

計画のなかから連携を考えるというやり方を、各地域でかなり取り始めている。

そういうなかで、現実には連携されなければ、在宅生活を維持できない人々、高齢者や障害をもつ人々が、どのようなサービスを要望しているか、すなわち、医療も保健も、福祉もサービスを消費者として必要としているが、どのように望んでいるかということに、対応できるやり方を、上部機構を別にして、下部、要するに各地域をベースにして編成しようとしている。これは財源についてやろうと、組織についてやろうといいわけだが、財源が伴わなければ何もできないから、概ねそういうところでは財源からの連携で、進めているようである。

このような実践を考えると、大本先生が最終的には福祉社会をつくらなければ、この問題は実現しないといわれたが、そのために具体的にどこからどのように取り組むのか、そのことが、在宅福祉、地域福祉をテーマにする私は、課題のような気がする。

最後に、非常に具体的なことで恐縮だが、付け加えたいのは、大本先生がいわれた、自立のための福祉機器の問題というのは、大変大きな課題だと思う。ただ、そのなかで、全額無料で国が貸与する制度の必要を強調されたが、現実には、貸与となっている現行サービスの機器も、貸与できないのが実態である。一度使ったものは、どんなに消毒しても、たとえばそれらのなかで一番大きな物体であるギヤベッドでも、ベッドマットは二度目の貸与にはならないといわれる。

そういう点から考えると、在宅における自立度との関係でこれを現実にする方法とは無料貸与すればよいというだけではなく、もう少し具体的なところで考える必要があるように思う。スウェーデンやデンマークだけでなく、イギリスでもまた、私の言葉でいえば自助具や自立のための機器を、どう活用するかというのは、非常に重要な課題になっている。そして、ただそれらをみせたり、あるいは選ばせたりということではなく、具体的には在宅に、あるいはイギリスでは施設から在宅にかわる人に、デイケア・センター、あるいは、デイ・ホスピタルで、実際の復帰訓練のなかで、どういう自助具があったら、あるいは、センターで利用している機器や設備が、その人の家にどうセットされたら、実際に少しでも自立的になるかということまでを、サービスをする。

ところが、このことが可能なのはナショナルヘルスサービスによるものである。日本の場合にはそのときまた、たとえばデイサービス・センターで、医師と、医療関係職と、福祉職とが、それをやるということになると、新たな連携の課題が、ここにも出てくるように思うけれど、在宅におけるデイケア・サービスは、先ほどもパッケージ・オブ・ケアのなかで申したように重要な意味があり、そこでは保健・医療と福祉の連携が新たに要請されると考えられる。

そのへんの課題も含めて福祉の側から、諸先生方のご報告のなかで、もう少し詳しく議論していただければと思う点について、若干述べさせていただきました。

討 論

司会(小山所長) それではこれから討論に移ります。きょうは「医療と福祉の連携」というテーマで、問題を挙げてみたが、さっそくコメントの大谷先生に、意味不明だと叱られてしまった。言語明瞭、意味不明瞭ということだが、実に難し

い問題を取り上げたものだと思っているが、私達がいま当面、直面をしている問題が、医療と福祉の関係をどう付けるのか、どう連携していくのかということが、いちばん大きな、あえていえば政策的な課題であると思う。

それと同時に、いま年を取っている人の、最大の関心は、自分がもし寝たきりなどになったときに、どう援助してもらえるのだろうかということ、これが非常に大きな不安だろうと思う。年金が一応行き渡り、医療保険も国民皆保険で行き渡っているけれども、さて現実には、自分が寝たきりになったときに、誰が援助の手を伸べてくれるのか、ということになると、非常に心もとない。

最近のように核家族化が進んで、家族との同居が難しい、あるいは同居をしていますが、家族が働いていて、日中みてもらえる人がいないという家庭も、決して少なくはない。

そういう状況の中で、医療と福祉をどういうふうに改善をしていったら、老後の不安という、国民の大きな不安が解消できるのかという、そんなことで実は、こういうテーマを選びました。お3人の先生から、それぞれご報告を願って、コメントもお2人の方からお聞きいただきました。

