

地域特性からみた人々の生活を支援する保健医療の課題

林 真二・吉田 いつこ・堀井 利江・永井 眞由美

Challenges in Health Care to Support People's Daily Life Based on the Community Type

Shinji HAYASHI, Itsuko YOSHIDA, Toshie HORII and Mayumi NAGAI

要 旨

地域特性からみた住民の生活と保健医療の課題を明らかにするため文献検討した。

農村部、島嶼部、都市部は、共通して「終活に向けての取り組み」「高齢者の健康や生活状況」「地域住民の交流」「地域住民の見守りや支援ネットワーク」「保健医療福祉の資源とケアシステム」の5つのカテゴリが抽出された。また、この他、農村部と都市部は「精神保健上の支援と課題」のカテゴリも抽出され、6つのカテゴリに収束した。

その中で農村部は、広い圏域をカバーするため、専門職の人材確保に加え、住民の中の仔細な支援関係に柔軟に対応できる専門職の力量形成が求められる。都市部は、孤独死防止等の課題もあるため、見守り活動等の住民協働による新たな地域包括ケアシステムの構築が望まれる。島嶼部は、限られた医療環境の中で実践するため、保健医療職の知識や技術の向上を目指した取り組みや住民の暮らしを維持するための包括的・継続的な保健医療の支援が求められる。

キーワード：地域特性、保健医療、地域住民、生活

I. 緒 言

人々は障害や疾病を抱えていても、可能な限り、住み慣れた地域で生活し続け、自分らしく生きる事を望んでいる。支援者は個人の尊厳のみならず、その価値を共有する社会全体の生活の質向上に努めなければならない。医療保険や介護保険等は共助の機能として、それらを補完しているが、近年の史上類を見ない少子高齢化の進展に伴い、共助の仕組みだけでは多様化した個々のニーズに対応しきれなくなっている。

2015年の改正介護保険法では、新たに地域包括ケアシステムの構築が明記された¹⁾。地域包括ケアシステムは、地域の自主性や主体性に基づき、地域特性を踏まえながら住民の日常生活圏域で、住まい、医療、介護、予防、生活支援の5つの視点で包括的・継続的にケアを提供するものである¹⁾。

日本で地域医療という概念が最初に提唱されたのは、1972年の日本医師会答申である²⁾。それを基に地域医療を包括医療として捉え、その基盤整備を示された。その後、病院及び施設から地域への流れは、高齢者だけでなく障害者や高度医療が必要な療養者も含まれて来た。看護を取り巻く現状も、生活の場である地域での支援ニーズが増し、疾病構造の変化とともに、感染症から

生活習慣病の予防へ、高齢期では要介護者や認知症の人への多様な健康支援が生活の中で行われるようになった¹⁾。1974年のカナダの厚生大臣ラロンドも、健康を決定するのは生物学的要因の外に、人々が住む環境、生活様式、医療へのアクセスの4つの領域があると提唱している³⁾。現在も看護は病院等の施設ケアが中心であるが、これからは慢性疾患をもつ療養者や地域で生活する障害者等の増加により、日常生活上の看護や生活者の視点に立った看護教育がより一層重要になっている。このような背景から、暮らしの場（在宅・施設等）における地域特性の違いを踏まえた看護の支援を理解する事も学修目標に位置づけられている⁴⁾。

そのため、本研究では人々の地域特性からみた成人・高齢者の生活や保健医療の課題について、先行文献より把握し、住み慣れた生活の場で暮らすための支援の視点とあり方を検討した。

Ⅱ. 方 法

1. 文献の収集方法

2000年1月～2018年6月に発表された国内文献を対象に、医学中央雑誌WEB版を用いて2018年7月に検索した。キーワードを「地域特性 and 保健医療 and 生活」とし、該当する原著論文を検索した。該当した65本の文献のうち、地域で暮らす成人・高齢者の生活を支援する保健医療に関する22本の文献を分析対象とした。除外文献は、レビュー、学生の教育に関する報告、施設の教育研修報告等であった。

2. 分析方法

各文献の研究結果をもとに、地域特性からみた人々の生活や保健医療の課題に着目して、それらの記載がある文脈を抽出した。次に抽出した文脈は、調査地から地域特性別に分類した後、それぞれの地域特性ごとに、意味内容の類似性に基づきカテゴリ化した。最後に、これらの結果を概観し、有効な保健医療の支援を検討した。

地域特性は、調査地の記述内容を確認し、農村部、島嶼部、都市部の3つに分類した。都市部近郊は、就業機会を提供する中心都市に、社会経済的に結び付いた衛生都市又は新興住宅地域の調査地は都市部とし、都市近郊でも過疎化や農村地域の調査地は農村部に分類した。

3. 倫理的配慮

収集した文献の取り扱いについては、著作権のある指標等は使用せず、引用等において文献の明示と出典を明記した。原則として先行研究の記述をそのまま生かすように努めた。

Ⅲ. 結 果

1. 文献概要（表1）

22本の対象文献のうち地域特性別に分類すると、農村部8本、島嶼部4本、都市部2本、農村部と都市部の比較調査8本であった。研究方法は、質問紙調査11本、インタビュー調査10本、介入的調査1本であった。

