

精神科臨床  
エキスパート

# これからの 退院支援・ 地域移行

編集  
水野雅文



## 第 5 章

# 新・旧の入院患者の退院促進

瀬野川病院の場合

## ● 退院促進という1つの流れ

### 1 信念に基づき打ち出した独自の将来プラン

精神科医療の提供体制は医療法で規定されている。

急速な高齢化による疾病構造の変化など、医療を取り巻く状況の変化をふまえて、精神病床の設備構造や機能分化などの議論が始まり、限りある財源で良質な医療を効率的に提供する体制を確立するために医療制度の抜本改革案が医療審議会(2000年1月)で取りまとめられた。こうして第4次医療法改正(2001年3月)が施行された。一般病床から療養病床を独立させ結核・精神と一緒にするという病床区分を行ったのである。これにより、われわれ医療者側は当然痛みを伴うことが予測された。

さて、精神科領域においては2002年公衆衛生審議会精神保健福祉部会で、3年ごとに行われている「平成11(1999)年患者調査の概況」(厚生労働省)から受け入れ条件が整えば退院可能な入院患者を集計して、「72,000人のいわゆる社会的入院者として解消する」という目標が唐突に掲げられた。その後の審議会でもこの病床数削減の目標数値は何ら具体策のないまま変わることなくお題目のごとくついてまわった。

当院には、「医療法人せのがわ 夢・未来図」(図5-1)という将来計画がある。上述の医療政策を織り込み、当医療法人の在り方を思想と組織展開および具有すべき機能などについて社会貢献と社会医療の視点を基本にしたマスタープランである。すなわち、コンセプトの主軸は、病院業務の中で今後は入院部門を一步引き下げ、外来部門を強化して、社会復帰部門の整備を図っていきたいというものである。財政面から打ち出される国の政策意図に対して、当院の職員に当院の現況とその位置づけおよび確固たる信念により運営に安定と活力を促すためのものであった。

その後、この将来計画は度重なる改訂に対応してより充実し現在に至っている(図5-1)が、そのコンセプトの変更はない。また、國の方針も「入院医療中心から地域生活中心へ」(精神保健医療福祉の改革ビジョン、厚労省精神保健福祉対策本部、2004年9月)という決定的施策として打ち出されてきて、2005年10月の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)改正の実施につながったのである。

