

社会保障審議会介護給付費分科会(第47回)議事次第

日時：平成20年2月8日(金)

午後2時半から午後4時半まで

於：全国都市センター(オリオン)

議 題

1. 療養病床から転換した介護老人保健施設について(療養病床関係者及び自治体関係者からのヒアリング)
2. その他

社会保障審議会介護給付費分科会委員名簿

氏 名	現 職
天 本 宏	日本医師会常任理事
池 田 省 三	龍谷大学教授
石 川 良 一	全国市長会介護保険対策特別委員会委員長(東京都稲城市長)
井 部 俊 子	日本看護協会副会長
大 島 伸 一	国立長寿医療センター総長
◎※大 森 彌	東京大学名誉教授
※沖 藤 典 子	作家
小 島 茂	日本労働組合総連合会総合政策局長
勝 田 登 志 子	認知症の人と家族の会副代表理事
川 合 秀 治	全国老人保健施設協会会長
※神 田 真 秋	全国知事会社会文教常任委員会委員長(愛知県知事)
木 下 毅	日本療養病床協会会長
木 村 隆 次	日本薬剤師会常務理事・日本介護支援専門員協会会長
齊 藤 秀 樹	全国老人クラブ連合会常任理事・事務局長
高 橋 秀 夫	日本経済団体連合会参与
田 中 滋	慶応義塾大学教授
田 中 雅 子	日本介護福祉士会名誉会長
池 主 憲 夫	日本歯科医師会常務理事
対 馬 忠 明	健康保険組合連合会専務理事
中 田 清	全国老人福祉施設協議会副会長
村 川 浩 一	日本社会事業大学教授
矢 田 立 郎	兵庫県国民健康保険団体連合会理事長(神戸市長)
※山 本 文 男	全国町村会会長(福岡県添田町長)

※は社会保障審議会の委員

◎は分科会長

療養病床から転換した介護老人保健施設について
療養病床関係者及び自治体関係者からのヒアリング意見陳述者一覧

平成20年2月8日(金)

推薦団体名	意見陳述者	
	役職	氏名
日本療養病床協会	医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長	武久洋三
	医療法人社団永生会 永生病院 理事長	安藤高朗
	医療法人社団充会 上川病院 理事長	吉岡充
社団法人全日本病院協会	特別医療法人恵和会 西岡病院 理事長	西澤寛俊
全国市長会	愛知県高浜市長	森貞述
全国町村会	福岡県介護保険広域 連合 副広域連合長	藤谷雅治

※ ヒアリングでの意見陳述の順

平成20年2月8日

介護給付費分科会 ヒアリング要旨

日本療養病床協会 副会長
徳島県 博愛記念病院 理事長
武久 洋三

- ① 地方の状況とこれから
- ② 病院から施設へ
- ③ 老健との機能の相異
- ④ 新しい施設の創設
- ⑤ 新しい施設に求められる機能
- ⑥ 過疎地や有床診の場合は

資料①

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																												
施設内での死亡率 (あるいは看取り率)	26.9%	3.5%																												
死亡前2週間に実施した医療 処置(上位7つ)	<table border="1"> <tr><td>酸素療法</td><td>18.2%</td></tr> <tr><td>点滴</td><td>17.9%</td></tr> <tr><td>喀痰吸引</td><td>17.2%</td></tr> <tr><td>レントゲン検査</td><td>13.0%</td></tr> <tr><td>採血</td><td>11.6%</td></tr> <tr><td>抗生剤の投与</td><td>11.2%</td></tr> <tr><td>留置カテーテル類</td><td>10.9%</td></tr> </table>	酸素療法	18.2%	点滴	17.9%	喀痰吸引	17.2%	レントゲン検査	13.0%	採血	11.6%	抗生剤の投与	11.2%	留置カテーテル類	10.9%	<table border="1"> <tr><td>酸素療法</td><td>1.3%</td></tr> <tr><td>点滴</td><td>1.4%</td></tr> <tr><td>心臓マッサージ</td><td>0.6%</td></tr> <tr><td>留置カテーテル類</td><td>0.4%</td></tr> <tr><td>褥瘡の処置</td><td>0.2%</td></tr> <tr><td>経鼻栄養</td><td>0.2%</td></tr> <tr><td>胃ろうの管理</td><td>0.1%</td></tr> </table>	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%	褥瘡の処置	0.2%	経鼻栄養	0.2%	胃ろうの管理	0.1%
酸素療法	18.2%																													
点滴	17.9%																													
喀痰吸引	17.2%																													
レントゲン検査	13.0%																													
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%																													
褥瘡の処置	0.2%																													
経鼻栄養	0.2%																													
胃ろうの管理	0.1%																													
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%	19.4%																												

引用：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

介護老人保健施設及び病院又は診療所に係る耐火基準について

	介護老人保健施設	病院又は診療所（療養病床）
建築基準法の 規制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 3階以上の階を介護老人保健施設とする場合、耐火建築物としなければならない。 ・ 2階の部分について床面積の合計が300㎡以上の場合、耐火建築物又は準耐火建築物としなければならない。 （建築基準法第27条・別表第一（二）、建築基準法施行令第19条、第115条の3）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 3階以上の階を病院又は診療所とする場合、耐火建築物としなければならない。 ・ 2階の部分について床面積の合計が300㎡以上の場合、耐火建築物又は準耐火建築物としなければならない。 （建築基準法第27条・別表第一（二）、建築基準法施行令第19条、第115条の3）
介護保険施設の 基準省令の 規制	介護老人保健施設の建物は耐火建築物とすることとされている（療養室等を2階以上の階及び地階のいずれにも設けていない介護老人保健施設の建物は準耐火建築物とすることができる。）。 （基準省令第4条第1項）	なし。

第47回介護給付費分科会

平成20年2月8日

- 地域格差と収益格差
- 職員確保および人員配置
- 転換老健で評価されるべき項目
- その他

日本療養病床協会 安藤 高朗

1

収入の年度推移(対16年度比)

	16年度	17年度	18年度
収入	100.00	92.71	91.65
金額	447,489	414,883	410,128

介護福祉施設 (東京都社会福祉協議会)

支出(対収入比)の年度推移

(単位)

	16年度	16年金額	17年度	17年金額	18年度	18年金額
収入	100	447,489	100	414,883	100	410,128
人件費	59.97	268,359	61.72	256,000	62.20	255,100
医療関係費		0		0		0
材料費	16.50	73,836	17.05	71,738	17.21	71,401
委託費	8.97	40,140	9.78	40,576	9.72	40,327
その他経費	5.51	24,657	5.50	22,819	5.32	22,072
		0		0		0
減価償却費	1.04	4,654	1.76	8,132	2.19	9,086
支出計	91.99	411,645	96.01	398,329	96.64	397,985
収支差額	8.01	35,844	3.99	16,554	3.36	12,143
借入金返済						

