

大阪府における高齢者福祉の現状と展望

家 常 恵

(大阪府立砂川厚生福祉センター所長)

はじめに

大阪の隣奈良県に「ぼっくりさん」という愛称で親しまれ、とても賑わっている寺がある。その寺に詣ると年老いた際に中風（脳卒中）などで寝込んで家族に迷惑をかけることなく、その名のとおり「ぼっくり死ぬことができる」と言われている。

死の直前まで元気できて、誰にも迷惑をかけることなく人生を全うしたいという願いは誰にでも共通するものである。しかし現実には、もっと厳しい様相を示しつつあり、老いにまつわる不安の中でも「介護をめぐる不安」が高齢者にとっても、家族にとっても非常に切実な問題としてクローズアップされてきている。

そこで、高齢者をめぐる家族を視野にいれながら大阪府における高齢者福祉の現状と展望について考えてみたい。

一 高齢社会の進行と要介護老人の増加

(1) 大阪府における高齢化の進行

総人口に占める六五歳以上人口の割合である高齢化率の推移を見てみると、大阪府では一九九〇年の国勢調査時点では九・三％であり、全国平均の一・三％に比べると比較的若い地域であると言えるが、今後の推計では急速に高齢化が進み二〇から二五年後には全国平均に並び、四人に一人が高齢者という時代に入ることとなる。これは、高度経済成長時代に、府に流入した若者たち（団塊の世代）が高齢期を迎えることになるためであり、大阪の地域的特徴である。

また、高齢者の中でも後期高齢者と呼ばれる七五歳以上人口の割合は一九九〇年では三九・七％であったが、二〇二〇年には四八・四％、二〇二五年には五七・二％となることが予測されている（大阪府長寿社会プロジェクトチーム推計）。後期高齢期に入ると成人病の有病率やその後遺症としての身体障害、痴呆の発生率等が急激に高くなること、老衰による虚弱傾向などを考慮すると介護が必要となる高齢者の大幅な増加が見込まれることとなる。

一方、出生率の低下は著しく、特殊出生率（概念上一人の女性が生涯に産む子供の数）は平成三年には一・五三にまで下がっている。そして人口に占める年少人口はますます減少し、高齢化率

を押し上げる要因となっている（厚生省「人口動態統計」）。

欧米先進国の高齢化の進行とわが国の状況を比較すると欧米先進国では五〇年から一〇〇年かかって起こった変化が日本では二五年間で達してしまうことになり、二〇二〇年には、群を抜いて人類が経験しない事態を迎えることになると予測されている。

(2) 家族構造の変化

核家族化の進行は年を追ってその速度を増しつつあり、高齢者のいる世帯における三世代世帯の比率は、昭和五〇年の五四・四％から平成三年には三八・五％と変化しており、単独世帯、夫婦のみ世帯の増加が著しい。そして一人暮らし老人の高齢者人口に占める割合は昭和四八年は六・八％であったものが平成三年には一一・六％となっている（国民生活基礎調査）。

大阪府の一人暮らし老人の割合は、平成二年の国勢調査時点で一五・八％であり、とくに大阪市は二〇・五％と全国平均を大きく上回っている。

また、女性の社会進出が進み成年女性の年齢別就労状況は、学齢期、子供の養育期と高齢期を除くと平成三年はおしなべて六〇％を超え、女性の就労は社会的にも女性個人にとっても重要な位置を占めるにいたっている（経済庁調査）。特に子育てが落ち着いた三〇代後半から五五歳までの女性の就労が多く、親世代の介護者年齢と重なるため、介護と経済的条件、介護者の社会生活の問題が深刻である。

(3) 家庭の介護機能の低下と地域社会の変化

高齢化の進行は必然的に、介護を受けながら長寿を全うする人々の層が厚くなり、また長期化することを意味するが、一方介護をする側についても前述のような社会的変化が現われており、

