

高齢者介護施策の方向

松岡博幸*

Direction of Long-Term Care Policy for the Elderly in Japan

Hiroyuki MATSUOKA

The need for long-term care will expand considerably as the elderly population grows and the incidence of disability and chronic illness is even higher among the elderly than among younger age groups and particularly high among the oldest old. There is increasing interest in non-institutional alternatives for the provision of long-term care. In some countries, such as Denmark and Sweden, home and community-based care networks are already well developed whereas in others, such as the United States, much heavier use is made of institutional care. In this article, we examine the direction of long-term care policy for the elderly in Japan.

I なぜ高齢者介護が問題か

1994年、65歳以上の高齢者人口が全国民に占める比率は既に14%に達している。厚生省の推計では、2025年には更に25.8%になるという。現在の1.8倍である。こうした中、介護を必要とする痴呆性老人数も現在の10万人から2025年の40万人へ、また、寝たきり老人数（寝たきりの痴呆性老人を含む）も現在の90万人から同じく230万人へとそれぞれ4倍、2.6倍になり、要介護高齢者の増加が見込まれている。

しかしながら、反面、寝たきりや痴呆といった要介護状態の長期化、都市化・核家族化の進行、女性の社会進出により、家族（血縁）による介護、あるいは地域コミュニティに基盤を置く地縁的な介護への依存はますます困難になっている。一方、特別養護老人ホームや老人保健施設・病院といった施設による対応には、その絶対数の不足・質などに多くの問題がある。

確かに、現在わが国では公的な在宅介護サービスの拡充が進められている。しかし、実態としては、1992年度で、1中学校区（老人人口1,690人）あたりのホームヘルパー数は5.7人であり、老人1人あたり週1～2回の介護サービスを提供できる状況に過ぎない（厚生省）。「現状においてはなお不十分であり、家族や本人の物心両面での負担が大きくなっている¹⁾」といったところが率直な現状評価である。

* 経営工学科

高齢者の中でも、75歳以上では「寝たきり老人」の出現率は35%にも上る。後期高齢者のうち3人に1人である。国民1人1人がこのような状況をどのように考えるのか。この研究では、わが国が今後いかなる高齢者介護体制を展開しようとしているのか、その方向性を探ってみたい。はじめに、高齢者福祉施策の基礎となる基本的な方向づけを明らかにする。それを知る手掛かりは、福祉関係3審議会合同企画分科会が1989年3月30日に提出した報告書「今後の社会福祉のあり方について（意見具申）―健やかな長寿・福祉社会を実現するための提言―」にある。

II 高齢者福祉施策の基本方向

この提言では、新たな社会福祉の展開を図るにあたっての基本的考え方として以下の点をあげている。

第1に、社会福祉の運営、実施については、住民の福祉需要を最も把握し得る市町村においてできるだけこれを実施することが望ましいとの判断を示し、市町村の役割重視を打ち出している。また、このためには、国、都道府県、市町村の役割分担を明確にし、その連携を密にすることが必要であり、これにより、

「都道府県が、広域的な観点から各種サービスの総合的な調整を行いつつ、市町村段階で在宅・施設を通ずる福祉サービスを一元的に提供することができる」

と考えている。実際、社会福祉関係8法改正により、特別養護老人ホームへの入所「措置」の権限が、1993年4月より都道府県から市町村に移譲されるなど、この方向での改革が行われている。

