特集

「看多機の看取りの動向とその実際を探る」

～2012年創設から8年が経過。地域で存在価値を高める看多機の看取りの現状とは～

看護小規模多機能は、地域包括ケアの理念にもとづき医療や重度障害者のニーズに対応し、在宅限界を高め地域での暮らしを可能にするために2012年に創設された。開設から8年が経過する中、がん末期患者や平均介護度４の重度利用者を対象とする事業のため、その運営の難しさから、全国で未だ約600カ所と整備数がまだまだ少ないのが実情であるが、多くの看護小規模多機能事業所では、地域の中重度者の在宅療養を支え、ターミナルケアにも取り組んでいる。

そこで「Visionと戦略」５月号特集は、『看多機の看取りの動向とその実際を探る』をテーマに厚生労働省担当官や看取りに取り組んでいる事業者にその実際を伺い、内容を取りまとめたので報告する。

Part 1　多死時代の看取りを支える 看多機の拡充に一段と期待

『Visionと戦略』編集部

Part 2　整備目標数には届いていないが 看多機は順調に伸びている

厚生労働省 老健局 老人保健課 看護係長
大竹　尊典 氏

Part 3　11年間584名を在宅で看取る 鍵は介護職に自信を持ってもらうこと

株式会社コメディコつくば　取締役
常盤　朝子 氏

Part 4　本人･家族の意向を優先させた 最良の看取りを実践する

有限会社在宅ナースの会 代表取締役
小菅　清子 氏

複合型サービスふくふく寺前
計画策定担当者・介護支援相談員
加藤　幸子 氏

複合型サービスふくふく寺前
管理者・看護師
田澤亜由美 氏

Part 5　ポリシーは〝働きから実体をつくる〟 看護師9名の配置で「看護師看取り」へ

ホロニクスグループ 代表
谷　幸治 氏

ナーシングヘルスケア株式会社
総合在宅ケアサービスセンター上新庄
かんたき管理者統括責任者・かんたき上新庄 管理者
安本　美帆 氏

多死時代の看取りを支える
看多機の拡充に一段と期待

医療・介護・看取りのワンストップサービス

昨年12月27日に開かれた社会保障審議会介護保険部会に提出された「介護保険制度の見直しに関する意見」には、看護小規模多機能型居宅介護（以下、看多機）への期待が盛り込まれている。

今後の介護サービス基盤の整備として「介護離職ゼロの実現に向けた施設整備・在宅支援サービスの充実、介護付きホーム（特定施設入居者生活介護）も含めた基盤整備促進」が記載された。厚生労働省老健局老人保健課の大竹尊典看護係長によると「在宅支援サービスに看多機が含まれている」という。

さらに医療・介護の連携についての意見に「地域医療構想等と整合した介護サービス基盤整備」「中重度の医療ニーズや看取りに対応する在宅サービスの充実」が提示され、いずれも看多機への期待が込められている。

看多機に期待されている役割のひとつが看取りである。多死時代を目前に控え、国が医療介護の在宅シフト政策を推進したくとも、独居世帯と老老世帯の増加にともなって、家族介護力は先細っていく。

地域包括ケアシステムが患者・利用者・家族ニーズを汲み取れていないのは、家族介護力を補うサービスに決定打がないからだ。その隘路を断ち切るには、医療・介護・看取りのワンストップサービスが不可欠であり、在宅限界を高めるためにも、看多機の整備促進が求められている。

地域包括ケアシステムを説明する「ときどき入院、ほぼ在宅」になぞらえれば、看多機は「ときどき入所、ほぼ在宅」のサービスである。自宅と療養先との距離が一段と縮まる。しかも最期の状況によっては、家族が病室から退出を求められる病院と違い、看多機では家族が看取りに参加しやすい。これは家族の思い出を紡ぐためにも有意義である。

いわば看多機は家族のあり方を問いかける機会も提供している。では、看多機は看取りにどう対応しているのか。厚労省の調査によると、2015年度に看取り（在宅および事業所内）を行った事業所は66％、行わなかった事業所は31％。18年にはそれぞれ73％、20％を記録した。看多機での看取りは増え、看取りの場として機能していることが分かる。

看多機の開設理由で最多は「地域のニーズに応えたい」

看多機の利用状況も確認しておきたい。看多機の利用見込み数を都道府県別に見ると、第7期介護保険事業計画での利用者数を大幅に見込んでいる都道府県が多い。とくに利用者見込み数が多いのは三大都市圏や地方中核市で、第7期に利用者数1000名超を見込んでいるのは、北海道、東京都、神奈川県、静岡県、大阪府、兵庫県の6都道府県である。

一方で、政令市・中核市以外の市・町村での利用者数が少ないが、自治体の認知が深まれば、地域のニーズが顕在化して開設増を期待できるのではないか。それを示すのが、18年度に実施された三菱UFJリサーチ&コンサルティングの調査結果である。

この調査によると、看多機を開設した理由は「地域のニーズに応えたい」が73・1％ともっとも多く、次いで「医療ニーズの高い人が利用できる通いサービスのため」（56・9％）、「法人のサービスの多角化の一環」（51・5％）、「訪問看護の利用者に対し柔軟に使えるベッドが提供できる」（35・9％）が多かった。意外にも「介護報酬がよい」は、わずか4.8％に過ぎなかった。

看多機の運営母体を見ると、厚労省が17年に実施した調査（回答数349法人）で、もっとも多かったのは営利法人（175法人）、次いで「医療法人」（71法人）、「社会福祉法人」（63法人・社会福祉協議会を除く）。

このように営利法人が多いのは、小多機と二枚看板である訪問看護ステーションの開設主体が反映していると思われる。そのことは三菱UFJリサーチ&コンサルティングの調査で、看多機の開設前事業者の多い順に「訪問看護ステーション」（40・1％）「小多機能型居宅介護（以下、小多機）」（31・1％）となっており、営利法人も多い小多機から移行した看多機も少なくない。

本特集に掲載した3事例のうち、2事例は営利法人だが、いずれも在宅生活を支えて看取りまで完遂し、看多機の本義に徹している。

（文／編集部）

整備目標数には届いていないが 看多機は順調に伸びている

2020年度診療報酬改定で「30日ルール」が改定されて看多機は柔軟に利用できるようになった。病院以外での看取りを支える場としても、期待に応えていることが調査から分かった。厚生労働省の担当係長である大竹尊典氏に、看多機の整備方針を聞いた。