そこでまず最初に、各報告をなさった方から、ただいまのコメントについて、何かおっしゃりたいことがあったら、簡単に一言ずつお願いします。

岡本 先ほど大谷先生から、きれい事を並べると一喝されたので、それに触発されたわけではないが、少し現実のことを付け加えさせていたきたい。

私が勤めている病院は公設民営という、大阪府が建てて、財団法人で運営をしている。場所は大阪市の衛星都市である松原市というところにある。非常に低所得者の多いところで、私どもの病院の入院患者でも、大学を卒業している人というのは、50人に1人ぐらいしかおらない。平たくいうと元農村、現在は地方から出て来て、大都市で働くブルーカラーの人達の、ベッドルームタウンというところである。

松原というところは、在宅老人ケアのネットワークなどで、少し有名なのだが、実態としては、地方自治体行政の対応としては非常にお寒い。

そこで、保健所を中心に老人ケアのための活動が他所と比べれば組織化されている。その要因は、まず非常に意欲的で大型の特養（大阪老人ホームという）が1つある。それから私どもの病院が後

方病院として、かなり頑張っ問題を受け止めている。

私は病院ができたとき、15年前から、在宅ケア、訪問サービスというのを、病院の機構のなかにはじめから取り入れていて、15年間だいたい常時70～90ケースぐらいを抱えて、悪戦苦闘してやっているけれど、いまだに私どもの病院の在宅サービスというものを、病院のセールスポイントとして、売り出す気持ちになれない。そのくらいに実態は厳しい。

それは対象者を、私達の病院から退院した患者さんを対象にしているけれど、本人、あるいは家族のほうから、そろそろ退院させていただき、ついでには援助をしていただきたいといってくるようなケースは、50～60ケースに1ケースぐらいで、あとはことごとく、病院側の説得によって退院してもらっているケースばかりだからである。場合によると、若い主治医だと家族の説得をしきれない。家族が出てこない場合もある。こういう現実のもとにやっている。

しかし、保健所も頑張ってくれるし、大型の特養で意欲的なところがあるし、わりと施設があるというのは他にはない利点である。

なお、保健所の保健婦さん達が、在宅ケアで何にいちばん困っているかという、緊急時の対応である。その在宅の老人が急性に悪化した場合に、入れる病院が本当でない。救急指定を受けている病院はあるが、ここは全部、家族に24時間の付き添いを要求する。それでなくても介護でヘトヘトになっている家族は付けない。辛うじて私どもの病院が、看護婦の夜勤体制をかなり無理して3人で、あるいは場合によっては4人という体制でやっている、付き添いなしで受けることができる。しかし、私どもの病院でも当然限界があるので、入れない人はよその病院に行ってもらわざるを得ない。

救急病院にいったん入って、家族がお手上げになると、この次に入れるのは、いわゆる老人病院しかない。ここはご存じのように4床に1人、6床に1人ぐらい、付き添いの小母さんを入れて、その付き添いの小母さんの費用を、基準看護でな

いから、家族に分担して負担させる。

そういう老人病院が、関西一円でも非常に発展してきた。松原の隣の堺市というところでは、近畿一円では有名な、老人病院のチェーンホスピタルがある。これはびっくりしたのだが、これまで単独で1,000床の病院があって、それが驚いたことに去年、2,000床に拡大をしている。ものすごい需要過多がその背景にはある。強烈な需要過多の状況のなかで、老人の施設収容の問題が進みつつある。

私の言いたいのは、在宅福祉、在宅ケアということをよくいわれるけれど、それにはこういう病院内ケアのレベルをもっと上げないと、現実的には納得のゆくかたちで機能しないということである。家族の付き添いなしに、緊急時に対応できる病院、これがないと開業医さんも往診はとても引き受けられない。風邪かもわからんけれど、肺炎かもわからん。肺炎になった場合に、どうするか。往診ということでかかわった以上、何とかしなければならぬ。送れる病院がないとそのときに非常に苦しい立場に追い込まれる。したがって、在宅ケアというのは、施設ケアのレベルアップということと、切り離してはできない問題だと思う。日本の病院の看護体制というものを、もうちょっと何とかしないとイケない。いまは在宅か、病院かというのを、選べるような段階ではない。

先ほど、市場的な原理、諸施設の選択についての発言がありましたが私どもの地域でいうと、特養に入れなかった人が、老人病院に入る。特養か老人病院かを選択するというレベルじゃとてもない。そんな選択の余地はまったくない。どちらも圧倒的な施設側の市場になっている。

だから、もう少し、良質な施設のキャパシティというものを、潤沢に増やして、選択できるような状態にもっていかないと、市場原理で施設ケアのレベルアップということはとてもできない。

