

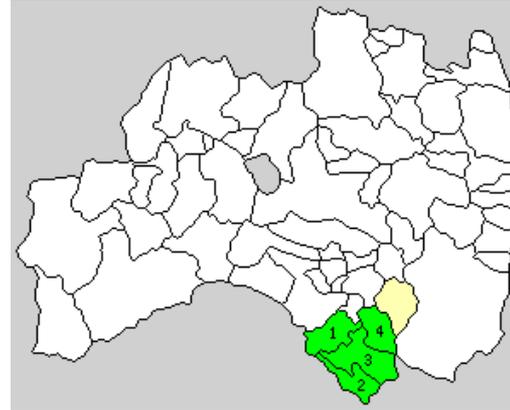
# 福島県東白川郡における 「在宅医療連携の課題と成果」

平成25年3月23日  
「在宅医療連携拠点事業成果報告会」  
於 厚労省講堂

JA福島厚生連 塙厚生病院  
事業担当責任者 星 竹敏(医師)  
地域連携室嶋田富枝(看護師兼ケアマネージャー)

# 福島県東白川郡の概要

平成24年9月現在



人口 34300人(平24:推定)  
人口密度 55.3人/km<sup>2</sup>  
高齢化率 30%以上  
(平22:棚倉町以外)  
人口減少率 5.8%  
(平21;若年層はもっと高く、県内ワースト1)

## 福島県内位置図

(1. 棚倉町 2. 矢祭町 3. 塙町 4. 鮫川村)



塙厚生病院全景

一般病床179床、精神科病床124床など、**僻地**の中では地域中核病院としての大きさは県内でも有数(但し、常勤**医師数**は慢性不足のまま)

JA福島厚生連病院は一つを除き、4病院は全部田舎にある

福島県東白川郡位置図

# 東白川郡の概要及び医療環境 平成25年3月現在

- 1) 当郡を含む県南地域は首都圏からの移住地候補として名前は挙がる地域だが、その割には都会からの実際の移住者は少ない。その中で、**交通インフラの弱い**(高速道、新幹線沿いでない)当郡には、**殆ど移住者は来ない**(人口は増えない)。これは、社会変化で、**助け合い的共同体意識が薄れ**(全国的傾向)ることで、**田舎暮らしの良さが得られなくなってきた**ことが大きいと推測されている。そして、この手詰まりの中で、地域の優秀な若い人材が都市部や都会に流出してしまい(福島県の中でも群を抜いて**若年層の減少が多い**)、その結果として(3町村は**高齢化率30%越え**と、全国平均23%をはるかに上回り、県内でもワースト20内に入る)、人口減少での農林業の担い手不足、耕作地放棄、土地家屋所有者の不在化などが目立つこととなった(日本社会の将来像先取り地帯とも言える)。
- 2) 医療環境では、塙町に昭和23年より塙厚生病院が誘致され、現在の一般病床179床、精神科病床124床など、**僻地の中では地域中核病院**としての大きさは県内でも有数の規模の病院として、東白川郡の医療を支え続けて来た。しかし、**病院勤務医の確保は常に綱渡り**(地域居住医が2~3名以外は他の13名前後は全員福島医大などからの不定期派遣組=若手医師は田舎に来ない))であり、まして**地域の開業医は高齢化や死去などで減少一方**(現在12名)という環境では、医師の不足だけでなく残された医師の疲弊が目立ち(**平均年齢66歳**)、**総合的な「医療力」は低下の一途**にある。

即ち、当郡管内では**住民の人口減少が進みつつ、高齢者のみが増加する**(医療従事者も)環境で、その**か細くなる医療資源**を使って、**増える一方の地域内高齢者の医療介護**を将来に渡って負担していかなばならないのである→看取りすら自力の医療介護資源では危ない(→医療関係者だけでなく**全住民が高齢者介護や看取りに参加しなくてはならなくなる**)

# 在宅医療連携拠点事業の行動記録

## (当院記録抜粋)

H24. 4. 3/14 在宅医療連携拠点事業委託費及び在宅医療連携拠点事業補助金希望申請

\* 5/7 補助金内定連絡

\* 5/24 在宅医療連携拠点事業計画の第1回院内説明会開催

\* 6/22 在宅医療連携拠点事業実務者勉強会

\* 7/2 資料作成(在宅医療連携拠点事業内容、医療資源マップなど)開始

\* 7/11 在宅医療連携拠点事業説明会出席(厚労省)

