

第18回
小多機と看多機の
理想と現実のギャップに
声を上げよ！



快適に在宅介護を極意する

長尾和宏の

在宅医だから
伝えたい！

秘
ここだけの話

自宅か？施設か？以外の選択肢に 本当になっているのか？

住み慣れた地域で最期まで暮らしたいと願っても、諸事情で叶わないケースは多くあります。もといえば、本人の思いと家族の思いが行き違い、悩み続けるのが介護の現実でしょう。自宅か？施設か？の介護の二者択一をすぐに決められる家族はほとんどいないはずです。今日は自宅で介護できると思っても、明日には心が折れるもの。生きているとは、そういうことです。

そんな家族介護のニーズに応えるべくして、自宅と行ったり来たりできるサービス形態の一つとして、国は小規模多機能型居宅介護（小多機／ショータキ）を強力に推進してきました。これは、介護保険制度で提供される地域密着型サービスの一つです。同一の介護事業者が「通い（デイサービス）」を中心に、「訪問（ホームヘルプ）」や「短期間の泊まり（ショートステイ）」を一体的に提供できるサービスとして平成18年4月の介護保険法改正時に誕生しました。

従来から、市町村や民間の人たち

執筆▶長尾和宏
医学博士。長尾クリニック院長。公益財団法人 日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授。日本慢性期医療協会理事他。ベストセラー『「平穏死』10の条件』など著書多数。



による「宅老所」が全国にありました。今から四半世紀前に、愛媛県松山市で中矢暁美（あけみ）さんが立ち上げた「あんき」などが有名ですね。僕も何度か見学に行きましたが、宮大工が建てたという見事な建物で、まるで旅館のようにくつろげる場所でした。「あんき」とは、松山弁で「お気楽」のこと、中矢さんの「すべてのお年寄りにとって、自分の家のように安らかであんきなところにしたい」との思いを込めたそうです。

そうした、思いのある人が全国津々浦々で立ち上げていた宅老所の進化型として生まれたのが、小規模多機能施設です。最大定員が29名で、施設にもよりますが9名までお泊りが可能というのが前提となっています。

利用料は月額定額制。通所・訪

問・泊まりを組み合わせる場合も定額（宿泊費・食費などは別途必要）で利用できます。そのため、「毎月の介護保険利用限度額を超えないか」という心配をしなくてもいい、ということでご家族は安心されます。利用できる回数も、一日あたりの定員人数を超えるければ特に制限がなく、24時間・365日体制です。そのため、人員的な問題さえなければ「デイサービスを利用した後、家族の身体の調子が悪いので、そのままショートステイでお泊りしたい」といった突発的な利用も可能です。

重症化して看多機へ移行も 小多機と看多機の「終の棲家化」

そして、看護小規模多機能型居宅介護（看多機／カンタキ）は、小多機に訪問看護ステーションを併設

したものです。看護もついていれば認知症の方だけでなく、がん終末期や人工呼吸器が必要な人など医療依存度の高い利用者の需要にも対応できるだろう、ということで日本看護協会からの要望を受け、10年ほど前から国は推進しています。

小多機から看多機に移行する事業所も増えています。人員基準はおおむね小多機の基準に沿いながら看護師を手厚く配置する形になっていきます。病院からすると、退院直後で状態が不安定な人や在宅での看取りを希望する人などの在宅療養を支援するには心強い、と感じるようです。そのため、病院の地域連携部は、在宅医療希望だけど不安が強い人や重度の褥瘡がある人、頻回の痰吸引が必要な人などには、看多機を優先的に勧めるケースが目立ちます。「とりあえずカンタキよ」とアドバイスする相談員もいるようです。

しかし、果たしてその実態はどうでしょうか。まずは小多機と同様に「行ったり来たりが可能」と謳われてはいますが、家には帰らず、ショートステイどころか、ずっと住んでいるような人も多く見かけます。特に病気が重症化したり、要介護度が増すにつれて、施設という箱の中に入れておいたほうが安心だと言われるご家族が少なくありません。つまり小多機や看多機の「終の棲家化」という課題が生じています。

在宅医療関係者の本音は 「診療報酬の算定に困る」

さて、ここからは僕の本音です。在宅医の視点からは小多機も看多機も協力はしていきたいものの診療報酬の算定上、大変困った場所です。第一に、訪問診療が禁止されています。したがって24時間対応しても、その加算が算定できません。第二に、自宅で訪問看護やリハビリを提供できない点も困ります。

たとえば大腿骨頸部骨折で手術後の患者さんが看多機を使った療養生活を選択した場合、本来は自宅でも看多機でもリハビリや看護が必要です。しかし、施設側は定額制なので、自宅での訪問リハビリや訪問看護は「自費で持ち出します」と家族に説明しています。

小多機も看多機も、あくまでもデイサービスが基本形のため、「訪問診療」はできず、「往診」しか算定できません。24時間加算を算定しようと思えば、月に1度は自宅に訪問診療しないといけないのです。これって矛盾していると思いませんか？そのため、自分の車に患者さんを乗せて自宅付近までドライブし「自宅で診察した」としているという裏技を駆使する医師もいます。

あるいは、(デイサービス中ではない)夜間を狙って訪問すればいいと主張する医師もいます。ちなみに僕は、往診のみで算定し、24時間加算は算定していません。小多機・看多機の患者さんは「ボランティア」のよう

