

200937044A

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

エンドオブライフを支える在宅医療の基盤とその多様性を

包括的に評価する地域診断手法の開発

(H21-医療-一般-002)

平成21年度 総括研究報告書

研究代表者 高野 健人 (東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科)

平成22年(2010)年3月

目 次

I. 総括研究報告	
エンドオブライフを支える在宅医療の基盤とその多様性を包括的に評価する 地域診断手法の開発	----- 1
高野健人	
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 27
III. 研究成果の刊行物・別刷	----- 29

I . 総括研究報告

厚生科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

総括研究報告書

エンドオブライフを支える在宅医療の基盤とその多様性を
包括的に評価する地域診断手法の開発

研究者代表者 高野 健人（東京医科歯科大学教授）

研究要旨

今後の医療・介護にかかる需要の増大をふまえ、エンドオブライフを地域で支える医療・介護サービスの充実が求められている。地域のニーズと確保可能な資源の状況を包括的に評価し、多様なサービスを計画的、効率的に整備することを目的に、在宅医療・在宅介護ニーズとエンドオブライフを地域で支える資源と機能に関する統計調査指標 2993 項目を特定し、市区町村レベルの指標値データベースを構築した。さらに、包括的地域保健プログラムに取り組む6県11市における社会福祉協議会の介護担当者および地域福祉担当者を対象に、地域における高齢者のケアニーズと生活支援サービスのマッチングについて半構造化インタビュー調査を行い、地域の相互扶助機能を検討した。エンドオブライフを地域で支えるための在宅医療・地域介護・生活支援の資源と機能における相互連携の重要性、連携を支援するための統計指標および質的情報分析とその結果の社会的な共有の必要性が明らかになった。

A. 研究目的

高齢者を対象とする医療・介護サービス需要の増大が予想される中、高齢者とその家族が安心して医療と介護、生活支援を受け、充実したエンドオブライフ生活を送るためのサービス提供体制と人的資源・物的支援の計画的整備が検討されている。社会保障国民会議は、最終報告（平成20年11月4日）で、在宅医療・在宅介護の充実を提言し、医療・介護サービスのありべき姿を具体的に示している。

実際に地域で在宅医療・在宅介護の充実を図るには、地域の特性をふまえ、エンドオブライフを支えるために何が必要であるかを具体的

に示し、社会資源の整備、在宅医療・ケアの機能の充実、地域医療・ケアを担う人材の育成に取り組む必要がある。

本研究の目的は、エンドオブライフを地域で支えるための、在宅医療・地域介護・生活支援の資源と機能の実状を把握し、地域ごとに拡充が必要なシステムの要件を提示することである。初年度は、（1）地域のニーズと多様な資源と機能の総合的な評価指標の市区町村別データベースの構築、（2）エンドオブライフを地域で支えるための地域における介護、福祉、生活支援の資源と機能、及びそれらの連携の実状の把握を行った。

B. 研究方法

(1) 市町村別データベースの構築

以下の統計調査結果及び登録情報より、在宅医療・地域介護・生活支援の需要と資源および機能に関する指標を抽出した。

所在源または参考資料：内閣府 NPO ホームページ (<http://www.npo-homepage.go.jp/>)、厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」、消防庁防災課「火災年報」、厚生労働省大臣官房統計情報部「介護サービス施設・事業所調査」、厚生労働省大臣官房統計情報部「介護保険事業状況報告調査」、都道府県担当課「都道府県資料」、総務省統計局「国勢調査報告」、総務省自治財政局「市町村別決算状況調」、総務省統計局「事業所・企業統計調査報告」、国土交通省自動車交通局「自動車保有車両数」、厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」、総務省自治行政局「住民基本台帳人口要覧」、総務省統計局「住宅・土地統計調査報告」、地域保健・健康増進事業報告、厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」、国土交通省道路局「道路統計年報」、農林水産省大臣官房統計情報部「世界農林業センサス・林業地域調査報告書」、厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査・病院報告」

(i) 在宅医療・介護・生活支援ニーズについて以下の項目に関する指標を収録した。

項目：60歳以上人口、65歳以上人口、70歳以上人口、85歳以上人口、家族類型別65歳以上の親族のいる世帯数、高齢夫婦世帯数、高齢単身世帯数、年齢別・被保険者の種類別要介護（要支援）認定者数、被保険者の種類別・要介護度別居宅介護（介護予防）サービス受給者数、被保険者の種類別・要介護度別地域密着

型（介護予防）サービス受給者数、被保険者の種類別・要介護度別・施設別施設介護（介護予防）サービス受給者数、死亡数

(ii) 在宅医療・地域介護・生活支援の資源と機能について以下の項目に関する指標を収録した。

項目：業務の種類別医師数、診療科別医療施設従事医師数、年齢別人口10万人当たり医師数、歯科医師数、年齢別人口10万人当たり歯科医師数、業務の種類別薬剤師数、年齢別人口10万人当たり薬剤師数、看護師数、年齢別人口10万人当たり看護師数、准看護師数、年齢別人口10万人当たり准看護師数、保健師数、年齢別人口10万人当たり保健師数、従業者数（医療、福祉）、年齢別人口10万人当たり従業者数（医療、福祉）、訪問介護員（ホームヘルパー）数、年齢別人口10万人当たり訪問介護員（ホームヘルパー）数、病院数、年齢別人口10万人当たり病院数、精神病院数、年齢別人口10万人当たり精神病院数、一般病院数、年齢別人口10万人当たり一般病院数、療養型病床群を有する病院数、年齢別人口10万人当たり療養型病床群を有する病院数、一般診療所数、年齢別人口10万人当たり一般診療所数、有床一般診療所数、年齢別人口10万人当たり有床一般診療所数、歯科診療所数、年齢別人口10万人当たり歯科診療所数、病院病床数、年齢別人口10万人当たり病院病床数、一般診療所病床数、年齢別人口10万人当たり一般診療所病床数、事業所数（医療、福祉）、年齢別人口10万人当たり事業所数（医療、福祉）、老人福祉関係施設数、年齢別人口10万人当たり老人福祉関係施設数、老人福祉施設数、年齢別人口10万人当たり老人福祉施設数、老人福祉施設数、年齢別人口10万人当たり老人福祉施設数、養護老

