

# 教育福祉委員会行政視察報告書

1. 実施日 平成 28 年 11 月 15 日（火）～ 11 月 16 日（水）
2. 視察地 1) 長野県上高井郡小布施町（11 月 15 日）  
2) 長野県佐久市（11 月 16 日）
3. 視察項目 1) 小布施町「地域包括支援センターによる地域支援及び医療機関による地域医療・在宅医療の取り組みについて」  
2) 佐久市「佐久市在宅医療・介護の連携体制推進事業（在宅医療拠点事業）について」
4. 出席者 教育福祉委員会  
委員長 山根一男  
副委員長 田原理香  
委員 富田牧子 山田喜弘 川合敏己 板津博之 出口忠雄  
議会事務局書記 服部賢介

## 5. 視察結果報告（小布施町）

### （1）視察地の概要

長野県北部の長野盆地に位置し、周囲を千曲川など 3 つの川と雁田山に囲まれた自然の豊かな総面積 19.07 平方 km の平坦な農村地帯。町役場を中心に半径 2 km の円に、ほとんどの集落が入る小さな町で、人口は約 12,000 人、住民同士が互いに顔を知り合える相識圏で形成されている。

東部は高山村に、西部は千曲川を隔てて長野市に、南部は松川を隔てて須坂市に、北部は篠井川を隔てて中野市に隣接

- ・位置（町役場）東経 138°19' 北緯 36°41' 海拔 353m
- ・面積 19.07 平方 km 東西 5.7km 南北 4.8km 周囲 20.4km
- ・人口総数 11,326 人（男：5,461 人 女：5,865 人）
- ・総世帯数 3,705 世帯 平成 26 年 10 月 1 日現在

### （2）視察の目的

小布施町の街ぐるみの取り組みや、地域包括支援センターによる地域支援事業及び地域医療・在宅医療の取り組みを学び、可児市の今後の施策への反映につなげる。

### （3）視察の内容

#### 「町ぐるみの取り組み」について

「本とつながる。人とつながる。」をキャッチコピーに小布施町では、町なかの商店の一角が図

書館になっている「まちじゅう図書館」を実践している。「まちとしょテラソ」は、まちじゅう図書館の中心的施設であり、「学びの場」「子育ての場」「交流の場」「情報発信の場」という4



つの柱をもとに、「交流と創造を楽しむ、文化の拠点」という理念の基に建築されたシンボル図書館である。

小布施町有償ボランティア案内人の内山秀行さんに小布施町の様々な「図書館」を案内してもらい、銀行や酒屋や民家のちょっとしたスペースに本棚が設置してある「図書館」を視察。「本がある」場を通じて、人と人がつながることを目的とした町あげでの取り組みを歩いて学ぶ。

なお、「まちとしょテラソ」は、休館日のため残念ながら

今回視察できなかった。

## 「小布施町の地域包括支援センターの地域支援の取り組み」について

小布施地域町包括支援センター 林かおる所長から以下のとおり説明

小布施町 超高齢社会の現状

### 【介護保険】

認定者数	平成 12 年度 282 人	27 年度 494 人
在宅介護サービス受給者	164 人	323 人
施設介護サービス受給者	65 人	81 人
地域密着型サービス受給者	0 人	43 人(グループ小規模多機能 2 施設 3 ユニット)
介護給付費	376,944 千円	781,650 千円
保険料(年間基準額)	26,800 円	57,300 円

