

笹川保健財団 指定研究

(西暦) 2022年 3月 25日

公益財団法人 笹川保健財団
会長 喜多悦子 殿

2021年度指定研究 研究報告書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

近未来の地域保健における在宅看護の在り方の検討

所属機関・職名 一般社団法人 幹 代表理事 / 幹在宅看護センター 管理者

氏名 丸山 美智子

中、95名を超えるメンバーが、全国27都道府県で120カ所近い訪問/在宅看護事務所・支店・サテライト、看護小規模多機能居宅事業所、ホームホスピスを運営できるようになりました。

2020年からの新型コロナパンデミック、世界各地での災害、わが国をはじめとする少子化など、地域保健にあって看護師が担うべき事項は多種多彩化していると考えていますが、本年度後半期に、笹川保健財団の支援を受け、

1. 在宅/訪問看護事務所による医療ケア児への対応
2. 地域の在宅/訪問看護事務所での可能な母子保健
3. 看護師が管理する看護小規模多機能居宅事業のあり方

について、グループを作り、小規模の調査検討を行ったので、以下に報告します。

1 在宅/訪問看護事務所による医療ケア児への対応

世話役：丸山 美智子 4期生（幹在宅看護センター：和歌山県和歌山市）

坂下 聡美 4期生（在宅看護センター北九州：福岡県北九州市）

メンバー：渋谷 加奈 6期生（すえひろ訪問看護ステーション：東京都足立区）

佐伯 聡子 3期生（彩の風訪問看護ステーション：埼玉県さいたま市）

森山 薫 7期生（にじのはな在宅看護センター：広島県広島市）

馬場 美代子 5期生（在宅看護センターびりーぶ：佐賀県佐賀市）

田中 千津子 3期生（なにわ訪問看護ステーション：大阪府大阪市阿倍野区）

儀間 真由美 5期生（在宅看護センターはなはな：沖縄県国頭郡）

岡本 直美 2期生（在宅看護センターLana ケア湘南藤沢：神奈川県藤沢市）

岡元 信太郎 6期生（在宅看護センターほうきぼし：東京都町田市）

【活動】

1. 講義

1-1 子どもの心疾患と手術 和歌山県立医科大学附属病院 金子政弘先生

医療的ケア児は心臓に合併症をもっていることが多い。子ども、特に乳幼児の心臓の機能とよくある異常の対応を学んだ。2022年2月16日 1200～1300

1-2 障がい児の歴史について学ぶ 元京都看護大学教授 窪田好恵先生

2021年6月に制定された医療的ケア支援法の骨子と、それに至るまでの障がい児支援の実態と家族、特に親の活動など、本法律が成立するまでの経緯などを学んだ。2022年3月2日 1215～1315

1-3 愛着障がいについて学ぶ 和歌山大学教育学部心理学教授 米澤好史先生

低出生体重は発達障害児のリスク要因のひとつであるが、また、発達障害といわれている子どもの半分には愛着障がいと認められている。愛着障がいの本態と愛着障がいが生じる経過および愛着障がい児に対する関わり方について学んだ。2022年3月11日 1900～2030

2. 障害福祉サービスの実態について学ぶ

2-1 愛徳医療福祉センター相談支援専門員 上山敦先生

障害福祉サービスの多様さやその実践実態を知らなければ、必要な情報を提供することもできない。医療者が苦手としがちな障害福祉サービスについて、第一線の専門家から多様な事例を学んだ。2022年3月18日 1900～2000

3. 家族の声をきく

3-1 家族からの聞き取り

和歌山家族会会長、事務局 角下、沖、森田さま各氏から医療ケア児（障害児）をもつご家族の困りごと、問題などを地域別に聞き取りした。2022年3月6、23日

3-2 障害福祉サービスの仕組みと全国医療的ケア家族会ラインネットワークについて

もみじの家ハウスマネージャー内多勝康先生

2016年、国立成育医療研究センターの一角に開設された「もみじの家」は、在宅で医療的ケアを受けている子どもと家族が、最長1週間滞在し、自由にくつろいで過ごすことのできる施設である。NHK勤務時代に、『クローズアップ現代』で、病気児童とその家族の医療ケア問題をご自身が担当されたことから、「もみじの家」ハウスマネージャーに転身された内田先生から、医療型短期入所の説明と、2022年3月27日に旗揚げした全国医療的ケアライン（愛称：アイライン）について学んだ。2022年3月29日 1930～2100

参照：「医療的ケア」の必要な子どもたち 内多勝康 ミネルヴァ書房

4. 情報収集

- ・命あるがままに：医療的ケアの必要な子どもと家族の物語
- ・事例でわかる！愛着障がい
- ・はじめよう！おうちでできるリハビリテーション&やさしいケア
- ・子どもが元気になる在宅ケア
- ・在宅医療が必要な子どものための図解ケアテキストQ&A
- ・新生児・小児ME機器サポートブック

【和歌山県の現状報告】

家族会が実施したアンケート結果参照

家族会所属の和歌山県内のご家族から2日にわたり話をきかせてもらった。

和歌山市（県庁所在地）は児童発達支援事業所も放課後デイも増えて通いやすくなった。

和歌山市と岩出市は短期入所できる施設がある。

支援学校への送迎についてはどこも吸引が必要な子どもはバスにのれていない。

新宮（南のほう）や伊都（東のほう）は支援学校に親が1時間以上かけて送迎している。

短期入所できる施設がない。あっても不安であずけられない。

なお、和歌山県は面積が4725km²の比較的広い県でありながら、人口は2021年10月1日現在91万3,523人、日本で40番目の人口規模の県である。9市20町1村で構成されている。また、県の中央は山林地域で、居住地は紀伊半島をめぐる海岸沿いにあり、移動には意外に時間がかかる地域もある。

支援学校や医療的ケア児を預かる施設は市のみで、和歌山県内でもかなり格差がある実態も、今回把握できた。

5. まとめ

2021年6月11日「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が可決された。

医療的ケア児を子育てする家族の負担を軽減し、医療的ケア児の健やかな成長を図るとともに、その家族の離職を防止する目的で作られた。医療的ケア児への支援が努力義務から責務になり地方格差をなくすことが明記された。

そこで、今回はまず和歌山県内での地方格差を調べてみた。家族会の協力を得てアンケート調査を行い結果をまとめてもらった。また、和歌山県内の異なる地域の家族から困っていること、受けたくても受けられない支援について

聞き取り調査をおこなった。

その結果、和歌山県内でも格差があることが分かった。

9人のメンバーそれぞれが講義を受け、本で学び、格差是正のためにできることをおこなっていきたい。

講義最終では全国家族会を立ち上げた国立成育医療センター「もみじの家」ハウスマネージャー内多勝康先生とも今後とも連携していくことを確認した。

参考

医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と将来像

[中村 知夫 Organ Biology 27 巻 \(2020\) 1 号](#)

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.

jstage.jst.go.jp%2Farticle%2Forganbio%2F27%2F1%2F27_21%2F_pdf%2F-char%2Fja&clen= 3147443&pdffilename=27_21.pdf

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律の全体像

(令和3年法律第81号) (令和3年6月11日成立・同年6月18日公布)

◎医療的ケア児とは

日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケア（人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為）を受けることが不可欠である児童（18歳以上の高校生等を含む。）

立法の目的

- 医療技術の進歩に伴い医療的ケア児が増加
- 医療的ケア児の心身の状況等に応じた適切な支援を受けられるようにすることが重要な課題となっている
- ⇒医療的ケア児の健やかな成長を図るとともに、その家族の離職の防止に資する
- ⇒安心して子どもを生み、育てることができ社会的実現に寄与する

基本理念

- 1 医療的ケア児の日常生活・社会生活を社会全体で支援
- 2 個々の医療的ケア児の状況に応じ、切れ目なく行われる支援
医療的ケア児が医療的ケア児でない児童等と共に教育を受けられるように最大限に配慮しつつ適切に行われる教育に係る支援等
- 3 医療的ケア児でなくなった後にも配慮した支援
- 4 医療的ケア児と保護者の意思を最大限に尊重した施策
- 5 居住地域にかかわらず等しく適切な支援を受けられる施策

国・地方公共団体の責務

保育所の設置者、学校の設置者等の責務

支援措置

国・地方公共団体による措置

- 医療的ケア児が在籍する保育所、学校等に対する支援
- 医療的ケア児及び家族の日常生活における支援
- 相談体制の整備 ○情報の共有の促進 ○広報啓発
- 支援を行う人材の確保 ○研究開発等の推進

保育所の設置者、学校の設置者等による措置

- 保育所における医療的ケアその他の支援
→看護師等又は喀痰吸引等が可能な保育士の配置
- 学校における医療的ケアその他の支援
→看護師等の配置

医療的ケア児支援センター（都道府県知事が社会福祉法人等を指定又は自ら行う）

- 医療的ケア児及びその家族の相談に応じ、又は情報の提供若しくは助言その他の支援を行う
- 医療、保健、福祉、教育、労働等に関する業務を行う関係機関等への情報の提供及び研修を行う 等

施行期日：公布の日から起算して3月を経過した日（令和3年9月18日）

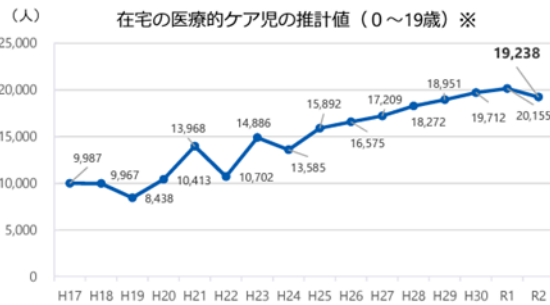
検討事項：法施行後3年を目途としてこの法律の実施状況等を勘案した検討
医療的ケア児の実態把握のための具体的な方策と災害時における医療的ケア児に対する支援の在り方についての検討

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は約2万人(推計)



- 歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。
- 生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要例) 気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養等

※1:重症心身障害児とは重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子どものこと。全国で約43,000人(者)も含まれている。[岡田2012推計値]



(出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」及び当該研究事業の協力のもと社会医療診療行為別統計（各年6月番査分）により障害児・発達障害者支援室で作成）

児童福祉法の改正（平成28年5月25日成立・同年6月3日公布）

第五十六条の六第二項

「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。」

※ 児童福祉法上の児童の定義は満18歳に満たない者であるが、社会医療診療行為別統計は5歳ごとの年齢階級別の統計となっていることから、医療的ケア児数（推計値）は20歳未満の者を含む。

2 地域の在宅/訪問看護事務所で可能な母子保健

世話役： 小六真千子 7期生（訪問看護・リハビリテーションセンターななかまど中央：
北海道札幌市）

小幡順子 7期生（在宅看護センター日向ぼっこ：福岡県朝倉郡）

メンバー： 下岡三恵 4期生（めぐみ在宅看護センター：東京都八王子市）

熊本初美 4期生（在宅看護センターゆう：茨城県つくば市）

本多和恵 6期生（在宅看護センターnagomi 和セラピー：東京都目黒区）

坂下聡美 4期生（在宅看護センター北九州：福岡県北九州市）

丸山美智子 4期生（幹在宅看護センター：和歌山県和歌山市）

【母性】

現在では、「母性」とは、本能的に女性に備わっているものではなく、一つの文化的・社会的特性であると考えられています。したがって、母性という言葉を使う際には、個々の女性の人間形成過程、特にその人の幼少期の母親とのかかわり方が個人差をなすものとも考えられており、幅広い社会的意識を必要としています。しかし、狭義の母性、科学的な意味では、母性とは「生物学的に見て体の中に受精・妊娠・出産・授乳できる生殖機能を備えた性」と限定して使われています。それゆえ、女性が「母性」機能を維持し適切に活用できるためには、必要な保護や配慮が必要であるとともに、女性の活躍、社会的参加のためには、個々の女性の個性や自己をも適正に表現できる環境が必要です。

【少子化】

わが国の人口動態調査は、1899(明治31)年の「戸籍法」制定により、法体系的な登録制度が整備されたことをうけて、翌年から、1件につき1枚の個別票を作成し中央集計するという近代的な人口動態統計制度が実践されてきました。さらに第二次世界大戦後の1947(昭和22)年6月以降は厚生省が、2009(平成21)年度からは、新「統計法」(平成19年法律第53号)に基づく基幹統計調査となっており、世界でも稀な正確な人口調査が継続されています。

しかしながら、わが国の総人口は2004(平成20)年の1億2808万人をピークに、特に2007年(1億2783万人)以降、一貫して減少し続けています。少子高齢化という言い方が日常的に使われる現在、年齢区分別では、65歳以上人口が0～14歳人口を上回り、いわゆる75歳以上の後期高齢者人口も0～14歳人口を凌駕し、わが国の人口は急激に減少しつつあります。このなかで、合計特殊出生率(15～49歳までの女性の年齢別出生率の合計、ひとりの女性が一生の間に産むと考えられる子どもの数)が1990(平成2)年には1.57まで低下し、「1.57ショック」という言葉が生まれました。それから30年、わが国では、将来の人口減少対策、つまり少子化対策が始まり、1994(平成6)年のエンゼルプラン策定など多様な施策にもかかわらず、現在まで有効な成果は上がっていません。

国の開発、発展に関しては、従来、経済発展や教育程度が関心を持たれてきましたが、1977年のWHO総会におけるHealth for Allとそれに続く良く78年のPrimary Health Careによって、人々の健康が国の開発の基本であり、資源であるとの認識が生まれました。それが、その後の2000UNMDGs(UN Millennium Development Goals)や現在進行中の2015UNSDGs(UN Sustainable Development Goals)において、常に**HEALTH健康**が注目されるきっかけとなっています。しかし、さらに踏み込んでみると、人口の維持、健やかな子どもの成長なく国の存在はあり得ないとも思います。

世界で出生率が公表されている 208 国で最高値はニジェールの 6.8、次いでソマリアの 6.0 ですが、人口維持に必要な出生率 2.07 を上回る先進国は、イスラエル以外にありません。2021 年の情報で、日本は 1.4 と 191 位、最低は韓国の 0.9 です。ヨーロッパのほとんど、アメリカ、カナダの 2.0 以下です。わが国の将来の発展・ではなく、存続のために、在宅/訪問看護事務所は、何が可能かを考えてみました。

