

**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。死に際がとてつもなく、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までは、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進めます。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ない。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、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というのであれば、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ものだと私は思います。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、個別のであり、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も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。