

20163100(B)

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に関する研究
(H21-医療-一般-002)

平成21年度～22年度 総合研究報告書

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23年(2011)年3月

目 次

I. 総合研究報告書	
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に関する研究	----- 1
高野 健人	
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 44
III. 研究成果の刊行物・別刷	----- 45

I . 総合研究報告書

厚生科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

総合研究報告書

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に関する研究
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・介護サービスを計画的、効率的に整備することが求められている。今後進展する高齢化社会において、地域診断の意義はますます高まると考えられる。我々は、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として調査・分析を行った。（１）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、（２）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の半構造化インタビュー調査を、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行い、地域の相互扶助機能を検討した。また、（３）国民健康保険および介護保険データを突合し分析することで、エンドオブライフの医療および福祉・介護サービスの種類と必要量、それらが変化する様子を、2 県 2 自治体に関して示した。さらに、（４）地域の保健医療統計より地域診断に必要な指標値を収集し、上記の結果と合わせて分析を行い、対象とする地域の在宅医療の成立要因について、医療および福祉・介護サービス需給内容や量との比較や、多地域との比較が可能であることを示した。（５）地域診断に関して、各地域特性を示す指標と健康水準との市区町村レベルでの相互関連性を、異なる 2 時期で比較し、その変化の程度と、地域特性との関連を明らかにした。我々は、エンドオブライフを支える在宅医療の成立要因とその多様性を包括的に評価する手法を示し、実際に適用して得た知見を報告する。

A. 研究目的

高齢者人口の増加に伴う、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、将来にわたって、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。

1) エンドオブライフ期

エンドオブライフは直訳すると人生の晩年という意味であるが、医療および介護に関する最近の文献ではより広い意味で用いられてい

る。我々は、この用語の内容を国内外の文献で調査し、従来の死の回避を中心とした病気の終末期を示す概念から、その人の生き方や人生の全体を視野に入れた人生の完結期を示す言葉として用いられる傾向を認めた（内村, 2010）。

エンドオブライフ期は、多くの場合、身体機能上、精神機能上、支援が必要となる時期であり、自宅、医療施設、介護施設などで、医療・介護の専門家または家族や知人の支援を得て生活する時期である（Lynn J, 2008）。

このようなエンドオブライフにおける支援の目的は、生活の質を可能な限り維持向上し、人生の最後のときを豊かに過ごせることであり、地域においては多面的な観点からの環境整備や医療・介護サービスの提供が必要となる。

高齢期では、1日のうち最も多くの時間を特定の地域で過ごすことが多くなり、地域との関わりが強くなる（広井, 2010）。エンドオブライフ期に、医療や介護のケアを受けて生活する人の多くは、それらのケアを地域で受けることになり、地域においてそれらを提供するシステム、すなわち在宅医療システムを利用することが必然となる。

2) 在宅医療の成立要因

在宅医療とは、「診療形態にかかわらず、地域でケアを必要とする人と家族を支援する医療」を指し、在宅医療システムは、「何らかのケアが必要な患者とその家族を地域で支えるための医療であり、住み慣れた地域で安心して生きていくことを保障するための地域医療システム」と定義されている（井部ら, 2009）。

在宅医療の成立要因は、病院や診療所、介護サービスを提供する医療福祉施設、薬局、医療、保健、福祉・介護に関わる人材とその連携、居宅でケアを実施する際の住居やその周辺の居

住環境、医療と介護の制度、対象者の数や特性等があり、これらの量と質が地域の高齢者がエンドオブライフ期に、のぞましい支援が得られるかどうかに関与する。

地域で在宅医療の充実を図るには、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。

このような公衆衛生政策の展開には、エビデンスに基づく意思決定戦略が有効である（Brownson RC, 2003）。そのプロセスは多くのステップを含むが、すべてのプロセスの基礎であり重要なステップが地域診断である。

3) 地域診断

地域ごとの特徴や課題を把握する地域診断は、健康政策、公衆衛生の展開において基礎となるエビデンスを得る重要な手法である（Rose G, 1992）。一般には、対象となる地域の行政区単位の保健医療統計が利用される。

