

# 資料1

**現場の現実および介護療養型医療施設存続運動から**

**介護給付費分科会のみなさまにお伝えしたいこと**

**介護療養型医療施設の存続を求める会**

**上川病院**

**理事長 吉岡充**

## 医師の配置について

### 受け皿施設に医師が常時配置されなければ現場ではどうということが予想されるか

受け皿施設の医師が常勤1人なら医師は日勤で月20日程度働くということ(週32時間働けば常勤1名という考え方もありその場合はもっと少ない勤務となる)=通常、土曜・日曜・祝日、と夜間、医師がいない状態となる。

### 予想される主な弊害

#### ▲病状的に不安定な利用者は受け入れを拒否される。

→施設が利用者について受け入れる範囲はかなり限定されてしまうだろう。急変や増悪の可能性のある症状がある利用者は受け入れ先を探すのにとっても苦勞する。行き場がないので、仕方なく在宅のままで過ごすなど、介護地獄の様相を呈する人も発生する。

#### ▲施設の現実を無視した無理な利用者の受け入れが起こる。

→施設が経営を優先し、本当は医師が昼夜いなければ管理できない容態の利用者でも受け入れる。利用者には、その施設が適切かどうかの判断はなかなかつかないから、本当は亡くならず済んだ人も死ぬという悲劇が生まれ、家族に(施設の職員にも)後悔が残る。

#### ▲病状が急に変わったときや、悪化したとき、一般病院、医療保険の療養病床などへすぐに転送される。

→これは、今でも老人保健施設などで常態化している現象。実際問題として、現在、看護師たちに医師の代役的役割まで求めることは無理。容態が悪くなったときに転送される(あからさまに言えば追い出される)ことは、利用者や家族に非常に負担である。搬送先の病院で拒否することができずに、本来は望まない延命治療などの処置を受け、はずせなくなることもある。施設では受けることが出来たケアやリハビリテーションが、治療中心の病院では断ち切られる。寝たきりにされたり、治療のために身体拘束を受けて、施設に戻れても以前の状態よりもはるかに悪化しているという現象が生じる。状態が不安定な利用者は、増悪するたびに入院を繰り返すことになり、これも負担が大きい。

#### ▲例えば、嚥下の機能などにいくらか問題があると、即座に胃ろうなど、施設側の都合による「防衛的処置」が簡単に行われる。

→嚥下障害をもつお年よりは多い。医師が居ないと、誤嚥などがあるとその処置や、誤嚥がきっかけで肺炎など起こすと治療がめんどうだからと、胃ろうなどが増える。口から食べ物をとれずに、胃からだけ栄養補給をされ生きながらえる。そういう人が増えるだろう。これは、利用者にとって本当に幸福なことなのだろうか。それから、厚生労働省が発表した案に、受け皿施設の利用者は管による栄養補給のもの〇〇%などという条件をつける案があったが、これも利用者がのぞまないPEGを増やす原因になる。

#### ▲まともな終末期ケアができなくなる。死に際がとても慌しく、不幸なものになる。

→上川病院(126床)の例では、昨年1年間の死亡者は37名。死亡時刻が、当院の夜勤設定である午後5時~翌朝9時のケースが23例、日勤時間の死亡

だが休日に当たるケースが2例だった。死亡の67.5%は医師不在の時間という計算になる。この看取りを外部の訪問医師にまかせたり、死亡前の終末状況に差し掛かって来た時に医療区分が2だから3だからと「病院」に転送したりするのは大きな不幸である。死に際しては、できるだけ穏やかな看取りの環境がのぞましい。

## 介護職の配置について

介護療養型医療施設の現場の介護スタッフの労働密度は高く、いつも大変に忙しい。これは、特に介護療養型医療施設にかぎったことではない。介護保険3施設に共通の現象であり、日本の医療・福祉領域における貧しい人員配置政策によるものであると私は思う。ある調査(日本労働組合総連合会、平成17年1月、介護保険3施設調査結果)では、利用者に憎しみを感じる介護職は3割、身体拘束を行ったことがある介護職は57%に及んでいる。私は、身体拘束廃止運動を行っていてNPO全国抑制廃止研究会を立ち上げ、講演やワークショップでいろいろな現場のスタッフの話を聞く。施設内虐待、身体拘束の実態はこの調査の通りか、あるいはさらに多いだろうというのが実感である。

