

## 2 個別事例により捉えた住民のニーズ

### (1) 医療の確保

#### ア. 事例の概要

- ① 人工透析のため55歳のときから、県外の病院に3回/週、自家用車で通っている。就業している時期だったため、夜間透析をやっているところを探した。通院には1時間、透析には4時間かかる。そのころ夜間透析は、15時からだったが、現在は、17時からであり、退職したので日中通っている。夜間の夜は大変で、吹雪で前が見えなくなったりした。近くには透析をしてくれるところはなく、透析患者の会を作り首長に働きかけをしたが、施設、スタッフ等そろえることは無理であるとの返事だった。峠を越すのが厳しい状態になることがあり、通行止めになって透析のための通院が不可能になることがある。病院同士で連絡を取り合ったり、役場の福祉課でも透析患者に関する情報を持っていて、病院を紹介してくれる体制がある。自分で運転できなくなれば土地から離れて暮らさなければならなくなるので、早く透析の施設ができればよい。機械の技師、看護師、医師等のスタッフ、機械、検査できる施設など全てが整わないとできないので難しいと言われている。(説明と納得)
- ② 昨年11月に朝突然、夫の下半身が動かなくなった。電話後40分ぐらいで病院に搬送され、そこで診察後、他院に搬送された。不整脈があり、他の病院に1回/月受診してワーファリンを飲んでいて。血液が脊髄神経を圧迫していたため、除去手術を行ったか、圧迫時間が長かったためか、元に戻らない。ワーファリンを飲んでいてのために、薬を緩和させるための薬を点滴してから、夕方になっての手術であった。医師からは、歩けるようにはならないと言われている。リハビリのために転院し家に戻るが、納得できずに再度リハビリ目的で入院し、最近退院してきた。はじめのリハビリのときは毎日、二回目の入院のときは3日に一回くらい通った。話をするだけでも良いかと思った。膝の上ぐらいから痺れがある。痺れを取る薬はないといわれ痛み止めをもらっている。ケアマネに相談し、介護保険で、デイサービスと訪問看護を1回/週ずつ利用することになった。お風呂が好きなので、デイサービスを2回にしたかったが、今のところいっばいで無理だった。今後増やしてもらえるように希望している。一時期、あるデイケア施設を使ったが、その頃尿漏れがひどく不安な状態だったことと、認知症の人、元気な人が多かったということが理由になっていると思われるが、その施設利用は二回のみで、今もその利用は希望はしていない。

尿漏れは、山形の開業医に受診し、薬を変えたら一回で治った。よくなったことで、夫は大変その医師を信頼しており一回/2週受診している。医師は通院の大変さも考慮してくれ、今後は夫を連れての通院頻度を減らしてもよいといわれている。(的確な対応と診断)
- ③ 昨年肩、首、膝など節々が痛むようになり、県立病院を受診した。診断がつくまで内科と整形外科を1回/週ずつ受診していた。様々な検査をした後に、「初期リウマチ」と診断を受けた。他院でも見てもらったが、診断は一緒だった。寒くなると痛みが出てくるが、民間療法が効いているのか、最近症状が軽くなったようだ。現在も整形外科と内科に1回/月ずつ受診し薬をもらっている。
- ④ 92歳女性：認知症気味のところがあるが一人で留守番ができるくらいである。3年前に、頭の痛みを訴え、本人は「ぶつけた」と言ったために、自治体立の病院を受診しCT検査をしたが、異常が見つからずに、痛み止めに処方された。頭から左の顔面まで腫れてきたことにより、带状疱疹であることがわかり、内科から外科に移って治療を行うことになった。入院するとボケが進むので入院しないほうがよいということだったので、注射のために毎日通院することにした。そのうちに、県外の娘のところ療養することになり、現在も1年に数回行って治療してというように、行ったり来たりしている。
- ⑤ 60歳女性：15,6年前に頭痛のために他の自治体立の病院を受診し血管造影を行い、脳外科医より手術を勧められ、希望の病院を尋ねられた。相談の結果、大学病院で動脈瘤のクリッピング術を行った。2~3回/月、頭痛があり、2日ぐらいで治まっている。県立病院でMRI検査を行い異常はない、原因はわからないといわれている。
- ⑥ ステンント挿入後10年は持つといわれていたが、昨年の暮れ頃から苦しくなることが多くなり、ニトロで凌いでいた。雪が一段落した2月末に病院を受診し、バイパス手術を受けた。普段のかかりつけ医は開業医である。

- ⑦ 息子から帯状疱疹だろうと言われ大学病院受診を勧められた。開業医で一応見てもらったあと、大学病院を受診し、入院治療したことがある。
- ⑧ 77歳女性：更年期障害が強く身体が悪かった。開業医に通院していたが、閉院したため、県立病院に変更した。
- ⑨ 緑内障で、県立病院眼科を受診している。右目の視野狭窄があるが状態は落ち着いている。開業医で1回/月血圧管理を受けている。
- ⑩ 59歳男性：診療所に1回/4週通院し血圧の薬を飲んでいる。自家用車で20分ぐらい。妻は、腰痛のため、整体院に自家用車で35～40分かけて通っている。
- ⑪ 90歳女性：20年位前に、糖尿病のため右目出血し手術を受けたが見えなくなった。本人と息子の妻とともに栄養指導を受け、食後の薬をもらって飲んでおり、糖尿病は落ち着いている。県立病院眼科に1回/月受診し、内科の方は1回/1～2月診療所受診し薬をもらっている。
- ⑫ 73歳男性：腰を痛めて動けなくなる。救急車を呼び、公立総合病院に搬送され、20日間入院した。
- ⑬ 左前腕の痺れの訴えがある。何ヶ所か受診したが、原因がはっきりせず、だんだんひどくなっている。右腕のしびれもあるが左がひどい。
- ⑭ 県立病院まで通院していたが、年をとり出かけることが負担になってきたようで、「行きたくない」と言うようになった。診療所に相談し、診療所から薬を出してもらえるようになった。
- ⑮ 90歳女性：バス停まで歩き、住民バスで移動する。血圧管理のため開業医を受診している。医師が二人になったが、以前からのかかりつけの医師に見てもらえるように診療日を併せて受診している。
- ⑯ 祖母が脳卒中で10年寝たきりだった。送迎してくれたら点滴をしてくれるということで、主治医にやってもらって助かった。(訪問診療)
- ⑰ 入院費の支払いで苦勞したことがある。払っても戻ってくるものではあるが、最初に戻ってくるまでにも時間がかかった。一旦は支払いしなければならないというところが何とかなるとよかった。
- ⑱ 母親は、30数年前に脳腫瘍で54歳で亡くなった。手術ではとりきれず、放射線治療をおこなったが、当時は医療費が5割負担だった。(医療費)

## イ. 考察

医療に関する要望は、自らの疾患を治療するための施設、医療費の支払いに関することがあげられた。要望としては表現されていないが、診断の適切性や適切な診断と治療をしていることが医師から説明を受けるなどして伝えられること、治療結果が納得できるものであることは、医療への満足感に繋がるものと考えられる。

## (2) 社会資源の利用

### ア. 事例の概要

- ① 「死にたい」との発言が多かった98歳女性が自殺しようとしたところを発見した。受診予定だったため、主治医に電話し往診依頼をしたところ、救急車利用を勧められ、救急車で県立病院へ搬送された。どこにも異常はないという診断だったが5日間だけ県立病院に入院させてもらった。親戚の家に入ったん退院したが、本人の希望で帰宅することになり、介護保険を申請し訪問看護を約3ヶ月利用した。
- ② 一回/週デイサービスを利用、農繁期にはショートステイも利用している。
- ③ 90歳女性：寝たきりで、流動食が必要な状態であり、ショートステイを利用している。家に戻っている間は午前と午後一回ずつ訪問介護を利用している。
- ④ 90歳代：一度引越していったが、介護が必要な状態になり、以前からのかかりつけ医に主治医になってもらい戻ってきた。デイサービスを利用して入浴している。1～2回/週、訪問看護、訪問介護も利用している。
- ⑤ 夫と子ども夫婦とともに暮らしているが、主介護者は夫であり、夫の介護疲れのときに民間施設のショートステイを利用している。
- ⑥ 年齢不詳女性：救急車で搬送され、公立病院に入院した。リハビリのため数箇所施設入所をし、家の中をバリアフリーに改造した後退所している。外にはでない。半身麻痺で車椅子生活であ

