○　透析は20人くらい。日に4～5人くらい。

○　内科外来は60～70人で、一人で診察する。

3　住民のニーズ

○地域の当番員（早く来て鍵を開けたり、除雪したりする。2週に1回で当番）の方の話

・　道路は除雪されているが、大雪の時などは除雪後もつるつるして大変。

・　道路はよいが、道路から玄関口までの除雪が大変。自分の家の前だけでも精一杯で一人暮らしのお年寄りの家の前の除雪まで手が回らない。週1回息子が来て除雪して行ったりしている。

○西川町立病院以外の所にはなかなか行けない。小児科や皮膚科など標榜していない科目については寒河江などに行くしかない。町立病院で対応できないものについては西川町立病院が他の病院に手配してくれる。

4　考察

ほとんどの患者は歩いて診療所まで来るが、診療所から結構距離のある所に住んでいる人も多く、冬場は大変である。道路だけでなく玄関先の除雪も大きな問題と思われる。

【平田診療所】

日　時：平成19年2月1日（木）　10：00～11：30　（雪）

病　院：木村まり子（自治医科大学卒業医師　義務年限9年目）

対応者：山形大学　　清水教授

　　県　健康福祉企画課　　大木主査

■現状と課題（木村医師からの聞き取り）

・ 平田診療所の周辺地区の医療の環境は恵まれている。10 分で県立日本海病院、市立酒田病院に行ける。患者の希望を聞いて、紹介している。また、近くに内科（影沢内科医院）、眼科（浅岡眼科医院）、小児科（みすみ小児科）の開業医がおり、平田ではここだけではなく、へき地ではない。

・ 平成 12 年 4 月設立。内科の開業医はその半年前にできたので、平田診療所の患者数もそれほど多くない。

・ 一日平均外来患者 20 人～25 人程度。平田町だけでなく松山からも来ている。午前中はバスでやってくる方、午後は学生や若い方が多い。

・ マンパワーは看護師2名、事務1名（ニチイ学館からの派遣）

・ 往診の患者は現在3名。

・ 来週明らかになるが、来年度閉鎖予定。私の義務年限は平成 19 年 4 月末までとなっており、それまでに現在かかりつけの患者を患者の希望を聞いたうえで他の病院に紹介する。大部分内科の患者で庄内余目病院や松山診療所に紹介している。八幡病院への紹介はあまりない。

・ 訪問介護については、ケアマネ一生懸命しているようだ。

・ 金山町立病院の意見としては、患者数も少ないし、入院患者も 20 人程度、有床診療所でも良いと思う。

・ へき地に医師が定着しないのは、行きたい病院がないから。へき地の病院は院長の指揮下に入って仕事をしなければならない。院長のカラーに合わないと大変。ある病院では、院長が宿直する場合、内科の医師が携帯を持たされて待機していなければならないと聞く。県外でへき地でも院長に魅力がある病院には医師が集まってくる。西川町立病院にも自治医科大学の医師が 4 人いるが、地理的に山形に近いということもあるが、働く意味でのやりがい、動機付けなど何か魅力があるのだろう。

・ へき地の病院に定着する策は、人ではないか。一緒にやる人の姿勢ではないか。信頼関係。医師同士でもそうだが、行政の対応においてもそうだ。財政的に厳しい中、首長さんが医療に必要なものに予算を付けてくれると、こちらもがんばる気にもなってくる。

・ スキルアップについて、週 1 回、金曜日を研修日になっていて、県立中央病院で心カテ検査を受けもたせてもらっている。それが唯一のスキルアップの場となっている。

・ 女医が働きやすい環境にするには、保育施設を充実させること。子供のことが一番重要。

（清水）山形大学では 24 時間子供を預けられる体制になっている。子供がいないときでも、女医が呼び出された場合に備えて、最低1名保育士が待機している。

・ 市立酒田病院と県立日本病院との合併について

（清水）酒田病院が日本海病院に吸収された場合、慢性期の医療機能は、庄内余目、八幡、本間病院と開業医でまかなえるので、市立酒田病院は残す必要がない。日本海病院の隣で 24 時間、なんでもいつでも患者を見ることができるようにしたらいい。医者を集約化して今の 1.5 から 2 倍いれば疲弊しない。手術は

日本海病院で行えばいい。

・ 診療所と市立酒田病院、県立日本海病院との連携については、予約がインターネットを使って予約できる状況にある。日本海病院とは地域医療室のＨＰにパスワードを入力すると外来の予約ができる。市立酒田病院とはＣＴの予約ができる。

（清水）各地の診療所を調査して分かったことは、みんなあまり困っていないということ。近所の人から除雪を手伝ってもらったり、子供に送ってもらったり、デマンド交通があったりと、不便を感じていない。

・患者も勉強している。自分の病気を判断し、医療機関を選んで受診している。

（11 時の時点で天気も悪いため待合室に患者はいなかった。）

○酒田市平田総合支所の保健師からの聞き取り

・ 保健師２名、健康教室、検診、母子保健、予防接種の事業を行っている。

・ 介護との連携について、ここでは受付程度。居宅支援事業所は別にある。

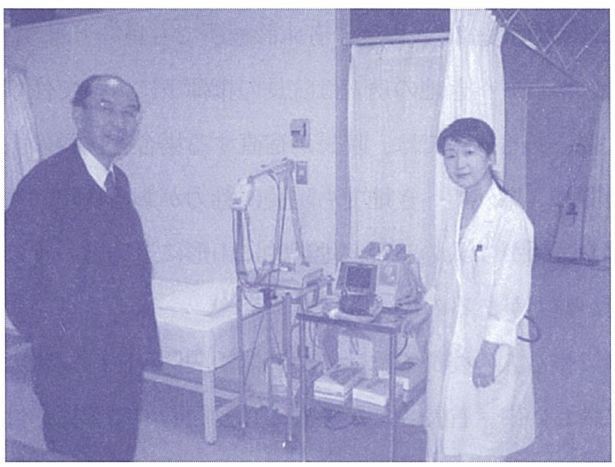
・ 在宅支援の状況　平田包括支援センターがある。酒田市には 10 箇所

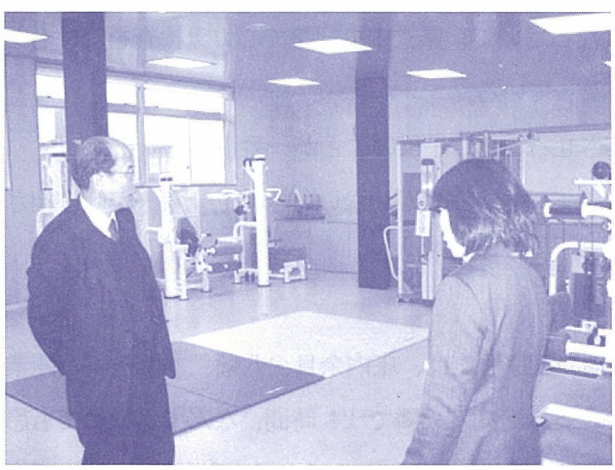
・ 現在の不安

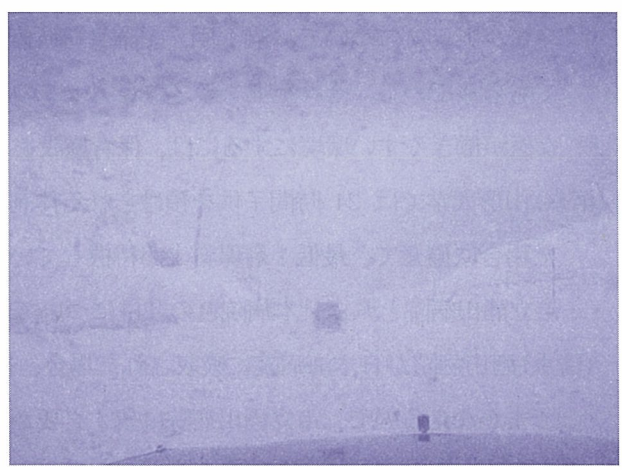
①現在入院しても早めに退院する場合が多く、施設探しが大変となっている。老健施設は料金が高くなってきているし、特老は空きがない状況。