これに対して、当院は救急医療対応施設として重点的に整備促進し、平均在院日数

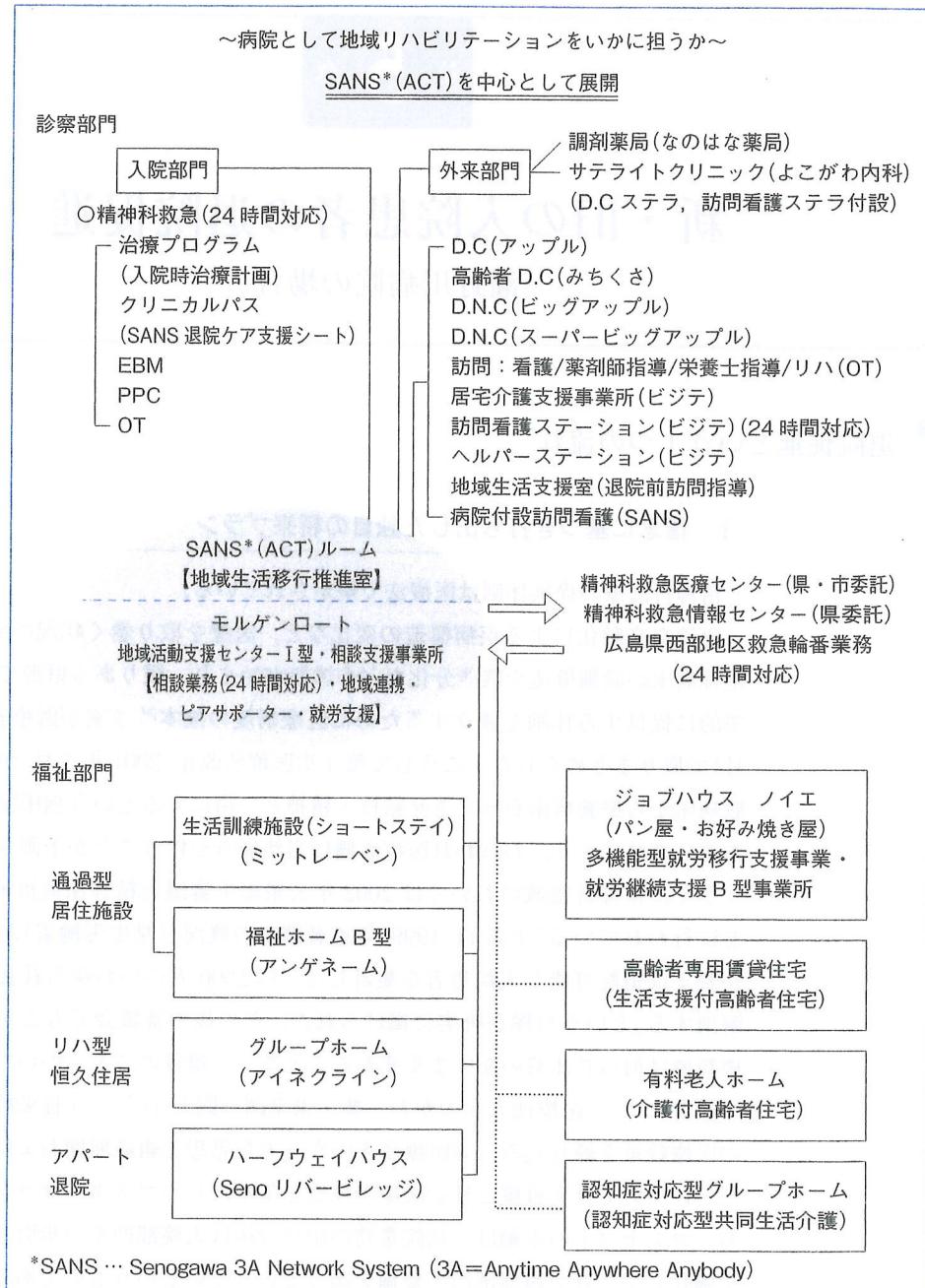


図 5-1 医療法人せのがわ 夢・未来図

の短縮化のみならず、退院調整機能の充実、地域での医療・福祉の基盤整備、また一層の外来部門強化に帰結し、結果として救急医療の守備範囲を拡充拡大するに至った。

## 2 医療・介護連携時代の退院支援・地域移行を

さて、近年の高齢化問題に加えて精神障害者自身の老齢化もまた目立ち始めてきていることは周知の通りである。このような現況をふまえて現在検討されている「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」(厚労省精神障害保健課)の第11回資料(2010年11月)において認知症患者への精神科医療の役割(詳しくは後述)もまた避けて通れない重大な課題として新しく加わってきた。その結果、2012年度の診療報酬改定と介護報酬の改定という同時改革は突き詰めれば医療・介護の連携時代を新たに迎えようとしている。繰り返し付言すると、医療と介護の連携とは、両者がそれぞれ存在(2つのサイフといわれていたが)しているのではなく、この両者の中心が医療で、その周辺の福祉的サービスなどが介護であると思っている。この両者のドッキングこそ、これから地域包括ケアの骨子になるのではないだろうか。

当院はこうした流れの中で実行してきた退院促進の実践とその医療経済的裏付けを披瀝し、今後いかにして精神科医療を場面総合的にとらえ、地域移行に結びつければよいかのヒントについて考察してみた。

## ● 退院促進の実践

### 1 病院のアウトライン

まず2010年時点での当院のアウトラインについて紹介する。

- 当院は、広島県西部地区の精神科病院であり、2001年4月には、広島県・市精神科救急情報センター(広島県、市委託)、2006年11月には、一般科の救急医療の第三次救急医療機関に相当する精神科救急医療センター(広島県、市指定)に全国初の民間病院として指定されている。
- 病床数は325床で、年間の入院患者数は950人、1日の外来患者数は239.9人であった(表5-1)。このうち、950人の入院患者を疾患別にまとめたのが表5-2、入

表5-1 2010年の病床数

病棟種別	病棟数	病床数(床)	平均在院日数(日)
精神科 救急入院料病棟1	2	108	51.4
精神一般病棟15対1入院基本料 看護配置加算、看護補助6対1	2	116	352.8
精神科療養病棟	2	101	545.3
病院全体	6	325	125.0
入院患者数(年間)			950人
1日外来患者数(日祝除く)			239.9人
			325床 指定病床数 85床

表 5-2 2010 年の疾患別入院者(950 人の内訳)

疾患名	人数(人)	割合(%)
F0 器質性	21	2.2
F1 アルコール	256	26.9
F1 覚せい剤	45	4.7
F1 その他薬物	30	3.2
F2 統合失調症	374	39.4
F3 気分障害	116	12.2
F6 パーソナリティ	44	4.6
G40 てんかん	10	1.1
その他の精神病	54	5.7
合計	950	100.0

表 5-3 2010 年の入院形態別入院者(950 人の内訳)

措置	医療保護	任意	応急	医療観察法による鑑定	鑑定留置
79	433	407	15	5	11
8.3%	45.6%	42.8%	1.6%	0.5%	1.2%

表 5-4 2010 年の指導・訪問・デイケア件数(年延べ件数・月平均・実人数)

項目(カッコ内は事業所名)	人数枠(人)	年延べ件数(件)	月平均(件)	実人数(人)
精神科退院前訪問指導	121	10	78	
在宅患者訪問薬剤管理指導	925	81	89	
精神科訪問看護(SANS)	2,184	182	21	
訪問看護ステーション(ビジテ)	27,230	2,269	378	
訪問看護ステーション(ビジテ呉)	6,246	521	81	
訪問看護(よこがわクリニック ステラ)	7,670	639	118	
デイケア(アップル)	50	9,060	755	91
デイナイト・ケア(ビッグアップル)	50	12,131	1,011	52
デイナイト・ケア(スーパービッグアップル)	70	16,722	1,393	73
重度認知症患者デイケア(みちくさ)	25	6,493	541	33
デイケア(よこがわクリニック ステラ)	50	6,083	507	63

