

中間施設に関する懇談会

議事要旨〔第一回〕→〔第七回〕

厚生省・中間施設に関する懇談会は、いままでに八回開かれ、八回目（八月二日）に中間報告が確認され公表された。これは、厚生省懇談会事務局が各回ごとに整理した第一回から第七回までの懇談会議事要旨である。

第一回（昭和60年4月24日）

資料説明（多田健康政策局総務課長、阿部社会局老人福祉課長、沢江

老人保健部計画課長）

質疑応答

以下の資料が追加資料として各委員より求められ、可能なものについては、事務局で次回までに用意することとなった。

学校の未利用状況、転用見込

老人病院の状況（入院患者総数、医師、看護婦、介護職員総数、入院

老人の身体的状況）

国民医療費の将来推計

イギリスやフランスのナイトケア（外来、泊まり込み）、ホスピスに関する状況

今後の進め方について以下のような論議があった。

中間施設は、スケールの大きな検討なので、中間報告が中間施設に関する総論的なものになるのか、とりあえず可能なものを具体的に出すのかによって、今後の審議の運び方が違ってくる。

厚生省側で案が固まっていてそれを審議するだけというのでは困る。今後の高齢化社会に対応していくためには、その基本哲学を検討していくことが必要ではないのか。

以上のような議論を踏まえ、次回以後は以下のように検討を進めることとなった。

次回、事務局より検討項目を提出する。

懇談会としては、次回、提出された検討項目を考慮に入れながら総論に関して議論を行う。検討項目にそえるようであれば第三回目から細部について議論を行う。

第2回（昭和60年5月16日）

資料説明（阿部社会局老人福祉課長、多田健康政策局総務課長）

質疑応答

中間施設に関し以下のような議論があった。

「要介護老人」、「中間施設」の離念を明確にする必要がある。ねたきりと要介護とは必ずしも同じではない。

要介護老人については、精神的、身体的な障害というものの他に、社会的な介護の側面があり、地域的なサポートによって家庭で介護できるものも相当あるのではないか。

痴呆性老人の問題は要介護老人の中でも相当大きな部分を占めるので、これも含めて議論する必要がある。

看護の立場からは、中間施設は、ねたきりにしないための機能を中心として考えるべきである。

ねたきりにならないようにするために、60歳ぐらいから積極的な保健対策をやっていくことが必要である。

懇談会においては、痴呆性老人の問題も入れて考えるべきだと思う。

また、デイ・ケアやショート・ステイといった在宅と施設の中間にあるものを充実していく必要がある。

〔事務局〕痴呆性老人は議論から除外はしないが、それに中心を置く

のはどうか。また、中間施設の内容としては、施設と家庭の中間という面と病院と特養の中間という面の二つがあると思われる。

施設を考える場合には、痴呆性老人とそうでない老人とは別の形の収容施設を考えておく必要がある。

中間施設の問題は、治療効果を如何にして上げるかという問題なのか、それともソーシャルなサポートをどうするのかという問題なのかを明確にしておく必要があるのではないか。

現時点で、すべてのことを満足するような対策を行うことは難しいので、施設の面、そして六ヶ月以上のねたきり老人を中心として考えるべきだと思う。

老人の問題は多岐にわたるので、周辺問題は十分頭に入れながら、検討は、病院、特養に入っているような人を中心に置いていくべきである。

要介護老人を考える場合、看護度を基本にいたらよいのではないか。

今後の要介護老人の増加を考えると、今の特養のペースでは足りない。今後のこの不足分をどう対応するのが重要問題である。

本当のねたきり老人を考えると、現在の特養の基準では十分対応できない。また、要介護老人については、隔離せず、いくらかでも動ける人などが混じっている形がよい。

中間施設は、病院に入院して治療する程ではないが、家庭では、まだ十分介護できないような人を対象とするあくまでも臨時的なものとして考えるべきではないのか。

老人保健事業が進展していけば、ねたきり老人は、増えてはいかない

のではないか。

明確にボケ老人とボケ老人でない者を区別することは実態にあわず、精神機能障害のセクションと身体的障害のセクションを分けるのではなくて、一体化して対処することが必要ではないか。

収容型施設の整備に議論が傾くことで、在宅対策、地域福祉の問題が後回しになってしまうのはよくないのではないか。在宅の保健、医療、福祉のシステムや住宅の整備について議論を進めていく中で、十分、このようなシステムになじむ収容施設を考えていくべきではないか。

医療法と福祉法の間垣根をとり払うべきである。

作られたねたきり老人というものがかなりあるのではないか。デイ・ケアなどをやれば、ねたきり老人は、減少するのではないか。

施設に入るまでには至らない虚弱老人に対する在宅サービスの充実が必要である。

在宅ケアは重要な課題であり、特に、在宅対策は大きな問題となってくると思われる。

〔事務局〕保健予防、リハビリ対策や在宅対策は極めて重要であると考えており、今後充実していく必要があるが、これらとの関連を十分考慮しながら、なお施設の対象となるような方をどのように受けとめていくかを考えていく必要があると思う。

医療と福祉の両面から考えていくべきである。また、費用負担の実態について考えていく必要がある。

以下の資料が追加資料として各委員より求められ、可能なものについては、事務局で次回までに用意することとなった。

ねたきりの原因、ねたきり老人のリハビリの状況

要介護老人に関する費用の実態

以上のような議論を踏まえ、今回は検討項目案の1と2を中心に議論を行うこととなった。

中間施設に関する検討項目案

- 1 要介護老人対策の現状と問題の所在
- 2 予防対策の実態
- 3 保健・医療・福祉サービスの実態
- 4 費用負担の実態
- 2 要介護老人対策の基本的考え方
- 1 処遇のあり方
- 2 費用負担のあり方
- 3 要介護老人対策の方向
- 1 中間施設の必要性
- 2 中間施設の性格とサービス内容
- 3 中間施設の費用負担
- 4 その他要介護老人対策のあり方

第3回（昭和60年5月31日）

資料説明（阿部社会局老人福祉課長、多田健康政策局総務課長）

質疑応答

中間施設に関し以下のような議論があった。

【処遇のあり方】

病院と特養とでは、入退院（所）の仕方に大きな違いがあり、また、

サービスでは治療面の程度に差が大きい。

特養付設の診療所を整備するだけで、キウア機能はかなり高まるのではないか。

日本では、診療所、病院が手近なところに広く分布しており、特養の入所者のためだけに診療所を設けるのは効率的でない。

核家族化が進行しているのが現状なので、そのような方向を見越した生活の場として施設を考えていくのか、あるいは、日本特有の在宅機能を重視して、家族で面倒をみられない人をやむをえず集めて生活させるという考え方にたつのかコンセンサスを得なければならぬ。

