

の連携の確保が目指されるのであれば、計画の名称から「老人」が取れ、「医療」が加わるなどの将来的な見通しと、その道筋が示される必要がある。

先見性を取れば実効性に難があり、実効性を重んじれば先見性が失われる。先見性と実効性の相剋のなかでどちらにより重みを置くべきかといえ、先見性のほうであろう。科学が目指すのもまた先見性である。

計画の策定に用いられる計算方法はそれなりの統計学的な厳密性を有するものだが、科学的に厳密だから社会に応用できるということにはならない。他に優れた計算法があっても、国の採用した計算式だけが金科玉条のごとく扱われ、これに沿った研究だけが奨励されるような事態は好ましいことではない。また途中で計算方法が訂正されると、試合の途中でルールが変更された球技のような混乱が生じてしまう。医療計画の見直し、必要病床数の計算式の変更、老人保健施設の病床数算定からの除外などにより、病床数に若干のゆとりのできた中都市で、病院の増床、新築の申請が殺到し、納得のいく審査の規準が準備されておらず、その調整に苦慮しているところがある。信頼性は

定期的な見直しというローリングシステムで担保されるとは限らない。

行政計画は自然科学における哲理とは異なり、その科学性と成功率とは必ずしも相関しない。むしろ、あまり科学的でない行政計画のほうが成功するという皮肉な見方さえある。したがって行政計画で強調されるべき科学性は、計算式や人口推計学の厳密さではなく、古い価値観や考え方を捨て去ることであり、批判と対案に耳を傾ける謙虚さをもつことであろう。

得られた成果に対しての客観的評価を怠ったり、自説に固執して唯我独尊になったりすることは科学においてもっとも戒めるべきものである。関連雑誌で医療計画や老人保健福祉計画を称賛する論調ばかりが目立つのであれば、科学としては黄色信号、サッカーのイエローカードである。計画の限界と問題点がいつも自由に語られ、それが行政にフィードバックされること、その環境づくりが行政計画の科学性と信頼性を高める条件になるものと考えられる。

以上、保健福祉計画の光と影について若干の私見を述べさせていただきました。(拍手)

【レポート】

老人保健福祉計画策定上の課題と東京都の状況

東京都立大学教授 小林 良二

濃沼先生が格調高い総論をやってくださったので、私はすぐ各論に入りたい。タイトルを「老人保健福祉計画策定上の課題と東京都の状況」ということで、少しデータを扱いながらお話しさせていただきたい。

私の老人保健福祉計画に関する経験は大変限られていて、東京都の自治体でいくつか計画策定の委員として参加させていただいた程度である。それから今日のご報告は保健面はほとんどなくて、

福祉のほうが中心になるということを最初に申し上げておきたい。また東京都の計画策定状況は、全体的に出揃っておらず、数が限られているが、東京都から資料をいただいて、私なりに加工してみたものである。したがって全体的な傾向を指摘するというわけにはいかず、若干の特徴と考えられる点をお話しさせていただくことになるかと思う。

もうひとつ、計画策定に委員として参加したと

いっても、実際に事務当局が大変ご苦労をなさって計画をつくっている裏の事情はよくわからない。今回も本来だったらいくつか関連の自治体にお邪魔して、お話をうかがってくればよかったのだが、時間が許さなかったので、東京都の資料を見せていただくことと、私の手元に集めたいくつかの計画書を読んで報告するにとどまる。したがって個々の自治体の計画の状況を評価するということではなく、あくまでも私の感じている限りでの特徴を申し上げることにさせていただきたい。

お手元のレジュメに、私が今日の報告で注目したい点が5点ほど書いてある。第1点はサービス目標値の設定である。2番目は在宅保健福祉サービスの圏域設定、エリアの設定と、そこにおける相談体制である。3番目はこれに関して保健福祉関連部局の組織体制をどういうふうに今後変えていくかということについての知見である。4番目の住民参加と5番目の財政の裏付けは、あとの澤井先生がご専門なので安んじてそちらにおまかせし、私のほうは一般的な指摘にとどめたい。

ところで今回の計画策定について全体的な特徴と考えられることがある。2000年を目途とするゴールドプランによる保健福祉サービスの整備がいま行われているが、厚生省が中心になって、大森先生が中心になってと申し上げたほうがいいかもしれないが、『老人保健福祉計画策定必携』という非常に細かいマニュアルが出されている。この内容は大変微に入り細をうがっていると考えられるわけで、市町村老人保健福祉計画の項目を見ると、策定体制、住民参加、決定公表、決定策定の時期、計画期間、現状把握、サービスの実施状況の現況、サービス目標量、サービス提供体制、調整および連携、社会参加、生き甲斐というように、きわめて細かく計画の内容が指示されている。

国際的に見てこういう細かいマニュアルが出され、それに基づいて3200余りの自治体が策定を行うということがあるのか、私はよくわからないが、福祉の分野でこういう計画策定体制がとられたというのは、国際的に見てもユニークなことではないかと思う。いま濃沼先生のほうからお話があったように、これがどういうことを意味するのか。

全体的に策定についてのレベルアップをはかられたことになるのか。これはたぶんそうだと思う。これだけの細かい指示内容を出されているので、それに基づいて計画をつくりなさいということになれば、それだけ策定上のレベルが上がるだろうと思う。

しかし、逆にいま問題になっている自治体の自主性というのが、どこに現れてくるのか。細かいマニュアルを出せば出すほど、それにのっとることになるから、自主性は損なわれる。一方で地域の自主性、自治体の自主性を奨励するということがどういう形で現れてくるか。このへんが全体的な計画策定のプロセスを後に検証するときに、非常に重要な視点になるかと思う。

