

地域経済研究センター
調査研究報告書 No.8

「高齢社会と地域経済の諸問題」
—地域経済・社会の変化に関する多角的研究—

2001年3月

佐賀大学経済学部
地域経済研究センター

目 次

	ページ
序章 共同研究の概要と要約	1～6
第1章 高齢者雇用問題の一考察	7～32
第2章 高齢社会における福祉 NPO の役割	33～40
第3章 介護サービス利用契約の規制	41～52
第4章 佐賀県における介護需要の将来予測	53～74
資料	75～84

執筆担当者（役職名は平成13年3月末現在）

序章	福島宏	（経済学部教授）
第1章	富田義典	（経済学部教授）
第2章	塚本一郎	（経済学部助教授*）
第3章	石田道彦	（経済学部助教授**）
第4章	福島宏	（経済学部教授）

（注）* 平成13年4月現在 明治大学経営学部助教授

（注）**平成13年4月現在 金沢大学法学部助教授

序章 共同研究報告の概要と要約

高齢社会の問題は実に多様な側面をもっている。当共同研究報告では高齢社会における雇用問題、福祉 NPO の役割、介護保険の法的課題、要介護者数の将来予測、といった 4 テーマを取り上げている。このような大きな問題に対し我々が当初意図したように「多角的」に取り組むに当たっては、取り上げるべきテーマはまだいろいろ残されている。例えば、経済分野に限ってみても高齢社会と地方財政問題、高齢者の貯蓄行動、消費市場の構造変化、等々がある。さらに教育・社会・心理学的分野を含めれば高齢者の生涯教育、生活意識の変化等のテーマ等がすぐに思い浮かぶが、それぞれについて地域独自の捉え方が求められている。また今回取り上げたテーマ自体についても、様々に異なったアプローチがありえよう。

このようにまだ多くの研究課題が残されている。しかし、全国にさきがけて急速に高齢化が進んでいる佐賀県にあって、まず複眼的に地域の高齢化問題を取り上げ、さらに今後の研究課題を深化させる上で、当共同研究報告の意義は少なくないと考えられるものである。

次に、各章の要約を掲げておくと、それぞれの章の執筆者の意図を十分に反映しない箇所があるとすれば、すべて当序章の執筆者（福島）の責になるものである。

〔各章要約〕

第 1 章「高齢者雇用問題の一考察」（富田義典）では、平成 10 年に行われた全国一斉調査の結果に基づき、高齢者雇用問題を分析している。以下は第 2 章の主要論点についての要約である。

<要約>

60 歳定年制が完成したのはごく最近のことで、計画当初から 30 年余を要した。一般にはこの間に、55 歳での昇給ストップ、あるいは賃金カーブの傾斜の緩和など 60 歳定年制に向けた下準備が積み重ねられていたのだが、佐賀県ではその定着のための地ならしが十分に行われたとは言いがたい。60 歳定年制の法的義務化への最終段階での企業からの「抵抗」が他県にもまして激しかったことがそれを物語っている。今後の定年延長意向の有無について、82%の企業が「ない」と回答しているのも予想どおりの結果であった。

こうした状況は行政にも認識され、現時点における現実的対策として進められているのが「継続雇用制度」であり、制度化している企業は佐賀県内で 68%にのぼる。この数字からは佐賀県内の企業は継続雇用に熱心と受け取られかねないが、実態は単純ではない。企業は定年延長の要請をかわすためのダミーとして再雇用制度に意を注いでいるとみられなくもない。現に、継続雇用制度が適用された労働者がいる企業は継続雇用制度を有している企業のうち 37%であり、1 社当たりの適用者数平均は、1.6 人に過ぎないのである。

雇用延長モデルの基本的考え方は、「労働者のあげる労働生産性に見合った賃金を払うシステムに切りかえることができれば、高齢者雇用は安定する」（清家篤）というものである。継続雇用制度を採用している企業のうち約 60%が賃金は下がると回答しており、ある程度は佐賀県の企業でも雇用延長モデルが適用できると思われる。しかし、モデルの適用範囲は大企業型企業組織の乏しい佐賀県のような地方ではかなり限定される。定年期の労働者の雇用継続は、高齢者に適的な職務が企業内にあるかどうかで決まる。しかし、地方における一般的な企業の場合、正規・男性型雇用の構成比は大きくない。それゆえ、定年期を挟んで類似職務があったとしても、その職務の絶対量は決して大きくないことから、高齢者に継続雇用の適用者を拡大する余地は限られてくる。

では、正規男性労働者の場合の高齢者雇用促進方策としては、何が残されているか。企業は企業内の高齢者に適合する職務を洗い出し、高齢者の適職自体を増やすために、その職種に関わる職業情報（技能要件、資格要件等）を開示する必要がある。そのためには企業、行政はもとより労働団体をまじえ、それぞれ連携して行わなければならない。そうして掘り起こされた職務に関する職業情報が十分に開示され、労働者の訓練がサポートされねばならない。また訓練に対する公的助成は必ずしも企業を媒介にする必要はなく、もっと個人をベースとする助成制度が展開されている。

第 2 章 「高齢社会における福祉 NPO の役割」（塚本一郎）では、福祉 NPO の役割について考察している。第 2 章の主要論点は以下の通り。

<要約>

先進諸国の福祉制度は構造的な改革が迫られている。その制度改革の基調は、社会サービスの財源と供給の多元化を推進する福祉多元主義と、財源と供給の分離を通じて創出され、公的にコントロールされる市場、「準市場」の活用によって特徴づけられる。

この福祉多元主義と「準市場」の活用は、民間非営利組織（NPO）に対して、新たな活動の機会を提供している。地域住民によって組織される福祉 NPO は、今日、「新しい公共」としての役割が期待されている。その一方で、「制度化」などの問題も生じている。ここでは高齢社会における福祉 NPO の意義と課題について、イギリスの例などから考察する。

イギリスにおける NPO はボランティア組織と呼ばれるが、1990 年代に入り、根本的な福祉制度改革実施によりボランティア組織の性格に大きな変化をもたらされた。1990 年のコミュニティ・ケア法を契機とするコミュニティ・ケア改革がそれである。この改革によって、地方自治体の役割は大きく変化し、サービスの直接的提供者という伝統的役割から、多様なサービス提供主体間の競争を奨励、そうした提供主体からサービスを購入することで、利用者が多様なサービスを選択しうる条件を整備するという、いわゆる「条件整備主体」（enabler）に変化することになる。

地方自治体は直営サービスと民間部門のサービスを比較し、後者が優れている場合はそ

のサービスを購入する。こうした比較評価の公正さを保証するための行政管理上の制度改革が、いわゆる「購入者—提供者分離」であるが、これにより、地方自治体には、良質のサービスを最小の費用で購入するマネジメント能力が求められるようになる。

コミュニティ・ケア改革の特徴のひとつは、「財源」と「供給」の分離を通じて公的にコントロールされた「準市場」を創出した点にある。その背景には、介護や医療のような準公共財と呼ばれるサービスは情報の非対称性（市場の失敗）が著しいために完全な市場は望ましくないという考え方がある。すなわち、公的セクターと、民間営利セクターやボランティア・セクターが、自治体との契約をめぐって互いに競争する擬似的な市場が形成されることになった。

一方、日本において福祉サービスの市場化が本格的に開始されるようになったのは、介護保険導入以降である。財源は「公」（介護保険財政）、供給は、自治体直営と並び、多様な民間事業者（営利・非営利）が担うという方式がとられるようになった。イギリス同様、自治体の役割はサービスの独占的提供者・購入者から、主として多様なサービス提供事業の育成や事業者間の連携・調整、効率的な財政運営を行うマネジメント的役割に変化する。

高齢者生協のような協同組合のケースをみると、その最大の特徴は、サービス利用者の組織であると同時に、サービス提供者の組織でもあるという組織の二面性と参加的構造に求められる。組合員は「内部」から組織の意思決定に参加し、サービス内容の決定過程や事業・組織の管理運営にまで影響力を行使しうる。市場的行動のみならず、「発言」という政治的行動を通じてサービスの質を改善しうるモデルであり、こうした組織の二面性と参加的構造は、福祉 NPO の多くにも見られる特徴である。

ここで懸念されることは、「準市場」に過度に適応することからくるボランティアな組織文化の衰退である。福祉 NPO の事業が介護保険下の「契約」や公的な枠組みに過度に適応していくことで、その高齢者運動的側面が弱められていく傾向がすでにみられつつある。本来、政府から自律的であるはずのボランティアな組織が、単に行政サービスの補完的・下請的機能を担う組織に変質しないためには、政府と協働しつつも、同時に政府とは相対的に自律した社会的対抗力を維持していくことが求められている。

第 3 章「介護サービス利用契約の規制」（石田道彦）においては、介護保険制度施行に伴い、介護サービス事業者と利用者（受給者）との間のモデル契約上の問題点を取り上げている。現状では介護サービス利用契約を直接規律する規定はなく、介護サービス利用契約の規制をとらえるためには、これに関連する諸法規や自主規制を総合的に視野に入れた検討が必要となる、と指摘している。以下は第 3 章の主要論点である。

<要約>

介護サービス利用契約を検討するにあたっては、従来の契約法学の分析枠組みとは別に、現実の介護サービスの提供過程から出発して、介護サービス利用契約が果たす機能を考察

するという方法もありうる。と考える。「契約」を公的規制や行政監査など他の規制手段と並列的な手法としてとらえた上で、良質な介護サービスの継続的提供における「契約」の役割を検討するという方法であり、社会保障法の立場から独自に介護サービス利用契約を検討するにあたってはこの視角が有用ではないか。この場合、契約の当事者を自律的に拘束するという契約の機能が特に注目されることになる。

介護サービス利用契約に対する諸規制として、介護保険法自体には介護サービス利用契約を規律する規定はほとんどみられない。ただし、社会福祉事業法を改正して制定された社会福祉法や、介護保険法の施行にあわせて定められた省令の中には、契約の規制に相当するととられるものが含まれており、これらについては着目する必要がある。

ここでは全国社会福祉施設経営者協議会が作成したモデル契約書を参照し、介護サービスの利用過程においてどのように介護サービス利用契約に対して規律をおこなっているかを問題となる局面ごとにみる。

〔事業者の選択〕

介護サービス利用契約締結の前段階における事業者の選択にあたっては、事業者、とりわけケア・マネージャーの役割が大きい。こうしたケア・マネージャーの大半は、老人福祉施設や医療機関に雇用されており、当初より、これら施設の傘下にある事業者が提供するサービスのみを紹介する（「サービスの囲い込み」）との懸念が示されていた。こうした懸念は現実化しているように思われる。

介護保険法では居宅介護支援事業者などに対して利用者の立場でのサービス提供の努力義務を課しているほか、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」の中で、第25条「利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない」などの規定がある。しかし、これらの規定のみでは、指定居宅介護支援事業者の中立性を確保する手段としては不十分であると指摘されている。

〔介護サービスの内容及び手続の説明及び同意〕

2001年4月から施行されている消費者契約法では、適正な内容の契約が締結されるように、契約の締結にあたっては事業者に対して情報の提供義務が課せられている（消費者保護法第3条）。このほか指定居宅サービス事業者運営基準の規定（第8条）があり、重要事項を記した文書を交付して説明を行う、などの義務を課している。また、社会福祉法では第8章以下において比較的詳細な規定を置いている。

〔サービスの提供拒否の禁止〕

「指定居宅サービス運営基準」などの省令では、事業者に対しては正当な理由のないサービス提供の拒否を禁止している（指定居宅サービス運営基準第9条など）。

〔契約内容の適正さの確保〕

現実にご利用者と事業者が締結する介護サービス利用契約を検討した報告書によれば、こ

これらの契約の中には、事業者側の損害賠償責任を限定する条項、中途解約を制限する条項などの不当条項がみられるとの指摘がなされている。こうした問題点に対して、介護保険法及び関連省令は、保険給付対象外のサービス利用料に関する規定（「指定居宅介護サービス運営基準」第 20 条 2）を除いては何ら規定をおいていない。他方、モデル契約書では、介護保険給付対象サービスと給付対象外サービスを区別して記載することを定めている。

〔秘密保持義務〕

利用者の居宅でサービスが提供される在宅サービスの場合には、利用者に関する秘密の保持、プライバシーの尊重が重要な問題となる。居宅介護サービス運営基準において、業務上知り得た情報の守秘義務等が規定されている（第 33 条）。

〔解約 — サービスの終了〕

介護保険法及び関連省令は、介護サービス利用契約の解約について何ら規制していない。他方、モデル契約書では規定がみられる。

〔苦情解決〕

介護サービスをめぐるトラブルについては迅速で安価な解決が望まれる。介護保険法では、国民健康保険団体連合会にオンブズマンを設置し、省令により居宅介護支援事業者に対しては苦情の申し立てなどの援助を義務づけている（「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（第 26 条）、「指定居宅サービス運営基準」（第 36 条））。また社会福祉法も苦情解決に関して規定（第 82 条、第 83 条）を置いている。

第 4 章「佐賀県における介護需要の将来予測」（福島宏）では佐賀県内の広域市町村連合地区別に要介護者数の将来予測をおこなっている。後期高齢化が進む中で、地区別に 5 年後、10 年後の要介護者数はどう変化していくか、その特徴をまとめている。

<要約>

平成 12 年 4 月よりスタートした介護保険制度はほぼ 1 年を経過したが、実績経過をみると、要介護認定者数については佐賀県内各広域連合地区の策定した事業計画の範囲内に大体収まっているといえるようだ。しかし、介護需要の中長期的な見通しについては、今後の人口動態分析を踏まえ、より確度の高い予測に向けて事業計画の見直しを行っていく必要がある。当論文は要介護認定の最新データを用いて 5 年後（平成 17 年）、10 年後（平成 22 年）の 2 時点予測を試みた上で、その結果を分析したものである。

ここでは、近年の佐賀県における出生率、死亡率、広域連合地区別転入・転出動向を踏まえ、中長期の地区別人口、前期・後期別高齢者人口を予測した。その上で 13 年 2 月現在の前期・後期高齢者別要介護認定者の出現率を基に要介護者数の予測を地区別に行ってみ

た。

予測の結果、以下のような点が明らかになった。

まず、高齢者の中でも75歳以上の後期高齢者人口の増加が著しいことを背景に、要介護者数は大きく増加する見込みとなっている。22年の要介護者数は13年に比べ30%を上回る増加となる見通しである。この間、県民人口は減少傾向をたどるという予想と対照的である。

地区別には杵藤、西部、唐松地区の後期高齢化比率が一段と進むというのが特徴的であろう。22年には比率が最も高い杵藤地区で13.2%、最も低い鳥栖地区でも9.7%と10%に迫る水準になろう（12年の推定値で杵藤地区10.0%、鳥栖地区で7.1%）。要介護者数の増加率でみると、今後鳥栖地区の増加が最も著しいという予想である。これは同地区の後期高齢者人口が急速に増加していくという見通しによる。次いで中部地区の増加が大きい。高齢化比率が早くから高水準であった杵藤、唐松、西部地区では、それぞれ地区人口の減少傾向が大きく、後期高齢化比率のさらなる上昇があっても、要介護者数の増加率は相対的に鈍ってくる予想になる。

佐賀県の「さがゴールドプラン21」は平成12年3月発表の計画であるが、出現率が低く見積もられていることから、要介護者数の中期予測値は過小となっている可能性が高い、と思われる。

なお予測の前提については、さらに議論を深めていく必要がある。後期高齢者人口の推移が要介護者数の増減動向をみる上で決定的要因となっていることから、今後、後期高齢者の年齢階級別データをさらに整備しておく必要がある。例えば、後期高齢者をさらに2分割し、85歳未満と85歳以上に分けてそれぞれ出現率データをとることを県レベルで指導基準にすることや、95歳以上で一律となっている死亡率、死亡者数統計を99歳まで各歳別に分けて公表することなどである。

第1章 高齢者雇用問題の一考察

はじめに

- 1 今日の高齢者雇用問題とはなにか
 - 1-1 今日の高齢者雇用問題とはなにか
 - 1-2 高齢者雇用と若年者雇用
 - 2 高齢者雇用への道筋
 - 2-1 定年延長：困難な選択
 - 2-2 雇用継続モデルの適用範囲
 - 3 高齢者雇用の条件
 - 3-1 現業女性モデル
 - 3-2 政策による促進モデル
- (補遺1) 高齢者雇用に関する現役労働者の意識
高齢者雇用に関する現役労働者の意識：まとめ
アンケート調査の結果と分析
- (補遺2) 本報告のもとになった調査の調査要領等

はじめに

平成10年、財団法人高齢者雇用開発協会により、都道府県を単位とする高齢者雇用に関する調査が全国一斉におこなわれた。調査は、「高齢従業員の継続雇用に関する企業調査」、「継続雇用典型企業ヒアリング調査」、「継続雇用に関する従業員意識調査」、「有識者調査」から構成されている。「高齢従業員の継続雇用に関する企業調査」と「継続雇用に関する従業員意識調査」はアンケートによる大量観察であり、「継続雇用典型企業ヒアリング調査」は事例研究である。すべて都道府県ごとに並行しておこなわれ、平成11年には全国集計にもとづく調査報告書も公刊されている。

筆者は佐賀県での同調査に参加し、「有識者調査」をのぞく3つの調査報告書の大部分を執筆した。以下の報告では、それらの報告書の内容をもとに高齢者雇用の現状を考えたい。

3つの報告書の調査要領等については末尾にまとめて示したので、そちらを参照願うこととして、以下の叙述では、「高齢従業員の継続雇用に関する企業調査」を〈調査1〉、「継続雇用典型企業ヒアリング調査」を〈調査2〉、「継続雇用に関する従業員意識調査」を〈調査3〉と略記して、適宜参照・言及しながら考察をすすめることにする。

1 今日の高齢者雇用問題とはなにか

とりあえずは高齢者雇用問題とは、ここ数年のあいだ高齢者の雇用状況がいつこうに改善せず、これといった有効な政策展開の展望がないという一般に認識されているところの高齢者雇用問題をさすと言ってよい。この報告ではそうした課題設定に直接ふみこむ前に、高齢者雇用問題の特殊今日的出現のしかたをまずは振り返ることからはじめたい。

1-1 今日の高齢者雇用問題とはなにか

今日の高齢者雇用問題を考えるさいに、いだかられることの多いアングルはつぎのようなものではないだろうか。第一は、少子化にともなう将来の若年労働力の減少に備えるうえで高齢者の労働力が重要性を増してくるはずだという問題の立て方である。第二は、年金政策、もっと広く言えば福祉政策と雇用政策とにいかなる政策的連関をもたせるかべきかが今後重要な問題になるはずで、その連関を考えるうえで高齢者雇用の先行きがどう推移するかが重要なポイントになるという問題の立て方である。

第一のように問題を立てるとすれば、高齢者の雇用問題はそれほど深刻な問題だとはいえない。将来生ずるであろう若年労働力の不足分は高齢労働力で補うことがもとめられるだろうから高齢者雇用は改善するだろうという展望である。

第二の立論に関してはやや入り組んだ問題設定と解きほぐしがもとめられる。すなわち第二の立論はまず次のように分解できる。①今後予定されている年金支給開始年齢の65歳への引き上げをスムーズに進めるための一種の保険として60歳から65歳の高齢者の雇用の安定が企図される。②年金支給開始年齢が65歳に引き上げられることが決まっているので、60歳から65歳の高齢者の雇用の安定には社会的な配慮がなされるだろう。①と②の立論は逆ベクトルの関係にある。つまり、①高齢者雇用のあり方が年金政策の変更の行方を左右する（高齢者雇用→年金政策）。②年金政策の変更が高齢者雇用の追い風になる（年金政策→高齢者雇用）。もとより現時点でより現実性をもつのは①であろう。

①②のいずれのトーンが強いにしても、高齢者雇用問題自体からすれば、ある意味では外野（雇用問題とは問題の次元の異なる年金問題）からの影響によって高齢者雇用の先行きが左右されるかたちになっていることは認識しておかねばならない。本来ならば、高齢者が何歳まではたらくかは、どのくらいの年齢まではたらくかの文化的・経済的コンセンサスはその社会にあるか、あるいはそれが個々人の肉体的・精神的な条件をもとに自由に選択でき、それがどのていど社会的に保証されるべきとされているか、さらには労働力を需要する側がその点をどう考えているかなどの要素によって決められるべきものである。それが高齢者の雇用のあるべきすがたである。ところが現状の高齢者雇用問題は年金の財政状況に端を発した年金支給開始年齢の変更といういつてみれば外乱により不純化させられているのである。

1-2 高齢者雇用と若年者雇用

そのように外性的要素に発端をもつ高齢者雇用問題は、労働市場全体にある種の外性的

要素を持ち込むおそれをもっている。それを端的に言えば、若年者雇用に対する押し出し効果である。現在高齢者雇用とならんで若年者雇用が深刻である。ところが若年者雇用問題は少子化世代が労働力化する時期には緩和されると一部に言われているが、そう単純ではない。いわゆる団塊の世代が退職年齢をむかえる2010年前後にいたっても、かりに高齢者雇用が現在のようにかんばしくないならば、今にもまして高齢者雇用が深刻に受けとめられることは容易に想像できる。また、かりにその時期になれば高齢者雇用は改善していると想定できるならば、高齢者の雇用が若年の雇用を押し出している可能性は否定できないであろう。総じて今後、年金等福祉政策からの要請に過度に感応する雇用政策が展開されるならば、若年の雇用が押し出されるケースは思われている以上に多くなると考えられるのである。

2 高齢者雇用へのみちすじ

以下では、以上で述べた今日の問題を念頭においたうえで議論を本筋に戻し、高齢者雇用の現状の認識、およびその改善について考えることにしたい。

2-1 定年延長：困難な選択

(定年延長の困難)

1998年4月から60歳定年制が法的義務化され、佐賀県においても96%の企業が60歳以上の定年制をしくにいたっている（〈調査1〉）。

60歳定年制は定着したといってよい。今日のこうした事態にいたるまでの過程について、今振り返っておくべきは次のようなことである。この60歳定年制とは、実は非常に長い年月をかけた各種の下準備がなされた結果である。その意味でここ数年すさまじく映った行政の指導にたいする経営サイドの「抵抗」に目を奪われ、60歳定年の定着をもつばら近年の攻防の結末であると、短いスパンで捉えるのは皮相である。

振り返ってみるに、60歳定年制を最初に日程に上らせたのは1954年（昭和29年）の厚生年金保険法の大改正であり、そのときに一定の経過期間を設けつつ男性は55歳から60歳へ、女性は50歳から55歳へと年金支給開始年齢を引き上げることが決定された。とくに年金支給開始年齢にあわせて定年年齢を60歳へともってゆくことが強く意識されたのである。しかしながら実際に60歳定年制が完成したのはごく最近のことで、実に30年余を要したことになる。

この30年余の間に――その後半が中心であるが――、60歳定年制にむけての下準備が積み重ねられてきた。具体的に言えば、55歳での昇給ストップ、あるいは賃金カーブの傾斜の緩和、さらには役職定年制や早期退職優遇制度などが地ならしの役目をおわされつつ導入されてきた。ただし佐賀県の場合、次のような事実注意到おく必要がある。〈調査1〉では、早期退職優遇制度の導入状況をたずねているが、82%の企業が「否」と回答した。また、ここ5年間で賃金カーブの傾斜が緩くなったかという質問にたいして、60%が

「否」と回答している。

この回答がしめしていることは、定着を見た60歳定年制であるが、その定着のための地ならしが十分におこなわれたうえでの制度の普及であったとは言いがたいということである。それゆえ60歳定年制の法的義務化にむけての最終段階における企業からの「抵抗」が他県にもまして激しかったのも故なしとしないし、現在に至ってもその「しこり」があることは否定できない。こうした経緯からして、今後の定年延長（65歳へむけての）の意向の有無については、82%の企業がないと回答しているのは、まったくの予想どおりの結果だといえる（〈調査1〉）。

（継続雇用制度は実質的な定年延長か、定年制の形骸化か）

もうひとつ定年延長を遠ざける要素ともいえる状況がある。上述した状況は行政にも当然認識され、現時点における現実的対策として進められているのが、勤務延長制度（定年年齢に達した者を退職させることなく継続して雇用すること。労働条件の見直しはともなう）と再雇用制度（いったん雇用契約をうち切って、再度雇用すること）である*。それらのいずれかを制度化している企業は、佐賀県内で68%にのぼる（〈調査1〉）。

*：以下、両制度をあわせて、継続雇用制度とよぶ。

こうした数字からは、企業は高齢者雇用に意を注いでいるともいえなくはないが、そう単純な解釈は許されない。悪意的解釈に過ぎるといわれるかもしれないが、あえていうと、要するに企業は定年延長の要請をかわすためのダミーとして再雇用制度を設けることに意を注いでいるということである。それは現に再雇用制度が適用されている労働者がどのくらいいるかを確かめてみればはっきりする（該当する調査結果は〈調査1〉を参照。詳しくは後に紹介する）。

とはいっても、労働者側が、継続雇用制度に期待するところが大きいのも事実である。それについても単純な解釈は許されない。とりあえず労働者側は、こう解釈するであろう。現実には定年の延長はむずかしい。そこでいったん雇用契約が切れたり、雇用条件が低下しても、同一企業に雇い直してもらえらば、継続して働けるわけだから実質は定年延長にちかいのではないか。たしかに継続雇用制度がほとんどの従業員に適用されるようになれば、その時点で定年延長までの距離はごくわずかであるように思える。しかしながら、企業は継続雇用制度の運用の前提としてその適用者に条件を設けねばならないと考えており、また早期退職優遇制度などをいっそう実質化し、中高齢期労働者の配置や雇用の柔軟化を進めることが継続雇用制度の実施のための地ならしだと考えている。