人ホーム数、年齢別人口 10 万人当たり養護老人ホーム数、軽費老人ホーム数、年齢別人口 10 万人当たり軽費老人ホーム数、老人福祉センター数、年齢別人口 10 万人当たり老人福祉センター数、老人介護支援センター数、年齢別人口 10 万人当たり老人介護支援センター数、その他の老人福祉施設数、年齢別人口 10 万人当たりその他の老人福祉施設数、老人憩の家数、年齢別人口 10 万人当たり老人憩の家数、有料老人ホーム数、年齢別人口 10 万人当たり有料老人ホーム数、老人ホーム数、年齢別人口 10 万人当たり老人ホーム数、介護老人保健施設数、年齢別人口 10 万人当たり介護老人保健施設数、介護老人福祉施設数、年齢別人口 10 万人当たり介護老人福祉施設数、通所介護事業所数、年齢別人口 10 万人当たり通所介護事業所数、短期入所生活介護事業所数、年齢別人口 10 万人当たり短期入所生活介護事業所数、老人クラブ数、年齢別人口 10 万人当たり老人クラブ数、養護老人ホーム定員数、年齢別人口 10 万人当たり養護老人ホーム定員数、軽費老人ホーム定員数、年齢別人口 10 万人当たり軽費老人ホーム定員数、有料老人ホーム定員数、年齢別人口 10 万人当たり有料老人ホーム定員数、老人ホーム定員数、年齢別人口 10 万人当たり老人ホーム定員数、介護老人保健施設定員数、年齢別人口 10 万人当たり介護老人保健施設定員数、養護老人ホーム在所有者数、年齢別人口 10 万人当たり養護老人ホーム在所有者数、軽費老人ホーム在所有者数、年齢別人口 10 万人当たり軽費老人ホーム在所有者数、有料老人ホーム在所有者数、年齢別人口 10 万人当たり有料老人ホーム在所有者数、老人ホーム在所有者数、年齢別人口 10 万人当たり老人ホーム在所有者数、介護老人福祉施設在所有者数、

年齢別人口 10 万人当たり介護老人福祉施設在所有者数、老人クラブ会員数、年齢別人口 10 万人当たり老人クラブ会員数、医薬品販売業数、年齢別人口 10 万人当たり医薬品販売業数、薬局数、年齢別人口 10 万人当たり薬局数、最寄の老人デイサービスセンターまでの距離別住宅数、年齢別人口千人当たり最寄の老人デイサービスセンターまでの距離別住宅数、保健、医療又は福祉の増進を図る活動を主な活動とする内閣府所管 NPO 法人数、国民健康保険被保険者受診率（1000 人当たり）、国民医療保険給付件数、国民健康保険給付件数（診療費）、被保険者 1 人当たり国民医療保険給付件数、被保険者 1 人当たり国民健康保険給付件数（診療費）、国民健康保険給付金額、国民健康保険給付金額（費用額）、国民健康保険給付金額（診療費）（費用額）、被保険者 1 人当たり国民健康保険給付金額、被保険者 1 人当たり国民健康保険給付金額（費用額）、被保険者 1 人当たり国民健康保険給付金額（診療費）（費用額）、国民健康保険医療費金額（診療費）、被保険者 1 人当たり国民健康保険医療費金額（診療費）、国民健康保険被保険者 1 人当たり診療費、老人医療受診率（1000 人当たり）、老人医療受給件数、老人医療受給件数（診療費）、受給対象者 1 人当たり老人医療受給件数、受給対象者 1 人当たり老人医療受給件数（診療費）、老人医療費、老人医療費（診療費）、受給対象者 1 人当たり老人医療費、受給対象者 1 人当たり老人医療費（診療費）、1 人当たり老人医療費、要介護（要支援）度別介護給付・予防給付件数、サービスの種類別・要介護（要支援）度別介護給付・予防給付件数（居宅（介護予防）サービス）、要介護（要支援）度別介護給付・予防給付件数（介護予防支援・居宅介護支援）、サービスの種類別・要介護（要支援）度別介護給付・予防給付件数（地

域密着型（介護予防）サービス）、施設別・要介護（要支援）度別介護給付・予防給付件数（施設介護サービス）、要介護（要支援）度別介護給付・予防給付単位数、サービスの種類別・要介護（要支援）度別介護給付・予防給付単位数（居宅（介護予防）サービス）、サービスの種類別・要介護（要支援）度別介護給付・予防給付単位数（地域密着型（介護予防）サービス）、施設別・要介護（要支援）度別介護給付・予防給付単位数（施設介護サービス）、要介護（要支援）度別介護給付・予防給付費用額、サービスの種類別・要介護（要支援）度別介護給付・予防給付費用額（居宅（介護予防）サービス）、サービスの種類別・要介護（要支援）度別介護給付・予防給付費用額（地域密着型（介護予防）サービス）、施設別・要介護（要支援）度別介護給付・予防給付費用額（施設介護サービス）、要介護（要支援）度別介護給付・予防給付給付費、サービスの種類別・要介護（要支援）度別介護給付・予防給付給付費（居宅（介護予防）サービス）、サービスの種類別・要介護（要支援）度別介護給付・予防給付給付費（地域密着型（介護予防）サービス）、施設別・要介護（要支援）度別介護給付・予防給付給付費（施設介護サービス）、対象疾患別市区町村が実施した健康診断受診延人員・医療機関等へ委託した受診延人員

(iii) 地域の人口、文化、社会経済水準、地域産業と労働環境、住宅環境、交通基盤、地域の相互扶助機能について以下の項目に関する指標を収録した。

項目：男女別人口総数、出生数、転入者数、転出者数、男女別日本人人口、男女別外国人人口、男女別・年齢階級別人口、男女別・年齢階級別人口割合、男女別・年齢（3区分）別人口、

婚姻件数、離婚件数、男女別・年齢階級別未婚人口、男女別・年齢階級別有配偶人口、男女別・年齢階級別死別人口、男女別・年齢階級別離別人口、男女別労働力人口、男女別人口総数に対する労働力人口割合、国民健康保険被保険者数、老人医療受給対象者数、国民年金被保険者数、国民年金受給権者数、国民年金受給権者数（老齢年金）、国民年金受給権者年金総額、国民年金受給権者年金総額（老齢年金）、受給対象者1人当たり国民年金受給権者年金総額、受給対象者1人当たり国民年金受給権者年金総額（老齢年金）、福祉年金受給者数、福祉年金支給年額、受給者1人当たり福祉年金支給年額、第1号被保険者のいる世帯数、第1号被保険者数、年齢区分別第1号被保険者数、世帯数、主世帯数、一般世帯数、施設等の世帯数、一般世帯割合、設等の世帯割合、一般世帯人員数、施設等の世帯人員数、家族類型別世帯数、総面積、可住地面積、主要湖沼面積、林野面積、森林面積、森林以外の草生地面積、人口密度、人口集中地区人口、男女別人口集中地区人口、道路の種類別道路実延長、道路の種類別1人当たり道路実延長、道路の種類別舗装道路実延長、道路の種類別1人当たり舗装道路実延長、歩道延長、1人当たり歩道延長、自転車歩行者道延長、1人当たり自転車歩行者道延長、総住宅数、居住世帯別住宅数、総住宅数に対する居住世帯別住宅割合、財政力指数、実質収支比率、経常収支比率

公債費比率、基準財政収入額、基準財政需要額、地方債現在高、歳入決算総額、1人当たり歳入決算総額、一般財源、1人当たり一般財源、地方税、地方譲与税、利子割交付金、ゴルフ場利用税交付金、特別地方消費税交付金、自動車取得税交付金、軽油引取税交付金、地方交付税、交通安全対策特別交付金、分担金及び負担金