にもかかわらず、実際に内容を見てみると、かなりバラツキがあるのではないか。それがこれからお話しさせていただく内容になるわけである。

まずサービス目標値の設定だが、よく指摘されているように、目標値をつくりなさい、それに基づいて、これからの施策内容をコントロールしていきなさいという形になっている。目標値に基づいて施策内容を制御していく。制御するということは計画のいちばん基本的な要素であるから、目標値の設定は大変意義のあることだと思う。

しかし、ちょっと考えてみて、医療と福祉の分野を両方同じレベルで目標値の設定ができるのかということが気になる。住宅計画であるとか、施設計画、つまりベッド数の計画、これは医療であればもちろん病床数であるが、福祉の分野でも老人ホームのベッド数などは比較的計画しやすいのではないか。これに対して、今回の老人保健福祉計画は地域福祉計画、地域の在宅福祉サービスを充実させるという性格をもっているが、在宅諸サービスまで数値をはっきり出せるかどうか、出すとしてもどのような意味になるか、そのへんがひとつ課題になるのではないか。目標値のあり方についてそう思うわけである。

第2はサービス圏域の設定であるが、これも厚生省のマニュアルのなかに書かれていることであって、従来のサービス、特に福祉サービスの体制が行政領域における一元的体制であったのを、で

きるだけ小地域におおして、住民に身近なところで、きめの細かいサービス体制をつくっていくということがうたわれている。そういう住民に密着したところでのサービス提供体制をつくっていく必要があるということである。その場合、当然大都市では一定の人口割合に基づいてサービスエリアをつくっていかなければならなくなるので、これに伴ういろいろな問題が発生する。これも注目すべき点であるかと思う。

第3点はこれとの関連で、サービスの供給体制と実施体制をどう関連させるかである。たとえばエリアごとにサービスの実施体制をおおしていくことになる、従来行政がもっていた、福祉の場合には福祉事務所、あるいは保健所等を中心にする体制から、もっと地域分散型のサービス供給体制にしなければならないわけで、それに伴っていろいろなサービス拠点であるとか、そこに配置するマンパワーをどうするか、決定権限をどのようにするかということが、非常に大きな課題になる。このへんがどの程度まで触れられているかということも注目していいかと思う。

4番目の参加のところだが、これについてはいろいろな住民参加の情報が寄せられているが、住民が参加し直接サービスの供給についてのいろいろな案を出していく、それを行政が取り上げていくという秋田県鷹巣町の例が大変有名になったが、ここの方式はアクションプランのような形で、結果をそのままサービスの実施に移しているようである。やはり住民がかかわったほうが、その後の計画の実施に対するお目付け役となる。住民が見ているなかでつくられたということが重要な点だと思う。

もう少しいえば職員の参加ということも大変重要な点であるように思う。参加というのはいくつかのレベルで考えなければならないが、企画当局だけでやるようなタイプ、もうちょっと広く全庁的に職員が入っているようなタイプ、住民が何らかの形でかかわるタイプ、各種団体の代表や学識経験者だけでなく、もう少し広く住民がかかわるようなタイプ、また住民説明会がどういう形で行われたかという点、このあたりが今後の計画の実

施に対して非常に大きな影響を及ぼすことは、たぶん間違いないだろうと思う。

財政については私はまったくの専門外であるが、一般的にいうと、この計画を基本計画、あるいは長期計画のレベルでとらえるか、実施計画のレベルでとらえるかということによって、ずいぶん財政当局の対応も違ってくるようである。実施計画だとすぐ具体的な数値が関係することになるので、財政的な裏付けがないといけませんが、長期計画ととらえると、これは目標値である。したがって何年間かのローリングをして、実施していくのだということで、やや余裕が出てくることになる。その場合には、ここに書かれた数値というのは、純粋な意味で目標値になるのだろうと思う。このあたりが各自治体でどのような取り扱いを受けるかという点を注目していいのではないか。

以上のような前置きをして、東京都内の自治体の例を少し見ていきたい。お手元に参考資料を差し上げてあるので、それにしたがってご報告したい。なお資料はコンピューターからそのまま打ち出したものなので、見にくくて恐縮である。東京都の方にご協力いただいて整理はしたけれど、数値が完全に入っていない自治体もある。

自治体名をAからAAとした。名前を公表してもかまわないのだが、自治体のほうで横並びを嫌うということがあるそうなので、一応アルファベットにした。ただしここに記載したものは、計画として公表されており、さほど問題はないのだろうと思う。ただ、この数値はこれから動く可能性もあるとのことで、そのへんも配慮しなければいけないのかとも思う。

表1はホームヘルプサービスで、表2がデイサービスとショートステイ、表3が施設サービスで、ここでは特別養護老人ホームと老人保健施設とケアハウスの数字が載っている。表4がそれを総括したものである。

