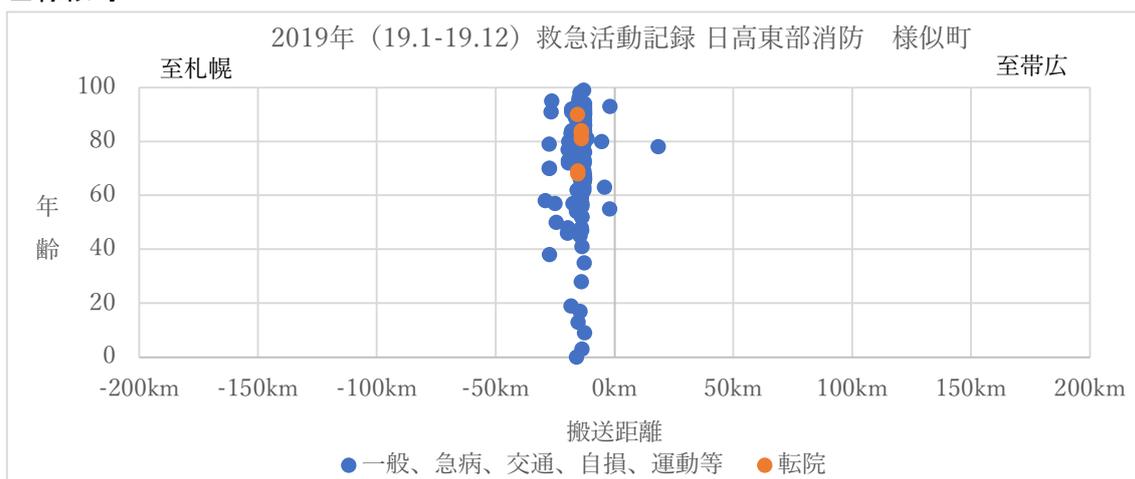


Ⅲ-4 日高東部消防組合

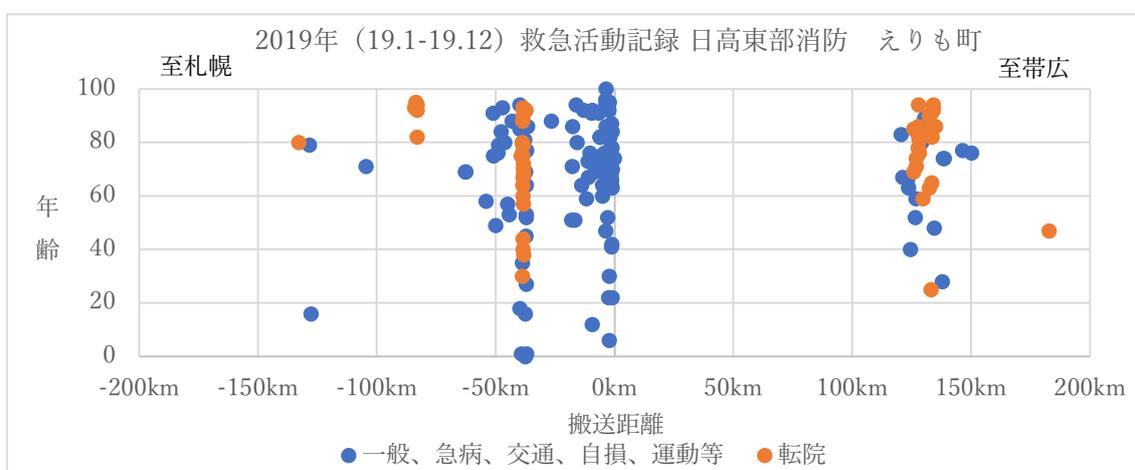
■浦河町



■様似町

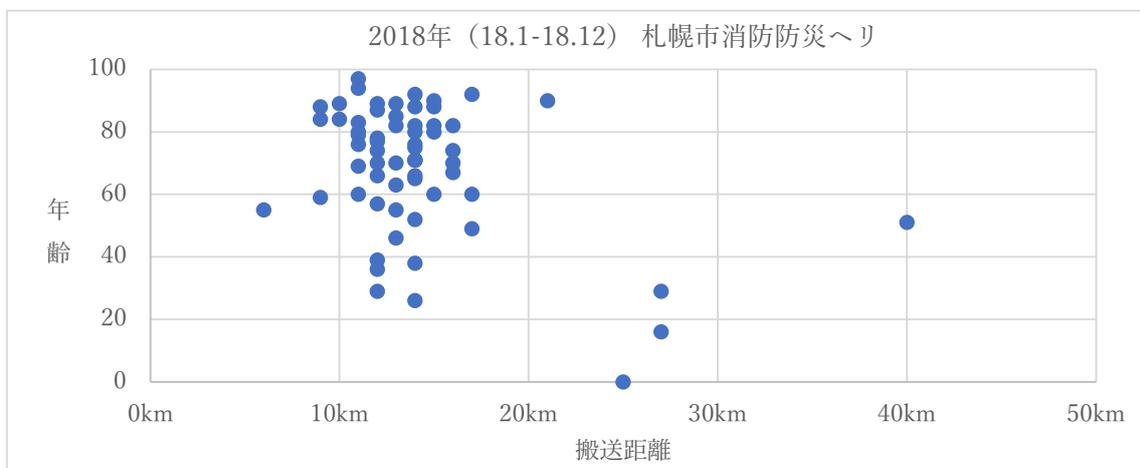


■えりも町：200km 超実績 1 件（搬送距離 214km）

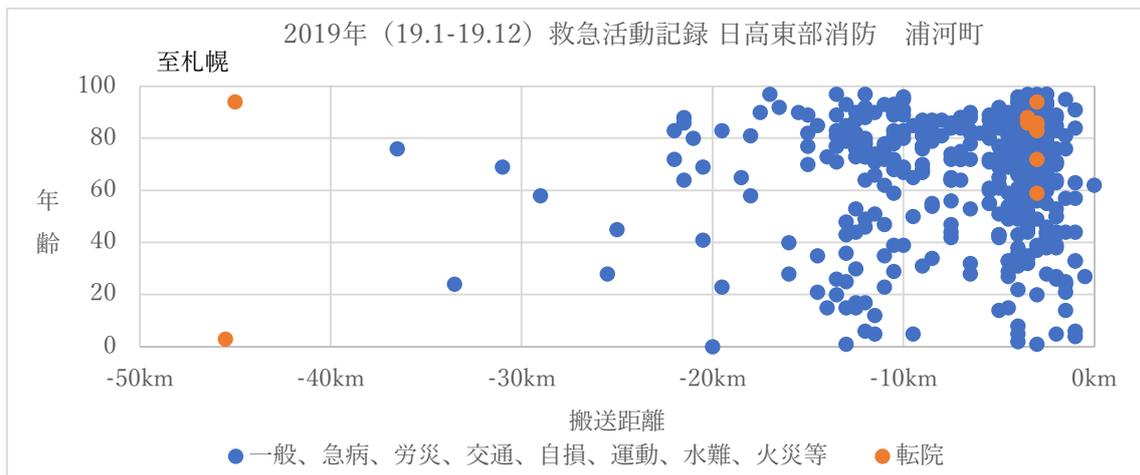


Ⅲ-5 (補足データ)

■札幌市消防ヘリ (搬送距離 50km 以内の分布図)



■浦河町 (札幌方面への搬送距離が 50km 以内の分布図)



■様似町 (札幌方面への搬送距離が 50km 以内の分布図)

