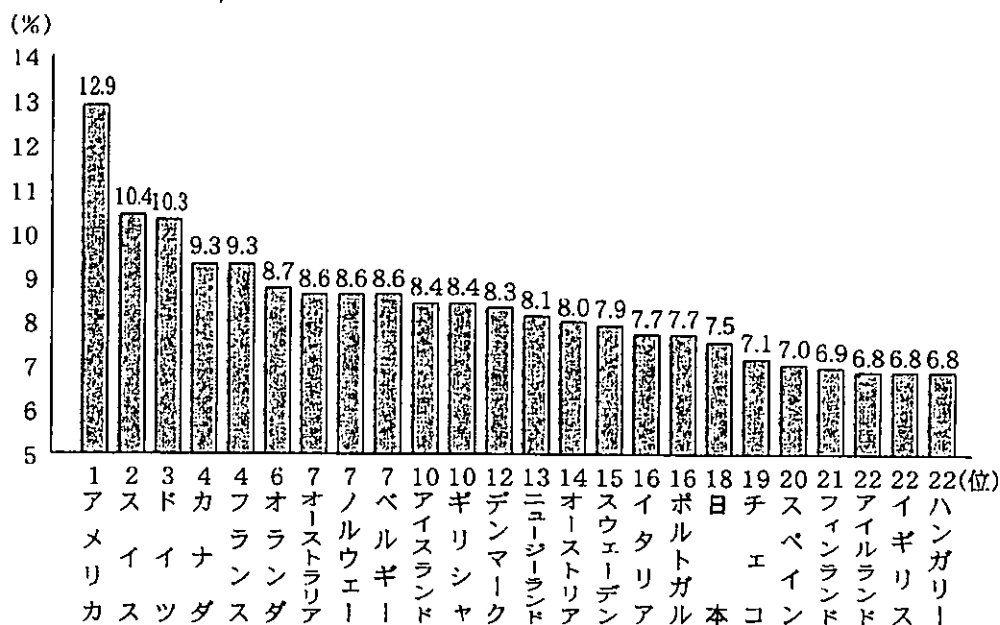


図 7-4 医療費/国内総生産 (GDP) の国際比較 (1998 年)



出所：OECD, Health Data 2000.

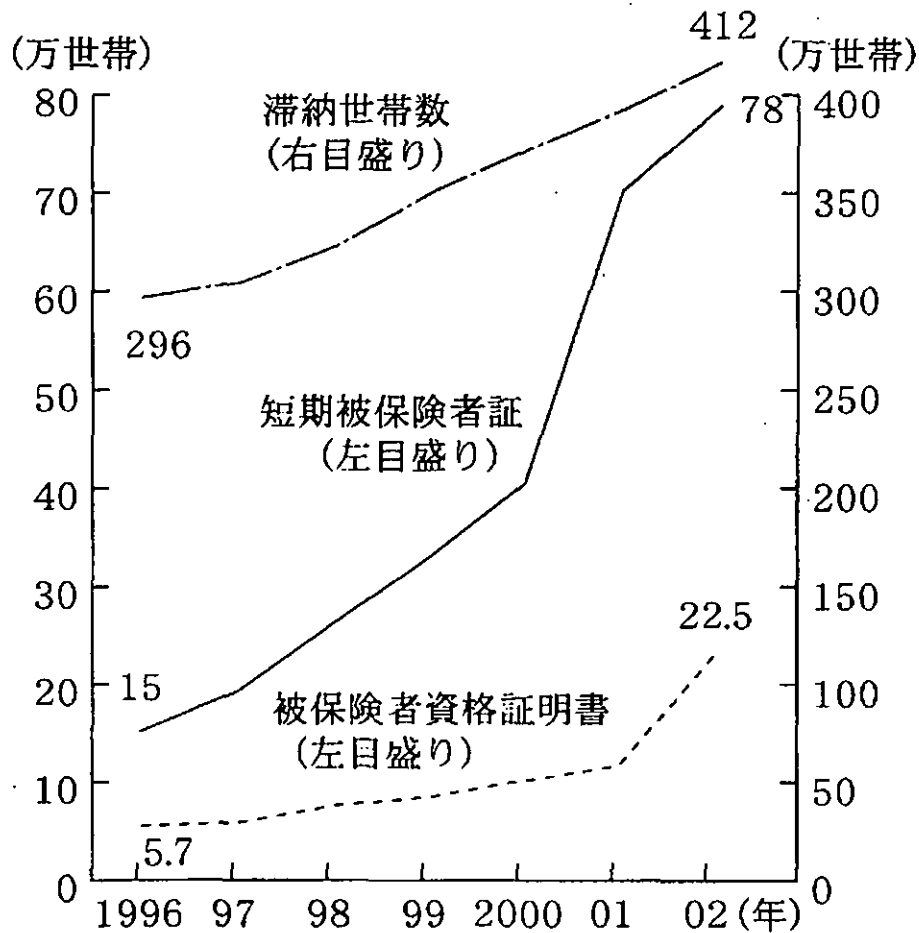
※ 国民健康保険の危機と住民運動

日本医療の弱点の最たるものが、自治体ともっとも関係が深い国民健康保険（国保）の危機的状態である。国保は、被保険者の大半が年金生活者や零細商工業者およびその被雇用者であり、企業主負担もないために、国民健康保険法 1 条で「社会保障及び国民保健の向上に寄与すること」を法の目的として、保険原理よりも社会原理を全面に出している。

しかし、1984 年に国保医療費に対する国庫補助率を 45% から 38.5% に引き下げたのをはじめ、国の補助金削減策により財政悪化が著しく、保険料の引き上げが各地で相次ぎ、加入者の年収に占める保険料の割合は、健康保険等よりもはるかに高くなっている。さらに近年の長期化する不況が重なり、滞納世帯が急増している。図 7-6 は 2002 年 6 月 1 日時点の調査である。滞納世帯が 412 万（18%）、被保険者資格証明書交付世帯 22 万 5 千、有効期限付きの短期被保険者証交付世帯 77 万 8 千と、いずれも急増している。

被保険者資格証明書を交付されると、窓口で医療費を全額支払わなければならない、あとで国保組合（市町村が運営）から 7 割が償還される。しかし、滞納が 1 年 6 ヶ月以上になると、償還分はすべて滞納分に充当される。短期被保険者証は 6 ヶ月、3 ヶ月、1 ヶ月などと有効期間を限定し、その間に保険料を納付しないと保険証が発行されなくなり資格証明書を交付される。国保証の取り上げと被保険者資格証明書の発行は、1986 年の国保法改定で導入され、当初は市町村の裁量であったが、2000 年には義務になった。このために、被保険者資格証明書交付世帯、短期被保険者証交付世帯とも、2 年前から急増したのである。 [13/14]

図7-6 国保税（料）滞納世帯等の推移（2002年6月1日）



出所：厚生労働省調べ。

被保険者資格証明書交付は深刻な受診抑制をもたらし、各地で治療の遅れによって死亡する例が起きている。窓口で全額を支払うことは、もともと低収入のために国保税（料）を納入できない世帯にとって、至難の業である。たとえば静岡市の場合、資格証明書交付世帯 1400 のうち受診は 10 件（医科の入院・外来、歯科を合計して）と受診割合は 0.71% にすぎず、国保加入全世帯の受診割合 67.59% と比べて 100 分の 1 弱という低さである（2002 年 5 月実績、静岡県国民健康保険連合会調べ）。

国保問題を考える原点は、国保を私保健と同様にみなす保険主義の誤りを犯さないことである。すべての公的保険には、2 つの原理が共存している。それは私保険にも共通する「保険原理」（私的保険性）と、社会保険の特徴をなす「社会原理」（社会性・扶養性・福祉的機能）である。国保の場合は、国保法 1 条に明記されているように、社会原理に重きをおいて設計されているのである。社会原理を強めるには、国庫補助率を 1984 年水準に回復することをはじめ、公費を十分に投入することが決定的に重要である。

[14/15]