最初にこの4つについて私が見た感じを申し上げたい。

まずホームヘルプサービスである。これはやや余分なことだが、目標値の表示の仕方でいちばん多いのは、右から3列目のようにホームヘルパー

表1 ホームヘルプ

自治体	総人口	高齢人口	高齢者率	目標年	ホームヘルプ目標値	ホームヘルパー人数	(パーミル)	ホームヘルプ備考
A	647,978	93,594	14.4	12年	要6W, 痴3W, 虚6W	1,230	13.1	
B	505,648	86,583	17.1	15年	14M	819	9.5	
C	525,618	81,764	15.6	14年	ね3-25W, 痴17W, 虚1-17W	866	10.6	
D	567,100	67,000	11.8	11年		720	10.7	
E	445,796	73,116	16.4	12年	ね3-6W, 痴3-6W, 虚1-2W	340	4.7	
F	319,129	62,006	19.4	11年	ね4.1W, 痴4.1W, 虚1.7W	598	9.6	
G	326,667	58,800	18.0	12年				780世帯→1,160世帯
H	271,445	48,131	17.7	13年	要3-6W, 虚1-2W			630世帯→1,300世帯
I				12年				常勤18委託200登録40
J	255,000	43,100	16.9	12年				401世帯→1,200世帯
K	234,060	40,507	17.3	12年	要4-6W, 痴4W, 虚4W	331	8.2	27,420回→19,336回
L	226,737	29,987	13.2	12年	要4W, 虚1W	500	16.7	
M	203,936	28,018	13.7	13年	ね6W, 痴6W, 虚2W	213	7.6	
N	197,000	35,400	18.0	12年	ね4W, 準ね2W, 虚1W	170	4.8	
O	168,313	27,708	16.5	12年	ね5W, 痴4W, 虚1W	170	6.1	
P	171,086	28,626	16.7	14年		315	11.0	
Q	210,000	25,000	11.9	12年		460	18.4	
R	132,000	20,570	15.6	12年	要3W, 虚1W	262	12.7	
S	148,000	21,710	14.7	12年	要6W, 痴6W, 虚2W			
T	129,843	15,425	11.9	13年	介護6W, 介助3W, 家事1-2W			
U	103,945	15,288	14.7	11年	ね4W, 痴4W, 虚1W	190	12.4	
V	73,155	11,559	15.8	11年	1-6W			
W	59,800	7,100	11.9	12年	ね3W, 痴3W, 虚2W	68	9.6	
X	50,062	10,619	21.2	14年	要4W, 痴4W, 虚2W	43	4.0	
Y	8,169	2,175	26.6	12年	ね4W, 痴4W, 虚2W	11	5.1	
Z	8,764	2,135	24.4	11年	ね4-6W, 痴3W, 虚1W	13	6.1	151回→9,416回
AA	4,422	1,176	26.6	12年	ね4-6W, 痴3-6W, 虚1W	3	2.6	
留辺蘆町	8,598	2,380	27.7	12年	ね4W, 痴4W, 虚2W	10	4.2	
鎌倉市	177,260	35,630	20.1	11年	ね3W, 痴2W, 虚1W	153	4.3	
野洲町	33,851	3,743	11.1	12年	ね4W, 痴3W, 虚1W	25	6.7	
国		2,134万人		11年		100,000	4.7	
東京都		183万人		12年		20,600	11.3	

注) ホームヘルプ目標値のうち,「要6W」は,要介護者と週6回サービスを提供することを意味する。以下,「痴」は痴呆,「虚」は虚弱老人,「ね」はねたきり老人,「M」は月当たりをさす。

の人数で表示するというものだが、それだけではなく、いちばん右側の備考のところに書いてあるように、目標値を世帯数で表示している自治体もある。このへんもかなりまちまちで、人数を書くといちばん拘束される可能性があるとして、自治体では考えているのか。どの表示方法がいちばん拘束力があるのかというあたりも、大変興味深いところである。いずれにしてもいくつかの自治体では世帯数、あるいは回数で表示している。

ところで、この表の自治体の並べ方は人口規模別になっている。人口の多い順に A から AA まで並べている。差し当たって右から 2 つ目の行のホームヘルパーの目標設置率を見ていただきたい。これを見ただけでは何だかよくわからないので、いちばん下の行に書いた東京都の数字を見てほしい。これは東京都が平成 3 年 1 月に発表した地域福祉推進計画のホームヘルパーの設置数で 2 万 600 人となっている。これを計画年次の平成 12 年における老人人口で割ると、1000 人当たり 11.3 人で、これが東京都が示したホームヘルパー全体の目標値になる。次に国の数値を見ると、これはゴールドプランで 10 万人のホームヘルパーの設置ということになっていて、老人人口が 2134 万人だから 1000 人当たり 4.7 人ということになる。この基準を使ってみよう。

大雑把に分けて、設置目標率が 10 パーミル以上の自治体と、国の水準以上 10 パーミル以下の自治体と、国基準以下の自治体とに分けてみる。目標数値を示している自治体は 20 で、そのうち 10 パーミル以上は 8 になる。つまり 8 自治体がだいたい東京都の水準かそれ以上ということになる。いちばん多いところは Q 市で 18.4 パーミル、これがいまのところいちばん高い。次が L で 16.7 パーミルということで、これらは東京都の水準から見てもかなり高い。次に国基準以上で 10 パーミル以下というのを見ると B、F 等で、全部で 10 自治体になる。20 分の 10 で約半分がこの間になる。国水準以下の自治体は、そういう比較がいいかどうかは別にして、2 となる。このように見ると全般的に東京都の場合には、ホームヘルプサービス目標値は全国レベルより高い数値に設定されている。

これは大都市地域の特徴として当然ではないかと思う。

こうした比較がいいかどうかは別であるけれど、一応国や都の水準に対して、各自治体でそれなりの計算をしてやった結果がこうなったということで、大変興味深い数値になるのではないかな。

次のデイサービスとショートステイのところをご覧いただきたい。デイサービスは老人在宅サービスセンターの設立と関連するが、これはどのように計算したかというところ、左から 3 番目の「デイサービス」が各自治体の計画値で、たとえば A 自治体では 30 ヲ所、B は 25 ヲ所のデイサービスセンターをつくる等々となっている。次のデイサービス（国）であるが、デイサービスセンターは人口 2 万人に 1 ヲ所という基準が、国の方針として出されており、東京都もだいたい同じような水準になっている。そこで、この計画値と国基準での数値を比較してみると、自治体の国水準あるいはそれ以上というののがかなり多くなる。最初の A は計画で 30 だが国水準で見ると 32 になる。B は 25、25 で、これはたぶん 2 万人に 1 ヲ所という水準で出した数字だと思う。つまりこの数値が一致しているのは、国ないし都の水準をそのまま採用した数字だと考えていい。