表1 地域特性からみた保健医療に関する文献概要

著者・発行年 (調査地) ^{a)}	研究方法	対象(所属) (データは有効回答数)	概要	文献 番号
1 高橋ら、2001 (宮城県)	質問紙調査	都市部831人、農村部163人の高齢者	都市部は社会活動等を通じた住民同士の協力体制の強化を、農村部は気兼ねなく利用できる公的サービスの充足が示唆された。	5)
2 鳥谷、2002 (鹿児島県 鹿兒島島離島)	質問紙調査	島嶼部の高齢者69人	高齢者は日常的に外出し【畑や庭の手入れ】【散歩】の他【ゲートボール】【釣り】は地域特性が高かった。住民同士の相互扶助が高く【島の生活を維持】し【兄弟姉妹や夫婦の絆】の中で【健康障害を持ちながらも生活】していた。	6)
3 杉本ら、2003 (全国調査)	質問紙調査	農村部と都市部の訪問看護ステーション1114箇所	利用者の在宅死亡割合は、医師の積極姿勢が最も関連し、医療機関が無床、急変時の病床確保困難も関連し、農村部の在宅死亡割合が高かった。	7)
4 高石ら、2003	半構成的面接/質的分析	A県、B県の緩和ケア病棟の医師4人、看護師2人	市街地の病院は、利便性が高く、郊外の病院は敷地・病室が広がった。施設はスタッフの教育、地域への啓発活動を重視していた。	8)
5 大瀧ら、2005 (沖縄県)	質問紙調査	離島を有する市町村の介護保険課職員24人	狭小性、孤立性、隔絶性があり生活の把握や情報共有が容易であった。【互助】は人的資源が不足し【公助】の弱さは多面的人材活用が必要であった。	9)
6 和久井ら、2007 (東京都)	質問紙調査	都市部の高齢者172人	抑うつ割合は43.6%。「独居期間が短いこと」「要介護度が高いこと」「ソーシャルネットワークが小さいこと」が抑うつと有意に関連していた。	10)
7 郷ら、2009	グループインタビュー	過疎山間地域の高齢者支援組織に所属する14人	高齢者世帯の課題は【住み慣れた場所で最期を迎えることの実現】【交流の場の提供】【地域住民としての些細な支援】等であった。	11)
8 河野ら、2009	半構成的面接/質的分析	都市住宅地域と近郊農村地域に在住する高齢者20人(各地域10人)	セルフケアの強みは【自律心】、問題点は【健康上の不安】【日常生活の維持】、対処は【社会資源の利用】で、好ましくない生活習慣を問題視しにくく食生活や健康状態の問題、孤独死への不安があった。	12)
9 森田ら、2009	半構成的面接/質的分析	Q市の島嶼部に在宅療養する高齢糖尿病患者4人	みかん収穫時期は【季節・地域特性が影響するカロリーオーバー】の課題があった。近所による【気持ちと受診行動のサポート】があった。	13)
10 梶田ら、2010	質問紙調査	都市部、農村部の民生委員やボランティア603人	見守りネットワークは都市部で情報が得られにくい。農村部は地縁的繋がりで見守りしていた。両地域とも活動の負担を感じていた。見守り専門職の活動は見守り活動の負担を軽減していた。	14)
11 竹内ら、2011 (三重県)	質問紙調査	農村部の高齢者103人	主観的幸福感に影響する要因は、家族同居、主観的健康感、個人的活動であった。農村部は交通の便が悪く、近所付き合いや近所での買い物、近くの友人の訪問などが多かった。	15)
12 鈴木、2012 (北海道)	質問紙調査	市内・市外の訪問地域をもつ精神科訪問看護職員4人	精神科訪問看護で、市内群の利用者は市外群に比べ利用回数が有意に多かった。市外群は家族支援の実施割合が有意に高かった。	16)
13 戸田ら、2012	半構成的面接/質的分析	へき地診療所に勤務する看護師19人	看護実践で【看護技術・業務への戸惑い】【緊急対応への戸惑い】【地域特性がある患者との関係性での戸惑い】【医療環境変化への戸惑い】があった。	17)
14 彦ら、2012 (石川県)	質問紙調査	人口減少地帯の住民703人(40歳～80歳未満)	【理想的な死の捉え】の経時的比較では【家族に囲まれての死】【長生き後の死】が減少し、家族形態の縮小に伴い看取り文化の継承困難が示唆された。	18)
15 小林ら、2013	半構成的面接/質的分析	山間部のアルコール依存症の自助グループ参加者4人	断酒継続は、家族支援と自助グループ参加が関連し、阻害要因は、地域の人々の拒絶、地域への自己開示がない、病院との繋がりの希薄等であった。	19)
16 金城ら、2013	半構成的面接/質的分析	離島の独居後期高齢者8人	【逆らえない南国の自然を受容】し【シマ社会に根づく相互扶助の活用】と【生活を補完する公的サービスの見極め】という生活術があった。	20)
17 林、2014 (広島県)	質問紙調査	都市近郊住宅地域72人、近郊農村地域133人	住宅地域は地域活動の参加や近隣の相談者が多かった。農村地域は主観的健康感、外出頻度、有償労働、個人的活動が高かったが、健診受診率が低く受診勧奨の課題が示唆された。	21)
18 佐藤ら、2014 (札幌市)	フォーカスグループインタビュー	都市部行政担当者9人と医療機関担当者6人	地域包括ケアシステム構築は【看取りと認知症対策は喫緊の課題】【仕組みづくり】【住民と協働で地域包括ケアをつくる】【地域特性】等の課題があった。	22)
19 李ら、2016	半構成的面接/質的分析	過疎の中山間地域にある訪問看護管理者12人	管理者は【広範囲のエリアをカバーする事】【訪問看護の普及】【住民との濃密な関係性への配慮】【困り事に対する迅速な対応】のニーズを持っていた。	23)
20 市原ら、2016	半構成的面接/質的分析	都市近郊の過疎化が進む地域の看護管理者17人	管理者は【医療者の都会志向に伴う医療体制危機】【介護力の低い高齢者/健康意識の低い住民】に対し【ニーズを支えられない現状】に直面していた。	24)
21 中尾ら、2016 (福島県)	介入的調査	山間地域での健康サポーター育成講座参加者17人	住民参加型【健康サポーター】育成講座により畑づくり等の活動が展開され、地域特性に応じた目標設定と住民主体のプログラムが効果的と示唆された。	25)
22 岡本ら、2017	質問紙調査	都市219人、地方90人の高齢者	終活の関心は都市部90%以上と有意に高かった。終活行動は都市が積極的で両地域とも相談の場所の認知度が低い。地域特性を踏まえた情報提供と支援体制が課題であった。	26)

