

ISSN 2189-8863

No.1 Journal of Tsuruga Nursing University
October 2015

敦賀市立看護大学ジャーナル

第1号

敦賀市立看護大学

Tsuruga Nursing University

目 次

敦賀市立看護大学ジャーナルの発刊によせて	1
----------------------------	---

敦賀市立看護大学学長 交野 好子

特集 嶺南地域の医療と看護と福祉の現状

地域医療分野

1. 嶺南地域の医療と看護と福祉の現状 ～地域医療から俯瞰して～ 2
川上 究 敦賀市医師会 会長 敦賀市立看護大学 理事
2. 嶺南地域の医療と看護と福祉の現状 ～認知症における過去と現在と未来～ 4
玉井 顯 医療法人敦賀温泉病院 認知症疾患医療センター
介護老人保健施設ゆなみ 理事長
3. 嶺南地域で求められる助産師の活動を考える 6
佐野 裕子 瀧澤助産院

急性期医療分野

1. 嶺南地域の医療と看護の現状と未来 8
米島 學 市立敦賀病院 院長
2. 嶺南地域の医療と看護と福祉の現状 ～市立敦賀病院から見て～ 10
三好 啓子 市立敦賀病院 看護部長
3. 救急外来受診患者の現状から見えること ～地域住民への啓蒙活動を考える～ 12
藤原貞美子 市立敦賀病院 主任看護師／救急看護認定看護師
4. 最期まで希望を支えるために ～急性期病院の現状と課題～ 15
仲間 有希 市立敦賀病院 緩和ケア認定看護師

保健・福祉分野

1. 嶺南地域の医療と看護と福祉の現状 訪問看護師の立場から 18
角田真寿実 敦賀ケアセンターかくだ 訪問看護ステーション所長
2. 敦賀市の高齢者・介護保険の現状と「認知症ほっとけんまち敦賀」の取り組みについて 20
板谷 桂子 敦賀市福祉保健部介護保険課 敦賀市地域包括支援センター「長寿」
3. 健康づくりは地域づくりから 健康つるが21計画策定から見えてきたこと 23
川口美佐子 敦賀市福祉保健部 健康管理センター

研究報告

患者調査に基づく疾病分類別入院者推計数からみた福井県嶺南地域の疾病構造 25

鈴木 隆史、野沢 和也、喜多 義邦、交野 好子

敦賀市立看護大学における研究活動の紹介 37

論文発表

1. Genome-Wide Association Meta-analysis Identifies Novel Variants Associated With Fasting Plasma Glucose in East Asians.

(和訳：東アジアにおける空腹時血糖値に関連する新たな遺伝子の同定に関するゲノム・ワイド・メタ解析研究)

喜多 義邦

2. Fruit and vegetable intake and mortality from cardiovascular disease in Japan: a 24-year follow-up of the NIPPON DATA80 Study.

(和訳：日本における循環器疾患死亡と果物・野菜の摂取との関係－ NIPPON DATA80 の24年追跡から)

喜多 義邦

学会発表

1. Change in application of “care in normal birth: a practical guide(WHO)”at Japanese hospitals in 10 years.

岩谷 澄香

2. 太陽光が大学生の鼓膜温、主観的睡眠感に及ぼす影響

鳥羽 愛乃、高鳥 眞理子

投稿規程 38

編集後記



敦賀市立看護大学ジャーナルの発刊によせて

交野好子

敦賀市立看護大学 学長

1. はじめに

敦賀市立看護大学は平成26年4月に開学し、敦賀市および嶺南地域における「知」の拠点としての機能を果たすためにジャーナルを創刊することになりました。

記念すべき第1号は、敦賀市において医療・保健・看護分野の中心的役割を担う先生方から、「嶺南地域の医療と看護と福祉の現状」というタイトルでご執筆いただきました。諸先生方からはご多忙にも関わらず貴重な原稿を賜り感謝申し上げます。

ご執筆いただきました内容は敦賀市立看護大学に与えられた課題であると認識し、大学が一丸となって取り組んでまいりたいと思っております。

2. 縦糸と横糸が織りなす課題

本稿にご執筆いただいた10名の先生方の内容を僭越ながら整理させていただきました。

人の一生を縦糸に、少子高齢社会、少産・多死社会を生きる環境や条件を横糸にしてみると様々な様相が浮き彫りになってまいります。

核家族化が進む中でのインターネットからの多すぎる情報に翻弄される妊婦の不安や加齢とともに現れてくる多様な生活習慣病、生活習慣病による脳血管障害、国民の2人に1人は罹患すると言われていたがんにおいては、告知と同時に治療法の選択を迫られる場面も少なくありません。

また、平均寿命が延伸するに伴い、増え続ける認知症患者と家族の苦難、人々の「自分らしい最期を過ごしたい」、在宅で最後をというニーズがありながら現実的な問題から病院や緩和ケア病棟という選択に迫られる終末期医療についても今後の課題であることが理解できました。

3. 健康づくりと健康長寿基盤づくり

以上のような健康問題に対する解決のための提案が論述されています。

あらゆる問題の基盤となるものとして、個人の自立した健康行動と同時に、健康を自然な形で支えあうまちづくりの提言であります。若い夫婦の出産、高齢者の認知症においても、見守り、理解、家族への支援等で自然に支えあうまちづくりは必須であると考えます。

また、疾病に罹患した場合、病院受診、入院、治療という病院完結型医療であったものが、近年は、疾病の種類や状況、本人の希望等で在宅医療・在宅看護といった地域完結型医療に変換しつつあります。そのような状況の中での訪問看護は、高齢の単身者に対しても、終末期にある人に対しても、また、家族の中で療養を継続する人にとっても本人・家族両者の大きな支えとなることは明らかです。

高齢化率の上昇は認知症患者の増加にも繋がっています。認知症への理解が高まりつつあることは医療関係者の努力の表れであると同時に、認知症の症状をもつ家族の苦悩へのサポートはまだ十分とは言えません。これからは、敦賀市の「認知症ほっとけんまち敦賀」の活動の推進と同時に医療・看護・福祉が一体となってチーム医療でまち全体を支えていくことが必要であることの提言をいただきました。私共の大学も認知症予防や理解、対応のためにお役に立てればと考えています。

4. おわりに

敦賀市立看護大学ジャーナルは本学教員の研究成果を公表する場であると同時に、今回の創刊号のように、敦賀市の医療・保健・看護に携わる先生方の研究や医療や看護に対する提言、ニュース等を掲載させていただき、これから入学される生徒の皆様や学生、地域住民、医療関係者、行政で政策を立案される方々、研究者等に目を通していただき、お役に立てていただけると幸いです。

さらに、将来は本学のジャーナル内で研究成果に対する議論が展開されるように成熟していけることを願っています。



嶺南地域の医療と看護と福祉の現状 ～地域医療から俯瞰して～

川 上 究

敦賀市医師会 会長 敦賀市立看護大学 理事

はじめに

様々な物事を論ずる場合、立ち位置が重要です。ここで言う立ち位置とはイデオロギーなどではなく文字通り、その人が日常活動している場所のことを意味しています。

私は開業医の2代目です。今から半世紀以上前には診療所に定休日はなく、365日何らかの診療が行われていました。父は雪の降る中でも、徒歩で往復1時間以上かけて往診を行っていましたし、インフルエンザの季節になると、時には夜遅くまで200人以上の患者さんを診ていたように記憶しています。

最近、在宅、在宅と流行のようになっていますが、かなり以前から自然に行われていました。休日急患センター設置により、今では日曜祝日、盆、正月は休診となっていますし、皆さん車を持たれ、また救急体制も整備されたため急な往診は少なくなりました。

一方これまで通院されていた方が歩けなくなる等何らかの理由で通院できなくなった場合、訪問診療という形で患者さん宅に伺うようになりました。

訪問看護師など他のスタッフの方々との連携もあり、昔に比べれば在宅医療はずいぶんと楽になっているように感じます。

とはいえ、医師としてなすべきことは外来、往診、訪問診療とも正しい診断、適切な治療を行い、患者さんの苦痛を軽減することであり、今も昔もまた、どのように診療報酬の体系が変わろうとも実際の仕事の内容に大きな変化はありません。看護師も同様です。

住民の方々と日々密接に関わる現場に長く身を置いているという私の立ち位置で今回のテーマについて私見を述べてみることにします。

嶺南(主として敦賀市)の現状

少子高齢化という言葉は現在・未来の日本社会を

表わす重要なキーワードとしてあらゆる場面に登場します。もちろん嶺南地域も例外ではなく、総人口の減少と相まって、むしろ深刻になっています。敦賀市の場合10年後(平成37年)には総人口は5,768人減少。65歳以上1,521人増加。高齢化率29.9%(4.8ポイント増)と推計されています。

又、核家族化が嶺南他地域より進んでいて、高齢者のみの所帯が多いのも特徴です。

さらに、車社会化が進み、日常生活に必要な買い物でさえ車を使わないと出来なくなっています。

嶺南地域の病院はどれも慢性的な医師、看護師、薬剤師不足となっています。診療所も又、看護師は充分といえませんが、訪問看護師、調剤薬局の薬剤師も同様です。元々看護師が不足しているところに介護保険制度が始まり、医療・介護両方の現場で慢性的な不足状態となってしまいました(本学の重要性がこの観点からだけでも理解しうる)。薬剤師については病院内での業務の変化、調剤薬局制度の導入等が原因となっていると思われます。

介護については24時間訪問看護がようやく3事業所となりましたが、24時間訪問介護はまだ行われていません。

その他の介護サービスについても他地域と比べて不足しているものはないかと思われます。しかし、この分野でも看護師以外の介護師等も不足していることと、財源との関係で住民の希望が多い施設系サービスを際限なく増やすことには無理があるという状態です。人的資源が乏しいことがこの地域の最も重要な問題ということになります。

現状から見えてくること

a) 人口減・少子高齢化:医療・介護が必要になるであろう高齢者が増えてきているのに、医療・介護にたざざる若年人口が減少しています。

このことは又医療・介護のための財源が不足することを意味します。それ故それぞれの保険料の上昇にもつながります。又いわゆる医療介護難民の問題にもつながります。

- b) 地域共同体の崩壊：戦後のまちづくりが、実は高齢者等（認知・身体障害者）にとって住み慣れた場所で生活し続けることが困難になっている大きな原因ではないでしょうか。

即ち核家族化、車社会、商業施設の郊外化、大型化であります。住民が年をとり、認知症や障害者になり、車を運転できなくなることは指差していないような社会環境であります。便利さ、効率の良さと引き換えに失ったものが多くあるのではないのでしょうか。

また、介護保険制度も同様で有益な側面も多ありますが、負の側面として多くの軽症の高齢者がデイサービス等に集まって、レスパイト的な時間を過ごしてしまっているとの指摘があります。（そこでの交流はあるのでしょうか、非日常的な時間と空間であり、日常の生活が持続的に継続された自然な有り様ではありません。）

結果、介護保険制度は一面で、地域での高齢者の結びつきをなくし、共同体を崩壊させるという予想だにしない役を担わされてしまうことになったのではないかと愚考します。

今後高齢者等の真の自立を目指して、今のままで良いのか、何が重要なのか、発想の転換を図る必要があります。自立とは文字通り他から強制されて達成されるものではなく、自らが自覚して立たなくてはならないものだからです。

今後の方向性

- a) 高齢者を支えるべき若年人口の減少という状況故に、これからは高齢者等も出来る限りの自立が求められると予想されます。真の意味での高齢者等の自立のために何がもっとも重要なのでしょうか？私の立ち位置からは、まずはまちの有り様を根本的に考え直す必要があると指摘したい。

介護保険によるサービスも、おせっかい型ではなく、自立を陰ながら支え合うという考え方で様々な事業を見直してみる必要があると思われま。

あれやこれやと医療や介護の制度をいじる前に、

まずはまちの有り様の見直しと住民の自立が担保されなければ制度の改革のための努力が徒労に終わることになるのではとの思いが強く、今までそういう事例を私の立ち位置から数多く見てきました。

言い方を変えれば介護保険制度を作る前には老々介護、認知症介護や孤独死等が社会問題化し、それらを介護保険制度だけで解決を図ろうとしたわけですが、実は解決の方法は別にもあったのではないかと。即ちまちづくりの方向性を変えるということと同時に進むのであればならなかったのではないかと。ということなのです。

これからの地域包括ケアシステムという考え方も、うまくまちづくりとリンクしなければ有効に機能しないのではないかと危惧しています。

- b) 少子化と人材不足をどうするのか。ここでもまちづくりがキーワードであると考えます。もう一つは教育ですし、両方はリンクしています。

福井県は住みやすさで全国1位とのこと。それぞれの地域の誇れるところを住民自身が再確認し、他へ発信することが重要で、教育の役割はこの点においても重要であることが理解できると思います。

若い人たちがこの地域に留まり、生活したいと思えるまちづくりが第1で、そういう町にこそ雇用も創出されるのではないかと、また、本大学の存在自体、少子化対策としても機能していると思いますが、どうでしょうか。

おわりに

以上で私の拙文を終えることにしますが、文字数が限られているので考えをうまく伝えられたかどうか判りません。

私の思うところの核心は国が制度を作り、地方においてはその制度に合わせることに汲々としているのでは住民が幸せになるとは限らないということです。戦後のまちづくりの歴史、医療・介護保険制度の歴史がそのことを示しています。

ご理解いただければ幸いです。

参考文献

つるが安心お達者プラン6(計画案)

平成27年2月敦賀市



嶺南地域の医療と看護と福祉の現状 ～認知症における過去と現在と未来～

玉井 顯

医療法人 敦賀温泉病院 認知症疾患医療センター 介護老人保健施設 ゆなみ 理事長

このたびは、敦賀市立看護大学ジャーナルの寄稿を依頼していただき大変驚き、恐縮しております。私に課せられたテーマは「嶺南地域の医療と看護と福祉の現状」です。精神科医師の立場から精神疾患、特に認知症における過去と現在と未来についてお話を進めたいと思います。

過去

まず、過去の話です。私が嶺南地域の敦賀市で敦賀温泉病院を開設したのは1990年の4月です。認知症と軽度精神障害の啓発・予防・リハビリ・治療の目的のために当院を開設しました。当時の嶺南地域では、認知症という病気に対する意識は薄く、精神科の偏見も強いものでした。精神科というだけで受診への敷居が高く、認知症に至っては、敦賀市にはあまり認知症の人はいないと福祉関係者からも言われたくらいです。認知症の初診は、家族が手に負えなくなり、重度な状態になってから外来を訪れ、入院を希望される方ばかりでした。往診では玄関を開けると座敷牢があつたり虐待があつたり、当時は認知症の介護に関しての問題意識が全くありませんでした。この偏見を取り除くにはとにかく「認知症を正しく理解していただく」という啓発しかないと考え、人前で喋ることが苦手な私でしたが地域での講演活動に邁進してきました。「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり」のために市民フォーラムも開催してきました。また、一般住民ばかりではなく、医療や福祉関係者のための講演も毎年企画しました。脳から学ぶ認知症疾患、精神疾患の勉強会も、敦賀市や若狭町(当時の三方町)で看護師・保健師やリハビリ・福祉関係などの他職種の方々と一緒に月に一度の割合で開催しました。

現在

現在は、マスメディアや認知症オレンジリングの啓発活動などの後押しもあり、軽度で訪れる認知症の方が多くなっています。初診の認知症重度別割合は軽度以下が60%を超え、重度は10%くらいの割合で、かつての重度でないと受診しない外来風景から一変しました。敦賀市で毎年2回開かれる認知症フォーラムは、現在では敦賀市医師会、敦賀市、敦賀市社会福祉協議会および認知症疾患医療センターがスクラムを組み、地域住民への認知症の正しい理解・対応ができるよう啓発をしています。認知症の診断も、以前は本人にも家族にもショックにならないように慎重に告知していましたが、最近では高血圧や糖尿病を診断するのと同様に認知症を告知しています。この現象は私だけが感じているのではなく、敦賀市医師会長である川上先生も同様に感じており、同様に認知症の告知をされていらっしゃるようです。敦賀市は、全国3か所から始まった認知症国家戦略(オレンジプラン)の一つである初期集中支援モデル事業にも参加しました。若狭町は、認知症の啓発活動が盛んな町で、認知症サポーターが全国で最も多い町でもあります。