先ほどのホームヘルプサービスと同じように考えていくと、27 自治体ではっきりした目標値が出ているが、このうち 2 万人という基準通り、あるいはこれを超えているものが 19 で、かなりの自治体が水準ないしそれ以上ということになっている。たとえば T という自治体は、国水準でいけば 6 だが、実際には 12 になっている。これはその自治体でのいろいろな考えがあったのだと思う。

国基準、都基準のところは 0 となっているのは、人口が 2 万人に達していない自治体で、つくってはいけないという意味ではもちろんない。

次のショートステイだが、これはどのように基準を考えるかというところ、人口 1 万人対のベッド数にしてある。いちばん右側の列を見ていただくと、下から 2 番目の国の数値は 5 万床で、老人人口 1 万人当たり 23 床ということになる。東京都は 3700 床で老人人口 1 万人当たり 20 床ということ

表2 デイサービス・ショートステイ

自治体	デイサービス目標値	デイサービス	デイサービス (国)	ショートステイ目標値	ショートステイ	ショートステイ 人口1万対
A	要2W, 痴2W, 虚2W	30	32	要6Y, 痴4Y, 虚2Y	200	21.4
B	要1-2W, 痴6W, 虚2W	25	25	6Y	174	20.1
C	痴3W, 虚2W	15	26	ね3-6Y, 痴9Y, 虚3-6Y	103	12.6
D		30	28		90	13.4
E	ね2-3W, 痴2-3W, 虚1-2W	22	22	ね6Y, 痴6Y, 虚1-2Y	75	10.3
F	ね36Y, 痴2W, 虚2W	16	16	ね6Y, 痴6Y, 虚1Y	72	11.6
G		8	16		56	9.5
H		15	14		153	31.8
I		8	0		29	
J		19	13		36	8.4
K	要1-2W, 痴7W, 虚2W	12	12	要6Y, 痴6Y, 虚4Y	42	10.4
L	要1-2W, 虚2W	7	11	ね6Y, 痴9Y, 虚2Y	105	35.0
M	ね8W, 痴5W, 虚3W	10	10	ね12Y, 痴10Y, 虚2Y	57	20.3
N	痴1-6W, 虚2-3W	10	10	ね6Y, 準ね6Y, 虚2Y	33	9.3
O	痴2W, 虚2W	5	8	ね12Y, 痴6Y, 虚2Y	85	30.7
P		6	9		57	19.9
Q		5	11		50	20.0
R	要2W, 虚1W	7	7	要6Y, 虚6Y	57	27.7
S	要2W, 痴2W, 虚2W	3	7	要1-6Y, 痴1-6Y, 虚1-6Y	26	12.0
T	要2W, 虚1-2W	12	6	要6Y, 痴6Y, 虚2Y	24	15.6
U	ね2W, 痴2W, 虚2W	6	5	ね3Y, 痴3Y, 虚1Y	32	20.9
V	ね2W, 痴2W, 虚2W	4	4	ね1-6Y, 痴6Y		
W	ね2W, 痴2W, 虚1W	5	3	ね6Y, 痴6Y, 虚1Y	14	19.7
X	要3W, 痴3W, 虚3W	2	3	要6Y, 痴6Y, 虚1Y	16	15.1
Y	ね1W, 痴1W, 虚1W	1	0	ね6Y, 痴6Y, 虚1Y		
Z	ね2-3W, 痴3W, 虚1W	1	0	ね6Y, 痴6Y, 虚1Y	5	23.4
AA	ね2-3W, 痴3W, 虚1W	1	0	要6Y, 痴6Y, 虚1Y	1	8.5
留辺蘂町	要3W, 痴3W, 虚3W	2	0	要9Y, 痴9Y, 虚1Y	1	4.2
鎌倉市	ね2W, 痴4W, 虚2W	10	9	要6Y, 痴6Y, 虚1Y	99	27.8
野洲町	ね1W, 痴4W, 虚1W	3	2	要5Y, 痴6Y, 虚1Y	10	26.7
国			10,000		50,000	23
東京都			600		3,700	20

注) デイサービス目標値, ショートステイ目標値の表示はホームヘルプと同じ。「Y」は年当たり。

になる。この23と20という数字を念頭において上から見ていく。東京都の20床という水準を取ると、はっきり数値がわかっている24自治体のうち10自治体がそれ以上ということになる。

そこでこのデイサービス、ショートステイ、ホームヘルプサービスを並べてみると、いちばん計画値が一致しやすいのはデイサービスのものである。次がショートステイで、ホームヘルプサービスは非常に多様になっているという特徴があるのではないかと思う。

これにはいろいろな解釈が可能であるが、デイサービスというのは施設の設置のことで、わりあい目標値をつくりやすいという面があるのではないか。同じようにベッド数であるショートステイサービスも、比較的出しやすいということになるのではないか。これに対してホームヘルプというのは非常に算定が難しい。いろいろな算式を使って出しているようで、そのへんのバラツキがかなりある。つまり国のマニュアルにもかかわらず、在宅サービスの中心とされるホームヘルプサービスにはいまのところかなりバラツキがある。

東京都の全体の自治体数は64なので、この資料の自治体数はその半分以下であるから、東京都全体についてこれが当てはまるかどうかはわからないが、いまのようなことが考えられるかと思う。