国保の危機に関して、住民参加の一例でもある、埼玉県社会保障推進協議会（埼玉社保

協)の運動をとりあげたい。埼玉県では、埼玉社保協を中心にて、1993年以來、自治体キャラバン(県下全自治体と社会保障改善の交渉を行う)や関係する多くの団体が共同で対県交渉を行うなど、社会保障運動を広く積み重ねてきた。国保をめぐっても、埼玉県内の動向は注目すべきである。埼玉県は、全国で唯一、2000年度まで資格証明書を発行しないで、すべての国保加入者へ保険証を交付することを原則としていた。

資格証明書の発行が導入された直後の1988年に、医療関係団体が共同して行った2年越しの交渉の結果、埼玉県当局は「資格証明書の発行は本県では行わない」と約束したのである。資格証明書発行が市町村の義務に変わったあとも、県当局は資格証明書発行の要件である「悪質滞納者」の認定を厳しくして、資格証明書の発行を回避する努力を行った。

その後、県の姿勢は後退し、2001年には資格証明書を発行する市町村が出てきたが、県内の広範な地域で、国保税引き上げや保険証とりあげに反対する持続的な住民運動が展開され、国保料(税)の減免申請を集团的・組織的に行う取り組みもなされている。地域における社会保障運動の発展が、一部の市町村しか資格証明書を発行しない状況を生み出す原動力になっている。

4 健康づくりと予防のために

※ 予防の弱さ・若干の先進例

日本の保健・医療の弱点には、保健の弱さ、予防や健康促進の弱さを含めなければならない。日本の医療サービスはおもに健康保険をベースに提供されてきたが、健康保険は予防給付は原則として行われぬ。また、保健がおもに自治体(保健所等)によって担われ、地域医療はおもに民間自営業者である開業医や民間中小病院によって担われ、ここから公と民の連携不足という側面も問題になってきた。こうした弱点が背景となり、一般に日本の保健・医療の連携は弱かった。

もちろん、地域や自治体のなかには、少なからぬ先進例があったし、今でもある。これまでの先進例で比較的広く知られたものを2,3あげておく。まず、[15/16]1960年代から70年代にかけて、村長を先頭に老人医療と乳幼児医療の無料化を先駆的に実行し、「生命行政」で知られた岩手県沢内村があげられよう(菊池[1968];前田[1983];太田・増田・田中・上坪[1983])。

同じ農村部でも、長野県厚生農業協同組合が所有する大規模な佐久総合病院を先導者・拠点として展開されたのが、佐久地方の農村を対象とした健康管理活動である。(若月[1985])。1980年代から90年代にかけて、都市部における保健・医療・福祉の総合的システムを、住民参加を基本にして形成しようとしたのが、東京都中野区である(一番ヶ瀬ほか[1993])。

※ 健康増進法——国が健康づくりから撤退

従来、健康づくりや予防活動の中心機関は保健所であり、中心的職種は保健婦であった。それらの活動は、保健所法(1947年成立、96年地域保健法に転換)によって根拠づけられていた。保健所法は憲法25条を基本理念に据え、人口10万人につき1カ所の保健所を設置することとし、保健所を地域の第一線機関から情報収集と管理を主とする機関に転換させ、人口約40万弱に1カ所の設置とした。現在までに保健所が約30%減らされた。こうして、2002年に成立した健康増進法は、この流れを加速するものである。

健康増進法は、2000年に『健康日本21』(21世紀における国民健康づくり運動について)として発表された厚生省サイドの報告書に法的な裏付けを付与したものである。「健康日本21」の基本方針は、「医療費適正化」であり、このことは省内の主管が保険局企画課

という保険財政担当部門であることから容易に理解できる。方法論的には「個人」を「個別指導」するものであり、公衆衛生の手法ではなく、企業の健康管理手法である。「健康日本 21」では、「オタワ憲章」に対する親近感が示されるが、実際の内容では、オタワ憲章が指摘する環境改善は後景に退き、個人の生活習慣改善が前面に出ている(篠崎[2000])。

健康増進法は、「国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定める」(1条)ことを目的にしている。しかし、法の具体的内容は問題の多いものである。[16/17]

第1は国の責任の矮小化である。第3条で「国…は、健康の増進に関する正しい知識の普及、…情報の収集、整理、分析及び提供…に努めなければならない」として、国の責務を情報提供に矮小化し、憲法第25条「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」から著しく乖離している。

第2は国民に対する責任の押しつけである。国の責任を矮小化しながら、第2条(国民の責務)で「国民は、…生涯にわたって…健康の増進に努めなければならない」とし、国民には責務を課していることである。

第3は、健康増進法が、上記のように疾病の自己責任論を強化し、医療費抑制を狙う「健康日本 21」に法的根拠を与えるという点である。「健康日本 21」は保険局企画課が主管して、「2兆円の経済効果が生ずる」(旧厚生省地域保健・健康増進栄養課長)という医療費抑制効果を狙った計画である。

第4は、健康増進法が「国民の健康増進の推進に関する基本的事項を定める」ものであることから、上記の3つの問題点が、広く公衆衛生の諸分野にも、具体的には母子・学校・老人保健、労働衛生等の諸分野にも貫かれ、憲法第25条に立脚する公衆衛生の諸原則がいっそう骨抜きにされていく危険性である(日野秀逸[2002])。

WHOの総路線と健康都市運動

「健康日本 21」から健康増進法に至る議論において、厚生労働省さらには多くの研究者が引き合いに出したのが、WHO(World Health Organization、世界保健機関)の健康づくりに関する戦略や運動である。しかし、それらの議論の中で完全に黙殺されのが、後述のリガ会議・決議である。地域における健康づくりの正確な路線を確立するために、WHOの健康づくりの総路線について簡単にまとめておく。なお、最近のWHOの健康づくり理念について、松田亮三が詳細な検討を行って有益である(松田[1999])。

まず、「健康づくり」は、ヘルスプロモーション(健康促進)と同じではなく、そのほかに、病気の予防、早期発見、治療、リハビリ、さらに治すことが困難なものについては緩和ケアなどがあり、これらの全体が「健康づくり」の内容である。しかし、日本における昨今の傾向は、ヘルスプロモーション、[17/18]わけても生活習慣だけに絞って「健康づくり」が語られることが多い。

WHO憲章前文では、「公衆が精通した意見を持ち、且つ積極的に協力することは、人民の健康を向上する上で最も重要である」という視点をうちだし、「各国政府は、自国民の健康に関して責任を有し」と行政の責任論を明確にし、「この責任は十分な保健的及び社会的措置を執ることによってのみ果たすことができる」と、精神論や計画づくりだけでなく、十分な措置をとることを義務づけた。

1977年のWHO総会では、戦後の歩みを総括し、世界中の人々が、まだまだ満足すべき健康水準には到達していないことを確認した。翌年、ユニセフと共同して、旧ソ連・カザフ共和国の首都アルマ・アタで会議を開き、「2000年までにすべての人に健康を」という方針を実践する宣言を採択した。これがアルマ・アタ宣言である。アルマ・アタ宣言には、先進工業国の疫学調査も、非同盟諸国も含めた発展途上国の取り組みも反映された。

この宣言の中心的視点は、保健・医療サービスが「地域共同体の個人と家族に、彼らの

全面的な参加を通じて、自立と自決の精神に基づいて提供されるべき」だとしている点である。外国からの援助をうけて大病院をつくるのではなく、地域にいる人々が地域にある資源を最大限活用することが重要だとした（もちろん、援助をうけなくていいということではない）。内発的健康づくりにほかならない。

一方、WHO加盟国の先進国（アメリカ、カナダ、オーストラリア、日本と西欧）が1986年に、オタワで「ヘルスプロモーション会議」を開催した。ここでは、健康を支える環境に着目するなどの積極的問題提起もなされた。しかし、オタワ会議は、レーガン・サッチャーの時代に、医療費抑制という問題意識を底流の1つとして、主に健康促進をとりあげた。そこには、積極的な内容とともに、「ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善していくことだ」とか「自ら備えをなし、慢性疾患や傷害に対処していけることが本質的に重要である」という自己責任論へつながりやすい認識や、「個人、コミュニティ・グループ、保健の専門家、保健・医療機関と政府が……責任を分かちもっている」（WHO [1990]）というような、WHO憲章や後述のリガ決議のような明快な行政の責任論とは乖離がある記載もあらわれている。[18/19]