る。娘は働きに行き、娘の夫は単身赴任中のため平日の日中は一人になる。日中の世話のためにヘルパーを利用し、二回／週デイサービスに行っている。配食サービスを利用しており、昼ごはんを届けてもらっている。

- ⑦ 83,4 歳女性：認知症があり、夫と二人暮らしである。息子や息子の妻がときどき世話をしに来てくれているが、訪問介護も利用している。
- ⑧ 75 歳男性：元気ではあるが 1 回／週、社会福祉協議会よりの訪問介護を利用している人がいる。失業対策でもあるのではないかと思う。
- ⑨ 大家族の中の一員でショートステイを利用している。両手に杖を持って支えながら歩行できるので、通院は家族の介助で行えている。
- ⑩ 73 歳男性：訪問介護を 3 回／週利用しながら、ひとり暮らしをしていたが、現在は病院に検査入院中である。
- ⑪ 母親は、脳出血で倒れ、尿道留置カテーテル、鼻チューブから栄養注入していて、手術適応にはならず左半身麻痺で 12 年間寝たきりだった。介護保険が始まる前から訪問入浴、ショートステイなどを利用しており、訪問看護も利用していた。
- ⑫ 90 歳位女性：認知症があり、オムツ支給を受けている。寝たきりだとももらえる見舞金がもらえない。認知症の方が介護が大変な面がある。
- ⑬ 59 歳男性：10 年近く前、長期入院後の母親の入所先を探したが、見つからないうちに病院で亡くなった。
- ⑭ 70 歳代半ばの男性：脳梗塞で退院後は、施設を利用している。
- ⑮ 90 歳位女性：家でテレビを見るなどして過ごしていたが、転倒し骨折した。入院治療のあと、自力歩行が困難で介護が必要な状態で退院となるが、息子は仕事を持っており介護者がいないため、施設に入所した。施設入所により認知症症状が進行し、息子の顔もわからなくなっている。
- ⑯ 50 歳代男性：精神病院のデイケアを毎日と訪問看護 2～1 回／月を利用している。9 月下旬より入院したが、10 月から食費がかかるようになった（障害者自立支援法の施行による変化であり、20,000 円位／月の食費の支払いが必要となった）

#### イ. 考察

本人が介護保険の利用に消極的である場合は、介護保険の申請も拒否するために、サービスが十分活用できていない。利用したいサービスがあっても、サービス提供事業者が存在しないため、利用できない場合もある。障害者自立支援法の施行により、障害者の負担が増している。

### (3) 救急医療

#### ア. 事例の概要

- ① 10 年前の 1 月に、胸が苦しく救急車で病院に搬送された。その後カテーテル検査のために大学病院に医師付き添いで救急車で移送され、バルンでの治療を受けた。
- ② 3 年前に脳溢血で倒れた。広域消防に 19 時ごろ電話をしたところ、どういう状態で倒れ今どのような状態かを聞かれ、救急車が到着したあとも、すぐには連れて行かれなかった。自治体立病院に運び、その後公立総合病院に搬送された。希望の病院を指定しても一旦は自治体立病院に入るようだ。搬送後もすぐに手術にはならず、翌日の昼からの手術になった。本人の状態や現在実施している手術についての説明はあったが、他院転院の可能性についての話はなかった。現在も寝たきりである。
- ③ 今年の 3 月に、母親が亡くなった。朝 7 時前に、呼ばれて実家に向かった。救急車の到着とほぼ同時に到着した。息子が心臓マッサージをしていた。その救急車に一旦は乗せたが、別の救急車が後から来て乗せ変えた。救急車に載せてある設備が違うとのことであった。搬送途中に、何回か機械（除細動器？）を使用した。
- ④ 母親が倒れた時は雪が降っており、救急車が家の前には入れず担架で運んだ。幹線道路は除雪されていたらしく、その後は救急車で 20 分ぐらいで搬送された。
- ⑤ 60 歳台女性：くも膜下出血で倒れる。夫不在で、高齢の母親のみ在宅だった。救急車への連絡を母親に依頼し、夫が後から車についてくる形になった。搬送中に意識消失したが、後遺症は全くなく退院できた。

- ⑥ C 山での遭難では、県警のヘリ「がっさん」が、巻上げが必要だと消防防災ヘリの「もがみ」が来て病院に搬送しているようだ。病気で搬送のためヘリコプターが来ることはない。
- ⑦ てんぷらなべの熱い油で、手首をやけどした。休日のため、冷やしながら県立病院に電話をした。空気に触れないようにしてすぐ受診するようにとの指示を受け、自家用車で受診した。処置が良かったと医師、看護師にほめられた。(夜間・休日の診療)
- ⑧ 子どもの喘息発作で県立病院を時間外に受診したことがある。診療科の担当医がいるとは限らないので、電話してから来るようにとの話があった。その後は電話してから行っているが、小児科医が待っているわけではなく、その日の担当医が対応してくれる。(夜間・休日の診療)
- ⑨ 夜、子どもの発熱で県立の救急に行ったことがある。急患が結構いる。医師は嫌になるだろう。県立は医師が定着していないということは感じるが不便だと感じたことはない。(夜間・休日の診療)
- ⑩ 区長をしていたときに、消防署でやっている講習に、公民館長と次期区長を連れ、「心肺蘇生の話」を聞きに行った。この地区で、年寄りが呼吸しなくなったなどというときにとっさに何かできるのではないかとということで、消防署から協力を得て、署員に来てもらい、人形を持ってきてもらって「人工呼吸」の講習会をやった。(救急法の講習会)

#### イ. 考察

救急車で搬送の際、搬送対象者の家族は、一刻も早く病院に到着して一刻も早く治療を受けられるようになることを望んでいる。一旦運ばれた病院から再搬送される、一旦乗せられた救急車から別の救急車に乗せ返られるといったことで、不信感を抱かせてしまうこともある。その際には十分な説明が必要であることはもちろんであるが、そのときばかりではなく、常に救急医療体制がどのようになっているかを地域住民に周知させていくようにすることも大切である。

#### (4) 介護・在宅療養

##### ア. 事例の概要

- ① 68歳男性：一人暮らしをしていたが入院し、退院後は娘と一緒に暮らすことになった。
- ② 100歳以上となったが亡くなるまで元気だった。介護保険のサービスを使ったという話は聞かなかった。保健師が関わっていた。
- ③ 96歳女性：往診してくれる医師が不在であったため、一回／二週往診してもらえるように、娘の家へ転居した。娘が介護していたが、体調を崩し入院してしまったため、ショートステイを利用しながら、施設への入所待ちをした。
- ④ 90歳位女性：40歳代夫婦と同居。介護者（息子の妻）がいるため、自宅に戻ってきた。入院し、その後しばらく施設に入っていた。自家用車で通院できている。
- ⑤ 74,5歳女性：脳梗塞の再発作で入院。左半身麻痺があり、自力歩行はできないが、リハビリ後、左手で物をつかめるようになって退院してきた。
- ⑥ 80歳位男性：妻が肋骨骨折で入院したが、一人で家事ができるということで、ひとりで生活していた。息子が畑仕事に来て、浴槽で浮いている父親を発見し、近くの開業医、救急車に連絡をし、人工呼吸をしたが、死後だいぶ時間が経過しているとの診断だった。息子は家庭を持って、家を持って、仕事もしている。両親は田畑が近くにあるこの場所を離れたくないということで別居していた。田畑の仕事は、息子が自分の仕事の合間をぬって行っていた。同居を勧めても、本人と一緒に住むとは言わなかった。妻と一緒にいたら亡くなることはなかったのではないかと聞いている。母親は2度ほど脳卒中の発作を起こしたこともあり、息子は退院させた後、家には戻さずに、自宅につれて戻った。
- ⑦ 3ヶ月以上寝たきりという状態になると、病院に入院させることが多い。介護者が若ければ何とかかなるが、70歳代ぐらいになると介護が大変になり、入院させてもらう。県立は家に連れて行くようにいわれるが、民間病院は入院させてくれるし、病状が落ち着くと同じ系列の施設に入れてくれるということもある。(施設)
- ⑧ 90歳女性：民間病院に入院中であり、時々帰ってくるが自分から病院に戻っていくようだ。病院のほうで安心していただけるのではないかと思います。最初はサービス利用をしていますが、楽なほ

