東北農村の医療再編と家族行動 ——宮城県登米市における公立病院改革を事例として——

Medical Reorganization and Family Behavior in Tohoku Farming Villages

新沼 星織*

NIINUMA Shiori

In recent years, public services are being made more efficient at an accelerating pace. Public hospital reforms are part of that effort. Medical services cannot be supplied profitably in farming and mountain areas, where public hospitals are the core suppliers of medical care. This paper, which clarifies the effects of medical reorganization in farming and mountain areas, elucidates problems of hospital transfer arrangements associated with reorganization, with emphasis on family behavior. The study area is Tome city, Miyagi Prefecture, where municipal hospitals were reorganized as clinics without beds. Results revealed that, after leaving the hospital, patients changed hospitals several times to continue their access to medical care. Repeated movements were observed frequently between homes and hospitals. Patients were compelled to leave hospitals before they had recovered from symptoms. Furthermore, transferring patients to distant hospitals affected patients' family caregivers by increasing the burdens of transportation, and by affecting or cancelling employment. These effects were recognized even in large families, which had been perceived traditionally as having high life-security functions.

1. はじめに

農山村の定住条件として医療の確保は重要である(橋詰、1999、85-108頁)。医療にかかわる諸問題は農山村の日常生活で「もっとも困っている、不安なこと」であり、不十分な医療体制は他地域への転出動機として最上位に挙げられている(国土交通省、2008、1-68頁)。日本は自由開業医制のため、採算性の低い農山村では民間医療機関が少なく公立病院が中核的存在である。しかし、近年の構造改革による公的サービス効率化の流れを受けて公立病院は縮小を促されており、農山村の医療環境は悪化している。

農山村研究で医療問題に着目した成果は、ほとんど見当たらない。しかし福祉に関する研究は多く、以下ではそれらとの比較から医療問題の特徴を述べる。農山村における福祉の研究は次の3つに分けられる。第1は家族介護に関するものであり、とくに介護と農業の労働力の競合が注目されてきた(杉岡、1999、99-120頁；相川、2000、288頁；荒樋ほか、2002、1-89頁)。たとえば、杉岡(1999)によれば、かつて介護役割の多くを担ってきた女性は今や自家農業だけではなく高度専門的な農業経営にも参画し

ているため、近年の在宅介護強化の潮流は女性とその家族にとってアンビバレントな状況をもたらしている。第2は福祉問題と地域社会に関するものである。農村社会の互助機能を福祉に直接活かせるか否かは議論があるものの(松岡、1991、347-365頁；佐久間、1999、36-47頁)、地域社会を基盤とした福祉組織の有用性はすでに確認されている(叶堂、1999、185-216頁)。第3は介護サービスに関するものである。山間部では、移動コストが高い訪問型サービスや通所型サービスが不足していることが明らかにされている(宮澤、2003、59-80頁)。しかし近年は農協や自治体、民間事業所に次ぐ第3の担い手が登場し(井上、2004、91-96頁)、供給の多元化が図られている。

本稿では、介護と看護の両ニーズを備える高齢者への対応を「ケア」、それを補助する家族は「介助者」と表記するが、以上を踏まえて医療と福祉の共通問題を考えれば、ケアと生産労働のいずれに重点をおくかという労働力競合が想起される。それは、高齢者が福祉に加えて看護ニーズを備える場合、在宅看護や通院の送迎、通い介助が求められることが多いためである。一方、医療が福祉と異なる問題として、ケアの担い手が家族に限定されやすいという特徴が指摘できる。福祉の場合、先の先行研究で述べたように家族、地域社会、介護サービスといういわば自助、共助、公助の3段階の対応が可能である。しかし、

* 明治大学大学院・日本学術振興会特別研究員

福祉では役割が大きい地域社会は、病気の予防や孤独の緩和、緊急対応に役立てても医療への直接的関与はその力を超え（松岡、1991、355頁）、地域による福祉活動は医療問題を抱える世帯には届きにくい（鄭・松岡、2000、1-9頁）。そのため医療の担い手は、地域社会を中抜きにした家族と病院という2段階構えに限られている。

しかし、近年は公立病院改革による病院機能の後退が著しく、供給多元化の動きがある福祉とは正反対の状況にある。そのため、医療問題は家族に集約されようとしており、現代の医療問題では家族を分析視点とすることが求められている。とくに、農山村の公立病院をめぐる変化はこうした医療問題の分析枠組みの変化を導くものとして捉えるべきである。

この点に注目して公立病院改革をめぐる研究をみれば、病院の経営改善、非効率なガバナンス構造を検討する医療経済学や行政学の研究が多く、医療再編による家族生活への影響は分析されていない。他方、家族を分析の中心的枠組みとしてきた家族社会学や家族経済学でも、農山村の医療問題への検討はみられない。家族社会学は「福祉追求の第1次集団」（森岡、1967、72頁）である家族にとって射程内に捉え得る介護問題には多くの研究を蓄積してきたものの、家族が中心主体とはなり得ない専門領域の医療に対しては関与してこなかった。それは家族経済学も同様である⁽¹⁾。従来の医療問題は、病院が中心であり⁽²⁾「家族の問題」ではなかったのである。

しかし今日は、公立病院改革によって医療の空間は病院から家庭に移行される傾向が強まっており、医療が本格的に家族の問題になろうとしている。それは日本が初めて経験する新しい医療問題であり、民間医療機関など代替の医療資源を獲得しにくい農山村において先鋭的に現われている。そこで本稿は、公立病院改革による医療問題を農村家族の生活問題を通して明らかにすることを目的とする。

本稿は、調査対象地域に宮城県登米市を選定した。理由は次の2つにある。第1に、登米市は全国に先駆けて公立病院改革を実施している。次章で述べるように、公立病院改革による病院の縮小に向けた再編は東北地方で多く、登米市は2008年4月に公立病院を無床化した。病院の無床化とは、入院病床を閉鎖して診療所化することである。これにより入院患者は転院や退院を迫られ、新たな入院先が確保されなければ突然療養の場を失い、家族生活にも影響が及ぶと考えられる。第2に、東北農村は世帯の大規模性を備えていると同時に、世帯縮小化もむかえて