表 5-5 関連施設

- 居宅介護支援事業所 「ビジテ」
- 訪問看護ステーション 「ビジテ」
- 訪問看護ステーション 「ビジテ呉」
- ヘルパーステーション 「ビジテ」
- 地域活動支援センター I型 「モルゲンロート」
- 生活訓練施設 「ミットレーベン」
- 福祉ホーム B型 「アンゲネーム」
- グループホーム 「アイネ・クライイン I・II・III」
- ハーフウェイ施設 「Seno リバービレッジ」
- よこがわ内科・循環器科クリニック  
デイケア「ステラ」  
訪問看護「ステラ」  
重度認知症患者デイケア  
「うらら」

表 5-6 居住別一覧表

種別	定員(人)
生活訓練施設「ミットレーベン」	20
ショートステイ	2
福祉ホーム B型「アンゲネーム」	23
グループホーム「アイネ・クライイン I」	5
グループホーム「アイネ・クライイン II」	6
グループホーム「アイネ・クライイン III」	6
ケア付共同住居「Seno リバービレッジ」	48
ケア付共同住居	30
ケア付共同住居中野コーポ	4
合計	144

表 5-7 医療法人せのがわの職員数 (2010 年 12 月 31 日現在)

職種	人数(人)
精神科常勤医師 [( )は精神保健指定医]	15(12)
その他常勤医師(内科 3, 外科 1, 放射線科 1)	5
非常勤医師(精神科 1, 内科 2, 皮膚科 1, 麻酔科 1, 産婦人科 1) [( )は精神保健指定医]	6(2)
研修医(2010 年受入延実人数)	13
歯科医師	1
看護師	140
准看護師	72
看護補助者	44
薬剤師	9
栄養士 [( )は管理栄養士]	8(4)
検査技師	4
精神保健福祉士	43
心理療法士	13
作業療法士 [( )は理学療法士]	16(1)
事務員	25
その他	94
合計	508

院形態別にまとめたのが表 5-3 である。疾患別でみると、当院では統合失調症に次いで、アルコール・物質依存症の患者が多いためか、入院形態別では任意入院より医療保護入院のほうが多くなっている。

- ・指導・訪問・デイケア件数については表 5-4 にまとめた。
- ・関連施設を表 5-5 に、また居住別一覧表を表 5-6 に紹介する。医療法人せのがわの職員数(2010 年 12 月 31 日時点)は表 5-7 のとおりである。

退院促進を行うためには病院全体での取り組みが必要であり、当院では、2007 年 12 月より地域移行推進室を外来部門に立ち上げ、ここに所属する看護師と精神保健福祉士がコーディネーター役となり、退院促進および地域移行支援を行っている。そして、病院全体で取り組むために、当院独自の地域移行支援を行うためのネットワークシステム(Senogawa 3A Network System; SANS, 3A = Anytime/Anywhere/Anybody)を構築し、新規入院患者の長期化の防止や長期入院患者の退院促進、回復患者の再発防止のための社会資源やサービス紹介と調整などがスムーズに行えるように努力している(図 5-2)。

したがって、退院促進をするためには、入院中の病棟のスタッフだけが関わるのではなく、退院が近づくにつれ、各患者の地域生活のニーズに合わせた外来部門のデイケアスタッフや在宅支援に携わる訪問看護師ならびに作業療法士、あるいは社会復帰施設に入所する場合はそれらの施設に所属するスタッフなども入院中から患者との関

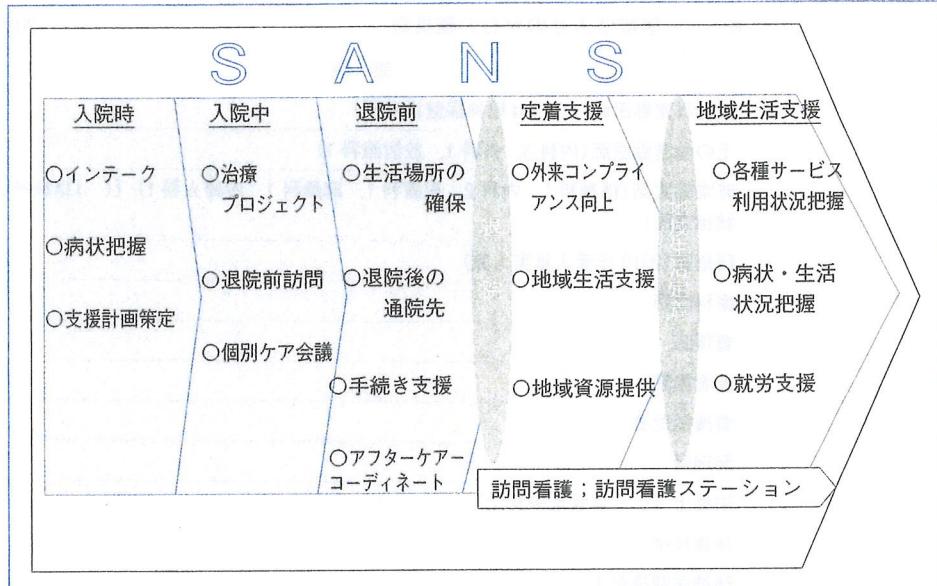


図 5-2 せのがわ式トータルケア

2007年12月にせのがわ式ACTとして「SANS 地域包括型支援」が発足した。入院から退院、そして地域生活の支援を行い個々のニーズに対して柔軟に対応している。SANSの課題として退院促進、再発防止、社会性の回復を図るトータルコーディネート、社会資源の提供に取り組んでいる。

