

第4章

第1部

在宅医療が示すわが国の未来像

独居高齢者をどう支えるか

地域全体を巻き込み、 孤立した高齢者の支援を ～1人暮らしあんしん電話の取り組み～



医) 緑星会 どうたれ内科診療所院長
千葉大学医学部臨床教授

堂垂伸治

独居高齢世帯は、現在10世帯に1世帯、500万人で、孤独死や孤立死が社会問題化し今後も増加が予想される。独居高齢者を支えるには、「地域を守る」という意識で創意工夫し、「費用対効果」も考慮した上で、住民・行政・医療機関や介護保険事業者等が一体となり対応することが必要である。

1 わが国の独居高齢者をめぐる現状

(1) 少子高齢社会の「予測」より

わが国は、超高齢社会に突入しつつある。2006(平成18)年に厚生労働省は「今後の予測」として以下の5項目を発表していた。

- ①2015(平成27)年から高齢者人口が一層増加し、2025(平成37)年には高齢者人口がピーク(約3,500万人)を迎える
- ②認知症高齢者が「250万人」へ
- ③2015年には高齢者の独り暮らし世帯が「570万世帯」へ
- ④「高齢者多死時代」(100万人から170万人)へ
- ⑤今後急速に高齢化するのは都市部(3大都市圏問題)

この「予測」は、すでに2項目で修正が必要になっている。1つ目は、②の認知症高齢者の数である。高齢の認知症患者がすでに300万人以上となり、最近では462万人とも報道されている。現在の小学生が1学年約110万人なので、実に4学年分の認知症患者がいるということになる。2つ目は③の「独り暮らし高齢者」の数で、2010(平成22)年ですでに498万人に達し、2015(平成27)年には601万人と上方修正されている。

(2) 独り暮らし高齢者の増加

独居高齢者の推移を図に示す。図1は、2010(平成22)年までのグラフは国勢調査に

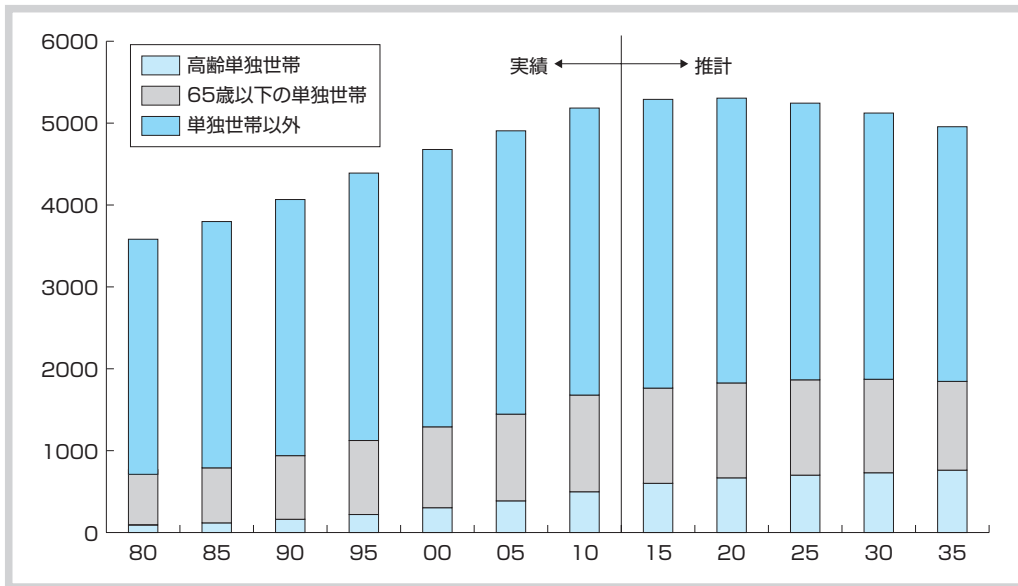


図1 単独世帯の年次推移 (15年以後は予測)

に基づいたもので、2015(平成27)年以後は予測である¹⁾。2010(平成22)年の全世帯数は5,184万世帯、うち単独世帯は32.4%の1,679万世帯で、全世帯の9.6%の498万世帯が高齢単独世帯である。すでに全世帯の10件に1件、単独世帯の3件に1件が「独り暮らし高齢者」ということになる。

今後、高齢単独世帯は2025(平成37)年に全世帯の13.4%に、2035(平成47)年には15.3%にそれぞれ上昇すると予測されている。つまり、今後10～20年のうちに6～7世帯に1世帯が「独り暮らし高齢者」という時代になる。さらに、全世帯の4割が「世帯主が65歳以上の高齢世帯」となり、「独り暮らし高齢者」は762万人という膨大な数の時代になる。これは「団塊の世代、3学年全員が独り暮らし」ということに相当する。