②在宅に戻れるようなシステムがあればよい。

・ 合併問題については、市内の人はどう思うかは別として、どこかの機能が強化されれば良いのではないかと思う。







【松山診療所】

日　時：平成19年2月1日（木）　14：00～15：30　（雪）

病　院：佐藤知恵子（自治医科大学卒業医師（徳島県出身）義務年限7年目）

対応者：山形大学　　清水教授

　　県　健康福祉企画課　　大木主査

■現状と課題（佐藤医師からの聞き取り）

・　無床診療所で、診療時間は8:45～12:00、15:00～17:00

・　12月は42人/日。年間では35から40人/日。

・　患者は慢性疾患多い。血圧糖尿病などの経過はこちらで診ている。小児はほとんどいない、酒田市内に行っているようだ。

・　松山診療所はこの地域で唯一の医療機関である。人員体制は医師1名、看護師2名（常勤1名、非常勤1名）、事務1名）。

・　周辺の住民やグループホームに住んでいる方、デイサービスに通所している方 10 名程度が利用している。高齢者で若い人と同居している方でも、若い人は日中仕事に行っていていないので、薬をもらいにくるのは楽だろう。診療所にくる患者は、歩いてきたりバスできたり達者な方が多い。

・　日本海病院とは車で20分。最寄の病院は庄内余目病院で15分くらい。

・　往診には週に1度行っており、患者数は7人くらい。1人あたり月に1度程度は行っている。

・　地味興屋診療所には水曜日の午後に診療を行っている。患者数は10人弱。慢性疾患が中心。

・　知的障害者厚生施設「和光園」に毎月第3月曜日午後に訪問診療

・平田支所には保健師2名がいて、健康教室等を開催しており。メタボリックについて 40 名に対し説明した。

・

・　松山地域においては高齢者で独居の方もいるが、地域包括支援センターがあり、ケアマネが地域に足繁く通っているようだ。グループホーム、老人保健施設もあるが、受け入れ先が不足している状況。

・　住民の声としては、地域で唯一の医療機関であり無くなっては当然困るだろう。

・　酒田の合併については、日本海、市立酒田、八幡を含めた医療体制を構築するのが理想。病診連携の現状は、酒田病院とはＣＴの予約、ＣＴ写真の送付などをインターネットでやっている。日本海病院とは外来予約がインターネットでできるようになっている。これからも、こうした病診連携を継続して行ってほしい。松山には訪問看護を行っていない、がんターミナルケアを依頼された場合対応できないので今後は対応できるようになればいいと思う。

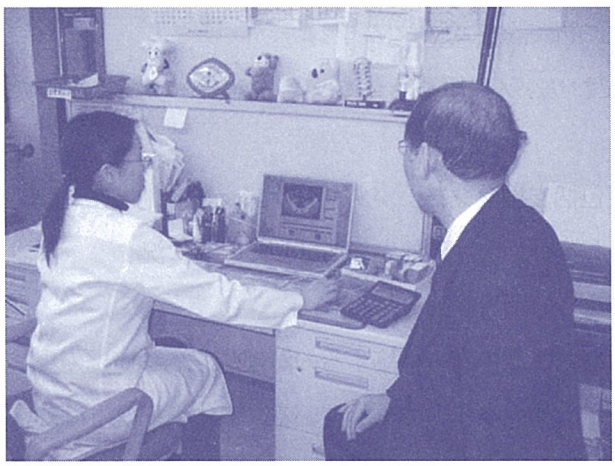
・　合併し独法化した場合、八幡、平田、松山はどうなるか。酒田市からはそうした場合の調査は今のところ無い。

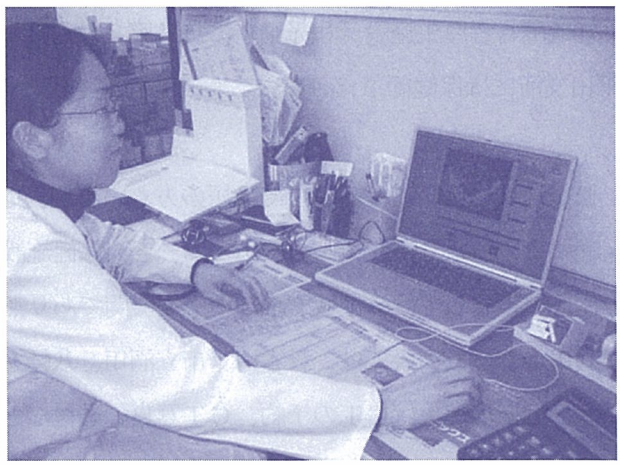
・　出身地の徳島では救急車で病院に搬送するのに1時間もかかるところある。それに比べれば勤務をしていて環境もよく、ずっといてもいいくらい。

・　女性医師が働きやすい環境づくりについては、①保育施設の充実②勤務時間がフレックスだと良い。9 時～5時の勤務が望ましい。

【住民の声】（待合室にいた患者に聞き取り）

- 82 歳の女性。夫と二人暮らし。息子 4 人は県外で暮らしている。診療所にはハイヤーで来た。640 円かかる。
- 松山診療所には 30 年も通っている。皆いい先生ばかり。困っていることはない。しいて言えば、大きな病院に行く場合に移動にお金がかかること。市立酒田病院には 20 分でいけるが、タクシーで 1 万円かかる。医療費はそれに比べて安いものだ。
- 患者も勉強しなくてはいけない。大病の予兆を見逃さないこと。夫が頭が痛く、めまいがしたとき変だと思い、すぐに医療機関に連れて行った。私は夫の命の恩人である。あと、病気にかからないようにするには気持ちを若くすること。私は気持ちは 50 歳だと思って生活している。





5　地域医療の充実に関するニーズ調査

（1）山形県内全無医地区（9箇所）及び準無医地区（10箇所）における対面調査記録

○　無医地区

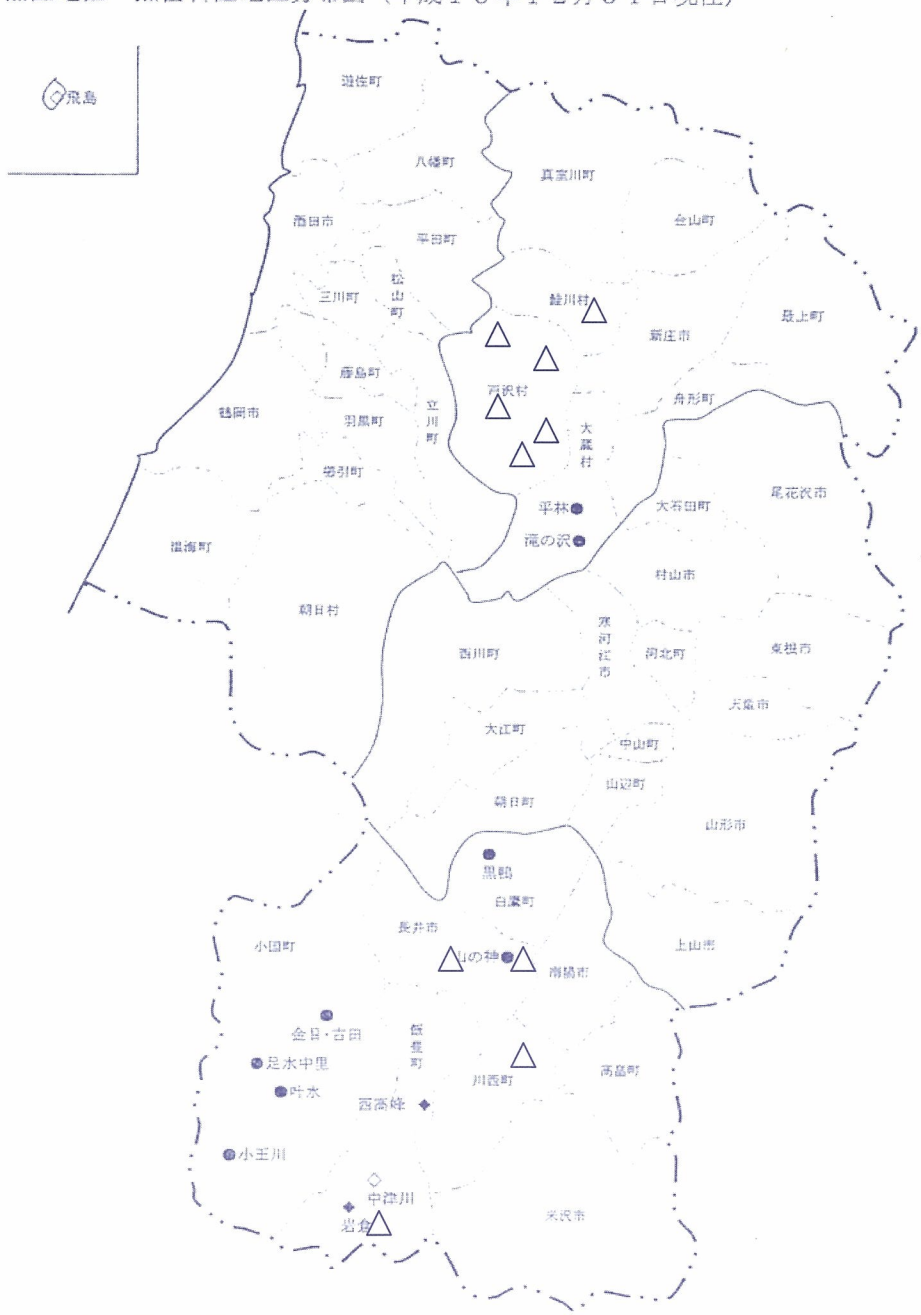
① 大蔵村滝の沢
② 大蔵村平林
③ 小国町足水中里
④ 小国町叶水
⑤ 小国町小玉川
⑥ 小国町金目・古田
⑦ 白鷹町黒鴨
⑧ 飯豊町岩倉
⑨ 飯豊町高峰