平成17年度
全国 11.2%
全国と大きな差

2

老人保健施設(東京都介護老人保健施設連絡協議会)

2007年6月30日調べ

収入の年度推移(対16年度比)

	16年度	17年度	18年度
収入	100.00	90.66	88.23

収入の年度推移(対16年度比)

	16年度	17年度	18年度
収入	100.00	100.00	100.00
人件費	53.88	55.25	56.76
医療関係費	4.16	4.25	4.27
光熱水費	4.04	4.08	4.36
委託費	8.29	8.72	8.70
その他経費	16.61	15.06	14.40
支払利息	2.09	2.32	2.55
原価償却費	5.06	5.64	5.84
支出計	94.13	95.31	96.00
税引前損益	5.87	4.69	3.12
元金返済	13.56	10.61	11.07

職員配置数(名)

	計	常勤	非常勤
職員計	76.08		
医師	1.91	1.11	1.57
看護師	7.87	5.67	3.04
准看護師	6.61	4.57	3.13
介護職員	44.36		
介護福祉士	21.92		
ヘルパー	18.98		
その他	6.19		
相談員	2.53		
作業療法士		2.20	1.65
言語療法士		1.44	1.03

平成17年度
全国 12.3%
全国と大きな差

(定員規模:110.98)

介護療養病床(東京都療養病床研究会) 平成18年度は赤字

医業収益比率の年度推移

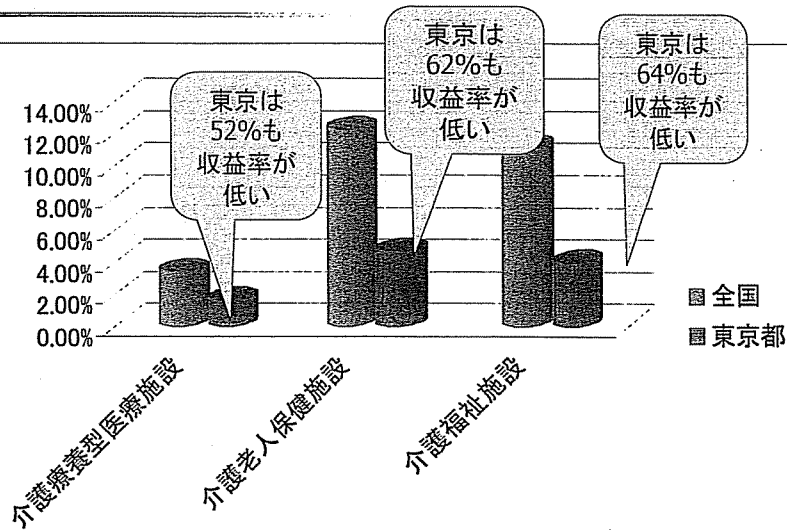
平成16～18年度

項目	医業収益比率(%)			金額 (単位:千円)
	16年度	17年度	18年度	18年度
医業収益	100	100	100	1,138,830
給与費	62.49	62.96	66.02	751,912
医薬品費	3.52	3.35	3.33	37,876
診療材料費・医療消耗器具備品費	2.69	2.62	2.66	30,247
給食用材料費	2.86	2.85	3.02	34,439
経費	16.71	16.08	16.54	188,371
委託費	6.32	6.61	6.25	71,221
減価償却費(年度実績)	3.12	3.00	2.97	33,858
その他の医業費用	0.93	0.90	1.06	12,034
医業費用計	98.65	98.37	101.86	1,159,957
経常利益	1.37	1.63	-1.86	-21,127
借入金返済額(長期・短期を含め年度実績)	13.14	13.61	11.61	136,022
長期借入金残高(各年度末現在)	75.12	72.98	68.46	867,963

平成17年度
全国 3.4%

介護保険施設収益比較

全国 VS 東京（平成17年度）



5

転換のシミュレーション

介護老人保健施設への転換の場合

収入 -23.5% 経常利益 +55.0%

	現在のベッド数	転換後のベッド数	差	%
本館2S・2N	98	48	-50	-51.0
新館4B	58	42	-16	-27.6

有料老人ホームへの転換の場合

収入 -34.2% 経常利益 -128.9% ∴ 赤字

	現在のベッド数	転換後のベッド数	差	%
本館2S・2N	98	21	-77	-78.5
新館4B	58	16	-42	-72.6

☆

6

■ 収支率、地域別

全日病統計資料より

	医業収支率(%)		総収支率(%)	
	平成17年	平成18年	平成17年	平成18年
総数	104.4	103.7	104.1	103.7
東京	101.0	98.3	101.2	98.1
指定都市	104.6	105.3	104.6	105.8
その他	104.6	103.8	104.5	103.8

■ 病院数の%、医業収支率別

医業収支率	総数		東京		指定都市		その他	
	平成17年	平成18年	平成17年	平成18年	平成17年	平成18年	平成17年	平成18年
総数	100	100	100	100	100	100	100	100
100%未満	23	27	47	61	10	19	23	24
100%以上	77	73	53	39	90	81	77	78

医業収支 : 赤字病院は27%、昨年(23%)

地域別 : 東京では61%の病院が赤字 昨年(47%)より増加

7

平成18年度 東京都病院協会経営調査より


開設者(N)	総収支状況	
	赤字病院	黒字病院
総数 (63)	60.3	39.7
個人 (4)	50.0	50.0
医療法人 (32)	62.5	37.5
公益法人 (7)	42.9	57.1
公立・公的 (11)	72.7	27.3
その他 (9)	55.6	44.4

8

介護保険施設に係る介護報酬の地域差等に関する提言

～大都市東京で深刻化する人材不足の打開に向けて～

平成19年5月

 東京都福祉保健局

平成19年5月
「介護保険施設にかかわる
介護報酬の地域差などに
関する提言」
～大都市東京で
深刻化する
人材不足の打開に向けて～
を厚生労働省へ提出した

東京都は、
全国平均より
人件費 20%
物件費 10%
地価 5.5倍～8.8倍
高い
∴ 16%の地域差が必要

9

介護報酬の地域差に関する提言 ～東京都から厚労省へ～

- 介護施設報酬では10.48円が11.60円となると全国的にフェア
- 現在の介護保険施設は人件費率40%に特別区の調整手当で支給率12%を乗じて得た4.8%分を加え、10.48円の単価
- 人件費、物件費、地域差指数を加味し、
 - ① 東京特別区に所在する介護保険施設に適應される単価について現行と改定案の算定基礎を組み合わせで試算する。
 - ② 人件費率は現行の40%に対し、試算では特定施設入居者生活介護および認知症対応型共同生活介護に適應されている60%とする。
 - ③ 人件費地域差指数は現行の12%に対し、試算では東京の賃金に実態に即してプラス20%とする。
 - ④ 物件費地域差指数は現行の±0に対し、試算では東京の消費者物価水準に即して+10%とする。これらのことを前提にして試算を行なった最大のものにおいて人件費率60%、人件費、地域差指数20%、物件費地域差10%

