

介護保険法の成立と訪問介護 サービスの供給体制

田 中 博 臣

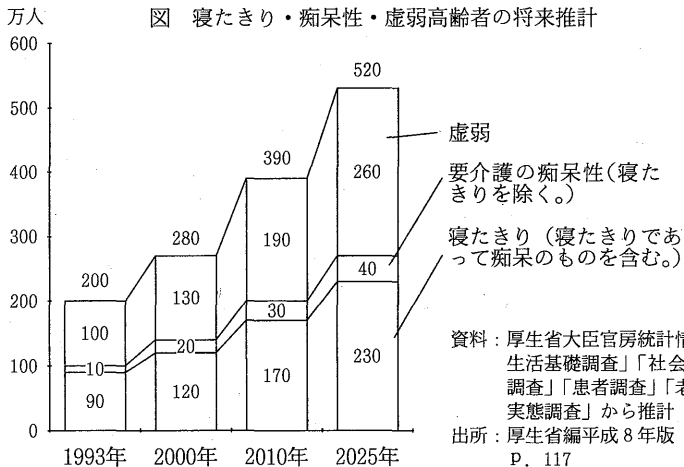
はじめに

昨年平成9年12月、介護保険関連三法（介護保険法、介護保険法施行法及び医療法の一部を改正する法律）が国会で可決、成立した。制度の発足は2000（平成12）年4月1日からである。制度発足まで残された期間は約2年、制度の円滑な実施に向けて、厚生省をはじめ各都道府県、各市町村が現在取り組みを急いでいる。準備期間が未だ2年もあるのだから、そんなに心配することはない、うまくいくだろうと考える人が多くいても不思議はない。法案が成立する5、6年前から、いや我が国が急速に少子・高齢化社会に突入した、昭和60年代の初めから高齢者福祉対策を含む社会保障全体の問題について国民的議論が重ねられてきた。そうであれば大筋のところは勿論、細目的課題についても研究され論議がし尽くされて来てのものであろうから、そんなに心配をする必要はなかろうと思っても当然である。ましてや、この介護保険制度の仕組みについては、先づ発足させてみて不具合のところ、機能しないところがあれば（否あるに違いないから）その都度見直していこうという、いわゆる「見直し条項」もセットされているのだから。今後柔軟に現実に即して対応していけば、そう問題はなかろうと思うのがあたり前である。ところがそう事は簡単ではない。この保険制度は「やってみなければわからない」式の粗い取り扱いではすまされない多くの重要な課題と前提ををかかえこんでいる。

1 高齢化社会の進展

(1) 1997(平成9)年1月、国立社会保障・人口問題研究所は「日本の将来推計人口」を公表した。その中位推計の結果に基づけば、我が国の老齢(65才以上)人口は現在の1,800万人から2025(平成37)年の3,300万人まで急速な増加を続ける。老齢人口の割合も現在の14.6%から2015(平成27)年には25%台に達する。老齢人口の割合は低出生率の影響を受けて2015(平成27)年以降も上昇を続け、2050(平成62)年は32%台に達すると見込まれ、国民の約3人に1人は65才以上という超高齢化社会が到来すると予測している。老齢人口1人を15歳~64歳の生産年齢人口何人で支えることになるかという視点でみると、1995(平成7)年には4.8人であるが、2025(平成37)年には2.2人、2050(平成62)年には1.7人にまで減少することとなる。このように人口の高齢化は急速に進み、2010(平成22)年には高齢化率は世界一になる。

(2) 65歳以上人口が増加するとともに、高齢者人口に占める寝たきり・痴呆性・虚弱高齢者の割合が2000(平成12)年で12.8%、2010(平成22)年で14.2%、2025(平成37)年で15.7%と高まる。介護を必要とする高齢数は次図のように急増する



(3) 都市化と過疎過密化、少子化と核家族化、女性の社会進出と共働き家族の増大、扶養・同居意識の希薄化が進む中で、もっも身近な福祉追及集団である家族の福祉機能は脆弱化し、老人介護力の発揮が期待される65歳以上の者のいる家族構造が年次を追って表-1のとうり大きく変化している。

寝たきり高齢者を介護している者の内85.9%が女性で、又介護者の年齢を見ると60歳以上が49%を占めるといういわゆる老老介護の状況が増えており(厚生省大臣官房統計情報部「平成4年国民生活基礎調査」)、国民の約9割は老後の生活に不安を感じている。特に介護の問題が老後生活の大きな不安要因としてあげられている(1993年の世論調査(総理府))。