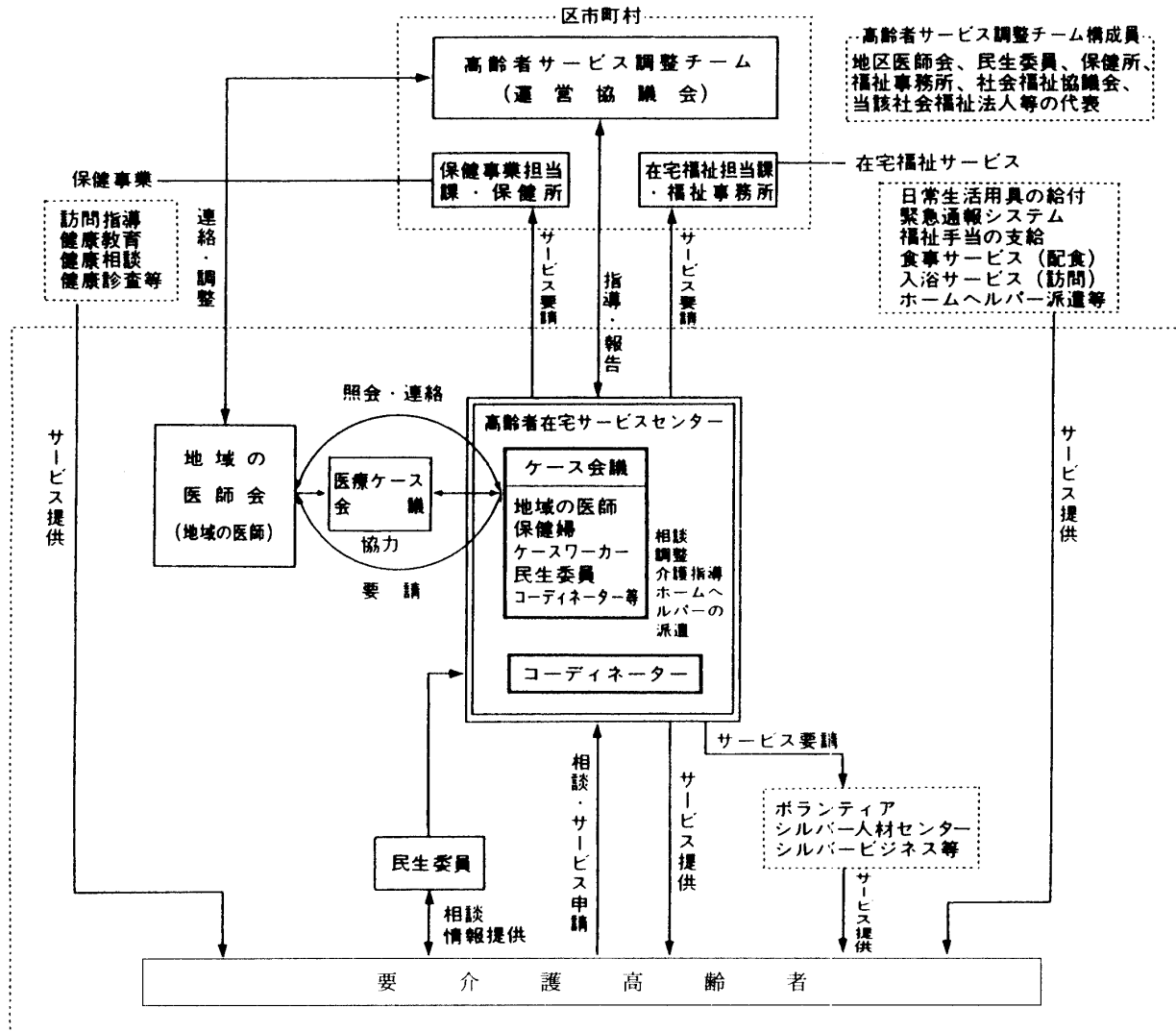
第2は在宅福祉の充実であり、

「施設福祉の拡充整備を図りつつ、高齢者や障害者等が住みなれた地域で暮らしていけるよう在宅福祉を一層進め、地域福祉の向上に努めなければならない。このため、ホームヘルパーの派遣、デイ・サービス、ショートステイをはじめとする各種の在宅福祉施策の一層の拡大とその充実を図ることがとりわけ必要となる」

との指摘がある。この指摘をみる限り、特別養護老人ホームといった施設の充実、ホームヘルパー派遣などの在宅福祉の充実、両面作戦のようにみえる。実際、わが国の高齢者ケア施策はこの両面で展開されている。しかし、同時に「高齢者や障害児・者が可能な限り在宅で生活できるよう」各種在宅福祉サービスや通所施設の量的拡充を推進すると言及しているように、その方向性は明らかに施設施策ではなく在宅重視である。もちろん、寝たきり老人が数十万単位で存在し、しかもその数が急増していること、これはわが国よりも高齢化が先行した諸国ではほとんどみられない現象との指摘があるように²⁾、まずもって、要介護状態の発生を極力少なくするような施策の展開が最優先の課題である³⁾。