女性の社会的活躍が推進される中、例えば保育所入所待機児童ゼロとか、3 年育児休業の導入などもありますが、女性の自立推進と共に、人口減少が進行する社会における女性の就労は必須であり、妊娠中や出産後の女性が継続して就労することは重要です。つまり、女性が、産み育てつつ働くことは、個々の女性にとっても、また、社会にとってもきわめて必要なことでありましょう。

しかし、妊娠・出産・分娩後の女性が心身ともに安らかで、社会的にも健やかに経過できることもきわめて重要です。現在では、産前産後の休暇制度も整備されていますが、産後、最低 8 週の休暇が保障されています。つまり制度は出来た中で、何が問題かを検討する必要が出てきています。

【母性・少子化と訪問/在宅看護事務所】

いわゆるリプロダクティブヘルスとは、妊娠分娩授乳期だけをいうのではなく、一生を通じて女性とパートナーとなる男性のリプロダクションに関する健康を扱うと理解されます。その意味では、「産褥期」と呼ばれる時期だけに注目することは片手落ちですが、この時期の女性の心身の変化と諸問題が、緊急的に注意すべき時期と申せます。

妊娠・出産では女性の身体に大きな変化が生じますが、特に産後 6～8 週の、いわゆる産褥期には、ホルモンの変化から精神的にもバランスを崩しやすく、しばしばマタニティブルーを来することが知られています。同時に慣れない育児や授乳の所為で睡眠不足から心身不調を起こしやすい時期、昨今、この期の産後うつが注目されています。TV やネットで、このような時期を「産後ガルガル期」とか「産後クライシス」と呼んだりしたこともあって、実際大したこともないのに不安だけが増強させられていること・ありましょう。この時期、身近に、気軽に相談できる専門家やお産経験者が存在すればどうでしょうか。

次いで、産後の入院やサポートです。

イギリスのケンブリッジ公爵夫人キャサリン妃がご出産の当日に、お子さまを抱いて退院される姿に、ちょっとびっくりされた方もお出ででしょう。日本では、産後入院期間は経膣分娩で 5.6 日、帝王切開分娩では平均 8.8 日ですが、正常分娩であれば 4 日以内としている産科施設もありますが、それでも西欧諸国に比し長い入院期間です。

しかし、特にイギリスでは、出産後の母子の世話をする母性看護師がいて、多くの就労女性が活用しているので、単に入院期間の長短だけで産後ケアを問題視することは出来ない。が、いずれにせよ出産後の母児には、支援、ケアが必要であります。わが国では、従来、里帰り分娩が多かったのも、実家でのケアを当てにできたからでした。現在は、晩婚化晩産化の結果、両親の高齢化によって、この伝統的的制度も機能しなくなっています。

2014 年度には、厚生労働省による母子保健医療対策強化策として、「妊娠・出産包括 支援モデル事業の実施」が行われ、同年には 29 市町村が、また翌年 2015 年度からは正規事業化された「妊娠 出産包括支援事業」が 138 市町村で実施されているように、わが国では、産前産後サポートや産後ケアが国が行うべき重要課題となっている。これにより、女性の活躍促進、待機児童ゼロ、育児休業 3 年などが推進されている。

重要なことは、多くの女性が経験する妊娠・出産・産褥期・ここでは戦後 8 週間を心身とも無事に、かつ健やかに経過できることにおいて、女性のリプロダクションと継続就労を併進させることになる。

【活動】

1. 文献収集

1-1. 母子保健と訪問看護について

検索キーワードを「母子保健」および「訪問看護」とし、医学中央雑誌 web から原著を検索し、得られた全 47 件の中から、以下の 7 件を抽出、メンバーと共有したうえ、意見交換した（アクセス 2021.10 月 5 日）

- 1) 堂下 陽子, 高比良 祥子, 精神障害をもちながら子育てしている利用者に対する訪問看護師による育児支援内容, 日本精神科看護学術集会誌 61 巻 1 号 Page18-22(2018.06)
- 2) 湯澤 まさみ, 行政保健活動における保健師と訪問看護における看護師の個別訪問支援に関する研究, せいれい看護学会誌(2185-3800)2 巻 1 号 Page1-10(2011.09)
- 3) 鈴木 香代子, 廣瀬 たい子, わが国とフィンランド・デンマークの看護職による低出生体重児/早産児の育児支援, 小児保健研究(0037-4113)68 巻 5 号 Page566-574(2009.09)
- 4) 佐藤 厚子, 北宮 千秋他, 新生児訪問指導事業の訪問群・非訪問群における育児不安の実態と比較 Child Rearing Burnout 尺度を用いた分析, 日本公衆衛生雑誌(0546-1766)55 巻 5 号 Page318-326(2008.05)
- 5) 橋本 美幸, 江守 陽子, 市町村の母子保健サービスとしての新生児訪問指導事業の現状と課題, 母性衛生(0388-1512)48 巻 2 号 Page262-270(2007.07)
- 6) 佐藤 厚子, 北宮 千秋他, 保健師・助産師による新生児訪問指導事業の評価 育児不安軽減の観点から, 日本公衆衛生雑誌(0546-1766)52 巻 4 号 Page328-337(2005.04)
- 7) 太田黒 香織, 小菅 暁子他, 産後の育児支援『日帰りケア』の取り組み, チャイルド ヘルス(1344-3151)8 巻 6 号 Page456-460(2005.06)

1-2. 文献検索 ; 医学中央雑誌 web (2021/11/14 アクセス)

検索キーワード 産後うつ・訪問看護・原著のなかからは 5 件を抽出し、メンバーと共有し、意見交換した。

1-3. この他、厚生労働省による産後ケア事業ガイドライン、産後ケア事業報告書、日本産婦人科医会による妊産婦のメンタルヘルスマニュアルの各資料を各自読了した。その結果、**産前・産後ケアでは訪問看護の介入事例が少ないことを共通理解した。**

以上から、現状では、在宅/訪問看護が母子保健分野で活用されうることへの認知度がきわめて低いことを痛感した。そのため、地域の在宅/訪問看護師が、母子保健分野で活動しうることを周知することが重要と考え、アンケート調査を実施した。

【活動】

2. アンケート調査

アンケートの内容は、NTT 東日本関東病院 看護部 母性看護専門看護師長坂桂子先生の指導を得た。

2-1. 【アンケート調査に向けての準備】

- 2 月 23 日長坂先生と打ち合わせ内容
- ・何を明らかにしたいかを明確にしアンケート項目へ反映させる。
- ・研究目的と現実的な研究方法を研究者間で共有するプロセスが大事であり、ZOOM 会議や通常、ワイガヤ会議を開催し、目的と調査すべき項目検討し、共有した。

・アンケート対象は、日本財団在宅看護センター起業家育成事業研修修了生を対象とする。

検討時の特記事項 = 長坂先生からの具体的アドバイス

- 1) 共通研修経験をもつ仲間を対象とする強みとして、継続している良い関わりの中で、語れる事例をもってい
ることがあるはず。
- 2) 事例から見える以下のような実態をまとめる
利用者の年代、
疾患、
連携した人たち、
委託元（指示書）、
各組織との連携・報告の頻度と内容、
利用料金と医療保険請求、
ケアに名前をつけるとどんなことか？
医療技術、
異常の早期発見、
見守り・相互作用支援・家族のつながりづくり、
セルフケア ← 産前産後の実践が少ないので、これらが見えるだけでも価値がある。 欲を言えば、高齢者など
メジャーな利用者との比較ができるかもしれない。
- 3) 産前産後訪問看護の課題の明確化：周知、連携、お金
- 4) 伝えたい（周知を図りたい）のは誰？訪問看護ステーションの管理者？病院関係者？
- 5) 研究の成果物は何？簡単なパンフレット、営業にも使えるし、各団体のHPにも貼ってアピールできる。
- 6) WEB調査：簡単、迅速、低コスト、Google formなどを使用

【メンバーと長坂先生との検討】2022年3月1日 メンバー6名と。

- 1) 産前産後で訪問看護を行った事例をデータとして集計していく。
- 2) 事例をまとめることで、まずは医療関係者や連携各所に周知を図っていく。
- 3) アンケート項目を作成し、メンバーでgoogle formを使用してプレテストを行う。（結果は別紙参照）
- 4) このアンケートを元に、今後広くアンケート調査の実施を目指し、周知に関する課題を日本看護管理学会
会インフォメーションエキスチエンジにて、交流セッションを行いたく投稿した。

【活動】

3. 資料からの学び

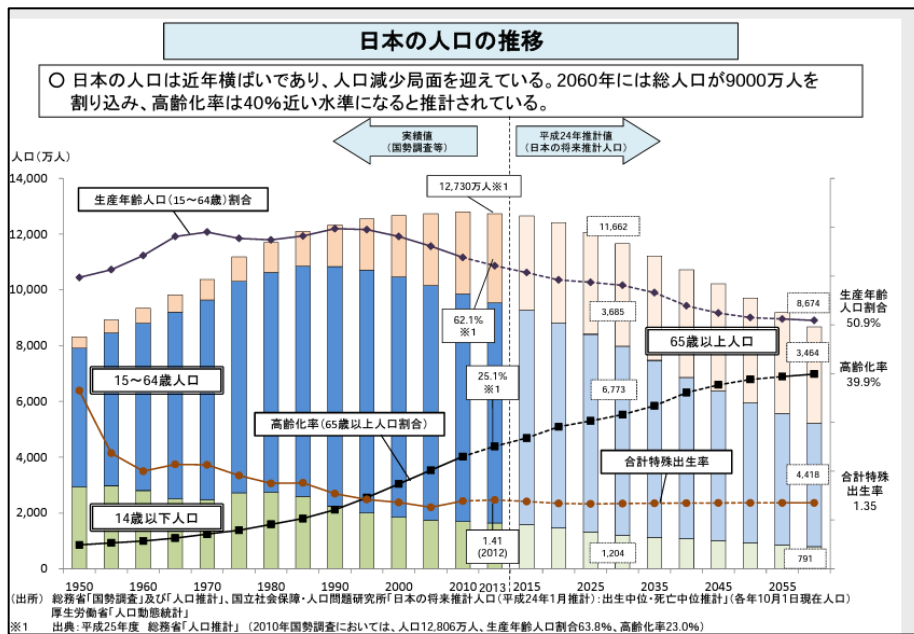
- 妊産婦メンタルヘルスマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～
公益社団法人日本産婦人科医会
- 事例でわかる！愛着障がい～現場で活かせる理論と支援を～米澤好史
- 愛着障害・愛着の問題を抱える子どもをどう理解し、どう支援するか？アセスメントと具体的支援のポイント 51 米澤好史
- ママブルーを乗り越えるために～産前産後のうつと不安の理解とケア～ショシャナ・S・ベネット、ベック・インド
マン他

【まとめ】

今回の、調査研究より訪問看護は、母子保健の分野において十分に活用がされていない現状の共通認識が
できた。地域で行われている産前・産後ケア事業と母子保健への訪問看護の活用は、その役割分担と連携協

力が必要であり。まずは、訪問看護の役割がどのようなものであるかを介入事例から見えるものを調査していく必要があることが判った。

妊娠、分娩を安全安心に経過し、生まれてきた子どもを大切に育てる環境を西武知することは、その後の育児環境、ひいては親子関係、家族関係、さらに健やかな子どもの成長と人間形成に必須の「愛着」の熟成にもつながると実感できた。これらに地域の訪問看護師が関与出来れば、国が目指している少子化対策にも大きく貢献できると確信します。今後も調査と実践活動を継続したい。



chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.mhlw.go.jp%2Fseisakunitsuite%2Fbunya%2Fhokabunya%2Fshakaihoshou%2Fdl%2F07.pdf&clen=240995&chunk=true

3 看護師が管理する看護小規模多機能居宅事業のあり方

世話役

馬場美代子 5 期生（看多機居笑所長：佐賀県佐賀市）

太田 緑 3 期生（みどりの風訪問看護ステーション代表理事：青森県 十和田市）

メンバー：

長澤祐子 2 期生（在宅看護センターミモザ代表理事：福岡県宗像市）

片岡順子 3 期生（ちせ訪問看護ステーション代表理事：北海道河東郡音更町）

藤田裕子 3 期生（みんなの訪問看護ステーション代表社員：香川県三豊市）

井上滝子 4 期生（在宅看護センターヴィータ代表取締役：山口県下関市）

インクラン裕美 4 期生（すまいるナーシング代表取締役：東京都目黒区）

儀間真由美 5 期生（在宅看護センターはなはな代表理事：沖縄県国頭郡今帰仁村）

矢作房 5 期生（あい訪問看護・リハビリステーション代表理事：神奈川県横浜市）

田中和子 7 期生（深大寺元町訪問看護ステーション代表取締役：東京都調布市）

天沼美智子 7 期生（織訪問看護ステーション代表理事：群馬県桐生市）

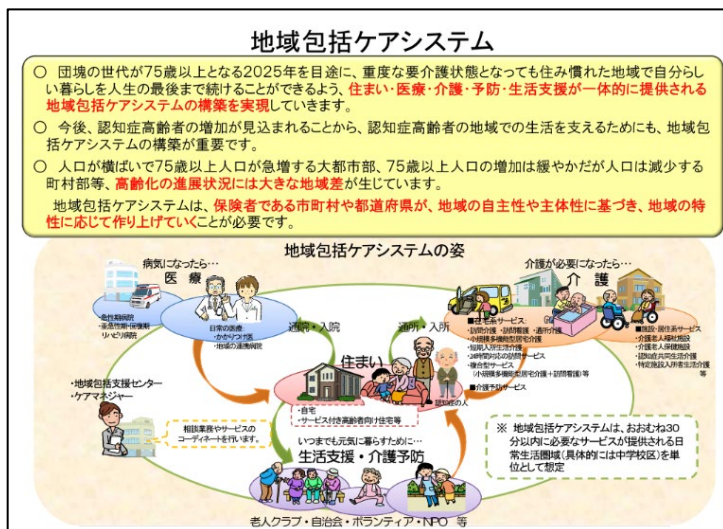
【はじめに 地域包括ケアシステムの中での問題】

進行する高齢化社会に向けて、わが国では 2000 年に介護保険制度が創設された。

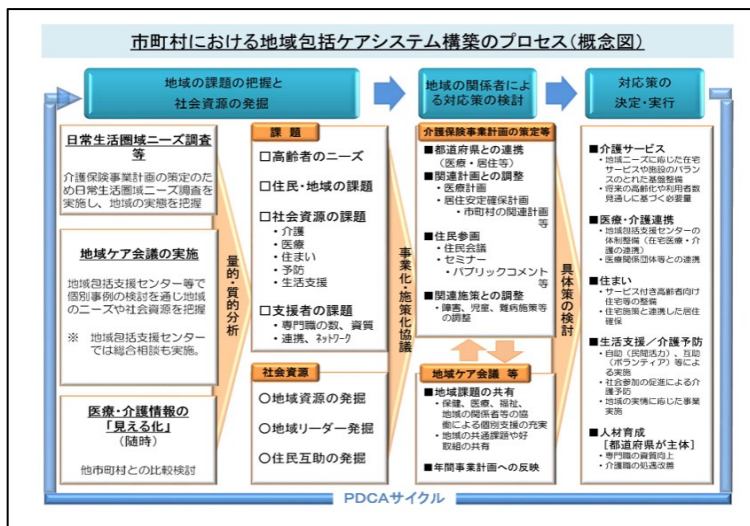
急激な高齢化社会出現により、身体機能低下しつつある高齢者による治療 cure のための医療サービス濫用を防ぐことも目指されていたかと思われるが、この新たな介護保険サービスは高齢者全体に行き渡ると、やがて介護保険料の急増につながりはじめた。一方、世界経済活動の停滞とわが国の就労世代層の縮小により、わが国の税収は減少し、増え続ける社会保障費をどう維持するかが大きな問題となってきた。