特養では嘱託医師が頻繁に診察にあたり、看護婦を充実させることにより、医療機能を充実してほしいという要望が現場では強い。

福祉施設に医療機能を持たせることができないのは、現行医療法、健康保険法の基本的な制度の整備に問題があるのではないか。

日常的ケアには、医師よりも看護婦が必要であるので、特養における看護婦の配置を強化すべきである。

特養に嘱託の医師が必要なのは、老人が病気にかかりやすいからである。常時医療が必要であれば、当然入院ということになる。

本来は、家庭が介護すべきだが、介護できない要因がある人を施設に入所させるのが原則である。

特養より病院を選ぶのが日本の現在の志向であるが、これは、入院した方が安心だという意識によるものである。特養は医療が不十分で不安なので、医療を充実すれば在宅老人も特養を選ぶのではないか。

特養は、一定の人数の固定した患者がいるので医師は対応しやすい。ほんとうに医療が必要な場合には入院することになるから、優秀な看護

婦が配置されていればよい。

特養における看護婦には、一般病院の看護婦とは違ったあたり方があって然るべきではないか。

病院で亡くなる人が多くなってきているが、本来在宅で死を迎えることができる人も、往診してくれる家庭医がいなくなったので大病院に入院するというのが現状である。

開業医が高齢化しており、老人問題は、開業医の世界にもある。往診できる体力がないのではないか。中間施設について家庭と施設の間という方向から考えられるなら家庭医制度の検討が重要である。

看護の機能は、医師と寮母の両機能を取り入れながら老人がうまく生活していけるようにすることにある。

目的により中間施設に対する考え方、必要性が変わってくる。病気にも対応できる福祉施設ということを考えるならば、特養における看護機能の強化ということで対応可能である。一方、医療依存度は高いが集中的医療は不要とする人への対応ということであるならば、医療の場に近いうところで生活機能を重視した中間施設をつくっていくことも必要である。

ケアの根本は家族、地域であるのだが、ホーム・ケア、コミュニティ・ケアがかなえられないのは、往診に対する国民の受けとめ方、意識の問題が大きい。例えば、病院で死なないと恰好が悪い。往診に万全の治療を要求する。など、また、医療費体系が、開業医の行うプライマリ・ケア重視のものになっていないのではないか。

看護婦診断が看護治療を医師の管理、指導の下でなくてもできるようになることは考えられないか。

現行三年の看護教育は、病院での看護を中心とする教育であるが、四年間の教育の中で地域でも仕事ができるようにしたらどうか。

老人自身は自立を最後まで望んでおり、高学歴になればなるほどその気持は強くなる。肢体不自由、言語障害等の場合、老人は自らの選択ができなくなるので、老人の立場にたったケア、サービスの内容のあり方に重点を置いて考えていく必要がある。

老人の生きがいというものを中心に考えるべきである。

医療に対する信頼感が医師個人よりも建物、設備に向けられた傾向があった。これからは医師も増えてくるので、往診など患者のニーズに対応していけるのではないか。

家庭と医療機関との情報連絡が進むことを踏まえて検討を行うべきである。

介護を中心とした特養では、看護婦経験者を責任ある立場に置くこととキメ細かなサービスクラスができる。病院から嘱託医が行く場合でも、診察室はそれぞれのホームの中にあつた方がよい。

【費用負担】

特養の入所者は年金ももらえるので貯金をたくさん持っている。入所して死亡した場合、要した費用については返金してもらって福祉の財源とすべきである。

〔事務局〕老人ホーム入所者の貯金は、入院した時の差額ベット、葬式のための準備金であり、このような入所者の気持は理解してあげたい。しかし、福祉年金の水準も高くなり、これからは、拠出年金が支払われることとなるので、老人ホーム入所者の費用負担の調整については、今後の大きな課題である。

極端な預貯金の例で議論することは、できるだけ若い世代に負担をかけたくないという気持もあり、老人の人格を尊重する見地からも慎重にしなければならぬ。年金は公的なものであり、かなりの部分を負担してもらっていいと思う。

病院は本人医療費の負担が少なく、一方特養は応能負担となっていることなど、本人の費用負担の違いによって本来的に老人ホームに入るべき人が医療機関を選ぶという経済効果が働いている部分がある。

老人病院と特養における利用と措置との違いの問題を十分検討して、費用負担の方法を考える方がよいのではないか。

年金という公的制度の下では、欧米のように小遣を残してかなり自己負担をとつてもよい。

特養の家族の費用負担は打ち切るべきである。負担を課すなら公平に行うべきで、同居している人としていない人との取扱いに不公平がある。

年金について、老人病院の場合にはその家族が管理するが、老人ホームの場合には施設側が一応管理することとなっており、老人ホーム入所者について家族管理を求める声がある。

費用負担は施設間のバランスの問題だが、一般病院で医療を受けて社会復帰をする人と病院や特養で最後まで生活していく人との費用負担のあり方をどう考えるか。また、全額家庭負担となっている在宅とのバランスも考慮しなければならない。

年金から七〇八割の負担をもらうのは当然である。利用料全額払が根本だが、利用者として負担すべき限界を検討し、支払不能者についてどうするかという発想で考えるべきである。

費用負担については、ホーム・ケアの増大などに伴い、まず保険、それから利用料、貧困者は従来どおり公費負担という方向で進みつつある。

特養その他の長期収容ケアの場合が経済的にはやや高めになって、そうでない在宅の場合やや低めになるということが考えられて然るべきである。

措置制度については、在宅ケアとの連携がスムーズにいくような仕組みに変えていくべきである。

年金負担部分と準医療的なものとして医療費から負担する部分との間の不足部分の財源をどうするのか。

医療と福祉との制度間の垣根が高すぎる。在宅をいかに助けるかということが欠落したままで病院と特養だけを議論するのでは問題である。

医療、福祉それぞれのシステムの中での中間施設の位置づけを持ち寄って考える必要がある。医療システムの中での中間施設がターミナルなものであるのか、あるいは、社会復帰をも配慮したりバーシブルなものであるかということを含めたシステム論をつくるべきである。

