

「地域包括ケア実現に貢献する 看多機の機能とその将来」

～地域包括ケアシステムの中核サービスとしての

看多機のあるべき役割と今後の整備促進策を探る～

2012年に創設された看護小規模多機能（当初複合型サービス）は、昨年7月で全国に449ヶ所が開設された。ようやく介護保険サービスとして医療介護業界や自治体では浸透しつつあり、地域によってはその存在が住民に知られるようになってきている。しかし、まだまだサービスが無いところも多く、住民は名称もどんなサービスなのかわからないのが実態で、整備促進や啓蒙活動も十分ではない。看護小規模多機能には、小規模多機能の利用者が重度化し看護小規模多機能に移行したものと、訪問看護ステーションを中心に新設されたものの2つのタイプがある。また、看護小規模多機能のサービスの利用者は、末期がん等の医療依存度が高い患者と重度障害を有する要介護高齢者が多いのが特徴だ。従って平均介護度も高く、看取りも多く、その意味からも在宅ホスピスケアの拠点施設といっても過言ではないだろう。

一方で、事業経営の観点からは、重度の利用者確保や運営上のリスクも高く、24時間を支える看護、介護職員の確保、専門性の高い教育研修などの困難性から、難易度の高い事業とも言える。以上のことから全国での看護小規模多機能の整備数の伸び悩みが大きな課題となっている。

そこで、「Visionと戦略」では、地域包括ケアの実現を担う看護小規模多機能の在り方と整備促進を考えることを目的に「看多機座談会」を開催。発言者には、地域包括ケア研究会座長・公立大学法人埼玉県立大学 理事長 田中滋氏をはじめ、看護小規模多機能の産みの親である公益社団法人日本看護協会 副会長 齋藤訓子氏、我が国の訪問看護のバイオニアである一般社団法人だんだん会 理事長 宮崎和加子氏、そして、看護小規模多機能事業の実践者として、有限会社ホットケアセンター 代表取締役 山根優子氏、株式会社リンデン 代表取締役 林田菜緒美氏を迎え、「地域包括ケア実現に貢献する看多機の機能とその将来」をテーマに地域包括ケアシステムの中核サービスとしての看護小規模多機能のあるべき機能と今後の整備促進策について大いに討論いただいたので、その内容をとりまとめ報告する。