厚生労働省 老健局 老人保健課
看護係長 **大竹　尊典** 氏

■訪問看護ステーション、看多機など在宅看護サービスにおける2020年診療報酬改定の重点施策と影響について、ご意見をお聞かせください。

大竹　訪問看護については、利用者が安心して在宅で療養するために、訪問看護ステーション及び医療機関からの訪問看護提供体制を確保する取組の評価と見直しが行われました。また、医療的ニーズの高い利用者や、精神障害を有する者等、多様化する訪問看護の利用者のニーズに、よりきめ細やかな対応が必要なことから専門性の高い看護師による同行訪問の充実等が行われました。その中で、適切に訪問看護が提供されるよう同一建物居住者に対する複数回・複数名の訪問看護の見直し等も行われ、医療保険における訪問看護の在り方が見直されたと感じています。

一方、小多機と看多機については、いわゆる「30日ルール」が改定されました。泊まりサービスを利用する患者が保険医療機関の退院直後からサービスを利用する場合、サービス利用開始30日以内の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず、訪問診療を受けることが可能になりました。これは、利用者を取り巻く住環境や介護力等によって、医療機関からすぐに自宅に帰れない方に対する看多機ならではの柔軟なサービス提供を支援する改定だったと思います。看多機は、医療機関等での生活から徐々に在宅での生活に慣れていってもらい、在宅生活へスムーズに移行することを支援する機能が期待されていますので、一層その機能を発揮してもらいたいと考えています。

■最新の看多機の事業所数、並びに近年の開設動向についてどのように捉えていますか。

大竹　看多機の請求事業所数は順調に伸びています。介護給付費等実態統計によると、直近のデータでは令和元年10月末時点で、サテライト看多機6事業所を含めて全国587事業所が稼働し、利用者数は約1万2400人でした。第7期介護保険事業計画におけるサービス量等の見込みでは、令和元年度に2万1000人の見込み量でしたので、達成率は約59%となっています。令和5年度の見込みは2万9000人となっており、令和元年10月末時点の稼働事業所数をベースにすると約43%の達成率となっています。

■達成状況に対する評価はいかがでしょうか。

大竹　順調に増えていると見ています。達成率で見ると「増えていないのではないか」というご指摘もあるでしょう。しかし、もともと看多機が整備されている自治体は少なかったこともあり、これまで看多機が所在していなかった自治体が新規に1事業所整備すると目標を立てた場合、第6期計画の整備状況から0から1になる訳で、総じて見込み量が多く見積もられていると考えます。また、地域の実情に応じて看多機が整備されることが重要ですし、整備されていなかった地域においては、他の介護保険サービスで代替できているという側面もあると考えます。これらを総合的に見て、地域の実状に合わせて順調に増えていっていると認識しています。ただ、一定数増えてきていることもあり、第8期の介護保険事業計画（令和3年度～5年度）で更に看多機が必要なのか、あるいは他の地域での事例を見て新規に計画するのか、はたまた必要ではないのか、今後見込まれる各地域での高齢者人口や医療資源等の状況を総合的に検討された上で、見込み量に変化が出てくるのではないかと考えます。

現在、看多機は都市部に設置されていることが多い状況にあります。土地や建物等、施設を整備するにはコストが高い地域、あるいは人口密度が高い等、様々な要因があると考えますが、小規模事業所のニーズや特性が都市部では合致しやすいのかもしれません。

■地方での整備量が少ない要因には、看多機がまだ知られていないという実態もあるのでしょうか。

大竹　平成30年度に係で実施した調査では、自治体のご担当者における看多機の認知度はまだ低いという結果でした。看多機がどういうサービスを提供してくれるのか、よく分からないという指摘もいただいています。確かに見てみないと小多機と訪問看護のセットと思われがちです。しかし、看多機では訪問看護も含めた看護師等による通い、泊まりサービスの提供が可能で、高度な医療ニーズにも対応できる事業所が多いのが特徴です。中重度者の介護ニーズだけでなく医療ニーズにも対応できる、しかも、通いや泊まりの時間帯を通してという点を十分にご理解いただけていないのではないかと考えています。これについては、担当者としての課題でもあると認識しています。

■第7期介護保険事業計画の整備目標と現在の状況を比較し、どのように評価・分析していますか。

大竹　介護離職ゼロに向けて在宅サービスを充実させる観点から、定期巡回、小多機、看多機の公募制による整備をお願いしてきました。ですが、定期巡回・看多機は伸び悩んでいるという指摘があります。しかし、先に申し上げましたように、整備されなければいけない訳ではなく、既に代替できるサービスがあり、既存の介護保険サービスで上手く地域のニーズに対応できているのであれば、既存のサービスを充実させるという方針もあってよいのです。この点については、今後見込まれる高齢者の推計や介護ニーズの実態把握等から、不足しているサービスを保険者である自治体等にご検討いただけるよう老健局として考え方をお示ししております。今後、更に地域の実状に合った介護保険事業計画が練られていくのではないかと考えています。

■看多機は、地域の在宅ホスピスケアの拠点としての役割を担っていますが、看取りについてはどのような現状にありますか。

大竹　看多機は在宅での看取りを支えるサービスとして期待されています。平成30年度老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護および療養通所介護の特性に関する調査研究事業（実施主体：三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング株式会社）」の結果では、1年間の利用終了者は１８２５人で、1事業所あたりの平均は11・6人。平成27年度の介護報酬改定検証調査の結果よりも増えています。また、在宅死亡・事業所内の看取りを行った事業所は約73％と看取りを行っている事業数は増加しています。

利用終了の理由を見ると、平成27年度には在宅死亡が8％、事業所内の看取りが16％でしたが、平成30年度にはそれぞれ12％、15％に、1事業所当たりでは、在宅死亡が0.6％から1.3％へ、事業所内の看取りが1.4％から1.7％へと増えています。人生の最期を住み慣れた地域、自宅で迎えたいという希望に看多機は応えていると思っています。

■看多機の充実した看取りを進めるためには、在宅医との連携や看取りに関する介護職員の人材育成が重要となります。これらの課題に対する厚労省の施策について教えてください。

大竹　令和元年度の老人保健健康増進等事業で、特別養護老人ホーム、老人保健施設、サービス付き高齢者向け住宅、在宅等、療養する場における看取りの実態等が調査されています。その結果、例えば「在宅における看取りの推進に関する調査研究事業（令和元年度老人保健健康増進等事業 実施主体：株式会社 日本能率協会総合研究所）」の結果では、介護職の方々は「看取りに関わっていない」と話すことが多いのですが、実際には日常的な生活に寄り添い利用者本人やご家族の思いを一番知っていて、利用者が希望する最期にとても貢献してくれていることが改めて分かりました。こういった実態も把握しつつ、厚生労働省の各施策を担当する部署で研修等の開催を行いながら、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスを実践できる人材育成を支援しています。また、平成30年度の介護報酬改定で、看取りの体制等が評価されるなど、それらの取組を応援しています。