それから、現在でも社会的入院とか、病院での長期入院ということが、よく取り沙汰されるが、現在ああいうようなどうしようもないいわゆる劣悪老人病院に入っている老人は、本当に医療の必要な「社会的入院」という状態なのかどうか。ど

ういうバックグラウンドで、どういう事情で入院しているのか、政策側から、もうちょっとまともな調査で根拠を示して欲しい。私どもの実感でいうと、かなり切実な理由で入っている。どうでもいいような理由で入っているお年寄りというのは、少ないと思う。

そのへんの事実的な根拠というものがあって、「社会的入院」の実態が明らかにされた上で、はじめてどうすれば在宅の福祉というものが可能になるのかということになってくると思うのだが、まだそれを議論できるだけの材料が揃っていない。揃っていない段階で、在宅、在宅ということがやたらいわれているというのが、現状ではないか。

司会 では郡司先生お願いします。

郡司 先ほど私がいったなかで、誤解を与えたかもしれないことに触れながら、ちょっとお話ししたい。

ハードなシステムが必要だといったのは、建物のようなシステムが必要だといったのではなくて、責任をもって受け入れてくれるような、そういう信頼できるはっきりしたシステムという意味である。つまり、みんなが協調して、あるときにはあるが、ある人が都合が悪くなると、なくなってしまふようなシステムではなくて、確実に信頼のできる、そういうシステムが必要だという意味である。明確なというのは、目で見てそこにあるという意味だけの印象を与えると思ったので、確固としたという意味でハードなといった。

別な言葉でいえば単なる素人のボランティアの活用といったようなものではなくて、専門家によるしっかりしたシステムということをし、申し上げようとしたのである。

それから帰りたいがらないということであるが、それはまさにそのとおりであると思うけれど、しかし、その人達が本当に、それを望んでいるかどうかということになると、それは非常に辛い、辛い選択のなかで、病院に居ざるを得ないという選択をしていることもあると思う。自宅で誰かが責任をもってやってくれるのであれば、帰ったほうがいいのかという人がいるかもしれないということを考えると、いまの現状というのは、在宅のケアを

するシステムのほうに欠点があるための結果という側面もあるのではないか。

何が何でも在宅に帰すということではいけない。やはり本人の選択、本人の意思を、これからかなり尊重をしていかなければいけないという、大きな大原則があるのではないか。政策のレベル、個人のレベルという話があったが、まさに本当に個人のレベルで、そういう選択が自由にできるようにしていかなければいけないと思う。

そのなかでも、たしかにホームヘルプと看護の境界線は問題だと思うけれど、そして量的にはこちらのほうが多いと思いますが、いまの岡本先生の話に関連しているならば、本当の在宅ケアというか、重症者の在宅ケア、かなり重い人のケアに対するシステムのほうが、むしろ深刻な問題を含んでいる。

そのなかで看護のマンパワーが、これはウーマンパワーかもしれないが、ウーマンパワーという誤解があるので、パーソンパワーといったほうがいいのかかもしれないけれど、その看護体制というものを、いままでつくってこれなかった。

おっしゃるように、医師が業務内序列で、自分の業務を守るというか、縄張りを固くしているという側面もあったかと思うが、私はだんだんその考え方は、変化しつつあるのではないかと考えている。本当に開業という形で、しかも在宅ケアをやっていこうと思ったら、自分のところで、そんな優秀な看護婦さんを雇いきれないかも知れないから、当然地域にそういう人達を育成していくということが、必要になってくるのではないかと思います。

司会 では大本先生お願いします。

大本 社会的入院の問題ですが、老人が病院に入院するということは、8割方ハンディキャップを負って退院してくるというふうにみたほうが間違いないと思う。そのときハンディキャップをもった人が、帰ってきたときの生活条件、日本の住宅における条件というのはあるのかということを、考えてみる必要がある。

たしかに介護の手がない。女性が社会的に進出していくなかで、家族に介護機能が低下している

こともあるが、物理的な条件というのが必要だと思う。その上に立って、諸サービス、あるいはシステムがつくられるのだと思う。

その物理的条件の1つは、住宅が非常に大きな問題だろうと思う。社会的入院に関する調査をやったことがあるが、小学校の高学年になるような子供達がいる家では、3ヵ月も入院してしまうと、老人の部屋が子供達の部屋になってしまい、受け入れる条件がなくなってしまう。そういう住宅問題の実態というのがある。その問題をどう解決していくかというのが、日本の大きな課題なのではないか。