①一人暮らし老人や老夫婦世帯の増加は、家族内に介護者がいない、又は高齢で安定した介護力を期待できない世帯の増加を意味する。

②子や子の配偶者に介護を期待する場合も、「就労のため充分な介護ができない」、「介護者への過重な負担のため家庭崩壊の危機が起こりうる状況にある」等深刻な問題を多くの家族が抱えている。

また、核家族化の進行に伴い、生活意識が家中心から夫婦中心に変わることにより起こってきた、扶養に対する意識の変化も無視できない。

③そして、昨年大阪府下で起きた生活苦による老夫婦の心中事件や夫を介護する老妻の衰弱死事件は、近隣や民生委員にも予見できず、充分ではないにしろ種々あるサービスの利用に及ばなかった点で関係機関に大きなショックをもたらすものであったように、老夫婦（特に後期高齢期の老夫婦）の孤立化や閉じこもり傾向と地域の相互交流機能の低下は重要な課題をはらんでいる。

二 これからの高齢者保健福祉施策の方向

高齢化の進行に対応する保健福祉施策のキーワードは「いつでも、誰でも、必要に応じて利用できるサービス」である。

従来、日本の福祉施策は、救貧政策的傾向が強く対象者を限定するものであったことから一般的には縁遠い「内容」「イメージ」であったが、高齢化が進み、介護に関するニーズが経済状況に関わりなく一般的になってくるに従い福祉の概念や内容の転換が必要となり、普遍的な福祉サービスの構築が求められてきている。すなわち、

① 給付的福祉から社会サービスとしての転換であり、サービスの提供者と受け手の対等な関係、且つ利用者にとっての効果性と利便性を重視した利用するサービスであること。

具体的には、

○ 対象者を限定しないこと、

○ 必要に応じた利用回数や利用時間が提供されること

○ 利用時間帯が生活に準じたものとなっていること

特に、土曜日や休日の利用についても配慮されていること

○ 利用手続が簡単であること。

等が重要である。

② 在宅生活への支援重視

一九八二年に国連で確認された「ノーマライゼーション」の理

念は、障害者を主体としてとらえ、自主性を持った普通の市民として生活することを尊重するものである。

高齢になり、何らかの介護が必要になっても個人の尊厳を守り、生活の質を落とすことなく以前と変わらない生活を続けられることこそ、ノーマライゼーションを実現することであり、そのための在宅生活の支援が重視されなければならない。誰もが老い、障害を持って生きる可能性が大きいことを確認するに従い、在宅サービスの重要性がますます求められている。

③ ニーズの多様化への対応

介護に関するニーズは保健、医療、福祉にわたる（文化的ニーズも含まれるようにも思う）非常に幅広いものである。

そして対象者の身体的、精神的状況や家族の介護力などの社会的条件、生活様式や生活に対する考え方により、その必要とする種類や量は個人によって多様であり、個別的に対応されるべきものである。

また、時間的経過により対象者自身の状況も家族をめぐる社会的状況も変化するものであるため、ニーズについても常に可変的なものである。

よって、

○ サービスは利用者によって選択できる多様なものであること。

○ 生活の連続性に基づくものであり、時間的連続とともにサービス相互の連続性が求められる。そして、それぞれのサービスが有効に機能する為にもケースマネジメントとサービスの総合的提

供がなされること。

○また、サービスは予防的観点、重度化防止の観点をもって準備され組み込まれること。すなわち予防、治療、リハビリ、ケアの全ての側面を支援するため保健・福祉・医療の連携のとれた展開がなされること

が重要である。

④家族の介護負担の軽減

従来日本では親族が寝たきりになると子供特にその嫁に介護が任されることがあたりまえとされてきた。今もその意識は一部根深く残っており、福祉サービスの利用についての抵抗感としてニーズが表面化しにくい傾向として表われている。また、サービス提供側としても家族の介護を当然とし、家族介護を第一義としてきた経緯もあることは否めない。

