

## はじめに

介護療養型医療施設の歴史を見ると、誰の目にも貧しかったこの国の老人病院が30年近くかけて進化したものである事がわかる。現場では、重介護・要医療の状態にある高齢者を受け入れている。この国の老人医療のある部分をきちっと担っているこの制度を、何故変える必要があるのか。

平成18年、突然、この介護療養型医療施設の廃止の法律ができた。PHP新書にも書いたが政策決定のプロセスも行き当たりばったりで、出来上がったプランはまったくの机上の空論であった。私たちは激しく怒った。

一般の療養病床の在り方等の議論が、すまいだ、生活だというアドバルーンを上げて、介護療養型医療施設の人員基準等を削減することがあれば、本質、一般の廃止計画と変わらない。

高齢者は増え、加齢により多く疾病をもつ人や認知症の人達も予想をはるかに超えてきた。老々介護や認々介護、介護の離職等も多い。サービス付高齢者向け住宅や有料老人ホームも増えてきた。しかし、重介護・要医療状態の人にきちんとしたサービスを提供できるところは少ない。ときには、たまゆらや胃ろうアパートなど高齢者を食いものにする事業者も出る。

お金の問題が大切なことは皆よく承知している。が、もう療養病床のあり方を負のイメージだけで議論すべきではない。単なる「すまい」にして、人手を省けば、被害を受けるのは利用者であり、家族であり、国民である。療養病床だからと安易に考え議論をする事は高齢者差別である。日本における社会保障のあり方として真剣に皆考えるべきである。

## 現場で働く職員の視点と虐待と身体拘束の視点から

厚生労働省は、この施設の説明に、患者100人に看護・介護スタッフ34人以上という表を出す。しかし、実態は違う。現場は患者100人に対して看護・介護合計60人の配置をしている。

これだけの人員を配置してもこの施設では、12%の利用者が身体拘束を受けている。厚生労働省の統計でも、この施設は特養や老人保健施設よりも重い認知症の患者を診ている。点滴や経管栄養を抜く患者も多い。もし現場の人手を減らし、おなじ状態の患者を、少ない職員で診るということになれば、身体拘束や虐待が増え、現場が荒廃・疲弊するのは目に見えている。私は人員削減には断固として反対する。

## 費用・経済効率の点はどうなのか

介護療養型医療施設の費用は本当に高いのか。厚生労働省の資料では1人1月35.8万円とある。マンパワーをきちんと配置している施設ではレセプト総額で月42万円程度ではないか。これで平均要介護度4.4の人の介護と医療のほとんどすべてを引き受けている。ちなみに要介護5の人の在宅の支給限度額は36万円、これにケアマネの費用や居宅療養指導管理などを加えると38万円程度であろう。さらに訪問診療も加わる。ターミナル期になり、医療保険からの訪問看護が入れば明らかに在宅が高く介護療養型医療施設のほうが安い。

また、介護療養型医療施設の代わりにすると転換型老健を作ったが、そこでは医者と看護師が減り、病院に逆戻りする利用者が増え、看取りの数が減った。これでは医療費がかえって高くつく。それらを考えると、介護療養型医療施設をなくして、この国の医療費コストが安くなるとは思えない。

## 認知症疾患型介護療養型医療施設（老人性認知症疾患療養病棟）

数は少ないが認知症疾患型の介護療養型医療施設が全国で約20病院2000床程度ある。ここでは、一般型の介護療養型医療施設や療養病床などでは引き受けられない認知症高齢者を引き受けている。また、高齢の高度認知症、IV以上の人達の多くは身体の病気を合併する事も多い。

いわゆるBPSDに対して向精神薬を大量に使用して抑え込んでしまうという方法は多くの医者も思いつかなくなっている。あるべきケアを行い、それでも改善しない時にのみ最少量の薬を、副作用のチェックを厳重に行い、ある期間のみ使用し、効果が見られたら減量していくという方法が現在は普通になりつつある。これを行うにもそれなりの職種の配置が必要となる。介護保険の職員配置基準は、ここは、看護4対1、介護4対1と、高い基準となっているが、私は、患者と現場を守るために必要な人員が今後も維持されなければならないと考えている。

NPO全国抑制廃止研究会  
理事長 吉岡 充