わりをもち、退院支援を病棟スタッフと一緒に行うようにしている。患者の状況を把握し、地域移行に向けて各部署の連携が進むように促すのが、地域移行推進室の役目であり、退院促進のための重要な役割を果たしている。

退院促進とは、退院を促すだけではなく、その後の地域での生活を継続してもらうことも含まれていると理解している。患者の地域生活ができる限り継続するために、通院治療に加え、デイケアなどの通所施設、訪問看護などでの在宅支援に力を注いでいるが、精神科患者の再発率は高く、再入院するケースも多い。しかし、退院時にその後のフォローアップ体制を整え、デイケアや訪問看護などで多くのスタッフが関わることができていれば、早期に再発に気づくことができ、もしも再入院をすることになったとしても、早期に治療に取りかかっているため、入院期間も長期化することなく、再び地域での生活に戻ることができるようになると考えている(図5-3)。

## 2 | 退院促進をいかにして進めていくか

当院の退院促進、つまり地域移行の方針には2つの力点がある。

1つは救急入院科病棟に入院した患者の地域移行支援であり、これは入院直後から退院に向けての働きかけを独自のクリニカルパスにより積極的に行い、退院後のトータルコーディネートを行う。ほとんどが救急入院した患者であるが、長期化防止を心がけ、時としていわゆる“New long stay”に移行させないための配慮が必要となる。その結果2002年の精神科急性期治療病棟の平均在院日数は78.4日であったが、2003

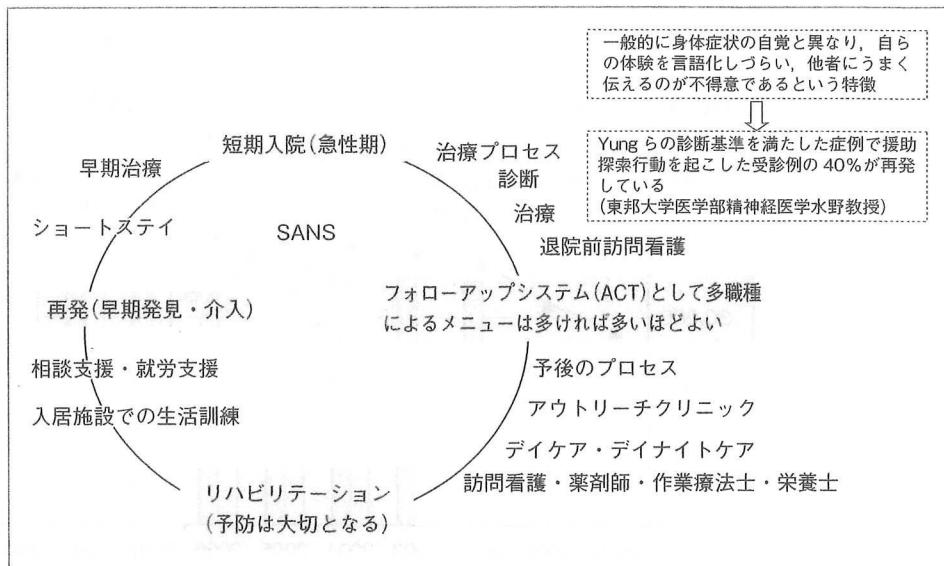


図 5-3 ケアサイクルマネージメント(地域ネットワーク)

年に精神科救急入院科病棟を新設し、同 2010 年の平均在院日数は 51.4 日となった。

もう 1 つ大切なのは 5 年以上の長期入院患者(精神科地域移行実施加算算定: 2008 年 4 月改正)の地域移行支援である。何らかの理由によって長年の入院生活を余儀なくされた人たちを退院に向けて、まず患者自身の脱入院、すなわち外出するというモチベーションを向上させることから始まり、徐々に次の生活環境に慣らしていくようになる。そのためには専門性を活かした多職種による連携と支援に対して膨大なエネルギーが必要となる。

この地域移行支援については、2006 年 4 月に SANS を発展させ、積極的に行い始めていたが、正式には 2007 年 12 月より専属[地域移行推進室(SANS)]の看護師 1 名、精神保健福祉士(PSW)1 名を常置させ、ケア会議(正式名: 長期入院患者地域移行推進プロジェクト)を毎週定期的に院長、副理事長、看護部長、病棟課長、事務部長などで徹底して行っている。退院候補者が決定すると専属のスタッフが病棟に直接入って退院前面接を行い、毎週行われるケア会議のために資料を作成する。新たに入所する場所、自宅、一連の中間施設アパート(病院附属のアパート、近所の単独アパート)、特に長期慢性期の患者で退院の候補に挙がった対象者は今までの病棟での治療プログラムに加えて“プレデイケア”という訓練を開始する。当院併設のデイケアおよび重度認知症デイケア(超長期の対象者は高齢者が多いことにもよる)に加えてショートステイ、スタッフの精神科“退院前訪問指導”活用による家族との協議や自宅外泊なども実施する。

退院が決定した場合にはどのようなフォローアップをするかを決定する。外来通院の義務づけ(当院かアウトリーチクリニックか、紹介入院を受けたクリニックに逆紹介するか)に加えて、可能であればデイケアかデイナイトケアか重度デイケアに通い、