使用料、手数料、国庫支出金、県支出金、財産収入、寄付金、繰入金、繰越金、諸収入、地方債、地方特例交付金、自主財源額、1人当たり地方税、1人当たり地方譲与税、1人当たり利子割交付金、1人当たりゴルフ場利用税交付金、1人当たり特別地方消費税交付金、人当たり自動車取得税交付金、1人当たり軽油引取税交付金、1人当たり地方交付税、1人当たり交通安全対策特別交付金、1人当たり分担金及び負担金、1人当たり使用料、1人当たり手数料、1人当たり国庫支出金、1人当たり県支出金、1人当たり財産収入、1人当たり寄付金、1人当たり繰入金、1人当たり繰越金、1人当たり諸収入、1人当たり地方債、1人当たり地方特例交付金、1人当たり自主財源額、歳出決算総額1人当たり歳出決算総額、議会費、総務費、民生費、社会福祉費、老人福祉費、児童福祉費、生活保護費、災害救助費、衛生費、保健衛生費、保健所費、清掃費、労働費、失業対策費、農林水産業費、商工費、土木費、道路橋りょう費、都市計画費、住宅費、消防費、教育費、小学校費、中学校費、高等学校費、特殊学校費、幼稚園費、社会教育費、保健体育費、災害復旧費、公債費、1人当たり議会費、1人当たり総務費、1人当たり民生費、1人当たり社会福祉費、1人当たり老人福祉費、1人当たり児童福祉費、1人当たり生活保護費、1人当たり災害救助費1人当たり衛生費、1人当たり保健衛生費、1人当たり保健所費、1人当たり清掃費、1人当たり労働費、1人当たり失業対策費、1人当たり農林水産業費、1人当たり商工費、1人当たり土木費、1人当たり道路橋りょう費、1人当たり都市計画費、1人当たり住宅費、1人当たり消防費、1人当たり教育費、1人当たり小学校費、1人当たり中学校費、1人当たり高等学校費、1人当たり特殊学校費、1人当たり幼稚

園費、1人当たり社会教育費、1人当たり保健体育費、1人当たり災害復旧費、1人当たり公債費、人件費、物件費、維持補修費、扶助費、補助費等、普通建設事業費、災害復旧事業費、失業対策事業費、公債費、積立金、投資及び出資金、貸付金、投資的経費、1人当たり人件費、1人当たり物件費、1人当たり維持補修費、1人当たり扶助費、1人当たり補助費等、1人当たり普通建設事業費、1人当たり災害復旧事業費、1人当たり失業対策事業費、1人当たり公債費、1人当たり積立金、1人当たり投資及び出資金、1人当たり貸付金、1人当たり投資的経費、市町村民税、固定資産税（市町村税）、1人当たり市町村民税、1人当たり固定資産税（市町村税）、自動車の種類別保有自動車数、自動車の種類別人口千人当たり保有自動車数、男女別就業者、男女別人口総数に対する就業者割合、男女別完全失業者、男女別人口総数に対する完全失業者割合、男女別年齢階級別就業者数、男女別年齢階級別人口総数に対する就業者割合、第1次産業就業者数、第2次産業就業者数、第3次産業就業者数、人口総数に対する第1次産業就業者割合、人口総数に対する第2次産業就業者割合、人口総数に対する第3次産業就業者割合、年齢3区分別第1次産業就業者数、年齢3区分別第2次産業就業者数、年齢3区分別第3次産業就業者数、年齢3区分別人口総数に対する第1次産業就業者割合、年齢3区分別人口総数に対する第2次産業就業者割合、年齢3区分別人口総数に対する第3次産業就業者割合、男女別第1次産業就業者数、男女別第2次産業就業者数、男女別第3次産業就業者数、男女別・年齢3区分別人口総数に対する第1次産業就業者割合、男女別・年齢3区分別人口総数に対する第2次産業就業者割合、男女別・年齢3区分別人口総数に対する第3次産業就業者

者割合、学校別最終学歴人口、学校別最終学歴人口割合、男女別・年齢階級別最終学歴人口、男女別・年齢階級別最終学歴人口割合、持ち家数、借家数、公営・公団・公社の借家数、公営の借家数、公団・公社の借家数、民営借家数、給与住宅数、総住宅数に対する持ち家割合、総住宅数に対する借家割合、総住宅数に対する公営・公団・公社の借家割合、総住宅数に対する公営の借家割合、総住宅数に対する公団・公社の借家割合、総住宅数に対する民営借家割合、総住宅数に対する給与住宅割合、最低居住水準以上の主世帯数、最低居住水準以上の主世帯割合、所有形態別最低居住水準以上の主世帯数、世帯の種類別最低居住水準以上の主世帯数(65歳未満の単身)、誘導居住水準以上の主世帯数、誘導居住水準以上の主世帯割合、所有形態別誘導居住水準以上の主世帯数、世帯の種類別誘導居住水準以上の主世帯数、生活保護被保護実世帯数、生活保護被保護実世帯割合(%)、保護開始世帯数、保護開始世帯割合(%)、生活保護扶助世帯数、生活保護扶助世帯割合(%)、生活保護被保護実人員、人口千対生活保護被保護実人員、生活保護被保護高齢者数(65歳以上)、人口千対生活保護被保護者数(65歳以上)、刑法犯認知件数、人口10万人当たり刑法犯認知件数、刑法犯検挙件数、人口10万人当たり刑法犯検挙件数

(2) 地域における介護、福祉、生活支援の資源と機能に関するインタビュー調査

(i) 調査対象地域

健康を重視する都市の総合的な政策立案とその評価を行っている自治体から、11の自治体を調査対象地域として選定した。

(ii) 調査方法

地域の住民ボランティア、保健・医療・福祉・教育関係者と協働により地域の福祉活動の拠点として役割を果たす市区町村社会福祉協議会の介護担当者、地域福祉担当者を各対象地域におけるキーインフォーマントと設定し、半構造化質問紙表を用いて次の項目についてインタビュー調査を行った。社会福祉協議会(社協)が行う介護保険事業/介護保険事業における連携/高齢者に係る市民の自主活動の推進/高齢者に係る市民の自主活動の運用/高齢者に係る市民の自主活動の連携

(倫理面への配慮)

本研究では、資料として既に連結不可能匿名化されている情報のみを用いており、倫理面での問題はない。また、インタビュー調査は担当者へ研究の主旨を説明し、同意を得た上で実施した。なお、調査を実施した自治体名は公表しない。

CおよびD. 研究結果ならびに考察

(1) 市町村別データベースの構築

地域高齢者を対象とした介護サービス、生活支援サービスの需要及び資源と機能、さらに、地域の社会環境条件について、市区町村レベルで実態を把握し、総合的に評価を行うためのデータベースが構築された。

インタビューを実施した市が含まれる6県と東京都を含む地域における主な指標値は以下の通りであった。

60歳以上、65歳以上、70歳以上、85歳以上人口割合は、それぞれ25.1(最低23.7、最高27.8) %、18.2(最低16.4、最高20.1) %、

12.5（最低 10.6、最高 15.0）%、1.9（最低 1.5、最高 2.4）%であった（2005年度）。

人口千人当たり要介護（要支援）認定者数は、要支援・要介護合わせて 29.7（最低 24.3、最高 37.0）人、うち要支援は 7.4（最低 5.0、最高 11.6）人、要介護は 22.2（最低 19.3、最高 25.5）人であった（2007年度）。人口千人当たり居宅介護（介護予防）サービス受給者数は 209.8（最低 168.8、最高 264.0）人、地域密着型（介護予防）サービス受給者数は 12.6（最低 8.8、最高 20.7）人、施設介護（介護予防）サービス受給者数は 61.7（最低 51.3、最高 79.0）人であった（2007年度）。

