

地域福祉の現状と展望

— J A 常勤理事・参事研修会 —

西能病院 西能 正一郎

ご紹介いただきました西能でございます。今日はJ Aの偉い人を並べて話しをさせていただくと云うことで非常に光栄に思っておる次第でございます。実は今のご紹介にはなかったのですがございますけれども、私は昭和30年から当時の農協高岡病院、途中で厚生連高岡病院に変わりましたがそこに勤めさせていただきました最初は関川潤治院長だったのでございますけれども、それから豊田文一院長に仕えまして、農村医学なんてものの勉強をさせていただいたものでございます。私が開業します時は滑川病院の整形外科医長をしておりまして、37年の春を最後として辞めさせていただきました。当時から厚生連の組織というものはかなりしっかりしたもので、岩井久作という参事がおられてしょっちゅう叱られておりましたのを今思い出しておるわけでございます。まあ、今日はそのような私がこうやってお呼びいただいでどきどきして参ったわけでありまして。幸いにもあまり人数がおられませんので、安心して喋らせてもらえらるうと云うことであります。ところで今日お渡ししました資料を確認したいと思います。B 5の5枚綴りがあると思います。1 2 3 4 5と順番に綴ってあるはずでございますが、いかがでございますでしょうか、それからB 4のこの大きい資料がございます、これは又後でご紹介申し上げますが今は使いませんから宜しくお願ひしたいと思います。時間が1時間半でございます、実は昨日病院の職員諸君にちょっと聞いて見てくれまうと云うことで昼食時間に集めまして、予行演習をして見たわけ

であります58分で終わってしまいました。後32分間どうしようかいなあと思いながら来たわけでございますが、上手にうまく時間が詰まれば拍手喝采ということをお願いしたいと思います。今日いただきましたテーマでございますが、地域福祉の課題と展望と云う題でございます。私は地域福祉と言いましても、地域の高齢者福祉と云うことに絞ってお話をさせていただきたいと思ひます、主催者側もそういう方向じゃないかと思っております。

高齢者の福祉という問題が浮上して、私共の目の前にちらちらと出て来るようになりましたのは、ごく最近のことで、10年前は果たしてあったかどうか分からないと云うぐらいのところでございます。こういうことになって来たそのきっかけは医療からなのでございまして、私は医療人でありますから尚更のこと、取り敢えず医療の今までの流れをお話いたします、そこから今の高齢者福祉の問題がテーマになってきた所以をさぐって見たいと思ひます。

そこで1番目の資料をごらんいただきますと昭和36年国民皆保険というものが始まりました。それまでも医療というものが無かったわけではございませんけれども、国民皆保険というものになって医療を組織化して、国民の皆さんに供給出来るようになった。これは日本が外国にも医療という問題についてお話出来るような立場を得ることが出来た大きなきっかけなのでございまして、日本の医療がどうやら政府が国民全体に供給する医療として、そういう立場をきちんと取ることが出

来た転換点なのでございます。それから10年
余り経ちまして、老人医療というものが
出て参ります。老人医療は当時は無料
だったのでございます。これは革新自治
体による「福祉充実」のシンボルとし
て老人医療費の無料化が打ち出され、
全国に広まるという結果になったので
あります。何はともあれ国民皆保険が
あり老人医療の無料化がありというこ
とから私共医療人といましては、次か
ら次と患者さんがお見えになる、お
客さんの数が急に増えるという時代が
ずっと続いたわけでございます。最近
は医療にサービスであるとかアメニ
ティであるとか、というようなこと
を云われて来ておりますけれども当
時の私共の立場としましては医療を
提供するだけでそれで手いっぱい、
アメニティもくそもなかったのであ
ります。それでもちゃんとはやって
おりましたし商売になっておったので
あります。ところがそうしているうち
にかなり医療を受ける方の幅が広く
奥行きが深くなりましたために医療
費がどんどんあがるようになってま
いりました。始めのうちはどんどん
あがりまして大体厚生省の考え方は、
医療費のあたりが国民総生産GNPの
上昇率以内であれば当然のことであ
ると医療の技術もあがるのだし、お
薬もだんだん新しいものが出来るの
だし当然いいことであると、いうふ
うに考えて我々が対応してもらって
いたわけでありまして。従いまして
人件費が急に上がったような年には
年に2回も点数改正がありまして、
その都度我々の収入がきちんと保証
されていたのであります。そのま
まずっとくればよかったわけであ
りますが、昭和48年秋にオイルシ
ョックがありまして、国民総生産が
急にガタンと落ちるようになりました
。けれども医療費は今までと同じ調
子で毎年上がっていく、国民総生産
が5%位しか上がらないのに医療
費が10%~15%と上がるよ
うになるという逆転現象が起って
来たためにこれはちょっと大変だ
ぞ、場合によっては将来医療

費だけで国の財政が潰れるんじやな
かろうかと、というふうな心配が
始まったわけでありまして。昭和
60年台の半ば頃から1年間の国民
総医療費が20兆にとどくようにな
り、その後も1兆円ぐらいつ延びて
いくという状況が現在もずっと続
いているわけでありまして。このま
まにしておくとか具合が悪いとい
うので何とか押さえようじゃないか
ということでございますが、よく調
べて見ると病院には病人か病人で
ないかわからないような年寄りも、
沢山居るじゃないかということが急
に問題になって来たわけでありま
す。でありますから、もし社会的に
何んらかの事情や何んかで家に帰
れなくて病院に居られる人がある
のならば、その人達を医療と云う
サービスをくっつけて生活してもら
うよりは、医療を外して生活させて
あげた方がより合理的じゃないか、
その人達のためになるのじゃないか
、という考え方が出て来たわけであ
ります。現在でも医療費は今も申
上げましたように、年々1兆円ずつ
膨張しておりますけれども、その
うちの65歳以下の人の医療費は
2~3%位しか上がっていか
ないのに、65歳以上の要するに
老人医療と称するところが毎年増
えて行く、65歳以上の人口は全
人口の12%位でございますけれ
どもその12%の人で全体の40%
ほどの医療費を使っておるのであ
ります。そういうことからなんとか
してこの年寄りを病院から出した
方がよかろう、ということになっ
たのであります。よくこういう場
合に病院の数であるとか、ベット
数であるとかいうことを国際比較
をするわけでありまして、アメリ
カが最優等生でございますので、
たいていアメリカと日本の医療を
比較致します。アメリカでは人口
あたりの病院の数が、日本の病院
の数のだいたい4割ほどでありま
す。ベット数も、もっと少なく
て2割か3割しかございません。
でありまして、アメリカでは平均
入院日数が、だいたい1週間、日
本の平均入院日数は35日から36
日でありまして、この数字だけ見
ます