アルマ・アタ宣言以後の10年間を総括するために、1988年に旧ソ連のラトビア共和国の首都リガで会議が行われ、2000年までの方針であるリガ決議が採択された。WHO教育局のとディロンとフィリップによれば、アルマ・アタ宣言では、健康を社会開発と社会的平等、社会的公正の一環として位置づけた(Dhillon & Philip [1994])。リガ会議では、社会的・政治的行動、住民の健康に対する政府の責任を強調し、健康を促進させることは発展途上国にとっても先進国にとっても共通の課題であることを確認した(日野[1990])。彼らは、アルマ・アタからリガへと発展させられた戦略がWHOの総路線であり、健康とは、健康な生活スタイルや生活習慣をこえた地域の幸福を含むものだ、と規定している。ライフスタイルが健康でなければならないが、そのためにも地域という視点が必要であり、経済や政治を含む広い意味での健康支援環境が大切なのである。

「地域まるごと健康」という戦略

先述のオタワ会議では、「健康を支援する環境の創造」も議論された。この環境を単純に食生活など個人の生活習慣関係に狭く絞る傾向が先進国から生まれ、経済的、政治的視点を薄めすぎたという反省がWHO内にも生まれた。健康を支援する環境をスウェーデンのSundsvälで1991年に集中的に議論した。その結果、健康支援環境は、身体的環境とともに、社会的、政治的、経済的、文化的環境として、もっとも広く把握するということが確認された。具体的にこの健康支援環境を実現するためには、地域をまるごと健康にする取り組みが必要とされる。思いつくだけでも、出産、育児、学校教育、労働と収入、自然環境保全、地域づくり等々が、健康を支援する環境として念頭に浮かぶ。

そして、基本的にこうしたWHOの健康づくりの視点に立った取り組みとして、ヨーロッパでは健康都市プロジェクト(Healthy Cities Project)が1987年以来すすめられている。このプロジェクトは、①健康における不平等の解消、公平の実現、②健康増進、疾病予防の重視、③社会の様々な部門の協同、④コミュニティ参加、⑤生活・労働の場で利用できるプライマリ・ヘルス・ケアに焦点をおいた保健ケア、⑥国際的協同、の6つを基本原則として、「都市丸ごと健康」を計画的に追求している(青木・松田・高山[1999])。[19/20]

日本でも、自覚的に「地域まるごと健康」を戦略とした住民医療運動がある。医療生協運動がそれである。日本生活協同組合連合会医療部会(医療部会)は、医療事業を行う生協法人の全国組織として1957年に創立された。加盟単協および医療部会を医療生協と称する。医療生協は、住民の自主的組織であり組合員を主人公とする。医療部会加盟単協は

39 都府県に 119 あり、組合員数は 237 万世帯、病院 80、診療所 337、その他の施設 598 を所有している（2002 年 3 月）。医療生協では、1990 年代から「地域まるごと健康づくり」をいうスローガンを提起し、医療機関だけでなく、組合員とその家庭、班や支部という組合員が暮らす一定の地域、そして自治体をトータルに視野に入れた健康づくりを実践している。

5 参加と統合の地域保健・医療

参加と統合の根拠

21 世紀の保健・医療・福祉が当然のこととして備えるべき属性は、参加と統合というキーワードで示すことができよう。地域保健・医療にとって、参加と統合が不可欠な根拠について若干の考察をおこなっておく。

まずは参加である。保健・医療への参加の第 1 の根拠は、基本的人権（生存権、健康権、自己決定権）である。特に近代市民社会の基本原則に、健康の自己主権があることを確認しておこう。イギリス市民革命最大の思想家ジョン・ロックは、外科医でもあり、著名な『市民政府論』（1689 年）や『宗教的寛容に関する書簡』（1689 年）などにおいて、人間の生命・身体・健康は、他者に指図されるべきことではなく、自らの理性に照らして、自ら判断すべきことだと、明快に主張した。これは、近代の健康自己主権論と特徴づけられ、自らの生命と健康・身体に関する自己決定権の主張である（日野[1991a: 1995]）。

参加の第 2 のより直接的な根拠は、医療労働の実際に求められる。医療労働は、人間の健康という視点から把握した人体と自然・社会環境に対して働きかけて、人間の健康を促進・維持・回復・修復する営みである。この労働によって生み出されるのは医療サービスである。医療労働は、労働期間と非労働期間[20/21]に分かれる。労働期間は、病院や診療所で診断・治療がなされる時期で、この時期には、医師や看護師などの医療労働者が主な役割を担う。しかし、労働機関でも、全体のデザイン（どのような病気の可能性があり、それを診断するためにどのような検査を行うのか、又圍病気を治療するためにどのような薬をどのように服用し、どのような手術を行い、日常生活ではどのようなことに注意するか等々）は、患者が専門家からいくつかの選択肢について効果と副作用の可能性を含む詳しい説明を受けて、住民・患者が最終的に決定をする（これがインフォームド・コンセントである）。自らの生命や健康について自分自身が決める権利は、すでにみたように近代市民社会に於ける基本的権利の 1 つの自己決定権といわれる。自らが、十分に情報と説明を受けたうえで決定するのは、医療労働過程における参加なのである。

非労働期間は、物の生産の場合には、意識の無い中間産物が生産過程内に留まっているだけだが、医療サービス生産の場合には、意識をもつ人間である患者が過程内にあるので、ここでは患者あるいは家族や周囲の住民が医療サービス生産の実際上の担い手にならざるをえない。専門家の指示を理解して、指示通りに服薬したり、食事療法をしたり、日常生活を自己管理するのは、患者・家族自身である。したがって医療サービス生産の一定の時期には、住民・患者が実行主体になりうるし、ならなければうまく事が運ばないのである。もちろん、非労働過程についても、専門的労働者集団が指導的役割を果たす。住民・患者が勝手なことをするわけではない。それでも、実際に食事をつくり食べるのも、薬を服用するのも、医療機関から離れた場で、医療労働者とは別個に暮らしている住民・患者自身なのであり、参加なくして慢性疾患への治療は成り立たないといってよい（日野[1991b]）。

保健・医療・福祉の統合では、①現実生活が総合的・統合的であり、②医療要求は、健康促進・維持から、早期発見・早期治療、障害が残った場合はリハビリテーションと社会復帰、障害が固定した場合には、その状態での社会への参加、と総合的・統合的なこと、

他方で、③ 学問や行政や制度はそれぞれの都合で分立しがちなこと、を念頭におく必要がある。①②③の結果として、保健・医療・福祉・さらには、教育や住宅が、とかく分立し、個別対応に終始してしまいやすい。しかし、①を最大の根拠として、「人間らしい健康で文化的[21/22]なまともな暮らし」を軸に統合せざるをえなくなっているのである。しかも統合の場は、当事者の生活の根拠地でなされなければ意味がなく、学校や職場やとりわけ地域での統合が重要になっている。