Part 1

看多機創設の意義と現状 それぞれの看多機開設への経緯

司会 保健・医療・福祉サービス研究会 代表 田中 優至 氏

地域包括ケア研究会 座長 田中 滋 氏
公立大学法人埼玉県立大学 理事長

公益社団法人日本看護協会 副会長 齋藤 訓子 氏

一般社団法人だんだん会 理事長 宮崎和加子 氏

有限会社ホットケアセンター 代表取締役 山根 優子 氏

株式会社リンデン 代表取締役 林田菜緒美 氏

Part 2

看多機の担う役割と抱える課題 共生社会実現の“担い手”として

地域で暮らし続けられる社会の実現に 高まる看多機への期待

～地域住民への浸透にはこの名称でいいのか～



田中 滋 氏



林田 菜緒美 氏



山根 優子 氏



宮崎 和加子 氏

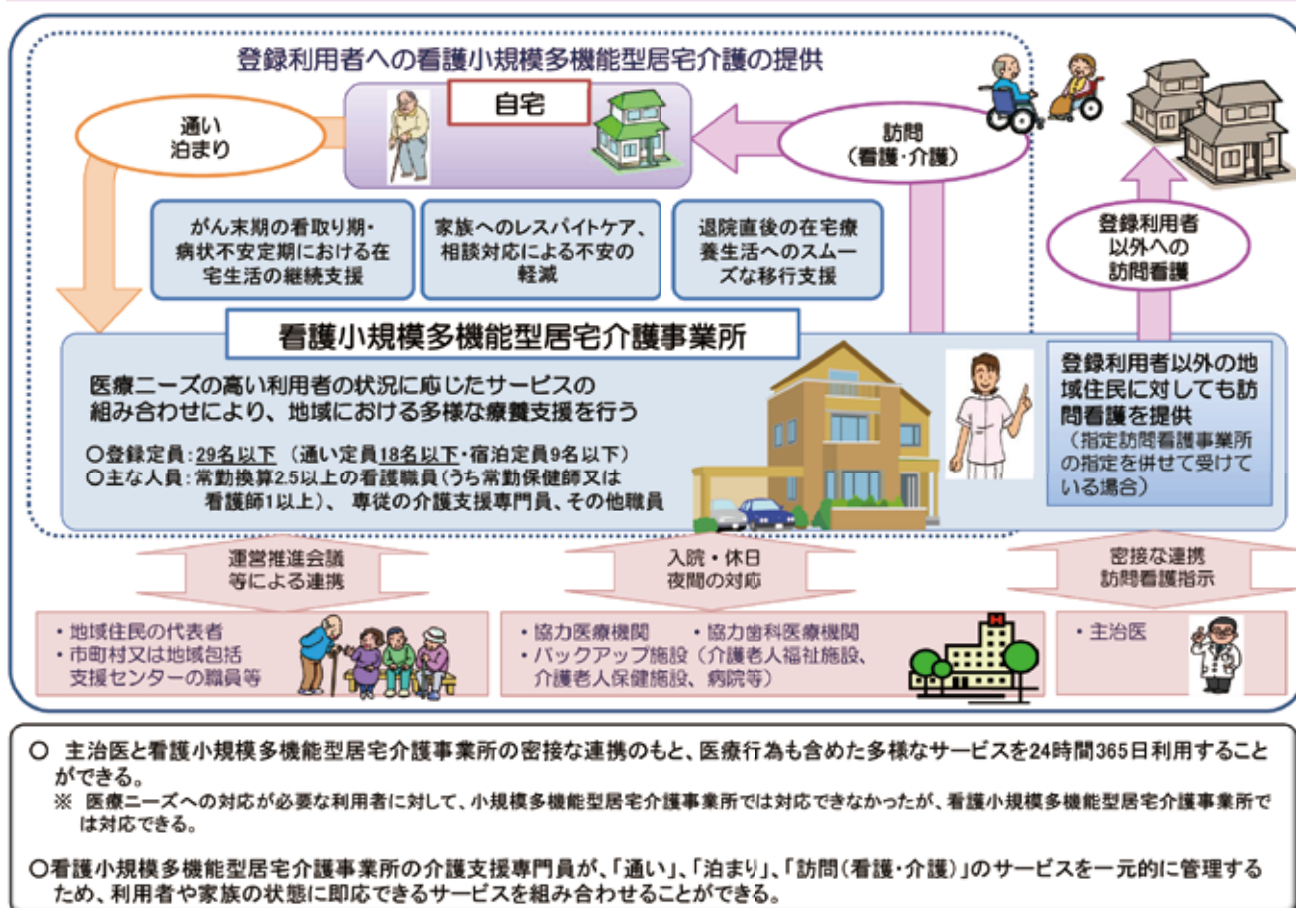


齋藤 訓子 氏



司会 田中 優至 氏

看護小規模多機能型居宅介護の概要



厚生労働省資料：看護小規模多機能型居宅介護の概要（平成27年度）



看多機創設の意義と現状

それぞれの看多機開設への経緯



(司会) まず、討論の導入と

して田中滋先生には、本日のテーマであり地域包括ケアシステムの中心サービスとして2012年に誕生した、看多小規模多機能型居宅介護（以下、看多機）創設の意義と、介護保険サービスにおける位置付けについて伺いたいです。

田中 地域包括ケア研究会が提案してきたサービス形態の進化形は、多機能事業所です。事業所規模自体は小規模でも中規模でも結構です。介護保険給付サービスの様々な種目をひとつだけ提供している事業所は、頑張っ

て高いサービスを行っておられるところも沢山あることはもちろん承知していますが、包括的ケアの提供にとっても、生産性についても完成形態ではありません。

複合型事業所で、通いも訪問も泊まりもできるほうが、利用者も使いやすいはずです。隣接分野である医療では、「病院」という事業所がいろいろなサービスを包括的に提供しています。様々な診療科ごとの入院診療、それに伴う薬剤給付、看護、リハビリテーション、食事、宿泊、さらに外来診療、通所リハビリテーションなどの提供を行う多機能事業所が「病院」なのです。入院するときには、「病院」、すなわち多機能事業所と一括契約を結びます。病院の中にある診療部、看護部、薬剤部、リハ部、あるい

は栄養部とそれぞれに契約したりはしません。ところが在宅ケアにおいては、それらの種目が別々の事業所から提供されている場合がほとんどです。これは利用者にとっても、保険給付管理上も、経営上も合理的なあり方からはまだ遠いのではないのでしょうか。

介護保険制度が始まった頃には、総合的に複数の機能を提供できる事業所があまり多くなかったので、デイサービスを提供してきたところ、通所リハに特化したところ、あるいは訪問看護など、それぞれに事業所が参入しやすいように、介護を担う業務の名前ごとに事業の名称がつくられました。同じく、看多機も定期巡回・随時対応型訪問介護看護（以下、定期巡回）も、本来はビジネス、すなわち事業の名前ではなく、業務の名



前です。多機能事業所が行うサービスの一環が通所であり、定期巡回であり、ショートステイであったりしてよいはずです。

地域包括ケアシステムの対

象は、高齢者はもとより障害者から子どもまでを幅広く含むように深化してきました。その中でも、今後、85歳以上の超高齢者の数が2035年頃には1000万人を超えるものと予測されています。よって中重度要介護者向けの介護ケアや、看取りに至るケアを提供するには、業務を組み合わせた多機能事業所の普及が役立つはず。中重度要介護者は医療依存度が高くなりま

す。看多機がかわる頻度が増します。したがって利用者が、看護をコアとする多機能体と契約を交わす方向はニーズに適っていると言えます。

事業者ベースで考えても同じ論理が当てはまります。看多機だけ、定期巡回だけの業務には、需要変動が大きすぎる問題もあります。軽度要介護者向けの通所サービスでは、需要量は比較的安定していますが、重度の利用者のみ10人をみていると、次の月に利用者が一挙に入院したり、亡くなったたりしてしまうなどで、顧客が半減することも珍しくありません。つまり、それらを事業としてみると収入