筆者ら医療従事者は、高齢者が夫婦で通院されるケースによく出会う。しかし、この夫婦もどちらかが(男性が多いが)必ず先に亡くなる。現代は核家族化が進み、子が遠方で家庭を築いていることが多く、その場合、残された配偶者が、その後10数年の独り暮らしの生活をおくることが多い。妻が残された場合は在宅生活の継続がまだ可能だが、夫が残された場合は生活自体に困難が生じるケースも少なくない。また、経済的困窮者、血縁関係が皆無な方もおり、周囲は対応に大変難渋する。

(3) 「孤独死」「孤立死」について

今後は、誰もが人生最後の数年間独り暮らしになり得る。独居高齢者は2025(平成37)年には700万人以上と言われている。核家族化、少子化、晩婚化、未婚率の増加、離婚の増加、家族関係の希薄化、経済格差の増大等々、諸般の状況を見れば、孤独死は確

実に増加していきだろ。 「孤族」や「無縁社会」と言われて久しく、最近では「孤立死」「貧困死」という概念まで登場している。

千葉県松戸市の「常盤平団地自治会」²⁾は、孤独死予防の取り組みを2002(平成14)年から開始し、厚生労働省や松戸市に働きかけ市内の毎年の孤独死の人数を公表している(図2)。孤独死は年々増加しており、男性は女性の2倍近くで、中年男性の孤独死や戸建て住宅の孤独死も目立つ。中には発見まで半年くらいかかったケースもある。人口48万人の松戸市で、孤独死は毎年100人以上で2012年は135人だった³⁾。この比率で単純計算すると、「12,700/48×100人以上」で、「孤独死」は全国で2.6万人以上、つまり「自殺者数」に匹敵する人数と推計される。

(4) 施設を建設すれば済むのか

日本は今や借金1,000兆円の国である。日本の財政状況を家計に例えると図3のごとくである。毎年の年収が431万円しかないのに、生活費と「親の世話や医療費(社会保障費)」だけで540万円の支出があり、その上「1億円のローン」が残っている。毎年、借金返済以上の借金を繰り返している(プライマリーバランスが赤字)国である。実際に、読者の家計がこうだったらどうされるだろうか？

この財政状況を勘案すると、「独居高齢者や生活困窮者の問題を解決するために施設を作る」という考えは出てこないはずだ。課題解決だけが一人歩きしたら莫大な財政負担が生じ、将来世代に大きな禍根を残すだろう。昨今、旧ベッドタウンでは高齢者専用賃貸住

