

訪問看護ステーションは  
住みなれた場所で、自分らしく生きる  
ことを支えます

## 看護小規模多機能型居宅介護の創設背景と 運用課題



全国訪問看護事業協会 齋藤 訓子  
(前 関東学院大学 教授・学部長)



一般社団法人

# 全国訪問看護事業協会

The National Association for Visiting Nurse Service

訪問看護事業に関する全国的な情報の拠点として、訪問看護事業の普及活動、広報活動を行い、老人訪問看護ステーションの整備促進の一助とするとともに、平成6年の老人保健法の改正においてサービスの自己評価の努力義務が規定されたことを受け、訪問看護事業のサービスの質の向上に関する研究等を行い、訪問看護事業者の資質の向上を図ることにより、適切な訪問看護事業の発展に寄与しようとするものである。

<https://www.zenhokan.or.jp/>

協会概要

訪問看護とは？

最新情報

お役立ち情報

ガイド

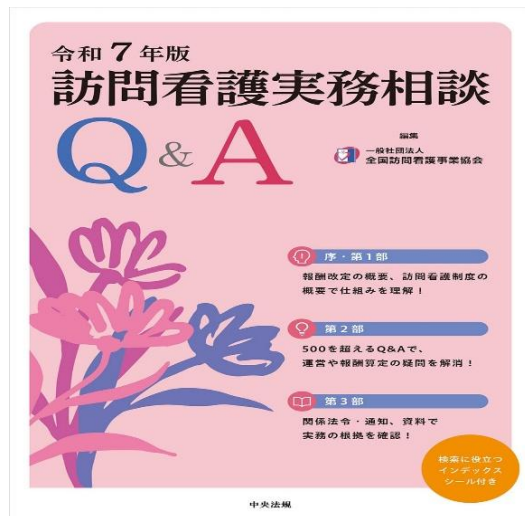
調査研究

研修会

実務相談

書籍・販売物

賠償責任保険



報酬等、解釈や運用に困った場合は、こちらから相談できます。

# 講和內容

1. 介護保険の理念と超高齢社会の動向
2. 地域密着型サービスの基本
3. 看護小規模多機能型居宅介護サービスの創設背景
4. サービスの仕組みと報酬体系
5. 現状と課題






# 介護保険制度の導入背景と基本的な考え方

## 【社会的背景】

- ・高齡化の進展：1970年代に高齡化率7%、1990年には14%を超え、世界最速のスピードで高齡化が進み、介護ニーズは大きくなる。
- ・家族形態の変化：核家族化、並びに介護側の高齡化で高齡者の介護を家族には頼れない状況。
- ・これまでの老人福祉・老人医療制度での対応は限界



**高齡者の介護を社会全体で支えあう仕組み 介護保険制度を創設**  
(1997年介護保険法成立、2000年施行)

## 【基本的な考え方】

- ・**自立支援**：単に身の回りの世話だけではなく、あくまで高齡者、利用者にとっての自立支援であること
- ・**利用者本位**：利用者の選択によって、多様な主体から保健医療福祉サービスを総合的に受けられる制度
- ・**社会保険方式**：給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

# 介護保険法

## 第一条

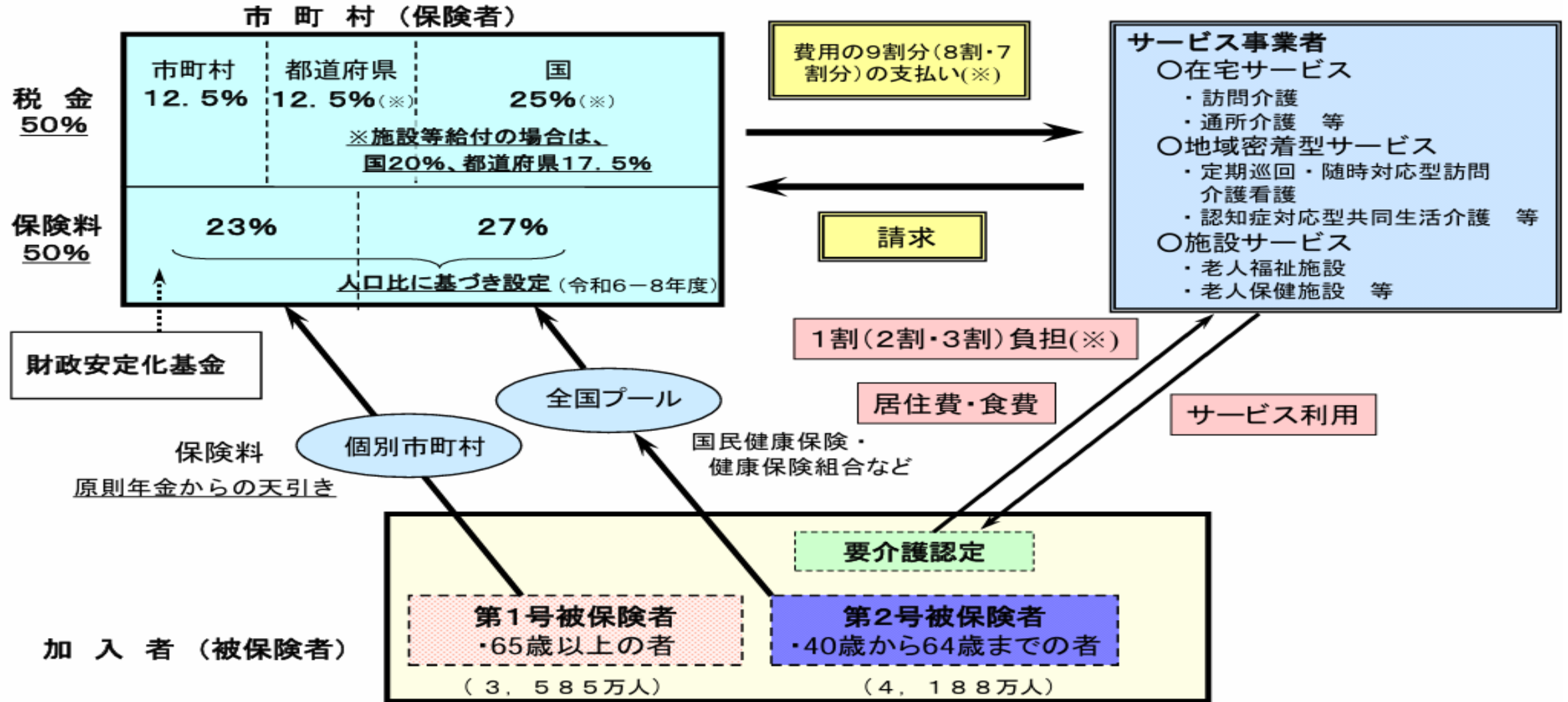
この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な保健医療サービスおよび福祉サービスに係る給付を行うため、**公民の共同連帯の理念**に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

## 第二条

介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、必要な保険給付を行うものとする。

- 2 前項の保険給付は、**要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行なわれる**とともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。