以上のように継続雇用制度とそのための環境条件の整備を見るならば、継続雇用制度が実質化すればするほど、一定の年齢までは無条件に雇用が保障されるという本来の意味の定年制は形骸化してゆくことになると思われるのである。要するに、労働者は45歳程度以上になると雇用は半保障（半保障とは保障がないということ）状態におかれ、同時に定年年齢以上の年齢まで雇用される可能性も同時にほんやりとはあるが開けている状態にお

かれることになる。

2-2 雇用延長モデルの適用範囲

(1) 雇用延長モデルとは、清家篤*により提唱されている高齢者雇用促進のための有力な仮説である。それを簡単に紹介する。

*：清家篤『生涯現役社会の条件』（中公新書、1998年）

一般に人間の仕事上の能力は一定の年齢以上になると停滞もしくは低下する。ところが日本の企業がこれまで多く採用してきた年功序列賃金では、そうした能力の停滞しはじめる年齢以降も賃金が上昇することが少なくない。そうした場合、能力伸張の停滞しはじめた中高齢者にたいして実際の彼らの労働パフォーマンス以上の賃金を払うことになりやすく、経営的に非合理的な事態に陥ってしまう。そうなったなら企業は、賃金カーブの傾斜を緩める（いままで以上に若い年齢層ないし40歳程度から昇給幅をおさえにかかると）、それが無理ならば中高齢者の雇用保障を緩めることになる。そのように労働者のあげる労働生産性に見合った賃金を払うシステムに切りかえることができれば、高齢者雇用は安定するので、さして悲観視されることはない。以上が、雇用延長モデルである。

(2) さて、以上の雇用延長モデルがどの程度実施されているか。〈調査1〉では、継続雇用制度を採用している企業のうち約60%が賃金は下がると回答しており、〈調査2〉では聞き取り調査の対象とした5社のうち2社が継続雇用制度と一定年齢での昇給ストップ・賃金カーブの緩和とを自覚的に関連づけて実施していた*。したがってある程度は佐賀県の企業でも雇用延長モデルが適用できるのはたしかだと思われる。

*：今回の調査で継続雇用制度を採用している企業がどれほど賃金を実績主義化し、賃金にしめる実績給部分を拡大しているか、つまり継続雇用と実績給化との直接的連関は統計的に検証できたわけではない。

ただし、今回の一連の調査に参加した印象からは雇用延長モデルの適用範囲は佐賀県のような都市型の雇用構造ないし大企業型企業組織の乏しい地方ではかなり限定されると考えられる。〈調査2〉でとりあげた企業は、一方は医療機関でおもに看護職を継続雇用制度の対象と考えており、もう一方の例では、男性事務職だけを継続雇用の対象としており、女性・現業職には適用しないとされている。つまり一方は専門性の高い職種、他方は男性正規労働者である。

地方企業では、男性正規労働者の割合は小さく、とくに製造業やサービス、流通業では女性の現業職の割合が大きい。しかもそれらの場合正規職員ですら、賃金は日給月給制であったり、パートタイマーも多い。容易に想像できるように、そうした部分の労働者の賃金にはもともと年功的要素は濃くないのである。こうした類型の高齢者の雇用開発においては、以上に述べたような理由で、雇用延長モデルはまさしく上滑りしてしまうのである。

地方は意外にそうした雇用領域が大きいのである。

- * : 今回の調査では、継続雇用制度を採用している企業に限定して、企業の業種区分、労働者の性別区分、職業の専門性の程度をたずねたうえで、継続雇用の実際の適用労働者数をたずねたわけではない。こうした論点に直接答える調査は他日を期すことにしたい。

3 高齢者雇用へのみちすじ

ここ数年を見ても高齢者の雇用状況はいつこうに良くなる。この結果から見ると、賃金制度をいじくってもいまだ成果はあがっていないとみてよし、また制度としては普及してきた継続雇用制度も実際にそれを適用されている労働者がどれほどいるかといえば、非常に少ないのである。

そう考えると、まずは現に継続雇用されている例を掘り起こし、継続雇用がおこなわれている根拠を探ることからはじめることが大切であるように思われる。

3-1 女性・現業モデル

ここでの叙述はおもに〈調査2〉による。

佐賀県にかぎらず、地方では、現業女性型労働者は雇用形態でいってもパートタイマーであったり、「準社員」であることが多い。賃金は、時給や日給月給であることが多い。こうした領域の労働者の賃金はいうまでもなく非常に柔軟に決定され、かつ雇用も柔軟に調整されている。雇用保障も弱ければ、賃金における年功的要素も微々たるものである。

このような場合の定年期の労働者の雇用の継続は、いつにかかって高齢者に適的な職務が企業内にあるかどうかで決まる。いいかえれば、現業・女性型の場合、定年前の担当職務と定年期後の担当職務との間につよい類似性がないならば、あるいは定年年齢を挟む両時期の職務に連続性がたもてなければ、継続雇用の可能性はないといってよい。逆にそうした職務があるならば、賃金水準と貢献度との間の問題がない（つまり両者が見合っている）ので、雇用はかえって安定性を増す。それゆえ、このタイプの雇用領域では、定年制のもつ意味（一定年齢で無条件に労働者を退出させることができるという意味での）はうすいわけであり、定年制の存在理由も乏しいのである。現に定年制を持たない企業もある。定年制をしいていたとしても、定年年齢を引き上げるのにさして困難はないといえよう。〈調査2〉にはそれに当てはまる事例が報告されている。

以上のことから、こうした部門での高齢者の雇用への公的対策を考えるとすれば、あくまでも高齢者に担当しやすい職務を多くすること、そうした職務内容に切りかえてゆくこと、そのための設備への投資の補助等が、現実的施策となるだろう。たとえば組立ライン職場であれば、ラインの周辺の運搬作業の機械化や自動化、機械への加工物の着脱作業の負荷軽減装置や自動着脱装置の設備費への公的補助等が考えられる。

3-2 政策による促進モデル

(1) これまでは現業・女性をおもに論じてきたので、以下ではおもに男性正規労働者を念頭において高齢者雇用を考えることにする。

これまでの文脈からまずとりあげるべき問題は、雇用延長モデルが男性正規労働者の場合にあってはまるかどうかである。この論点を検証するには、賃金制度が実績主義あるいは貢献度別のそれへと変更され、定年の延長ないし継続雇用制度が設けられており（賃金制度の実績主義化→雇用継続：脈絡A）、そうした企業で現に定年延長や継続雇用の制度が適用されている従業員が多い（脈絡B）ことが確認されねばならない。

今回の一連の調査では、脈絡Aは〈調査1〉で観察されたにとどまる。すなわち、継続雇用制度の導入された企業では定年期前後の年齢で大幅に賃金がダウンすることが多いことが確認されたが、それでは賃金制度を自覚的に業績給化しているかどうかは、間接的にしか検証されたとはいえないのである。それに対して、脈絡Bは、継続雇用制度の適用者にかぎられるが、直接的に検証された*。

* :ただし、残念なことに今回の調査では、企業の従業員の性別構成に配慮したデータの集計はなされていない。

以上の調査方法に関わる論議をふまえて、継続雇用を制度化している企業でどのくらい同制度が適用されている労働者がいるかに関する調査結果を紹介する。まず佐賀県で継続雇用制度を設けている企業は、68%であった。かなり普及してきたと評価してよいであろう。さて、実際に継続雇用制度が適用された労働者がいる企業は、継続雇用制度を有している企業のうち37%である。1社当たりの適用者数の平均は、1.6人である。ちなみに継続雇用を制度化している企業で、継続雇用の適用資格・適用要件を定めている企業は76%あり、希望者全員としている企業は23%となっている（〈調査1〉）。

〈調査2〉の事例調査の対象となった企業での同制度の適用者数を紹介しておくと、比較的高齢雇用に熱心な企業が対象となっているにもかかわらず、若干名の企業が多く、最多でも10人（従業員総数530人のうちの）であった。

以上の調査結果の紹介からは、そうじて雇用延長モデルの妥当性はやはりうすいと考えざるをえないであろう。

(2) そうだとすれば、ここでも先の現業・女性型モデルのさいに指摘したのと同様、高齢者の継続雇用は定年期前後の労働者にとっての適職が企業内にどれだけ存在しているかにかかるということになる。

ところが地方における一般的な企業の場合、正規・男性型雇用は企業内においても構成比は大きくない。とくに地方の製造業、サービス部門で同雇用類型の構成比は小さい。それゆえかりに定年期を挟んで類似職務があったとしても、その職務の絶対量は決して大きくない。そうしたなかで高齢者に継続雇用の適用者を拡大する余地はおそらくきわめて限られてくる。無理をして拡大すれば、後につづく年齢層の仕事上のインセンティブにも負の

作用をもたらすおそれがある。

以上のように考えると、正規男性労働者の場合の高齢者雇用促進のための方策としてはなにがのこされているのか。労働の供給側からの掘り起こしが有力な選択肢となるであろう。企業ではなく個人をベースにした再訓練、再教育、職業カウンセリングが十分になされなければならない。

そうしたテコ入れを前提としたうえで、需要側の政策が練られるべきであり、企業は労働団体をも交えながら企業内の高齢者に適合する職務を丹念に洗い出し、さらには高齢者の適職自体を増やすために、その職種に関わる職業情報（必要な技能要件、資格要件等）を開示することが必要であろう。さらには、それらの取得にむけての高齢者の努力を鼓舞し、訓練を促進することが必要である。

ちなみに適職を掘り起こしたり、増加させるには、企業の経営・製品ジャンルが多角化していることなどがプラスにはたらくと思われる。たとえば、〈調査2〉でとりあげたひとつのケースでは、医療・福祉・保育の複лекс化を進めており、かりに医療分野の看護婦（士）で定年後の継続雇用を希望する者に対しては、肉体的負荷の軽くなる介護職への転換をすすめている。

さらに、定年前後期の高齢者向けの適職の開発については、次のようなことに留意して進められる必要がある。〈調査3〉で現役労働者にたいして、定年後どこではたらきたいかとの質問をしたところ、いまの会社だと回答した者が24%、別の会社でとする者が23%と拮抗している。これは注目すべき数字である。この結果から考えて、高齢者向けの適職は、企業内だけでなく企業外からも同じくらいのウエートをおきながら掘り起こされねばならない。そのためには企業、行政はもとより、労働団体をまじえて、それぞれの連携をたもちながら行わなければならない。そうして掘り起こされた職務に関する職業情報が十分に開示され、その習得のための労働者の訓練がサポートされねばならない。訓練に対する公的助成は必ずしも企業を媒介にする必要はない。もっと個人をベースとする助成制度が展開されていいと思われる。その理由は、うえで紹介した〈調査3〉の調査結果による。

(補遺1) 高齢者雇用に関する現役労働者の意識

以下では、本報告のものとなった調査の3冊の報告書のうち「継続雇用に案ずる従業員意識調査」の調査結果のまとめ、および各質問への回答の集計結果とその解説を転載する。

高齢者雇用に関する現役労働者の意識：まとめ

1. 定年後の勤労意思

定年年齢が年金受給開始年齢よりも早い場合、定年後も働きつづけたいとするものが、回答者の63%に達し、勤労意思の強いことが確認された。

さらに、その場合、何歳まで働きたいかという質問には、65歳までと回答したものが(定年年齢(60歳)で引退するとしたものを除くと)、圧倒的多数をしめ、勤労意思と年金受給開始年齢との相関の強さをうかがわせる結果がでた。

2. 定年後も働く理由

定年後も働く理由は、2つにわかれる。元気なうちは働きたいからといういわば勤労志向型と、生活のためには働くしかないとするいわば生活維持型である。構成比は双方拮抗しているが、生活維持型のほうが少し多い。

3. 定年後の職場選択、仕事選択

定年後に働く場合の職場の選択基準も、ほぼ2つにわかれる。仕事内容中心に選択するタイプ、労働条件中心に選択するタイプである。この結果は、おそらく、上記の生活維持型が労働条件中心型に符合し、勤労志向型が仕事内容中心型に符合するものと思われる。

定年後に働く場合、どんな仕事をしたいかという質問に対する回答は、定年後の仕事はそれまでの仕事を度外視して考えるとするものは少なく、2つのタイプにわかれる。第一が、職場の特性に関らずそれまでに培ってきた知識経験を生かせる仕事につきたいとするタイプ、第二は、同じ仕事につきたいとするタイプである。前者のタイプが約半数であり、後者が約35%となった。

4. 勤労生活から引退する理由

勤労生活から引退を考える理由は3つに大別される。心身に限界を感じた場合。第二に、仕事から解放されたいという気持ちになったとき。第三に、技能・知識・能力の限界を知って引退を決意するケースである。

回答の分布は、第一が最多であり、それに第二、第三のタイプがつづいている。第一のタイプが最多であることは、いくつかの解釈を可能にするが、先に類型化した生活維持型のなかにこの第一のタイプを選択したものが多いたれば、高齢者雇用の現状には非常に深刻な問題がはらまれているといわざるをえないであろう。

5 年金受給後の生活費設計

一般的な予想では、年金受給開始後は、年金によって生活費の基本はまかなわれるものと思われる。本調査の結果では、その予想はあたらなかったといえよう。厚生年金だけで暮らしてゆくとするものは、わずか6%であった。さらに、年金に貯蓄を合わせれば生活できると考えているものが、どの程度いるかといえば、7%にとどまり、「厚生年金に企業年金を合わせて」とするもの16%であり、年金への信頼感の薄さがとくに印象にのこる。以上をまとめれば、年金は定年後の主たる生活維持費ではあるが、勤労所得によって補足すべきものであると労働者が観念している証拠であるといえるかもしれない。かりにそうであるとするならば、国は国民の老後の生活にしめる年金制度の位置づけをもっと正直かつ正確に公示すべきであろう。さらに年金受給開始年齢に達した人々に対する雇用保障の体系を明示する必要があるといえよう。

6 定年後の継続雇用について

定年後の継続雇用制度の利用については、回答者の40%弱が利用したいとし、他方、利用しない、および利用しづらいとしたものが、32%になった。この結果からしても、少なくとも、利用しやすい制度になっていないことは否定できないように思われる。

利用しづらい理由の第一に、だれもが利用できる制度になっていないことが選択されている。このことは、短期日にだれもが利用できる制度に切り換えることが事実むりであるとするれば、だれが、あるいはどんな能力を持つ、どんな仕事のできる人が継続雇用の対象になるかを、社内に明示しておく必要性を示唆しているとの解釈を容易にする。

ともかく、継続雇用制度に関しては、制度上の工夫がもとめられているといえよう。

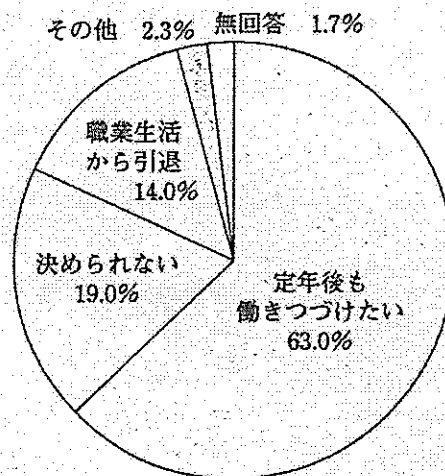
アンケート調査の結果と分析

I 定年後の勤労と生活設計に関する事項

1. 定年が年金支給年齢よりも早い場合の就労希望

図表1に、定年が年金支給年齢よりも早い場合、働きつづけるかという質問への回答結果をしめた。「定年後も働きつづけたい」とするもの、63%、「引退したい」とするもの、14%、「決められない」とするもの、19%であった。

図表1 定年が厚生年金支給開始年齢よりも早い場合の就職希望



2. 何歳まで働きつづけたいか

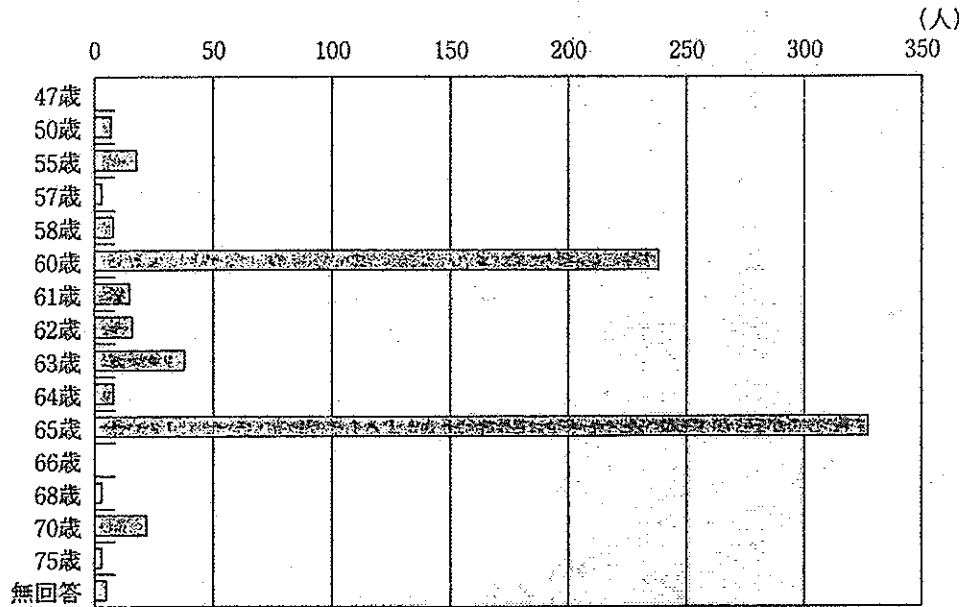
図表2には、回答者のうち就労希望上限年齢を回答した者の希望年齢の分布を示した。60歳までとする者が、236人であり、かなりの割合の労働者が定年年齢を就労期間の目安と考えていることがわかる。他方で、65歳までとする者が、326人（48%）と最多であり、実際の定年年齢が60歳であることからして、定年後も年金受給開始年齢までの就労継続を希望する労働者が多いことをしめしている。

3. 定年後も働く理由

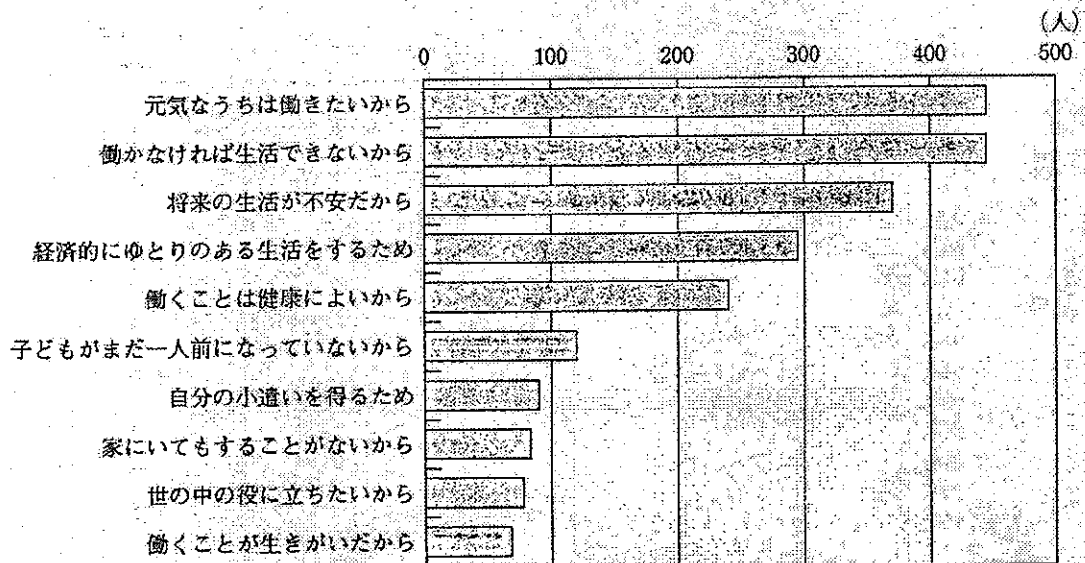
定年後も働こうとする理由はなんだろうか。図表3によると、その理由は2つに大別できそうである。「元気なうちは働きたいから」（19%）、「働くことは健康によいから」（11%）に代表される勤労志向型と、第二は、「働かなくては生活できないから」（19%）、「将来の生活が不安だから」（16%）とする生活維持型があるように思える。

どちらが多いかといえば、生活維持型が多いといえよう。

図表2 就労希望年齢



図表3 定年後も働く理由



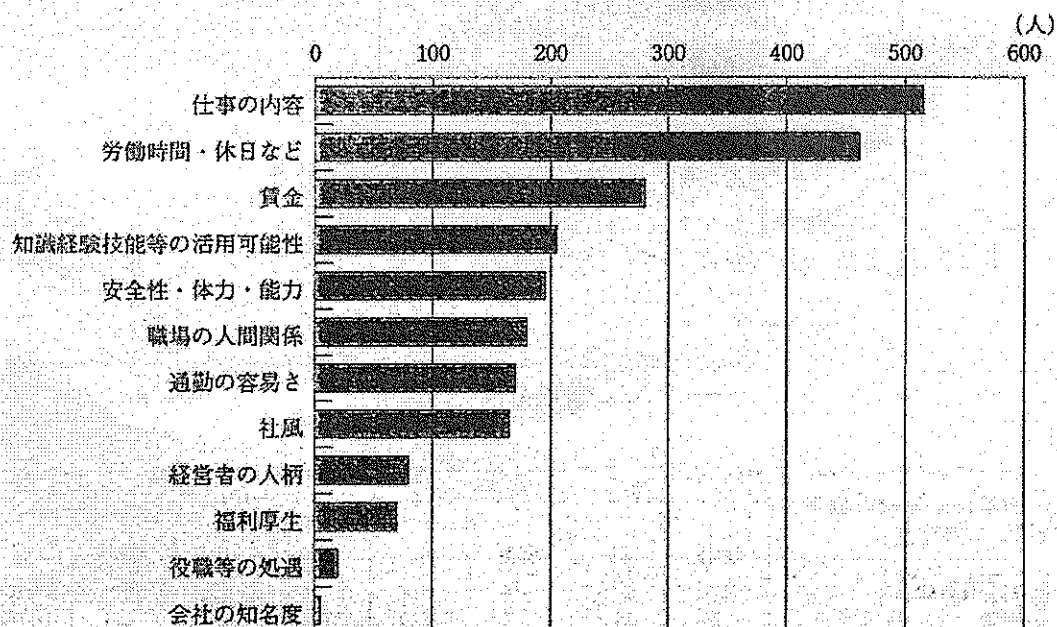
4. 定年後の職場選択ではどんな点を重視するか

定年後どんな点を重視して職場選択をするかについても、二通りのタイプがあるように思われる。労働条件を重視するタイプと仕事内容を重視するタイプにわかれる。図表4によれば、労働条件重視型とは、「賃金」、「労働時間、休日など」を選択したものをさす

が、労働時間について、後にも見るように、時間数が短いほうが必ずしも好まれているとはいえないことなどからして、そうして、労働条件・労働時間等のあり方が選択行動において最上位のウェイトをもつとはいえないようである。

他方、仕事内容重視型は、「仕事の内容」（513人）、「知識経験技能等の活用可能性」（205人）と多くを占めている。

図表4 定年後に働く場合に重視する点



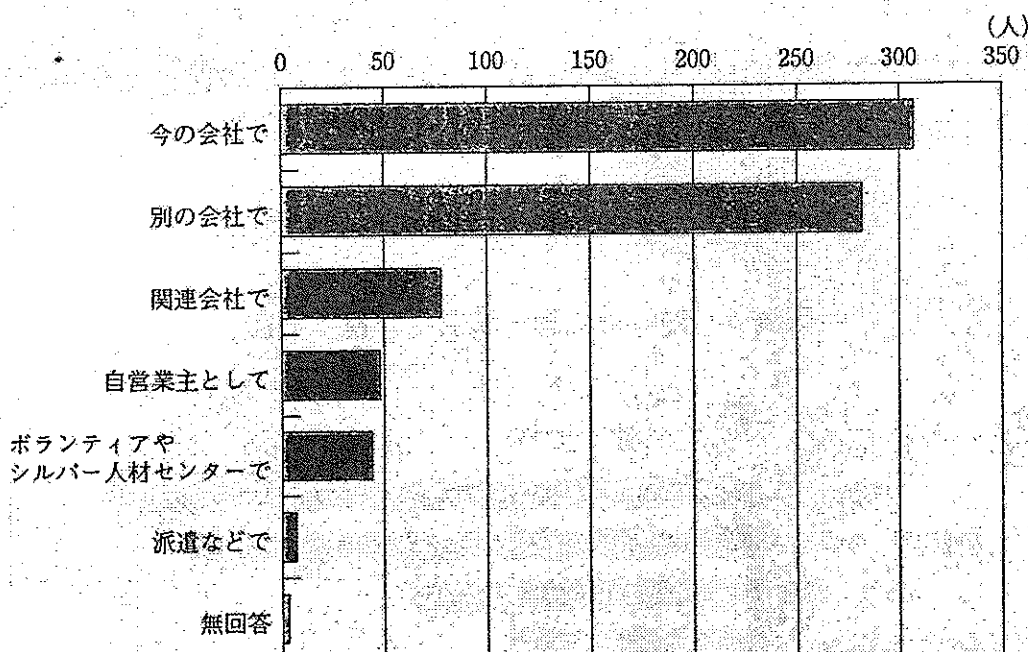
5. 定年後はどんな職場で働きたいか

定年後どんな職業で働きたいかに対する回答結果は図表5にしめた。回答は3つに分かれる。「今の会社で」、「関連会社で」が両者合計で48%、「別会社で」が36%となる。第三の道として、「自営業主として」、「ボランティア等」があるが、これは両者合計でも10%程度と大きくはなかった。

