奈良県吉野郡下北山村
下北山村国保診療所

奈良県28期　中山 進

下北山村について

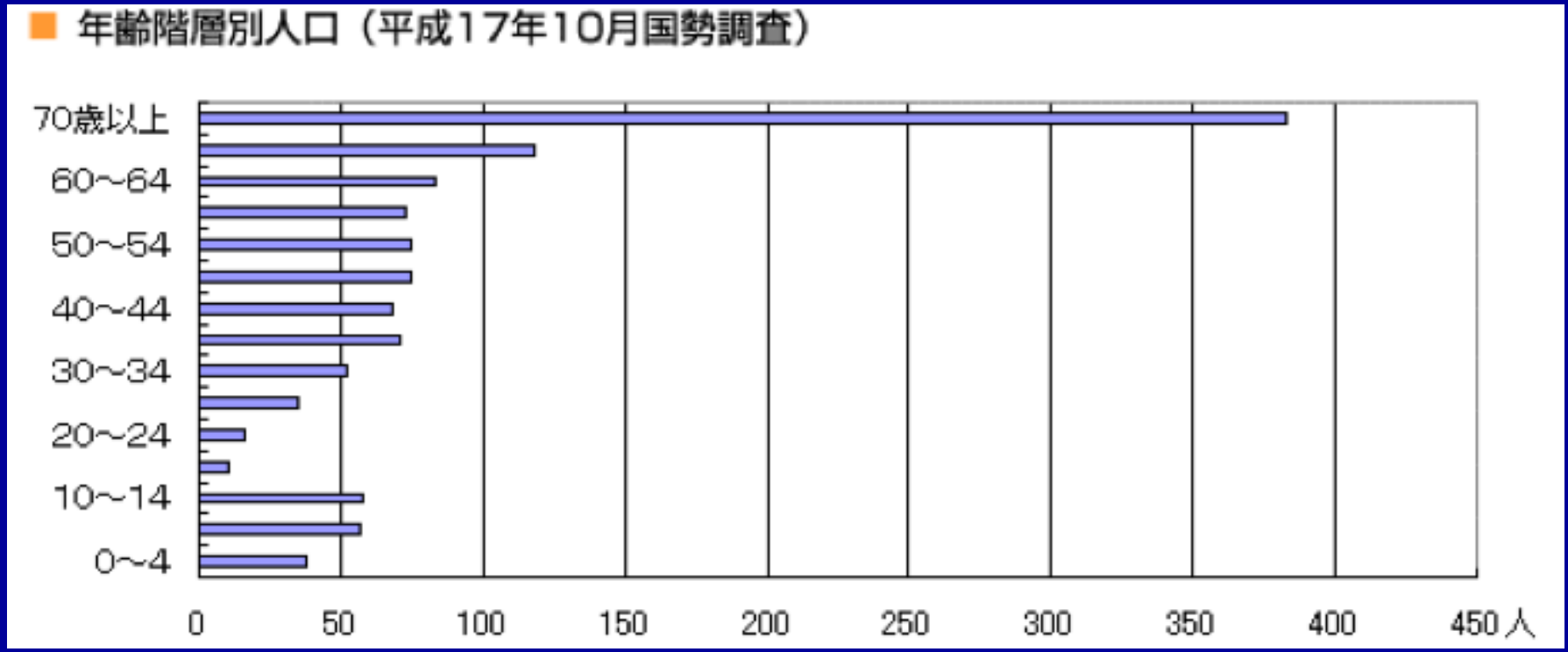
東経136度00分10秒
北緯34度07分50秒
標高251m
人口1,228人
（平成21年4月現在）

奈良県の南東部に位置し、北部及び東部は奈良県上北山村、西部は奈良県十津川村、南部は和歌山県北山村、東南部は三重県熊野市に接している。 四方を山に囲まれ、西部には釈迦ヶ岳をはじめとする大峯山系が連なり、平成16年に世界遺産に登録された。「紀伊山地の霊場と参詣道」に含まれる大峯奥駈道になっており、村内の約半分が吉野熊野国立公園に指定されている。