\* 8/8在宅医療連携拠点事業の年間計画作成する

\* 8/29埴町議会経済厚生委員対象の地域医療問題の研修会開催 12名出席

\* 9/29「東白川郡地域医療問題講演会」～いつまでも自宅で生活するために～開催:

第一部「第四回東白川郡地域医療問題シンポジウム:「チームもりおか」の木村幸博先生 ;  
「在宅医療介護の問題点」

第二部「第六回東白川郡認知症セミナー」:深沢クリニックの鴨下孝志氏;  
「住み慣れた家で出来るだけ長く過ごすための認知症の基礎知識」 聴講者170名

\* 10/11在宅医療連携拠点事業遂行での情報端末(iPad)操作 勉強説明会

\* 10/13～10/14 厚労省事業「多職種連携都道府県リーダー研修会」出席

\* 11/20 第1回東白川郡多職種連携研修会開催 117名出席

\* 12/5 福島県医師会介護福祉委員会で在宅医療連携拠点事業の報告勉強会を開催(講師、星、穂積)

H25.1/22 第2回東白川郡医療・介護多職種連携研修会開催 105名出席

\* 1/26 在宅医療連携拠点事業 南東北ブロック活動発表会出席

\* 2/14 東白川地方4町村全議員対象の在宅医療連携を理解をするための研修会 76名出席

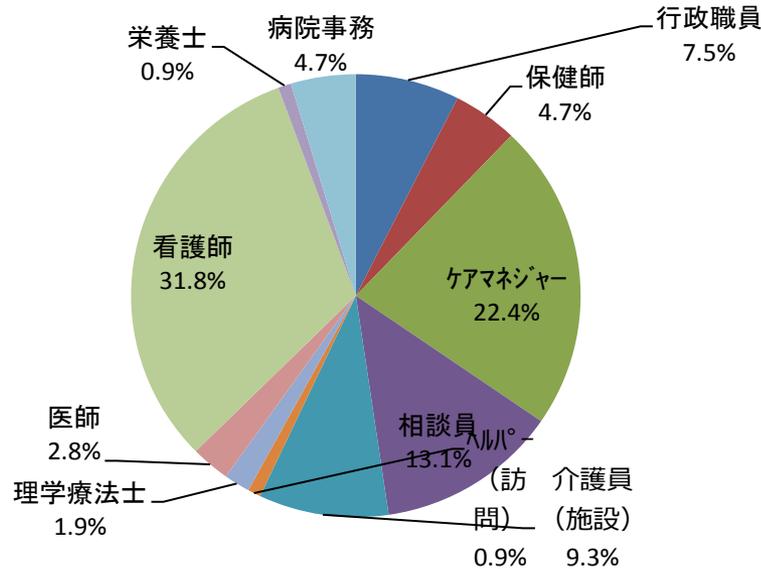
\* 2/14 在宅医療連携事業実務者勉強会 情報共有端末(iPad、固定PC)操作 勉強説明会

\* 2/26 第3回東白川郡多職種連携研修会開催 97名出席

\* 3/14 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成研修会(県主催)開催予定 80名の出席予定

# 多職種連携研修会

第1回多職種研修会参加者の職種



第2回多職種連携研修会風景  
(平成25年1月22日)訪問歯科医の実演

第3回多職種連携研修会  
(平成25年2月26日)