が安定しない恐れを伴います。だから人員配置計画も難しい。しかし大きな事業体が、看多機や定期巡回を一連の事業の一部として提供していれば、需要変動に応じた人員配置変更を行いやすく、経営の安定を図りやすいでしょう。

以上のような、看多機にかかわる経営事情を考えると、介護保険制度から個別の業務についての報酬があってもよいけれど、経営単位、報酬支払単位としてはもっと大きな「多機能型」事業所となり、そこでは看多機がコアの一つになる方向を示しておかないと、結局は看多機の総数が少ないままにとどまりかねません。また、看多機、定期巡回、訪問看護サービスを複合的に提供している事業体が増える将来も考えられます。

一方で、看多機がもつ機能へのニーズは間違いなく増えます。もし医療依存度の高い人の生活ニーズを無視するならば病院で対応できますが、現実には医療依存度が高くなっても、利用者の多くの

生活ニーズを充たさなくてはなりません。医療行為が頻回に必要な方たちは介護医療院に移るかもしれませんが、そうではない方はやはり、自分の住み慣れた家で暮らす方が、尊厳を保つためにも大切です。その時に、看護を合わせて4機能が1つになって利用者を支える看多機には大きな意味があります。

（司会）看多機の創設からすでに7年近くが経とうとしています。日本看護協会の理事として、看多機の産みの親である齋藤さんには、まず看多機創設の経緯などについてお聞かせいただきたいと思っています。

齋藤 看多機は2012年に制度化されていますが、日本看護協会としてその検討に入ったのは、創設の2年ほど前となる2010年頃でした。そもそものは、「これからの訪問看護の発展を、どう考えたらよいのだろうか」というところから、議論が発し

ました。当時は、まだ訪問看護ステーションの数が少なく、伸び悩みといわれ、全国の事業所数は5200くらいでした。ちなみに、現在、訪問看護ステーションは、全国で約1万ヶ所を超えていますね。

その際の問題意識というのは、日本において高齢化が急速に進む中で、医療依存度が高く重度の要介護の方々が、地域で増えていくということでした。それから何と云っても、「多死時代」であるという事です。そうすると、従来のような訪問看護の単品サービスだけでは、絶対に支えきれないというのが、当時、日本看護協会の常任理事になったばかりの私の思いであり、問題意識だったのです。もう少し訪問看護が増えて、単品サービスではなく、もっ





とトータルでケアを提供できるようにしていかないと、地域の人がみな入院してしまうことになりかねない。団塊の世代の人たちが高齢になったときにカバーしきれないという、強い懸念がありました。

では、どうしたらよいのかということ、訪問看護を先駆的にやっている様々な事

業所、制度にはないけれど自費でより良いサービスを提供している事業所を訪ねました。それら先駆的な事業所で提供しているものは、たとえば訪問看護ステーションが自前で泊まりのサービスを行っているなど、訪問看護単品ではないということが分かってきたのです。

そこで最初は、訪問看護ステーションにベッドを付けたらどうだろうと考えました。しかし、医療法上いろいろな問題が出てくるので、「これは無理だ……」、ということになりました。

では、現行の制度に一番近く、泊まり・療養相談・訪問・通い、こうしたことができるトータルなサービスとして、小規模多機能型居宅介護（以下、小多機）にプラスして、訪問看護を内包した新しいサービスではどうかということを、介護保険部会で提案しました。これが現在の看多機創設に至る、そもそものところの経緯です。

このように当初は、小多機だけではカバーしきれない、しかし訪問看護だけでも無理だという、そういう狭間で支えきれない人たちがこれから出てくるので、そこに対して新しいサービスを創設するという提案でした。しかし、いざサービスをつくるとなったときに、どうやって運用していったらよいのかなど、何も分かりません。そこで、どこかでモデルをやってくれないかということで、小多機と訪問看護ステーションを行って

いる事業所を探し、モデル事業として5カ所の事業所にやっていただきました。現在、全国各地で「看多機のパイオニア」として活躍されている人たちの多くは、この時のモデルに参加してくださった方たちですね。

その上で、現在の看多機の大きな課題としては、今ようやく全国で約500ヶ所となりましたが、そこに至るまでに、相当な時間がかかっている事です。加えて今、田中先生が指摘されたよ

うに、おそらく地域全体でみていると、看多機だけでも地域を支えられないと思っています。ですからそろそろ次の段階に進むべき状況だと感じています。

（司会）では訪問看護のパイオニアである宮崎さんのお立場から、看多機についてのお話をお願いします。



宮崎 私ら訪問看護に携わる中で、お二人がおっしゃったのと同じような問題意識を、ずっと持っていました。特に現場から聞こえて来るのが、重度の人たちをみていて、終末期に家での看取りをしていただけれど、どうしても最後まで在宅での療養を維持できず、入院して亡くなられるというケース。つまり、その方の望んだ最後にそぐわない亡くなり方をしている人が多い

ということ。このため訪問看護としては、バックベンドは、やはり持ちたい。そういう課題も踏まえて、訪問看護がどのようにうまくいくのかを、ずっと考えてきたのです。

その上で、日本看護協会が提案してくれた中身というと、一番インパクトがあったのは、訪問ステーションの人員基準2.5と、看多機の看護職員基準2.5、これを合体して兼任して宜しいということ。私は、これは画期的だと思いましたね。看護と介護が連携・統合していく上での包括プラン・包括報酬を考えたら、これがどうドッキングできるか。私の中では解決が付かなかったことが、これでぴたりときて、「これならいける！」と思いました。