しかしながら、介護期間の長期化や介護者への過重な負担は家族の危機的状況を作り出してきており、家族自身の生活を守ることと介護との間での葛藤が社会問題化している。

住み慣れた地域で家族や友人とともに人生を全うしたいという願いや、できれば家で介護したいという自然な気持ちを現実のものとし、家族関係を保ち続けるためには、介護者の負担軽減と介護者自身の生活の尊重が保障されることが必要である。

社会的な介護の一時的代替や補完、技術的援助等による協力的体制づくりと共に介護者に全ての責任を負わせない配慮と理解が必要である。

以上のように普遍的なニーズに対応するためには、多様なサービスを質的量的に準備することが緊急の行政的課題となっている。

三 ゴールドプランと福祉関係8法の改正

国は、本格的な高齢化社会の到来が予測される二一世紀を目前に、公共サービスの基盤整備の推進を図ることとし、平成一一年度までに実現するべき目標を大蔵省、自治省、厚生省の合意のもとに示した。高齢者保健福祉推進一〇か年戦略（ゴールドプラン）である。ゴールドプランは、

①市町村における在宅福祉対策の緊急整備

②寝たきりゼロ作戦の展開

③在宅福祉等充実のための「長寿社会福祉基金」の設立。

④施設の緊急整備

⑤高齢者の生きがい対策の推進

⑥長寿科学研究推進一〇か年事業

という六つの柱で成り立っており、目標が具体的に数字で示されている。

さらに、平成二年六月の通常国会において福祉関連8法の改正を行い、ゴールドプラン実現のための足固めを行った。主な改正点は、

①在宅サービス（ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイ、介護支援センター）を法文上明確に位置付け、実施主体を市

町村としてその積極的努力規定を設けると共に、国及び都道府県の補助規定を法定化した。

②施設への入所措置権を都道府県から町村に移譲し、在宅、施設サービスの提供事務を市町村に一元化することとなった。費用負担については国 $\frac{1}{2}$ 、都道府県 $\frac{1}{4}$ 、市町村 $\frac{1}{4}$ とした（市については現行どおり国 $\frac{1}{2}$ 、市 $\frac{1}{2}$ ）。

③市町村及び都道府県はそれぞれ在宅、施設サービスの目標量を具体的数値で明記する「老人保健福祉計画」を策定することを義務化した。

ことである。

そして今日本中の地方自治体において、老人保健福祉計画の策定作業と施設及び在宅サービスの整備が進められている。

四 大阪府における高齢者保健福祉対策

(1) サービスの基盤整備と量の整備

老人保健福祉計画策定を前に大阪府では、「老人保健福祉計画策定に関する基本的考え方」をまとめ、その中で平成一一年度を目度とした主要事業の目標水準を示した。

考え方の基礎となる大阪府下（大阪市を除く。以下同じ）の推計人口は表1に示される。

サービスの目標値や水準の設定については、保健福祉サービス

表1 大阪府の推計人口（大阪市を除く）

	平成2年（国勢調査：平成2年10月1日現在）	平成11年（厚生省人口推計手法）
総人口	6,110千人	6,373千人
65歳以上 （割合）	538千人 （8.8%）	838千人 （13.1%）
75歳以上 （割合）	214千人 （3.5%）	296千人 （4.6%）
要介護老人推計	32千人	50千人
虚弱老人推計	34千人	53千人

平成2年国勢調査及び平成3年に府が実施した「在宅サービス推進方策調査研究」「老人保健福祉府民意識調査」を基に推計。

表2 類型別在宅サービスの目標水準

要援護老人の状態	寝たきり老人		痴呆性老人		虚弱老人	
家庭介護力の状況	I	II	I	II	I	II
ホームヘルパー	週6回	週3回	週2回	週2回	週2回	週1回
デイサービス	週2回	週2回	週6回	週2回	週2回	週1回
ショートステイ	年6回	年6回	年6回	年6回	年2回	年2回
機能訓練	週2回		—		週2回	
訪問指導	年12回		—		年6回	
訪問口腔指導又は訪問栄養指導	年1回		—		年1回	
痴呆性老人訪問指導	—		年3回		—	
老人訪問看護	週2回		—		週1回	