沢内村がやったこと——村長の勇気・住民本位の行政改革・村ぐるみの取り組み

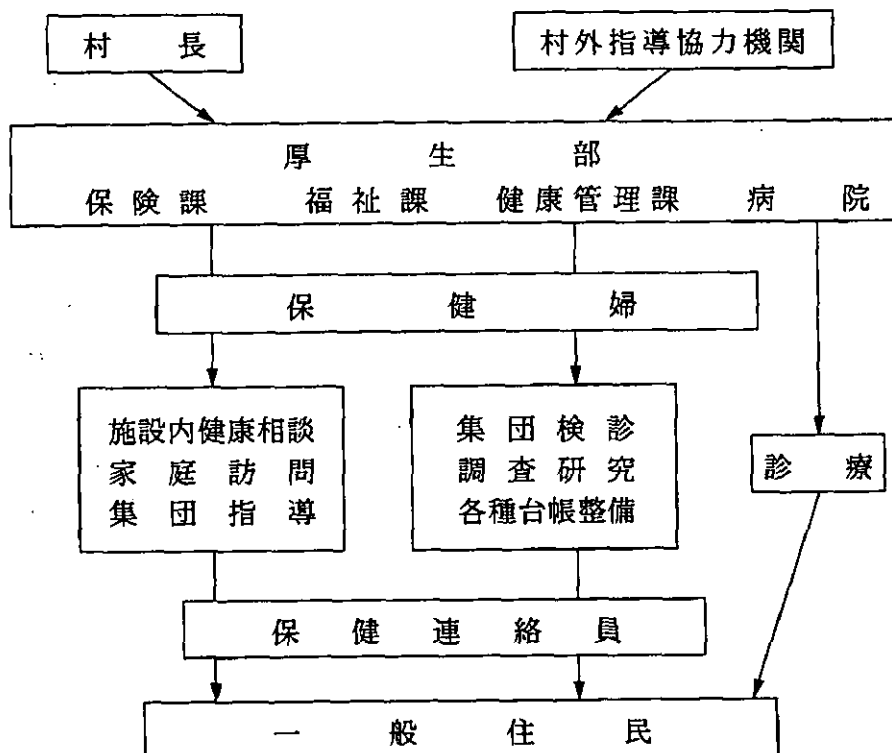
地域保健・医療における参加と統合という課題を考えると、筆者には岩手県沢内村で1960年代初頭に実践された、先駆的経験を思い起こさざるをえない。沢内村の実践が、広範な地方自治と保健・医療・福祉に関わる深い内容をもっていることは、沢内村研究の百科全書ともいべき前田[1983]の著作に譲るとして、ここでは、村長の見識と勇気、生命行政を具体化した行政改革、そして村ぐるみの取り組みを保障した組織の3点について、略述したい。

前田は、「新しい医療活動がこの村ではじまったのは、昭和32年5月、深沢巖雄の村長就任からである。他の新しい地域医療展開の例は、長野県八千穂村のように医師や病院主導型が一般的なのだが和和内村のばあいはまったく自治体の首長主導型である。……それに共鳴し同意した医師や病院職員、健康管理課スタッフみんなによる『自分たちに医療』を『自分たちで守る』活動となって結実するが、この発想は深沢の村長就任以前にはなかったのである。首長としての村長としての決意と実行とが、新しい医療態勢をつくれるというひとつの典型である」(前田[1983])と整理している。

深沢は、勇気をふるって弱い立場の人々に光をあてる施策を実行した。1957年に乳幼児健診無料化、60年に65歳以上の高齢者の国民健康保険給付を10割[22/23]にし、国保10割給付を61年には乳幼児と60歳以上に拡大した。こうした施策は、62年から85年の間に乳児死亡ゼロを12回記録し、また高齢者医療費の激減という成果をもたらしたのである。いずれも日本全体の先駆的業績であった。

深沢たちが成功した大きな理由は、行政改革にある。図7-7は、深沢村政第2期の保健・医療・福祉関連行政図である。村立沢内病院(医療)、健康管理課(保健)、福祉課(福祉)、保険課(国民健康保険)の4部署を、厚生部に統合したのである。厚生部長は病院長が兼ねて、保健・医療の連携をスムーズにした。福祉課と国民健康保険課も、健康促進や健康診断などと有機的に連携して事業計画をたて、病人が少ない村では、国民健康保険財政も赤字になりにくいという、当然のことを追求した。

図7-7 深沢村政第2期の沢内村厚生部組織図（1963年）

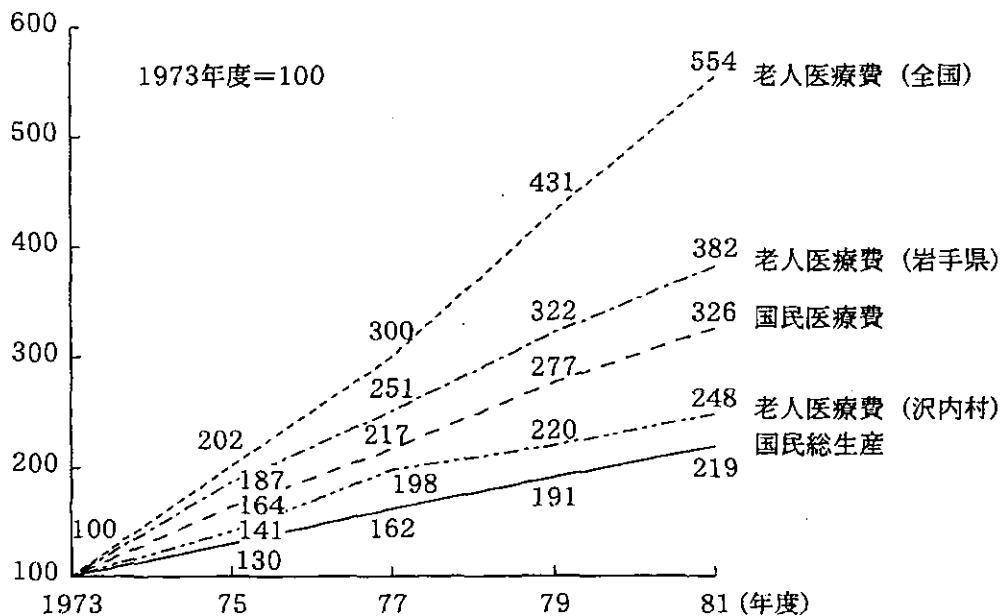


この住民本位の保健・医療・福祉統合をめざした行政改革は、生命行政を総合的・効果的に推進する保障になった。図中の保険連絡員は1985年に設置された国民健康保健連絡員制度のことである。この段階では、行政区長を通じて文書を配る連絡の仕事が主であり、行政の下働きの性格をもっていた。しかし、[23/24]「生命行政を村ぐるみで」という深沢の方針を具体化するために、1967年には沢内村保健委員設置条例によって保健委員として位置づけられ、2年に1度、地区の住民によって改選され、健康管理課をはじめ厚生部の各セクションと14の地区をむすぶベルトの役割を果たしている。

保健委員は、生活全般にわたる目配りをし、毎月の月報では、たとえば「今年始めて蛙をみた」とか「あの小川の橋がぐらぐらしている」など、地域全体の日常生活に起因する広い意味での健康を取り巻く環境を、たんねんに把握している。やや行政指導ではあるが、「地域まるごと健康」をめざす参加の1つの組織形態である。

沢内村の成績をもう1つ示したい。老人医療無料化を止めて老人保健法をつくらうという時期に、保健・医療・福祉の統合がもつ効果を具体的に示したのが図7-8である。老人医療無料化が全国的に実施された1973年の老人医療費を100とすると、81年には、国が554、岩手県が382、沢内村は248であり、こ[24/25]の間の国民医療費は3.26倍であった。沢内村の老人医療費は、保健・医療・福祉の統合を基礎に住民参加で「地域まるごと健康」づくりを進めたために、全国平均の半分以上の増加率にとどまったのである。