嶺南地域は、認知症の啓発、早期発見・対応・治療という点において全国的に知られた地域になっています。特に敦賀・若狭エリアは、全国と比べても認知症の偏見が薄らいでおり、認知症の症状に気づいてから1年以内に70%の人が認知症専門機関を受診しています(全国平均は45%)。受診が遅れる理由として、「認知症の診断を先延ばしにしたかった」、「認知症だということを周囲の人に知られたくなかった」、「受診しても治療できない病気だから」などという回答は、敦賀・若狭エリアではゼロでした。このような軽度での精神科への受診は認知症だけでなく、統合失調症やうつ病などの方々にとっても受診

への敷居は低くなりつつあります。重度の精神障害者の初診や入院が少なくなる一方、睡眠障害や軽度のうつ病、発達障害、パーソナリティ障害などの外来患者数が年々増えています。

未 来

嶺南地区においては精神科への偏見がかなり薄らいできてはいるものの、看護領域に限ってはまだまだ精神疾患や認知症を専門にしている看護師が少ないのが現状です。これからさらに複雑化するであろうストレス社会および国家戦略とされている認知症対策のためにも、精神・認知症に精通する看護師が活躍できるよう教育体制を整え、チーム看護、医療の中心となる看護師がこの嶺南地域でも増えるよう願っております。精神疾患、特に認知症は、過去から現在を通じて見ていると、まさに医療と看護と福祉が協働しないと対応しきれない疾患です。逆に言うと、認知症は、われわれを結び付けてくれる社会的色彩の強い疾患です。

これからの精神科医療は、入院を中心とした医療からアウトリーチ、特に看護を中心としたケアが主流になるであろうと思います。また、認知症ばかりでなく統合失調症や気分障害、発達障害やパーソナリティ障害、高次脳機能障害などの精神疾患に対する啓発も、今後必要となるでしょう。

未来の嶺南地区が、すべての障害を持つ方に対する偏見がなくなり、誰もがなりえる疾患であることを皆が自覚して共に助け合い、障害を持つ方が単に入院や施設に入るだけでなく、その方らしい生活ができるような地域になることを強く望んでおります。



嶺南地域で求められる助産師の活動を考える

佐野 裕子

瀧澤助産院

はじめに

瀧澤助産院は、昭和22年に開設された有床の助産院です。当時、日本ではほとんどの出産が自宅で行われていましたが、戦時下の空襲により自宅を失った妊婦もいました。そんな女性たちのため、初代助産師の瀧澤ふみが、焼け残った瀧澤家の一間を開放し、出産の場として提供したことに端を発します。それから現在まで67年間、昔も今も変わらず地域の母子の相談場所として活動を続けています。

小さな産院の日々の活動から感じる現状を及ぼすながらご報告させていただきます。

助産師を取り巻く環境

平成8年度から開始した周産期医療対策整備事業により、国民が安心・安全に出産に臨める医療環境の実現に向け、各都道府県では「周産期医療再整備計画」を策定し、県下の施設を指定・認定し体制の整備が進められてきました。

リスクの高い妊産褥婦や新生児に対して高度専門的な医療を効果的に提供できるように、分娩取り扱い施設の機能分化が進められました。妊婦の救急搬送受け入れ体制の確保や救急医療との連携など、一層の整備が求められていますが、助産師の人員配置基準が不十分であることも課題の一つとなっています。

全ての妊産褥婦は、リスクに関係なく、助産師のケアを必要としています。助産師の配置数について示されているのは、総合周産期母子医療センターの母体胎児集中治療室(Maternal-Fetal Intensive Care Unit: MFICU)に関するもののみであり、それ以外の施設に関しては明示されていません。特に診療所は、医師以外の職種は何も規定がありませんが、出産数は病院52%、診療所47%でほぼ半数ずつとなっています(平成23年度人口動態調査 厚生労働省)。平成24年衛生行政報告例によると、病院に就

業する助産師は68.6%、診療所に就業する助産師は19.3%と報告されています。就業している助産師の約9割が医療機関に勤務していますが、総合周産期母子医療センター・地域周産期母子医療センター・一般病院に偏在していることが分かっており、私たちのように開業して地域で活動しているものはごく少ないのが現状です¹⁾。

しかし、少子化に伴い産科病棟や産科診療所の閉鎖や混合病棟化が進み、日本看護協会の2012年の調査によると産科混合病棟が80.6%となっており、約60%の病院で助産師が他科の患者を同時に受け持っている現状が明らかになり、必要とされているにも関わらず助産ケアを提供することが困難な状況が伺えます。

妊婦が助産師と継続的に関わり、相談ができるよう、2008年度から厚生労働省補助金事業等により院内助産・助産外来実施施設は着実に増加傾向にありますが、都道府県でのバラつきがあり、さらなる推進が求められています²⁾。

2011年の看護協会の調査によると福井県内では5施設が助産外来を実施、嶺南では市立敦賀病院で実施されています。

出会いの場を広げられるように

当助産院では5人の助産師が勤務し、日本助産師会による助産業務ガイドラインに沿った基本的業務の管理運営とともに、連携医療機関の先生方との契約やご指導の下、自立して正常分娩を取り扱っているため妊婦とは自動的に継続ケアをチームで提供できる環境にあります。

助産院では正常分娩の取扱いの他、産前には出産準備教室やマタニティヨガクラス、産後には母子で参加できる親子体操クラス、離乳食講座、ベビーマッサージクラスなど地域の妊婦や母子が相談場所

としてどなたでも参加できるように開放しています。クラス参加の他、母乳や育児の相談なども院内で対応しながら、要望があれば訪問活動もしています。

地域の子育て広場などで母子に関わっている中で感じるのは、やはり妊娠中に助産師との関わりが少ないまま出産に至っており、マイナートラブルなどに対する保健指導を受けることもなく、相談はもちろん、出産に向けての悩みなど気持ちを吐き出せる場所やつながりを持っていないことが感じられます。

助産院に来院される方の多くは、利用者からの口コミ情報からです。もっと多くの方に情報が行き届き、クラス参加や仲間づくりの場として助産院が活用されること、また、助産師とのつながりやケアを受けやすい環境が母子にとって育児のサポートになるよう工夫していくことが課題です。

地域の助産師として

助産師は、特に現状において、妊婦に寄り添いながらその妊婦の正常な経過を見守っていけるよう予防への対応が求められていると考えています。

分娩取り扱い施設の機能分化と集約化が進められた結果、県内の総合周産期母子医療センターは嶺南にはありません。妊婦も新生児も地域周産期母子医療センターで管理できない状況になれば、地元から離れて長期の管理となることがままおきてしまいます。退院後の通院なども負担となります。

積極的に予防への対応をしていくことで、ひとりでも多くの妊婦が、地元の安心できる環境で家族の出発点となる出産を迎え、地域の中で切れ目のないケアを受けられるようにすることが大切だと考えています。

継続的な関わりの中で私たちが得る情報は貴重なものです。客観的な情報に加えて、その妊婦の背景となる家族関係や日々の暮らし方、コミュニケーションの取り方、出産に際してどのような気持ちを持って臨んでいるのかを知ることは妊娠経過の異常を予防するための助産ケアの鍵となります。

小規模の施設故に、来院者との関わりの時間はゆとりがありますから、何らかの治療が必要になる前の段階で、さまざまな情報から対象者に沿った対応を持つことで、「生活レベルで防げる異常は防いでいきたい」。それが、助産師の立場で嶺南の周産期

医療に貢献できることであると信念をもって取り組んでいます。

核家族化が進む敦賀市内では、祖父母らがいても別世帯での生活となっていたり、関係性も様々で、妊婦にとってかつてほど実母からのアドバイスや支援が期待できないため、インターネットからの多すぎる情報に左右されるあまり、妊娠出産への不安がふくらむ要因かと思えます。ほとんどの赤ちゃんが自宅で生まれていた頃の生活様式とは変わってきたこともまた、妊婦が正常に妊娠期を送ることを難しくさせている時代になっているようにも感じます(運動不足や食生活など)。

そのような妊婦や子育て中の母子にとって、私たちの助産院が時には実母的に、祖母的におおらかに女性たちを受け止めながら、より良い方向に向かつていけるよう専門職としてサポートできる拠り所となれるよう願っています。

まとめ

幸いにも敦賀市内や嶺南地域で働く地域の助産師は互いに交流があり、顔の見える関係で、必要な場合は情報交換しあえます。自治体からの委託による新生児訪問を担っており、それを通じて地域の保健師と顔を合わせることが出来、相談の機会にも恵まれ良い関係を築けています。今後はさらに医療機関の方々とも連携しながら地域の中で私たちの役割を果たしていきたいと思っています。そして、助産師そのものはもちろん、地域で母子に寄り添う仲間が増えることを願っています。

文献

- 1) 早川ひとみ・美. 助産実践能力習熟段階レベルⅢ認証制度の開始. 助産師 69 (1):15 - 21, 2015.
- 2) 公益社団法人日本看護協会. 平成23年度院内助産システム推進ワークショップ「混合病棟で院内助産システムを推進する」.



嶺南地域の医療と看護の現状と未来

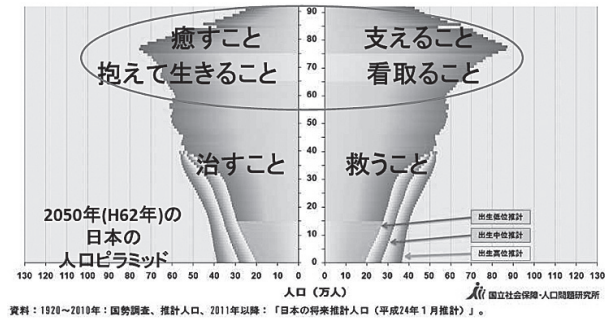
米 島 學
市立敦賀病院 院長

福井県の二次医療圏(特殊な医療を除く、入院治療を主体とした一般の医療需要に対応するために設定する区域)は福井・坂井、奥越、丹南、嶺南の4つに分かれます。通常の疾患の診断と治療はその二次医療圏内で完結すべきとされていますが、大病院のある福井・坂井医療圏に患者さんが流失しているのが現状です。福井県の調査¹⁾によると福井・坂井医療圏への流出率は奥越医療圏44.7%、丹南医療圏27.9%と多いのに対し、嶺南医療圏から福井・坂井医療圏への流出率は10.2%と比較的低く、嶺南は地域完結型医療が守られている医療圏と考えます(嶺南医療圏の流出率13.5%、流入率8.9%)。その中でも当院は地域の中核病院として地域のニーズに答えています。ほとんどの急性期病院はDPCを取り入れています。DPC係数のうち地域医療指数は二次医療圏内での地域医療貢献度を評価する指標ですが、福井県内で最も大きな係数をいただいています。

当院のミッションは「敦賀(二州地区)の住民の健康を守り、病気を治療する」です。職員には常に、このミッションに方向をあわせて自分がなにをすべきか、自分の部署がなにをすべきかを考えて仕事をするようお願いしています。平成25年に行った敦賀市民への当院に対するアンケート調査²⁾では平成19年と比較して明らかに患者満足度、市民満足度が改善しており、職員に感謝しています。

さてわが国は世界に例をみない高齢化社会となり、団塊の世代が75歳以上となる2025年には国民の3人に1人が高齢者となることが予測されています。一方で、少子化が続き、高齢者を支える労働人口の減少がさらに進みます。嶺南地域も例外ではありません。いままでの日本は比較的若い人が多く、それらの人の病気を治し、命を救うことを目標として日本の医療は進歩してきました。しかし、治すことができな生活機能障害や認知機能障害をもつ高齢者

図1 多くの病気を治せなくなる頃



が急増すると考えられますので、「治す医療」から「癒し支える医療」にシフトする必要があります(図1)³⁾。これからの10年で「入院医療」から「在宅医療」へ、「病院完結型医療」から「地域完結型医療」へ大きく変わると考えられます。さらにQOL(Quality of life)のみならずQOD(Quality of death/dying)も考える医療となります。2025年を目途に「高齢者が重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム」の構築を実現するとされています(図2)⁴⁾。

図2 地域包括ケアシステム



地域包括ケアシステムの考えでは、入院が必要となった場合の受け皿は急性期病棟ではなく地域包括

ケア病棟が想定されています。地域包括ケア病棟は、今後は最もニーズの高い病棟となるのは疑いの余地はありません。昨年、当院では福井県の公立病院・公的病院のなかでは最も早く地域包括ケア病棟をつくりました。システムを構築するために、増えすぎた急性期病棟(特に7対1看護病棟)を2025年までには約半数に減らし、その一部を地域包括ケア病棟に転換するのが国の目標です。そのための診療報酬や医療法の改定が順次始まっており、昨年4月の診療報酬改定で32万床の7対1病床のうち9万床の脱落が想定されています。急性期病棟に勤務している看護師のかなりが療養や介護などの他部署で勤務することとなります。病院もそこで働く職員もこれからの医療の流れを理解し、ニーズにあった医療を提供することが重要と考えます。看護大学もこれからの医療・介護の流れにそって学生を教育、育成していただけると信じています。

参考資料

- 1) 第6次福井県医療計画(福井県ホームページ)
- 2) 市立敦賀病院ホームページ
- 3) 厚生労働省(平成25年度第2回)入院医療等の調査・評価分科会
- 4) 厚生労働省地域包括ケアシステム



嶺南地域の医療と看護と福祉の現状 ～市立敦賀病院から見て～

三好 啓子

市立敦賀病院 看護部長

はじめに

敦賀市立看護大学が2014年4月に開学し、福井県の嶺南地域の看護や医療、福祉を担う学生が学ぶ拠点ができ、この地域にとって、将来に希望が持てる出来事だと感じている。さらに、大学の今後の研究成果を広く発信するために「敦賀市立看護大学ジャーナル」が創刊される。今後この地域のさまざまな課題にどのように対応していけば良いのか示唆が得られていくことになると感じている。

地域の人口構造と特性

「2025年問題」を見据えて、国は医療提供体制の改革を行っている。現在都道府県ごとに策定しているビジョンを見ることで、将来の医療提供体制を知ることができる。

国は、県は、そして嶺南地域はどのような変化が予測されるのであろうか。嶺北と嶺南では人口構造、医療機関、介護施設、訪問看護等条件が異なっている。

2014年4月の統計から嶺南地域は福井県人口の約17.9%を占め、敦賀市は嶺南地域の中で約47%の割合となっている。

福井県政策統計・情報課が出している統計で、平成22年～平成52年の30年間の予測推移データを紹介します¹⁾、

老年人口(65才以上)割合
今後30年間で、福井県老年人口は25.2%
⇒37.5%
65才以上の人口は約4人に1人⇒約3人に1人

このことから、医療や介護・福祉の分野は、今後を見据えて行かなければならないことが見えてくるように感ずる。更に、75才以上の割合についても紹介している¹⁾。

後期老年人口(75才以上)割合
今後30年間で、福井県の後期老年人口は13.5%
⇒22.9%
75才以上の人口は約8人に1人⇒約4人に1人

人口が減少している敦賀市の場合、10才代から20才代が進学・就職等で県外に転居し、その後故郷に戻り生活を営むことがこれらの問題解決の糸口になると考えられるが、当地域や医療界だけの問題ではない。

婚活(418; しあわせいっぱい運動・由布院市)の支援活動や、企業を回り企業婚活ネットワークに参加を呼びかけ、地元での結婚や家庭を築く支援に乗り出している自治体(徳島県)の活動を目にするのは、これらを見据えた活動ではないかと思ふ。