中間施設を考えるときには、都会と農村など地域的な要素を念頭に置くべきである。

以下の資料が追加資料として各委員より求められ、可能なものについては、事務局で次回までに用意することとなった。

おせわ料、特養の費用徴収の医療費控除における取扱い。
老人病院の医師、看護婦等の教のより詳細なデータ。
地域別の特養ウエイティングリスト。

以上のような議論を踏まえ、今回は検討項目案の3を中心に議論を行うこととなった。

第4回（昭和60年6月11日）

資料説明（多田健康政策局総務課長、阿部社会局老人福祉課長、大沢老人保健部老人保健課長、金平東京都福祉局長、村田委員）

質疑応答

中間施設に関し以下のような議論があった。

中間施設については、病院から家庭へ帰す側と、家庭から中間施設を利用する側の二つの方向の必要性がある。前者は、脳卒中患者等に対しプライマリ・ケアや機能訓練を行い、家庭に戻すというものであり、後者は、家庭にいる老人がなたきりになる前やなった後に、利用できる施設である。

中間施設の内容、必要性は多岐にわたる。

新たに土地を購入してその上に施設を作るということになると、相当の費用や日数がかかるとともに地域住民等の反対もある。従って、こうした施設のイメージアップを目的とした精神運動的なものを展開する一方で、既存施設の利用や公用地の払下げ等を行う必要がある。

人間関係を維持するため、なるべく住宅に近いところ、例えば、学区内程度に施設を設けるべきである。

青少年、子供達に老人とともに生活しなければならぬという意識を子供の時から植えつける必要がある。

デイ・ケア、ナイト・ケア、ボランティア活動などにより在宅ケアの方向を伸ばしていくべきである。日本では、ボランティア活動が非常に

遅れているので、これを促進していくべきである。

既存の施設の活用を図るため、医療、福祉の垣根を取り払い、柔軟な対応を進めるべきである。

中間施設の概念、目的などに対するコンセンサスをまずつくることが重要である。

中間施設として必要なのは、病院から家庭への通過施設、施設と家庭の中間に位置づけられる施設である。

学区と同様の考え方で、介護区といった地域単位に老人の家庭での自立を支える機能としての中間施設を設けることが重要である。

中間施設については、地域の実情に応じた対応が必要であり、画一的な取扱いが好ましくない。

中間施設は、老人保健法成立時からその重要性が指摘されているが、理解の仕方にいろいろの違いがある。

〔事務局〕中間施設には、いくつかの類型があるのではないが。そのなかでは、施設と家庭の中間、病院と特別養護老人ホームの中間という意味での中間施設が主体になるのではないか。

中間施設に関する議論には、福祉サイドからの議論、医療サイドからの議論、重介護問題への対応に係る議論の三つがあるのではないか。

老人ホームの整備状況では対応できないのは明らかであり、これをどうカバーするかが問題である。

中間施設を考えるにあたっては、老人の処遇をどうするかが基本となる。病院には、医療のためのスペースしかないので生活の場としてのスペースをもつことは困難である。

収容施設を作ることだけでは今後は限界がある。特養を増設しても

入所待機者数が減らないのが現状である。

要介護老人対策を考えるにあたっては、現在ほとんど進んでいない在宅ケアシステムの整備が不可欠である。デイ・ケアセンターやショート・ステイなど、老人を地域から隔絶させず、地域へ戻すという方向で、中間施設を考えるべきである。

在宅ケアを中心とすることは重要だが、日本では、住宅の構造、設備が老人、障害者の居住を配慮したものになっていないので、シエルトードハウスなどの面で住宅当局の協力が必要である。

訪問看護、給食、緊急通報システムなどを含めた在宅サービスの充実が重要である。

患者の状況によって病棟を分類し、通院に備えた病棟を設けるとともに、これがつまぐ機能するような手当を行う必要がある。

医療と福祉をドッキングすること、両者の良い所を持ち寄って新たな施策を確立することが重要である。こつこつ試みは、すでに地域、市町村レベルで行われているが、中央では、制度間の壁が障害となっている。老人病院と特別養護老人ホームの両方の長所を取り入れたものを考えるべきである。

在宅ケアの面では、できるだけ多目的な施設をつくることが重要である。

老人の単独世帯が増加してきており引き取り手がないたため、一人で生活できなくなった老人が、社会的な理由から病院に入院している。これが、わが国の入院日数を著しくしている一因である。一人で生活できなくなった老人を看護、介護を中心とした「ケア病棟」に収容することを考えるべきである。

最も重要なのは、現実には家庭では対応できない老人を対象としたいわば終末施設としての中間施設ではないか。

以上のような議論を踏まえ、今回は事務局で議論を整理したメモを作成し、更に具体的な論議を行うこととなった。

第5回（昭和60年6月27日）

「これまでの議論の整理（案）」朗読（事務局）

1 要介護老人対策の現状と問題点

（要介護老人数の動向に関して）

要介護老人数は年々増加してきており、現状のまま推移すれば今後急速に増加することが見込まれる。

要介護老人数の今後の動向を考えると、特別養護老人ホームの整備といった対策のみでは対応できなくなるのではないかと見通した取組みが必要である。

（予防・在宅ケア・通所ケアに関して）

ねたきりの原因疾患の発生予防やリハビリテーション対策に対する取組みを今後更に強力に推進する必要がある。

老人にとつては、家族や地域から離れて施設に入るよりも、できるだけ住み慣れた家庭で生活することが望ましい。多くの老人本人や家族は、そのことを望んでいる。

要介護老人を抱える家庭は、老人を施設に入所させた場合に比べ、心身、経済の両面にわたって極めて大きな負担を負っている。

要介護老人のなかには、通所ケアや在宅ケアなど地域的なサポートを十分に行えば、家庭で介護できる者も相当いるのではないかと見られる。

老人が通所して生活訓練等を受けることができるような利用施設が身近にない。

（病院と特別養護老人ホームの関係に関して）

病院に入院している老人と特別養護老人ホームに入所している老人には、実態的にさほどの差異のないケースがみられる。

同じような状態にある要介護老人にとつて、病院と特別養護老人ホームが入退院（所）の仕方、サービスの内容（特に治療面）、費用負担の面で制度上大きく異なっているのは、問題がある。

こうした問題や家族等の心理的な問題もあり、病院と特別養護老人ホームとは、病院を選ぶ傾向が強い。

病院はあくまでも治療を行う所であり、これに対し特別養護老人ホームは生活の場を提供するものである。同じような老人が入所しているが、それに対するケアの基本的な考え方は大きく異なっている。