と厚生省さんでなくても頭にくるわけでありまして、日本の医療機関はなんともない患者まで入れて飯を食っているのじゃなかろうかということになるわけでありまして、現実にはアメリカの場合には慢性の病気の患者さんは病院に入っておれないのであります。だいたい負担金が高すぎてお金が続かないということもありますが、ちゃんと別の入れ物が用意してあるのであります。たいていの場合はナーシングホームというものがあまして、半病人から病気でなくても家に帰れない人など、そういう方はナーシングホームという所に収容されて生活をしておられるのであります。そのナーシングホームには政府からある程度の補助が出るということになっております。そのアメリカにおけるナーシングホームの収容人数と病院の収容人数とたしますと、日本の病院のベット数と人口比率が丁度同じになるのであります。もともと日本にはナーシングホームというものが始めからなかったものですから日本の医療機関はナーシングホームの役割も果たして来ていたのだ、ということなのでありますけれども高齢者の医療費として払うのは、どうも無駄であるというふうな考え方から、何とかその高齢者を入院させないで他の所へ移そうということが昭和56年からでございますから、ここ10年余り前からそういう誘導をされるようになったわけでありまして。そのために政府のやりました事はどういうことかと云いますと、まず我々の医療保険点数を上げない。公定価格を常に同じにしておくということでありまして、最近でも2年に1回ずつ点数改正がありますが、ほとんど0.何%の上げとか、云うことになっておるのでありまして、昭和56年から現在までに5.6%位しか点数が上がっておらないのであります。そういうふうにして点数を押さえ、特にどういうことをするかといいますと、入院しておられますと注射をしたり薬を差し上げたり、リハビリテーションを

やったりはしますが、その他に入院されますとその患者さんにドクターが診察をしたり色々な医療行為をする。そのために医学管理料というものが点数として算定されてついているわけでありまして。給食料と入院料と医学管理料と看護料とその4つのサービスのお金が点数の中に入ってくるわけでありまして、医学管理料などに到っては最近では最初の2週間は1日当りで521点、5,210円頂けるのです、ところが2週間過ぎてその後の2週間ではその金額の3分の2になります。1カ月過ぎますと半分以下になってしまいます。3カ月過ぎますと3分の1、1年過ぎますと2割ほどになってしまうのです、医学管理料の5,210円が1年も経てば1000円以下になってしまうというふうな、日さえ経てば段々サービス料が落ちていってしまうというふうな点数誘導を致しまして、何とか長い間入院させておくのは損であるという考え方を我々に経済面から誘導しようとしているのであります。それから又老人病院などでは、口を開けて寝ている、右も左も分からない、今日も明日も分からないそういうばあちゃん達に点滴をする、薬を飲ませる、そういう話は聞かされたことがあると思いますが、これはいったいどういうわけでそんな事をしていたかといいますと、医療の費用というのは出来高払い、やった分だけお願いすれば頂けることになっているのですから、なるべく多くやらなければならんと云うことでそんな事をしていたのであります。ちょっとオフレコになったかも知れませんが、ところが最近では老人病院には、あなたの所は患者さん一人あたり31万円ほど差し上げますよ、その他に5万円の自己負担を取られても目をつむりましょう、その代わり検査されても注射されても点滴されても薬をあげられても、31万は31万ですよと言う医療費体系が出来たのです。老人をお一人をはずかっているだけで金額が決まってしまう、後は治療するかしないか別な話というふうな医

療費体系が決まってまいりまして、お蔭で点滴なんかしたりして、一生懸命点数を上げるように努力したほどの金額ではありませんけれども、何もしないのには随分いい金額が出るようになったものですから、そのために殆どの老人病院は新しい診療体系の方を採用されまして、要するに最近は一定額で一人の高齢者の方をお預かりする金額が31万円であるというふうなことになって来たのでございます。これもオフレコの話ですが、私は日本病院会の常任理事をしておりまして、色々な院長達を知っておりますが、その人たちの話を聞いて見ますと、中では老人病院をやっておられる先生も居られます。その方々は言うかと言いますと、点滴をしなかったり薬をあげなかったりしたら年寄り皆んな元気になってね、という話があるくらいでございます。これはお薬、注射をやっていてお年寄りの元気を無くしておったのだということですが要するにこれは政府の経済誘導によりまして、高齢者を何とかお預かりだけするような恰好に行こう、というのがそういう結果となって現れているのであります。それと同時に昭和62年には老人保健法が改正されまして、老人保健施設というものが作られるようになりました。病院において急性の医療を過ぎた患者さんは家にお帰りになることを前提にして、老人保健施設でリハビリテーションを主体にした生活訓練をしてもらう、ということでそういう施設を作られることが進められて参りました。初めの厚生省の考え方は現在日本には140万床ほどのベットがあるけれども、本当の急性の病人をあずかるのにベット数の半分ほどあればよからうと、場合によっては公的病院、市民病院であるとか県立病院、国立病院なんかのベットを集めて見れば半分ほどあるわけですから、そこでやってもらえばいいじゃないか、個人の病院は潰すのも勿体ないから、年寄りをあずかる施設に肩代わりしてもらえばいいとい

うことで、老人保健施設というプランが作られました。そのようなことから老人保健施設というものを作れ作れと云うことになりました。これも儲かりはしないけれども損はしないという程度の点数を付けてそこへ移るようには我々は誘導されて来ているわけでございます。ところが皮肉なことに、政府のその案は失敗に終わりました。と申しますのもそれなら私の病院を老人保健施設にしましょうかという人はさっぱり居らないのでありまして、それよりもむしろ自分の病院のわきに老人保健施設を建てましょうかという風潮が起りまして、老人保健施設は出来ましたがでも病院のベット数は減らないというのが現在の状況でございます。何故そんな事になったかと言いますと、昭和61年に第1次医療法改正というものが行われまして地域におけるベット数を凍結されたのであります。今までは私なんかもそうでございますが、開業した時には19床の診療所でした、お蔭さまではやったものですからそれじゃ病院にしましょうか40何床、少し窮屈だなあ、少し増築しましょうか112床、そんなことで現在は185ベットの病院になってしまったわけでございますが、第一次医療法の改正がありましてからはいかにはやっても診療所は診療所、病院を作るわけにはいかないのであります。その地域におけるベット数の上限を決められてしまいましたので、そういうことになりました。でありますから今、老人保健施設に転換いたしますと、どんなことになってでも病院に戻るわけにはいかんようになりますので、皆んな持っている権利を失うのが勿体なくて、病院は病院で置いておいて老人保健施設を別に作る。これは1ベット一般病症の1/2にカウントされますが今の所制限がありませんので、老人保健施設のベットが増えた分だけ儲かるということで現在は病床転換が行われなくなっているわけでありまして。まあ大分云わなくてもいい事を言いましたが何しろそういうことから

