

議論の前提として

NPO全国抑制廃止研究会

理事長 吉岡 充

1.医療区分1は社会的入院ではない。

今、療養病床の患者の状態について、医療区分を用いて話がなされる。介護療養型医療施設には医療区分1が多い。そういう軽い患者、社会的入院が多いのだから介護療養型医療施設は介護施設でよい。介護施設でよいのだから、医者も看護師も減らしてよい。そういう短絡的な話になっていないか。しかし、医療区分というもののだけでは正確に患者さんの重さ、医療の必要性は表現できない。この表は、平成18年、介護療養型医療施設の廃止政策が実施され、時を同じくして医療保険の療養病床に医療区分が導入された際、厚生労働省が作成した資料である。

患者分類別医療処置時間

(単位:分)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	26.4	39.0	58.2
ADL区分2	12.6	17.8	36.2
ADL区分1	10.3	16.6	20.2

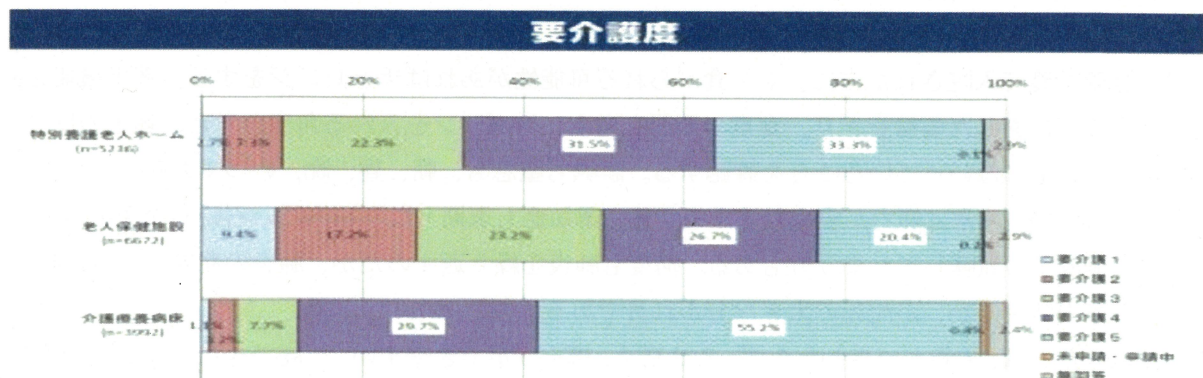
平成18年 厚生労働省 度慢性期医療入院患者の包括評価に関する調査より

ご存知のように、医療区分は1から3になるに従って重いとされる。ADL区分とは、日常の生活動作がどれくらいできるかの評価である。ここではベッド上でどれくらい動けるか、ベッドから椅子や車椅子にどのように移動することができるか、食事やトイレをどうしているかなど4つの項目で評価している。重い障がいがありできることがほとんどなければ3、軽い障がいであれば1となる。

この表の赤い文字の部分をご覧ください。医療区分が3であって、ADL区分が1である患者、医療区分が2であってADL区分が2、あるいは1の患者よりも、医療区分が1であり、ADL区分が3である患者の方が医療処置を必要とする時間が長いのである。

**介護療養型医療施設の平均要介護度は4.39と他の施設よりも圧倒的に重く、
患者の55%は最重度の要介護度5です。
(介護老人保健施設3.28 特別養護老人ホーム3.85)**

厚生労働省 平成26年介護サービス施設・事業所調査の概況および療養病床の在り方等に関する検討会資料より



介護療養型医療施設の入院患者の平均要介護度は4.4であり、最重度の5である患者が半分以上を占めている。ADL区分で言えば3に該当する人、あるいは仮に2であってもより3に近い評価の患者が大勢入院している。つまり、介護療養型医療施設に入院している患者はたとえ医療区分が1であっても、重介護であり、病状的には

不安定で、医療区分2や3でADLが軽い人よりも医療的管理を多く必要とする人が多数存在するということである。これは私たちの現場の実感と一致する。

2. 私たちが現場でしていること。5つの基本的ケアの徹底化



私たちは、まず、この方たちに人間らしく生活してもらうためのケアをする。自分で起きたり歩いたりすることのできない患者さんには、起きてもらい、移動を介助で行う。できるだけ人の気配のある、他の患者やスタッフと交流がもてるデイルームなどである時間すごしてもらう。認知症の重い患者さんは自分で水を飲むこともできない。水分補給も気にかけて定期的に行う。食事も安易に管からの栄養補給に頼らず、できるだけ口から食べていただく。時間をかけてでも。その方が、味を感じ満足感を得やすいし、体全体が活性化し人間にとっては自然である。