医療と福祉の間に制度的に大きな垣根があることが問題である。地方レベルでは両者をつましく調和させようと努力しているが、制度面でどうしても矛盾が生じている。

（病院の実態に関して）

病院に入院している老人のなかには、入浴治療を終え家庭に復帰することが適当でありながら社会的な理由で入院を続けている者や本来的には特別養護老人ホームに入所することが適当と考えられる者がかなりみられる。

病院は治療することが本来の目的であり、そのためには生活の面はある程度我慢してもらうのが基本となっているため、老人の生活の場としての機能を求めることは難しい。

病院における費用負担は特別養護老人ホームに比べ軽すぎるのではないか。

一部（特に大都市）の老人病院においては、「おせわ料」と称して費用徴収が行われているケースがみられる。

（特別養護老人ホームの実態に関して）

特別養護老人ホームの入所待機者が、かなりみられる。

要介護老人の増加に見合う特別養護老人ホームの大幅な増設は、なかなか難しい。特に、都市部では土地の高騰、地域住民の問題等がある。

特別養護老人ホームの医療機能は必ずしも十分ではない。

特別養護老人ホームに入所している老人のなかにはかなりの預貯金をもっているケースもあり、また、公的年金も充実してきているので、費用負担のあり方も見直していく必要があるのではないか。

2 要介護老人対策の基本的な考え方

（予防対策等に関して）

要介護老人対策としては、まず第一に疾病予防、リハビリテーションの拡充により、老人が要介護状態にならないように努め、要介護老人数を極力減少することが求められる。

将来の動向を考えると、老人対策は、六十五以上の者を対象とするよりはむしろ六十歳以上の者を対象としていくことが必要ではないか。

（処遇のあり方に関して）

要介護老人に対する処遇に関しては、在宅処遇を基本に置き、老人ができるだけ家庭内で生活を送れるような種々の条件整備を進めるべきである。

老人の自立をできるだけ助け、尊重するような処遇が重要であり、

老人の立場に立ったケア、サービスを考えるべきである。

要介護老人に関する施設についても、入所施設だけでなく、利用施設といった在宅ケアの観点からのとらえ方が重要である。

施設に入所するまでに至らない虚弱老人に対する在宅ケアの問題も重要である。

在宅ケア対策においては、ケア付き住宅など住宅対策が重要な意味をもっている。

要介護老人の問題を考えるにあたっては、痴呆性老人の問題も十分考慮する必要がある。

要介護老人の状態、ニーズは各個人によって多様であり、画一的に取扱うことは適当ではない。住民が日常身近かに多様な内容、形態のサービスを享受できるように配慮すべきである。

要介護老人に関する制度的な垣根はとり払い、医療と福祉がドッキングした形の新たな対応が必要である。

要介護老人に対する処遇を考える上では、看護が極めて重要な役割を果たすことに留意すべきである。

施設の設定状況や施設に対する考え方など地域によって実情は大きく異なっており、地域性をふまえた対応が必要である。そのなかで特に大都市については、住宅事情等から家庭での介護が難しく、施設の設定も困難な面があるなど、多くの問題がみられる。

（費用負担のあり方に関して）

誰でも要介護状態になりうる可能性を有しているため、この問題を普遍的なものとしてとらえ、費用のあり方に関して、こうした基本認識に立脚した検討が必要である。

先進国においては、要介護老人に係る費用の調達にあたって、保険システムを活用しようとする例がみられる。

要介護老人に関する費用負担については、在宅のケースと施設入所のケースのバランスを考慮する必要がある。

施設に入所している要介護老人の費用負担については、施設種別相互間で整合性のとれたものとする必要がある。

要介護老人数の増大や社会経済の今後の状況からみて、要介護老人に係る費用は適正な規模に収まるようにする必要がある。

3 要介護老人対策の方向
（中間施設に関して）

目的によって、中間施設の内容、必要性は変わってくる。

中間施設は、家庭と施設、医療と福祉の中間という意味で様々なものがある。

○在宅ケアを支える施設として、一日のうち一定時間老人を受け入れ介護するような施設を考える必要がある。

また、在宅の老人が通所してリハビリテーションや生活訓練等を受けられることができるような利用訓練施設を整備する必要がある。

要介護老人を抱える家庭が、やむを得ない事情により老人を介護できないような場合に、一定期間老人を受け入れ介護するようなショート・ステイ施設の整備、充実が必要である。

在宅の要介護老人のための施設は、例えば、学校区のような地域単位ごとに設けるなど日常身近な場所に整備していくことが望ましい。

病院での入院治療が終ってもすぐには家庭に復帰できないケースが

ある。病院などの施設から家庭へ戻る場合の橋渡しとして、退院準備のための生活訓練等を行う入所訓練施設を整備することが必要である。

病院に入院して治療する程ではないが、家庭では十分ケアができないような人を対象とする臨時的な入所施設を考えるべきではないか。

医療はあまり必要ではないが、社会的な理由から入院している者があり、こうした老人に対し看護を中心としたサービスを行う施設（病棟）が必要ではないか。

在宅ではどうしても対応に限度があり、家庭に戻れないような要介護老人も多く、こうした老人が入所する施設が必要である。こうした施設では、過度の医療・介護は必要でなく、家庭より若干高いレベルのサービスを提供する程度のものでよいのではないか。

中間施設においては、患者に対するケアだけでなく、患者の家族に対する指導を行うことが必要ではないか。

入所施設としての中間施設については、医療と福祉とがドッキングした新たな施設を考えるべきである。

施設を設置する場合、新たに土地を購入してその上に施設を作ることは費用面や地域住民の反対等からみて難しいので、既存の病院病床や学校等各種施設の転用等を十分に考えるべきである。

以上のほか、

痴呆性老人のうち、異常行動を伴い在宅ケアが困難なケースについては、現在のところ特別養護老人ホームと精神病院で対応することとなっているが、今後どのように対応していくべきか。

在宅ケアを支えるサービスとして、訪問看護、家庭奉仕員、食事・入浴サービス等を充実する必要がある。

「検討項目(案)」「説明(事務局)

1 期待される中間施設の機能

(入所型の機能)

病院に入院して治療するほどの必要はないが、家庭では、十分なケアのできない要介護老人に対し、医学的管理の下に看護を中心としたサービスを行う。

入院治療終了後の家庭復帰のためのリハビリテーション・生活訓練等を行う。

(在宅型の機能)