■看多機を運営する事業者へのメッセージをお願いします。

大竹　在宅生活を続けたいけれども、医療や介護の不安を抱えている方々はたくさんいます。看多機では看護職と介護職が緊密に連携して、在宅をベースとした支援が可能であり、介護保険施設という選択とは異なる選択肢を提示できると考えています。医療ニーズを有する中重度の要介護高齢者を支援するのはとても大変なことだと思います。ですが、自宅で暮らしたいと願う利用者・ご家族の思いを体現できるサービスですので、是非その理念を大事に事業運営、ひいては地域に根付いていただきたいと考えています。その地域で、「看多機があると在宅生活を続けられる」と思われる事業所が増えていっていただければ、我々としては大変嬉しく思います。

（文／編集部）

11年間584名を在宅で看取る 鍵は介護職に自信を持ってもらうこと

住宅型有料老人ホーム「グランヒルズ阿見」（茨城県稲敷郡阿見町）は2013年に開設されて以降、毎年、約40名を看取ってきた。運営会社のコメディコつくばは、昨年7月、看多機「さくらす」を開設した。同社取締役の常盤朝子氏に、看取りのあり方を尋ねた。

株式会社コメディコつくば　取締役
常盤　朝子 氏

訪看ST経営よりも看取りを繋いでいきたい！

■まず常盤さんのプロフィールをお聞かせいただけますか。

常盤　出身は新潟で、都立の看護専門学校を卒業して、都内にある大学付属病院のオペ室に2年勤務しました。2年後に結婚退職し、出産・子育てを経て看護師に復帰するために日勤帯の職場を探していたら、当時は珍しかった訪問看護ステーションが見つかりました。1996年のことです。

そこに2年勤めましたが、オペ室という閉鎖的な空間と違って「こういう看護の世界があるのか！」と。私は医療知識を持っていると思っていて、患者さんに医療の見地から助言をしましたが、患者さんはそんなことは求めていないんですね。この現実に気づくのに半年はかかったでしょうか。生活の支援を第一に考えるべきことなどを学びました。

その後、茨城県阿見町に引っ越したのですが、子どもを預ける保育園が見つからず、5年ぐらい専業主婦をしていました。そして保育園付きの病院が見つかったので、パート勤務で訪問看護に従事して、1年間に14名を在宅で看取りました。そのときの担当医師が在宅看取りで多くの実績がある平野国美（くによし）先生（ホームオンクリニックつくば理事長）で、現在でも当社の患者さんと利用者さんを看ていただいています。

2009年、私は平野先生によって在宅看取りを経験できたことに啓発され、看護師3名で訪問看護ステーションを立ち上げました。その後、次第にスタッフも増え管理業務が忙しくなったので、経営ではなく在宅看取りとスタッフ教育に専念するために、住宅型有料老人ホーム「グランヒルズ阿見」を開設する株式会社コメディコつくばと12年に合併しました。

■「グランヒルズ阿見」では看取りを積極的に取り組んでいるとお聞きしています。開設当時、住宅型有料老人ホームでの看取りは珍しかったと思いますが、どのようにして介護職を適応させたのでしょうか。

常盤　13年に開設された「グランヒルズ阿見」の入居者様は全て平野先生の患者様で、昨年7月に開設した「看多機さくらす」もほとんどが平野先生の患者さんです。平野先生に看ていただくことで、在宅生活を組み立てやすくなっています。

ただ、7年前は介護施設では看取りの「看の字」もなかった時代で、介護職からは猛反発されました。何度も皆を集めてデスカンファレンスや研修会、勉強会を頻繁に開き、平野先生にも入っていただいたのですが、1年間はなかなかうまくいきませんでした。「どうして亡くなりそうな状態の方をお風呂に入れるのか？」「ここから先は普通、救急車を呼ぶのでは？」など……。利用者さんが入浴して3日後に亡くなると「私がお風呂に入れたせいで3日後に亡くなった」と疑問を持つ介護職には、医学的な因果関係を説明しても、なかなか分かってもらえませんでした。

説明を繰り返すよりも経験を積むしかなく、本当に軋轢がなくなったのは2年が過ぎてからでしょうか。介護職が自信をもって看取りができるようにならなければいけないのですが、不安で一杯だったのでしょう。開設当初に一部の介護職は退職しましたが、多くの職員は今でも働いてくれていて、やがて「看取りっていいですね」と話すようになり、施設内で安定して看取りができる体制ができあがってきました。新しく入社した介護職が「数日後に亡くなりそうな人をなぜお風呂に入れるのか？」と聞いてきたら、きちんと教えていますし、「ここは看取りをやるから、やりがいがある」と説明しています。介護職をはじめとする職員が大きく成長していました。

「最期は病院がよい」から「ここなら安心できる」に変化

■看取りに際しては、どのような工夫をされていますか。

常盤　弊社ではこの11年で、訪問看護ステーショングリーンの看護師を中心に据えてグランヒルズ阿見、看多機、在宅で584名（2020年3月31日現在）を看取ってきました。グランヒルズ阿見も「さくらす」も、スタッフにはご本人とご家族の意向を尊重するように指導していますが、必ずしも看取りに立ち会わなくてもよいのではないかという考え方もあります。立ち会おうとすれば、この施設に何泊もしなければならないとか、在宅の場合は片時も目を離せないという事態を強いられるからです。沢山の看取りに立ち会ってきた中で私がいつも感じることは、その方が亡くなる日や時間はご家族にとってもご本人にとっても最適な時を選んでいるように思います。

お見送りする時のセレモニーについては、いろいろ議論した結果、現状は行っていません。お別れ会を開いたり、拍手でお見送りするなど、様々な方法があると思いますが、この施設では1日に2名とか、1週間に数名をお見送りすることがあります。多い月では10名ぐらいをお見送りしています。その都度セレモニーを行うことで、他の入居者さんが落ち込んでしまうことも考慮して、あえて行わないことにしたのです。ただ、日中に仲の良い方がお亡くなりになった場合はその方たちにはお知らせしてお部屋でお別れをしていただいてはいます。仲の良い友人が亡くなったらお別れぐらいしたいと思うのは当然のこと。なので、あえてその死を隠したり嘘をついたりはしないようにしています。

