

6章 地域福祉と医療・保健のネットワーク活動

森 俊介

1節 医療と地域福祉の接点

地域福祉の目的は「地域社会の場において、援助を必要とする個人や家族の自立を図ること」といわれているが、日本においては1970年代になって、社会福祉の中心的な課題として、地域福祉が取り上げられるようになった。そのような福祉の在り方が求められるようになった背景には、短期間での高度経済成長による産業構造の変化、それに伴う人口の都市集中化、農村部での人口過疎現象が起き、地域社会の連帯性が崩壊していったことが大きな要因としてあげられる。核家族化が進んだ日本社会においては、家族内の相互扶助力や介護力の低下が進行した。それが様々な形となって社会不安を生じてきた。その一つが、老人の介護の問題である。老人問題とは、一言で言えば、誰が、何処で、お年寄りを世話し、その費用を誰が見るかという問題である。日本においては長い間、両親は子供が看るという文化が支配してきたが、核家族の増加や女性の社会進出は、その事を不可能にしていった。1970年代に入ると、65歳以上の人口の占める割合が7%をこえて、日本も高齢化社会の仲間に入った。高齢化社会の到来により、新しい社会福祉関係の法律が制定され、様々な改正が行われた。健康保険制度では、老人の医療費の負担軽減措置がなされたり、老人福祉法の改正などで老人医療費の無料化などが行われた。一方医療の世界では、戦後15年を経た昭和35年頃から40年にかけては、医療と保健、福祉の連携による感染症対策が功を奏し始め、感染症、特に結核による入院患者さんの激減した時代である。その様な時期に、介護する人のいないお年寄りを（介護のための施設でなく）、病院に入院させるということが行われてきた。日本では、老人の介護の施設を充実させるのではなく、病院の空きベッドに入院する事を許容するという、世界に類を見ないやり方でその場をしのいできたといっても過言

ではないだろう。もちろんその背景には、資本側の、家庭婦人を労働現場に引き出すためには、婦人を老人の介護から解放する必要がある。その為には、お年寄りを家庭から引き離さなければならないという論理、また医療資本側のベッドを空けておくより、お年寄りを入れて常に満床にしておくほうが得であるという論理、更に、介護する側にとっても、親を施設に入れるよりは病院に入院させるほうが安くつくし、世間体が良い等様々な事情があった事は事実である。しかし、この様な誤ったやり方が長く続くはずはなく、当然、日本の医療費の高騰を招いた。しかし、医療費の増加率が、日本経済の成長率の範囲内に収まっている間は、さして表面化しなかったが、昭和48年のオイルショックを期に経済成長率が激減するや、医療費の伸びだけが異常に目立ち始めた。このままの医療費の伸びが続けば、日本の社会保障制度だけではなく、日本の経済そのものまでも、だめにしてしまうという強い危機感が日本中にみなぎり、財政危機を引き起こした原因は、国家予算に対する社会補償関係費、特に老人医療費の伸び過ぎにあると主張されるようになった。この様な背景で、1970年代後半から80年代に台頭してきたのが、いわゆる、福祉見直し論である。1979年の「新しい日本型福祉社会の創造」が明らかにされた、具体的には、1982年の老人保健法の制定、および関連法の改定が行われた。これは老人の医療費の一部負担を復活させることによって、老人医療費の伸びを押さえようとする目的を持っていた。

お年寄りを医療施設から出してもらい、本来の地域社会の中で見て行こうとする考え方に変わっていった。老人保健法は老人の在宅介護、病院から在宅へのステップとして、老人保健施設などの中間施設（老人保健施設）を認めた事、更に老人のデイケアおよびデイサービスの考え方をうたい、地域リハビリテーションという新しい概念を作り上げ、地域社会に根づかせた事、等画期的な法律であるといつて良い。しかし同時にいくつかの問題点を内蔵している。その一つは、老人健康診断という方法を取入れた事である。早期発見、早期治療、早期社会復帰という住民検診法式は、感染症など、治療するによって、早期に社会復帰し、生産現場にもどれる疾患に関しては、コストーベネフィット効果が最大限期待できるのであるが、成人病や老人の住民検診に関しては、コストーベネフィット効果は殆ど期待できなかつた。それは成人病が、生活習慣病と名

