

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43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、「自分の目を見て、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ター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る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もらっているが、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行くようになった。

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、区の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あっても、「住民が関わって事業を展開する」という意識をモットーとしている。

市社協から区社協にコミュニティワーカーを各1名配置している。本市社協では「スタッフは事務職ではなくスタッフ＝コミュニティワーカー」と昔から位置づけられているため、日常的に使用されていたが、今回のモデル事業の中を行うなかで、初めて市もコミュニティワーカーという用語を認知した。

登録ボランティアに関して、ボランティアの情報は友人やホームページで社協のボランティアセンターのことであり、社協に来る人が多い。社協では、マッチング機能を果たしている。現在は、ボランティアに関するメールマガジンを発信し、希望するボランティアグループの検索が可能となっている。ボランティアコーディネーターの本部が市社協にあり、ボランティアコーディネーターに研修や、情報発信を行っている。

現在、注目しているボランティアは「傾聴ボランティア」である。現在、市内に10グループある。以前、ヘルパーの時間制限が無かった時には、ヘルパーが話を聞くことができていたが、今では時間制限があり話を聞く余裕がないため、このようなボランティアが活用されている。傾聴ボランティアを成功させるためには、利用者と提供者という関係やシステマ的なものではなく、利用者の

「友達が欲しい」という思いに応えることが大事である。しかしながら、提供者が完全な友人となるのではなく、傾聴ボランティアのプロであるということを経験した線引きも必要である。

高齢者ボランティアも増加しており、男性のボランティアへの参加には工夫している。シルバーパワーとして事業提案を市に行ったり、地域活性化を担ったり、地域での困り事（ゴミ出しなど）を解決するためのモデル事業などを行っている。男性は、NPO活動を行う人が多い。

現在のモデル事業として、「ボランティアポイント」がある。これは、社会や団体に向けたボランティア（環境整備等）を実行した場合は、1時間当たり1ポイントを提供し、個別に向けたボランティア（家庭ごみの収集等）を実行した場合は、1時間当たり2ポイントを提供するといったものである。このモデル事業の特徴は、提供された自分のポイントが、自分のものになるのではなく、地域のNPOや介護保険施設等に寄付（1ポイント10円で市の財源から支出）されるというものであり、社会貢献が2度行われるということである。

地域包括支援センターによる、ボランティアの活性化はあまり見られていない。しかし、介護をしている家族集まるサロンの運営を月1回実施するというボランティアがある。

D 県N市

人口8.1万人、高齢化率18.4%である。政令指定都市に隣接する工業住宅都市である。

市社協が直接実施している介護保険事業は、居宅介護支援事業（常勤4名）、訪問介護事業（常勤4名）である。社協のケアマネ

ジャー（介護支援専門員）は、全員が介護福祉士の資格を有しており、主として困難事例を担当している。ケアマネジャーの連絡会議では、社協のケアマネが全体の調整を図る役割を担っている。

介護保険制度発足当初は、社協が個別のサービス提供においても大きな役割を担っていたが、現在は、主として困難事例の評価、サービス提供に携わり、個別例のサービス数を増やさないようにしている。困難事例へのサービスとその調整、および、介護事業所全体のサービスの質の向上に役立つ事業、すなわち、介護保険事業の経営分析・検討、地域課題や新たなニーズに基づくサービスの開発、苦情解決の体制の充実をはかる事業に重点をおいている。

市内の人口当たり病院数が特に少なく、診療所数も全国平均値と同等程度である。65歳以上人口千人当たりの介護老人福祉施設と介護老人保健施設の定員数は、全国平均より少ない。入院、施設入所では、市外の介護施設、医療機関を利用する市民も多い。第1号被保険者における一人当たり介護給付費は、平成16年度から19年度にかけて相対的に減少していたが、医療費は逆に相対的に増加していた。

「介護予防」の分野では、介護保険事業の他、市保健福祉センターが実施する健康づくり事業が市内各地域に広く普及していることの効果があるものと推察される。

地域の活動としては、校区単位の社協活動が、各地域の特性にあわせて、長い年月をかけて充実している。地域住民が主体になって校区ごとに地域の高齢者・障害者に関わる課題を整理し、解決策の提案を行う、校区カルテの作成が行われている。

校区社協の具体的な活動として、独居の75歳以上の方に配る宅配弁当と友愛訪問、75歳以上の地域の方を対象としたふれあい昼食会、敬老茶会での骨密度測定と健康相談、家庭介護教室、介護予防勉強会、などがある。

公的サービス、保険サービスの手の届かない領域に、相互扶助可能な範囲で、地域住民の活動が行われている。

D 県O市

人口8.4万人、高齢化率16.8%である。政令指定都市に隣接する工業住宅都市である。市の東側に高齢者、介護保険利用者が多く居住している。

市社協として、居宅介護支援事業、通所介護（2か所）訪問介護（1か所）の介護保険事業を行い、市の委託により、地域包括支援センターを運営している。市の委託事業で、介護者サポート教室を2つの地域包括支援センターが協力しあって開催している。居宅介護支援事業所に2名ずつケアマネジャーを配置している。通所介護サービスは、1日25人、1ヶ月に合計で120～140人が利用している。訪問介護は70件の利用がある。市を東西に分けると、東側に介護保険制度の利用者が多い。通所介護の利用者は増えているが、リハビリのデイケアを利用する人は減っている。市内の介護老人保健施設は少なく、介護老人福祉施設は3施設である。ショートステイは1年待ちの状況である。