現在は高齢者がなかなか病院から抜けて行かない。それを経済的にどういうふうにして誘導して高齢者を病院でない一定の場所に一定の値段で余計なプレミアムを付けなくて生活して貰えるようにして行くかというのが現在の厚生省さんの考えておられることなのであります。ところが現在、推定でございまして要介護老人というものが全国で65万人おいでになると云うことになっているのです。そのうちの特別養護老人ホームというのがあります。そこに大体16万人、63年から一生懸命太鼓たたいてやらされております老人保健施設、そこには4万3千人、それから有料ホームには1万7千人、病院あるいは老人病院合わせてございまして13万人、あわせて35万人ほどの方が施設に入っておられるけれども外の30万人は皆さん自分のお宅においでになるというのが現在推定されている数字でございまして。従いましてこれが21世紀までの間に65万人が大体100万人になるだろう、というふうに予測されますので、それを何んとか受け止めるために在宅看護であるとか在宅の介護であるとか、というものを進めて行って、国の金を使わなくても何んとか高齢者の方の始末をつくようにしておきたい、というのが現在の高齢者の地域福祉と称するものにつながって来るわけでありまして。それから平成2年から寝たきりゼロ作戦なんてのを厚生省でやっておられますけれども大体一枚目の話は終わりました。

次に今度の2枚目の方に移りたいと思いません。以上のような経過で、まず始めに起こりましたのが、病人で有るやら無いやら分からない、少しぐらい病気であっても病院に置かずに退院させて家におられませ、ということになってまいりますと我々医療機関はそれぞれのお宅に参上致しまして、看護であるとか医療であるとかいうものを提供しなきゃならぬ事になるわけでありまして。私の病院ではずいぶん早い時から、退院されたけれどもどうしておられるかなあ、ということでもリハビリ

テーションのPTと看護婦とが年に2、3回それぞれの家をお伺いして、どんな具合ですかと伺って在宅看護らしい事をして来ておりました。その後、昭和62年に地域医療チームというものを作りまして、退院した患者さんの所へ看護婦が定期的に伺うように、定期的にドクターが診察に伺うように、いうふうなことをずっとやって参りました。よその病院を退院された患者さんの所まで行くと話が面倒になってきますので、私の病院は自分の病院から退院された患者さん方だけを対象に行っておるわけでありまして、西能病院は診療圏が広く長野県や新潟県、岐阜県まで広がっておりますので、行ける所はごく限られておりますけれども、そんなことをやって来まして大体毎月ドクターの行く回数が10軒ほど、又看護婦が行くのも10軒ほど、という程度が現在の状況でございまして。ところがそんなことをやり始めておりましたら、24時間テレビ「愛は地球を救う」チャリティー委員会というのがございまして、そこからあなところへ入浴バスを寄付したいから受け取ってくれないか、という話が昭和62年の末に出てまいりました。考えて見ますとバスというのは勝手に走って行くものじゃございませぬし、入浴サービスをして廻るとなると必ず人を付けなくちゃならぬ、運転手も含めて4人位は必要だろうなと思われまして。そのマンパワーの月給を計算してみますと年間に1,600万円ほどは考えておかねばならない、いやどうしようかいなと随分迷いました。けれども私の病院で受け取らなかつたら貰う所がないのではなからうかなあ、と考えましたのでそれを頂戴することと致しまして、それを63年の春から地域の寝たきりのお宅に伺いまして、入浴サービスをさせていただいているのでございまして。こんなことに手をつけて、最初に一番困ったのは何処へ行けばいいのやらわからないということなので。西能病院から退院した患者さんは寝たきりになっておる方は

殆どありません、風呂ぐらいはどなたも自分で入れるわけです。寝たきりの人がどこにおいでになるやら分からない。これには非常に困りました。そこで一計を案じて富山市民健康センターへ行ってこんなわけなのだがどこか行くところがありませんか、リストをいただけませんか、とお願いしました。しかし取り合ってもらえないのです。向こう様はどう言われたかといいますと、寝たきりの人でも必ず主治医があるはずで、誰かドクターが往診に来ているはずで、そんな所へあなたのところから風呂に入れに行ったんじゃ患者さんを取りに来たと云われて、私らは医者同志の喧嘩の中に入るのはいやでございます。ということなんですね、そんなことなら、あなた方に寝たきりの方をお連れして入浴させておられるシステムがあることは知っていますが、在宅入浴をして上げた方が良くと日頃思っておられるお宅へ西能病院が協力すると云うことで無料でいいから何しろリストをいただけませんか、ということで話がまとまり、それによって廻っているわけでありまして。大体お一人あたり月2回入浴サービスに廻るわけでありまして、家族の方からは非常に感謝されますが、これは無料でございます、と何がしかのお礼をとの申し出をおことわりしておりますが、今こんな事を持ち出したのはこの場合に4人で1日廻っていて、朝9時頃から出かけて4時頃に帰って来るまでにその間に何人風呂に入れられるかといいますと、たった4人なのです。4人しか風呂に入れられない、在宅のサービスというのは何んとマンパワーが無駄になるのか、若し4人して入浴したい人を集めて来て風呂に入れたら午前中に30人位入れることが出来るのに、こんなに効率の悪い在宅というものが機能するのかなあ、というのがここ5年間ほどやって来て疑問に思っておるところでございます。ところが資料の下の方を見て下さい。現在は厚生省さんは何とか病院における患者さんを家に返そう

ということから、半病人である人達を家におくためにこれほど沢山の在宅医療のメニューを作って点数が付いているのであります。在宅サービスを優遇してこういう点数をつけたから、患者さんのお宅へ行ってあげなさい、患者さんを家に返しなさい、というのが現在の厚生省さんの指導の方針でございます。