# 介護保険制度の仕組み

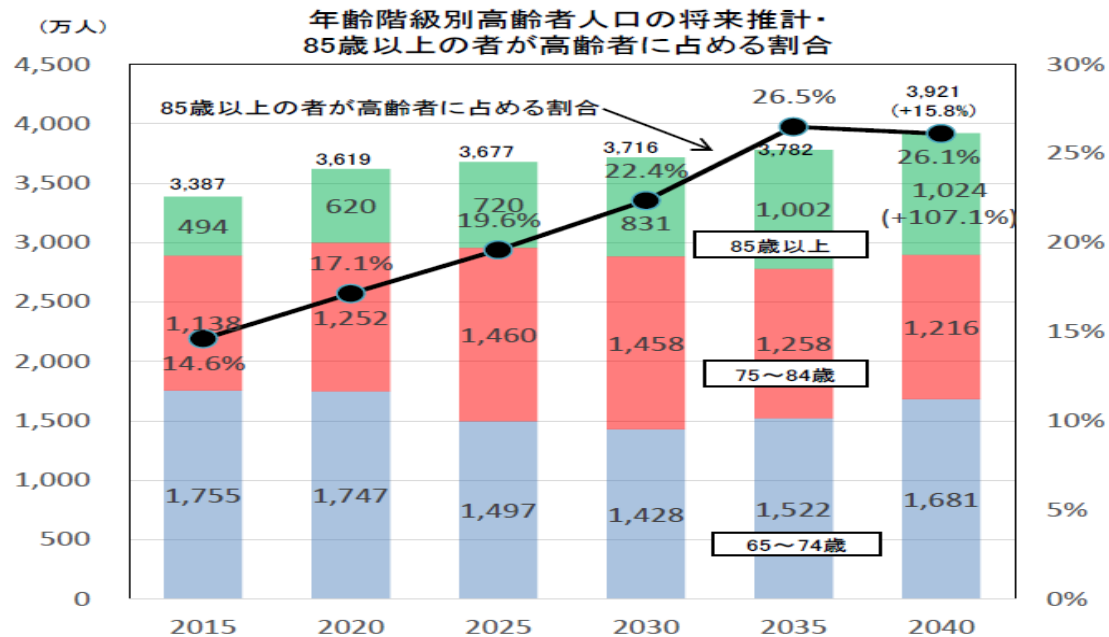


（注）第1号被保険者の数は、「令和4年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、令和4年度末現在の数である。

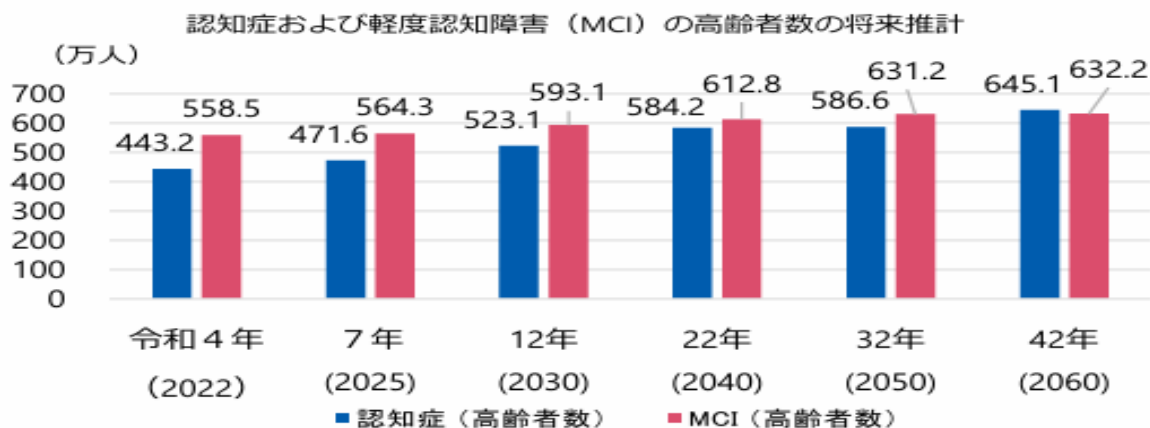
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、令和4年度内の月平均値である。

（※）一定以上所得者については、費用の2割負担（平成27年8月施行）又は3割負担（平成30年8月施行）。

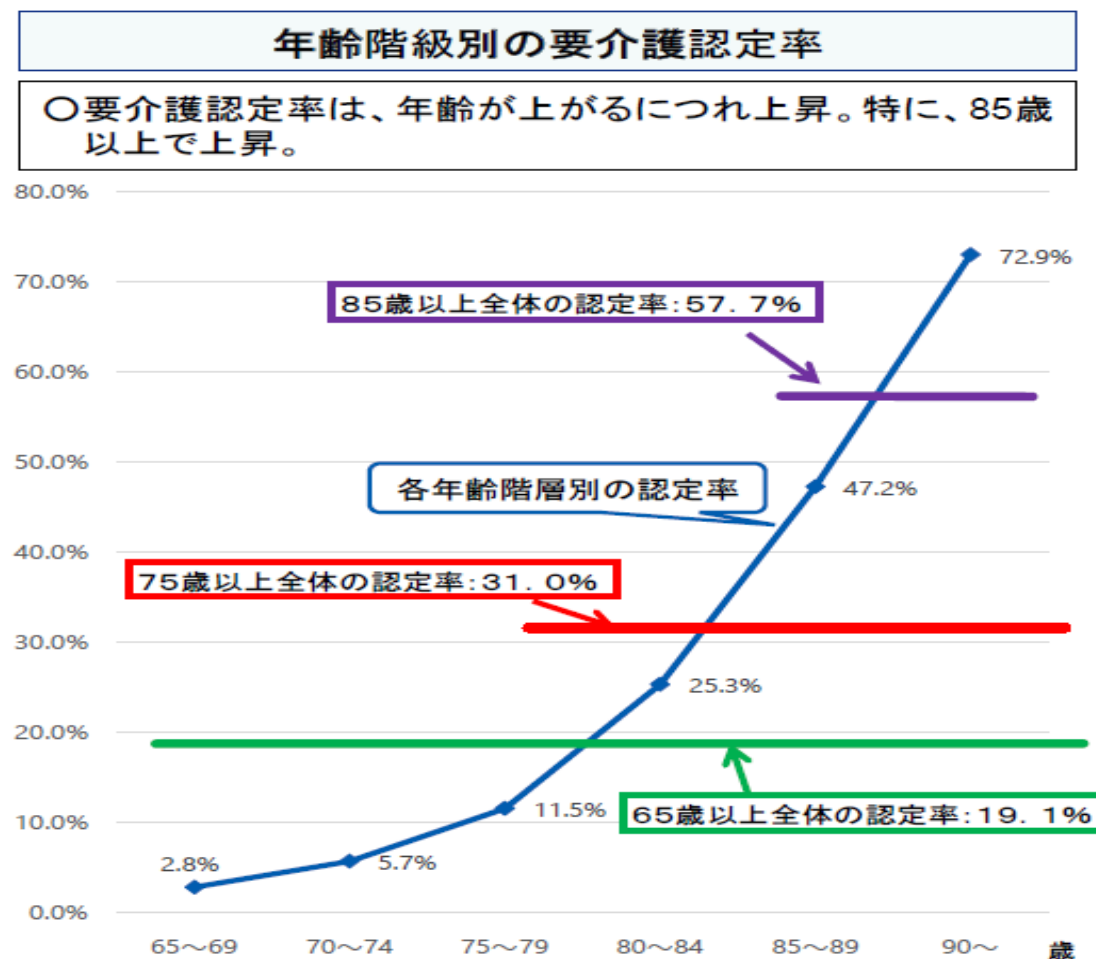
# 超高齢社会の主な特徴



出典：2040年頃の社会保障を取り巻く環境  
(平成30年9月12日 総務省地方制度調査会専門小委員会厚生労働省ヒアリング資料)



