

とりまとめに対して

NPO全国抑制廃止研究会

理事長 吉岡 充

先般の介護報酬改定では、介護療養病床を療養機能強化型A・Bとそれ以外とに区分しました。

今度はさらにそれをこわして新類型にとりまとめるというのですが、この特別部会でも納得のいくような議論はなかったと思います。

例えば、内包型のⅡ案は、療養機能強化型A B以外の介護療養病床が対象です。

しかし、それらの病床のデータは何もありません。それらの病床の平均要介護度も、患者さんに実施されている医療的な処置も、ターミナルケアの患者の比率も、スタッフの配置数も分からない。(ここは質問でもあるので事務局の回答をお願いします)。あるいは、療養機能強化型A Bの定義だけは、一応は資料に載ってはいますが具体的な数字の記入はありません。これで果たして委員の方が、どれだけ具体的なイメージをもつことができるのでしょうか。ただでさえ現場の患者さんの状況やスタッフの状態を把握するのは難しいことです。現場にいる私ですら、理事長職をしていると現場の感覚から離れそうになるのですから、一般の方にはとても難しい。そんな中、データすら提示されないままで、それでいきなりA B型以外の病床は転換して老人保健施設の類型でよいと結論するのは暴挙に近いものだと思います。

私は外付け型も非常に胡散臭いと考えています。せつかく定額制で、医療費に歯止めがかかっている介護療養病床を、どうして、わざわざ出来高に戻すのでしょうか。また、今の医療療養や介護療養病床で見ている患者さんを、有料老人ホームの人員基準でちゃんとケアできると考えるのでしょうか。この外付け型を私は雑居ビルと呼んでいます。昔の寝かせきりで点滴漬け、薬漬け、検査漬けの老人病院やら、このごろ問題の寝かせきり、閉じ込めきりの虐待付き高齢者向け住宅になるのではないかと危惧しています。

私は既得権を主張しているのではありません。療養病床全般も介護療養病床もこの30年で進化してきました。病院として高齢者の一般的な病状には対応しており、認知症ケアやターミナルケアまでを実施する自己完結的な医療機関として活動しています。安上がりでもあり、この制度はこれからの日本でも大きな役割を担えると思うし、私はアジアのモデルにもなりうるものであると考えています。いまこの制度を壊さなければならぬ必然性を、厚生労働省の説明からも議論の推移からも感じないのです。

前回の部会では現場の声をもっと聞くべきだという主張をして下さった委員のみなさんもあり感謝しています。それから賛成されているみなさんには申し訳ありません。私は介護療養型医療施設の存続を主張しこの新類型案のとりまとめに反対します。