うがよいので、本人自身が施設や入院を選んでいることもある。(施設)

- ⑨ 介護保険の対象前の年齢の下半身不随の人は、山形の施設に入所している。お盆のときなど、家族が迎えに行きつれて帰ってきて2,3日滞在しているようだ。(福祉施設の利用)
- ⑩ 97歳女性：息子夫婦から十分な食事を与えてもらっていない。敬老会に招待しても、息子夫婦のみの参加だった。地区の人みんなが知っており、民生委員も関わっているが、他者が入っていてもどうにもならない状況である。家に来ると何か食べさせたりしている。(虐待への対応)

#### イ. 考察

高齢になったり、病気になったり、障害を持ったりすることで要介護状態となった場合、保健医療福祉機関へのアクセスが不便な地域に住む人々は、在宅療養をするのが非常に困難である。施設を利用したいと思っても、家の近くの施設に入所が可能であるということは稀である。高齢者への虐待の問題は、当事者以外は気づいていても、口出ししにくい問題である。

#### (5) 通院手段

##### ア. 事例の概要

- ① 独力での介助が困難なために、ショートステイ利用に必要な診断書作成のために受診する際に、介助を手伝ってくれる本人の娘を車で迎えに行き連れてきて、車に乗せるところから手伝ってもらったようにした。
- ② 99歳の女性：5,6年前まで、村営バス、JR、タクシー等を利用して、独力で内科、整形外科、眼科等の開業医に通院していた。
- ③ 72歳女性：免許を持っていないため、計画的な通院は、夫の運転で自分の家の車(軽トラック)で出かける。隣の家(親戚)の車を頼むときもある。
- ④ 高齢者夫婦は、予約制の乗り合いバスで通院している。

#### イ. 考察

高齢者の受診には介護者が必要な場合があり、自家用車に乗せていくにしても介護者が一人では不十分な場合もある。通院手段の確保には、交通手段の確保のみではなく、家族が受診に付き添える場合でも通院介助者が必要ということもある。交通手段の確保に当たっては、本調査対象となった地区は、親戚にあたる人が近所に住んでいることが多いということもあり、近所の人々との助け合いのひとつとして、車を出す、車を出してもらう、ことがある。

#### (6) 医師、看護職者の対応

##### ア. 事例の概要

- ① 在宅療養をしていた義父と義母を、ある医療機関に検診に連れて行って見てもらっていた。翌月中旬の朝、父親の様子がおかしいことに夫が気づき、同じ医療機関に電話して医師を迎えに行ったが来てもらえず、他の開業医に相談した。結局、警察を呼ぶことになった。
- ② 父親の主治医であった医師は、患者の心のケアもしてくれるし、家族の心まで見てくれるいい先生である。
- ③ 平成4年ごろの県立の脳外科は、家族が付き添わなければならなかったため、毎日通っていた。ひとり、きつい発言をする看護師がいて、けんかしたこともある。陰で「また言われた」などと話しをしていた。
- ④ 第一子出産後から、夫が精神科の病院に入退院を繰り返してきた。医療、病院のスタッフの励ましがあったので夫婦としてやってこられた。病院無くして、今の自分はないと思う。夫が入院することによって、自分が夫とまた向き合えるようになる。入院は、本人を治すためだけではなく、家族が心を休めることでもある。患者は薬か医師しかない。しかし、患者の受け皿である家族は、周りの励まし、病院の看護師や保健師、地域の人たちの励ましで、もう一回がんばってみようかという気持ちになる。精神的な病気を持っている人は、受け皿である家族が精神的にも健康でないと、受け入れることができない。見かけたときに言葉をかけてもらって、口を聞いてもらうだけでも、気持ちが軽くなる。

#### イ. 考察

医師、看護職者の対応は、医療への満足感に影響するものであると考えられる。

(7) 看取り

ア. 事例の概要

- ① 診療所の医師が、亡くなるまで往診してくれたため助かった。
- ② 79歳男性：膝が痛いということで受診はしていた。体調不良で受診したときには、すでに手術できない状態であった。自治体立の病院を紹介してもらい入院することになる。本人には告知せず、糖尿で手術ができないので薬と注射で長くかかって直すということで説明もらった。40日入院後病院で亡くなった。モルヒネを使用し、苦しまないで逝ったので悔いはない。
- ③ 70歳台女性：すべり症の手術、乳がんの手術の既往があり、さまざまな医療機関を受診したが、いい医師には巡り会わなかった。転移し、看護師をしている妹やその他きょうだいや姪などが介護に当たり、最期は病院の医師がモルヒネを打ちに往診してくれた。隣の集落出身の保健師も訪問し、看取りに関して助言してくれた。

イ. 考察

在宅療養が推進されているで、看取りのための医療を充実させていくことは大きな課題である。往診や訪問診療といった医師のかかわりや家族に対する看護職者のかかわりは重要である。

(8) 生活

ア. 事例の概要

- ① 福祉センターに一回／週の介護保険以外のデイサービスに行っている。介護保険で利用できる岩盤浴も利用している。送迎があるから利用できる。
- ② 昨年は、冬に三回公民館の活動に保健師に来てもらった。高齢者は脚が弱いので、歩けない人は遠いと来られないが、自分の地区だと参加する。
- ③ 通学路で、除雪車に巻き込まれる事故があった。吹き上げ式の除雪は、視界が悪くなり、見えなくなる。
- ④ 結婚し隣町から嫁が来た。嫁は仕事を持っており通勤していたが、一冬過ごしたら、通勤が大変ということで、夫とともに自分の実家に住むことになり家を出て行ってしまった。
- ⑤ 高齢者だけだと何かあったときがいちばん困る。高齢者世帯、独居世帯は役場に連絡になる器械（緊急通報装置）があったりする。
- ⑥ 医療費がかさむのであっちこっち行かないで紹介状をもらってからいくようにしたほうがよいと、医師から話を聞いているので、近所の人たちに伝えている。ひとりで通院できる年寄りがいなくなってきたため、そういう人はあまりいなくなった。

イ. 考察

高齢者の生活には、独力で移動して参加できるサービス等があることが望ましい。冬季間の除雪の問題は、大きく改善されたが、事故に対する十分な配慮は必要である。緊急通報装置や受診方法についてなど、生活を支えていくためのサービスに関する情報提供が大切である。

## D 考察

### 1. 診療体制の整備

#### (1) 医療の質の確保

自らの疾患や体験に基づいて語ってもらった住民の要望では、医療に関しては、自らの疾患を治療するための施設、医療費の支払いに関することがあげられた。適切な診断と治療をしていることが医師から説明を受けることや治療結果として示されることは、医療の質を実感することになり、できうる限りの医療を受けているという医療への満足感に繋がるものと考えられる。

夜間・休日の対応、往診や訪問診療に加えて、週に一回ではあるが夜間診療を行っている診療所の存在は、住民に安心感を与えていた。逆に、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。また、通院のための交通手段が確保できれば特に問題はないともいえるが、小児科医、産婦人科医などの専門医がいないもしくは少ないということになると、住民は不安や不便だという思いを持つこともある。医療の確保にあたっては、医師の確保が大きな課題ではあるが、距離的、時間的なことを含めて、住民が安心感を持てるような柔軟な医師確保の方策を検討していく必要がある。

地域住民への医療提供を目的とした自治体運営の病院では、対応できない疾患がある場合は、なぜ対応ができないのかといったことについての説明を明確な根拠とともに示していくことで、住民に納得してもらったうえで、他院への受診を調整するという役割を担うことも必要ではないだろうか。保健医療福祉に関わるサービス調整を担当する地域医療のコーディネート機能を担う専門職者の配置は、本調査対象となった地区にこそ必要である。

医師、看護職者の対応は、医療への満足感に影響するものであると考えられ、医療を充実させるためには、医療職者としての患者への対応内容を検討していく必要もある。

在宅療養が推進されているので、看取りのための医療を充実させていくことは大きな課題である。往診や訪問診療といった医師のかかわりや家族に対する看護職者のかかわりは重要である。

住民は、行きつけ、慣れた医療機関を利用する傾向にある。かかりつけ医を持つことにより、受診や治療に関わる相談がしやすくなったり、往診あるいは訪問診療に対応してもらいやすく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。