市区町村別の 65 歳以上人口と要介護（要支援）認定者数の間には有意な正の相関を認めた（ $r=0.99$ 、 $p<0.001$ ）。

人口 10 万人当たり医師数は 198.5（最低 134.0、最高 274.0）であった（2004年度）。看護師数は 532.6（最低 408.6、最高 617.9）人、准看護師数は 201.8（最低 137.9、最高 322.6）人、保健師数は 24.5（最低 21.3、最高 37.3）人であった（2006年度）。訪問介護員（ホームヘルパー）数は 67.6（最低 21.6、最高 112.9）人であった（2002年度）。

人口 10 万人当たり病院数は 5.2（最低 4.7、最高 6.3）施設、うち精神病院数は 0.56（最低 0.42、最高 0.84）施設、一般診療所数は 75.1（最低 53.6、最高 97.6）施設であった（2005年度）。人口 10 万人当たり病院病床数は 1004.5（最低 886.2、最高 1161.0）床であった（2005年度）。

65 歳以上人口 10 万人当たり老人福祉関係施設数は 137.7（最低 99.6、最高 199.3）所、65 歳以上人口 10 万人当たり介護老人保健施設数は 9.4（最低 5.3、最高 13.8）所、65 歳以上人口 10 万人当たり介護老人福祉施設数は 17.5

（最低 13.5、最高 22.6）所、65 歳以上人口 10 万人当たり通所介護事業所数は 56.8（最低 34.2、最高 80.7）所、65 歳以上人口 10 万人当たり短期入所生活介護事業所数は 19.3（最低 15.7、最高 26.5）所であった（2005年度）。

医療又は福祉の増進を図る活動を主な活動とする内閣府所管 NPO 法人数は最低 10 団体、最高 887 団体であった（2009年度）。

被保険者 1 人当たり国民医療保険給付件数は最低 9.5 回、最高 10.9 回、被保険者 1 人当たり国民健康保険給付金額は最低 14 万 1 千円、最高 16 万 1 千円であった（2005年度）。受給対象者 1 人当たり老人医療受給件数は最低 26.5 回、最高 32.7 回、受給対象者 1 人当たり老人医療費は最低 70 万 9 千円、最高 83 万 8 千円であった（2005年度）。

受給者 1 人当たり居宅（介護予防）サービス給付件数は要支援計では 2.2（最低 2.2、最高 2.3）、要介護計では 3.1（最低 3.0、最高 3.2）、地域密着型（介護予防）サービス給付件数は要支援計では 1.2（最低 0.7、最高 2.0）件、要介護計では 1.1（最低 0.5、最高 1.7）、施設介護サービス給付件数は要支援計では 1.0（最低 0.5、最高 1.9）件、要介護計では 1.0（最低 0.6、最高 1.6）件、であった（2007年度）。

受給者 1 人当たり居宅（介護予防）サービス給付単位数は要支援計では 3.8（最低 3.6、最高 4.1）、要介護計では 12.2（最低 11.5、最高 12.6）、地域密着型（介護予防）サービス給付単位数は要支援計では 12.0（最低 8.3、最高 14.1）、要介護計では 20.1（最低 15.9、最高 23.5）、施設介護サービス給付単位数は要支援計では 22.0（最低 20.6、最高 22.7）、要介護計では 28.1（最低 27.2、最高 28.5）であった（2007年度）。

(2) 地域における介護、福祉、生活支援の資源と機能に関するインタビュー調査

(i) 各市区町村社会福祉協議会の介護担当者、地域福祉担当者を対象に行ったキーインフォーマントインタビューにより得られた結果を、それぞれ以下に整理した。

A 県 G 市

県中西部に位置する、人口 6.1 万人、高齢化率 18.8% の市である。3 都道府県を横断する湾岸高速道路の開通に伴い子育て世帯が増加した地域と、3 世帯同居率が高い農村地帯に分かれている。

介護保険事業は、訪問介護のみを行っており、サービスの内容は、家事援助が主である。介護保険制度が施行された平成 12 年に市のヘルパーステーションが設立された当初は、需要も少なかったが、大手のヘルパーステーションは市内に参入しておらず、利用者が重度化していくことから、在宅介護支援センターが対応をすることとなった。当初は市内のヘルパーが少なく、近隣市からヘルパーを要請していた。その後、病院でも訪問介護を担当するようになり、居宅支援事業が平成 15 年頃に充足し始めた。

ケアマネジャーの有資格者は多いが、ヘルパーの数が少ないため、ケアマネジャー業務ではなくヘルパーとして業務に携わっている。ヘルパーの平均年齢は 55 歳であり、定年が 65 歳であることを考えると、若い人の参入が必要である。仕事へのやりがいを感じているが、ヘルパーを続けることは肉体的に難しく、ケアプラン作成のケアマネジャー業務を好んで辞めてしまうヘルパーもいる。

利用者のなかには、認知症患者を受け入れる施設がないため、緩和ケア病棟から在宅療養を

強いられ独居でヘルパーを利用して過ごしている人もいる。訪問看護は日常に係るホームヘルプを行う必要はないが、終末期の状態変化について知識を提供してくれることが、ヘルパーにとっては安心感につながっている。特に終末期を在宅で過ごす高齢者については、「だれがターミナルを決定するのか、どこにだれを関わらせるか」ということが問題である。

市が運営する地域包括支援センターが 1 つあり、支部として在宅介護支援センターおよび介護老人福祉施設が機能している。遠方を理由に、市外の介護老人福祉施設、介護老人保健施設を選択することもある。緊急性が高い人に関しては、どうかすれば施設に入所できる状態であるが、デイサービスに関しては希望する場所で利用可能な人は少ない。

地域の基幹病院としては、近隣の市に大学病院とドクターヘリを所有する国保直営の総合病院が各 1 院ある。湾岸高速道路を利用して患者を搬送することもあるが、ドクターヘリを使用した方が短時間で搬送が可能である。

ボランティアによる移送サービスがなければ、医療機関へ出向くことが難しい高齢者が多く居住する。社協の訪問介護の利用者で、在宅死が月 3~4 人あったこともある。往診を行う医師が予め積極的治療の実施の有無を確認し死亡診断書を記入する例もある。

平成 21 年度は認知症のモデル市となり、地域包括支援センターが中心となって認知症に関する研修を実施している。月 1 回開催される、ケアマネジャー協議会にも多職種が入るようにし、精神科医師の認知症に関する講義を市民も含めて実施した。ケアマネジャー協議会の内容は、市からの情報通知が主であり、困難事例の検討なども数は少ないが行われている。