このような流れから今の看多機の状態をみたときに、私がついても意外に感じているのは、訪問看護ステーションが核となつてつくっているところ、それほど多くないということです。私は、訪問看護ステーションが中心となつて



建物而建て、そこを中心に住宅に暮らす人々をちょっとお預かりしたり、在宅と看多機を行き来したりして、トータルにみていくという思いが強かったわけです。ところが蓋を開けてみると、どうもそうではない。

厚生労働省の調査を見ても、看多機については訪問看護ステーションが開設するケースのほか、小多機から転換するケース、さらに加えるとか高住やお泊り付きの施設に看多機をつくるという、3つのタイプがあるような気がします。このように

訪問看護が母体となるケース以外の、小多機やサ高住からできたタイプの看多機が、本当に看多機本来の役割にうまく一致するかというのは、厚生労働省の調査研究でははっきりとみてきませんでした。個人的に全国の現場を見聞きするなかで、ここはもう少し違った形に改善してもらった方がいいかなと思っています。

私は数年前から、人口4万7000人ほどの地域である山梨県北杜市に移住し、「一般社団法人だんだん会」を設立し、訪問看護ステーションやグループホーム、定期巡回などを通して、地域の高齢者や重度の方たちを支えていく実践活動をしています。そこで既存の看多機について地域の皆さんのお話を聞いてみると、「どんなサービスをしているのか分からない」「あまり使いやすいと感じない」といった声が聞こえてきました。一方で行政は、すでにその地域に既存の看多機があるので、新規にはつくれないという。つまり、需要があっても新たな看多機は作れないという課題に直面しました。

また看多機の役割というのは、在宅にいらっしゃる医療依存度の高い人々を、昼間預かったり夜看するという2つの機能プラス訪問。つまり、生活支援と医療的な支援の両方を兼ねています。しかし今の看多機は、利用者が自宅に暮らしている時間帯に、頻繁な訪問ができません。それをしようとする、デイ中心のサービスになってしまい、家での看取りや暮らしの十分な支えにならないために、この部分が必要な方たちが利用できないのです。

こうした点で、看多機にはまだ不足している中身があり、今後を考えたときにいろいろなアイデアが出てくるのではないかと、私なりに考えているところです。

（司会）続いては実践家の立場ということで、まずは山根さんのお話をお聞かせください。



山根 私は1995年から訪問看護をやってきましたが、訪問看護だけでは重度の方を支えられず、とても歯がゆい思いをしてきました。2004年に島根県浜田市で「有有限会社ホットケアセンター」を立ち上げて、訪問介護、居宅介護支援、そして訪問看護という、在宅ケアを支えるために必要な最低限のサービス提供をはじめました。ずっとベッドが欲しかったのですが、先ほど齋藤さんが指摘されました通り、看護師がベッドを持つというのは、本当に難しいことなのです。そんな

スタッフや事務職なども加えての運営を行っています。

地域の中で看多機は、私どもの1ヶ所だけです。送迎も車で片道20分くらいかけて行ったりという苦勞もありますが、看多機は無くしてはならないサービスになっていると自負しています。

(司会) 運営上での困ったことや、やりがいなどはいかがでしょう？

山根 運営していて一番大変だと思うのは、看護と介護の協働という部分ですね。これはどこの看多機でも同じかもしれません。私自身、開設前にいろいろな看多機を訪ねた際、一番苦勞をしている事は何かとたずねると、「看護と介護が、どうやって協働していけばよいか分からない」という声を多くお聞きしていました。これについては時間をかけて、いろいろ失敗を重ねながら運営をしています。看護と介護が対等な立場で、看護師は介護職員が安心して介護ができるようにという点に注視してケアを行い、介護職

員も看護師がきちんと医療面のアセスメントができ看護の力を十分に発揮しているということを自覚する。こうした相互の信頼が無ければ、看多機での協働は、なかなか上手くいかないでしょう。

利用者は重度の方が非常に多く、介護度は平均4で、何らかの医療ニーズのある方が4割以上いらっしゃると思います。そのため1ヶ月のうちに新規受け入れが4件、亡くなる方が3〜4件といったように、非常に回転が早いです。この回転の早さで、職員が疲弊してしまうところが大きな課題です。一方で、重度の方を迎えて、しかも看取りまで行い、ご本人はもちろんご家族も含めた介護支援ができるということで、職員たちは専門職として非常に大きなやりがいを感じています。看取りに関しては、今年度だけでも、施設と在宅ですでに10人以上の看取りを行いました。

(司会) それではやはり実践家のお立場から、林田さんお

願います。

林田 私は神奈川県川崎市で、訪問看護ステーションや看多機などを運営する「株式会社リンドン」を経営しています。もともとは、訪問看護ステーションの管理者を6年ほど勤めたあと、自宅1階で看護師4名の訪問看護ステーションを開いたのがはじまりでした。その後、訪問看護ステーションがようやく黒字になった頃、介護保険の新しいサービスとして看多機ができるという話を聞いて、これだと思い、創設の翌年には「ナーシングホーム岡上」を開設しました。