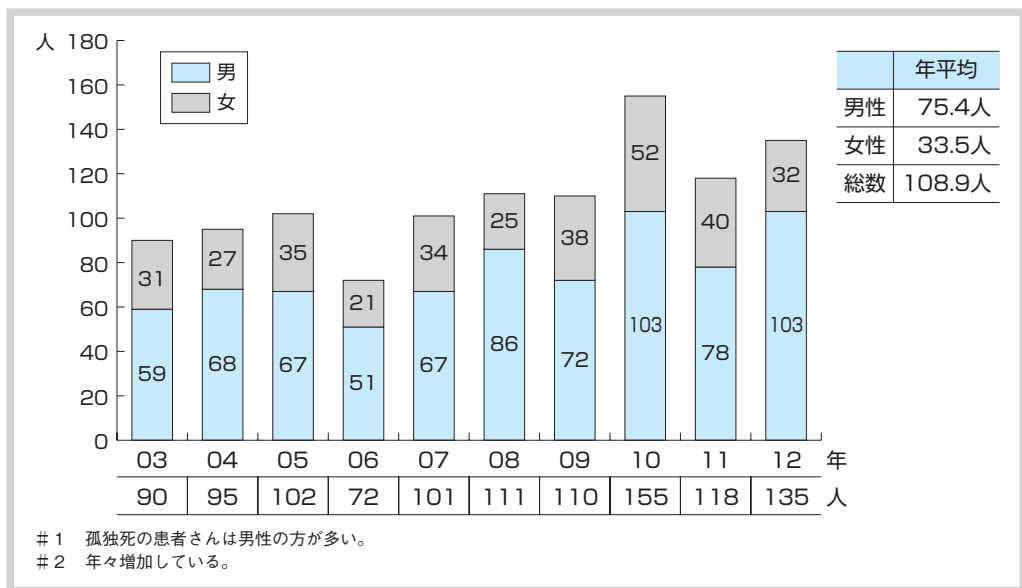


図2 松戸市内の孤独死年度推移

出典：松戸市孤独死予防センター資料、H25年現在

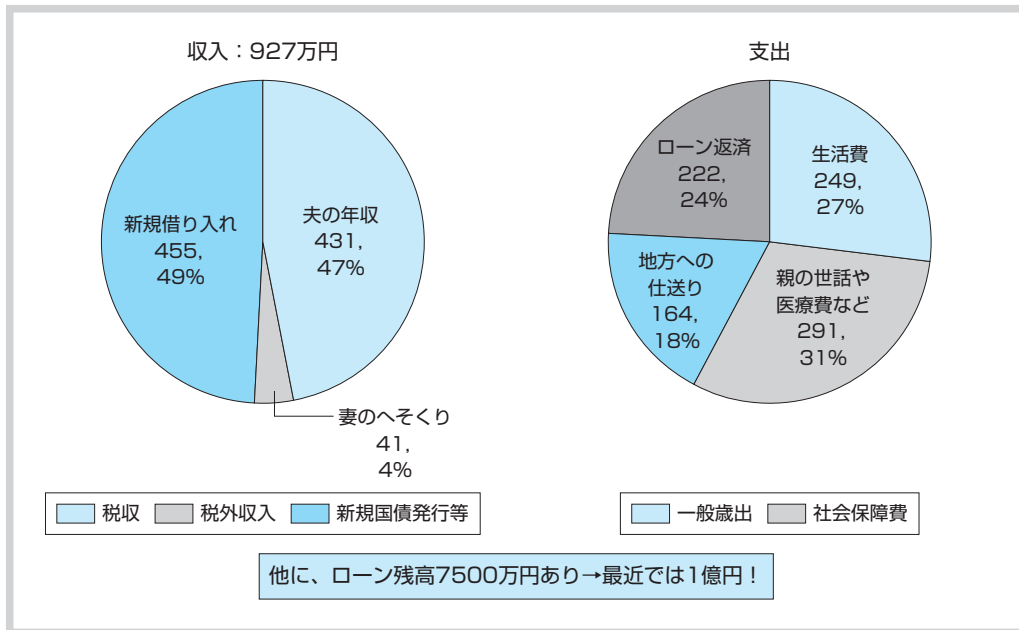


図3 日本の13年度予算を家計に例えると…

出典：2013.1.30 読売新聞より作成・改変：1兆円＝10万円

宅(高専賃)・サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)・有料老人ホームが乱立している。これらは当然医療保険や介護保険と絡んだ収益構造をとっている。筆者は常々、「現在でも716万戸の空き家があるのに、こんなに多くの箱モノを作って50年後にはどうなるのだろう」、「膨大な廃墟が残り、将来世代は負債に押しつぶされるのではないか」と危惧している。確かに独居高齢者問題は重大だが、「近視眼的な対応」、「高齢者優遇のポピュリズム」に陥ってはならないと感じている。

(5) 国民の要望

国民へのアンケート調査のほとんどで、6割以上の方が、在宅＝現在の居宅で最期まで過ごしたいと考えており、外来で患者と話をする、多くの方が「ピンピンコロリ」を理想とされている。つまり、「生きている間は充実し日々安心した生活をおくる」、「万が一、不治の病にかかっても苦しまず、自宅で最期を迎えたい」と考えている(筆者は在宅医療で看取りも行っているが、在宅死を担った家族は大多数が満足されている)。

これは独居の方でも同様である。したがって、「膨大な独り暮らし群」を控えて行くべきは、「安心して安全に暮らせる独り暮らしをどう保障するか」である。その場しのぎで施設を作り続けることは、場当たり主義でしかない。

(6) 突然死について

◆突然死の事例

患者さんは69歳の時から当院に高血圧で受診されていた。ご主人はその翌年に死去された。お子さんは2人おられたが、同居されず独り暮らしをされていた。当院では降圧剤と脳梗塞予防薬で管理し安定して通院されていた。最初の受診から11年後、ご主人の故郷であるI県の施設に入所することにしたと言われた。同年3月29日、筆者はこれまでの経過と処方を紹介状に書き手渡した。

その引越準備の最中だと思われた4月23日、所轄警察から突然診療所に電話が入った。「息子さん夫婦が連絡しても応答がなく訪ねたら亡くなっていた。病状を知らせて欲しい」というものだった(通常医師は、「孤独死」を警察からの電話連絡で知ることが多い)。享年、80歳、筆者としては全く予期せぬ「突然死」だった。

