

4章

介護施設における医療と問題点

1 介護保険施設における医療提供の課題

2006（平成18）年に診療報酬と介護報酬が改定され、6年後の2012（平成24）年3月末での介護療養型医療施設の廃止と、医療療養病床群の削減が掲げられている。同時に、医療療養病床においては、新たな医療区分およびADL区分などによる患者分類を用いた評価が導入され、在院日数の短縮の流れと相まって、重い病態の患者以外は入院する余地がなくなる事態となっている。今後は、医療ニーズが高い状態でありながら、在宅もしくは介護老人保健施設や介護老人福祉施設などに療養者があふれる傾向が、今より顕著となると懸念される。

● 介護療養型医療施設の転換の遅れ

厚生労働省は現在の介護療養型医療施設を、軽費老人ホームや介護老人保健施設へ転換することを推奨し、その設置基準の緩和策なども打ち出してはいるが、施設開設者側の受け入れは、必ずしも順調ではない。これは、経過型施設（介護療養型老人保健施設）の報酬が低額な加算方式にとどまり、先行きが不明確であることや、今後の地域ケアにおける多様な介護施設での医療提供のあり方が、示されていないことに起因している。

● 報酬体系上の課題

「第3章 [7] 高齢の入院患者が施設・在宅へ移行するときの問題点」でも述べたとおり、介護施設には医療提供上の課題がある。介護老人保健施設や介護療養型医療施設（3年後に廃止）では、一般的な医療処置が介護報酬の中に包括されているため、医療ニーズの高い入所者の受け入れは経営上、困難な場合が多い。その点、介護老人福祉施設での入所者に対する医療処置は、医療保険で請求できることになっている。当然、入院の必要な場合は、急性期病院においても保険請求が可能である。現在の報酬

体系の下では将来、医療ニーズの高い入所者の介護老人福祉施設への移行が増加すると思われる。しかし、配置医師、看護職、介護職の配置は十分ではなく、医療ニーズの高い入所者に対応するためには、制度上も現場の対応力の向上においても改善されなければならない問題点が数多く存在する。

● スタッフの教育や体制の確立、報酬の見直しなど

医療ニーズの高い入所者の受け入れ対応力や人数枠（キャパシティ）を、施設ごとに、拡大する努力を行うとともに、配置医師、在宅医、急性期病院、ケースワーカー（施設および病院）、居宅介護支援事業所、看護職、介護職などの多職種協働を、施設の枠を超えて確立して地域全体に療養の場を増やしていくことも重要である。さらに、施設での看護職の医療行為と介護職の医療補助行為のレベルアップと安全確保のため、養成課程でのカリキュラム導入、十分な研修や教育が必要であり、何らかのガイドラインを設けることも重要である。これらに加え将来、介護・医療の入所難民を発生させないように、施設での医療を、個々の入所者の状態に応じて行えるよう、診療報酬や介護報酬体系を新たに見直すべきであろう。

－資料－

**特別養護老人ホームにおける医療ニーズの高い入居者の
受入れに関するガイドライン**

平成 年 月 日

社会福祉法人

●●社会福祉事業団

このガイドラインは、特別養護老人ホームにおける医療ニーズの高い入居者の受入れについて定めたものである。制度改正や医療体制等の変更、また新たな課題が生じた場合には、医師会、協力病院等と協議し、円滑に運営を進めるものとする。

【総 論】

下記各項目の援助が必要な者を受入れるにあたっては、施設の体制等の理解を得たうえで、病院（主治医）・配置医・家族と十分な協議のうえ受入れることとする。

受入れ人数枠（キャパシティ）については、各施設の対応能力（看護師の体制・業務量等）を勘案し、施設にて決定する。決定については配置医と随時確認する。

【指 針】**1. 経管栄養（経鼻腔・胃瘻）**

受入れにあたっては、病院（主治医）と配置医、施設との間で受入れ体制等を勘案して経管（経鼻腔・胃瘻）の方法や注入回数等の協議を行うこととする。

- 1) 栄養剤は選択可能であれば施設の食事として食事箋にて提供する。
- 2) カテーテル交換は協力医療機関等の受診で交換する。
- 3) 自己抜去等のトラブルが発生した場合協力医療機関（協力医療機関で困難な場合には他の適切な医療機関）にて処置をする。
- 4) 定期交換受診は付き添いなど家族に無理の無い範囲で協力を得る。

- 5) 実施にあたっては、終了時のフラッシュまで看護師が管理を徹底する。

《実施にあたっての担当職種》

- | | |
|------------------|---------|
| ①事前準備 | 看護師・介護士 |
| ②滴下前確認、エアチェック | 看護師 |
| ③内服薬注入 | 看護師 |
| ④チューブ接続及びその前後の処置 | 看護師 |
| ⑤滴下中の定期的状態観察 | 看護師・介護士 |
| ⑥終了時のフラッシュ | 看護師 |
| ⑦片付け、洗浄、消毒 | 看護師・介護士 |

2. 吸引

《実施にあたっての担当職種》

- | | |
|----------|---------|
| ①口腔内まで | 看護師・介護士 |
| ②鼻腔より咽頭下 | 看護師 |

3. 留置バルーンカテーテル

- 1) カテーテル交換・膀胱洗浄は協力医療機関受診で交換・施行する。
- 2) 定期交換受診は付き添いなど家族に無理の無い範囲で協力を得る。

《実施にあたっての担当職種》

- | | |
|-------------|---------|
| ①入浴時のキャップ着脱 | 看護師 |
| ②常時の観察 | 看護師・介護士 |
| ③蓄尿パックよりの排出 | 看護師・介護士 |

4. インスリン

血糖値、食事摂取量の安定している方を、病院・配置医・家族との十分な協議のうえ受入れることとする。

病院入院者の受入れについては、病院と配置医、施設との間で受入れ体制等を勘案して注射の回数や低血糖症状時の対応方法等の協議を行うこととする。

インスリン注射の回数については、看護師の勤務時間帯内で可能な時間内（朝食から夕食後）で当面は2回までとし、夜間の看護師不在時の低血糖症状にならないようコントロールするようにする。

《実施にあたっての担当職種》

- | | |
|-------------|---------------------|
| ①インスリン注射の準備 | 看護師 |
| ②インスリン注射 | 看護師 |
| ③高・低血糖観察、対応 | 看護師 |
| | 看護師不在の場合は、緊急対応を講ずる。 |
| ④BS チェック | 看護師 |

5. 在宅酸素

酸素流量の管理など、看護師が適切に行うこととする。

《診療報酬の算定について》

在宅酸素療法指導管理料は算定できない。

酸素ポンベ加算、酸素濃縮装置加算、携帯用酸素ポンベ加算、設置型液化酸素装置加算及び携帯型液化酸素装置加算については算定できる。

6. 点滴

点滴が必要な者については、原則として外来受診あるいは入院での対応とする。

医師がいる時間帯であっても施設内での処置は原則行わない。

7. ストーマ

《実施にあたっての担当職種》

- | | |
|------------|---------|
| ①パックの張替え | 看護師・介護士 |
| ②皮膚トラブル・浣腸 | 看護師 |

このガイドラインは平成 年 月 日から施行する。