

いま協同を拓く  
2004 全国集会

in ながの

第1分科会

# 長野の実践から考える 「地域医療・保健・福祉」 の連携

藤沢 薫（長野医療生活協同組合常務理事）



開会にあたりコーディネーター依田氏の挨拶で、この分科会の討論テーマについて説明があった。

ひとつが、低医療費でありながら全国で有数な

長寿県となっている長野県の医療・保健・福祉のネットワークについて。

2つ目に健康学習や自治体、他の団体などの連携のあり方、住民活動について。

これら2点について、活発に話し合いを行いたいとの提案があった。

以下、3つの報告と討論内容について報告する。

## 第1報告

### 「長野医療生協の実践から

#### ……町なみチェック活動」

長野医療生協 芹田いなば支部・支部長

鶴田たけじ氏

#### [ 報告概要 ]

長野医療生協の支部活動として取り組みつつある、「地域福祉、まちづくり」について報告する。自分が支部長を務めるいなば支部

は小さいが、全国の医療生協の組合員は250万人。この人数はちょっと大きく地域に一定責任を持つ数になっている。全国の医療生協は「医療生協の未来をひらく21プラン」に基づいて活動し、明るいまちづくりについて頑張っている。

取り組みが弱いとされる長野でも幾つかの取り組みがあったのでその報告をする。

長野オリンピックですっかり街の状況が変わった川中島支部は、医療生協の「夢マップづくり」に取り組んだ。この「マップ」づくりは、教育、福祉と医療、産業と労働、環境をポイントに、悪い所だけでなくいい所も見つけようと取り組まれた。バス路線の現状や買い物の利便性、小学校の規模、高齢者や障害者にとって使いやすい公共施設かどうか、などがマップにまとめられた。改善要求としてまとめられた27項目の内、関係団体との交渉などでマンモス学校解消など5項目が解決の方向に進んでいる。

次に地元いなば支部の「母袋交差点」の信号についての調査を報告する。ここの四つ角は生活道路にも関わらず横断歩道は3カ所、歩行者信号の青時間は短く、横断中に点滅が始まり、高齢者・障害者は中央分離帯で1回待たなければならない。地下道はあるが出入り口の傾斜は30度あり自転車や高齢者や乳母車は非常に危険で、健康な人々もこ

- コーディネーター 依田発夫（長野県高齢者協同組合）
- 実践報告 鶴田たけじ（長野医療生活協同組合）  
古屋直子（小川村社会福祉協議会）  
長 純一（国保川上村診療所）
- コメントーター 松島松翠（JA長野県厚生連佐久総合病院）

の危険で使いづらい地下道を通らず、車と一緒に横断し、いつ交通事故が起きてもおかしくない状況となっていること等をまとめ、歩車分離式信号の設置運動をすすめている。基本的な考え方は高齢者や障害者、小さな子供など弱い立場の人を守る日本国憲法の基本的人権にもとづいたものとして今後の活動を展開していきたい。

鶴田氏の報告の補足として長野医療生活協高藤美和子専務より、医療生協の「21プラン」は2005年までの目標を定めたものであり、その中に医療生協がめざす「医療・保健・福祉のネットワーク」づくりがある。その一つとして「まちなみチェック」「夢マップづくり」がある。この活動に取り組むことで組合員が自らの地域をみて、暮らしを助け合う協同づくりをすすめる事につなげている。夢マップづくりは住民要求と重なり合う形で発展してきている。台風被災地域でも支部のある所で助け合いの輪が広がっている。長野では減塩キャンペーンを続ける中で、明らかに一般の人と組合員では1日の塩分摂取量に差が出てくるなど健康増進活動の成果を上げている。

医療生協は、自ら健康チェック活動をすると共に、スーパーなどの店頭での健康チェック活動に取り組んできた。今年は行政主導から住民主権の健康権を確立するこ



と、憲法問題を含め平和を守り抜く運動を課題としている。

#### [ 討論概要 ]

この報告を受け会場から、医療生協と他医療機関との連携や村の医療展開は行政主導だが医療生協はどこまで活動範囲を広げて展開できているのかの質問が出された。

それに対し高藤氏より、医療生協の健康自己チェックで異常値がでた場合、それをもって医療機関に行くと「なぜシロートが、こんな事まで・・・」と言われることがまだまだある。医療機関とは積極的に連携を作り上げていきたい。ただ介護保険でのケアマネージャーのサービス調整会議への参加や消費生協と協同でヘルパー養成講座を開講するなどの連携はできている。活動範囲としては、組合員の班会は北は飯山市まで開かれるが医療施設の展開は長野市内のみ