注：縮小再編の実施・決定病院数は、総務省「公立病院改革プランの実施状況等（平成22年）」より算出した。カテゴリーの区分は百分数である。

資料：医師数は2006年医師・歯科医師・薬剤師調査、公立病院病床は2006年地方公営企業統計年鑑より算出した。

図－1 縮小再編の動向

いる。そのため、医療再編による家族の問題を異なる世帯構造から把握することができる。

2. 公立病院改革と調査対象地域の概要

(1) 公立病院改革ガイドライン通知の背景

公立病院とは、開設主体が都道府県、市町村、国保組合の病院であり、2007年の厚生労働省の医療施設（動態）調査によると全8,862の医療施設のうち1,022施設（11.5%）がそれに該当する。農山村では中核的な医療供給主体であるが、経営状況は近年とくに厳しくなっている。たとえば、2006年の「簡素で効率的な政府を実現するための行政改革の推進に関する法律」により公営企業金融公庫が廃止されると、公立病院の資金調達は滞りようになった。さらに2007年の「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」（以下、健全化法）において、自治体財政が一般会計と公営事業会計との連結で評価されるようになると、病院事業の赤字を一般会計からの繰入れで補填することは容易ではなくなった。

そのため総務省は2007年、「公立病院改革ガイド

表－1 登米市立5病院の再編計画

市立5病院 (所在地)	標榜 科目	再編前の病床数 →再編後の病床数	病床 利用率
佐沼病院 (迫町)	13	一般 300 →一般 168、療養 30、リ ハビリテーション 30、▲72	75.5%
豊里病院 (豊里町)	6	一般 69、療養 30 →現状維持	88.3%
米谷病院 (東和町)	3	一般 49 →無床化、▲49	84.5%
よねやま病 院(米山町)	3	一般 53 →透析 5、▲48	65.6%
登米病院 (登米町)	6	一般 53、療養 45 →無床化、▲98	69.5%

注：数値は 2007 年時点のものである。ただし、登米病院の病床利用率は 2007 年には無床化に備えた入院制限を行っていたため、2006 年分の数値を利用した。▲は削減病床数を表す。

資料：登米市医療局「平成 20 年登米市立病院改革プラン」より作成。

資料：数値地図 25000（空間データ基盤）より作成。

図－2 調査対象地域

ライン」(以下、ガイドライン)を通知し、各地方公共団体に①「経営効率化」、②「再編・ネットワーク化」、③「経営形態の見直し」の3視点を盛り込んだ公立病院改革プラン(以下、改革プラン)の策定を要請した。①「経営効率化」では、収支改善や経費削減に関する数値目標の設定とその達成による3年以内の黒字化が求められている。②「再編・ネットワーク化」では、医療資源の効率的活用のための連携強化や近隣医療機関との機能重複を避けた統廃合が求められ、③「経営形態の見直し」では、公立病院の地方公営企業法の全部適用や、独立行政法人化、民間譲渡への検討が求められている。

本稿が着目するのは、利用患者への影響がもっとも強いと思われる②「再編・ネットワーク化」である。その内容は、2010年時点で具体策を明記した324病院プランを分析した新沼(2011、145-152頁)によれば、①医師の相互派遣などの連携強化(44.2%)、②診療科目の削減(11.9%)、③病床の削減および無床化(25.9%)、④病床の増床(10.7%)、⑤その他(7.3%)に分けられる。その中でも病院機能の低下が著しいのは②と③であり、それらを合わせた「縮小再編」は東北地方の過疎・山村自治体(市町立病院)と、近畿地方の都市自治体(県立・市立病院)で多いことが指摘された(新沼、2011、145-152頁)。

図－1は、縮小再編の動向を地方ブロックごとに、人口10万人対医師数、全病床数に占める公立病院病床の割合とともに示したものである。東北地方は、医師数が全ブロックの中でもっとも少なく、公立病

院病床の割合はもっとも高い。近畿地方でも縮小再編が多いが、医師数は東北地方よりも多く公立病院病床の割合も低い。そのため近畿地方では、縮小再編後も民間による医療供給が維持されと考えられ、再編のインパクトは東北地方が最大と判断できる。

(2) 宮城県登米市の概要

登米市は、宮城県北東部に位置する(図－2)。2005年の9町合併により誕生し、総面積は536.4km²である。市域は北上川で東西に二分され、西部はササニシキとひとめばれの代表的産地である。中心の佐沼地区には市役所や大規模商業施設、市街地が形成されている。東部は北上山系の山間地域であり、一部は過疎地域に指定されている。市内から仙台市までは鉄道で35～80分、高速バスでは約100分を要する。2010年3月末の住民基本台帳によると、人口は86,289人、世帯数は26,384世帯、高齢化率は28.0%であった。2005年の国勢調査によると、三世帯世帯の割合は34.8%と宮城県平均の14.0%を大きく上回り、平均世帯員数は3.6人である。しかし単独世帯の割合も16.2%を占めている。産業別就業人口をみると第1次産業は16.9%、第2次産業は32.6%、第3次産業は50.5%であり、産業特化係数にすると前2者の割合が高い(宮城県企画部、2008)。とくに農業の産出額は東北地方の中でも際立って高い。2005年の農林業センサスによれば、専業農家および第1種兼業農家は販売農家8,588戸のうち24.2%を占めている。稲作単一経営体、次いで畜産との複合経営体が多い。なお、販売農家に自給的農家1,940戸を加えると総世帯数の39.9%が農家であり、生産活動

における農業の地位は高い。市財政について、健全化法による2007年の外部審査では「健全団体」とされているが、96億円の資金不足を抱える病院事業特別会計の資金不足率は19.7%と健全化基準の20.0%に迫っており、公立病院改革は喫緊の課題であった。

(3) 登米市立病院改革の概要

市内の医療供給は、改革プラン策定以前の2007年時点では5市立病院（総599床）と2市立診療所（無床）、約30の民間医療機関（総44床）によって行なわれていた。民間の44床は眼科、産婦人科などの専門病床のため、入院は事実上、市立病院に依存してきたといつてよい。登米市は市域が2次医療圏（登米医療圏）に一致しているが、2008年の改革プランによると、2007年の外来完結率は77.9%、入院完結率は48.6%であり、後者は全国平均の75.6%と比べて低い。入院では、大崎医療圏（15.3%）、仙台医療圏（12.4%）への流出が多い。このように、市内での医療機能が十全に発揮されない理由は、第1に人材不足がある。市立病院の人口10万人対人数が全国平均に達しているのは准看護師と保健師のみであり、医師数は全国平均の半数以下である。第2に施設の老朽化がある。市立5病院中3病院の耐震強度は基準を下回っている。当該病院は入院患者の受け入れを制限しており、医業収益を悪化させている。