前が変わった様に、生涯を通じて生活の中で病気と付き合っていかなければならない疾患であること、また老人は年齢とともに多くの疾患を併発するようになるという認識に欠けていたためであると考えている。むしろ、住民検診方式による老人健康診断は、医療費削減という期待を裏切り、皮肉にも医療費の増大という現象を生んだ。特に結核検診など行政が中心にやっていた検診と違い、医療機関が検診を請け負うようになってからは、あるいは、医療施設が独自に検診を行うようになってから医療費の増大が増したと言っても過言ではないだろう。平成に入り、医療費（特に老人医療費）の抑制のために、高齢者保健福祉の地域化が検討され、1989年12月、「高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略(ゴールドプラン)」が策定された。ゴールドプランの制定の翌年、1990年老人福祉法などの一部改正する法律が制定され、ゴールドプランの実現に向けて、住民に最も身近な行政主体である市町村が、保健福祉サービスを一体的に行うような体制が整えられた。1993年、市町村は老人保健福祉計画を策定する事を義務づけられ、現状を踏まえた上で、将来の高齢者の保健福祉ニーズ量を推定したサービスの提供体制とその整備計画の提出を迫られた。その推計に基づき国は、ゴールドプランを練り直し、新ゴールドプランを取りまとめた。新ゴールドプランの基本理念は①自立支援、②普遍主義（所得、家族形態に関係なく、支援の必要な高齢者には、必要なサービスを提供する）、③総合的なサービスの提供（高齢者には医療、保健、福祉にまたがるサービスを総合的に提供する）、④地域主義（住民に最も身近な市町村が責任を持つ）の4つである。この新ゴールドプランの基本理念にのっとり具体的な法律として、介護保険法が成立した。介護保険法は基本的には、医療保険と同じ考えで運営される。すなわち福祉サービスは、医療サービスと同様、必要な人が、介護度に応じて、サービスの提供を受けることができるが、かかった費用の1割（現在のところ）を負担するという受益者負担の原則が成り立っている。そしてサービスの提供のやり方に関しては、アメリカのケヤママネジメントの手法を導入した。また、短期間にサービス提供体制を整える目的と、民間活力導入の名のもとに、多くの民間企業の参入が許された。当然、それ以前から地域に密着して訪問看護、デイケア、訪問診療(往診)、訪問リハビリを展開していた医療機関以外の医療施設や福祉施設も、サービス提供事業体として登録した。今後ますます多くの医療機関や福祉

施設がこの分野に参入してくると思われる。多くの医療機関が地域福祉の場に参加する事、それ事体は喜ばしい事であるとは思いますが、医療費、介護費用の増大が懸念される場所である。2000年の4月より介護保険法が実施されており、各市町村の福祉現場は混乱を極めたが、やっと、落ち着きを見せはじめている。今後、介護保険の運用次第では、老人の地域介護に関して、世界に発信できる制度になる可能性を秘めてはいるが、一步間違えば、悲惨な結果になると危惧している。

以上述べてきたように、長い間、医療の分野では保健と福祉の連携という言葉はあっても、ネットワークという言葉はなかったとあって良い。戦後の日本の急激な産業構造、社会構造の変化は家庭崩壊、地域社会の崩壊を招き、老人問題一つを取っても、医療、福祉、保健の単独の分野だけでは、とても対応する事が不可能なほど大きく深刻になってきた。そこに地域福祉の現場に医療が連携の対象としてではなく、ともに働くパートナーとして登場してきたのである。まさに地域においてサービスの必要な人には医療、保健、福祉が時間的、空間的に同時に総合的なサービスを提供するという考えが、ネットワーク活動として登場してきたのである。

2 節 長崎市近郊の琴海町での試み

(1) 琴海町の保健活動の歴史

琴海町は昭和30年代から、長崎大学医学部公衆衛生学教室とタイアップして、寄生虫と飲料水の研究調査や労働と栄養の調査研究、母子保健活動など地域保健活動を展開して来た町として知られている。老人問題についても、昭和52年ころより、地域の懐の深さを（地域の持っている相互扶助力や温かさ）利用した、老人介護の方法を模索し始めた町でもある。日本における老人問題は、先にも述べたように、①急激な高度経済成長による地域社会の崩壊、②核家族の増加による家庭介護力の低下、③そして世界に類を見ない速さで、それらの変化が進行したのは政府のあまりにも大資本を重視した政策の誤りであるとの共通理解から、昔の地域が少しでも残っている地域において、再構築を図ろうという試みであった。もし再構築が望み得なければ、それに変わる新たな方法