図表5 aには、上記の回答結果を男女別に集計した結果をしめた。男女で大きく異なるのは、女性は「今の会社で」はたらかたいとするものが圧倒的であるのに対して、男性は、「別会社でも」とするものが約25%おり、旧職場へのこだわりが相対的に少ないということである。

図表5 bは、上記の回答結果を学歴とクロスさせたものである。それによると学歴が高くなるにつれて、「別の会社でも」とする割合が大きくなる傾向がみとめられる。

図表5 定年後に働く場合の職場



図表5 a

問5. 定年後の希望の働き方 (1) 雇用・就業形態	F7 (1) 性別							
	男		女		無回答		合計	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
今の会社で引き続き	252	82.6	48	15.7	5	1.6	305	100.0
関連会社で	76	95.0	3	3.8	1	1.3	80	100.0
別の職場で	249	87.4	28	9.8	8	2.8	285	100.0
派遣などで	5	71.4	2	28.6			7	100.0
自営業主になりたい	47	95.9	1	2.0	1	2.0	49	100.0
家業従業員となって	5	100.0					5	100.0
ボランティア・シルバー人材	31	68.9	14	31.1			45	100.0
その他	18	85.7	3	14.3		2.8	21	100.0
無回答	307	65.2	151	32.1	13		471	100.0
合計	990	78.1	250	19.7	28	2.2	1,268	100.0

図表5 b

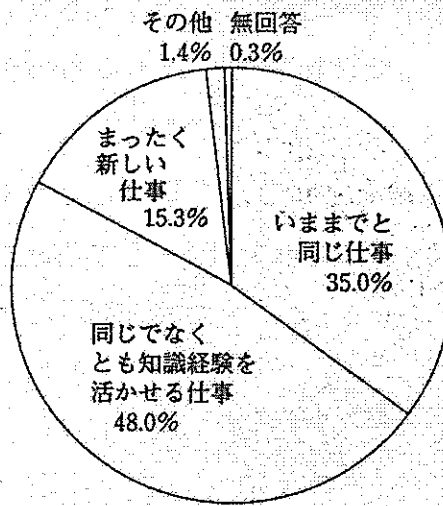
問5. 定年後の希望の 働き方 (1) 雇用・ 就業形態	F7 (3) 最終学歴													
	中卒		高卒		短大等卒		大卒		大学院卒		無回答		合計	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
今の会社で引き続き	60	19.7	156	51.1	18	5.9	64	21.0	1	0.3	6	2.0	305	100.0
関連会社で	1	1.3	31	38.8	3	3.8	43	53.8	1	1.3	1	1.3	80	100.0
別の職場で	22	7.7	153	53.7	15	5.3	88	30.9			7	2.5	285	100.0
派遣などで	1	14.3	2	28.6	1	14.3	3	42.9					7	100.0
自営業主になりたい	9	18.4	20	40.8	5	10.2	14	28.6			1	2.0	49	100.0
家業従業員となって	2	40.0	1	20.0	2	40.0							5	100.0
ボランティア・シルバー人材	1	2.2	23	51.1	5	11.1	16	35.6					45	100.0
その他			8	38.1	3	14.3	9	42.9	1	4.8			21	100.0
無回答	51	10.8	289	61.4	32	6.8	89	18.9	1	0.2	9	1.9	471	100.0
合計	147	11.6	683	53.9	84	6.6	326	25.7	4	0.3	24	1.9	1,268	100.0

6. 定年後の仕事内容への希望

定年後働く場合の仕事内容の希望についての回答結果を図表6に示した。もっとも多いのが、「同じ仕事でなくても知識経験が活かせる仕事」で、48%であり、ついで、「今までと同じ仕事」が、35%、「まったく新しい仕事」が、15%となっている。

図表6 aは、どんな職場で働きたいかに関する質問の回答結果（図表5）と図表6の回答結果をクロスさせたものである。以下のことが明らかになった。「今までと同じ仕事に」つきたいという回答は、これまでと同じ会社で同じ仕事につきたいということを意味している。「これまでの知識や経験が活かせる仕事に」という回答は、必ずしも同じ会社ではなく、別の会社で、別の職場ではたらいてよいとする回答であると考えてよい。

図表6 定年後に働く場合の仕事内容希望



図表6 a

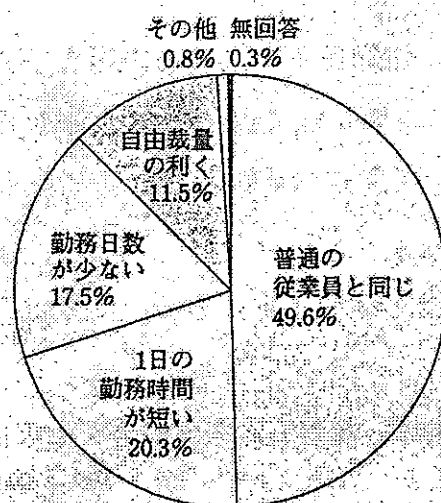
問5. 定年後の希望の働き方(1) 雇用・就業形態	問5(2) 仕事の内容											
	同じような仕事		知識や技能を活かせる仕事		新しい仕事		その他		無回答		合計	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
今の会社で引き続き	209	68.5	90	29.5	4	1.3	1	0.3	1	0.3	305	100.0
関連会社で	21	26.3	57	71.3	2	2.5					80	100.0
別の職場で	26	9.1	171	60.0	85	29.8	3	1.1			285	100.0
派遣などで	4	57.1	2	28.6	1	14.3					7	100.0
自営業主になりたい	8	16.3	25	51.0	14	28.6	2	4.1			49	100.0
家業従業員となって	2	40.0			2	40.0			1	20.0	5	100.0
ボランティア・シルバー人材	5	11.1	24	53.3	15	33.3	1	2.2			45	100.0
その他	4	19.0	13	57.1			4	19.0	1	4.8	21	100.0
無回答			2	0.4					469	99.6	471	100.0
合計	279	22.0	383	30.2	123	9.7	11	0.9	472	37.2	1,268	100.0

7. 定年後の勤務時間希望

図表7には、定年後勤務する場合、希望する勤務時間のあり方に関する回答分布をしめした。そのうち約半数は、「普通の従業員と同じ」と回答している。「一日あたりの時間が短い」、「勤務日数が少ない」と回答したのは、両者合計で、38%である。勤務時間に関しては、予想したよりもどちらかといえば消極的な（短時間雇用への志向が弱い）回答分布になったといえようか。

ただし、生活維持型の場合、普通の従業員への遠慮、あるいは人間関係の保持に気を配る（普通の従業員よりも早く帰宅することへの遠慮などの）傾向があると思われ、その点を割り引いて考えなくてはならないであろう。

図表7 定年後に働く場合の勤務時間希望



8. 職業生活を引退するさいの理由

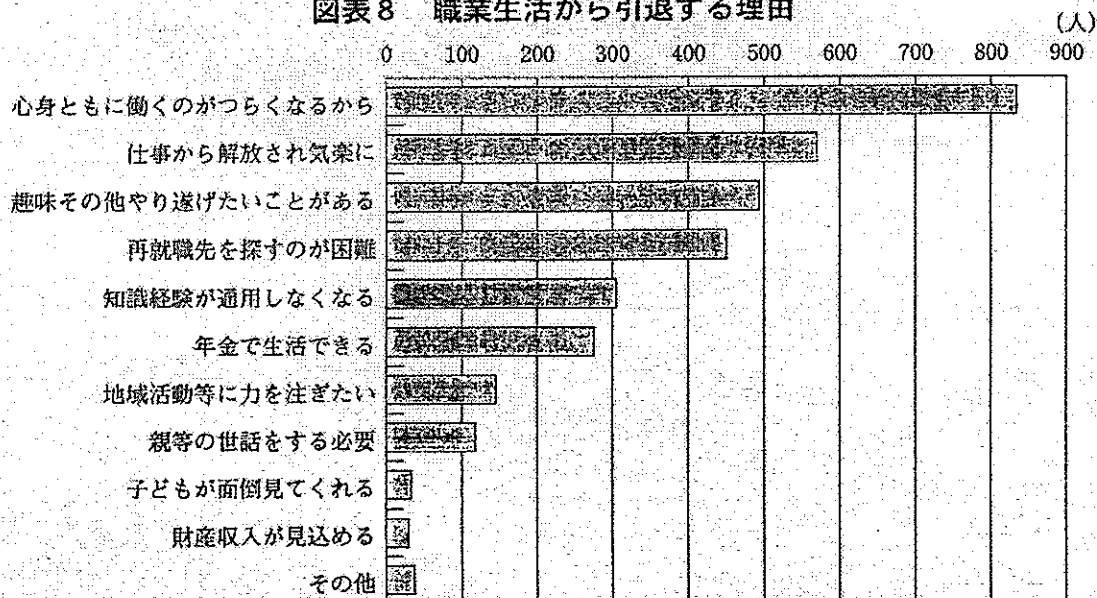
図表8には、職業生活からの引退を考える際の理由は何か、に対する回答の集計結果をしめした。内容はいくつかに分類できるようである。

まずは心身の限界を感じたためとするもの。これが最多で、831である。回答者の66%はこれを選択している（但し複数回答。この項は以下同様）。この結果は、予想されたものともいえ、以下でしめす第三のタイプをふくめて、いわば燃えつき症候群ともいえるものであろう。心身の限界を理由とするものが最多であったという事実は、あえて感覚的ないい方をするならば、高齢者雇用の現状の無残さを感じさせるものといえるのではないか。

第二は、仕事から解放されたいとするものである。「仕事から解放され気楽に」、「趣味その他やり遂げたいことがある」を選択したものであり、回答者の約45%が選択している。

第三は、心身ではなく、知識あるいは能力の限界を知って引退を決意するタイプである。「知識経験が通用しなくなる」とするもので、約25%の回答者が選択している。「再就職を

図表8 職業生活から引退する理由



探すのが困難」と回答したものもこれに含めてよかろうと思われる。

第四は、年金生活が可能だからとするもの。第五は、家族の介護の必要に迫られてとするものである。

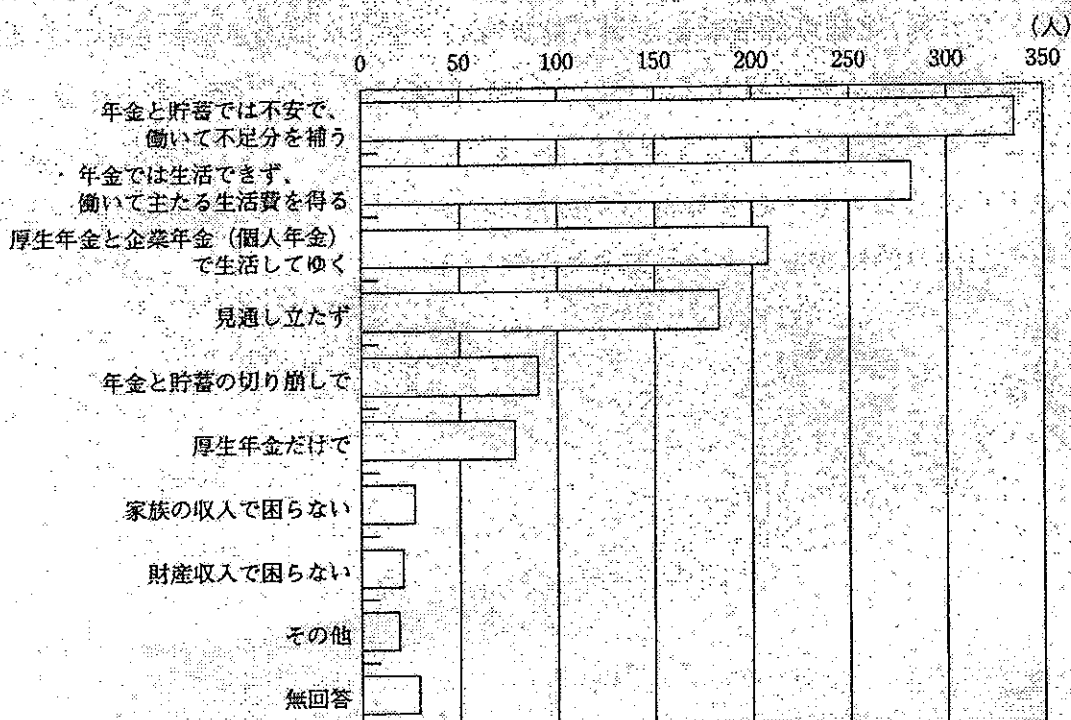
9. 年金受給後の生活費設計

関連の質問への回答結果は、図表9にしめた。年金はむろん、それに貯蓄を合わせても生活費がまかなえず、働きつづけるだろうとするものが、回答者のうち626人いる(49%)。ついで、厚生年金と企業年金で生活するとするものが、206人で、16%になる。「見通し立たず」とするものが、186人、15%になる。「厚生年金だけで」とするものは、79人で、わずか6%にとどまる。

公的年金(および同制度)への信頼度の低さが印象にのこる。

図表9 aは、上記の調査結果を調査対象者の学歴とクロスさせたものである。高卒者と大卒者とをくらべてみると、「働いて稼ぐ」とか「働いて不十分を補う」とするものが多い点では共通しているが、大卒者には、「厚生年金と企業年金で」暮らしてゆくとする割合が相対的に大きく、「見通しが立たない」とするものが相対的に少ないという結果がでている。

図表9 年金受給後の生活費



図表9 a

問5. 定年後の希望の働き方(1) 雇用・就業形態	F7 (3) 最終学歴													
	中卒		高卒		短大等卒		大卒		大学院卒		無回答		合計	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
厚生年金だけで	14	17.7	42	53.2	2	2.5	19	24.1	1	1.3	1	1.3	79	100.0
厚生年金と企業年金働いて生活費を稼ぐ	24	11.7	98	47.6	9	4.4	69	33.5	1	0.4	6	2.9	206	100.0
厚生年金と貯蓄切崩し働いて不足分補う	36	12.7	152	53.5	18	6.3	74	26.1	1	0.4	3	1.1	284	100.0
財産収入で困らない	7	7.7	60	65.9	4	4.4	18	19.8	1	0.3	2	2.2	91	100.0
家族収入で困らない	35	10.5	177	53.3	24	7.2	91	27.4	1	0.3	4	1.2	332	100.0
見通しが立たない	8	8.0	47	47.1	3	3.0	17	17.0	0	0.0	0	0.0	68	100.0
その他	2	6.9	17	58.6	4	13.8	6	20.7	0	0.0	0	0.0	29	100.0
無回答	19	10.2	113	60.8	18	9.7	33	17.7	0	0.0	3	1.6	186	100.0
合計	2	14.3	7	50.0	1	7.1	3	21.4	1	7.1	1	7.1	14	100.0
合計	8	26.7	9	30.0	1	3.3	7	23.3	1	3.3	4	13.3	30	100.0
合計	147	11.6	683	53.9	84	6.6	326	25.7	4	0.3	24	1.9	1,268	100.0

II 定年制度に関する事項

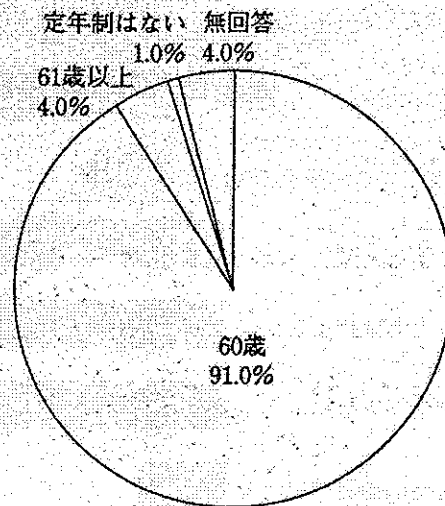
1. 勤務先の定年年齢

図表10には、勤務先企業の定年年齢の分布をしめした。大部分が、60歳定年であり、61歳以上の定年制をしいている勤務先は、わずか4%にとどまる。

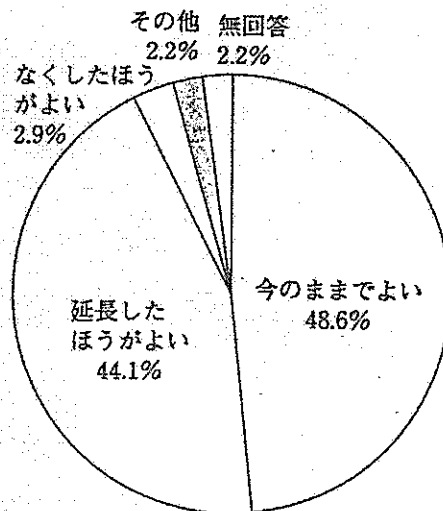
2. 現在の定年年齢をどう考えるか

現在の定年年齢への見解をたずねた回答が図表11に示されている。「今のままでよい」とするもの、49%、それに対して、「延長したほうがよい」とするもの、44%となっている。「今のままでよい」とするものの割合が予想以上に多いといえよう。

図表10 勤務先の定年年齢



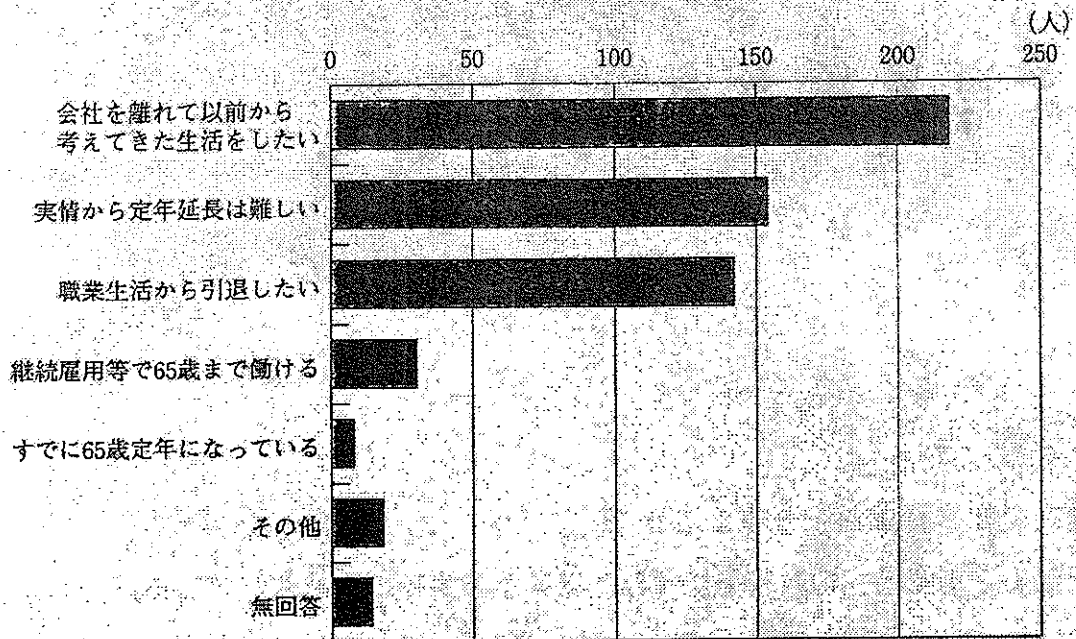
図表11 定年年齢の現状への見方



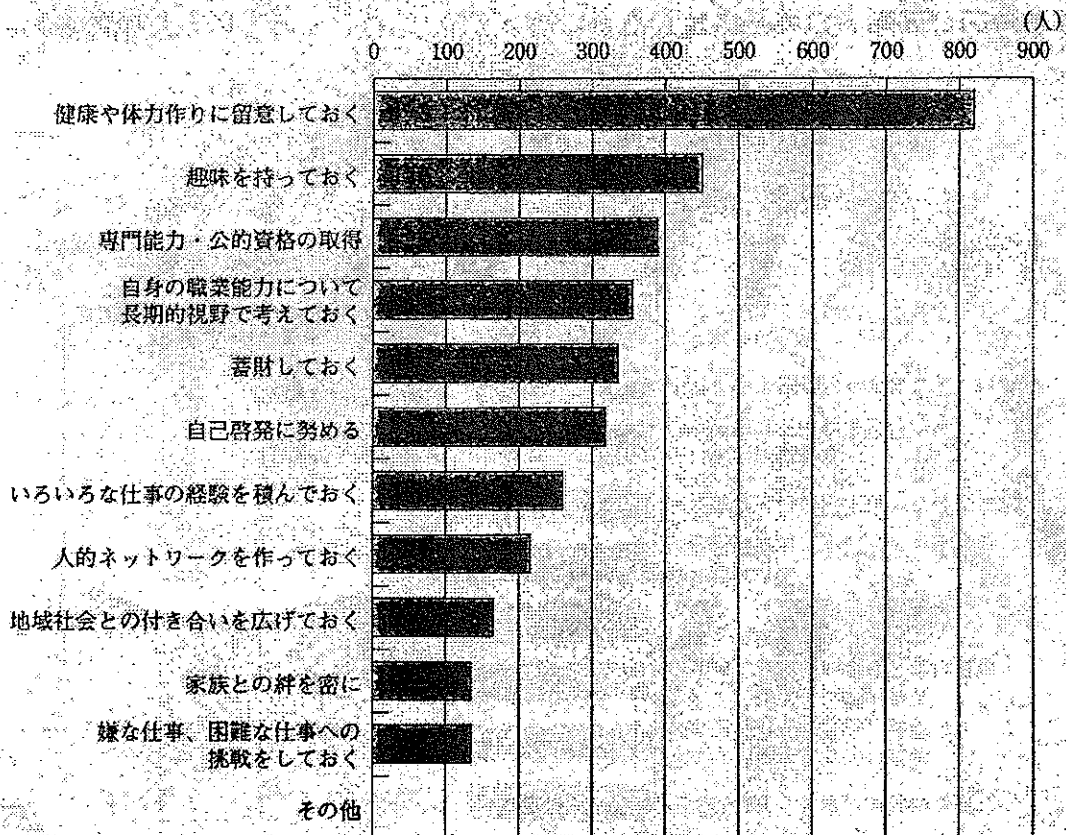
3. 定年延長をしなくてよいとする理由

図表12によると、定年年齢を今のままでよいと回答したもののうち、そう考える理由の第一位は、「会社を離れて以前から考えている生活をしたい」とするもので、37%、第二位は、「実情から考えて定年延長は難しい」26%、それらについて、「職業生活から引退したい」が24%となっている。

図表12 定年延長をしなくてよい理由



図表13 定年後も働き続けるために必要なこと



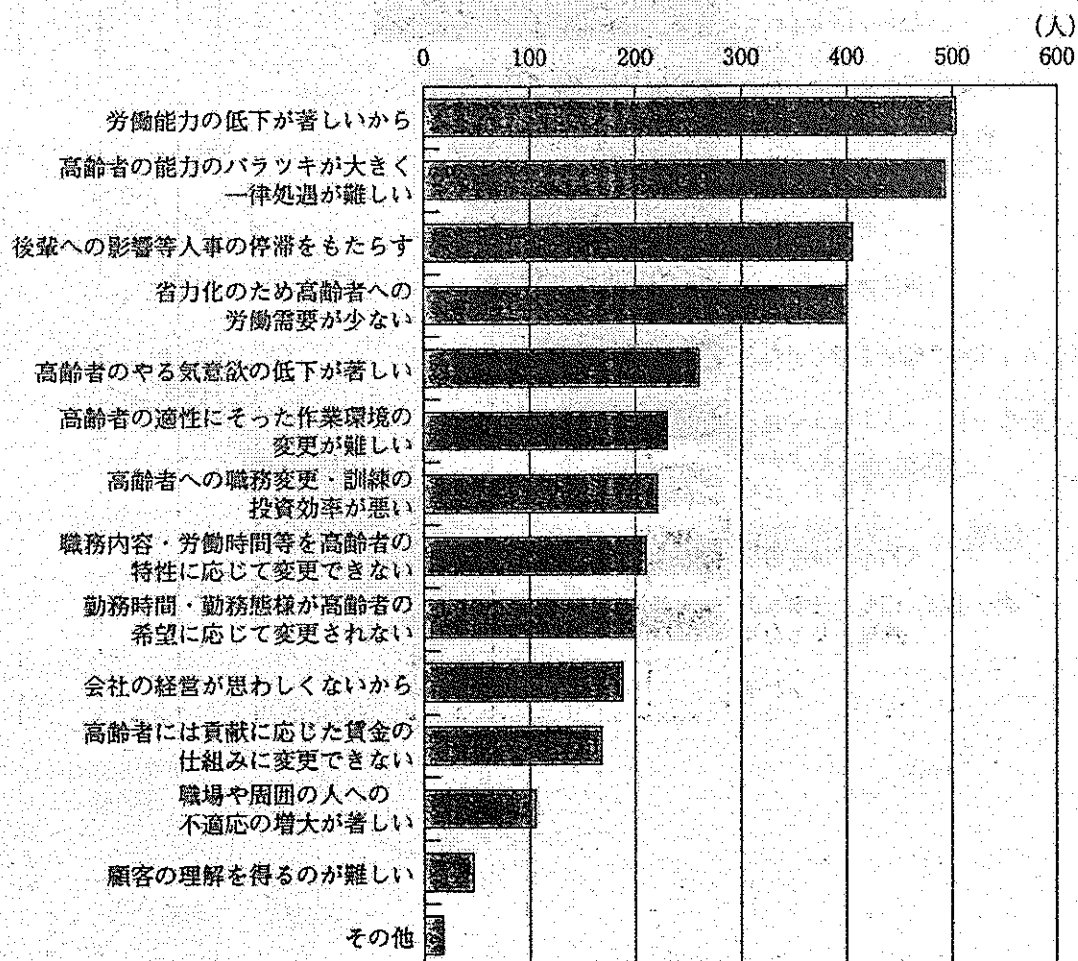
4. 定年後も働きつづけるためになすべきこと

定年後も働きつづけるためにどんな準備をしておくべきかについて聞いた、回答の集計結果は、図表13にしめしてある。「体力作りに留意しておく」、「趣味を持っておく」といった一般的な回答が予想以上に多い。他方で、「専門能力・公的資格の取得」、「自己啓発に努める」、「いろいろな仕事の経験を積んでおく」といったキャリア・デベロップメントに対する志向は予想したほどではなく、回答者の35%がそうした方向での準備の大切さを自覚している。