我々は、多様な地域特性と地域の健康指数や需要との相互関連性を分析し、これらが密接に関連していることを示した（高野, 2001）。この分析結果は、どの条件をどのくらい改善することによって、健康向上にどのくらいの寄与があるかの予測をすることの可能性の検討に用いられ、地域での健康施策立案や評価の基礎として活用されている（高野, 2010）。

近年は高齢者人口の増加に合わせ、エンドオブライフを含めた高齢期の健康と医療を重視した地域の活性化が地元自治体と政府が一体となって取り組むべき重点課題とされており、エンドオブライフを支える在宅医療の成立要因の整備の方策の検討が始まっている（小浪, 2010）。

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、(3) 2市町におけるエンドオブライフ期の医療・介護サービスの必要量、家族や地域社会の人々と支えあいおよび関係機関の連携の分析、(4) 市区町村レベルでの健康水準と健康決定要因との相互関連性の経時的な変化の分析を行い、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について検討した。

最終年度は、初年度の結果を踏まえ、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のため、以下を行った。(1) 2自治体の国民健康保険被保険者、介護保険被保険者の死亡者における医療および介護保険の受給記録等を調査し、エンドオブライフ期に必要な医療・介護サービスの種類や必要量、変化を明らかにした。また、(2) 在宅医療の成立要因を評価するための指標に関する指標値を収集し、医療および福祉・介護サービス需給内容や量との比較や、多地域との比較が可能となることを述べた。さらに、(3) 各地域特性を示す指標と健康水準との市区町村レベルでの相互関連性を、異なる2時期で比較し、その変化の程度と、地域特性との関連を明らかにした。

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。指標の選択においては、我々の既存の研究成果（高野, 2001）を基に、健康水準の決定要因および在宅医療の成立要因を包括的に把握することを目標とした。

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

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、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、介護老人福祉施設定員数、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者数、年齢別人口 10 万人当たり養護老人ホーム在所者数、軽費老人ホーム在所者数、年齢別人口 10 万人当たり軽費老人ホーム在所者数、

有料老人ホーム在り者数、年齢別人口 10 万人当たり有料老人ホーム在り者数、老人ホーム在り者数、年齢別人口 10 万人当たり老人ホーム在り者数、介護老人福祉施設在り者数、年齢別人口 10 万人当たり介護老人福祉施設在り者数、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。

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、施設等の世帯割合、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、1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（市町村民税）、1人当たり市町村民税、1人当たり固定資産税（市町村民税）、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

对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

エンドオブライフ期の在宅医療の成立要因について、インフォーマルな要因や統計指標に反映しづらい指標についても検討するため、詳細なインタビュー調査を実施した。

(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

3) 死亡前のエンドオブライフ期における医療・介護サービスの利用状況

A自治体およびB自治体において死亡した者の、死亡前12または24か月の医療、介護サー

ビスの利用の有無と種類、費用、疾病および介護の状況を、国民健康保険および介護保険の被保険者別データから抽出した。

人口

A自治体：2.6万人

B自治体：7.8万人

65歳人口割合

A自治体：25.8%

B自治体：16.2%

わが国では、医療および介護サービスは、公的には、それぞれ医療保険制度、介護保険制度という異なる制度下で提供されており、高齢期の医療および介護サービス利用を明らかにする場合にも、これらを個々調査することが必要である。

既存の医療費の推計においては、1年間のデータの分析結果から多くのエビデンスが得られていることから、我々も1年間を基本として推計を行った。

I. A自治体における死亡前の医療、介護サービスの利用調査

a. 対象者

国民健康保険被保険者、介護保険被保険者のうち、平成19年4月1日から平成20年3月31日までに死亡した者を調査の対象とした。

b. 調査方法

調査対象者における、平成19年4月から平成20年3月の国民健康保険および介護保険の記録より調査項目を抽出して突合し、匿名化した上で、分析データを作成した。

以下を分析した。

① (国民健康保険医療受給者の死亡前12か月の医療費用) 国民健康保険による医療受給者における死亡前12月の医療保険給付に関わる医療費用額および医療給付日数

② (介護保険受給者の死亡前12月の介護費用) 介護保険による介護受給者における死亡前12月の介護保険給付に関わる介護費用額

③ (国民健康保険および介護保険被保険者における死亡前12月の医療費用および介護費用) 国民健康保険および介護保険共に被保険者である者における死亡前12月の医療保険給付に関わる医療費用額、医療給付日数および介護保険給付に関わる介護費用額