資料3. に入りたいと思います。今のようなお話から医療の現場においては病院から患者さんを家にはきだすと、それを医療として何んとかサービスを継続するという話しが勝手に進んで来ているわけでございますが、ここ3、4年前からそれなら病人でない年寄はどうなるんでありましょか、という話しが出て来たわけでありまして。ようするに地域における高齢者対策というものが急浮上してまいりました。確かに年がいったからといって皆んな駄目になってしまうということにはならないのでございます。けれども先程も申し上げましたように、要介護老人が現在でも65万人おられるであろう、やがては100万人になるかも知れないと言うと、その人達に対して、行政側としては何か対策を考えて行くべきであろうというのが今のお話でございます。そこで昭和58年に老人保健法が制定されまして、63年に老人保健施設というものが発足させられまして、平成4年にさらに訪問看護ステーションというものを作りなさい、というふうなことが指導されて来たわけでありまして。平成2年には高齢者保健福祉十カ年計画、いわゆるゴールドプランというものが打ち出されました。その中で一番テーマになっているのはホームヘルパーをなんとか確保しましょ、数を沢山増やしましょということでありまして。これが今、JAさんで色々教育しておられます活動とつながってくるわけでありまして、ヘルパーの確保充実、この次に二番目はショートスティサービスの緊急整備ということでありまして。ショートスティと言いますのは老人保健施設でも又私共がやっております特

別養護老人ホームでも殆ど義務づけられて作らなければならないことになっております。ショートスティというのはそこへ行ってほしい1週間位をおあずかりするという施設なのでございます。そういうものを是非実施なさい、ということ、在宅介護支援センターの配置、だいたい中学校区一つぐらいの広さの一つずつ配備なさい、というふうな事が厚生省さんの指導しておられることなのであります。さて私としましては、この事については今まで医療だけをやっておりましたからさっぱりわからない分野なのでありますが、幸か不幸か社会福祉法人特別養護老人ホームというものをやらされることになりまして、半分泣き泣き付き合ってきたために、少しはわかるようになったのであります。一昨年、平成3年に特別養護老人ホーム梨雲苑というものが出来ました。50人収容する施設でございます。それと同時に老人短期入所事業、今いましたショートスティというものを5人分作らせられたわけですが、その翌年になったらもう少し増やせという命令を受けまして、これもただで出来るわけでもありませんけれども5人の収容のものが現在15床増えて20人収容するようになっております。と同時に最初の時から梨雲苑デイサービスセンターというものを一緒に建設させられております。そのデイサービスセンターと云うのは何かといいますと、朝の8時半に全職員が集りまして朝礼が終わったら、9時頃から一軒一軒寝たきりの高齢者お宅に伺いまして、その高齢者の方を乗り降りにリフトを使えるように改造したバスに屈強の介助員を乗せて苑の方にお連れして来て、それからお風呂に入れましたお昼を食べさせまして、午後からは静養したりちょっとしたゲームなどしたりして、3時半頃にそれぞれの家にお送りして行く、というサービスであります。要するに風呂に入れるのが目的のサービスでございまして、お一人の方が月に4回、1週間に一度ずつ来

られることになっております。1日当り苑でお世話するのは10人ちょっと、多い日で15人、少ない日は13人ほど集めて来ては送っていくのをやっているわけであります。それがデイサービスセンターの仕事であります。

それから昨年から梨雲苑在宅介護支援センターというものを作れといわれまして、少しばかりの補助金をもらって作られました。どうしていいやら分からないものを今一生懸命やっておるわけであります。

3番目にはホームヘルプサービス事業、私の老人ホームにも登録されたホームヘルパーが5人ほどおいでになりまして、その人達が変わるがわる来られて地域におられる要介護老人の家にサービスに行く、そういうことを今始めたばかりでございます。

まあこのようなことをやっております、社会福祉というものは行政の指導のもとでやることでございますから非常に歯がゆい気に食わぬことが一杯あるのでございますが、それをこの下の方に書き出して欲求不満の吐き口を皆様方にお求めするわけであります。まず第一番に50人収容の施設でございますから、一昨年の6月に開設いたしましたので、毎日毎日何人かずつ入って来られました。私も責任者でありますから、ちょいちょいと見に行きます。行って見ると来る人も来る人も皆んなボケているのです、日本のボケ老人というものは高齢者の中でほしい12.3%といわれております。厚生省の云う数字でありますから、どうせ値引きして発表していると思うのであります。それを半分に発表したとしてもせいぜい30%、3人に一人がボケておるとすればまあまあと思っていたのであります。それが全部ボケておるのですね、私の苑には特別ボケているのばかり選んでよこしているのじゃなかろうかと悪考えた位であります。ところがそのボケだと思っていた人達が、寮母達に手を持って歩かせてもらったり、車椅子であっちこっち行ったりして、1カ月

もしないうちにだんだんマスクのような顔に表情があるようになって来まして、私の顔を見てニコッと笑うようになり、たまにはこんにちわなんて言うような人が出て来るようになりまして、こいつポケテおったんじゃないのかい、頭が錆ついておっただけだったのだということがわかりました。いや笑われるけれども本当にそうなのです、私はびっくりしていったいこの人たち此の苑に来る前までどんな生活をしておったのかと、ちょっと調べて見てくれと責任者に入所される前の家庭状況を調査させました。そしたら、ほとんどが朝父ちゃんは弁当持って会社に行く、母ちゃんは御飯の後片付けをしたら中間で寝ているじいちゃんの枕元に握り飯2つおいて、おむつさせて、自分も弁当持って会社に行く、外から鍵をかけて行ってしまうわけです。じいちゃんは朝から夕方7時頃、皆んなが帰ってくるまで天井を見て寝ているだけ、電気を点ける者もおらねばテレビをつける者もおらないのです。そしたら頭が錆つくの当たり前ですね、我々でさえそのようにさせられたらおかしくなりますぞ、そういう状態の人がほとんどなのです。なるほどなあと理解出来ました。これらの方々はこの苑にあずけられているのだから、それはそれでいいんだと思いますが、さてこのようなことが一般的である社会では、ほんとに在宅看護だと在宅介護が成り立つのかいなあと心配なのであります。外から鍵をかけて誰も居ない所へ他人が入って行って、こんにちはじいちゃんといってサービスに行く、そんな妙な話が世の中にあるだろうと思われるのであります。そこらへんが現在の日本における在宅の高齢者の福祉というものの一番大きな隘路になるのではないかなあというふうなことを思うものですから、一番先に書きました。次にデイサービスの話でございます。今もお話ししましたように、朝の9時頃にお宅に伺って連れて来る。夕方の3時か4時ごろにお連れ