a) 調査地は記載があった場合のみ示した。

表2 地域住民の生活と保健医療の課題

カテゴリ	地域住民の生活	課題
終活に向けての取り組み 7.11,18,26)	ここに住み続けたいと思っている/都市部よりも在宅死亡割合が高かった/終活への関心は80%以上	住み慣れた場所で最期を迎えることの実現の課題/家族に囲まれての死の減少
高齢者の健康と生活状況 5.11,15,21)	地域で仕事や役割を持つ人が多い/個人的活動が多い人は主観的な幸福感や健康感が高い/週1回未満の外出の人が12.0%で都市部より有意に低い	利便性が悪く近所での買い物が多い/生活に対してマイナス感情の時もある/迷惑をかけたくないという思い/家族が高齢者の意に反して連れて行く/都市部に比べ健診受診率が低かった
地域住民の交流 5.11,12,14,15,21)	近隣との付き合いがある/近くの友人・親戚等の訪問が多い/行事や茶話会など住民の集う場がある/地縁関係が強いため人々と協調することを重視	地域住民としての気を配る等の仔細な支援が課題/気兼ねのない交流の場の提供が課題/都市部より困り事を表出する者が少ない
地域の見守り活動や支援ネットワーク 5.11,14,25)	地縁的繋がりの中での見守り/困ったことがあれば相談できる関係/見守りは本人や近隣からの相談が多い/健康サポーターの育成を行う	介護力の低い高齢者世帯/見守り活動に負担を感じている/見守り活動の参加率は都市部より低い/自身が忙しくて見守りできない/地域特性を考慮した支援ネットワークづくりが課題/既存の協体制の強化
保健医療福祉の資源とケアシステム 5.7,8,12,14,17,22,23,24)	住民参加型のプログラム/地域特性にあった目標設定/過疎地域では広範囲の訪問看護エリアをカバー/見守り専門職(ヘルパー、保健師等)による見守りネットワークへの支援は負担を軽減/療養生活上の困り事に対して迅速な対応がある/ホスピスケアは敷地が広く病室等が広がった/都市部より受動的に社会資源を利用	訪問看護・診療の安定的運営のための人材確保(医師・看護師不足,24時間体制の確保)/看取りができる医療機関(病床確保)/気兼ねなく利用できる公的サービスの充実/訪問看護の理解不足と重症化後の利用/後継者の育成困難や研修機会の乏しさ/地域特性がある患者や濃密な関係性への戸惑い/ニーズの多様性に応じた対応/健康意識や介護力を高めるケアの質向上/ケアの質向上のための研究支援/緊急対応への戸惑い
精神保健上の支援と課題 16,19)	市内群に比べ精神訪問看護の利用回数が少なかった/市内群に比べ家族を含めた支援の実施割合が高かった/断酒継続は家族や自助グループの支援が影響していた	断酒継続を阻む要因には、地域や周囲の人々の拒絶/就業に関する支援がない/病院とのつながりが低い/当事者の地域への自己開示ができていない/看護師・保健師の理解が不足している事が課題
終活に向けての取り組み 6.9)	島の生活を維持したい/家族との絆が深い/島の歴史と伝統を守る	後期高齢者の割合、高齢者世帯の割合の高さによる「自助」を生かしたケアシステム構築の難しさ
高齢者の健康と生活状況 6.9,13,21)	毎日外出する人が86.3%、殆ど出ない人1.9%/男女とも散歩と畑や庭の手入れが多い/ゲートボールは女性に愛好者、釣りは男性が多い/約7割が畑や庭をもつ/交通量が少なく歩きやすい/車は送迎のサポート	不便な生活/健康障害を持ちながらの生活/在宅糖尿病者は季節・地域特性が影響するカロリーオーバーの課題/地域によって、砂利道に手押し車、風が強い、坂道が多いなどの課題
地域住民の交流 6.9,13,20)	家族のような付き合い/住民同士の相互扶助が高い	年中行事があって準備が忙しい/公民館活動や地区組織の存在に期待
地域の見守り活動や支援ネットワーク 6.9,13)	生活の地域把握や情報共有が容易/近所・家族による気持ちと受診行動のサポート	過疎化で「互助」による人的資源の創出が課題/「公助」が弱く、地域の多面的な人材活用が課題/大きな相談は村落の外を問わず家族に相談