さらに葬儀業者には必ず2名で来ていただくことをお願いしています。せっかく良い看取りができたのに、担当者が1名だと搬送の仕方が雑になってしまい、見ていて気の毒になったことがありました。

■昨年7月に看多機を開設されましたが、開設の動機と8カ月取り組んでの感想はいかがでしょうか。

常盤　有料老人ホームと訪問看護だけでは、経済的に困窮した方や施設には絶対に入りたくないという方を支えられません。そのような方のためにも、いつでも利用できる施設として開設しました。在宅療養時に患者さんの具合が悪くなったときは、宿泊サービスを利用しながら療養してもらえますし、家族を休ませるレスパイトケアの役割もあります。

「さくらす」に宿泊されていた患者さんの中には、ご家族が「最期は絶対に病院がよい」という希望から、救急車で大病院に搬送された方がいらっしゃいました。しかし病院からは「何も処置できないので在宅で看取ってほしい」と連絡が入り、病院の先生と平野先生が連絡を取り合い、医師お2人がご家族にそれぞれムンテラを行って、最終的にここで看取りました。ご家族も「家では無理だけど、ここなら安心できる」と納得してくださって、お亡くなりになった後は「家族に見送られて苦しまずに人生を終えられてよかった」とおっしゃっていました。

開設当初は、地域の方々から有料老人ホームが経営する看多機だから、料金が高いのではないか？」と思われていました。しかし、阿見町を構成する約40の行政区の各区で「最後の1日だけでも受け入れますから、どうぞ」と説明会を開き、地域のお祭りにも参加して、少しずつ理解を広めています。

■直近の看取り件数と平均介護度、それから人材確保策を教えてください。

常盤　昨年1年間の

「さくらす」外観

天井が高く開放感いっぱいの「さくらす」リビング

看取り数は、訪問看護が23名、グランヒルズ阿見が48名、さくらすが13名です。さくらす登録者の平均介護度は3・48で、看取りをした方に限ると平均介護度は4です。

人材確保については、介護士は募集をかけても応募が少なく苦労していますが、看護師は苦労していません。平野先生が著名な医師なので、先生の下で働きたいという応募動機が多いのです。

歩行が困難になった時点で在宅から看多機に移行

豊富な在宅看取り経験を持つ常盤氏は、運営会社コメディコつくばの取締役として現在は、主に看護師の育成に携わっている。看多機の看取りの事例について伺った。

「さくらす」で行った看取りのなかに、66歳の男性（Aさん）のケースがある。

この男性は要介護2で、福祉アパートで一人暮らし。身寄りはなかった。2018年11月頃より喉のつかえ感を自覚し、同12月30日、激しい眩暈のために救急搬送され、食道癌と診断されて胃瘻を造設した。その後の精査で多発肝転移、リンパ節転移が認められた。

男性は生活保護を申請し、治療を継続していたが、気胸も患い、在宅酸素療法による処置も加わる。身寄りのない一人での生活に不安があり、担当ケアマネジャーに「さくらす」を紹介され、利用を始めた。利用開始時のADLは「起居動作：自立」「移動：自立」「トイレ：自立」「食事：胃ろうよりラコール自己注入」「更衣：自立」「服薬：自立」。課題は①家事や生保・保険関係の手続きが困難。手助けが欲しい②労作時に呼吸苦や眩暈があり、一人での生活に不安がある――だった。

利用開始当初は、看護師や介護職が一人暮らしをしていたアパートに訪問しながら、サービスを継続していた。しかし、ガンの末期という病態から、19年8月16日には急に歩行が困難な状況になる。以後、病院に行くかどうかご本人も迷っていたが、最終的に看多機での看取りを選択した。

亡くなる一週間前に疎遠だった娘が訪問

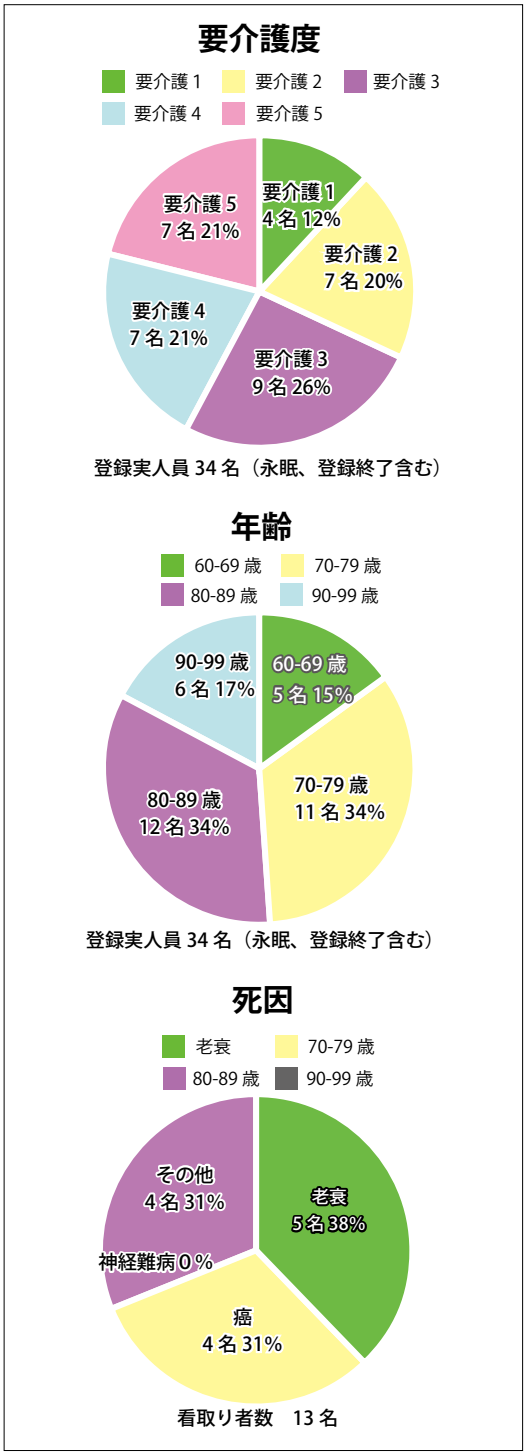
この看取りには、じつは裏話がある。亡くなる一週間前に疎遠だった娘と連絡がつき、娘は見舞いに訪問してきた。しかし、最初、スタッフには娘だという紹介はしてくれず、知り合いだと話していたという。常盤氏は振り返る。