○準無医地区

①鮭川村曲川
②戸沢村上沢
③戸沢村岩清水
④戸沢村金打坊
⑤戸沢村西沢
⑥戸沢村杉沢
⑦川西町上和合上
⑧長井市山の神
⑨長井市大石
⑩飯豊町小屋

5　地域医療の充実に関するニーズ調査

（1）　無医地区・無歯科医地区分布図（平成１６年１２月３１日現在）



	無医地区		無歯科医地区	
	地区数	人口	地区数	人口
村山地域	－	－	－	－
最上地域	2	144	2	144
置賜地域	7	1,324	6	1,511
庄内地域	－	－	1	313
計	9	1,468	9	1,968

凡　例

- ● 無医地区かつ無歯科医地区
- ◆ 無医地区
- ◇ 無歯科医地区

資料：県健康福祉企画課調べ

△　準無医地区

（2）地域医療の充実に関するニーズ調査

分担研究者　叶谷　由佳　山形大学医学部看護学科地域看護学講座 教授
研究協力者　鈴木　育子　山形大学医学部看護学科地域看護学講座 助教授
研究協力者　大竹まり子　山形大学医学部看護学科地域看護学講座 助手
研究協力者　齋藤　明子　山形大学医学部看護学科地域看護学講座 助手
研究協力者　小林　淳子　山形大学医学部看護学科地域看護学講座 教授

研究要旨

地域における医療提供上の課題を明確にするため、山形県内の無医地区並びに準無医地区の保健師や住民に保健医療福祉の現状と課題に関する面接聞き取り調査を行った。

無医地区及び準無医地区の町村保健師 3 名を対象に在宅療養上の課題について面接調査を行った結果、「不便さ」「地域自助力の弱体化」「サービス提供体制の不備」「住民側の問題」「救急車を呼ぶことに抵抗がある文化」の 5 つのカテゴリーが抽出された。これらは、「無医・準無医地区特有の課題」と「無医・準無医地区に限らず日本全体に共通している課題」があると考えられた。

無医地区並びに準無医地区の住民に面接調査を行った結果、地域医療の課題として、「診療体制の整備」「サービス資源の整備」「保健福祉活動の更なる充実」が必要であることが示唆された。具体的には、「診療体制の整備」は①医療の質の確保、②患者およびその家族にとって信頼できる医師、看護職者の対応であること、③救急医療、夜間･休日診療体制が明確であること、④通院手段が確保されること、であり、「サービス資源の整備」は、①サービス資源を選択できること、②入所可能な施設が存在すること、であった。

＜無医・準無医地区における行政保健師から見た地域住民の在宅療養上の課題に関する調査＞

A 研究目的

無医地区及び準無医地区において在宅療養支援に関わる保健師の視点から、どのようなことが無医地区及び準無医地区特有の課題として挙げられているのかを明らかにする。

B 研究方法

1．調査対象者：無医・準無医地区のある山形県内の三町村において在宅療養支援に関わった経験を持つ町村保健師 3 名を調査対象とした。

2．調査期間：平成 18 年 9 月中旬から下旬。

3．調査方法

1）データ収集方法

研究目的・方法について対象者に文書と口頭で説明を行い、協力の得られた保健師に対し、事前に作成したインタビューガイドに基づいて半構成的面接を行った。面接内容は対象者の同意を得た上でテープレコーダーに録音または筆記にて記録し、逐語録を作成した。

2）分析方法

ＫＪ法に準じて、逐語録を精読し、在宅療養上の課題と思われる部分を文脈が理解できるよう配慮し、最小単位で抽出した。同じ意味内容の最小単位をまとめ小カテゴリー化した。その後さらに類似する小カテゴリーをまとめ、順にサブカテゴリー化、カテゴリー化した。全工程において地域在宅看護学を専門とする研究者 2 名からのスーパーバイズを受けた。

4．調査内容

1）属性：対象者の性別・年齢・看護職（保健師）経験年数

2）内容：（1）保健師の視点から見た地区特有の在宅療養の課題、（2）困難を感じた事例、（3）困難を感じた事例への対処、（4）在宅療養支援に必要不可欠なもの、（5）現在、在宅療養支援に不足しているもの

5．倫理的配慮

面接開始前に対象者に研究目的・方法の説明を行い、結果をまとめるにあたっては匿名性を確保し、個人が特定できないように配慮することを約束して同意を得てから面接調査を行った。面接内容は対象者の許可を得た上で録音した。

C 研究結果

1．対象者の属性

対象者 3 名の性別は全員女性、平均年齢は 51.7 歳、平均経験年数は 28.3 年であった。

2．在宅療養上の課題

逐語録を精読し、在宅療養上の課題を最小単位で抽出した。189の最小単位、38の小カテゴリー、14のサブカテゴリーが抽出され、5つのカテゴリーが見出された（表1）。以下、小カテゴリーを「」で、サブカテゴリーを『』で表し、カテゴリー毎に説明する。

1）不便さ

無医・準無医地区の課題として「地形的に往復の時間がかかり事業所も効率が悪い」など地形の問題が挙げられ、「中心部の地域は事業所が送迎できるが奥の方は家族が送迎しないと受け入れられない」ことが挙げられた。また、「採算が取れずバスの通ってない所や、通っていても曜日や本数が限られて受診できない科がある」という公共交通機関の不便さから住民は車を利用しているが、「車が不可欠だが高齢者や女の人は運転できる人が少ない」、「冬は除雪された道路まで距離があり家から出ることも大変」等の問題が挙げられた。その他「医者に行くのは1日がかりで他県まで行って受診する」、「携帯電話が入らないなど無医地区に限らず生活全てに不便」という小カテゴリーが抽出され、不便さとした。

2）地域の自助力の弱体化

「今は個人個人の動きになってきて田舎でも公民館の活動自体が減ってきている」、「高齢化が進んで具合の悪い人ばっかりの地区だと助け合う力も弱くなっている」、「互いに助け合って地区で高齢者を支える地域の力が一番必要で、もう行政だけの力では絶対に無理だ」という小カテゴリーから『地域の力』というサブカテゴリーが抽出された。また、「単身高齢者の認知症が多くなっている」、「若い人が日中、中心部に働きに出ると残された人の中では交通機関が無いために身動きが取れず昼間の方が逆に危険」という小カテゴリーから『日中の高齢者世帯の問題』というサブカテゴリーが抽出された。さらに、「独身の人が年をとった時の介護者が心配」、「家族に介護する気が無いから同居しない。村の中での結婚が減り、独身の50代男性が多いため単身高齢者・高齢者世帯の割合が多い」、「65歳以上がほとんどの地区もあり、若い世代の人達がいないことからも高齢化率は増えて、高齢者の夫婦世帯も多く、老老介護もこれからもっと多くなっていく」という小カテゴリーから『単身高齢者、高齢者世帯、50代独身男性の増加、介護者の不在、介護者の高齢化が問題』というサブカテゴリーが抽出された。これら3つのサブカテゴリーから、地域の自助力の弱体化とした。