### 【要介護認定率(65歳以上の高齢者に占める要介護認定を受けた人の割合)】

高いところで

1 . 大阪 22.4%      2 . 和歌山 20.7%      3 . 京都 19.7%

低いところで

1 . 山梨 14.2%      2 . 茨城 15.2%      3 . 長野 15.3%

須高地区

1 . 小布施 13.7%      2 . 須坂 13.9%      3 . 高山 14.5%

率が低いのは、早期に(介護保険が始まると同時)介護予防に力を入れてきたため  
要介護認定者数の推移、要介護認定の内訳等は別紙資料参照

### 【包括ケア推進懇談会「あったかい議」開催】

開催日程：2か月に一度      参加人数：40人～65人

参加者を減らさないために

- ・保健師がわかってもらえるよう一軒一軒話しに行く。

- ・会議に仕掛け～お茶やお菓子を置くなどして和気あいあいと話せる雰囲気を作る。

参集团体：44 団体

関係団体、金融関係、介護事業所、温泉宿、ボランティアグループ、職員等  
 専門家ばかりでなく、人材を自分たちで掘り起こす。全 28 の自治会にも声かけ。

#### 会議で大切に考えていること

- ・地域皆で取り組む。
- ・わかり合える関係づくり。
- ・行政に頼るのではなく、自分たちでやれることを作り出していく。

#### 「あったかい議」経緯

##### 第一回 小布施町の福祉の概要

日頃の活動や思いを熱く語り合う。

##### 第二回 小布施町の福祉の概要

地域資源について～地域を見渡す。

身近な支え合いについて～「私に出来ること」「私がして欲しいこと」「私たちがして  
 欲しいこと、私たちがやりたいこと」

##### 第三回 小布施町の福祉の概要

歩いていける「より処」について～地域資源の再発見

“出来ること”と“して欲しいこと”の整理

実現可能にするための課題の整理

##### 第四回 視察研修～「わくわく商店街」

##### 第五回 1～3回の振り返り

先進地の地域づくり活動の報告

研修報告から小布施に取り入れられる要素  
 を考える。

##### 第六回 地域の支え合いが見える化チャート

小布施に取り入れたい要素を考える。

生活コーディネーターと協議体について



生活コーディネーターには向き不向きがある。活動を通して、候補者を作り意図的に入れ  
 ていく。普段から、研修をしてもらう。自分たちで作っていく実感あり。

人材育成プログラムを町内で作ることで地域に役立ててもらおう。

#### 須高地域医療福祉ネットワーク推進事業

須高地域：須坂市・小布施町・高山村 3 市町村

昔から街道を中心として公益事業や文化等つながりが強い地域。組織力も強く、住民が協  
 調するネットワークも存在

きっかけは、インフルエンザの流行。小布施町だけで対応することはむずかしく、連携を

とっていくことが大切

在宅医療を 24 時間 365 日サポートする「須高在宅ネットワーク」は、主治医・訪問看護師・ケアマネージャー・後方支援病院等が協力して、在宅療養をされている患者(利用者)をいつでも見守る・支える仕組み。

主治医・訪問看護師・ケアマネージャーが患者(利用者)の訪問経過を情報共有システムに登録することで、いつでもその記録を確認でき、24 時間シェアする体制

資料 3 の実施要綱を参照

## 「医療機関による在宅医療の取り組みについて」

新生病院：在宅医療～在宅支援病院としての位置づけ

在宅支援課 類沢秀子さんから以下のとおり説明。

在宅医療は、在宅での療養が希望される方で、ご自宅や入所施設など住み慣れた環境で療養できるように、定期的な訪問診療や必要に応じて往診を行う。

その人がその人らしく生活を送るための支援

訪問診療

定期的かつ計画的に訪問し、診療、治療、薬の処方療養上の相談、指導を行う。

往診

患者の要請を受けて、突発的な症状の変化に対して、その都度診療を行う。

## 24 時間 365 日対応する仕組み

### 救急外来・在宅支援の 2 本柱の当直体制

訪問診療体制

医師 5 名、看護師 3 名、月～金曜日、往診車 2 台、在宅患者 48 名、施設患者 51 名

1 ヶ月に 130 件程度訪問

在宅・施設のメリット

- ・月 2 回以上の訪問診療(定期的)
- ・在宅でのお看取り

実績：2015 年度 30 件

2016 年 4～9 月までに 36 件(在宅 15 件、病棟 17 件、施設 4 件)

- ・異常時の相談
- ・精密検査目的での入院
- ・緊急入院の受け入れ
- ・レスパイト入院

ケアマネージャーと訪問看護ステーションとの連携が大事

スマートフォンで地域医療・介護を繋ぐ地域医療システム

看護師の情報・訪問メモ・スケジュールなどのデータを、訪問看護・訪問介護に携わる様々な職種間で共有できるツール

## 医療と介護の連携用紙の活用

- ・高齢者が医療と介護の両面からより総合的
- ・一体的なサービス提供が受けられるように
- ・ケアマネージャーが困っていることや療養に関して注意すべきことなどの、相談内容を連携用紙に記入し、窓口である相談員や看護師に依頼される