このようにみえてくると、特別養護老人ホームでの介護といった施設施策については、心身の状況や在宅事情から在宅での介護が無理な場合そこの専門的処遇が期待されることになる。現状では施設の絶対的不足がみられるが、これは、多数の高齢者の施設入所順番待ち（数年に及ぶ）や病院へのいわゆる「社会的入院」を促す要因となっている。ここにもう1つの「福祉施設」で

図1 高齢者地域ケアシステムの1例⁵⁾



ある病院での問題、即ち長期入院の問題が出てくることになる⁴⁾。

第3に提言があげるのは、福祉と保健・医療との連携強化・総合化についてである。例えば、市町村老人保健事業や在宅福祉サービス、施設措置をめぐり、関係機関の連携が重要であり、地域社会において総合的な福祉・保健・医療サービス体系の確立を目指そうとしている(図1参照)⁶⁾。

第4に民間福祉サービスについて触れている。増大、多様化する国民の福祉需要に的確に対応していくためには、公、民間あるいは両者の協働方式による供給主体がそれぞれの特性を活かしながら多様な福祉サービスを展開していく必要があるとの認識の下、政策融資などの一層の充実を図ることにより民間福祉サービスの健全育成を促すとしている。特に、

「民間事業者としての創意工夫を活かして多様な形態でその特性を発揮できるよう、社会福祉事業法の対象として新たな規制を課すことなく、行政指導と民間事業者による自主規制方式により対応するべきである」

と指摘している。規制緩和の流れの中、注意をひく提言である。

この他、提言では、福祉の担い手の育成と確保、サービスの総合化・効率化を推進するための福祉情報提供体制の整備を掲げ、結局のところ、新たな社会福祉を展開するにあたっての基本的考えとして以上の6点をあげている。これらの基本的考え方は、個々それぞれに多くの課題を抱えている。例えば、一方で公的な在宅福祉サービスを充実するとしながら、他方で民間福祉サービスの展開を支持している。そこには、福祉サービスをめぐる公私の役割分担の問題がある。即ち、どの程度を公的に市町村が行い、どの程度を民間サービスに委ねるかといった問題である。このように個々には議論の余地があるものの、以上の提言は、今後わが国が高齢者ケア施策を展開するにあたって基本的には正しい方向を示すものとして評価できる。

III 1999年への目標「ゴールドプラン」

—その評価と問題点—

施策の定性的な方向とともに、公的な福祉システムが個人の私的な生活をどこまで支えるのかその定量的な水準を含んだビジョンがある程度明確でなければ、加齢にともない発生する寝たきりや痴呆状態に対する国民、住民の不安は大きい。

「高齢者保健福祉推進十か年戦略」、いわゆる「ゴールドプラン」が、厚生大臣、大蔵大臣、自治大臣の合意の下発表されたのは、1989年12月のことである。このゴールドプランには、寝たきり老人ゼロ作戦、生きがい対策などが盛り込まれている。特に、居宅の高齢者に対する福祉サービスや老人保健施設といった施設入所の高齢者サービスについて、それらの施策の整備目標を具体的な数値とともに掲げ、強力に推進することにより今世紀中に施策目標の実現をうたったことにその特徴がある。

具体的には、1999年までを目標に、市町村による高齢者在宅福祉対策として、

ホームヘルパー	10万人 (3.2倍)
ショートステイ	5万床 (11.7倍)
デイサービスセンター	1万か所 (9.9倍)
在宅介護支援センター	1万か所 (新規)

の確保を目指すこと、また、高齢者が利用する施設に関しては、

特別養護老人ホーム	24万床 (1.5倍)
老人保健施設	28万床 (15.8倍)
ケアハウス	10万人分 (新規)
過疎高齢者生活福祉センター	400か所 (新規)

の整備を掲げている（()内は、1989年度実績に対する目標値の倍率である）。

表1は、厚生省が参議院予算委員会に提出した資料であり、(A)として在宅福祉について、(B)として施設対策について、ゴールドプランの推進状況が報告されている。

例えば、ホームヘルパーでみると、1989(平成元)年度までの実績が3万1,049人であり、1999

高齢者介護施策の方向

年度までに10万人の確保を目標としている。したがって、計画達成にはあと6万8,951人のホームヘルパーの増加が必要となる。1994年度では、単年で6,600人の整備を目標とし、それにより計画期間内での累積が3万8,094人となるから、この3万8,094人は、目標の6万8,951人の55.2%にあたり、この場合、推進率を55.2%としている。