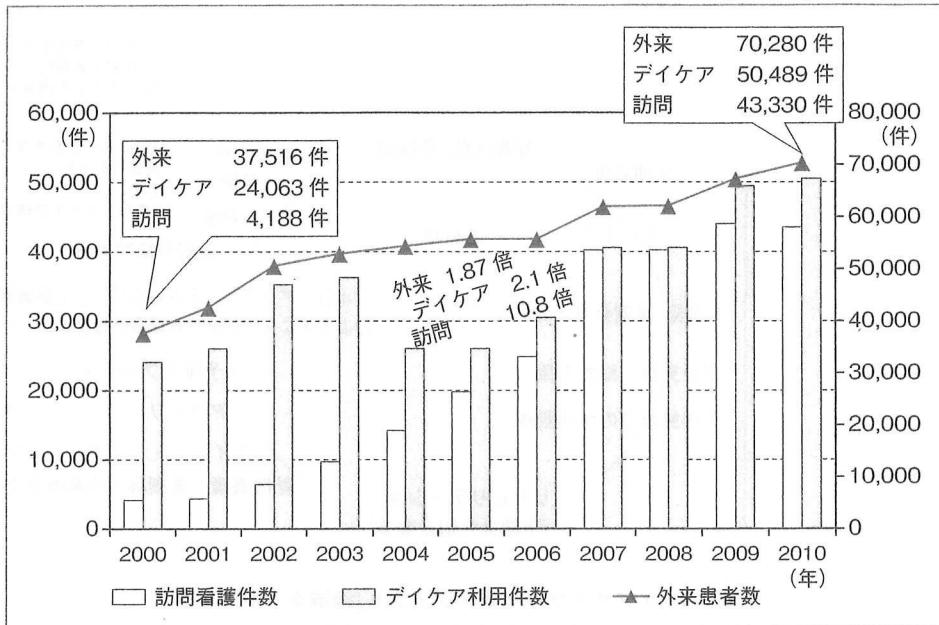


図5-4 外来患者数・訪問看護・デイケア(デイナイトケア)の推移

その間に訪問看護をキーパーソンとなる家族と本人に説明し、納得して退院となる。退院直後は不安定となることが多いので、週5日訪問看護することもしばしばである。また夜間の相談電話も周知させ用意している。当院附設の中間施設を利用する場合にはできるだけ地域活動支援センターⅠ型(365日・24時間対応)が附属常置している生活訓練施設から始めて、次第に1人での生活(他の中間施設など)へと自立を促すような流れにしている。そのほか、福祉ホームBにも1名ベテランの看護師が夜間の見回りと住居者の相談などのため当直を行っている。病棟部門と社会復帰施設は隣ではあるが、道1つを隔てて独立して何種類かの施設が集合し存在している。

当院では、比較的早い時期から、退院後のケアを行っており、1987年にデイケア(50人枠)を新設したことを皮切りに、以後これまでに人数枠の増員や、デイケアおよび訪問看護のチーム数を増やすなどして、地域におけるサポート体制を強化している。現在では、通所リハビリテーションを行うためのデイケア(50人枠)が2チーム、デイナイトケア(70人枠と50人枠)が各1チーム、重度認知症デイケアが1チームある。また、在宅支援を行う訪問看護については、ステーションとして2事業所、病院併設型訪問看護チームが1チーム、クリニック併設型訪問看護が1チームと4か所の訪問看護チームに分かれて、より広い地域での支援を行うようにしている。

したがって、ここ約10年を振り返ってみても、外来通院患者数は1.87倍、デイケア通所者数は2.1倍、訪問看護件数は10.3倍と、外来での対応が増加していることが示唆される(図5-4)。

当然のことながら、それらの利用者の増加に伴い、スタッフ人員の増加も必須である。特に件数の増加が顕著にみられる訪問看護においては、1998年に訪問看護ス

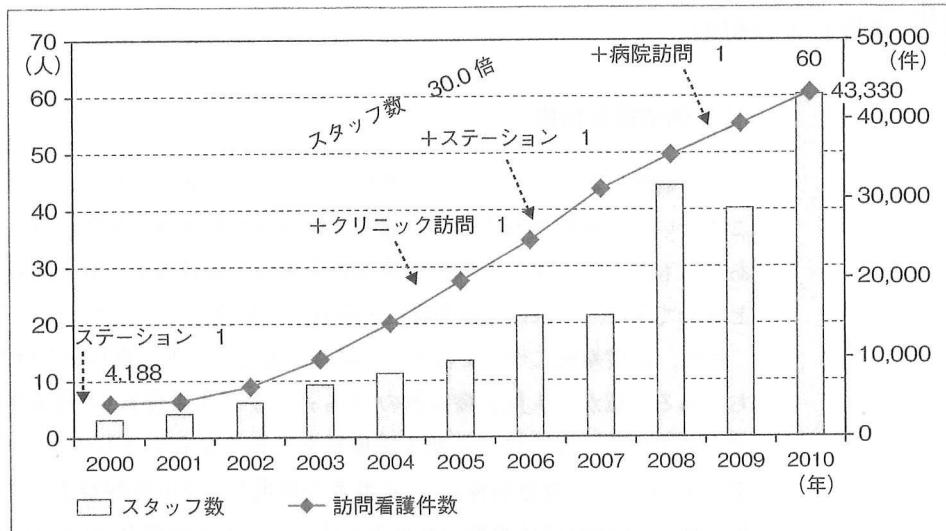


図 5-5 訪問看護スタッフと件数

ステーション「ビジテ」の事業所をスタートして以降、2004年にサテライトクリニック併設訪問看護開始、2006年には訪問看護ステーションを1チーム追加、2008年からは病院併設型訪問看護を開始しており、訪問看護の件数がここ10年で10.3倍になっていることに並行して、訪問看護の看護スタッフ数は2人から60人と30倍に増員となっている(図5-5)。これらの訪問看護チームは広島県内での各エリアに分かれて活動しており、広い地域で多くの患者の地域支援を行うためには、より多くのマンパワーが必要になる。