市内での困難事例の数は、増加している。さらに、地域包括支援センターも持っていることから、トータルで見てほしいとの要望もある。

市内の地域包括支援センターの1つは社協内にあるため、互いに情報提供、相談をし

ている。しかし、もう1つの市内の地域包括支援センターは市の委託であるが、2年ごとに事業所の法人が変わり、ケアマネジャーも変わるため、サービス提供における継続性の維持という点では難点がある。

社協として力を入れている住民自主活動は、ふれあいサロンである。現在は、67グループが活動している。平成16年から地域福祉委員会と共にサロンを始めた。現在は、サロン運営者の養成も行っている。現在、月2回のサロンを開催しているが、毎日高齢者の居場所があるようにしていきたい。サロンの利用者は5~6人のものもあれば、30~40人のものもあり幅がある。

市のモデル事業で、認知症サポーターを養成しているが、来年度から社協に委託される。現在、地域包括支援センターと社会福祉協議会事務局で内容等を調整している。さらに、市の委託で、来年度から見守り活動を行うモデル地区（昨年、3軒隣組を作り、介護老人福祉施設が2つある地区）に民生委員などの地域資源も協力的に活用して活動する予定である。これは、年間300人を目標として養成された認知症サポーターを、実際に活用させるためのものであり、地域で認知症の人を見られるようにする。認知症サポーターのキャラバンメイトのサポートとして、回想法などの研修を受けるようにする予定である。サポーターがどのように活動しているのか知ってもらい、事業者を使ってもらえるようにすることを1つの目標とする。

※3軒隣組；市内10自治区で、回り持ちをしながら災害訓練を行っていたことから、その10自治区をさらに細分化して防災訓練を始め、それを隣組に発展させた。

小地域活動の推進を図るために市民を動

かすことを重要課題として取り組むようになってから、地域の情報が入ってくるようになった。その結果、地域のニーズを広げやすくなり、社協への要望、あり方が変化した。これは、社協の使命の可視化に繋がる。

ボランティアは市内に47団体ある。施設訪問のボランティアもあるが、市民活動の一環として、パソコンを教えるボランティアなどもある。また、サロンからボランティアへの要請もあり、サロンの高齢者が楽しめるようにしている。しかし、施設でのボランティアが多い。

市内のボランティア活動について、元々婦人会だった2組織がNPOの法人格を持ち、有償ボランティア制度ではあるが、活発に活動している。これらのNPOは、地域のニーズを拾い上げる力が上手であり、例えば、「託児所が無いから出かけられない」といった要望に応えられるように、婦人会の託児所を設けたりしている。

E 県P市

人口11.7万人、高齢化率20.1%である。1980年代から1990年代前半にかけて新興団地や分譲マンションのための住宅開発が行われた住宅都市である。自治会は48あり、加入率は約80%である。

市社協で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。社協が持つ居宅介護支援センターは3か所（来年は統合して2か所）、訪問介護1か所、通所介護4か所である。ケアマネジャーは合計17人、訪問介護は3か所の駐在所をもっており、常勤職員3名に加えて非常勤職員がいる。通所介護の定員は、28人が2か所、33人が1か所、35人が1か所の合計124人

である。訪問介護と通所介護は、市からの委託で介護保険制度前から行っていた。

介護保険制度開始時はサービス提供者が市内で不足していたため、社会福祉協議会が担うことが多かったが、現在は事業所も増えていく中で、社協がサービス提供を継続すべからざる時期に来ている。しかし、社協が担うのは困難事例でもあることから、その点では役割を果たしている。一方で、収益性の確保という点に関して課題が残されている。社協の役割変化の一例としては、市の医師会から「中立な立場で」という要請により設けていた訪問看護ステーションを、開業医による訪問看護の開始、看護師の確保が困難、社協内で福祉職等と異なる看給与体系を看護師食に設けることができないといった理由により、4年前に閉鎖した例がある。訪問入浴は他の市からも参入があり、厳しい状況である。社協がしなくてはならないことが変化しており、減ってきた事業もある一方で、減った分の職の確保という問題もある。特に、地域展開における財源は何から得ていくべきなのか考えさせられる。社協は公共の施設の中で事業所を設けることができるが、他の事業所は土地代や賃貸料なども含めて事業展開を行わなければならないので、他の事業所からは初期投資の面で冷ややかな目で見られることもある。

社協では、社協が持つセンター以外の地域包括支援センターの相談にも応じている。地域包括支援センターでは、基幹型が3か所（中学校区）、地域型として2か所の市独自の高齢者支援センターを設けている。内容としては高齢者支援センターが実際には活動しており、見守りなどを行っている。介護予防のケアプラン数が増加するにつれて、地域

包括支援センター独自の役割を担うことができなくなることから、地域包括支援センターから他の事業者へ再委託している。人材確保は臨時雇用で対応しているが、厳しい状況にある。ケアプラン数は要介護・要支援ともに人員で許される最大限の状況である。

ケアマネジャー連絡協議会は、市から委託された在宅介護支援センターが地域包括支援センターとなり、この時に市がケアマネジャー連絡協議会を立ち上げ、ケアマネジャー自体で結成している。

市内のケアマネジャーは不足しており、今後のケアプラン数の増加を考えると、「難民」が出る可能性がある。グループホームに関しては、地域福祉計画の目標数に達したが、介護老人福祉施設等の施設に対するニーズは高く、昔から待機待ちの状況である。これは、受け入れ側、利用者側の選択の不一致という点も関与している。