(注) 家庭介護力の状況については、「介護者が就業又は病弱若しくはない」場合を「I」とし、「介護者がおり、就業でも病弱でもない」場合を「II」として分類した。

表3 目標量

(大阪市を除く)

	大阪府の目標値(基本的考え方)
ホームヘルパー	4,300人
ショートステイ	2,100床
デイサービスセンター	410か所
在宅介護支援センター	330か所
特別養護老人ホーム	10,900床
老人保健施設 ()内は大阪市を含む	8,400床 (—)
ケアハウス	4,200人
在宅サービス供給ステーション	70か所
訪問看護ステーション	220か所

を総合的に提供する観点から、老人の心身の状態と家庭の介護力及び必要度を勘案し、「在宅サービス推進方策調査研究」「老人保健福祉府民意識調査」を基に積算した。その水準と目標値は表2、3に示すとおりである。

平成5年度中には、府下市町村は府の示した水準や考え方を参考に地域の実状に応じた計画を策定し、その集約をもとに広域的

観点から府の計画を策定する。

①特別養護老人ホームや老人保健施設等入所型施設の現状と緊急整備

大阪府は特別養護老人ホームの整備については、昭和五十一年実施の第一次五か年計画から現在実施中の第四次五か年計画まで大阪府社会福祉審議会の提言をもとに実施してきた。平成五年五月現在の整備数は、八一施設五六六床である。

また、老人保健施設は昭和六一年より整備が始まり、平成五年三月末現在一四施設一〇八五床（大阪市内を含む）となっている。しかしながら、家族構造の変化などによる一人暮らし老人の増加や家庭の介護機能の低下に伴い施設入所についてのニーズは年々増加しており、平成五年三月末現在の特別養護老人ホームの入所待機者数は一五〇二人となっており、今後のニーズ増の予測を含め、入所ベッド数の確保が急がれている。また、特別養護老人ホームや老人保健施設は、デイサービスやショートステイ、ホームヘルパーの派遣など在宅サービスの供給拠点としても重要な役割を持つことからその整備は緊急の課題となっている。

さらに、都市化が進行している大阪府においては土地確保が難しく、建築費の高騰などにより施設整備が進みにくい条件下にあることから、府は平成三年九月府単独の「民間社会福祉施設整備促進助成制度（実勢単価に並ぶ補助基準額を設定し、国基準との差額の $\frac{1}{2}$ を助成）」を発足させ、また老人保健施設についても平成三年九月「整備補助制度（国庫補助金と同額加算補助）」や平

表 4

		62	63	元	2	3	4
ホームヘルパー	派遣人数	474	472	509	552	701	1,042
	派遣世帯数	1,673	1,683	1,869	2,244	2,652	3,806
デイサービス	施設数	15	17	20	25	33	47
	利用延人数	19,619	64,076	77,108	98,260	143,503	185,909
ショートステイ	実施施設数	58	63	64	69	73	73
	利用人員	1,719	2,155	3,647	5,992	8,689	11,696
	利用延日数	18,823	23,487	37,653	64,325	86,422	105,093

成五年当初予算において「利子補完成度」を創設するなど、設置者の負担軽減を行って、積極的な整備促進を図っている。

②在宅福祉サービスの現状と緊急整備

在宅三本柱のホームヘルパー派遣事業、デイサービス事業、ショートステイ事業について府下の経緯は表4に示される。

ホームヘルパー派遣事業は、昭和三十七年に開始された歴史ある制度である。また昭和五十七年の一般世帯への派遣拡大以来その促進を図ってきたにもかかわらず、ヘルパー数、派遣世帯数共になかなか進展が見られなかった。そして平成三年度の全国保健福祉マップでは、大阪府の派遣時間数は全国五〇位という状況であった。