次は施設である。特別養護老人ホームの設置予定数が表3の左から2列目に出ている。老人保健施設がその次になる。やはり同じように見ていく。いちばん下の行を見ると、国の2000年をメドとする設置目標数は特養が24万床、老健施設が28万床で、これを65歳以上の人口で割ると、特養が1.12、老健施設が1.30になる。東京都の場合には1.47と0.80であって、特養のほうに比重が置かれた計画になっている。

同じように自治体の計画値を見ると、東京都の特養計画値である1.47以上の自治体が、完全に1.47という数値を踏襲している自治体も含めて23分の14になる。それから都水準と国水準の間と考えられるのが23分の6、国以下が23分の3で、全体に特別養護老人ホームについては国水準よりも高い数字になっている。これにはいまの東

京都の現状で老人保健施設がなかなかつくりにくいという事情があるようである。ただ、最近ではかなり事情が変わってきているという説明も都のほうでいただいたが、このあたりは今後の推移を、医療との関係で、特に病床数との関係で見ていく必要があるわけで、老健施設の数字はかなり変わる可能性があると考えられる。

いま老健施設のことをいったが、見ていただくとわかるように、0というところがある。これは医療計画のほうで書かれているので、ここには記載していないということもあるようだし、メドが立っていないということがあるかもしれないが、このあたりが自治体とそれを調整する都の間での調整事項になっているようであり、やや数値が低くなっているかなという気がする。

以上が施設だが、ここでひとつ考えなければいけないのは、施設ケアと在宅ケアのバランスである。国の計画も都の計画も、基本的には施設のベッド数を一定と考えていて、それ以外を在宅でやるというようになっている。ただそれでいいのかどうか問題になるわけで、いろいろな考え方が可能だが、東京都の最近の事情を見ると、最近東京都が出した調査報告書によると、特別養護老人ホームがだいたい1万5000床あるが、待機者が9000人近くいるという数字を教えられた。これは大変な数で、全部が全部すぐ特別養護老人ホームに入る必要があるという人ばかりではないとしても、かなりの待機者がいま出ている。これは当然医療法の改正等に伴って病院から在宅に戻らなければならないという人たちが、かなり出ているということが関係している。本来だとかしたことを含めて医療計画と福祉計画との調整が必要になるのだと思うが、残念ながらいまの段階では、医療計画と福祉計画の間の、特に福祉施設計画との間の調整はとれていない。もちろんこれには施設の建設計画がからむので大変難しいと思うけれど、この点の調整が必ずしも取れていないのではないかということを危惧している。

そこで、その分どうしても重度の人が在宅に戻ってくるということにならざるを得ない。在宅でこのような重度の人を介護する体制がはたしてと

表3 施設・実施体制

自治体	特 養	老 健	特 養 (%)	老 健 (%)	特 養 老 健 (%)	ケ ア ハ ウ ス	支 援 セ ン タ ー	エ リ ア	組織体制
A	1,000	500	1.07	0.53	1.60	30	13		保健福祉総合相談室
B	1,273	700	1.47	0.81	2.28	1,363	7		
C	1,070	200	1.31	0.24	1.55	430	11		
D	850	700	1.27	1.04	2.31	505	12	1次圏域 14, 2次圏域 3	
E	1,074	387	1.47	0.53	2.00	440	5	5 圏域	
F	995		1.60	0.00	1.60	430	3		保健福祉センター
G			0.00	0.00	0.00		6		
H	780	100	1.62	0.21	1.83	467	4	生活圏域, 中圏域, 区圏域	地域福祉センター
I	770	100			0.00	10	1		
J			0.00	0.00	0.00	100			地域福祉推進センター
K	405	100	1.00	0.25	1.25	30	8		
L	441	240	1.47	0.80	2.27	260	7		
M	377	436	1.35	1.56	2.91	120		10 圏域	地域福祉推進会議
N	520		1.47	0.00	1.47	700	4		
O	417	50	1.50	0.18	1.68			4 圏域	地域保健福祉総合センター
P	420	80	1.47	0.28	1.75	480	6	6 圏域	
Q	400		1.60	0.00	1.60	250		8 圏域	総合福祉センター
R	330	95	1.60	0.46	2.06		5		
S	294		1.35	0.00	1.35			4 圏域	
T	270		1.75	0.00	1.75	350	3		
U	220	110	1.44	0.72	2.16	273	3		保健福祉総合センター
V	150		1.30	0.00	1.30		1		あいとぴあセンター
W	105	121	1.48	1.70	3.18	36			
X	159		1.50	0.00	1.50	100			福祉保健医療連絡調整会議
Y	70		3.22	0.00	3.22	70			
Z	22		1.03	0.00	1.03	11	1		
AA			0.00	0.00	0.00	6			
留辺蘂町	50	19	2.10	0.80	2.90	2			
鎌倉市	400	400	1.12	1.12	2.24	180	5		
野洲町	45	37	1.20	0.99	2.19		2		
国	24 万床	28 万床	1.12	1.30	2.42	10 万人	10,000		
東京都	26,900	14,560	1.47	0.80	2.27	1,500 人	600		

注) 老健0.00は、医療計画データに基づいているために記載されていない場合を含む。

れるのか。在宅福祉サービスの充実ということがいわれているが、特に重度の在宅療養者に対するケアのシステムができていのかどうか、これが大変に重要になる。この点からも目標値を考えるとき、医療施設、福祉施設、それから在宅とをどうバランスをとっていくのか。そういうバランスという考え方があっていいのではないか。

これは先ほどの濃沼先生の批判に該当してしまうかもしれないが、オーストラリアやイギリスでは、施設と在宅のバランスという概念ができてい。これまた受け売りで申し訳ないが、日本でもやはり、このバランスをどのように考えていくかということを、今後かなり考えなければいけないのではないかと思う。