等の回答があった。

長野県民主医療機関連合会事務局長の湯浅氏より長野県民主医療機関連合会は、組合員や友の会員などの共同組織は約10万人、病院・診療所・介護保健施設等約65事業所の連合体で活動している、事業所間協同はすすめてきているが、地域毎のネットワークづくりに今後力を入れていきたい、など補足発言があった。

コメンテーターの松島実行委員長より、厚生連は農協を介するので直接組合員との関係が深いとはいえない。「連携」は異なった組織間のことなので、民医連、厚生連等の連携が取れば良いと考える。住民にとっては「医療・福祉・保健」の連携は当たり前のことなのだが、縦割り行政の為なかなかうまくいかない。末端の市町村で始めるしかない状況ではないかと助言があった。

## 第2報告

### 「地域密着型の包括医療体制の継続をめざして」

小川村社会福祉協議会事務局長

古屋 直子氏

#### [ 報告概要 ]

最初に小川村は長野県北西部に位置し1,261世帯で高齢化率が40.4%。一人暮らし世帯202世帯、2人暮らしが234世帯で「癒しの里事業」や「星のふるさと事業」などをおこしながら暮らしている、人口約3,500人の村。産業は一次産業から二次産業、三次産業へと移行し、出生率も低くなっている。村の予算は約33億円で地方交付税がその基本財源になっている。高度情報化の時代の中で、「自己決定」「自己責任」が問われ、併せて公と民が協力して何かをつくっていくことが求められる時代になった。

小川村では、国の何十年先に行く超高齢化社会、超少子化社会の中で、保健・医療・福祉に対する住民のニーズも大きく様変わりしてきた。その為小川村は「自己決定」「自己責任」も含め、保健・医療・福祉事業の連携、ノーマライゼーションを築き上げてきた。国の高齢者10カ年計画に合わせ村としても健康おがわ21を計画し、国の「健康づくり21」に合わせモデル事業として包括医療センターをつくった。この所長を診療所の池田ドクターが担っていた。私たちは所長の下で自己決定を尊重しながら事業を進めることを学んだ。

ノーマライゼーションを進めるには、縦割り行政などの問題もあった。アンケート調査では村民の希望は在宅生活であり、その生活を守りながらいろいろなサービスを選んでいくことが求められていることが分かった。

この「包括医療センター」は平成6年に設置された。包括医療センターを組織化する中でまず各団体のみなさんの意見を聞く場として「包括医療協議会」をつくり、最高協議機関とした。その下に「参木会」という実務担当の保健医療福祉関係職員を配置した。さらにその下に保健師や看護師、ヘルパーなどの専門職でつくる「サービス調整チーム」、村長や医師、福祉担当者、保健師でなる「施設入所検討委員会」や「国民健康保険及び介護保険運営委員会」を構成した。

それぞれの職種が守秘義務を守ることを基本に小川村で人間らしく生きることを目的とし、みんなでそれぞれの価値観を認めながら自己決定をしていく、を基本理念に取り組みをすすめてきた。

その中で、それまでであった保健師、看護師、ヘルパーの縦関係がなくなり、それぞれ



の専門性の下で利用者へのサービスを考えるようになった。それぞれの人生は、自分で決めた坂道を上っていく様なもので、その坂道を登る時に病気や経済的な問題、加齢など様々な障害が発生するがその障害をできるだけ取り除き平坦にしようというイメージで取り組んできた。

これから町村合併で、小川村は多分信州西山町になる。小川村で行っている包括医療を合併するほかの村でも実施できるように準備している。難しい問題がたくさん残っているがこの事業をすすめたい。センター長の池田先生の「老人1人当たりの医療費が低い村」の資料を持ってきているのでご参考下さい。

