

1 介護療養型医療施設の患者は、「要医療・重介護の高齢者」、この状態の患者を受け入れられるのは介護療養型医療施設だけです。

	介護療養型医療施設	老人保健施設
入所者の要介護度	4.30 (5は52.5%)	3.25 (5は16.3%)
認知症ランク 以上の割合	44.1%	16%
認知症ランクMの割合	9.8%	2.0%
認知症ランク 以上かつ寝たきり入所者の割合	75.8%	37.9%

いずれの表も、厚生労働省発表資料をもとに作成

	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の比較 (両施設のデータが揃うものから主なものを抜粋)	酸素療法 18.2% 点滴 17.9% 留置カテーテル類 10.9% 経鼻経管栄養 6.4% 胃ろうの管理 3.9% 心臓マッサージ 3.9% 中心静脈栄養 1.6%	酸素療法 1.3% 点滴 1.4% 留置カテーテル類 0.4% 経鼻経管栄養 0.2% 胃ろうの管理 0.1% 心臓マッサージ 0.6% 中心静脈栄養 0.0%
患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%

介護療養型医療施設は要介護認定を受けた高齢者のための医療施設(病院)です。患者の特徴は、「要医療・重介護」で、上記の表のからもそれは明らかです。患者の要介護度は、全ての施設中最も重く、老人保健施設に比べて1以上の差があり、最重度である要介護5の人の比率は52.5%と老健の3倍以上になります。重い認知症の方の比率も圧倒的に多く、施設内の看取りも7倍、実施する医療行為の内容にも大きな差があります。厚生労働省は、介護療養型医療施設全廃を決める際に資料を示し、この施設には医療の必要が無い、いわゆる社会的入院患者が多いと説明しました。しかし、それは作想的にデータの意味の「すりかえ」を行った、捏造ともいえるべき説明でした。今後も脳血管疾患や認知症末期などで重い障害とともに医療的な管理が必要となる高齢者は確実に増え続けます。介護療養型医療施設は要医療・重介護の高齢者を受け入れることができる唯一の施設であり、介護保険の中のひとつの施設類型として明らかに必要とされているのです。

2 医療・介護難民発生、すなわち姥捨ては、介護療養型医療施設患者だけで5万3千人。さまざまな社会問題が起こります。

現在、介護療養型医療施設は10万床あるといわれます。厚生労働省は、それらの患者を新たな受け皿施設と医療保険の療養病床とに簡単に振り分けられる、医療・介護難民は発生しないと言っています。しかし、多くの介護療養型医療施設の患者は、まず、医療が必要であるという理由で既存の老人保健施設や特別養護老人ホームでは入所を断られます。また、医療保険の療養病床では、医療区分が1とされる、つまり先の改定で理由もなく診療報酬を極端に低く設定された状態に該当しますから、やはり受け入れを拒否されます。では、新設された受け皿施設ではどうか。当会で行ったアンケート調査では受け皿施設が適切と思われる患者は18.5%という回答でした。すなわち難民が出ないという厚生労働省の発言はまったく根拠がありません。介護療養型医療施設全廃が実施されれば膨大な難民の発生、現場の大混乱、そして介護心中や高齢者虐待などのさまざまな社会問題が待っているのです。

10万人の行き先

受け皿施設 18.5%	<b>適切な行き先を失い医療・介護難民化 53%</b> <b>53000人</b>	医療保険へ 26%
特養など 2.5%		

介護療養型医療施設の存続を求める会アンケート調査より作成 n=133  
 回答から介護療養型医療施設利用者の医療区分1,2,3の割合を67%,23%,10%として算出 この他に現在医療保険にいる医療区分1の患者のうち、5万5千人以上が医療・介護難民となり、**難民合計は11万人**に上ると考えられます。