各施策の推進率を計画5年目の1994年度でみると、特別養護老人ホームの71.9%が高く、ホームヘルパー、ショートステイ、高齢者生活福祉センター、老人保健施設、デイサービスといった施策が概ね40%から40%台後半といったところである。これに比べ、計画半ばにしてはケアハウス(17.8%)や在宅介護支援センター(19.9%)といった施策の推進率はかなり低い。この2つは、ゴールドプランによる新規の施策である。なお、このケアハウスは介護をさほど必要としな

表1 高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)の推進状況

(A) 在宅福祉十か年事業の推進状況

項目	元年度までの実績		2年度実績	推進率(%)	4年度実績	推進率(%)	6年度予算	推進率(%)	11年度目標	推進率(%)
ホームヘルパー(人)	31,049	単年	7,896		7,952		6,600			
		累計	7,896	11.5	25,494	45.7	*38,094	55.2	68,951	100.0
		総数	38,945		56,543		*69,143		100,000	
ショートステイ(床)	4,274	単年	5,402		4,426		4,600			
		累計	5,402	11.8	13,523	38.3	*22,123	48.4	45,726	100.0
		総数	9,676		17,797		*26,397		50,000	
デイサービス(カ所)	1,012	単年	603		519		850			
		累計	603	6.7	1,731	28.7	*3,431	38.2	8,988	100.0
		総数	1,615		2,743		*4,443		10,000	
在宅介護支援センター(カ所)		単年	163		391		600			
		累計	163	1.6	791	13.9	*1,991	19.9	10,000	100.0
		総数	163		791		*1,991		10,000	

(B) 施設対策推進十か年事業の推進状況

特別養護老人ホーム(床)	155,617	単年	19,198		10,012		10,000			
		累計	19,198	22.8	40,662	60.0	*60,662	71.9	84,383	100.0
		総数	174,815		196,279		*216,279		240,000	
老人保健施設(床)	17,729	単年	27,014		15,098		26,000			
		累計	27,014	10.3	53,607	28.8	*101,607	38.7	262,271	100.0
		総数	44,743		71,336		*119,336		280,000	
ケアハウス(人)	-	単年	750		1,240		7,000			
		累計	750	0.8	3,760	10.8	*17,760	17.8	100,000	100.0
		総数	750		3,760		*17,760		100,000	
高齢者生活福祉センター(カ所)	-	単年	33		30		40			
		累計	33	8.3	101	35.3	*181	45.3	400	100.0
		総数	33		101		*181		400	

注(1)「単年」はその年度の増加数、「累計」はゴールドプラン期間内の増加数。

(2) *は前年度までの実績に当該年度の増加見込みを加算したもの(試算)。

[出所] 参議院予算委員会調査室『財政関係資料集』, 1993年, 21頁。

い高齢者を対象としている。政府は現在、地方自治体による公営の介護付き高齢者在宅の設置に向け準備を進めている。

このように、ゴールドプランは、1999年に向けて高齢者施策の定量的な目標を掲げ、その推進をうたっている。ただ、具体的な数値目標を掲げ、その目標達成の推進を主張したのは実はゴールドプランが最初ではない。ゴールドプランの前年、1988年10月に厚生省と労働省は共同で「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」（いわゆる「福祉ビジョン」）と題する報告書を国会に提出している。この報告書においても高齢者に対する在宅・施設福祉対策として具体的な数値目標が出されており、ゴールドプラン発表の前年という点からも興味深い。

これをみると、目標達成年度がゴールドプランより1年遅い2000年度ではあるが、ショートステイやデイサービスセンターの水準については、それぞれ5万床、1万か所とゴールドプランの水準と同じである。特別養護老人ホームや老人保健施設についても、あわせて定員約50万人分程度の整備を目指すとしているので、ゴールドプランでの両施設の整備目標、合計52万床とほぼ同水準であるといえる。ただ異なるのはホームヘルパー施策である。福祉ビジョンではその整備水準を5万人としているのに対し、既に触れたように、ゴールドプランでは10万人の確保を目指し、目標水準が福祉ビジョンの2倍と大幅に引き上げられている。