自分たちが住む町や市が、これから先も各世代が継続的に繁栄を築きあげていけるようにすることが重要になってくる。

そして、医療や福祉に関わっているものは、地域の健康や医療・福祉・生活をサポートする役割を、どう自覚し担っていくのかである。

市立敦賀病院の受診状況と見えてくるもの

昨年12月までの1年間の外来受診状況をまとめてみると図1の通りである⁶⁾。

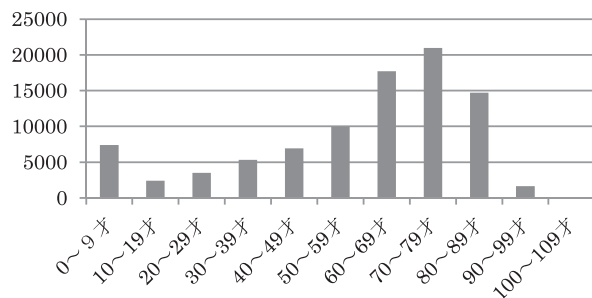


図1 2014年市立敦賀病院外来受診数

受診状況は、60才代から劇的に増え、入院状況は70才代から明らかに増えている⁴⁾。

これらのことから、健康年齢をいかに伸ばし、外来受診をしながら療養生活を自宅で、あるいは住み慣れた地域で、日常生活の中の知恵と工夫で健康を維持していくかである。

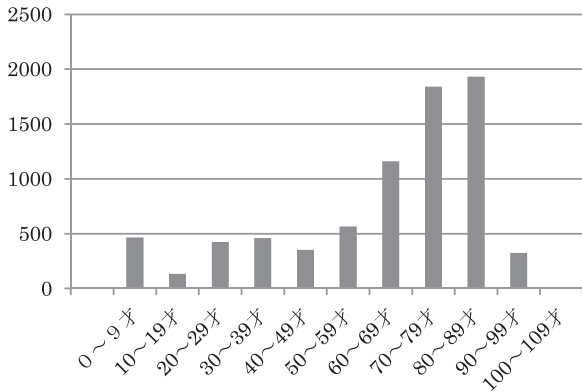


図2 2014年市立敦賀病院入院患者数

各自が、病気の罹患予防と健康維持を年代に合わせて変化させながら責任を果たしていかなければならない。

加齢とともに発症する確率が高まる疾病の予防には生活習慣を改善する取り組みを職場や地域・自治体をあげてサポートしていくことが必要となってくる。

病気を発症しても早期に発見し、短期の治療と療養で日常生活を取り戻し、若い時から築き上げた人間関係と地域ならではの繋がりなどを基に、出来るだけ健康に生きることが求められる。

嶺南地域の世帯数と療養環境

2014年4月1日時点の人口と世帯数は下記の通りである¹⁾。

表1 嶺南地域の人口と世帯数

市町村名	人口	世帯数
敦賀市	67,869	25,445
小浜市	32,859	11,077
美浜町	11,532	3,727
おおい町	9,325	2,973
高浜町	11,798	3,935
若狭町	17,417	4,884

この数字から見ると、1世帯あたり平均約3名の家族構成で生活していることが伺える。

市立敦賀病院でも昨年6月末より、地域包括ケア病棟を設置し、自宅への退院を支援するようになっている。自宅への退院は現在のところ約90%近くになっており、この状況を考えると、今後地域の中での老々介護やひとり暮らしが増えていくことが予想される。

地域のかかりつけ医や医療機関、訪問介護・看護、リハビリテーション、歯科医師、市町村の福祉関係者など、ますます院外との関係強化や連携が必須となってくる。これは一医療機関での活動ではなく、今後は行政を含め協働して、効率よく活動できる体制をどのように築いていくかにかかっているように感じている。

これらのサービスはひとりひとりの必要性に合わせて、個々の抱えている様々な状況や持っている条件を踏まえて個別的に提供されることが望まれている。

まとめ

1. 地域で暮らす住民一人一人は、健康寿命を延ばすよう、生活習慣に気をつけ、病気の早期発見に努めるように心がける。
2. 一医療機関の活動にとどまらずに、市町村や地域の医療・福祉関係機関と連携し、協働できる体制を築きあげる。
3. 医療機関は、治療のみならず、療養や健康な生活に必要な知識や生活に密着した保健(生活)指導ができるように専門性を高めていくことが要求される。

参考文献

- 1) 福井県総合政策部政策統計・情報化統計分析グループ、福井県の将来推計人口、6、2015
- 2) 山田佳奈、広がる「出生目標」上、朝日新聞朝刊、生活、17、2015. 2. 3、
- 3) 山田佳奈、広がる「出生目標」下、朝日新聞朝刊、生活、17、2015. 2. 4、
- 4) 平成25年度、市立敦賀病院年報、45、2014
- 5) 大久保紀代子、看護の専門性を発揮し続けるために、7、2015
- 6) 平成26年 市立敦賀病院受診調査



救急外来受診患者の現状から見えること ～地域住民への啓蒙活動を考える～

藤原 貞美子

市立敦賀病院 主任看護師/救急看護認定看護師

はじめに

わが国では、適切な救急医療を提供するために、救急患者の緊急度・重症度に応じて、初期救急医療施設から三次医療施設へと流れる救急医療システムがある¹⁾。

しかし、近年、入院加療を必要としない軽症患者の救急搬送が半数以上を占めるという報告や、救急車をタクシー代わりに使用する、救急外来をコンビニに買い物に行く感覚で受診するケースが増えているという現状がある²⁾。

このような現状は、二次救急医療施設における医師や看護師の業務量を増加させ、迅速に救急処置が必要な患者の対応に支障を来すことが懸念されている。

そして、この現状は、嶺南地区でも実際に起こっている。救急看護認定看護師として、この問題に対して、何が出来るのかを考えた。

当院の救急外来受診状況

当院の救急外来は、平日日中の救急搬送及び、外来受付終了の11時以降にウォークインで来院する患者、平日の夜間・土日祝日の日中と夜間にウォークインで来院、または救急搬送される患者に対応している。

平成25年7月から12月に、この救急外来を受診した患者について、図1に示す。

半年間での来院患者は約5,400人、来院方法の内訳は、ウォークインが81%、救急車が19%である。その全体の来院患者の転帰として、帰宅が84%、入院が16% (図2)。ウォークインで来院する患者の転帰は、帰宅90%、入院10%である (図3)。

救急外来を受診する患者のほとんどが、入院治療を必要としない軽症患者であるという現状がわかる。

入院となっているケースは、救急外来を受診する年齢層の約60%をしめる70歳以上の高齢者 (図4)

がほとんどで、呼吸器疾患や循環器疾患、消化器疾患が多い。

高齢者は、来院時には重篤化しているケースが多く、こちらも問題となっている。最近では、これまでの老健施設等に加え、小規模多機能施設・グループホームなど、高齢者の生活の基盤となっている施設が多様化しており、そのような施設から来る患者も多い。看護師が常駐していない施設が多く、基礎疾患を抱えている高齢者の健康管理が、難しい状況にあったり、認知症などで、自分の症状を上手く訴えられず、介護する側が気づいた時には、あまり芳しくない状態になっているケースも多々ある。

受診後、帰宅する患者の中には、何らかの検査・治療を受ける必要のあったケースもあるが、それが緊急で実施すべきものであるかといえば、必ずしもそうではない。「今は大丈夫だけど、心配だから」「明日は仕事で病院に来ることが出来ないから」などと言った理由で、処置を希望するケースも多い。中には、「手持ちの薬がなくなったから」「予約日に来ることが出来なかった」「夜に来た方が待ち時間が少ないから」といった理由で、夜間や土日に受診するケースもある。

また、休日急患センターという初期医療施設があるにも関わらず、「向こうは混んでいるから」「この病院の方が近いから」といった理由で受診するケースも後を絶たない。

しかし、このような施設を紹介すると「知らなかった」という、行政側の告知方法に問題があるのではないか、といえるケースもある。

次に、救急搬送された患者は、半年間で約1,020人。その患者の転帰として、帰宅60%、入院40%となっている (図5)。救急車を利用する年齢層として、やはり高齢者が多く、70歳以上で、これも約60%である (図6)。少子高齢化の進展が浮き彫りになって

いる現状である。救急搬送された高齢者は、入院となるケースが多いが、それ以外の年齢層では、ほとんどが帰宅の転帰をとる。その中には、救急車の不適切な利用も含まれる。

当院は、二次救急医療施設であり、本来は、入院・手術を必要とする救急患者の受け入れを行う施設である。また、近隣に三次救急医療施設がないため、それ相当の緊急・重症患者が搬送されることも日常茶飯事である。

1分1秒を争う救急患者の対応をしている中に、コンビニ受診・救急車の不適切な利用といった患者が、混在しているのである。

的確で迅速なトリアージを心掛け、優先順位を見極め、医師・看護師ともに、救急患者の対応を行っているが、業務が増大し、繁雑になり、疲弊しているのも事実である。

このようなことから、救急看護認定看護師の役割として、安心・安全で質の高い救急患者への対応はもちろん、救急外来のかかり方について、地域住民への指導といったことも、重要な役割であると考えている。

現在、地域住民との関わりとして、当院の地域医療連携室が主催する出前講座で、子育て支援センターに出向き、「子どもの心肺蘇生法」「子どもの急病・

ケガの手当て」という二つの講座を毎年行っている。その中で、コンビニ受診の実際や、病気やケガの時、どこまで自宅で様子を見たらよいのか、かかりつけ医を持つことの大切さ、などを話している。

また、当院では、認定看護師が講師となる地域の医療従事者対象の勉強会を開催しており、今年度は救急看護分野として、「高齢者のアセスメントのポイント」という講義を行った。

子育て支援センターで講義後のアンケートでは、「どうしていいのかわからなかったけれど、話を聞いて、病院にかかるタイミングが分かった」という声も多く、このような活動をさらに拡大することが、コンビニ受診に歯止めをかけることや、救急車の適正利用に繋がるのではないかと考えた。

また、地域住民だけでなく、地域の医療従事者や、消防関係者などと連携をとって、相互の力を発揮し、「救急外来の適切なかかり方」ということについて考えることも、必要であると考えている。

まとめ

1. 救急外来受診患者の8割ほどが、入院・手術を必要としない患者である。緊急性のない患者に対し、時間内受診の勧めや地域でかかりつけ医を持つこ

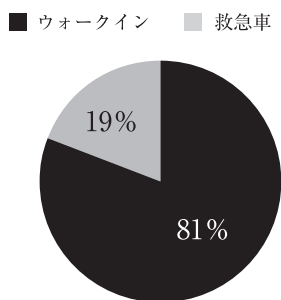


図1 救急外来受診方法

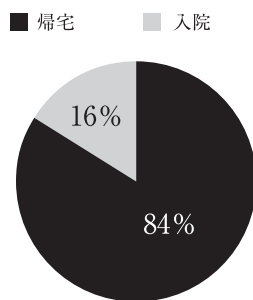


図2 救急外来受診後の転帰

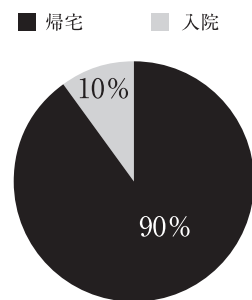


図3 ウォークインで受診後の転帰

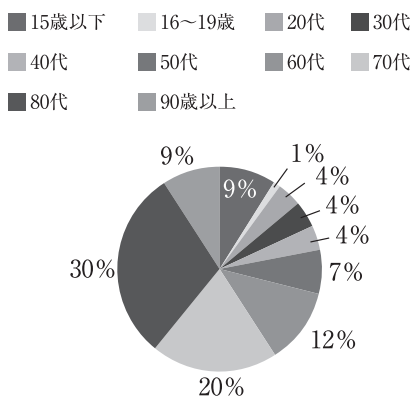


図4 救急外来受診患者の年齢層

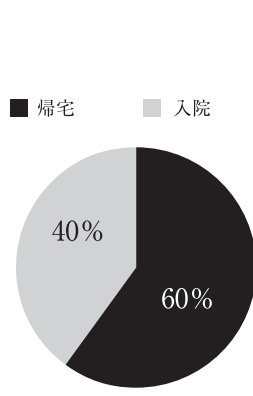


図5 救急車で受診後の転帰

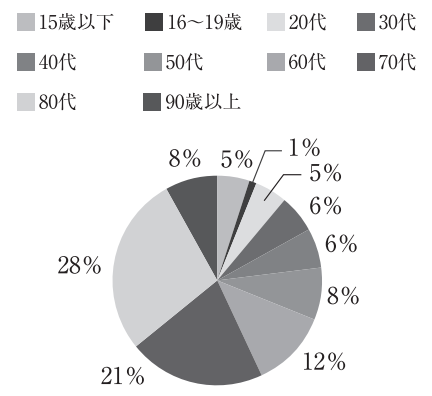


図6 救急車利用の年齢層

と、急病時の対応の仕方などの指導が必要である。

2. 指導する機会として、現在行っている時間外受診時や出前講座だけでなく、学校や職場・町内会などでの救急講座を設けるなど、活動場所の拡大を検討する。
3. 「病院のかかり方」について、地域住民への広報の仕方を検討する。

文 献

- 1) 高橋章子、松月みどり. 救急看護の技術&ケア. メディカ出版, 2007.
- 2) 消防庁. 平成 25 年版救急・救助の現状, 2013.



最期まで希望を支えるために ～急性期病院の現状と課題～

仲間 有希

市立敦賀病院 緩和ケア認定看護師

はじめに

近年、男性は2人に1人、女性は3人に1人が、がん罹患する時代になっている。男女とも罹患率は50歳台から上昇し、高齢になるほど高い。少子高齢化が進む現代では、全国の65歳以上の高齢化率は25.1%であり、本県も27.0%（2013年 内閣府）となっている⁴⁾。敦賀市では25.2%となっており、今後は多死の時代となることが予測されている。がん医療においては、医療の進歩により、早期発見で治療が可能になるケースや、新薬により治療の選択肢が増えている。治療も入院から外来通院にシフトしており、がんと診断されても、多くの人は病気を抱えながら生活をしているのが現状である。

変化するがん医療においての、急性期病院の役割と課題について述べたい。

がん診断時からの緩和ケア

緩和ケアとは、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関して、適切な評価を行ない、それらの問題が障害とならないように予防することや、治療をすることで、QOLを改善するためのアプローチである」と定義されている。

がんと診断された患者・家族は、多くの場合、告知とともに手術や化学療法など治療法の選択肢が提示され自己決定を迫られる。しかし、告知直後はショックで十分な理解が出来ないケースが多くあり、十分な気持ちの整理も出来ないまま治療が開始されるケースも少なくない。

情報過多の現代では、情報収集を行う手段は多くあるが、誤った情報もあり、正しい情報を選択して得ることが必要となる。診断や治療に関しては、セカンドオピニオンにより十分な説明を受けて、自分

の望む治療を選択できる権利がある。がんの診断時から治療法の選択に至るまで、患者・家族にとっては、将来への不安、治療への期待、家族役割の変化など、さまざまな思いを抱え、生活を送っている。こうした患者・家族をがんの診断時から早期にサポートし、痛みなどの苦痛を緩和し、患者・家族の希望を支え、最善の方法を共に考えたり、適切な情報提供を行っていく役割が緩和ケアである。

がんの早期から緩和ケアが受けられることを知っている人は約38%（日本緩和医療学会平成22年度調査より）と、まだまだ少ない。2002年以前は「治療を目指した治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケア」と定義されていた影響も大きく、未だに「緩和ケア＝終末期」や「がん治療をあきらめてからするもの」というイメージを抱く人が多く、緩和ケアという言葉に抵抗を持つ患者・家族も少なくないのが現状である。

現在では、緩和ケアとは、積極的な治療が困難になってからの移行（ギアチェンジ）としてではなく、がんと診断された時から、終末期にかけて割合が高くなっていく（シームレス＝切れ目のない）ケアが必要と考えられている。