を考案しなければ、琴海町の（日本の）お年寄りは悲惨な最後を迎えるようになるとの考えからであった。

琴海町は人口約1万2千人の都市近郊型の農村である。昔から農林漁業を主な産業として発展してきたが、昭和47年ころからは、建設業、サービス業が増加してきている。近年長崎市のベッドタウンとして、少しずつ人口が増えている町である。人口構造は母集団である日本の人口構造とほぼ同じ、したがって疾病構造、人口静態、人口動態も良く一致している。人口規模12000人は日本の人口の約1万分の1に当たる。人口規模が1万人を越す地域では、人口動態、人口静態は、ほぼ母集団と一致するものである。昭和62年の時点で、老人を支える事につながる、社会資源として、町立病院(61床)、町立特別養護老人ホーム(50床)、町立養護老人ホーム(50床)、をすでに持っていた。また民間の35床の病院、19床の診療所が3箇所存在していた。今後この琴海町でどのような社会資源、人的資源を蓄積して行けば、人々が安心して暮らして行けるのかを模索してきたつもりである。従って、琴海町での試みは、高齢化社会の日本のモデルであるとの自負を持ってこの運動に取り組んできた。

(2) 『安心して死ねる』町づくり運動

琴海町では運動を展開するに当たり、まず町の基本構想に『安心して死ねる町づくり』を明記し、町の進むべき方向を示した。琴海町保健医療福祉計画書の①基本理念、②保健福祉サービスの基本的方向、③基本理念の実現に向けての戦略、とは以下のようなものである。

①基本理念

人類がいまだかつて経験した事が無いような超高齢化社会を迎えようとしている。ここ琴海町でもその例にもれず、高齢化の波は確実に進行している。私達は、町内に住む全ての人が、安心して生活し、そして、安心して死んで行けるような町を作り上げなければならない。安心して生活できるとは、日常生活において困った時には、いつでも気軽に相談できる窓口があり、迅速な対応が受けられる事であり、子供たちが豊かな感性を持った人として成長できる環境が整い、町民一人一人がこの町に住んでいる事を誇りに思える町の事であり、お年寄り、障害者が当たり前の生活を享受する事ができるという事である。ま

た安心して死んで行ける町とは、たとえ一人暮らしであろうと、たとえ障害が
あろうと、たとえガンの末期であろうと、誰に気兼ねする事もなく、自分の望
むところで生活し、そして死を迎える事ができる町と言う事である。

②保健福祉サービスの基本的方向

行政は基本理念を実現するために、町民の英知を傾けて、この方法を模索し
なければならない。在宅福祉を基本としながらも、在宅福祉の限界を超えると
思われる場合は、速やかに施設サービスへの転換や、またこの両者を上手く組
み合わせる事により質の高い福祉サービスを町民に提供しなければならない。
またサービスの質と量を確保するためには、地域にある潜在的な相互扶助力を
できるだけ引き出す努力も同時に行って行かなければならない。

③基本理念実現に向けての基本的戦略

基本理念を現実のものとするためには、3つの視点から運動を進めなければ
ならない。すなわち、一番目は、高齢者を取り巻く現状を分析し、現在行政が
持っている社会資源、人的資源を如何に有効に利用するかと言う視点（今何を
すべきか、今何をすることができるか）と言う視点。二番目は、少なくとも10
年後の保健福祉のニーズを推計し、その時の社会を支える事のできる社会資源、
人的資源を確実に蓄積する（10年間に行政がすべきこと）という視点。三番
目は、30年後を見据えた運動の展開、すなわち、確実に30年後の琴海町を支え
る事になる子供達を感性豊かに育てる（30年間の間にしなければならない事）
という視点である。しかもその3つの視点に立った運動を同時進行で推進して
行かなければならない。

(3) 具体的運動としての展開

①今しなければならない事、今でもできる事

1. 住民への健康教育

私達の健康教育は、「もし、今、家族がガンや脳卒中などで倒れてしまっ
たら、心のこもった介護がして差し上げられるだけの人的、社会的資源が琴海町
には、あるだろうか」との問いかけから始まった。全ての運動は、地域住民に、
町の現状をしっかりと認識して頂く事から始まると思っている。現状が決して満
足の行くものでない事が分かれば、地区に人々は、同じ地域に住む仲間として、