以前、当院通院患者での死亡症例で突然死を検討したことがある。「何らかの形で当院を受診された患者」のうち亡くなられた方の約1割に突然死(=お互いに死亡時期を予期せぬ死亡)があった。また「突然死かつ孤独死」は約3%あった。外来患者を医療面でいかに厳格かつ緻密に管理していても、突然死はどうしても起こり得るとというのが感想である。考えてみれば、入院患者でも「予期せぬ突然の急変」は起こっている。ICUやCCUで厳重に管理されている環境でも、「CPR、ICU」などという突然の全館放送がある。

今後、独居の方がさらに増加する。その方々が「突然死」となり、結果的に「孤独死」となることは——敢えて誤解を恐れず言わせてもらえば——「日常的に起こり得る出来事」なのである。したがって重ねて言うが、「独り暮らしでも、孤独感に陥ることなく周囲の方と交流しつつ安心して暮らせること」、これが最善の目指すべき方向だと考えている。

現在、孤独死で発見される方には、近隣と交流しない等「“ないないづくし”の人」、「人との関わりが弱くなって家に閉じこもるパターンが多く見られる」⁴⁾。したがって「地域での絆づくり」、「顔の見える関係づくり」がまず必要である。

(7) 孤独死の公衆衛生的・経済的な問題

実際の孤独死の現場では、多くの難問に出会う。まず警察や行政に連絡する必要がある。全く身寄りのない方では葬儀や金銭・居宅の管理まで悩まされることもある。

ところで、もちろん誰も「死後何日も何か月も放置される」事態を望んでいない。自分の遺体が放置され腐臭を放ち虫がわく、こういう状況だけは避けたいと思っている。こうした公衆衛生的観点からは「孤独死の早期発見」を行わないといけない。また家屋や部屋の資産価値という点でも、死体が何か月も放置されるのは不都合である。実際UR(独立行政法人都市再生機構)などでは、「いわくつきの物件」は家賃を下げている。マンションや戸建て住宅でも同様である。

2 独居高齢者への施策

(1) 厚生労働省の「安心生活創造事業」

「安心生活創造事業」⁵⁾は、厚生労働省が2009(平成21)年度から3年間、「悲惨な孤立死、虐待などを1例も発生させない地域づくり」を目指し、全国58カ所の市町村で取り組んだものである。従来の見守り活動や制度からもれる人々を「社会から孤立せずにいかに支援するか」が検討された。「孤独死」や「孤立死」が盛んに報道され、国としても対応が迫られたモデル事業⁶⁾であった。

これは、次のごとき3原則を掲げてスタートした。

- ①基盤支援を必要とする人々とそのニーズを把握する
- ②基盤支援を必要とする人がもれなくカバーされる体制をつくる
- ③安定的な地域の自主財源確保に取り組む

つまり、市町村や地域包括支援センターなどが中心となり、「地域の自主財源」で「対象者のもれない把握」と「独居者の生活基盤支援の体制づくり」を目指したものである。この「事業の成果と課題」および「今後重要と考えられる取組み」は図4のごとく⁷⁾であった。

各市町村では、①要援護者の把握、②買い物支援事業、③新聞配達員などを動員した見守り事業、④集える場所の開設、⑤見守りボランティアを作る等々が行われた。なお、本報告書の「事例編」では、58市町村が現場で取り組んだ事例が網羅されており、各地域で活用できるアイデアやヒントが記載されているのでご参照されたい。

「事業の成果と課題」

○成果

- ・行政内部の連携や住民力の向上(漏れのない把握)
- ・新しい公共(新たな担い手(新聞配達員、水道メーター検針員など民間事業者、NPO等)との連携による新たな支援体制の構築)
- ・地域住民や商工会等が連携した地域の自主財源づくりの検討 等

○課題

- ・人材確保(広い視野を持つコーディネーターの必要性等)
- ・安定的な財源確保(地域の理解(寄付文化の土壌づくり等)の必要性)
- ・個人情報の共有(過剰な保護意識、守秘義務を持たない人との連携)等

「今後重要と考えられる取組み」

- 社会的孤立を防ぐための官民間わなない多様な主体との連携・協働
- 総合相談体制の確立
- 地域福祉計画の策定
- 契約支援・権利擁護の必要性
- 要援護者が社会参加・自己実現できる仕組み

図4 安心生活創造事業(厚生労働省 平成21～23年)

出典:「安心生活創造事業成果報告書(別添)の概要」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002if6b.html>

