

医療過疎地域住民の健康を支える地域保健医療体制 についての保健師の捉え

—三重県紀南地域における母子保健活動の場合—

**Public Health Nurses' perceptions of the community health services supporting the
residents in a medically deprived area.**

— The maternal and child health care activity in the Kinan area, Mie —

日比野 直子 野呂 千鶴子 足立 基

三 重 県 立 看 護 大 学 紀 要

第15巻, 1～21, 2011

〔原 著〕

医療過疎地域住民の健康を支える地域保健医療体制 についての保健師の捉え

—三重県紀南地域における母子保健活動の場合—

**Public Health Nurses' perceptions of the community health services supporting the
residents in a medically deprived area.**

— The maternal and child health care activity in the Kinan area, Mie —

日比野 直子 野呂 千鶴子 足立 基

【要 約】

目的：医療資源の乏しい環境で生活する母子に焦点を当て保健師が捉える母子保健の現状と検討課題について抽出した。

方法：紀南地域の保健師6名を対象にフォーカスグループインタビューでデータ収集し、プリシード・プロシードモデルで分析を行った。

結果：保健師は、医療過疎地域である環境に影響を受けていることに加え行政の限界にジレンマを抱えながら母子保健活動をしていた。地域概要は、物理的環境等の地域の弱みが多く表出されているが、地域住民の絆や、自然豊かで健常児の子育て環境としては快適であるという強みも把握できた。

考察：保健師は、健康であればこの地域での生活に支障はないが、何等かの障がいがあることで家族に困難を来す事実があり、ここで生活を継続するためには、保健師の専門的支援が必要であることを母子保健の現状として捉えている。母子保健活動で、専門性を発揮する中心的存在としては地域特性を把握し強みを持っている保健師である。

【キーワード】 医療過疎地域、保健師、母子保健、プリシード・プロシードモデル
コミュニティアズパートナーモデル

I. 緒言

本研究の対象地域は、三重県南部の熊野市、御浜町、紀宝町を合わせた地域である（以下、紀南地域）。地域概要は、面積は541.57km²、黒潮の影響で年中温暖な気候が特徴で、御浜町は年間を通してみかんが取れる町で有名であり、世界遺産登録された熊野古道を含む地域でもある。交通事情は、国道1本が主要道路として南北に走行し高速道路を利用しても県央部までは3時間はかかる距離である。鉄道網は、JRが輸送機関として重要な役割を果たしているが、紀南地域と県央部の往復は一日に4～5本であり、通勤や通学の足としては不便である。更に、地理的条件による多雨の影響で、陸路の交通遮断は頻繁に起き、陸の孤島になり

やすい地域である。紀南地域の人口は約42,000人、合計特殊出生率1.61（平成16～20年）、65歳以上人口構成比は33%（平成20年10月データより）¹⁾で少子高齢化が深刻である。

昨今の医師不足の現況から医療の集約化という手法が行われている。しかし、紀南地域のような医療過疎地域では、医療の集約化は困難である。今後、紀南地域の医療資源や医療専門職が現況以上に充足されるとは考えにくく、住民自身が安心できる快適な生活をめざして自身の健康管理を実践していくことが重要である。

また紀南地域の母子医療では、異常の早期発見と初期治療が生死を分ける鍵となりやすいこと、その後の

成長発達過程においても医療資源が乏しいことの影響を受ける子どもとその母親に対し、そのあり方を検討することが早急に必要と考えられる。

足立ら²⁾は、過去5年間の乳児死亡率が県平均より高率なことから周産期医療の改善と対策を臨み、また、山下³⁾は、紀南地域の乳児死亡率と療育手帳交付児が県平均より高率なことから、地域の母子保健環境の維持、改善やスタッフの確保等の対策を求めた改革への取り組みを報告している。

医療過疎地域における保健師や助産師との専門的な連携⁴⁾では、保健師と助産師が同じ目標に向かう支援が質の高い母子ケアに繋がると述べ、近隣の地域の周産期の良質なケア⁵⁾では、医療過疎地域の病院において周産期ケアの提供のための方策の検討が課題として挙げられた。これらの先行研究から、紀南地域の母子に関する医療や対策の状況が表出されているように、医療職側の検討課題やアプローチの必要性が捉えられている。今後、この地域に必要なことは、医療専門職が地域住民と共に健康や医療について検討することであり、継続的に協働実践する姿勢とプロセスを大切に、地域全体で母子保健医療体制について共に作り上げていくことである。

本研究ではその第一段階として、紀南地域の保健師が捉える母子保健の現状把握を行い、検討すべき課題を見出すことを目的とした。調査は、保健師の生の声をできるだけ多く収集するため、フォーカスグループインタビュー（以下、FGI）⁶⁾とした。FGIで得られたデータはプリシード・プロシードモデル⁷⁾で分析し、さらにFGIのデータを裏付ける根拠としてコミュニティアズパートナーモデル⁸⁾を用いて地域概要を把握した。

そこから抽出された母子保健に関する検討課題を明確にし、紀南地域の今後の地域保健医療体制を検討し、一般化に繋げるための知見を得たので報告する。

【用語の定義】

医療過疎地域：過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）に定められている地域を含む、へき地医療拠点病院を有する地域。

医療資源：医療機関、関係施設、医師、看護師、保健師、助産師等の医療に関係する機関と人材。

医療専門職：医師、保健師、看護師、助産師、理学療法士、作業療法士の総称。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究対象者と選出方法

紀南地域母子保健医療推進協議会（以下、協議会）のメンバーで、調査協力の承諾を得た保健師6名である。協議会のメンバーを主軸とした理由は、紀南地域のほぼ全出生に対し、母子の状況を継続的に把握していることから、地域特性に沿った質の高いデータが得られると考えたからである。研究対象者の選出には、活動地域に偏りのないよう配慮した。研究対象者の背景は表1のとおりである。

2. データ収集方法

調査場所は、協議会のメンバーが通常会議を行う静寂の保てる部屋で実施した。また、ファシリテーターと観察者の各1名を配置し、研究対象者の許可を得て観察者がDVD録画とIC録音を行った。調査中は、リラックスできる雰囲気を保つようお茶を用意した。

所要時間は1回約2時間程度で2回実施した。2回実施の理由は、1回目のFGIのデータを読み返し、更に一歩入り込んだデータ収集が可能であると判断したからである。FGIは、「現在の紀南地域の母子保健の医療の現状についてどのように感じているか」「全国的な医療専門職不足の中、住民が生活していく上で、住民自身が健康にどのような関心を持ったり、日頃から保健活動で感じたり把握していることは何か」「住民はどのような医療や看護を受けたいと思っているの

表1 研究対象者の背景

対象者	A	B	C	D	E	F
保健師経験	管理期	管理期	管理期	中堅後期	中堅後期	新任期*
地域	紀宝町	御浜町	熊野市	熊野市	紀宝町	御浜町

保健師経験区分：管理期：20年以上経験 中堅後期：10～19年未満 新任期：5年未満

*：保健師経験は新任期にあるが、その前に看護臨床経験がある

か保健師として把握している内容」「理想と現実のギャップはあるが、それらを解決に導くには保健師としてどのような活動が必要であるか」「保健師として行政に改善を望むことや今後の希望」を中心に半構成で設定した項目に基づき進行した。インタビュアーとファシリテーターの事前打ち合わせは、できるだけ保健師の言葉で多くを語ってもらうことに留意点をおいた。

3. 調査期間：平成21年9月から12月のうち2回FGIを実施した。FGIの1回目と2回目の間隔は、約2か月である。

4. 分析方法

1) FGIデータの信頼性と妥当性の確保

この手法の信頼性、妥当性の確保のため、以下の点に配慮した。調査対象者である保健師の選定には、活動地域に偏りが無いこと、研究趣旨に理解と協力を示す保健師とした。FGIの主なインタビュー項目は半構成で設定し、対象者が自由に発言でき、ディスカッションできるように配慮した。

FGI進行は、経験を積んだ研究者がインタビュアーとなった。FGI終了後には、作成された逐語録からインタビュアーと共同研究者が重要箇所と思われるデータを抽出し、討議した。FGIの様子の内容をDVDで視聴し、発言内容と声の調子、表情、身振り等を振り返り、次回のFGIに備えた。

2) プリシード・プロシードモデル

FGIで収集したデータから逐語録を作成した。そこから抽出した重要箇所は、プリシード・プロシードモデルを用い分析した。プリシード・プロシードモデルを使用した理由は、健康行動を個人と環境の二つの力によって受けるとみなすモデルであり、紀南地域の環境や特性がより反映できると考えたからである。

3) コミュニティアズパートナーモデル

地域診断を行う手法として、個人がどのような影響を受けながら紀南地域で生活しているかをアセスメン

トするために、コミュニティアズパートナーモデルの地域のコア（歴史、人口統計、民族性、価値観と信念）とサブシステム(物理的環境、教育、安全と交通、政治と行政、保健医療と社会福祉、コミュニケーション、経済、レクリエーションの8分野)の構成要素を使い既存資料からデータをまとめた。分析した地域概要は、地域住民がパートナーとして捉えるモデルのアセスメントの車輪で表現した。

Ⅲ. 倫理的配慮

本研究の趣旨は、口頭、文書による説明を行い賛同を得た者について調査を実施した。調査の中断、拒否の際に不利益のないことを説明し、基本的に自由意思の参加とした。DVDとICによるデータ収集と保存に関し了承を得、適切な場所でデータ保管を行い研究終了後には適切にデータ消去をする約束をした。なお本研究は三重大学医学部倫理委員会（受付番号1114）の承認を得て行った。