一日のうち一定時間要介護老人を受け入れ、リハビリテーション・生活訓練を行う。

(デイ・ケア)

短期間要介護老人を受け入れ、必要な看護・介護を行う。(ショー

ト・ステイ)

2 費用負担のあり方

利用者負担の範囲

公的負担

保険システム

公費(国、都道府県、市町村)

3 その他

施設、事業の実施主体(医療法人、社会福祉法人、地方公共団体等)

入所手続

質疑応答

中間施設に関し以下のような議論があった。

病院に入院して治療する必要はないが、家庭では十分なケアができない要介護老人のため入所施設ということであるならば、特養の機能強化で足りるのではないか。

入院治療後の家庭復帰のためのリハビリテーション、生活訓練を行う場としての機能は、重要である。

中間施設について、特養の延長線上で考えるのか、または、医療の延長で考えるかによって内容が異なってくる。

介護に重きがかつた患者で現在病院に入院している者が相当数ある中で、医師の医学的管理の下に、介護を加えた施設があっても差し支えない。この場合在宅の人にも恩典を与えるような訪問的機能を持たせることも考えられる。

看護を中心とし、リハビリテーション、生活訓練を加えたサービスをを行う入所施設が望ましい。

社会的に家庭で介護ができない老人を社会の責任において面倒をみるという延長線上に基本があるのか、医療の延長線上に基本があるのか区別を明確にする必要がある。

本当の入院を要するような治療は、病院でなければならず、特養でできる医療管理は、医師、診療所の強化により対応可能である。よって、病院、特養と家庭との間の機能としての中間施設は必要だが、病院と特養の間には必要性が低いのではないか。

医療福祉対策全体の中での中間施設の位置付けを考える必要がある。

入所型の機能は、結局はターミナルなものであるが、これを老人対策の一つとして進めていったのでは、高齢人口の増加に対応できない。社会的理由により入院している老人に対する対策としては地域に老人セン

ターを設け、入所時、入所後の老人の評価を行い、老人を適切な場所に入所させるといったことにより、既存の施設の活性化を図ることが重要である。入所の必要がなくなった老人の帰る場所がないということであれば、ケア付き住宅などの住宅対策を講じる必要がある。

急性、慢性の区分ができていない現在の医療施設体系では、高齢化社会にうまく対応できない。また、特養では、最近の医療技術の発展への対応が必要である。そこで、医療サイド、福祉サイド双方で、今後の対応策を検討し、それらをドッキングしていくような方向で21世紀を展望しながら、計画的な形で議論すべきである。

急性病、長期慢性病、難病、リハビリテーション等、すべて病院という名のもとに対応しているという現状は、介護を必要とする老人への対応ということであると非常に効率が悪い。

在宅型の機能に重点をおき、これに必要な入所型の機能を考えるという重点の置き方が望ましい。

都市型、農村型を区別して考える必要がある。

現状では、病院か特養かの二者択一となっているので、医療、老人保健、老人福祉の体系の中で、新しいタイプのを生み出すという試みが必要である。

入所型の機能を考える際には、医学的管理のもとに生活の場としての機能、福祉サービスの提供ということを考える必要がある。また、福祉的なものに医療を強化するような機能を加える必要がある。

病院と特養との違いは、生活環境の違いである。病院では治療に重点がおかれていて、生活は、ほとんど無視されているので、これを老人の生活の場として流用するのは無理がある。

医療は機能別に連携、分離すべき時期で、病院、ハードの建物の単位でやる時代ではない。

入所型の機能としては、医療との関連のもとに看護を中心としたサービスを行い、できるだけ家へ帰すという方向が望ましい。

在宅ねたきり老人対策として家族の負担を軽減するということに関しては、特養の看護機能を強化するということで、かなり対応可能である。ケア病棟的なもので、看護により入所老人を自宅へ帰す流れを生み出すことについて検討する必要がある。(看護職をリーダーとするプロジェクト的なもので実験を行うことが望ましい。)

在宅ケア機能の整備が最も重要な課題である。また時系列的な整理が必要である。さらに、地域的な対応基準を早急に整備する必要がある。

病院、病棟等の転換については、活用する資源別の転換の程度、機能の程度などに関する対策が必要である。

従来、病院、施設でのケアが中心であったため、今後、在宅ケアを前提としたマンパワーの形成が重要である。

入所型、在宅型の機能は一体として考える必要がある。

現状で不足しているものをカバーし、求められているサービスに対応する機能をもつもの、あるいはその機能を組み上げていくという方向で考えるべきである。

機能と施設とは区別して考えるべきである。

現在、特養で行われているデイ・ケア、ショート・ステイについては、適切な医療機関で行いうることなど、中間施設の機能については、医療福祉でかなり協力できると思われる、また、医療法人、社会福祉法人の相互のり入れも場合によっては相当可能だと思われる。こうした従来のシ

システムにとどまらない制度の運用を考える必要がある。

実施主体については、いろいろなものを検討する必要がある。

実施主体としては、地方自治体、市町村が中心となり、医師会、社会福祉法人の協力を得て事業を推進するという形が望ましい。

医療よりケアを中心とした病棟という考え方で、病院の中の一部を自主的に転換して行ってもらうということを考えるべきである。

入院時医学管理料、看護料は保険、室料と食費、生活部門に要するものは福祉（税と老人自己負担）という費用負担を考えるべきである。老人の自己負担については、支払える範囲で負担してもらうことが望ましい。

ケア病棟への入所手続については、施設から市町村長への報告といったような仕組みが適当である。

利用者の負担については、各種の施設とのバランスをとる必要がある。費用負担については、最初から負担を課すものとして仕組みをきちんと設けておく必要がある。また、これを設けるにあたっては、入所期間が長くなるにつれ、負担が重くなるというようにすべきである。これにより、一定限度のところまで、医学的な治療の必要性の程度などについての見極めの機能がうまく働くとと思われる。

中間施設については、バランスのとれた整備が必要であり、自由競争ではなく、何か抑制的な仕組みが必要である。

中間施設については、医療法人、社会福祉法人と市町村が共に実施していくというスタイルが好ましい。

社会福祉法人は非課税だが、医療法人には、課税されるという現行税制上の問題がある。この問題については十分時間をかけて検討する必要

がある。

利用者負担については、後から取るということも考える必要がある。福祉の方は、融資、建設費の補助金が優遇されているなどの問題がある。

実施主体としては、個人立も考えるべきである。

中間施設の機能としては、デイ・ケア機能、ホーム・ケア機能、収容機能の順に重要であり、この運営としては、巡回ホーム・ケア・サービスを可能なかぎり行うというスタイルが好ましい。