## 入院医療から在宅医療へ

- ・自立した生活をしていても退院後は自立できない状況に対し、どのようなサポートが必要か。

## 退院支援の現状

### 回復期リハビリテーション病棟の場合

入院時の早期退院支援

入院時一週間以内の多職種カンファレンス

予後予測ゴールの設定

家族へのリハビリ見学

家屋調査:段差の有無、手すりの位置、浴室トイレまでの動線

家族指導

退院前のカンファレンス:サービス内容の確認

### 重要な支援

- ・家族の介助量の軽減を図る～医療処置の簡素化
- ・継続したリハビリの介入～生活場面での訓練

## 癌患者の場合

- ・最後はどこで過ごしたいのか。
- ・穏やかな変化、痛みのない状態が望ましい生活
- 症状コントロール
- 病態悪化の予測、説明
- 看取り、急変時の対応

## 課題

- ・高額な訪問診療費
- ・訪問診療についてのサービスを知らない。
- ・相談窓口がわからない。



## (4) 質疑応答

質問 「あったかい議」には、どのような人を集めたのですか。

回答 地域ぐるみでやっていかなくはいけないので、交番所の方から金融機関の方まで、思いつく人全てに意図を話し、ご理解してもらい来ていただいている。

質問 自治会には、声をかけたのですか。

回答 自治会 28 全てに声をかけ、地域あげて取り組んでいる。

質問 会議参加者が減らないようにするために、どんな努力がなされたのか。

回答 保健師が、一軒一軒に主旨を理解してもらえよう話しに廻った。また、温かなおもてなしが出来たらと考えて、毎回ほっとできるようお茶やお菓子を用意して、場が和むよう努力している。

質問 コーディネーターはどのような人が担っているのか。

回答 二人で、一人は活動を通して候補者を作り、意図的に会議等に連れていった。もう一人は社会福祉協議会のメンバー

## (5) 考察(まとめ)

### 【小布施町 地域支援取り組みについて考察】

小布施町を研修先に選んだのは、医療福祉ネットワークについてたまたま小布施包括支援センター所長と話しをしたことがきっかけだった。

このネットワークもさることながら、生活支援体制づくり、特に女性の林所長の取り組み方には、目を見張るものがあった。まずは、体制づくりに向けての会議参集団体である。小さな町とは言え、金融関係、介護事業所、様々なボランティアグループ、交番、行政、商工会、自治会と地域みんなで取り組んでいくため、思い付く全てに声をかけたと言うのである。そして会を重ねる中で、わかり合える関係を築き、生活支援の具体策を自分たちに引き寄せていくということであった。

普段何気なく、コミュニティーが大切、つながりが大切だと結論づけてしまうが、具体的にどうしていくのかまで話し合うことはない。所長の「地域みんなで取り組む」という強い思いが、中途半端ではなく徹底的に進めていることでわかる。

可児市においても、どうなっていくといいのか、そのためにどう進めていくのか、一つ一つイメージしながら、地域の関係づくりを始めていく必要がある。しかしそうした作業は行政だけでは難しく、実状をよく知る地域のキーマン、もしくは地域づくりに思いのある人を中心に地道に進めていくことが求められる。今こうしたことは市の高齢福祉課だけで進めてられているが、本当は、普段から、地域の中で課題解決に向けて話し合うなど住民力をつけることに重きをおくことを求めたい。にわかにはできないものである。

### 【医療機関による在宅医療の取り組みについて考察】

住み慣れた環境で生活しながら療養できるように、定期的な訪問診療や必要に応じて往診が行われ、しかも 24 時間 365 日対応する仕組み、また、最後をどこで過ごしたいのかまで配慮される取り組みは、患者に寄り添った最良の医療と言える。