資料：「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」（令和5年度老人保健事業推進費等補助金 九州大学 二宮利治教授）より厚生労働省にて作成

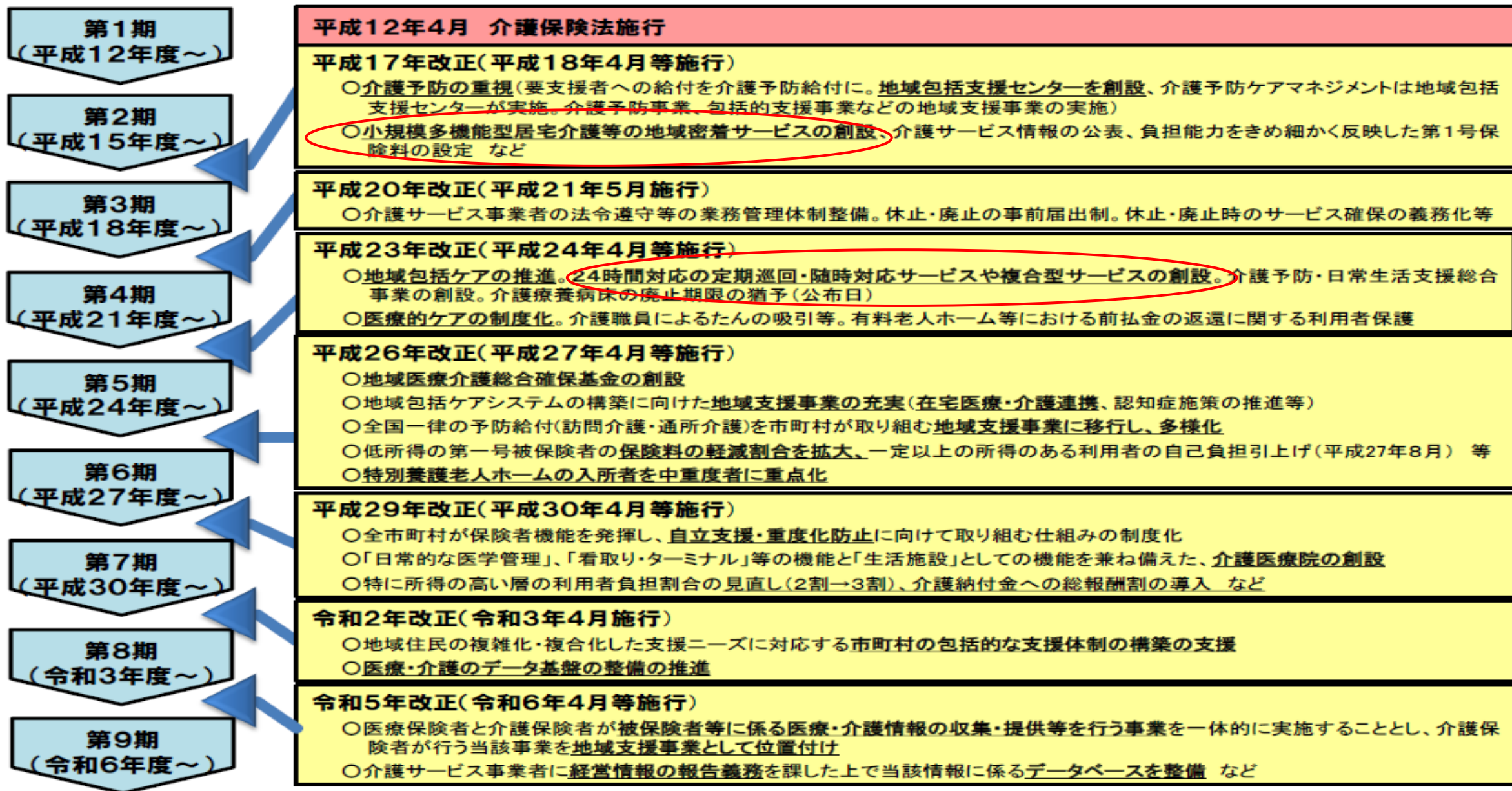


出典：2023年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2023年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成  
注）要支援1・2を含む数値。

出典：厚生労働省 第116回社会保障審議会介護保険部会 資料



# 介護保険制度の主な改正の経緯





# 地域密着型サービスの創設（2005年）

- 中重度の要介護高齢者、認知症高齢者が可能な限り、住み慣れた地域の中で暮らし続けていけるよう、身近な市町村が指定した事業者がサービス提供を行う。
- 施設などの規模が小さいので、利用者のニーズにきめ細かく応えることができると期待されており、事業者が所在する市町村に居住する者が利用対象者となる。
- サービス種類は現在まで12種類

## ◎地域密着型介護サービス

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 看護小規模多機能型居宅介護  
（複合型サービス）
- 認知症対応型共同生活介護  
（グループホーム）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 地域密着型通所介護

## ◎地域密着型介護予防サービス

- 介護予防認知症対応型通所介護
- 介護予防小規模多機能型居宅介護
- 介護予防認知症対応型共同生活介護  
（グループホーム）

# 看護小規模多機能型居宅介護サービス概要

**1101事業所** (2025年2月時点)



- 2012年に創設された地域密着型サービス
- 「通い」「泊り」「訪問介護」「訪問看護」を利用者の状態に応じてフレキシブルに提供
- 登録定員：29名まで
- 介護報酬：利用者1人当たり要介護度別の月額定額報酬＋加算
- そのほか実費：食事、おやつ、宿泊料など

# 看多機（複合型サービス）創設の社会的背景と経緯

## 医療依存度が高くなると在宅では看とれない？

### 現状

#### ①地域ではサービス空白地帯が存在している。

- ・医療依存度が高い利用者が退院するときに、在宅以外に選択肢がない
- ・重度、長期化する介護を支えている家族のレスパイト施設がない
- ・がん末期の在宅療養者は外出先がなく、閉じこもってしまう
- ・在宅死を望んでいるが、在宅での看取りを支援してくれるところがない

#### ②在宅療養を継続できない

- ・自宅で状態悪化や症状変化が起きると在宅に居られず、在宅療養を断念せざるを得ない



### ヒアリング

医療依存度の高い要介護（支援）者を支える多機能サービスのニーズについてヒアリング実施

○ヒアリング対象者・施設：計28施設、33名

（訪問看護ステーション、在宅療養支援診療所、病院退院調整部門、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、医療型療養病床等）

●在宅療養を断念するのはどのようなケースか？

●医療依存度の高い要介護（支援）者の在宅療養を支えるにはどのような仕組みが必要か？

# ヒアリングから見えてきた課題

## A 病院 退院調整部門

- ・ 家族の介護負担感の増大による、レスパイト的な緊急入院が多い
- ・ 在宅看取りに対する**家族の不安**があり、在宅看取りへの覚悟が揺らいだケース
- ・ **夜間独居状態**にあり、ご家族と連絡が取れないため本人の不安がつのったケース