∴ $10円 + (10円 \times 60\% \times 20\%) + (10円 \times 40\% \times 10\%) = 11.60$ 10

有効求人倍率

- 平成19年平均有効求人倍率
 - 全国 1.04 (12月 0.90)
 - 東京 1.38 (12月 1.37)
 - 平成19年9月関東市場圏職種別有効求人倍率
 - 職業計 0.95
 - 医師・薬剤師等 3.75
 - 保健師・助産師等 3.00
 - 医療技術者 1.71
 - その他保健医療 1.36
 - 介護関連 2.13
- 大都市、特に東京は
職員確保が非常に厳しい
∴ 運営困難(人員不足)
⇒ 人件費大幅増
⇒ 経営困難

11

地域差(東京都と全国平均の比較)

	東京	全国平均	地域差
■ 地価	525.3	100	5.25倍
■ 公益家賃	3,439円	1,557円	2.20倍
■ 民営家賃 一坪	9,217円	4,585円	2.01倍
■ 年間賃金	121.7	100	1.21倍
■ 初任給(医師)	493,834円	446,726円	1.11倍
■ " (看護師)	259,628円	235,615円	1.10倍
■ 有効求人倍率	1.38	0.95	1.45倍
■ 固定資産納税額	530.2万	233.5万	2.27倍
■ 減価償却費	771.1万	669.7万	1.15倍
■ ベビーシッター (早朝・夜間)	2100円	1800円	1.17倍

12

地域差導入例

- マクドナルド
 - 東京、大阪など4都府県で、平均3%~5%の値上げ
 - 宮城、鳥取など5県で、1%~2%の値下げ
 - 海外では、同一地域でも、店ごとに価格が違うのは当たり前で、日本の全国一律が異例だった
- すかいらーく
 - アルバイトの時給は都市部と地方で300円~400円の開きがある。
- ローソン
 - 食品地域別価格
- 喜久屋
 - クリーニング料金に地域差

13

地域差

- アメリカでは、日本の1点10円均一の報酬はありえない
 - ハード面(土地代含む)の費用
 - 人件費(医師の技術料含む)
 - 治療に付随する潜在的危険度
- 上記の3要素に、物価スライド係数を掛ける
- 日本においては、
 - 国家公務員の級地区分最大は、12/100
 - 生活保護法の地域差最大は、22.5/100

14

東京都の療養病床

- 介護療養病床 8,177床
- 医療療養病床 12,610床
- 合計 20,787床
- 全国の療養病床は、38万床あり、東京都の人口は、全国の1割であるから、人口比であれば、3万8000床。現実には、非常に少ない
- さらに、東京都から埼玉県の療養病床へ約5000人流れている
- つまり、東京都は療養病床が不足している

15

転換にあたり配慮すべき重要事項(1)

1. 転換型老健の新たな理念と設置基準を創設し、介護療養型医療施設が提供してきたサービスを継続して利用者に提供できる人員配置と報酬体系を構築すること

- ① 重度要介護者への継続的な医学管理及び積極的な維持期リハビリテーションの提供
- ② 短期入所利用ならびに在宅療養支援
- ③ 24時間365日急変時の初期医療対応ならびに終末期対応
- ④ 医療処置などへの適切な看護対応
- ⑤ 薬剤管理指導や栄養マネジメント対応
- ⑥ 医学管理上必要な投薬、注射、検査、画像診断

16

転換老健の医師の配置

- 現在の老健と比較し、医療必要度が高い
- 単独、病院併設どちらの場合も、日勤帯で、50床～60床で1名の配置が必要
- 患者の病態にもよるが、100床では1名～2名程度の医師の配置が必要と考えられ、1名以上の配置についても、明確に評価されるよう要望する
- また、単独の転換老健においても、365日24時間、急変時等にもスムーズに医師が対応できるような仕組みづくりを要望する
- 更に、同一建物内に診療所を開設する場合には、必要により、診療所の管理者が転換老健の医師を兼務することができることを要望する

17

看護師 人員配置について

イリノイ州シカゴのLTACH

日本の一部の急性期
一般病院

看護師配置	新) 常時	旧) 配置
	5 : 1	1 : 1
一般病棟	7 : 1	1.4 : 1
	10 : 1	2 : 1
Skilled Nursing Facilities	13 : 1	2.6 : 1
	16 : 1	3 : 1
	18 : 1	3.6 : 1
医療療養病棟	20 : 1	4 : 1
医療療養病棟	25 : 1	5 : 1
	32 : 1	6.4 : 1

・アメリカと比較して、急性期病棟看護師配置は少ない。

・医療療養病棟の人員配置は、アメリカのナーシングホーム(身体的な日常生活のケアを提供する)に近い配置。

・医療を必要とする患者様の入院病棟として、一般病棟と医療療養病棟の人員配置の差がありすぎるのではないか。

アメリカのナーシングホーム

18

老健と介護療養の人員比較

60床	看護職員	介護職員
介護老人保健施設	6	14
介護療養型医療施設	10	15
	+4	+1

19

介護療養型医療施設の人員配置(60床)－1

看護職員 10名 (6:1)	夜勤 PM5:00～翌日AM9:00	1名
	日勤 AM9:00～PM5:00	4～5名 (日・祝 3名)
介護職員 15名 (4:1)	夜勤 PM5:00～翌日AM9:00	2名
	早番 AM7:00～PM3:00	2～3名 (主に食事介助・排泄)
	遅番 AM11:30～PM7:30	2～3名 (主に食事介助・排泄)

<主な介護業務>

オムツ交換 付随して体位交換 洗面介助
入浴介助 頻回におよぶラウンド
朝夕の食事介助

<主な看護業務特徴>

経管食準備 与薬業務
気管切開を含め吸引 ネブライザー

現状の介護療養型の人員基準を継続しなければ
看護業務及び夜間体制を整えられない!