しましたよ、と言って送って行くわけですね。一体そこのお宅ではどうなるのでしょうか、ああ爺はんおらんようになったから買物へ行くか、あるいは洗濯でもしましょうか、少し骨のばしでもしましょうか、なのか、あるいは今日は梨雲苑からバスが来る日だから、会社へ行くのをやめて待っていないとちょっと具合が悪かろう、ということで家で待っておられるのかそこらへんのところが非常に微妙なところなのであります。富山県人は特によく働きますので、大抵の場合は週に1回のことです。ですからいや今日はバスが迎えに来るから居らないわけにはいかんだろう今日は会社を休んで待っておらねばなるまい、と思うわけであります。そうなりますと風呂に入れるお手伝いになっているのか、その人の家族の働きの足を引っ張っておるのかわからないわけでごさいます。本当にそんなに役に立っておるのかなあ、風呂に入った老人は嬉しいですよ、家族は爺はんが風呂に入ったことが一緒に喜べるような家族のつながりが最も大切だと思っておりますが私共がお伺いしているお宅の中には、富山県人の生き方は仕事中心でありますので、仕事の邪魔をしに来たと思われているお宅もあるのでないかと危惧するところでもあります。本当にそれが家族に喜んでもらえるのかなあと疑問があるのであります。

次に3番目のショートステイの話もそうありますがこれは今ショートステイというのは一週間だけあずかりましょう、例えば年寄りの介護に疲れたから、一週間骨伸ばししたいから暫く苑であずかってください、或いは北海道で葬式があって、皆んなで行かねばならんから、その間苑であずかってください、そういうのがショートステイなのです。日頃は年寄りをお世話するのは家族なのです。手がなくなった時だけちょっとあずかって下さい、これが一週間というところで決められておるものですから、一週間経ったら迎えに来

たかなくなるのです。爺はんおらんところ
ちゃこんな楽なもんだとは思ってらんかった。
誠に申し訳ありませんがもう二週間ほどお願
い出来ませんか、と言うことになるわけです。
実際はお付き合いしておりますと分かるので
ありましてそうかと思うと、この一週間ぐら
いじゃなくて、ずっと入れっぱなしになんとか
お願い出来ませんか、定員が50人なんであ
りましてそれ以上入ってもらうことは許可が
出ないのです。それならあんた仕方がないと、
無理にごまかして三週間だけ置いてあげる、
三週間目には1日か2日家に連れて行かれ、
そして3日目には又届けだして又三週間おれ
ば何とかならんかね。というふうなことをし
て、私の苑では皆様のご希望を何とかかんと
か誤魔化して利用してもらっておることもあ
ります。だけども、ショートステイとして現
在5人分あるものを20にしろと言われて増築
しましたけれども常に空っぽです。大抵は2
人か3人しか来ない。そんなものに予算を出
してこちらの金も使わせて、20人もの室をこ
しらえて地域の人達が必要だと思っておると
判断する行政の方が私はおかしいと思うので
す。そうじゃなくてずっと居りばなしになり
たい人は50人どころか100人でもおられるわ
けですが、それを受ける皿がない、そして一
週間にいっぺん無理やりに返すというふうな
ところに現在の厚生行政のおかしなところが
あるんじゃないかなあと思うわけでありませ
ぬ。

次に4番目ですが先程も申しましたように
在宅介護支援センターというものを作れと言
われまして部屋をこしらえてそして看板を下
げております。そこで看護婦と寮母の2人が
担当だと言ってやっているのです。在宅介護
支援センターというのはお宅におられませ
ぬ高齢者の方々の特に要介護老人の始末の
仕方の情報を流すのが仕事でございます、
寝たきりの人にサービスをしに行くのは又別
の仕事でございます。うちの爺はんはこんな
事になっておるだがどうしたらよかろうか、

ということを相談をするところの窓口なのが
在宅支援センター、床擦れが出来たのですが
どうしたらいいでしょうか、いうふうな話し
を相談にのってあげるのが仕事なのですが、
実際は人が居て看板掛けて部屋がありますけ
れども何をしたらよいやら何処へ行けばいい
のやら分からない。大体が梨雲苑さん、お宅
に在宅介護支援センターがあるそうだが、ひ
とつおらんところにこんな爺はんおるがやで
ちょっと来てほしい、と尋ねて来る人は一人
もおらない。私共は在宅介護支援センターと
いうものをやっておりますので、何とか一
つ何処かで使ってください、と言って尋ねて
歩くのが今の状況です。そんな看板だけのもの
をこしらえて、少しの予算を付けて、いつ
たいこれをどうすればいいのか、こんな予算
を付ける前にもっともっと住民の方に行政が
PRする必要があるのではないかと思うのであ
ります。私は時々梨雲苑へ行つて、おいどう
やと激励しておりますが彼女らはやっている
ような振りをしておりますが、さっぱり機能
していないのです。振りだけです。というふう
なことが現実起こっておりますのでございま
す。

次に5番目でございますが、高齢者の入所
施設してものが色々あります。今言いました
特別養護老人ホームに居りますと、いったい
どれだけお金がかかるのかというと、わから
ないのです。そのお宅の収入によってちゃんと
按分して負担金が決まって、富山市の方に
納めるようになっております。皆様方のような
高収入の方はお年寄り一人あずけずと、大
凡20万円から30万円位のお金が取られるで
しょう。又お金のない人は2万円とか1万5
千円とかだんだん少なくなるようになってお
りまして、一定額がないのであります。だけ
ども考えて見れば5万円や6万円取られる人
はいくらでもあるのです。ところが老人病院
では、現在は先程も言いましたように国から
30万円ほどのお金が出る、その他に入院され