Ⅳ. 研究の概念枠組み

本研究の概念枠組みは、健康や保健行動を考える上で肯定的な能力やアプローチ志向を促進していくヘルスプロモーションの考えを理論的前提とした。

FGIデータの妥当性の確保のためコミュニティアズパートナーモデルを使い地域診断を行ない、地域特性を勘案しながらデータをまとめていく方法とした。

FGIデータの分析は、ヘルスプロモーションの計画や評価に幅広く適用されるプリシード・プロシードモデルを使い健康に影響する多様な要因を整理し、地域特性を抽出した。総括した内容から紀南地域の今後の地域保健医療体制を検討した。図1に示す。

V. 結果

1. プリシード・プロシードモデルに基づく分析

FGIから得られたデータは183コードであり、プリシード・プロシードモデルに適用し分類した。（図2

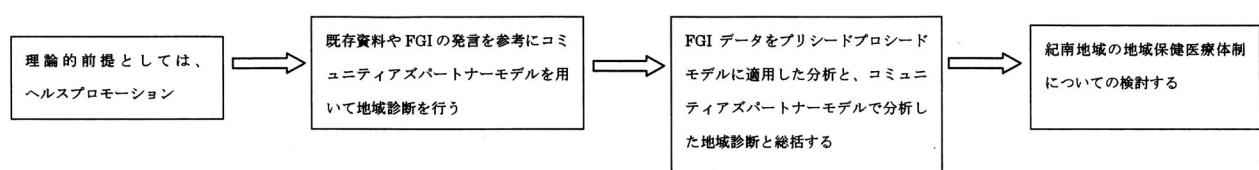


図1 研究の概念枠組み

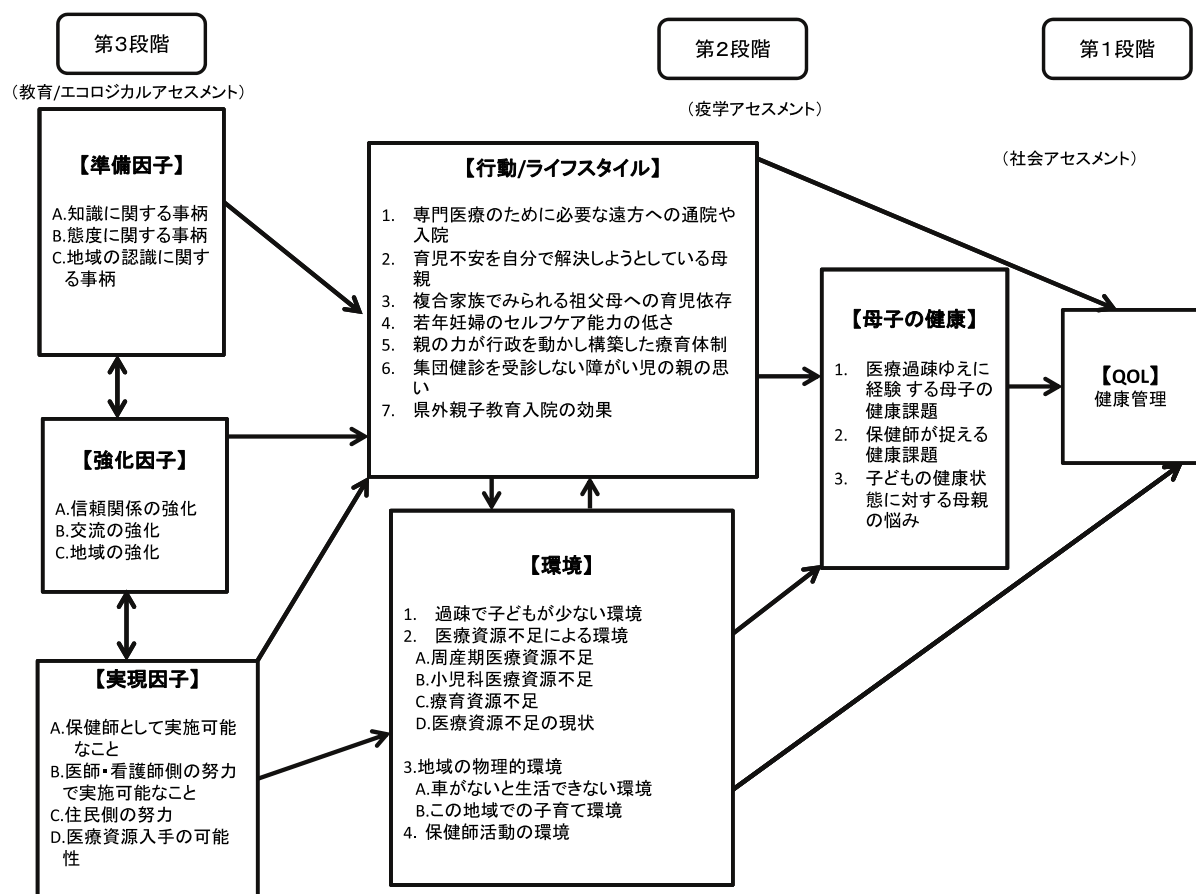


図2 プリシード・プロシードモデルに基づくFGIの内容分類

に示す) プリシード・プロシードによる分類では、諸要因の中のデータを更にカテゴリー分類しラベル化した。

ラベル名は<>、データは「」で示す。各段階で特定する目標又は項目を【】で示す。各項目のカテゴリー分類とデータの詳細については表2～8に示す。

1) 第1段階：社会アセスメント

第1段階は、対象とするコミュニティを文化や社会状況も含めて深く理解するために、地域での関心事や要望を調べるプロセスであり、本研究では、保健師の生の声を収集するためFGIを行った。この段階では「セルフヘルプグループの一連の活動はヘルスプロモ-

ーションである」「自身の健康を守ること」から、カテゴリーは<健康管理>と挙げ、社会アセスメントで示す目標として【QOL】とした。表2に示す。

2) 第2段階：疫学アセスメント

第2段階は、どの健康問題が客観的に重要かを特定し、【行動/ライフサイクル】【環境】が、どのように相互に関連し行動変容の可能性をアセスメントしていくかの計画作成に役立てる所である。この段階の具体的目標としては【母子の健康】と特定した。【母子の健康】のカテゴリー分類とデータは、<1. 医療過疎ゆえに経験する母子の健康課題>「早期入院による妊婦のストレス」「長期入院による妊婦と家族の負担

表2 社会アセスメント【QOL】のカテゴリーとデータ

カテゴリー	データ
健康管理	セルフヘルプグループの一連の活動はヘルスプロモーションである自身の健康を守ること

が大きい」「地理的問題で重症化する児もある」「この地域では母子保健は生死問題」「分娩の事故の怖さ」という、保健師が母子の経験として把握している内容を分類した。

＜2. 保健師が捉える健康課題＞では、「家族機能の低下」「若年妊婦の把握が困難」「母子健康手帳の受け取り週数に関係していることもある」「未熟児数もこの地域は少ない」「県内での子どものショートステイの受け入れは1～2件である」という保健師が健康課題として考えている内容を分類した。

＜3. 子どもの健康状態に対する母親の悩み＞には、「障がい児の母親の孤立化」「療育問題の共通項は多い」という、保健師が把握する障がい児の母親が持つ悩みや課題として捉えている内容を分類した。

【母子の健康】が作用される【行動／ライフスタイル】の、カテゴリ命名とデータは、＜1. 専門医療のために必要な遠方への通院や入院＞「ハイリスク分娩の経過と管理のシステムが重要」「障がい児は本県の場合、たいていT市に集まる」「療育面の継続は転居が必要になるケースもある」という、保健師が障がい児を持つ家族の現状として捉えている事を分類した。

＜2. 育児不安を自分で解決しようとしている母親＞「母親が思っていることを声に出すパワーが弱いことがほとんどである」、＜3. 複合家族でみられる祖父母への育児依存＞「共働きでは祖父母に育児を依存している」「核家族の多い地域もある」「祖父母同居の場合の受診行動」という、地域の特性も含めた家族同居の内容から分類した。

＜4. 若年妊婦のセルフケア能力の低さ＞「母子健

康手帳の受け取りに行かないケース」「若年妊婦の生活的不安定さ」「普段の身体管理で妊婦のリスクが少なくなる」「妊婦たちの健診受診行動の把握」「妊娠12週での母子健康手帳の受け取りが多い」という、若年妊婦に関連する内容で分類した。

＜5. 親の力が行政を動かし構築した療育体制＞では、「住民の力ですべきことの振り分けが必要である」「一つの事例で成功したケースがある」「解決能力を持つ親は力がある」「保護者 親の力」「保護者の熱い思いとタイミングが今の療育に繋がっている」という保健師と保護者が関わりを持ち体制を構築した事柄について分類した。

＜6. 集団健診を受診しない障がい児の親の思い＞「障がい児のわが子を市町村の事業に連れて行くことは保護者がつらい」「障がい児の場合保護者は初めから乳幼児健診にはこない」という保健師が汲み取る保護者の思いや障がい児の母親の現状を分類した。

＜7. 県外親子教育入院の効果＞「県外での親子教育入院の効果」という保健師が母子の経験談として把握している内容を分類した。表3、表4に示す。

【環境】のカテゴリ分類とラベル命名、代表的データは、＜1. 過疎で子どもが少ない環境＞「少子化の影響で学校が統廃合し複式学級が常識である」と分類した。医療資源の不足による環境をさらに詳細に分類し、＜A. 周産期医療資源不足＞「NICUはこの地域にはない」「地域の医療機関は妊娠診断を受けにくい場合もある」「早期に出産場所を選択することが困難な状況である」「出産の取り扱いができない市は遠方まで行く」「出生後にフォローする機関がない」とい

表3 疫学アセスメント【母子の健康】のカテゴリとデータ

カテゴリ	データ
1. 医療過疎ゆえに経験する母子の健康課題	早期入院による妊婦のストレス 長期入院による妊婦と家族の負担が大きい 地理的問題で重症化する児もある この地域では母子保健は生死問題 分娩の事故の怖さ
2. 保健師が捉える健康課題	家族機能の低下 若年妊婦の把握が困難 母子健康手帳の受け取り週数に関係していることもある 未熟児数もこの地域は少ない 県内での子どものショートステイの受け入れは1～2件である
3. 子どもの健康状態に対する母親の悩み	障がい児の母親の孤立化 療育問題の共通項は多い