リハビリの機器の入る条件も、そこらへんが非常にネックになってきているのではないか。

かなり居住空間が広い場合には、いかようにも工夫のしようが、空間のないことによるやりよしのなさというのがある。そういう問題が非常に大きなネックになってきている。常日ごろ住宅問題にかかわっているもので、そういう問題を強く感じている。

それから、ネットワーク化する場合、どのレベルでやっていくかですが、大きな国の政策レベルで、どうするかという課題もあるが、やはり実践的な場、担い手というのは、自治体だろうという感じがする。その自治体でどうネットワークできるか、まず既存の制度をつなぐには、上からつくってやっても官僚的になりやすく、なかなかつながらないだろうという感じがする。

すでに、日本でもいろんな地域で試みられているが、自治体のなかで住民参加を入れた地域の基本計画のなかで、いまある社会的資源で、まずやってみる。不十分な問題点は、次のステップにつなげる。いきなり望ましいレベルということは、なかなかいきにくいのではないか。

そういうことで、どのレベルかといった場合には、計画のレベル、それを実施していくレベルは、基本的には自治体のレベルでないとできないだろうという感じがする。

自治体のレベルでも、最終的には専門職の人とのネットワークになってくると思う。実際の実践部隊というのは人である。キーになるのは、

主として保健医療の領域の医者と保健婦だろうと思う。

また、生活援助をしていく領域は、自治体の福祉課のなかで、どう地域にある資源を統合できるかということではないかと考える。それを医療と福祉のレベルのところをつなげていくということでない、なかなかできないのではないかと。

それから、田端先生からご指摘の、健康を実現するということではないのではないかとということですが、ちょっと誤解があったと思うのですが、健康ということは、何も青壮年期の健康を問題にしているわけではないので、子供は子供の健康、青年期、壮年期の健康、および老年期、生活能力、体力が衰えたときの健康、ハンディキャップをもったときの健康というのがある。そういう点で、健康だけではないけれど、生活能力というか、それをどう回復していけるか、そのためにどう援助できるかということ、死ぬまでそれは放棄すべきではないのではないかと感じるし、それが人間の尊厳を維持することなのだろうと思う。

また、自立のための福祉機器の、国レベルでの無料貸与のシステムをどうつくるか、それを具体的に現実化する方法はどうかというご指摘があったのですが、去年（1988年）の9月に世界の福祉機器展示会をみに行きました。実際にみて、いい機器を購入したいと思い、外国のものを交渉したところ驚くべきことがわかった。

まず、ヨーロッパの機器というのは、機能がとてもいい。いいだけではなくて、非常に安い。同じ機能をもったものが、日本の半額以下で買える。ベッドはいいものだとして100万円しますが、それが半額の50万円以下です。円高ということもあるけれど、多くのものが半額以下とっていい。

日本は自動車とか、テレビとか、ビデオとか、そういう産業のものが非常に性能が良くて安い。それで先進国との間に経済摩擦が起こっているわけだが、それでは日本のあらゆる機械の性能がよくて安いのか、ヨーロッパのものがすべて性能が劣り高いのかということ、そうではないのではないかと。

福祉機器については、ヨーロッパのもののほうが、同じような性能のものでも絶対的に価格が安い。私がかかわっている病院のP.T.と相談の上やったのですが、先生も驚かれるくらい安い。そういうことで、ヨーロッパの商品がすべて高いわけではなく、本当に生活に必要なものについては、非常に安いということがわかった。

そして、いま日本の工場の生産工程をみると、多品種少生産という、そういうシステムが、自動車、テレビ、ビデオにおいてもできている。だからベルトコンベアの上に出てくるものは、全部機種が違っている。画一なものではない。そういう技術システムが既に日本で開発されている。

ですから、福祉機器、リハビリ機器についても、多品種で、安く、いいものをつくれる技術力はあると思う。ところがその思想なり、システムが、使用する人本位にできていないから、需要もまとめられず非常に高いものになっているということだと思う。

私はベッドがあまり高いので、メーカーにどうしてこんなに高いのかと聞いたら、需要がつかめない、それで安くできないのだというのが、その答えでした。アメリカですら、ベッドは電動が9割病院に入っている。そうすると価格は非常に安くなる。

だから、多品種少生産の技術はあるのだから、問題は需要をどうまとめるかということになる。それと技術開発ということですが、これは個人のレベルでは無理だろうと思うので、国レベルで技術開発の援助をして、技術競争のもとに製品をつくってもらおう。そして必要とする人達は沢山いるわけですから、最初から無料でなくても、かなり安い補助でやっていけるのではないかと。そうやってだんだんレベルを上げていくということができるのではないかと。