施設、事業の実施主体、施設費に係る国の負担の程度、経営的に成り立つ費用負担の徴収という順で考えていくべきである。

病院等の改造費の費用負担についても検討する必要がある。

在宅型機能の費用負担について検討する必要がある。

福祉、医療というものは、人の命を支えるものであって利潤の法則にのるものではない。実施主体については、市場経済に任せてよい部分とよくない部分とを考えて検討すべきである。

在宅と入所との間のアンバランスについて検討すべきである。

費用負担については、税金、保険料も含めて検討する必要がある。

中間報告の起草委員として、水野副座長、佐分利委員、橋本委員が選出された。

今回は、起草委員により、中間報告の骨子となるメモをまとめてもらうこととし、これについて議論を行うこととなった。

第6回（昭和60年7月5日）

「中間報告（骨子案）」説明、朗読（起草委員）（事務局）

はじめに

高齢化社会の到来と老人対策の重要性。

老人対策に関する基本的認識（雇用、年金、保健・医療をはじめとする総合的対策の必要性、行政のみならず、本人、家族、地域、職場等社会全体での対応の必要性など）。

当懇談会の論議のねらい（介護老人対策とりわけねたきり老人対策を中心課題としたこと）。

（要介護老人対策の現状と問題点）

要介護老人数は年々増加。現状のまま推移すれば今後急速に増加する見込。「その他要介護老人の現況等」

家族の物心両面の大きな負担。

特別養護老人ホームの整備といった対策のみでは対応困難、また、病院機能のあり方からも問題。

ねたきりの原因疾患の発生予防、リハビリ対策が不十分。

在宅対策と施設対策、施設種別相互間の制度、施設間のアンバランス。病院と特別養護老人ホームの制度及び役割、機能、費用負担のちがひ。

両施設入院（入所）者の実態的混在。

〔その他病院・特別養護老人ホームの問題点〕

1 要介護老人対策の基本的考え方

（要介護老人の発生数の抑制）

ねたきりの原因疾患の減少のため壮年期からの健康管理、疾病予防対策の充実。

リハビリテーション対策の充実。

これらの対策の実施によってもなお要介護老人数は増加するので、

その対応策の検討が必要。

（要介護老人対策のあり方）

要介護老人対策は、多様なニーズをもつ老人のあるべき処遇はどうなるのかを基本に考えることが必要。

老人の自立、自主性を尊重し、老人の立場に立ったケア、サービスの必要性。

要介護老人の処遇は、在宅処遇が基本。従来在宅対策は不十分であったので、今後訪問指導、訪問者護、ホームヘルパー、食事・入浴サービスなどの在宅サービス及びデイ・ケア、デイ・サービス、ショート・ステイ等の通所、短期入所施設を充実、強化することが必要。

在宅処遇が困難な者に対する施設対策を検討。医療と福祉の両機能の総合化に配慮。

要介護老人対策は、市町村が中心となり、関係機関、施設が一体となって推進。

2 いわゆる「中間施設」について

以上のような要介護老人対策の現状・問題点やそのあり方を踏まえ、今後積極的に要介護老人に対する施策を推進。この場合、要介護老人に対するサービスの形態として、

訪問者護、ホームヘルパーなどの各種在宅サービス

在宅処遇を基本とした通所、短期入所サービス

在宅ケアで対応できない要介護老人のための入所サービスなどが考えられる。

（「中間施設」の性格・類型）

1 在宅型施設

「中間施設」を考えるに当たってはまず、在宅型の施設を重視。現在特別養護老人ホーム等で実施されているが、病院等でも行えるようにするなど既存施設の活用等により、地域に密着したきめ細かな整備が必要。

在宅を基本とした施設の機能としては、次のようなものが考えられる。

一日のうち一定時間要介護老人を受け入れ、入浴・食事、リハビリテーション・生活訓練等を行う。(デイ・ケア、デイ・サービス)

短期間要介護老人を受け入れ、必要な看護・介護を行う。(ショート・ステイ)

在宅型「中間施設」については、現行施策を中心に大幅な拡充に努力。

2 入所型施設

在宅ケアで対応できない要介護老人のために、入所型の「中間施設」も必要。

当面、入所型施設の機能としては、次のようなものが考えられる。

入院治療終了後の家庭復帰のためのリハビリテーション・生活訓練を行う。

病院に入院して治療するほどの必要はないが、家庭では十分なケアのできない要介護老人に射し、医学的な管理と看護を中心としたサービスを行う。

将来的には老人病院、入所型「中間施設」、特別養護老人ホームを通じた制度、施設(その中で医療ケア、福祉ケアの程度に応じた類型化)の体系化が望まれる。

(「中間施設」の費用)

「中間施設」については、受益者負担(利用料)を導入。併せて、公的費用負担(国、都道府県、市町村又は保険者の負担)の導入を図る。(その他「中間施設」に関する留意事項)

「中間施設」は病院、特別養護老人ホームに併設(病棟単位の病床転換等も可)を原則とし、独立に設けることも認める。

設置主体は、医療法人、社会福祉法人、地方公共団体、公的医療機関等とする。

事業の税制上の取扱いは、設置主体によって著しく差異が生ずることのないよう配慮。

入所は、いわゆる「措置」ではなく、できるだけ簡略化した手続による。(適正入所のための何らかの方法を考慮)