④ (国民健康保険および介護保険被保険者における、年齢別、疾病および介護の状況別の、死亡前12月の医療および介護費用) 国民健康保険および介護保険共に被保険者である者における死亡前12月の、年齢別、疾病および介護の状況別の、医療費用額、医療給付日数および介護費用額

c. 調査事項

死亡前12ヶ月の医療、介護サービスの利用の有無と種類、費用、疾病および介護の状況

i) 国民健康保険被保険者に関する事項

- 性別
- 死亡年齢
- 給付日数
- 保険点数 (診療年月、医科入院・医科入院外・調剤・歯科区分別)
- 保険食事基準額 (入院年月別)
- 疾病状況 (専門家によるレセプト分析に基づく疾病状況)

ii) 介護保険被保険者に関する事項

- 性別

- 死亡年齢
- 認定介護度
- 介護保険点数 (給付年月、サービス種類別)

介護サービスはサービス種類別に介護保険給付状況データを収集し、以下のサービス区分に分類して分析を行った。

サービス区分

訪問介護 (訪問介) : 訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護

訪問看護 (訪問看) : 訪問看護、介護予防訪問看護

通所サービス (通所) : 通所介護、通所リハビリテーション、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅看護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能居宅介護
短期入所サービス (短期) : 短期入所生活介護、短期入所療養介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護

施設入所サービス (施設) : 介護老人福祉施設サービス、介護老人保健施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設、特定入所者介護サービス等

療養型サービス (療養) : 介護療養型医療施設サービス

居住型サービス (居住) : 認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型共同生活

介護

管理型サービス（管理）：居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導、居宅介護支援、介護予防支援

その他（その他）：福祉用具貸与、特定介護予防福祉用具販売、住宅改修、特定介護予防福祉用具販売、介護予防住宅改修、介護予防福祉用具貸与、その他

II. B 自治体での調査

a. 調査の対象

国民健康保険被保険者、介護保険被保険者のうち、平成 20 年 4 月 1 日から平成 22 年 3 月 31 日までに死亡した者を調査の対象とした。

b. 調査方法

調査対象者における、平成 18 年 4 月 1 日から平成 22 年 3 月 31 日の国民健康保険および、平成 15 年 4 月 1 日から平成 22 年 3 月 31 日の介護保険の記録より調査項目を抽出して突合し、匿名化して作成されたデータベースを分析データとした。

以下を分析した。

- ①（国民健康保険医療受給者の死亡前 24 か月の医療費用）国民健康保険による医療受給者における死亡前 24 か月の医療保険給付に関わる医療費用額および医療給付日数
- ②（介護保険受給者の死亡前 24 か月の介護費用）介護保険による介護受給者における死亡前 24 か月の介護保険給付に関わる介護費用額
- ③（要介護認定等あり国民健康保険被保険者の死亡前 24 か月の医療および介護費用）国民健康保険被保険者で、要介護認定等のあった者における死亡前 24 か月の、医療費用額、医療給付日数および介護費用額

④（国民健康保険および介護保険受給者の死亡前 24 か月の医療および介護費用）国民健康保険および介護保険共に受給のあった者における死亡前 24 か月の、医療費用額、医療給付日数および介護費用額

c. 調査事項

死亡前 24 ヶ月の医療および介護サービスの利用の有無と種類、費用、介護の状況

i) 国民健康保険被保険者に関する事項

- 性別
- 死亡年齢
- 給付日数
- 保険点数（診療年月、医科入院・医科入院外・調剤・歯科区分別）

ii) 介護保険被保険者に関する事項

- 性別
- 死亡年齢
- 認定介護度
- 介護保険点数（給付年月、サービス種類別）

介護サービスはサービス種類別に介護保険給付状況データを収集し、A 市での調査と同様のサービス区分に分類して分析を行った。

2) エンドオブライフの医療と介護の成立要因に関する地域指標

全国、A 自治体の属する都道府県 X、B 自治体の属する都道府県 Y、A 自治体、B 自治体における指標値を比較した。調査項目には、1) の研究により特定された指標に、個々の地域の特徴を反映させる項目を追加した。