#### (2) 通院手段の確保

通院手段を確保できない高齢者などは、送迎手段を持つ病院があるとそのことを理由として病院を選択するという可能性がある。通院手段を確保できない人々が、医療を受ける場所の制限をできるだけ受けないようにする方策も必要である。自治体が関わって住民の移動手段確保のための交通手段が確保されている地区が見られた。できるだけ住民の負担にならないように、しかし、利用に関してはある程度の負担をするという形で通院手段の確保をしていくということも、住民が医療を受ける場所を選択できるようにしていくためにも効果的であると考えられる。交通手段さえ確保できれば、医療面に関する問題はないと思われる地区もあり、基幹病院、地域病院、開業医、それぞれがそれぞれの機能を十分に発揮できている地区においては、通院手段の確保が大きな課題である。

また、高齢者の受診には介助者が必要な場合があり、自家用車に乗せるにしても介助者が一人では不十分な場合もある。通院手段の確保には、交通手段の確保のみではなく、家族以外の通院介助者が必要ということもある。但し、通院介助者の必要性に関しては地域による違いはあまりないと考えられる。

本調査対象地区の中には、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がいくつか見られ、冬季間は道路状態を考慮しなければならない地区も見られた。早急な医療を確保するためには救急隊および除雪担当者との連絡、連携体制を明確にしておくことにより、医療機関への迅速な移動手段を確保できる体制であることを住民に周知しておく必要がある。

## 2. サービス資源の確保

高齢になったり、病気になったり、障害を持ったりすることで要介護状態となった場合、保健医療福祉機関へのアクセスが不便な地域に住む人々は、在宅療養をするのが非常に困難である。施設を利用したいと思っても、家の近くの施設に入所が可能であるということは稀である。在宅療養が必要な状態になった場合に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および高齢者とともに生活する住民は安心できると思われる。サービス利用にあたっては、施設に限らず、利用者が様々な条件を考慮しながら選択できるくらいに十分にサービス資源があることが理想である。サービス提供事業所も複数存在することにより、競争原理が働きサービスの質を高めていくことができるということもいえる。サービスそのものが存在していなかったり、サービス提供を行うには地理的条件等によりリスクを伴うためにサービス提供事業者が消極的である可能性があったりする地区が見られた。リスクに対しては何らかの補償をするなど、リスクを考慮したうえでのサービス提供を可能にするなど提供しやすいサービス資源にしていくことも必要であり、サービス提供事業者の都合ではなく住民がサービスを利用するかしないかを選択できるようにすべきである。また、訪問看護でリハビリを行うなどの代替のサービスを提供していたように、サービス提供事業者がサービス提供内容に柔軟性を持たせていく方策を検討することも必要である。

本人が介護保険の利用に消極的である場合は、介護保険の申請も拒否するために、サービスが十分活用できていない。まずは、本人や家族が介護保険を含めた社会資源についての知識を持つことが大切である。

「若い人の厄介、世話にはなりたくない」という思いがあり在宅療養は望まない、けれども、施設はお金がかかるので入れない、という住民がいる。可能な範囲でお金を出して入所できる施設を。利用する住民それぞれが納得して利用できるような形で提供していく方策を検討することも必要である。

高齢者のみとなってしまった場合に最期まで自宅で過ごすには厳しい地区においては、医療や社会資源のサービスを利用しやすい便利な場所に「共同住宅施設」を作り、介護が必要になった場合には、きめ細やかな在宅サービスを受けられるようにしていくことも検討していく必要があるのではないかと考える。

## 3. 保健福祉活動

介護保険等のサービス利用に関してはほとんどの地区においては問題がないようであり、地域における保健師の活動も十分に機能していると思われる地区も見られた。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師の活動を活発化させていくことも有効であると考ええる。

救急車で搬送の際、搬送対象者の家族は、一刻も早く病院に到着して一刻も早く治療を受けられるようになることを望んでいる。一旦運ばれた病院から再搬送される、一旦乗せられた救急車から別の救急車に乗せ変えられるといったことで、不信感を抱くこともある。その際には十分な説明が必要であることはもちろんであるが、そのときばかりではなく、常に救急医療体制がどのようになっているかを地域住民に周知させていくようにすることも大切である。そのためには、救急隊、保健医療職者など、他職種が協力しながら、救急法の知識普及のための講習会を積極的に行い、その機会を活用するなどして救急医療体制についても理解を促していく必要がある。夜間・休日の診療体制についても同様であり、夜間・休日にも医療機関を利用すべきなのはどのような状況のときであるか、どのように受診すればよいのかについての理解を促しておくことが必要であり、受診した経験から他の住民に医療機関の利用方法が伝わったり、自らの学びになったりしていくことが望ましい。

保健福祉活動においては、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の地域づくりを継続していく必要がある。さらに、高齢者の生活の質を上げていくためには、身近なところに高齢者が活動できる場を作っていくこと、介護保険等サービス利用に関する理解を深めるための活動や家族等のインフォーマルサポートを受けることの価値や必要性を伝えていくための活動も大切である。

地域住民が健康で質の高い生活を送るためには、高齢者への虐待の問題への対応も含めて、機会を捉えてまずは予防的な働きかけを行っていくことが大切である。



## E 結論

山形県内の無医地区並びに準無医地区の住民を対象として、保健医療福祉に関する面接聞き取り調査を行った結果、地域医療の課題解決のためには、

### 1. 診療体制の整備

- (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

### 2. サービス資源の整備

- (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

3. 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。

## 地域医療の実態・ニーズからみた課題解決への提案

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	准教授
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	助教
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	助教
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
研究協力者	細谷たき子	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、山形県において地域医療の実態に関する調査（5種類の調査）と地域医療の充実に関するニーズ調査（2種類の調査）の大きく2つの調査を行ってきた。それらの調査結果を踏まえて地域医療の課題解決の方策について考察すると、地域医療の充実のため、行政の支援が不可欠なこと、看護学生や都市に勤務する医師に対し、看護学生や医師がへき地医療についての教育や総合医に必要な教育を受ける機会を作ることへき地に勤務する可能性があること、山形県内の無医地区並びに準無医地区に住む住民は全般的に地域医療体制の現状を受け入れ、納得している状況が見受けられたが、生活の不便さから生じる課題や、救急時や要介護状態となったときの不安という課題があることがわかった。これらより、現在の診療体制でより住民の満足を得られるように医療職者が対応を行っていくこと、住民自身が健康増進できるような活動を推進していくこと、また、地域の医療保健福祉体制について情報提供し、住民自身が選択できるようにしていくことの重要性が示唆された。

地域医療の実態に関する調査（5種類①②③④⑤）と地域医療の充実に関するニーズ調査（2種類⑥⑦）を実施した。

### A 研究目的

地域における医療提供上の課題を明確にし、地域医療の課題解決の方策について提案する。

### B 研究方法

1. 調査対象者：
  - 1) 調査①：山形大学医学部看護学科1年から4年生全学生
  - 2) 調査②：山形県の「市町村立等診療所一覧」（平成16年10月1日現在）に掲載されている休止中以外の診療所26カ所および町立病院9カ所の長。この対象となった医療機関の属する二次医療圏別件数は村山地域8カ所、置賜地域9カ所、最上地域8カ所、庄内地域10カ所である。
  - 3) 調査③：上記調査②の対象施設に勤務する医師
  - 4) 調査④：上記調査②の対象施設に勤務する看護職
  - 5) 調査⑤：都市部（山形県内）の病院9カ所の勤務医。対象となった病院の属する二次医療圏別件数は村山地域3カ所、置賜地域2カ所、最上地域1カ所、庄内地域3カ所である。
  - 6) 調査⑥：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
  - 7) 調査⑦：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カ所（大蔵村滝の沢/平林、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カ所（鮭川村曲川、戸沢村上沢/岩清水/金打坊/西沢/杉沢、川西町上和合上、長井市山の神/大石、飯豊町小屋）