## B 在宅療養支援診療所

- ・ 病院に入院したケースは、すべて自宅での**介護力不足**が問題  
(介護サービスさえあれば、ほとんどの医療的な対応、症状緩和は在宅でも可能)
- ・ **最終末期の2～3週間を家族が支えきれない**  
例) 患者の病状が進行し家族がコントロールできない状況が発生する  
不定期・不安的に「尿意がある」「水が飲みたい」「体を少し動かしてくれ」等で、家族が限界に達する
- ・ 「緩和ケア外来などでの日中デイホスピス」、「家族のレスパイト用の ショートステイ」が必要



## C がんセンター

- ・ 動けなくなるのは最期の何週間にすぎないが、その動けなくなった時を支える・見られる場所がない。  
**日常生活の場を中心にタイムリーに医療や看護が入れる仕組みが必要**
- ・ **家事援助**がない為に在宅で生活できず、入院で何とかするという現状では、病院ももたない。  
現状では、不具合がある場合は全て病院が最終の受け皿になっている



## D 患者団体

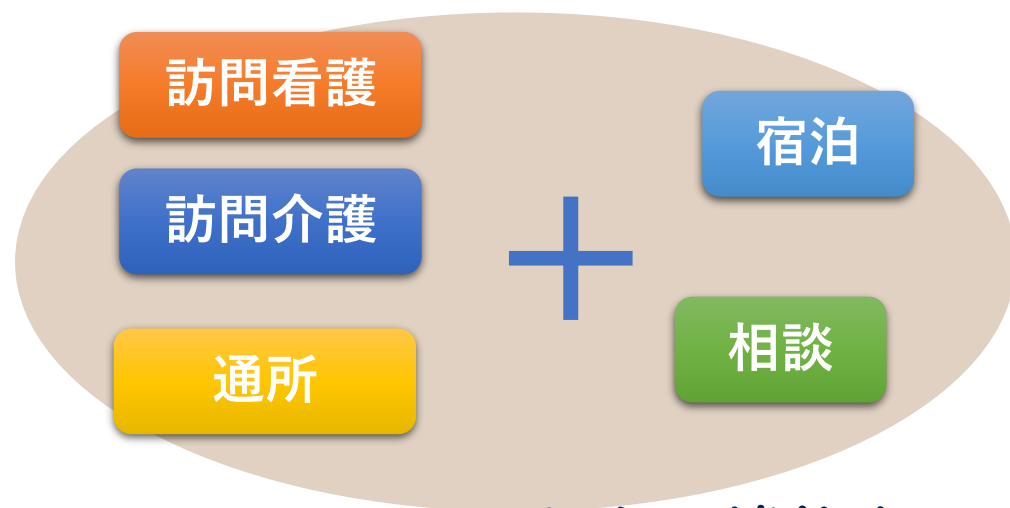
- ・ 「看取るというイメージがつかめない」「在宅で何がどのように進行するのか見通しがつかない」「在宅療養に係る負担が非常に大きいのではないか」といった**家族の不安が大きい**
- ・ (重度者を家でみるために)**身近な相談窓口がない**
- ・ 病院と在宅を柔軟に行き来できる仕組み、**宿泊機能のあるサービスが必要**
- ・ 医療依存度が高い方を受け入れてくれる**宿泊施設**があるとよい





# 中重度者の在宅療養に対応できるしくみを提案

訪問看護や訪問介護が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



- 病状の変化時や 家族のレスパイトにも対応できる
- 退院して在宅へ戻るための 受け皿として利用できる
- 在宅療養上の不安や疑問を気軽に相談できる

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、通所、宿泊）を**  
一体的に提供できるような、新サービスの創設を要望

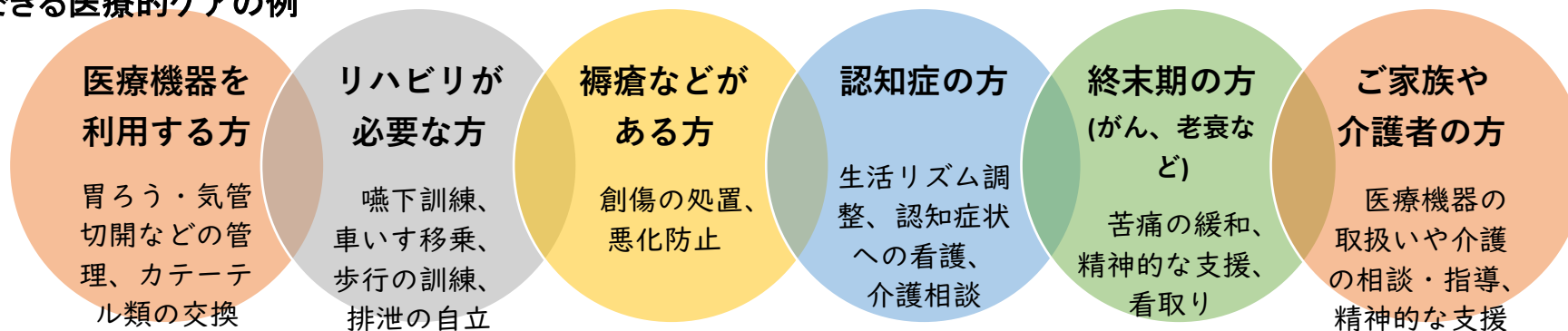
（平成22年8月23日 社会保障審議会介護保険部会において日本看護協会提案）

# 看護小規模多機能型居宅介護に期待される役割

## 医療ニーズの高い方の受け入れが可能に

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ます。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ります。

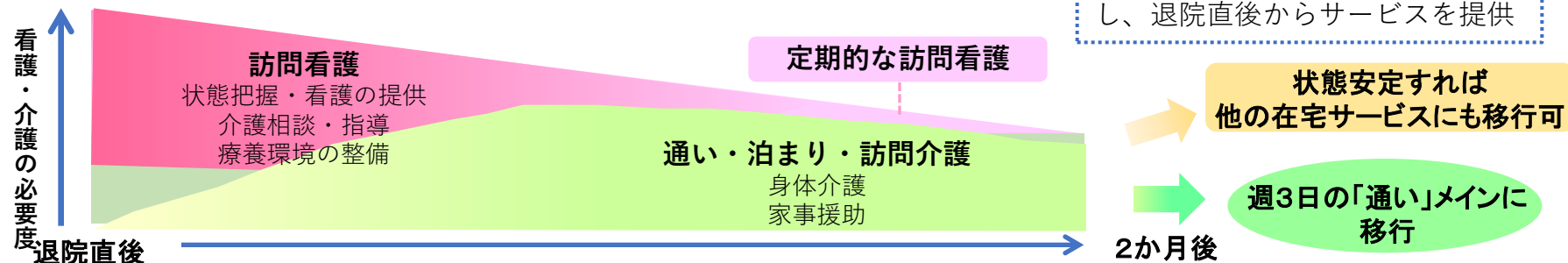
### ●看多機で対応できる医療的ケアの例



## 利用者の自立を高めるケアの提供

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、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ます。

### 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



例：気管切開をした状態で退院、家族が介護に不慣れな利用者に対し、退院直後からサービスを提供



# 看護小規模多機能型居宅介護における排泄の自立に向けたケア

## 【事例】90歳代 女性 要介護度3 脳梗塞後 廃用症候群 高脂血症 誤嚥性肺炎の既往あり

脱水・発熱のため入院していたが、状態改善し退院。高齢の妹と二人暮らしであったため、姪たちは施設入所を促したが、本人及び妹の在宅療養の強い希望があり看多機利用開始。入院中は安静臥床であったためADLが低下し、排泄はおむつを使用していた。同居の妹も要介護状態であったため、自立が必要であった。