厚生労働省から聞いたところでは介護療養型医療施設の現場は、現在、介護職を利用者4対1の基準で配置しているところが、89%である。東京都内では95%以上。さらに現場は、介護職を3.2対1程度まで増員配置している。現在の介護療養型医療施設の入所者の平均要介護度は4.3であり、介護保険3施設中もっとも重介護の施設となっている。医療区分で言えば、1が57.9%入院しているといわれるが、要介護度5の人は52.5%と、施設利用者の半数以上である。平均要介護度4.3というのは、要介護度5以外の他の利用者も、殆どは4という重介護の世界である。したがって、受け皿施設の要介護度は、厚生労働省がいうように医療区分1と2の3割を集めてもほとんど変わらず、介護保険施設3施設中、最重度施設であり続けるだろう。

私には、この現実を無視して、介護職員を削減できるかの如く論じる厚生労働省の意図がまったく理解できない。ことばは悪いが、削減は正気の沙汰とは思えない。後述のように、医療とケアは切っても切れない一体のものである。また、介護職を削減すれば、現場は破壊され、虐待や身体拘束などが多発し高齢者の尊厳を損なう事態となる。はては、姥捨て山・生き地獄といったことばで表現せざるを得ないところまで行き着く。これがどうして分かってもらえないのか不思議である。

### 予想される主な弊害

#### ▲重介護の利用者の受け入れ拒否の問題

→介護療養型医療施設が対象とする利用者は、疾患を抱えていて、かつ、重介護の人である。しかし、介護職が少なくなれば、そのような利用者を敬遠し、受け入れないという現象が起こる。施設は、社会的バッシングを受けるかも知れないが、無理なことは無理なのである。現在でも介護の手のかかる食事全面的介助の利用者が、なかなか特別養護老人ホームなどへの施設入所ができないという現実がある。利用者のニーズにあっただけのマンパワーがなければ、現場はどこかで調整せざるを得ない

いものである。→厚生労働省は、話の節々から、ある期間内に受け皿施設の要介護度は既存の介護老人保健施設施設なみになると見込んでいるように思うが、もし、本当にそうなるとすれば、それは受け入れ拒否の結果であり、介護難民を出していることである。行政がそれを推奨してはいけない。

▲利用者の病状の悪化をもたらしてしまう。ある期間内に医療区分2と3が増え、死ぬ人も増える。

→介護療養型医療施設における介護削減は、介護上だけの問題にはとどまらない。不安定な病態の利用者が多い受け皿施設では、ケアの不足は病状悪化をもたらし、死亡にも結びつく問題となる。ケアが不足した受け皿施設では、医療区分2と3が増え、転送される利用者が増えることにつながってしまう。入所期間は短縮され、死亡者数も確実に増えるだろう。それをもって医療費削減が出来るなどとは、さすがに誰も考えてはいないと思うが、現実はそのようになっていく。専門家の間では、「今度の政策は虚弱な老人ははやく死ねということなのだなぁ」と呟かれているが、それを現実にはしてはならない。

▲介護職の離職がさらに増え、誰もなり手が無い。現場はモラルとモラールを失う。

→介護職は消耗し辞めていく。求人も難しくなる。ただでさえ、介護職のなり手が無いのに、どうして重介護者を無茶な人数でケアしろという施設を希望する人がいるだろうか。介護職の質は確実に低下するし、水準の低い施設にはだれも来たがらない。あるいは、平気でケアの手を抜くスタッフが、正々堂々大手を振るう。その悪循環に陥る。かつて、25年近く前の老人病院がそんな状況であった。

▲事故が多発する。身体拘束廃止は進まないどころでなく、増える。虐待も減らない。

→介護療養型医療施設の利用者の認知症は、介護保険三施設中やはり一番重い。認知症のランクIV以上が44.1%、最重度のMの利用者も1割程度いる。その状況で、介護の手と目が今以上に減れば、転倒、誤嚥、窒息などの事故は今以上に多発するだろう。それを防ぐためには今度は身体拘束だということになってしまう。この身体拘束は、今の人員配置でも減らないものだから、介護職が減ってしまえば、拘束が増えるのは当然。身体拘束を廃止せよといっても、理念や職員の意識だけではどうにもならない。介護保険の、身体拘束禁止の運営基準は、個室ユニットケアと並び、ケアの個別化を進め、介護保険施設の質を向上させる唯一の指針でしたが、それが有名無実のものになってしまう。

