

## 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。