「自分の生活保護費が切られてしまうことを恐れての行動だったようです。実の親子といっても、疎遠であった期間が長いと距離の取り方は難しいと思います。しかし、予後がそれほど長くないとき、看多機のサービスを間に挟むことで、娘に会いたいという父親としての願いと親の最期を見届けたいという娘さんの希望をかなえることができた事例だと思います」

この事例では、状況によって訪問看護、訪問介護、デイサービス、ショートステイと瞬時にサービスを変更し、心身ともに苦痛を最小限に抑制できた。

「最初に関わったのは急性期の大病院でしたが、途中から訪問診療を取り入れ、万全の医療体制を水面下に敷きました。この取り組みも、ご本人やご家族だけでなく職員にとっても安心して看取りまで進めることができた大きな理由です」（常盤氏）

（文／編集部）



本人・家族の意向を優先させた最良の看取りを実践する

2011年に複合型サービスのモデル事業を受け、看多機が創設された2012年には看多機を開設した在宅ナースの会（横浜市金沢区）。現在では看多機を3カ所運営し、豊富な運営ノウハウを蓄積している。看取りのあり方について小菅清子氏に話を聞いた。

有限会社在宅ナースの会　代表取締役
小菅　清子 氏

介護職の不安を払拭して看取りに適応させる

■最初に法人の概要や活動実績についてお聞かせください。

小菅　2000年に会社を設立し、居宅介護支援からスタートし、9事業所を運営しています。このうち看多機は、12年に小多機からの移行で「ふくふく寺前」、17年に「ふくふく能見台」、19年に「ふくふく釜利谷」も、小多機からの移行で開設しました。職員数は、看護職は各施設に4名、介護職は寺前に24名、能見台と釜利谷に19名ずつ配置しています。登録利用者数は今年3月の実績で、寺前が27名、能見台が22名、釜利谷が25名です。

利用者の平均年齢は、寺前、能見台、釜利谷の順に、82・3歳、85・2歳、81・3歳、平均介護度は、3.8、3.5、3.7です。通い、泊まり、その他、訪問看護の順に利用者1名の平均サービス利用回数（月平均）を見ると、今年2月実績で、寺前は、通い16回、泊り5回、その他25回、訪問看護19回。能見台は、通い13・2回、泊り5回、その他18・2回、訪問看護12・2回。釜利谷は、通い13・6回、泊り4.3回、その他18・1回、訪問看護16・8回です。

自宅または事業所での昨年一年間の看取り数は、寺前、能見台、釜利谷の順に6名、8名、2名です。

■御社では積極的に看取りを取り組んでいると伺っています。取り組みの特徴は何でしょうか。

小菅　看取りの場は自宅か事業所で、何年も利用された方が穏やかに自然にお亡くなりになることが多いです。ご利用者とご家族の意向を尊重していますので、病院での看取りを希望される場合には、病院を手配しています。ご自宅で看取ろうと思っていても、やはり難しいという場合は、当事業所で対応できることをお伝えしています。事業所側がどう考えるかよりも、ご利用者とご家族の意向が優先されなければなりません。

私たちは日頃から看取りに対応できることをお知らせしているので、ご家族は認識されていますし、近隣の病院もご存じなので、時にはターミナル期の方の紹介もあります。

■医療との連携はどのような状況にありますか。

小菅　横浜市金沢区は在宅医療が進んでいる地区で、往診のみに特化している在宅医療専門の医師もいます。在宅医がチームを組んで当番制で対応している例もあるので、連携する在宅医には恵まれ、柔軟に対応できています。

しかも金沢区では医療連携が進んでいて、患者さんが退院するときには在宅医と連携するシステムができあがっています。病態が急変したときには入院するという流れがスムーズなので、医療との連携で困ったことはありません。在宅医が必要なときには、その日のうちに見つかります。数が多いので、ご利用者の状況にマッチする在宅医を選択できるようにもなりました。

看取りのあり方については、時代が変わりました。10～15年前迄は、病院やドクターの意向にご家族とご本人が合わせる時代でしたが、いまはご家族とご本人の意向に合わせる時代に変わり、病院もドクターも協力してくれています。私たちは病態の変化やその対応についてご家族と日々話し合いながら、主治医とも密に連携していますので、トラブルや行き違いなどはほとんどありません。

■事業所での看取りが年々増加傾向にあるので、看取りを経験する介護職が増えている一方、まだまだ看取りに対して不安になる介護職も多いと聞きます。

小菅　2007年に小多機を開設したときから、訪問看護ステーションと連携して看取

りを行ってきました。その当時から働いてくれている介護職もいますので、看取りを経験するなかで徐々に慣れてきました。看取りに対して恐怖心を持っている介護職はほとんどいないと思います。看取りが怖いという話も聞いたことがありません。

介護職のなかには看取りの仕事がしたくて入社した人もいますし、介護職に対しては、ターミナル期に入ると、状態の変化を説明し、また、看護職からいつでも電話をしてよいこと、呼吸が変化しNSに連絡するタイミングなど、医師とご家族が事前に話し合った内容等を伝え、万全の体制をとっていることを介護職に理解してもらっています。更に、介護職が不安なく安心して利用者と向き合うことができるようチームで支えます。NS達は、繰り返し、繰り返し、安心感を持ってもらうように言葉をかけています。こうした配慮をしているので、介護職は看取りにスムーズに対応できています。

何が起きても受け止める死生観を持つことが大切

■看多機の運営では、職員確保と利用者確保も課題となりますが、御社ではいかがでしょうか。

小菅　職員は年に数回、求人広告とハローワークで募集するほか、いま働いてくれている職員の紹介によって採用しています。でも、採用環境が厳しくて、欠員が生じても、なかなか補充できないのが現状です。昨年までは多くの介護施設と違って採用に苦労しませんでしたが、今年に入ってからは少し苦労しています。例年、4月になると介護士に転職の動きが出て、募集をかけると集まるのですが、今年はその動きが見られないようです。それでも、他の介護施設に比べれば職員確保には恵まれているほうだと思います。

一方、利用者確保では、病院からの依頼が多いですね。病院から情報を得たご家族が見学に来られて、退院後に利用を開始するというパターンです。対外的な広報活動としては、様々な機会に看多機・事業所の紹介としての発表を行っています。また、各事業所で月に一回、行事の内容や利用者の写真を掲載した「ふくふく便り」を作成し、配布するとともにホームページに掲載し皆様に見ていただいております。