村の気候

- 日本の最多雨地域の大台ヶ原も近く、日本でも有数の多雨地帯
- 表日本型の気候で、夏季は東風、冬季は北西の季節風が強く吹く。
- 気温は北山川を遡るにしたがって低くなる。
- 又、降雪は年に数回である。
- 降水量は熊野灘に近い山岳地帯で海洋の影響を受け、多雨地帯のため、この雨量を利用して池原ダムが作られた。

人口分布



奈良県内に村から通学可能な高校がないため、中学校を卒業すると、ほぼ全員が村を出ることになる。そのため、若年人口が少なくなってきている。

下北山村国保診療所

１．診療科目；

内科・外科・小児科･整形外科・皮膚科

２．診療時間；

外来：午前診のみ。

午前8時30分より11時30分

午後からは，往診，介護保険意見書作成，保健事業，日帰り小手術など。

下北山村国保診療所

３．**設備**：DRレントゲン撮影装置，超音波診断装置，心電図，電子内視鏡，物理療法（腰椎、頚椎の介達牽引･電熱式ホットパック･超音波治療器）

４．職員：

医師1名（自治医大卒業生），

看護師3名（常勤1名，パート1名，包括支援センター主任ケアマネ兼任1名）

事務員1名

事業

- 往診
- 訪問看護：村に訪問看護ステーションがないため、診療所看護師が兼任
- 基本健康診査：村の総合検診の内科診察
- 診断書等の発行：
- 乳幼児保健事業，各種予防接種
- 学校保健村
- 介護保険関係：主治医意見書の作成など
- 救護村内のイベントに救護班として参加
- 死体検案業務
- 在宅リハビリ

診察室

受付･薬局･会計

待合室

検査室

内視鏡

超音波診断装置

心電図

DRレントゲン装置

撮影室

現像機

後方病院との連携

〇奈良県であるが、三重県との県境にあり、三重県や和歌山県に患者を搬送することが多い。

〇奈良県内の主な搬送先

・天理よろづ相談所病院･･･約2時間30分(救急車)

・奈良県立医大･･･約2時間30分(救急車)

・奈良県立五條病院･･･約2時間(救急車)

〇県外の主な搬送先

・紀南病院(三重県) ･･･約1時間(救急車)

・新宮市立医療センター･･･約1時間(救急車)

・尾鷲総合病院･･･約1時間30分(救急車)

在宅リハビリテーション

- 下北山村は奈良県の中核都市から遠く離れているため、訪問看護ステーションや、訪問リハビリのサービスがない。
- 2008年10月から、月に1回，奈良県立五條病院から理学療法師を派遣してもらえることとなった。
- 家族と診療所スタッフにリハビリの指導をしてもらう。日々のリハビリは家族に行なってもらう。
- 週に1回程度，訪問診療または，診療所看護師による訪問看護の形でfollow upする。

在宅リハビリの利点

・ADLの改善

寝たきりから座位をとることが出来るようになった。体を起こすことにより、誤嚥などのリスクが減る。

・介護の手間の軽減

座らせておくことが出来るようになり、家族が家事などをしやすくなった。

・介護疲労の軽減

家族自身が行ったリハビリの結果が、家族自身に返ってくることにより、日々の介護の作業に変化を持たせ、介護へのモチベーション維持、精神面での介護疲労の軽減につながる。

在宅リハビリの今後の課題

- 診療所スタッフの訪問時以外に本人や家族に日々のリハビリをしてもらうが、行われていないこともある。
- 診療所の事業の合間を縫って行っているため、対象人数が増えると時間の調整が困難になる。
- 患者本人のモチベーションの問題

高齢化社会

- 下北山村では在宅の看取りが困難。
- 原因として.….
  - 高齢者の独居または夫婦世帯が多い
  - 人口の約半分が高齢者
  - 家族は遠方の村外に住んでいる