2. 調査期間：平成18年2月～平成19年3月

### 3. 調査方法

#### 1) データ収集方法

- (1) 調査①：学年ごとに口頭で調査趣旨、自由意志のもとで判断してほしいこと、結果公表の匿名性を保証することを説明し、調査協力を依頼したうえで調査票を配布し、留め置きで回収した。
- (2) 調査②③④：診療所については、山形県の「市町村立等診療所一覧」(平成16年10月1日現在)をもとに、診療所の長、診療所勤務の医師、診療所勤務の看護職員用の調査票とともに調査依頼文を送付した。町立病院については、各病院長に調査の依頼を行い、調査票を配布可能な勤務医、看護職員の数を確認した上で、承諾の得られた病院に調査票を送付した。記入済みの調査票は、施設ごとにまとめて返送するよう依頼した。
- (3) 調査⑤：各病院長宛に調査依頼の文書を送付し、承諾の得られた病院に調査票を配布可能な勤務医の数を確認した上で調査票を送付し、記入済みの調査票を個別返送するよう依頼した。
- (3) 調査⑥：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。
- (4) 調査⑦：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。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。

#### 2) 分析方法

- (1) 調査①②③④⑤：統計的に分析を行った
- (2) 調査⑥：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。
- (3) 文字として記録した面接内容から、医療提供の課題に関する内容を抽出し、意味内容の類似性により分類し、表題をつけ整理した。

本調査は、山形大学医学部倫理委員会において審査を受け承認を得た。

#### 4. 調査内容

- 1) 調査①：個人の基本属性(年齢、性別、免許保有状況、看護職としての経験年数)、将来の方向性へき地医療へのかかわり、へき地の診療所に勤務することに対する意見 など
- 2) 調査②：診療所の設置主体・地域の状況等、診療所開設日時(曜日、時間)、病床の有無、職員の概要、薬剤処方の方法(院内、院外)、医療設備、休診日及び時間外の診療体制、後方病院への移動に関すること、へき地医療拠点病院との連携に関すること、卒後臨床研修について、代診医の有無、一日平均患者数、時間外患者数
- 3) 調査③：個人の基本属性(年齢、性別、職名、専門医資格、出身大学、勤務年数、出身地、専門診療科目)、勤務形態、勤務体制(担当科目、勤務時間)、緊急を要した経験、診療上の課題(患者ニーズへの対応、診療所の設備、勤務体制等)、自宅から勤務地までの通勤手段と時間、勤務継続の希望とその理由、勤務に関わる生活上の問題
- 4) 調査④：個人の基本属性(年齢、性別、職名、勤務年数、出身地)、勤務形態、勤務上の課題(患者ニーズへの対応、勤務体制等)、自宅から勤務地までの通勤手段と時間、勤務年数、勤務継続の希望とその理由、勤務に関わる生活上の問題
- 5) 調査⑤：個人の基本属性(年齢、性別、職名、専門医資格、出身大学、勤務年数、出身地、専門診療科目)、勤務形態、へき地医療へのかかわり、へき地の診療所に勤務することに対する意見 など
- 6) 調査⑥：対象者の性別・年齢・看護職(保健師)経験年数、(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
- 7) 調査⑦：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

## C 研究結果

調査①から⑤の回収数、回収率は表1に示した。

表1 調査用紙配布数、回収数、回収率

	配布	回収	回収率 (%)
<b>市町村立等診療所、町立 病院</b>			
調査①医療機関の長	31	12	38.7
調査②医師・歯科医師	78	38	48.7
調査③看護職員	335	227	67.8
<b>都市部の医療機関</b>			
調査④医師・歯科医師	924	327	35.4
調査⑤看護学生	244	170	69.7

### 1. 調査①：看護学生への主な調査結果

へき地で働く意思について、「ある」と回答したのが42名(25.5%)、「ない」が49名(29.7%)、「わからない」が74名(44.8%)であった。へき地で働く意思のある理由を働く意思のある42名に尋ねたところ、「地域密着看護ができる」31名(73.8%)、「やりがいがある」23名(54.8%)、「故郷」18名(42.9%)であった。へき地で働く意思と就職するにあたって重視すると回答した要因との関連をみたところ、就職するにあたって「教育」を重視すると回答した者がそうでない者に比し、有意にへき地で働く意思があると回答した者の割合が高く、就職するにあたって「レジャー」を重視すると回答した者がそうでない者に比し、有意にへき地で働く意思がないと回答した者が多かったという結果であった。

### 2. 調査②：市町村立診療所及び町立病院等の長への調査の主な結果

へき地医療拠点病院の課題について「へき地医療支援に対するへき地医療拠点病院の体制が十分でない」「代替医師の派遣が十分にできない」が4名(44.4%)と多かった。

へき地医療機構について、「機構を知らない」と回答したのが2名(20.0%)、「利用したことがない」と回答したのが6名(60.0%)であった。

へき地医療等に対する支援策として効果があると思うことについては、「へき地医療支援機構の診療支援機能の向上」が10名(100.0%)、都道府県による医師派遣が9名(90.0%)、へき地離島の患者搬送方法の確立8名(80.0%)、地域医療のドクターバンク7名(70.0%)であった。

### 3. 調査③：市町村立診療所及び町立病院等に勤務する医師・歯科医師への調査の主な結果

へき地勤務の継続に必要なことについては「診療支援体制の強化」29名(76.3%)、県、市町村等地元行政の理解と協力25名(65.8%)、地域住民の理解と協力20名(52.6%)、医師としての研修・障害教育の充実19名(50.0%)、報酬の充実18名(47.4%)という結果であった。

### 4. 調査④：市町村立診療所及び町立病院勤務の看護職への調査の主な結果

勤務を続けるために必要なこととして、「住民の理解と協力」が118名(52.0%)、「研修の充実」が108名(47.6%)、「報酬の充実」が105名(46.3%)、「診療支援体制の強化」が102名(44.9%)、「行政の理解と協力」が102名(44.9%)という結果であった。

### 5. 調査⑤：都市部医師・歯科医師への調査の主な結果

へき地診療所勤務の最大の障害では、「総合的な臨床医としての能力不足」が45名(24.9%)、「子どもの養育」が42名(23.2%)、「生活の不便さ」が36名(19.9%)、医師としてのキャリアアップに関することが27名(14.9%)という結果であった。へき地に勤務するための条件としては、「診療支援体制の強化」が179名(67.0%)、報酬の充実が152名(56.9%)、研、市町村等地元行政の理解と協力が139名(52.1%)、医師としての研修・生涯教育の充実が138名(51.7%)であった。

## 6. 調査⑥：行政保健師に対する調査の主な結果

### 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「不便さ」「地域自助力弱体化」「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(表2)。

## 7. 調査⑦：地域住民に対する調査の主な結果

### 1) 山形県内8市町村19か所の対象地区のうち、面接対象者は18か所18名であった。

### 2) 医療提供の課題は、以下の8項目に整理された。

#### (1) 診療科目の確保

近くの診療所等がない診療科目は、医療機関への移動距離が長く不便である。

#### (2) 医師確保

診療所の医師が将来どうなるか、今後、町村合併などで隔々まで行政の力が及ばなくなり、いなくなってしまうのではといった不安もある。医師数が増えて、安く医師が来てくれるようだといよい。

医師は定着しないが、それを不便だと感じたことはない。医師が近くにいれば良いが、自分の家を移動させることは出来ない。

#### (3) 通院手段の確保

公共交通機関の利用は不便の場合が多く、通院手段としては自家用車の利用が主である。車を運転しない人は、タクシーか家の人に車に乗せていってもらえることになるが、通院に付き添う場合は、移動と待ち時間に、半日くらい時間をとられてしまう。

公共交通機関の代わりにデマンド交通システムができ、診療所までの交通手段として利用できるようになった。

車が運転できなくなったら、送迎がある医療機関を利用することになると考えている。送迎を行う医療機関が数多くできれば、利用する医療機関をその中から選ぶことができる。

#### (4) 十分な診療時間の確保

週に一回だが夜間診療をやっている診療所があり、働いている人は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ため便利である。

開設時間が限られている診療所もあるが、短時間でも毎日診療所を開けてもらえると安心である。

車で40分くらいかかるころにはあるが、夜間、休日でも診療体制をとってくれている診療所や総合病院があるのは、安心感につながる。

#### (5) 病診連携

診療所では、必要なときには紹介状を書いてくれ、総合病院は、状態が落ち着くと、開業医への通院を勧めてくれるという病診連携がとられている。

#### (6) 受診に要する時間

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。なかなか診察の順番が回ってこない、待っている間に治ってきたりして、診察を受けずに帰ろうかと考えることがある。