ボランティアに関しては、地域福祉事業の一環として、県内最後の設立となったため、最高のものを構築しようと「地域福祉協議会」を立ち上げた。これは、他市の地区社会福祉協議会と同様のものである。平成13年からの地域福祉計画の策定にあたって、「社会福祉協議会を知ってもらい、身近なところでボランティアをしてほしい」という思いと同時に、民生委員や老人クラブをまとめる拠点づくりが必要だという考えがあった。実行にあたっては、平成14年から15年にかけて、「支部社協検討委員会」を設置し、平成16年から平成19年にかけて13の小中学校区に「地域福祉協議会」が設置された。事務所には、コーディネーター1名を常勤で置いている。実際の活動内容は、生活支援やサロンなどである。まだ設置されていない地域の拠点づくり、

横のつながりに力を入れている。設置されていない理由の1つとして、48区の自治会が市内にはあり、1小学校区に複数の自治会があることから、どこに拠点を設置するのかということが難しい。したがって、現在は、小学校区ごとに地域分析を行い、どこに拠点を設置すればよいか小学校区ごとに考えてもらうようにしている。自治会への加入率は全体で80%ある。

「サロンで地域のすべての人を集めたい」という思いから、サロンは80か所ある。サロンの発端は、地域の身体障害者の情報が入りづらいという障害者の要望に応えることから始まった。県下では、子育てサロンが140か所あるが、市では0か所（児童館はある）だったため、子育て世代の集まる場所のニーズが求められていた。現在、子育てサポーターが38人いる。これだけの人数が養成できたのは、養成時間に託児所があることや、市役所からのメールマガジンを見た子育てに関心のある人が集まったからだと思っている。子育ての研修会には、80人から100人が参加し、子育てサロンも毎年10か所ずつ増加しているが、高齢世代が辞めてしまったり、区長の人が変わってしまったりするとサロン機能が停止してしまうこともある。社協はその度ごとに、次期サロンの運営者を広報などで募集したりしている。

平成4年にモデル事業で福祉委員制度を設けた。社会福祉協議会で行っていた訪問介護事業の一部で配食サービスを行うなかで、心配な人が出てきたり、孤独死などの問題が、制度開設の契機となった。80世帯に1町内会を設け、その中から福祉委員を選んだ。敬老会などの情報交換の際にも福祉委員会設立を訴え、平成14年に48区580人の福祉

委員が選ばれた。この制度の課題点としては、任期が1年となっているため、継続して地域を見ることが困難である点である。この制度により、福祉委員から民生委員、行政へ伝達がつながり、熱中症を発見する事例もあった。

ボランティアセンターには92団体が登録されており、現在はシニアボランティアの育成に力を入れている。地域社協の中で参加者を育成することを目的とし、地域福祉協議会の5団体中4団体に協力を得ている。ボランティアセンターの育成講座参加10名程度である。より多くの人ボランティアに参加できるようにしていきたいと考えている。企業から個人への情報提供は行ってもらっているが、企業内研修として行うことには反応はよくない。川の清掃といった環境へのボランティアは社会貢献の一環として参加する企業もある。

「独居高齢者や高齢者世帯において身寄りがいない人などの最終的な支援は誰が受け入れるのか」という事例に困っており、それはケアマネジャーが実行しなければならないと思わせてしまうことがある。住民にケアマネジャーの業務についてしっかりと認知してもらえるように行政が働きかけなければならない。生活支援を行うNPOが市内に3つあるが、後継者がいないことが問題である。5つの地域福祉協議会の中でもその問題は出ており要望はあるが、「近所が・・・知り合いが・・・やればいい」という声もあり、モデル事業として推進していくことを考えている。権利擁護について、県の方針により本地域では基幹形社会福祉協議会が担うことになっており、市の社協が携わっている。

NPOと社会福祉協議会の関係については、

NPOは市民活動交流支援センターがNPOの支援を中心に行っており、社協とは年に数回交流がある。

市社会福祉協議会が入っている建物が複合施設であり、地域支援や子どもとの交流が取りやすい状況にある。したがって、地域参画や地域交流がやりやすい状況である。

F 県Q市

人口155.5万人、高齢化率22.3%の政令指定都市である。公営住宅が集中している地域では独居高齢者の割合が高く、旧新興住宅地では高齢者に関する相談が多く見られる。

市が、福祉事業に関する拠点として福祉センターを市内に9つ設けている。このうちの5つを社協が運営し、そのなかで居宅介護支援事業、通所介護を行っている。地域包括支援センター

は市内に74か所設置されており、市社協が地域包括支援センターを取りまとめることはなく、1事業所としての立場となっている。社協が担っている5つの在宅福祉センターにケアマネジャーが常勤・非常勤という形態で、1センターあたり25人～40人のケアプランを作成している。介護予防のケアプランも増加している状況である。通所介護を行う事業所も増え乱立しているが、困難事例は市や地域のケアマネジャーから社協に回ってくる。社協は、市内28か所ある認知症の通所介護のうち5事業所を持っており、最後の受け皿とし、セーフティーネットとしての機能が求められている。