開設以来100名以上が利用、現在登録者は27名〜28名です。看多機はがん末期や重度の方が多いため、利用期間が短く入れ替わりが激しいことを強く感じています。利用

者の皆さんは重度の方が本当に多く、たとえばお泊りの方のうち、ご自分で食事が摂れる方は2人だけで、後は全て経管栄養や人工呼吸器の方といった具合です。現在、職員は看護師が15名、介護職員が15名、さらにPTやOTなども加えると、合計で50名ほどになります。

加えて昨年7月には、サテライト型看護小規模多機能型居宅介護「ゆらりん家」をオープンしました。このサテライトをつくろうと思ったのは、小規模多機能の中でいきいきと働く介護職の皆さんに感動したのできっかけです。看多機では、どうしても重症の利用者さんが多いので、看護が主となります。しかし、全てのケアが看護師でできるかというところではありません。

では、介護職がいきいきするのは何かということをストックと話しますと、やはり自立支援や生活支援であるということでした。そこで新しいサテライトでは、看多機の利用者さんに比べ

ると、もう少し介護度や医療依存度の軽い方々を対象にしようと考えました。さらに、私たちは「キッズゆらりん」という児童発達支援・放課後等デイサービスも行っているのですが、そちらも一緒にして、比較的元気なお年寄りや障害のある子どもたちがそこにいて、もし重度になっても、次は看多機があるから大丈夫ですよという体勢をつくっています。

私たちの看多機は、川崎市で最初に開設したものです。本来の役割としては、地域の中で在宅と看多機を行ったり来たりできるのが一番良いと思うのですが、現状では利用者さんの多くが病院からご紹介いただいている形で、地域のケアマネさんたちからというのは、まだまだです。このため看多機の開設後、自前で居宅介護支援やヘルパーステーションも作り、地域の中で看多機と在宅を行ったり来たりできるよう支援するという課題に向かっていると述べています。

(文／編集部)



Part2

看多機の担う役割と抱える課題 共生社会実現の「担い手」として



田中 私から質問したいのですが、事業における資金調達について、訪問看護だけであれば、資金調達はほとんどいらないですね。事務所があるだけでいい。しかし、小多機や看多機では建物が必要ですし、様々な機器も必要となります。そのための資金調達は、皆さん、どのようになさったのでしょうか？

山根 私どもの場合、3370万円の補助金を利用しました。どういうわけか小多機の基盤整備の補助金は3000万で、看多機は2000万だったのです。

2000万円という額は、たしかに大きいですが、看多機を作るには正直申し上げて少ないというのが実感です。看多機開設以前から訪問看護の経営が非常にうまくいっておりまして、その実績を銀行に評価していただき、担保なしで1億4000万円をお借りしました。このように、訪問看護から看多機への移行というのは、資金的な問題がとて大きいのです。

田中 大きいですね、本当に。

宮崎 私もその点が、これまで看多機が増えなかった要因のひとつだと思います。

訪問看護は事務所さえあればやっていけますけれど、建物をつくるというのは違う段階の課題となります。私はグループホームづくり

をたくさんやってきたので、補助金の申請や銀行からの借金の仕方、経営上の資金繰りなど、それなりに勉強してきました。しかしこれは、初步の管理者では、とてもできないですね。

田中 業務としては訪問看護に介護サービスを付ければよいにしても、グループホームのような「建物系」を運営していたとか、すでに銀行の信用があつたとか、条件が整わないと、資金調達でつまずいてしまいます。

林田 私の場合、最初は2000万円の助成金を利用しました。助成金というのは最初からもらえるわけではないので、まず4500万円ほど銀行から借りて看多機を作り、その上で助成金を申請という形です。サテライトをつくったときには、3200万円

くらい助成金をいただいて立ち上げましたね。

田中 そういう金融支援について、まさか日本看護協会が直接貸すわけにはいかないでしょうが(笑)。窓口相談のような支援は、なさっているのですか？

齊藤 ひとつは、運営のノウハウというところの支援ですね。宮崎さんがおっしゃったように、単なる事業所の管理者というレベルでは、資金調達を含めた経営というものは、なかなか難しいでしょう。しかしそれ以前に、単なる事業所の管理でさえ、しっかりとできているところと、

そうでないところの差が大きいのが現実です。このため訪問看護という観点からいうと、日本看護協会として管理者育成のためのプログラム、さらに特養や老健などのロン



グチームケアを担う管理者育成のプログラムをつくっており、それらのプログラムに財務の視点や資金繰りといった部分を盛り込んでいるような状況です。

宮崎 看多機開設のため

の資金繰りという点に関連しますが、自治体が介護保険事業計画に基づいて公募をし、あるいは事業者が手上げをしてOKならば補助金も

らえます。しかし、地域内で計画通りの数ができてしまうと、当然ながら補助金はもらえません。ゼロなわけです。経営の立場からすれば、資金繰りにおいてゼロと数千万円では、ぜんぜん違いますよね。

このため、私が全国から相談を受けているのは、「看多機をつくりたい」「ノウハウもお金も若干はある」、だけど役所が「計画に入っていないから」とか「5年後です」ということになって開設できない。これも、看多機が広がらない大きな壁になっているように思います。