表-1 世帯構造にみた65歳以上の者のいる世帯数及び構成割合の年次比較

	全世帯数	65歳以上の者のいる世帯						
		総数	全世帯に占める割合(%)	単独世帯	夫婦のみの世帯	夫婦(片親)と未婚の子のみの世帯	三世帯世帯	その他の世帯
推 計 数 (単 位 : 千 世 帯)								
昭和50年(1975)	32,877	7,119	21.7	611	931	683	3,871	1,023
60 (1985)	37,226	9,400	25.3	1,131	1,795	1,012	4,313	1,150
平成8 (1996)	43,807	13,593	31.0	2,360	3,401	1,850	4,323	1,659
構 成 割 合 (%)								
昭和50 (1975)		100.0		8.6	13.1	9.6	54.4	14.4
60 (1985)		100.0		12.0	19.1	10.6	45.9	12.2
平成8 (1996)		100.0		17.4	25.0	13.6	31.8	12.2

(資料) 昭和60年以前は、厚生省「厚生行政基礎調査」。平成2・7・8年の数値は、厚生省「国民生活基礎調査」。

(出所) 厚生統計協会編「国民衛生の動向」厚生統計協会、1997年、P. 41

2 介護保険制度創設にいたる経緯

高齢化の進展と共に寝たきり老人が急増し始めた昭和60年代、「長寿社会対策関係閣僚会議」（昭和60年7月）が設置され、「長寿社会対策大綱」が昭和61年6月に閣議決定された。つづいて昭和63年10月には「福祉ビジョン」が国会に提出され明るい活力に満ちた長寿・福祉社会を実現するための基本的な考え方と具体的な保健医療福祉サービスの整備目標が示された。1989（平成元年12月）年、「高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）」（大蔵・厚生・自治の3大臣合意）が策定された。このプランは総事業費約6兆円規模のもので、在宅福祉対策と施設福祉対策を大幅に拡充することが目標とされた。1994（平成6）年12月全面的な見直しが行われ、総事業費9兆円におよぶ新ゴールドプランとされた。新ゴールドプランは高齢者介護サービス基盤の整備目標の引き上げとともにより効率的な新しい公的介護システムの創設を検討をすることとした。1994（平成6）年9月には「財源を主として保険料に依存する公的保険制度を導入する必要がある」とする社会保障制度審議会社会保障将来像委員会第2次報告が出され、翌年1995（平成7）年には社会保障制度審議会から社会保険方式による法的介護保険制度導入に関する勧告が内閣総理大臣に行われた。

1995（平成7）年7月老人福祉審議会は「公的責任を踏まえ、適切な公費負担を組み入れた社会保険法式による高齢者介護システムの創設が適当である」とする中間報告が取りまとめられ、翌1996（平成8）年1月31日には「新たな高齢者介護制度について」と題する第2次報告を、又同年4月22日には「高齢者の介護を社会保険へ転換し、高齢者の選択権、高齢者の自立支援、経済・財政とのバランス」を強調する報告を取りまとめた。

同年6月に介護保険制度案大綱が同審議会に諮問されその答申を経たうえ、同年11月第139回臨時国会に介護保険関連三法が提出され継続審議を経て平成9年12月可決成立したところである。

3 介護保険法のあらまし

介護保険法案の政府提案理由（骨子）と介護保険法（以下単に「法」という。）の骨格を見てみる。

(1) 政府提案理由（骨子）

ア 急速な高齢化の進展に伴って介護を必要とする者の数が急速に増加しており介護期間の長期化や家族機能の変化などと相俟って介護問題がより深刻になっていること。

イ 介護が必要となった場合、利用者の立場に立ったサービスの提供や効率的なサービスの提供という観点から様々な問題点があること。

ウ 現行制度の再構築を図り、国民の共同連帯理念に基づき社会全体で要介護者の介護を支える新たな仕組みを創設する必要があること。

(2) 法の骨格

ア 保険者

国民に最も身近な市町村（特別区を含む。）がこの制度の保険者となる。

イ 被保険者

65才以上の者を第1号被保険者とし、40才以上～65才未満の医療保険加入者を第2号被保険者とする。第1号被保険者は要介護の発生率が高く専ら自らが受ける介護サービスに対応するものであるのに対し、第2号被保険者については世代間の連帯という性格を持つところから2つに区分している。

