医療・介護が変わる to 2025

武藤正樹 国際医療福祉大学大学院教授

1974年新潟大学医学部卒業、国立横浜病院にて外科医師として勤務。同病院在籍中86年～88年までニューヨーク州立大学家庭医療学科に留学。94年国立医療・病院管理研究所医療政策部長。95年国立長野病院副院長。2006年より国際医療福祉大学三田病院副院長・国際医療福祉大学大学院教授、国際医療福祉総合研究所長。政府委員等 医療計画見直し等検討会座長（厚労省）、介護サービス質の評価のあり方に係わる検討委員会委員長（厚労省）、「どこでもＭＹ病院」レセプト活用分科会座長（内閣府）、中医協調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会座長

医療

第49回 在宅の限界点 ①看多機の活用

期待高まる看多機と24時間サービス

在宅で最期まで過ごすというのは、実はなかなか難しい。日本看護協会は在宅療養を困難にしている要因を、関係者にヒアリングしている。

まず医療関係者は以下のように述べている。

「家族が在宅介護で疲れてしまい、レスパイト的な緊急入院が多い」「がんなどで動けなくなるのは最期の数週間だが、その期間を在宅で支えてくれるサービスがない」。

そして家族は言う。

「家で看取るというイメージがつかめない」「医療依存度の高い人を受け入れてくれるショートステイがない」。こうした要因が「在宅は初めからムリ、あるいはこれ以上の在宅はムリ」という在宅の限界点となって表れてくる。

ただこうした「在宅限界点」も、利用者や家族の状況に応じて在宅療養を柔軟に支援する仕組みがあれば引き上げることもできるに違いない。こうした柔軟なサービスとして、今、注目されているのが、以下の2つのサービス、「看護小規模多機能型居宅介護（以下・看多機）」と「24時間定期巡回・随時対応サービス」である。この現状と課題を2回にわたって見て行こう。まず看多機を見て行こう。

看多機とは、在宅療養の限界点を引き上げるために、多様な在宅療養サービスを一つの事業所で一体的に継続的に提供するための仕組みだ。もともと看多機は2010年の社会保障審議会介護保険部会において、「訪問看護、訪問介護、通所、宿泊、相談等の機能を一体的に提供できるサービス」が必要ということで、これまでの「訪問看護」と「小規模多機能型居宅介護（以下・小多機）」を合わせた「複合型サービス」が提案された。これが、2015年の介護報酬改定で名称を変えて「看多機」となる。

看多機は、泊りでも通いでも、訪問看護でも利用者のニーズに合わせてフレキシブルに対応できるサービスだ。看多機は戸建てで、通所スペース、宿泊ルーム、キッチン、バス、訪問看護ステーションを備えている。各自治体も看多機建設に対して補助金を出して支援している。ただなかなか看多機は広がらない。2016年4月の時点でまだ全国294ヵ所だ。

広がらない理由のひとつはまだその機能が周知されていないこと、フレキシブルなサービス故にそのマネージメントが難しいこと、もともと小多機が介護報酬上の評価が低かったことなどが考えられる。

これに対して2015年介護報酬改定で、厚労省は看多機の登録定員の緩和、総合マネジメント体制強化加算の創設、事業開始時支援加算の延長などで看多機を後押ししている。

次回の同時改定では、ぜひこの看多機に、さらなる追い風を吹かせて欲しい。