う、医療資源不足の現状を捉えた。

＜B. 小児科医療資源不足＞「障がい児を受け入れる医療機関がない」「児の診断後のフォローのない状態が何年も続いている」「夜間に小児科医がいない」「夜間、救急外来に行くのも困る」「保護者が子どもの病気のことで気が動転しても行くところがない」「都会だったらすぐ来てもらえるのと思う」という、保健師自身の経験や夜間救急時の様子について分類した。

＜C. 療育資源不足＞「療育施設がこの地域にはない」「子どものリハビリテーション施設がこの地域にはない」「この地域は子どものショートステイの受け入れがない」「発達障がいなどの児童数が少ないので関連する医療資源もない」「この地域では療育医療を毎日受けることは無理」「他県と比べてしまうサービスの格差」という療育に関連する事柄と現状を分類した。

＜D. 医療資源不足の現状＞「耳鼻科などの専門医不足である」「ある市には耳鼻科がない」「県立病院の医師が遠隔地医療のサポートをしている」「超高度医療機関は県内に1ヶ所だけである」「医療スタッフ不足のため医師は掛け持ちである」「高度救命センターがない」「医療面での物足りなさを感じている」とい

う、専門的、高度な医療機関に加え、保健師として日頃から感じている医療資源不足の現状を分類した。

地域の物理的環境も詳細に分類し、＜A.車がないと生活できない環境＞「受診には車が必要である」「車の運転ができない住民もいる」「公共交通機関が乏しく車で通院する手段しかない」「高速道路の開通で生活圏と医療圏が変化しそう」「この地域の地形 地理的問題がネックである」という、車が必要な日常生活の現状と地理的な問題について分類をした。

＜B. この地域での子育て環境＞「この地域は子育てがしやすい所である」「ハンディのある子どもにはとても住みにくい所である」「市母子サークル活動の歴史がある」「町村合併での母親の怒り」では、保健師が把握する子育て状況と実際の合併の影響を分類した。

＜4. 保健師活動の環境＞では、「保健師のレベルで考えられることではないこともある」「市町村の保健師と県の保健師との仕事内容は区別されている」「保健所の役割もある」という市町と県の保健師の役割分担について分類した。表5に示す。

3) 第3段階：教育／エコロジカルアセスメント

表4 疫学アセスメント【行動／ライフスタイル】のカテゴリーとデータ

カテゴリー	データ
1. 専門医療のために必要な遠方への通院や入院	ハイリスク分娩の経過と管理のシステムが重要 障がい児は本県の場合、たいていT市に集まる 療育面の継続は転居が必要になるケースもある
2. 育児不安を自分で解決しようとしている母親	母親が思っていることを声に出すパワーが弱いことがほとんどである
3. 複合家族でみられる祖父母への育児依存	共働きでは祖父母に育児を依存している 核家族の多い地域もある 祖父母同居の場合の受診行動
4. 若年妊婦のセルフケア能力の低さ	母子健康手帳の受け取りに行かないケース 若年妊婦の生活の不安定さ 普段の身体管理で妊婦のリスクが少なくなる 妊婦たちの健診受診行動の把握 妊娠12週での母子健康手帳の受け取りが多い
5. 親の力が行政を動かし構築した療育体制	住民の力ですべきことの振り分けが必要である 一つの事例で成功したケースがある 解決能力を持つ親は力がある 保護者 親の力 保護者の熱い思いとタイミングが今の療育に繋がっている
6. 集団健診を受診しない障がい児の親の思い	障がい児のわが子を市町村の事業に連れて行くことは保護者がつらい 障がい児の場合保護者は初めから乳幼児健診にはこない
7. 県外親子教育入院の効果	県外での親子教育入院の効果

この段階は、保健行動に影響を及ぼす要因の把握を行い、【準備因子】【強化因子】【実現因子】の検討をし、地域のニーズに対処する方法を考えるところである。

【準備因子】の中のカテゴリー分類によるラベル命名と代表的データは、＜A. 知識に関する事柄＞「妊娠診断の重要性」「思春期教育の重要性」の妊娠に関する他の「祖父母の育児能力は祖父母の若年齢化とは無関係である」「祖母が子どもの受診をおおるケースがある」という祖父母に関する事柄、「親が親とし

て育っていない」「親としての知識力の低下」「住民は困っていない様子である」という親や住民についての状況、「親子で学ぶ情報や学習方法」「情報の有無や量で親が変化する」という知識や学習方法の現状を分類した。

＜B. 態度に関する事柄＞「母親の人間性が周りを動かすことができる」「母親の受け止め方の問題もある」「母親は一般の住民に障がいの子どもを見られたくない気持ちがある」「母親も人恋しい」という母親側の態度に関する事柄を分類した。

表5 疫学アセスメント【環境】のカテゴリーとデータ

カテゴリー	データ
1. 過疎で子どもが少ない環境	少子化の影響で学校が統廃合し複式学級が常識である
2. 医療資源の不足による環境 A. 周産期医療資源不足	NICUはこの地域にはない 地域の医療機関は妊娠診断を受けにくい場合もある 早期に出産場所を選択することが困難な状況である 出産の取り扱いができない市は遠方まで行く 出生後にフォローする機関がない
B. 小児科医療資源不足	障がい児を受け入れる医療機関がない 児の診断後のフォローのない状態が何年も続いている 夜間に小児科医がいない 夜間、救急外来に行くのも困る 保護者が子どもの病気のことで気が動転しても行くところがない 都会だったらすぐ来てもらえるのと思う
C. 療育資源不足	療育施設がこの地域にはない 子どものリハビリテーション施設がこの地域にはない この地域は子どものショートステイの受け入れがない 発達障がいなどの児童数が少ないので関連する医療資源もない この地域では療育医療を毎日受けることは無理 他県と比べてしまうサービスの格差
D. 医療資源不足の現状	耳鼻科などの専門医不足である ある市には耳鼻科がない 県立病院の医師が遠隔地医療のサポートをしている 超高度医療機関は県内に1ヶ所だけである 医療スタッフ不足のため医師は掛け持ちである 高度救命センターがない 医療面での物足りなさを感じている
3. 地域の物理的な環境 A. 車がないと生活できない環境	受診には車が必要である 車の運転ができない住民もいる 公共交通機関が乏しく車で通院する手段しかない 高速道路の開通で生活圏と医療圏が変化しそう この地域の地形 地理的問題がネックである
B. この地域での子育て環境	この地域は子育てがしやすい所である ハンディのある子どもにはとても住みにくい所である 市母子サークル活動の歴史がある 町村合併での母親の怒り
4. 保健師活動の環境	保健師のレベルで考えられることではないこともある 市町村の保健師と県の保健師との仕事内容は区別されている 保健所の役割もある

＜C. 地域の認識に関する事柄＞「この地域に対する住民の諦めがある」「もともとこの地域はお荷物であるとみられている」「この地域の医療面での物足りなさを感じている」「母親の状態により、情報から洩れていくケースがある」という保健師自身が地域について認識している事柄を分類した。

【強化因子】では、＜A. 信頼関係の強化＞「医師間の意思疎通が取れており、顔を知ってくれているということが大きい」「地域性を知っている医師がいてくれることが重要である」「話し易い医師の存在は大きい」という医師との信頼関係について分類した。

＜B. 交流の強化＞「人との繋がりをうまく利用することが大切である」「関係職種めぐり合わせのタイミングも重要である」「小児科医が母親と話し合える場を持つことが重要である」という人との交流についての事柄を分類した。

＜C. 地域の強化＞「同居ケースの祖母の役割が大きい地域である」「母子サークルでの母親のメンバーも時代と共に変化していく」「保健師活動を丁寧に行っている地域である」という地域と保健師の活動の結びつきについての事柄を分類した。

【実現因子】では、＜A. 保健師として実施可能なこと＞「母親の声を拾い上げる姿勢を積極的に持つこ

とが必要である」「住民の声を出しやすい環境を作ることが大切である」「市町村合併により乳幼児健診がタイムリーに受けられないことが不安である」「一市町では不可能なことでも広域では可能となることもある」「この地域は保健師同士の仲がよい」「保健師は地域の状況が把握できているという強みがある」等の保健師としての姿勢や把握している現状について分類した。

＜B. 医師・看護師側の努力で実施可能なこと＞「ケアカウンセリングの形を増やすこと」「地元の病院とうまく連携できることが必要である」「一般的な小児科医でも対応できることもある程度ある」という医療職側の努力に関する事柄について分類した。

＜C. 住民側の努力＞「家族介護力をつけることが大切である」「祖父母の育児、看護力の再教育の必要性がある」等の住民側が努力することについて分類した。

＜D. 医療資源入手の可能性＞「チームでへき地医療を作ることが大切だと思う」「一市町では対象数が少ないので近隣の市町も含めて考えるという考え方」「住民と行政のバランスの難しさがある」「医療資源を効率的に合理化していきたい」「地域・行政・医師会の医師が一緒に支えていくことが大切である」「医療

表6 教育／エコロジカルアセスメント【準備因子】のカテゴリーとデータ

カテゴリー	データ
A. 知識に関する事柄	妊娠診断の重要性 思春期教育の重要性 若年妊婦の母子健康手帳の受け取り方法 祖父母の育児能力は祖父母の若年齢化とは無関係である 祖母が子どもの受診をあおるケースがある 親が親として育っていない 親としての知識力の低下 住民は困っていない様子である 親子で学ぶ情報や学習方法 情報の有無や量で親が変化する どこに何を言うべきかわからない住民 サービスを受ける人の力が大事である 住民の特徴的な田舎意識がある
B. 態度に関する事柄	母親の人間性が周りを動かすことができる 母親の受け止め方の問題もある 母親は一般の住民に障がいの子どもを見られたくない気持ちがある 母親も人恋しい
C. 地域の認識に関する事柄	この地域に対する住民の諦めがある もともとこの地域はお荷物であるとみられている この地域の医療面での物足りなさを感じている 母親の状態により、情報から洩れていくケースがある