それにしてもゴールドプランの整備目標が完全に達成されたとして、

「国民が健康で生きがいをもち安心して生涯を過ごせるような明るい活力のある長寿・福祉社会」⁷⁾

が本当に実現されるだろうか。そのような福祉社会の実現を論ずるにはゴールドプランの内容ではあまりにも簡素に過ぎると言わざるをえない。

結局のところ、ゴールドプランや福祉ビジョンの掲げる施策の水準は全国レベルのマクロの数値であり、具体的な数値目標を掲げているとはいっても、実際、自宅でのあるいは施設での介護を必要とする寝たきり老人や痴呆老人にとって、将来どのような介護体制が用意されるのか、どのような介護施策の水準を目標としているのか、両報告書によってその具体的なイメージを描くことはできない。逆に言えば、ゴールドプランに掲げられた具体的な数値の根拠がプランにはないのである。

この点、ゴールドプランの目標が完全に達成された場合の老人福祉の姿を論じたものがないわけではない。例えば、その施策は、イギリスの水準に近くなり、アメリカの公的在宅ケアの水準は追い抜く。しかし、北欧諸国に比べれば、5分の1から10分の1程度であり、一部の地域を除いてあくまで家族介護の支援の域をでない、との評価がある⁸⁾。この場合、そうであるなら、わが国においては、在宅ケア＝家族によるケアという色彩がかなり強いことになる。

もちろん、実際の施策の展開のあり様は、地域の特性や地域・自治体の老人福祉への取り組み（意欲）、財政力によってかなり異なってくる。1990年、老人保健法、老人福祉法の改正が行われ、ゴールドプランを推進するため都道府県及び市町村単位で93年度中に「老人保健福祉計画」の作成を行うことが義務づけられた。図2-1、2-2は、いくつかの自治体の老人保健福祉計画を

図2 在宅介護サービスプログラムのモデル（目標）
— 寝たきり老人のケース —

2-1 A自治体(市)のモデル

サービス区分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4							
	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水					木	金	土	日			
ホームヘルプ	◎		◎		◎			◎	◎	◎												◎	◎	◎					◎	◎									◎			
デイサービス		◎		◎					◎		◎												◎		◎					◎									◎			
ショートステイ												◎◎			◎◎◎◎◎◎																											
機能訓練	○				○			○				○										○				○			○										○			
訪問指導										☆																																
老人訪問看護							□														□	□																□				

2-2 B自治体(町)のモデル

サービス区分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4							
	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水					木	金	土	日			
ホームヘルプ	◎					◎									◎				◎			◎				◎			◎										◎			
デイサービス		◎◎◎													◎◎◎				◎			◎◎◎				◎◎◎				◎◎									◎			
ショートステイ							◎	◎◎◎◎◎◎																																		
機能訓練	○		○												○		○					○				○			○										○			
訪問指導						☆													☆							☆													☆			
老人訪問看護	□														□							□				□			□										□			

2-3 21世紀福祉ビジョンのモデル

サービス区分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4							
	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水					木	金	土	日			
ホームヘルプ	◎◎◎◎◎◎							◎◎◎◎◎◎							◎◎◎◎◎◎				◎◎◎◎◎◎			◎◎◎◎◎◎				◎◎◎◎◎◎				◎◎									◎◎◎◎◎◎			
デイサービス	◎		◎		◎			◎		◎		◎			◎		◎		◎			◎		◎		◎				◎◎									◎			
ショートステイ																										◎◎◎◎◎◎																
機能訓練																																										
訪問指導																																										
老人訪問看護	□						□	□				□			□						□	□				□													□			

参考に、目標としてのサービス・プログラムのモデルを例として示したものである。

IV 21世紀福祉ビジョン

— ゴールドプラン5年目の新ビジョン —

ゴールドプラン4年目も終盤の1994年3月28日、高齢社会福祉ビジョン懇談会は、報告書「21世紀福祉ビジョン— 少子・高齢社会に向けて —」をまとめ、当時の厚生大臣に提出した。社会保障の枠組み、財源構造のあり方など基本となる問題や各種施策に関しての中長期的な方向性を示したものである。注目されるのは、施設サービス・在宅サービスを通じて目標水準の「思い切っ