される患者さんは5万円ぐらいの自己負担金を持たなきゃならないのです。何で5万円かと言いますと良く分からないのでありますけれども、ご飯代ぐらい出されませというのが5万円になったのかも知れませせん。その他に賢い院長はおむつ代と称しまして1万円や2万円を又かちあげるということになる。特別養護老人ホームも現在、自己負担金が5万円でございます。ですから5万円ほど持っていたら、年寄り一人あずけておけると言うわけですが、病院がてすね高齢者の方一人おあずかりしておりますと、その人がお払いになる負担金は1日700円です。月に2万1千円なのであります。非常に不思議なのは、老人保健施設や老人ホームなどが高くて、病院だけどうしてそんなに安いのか、医療を提供しているのですからもっとももっと高くてもいいのではなからうかと思いますが、現在まだ2万1千円なのです。例えば特別養護老人ホームを作りました時に、うちの病院にも長い間おられる患者さんが居られないわけではありません。その方々に退院ですぞと言いますと返る家はないんです。と言う人までおるのであります。病院に長い間居てもらってもさっぱり儲かりませせん。先程も言いましたように入院が長くなればなるほど入院料は安くなって行くものですから、出来ればその人を老人ホームの方へ行って貰いたい、そして代わりの人を入れりゃいいんですから、そう思っているところこしらえたから、そこへ行かれませ、と見学に行かせました。本人は、なんちゅう良い所やねおれ行きたい、と言いますが家族が来まして、あんた此処においてどうして具合が悪いのかよそんな所へどうして行かにならんがかいよ、家族が負担金の差額があることがわかっておるもんですから賛成しないのです。私は老人ホームを作ったら、少なくとも10人や15人は西能病院から外すつもりでおりまして、たった2人しか成功しませんでした。それくらい個人負担金が

一率じゃないと云うことは患者さんの流れ、高齢者の流れに非常に大きなハードルになっているというふうに思っておりますので、それをここに書いたわけであります。なんとかこれを直してもらわねばならんと思うのですが、こんなものを直すのは大抵議員さんですからね、ひょっとすりゃそんな事言っただけに落選するかも知れん思っただけで言い出せないのかなあと思うわけであります。

次に6番目でございますが、福祉の金は生きて使われておるかということを書きました。実際私は、こういうふうな政府が監視しておられます施設をやっておりますと、非常に金の使い方が強直しておりますね、というのは皆さんよくご存知だと思いますけれどもお役所は予算を立てます。色んな項目で予算を立てます。その予算にお金が付いて来てそれを年度末3月31日までにちゃんと使ってしまうないと、このつぎの予算がもらえなくなる。金額が少なくなる。お金が余りそうになると、要ろうが要らんまいがどこかで使わなければならぬわけでありませせん。その代わりに新しい事を思い付けてこれにお金をくれと言っても、それはどこの項目にもないじゃないかと、この次の予算編成の時にまず調査費でも付けて、それから本当の予算になるのだと云うことになって新しいものを思い付けてもすぐ金がないわけでありませせん。こんなようなやり方でありませせんから、新しい転換が全然効かない。ちょっと言にくいのでありますが、私始めてわかったのでありますが9月15日の敬老の日、その前の日ぐらいです、富山市の福祉課から私共の苑に来られまして、いや、お宅には90歳台の方が何人おられます。80歳台の方が何人おられます。90歳台の方には市長からこういうお祝いが来ております。80歳台の方には市長からこういうお祝いが来ております。何ですけと見て見ますと90歳台がお祝金2万2千円、80歳台がお祝金1万1千円、どうして2千円であるか1千円であるのかよくわか

りませんけれども、それを一人一人袋に入れて名前を書いたものをおあづかりしました。まあ完全にボケているとは云えませんが、お金があったって使えない爺はん婆はん達、又お金を持たせてもどこえやるやらわからんので、わかるわからぬは抜きにして本人にお知らせして、すぐ預かって貯金しておかなきゃならんようなことに、現金2万2千円、1万1千円を持って来たとして一体どうなる、全然生きて使えないわけであります。富山市にどれだけの高齢者がおられるのか私は知りませんが、その全部の金を集めたら可成りのことが出来る額でないかなあと、それみはん配って歩いて、そして仕事済みしたよとは、行政は一体何をしているのか、というふうなことを思うわけであります。まさか役所の人おられないでしょうね、そういう事を考えて見ますと行政と云うのは本当に一体何を考えているのか。福祉と云うものを施すもんだと思っておるから、そういうことになるのであります。

最後の8番目に行きますが、私は医療機関として在宅看護、訪問看護ステーションと云うものを目指して来たのであります。発足させるに色々問題点があり今一步踏み込みにくいのであります。ところが在宅介護という問題も急に出てまいりまして、在宅介護支援センターとういものは老人ホームに作りなさいと無理矢理作られました。病人には専門的な在宅看護と云うものが是非必要でありまして、それはそれなりに意味があると思いますが、そんなことからわたしの病院にも訪問看護ステーションが作られたとして、すでに作られた支宅介護支援センターと両立した場合に此の二つの組織がどのような関係になるのかさっぱりわからないのであります。だんだん病気が少なくなって来ると、在宅介護の方と在宅看護の方どこかでドッキングする、擦り合わせるところがあっいいんじゃないかなあと。看護は看護であります、介護は介

護でありまして何時までも別々のものだと言っておったのでは、一軒一軒の家です。今日は看護婦さんの来る日、今日は介護の人の来る日、と、ちよろちよろになってしまふんじゃないかなあとということを思いますし、そこらへんのマンパワーがどうせ不足してのですから、お互いに連絡しあってやるのならばもっと有効な高齢者サービスが出来るんじゃないかなあとことを思ってきたのであります。

次のページを見て下さい。9月20日から22日まで3日間東京で在宅医療高齢者ケアシンポジウムというものが行われました。その時にこういうふうなパンフレットを送って来ました。1日分かなり高額なシンポジウムだったのですが、片目つぶってこれを受講して3日間ずっと座っておりました。毎日5人ずつ演者が出て喋られるわけであります。そこでですね、ここにリストを書いてみましたのは、1日目の2番目に厚生省の大臣官房長が喋りますし、3番目には厚生省の保健企画長が喋りますし、4番目には病院管理研究所の研究部長が喋りますし、2日目には最初に老人保険福祉局企画課長が喋りますし、3日目の3番目には厚生省大臣官房厚生科学課長が喋りました。今ほども申し上げましたように在宅看護と在宅介護のすり合わせ、夫々のサービス機能を、どのように連携を取って高齢者のサービスをしてゆくか、今私が見えない所はこの点でありますので、これほど沢山、5名もの厚生省の指導的役割の方がシンポジストとして出席されるシンポジウムでありますので、何処かで此の点が鮮明になるであろうと期待して参加しましたが、どの演者も此の点にはふれることなく、看護は看護、介護は介護としての解説にすぎなかったのであります。とうとう業を煮やして、3日目の厚生省大臣官房の小野厚生科学課長の御登壇のときに、今云った点に対して質問を致しました。けれども私の質問の着眼点が良いと賞められただ