看護6:1 介護4:1は最低ライン

現状でも、東京においては95%、全国でも90%
程度が 看護6:1 介護4:1

(※その内35%は 介護3:1を堅持している)

20

介護療養型医療施設の人員配置(60床)－2

看護業務

- 食事の間に、全身状態の悪い方を中心にラウンドしたり、朝晩は経管食の準備と与薬・点滴業務(準備、確認、与薬、サイン)、に追われる
- 気管切開を含め吸引、ネブライザーが必要な患者が20%程度

介護業務

- 夜間帯2～3回のオムツ交換が50人以上(全体の90パーセント)
- 洗面の介助はほぼ全員介助を要す 入浴は最低週3回
- おむつ交換を必要とする方はADLの状態も悪いため、夜間帯の2時間毎の体位交換も必要
- 認知症や理解力の低下により、転倒転落の問題もあり昼夜にわたるラウンドも頻回(最低1時間毎)に必要
- オムツ交換、体位交換のためには2人1組で巡回が必要
- 食事及びレクリエーション時は、離床可能な方全員(ほぼ全員)を介助にて病室より食堂に移し、食事終了後病室に戻すということを朝昼晩と行っている
- 食事介助が必要な方は30%以上(人数的には20人程度)一人一人に時間がかかる



- 夜間の業務に介護職が、2名入る事を考えると、介護が4:1でも介護4～5名(早番、遅番あわせて)程度しか確保できない ⇒ 現状でも基準以上に加配して対応している
- 早番1名、遅番1名の人員追加は必要

21

リハビリテーション

- 入院ケースの重度化・重症化
- 入院患者の7割が脳血管疾患(以下CVA)であり、CVA患者の特徴としては機能低下の予防・維持のため継続的なリハビリが絶対必要
- 急性期病院で十分なリハビリが行われず、回復期リハ病棟を経由せず、療養病床へ入院するケースも多い
- 本来であれば、週3回～4回(1日1単位)の個別リハビリテーションが必要。そのためには、60床に対して、2.0～2.7名のセラピスト配置が必要
 - $60名 \times 4回 / 週 \div 18単位 / セラピスト \div 5日 = 2.7名$
 - $60名 \times 3回 / 週 \div 18単位 / セラピスト \div 5日 = 2.0名$

22

薬剤管理指導料

- 高齢者においては、多くの疾患を有し、また、併発等による多剤併用の傾向が強く、副作用・相互作用・漫然投与の問題が起こりやすい
- 急性期等において既に投与された薬剤についても、高齢者からの訴えも少ないため、漫然投与の問題が起こりやすい
- これらの問題を解消するためには、医師の診察のみならず、看護師の日々の観察も含め、薬剤師による服薬状況と副作用チェックが不可欠である。
- このように医師、看護師、薬剤師等の医療チームとしての連携、情報の共有が重要となる
- 副作用の早期発見や高齢者の体内動態に配慮した薬剤の提言は安全で適切な薬物療法の提供に不可欠である。
- これらを可能とするためには、週1回の患者からの聞き取り(医師には話しづらいことも薬剤師には話しやすい等)、指導を含めた説明等の対応が不可欠である。
- またその結果として、高齢者への安全・安心な医療サービスの提供の一助と考える

23

その他

- 転換に伴う建物の制限
病院から転換老健になる時に耐火基準上、新たな問題が生ずる

準防火地域内および防火指定のない地域内において

1. 2階建てで2階に療養室のある病院
2. 平屋で制限なしの病院

を老健とする場合、

耐火あるいは準耐火建築物の要件が適用される可能性があり、新たな改修が必要となる(平成11年厚生省令40号)

厚生省令の適用を大規模改修あるいは
建替えるまで適用緩和処置をお願いしたい。

- 調査・見直し
平成24年度の介護療養型医療施設全廃までに、
転換老健について、運営等の状況を調査し、見直しをお願いしたい。

24

安定した介護サービスの提供を行うための報酬と 職員確保に付いての要望

東京都社会福祉協議会高齢者施設福祉部会
東京都介護老人保健施設連絡協議会
東京都病院協会慢性期医療委員会
東京都病院協会
東京都療養型病院研究会

私たち介護施設サービスを都民に提供している団体は、ここに都民が良質で安心の医療と介護を受けられるよう、施設職員の安定した労働条件を確保し、東京都の生活状況を踏まえた介護報酬の改善と首都圏地域の地域加算の見直しを求めます。

平成12年に始まった介護保険制度も4回の報酬改定を経て現在に至っていますが、制度開始時と比べ介護報酬本体は約1割の減額となりました。それぞれの施設の努力によって現在のサービス提供を維持しているところではありますが、常勤職員の離職をカバーすることは非常勤職員の供給によっても補うことができない状況にあります。

25

しかし都内の高齢者は他府県と比べその総数も多く、したがって介護を必要とする人も多数であり、施設数が追いついていないにもかかわらず、要介護高齢者を受け入れる介護現場の賃金水準の低さ等から職員確保が困難になっています。

高い志を持って介護の仕事を選んできた若者たちが、その仕事に見合った給与の保障が見込まれないことに将来への不安を覚え、心ならずも他職へと転職していくことや、それを補う新規職員が得られないことなどから人員配置を下回る施設も出てきそうな状況です。

私たちは、良質な介護を提供しようと国の人員配置基準をはるかに超える人員配置を行っているところではありますが、現在の介護報酬のままでは加配状況の維持が困難になります。私たちはサービスの質の低下はなんとしても避けたいと願っております。

私たちは改めてここに、都民が安心して介護サービスを受けることのできるために次の通り要望いたします。

1. 安定した運営のできる報酬の確保
2. 将来にわたって安心して仕事のできる職場の確保
3. 首都圏の適正な報酬として地域加算の大幅な増額

26

**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が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労する。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、施設に戻っ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。死に際がとてもしつこく、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に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、個別の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	【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