保健医療福祉の資源とケアシステム 6.9,13,20)	全島に診療所があり医師や看護師が配置/島内の役場に専門職が配置/介護保険によるサービス展開	病院が診療所に変わり医療施設が不十分/専門職の力量形成が課題/介護サービス等の供給の偏り/島外からの支援の課題/大きな病気が島外の病院へ
終活に向けての取り組み 5.7,12,26)	同居人数が少ない/自尊心がある/終活への関心は90%以上/終活行動は地方より積極的	終活について相談できる人が農文化部より有意に少なかった/在宅死亡割合は農文化部に比べて低い
高齢者の健康と生活状況 5.12,14,21)	高齢者世帯の割合が高い/農文化部より健診受診率・医療受診者が多い/交通環境、受診等に不便や苦勞を感じていない	一人暮らし男性高齢者は、健康や日常生活の維持に不安を持つ/好ましくない生活習慣を問題視しにくい/週1回未満の外出の人が23.6%で農文化部より有意に高い/主観的健康感が低かった
地域住民の交流 12,14,21)	農文化部より、近隣に相談者が多かった/困り事を表出する者が多かった/地域活動の参加が多かった	転入者が多く住民との繋がりは本人の努力に依存/人との交流が少ない高齢者の孤独死
地域の見守り活動や支援ネットワーク 5.14,22)	見守りは実態把握や民生委員からの相談が多く、農文化部より見守り行動は活発であった/見守りの効果として困った時に相談してくれるようになった	見守り対象者の情報が得られにくい/見守り活動の負担/孤独死は都市部ほど多かった/見守りを拒否される/住民同士の協体制の強化
保健医療福祉の資源とケアシステム 5.8,12,14,22)	農文化部より能動的に社会資源を利用/豊富な医療機関や介護施設(大病院は開業医・訪問看護ステーションと連携し、住民への教育に積極的/見守り専門職(ヘルパー、保健師等)による見守りネットワークへの支援は負担を軽減	住民との協働による地域包括ケアシステムの充実/生老病死の教育/様々な機関との連携/生活や健康を支える情報提供の必要性/相談・サービスに繋がる仕組み/地域で看取る・認知症を見守る仕組み/経済的援助の要望(医療費等)
精神保健上の支援と課題 10,16)	市外群に比べ精神訪問看護の利用回数が多かった/市外群に比べデイケアが利用しやすい状況であった	独居高齢者の抑うつ割合は43.6%で、他地域、他世帯の高齢者に対して高かった/独居期間が短い事・要介護度が高い事・ソーシャルネットワークが小さい事が独居高齢者の抑うつと関連

2. 地域住民の生活と保健医療の課題（表2）

農村部、島嶼部、都市部は、共通して「終活に向けての取り組み」「高齢者の健康や生活状況」「地域住民の交流」「地域住民の見守りや支援ネットワーク」「保健医療福祉の資源とケアシステム」の5つのカテゴリが抽出された。また、この他、農村部と都市部は「精神保健上の支援と課題」のカテゴリが抽出され、6つのカテゴリに収束した。

1) 農村部の生活と保健医療の課題

農村部における「終活に向けての取り組み」では、住民は、住み慣れた地域に住み続けたいと思っており^{11,18,25)}、終活への関心は高く²³⁾、実際に都市部よりも在宅死亡割合は高い⁷⁾という特徴が見られた。しかし、これからの課題として、利便性の悪さや社会資源等の不足により、住みなれた場所で最期を迎えることの実現は難しく¹¹⁾、家族に囲まれた最期を迎えるケースは減少している¹⁸⁾。

「高齢者の健康と生活状況」では、地域で仕事や役割を持つ人が多く^{5,20)}、買い物、お寺参り、娯楽や遊びなどの個人的活動が多い人は主観的幸福感や健康感が高い¹⁵⁾という特徴があった。課題は、農村部の利便性の悪さから買い物は近所で済ませるため行動範囲が狭く⁵⁾、高齢者間の考えの違いや密な付き合いによる負担から、生活に対するマイナス感情もある¹¹⁾という点であった。