3）サービス提供体制の不備

「受け皿の医療機関が少なく医師不足のため、急変した時の不安は切実」、「保健師等が増えるわけではなく高度医療に接する事もあまり無く、緊急時の連携体制がないと退院しない。」「家のどの部屋でどうするかは人によって違うため、医療機関で外に出てきて看護師とかに何回か退院指導して欲しい」、「いろんな人が入るためコーディネーター役が必要で、連携体制を整理しておかなくてはならない」という小カテゴリーから『退院しにくい要因』というサブカテゴリーが抽出された。また、「医師を複数雇うことは経済的に出来ない」、「専門的な医療を受けたくても、有床診療所が無く先生が日替わりで来るためどこかに行かなくてはならない」という小カテゴリーから『医師不足に関連した問題』というサブカテゴリーが抽出された。さらに、「施設に入りたい人が多いが、施設も限度があり、やむを得ず在宅になる方が多い」、「介護保険制度も障害者自立支援法も、規制や不十分な点や矛盾している所への不満がある」、「介護保険の利用者が増えている」、「前よりはいろんな方を家で看られるようになった」という小カテゴリーから『介護保険制度の開始後の状況』というサブカテゴリーが抽出された。その他、『保健師の身の周りにアドバイザーがいない』など、7つのサブカテゴリーから、サービス提供体制の不備とした。

4）住民側の問題

「子育てをするのにもお金はかかり、働かないと生活は大変」、「借金等、保健師の活動だけでは手助けや解決ができない問題がある」、「経済的な面で色々困っている人が増え、サービスを断る人、一割負担が負担な人、年金が家族の生活費になっている人等の問題」という小カテゴリーから『住民の経済的問題』というサブカテゴリーが抽出された。また、「生活のために仕事に出なくてはならない介護者が多くなってきている」、「家族で解決していたことができない状態になっている」、「介護の所よりも自分が精神を悩んでいたり、ひきこもり等の相談が少し多い」、「へき地に残した親を中心部で勤めている若い人が看ていくのは困難」、「利用できない家族の問題があり、介護保険を申請することそのものも躊躇してしまう等、その家族がバラバラ」、「家族の不安のケア、サポートなど介護者が楽になれるような対策が課題だ」という小カテゴリーから『住民の家族の問題』というサブカテゴリーが抽出された。これらの2つのサブカテゴリーから、住民側の問題とした。

5）救急車を呼ぶことに抵抗がある文化

「（住民は）救急車を呼ぶことに抵抗ある」という小カテゴリーが抽出され、救急車を呼ぶことに抵抗がある文化とした。

D 考察

在宅療養の課題として抽出された5つのカテゴリーの中には、「無医・準無医地区特有の課題」

と「無医・準無医地区に限らず日本全体に共通している課題」があると考えられ、それぞれについて考察する。

1．無医・準無医地区特有の課題

無医・準無医地区特有の課題として、【不便さ】と【救急車を呼ぶことに抵抗のある地域の文化】が該当すると考えられる。また、【地域の自助力の弱体化】の「交通機関が無いために、若い人が働きに出る日中は身動きが取れない」、「村の中での結婚が減り、結婚していない50代の男性が多い」、「若い人が戻ってこない」、【サービス提供体制の不備】の「受け皿の医療機関が少ない」、「医師を雇うことは経済的に出来ない」、「有床診療所が無く先生が日替わりで来るため、どこかに行かなくてはならない」、【住民側の問題】の「子育てをするのにも、高校行く際には下宿などで遠くに行かなくてはならないのでお金がかかる」、「最近は、へき地にお年寄りだけが残っていて若い人は仕事のために残らないで出て行く」が該当すると考えられる。

無医・準無医地区は「地形的に往復の時間がかかり」、「効率が悪く」、介護保険の事業所のサービス提供に制限があった。事業者のサービス提供に対する意識調査では、山間地域への訪問サービスの提供は不安要因があるために消極的である傾向が見られ、不安要因のひとつに「距離が遠すぎる」ことが挙げられている[5]。このことから、地形的な不便さは事業所のサービス提供を制限し、住民の在宅療養を困難にすると考えられる。また、採算が取れにくいことからバスの通っていない所もあり、通っている所も本数の制限があるという状況は、住民の受療する機会を制限していると考えられる。加えて「専門的な医療を受けたくても、有床診療所が無く先生が日替わりで来る」ため手術等の場合は他県に行かなくてはならず、在宅療養者にとっては不便な環境であった。また、常勤医師がいる場合でも「医師を雇うことは経済的にできない」ため医師の負担が大きく「独りで診る医師ももたない」事から、医師不足を助長する要因になっていると考えられる。他に「携帯電話が入らない」所があることや、冬は雪で「家から出ることも大変」な状況は突発的な急変等に対処しにくく、住民の在宅療養への不安を高める要因となっていると考えられる。これらの物理的な不便さを補うものとして、在宅遠隔療養支援システムの導入が考えられる。在宅遠隔療養支援システムとは、在宅にバイタル測定用機器やテレビ電話を設置し、情報通信回線を利用してリアルタイムで療養者宅と医療機関をつなぎ、在宅療養を支援するシステムであり、在宅遠隔療養支援システムに関した先行研究でも有効性があると報告されている[6),7)]。

高い高齢化率の一因に「若い世代の人達が戻ってこない」ことが挙げられるが、無医・準無医地区特有の不便さも加わって仕事のために若い世代の者が出て行くことが予測される。また、50代の独身男性が多いという結果があったが、「村の中での結婚が減った」理由として、恋愛結婚の増加、両親との別居を含むサラリーマン型家族を都会側の独身女性が望んでいること[8)]が一因として考えられる。このため単身高齢者の増加、高齢者世帯の増加に伴う老老介護の増加が進行していくと考えられる。さらに独身の者は生活習慣を管理する存在がいないことから高脂血症や糖尿病になりやすく、加齢に伴う症状の悪化や認知症の発症の可能性があるが、介護者がいないことから誰が看ていくのかが重大な課題となっている。地域の高齢化率増加はその地域の自助力の弱体化にもつながることが予測される為、地域と行政が連携を図りながら、地域の自助力を高める取り組みを積極的に行うことが必要不可欠だと考えられる。

【救急車を呼ぶことに抵抗のある地域の文化】として、住民、特に年配の人は「救急車を呼ぶことに抵抗があり」、医療的な面に関しては保健師が住民に救急車を呼ぶよう説得しているという結果があった。このことは世間体が影響していると考えられる。世間体とは、世間の目から見られたときの自分の状態についての意識であり、自分の行動や態度を自分自身の価値観ではなく、世間の規範に準拠して決定するという日本人特有の規範意識とされている[9)]。世間体に関する先行研究より、年代によって世間体意識の強さに違いがあり、高齢となるほど世間体を気にすること、家族構成では、一人暮らし、夫婦のみ、2・3 世代家族の順に世間体意識が強いこと、住宅地よりも農村部などの人の出入りの少ない地方において世間体意識が高まることが報告されている[9),10)]。一方、世間体意識が強いほど人との交流体験から影響を受け、若い世代の価値観を受容しようとし、マスメディアからの情報を参考にする傾向にある[10)]。以上より、単身高齢者や老夫婦、核家族の割合が高く、人の出入りの少ない無医・準無医地区は世間体意識が高くなりやすい環境にあると考えられる。また、救急車を呼ぶことへの抵抗感は住民に悪影響を及ぼす可能性もありうる。そのため、地区単位で住民に対し、状況に応じて救急車を呼ぶことの重要性を指導していく必要があると考えられる。