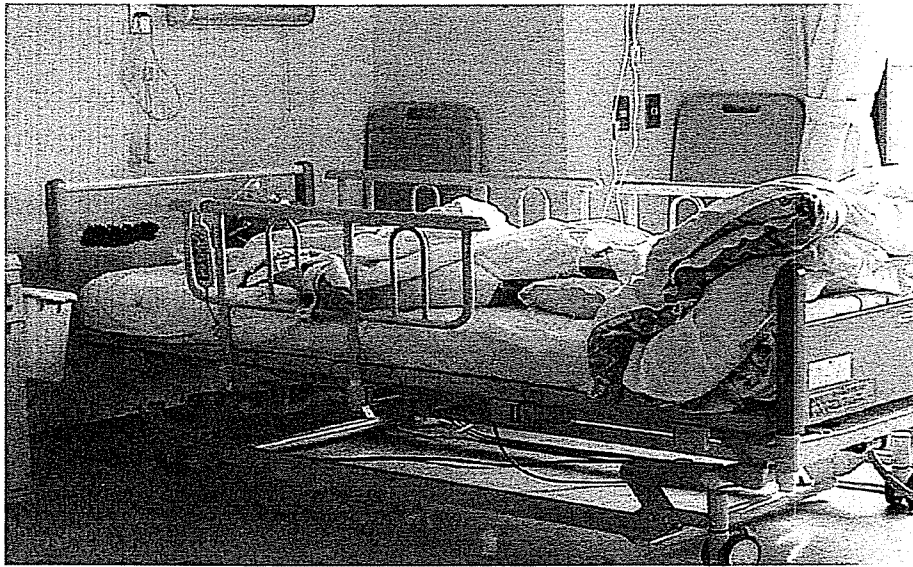
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	26.4	39.0	58.2
ADL区分2	12.6	17.8	36.2
ADL区分1	10.3	16.6	20.2

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、軽度の場合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。

平成20年2月8日

療養病床の転換に関する意見

社団法人 全日本病院協会
会長 西澤 寛俊

これまで療養病床は、高齢者の医療・介護提供において大きな役割を果たしてきた。今後、療養病床の転換を進めていく際には、各地域における高齢者の受け皿や在宅医療・介護に必要な人材の確保等、高齢者が安心して療養できる環境の整備が必須であり、地域において療養病床が担ってきた役割を継続的に確保していくために、下記のとおり意見を述べる。

記

1. 療養病床から転換した老人保健施設への配慮

介護療養型医療施設は、49床以下の小規模の施設が約7割を占めている。(厚生労働省：平成18年介護サービス施設・事業所調査) これらの小規模な介護療養型医療施設が老人保健施設に転換する際には、人員配置、特に看護職員の配置について、配慮が必要である。

- ・夜勤の看護職員の確保のため、基準より多くの看護職員を配置した場合に、給付上の評価をすること。
- ・配置基準により夜間看護職員の常時配置が不可能な場合、オンコール体制等による対応を認める。

2. 一般病床からの転換に配慮

特殊疾患療養病棟、障害者施設等入院基本料算定病棟などを含め、現在の一般病床から転換老健をはじめとする介護施設等への転換が必要となる事が予想される。その際に、療養病床からの転換と同様にスムーズな移行が出来る配慮が必要である。

3. 医療法人など営利を目的としない法人による特別養護老人ホームの設置

「療養病床の円滑な転換に向けた支援措置について」(平成19年7月12日 老計発第0712001号厚生労働省老健局計画課長等通知)において、「医療法人など営利を目的としない法人による特別養護老人ホームの設置を認めることにより、療養病床の転換先の選択肢を拡大する予定。」とされていたところであるが、突如として、平成19年11月12日の厚生労働省老健局計画課事務連絡により、上記については、「平成20年度通常国会での法案提出は見送ることとする。」と変更

された。

約83%が医療法人である当協会会員からは、療養病床の転換先として特別養護老人ホームを認めてほしいとの要望が多数ある。早急に法案改正を行い、医療法人による特別養護老人ホームの設置を認めていただきたい。

4. 介護施設の今後のあり方

介護施設については、住家に近い地域内でのサービス提供が可能となるようにインフラの再整備をし、要介護度や認知症の重い要介護者への対応および在宅介護を支えるリハビリテーション、ショートステイ、ミドルステイに対応する施設とすべきである。

介護保険制度の創設時に示された各施設の機能の違いについては、高齢化の進展による要介護者や入所者の重度介護者の増加によって、その機能分担を明確に維持し続けることが不可能となってきている。施設ごとに、ある機能を完全に分担させることは、現状の要介護者の実態から見てむしろ非効率的であり、介護保険施設の需給調査を基に地域特性をふまえた個別対応が現実的である。将来的には介護保険施設を一元化して、その機能の見直しを図り、改めて、在宅復帰施設の機能、在宅支援の機能あるいは「終の棲家」としての対応など、各施設が、地域連携の中で選択可能な役割分担を決めることが必要である。

今後、施設単位の機能分担は難しくなると予想される。特に、施設数の限られた地域においては、種々の要介護者を入所させざるを得ない事を考慮し、病棟、病室単位のケアミックスを認めるべきと考える。そのためには現行の要介護認定も、より精緻化されたケースミックス分類による見直しが必要と考える。

以上

2007年(平成19年)3月発行



ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

社団法人 全日本病院協会

病院のあり方委員会 編

病院のあり方に関する 報告書

2007年版

第4章 介護提供のあり方と介護報酬

1. 社会保障としての介護保険制度

【1】介護保険制度の創設

2000年4月に医療と介護の区分の明確化と医療費抑制策の一環として社会保険方式の介護保険制度が導入された。

基本的には「高齢者の在宅介護を促進しつつ高齢化に伴う医療費の増大を抑制」「少子高齢社会の下での主婦(夫)など家族介護者の負担を軽減」「近年の女性の社会進出などに対応し『介護の社会化』を促進」などというスローガンを掲げ、介護を共通項として、分立していた高齢者医療制度と福祉制度を老人保健法と老人福祉法のサービスを統合・再編する形で一本化したものである。それまで措置として提供されてきた介護を、社会の共同責任をうたって保険制度として表在化させたが、基本的には財源対策としての長期療養患者の医療保険から切り離しや将来の障害者支援の取り込みも意図して創設された制度である。

【2】介護給付と提供の実態

介護保険制度は、新しい制度にありがちな種々の問題を抱えているが、この制度を利用する高齢者が当初の予想をはるかに上回る勢いで増加したために、短期間で改正を行わざるを得ない状況にもある。

5年間で認定者数は、417万人(2005年6月)と導入時の2倍となり、介護区分では、要支援・要介護1が約5割に達している。(要支援：16.4%、要介護1：32.4%、2：14.9%、3：12.9%、4：12.1%、5：11.3%)サービス利用者も350万(施設81万、在宅269万—2005年9月)と倍増し、保険給付額は2004年度5.5兆円となり、特に居宅サービスの利用の伸びが著しいが、要介護度4、5の高齢者の約半数が依然居宅介護で対応されている。

施設介護に関しては、介護老人福祉施設38万床、介護老人保健施設30万床、介護療養型医療施設13万床であり、介護老人福祉施設、介護老

人保健施設は増加したが、療養病床の再編に伴い、介護療養型医療施設は減少している。

【3】介護保険制度と療養病床の見直し

介護保険法の改正及び療養型施設の機能・施設基準の見直しは、今後の介護提供体制に大きな変化をもたらすものと予測される。

今回の介護保険制度の見直しは、要介護前の高齢者に広く予防サービスを提供し、施設介護から在宅介護への道筋を明確にするなど、介護提供の適正化を行うというのが厚生労働省の大義名分である。