#### [ 討論概要 ]

包括医療センター推進の核となった池田所長の退職や町村合併など今後が心配、将来を担う子供達の健康を守る事について教育委員会の関わりが少ない様に感じた、など質問が出されたが、十数年の取り組みでの職員の成長や住民が参加の経験から継続の可能性に自信をもったこと、また子供達の健康問題も養護の先生や保健師、保育所

の先生など含めてエンゼル研を開く、子供の諸健診についてもそれらの連携の中でやってきた事など報告があった。子育てでは小さい子供を抱えた母親が点在する中で、ビッグランド小川というプールつきの多目的ホールをつくり、子育て相談コーナーを設置し母子の問題の援助も行ってきた報告がされた。

小川村の様に医療が中心になってネットワークをつくれる所と違い、都市では保健・医療の連携を考えるとどうしても縦割り行政の問題にぶつかること、また長野県は都市部に自治体病院が少なく、医療が中心になってネットワークを組むことができない状況についての意見や、自治体の中で専門家として医療と保健の両方をみられるのは保健師だが、実際になかなか保健師がみえてこない、保健師の活動のあり方とそれをサポートする住民運動が必要ではないかと意見が出された。

また、地域包括医療システムができていける所は医師が主体のところが多く、医師がいなくなると沈んでしまう。専門家のみでこのシステムがつけられているとそういう欠陥が出てくる。このシステムに住民が参加し専門家と協働しないとどこにでもできると言うことにはならないとの指摘もあった。

長野県は保健師が多くその活動が一番盛んだと言われている。保健師のがんばりがあったことが今日の状態となっていること、公的病院は少ないが自治体立の医療機関は多く、そこががんばってやってきたので医療費を引き下げているのではないかと、厚生連や日赤が多いのも特徴との意見。

県内の主だった都市には県立病院がなく県は相当さぼってきたが、そこを補完した

のが自治体立の医療機関ではなかったか、などの活発な意見があった。

コメンテーターよりこの討議のまとめとして、介護保険法で保健師が大分取られたこと、「自己責任」という言葉は厚生省がよく使うが、自己責任論だけ強調すると行政の責任が薄まってしまう危険性があること、健康を守るというのは2つの側面を持っていて、主権として自ら健康を守っていくという考え方と行政が主権者である国民の健康を守り育てるという考え方でとらえていくことが大切、とのコメントがあった。

### 第3報告

#### 「川上村における医療・保健・福祉の連携と佐久病院との連携の報告」

国保川上村診療所長・佐久総合病院地域診療所科長 純一氏

##### [ 報告概要 ]

佐久病院から派遣されて国保川上村診療所にいる。佐久病院は長野県最大の病院で地域医療にも積極的に取り組んでいる。地域医療という言葉ができる前に農村医療という言葉で取り組んできた歴史がある。川上村の特長は村内で包括医療に取り組んでいるということと、佐久病院と入院医療まで含んだ広域で行われてる包括医療に取り組んでいることにある。佐久病院から車で約30分の所にランチで小海分院、そして4つの村にサテライトで国保の診療所があり医師が派遣されている。これらが連携し広域での医療が確保されている。福祉も佐久病院関係の特養や老健がある。保健は佐久病院の医師が村と協力して健診を行ってきたという歴史を持ち、医療・福祉・保健全部に佐久病院が関わってきたといえる。

川上村の高齢化率は25%で人口は4,800



人、レタスの産地として農業で生き残っていくことができる村といえる。ただしレタス栽培はかなり過酷な仕事。

診療所は産科をのぞいて何でもありで特に在宅に力を入れている。1日の外来患者は約60人、佐久病院から日替わり医師の応援を受け2人体制でやっている。外来・入院など佐久病院との連携が取れている。

在宅ケアは月平均70回、対象者は50～60人ぐらい。在宅死が年11～12人位いて在宅死亡率は18%、これは長野県2位、全国13位で非常に高い方。病院・診療所の連携がよいこと、診療所の医師が病院から信頼され患者が送り返されるということでガン死亡が多いのが特徴で、通常老衰死亡率が高いが川上村では逆転している。