尿意や便意がなくても、その排泄パターンを把握して、おむつにはなるべく頼らずトイレに誘導しトイレで排泄をしてもらう。清潔にも配慮する。下着が汚れれば取替え、おむつが濡れればできるかぎり早く取り替える。そのまま長い時間放置する事は、かぶれや感染症を起こす原因となる。それだけでなく、人としての尊厳も失わせてしまう。少しの発熱があっても医師と相談しお風呂に入ってもらってさっぱりしてもらう。口腔のケアも肺炎予防にはかかせない。特殊な吸引機能のついた歯ブラシで唾液や痰を吸引し、それらを誤嚥することを防ぎながら口の中を清潔にする。

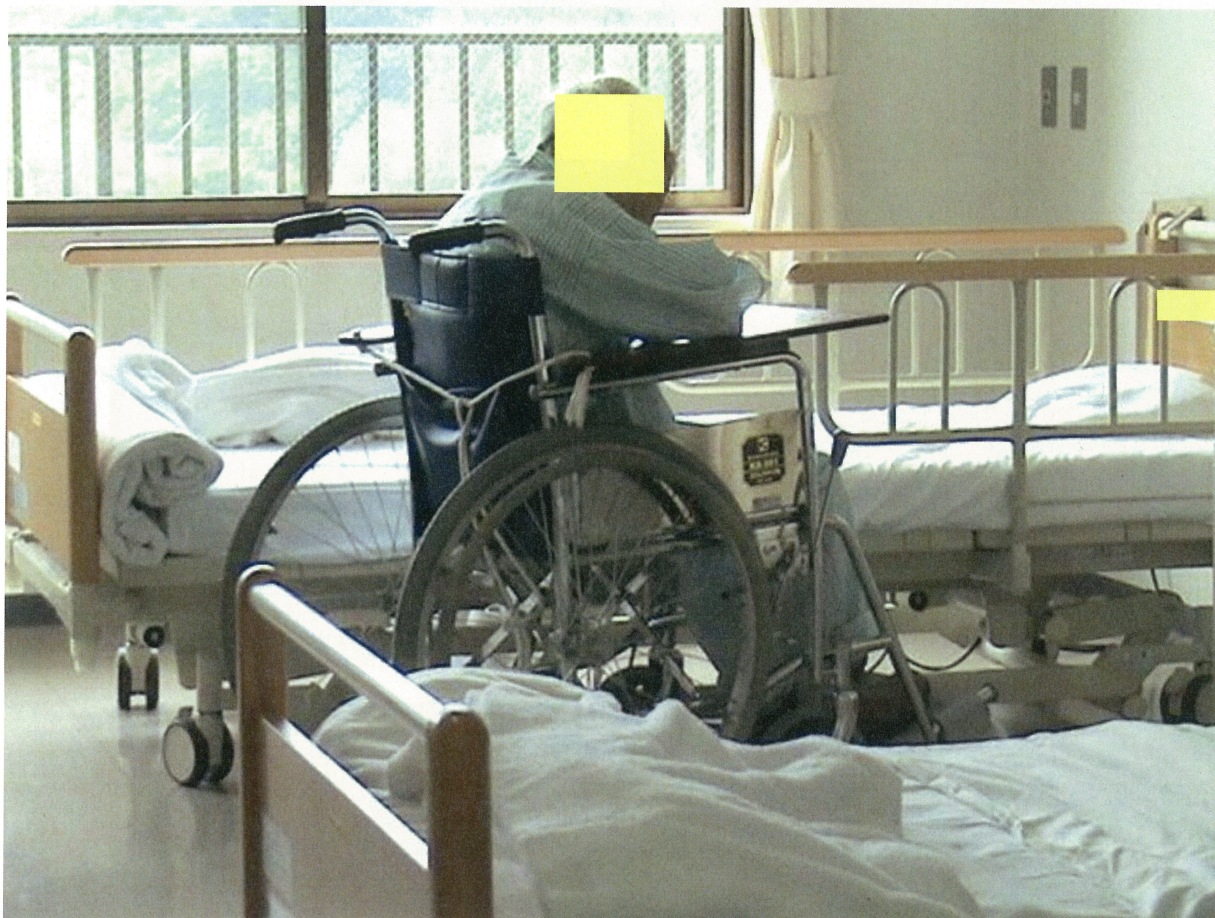
レクリエーションやアクティビティプログラムも提供して参加してもらう。あるいはその方だけの好みに合わせた特別プログラムも用意する。どのようなものでも楽しい、集中できる時間をもつことは、無為の時間による問題行動の発生を減らし、また、生きる力を回復させる。