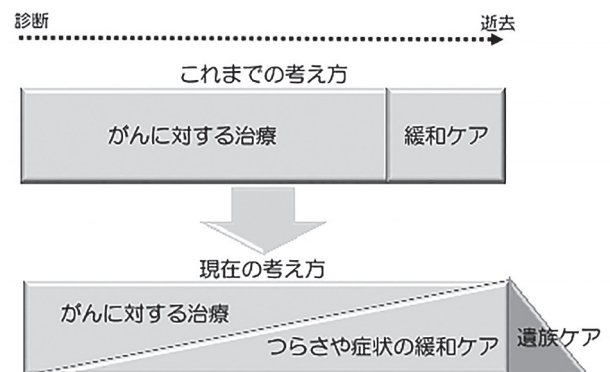


図1 がん治療と緩和ケアの関係⁷⁾より引用

現在、多くの急性期病院では緩和ケアチームが発足し、活動を行っている。治療を行う場において、本来緩和ケアは並行して行われるべきであり、診断・治療の場である急性期病院では、早期から緩和ケアが開始され、患者・家族を支えていく必要がある。

緩和ケアの認知度が低い現状においては、緩和ケアの正しい理解に加え、緩和ケアの提供体制について明記し、広く患者・家族からの相談を受けるシステム作りが必要であると考えます。

療養の場所と看取りの場所について

がんの罹患数の増加と共に、がんの死亡率は一貫して上昇を続け、昭和56年以降死因の第1位となっており、今後は死亡者数が急増すると示唆されている。それに伴い、がん患者に対する終末期医療のあり方が大きな問題となってきた。すなわち、人々の「自分らしい最期を過ごしたい」という意識の高まりによって、治癒の見込みがなく、死期が近い患者を中心として、治癒を目的とした積極的治療を最期まで行うのではなく、終末期のQOLの向上を目指すホスピス・緩和ケアに対する関心が高まってきた。

「死亡の場所」別死亡率からは、病院での死亡が全死亡のうち78.4%であるのに対して、がんでは88.9%であり、終末期の看取りが、がんにおいては多くが病院で行われる現状がある。在宅での死亡は、全死亡のうち16.7%（うち自宅：12.4%）であるが、がんでは8.6%（うち自宅：7.4%）と減少することから、がん終末期においては、痛みをはじめとした苦痛症状コントロールなど医療処置の継続や、家族の看取りの経験の有無が、在宅での看取りを難しくさせている可能性が示唆される。

表1 病状の進行に伴う療養場所希望の変化¹⁾

当初の療養場所		最期の療養場所
緩和ケア病棟(18.4%)	→	緩和ケア病棟(47.8%)
自宅(63.3%)	⇄	自宅(10.9%)
今まで通った病院(8.8%)	→	今まで通った病院(31.8%)
がんセンター(4.4%)	→	がんセンター(2.5%)

一般市民2,527人を対象として行った「緩和ケアに対するがん患者の意識」調査報告では、病状の進行に伴って在宅での療養希望が、緩和ケア病棟と今

まで通った病院に分かれ、自宅を希望する割合が大幅に減少していることが示されている。このようなことが起こる原因として、在宅での介護不安や家族への配慮などがあげられる。しかしながら、緩和ケア病棟への入所を希望しても、病床数は県内では40床(2015年1月現在)と限られており、希望しても入所出来ないケースもある。終末期の現実的な選択肢としては、地域の急性期病院の役割が近年は増大傾向にあることがうかがえる。今後、2040年までに約40万人死亡者数が増加することが見込まれるが、看取りの場の確保という課題がある。

急性期病院、緩和ケア病棟の病床数が限られている中で、希望する場所での看取りを行うことが困難になっている現状で、「自分らしい最期を過ごしたい」という希望を支えるためには、苦痛症状のコントロールを十分に行い、医療処置を継続しながら自宅で安心して過ごせる環境づくりが求められている。

現状では、前述したように、緩和ケアをギアチェンジと捉え、治療が困難になった時点での療養場所の選択として退院となるケースが多く、治療の場所から追い出されたという意識からの諦めや無力感が生じることが患者・家族のモチベーション喪失となり、次の療養場所への移行やケアにおける障害となると考える。提供可能な医療や体制に違いはあるが、どこにいても必要なケアが受けられることが必要であり、そのためには、急性期病院と地域とのシームレスな連携が必要である。

当院では、地域との連携のために地域開放学習会として地域の医療福祉関係者を対象に定期的に勉強会を開催し、在宅緩和ケアをはじめ、褥瘡や感染症などについて勉強会を開催している。こうした取り組みを通じて、医療やケアだけでなく、患者・家族の思いを‘つなぐ’ことが急性期病院の役割として必要であると考えます。

まとめ

がん患者が増加する現代において、市民に広く緩和ケアについての正しい知識の啓蒙を行い、早期から適切な緩和ケアを行える体制づくりを行うことが必要である。

病状の進行により療養の場が移行しても、患者・家族の希望をつなぎ、シームレスな連携を行うこと

が、最期まで希望を支えるために急性期病院が担っていくべき役割である。

文 献

- 1) 小野 充一, 辻 尚子, 安部 猛. 最期までよい人生を支えるには—多死時代の終末期医療. 内科, 第112巻(6):1326 - 1331, 2013
- 2) 平成26年 我が国の人口動態, 厚生労働省大臣官房統計情報部, 平成26年
- 3) 終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について, 終末期医療のあり方に関する懇談会, 平成22年
- 4) 平成26年版 高齢社会白書 第1節 高齢化の状況 表1-1-5 都道府県別高齢化率の推移 内閣府
- 5) 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書. 終末期医療に関する意識調査等検討会, 平成26年3月
- 6) 秋山 美紀, 的場 元弘他, 地域診療所医師の緩和ケアに関する意識調査, Palliative Care Research, 2009 4(2)112 - 122
- 7) 系統看護学講座 別巻 緩和ケア, 医学書院, 2007 p105



嶺南地域の医療と看護と福祉の現状 訪問看護師の立場から

角 田 真寿実

敦賀ケアセンターかくだ 訪問看護ステーション所長

はじめに

福井県嶺南地区は2市4町(敦賀市、小浜市、美浜町、若狭町、おおい町、高浜町)からなり、面積は県全体の約26.2%を占める。また、人口は県人口の約18%である約15万人となっている。嶺南地区での医療課題としては、何とんでも医師不足が挙げられており、人口10万人当たりの医師数は、県平均が206.1人のところ、嶺南地区では155.2人と大きく下回っている現状が見受けられる。

また、高齢化の進行に伴い、訪問看護師の充実も課題として挙げられている。嶺南地区では、訪問看護ステーション1ステーション当たり4.3人の訪問看護師が従事しており、これは全国平均の5.0人を下回っている。これらの現状と課題をもとに、訪問看護師としての立場から嶺南地域の医療と看護と福祉について言及していきたいと思う。

在宅医療の必要性

敦賀市の高齢化率は、市全体で約25.1%(平成26年度)、中心市街地でそれ以上となっている。これは、世帯分離が進み、若年世帯が郊外の新市街地へと流れた結果と言える。それに伴い、高齢の単身世帯が増加し、全国的な高齢化の加速と相まって、在宅医療の需要が大きく増加している。在宅医療に関する県の調査では、約半数が自宅での療養を望んでおり、その中でも在宅医療を受けるに当たって、家族への負担や急変時の対応に不安を抱いているとの結果が得られている。しかし、24時間体制で在宅医療を提供する医療機関はまだ不足しているのが現状である。また、高齢化や疾病の多様化により、複数の医療機関を受診する傾向があり、軽症かどうかに関わらず最初から医療機関を受診する割合が高い。その結果、在宅医療を進めていくに当たって、医療連携体制の充実も必要となっている。

訪問看護の実際

私が経営する訪問看護ステーションは、365日24時間体制であり、従業員数は5名、一日平均約18件の訪問を行っている。患者は約9割が高齢者であり、疾患は様々な癌、筋委縮性側索硬化症(amyotrophic lateral sclerosis: ALS)などに代表される難病、認知症、廃用症候群などである。

近年特に多く見られるのが、ターミナル期の癌の患者で、抗がん剤治療はもちろん輸血や麻薬などの使用も行っている。大学病院や市中病院に従事する看護師とは違って、訪問看護師は最新の知識や技術を取得するためには、自ら動かねばならない。そこで従業員には、様々な研修に参加するよう促し、最新の情報や最先端の技術を得る機会を提供している。また、訪問看護師は、医師のいない在宅での治療を行わなければならない、知識や経験、技術はもちろん、判断力も必要とされている。そういったことが負担となり、訪問看護師を志す看護師がなかなか増えない現状があるが、研修などに参加するなど、医師や関係職種と密な連携をとることで、そういった不安を解消していけるよう尽力している。

そして、医師や医療従事者だけではなく、福祉との連携もとても重要である。ケアマネージャーはもちろん、訪問介護のヘルパーやデイサービスの介護士と密に連携をとってこそ、患者に必要な医療を提供することができる。訪問看護師はほとんどが1回の訪問につき30分から1時間の提供である。それ以外の時間を共に過ごしている関係職種や家族と情報を共有し、その患者にとって今必要なことは何かを看護師としての立場から考えていくことが重要である。

我々は、定期的なカンファレンスを行うことにより常に患者の状態を把握することに努めている。そうすることで患者の生活の質(quality of life: QOL)が向上し、適切なサービスを提供することができる。

私の訪問看護ステーションでも、2名の看護師がケアマネージャーを取得し、医療と福祉の両視点を持った上で、様々な職種と連携をとっている。

訪問看護の魅力

前述のような現状の中で、私は多くの患者と接し、在宅での看取りも多く経験してきた。夜間や明け方に連絡を受け、患者の自宅へと急ぎ、かかりつけ医に連絡をし、最後を看取するという経験はどれだけ経験しても忘れられないケースとなる。私自身、大きな病院で看護師として働いた経験があるが、やはり病院で亡くなることと、自宅で最期を迎えるということは雲泥の差がある。人生の最後だからこそ、自身が慣れ親しんだ自宅で、家族に囲まれながら最期を迎えることは、最高に幸せなことなのではないかと常々感じている。そしてそういった場面に少なからず関わることができる訪問看護師としての業務は、看護師にとって何よりの誇りであり、患者一人一人と密接に関わることができるのが訪問看護の何よりの魅力であると感じている。

最後に

嶺南地区では、医師不足や医療機関の不足、訪問看護師の不足など多くの課題があるが、県や市と協力し少しでも早くその改善を実現させなければいけない。これから先も高齢化は進み、在宅医療の需要は益々増えていくだろう。まずは、訪問看護師の充足を図るために、看護学生や潜在看護師に働きかけ、訪問看護師の素晴らしさを広めていきたいと考えている。

昨年、敦賀市に待望の敦賀市立看護大学が開学され、将来看護師として活躍が見込まれている学生の皆様に、訪問看護師の魅力と素晴らしさをお伝えできるように、私も微力ながらご支援させていただきたいと思う所存である。



敦賀市の高齢者・介護保険の現状と「認知症ほっとけんまち敦賀」の取り組みについて

板谷 桂子

敦賀市福祉保健部介護保険課 敦賀市地域包括支援センター「長寿」

はじめに

老後の最大の不安要因である「介護問題」に対応するため、2000年に介護保険制度が創設され、15年が経過しました。この間、高齢化はますます進行し、家族形態の変化等もあり、介護や医療をとりまく状況や各種制度も大きく変わっています。

この間の、敦賀市の高齢者や介護保険の状況の変化等を報告させていただくとともに、増加する認知症に対して、敦賀市が取り組んでいる施策について紹介させていただきます。

さらに、市の基幹産業である原子力発電所が長期停止中であることから、2012年から転出者が大幅に増加しただけでなく、転入者も大幅に減少し、高齢化の進行に拍車をかけている状況です。

また、核家族化も年々進み、一人暮らし高齢者、高齢者夫婦世帯は全世帯のうち25%以上を占めています。最近では、高齢者親子世帯も増えていることから、高齢者のみの世帯の増加は著しい状況です。

これらのことが、市の介護保険に対しても大きな影響を与えていると考えられます。

敦賀市の高齢者状況

敦賀市は、2015年3月末現在、人口67,424人、65歳以上の高齢者17,357人、高齢化率25.7%と、4人に1人以上の方が高齢者という状況です。2000年9月末の、人口68,879人、高齢者12,526人、高齢化率18.2%と比較すると、昭和22年から24年生まれのいわゆる「団塊の世代」の方が65歳以上になったこともあり、少子化ともあいまって、急速な少子高齢化が顕在化しています。(図1)

敦賀市の介護保険の現状

介護や支援が必要な要介護(支援)認定者数(要介護認定率)は、2000年の介護保険制度の創設時は1,249人(10.0%)でしたが、2005年2,250人(16.1%)、2010年2,726人(17.7%)、2014年3,194人(18.8%)と顕著に伸びています(図2)。核家族化が県内他市と比べ進んでいることからか、全国・福井県と比較すると0.4~0.5%高い要介護認定率となっています。

要介護(支援)認定者の増加に伴い、市内では、訪

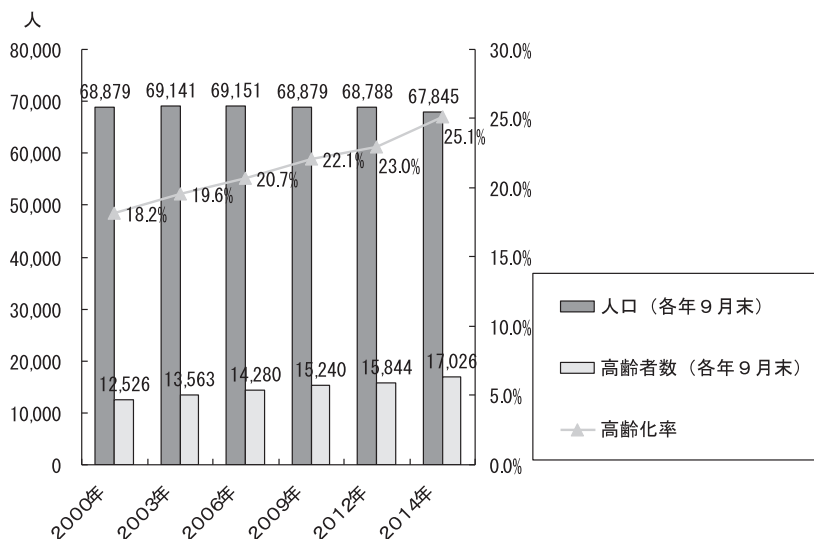


図1 敦賀市 人口・高齢者人口・高齢化率

間介護、通所介護(デイサービス)等の事業者や介護保険施設の新設が相次ぎ、サービス利用者数も著しく増加し、介護サービスの費用は、2000年度には20億6,195万円であったものが、2014年度では、49億4,736万円と、当初の2.4倍に増加しています。

これらのことから、3年ごとに改定している65歳以上の方の介護保険料は、増額が抑えられない状況が続いています。

介護保険の持続性・継続性を考えた場合、要介護認定率の維持・低下が重要です。そのためには、介護や支援が必要にならないように、また、今の状態をできる限り維持するために、若い世代からの「介護予防」の重要性がますます高まっています。

平成25年度に介護や支援が必要となった方の要因(介護要因)は、1位が認知症、2位が関節疾患、3位が脳卒中でした(図3)。また、介護要因の男女別で

は、第1位は男・女とも認知症ですが、男性は、第2位脳卒中、第3位悪性新生物、女性は、第2位関節疾患、第3位骨折・転倒による運動機能低下となっており、男女差が顕著に現れています。

これらのことから、平成27年度からは、介護予防事業を、介護要因やその男女差、若い世代にターゲットをあて、“元気づくり事業～T3(つるがで・つづける・つながる)元気づくりプロジェクト!”として展開しています。

認知症ほっとけんまち敦賀

介護要因の第1位である認知症に対する取り組みは、敦賀市医師会、嶺南認知症疾患医療センター等関係機関の御協力のもと、「地域住民が認知症の方をほうっておかず手を差し伸べられるまち、認知症になっても安心して暮らせるまち」を目指して、「認知