介護保険法改正の大きな要点は、2005年10月から実施された施設給付の見直しと2006年4月から実施された総合的介護予防システムの導入にある。

ア) 施設給付の見直し

在宅給付とのバランスを図るためにホテルコストは利用者の負担とするという考え方から、入院・入所に対する給付から居住費と食費が除外され、2005年10月から実施された。

低所得者に対する減免等の措置や補足的給付はあるものの、居住費と食費は利用者にとって月2～6万円の負担増となった。とくに、個室に入る利用者については民営有料老人ホームと同水準の負担額となった。

イ) 総合的介護予防システムの導入と新たなサービス体系

重要な変更は、要支援1・2の認定者に関して「新予防給付」を創設し、通所系サービスを通じた筋力トレーニング・健康づくりを行い、これまでの介護給付から「月単位定額報酬支払い」に変更すると共に、「地域包括支援センター」を創設してこれらのマネジメントが行われる事となった点にある。

新たなサービス体系の考え方は以下のとおりである。

①地域密着型サービスの創設

地域特性に応じた多様なサービス、施設の活用を図るため、小規模多機能施設、小規模介護老人・特定施設、夜間対応型訪問介護、認知症グループホーム、認知症高齢者専用デイサービスの創設や活用を行う

②地域包括支援センターの創設

総合的相談窓口機能、介護予防マネジメント、包括的・継続的マネジメントの支援機能を持つセンターを創設する

③居宅サービス及び医療と介護の連携の充実

介護を受けながら住み続けることのできるケア付居住施設の充実と介護予防における医療との連携、介護施設やグループホームにおける医療連携の強化を図る

しかし、その内実は、

①これまでの介護サービスに制限を加える

②介護予防のプランを作成するゲートキーパーとして、「地域包括支援センター」という公的事業者（一部民間への委託も行われている）を導入する

③介護サービス事業者に対する監査の強化を図る

④利用者の負担増を行う

等、介護給付費の伸びを抑制するために行われた見直しである。

ウ) 介護保険施設の機能見直しと介護療養型医療施設の廃止

一方、実質2006年7月よりスタートした療養型施設の機能・施設基準の見直しは、医療制度改革関連法案の成立によるものであるが、健康保険法改正および診療報酬改定において、

①療養病床においても、食事・居住費を自己負担とし、医療度状態像に応じた診療報酬体系を導入し、療養病床の再編成を行うとする施策が打ち出され、低医療度症例の大幅な診療報酬引き下げが行われた。

医療区分の高い病棟（区分2.3が8割以上）の基準は、看護20：1、介護補助20：1となり、2012年度からは医療療養病棟はこの基準を満たす施設のみとなること、一方、医療区分の低い病棟は医師・看護師の配置を下げた「介護保険移行準備病棟」へ移行することとし、特定施設・老健施設等へ転換が可能とする考えも示された。

②介護保険施設を「生活重視型の施設」と「在宅復帰・在宅支援重視の施設」の2系統とし、介護療養型医療施設においても、医療区分の低い病棟は、医師・看護師の配置を下げた「経過型介護療養型医療施設」へ

移行し、2011年度で廃止が決定された。

現行の介護保険事業計画における参酌標準作成時には、今回の療養病床の再編はまったく考慮されておらず、多くの地域では介護保険施設への移行が不可能となっている。介護療養型医療施設の廃止に伴い、転換型老人保健施設が相当数増える可能性があり、地域特性を加味した参酌標準の見直しが必要である。

【4】 介護保険制度の問題点

ア) 制度改革と施設運営の危機

厚生労働省は、老人病院を特例許可老人病院、介護力強化病院へと誘導し、最近では療養型病床群への転換を指導してきたが、その都度、長期療養施設の多くは施設整備のために何らかの資金調達をしてきた。今回の見直しに対して介護保険施設への移行のために再び改築を要する場合、相当数の施設が新たな負担には耐えられないものと予測する。

将来の長期療養・介護施設の不足を考え、施設基準の変更は建物の耐用年数に合わせることや、医療・介護・特定施設の複合施設への変更に関する施設要件に関し（例えば共通玄関の使用許可など）柔軟な対応が求められる。

自己負担となった「居住費」「食費」に関しては、水光熱費用、材料費、調理費用の実費相当と説明されているが、設備投資等の費用は担保されておらず、キャピタルコストも介護報酬において要求すべきである。

イ) 介護提供に関する地域格差

高齢者は介護サービスを受ける権利を有しているにもかかわらず、地域の事情によりその理由は異なるが、地方の市町村のみならず首都圏でも種々の格差がある。

「厚生労働白書2005年版」によると、1人当たり都道府県別給付費、平均保険料、認定率などに相当な格差がある。その理由として、申請率の差、要介護者の多寡、各自治体における施設整備率と利用率の相違と高齢化率や世帯構成の違い、人口密度に関連したサービス効率の差などが挙げられている。

地域格差の問題は、都市農村などの各地域の人口構成や高齢化率、世帯構成、所得水準の相違などのほか、各市町村の保健福祉政策にも関連するが、日本経済における地域格差（都市と農村、過密と過疎、立地条件の差等）に影響される自治体の財政力という不可抗力な要素があり、この点に関する国の配慮が必要である。

介護保険においても効率化は避けて通れないが、需要と供給の十分な調査のもと、「国民への公平なサービス提供」を考慮して行われるべきである。

新たな医療計画において設定される主要事業の圏域^{*50}に準じる広域連合を基本とした効率化が図られるべきであるが、地域特性に配慮した都道府県や市町村に対する調整交付金の手当てにより格差是正を行うことも必要であろう。

ウ) 介護提供の質の問題

介護保険施設に関する第3者機能評価は依然確立しておらず、監査は行われているものの書類上のチェックが主であり、その地域の要望に見合う質の高い介護が行われているかどうかの調査はされていない。

介護保険施設に関する質向上は全国老人保健施設協会や全国老人福祉施設協議会などが取り組んでいるが、監査内容と重複しており、アウトカム評価の観点に乏しい。介護療養型医療施設の一部では「老人病院評価マニュアル」などを利用して自己評価をしているが、施設によって取り組みに差異が見られる。また、最近、居宅サービスの拡大にもなって苦情の増加も指摘されているが、その質向上については、一部を除くと、サービス提供者の自主性に任されてきたのが実情である。