2．無医・準無医地区に限らず日本全体に共通している課題

無医・準無医地区に限らず日本全体に共通している課題として、高齢化の進展と「個人個人の動きになってきている」ことによる【地域の自助力

の弱体化】や、「医療機関で外に出てきて退院指導を何回かして欲しい」こと、「介護保険の利用者そのものがどんどん増えている」が「施設も定員があり限度があるため満杯で、やむを得ず在宅になる方が多い」や「いろんな人が入るためコーディネーター役が必要」という【サービスの提供体制の不備】、また、「経済的な面で色々困っている人が増え」、「借金等、保健師の活動だけでは手助けや解決できない問題」があり「生活のために介護者が仕事に出る」ため「家族の介護力が弱くなっている」ことや、「介護より家族の方のことの相談が多い」、「いろんな理由で利用できない家族の問題がある」、「家族（介護者）の楽になれるような対策が課題」という【住民側の問題】が該当すると考えられる。

我が国の 65 歳以上の高齢者の子どもとの同居率は低下傾向にあり、夫婦のみ又は独居の世帯割合が増加しており [11]、「家族に介護する気が無いから同居しない」家庭が多いという結果は、この傾向に沿ったものであると考えられる。高齢化の進んだ地区では地域住民の互いに支え合う力が弱まってしまうと考えられるため地域の自助力を高めていくことが必要である。しかし、「今は個人個人の動きになってきて」いるという結果から、今は地区で集まって集団で何かをしていこうとする人が少なくなってきていると考えられるため、住民同士のつながりをいかに保持していくかが今後の課題である。

また、地域住民の中には「経済的な面で色々困っている人が増え」、「借金等、保健師の活動だけでは手助けや解決できない問題」が生じている。経済的な問題は、介護者に「生活のために仕事に出る」ことを強いる結果につながっていると考えられる。また、家族同士の意見が合わないことや家族が疾病を有している等の「いろんな理由で利用できない家族の問題がある」ことによっても「家族の介護力が弱くなって」いることが考えられる。

さらに、介護保険制度が開始されたことで以前よりも在宅療養が可能なケースが増え、利用者は多くなっている。それに伴い施設利用希望者も増加していると考えられる。しかし施設にも限度があるためにやむを得ず在宅療養を行っている家庭があり、「家族（介護者）の楽になれるような対策が課題」であると考えられる。

サービスの提供体制に関しては、「医療機関で外に出てきて退院指導を何回かして欲しい」という結果から、利用者一人一人の在宅療養状況を十分に把握した上での退院後指導を必要に応じて行うことで、どのようなケースにおいても不安を抱え込ませないように医療機関でフォローアップしていくことが必要であると考えられる。また、在宅療養していく上では様々な関係職種が関わるため「コーディネーター役が必要」であるが、同じケアマネージャーでも有している資格によってマネージメントの視点が異なり、その視点がマネージメントに反映されると考えられる。ケアマネージメントは顕在化している問題だけではなく、潜在化している問題、予測される問題についても検討し、対象者を全人的にとらえてアセスメントしていく知識や技術が求められるが、これらは看護職のマネージメントのプロセスと共通している。よって「看護の目をもってケアマネージメント」していくことは有効であると考えられる。

E 結論

無医地区及び準無医地区において在宅療養支援に関わる保健師の視点から、どのようなことが無医地区及び準無医地区特有の課題として挙げられているのかについて調査した結果、以下のことが明らかとなった。

1．無医地区及び準無医地区における在宅療養の課題として、「不便さ」、「地域自助力の弱体化」、「サービス提供体制の不備」、「住民側の問題」、「救急車を呼ぶことに抵抗がある文化」が見出された。
2．課題には「無医・準無医地区特有の課題」と「無医・準無医地区に限らず日本全体に共通している課題」があった。

F 謝辞

本研究を行うにあたり、お忙しい中調査に御理解、御協力いただきました保健師の皆様に心より厚く御礼申し上げます。また、本研究を進めるにあたり、ご指導いただきました山形大学医学部看護学科大竹まり子助手、叶谷由佳教授はじめ地域看護学講座の諸先生方に深く感謝申し上げます。

G 引用文献

1) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生の指標　臨時増刊 2006；53(9)
2) へき地医療情報ネットワークへき地ねっと http://www.hekichi.net/　へき地保健医療対策実施要綱．2006 年 4 月
3) 厚生労働省ホームページ http://www.mhlw.go.jp/　第 10 次へき地保健医療計画等の策定について．平成 18 年 5 月
4) 田村雅子，高井くるみ：医療過疎地での在宅療養に向けた退院指導に関する一考察　―人工呼吸器装着患者の呼吸管理を中心とした生活援助―．日本看護学会論文集（地域看護）2000；31：41－43
5) 小川亜矢，深江久代，三輪眞知子，今福恵子：山間地域における介護サービス導入に対する住民教育についての考察　―事業者のサービス提供

に対する意識調査―．静岡県立大学短期大学部特別研究報告書．2003：1－9
6)西田厚子，西島治子，宮田克子，伊波早苗，本田育美：遠隔医療を活用した在宅神経難病患者のネットワーク強化の試み　―高度医療機器を装着した高齢者夫婦ケースへの活用事例から―．日本難病看護学会誌 2004；9(2)：136－143
7)杉原幸子(君津中央病院地域医療センター訪問看護室)，関根美華，金津広子，北御門初恵，菊川文江，長谷川和子，森博通，磯部勝見：テレビ電話利用による「在宅遠隔療養支援システム」の効果と課題．癌と化学療法 2005；32：53－55
8)小栗克之，加藤初美，杉山道雄：農家の後継者・花嫁不足問題　―岐阜県の農村を中心としたアンケート調査結果による分析―．岐阜大学農学部研究報告 1991；56：119－132
9)太田裕子，藤井直江，吉田恵理，上條育代，稲吉久美子：N 村住民の保健福祉サービスに対する意識と利用を阻害する要因　―世間体と抵抗感が及ぼす影響について―．飯田女子短期大学看護学科年報 2002；5：223－257
10)麻原きよみ，百瀬由美子：世間体の意識と公的サービス受容に関する研究(第 1 報)　―世間体の意識と影響要因―．日本看護科学会誌 1994；14(3)：272－273
11)内閣府：「暮らしと社会」シリーズ，高齢社会白書，平成 17 年版．
12)山形県健康福祉部：山形県の健康と福祉，平成 18 年 5 月．
13)山形県健康福祉部：事業統計編，保健福祉統計年報，平成 16 年．

＜へき地における地域住民の保健医療福祉のニーズに関する調査＞

A 研究目的

へき地における保健医療福祉の課題を地域住民のニーズにより明確にする。

B 研究方法

1　対象

山形県内の無医地区並びに準無医地区（平成 16 年 12 月 31 日現在）の住民

無医地区　　9 か所
　最上保健所管内　2 か所
　　大蔵村滝の沢/平林
　置賜保健所管内　7 か所
　　小国町足水中里/叶水/小玉川/金目・古田
　　白鷹町黒鴨
　　飯豊町岩倉/西高峰
準無医地区　10 か所
　最上保健所管内　6 か所
　　鮭川村曲川
　　戸沢村上沢/岩清水/金打坊/西沢/杉沢
　置賜保健所管内　4 か所
　　川西町上和合上
　　長井市山の神/大石
　　飯豊町小屋

2　対象へのアプローチ

各対象地区を持つ市町村の保健師に調査目的、調査の趣旨等を説明し、該当する地区に住む、調査の趣旨を理解し面接聞き取り調査への協力が得られる住民の紹介を依頼した。保健師より紹介を受けた後に電話で調査協力依頼をし、対象の指定する場所での面接聞き取り調査を計画した。

3　調査項目

年齢、性別、職業、家族構成、日常生活状況、居住環境、地域特性（社会資源の有無等）、保健医療福祉機関とのかかわりと制度の利用に関する経験、保健医療福祉機関に望むこと

4　調査方法

面接聞き取り調査。聞き取った内容は、可能であればテープに録音し、面接内容とともに、文字として記録した。

5　分析方法

文字として記録した面接内容から、地区状況、地区内の世帯状況、地区外へ出るための交通手段、地区住民が主に利用している医療機関、通院手段、福祉施設、教育機関及び通学方法、救急体制、夜間・時間外の診療体制に関すること、医療保健福