さらに、私たちは患者の改善を図り、あるいは病状の悪化を防ぐために、必要なことをし、24時間患者を見守っている。

たとえば、経管栄養で入院された方に、もし食べられる可能性があればチャレンジをする。嚥下機能を評価し、覚醒を促し、食事に適した姿勢をとり、食事の形態を考え、スプーンを入れる角度を考え、嚥下の反応を見て、食事がちゃんと食道にはいつていることを確認する。誤嚥も窒息も、朝、昼、晩、いつでも起こりえるし、食事のときだけではない。非常に筋力が衰えたりする状態、認知症も末期となり脳内にいろいろな変化が生じた段階では、自分の唾液すら誤嚥してしまう方もある。何度も肺炎を繰り返すのだが、肺炎の兆候をいかに早く察知して重症化する事を防げるか、が生死の大きな分かれ目である。

老衰が極限にきた方は、栄養もいきわたらず、やせ衰え、褥そうがしやすい。一度できたらなかなか治らない。小さな発赤も見逃さずすぐに処置をする。どのように苦痛の少ない看取りができるのか。家族も含めたみなで話し合いながら取れる手立てをとって行く。

3,身体拘束の問題。みなさんは、これらの写真を見てどう思われるだろうか。





介護保険法では原則身体拘束は禁止されている。しかし、現実には入院している患者さんのうち 12%が身体拘束を受けている。

身体拘束をしないためには、暴力や介護拒否があっても、患者さんを混乱させないように丁寧に接しなければならない。徘徊のある人には付き添うことが必要ときもある。経管栄養や点滴をするときには、抜かれて事故にならないよう、近くで見守る。不意に立ち上がったり、ほかの患者さんに迷惑をかけてしまう方についても同じである。向精神薬を使いすぎればお年よりはふらついて足をとられ、転倒骨折をしたり、あるいは誤嚥の原因ともなる。ひどいときには悪性症候群でなくなることもある。向精神薬の過剰な使用、化学的抑制に陥らないためには、少量の向精神薬の使用にとどめ、その効果と副作用を医師と看護師とでモニタリングしなければならない。当然だが、身体拘束をしないこと、患者さんの人権、尊厳を守るためには人手はかかるのである。

4. 転換型老人保健施設との比較

	介護療養型医療施設	転換型老健(介護療養型老人保健施設)
平均要介護度	4.39	4.08
医師数(患者 100 人対)	5.9	1.75
看護職(患者100人対)	28	20.5
介護職数(患者100人対)	31.7	29.9
医療機関への退院者率	31%	46%
死亡退院率	41.4%	27%

かつて厚生労働省は介護療養型医療施設を廃止し、このタイプの老人保健施設に転換させようとした。上記の表は、介護サービス情報公表システムを使って検索できた転換型老人保健施設 59 施設の資料を独自にまとめ、介護療養型医療施設と比較したものである。この 59 施設以外にも転換型老健はあるのだと思うが検出できなかったのでお許し願いたい。

転換型老人保健施設では介護療養型医療施設に比して医師と看護師の数が大幅に減っている。介護療養型医療施設の医師数には外来などを担当している人数も含まれると思うので、差はもう少し小さいはずだが、それにしても大幅に減っている。この人数では日勤の医師を週 7 日間置くことで精一杯で、夜間はほとんど配置できないはずである。それらの結果といえると思うが、退所先として医療機関に行く人が 15% 増えている。施設内で看取る人の数は 14% 減っている。また、利用者の要介護度も軽くなっている。

がんばっている転換老人保健施設はこうではないのかも知れない。今までと同じような状態の人を引き受け、病状の悪化にもなんとか施設内で対応し、施設内でできるだけ看取ろうとしている転換老人保健施設もいくつかは存在するのかも知れない。しかし、全体としてはこのように、施設の仕組みや人員配置をいじれば、同じような患者を診て、同じような対応をする事はできなくなるものなのである。

5. 私は介護療養型医療施設の理事長でもあり、現場のスタッフの様子を見ている。スタッフは、患者さんにきめ細かく看護とケアをすることを目標にして日夜、労を厭わず働き続けている。ときに暴力や介護拒否をする患者さんに叩かれながらも、身体拘束を廃止し、事故防止に神経を使い続けている。このスタッフたちにマンパワーを減らして、これ以上の負担を強いることはとてもできない。

療養病床のあり方の議論は、現場でケアを受けている患者、現場で働くスタッフの思いや視点をなしにして進めてはならないと思う。

私は安易な人員削減や、介護施設化には断固として反対する。