診察までに時間がかからず、薬を受け取ったり会計したりするのもすぐ終わる開業医は、風邪などのときにはよい。

診療所と総合病院では、受診に要する時間が異なることがあり、病状等によって使い分ける必要もある。

#### (7) 看取りの場としての機能

最期の看取りの場は、家族の状況に左右される。最初の頃は介護保険のサービスを頼んでも、家の人の大変さや本人がどちらが楽かを考えると、最後まで在宅でと言うよりも施設になることがある。しかし、自宅で看取りを行うこともある。

#### (8) 高齢者の健康管理

へき地巡回診療ということで医師、看護師等が公民館等を利用して血圧測定、食生活の話など、健康相談や健康教育を行っていた時期があった。高齢者がひとりで歩いていける公民館等の場所を利用して、定期的に心配なことが相談できる機会があることは安心につながる。

表2 在宅療養の継続を困難にする要因

カテゴリー	サブカテゴリー	小カテゴリー
不便さ	不便さ	〇〇町は面積が広く、へき地は地形的に往復の時間がかかるため、中心部の人は週に3回受けられるサービスが遠い場所の人は制約があり不公平で事業所も効率が悪く、国の制度も都会と同じと考えてもっては困る
		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ず車が不可欠だが、高齢者や女の人は運転できる人が少なく、受診しないで我慢している
		冬は（除雪している）道路まで距離があったり家から出ることも大変なため、冬だけ施設や病院に置いて欲しいという住民が多い
		医者に行くのは1日ばかりと考えているので、町の中心部・へき地に関わらず歯医者など、皆雪の少ない他県まで行って受診する
地域の自助力の弱体化	地域の力	採算が取れずバスの通ってない所もあり、通っていても曜日や本数が限られていて、受診できない科があったり、高齢者に突発的に何かあった時に困る
		前は公民館の活動の中に入って行って健康相談すると地区の情報が入ったが、今は個人個人の動きになってきており、田舎でも公民館の活動自体が減ってきている
	日中の高齢者世帯の問題	いざという時に近所の協力というが、高齢化が進んで具合の悪い人だけの地区では助け合う力も弱くなっていることをとても感じている
		災害があった時に地区の人が分かっているわけではないし、単身の高齢者や認知症のある高齢者、介護が必要な高齢者も必要でない高齢者もお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
サービス提供体制の不備	退院できにくい要因	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）身動きが取れずに、一人になる人、どうにもならない人が多く、昼間の方が逆に危険である
		独身の人は高脂血症とかあり60代だったらいいが年をとった時、介護者がどうなっているかが心配
		子どもと暮らさなくても自立できる。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、結婚していない50代の男性が多いことから単身高齢者・高齢者世帯の割合が多い
住民側の問題	住民の家族の問題	地区によっては65歳以上がほとんどの所もあり、若い世代の人達が戻ってこないことから高齢化率は増えてきていて、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
		保健師の身の周りにアドバイザーがいなくてスーパービジョン（アドバイザー）が必要だ
		看護の目を持ってきちんとその（ケア）マネジメントしないといけないのではないかと
		ストレッチャーが使えるような車があるといいのに
住民側の問題	住民の家族の問題	機能訓練や筋トレなどのリハビリの施設が無い
		受け皿の医療機関が少なく側に無く、医師不足のため、困ったことの相談が出来なかったり急変したときにどうしようという不安は（特に）医療依存の方の場合は切実である
		在宅療養するには、今の段階では大変。看護師や保健師が増えるわけではなく、保健師も高度医療に接する事があまり無く、すぐ飛んできてくれる医師も少なく、緊急時はどうするかというきちんとした連携がないとALSや老人の家族は益々退院しない
		腹腫だけでなくALSもそうだが、家のどの部屋にいてどこでどうするかは人によって全然違うため、医療機関で外に出てきて実践してる看護師とかに何回か退院指導して欲しい
住民側の問題	住民の家族の問題	（前は医師と保健師だけだったが）いろんな人が入るためその調整役がなかなかいなくなっており、コーディネーター役が必要で、定期的に誰がいて何か困ったことがあればどこに相談するのかなどの連携体制を整理しておかなくてはならない
		独りで診る医師も（体力が）もたないが、医師を雇うことは経済的に出来ないため、大きい病院や今の自治医科大学の支援が続いて欲しい
		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、手術、慢性的な病気の継続診療、入院の必要がある等の場合はどこかに行かなくてはならない
		希望としては施設に入りたい人が多いが、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人が多い
住民側の問題	住民の家族の問題	介護保険制度も障害者自立支援法にしても、規制や不十分な点や矛盾している所もあり、不満があり施設は足りない。
		介護保険の利用者そのものがどんどん増えてるので、きりが無い
		介護保険が出来て、前よりはいろんな方を家で見れるようになった
		子育てををするのにも、高校に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、お金はかかり、働かないと生活は大変
救急車を呼ぶことに抵抗がある地域の文化	救急車を呼ぶことに抵抗がある地域の文化	借金等、保健師の活動だけでは手助けや解決ができず家庭訪問に行っても即答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、医療が受けられない人、税金が納められずオムツ代ももつたいない人等の問題が見えてきた（その人達が再発しないか心配）
		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
		今までは家族で解決していたことが、今は、同居していても出来ない状態になっている（家族の介護力が弱くなっている）
救急車を呼ぶことに抵抗がある地域の文化	救急車を呼ぶことに抵抗がある地域の文化	介護の所よりも、自分が精神を悩んでいたり、アルコール（依存症）の家族の方のことや、ひきこもりで若い人が困っている等の相談が少し多い
		最近では、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き、中心部の方に家を建ててパターンの多く、へき地に残した親を中心部で働めている若い人が見ていくのは困難
		いろんな理由で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、その家族が一致している訳ではなくバラバラだったりする
		家族の介護負担からオムツが換えられない事や虐待等があり、介護している人のストレスがどこにも出られず、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
救急車を呼ぶことに抵抗がある地域の文化	救急車を呼ぶことに抵抗がある地域の文化	医療的な面は病院に来てもらうしかないが（住民は）救急車を呼ぶことに抵抗あり、来る方法が無い

## D 考察

### 1. 地域医療を充実させるための対策

本調査では、地域医療を担っている市町村立診療所及び町立病院長へ調査を行った。その結果、へき地医療等に対する支援策として効果があるものとして、診療支援機能の向上、都道府県による医師派遣等、都道府県に対する期待が大きかった。へき地勤務の継続に必要なこととして、市町村立診療所及び町立病院の長においても看護職や医師においても県、市町村等地元行政の理解と協力が上位にあがっていた。これらより、都道府県のみではなく市町村含めた行政の支援が重要と考える。

また、看護学生と都市部に勤務する医師・歯科医師への調査を行った。

松浦らが行った看護学生対象の就職活動に対する調査では、就職先を決めた理由で上位に挙げたのは卒業教育体制が整っているであり、看護学生の就職を決める要因として教育ニーズをいかに満たせるかが重要な要因である<sup>1)</sup>。本調査結果で、就職で重視する項目で教育と挙げた学生は有意にそうでない学生に比し、へき地で働く意志があると答えた学生が多く、逆にレジャーを重視する学生はそうでない学生より、へき地で働く意志があると答えた学生が少なかったことから、学生の教育ニーズを満たすことによってへき地で働く意志を持つ学生が多くなることも予想される。都市部の医師への調査において、へき地診療所勤務の最大の障害として総合的な臨床医としての能力不足をあげた者が最も多かった。Randolph らの研究によれば大学のカリキュラムの介入によって、地域医療への興味を引き出すことができることを報告している<sup>2)</sup>。これらより、学部教育や生涯教育においてへき地医療の教育を取り入れることやへき地医療に興味を持つ学生や医療職が増加することが期待される。