2008年の改革プランでは、「経営効率化」への対応として黒字化の目標期限が2011年と明記され、「経営形態の見直し」への対応として、2008年4月に地方公営企業法の全部適用が実施された。そして「再編・ネットワーク化」への対応として、2011年までに5市立病院のうち3市立病院を診療所化する方針を打ち出した。表-1は、各市立病院の再編計画を示している。病床削減案が出されたのは5市立病院中4病院であり、総267床が削減されようとしている⁽³⁾。登米市は、その代替的措置として老人保健施設や地域密着型特別養護老人ホーム（総147床）の新設を計画しているが、入院環境の悪化は必至である。次章からは、2008年4月に無床化を実施した登米病院を事例として分析する。

3. 市立病院の無床化と移動（転院）問題

(1) 調査対象者の基本的属性

本稿では、無床化の問題を多角的に捉えるため①元入院患者（以下、患者）、②家族介助者、③患者世

帯の3点から分析する。①への無床化のインパクトは、患者の疾病やその後の移動（転院）経路により異なると考えられ、③へのインパクトは②すなわち当該世帯が有するケア資源に左右される。そこで③は次章で考察することとし、本章では患者の基本的属性を述べ、①および②へのインパクトを考察する。

登米病院へ入院していた患者は、無床化1か月前の2008年3月時点で65名であった。このうち、自治会長や地域住民および登米病院からの紹介により探し出し、調査ができた者は41名であった。残りの24名は種々の理由から調査対象外とした⁽⁴⁾。調査は2010年2月から7月の間に実施し、記述では患者が特定されないよう配慮している。

患者の主体的状況を、2008年3月時点の年齢、性別、主要疾患、要介護度を疾患フェーズ区分に基づき位置づけたのが表-2である。疾患フェーズ区分は、Ⅰ急性（肺炎、腰痛・骨折の13名）、Ⅱ慢性（尿路感染症、胃炎・嘔吐、糖尿病の10名）、Ⅲ高度（脳梗塞ほか、がん、呼吸器不全、心不全の18名）とした。表-2によれば、患者は女性が多く、平均85.6歳である。要介護度は、認定なしが11名、3以下が9名、4と5、重度認知症患者は合わせて21名である。

(2) 無床化による元入院患者へのインパクト

無床化による患者へのインパクトとは、療養先の変更である。それは「転院調整」と呼ばれ、頻繁な

表-2 調査対象者の基本的属性

区分	年齢 疾患	60 ～	70～	80～	90～	計
急性 (Ⅰ)	肺炎		●F ●M	●F, OM, OM, OF	●F, ●F, ●F	9
	腰痛・ 骨折		○F ○F	○M	○F	4
慢性 (Ⅱ)	尿路 感染症			●M, ●F, ○F	●F, ○F	5
	胃炎・ 嘔吐	○ F		○F	●F	3
	糖尿病		○F	●F		2
高度 (Ⅲ)	脳梗塞 ほか	● M	●F	●F, ●M	●F, ●F, OM	7
	がん		OM OM	OM	●F	4
	呼吸器 不全		OM	●M, ○F, OM		4
	心不全			OM, ●M	●F	3
計(人)		2	9	18	12	41

注：Fは女性、Mは男性を表わす。●は要介護度4、5、身体介助を要する重度の認知症患者を表わし、○は要介護認定のない患者、3以下の患者を表わす。

資料：2010年の聞き取り調査により作成。

【平均在院日数】

注：「自宅」は訪問診療を含む療養、「市立」は市立病院への転院、「市外」は市外病院への転院、「施設」は特別養護老人ホーム・グループホーム・老人保健施設のいずれかへの入所を表わす。「自宅」は白、「病院」は薄灰色、「施設」は濃灰色で色分けしている。()内の数字は該当患者数であり、各区分の右下楕円中の数値は、グループ内平均の登米病院への在院日数と無床化後の移動回数である。左から順に1～5次移動を表している。ⅡAの平均在院日数では1,000日を超えていた1名を除外した。

資料：2010年の聞き取り調査により作成した。

図－3 入院患者の移動（転院）経路

移動は高齢患者を衰弱させるものと警戒されてきた(伊藤、2006、81-101頁)。本調査で確認された患者の移動(転院)は、その回数が患者によって異なりインパクトの大きさにも違いが生じている。本節ではその違いが何に規定されているかを検討し、無床化の影響を強く受けた患者の特徴を明らかにする。

分析手順は次の通りである。第1に、患者の登米病院への在院日数を6グループ別に把握する。6グループとは、3つの疾患フェーズ区分を要介護度の高低で2つに分けたものであり、要介護3以下をA、4以上と重度認知症患者をBとする。在院日数に注目するのは、それが患者のこれまでの登米病院への依存度を表わすものであり、無床化の影響を最も受ける要素と考えられるためである。第2に、無床化後の移動(転院)回数を在院日数と同様の6グループ別で把握する。患者は、無床化後から調査時点までに①在宅(訪問診療を含む)、②市内の他市立病院、

③福祉施設、④市外の病院を選択肢に、2～5回の移動(転院)をしている⁽⁵⁾。この結果を在院日数の傾向と重ね、無床化の影響が強い患者の特徴を明らかにする。

まず第1の在院日数の分析結果を述べる。6グループで最短は平均19日のⅡAであり、1か月以上3か月未満はⅠA、ⅠB、ⅡBであった。3か月以上はⅢAとⅢBであり、急性および慢性疾患患者は要介護度が高いほど入院が長く、高度疾患患者は要介護度に関わらず長いことがわかる。次に第2の移動(転院)回数の結果を述べる。最少は平均1.6回のⅡAであり、次いで1.8回のⅢA、1.9回のⅠAが少なく、2回以上はⅠBの2.0回、ⅢBの2.6回、ⅡBの3.4回であり、疾患より要介護度が影響している。