何をする事ができるのかを考えるきっかけになると思ったからである。まず始めた事は、地区の公民館での夜間の健康教室であった。原則として、一つの公民館では月に1回(年間10回)、当初は10箇所ほどからはじめ、平成3年ころからは、20箇所、年間200回以上の健康教室を開催してきた。健康教室では、病気の予防、健康の維持増進するための方法などの他、要介護のお年寄り、障害のある方と、地域の中で、共に生活するためには、私達に何ができるかなどのお話をしてきた。一つの会場では平均20人から30人の人が集まるので、年間にして延べ数千人の住民が私達の話聞いてくださった事になる。その結果、C型のデイサービスセンターが稼働を始めた時には、年間にして1000人以上の方々がボランティアとして、食事作りや入浴の介助などの手伝いに参加して下さるようになった。同様に現在は、B型のデイサービスセンターにも多くの方々の支援を頂いている。

以上の地区公民館での健康教室以外にも、保健婦を中心にした20近くの自主学習グループが活発に活動しているが、そのグループにも出向いて行って様々なお話をさせて頂いている。更に時には彼らの力をお願いして、様々な事業を展開している。自主グループには視力障害者の方々の外出同行(レインボートグループ)、視力障害者のための手話通訳グループ、精神障害者のための作業所(パラダイスハウス)の手伝いグループ、子育ての会(どんぐりクラブ)など様々なグループがあり、普段は独自の活動を展開しているが、月に1回全ての自主グループの代表からなる定例会を開き、情報の交換や年に1回開催する町の健康祭り実行委員会を組織している。この健康祭りは、役場の保健婦や、町立病院も実行委員会のメンバーとして参加しているだけで、運営はすべてグループ代表による自主運営である。健康祭りでは、毎年テーマを決めて講演会やバザーを開いているが、この数年は地域の方がすべて参加できる健康マーチが定例化している。その行進には車椅子の方、あるいは寝たきりのお年寄りの参加もできるように配慮されている。多くの住民が参加して下さっているが、彼らは参加者であると同時に、車椅子を押すための協力者でもある。小学生から高齢者まで、また健常者も障害者も地域の構成員の一人として参加している。共に助け合いながら数キロの道程を共に歩く事によって、当たり前前の社会とは、どのようなものであるのかを体得してもらえれば良いと考えている。私達はこ

れをノーマリゼーション具現の運動形態の一つであると思っている。

2. 新しい連携の概念の確立

少ない資源を有効に利用するためには、保健関係者(行政)、福祉、医療、自主学習グループ、婦人会、老人会などフォーマル、インフォーマルな組織がネットワークを組む以外に方法はない。しかも、全ての組織の構成員が、今までのようリレー方式による連携の概念を払拭しなければ上手くネットが組めない。私達の町では、昭和62年から、行政、医療、福祉の三者に住民、当事者が加わった五者が一堂に会してのケースカンファレンスを定期的で開催してきた。例えばその会議で、じょくそうのひどい在宅の患者さんに対し、毎日の入浴が必要であると判断されると、全ての組織を動員して、お互いが、時間的にも空間的にも、同時に入浴サービスに参加するような体制を組んできた。そして、その組織間の調整を在宅介護支援センターが受け持つのである。サービス提供システムが出来上がってからサービスを展開するのではなく、ある一人の人のために全力に必要なサービスを提供する。その結果、システムが出来上がるという考え方である。この様なやり方で、介護保険が導入される前の平成12年3月段階で、30人以上のヘルパーを作り上げてきた。これは新ゴールドプランで国が設定した基準の17人(人口1万人あたり)を大きく上回るものである。私達はこの方法をリレー方式による連携に対して、御神輿(おみこし)方式による連携と名づけて、琴海方式と呼んでいる。

3. 住民への福祉の窓口と対応

日本では、福祉は原則として、住民の申請により全てが始まる。しかし、どのようなサービスが受けられるかを知らない住民が多いのが現状である。そこで在宅介護支援センターの職員が、福祉台帳を作り、リスクが高いと思われる家庭を戸別訪問し、福祉サービス等について説明し、場合によっては手続きをその場で済ましてしまう事も実行している。この様な『出て行く福祉』でも対応(一次対応)できなかった場合は、直ちに在宅会ご支援センターの主催するカンファレンス(週に1回開催)に持ち寄り、その場で検討する事になっている。その結果、電動車椅子や電動ベッドなどの支給は一週間以内にできるようになったし、緊急避難的入院やショートステイは直ちにできるようになった。