5. 定年延長や全員対象の継続雇用が困難な理由

継続雇用が困難な理由について、回答者がどのような理由を考えているかを聞いた回答結果が、図表14にしめされている。もっとも多かったのは、「労働能力の低下が著しいから」で、約500人、回答者の40%がえらんでいる。これは定年後に働きつづけるために必要な事項として、「体力」をあげたものが多かったことと符合している。

図表14 継続雇用が困難であると思う理由



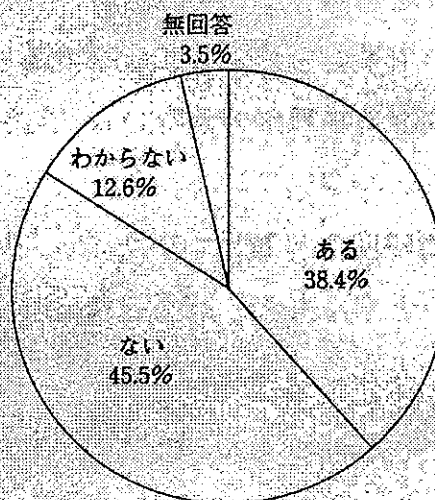
他方で、「高齢者の能力のバラツキが大きく一律処遇が難しい」、「後輩への人事の停滞をもたらす」などの、人事処遇上の理由をあげるものも約35%いる。そのほかでは、「省力化のために高齢者への求人が増えない」も、約30%が選んでいる。そのほかでは、「高齢者に適した作業環境ができない」、「勤務内容ないし勤務時間が高齢者の特性に適した形になっていない」とするものも比較的多い。

III 継続雇用制度に関して

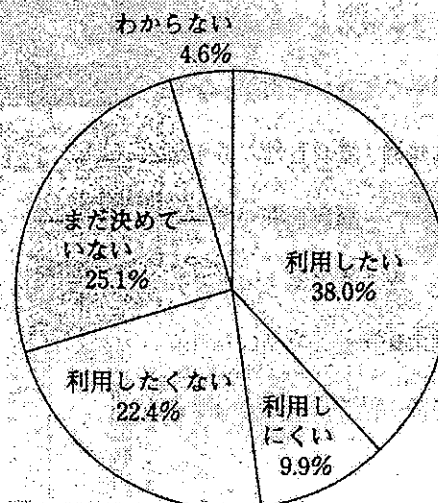
1. 勤務先の継続雇用制度の有無

図表15には、勤務先企業に継続雇用制度があるかどうかを聞いた回答結果が示されている。「ある」とするもの、487人、38%、「ない」とするもの、577人、45%である。

図表15 勤務先の継続雇用制度の有無



図表16 継続雇用制度の利用希望者



2. 継続雇用制度の利用意思

図表16は、継続雇用制度の利用意思を聞いた回答結果をしめしている。128人(38%)が、「利用したい」と回答している。「利用したくない」と回答したもの、108人、22%であり、「利用しにくい」とするもの、48人、10%、「まだ決めていない」が、121人、25%となっている。

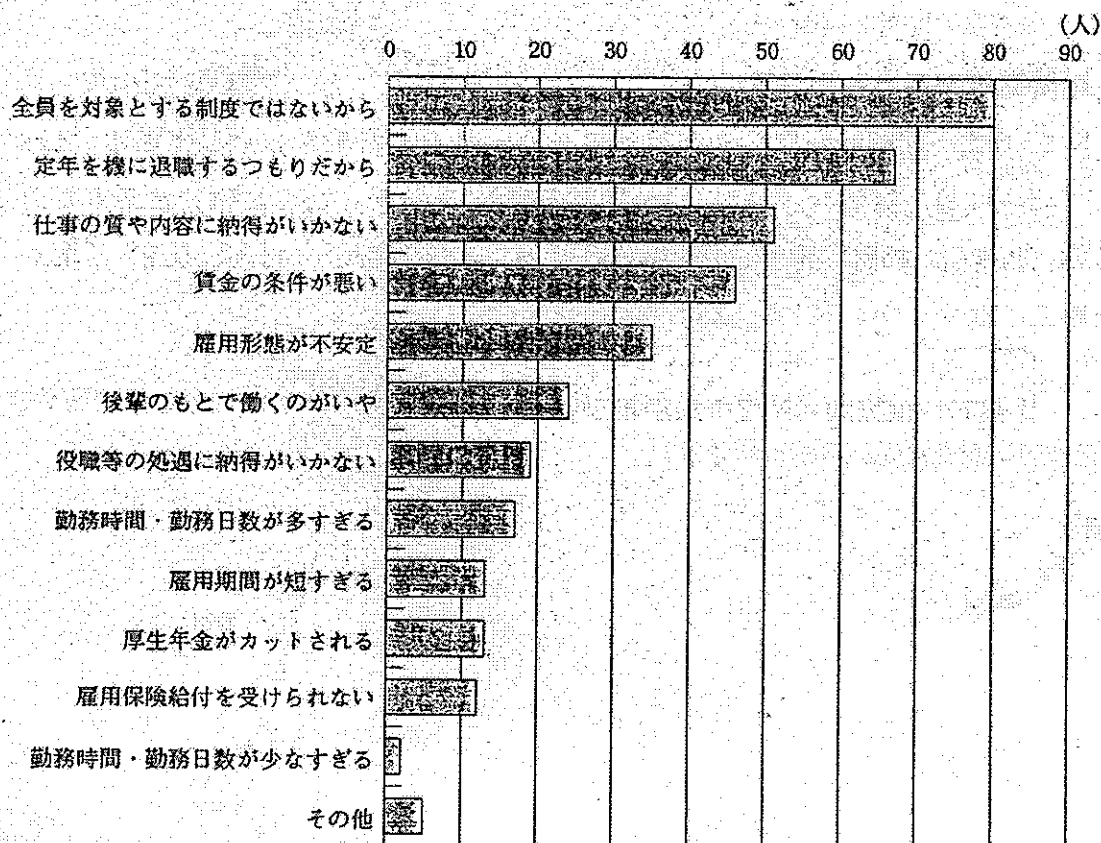
3. 継続雇用制度を利用しない理由

図表17には、継続雇用制度を利用しない、利用しにくいと回答した者に、その理由をたずねた回答結果がしめされている。もっとも多いのが、「全員を対象とする制度ではない」とするものである。このことは、要するに現在のような継続雇用制度であるならば、継続雇用制度を希望すれば仲間内から突出したふうになされるのが嫌われているということであり、あらかじめ継続雇用対象者の条件を明示しておくなどの、制度上の工夫が必要であることを示唆している。

ついで多かったのは、仕事の質を理由とするものであり、すなわち「仕事の質や内容に納得がいかない」。処遇の不満をあげるものも多く、「賃金の条件が悪い」とつづいている。

勤務時間や日数については、「少なすぎる」とするもの、1人、逆に「多すぎる」とするもの、17人となっており、短縮する方向での改善が求められているといえよう。

図表17 継続雇用を利用しない理由



(補遺2) 本報告のもとになった調査の調査要領等

「高齢従業員の継続雇用に関する企業調査」

1. 目的

佐賀県における中規模以上企業における60歳から65歳の高齢者の継続雇用の制度化、制度の運用の実態およびその課題を企業側の要因から明らかにし、今後の60歳から65歳の高齢者の雇用促進の基礎資料とする。

2. 調査対象

平成10年1～2月

3. 調査対象

調査対象部門：全産業（ただし公務はのぞく）

同上産業のうちの県内に本社のある（従業員100人以上の）企業。

4. 調査対象数

270社

5. 調査票の配布・回収

郵送による。ただし電話による回収の催促をおこなう。

6. 回収率

有効回答172社

有効回収率63.7%

7. 公表

『高年齢従業員の継続雇用に関する企業調査結果報告書』（佐賀県高齢者雇用開発協会、佐賀経済調査協会。平成10年3月）

「継続雇用典型企業ヒヤリング調査」

1. 目的

労働者が希望すれば現役として65歳までは働くことのできる継続雇用制度の検討のための資料として、またパイロット企業で現在おこなわれている継続雇用制度導入可能性の検討に資することを目的とする。

2. 調査対象の選定

上記の「高齢従業員の継続雇用に関する企業調査」に回答した企業で、以下のいずれかに該当する企業。なお、原則として従業員300人以上とするが、業種の偏りはさける。

- ① 61歳以上の定年制をしいている企業
- ② 希望者全員を雇用する継続雇用制度を実施している企業
- ③ ①②の実施を具体的に検討している企業

3. 調査対象企業6社

61歳以上の定年実施している企業：医療・社会福祉分野。1社

希望者全員を雇用する継続雇用制度を実施している企業：製造業。2社

65歳までの継続雇用制度を実施している企業：卸売・小売業、運輸・通信業。2社

61歳以上の定年延長制度を具体的に検討している企業：製造業。1社

以上計6社。

4. 公表

『継続雇用典型企業ヒヤリング調査結果報告書』（佐賀県高齢者雇用開発協会、佐賀経済調査協会。平成10年9月）

「継続雇用に関する従業員意識調査」

1. 目的

継続雇用制度の進展のための検討の基礎資料とすることを目的とした、雇用に関する従業員に対する意識調査である。

2. 調査時期

平成10年10月～11月

3. 調査方法

郵送によるアンケート調査

4. 調査対象

回答主体は従業員個人。

5. 対象属性

調査対象従業員の所属企業の従業員規模は、100人以上。対象者としたのは、原則として40歳以上の従業員。

選定した企業数は20社である。企業の産業分野の内訳は、建設業、製造業、卸・小売業、金融・保険業、運輸業、サービス業、その他産業であり、それぞれから調査対象として1企業以上を選定した。

6. 調査地域

佐賀県

7. 回収状況

調査対象者数：1,680人。回答数：1,268人。

回収率は、75.5%であった。

8. 公表

『継続雇用に関する従業員意識調査』（佐賀県高齢者雇用開発協会、佐賀経済調査協会。平成11年3月）

第2章 高齢社会における福祉 NPO の役割

はじめに

1. 現代の福祉改革と NPO : 福祉多元主義下の福祉 NPO の発展
 - (1) イギリスにおける福祉改革とボランティア組織 (NPO)
 - (2) 日本における福祉改革と福祉 NPO
2. 世界の福祉 NPO
 - (1) アメリカ合衆国 : AARP (全米退職者協会) (1958 年～)
 - (2) イギリス : エイジ・コンサーン (1971 年～)
 - (3) 日本 : 高齢者協同組合 (1995 年～)
3. 福祉 NPO の意義と課題
 - (1) 意義
 - (2) 課題

はじめに

先進諸国の福祉制度は、急速な高齢化と低成長経済への移行、新自由主義の台頭という、社会経済的あるいは政治的変化の圧力の下で、構造的な改革が迫られている。その制度改革の基調は、社会サービスの財源と供給の多元化を推進する福祉多元主義と、財源と供給の分離を通じて創出され、公的にコントロールされる市場、すなわち、「準市場」の活用によって特徴づけられる。

この福祉多元主義と「準市場」の活用は、民間非営利組織 (nonprofit organization : NPO、以下、NPO) に対して、新たな活動の機会を提供している。とりわけ、高齢化が急速に進行するなかで、福祉サービス供給の分野において、地域住民によって組織される NPO (以下、福祉 NPO) の役割が注目されている。今日、福祉 NPO には、地方公共団体等の公共セクターと並び、「新しい公共」としての役割が期待されているといえる。しかし、その一方で、「契約文化」の浸透、「制度化」と呼ばれるような様々な問題が生じているのも事実である。

本稿では、こうした福祉 NPO の世界的な発展の背景と現状を概観し、高齢社会におけるその意義と課題について考えることにする。

1. 現代の福祉改革と NPO : 福祉多元主義下の福祉 NPO の発展

- (1) イギリスにおける福祉改革とボランティア組織 (NPO)

日本やアメリカでいう NPO は、イギリスではボランティア組織 (voluntary organization) あるいはボランティア・セクターなどと呼ばれる。イギリスにおけるボランティア組織の歴史は古く、例えば共済組合 (friendly society) は紀元 1 世紀以来の活動の歴史があるし、6 世紀には、世界最古の学校のひとつであるカンタベリーのキングス・スクールが、聖アウグスティヌスによって、彼のキリスト教使命 (ミッション) の一環として設立されている。またイギリスでは歴史的にキリスト教がボランティア活動の中心をなしており、その活動分野は教育のみならず社会サービス、あるいは国際救援活動、開発援助と多岐に渡っている。

しかし、ボランティア組織が公式の社会サービスなどの供給において、国家の「パートナー」としての役割を担うようになったのは、純粋に 20 世紀の現象である。戦後福祉国家体制の創造者のひとりといわれるベバリッジでさえ、国家の役割を強調するのみならず、社会が健全に機能するためのボランティア活動の重要性に注目していた。もっと最近でいえば、1978 年のウォルフenden 報告「ボランティア組織の未来 (The Future of Voluntary Organizations)」は、ボランティア組織を含めた多様なセクターが福祉供給を担う福祉多元主義を提起したという点で画期的なものである。このように 20 世紀に入り、ボランティア組織が政府の公共政策のなかに公式に位置付けられていくことになる。

1990 年代に入ると、より根本的な福祉制度改革が実施され、ボランティア組織の性格に大きな変化をもたらされることとなった。1990 年成立の国民保健サービス及びコミュニティ・ケア法 (NHS and Community Care Act: 以下、コミュニティ・ケア法) を契機とするコミュニティ・ケア改革がそれである。これは、福祉サービス分野に擬似的な市場システムを導入することによってケアの混合経済化、すなわち福祉多元主義の観点からのサービス提供主体の多元化を大きく推進する試みであるが、その主な特徴を①地方自治体の役割の変化、②準市場の創出を通じたケアの混合経済化という側面からみていこう。

① 地方自治体の役割の変化

1990 年に成立したコミュニティ・ケア法 (93 年本格施行) によって推進されたコミュニティ・ケア改革によって、地方自治体の役割は大きく変化する。すなわち、サービスの直接的提供者という伝統的役割から、多様なサービス提供主体間の競争を奨励し、そうした提供主体と契約を結び、サービスを購入することで、利用者が多様なサービスを選択しうる条件を整備するという、いわゆる「条件整備主体」(enabler) に変化することになる。

1988 年の地方自治法改正によって福祉分野にも拡大された強制競争入札制度が、すでに民間委託を推進していたとはいえ、従来、自治体社会サービス部 (Social Services Department: 以下、SSD) がサービスの購入と供給において主導的な役割を担っていた。コミュニティ・ケア改革においては、SSD の自治体直営サービスが完全に否定されたわけではないが、直営サービスと民間部門のサービスを費用対効果の観点から比較し、後者が優れている場合はそのサービスを購入するという方式がとられるようになる。こうした比較評価の公正さを保証するための行政管理上の制度改革が、いわゆる「購入者—提供者分離 (Purchaser-Provider Split)」であるが、これは SSD 内のサービス購入部門と直営サービス管理部門を分離することで実施された。これにより、地方自治体には、良質のサービ

スを最小の費用で購入するマネジメント能力が求められるようになる。

② 準市場の創出を通じたケアの混合経済化

コミュニティ・ケア改革の特徴のひとつは、「財源」と「供給」の分離を通じて公的にコントロールされた「準市場 (quasi-market)」を創出した点にある。すなわち、財源は税方式を基礎に公的に調達・管理されるが、サービスの供給は「公」的部門と並び、多様な「民」(民間営利・非営利)に委ねられていくことになる。しかし、これは完全な市場システムの導入をめざすものではない。その背景には、介護や医療のような準公共財と呼ばれるサービスは情報の非対称性(市場の失敗)が著しいために完全な市場は望ましくないという考え方がある。そこで、部分的に市場システムを導入し、サービスに要する財源に対する国家のコントロールは維持しつつも、国家はサービスの独占的提供という役割から撤退し、その代わり顧客を求めて互いに競争する多様な独立のサービス提供者に供給を委ねることになる。準市場といわれる所以である。すなわち、公的セクター (public sector) と、独立セクター (independent sector) と呼ばれる 民間営利セクター (private sector) やボランティア・セクターが、自治体との契約をめぐって互いに競争する擬似的な市場が形成されることになった。

さらに、コミュニティケア法の成立後、さらに民間委託を推進するために、国から地方自治体に交付されることになった「特別移行補助金 (Special Transitional Grant: STG)」の85%以上を、民間サービスの購入にあてることを義務づけたこと(いわゆる「85%ルール」)も、ケアの混合経済化を推進する役割を果たした。

なお、イギリスのボランティア組織は、チャリティ法 (The Charity Act) に基づくチャリティ団体として、チャリティ委員会に登録し認可されれば、税の減免資格が与えられる。しかし、すべてのボランティア組織がチャリティ団体として認可されているわけではない。

(2) 日本における福祉改革と福祉 NPO

周知の通り、日本では1997年12月に介護保険法が成立し、2000年4月から介護保険下のサービスが開始されているが、高齢者介護を中心する福祉サービス分野の「民営化」は、介護保険導入以前からすでに進行していた。

例えば、政府は1989年12月の「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」(ゴールドプラン)において、10年間で、ホームヘルパー10万人、ショートステイ5万人分、デイサービス1万カ所、在宅介護支援センター1万カ所、特別養護老人ホーム24万人分などを整備することを内容とする計画を策定する。これは初めて具体的な福祉供給の目標値を定め、在宅・施設サービスの基盤整備、福祉マンパワーの確保をめざすものである。様々な問題点を含むとはいえ、福祉分野への民間部門の参入を促進する誘因となったのは確かである。同年、「家庭奉仕員派遣事業運営要綱」の改定により、委託先を社会福祉協議会のみではなく、「在宅介護サービスガイドライン」の要件を満たす民間事業者に拡大したことも、「民間団体」への外部委託化を加速させることになる。さらに、先の「ゴールドプラン」を法的に追認する、1990年の社会福祉関係8法改正によって、在宅福祉サービス及び施設福祉サービスの市町村への一元化(1993年より実施: 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム等の入

所決定等の事務を町村に委譲)、市町村及び都道府県に対する「老人保健福祉計画」の策定義務づけ(策定期限は1994年3月まで。すでに完了)などの措置が実施される。以上のような一連の施策を通じて、在宅中心のサービス供給体制の基盤整備とサービス供給の多元化が地方自治体レベルで推進されていくことになる。

しかし、介護保険制度導入以前の措置制度の下では、民間委託(自治体と民間団体との委託契約)とはいえ、あくまでも行政サービスとして介護サービスが供給されていた。日本において福祉サービスの市場化が本格的に開始されるのは、介護保険導入以降である。すなわち、介護保険制度という社会保険方式による「財源」と「供給」の分離を通じた「準市場」の創出によって、財源は「公」(介護保険財政)、供給は、自治体直営と並び、多様な民間事業者(営利・非営利)が担うという方式がとられるようになる。この福祉改革により、財政方式は異なるとはいえ、イギリス同様、自治体の役割はサービスの独占的提供者・購入者から、主として多様なサービス提供事業の育成や事業者間の連携・調整、効率的な財政運営を行うマネジメント的役割に変化することになる。すなわち、公的にコントロールされた準市場の下で、地方公共団体、営利法人、NPO(社会福祉法人、社会福祉協議会、農業協同組合、生活協同組合、医療法人、NPO法人など)が互いに競争し合うことになる。イギリスと比較すると、サービス事業者に占める自治体直営サービスの割合が極端に少ないのが日本の特徴である。例えば、『厚生白書(平成12年版)』によると、2000年4月1日現在の居宅サービス指定件数に占める地方公共団体サービスの割合はわずか5.6%である。これに対し営利法人の割合は26.2%であり、営利法人と公共団体を除く残り約70%を社会福祉法人、社会福祉協議会、医療法人、民法法人・生協・農協、NPO法人など広義の福祉NPOが占めている。イギリスの場合、市場化・多元化は進んだとはいえ、特に在宅サービスにおいては自治体直営サービスがかなりの割合を占めている。

なお、介護保険のサービス事業者の指定には、基本的に法人格が必要であるが、1998年の特定非営利活動促進法(NPO法)の成立により、福祉NPOにとって法人格取得機会が飛躍的に拡大したことも、福祉NPOの急増の背景にある。また、介護保険法の附帯決議には、「在宅介護サービスについては、民間企業、農協、生協、シルバー人材センター、ボランティア団体等、多様な事業主体の活用がはかられるよう、事業者の指定基準やサービス提供のありかた等において配慮すること」という1文が盛り込まれている。このことから政府が、福祉NPOに公式のサービス提供者としての役割を期待しているのは明らかである。

2. 世界の福祉NPO

(1) アメリカ合衆国：AARP(全米退職者協会)(1958年～)

アメリカは公的医療保険制度が十分に整備されていないことで知られるが、以前は特に退職者は、民間医療保険からも加入を排除されていた。AARP(全米退職者協会)の結成は、高校の校長を退職したある女性が、加入者を募って退職者のためのグループ医療保険を始めたのが発端であるといわれている。1958年に全米退職者協会という非営利の会員組織が

結成され、政府の高齢者政策に影響を与えるロビー活動などが展開されていく。1965年の社会保障法改正で公的医療保険・医療扶助制度（メディケア、メディケイド）が創設されるが、この改正法の成立においてもAARPの活動が貢献したといわれている。さらに、AARPは1967年成立の年齢差別禁止法（40歳以上の者について、年齢を理由として採用、解雇、昇進、労働条件などに関して差別的取り扱いをすることを禁止）の成立を支援している。アメリカにおいては、NPOが高齢者政策・福祉政策において重要なアドボカシー機能、大きな政治的影響力を有しているといえる。

AARPは2000年現在、3,000万人以上の会員を擁するアメリカ最大のNPOであり、会員資格は50歳以上であれば誰にでも開かれている。その事業内容は、グループ医療保険への加入、連邦政府との協働による高齢者支援事業、会員向け情報サービス、政策立案・ロビー活動、ボランティア活動支援などと多岐に渡っている。

以上のように、AARPは、政府から独立して、高齢者の声を代弁し（アドボカシー）、高齢者のニーズを科学的に調査研究し、高齢者政策を自分たちで立案・提案し、高齢者による高齢者のための総合的な活動を行う団体ということができる。

（2）イギリス：エイジ・コンサーン（1971年～）

エイジ・コンサーン（AGE Concern）は全国に約25万人のボランティアを擁するイギリス最大の全国的ボランティア・ネットワークであり、地方組織を中心に、デイケアや在宅サービス、家事援助、健康管理プログラムなどの社会サービス（自治体との契約等）を提供している。また、国や地方自治体と協力して、高齢者のための活動を展開し、政府の政策形成にも影響力を行使している。例えば、高齢者のボランティア活動を支援するプログラムや、問題を抱えた家族の子供の面倒を高齢者がみる活動（Trans Age Action）、冬期の暖房費のための特別補助を政府から勝ち取ったり、職場の年齢差別撤廃のために経営向けフォーラムを開催するなどのロビー活動・アドボカシー活動等である。

例えばTrans Age Actionにおいては、高齢者自身によって、授業での集中力のない子供に対する補習や生活相談活動が提供されており、社会の役に立っているということで高齢者の自尊心の回復にも寄与しているといわれる。

（3）日本：高齢者協同組合（1995年～）

高齢者協同組合とは、高齢者を主たる組合員として、在宅介護・保健・就労事業など、多様な高齢者向けサービスを提供する協同組合（生協法人を取得）である。高齢者自身が出資し、運営する協同組合であり、組合員はサービスの利用者としてのみならず、提供者としても直接事業に参加できる点が大きな特徴である。1995年の三重県高齢者生活協同組合（以下、三重高齢協）の設立を皮切りに、全国で約30組合が活動している。ここでは、三重高齢協の活動の概要を紹介することにする。

三重高齢協は、松阪市を起点に三重中高年雇用福祉事業団を中心とする地域住民によって、「高齢者も豊かな経験と知恵をいかしながら社会活動に参加し、元気で有意義な人生をまっとうできる真の『長寿社会』」を目指して結成される。高齢社会に対する三重高齢協の基本的考え方は、公的な福祉や自助の役割を一方向的に強調するのではなく、「自助、協助、

公助」の三助結合と称されるように、公的な福祉政策と連携しながら、協同組合型の共助（たすけあい）の仕組みを最大限に活用し、高齢者が住みよい町づくりをめざすという点にある。