複合型サービスふくふく寺前
管理者・看護師
加藤　幸子 氏

■看護職と介護職の関係の持ち方は簡単ではないという意見も聞きますが、いかがですか。

加藤　看護職と介護職の連携で困ったことはあまりありません。これは看護の仕事、それは介護の仕事という意見の違いからギクシャクしてくるという例をよく耳にしますが、ここの事業所ではお互いに協力的ですね。看護職は手が空いたときには洗濯物を干してくれるとか、看護職がケアしているときに介護職が自主的に補助に入ったりするなど、あまり職種の違いが業務のなかで支障になることはありません。お互いに協力し合わないと業務が成り立たないという関係が形成されているので、介護職が自己判断するのではなく「これはナースに見せなくては」というような連携もできています。

■看多機ならではの看取りの特徴はあるのでしょうか。

加藤　一般的なことですが、小多機と看多機の一番大きな違いは、看多機では医療行為を行えることです。小多機は訪問看護ステーションとの連携が必要ですからね。つねに看多機にはターミナル期の方が何人かいるので、看取りは、その方の人生の延長線上にあることで、特別なことではありません。その意味では、私たちの死生観もしっかりしていなければなりませんが、私たちは何が起きても受け止めることができています。

看取ることができた家族にはさわやかな空気が流れ、達成感のような満足な表情をされる方々が多い

在宅ナースの会が運営する看多機で利用者を看取った家族には、何とも言えないさわやかな空気が流れ、達成感にも似たような表情をする家族が多い。「家族として看取ることができた。眠っているように穏やかだった。『ふくふく』で幸せだった」「家族と同じように接してもらえた。最期までお家と同じように過ごせた」と。あるいは「これからはここに通えなくなってしまうので寂しい」と漏らす家族もいるそうだ。

小菅氏は家族の様子を語る。「ご家族の多くは、ご苦労なこと・大変なこと、不安なことがあっても、最期の瞬間を厳粛に迎えられています。自宅やふくふくでの『看取り』は、医療機関等に比べると、時間経過や環境、物理的なことなど様々なことが違います。ややゆとりのある時間の中で、人間の営みの中の自然な死として受け止めなが

らも、家族はできることに力を尽くします。最期の時に、穏やかで寝顔のような表情に、安堵と役割を果たせた達成感を感じられるのではないかと思います。ご家族の皆様がさわやかな泣き笑いをしておられたのがとても印象的です。

ふくふくはどんな時にも、お一人お一人に寄り添っていく姿勢を大事にしていきたいと常に考えております」。

同社が行った看取りの事例を紹介しよう。

複合型サービスふくふく寺前
計画策定担当者・介護支援相談員
田澤　亜由美 氏

脆弱な家族介護力を補足 看多機で穏やかに旅立つ

妻Aさん（76歳）は重度の認知症。末期がんの夫Bさん（75歳）のところに、「ふくふく」のスタッフがお迎えに訪問すると、Aさんは自分が看病できているという意識から「私が看るから連れて行かないで！」と拒否して、なかなか玄関のドアを開けてもらえなかった。しかもBさんが看護師やヘルパーに「どうも、ご苦労様」と挨拶すると、Aさんは嫉妬心を抱きながら、感情を荒げてしまう。

遠方に住んでいる息子が看病に来訪できるのは2週間に1回だったが、Aさんは息子に厳しく当たり、息子は、母Aさんの認知症状の対応に疲れ果てていた。まもなくBさんの病状が深刻となり、息子はBさんを緩和ケア病棟に入院させる手続きを進めた。しかし、Bさんは入院を拒否し「ふくふく」利用継続を希望した。

その後、ふくふくに泊る夫を毎日見舞いに来所するAさんは、10分ほどで帰宅するという慌ただしさはあったものの、徐々にスタッフとの関係も和らいでいった。Bさんは「ふくふく」に泊り続け、約2カ月後、ご家族とスタッフに囲まれ穏やかに逝かれた。

「主介護者である妻が認知症だった為、癌末期であったBさんが、家でターミナル期を過ごすには困難な状況でした。もし、自宅の看取りを検討し訪問系のサービスで固めたとしても、訪問介護・看護とも女性が多く、妻の嫉妬心が壁になったと思います。Bさんの希望通り、看多機で過ごせたことと、妻のAさんが穏やかな気持ちを取り戻すことができたことは良かったと思います」（田澤氏）

胃ろうを造設せずに 最後までビールを飲む

誤嚥性肺炎で入院していたCさん（男性・88歳）は、主治医から口から食べることは無理であると言われていたが、本人も家族も「死んでもいいから口から食べたい・食べさせたい」と望み、入院先に胃ろう造設を断わった。痰の吸引が必要だった為、退院にあたり「ふくふく」を紹介された。家族も吸引の手技を習得して退院となった。痰がからむことが多く、家族では十分に引ききれず、連日の訪問看護でサポートした。退院時の移動も困難な状態であったが、退院後は、考えられないほどの食欲で家族にリクエストをしながら好きなものを食べていた。家族負担も増し泊まりも利用していたが、Cさんは、退院後2週間後、自宅で亡くなられた。最期まで食事を口から取り、好きな刺身も食べ、ビールも飲んだ。

「Cさんは、長い入院生活を経て、ご本人が食べることを希望し、家族も可能な限り支えようと決めて退院してこられました。短期間ではありましたが、ご本人とご家族の希望をかなえられた事例でした。息子さんは『ビールを飲んで、死んでもいいんだよね、親父』と笑いながら言っていましたが、ご本人の意向を全面的に支持し、ターミナル期にそういうことを言える素晴らしい家族関係だったのです」（加藤氏）

これは病院では取り組めないターミナル期の過ごし方である。

（文／編集部）

複合型サービスふくふく寺前の外観。利用者もスタッフーもリラックスして過ごすリビングルームは温かな雰囲気で満たされている。

ポリシーは〝働きから実体をつくる〟看護師9名の配置で「看護師看取り」へ

「医療はもはや聖域ではない。医療は農業とか工業と同じような社会的装置の一つ」と明言するホロニクスグループ（大阪市北区）代表の谷幸治氏。先進諸国と同様に病院の株式上場を提言する谷氏は、看多機経営においてもパラダイムシフトを実践し、看護師9名体制を推進している。制度ではなく現場ニーズから経営形態を組み立てる谷氏の取り組みを聞いた。