(司会) 資金調達の問題が出ましたが、それも踏まえた上で、なぜ看多機が増えないか、もっと増やすためにはどうすればいいかについて、さらにご意見をお聞かせください。

林田 私の経験では、サテライトをつくる際に、助成金に関して苦労したことがありました。そういう経験から考えると、行政が自分の町をどのようにしたいか、しようと思っているかという意識の問題が大きいように思います。また、小多機と看多機とは、役割や提

供しているサービスがまったく違うということをもっと理解してもらう必要があるのではないのでしょうか。



田中 認知症になっても自宅

と小多機を行ったり来たりすることで、地域で暮らせるという小多機に求められている機能と、末期の方の看取りや、医療的ケア児を含めた医療依存度の高い方を自宅に帰れるまで支える看多機の機能は違うものなのに、その点の理解がまだ十分ではないですね。

宮崎 事業者そのものが、そういった機能の違いを理解しないのでつくっていると

いう問題もあると思います。中には小多機よりも点数がよいし、地域で足りないサービスということで役所に行けば補助金も出るので看多機を、というところもあるのです。制度そのものの理解、その地域の住民の在宅サービスを守るということに関与せず、理解不足のまま経営中心にやっ





ているところも少なくない気がしますね。

山根 たしかに最近では、訪問看護の経験がまったくない事業所が看多機の開設を考えるとというケースが多くなってきているように感じます。報酬が高いことに飛びつくといいますが、そういう印象はありますか。

齊藤 看多機を行う事業所も、二極化しているということですね。当初、看多機という制度をつくった際の趣旨は、家で最後まで看取りをするために泊まりがほしいという患者団体の声があり、宿泊機能をどこかで考えたわけです。一方で小多機は、認知症が前提ですよね。看多機は認知症の方もあるけれども、看取りをやる。最後まで家で療養をしていただき、最後の

行させなければならぬ時期があるのです。

なお今後、重要になる課題は、研究事業等による質の指標の開発です。ご存知のように先の報酬改定で、老健

最後までご支援をさせていただく。その上で、ご本人が病院といったらそれもうぞと。いままでだったら入院しか受け入れ先がなかったけれど、看多機なら家に近い環境で泊まりができる。チューブや人工呼吸器が入っていても家にいたいという、そういう願いをかなえるという趣旨で看多機はつくっているわけで、小多機とは成り立ちがまったく違います。

田中 最初は多少、目的とずれた事業者の参入もやむを得ない。必ずしも制度の理念を理解せずに、利益志向の参入者も初めは見られるでしょう。人員配置不足や虐待は摘発できるけれど、目的の第一が利益であっても、サービスが基準に合致していれば参入を認め、まずは数の増加を先行させなければならぬ

は5段階に格付けされました。いずれ看多機にも同じような段階別評価が導入されるかもしれない。そうすると、ケアの質が悪い事業所は低い報酬になりますから、おのずと淘汰される、もしくは淘汰されないための改善努力が図られていくのではないのでしょうか。

齊藤 そういう意味では2015年からだったと思いますが、訪問看護が入っていないところは減算になりましたね。そういう対応もしながら、今は、区別をしていくという状況なのかと思います。

宮崎 やはり看多機は、看護をコアとしたサービスであること。ここが鍵です。ところが小多機から看多機になった場合、認知症中心にやってきた経緯から、看護がコアになれないのですね。こうした状況で、課題を抱えているところが多いのではないのでしょうか。

山根 実際、小多機から看多機になった場合、小多機



（司会）小多機を引きずっているところが、なかなか本来の看多機の在り方とならない、看多機の担うべき支援ができないといった課題があるのですね。

のときの利用者さんをそのまま抱えて、重度の方や医療ニーズのある利用者さんが非常に少なく、実質的に看多機に転換ができていないという現実があるように思われます。このために、経営的にも厳しいところが多く、看護の役割や力を発揮する場がないというところもあるのかもしれない。



田中 昨年4月に、ようやく介護医療院をスタートできました。それまでの療養病床からの転換先との位置づけではなく、新しい種別としてつくろうと、数年かかってコンセプトを築いていったわけです。それを表した理念は、住まいと生活を医療が支える、です。生活を支える介護分野には、いまでも施設や訪問サービスなどがありました。また医療が主となる介護療養病床も存在していました。これに対し、介護医療院は、メインが生活と住まいで、それ

を医療が支える、いままでの組み合わせには無かった事業種別です。看多機は、まさに介護医療院の概念を施設ではなく、在宅の場で提供する、つまり暮らしを支える医療そのものなのです。暮らしを支える介護、認知症を支える小多機とは異なる役割です。施設については、暮らしを支える医療提供主体として介護医療院ができた。同じように看多機とは、地域で在宅生活を支える医療提供者である、ととつとアピールするべきでしょう。医療的ケア児の急増ぶりを見ても、地域で暮らしを支える医療ニーズは、看取りだけではないのです。子どもも支えないといけません。いずれにしても、看多機とは新しい、必要な機能を担う事業であると、広く世の中に知られるよう期待していいです。