ウ 保険給付

要介護状態にある被保険者（要介護者）に対しその養護状態の軽減もしくは悪化の防止のため、在宅・施設両面にわたる多様なサービスを、又、要介護状態となるおそれのある被保険者（要支援者）に対してはその養護状態の予防のため在宅サービスを中心とした保険給付がおこなわれる。その内容は表-2、表-3、表-4のとおりである。なお保険給付にいたる過程は次のとおりである。

(ア) 被保険者の市町村への申請

(イ) 市町村職員による調査

(ウ) 介護認定審査会（保健医療・福祉に関する学識経験者の中から市長村長が任命した介護専門家で構成）による審査及び判定

(エ) 市町村の要介護認定

(オ) 申請者への諾否の決定通知

(カ) 介護支援専門員によるサービス計画作成など（被保険者の希望がある場合のみ）を受けて、在宅介護の受給、又は介護保険施設への入所

エ 利用者負担

介護サービス費の1割相当額が利用者の負担とされる。又、施設入所の食費については、医療保険制度と同様、標準負担額（平均的な家計において負担する費用に相当する額）が利用者の負担となる。

オ 保険料

65歳以上の第1号被保険者については、市町村条例で定めるところにより算定された保険料額（全国平均基準月額2,500円、平成7年度価格。厚生省試算）が徴収される。但し、具体的保険料額は基準額を中心に所得水準に応じて算定される所得段階別、定額料金となる。第2号被保険者の保険料は、各医療保険者が一般の医療保険料と一括して徴収し、全国プールしたものを各市町村に交付する。

カ 公費負担

国は、総給付費の25%を負担するほか、要介護認定などの事務に要する経費の50%に相当する額を交付する。都道府県及び市町村は、保険給付に要する費用の12.5%ずつを負担する。ちなみに、介護保険制度の介護費用の総額を平成7年度価格によってみると、平成12年度で4.2兆円、平成17年度で5.5兆円、平成22年度で6.9兆円に達すると試算されている（平成9年度厚生白書P.181）。

キ 事業者・施設

居宅サービス事業者及び居宅介護支援事業者は都道府県知事が指定することとし、又施設サービスを行う介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保険施設及び介護療養型医療施設）については都道府県知事が指定（許可）する。

ク 施行期日

平成12年4月1日から施行される。但し、審議会に関する規定は公布の日から3月以内に、又社会保険診療報酬支払い基金の介護保険関係業務等に関する規定は平成12年1月1日が施行される。

表－２ 介護給付（要介護者に対する給付）

種 類	内 容
居宅介護サービス費 ①訪問介護 ②訪問入浴介護 ③訪問看護 ④訪問リハビリテーション ⑤通所介護 ⑥通所リハビリテーション ⑦福祉用具貸与 ⑧居宅療養管理指導 ⑨短期入所生活介護 ⑩短期入所療養介護 ⑪痴呆対応型共同生活介護 ⑫特定施設入所者生活介護	居宅（居室を含む。以下同じ。）でのホームヘルプサービス 居宅での入浴サービス 訪問看護ステーションなどによる看護 居宅でのリハビリテーションサービス デイサービスセンターにおける食事、入浴等の日常生活上の世話 老人保健施設などのデイケア 車いす、移動用リフトなどの貸付 医師、歯科医師、薬剤師などによる療養上の管理指導 福祉施設の短期入所生活介護 医療施設の短期入所療養介護 痴呆性老人ホームでの生活介護 有料老人ホームでの生活介護、軽費老人ホーム（ケアハウス）での生活介護
特例居宅介護サービス費	要介護認定前の緊急その他やむを得ない理由による指定居宅サービス 基準該当居宅サービスを受けた場合で市町村の必要と認めたもの 離島などでのサービス
居宅介護福祉用具購入費	入浴、排せつなどの用に供する福祉用具の購入費
居介護住宅改修費	手すりの取付などの一定の住宅改修
居宅介護サービス計画	指定居宅介護支援事業者から居宅サービス計画の策定、事業者との利用調整等のサービス

介護保険法の成立と訪問介護サービスの供給体制

特例居宅介護サービス計画費	基準該当居宅介護支援を受けた場合で市町村が必要と認めたもの 離島などでのサービス
施設介護サービス費 ①介護福祉施設サービス ②介護保健施設サービス ③介護療養施設サービス	指定介護老人福祉施設によるサービス 介護老人保健施設によるサービス 指定介護療養型医療施設によるサービス
特例施設介護サービス費	要介護認定の申請前に緊急その他やむを得ない理由による、指定施設サービスなど
高額介護サービス費	利用者負担が著しく高額である場合の限度超過額の償還