### 2. 山形県健康福祉の特徴<sup>3)</sup>

平成 19 年 6 月現在の山形県の人口は、1,216,181 人であり、全国で第 33 位、老年人口割合は 25.5% (全国平均 20.1%) で全国第 4 位、一般世帯の平均人員は 3.09 人 (全国平均 2.55 人) 全国第 1 位、三世帯同居世帯の割合が 24.9% (全国平均 8.6%) で全国第 1 位である。また、人口 10 万対の病院病床数は 1,248.3 (全国平均 1,276.9) で全国第 31 位、平均在院日数は 30.1 日 (全国平均 35.7 日) で全国第 43 位、国民医療費 1 人当たり 241 千円 (全国平均 243 千円) 全国第 32 位、老人医療費 1 人当たり 661,211 円 (全国平均 243 千円) で全国第 45 位、基本健康診査受診率 61.7% (全国平均 43.8%) 全国第 1 位である。これらより、高齢化率が高く医療需要が多いと予想されるが、使用している医療費が低いという特徴がある。それらは高い受診率や世帯数の多さより、疾病予防の活動や家族機能に介護等が支えられていることが予測される。行政保健師に対する調査で明らかとなった療養上の課題として挙げた「救急車を呼ぶことに抵抗のある文化」等の地域特有の文化も影響しているとも考えられる。

### 3. 地域住民の医療ニーズ

地域住民の医療のニーズを明らかにするために本調査では、行政保健師と地域住民に面接調査を行った。それらの結果より以下について考察する。

#### 1) 診療体制の整備

小児科医、産婦人科医などの専門医が近くにいないもしくは少ない、診療所の開設時間が短い、ことにより、住民は不便だという思いや不安を持っている。一方、夜間・休日の対応、往診や訪問診療に加えて、週に一回ではあるが夜間診療を行っている診療所の存在は、住民に安心感を与えていた。地域医療の充実のためには、医師が確保され、いつでもどこでも誰にでも、十分な医療が提供できる体制を整えることが大きな課題ではある。しかし、無医地区並びに準無医地区の住民は、医療機関から距離的、時間的に遠いところに居住していることについて、以前より保健医療福祉体制が整備されているため、納得し、受け入れていると考えられた。したがって、住民が、受診や医療に対して不安なく、必要なときに安心して受診できる診療体制を整えていくことが大切であると考ええる。また、往診や訪問診療といった医師や看護職者のかかわりは、在宅療養の推進や看取りの医療には欠かせないものである。医療が充実しているかどうかは、利用者やその家族が医療に満足かということが判断基準のひとつと考えられる。医師、看護職者の対応は、医療への満足感に大きく影響すると考えられるため、満足してもらえる医療が提供できるよう、医師、看護職者に限らず医療スタッフの対応を含めた質の高い医療を提供できる体制を整えていくことが必要である。

また、通院手段を確保できない人々が、医療を受ける場所の制限をできるだけ受けないようにする方策も必要である。病院で行う送迎だけではなく、デマンド交通のような自治体が関わる住民の移動手段の確保は有用であると考ええる。

#### 2) 社会資源の整備

山形県の特徴は前述したように高齢化率が高いものの、病床数が少なく、医療費が低いということがあげられる。それは、健康診査受診率の高さや1世帯当たりの人数が多いということより、保健活動により、予防を重視していたり、家族の依存している部分があることが予想される。行政保健師への面接結果より、在宅療養上の課題は、地域特有のものと、へき地にかかわらず、日本全体の課題の2つが混在していると考えられた。地域の自助力の弱体化や、家族の介護力の弱体化等の課題は今までは支えられている部分が崩壊していることも示唆される。高齢になったり、病気になったり、障害を持ったことで要介護状態となった場合、保健医療福祉機関へのアクセスが不便な地域に住む人々は、在宅療養に困難感を伴う。在宅療養が必要な状態になった場合に受け入れてもらえる施設があったり、十分に活用できる社会資源あったりすると高齢者および高齢者とともに生活する住民は安心できると考える。サービス利用にあたっては、十分な量の社会資源があると利用者が選択することが可能になる。看取りの場も、医療機関や施設、自宅等、本人及び家族の意向を尊重し選択できることが望まれる。しかし、社会資源の充実には予算等がかかわるため、限界のある中で対策をとる必要がある。たとえば、社会資源の選択の幅が狭くても、利用したサービスの質が高ければ、利用者の満足度は高められると考えられるため、社会資源においても提供するサービスの質を高めていくことが大切である。そのためには、サービス提供事業者等が柔軟にサービスを提供できる体制を検討することも必要である。

高齢者のみとなってしまう場合に最期まで自宅で過ごすには厳しい地区においては、医療や社会資源のサービスを利用しやすい便利な場所に「共同住宅」を作り、介護が必要になった場合には、きめ細やかな在宅サービスを受けられるようにしていくことも検討していく必要があるのではないかと考える。

### 3) 保健福祉活動の充実

生活するうえでの住民の安心感を確保するためには、公民館等で行う活動を活発化させていくことも有効であると考え。高齢になる前の段階から健康増進を視野に入れた活動、予防的な働きかけを行っていくことは、地域住民の健康生活を支えることにつながると考える。そのような活動は、まず始めに、保健師等の行政側からの働きかけを行い、自主活動に育てていく必要があると考える。

保健福祉活動においては、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の地域づくりを継続していく必要がある。さらに、高齢者の生活の質を上げていくためには、身近なところに高齢者が活動できる場を作っていくこと、介護保険等サービス利用に関する理解を深めるための活動や家族等のインフォーマルサポートの価値や必要性を伝えていくための活動も大切である。

### 4) 住民への医療提供体制に関する情報提供

2006年6月に成立した第5次医療法改正では都道府県による医療情報の公表制度の創設がなされた<sup>4)</sup>。本調査結果からも地域医療の課題解決には、住民が居住地域の社会資源を含めた医療提供体制を理解し活用できることが必要である。具体的には、医療機関の利用方法、冬季の救急搬送を含めた救急医療体制、介護保険制度などについての情報提供が大切であると考え。

本調査対象地区の中には、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がいくつか見られ、冬季間は道路状態を考慮したうえで救急搬送体制をとらなければならない地区も見られた。早急な医療を確保するためには救急隊および除雪担当者との連絡、連携体制を明確にしておくことにより、医療機関への迅速な移動手段を確保できる体制であることを住民に周知しておく必要がある。

救急法の知識普及のための講習会の開催、救急医療体制に関する理解の促進、夜間・休日にも医療機関を利用すべきなのはどういう状況のときであるか、どのように受診すればよいのかについての理解の促進、住民ひとりひとりがかかりつけ医を持つことの重要性についてなど、救急隊、保健医療職者など、多職種が協力しながら、住民に周知させていくことが必要であると考え。

地域住民への医療提供を目的とした自治体運営の病院で対応できない疾患がある場合は、なぜ対応ができないのかといったことについての説明を明確な根拠とともに示していくことで、住民に納得してもらったうえで、他院への受診を調整することも必要である。利用者の立場から地域医療のコーディネーター機能を担う専門職者を配置することも一方策となる。

さらに、情報提供においては、地域の医療提供体制を検討したうえで、居住地区を選択する方法があることを住民に示していくことも必要ではないかと考える。



## E 結論

地域医療の充実には行政の支援が不可欠であること、教育の充実により、医療職が地域医療に従事する可能性があることが示唆された。

また、医療提供の課題は、利用者が満足感するように診療体制を整備すること、居宅介護支援事業所等の社会資源、保健福祉活動をさらに充実させ、地域住民に居住地域の医療提供体制等に関する十分な情報提供を行うことにより、住民の安心感、満足感を高めていくことである。今後、地域の医療提供体制を検討したうえで居住地区を選択する方法があることを住民に示していく必要がある。

## 引用文献

- 1) 松浦雄一郎、竹内啓祐：過疎地等における医師確保対策アンケート調査報告、*広島医学*、57(12)、969-973、2004
- 2) Randolph E. sarnacki: A comparison of two approaches to producing competent primary care physicians, *Journal of Medical Education*, 54, 224-229, 1979
- 3) 山形県健康福祉部：山形県の健康と福祉平成 19 年 6 月
- 4) 伊藤雅治、上田響、他編：厚生指標臨時増刊国民衛生の動向、54(9)、2007