三重高齢協の運営は、「班」単位の活動を基本としており、1999 年末現在の班数は約 20、組合員数は約 1,400 人である。加入条件は 1 口 5,000 円の出資金と年会費 1,200 円となっている。事業範囲は県全域だが、松阪市が中心である。同生協では、高齢者自身がその豊かな経験と知識、能力を生かして活動に参加するという、設立当初の基本理念のもとに、高齢者の「健康」と「仕事」を活動の柱に、健康管理と生活支援関連の各種事業が展開されている。現在、取り組まれている主な事業は、ホームヘルプサービス、配食サービス、住関連サービス、健康プログラム活動、健康宅配（巡回訪問活動）などである。1998 年度の事業高は約 6,500 万円、50 万円の欠損となっている。現地点では、売上からみると配食が中心事業であるが、高齢者の仕事（就労）づくりという点では、住関連サービスがその中心的役割を担っている。住関連とともに、配食や宅配、ホームヘルパーなども広い意味での「就労」と位置づけられているが、これらの従業者は、その多くがいわゆる「有償ボランティア」である。一方で、日常的な業務や管理運営を担う専従職員が、約 20 人ほど常勤あるいはパートタイムの就労形態で働いている。彼らは「有償ボランティア」と違い、「賃金」が支払われる労働法適用の「労働者」である。

高齢者の事業や組織運営への直接参加という点では、ヘルパーとして登録している 60 歳以上の組合員は、1999 年 12 月末現在、約 90 人にのぼる。そのうち約 30 人が介護、家事援助、移送、配食、除草、剪定等に従事している。ホームヘルパーだけに限っても、148 人の登録者のうち 45%が 60 歳以上の組合員である。また、高齢者は、班・支部（準備会）・ハイキング等の世話役、講座の講師としても参加している。さらに、理事 24 名中 17 人が高齢者で構成されており、実質的に高齢者によって運営される組織になっている。なお 2000 年 2 月に完成した老人福祉施設「協和苑」は、デイサービス、ショートステイ、ヘルパーステーション、在宅介護支援センターの機能を併せ持つ在宅複合型の老人福祉施設である。

3. 福祉 NPO の意義と課題

最後に高齢社会における福祉 NPO の意義と課題について考えたい。

(1) 意義

① 公共政策における参加モデル

まず第 1 に、公共政策における参加モデルとしての意義である。公共政策の近年の変化としては、公共サービスの財源と供給の分離や準市場の活用のもとで、政府以外の多様な民間事業者へのサービスの外部化が進み、政策実行の担い手が多様化していく傾向を指摘できる。三重高齢者生協等、住民参加型の福祉 NPO の事業もこうした文脈のなかに位置付けることができる。とりわけ、福祉サービスのよう需要の多様性が認められる準公共財の供給には、政府（地方自治体）の一元的・画一的なサービス供給よりも、非営利部門の

方が利用者の需要やニーズに柔軟に対応しうる可能性がある。さらに高齢者生協のような福祉 NPO の場合、公益法人・社会福祉法人のような行政の規制の強い従来型の NPO と比較しても、住民自身がサービスの供給・利用・運営に直接参加しうるという参加的構造からして、住民のニーズをサービスの質や供給方法に反映させることが、より容易であると考えられる。また、AARP やエイジ・コンサーンのように、福祉 NPO のなかにはサービス供給のみならず、市民の立場から公共政策のありかたに対して影響力を行使しようとする、アドボカシー機能あるいは社会運動的機能も同時に追求する団体も存在する。

以上のように福祉 NPO においては、高齢者がサービス提供者・利用者として直接、公共サービスの供給システムの運営に参加すると同時に、市民として公共政策のありかたに発言を行使するという、公共政策における新しい参加モデルが追求されているといえる。

②サービスの質の保証モデル

福祉サービスに常につきまとうのは、サービスの供給側と需要側の間に存在する情報の非対称性、すなわち、サービスに関する情報がサービスの供給側に偏在しており、需要側はサービスの購入にあたり、その質を評価するに足る十分な情報を持ち合わせていないという問題である。悪質な営利企業の場合、この情報の非対称性を意図的に利用し、サービスの質を切り下げることによって、不当な利潤を得ることも大いにありうる。非営利組織論で知られるヘンリー・ハンズマンは、この情報の非対称性に起因する利用者と提供者の間の信頼の欠如を「契約の失敗 (contract failure)」と表現し、民間非営利組織 (NPO) の意義を、この「契約の失敗」の克服に求めている。しかし、ハンズマンの場合、NPO が優位であることの論拠として、収入から費用を差し引いた純利益 (剰余) を利害関係者に分配することが制度的にできない、いわゆる「非分配制約 (nondistribution constraint)」を強調し過ぎる点に問題がある。というのは、NPO の特徴を「非分配制約」というアメリカの税制・法制をモデルとした制度的制約に求める論理は、NPO の多様性を軽視しており、世界的にみても必ずしも普遍的ではないからである。何よりも、その定義からすれば、公共財的性格の強いサービス分野で活動する協同組合であっても、剰余を関係者に分配しうるという点だけで、NPO の範疇から除外されてしまう。また、剰余を分配しなくとも、世間相場より高い俸給を支払うことによって、「隠れた利潤分配」をなすことも可能であることからすれば、「非分配制約」は構成員の利己的動機を抑制する制度としては十分ではない。

むしろ、筆者は、サービスの利用者と提供者の信頼関係を通じたサービスの質の保証の鍵を、「非分配制約」のみならず、組織の参加的構造に求めたい。高齢者生協のような協同組合の最大の特徴は、サービス利用者の組織であると同時に、サービス提供者の組織でもあるという組織の二面性と参加的構造に求められる。組合員は、サービスの利用者または提供者、あるいは双方の立場から、所有者 (出資者) として 1 人 1 票の議決権に基づき、経営上の主要な意思決定に参加しうる。サービスの利用者であり提供者でもありうる組合員は、サービス供給組織の「外部」から発言し影響力を行使するのではなく、「内部」から組織の意思決定に参加し、サービス内容の決定過程や事業・組織の管理運営にまで影響力を行使しうるのである。いわば、「退出 (exit)」という市場的行動 (気に入らなければサービスの購入をやめる) のみならず、「発言 (voice)」という政治的行動を通じてサービスの

質を改善しうるモデルであり、組織の二面性と参加的構造を通じたサービスの質の保証モデルといえることができる。こうした組織の二面性と参加的構造は、福祉 NPO の多くにも見られる特徴である。

③高齢者のエンパワーメント

高齢者世代を現役世代にとって単に「負担」あるいは被扶養的・従属的存在とみなす高齢者観は、昨今、見直しが迫られている。高齢者の潜在能力に着目し、彼らを生産的・活動的存在としてとらえなおす「プロダクティブ・エイジング (productive aging)」というコンセプトなどはその典型である。しかし、われわれの社会では、依然として年齢差別 (エイジズム) が根強く、高齢者はその労働力率の高さなどにもかかわらず、生産的・活動的市民として社会的に評価されることは少ない。

福祉 NPO には、地域の高齢者に対して多様な社会参加の機会を提供することで、社会的に排除されがちな高齢者の社会的つながりを再生するとともに、その失われがちな力 (power) を取り戻し向上させる、高齢者のエンパワーメント (empowerment) としての意義があるといえる。高齢者生協においては、高齢者が経済活動あるいは文化活動において生産的になるのみならず、公共政策等の分野においても活動的市民として行動することが期待されているのである。

(2) 課題

民間非営利部門の役割重視といった近年の公共政策における変化は、今後、福祉 NPO と国家の公共政策との結びつきをより密接なものにしていくことが予想される。しかし、一方で懸念されるのは、「準市場」に過度に適應することからくる運動的要素やボランティアな組織文化の衰退である。こうした傾向はイギリスでは「契約文化」などと呼ばれているが、日本においても、福祉 NPO の事業が介護保険下の「契約」や公的な枠組みに過度に適應していくことで、その高齢者運動的側面が弱められていく傾向がすでにみられつつある。このことと関連するが、政府部門や民間営利・非営利部門がサービス供給を協働して担う、いわゆる福祉ミックス体制を擁護する論者の間でも、制度化されない、あるいは対立が生じるような側面を代表しうる社会運動や自律的な自助団体の特別な重要性が指摘されている。すなわち、本来、政府から自律的であるはずのボランティアな組織が公的な制度の枠組みに統合されていくことで、その自律性を弱め、例えば、制度から排除されている人々や政策に批判的な人々の利害を代表しえなくなる可能性もあるのである。高齢者生協についても、事業と運動の分離傾向が強まり事業主導となれば、こうした傾向が顕在化する可能性もある。いかに社会運動的要素を保持し、事業と運動を相互に関連づけながら発展させていくかが今後の重要な課題となろう。

われわれの社会がかつて経験したことのない「超高齢社会」に突入していくなかで、協同組合や NPO など民間非営利部門の役割はますます重要となることが予想される。しかし、こうした民間非営利部門が、単に行政サービスの補完的・下請的機能を担う組織に変質しないためには、政府と協働しつつも、同時に政府とは相対的に自律した社会的対抗力を維持していくことが求められているのである。

第3章 介護サービス利用契約の規制

はじめに

- 1 介護サービス利用契約をみる視角
- 2 介護サービス利用契約に対する諸規制
 - (1) 事業者の選択
 - (2) 介護サービスの内容及び手続の説明及び同意
 - (3) サービスの提供拒否の禁止
 - (4) 契約内容の適正さの確保
 - (5) 秘密保持義務
 - (6) 解約 —サービスの終了
 - (7) 苦情解決

おわりに

はじめに

介護保険制度の施行から一年以上が経過し、同制度をめぐる実務上の課題も一定程度明らかになったと思われる。「措置から契約へ」の表現にみられるように、介護保険制度の導入に際しては、介護保険の受給者と事業者の間で締結される契約に大きな関心が払われてきた。また、こうした関心に対応して、社会福祉協議会、各地の弁護士会などでは、介護サービス利用契約のためのモデル契約書を作成する動きがみられるようになっている^{*1}。しかしながら、介護保険法や社会福祉法では、介護保険の受給者である利用者（以下、たんに「利用者」と記す）と指定居宅介護サービス事業者及び指定介護施設（以下、たんに「事業者」と記す）が締結する介護サービス利用契約を直接規律する規定は置いていない。したがって介護サービス利用契約の規制をとらえるためには、これに関連する諸法規や自主規制を総合的に視野に入れた検討が必要となる。

本稿では、介護サービス利用契約に対する規制に関連する法制度やこれまでの議論を整理し、今後の検討のための予備的考察を行うこととしたい。

¹ これらの動向については、参照、品田充儀「介護保険契約の特徴と法的問題—モデル契約書を参考として」ジュリスト 1174号 70頁以下。

1 介護サービス利用契約をみる視角

介護保険制度のもとでは、従来の措置制度とはことなり、被保険者であるサービス受給者と介護保険の指定事業者の間に契約関係が生ずることとなる。利用者と事業者が締結する契約は、事業者が介護サービスを提供する債務と受給者が支払う債務（保険者が支払う介護報酬＋自己負担）から成り立つ双務有償契約である。この介護サービス利用契約の特徴としては、以下のような点が指摘されている。

第一に、債務内容の特定化が困難という特質をあげることができる。介護サービス給付においては、日々、変化する受給者の要介護状態に応じた介護サービスの提供が必要とされる。

第二に、契約当事者であるサービス受給者の判断能力が低下している点をあげることができる。消費者契約全般の特質として、契約当事者における交渉力の不平等、情報の格差などの特質が指摘されているが、要介護状態にある利用者にはこのような問題が生じやすいことになる。このため、契約方式への移行にともない、利用者保護の必要性が強く主張されてきた。

第三に、介護サービス利用契約は、社会保険制度の仕組みによって一定の枠組みを与えられた契約ということが出来る。介護保険という社会保険制度の仕組みの下でサービスの提供にあたる指定事業者は、法律や省令に定められた各種の規制に従う必要がある。保険給付としてのサービスの内容についても法律や省令により大枠は規定されている²。

なお、介護サービス利用契約においては、医療とはことなり、利用者の全額自己負担による上乗せサービスの購入が認められている（混合契約の容認）。現在のところ、サービス利用率が低く、利用者が受ける介護サービス量は支給限度額内の給付にとどまる場合が多い。今後、制度の改善等によりサービスの利用率が高まれば、この上乗せサービス部分に関する契約も視野に入れた考察が必要になってくる。

第四に、在宅介護サービスにおける介護サービス利用契約の特色として、利用者は複数の事業者と介護サービス利用契約を締結する点をあげることができる。周知のように在宅ケアにおいて、利用者はケアプランにもとづいて複数のサービス（ホームヘルプ・サービス、家事援助、入浴サービスなど）を利用することになる。在宅介護サービスにおいては、

² ここでは「契約自由の原則」から介護サービス利用契約をみてみよう。契約自由の原則は、①契約を締結し、または締結しない自由、②契約締結の相手方を選択する自由、③契約の内容を決定する自由、④契約締結の方式からの自由、から成ると一般に説明されている。このうち①と②については、利用者にサービス選択の自由が与えられたことが契約方式の利点と説明される一方で、事業者については省令などにより正当な理由なくサービスの提供を拒むことが禁じられている（「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日号外厚生労働省令第37号）第9条など）。③についても、事業者が提供するサービスの給付内容は省令などによる基準によって規律されているため、介護サービス利用契約によるサービス内容は一定の枠組みが与えられている。このように介護サービス利用契約における「契約の自由」には、介護保険制度の下で大幅な制約が加えられている。

単一の契約に着目するだけでなく、複数の契約が並存する介護サービスの提供プロセス全体を視野に収めた考察が求められる。逆に施設サービスに関する契約は、複合的な性格（役務の提供、賃貸借など）をもつことも指摘できる。

最後に、介護サービス利用契約を検討するにあたっての視角についてふれておく。従来、介護サービス利用契約の検討にあたっては、契約法学の分析枠組みを当てはめ、契約期間や解約事由、不当条項などの論点についてその法律上の効果を検討するものが多かったように思われる。こうした検討の重要性は否定できないものの、これとは別に、現実の介護サービスの提供過程から出発して、介護サービス提供プロセスにおいて介護サービス利用契約が果たす機能を考察するという方法もありうると考える。換言すれば、「契約」を公的規制や行政監査など他の規制手段と並列的な手法としてとらえた上で、良質な介護サービスの継続的提供における「契約」の役割を検討するという方法である。社会保障法の立場から独自に介護サービス利用契約を検討するにあたっては、後者の視角が有用ではないかと考える。この場合、契約の当事者を自律的に拘束するという契約の機能が特に注目されることになる^{*3}。

2 介護サービス利用契約に対する諸規制

前述のように介護保険法自体には介護サービス利用契約を規律する規定はほとんどみられない。ただし、社会福祉事業法を改正して制定された社会福祉法や、介護保険法の施行にあわせて定められた省令の中には、契約の規制に相当するととられるものが含まれており、これらについては着目する必要がある（ただし、私法上の効果がただちに導かれると速断することはできない）。

また、弁護士会や事業者団体などが作成したモデル契約は、事業者側に有利なものとなりがちな契約条項を適正化する機能が期待できる。ここでは、全国社会福祉施設経営者協議会が作成したモデル契約書（以下、「モデル契約書」と記す）を参照することにした^{*4}。

以下では、これらの規範が介護サービスの利用過程においてどのように介護サービス利用契約に対して規律をおこなっているかを問題となる局面ごとにみてゆくことにしたい。

（1）事業者の選択

介護サービス利用契約の前段階における事業者の選択にあたって、利用者は事業者による広告、紹介などを参考にサービスを選択することとなる^{*5}。

³ このような契約法への視角を提供するものとして、参照、H.Collins, *Regulating Contract* (1999)。

⁴ 全国社会福祉施設経営者協議会編『介護サービス利用契約の手引き』（全国社会福祉協議会、2000年）

⁵ 介護サービス利用契約の締結過程については、参照、岩村正彦「社会福祉サービス利用契約の締結過程をめぐる法的論点—社会保障法と消費者法との交錯」季刊社会保障研究

前述のように介護保険法自体には介護サービス利用契約を規律する規定はほとんどみられない。このため、介護保険法の施行にあわせて定められた省令に着目する必要がある。在宅ケアの提供を行う指定事業者に適用される「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（以下、「指定居宅サービス運営基準」と記す）では、事業者の広告に関して、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならないと定めている（第34条）^{*6}。指定居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設に関する運営基準においても同様の規定がある^{*7}。

同様に、2000年に制定された社会福祉法においても、利用者の選択にもとづく福祉という考え方にもとづいて誇大広告の規制に関する次のような規定を置いている。

第79条 社会福祉事業の経営者は、その提供する福祉サービスについて広告をするときは、広告された福祉サービスの内容その他の厚生労働省令で定める事項について、著しく事実と相違する表示をし、又は実際のものよりも著しく優良であり、若しくは有利であると人を誤認させるような表示をしてはならない。

介護サービス利用契約締結の前段階における事業者の選択にあたっては、事業者、とりわけ居宅介護支援事業者（ケア・マネージャー）の役割が大きい。こうしたケア・マネージャーの大半は、老人福祉施設や医療機関に雇用されており、当初より、これらの施設の傘下にある事業者が提供するサービスのみを紹介するのではないかとの懸念が示されていた（いわゆる「サービスの囲い込み」）。筆者に知る限りにおいてもこうした懸念は現実化しているように思われる。

介護保険法では居宅介護支援事業者などに対して利用者の立場に立ったサービスを提供するように努力義務を課しているほか（73条1項、80条1項、87条1項）、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」では、次のような規定をおいている。（傍線は筆者による）

第1条 1（略）

2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者（略）は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービ

35 巻3号 251 頁以下。

⁶ 平成11年3月31日号外厚生労働省令第37号

⁷ 「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（平成11年3月31日号外厚生省令第38号）第24条、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日号外厚生省令第39号）第31条

ス等（略）が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

第13条 指定居宅介護支援の方針は、次に掲げるところによるものとする。

① 略

② 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供して、利用者にサービスの選択を求めるものとする。

第25条 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない。

2 指定居宅介護支援事業者及びその従業者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該居宅サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を受受してはならない。

しかしながら、これらの規定のみでは、指定居宅介護支援事業者の中立性を確保する手段としては不十分であると指摘されている^{*8}。

（2）介護サービスの内容及び手続の説明及び同意

2001年4月から施行されている消費者契約法では、適正な内容の契約が締結されるように、契約の締結にあたっては事業者に対して情報の提供義務が課せられている（消費者保護法3条）。指定居宅サービス事業者運営基準でも次のような規定を置いている。

第8条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第二十九条に規定する運営規程の概要、訪問介護員等の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

また、この点に関して社会福祉法は第8章以下において比較的詳細な規定を置いている。

（情報の提供）

第75条 社会福祉事業の経営者は、福祉サービス（社会福祉事業において提供されるものに限る。以下この節及び次節において同じ。）を利用しようとする者が、適切かつ円滑にこれを利用することができるように、その経営する社会福祉事業に関し情報の提供を行うよう努めなければならない。

⁸ 岩村・前掲 256頁。

2 (略)

(利用契約の申込み時の説明)

第 76 条 社会福祉事業の経営者は、その提供する福祉サービスの利用を希望する者からの申込みがあつた場合には、その者に対し、当該福祉サービスを利用するための契約の内容及びその履行に関する事項について説明するよう努めなければならない。

(利用契約の成立時の書面の交付)

第 77 条 社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用するための契約（厚生労働省令で定めるものを除く。）が成立したときは、その利用者に対し、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した書面を交付しなければならない。

当該社会福祉事業の経営者の名称及び主たる事務所の所在地

- ② 当該社会福祉事業の経営者が提供する福祉サービスの内容
- ③ 当該福祉サービスの提供につき利用者が支払うべき額に関する事項
- ④ その他厚生労働省令で定める事項

2 社会福祉事業の経営者は、前項の規定による書面の交付に代えて、政令の定めるところにより、当該利用者の承諾を得て、当該書面に記載すべき事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であつて厚生労働省令で定めるものにより提供することができる。この場合において、当該社会福祉事業の経営者は、当該書面を交付したものとみなす。

また前述のモデル契約書では、次のように、施設サービス計画の決定・変更に際しても情報提供、書面の交付を義務付けている。

第 2 条 (施設サービス計画の決定・変更)

- 1 事業者は、介護支援専門員に第 1 条第 2 項に定める施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとします。
- 2 施設サービス計画は、計画担当介護支援専門員が施設サービス計画について、契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得た上で決定します。
- 3 事業者は、〇か月(※要介護認定有効期間)に 1 回、もしくは契約者及びその家族等の要請に応じて、計画担当介護支援専門員に、施設サービス計画について変更の必要があるかどうかを調査させ、その結果、施設サービス計画の変更の必要があると認められた場合には、契約者及びその家族等と協議して、施設サービス計画を変更するものとします。
- 4 事業者は、施設サービス計画を変更した場合には、契約者に対して書面を交付し、その内容を確認するものとします。

(3) サービスの提供拒否の禁止

注 (2) でものべたように、「指定居宅サービス運営基準」などの省令では、事業者に対

しては正当な理由のないサービス提供の拒否を禁止している（指定居宅サービス運営基準9条など）。

（４）契約内容の適正さの確保

現実に利用者と事業者が締結する介護サービス利用契約を検討した報告書によれば、これらの契約の中には、事業者側の損害賠償責任を限定する条項、中途解約を制限する条項などの不当条項がみられるとの指摘がなされている。

こうした問題点に対して、介護保険法及び関連省令は、以下にかかげる保険給付対象外のサービス利用料に関する規定を除いては何ら規定をおいていない。

「指定居宅介護サービス運営基準」

第20条 1（略）

2 指定訪問介護事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定訪問介護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定訪問介護に係る居宅介護サービス費用基準額又は居宅支援サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

ただし、この規定は、保険給付対象サービスとの価額の均衡にまで立ち入ったものとして注目されるものである。

他方、モデル契約書では、介護保険給付対象サービスと給付対象外サービスを区別して記載することを定めている。

第3条(介護保険給付対象サービス)

事業者は、介護保険給付対象サービスとして、ホームにおいて、契約者に対して、入浴、排せつ、食事等の介護、相談等の精神的ケア、社会生活上の便宜、日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を提供するものとします。

第4条(介護保険給付対象外のサービス)

1 事業者は契約者との合意に基づき、以下のサービスを提供するものとします。契約者が選定する特別な食事の提供契約者に対する理美容サービス別に定めるところに従って行う契約者からの貴重品の管理四事業者が特別に定める教養娯楽設備等の提供あるいはレクリエーション行事

2 前項の他、事業者は、()のサービスを介護保険給付対象外のサービスとして提供するものとします。

3 前2項のサービスについて、その利用料金は契約者が負担するものとします。

4 事業者は第1項及び第2項に定める各種のサービスの提供について、必要に応じて契約者の家族等に対してもわかりやすく説明するものとします。

また、モデル契約書は、介護サービス提供時における事故を想定し、利用者の注意義務について規定するとともに、事業者側の安全配慮義務、損害賠償責任、事業者の免責事由について以下のように定めている。

第9条（契約者の施設利用上の注意義務等）

3 契約者は、ホームの施設、設備について、故意又は重大な過失により滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己の費用により原状に復するか、又は相当の代価を支払うものとしします。

第7条（事業者及びサービス従事者の義務）

1 事業者及びサービス従事者は、サービスの提供にあたって、契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮するものとしします。

2 事業者は契約者の体調・健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携し、契約者からの聴取・確認の上でサービスを実施するものとしします。

3 事業者及びサービス従事者は、契約者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他契約者の行動を制限する行為を行わないものとしします。

第10条（損害賠償責任）

1 事業者は、本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。第8条に定める守秘業務に違反した場合も同様としします。但し、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、損害賠償額を減じることができるものとしします。

2 事業者は、前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとしします。

第11条（損害賠償がなされない場合）

事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

一 契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合

二 契約者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合

三 契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合

四 契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

(5) 秘密保持義務

利用者の居宅でサービスが提供される在宅サービスの場合には、利用者に関する秘密の保持、プライバシーの尊重が重要な問題となる。居宅介護サービス運営基準は次のような基準を置いている。

(秘密保持等)

第 33 条 指定訪問介護事業所の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

2 指定訪問介護事業者は、当該指定訪問介護事業所の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じなければならない。

3 指定訪問介護事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

(6) 解約 —サービスの終了

介護保険法及び関連省令は、介護サービス利用契約の解約について何ら規制していない。他方、モデル契約書では以下のような規定がみられる。

第 13 条(契約の終了事由)

契約者は、以下の各号に基づく契約の終了がない限り、本契約に定めるところに従い事業者が提供するサービスを利用することができるものとします。

一 契約者が死亡した場合

二 要介護認定により契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合

但し、契約者が平成 12 年 3 月 31 日以前からホームに入所している場合、本号は、平成 17 年 3 月 31 日までは適用されません。

三 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合

四 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合

五 ホームが介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合六第 14 条から第 16 条に基づき本契約が解約又は解除された場合

第 14 条 (契約者からの中途解約等)

1 契約者は、本契約の有効期間中、本契約を解約することができます。この場合には、契約者は契約終了を希望する日の○日前(*最大 7 日)までに事業者へ通知するものとします。