表-3 予防給付（虚弱な者に対する給付）

種 類	内 容
居宅支援サービス費	指定居宅支援サービス事業者からの居宅サービス（痴呆対応型共同生活介護を除く。）
特例居宅支援サービス費	特例居宅介護サービス費と同じ
居宅支援福祉用具購入	居宅介護購入費に同じ
居宅支援住宅改修費	手すりの取り付けなどの一定の住宅改修費
居宅支援サービス計画費	指定居宅介護支援事業者から居宅介護支援
特別居宅支援サービス計画費	特例居宅介護サービス計画費と同じ
高額居宅支援サービス費	高額介護サービス費に同じ

表－４ 市町村特別給付

種 類	内 容
市町村特別給付	要介護者、要支援者に対する市町村の独自サービス

４ 居宅介護サービスの供給体制

(１) これまでも介護保険制度全般について多くの人から種々の疑問と懸念が示され、又多様な提案もなされてきたが、何といたってもその中心は介護サービス供給体制をめぐるものであった。それは一口で言って「保険あって介護なし」といわれる、介護サービスの供給体制の現実的貧弱性と将来に向けての改善の困難性を危惧するものであった。この危惧を拭いきれないところから法案の国会通過にあたっては、①衆議院厚生委員会、②参議院厚生委員会、及び③参議院本会議で附帯決議(①は「介護サービス基盤の着実な充実、在宅介護サービスについて多様な事業主体の活用」、②は「介護サービス基盤の着実な充実、在宅介護サービスについての多様な事業主体の活用と民間事業者の参入の促進」、③は「介護サービスに関する人材、施設などの基盤整備と地域間格差の解消、高齢者増加に対応する基盤整備の推進」)がされたところである。介護保険法に基づく保険給付は介護のために必要とされる「費用」＝「金銭」を被保険者に提供するというのであって、「介護サービス」それ自体を公的機関によって現物給付することを保障する仕組みになっていないからである。

老後の介護問題に強い不安と懸念を持つ国民の多くは介護サービスの現実的提供という「現物の保障」を求めているのであって「所得保障」を第1義的に求めているのではない。極めて高い水準の費用保障ならともかくも、通常の費用保障では現実的にも、又将来的にも安定的な信頼のおける介護サービスの確保が困難であることをよく知っているからである。

(２) 介護保険制度では市町村のほか社会福祉法人、民間企業、協同組合、住民参加型の非営利組織など、小規模な業者を含めた多様な事業者が介護サー

ビスを提供するを予定している（法第2条第3項）。この予定の上にとって、国がサービスを提供する体制の確保のための基本的指針を示すこととし、市町村は市町村介護保険事業計画（法第117条。介護サービスの供給計画は市町村が策定する。）を、都道府県は都道府県介護保険事業支援計画（法第118条）をそれぞれ作成することとしている。しかし、この計画を現実化し具体化するための手だてはすべて市町村に委ねられ（県からの一定の支援があるとはいえ）、結局、市町村が直接実施主体とならない限り、民間事業者の計算と企業判断による事業参入に期待するほかはない。

老人保険制度が有効に機能し、居宅介護サービスが要介護（支援）老人とその家族の介護不安を除去し真に豊かで安心できる生活を保障するという目的を達成するには安定的で信頼のできる専門性のある居宅サービス事業者がその地域で得られるかどうかにかかっている。

（3） これまで、老人福祉法に基づく「老人ホームヘルプサービス事業」は市町村が実施主体となって市町村直営事業として実施するか、或は事業委託することによって行われてきた。委託先としては社会福祉協議会、社会福祉法人、福祉公社、医療法人、農協、シルバーサービス業者、介護福祉士など多様な民間パワーの活用が予定されていた。しかしながら民間業者の参入は現実的には不活発で（厚生省実施「民間企業への委託状況調査」によれば、平成9年8月現在、民間業者が参入しているのは66市町村のみである。）又委託先の多様化についても実現できていないのが実情である。

老人福祉法にもとづく措置委託先としての民間介護サービス事業者の参入が遅々として進まないのに、介護保険法に基づく介護サービス事業者の参入をどうして促進していくか。ますます高まる介護事業サービスの需要に答えて供給をどう図っていくかである。これまでの介護サービスの供給不足の最大の原因は、介護福祉サービスが高齢者の生命、健康への高い公共性と倫理性を持つにもかかわらず、その社会的評価が低く専門的労働に対応する処遇が得られずそのため事業費全体の水準が低いことにある。