職スタッフの人員不足が著明である」等の医療資源入手 7、表8に示す。
手の可能性に繋がる事柄について分類した。表6、表

表7 教育／エコロジカルアセスメント【強化因子】のカテゴリーとデータ

カテゴリー	データ
A. 信頼関係の強化	医師間の意思疎通が取れており、顔を知ってくれているということが大きい 地域性を知っている医師がいてくれることが重要である 話し易い医師の存在は大きい
B. 交流の強化	人との繋がりをうまく利用することが大切である 関係職種のめぐり合わせのタイミングも重要である 小児科医が母親と話し合える場を持つことが重要である
C. 地域の強化	同居ケースの祖母の役割が大きい地域である 母子サークルでの母親のメンバーも時代と共に変化していく 保健師活動を丁寧に行っている地域である

表8 教育／エコロジカルアセスメント【実現因子】のカテゴリーとデータ

カテゴリー	データ
A. 保健師として実施可能なこと	母親の声を拾い上げる姿勢を積極的に持つことが必要である 住民の声を出しやすい環境を作ってあげることが大切である 市町村合併により乳幼児健診がタイムリーに受けられないことが不安である 一市町では不可能なことでも広域では可能となることもある この地域は保健師同士の仲が良い 保健師は地域の状況が把握できているという強みがある 保健師の情報力は大きい この地域の保健師には保健師魂がある 乳幼児健診等の受診結果の台帳管理が比較的しやすい地域である どのような連携が必要か掘り起こすことをしなければならない この地域は予防接種等は個別通知である 市町保健師と県保健師の役割分担ができている 転入者による把握困難ケースがある 地道な保健師活動の積み上げが大切である 保健師として台帳での管理可能な人は100名程度である 保健師の立場として住民に言えないこともある
B. 医師・看護師側の努力で実施可能なこと	ケアカウンセリングの形を増やすこと 地元の病院とうまく連携できることが必要である 一般的な小児科医でも対応できることもある程度ある
C. 住民側の努力	家族介護力をつけることが大切である 祖父母の育児、看護力の再教育の必要性がある 医療が必要な人にとっては、経済的時間の調整が大変である 母子サークルは少人数なのではない 親の会への発展型サークルも存在する 今後の取り組みとして母子サークルを作りたい
D. 医療資源入手の可能性	チームでへき地医療を作ることが大切だと思う 一市町では対象が少ないので近隣の市町も含めて考えるという考え方 住民と行政のバランスの難しさがある 医療資源を効率的に合理化していきたい 地域・行政・医師会の医師が一緒に支えていくことが大切である 医療職スタッフの人員不足が著明である 小児科医のローテーション方法 小児の場合、どこで初療をうけるか重要なこともある 医師は派遣でもいいと思う 障がい児を受け入れる学校の取り組みの違いが著明である 母親であれば質の高い療育を身近で受けさせてやりたいと思う 産科医院は現在2か所で何とかなっている 医療に関する情報は全然ないとおもう 高速道路ができて変化することがある 県と市町の繋がりも大切である タウンミーティングの報告の在り方が住民にはわかりづらい部分もある この地域は他県の保健所との連携が多い地域である 根ざしてくれる医師の存在を希望している

2. 地域診断

コミュニティアズパートナーモデルから抽出した地域診断から地域の強みとして抽出したことは、昔からこの地域に住んでいる人間関係の絆の固い地区が存在している事、レクリエーションでは、海や山の自然に多く触れられることが挙げられる。地域の弱みの部分では、物理的環境から、少子高齢化の影響により、教育面では学校の統廃合が日常的であること、高等・専門教育は地域内に無いことが挙げられた。安全と交通では、県央部からは高速道路の利用をしても3時間かかること、災害時には孤立しやすい地域なこと、保健医療と社会福祉では、中核病院が1つしかなく医療資源が極貧状態であること、経済面では、若者の雇用状況が厳しい環境生活していることが把握できた。地域のアセスメントの詳細は、地域のコア、サブシステムで示す。表9に示す。

地域概要は図3に示す。

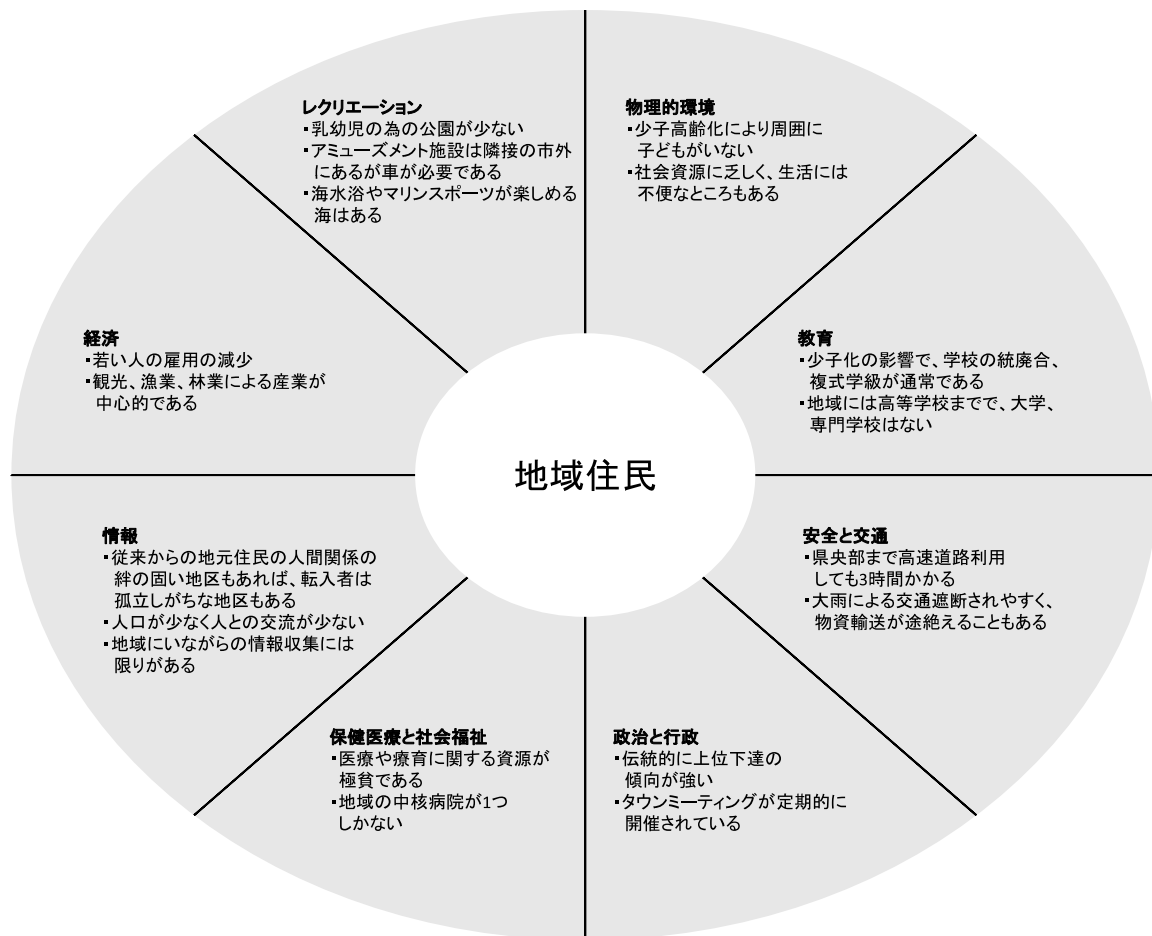


図3 コミュニティアズパートナーモデルによる分類

VI. 考察

1. プリシード・プロシードモデルによる分析

1) 社会アセスメント

医療資源の限られている紀南地域で【母子の健康】を考えることは住民の【QOL】の向上を考えることであり、自身の健康に繋がる。保健師は、母子の健康を守るためにどのような活動が求められるか考える必要がある。地域診断からは、地域の弱みを理解しながら強みに変化できるような保健師の活動が今後に必要なのではないかと考えられる。ローレンス・W. グリーン⁷⁾は、地域社会は様々な社会問題を経験し、経験に応じたQOLのための実用的なバロメーターを提供でき、重要な社会的・経済的要因を明らかにし、対象集団を深く理解することで創造的な介入が可能になると述べている。

紀南地域の保健師が、今一度地域の特性を踏まえ、何を大切にしながら母子への活動をすべきか今までの

活動を振り返り、今後の展開について住民と共に継続的に考えていく必要があると社会アセスメントから分析できる。

2) 疫学アセスメント

＜1. 医療過疎ゆえに経験する母子の健康課題＞＜2. 保健師が捉える健康課題＞＜3. 子どもの健康状態に対する母親の悩み＞のそれぞれの立場で母子の健康レベルに合わせた解決方法の検討が必要である。

(1) 【母子の健康】

ハイリスク妊産婦の場合に、＜1. 医療過疎ゆえに経験する母子の健康課題＞に分類されている「早期入院による妊婦のストレス」「長期入院による妊婦と家族の負担が大きい」というように出産を取り扱う産科医が地域になく、県央部の医療機関への早期入院を予防的に行ない対処していることで、長期間、妊婦は家族と離れて生活しなければならない。そのために家族の大きな負担が強いられていることも把握できた。

一方で重篤状況の場合、程度により医療の必要度は異なるが、その時に地域で対応可能かどうかは生命の分かれ道になるという「地理的問題で重症化する児もある」「この地域では母子保健は生死問題」というデータもあった。更に、障がいを抱える場合は療育センター等への通園、白血病や難病などの治療には高度専門外来を求め、県央部まで継続的通院や治療が必要である。