2 契約者は、第 6 条第 3 項の場合及び契約者が入院した場合には、本契約を即時に解約することができます。

3 契約者が、第 1 項の通知を行わずに居室から退去した場合には、事業者が契約者の解

約の意思を知った日をもって、本契約は解約されたものとします。

4 第5条第5項の規定は、本条に準用されます。

第15条(契約者からの契約解除)

契約者は、事業者もしくはサービス従事者が以下の1事項に該当する行為を行った場合には、本契約を解除することができます。

一 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合

二 事業者もしくはサービス従事者が第8条に定める守秘義務に違反した場合三事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

四 他の利用者が契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

第16条(事業者からの契約解除)

事業者は、契約者が以下の事項に該当する場合には、本契約を解除することができます。

一 契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

二 契約者による、第5条第1項から第3項に定めるサービス利用料金の支払いが〇か月以上(*最低6か月)遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合

三 契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

四 契約者が連続して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合

五 契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

(7) 苦情解決

介護サービスをめぐるトラブルについては、迅速で安価な解決が望まれる。このため、苦情解決制度の整備の必要性が従来より説かれてきたところである。介護保険法では、国民健康保険団体連合会にオンブズマンを設置するとともに、省令により居宅介護支援事業者に対しては苦情の申し立てなどの援助を義務づけている。

「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」

(苦情処理)

第 26 条 1 (略)

2 (略)

3 指定居宅介護支援事業者は、自らが居宅サービス計画に位置付けた法第四十一条第一項に規定する指定居宅サービスに対する苦情の国民健康保険団体連合会への申立てに関して、利用者に対し必要な援助を行わなければならない。

4 (略)

「指定居宅サービス運営基準」

第 36 条 指定訪問介護事業者は、提供した指定訪問介護に係る利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、提供した指定訪問介護に関し、法第 23 条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

3 指定訪問介護事業者は、提供した指定訪問介護に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会(略)が行う法第 176 条第 1 項第 2 号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

また、社会福祉法も苦情解決に関して次のような規定を置いている。

(社会福祉事業の経営者による苦情の解決)

第 82 条 社会福祉事業の経営者は、常に、その提供する福祉サービスについて、利用者等からの苦情の適切な解決に努めなければならない。

(運営適正化委員会)

第 83 条 都道府県の区域内において、福祉サービス利用援助事業の適正な運営を確保するとともに、福祉サービスに関する利用者等からの苦情を適切に解決するため、都道府県社会福祉協議会に、人格が高潔であって、社会福祉に関する識見を有し、かつ、社会福祉、法律又は医療に関し学識経験を有する者で構成される運営適正化委員会を置くものとする。

おわりに

社会福祉基礎構造改革の進展にともない、介護サービスをはじめとする福祉サービス利用契約の規制については、社会保障法学においてもその必要性が指摘されるようになって

いる⁹。

本稿では、介護サービス利用契約の検討の準備作業として、関連省令の規定、モデル契約の規定などを整理し、確認するにとどまった。省令にもとづく規定の私法上の効果や消費者保護法など他の法令との関係の検討など、積み残された課題は多い。これらについては今後の課題としたい。

⁹ 参照、倉田聡「医療・福祉サービス分野における供給主体論」社会保障法 14 号 64 頁以下、阿部和光「社会福祉における権利擁護の課題」社会保障法 15 号 187 頁以下。

第4章 佐賀県における介護需要の将来予測

はじめに

1. 県民人口の動向

- (1) 減少に転じた平成12年の県民人口
- (2) 人口減少の背景

2. 広域連合地区別人口予測

- (1) 予測の前提
- (2) 広域連合地区別の人口予測結果
- (3) 「さがゴールドプラン21」、「佐賀県総合計画」との予測比較

3. 介護需要の推計

- (1) 要介護出現率の地区別差異
- (2) 介護認定者数の予測
- (3) 「さがゴールドプラン21」との比較

4. 結論

資料

はじめに

平成12年4月よりスタートした介護保険制度は1年を経過し、要介護度判定に関わる問題点もかなり明らかになりつつある。実績経過を各広域連合地区にヒアリングしてみると、ホームヘルプなどの訪問系サービス需要が計画値を下回る一方、デイサービスなど通所系サービスが計画を上回るという傾向が表れている。とはいえ、介護需要の数量（人数）実績全般については佐賀県内各広域連合地区の策定した事業計画の範囲内にほぼ収まっているといえるようである。これは、各自治体のこれまでの老人福祉への取り組み実績と事前に行われた高齢者悉皆調査（「高齢者要望等実態調査」平成10年）により、かなり実態を把握した上での制度の開始という事情が奏効したものであろう。

しかし、介護需要の中長期的な見通しについては、今後の人口動態分析を踏まえ、より確度の高い予測に向けて事業計画の見直しを行っていく必要がある。本稿はそのような問題意識に基づき、要介護認定の最新データを用いて5年後（平成17年）、10年後（平成22年）の2時点予測を試みたものである。

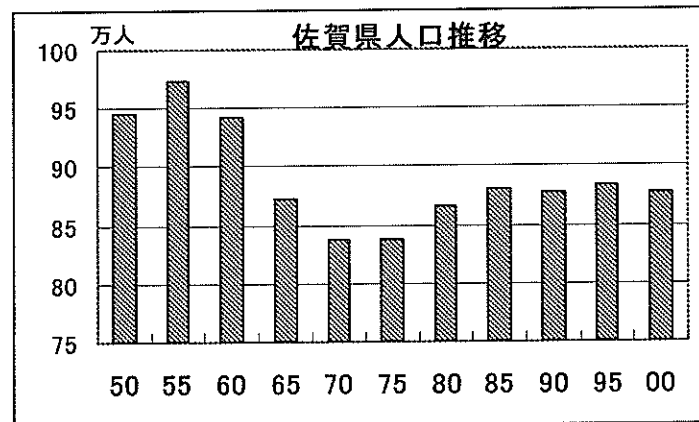
1. 県民人口の動向

(1) 減少に転じた平成 12 年の県民人口

平成 12 年の国勢調査結果によれば、佐賀県の県民人口は 876,664 人と前回調査が行われた平成 7 年の 884,316 人に比べ 7,652 人、率にして 0.87% の減少となった。この間、平成 7 年 10 月より 12 年 9 月までの県内の自然増数 4,757 人（出生数 43,912 人－死亡数 39,155 人）を除けば、12,409 人の県外への転出超（マイナスの純転入）となったことになる（注：佐賀県の「社会動態」統計によれば、この期間の純転入計は -6,784 人となり、マイナス幅が小さい。国勢調査人口の増減とかなり異なる結果となっている。）

戦後の佐賀県民人口の推移を国勢調査の行われた 5 年ごとにみると（図 1-1）、昭和 30 年（1950 年）の 97.3 万人をピークに昭和 50 年（1975 年）に 83.7 万人となるまで 20 年間の長期にわたって減少の一途をたどっていた。その後、平成 7 年（1995 年）の 88.4 万人に至るまで徐々に人口は回復してきたものの、平成 12 年より国勢調査人口ベースで再び減少の局面に転じたとみられる状況になったものである（注：「佐賀県の推計人口」ではすでに平成 9 年より前年人口を下回る状況が続いている）。

図 1-1



（出所）総務省統計局「国勢調査」より作成

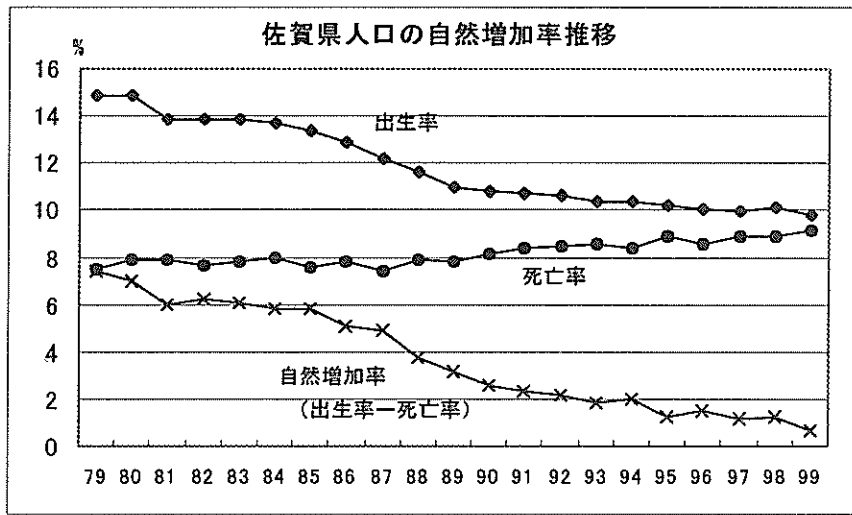
(2) 人口減少の背景

(ア) 出生率の低下

佐賀県の県民人口低下の背景は、自然増加率の低下（図 1-2）と転入人口から転出人口を差し引いた社会増加率のマイナス傾向にある。まず出生率低下の傾向をみてみよう。

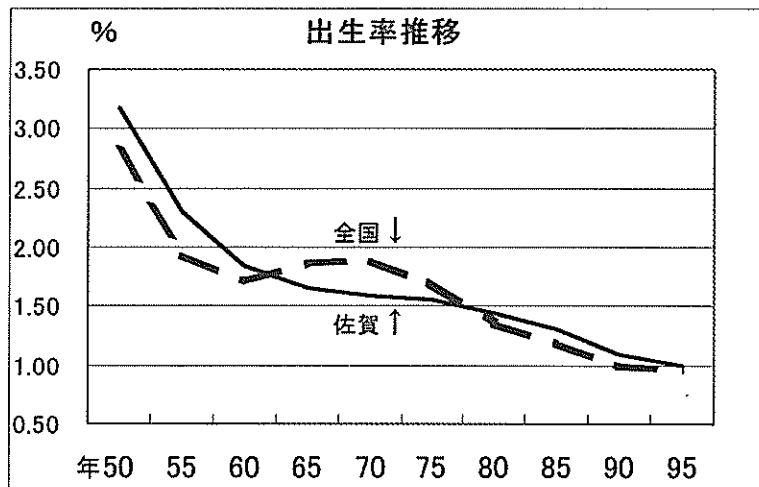
図 1-3 にみるように出生数を人口で除した出生率は長期的に低下傾向をたどっている。この点については、佐賀県だけでなく全国的な動向であることは改めていうまでもない。最近では出生率低下の度合が鈍ってきてはいるものの、低下傾向が近い将来に反転する兆しはみられない。

図1-2



(出所) 佐賀県統計課データより作成

図1-3

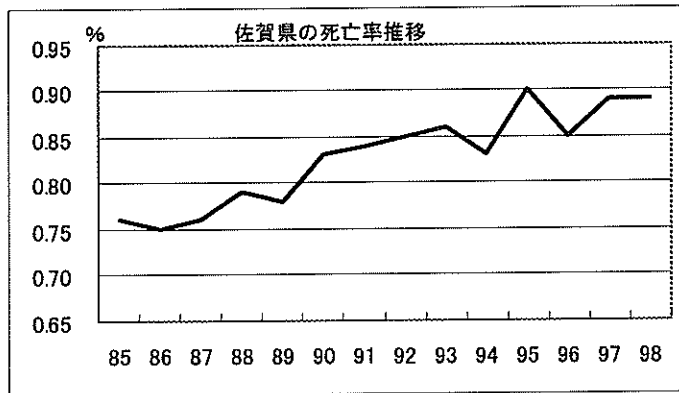


(出所) 厚生労働省統計データより作成

(イ) 死亡率の上昇

自然増加率低下のもう1つの要因は緩やかな死亡率の上昇傾向である(図1-4)。一見逆説的にみえるが、5歳階級別にみた県民人口の死亡率は高齢者層を中心に着実に低下傾向をたどっている(図1-5)。しかしながら、そのことが高齢者人口の増加に結びつき、結果的に人口総数においては死亡率の上昇となって表われているのである。

図 1 - 4



(出所) 佐賀県統計課データより作成

図 1 - 5 5 歳年齢階級別死亡率の変化 (60 歳以上)

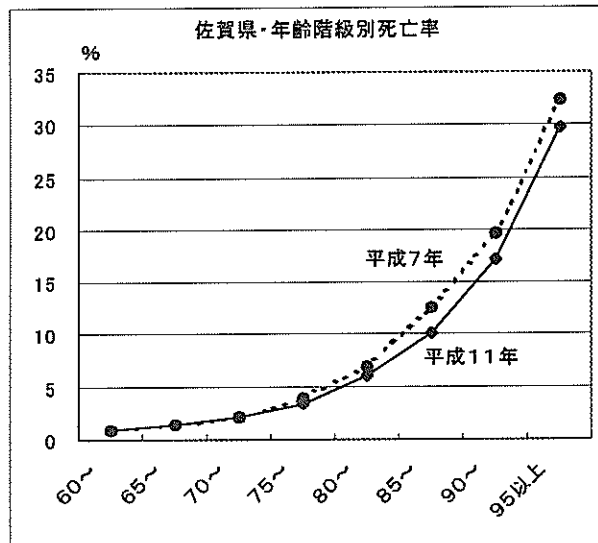


表 1 - 1 佐賀県の死亡率 (%)

平成7年	平成8年	平成9年	平成10年	平成11年
0.891	0.858	0.883	0.887	0.909

(注) 各年10月の人口に対する当該年10月～翌9月の死亡者数の比率

(ウ) 純転入者のマイナス傾向

出生率低下、死亡率上昇という自然増加率の低下傾向に加え、社会増加すなわち転入者数が

ら転出者数を引いた純転入者数のマイナス傾向も県民人口に少なからぬ影響を与えている。表1-2にみるように、純転入者数はここ数年マイナスになっており、平成9～11年は率にして0.16～0.18%のマイナスになっている。この間は出生率0.98～1.01%、死亡率0.88～0.91%であり、自然増加率は0.07～0.12%になっていることから、自然増加率を上回る社会増加率のマイナスということになる。すなわち、県民人口の減少傾向の要因として、純転入者数のマイナスという要因が大きく働いていることが分かる。

表1-2 佐賀県転入・転出動向 (人)

	平成7年	平成8年	平成9年	平成10年	平成11年
転入	22,784	22,095	22,395	21,532	21,417
転出	22,409	22,581	23,873	23,186	22,863
転入－転出	375	-486	-1,478	-1,654	-1,446

(出所) 佐賀県統計課データより作成

2. 広域連合地区別人口予測

(1) 予測の前提

(ア) 出生率

県民人口の将来予測にあたっては、出生率は最近3年間の実績が今後も続くという前提で、各地区とも平成9～11年の平均出生率を用いた。このことに関しては、長期的な出生率低下傾向からみて出生数の将来推計値がやや過大となる可能性があるものの、低下のトレンドが緩やかなため、大きく外れることはないと思われる。

表2-1 広域地区別出生率(%)

	平成7年	平成8年	平成9年	平成10年	平成11年	9～11年平均*
鳥栖地区	1.000	1.002	0.966	0.951	0.993	0.970
中部地区	1.035	1.045	0.999	1.031	1.001	1.011
唐松地区	0.981	0.968	0.989	1.028	0.984	1.000
西部地区	1.021	1.031	1.028	1.033	0.905	0.989
杵藤地区	1.030	0.969	1.003	0.972	0.956	0.977
県内計	1.019	1.010	0.997	1.009	0.979	0.995

(注) *低下トレンドがあるため、5年間より最近時3年間の平均を採用した。

(イ) 死亡率

佐賀県全体の各5歳階級別死亡率(平成9～11年平均値)を各広域地区共通の死亡率とした。母集団の小さい各地区別5歳階級では死亡率の数値が特殊要因で振れる可能性が高いためである。

表 2-2 上段：佐賀県死亡率（%）、下段：5年後生残率

総数	新生児	0～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	20～24歳	25～29歳
0.893	0.115	0.115	0.019	0.019	0.041	0.061	0.051
…	0.991338	0.996176	0.99905	0.998611	0.997552	0.997153	0.997153

30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳
0.066	0.101	0.145	0.231	0.398	0.551	0.875	1.336
0.996006	0.994084	0.991062	0.9852	0.977251	0.966434	0.948149	0.920164

70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95-99歳	100以上
2.123	3.454	6.178	10.65	17.987	28.969	42.70509
0.874162	0.792808	0.660904	0.483317	0.284106	0.123151	0.025485

(注1) 各年5歳階級別死亡率＝

(各年9月までの1年間の5歳階級別死亡者数) ÷ (前年10月の人口)

平成9～11年の3年平均値。各階級別には死亡率の低下トレンド(県総人口では逆に上昇トレンド)がみられるが、予測の前提としては最近3年間の平均を採用。

(注2) 5年後生残率の算出の前提と考え方

平成12年をベースとした平成17年、22年の5歳階級ごとの人口を推計するための生残率計算上の前提として、各5歳階級内の年齢別人口を均等と仮定し、各歳ごとの5年後生残率を計算し、級内平均値を算出した。例えば、5年後の60～64歳の人口は55～59歳の人口が平行移動するが、その間、57歳だった人は3年間55～59歳の死亡率の適用を受け、残り2年間は60～64歳の死亡率が適用される。これは、 $r(n)$ を n 階級、 $r(n+1)$ を次階級の死亡率とすれば、57歳の5年後生残率＝ $(1-r(n))^3(1-r(n+1))^2$ として表せられる。ただし、5年後0～4歳となる階級については対象5年間に出生した新生児であり、そのまま0～4歳の同一死亡率とした。また死亡率データは95歳以上について一律の値しか得られないが、95～99歳と100歳以上に分割し、前者については95歳以上死亡率をそのまま適用した。100歳以上は回帰による推計値を死亡率とした。

(注3) 各5歳階級別5年後生残率の計算式等

各階級内の各歳人口の分布は均等と仮定し、以下により計算。

〔新生児〕… $W \cdot \{(1-r)^5 + (1-r)^4 + (1-r)^3 + (1-r)^2 + (1-r)\}$

$W=0.20$ r は死亡率(=0.115/100)。

新生児とは基準年以降の5年間に出生した人口を対象とする。

〔0～4歳〕～〔95～99歳〕の生残率

生残率＝ $W \cdot \{(1-r(n))^5 + (1-r(n))^4(1-r(n+1))$
 $+ (1-r(n))^3(1-r(n+1))^2 + (1-r(n))^2(1-r(n+1))^3$
 $+ (1-r(n))(1-r(n+1))^4\}$

$$W=1/5$$

ただし、 $r(n)$ 、 $r(n+1)$ は n 番目および $n+1$ 番目の 5 歳階級死亡率。

〔100 歳以上〕の死亡率推計値

死亡率データは「95 歳以上」までのため、以下の回帰式により得られた 102 歳の推計値 (42.7%) を 100 歳以上の死亡率として採用。また生残率は「100 歳以上」の値を出すため、100～104 の階級と 105～109 の階級を設定。107 歳の死亡率推計値 (69.2%) を次階級の値として用いた。計算後の 105 歳以上生残者は「100 歳以上」に繰り入れた。

回帰式

$$\ln(\text{死亡率}\%) = -6.0998 + 0.096609 \times (\text{年齢})$$

(-40.6) (48.9)

$$R^2(\text{補正後}) = 0.9962$$

() 内 t 値 \ln : 対数

〔観測値：5 歳階級別 (50～54 歳) ～ (95 歳以上) について標本数 10 について推計。

説明変数：入力データの年齢を、50～54 歳は 52、55～59 歳は 57 と各階級の中央値を採用。また「95 以上」は 100 歳以上を含むため、やや高めの 98 とした。死亡率は県総人口の各 5 歳階級の 9～11 年平均。〕

表 2-3 佐賀県地区別純転入者数〔転入-転出〕(人)

	平成 7 年	平成 8 年	平成 9 年	平成 10 年	平成 11 年	平成 7-11 年 平均	平成 9-11 年 平均
鳥栖地区	730	820	630	633	513	665.2	592.0
中部地区	412	-31	-596	-566	-530	-262.2	-564.0
唐松地区	-416	-457	-487	-657	-319	-467.2	-487.7
西部地区	-1	-130	-266	-379	-383	-231.8	-342.7
杵藤地区	-350	-688	-759	-685	-727	-641.8	-723.7
県合計	375	-486	-1478	-1654	-1446	-937.8	-1526.0

(出所) 佐賀県統計課データより作成

(ウ) 純転入者数

以下の①～③の各前提を置いた。

- ① 純転入者数…各地区別に各年一定 (平成 9～11 年平均)
- ② 純転入者の年齢 5 歳階級別人口分布は、平成 16 年までは平成 12 年、平成 21 年までは平成 17 年の人口推計値に従う。
- ③ 純転入者は死亡率の対象人口としない。

純転入者数は各地区の平成 9～11 年平均値が予測期間中も毎年継続するものとした。これは、トレンド以外の合理的説明要因による推計式を立てることが困難であったためである。また純

転入者の年齢5歳階級別分布については、平成17年までの5年間は平成12年の、平成22年までの5年間は平成17年の分布に従うものとした。また平成17年までの5年間の純転入者数はこの間の生残者にそのまま加算されて平成17年人口となる。すなわち、当該期間の純転入者は年齢5歳階級別死亡率計算の対象人口に含まれない（平成22年の生残者人口の計算対象とはなる）。平成22年までの5年間の純転入者数についても、同様に当該5年間の生残者数にそのまま加算され、平成22年人口とした。

(2) 広域連合地区別の人口予測結果

(ア) 地区別人口総数の予測値

上述したいくつかの前提に基づいてコーホート要因法により年齢5歳階級別佐賀県人口の将来予測を行った。その結果、平成17年、平成22年の県内広域連合別人口は表2-4のように推計された。平成17年の佐賀県県民人口は平成12年に比べ、1.4%減（年率0.28%減）に、また平成22年は平成17年に比べ1.8%減（年率0.36%減）という予想になる。

広域連合地区別では杵藤地区が17年に12年比3.0%の減、22年の17年比では3.6%減とかなり目立った減少予想になっている。この杵藤地区に加え、唐松地区、西部地区が今後人口減少化のかなり進む地域になっていくという予想である。一方、鳥栖地区では17年に12年比0.9%増、22年の17年比0.2%増と微増予想であり、中部地区は逆に微減予想となるが、両地区とも人口動態は増減どちらにも変わり得る状況にある。したがって、鳥栖・中部地区ともほぼ横ばい圏内にあるとみなされる。

表2-4 広域連合地区別人口予測（人）

	佐賀県計	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
7年（実）	881,813	111,762	361,754	145,127	83,296	179,874
12年（実）	876,664	116,748	362,106	141,122	81,455	175,233
17年（予）	864,355	117,080	359,549	138,307	79,368	170,053
22年（予）	848,468	117,872	355,163	134,645	76,798	163,989
12/7（倍）	0.994	1.045	1.001	0.972	0.978	0.974
17/12（倍）	0.986	1.003	0.993	0.980	0.974	0.970
22/17（倍）	0.982	1.007	0.988	0.974	0.968	0.964

(イ) 高齢者人口の予測値

(a) 高齢化比率の上昇

65歳以上の人口の佐賀県全人口に占める割合（高齢化比率）は、平成7年の17.8%から平成11年には19.8%と上昇をみたが、今後さらに、17年に21.2%、22年に22.3%と上昇傾向をたどっていくと予想される。特に西部地区や杵藤地区では22年に24%台の高齢化比率に達する予想であるが、これは後半に高齢者人口の増加が頭打ちになるものの、地区人口の減少化傾向が強まることによる面が大きい。また7年に15%台にとどまっていた鳥栖地区においても22年には20%台に乗せ、急速に高齢化が進むと予想される。

表 2-5 高齢化比率 (65 歳以上人口比率)

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
7 年 (実)	17.8%	15.2%	16.6%	18.6%	19.1%	20.4%
12 年 (推)	19.8	16.7	18.7	20.9	21.3	22.7
17 年 (予)	21.2	18.7	20.1	22.3	22.8	23.7
22 年 (予)	22.2	20.7	21.3	23.1	23.6	24.1

中でも、12 年から 17 年までの 5 年間における後期高齢化率 (75 歳以上人口比率) は、唐松、西部、杵藤の各地区などで、いずれも 2%ポイントほどの急ピッチの上昇が予想される。しかし、17 年から 22 年にかけては、引き続き高齢化が進むものの、人口構成の変化により、ややその進展度合いは鈍る見通しである。

表 2-6 後期高齢化比率 (75 歳以上人口比率)

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
7 年 (実)	7.3%	6.3%	6.8%	7.6%	7.8%	8.5%
12 年 (推)	8.5	7.1	7.9	8.8	9.2	10.0
17 年 (予)	10.2	8.4	9.5	10.8	11.2	11.9
22 年 (予)	11.5	9.7	10.9	12.3	12.5	13.2

(b) 後期高齢者人口の増加

佐賀県における高齢者人口 (65 歳以上) は 12 年の 17 万 4 千人から 17 年に 18 万 3 千人に達すると予想される。12 年から 17 年にかけて高齢者人口がもっとも高い伸びとなるのは鳥栖地区で、5 年間で 11.8%の増加予想である。このうち、75 歳以上の後期高齢者人口は 8 万 9 千人と 12 年の実績見込み 7 万 4 千人から大きく増加の見込みである。増加率のもっとも大きい地域は、唐松地区で 21.3%、ついで中部地区の 20.1%である。

また、22 年の佐賀県の高齢者人口は 17 年比 3.8%増の 19 万人と予想されるが、すでに高齢化比率が高水準の杵藤地区の高齢者人口は、これまでの増加傾向から一転して微減見込みになろう。しかし、後期高齢者人口は引き続き増加し、22 年には県全体で 17 年比 11.8%増の 9 万 9 千人に達しよう。これは、平成 7 年の後期高齢者人口 (6 万 4 千人) の 54%増に相当することになる (図 2-1、表 2-7 (a) (b) ~表 2-8)。