利用開始時の看多機利用パターン

月	火	水	木	金	土	日
泊まり	泊まり	通い	通い	訪問看護	訪問看護	自宅

看多機利用  
開始時の  
看護師による  
アセスメント



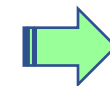
介入内容



介入結果

### 排泄の自立が在宅療養継続のキーポイントであると判断

- ・尿意の確認をし、尿意があることを確認
- ・トイレまでの移動や衣服の上げ下げ等、排泄に係るADLの状況を確認する
- ・自宅でもトイレまでの環境を整備すれば、トイレでの排泄が可能と判断
- ・排尿パターンや水分摂取量について把握



トイレでの  
排尿が可能  
と判断

#### 訪問看護での介入

- ・自宅でトイレまで安全に往復できるような環境整備(手すりをつけるなど)を行う

#### 通い・泊まり時の介入

- ・筋力アップと安全な移動のため、歩行器を選択し、移動動作を確認しながら歩行器を用いた歩行訓練開始
- ・尿意に合わせて、通い・泊まり時にもトイレ誘導を行う

おむつでの排泄からトイレでの排尿が可能になった

# 看護小規模多機能型居宅介護 指定基準

## 人員

### 【管理者】常勤かつ専従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事者また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研修）を修了した者

②保健師もしくは看護師（研修受講は不要）

### 【人員基準】

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能）

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

ていれば夜勤・宿直職員配置は不要▶配置基準の設定は不要）

看護職員 常勤換算2.5人以上（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1人以上

（同一事業所の他の職務と兼務可、非常勤可）

## 設備

### 【登録定員】29人以下（サテライト事業所：18人以下

➤ 通いサービス：登録定員の1/2～15人まで

登録定員が25名以上	26人または27人	28人	29人
1日の利用定員	16人	27人	18人

➤ 宿泊サービス：通いサービス利用定員の1/3～9人（サテライト事業所は6人まで）

### 【設備等】

・事業所は居間、食堂、台所、宿泊室、浴室、消火器設備そのほか非常災害に際して必要な設備そのほかのサービス提供に必要な設備・備品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名 床面積7.43m<sup>2</sup>以上

個室以外の宿泊室を設ける場合：プライバシーが確保される、面積おおむね7.43m<sup>2</sup>×宿泊サービス利用定員一個室の定員数

➤ 立地：住宅地、住宅地と同程度に利用者家族や地域住民との交流の機会が確保される地域



# 報酬体系の構造：基本＋加算

基本：看護小規模多機能居宅介護費（/月）

加算

同一建物居住者以外	
要介護 1	12447単位
要介護 2	17415単位
要介護 3	24481単位
要介護 4	27766単位
要介護 5	31408単位

同一建物居住者	
要介護 1	11214単位
要介護 2	15691単位
要介護 3	22057単位
要介護 4	25017単位
要介護 5	28298単位

初期加算（/日）	30単位
認知症加算（/月）	①～④920～460単位
認知症行動・心理症状緊急対応加算（/日）	200単位（短期利用7日限度）
若年性認知症利用者受け入れ加算（/月）	800単位
栄養アセスメント加算（/月）	50単位
栄養改善加算（/回 月2回まで）	
口腔・栄養スクリーニング加算（/回 6か月に1回）	①20単位 ②5単位
口腔機能向上加算（/回 月2回まで）	①150単位 ②160単位
退院時協同指導加算（/回）	600単位
専門管理加算（/月）	250単位
遠隔死亡診断補助加算	150単位
褥瘡マネジメント加算（/月）	①3単位 ②13単位
排泄支援加算（/月）	①～③10～20単位
科学的介護推進体制加算（/月）	40単位
生産性向上推進体制加算（/月）	①100単位 ②10単位
区分支給限度基準額の枠外	
緊急時対応加算（/月）	774単位
特別管理加算（/月）	①500単位 ②250単位
ターミナルケア加算（/月）	2500単位
看護体制強化加算（/月）	①3000単位 ②2500単位
訪問体制強化加算（/月）	1000単位
総合マネジメント体制強化加算（/月）	①1200単位 ②800単位
サービス提供体制加算（/月）	イ：①～③750単位～350単位 ロ：①～③25単位～12単位
介護職員等処遇改善加算（/月）	①～④所定単位×149/1000～146.134.106
特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算	基本報酬×15/100
中山間地域等における小規模事業所加算	基本報酬×10/100
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	基本報酬×5/100

# 報酬体系：減算、短期入所

## 減算

- ・ 症状緊急過少サービスに対する減算
- ・ 訪問看護体制減算
- ・ サテライト体制未整備減算
- ・ 医療保険での訪問看護提供の減算
- ・ 特別指示による頻回の医療保険の訪問看護提供の減算
- ・ 身体拘束未実施減算
- ・ 高齢者虐待防止措置未実施減算
- ・ 業務継続計画未実施減算

## 短期入所（宿泊定員の範囲以内、7日以内等）

要介護 1	571単位
要介護 2	638単位
要介護 3	706単位
要介護 4	773単位
要介護 5	839単位

加算：認知症行動・心理症状緊急対応加算 生産性向上推進体制加算  
サービス提供体制強化加算 介護職員等処遇改善加算  
中山間地域等における小規模事業所加算

減算：定員超過利用減算 人員基準欠如減算 身体拘束は医師未実施減算  
高齢者虐待防止措置未実施減算 業務継続計画未実施減算

# サービス提供例

## Aさんの利用例（曜日毎に異なるサービス利用）

80代女性 認知症 要介護3 娘と二人暮らし

月曜日

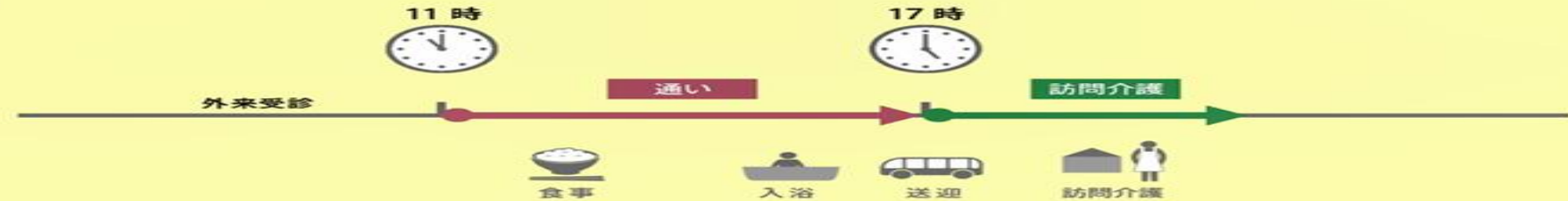
介護者の帰宅が遅い日



月曜日は仕事をしている娘さんの帰りが遅い日です。朝9時に事業所の送迎があり、到着後は歩行訓練・昼食・入浴・創作活動をして過ごしました。夕食後の19時に事業所の送迎で自宅に帰り、着替えの手伝いをしているところに、娘さんが仕事から帰ってきました。