今回の改正で、第3者による「介護サービス情報公開」のための訪問調査がなされることになった。しかし、書類調査にもとづくものである上、調査認定施設を見ると介護に関する実績のない事業体が多い。しかも、介護事業体ごとの調査であるため、1法人で50～60万円(年間)もの費用を必要とする場合もある。5年ごとに詳細な調査を行い、200～300万円を要する医療機能評価に比べると明らかに異常な制度であり、近い将来、廃止すべきものである。介護提供に関連する諸団体は、自らの手で、これに代わる機能評価ができる体制を構築すべきである。

介護は労働集約型産業であるため、質の確保には介護職員数との相関が高い。要介護度が重度化している現状では、国が考えた人員配置モデルは破綻していると考えべきである。

全日病を含め、関係団体は、機能分化の実態調査や質の評価を行ってこの問題の解決策を国に提言しなければならない。

エ) 介護要員の不足

少子化や核家族化の進行によって居宅介護者、

施設介護要員不足の到来が確実視される一方、一般的な要介護者の介護量が日増しに増加することを考えると、厚生労働省の居宅ケア重視政策は建前論に過ぎず、明らかに限界が来るものと思われる。

可能な限り居宅介護者となる家族の協力を求めるべきであるが、物理的・精神的支援のあり方も論議すべきであり、ドイツで導入されているような、介護保険から相応の支援を得る方法も参考となり得る。

介護要員は、養成施設の増加にもかかわらず、入所者の介護度重度化による業務負担増と低賃金による離職も見られるようになり、依然、人手不足が続いている。

最近では居宅介護サービスの需要が伸び、株式会社居宅介護市場への参入もあり、介護要員の奪い合いが都市部を中心に行われるようになってきており、介護要員の養成がより積極的に行われる必要がある。

介護を担うマンパワーを広く求める方策としては、企業における介護休暇制度の導入・普及や学生の単位習得時の介護援助必須化なども考えられるが、現実的なひとつの選択は、移民の受け入れや外国人の就労許可政策であろう。

当面の対策として、医師や看護師の業務を見直し、各々の看護師や看護助手が担える範囲の拡大を検討すべきである。

オ) 利用者に対する不十分な情報開示

介護老人保健施設を中心に、各施設の担っている機能にかなりの差異が生じてきている。

施設利用者の平均要介護度が高くなり身体ケアが中心となっている施設や、維持的リハビリテーションに力を入れている施設、デイケアに力を入れている施設など各々の施設にはそれぞれの特徴がある。

公的な情報提供冊子の充実や各事業体のホームページ開設も相次いでいるものの、その内容に統一性がないこともあり、利用者へ届く情報は未だに口コミが主である。IT化による統一した情報集約・発信システムの構築が急がれる。

カ) 急性病変および終末期対応の問題

介護保険施設の利用者においても急性病変の発症は当然起こりうるが、重度要介護者が罹患した場合にどこまで医療を行うかは大きな問題である。また、老衰など終末期の対応に関しては、利用者の家族にあらかじめ説明し同意を受

*50 主要事業の圏域
第3章1.(2)ウ)(a)、医療法改正と医療計画を参照

けておく必要があるが、このような問題は個々の施設の裁量とするのではなく、一定のガイドラインの下に全国共通の対応を考える必要がある。

終末期医療に関しては、厚生労働省の検討会をはじめ全日病でもガイドライン作成に向けた検討を行っているが、入院医療とともに介護の領域に関しても考慮すべきである。

2. 介護提供のあり方

介護提供は、急性疾患の治療の長期化や後遺症および加齢にともなう身体機能の低下・精神機能の障害に対して「生活支援」として行われるが、その目的は、個人の尊厳を護り生活を助け、個々人の希望に沿う人生を全うさせることにある。

単に介護という視点から高齢者を見るのではなく、高齢者の終の棲家をどうすべきなのか、要介護者の住まいをどうするのかという観点からも、介護提供のあり方を見直すことが必要である。

介護提供に関しては、第3期に入った「介護保険事業(支援)計画」と「医療計画」との整合性を図りながら質と効率の良いサービス提供を行う必要があるが、「ケア・コーディネーター」を核に、医療・介護の一貫した継続的ケアシステムを構築すべきである。

社会保障制度として、医療・介護に向けられる国民の目は、期待と共に、その質に関してより厳しいものとなっている。介護提供者の立場から国民のニーズを十分に汲みとり、行政とも協調しつつ、利用者も介護提供者も満足できる介護提供のあり方を模索すべきである。

【1】居宅介護のあり方

多くの要介護者の望む居宅サービスを介護提供の基本とすべきである。

高齢者の介護はこれまで、家族による居宅介護が主流であったが、要介護者の重度化にともなって、施設介護を望む家族が増加している。高齢者が急に要介護状態に陥った場合、短期間の居宅介護であればこれを担うあるいは担える家族は少なくない。しかし、長期間にわたる介

キ) 自己負担増と世帯分離

利用者の負担に対しては軽減措置が設けられているが、この措置を受けるために「世帯分離」という手法をとらざるを得ない事例もあり、核家族化をさらに助長させるものとして危惧される。

要介護者の増加や重度要介護者の増加によって介護給付費の急速な増加が見込まれているが、これ以上の国民・利用者への負担は大きな問題であり、財源確保のために消費税のあり方などが再度検討されるべきである。

護とくに重度要介護者や認知症高齢者を介護する場合は、対応できない家族が多い。

小規模多機能施設が介護報酬の対象となったが、入所施設へのショートステイ、ミドルステイの確保、ナイトケアの対応を含めた24時間体制のケアの確保など、居宅介護支援のためのインフラ整備をより一層進めるべきである。

【2】施設介護のあり方

施設介護を必要とする場合には、家族との交流を考慮し、住家に近い地域内でのサービス提供が可能となるようにインフラの再整備をすべきである。

地域に根づいた介護環境を整備するためには、現在、認知症高齢者が対象のグループホームとともに小規模多機能施設の基準をより柔軟なものとし、種々のニーズに対応できる新しい住まいとしての機能を果たさせるべきである。ユニット単位の小家族のような生活が可能な住家とし、デイサービスや訪問看護のみならず、一定地域における要介護者の状態の変容に広く対応できるよう、あらゆる可能なサービスの利用も認めることが重要である。

施設介護は、介護必要度や認知症の重い要介護者への対応および在宅介護を支えるリハビリテーション、ショートステイ、ミドルステイに対する施設とすべきである。

介護保険3施設には介護保険制度の創設時に示された機能の違いがあるが、高齢化の進展による要介護者や入所者の重度介護者の増加によって、その機能分担を明確に維持し続けることが不可能となってきている。施設ごとに、ある機能を完全に分担させることは、現状の要介護