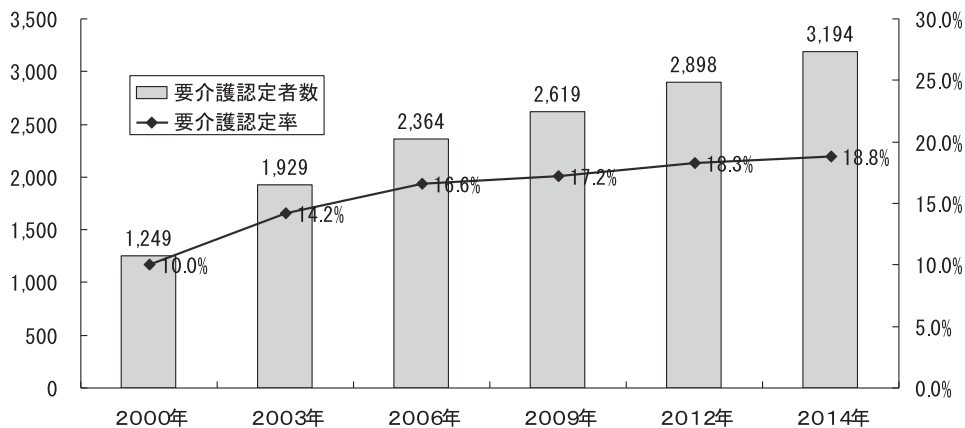


図2 敦賀市 要介護認定者数・要介護認定率

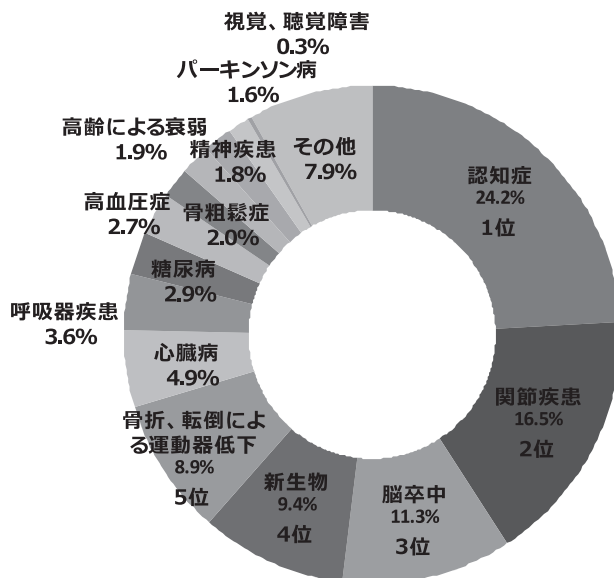


図3 平成25年度敦賀市新規要介護認定者介護要因

症ほっとけんまち敦賀」をスローガンに、県内他市に先駆けた取り組みを行っています。

敦賀市が実施している認知症に関する事業の一部を紹介します。

◆認知症初期集中支援事業

2013年8月から、認知症の早期発見、重度化や問題行動の予防等を目的として、「認知症初期集中支援チーム」を各地域包括支援センターに設置しています。認知症の専門医も含めた医療・介護の専門職種が、認知症や認知症が疑われる方に対して、早期に集中的に支援を行っています。

チーム員は、かかりつけ医との連携のもと、認知症の早期受診に対する支援、治療や服薬継続への支援、適切な介護サービスの導入支援、本人・家族の疾患理解のための支援、家族に対する介護指導等を行っています。

チーム員の支援により、受診・治療が開始できた事例、本人が落ち着き安定した事例、家族の介護負担が軽減された事例等、チームによる支援の成果が確認されています。

また、この事業に取り組むことにより、かかりつけ医や認知症専門医との連携体制が整備され、また、チーム員の認知症に対する知識の向上も図られています。

◆敦賀みまもりネットワーク

認知症による徘徊等で行方不明になった際に、交通機関・医療機関・介護機関等の協力機関が連携して早期発見を目指す「敦賀みまもりネットワーク」の運営を行っています。

行方不明になられた際には、行方不明時の服装等の情報を協力機関にメール等で配信し、通常業務の範囲内で早期発見にご協力を頂いています。

行方不明になる恐れの高い方には、万が一行方不明になられた際に迅速に対応できるよう、御本人の情報を市に御登録いただいています。

2012年7月のネットワークの開始から2015年3月末までに、80名の方が登録され、8名の方を配信し発見に至っています。

この取り組みの一環として、認知症の知識や認知症の方への対応方法を学ぶ「認知症サポーター養成講座」と、認知症の症状で困っている方への声かけ、見守りのポイントを理解していただくための「声か

け体験」等を行う「徘徊模擬訓練」を地域で実施しています。

◆認知症早期発見チェックリスト

認知症の方や家族の方への支援を行う中で、認知症に関する普及啓発の不十分さ、早期発見・早期対応の重要性を痛感しました。そこで、認知症を早期発見するためのツール「認知症早期発見チェックリスト」を作成し、普及啓発を図っています。

チェックリストの結果で認知症が疑われると判断された方に対しては、地域包括支援センターが事後フォローを行い、かかりつけ医への早期相談支援等を行っています。

まとめ

医療や介護を取り巻く環境、またその制度は、今後も状況に応じて変化していくことと思います。

国の認知症に対する支援では、2012年9月に策定された「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」が、5年も経たない2015年1月に「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」として改定されています。このことから、認知症高齢者は予想を上回る勢いで増加し、その対応も随時変化していかなければならないことが解ります。

新オレンジプランにおいては、支援策としてソフト面だけでなくハード面の整備、研究開発等の新しい施策が示されています。しかしながら、施策の第1番目は変わりなく、「認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進」です。まず、認知症に対する理解であり、そこから、早期発見・早期対応等の各施策へとつながっていきます。

「認知症ほっとけんまち敦賀」も、「認知症に対する理解」この基本を忘れることなく、今後も各事業を推進していきたいと考えています。

資料

- ・敦賀市介護保険事業計画(第1期～第6期)
- ・認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(2015年1月27日)



健康づくりは地域づくりから 健康つるが21計画策定から見えてきたこと

川口 美佐子

敦賀市福祉保健部 健康管理センター

はじめに

急速な少子高齢化や慢性疾患の増加等による疾病構造の変化などが進む中、生活環境や住民のライフスタイルも変化し、地域保健で取り組むべき健康課題も年々複雑多様化しています。

国の健康づくり対策も、こういった状況の変化を踏まえ、国民の健康増進の総合的な推進を図るための取り組み健康日本21(第2次)を平成25年度からスタートしています。この計画の最終目標は、「健康寿命の延伸」と「生活の質(quality of life: QOL)の向上」ですが、第2次計画では、良好な社会環境を構築することにより健康格差を縮小するといった新たな目標が設定されています²⁾。

敦賀市においても、平成26年度に「第2次健康つるが21計画」を策定したところですが、1次計画の評価や見直しを行うなかで見えてきた課題も、同じように「住民の主体的な健康づくりを支援する。」というヘルスプロモーションの視点での取り組みの弱さでした。

健康づくり計画策定から

敦賀市の人口は、平成27年2月末現在、人口67,742人で、高齢化率は25.5%です。高齢者単身世帯と高齢者夫婦世帯で一般世帯全体の約2割を占めており、核家族率も県下で最も高い状況にあります。また、がんや急性心筋梗塞、脳血管疾患等の生活習慣病関連の標準化死亡比(平成20～24年)は県平均よりも低いものの、死亡者数全体の約6割を占めている状況は全国平均と大差ありません。国民健康保険の疾患別医療費も、生活習慣病関連の疾患が全体の3分の1を占めている状況です。

敦賀市としては、これまでも、健康をめぐる施策の変遷に応じて、生活習慣病予防やうつやストレス対策など、住民の健康の保持増進を図るために様々

な事業を行ってきました。その結果、健診等の受診者数は増加し、自分の健康のために自主的に取り組んでいる住民も確実に増えていると感じています。しかし一方で、「体のために良いとはわかっているけど、なかなか続かない。」「何から始めればいいのかわからない。」など、知識はあっても健康行動に移すことができないでいる方や利用できる社会資源を知らない方も多く、社会資源が十分に活用されていない現状も見えています。個人の生活習慣を変える取り組みだけでは、健康に関する意識は向上しても、健康づくりの実践行動に反映することが困難な状況にあるということです。

したがって、これまでの取り組みに加えて、住民が健康行動に移すことを阻んでいる障害を除去することやきっかけを提供するなど、個人を取り巻く環境への働きかけが、今後の取り組みの要であると再認識し、敦賀市においても、今回の計画の大きな柱として位置づけたところです。

今後、ひとりでも多くの住民に「自分の健康は自分で守る」という意識が定着し、自分なりの健康づくりができる方が増えるよう支援していきたいと考えています。

まずは、市民の健康づくりを支援する社会資源のひとつとして、健康管理センターを今以上に活用していただけるよう取り組んでいく予定です。

行政の課題

高齢者の医療を確保する法律、介護保険制度、健康増進法、自殺対策基本法等、新しい制度の創設や改正など、保健医療福祉施策は、近年めまぐるしく変化しています。

各分野においても、その変化に対応すべく、新規事業の運営や既存事業の見直し、複雑多様化する個別支援への対応など、必要な取り組みを行ってきま

した。

これまでの取り組みの土台があつての今だからこそ、今回の計画見直しにおいて「地域全体で住民の健康づくりを支援する環境をつくる」ことを推進していく必要性をしっかりと見据えることができたのだと感じています。

近年の保健活動は、課題解決型の健康づくりが中心となっていたため、地域づくり型の活動が十分機能していなかったという側面がありました。一昨年「地域における保健師の保健活動に関する指針」が10年ぶりに見直されたことも、日々の忙しい業務のなかで忘れかけていた「行政で働く保健師の役割」を、改めて意識する良い機会となりました。私たち保健師にかかる期待に十分応えられるよう、専門職としての力量を高める努力も、より一層必要です。

目的に向かって、今後どのような戦略をたて評価していくのか、この具体的な行動計画が一番肝心なところです。関係機関や住民とともに、幅広い視野で考え取り組む、発想の転換も必要であると感じています。

おわりに

健康寿命の延伸に向けた取り組みは、生活習慣病予防をはじめ、介護予防や認知症予防、将来を担う次世代の健康づくりなど、関係する部署は広範囲にわたります。これまで以上に有機的な連携を図り、組織横断的に協働した取り組みを考えていくことが、大きな力になると思っています。

また、昨年開校した敦賀市立看護大学や医療機関、各関係機関・団体など、社会資源が豊富にあるところも敦賀の強みです。

これらの社会資源や住民のもつ力をフルに活かし、目的達成に向けて、職員一丸となり楽しみも感じながら、取り組みを進めていきたいと思っています。

参考文献

- 1) 健康日本21 評価作業チーム「健康日本21」最終評価、2011
- 2) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会：健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料、2012
- 3) 辻 一郎、健康日本21の最終評価と次期国民健康

づくり運動のねらい、保健師ジャーナル、Vol.68 No.6:462-467 2012

- 4) 津下一代、第2次健康日本21の方向性と社会・生活環境、保健師ジャーナル、Vol.68 No.8:658-666 2012

研究報告

患者調査に基づく疾病分類別入院者推計数からみた福井県嶺南地域の疾病構造

鈴木 隆史^{1) 2)}, 野沢 和也¹⁾, 喜多 義邦^{1) 2)}, 交野 好子^{1) 2)}

1) 敦賀市立看護大学

2) 敦賀市立看護大学地域在宅ケア研究センター

要 約

【目的】平成23年患者調査の結果に基づいて、福井県内の疾病別入院者数から主として福井県嶺南地域の疾病構造について検討した。**【方法】**統計法33条に基づく目的外申請を利用して、福井県内の疾病別入院患者数の性別・年齢別、医療圏別の実数と推計患者数を得た。**【結果】**推計数の割合からみると、嶺南医療圏では「感染症および寄生虫症」、「消化器系の疾患」、「腎尿路生殖器系疾患」が4医療圏中第1位となり、他の疾病に比べて多く、年齢・性別で特徴がみられた。20歳未満における「呼吸器系の疾患」の割合も福井県内の他医療圏に比べて高かった。また、20歳以上65歳未満では、「精神及び行動の障害」が男女ともに著しく多く、この傾向は嶺南医療圏にとどまらず他の医療圏においても同様の傾向を示した。**【結論】**嶺南医療圏において性別・年代別に注目すべき疾病が見られた。地域における疾病構造を明らかにし、実情に応じた医療需要を推定するためには患者調査等の死亡統計以外の医療統計も併せて分析する必要がある。今後は通院患者も含めてより詳細な分析を行う必要があると考えられた。

キーワード 患者調査, 入院患者, 疾病構造, 福井県嶺南地域.

はじめに

福井県は、福井県第6次医療計画において、福井県内の2次医療圏を、福井・坂井、奥越、丹南、嶺南の4つを設定している。福井県嶺南地域(敦賀市、小浜市、美浜町、高浜町、おおい町、若狭町)は、人口では143,568人と約18%であるが、医療圏面積では1,099km²と26%で4医療圏の中では奥越医療圏に次ぐ広さを持っている。その中であっても患者流出率は13.5%と福井・坂井医療圏に次ぐ低さを維持している¹⁾。一見すると、嶺南医療圏では医療圏内で医療が完結しているように見える。しかし、嶺南医療圏では、地域医療支援病院・特定機能病院ともに皆無であり、高度医療を必要とする患者は他医療圏に流出する可能性がうかがえる。また、都道府県単位で疾病分類別の患者数を得ることができても、2次医療圏単位での統計は公表されておらず、医療圏内ではどの疾病でどの程度入院患者が存在するかは不明である。

そこで、患者調査目的外申請を活用し、患者調査²⁾に基づいて福井県嶺南地域における「入院を要する」

患者数について、平成23年(2011)の性別・年齢別、医療圏別の様相を観察した。

方 法

1. 基礎資料

基礎資料として平成23年に実施された患者調査個票のうち病院入院(奇数)票と福井県医療計画を用いた。患者調査データの使用に当たっては、統計法第33条に基づき、平成23年患者調査の提供の申出(目的外使用申請)を行った。

2. 解析方法

疾病分類で分類される全ての疾病について、2011年の病院入院(奇数)票から福井県全体と福井県内の各医療圏における入院患者数の実数を得て、入院患者推計数を算出した。同時に、性別・年齢別の総入院患者推計数も算出した。算出は福井県の医療圏単位で行った。

福井県嶺南医療圏は本研究の福井県嶺南地域と同一の市町である。ただし、医療圏単位と保健所管轄

が異なる福井・坂井医療圏については、福井保健所と坂井保健所の合計値を示している。

1) 患者の疾病分類集計について

個票の疾患名はICD-10コードで提供されるため、患者調査で用いる疾病大分類に準じて分類化を行った³⁾。なお、本報告では、悪性新生物は全ての悪性新生物を合算した値で示し、消化器系疾患も全ての値を合算している。

2) 推計総入院患者数の算出について

患者調査では、病院入院患者調査について「10月中旬の3日間のうち医療施設ごとに定める1日。」⁴⁾、平成23年調査は「平成23年10月18日(火)～20日(木)の3日間のうち病院ごとに指定した1日」⁵⁾としており、あくまでも一時点での調査であることから、推計総入院患者数を算出する必要がある。

そこで本報告では推計総入院患者数算出にあたり、平成23年度患者調査の個票に付された拡大乗数による重みをつけた。拡大乗数は厚生労働省において付されているものである。

ここでは、入院患者に関して、1年の推計総入院患者数を以下の推計式を用いて算出した。

$$\text{推計総入院患者数} = \text{入院患者数(実数)} \times (\text{拡大乗数} / 1000)$$

なお、厚生労働省患者調査では、総患者数を下記のように示しているが⁵⁾、本報告では、入院患者に限定しているため、厚生労働省患者調査の総患者数とは値の性質が異なることをあらかじめ示しておく。

「総患者数…調査日現在において、継続的に医療を受けている者(調査日には医療施設を受療していない者も含む。)の数を次の算式により推計したものである。」

$$\text{総患者数} = \text{入院患者数} + \text{初診外来患者数} + (\text{再来外来患者数} \times \text{平均診療間隔} \times \text{調整係数}(6/7))$$