図7-8 老人医療費の上昇（沢内村と他との比較）

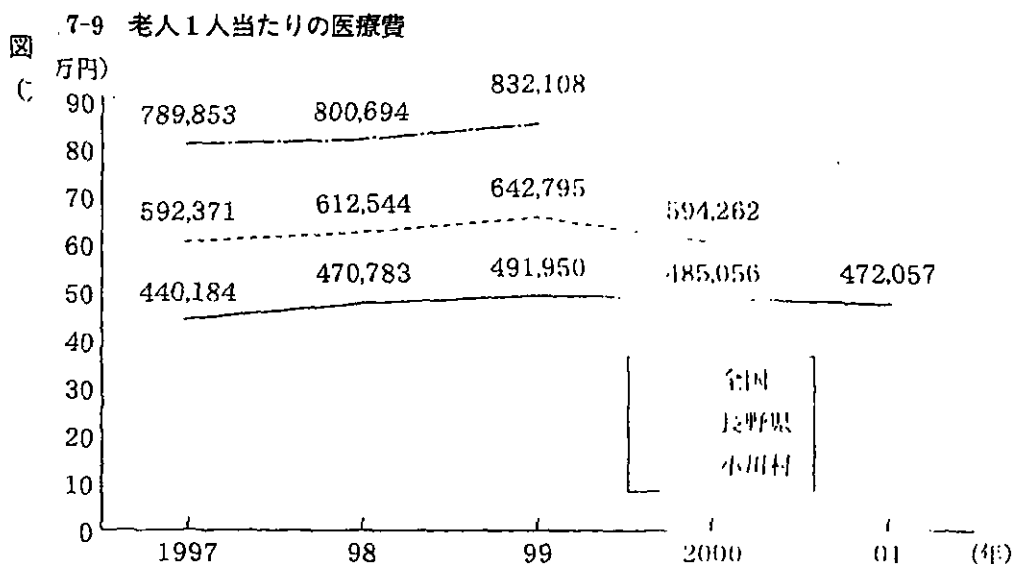


出所：前田（1983）より。

※ 「地域まるごと健康」の多様な内容——小川村・鷹巣町

「地域まるごと健康」づくりをめざす、保健・医療・福祉の統合と参加は、多様な内容と形態を示しつつ、全国的に展開されている。行政機構の形態としてみれば、統合と参加の原型は沢内村が1958年に実施した機構改革（図7-7）に尽くされている。その後、福祉の比重が高まったことへの対応や、住民参加の多様なルートなどが付け加わって、各自治体独自の仕組みが開発されている。ここでは、直近の例として長野県小川村と秋田県鷹巣町を取り上げる。

長野県北部に位置する人口約3700人の小川村は、高齢者医療費の低いことで注目されている（図7-9）。その原動力は、在宅での生活継続・確保を目的に、保健・医療・福祉が連携していることである。そのシステムが「包括医療組織」と称されるもので、1994年から機能している。包括医療組織を運営する仕組みが包括医療センターであり、これは施設・建物ではなく、プロジェクトチームの組み合わせを意味する（図7-10）。[25/26]

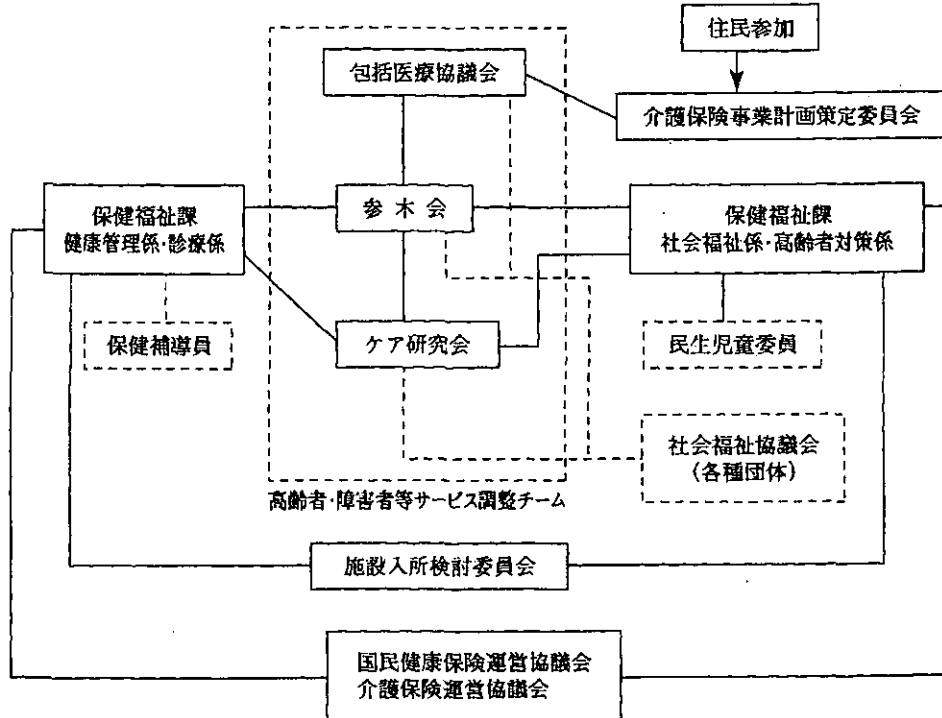


包括医療センターの長は医師である。センターは3つの「会」によって指導・調整されている。「包括医療協議会」(最高協議期間)と、その下にある、おもに事務担当の保健医療福祉関係職員(社会福祉協議会を含む)を中心とする「参木会」と、さらにその下にある保健師、看護師、ヘルパーの実務者を主体とする「ケア研究会」である。また、「包括医療協議会」「参木会」「ケア研究会」の3つで「サービス調整チーム」を構成している。村長、医師、福祉担当係、保健師が、「施設入所検討委員会」「国民健康保険運営協議会」「介護保険運営協議会」を構成している。

直接ケアに関わる「ケア研究会」は週に1度開催され、保健医療福祉各サービス利用者の調整などを行う。事務系職員の「参木会」は月に1度開催され、おもに「ケア研究会」からの提案、村内の保健医療福祉問題、全国的な情報等[26/27]について議論する。「包括医療協議会」は、保健医療福祉全般にわたる予算上の検討、村内の保健医療福祉の課題に関する計画策定を行う。協議会のもとには母子保健計画・介護保険計画・障害者計画の各策定委員会が設置され、住民も委員会に参加している。ただし、センター長の池田忠は、十分な参加が得られているかという点では、「考えなければならない」(池田[2002])としている。

以上の3つの「会」によって、「縦軸(役場と地域の関連各組織)」と横軸(役場内部の保健・医療・福祉の関係課)をクロスさせながら保健・医療・福祉のサービスを総合的に組織化している」(水谷ほか[2001])。

図7-10 小川村包括医療センター組織図



出所：小川村『小川村高齢者包括医療計画』2000年3月。

秋田県鷹巣町は人口約22000人であり、保健・医療・福祉から産業政策分野にまで及ぶ、各種のワーキング・グループ(WG)の活動で注目されている。WGは、「住民参加による福祉のまちづくり」とい岩川町長の構想の具体化をはかるために設置された「福祉のまちづくり懇話会」の実働部隊として、約60人の住民ボランティアによって発足させられた(1992年)。このWGは、町内の福祉要求を掘り起こし、「すぐできること」「工夫すればできること」「予算化しないとできないこと」に仕分けをして、具体的提案を行い、それらに対して町が誠実に対応して、できることから具体化を進めた。このサイクルが、住民の間に行政への信頼を生み出し、WGへの参加者も増えていった。

WGが提案して実現したことには、「車いすでも役場の窓口を使えるようにカウンターを低くする」「ホームヘルパーを増員して24時間派遣を開始」「痴呆性高齢者用グループホーム開設」「補助器具センター開設」「リフト車を購入して送迎サービスを開始」等々がある。さらに、WGは福祉領域だけではなく、「ごみワーキング」「商業地開発ワーキング」「文化遺跡ワーキング」等へと広がっている。

WGの活動の背景には、たとえば2000年策定の『鷹巣町老人保健福祉計画・鷹巣町介護保険事業計画』に「介護福祉サービスは、保健、医療、福祉の各分野が連携した総合的なサービスとして効率的に提供されなければならない」と明記されているように、保健・医療・福祉の連携という理念があった。保健・医療・福祉からはじまって、住み良いまちづくりに関わる多数の分野で、住民参加のWG方式が導入されていったのであり、この方向は「地域まるごと健康」と重なるものとみてよい。[27/28]

鷹巣町については、産業関連表を用いて福祉政策が地域のもたらす経済効果を検討し、雇用と消費の効果を実証した研究や(熊坂[2000])、WGを中心とする住民参加方式をめぐ

る住民の意識調査（熊坂[2002]）など、多くの調査・研究がなされ、今後の課題として町財政の悪化傾向の克服があげられている。いずれにしろ、今後とも、岩川町長のリーダーシップという住民参加方式の動向には、注目しなければなるまい。

最後に、行政の外側での参加に言及したい。それは、埼玉県社会保障推進協議会のように、保健・医療・福祉の要求を自治体は持ち込み、また積極的な行政を支え、励まし、住民の視点から行政を点検し、時には叱り、また国に対して自治体当局とともに要求する存在である。こうした参加と、行政内部への参加とが相俟って、かつての要求提示型参加から、行政との緊張関係を保ちつつ政策提案・実現にも積極的に取り組む、提案型参加が可能になる。

[引用文献]