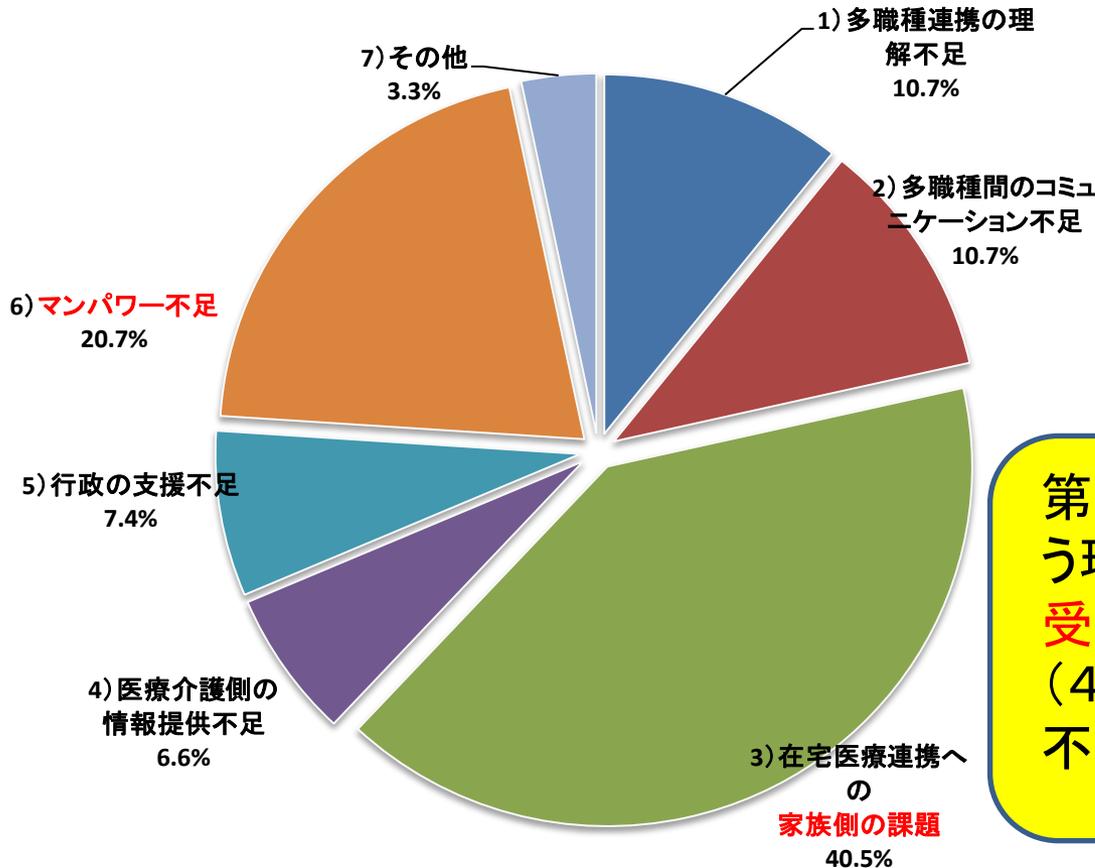
救急隊の連携に新方式(広域通信センターが稼働)と65歳以上の家庭に救急情報キット常備(冷蔵庫内に)方式の披露があった。



第1回多職種連携研修会風景  
(平成24年11月20日)小グループ分けでの検討方式(構成員は上記)

# 東白川郡における 在宅医療連携での課題の抽出成果

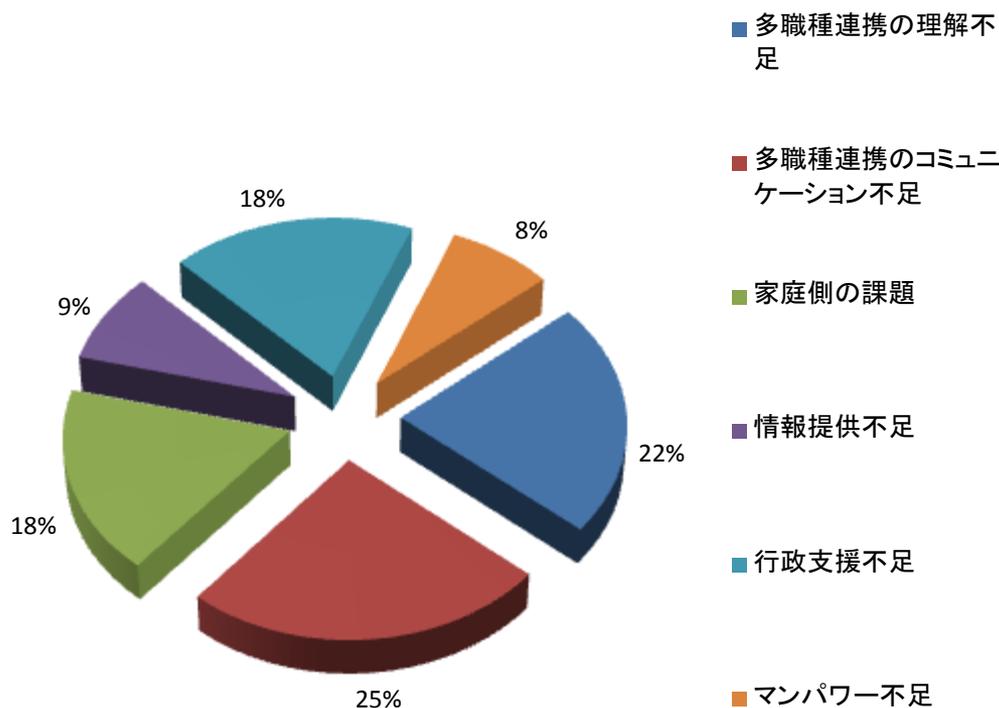
多職種での在宅医療連携の問題点  
(グループワークで抽出された問題)