## 介護療養型医療施設独自の専門性（利用者に与える利益）とはなにか。

厚生労働省は、医療区分を使って、介護療養型医療施設の利用者は「医療的な処置」が少ない人が多いから「軽い」とし、より経済的に安く済む「介護施設」の方向に誘導しようとしています。しかし、重介護・疾病状態にある高齢者にとって医療とケアは不可分一体のものであり、その両方が必要です。介護療養型医療施設の利用者のケアプランを見るとよく分かりますが、介護療養型医療施設では、医療がケアを支え、ケアが医療を支え、それがあいまって利用者を支えています。

上述してきたように、

① そういう医療と同時にケアをきめ細かく提供することで、医療区分 1 の利用者が医療区分 1 の状態のままであることができるのです。もし、スタッフを削減すれば、そのようなかわり方ができなくなり、利用者の状態は確実に悪くなるでしょう。つまり、医療区分 2 や 3 の状態になってしまうのです。それは利用者にとっては悲劇であり、医療政策としては失敗です。

② 介護療養型医療施設は、ターミナル期をより苦痛の少ないものとし、より自然な姿の看取りを可能にします。終末期の利用者に対して、医療的処置の多寡にとらわれず、医療区分が 1 の状況の時から 2・3 に至るまで継続して、苦痛を緩和するための医療と、きめ細かなケアとを実践することが介護療養型医療施設ではできるのです。

医療保険の中で「医療施設」とされた病院では医療区分 1 の利用者は対象ではありません。ですから、そういう利用者は病院を出て行かなければなりません。また、「介護施設」では医療区分 2 や 3 になった利用者を看きれません。

介護療養型医療施設の利用者の多くは、医療区分 1 と 2・3 の間を行き来します。特に終末期はそうです。介護療養型医療施設のあり方は、その病態像の現実によくあった制度なのです。

**介護療養型医療施設は、治療だけに偏らず、多職種チームによるケアで継続して利用者の生活を支える視点を持ち、ケアを治療的にも活用しています。**

この視点があるから、『医療区分 2 や 3 の人であっても、その利用者に可能性があれば、治療とともにケアを駆使することで区分 1 にすることができる。不安定な病状の医療区分 1 の人を 1 のままで維持することができる。衰弱期、終末期にあり、医療区分 1 と 2・3 を往復する利用者に対し、利用者の希望に添う治療とともに、適切なケアを継続することが出来る。』ということになります。

反対にこの点が欠けると・・・治療だけはするが、ケアが欠けるために、身体のアDLや認知症が悪化し、合併症を発症するなど病状がかえって悪化する。あるいはそのために死亡する。介護施設と医療施設を行ったりきたりする状況になり、それだけで心身の負担・ストレスが増し、病状も悪化する。そういうことになります。

# 現実的な解決策の提案

療養病床再編成・介護療養型医療施設の廃止とは、それ自体が目的ではなく社会的入院の是正であったはず

療養病床再編の目的は、不要な、社会的入院の是正ということでした。これは異論のないところだと思います。もし、財政最優先ということで、そうでない人も、在宅医療も満足に整備されていないのに療養病床から出て行けというのなら、これは、もはや国による高齢者切捨て政策となりますから、私たちもちろんですが、国民も絶対に許さないでしょう。厚生労働省の考え方は、ともするとその方向に動くようですが、それは間違いだと私は思います。もし、現在の国家財政上、本当にそうせざるをえないのであれば、国民にそのことをもっと率直に話し、負担をどうするか、財源をどうするか、税を増やしてもいいか、選択をしてもらうべきだと思います。

このまま政策を強行すれば、現場の厚生行政への不信は払拭されず、もはや現場の誰もが厚生労働省を信用しない。

今の現場の混乱の原因は、医療区分という概念がもたらしているのだと思います。本日現在、介護療養型医療施設の存続を求める会には11万6千を超える署名が集まり、署名は本日現在も送られ、集まり続けています。どうして、この利用者は医療区分1でも不安定、重い状態なのに、それを理解しないのだ、私たちは役割を果たしているのにその現場も知らずに全廃とはなんだという怒りや政策に対する不信の声が満ち満ちています。利用者・その家族からも不安や怒りの声が署名とともに寄せられてきます。なぜ、この病院を追い出されるのか、受け入れてくれたのは療養病床だけだったのではないか、医療区分が上がり下がりするたびに施設を変われというのか、ただでさえ人手が少なく思える施設の人員をこれ以上減らそうとするなんて、素人の私たちでも現場が潰れてしまうことがよくわかるのに、どうして厚生労働省は分からないのですか。先日開いた集会でも、本当に大勢の利用者の方たちが参加してくれました。この問題に関する不満・不信・怒りは、非常に大きなものです。