専門医療機関のある県央部への転居を選択する家族や経済的負担の大きい現状について、保健師は必要な治療を受けてほしいがこの地域では限界もあるというジレンマを抱えながら保健活動をしていると把握できた。小尾らの研究⁹⁾でも、専門機関の確保や保健師が家族への継続的支援の困難性について、本研究と同様な地域があることを把握した。この場合の解決策として、保健師は家族のニーズに合わせ支援のコーディネートを行い、市町と専門機関、保育機関等と養育者との相互の連携から情報を共有し進めていくことが重要であると述べている。地形・地理的条件から発生する問題は、災害時、天候不良時に、陸の孤島になるというこの厳しい状況も考慮しつつ、災害時への備えも検討しておく必要がある。

＜2. 保健師が捉える健康課題＞では、「家族機能の低下」「若年妊婦の把握が困難」という普遍的な健康課題に加えて、「未熟児数もこの地域は少ない」という人口サイズがもともと小規模で出生数も限られて

いること、「県内での子どものショートステイの受け入れは1～2件である」という地域特性ならではの抽出課題も含まれている。＜3. 子どもの健康状態に対する母親の悩み＞では「障がい児の母親の孤立化」「療育問題の共通項は多い」という普遍的な課題に捉えられがちである。しかし、地域特性を考慮すると、もともと人口が少なく、障がい児の母親はマイノリティな立場になりやすいため、特に障がい児の母親の孤立化は深刻な様子は明らかであると保健師は捉えている。

障がい児を育てる母親のストレスは高いことはすでに報告^{10～11)}され、さらに刀根の研究¹²⁾では、障がい児の母親と健常児の母親の比較結果では、障がい児の母親のQOLが低いことがわかっている。この地域の障がい児の母親のQOLの状態は本調査では把握できていないが、療育関連施設の不足は、この地域の母親が抱える問題が共通項となりやすいことが把握できた。また、涌水らの研究¹³⁾では、児の養育の関わりは、教育職および行政職も理解した上で地域が一丸になる必要性を述べ、小尾は、地域支援の中で、学校や保育所・幼稚園は軽度の発達障がい児への支援の重要な担い手であり、専門機関として大事な活動である⁹⁾と述べている。少人数なことで、学校、保育所、幼稚園等の社会資源の有効活用により、地域の人々がよく見通せる関係が構築しやすい地域であることが考えられる。

さらに杉山¹⁴⁾は母性意識および次世代育成意識に有意に影響する力は、母親、近隣の人々、保育所であると述べている。紀南地域では早急な施設やスタッフの充実は望めない現状から既存の施設や人材の最大有効活用という捉え方であれば可能な活動もある。

【母子の健康】の分析から、子どもの数は少ないが何らかの障がいを抱える子どもは存在しており、また産後にこの地域に戻ってこられる子どもの多くは、この地域での今後の生活に支障をきたすことはないであろう健康状態にあると分析できる。

(2) 【行動／ライフスタイル】

高度、専門的治療が必要な場合に、紀南地域での対応が困難なことから、住民がそれに対してどのように思い、考え、行動しているのか、保健師が捉えている事柄について7カテゴリーに分類している。

＜1. 専門医療のために必要な遠方への通院や入院＞では、「障がい児は本県の場合、たいていはT市に集まる」ことからこの地域では車が必需品で、運転が

可能なこと、通院に要する時間が長くなるためその間の仕事ができないこと等から「療育面の継続は転居が必要になるケースもある」という家族の状況を保健師は捉えている。何等かのハンディを持つと日常生活の不便さが浮き出てくる地域であると分析できる。

限られた人との交流や情報交換の中で、地域の母親は、＜2. 育児不安を自分で解決しようとしている母親＞の中の「母親が思っていることを声に出すパワーが弱いことがほとんどである」という一種の諦めに近い感情も加味しながら、それでも懸命に育児不安を解決しようとしていると保健師は捉えている。

＜3. 複合家族で見られる祖父母への育児依存＞では、「共働きでは祖父母に育児を依存している」世帯の多い所と「核家族の多い地域もある」ことを把握している。紀南地域では、祖父母との同居により、生活基盤が成立する家庭もあり、祖父母が果たす子育てを含めた生活上の支援も大きいことがうかがえる。

しかし、柳川の調査¹⁵⁾では、現代の祖父母も子育て経験が少ないこと、母親学級の未経験者、産後保健指導を受けた経験のない者があることから独自の子育てが展開されていると推測し、現代の祖父母学級の必要性を唱えている。そのため、祖父母の育児再教育、親を対象とした親育ての機会を身近に設け、家庭の看護力向上のための対策を講じる必要がある。他県の孫育てを担う祖父母世代へ教育への一環とした祖父母学級導入の取り組みの検討も報告¹⁶⁾されている。また、孫の世話をする祖父母の新たな役割の発見が両者の関係性を明確にするという研究¹⁷⁾がある。この他、祖母の育児には生涯発達支援の面からも有効¹⁸⁾であるという報告がされ、子育てを通して貴重な経験ができることが分かっている。

＜4. 若年妊婦のセルフケア能力の低さ＞では、「普段の身体管理で妊婦のリスクが少なくなる」「妊婦たちの健診受診行動の把握」を医療専門職と共に確実に行うことで、自己管理の重要性を示している。妊婦の自己管理の徹底により、回避できる状況もあると考えられる。保健師は、「妊婦たちの健診受診行動の把握」「妊娠12週での母子健康手帳の受け取りが多い」と発言していることから、妊婦へのきめ細やかな介入を行うことは、医療過疎地域でも安全な妊娠継続の可能性が打ち出せると考えられる。

＜5. 親の力が行政を動かし構築した療育体制＞で

は、「一つの事例で成功したケースがある」ことから、「保護者の熱い思いとタイミングが今の療育に繋がっている」という関係職種のめぐり合わせが重要なこと、「住民の力ですべきことの振り分けが必要である」ことも捉えていた。それには今後、保健師は住民の育成に関わりを持ってアプローチしていく方策を取る必要があると考えられる。

＜6. 集団健診を受診しない障がい児の親の思い＞では、「障がい児のわが子を市町村の事業に連れていくことは保護者がつらい」「障がい児の場合保護者は初めから乳幼児健診にはこない」という、どこの母子であるか既に誰もが知り得ている地域で、障がい児を抱えて生活することの辛さを保健師として充分に把握できている。

＜7. 県外親子教育入院の効果＞では、医療に関する情報量の質と量の違いが、母子のみならず新たに医療専門職への刺激となった保健師の経験から地域住民からの情報提供が気軽にできる場を設けることも必要であると考えられた。中山ら¹⁹⁾は、母親が望む育児支援情報提供のあり方において母親は、インターネットは利用するが自治体や子育て関連のホームページを知らない人が多く、情報公開の方法にも充分検討する必要性を示している。紀南地域でもインターネットから情報収集する母親世代は増えており、地域の医療情報に加えて育児に関する内容や生活情報が充実できれば解消できることもあると思われる。

（3）【環境】

FGIと地域診断から把握できた地域の環境は、医療資源が乏しいこと、交通アクセスの不便性から受診行動に影響し、「夜間に小児科医がいない」「保護者が子どもの病気のことで気が動転しても行くところがない」などという救急医療体制不備のために子どもの命が救えない危機的状況に陥りやすいことが表出された。

＜1. 過疎で子どもが少ない環境＞＜2. 医療資源の不足による環境＞＜3. 地域の物理的な環境＞というこの地域の弱みを大きく表出しているが、強みの部分の自然環境では、熊野古道の世界遺産の山や海が近くにあり、自然が豊かで子育て環境として理想的であると保健師も捉えていた。

佐久川²⁰⁾らは、アクションリサーチによる介入で、離島住民の困りごとを、離島での互助機能の強さとその機能を活性化させることで解決した結果、住民の力

量はエンパワメントされ、地域特性に応じたサービスの誕生が可能と報告している。地域特性に応じて住民がサークルや活動を立ち上げ、運営する住民の柔軟さと積極性に助けられることは、紀南地域でも充分可能であると考えられ、地域住民の詳細な情報を知り得ている地域の保健師であれば、住民と協働の可能性は現実的であると疫学アセスメントから分析できる。

3) 教育／エコロジカルアセスメント

(1) 【準備因子】

【準備因子】では、知識、態度、信念、価値観、認識に基づいて分析している。＜A. 知識に関する事柄＞で、保健師が住民に求める知識や態度、認識として、「妊娠診断の重要性」「思春期教育の重要性」という基本的な健康管理の知識を身に付けて欲しいと思っている。しかし、「親が親として育てていない」「親としての知識力の低下」という普遍的なFGIのデータは、石井ら²¹⁾の先行研究からも読み取ることができた。石井らは、現代の母親が子どもの疾病理解や看護力が十分でないことから、次世代の子どもの育児能力を高めるための基礎的な教育を学校で積極的に実施すべきと述べている。

【準備因子】とは、これから変わろうという人の動きを高めたり、低めたりすることや幼児期の体験も含まれることから長期的視野で子どもへの働きかけにより健康、QOLが相補的に向上する可能性がある⁷⁾と言われている。

紀南地域の保健師による思春期保健指導は、学童期から県の保健師が継続した関わりを持っている。この活動は【準備因子】に当てはまり、児童・生徒の将来の自身の健康の確保、健康的な妊娠の管理などの保健師活動の拡大に繋がる活動である。更に、地域の保健師の存在を知ることによって健康に関するアクセスがわかり上手に資源活用ができるようになる。紀南地域では、母子の継続ケアの一環として母子健康手帳の改良版である親子健康手帳を配布²²⁾し、学童期の子どもと共に保護者の活用を啓発している。紀南地域だから、継続したケアが実施できるという強みとして捉えることができる。

FGIでは、子どもの体調不良時の、「祖母が子どもの受診をあおるケースがある」というデータを把握している。受診をあおる背景には、受診への判断力の欠如も一因と考えられ、医療資源が少ない環境で、適切