た引き上げ」を内容とした「新ゴールドプラン」策定への言及がなされている点である。

「国民誰もが身近に、必要なサービスをスムーズに手に入れられる介護システム」を「国民全体の公平な負担」で賄うとし、基本的に報告書では、21世紀に向けて社会保障の支出構造を改めていく必要があるとしている。高齢者介護や児童福祉を軸に福祉の費用を増加させていき、1993年の年金：5 (53%)、医療：4 (37%)、福祉：1 (10%) という割合を、2025年にはそれぞれ5 (53%)、3 (31%)、2 (16%) に転換させるという提言である。

ここで、21世紀福祉ビジョン報告本体に付された「社会保障に係る給付と負担(社会保障負担・公費負担)の将来見通し(試算)」の一部を取りあげたい。そこには、具体的な老人介護のサービス水準が、その方針とともに明らかにされているからである。

この「試算」では、社会保障全体に係る給付と負担の将来について、4つのケースを想定している。その内2つが老人介護の充実を図るケースである。具体的には、

「ゴールドプランの拡充を含め対策を推進し、介護を必要とする老人に対しその必要に応じてサービスを提供できるような体制を整備する。具体的には、在宅サービスについては各種サービスメニューの組み合わせにより在宅の寝たきり老人等が毎日何らかのケアを利用できるようなサービス量を確保し、施設入所を希望する者には待つことなく入所できるような施設整備を進めるなど在宅・施設を通ずる老人ケア・システムの整備を図る」その際、在宅の寝たきり老人について想定しているサービス水準は、

ホームヘルプサービス	週3～6回
デイサービス、デイケア	週2～3回
老人訪問看護	週1～2回
ショートステイ	年6回

といったものである⁹⁾。これは、

「寝たきり老人に対して具体的にどのサービスがどの程度提供されるかは、寝たきり老人等の状態、地域やシステムのあり方によって異なるが、各種サービスメニューを組み合わせ、毎日いずれかのケアが行われるようにするという考え」

によっている。

上の介護サービスに関する数値は、ゴールドプランのものとは異なり、要介護者1人1人に対するミクロの数値である。特に、要介護者の中でも虚弱老人ではなく寝たきり老人を対象にしたものだという。しかし、それにしてもそれぞれのサービスの回数に幅がある。また、これらは、ゴールドプラン目標水準の思い切った引き上げを主張している21世紀福祉ビジョンに付された数値であるが、地方老人保健福祉計画研究班ガイドライン検討部会によって、ゴールドプラン2年目の1991年11月に発表された数値と全く同じである¹⁰⁾。

ゴールドプランを思い切って見直すという21世紀福祉ビジョンが描く高齢者介護サービスの姿とはいったいどのようなものであろうか。手掛かりは、厚生省が編集した『21世紀福祉ビジョン』の「データ編」にある。このデータ編の中の内容は、上記21世紀福祉ビジョン報告本体に付され

たデータに比べ、より具体的内容となっている。図2-3はそのデータ編の中のデータに基づいている¹¹⁾。サービス内容については、ゴールドプラン下での図1-1、1-2に比べればわかるとおりかなりの増加のように見える。しかし、ホームヘルプサービス1回とは何時間をもって1回としているのか、夜間の介護はどうなっているのかなど、不明な点も多く十分な内容とはなっていない。

確かに、高齢者福祉サービスに関するマクロの数値は、国や地方自治体が予算を編成するにあたっての指針として重要なものである。また、個人レベルでは、不幸にも要介護者を抱えた親族になった場合、実際にどの程度の公的サービスが利用可能になるかは具体的な行動を起こすことによって明らかになる。したがって、身近な地域で現在どの程度のサービスがどの程度のコストで利用できるのかは知ろうと思えばそれほど困難なことではない。