以上2つの結果を重ね合せ、患者へのインパクトを総括的に示したのが図－3である。縦軸に平均在院日数、横軸に平均移動回数を取り、それぞれは三

表-3 患者に対する家族介助

区分	番号	年齢・性別	主病名	在院日数	要介護度	世帯員数	介助者の通い介助					世帯インパクト
							介助者(年齢)	就労	移動手段	所要時間	往来/週	
介助負担最少世帯	1	77・F	骨粗鬆症	25	—	1	介助不要のため該当なし					特になし
	2	76・F	胸椎骨折	50		1						
	3	76・F	糖尿病	25		4						
	4	89・M	心不全	40		3						
	5	83・M	肺炎	10		3						
	6	85・F	嘔吐	20		5						
	7	67・F	嘔吐	35	3	6	娘45	自営	車	◎	2.5	
	8	88・M	関節炎	10	3	4	孫息子35	無		○	1	
	9	79・F	肺炎	20	5	3	弟74	退職		○	不定期	
	10	95・F	膀胱がん	180	5	7	息子66	退職		○		
アクセス改善世帯	11	72・M	呼吸器不全	110	2	5	嫁47	主婦	車	◎	2.5	無床化後、病院への近接性が改善
	12	77・M	腎臓がん	220	3	6	弟78	退職		◎	2.5	
	13	84・M	硬膜下血	55	5	5	嫁56	主婦		●	7	
	14	81・M	急性肺炎	20	—	8	息子61	退職		○	2.5	
	15	87・F	肺炎	10	3	3	息子70	農業		●	2.5	
	16	94・F	尿路感染症	25	5	5	娘72	農業	バス	◎	7	
	17	85・M	心不全	115	5	6	妻85	主婦		◎	4.5	
アクセス悪化世帯	18	69・M	脳内出血	75	5	2	息子42	無	車	●	4	介助者の移動負担増大
	19	100・F	肺炎	45	5	3	息子82	退職		×	7	
	20	91・F	肺炎	10	5	3	娘62	主婦		×	7	
	21	95・F	胸椎骨折	95	1	4	嫁52	主婦		●	7	
	22	85・F	糖尿病	135	5	6	息子63	退職		●	7	
	23	87・M	気胸	5	—	5	息子61	退職		×	7	
	24	85・F	脳梗塞	115	5	7	嫁60	主婦		●	5	
	25	87・M	尿路感染症	150	—	2	妻88は主婦(バス)だが通い介助不可					
生活問題発生世帯	26	91・M	脳梗塞	1000	2	1	同居では不在(別居の次男62が退職後介助者に)					世帯分離
	27	79・M	急性肺炎	40	4	2	妻80	主婦	バス	×	7	転居
	28	88・F	急性肺炎	10	5	3	嫁66	農業		×	7	作物出荷休止
	29	91・F	肺炎	120	5	4	息子73	退職		×	4.5	預貯金枯渇
	30	99・F	胆嚢炎	5	5	5	嫁80	主婦		×	5	自給畑休止
	31	93・F	尿路感染症	10	—	3	嫁72	農業	車	×	7	作物出荷休止
	32	92・F	脳梗塞	170	5	3	嫁72	農業		○	5	作物出荷休止
	33	76・F	脳梗塞	965	5	3	息子53	会社員		●	4.5	休職
	34	87・F	尿路感染症	210	5	2	息子58	会社員		○	7	辞職
	35	99・F	心不全	60	5	7	孫嫁42	会社員		○	7	辞職

注：年齢・性別のFは女性、Mは男性を表す。在院日数は2008年3月までの登米病院への入院期間を表わし、介助者の年齢・就労も当時の状況である。通い介助の所要時間と往来頻度は、転院を経験した複数の病院の中でも最長期間介助を行なった病院を取り上げており、所要時間の◎は20分未満、○は20分以上30分未満、●は30分以上40分未満、×は40分以上を表わす。

資料：2010年の聞き取り調査により作成。

分位数により3区分している。これによれば、ⅢAを除くと平均在院日数が短いほど平均移動回数が少なく、無床化の影響が強かった患者の特徴として長期入院の患者という点が指摘できる。たとえば、平均在院日数が19日と最短のⅡAの平均移動回数は1.6回と最少であり、一方、平均在院日数が長いⅡB(85日)やⅢB(192日)は移動(転院)経路が複雑で、その回数も3.4回、2.6回と多い。

平均移動回数の差は、調査時点の各グループの患者死亡率の違いとしても表われている。たとえば、平均移動回数が2.0回未満のⅠAとⅡAの場合、死亡者数は7名中4名と5名中1名である。しかし、

平均移動回数が多いⅡBでは5名中4名、ⅢBでは10名中8名が死亡している。ⅡBとⅢBの患者は全員が寝たきりであり、移動(転院)がもっとも負担になる患者層である。しかし患者は転院先病院でも病床満床を理由に早期退院を促されるなど⁽⁶⁾、安定した療養ができなかった。患者世帯では、「移動を重ねるたびに(患者は)弱っていった」という言葉が聞かれ、移動(転院)は最悪のリロケーション・エフェクトとして死期を早めた可能性が指摘できる。

(3) 無床化による介助者へのインパクト

入院には、多くの場合、家族の通い介助が必要で

ある。そのため、患者の転院は介助者にも影響を及ぼすと考えられ、以下では通い介助の行動から介助者へのインパクトを考察する。分析手順は次の通りである。第1に、41世帯を無床化のインパクト別にカテゴリーに分ける。ただし、無床化直後に患者が死亡した世帯や、記憶が定かではない世帯(計6世帯)は分析から除外する。第2に、対象世帯の中でもとくに負担が大きかったカテゴリーに注目し、負担を増大させた要因を検討する。

まず世帯のカテゴリー分けについて、表-3は2008年3月時点の患者とその家族構成、介助者の状況を無床化後の通い介助の動向とともに表わしている。これによれば、35世帯は4カテゴリーに分けられる。第1は「介助負担最少世帯」(10世帯)であり、患者の要介護度が低く介助が不要であるか、施設入所のため通い頻度が低かった世帯である。第2は「アクセス改善世帯」(7世帯)であり、転院先が登米病院より自宅に近くなったことで介助者の負担が軽減された世帯である。当該世帯には登米町外居住の世帯が多い。第3は「アクセス悪化世帯」(7世帯)であり、転院先が登米病院よりも自宅から遠隔化し、介助者の移動負担が増加した世帯である。第4は「生活問題発生世帯」(11世帯)であり、当該世帯は「アクセス悪化世帯」と同様に移動負担が増加したが、さらにそれが介助者の就業や転居など生活変化に結びついた世帯である。つまり、介助者へのインパクトは第3、第4のカテゴリーで顕著である。

そこで、介助者の負担を増大させた要因を「アクセス悪化世帯」と「生活問題発生世帯」から検討する。後者は移動負担の増大が生活変化に結びついているという点で、前者より深刻である。表-3でわかるように、両者には患者の要介護度が高く通い介助も頻繁であるという共通点がある。しかし介助者の①移動手段、②就労状況には違いがある。①について、「アクセス悪化世帯」では全員が自家用車であるが、「生活問題発生世帯」では9名中5名がバスを利用しており、移動時間は片道1時間以上に及んでいる。このことは、介助者の農業就労からの撤退(世帯番号28、30、31)や、入院先近くの親族宅への一時転居(世帯番号27)につながっている。②について、「アクセス悪化世帯」では全員が無職だが、「生活問題発生世帯」では9名中7名は何らかの職についていた。そのため、介助者はそれまで実施していた作物出荷を停止したり(世帯番号28、31、32)、休職(世帯番号33)や辞職(世帯番号34、35)に追い込まれていた。以上のことから、介助者の負担を増大させた