＝介護力不足

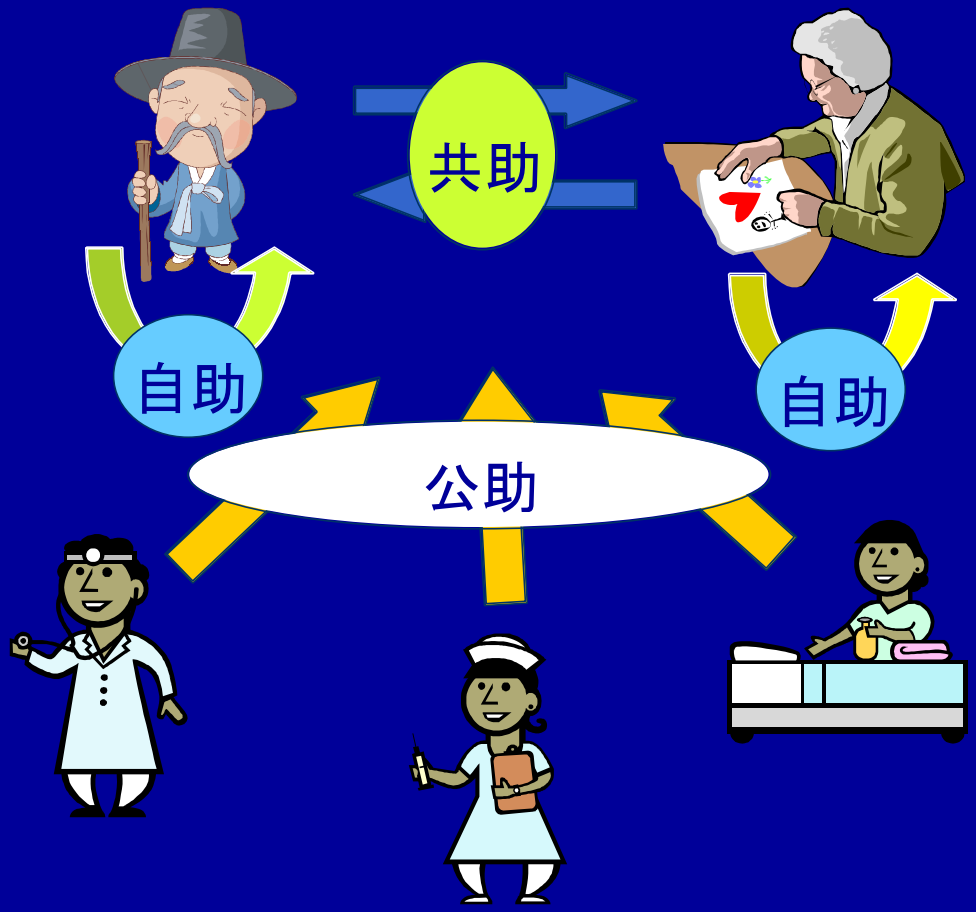
  - 自然環境；山間部であり傾斜多い
  - 自宅も古い家屋が多く、段差など多い

＝高齢者の自立した生活困難

  - 医療機関は無床診療所、高齢者施設は生活支援ハウスのみ

＝看取りは自宅または村外の家族宅でするしかない

Family Medicineの観点から



高齢者が多いため…

自助：自分で自分の面倒を見る

共助：近所で協力し合う

→不十分

公助：公的サービス

→24時間の介入は難しい

…高齢化社会では、自助・共助がうまく働かないため、高齢者が地域で暮らし続けることは難しい….

解決策になるかどうかは分かりませんが…。

・ 自助・共助としての介護力の確保

→若年層の村の地域への定着

→誰もが安心して暮らせる地域へ

・働く場所（産業など）

・子育てを安心して出来る環境

（福祉・教育・文化，など）

→医療・保健・福祉、と「地域づくり」の連携

しかし、現状では下北山村で実行するのは難しく、問題は解決されていません。…。

→次に海外の事例を紹介します…．。

Transformation program 2007-2010 in Ireland

・ Primary care team (PCT)