図 2 - 1

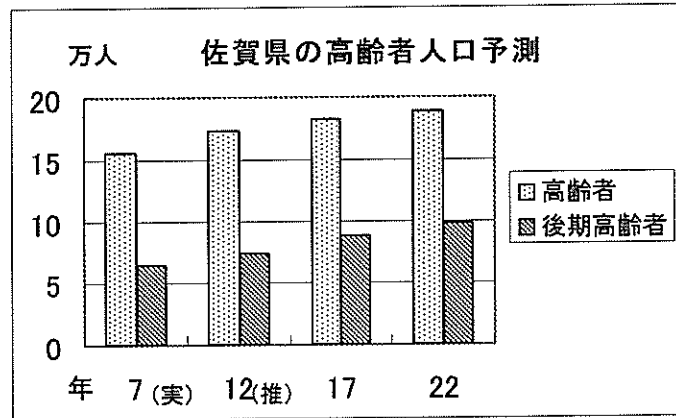


表 2 - 7 (a) 高齢者人口予測 (人)

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
平成 7 年 (実)	156,686	17,000	60,080	27,059	15,931	36,616
平成 11 年 (実)	175,194	19,459	68,132	29,989	17,517	40,097
平成 12 年 (推)	173,807	19,529	67,719	29,484	17,364	39,711
平成 17 年 (予)	183,400	21,933	72,114	30,898	18,126	40,330
平成 22 年 (予)	188,602	24,349	75,564	31,080	18,139	39,469

表 2 - 7 (b) 高齢者人口増加率 (%)

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
平成 7-12 年	10.9	14.9	12.7	9.0	9.0	8.5
平成 12-17 年	5.5	12.3	6.5	4.8	4.4	1.6
平成 17-22 年	2.8	11.0	4.8	0.6	0.1	-2.1

表 2 - 8 後期高齢者人口予測 (人)

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
平成 7 年 (実)	64,417	7,050	24,559	11,025	6,490	15,293
平成 11 年 (実)	74,925	8,239	28,825	12,621	7,523	17,717
平成 12 年 (推)	74,329	8,268	28,650	12,408	7,457	17,546
平成 17 年 (予)	88,084	9,859	34,235	14,918	8,859	20,213
平成 22 年 (予)	97,787	11,454	38,589	16,520	9,584	21,640

増加率%

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
平成 7-12 年	15.4	17.3	16.7	12.5	14.9	14.7
平成 12-17 年	18.5	19.2	19.5	20.2	18.8	15.2
平成 17-22 年	11.0	16.2	12.7	10.7	8.2	7.1

(3) 「さがゴールドプラン21」、「佐賀県総合計画」との予測比較

<「さがゴールドプラン21」との比較>

	「GP21」予測 (12年3月)		F予測 (13年3月)	
	平成12年	平成16年	平成12年	平成17年
人口 (人)	887,932	889,926	876,664	864,355
65歳以上人口 (人)	176,470	184,287	173,802	183,400
同構成比 (%)	19.9	20.7	19.8	21.2
75歳以上人口 (人)	75,993	87,212	74,329	88,084
同構成比 (%)	8.6	9.8	8.5	10.2

<「佐賀県総合計画」による県民人口予測との比較>

	「総合計画」(12年12月)		F予測 (13年3月)	
	平成17年	平成22年	平成17年	平成22年
人口 (人)	892,000*	901,000*	864,355	848,468
65歳以上人口 (人)	(197,000)**	(209,000)**	183,400	188,602
同構成比 (%)	22.1	23.2	21.2	22.2
75歳以上人口 (人)	… …	… …	88,084	97,787
同構成比 (%)	…	…	10.2	11.5

(注)*雇用機会の創出等の施策効果による予測数値。施策効果のない場合は867千人の予想。

**「計画」の高齢者人口()内は、構成比より筆者逆算。

平成12年3月に発表された「ゴールドプラン21」(「GP21」と以下略称)の予測数値によれば、平成16年の高齢者人口を18.4万人としており、17年の18.3万人という筆者の予測(以下「F予測」と略称)数値とほぼ変わらない。「GP21」による12年から16年までの高齢者人口の年率増加率は1.089%となっているが、F予測による12年から17年までの年率増加率も1.081%とほとんど変わらない。また後期高齢者人口についても、「GP21」予測とF予測とでは年率増加率の差はわずか(前者3.50%、後者3.45%)であり、予測結果の差異は専ら足元となる12年の数値の違いによるものだろう。

一方、佐賀県が12年12月に発表した「佐賀県総合計画」による予測数値との比較をしてみよう。「総合計画」(以下「計画」と略称)では2通りの予測値が出されており、上表に掲げたのは「少子化対策や雇用機会の創出等計画の施策効果を加味した」数値とされる。すなわち、県民人口は平成17年に89.2万人、平成22年に90.1万人となり、うち、65歳以上人口の割合は17年に22.1%、22年に23.2%という予測になっている。第2のケースは「近年の出生・死亡に係わる自然動態や転入・転出に係わる社会動態などの変化率から」出された予測値で、22年に86.7万人と見込まれており、最初のケースより低めになっている。しかし、この場合の高齢者比率など年齢別構成比は公表されていない。

この説明から分かるとおり、最近の自然動態、社会動態のトレンドが続けば、22年の県民人

口は 86.7 万人となる見通しになるが、様々な対策を講じることにより、第 1 のケースで 90.1 万人と F 予測の 84.8 万より 5 万人強多くなるという計画になっている。

「計画」と F 予測との主な相違点をみると以下のようなになる。まず、第 2 のケースの数値は、考え方において F 予測の前提と基本的に異なるものであるが、結果的には 22 年の「計画」の県民人口予測値が F 予測の数値をかなり上回るものになっている (F 予測の 84.8 万人に対し、「計画」の第 2 ケースでは 86.7 万人)。また、第 1 のケースで出された高齢者人口構成比と県民人口の予想から高齢者人口の予測値を逆算すると、17 年には F 予測比 1.4 万人増の 19.7 万人、22 年には同 2 万人増の 20.9 万人となっている。このような数値は、平成 9～11 年平均で毎年約 1500 人にも上る純転入者のマイナス傾向が、一挙にプラスに逆転し、しかもそれが 65 歳以上人口に集中するのであれば実現の可能性は低いと判断される。このことは以下の試算からも分かる。

もちろん、総合計画も何年後かに見直しが行われることになろうが、人口見通しは多くの予測数値の基礎となる指標であり、人口減少時代への対応策が手薄にならないためにも、実現性の高い予測数値の推計が求められよう。

表 2-9 試算<生残率による佐賀県高齢者人口推計…純転入=0 のケース>

	12年人口 (人)	死亡率 (%)	5年後生残率	17年生残者 (人)
60-64	51,018	0.875	0.94815	...
65-69	52,407	1.336	0.92016	48,373
70-74	47,068	2.123	0.87416	48,223
75-79	33,633	3.454	0.79281	41,145
80-84	20,877	6.178	0.66090	26,665
85-89	13,252	10.65	0.48332	13,798
90-94	5,195	17.987	0.28411	6,405
95-99	1,211	28.969	0.12315	1,476
100以上	163	42.70509	0.02549	149
100以上 (2)	...	...	...	4
65歳以上	173,806	...	...	186,237

(注) 65-69 歳の 17 年生残者数 = 60-64 歳の 12 年人口 (51018) × 生残率 (0.94815)

以下各階級について同様の計算。生残率の算出法は p.58 を参照。

12 年の年齢別人口は 11 年実績の人口構成比により、総人口実績から推計。

3. 介護需要の推計

(1) 要介護出現率の地区別差異

要介護出現率は前期高齢者 (65～74 歳) と後期高齢者 (75 歳以上) とに分けてみなければならない。前期・後期それぞれの階層について要介護認定者数の割合を算出し、「前期出現率」、「後期出現率」とする。広域連合地区別にみると前期・後期ともそれぞれ高齢化率と出現率との相関関係が高いことがグラフからもみてとれよう。相関係数を計算すると前期高齢者で

0.910772、後期で0.717854となっており、特に前期において高い。

図3-1 要介護出現率と前期高齢化比率

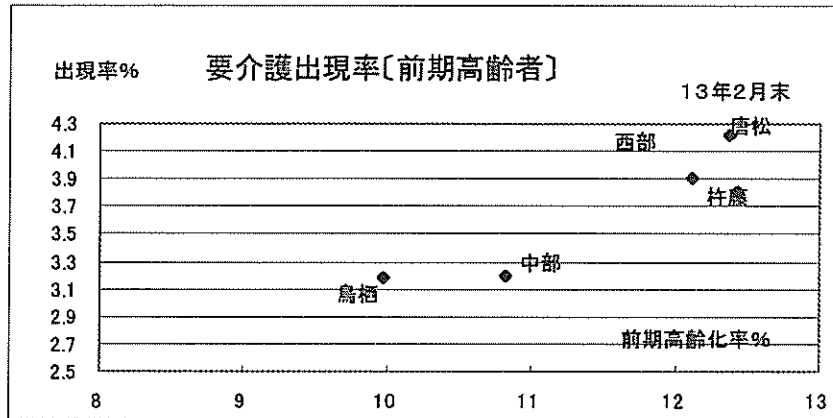


図3-2 要介護出現率と後期高齢化比率

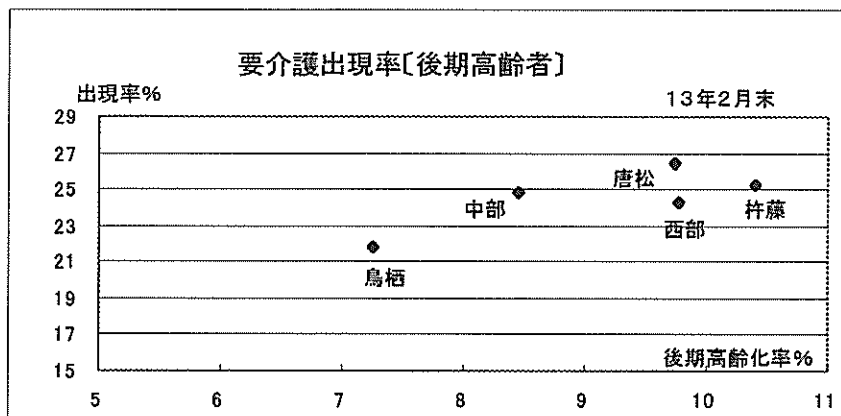


表3-1 前期・後期別高齢化率と要介護出現率

	前期高齢化率%	前期出現率%	後期高齢化率%	後期出現率%
鳥栖地区	9.98	3.17	7.26	21.73
中部地区	10.82	3.20	8.45	24.77
唐松地区	12.37	4.21	9.74	26.45
西部地区	12.12	3.91	9.78	24.25
杵藤地区	12.42	3.80	10.40	25.19
相関係数	0.910772		0.717854	

特定区域において、高齢者人口の割合が多いとなぜその高齢者人口中の要介護認定者数の割合が高まるのであろうか。第1には高齢化比率の高い地区ほど各階層内（65～74歳と75歳以

上)の平均年齢が高いという傾向があるためではないか、という可能性が考えられよう。平均年齢が高ければ出現率もそれに応じて高くなることも不思議ではない。しかし、前期・後期別高齢者人口の各歳人口による加重平均年齢を、平成11年10月について求めてみても広域地区間に顕著な差異は表れていない(表3-2)。この関係がわずか1年強で変わることはありえないだろう。

表3-2 前期・後期別高齢者人口加重平均年齢(平成11年10月)

	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
前期(65~74歳)	69.2258	69.2946	69.3383	69.3946	69.3771
後期(75歳以上)	81.7524	81.4872	81.2560	81.2088	81.4037

表3-3 高齢者単身世帯の割合(平成7年)

	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
高齢単身世帯	1,275	6,264	3,076	1,600	3,135
高齢者数(人)	17,000	60,080	27,059	15,931	36,616
単身世帯比率%	7.5	10.4	11.4	10.0	8.6

(出所)佐賀県統計課データより作成。

出現率が高齢者単身世帯数の増加と関係があるという見方もある。介護可能者が同居家族にいない場合、介護保険制度の審査を積極的に受ける高齢者が増加するのではないかという考えによる。これが有意な説明要因になり得るのかをみるため、地区別に高齢者単身世帯数の高齢者人口に占める割合を出してみたが、結果はそのような関係を裏付けるものではなかった。出現率の低い鳥栖地区が高齢者単身世帯比率も低かったものの他の地区は出現率との平行な関係を示唆するような数値にはなっていない。したがって、さらに詳しくみる必要はあるものの、これだけでは有力な説明要因にはなりそうにない。

表3-4 出現率の前期・後期相関係数

広域連合	鳥栖地区(6)	中部地区(18)	唐松地区(10)	西部地区(3)	杵藤地区(12)
相関係数	0.896696	0.771814 (0.395966)	0.418258	0.769838	0.050608 (0.156729)

(注)1.()内数字は、中部地区三瀬村、唐松地区北波多村、杵藤地区福富町を除いた相関係数。

2.地区名右()内数字は地区内市町村数。

次に考えられるのは、地区別にみて前期高齢者出現率は後期高齢者の出現率と密接な関係がある、という仮定である。すなわち地区別の前期と後期の高齢者要介護出現率の相関係数が高い、ということであれば、「出現率が高いのは地域的な背景がある」のではないか、という見

込みを裏付ける1つの根拠となろう。しかし、表3-4にみるように、結果は事前の予想に反し、相関係数は高いものではなかった。すなわち、「前期高齢者の出現率が高い地区ほど後期高齢者の出現率が高い」という関係は必ずしも成り立っていないということである。確かに表にみるように、鳥栖、中部、西部の各地区では高い数値を示した。しかし、異常に高い後期出現率となった三瀬村を除けば、中部地区の相関係数は0.77から0.39へと大きく低下する。鳥栖、西部の両地区にしても鳥栖6、西部3とサンプル数が少ないために、これだけで、前期と後期の出現率に高い相関が見られるとは即断しがたい。杵藤地区のようにほとんど無相関という結果を示した地区もある（異常に高い福富町を除いても低い相関度に変わりない）。要するに前期高齢者の出現率の高い地区が必ずしも後期高齢者の出現率が高いとは限らないということである。

表3-5(1)～(5)は平成13年2月末現在(*)の広域連合地区別市町村の要介護出現率を前期・後期高齢者別にみたものである(各市町村および各広域連合地区事務局資料により算出)。網掛けをした3町村(三瀬村、北波多村、福富町)はいずれも40%を超える高水準の後期高齢者出現率を示している。(注*鳥栖地区は12年12月末現在。以下同じ)

表3-5(1) 鳥栖地区要介護出現率(要介護認定者数/前後期高齢者人口) 13年2月

市町村	要介護出現率 %		市町村	要介護出現率 %	
	前期 高齢者	後期 高齢者		前期 高齢者	後期 高齢者
鳥栖市	3.20	21.30	三根町	2.82	19.48
基山町	3.54	25.12	上峰町	3.75	22.53
中原町	1.86	16.81	地区	3.17	21.73
北茂安町	3.38	24.02			

表3-5(2) 中部地区要介護出現率(要介護認定者数/前後期高齢者人口) 13年2月

市町村	要介護出現率 %		市町村	要介護出現率 %	
	前期 高齢者	後期 高齢者		前期 高齢者	後期 高齢者
佐賀市	3.07	23.81	三田川町	3.20	23.29
多久市	3.74	24.08	東背振村	2.31	19.86
諸富町	3.59	28.42	背振村	5.05	21.91
川副町	2.53	24.97	三瀬村	8.49	40.00
東与賀町	4.21	28.26	小城町	3.09	20.69
久保田町	3.95	28.51	三日月町	2.10	25.65
大和町	4.17	33.30	牛津町	2.45	23.44
富士町	3.24	26.52	芦刈町	3.08	24.06
神埼町	2.62	23.10	中部地区	3.20	24.77
千代田町	3.08	23.68			

表 3-5 (3) 唐松地区要介護出現率（要介護認定者数／前後期高齢者人口） 13年2月

市町村	要介護出現率 %		市町村	要介護出現率 %	
	前期 高齢者	後期 高齢者		前期 高齢者	後期 高齢者
唐津市	4.16	25.75	肥前町	4.47	25.09
浜玉町	3.88	30.11	玄海町	6.00	25.92
七山村	2.76	23.62	鎮西町	3.68	21.91
厳木町	3.27	22.87	呼子町	5.05	26.19
相知町	3.90	28.38	地区計	4.21	26.45
北波多村	5.15	42.74			

表 3-5 (4) 西部地区要介護出現率（要介護認定者数／前後期高齢者人口） 13年2月

市町村	要介護出現率 %		市町村	要介護出現率 %	
	前期 高齢者	後期 高齢者		前期 高齢者	後期 高齢者
伊万里	4.09	25.55	西有田町	3.46	18.10
有田町	3.43	22.71	西部地区計	3.91	24.25

表 3-5 (5) 杵藤地区要介護出現率（要介護認定者数／前後期高齢者人口） 13年2月

市町村	要介護出現率 %		市町村	要介護出現率 %	
	前期 高齢者	後期 高齢者		前期 高齢者	後期 高齢者
武雄市	3.61	25.32	福富町	3.82	40.42
鹿島市	3.19	23.99	有明町	3.62	20.72
山内町	4.41	27.45	太良町	3.05	24.90
北方町	4.03	24.90	塩田町	4.52	25.13
大町町	3.99	28.55	嬉野町	4.97	21.99
江北町	3.43	19.89	地区計	3.80	25.19
白石町	3.89	28.08			

表から北波多村、福富町、三瀬村が後期高齢者の出現率が40%以上と際立って高いことがわかる。例えば三瀬村は中部地区内最低となる東背振村の2倍の出現率になる。

三瀬村の要介護出現率の高いことについては明確な背景がある。第1に50床ある特養老人ホームの存在である。現在は異なるが、入所するためには村内居住者であることが条件であったため、住所変更して入所した人が多く、50床中本来の村民は10~11人程度と見込まれるという（同村役場）。同じ地区内に同様施設のある他の市町に比べ、高齢者人口が前期259人、後期250人と規模の小さい同村にとって、特養老人ホームの存在は出現率の上下に大きく影響する。仮に村外からの入所を35人、うち30人が後期高齢者として同村の後期出現率の対象か

ら外れるとすれば、これだけで30%程度の出現率に下がることになる($(100-30) / (250-30) = 70/220=31.8\%$)。前期高齢者の出現率についても8.49%と高い(同地区最低は三日月町の2.10%)が同様の要因が影響した可能性が高い。

さらに特養老人ホームの建設をきっかけにして、平成5～6年ころより福祉に力を入れ、在宅支援センターなどを設立。村外からの移住もみられたという。このように、三瀬村のケースでは福祉施設の存在と福祉政策効果が、規模の小さい同村の出現率に大きく影響したものとみられる。

また唐松地区の北波多村についても後期高齢者の出現率が42.74%と三瀬村以上に高い水準となっており、注目される。三瀬村同様、同村においても特養ホーム(80床)があり、村外からの移住者が相当数に上るとみられる(村役場によれば12年4月時点で36名)。

このようにみると、介護施設、中でも特養ホームの存在が出現率の数値の変動に少なからず影響していることが分かる。地域でのサービスの供給が需要をもたらしたといえる。しかし、広域連合地区レベルで見ればその変動は地区内移動分の相殺もあり、全体でも分母となる高齢者数の拡大でかなり平準化されてくるはずである。

いずれにしても、高齢者の出現率が主にどのような要因で変化するのは、ミクロレベルの調査と生活環境面のデータを突き合わせるなど、さらに検討を加えていく必要がある。

(2) 介護認定者数の予測

前節にみたように高齢者の要介護出現率の地域別差異について、考えられるいくつかの点について検討してみたが、いずれもこれが要因であると言えるような分析結果は得られなかった。今後、時系列データの分析が可能になれば、より説得的な説明要因が見出せるかもしれないが、今回の予測作業では出現率については、「最近の実績数値が将来的に継続する」という仮定が最も現実的であると言えるのではなかろうか。

したがって、地区別介護認定者数の予測を以下の前提と手順によって行なった。

- ①13年2月の地区別前期・後期出現率が、17年と22年においても変わらない(前提)。
- ②17年と22年の地区別前期・後期の高齢者人口予測値(2節)に出現率を乗じ、要介護認定者数を算出。

13年2月時点の高齢者人口は前期10.06万人、後期7.96万人で計18.0万人となるが、これは各市町村の住民基本台帳による個別計数を筆者が集計したものである。結果的には筆者の将来人口予測のベースとなっている12年10月の高齢者人口推計値(17.4万人)*を大きく上回っている。国勢調査による詳しいデータがまだ公表されていないため、差異がどのように生じているのかは不明であるが、足元の数値に大きな差が生じているため、筆者の将来推計には下方バイアスが表れている可能性がある((注*)国勢調査による12年県民人口実績より、11年の5歳階級構成比を用いて12年の高齢者人口を推計した)。

推計結果によれば、佐賀県の17年における要介護認定者数は、前期高齢者で3,393人と見込まれる。これは13年の実績(3,596人)を下回ることになるが、17年の前期高齢者人口の減少予測によるものである。22年には3,216人とさらに低下傾向が続く見通し。

一方、後期高齢者の要介護者については、佐賀県全体で17年に21,809人と13年比やや増

加した後、22年には24,193人と大きく増加する見通しである。これは13年（2月）比23%という後期高齢者人口の増加見込みに伴うもので、地区別では鳥栖地区の要介護者数増加率が13年比33%と特に高くなる予想である。後期高齢化比率が高水準の唐松、西部、杵藤地区では地区人口の減少化傾向もあり後期高齢者増加率は相対的に鈍化するため、要介護者人口の伸びも鈍ってくる。

前期高齢者の要介護認定者数予測

表3-6 (a) 前期高齢者人口 (人)

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
平成13年（2月）	100,621	11,565	39,311	17,451	10,078	22,216
平成17年（予）	95,316	12,074	37,879	15,980	9,267	20,117
平成22年（予）	90,815	12,895	36,975	14,560	8,555	17,829

表3-6 (b) 前期高齢者出現率 (%)

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
平成13年（2月）	3.57	3.17	3.20	4.21	3.91	3.80

表3-6 (c) 前期高齢者要介護認定者数 (a×b) (人)

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
平成13年（2月）	3,596	367	1,256	735	394	844
平成17年（予）	3,393	383	1,210	673	362	764
平成22年（予）	3,216	409	1,181	613	335	677

後期高齢者の要介護認定者数予測

表3-6 (aa) 後期高齢者人口 (人)

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
平成13年（2月）	79,566	8,375	30,713	13,741	8,132	18,605
平成17年（予）	88,084	9,859	34,235	14,918	8,859	20,213
平成22年（予）	97,787	11,454	38,589	16,520	9,584	21,640

表3-6 (bb) 後期高齢者出現率 (%)

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
平成13年（2月）	24.79	21.73	24.77	26.45	24.25	25.19

表3-6 (cc) 後期高齢者要介護認定者数 (aa×bb) (人)

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
平成13年(2月)	19,721	1,820	7,608	3,634	1,972	4,687
平成17年(予)	21,809	2,142	8,480	3,945	2,148	5,092
平成22年(予)	24,193	2,489	9,559	4,369	2,324	5,452

高齢者人口、要介護認定者数、同高齢者人口構成比(対高齢者人口出現率)予測

表3-6 (A) 高齢者人口 (a+aa) (人)

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
平成13年(2月)	180,187	19,940	70,024	31,192	18,210	40,821
平成17年(予)	183,400	21,933	72,114	30,898	18,126	40,330
平成22年(予)	188,602	24,349	75,564	31,080	18,139	39,469

表3-6 (B) 高齢者要介護認定者数 (c+cc) (人)

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
平成13年(2月)	23,317	2,187	8,864	4,369	2,366	5,531
平成17年(予)	25,202	2,525	9,690	4,618	2,510	5,856
平成22年(予)	27,409	2,898	10,740	4,982	2,659	6,129

表3-6 (C) 要介護認定者対高齢者人口構成比 (対高齢者人口出現率 B/A) (%)

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
平成13年(2月)	12.94	10.97	12.66	14.01	12.99	13.55
平成17年(予)	13.74	11.51	13.44	14.95	13.85	14.52
平成22年(予)	14.53	11.90	14.21	16.03	14.66	15.53

表3-6 (D) 要介護認定者数増加率(対13年2月実績比) (%)

	佐賀県	鳥栖地区	中部地区	唐松地区	西部地区	杵藤地区
平成17年(予)	8.1	15.5	9.3	5.7	6.1	5.9
平成22年(予)	17.5	32.5	21.2	14.0	12.4	10.8