齊藤 看護職から訪問看護を立ち上げている人たちには、基準該当で医療的ケア児をみている方たちもいますよね。
林田 そういうことを実践

している訪問看護の人たちは、施設ではなくて、やっぱり「家」を重視しています。**齊藤** そうそう。それを分かっているのです。「家」が持っている、癒しのパワーというのでしょうか。なんといっても、自分が住み慣れた家で、帰ってくるとホッとする。病院だったらご飯を食べたくなかったけれど、家だと何となく冷蔵庫をのぞいて自分で食べてみるとかね。やっぱり、自分が住み慣れていた家が持っている、その家の環境がその人の体に語りかけるものというのがある、すごくあるのだらうと。そういう思いがあるから、訪問看護の人たちは「家」をベースに考えるのですね。だから、なんとかして戻してあげたいと、みんな必死になっています。

田中 安心感を支える看多機は、昼間預けられる、来てくれる、必要なら泊まりもできるといって、複合機能がいいですね。家はいいけれど、時にレスパイトがないと、大変です。

齊藤 そうですね。何かあれば、そこに戻れば安心という、そういう場がある。そしてまたそこを基点に、ちよつとしんどい時は、違うところできちつとケアを受けてまた戻ってくる。この繰り返しなのだろうと思います。

田中 そうですね。看多機は、繰り返し利用ができる点が強い。そこが、一般的には短期利用の繰り返しはあまり想定されていない介護医療院との違いの一つです。

(司会) それでは看多機の普及促進という点で、どういう事業体が看多機を進めたいのでしょうか？

田中 そこは理念の問題であって、理念さえ実行できるのであれば、株式会社であろうと医療法人であろうと構わないでしょう。事業の母体を

制限する必然性はありません。

宮崎 私はやはり、看護師がコアになってしっかりと運営することを、何らかの形で位置づけた方がよいと思います。

田中 そこは職種としてもっとも重要なポイントです。

林田 病院がやるのもよいかもしれませんが、新人ナースといつても、まだ育てる力が全然なくて……。人材を育てるという点では、訪問看護に比べると看多機なら少しはできるかなと思っているのです。

宮崎 病院がやるとね、生活を支える医療にならないのですよ。

齊藤 看多機に限らず、これは訪問看護に就職する看護師もそうですが、ナースとしてキャリアを積んでいくわけだから、ずっと訪問看護ということではなく、病院の力も借りて育てていくということが重要です。山梨県では、新卒が訪問看護ステーションに



就職した場合、一定期間、病院に預けるのですね。そこでオペ直後や直前も含めた周術期など、病院でしかできないことを経験してもらっています。そのために、病院と訪問看護ステーションが契約をし、ガイドラインもつくってという形になっています。おそらくこれからの時代は、一つの組織で抱え込んで育てるのではなく、地域全体でナースを育てていく状況になるでしょう。かつてのように、「病院をどんどん大きくする」という時代ではありませんし、在宅志向の若いドクターも、「看多機って、すごいね」という話をよくしてくれます。そこで、「自分の法人でもできないかな？」と。そういうことを検討するグループが、これからいくつか出てくるのかという印象はありますね。



(司会) ここまでの討論で、看多機の質の担保や人材育成という問題もいくつか指摘されましたが、改めて看多機での人材の確保や教育に關しての課題についてはいかがでしょうか？

齊藤 これは何年か前からずっと、課題として認識はしているのですが、看多機については事業団が無いです。それで今、ようやくバイオニアの皆さんたちにお集まりいただいて、その母体が出来上がっています。また、人材の確保については、看多機のみならず、訪問看護の人材をどうするのかという課題もあります。現在、日本看護協会では、「訪問看護師倍増計画」という名称の特別委員会を開いています。しかし、なかなか決定打が見えてき



ませんが。看護師が病院の外に出ることを広げていくことがポイントなのかと考えています。今、病院は全国に約8400ありますので、それらの病院から1人ずつ看護師が地域に出てくれば、8400人なのです。しかし、それがなかなかうまく行かない。そうした仕組みをもう少し、公的なものに組み込めな

い、模索しているところですよ。

宮崎 今後について考えると、私は定期巡回がひとつの鍵になるのではと考えています。今の定期巡回サービスは、先ほどから指摘されている小多機と一緒に、認知症の方を支える中身だけになっているのですね。そこで、看護強化タイプの定期巡回をつくって、訪問看護ステーションと一体化し、看護師が定期巡回でまわる。私たちは、実際にこれを地域でやり始めています。制度として、定期巡回で医療ニーズの高い方向けのものをつくって、それと看多機と訪問看護、この3つを一体的にできるような、医療ニーズの高い方たち向けの新たなサービスをつくったらどうでしょうか？生活支援を頻繁に行い、看護も介護もごちゃ混ぜにしながらみると、たいへんに効果があると思いますので。

田中 そういう総体としてのサービスに、よい名前を付けたいですね。

齊藤 その3つがあつたら、もう地域が病院ですよね。

宮崎 もうひとつ、看多機に利用者さんが集まらないとか、周知が足りないという課題がありますが、とにかく看多機について、自分たちが発信することが重要でしょう。

田中 そういう意味では、看多機という呼び方がよくない。急性期医療の会合などでは、「カンタキってなんだ」



と必ずいわれるのです。一般市民も知らない。もう少し何か、美しいとまでは言わないけれど、理解しやすい言葉をつくってほしい。はじめて「カンタキ」ということばを聞いた人は、漢字が思い浮かばないでしょう。この分野の狭い業界用語を一般の人に対して使ってはいいけません。