「中間施設」は必要に応じ各種在宅サービスを行うことができるよう配慮。また、家族に対する指導も実施。

入所型の「中間施設」については、試行的に実施するなど慎重かつ着実な推進に配慮。

3 関連の施設

在宅サービス(既述)の充実。ケア付住宅等住宅対策についても検討。

異常行動を伴う痴呆性老人に対する方策の調査・研究等の検討。医療施設の社会的入院についての検討。

おわりに

医療と福祉の関係者の相互理解の必要性。

行政の責任と、その実施努力に対する期待。

質疑応答

中間施設に関し以下のような議論があった。

老人対策として、住宅対策が相当重要である。

老人対策に対する国の基本的な考え方を示すべきである。

要介護老人には、医療面、福祉面のサービスが一体として提供されるような総合的対策が必要である。

老人の持つ能力を最大限に生かし、できるかぎり自立生活ができるようにすることを基本とすべきである。

ねたきりの発生予防、リハビリテーション対策を重視すべきである。

ねたきりの発生予防としては、単に原因疾患の発生予防にとどまらず、ケアの仕方、本人の努力、気力について検討する必要がある。

在宅対策が不十分であり、保健、医療、福祉の連携が必ずしも十分でない。

病院機能のあり方から問題があるのではなく、在宅機能が不十分であるところに問題がある。

社会的入院の問題は、在宅機能及びその延長の機能が十分なものになれば解消される。

社会的入院については、病院側だけの責任でなく、他の様々な因子がからんでいる。

老人対策に関する問題として、マンパワーの問題がある。

社会的入院の原因として、在宅生活への適応を促進するための退院指導、家族指導を含む教育機能の欠如ということがある。

施設間のアンバランス、役割機能及び費用負担の違いなど行政の縦割りとの関係がある。

在宅ケアが前提となるとするとマンパワーの問題が重要である。

これまで、福祉は底辺の人たちのための所得再配分として行われてきたが、本問題は、誰でもねたきり老人となる可能性があるため自己負担

の問題がでてくるものであり、老人に対する社会認識を変革する運動が重要である。

中間施設は、病院あるいは特別養護老人ホームに併設することが原則とすると、病院に福祉的機能を持たせる、あるいは特別養護老人ホームに医療的機能を持たせることで対応できるのではないか。

中間施設の費用負担の問題を考えると、新しい制度を設ける必要がある。

病院と特別養護老人ホームの中間の施設というものがあってもよいのではないか。病院と特別養護老人ホームがあればそれでよいということでもないはずである。

特別養護老人ホームの整備対策では不十分であるという背景には、寿命の伸びによる要介護老人の激増、医療技術の急速な進歩ということがある。

特別養護老人ホームについては、医療、看護の不十分さ、整備対策の内容に関し検討する必要がある。

高齢者の激増への対応として、現在の病院機能では問題があるのではないか。

老人医療における病院のあり方として、老人特有のリハビリテーションについての研究、設備などが不十分である。

要介護老人対策の問題点として、最も重要な点、は特別養護老人ホームなどの地域的偏在ということである。

医療機関と福祉施設という区別のある日本社会の伝統の中では中間施設として別個のものをつくる方がよいのではないか。

設置主体が異なっているにもかかわらず中間施設の基本的な性格が異なることのように整理をすることが必要である。

用語の問題には、十分配慮する必要がある。（例えば「処遇」）
壮年期からの健康管理、疾病予防対策は非常に重要である。

高齢者及びその家族に対する相談所、教育を充実させる必要がある。
家族など社会的諸関係の違いによる家庭介護の条件及び地域的ニード
の違いに配慮する必要がある。

少なくともプライマリ・メディカル・ケアが可能な状況なくしては、
障害老人の受入れは不可能である。

入所型施設の機能を医療、福祉の立場の概念から考えることには、非
常に無理があり、コンセンサスを得ることはできないのではないかと

入所型の間施設として医療又は福祉の資源を効率的に使ってもらう
ということが必要である。

既存施設を有効に活用することが望ましい。

間歇入所を積極的に取り入れることにより、長期入所はかなり減るの
ではないか。

中間施設機能としては、保健婦活動、訪問看護といったものを含むべ
きである。

受益者負担と公的費用負担とのウエイトの問題について検討する必要
がある。

受益者負担の程度をまず検討することにより、公的費用負担の導入の
程度を考えていくべきである。

中間施設と老人保健法における老人病院との関連、公的費用負担の内
訳を明確にする必要がある。

長期的な展望に立ち、国及び地方自治体の財源確保、施設経営の問題
について検討しておく必要がある。

病院の治療のため我慢して病院に入院しているケースもみられ、既存

施設の活用ということで病院のベッドの使用を考えた場合、生活訓練な
どの機能が必要となる。このため民間病院は、経済基盤が満足したもの
とならない限り、既存病床を中間施設に転換するとは考えられない。

医療機関におけるリハビリテーションとは別に、家庭に帰ってその家
庭に適応して生活ができるようにさせるための機能訓練を行う必要があ
る。こうした意味において、中間施設は、医療機関と離しておくべきで
ある。

中間施設には、地域においてニードが異なることなどからいくつかの
タイプがあってもよいのではないかと

中間施設の具体的な運営について明確化する必要がある。

中間施設については、経済の観点も考慮してできるところから着手す
べきであり、様々な方法があつて然るべきである。

入所型施設の機能として、在宅への移行プロセスにおいて教育的機能
を提供することが必要である。

費用負担、入退所の決定手続における市町村の役割について整理する
必要がある。

中間施設全体について、総合的に体系づけ位置づけを考えるべきであ
り、その中で、国及び地方公共団体の役割分担を検討すべきである。

中間施設全体の運営費のなかに占める保険者の負担の程度如何、財
源と対象経費との関係の違いにより、中間施設の内容が違ったものとな
る。

入所型施設につき、過剰供給とならないためのチェック機能が必要で
あるとともに、施設内容及び整備基準について検討する必要がある。

各施設が、全ての必要な機能を持つということは非現実的であり、地
域での各種資源のネットワーク化の推進という方向で考えていく必要が

ある。

市町村の費用負担を考える場合、他の市町村に住民登録がある老人が入所する場合について検討する必要がある。

地域における保健活動が極めて重要であり、相談、指導、教育などの地域サービス、緊急通報システムサービスを提供する必要がある。

保健、医療、福祉等の各分野のサービスが適正にバランスよく提供されるためには、法律、制度、行政機構の二元化、体系化が不可欠である。

老人病院、入所型中間施設、特別養護老人ホームを通じた制度、施設費用負担の体系化が必要である。

特別養護老人ホームを軸にして、医療看護的な機能を追加していく場合、全体の管理は福祉施設としての管理となると考えられるが、医学的管理を行うとすれば、これは医療施設ということになるのではない。

特別養護老人ホームに中間施設を併設する場合には、様々な機能を持ったものを併設する必要がある。

病院と特別養護老人ホームの中間的な施設では、中途半端な治療しかできないのではない。

特別養護老人ホームの医療機能を強化すれば中間施設は不要であるという議論は、老人対策としては、特別養護老人ホームを増設すればよいという議論につながるので、経済社会の問題を考えた場合、非現実的なのではないか。