しかし、これらを概観した感想は以下のごとくである。

- ①そもそも行政・市町村がやる気がなければ進展しない性格のものである
- ②3年間のモデル事業で終わるなら単なる「ばらまき」でしかなく、その後も継続し全国的に進めるべきものである
- ③特にわざわざ「自主財源」が掲げられており、継続的な財源が設置されず結局は地域住民に問題を丸投げしたようなものである

(2) 地域の見守り活動には、地域に見合ったやり方と創意工夫が必要

高齢者見守り活動に関しては書籍『孤独死を防ぐ』⁸⁾にも実践活動に基づく記載がある。

- ①社会福祉協議会と連携した民生委員の例
- ②「まちづくり会議」を作り、「まちかどよろず相談会」を地域の中核的なスーパーで開催した例(札幌市M団地)
- ③地域包括支援センターを中心としたケアマネジャーの例(長崎県島原市)
- ④コミュニティ活性化のため大学が参画した例(千葉県松戸市)
- ⑤ニュータウン再生に関わったNPO法人の例(愛知県春日井市) 等々

特に、②の「相談会」の開催場所と日時を、「孤立する高齢者」が必ず立ち寄る「スーパーの出入口」で「年金支給日の午前中」に実施したという着想は大変勉強になった。引きこもりがちの独居高齢者に対して、「積極的に近づく、彼らの所に出かける」という発想が大切である。

いずれにせよ、現場では各地域で実効的な方策を進めていくことが焦眉の課題となっている。様々な創意工夫やアイデアを駆使して、それぞれの地域で可能な資源を動員し対処していくしかない。

(3) 機器を介した高齢者見守りシステムについて

独居高齢者の見守りシステムの主なものを(表1)に示した。一見してわかるように、これらは契約料・加入料、利用料が相当額かかるものである。マスコミでセンセーショナルにとりあげられたこともあるが、実際はあまり普及していない。また、センサー型の見守りシステムは、監視されているようで心理的負担も大きい。さらに、大規模なシステムは維持管理費が高額で継続困難な場合が多い。

図の見守りシステムでは「緊急通報サービス」が一番普及している。しかし、これも実は1人当たり年間維持費が約4～5万円程度かかり、多くは導入自治体が負担している。したがって例えば「非課税世帯のみ」など制限がある。また実態は誤報や単なる相談という場合も多い。それゆえ何百万人という独り暮らしの方々で使用することは不可能と言える。

表1 センサー型、緊急通報型

事業者名	サービス名称と内容	契約料・加入料	基本的な利用料
アートデータ	安否確認コール:各種センサーで感知し、メールで安否を送る	コースやセンサーの種類により、料金設定	自動電話コール装置 28,000円 パソコン専用ソフト 50,000円
象印マホービン	みまもりほっとライン:ポットの使用状況を1日2回メールで伝える	5250円	3150円/月
東京ガス	みまも～る:ガスの利用状況をメールで知らせる	5250円	1543→987円/月(10年2月に値下げ)
松下電工	みまもりネット:在室状況をセンサーが感知しメールで送る	5250円	3360円/月
(参考) 安全センター	緊急通報サービス: 「安全センター」へ緊急通報が行く	設置工事費 16590円	機器買取の場合: 2940円/月 レンタルの場合: 4725円/月

他に警備会社のシステムもあるが、難点はいずれも料金が高い

出典:「高齢者の安否見守りサービス」(国民生活センター)03年6月から改変 http://www.kokusen.go.jp/pdf/n-20030606_3.pdf
「高齢者安否確認比較.COM」 http://anpi-hikaku.com/sensor_top.html

3 1人暮らしあんしん電話の試み

(1) 「1人暮らしあんしん電話」とは

筆者は松戸市の「常盤平地区」(背景人口5.4万人)で「常盤平高齢者支援連絡会」(2004<平成16>年開始)の専門部会長を務めている。専門部会には、地域包括、保健師、ケアマネジャー、介護事業所など毎回20人以上が参加し、地域の「対処困難事例」の検討と情報交換を行ってきた。地域の専門職の「顔の見える連携」を行い、正に「地域包括ケア」を担ってきた。月1回開催してきたが、検討事例の半分以上が独居高齢者であった。独居の事例では知恵を絞っても連携しても対応は大変困難だった。筆者はこの経験から、「独居になっても安心して住める地域社会を作れないか」、「医療機関として何か効率的な方法はないか」という問題意識を持った。

その結果、2007(平成19)年2月頃から工学院大学のご協力で「1人暮らしあんしん電話(以下「あんしん電話」)」⁹⁾のシステムを考案した。これはパソコン(以下PC)を使った(図5)のようなシステムである。