齊藤 もう1点、昨年、看護職員による居宅療養管理指導が無くなってしまいました。しかし、要介護度は軽いけれど健康管理が定期的に必要ながいいます。そこで、看護職員による居宅療養管理指導の趣旨を活かしたものが、新たに何かできないだろうか、と今検討をしています。たとえばこうした機能を、看多機が地域で担うということもできますね。



田中 確かに病院や特養よりは、入りやすいですね。ある意味、地域の家ですから。

林田 ふらっと来



られて、いつのまにか料理をしているみたいな（笑）。そういう役割は、小さな看多機だからこそできるのだと思います。

齊藤 そうですね。その辺りは非常に柔軟性があるのだらうと思います。

林田 その柔軟性がなくなるようなことは、絶対にしてほしくないです。

山根 看多機がこれから発展するには、私はもったいりんな事業と緩やかな連携ができるような運営ができればと思います。先にも述べましたが、看多機は利用者さんの増減が非常に激しく、サービス量が急激に増えて、職員が疲弊してしまうことも少なくありません。それでも、その方に必要なケアを考えると、夜もいき



たいし訪問介護も増やしたい、通所のリハビリにも行かせたい。だからこそ多機能化や連携をすすめることが、今後大切になってくると思います。

（司会） 最後に、地域共生社会の実現という意味で、これからの看多機への思いについて、皆さんのお言葉をいただいて締めたいと思います。

山根 医療ニーズのある重症の方を地域で支えるという看多機の役割について、私はますます強くその必要性を確信しています。一方で、看多機というものが本当にまだ知られておらず、もっと声を大にして伝えていかなければいけないとも感じています。

なかでも特に、医師の皆さんにもっと看多機の使命や役割、力を理解してもらわなければなりません。ケアマネジャーさんたちには、かなりご

理解をいただけるようになります。重度の方を紹介してくださるようになりました。さらに、利用者も含めた地域の皆さんにも、看多機というものの存在を伝えていくことが大切だと思います。

宮崎 今後、日本社会では定年が75歳とか80歳になるといわれます。そのことも踏まえて、私は地域の中で眠っている看護職の力を引き出そうと、「玉手箱ナースの会」というのを開いています。そこでは定期巡回をまずやって、自信がついたら訪問看護をやるうかという人も出てきました。地域



での看護師の役割を訪問看護だけに限定すると大変なのですが、定期巡回も含めた生活支援に看護師が入っていくと、なにしろこれから「量」が必要ですから、これはすごくいけるなと実感しました。若い人たちはなかなか来てくれませんが、条件も厳しいのであれば、もう「オバサンナース」の集団にしようかなと（笑）。介護職も一緒に、68歳とか70歳の人も採用しています



が、とてもよい生活支援をしてくれます。そこに看護師も加わり、たくましく力量のある看護・介護集団をつくっていききたいですね。

齊藤 日本看護協会では、そういうベテラン看護師の方々を、プラチナナースと呼んでいます。しかし、プラチナナースたちの再就職先のほとんどは病院なのです。そもそも、全国約166万人の看護師のうち60%は病院勤務ですから、地域に出

ることについて教育されていません。だからこそ、看護師の基礎教育の問題が大きく、今議論されているところです。一方で少し希望が見えているのは、認定看護管理者の教育カリキュラムが、今年から変わります。特にセカンドレベルに地域での実習が課せられております。つまり、師長クラスの看護師が、実習で地域に出ていくことを、認定看護管理者教育の制度として仕

掛けているのです。そのほか、病院の看護管理者と地域の保健師を繋ぐ取り組みも進めています。今までのように、看護師が病院に閉じこもって働くのではなく、外でもちゃんと看護をしましょうと。そういったことを、さらに進めていきたいですね。

林田 看多機というものについては、実感として本当にやりがいを感じています。ですから今後、全国でも看多機の数がどんどん増えていってほしいですね。小多機



とは、まったく違う形のサービスですから、そこをよく理解していただいた上で、看多機が地域で力を発揮できるようにになればよいと思います。

田中 地域包括ケアシステムも共生社会もいずれも広い概念なので、その対象にはさまざまなニーズが含まれます。その中で、医療ニーズを持っているお年寄りから子どもまで、在宅で過ごすためのツールとして、看多機はとても役に立つ。しかし、経営の安定のためには、まだ様々な問題が存在する

以上、それらを減らすように調査を重ね、運動につなげていく努力が欠かせません。加えて、次世代のための人材育成にも力をいれなくてはならない。現場での実地研修を含む教育課程をつくっていくべきでしょう。埼玉県立大



学でも県内他大学との協力により多職種連携教育を行っており、地域に目を向ける学生が育っています。また在宅サービスに出ていくところが弱いと感じます。院内での多職種連携にとどまらず、今後は地域での多職種連携が必要です。いずれにしても今日の話し合いで、これからの看多機には希望が持てると、大変よく分かりました。これからも応援して参ります。

（司会）皆さん、長時間の有意義な討論、ありがとうございました。

（文／編集部）