上述の入院基本料の「精神科地域移行実施加算」は2008年の診療報酬改定で新設されたが、当院の実績は、2008年度は対象患者71名中9名退院、2009年度は対象患者66名中4名退院、2010年度は対象患者63名中5名退院で、疾患別では、F1(物質使用による精神障害)が2名、F2(統合失調症)が13名、F3(気分障害)が3名であり、退院先は中間施設が11名、地域・アパートが3名、自宅が4名となっている。

その後の予後は精神症状悪化のみならず半数は内科疾患悪化のために、再発した者4名、自宅で虚血性心疾患で突然死した者1名であった。

繰り返すが、このSANSでは、入院中から退院や地域移行に向けてのトータルコーディネート(退院後のサポート体制との連携をとった地域支援)を行っている。特に重点的にSANSの課題として新規入院患者の長期化防止、長期入院患者の退院促進、回復患者の再発防止のための社会資源やサービス提供と調整を行っている。訪問看護を行うことで全体の84%が定期的通院につながっている。こうした努力により地域で生活する期間がより長くなるという好結果に結びついていると思われる。

## ● 運営および経営

### 1 | 病院経営指標

どの病院においても入院・外来部門の診療行為別の分析は毎月行っていると思う。ここでいつも比較されるのは、通常一般科の入院対外来部門の収入比は大体 6:4 であるにもかかわらず、われわれ精神科医療の入院対外来の収入比は大体 8:2 が相場とされてきた。それほど精神科は入院収入に依存してきたことになる。

さて、診療報酬について言及する場合、安易に基本診療料を上げればよいと考えがちである。確かに入院診療報酬の 80% 近くが基本診療料(入院基本料、特定入院料)で占めている。さらにこの基本診療料を大きく左右するものとしては、①病床利用率、②(主として救急病棟の)入院患者の新規率、③医療観察法による精神鑑定数(昨年 5 件)、④検察庁精神鑑定刑事訴訟法による鑑定留置数(昨年 11 件)、などがある。また、外来診療報酬を左右するものは、①通院外来患者を増やす、②通院回数を頻回にする、③診療単価を上げるにつきると思われる。

2008 年度日本精神科病院協会医療経済実態調査報告(入院収入比率 = 入院収入/医業収入 × 100)によると、入院外来収入比率は 84.6% : 12.63% とある。

では当院における過去 13 年間の両者の比較はどのように変化したのであろうか。訪問看護、アウトリーチクリニック、社会復帰施設など入院収入などのすべてを外来収入として比較してみた。

1998 年を仮に 100 として 2010 年までの変遷 13 年間の両者の比率をみると、入院部門は 147%、外来部門は 371% と伸びている(図 5-6)。同様に各年の収入に関わる項目を比較したものが図 5-7 である。この図より、入院対外来部門の収入比率は、1998 年に入院部門 83.4% : 外来部門 16.6% であったのが、2010 年には入院部門 66.5% : 外来部門 33.5% となった。外来収入比率が常時対応型施設として 24 時間・365 日対応の救急入院対応施設であるにもかかわらず、入院収入比率の伸び率をはるかに超えて伸びていることが判明する。

### 2 | マンパワー

図 5-6 のごとく、1998 年末の当院の職員数 264 名を 100 とした場合、当然マンパワーの増員は必要となり、2010 年末には約 1.9 倍の 495 名となっている。

### 3 | 人件費比率

日本精神科病院協会医療経済委員会実態調査報告(2009 年度)によると、2008 年度の人件費比率は 61.5% となっている。当院では、1998 年の 46.6% から 2010 年には 54.0% と 7.4% 増加している。アウトリーチを実践するために当然マンパワーの充実