医療区分だけで、介護療養型医療施設の利用者を判定し、処遇するというのは現実的・合理的ではなく、利用者の納得を得られない。介護保険の個別ケアの原則にもまったく反する。また、医療区分だけを根拠に介護療養型医療施設全廃を強行するのは極めて反民主的で明らかに厚生行政不信と禍根を残す。要介護認定制度を活用し、個別的な医療・介護ニーズを洗い出すスケールによる調査と判定を、地域の介護認定調査会が行うことが、介護保険の制度としてよりふさわしい。個別的な処遇を行え、社会的入院の是正に通じる。

医療区分だけによる利用者の分類は、介護療養型医療施設の利用者にはふさわしくない。また、個別ケアの理念にもまったく逆行している。医療区分1だから社会的入院、介護施設でいいなどというきわめて粗雑な考え方で、人の生死を含む問題を扱うのは無茶であり、正しくない。

介護療養型医療施設の利用者の医療・介護ニーズの洗い出しを行い、それをもとに作成したスケールで調査し、介護保険中の医療施設に該当する利用者か否か判定するのが適切である。地域の委員会が個々の利用者のニーズを、個別に判定する。

今般の療養病床再編成は、厚生労働省が病床削減の道具として医療区分を用い、60%社会的入院だと決め付けたことに端を発する。それは施設をばっさり切り捨てるとともに、利用者も血を流し、生命を失うことにもつながることであり、文明国家のすべきことではない。だれが本当に社会的入院であり、誰がそうではないかは、個別的に判定しなければわからないことである。本来、施設側だけでも、厚生労働省だけでも決めることはできない。医療・介護ニーズを個別に調査し、地域の会議で判定をすれば、人の知恵を活用した、施設や在宅医療の現実も踏まえた、きめの細かいものになりえる。利用者の微妙な点は特記事項に記載し、検討することができる。調査・判定に不服を言える制度もあるし、状況が変われば変更も申請できる。要介護認定制度を活用し、介護療養型医療施設を必要とする医療必要度を判定することが、個別的であり、また民主的で、かつ人間的な方法だと思う。

## 個室ユニットケア これから目指すべき方向

在宅医療を推進しようとする方向は決して間違っていない。しかし、少子高齢化がますます進む現実を考えれば、在宅とともに、施設もまた充実させなければならない。ユニットケア医療施設の特徴である生活やプライバシーを重視した環境、小さな単位での処遇は、個別的な医療を展開する前提条件として優れたものである。これをベースに、人間として自然さを保つケアを徹底し、さらにそれをバックアップする医療を提供することが今後の高齢者の死の看取り、ターミナル医療のあり方としてきわめて理想的な形態となるであろう。

われわれ団塊の世代は、自室をもち始めた世代である。24時間、他者と共同する生活は慣れていない。その世代にとって、ユニットケア医療施設の療養環境、10.65ないし13.2㎡の個室は、常識的なものである。

ユニット型施設でのケアと医療は、10人程度の少人数単位を基本として行われる。スタッフと患者はなじみの関係となり、よく知り合い、そこから得られる情報を基本により、きめの細かい、より個別性があるケアと医療が提供される。これもまた、医療・ケアを「サービス」と受け止める私たちの世代としては当然のニーズである。

個室ユニットケアの方法は介護保険中の医療施設・受け皿施設のあるべき方向のモデルと考えられる。この環境、個別ケアにふさわしい体制を今後も育成すべきである。

高齢者のターミナル医療の役割を有料老人ホームに担わせることは難しい。現在あるホームは、医師や看護師を配置するだけで非常に

高額であり、しかし、実際には医師を24時間配置できず、入居者が救急車で病院送りされているのが実態である。仮に、介護療養型医療施設なみの医療・ケアを提供できる有料老人ホームをつくれればそれは2億3億といった価格となり、高額所得者以外の庶民はとて購入できないだろう。また、低価格でどのような高齢者の状態にも対応すると謳った施設の水準は低く、都内や千葉県では、それらの施設での虐待が報道されたところである。人が死に臨む場所、その現場では、相互扶助の行動、平等の原則が確保されるべきであり、この基本的感情・心性に反すれば、この国の行く末は殺伐としたものになり、国民は愛国心を失うと私は思う。理想的な高齢者の死の看取り場所を社会保険中に構築しなければならないと私は考えている。