「地域住民の交流」は、近隣との付き合いが多く^{11,15)}、友人・親戚などの訪問が多い^{14,15)}という特徴があった。課題は、迷惑を掛けたくないなどの理由で、困り事を表出する者が少ないことや¹²⁾、地域住民として気を配る等のきめ細かな支援に負担を感じていた¹¹⁾。

「地域の見守り活動や支援ネットワーク」では、地縁的な繋がりの中での見守りがあり^{11,14)}、困ったことがあれば相談できる関係性が保たれている^{11,14)}という特徴があった。その一方で、人的資源が不足する中での見守り活動に負担感を感じる住民もおり¹⁴⁾、高齢者のみの世帯への対応^{22,23)}や地域特性を考慮した支援ネットワークづくり^{5,11)}などが課題としてあがっていた。

「保健医療福祉の資源とケアシステム」では、住民参加型のプログラムが展開されており²⁴⁾、プログラムは、過疎化の地域特性の中で、自分たちの地域で可能な目標が設定されていた²⁴⁾。訪問看護では、過疎地域のため広範囲のエリアをカバーする必要性が現実となっている²²⁾。また、高齢者の見守り事業では、専門職（ヘルパー、保健師、社会福祉士等）が見守りネットワークメンバーを支援し、お互いの負担を軽減しており¹⁴⁾、在宅療養者の生活上の困りごとに迅速に対応している²²⁾という特徴があった。課題としては、訪問看護・診療の安定的運営と24時間体制を整えるための医師・看護師の人材確保^{7,17,22,23)}や終末期を迎える療養者を看取るための病床を十分に持つ医療機関が少ないこと^{7,17,23)}などであった。

「精神保健上の支援と課題」では、都市部に比べ精神訪問看護の利用回数が少ないが¹⁶⁾、家族を含めた支援を行っている割合が高く¹⁶⁾、アルコール依存症の断酒継続は家族や自助グループの支援が影響している¹⁹⁾という特徴があった。しかし、地域や周囲の人々の拒絶反応が強く当事者が地域へ自己開示できない¹⁹⁾、就業に関する支援がない¹⁹⁾、病院との繋がりが希薄^{6,19)}、などの課題が抽出された。

2) 島嶼部の生活と保健医療の課題

島嶼部における「終活に向けての取り組み」では、住民たちは、家族との絆が深く^{6,13)}、島の歴史や伝統を守る⁵⁾、島の生活を維持したい^{6,9)}、という島で生まれ、島で最期を迎えるという死生観をもっていた。しかし、その一方で、後期高齢者や高齢者世帯が多く自助を生かしたケアシ

システムの構築が難しいという課題があげられた⁹⁾。

「高齢者の健康と生活状況」では、毎日外出する人が86.3%おり⁶⁾、畑や庭の手入れ、散歩、ゲートボール、釣りなどの活動が島の中で行える⁶⁾、という特徴があった。課題としては、健康障害を持ちながらの生活^{5,19)}を送る上で、島の生活は不便であるということであった^{6,9,13)}。

「地域住民の交流」では、島の住民は家族のような付き合いをしており^{6,13)}、住民同士の相互扶助が機能している^{6,13,20)}。一方で、過疎化でボランティアやサポーター等の人的資源の創出が課題⁹⁾であった。

「地域の見守り活動や支援ネットワーク」では、住民の情報共有が容易にでき⁹⁾、近所同士による情緒的サポートや受診行動のサポートがある¹³⁾。一方で、公的サービスが行き届きにくいいため、地域の人材を多面的に活用してサービスを補強する事が課題⁹⁾であった。

「保健医療福祉の資源とケアシステム」は、地域によっては島内の診療所や役場に医師や看護師といった専門職が配置されており^{6,9)}、介護保険によるサービスも展開されている^{6,13,20)}。しかし、医療施設が不十分であり島外からの支援も得にくいことから^{6,9)}、医療従事者の力量形成が必要であった⁹⁾。

3) 都市部の生活と保健医療の課題

都市部の「終活に向けての取り組み」は、核家族化で同居者が少ないため⁵⁾、自律心が高く¹²⁾、終活への関心も農村部より高く90%以上であった²⁴⁾。しかし、農村部より、終活について相談する人は少なく²⁵⁾、在宅死亡割合も少ない⁷⁾、という課題があった。

「高齢者の健康と生活状況」では、高齢者世帯の割合が高いが⁵⁾、地域の交通環境や受診に不便や苦勞を感じておらず¹²⁾、農村部より健診受診率や医療受診者が多い²⁰⁾、という特徴があった。一方、外出が週1回未満の人が農村部より多く、主観的健康感も低かった²⁰⁾。一人暮らし男性高齢者においては、健康や日常生活の維持に不安を抱えており、好ましくない生活習慣をしても気づきにくい¹²⁾という課題があった。

「地域住民の交流」は、農村部に比べて近隣の相談者が多く¹²⁾、地域活動への参加も多い²⁰⁾、という特徴があった。その一方で、都市部は転入者が多く、住民と繋がりを持つには本人の努力が必要であり¹²⁾、人との交流が少ない高齢者の孤独死¹⁴⁾の課題があがっていた。