我が可児市においては、病院まで行かなくてはいけない。患者本人が動かないと進まない。小布施町のようなシステムを作るにはどうしたらいいのだろう。医師会長だけによるのだろうか。きっと患者に接してこうしたシステムの重要性を感じて見える医師もおられるに違いない。医師会長を始めとして、地道にあたるしかない。

## 6. 視察結果報告（佐久市）

### （1）視察地の概要

長野県東部、群馬県との県境に位置する。2005年4月には合併により長野県5番目の十万都市となった、佐久地域の中心都市である。岩村田・中込・野沢・岸野といった集落があり、中心街はそれぞれに分散している。古くは中山道と佐久甲州街道の交点であり、宿場町として発展した。

上信越自動車道・北陸新幹線の開通以来、大型店舗が次々に林立し大きく発展し、上田市と並ぶ東信地方の中心都市としての地位を確立しつつある。コイの養殖が有名。

人口：99,056人（平成28年10月現在）

面積：423.99 km<sup>2</sup>

病院：7（病床数1,447床） 一般診療所：78 歯科診療所：54 助産所：3  
特別養護老人ホーム：8 介護老人保健施設：5 通所介護施設：47  
訪問看護事業所：14 訪問介護事業所：39 居宅介護支援事業所：34  
通所リハビリ事業所：7 小規模多機能型居宅介護：5 地域包括センター：5



### （2）視察の目的

「在宅医療・介護の連携体制推進事業」（在宅医療や地域連携の具体的な進め方）について

### （3）視察の内容

佐久市では平成26年度国庫補助事業として「佐久市在宅医療・介護の連携体制推進事業」を行った。事業の目的としては、2025年問題を見すえ、高齢者ができるだけ住み慣れた地域で、医療・介護を受けながら、いきいきと自立した生活を営めるよう支えるには、増える医療・介護の需要に対応できる体制を整えることが不可欠として、以下の4点を事業目的とした。

在宅医療・介護における連携上の課題解決  
医療・介護関係機関の連携体制の構築  
在宅医療・介護サービス等の共有支援  
在宅医療に関する市民への啓発

これらの課題解決に向けて、具体的に7項目の動きを創り出した。

1. 介護連携推進協議会の設置（委員の構成＝医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護などの職業団体・介護事業所等の事業団体・市内医療機関）
2. 地域包括ケア実践事業との連携（地域別包括ケア委員会において、医療介護連携に関する

る課題の検討)

3. 在宅医療 24 時間体制の整備 (佐久医師会の在宅医療推進委員会にて、在宅医療のバックアップ体制の整備推進。市内の医療機関 8 ヶ所、訪問看護ステーション 10 ヶ所で実施)
4. 多職種間の交流研修 (対象 = 佐久市内すべての医療機関及び介護事業所 408 ヶ所間での希望者による 1 日研修)
5. 急性期病院と介護事業所、施設との連携体制および信頼関係構築  
(市・消防署・市内急性期病院・介護施設・事業者間において「急性期病院における円滑な退院調整の実現に向けて」というテーマで意見交換会実施)
6. 地域住民への啓発活動 (市民公開講座「老い支度講座」を実施。参加者 227 名。市内啓発に係わる関係機関との連絡会実施。)
7. 地域リーダーレベルアップ研修 (地域の医療・福祉を牽引する多職種リーダーの育成研修を実施。84 名参加)

特に力を入れている事例として、6. 地域住民への啓発活動の中から特に「老い支度講座」等について詳しい説明があった。これは佐久市役所高齢福祉課が行う出前講座のひとつであり、次の 4 つの構成になっている。

佐久市の高齢化の状況について

平均寿命と健康寿命

元気なうちから介護予防と地域での支え合い

いきいきと生きて逝くために～老い支度のヒント～

佐久市の平均寿命は、1,898 市区町村のうち男性が 81.73 歳で 15 位。女性が 87.96 歳で 19 位と高位にある。また、健康寿命 (健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間) と平均寿命の差が、全国平均が男性で 1.49 年に対して佐久市は 0.53 年、女性は全国平均 3.24 年に対して佐久市は 1.15 年と、かなり上回っている。