# 各種統計から 介護療養型医療施設の受け皿を考える

平成20年2月8日  
介護療養型医療施設の存続を求める会  
上川病院  
理事長 吉岡充

## なぜ介護療養型医療施設が全廃なのかよくわからない。

○厚生労働省は、医療保険の療養病床と、介護保険の療養病床との利用者には差がないから、介護療養型医療施設を全廃するという。しかし、私たちは平成12年、介護保険法の中で厚生労働省が決めた定義に従い、実際に要介護認定を受けた重介護者のための医療施設としての役割を果たしてきた。利用者に差がないのが問題であるとするれば、それは厚生労働省の責任である。定義どおり、重介護者の医療施設として運営している介護療養型医療施設を全廃する理由にはならない。

○なにより、受け皿のあり方も決めないまま、全廃決定だけが先行した。お年寄りには命に関わるこの施設の全廃が、国民的な議論もされずに、あっという間に強行決定された。そんなやり方は、とてもまともな政策とはいえない。

**関係者および利用者は、この理不尽な政策をまったく理解できない。心の底から怒っている。これが、短期間に11万6千を超えた署名に表現された本当の国民の声であり、この署名は現在も増え続けている**

## ○厚生労働省の受け皿施設の考え方と反論

- ① 受け皿施設には、※医療区分1の入所者だけを集める。医療区分1とは、軽い人、あるいは、本来入院医療を必要としない社会的入院患者。(近頃は、員数あわせのように、医療区分2の人の3割も、受け皿施設の対象とすると言いつけている。当初の話にはなかったことで、これもきわめて安易である)  
 ⇒医療区分1は、軽い患者であることを意味しない。介護療養型医療施設の利用者は、後の表でも分かるように重介護の人達。  
 ⇒医療区分1や2の一部だけの人を集めるといふ考え方そのものが机上の空論であり、非人間的。介護療養型医療施設の多くの利用者の病態像は、ある期間、区分1と2・3を行ったりきたりする。区分2や3になった人を追い出すという制度は理解しがたい
- ② したがって、受け皿施設のスタッフは現在の介護療養型医療施設より、大きく削減することができる。  
 ⇒ただでさえ、人手不足のスタッフを削減してどうするのだ。施設による利用者拒否を招くか、施設が生き地獄化するだけである。

### ※医療区分とは

平成18年7月から、導入された患者分類の方法。医療療養病床の診療報酬の支払いは、医療区分とADL区分により患者を分類し、その組み合わせにより評価される。表の内容は更に処置の頻度などで細かなルールづけがされている。たとえば、喀痰吸引は8回以上であれば医療区分2であるが、未滿であれば医療区分1というように。ADLとは、どの程度生活が自立しているかを表す指標で、下記の表を用いて評価する。  
 ADL区分1=0-10点 区分2=11-22点 区分3=23-24点となる。

医療区分	
医療区分3	【疾患・状態】・スモン・医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態 【医療処置】 ・中心静脈栄養・24時間持続点滴・レスピレーター使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア・酸素療法・感染隔離室におけるケア
医療区分2	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症(ALS)・パーキンソン病関連疾患・その他神経難病(スモンを除く)・神経難病以外の難病・脊髄損傷・肺気腫・慢性閉塞性肺疾(COPD)・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎・尿路感染症・創感染・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内・脱水・体内出血 ・頻回の嘔吐 ・褥瘡・うつ血性潰瘍・せん妄の兆候・うつ状態・暴行が毎日みられる状態 【医療処置】 ・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経管栄養・喀痰吸引・気管切開・気管内挿管のケア・血糖チェック・皮膚の潰瘍のケア・手術創のケア・創傷処置 ・足のケア
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL 評価の表

	自立	準備	観察	部分的 援助	広範囲 援助	最大援 助	全面 依存	本動作 なし
ベッド上の可動性	0	1	2	3	4	5	6	6
移乗	0	1	2	3	4	5	6	6
食事	0	1	2	3	4	5	6	6
トイレの使用	0	1	2	3	4	5	6	6

