

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。