要因として、頻繁な通い介助を要する場合に介助者の移動手段がバスであるか有職者であるという特徴が指摘できる。すなわち、世帯内に自家用車で通い介助に専念できる者を有していることがケア問題を深刻化させない条件といえる。

以上の役割を果たす担い手として、男性介助者の多さが注目される。本調査では29名の介助者のうち14名が男性であり、介助引き受けの動機は4世帯(世帯番号8、12、26、29)を除いて年齢別に傾向がある。聞き取り調査によれば50歳代以下(世帯番号18、33、34)の場合、世帯構成の点で他に介助者がいないことが指摘された。60歳代(世帯番号10、14、22、23)の場合、配偶者が有職者であり、それに支障を及ぼさないためとの回答であった。昨今の経済不況により男性は定年後に再就職先を得るのは難しく、高齢女性の(パート)就労による所得は重要性が増している。そのため男性は世帯総所得を維持するため、「介護は女性の領域」という規範意識よりも、配偶者の就労継続を重視していた。70～80歳代(世帯番号9、15、19)の場合、配偶者が自家用車の運転ができないことが指摘された。病院の遠隔化により、介助には自家用車の運転可能な男性の参加が必要となった。また距離が近くなった場合でもバスの接続悪化により女性が通いにくくなると(世帯番号15)配偶男性が登場するようになっていた。

4. 無床化と農家家族行動

本章では「生活問題発生世帯」(11世帯)から農家を事例として無床化に対する家族行動を述べる。四世代世帯、二世帯世帯、一世帯世帯それぞれの事例を取り上げるが、とくに四世代世帯は介助者の候補を複数持ち合わせていたと考えられ、介助者選出の過程を詳述する。ただし、一世帯世帯では農家が皆無のため非農家世帯を取り上げる。

(1) 四世代世帯の農家家族行動

本節で述べるT世帯は、表-3では世帯番号35である。2008年当時、曾祖母(99歳)、祖父(76歳)、祖母(74歳)、父(47歳)、母(42歳)、小中学生の息子2人の7名が同居していた。仙台市には就学中の娘が別居している。調査への回答者は祖父と母であり、聞き取りは別々の場所で行なった。T世帯は兼業農家であり祖父が田(1町9反、200万円/年)と繁殖牛(親牛5頭、45～55万円/年)を担う農業者、祖母が家事・介助者、父母はともに市内でフルタイ

ム勤務にあたる会社員であった。登米病院への入院患者は要介護5の曾祖母であり、心不全のため2007年夏から入退院を繰り返していた。介助者の祖母は、片道2km 弱の距離を毎日バイクで通っていた。2007年11月、新聞報道で登米病院の無床化を知ると、移動(転院)先として特別養護老人ホームや他市立病院を検討した。しかし、福祉施設は病状が不安定で入所できず、他市立病院も「満床のため」転院できなかった。無床化直前には2か月間入院していたが、結局2008年4月からは訪問診療を利用しながらの在宅看護が始まった。その間、訪問看護は週に3回、訪問介護は週に1～2回利用していた。患者は、酸素吸入や食事の塩分と水分の管理が必要であり、毎日定刻で体重と尿量も記録した。褥瘡予防のための体位変換でも、心不全のため仰向けが呼吸困難につながりやすかったことから、夜間でも座位へ変換するなどの管理を行っていた。半年後、曾祖母の病状が急変して自宅から10km離れた豊里病院へ入院した後も祖母は毎日バイクで通い介助を続けていた。

しかし2008年冬、介助者の祖母が自宅から約9km離れた佐沼病院へ入院した。T世帯では、2人の入院を約20km離れる佐沼病院と豊里病院に抱えることとなった。このような「ケア空間の分散化」に対して、T世帯では介助者を専従で確保するための労働力調整が行なわれた。新たな介助者は母であり、フルタイム就労を辞職すると曾祖母と祖母が入院する2病院に毎日通った。母の給与(14～15万円/月)は全額が別居子の学費へ充てられていたため、母の辞職は一時的な仕送り休止につながった。

以上の家族行動に対する分析の焦点は、次の2つにある。第1は、介助者選出の思考プロセスである。第2は、重世代世帯の特徴である柔構造の強韌性を保っていたか否かである。柔構造とは、農業内外の条件変化に応じて家族労働力をフレキシブルに変化させて対応する力である(小田切、1994、53頁)。これら2点に関して母と祖父で見解が異なるため以下では各焦点に対して2人の見解を述べ、考察する。

第1の焦点に関して、母は家族2人が入院した時、介助をすべきは給与が安定している父を除くと、祖父か自分かという選択に直面した。介助を祖父に任せることは、次の3点から躊躇されたという。まず、祖父は唯一の農業者であり、家業である農業の縮小につながることは「回避すべき」と感じられた。次に、農業の縮小が家産の維持を困難にすると危惧する曾祖母、祖母からの反対が想定された。そして、当該地域では畜産を世帯主が担っていることから、その

存続を脅かしてまで自分の就労を継続するには世間体が気がかりになった。それは家名を下げることにつながりかねないためである。これらはそれぞれ、家業、家産、家名を尊重する農村直系制家族の精神規範を重視した思考であり、農村の高齢者問題が、直系制規範の弱化(長谷川、1993、143-209頁)と関連して説明されてきたことを考えれば、逆にその強さが経済的困窮を選ばせたという一面が伺える。

一方、祖父は、母の辞職を農業就労の特性から肯定した。医療再編により、市内の療養環境が不安定化していることは祖父も認識している。2人の入院先も、いつどこへ変わるか知れない状態である。それに対応するには、「労務管理の柔軟性」(松木、2003、82-90頁)という特徴をもつ農業のほうか、就労規定が固定的な農外就業よりも有利であると判断された。母の辞職はむしろ農業労働力の獲得と捉えられ、ケアの傍らでも食料自給を担保する農業を維持できればそれは合理的選択であったと祖父は認識している。

第2の焦点に関して、母は曾祖母と祖母の同時介助が教育費捻出の困難につながったため、もはや「(健康で)動ける人間が少なくなれば大家族のメリットは何もない」と感じている。そして、大家族が有利性を発揮する前提として、「1人(介護や病気で)倒れても(介助可能な人材が)2人元気である」という健康条件が指摘された。母に重世代世帯の強韌性を否定させたいまひとつの背景には、生活領域の広域化も考えられる。農村社会は、近代化につれて労働、休養などの生活空間が広がり封鎖性を失っていったが(長谷川、1993、267-305頁)、今日ではそれに医療再編によるケア空間の分散化も加わっている。その中で大規模性が不利に働いた結果である高齢者の同時介助は、家族対応をいっそう困難にしていた。