少子高齢化がより加速する近い将来、公費のみで高齢化社会を支えることには無理があると予測される中、いわゆる団塊世代が 75 才以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となった後も、なお、「住み慣れた地域」で「自分らしい暮らし」を「人生の最後まで」続けられるような住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体化して提供する新たな仕組みとして、「地域包括ケアシステム」の構築と速やかな実践が意図された。

さらに、増え続ける介護保険経費もあって、2005 年 4 月からの介護保険制度見直しに伴い、地域包括ケアの体制を支える地域の中核機関として、新たに「地域包括支援センター」の設置も定められた。地域包括支援センターは、地域の高齢者の総合相談、権利擁護や地域の支援体制づくり、介護予防の必要な援助などを行い、高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とし、地域包括ケア実現に向けた中核的な機関として市町村が設置しています。



https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kour_eisha/chiiki-houkatsu/



www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo_kour_eisha/chiiki-houkatsu/pdf/1-6.pdf?clen=433766&chunk=true

しかし人口変動なく 75 才以上人口が急増する大都市、75 才以上人口の増加は緩やかで全人口が減少する地方町村部など、高齢化進展の状況は地域によって大きな差があります。

当然のことながら、治療 cure や養護 care を必要とする高齢者が増えれば、それだけ治療や養護に必要なベッド数も治療、ケア・介護に従事する人材数も増えます。地域ごとに、介護や医療のリソース不足に対応すべく、地域包括ケアシステムの推進が進められています。また、介護サービスや医療サービスが必要な高齢者が増えると、それだけ病床数や介護従事者・医療従事者が必要となります。介護や医療のリソース不足に対応すべく、地域包括ケアシステムの推進が進められてきたが、高齢者の日常生活と密着する介護、さらに健康状態の劣化に応じて行われるべき医療との関連をふくめ、地域包括ケアシステムは保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことがきわめて重要である。これら過去二十数年の経過の初期には、明確な「看護小規模多機能型居宅介護（通称：看多機。以下カンタキ）」の文字が出ていない。

【カンタキ制度の設置とその過程での問題】

看護小規模多機能型居宅介護（通称：看多機、以下カンタキ）は、「訪問（訪問介護）」・「通い（通所介護）」・「泊まり（短期入所）」の**介護サービス**に「訪問看護機能」を加え、介護と看護を一体化させて提供する介護保険サービスとして始まった。つまり看多機の基本的な機能は、「訪問」・「通い」・「泊まり」の**3 介護サービス**を提供してきた「小規模多機能型居宅介護」に由来する。

高齢化社会の出現に応じて、多様な制度が導入されてきたこれらの地域での身体的精神的社会的介入を総括して「介護」サービスとよんできたが、当初は、訪問は**ホームヘルパー事務所**、通いは**デイサービスセンター**、泊まりなら**ショートステイ所**といった具合に、それぞれ個別のサービス事務所/関係者に依頼する必要があった。次いで、これらを束ねた小規模多機能が出来たことで、各機能を自由に組み合わせ、しかも1カ所で統括提供することが可能となった。

しかし急激に進行する超高齢化社会では、地方では、老々世帯や超高齢独居があたり前となり、また都市においても、老朽化した中階層アパートやいわゆるタワマンなど、特に身体機能が低下した高齢者にとっては、望んでも、自宅居住を継続することが困難な事態も増えてきた。加えて、入院加療後の要介護者をもつ世帯が増えるにつれ、在宅療養、高齢者の自宅生活が推奨されるものの、従来の「小規模多機能」では対処しきれない事例も増えてきた。とりわけ、入院期間の短縮化が進むにつれ、老々世帯の退院直後の生活支援や終末期の症状不安定な在宅療養を家族だけで続けることの困難さもあって、医療ケア野必要な家族や重度要介護者のいる家族では、病院以外での療養的滞在や、また、家族のレスパイト的期間の確保のためにも、出来れば、同一地域内での療養の場や相談機能が必要となってきた。

これらの状況から、高度な医療依存者の地域・在宅療養を支えるために2012年に新たに導入されたのが「**看護小規模多機能型居宅介護**」である。当初、「複合型サービス」とも呼ばれたが、複合が何を意味するか判りにくいとの指摘から、2015年、現名称に変更されたものである。

以来、カンタキは、地域包括医療制度において、地域密着型サービスのひとつとして中心的役割を期待されていながら、特に看護師が管理者となる理由や意義が一般住民にたいしては、殆ど解説されておらず、地域医療関係者の中でも十分周知されていないまま、病院や診療所といった医療施設や医師会に付属するものなど、実質的管理者に医師が関与するものも多いま、数は増えつつある。

今後、日本財団在宅看護センターネットワーク内の看護師によるカンタキが増えれば、看護師が真に管理者となっている看多機の機能的特徴、社会的に評価されるべき点を明確に出来る可能性がある。

【現在稼働しているカンタキの活動と問題】

2022年1月末現在の看多機数は、厚生労働省介護サービス情報公表によれば795カ所ある。

<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>

看多機の特徴としては、

- ① 看護師の参入によって、医療的ケアから介護まで、保健医療活動として提供しうるサービス内容が広がり、また、自由度が高い。
- ② 24時間365日対応が原則であり、病態の変化を常時把握できることで利用者と家族が安心感をもてる。
- ③ 一定数の利用者登録制と、定額制かつ利用回数制限がないことから、各家庭の緊急事態時対応が可能である。
- ④ デイケア(通い)中にも、体調をみて追加宿泊移行も可能など柔軟な対応が可能である。
- ⑤ 一施設での対応のため、体調変化に対しても同じメンバーが対処しうる。
- ⑥ 看護師常駐によって、主治医や必要な医療施設との連携が密接に行える。
- ⑦ 登録者は、定員数が29名と多くなく、また、ほぼ同一市町村という比較的狭い地域内に限定されるため、利用者、また、その家族と密な連携下に看護・介護を行える。

などが挙げられている。

しかしながら、カンタキを開業するには、一定の広さの土地、各種規制ある建物、多様な人材の確保が必須であり、経営的安定を得るには、併設する在宅/訪問看護事務所からの収益で補填しているところが多いことも事実である。

実際には、カンタキの代表者や管理者には、看護師（保健師）以外に、「認知症対応型サービス事業研修修了者」も含まれていることや勤務者数などは、かつての小多機以来の規定がある（通い利用者 3 名に対し、常勤換算 1 以上の保健師・看護師または准看護師。訪問は常勤換算 2 名以上で、1 名以上の保健師、看護師、准看護師。夜間は、泊まり・訪問用、時間帯を通じて 2 名以上で 1 名は宿直可であることと看護師との連絡体制確保。オーバーオールで看護職員は常勤換算 2.5 人以上、ケアマネジャー 1 名）。

現実には、多数カンタキが稼働する中、名称通り、実質的に、看護師が代表・管理者となって、看護の利点を十分発揮できる体制が望ましいとの感触また現実の経営者の感想がある。

当然、健康に障がいを持つ人々を複数預かることから、建物設備、機器道具、勤務者には一定の規格資格が求められてしかるべきではあるが、機能的効率的また治安や安全性から、それぞれ検討を要する事項が多いことを実感した。例えば、利用者登録は 29 名、泊まり最大は 9 名だが、夜間の治安、緊急事態を想定すると、ひとり夜勤ではなく、2 名勤務体制が好ましいが、現状では、経営的に難しい。これに対し、例えば、泊まり数を 15 名とすれば、2 名夜勤でも可能ではないかとのカンタキ管理者の意見もある。

さらに、具体的な事態を上げると、

- ① 地域における訪問/在宅看護の機能と意義が正しく理解されること
- ② 実践上の不合理を修正すること。たとえば、広がりや深さがきわめて多彩な褥瘡のケアには、科学的に認知される評価を行い、それが保健点数に反映されるなど。
- ③ 療養環境の整備、訪問の経路と時間など、医療施設とは極めて異なる事態が多いことに対しても、何らかの評価がほしい。 など。

【今後のカンタキに向けて必要なこと】

カンタキがなぜ設置されるようになったかを振り返るまでもなく、各地域には、病院、各種老健施設、在宅では対応できない《病人ではないが、著し健康状態の劣化ある》人々が増加している。厚生労働省や日本看護協会また各地の自治体でも、それらの実態にあわせて、カンタキ新設の方向であるように見えるが、実際には医師や医療意向の関係者の関与が少なくない。

訪問/在宅看護と一体化しているカンタキが、真に地域包括ケアセンター機能を担う組織となるには、看護職による看護、地域看護、訪問看護そしてカンタキの解説、アドボカシーが必要であると実感した。