診療所に設置したPCに予め(独り暮らしの)患者の電話番号(携帯も可)を登録しておく。そのPCに主治医である筆者や看護師の問いかけの音声を録音しておく。PCは事前に患者と約束した日時(毎週1回)に定期的かつ自動的に電話をかける。患者は電話がかかってきた時、プッシュホン式電話で「*のあとに1(または2、3)」とボタンを押す。この番号は、お互い事前にそれぞれ「問題なし」、「体調不良」、「要連絡」を意味するものと約束してある。回答結果は、PC画面に一覧表で色分けして表示される。発信側(問い合わせ

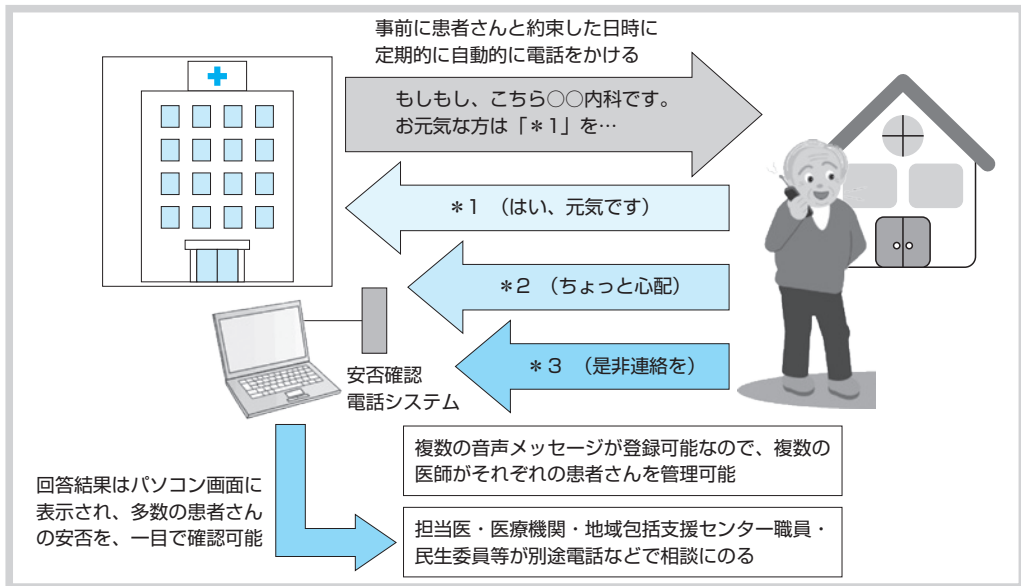


図5 1人暮らしあんしん電話—“おたずねフォン”の構成

せ側)はPCを立ち上げ、この「回答結果一覧」の画面を見れば受信側(患者側)の健康状況や安否が一目でわかる(この番号ごとの回答の約束事は、例えば「御用聞き」でも構わないし「便利屋の依頼」でも構わない)。

実際の運用では、当院事務員が朝・夕2回PCを立ち上げ、「一覧」を見て「問題なし」以外の回答の方々を検討する。「連絡をした方が良い」と判断した場合には、個別に別途電話連絡を行う。もちろんその際に看護師や筆者(医師)に相談される場合もあり、その都度適宜指示を出す。場合によっては往診を行うこともある。なおこの機器はその後、株式会社数理技研により2010(平成22)年1月に“おたずねフォン”として製品化・商品化(初期購入費用は約50万円)されている。

(2) 「あんしん電話」の実績

当院の「あんしん電話」は、2008(平成20)年3月以後5年以上稼働している。対象者数の累計は2013(平成25)年5月末で、男性30人、女性102人、高齢世帯5世帯の計137人で、常時80人前後を対象としてきた。対象者の平均年齢は77歳前後で、当院に受診されている方なので何らかの疾患のある方である。

このうち、2013(平成25)年5月末までの約190週で総計15,000回以上の電話連絡を行っている。この期間で「体調不良」「要連絡」の訴えは、172回だった。つまり「疾患を抱えた方々」を対象として、3週間で2回(人)程度の割合で何らかの具体的な対応を要した。

これをまとめると、以下のようになる。

①「体調不良」や「要連絡」を訴えた方のうち、タイムリーな電話連絡により病状悪化を防

いだケースが4割程度あった。中には看護師を派遣したり往診したり救急車を手配したこともあった

- ②不安感を訴える方が多く電話での相談と助言だけで解決した例が、やはり約4割でみられた。「あんしん電話」は、独り暮らしの方々に安心感を提供し、かつ具体的な支援も可能だった

