

中山間・人口減少地域の医療福祉に迫る危機 鹿児島県伊佐市の現状と課題

「2040年のサービス提供体制等のあり方」検討会

令和7年5月9日

医療法人慈和会大口病院 理事長 永田雅子

まず最初に

2040年の過疎地医療福祉体制は現在の延長線上にはない。
過疎地の現状は他の地域にとっての「**すでに起こった未来**」である。

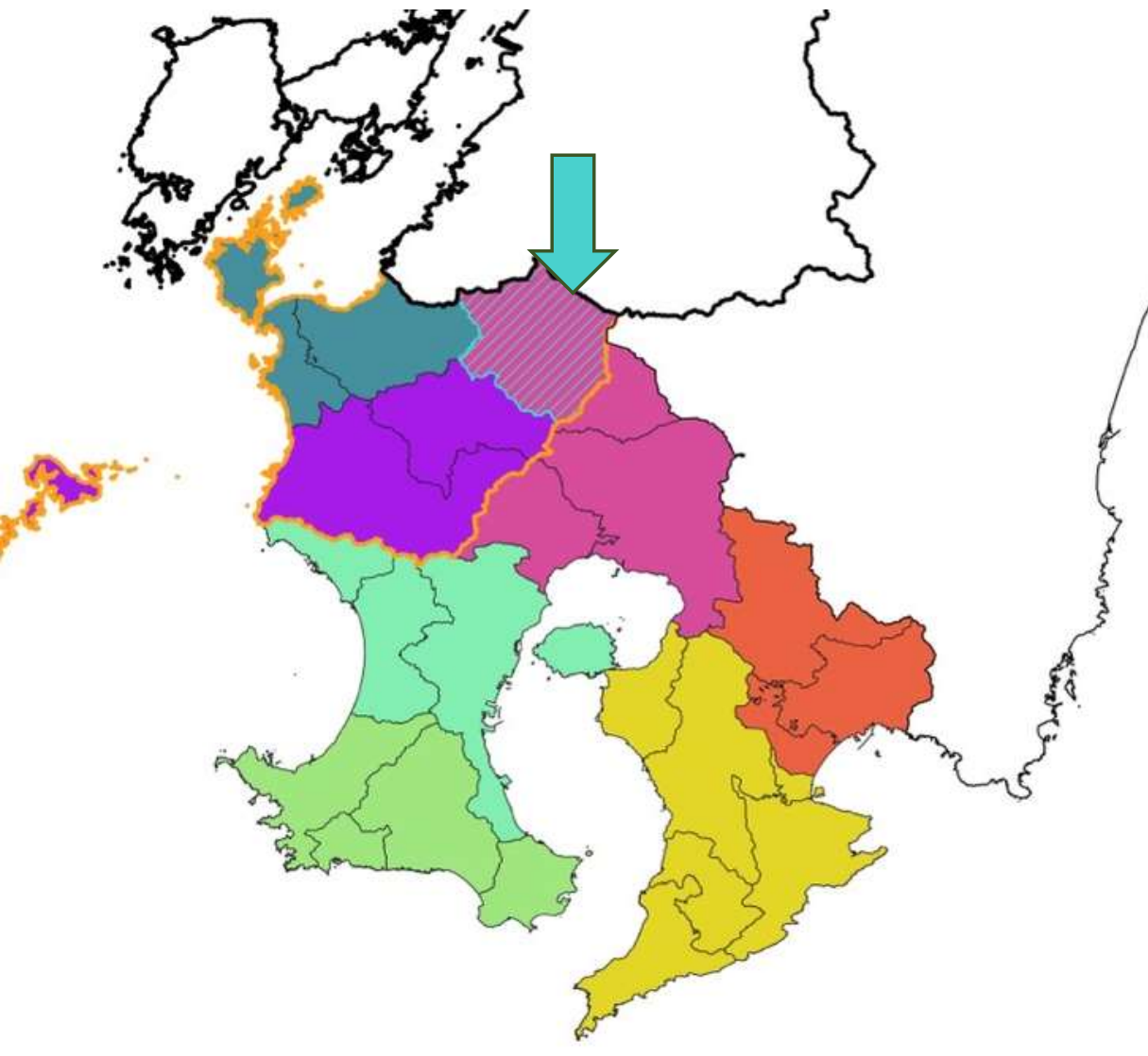
赤ひげ先生や篤志家の個人的努力を期待するのではなく、システムとして地域の内外を結ぶネットワークの構築が喫緊の課題である。

過疎地の精神科医療・福祉の現場では「体は元気な統合失調患者」を見ることは少ない。

福祉サービスを行う上で高齢の精神障害者には心身両面の治療、発達障害児者にはアセスメントが必要。医療と福祉の連携は今まで以上に重要となる。

しかし、現在の形の地域医療体制は継続不可能。

医療福祉は過疎地の最大産業であり、医療の維持が難しくなると人口流出が加速し、介護も福祉も成り立たない。



伊佐市の概況

- 人口2.2万人
- 高齢化率44%
- 高齢者数のピークは20年前

二次医療圏・障害福祉圏域
＝始良・伊佐振興局圏

精神科救急医療
＝北薩ブロック

医療機関

病院6

(2次救急病院×3＋療養病院×2＋精神科×1)

診療所13(有床3)