【学習会】

本グループの調査活動は、短期間であり、実践の中で多少の資料検索と実際の経営者から、カンタキが抱える諸問題の入り口を探らせて頂いたに過ぎなかった。

その点、まとめとして拝聴した日看協田母神佑美理事の講義は極めて有用であった。

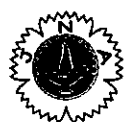
日本看護協会在宅看護担当理事田母神佑美先生講義

2022 年 3 月 16 日 1800～1930

“看多機”とは

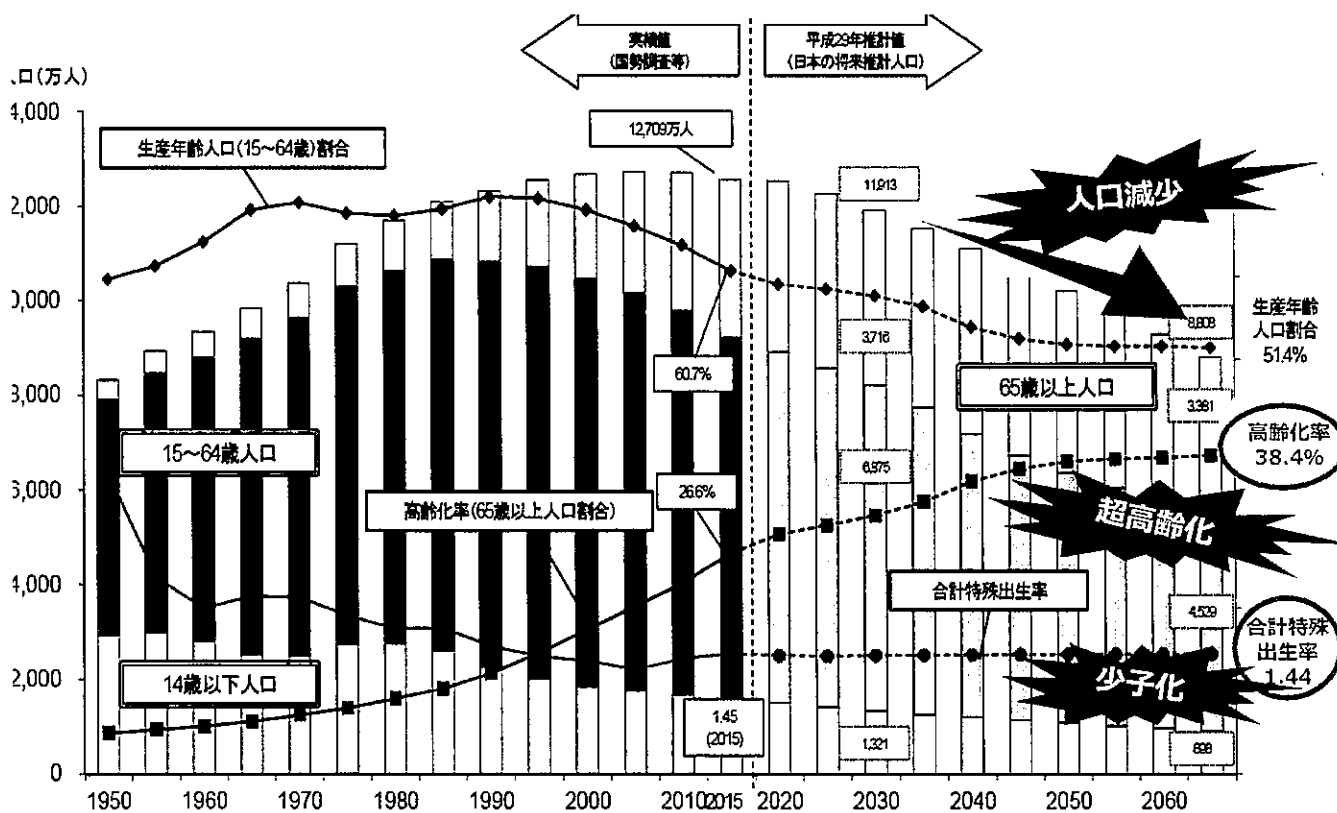
— 創設の背景、制度の概要、サービスの動向 —

公益社団法人 日本看護協会
常任理事 田母神 裕美



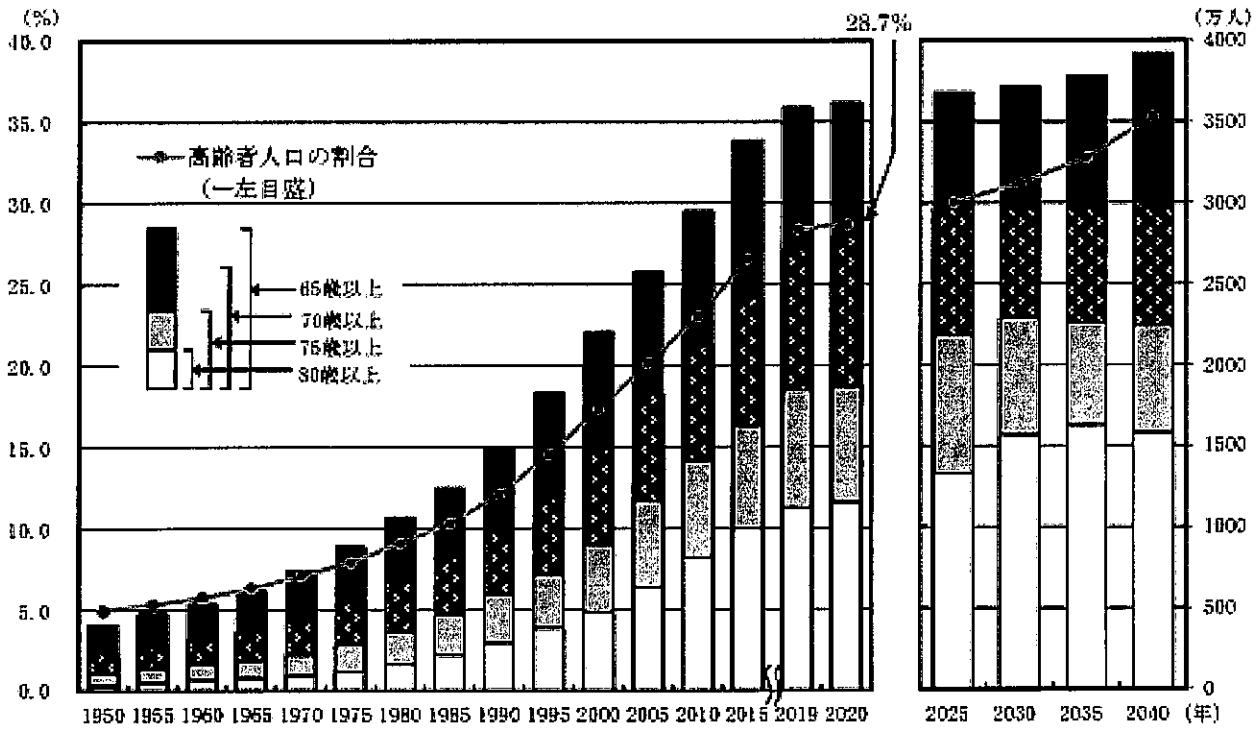
生きるを、ともに、つくる。
公益社団法人 日本看護協会

超高齢少子社会・人口減少社会



(出所) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口) 厚生労働省「人口動態統計」

高齢者人口及び割合の推移

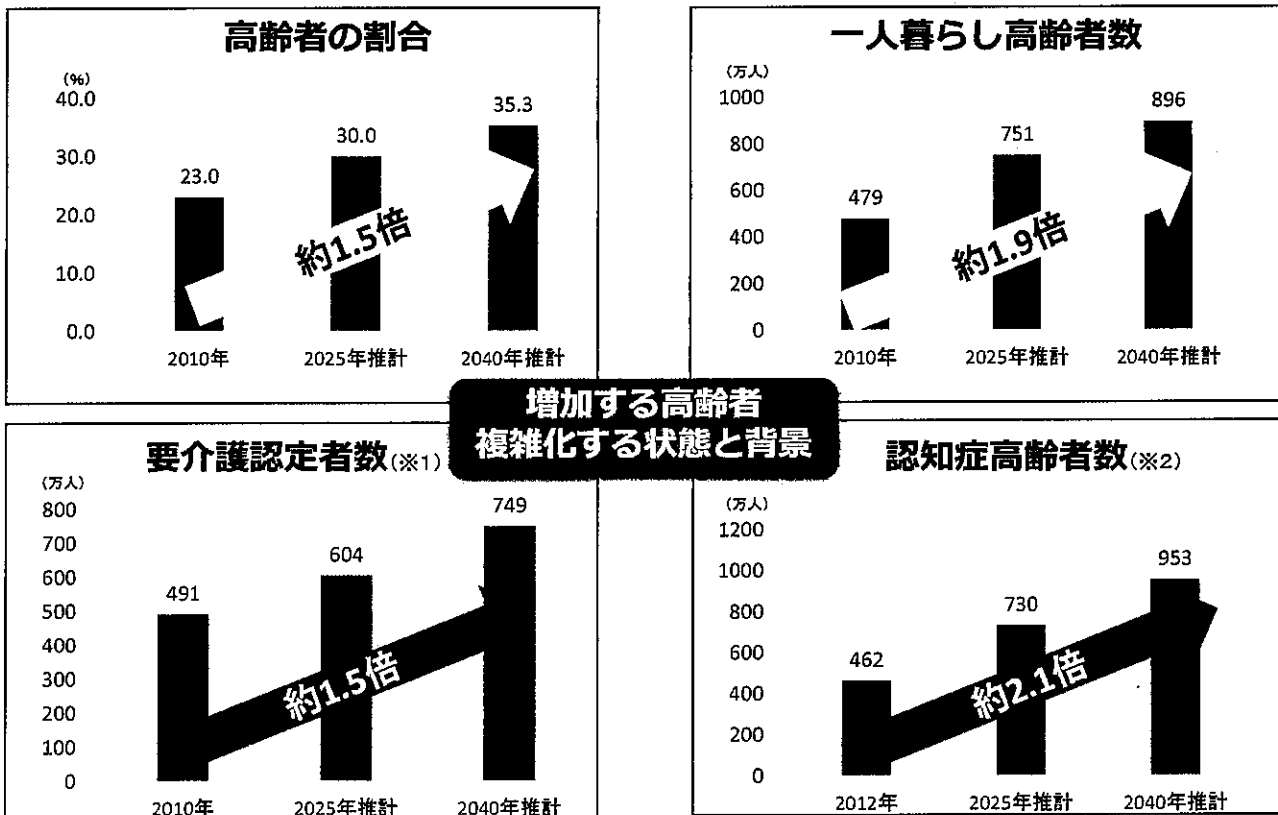


出典 総務省(令和2年9月20日)統計トピックス No.126 統計からみた我が国の高齢者

© Japanese Nursing Association. All Rights Reserved

3

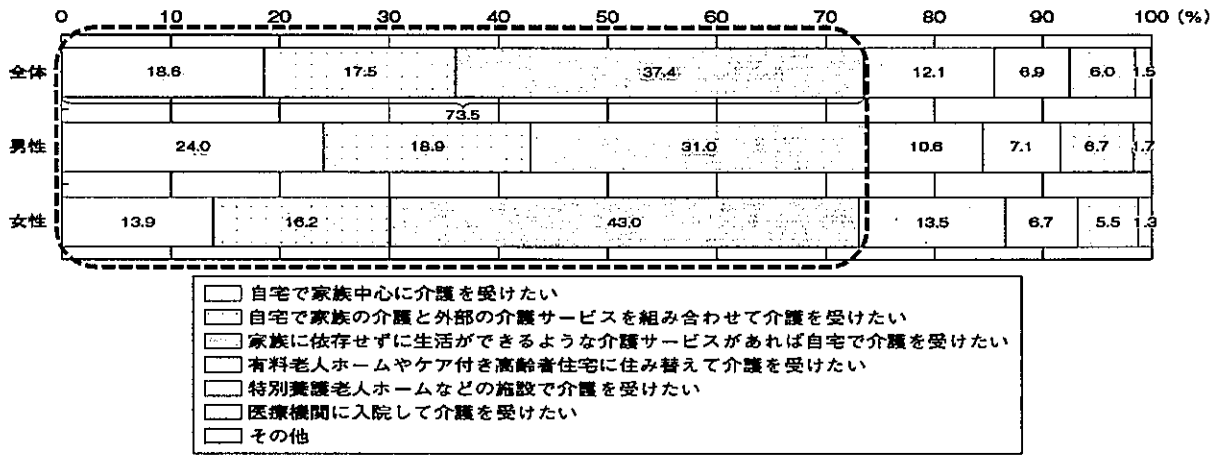
高齢化がもたらす患者像の複雑化



【出典】内閣府「平成29年度版高齢社会白書」「令和3年度版高齢社会白書」、平成28年2月17日第55回社会保障審議会介護保険部会「資料1 介護分野の最近の動向」
 (※1)要介護認定者数の推計は性・年齢階級別の認定率等が現状のまま変わらないとした場合
 (※2)認知症高齢者数の推計は「平成29年度版高齢社会白書」の「65歳以上の認知症患者の推定有病率」のうち「各年齢の認知症有病率が上昇する場合」の人数

4

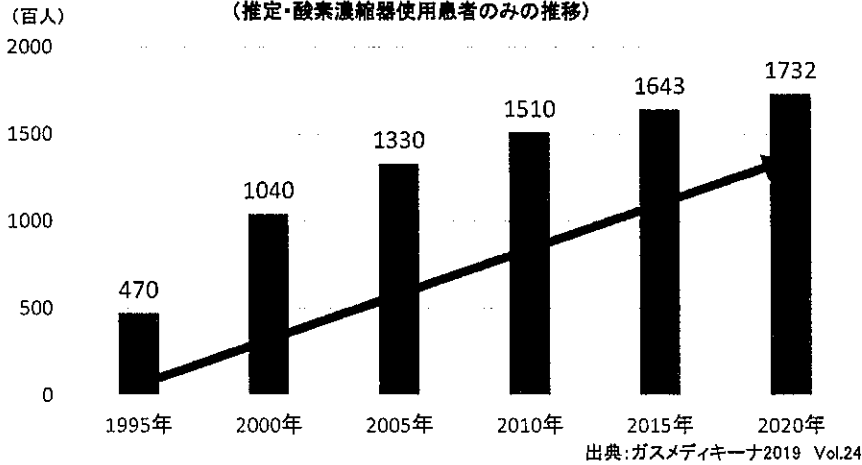
図 どこでどのような介護を受けたいか



資料：厚生労働省政策統括官付政策評価官室委託「高齢社会に関する意識調査」(平成28年)
 (注1) 質問は、「自分の介護が必要になった場合にどこでどのような介護を受けたいですか。」
 (注2) 調査対象は、全国の40歳以上の男女。

生活の場での医療機器使用の増加

在宅酸素療法患者数の推移
 (推定・酸素濃縮器使用患者のみの推移)



- 在宅酸素療法を受けている患者は増加傾向
- 2020年度の在宅酸素療法患者数約17万3千人(推計)



全国の在宅人工呼吸器装着者数

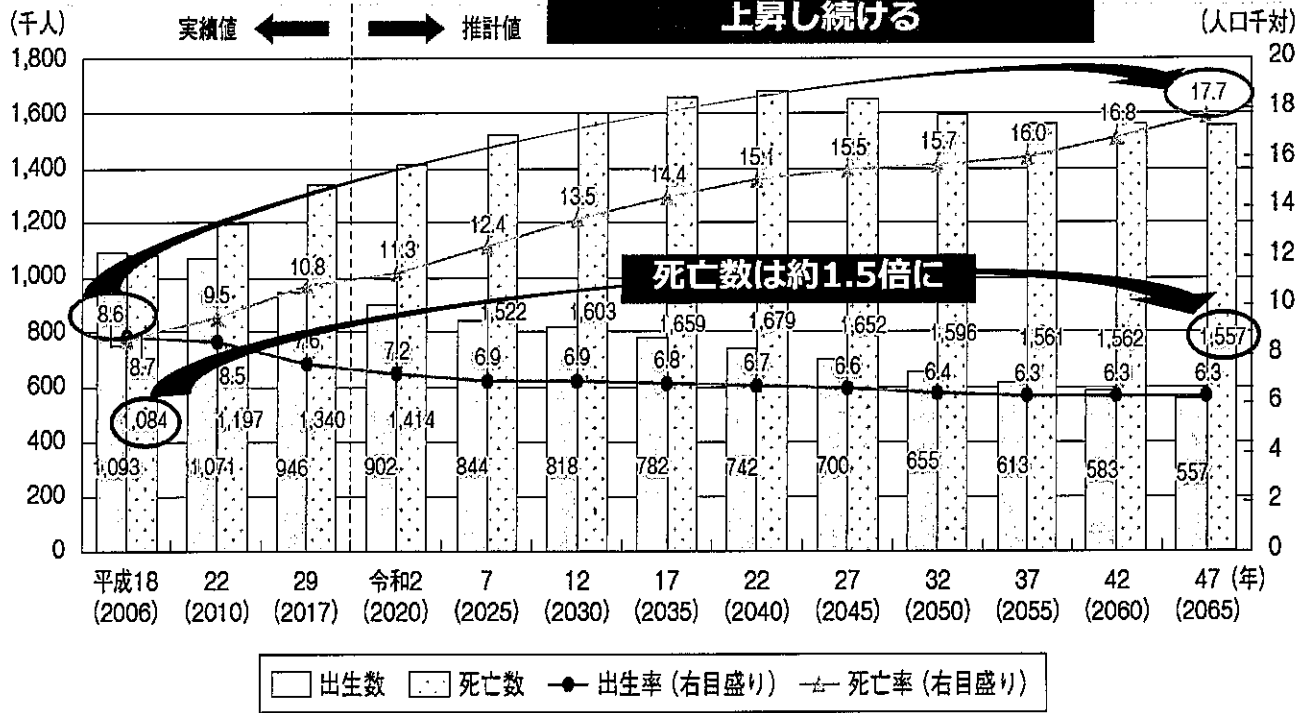
	2013年度※1	2019年度※2
TPPV 気管切開下陽圧人工呼吸	4,990 人	7,489 人
NPPV 非侵襲的陽圧人工呼吸	10,453 人	13,264 人

- 在宅人工呼吸器装着者数は増加傾向

出典：以下の報告書より作成

※1: 厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患等克服研究事業(難治性疾患等政策研究事業(難治性疾患政策研究事業)))総合研究報告書 在宅人工呼吸器装着者都道府県別全国調査
 ※2: 厚生労働省行政推進調査事業費補助金(難治性疾患政策研究事業)分担研究報告書 難病医療提供体制における調整機能の充実 在宅人工呼吸器装着者の都道府県別全国調査2020

死亡率は人口減少・高齢化に伴い 上昇し続ける



資料：2006年、2010年、2017年は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）。2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果（日本における外国人を含む）