医療・保健・福祉の連携は村内のヘルシーパークが中心になっている。1階ワンフロアには、村の保健福祉課(事務・保健・在介)と社協(ヘルパー・訪問看護ステーション・デイサービス)がすべて集結し、診療所と直結している。デイサービス・生きがいデイサービスとも廊下で直結し、中央棟2階には健康増進を目的としたトレーニングジム

があり鍼灸所も設置されている。3階には老人憩いの湯があり、お年寄りの憩いの場になっている。このヘルシーパークを中心とした医療・保健・福祉の連携と佐久病院・小海分院と連携した医療、特養や老健と広域で連携しているという特徴を持っている。

保健・福祉は行政の管轄で保健師により医療と繋がっている。ヘルシーパークにすべてが集まっているので毎夕連絡会を開き、関わる全員が情報を共有することができる。各スタッフが情報を共有化することのメリットとしては、利用者に包括的な細やかなサービスの提供ができる事、生活レベル、介護レベルの問題が非常にわかりやすくなり、医療のあり方を見直すこともできる事があげられるがデメリットとしては、村社会では何でも知っていてプライバシーはない様にも見える。プライバシーの確保が非常に難しく重要になるという事があげられる。

在宅ケアの立場では、医療・保健・福祉が上手く連携・統合できればかなりきめ細かな在宅サービスを提供でき、医者が直接家庭へ訪れることなくとも在宅を支えられ、近年顕著に増えているガン患者の在宅死を在宅ケアで支えられた。在宅の介護力の低下と福祉サービスの低下で施設志向が高まる中、在宅死が急減している。行政の責任が大きい、このシステムが在宅ケアを支えてきたことは重要。

行政による保健活動の重視や人的体制の強化には難しい問題がたくさんある。地域社会を守るには地域福祉が非常に大切で小規模ケアを実現するため、個人的には必要な情報や資料、研修会や学習会など提供してきた。

最大の問題は物事を住民主体でなかなか

決められない事。関係する人々が集まってワーキンググループ的な会議で論議し、決めていく様、条例を変えていく必要がある。現在配食ケア部会、小規模ケア部会、障害者ケア部会などがある。

川上村の地域社会を考える場合、将来の高齢化問題を考える必要がある。高原野菜で豊かになった村に外から嫁いできた40代女性があと10年ぐらいで介護問題に直面する。これは川上村の特殊な問題で、小規模ケア、グループホーム、宅老所などの検討やヘルパーを利用する事への村社会の違和感の軽減が必要になってくる。

また在宅死にこだわる理由についてまとめたい。死にゆく人が地域にいることのメリットとして死の準備教育ができること、介護者として看取れるスタッフ教育が進むこと、そして家族や地域のセルフケア能力の回復が計られることがあげられる。セルフケアを守っていくには、死を専門家から地域に戻す在宅死がもっとも良いと考えている。

最後に、去年の6月に厚労省高齢者介護研究会から出された「2015年の高齢者介護」について、生活の継続性の重視で可能な限り在宅をすすめていることや自宅でない在宅の「住み替え」、施設におけるユニットケア、施設機能の地域化、国保診療所で行われていた地域包括ケアシステムの確立が初めて厚労省の文書に入るなど中味はかなり評価できる所がある。その背景には増える痴呆への介護が介護保険では適切ではなく、ケアの見直しが考えられたことがある。キーワードとして「家族がだめでも生活圏の中でケア」していくことが出されてきている。それから介護予防としてのリハビリテーションが新しいものとして評価できる。



これらの意義することは、住み慣れた環境での生活を重視する施設ケアの見直し、自宅でない在宅、地域で完結したケアが実現することになる。さらに障害者福祉や教育との統合なども進んでいくと思われる。

[ 討論概要 ]

地域包括ケアシステムは現在は小さな地域で複合的な施設があり、そのトップである国保診療所が中心になって職員の努力の中でつくられてきたもので一般的になりきれていないこと。またそこに住民が参加できていない状況で今後はこのシステムと住民参加、この2つが焦点になっていくこと。都会では地域社会が壊れる中、それらの関係を新しく構築することが求められていて、意識的なものの構築と行政によるネットワークづくりが求められていることなど論議された。