ホロニクスグループ 代表
谷 幸治 氏

病院経営を持続させるには株式上場を認めるべきだ

■ホロニクスグループの経営理念や経営哲学を教えていただけますか。

谷 昨年12月に創立40周年を迎えました。ホロニクスという言葉は「個と全体の有機的調和」で、グループの経営理念は「豊かな健康文化の創造と生命質の向上への限りなき挑戦」です。この理念を掲げてグループは進んでいますが、病院経営は厳しい状況にさしかかっています。40年前から病院経営を行っていますが、当初からの思いは「病院と社会との乖離を埋めることを自分の生業としたい」でした。経営哲学には「医魂営才（Doctor's spirits and management sense）」という言葉を掲げています。

出来高払いで右肩上がりの時代には、たとえば大学の教授が市民病院の病院長に転身しても上手く経営ができましたが、右肩下がりになると、病院にも効率性や生産性が求められるようになりました。医療の質を担保しながら経営の質を追求できないか。マネジメントは強化するが、スピリッツを失ってはいけない――この思いを「医魂営才」という経営哲学に込めたのです。

いまや病院事業は、エントロピー増大の法則にしたがって進行するゲシュタルト崩壊（全体がバラバラに認識される現象）に陥って、病院そのものが機能不全に陥っており、職員も適応不全になっています。患者さんを治す前に、病院が病んでいるので、病院そのものを治療したいというのが私の思いです。

■どのようにして病院を健全な姿に改革しようとしているのでしょうか。

谷 病院を健全にするための答えは、医療事業生態系をつくることだと思っていて、医療を中核とする事業複合体をつくってきました。完成までは道半ばですが、ある程度の段階には達したと思っています。

現在のホロニクスグループは、医療介護事業グループ、医療介護事業を支援する健康支援事業グループ、株式上場をめざす在宅介護事業グループ、社会貢献事業（特定非営利活動法人未来プロセス）、社会貢献活動（一般財団法人ホロニクス医学健康振興財団）の5グループで構成されています。

総施設は62施設、総ベッド数は3158床、総透析ベッド数は382台（クリニック205台、病院177台）、総職員数は5355名です。2018年度のグループ総売上高は436億3400万円でした。

私は民間病院も株式上場すべきだと思っています。事業の継続性を考えれば上場しかありません。厚労省と既存の病院団体は社会医療法人を推進していますが、この取り組みは民間病院の復権モデルにはならないと思います。アメリカ、イギリス、フランス、そしてドイツも、先進国は全て民間病院の上場を認めています。上場イコール儲け主義ではありません。

病院のあるべき姿は、電力会社のようにハードは市場資金、ソフトは公定価格でもよいでしょう。民間病院の持続的な発展には財務の健全性が不可欠で、そのためには電力会社の経営形態を選ぶしかないと思っています。ただ、病院の上場は制度上できないので、グループ企業を上場させて、病院が上場できる日を戦略的に待つ方針です。

看護師2.5名の配置では看多機が機能不全に陥る

■医療界には、官も民も〝非営利〟を聖域視して市場主義を生理的に拒否する体質がありますが、視野を広げれば、いまや市場主義が公益の追求に向かうのは世界的な潮流になっていますね。

谷　私が考えているのは公益資本主義です。社会主義が行き詰まり、過度な資本主義も行き詰っています。そのために障害者雇用の推進、ＥＳＧ（環境・社会・企業統治）経営、ＳＤＧｓ（持続可能な開発目標）への挑戦に取り組んでいます。

たとえばＮＰＯ法人未来プロセスでは、環境保護活動の一環として、14年ほど前から中国クブチ砂漠への植林活動、現在は京都大学霊長類チームとの共同プロジェクトとして、絶滅危惧種であるオランウータンの保護活動や、マレーシアでの植林活動に取り組んでいます。

健康経営にも取り組み、「経済産業省 令和元年度 健康経営度調査」で、グループの３法人（医療法人医誠会、ホロニクスヘルスケア株式会社、ナーシングヘルスケア株式会社）が総合評価で上位10％以内に入り、「健康経営優良法人２０２０（大規模法人部門ホワイト５００）」に認定されました。

■ホロニクスグループは訪問看護ステーションや看多機の展開に活発に取り組んでいます。事業を始めた動機と現状についてお聞かせください。

谷　いずれもナーシングヘルスケア株式会社の事業で、この会社の18年度売上高は約18億円、総施設は27施設、総ベッド数は89床、総職員数は３５６人です。15年７月に『かんたき上新庄』『かんたき城東』の２カ所からスタートし、現在看多機は12カ所の開設。正社員２８２名、準社員70名です。19年度の売上高は17億４０００万円でした。

医療を中核とする事業複合体を追求していくなかで、どうしても介護は切り離せませんが、我々の事業体ではどんな事業が望ましいのか？

いろいろ勘案したなかで看多機が我々に一番近い事業なのではないかと。ところが、やり始めたら病院と同じように機能不全と適応不全が起きてきました。制度と現実との間に乖離があるからです。

ベッドは９床ありますが、そこに入所者を受け入れると、要介護の高い方で症状が急変した場合、それが夜間で、介護士当直の日には看護師を呼び出さなければなりません。送迎車両についても当初、専用の運転手を置きましたが、収支が合わなくなりました。ほとほと苦悩の連続でした。

いまは看護師2.5名を９名に、介護士を13名から７名に変更して「看護師介護」に取り組んでいます。在宅療養のできる人は自宅で過ごすほうがよいのですが、それを支えるには手厚い看護が必要なので、私は看護師が24時間常駐する体制をつくって、介護士がサポートするという体制に切り替えました。看護師の確保は大変ですが、看護師を採用する為の専門部署があり、教育・福利厚生もきちんと整備しています。

入所者は医療依存度が高い 介護士主体では対応不能

■登録者の状況をお聞かせください。

安本　11カ所の登録者のうち、独居が68名（24・５％）、老老介護が83名（29・９％）、就労介護が85名（30・６％）。平均介護度は3.4で、介護度別に集計すると、要介護５が81名（29・８％）、要介護４が60名（22・１％）、要介護３が44名（16・２％）、要介護２が58名（22・１％）、要介護１が29名（10・７％）です。

疾病分類は多い順に、脳血管障害73名（27・４）、認知症41名（15・４％）、がん等悪性腫瘍25名（9.4％）、難病19名（7.1％）、糖尿病19名（7.1％）です。医療措置で一番多いのは胃ろうで、ほかにはインスリン注射、吸引、在宅酸素、膀胱留置カテーテルなどが多く措置されています。