(3) 本システムの特徴

「あんしん電話」の特徴について、以下のようにまとめることができる。

- ①本システムでは、手間があまりかからず、発信側と受信側の双方の負担が軽く“お互い気兼ねしない”システムである
- ②維持費は発信側では電話代程度で、約80人を管理し月7,200円程度である。さらに受信側(対象者側)ではコストが一切発生せず全くの無料である。なお、1台で200～300人規模まで管理可能で「費用・労力対効果」に優れている
- ③本システムは朝・夕の1日2回PCをチェックする程度の管理である。したがって、基本的に救急対応するものではない。また、ボタン操作が必要なので進行した認知症の患者には適していない

(4) 「あんしん電話」活用例と進展状況

患者さんは88歳の独居女性。乳がん術後、気管支喘息等で管理してきた方。視力低下もあった。3年前から「あんしん電話」を導入。X年1月、「体調不良」の回答あり。別途電話連絡すると、「この間かぜを引いて37度台の熱が続いていた」とのこと。往診し、採血と点滴、薬剤処方を行った。炎症反応はあまり上がっておらず、数日で軽快した。

この「あんしん電話」は現時点で、松戸市内で8地域、松戸市以外では6地域に導入され独り暮らしの方を中心に約600人の方々を対象に稼働している¹⁰⁾。12年末からは松戸市医師会が後援している。

冒頭で記載したように、今後急速に高齢化するのは「首都圏」である。ここ松戸市も東京都に隣接した典型的なベッドタウンである。現在の高齢化率は21%だが、当地にある「UR＝団地」ではすでに高齢化率40%、独居率30%以上という地域もある。「今後の首都圏高齢化を先取りした地域」といえ、「あんしん電話」の継続・拡大をさらに進める予定でいる。

(5) 「あんしん電話」離脱者＝独居高齢者の転帰

当院の対象者137人中、2013年5月末時点で、48人が離脱している。当院管理の方は当然何がしかの疾患を有した方だが、独り暮らしの方は4年あまりで35%が何らかの理由で独り暮らしが継続できなくなっている。18人(13%)が亡くなり、12人が施設入所、

(娘さんなどの)家族にひき取られた方が9人だった。亡くなられた18人のうち「孤独死」が3人いた。これらの数値は、「独居高齢者の転帰」を示すものである。またこの結果からは「認知症で独り暮らしの方」は、全例、独居生活を継続できなかった。

4 独居高齢者をどう支えるか

これまで行ってきた「あんしん電話」の経験も含め「独居高齢者をどう支えるか」を以下に列挙する。

(1) 独居高齢者の把握について

「個人情報保護法」が一人歩きしている今日、現場では独居高齢者の把握は大変困難なものとなっている。他方、詐欺業者間では「かもリスト」が出回っており、個人情報は現実には垂れ流し状態である。災害時の「要援護者」の把握も含めて、国レベルも含めた現実的な対応が望まれ、やはり行政が果たすべき役割が大きい。

(2) 行政の働きかけ＝旗振りが必要

「安心生活創造事業」で語られたように、「独居高齢者対策」は本来行政が主体となって行うべき筋合いのものである。「あんしん電話」は何度も繰り返して言っているように極めて「安上がり」で「費用・労力対効果」に優れたものである。財政負担が少なく、各自治体の首長や幹部職員が、例えば「地域包括支援センターに導入する」と決断するだけで相当効果があるはずである。関係各位のご検討をお願いしたい。

(3) 住民側のまとまりと熱意が必要

「あんしん電話」導入に至ったいずれの地域でも、住民サイドで「独居高齢者を何とかしないとイケない」、「現状のままでは対応しきれない」という認識があった。やはり、自治会長や町会長・住民ボランティア等、住民自身の積極姿勢が必要である。

(4) 住民側の熱意に応える医療機関・中核組織が必要

この間、他の地域からも数件問い合わせや見学があった。中には、応える医療機関が見つからず、実現に至っていない地域もある。これは大変残念なことである。医療機関や介護保険事業者等は、患者や利用者から業務上直接感謝されることが多い。しかしそれに安住することなく、医療機関といえども(本業以外に)「地域社会に貢献する」という意識が求められている。

(5) 住民側も「縦割り」になっていないか

筆者は今回の試みで、地域のNPOなどと連携した。地域には、筆者ら医療機関や介護関係者では知り得ない、異なった連携・人間関係を持っている方々がいる。そうした方々を通じ、町会や自治会などで意欲的な方々と交流可能になった。行政に対し、しばしば「縦割り組織が問題だ」と批判される。しかし、地域住民側自体も「縦割り」になっていないか自問し相互の組織連携を目指すべきである。