内閣府「令和元年版高齢社会白書」より

© Japanese Nursing Association. All Rights Reserved

有護小規模多機能型居宅介護 創設の背景

なぜ、在宅療養・在宅看取りは「難しい」のか

日本看護協会 2010年実施
「在宅療養の継続を困難にする要因について」関係者ヒアリング
(対象者・対象施設：訪問看護ステーション、在宅療養支援診療所、病院の退院調整部門、ホスピス、患者団体、グループホーム、療養通所介護、小規模多機能型居宅介護、医療型療養病床など)

病院

- ・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
- ・在宅で看取れるか家族が不安になり、在宅看取りの意思が揺らいでしまう



訪問看護ステーション・在宅療養支援診療所

- ・在宅の介護力が足りないために、病院に入院してしまう
(介護サービスさえあれば、かなりの医療的な対応、症状緩和は在宅でも可能である)
- ・家族が不安・疲弊してしまい、ターミナル期の2～3週間で在宅で支え切れない



がんセンター

- ・動けなくなるのは最後の数週間だが、その数週間を支えてくれるサービスがない
- ・医療機関ではなく、生活の場に、タイムリーに医療や看護が入れる仕組みが必要



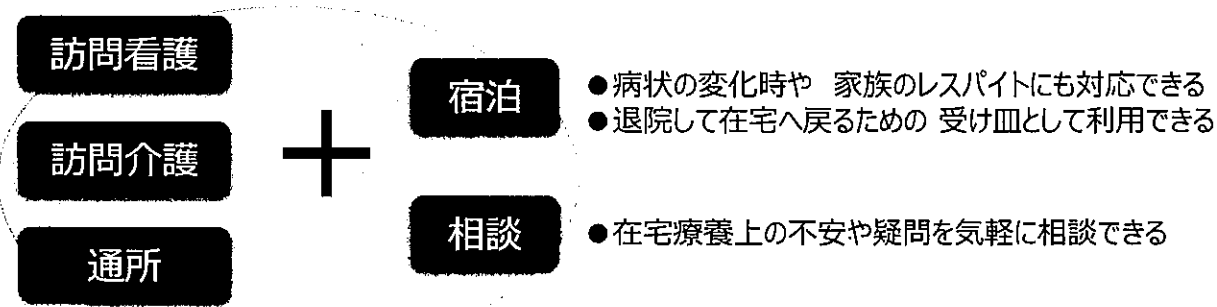
在宅療養する利用者・ご家族

- ・「家で看取る」というイメージがわからない
- ・在宅療養で困ったことや不安を、身近に相談できる窓口がない
- ・医療依存度が高い人を受け入れてくれるデイサービスやショートステイがない



医療処置や看取りへの対応が可能な地域密着型・多機能サービスの必要性

訪問看護や訪問介護に限られた時間に訪問し「点」で支えるだけでは、在宅療養の継続は困難
従来の訪問・通所の在宅サービスに加え、「宿泊」や「相談」の機能が在宅療養の支えになる



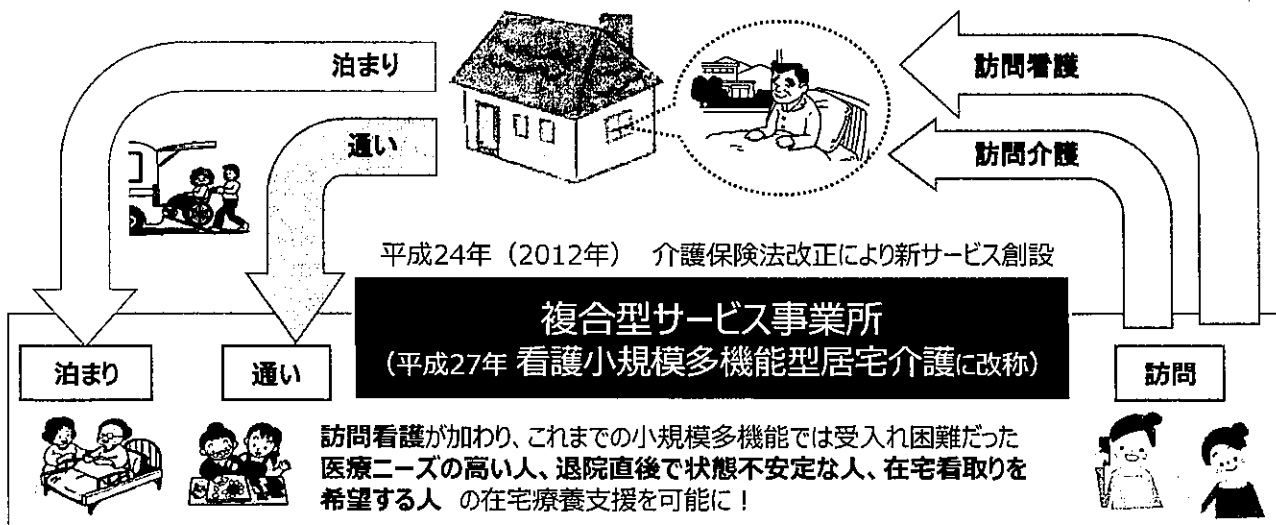
これらの機能を **一体的に** 提供できるサービスが必要

訪問看護と
小規模多機能型居宅介護（訪問介護、通い、泊まり）を
一体的に提供できるような、新サービスの創設を要望

（平成22年8月23日 社会保障審議会介護保険部会において日本看護協会提案）

複合型サービス（有護小規模多機能型居宅介護）の創設

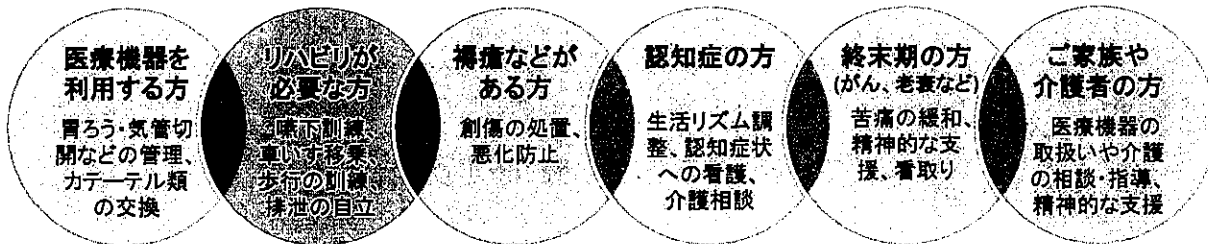
- 平成24年に新設された介護保険の地域密着型サービス（市町村指定）
- 「通い」「泊まり」「訪問介護」「訪問看護」を、利用者の状態や必要に応じ柔軟に提供
- 利用定員は29人までの登録制
- 24時間365日、年中無休
- 介護報酬は、利用者1人あたり要介護度別の月額定額報酬（+加算）



医療ニーズのある中重度者の在宅療養継続支援

看多機では、訪問看護の提供にあたり交付される医師の指示書にもとづき、「通い」や「泊まり」の時に、看護職員が在宅と同様の医療処置を行うことができる。これにより、従来の小規模多機能型居宅介護では対応が難しかった、医療ニーズの高い方の受け入れが可能となる。

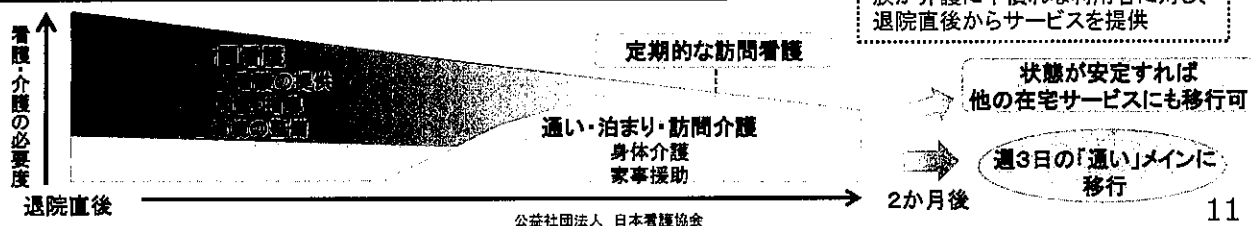
●看多機で対応できる医療的ケアや支援の例



利用者の自立支援・重度化防止のケア

看多機は、一人一人の状態に合わせて「通い」「泊まり」「訪問看護」「訪問介護」を柔軟に組み合わせることができる。最初は訪問看護が緊密に関わり、状態の改善に合わせて無理なく泊まりや通いにシフトしていくといった利用が可能であり、病状の悪化防止や予防にも効果が期待できる。

利用者の自立度に合わせてサービスの利用パターンが変えられる



有護小規模多機能型居宅介護の人員配置基準

人員配置

【日中】 通い：常勤換算で3対1以上（1人以上は看護職員）



訪問：常勤換算で2以上（1人以上は看護職員）
※通いと訪問は兼務可（人員を固定する必要はない）

【夜間】 夜勤：時間帯を通じて1人以上



宿直：時間帯を通じて1人以上
※泊まりの利用がない日は、訪問サービスが提供できる体制を確保していれば、宿直・夜勤職員の配置不要
※夜勤・宿直の看護配置基準は設けず、必要に応じた対応体制で可

【看護職員】 常勤換算で2.5人以上（1人以上は常勤の看護師又は保健師）

※訪問看護ステーションと一体的に運営している場合は、看護職員の兼務可

【介護支援専門員】 専従で1人以上（同一事業所の他の職務と兼務可、非常勤可）

管理者

常勤かつ専従で1人

【要件】①介護老人福祉施設、通所介護、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護の従業者又は訪問介護員等として、認知症の利用者に対する3年以上の介護経験を有し、厚生労働大臣の定める研修（認知症対応型サービス事業管理者研修）を修了した者

又は ②保健師もしくは看護師（認知症対応型サービス事業管理者研修の受講は不要）

登録定員及び利用定員

【登録定員】 29人以下（サテライト事業所は18人以下）

【通いの利用定員】 登録定員の2分の1から15人の範囲内

登録定員が25人を超える場合	26人又は27人	28人	29人
一日の利用定員	16人	17人	18人

【泊まりの利用定員】 通いの利用定員の3分の1から9人の範囲内

設備及び備品等

<ul style="list-style-type: none"> ● 事業所は、居間、食堂、台所、宿泊室、浴室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備その他指定看護小規模多機能型居宅介護の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない ● 設備は、専ら当該指定看護小規模多機能型居宅介護の事業の用に供するものでなければならない 	
居間及び食堂	適当な広さを有すること
宿泊室	個室の定員：1人（必要と認められる場合は2人） 個室の床面積：7.43㎡以上（病院・診療所である事業所は6.4㎡以上で定員1人） 個室以外の宿泊室を設ける場合 ・合計面積（個室以外）が概ね7.43㎡×（宿泊サービス利用定員－個室の定員数）以上 ・プライバシーが確保された構造（プライバシーが確保された居間については面積に算入可）
立地	事業所は、利用者の家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域にあるようにしなければならない

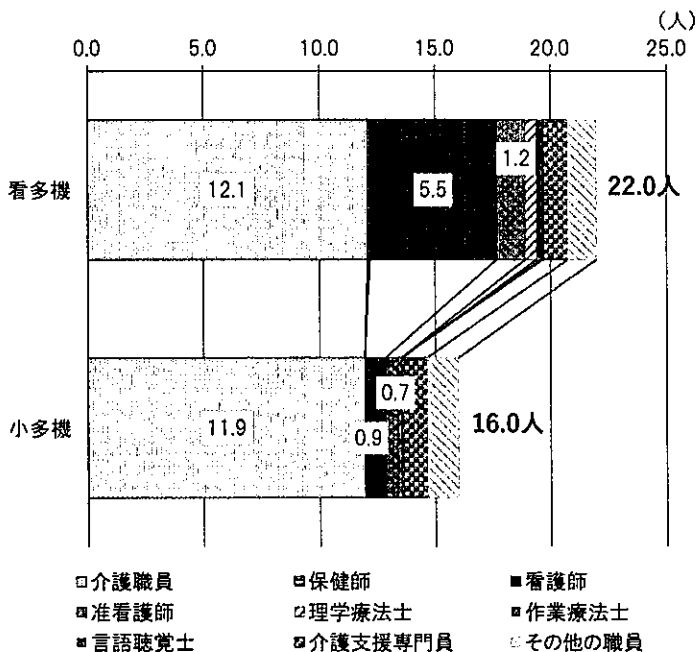
公益社団法人 日本看護協会

13

有多機事業所の従事者の状況（実人員数）

看多機の従事者数は実人員数で22.0人となっており、そのうち看護職員は5.5人で、小多機の0.9人と比べると4人以上多くの看護職員が従事している。

■ 事業所あたりの職種別従事者数（実人員数）



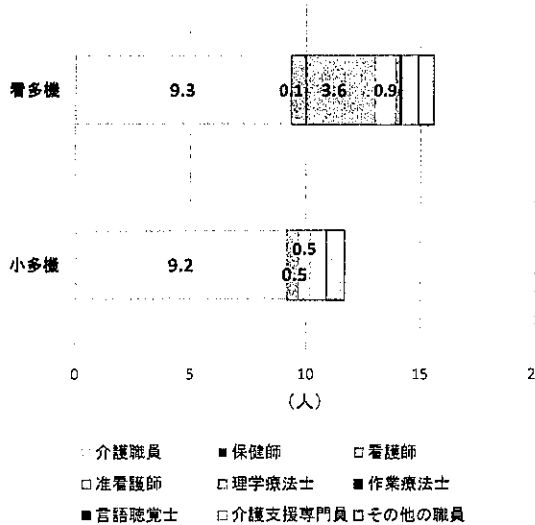
	看多機	小多機
介護職員	12.1	11.9
保健師	0.1	
看護師	5.5	0.9
准看護師	1.2	0.7
理学療法士	0.5	
作業療法士	0.2	
言語聴覚士	0.1	
介護支援専門員	1.1	1.1
その他の職員	1.2	1.4
合計	22.0人	16.0人

【出典】平成29年度介護サービス・施設事業所調査

看多機事業所の従事者の状況（常勤換算）

看多機の従事者数は常勤換算で15.6人となっており、そのうち看護職員は4.6人で、小多機の1.0人と比べると3人以上多くの看護職員が従事している。

■ 事業所あたりの職種別従事者数（常勤換算）



	看多機	小多機
介護職員	9.3	9.2
保健師	0.1	
看護師	3.6	0.5
准看護師	0.9	0.5
理学療法士	0.2	
作業療法士	0.1	
言語聴覚士	0.0	
介護支援専門員	0.7	0.7
その他の職員	0.7	0.8
総数	15.6	11.6