谷　登録者がこの状態だと看護師でないと対応できません。要介護４・５の人に向き合える施設がないので、その施設を開設して、看護師を中心にしようと。こうした状態の登録者に介護士が対応しようとするから上手くいかないのであり、それが制度の欠陥でもあるのです。しかも手厚い看護を提供するには、母体が病院でないと難しいと思います。

ナーシングヘルスケア株式会社
総合在宅ケアサービスセンター上新庄
かんたき管理者統括責任者
かんたき上新庄 管理者
安本　美帆 氏

時代が求めているのは「食育」「運動指導」「メンタルケア」ですが、たとえば看多機がフレイル予防に取り組むには理学療法士、薬剤師、管理栄養士などを採用しなければなりません。従って、看多機は病院が運営すべきであると思っています。ただし、会社を上場して財務を強化すれば、これらの職種を看多機で雇用できるようになります。制度が現実に対応できるまで待てないので、私は上場して看多機で多職種を雇用する経営をめざしています。

■看取りにはどのように取り組んでいますか。

安本　19年度の利用終了者は11カ所合計で２８０名でした。終了理由は多い順に、入院（38・２％）、看取り（22・１％）、帰宅（8.2％）、特養（6.4％）、

老健（4.6％）、有料老人ホーム（4.6％）という内訳でした。

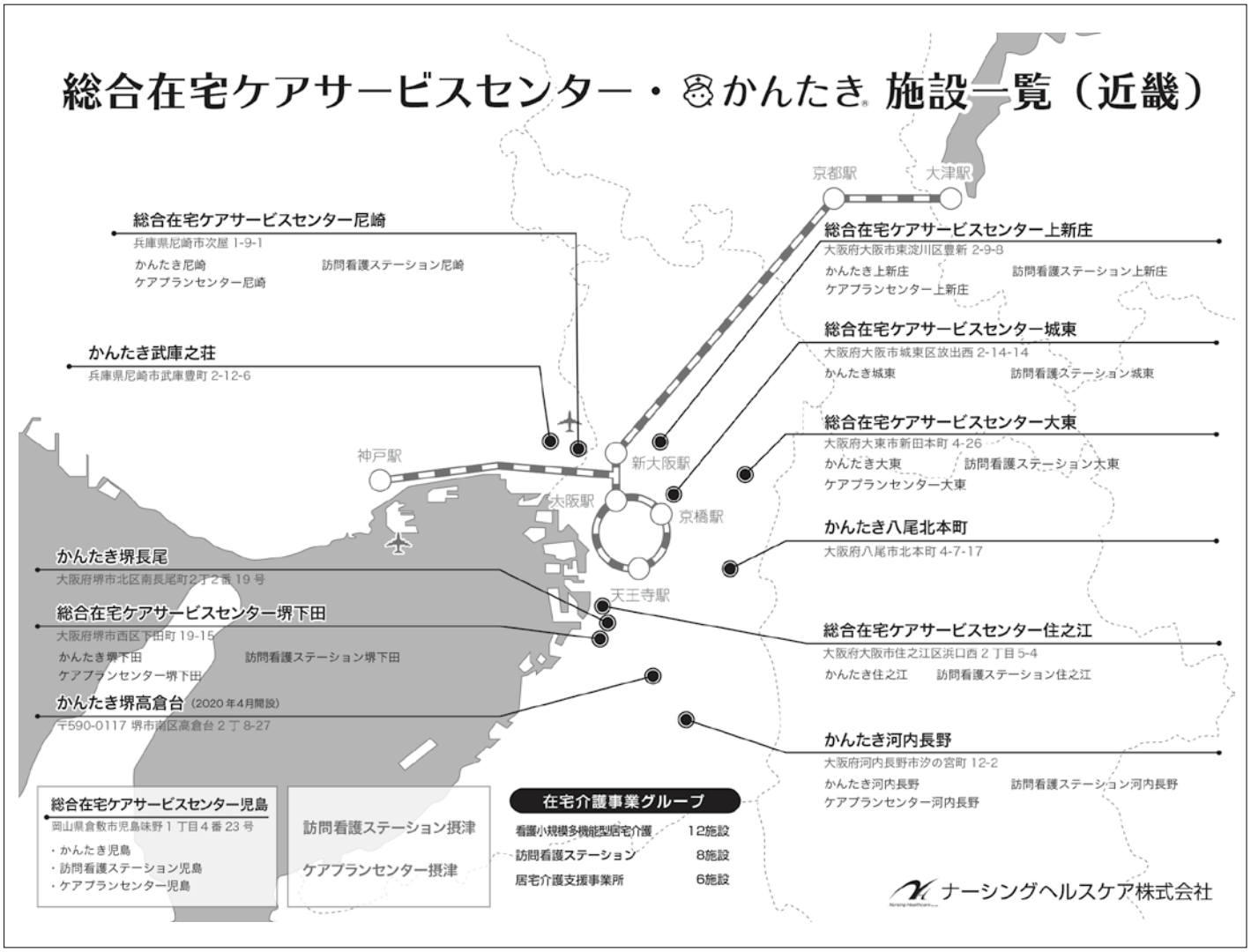
看多機での看取りの事例をご紹介します。病院での点滴やバルーンの処置をこれ以上は受けたくないという方を看多機で受けました。食事をとることはできませんでしたので、酸素を1ℓほど流しました。お風呂は看護師が入れて、だいたい1週間くらいで看取りになるかもしれないと思っていましたが、一ヶ月ほど過ごしてもらうことができました。日本では処置をせずに過ごすということはまだ少ないのですが、亡くなる2日前までお風呂に入ったり、主治医に手を振ったりでき、最期は自然なかたちで安らかにお亡くなりになりました。理想的な看取りだったと思います。

谷　老衰による自然死を迎えようとする段階で救急搬送され、ご家族やご本人の本意ではない最期となる悲劇を数多くみてきましたので、看護師に看取りを教育して「看護師看取り」を強化している最中です。家族にはリビングウィルを啓発するように現場には指示しています。

私のポリシーは〝働きから実体をつくる〟ことです。看多機の機能を維持するには看護師配置2.5名では難しいので、働きから実体をつくっていったら、看護師9名配置が望ましいとなったのです。

今後は医療と介護の安全を担保し、その上で質の高い標準介護のできる仕組みをつくりたいと思っています。

安本　質の高い標準介護を目指して、今後はさらに看護師、ケアスタッフの教育に力をいれていきたいです。

（文／編集部）

12カ所目の開設となる「かんたき堺高倉台」の外観