に診察を受けるために、受診への判断力がつくような知識を持つ必要があると保健師は捉えている。

＜B. 態度に関する事柄＞では、「母親の人間性が周りを動かすことができる」「母親の受け止め方の問題もある」「母親も人恋しい」という母親の立場を捉えたカテゴリーである。紀南地域の保健師は担当地区の家庭、母子について全数の詳細を把握していることから、これらのデータは母親の声の代弁と捉えることもできる。

＜C. 地域の認識に関する事柄＞では、「この地域に対する住民の諦めがある」ことが把握できた。

今後更に、紀南地域の少子高齢化が進み、過疎化が激しくなると予測できる。「もともとこの地域はお荷物であるとみられている」「この地域の医療面での物足りなさを感じている」というデータからは、従来からその気持ちを持ち続けながら保健師として活動していることも把握できた。ここは、こんなもんだという諦めを持たないと紀南地域での生活は難しいかもしれない。

しかし、そのような価値観や認識が、健康面にマイナスに傾かないような働きかけをしていくことが保健師には求められる。

(2) 【強化因子】

【強化因子】では、資源の少ない中で、いかに人とタイミングよく繋がり良好な関係を構築していくか、またそれに必要なことは何であるかに視点をおき分析した。＜A. 信頼関係の強化＞の中の医療専門職の人数が限られている地域での「医師間の意思疎通が取れており、顔を知ってくれているということが大きい」の意味は大きく、「地域性を知っている医師がいてくれることが重要である」とも保健師は捉えている。

その中で、小児科医と母親が対等に話合える機会を持つことの重要性「話し易い医師の存在は大きい」と保健師は捉えている。

＜B. 交流の強化＞として「小児科医が母親と話し合える場を持つことが重要である」というような小児科医と母親の距離が近くなることが重要と捉えている。

近くなることで信頼関係が構築しやすく、身近な医師の働きかけで家庭での応急処置への知識が身につくことも可能となる。これは、家庭での看護力向上に繋がる。さらに、定期的に地域保健センター等で実施される親子教室の開催は、少し奥手で孤立しがちな母親

も保健師や参加者からの声かけで、次回の教室の参加に繋がる心理的なサポートになる。

古川は産み育て期をより健康に過ごすために家族、親族以外の支援ネットワークの構築が急務である²³⁾と述べ、発達障がい児をもつ母親は、子育て上で頼りにできた人は家族や友人だが、母親自身の養育行動の振り返りでは、専門機関を必要としていること²⁴⁾が分かっている。紀南地域には、療育に関する専門機関は不足している状態であるが、療育の専門的知識を持つ保健師が障がい児をもつ母親にくまなく手を差し伸べて活動していくことが望まれ、人口サイズや地域特性を考慮するとそれが可能な地域である。既存の母子サークル活動においては、「母子サークルでの母親のメンバーも時代と共に変化していく」を念頭におき、地域特性を考慮した活動が、次世代に継続できるような母親間を繋ぐサポートが必要であり、そのサポートには保健師としての専門性が求められる。前馬ら²⁵⁾は、自主化に向けたグループ支援に対し、グループにより支援の独自性や地域性、ライフサイクルにより相違があると述べている。紀南地域の母子サークルのあり方では、少子化地域での母子の交流の方法により、母子が救われ、仲間作りもできることから保健師は既存の母子サークルの活動状況を勘案し調整しながら母子と共に発展させていくことが今後の活動として重要である。

(3) 【実現因子】

【実現因子】では、望ましい方向に環境や行動を変えていくための技術や資源の確保の視点で分析をした。

＜A. 保健師として実施可能なこと＞では、「市町村合併により乳幼児健診がタイムリーに受けられないことが不安である」というように、出生数が少ない地域での、健診の合理化を図るための弊害が表出されている。

しかし、FGIのデータから「一市町では不可能なことでも広域では可能となることもある」と捉えている。

地域の保健師として、一つの家庭や母子の事情を把握し情報量を持っているという自覚があること、地域の状況を詳細に把握し柔軟性を持った活動が感じられ、「母親の声を拾い上げる姿勢を積極的に持つことが必要である」「この地域は保健師同士の仲が良い」「保健師は地域の状況が把握できているという強みがある」等のデータから紀南地域ならではの保健師の専門性も強く感じる事ができた。保健師は地域で特有な知識

を提供することが可能であり、看護介入においても優れているといわれている²⁶⁾。この地域の今後を考える時に、医療施設や資源の拡充は望めない。そのため、＜D. 医療資源入手の可能性＞の中では「住民と行政のバランスの難しさがある」「医療職スタッフの人員不足が著明である」等の現状も考慮し、「チームでへき地医療を作ることが大切だと思う」「医療資源を効率的に合理化していきたい」「地域・行政・医師会の医師と一緒に支えていくことが大切である」と希望も含め、今後の保健師としての活動をどのように焦点化していくかも捉えている。その実現に向け＜B. 医師・看護師側の努力で実施可能なこと＞では、「地元の病院とうまく連携できることが必要である」、＜C. 住民側の努力＞として「家族介護力をつけることが大切である」「祖父母の育児、看護力の再教育の必要性がある」というような住民側に努力を求める事柄との調整を図ろうとしている姿勢がデータから読み取ることができる。

【実現因子】では、保健師が、＜A. 保健師として実施可能なこと＞＜B. 医師・看護師側の努力で実施可能なこと＞＜C. 住民側の努力＞＜D. 医療資源入手の可能性＞の4つの社会的な力について考え、そのバランスを取るスキルが必要である。

2. 保健師が捉える母子保健の現状と検討課題

紀南地域の母子のQOLと健康を考えるにおいて、健康であればこの地域での生活に支障はないが、何等かの障がいを持つことで、家族の生活に困難をきたす事実がある。地域から転出せずここで生活を継続する母子や家族については、保健師が専門的な目で見守り続けることが必要である。中田²⁷⁾は家族を支えることが障がいを持つ子どもの発達支援であると述べている。

子どもの発達育児に応じた対応と家族支援が、地域の医療専門職で積極的に取り組む姿勢が必要であり、その中心的存在には、保健師が当てはまり最も専門性の発揮が問われるところである。保健師は、地域住民全体に対して責任を持ち、住民の社会生活を豊かにすることの追求²⁸⁾をしていく援助を提供する立場にある。

地域特性である医療資源や情報の不足という制約を可能な限り最小限にとどめ、母子の安心できる生活を継続するために、地域特性に基づいた住民の育児不安の解消や適切な受診行動を勧めることが支援として求められている。育児経験者や祖父母世代との交流に加

え、この地域に適切な保健行動が身に付くよう保健師が啓発に努めていくことが課題である。

VII. 結論

紀南地域の特性から抽出された母子保健に関する検討課題から今後の地域保健医療体制について以下にまとめる。

1. 医療過疎地域だからこそ、既存の資源の最大有効活用を行う努力をし、保健医療福祉が共存できる方法を検討する必要がある。
2. 医療過疎地域の住民として住民が努力すべきことの範囲を見極め住民に求めること、行政側のすべきことの整理をしていくことが今後の保健医療体制に必要である。
3. 人口サイズが小規模ゆえに保健師が地域の詳細把握が可能であるという強みを生かしながらの母子保健活動の展開が可能である。

【研究の限界と課題】

本研究のデータ収集の手法はFGIであり、2回実施した。2回のFGIを終えたプロセスとして、1回目よりも2回目の方がより本音が聞き出せたこと、日頃の母子保健活動の振り返りができたことで、保健師としての活動の評価と自信に繋がったのではないかと感じている。改めて紀南地域の特性を把握することは、新たな母子保健活動の展開の可能性となり、考える姿勢に繋がることができた。

本調査は、限定した地域で保健師が捉えた内容から健康課題を抽出しておりこの点において限界がある。

しかし、本研究での調査のプロセスからコミュニティアズパートナーモデルを使い、地域概要を捉えて特性を抽出することや、プリシード・プロシードモデルで、データの整理をすることで地域の現状がより表面化しやすくなり他の過疎地域にも十分に活用可能と考えられる。プリシード・プロシードモデルを用いた分析は、プリシードの段階に留めているため、次段階の調査でプロシードの段階まで分析が可能に調査の継続を考えている。

今後、紀南地域住民の声を把握してさらに研究内容の充実を図り検討を深めていきたい。

【謝辞】

本研究にあたり、調査に快く御協力いただきました、紀南地域母子保健医療推進協議会の保健師の皆様に深く感謝いたします。本研究の一部は第13回日本地域看護学会学術集会（札幌）で発表しました。