祉に関する要望に関する内容を抽出し、分類整理した。

6　倫理面への配慮

本調査は、山形大学医学部倫理審査委員会において審査を受け承認を得た。

C 研究結果

山形県内 8 市町村 19 か所の対象地区のうち、1 か所は紹介可能な住民がいないということであったため、18 か所 18 名への面接となった。

1　地区ごとに捉えた住民のニーズ

（1）曲川

①地区の概要

地区状況：道路の幅が狭く、特に冬季間は、雪のため通行が困難になることがある。道路拡張を陳情し続けた結果、現在、待避所を作る工事が進んでいる。上芦沢地区は、曲川地区の中の一集落である。

上芦沢地区内の世帯状況：9 戸

子どもと孫と生活している世帯 4 世帯、若い人は勤めにでてしまうため、日中は高齢者のみとなる。

地区外へ出るための交通手段：

村営バス、自家用車

地区住民が主に利用している医療機関：

県立病院、真室川町立病院、新庄市にある民間病院、村内の開業医（自家用車で約 20 分）

通院手段：自家用車、村営バス

村営バスと JR 線

病院の送迎バス

福祉施設：特別養護老人ホーム（入所 30 床）、在宅介護支援センター併設

教育機関（通学方法）：小学校は分校が、徒歩で通学する。

新たに中学校は統合されたが、通学方法は、自転車、通学の時間に合わせた村営バス、電動自転車、家族が車で送り迎え、と変化はない。

救急体制、夜間･時間外の診療体制に関すること：救急車の管轄は、真室川町にある消防署であるが、15 分位で到着する。夜間・時間外等は、かかりつけ医に連絡をとって対処する。

保健･医療・福祉に関する情報源：新聞、テレビ

医師、保健師等との接点もあり情報は入ってくる。自身が情報の発信源にもなっている。

②住民のニーズ

在宅療養：高齢で独居だったり、結婚していない息子と二人暮しだったりすると、介護が必要な状態になったら入院し、ある程度治ると施設へ入所ということになる。また、家族がいても家族は仕事を持って勤めているので、入院あるいは施設入所となる。

サービス利用：特別養護老人ホームは満床であり、施設入所の場合は空き待ちになる。

地理・気候条件に関わること：主要道は県道になっているので、除雪車が入るが、脇道は、除雪機械を持っている人が自治体からの委託を受けて行う。若い人は勤めにでてしまい、日中不在であり、高齢者は運転できない。日中にドカ雪が降ると、除雪する人が仕事にでかけていて不在のため、除雪されないことがある。年に 2～3 回はある。もしそういう場合に救急車を要請することになれば、車が入れないときには救急隊員の手での搬送ということになる。

③考察

地理的条件により、救急搬送は困難を伴う可能性がある地区である。

かかりつけ医を持つことにより、往診あるいは訪問診療に対応してもらえたり、受診に関わる相談が可能になったりすることを住民に周知する働きかけを継続していくことも大切である。

在宅療養が必要な状態になった場合、受け入れてもらえる施設があったり、十分に活用できるサービス資源があると高齢者とともに生活する住民は安心できると思われる。

（2）大石

①地区の概要

地区状況：市道が川の上流部の学校まで続いているが、川の最上流部に位置する集落である。

地区内の世帯状況：3戸

明治から大正の初期にかけては、113戸あった。昭和42年には64戸。無医村、教育が不便であるため他地区へ引っ越していった。初めは2、3戸だったが、毎年毎年減少数が多くなっていった。昭和50年頃には26戸あったと思う。

地区外へ出るための交通手段：自家用車

地区住民が主に利用している医療機関：

公立置賜総合病院、サテライトの公立病院

通院手段：車で30分から40分、14㎞

福祉施設：特別養護老人ホーム、経費老人ホーム、在宅介護支援センター併設（居宅介護支援事業所）

知的障害者のデイサービス施設

児童センターでは、障害児を受け入れている。

教育機関（通学方法）：小学校の分校はだいぶ前に廃校になり、現在は跡形もない。

現在子どもはいない。

疾病予防、健康増進関連事業との関わり：

昭和50年ごろに、当時の公立総合病院の医師が公民館長に働きかけ、へき地診療が始まった。公民館を利用して、血圧測定と食生活についての話などを行っていた。2,3年したら市の保健師も一緒に来るようになった。公民館は使いにくいため、この家を会場にしていた。高齢者が多く集まったが、その当時はほとんどがその公立総合病院の患者であり、タクシーに乗り合いをして通院しており、医師と顔なじみであった。

救急体制、夜間・時間外の診療体制に関すること：

救急車到着までに40分。夜間・時間外は、公立置賜総合病院で対応してもらう。

②住民のニーズ

医療：最期は、施設あるいは病院で亡くなっている。昔は99%自宅であったが、今は99%が施設である。医師に来てもらうにも大変な場所である。医師はいくら呼んでもおそらく来ない。往診医は考えたこともない、必要だと思ったこともない。かかりつけ医に自分の車で行けばよい。

高齢者は、一回／月、どこか悪いところがあれば一回／二週位診察してもらったほうがよいのではないかと思う。高齢者の場合には往診医は必要なので、この場所では在宅療養はない。

高齢者福祉：認知症高齢者対策が不十分である。介護が必要な人が入る施設が足りない。順番待ちしている。

サービス利用：道路事情などから、訪問看護、訪問介護の利用は困難である。「怖い、自信がない」と言われ、断るしかなかった。

地理・気候条件に関わること：上流部に学校があり男子学生が約60名住んでいる。市道がそこまで続いており、除雪されるので、雪のために困ったことは特にはない。

③考察

医療、介護が必要で、家族のみでは対応しきれない場合に利用できるサービスが十分に活用できることが理想ではあるが、地理的条件もありあきらめざるを得ない状況である。サービス提供事業者がこのような地区でサービス提供を行うには、移動に伴う時間的、経済的さらには安全に関わるリスクが考慮されることが必要である。リスクを考慮したうえでのサービス提供が可能にした後に、住民にサービスを利用するかしないかの選択権が与えられるようにすべきである。

（3）山の神

①地区の概要

地区状況：前記大石地区の下流に位置する隣の集落である。

地区内の世帯状況：12戸

移転したところがあり、戸数は減少している。

地区外へ出るための交通手段：自家用車

冬季間は市営のバス（住民バス）が利用できる。

住民バス：伊佐沢地区3000円以上／戸を出し　合い、市からの補助と公民館の補助を利用しているようだが、12月20日から2月20日まで走らせている。基本的には無料のバスで、公立置賜総合病院から山の神地区まで、伊佐沢地区を走り、途中駅も経由する。学生も利用している。協力金として支払う場合もある。資金的にはぎりぎりで運営している様子。

地区住民が主に利用している医療機関：開業医、公立置賜総合病院、サテライトの公立病院

新しい医療機関よりも以前からのかかりつけ医に行っている。

通院手段：自家用車、タクシー

冬季間は住民バス

福祉施設：介護老人保健施設、グループホーム、特別養護老人ホーム

教育機関（通学方法）：小学校まで徒歩30分から35分くらい。中学校は統合されている。

疾病予防、健康増進関連事業：公民館での検診を利用

5,6年前まで、区長や地区の主だった人の

の家を借りて、医師と看護師が出むき、血圧を測ったり、話をしたりしてくれる機会（へき地巡回医療）があった。

救急体制、夜間・時間外の診療体制に関すること：救急車は電話してからが時間がかかる。

冬は、道路は除雪されているが、夏と冬では条件が違う。夏ほど早くは来られない。

②住民のニーズ

医療：一番の問題は、移動である。高齢になると、タクシーか家の人に車に乗せていってもらわなければならない。以前は、大通りを定期バスが通っていた。高齢者が歩いていけるところに開業医はいないので、若い人に手を休めて連れて行ってもらわなければならない。移動と待ち時間で、半日くらい時間をとられる。冬季間は、5,6年前から住民バスがある。