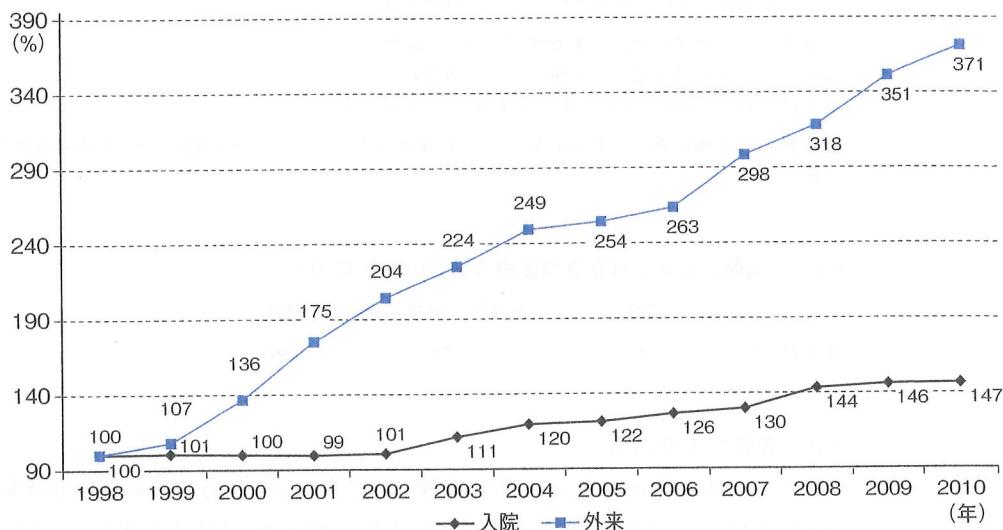


図 5-6 入院部門 VS 外来部門(訪問看護・アウトリーチクリニック・社会復帰施設含む)で 1998 年を 100% とした場合の収入の推移(伸び率)と人件費比率

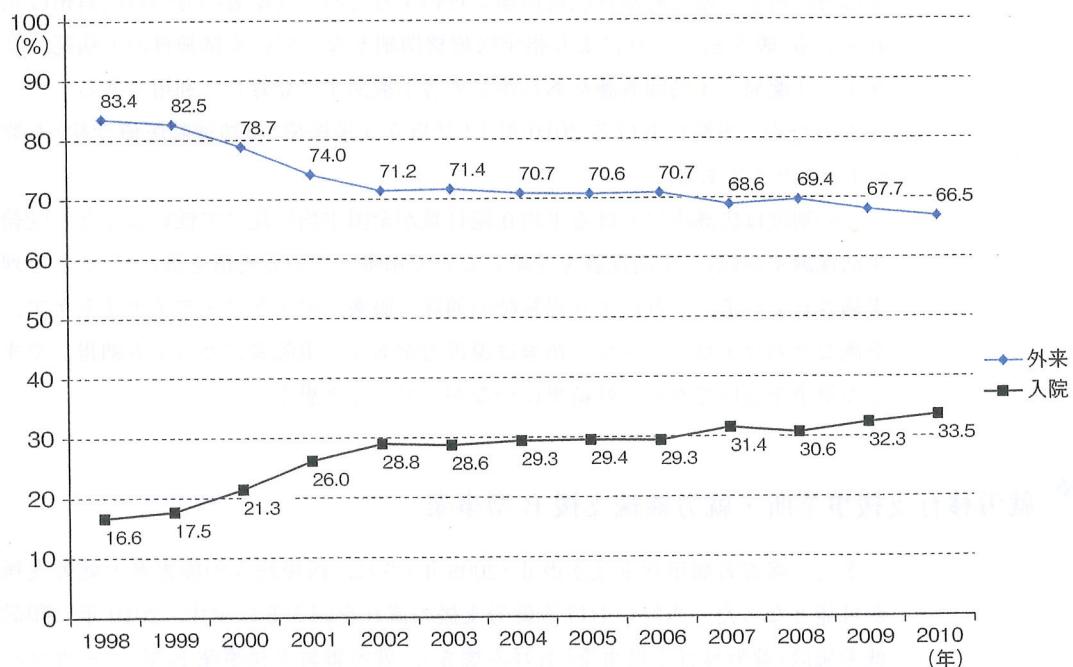


図 5-7 入院部門 VS 外来部門(訪問看護・アウトリーチクリニック・社会復帰施設含む)で年別の収入割合比較グラフ

表 5-8 自己負担額の補助

下記の自治体では自己負担部分について補助を行う。

広島市	10% 全額を補助 医療機関に対して給付
海田町	10% 全額を補助 申請に基づき償還払い
府中町	5% を補助 申請に基づき償還払い(国保の方のみ)

償還払いは①領収書、②受給者証、③口座番号がわかるもの、④印鑑、⑤上限額管理表の写しが必要となる。

表 5-9 当院における自立支援医療人数(2010年12月)

	広島市	海田町・府中町	他	総計
実人数(人)	971	390		1,361

は必須要件であり高騰した。

しかし、第1精神科救急入院料病棟(2003年8月)と第2精神科救急入院料病棟(2007年12月)の届け出をした翌年(2004年、2008年)にはそれぞれ23名と47名の増員をみているが、そのぶん収入増となり人件費比率は若干ではあるが下がっている。

### 自立支援医療(精神科通院)制度の現況

広島県においては、広島市とその近隣に位置する海田町、府中町に限って住民票のある方に対して市と町が自己負担額を負担するため、受給者の方の自己負担は免除されている(表5-8)。これにより指定医療機関制となっている精神科の①病院、②デイケア、③薬局、④訪問看護をあらかじめ各1機関ずつ登録して利用できる。

このため、当院における2010年12月自立支援医療(精神通院医療受給)人数は表5-9のごとくである。

この制度は広島市における平均在院日数が全国平均に比べて低いことと、受給者の生活保護率が低い(生活保護を受給しないで頑張っている実情を汲んで)ことを理由に実施されている。これにより退院時の通院、服薬、デイケア・デイナイトケア、訪問看護などのフォローアップの指導は説得力があり、退院者にとっても納得しやすく大きな恩恵を受けており、好結果につながっていると思う。