- 青木郁夫・松田亮三・高山一夫 [1999]『健康都市プロジェクトと医療生協の保健戦略』日本生活協同組合連合会医療部会
池上直己・J.C.キャンベル [1996]『日本の医療』中央公論社
池田忠[2002]「保健・医療・福祉の連携——『包括医療システム』」『住民と自治』2002年7月号。
一番ヶ瀬康子・大森瀧・田端光美 [1993]『中野区・福祉都市への挑戦』あけび書房
及川和男 [1984]『村長ありき——沢内村 深沢晟雄の生涯』新潮社。
大沢真理[2001]「福祉国家と平等——社会政策の比較ジェンダー分析の立場から」社会政策学会編『「福祉国家」の射程』ミネルヴァ書房。
太田祖電・増田進・田中トシ・上坪陽 [1983]『沢内村奮戦記』あけび書房。
菊地武雄 [1968]『自分たちで生命を守った村』岩波書店。
熊坂伸子 [2000]『地方自治体の福祉支出が地域に及ぼす経済効果——秋田県鷹巣町の事例』（東北大学大学院経済学研究科修士論文）
熊坂伸子 [2002]「地方自治体の福祉政策と住民意識——秋田県鷹巣町の事例から」東北大学経済学会『研究年報 経済学』Vol. 64, No. 1。
篠崎次男 [2000]、「介護保険をめぐる運動」中西啓之・篠崎次男・石川満『介護保険と住民運動』新日本出版社。

[28/29]

- 神野直彦 [2001]「これからの公共事業を考える——『希望の島』への途」『書齋の窓』2001年12月号。
西岡幸泰 [2002]「医療『構造改革』と国民皆保険体制」『大原社会問題研究所雑誌』2002年8月号
日野秀逸 [1990]「地域医療はなにをそなえるべきか」『講座・日本の保健・医療 第3巻』労働旬報社。
日野秀逸 [1991a]「理性と主権在民の保健・医療」『講座日本の保健・医療 第1巻』労働旬報社。
日野秀逸 [1991b]「現代日本の医療労働」『講座日本の保健・医療 第5巻』労働旬報社。
日野秀逸 [1995]『保健活動の歩み』医学書院。
日野秀逸 [2002]「日本国憲法と健康づくり」『住民と自治』2002年5月号。
前田信雄 [1983]『岩手県沢内村の医療』日本評論社。
松田亮三 [1999]「より健康な社会に向けて——学び・共同・自治の健康づくりを」氏平高敏・近藤雄二・藤崎和彦・松田亮三編『健康づくりと支援環境』法律文化社。

水谷利亮・田中きよむ・玉里恵美子・時長美希 [2001] 『「介護保険」から「保健・福祉のまちづくり」へ』自治体研究社。

若月俊一 [1985] 『若月俊一著作集 4 地域づくりと健康管理』労働旬報社。

Dhillon, H. S. and Lois Philip [1994], Health Promotion and Community Action for Health in Developing Countries, WHO.

WHO/島内憲夫訳[1990] 『ヘルスプロモーションー WHO : オタワ憲章』垣内出版。

基本文献

池上直己、J.C.キャンベル、[1996] 『日本の医療』中央公論社。国際的に見て、かなり独特な仕組みを持つ日本の医療を、歴史的・構造的・政治力学的に整理し、日本の医療に関する基本的な事実を知らせてくれる。

篠崎次男、日野秀逸 [2003] 『社会サービスと協同のまちづくりー「構造改革」と保健・医療・介護・福祉』自治体研究社。今、日本各地で保健・医療・介護を中心に何が起きていて、住民と自治体がどう取り組んでいるかを示す文献である。

横山寿一 [2003] 『社会保障の市場化・営利化』新日本出版社。保健・医療を含む社会保障分野で現在進行している市場化・営利化を、理論的・政策的に整理・分析し、この問題を考える基盤を提供している文献。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

分担研究報告書

介護サービス事業と地域経済・地方財政に関する研究

分担研究者 佐々木 伯朗 東北大学経済学研究科 助教授

研究要旨

介護保険給付開始から 3 年を経過した現在、わが国における介護サービス事業の展開状況を見たとき、都市部では新規サービス事業者の参入が進んでいるものの、郡部では制度施行前からの提供主体が中心であり、中でも公的、準公的主体（社会福祉協議会等）が相当部分を担っている。こうした状況において、介護保険と地域経済、地方財政の関係を考える時、第一に、公的・準公的福祉サービス提供主体の経営状況の如何とそれによる財政への影響、第二に、介護サービス事業が地域経済全体に及ぼす影響が問題となる。

各府県の介護保険事業支援計画（高齢者保健福祉計画）における平成 13 年度の計画値（サービス見込量）と実績値を比較すると、居宅介護サービスにおいては、訪問介護サービスで大都市圏自治体が達成率が高く、逆に通所介護サービスでは、相対的に地方圏自治体の達成率が高い。施設介護サービスの達成状況を見ると、老人福祉施設では大都市圏と地方圏の間には目立った差異は認められない。老人保健施設では相対的に地方圏のほうが達成率が高く、介護療養型医療施設においてはどの府県も大幅に計画を下回っているが、やや大都市圏のほうが達成率が高くなっている。

次に平成 13 年度に各府県で実施された介護サービスが地域経済全体にもたらした経済効果について、産業連関分析を用いて検討した。この結果、医療・保健・社会保障部門の影響力係数は大都市圏のほうが高く、需要が発生した場合の資材や原材料発注を通じた生産への貢献度が大きくなっていることが分かった。また、直接効果、間接効果を合わせた生産誘発額を介護給付費で除した値も大都市圏のほうが高くなっていることが判明した。

平成 13 年度の宮城県において、特別会計で介護サービス事業を実施している自治体において、事業の利用量に対応する値である「介護サービス事業特別会計サービス収入」と、一般会計から介護サービス事業特別会計に対する赤字補填額をとり、両者の相関を検討した。ここから、利用量が増大するほど経営が改善され、一般会計からの赤字補填は減少することがわかった。さらに介護サービス事業特会の規模と一般会計の高齢者関係歳出額の関係について検討した結果、自治体内で提供される介護サービス全体における直営事業の比率が増大すると、一般会計歳出に対する直営事業の影響度が増すことが分かった。これらの分析の結果、自治体直営事業の経営状況はその規模に依存し、利用者数が多ければ黒字経営も可能であることが分かった。

A. 研究目的

介護保険導入から3年を経過して、経営主体別の事業者間の格差が顕著になっているが、本研究では公的・準公的福祉サービス提供主体の経営状況の如何とそれによる財政への影響、および、介護サービス事業が地域経済全体に及ぼす影響を明らかにする。

B. 研究方法

介護保険事業計画や介護保険事業支援計画におけるサービス種別の計画値と実績値の比較、および産業連関分析によって、計画上の値から得られる経済効果と実際の効果との差異を検討する。次に公的・準公的機関が中心となっている自治体において、それらの事業の収支が自治体財政、特に福祉関連の財政支出といかなる関係にあるかを検討する。

(倫理面への配慮)

本研究は、集計されたデータのみを用いた数値分析であり、個別の事業者や利用者のプライバシーには抵触しないので、倫理面での問題はない。

C. 研究結果

産業連関分析において直接効果・間接効果を合わせた生産誘発額を介護給付費で除した値は大都市圏のほうが高い。自治体内で提供される介護サービス全体における直営事業の比率が増大すると、一般会計歳出に対する直営事業の影響度が増大する。

D. 考察

直営介護サービス事業は地方圏において相対的に重要性が高い。近接自治体が合同して直営介護サービス事業を提供する方式をとれば、小規模自治体であっても財政的

な負担の少ないサービス提供が可能であると考えられる。

E. 結論

自治体直営事業の経営状況はその規模に依存し、利用者数が多ければ黒字経営も可能であることが分かった。

F. 健康危険情報

<該当なし>

G. 研究発表

1. 論文発表

<該当なし>

2. 学会発表

日本地方財政学会、札幌、2003. 7. 5、日本計画行政学会、仙台、2003. 9. 21。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