①人口7000-10000人に1チーム

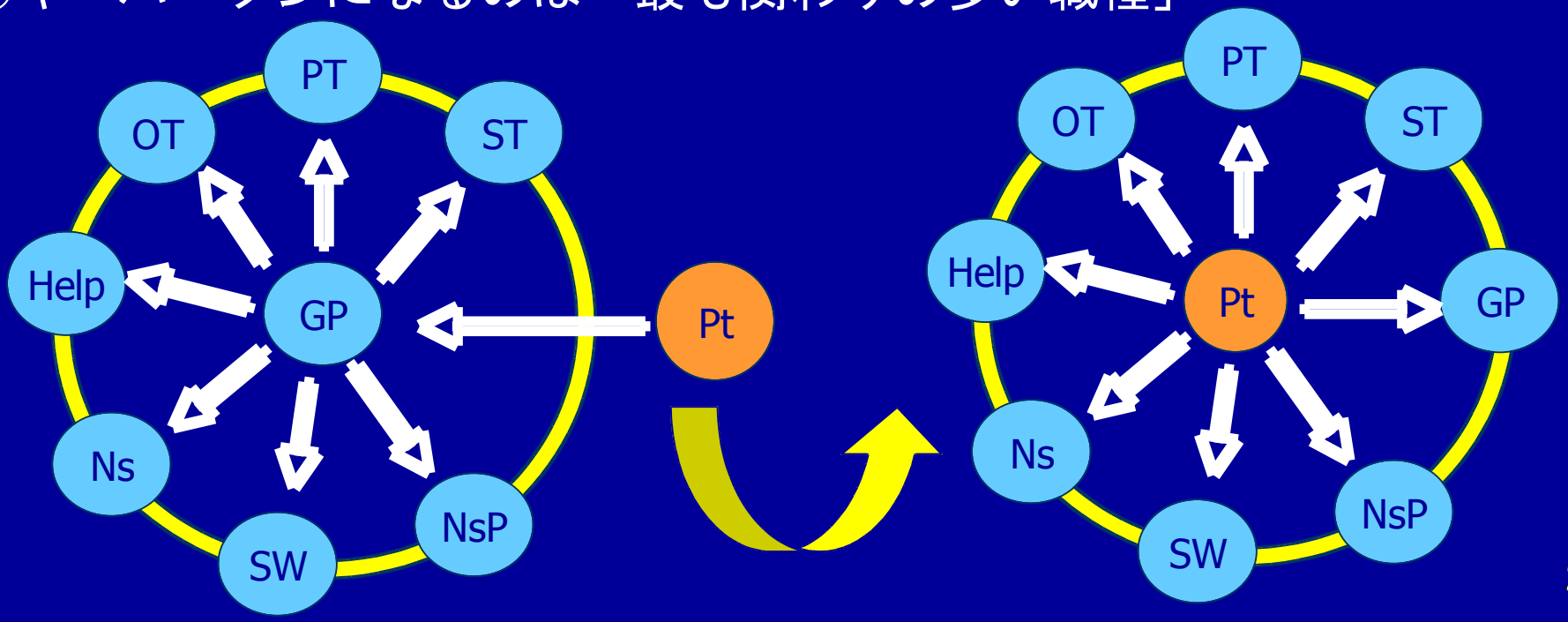
GP4-5人と，PT・ST・OT・SW・Ns・ヘルパー(Help)・歯科医師・Nurse Practitioner(NsP)などを含む