②10年間にしなければならない事

これこそ正に、市町村保健福祉計画そのものである。私達の町では、その策定が義務づけられる以前の昭和62年から計画を立て実行に移してきた。5年後、10年後の人口、要介護のお年寄り、痴呆、あるいは身体障害の数を推計し、その方々を琴海町内で看取るためにはどれくらいの施設と、何人くらいのヘルパーが実際に必要かを推計し、確実にその資源を蓄積してきた。もちろん施設を作るにしても、マンパワーを揃えるにしても、大変なお金がかかる事であるので、町の計画の中で確実に建設して行かなければならない。昭和62年町立病院に地域リハビリテーションの拠点になるように、リハビリテーション室を設置。平成2年町の中央部にデイサービスステーションを設置（C型ではあるが、ボランティアの協力で、B型同様に機能を果たしていると自負している）、平成4年養護老人ホームを全個室として移転新築（ショートステイ用個室1）、平成5年、在宅介護支援センターを町立病院に併設、平成6年南部総合福祉センターを設立、B型のデイサービス開始）、平成7年、精神障害者のための小規模作業所（パラダイスハウス）の設立、平成7年、精神障害者のためのグループホームの設置、平成8年、町立病院の医師住宅を改造して、デイケア（10人）を開設、平成10年、町内の開業の医院と契約して、19床の病室を利用してデイケア開始、開設に当たり町立病院の理学療法士を派遣、平成12年、町立病院を地域の医療、保健、福祉の拠点病院として移転新築。眼科、透析、泌尿器科を新設、理学療法科を充実すると共に作業療法科を設置、デイケアの規模拡大。最初は病院の移転新築までを平成10年までに済ませる計画であったが、実際に病院が移転新築したのは、平成12年4月であった。しかし2-3年のずれはあってもほぼ最初の計画どおりにハード部門を立上げた。

今後の計画は、旧病院を利用しての、痴呆の方のグループホーム、グループハウス（あまり手のかからないお年寄りの集合住宅、あるいは賄いつきの老人アパート）、精神障害、あるいは知的障害者の作業所、グループホームなどを考えている。更に現在町立で運営している、特別養護老人ホームや養護老人ホーム、社会福祉協議会で運営している、2個所のデイサービス部門を統合して、琴海町福祉公社として改組して運営して行くべきであると考えている、琴海町は今まで述べてきたように、昭和62年以来、福祉部門に関しては、町立病院の

保健活動部、介護支援センター、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、役場の住民福祉課、そして、社会福祉協会等の公設の組織で運営してきた。それは、少なくとも、福祉の分野は、民間業者の投資の対象にするべきではないとの思いからであった。

しかし、介護保険制度においては、国は①短期間にサービス提供体制を整える、②民間活力の導入、③サービスの質の向上のための競合、等の理由で民間業者の参入を許可した。したがって今後、民間の業者と競い合いながら、質の高い、町立の施設として運営して行くのは人件費の面から考えても、困難になって来ると予想される。それよりも、福祉公社と改組して、住民代表、利用者代表、議員、町の職員、等からなる経営委員会を設け運営したほうが、フェアな活動が出来ると信じている。経営に不慣れな行政の職員による経営、運営より、よほど質の高いサービスが提供できると信じている。すでに、多くの自治体で、福祉施設の民間委託や民間移譲が始まっているが、完全に委託、移譲するよりも、行政も経営に携わりながら、プロの経営委員の中に、経営委員として留まるほうが、住民に対する責任をはたすことが出来るのではないかと考えている。

③30年間にしなければならない事

30年後の社会を読む事は出来ないが、30年後の社会を支える人材は確実に育てておく必要がある。その意味で子供達に対する福祉教育は最重要課題の一つである。30年前にデンマークに住み着き、ノーマリゼーションの父と呼ばれているバンク・ミケルセンの右腕として、彼を支えてきた千葉忠夫氏（現。日欧学院院長、デンマーク在住）によると、「デンマークでさえ、今の福祉制度にたどり着くのに50年以上をかけてきた、その原動力は子供達に対する福祉教育であった」との事である。もちろん風土も文化も税制も違うデンマークのやり方をそのまま模倣する事等できるものではないが、バンク・ミケルセンの提唱した『ノーマリゼーション』の基本理念を実現しようとしてきた国の事は素直に学ばなければならないと考えている。数年前よりデンマークに人材を派遣して、交流を図ってきた。平成8年には、町長をはじめ、ソーシャルワーカー、理学療法士、などに現地を見てきてもらい、実際に地域で今、何をやる必要があるのかを考えてきた。その結果、教育委員会、町当局、病院が費用を分担して、