<該当なし>

介護サービス事業と地域経済・地方財政

Influence of the Care Business on Regional Economy and Local Finance

佐々木 伯朗

はじめに

介護保険制度は、「措置から契約へ」のキャッチ・フレーズの下に、利用者の選択と事業者間の競争によって、提供されるサービスの質の向上や事業の効率化を進めるという立法趣旨を持つが、同時にそれは保険者である市町村ごとに、国の定めた基準に従って各年次のサービス提供、施設整備の目標値とその財源調達のための保険料が設定されるという意味で、国、都道府県、市町村の三層にわたる計画の体系であるともいえる。

平成 15 年度から第二期に入っている、各市町村の介護保険事業計画は、第一期では制度が始まる前に行った調査に基づいたこともあり、利用実績をみると計画に達していないサービスがある一方で、計画を大きく上回るサービスもある。また、サービス提供主体の面では、都市部では新規サービス事業者の参入が進んでいるものの、郡部では制度施行前からの提供主体が中心であり、その中でも公的、準公的（社会福祉協議会）主体が相当部分を担っている。

こうした状況において、介護保険と地域経済、地方財政の関係を考える時、二つの問題が考えられる。第一に、公的・準公的福祉サービス提供主体の経営状況の如何、およびそれによる財政的な影響である。このうち社会福祉協議会は、訪問介護においては事業者数としては最も多く、特に郡部における介護事業者の中心となっている。しかし、表に示すように、訪問介護における地方公共団体、社会福祉協議会の経営状況は良くない。赤字分は市町村からの補助金や委託金で賄われることになるが、仮にこの支出が多ければ、市町村財政全体にも影響が出てくることになる。公的医療・福祉サービス機関の財政問題に関する研究はこれまでも主に公立病院の経営問題として地方財政論、地方公営企業論の対象として取り扱われてきたが、公的介護サービス事業の研究、またそれを自治体財政一般と結びつけた研究は、介護保険制度開始後日が浅いこともあってほとんど見られないのが現状である。

第二に、介護サービス事業が地域経済全体に及ぼす影響である。従来の研究では、福祉サービスが労働集約的な特性を持つことから、介護サービス事業は、消費を通じた間接的な波及効果までみた場合、公共事業に劣らない経済効果があるとされ、産業連関分析等による試算が数多く発表されてきた。しかし、それらはゴールドプラン等の全国計画または各自治体が公表している介護保険事業計画に基づく居宅および施設サービスの目標値に国が設定した単価を乗ずる方法で得られた結果であり、実績が伴わなければ経済効果も減少することは明らかである。この実績値にもとづいた経済効果の検証の作業は第一期が終了した現在になって初めて可能になったといえる。

本研究で行なうことは以下の通りである。まず、市町村の介護保険事業計画、都道府県の介護保険事業支援計画におけるサービス種別の計画値と実績値を比較すると共に、産業連関分析によって、介護保険事業における計画上の値から得られる経済効果と実績値による効果との差異を検討する。次に公的・準公的機関が福祉サービス事業の中心となっている自治体において、それらの事業の収支が自治体財政、特に福祉関連の財政支出といかなる関係にあるかを明らかにする。

1. 平成 13 年度介護サービス事業の都府県別計画達成状況および経済波及効果の検討

まず、各府県の介護事業支援計画（高齢者保健福祉計画）における平成 13 年度の計画値（サービス見込量）と実績値の比較を行う。これは、各都府県が作成した「高齢者保健福祉計画・

介護保険事業支援計画（第二期）」において、サービス種別に回数や人数で示される域内市町村の計画値に対する実績値の比率である。

	青森	岩手	秋田	宮城	山形	福島	神奈川	大阪	東京
訪問介護	0.804	0.633	0.712	0.57	0.778	0.684	0.92	1.079	1.095
訪問入浴	3.27	0.918	4.085	1.164	2.945	4.062	0.745	1.831	1.038
訪問看護	0.515	0.358	0.418	0.388	0.449	0.423	0.468	0.341	0.437
訪問リハビリ	0.341	0.196	0.125	0.232	0.298	0.083	0.226	0.509	0.24
通所介護・リハビリ	1.313	0.906	0.945	0.867	0.91	0.874	0.761	0.727	0.735
短期入所生活介護・療養介護	0.5	0.921	0.631	0.731	0.834	0.708	0.578	0.462	0.56

表1 平成13年度主要居宅介護サービスにおける計画達成率
出所) 各都道府県「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」より作成。

表2 平成13年度施設介護サービスにおける整備計画達成状況

(人)

介護老人福祉施設							
	秋田	宮城	山形	福島	神奈川	大阪	東京
計画値	5031	5379	5390	5330	13800	18645	29650
実績値	5005	5501	5256	5360	14155	18639	29934
達成率	0.994832	1.022681	0.975139	1.005629	1.025725	0.999678	1.009578
介護老人保健施設							
	秋田	宮城	山形	福島	神奈川	大阪	東京
計画値	4288	5092	3200	4650	10746	13712	12100
実績値	4332	5300	2891	4550	10203	12945	10701
達成率	1.010261	1.040848	0.903438	0.978495	0.94947	0.944064	0.88438
介護療養型医療施設							
	秋田	宮城	山形	福島	神奈川	大阪	東京
計画値	1952	1963	1585	2079	9099	13472	12900
実績値	1124	467	496	679	4480	7876	4832
達成率	0.57582	0.237901	0.312934	0.326599	0.492362	0.58462	0.374574

出所) 表1に同じ。

居宅介護サービスにおいては、訪問介護サービスで大都市圏自治体が達成率が高くなっていることがわかる。逆に通所介護サービスでは、相対的に地方圏自治体の達成率が高い。次に施設介護サービスの達成状況を見ると、老人福祉施設では大都市圏と地方圏の間には目立った差異は認められない。老人保健施設では相対的に地方圏のほうが達成率が高く、介護療養型医療施設においてはどの府県も大幅に計画を下回っているが、秋田を除くと、やや大都市圏のほうが達成率が高くなっている。

次に平成13年度に各府県の介護サービスが地域経済全体にもたらした経済効果について検討する。これまでに発表された介護保険の経済効果の研究については、大守・田坂・宇野・一瀬(1998)、および伊藤・高橋(2000)等が公共事業との比較を行っているが、これらはいずれも制度施行前の研究であり、あくまでも試算として、産業連関分析による波及効果の計測を行っている。介護保険制度が実施されて以降の研究では、東北通産局(2000)が東北地域産業連関表を用いて、要介護度別のサービス利用人数およびサービス費用の予測値を用いて、居宅および施設サービスの波及効果の計測を行っている。

現在は、厚生労働省より各年度の府県別保険給付が公表されている。しかし、保険対象のサービス別に府県で支払われた介護給付については厚生省発表資料には見当たらなかったため、

国保中央会ホームページにあるデータを用いた。この府県別の「介護給付費」総額が産業連関表の「医療・保健・社会保障」部門に最終需要として発生したと捉え、間接第二次効果（直接効果および間接第一次効果で生ずる各産業の生産増が雇用者所得の増大を通じて消費を増大させることによる効果）まで含めた計測を行った。ただしこの方法は施設建設による需要増を含まず、介護サービス機関の経常的な活動に対応する収入に着目したものである。

ここで用いる地域内競争移入型産業連関モデルの構造は以下の通りである。

今、地域の各産業に発生する需要列ベクトルを ΔF とすると、その波及効果は以下の式で表すことができる。

$$\Delta X_1 = [I - (I - M)A]^{-1} (I - M) \Delta F$$

$$\Delta X_2 = [I - (I - M)A]^{-1} (I - M) ckw \Delta X_1$$

A：投入係数行列 M：各部門の移輸入係数（移輸入額/（中間需要+域内最終需要）を対角要素とする対角行列 I：単位行列 c：民間消費支出構成比（列ベクトル）k：雇用者所得合計に対する民間消費支出合計の比率（スカラー）w：各部門生産額に対する雇用者所得の比率（行ベクトル）