3) 地域の統計指標の相互関連性の経時的変化

分析に用いた指標は、政策決定プロセスにおける評価指標選択の基準の一つとなっている既存の研究（高野, 2001）で特定された項目の分類を参考に選んだ。また、既存研究は、1990年からのデータを対象としており、本分析においては、関連性の変化をより感度高く検出するよう、1990年から、最近の2005年の長期の比較を行った。

a. 対象地域

1990年および2005年を分析対象年とし、いずれかの年に人口が10万人以上の381市区町村を分析対象とした。

b. データおよび変数

健康指数として、性・年齢を調整した標準化死亡比を算出した。算出には、人口動態統計による性・年齢別死亡数、国勢調査報告による性・年齢別人口を用いた。

地域変数として、以下を用いた。

①可住地面積当り一般病院数 (healthcare resources) : 国勢調査報告による可住地面積、医療施設調査・病院報告による一般病院数より算出。なお、可住地面積とは、「総面積から林野面積と主要湖沼面積を差し引いた面積」と定義されている。

②総面積に占める工業・準工業地域面積の割合 (environmental quality) : 国勢調査による総面積、都市計画年報による工業・準工業地域面積より算出。なお、工業地域とは、「主として工業の利便を増進するため定める地域」、準工業地域とは、「主として環境の悪化をもたらすおそれのない工業の利便を増進するため定める地域」と定義されている。

③総住宅数に占める浴室のある住宅数の割合 (housing) : 住宅・土地統計調査報告による総住宅数および浴室のある住宅数より算出。

④卒業者に占める大学卒業者割合 (education) : 国勢調査による15歳以上の卒業者総数および大学・大学院卒業者数より算出。

⑤男性就業者割合 (employment) : 国勢調査による男性労働力人口および男性就業者数より算出。なお、労働力人口とは、「15歳以上の人について、調査年の9月24日から30日までの1週間に「仕事をしたかどうかの別」を調査した結果のうち、「就業者」及び「完全失業者」を合わせたもの」、就業者とは、「15歳以上の人について、調査年の9月24日から30日までの1週間に、賃金、給料、諸手当、営業収益、手数料、内職収入など収入（現物収入を含む。）になる仕事を少しでもした人のほか、収入になる仕事を持ってはいるが、少しも仕事をしなかった人で、次のいずれかに当たる人：(1) 勤め先のある人で、休み始めてから30日未満の場合、又は30日以上になる場合でも、賃金や給料をもらったか、もらうことになっている人。(2) 個人経営の事業を営んでいる人で、休業してから30日未満の場合の人。」と定義されている。

⑥納税義務者1人当り課税対象所得 (income) : 自治体村税課税状況等の調による納税義務者数および課税対象所得より算出。納税義務者とは、「個人の自治体村民税の所得割の納税義務者数であり税額控除により納税義務のなくなる者及び分離課税の対象となる退職所得に係る所得割の納税義務者数を除くもの」、課税対象所得とは、「各年度の個人の自治体村民税の所得割の課税対象となった前年の所得金額（分離課税の対象となる退職所得を除く。）をいい、雑損控除等地方税法第314条の2の各所得控除を行う前のもの」と定義されている。

⑦事業所増加率 (local economy) : 対象年の前後の事業所・企業統計調査報告による事業所数より算出。

⑧人口千人当たり民生委員数 (preventive activity) : 都道府県資料による市区町村別民生委員数より算出。

c. 分析

各地域特性指数の市区町村によるばらつきを相対標準偏差により評価し、1990年と2005年の差異を求めた。

健康指数 (標準化死亡比) と、各地域特性指数とのPearson相関係数、Spearman順位相関係数を、全市区町村、ならびに人口密度 (5千人/平方キロ) 別に求め、1990年と2005年の差異を検討した。人口密度は、都市と地方を区別する変数として用いた。

健康指数を帰結変数、全地域指数を予測変数とし、線形回帰分析を行った。1990年と2005年のデータにおける調整済みr-squaredの値を比較した。

C. 研究結果

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。

2) で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) 人であった (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、どうに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ありと考えており、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、利用者の取り扱い、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、「他人にかまわってほしくない」「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、辛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。