地区の公民館での健康教室以外に、福祉センターで夜間の公開講座を開催してきた。それは、昭和62年以来、琴海町の福祉を支えてきた仲間達との、地域福祉への思いの再確認の場であると同時に、自分達の再研修の場であると位置づけた。月に1回ではあったが、2年間に及んだ。多くの講師を県内外、また韓国、デンマーク、タイ、等からお呼びして勉強会を開催してきた。町外からの参加者も多く、多い時には100名を超した。現在、社会福祉協議会、教育委員会の熱心な働きかけで、学童の福祉合宿等が始まっている。また地域の小・中学校の子供達による、入浴サービスの手伝いや、在宅寝たきりの方々のお花見、遠足等の手伝いに来てくれるようになってきた。また、先述した健康マーチにも多くの生徒たちが参加して、車椅子を押したり、手を取って歩いてくれたりしている。

地域には背の高い人や低い人がいるように、身体や精神、知的に障害を持った人がいる、それがあたり前の社会である。私達はその地域の一員として、障害を持った方に、何をして差し上げる事が出来るのか、何をしなければならないのかを常に問い掛ける事の出来る人間を目指して行きたい。

④今後の課題

先述した通り、琴海町はハードの面に関しては社会福祉協議会を含めた公的な組織が中心となり、ソフトの面では、住民が積極的に企画立案し、運営出来るような地域福祉のシステムを組上げてきた。平成12年4月より、公的介護保険制度が導入されたが、基本的な考え方は変わってはいない。しかし、サービス提供組織として民間業者の参入が許された今、町立の（地方公務員の給与体系の）特別養護老人ホームや養護老人ホームを使ったサービスの提供には限度があると思っている。従って公設民営の福祉公社の立上げ案が浮上してきた。例えば、特別養護老人ホームの運営に関しては、そこで働くヘルパーの資格として、自宅に入居対象者を抱えておられる人で、その施設で働く意思のある人とし、対象者の入居と同時に採用され、対象者が亡くなった時点で次の方と交代して頂く、等の原則を作っておくと、自分の親の介護も担当する事が出来ると同時に、介護の労働に対しては、相応の労働対価を得る事が出来るというやり方である。この考え方は、現在介護の対象になっているお年寄りの、「本当は、自分の子供あるいは嫁に看取ってもらいたいのだが……子供達も忙しいの

で無理は言えない。……」という願い、と、子供達の世代の、「本当は子供である自分が看取るべきであるが、現実的には、その余裕が無いので、とても看れない……」という思い、を共に少し満足させる妥協的な制度として、過渡期である今を乗り切る、一つの考え方ではないだろうか。

同様に痴呆の方のグループホームにしても、7部屋（7人収容の施設）として、週に1回は入居者の家族が、ヘルパーと共に泊まり、住居者の世話を担当するというやり方である。毎日痴呆のある親を見るのはつらいが、1週間に1度であれば、何とか頑張りたいという人も多いのではないだろうか。問題の多いといわれている介護保険制度も、このように地域に密着した方法を考えて、上手く運用して行けば、世界に発信する事の出来る制度のして行く事が出来るのではないだろうか。

琴海町における、介護保険制度の問題点は、介護度に応じた福祉サービスを受ける場合の自己負担である。国民年金対象者が5割を超えているこの町で、果たして、どれだけの人が自己負担に耐えられるかという問題である。介護保険制度は基本的には、厚生年金受給者を対象とした制度であると思われる。3万円くらいの基礎年金しかお持ちでないお年寄りが、大半を占める琴海町においては、それなりの介護システムを考え出さなければ、お年寄りには惨めな思いをする事になると思う。『安心して死んで行ける町』を作るために、更なる努力が必要であると考えている。

参考文献

- ① 一番ヶ瀬康子：地域福祉の原理と展開、一ツ橋出版
- ② 琴海町高齢者保健福祉医療計画（平成5年度）
- ③ 森 俊介：介護保険制度に備えて基盤整備の方向を探る、地域医療（全国国民健康保険診療施設協議会）、36巻1号
- ④ 森 俊介：安心して死ねる町づくり、病院（医学書院）52巻3号
- ⑤ 森 俊介：地域保健医療計画における公立病院の役割と使命、病院（医学書院）53巻7号
- ⑥ 森 俊介：私達の病院の生き残り策、病院（医学書院）53巻11号
- ⑦ 花村 春樹：ノーマリゼーションの父、バンク・ミケルセン、ミネルバ書房