一方、祖父は「大家族のメリットは残っている」と認識している。集落の他世帯では家族の入通院の遠隔化に伴う費用の捻出が難しく、農地の切り売りや畜産の取り潰しが起こっている。それは「不名誉な」状況と認識されており、往々にして小規模世帯で起こっている。それに対してT世帯は、家業、家産、家名という複数の意味を持つ農業を維持できており、それは大家族の生活保障機能が今なお有効であったためだと祖父は評価している。

両者の認識の相違点は、農業維持という長期には合理的であるはずの生活選択に、短期的には経済的困難が伴ったという矛盾に発している。しかし、それはケアの傍らでもなお農業を維持しようとすれば、必然的な代償であった。T世帯の介助者選出過程は、

本調査でみられた非農家の三世代世帯（世帯番号 22）と比べて、農家特有の特徴がある。曾祖父母世代が患者の場合、非農家では定年退職者の祖父母世代が介助者となり、父母世代の就労への影響を回避していた。しかし、T 世帯のような農家の場合、祖父母世代は現役農業者のため、農業維持のためには父母世代から介助者を拠出せざるを得ない。その結果、必然的に世帯所得の減少が伴ったのである。

（2）二世代世帯の農家家族行動

事例とした四世代世帯では、ケア問題が世帯所得の減少につながっていたが農業縮小は免れていた。しかし次に述べる二世代世帯の事例ではそれが困難であり、以下では Y 世帯の例からその家族行動を分析する。Y 世帯は表-3 では世帯番号 32 であり、2008 年当時は祖母（92 歳）、父（73 歳）、母（72 歳）が同居していた。父母には息子が 2 人いるが、ともに県外に居住し、帰省頻度は年に 1 回と低い。登米市内には介助を支援する親族がおらず、調査は母に対して行なった。Y 世帯は、2000 年に米から転換したニラの専業農家である。ニラは 5 反に作付け、自家用の米は秋作業を委託して 3 反に作付けている。2008 年当時の家計収入は、ニラ出荷（1 季 20 万円で春夏秋冬の 4 季分、計約 80 万円 / 年）と年金（計 106 万円 / 年）であり農業は重要な経済基盤であった。

登米病院への入院患者は要介護 5 の祖母であった。2008 年当時は、重い糖尿病と脳梗塞の再発、尿路感染症のため 5 か月半入院していた。介助者の母は週に 5 ～ 6 回、車で片道 3km 弱の病院へ通っていた。2007 年 11 月、新聞報道で登米病院の無床化を知ると、移動（転院）先としてショート・ステイの利用経験がある特別養護老人ホームを検討した。しかし、市内の福祉施設はいずれも糖尿病治療に必要な毎日 2 回の注射（朝 8 時、夜 9 時）のうち、夜が看護師不在で注射ができないという理由で入所が認められなかった。2008 年 3 月、祖母が肺炎になったことにより、急遽よねやま病院へ転院が決まった。

自宅から約 6km のよねやま病院へは、母が車で週に 5 ～ 6 回通っていた。しかし入院 2 か月後には転院を促され、他市立病院は満床で入院できず、6 月頃から在宅看護を開始した。当時はヘルパーを毎日、訪問看護を週 2 回、訪問診療を月 1 回、訪問入浴を月 2 回利用していた。祖母は重い認知症のため、低血糖時の昏睡症状と認知症症状との見極めが難しく、父も介助に加わって片時も離れられない看護体制となった。ヘルパー訪問時の下準備や流動食でのカロ

リー計算、その他正確な血糖値測定のための体温の適正管理、尿量測定のためのオムツの重量測定、インシュリン測定、投薬など、これまでにない負担が 1 年半もの間続いた。尿路感染症が発熱につながらないよう排泄管理は 2 時間おきに行ない、看護は日夜続いていた。しかしその後容態が急変し、自宅から片道約 9km の豊里病院へ入院した。母は毎日通っていたが、その 3 か月後には転院を促された。石巻市への転院準備の中で、祖母は他界した。

Y 世帯の介助による問題は、ニラ栽培の休止である。2008 年 3 月末、父母は転院先探しに奔走し、それに患者の容態急変も重なったためニラの収穫期を逃して斑点を出した。ニラは春夏秋冬の各時季に収穫、手入れ作業が必要であり、そのうち一工程でも休めば障害が出やすくなるという。出荷しない場合でも次収穫期に向けて「刈り捨て」作業が必要であり、管理には多くの手間を要する。2008 年初夏、在宅看護により作業を見送り、作付けは現在も再開していない。当該世帯では、かつて患者が要介護だった時、農繁期に福祉サービスを利用することによって農業を維持していた。しかし患者が要看護になるとそれができなかった。このことは、介護と農業は両立可能であっても、看護と農業のそれはきわめて困難であることを示唆している。

（3）一世代世帯の家族行動

一世代世帯の事例では、①介助の外部化と、②別居子の二地域居住による対応が確認された。以下ではその 2 世帯を略述する。まず介助の外部化を行っていた D 世帯は表-3 では世帯番号 25 であり、2008 年当時は夫（87 歳）と妻（88 歳）の 2 人世帯であった。1 人息子は仙台市に居住し、帰省はほとんどない。調査への回答者は妻である。

登米病院への入院患者は夫であり、尿路感染症の悪化で 5 か月半入院していた。入院当初、要介護認定はなかったが入院後に認知症が発症し、妻は介助のため毎日病院へ通うようになった。しかし 2008 年 1 月心不全を起こした直後、看護師から病院の無床化を知らされた。その後の転院先には他市立病院を検討したが、認知症の夫の入院には恒常的な家族の付き添いが求められた。自動車免許を持たず持病のため長時間のバス乗車ができない妻はその対応が不可能であり、夫は認知症対応のグループホームへ入所し、そこから市立病院へ通院することとなった。

しかし、入所 2 か月後には容態が悪化し、市内では入院先がなかったため石巻市内の 2 病院へ相次い

で転院した。妻にとって、自宅から石巻市への交通手段は片道約50分、往復約2万円のタクシー以外になく、通い介助ができなかった。そのため、洗濯物は介護クリーニング(4,000～6,000円/月)を利用するなど外部化していた。家族が付き添えなかったために、認知症の夫には医療事故防止のための拘束手袋が装着された。妻は、2009年春の夫の看取りにも間に合わず大きな後悔を残している。

