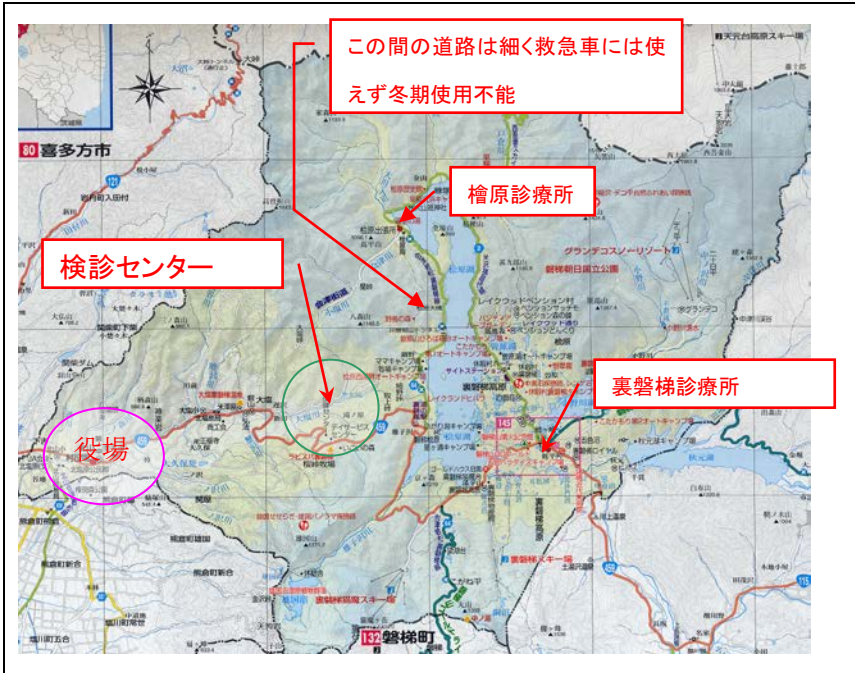


山間地での在宅患者の5年間の経過[B領域5-1]

総合南東北病院 在宅医療センター 大原 宏夫

週1回山村の診療所での診療及び在宅医療を行っている。そこで学んだことは 村には決して互助制度が保たれているわけではなく、死期が来れば都会に住む子供に引き取られ、入院または他の町の施設に入所するかの道を選択をせざるを得ない現実だった。それらを基に考察を試みた。

週1回山村の2診療所へ赴き診療及び定期往診の形で在宅医療を行っている。ひとつの診療所は観光地でも有名な五色沼を抱えた大塩裏磐梯地区にある。しかし、図に示すごとく、北塩原村は桧原湖を囲むように広大な地域に小さい村落が散在している形で、全人口は約3000人で冬は雪深く、交通状況は一変して閉ざされてしまう土地でもある。裏磐梯のもう一つの桧原村の診療所は図の様に対極の場所にある。このように自分は週一回現地に赴き、外来と訪問診療を行い1日過ごす、その間在宅診療をやっていたところ在宅患者の減少の様式の奇妙さに気付いた。



当初 9名で始まった在宅医療だが、しだいに転院したものが4名で子供達に引き取られ、村を去っていった患者が2名。施設入所が1名であった。現在診ているのは脳性麻痺の患者2名である。

村自体人口が増えるわけでもない上に、年寄りも決して村に死ぬまで住める環境ではないことである。また、在宅患者が増えるわけでもない。交通の便利な都会では核家族化が問題であるが、村も決して互助制度が保たれているわけではなく、若者は都会のほうに住み、年寄りが一人で暮らしてる形である。たとえ、夫婦、子供同居でも面倒をかけるようになると、どこか市の、施設や病院に入院となる。一人暮らしのところに子供が戻ってくる形は無く、都会に引き取るかというのが選

択肢で村に戻るケースは無かった。死期が来れば入院または都会に住む子供に引き取られるか、他の町の施設に入所するかの道を選択をせざるを得ないのが実情である。村は我々が想像するような温かく住みよい環境では決してないし、村も村人の生活をどうしていくかと考える余裕もないのが実情である。5年間で在宅医療を終了した患者の終了様式を振り返り、一般社会と山間の村の在宅医療のあり方の違いを探った。社会福祉協議会でのヘルパーサービスはあってもヘルパーが独自に活動しているだけで、ケアマネも存在せず、患者自体どのように動いていいかわからず、病院、診療所間の信頼関係を頼っての患者の支えとなっていくしかない形であるのが実情である。

また健康保険上も桧原地区は殆どが国保か後期高齢者で社会保健患者はいないこと、長期慢性期患者で新患はいないことが特徴でもある。

患者	性	病名	終了年齢	終了様式
S. H.	F	多発性脳梗塞、慢性心不全	93	施設入所
M. T.	F	高血圧、糖尿病、認知症	88	転居
O. K.	M	多発性脳梗塞、認知症	90	入院死亡
O. E.	F	変形性関節症、高血圧	82	転居
M. S.	M	COPD	88	入院死亡
S. K.	M	多発性脳梗塞、慢性心不全	81	入院
S. S.	F	慢性心不全、COPD	73	転居
I. S.	F	脳性麻痺	47	加療中
O. Y.	M	脳性麻痺	26	加療中

ネクストステップ

行政は医療を箱物として整えることまではするが、まだ、医療提供までの段階であり、その医療提供もこの広大な地域に確かに人口からすれば救急車1台ということになるが、会津までは猪苗代周りで行くため、一度救急車が出てしまえば、次の患者には対応できない。

これから高齢化の村をどのようにして活性化して、若い人が戻ってくるかという環境整備も無い。

また、行政、医療、介護、福祉の提供もばらばらで相談していくシステムも無い。今後こういった面にも触れながら医療を提供、村自体の活性化も図って行きたい。

会津地方の歴史は尊重されるべきと思うが、新しい生活概念を導入していかなば立ち行かないことが感じられた。