3 現在、利益率3.4%のこの施設の報酬が理由も根拠もなく20%もカットされます。転換すれば「廃院」では転換は進みません。

我々の試算では厚生労働省の提示した受け皿施設に転換すると20%近い減収になります。一方現在の介護療養型医療施設の利益率は、3.4%です。(厚生労働省平成17年介護事業経営実態調査)我々のアンケート調査では62%もの施設が患者への責任を考え、スタッフを削減することなく転換したいと希望しています。しかし先日国会議員の会での川淵孝一教授の試算ではそうすれば6.1%の総利益率=大赤字となります。これでは廃院するしかありません。実際、アンケート調査でも転換すれば1/3が廃院に追い込まれると予想し、残りの2/3が赤字となるが、廃止するわけにもいかず他部門や法人全体でカバーし当面存続を図るという回答でし

た。転換し、患者さんに迷惑をかけずに事業を続けようとするれば廃院に追い込まれる。割り切って人減らしをして施設の存続だけを考えても慢性赤字で危険水域に入る。そんな先行きの施設へは転換できません。

#### 4「要医療・重介護の高齢者」に対応できるマンパワーをお願いします。私たちは「姥捨て山の番人」にはなりたくありません。

厚生労働省の受け皿施設の提案中、マンパワーの点はきわめて詐欺的でした。介護給付費部会に出してきた文章では受け皿施設でも現行の基準である看護6対1、介護4対1を当面認める、個室ユニットケア医療施設についてはより多く看護・介護合計で2対1程度の人手で運営されている旨を記載し期待を持たせました。現場は患者の看護・ケアのために基準＝最低ラインを大きく上回るマンパワーを増員配置しており、厚生労働省もそれはよく知るところです。上述の厚生労働省の表現は現在の配置を担保するものだとして当然私たちの誰しもが解釈しました。ところが、6対1,4対1の数字だけは残しながら介護報酬を大幅削減しました。これでは現場は増員配置の余裕など完全になくなる。このことも厚生労働省は十分承知しています。つまり、厚生労働省の本音は報酬を下げるから、施設は人減らしをして軽い患者だけ診る、重い患者は捨てるという、まさに医療介護難民・姥捨て奨励であり、その確信犯です。現在の報酬水準を下げずに看護6対1介護4対1、個室ユニットケア医療施設は看護・介護合計2対1、この配置にふさわしい報酬の裏づけがなければ転換は一向にすすみません。

#### おわりに 多くの国民はまだこの問題を知りません。負担の問題も含め国民とともに考える時間を作って下さい。

自由民主党の先生方が『療養病床問題を考える国会議員の会』を立ち上げ、真剣に患者・現場の声に耳を傾けて下さっておられることに本当に深く々感謝致します。これまで私たちは担当官僚に介護療養型医療施設の全廃は机上の空論、帳尻あわせの作文であり、廃止の過程も不透明なら、拙速も過ぎることはなはだしく、現場は崩壊し、お年寄りが悲惨な状態になるとさんざん訴えてきましたが全く相手にされませんでした。ある医師は、官僚から「老人アパート」に転換するように勧められ、「俺はアパートの管理人になるために医師になったのではない」と怒り、署名とともに送られてくる手紙には、「私が若かったら厚生労働省に突っ込みたい」という物騒なものもありました。「姥捨て山の番人になるくらいなら、事業返上やストライキで応えるしかないのではないか」という声も上がっていました。そこに先生方の会立ち上げの朗報であり、なんとしても先生方の手でこの危機を回避していただきと心より願っております。この介護療養型医療施設全廃問題には、後期高齢者医療制度や救急医療と共通の現場無視、官僚の作文の弊害が山ほどあります。そして、あまりに拙速な展開であったので、現在でも多くの国民は未だこの問題に気づいていません。このままでは国民の納得どころか、説得すらできないと思います。ぜひ一旦廃止あるいは延期して、費用負担のことや、どのような高齢者医療体制、あるいはどういう死に方を望むのか、基本から国民とともに練り直すことが必要と考えます。苦勞し、この国を貧しい国からここまで発展させた人達を悲しませないために、「長生きしてごめん」といわせないために、そしてまた私たち自身もいわずにすむように、ぜひ先生方のご検討をお願い致します。