「地域の見守り活動や支援ネットワーク」では、実態把握や民生委員からの見守り相談の依頼が多く¹⁴⁾、農村部より地域住民の見守り行動は活発であり^{14,21)}、見守りにより、対象者は困ったとき相談してくれるという効果^{14,21)}があった。一方、都市部は、見守り対象者の情報が得られにくい^{5,14)}、見守りを拒否される人がいて、住民は見守り活動に負担感を感じており¹⁴⁾、住民同士の協力体制^{5,21)}が課題にあがっていた。

「保健医療福祉の資源とケアシステム」では、都市部は、医療機関や介護施設等が充足しており⁸⁾、住民は能動的に社会資源を利用していた¹²⁾。また、大病院は、開業医、訪問看護ステーションと連携し、ホスピスケア等の地域住民の教育を担うとともに⁸⁾、高齢者見守り事業では、専門職（ヘルパー、保健師、社会福祉士等）が、見守りネットワークメンバーを支援することで、住民の見守り負担を軽減していた¹⁴⁾。課題は、医療費等の経済的援助の要望が多いことや⁵⁾、在宅療養において、地域住民への生老病死の教育²⁵⁾、介護サービスに関する資料作りや配布を住民と協働して行うなどの住民主体の地域包括ケアシステムの充実^{5,21)}、関係機関との連携強化^{8,21)}、生活や健康を支える情報提供^{8,21)}、相談・サービスに繋がる仕組みづくり²¹⁾、地域で看取る仕組みづくり・認知症を見守る仕組みづくり^{21,25)}、についての課題が抽出された。

「精神保健上の支援と課題」では、農村部に比べ精神訪問看護の利用回数が多く¹⁶⁾、デイケアも利用しやすい¹⁶⁾という特徴があった。しかし、課題には、独居高齢者の抑うつ割合が43.6%と、農村部や複合世帯よりも高く¹⁰⁾、その要因として、独居になってから期間が経っていない事や、要介護度が高い事、ソーシャルネットワークが小さい事が関連していた¹⁰⁾。

IV. 考 察

1. 終活の取り組みについての課題

どの地域の住民も住み慣れた自宅での尊厳ある生活を望んでいたが²⁵⁾、療養希望場所²⁷⁾、死の印象²⁸⁾、理想的な死²⁸⁾において、地域性があるとする研究もあり、その影響は地域の在宅医療システムとの関連が示唆されている。特に、死の迎え方は、1977年以降、「自宅死」より「病院や施設での死」が逆転し、2011年で8割を超え²⁹⁾、「自宅死」は在宅医療による地域差が、都道府県間で最大2倍程度の差となっている³⁰⁾。つまり、都市部で終活への関心が高いのも²⁵⁾、都市部住民は同居人数が少なく高齢者世帯が多い事⁵⁾、医療機関と介護保険施設等が豊富であることに関連しており、タイムリーに情報収集や終活相談ができる支援体制が求められる。

「病院での死」は、2014年に80%を下回り、歯止めがかかっているものの、療養希望は自宅が60%以上を超え²⁹⁾、現実とのギャップが見られる。また、要介護状態になっても自宅で介護してほしいという人が4割を超えたことより²⁹⁾、本結果と同様に、住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせること、あるいは自宅での看取りも選択肢になるよう在宅医療・看護を推進する必要がある。島嶼部および農村部でも、後期高齢者や高齢者世帯の増加が進んでいるが^{9,21)}、医療資源は都市部に比べ不十分であるため、在宅医療体制やケアの質を確保する必要がある。最期を迎えるまでの期間も延長しており、「高齢者の健康と生活状況」を支えるために、それを取り巻く「地域住民の交流」、「地域の見守り活動やネットワーク」、「保健医療福祉の資源とケアシステム」の基盤を整備する事が喫緊の課題と言える。

2. 地域住民の生活状況と交流における課題

先行研究では、農村部は都市部に比べ、一般的に主観的幸福感および主観的健康感は低いと示唆されている³¹⁾。その一因として、農村部は娯楽や趣味などの活動場所や活動の機会が少ない事が関連している³¹⁾。しかし、本結果では、自らが積極的に、買い物や娯楽等の個人的活動を行う人は、農村部であっても主観的健康感および主観的幸福感が高かった¹⁵⁾。そのため、農村部の人々の個人的活動にも目を向けて、その機会を増やす支援を検討する必要がある。住民の交流状況は、近所付き合いなどの地縁的な繋がりが強いにも関わらず、困り事を表出する者が少ない¹²⁾。特に、農村部においては、人に頼ると迷惑であるという価値観や困り事は家族の中で処理する傾向が高いことも考えられ、「地域住民との交流」は、気兼ねのない個人的活動で繋がるよう支援する必要がある。

島嶼部は、殆ど外出しない人が1.9%であり⁶⁾、同様の比較はできないが、先行研究では、閉じこもり基準³¹⁾とされる週1回未満の外出が、都市部23.6%、農村部12.0%であることより²⁰⁾、外出が生活の一部であり、日常生活行動の維持にも繋がっていると考えられる。島であることで不便な生活も感じているが⁶⁾、狭小性ゆえに住民の相互扶助が強いことから、今後も血縁・地縁の住民ネットワークを維持していく必要がある。