福祉に対する偏見や「他人に家に入ってもらいたくない」という抵抗感も一因ではあるが、従来一人暮らし老人への派遣が中心であったことやサービス提供が限定的で、内容及び派遣回数や派遣時間帯等について、ニーズに対応していないために間尺にあらう家庭が少ないこと、ヘルパーの増員については市町村の職員定数枠や超過負担の問題があることが要因となっていると分析された。

それらの打開のために、○介護型派遣の促進、○特別養護老人ホームや第三セクターへの委託による派遣主体の多元化、○派遣形態の柔軟化等を進めると共に、思い切った市町村の取り組みを支援するために平成四、五年の二か年事業として「ホームヘルパー派遣促進緊急対策事業（平成三年度の派遣時間数を二か年で二倍にすることを条件に、市町村の超過負担に対し、四、五年に拡

大した国基準における市町村負担分と同額の助成を行う）」を実施している。

途中経過ではあるが、平成四年度末には派遣時間数は平成三年度の一・四倍となり、ホームヘルパー設置数は一〇四二人（老人分）、約一・五倍となった。特に、新たな派遣主体を第三セクターや社会福祉協議会に創設し、多様な雇用形態のヘルパーを大幅に確保した高槻市や東大阪市、常勤ヘルパーを大幅に増員した吹田市等の伸びが目立った。

派遣内容についても、派遣世帯の拡大や介護型派遣の増、従来一般的であった週二回（一回二時間）に縛られない柔軟な派遣が進むこととなった。

今後とも在宅での介護を支え、多様なニーズに応えられるよう平成四、五年のホームヘルパー派遣促進事業の基盤整備の上に、老人保健福祉計画に基づき質、量共に大幅な拡充を引き続き行っていく。

デイサービスとショートステイ事業については、施設の整備とも相まって利用は飛躍的に増大している。特に、ショートステイについては、社会的理由と私的理由との間の利用料の格差が取り払われた平成元年度以降の伸びは目を見張るものがある。そして特に痴呆性老人の利用の伸びが著しい。

デイサービスとショートステイは、利用目的は異なるが、共通する効果がみられ、

○家庭から一時的に離れて介護サービスを受けることから、介護

者の負担軽減に大きな効果をおよぼすこと

○風呂場が狭い、人手がないといった物理的要因や技術的要因のため、家庭では充分に手がとどかない介護を受けられる。

○閉じこもりがちな部屋やベッドから出て、社会的な場に参加し、他人との接触や日常とは違う生活メニューを体験することから、意欲や行動が活性化すること。

等があげられる。

大阪府では、利用促進を図るために、両サービス共に痴呆性老人加算を実施し、またショートステイについては、送迎が制度化されていない二〇床未満の施設の利用者への送迎サービスを行っている。

デイサービスセンターは、平成五年三月末現在、府下に四七か所設置されているが、まだ未設置の市町村もあり、また利用回数も週一回から一〇日に一回が精一杯の状況である。府としては、早急に全ての市町村にデイサービスセンターを設置するとともに、量的には、少なくとも週二回、必要であれば毎日の利用もできるだけの施設数を整備し、また重介護対応のA、B型から軽介護型のC型及び毎日通所ができる痴呆性老人専用型のE型まで多様なセンターを地域性に応じて配置することを積極的に進めている。(ショートステイ専用床の整備とともに「民間施設整備促進助成事業」を適用)

(2) 身近な相談窓口と必要なサービスを総合的に提供する体制の整備

① 在宅サービス供給ステーション

高齢者や家族が安心して介護を続けるためには
○困ったときには、いつでも気軽に、信頼を持って相談できるところがあること。

○様々なサービスやその内容について知らされており、常に目に触れる所にあること。

○様々な側面から、「連続した生活」を見守られ、援助が必要になればすぐに受けられること。
が重要である。

そのため、「総合的な在宅サービスの拠点」作りとして、平成二年から在宅介護支援センター、ホームヘルパー派遣、デイサービス(デイケア)、ショートステイを実施する特別養護老人ホームや老人保健施設を在宅サービス供給ステーションとして位置付けた。