平成24年11月20日の**多職種連携の第1回会議**  
(郡内医療介護及び行政関係者117名出席)の際  
のその時点で感じた出席者の「医療連携の不安点」のアンケート結果

第一位は、この在宅医療連携という理念や仕組みを「**住民が理解し受け入れてくれるのか**」という不安(40%)で、第2位が「マンパワー不足(20.7%)」であった

# 全国では在宅医療連携への課題をどう見ているか



全国平均で見ると、当郡で圧倒的であった「住民の理解への不安」や「マンパワー不足」等より、「多職種間のコミュニケーション不足」、「多職種連携そのものの理解不足」を問題視している(≡人はいるが機能してないと考えている)所が多い

(平成24年11月末 事業進捗状況報告より集計:問題点の振り分けは星が直感で行った)

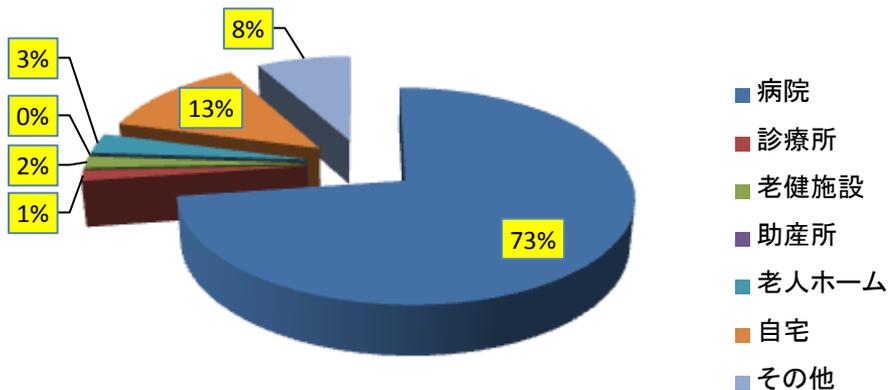
# 在宅医療連携での地域特性課題の考察

- 1) 全国平均値で見ると解らなくなってしまうが、都市部よりは郡部で「マンパワー不足」、「住民側の理解不足」の方が課題として上位の傾向があった(当郡はその典型)。
- 2) 「人の助けの少ない社会での在宅介護」を覚悟すべき時代に我々は直面しており、中でも東白川郡はもう人員不足で介護どころか在宅での看取りすら危うい状況に来ている(次スライド)。従って、全国のまだ人員に余裕のある地域と同じ対抗手段では、住民福祉に大きな遅れが出てしまう。
- 3) 厚労省在宅医療連携拠点事業での補助希望のメインを「iPadでの利用者情報共有形式」にしたのは、この人員不足が主な理由である。  
→ 情報共有が人を結ぶ手段! と考えた  
(人が減っても、仲間は増やせる)