医療・福祉の機能を両方もつということであるならば、両方施設ということではないか。

在宅型のサービスをまず念頭におくべきである。本格的に在宅型を推進するならば入所型より費用がかかるものである。

在宅型中間施設の費用負担、費用のあり方について議論する必要がある。

在宅型施策を推進するための具体的な方法について議論する必要がある。

運営費ということであれば、入所型よりも在宅型の方が費用がかかる。費用があまりかからない公企業的な施設を設ける必要がある。

疾病治療の場であり、生活面に配慮していない病院をそのまま中間施設として活用するというのは、ごまかしではないか。

利用者が戸惑わないよう、中間施設機能を一本化し、明確化をはかるべきである。

生活適応訓練を行って、家庭復帰を推進するような施設を設ける必要がある。

硬直化した現行制度の改革として、多目的で多様なニーズに対応できるものを行政機構の改革も考慮しながら、整備を進め、その適正な配置を図っていくべきである。

適正化入所のための方法について考慮する必要がある。地域における福祉全体が、最もよく機能するための強力な調整機能をもったシステムが必要ではないか。

中間施設についての議論よりも、老人病院に如何にして生活施設の機能をもたせるか、また、高齢化が進み、医療が進歩していくなかで、特別養護老人ホームに如何にして十分な医療看護の機能をもたせるかといった医療サイド、福祉サイド双方で検討すべき課題を整理していくことが必要なのではないか。

在宅型、入所型で区分されている場合利用しにくいので、複合的な機能を持った中間施設を軸とすべきである。

中間施設に求められる機能について、すでに既存施設において行われているものがあるので、その位置づけを考える必要がある。

在宅型については、マンパワーの専門性の確立が不可欠である。

医療産業資本が中間施設の運営に進出しないよう設置主体に係る制約を設ける必要がある。

シルバー産業として中間施設の運営を行う場合には、完全有料とすべきである。

老人が在宅で生活できるよう家庭教育を行うとともに、縦割り行政を改善する必要がある。

次回は、起草委員により、中間報告案をまとめてもらうこととし、これについて議論を行うこととなった。

第7回（昭和60年7月26日）

「要介護老人対策の基本的考え方といわゆる中間施設のあり方について（案）」（本誌二八三頁参照）

説明、朗読（起草委員）（事務局）

質疑応答

中間施設に関し以下のような議論があった。

養護老人ホームにおいても、要介護老人が入所し、ケアが行われているのが実態である。

地方の第一線の病院の中には、すでに中間施設的な役割を果たしているものがある。

病院に入院する理由としては、社会的理由のみであることは考えられず、医学的理由が当然あるはずである。

病院の機能としては、診断、治療の機能のみならず、管理機能、予防

機能もあるのではないか。

病院の機能としては、包括的な機能が求められるのではないか。

管理は広い意味での診断、治療である。

要介護老人対策としては、中間施設の設置だけではなく、特別養護老人ホームの医療、看護機能を充実させる必要があるのではないか。

中途半端な医療機能をもった施設を設けることは無意味ではないか。中間施設を新たに設置することが、困難であるならば、特別養護老人ホームの医療機能の強化、病院の生活施設的機能の強化ということで対応すべきではないか。

既存の施設に別の機能を果たさせるという方向は、これにより、施設

の大幅な増設が望めなくなることから、今後要介護老人が急増することを考えると非現実的である。コストがかからない施設を増設するという

方向で考えるべきではないか。

特別養護老人ホームの医療・看護機能を強化することというのは、福祉と医療の機能連携を推進するという意味があるのではないか。

特別養護老人ホームの医療・看護機能の強化については、現行の看護・介護基準の変更ということで、ある程度対応可能なのではないか。

現在の在宅サービスの実施者としては、医師、看護婦が含まれていないので、在宅サービス利用者のための人員配置の問題について検討する必要がある。

中間施設の設置について、新設を主とするのか、既存施設への併設を主とするのかを明らかにしておくべきではないか。

中間施設として、有床診療所のベッドを活用することも考えられるのではないか。

特別養護老人ホーム、老人病院については、それぞれ条件整備を行い、

将来的には、中間施設とあわせて一元化する方向で検討すべきではないか。

在宅型施設については、特別養護老人ホームに併設することも考えられるが、入所型施設を特別養護老人ホームに併設することは、医療機能の高いものの医療機能の低いものへの併設ということであり、ありえないのではないか。

特別養護老人ホームと中間施設とを両方運営することは、十分ありうるのではないか。

通所サービス等多様なサービスを一つの施設において行うことが必要であり、これにより、この施設が地域の拠点となりうるのではないか。

「ねたきり」の主な原因疾患の一つは脳卒中であるが、この予防として、栄養指導、食事療法等が重要である。

医療技術の進歩により、「ねたきり」が増加するということに読める表現があるが、おかしいのではないか。

病院は、長期入院患者にとつては、生活の場となるわけであるから、居住スペース、リハビリテーション、職員構成などについての配慮があって然るべきである。

医学的管理を行う入所型施設というのは、医療施設ということではないか。この場合、病院より医療機能の低い医療施設ということとなり、誰も利用しないわけではないか。

退院後日常生活に復帰させるための施設が必要である。

試行的なものとして、老人保健法の活用を考えるべきである。

小児科という診療科があるが、同様に老人科も必要である。

医療・看護の程度により、狭義の医療施設ではない中間施設がありうるのではないか。

施設で死ぬよりは病院で死んでほしいという国民感情がある。

日本では、病院は治療の場であるわみならず中間施設的な役割を担っているのが現状であるので、中間施設を設けても、病院よりランクの低い施設というイメージをもたれて、利用されないのではないか。

地域では、一般病院が要介護老人対策を行っているのが実態である。中間施設を整備するにあたっては、経済誘導策を考えるべきである。

医療の分野においては、受益者負担の原則はあたらないのではないか。

中間施設の費用について趣旨を明確にするため、公費負担のみに依存しないという部分を「維持運営に係る費用については」という形で限定すべきである。

介護費用についても保険財源をもってあてるということもありうるのではないか。

中間施設に求められる役割として、栄養指導、体力づくり等地域の保健サービスの提供ということがある。

中間施設の整備にあたって、補助金が給付される可能性は低いのではないか。

社会的入院の要因は、老人を引き受ける者がいないことであり、病院が正常に機能していないことに問題があるわけではない。

今回は、起草委員により、本日提出された中間報告(案)に本日の議論を踏まえて手を入れたものを用意してもらい、これについて最終的な確認を行ってから、中間報告として提出することとなった。

(了)