結 果

1. 平成23年患者調査結果について

表1に福井県内の患者住所地に基づく医療圏(以下、医療圏とする。)別にみた入院患者調査数を性別に示した。福井県全体の入院患者調査総数は男性1,835

名、女性2,310名の計4,145名であった。福井県全調査対象者に対する各医療圏における入院患者調査者の分布は、福井・坂井医療圏の41.4%、奥越医療圏の8.9%、丹南医療圏の26.9%、そして嶺南医療圏の22.7%であった。この医療圏別の入院患者調査数の分布は男女ともに適応されている。また、各医療圏ともに男女比は1:1.25にほぼ調整されている。

医療圏別にみた入院患者調査数の年齢分布を表2に示した。各医療圏の年齢分布に大差は認められなかった。

本報告における疾病分類に関する解析については、年齢層による疾病構造の相違を考慮し、さらに詳細な記述を目的として、関連する結果を年齢区分(20歳未満、20歳以上65歳未満および65歳以上)の3区分別に示すこととした。なお、年齢区分別の解析に際しては、年齢不詳例14名を除外した4,131名を解析対象とした。性別および医療圏別の年齢区分別の入院患者調査数の分布を表3に示した。65歳以上の割合は、福井・坂井両医療圏で71.9%、奥越医療圏で76.7%、丹南医療圏で71.4%、嶺南医療圏で73.8%であり、入院患者数に占める65歳以上高齢者の割合は奥越医療圏で最も高い割合を示した(表3)。

表1 患者住所地(医療圏)別および性別の入院患者調査数の分布(%)

患者住所地医療圏	性別		合計
	男性	女性	
福井・坂井	41.3	41.5	41.4
奥越	8.9	8.9	8.9
丹南	26.9	27.0	26.9
嶺南	22.8	22.6	22.7
合計(人)	1,835	2,310	4,145

表2 医療圏別の年齢5歳階級別の入院患者調査数の分布(%)

医療圏 年齢	福井・ 坂井	奥越	丹南	嶺南	計
0歳	0.6	0.0	0.6	0.5	0.6
1～4歳	0.5	0.5	0.3	1.0	0.6
5～9歳	0.3	0.0	0.4	0.3	0.3
10～14歳	0.2	0.3	0.2	0.3	0.2
15～19歳	0.5	0.5	0.4	0.3	0.4
20～24歳	1.2	0.8	0.4	0.6	0.8
25～29歳	1.1	1.1	0.4	0.3	0.7
30～34歳	1.9	1.1	1.4	1.2	1.5
35～39歳	1.4	0.5	1.4	1.7	1.4
40～44歳	1.9	1.1	1.4	1.3	1.6
45～49歳	1.5	1.4	2.7	2.3	2.0
50～54歳	3.1	2.7	3.6	3.5	3.3
55～59歳	4.7	3.8	5.0	5.1	4.8
60～64歳	9.0	9.5	10.5	7.6	9.1
65～69歳	7.3	5.1	6.0	7.3	6.8
70～74歳	9.3	10.8	8.4	9.6	9.2
75～79歳	14.0	14.4	13.5	13.7	13.8
80～84歳	15.6	18.2	16.3	17.4	16.4
85～89歳	13.7	15.4	13.7	15.1	14.2
90～94歳	7.7	10.3	8.7	8.0	8.3
95～99歳	3.3	2.2	4.3	2.5	3.3
100歳以上	0.5	0.3	0.4	0.1	0.4
年齢不詳	0.7	0.0	0	0.2	0.3
合計(人)	1,717	369	1,117	942	4,145

表3 医療圏別の年齢3区分別の入院患者調査数の分布(%)

医療圏 年齢	福井・ 坂井	奥越	丹南	嶺南	計
20歳未満	2.2	1.4	1.8	2.4	2.1
20～64歳	25.9	22.0	26.9	23.7	25.3
65歳以上	71.9	76.7	71.4	73.8	72.6
合計(人)	1,705	369	1,117	940	4,131

2. 性別にみた疾病分類別入院患者調査数および推計数

表4に性別および疾病分類別の入院患者推計数を示した。

平成23年調査における福井県の入院患者調査数は表4に示すとおり、男性1,835人および女性2,310人の計4,145名であった。入院患者調査数から算出される推計数に基づいて疾病構成をみると、男性では「精神及び行動の障害」の推計入院患者総数に対する割合が18.8%と最も多く、以下、第2位の「循環器系疾患」(18.1%)、第3位の「悪性新生物」(13.9%)、そして第4位の「呼吸器系疾患」(10.2%)の順であった。同様に女性では、「循環器疾患」の17.3%が最も多く、以下第2位の「精神及び行動の障害」16.4%、第3位の「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」(12.3%)、第4位の「悪性新生物」9.2%の順であった。

疾病別入院患者推計数における性差が比較的大きい疾病は、「良性またはその他の新生物」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「腎尿路生殖器系の疾患」および「神経系の疾患」であり、いずれも男性より女性で多く、それぞれ、男性の2.5倍、2.4倍、1.8倍、1.5倍であった。

3. 年齢区分別にみた疾病分類別入院患者推計数

表5に年齢区分(20歳未満、20歳～64歳、65歳以上)別および疾病分類別の入院患者推計数を示した。

20歳未満の群では、「呼吸器系疾患」が第1位(当該年齢区分の推計入院患者総数に対して21.2%、以下同様に示す。)、第2位は「周産期に発生した病態」(17.4%)、第3位は「悪性新生物」(8.1%)、第4位は「精神及び行動の障害」(7.7%)、第5位は「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」(6.9%)の順であった。

20歳～64歳の群では、「精神及び行動の障害」が第1位(34.6%)であり、以下、第2位は「悪性新生物」(11.9%)、第3位は「循環器疾患」(9.3%)、第4位は「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」(7.7%)、第5位は「神経系の疾患」(6.5%)の順であった。

65歳以上の群では、「循環器系疾患」が第1位(21.1%)であり、以下、第2位は「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」(12.2%)、第3位は「精神及び行動の障害」(11.7%)、第4位は「悪性新生物」(11.2%)、第5位は「呼吸器系疾患」(10.7%)の順となった。

表4 性別にみた疾病分類別入院患者推計数

疾病分類(大分類)	実数			推計					
	男性	女性	計	男性		女性		計	
				推計数	%	推計数	%	推計数	%
感染症及び寄生虫症	32	24	56	75	1.8	56	1.1	131	1.4
悪性新生物	225	194	419	587	13.9	470	9.2	1057	11.3
良性またはその他の新生物	10	24	34	24	0.6	61	1.2	85	0.9
血液及び造血管の疾患並びに免疫機構の障害	10	10	20	29	0.7	24	0.5	53	0.6
内分泌、栄養及び代謝疾患	36	58	94	88	2.1	128	2.5	215	2.3
精神及び行動の障害	380	419	799	796	18.8	834	16.4	1630	17.5
神経系の疾患	123	203	326	267	6.3	406	8.0	673	7.2
眼及び付属器の疾患	17	22	39	44	1.0	55	1.1	99	1.1
耳及び乳様突起の疾患	6	6	12	14	0.3	14	0.3	28	0.3
循環器疾患	336	400	736	766	18.1	880	17.3	1646	17.6
呼吸器系疾患	183	176	359	432	10.2	401	7.9	833	8.9
消化器系の疾患	116	106	222	274	6.5	243	4.8	517	5.5
皮膚及び皮下組織の疾患	25	34	59	57	1.3	75	1.5	132	1.4
筋骨格系及び結合組織の疾患	66	165	231	161	3.8	380	7.5	541	5.8
腎尿路生殖器系の疾患	48	83	131	106	2.5	190	3.7	296	3.2
妊娠、分娩及び産じょく	-	34	34	-	-	80	1.6	80	0.9
周産期に発生した病態	8	9	17	23	0.5	22	0.4	160	1.7
先天奇形、変形及び染色体異常	5	4	9	12	0.3	9	0.2	21	0.2
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	23	27	50	52	1.2	66	1.3	118	1.3
損傷、中毒及びその他の外傷の影響	170	278	448	392	9.3	627	12.3	1020	10.9
その他の健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	16	34	50	37	0.9	78	1.5	115	1.2
合計	1835	2310	4145	4236		5100		9336	

表5 年齢区分にみた疾病別入院患者推計数

疾病分類(大分類)	実数				推計							
	20歳未満	20歳~64歳	65歳以上	計	20歳未満		20歳~64歳		65歳以上		計	
					推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%
感染症及び寄生虫症	3	14	39	56	9	3.5	36	1.5	86	1.3	131	1.4
悪性新生物	5	111	301	417	21	8.1	286	11.9	751	11.2	1058	11.3
良性またはその他の新生物	1	16	17	34	3	1.2	39	1.6	42	0.6	84	0.9
血液及び造血管の疾患並びに免疫機構の障害	2	6	12	20	6	2.3	17	0.7	30	0.4	53	0.6
内分泌、栄養及び代謝疾患	1	24	69	94	3	1.2	64	2.7	149	2.2	216	2.3
精神及び行動の障害	7	390	401	798	20	7.7	830	34.6	780	11.7	1630	17.4
神経系の疾患	6	71	247	324	17	6.6	155	6.5	502	7.5	674	7.2
眼及び付属器の疾患	0	10	29	39	0	0.0	25	1.0	75	1.1	100	1.1
耳及び乳様突起の疾患	0	6	6	12	0	0.0	13	0.5	15	0.2	28	0.3
循環器疾患	1	95	637	733	10	3.9	223	9.3	1414	21.1	1647	17.6
呼吸器系疾患	22	28	308	358	55	21.2	63	2.6	715	10.7	833	8.9
消化器系の疾患	6	56	160	222	15	5.8	131	5.5	376	5.6	522	5.6
皮膚及び皮下組織の疾患	0	10	47	57	5	1.9	24	1.0	104	1.6	133	1.4
筋骨格系及び結合組織の疾患	4	49	177	230	13	5.0	118	4.9	409	6.1	540	5.8
腎尿路生殖器系の疾患	1	28	102	131	2	0.8	66	2.8	229	3.4	297	3.2
妊娠、分娩及び産じょく	0	34	0	34	0	0.0	81	3.4	0	0.0	81	0.9
周産期に発生した病態	16	0	0	16	45	17.4	0	0.0	0	0.0	45	0.5
先天奇形、変形及び染色体異常	4	4	1	9	10	3.9	9	0.4	2	0.0	21	0.2
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	2	6	42	50	5	1.9	14	0.6	96	1.4	115	1.2
損傷、中毒及びその他の外傷の影響	5	78	364	447	18	6.9	184	7.7	818	12.2	1020	10.9
その他の健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	0	9	41	50	2	0.8	21	0.9	93	1.4	116	1.2
合計	86	1045	3000	4131	259		2399		6686		9344	

4. 医療圏別にみた疾病分類別入院患者推計数

表6に各医療圏における疾病分類別入院患者調査数と推計患者数を示した。

ほとんどの項目において、福井・坂井医療圏の入院患者推計数は他の医療圏に比べて多かった。

医療圏別にその疾病構造を比較すると、福井・坂井医療圏では、「循環器疾患」が最も多く(当該医療圏の推定患者総数に対して18.3%、以下同様に示す)、次いで、「精神及び行動の障害」(15.7%)が第2位、第3位は「悪性新生物」(14.1%)、第4位は「呼吸器系疾患」(11.5%)、第5位は「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」(8.8%)の順となった。

奥越医療圏では、「精神及び行動の障害」が第1位(21.6%)、以下、第2位は「循環器疾患」(18.6%)、第3位は「悪性新生物」(18.0%)、第4位は「呼吸器系疾患」(11.4%)、第5位は「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」(7.5%)の順となった。

丹南医療圏では、「精神及び行動の障害」が第1位(21.8%)、以下、第2位は「循環器疾患」(20.0%)、第3位は「悪性新生物」(13.0%)、第4位は「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」(10.9%)、第5位は「呼吸器系疾患」(7.9%)の順となった。

嶺南医療圏では、「精神及び行動の障害」が第1位(21.0%)、以下、第2位は「循環器疾患」(14.8%)、第3位は「悪性新生物」(12.6%)、第4位は「呼吸器系疾患」(9.7%)、第5位は「損傷、中毒及びその他の外傷の影響と消化器系の疾患」(8.9%)の順となった。

福井・坂井医療圏を除く他のすべての医療圏において「精神および行動の障害」が最も入院患者の多い疾患であることが認められた。

5. 20歳未満における医療圏別にみた疾病分類別入院患者推計数

表7に、各医療圏における20歳未満の疾病分類別入院患者推定数を男女別に示した。

入院患者推計数総数で見ると、男女ともに福井・坂井医療圏が最も入院患者推計数が多く、以下、男性では丹南医療圏、嶺南医療圏および奥越医療圏の順であった。女性では、福井・坂井医療圏に次いで、嶺南医療圏、丹南医療圏および奥越医療圏の順であった。

入院患者推計数から20歳未満の疾病構造を性別に

みると、男性では、「呼吸器系の疾患」が最も多く、次いで「周産期に発生した病態」、「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」、「悪性新生物」、「消化器系の疾患」の順であった。女性では、「呼吸器系の疾患」が最も多く、次いで「周産期に発生した病態」、「精神及び行動の障害」、「悪性新生物」そして「神経系の疾患」および「循環器疾患」の順となった。

同様に医療圏別に疾病構造をみると、男性では、福井・坂井医療圏で「悪性新生物」が最も多く、次いで「周産期に発生した病態」、「呼吸器系の疾患」の順であった。丹南医療圏では「周産期に発生した病態」が最も多く、次に「呼吸器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」の順となった。嶺南地区では「呼吸器系の疾患」が最も多く、以下、「消化器系の疾患」、「精神及び行動の障害」、「神経系の疾患」の順となった。一方、女性では、福井・坂井医療圏が「周産期に発生した病態」が最も多く、次いで「呼吸器系の疾患」、「精神および行動の障害」の順であった。奥越医療圏では「呼吸器系の疾患」が最も多く、次いで「精神および行動の障害」、「神経系の疾患」の順であった。丹南医療圏では、「神経系の疾患」および「呼吸器系の疾患」が最も多く、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「周産期に発生した病態」の順であった。嶺南医療圏では、「呼吸器系の疾患」が最も多く、「悪性新生物」、「血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害」、「先天奇形、変形及び染色体異常」が続いた。

6. 20歳以上65歳未満における医療圏別にみた疾病分類別入院患者推計数

表8に各医療圏における男女別の20歳以上65歳未満の入院患者推計数者を男女別に示した。

入院患者推計数総数で見ると、男女ともに福井・坂井医療圏が最も入院患者推計数が多く、以下、丹南医療圏、嶺南医療圏および奥越医療圏の順であった。

入院患者推計数から20歳以上65歳未満の疾病構造を性別にみると、男性では、「精神及び行動の障害」が34.8%と最も多く、次いで「悪性新生物」の14.0%、「循環器疾患」の11.6%、「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」の9.4%、「消化器系の疾患」の6.4%の順であった。女性では、男性と同様に「精神及び行動の障害」が34.4%と最も多く、次いで、「悪