保健：昔みたいに、医師等が来て、話をしてもらったりする機会があると良い。高齢者は心配なことがあるので、そのような機会があることで安心していられる。

サービス利用：入所は順番待ち。デイサービスは利用できているようである。

地理・気候条件に関わること：学校があるので朝晩の除雪は問題ない。車が通れなくなるほどの降雪は、年に1回か2回くらいである。交通に関しては、道幅が広いといい。道さえよければ問題ないので申請はしている。

③考察

交通が不便な場所にあり、通院手段を確保するにも車を運転できない高齢者は、家族に負担をかけることになる。住民バスがさらに便利なものになっていくことにより、通院を含めた交通手段に関しては解決可能ではないか。

生活するうえでの住民の安心感を確保するためには、公民館等で行う保健活動を活発化させていくこともこの地区では有効であると考える。

山の神地区、大石地区を通る市道から

山の神地区、大石地区を貫く川

（4）滝の沢

地区内の世帯状況：20戸

5、6年前は24、25戸あったが、減少した。高齢となった夫婦が息子とその家族が住む他市に家を建てて引っ越した。

中国、韓国、フィリピンから嫁いで来る人がいる。

（5）平林

地区内の世帯状況：16戸

20戸あったが、他市に住んでいる子どものところへ引っ越した家もある。

①滝の沢、平林地区の概要

地区状況：滝の沢地区、平林地区ともに 山間部の沼の台地区の棚田が広がる地帯に位置する集落である。車がないと生活していけない。

地区外へ出るための交通手段：自家用車、村営バス

地区住民が主に利用している医療機関：

大蔵村診療所、県立病院、新庄市の開業医。

産科は、県立病院、新庄市の開業医。

通院手段：自家用車。村営バス、路線バスと乗り継ぎ、必要時はタクシーを利用する。

近隣者は親戚関係にあったりするため、通院のために車を出すことを頼まれることもある。

福祉施設：特別養護老人ホーム（80 床）、在宅介護支援センター併設。

救急体制、夜間・時間外の診療体制に関すること：救急車は、25分～30分くらいで到着する。

雪があると時間がかかる。地区内で救急車の出動を要請するのは、年に一回くらいである。

夜間・時間外は診療所を利用できる。

教育機関（通学方法）：小中学校

幼稚園から中学校までは、地区で持っているバスを利用して通学。滝の沢地区からは徒歩20分、平林地区からは徒歩30分くらいであり、冬季間は、雪で通学路が狭くなり危険なため、バス利用が勧められている。部活動をする場合は、家族が車で迎えに行く。高校も、現在は通学している。部活等で必要な場合は迎えに行く。

疾病予防、健康増進関連事業：送迎付きのドック検診がある。結果報告会は公民館で行われる。

②住民のニーズ

生活：不自由なことは、現在は特にない。人がいなくなってしまわないように、中心部に職場が欲しい。働く場所がないため、地区に引き止められない。

冬季の生活環境は、ここ 10 年くらいで変わってきた。以前は男性は出稼ぎに行っている人が多く、冬季間は女性が家を守らなければならなかった。そのために婦人の消防組織があり、現在も活動している。

公民館は各地区にひとつずつある。月に一度公民館でやっている観音講（女性だけの集まり）がある。

田畑と、家があるから住んでいる。

滝の沢地区は、高齢者は、シルバーカーを押して歩行する人が多い。畑仕事に行き、収穫したものを運んだりするのにも便利であり、道端でそれに座って話をしていたりする。公民館の外にたくさんシルバーカーが並んでいたりする。

医療：診療所は、金曜日に夜間診療をやっているので助かる。働いている人が仕事が終わってから受診できたり、仕事を休まずに高齢者を受診させたりすることができる。また、必要なときには紹介状を書いてくれる。夜間休日などでも、相談、診療体制をとってくれているので安心感がある。

保健：子どもの予防接種は、新庄市まで行かなければならなかったり、日時を限定されたりするので不便に感じている人もいると思う。

在宅療養：看取りは、自宅で行うことが多い。

地理・気候条件に関わること：

道路除雪は、自治体の委託により建設業者が行っている。吹き上げ式の除雪車で行う。家の前まで入ってくれるので助かる。

滝の沢地区は、3,4 年前に橋ができたことにより便利になった。車がないと生活していけないため、嫁いできてから自動車運転免許を取る人もいる。

③考察

医療に関しては、診療所の医師が金曜日の夜間診療、夜間・休日の対応、往診や訪問診療などを行っており、住民にとっても診療所は頼りになる存在である。現在のところ医療体制についての不安はない。

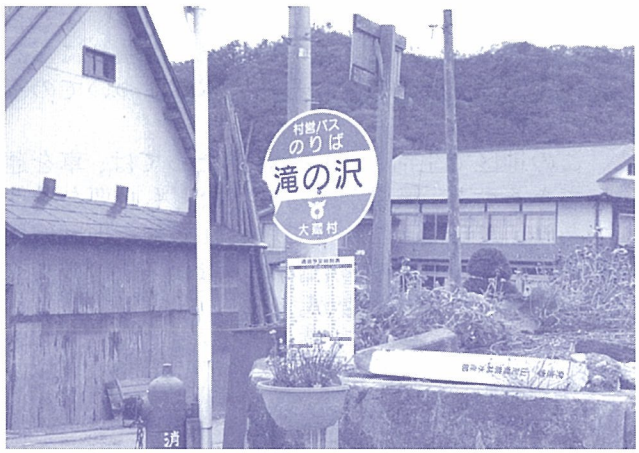
この地区で生活していくにあたっては、車を運転できること、職場があることなども必要な条件であり、さらに、これまで培われてきた地区住民同士のつながりを有効に活かしながら、地域づくりを継続していく必要がある。

滝の沢地区へ向かう新しくできた橋

平林地区

滝の沢地区の棚田

平林地区の棚田



（6）上和合上

①地区の概要

地区状況：玉庭地区の最も奥に位置する上和合地区の中の一集落である。

地区内の世帯状況：4戸

上和合地区全てでも 18 戸。高齢者夫婦が多い。

生活基盤が十分でなく不便であるため、離れていく人が多い。以前は、上和合上地区だけで 20 戸以上あった。若い人は、日中働きに出る。介護保険を使いたいような人は今はいない。日中高齢者のみになるため心配であるが、現在はみんな元気に過ごしている。

地区外へ出るための交通手段：自家用車。路線バスがなく、交通の便は悪い。冬は路面凍結で滑る。

地区住民が主に利用している医療機関：公立置賜総合病院、サテライトである公立置賜川西診療所分院（町立から週に何回か医師が来ている)、駅前の開業医など。

通院手段：予約制の乗り合いバスがある。町がタクシー会社と契約しているもので、独力で通える人は、4,5 人乗り合いで通う。地区全体を回っていくため、40 分はかかる。具合が悪い人が使えるものではない。自分で通えない場合、急な通院は、家の人が仕事を休んで自家用車で送っていくことになる。

教育機関（通学方法）：玉庭地区中心部の幼稚園、小学校、中学校

幼稚園から中学校まで、町のスクールバスを利用できる。

疾病予防、健康増進関連事業：玉庭地区中心部にある公民館で地域の検診が行われる。距離は 7km くらいある。回数が少ないため便利ではない。

検診と結果報告の時には保健師との接触がある。

救急体制、夜間・時間外の診療体制に関すること：救急車は、夏は 20 分くらいで到着する。距離は 20 ㎞くらい。冬は大変である。

夜間・時間外については、病気の程度によって救急車か自家用車の利用になるだろう。かかりつけ医への相談も可能だと思う。

②住民のニーズ

生活：路線バスはない。高齢になり、車の運転ができなくなったら、交通手段を確保できなくなり困る。生活が不自由である。交通費などの無駄な費用がかかる。しかし、現在の生活が当たり前になっている。自分たちは、ここで過ごすしかない。「子どもたちはここから出したい」と言う気持ちもある。交通の便がよくなって欲しい。