都市部は、健康や日常生活に多少の問題を抱えても、交通や受診等の利便性が良いために、自立した生活が可能であると想定される。しかしながら、都市部に多い一人暮らし高齢者は、食材選びや調達方法、食事の作り方、栄養的にバランスの良い食事の知識が乏しいなどの食生活上の問題がある³²⁾。そのため、医療受診や健診等を通じて日常生活や健康状況の把握を行い、適切な生活習慣の改善に向けた支援を強化していく必要がある。また、転入者が多く、一人で自律しながら生活するためには、必然的に自らの困り事を表出する機会も多くなると考えられる。逆に、困り事を表出できないでいると、人々との交流が少ない高齢者は、孤独死のリスクも想定される。その両側面を考慮し、都市部では、地域住民同士の交流や新たな関係づくりが有効であると考える。

3. 見守り支援と保健医療の課題

農村部は家族や親戚、近隣の付き合いによる訪問や見守りがあるため^{11,14)}、見守り活動としての参加率は都市部より低い¹⁴⁾。しかし、今後も高齢化の進展に伴い、介護力の低い高齢者世帯が増加するため、地域住民による組織的な活動も強化し、見守り負担の軽減を図る必要がある。また、農村部の保健医療は、医療機関が少ないために、住民との間に濃密な関係²³⁾が形成され、その多様なニーズを、少数の専門職が不十分な医療環境^{17,24)}の中で対応している事が伺える。そのため、人材確保に加え、住民の中の仔細な支援関係を理解したり、柔軟に対応できる専門職の力量形成を支援し、ケアの質を高める取り組みが求められる。さらに、農村部は広域であるために訪問看護による支援は不可欠であるが、重症化後に利用する事例も多いため、あまり困り事を表出しない住民には、その価値観も考慮し、積極的に利用するための情報提供や相談対応を強化する必要がある。

島嶼部は、高齢に伴う自助力、互助力の双方とも得られにくい現状があるが⁶⁾、島での情報把握が容易であるため、近所・家族による繋がりや支援関係を通じた見守りを継続していく必要がある。病院が診療所に規模を縮小するなど人的・物的資源の不足^{9,13)}があるが、ケアの質を維持するためには、限られた医療環境の中で実践する医療職の知識・技術の専門性を高める支援が必要である。また、近年は介護保険制度の充実に伴うサービス提供や専門職の配置、本土からの支援も含めて、住民の暮らしを維持する包括的・継続的な保健医療の支援が求められる。

都市部は、見守り対象者が多く、その情報も把握し難いという課題¹⁴⁾が浮き彫りになっている。しかし、農村部より人的資源もあるため、地域活動に働きかけて、住民同士の見守り活動を活発に推進していく必要がある。特に、専門職は、見守り支援ネットワークを通じて、都市部における孤独死等の課題を住民と共有しながら活動支援を強化していくことが有効と考える。さらに、都市部は、医療機関等の物的資源も充足しているため、住民は積極的に資源を利用できる¹²⁾。その反面、多様なニーズもあり、対応には、サービス提供者間の密な連携を取る事が重要である。住民の積極的なサービス利用は、住民の主体性が高いことも意味するため、都市部はその主体性を生かし、住民間の協働による地域包括ケアシステムの構築が望まれる。終活の関心の高さや死生観も踏まえ、地域で看取るケアシステムの構築や増加傾向にある認知症を見守る地域の体制づくりも今後の課題と考える。

4. 本研究の限界と課題

本研究は、地域特性からみた保健医療に関する文献結果を集積したものであるが、調査時期、

調査目的、調査内容の違いや、文献数に偏りがあるため集約には限界がある。地域特性は、文献の記述内容をもとに農村部、島嶼部、都市部の3種類の地域からみたが、どの程度都市的または農村的な性格を持つのかは、人口規模や人口密度等の統計データも含めて、地域類型を検討する必要がある。