者の実態から見てむしろ非効率的であり、介護保険施設の需給調査を基に地域特性をふまえた個別対応が現実的である。早急に介護保険施設を一元化してその機能の見直しを図り、改めて、在宅復帰施設の機能、在宅支援の機能あるいは「終の棲家」としての対応など、各施設が、地域連携の中で選択可能な役割分担を決めることが必要である。

都市部のような異なる機能の施設が複数存在している地域においても、今後、施設単位の機能分担は難しくなると予想される。まして、施設数の限られた地域においては種々の要介護者を入所させざるを得ないことを考慮し、フロア単位や部屋単位のケアミックスを認めるべきである。

高齢社会の進展と共に、高齢者に特有の複数疾患の罹患や治療後の要介護状態の発生、認知性高齢者・要介護者の急性病変発症などから、医療と介護の連続性、医療・介護の同時対応の必要性が強く求められるようになってきている。この意味で、医療提供と介護提供のあり方については、各々の機能分担と地域連携に関して厳密な整合性が図られる必要が出てきた。

現行の介護保険3施設と特定施設の人員基準・施設基準には、表のごとく大きな相違が見られる。しかし、介護施設における医療は基本的には日常の健康管理であることから、看護師やリハビリ職員の常勤配置は必要であるものの、医師の常勤は再考されるべきであり、緊急時は、提携医療機関や在宅療養支援診療所が責任を持って

介護保険3施設と特定施設の人員基準・施設基準

	介護保険3施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設	特定施設
1人当たり居室面積	6.4㎡以上	8㎡以上	10.65㎡以上	19㎡以上
1部屋の定員数	4人以下	4人以下	4人以下	個室
主な職員配置基準	医師	3以上 48:1	常勤1人以上 100:1以上	必要数(非常勤可)
	看護職員	6:1以上	看護・介護3:1以上。(看護2/7)	看護・介護3:1以上。入所者50人までは看護1人以上。50人以上は看護1人以上+50:1以上。
	介護職員	6:1以上		
	OT・PT	PT及びOTが相当数	PT又はOTが100:1以上	
	機能訓練指導員			1以上
	生活(支援)相談員		100:1以上	常勤1人以上。100:1を標準。
	介護支援専門員(計画作成担当者)	1人以上。100:1以上。	1人以上。100:1を標準。	1人以上。100:1を標準。

※特定施設は「外部サービス利用型特定施設」を除く

職員配置状況

施設種別	介護保険型医療施設	老人保健施設	特別養老ホーム	
配置基準(※1)	介護職員	6:1以上 [17人]	看護・介護 3:1以上 (看護2/7)	看護・介護 3:1以上 入居者100人の場合、看護3人
	看護職員	6:1以上 [17人]	[介護 25人] [看護 9人]	[介護 31人] [看護 3人]
従業者数(※2)	介護職員	33:1	30:1	37:7
	看護職員	30:5	11:1	4:9

※1…[]内は、利用者を100人として算出した数。
 ※2…定員100人あたりの常勤換算従業者数。
 2004年10月1日現在

[資料]
 「平成16年介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省統計情報部)

対応できる仕組みであればよいと思われる。当然のことながら、常時医療が必要になった場合には療養病棟に転院すべきであり、その場合の判断基準として「医療必要度指標」を作成することが必要である。また、要介護者に医療の必要性が発生した際の対応マニュアル(重症度別・既往症別)などを整え、地域の医療提供体制にあわせた医療サービス提供の基準を住民に明示しておくことも重要である。

医療・看護・維持的リハビリテーションなど

は、必要に応じて提供される付加的な機能として位置づけられる。各介護施設においては、自らの果たす役割を明確化するために、医学的管理スタッフやリハビリ職員の配置状態を情報公開すべきであるが、それぞれの機能に応じた報酬は医療保険から支払われるべきであり、その他のグループホームやケアハウスなどにおける医療対応についても、診療報酬の上で在宅医療と同等に取り扱われるべきである。

3. 介護報酬体系のあり方

介護報酬は、2000年の制度創設以来2度にわたって改定が行われたが、政府の当初予測より利用者が増え財政的な問題が招来したため、多くの介護サービスで実態を無視した一方的な報酬引き下げが行われてきた。介護に要する報酬は、サービスの内容、時間などを十分吟味し、診療報酬と同様、原価計算に依拠した科学的根拠にもとづいて決定されるべきである。

2006年度の改定では新予防給付の創設ともなって月単位の定額払いという新しい考え方が導入された。しかし、包括点数自体が低く、小規模多機能施設の評価と同様に原価に見合った報酬とはいえないことから、今後、各事業者がどのような対応を図るのか注目される。

要介護者のケアプラン作成の報酬が低い上に、ケアマネジャー1人当たり標準担当件数を引き下げ、なおかつ逡減制を設けたことは事業者による経営努力を無視したものであり、不合理といわざるを得ない。

介護報酬体系としては、以下の条件を満たすものが望ましいと考える。

- ①介護の質や安全を高めることに寄与する
- ②介護を担うものの努力を正当に評価する
- ③効率的な介護提供に寄与する
- ④介護度を反映する
- ⑤介護に係る各職種の技術料と材料費・薬品費などを含めたランニングコストと建物の初期投資や維持管理を評価するキャピタルコストを各々反映する
- ⑥介護行為の費用データをベースとした根拠にもとづいている
- ⑦居宅サービスでは訪問・送迎等にかかる時間も評価される
- ⑧行政・介護提供事業者などが予算を立てることが容易である

⑨再生産が可能である

⑩中長期的運営に配慮した内容である

居住費・食費が自己負担となった施設介護において、都市部における施設が設定する利用料と低所得者に対する補足給付の格差が大きいことから、一定程度、都道府県で補助をすべきである。財政上の理由から公的支援に限界があるのなら、日常生活費や室料差額などについては、低所得者を配慮の上、利用者との契約で自由に料金設定ができることが好ましい。

介護の質の評価、とくにアウトカム評価による成功報酬的な要素を導入すべきであり、要介護度が改善された場合、インセンティブとして加算することを考慮すべきである。

現状のような低い水準の介護報酬では、質の良い介護職員を確保する上で限界がある。人件費を十分まかなえる介護報酬体系が望まれる。

医療保険制度改革において保険者の再編成と都道府県単位の財政運営が導入されようとしている。市町村単位である介護保険においても、同様の仕組みを取り入れることによって、介護サービスの均等化を図ることが可能になると考えられる。