社協が委託され事務局になっている団体として、市の介護サービス協会がある。介護保険制度が開始されるにあたり、市は保健・医療・福祉の連携が必要だとして、3つの部

会を2カ月に1度会議を開いる。介護サービス協会には市からの補助金も出ており、事業の1つに現場の声を行政に届けることも含まれている。また、福祉にも医療が参入できるように、忙しい医師でも対応できるようにFAXなどでのフォーマットを作成している。市の医師会も作成に協力したこのフォーマットは、ホームページ上でも見られることから、ほとんどの事業所で医師への診療情報連絡書の文書で使用されている。その他、介護サービス協会では、介護ノートや感染予防マニュアルを作成している。前者は、自宅で介護を受けている人が様々なサービスを利用しているにもかかわらず、全ての情報が共有できるようにした連絡帳の役割を果たすもので、看護職の「いっぱい書きたい」福祉職の「たくさん書きたくない」という要望に応えるための項目づくりに苦労したが、現在は多くの事業所で利用されている。このようなノートはショートステイの時にも持参することができ、重宝している。後者は、市医師会の医師が無料で監修してくれた。また、在宅介護に関するクレーム対応の冊子も作成している。これは、ケアマネジャーが対応に困った事例に対して、介護サービス協会の部会がコメントし、さらに専門家のアドバイスも掲載したものである。市介護サービス協会は7団体が会員になっていることから、様々な視点ですぐ行動できる点が強みである。3師会ではまとまった研修の実行が難しく、介護保険事業を担っているもの同士での研修が多いが、7団体が集まって研修を行うこともある。内容は、市医師会の医師による福祉職への医療に関する情報・知識提供、サービス提供責任者研修などである。市社協は、サービス協会の事務局をすることにより、市内の介護サービス

に関する全体把握が可能である。市介護サービス協会には、市医師会の介護担当部会の医師が6~8人参加し運営しているため、介護に対する理解がある医師が参加している。

市がケアマネジャー連絡会を開催し、その他にも訪問看護連絡協議会がある。シルバー作業所連絡会は、会費が払えないという状況から該当する団体等の加入率は40%となっている。しかし、未加入の団体こそ支援が必要な状況であると考えている。

地域包括支援センターには、市独自施策として見守り推進員を配置している。元々は、災害復興支援住宅で働いていた人たちであったが、平成18年に地域包括支援センターの開設に伴い、市の地域包括支援センターには基本の3職種+1職種=4職種という形で常駐している。見守り推進員は元々ボランティアや民生委員だった人が多い。この見守り推進員により、独居高齢者の把握を市で把握できるようになり、見守り推進員から3職種の専門職にすぐに連絡が取れることや、各区の社協との繋がりもできて、大きな役割を担っている。見守り推進員は募集登録ではなく、自治会や民生委員が適した人材を発掘している。見守り推進員に関しては、理解を示してくれる法人もあれば、理解を示さない法人もあり、見守り推進員の立場に苦しむ人もいる。77の小学校区に74のセンターが開設されているが、より小さなエリアで実行できるとよいと考えている。ボランティアに関しては、平成7年前後は、各区にはボランティアセンターが設置され、ボランティアコーディネーターが配置されるようになった。

NPOとボランティアのすみ分けに関しては、NPOは市が担い、ボランティアは社協が担っている状態である。ただし、NPOであっても

一部はもともとはボランティア団体だったこともあり、社協とのつながりがあるものもある。今後NPO法人の認証に関して、県から指定都市に移行するとなると、現在のすみ分けの状態では難しいのではないかと考えられる。

区のボランティアセンターはコーディネート機能を果たし、市のボランティアセンターは各区の予算配分などを調整している。今後の横のつながりや情報共有に関しては課題である。

ボランティアの契機としては、ホームページのボランティア情報検索を見て来る人が多い。ボランティアをする人も高齢者が多く、今後は社会人をボランティアに参画させるための企業連携を考えている。

介護保険制度が開始されて、在宅福祉を専門に行っていたボランティアが減少し、介護保険制度の隙間を埋めようと励む団体がある一方で、もうやっていけないと諦める団体もあり、2極化が起こっている。力を持っている在宅福祉ボランティアはNPO法人になり、現在市内で在宅福祉サービスを担っている団体はNPOであるが、その中でも高齢化が進んでいる。

高齢者の健康支援に関することとしては、市の委託で、地域包括支援センターにおいて健康づくりを行っている。市が委託する際に、地域の中の団体を採用するとの意向もあり、一般のボランティアが関与することはないが、地区社協が保健師を呼んで介護予防体操などを行ったりしている。

社協は、健康づくりのボランティアをしている団体とのつながりが少ない。縁のないNPOなどの団体が地域に入ると、地域が拒否をすることがあり、地域の中の個人・自治

会・民生委員の活動の方が適している。市社協のボランティアセンターはスクールボランティアなどのテーマを設けて支援することはできるが、地域の中に入って活動することは難しく、地縁のあるグループが地域の中で活動している。今後は、地域の中にNPOや組織が入っていくことが課題であり、高齢者同士の助け合いで進んでいくのか、地域で活動するボランティアを募集するのかを検討する必要がある。

コミュニティサポートグループ育成支援事業が平成16年に始まり、現在はその事業の中に介護予防が入っていく状況である。事業の資金は市から市協議に入り、さらに各区の社協へ渡り、区内の活動団体に数万円ずつ活動経費が支払われている。したがって、この資金によって活動が左右されてしまう。育成に当たっては、活動の担い手不足、後継者不足が課題である。区によっては、そのボランティアセンター内での団体交流はあるが、事業参加団体全体の交流会は目標である。