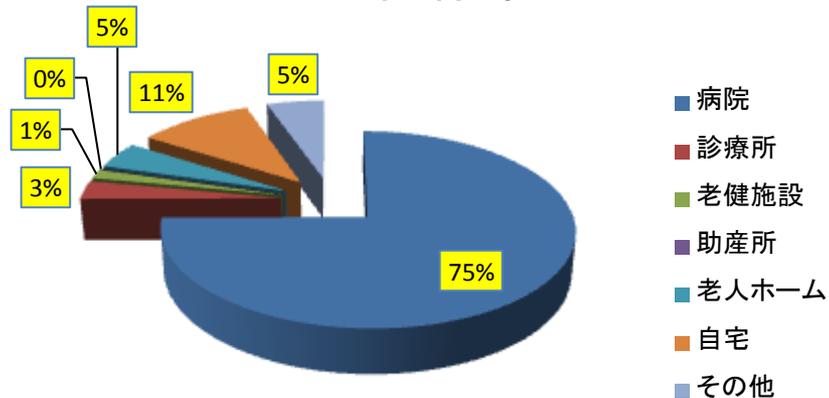


# 東白川郡の看取り(→当地域在宅医療問題の最優先解決事項)の現状

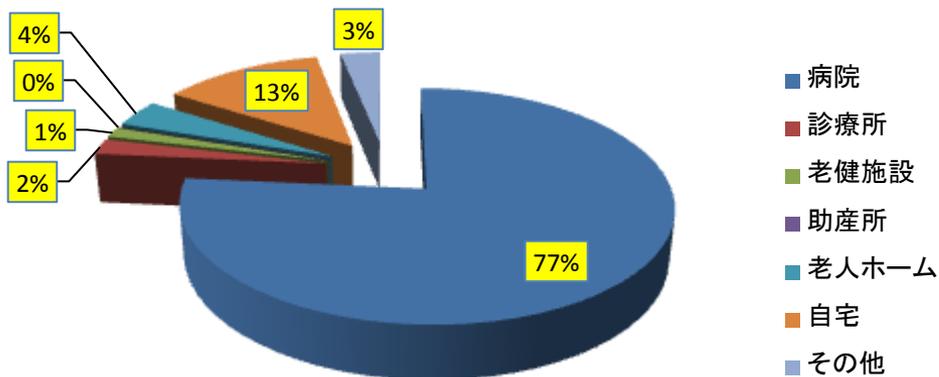
## 福島県



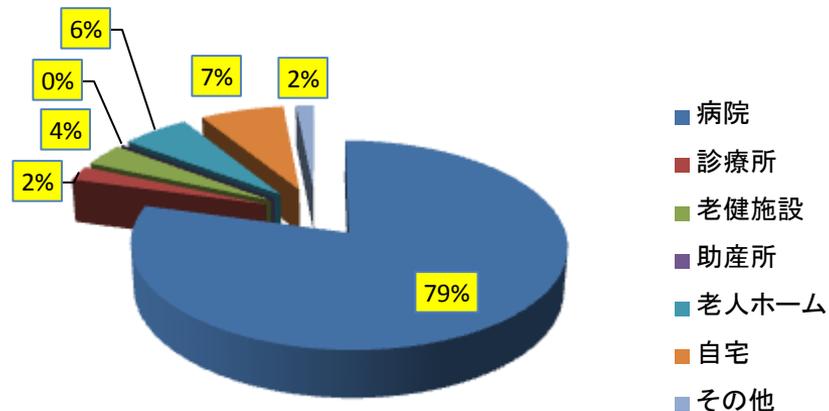
## 全国郡部



## 全国市部



## 東白川郡



東白川郡は全国市部を上回る病院依存型といえる(病院依存率79%)

自宅死亡例は全国や県平均の半分しかない

(平成23年統計)

# 地域総括まとめ

1. 当地域は気がつかないうちに、社会構造変化(伝統のムラ社会の崩壊)の最先端を走る地域となってしまった。  
→自宅での死亡率が鹿児島島の郡部では9.1%→**当郡も同じで全国平均の13%より低く**、→家庭の介護力が弱い(親族の援助が少ない?)ためか、**県内最低の在宅看取り率(7%)**!
2. それでも関係者の指摘では、住民に、既に起こっているその社会変化への覚悟が少なく(家庭側の課題が一番の問題とする関係者多し)、高齢者の医療介護を**人まかせの風潮**は根深い(病院依存意識が高い?、またはコンビニ的利用?)
3. とにかく人がいない→「孤立無援死」を防げるだけの人員確保も危ない状況では、誰でもが高齢者への医療介護援助を職域を越えてカバーし合えるような体制が必要であろう→当郡の独居世帯(下記)は殆ど高齢者世帯という事実が重い

→ 独居世帯率; 棚倉町477/4849(9.8%)、埴町395/3294(12%)  
(平24.6) 矢祭町175/2084(8.4%)、鮫川村74/1164(6.4%)  
それほど高なくても→田舎には**広域散在**という隠れ問題がある

# 取り組み成果の総まとめ

- 1) iPadでの医療情報共有形式のゴールは「サービス提供者側」の提供目線だけではなく、「サービス受益者側」からの「**双方向情報共有**」での受益感が必要なことが分かった→「どこかにつながっているという意識が、本人と介護家族の**在宅生活での安心感を生む**(孤立感を防げる)」
- 2) 医療介護の体制が大きく変わる時、人的にも財政的にも裏付けのある都会の方が、その激震への耐性に余裕があるように見える。  
当地のような「**人不足地域**」では、少ない人材で互いに職域をカバーし合わないと、この激震には耐えられないだろうことがわかった。
- 3) 医療介護関係者が一堂に会しての話しあいをするという行動そのもの(多職種連携研修会)が、住民への在宅医療連携の広報の一助になるだけでなく、行政に会議への参加意欲をかき立てることとも判明した  
→厚労省事業という錦の御旗で、医療介護者、住民、行政の考えをまとめ安くなった→これまでは、皆、自分の職域毎の行動指針だけで動いていた(=連携が無かった→在宅医療介護は徒労感が多かった)