なものだと思い、引き受けている部分があります。結局、医師から見ると訪問診療料も24時間加算も算定できない場が小多機や看多機です。定期的に「往診」はするのですが、そもそも「定期往診」という言葉自体、どうなのでしょう。つまり在宅医療関係者には、診療報酬の算定に困ることが多すぎるのが現状で、個別指導の対象になるとの噂もあり、小多機や看多機を利用する患者さんの主治医のなり手は少ないと聞きます。

施設ケアマネに代わる理不尽さに 悩む居宅ケアマネ

さて、ケアマネは小多機や看多機をどう思っているのでしょうか。僕の経験では、自宅療養の継続が困難になってケア会議を開催したときに、小多機や看多機を勧めるケアマネは少数です。そこに移ると、施設ケアマネに交代しないといけないからでしょう。自分で自分の首は締めたくないですし、在宅医や訪問看護師と同様に、御縁をいただいた限りは最期までその人とかかわりたいと願うのは、プロとして当然です。

そもそも、小多機や看多機に入所するとなぜ、ケアマネだけ施設のケアマネに替わらないといけないのでしょうか。信頼関係を築いたところで、規則のために泣き別れになるのは、どうなのか。しかし規則は規則。だからケアマネが「この人は小多機や看多機がいいのになあ」と内心思っても、勧めるのに躊躇するケースが多いの

ではないでしょうか。

理想と現実のギャップ 「自宅に帰れない人」の受け皿に

小多機も看多機も理念は立派です。「究極の理想形」と胸を張る専門家もいます。しかし主治医の立場からは困ることが多く、複雑な気分です。在宅関係者が集まる必ず小多機や看多機の保険請求の話題が出ますが、明快な答えは出ません。

小多機や看多機に送られる患者さんのなかには、言葉は悪いですが「行ったり来たり」ができない「他に行き場のない」人も相当含まれています。生活困窮者や生活保護者など、さまざまな事情で家に帰りたくても帰れない人が、最期までそこで暮らしておられます。小多機も看多機も入所条件は「自宅があること」ですが、その自宅が実態の無いダミーのようなものだったケースも散見します。

さらには医療法人系の看多機の場合、そこで働いている看護師は病棟勤務しか経験していない人もいます。訪問看護はまったく未経験という人もいました。だから患者さんが「週に1回は家に帰りたい」となると、本当に訪問看護をしなければいけないので大騒ぎになります。在宅看取り経験が皆無という看護師が看多機の管理者をされているケースもありました。実際、在宅でのお看取りの際に来ていただきましたが、大変でした。

つまり事業主体が医療法人であれ

ば看多機も病院医療の延長線上に置かれています。そのため、本来の理念から外れて経営上の理由だけで運営されているところも……。ですから、いざ重症化すると、外部の「みなし訪問看護」や「訪問看護ステーション」がボランティアのような形でかかわらないと管理ができないときがあります。また、デイサービスにも通えなくなり、お看取りが近くになると、小多機や看多機のケアマネから再度、地域のケアマネに戻ることもあります。

本人や家族から「どうして？」と聞かれますが、「国の決まりだから」と答えるしかありません。地域密着型サービスを謳っているにも拘わらず、医療依存度が高いという理由で、病院や自宅から遠く離れた看多機を紹介されるケースも多々あり、これも疑問です。

「決まりだから」と諦めないで！ 一緒に声を上げませんか？

小多機や看多機がどうしてそんな実態になっているのでしょうか。主治医は本当に訪問診療をしてはいけないのでしょうか。誰に尋ねても、正解が分かりません。そこで僕は厚労省の担当部署まで相談に赴きました。小多機や看多機に関する法規を作っている役人に相談すると、「へえ、そんなことがあるのですか。初めて知りました」と言われて、拍子抜けしました(笑)。その後、上司が飛んできて「長尾さん、ウチ(厚労省)の職員をいじめないでよ！」と追い出

されました。

日を改めて別の部署に相談に赴きましたが、やはり納得のいく答えは得られませんでした。厚労行政に詳しい政治家にも相談しました。かなりの時間をかけて説明しましたが、「質問の意味が分からない」と言われました。

ことほどさように、厚労省内で医療保険と介護保険の連携は不十分です。ある有力者からは「連携しないのが霞が闇の掻だからね。連携を期待する君のほうがおかしい」とたしなめられました。国は、地域における医療と介護の連携を謳いますが、厚労省にそれを期待してはいけないそうです。なんじゃそりや？ それからは「医療と介護の連携困難の象徴が、小多機や看多機かもしれない」と思いました。

「小多機や看多機はややこしいので、主治医はお断り」と公言する在宅医がいます。本誌を読んでいる熱心なケアマネさんも、きっと、困り事がたくさんあるでしょう。理念が立派でも現実が伴っていないのです。しかし、コロナ禍の今も、そこで暮らす患者さんがいて、献身的に働く介護職員がいます。

だから、制度を改善すべく一緒に声を上げませんか。おかしな制度はおかしい、と皆で声を上げないと、理想論ばかり語るお花畠の人たちにスルーされます。是非、皆さんのご意見をお聞かせください。

変わりゆく時代のケアマネジャー応援誌

2021年9月30日発行(毎月30日発行) 第32巻第10号 通巻362号
1995年3月14日第三種郵便物認可

月刊ケアマネジメント

10月号

特集 I

科学的介護の時代到来!
「本人主体のケアマネジメント」は
実践できるか



特集 II

ケアマネジャーは地方議員を目指せ!
介護を政治で変えていく

連載

長尾和宏の「在宅介護を快適にする極意」

小多機と看多機の理想と現実

特別企画

地域で取り組む感染予防対策