**医療区分1の利用者であっても重介護者は、ケア量、医療処置量ともに多い。**

	介護療養型 医療施設	老人保健施設	特別養護 老人ホーム	認知症高齢者 グループホーム	特定施設
入所者の要介護度	4.30 (5は52.5%)	3.25 (5は16.3%)	3.79	2.55	2.6
認知症ランクⅣ以上の割合	44.1%	16%	34.5%	データなし	データなし
認知症ランクⅢの割合	9.8%	2.0%	6.4%	データなし	データなし
認知症ランクⅢ以上かつ寝たきり入所者の割合	75.8%	37.9%	57.2%	データなし	データなし

表1 介護療養型医療施設の入所者像入所者の要介護度については、厚生労働省作成 第43回社会保障審議会介護給付費分科会資料をもとに作成  
認知症ランクの割合については、厚生労働省発表平成18年介護サービス施設・事業所調査結果の概況より作成

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	141.3	150.7	190.4
ADL区分2	118.9	139.4	180.3
ADL区分1	84.9	105.6	120.0

表2 平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査 患者分類別ケア時間調査図表7より抜粋  
リハビリテーションスタッフを除いた患者一人当たり職種別人件費重み付けケア時間 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

表3 平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査 患者分類別医療処置時間図表8より抜粋 単位分

**医療区分1は、社会的入院であると宣伝するのは、虚であるといってもよい。この宣伝に、マスコミなども簡単に載せられている。ことは高齢者の生死にかかわることであり、安易に論じ決めつけることは慎むべきである。**

## このまま進めば生き地獄

厚生労働省は、私たちの、利用者に対する、医療区分 2、3 に悪化させないためのかわりを全く評価しない。これを無視して、受け皿施設の人員削減をしようとする。しかし、そうすると、利用者の状態は悪化し、医療区分 2、3 になり、そのために死ぬ人も確実に増える。身体拘束廃止



**症例 A** 下記の例は介護療養型医療施設では普遍的に存在する医療区分 1 の利用者のケアプラン例である。この利用者へのケアプランのどれかが欠ければ、この利用者は容易に悪化し、医療区分 2、3 となるだろう。

認知症の末期、長谷川式認知症テスト 0 点。食べ物の認識ができず、開口しない。嚥下障害もあるため、食べ物を飲み込まない。胃の機能も衰え消化吸収も悪く、食事摂取量も落ちている。食後に嘔吐しやすく、嘔吐すると誤嚥し、肺炎をおこしやすい。過去に何度か誤嚥後発熱した経過がある。栄養状態は低栄養状態ではあるが、ぎりぎり維持されており、臀部が発赤しやすく、表皮がむけやすい。食事・水分摂取がはかばかしくないとすぐに脱水状態に陥り、微熱傾向となる。

## この利用者に行っている具体的なケアプラン

- ① 食事摂取時は、原則看護職が行い、様子を観察しながら行うため、一対一対応で介助。ミキサー食を朝・昼 1/2 量提供。補食としてエンシュアリキッド 2 缶 500CC（高カロリーの液体）にトロミをつけて摂取してもらう。
- ② 食事は本人の疲労も考え 1 時間以内を原則とする。食事は離床し、リクライニング車椅子で 30 度～45 にて離床の上、摂取。意識状態及び意欲をその都度確認。リクライニングの角度については、その時の覚醒状態や、頸部の後屈度・緊張度により調節。
- ③ 嚥下状態が悪い時には、経口摂取を止め、点滴を行う。食事を摂取していても、エンシュアを 500CC が摂取できないときは点滴とする。また、微熱時があるときも脱水を考えて医師に上申し点滴を検討する。
- ④ 点滴は、血管がもろく漏れやすく、心臓への負担も考え、500cc を 5～6 時間をかけて行う。点滴の頻度は 2～3 回/週あり。しかし、不定期であること、本人の苦痛や、血管が確保しにくいために、ヘパリンロック（血管を確保して血液が凝結しない処置）を行うこともある。ヘパリンロックをしている場合は、その部分が炎症をおこしたり、凝結していないかを観察。点滴終了後の様子により、発赤があればヘパリンロックを抜く、あるいは 3 日以上になると感染原となるリスクを考え抜く。
- ⑤ 食後は、嘔吐の危険があるため最低 30 分は、そのままの姿勢でいてもらう。おむつ交換などのケアはできるだけ食前に済ます。
- ⑥ 拘縮があるため清潔を保持する目的で入浴日以外は毎日手浴を実施。循環障害で抹消が冷たくなり、軽度のときはユベラ軟膏などを塗布。チアノーゼなどが見られる際は足浴の上、塗布。
- ⑦ 本人の疲労度を考え、食事時間およびティータイムに離床。各 1 時間～1 時間 30 分程度。臥床時は、昼夜を分かたず 2 時間毎の体位交換。