次に、別居子の2地域居住で対応していたA世帯について述べる。A世帯は表-3では世帯番号26であり、2008年当時患者(男性91歳)の独居世帯であった。A世帯には息子が4人いるが市外・県外へ他出し、介助は唯一県内に居住する次男(62歳)が行なっている。聞き取りは次男に対して行なった。

患者は2006年の夏以降、多発性脳梗塞のため登米病院へ約1,000日入院していた。入院後に認知症を発症したが要介護度は2であったため、入院中は次男が月に1度、医療費納入に訪れるのみであった。2008年1月、次男が看護師から登米病院の無床化を聞くと転院先として他市立病院を希望した。しかし、急性期患者に比べ病状は安定していたため転院ができず、また要介護度が低かったため福祉施設への入所もできなかった。結局2008年3月末日、次男は自らが定年退職をむかえた翌日から、登米市内の父の自宅にて在宅看護を開始した。妻と娘を仙台市の自宅に残した、次男の単身による看護である。

多発性脳梗塞は病状が不安定であり、訪問診療を週1回利用し服薬・血圧管理を行っていた。入院時より活発に屋外を徘徊するようになり、長らく別居していた次男の負担は大きかった。約10か月後、次男が体調を崩すと、週2回のデイサービスと毎月10日のショート・ステイを利用するようになった。ショート・ステイの間、次男は仙台市の自宅へ戻るという2地域居住を続けている。

(4) 農村家族の医療問題

以上で述べた生活問題は、患者が介護だけではなく看護ニーズを備えていたことに由来している。介護と看護の相違は、介助者の行為が患者の生命維持に関わるか否かにあり、事例世帯にみる体位変換や食事、体重、水分の管理は入院時に看護師が処置していたケアである。それが在宅で行なわれたことによって、看護の次の2つの特徴が鮮明に表われている。第1は容態の不安定性、第2はケア空間の広域化である。それらが生活問題につながる過程には、前者の場合は時間的制約、後者の場合は空間的制約

が働いている。以下ではその関係を述べる。

容態の不安定性とは、持病や投薬の副作用、合併症などにより急変可能性が高いという特徴である。医療の専門家ではない家族には、急変の見通しがつかない。それゆえ介助者の多くは、その変化を見逃さないよう、また緊急時にも即応できるようにと日夜なく1日の大半をケアのために費やしていた。このようなケア時間のあり方は、就業時間とのコンフリクトをもたらし、時間的制約として介助者の行動に影響している。たとえば介助者がフルタイムの農外就業者の場合、勤務時間は1日、1週間の時間の中で固定されており、介助との両立を不可能にしている(四世代世帯のT世帯の事例)。畑作の場合、春夏秋冬を軸にした作物管理の工程が1日でもずれれば出荷の可否に影響するという規則性を持っているため、休止に至っている(二世帯世帯のY世帯の事例)。在宅看護の時間的制約をもってもなお可能であったのは、(重世代世帯における)稲作のみであった。それは、稲作が農外就業よりも労務管理が柔軟であり、1年に複数回の収穫期を繰り返す畑作よりも作業工程は長期的で緩やかであるという特性による。介護の場合、就業と介護スケジュールを互いに調整する「組み込み戦略」(芝山、2008、59-78頁)によって両立できる可能性があるものの、容態の不安定な在宅看護では患者のニーズを予測することが難しく、両者を調整することは困難となっていた。

ケア空間の広域化とは、ニーズが多岐にわたる在宅看護の場合、それに応じた機会の獲得には広域移動を伴うという特徴である。たとえば、患者は退院後には福祉施設や再入院、転院、在宅移行を繰り返す傾向が強く、移動範囲が自宅か地域の介護事業所に限られる福祉よりも広域である。しかし、近年は公共交通機関の縮小や高齢化によって介助者が移動可能な範囲は限られている。そのため、家族がどのように介助に関われるかは空間的制約を受けている。

医療再編による入院先の遠隔化は、事例世帯だけの現象ではない。登米病院の無床化後、登米町住民の入院先は市外へと広域化している(図-4)。また、医療再編は病院機能の低下をもたらしているため、病院が立地していたとしても必ず入院ができるわけではない。できたとしてもいつ退院を迫られるか知れず、次の療養先が市内か仙台市か岩手県かも分からないという不確実性を抱えている。医療機会が得られなければ、入院中に看護師が交替で行っていたケアを家族が代役不在で担わざるを得なくなる。これまで述べた問題はすでに多くの家族で起こっ

注：登米市のうち、登米病院の無床化の影響を受ける登米町住民のみを抽出した。
資料：登米市国保年金課，宮城県後期高齢者広域連合から提供を受けた国民健康保険レセプトデータ（各5月）の集計により作成した。

図－4 登米病院の無床化による入院行動の変化

ていると考えられ、必要最低限の医療までも失いつつある農山村の生活不安はいっそう高まっている。

5. おわりに

農山村の医療環境は、近年は公立病院改革により後退が著しい。本稿では病院を無床化した宮城県登米市を事例に農村家族の生活問題⁽⁷⁾を考察した。結果は以下にまとめられる。

第1に、患者本人に生じた問題について無床化後の移動（転院）経路を分析し、在院日数の長かった重症患者ほど、その後の移動（転院）が多く、当該患者の死亡率は移動（転院）が少ない患者より高いことが明らかとなった。第2に、介助者において生じた問題について通い介助の行動を分析し、とくに負担増加が著しい介助者の特徴が①移動手段がバスに限られるか、②有職者であることが明らかとなった。第3に、世帯全体の生活問題について世帯構造の異なる4世帯の家族行動を分析し、医療再編によるインパクトが世帯構造や生業によって異なることが明らかとなった。四世代世帯の事例では、世帯の大規模性はむしろ複数高齢者の同時介助というリスクになり、ケアの傍らで農業を維持するためには農外就労者の辞職を伴っていた。二世帯世帯の事例では在宅看護により農業経営が休止し、一世帯世帯の事例では別居子の世帯分離による対応が確認された。

二世帯世帯、一世帯世帯の両事例では、家族ケアができる世帯状況ではなかったにも関わらず医療問題が家庭になだれ込み、生活維持が困難となっていた。

以上の問題は、やがて東北農村で共通のものになっていくことが危惧される。それは第1に、今後、公立病院の縮小再編が多くの病院で展開されるためである。2011年9月時点の公立病院改革プランによれば、東北地方151病院のうち64病院（42.4%）が病床削減を掲げ一部はすでに実施されている。そのすべてが無床化ではないが、当該病院は緑辺地域に多いため、2次医療へのアクセスには空間的制約が強まると考えられる。入院先が確保されなければ容態不安定な患者の在宅看護が必要となり、ケア対応の時間的制約は多くの家族で経験される可能性が高い。