しかし、実際にサービスを利用する者にとってだけこの種の情報が重要なのではない。若・中年層にとっても劣らず重要なものである。なぜなら現在、サービスの財源の多くを支えているのはこの層だからであり、近い将来サービスの利用層となるからである。一体現在どの程度の公的サービスがどの程度のコストで受けられ、また特に将来受けられるようになるのか、そのことがある程度明確でなくては、政府の施策に対して漠然としたものにせよ評価はできない。サービス利用者としてだけでなく、特にそれを支える納税者の視点に立つとき、わが国が今後いかなる高齢者介護施策を展開しようとしているのか、それぞれのケースに応じたよりわかり易いサービス内容など、国・自治体の施策に関する一層の情報公開・PRが望まれる。

V 今後の展開と国民の認識

各都道府県の策定した老人保健福祉計画が集計され、1994年8月2日、それに基づいて「新ゴールドプラン」の素案の発表が行われた。その内容は、例えば、99年度を目標にホームヘルパー20万人、デイサービスセンター2万か所の確保などである。現行ゴールドプランの2倍の水準である。確かに、制度・施策の見直しは必要であり怠ってはならない。しかし、もともと老人保健福祉計画は、現行ゴールドプランの推進のため策定されたものである。であるとすれば、老人保健福祉計画の策定後ただちに見直さなければならない“ゴールド”プランとは一体何だったのか率直な疑問は残る。

最近の注目すべきもう1つの動きとして、社会保障制度審議会による公的介護保険導入の提言がある(1994年9月8日)。厚生省は、早ければ97年度の導入を目指しているという¹²⁾。

施策のための資金確保の問題も含め、現在のあるいは将来の高齢者施策をどのように評価し、それをどのように展開していくかは、その結果がどのようなものであれ、結局のところ選挙民であり納税者たる国民1人1人の認識にかかっている。その際、介護期間の長期化、都市化・核家族化の進行、女性の社会進出といったわれわれを取り巻く経済・社会の様々な変化が起こっていること、このことを正しく理解することが何よりも大切であるように思われる。

注

- 1) 高齢者施策の基本方向に関する懇談会「高齢者施策の基本方向に関する懇談会報告」, 1993年8月.
- 2) 生活者優先の長寿福祉システム研究会「生活者優先の長寿福祉システム研究会報告書——参加型の長寿福祉社会に向けて」, 1993年6月17日.
- 3) この点, 精神科医師・稲庭千弥子による報告「痴呆をつくる不思議な国」は興味深い, 『ほんとうの長寿社会をもとめて』, ぶどう社, 1992年, 80~97頁.
- 4) したがって, 老人介護施策を考える場合, 実は病院の存在が大きな比重を占めることがわかる. 次の指摘がある. 「老人病院の大半に定額払い制を“選択”させ, それらを病院という名を残したままで事実上長期療養施設化するのが, 厚生省の現実的方針だと考えられる」(二木立『90年代の医療と診療報酬』, 勁草書房, 1992年, 126頁). 問題は, 長期療養の際の「生活の場」としての病院が適しているかどうかである.
- 5) この図は, 東京都『東京都地域福祉推進計画』, 1991年, 46頁によっている.
- 6) 地域ケアシステムの確立に関しては, 6つの地域別の対応が必要であるとの指摘がある. 1つは, 東京都のような大都市. 2つ目は, 京都, 福岡といった人口100万を超える都市. それに, 県庁所在地や人口30万を超える都市で3つである. これら100の都市で人口5,000万をカバーする. 4つ目は, 550の地方都市. 2,600の町村で5つ. 最後に, 山村・離島といった過疎地域である. 老人介護政策国際比較シンポジウム報告『高齢者のための地域ケアシステム』, 中央法規出版, 1993年, 10頁.
- 7) 厚生大臣・大蔵大臣・自治大臣合意「高齢者保健福祉推進十か年戦略」, 1989年12月.
- 8) 二木立, 前掲書, 121~122頁.
- 9) 高齢社会福祉ビジョン懇談会「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて—」, 1994年3月28日.
- 10) 地方老人保健福祉計画研究班ガイドライン検討部会「“老人保健福祉計画策定指針の骨子”について」, 1991年11月.
- 11) 厚生省大臣官房政策課『21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて—』(含データ編) 第一法規, 1994年, 143頁.
- 12) 介護保険の定義や問題点については, Somers, A.R. “Insurance for Long-Term Care.” The New England Journal of Medicine, Vol.317, No.1, July2, 1987, pp.23-29.

(平成6年10月24日受理)