## 介護療養型医療施設の入所者の像から

①介護療養型医療施設と現行老人保健施設を比較すれば、利用者の要介護状態は、1以上の差があり、さらに認知症もはるかに重度である。受け皿施設のあり方を、医療区分だけで考え、老人保健施設と同程度、(入所者対看護・介護スタッフ合計＝3対1)あるいは厚生労働省の表現を借りれば「一部機能を付加」した、いわば老人保健施設に毛の生えた程度のマンパワーでよしとする考え方は、まったく非常識。

	介護療養型医療施設	老人保健施設	特別養護老人ホーム
入所者の要介護度	4.30 (5は52.5%)	3.25 (5は16.3%)	3.79
認知症ランクⅣ以上の割合	44.1%	16%	34.5%
認知症ランクⅢの割合	9.8%	2.0%	6.4%
認知症ランクⅢ以上かつ寝たきり入所者の割合	75.8%	37.9%	57.2%

入所者の像 表1の一部を再掲

## ②現場のマンパワー

	介護療養型 医療施設		老人保健施設	特別養護 老人ホーム	認知症高齢者 グループホーム	特定施設
医師	常勤3以上 48:1以上		常勤1以上 100:1以上	必要数 非常勤可		
看護職員	一般型	認知症疾患型	10人	3人		3人
	17人(6:1)	34人~25人 3:1~4:1				
介護職員	4:1(25人) 5:1(20人) 6:1(17人) のいずれか	25人~17人 4:1~6:1	24人	31人	34人	31人
入所者対看護・介護職員	2.4:1	2:1~2.4:1	3:1	3:1	3:1	要介護者3:1

表4 マンパワー比較 100人規模の配置基準

	介護療養型医療施設
医師	5.5
看護職	27.8
介護職	31.3
看護・介護合計	59.1
利用者対看護・介護スタッフ	1.7対1
リハビリテーションスタッフ	4.1

表5 現場での実際のマンパワーの比較 100床定員あたり 平成18年介護サービス施設・事業所調査結果の概況をもとに作成

○多くの介護療養型医療施設の現場では、看護職は利用者6人に対し1名、介護職は利用者4人に対して1名の配置基準で運営している。(ちなみに東京都では95%以上)。認知症疾患型では、その利用者像に配慮し、看護職4対1、介護職4対1の基準も認められている。この基準が設定されていることはそれなりの意味がある。あえてこれを削減する理由がどこにあるのだろうか。

○さらに現場では、医師は100名あたり5.5名、看護・介護スタッフ合計では利用者1.7名に対して1という高水準の増員配置をして運営している。これでも現場には常に人手不足感が漂っているのである。



## 現場の崩壊とは

受け皿の人員配置が過酷なものであれば、現場は、現在の入所者を放り出して、本当に軽い利用者だけを選択する、すなわち、医療介護難民を出すか、あるいは、現場を崩壊させないために、目をつぶって利用者へのかかわりの手を抜くかである。利用者にとっても、スタッフにとっても、現場は夢も希望も救いもないものとなる。

### ③急変や看取りへの対応

	介護療養型医療施設	老人保健施設	特別養護老人ホーム
施設内での死亡率（あるいは看取り率）	26.9%	3.5%	62%（ただし、病院に転送し、そこで死亡したケースを含めた数字。実際に施設内で死亡した人の数は不明）
死亡前2週間に実施した医療処置（上位7つ）	酸素療法 18.2% 点滴 17.9% 喀痰吸引 17.2% レントゲン検査 13% 採血 11.6% 抗生剤の投与 11.2% 留置カテーテル類 10.9%	酸素療法 1.3% 点滴 1.4% 心臓マッサージ 0.6% 留置カテーテル類 0.4% 褥そうの処置 0.2% 経鼻栄養 0.2% 胃ろうの管理 0.1%	データなし
利用者の死亡が予想される場合、施設内で看取ると回答した施設	53.3%	5.9%	19.4%