【出典】平成29年度介護サービス施設・事業所調査

看多機の報酬体系(1)

基本部分 看護小規模多機能型居宅介護費(/月)

同一建物居住者以外		同一建物居住者	
要介護1	12,438 単位	要介護1	11,206 単位
要介護2	17,403 単位	要介護2	15,680 単位
要介護3	24,464 単位	要介護3	22,042 単位
要介護4	27,747 単位	要介護4	25,000 単位
要介護5	31,386 単位	要介護5	28,278 単位

看多機の短期利用のしくみ

- 登録者の宿泊サービスの利用者と登録者以外の短期利用者の合計が、宿泊定員の範囲内であること
- 短期利用は7日以内（やむを得ない事情がある場合は14日以内）
- 利用者を担当するケアマネジャーが作成する居宅サービス計画の内容に沿い、看多機の介護支援専門員が看護小規模多機能型居宅介護計画を作成

基本部分 短期利用居宅介護費 (/日)

要介護1	570単位
要介護2	637単位
要介護3	705単位
要介護4	772単位
要介護5	838単位

短期利用に関連する加算・減算

※単位数は次頁参照

- ★サービス提供体制強化加算 (/月)
- ★介護職員処遇改善加算 (/月)
- ★介護職員等特定処遇改善加算 (/月)
- 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (/日)

- ・定員超過利用減算
- ・人員基準欠如減算

★は区分支給限度基準額の枠外

有多機の報酬体系(2)

加算

初期加算 (/日)	30単位
認知症加算 (/月)	I 800単位 II 500単位
新 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (/日) ※短期利用のみ	200単位
若年性認知症利用者受入加算 (/月)	800単位
新 栄養アセスメント加算 (/月)	50単位
新 栄養改善加算 (/回)	200単位
新 口腔・栄養スクリーニング加算 (/回)	I 20単位 II 5単位
口腔機能向上加算 (/回)	I 150単位 II 新160単位
退院時共同指導加算 (/回)	600単位
★ 緊急時訪問看護加算 (/月)	574単位
★ 特別管理加算 (/月)	I 500単位 II 250単位
★ ターミナルケア加算 (/月)	2,000単位
★ 看護体制強化加算 (/月)	I 3,000単位 II 2,500単位
★ 訪問体制強化加算 (/月)	1,000単位
★ 総合マネジメント体制強化加算 (/月)	1,000単位
新 褥瘡マネジメント加算 (/月)	I 3単位 II 13単位
新 排せつ支援加算 (/月)	I 10単位 II 15単位 III 20単位
新 科学的介護推進体制加算 (/月)	40単位
★ サービス提供体制強化加算 (/月)	I 新 750単位 II 640単位 III 350単位
★ 介護職員処遇改善加算 (/月)	I 所定単位× 102/1,000 II 所定単位× 74/1,000 III 所定単位× 41/1,000
★ 介護職員等特定処遇改善加算 (/月)	I 所定単位× 15/1,000 II 所定単位× 12/1,000
新 ★ 特別地域加算	基本報酬×15/100
新 ★ 中山間地域等小規模事業所加算	基本報酬×10/100
★ 中山間地域等居住者サービス提供加算	基本報酬× 5/100

★は区分支給限度基準額の枠外 新は令和3年度介護報酬改定で新設された加算・区分

公益社団法人 日本看護協会

減算

過少サービスに対する減算	基本部分×70/100
訪問看護体制減算	要介護1~3 925単位/月 要介護4 1,850単位/月 要介護5 2,914単位/月
サテライト体制未整備減算	基本部分×97/100
末期の悪性腫瘍等で医療保険の訪問看護を実施した場合の減算	要介護1~3 925単位/月 要介護4 1,850単位/月 要介護5 2,914単位/月
急性増悪等により頻回に医療保険の訪問看護を実施した場合の減算	要介護1~3 30単位/日 要介護4 60単位/日 要介護5 95単位/日

17

看護小規模多機能型居宅介護 令和3年度改定の主な改定事項 (1)

■ 口腔・栄養スクリーニングの評価

<算定要件>・ 利用開始時及び6月ごとに利用者の口腔状態を確認し、介護支援専門員に情報提供すること等を評価

改定前	改定後
栄養スクリーニング加算 5単位/回 (※6月に1回算定可)	口腔・栄養スクリーニング加算 (I) 20単位/回 (新設) 口腔・栄養スクリーニング加算 (II) 5単位/回 (新設)

■ 栄養ケア・マネジメントの評価

<算定要件>・ 管理栄養士を雇用又は外部との連携により1名以上配置
 ・ 利用者ごとに管理栄養士、看護職員、介護職員等が共同してアセスメントを実施
 ・ 利用者の栄養状態等の情報をLIFEにデータ提出 等

改定前	改定後
栄養改善加算 150単位/回 (※1月に2回を限度)	栄養アセスメント加算 50単位/月 (新設) 栄養改善加算 200単位/回 (新設)

■ 褥瘡マネジメントの評価

<算定要件>・ 褥瘡リスクについて利用開始時及び3月に1回評価し、LIFEに提出
 ・ 褥瘡リスクのある利用者について多職種協働で褥瘡ケア計画を作成
 ・ 計画に基づく褥瘡管理と記録、3月ごとの計画の見直し等

改定前	改定後
褥瘡マネジメント加算 10単位/月	褥瘡マネジメント加算 (I) 3単位/月 (新設) 褥瘡マネジメント加算 (II) 13単位/月 (新設)

公益社団法人 日本看護協会

18

■ 排せつ支援の評価

- <算定要件>
- ・ 排せつに介護を要する利用者ごとに、要介護状態の軽減見込みについて医師又は医師と連携した看護師が利用開始時及び6月に1回評価し、評価結果をLIFEに提出
 - ・ 要介護状態の改善が見込まれる利用者について、多職種協働で排せつの支援計画を策定し、実施
 - ・ 評価に基づき、少なくとも3月に1回支援計画を見直し

改定前	改定後
排せつ支援加算 100単位/月 (6月を限度とする)	排せつ支援加算 (I) 10単位/月 (新設) 排せつ支援加算 (II) 15単位/月 (新設) 排せつ支援加算 (III) 20単位/月 (新設)

■ 通所困難な利用者の訪問入浴の確保

看取り期等で「通い」での入浴が困難な利用者に対し、看多機と併算定できない訪問入浴介護について、看多機事業所の負担の下で提供可能であることを明確化する。(通知改正)

■ 緊急ショートステイの算定要件緩和

登録者以外の短期利用(短期利用居宅介護費)について、登録者のサービス提供に支障がないことを前提に、宿泊室に空きがある場合には算定可能とする。

■ 認知症行動・心理症状緊急対応加算の新設 200単位/日(新設) ※短期利用のみ

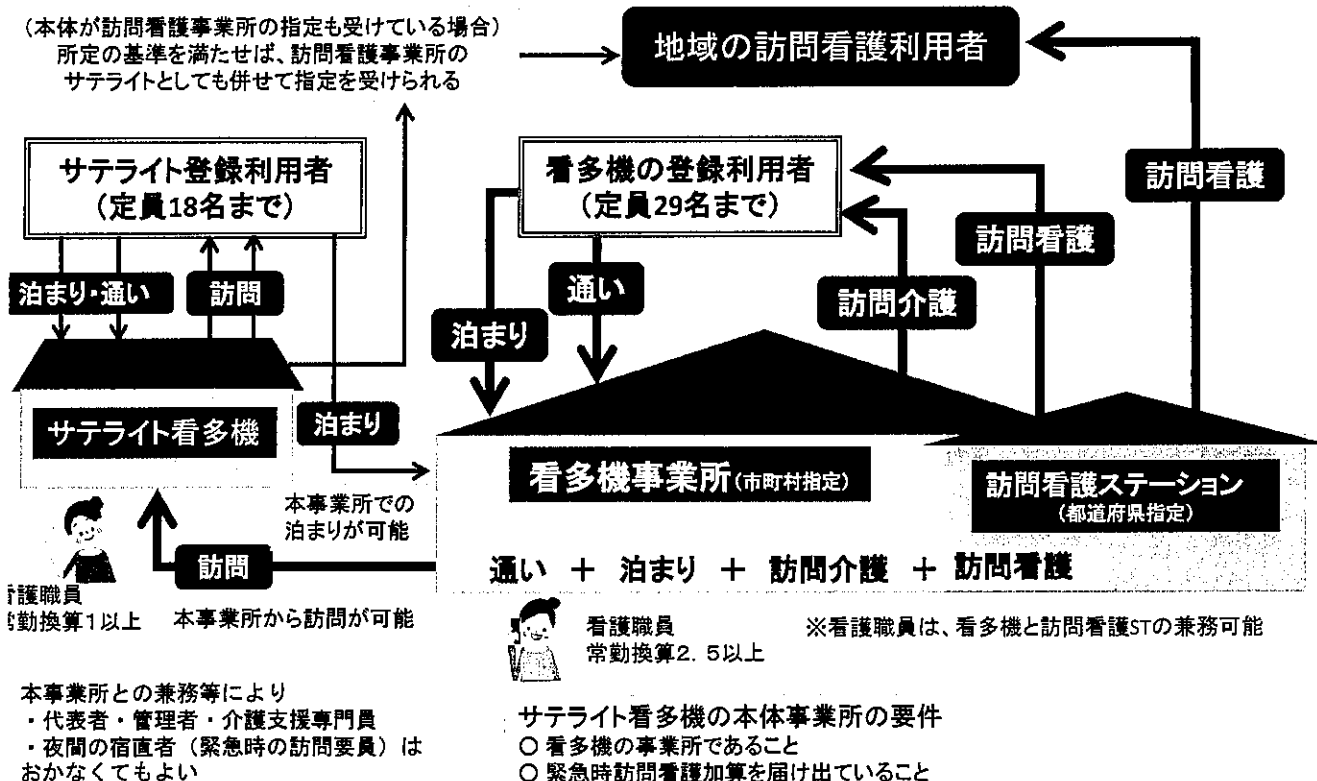
医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急時短期利用を行うことが適切であると判断した者に対し、サービスを行った場合、利用を開始した日から起算して7日間を限度として加算

■ 訪問系と同様に、特別地域加算・中山間地域等における小規模事業所加算を算定可

■ 過疎地域等において市町村が認めた場合に、登録定員超過の場合の減算を一定期間行わないことを可能とする

公益社団法人 日本看護協会

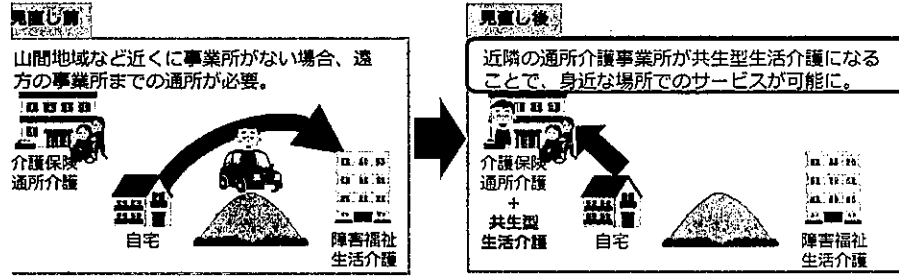
リテライト看多機事業所のしくみ



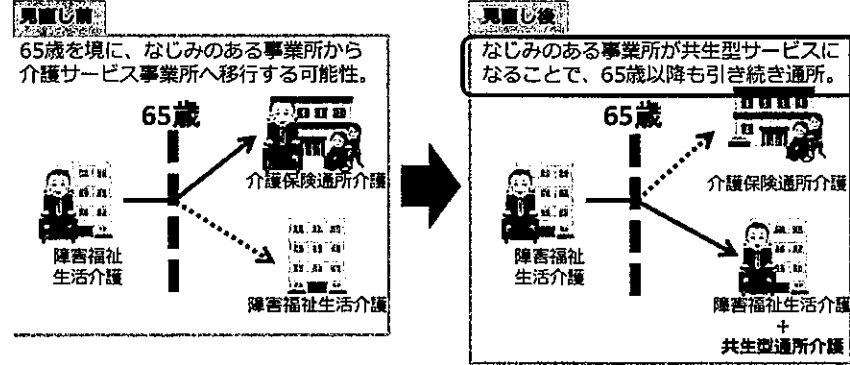
共生型サービスのしくみ

- 平成30年度介護報酬改定により、介護保険、障害福祉制度の双方に「共生型サービス」を創設
- 介護保険又は障害福祉のいずれかの指定を受けた事業所が、もう一方の制度の指定も受けやすくする