なお、無料ということはいいましたが、思想としてハンディキャップをもった人が自立するための補助機器は、無料であることが原則だと思う。自立する条件があればハンディキャップではないはずですから。しかし、いきなりそこまで飛躍できないので、幾つかのステップが必要です。その

ステップをどうつくっていくかということですが、そのステップすら日本にはできていないのではないかな。だからいきなり国立の、無料のということは、無理だろうと思う。

なお、機器だけあっても使いようがない。使う人のニーズがそれぞれ全部違うので、それを修理しないと使えない。そこでその修理をする人が必要である。それから家のなか、あるいは病院、施設のなかでも、機器の使用法の指導が必要で、そのためのシステムをつくる必要がある。以上それらは、これからの課題なのだろうと思う。そういうシステムをつくっていけば、それを発展させる条件、技術的な条件というのは、日本にはあるだろうと思っている。

司会 一応これでリポーターのほうからの話は終わりました。コメントをされた方、何か付け加えることがありますか。

なければ、皆さんのほうにマイクを返しますから、何かご発言があったらお願いしたい。

伊藤 (東京ソーシャルワーカー協会) 医療と福祉の連携というのは、私も数年前から課題にしているので、関心があるのだが、きょう岡本先生のお話で、松原市ということをお聞きしました。松原市はなかなか有名なところと聞いておりますけれど、おたくのところで、たとえば病院と純粋の在宅との中間にある、デイケアとか、ショートステイとか、作業所とか、そういう形の施設が、何ベッドぐらい用意すれば、先生の理想とするような地域福祉ができるとお考えですか。

今度の問題の方向づけはできているけれど、そのポイントは、そういう中間施設というか、中間機能施設が、充実する必要があるというのが、基本的に私の考え方にあるので、そのへんをうかがいたい。

岡本 松原市というのは人口が13万ある。デイケアサービスというのは、中間機能というのかどうか、私は在宅ケアの一部だと思っている。そして松原市では大型の特養がデイサービスをやっている。それは何ベッドという規模ではなく、送迎車を3台ほどもって、1日に10人とか、20人とかという規模でやっていると思う。

そのデイサービスをもちろんやらなければいけないが、現在のところ、松原市を例にとると、在宅ケアを展開するには、あまりにも住宅の事情が悪すぎる。私の病院でも、退院していく方の場合にはだいたい、身体障害者福祉法で、1級か2級の認定を取って、ギャッジベッドと車椅子を貸与してもらおうけれど、車椅子を使えるような家にはほとんど住んでいない。大型のギャッジベッドを入れると、もういっぱいになってしまう。

だから、私達は15年間在宅サービスというものをやってきているけれど、胸中にかかなり忸怩たるものがありながらやっているというのが現状で、家に帰ってもらって本当に良かったといえるのは、現状では、まあ20~30%でしょう。われわれも病院の事情があって苦しいのだけれど、お家の人も頑張っていて欲しいという、そういう美しい関係で、何とかやっている。だから理想的レベルなどというのを、現在の私達としては、お話しする心境はない、実際のところ。

よくいわれている「松原の老人ケア」も、松原市は何にもやっていない。社協がホームヘルパーを、人口1万人当たり1人、人口13万に対して、12人ぐらい用意していて、あとは保健所と、私どもの病院と、特養の、郡司さんのおっしゃったボランティアで、むしろインフォーマルな努力で支えているというのが現状である。

ここで追加したいのだが、いわゆる劣悪老人病院というところの看護婦さんなどが、どういう条件で働いているかということである。日本の病院の看護労働というのは、ものすごく過密であって、どこの病院でも、新規採用の看護婦さんの年齢制限は35歳ということになっている。35歳以上は採らない。ずーっとおる人は仕方がないけれど。これははっきりいって体力の問題からである。夜勤が35歳を超えるとだんだんしんどくなる。だから35歳以上は新規採用で採らない。採らないというより採れない。夜勤が多くて、2人で50人をみるとかということをやっているのだから。

ある老人病院などは、3交替でなく、2交替でやっている。夕方の5時から、翌朝の9時、10時までぶっ通しの勤務をやっている。そこで働く看

護婦さんに「何でそんな条件で働いているのか」と聞くと、「お礼奉公です」といってる。そういう看護労働というか、想像を絶するようなレベルの過重な労働によって、日本の寝たきり老人の介護とか、看護というのは支えられている。それが実状だということを、ちょっと申し上げておきたい。