(6) 民生児童委員の拡充が必要

現在高齢者の見守りを第一線で行っている公的な人材は民生委員・児童委員である。民生委員は、守秘義務を持ちつつ個人情報保護法の制約を超えて踏み込んだ見守り活動が可能な立場である。筆者はこの分野に詳しくないが、民生委員の現状には多々課題があるようである。

第1は成り手がなかなか少ないという。民生委員は多くの場合、後継者を自ら探して初めて辞められるという。後継者が見つからなければ辞められず高齢になっても続けないといけないそうだ。しかし、こうした「1対1の後継者探し」には様々な弊害も出てこよう。やはり「広く公募する」という方法もとるべきではないか。特に、現在地域社会に大量に登場している「団塊の世代」をこの分野に活用すべきだと考える。

第2に現在の定数は(表2)のごとくである。実際にこの「配置基準」¹¹⁾を順守している自治体はどれくらいあるのだろうか？ 例えば、松戸市の現在の民生児童委員数は500人余という。松戸市(人口48万人)の世帯数は約21万世帯なので「約420世帯に1人」ということになり、この表の「170から360世帯に1人」という基準をクリアしていない。しかも、この基準自体12年前のもので、「すでに時代に合致していない」とも考えられる。今後「100世帯中15世帯以上の独居高齢者」が生まれる時代となるわけで、民生児童委員の定員順守と大幅な拡充が必要である。

表2 民生児童委員の定数

区分	配置基準
1 東京都区部及び指定都市	220から440までの間のいずれかの数の世帯ごとに民生委員・児童委員1人
2 中核市及び人口10万人以上の市	170から360までの間のいずれかの数の世帯ごとに民生委員・児童委員1人
3 人口10万人未満の市	120から280までの間のいずれかの数の世帯ごとに民生委員・児童委員1人
4 町村	70から200までの間のいずれかの数の世帯ごとに民生委員・児童委員1人

出典：「区域又は事項を担当する民生委員・児童委員配置基準表」(関東信越厚生局)(平成13年6月29日)

(7) 専門職間だけでなく地域住民とも「顔の見える関係」づくりを

本システム導入を機会に、地域住民の方々と具体的な「顔の見える関係」が築けた。自治会長・町会長・民生児童委員の方々等々、多方面の地域リーダーの方々と知り合うことができた。さらに、その方々が地域住民を「あんしん電話」に誘う行動自体が、「社会から孤立した独居高齢者への声かけ」となった。見回り・見守り活動を豊富化し、独居高齢者に話しかけるきっかけになった。「あんしん電話」は専門職にとどまらぬ広範な「地域包括ケア」のツールとなり得ると考えている。

【文献および注釈】

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所>将来推計人口・世帯数
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Mainmenu.asp>
 >『日本の世帯数の将来推計(全国推計)』(2013(平成25)年1月推計)
http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2013/hhprj2013_honbun.pdf
- 2) 常盤平岡地自治会>孤独死ゼロ作戦
<http://www.ne.jp/asahi/toki/jiti/kodokusi/kodokusiTOP.html>
- 3) 平成25年度 常盤平岡地社協議案書「平成24年松戸市内年齢階層別孤独死人数状況」
- 4) 中沢卓美：今を読み解く『孤独死』をどう防ぐか,日経新聞 12.5.13
- 5) 厚労省>政策について>分野別の政策一覧>福祉・介護>生活保護・福祉一般>安心生活創造事業
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/anshin-seikatu/index.html
 平成24年8月 「安心生活創造事業成果報告書」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/anshin-seikatu/dl/houkoku_2408.pdf
- 6) 本事業には、210億円にのぼる「セーフティネット支援対策等事業費補助金」の予算の一部が充てられた。
- 7) 【安心生活創造事業成果報告書(別添)の概要】
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002if6b.html>
- 8) 『孤独死を防ぐ』ミネルヴァ書房 編者：中沢卓美/結城康博
- 9) 堂垂伸治 「独居高齢者－1開業医の立場から」p36-41 vol.76 No.9 2012 公衆衛生 医学書院「特集 独居高齢者と健康」
- 10) どうたれ内科診療所>「13年6月時点の『あんしん電話』の現状」
<http://www3.ocn.ne.jp/~doutare/text/13.6.8ansindenwamatome.pdf>
- 11) 関東信越厚生局>管轄法人等一覧>重要法令・通知等一覧>民生委員・児童委員の定数基準について(民生委員法)
http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/shokan/kenko_fukushi/hourei/tsuchi_no1145.html