介護保険の事業所が障害福祉の共生型の指定を受ける場合（障害報酬）



障害福祉の事業所が介護保険の共生型の指定を受ける場合（介護報酬）



公益社団法人 日本看護協会

共生型の指定が受けられるサービス

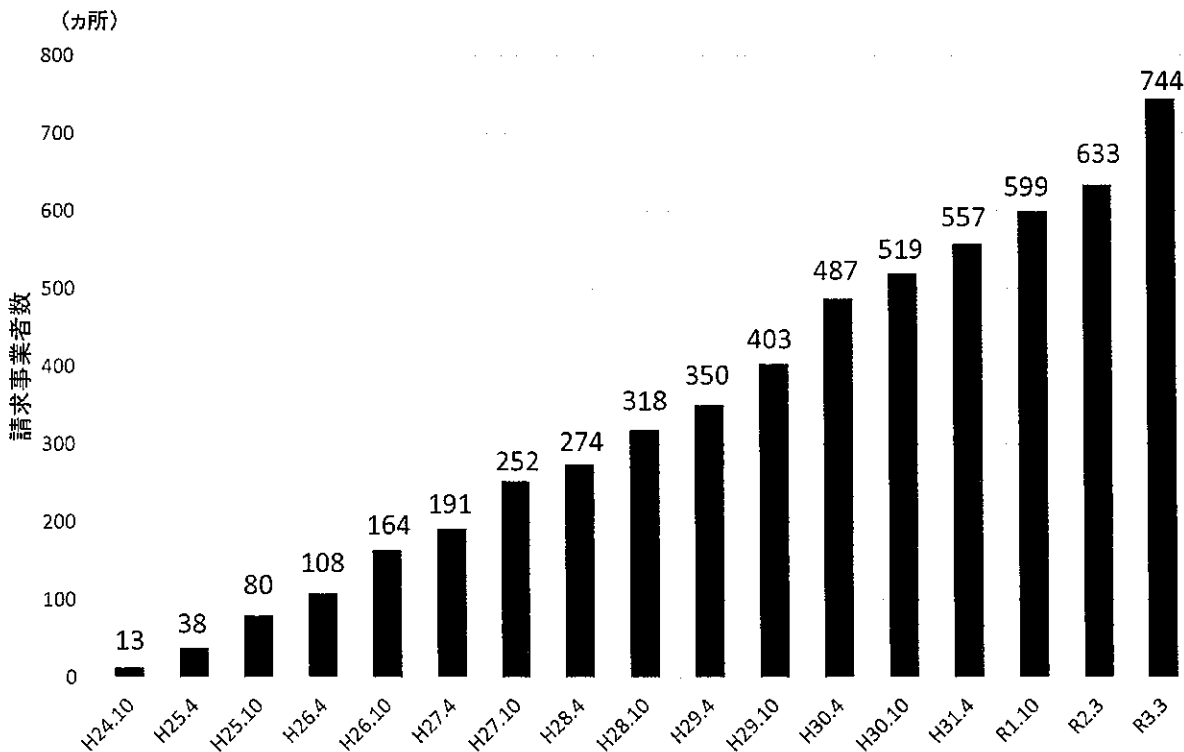
介護保険サービス	⇔	障害福祉サービス等
訪問介護	⇔	・住宅介護 ・重度訪問介護
通所介護 (地域密着型を含む)	⇔	・生活介護 ・自立訓練 ・児童発達支援 ・放課後等児童 デイサービス
短期入所生活 介護(予防含む)	⇔	・短期入所
(看護)小規模 多機能型居宅 介護 (予防含む)	⇒	・生活介護 ・自立訓練 ・児童発達支援 ・放課後等児童 デイサービス
・通い	⇒	
・泊まり	⇒	・短期入所

⇔：どちらかの事業所指定を受けていれば、基本的にもう一方の「共生型」の指定が受けられる

⇒：介護保険の事業所指定を受けていれば、障害福祉の「共生型」の指定が受けられる
※看多機（小多機）の「訪問介護」部分は共生型サービスの指定対象にはならない

21

看護小規模多機能型居宅介護 事業所数の推移



[H24～H28]介護給付費実態調査より複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)の請求事業者数
[H28～R3]介護給付費等実態統計より複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)の請求事業者数

公益社団法人 日本看護協会

22

都道府県	市区町村	事業所数	都道府県	市区町村	事業所数	都道府県	市区町村	事業所数	都道府県	市区町村	事業所数	都道府県	市区町村	事業所数	都道府県	市区町村	事業所数	
北海道	札幌市	26	群馬県	伊勢崎市	3	東京都	西東京市	1	岐阜県	恵那市	2	大阪府	茨木市	2	香川県	高松市	3	
(50)	北広島市	1	(13)	前橋市	1		清瀬市	1	(11)	高山市	2		高槻市	2	(6)	多度津町	1	
	江別市	1		高崎市	3		国立市	1		大垣市	2		岡町	1		坂出市	1	
	千歳市	1		富川市	1		立川市	1		美濃加茂市	1		交野市	2		土庄町	1	
	石狩市	2		太田市	2		日野市	1		可児市	1		藤井市	2	愛媛県	松山市	4	
	小樽市	4		桐生市	2		八王子市	2		岐阜市	1		大東市	1	(10)	今治市	3	
	函館市	5		沼田市	1		町田市	3		北方町	1		大東市	1		宇和島市	1	
	釧路市	2	埼玉県	人間市	1	神奈川県	川崎市	14	静岡県	浜松市	2	兵庫県	尼崎市	3		愛南町	1	
	帯広市	3	(13)	三郷市	2	(58)	横浜市	19	(30)	静岡市	12	(35)	神戸市	11	高知県	高知市	6	
	北見市	1		白岡市	1		横浜市	4		富士市	5		明石市	4	(6)			
	紋別市	1		和光市	1		藤沢市	4		富士宮市	2		たつの市	5	福岡県	福岡市	7	
	名寄市	1		越谷市	1		平塚市	3		富士市	5		加古川市	3	(33)	久留米市	13	
青森県	弘前市	3		川口市	1		大和市	2		沼津市	2		加西市	1		北九州市	3	
(9)	青森市	1		上尾市	1		多摩市	2		沼津市	1		加西市	1		志免町	1	
	八戸市	4		秩父市	2		横浜市中区	2		焼津市	1		高砂市	1		中岡市	1	
	南相馬市	1		川越市	2		横浜市中区	2		御殿場市	1		小野市	1		春日市	1	
	一関市	1		草加市	1		相模原市	1		伊東市	1		丹波橋山市	1		小野市	1	
	盛岡市	1		ふじみ野市	1		相模原市	1		伊豆の国市	1		豊原市	1		八女市	1	
	奥州市	1	千葉県	千葉市	3		相模原市	1	愛知県	名古屋市中区	6	奈良県	奈良市	3		大牟田市	3	
	北上市	2	(25)	四街道市	1		相模原市	1	(19)	豊橋市	3	(8)	大和町	2		船橋市	1	
	花巻市	1		佐倉市	1		相模原市	1		豊橋市	1	和歌山県	和歌山市	1		船橋市	1	
	宮城県	13		市原市	1		相模原市	2		豊橋市	3	(11)	和歌山市	1		船橋市	1	
(20)	仙台市	1		本郷市	2		相模原市	2		長久手市	1		和歌山市	2		佐賀市	6	
	名取市	1		鎌川市	1		相模原市	1		真綿町	1		和歌山市	1		鳥取市	1	
	白石市	1		松戸市	7	新潟県	新潟市	2		安城市	1		和歌山市	1		海部市	1	
	角田市	1		大田原市	1	(16)	新潟市	1		半田市	1		鳥取県	鳥取市	4		田辺市	1
	石巻市	2		野田市	1		新潟市	1		一宮市	1		(4)	米子市	1		長崎県	5
	仙台市	2		船橋市	1		新潟市	1		津市	1		(6)	松江市	1		佐世保市	1
	石巻市	1		八千代市	2		富山県	1		四日市市	3		松江市	1		大田市	3	
	秋田県	1		柏市	1	(7)	富山県	4		伊賀市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
(8)	にかほ市	1		流山市	1		富山県	1		伊賀市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	仙北市	2		流山市	1		富山県	1		伊賀市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	秋田市	3	東京都	新宿区	2		富山県	1		いなべ市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	秋田市	3	(52)	中野区	1		石川県	6		東員町	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	山形県	7		港区	1		(10)	会沢市	1		桑名市	1		出雲市	1		鳥取市	1
	山形市	4		江戸川区	1		石川県	1		津市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	米沢市	2		北区	1		石川県	1		近江八幡市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	福島県	3		練馬区	4		石川県	1		甲斐市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
(11)	会津若松市	3		足立区	5		石川県	1		彦根市	2		出雲市	1		鳥取市	1	
	福島市	1		調布市	1		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	いわき市	1		杉並区	3		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	田村市	1		世田谷区	4		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	白河市	1		墨田区	2		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	茨城県	6		板橋区	1		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
(8)	鉾田市	1		品川区	2		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	水戸市	1		文京区	1		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	日立市	1		渋谷区	1		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	笠間市	1		三鷹市	1		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	龍ヶ崎市	1		武蔵野市	1		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	土浦市	1		東村山市	2		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	つくば市	1		小平市	2		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	阿見町	1		多摩市	2		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	栃木県	4		稲城市	2		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
(4)	栃木市	1		小宮町	1		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	佐野市	1		安曇野市	3		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	益子町	1		上田市	1		石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	
	那須塩原市	1					石川県	1		彦根市	1		出雲市	1		鳥取市	1	

厚生労働省「介護サービス情報公表システム」2021年7月7日時点掲載情報より日本看護協会作成

公益社団法人 日本看護協会

看多機多機能型居宅介護 事業実施状況

■ 経営主体

・事業所の経営主体で最も多いのは「営利法人」41.3%、
次いで「医療法人」が26.3%、「社会福祉法人」が20.4%。

1.2 n=167

41.3 26.3 20.4 3.6 7.2 (%)

■ 営利法人 ■ 医療法人 ■ 社会福祉法人 ■ 一般社団法人 ■ 特定非営利活動法人 ■ その他 ■ 無回答

【出典】平成30年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
看多機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報告書 平成31(2019)年3月
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

看護小規模多機能型居宅介護 事業実施状況

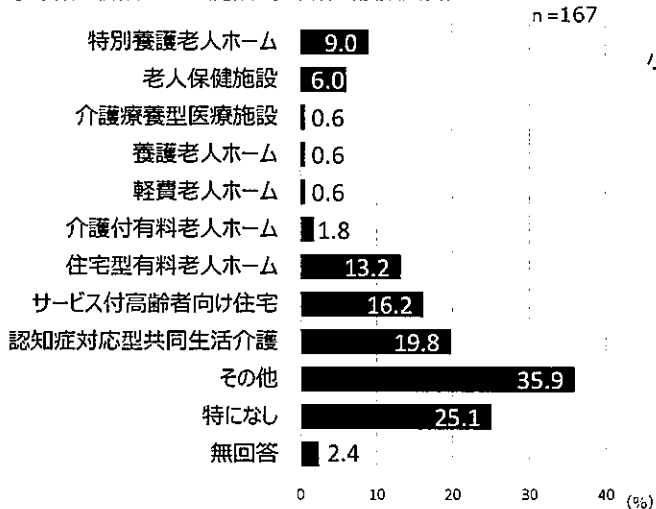
■ 事業所が併設している施設・事業所

・併設している施設・事業所は、「認知症対応型共同生活介護」19.8%、「サービス付き高齢者向け住宅」16.2%

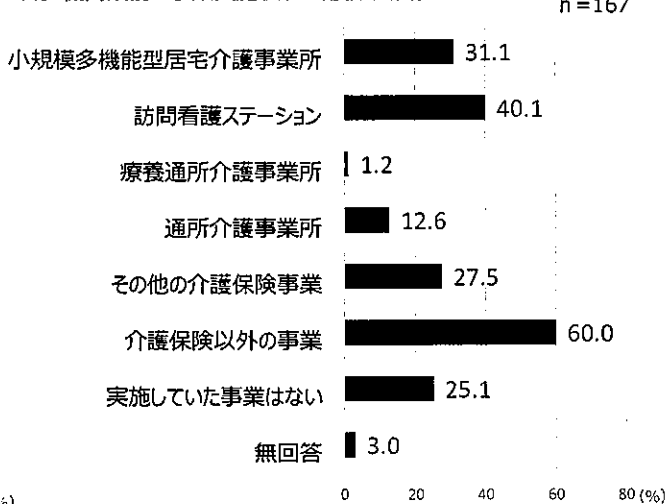
■ 事業実施状況

・看多機能開設前の事業実施状況として、最も多いのは「訪問看護ステーション」40.1%、次に「小規模多機能型居宅介護事業所」31.1%

事業所が併設している施設・事業所（複数回答）



看多機能開設前の事業実施状況（複数回答）



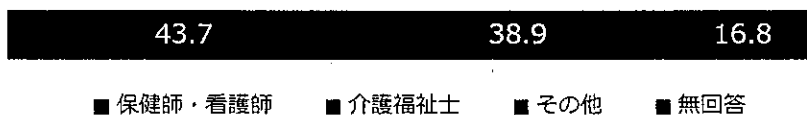
【出典】平成30年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
看護小規模多機能型居宅介護および療養通所介護の特性に関する調査研究事業報告書 平成31(2019)年3月
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

公益社団法人 日本看護協会

看護小規模多機能型居宅介護 事業所の職員体制

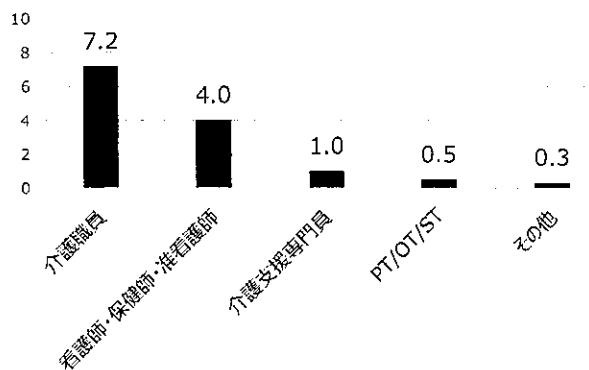
■ 管理者の職種

・「保健師・看護師」43.7%、「介護福祉士」38.9%
(n=167)



■ 常勤職員の実人数

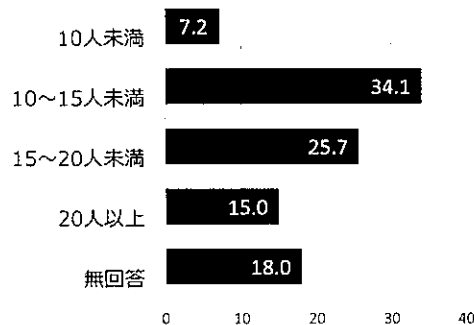
・「介護職員」平均7.2人、「看護師・保健師・准看護師」平均4.0人、「介護支援専門員」平均1.0人



■ 職員の常勤換算数

・「介護職員」平均9.0人、「看護師・保健師・准看護師」平均5.0人、「介護支援専門員」平均0.9人

合計職員数：常勤換算の分布 (n=167)

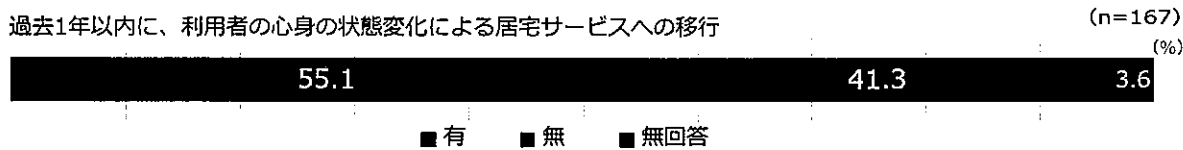


【出典】平成30年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
看護小規模多機能型居宅介護および療養通所介護の特性に関する調査研究事業報告書 平成31(2019)年3月
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