各区のボランティアセンターと市民との意見交換に関しては、コーディネートは行うが、施設ボランティアといった一部のボランティアとの話があるだけである。ボランティアセンター・地域福祉のどちらも、組織作りが重要である。

(ii) (i) より得られた情報を比較・分析し、社協が行う介護保険事業、介護保険事業に係る連携、高齢者にかかわる市民の自主活動の推進、高齢者にかかわる市民の自主活動の運用、高齢者にかかわる市民の自主活動の連携について以下に現状をまとめた。

社協が行う介護保険事業

訪問介護、居宅介護支援、通所介護、訪問入浴の事業を行っていた。通所介護サービスの利用者は、利用定員の8割から9割を満たしていた。介護保険制度開始以前に、公的責任体制によるホームヘルプ事業を担っていたことから、介護保険事業のなかで、訪問介護事業を得意分野とする側面が強い。

介護保険制度開始に伴う介護サービスを行う事業所が増加するなか、社協が行う介護保険事業は、標準化されたサービスの提供、他の事業所で受け入れが困難な利用者の受け入れが求められる傾向にあり、利用者、事業者双方にとって拠り所となっていた。

介護保険事業に係る連携

ケアマネジャー連絡会、シルバーサービス事業連絡会を始め、専門職種内および他職種の連絡会議の事務局、執行部を社協が務め、積極的に地域の介護に係る情報収集が図られていた。

高齢者にかかわる市民の自主活動の推進

小学校区に主に設置されている住民主体の地域福祉推進組織を単位とした、サロン活動、配食サービス、見守り活動、認知症サポーター養成の推進を、社協の介護に係る福祉事業として行っていた。

高齢者にかかわる市民の自主活動の運用

ボランティアセンターに登録したボランティア活動希望者と、受け入れ先のマッチングが行われていた。管理機能、コーディネート機能の強さについては、各自治体の社協により違いが認められた。

高齢者にかかわる市民の自主活動の連携

ボランティア連絡協議会の事務局を社協が

務める事例があった。NPO 団体との協働の希望、検討は見られたが、実現化しているものはなかった。

今回調査を行った市社協において、介護保険事業を行う上で、求められる役割、機能についての認識は共通していた。地域におけるサービスをつなぐ機能を、物理的に 1 か所に集中させ、ワンストップステーションとして機能させることは、利用者への利便性、情報共有、機能連携の面でも、有効に働いていると考えられた。介護サービス、ボランティア活動による地域の相互扶助機能どちらにおいても、連携が図られている、または図られようとしていたが、ネットワークの拡大において、関係者の役割の線引きと責任の所在を調整することの重要性が示唆された。

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

I. A自治体での調査

a. 対象者概要

A自治体の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は 269 人であった。同期間の人口動態調査による死亡数は 276 であり、本研究の対象者数の人口動態調査による死亡数に対する割合は 97%であった。

対象者 269 人のうち、国民健康保険被保険者は 201 人で、対象者数の 74.7%をしめていた。この内、死亡前 12 か月間に給付を受けた者は 97.5% (196 人) であった。

介護保険被保険者は 256 人で、対象者数の 95.2%をしめていた。介護保険被保険死亡者の

うち、要介護等の認定を受けていた者は 72.7% (186 人) であり、死亡前 12 か月間に介護保険によるサービス給付を受けた者は、要介護等の認定を受けた者の 80.6% (150 人) であった。

国民健康保険被保険者であり、かつ介護保険被保険者であった対象死亡者は 188 人 (69.9%) であった。このうち、国民健康保険の給付を受けた者は 98.9% (186 人) であった。また、要介護等の認定を受けた者は 70.2% (132 人) で、さらに介護保険によるサービス給付を受けた者は 101 人 (188 人の 53.7% ; 132 人の 76.5%) であった。国民健康保険および介護保険両方の給付を受けた者は 53.7% (101 人) であった。

b. 死亡時の年齢

対象者 269 人中、65 歳未満は 12 人 (4.5%) (最低 46 歳)、65 歳以上 70 歳未満は 16 人 (5.9%)、70 歳以上 75 歳未満は 22 人 (8.2%)、75 歳以上 80 歳未満は 30 人 (11.2%)、80 歳以上 85 歳未満は 57 人 (21.2%)、85 歳以上 90 歳未満は 73 人 (27.1%)、90 歳以上 95 歳未満は 39 人 (14.5%)、95 歳以上は 20 人 (7.4%) (最高 103 歳) であった。

国民健康保険被保険者 201 人中、65 歳未満は 12 人 (6.0%) (最低 46 歳)、65 歳以上 70 歳未満は 13 人 (6.5%)、70 歳以上 75 歳未満は 20 人 (10.0%)、75 歳以上 80 歳未満は 25 人 (12.4%)、80 歳以上 85 歳未満は 38 人 (18.9%)、85 歳以上 90 歳未満は 50 人 (24.9%)、90 歳以上 95 歳未満は 30 人 (14.9%)、95 歳以上は 13 人 (6.5%) (最高 103 歳) であった。

介護保険被保険者 256 人中、65 歳未満は 1 人 (0.4%) (最低 60 歳)、65 歳以上 70 歳未満は 16 人 (6.3%)、70 歳以上 75 歳未満は 22 人 (8.6%)、75 歳以上 80 歳未満は 30 人 (11.7%)、80 歳以上 85 歳未満は 56 人 (21.9%)、85 歳以上