（4） 平成9年度の老人福祉法に基づくホームヘルプサービス事業の国庫補助基準額（事業費補助方式）は表-5の（1）から（3）までにより算出した額の合算額で、国庫補助率はその2分の1である。

表-5 ホームヘルプサービス事業国庫補助基準額

(1)	手 当 等		
	滞 在 型	身体介護 中心業務	2,860円 × 延べ活動単位数 (早朝夜間等 3,570円)
		家事援助 中心業務	2,100円 × 延べ活動単位数 (早朝夜間等 2,620円)
	巡 回 型	昼間帯	1,430円 × 延べ派遣回数
		早朝夜間帯	1,790円 × 延べ派遣回数
		深夜帯	2,860円 × 延べ派遣回数
<p>○ 滞在型の活動同時間における1単位は、1時間程度とする。但し、1時間を超えた場合は、30分毎に、0.5単位を加算する。</p> <p>○ 移動時間については訪問先から次の派遣先に移動する場合について、次のように活動単位数を換算し、2,100円を乗じて得た額とする。</p> <p style="margin-left: 2em;">(a) 30分未満は0単位</p> <p style="margin-left: 2em;">(b) 30分以上1時間未満は0.5単位</p> <p style="margin-left: 2em;">(c) 1時間以上は1単位</p> <p>○ 巡回型の活動時間における1回は、30分程度とする。但し、深夜帯については、20分程度とする。</p>			
(2)	主任家庭奉仕員(チーフ・ヘルパー)手当 4,670円 × 活動延月数		
(3)	チーム運営方式推進事業費		
○ 事業費			
1チーム当たり			
主任業務手当		676,000円	
運営事業費		1,319,000円	
○ 備品購入費(初度設備費)			
1チーム当たり		288,000円	

備考	上記のほか、24時間対応ヘルパー（巡回型）事業費加算等あり。
----	--------------------------------

「在宅福祉事業者補助金の国庫補助について」

（平成4年3月2日厚生省発老第19号構成事務次官通知）抜粋

- (5) この表-5の基準額に基づく国庫補助を受けて北九州市が現在実施しているホームヘルプサービス事業の実際について検討してみる。
- ア 表-6に示すとおり、1996（平成8）年現在北九州市に居住する要援護高齢者数は14,506人で、そのうち在宅の要援護老人数は7,140人である。この在宅要援護老人の43%にあたる3,076人を対象にホーヘルプサービスを市社会福祉協議会（身辺介護を中心に257人）と市福祉サービス協会（公益的任意団体。家事支援を中心に2,819人）その他（24時間巡回型民間シルバーサービス、20人）に委託して市は事業を実施している。委託事業費（平成9年度）の内訳は1,864,974千円、財源内訳は国庫補助金分753,522千円、利用者負担金分94,802千円、市一般財源1,016,650千円である。市一般財源の内、国庫補助対象見合分の753,522千円を差し引いた金額263,128千円は市単費として支出している。
- イ この市単費は国庫補助対象にならない費用いわゆる自治体持ち出し分といわれるもので管理経費（事務費）やヘルパー養成経費のほか、表-5に示した国庫補助基準の件費単価が例えば身体介護中心の場合1時間当たり単価が日中分で2,860円、早朝夜間分で3,500円であるのに対し、市社協雇用のヘルパー（日中勤務のみ）の1時間当たりの件費が平均して5,553円、又市サービス協会登録ヘルパー（日中勤務のみ）の1時間当たり件費が平均して2,478円と市社協関係で国庫補助基準額の56%増し、市サービス協会関係で18%増しと実行単価に大きな差があることによるものである。
- ウ 介護保険制度の下、指定居宅サービス事業の経営に必要な事業費の主要な財源は介護報酬（厚生大臣が定めることとされている保険給付の対象となる各種サービスの費用の額の算定基準で事業者を支

払われるサービスの内容毎の単価。介護サービスの種類毎にサービス内容、要介護度、事業所の所在地等を勘案して算定される平均的費用をもとに医療保険福祉審議会に諮って厚生大臣が定める。)がその基盤である。