火曜日

外来受診日



火曜日は外来受診の日です。受診後、家族の送迎で事業所に到着。昼食・入浴・他の利用者と談笑をして過ごしました。17時に事業所の送迎で帰宅しました。

## Cさんの利用例（退院直後の利用）

80代男性 慢性心不全、慢性腎不全、心筋梗塞の既往あり  
要介護1 息子と二人暮らし



入退院を繰り返していたCさん。退院直後から『泊まり』の利用を開始し、看護師が健康状態の観察や普段の生活状況を詳しく聞き、病状悪化の原因を話し合いました。ご本人だけでなく、息子さんにも介護指導を行い、『訪問看護』と『通い』でサポートを続けました。その後は入院することなく、通いを利用しながら自宅で過ごせるようになりました。

## Dさんの利用例（事業所内での看取り）

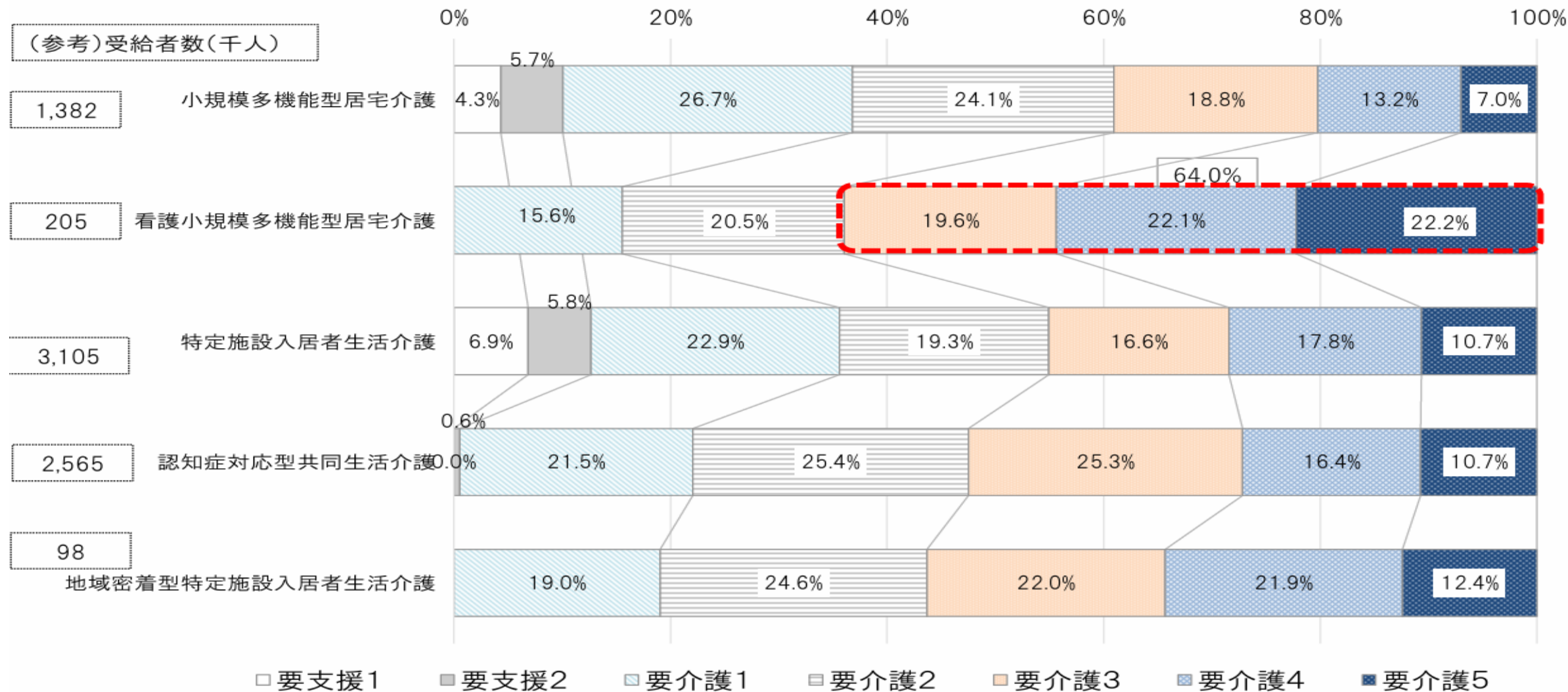
80代女性 がん末期 要介護3 一人暮らし



入院して治療を受けていたDさん。「最期は自宅で過ごしたい」と看多機の利用を開始。平日は4つのサービス、土日は自宅で過ごしていました。「自宅で一人で過ごすのは不安だ」と話すようになったため、事業所スタッフや医師、弟さんと話し合いの場が持たれ、今後は主に『泊まり』を利用することになりました。ご本人の意向に沿ったケアを行い、1週間後、スタッフの見守る事業所内でDさんを看取りました。



# 看護小規模多機能型居宅介護の現状 要介護度が高い

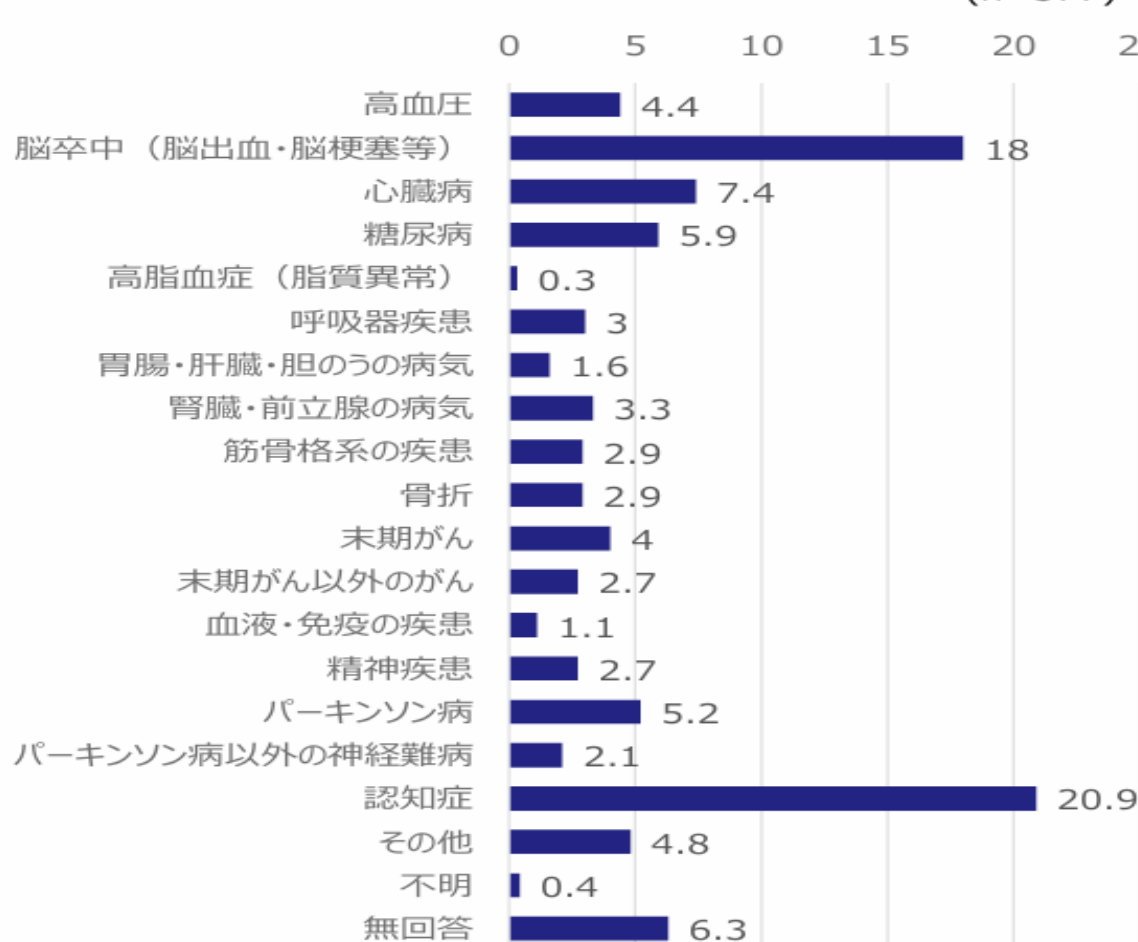


【出典】介護給付費等実態統計報告(令和3年5月審査分～令和4年4月審査分)