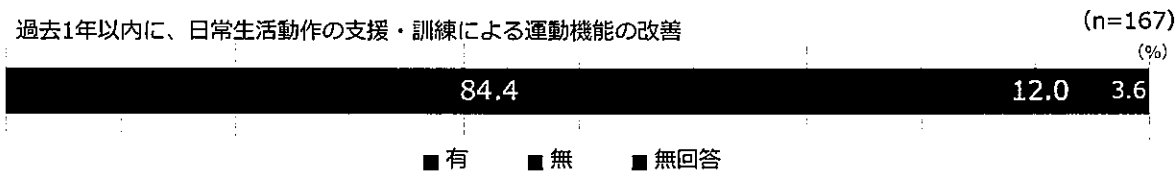
公益社団法人 日本看護協会

看護小規模多機能型居宅介護 サービス提供による過去1年以内の利用者の状態の変化等の有無

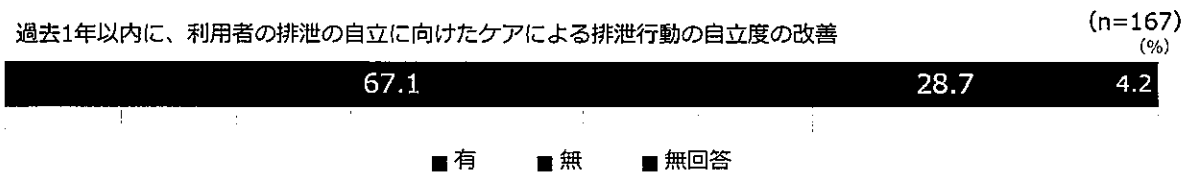
■ 心身の状態改善による居宅サービス等への移行 ・「移行あり」が55.1%



■ 日常生活動作の支援・訓練による運動機能の改善 ・「あり」が84.4%



■ 排泄の自立に向けたケアによる排泄行動の自立度の改善 ・「あり」が67.1%

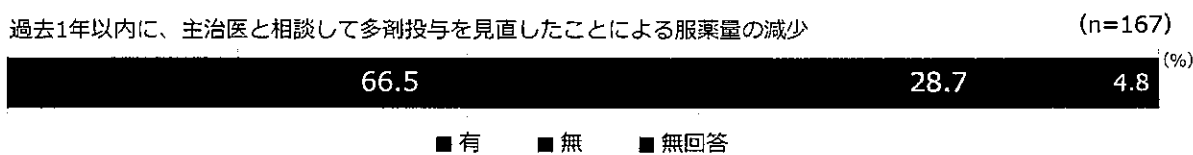


【出典】平成30年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
看護小規模多機能型居宅介護および療養通所介護の特性に関する調査研究事業報告書 平成31(2019)年3月
三菱UFJリサーチ&コンサルティング 公益社団法人 日本看護協会

29

看護小規模多機能型居宅介護 サービス提供による過去1年以内の利用者の状態の変化等の有無

■ 主治医と相談して多剤投与を見直したことによる服薬量の減少 ・「あり」が66.5%



■ 褥瘡ケアによる褥瘡の治癒または改善 ・「あり」が80.2%



■ 利用者の希望の場所での看取り ・「あり」が75.4%



【出典】平成30年度 老人保健事業推進費等補助金 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報告書 平成31(2019)年3月
三菱UFJリサーチ&コンサルティング 公益社団法人 日本看護協会

30

看護小規模多機能型居宅介護 サービス提供による過去1年以内の利用者の状態の変化等の有無

■ 心身の状態改善による居宅サービス等への移行

管理者の職種	合計	心身の状態が改善することでサービス提供量が減少し、居宅サービス等移行した		
		有	無	無回答
全体	167 100%	92 55.1%	69 41.3%	6 3.6%
保健師・看護師	73 100%	44 60.3%	25 34.2%	4 5.5%
介護福祉士	65 100%	29 44.6%	35 53.8%	1 1.5%
その他	28 100%	18 64.3%	9 32.1%	1 3.6%

- ・ 経口摂取を進めるためのケアの継続的な提供による経口摂取の実現
- ・ 排泄の自立に向けたケアによる排泄行動の自立度の改善
- ・ 主治医と相談して多剤投与を見直したことによる服薬量の減少
- ・ 呼吸リハ、体位ドレナージ等による痰の吸引回数の減少又は呼吸状態の改善
- ・ 褥瘡ケアによる褥瘡の治癒又は改善

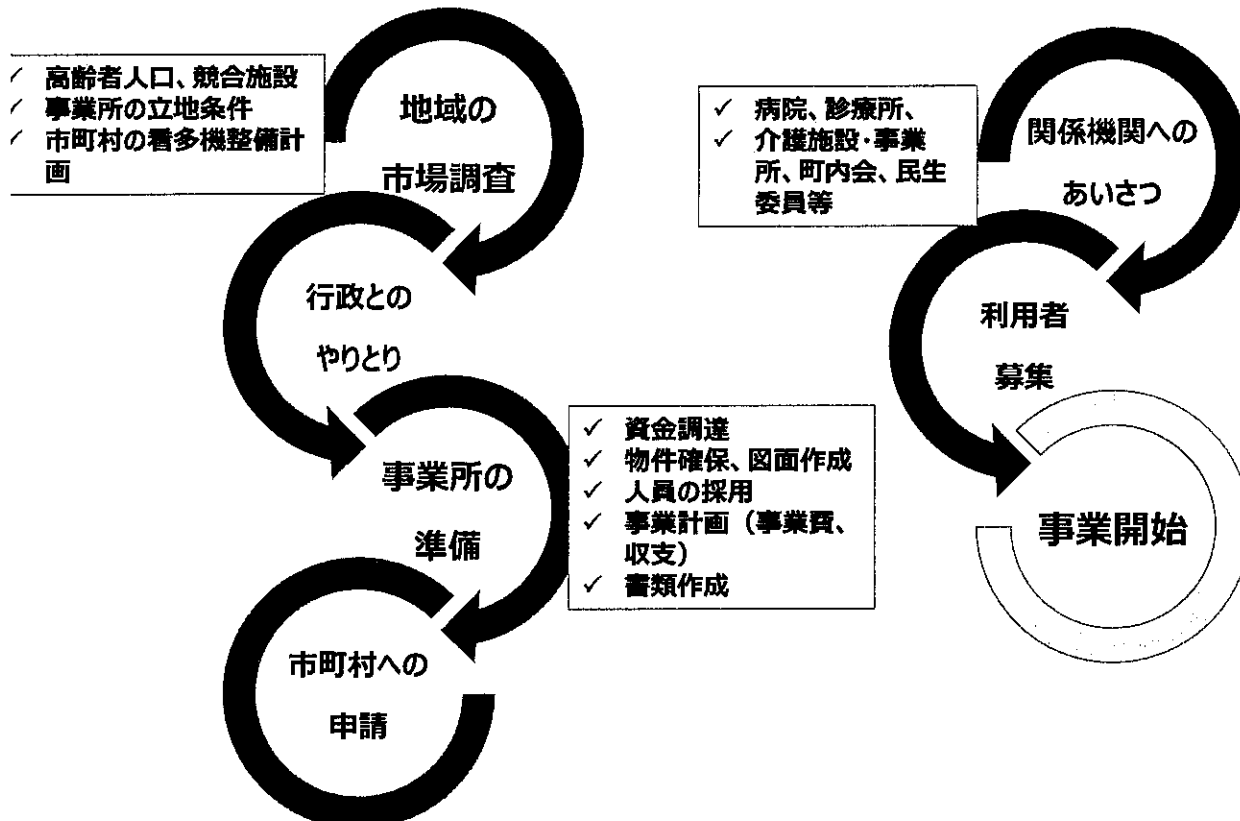
■ 利用者の希望の場所での看取り

管理者の職種	合計	心身の状態が改善することでサービス提供量が減少し、居宅サービス等移行した		
		有	無	無回答
全体	167 100%	126 75.4%	40 24.0%	1 0.6%
保健師・看護師	73 100%	60 82.2%	12 16.4%	1 1.4%
介護福祉士	65 100%	47 72.3%	18 27.7%	0 0%
その他	28 100%	19 67.9%	9 32.1%	0 0.0%

【出典】平成30年度老人保健事業推進費等補助金 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
報告書 平成31(2019)年3月
三菱UFJリサーチ&コンサルティング

31

事業開始までの流れ



32

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

平成29(2017)年度
実績値 ※1

平成32(2020)年度
推計値 ※2

平成37(2025)年度
推計値 ※2

○ 介護サービス量

	平成29(2017)年度 実績値 ※1	平成32(2020)年度 推計値 ※2	平成37(2025)年度 推計値 ※2
在宅介護	343 万人	378 万人 (10%増)	427 万人 (24%増)
うちホームヘルプ	110 万人	122 万人 (11%増)	138 万人 (26%増)
うちデイサービス	218 万人	244 万人 (12%増)	280 万人 (28%増)
うちショートステイ	39 万人	43 万人 (9%増)	48 万人 (23%増)
うち訪問看護	48 万人	59 万人 (22%増)	71 万人 (47%増)
うち小規模多機能 うち定期巡回・随時 対応型サービス	10 万人 1.9 万人	14 万人 (32%増) 3.5 万人 (84%増)	16 万人 (55%増) 4.6 万人 (144%増)
うち看護小規模多機能型居宅介護	0.8 万人	2.1 万人 (172%増)	2.9 万人 (264%増)
居住系サービス	43 万人	50 万人 (17%増)	57 万人 (34%増)
特定施設入居者生活介護	23 万人	28 万人 (21%増)	32 万人 (41%増)
認知症高齢者グループホーム	20 万人	22 万人 (13%増)	25 万人 (26%増)
介護施設	99 万人	109 万人 (10%増)	121 万人 (22%増)
特養	59 万人	65 万人 (11%増)	73 万人 (25%増)
老健(＋介護療養等)	41 万人	43 万人 (7%増)	48 万人 (18%増)

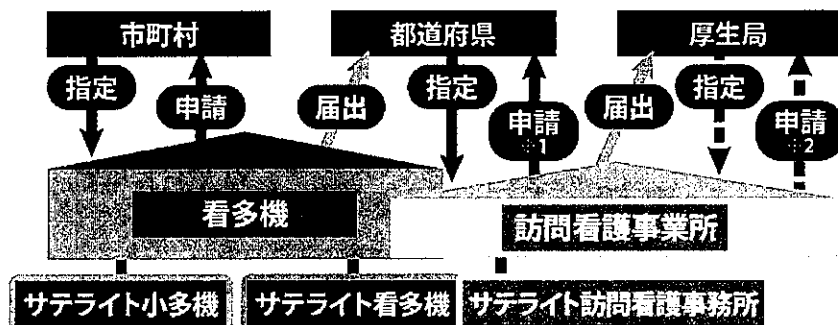
※1) 2017年度の数は介護保険事業状況報告(平成29年12月月報)による数値で、平成29年10月サービス分の受給者数(1月当たりの利用者数)。
在宅介護の総数は、便宜上、同報の居宅介護支援・介護予防支援、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスの受給者数の合計値。
在宅介護の内訳について、ホームヘルプは訪問介護(予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を食んだ場合は、119万人)、訪問リハ(予防給付を含む。)、夜間対応型訪問介護の合計値。デイサービスは通所介護(予防給付、総合事業への移行分は含まない。なお、予防給付を食んだ場合は229万人)、通所リハ(予防給付を含む。)、認知症対応型通所介護(予防給付を含む。)、地域密着型通所介護の合計値。ショートステイは、短期入所生活介護(予防給付を含む。)、短期入所療養介護(予防給付を含む。)の合計値。
居住系サービスの特定施設及び介護施設の特養は、それぞれ地域密着型サービスを食む。
※2) 平成32(2020)年度及び平成37(2025)年度の数は、全国の保険者が作成した第7期介護保険事業計画における推計値を累計したもの。
なお、在宅介護の総数については、※1と同様の方法による推計値。

サービス利用開始前の居場所別人数 (回答210事業所)

	合計人数	構成比
病院	1,581	36.6%
有床診療所	23	0.5%
老人保健施設又は介護医療院	213	4.9%
特別養護老人ホーム	18	0.4%
自宅	1,977	45.8%
その他居住系サービス	474	11.0%
その他	33	0.8%
合計	4,319	100%

出典:平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和元年度調査)、訪問看護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の在り方に関する調査研究事業報告書(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社)

- 看多機の指定申請
市区町村
- 訪問看護ステーションを併設（開設）する場合
 - ・都道府県知事（又は指定都市・中核市市長）への申請（介護保険分）
 - ・地方厚生局への申請（医療保険分、ただし介護保険法の指定を受けた場合はみなし指定される）
- 都道府県への看多機の事業開始届や、厚生局への訪問看護ステーションの基準に係る届出も必要



35

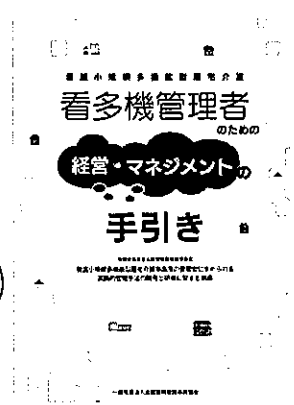
看多機の指定申請に必要な添付書類（例）

- ① 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- ② 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表★
- ③ 管理者の経歴
- ④ 事業所の平面図
- ⑤ 設備・備品等に係る一覧表
- ⑥ 運営規程★
- ⑦ 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要★
- ⑧ 当該申請に係る事業に係る資産の状況
- ⑨ 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容★
- ⑩ 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要
- ⑪ 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項
- ⑫ 欠格要件に該当しないことを誓約する書面★
- ⑬ 役員の氏名等
- ⑭ 介護支援専門員の氏名等
- ⑮ 運営推進会議の構成員

※提出書類は市区町村により異なるため、届出窓口でご確認ください。
 ※★は申請時に運営基準の順守を確認するための資料に該当

36

職員の採用後のフォロー



相談体制の構築

管理者の
アンテナ

通いからはじめて、その後訪問看護・
介護の同行へと移行

ステップアップ

OJTの実施

教えるポイント
のリスト化

令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者に求められる実践的管理手法の開発と研修に関する事業報告書」一般社団法人全国訪問看護事業協会

37

収入の試算（例）

介護保険

医療保険

利用料等

シミュレーション

- 登録利用者25名、通い定員15名、宿泊定員5名
- 登録利用者の要介護度
中・重度の方が多いと仮定
- 宿泊費
1泊2,000円
- 食費
朝・昼・夕それぞれ1食500円、食材は1食300円

38