上は90歳未満は73人(28.5%)、90歳以上95歳未満は38人(14.8%)、95歳以上は20人(7.8%) (最高103歳)であった。

c. 介護度

75歳未満では、要支援146.0%、要支援22.0%、要介護12.0%、要介護24.0%、要介護34.0%、要介護410.0%、要介護510.0%であった。75歳以上では、要支援121.5%、要支援27.3%、要介護18.2%、要介護211.4%、要介護310.5%、要介護416.0%、要介護524.2%であった。

d. 疾病状況、死亡場所、および経過

国民健康保険レセプト分析による死亡時の疾病の、頻度で上位5位は、悪性新生物(28.4%)、肺炎(18.9%)、心不全(15.4%)、腎不全(6.5%)、脳血管疾患(4.5%)であった。悪性新生物の部位別内訳は、肺が29.8%、胃が22.8%、大腸・直腸が12.3%、その他が35.1%であった。

死亡場所は、病院が70.2%、自宅が21.8%、施設が7.4%、その他・不明が0.5%であった。

死亡6ヶ月前居場所は、自宅が59.6%、病院が29.3%、施設が11.2%であった。

e. 国民健康保険医療受給者の死亡前12月の医療費用

死亡前12か月間に国民健康保険による医療を受給した者196人について、ひとりあたりの医療費は、平均値299万円、中央値228万円であった。個人によるばらつきは大きかった(最小値3万円、最大値1479万円、標準偏差284万円)。

内訳は、入院医療について、ひとり当たりの給付日数は、平均値82日、中央値50日、医療費は、平均値226万円(平均医療費の75.7%)、中央値147万円であった。受給1日あたり入院

医療費は、平均値3.5万円、中央値2.8万円であった。

保険食事基準額は、平均13万円(平均医療費の4.4%)、中央値5万円であった。

入院外医療について、ひとり当たりの給付日数は、平均値51日、中央値38日、医療費は、平均値59万円(平均医療費の19.9%)、中央値36万円であった。受給1日あたり入院外医療費は、平均値1.3万円、中央値1.0万円であった。

年齢別では、70歳未満の医療費は、平均値311万円、中央値202万円、70歳以上では、平均値297万円、中央値228万円であった。

75歳未満においては、死亡時の年齢が高いほど、死亡前12か月間の医療費は高い傾向があった(Spearman相関係数0.32;p=0.04)。一方、75歳以上においては、死亡時の年齢が高いほど、死亡前12か月間の医療費は低い傾向があった(Spearman相関係数-0.27;p=0.001)。

f. 介護保険受給者の死亡前12月の介護費用

死亡前12か月間に介護保険によるサービスを受給した者150人について、ひとりあたりの介護費は、平均値137万円、中央値109万円であった。個人によるばらつきは大きかった(最小値2千円、最大値388万円、標準偏差113万円)。

内訳は、平均値で、訪問介護サービス8.5万円(6.2%)、訪問看護サービス4.9万円(3.6%)、通所サービス14.0万円(10.2%)、短期入所サービス6.3万円(4.5%)、施設入所サービス80.8万円(59.1%)、療養型サービス7.7万円(5.6%)、居住型サービス6.6万円(4.8%)、管理型サービス1.0万円(0.7%)、その他6.9万円(5.1%)であった。

年齢別では、70歳未満の介護費用は、平均

値 216 万円、中央値 268 万円、70 歳以上では、
平均値 135 万円、中央値 108 万円であった。

g. 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

国民健康保険被保険者であり介護保険被保
険者であった 188 人について、死亡前 12 か月
間の国民健康保険によるひとりあたり医療費
は、平均値 302 万円、中央値 228 万円であった。
個人によるばらつきは大きかった（最小値 0
円、最大値 1479 万円、標準偏差 288 万円）。

内訳は、入院医療について、ひとり当たりの
給付日数は、平均値 83 日、中央値 47 日、医療
費は、平均値 228 万円（平均医療費の 75.6%）、
中央値 142 万円であった。受給 1 日あたり入院
医療費は、平均値 3.5 万円、中央値 2.7 万円で
あった。

保険食事基準額は、平均 13 万円（平均医療
費の 4.4%）、中央値 5 万円であった。

入院外医療について、ひとり当たりの給付日
数は、平均値 51 日、中央値 39 日、医療費は、
平均値 60 万円（平均医療費の 20.0%）、中央値
36 万円であった。受給 1 日あたり入院外医療
費は、平均値 1.3 万円、中央値 1.0 万円であ
った。

ひとりあたりの介護費は、平均値 73 万円、
中央値 58 万円であった。個人によるばらつき
は大きかった（標準偏差 107 万円）。

内訳は、平均値で、訪問介護サービス 5.1
万円（7.0%）、訪問看護サービス 3.0 万円（4.1%）、
通所サービス 7.5 万円（10.4%）、短期入所サー
ビス 3.4 万円（4.7%）、施設入所サービス 41.4
万円（57.1%）、療養型サービス 5.0 万円（6.9%）、
居住型サービス 2.8 万円（3.8%）、管理型サー
ビス 0.5 万円（0.7%）、その他 3.9 万円（5.3%）
であった。

年齢別では、70 歳未満の医療費は、平均値
364 万円、中央値 154 万円、介護費は、平均値
46 万円、中央値 0 であった。70 歳以上の医療
費は、平均値 297 万円、中央値 228 万円、介護
費は、平均値 75 万円、中央値 11 万円であった。