次は圏域のところである。圏域についてはいまの表3に少し記載してある。これはあまりに簡単に書いてだけで内容は無い。右から2番目のところにエリアというところがあるが、その例として、たとえばD自治体では第1次エリアとして14、第2次エリアとして3、E自治体は5つのエリア、Hは日常生活圏域を含めて、圏域を3層にしている。その他10圏域にするとか、4圏域にするとか、その人口に応じて、サービスエリアをつくっていくという考えが出てきている。

それに伴って保健福祉の組織体制も、総合的な組織体制を組まないといけない。つまり先ほど述べたように、一方でサービス体制を現場にというか、地域におろしていけばいくほど、今度それを束ねる全体的な行政の仕組みを変えなければいけないということになる。これがいろいろな形で出てきている。表3にいくつか例を出しているが、たとえば保健福祉センター、地域保健福祉総合センター等々のいろいろな名称が付いているが、こういう組織改正をしていこうという計画が出されている。ただこれは言うべくしてなかなか難しい問題だと思う。

これと関連するのが、国が出している在宅介護支援センターと高齢者サービス調整チームの考え方で、このエリアに当たるのが、在宅介護支援センターになる。組織体制のほうはサービス調整チームと考えるか、もう少し明確な組織にし、従来

の行政組織を変えて保健福祉組織にするかということが課題になっているが、内容は必ずしもはっきりしない。

先ほど申し上げたように、このためには施設の拠点であるとか、マンパワーであるとか、権限をどう下していくかということが絡まった問題となるわけで、たぶん人口5万とか10万ぐらいの都市だったら、こういう体制がうまくできるのかもしれないが、東京都の自治体は図体が大きいので、こういう執行体制をつくるというのはなかなか大変ではないかと思う。

一例を申し上げると、ある本を読んでいたら、中野区では区域全体を4つのエリアに分け、それぞれに地域福祉センターというのをつくるという構想を出している。その方の書いた論文では、現在の福祉・保健関係職員17人を3倍にして51人にするという、そういう計画を検討中だと書かれている。しかし、実際に中野区の計画を拝見すると、推進するとは書いてなくて、やはり数値は書いてない。行政組織の体制まで含めて、どこまでやりますということを明示するのは非常に難しいのではないか。ヘルパーの数は何人と書いても、それを取り扱う行政の職員を何人置くかということになると大変難しい。もちろんこうした内容が、われわれが見ることができる計画書に書かれているかどうかは別であって、庁内でそういう数字をもっているとも考えられる。明示されていないからといって、検討していないということでは決してないわけだが、それがどの程度まで住民の目に触れられる計画として書かれるかどうかというのは、自治体によって違うのではないか。

総じてこのエリアと組織体制のところは必ずしも明示的に書かれていないような気がする。こういうことをやるということは書いてあるが、具体的にどのようにそれを表現するかということになると、明示的ではない。エリアの数ぐらいは出せると思うが、これも書かれていないところがあるということで、大変微妙なところである。

以上のところが目標値の一般的な特徴だが、ほかにたとえば看護の部分では、保健指導と訪問看護についても目標値を出すことになっているが、

これは東京都の場合には具体的に何人という形では書かれていないようであって、あとで申し上げる目標水準という形をとっているのが多いのではないか。

そこで次の問題は目標水準についてである。ここではホームヘルプサービスだけを取り上げて検討してみたい。次の表5をご覧ください。ここでは自治体名を明確にして申し上げたい。

ご承知のとおり国が出した目標値の算定の仕方は、サービスを必要とする人数×目標水準×必要度という算式になっている。ここでは上から三鷹市、荒川区、調布市を挙げている。これは東京都の自治体ではこれだけしか手に入らなかったもので、この3つを取り上げている。その下の留辺蘂と鎌倉と野洲は厚生省が計画モデルとして出したなか

に入っている数字である。これを比較してみたい。

まず、目標水準のところの単位だが、時間数×1週当たりの回数×1年の週というのが基本的な形である。

もう一度東京都のホームヘルプの数字を、表1をご覧くださいと、真ん中のところにホームヘルプ目標値というのがある。これを見るとかなりバラバラである。たとえばA自治体では要介護老人は週6回が目標で、痴呆性老人は週3回、虚弱老人は週6回で、これは厚生省のマニュアルに沿った書き方になっている。下に見ていくと、3回から25回とか、3回から6回とか、いろいろな形で書かれている。このあたりもずいぶん自治体によって差がある。

もう一度表5に戻っていただいて、ホームヘル

表5 ホームヘルプサービス必要時間(回数)算式

三鷹市	人数	目標水準	必要度	必要時間
ねたきり老人	500人×2時間	×3回週×46週	×30%	=103,500時間
要介護老人	400 ×3	×4 ×48	×25	= 57,600
虚弱老人	5,000 ×3	×1 ×50	×7	= 52,500
荒川区	人数	目標水準	必要度	必要回数
ねたきり老人	249人×	4回週×52週	×42.9%	= 24,003回
準ねたきり老人	418 ×	2 ×52	×39.1	= 16,988
虚弱老人	464 ×	1 ×52	×37.5	= 9,048
ひとり暮らし	2,230 ×	2 ×52	×6.6	= 15,307
調布市	人数	目標水準	必要度	必要時間
ねたきり老人	605人×3時間	×6回週×40週	×23.5%	= 93,737時間
痴呆性老人	104 ×3	×6 ×42	×51.6	= 40,570
虚弱老人	993 ×3	×2 ×50	×51.6	=153,716
留辺蘂町	人数	目標水準	必要度	必要時間
ねたきり老人	42人×2時間	×2回週×43週	×65%	= 9,391時間
痴呆性老人				
虚弱単身老人	14 ×2	×2 ×52	×80	= 2,330
虚弱同居老人	116 ×2	×1 ×51	×25	= 3,016
鎌倉市	人数	目標水準	必要度	必要時間
ねたきり老人	1,030人×2時間	×3回週×46週	×48.6%	=138,160時間
痴呆性老人	277 ×2	×2 ×46	×54.0	= 27,523
虚弱老人	1,102 ×2	×1 ×51	×22.5	= 25,291
野洲町	人数	目標水準	必要度	必要時間
ねたきり老人	97人×2時間	×4回週×47週	×55.1%	= 20,096時間
痴呆性老人	34 ×2	×3 ×46	×37.5	= 3,519
虚弱老人	172 ×2	×1 ×51	×23.5	= 4,123