けで、向後その点について検討してゆきたい、と適確な答弁はなかったのであります。

此の様な状況を見て居りますと、昨今云われている縦割行政の弊害、特に高齢者福祉に対する縦割行政が批判されておりますが行政の姿勢は少しも改善されていないことを如実に物語るものであります。今一步踏み込んで申し上げますならば、行政は高齢者の生活の現場の実状を少しも御存知ないと判断してよいのではないか、そのことを踏まえて、次にまとめに入ります。独断と偏見に満ちた結論であることをおことわりしておきます。

1. 高齢者は何も出来ない人ではない、環境を整備すれば必ず行動範囲が広がります。その上でその人に援助してさし上げねばならないことだけを支えてあげること。過保護は厳禁です（住宅の改造は第一に必要なことであることは、先日のシンポジウムでも指摘されていましたが残念なことに地方では、そのマニュアルが確立されていません。少し知恵のあるP、T、の意見を容れれば少しははっきりするかも知れませんが現在の日本では厚生省の外郭組織である、国立医療病院管理研究所にその専門官が居られることになっていきます）
2. 高齢者を支える責任者はそのお宅の家族であります。地域はそのお家族を助けることしか出来ないものであることを相方共に充分理解しておく必要があります。地域が出過ぎてもいけませんし、家族が責任放棄する結果になっても良くないと思います。
3. 既存の福祉の概念は、政府が貧民に恵むもの、今一步下っても地域が困窮者に施すものであったはずです。今私共に求められている高齢者の福祉というものは、同じ福祉の言葉を使っていますが全面的に発想の転換が必要であって、困窮者であろうとなかろうと、その対象になり得るし、施すものではなく地域ぐるみで仲間を作って支え合うものでなければなりません。その

意味では福祉という言葉ではなく、別の言葉を創案せねばなりません、特に行政官にそれを強く求めます。

4. 地域という言葉は安易に使われて居りますが高齢者を支える地域は、どの程度の範囲が適当なのでありましようか、未だにその提案はありません、これは大きすぎても小さすぎてもうまく機能しません。私が敢えて独断するならば昔の小学校区位の大きさが適当でなかろうかと思っております。そこにどんなことでも聞いてあげることが出来る人が中心になって地域の情報を集め、整理し、問題点をピックアップして仲間に放出する有能なコーディネーターが是非必要です。その人の活動出来る範囲が地域の大きさを自ら決めると思います。
5. 無料（ただ）ほど高いものはありません。先程の老人医療費の無料化が最も良い例です。介護サービスを受ける高齢者側と、サービスをする側とでは、それがボランティアと云われたにせよ、なにがしの適当な額の金銭の授受が必要であります。現在われわれの住んでいる経済社会ではその事がお互いのけじめになると思います。勿論そこで経済的に負担能力のない人には福祉のお金の役に立つ場が出来るというものです。
6. 今は過度期でありますから止む得ませんが、高齢者の方々に最後まで自宅でお過ごしただくことを期待するには無理があると思います。寝たきりの状態になった時になお一軒一軒のお宅に伺って介護サービスを続けるエネルギーは労多くして効少ないものと云わねばなりません、その時期になったら何処か一ヶ所に集まっていたいでサービスの効率化を図るのが良策でしょう、此の場合、公立の老人ホームなどを考えるから話しが硬直化するので、最終的には限られた地域での受皿になり得る規模の有料老人ホーム（例えば一人暮らしの高齢者の自宅を開放していただく程度の独立家屋

で良い)そこに10人前後の高齢者をあつめて代わる代わるにお世話するのが労力の有効活用と思われれます。そこには地域の高齢者も集まって来て交流することも出来るし、ここが地域活動の拠点となって住民の活力の源となり得ます。

7. 行政は今までの姿勢を捨てて住民の想いをまとめ、必要なものから、協力解決することに専念すること、足りないものから埋めるだけで良いのであって、もはや誘導する能力はないものと思わねばなりません。此の最も良い例が先日テレビ放映のあった鷹の巣町の実状であります。

おかげ様でどうやら1時間28分経ちました。内容は別として時間だけは合格のようです、もう少し時間がありますので何かと質問を承ります。

まとめ 老人介護の抱える問題

- (1)介護のマンパワー 福祉サービスの充実
- (2)介護の質 クオリティオブライフの見直し
- (3)家族内介護(在宅介護)への費用配分
- (4)収容施設相互の負担金の均一化と年金の整備
- (5)老人介護に対する市民の意識改革(教育)

資料 1

昨今の医療行政の流れ

昭和35	医療金融公庫
36 国民皆保険	
38	制限診療撤廃
48 老人医療の無料化	無医大県の解消 オイルショック
56 診療報酬零改定・薬価切り下げ	
58 老人保健制度(有料化) 老人保健法制定	
59 健康保険法改正(本人一割負担)	退職者医療制度
61 第一次医療法改正(地域医療計画)	医学教育定員消滅
62 国民医療総合対策本部中間報告案	護衛船団方式の撤回
63 老人保健法改正(老人保健施設 診療報酬改定)	
平成1 患者サービスガイドライン	
2 21世紀を目指した医療供給体制のあり方 診療報酬改定 第二次医療法改正案 ねたきり零作戦	
3 第二次医療法改正(長期療養病床群) 看護婦不足キャンペーン	
4 診療報酬改定(老人病院の整理)	

資料 2

特定医療法人西能病院の地域医療への取り組み

- 試 行 期 間 主として整形外科的疾患で退院した患者に看護婦・P.T. 帯同して、家庭内の生活指導に向いていた。(年間数人程度 一人年間3～4回)
- 発 足 昭和62年8月 特二類基準看護取得として、マンパワーに余力が出たので3名の保健婦を中心に地域医療チームを編成して発足した。
63年4月より専属の医師も配属した。
対象は当院の退院患者のみで、在宅診療、在宅看護共に月10件程度で、以来その数は足踏み状態である。
- 入浴車の導入 24時間テレビ(愛は地球を救う)チャリティ委員会より入浴車を寄贈したいとの申し入れがあり受け入れることにした。
(63年4月より活動 現在も継続中)
週5日稼働 1日約6時間活動して入浴消化人数は1日最大4人が限度である。
(保健婦、看護婦、補助婦、運転手の4名年間人件費総額 1,600万円)
毎月延30名程度(月2回入浴)である。
入浴日には、家族は仕事を休んで待機しているが、最近の入浴作業に家族にも協力してもらえるようになった。(料金は無料)
最初は対象者の発掘に苦勞し、ようやく富山市健康センターよりリストの提供を受けて稼働し始めたが、以来、此の種の情報窓口がないので発展性は少ない。