concept；「病院受診者を減らす」=「できるだけCommunityで診る」

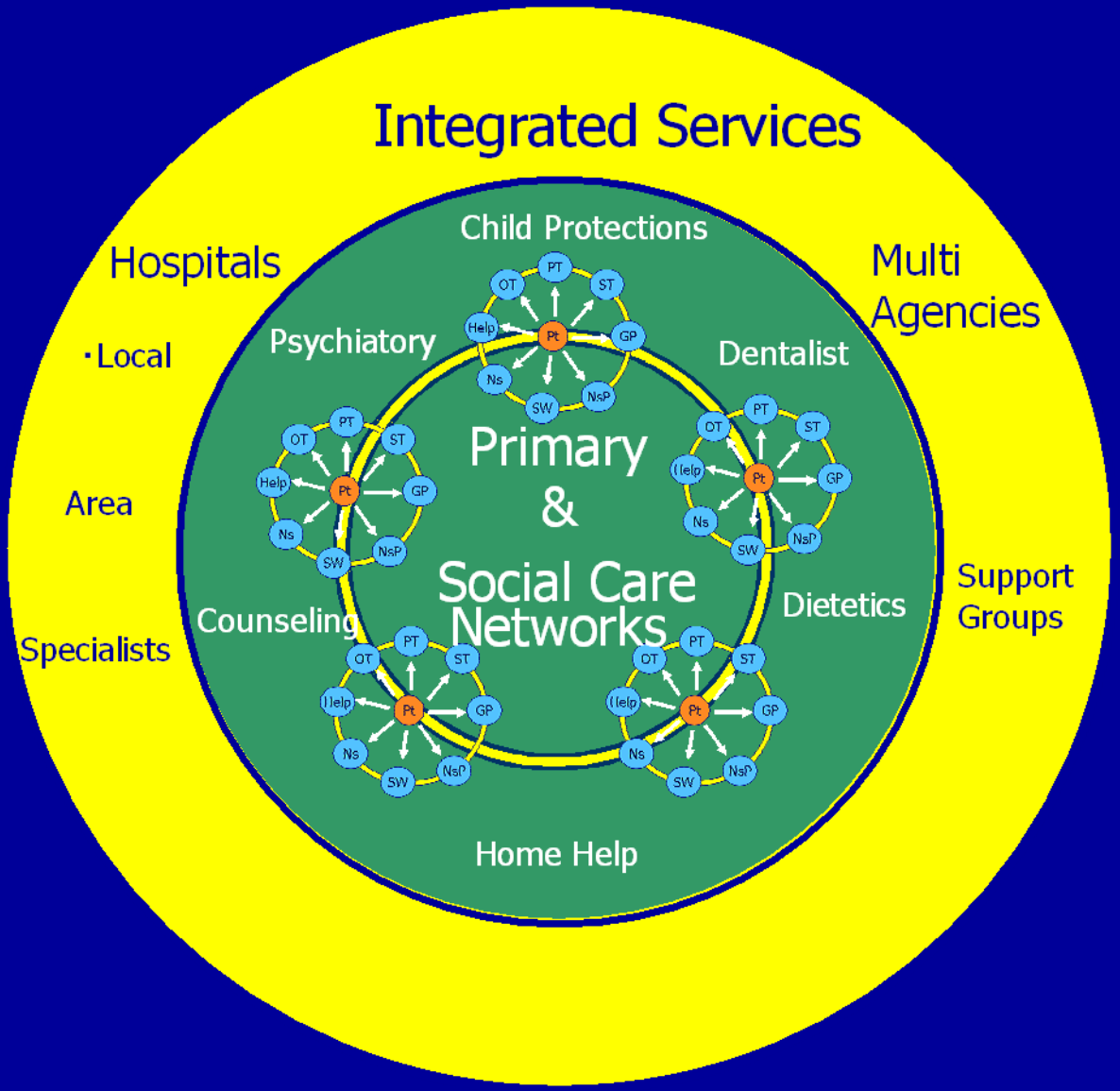
②患者本人が各専門職種にフリーアクセスができる。

③医師を介さずに各専門職間の紹介が可能

④キーパーソンになるのは「最も関わりの多い職種」



Networks & Integrated Services



・Primary & Social Care Networks

4-5つのPCTで一つのグループを作る。このグループで利用頻度の少ない職種（歯科医など）を共有する。

・Integrated Services

PCTのNetworkの外郭として、各種専門機関・医療外の職種との連携を組む

…と、アイルランドの事例を紹介しましたが…。

・アイルランドは、経済発展の途中にある。
・医療の上では、最近まで「感染症の時代」
→経済発展と共に、「高齢化」と「生活習慣病」が問題に。

・国の政策として、「できるだけCommunityで診る」ためのPrimary Care Teamを立ち上げつつある。
→高齢者や社会的弱者を地域で協力して診ていく
→医療・保健・福祉だけでなく多くの社会資源との連携

・ただし、現時点では都市部のみで施行するのが精一杯。

まとめ

・地域の医療に関わる。

＝医療を通して地域をつくっていくこと

・そのためには、医療・保健・福祉だけでなく、行政や教育など多くの社会資源との連携が必要

→なにより大切なのは、地域にかける自分の「夢」を明確にすること

地域医療　から　地域医療　へ

僻地中核病院の院長視察にて