第2に、本稿で強調した四世代世帯の問題は、世帯の大規模性を特徴とする東北地方が今後直面する典型的問題を表わしている。東北地方は、早くに独居世帯化が進んだ西日本に比べて高齢者問題の緊急性は強く認識されてこなかった。しかし、本稿では世帯の大規模性はケア問題には必ずしも有利には働かないことが明らかとなった。高齢者が滞留して「ノゾボ型直系家族」（大内、2005、109頁）となった大規模世帯にとって、家族のケアを家計や農業を維持しながら遂行することは困難になっている。東北地方は、2005年の国勢調査でも三世帯世帯の割合が14.9%と全国の8.6%より高いものの、高齢化率もま

た23.3%と全国の20.1%を上回っている。このことは、東北地方は一定の世帯規模を保ったまま超高齢社会に突入していくことを示唆しており、ケア問題はいつそう深刻化していくと考えられる。

以上のように、病院の経営効率化のために展開されている公立病院改革は、他方で家族内の家計悪化や生活不安をもたらしている。その原因のひとつには、要介護患者の福祉移行の難しさが、医療を福祉で代替することの限界が窺える。農山村における医療の確保は、地域の維持存続に関わる。医療機会を失って域外依存度を高めた地域が、他出子のUターンを促したり、あるいは都市からの交流人口を迎えることなどできるだろうか⁽⁸⁾。医療再編は、農山村の居住空間としての安全性を減退させているだけではなく、将来の農山村再生の可能性までも狭めている。農山村地域の実態を踏まえた、持続的なケア体制のあり方の検討が喫緊の課題である。

注

- (1) 宮島(1992)は、家族扶助を「世代間内部所得移転システム」という経済的観点から捉え、そのメカニズムを家族だけではなく国家の社会保障サービスの在り方とともに解説している(宮島、1992、45-59頁)。しかし、それらは介護を前提とし、医療が加わる場合には言及していない。
- (2) 病院中心の医療の中で家族に言及した研究には、「健康と医療の社会学」(山崎、2001)がある。
- (3) しかし米谷病院の無床化には住民の反対運動が展開され、2012年までの暫定維持が決定している。
- (4) 調査対象外としたのは、居住地不明の8名、養護老人ホーム入所の12名、退院前に死亡した4名である。養護老人ホーム入所者を対象外としたのは、当該施設が家族ケアのできない家庭環境の者が入所対象となっており、本稿の趣旨に外れるためである。
- (5) 公立病院はその責任からいえば移動先確保に尽力することが望まれるが制度的義務はなく、全患者の転院先が病院の紹介で確保されたわけではない。
- (6) その背景には、同一運営主体の病院間の同一疾患患者の転院が累積在院日数を継承する診療報酬体系がある。長期入院は転院先の入院基本料を低下させるため、急性期以外は早期の退院が勧められていた。
- (7) 福祉的役割の高い地域社会の、医療問題への関与は本調査では確認されなかった。農山村では自動車乗合などの相互支援が多いが、高頻度で待ち時間も長い病院の場合、患者側も送迎依頼を躊躇し復路の送迎を保障できない送迎者も声がけを控えていた。
- (8) 新聞報道によれば、病院の撤退が修学旅行や高齢者の団体旅行の誘致を難しくしているなど観光面への影響も大きいことが示唆されている(釧路新聞、2008、4月12日 <http://www.news-kushiro.jp/news/20080412/200804129.html> 2012年2月10日閲覧)。

参考文献

- 相川良彦、2000、農村にみる高齢者介護—在宅介護の実態と地域福祉の展開、川島書店
- 荒樋豊・奥山正司・小坂啓史ほか、2002、農村における高齢者介護の特徴、生活研究レポート、54
- 伊藤正子、2006、医療制度改革下における転院問題の現状とMSWの課題、現代福祉研究、6
- 井上洋一、2004、介護保険制度下における農協高齢者福祉事業の課題と展開方向—長野県信州うえだ農協の事例に即して、農村研究、99
- 大内雅利、2005、戦後日本農村の社会変動、農林統計協会
- 小田切徳美、1994、日本農業の中山間地帯問題、農林統計協会
- 叶堂隆三、1999、地域住民組織による在宅高齢者福祉活動—松本市の住民組織活動を事例にして、年報村落社会研究—高齢化時代を拓く農村福祉、35、農山漁村文化協会
- 国土交通省、2008、人口減少・高齢化の進んだ集落等を対象とした「日常生活に関するアンケート調査」の集計結果(中間報告) http://www.mlit.go.jp/report/press/kokudo03_hh_000011.html (2012年2月10日閲覧)
- 佐久間政広、1999、山村における高齢者世帯の生活維持と村落社会—宮城県七ヶ宿町Y地区の事例、村落社会研究、10
- 芝山江美子、2008、過疎農村地域における農村女性の介護意識とその地域・文化的背景、高崎健康福祉大学紀要、7
- 杉岡直人、1999、過疎地域における農家家族の多様化と介護コンフリクト、年報村落社会研究—高齢化時代を拓く農村福祉、35、農山漁村文化協会
- 鄭紅星・松岡昌則、2000、秋田市将軍野地区における地域福祉の現状と課題、秋田大学教育文化研究紀要、人文科学・社会科学、55
- 新沼星織、2011、公立病院改革と住民生活—宮城県登米市における無床診療所化を事例として、日本地域政策研究、9
- 橋詰登、1999、中山間地域の人口動態と定住人口の維持要件、田畑保編著、中山間の定住条件と地域政策、農林水産省農業総合研究所
- 長谷川昭彦、1993、農村の家族と地域社会—その論理と課題、御茶の水書房
- 松岡昌則、1991、現代農村の生活互助、御茶の水書房
- 松木洋一、2003、日本農業を支える多様な家族農業経営—その存在形態と持続性の論理、金沢夏樹・松木洋一・木村伸男編、家族農業経営の底力、農林統計協会
- 宮城県企画部、2008、平成19年度宮城市町村民経済計算
- 宮澤仁、2003、関東地方における介護保険サービスの地域的偏在と事業者参入の関係—市区町村データの統計分析を中心に、地理学評論、76(2)
- 宮島洋、1992、高齢化時代の社会経済学—家族・企業・政府、岩波書店
- 森岡清美編、1967、家族社会学、有斐閣
- 山崎喜比古、2001、健康と医療の社会学、東京大学出版会 (2012年4月14日受付、2012年7月21日受理)