# 看護小規模多機能型居宅介護の現状 ケア内容

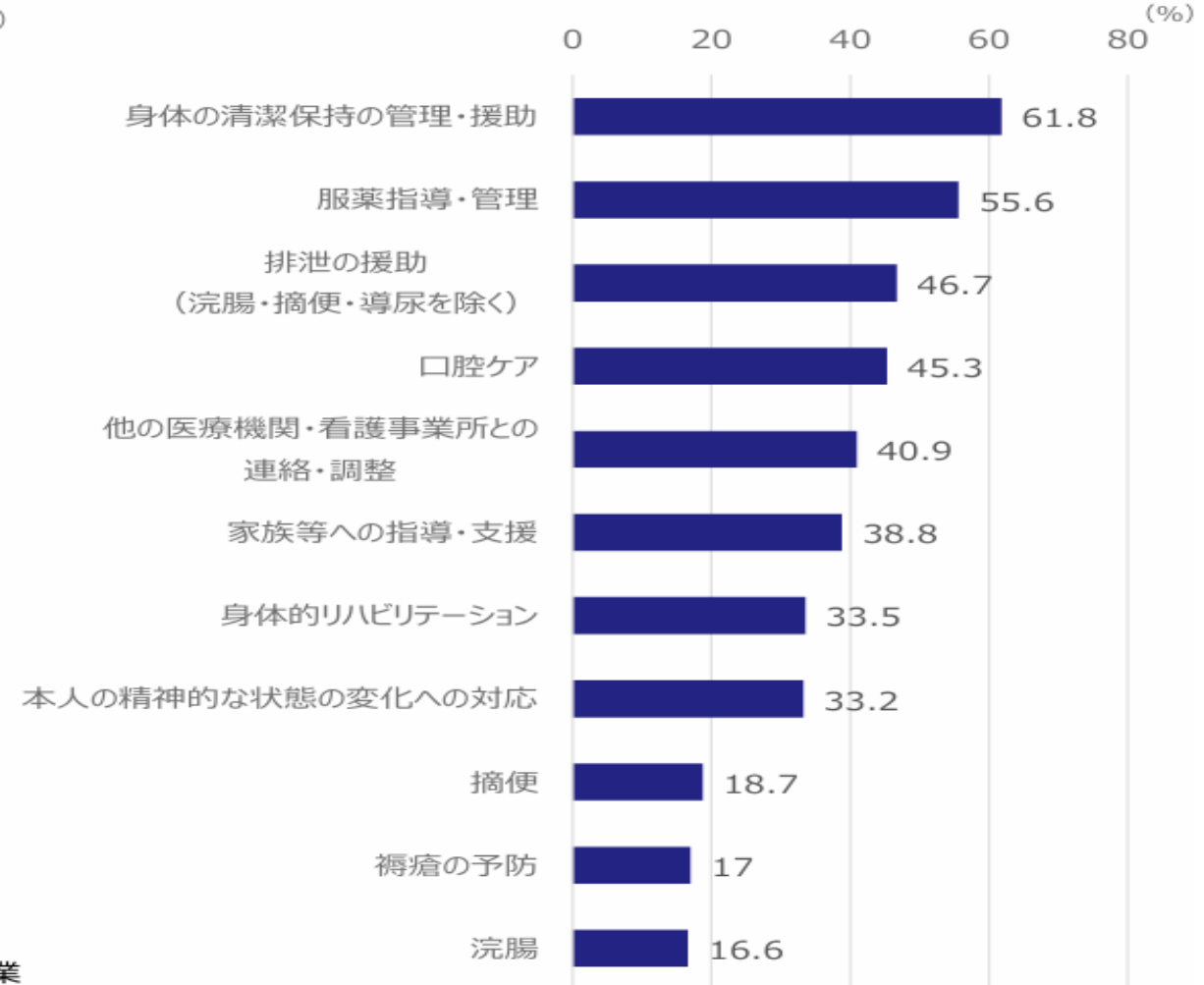
## ■ 利用者の主傷病

認知症（20.9%）、脳卒中（18%）が多い。

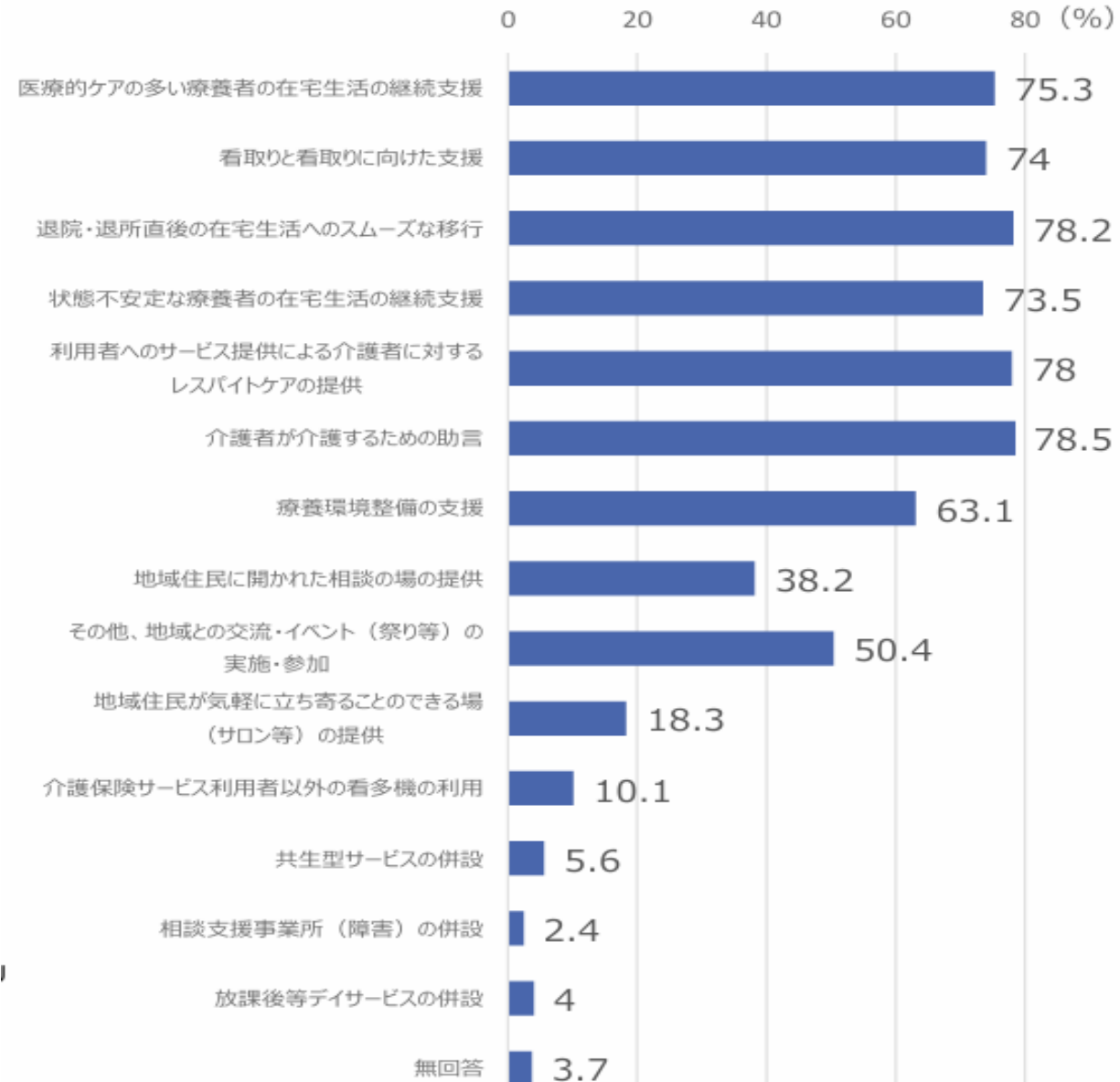


## ■ 提供している主なケア

・「身体の清潔保持の管理・援助」（61.8%）、「服薬指導・管理」（55.6%）が多い。



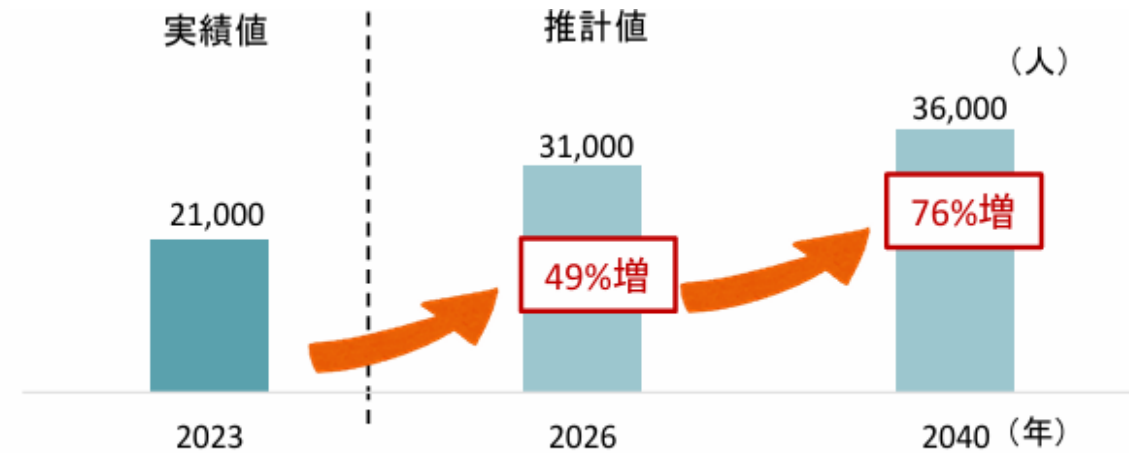
# 看護小規模多機能型居宅介護の現状 役割・機能



n=167  
複数回答

- ・ 医療依存度が高い方の在宅療養継続支援
- ・ 地域移行
- ・ 家族への助言 などの割合が高い

## 今後の利用者見込み



出典：厚生労働省報道発表資料（令和6年5月14日、増加率は2023年度比による）

# 運用課題！ 利用者確保

- どこにアプローチ？ 待っていても利用者はこない
- 自身のサービスで何ができるのか、利用者さんへの貢献は何か？



- 病院の地域連携室、外来部門、居宅介護事業所、  
地域包括支援センターへ何ができるかをわかりやすく

EX：こんな困りごとありませんか？

独居で心配、入退院繰り返しています、  
病気の自己管理が難しい、家族の疲弊

・ 看護小規模多機能の知名度はほぼ「ゼロ」  