図 3 - 3 地区別後期高齢者人口予測

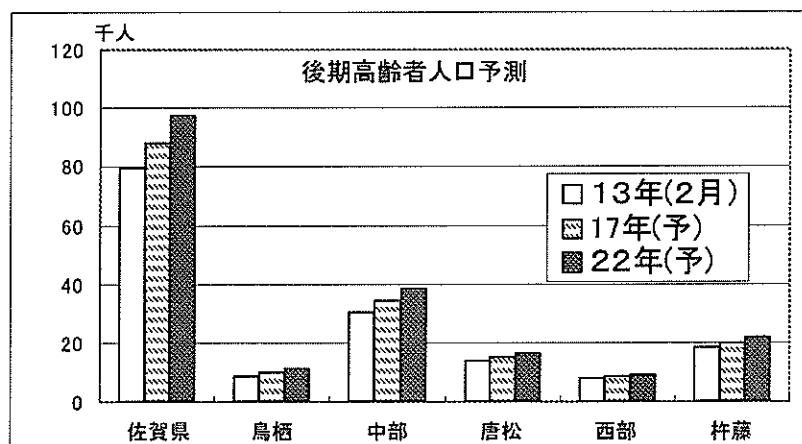
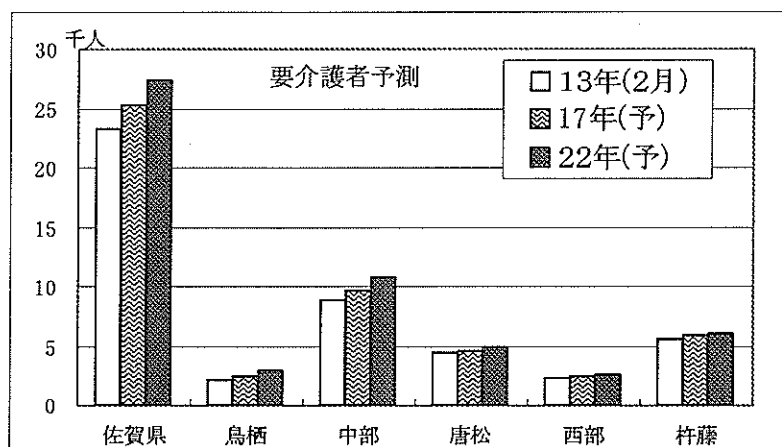


図 3 - 4 地区別要介護者数予測



(3) 「さがゴールドプラン21」との比較

「GP21」では平成 16 年の要介護人口を 22,874 人、高齢者人口 (184,287 人) の 12.4% と予測している。これに対し、筆者の予測 (F 予測) では、平成 17 年の要介護人口を 25,202 人、高齢者人口 (183,400 人) の 13.7% という見通しになっている。

前述したように、「GP21」の高齢者人口予測は F 予測と大差ない結果を示している。しかし、「GP21」の高齢者人口に対する要介護出現率が低めになっているため、結果的に要介護認定者数の計画値は過小推計となっている可能性がある。13 年 2 月の出現率実績は、高齢者人口 180,187 人に対し、要介護認定者数 23,317 人で 12.9% となっていた。今後の後期高齢者人口の急速な増加傾向と 25% 前後に達する後期高齢者の出現率実績の高さからみて、この 12.9% という高齢者出現率はさらに上昇していくことは間違いあるまい。とすれば、「GP21」の上方修

正に向けた見直しがいずれ必要になってこよう。

なお同様の点は各広域連合地区の要介護人口の予測値についても指摘される。特に後期高齢者比率の急速な上昇が予想される北部（唐松地区）、西部（伊万里、有田、西有田）、南部（杵藤地区）の各地区における出現率の低めの予測値（あるいは前提）は、計画における要介護人口予測値の下方バイアスをもたらしている可能性がある、という点を指摘しておきたい。

表3-7 「ゴールド・プラン21」予測値との比較

地区	区分	平成16年（GP21予測）		平成17年（F予測）	
		人口（人）	割合（%）	人口（人）	割合（%）
中部	65～高齢者	72,846	100.0	72,114	100.0
	要介護者	9,531	13.1	9,690	13.4
東部	65～高齢者	21,769	100.0	21,933	100.0
	要介護者	2,629	12.1	2,525	11.5
北部	65～高齢者	30,438	100.0	30,898	100.0
	要介護者	3,432	11.3	4,618	15.0
西部	65～高齢者	18,321	100.0	18,126	100.0
	要介護者	2,364	12.9	2,510	13.8
南部	65～高齢者	40,913	100.0	40,330	100.0
	要介護者	4,918	12.0	5,856	14.5
県全体	65～高齢者	184,287	100.0	183,401	100.0
	要介護者	22,874	12.4	25,199	13.7

（出所）「ゴールドプラン21」予測値については佐賀県「さがゴールドプラン21」（平成12年3月）

4. 結論

本稿では近年の佐賀県における出生率、死亡率、広域連合地区別転入・転出動向を踏まえ、中長期の地区別人口、前期・後期別高齢者人口を予測した。その上で介護保険制度発足後ほぼ1年を経過した13年2月現在の前期・後期高齢者別要介護認定者の出現率を基に要介護者数の予測を地区別に行った。

予測の結果、以下のような点が明らかになった。

まず、高齢者の中でも75歳以上の後期高齢者人口の増加が著しいことを背景に、要介護者人口は大きく増加する見込みとなっている。具体的には佐賀県全体で13年2月現在23,317人であった要介護認定者数は17年には25,202人、22年には27,409人となり、22年の要介護人口は13年に比べ30%を上回る増加となる見通しである。この間、県民人口は減少傾向をたどるといふ予想と対照的である。

地区別には杵藤、西部、唐松地区の後期高齢化比率が一段と進むというのが特徴的であろう。22年には比率が最も高い杵藤地区で13.2%、最も低い鳥栖地区でも9.7%と10%に迫る水準になろう（12年の推定値で杵藤地区10.0%、鳥栖地区で7.1%）。後期高齢者人口の推移が養介

護者数の増減動向をみる上で決定的要因となっていることから、今後、後期高齢者の年齢階級別データをさらに整備しておく必要がある。例えば、後期高齢者をさらに2分割し、85歳未満と85歳以上に分けてそれぞれ出現率データをとることを県レベルで指導基準にすることや、95歳以上で一律となっている死亡率、死亡者数を99歳まで各歳別に分けて公表することなどである。

要介護出現率は地区別、市町村別に数値がばらついている。例えば特養老人ホームのある町村では異常に高い出現率実績となって表われている。これを統一的に説明できる要因を考えたが満足いく結果は得られなかった。これは今後のデータの集積とともに、さらに分析検討が必要である。

要介護人口の増加率でみると、今後鳥栖地区の増加が最も著しいという予想である。これは同地区の後期高齢者人口が急速に増加していくという見通しによる。要介護者数は22年までに13年比で30%を上回る増加率となろう。次いで中部地区の増加が大きい。高齢化比率が早くから高水準であった杵藤、唐松、西部地区では、それぞれ地区人口の減少傾向が大きく、後期高齢化比率のさらなる上昇があっても、要介護者数の増加率は相対的に鈍ってくる予想になる。

佐賀県の「さがゴールドプラン21」は平成12年3月発表の計画であるが、介護保険制度実施後の実績を踏まえ、要介護者数の予測数値を見直すことになろう。私見では、この計画は出現率が低く見積もられており、要介護者数の中期予測値は過小となっている可能性が高い、と思われる。予測の前提についてさらに議論を深めていく必要がある。

今回、残念ながら検討が及ばなかった要介護認定者のサービス利用率、居宅系、通所系などタイプ別サービス需要、要介護度別の出現率、ある介護度から別の介護度への変化（推移確率）などの説明要因の分析については、今後の課題としたい。これらも実績データの蓄積に伴ってある程度説明が可能になるのではないかと考えている。

最後になるが、本稿執筆のために行った予測作業の基礎データの収集や数字の背景等の実情ヒアリングなどで、佐賀県長寿社会課、鳥栖地区広域市町村組合、佐賀中部広域連合、唐津・東松浦広域市町村組合、西部地区（各市町村）、杵藤地区広域市町村組合、各市町村などの担当者の方々に多大なご協力を頂いた。ここに心からの謝意を申し上げたい。

〔参考文献・データ〕

- 1.佐賀県統計課統計データ (<http://toukei.pref.saga.jp>)
- 2.総務省統計局統計データ (<http://www.stat.go.jp>)
- 3.佐賀県「さがゴールドプラン21」平成12年3月

資料編

各広域連合地区別介護事業計画における主要推計値

- (1) 鳥栖地区広域市町村組合
- (2) 中部広域連合事業計画
- (3) 唐津・東松浦広域市町村組合
- (4) 西部地区
 - (4-a) 伊万里市
 - (4-b) 有田町
 - (4-c) 西有田町
- (5) 杵藤地区広域市町村組合

<参考>

- (1) 鳥栖地区広域市町村組合「介護保険事業計画」2000年3月
- (2) 佐賀中部広域連合「介護保険事業計画」2000年3月
- (3) 唐津・東松浦広域市町村組合「介護保険事業計画」2000年3月
- (4) ・伊万里市「介護保険事業計画」2000年3月
 - ・有田町「新高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」2000年3月
 - ・西有田町「高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」2000年3月
- (5) 杵藤地区広域市町村組合「介護保険事業計画」2000年3月

各広域連合地区別介護事業計画における主要推計値

(1) 鳥栖地区広域市町村組合事業計画

高齢者人口の推計

		H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度	16/12年度
圏 域	総人口	117,192	118,178	119,155	120,136	121,139	1.034
	高齢者人口	19,771	20,262	20,751	21,239	21,769	1.101
	前期高齢者	11,432	11,551	11,670	11,789	11,932	1.044
	後期高齢者	8,339	8,711	9,081	9,450	9,837	1.180
	高齢者人口比	16.9	17.1	17.4	17.7	18.0	1.1
		H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度	16/12年度
鳥 栖 市	総人口	59,626	60,063	60,499	60,936	61,372	1.029
	高齢者人口	9,528	9,738	9,951	10,164	10,377	1.089
	前期高齢者	5,636	5,672	5,710	5,748	5,786	1.027
	後期高齢者	3,892	4,066	4,241	4,416	4,591	1.180
	高齢者人口比	16.0	16.2	16.4	16.7	16.9	0.9
		H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度	16/12年度
基 山 町	総人口	19,857	20,244	20,623	21,004	21,409	1.078
	高齢者人口	2,971	3,079	3,185	3,289	3,436	1.157
	前期高齢者	1,636	1,676	1,715	1,754	1,817	1.111
	後期高齢者	1,335	1,403	1,470	1,535	1,619	1.213
	高齢者人口比	15.0	15.2	15.4	15.7	16.0	1.0
		H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度	16/12年度
中 原 町	総人口	9,261	9,289	9,317	9,345	9,373	1.012
	高齢者人口	1,691	1,749	1,801	1,855	1,907	1.128
	前期高齢者	921	949	974	1,001	1,026	1.114
	後期高齢者	770	800	827	854	881	1.144
	高齢者人口比	18.3	18.8	19.3	19.9	20.3	2.0
		H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度	16/12年度
北 茂 安 町	総人口	11,905	11,965	12,025	12,085	12,145	1.020
	高齢者人口	2,303	2,363	2,423	2,483	2,543	1.104
	前期高齢者	1,339	1,360	1,381	1,402	1,423	1.063
	後期高齢者	964	1,003	1,042	1,081	1,120	1.162
	高齢者人口比	19.3	19.7	20.1	20.5	20.9	1.6
		H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度	16/12年度
三 根 町	総人口	7,586	7,507	7,428	7,350	7,271	0.958
	高齢者人口	1,777	1,782	1,789	1,796	1,803	1.015
	前期高齢者	1,012	994	977	959	942	0.931
	後期高齢者	765	788	812	837	861	1.125
	高齢者人口比	23.4	23.7	24.1	24.4	24.8	1.4
		H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度	16/12年度
上 峰 町	総人口	8,957	9,110	9,263	9,416	9,569	1.068
	高齢者人口	1,501	1,551	1,602	1,652	1,703	1.135
	前期高齢者	888	900	913	925	938	1.056
	後期高齢者	613	651	689	727	765	1.248
	高齢者人口比	16.8	17	17.3	17.5	17.8	1.0

居宅サービス必要者の要介護度別人数推計 (人)

	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
要支援	356.5	372.4	388.4	404.5	418.3
要介護1	614.2	636.2	658.8	680.8	704.1
要介護2	281.2	291.4	302.0	312.1	322.9
要介護3	194.4	201.0	208.1	215.2	218.9
要介護4	104.6	108.0	112.0	116.0	116.3
要介護5	69.2	71.4	74.1	76.8	76.8
合計	1620.1	1680.4	1743.4	1805.4	1857.2

施設サービス必要者の人数推計 (人)

	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
老人福祉施設(特養)	287	306	322	339	368
老人保健施設	210	210	210	210	210
療養型医療施設	194	194	194	194	194
計	691	710	726	743	772
経過措置対象(特養)	12.5	9.4	6.3	3.1	0.0

(2) 中部広域連合事業計画

65歳以上人口の推計

	H10年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
65歳以上	65,743	69,119	70,051	70,983	71,915	72,846
前期高齢者	38,783	39,577	39,351	39,124	38,898	38,671
後期高齢者	26,960	29,542	30,700	31,859	33,017	34,175

要支援・要介護者数推計(平成10年10月現在)

	施設サービス				居宅		合計
	特養老人ホーム	特養待機者	老人保健施設	療養型病床群等	前期高齢者	後期高齢者	
自立	2.2	2.7	2.5	11.1	226.8	584.2	829.5
要支援	37.5	8.0	58.9	35.7	354.2	982.8	1,477.1
要介護1	138.4	22.8	219.5	98.7	562.4	1,622.7	2,664.5
要介護2	105.4	16.6	182.8	59.8	233.5	706.7	1,304.8
要介護3	248.5	23.3	257.7	108.8	120.8	424.3	1,183.4
要介護4	285.1	20.9	196.8	124.2	51.2	226	904.2
要介護5	212.9	14.7	98.8	101.7	32.1	148.3	608.5
合計	1,030.0	109.0	1,017.0	540.0	1,581.0	4,695.0	8,972.0

施設サービス利用者の推計

(人)

	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
施設サービス合計	2,729.69	2,766.49	2,803.30	2,840.11	2,876.87
特養ホーム	1,080.00	1,102.09	1,124.19	1,146.28	1,168.37
老人保健施設	1,036.00	1,050.36	1,064.73	1,079.09	1,093.45
療養型病床群	613.69	614.04	614.38	614.74	615.05

(注1) 施設＝特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群。

(注2) 平成11年8月調査の出現率＝3.95%で一定とする。

居宅サービス対象者推計

(人)

		H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
居宅サービス対象者	標準的対象者					
	要支援	1558.19	1603.20	1656.36	1709.74	1754.01
	要介護1	2333.25	2380.60	2447.11	2513.57	2579.99
	要介護2	1004.58	1025.36	1054.38	1083.39	1112.38
	要介護3	560.34	572.57	589.40	606.22	623.04
	要介護4	274.73	281.16	289.85	298.53	307.21
	要介護5	178.16	182.38	188.06	193.74	199.42
	痴呆対応型共同生活介護利用者	35.00	48.50	48.50	48.50	48.50
特定施設入所者生活介護利用者	0.00	30.00	30.00	30.00	30.00	
計		5944.25	6123.77	6303.66	6483.69	6654.54

* 居宅サービス対象者数は、「居宅」の要支援・要介護者数に「特養待機者」の要支援者と「老人保健施設」・「療養型病床群」の要支援者を加算した人数。

前期・後期の年齢別にみる要介護者の出現率 (平成10年)

	前期高齢者	後期高齢者
人口	38,783	26,960
要支援	0.98%	3.93%
要介護1	1.45	6.02
要介護2	0.60	2.62
要介護3	0.31	1.57
要介護4	0.13	0.84
要介護5	0.08	0.55
合計	3.55	15.53

(3) 唐津・東松浦広域市町村組合事業計画

高齢者人口推計

(人)

	H10年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
前期高齢者 (65歳～74歳)	17,267	17,141	16,903	16,666	16,429	16,192
後期高齢者 (75歳以上)	12,036	12,566	12,986	13,406	13,826	14,246
高齢者人口	29,303	29,707	29,889	30,072	30,255	30,438
総人口	143,907	143,216	142,793	142,310	141,827	141,342

要介護者数推計(高齢者数推計と実態調査結果を基に厚生省の基準により推計) (人、%)

区分	H10年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
要介護者数	3,171	3,246	3,293	3,340	3,417	3,432
出現率	11	11	11	11	11	11

居宅サービス

(人、%)

区分	H10年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
要支援	466	479	488	497	537	546
要介護1	786	808	824	840	856	872
要介護2	352	362	369	377	385	392
要介護3	248	193	197	182	186	177
要介護4	147	93	95	79	81	70
要介護5	101	62	64	52	53	46
計	2,100	1,997	2,037	2,027	2,098	2,103
出現率	7	7	7	7	7	7

施設サービス

区分	H10年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
介護老人 福祉施設	577	569	572	625	628	632
介護老人 保健施設	339	440	443	445	448	451
介護療養型 医療施設	155	240	241	243	243	246
計	1,071	1,249	1,256	1,313	1,319	1,329
出現率	4	4	4	4	4	4

*平成10年の数値は、高齢者要望等実態調査時点の推計値

*出現率は、それぞれの年度の高齢者人口に占める要介護者数の割合。

65歳から74歳までの要介護者 (人)

区分	H10年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
要支援	149	147	145	143	150	148
要介護1	241	239	236	232	229	226
要介護2	104	103	102	101	99	98
要介護3	64	48	47	42	42	38
要介護4	32	19	19	15	15	12
要介護5	21	13	13	10	10	8
計	611	569	562	543	545	530

75歳以上の要介護者 (人)

区分	H10年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
要支援	317	332	343	354	387	398
要介護1	545	569	588	608	627	646
要介護2	248	259	267	276	286	294
要介護3	184	145	150	140	144	139
要介護4	115	74	76	64	66	58
要介護5	80	49	51	42	43	38
計	1,489	1,428	1,475	1,484	1,553	1,573

(4) 西部地区各事業計画

(4-a) 伊万里市

高齢者人口推計 (人)

	平成10年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年
65-69	3,809	3,717	3,650	3,583	3,516	3,449
70-74	3,459	3,574	3,548	3,522	3,496	3,470
前期高齢者	7,268	7,291	7,198	7,105	7,012	6,919
構成比%	58.1	56.4	55.3	54.1	53.0	51.9
75-79	2,411	2,693	2,770	2,848	2,926	3,004
80-84	1,555	1,567	1,646	1,726	1,806	1,886
85以上	1,283	1,376	1,411	1,447	1,483	1,519
後期高齢者	5,249	5,636	5,827	6,021	6,215	6,409
構成比%	41.9	43.6	44.7	45.9	47.0	48.1
高齢者人口	12,517	12,927	13,025	13,126	13,227	13,328
高齢化率%	20.7	21.6	21.8	22.0	22.2	22.4
総人口	60,562	59,850	59,744	59,638	59,532	59,426

要介護者等の推計

	平成 10 年	平成 12 年	平成 13 年	平成 14 年	平成 15 年	平成 16 年
施設サービス対象者	507	515	532	535	538	541
経過措置者	3	3	3	2	1	0
高齢者人口比%	4.02	3.96	4.06	4.06	4.06	4.06
居宅サービス対象者	1,064	1,131	1,145	1,172	1,199	1,226
高齢者人口比%	8.49	8.75	8.79	8.93	9.07	9.20
合 計	1,571	1,646	1,677	1,707	1,737	1,767
高齢者人口比%	12.54	12.73	12.73	12.73	12.73	12.73

(4-b) 有田町

高齢者推計人口

(人)

	平成 12 年	平成 13 年	平成 14 年	平成 15 年	平成 16 年
総人口	12,946	12,852	12,757	12,663	12,568
40-64	4,557	4,496	4,435	4,373	4,312
65 歳以上	2,834	2,862	2,893	2,922	2,953
65-74	1,648	1,636	1,624	1,612	1,600
75 歳以上	1,186	1,226	1,269	1,269	1,353

在宅サービス対象者推計

(人)

	H 12 年度	H 13 年度	H 14 年度	H 15 年度	H 16 年度
要支援	33	34	35	...	...
要介護 1	89	91	94	...	...
要介護 2	28	29	29	...	...
要介護 3	23	23	24	...	...
要介護 4	18	18	19	...	...
要介護 5	15	16	16	...	...
計	206	211	216	221.4	226.5

施設サービス利用者の推計

(人)

	H 12 年度	H 13 年度	H 14 年度	H 15 年度	H 16 年度
施設サービス合計	130.4	131.7	133.1	134.5	135.9
特養ホーム	37.0	37.7	38.6	39.4	40.2
老人保健施設	37.5	37.5	37.5	37.5	37.5
療養型病床群	56.0	56.5	57.1	57.6	58.2

(4-c) 西有田町

高齢者人口推計

	H10年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
前期高齢者	1,085	1,095	1,086	1,078	1,070	1,062
前期高齢者	752	815	839	865	889	915
高齢者人口	1,837	1,910	1,925	1,943	1,959	1,977

施設サービス利用者の推計

(人)

	H10年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
施設サービス基準	70.60	73.41	85.67	91.85	92.76	95.87
在宅への移行	4.60	-11.59	-5.03	-0.15	-1.94	0.87
施設サービス目標	…	85.00	91.00	92.00	95.00	95.00
特養ホーム	27.80	34.00	38.00	38.00	39.00	39.00
老人保健施設	18.80	25.00	26.00	26.00	27.00	27.00
療養型病床群	21.40	26.00	27.00	28.00	29.00	29.00

居宅サービス対象者推計

(人)

	H10年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
要支援	36.00	38.43	39.40	40.46	41.45	42.22
要介護1	53.50	56.65	57.64	58.73	59.74	61.38
要介護2	22.50	23.84	24.27	24.74	25.17	25.97
要介護3	13.20	9.51	7.62	7.73	7.00	7.14
要介護4	6.90	3.31	1.52	1.50	0.75	0.76
要介護5	5.50	2.88	1.56	1.56	1.01	103.00
計	137.60	134.62	132.00	134.71	135.11	138.50
高齢者人口比%	7.49	7.05	6.86	6.93	6.90	7.01

(5) 杵藤地区広域市町村組合事業計画

高齢者人口推計

前期高齢者

(人)

	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
65～69歳	11,337	11,043	10,749	10,455	10,161	9,867
70～74歳	10,951	10,846	10,742	10,637	10,533	10,429
前期高齢者計	22,288	21,889	21,491	21,092	20,694	20,296
構成比(%)	55.5	54.3	53.0	51.8	50.6	49.4

後期高齢者・高齢者

(人)

	平成 12 年	平成 13 年	平成 14 年	平成 15 年	平成 16 年	平成 17 年
75～79	8,144	8,389	8,635	8,881	9,127	9,373
80～84	5,101	5,323	5,545	5,767	5,989	6,212
85 歳以上	4,606	4,730	4,854	4,979	5,103	5,228
後期高齢者計	1,7851	18,442	19,034	19,627	20,219	20,813
構成比 (%)	44.5	45.7	47.0	48.2	49.4	50.6
高齢者人口	40,139	40,331	40,525	40,719	40,913	41,109
高齢化率 (%)	22.7	22.9	23.1	23.3	23.5	23.7
総人口	177,023	176,343	175,663	174,984	174,304	173,624

要支援・要介護者数推計

(人)

	H10 年度	H12 年度	H13 年度	H14 年度	H15 年度	H16 年度
施設サービス対象者 (A)	1,561	1,626	1,675	1,725	1,775	1,819
前年からの増加数			80	79	72	72
高齢者人口比%	4.01	4.05	4.15	4.26	4.36	4.45
居宅サービス対象者 (B)	3,016	2,983	3,013	3,043	3,072	3,099
前年からの増加数			31	29	29	28
高齢者人口比%	7.75	7.43	7.47	7.51	7.54	7.58
特養ホーム経過措置者 (C)	29	29	22	15	7	0
合計 (A) + (B) + (C)	4,607	4,638	4,711	4,782	4,854	4,918
高齢者人口比%	11.84	11.56	11.68	11.80	11.92	12.02

居宅サービス対象者数

①65～74 歳

(人)

	H10 年度	H12 年度	H13 年度	H14 年度	H15 年度	H16 年度
要支援	165	183	181	179	177	175
要介護 1	282	280	275	270	265	260
要介護 2	119	118	116	114	112	109
要介護 3	67	67	48	44	40	37
要介護 4	31	31	15	12	9	6
要介護 5	22	22	10	8	6	4
合計	686	700	644	626	608	591
高齢者人口比%	3.06%	3.14%	2.94%	2.91%	2.88%	2.86%

②75歳以上

(人)

	H10年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
要支援	538	646	673	700	727	754
要介護1	897	972	1004	1036	1068	1101
要介護2	385	417	430	444	458	472
要介護3	229	248	187	181	174	166
要介護4	121	131	66	56	44	33
要介護5	84	91	44	36	27	19
合計	2,253	2,504	2,404	2,452	2,498	2,544
高齢者人口比%	13.67	14.03	13.03	12.88	12.73	12.58

③施設への移行数

(人)

	H10年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
要支援	-77	-7	-7	-7	-7	0
要介護1	0	0	0	0	0	0
要介護2	0	0	0	0	0	0
要介護3	0	84	15	16	16	13
要介護4	0	83	15	15	15	13
要介護5	0	60	11	11	11	9
合計	-77	221	35	35	35	35

* 「-」は施設から居宅への移行、正数字は、居宅から施設への移行を示す。

合計①+②+③)

(人)

	H10年度	H12年度	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度
要支援	780	835	860	885	910	929
要介護1	1,179	1,252	1,279	1,306	1,334	1,361
要介護2	503	534	546	558	569	581
要介護3	296	230	220	209	198	189
要介護4	152	79	66	52	38	26
要介護5	106	52	42	32	22	13
合計	3,016	2,983	3,013	3,043	3,072	3,099
高齢者人口比%	7.75	7.43	7.47	7.51	7.54	7.58