大本 日ごろ住宅のことを研究テーマにやっていますが、日本の住宅の現状は、私が申すまでもなく、大変な問題をもっている。これは社会福祉と住宅政策が連携してこなかったという社会保障の方法論上の問題があると思う。というのは、いま建てられている公共住宅も、車椅子が使えないようなものが建設されている。

現在、戦後建てたものの建て替えの時期であり多く建て替えられている。その建物はとてもきれいな、みていて楽しい家が、沢山建てられているが、中身は非常に段差が多くて、間口の幅が狭い、廊下の幅も狭い。そういう家では車椅子は使えない。

日本の古い家屋は格好が悪い。土間は広くて、廊下は広くてと。しかしそういう古い家のほうが、改造が可能で、車椅子が十分使える。ところが公団サイズのものとか、最近のきれいな家は、ハンディキャップをもったとき住めない。

いきなり住宅を広くするとか、いきなり条件の揃ったものをつくるというのは難しいけれど、これから建てる公共住宅にしる、民間の住宅にしる、車椅子が入れるような条件をもっていないと、つまり建築基準等で車椅子の使えない家は建てさせないということをしていかないと、住宅によるネックで、かなり社会保障がソーシャルコストとして支出されるという問題が出てくるだろうと思う。

そういう点でも、社会保障の効率性という問題で、他の領域との連携ということをやっていないと、無駄が多くなる。そういうことで物質的な条件を揃えれば、かなりとはいかなくとも、在宅でも少しは楽に生活ができるという場合が多いと思う。

そういう点では、ヨーロッパの住宅がかなり広くつくられているということは、在宅ケアをやる場合やりやすい。日本の場合は、そういうことか

らやり直していかなければいけない。それは戦後の住宅政策、それを誰がつくったかということになるけれど、そこらへんにもかかわってくるのではないか。したがってこれからが発発ではないかというふうに感じている。

田端 私自身受け皿のほうにいる在宅のことをやっていて、在宅が絶対にいいとだけは思っていない。いまいわれたように住宅は駄目だし、また在宅の条件がないのに、在宅と思っているわけではない。そういう意味で、ちょっと落としたので、付け加えさせていただきたい。

通常在宅ケアの問題がいわれるときに、家庭の介護力が低下したということが、よくいわれるが、それと同時に、在宅での介護に求められている介護の質が変わったということ、受け止めていかないと、医療と福祉の連携を、在宅福祉側から要望する問題が、明らかになってこないと思う。

従来であれば在宅でなくて、当然入院しているような状態での、たとえば難病の方とか、あるいはある程度回復した方が、在宅に現実的にさせられているところから、福祉サービスだけではどうにもならないという問題が出され、切実に保健、医療サービスとの連携を考えざるを得ないということであって、現状のままで在宅にすることが望ましいと、思うわけではない。介護力の低下ということだけではなくて、在宅ケアに求められている介護の質が変わってきたというところが、医療と福祉の連携を考えていくところのポイントだろうということ、を、ちょっと加えさせていただきたい。

星野（群馬大学） 地方に住んでいて特に感ずるのは、先ほどコメントをいただいた大谷さんのおっしゃるように、統合、連携の議論の場合に、資源はどうなっているか、何が不足しているかということと関連するのだが、やはり地方のほうからみると、医療と福祉の問題を考える場合に、どうも東京都を中心とした、都市型の問題が、議論の中心になっている。

地方といっても、県レベル、あるいは市レベル、町村レベルとあって、昨年私はある過疎化した村を調査しましたが、そういう村では、診療所に常駐しているお医者さんがいない。そして週に何回

か来る。だから実質的には保健婦さんが医療活動に従事している。そして寝たきり老人は、昔ながらの相互扶助で、親戚の人、近所の人が見る、また役場の人が見たりして、そういうことでやっている。

そういう現場をみて、これからの医療と福祉を考えていただく場合にやはり、多様に、中央、地方、といっても県、市、町村での、そういう問題

を、視野のなかにひとつ入れていただきたいなと思うわけです。

司会 もう少し議論をしていただきたいのですが、ちょっと時間の都合で、この会場をあけなければならないので、これで打ち上げにしたいと思います。

どうもきょうはありがとうございました。