医療：公立の総合病院は、夜間もやってくれるので助かる。

サービス利用：訪問看護、訪問介護のようなサービスは、難しそうに思える。夏はよいが冬は来られないだろう。

地理・気候条件に関わること：

県道から家の前までの除雪がある。朝は入るが、晩は入らないときもある。冬の除雪を徹底して欲しい。

③考察

予約制の乗り合いバスは活用可能だが、車の運転ができないと交通手段の確保が困難な地区である。車があれば、時間はかかるが夜間・休日に基幹病院を受診することも可能である。

訪問看護、訪問介護、訪問入浴サービスといった訪問系のサービスも、利用しやすく提供しやすくなることが望まれる。

玉庭地区

玉庭地区観光施設を臨む

（7）岩倉

①地区の概要

地区状況：岩倉地区は、中津川地区の一部であり、中津川地区の中心部からさらに山に向かったところにある集落である。

地区内の世帯状況：29戸

中津川地区全てでは147戸

農林業では商売にならないため、仕事をするために町に出ているひとがほとんどであり、高齢者だけが残される形になっている。高齢化率46.4%である。

地区外へ出るための交通手段：

デマンドタクシー（後述のデマンド交通と同様）、スクールバス、自家用車。

地区住民が主に利用している医療機関：

飯豊町国保診療所附属中津川診療所、公立置賜総合病院、飯豊町国保診療所など。歯科は、長井市、米沢市、川西町に行くことが多い。

通院手段：自家用車、予約制のﾃﾞﾏﾝﾄﾞﾀｸｼｰ

福祉施設：介護老人保健施設

教育機関（通学方法）：小中学校　距離は4,5km

以前は歩いて通っていた。現在はスクールバスがある。中学生は自転車を利用する。冬は部活動の時間に合わせてスクールバスを運転しているようである。

疾病予防、健康増進関連事業：検診は中津川地区の公民館で行っている。結果報告の時には保健師との接触がある。1回／年

救急体制、夜間・時間外の診療体制に関すること：救急車は、夏は30分位で到着する。冬は、さらに時間がかかる。夜間、休日に何かあったら、救急車を頼むしかない。

②住民のニーズ

生活：職場がない。何をやるにも人口の減少がネックになりうまくいかない。

医療：附属診療所の開設時間が、月・水・金の午前中だけである。毎日診療所を明けてもらえると助かることが多く、不便な中でも安心して暮らせると思う。医師数が増えて、安く医師が来てくれるようだとよい。

福祉：6月から新しい施設が開設された。中間施設のようなもので、国民年金では入れない、気楽に行けるところではない。

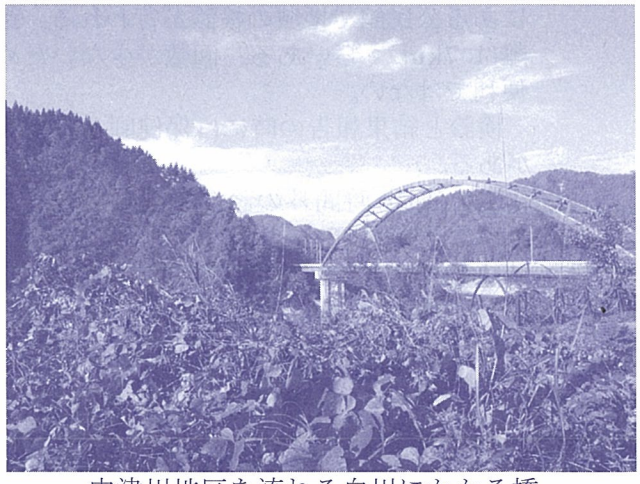
地理・気候条件に関わること：県道に除雪車が入る。町道も町で除雪してくれる。以前のように雪踏みをしなくてもよくなった。高齢独居世帯や県道から家の玄関までが遠いところなどには、玄関まで除雪車が入ってくれるところもある。

③考察

本年4月に導入されたデマンド交通が車を利用できない住民の通院手段となっている。

診療所の開設時間が短いことにより、不安な思いを持つことがあるようである。毎日診療が可能なように十分に医師を確保することが理想ではあるが、近くに医師がいる、何かあったら対応してもらえるといった安心感をもてるような対策、あるいは、医師に頼らなくても、地区住民が安心して生活できるような対策を検討していく必要がある。

岩倉地区の入り口



中津川地区を流れる白川にかかる橋

（8）小屋

①地区の概要

地区状況：小屋地区も前出中津川地区の一部である。

地区内の世帯状況：8戸30名、ほとんどが高齢者。

若い人（壮年期）がいる世帯は3世帯で、地区の役割などは、その3世帯で回す。

地区外へ出るための交通手段： デマンド交通。

地区内で利用しているのは、4世帯のみ。

デマンド交通とは：地区外への移動は500円。町内はどこでも、町外は病院やスーパーなど指定場所まで利用できる。路線バスは、決まった場所でしか止まらないが、デマンド交通は、家の前まで来てくれる。

地区住民が主に利用している医療機関：

公立置賜総合病院、飯豊町国保診療所、中津川診療所など。

通院手段：中津川診療所からは無料の送迎がある。一回／週、各地区に行っている。

福祉施設：特別養護老人ホーム、老人保健施設、老人ホームがある。

教育機関（通学方法）：昨年の3月に分校が廃止になった。学齢期の子どもはいない。

疾病予防、健康増進関連事業：検診は、中津川地区の公民館での実施である。

地区の公民館での健康教育も1回／年あり、日中家にいる人たちは参加しているようである。

救急体制、夜間・時間外の診療体制に関すること：救急車は、夏は30分位で到着する。冬は5割増しの時間で考える。途中まで自家用車で運び、救急車に合図して乗せてもらうようにしたことがある。冬期、除雪しなければ走れないようなときは、除雪車に出動してもらえるような連絡体制が取れている。特別に除雪しなければ走れないようなことは、ひと冬に何回も無いので、そのような状況で、緊急搬送が必要になったことは最近は無い。以前は、そりに乗せて運んだこともある。

夜間、休日に何かあったら、まず、救急車を呼ぶことを考える。

介護保険の利用：介護を受けている人はいるが、健康面では優秀なので、介護保険を利用している人は現在いないと思われる。訪問系のサービスを利用したい場合は冬は難しいかもしれないが、やってくれるとは思う。

②住民のニーズ

生活：冬期の生活を考えると共同住宅施設が必要だと考える。体が動くうちは他人に干渉されたくないという人が多く、現実的には難しく、ハードルは高いが、議論していかなければならないことではないかと考える。あと5年で小中学校の需要がなくなるため、その後の小中学校の施設を使えないかと思っている。

生活能力への限界を感じたら、家で過ごすことではなく、「施設」をイメージする。

医療：医療機関の受診は、待ち時間が長く一日がかりになってしまう。

診療所の医師がいつまでいてくれるか、将来的には不安がある。また、毎日診療ではないので不便である。午前中だけでも毎日やってもらえると安心である。診療所までの交通手段を確保してもらえていることはありがたい。今後、町村合併になると、隅々まで行政の力が及ばなくなるのではといった不安もある。

福祉：老人ホームは費用が高いので入って欲しくはない。特別養護老人ホーム、老人保健施設は、いっぱいで空き待ちの状態である。今後もっと需要が増えてくると思われるが、現状でも需要に応えられていない。需要に併せた施設が必要である。冬期間の雪の始末を考えると、介護者の負担は重いため、自宅での介護よりも施設が必要であり、施設にいける人は幸せであると思う。隣近所で相互扶助の気持ちはあっても、お互いに高齢になると十分にはできなくなってくる。移転しようにも移転先がない。はじめは同居するつもりでいても、結局地区外に出た子どもとの同居には至らないこともある。

③考察

高齢者のみが最期まで自宅で過ごすには厳しい地区である。しかし、入所可能な施設も十分ではない。この地区にサービスを持ってくることだけではなく、医療や社会資源のサービスへのアクセスが便利な場所に、あるいは定期的にサービス利用ができるようにして「高齢者共同住宅施設」を作ることも検討していく必要があるのではないか。

（9）西高峰

①地区の概要

地区状況：西高峰地区は、高峰地区の中の一集落であり、主要幹線道路である国道から中津川地区へ向かう県道沿いにある。

地区内の世帯状況：18戸60名位

高齢独居者はいないが、50 歳代から60歳代の男性の独居者がいる。

寝たきり者はいない。