表6 厚生労働省発表 平成18年介護サービス施設・事業所調査結果の概況および厚生労働省作成 療養病床から転換した老健施設における医療サービスの提供に関する参考資料より。看取りのアンケートは厚生労働省 第三回介護施設のあり方に関する委員会資料2 療養病床の入院患者の状態像と必要なケアについてより（特別養護老人ホームの死亡退所率62%も、実際には最後の時に救急車などで一般病院などへ送られて、そこで3ヶ月以内に死亡した人の数まで含まれた数字であり、本当に施設内で最初から最後まで看取った人の数の実態は不明である。おそらく62%という数値とはかけ離れた低い数値となるとと思われる。）

○現在、介護老人保健施設では症状悪化、急変への対応ができていない。利用者が急変すれば、救急車を呼んで対応することが多い。受け皿施設をそんな内容にしてはいけない。

医師が夜間不在であり、看護職の夜間配置も義務付けられていない老人保健施設では、そうならざるを得ない。受け皿施設は、厚生労働省の資料でも、明らかに、終末期・看取り施設の役割をもち、また、夜間・休日の急性増悪の可能性も現行老人保健施設の10倍、1月あたりの死亡者数も5倍程度あると考えられている。利用者は、施設の都合に合わせて急変や死亡するわけではない。この、急変や看取りが多い施設に、昼夜を分かつたず医師が必要なことは当然。

○厚生労働省は、患者さんが急変したら、外から診療所の医師を呼べばいいという。

しかし、普段よく診ていない医師が真夜中、「患者さんが急変しています。どうしましょう。」といわれても「救急車を呼んでください」というのが普通だろう。また、医師が着くまでの間に病状がもっと悪くなってしまうこともある。

○昼夜を分かつたず毎日24時間医師・看護職を配置することは、ターミナル医療、急変、急死に備えるだけでなく、医療区分1の患者を、医療区分2、3に悪化させないためにも必要である。

リアルタイムな医師と看護職、介護職などの連携があって、初めてきめ細かな継続的プランの遂行が可能であり、とても外部医師との「連携」のような、その場限りの細切れ的な「連携」では実現できないのである。

以上を踏まえて受け皿施設のあり方を考えれば

医師は、昼夜を分かたず配置する必要がある。勤務延べ日数で60日/月以上(昼30日夜30日)を必要とする。つまり常勤の医師1名が月20日働く計算で、常勤換算で3人以上を最低確保する必要がある。

看護職については、最低でも現状の水準を確保すべきである。

※介護療養型医療施設は小規模施設が多く、現行以下の人員配置となれば、そのような施設では、夜間看護職を配置することができなくなり、運営が困難となるだろう。

※平成18年介護サービス施設・事業所調査の概況定員規模別施設数によれば、病院である介護療養型医療施設の規模は、20床～60床以下の規模で約50%を占めている。

○介護職については、①で明らかなように特別養護老人ホームよりも要介護状態が重いことを考えれば、2.5対1～3対1の配置が標準として妥当、適切である。

現実に、現在も、重度認知症の医療施設である認知症疾患療養病棟では利用者対看護・介護職合計2対1の基準も存在している。また、先駆的に身体拘束を廃止した施設は、すべて、利用者対看護・介護職合計の配置を2対1以上にしている。この意味からも利用者対看護・介護スタッフ数2対1の配置基準は適切な標準といえる。

介護療養型医療施設の受け皿施設の人員配置においては、2対1の内容についても、看護職4対1と介護職4対1の配置基準を用意するなど、マンパワーの配置に関するバリエーションを設定することが合理的である。

かつ、施設基準のあり方として、施設ごとにそれぞれの状況認識に応じた選択の余地は残されるべきであり、看護については4対1～6対1、介護についても3対1～6対1の範囲で、上限を2対1とする配置から各施設が実情に応じた選択をすることができるというのが現実的であろう。

(ちなみにこの介護3対1の配置は、以前には、経過措置として介護療養型医療施設の人員配置として認められていた基準である)

○それぞれの特徴を生かすため、受け皿施設の種別として、現行の、一般型、認知症疾患型、個室ユニット型の受け皿が用意されるべきである。

介護療養型医療施設は日本独自のナーシングホームとして、各国からの見学者が訪れる世界に誇れるものなのである。