市は 高齢者就業率が高い (生き甲斐がある) 公民館活動が盛ん 気象条件として晴天率が高いこと等が影響していると分析している。

#### 事業効果

1. 急性期病院退院時の連携における課題が明らかとなり、課題解決の方向性が見えて来た。
2. 多職種間での顔の見える関係構築によって、ケアの質向上への意識づけが促進され、医療、介護においてより良い連携が取りやすくなった。
3. 市民公開講座では、老後に向けての終末期の意思表示や認知症への心構え、対応方法等について理解が深まったとの反応が得られた。
4. 地区サロン等での「老い支度講座」では、身近な場所で寸劇を通して伝えたことで、分かりやすかったとの声があった。
5. 関係機関との連絡会を通じて、市の医療介護の現状や、市民啓発の方向性について共有、協働を図る機会になった。



#### (4) 質疑応答

Q：介護保険の地域支援事業として、緩和した基準によるサービスAと、保健・医療の専門職による短期間で行われるサービスCを行うということだが、サービスBを外した理由は何か？

A：地域支援事業における住民主体によるサービスBは、週に1回以上という条件がつくが、それを担える団体がまだ育っていない。

Q：地域支援事業サービスCは、どのような主体で行うのか？

A：栄養士や市立病院から出向した理学療法士らがサービスCを構築している。健康教室的なものが中心である。

Q：100名を超えることもあるという『はつらつ音楽サロン』において、移動方法はどのようにしているのか？

A：基本的には地域の方なのでご自分の足で来ていただいている。

Q：お達者応援育成塾の男性の参加率はどれくらいか？

A：10年くらい続けているが、年々男性の参加率が高まり現在2：8(男：女)くらい。

Q：地域の方が講座や健康事業などを企画運営する取組みはあるか？

A：昭和30年40年ころから行政主導でやって来た歴史があり、自分たちで地域活動に取り組んでいくような意識が薄いらいがある。

Q：高齢化に対して自治会としての問題意識はあるか？

A：問題意識は持っている。既存のものを整理していくことが中心で新たなものを独自に創り出してゆくというところは今後の課題である。

Q：高齢者外出支援サービスとは具体的にどのようなものか？

A：概ね65歳以上の低所得世帯の高齢者であって、一般の交通機関を利用するのが困難な方に対して、シルバー人材センターが1回500円で移送サービスの支援を行っている。

Q：家庭ごみ収集支援事業はどのように行われているか？

A：概ね65歳以上の高齢世帯及び身体的機能低下により、家庭ごみの搬出が困難な世帯に対し、シルバー人材センターを通じて1回200円で家庭ごみの収集支援を行っている。



#### (5) 考察(まとめ)

佐久市は人口規模的には、当市と非常に近いが、やはり、過去からの歴史や医療体制など大きく違う点も多い。国のモデル事業として総事業費1,100万円(全額国庫補助)として行われた「佐久市在宅医療・介護の連携推進事業」である。項目的には、地域包括システム構築に関する基本的な内容だが、やはりここに至るまでの長年の取り組みがベースになっていることは既定の事実である。

これは佐久市に限らず長野県全体にも言えることだが、食生活における減塩の取り組みなど長い時間をかけて、健康寿命を延ばす努力をしてきたことが数値になって表れている。まさしく政策によって、人の寿命を延ばすことができるということを証明している。

もともとの地域は、佐久総合病院等地域の中核を成す医療機関が充実しており、そこに医師会の協力体制がプラスされ在宅医療の特に看取りまで対応する医療施設が28もあるという点だけでも層の厚さを感じる。このことにより、在宅医療24時間体制というのが整備されていることが大きな特徴である。



一方でこれまで住民に対して、社会福祉協議会や民生児童委員会等を含めて、行政主導で健康事業を行ってきており、住民に行政に頼る気持ちが比較的に強いいため、住民の側からの自発的な動きがあまり見られないと分析されていた。

この点については、当市においては地域発の動きがいくつかあり、優れた点もあることを感じた。地域包括ケアシステムの構築に関しては、土台となる条件が自治体により様々であるが、やるべきことの基本は同じであることを認識した。その王道を行っているのが佐久市であり、当市としても学ぶべき点が多々ある。

以上