ΔX_1 ：直接効果+間接第一次効果

ΔX_2 ：間接第二次効果

全体の効果は ΔX_1 と ΔX_2 の合計となる。ここでは、大都市圏自治体として大阪府、地方圏自治体として宮城県をそれぞれ取り上げた。それぞれの府県で使用する連関表はいずれも平成7年のものである（大阪32部門、宮城37部門）。国保中央会「都道府県別介護費の状況」による、平成13年度に、居宅、施設を含めた全ての介護保険対象事業に支払われた介護報酬がそれぞれの府県の「医療・保健・社会保障」部門の生産の直接効果になったと考え、間接第一次、間接第二次波及効果を計算すると以下の表の通りとなった。

	秋田	山形	宮城	神奈川	大阪
(I-(I-M)A) ⁻¹ 1列和	1.23	1.26	1.28	1.27	1.35
医療保健社会保障部門影響力係数	0.93	0.96	0.96	0.98	0.98
生産誘発額($\Delta X_1 + \Delta X_2$)(百万円)	106025.3	98150.92	122505.13	427325.32	485489.25
平成13年度介護給付費(百万円)	60357	55605	71134	210834	270875
生産誘発額/平成13年度介護給付費	1.76	1.76	1.72	2.03	1.79

表3 平成13年度介護サービス事業の府県別波及効果

注) 各府県産業連関表(平成7年)、および国保中央会「都道府県別介護費の状況」より作成。

この結果から、医療・保健・社会保障部門の影響力係数は大都市圏のほうが高く、需要が発生した場合の資材や原材料発注を通じた生産への貢献度が大きくなっていることが分かる。また、直接効果、間接効果を合わせた生産誘発額を介護給付費で除した値も大都市圏のほうが高くなっていることが分かる。また、直接効果プラス第一次波及効果と、第二次波及効果の比率については、神奈川では62:38、大阪では74:26、宮城では69:31、秋田が70:30、山形が72:28であった。

なお、表1より得られる各府県の居宅介護サービスの達成率を用いれば、かりに計画通りの量が提供された場合の費用と、実際の費用との差を求めることができる。表4が宮城県と大阪府におけるそれを示したものであるが、費用の合計を見たとき、宮城では計画の68パーセントの水準であるのに対し、大阪では72パーセントとなっていて、金額的に見ても大都市圏自治体のほうが居宅介護サービスの計画達成率は高く、生産波及に貢献しているといえる。

ところで、実際の平成 13 年度の域内総生産額に対して、仮に平成 7 年連関表の投入産出構造が維持されたとして、ここで求めた介護サービス事業に投下された給付費による波及効果がどの程度寄与したか検討する。上で産業連関分析を行った府県の内、平成 13 年度の県民経済計算（速報値）が既に出ているものを選んで平成 7 年価格の実質域内総生産およびそれに対する生産誘発額の比率をみると次の通りであった。秋田が域内総生産 3,886,800 百万円で、2.73 パーセント、宮城県は域内総生産 8,758,206 百万円で 1.4 パーセント、山形が域内総生産 4,118,900 百万円で 2.4 パーセント、大阪府では、域内総生産 40,633,700 百万円で 1.19 パーセントであった。このことから、平成 13 年度の実際の域内生産における介護サービス事業の貢献度は地方圏のほうが高いことがわかる。

表 4 主たる居宅介護サービス費用における計画と実績の比較

単位：百万円

	宮城		大阪	
	実績費用	計画上の費用	実績費用	計画上の費用
訪問介護	7,179	12,595	3,461	32,076
訪問入浴介護	1,853	1,591	2,057	1,123
訪問看護	2,131	5,492	7,398	21,695
訪問リハビリ	46	198	513	1,008
通所介護・リハビリ	9,956	11,483	36,463	50,155
短期入所生活・療養介護	3,473	4,751	8,130	17,597
合 計	24,638	36,110	89,171	123,655

出所) 国保中央会「都道府県別介護費の状況」、大阪府および宮城県「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」より作成。

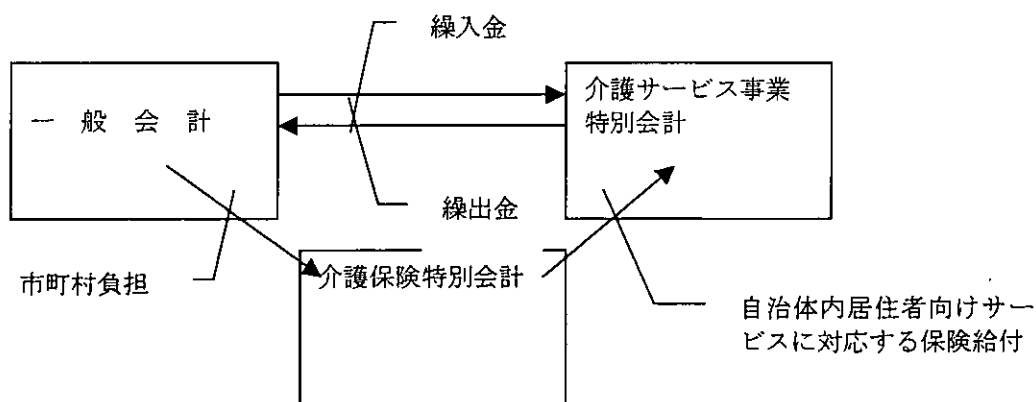
2. 自治体直営介護サービス事業が財政に及ぼす影響について

介護保険制度の発足は、保険者である市町村の財政において、既存の措置費が保険からの給付に変わった結果、一般会計の高齢者関係支出を減少させる傾向があり、特にその傾向は高齢化比率が高い自治体で目立っていることが筆者らが 2000 年度に行った北海道、東北地方の自治体の財政アンケートの結果から示された。

しかし、郡部においては現在でも介護サービス事業を直営で実施している自治体が多数存在し、その事業の特別会計には一般会計から繰入が行われている。したがって、この部分の支出が多ければ、一般会計の高齢者関係支出は逆に増加する要因を持つこととなる。

各自治体における、一般会計、介護保険特別会計、介護サービス事業特別会計の財政関係は以下の図の通りである。ただし、自治体によっては複数の事業特別会計を有するケースがある。その場合はそれぞれの特別会計が、一般会計、介護保険特別会計と下図の関係を持つこととなる。

図1 一般会計、介護保険特別会計、介護サービス事業特別会計の財政関係



また、介護サービス事業特別会計の収支の内訳は大略以下の通りである。
 歳入：サービス収入（自己負担金を含む）、一般会計繰入金、その他
 歳出：総務費、サービス事業費、一般会計への繰出金（自治体施設使用に対する支払）、その他

よって、一般会計繰入金から一般会計への繰出金を除いた金額（これを一般会計からの純繰入金と定義する）は、それがなければ赤字になる事業特別会計の収支を補填するものとみなすことができる。ただし、決算上は収支が黒字となる場合があるので、実質収支から純繰入金を除いたものが、真の意味での赤字補填ということになる。

本研究では、平成 13 年度の宮城県において、特別会計で介護サービス事業を実施している自治体の決算データから以下の値を取り出して、分析を加えた。平成 13 年度の宮城県において地方公営企業経営団体として介護サービス事業を届出ている市町村は 26 団体で（一部事務組合を除く）、その内地方公営企業法の全部適用団体が 1、一部適用団体が 1、残りは法非適用団体であった。今回の調査で対象となったのは、法全部適用、一部適用団体を含む 16 団体であり、介護サービス事業の具体的内容としては、すべての調査対象の事業で居宅介護サービス（デイサービスのみを実施している自治体が多い）、および居宅介護支援事業（ケアプランの作成、自己負担なし）を行っており、施設介護サービスを行っているのは法全部適用事業として実施している 1 町のみであった（老人保健施設）。

さて、介護サービス事業をめぐる財政関係を捉えるため、以下の項目について調査対象自治体の決算書からデータを抽出、処理した。

- (1) 一般会計民生費中の、「社会福祉費」（老人福祉費や介護サービス事業特会への繰入金が含まれる）
- (2) 介護保険特別会計の「保険給付費」（その自治体内に居住する高齢者サービスに対する保険給付）
- (3) 介護サービス事業特別会計歳入中の「サービス収入」
- (4) 介護サービス事業特別会計歳入中の「サービス収入」の内介護保険からの支払分