内科、外科、整形外科、産婦人科、眼科、泌尿器科

県境のため三次救急は主に熊本県の人吉医療センター、水俣市立総合医療センターに搬送(救急車で30分程度)、またはドクターヘリで鹿児島市内へ。

二次医療圏三次救急(霧島市医師会医療センター)は遠く、救急車で1時間程度かかる。

医療法人慈和会大口病院およびその関連施設

- 精神病床103床(15年間で128床削減)

精神一般15対1(48床)

認知症治療病棟(55床)

- 精神科デイケア
- 重度認知症患者デイケア
- 精神科訪問看護

- 1日平均外来患者約90人
認知症・精神疾患・児童思春期が
それぞれ1/3ずつを占める。
児童思春期の初診は年間約200人
統合失調症新規患者はほぼいない

障害福祉サービス

- 共同生活援助
- 自立訓練(生活(20名)・通所型)
- 短期入所
- 就労継続支援B型
- 特定相談支援

介護保険サービス

- 認知症対応型グループホーム

伊佐市における当院の役割(精神・認知症)

- 自立支援協議会
- 精神保健相談(保健所)
- 市・保健所との定期連絡会
- 基幹相談支援センターへ出向
- 市の相談担当者を支援
- 福祉事業所やナカポツを支援
- 初期集中支援チーム
- 認知症サポート医
- 介護保険認定審査会
- 介護サービス事業者等連絡会
- 介護予防事業にOTR派遣
- 認知症カフェ

伊佐市における当院の役割(こども分野)

市とのコンサルテーション契約
児童発達支援センターへOTR派遣
ペアレントトレーニング受託
ピアサポート推進事業受託



「みちしるべ」<https://children.jiwakai-akebono.com/>

伊佐市における唯一の精神科医療機関として、
他の医療機関や介護福祉施設と密接に連携し、
市町村が担うメンタルヘルス関連の相談機能を補完し、
行政の支援を行ってきた。

伊佐市の障害福祉サービス

		令和2年9月 事業所数	令和5年9月 事業所数	増減数
訪問系	居宅介護	2	4	2
	重度訪問介護	2	4	2
	同行援護	0	1	1
	行動援護	0	0	
日中活動系	生活介護	4	4	
	自立訓練（機能訓練）	0	0	
	自立訓練（生活訓練）	2	1	-1
	就労移行支援（一般型）	0	0	
	就労継続支援（A型）	0	0	
	就労継続支援（B型）	6	6	
	療養介護	0	0	
	短期入所	4	6	2
居住系	共同生活援助	8	10	2
	施設入所支援	2	2	
その他	計画相談支援	3	3	
	地域移行支援	2	2	
	地域定着支援	2	2	
障がい児等 支援	児童発達支援	3	3	
	放課後等デイサービス	3	4	1
	保育所等訪問支援	1	1	
	児童相談支援	2	2	
合計		46	55	9

伊佐市は福祉に力を入れてきたため、人口規模の割には入所施設から訪問系まで幅広い事業所が揃っている。

事業開始が早いため、入所者が高齢化している。

障害者手帳保持者は減少傾向

2,493名（2018年）→2,278名（2023年）

人口減少に伴い、通過型のサービスは維持が困難。

「伊佐市第7期障がい福祉計画・第3期障がい児等福祉計画」より

介護で起こり得ることは福祉でも起こり得る

介護需要↑、待機期間↑

事業所を増やす
人手不足

需要減少、収支悪化

みんないなくなる(多分)

障害者の相談

「伊佐市第7期障がい福祉計画・第3期障がい児等福祉計画」より

相談したいこと

「健康や治療のこと」24.9%

「経済的なこと」17.1%

「介助・介護のこと」10.7%

相談相手

家族や親戚 73.7%

友人や知人 28.8%

かかりつけ医療機関 27.4%

「学校や療育、日中活動の場で医療スタッフに相談したり診察を受けたりできれば良いのに。」
「施設の職員が忙しくて通院が頼みづらい。(特に市外)」

人口減少と「にも包括」の行方（私見）

地域のかかりつけ精神科医療機関の多職種チームと行政が連携して、地域の支援システムを作る。（現状）

↓ 人口減少

精神科病院は縮小して多機能型精神科診療所または他科と一体的な運営で総合病院精神科のような形で地域をカバーする？

↓ さらに減少

保健所や精神保健福祉センター、広域をカバーする精神科医療機関外来の多職種チームを拡充して巡回やオンラインで地域の実働部隊をサポート。

過疎地での現実的な縮小戦略

要素の足し算ではなく、地域生活維持に必要なミニマムサービスを確定することが必要。

現状の障害福祉サービスの仕組みではそれぞれの施設基準を満たすだけの需要がないと、必要とする時にサービス提供が受けられない状況となる。

ミニマムサービスを提供する多機能事業所が一定の内容のサービスを提供した際に加算をつけるような仕組みがあれば、地域で完結できる可能性がある。

2040年に地域の障害者支援をどのように行うべきか？

- 医療、福祉、介護、教育などの公共サービスを統合的に提供する拠点施設を設け、送迎サービスも共有する。
- 新たに居住施設を設置することは経済的に非効率である。空き家対策やコンパクトシティなども絡めた包括的な施策を迅速に進めなければ、街は消滅の危機にある。

結語

- 現在の医療福祉体制維持が困難になるのに残された時間は2年～5年以内
- 医療/介護/障害福祉という壁、都道府県の壁を超えて、地域が持続可能な統合的制度創設と施設基準及び報酬の見直しを切に要望する。
- オンラインによる診療・相談は必要になっていくとしても、実際に地域を理解して巡回などで関わることのできる機関によるハイブリッド対応を望む。