

## 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出している。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う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 | <b>【疾患・状態】</b> ・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<br><b>【医療処置】</b><br>・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 | <b>【疾患・状態】</b><br>・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<br><b>【医療処置】</b><br>・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<br>援助 | 広範囲<br>援助 | 最大援<br>助 | 全面<br>依存 | 本動作<br>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<br>医療施設     | 老人保健施設            | 特別養護<br>老人ホーム | 認知症高齢者<br>グループホーム | 特定施設  |
|-----------------------|-------------------|-------------------|---------------|-------------------|-------|
| 入所者の要介護度              | 4.30<br>(5は52.5%) | 3.25<br>(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。ミキサ一食を朝・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、昼夜を分かつず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<br>(5は52.5%) | 3.25<br>(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<br>医療施設                             |                    | 老人保健施設           | 特別養護<br>老人ホーム | 認知症高齢者<br>グループホーム | 特定施設    |
|-------------|---|--------------------|------------------|---------------|-------------------|---------|
| 医師          | 常勤3以上<br>48:1以上                           |                    | 常勤1以上<br>100:1以上 | 必要数<br>非常勤可   |                   |         |
| 看護職員        | 一般型                                       | 認知症患者型             | 10人              | 3人            |                   | 3人      |
|             | 17人(6:1)                                  | 34人~25人<br>3:1~4:1 |                  |               |                   |         |
| 介護職員        | 4:1(25人)<br>5:1(20人)<br>6:1(17人)<br>のいずれか | 25人~17人<br>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 1000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)。認知症患者型では、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。そ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%<br>点滴 17.9%<br>喀痰吸引 17.2%<br>レントゲン検査 13%<br>採血 11.6%<br>抗生剤の投与 11.2%<br>留置カテーテル類 10.9% | 酸素療法 1.3%<br>点滴 1.4%<br>心臓マッサージ 0.6%<br>留置カテーテル類 0.4%<br>褥そうの処置 0.2%<br>経鼻栄養 0.2%<br>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、昼夜を分かつ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。