表9 コミュニティアズパートナーモデル 地域のアセスメント

1. 地域のコア	観 察	データ																																																												
1. 歴史	紀南地域は、日本最古の書である「古事記」「日本書記」に著されている行事、神話、習俗が数多く残されている。平安時代から江戸時代にかけて、伊勢から熊野三山への主要参詣路であった熊野街道が今も随所にその面影を残している。「蟻の熊野詣」と形容されたほど多くの参詣者を集めた往事を偲ぶことができる貴重な歴史的遺産となり、日本人のルーツともいえる場所である。奈良時代には、紀州地方(旧紀和町)から銅が東大寺の大仏に献上された歴史がある。昭和 53 年の閉山までとても活気のある地域であったが閉山後は人口が減少し県内でも少子高齢化の著しい地域である。	参考資料:「日本書記 巻第一 神代 上」現代語訳（紀伊山地の霊場と参詣道 HP） http://www.sanson-net.com/higasidata/kiwa.html 2006 年に伊勢から熊野三山にいたる熊野街道を含む和歌山県、奈良県、三重県のエリアは平成 16 年 7 月「紀伊や山地の霊場と参詣道」として世界遺産に登録されている。世界遺産登録以後、世界中から観光客が訪れる地域となっている。熊野市は、2005 年に、熊野市と紀和町が合併して新熊野市が誕生した。熊野市は、森林面積が市域の 87%を占め豊かな自然と温暖な気候に恵まれ、温泉や、千枚田など自然の宝庫である。紀和町は、昭和の時代を作り上げた形跡を鉾山資料館として残している。2006 年には、紀宝町と鵜殿村の合併で新紀宝町が誕生した。																																																												
2. 人口統計	平日昼間に外出している人には高齢者が多い。休日には、若い人や家族連れはあるもののにぎわう感じではない。 年々少子高齢化が進み、仕事や学校を求めて都市部に転出していく人もある。 若年者の流出については、高校卒業後に「都会への憧れ」「地域内に安定した企業がない」「地域内に魅力的な商業機能がない」「遊ぶ所がない」が主な理由である。高卒後の進路では大学等への進学が多いがほとんど地域外への転出であり、とりわけ中京方面への転出が多い。 地域住民の気質としては、各市町で同質ではないものの、比較的のんびりとして穏やかな気質の住民であると感じる。高齢者の多くは県内出身者で生まれたときからこの地域で居住を続けている人もある。若い人々は他県や市町外からの転入もある。	【人口統計】（三重県総人口の 2.3%を占める 平成 17 年度） <table><tr><th>地域</th><th>人口（人）</th><th>世帯数</th><th></th></tr><tr><td>熊野市</td><td>19950</td><td>9890</td><td>平成 23 年 1 月現在</td></tr><tr><td>御浜町</td><td>9702</td><td>4350</td><td>平成 23 年 1 月現在</td></tr><tr><td>紀宝町</td><td>12369</td><td>5444</td><td>(平成 21 年現在)</td></tr></table> 【合計特殊出生率】 【65 歳以上人口の割合】 <table><tr><th>地域</th><th>合 計 特 殊 出 生 率（％）＊</th><th>65 歳以上人口 （％）＊＊</th><th>平均年齢 （歳）</th></tr><tr><td>熊野市</td><td>1.62</td><td>36.8</td><td>52.1</td></tr><tr><td>御浜町</td><td>1.64</td><td>34.1</td><td>50.7</td></tr><tr><td>紀宝町</td><td>1.69</td><td>28.4</td><td>47.8</td></tr></table> ＊ 平成 14～18 年度データより ＊＊ 平成 21 年度データより 【紀南地域の人口増加率】 <table><tr><th></th><th>昭和 35 年</th><th>平成 17 年</th><th>増加率(％)</th></tr><tr><td>熊野市</td><td>30,586</td><td>19,606</td><td>△35.9</td></tr><tr><td>旧紀和町</td><td>8,564</td><td>1,623</td><td>△81.0 ＊</td></tr><tr><td>御浜町</td><td>12,965</td><td>9,902</td><td>△23.6</td></tr><tr><td>紀宝町</td><td>8,485</td><td>7,811</td><td>△7.9</td></tr><tr><td>旧鵜殿村</td><td>3,200</td><td>4,837 ＊＊</td><td>51.1</td></tr><tr><td>計</td><td>63,800</td><td>43,779</td><td>△31.4</td></tr></table> ＊ 合併前には最も高い高齢化率 53.5%を記録している ＊＊ 隣接する和歌山県新宮市からの転入により人口増	地域	人口（人）	世帯数		熊野市	19950	9890	平成 23 年 1 月現在	御浜町	9702	4350	平成 23 年 1 月現在	紀宝町	12369	5444	(平成 21 年現在)	地域	合 計 特 殊 出 生 率（％）＊	65 歳以上人口 （％）＊＊	平均年齢 （歳）	熊野市	1.62	36.8	52.1	御浜町	1.64	34.1	50.7	紀宝町	1.69	28.4	47.8		昭和 35 年	平成 17 年	増加率(％)	熊野市	30,586	19,606	△35.9	旧紀和町	8,564	1,623	△81.0 ＊	御浜町	12,965	9,902	△23.6	紀宝町	8,485	7,811	△7.9	旧鵜殿村	3,200	4,837 ＊＊	51.1	計	63,800	43,779	△31.4
地域	人口（人）	世帯数																																																												
熊野市	19950	9890	平成 23 年 1 月現在																																																											
御浜町	9702	4350	平成 23 年 1 月現在																																																											
紀宝町	12369	5444	(平成 21 年現在)																																																											
地域	合 計 特 殊 出 生 率（％）＊	65 歳以上人口 （％）＊＊	平均年齢 （歳）																																																											
熊野市	1.62	36.8	52.1																																																											
御浜町	1.64	34.1	50.7																																																											
紀宝町	1.69	28.4	47.8																																																											
	昭和 35 年	平成 17 年	増加率(％)																																																											
熊野市	30,586	19,606	△35.9																																																											
旧紀和町	8,564	1,623	△81.0 ＊																																																											
御浜町	12,965	9,902	△23.6																																																											
紀宝町	8,485	7,811	△7.9																																																											
旧鵜殿村	3,200	4,837 ＊＊	51.1																																																											
計	63,800	43,779	△31.4																																																											

3. 民族性	<p>伝統的に伝わる祭り、風習を大切に、また楽しみに感じ、海を大切に祭る神事がこの地方には多い。</p> <p>紀南地域には地域のイベントが数多くあり、歴史の長い催しもある。これらのイベントには地域を推進する若者の育成を果たし、まちづくりについて住民は自ら考える場となっている。</p>	<p>特徴的な祭り：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・熊野三山(平安時代の中期頃からそのように 呼ばれている)の神事(世界遺産と紀伊山地の霊場と参詣道) ・日本最古の社である「花の窟」の神事が今も伝承されている。 (http://www.city.kumano.mie.jp/kankou/rekisi.html) ・地元の祭り(マグロ祭り・鯨祭りなど)(熊野の花火は 300 年以上の歴史があり毎年 10 万人以上)
4. 価値観と信念	<p>寺・神社:熊野本宮大社・熊野速玉大社・熊野那智大社に代表される祭事などを通して伝統を大切にしている。</p>	<p>文化財:史跡熊野三山 (熊野本宮大社・熊野速玉大社・熊野那智大社)古事記、日本書記に著されている神話では、「神武東征」「徐福渡来」「坂上田村麻呂の鬼退治」がこの地域の舞台であるといわれている。 (www.pref.mie.lg.jp/D1HKSHU/chukaku/gaiyou.pdf)</p>
II. サブシステム		
1. 物理的環境	<p>森林と海に囲まれている。</p> <p>住宅の様子は、住居は昔からの敷地の大きな一戸建てであり、アパートなどもあるが新しい建物や高層建物はない。山の麓や中腹にある家もあり、車が入れないような坂道もあり、全体的に狭い道が多いが交通量は激しくない。県中心部から車で3時間程度離れる距離であり、誰もがこの地域について「遠い所」「過疎の地域」というイメージを持つ。また、豪雨・台風等の災害時には、県中心部を結ぶ主要道路や公共交通機関が遮断されることから、「陸の孤島」とも呼ばれている。最近では、熊野古道の世界遺産登録による世界中からの観光客の集客、高速道路の延長が図られ、地域の活性化に繋がっている。</p> <p>気候は温暖多雨で農作物の田端が広がり、柑橘系の畑が多い。(明治時代終わりごろからの歴史がある)</p>	<p>該当地域の面積:541.57 km²(県土の 9.4%)</p> <p>地域に占める森林の割合は熊野市の8割以上である。海岸沿いの道路が地域の主要道路となっている。主要道路から少し奥に入った地域が住宅になっている。紀南地域の住宅整備の現状では、持ち家率が 81.9%を超え県平均の 75.3%を上回っている。また持ち家における述べ面積も大きい。平地が乏しいことから住宅適地が少なく地価が高い状況である。リゾート地域の環境整備のために下水道等の整備中である。紀南地域の下水道普及率は 6.7%で、人口が密集している御浜町阿田和地区のみ整備されている現状である。 (www.pref.mie.lg.jp/D1HKSHU/chukaku/gaiyou.pdf)</p>
2. 保険医療と社会福祉	<p>医療従事者が少なく、病棟閉鎖が著明。また、耳鼻科・眼科等専門外来受診ができない時がある。15 歳未満の子どもの手術は麻酔科医不足のためこの地域では困難である。</p> <p>慢性的なアレルギー疾患についてはこの地域で対応可能な医療機関があるが、高度な治療、特別な治療が必要な場合には、県中心部まで通院、受診の必要がある。特に小児科、産科医療に関しては、医師不足で厳しい状況である。緊急時の医療についてはこの地域で対応が不可能な場合にはヘリコプターや救急車で県外、県中心部まで搬送される。しかし、疾患の重症度や時間帯によっては、円滑な救急の受け入れが不可能なケースもあり、地域によっては、助かる命が助からない場合もある。</p>	<p>急性・慢性疾患の状況</p> <p>従事地常勤医師数(人口千人当たり)：</p> <p>熊野市(1.58) 御浜町(3.26) 紀宝町(0.16)</p> <p>医療施設数(人口千人当たり)：</p> <p>熊野市(2.00) 御浜町(1.35) 紀宝町(0.82) *平成 20 年度</p> <p>医療施設・医療関係者数</p> <p>熊野市(病院1 精神1 一般診療所 26 歯科 12 薬局4 医師 31 歯科医師 14 薬剤師 14 看護師 195)</p> <p>御浜町(病院1 一般診療所9 歯科4 薬局8 医師 29 歯科医師5 薬剤師 18 看護師 219)</p> <p>紀宝町(一般診療所 5 歯科 6 薬局 1 医師 3 歯科医師 5 看護師 27) *平成 22 年 10 月</p>