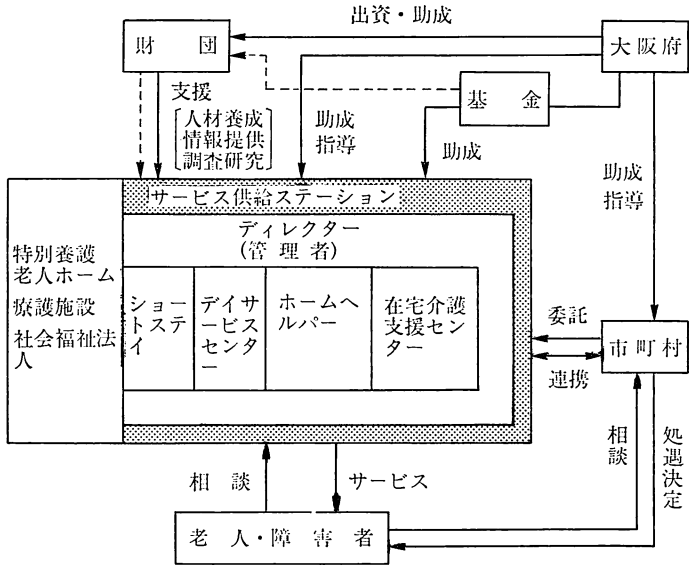
在宅サービス供給ステーションの機能としては、

① 土日休日を含め、二四時間の介護相談

② 介護に関する専門機関として、ケースマネージメントの実施と総合的なサービスの提供及びサービスについて市町村への申請代行

③ サービスの提供を通じての見守り

図 1



④地域に出かける専門機関として、地域の介護サービスについてのリーダーシップの発揮等である。

さらに、対象者別のサービスの縦割りを廃し、共通するノウハウ

ウについては高齢者のみならず、若い障害者に対してもサービスを提供することとした。

そしてそれぞれの機能を円滑に進めるために、サービスマネージャーとしてのディレクターを設置し助成している。

平成五年三月末現在、府下には二カ所の在宅サービス供給ステーションが設置されており、平成五年度中には三カ所となる見込である。今後は人口一〇万人程度に一カ所設置し、地域の介護サービスの中核として多くのデイサービスセンターや介護支援センター、ホームヘルパーとのネットワークによるケアシステムの構築を進めることとしている。

(3) 保健・福祉・医療の連携と保健サービスの充実

高齢者の地域ケアシステムの構築にとって医療機関や保健機関の果たす役割は大きい。

○入院治療から在宅療養・生活にスムーズに移ることができるように支援すること

○在宅療養者に対する訪問による診療・看護・リハビリ等の充実

○保健、福祉、医療サービスにわたるケースマネージメント

○緊急事態への対応

などが考えられる。

①脳卒中地域ケア推進モデル事業

退院後の速やかで適切なサービス提供により、寝たきり・寝かせきりを予防し、生活の質の向上を図るため、「生活の場におけ

るリハビリテーション」の支援を行うものであり、脳卒中を発症した場合に、医療機関から患者及び家族の承諾のもとその管轄の保健所を通じて患者の情報が提供され、市町村がその情報をもとに各種の保健福祉サービスを提供する。府は、理学療法士、作業療法士、看護婦の訪問サービスについて助成している。

平成四年度は九市域で実施し、平成五年度は一一市域で実施する予定である。

現在モデル事業としての実施であり、府下全域で実施するための準備作業を進めているところである。病院の利用は広域的に行われるため、事業が府下の展開されてこそ効果的なシステムとなることと思われる。また、システムが有効に機能するためには、各サービスの量的整備が不可欠であり、関係各機関の日常的連携が重要である。