ブ派遣時間も1回を2時間としてやっている場合と、3時間としてやっている場合など、これもいろいろある。1回の時間数もかなり違うわけである。

もう一度表1に戻っていただいて、上から6つ目のFという自治体があるが、ここでは寝たきり老人が週4.1回という形になっている。痴呆性老人も4.1回、虚弱老人が1.7回という数値を出している。総じてこの派遣回数書き方は、平均値なのか最大値なのかよくわからないという特徴がある。このことも全体の数値にバラツキを与えている理由になっているかと思う。たぶんF自治体では平均値を出してやったのだと思う。ここまで書けばかなりはっきり目標値の意味がわかってくるようにも思われる。

それから、厚生省のマニュアルにも出ているが、デイサービス、ショートステイとホームヘルプとの調整をしていいということで、あるサービスを1年間のうちの何週使えるかという数字も、表5を見ていただくと46週になっていたり、48週、50週、52週など、いろいろ違いがある。

このことを見てみても目標値の出し方はかなり違っていているということがわかるかと思う。

なお、大変面白いのは次の必要度で、必要度というのは自治体が計画をつくるときに大変苦労する点ではないかと思う。まず例から見てみると、三鷹市の場合寝たきり老人の必要度が30%で、要介護老人が25%、虚弱老人が7%となっている。これに対して大変興味深いことに、調布市では寝たきり老人が23.5%、痴呆性老人が51.6%で、虚弱老人が51.6%になっている。つまりこの必要度も、本来寝たきり老人、痴呆性老人、虚弱老人別に同じような傾向になるのではないかと思うけれど、それも違ってきている。

これは私の解釈では家族が関係していると思う。一般的にいうと寝たきり老人の場合には、家族がいなかったら生活できないわけだから、ある意味で必要度は低くなる。これに対して痴呆性老人の場合、あるいは虚弱老人の1人暮らしの場合、必要度が高くなるということで、身体自立度と家族形態との間に関係があつて、こういう数字になっているのかと思うが、この点もいろいろ検討が必

要になるのではないかと思う。

それから、次の表6をご覧くださいと、これはマニュアルに出ている鎌倉市の例だが、ホームヘルプサービスのところにニーズ調査と必要度専門調査と分けてある。このニーズ調査というのは、住民の利用意向を聞いたもので、必要度専門調査というのは、保健婦と福祉事務所の職員が聞いたものだが、明らかにホームヘルプというのは、専門職のほうが必要度を高く評価する。いいかえると住民のほうは、それほど必要でないといっている。鎌倉市の場合には、この高いほうの数値を取って、寝たきり老人の場合のホームヘルプ必要度は0.486という数字を採用したということになる。

ところが面白いことに、次のデイサービス、ショートステイと見ていくと、この場合にはあまりニーズ調査と、つまり住民の意向と、専門家判定の差がない。デイサービスだとそれぞれ0.203と0.268で、ショートステイもあまり差がない。訪問

表6 サービスの必要度（在宅サービス）

	寝たきり老人	痴呆性老人	虚弱老人
ホームヘルプ	0.486	0.540	0.225
ニーズ調査	0.188	0.209	0.225
必要度専門調査	0.486		
デイサービス	0.268	0.308	0.102
ニーズ調査	0.203	0.233	0.102
必要度専門調査	0.268		
ショートステイ	0.632	0.647	0.144
ニーズ調査	0.545	0.558	0.144
必要度専門調査	0.632		
機能訓練	0.291	—	0.075
ニーズ調査	0.223	—	0.075
必要度専門調査	0.291		
訪問看護	0.482	—	—
ニーズ調査	0.450	—	—
必要度専門調査	0.482		
入浴サービス	0.605	0.521	0.127
ニーズ調査	0.540	0.465	0.127
必要度専門調査	0.605		

注) —は、サービス総量を推計しない項目。『老人保健福祉計画策定必携』平成4年3月、180頁。

看護もほとんど同じである。入浴サービスは若干違うけれど、あまり差はない。

このようにサービスによって、住民の意向と専門家が判定する必要度が違っている。これをどういうふうに考えるのかというのが興味深いところである。

ホームヘルプがなぜ少ないのかということを考えると、すぐ考えられるのはやはりプライバシーの問題だと思う。専門家は必要だと考えても、利用者としては家の中に入ってきてほしくない。外に出ていくサービスだったら利用してもいいが、中に入ってきてもらうサービスは、できるだけ抑えたいというのが、こういうところに出てきているのではないかと。ここには、科学的かどうかは別にして、専門家の判断と住民の意思や選択との違いが、かなりはっきり出てきているのではないかと。別の言い方をすると、ニードとサービスの提供とはかなり違うということなのであると思う。

このあたりをどう勘案して目標値をつくるかというのは重要な問題で、今後いろいろな自治体の計画書が出てきたときに検討してみたいところなのだが、先ほども述べたように、こうしたことは必ずしも記載されていない。計画書のなかにこういう根拠で算出したということを出している自治体と、出していない自治体とがあって、これは個々に自治体の担当者に聞かないとわからないのであろう。