3. 経済	海 海岸:紀宝町は、熊野灘に面し、三重県の玄関口でもあり、港湾を利用した製紙工場や製材工場が立地し、この地域を支える産業の一つである。世界遺産登録後には観光業が盛んであり、土産品、宿泊施設などが活気を見せ、最近では隣県の和歌山県、奈良県と共に観光業に力を入れている。	観光名所としては、七里御浜の海岸や丸山千枚田、鬼が城、温泉などがあり熊野古道の影響で観光客が増えている。(三重県 HP) 御浜町では年中みかんが取れる町として県内一であり、柑橘系果物を加工し物を特産物として御浜町 HP では全国発送の案内もしている。(御浜町 HP)
4. 安全と交通	交通アクセスは、紀南地域を結ぶ主要道路に、国道 42 号線、奈良県、大阪府と結ぶ国道 169 号線、和歌山県に続く国道 311 号線があるが、山間部や海岸部を走る道路のため幅員が狭くカーブが多く雨量によって交通が規制される。 住民の主な交通機関は、自家用車が多いがすべての住民は車を所有して運転できるわけではない。県中心部までは車で 3 時間程度、高速道路にたどり着くまで 1 時間弱かかり峠を 4 か所越えなければならない。 駅周辺、観光地しかタクシーはいない。 公的な交通機関として鉄道では、JR 紀勢本線が唯一のアクセスである。 県内のバスがあるが、一日の本数が少なく通学や通勤では不便である。 熊野古道観光客が増加し季節、休日には列車が満車になることもある。 障がい者、ベビーカーが地域内を出歩くには、ショッピングセンター等、民間施設のバリアフリーは不十分である。雨が多い地域であるのに雨よりも不十分である。	鉄道は JR 紀勢本線が紀南地域は名古屋から新宮まで約 3 時間(平日 1 日 4 往復) バスについては、県中心部(津市、松坂市)を結ぶ特急バスが 2～3 往復程度ある。 県外と紀南地域を結ぶバスは、最短でも大阪灘波駅から熊野市駅まで近鉄(私鉄)から JR 乗継で 3 時間 30 分かかる。 東京から那智勝浦間夜行バスの所要時間は 10 時間 名古屋市内から熊野古道シャトルバスは 4 時間の所要時間でそれぞれ一日一往復である。 世界遺産登録後、観光客が増加し、平成 18 年度の紀伊山地の霊場と参詣道への観光客は 15.4 万人(三重県 HP より)、平成 21 年観光レクリエーション入込客状況の東紀州地域では、前年比より 3.6%アップ 163.4 万人である。
5. 政治と行政	行政と地域住民との意見交換の場であるタウンミーティングや市町長が役員である母子保健医療推進協議会代表者会議が定期的に開催され、地域の現状報告がある。意見交換された内容としては、「紀南地域の医療過疎を考える」「医師不足に伴う小児科・産婦人科医療について」。	タウンミーティング年 1～2 回(紀南地域の医療を考える) 2 町・1 市の保健師と地域の医師も参加する母子保健医療推進協議会定期的開催。
6. 情報	高齢者の集まりや子育てママサークルなどもあるがそれらに参加する人はほぼいつも同じ顔ぶれである。昔からの地域住民同士の繋がりはあるが、転入者は、隣近所とのつながりが薄い場合もある。医療・福祉・保健や日常生活に関わる情報が住民に届いていないと保健師は感じている。若者はインターネットでの買い物や情報収集することが多い。	公民館:熊野市(25)御浜町(13)紀宝町(1) テレビ受信:熊野市(8008)御浜町(3397)紀宝町(4047) 郵便局紀宝町(5) 私的:固定電話 携帯電話 インターネットは普及しているが一部携帯電話のつながらない地域もある。
7. 教育	少子化に伴い、小学校、中学校はそれぞれ統合されて複式学級である。高等学校はこの地域に2校しかなくほぼ地域の高校生はここに通学し、大学で県外に進学する。小学生、中学生が通う塾や習い事の看板もあまり見かけない。	地域内の学校 (特別支援) 幼稚園:熊野市・紀宝町(3)・小学校 熊野市(21) 御浜町(4)紀宝町(7)・中学校 熊野市(10)(2) 御浜町(3)(2)紀宝町(3)(1)・高等学校 南牟婁郡(1) 熊野市(1) 図書館:熊野市(1) 紀宝町(1) 社会体育施設:熊野市(2) 御浜町(2) 紀宝町(2)

<p>8. レクリエー ション</p>	<p>子どもの遊び場として地域の公園はあるが、幼児の遊び場所にしては遊具が少ない。子どもはあまり遊んでいない様子である。地域の子どもは、幼少時から海水浴で鍛えられている。</p> <p>レクリエーション施設と呼べるものはなく、車で30分程度のショッピングセンター 映画館 ゲームセンター等で、県外まで遊びに行くことも多いが子どもだけでいくことはない。道の駅は、休日は大勢での観光客で占めている。</p>	<p>グラウンドや公園(4) 温泉施設(2) 道の駅(4)</p> <p>宿泊・交流施設(丸山千枚田交流センター・オートキャンプ場など)(4)</p> <p>日帰り温泉施設 熊野古道センターの施設も整備されている。</p>
-----------------------------	---	---

【文献】

- 1) 三重の健康づくり総合計画ヘルシーピープルみえ 21, みえの健康指標について, 2011/09/08
<http://www.pref.mie.lg.jp/KENKOT/HP/hpm21/shihyo/h22.htm>
- 2) 足立 基, 篠木敏彦, 岩尾 篤他: 三重県紀南地域における小児救急医療の実態とその量的分析, 小児保健研究, 63(6), 708-714, 2004.
- 3) 山下成人: 紀南地域における出産の実態調査, 公衆衛生, 67 (3), 179-183, 2003.
- 4) 大平肇子, 今田葉子, 永見桂子他: 保健師の視点からみた医療過疎地域における母子ケアのための保健師と助産師の連携, 三重県立看護大学紀要, 11, 9-19, 2008.
- 5) 今田葉子, 永見桂子, 大平肇子他: 医療過疎地域の病院で出産した褥婦の視点からみた周産期における良質なケアの構成概念について, 三重県立看護大学紀要, 11, 59-71, 2008.
- 6) 安梅勅江: ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法Ⅲ 科学的根拠に基づく質的研究法の展開, pp. 2-8, 医歯薬出版, 東京, 2010.
- 7) ローレンスW. グリーン, 他 訳神馬征峰: 実践ヘルスプロモーション PRECEDE-PROCEEDモデルによる企画と評価, pp.8-19, 医学書院, 東京, 2005.
- 8) Anderson, E.T., et al.: Community as partner : Theory and Practice in Nursing, Sixth edition, pp.171-213, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2011.
- 9) 小尾栄子, 比志真美, 文珠紀久野他: 広汎性発達障害児を育てている家族への支援, 平成19年度看護研究助成事業, 看護研究収録, 16, 27-52, 2009.
- 10) 蓬郷さなえ, 中塚善次郎: 発達障害児を持つ母親のストレス要因 (2) 社会関係認知とストレス, 小児の精神と神経, 29(1), 97 - 107, 1989.
- 11) 田中正博 : 障害児を育てる母親のストレスと家族機能, 特殊教育学研究, 34(3), 23-32, 1996.
- 12) 刀根洋子: 発達障害児の母親のQOLと育児ストレス, 日本赤十字武蔵野短期大学紀要, 15, 17-23, 2002.
- 13) 涌水理恵, 藤岡 寛: 障害児を養育する家族エンパワメントに向けた専門職の役割, 外来小児科, 13(3), 269-275, 2010.
- 14) 杉山智春: 母性意識および次世代育成意識に影響する要因の検討, 父親・母親・祖父母・近隣の人々との体験と保育所での体験, 母性衛生, 50(4), 543-551, 2010.
- 15) 柳川真理 : 娘の妊娠・出産に対する実母の援助行動, 香川母性衛生学会誌, 2(1), 50-57, 2002.
- 16) 角川志穂: 子育て支援に向けた祖父母学級導入の検討, 母性衛生, 50(2), 300-309, 2009.
- 17) Goodman, M.R., et al.: Grandparents raising grandchildren in a US-Mexico border community, Qualitative Health Research, 17(8), 1117-36, 2007.
- 18) 久保恭子, 刀根洋子, 及川裕子: わが国における祖母の育児支援, 祖母性と祖母力, 母性衛生, 49(2), 303-311, 2008.
- 19) 中山和美, 山崎由美子, 石原 昌他: 母親たちが望む育児支援情報提供のあり方, 母性衛生, 48(4), 471-478, 2008.
- 20) 佐久川政吉, 大湾明美, 大川嶺子他: 沖縄県離島のモデル地域における地域ケアシステム構築に関するアクションリサーチ 住民主体の移送サービス形成プロセス, 沖縄県立看護大学紀要, 6, 58-63, 2005.
- 21) 石井博子, 田中哲郎, 市川光太郎他: 母親の疾病の理解度及び看護力, 小児科臨床, 55(7), 1511-1516, 2002.
- 22) 足立 基, 堀 浩樹, 駒田美弘: 三重県紀南地域で展開する継続ケアにおける母子健康手帳の有用性の評価, 小児保健研究, 69(2), 325-328, 2010.
- 23) 古川洋子: 日本における産み育て支援システムの構築, 人間看護学研究, 6, 71-76, 2008.
- 24) 中村彩香, 池田由紀江: 発達障害児を持つ母親への支援に関する一考察, 健康科学大学紀要, 5, 115-122, 2009.
- 25) 前馬理恵, 山田和子, 平尾恭子他: 自主化に向けたグループ支援の方法, 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要, 3, 43-49, 2007.
- 26) Savage, C.L., et al.: A Case Study in the Use of Community-Based Participatory Research in Public Health Nursing, Public Health Nursing, 23(5), 472-478, 2006.

- 27) 中田洋二郎：子どもの障害をどう受容するか，家族支援と援助者の役割，pp.24 - 28. 大月書店，東京，2005.
- 28) 宮崎美砂子，北山三津子，春山早苗他：最新地域看護学総論第2版，pp.9 - 11，日本看護協会出版会，東京，2010.