また村社会では、まだ大家族制が残っており男性中心社会となっていること。新たに女性のパワーが発揮できる様になることと自己主権が位置づけられることで村社会も変わってくるなどの発言を受け、近代的な家父長制的な女性の犠牲で成り立っている村はじり貧になるが、川上村は経済的には生き残っていく村、ただし40代以下の女性の半数近くが都会から嫁いできた方であると10～20年もすれば主介護者になり、その

時にしっぺ返しが来ない様にする必要があること。介護問題や子育て問題で考え方で世代間にギャップが出てくることに対して、女性に頼ったままでグチャグチャしない様、小規模ケアなどの準備が非常に大切になってくること。医療は専門的で主体的に参加するのは難しい領域だが介護や福祉の分野では住民参加がしやすい所で特に女性が持つパワーは大きいので大いに参加して欲しいこと。現状では医療が介護や福祉分野まで包括してしまっている状況が強いが介護や福祉の分野での住民参加、住民の主体的な参加を希望していることなどが論議された。

住民の主体的参加を実現していく過程で社会教育は重要な課題であるが、学校教育やボランティアの養成など、現状ではまだ難しい状況があることが報告された。

[ 全体討論概要 ]

各地の取り組みの中で、住民が議論し自分達の希望を行政に反映させた形で創った北御牧村の「ケアポートみまき」の運動から、日本船舶振興会より多額の出資を受けたことで逆に住民運動がストップしてしまったりボランティア活動がボランティアの徴兵制ともいえる状況になってしまった問題が指摘された。築き上げつつあった住民運動が市町村合併を経てどう変わるか真価が問われる状況となっている報告を受けた。

また高齢者住宅や障害者住宅の改修で医師やケアマネ、病院のリハビリスタッフとの連携などの取り組みについて、医師を含めたネットワークを創るために学習会を重ねている経験など報告を受けた。

地方自治体が地方自治法に基づいた住民

の安全を守る義務より国の言いなりになる事が優先されている現状の指摘があり、その中で医療生協が自治体がつくる「健康日本21」の中に組合員の声を反映させていく運動をしていることなど紹介があった。

#### [まとめ]

町村合併では大きい所に合わされる傾向があり、町村ですすんでいる保健・医療・福祉の連携は大きく影響が出てくる可能性がある。今日のテーマは、連携システムをどう作るかであるがまず医師又は保健師などと相談を始めていく、それから住民の声を反映させるため勉強会や学習会を上からでなく住民主体で大いにやっていると効果があること。

健康長寿と老人の医療費は非常に関係し、住民に対する保健指導が活発に行われていると老人医療費は少なくて済む、保健師の数が多いと老人医療費が少なくて済む、健診事業に昔から取り組んでいると老人医療費が少なくて済む、住民の健康意識が高いと老人医療費が少なくて済む、社会参加が活発だと老人医療費が少なくて済む、という傾向が明らかになっている。健康長寿日本21と重なるこういう状況を実現するために連携が必要で、住民1人ひとりの安心で安全な暮らしをどう創っていくかの論議が交わされた。

今後は地域在宅ケアが広がる、その意味でシステムづくりをどう進めるか。システムを作りあげていく上で大事なことは関係づくりと協同を広げること、基礎は人と人の関係と連帯性で、失われつつある連帯性

を取り戻すため国民1人ひとりが主体的に参加して行くことが求められている。今日の論議を参考に地域でのご努力を期待します。

#### 参加者の感想

- ・多くの方が熱心に責任ある役割を果たそうとしていることがよくわかった。自分は利用する立場での参加で、どんな内容・形が老後を過ごす最適システムか、と思って参加しましたが、無責任な考えを反省させられた。自分も主体的に参画することが大切だと思った。
- ・私は佐久で生まれ育ち、今は佐久病院に看護師として働き、ここでの医療・福祉・保健があたりまえのように思っておりましたが、全国レベルでみると、かなり進んだ連携をとっていると、改めて感じました。日々看護していく中で、安心して患者様が家に帰れる、家族が安心して介護できるお手伝い(サポート)がしていけたら…と思います。とても勉強になりました。ありがとうございました。
- ・内容の濃い勉強になった分科会でした。医療・福祉・保健、それぞれの立場の方から現場の声が聞けて参考になりました。