疾病分類別では、悪性新生物の医療費は、平
均値 405 万円、中央値 289 万円、うち入院医療
費の割合は平均 78.4%、介護費は、平均値 158
万円、中央値 152 万円であった。

肺炎では、医療費は、平均値 279 万円、中央
値 280 万円、うち入院医療費の割合は平均
74.0%、介護費は、平均値 134 万円、中央値 127
万円であった。

心不全では、医療費は、平均値 210 万円、中
央値 170 万円、うち入院医療費の割合は平均
74.6%、介護費は、平均値 98 万円、中央値 31
万円であった。

腎不全では、医療費は、平均値 829 万円、中
央値 830 万円、うち入院医療費の割合は平均
80.8%、介護費は、平均値 29 万円、中央値 0 円
であった。

脳血管疾患では、医療費は、平均値 157 万円、
中央値 147 万円、うち入院医療費の割合は平均
64.0%、介護費は、平均値 41 万円、中央値 0 円
であった。

死亡場所別では、医療費は病院で死亡した場
合に最も高く、介護費は保健福祉施設で死亡し
た場合に最も高かった。

医療費は、死亡前 1 か月間に 62.1 万円と最
高であった。1 日あたりの医療費は、死亡前 1
か月間に 3.0 万円と最高であった。

II. B自治体での調査

a. 対象者概要

B自治体の 75 歳未満で国民健康保険被保険

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は201人であった。このうち、死亡前12か月間に給付を受けた者は197人(98.0%)、死亡前24か月間に給付を受けた者は200(99.5%)であった。

介護保険被保険者で、介護認定等を受けた者のうち、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は619人であった。死亡前12か月間に介護保険によるサービス給付を受けた者は、要介護等の認定を受けた者の82.6%(511人)、死亡前24か月間に給付を受けた者は85.3%(528人)であった。

75歳未満で国民健康保険被保険者であり、かつ要介護認定等を受けていた対象死亡者は48人であった。このうち、全員が死亡前12か月間に国民健康保険の給付を受けていた。また、死亡前12か月間に介護保険によるサービス給付を受けた者は75.0%(36人)、死亡前24か月に給付を受けた者は77.1%(37人)であった。

b. 死亡時の年齢

75歳未満の国民健康保険被保険者201人中、65歳未満は72人(35.8%)(最低0歳)、65歳以上70歳未満は53人(26.4%)、70歳以上75歳未満は76人(37.8%)であった。

介護保険被保険者619人中、65歳未満は20人(3.2%)(最低42歳)、65歳以上70歳未満は32人(5.2%)、70歳以上75歳未満は51人(8.2%)、75歳以上80歳未満は109人(17.6%)、80歳以上85歳未満は121人(19.5%)、85歳以上90歳未満は126人(20.4%)、90歳以上95歳未満は112人(18.1%)、95歳以上は48人(7.8%)(最高104歳)であった。

死亡時年齢構成は、A自治体とB自治体で差はなかった。

c. 介護度

75歳未満では、要支援21.9%、要介護19.7%、要介護211.7%、要介護313.6%、要介護423.3%、要介護539.8%であった。75歳以上では、要支援12.3%、要支援22.9%、要介護111.0%、要介護210.7%、要介護317.1%、要介護423.4%、要介護532.6%であった。

d. 国民健康保険医療受給者の死亡前24か月の医療費用

死亡前12か月間に国民健康保険による医療を受給した者197人について、ひとりあたりの医療費は、平均値358万円、中央値289万円であった。個人によるばらつきは大きかった(最小値6千円、最大値2097万円、標準偏差341万円)。

内訳は、入院医療について、ひとり当たりの給付日数は、平均値77日、中央値54日、医療費は、平均値291万円(平均医療費の81.3%)、中央値209万円であった。受給1日あたり入院医療費は、平均値5.2万円、中央値3.8万円であった。

入院外医療について、ひとり当たりの給付日数は、平均値42日、中央値33日、医療費は、平均値67万円(平均医療費の18.7%)、中央値45万円であった。受給1日あたり入院外医療費は、平均値1.8万円、中央値1.4万円であった。

年齢別では、75歳未満の医療費は、平均値360万円、中央値281万円、70歳以上では、平均値355万円、中央値310万円であった。

75歳未満の全死亡者において、死亡時の年齢が高いほど、死亡前12か月間の医療費は高い傾向があった(Spearman相関係数0.16; $p=0.03$)。

死亡前 24 か月間に国民健康保険による医療を受給した者 200 人について、ひとりあたりの医療費は、平均値 468 万円、中央値 400 万円であった。個人によるばらつきは大きかった（最小値 6 千円、最大値 3182 万円、標準偏差 434 万円）。

内訳は、入院医療について、ひとり当たりの給付日数は、平均値 95 日、中央値 65 日、医療費は、平均値 359 万円（平均医療費の 76.7%）、中央値 249 万円であった。死亡前 12 か月前に比較して、医療に占める入院医療費の割合は低くなっていた。受給 1 日あたり入院医療費は、平均値 5.0 万円、中央値 3.8 万円であった。受給 1 日あたり入院医療費は、死亡前 12 か月と同水準であった。