社協の役割は、資源をつなげることでであると

考えており、まとめた事例を行政に提供することができる。社協には、他の介護保険事業所では引き受けが困難な事例が回ってくることも多いが、困難事例は、権利擁護や障害者自立支援法など社会福祉士の知識が必要なケースも多く、そのような事例こそ社協が引き受ける必要があると考えている。介護保険事業として、訪問介護を行うヘルパーステーションのみを運営していることが、逆に他の資源との連携を図りやすくしている。訪問介護は経営収支が望めず、廃止する社協が増えており、その結果、訪問介護を受けられない「難民」も出てきている。

高齢者にかかわる住民の自主活動としては、ボランティアグループが認知症サポーター研修を担っている。また、市から委託され、口腔衛生・栄養・運動に関して、市民に歯科衛生士や保健師、栄養士などの講演会を専門職だけでなく、ボランティアがサポートする形により公民館で開催している。市の健康推進課が主催し、市のグラウンドで実施される健康づくりのプログラムにもボランティアが関わっている。

地区によっては子安溝（元来は、子育て女性の集まりだった）という風習が残っており、それを文字って、「ババ安溝」として高齢者社協が運営するサロンに集まっている。本来はサロンの運営を各自治体に委任したいが、地域からそのような動きが上がってこないのが現状である。

市民の情報は、ボランティアセンターを通じて入ってきている。ボランティアの情報発信として、携帯電話からも検索可能とするサービスを開始し、ボランティアセンターの広報活動の一環としている。ボランティアを希望するきっかけは、男性は退職を機とし、女性は友人繋がりが多い。

昭和 54 年には既にボランティア機能を有しており、15 年前は現在のボランティアセンターの機能を、ボランティアの人が対応している状況だったが、平成 4 年にボランティアセンターが開設され、ボランティアコーディネーターのような職種が常時対応するようになった。

A 県 H 市

G 市に隣接する人口 12.6 万人、高齢化率 22.3%の市である。1960 年代後半から 80 年代にかけて、埋立工業地の整備に伴い関連企業工場の転勤者およびその家族の転入により人口が増加した。新興住宅地では高齢化率が 0.2%であり一方で、周辺の旧新興住宅地の高齢化率は 30%となっている。

市社協は、介護支援係・地域福祉係・管理係の 3 つの組織分かれており、介護支援係は居宅介護支援事業所と訪問介護を、地域福祉係はボランティアと相談業務を担っている。

社協が直接行っている介護保険事業は、居宅介護支援事業、訪問介護である。指定管理者制度により、老人福祉センターと身体知的障害者の福祉作業所を運営している。また、市の委託により地域包括支援センターの運営および、介護認定調査を行っている。

介護保険制度導入以前のヘルパー事業も引き継ぎながら、困難事例を引き受けることが多くなっている。しかし、介護保険の事業所が増えてきているために、利用者の取り合い、介護経営の維持を市内で行っている感がある。介護保険サービスの利用者は約 80 人弱であり、介護予防のケアプラン作成はそのうち、約 2 割を占めている。介護予防前の人の相談や福祉用具の貸し出しが多くみられる。相談業務に関しては、行政の方が相談しやすい環境にあったのか定かではないが、市が業務を行っていた時より

も社協へ委託されてから相談件数は減っている。地域包括支援センターは、介護予防のケアプラン作成に追われている状況ではあるが、機能を果たしていると考えている。

市から委託を受け社協が運営している地域包括支援センターが担当する地域の中心部は、「どうしても、何とかしてほしい」という相談が多く、独居・日中独居高齢者が多い地区となっている。市内に4つある地域包括支援センターのうち他の3つは社会福祉法人が運営している。困難事例としては、本人の要望が言えない・言わないけれども、その周辺の人が介入していて権利擁護的な問題になっている、そもそも人間的な生活が送れていない、認知症で家財道具一式を売却してしまう、独居高齢者を狙った消費者詐欺被害などがある。

市の機関病院は主に3院あり、うち1院は市内である。市内の介護老人福祉施設は350床を有し、6割は市内の住民が利用している。しかしながら、「200人2年待ち」の状況である。ただし、緊急性の高い人に関しては、市役所の要請により入れることがある。介護保険制度前は自由に施設利用ができなかったことから、使いにくかったと感じる。現在は、新しい介護老人福祉施設も開設され、施設数は増加している。デイサービスに関しては、市内の施設・民家におけるデイサービスだけでなく、近隣市の大型デイサービスを利用する市民もいる。

市の介護保険、地域資源の活用に関しては、本当に必要な人に届いていない感があり、自己拒否が多い。理由としては、「他人にかまってほしくない」「他人が家に入って欲しくない」といったものである。古くから市内に暮らす人々は、「人様に迷惑をかけたくない」という思いが強く、工場が建設され人口が3倍に増加した昭和30年代に建てられた新興住宅地に入

居した住民は、「介護保険制度を利用しよう」という意識が強いように感じられる。旧新興住宅地は山を切り開いて開発したが、今ではスーパーも閉鎖され、コンビニエンス・ストアが1軒残っているだけであり、地域住民が移送サービスなどを実施している。市内で往診を行っている医師は数名である。

市内にケアプランを作成する事業所が20か所あり、各事業所に勤務するケアマネジャー研究会に120人が加盟している。市が実施するケアマネジャー研究会が月1回開催され、内容は主に情報提供である。3カ月に1回は研修会や講演会を実施している。個別事例における情報交換などは、ケアマネジャーの日常業務の中で行われている。

市のボランティア協議会におけるボランティア登録数は、個人1,905人、39団体(1,957人)となっている。個人登録のうち、1,780人は市が始めた学校支援ボランティアであり、学校に登録している。高齢者を対象としたボランティアでは、地区社協におけるサロン活動(介護予防プログラムが主)があり、その他にも傾聴ボランティアなどがあるが、組織化および育成には至っていない。来年からは音読ボランティアを始める予定である。ボランティアの募集に関しては、年4回の広報で行っている。ボランティアセンターという看板は掲げているが、実際はボランティア協議会に全て情報が集まるようになっている。地区社協は15あり、その中で4つの地区サロンは、民生委員の積極的な活動により運営されている。

A 県I市

県北西部に位置し、人口15.6万人、高齢化率19.0%である。都心部と首都圏域を結ぶ高速鉄道路線の開通による若年者層の流入が目立

つ一方、1950年代に開発された住宅地団地では高齢居住者が多く、高齢化率は市内での二極化している。人口の約10%が元来の市民である。

市社協が直接行っている介護保険事業は、居宅介護支援、訪問介護、通所介護である。利用者数については、ケアプラン作成数が1月170-180人分、訪問介護は100名の利用、通所介護は、日30人を定員とし、週1回-3回の利用により1月80名の利用がある。ケアプラン作成事業所の数は増加しているが、利用者の取り合いはなく、社協が扱うケアプランは、民間が扱いづらい困難事例となっている。通所介護では、利用者本人のモチベーションが向上するように心がけている。

市の委託により、地域包括支援センターの運営、介護認定調査、独居高齢者への配食サービスを行っている。地域包括支援センターは、主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）1名、看護師1名、社会福祉士が1名で構成されている。地域包括支援センターの介護予防のケアプランは月100名であり、介護保険認定後に必ず家庭訪問を実施し、アセスメントを行い、必要な部分に関して情報提供を行っている。相談業務と3カ月毎の見直しを含むケアプラン作成は大変な業務量である。要支援認定のない利用者の資源活用に関しては、何らかの形で家族や近隣の人が介入しているが、ゴミ出しや移送サービスなど、痒い所に出が届かない状況はある。