なお、私の聞いているところでは、行政の同じ専門家といっても、医療関係者、看護婦、保健婦と福祉のサイドでの判断が違うという傾向もあるようである。それから家族のなかでも、本人と家族介護者の間で、サービスに対するニードが違う。これは別の調査に示されているが、いろいろな問題があるかと思う。

このように、目標値の問題ひとつを取り上げても、厚生省は一応マニュアルとして詳細なものを出したが、実際には大変多様で、特にそれが集約的に出ているのがホームヘルプサービスではないかと思う。

さて、組織体制のところについては先ほど申しましたので省きたい。あとは財政面だが、これは

先ほど申したように、どこまで財政当局がその計画をオーソライズするかは、自治体によって大変違うようである。ひとつ申し上げられるのは、先ほども述べたように、いわゆる箱ものについてはわりあい明示しやすいのに対し、マンパワーは難しいのかもしれない。したがって、一応こうした形で計画を出しておいてもいいが、しかし実施計画のなかでそれを書くときにはもう一度検討せざるを得ないということになっているのではないかという気がする。そのあたりが基本計画ととられるか実施計画ととられるかの違いとも関係してくるのだと思う。全般的に見ると、ご承知のような財政状況だから、2年前だったらずいぶん違っていたかもしれないけれども、ここ2、3年間どのようなになるか、そのあたりも実施計画との比較を試みる必要があるのではないかと思う。

さて、結論だが、以上のようなことを申し上げて、限られた資料で考えられることは、まず第1に住民参加がどのくらい行われたかということが自治体に対して義務感というか、拘束力としてかなり大きな形で縛るのではないかと思う。2番目は実際に数値として出されたサービスレベルと住民との意識のギャップというのが、大変大きい問題ではないかと思う。これは従来の福祉サービスに特にいえることだが、住民に身近なところでのサービス体制をもっていなかったから、住民のほうでもどのようなサービスを受けられるのかよくわからない。したがって都全域で調査をやると、わりと高いニードが出てくるが、実際に自治体であなたは利用したいですかと聞くと、抑えられてしまうという傾向があるのではないかと。

専門家レベルの判断を基礎にするのがいいのか、住民のレベルがいいのか、このへんは大変難しいところで、もちろん基本的には住民の選択の問題だということはいえるが、やはりもっとサービスを身近なところに近づけていく、アクセシビリティを高めていくことで、このあたりも変わってくるのではないかと思う。この点は挙げられた数値と実施体制との関連を考えていく必要がある。

このことは先ほど申したように、拠点の問題、マンパワーの問題等々にかかわってくるので、や

はり今後目標値と実施体制とがどういうふうに進んでいくかということを見ていかなければならないのではないかと思います。

最後に私がいま報告した点でもおわかりになるように、どうも自治体同士を比較して数値が高いか低いかということが中心になってしまう。何となくわれわれは偏差値は良くないといっていなが

ら、やはり偏差値的な評価をしてしまっているのではないかと思うわけで、この点はやはり数値が高いか低いかではなく、どういうユニークさがあるかということをも別途見ていく必要があるのではないかと思います。

ちょっと時間をオーバーして申し訳ありません。以上です。(拍手)

【レポート】

保健福祉における計画と実施

北九州大学教授 澤 井 勝

今朝の日経新聞を見ますと、これはぜんぜん別の話ですが、細川内閣の支持率は52.5%という記事が載っていました。私の感じでは結構国民はバランスのいい判断をしていると思いました。国民福祉税については、決め方はまずいけれども、のちのち老人福祉に関するものであれば、負担が増えてもしょうがないのではないかというのが、60%ぐらいでした。ただ何でもまずかったかというので、いわば閣下だったということである。人の寝ているうちに税金を上げる話を決めるなどということ、非常に評判が悪い。もう夜の間になかなかものは決められなくなったのではないかと思います。

今日の話である老人保健福祉計画だが、管見するところ、住民にとっては結構、あらどうしたのという具合に、一般的にはなっているのではない。行政のほうはかなり一生懸命やっているのだけれども、住民からするとそんな計画があったのかというのが、実情でしょう。そういう点がこの計画の、計画行政というか、その不幸というか、問題点だと思う。こういった点を枕にしてお話をさせてもらいたい。

私は地方自治とか、地方財政のほうの専門で、福祉のほうは、この老人保健福祉計画策定の作業班、これは大森先生とか、西先生との作業班で、

その末席に連なったものですから、そういう観点から少しお話をさせていただきたい。

レジュメをちょっと見ていただきたい。

まず全体としての到達点、それはまだわかりませんが、感覚としては、非常に県によってバラツキが大きいと思う。今日の名簿を拝見すると、直接県の方はいらっしゃらないので、言ってもいいかなと思うが、非常に早く県計画も含めて、できているところもある。それは先ほど濃沼先生がおっしゃっていたが、早くつくればいいというものではないわけで、そういう点から見ると非常に不思議な地域がある。遅れていけばいいというものでもないが、そういう点では今回の場合、ひとつ注目すべきは県の役割だと思う。今度の場合、地方老人保健福祉計画は市町村が主体の計画だが、それが県の指導によって、非常に大きな違いが現在生じている。それがいいか悪いかの評価は別だが。全国的に見る場合の、ひとつの評価の軸として、そこにおける県の指導の内容が何だったのかという点がひとつ軸になる。

まず1番目の「自立的計画と他律的計画のはざままで」だが、今回の老人保健福祉計画というのは、老人福祉法、老人保健法の改正によって、市町村と都道府県に義務づけられたわけだが、これは計