②老人訪問看護制度と訪問看護ステーション

老人保健法による訪問看護事業を行う訪問看護ステーションは、大阪府下において平成五年三月末で八カ所設置（大阪市を含む）されている。まだ設置箇所数が少なく一般的な展開とはなっていないが、今後の在宅ケアを支える重要な柱となるものであることから、ホームヘルパー等との組合せで活用できるよう身近なところにもっと多く設置されることが望まれる。設置促進のために、大阪府福祉基金から設置に際して備品費の助成を行っているが、マンパワーの問題や、需給調整など経営上の問題、医療機関や福祉機関とのネットワークづくりなど課題も多い。

③保健福祉推進室の役割

大阪府では、昭和六三年度から全ての保健所に、保健福祉推進室を設置し、管内の市町村や社会福祉協議会、医師会などと協力して地域ケアシステムの構築をめざし、様々な取り組みを行っている。

市町村の責任において実施される在宅福祉サービスとボランティアなどの地域福祉活動、医療サービス、市町村と保健所で二元化している保健サービス等々は責任主体や実施主体が多様であり、それぞれのかかえる条件や問題意識も異なる。様々な地域特性がある中、そのような多様な機関の間で、情報の共有や協力関係、共同での事業実施などがスムーズに行われるには、充分な目的性や機関自身のニーズの高まり（よりよい処遇のために協力者を求める）と関係者のたゆまない努力による実態的積み上げが必要である。

府の保健福祉推進室は、設置後五年を経過する中でその土壌作りを進め、脳卒中地域ケア推進モデル事業の推進や、一人暮らし老人支援の共同事業、寝たきり老人や痴呆性老人を抱える家族の支援事業を関係機関と共に進めてきた。

今後、各機関でのサービスの充実が図られるなか、保健・医療と福祉をつなぐ役割はますます重要となるため、社会的条件の未成熟など困難な状況も多いが積極的な活動をすすめていく。

(4) 福祉のまちづくりと住宅改造支援

高齢者や障害者が生活しやすいように、生活空間が整備されるよう、大阪府では平成四年九月「福祉のまちづくり条例」を制定し、住宅改造成モデル事業を実施した。

①福祉のまちづくり条例は、大勢の人が利用する建物、道路、公園等について、新設、既設を問わず、高齢者や障害者が利用しやすいようスロープや手すり、エレベーター、視覚障害者誘導ブロックの設置など、整備基準を定めたものである。

そして、駅舎へのエレベーターの整備について助成を行っている。

②高齢者・重度身体障害者住宅改造成モデル事業

住宅改造が必要な一人暮らし老人や老夫婦世帯、身体障害者世帯に対し、五〇万円を限度額とした改造費用に助成するものであり、実施主体は市町村。平成五年度は二〇市町村で二〇〇件モデル実施する。そして本格的実施に向けて、課題整理や推進方策の検討を行うと共に、事業を進めていくための指針となる「住宅改造マニュアル」の作成作業を進めている。

五 まとめにかえて

大阪府は、以上のように在宅福祉と施設福祉を連続するものとして総合的に拡充する方針であるが、これら高齢者施策の充実にについては、財政基盤が重要であり、医療費の問題と共に市町村の財政負担とサービスの地域間格差についての問題が表面化してく

ると思われる。国、都道府県、市町村の役割分担と財政的分担についての議論が求められている。

また、公的責任の範囲と利用者負担のあり方について、特に医療制度と福祉制度のちがいによる複雑さを乗り越え、保健・医療・福祉の総合的サービス利用についての利内者負担総額と各サービス間格差についての検討が必要であると考ええる。

高齢者の問題と家族について、介護支援を中心に記述してきたが、高齢者の健康作りや積極的社会活動など予防的観点からの取り組みもさらに重要である。そして、健康、要介護にかかわらず、「守りとしての余生」ではなく、自己の主体性に基づいた「明日を追いかける」生活を若い世代と共に送れるような社会としたいものである。

（本稿の作成に際して、高齢者保健福祉室、松風勝代主査の協力を得ましたことを付記します。）