表6 平成23年疾病分類別医療圏別入院患者推計数

疾病分類（大分類）	福井・坂井		奥越		丹南		嶺南		合計	
	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%
感染症及び寄生虫症	27	1.4	12	3.3	7	0.6	29	3.5	75	1.8
悪性新生物	278	14.1	65	18.0	141	13.0	103	12.6	587	13.9
良性またはその他の新生物	8	0.4	7	1.9	6	0.6	2	0.2	23	0.5
血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害	15	0.8	3	0.8	9	0.8	2	0.2	29	0.7
内分泌、栄養及び代謝疾患	49	2.5	2	0.6	19	1.8	17	2.1	87	2.1
精神及び行動の障害	309	15.7	78	21.6	236	21.8	172	21.0	795	18.8
神経系の疾患	141	7.2	22	6.1	48	4.4	56	6.8	267	6.3
眼及び付属器の疾患	35	1.8	4	1.1	2	0.2	3	0.4	44	1.0
耳及び乳様突起の疾患	8	0.4	0	0.0	4	0.4	2	0.2	14	0.3
循環器疾患	360	18.3	67	18.6	217	20.0	121	14.8	765	18.1
呼吸器系疾患	227	11.5	41	11.4	86	7.9	79	9.7	433	10.2
消化器系の疾患	108	5.5	16	4.4	75	6.9	73	8.9	272	6.4
皮膚及び皮下組織の疾患	34	1.7	2	0.6	10	0.9	12	1.5	58	1.4
筋骨格系及び結合組織の疾患	90	4.6	9	2.5	37	3.4	24	2.9	160	3.8
腎尿路生殖器系の疾患	46	2.3	2	0.6	30	2.8	29	3.5	107	2.5
妊娠、分娩及び産じょく	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
周産期に発生した病態	11	0.6	0	0.0	12	1.1	0	0.0	23	0.5
先天奇形、変形及び染色体異常	6	0.3	0	0.0	2	0.2	4	0.5	12	0.3
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	23	1.2	4	1.1	10	0.9	13	1.6	50	1.2
損傷、中毒及びその他の外傷の影響	174	8.8	27	7.5	118	10.9	73	8.9	392	9.3
その他の健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	19	1.0	0	0.0	14	1.3	4	0.5	37	0.9
合計	1,968	100.0	361	100.0	1,083	100.0	818	100.0	4,230	100.0

表7 20歳未満の平成23年疾病分類性別・医療圏別入院患者推計数

疾病分類 (大分類)	男性										女性										男女合計	
	福井・坂井		奥越		丹南		嶺南		男性計		福井・坂井		奥越		丹南		嶺南		女性計			
	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%
感染症及び寄生虫症	6	9.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	4.4	3	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	2.4	9	3.5
悪性新生物	12	17.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	8.8	6	8.5	0	0.0	0	0.0	3	10.7	9	7.3	21	8.1
良性またはその他の新生物	3	4.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	2.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	1.2
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	4.2	0	0.0	0	0.0	3	10.7	6	4.9	6	2.3
内分泌、栄養及び代謝疾患	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	2.4	3	1.2
精神及び行動の障害	0	0.0	0	0.0	3	8.1	4	13.3	7	5.1	8	11.3	3	33.3	0	0.0	2	7.1	13	10.6	20	7.7
神経系の疾患	5	7.5	0	0.0	0	0.0	4	13.3	9	6.6	2	2.8	2	22.2	4	26.7	0	0.0	8	6.5	17	6.6
眼及び付属器の疾患	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
耳及び乳様突起の疾患	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
循環器疾患	2	3.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.5	5	7.0	0	0.0	3	20.0	0	0.0	8	6.5	10	3.9
呼吸器系疾患	10	14.9	0	0.0	8	21.6	10	33.3	28	20.6	11	15.5	4	44.4	4	26.7	8	28.6	27	22.0	55	21.2
消化器系の疾患	3	4.5	0	0.0	0	0.0	7	23.3	10	7.4	5	7.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	4.1	15	5.8
皮膚及び皮下組織の疾患	3	4.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	2.2	2	2.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.6	5	1.9
筋骨格系及び結合組織の疾患	3	4.5	0	0.0	3	8.1	3	10.0	9	6.6	0	0.0	0	0.0	2	13.3	2	7.1	4	3.3	13	5.0
腎尿路生殖器系の疾患	0	0.0	0	0.0	2	5.4	0	0.0	2	1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.8
妊娠、分娩及び産じょく	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
周産期に発生した病態	11	16.4	0	0.0	12	32.4	0	0.0	23	16.9	18	25.4	0	0.0	2	13.3	2	7.1	22	17.9	45	17.4
先天奇形、変形及び染色体異常	3	4.5	0	0.0	2	5.4	2	6.7	7	5.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	10.7	3	2.4	10	3.9
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.8	0	0.0	0	0.0	3	10.7	5	4.1	5	1.9
損傷、中毒及びその他の外傷の影響	6	9.0	2	100.0	7	18.9	0	0.0	15	11.0	3	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	2.4	18	6.9
その他の健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	7.1	2	1.6	2	0.8
合計	67	100.0	2	100.0	37	100.0	30	100	136	100.0	71	100.0	9	100.0	15	100.0	28	100.0	123	100.0	259	100.0

表8 20歳～65歳未満の平成23年疾病分類性別・医療圏別入院患者推計数

疾病分類 (大分類)	男性										女性										男女合計	
	福井・坂井		奥越		丹南		嶺南		男性計		福井・坂井		奥越		丹南		嶺南		女性計			
	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%
感染症及び寄生虫症	14	2.4	10	9.5	3	0.8	4	1.6	31	2.4	3	0.6	0	0.0	2	0.7	0	0.0	5	0.5	36	1.5
悪性新生物	66	11.2	22	21.0	36	9.8	29	11.6	153	11.7	60	11.7	11	13.8	38	12.9	24	11.8	133	12.2	286	11.9
良性またはその他の新生物	0	0.0	4	3.8	2	0.5	0	0.0	6	0.5	16	3.1	0	0.0	13	4.4	4	2.0	33	3.0	39	1.6
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	2	0.3	3	2.9	7	1.9	0	0.0	12	0.9	5	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	0.5	17	0.7
内分泌、栄養及び代謝疾患	20	3.4	0	0.0	11	3.0	6	2.4	37	2.8	8	1.6	10	12.5	7	2.4	2	1.0	27	2.5	64	2.7
精神及び行動の障害	185	31.5	30	28.6	152	41.3	88	35.3	455	34.8	187	36.5	23	28.8	99	33.6	66	32.5	375	34.4	830	34.6
神経系の疾患	25	4.3	2	1.9	19	5.2	32	12.9	78	6.0	21	4.1	10	12.5	22	7.5	24	11.8	77	7.1	155	6.5
眼及び付属器の疾患	12	2.0	2	1.9	0	0.0	0	0.0	14	1.1	6	1.2	0	0.0	0	0.0	5	2.5	11	1.0	25	1.0
耳及び乳様突起の疾患	5	0.9	0	0.0	2	0.5	0	0.0	7	0.5	2	0.4	0	0.0	4	1.4	0	0.0	6	0.6	13	0.5
循環器疾患	71	12.1	8	7.6	44	12.0	29	11.6	152	11.6	40	7.8	4	5.0	17	5.8	10	4.9	71	6.5	223	9.3
呼吸器系の疾患	25	4.3	2	1.9	9	2.4	0	0.0	36	2.8	17	3.3	4	5.0	0	0.0	6	3.0	27	2.5	63	2.6
消化器系の疾患	29	4.9	7	6.7	26	7.1	22	8.8	84	6.4	22	4.3	4	5.0	10	3.4	11	5.4	47	4.3	131	5.5
皮膚及び皮下組織の疾患	17	2.9	0	0.0	0	0.0	2	0.8	19	1.5	3	0.6	0	0.0	0	0.0	2	1.0	5	0.5	24	1.0
筋骨格系及び結合組織の疾患	19	3.2	7	6.7	17	4.6	8	3.2	51	3.9	39	7.6	3	3.8	19	6.4	6	3.0	67	6.1	118	4.9
腎尿路生殖器系の疾患	17	2.9	2	1.9	6	1.6	2	0.8	27	2.1	18	3.5	5	6.3	9	3.1	7	3.4	39	3.6	66	2.8
妊娠、分娩及び産じょく	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	47	9.2	0	0.0	13	4.4	21	10.3	81	7.4	81	3.4
周産期に発生した病態	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
先天奇形、変形及び染色体異常	3	0.5	0	0.0	0	0.0	2	0.8	5	0.4	2	0.4	0	0.0	2	0.7	0	0.0	4	0.4	9	0.4
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	4	0.7	0	0.0	4	1.1	2	0.8	10	0.8	0	0.0	0	0.0	4	1.4	0	0.0	4	0.4	14	0.6
損傷、中毒及びその他の外傷の影響	70	11.9	6	5.7	28	7.6	19	7.6	123	9.4	8	1.6	6	7.5	32	10.8	15	7.4	61	5.6	184	7.7
その他の健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	3	0.5	0	0.0	2	0.5	4	1.6	9	0.7	8	1.6	0	0.0	4	1.4	0	0.0	12	1.1	21	0.9
合計	587	100.0	105	100.0	368	100.0	249	100	1309	100.0	512	100.0	80	100.0	295	100.0	203	100.0	1090	100.0	2399	100.0

性新生物」の12.2%、「妊娠、分娩及び産褥」の7.4%、「神経系の疾患」の7.1%、「循環器疾患」の6.5%の順となった。

医療圏別に男性の疾病構造をみると、福井・坂井医療圏では「精神及び行動の障害」31.5%と最も多く、次いで「循環器疾患」の12.1%、「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」の11.9%、「悪性新生物」の11.2%の順となった。奥越医療圏も同様に「精神及び行動の障害」が28.6%と最も多く、以下「悪性新生物」の21.0%、「感染症及び寄生虫症」の9.5%、「循環器疾患」の17.6%、「消化器系疾患」および「筋骨格系及び結合組織の疾患」の6.7%の順であった。丹南医療圏でも同様に「精神及び行動の障害」が41.3%と最も多く、以下「循環器疾患」の12.0%、「悪性新生物」の9.8%、「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」の7.6%、「消化器系の疾患」の7.1%の順であった。嶺南医療圏においても「精神及び行動の障害」が35.3%と最も多く、以下「神経系の疾患」の12.9%、「悪性新生物」および「循環器疾患」の11.6%、そして「消化器系の疾患」の8.8%の順となった。

同様に女性についてみると、福井・坂井医療圏では、男性と同様に「精神及び行動の障害」が36.5%と最も多く、以下、「悪性新生物」の11.7%、「妊娠、分娩及び産褥」の19.2%、「循環器疾患」の7.8%、「筋骨格系及び結合組織の疾患」の7.6%の順となった。奥越医療圏においても「精神及び行動の障害」が28.8%と最も多く、以下「悪性新生物」の13.8%、「内分泌、栄養及び代謝疾患」および「神経系の疾患」の12.5%、「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」の7.5%の順となった。丹南医療圏でも同様に「精神及び行動の障害」が33.6%と最も多く、以下「悪性新生物」の12.9%、「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」の10.8%、「神経系の疾患」の7.5%、そして「筋骨格系及び結合組織の疾患」の6.4%の順となった。嶺南医療圏でも同様に「精神及び行動の障害」が32.5%と最も多く、以下、「悪性新生物」の11.8%、「神経系の疾患」の11.8%、「妊娠、分娩及び産褥」の10.3%、「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」の7.4%の順であった。

7. 65歳以上の医療圏別にみた疾病分類別入院患者推計数

表9に各医療圏における男女別の65歳以上の入院患者推計数者を男女別に示した。

入院患者推計数総数でみると、男女ともに福井・坂井医療圏が最も入院患者推計数が多く、以下、丹南医療圏、嶺南医療圏および奥越医療圏の順であり、20歳以上65歳未満での推計数の傾向と同様であった。

入院患者推計数から65歳以上の疾病構造を性別にみると、男性では、「循環器疾患」が21.9%と最も多く、次いで「悪性新生物」の15.2%、「呼吸器系の疾患」の13.2%、「精神及び行動の障害」の12.0%、「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」の9.1%の順であった。女性では、男性と同様に「循環器疾患」が20.6%と最も多く、次いで、「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」の14.5%、「精神及び行動の障害」の11.5%、「呼吸器系の疾患」の8.9%、「悪性新生物」の8.4%の順となった。

医療圏別に男性の疾病構造をみると、福井・坂井医療圏では「循環器疾患」21.8%と最も多く、次いで「悪性新生物」の15.2%、「呼吸器系の疾患」の14.6%、「精神及び行動の障害」の9.4%、「神経系の疾患」の8.4%の順となった。奥越医療圏も同様に「循環器疾患」が23.2%と最も多く、以下「精神及び行動の障害」の18.9%、「悪性新生物」の16.9%、「呼吸器系の疾患」の15.4%、「神経系の疾患」の7.9%の順であった。丹南医療圏でも同様に「循環器疾患」が25.5%と最も多く、以下「悪性新生物」の15.5%、「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」の12.2%、「精神及び行動の障害」の11.9%、「呼吸器系の疾患」の10.2%の順であった。嶺南医療圏においても「循環器疾患」が17.1%と最も多かったが他の医療圏に比べてその割合は比較的低かった。同様に以下、「精神及び行動の障害」の14.8%、「悪性新生物」の13.7%、「呼吸器系の疾患」の12.8%、そして「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」の10.0%の順となった。

女性についてみると、福井・坂井医療圏では、男性と同様に「循環器疾患」が21.6%と最も多く、以下、「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」の16.2%、「悪性新生物」の10.0%、「筋骨格系及び結合組織の疾患」の8.9%、「呼吸器系の疾患」の8.0%の順となった。奥越医療圏においては「精神及び行動の障害」が

表9 65歳以上の平成23年疾病分類別性別・医療圏別入院患者推計数

疾病分類 (大分類)	男性										女性										男女合計	
	福井・坂井		奥越		丹南		嶺南		男性計		福井・坂井		奥越		丹南		嶺南		女性計		推計数	%
	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%	推計数	%		
感染症及び寄生虫症	7	0.5	2	0.8	4	0.6	25	4.6	38	1.4	23	1.3	8	2.3	2	0.2	15	1.8	48	1.2	86	1.3
悪性新生物	200	15.2	43	16.9	105	15.5	74	13.7	422	15.2	176	10.0	29	8.5	61	6.3	63	7.5	329	8.4	751	11.2
良性またはその他の新生物	5	0.4	3	1.2	4	0.6	2	0.4	14	0.5	9	0.5	2	0.6	14	1.5	3	0.4	28	0.7	42	0.6
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	13	1.0	0	0.0	2	0.3	2	0.4	17	0.6	5	0.3	0	0.0	2	0.2	6	0.7	13	0.3	30	0.4
内分泌、栄養及び代謝疾患	29	2.2	2	0.8	8	1.2	11	2.0	50	1.8	28	1.6	11	3.2	25	2.6	35	4.2	99	2.5	149	2.2
精神及び行動の障害	124	9.4	48	18.9	81	11.9	80	14.8	333	12.0	136	7.8	70	20.4	106	11.0	135	16.1	447	11.5	780	11.7
神経系の疾患	111	8.4	20	7.9	29	4.3	20	3.7	180	6.5	139	7.9	31	9.0	72	7.5	80	9.5	322	8.3	502	7.5
眼及び付属器の疾患	23	1.8	2	0.8	2	0.3	3	0.6	30	1.1	23	1.3	0	0.0	10	1.0	12	1.4	45	1.2	75	1.1
耳及び乳様突起の疾患	3	0.2	0	0.0	2	0.3	2	0.4	7	0.3	6	0.3	0	0.0	2	0.2	0	0.0	8	0.2	15	0.2
循環器疾患	287	21.8	59	23.2	173	25.5	92	17.1	611	21.9	378	21.6	66	19.2	224	23.2	135	16.1	803	20.6	1414	21.1
呼吸器系の疾患	192	14.6	39	15.4	69	10.2	69	12.8	369	13.2	141	8.0	25	7.3	97	10.1	83	9.9	346	8.9	715	10.7
消化器系の疾患	76	5.8	9	3.5	49	7.2	44	8.2	178	6.4	90	5.1	21	6.1	49	5.1	38	4.5	198	5.1	376	5.6
皮膚及び皮下組織の疾患	14	1.1	2	0.8	10	1.5	10	1.9	36	1.3	29	1.7	0	0.0	11	1.1	28	3.3	68	1.7	104	1.6
筋骨格系及び結合組織の疾患	68	5.2	2	0.8	17	2.5	13	2.4	100	3.6	156	8.9	18	5.2	76	7.9	59	7.0	309	7.9	409	6.1
腎尿路生殖器系の疾患	29	2.2	0	0.0	22	3.2	27	5.0	78	2.8	69	3.9	11	3.2	34	3.5	37	4.4	151	3.9	229	3.4
妊娠、分娩及び産じよく	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
周産期に発生した病態	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
先天奇形、変形及び染色体異常	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.2	0	0.0	2	0.1	2	0.0
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	19	1.4	4	1.6	6	0.9	11	2.0	40	1.4	36	2.1	4	1.2	6	0.6	10	1.2	56	1.4	96	1.4
損傷、中毒及びその他の外傷の影響	98	7.5	19	7.5	83	12.2	54	10.0	254	9.1	284	16.2	34	9.9	150	15.5	96	11.4	564	14.5	818	12.2
その他の健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	16	1.2	0	0.0	12	1.8	0	0.0	28	1.0	26	1.5	13	3.8	22	2.3	4	0.5	65	1.7	93	1.4
合計	1314	100.0	254	100.0	678	100.0	539	100	2785	100.0	1754	100.0	343	100.0	965	100.0	839	100.0	3901	100.0	6686	100.0