市から委託を受けている地域包括支援センターの所管地域には、介護老人福祉施設介護老人保健施設が存在せず、有料介護老人ホームが1施設、グループホームが2施設、高齢者専用賃貸住宅が1施設ある。

介護保険認定は更新者で2,000人となっている。ケアマネジャーを数多く確保できる理由

として、先を見通した計画作りを行い、それに見合ったケアマネジャーの確保を実施したこと、ケアセンターが拠点となっていることが挙げられる。処遇改善の一環として、ヘルパーの正職員化も行ったことも後押ししている。

市内で唯一身体障害者のデイサービスを行っている。障害者のデイサービスは、1日15人を定員とし、35人が利用している。近隣病院の理学療法士が週3回個別指導をしている。介護保険認定調査が実施できるケアマネジャーは、市の認定研修の履修が必要などの理由により、人員不足となっているため、社協へ委託となっている。配食サービスの仕出し場所は委託しているが、350円を自己負担として100人以上が利用している。毎週水曜日は民生委員への相談が可能となっており、「愛の資金」と称する社協独自の取り組みで最大5万円を貸し出している。不況下で、米も提供しなければならない人も出ている。

地区同士の社協の連携はないが、市と地区の連携・連絡会はされており、市の社協は支援レベルで留まるようにしている。

市の介護保険事業所が集まったシルバーサービス事業連絡会の連絡会の会長は、社協の会長であり、連絡会の事務局は社協が務めている。連絡会では、情報交換や実習などを行っており、この連絡会により、サービス利用定員の空き情報、ケアマネジャー情報が社協に入りやすく、また社会福祉協議会から他の事業所に情報提供が可能となっている。連絡会の開催地はケアセンターになることが多々ある。

市のケアマネジャー連絡会では、市内のケアマネジャー全体の向上を目標とし、地域包括支援センターケアマネジャー連絡会では、主任ケアマネジャーが市内のケアマネのバックアップをするということを目的としている。

地域包括支援センターが社協に入ったことにより、状況を総合的に見られるようになった。介護予防の時点から利用者を確保できる点からも経営安定にもつながっている。また、地域包括支援センターの機能として、地域のリーダー的存在となることができる。

ボランティア活動については、センターに登録で登録を行っているものの、マッチング機能、登録管理等、機能が全般的に弱い。特に、ボランティアの活用方における連携が低い。施設支援のボランティアはあるが、利用者の個別支援をするボランティア活動はない。将来的には、社会福祉協議会本来の機能と地域包括支援センターを備え持つ機能を強化し、ボランティアセンターを最初の段階機能「ファーストストップ」としての役割からさらに継続的支援の役割を持たせることを目指している。

A 県 J 市

県南部の海岸沿に位置し、人口 3.6 万人、高齢化率 30.2%である。農業と魚業による半農半漁生活者が多い。

市内では、県外、国外から患者を積極的に受け入れている総合病院が、地域の急性期病院としての役割を果たしている。高齢者施設も比較的多い。身体障害者の療養施設が 2 か所にある。

市内 13 の小学校区に合わせて、地区社会福祉協議会を設けている。市社協が直接行っている介護保険事業は、居宅介護支援事業、訪問介護、通所介護である。利用者は、訪問介護が 1 月あたり 98 人、通所介護は 2 事業所で展開しており、定員各 25 名のうち 1 日約 20 名の利用がある。通所介護事業所の 1 施設は、地域住民の寄付金と財団法人による助成で建設した。県社協からの委託で、地域福祉権利支援事業（日常生活自立支援事業）を行っている。

介護保険制度導入以前から、市社協では自主財源の確保の重要性を認識してきた。介護保険制度が始まり、介護サービス事業所が増えてからは、公正な立場から、サービスを受けたくても受けられない状況を無くすことを理念に事業を行っている。地理的条件から、事業所から遠くに居住する高齢者も多く、また公共交通機関が限られているためにサービス提供に効率が悪いと民間では懸念される高齢者を引き受けている。社協が介護事業に参入し、市内の他の事業者と利用者の「安心の目」としての役割が求められている。

社協で担当する高齢者は医療依存度が低い高齢者の割合が高い。社協では介護保制度以前からホームヘルプ事業を行っており、生活家事援助を得意としている。人が地域で生活していくためには、身体介護だけでなく生活援助・災害対策の上に身体介護が必要であることから、訪問介護に関しては、ヘルパーは生活家事援助を中心としている。それぞれの事業所に得意分野があるため、医療依存度が高い高齢者は、得意とする事業者に任せている。平成 8 年からは、ホームヘルパー養成の 2 級と 3 級を実施している。近年は、人口の減少もあり受講者数は減少している。介護保険制度開始移行、ホームヘルプ 2 級から受講が可能となっているが、社会福祉協議会では 3 級の家事援助こそ重要なものとして重視し、力を注いでいる。

市の委託により、見守り活動もヘルパーが行っている。したがって、ヘルパーの仕事は、介護サービスだけでなく、見守り活動による安否確認や要望確認なども含まれている。市社協のケアマネジャー 1 名が立てるケアプランは 4 3 人分であり、ケアプラン作成よりも、地域福祉に力を注いでいる。

ケアマネジャー連絡会は、地域包括支援セン

ターが事務局となっており、企画運営を地域包括支援センターが行い3カ月に1回開催している。内容はリハビリやスーパービジョン、医療知識といったものである。ケアマネジャー連絡協議会のセンター長は NPO 法人の主任ケアマネジャーネットワークの役員でもあることから、人脈が強く有名な講演者を呼ぶことが可能であり、研修会でのケアマネジャーの求心力がある。ケアマネジャーには可能なかぎり横のつながりをもてるようにしている。連絡会の役員会を2カ月に1回開催し、通所介護協議会や訪問介護協議会、市内の訪問系サービスの連絡会や施設サービスの連絡会と意見交換をもつこともある。最近では、メモリウォークを開催し、認知症に対する活動を行った。

市の直轄で地域包括支援センターを持っている。直轄の場合は、事務作業が多くなるので、できるだけ地域に出向いて地域密着型の地域包括支援センターになるようにしている。市には平成6年から平成17年まで在宅介護支援センターがあった。現在は、保健師1名・社会福祉士2名、主任ケアマネジャー4人の合計7人で運営している。

地域包括支援センターとして、平成20年10月に虐待防止ネットワークを作り、マニュアルを作成した。そして、実態調査を基に地域ケアマネジャー会議を開催し再度グループスーパービジョンの会議を開いて、問題点を整理した。地域包括支援センターが作成するケアプランの数は、220名で90名は10数か所の事業所に委託している。認知症の徘徊ケースにより地域包括支援センターと警察は接点が多い。

市内の事業所は1人ケアマネジャーといった小さな事業所が多い。小事業所では、法人に左右されないメリットがある一方、十分なカンファレンスを行えず、偏った考えや、馴れ合い