### 就労移行支援事業所・就労継続支援B型事業

また、障害者雇用促進法が改正(2008年)され、医療法人の障害者の就労支援事業が可能となった。当院における就労支援の流れを図5-8に示す。2010年に開設した就労施設(就労移行支援事業「お好み焼き」、就労継続支援事業B型「ベーカリー」)は人件費比率が100%を超えている(表5-10)。

利用者、職員の意気込みが報われるよう、就労支援・移行事業の組織・効率化な

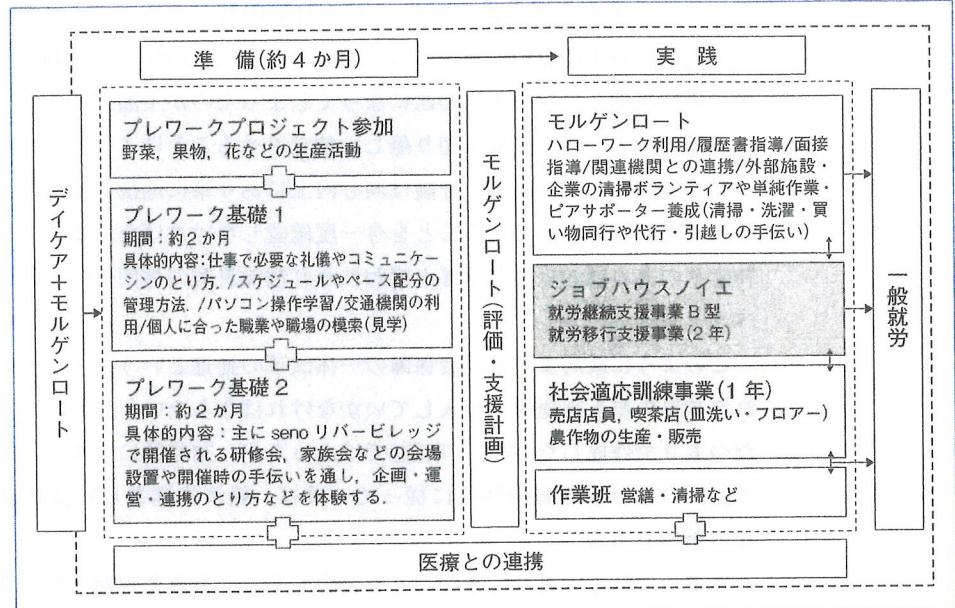


図 5-8 就労支援の流れ

表 5-10 2010 年に開設した就労施設の収入と人件費

	項目	金額
収入	店舗売上 就労支援報酬 利用料(就労支援報酬 1割)	21,827 千円
人件費	・就労者工賃(就労移行事業→時給 600 円, 就労継続支援事業 B 型→時給 160 円) ・職員人件費	21,956 千円

ど障害者自立支援法の改革は今後の課題として残る。

### ● 新・旧の入院患者の退院促進と認知症患者対応が最重要課題に

診療報酬と介護報酬が 2012 年 4 月に同時に改定されたが、医療と介護の地域連携とその包括化の課題は一層議論され始め、さまざまなアプローチが試みられている。しかし、介護保険制度創設時においても、この課題は議論され、その必要は共通認識であったはずであった。

この始めは、社会的入院の解消にあった。入院の長期化や社会的入院が問題視され、その解消策が求められていた。この問題は詳しくは別項に譲ることにするが、最近になって精神科医療において長期入院する認知症の患者が増加していることをふまえて、認知症でさらに行動異常・精神症状をもつ人たち (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) をどこで治療しケアしていくか、同時に退院後の地域包括ケア (アウトリーチ) についても議論されてきている。つまり認知症で BPSD のある人たちが介護認定では老人保健施設などに入所されにくいことが問題となって

きている。また入所中にBPSDのため対応困難となる人たちも問題となっている。介護保険の運用においてサービスそのものが自己目的化し機械的となり、患者・利用者の実態に即した対応が二の次になってしまったのが主因である。

医療の中の「介護」部分を切り離し、独立させることにより、みんなで支え合うという発想を修正して、医療と介護は同心円上にあり単に連携ではなく、医療と介護サービスは連続性のものであることを今一度確認しなければなるまい。また行動障害、精神症状のある認知症患者は喜んでわれわれ精神科医の専門分野ととらえて受け入れるべきと思う。

このように政局よりも社会保障の一体改革の推進というキャッチフレーズにわれわれ精神科医療も積極的に介入していくかなければならないと思われる。当院の先を読んだつもりで作成した「夢・未来図」ではあったが、結果的には着々と推進してきた国の方針、つまり診療報酬体系に従っていけば、経済的運営も好結果をもたらすことになったのである。

さて、これまで述べてきたことを要約すると、最重要課題として新旧両者の入院患者の退院促進を強力に推進することが必須であり、急性期患者は救急病棟を中心として対応し、長期入院患者の退院促進に着実な注力を行うことが必要である。さらにもう1つの最重要課題として、医療と介護にまたがる精神科の認知症患者対応を前述の課題と一体化し継続させることであり、このことは避けて通れない重要な課題として受け入れる決意を精神科医も共通認識とすることが、今後のわが国の医療および社会的福祉などに対するわれわれ医療人に課された命題であり、わが国の高齢社会に寄与する道であると考える。

(津久江一郎)