引用文献

1. 厚生労働省：厚生労働白書. 東京, 2016.
2. 厚生省: 厚生省50年史. 1342, 厚生省五十年史編集委員会. 1988.
3. Lalonde, M: A new perspective on the health of Canadians. AARN News Lett, 32(6): 1-5, 1976.
4. 文部科学省: 看護学教育・コア・カリキュラム「学士課程においてコアとなる看護実践の能力」の修得を目指した学修目標. 44-46, 2017.
5. 高橋和子, 太田喜久子: 都市部と農村部における高齢者の地域ケアシステムに関するニーズとその傾向. 老年看護学, 6(1): 50-57, 2001.
6. 鳥谷めぐみ: 離島社会における保健医療の総合研究(3) 高齢者の生活を中心に. 天使大学紀要, 2: 185-194, 2002.
7. 杉本浩章, 近藤克則, 樋口京子, 他: 在宅死亡患者割合に関連する因子の研究 全国訪問看護ステーション調査. 老年社会科学, 25(1): 37-47, 2003.
8. 高石純子, 杉本正子, 荒賀直子, 他: ホスピス-緩和ケア病棟の地域における機能と役割. 順天堂医学, 49(2): 194-207, 2003.
9. 大湾明美, 宮城重二, 佐久川政吉, 他: 沖縄県有人離島の類型化と高齢者の地域ケアシステム構築の可能性. 沖縄県立看護大学紀要, 6: 40-49, 2005.
10. 和久井君江, 田高悦子, 真田弘美, 他: 大都市独居高齢者の抑うつとその関連要因. 日本地域看護学会誌, 9(2): 32-36, 2007.
11. 郷洋子, 村松照美, 他: 過疎山間地域における高齢者支援ネットワークの現状と課題 A町高齢者支援組織交流会の分析から. 山梨県立大学看護学部紀要, 11: 1-12, 2009.
12. 河野あゆみ, 田高悦子, 岡本双美子, 他: 大都市に住む一人暮らし男性高齢者のセルフケアを確立するための課題 高層住宅地域と近郊農村地域間の質的分析. 日本公衆衛生雑誌, 56(9): 662-673, 2009.
13. 森田智子, 神谷千鶴, 中馬成子, 他: Q市における在宅高齢糖尿病患者のセルフケア. 関西看護医療大学紀要, 1(1): 3-13, 2009.
14. 榊田聖子, 大井美紀, 白井キミカ, 他: 地域特性別及び見守り専門職の有無別にみた高齢者の見守りネットワークの現状. 甲南女子大学研究紀要, 4: 231-245, 2010.
15. 竹内香織, 磯和勅子, 福井享子: 地域高齢者における主観的幸福感に関連する社会活動要因. 三重看護学誌, 13: 23-30, 2011.
16. 鈴木敦子: 当院における精神科訪問看護の利用状況と支援内容 デイケア利用状況, 地域特性による比較. 名寄市立病院医誌, 20: 38-43, 2012.
17. 戸田由美子, 坂本雅代, 齋藤美和, 他: へき地診療所における看護実践上の戸惑い. 高知大学看護学会誌, 6(1): 21-31, 2012.
18. 彦聖美, 浅見洋, 浅見美千江: 人口減少地域住民の死生観と終末期療養場所のニーズ. ホスピスケアと在宅ケア, 20(3): 235-240, 2012.
19. 小林由美子, 多賀谷昭: 中山間地域とその隣接地方都市で暮らすアルコール依存症自助グループ参加者の断酒継続-その個人的, 社会的条件. 長崎県看護大学紀要, 15: 23-38, 2013.
20. 金城八津子, 畑下博世, 河田志帆, 他: 離島に居住する生活機能低下をきたした独居高齢者の“生活の術”. 日本地域看護学会誌, 16(2): 63-70, 2013.
21. 林真二: A町の住宅団地と農村地域に在住する一般高齢者の介護予防に関する検討. 日本赤十字広島看護大学紀要, 14: 103-111, 2014.
22. 佐藤美由紀, 山科典子, 安齋紗保里, 他: 都市部の地域包括ケアシステム構築における課題と方策-行政および在宅医療の視点から. 応用老年学, 8(1): 63-73, 2014.
23. 李錦純, 山本大祐, 他: 過疎, 高齢化が進む中山間地域の訪問看護ステーション管理者が求める支援ニーズ. 兵庫県立大学看護学部, 地域ケア開発研究所紀要, 23: 89-103, 2016.

24. 市原真穂, 富樫千秋, 長島緑, 他: 看護ケアの質向上に向けた地方都市部にある病院の看護管理者の取り組みと課題, その構造. 千葉科学大学紀要, 9: 117-123, 2016.
25. 中尾理恵子, 井口茂, 田中浩二, 他: 福島県川内村における「健康サポーター」育成が帰村後の地域活動に与えた影響. 長崎大学保健学研究, 28: 21-28, 2016.
26. 岡本美代子, 島田広美, 斎藤尚子: 都市と地方における高齢者の死生観と終活の現状. 医療看護研究, 13(2): 62-69, 2017.
27. 浅見洋, 中村順子, 伊藤智子, 他: 現代日本のルーラルエリアにおける終末期療養希望場所について - 石川・島根・秋田での横断的意識調査の結果. 石川看護雑誌, 11: 29-40, 2014.
28. 浅見洋, 中村順子, 伊藤智子, 他: ルーラルエリアにおける終末期療養希望の変容 - 秋田・島根での横断的意識調査の結果. 石川看護雑誌, 13: 33-43, 2016.
29. 厚生労働省: 在宅医療の最近の動向, https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf (2018年9月1日)
30. 厚生労働省: 人口動態統計年報. 死亡の場所別にみた都道府県別死亡数・構成割合, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/> (2018年9月1日)
31. 近藤克則: 検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学の大規模調査. 56-64, 東京, 2009.
32. 金川克子, 斉藤恵美子: 単身高齢者に対する地域の支援. 老年精神医学雑誌, 15(2): 180-183, 2004.

[2018. 9. 27 受理]

コントリビューター: 藤村 欣吾 教授 (看護学科)