## F 健康危険情報

特になし

## G 研究発表

1. 叶谷由佳：地域ニーズに応じた地域連携システムの構築、*看護部長通信*、3(5)、12-16、2005
2. Kanoya Y, Suzuki I, Ohtake M, Saito A, Kobayashi A, Funada T, Shimizu H, Sato C: A study on nursing students' recognition of rural medicine in Japan, 5th International Congress, Albury, March 2007
3. 小田中菜穂、大竹まり子、齋藤明子、鈴木育子、小林淳子、叶谷由佳：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の課題、第 33 回山形県公衆衛生学会、山形、3 月、2007
4. 鈴木育子、叶谷由佳、大竹まり子、赤間明子、小林淳子、細谷たき子、清水博：無医地区・準無医地区住民のニーズよりとらえた保健医療福祉に関する課題の検討、第 66 回日本公衆衛生学会総会、愛媛、10 月、2007
5. 鈴木育子、叶谷由佳、赤間明子、大竹まり子、小林淳子、細谷たき子：へき地における在宅ケアの充実に向けた方策の検討、第 11 回日本地域看護学会学術集会、投稿中
6. 叶谷由佳：08 年度新医療計画の看護への影響と対応策、*看護部長通信* (In press)

平成 19 年度構成労働科学研究費補助金(医療安全・医療技術評価総合研究事業)  
「へき地医療体制の充実及び評価に関する研究」

## 地域医療のデータ分析と評価

医療体制の充実度に関する指標の開発とその適用

有限会社濱野統計解析事務所

代表取締役 濱野鉄太郎

### 研究要旨

本報告では、平成 17 年に山形県が実施した「山形県患者調査」のデータのうち、5 事業別(がん、糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患、周産期)の集計結果を用いて、へき地における医療体制を充実させるための方策について定量的に検討した。具体的には、二次医療圏毎の医療の集約度を評価するために、「集約度指標」という新たな指標を提案し、特に、最上地域における医療の集約度に注目して、他地域との比較を実施した。その結果、最上地域における医療の集約度は全般的に他地域よりも高いという結果が得られた。この結果から、最上地域では医療機能が集約化されていると考察される一方で、医療体制を部分的に分配することにより、より効率の良い医療体制を構築できる可能性が示唆された。また、庄内地域における集約度指標が全般的に低いという結果が得られたため、その原因について考察を行った。

### A. 研究目的

少子高齢化や医師偏在の問題に伴う医療体制の変化に伴い、近年、本邦の医療制度は大幅な改革を迫られている。そのため、医療の提供に必要な資源(人材、資金など)が再配分されることにより、「へき地」における医療の質が低下するという問題が懸念されている。医療構造の変化は、医師やコメディカルの配置状況や資金の集約度に大きな影響を与える可能性があるからである。このとき、本邦の医療の効率化という観点で医療制度の問題を検討するだけでは、へき地における医療体制の維持が困難になる可能性がある。つまり、本邦全体としての医療政策とは別に、へき地に対する医療政策も並行して進めることが求められている。

へき地における医療体制を検討するために、「へき地医療体制の充実と評価に関する研究」班では、主に山形県のへき地における医療体制を充実化させるための方策を検討し、その評価を行ってきた。本報告では、これらの研究の一環として、山形県内で過去に実施された調査結果のデータ解析を実施し、へき地における医療体制を充実させるための方策について定量的に検討した結果を報告する。

へき地における医療体制を定量的に検討するためには、へき地の医療体制の現状を分析する必要がある。都市部と同等の医療体制をへき地で提供することはほぼ不可能であり、かつ医療経済的にも効率的ではない。そのため、へき地における医療体制を充実させるためには、へき地においてどのような医療サービスが必要とされ、またどのような医療サービスが他地域に分配されるべきかを評価する必要がある。これを実施するためには、現時点で、他地域に比べてへき地でのような医療が重点的に提供されているのか、また、どのような医療が他地域に委ねられているかを検討しなければならない。

現在、山形県は村山地域、最上地域、置賜地域、庄内地域という4つの二次医療圏によって構成されており、そのうち、へき地が多く存在するのが最上地域である。最上地域は、その面積に比べると、他地域に比べて人口が少ない地域である。そのため、本研究では、最上地域において重点的に提供されている医療とともに、他の地域に委ねられている医療も定量的に検討する。

勿論、このような分析を実施しなくとも、へき地において高度な医療を提供することが困難であり、また、継続的な来院を必要とする疾患については、へき地においてもケアが必要とされることは自明である。しかしながら、実際の現場でどのような医療サービスが提供されているのかを、データを基づいて定量的に分析することは、仮説の妥当性を検討するために必要不可欠である。また、仮説と実際の医療サービスに齟齬があれば、それが医療体制の改善に繋がる可能性がある。そのため、本研究では、これらの仮説をデータに基づいて定量的に検討することとした。

本研究班では、へき地医療の分析を実施するために、様々な角度から分析を実施してきた。そのうち、統計的な観点では、平成17年に実施された「山形県患者調査」の集計結果に基づき、クラスター分析の手法を用いて、山形県内の医療施設のプロファイリング(特徴抽出)を実施した。また、このプロファイリングの結果に基づいて、二次医療圏内における医療施設の配置状況に対して分析を実施した。その結果、二次医療圏毎に医療体制が大きく異なるため、山形県の医療政策を検討する際には、県全体としてだけでなく、二次医療圏毎の検討が必要であることが示唆された。

本研究は、前研究における医療施設のレベルを、二次医療圏のレベルに拡張したプロファイリングと位置づけることができる。しかし、このプロファイリングを実施する上でいくつかの問題が生じる。第一の問題は、地域間のプロファイルを比較する際に、ある疾患を有する患者数や患者割合を比較するだけでは、各地域の人口比率が考慮されていないため、妥当な比較が行えないことである。

例えば、ある疾患の診療を受けた患者が地域Aで100人であり、地域Bで50人であったと仮定する。また、その患者割合が地域Aで2/3、地域Bで1/3であるとする。しかし、この患者数や

患者割合の結果から、地域 A の方が当該疾患の医療が充実していると結論づけるのは早計である。もし、地域 A の人口が 100000 人であり、地域 B の人口が 25000 人であれば、人口 100000 人対の受診患者数は地域 A で 100 人、地域 B で 200 人であり、人口対で考えれば、地域 B の方がより多くの医療を提供しているためである。つまり、地域間の医療を適切に比較するためには、地域の人口比率を考慮する必要がある。

また、患者割合をもって医療の比較を行うときには、患者数の情報が失われるために、比較的稀な疾患も、他の一般的な疾患と同様の重み付けを行ってしまうことになる。例えば、患者数が 10000 人の疾患でも、10 人の疾患でも、地域間の患者割合として評価すると、どちらの疾患でも、地域 A における患者割合は例えば 1/4 であると要約されてしまい、元々の患者数の情報が失われてしまう。勿論、高度な技術を必要とする治療や稀な疾患の治療も重要であるが、へき地における医療体制の特徴を抽出するという目的を達成するためには、これらの疾患と一般的な疾患は明確に区別できなければならない。

上記の 2 つの要求を満たす簡潔な指標を探索したものの、著者が確認した限り、そのような指標は見つかりできなかった。各地域の医療の特徴を抽出し、それを比較するための新たな指標が必要になることから、本研究では、新たに「集約度指標」と「人口比率対患者比率超過分」という 2 つの指標を開発し、それらを本データに適用した。また、これらの指標に基づいて山形県内の二次医療圏間の医療体制を比較した。

## B. 研究方法

平成 17 年に山形県が実施した「山形県患者調査」のデータのうち、5 事業別(がん、糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患、周産期)の集計結果を用いて分析を実施した。当該データは、山形県内の 70 病院を対象に、上記の 5 事業の疾患に関連して、当該調査日に受診した患者数(総数、入院、外来)を二次医療圏別に纏めたものである。具体的な患者数は、「3. 結果」中の患者数のデータを適時参照されたい。

この患者数から二次医療圏の患者比率を計算し、その後、患者比率から人口比率を減じた「人口比率対患者比率超過分(以下、比率超過分と略記する)」を算出した。二次医療圏の人口比率は、統計情報に基づいて、村山地域:47.5%、最上地域:7.5%、置賜地域:19.6%、庄内地域:25.4%とした。例えば、村山地域における疾患 A の患者比率が 50%のとき、疾患 A の比率超過分は  $50\% - 47.5\% = 2.5\%$  である。これは、村山地域において、人口比率から予想される患者比率よりも、実際の患者比率が 2.5%多いことを意味する。

その後、この比率超過分から「集約度指標」を算出した。集約度指標は、比率超過分に総患者