現在始まった住宅医療のメニュー

在宅患者訪問診療	在宅自己注射指導管理
在宅療養指導	在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅患者訪問看護指導	在宅酸素療法指導管理
退院前訪問指導	在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅寝たきり患者処置指導管理	在宅成分栄養経管栄養法指導管理
痴呆患者在宅療養指導管理	在宅自己導尿指導管理
在宅訪問リハビリテーション指導管理	在宅人工呼吸指導管理
在宅患者訪問診療情報提供	在宅悪性腫瘍患者指導管理
	在宅自己疼痛管理指導管理

資料 3

高齢者対策

- 昭和58年 老人保健法制定
63年 老人保健施設 訪問看護ステーション
平成2年 高齢者保健福祉10ヶ年計画 ゴールドプラン
①ホームヘルパーの確保充実
②ショートステイサービスの緊急整備
③在宅介護支援センターの配置

社会福祉梨雲福祉会の行う事業

- ①特別養護老人ホーム梨雲苑（50人収容）（平成2年）
②老人短期入所事業（ショートステイ）（2年5名→4年20名）
③梨雲苑デイサービスセンター（B型 2年）（E型 4年）
④梨雲苑在宅介護支援センター（4年）
⑤ホームヘルプサービス事業（4年）

特別養護老人ホームとつきあって生じた疑問

- ①高齢者の入所前の生き様。
②デイサービスセンターほんとうに役に立っているか。
③ショートステイのニーズの実態。
④在宅介護支援センターの情報の窓口？
⑤高齢者入所施設相互の負担金の格差。
⑥福祉の金は生きて使われているのか。
⑦今でも福祉は施すものか。
⑧在宅介護と在宅看護（在宅介護支援センターと訪問看護ステーション）は別々に勝手に動いていて良いのか。どこかで連携出来ないのか。

資料 4

第1回 在宅医療・高齢者ケアシンポジウム

1993-9/20~22 於芝パークホテル

- 9/20 コーディネーター 田中 滋 慶応義塾大学大学院 経営管理研究科教授
1. わが国医療の課題と改革の方向 坪井栄孝 日本医師会副会長
 2. 21世紀に向けた厚生行政の課題 岡光序治 厚生省大臣官房長
 3. わが国医療保険の将来展望 江利川毅 厚生省保険局企画課長
 4. 老人医療の診療報酬改訂と保健医療・福祉の供給体制の変化
小山秀夫 国立医療・病院管理研究所 医療経済研究部長
 5. 日本のヘルスケアシステムの目指すべき方向と課題
田中 滋 慶応義塾大学大学院 経営管理研究科教授
- 9/21 コーディネーター 山崎史郎 北海道保健環境部成人保健課長
1. 高齢者介護問題に関する基本的視座
香取照幸 厚生省老人保健福祉局 企画課課長補佐
 2. 年金改正と介護問題
山崎泰彦 上智大学文学部 社会福祉学科教授
 3. 高齢者ケアシステム研究プロジェクトの経緯と中間的成果
五十嵐智嘉子 (社)北海道開発問題研究調査会調査部長

4. 医療施設における介護の現状と課題

加藤隆正 医療法人溪仁会理事長

5. 介護問題が医療福祉システムに及ぼす影響

山崎史郎 北海道保健環境部成人保健課長

9/22 コーディネーター 目黒昭一郎 プリントン・マイヤーズ スクイブ取締役

1. 米国におけるホームヘルスケア産業の新たな潮流と動向

Dr.Llew Keltner Executive Director, EPISTAT

2. 在宅医療推進のための課題 小野昭雄 厚生省大臣官房 厚生科学課長

3. 在宅医療・介護における問題点と課題

山崎摩耶 帝京平成短期大学福祉学科助教授

(医) 慶成会新宿訪問看護ステーション顧問

4. 日本における在宅医療の現状と課題——在宅酸素療法を中心として

森田 孝 帝人(株)メディカル在宅医療事業部部門長補佐

5. 福祉関連情報の流通における問題点と情報整備について

松見捷郎 安田火災海上保険(株)長寿社会サービス開発部長

資料 5

地域における高齢者への対応

1. 高齢者は何も出来ない人ではない。環境を整備すれば(住宅の改造は第一に取り組むべき)必ず出来ることがある。その人にとって必要なことだけを支えてあげる(禁過保護)。
2. 高齢者を支える責任者は家族である。地域は家族を助けることしか出来ないことを相方共に理解しておくこと。
3. 既存の福祉の概念を捨て、地域ぐるみ仲間としてみんな同じ方向に歩む。
(暗さは禁、明るく明るく)
4. 地域の範囲は大き過ぎても小さ過ぎてもうまく機能しない。
(昔の小学校の範囲位か?)
情報を集め(どんなことでも話せる人)整理し、問題点をピックアップして放出する有能なコーディネーターが是非必要。
5. 只ほど高いものはない。必ず適当な額の有料のサービスとすること。負担能力のない人には福祉のお金を。
6. 今は過度期であるから止むを得ないが、高齢者は最後まで在宅を期待するには無理がある。最終的には、限られた地域での受皿になり得る規模の有料老人ホーム(独立家屋でも良い)で、10人前後の高齢者を代わる代わるにお世話するのが労力の有効活用が出来る。高齢者が高齢者のお世話をすることも出来る。これが地域活動の拠点となって住民の和の源となり得る。
7. 行政は今までの姿勢を捨てて、住民の思いをまとめ希むものから協力解決することに専念すること。足りないものから埋めるだけで良い。誘導する能力はない。(鷹の巣町)

まとめ

老人介護の抱える問題

- ①介護のマンパワー福祉サービスの充実
- ②介護の質、クオリティライフの見直し
- ③家族内介護(在宅介護)への費用配分
- ④収容施設相互の負担金の均一化と年金の整備
- ⑤老人介護に対する市民の意識改革(教育)