エ 北九州市における推定介護保険利用者数(表-6)のうち、その85%に当たる3,860人の介護を実施するとして国試算の介護報酬額(1時間単価3,130円、巡回1回単価1,570円、早朝25%増、平成7年度価格)を適用して介護報酬の総額を試算してみると、2000(平成12)年では1,476,000千円となるものの、純利益はわずか5,700千円で、極めて厳しい経営を強いられるという結果が得られる。以後2025年までの間介護保険利用者数を4,000人以下に見込んだ場合を算定してみると純利益(概算)は多くて12,800千円、利用者数が僅か数%減少しただけでも場合によっては、純利益(概算)は17,400千円の赤字となり、経営は極めて不採算、不安定に推移する。

オ この不安定、不採算要因はこの事業がもともと労働力集約型にして、かつ生産現場拡散型の事業であることからくるもので、固定費用(事務人件費、事務管理費、研修費、固定資産関係経費など)の占める割合が高く、また変動費(ヘルパー関係人件費及び活動費など)に余裕のない事業の特徴からきていると思われる。

以上(ア)から(オ)までの分析をふまえると、国が設定する介護報酬額の水準にもよるが、民間営利の居宅サービス事業者の参入を大きく期待することはかなりの危惧がある。北九州市の場合、当面は北九州市社会福祉協議会及び北九州市福祉サービス協会を中心とした介護サービスの供給体制とならざるをえない。しかし、今後ますます増大する介護需要、介護保険利用者の増加に対応していくためには、きめ細かな地域性を持った民間事業者の活発な参入が是非必要である。この民間事業者の参入を促す一つの方策として現在北九州市が推進している市民福祉センターを拠点とした福祉活動を展開しているボランティア組織(注:参照)をさらに発展させ、民間非営利のサービス事業者として組織化させることが適当であり必要であると考え。

注:会員数23,738人を擁する、市民ボラン

ティア組織 448 団体、とりわけ地域福祉活動、在宅福祉サービス活動を目指すボランティア組織 193 団体がある。

表－6 北九州市の高齢者人口と要介護・介護保険利用者数の推計

(単位：人)

区 分	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
高齢者人口	193,112	216,549	236,970	261,172	2645,458	254,630
要援護高齢者	16,608	19,013	21,185	23,845	24,316	23,120
在宅要援護※	9,101	11,104	13,029	15,547	16,024	14,843
要介護	5,311	6,756	8,151	9,977	10,353	9,472
寝たきり	3,785	5,024	6,232	7,835	8,150	7,384
痴呆性	1,526	1,732	1,919	2,142	2,203	2,088
要支援	3,790	4,348	4,878	5,570	5,671	5,371
施設援護	7,507	7,909	8,156	8,298	8,292	8,277
その他	176,504	197,536	215,785	237,327	241,142	231,510
※のうち介護 保険利用者数	4,551	5,552	6,515	7,774	8,012	7,422

注 介護保険利用者 = 在宅要援護者数 × 利用率(50%)

(参考資料) 平成7年国勢調査、第18回生命表、北九州市高齢化社会対策総合計画第一次実施計画

むすびに

この介護保険制度は多面的かつ現実的視点で整理し克服していかなければならない多くの課題を抱えているように見える。本稿は北九州市の事例を引きながら、介護保険制度の在宅サービスそれも訪問介護サービスの供給に絞って若干の論議を試みてみた。介護保険制度は2000(平成12)年4月からじまるとされる時代から救済的「お役人的介護」と「委託介護」を経てこの制度に至った。この制度が保険技術を駆使しての財源対策の色彩が強いことも否めない。

言い訳じみた公の責任の回避、それも財源の転換（税から保険料へ）で荷物を肩から降ろすといったことであってはならない。顔の見える社会に根差した老いを守る堅塁とすることができるか。これからもなほ最大の注意力と熱意を持って見守り、参加していくことが必要である。

[参考文献・資料]

- 佐藤 進 『介護保険法』 (法律文化社、1997年)
- 河野 正輝 編
- 厚生省 編 「厚生白書平成8年版」 (財団法人厚生問題研究会、1996年)
- 厚生省 編 「厚生白書平成9年版」 (財団法人厚生問題研究会、1997年)
- 国立社会保障・人口問題研究所 編
「日本の将来推計人口」 (厚生統計協会、1997年)
- 厚生省大臣官房統計情報部 編
「国民生活基礎調査」 (財団法人厚生統計協会、1996年)
- 北九州市民生局高齢化社会対策室企画調整課 編
「北九州市高齢化社会対策総合計画第一次実施計画」
(北九州市民生局高齢化社会対策室企画調整課、1994年)