を生じるというデメリットもある。

市内の介護資源は施設面では充足しているが、職員、マンパワーが不足している。インフォーマルサービスの量についても、普通のレベルだと感じている。

高齢者の地域福祉事業として、平成18年に財団法人の助成を受けて、モデル事業を実施した。モデル事業では、住民の手によるアンケート調査で生活問題の洗い出しをしたことで、住民の意識に変化が見られ、これまで興味のなかった人もボランティアに関わるようになった。今年度から厚生労働省の安心生活創造事業のモデル地区に選ばれている。

ボランティア活動の一例として、「買い物お助け隊」がある。中山間地には独居高齢者が多く居住している。体力に自身があっても、買い物の荷物を持って自宅に辿り着くのが難しい山道である。かつてあった小さな商店は、買い物客が少ないこと、後継者がいないことを理由により、閉鎖していった。地区に1軒残る万屋を自分たちが利用することにより、店を残し守ろうという動きがある。平成7年から始まった買い物を助けるボランティアは、「自分の目で見て、手で触れて買い物したい」「好きなものが買いたい」という利用者の声に応えている。高齢化率が30%を超える本地域で、住民が最後まで生活できるようにするには、配達と送迎サービスの両方が必要である。

ボランティアにかかわる人たちも、高齢者といえる年齢層であり、シルバーパワーがシルバーを支えている。都市化が進んで若い人が参入しているのは、市内で1か所である。都市部ではサラリーマンをボランティアに勧誘しているが、半農半業という漁業と農業を生活の主とするこの地域では生涯現役であり、その中で、ボランティアも生きがいになっている。

ボランティア連絡協議会の事務局を市社協が務めている。このため、ボランティアとは近い関係が築ける。高齢者が多い本市では、NPOになると事務作業が増えて実行できないため、ボランティアで留まることが多い。社協にまず立ち寄り、紹介する先でボランティアを始めるパターンもあり、この場合は自分に合った活動をしてもらうように心がけ、気長に続けてもらうようにしている。ボランティアグループの枠を超えて、障害者施設に月1回コーヒースロンを開く活動もある。ボランティアの中には、ボランティアコーディネートをしているものもある。高齢者のサロンとボランティアは別建てで行っており、サロンでの事故は自己責任、助成金なしとして、地域の母屋や公民館、寺などを使用して開催している。あるサロンでは高齢者だけでなく、子育て支援などの様々な形で利用されている。今後は、数を増やすことが課題である。サロンでは、市の保健師による血圧測定、総合病院の医師を招いた講演会を行う等、市・病院・社協とサロンが繋がりを持っている。地域が立ち上がって出来たものには継続性があり、逆に介入すると「やらされている」という気持ちが出てしまい、自主性が育成されにくい。福祉に関心の無い人を巻き込むことが課題ではある。

その他に、市の直営事業として、認知症サポーター事業による家族の集い、センター方式によるケアマネジャーのスーパービジョンを行っている。保健師は、介護予防事業を老人クラブやサロンで実行し、社会福祉士は成年後見制度と関連し、保健師とサロンに同行したりしている。市高齢者福祉係は、リゾートマンションに増加する高齢者層を対称に、マンションサロンを開催し、マンションでの近所づくりを行っている。総合相談業務に関しては、在宅介護支

援センターにいた看護師が中心となって対応している。

地域で連携して高齢者を支えていくための情報は、自らが集めなくてはならない。情報をケアマネジャーに伝え、ケアマネジャーが使えるサービス表をインフォーマルサービスも含めて作成し、ケアマネジャー連絡協議会で共有している。行政機関では出すことができない情報を提供できる。自らが動いて実績を残りに次につなげることが重要である。

B 県 K 市

人口 51.5 万人、高齢化率 17.9%の特例市である。元来工業都市として発展したが、工場の移転廃業と都市域の拡大に伴い、工場跡地の多くが集合住宅をはじめとする宅地となった。電車路線の影響によりマンションが増加している地域と、昔からの住人が多い地域に分かれている。昔からの住民と新住民が混在する地域があるが、両者の交流が少ない。

市社協では、宅介護支援事業と訪問介護を行い、市からの受託により地域包括支援センターを1箇所運営している。居宅介護支援事業所にケアマネジャーを5人配置している。各地区の地域包括支援センターが、その地区内の事業所のケアマネジャーを集めて開催している。介護保険制度開始前から、訪問介護等の介護事業を市の委託により実施していた。介護保険制度が施行後、民間の事業所が参入してからは、利用者から契約を取り、職員の給与を保証しなければならなくなった。

市社協の介護保険事業は、訪問介護を常勤職員13名、1年契約職員6名、非常勤1名、パート79名で担っている。居宅介護支援事業所には、常勤職員4名、非常勤職員1名である。地域包括支援センターでは基本の3職種が1

名ずつ（保健師は看護師）おり、プランナーとして非常勤で1名勤務している。

地域包括支援センターは平成18年に3か所（社協1、市直営1、市社会福祉事業所1）であったが、現在11箇所にある。訪問介護事業所は市内に100程ある。

社協の機能として、地域資源がつながりやすいことから困難事例の依頼が増加しており、市内担当地域以外からも依頼が来る。これは、社共にセーフティーネットの機能が求められていることを示している。

地域包括支援センターの業務の一環として、各地区の地域包括支援センターごとに、その地区の事業所のケアマネジャーを集めてケアマネジャー連絡会議が開催されている。市社協では、宅介護支援事業所のケアマネジャーを召集することではなく、あくまで1事業所として参加している。数年前から、市介護サービス事業所連絡協議会が、民間の事業所の立ち上げにより研修会等を実行している。

介護保険制度上には乗らないが、自立認定者に対してヘルパーを派遣する事業を行っている。

またこの他に、介護保険事業外で、福祉銭湯事業を行っている。市内10か所の入浴施設で、現在施設利用者の合計1日100人程度であり、70歳から80歳代の利用者が多い。月に2回、地域の医師が血圧測定や健康相談を実施している。実際に健康相談を利用している人は固定されており、10-15人である。各施設には社協も月2回巡回し、オレオレ詐欺防止の講演などを行っている。

ボランティアに関しては、ボランティアセンターに高齢者、障害者など分野別に登録し、ボランティア希望者と受け入れ先のマッチングを行っている。しかしながら、ボランティアの

育成や広報以外の情報提供ができておらず、ボランティアの活用という点で弱い部分がある。現在、120団体が登録されており、平均約10人が各団体に登録している。ボランティア登録者は高齢者が多く、若いうちからの意識付けが重要であることから、小学校や中学校への福祉教育を実施する人材の派遣、ボランティアスクール等を実施している。また、団塊の世代をボランティアにも呼び込むことも課題である。市内にある18地区社協のうち2つの地区が、高齢者に関する定期的な活動を活発に行っている。1つは最近サロンを開始し、生きがいがづくりや、閉じこもり防止に努めており、サロンに地域包括支援センターの保健師（看護師）が介入して血圧測定なども行っている。もう1か所では会食を行っている。その他の地区でも活動しているが、月や年単位での活動となっている。市内でも日中独居の高齢者が増えてきており、サロンを利用してもらっている。また、マンションが増えてきているなかで、高齢者の多いマンションでは、近所づきあいが少ないところもある。