20.4%と最も多く、以下「循環器疾患」の19.2%、「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」の9.9%、「神経系の疾患」の9.0%、「悪性新生物」の8.5%の順となった。丹南医療圏は、「循環器疾患」が23.2%と最も多く、以下「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」の15.5%、「精神及び行動の障害」の11.0%、「呼吸器系の疾患」の10.1%、そして「筋骨格系及び結合組織の疾患」の7.9%の順となった。嶺南医療圏では、「精神及び行動の障害」及び「循環器疾患」がともに16.1%と最も多く、以下、「損傷、中毒及びその他の外傷の影響」の11.4%、「呼吸器系の疾患」の9.9%、「神経系の疾患」の9.5%の順であった。

考 察

(1) 福井県内における嶺南地域の状況

平成23年度に厚生労働省が実施した患者調査のうち、病院入院(奇数)票に基づいて、福井県内の医療圏別の疾病分類別患者調査数を算定し、さらに調査数に基づいて入院患者推定数を求めた。

入院患者推定数から嶺南地域の疾病構造を記述す

ると、「精神及び行動の障害」が最も多く、次いで、「循環器疾患」、「悪性新生物」の生活習慣病による入院が多いことが認められた。この傾向は他の医療圏においてもほぼ同様の傾向を持つことが認められた。

また、入院患者推定数として多くはないものの、福井県内で見えた場合、嶺南医療圏の入院患者に多くみられる疾病(疾病の構成割合が他の医療圏に比べて高い疾病)として「感染症および寄生虫症」、「消化器系の疾患」、「腎尿路生殖器系疾患」が4医療圏中第1位となった疾患であった。他の疾病に比べて嶺南医療圏に多くみられたこれらの疾病については、年齢・性別で特徴がみられ、「感染症及び寄生虫症」および「腎尿路生殖器系疾患」は65歳以上男性に多く、嶺南地域特有の疾病構造あるいは入院行動を示す可能性がある。

我が国の政策医療である5疾病・5事業のうち、がんについては嶺南医療圏からの患者流出率が33.2%(県外流出2.1%を含む)と全疾病の平均(13.5%)を大きく上回っているが、今回の解析でも同様の結果を得ることができた。

(2) 嶺南医療圏における性別の違いによる傾向

性別では、男性では悪性新生物、循環器疾患での入院で値が高い傾向がみられた。

女性の精神及び行動の障害について、年齢3区分いずれにおいても高い順位であった。その他、女性に多い疾病として骨折といった整形外科系疾患に代表される「損傷・中毒及びその他の外傷の影響」、糖尿病に代表される「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「神経系の疾患」が多くみられた。今後、女性の整形外科系疾患ならびに内分泌系疾患、神経系疾患には注目すべきと考える。

(3) 嶺南医療圏における年齢3区分別の傾向について

20歳未満では、男女ともに呼吸器系疾患での入院が多かったが、周産期に発生した病態を除くと、次に多いのは男性では「消化器系の疾患」、「精神及び行動の障害」、「神経系の疾患」による入院が多かった。一方、女性では顕著な傾向は認められなかった。

20歳以上65歳未満では、「精神及び行動の障害」が男女ともに30%以上と著しく多く、この傾向は嶺南医療圏にとどまらず他の医療圏においても同様の傾向を示した。

65歳以上では「循環器疾患」が上位に挙がってくるものの、20歳以上65歳未満での傾向と同様に男女とも「精神及び行動の障害」が上位を占め、他の医療圏における「悪性新生物」が概ね上位を占める傾向とは異なる傾向を示した。

人口動態統計による福井県の疾病構造をみると、全国の疾病構造と同様に、悪性新生物、心疾患、肺炎および脳血管疾患の死亡が上位4位を占め、これら疾患の死亡全体に占める割合は66%以上を占めている。一方、本研究の結果から、入院を要した患者からみた疾病構造から、「精神および行動の障害」が福井県のいずれの医療圏においても上位を占め、特に嶺南医療圏における20歳から65歳未満の年齢区分でその傾向が顕著であることが認められた。この年齢階級における傾向は、渡辺らが福岡県で検討した結果と同様であり⁶⁾、また、うつ病に関する我が国の調査でも20歳以上65歳未満の年齢区分でその有病率の高いことが指摘されている⁷⁾。

以上の結果から、地域の医療実態を明らかにするためには、死亡統計のみでは不十分である。すなわ

ち、「精神および行動の障害」に代表されるように、死亡に至らないがしかし医療需要の高い疾患の動向を把握する必要のあることが本検討から強く示唆された。

(4) 本研究の限界と今後の課題

本解析では厚生労働省が実施した患者調査のうち、病院入院(奇数)票に基づいて解析を行った。従って、本解析で示した患者数は「入院を要した患者」の疾病構造を示したに過ぎない。地域における疾病構造を明らかにするためには、入院患者に加えて外来通院患者および訪問医療患者等を含む実績から有病数を求め、さらには年齢調整有病率を求めたうえで地域比較を行い、特定の地域の疾病構造を議論する必要がある。今後、一般診療所票、病院外来奇数票あるいは病院および診療所退院票等を加え、可能な限り有病数を把握すべく患者調査データの活用を行う必要がある。

また、今回の解析結果を踏まえ、嶺南医療圏だけでなく福井県における全医療圏の特徴的な疾病を加えより詳細な疾病構造の解明を行う必要がある。

謝 辞

本研究の実施にあたり、敦賀市役所ほか関係各位に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 福井県, 第6次福井県保健医療計画, P22、平成25年3月.
- 2) 浅田昭司, 統計情報活用への招待 第5回 医療・福祉・健康の公的統計, 情報管理, 54(8), 487-495. 2011.
- 3) 厚生労働省 平成23年患者調査(疾病分類編)
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubu/dl/h23syoby.pdf>
- 4) 厚生労働省 患者調査(調査の概要)
http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20-tyousa_gaiyou.html
- 5) 厚生労働省 平成23年(2011)患者調査の概要
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/dl/gaiyou.pdf>.

- 6) 渡辺ゆかり、藤田利治. 二次医療圏との関連からみた福岡県における精神障害者の受療実態. 日本公衛誌, 50(5) . 400-413. 2003.
- 7) 川上憲人. こころの健康についての疫学調査に関する研究. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)総括研究報告書、2007.

Incidence of Disease in the Reinan Region, Fukui Prefecture Based on a Patient Survey by Ministry of Health, Labour and Welfare

SUZUKI Takafumi ^{1) 2)}, NOZAWA Kazuya ¹⁾, KITA Yoshikuni ^{1) 2)}, KATANO Yoshiko ^{1) 2)}

1) Tsuruga Nursing University

2) Tsuruga Nursing University, Research Center of Home and Community Care

Abstract

Purpose: We examined incidence of disease in the Reinan Region, Fukui Prefecture utilizing a survey of inpatients by disease from Patient survey 2011.

Method: We obtained information on the actual and estimated number of inpatients in Fukui Prefecture by disease, gender, age, and medical district through secondary use of questionnaire information under Article 33 of the Statistics Act.

Results: According to the estimated number of patients, Reinan medical district had the largest number of patients with “infectious disease and parasitosis,” “digestive disease,” and “renal, urinary, and genital disease” among four medical districts. Patients in the region revealed characteristics by age and gender. The incidence of “respiratory disease” in patients under 20 years of age was also higher in Reinan medical district compared with other medical districts in Fukui Prefecture. The percentage of patients between 20 and 65 years of age suffering from “mental and behavioral disorders” was significantly high in both males and females, which is common in all medical districts in Fukui Prefecture.

Conclusion: Disease varies by gender and age in Reinan medical district. It is necessary to analyze medical statistics other than mortality through patient surveys to clarify the incidence of disease and estimate medical demand according to the actual state of each region. We must analyze more detailed information, including outpatients.

Keywords: Patients survey, hospitalized patients, disease structure, Reinan region in Fukui Prefecture

敦賀市立看護大学における研究活動の紹介

論文発表

1. 研究テーマ：Genome-Wide Association Meta-analysis Identifies Novel Variants Associated With Fasting Plasma Glucose in East Asians. (和訳：東アジアにおける空腹時血糖値に関連する新たな遺伝子の同定に関するゲノム・ワイド・メタ解析研究)

雑誌名：Diabetes 64(1)：291-298. 2015.

著者名：喜多 義邦(共著)

要旨：空腹時血漿糖値(FPG)は、代謝性疾患の発病に先立つ包括的な血糖状態を示す重要な指標である。これまで、ゲノム・ワイド解析において確認されたFPGの関連遺伝子配座は、少数の例外を除いてヨーロッパ人を祖先に持つ人々の遺伝子配座に由来したものであった。FPG関連遺伝子配座を完全にすることを目的に、著者ら東南アジア・ゲノム・ワイド国際共同研究グループは、東アジア人を祖先とし、糖尿病の罹患のない24,740人を対象にメタ解析を行った。さらに21,345人の新たな被東アジア人種の集団を追加した。その結果、ゲノム・ワイド解析において有意な3つの新しいFPG関連遺伝子をPDK1-RAPGEF4、KANK1およびIGF1Rの近位に見出すことができた。

この研究において見出された新たなFPGの関連遺伝子は、糖尿病における空腹時血糖値の新たな役割を提示する可能性を示した。

2. 研究テーマ：Fruit and vegetable intake and mortality from cardiovascular disease in Japan : a 24-year follow-up of the NIPPON DATA80 Study. (和訳：日本における循環器疾患死亡と果物・野菜の摂取との関係 - NIPPON DATA80の24年追跡から)

雑誌名：Eur J Clin Nutr. 69(4)：482-488. 2015.

著者名：喜多 義邦(共著)

要旨：NIPPON DATA80研究グループは、循環器疾患死亡に対する果物や野菜の役割についてNIPPON DATA80研究の24年間追跡したデータを用いて検討した。その結果、NIPPON DATA80の追跡対象者のうち、果物や野菜をよく食べている集団は比較的高齢者に多いことが認められた。同時にこの高齢者集団の特徴として、肉類よりも魚やミルク、乳製品、大豆や豆類を多く摂取していた。循環器疾患死亡に対する果物・野菜高頻度摂取群と低頻度摂取群のハザード比を求めたところ、果物・野菜を多く摂取していたグループはあまりとらないグループに比べて死亡する確率が有意に低いことが明らかとなった。

この結果は、野菜や果物を多くとることによって循環器疾患死亡を予防することができることを示した。

学会発表

(国際学会)

1. 研究テーマ：Change in application of “care in normal birth: a practical guide (WHO) ”at Japanese hospitals in 10 years.

学会名：ICM 30th Triennial Congress in Prague, 2014, Czech Republic.

発表者：岩谷 澄香(研究代表者)

(国内学会)

2. 研究テーマ：太陽光が大学生の鼓膜温、主観的睡眠感に及ぼす影響

学会名：第34回日本看護科学学会学術集会、2014年、名古屋

発表者：鳥羽 愛乃(研究代表者)、高鳥真理子

敦賀市立看護大学ジャーナル投稿規程

1. 敦賀市立看護大学ジャーナルの収録内容

敦賀市立看護大学ジャーナル(以下「本誌」という)は、和文又は英文の原著、総説、症例及び事例報告等を掲載し、電子ジャーナルとして本学ウェブサイト上に公開する。また、その一部を本学機関リポジトリに収録して公開する。

2. 投稿者の資格

投稿者は、敦賀市立看護大学に所属する研究者、学生、又は敦賀市立看護大学研究推進・紀要委員会(敦賀市立看護大学ジャーナル編集委員会兼、以下「編集委員会」とする)が認めた者とする。

3. 原稿の種類、体裁

- 1) 原稿の種類は原著、その他・依頼原稿とする。
- 2) 原稿で使用できる言語は和文または欧文とする。体裁についての詳細は、敦賀市立看護大学ジャーナル投稿手引を参照すること。

4. 原稿の受付および採否、掲載について

- 1) 論文原稿は、編集委員会が規定した Microsoft Word テンプレートに従って作成し、作成した Word ファイルを編集委員会あてにメール添付または USB メモリーなどの媒体に記録して提出する。
- 2) 投稿原稿は到着日を受付日とする。編集委員長は、受付日を記した原稿受領メールを投稿者に返送する。編集委員会のメールアドレスは henshu@tsuruga-nu.ac.jp である。
- 3) 人および動物が対象である研究は倫理的に配慮され、その旨が本文中に記載されていること。本項に該当する論文については投稿原稿提出の際に、主となる研究者が所属する施設の倫理委員会の承認を得ていることを明示すること。
- 4) 原稿の採否は原則として査読を行い、編集委員会で決定する。この結果については、メールで通知する。
- 5) 原稿種類のその他・依頼原稿など、査読を行うことが適切ではない論文原稿については、査読を省略することができる。
- 6) 編集委員会は、査読者からの意見を参考にして、原稿の修正および原稿の種類の変更を著者に求めることができる。
- 7) 査読を経て、編集委員会で受理された論文原稿は受理日を投稿者に送信する。また、論文の掲載順序は、原則として投稿順とする。
- 8) 投稿原稿の掲載は電子ジャーナルとして本学ウェブサイト上にて公開する。またその一部を本学機関リポジトリに収録して公開する。

5. 著者校正

査読を経て、編集委員会で受理された投稿原稿の校正は、著者の責任において1回行う。ただし内容に影響を与える改変は行えないものとする。

6. 掲載料

論文の掲載料は不要である。また、編集委員会では別刷りは作成しない。別刷りが必要な場合は、投稿者自身で作成することとする。

7. 依頼原稿に関する規定

編集委員会が特に必要と認めたときは、本学内外に論文の寄稿を依頼し、本誌に掲載することができる。

編集後記

「敦賀市立看護大学ジャーナル 第1号」がようやく発刊のはこびとなりました。

お忙しい中、ご寄稿いただきました先生方に感謝申し上げます。合わせて、私共編集委員の不慣れもあり発刊が予定よりも遅くなってしまったことを、お詫びいたします。

さて、第1号ということで、テーマを「嶺南地域の医療と看護と福祉の現状」とし、論文を掲載させていただきました通り、嶺南地域、特に敦賀の医療の実態を垣間見ることが出来る内容になっているかと思います。本誌掲載の諸論文が嶺南地域における看護教育や臨床現場、研究活動等に貢献出来れば幸いです。

また、今後も本学の学生、卒業生、教員も含め、より多くの論文、報告を掲載できますよう、ご協力のほどお願いいたします。

編集は平成27年度 敦賀市立看護大学ジャーナル編集委員会(喜多、山崎、鈴木、野沢)が担当しました。

敦賀市立看護大学ジャーナル編集委員会 喜 多 義 邦

敦賀市立看護大学ジャーナル 第1号

2015年10月22日発行

編 集 敦賀市立看護大学
発行者 敦賀市立看護大学 学長 交野 好子
発行所 敦賀市立看護大学
〒914-0814 福井県敦賀市木崎78号2番地1
TEL 0770-20-5500(代) FAX 0770-20-5548
URL <http://tsuruga-nu.ac.jp>
印刷所 株式会社 ハクケン
〒914-0811 福井県敦賀市中央町2丁目6-26



TSURUGA
Nursing University