入院外医療について、ひとり当たりの給付日数は、平均値 72 日、中央値 58 日、医療費は、平均値 109 万円（平均医療費の 23.3%）、中央値 73 万円であった。受給 1 日あたり入院外医療費は、平均値 1.7 万円、中央値 1.2 万円であった。受給 1 日あたり入院外医療費は、死亡前 12 か月と同水準であった。

e. 介護保険受給者の死亡前 24 月の介護費用

死亡前 12 か月間に介護保険によるサービスを受給した者 511 人について、給付 1 月あたりの介護費は、平均値 12.0 万円であった。

f. 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

75 歳未満で国民健康保険被保険者であり要介護認定等を受けていた 48 人について、死亡前 12 か月間の国民健康保険によるひとりあたり医療費は、平均値 455 万円、中央値 411 万円であった。個人によるばらつきは大きかった（標準偏差 333 万円）。

内訳は、入院医療について、ひとり当たりの給付日数は、平均値 111 日、中央値 85 日、医療費は、平均値 346 万円（平均医療費の 76.0%）、中央値 281 万円であった。受給 1 日あたり入院医療費は、平均値 3.4 万円、中央値 3.2 万円であった。

入院外医療について、ひとり当たりの給付日数は、平均値 48 日、中央値 35 日、医療費は、平均値 109 万円（平均医療費の 24.0%）、中央値 67 万円であった。受給 1 日あたり入院外医療費は、平均値 2.7 万円、中央値 1.7 万円であった。

給付 1 か月あたりの介護費は、平均値 4.8 万円であった。

年齢別では、70 歳未満の医療費は、平均値 530 万円、中央値 457 万円、介護費は、平均値 43 万円、中央値 8 万円であった。70 歳以上の医療費は、平均値 375 万円、中央値 329 万円、介護費は、平均値 37 万円、中央値 14 万円であった。

死亡前 24 か月間の国民健康保険によるひとりあたり医療費は、平均値 628 万円、中央値 497 万円であった。個人によるばらつきは大きかった（標準偏差 511 万円）。

内訳は、入院医療について、ひとり当たりの給付日数は、平均値 143 日、中央値 106 日、医療費は、平均値 450 万円（平均医療費の 71.7%）、中央値 319 万円であった。死亡前 12 か月前に比較して、医療に占める入院医療費の割合は低くなっていた。受給 1 日あたり入院医療費は、平均値 3.3 万円、中央値 3.2 万円であった。受給 1 日あたり入院医療費は、死亡前 12 か月と同水準であった。

入院外医療について、ひとり当たりの給付日数は、平均値 82 日、中央値 65 日、医療費は、平均値 178 万円（平均医療費の 28.3%）、中央

値 119 万円であった。受給 1 日あたり入院外医療費は、平均値 2.6 万円、中央値 1.6 万円であった。受給 1 日あたり入院外医療費は、死亡前 12 か月と同水準であった。

給付 1 か月あたりの介護費は、平均値 4.0 万円であった。

医療費は、死亡前 1 か月間に 70.0 万円と最高であった。1 日あたりの医療費は、死亡前 1 か月間に 2.9 万円と最高であった。

4) 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の比較

自治体レベルおよび自治体の属する都道府県レベルで指標値を得ることでき、自治体 A および B 相互の比較や、全国および都道府県の平均値との比較を通して、全国における相対的な位置の把握が可能であった。

5) 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に関する研究

1) 標準化死亡比との相関関係の推移

i) 可住地面積当り一般病院数 (施設/km²)

平均値は、0.37 (1990年) から 0.30 (2005年) へ低下した。市区町村によるばらつきの指標である相対標準偏差は、1.04 (1990年)、1.04 (2005年) と変化なかった。

1990年と2005年で、標準化死亡比が高い地域で、可住地面積当り一般病院数が多かった (正の相関)。相関係数の絶対値は、1990年より2005年で小さかった。人口密度が低い市区町村では、1990年と2005年で、標準化死亡比と可住地面積当り一般病院数に関連はなかった。一方、人口密度が高い市区町村では、1990年と2005年

で、標準化死亡比と可住地面積当り一般病院数との間に正の相関を認めた。相関係数の絶対値は、1990年より2005年で小さかった。

ii) 総面積に占める工業・準工業地域面積の割合 (%)

平均値は、7.30% (1990年)、7.21% (2005年) と変化なかった。相対標準偏差は 0.96 (1990年) から 1.18 (2005年) へ増加した。

1990年と2005年で、標準化死亡比が高い地域で、工業・準工業地域面積割合が高かった (正の相関)。相関係数の絶対値は、1990年と2005年で変化なかった。人口密度が低い市区町村では、1990年と2005年で、標準化死亡比と工業・準工業地域面積割合に関連はなかった。一方、人口密度の高い市区町村では、1990年と2005年で、標準化死亡比と可住地面積当り工業・準工業地域面積割合との間に正の相関を認めた。相関係数の絶対値は、1990年より2005年で大きかった。

iii) 総住宅数に占める浴室のある住宅数の割合 (%)

平均値は、80.7% (1990年) から 83.1% (2005年) へ増加した。相対標準偏差は 0.11 (1990年) から 0.06 (2005年) へ低下した。

1990年と2005年で、標準化死亡比が高い地域で、総住宅数に占める浴室のある住宅数の割合が低かった (負の相関)。相関係数の絶対値は、1990年と2005年で変化なかった。人口密度が低い市区町村と高い市区町村とも、1990年と2005年で、標準化死亡比と総住宅数に占める浴室のある住宅数の割合との間に負の相関を認めた。相関係数の絶対値は、人口密度の低い地区町村より高い市区町村で大きく、1990年と2005年で