市役所管轄のパートナーステーションでもボランティアに関する事業を行っており、青少年ボランティアなど一部の事業に関しては共同事業を行っている。基本的には、ボランティア活動に関しては社協が担当しているが、内容により、社協と市がそれぞれ主体となり事業を行っている。今後は、社会福祉協議会と地域包括支援センターの共同事業も考えているが、具体化に至っていない。

医師会には市社協の評議員にはなっていないが、社会福祉協議会の事業の中で医師会と協力しているものはない。

社協の役割として、インフォーマルな部分に視点をもつことが大事であり、民生委員など地

域の人の状況を見て活動している状況である。地域が主体となって活動してもらえる状況を目指している。

C 県 L 市

人口 8.7 万人、高齢化率 18.1%である。生活支援給付額が全国 3 位であり、生活困窮者が特に外国人居住者に多い。小学校区ごとに 175 の自治会があり、自治会加入率は 70-80%である。

市社協が扱う介護保険事業は、訪問介護、居宅介護支援、通所介護、訪問入浴の 4 つであり 1 月の利用者は、訪問介護 53 人、居宅介護支援 130 人、訪問入浴 17 人である。市から委託を受けて介護保険上、要支援から外れた自立認定者を対象に、「生きがい対応型デイサービス事業」を 13 の公民館で月 2 回実施し、公民館まで社協職員が送迎を行っている。1 年間の延利用者は 2,745 人である。指定管理者制度で、老人福祉センターを 2 箇所持っている。

社協内の職員は常駐 33 名、介護職 10 名、登録ヘルパー 37 名である。ケアマネジャーは 4 名で、ヘルパーは各事業所 3 人ずつの合計 10 人で介護関連事業の運営をしている。社協としてはケアマネジャーの数を減らしたいところであるが、市内でケアマネジャーが不足しており削減実行は難しい。

介護保険制度前の介護保険事業に相当する事業所が他にない時代には、収益が今の 1.5 倍であった。現在は、現状維持を目標とし、事業拡大は予定していない。介護保険制度発足時から市からの依頼により困難事例を扱っているが、その数は減ってきている。また、市内にある 4 か所の地域包括支援センターが開設されてから、地域の情報がまず地域包括支援センターにいくようになった。

ケアマネジャー連絡会は 2 か所あり、市が事務局になっている。各種研修会やケアプランの質の向上を目的としたスーパービジョンを年 8 回開催している。

ボランティアコーディネーターが 1 名配置され、広報やホームページでボランティアの情報を提供している。仕事を持っている人もボランティア活動ができるように、窓口は日曜も開いているが、利用は少ない。ボランティアの参加者は主婦層が多く、市ボランティア連絡協議会参加者 300 名の平均年齢は 50 歳であり、若い人が少ない。個人ボランティアの登録は少なく、施設やグループに紹介することが多い。社会福祉協議会では相談や補助金という点で支援している。市内に NPO は 10 団体以上あり協働を検討中である。

13 小学校区に自治会を設け、自治会単位を小地域単位としサロンでのレクリエーションや介護予防を行っている。見守りネットワークに関しては、個人情報との兼ね合いもあり、拒否やどの範囲まで見るのかといったことから、市内では実施していないが、小学校区の小地域福祉計画のなかで実施を検討している。

日常生活支援事業に関しては、契約が自身でできる人を対象としているため、その段階の人が少ないことから利用は限られている。現在は、民生委員 6 人が通帳管理などを行っている。(利用者には必要な金額を定期的に渡し、口座振替などは民生委員が代理となって実施する。)

市社協への募金は集まる方ではあるが、自主財源をどのように確保していくかが課題である。1,300 件の募金入手先を役員が寄付金を回収している。法人へは民生委員がお願いと回収をしているが、個人などは自治会が負担して回収している。自主財源を増やすために、昔から

やっているチャリティバザーだけでなく、広告料の徴収や、義歯の回収を検討している。民生委員は1期3年となっており、何期にも渡って務める人がおらず、地域を知ってもらうことが難しい。

D 県M市

人口224.7万人、高齢化率20.1%の政令指定都市である。高齢化率の高い市の西側では人口流入が少なく、東側では子育て世帯の流入を含め人口流入が多い。町内会参加率は約80%である。

市社協で扱う介護保険事業は、訪問介護、居宅介護支援、通所介護であり、通所介護については16区のうち9区で行っている。年間の利用者は、訪問介護5,200人、居宅介護支援3,900人であり、通所介護の1日平均利用者は22人である。市内全体で71,000人の介護保険認定者のうち、約5.5%の利用者にケアプランを作成している。

市社協本部と、16区の区社会福祉協議会は別法人である。介護事業に関しては、市社協が主体となり、区社会福祉協議会に事業所を置いている。市社協の在宅福祉部には、ケアマネジャーが配置されていないが、区社協にケアマネジャーが合計100名配置されている。区ごとに、ケアマネジャー連絡会、居宅介護支援事業所連絡会を設置している。ホームヘルプサービスは、提供責任者が180人、ヘルパーは2,000人である。

介護保険制度開始前から行っていた訪問介護事業を、介護保険制度開始後も、社協が培ってきたものを活かすために継続した。介護保険制度開始後は、市の介護サービス事業者連絡研究会を立ち上げ、民間の事業所と共にサービスを提供することになった。事業所の数が増える

ことで、社協に対するサービスのシェアは減少傾向にあるが、社協が提供するサービスは「標準となるもの」、「標準である」と他の事業所が考えており、サービスでやってよいこと、してはいけないこと、のモデルと位置づけられている。これは、市の行政部門に聞けないことが、社協に聞かれることから、社協が参考にされていると感じている。しかし、行政でできないことは、社協でもできないという点は理解してもらう必要がある。

地域包括支援センターが導入されたことにより、「コミュニティソーシャルワークの視点を持ったネットワークづくりをする」という、本来の社協の理念が発揮できるようになった。そして、社協が持っているものを地域包括支援センターで活かすことができるようになった。現在、16区で29の地域包括支援センターがあるが、そのうち17は社会福祉協議会が運営する地域包括支援センターである。1区1地域包括支援センターではないため、1区に2か所の地域包括支援センターを持つ地域もある。協力しあっているが、区社会福祉全体を担うのは区社協1か所、その中に社会福祉協議会の地域包括支援センターと他の法人の地域包括支援センターがあるという状況は、どこまでが地域包括支援センター、どこからが社会福祉協議会の役割なのかと悩むこともある。

住民活動は、社協が264の小学校区ごとにつくった、地域福祉推進協議会（推進協）が中心となって会食サービス、サロンでの仲間づくりの推進などを行っている。この活動には、市営住宅に引っ越してきた高齢者が民生委員に声をかけられて来ることもある。市の委託事業として、高齢者はつらつ長寿推進事業があり、要支援の前にあたる人の介護予防事業として1区に8か所設置している。市からの委託事業で