・ 訪問看護でさえまだ30年  
・ 地域医療は再構築の時代

- 地域住民への説明：町内会、イベント参加、回覧板、見学会



# 運用課題Ⅱ 人材確保

- ・看護師も介護職も確保できない。
- ・採用したけど定着しない。



- 何が出来ればよいか、具体的に示して採用
- 離職の原因は何か、対話をしつつ、業務に意味や価値を見出せる

ちなみに・・・

- ・病院勤務の看護職の退職したい理由→ほかの看護の職場に興味がある
- ・日本の高齢者の就業意欲は「働けるうちはいつまでも」21%

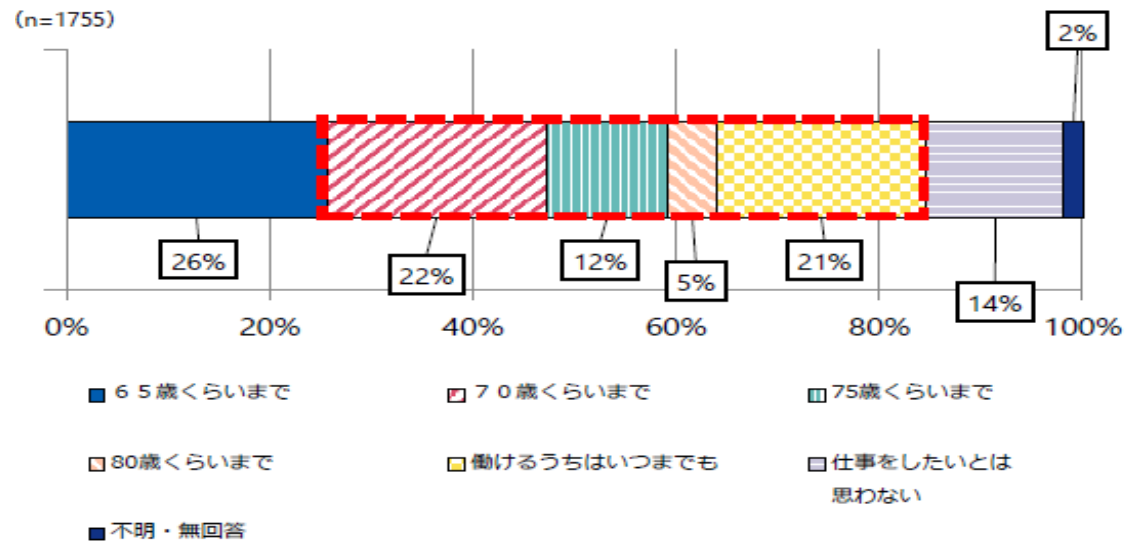
# 看護職の退職したい理由

40代を除けば、ほかの職場への興味が第1位。ライフイベントの他に長時間勤務、夜勤負担、処遇への不満がその年代にもあり、健康状態は若い世代でメンタル不調が上位にある。

	全体 (n=32,425)	%	20代(n=2890)	%	30代(n=5481)	%	40代(n=9094)	%	50代(n=9874)	%
第1位	看護の他の職場への興味	14.5	看護の他の職場への興味	22	看護の他の職場への興味	18.4	子育て	15.8	看護の他の職場への興味	13.5
第2位	子育て	10.7	転居	12.6	子育て	14.9	看護の他の職場への興味	15.7	親族の介護	9.2
第3位	転居	8.4	自分の適性・能力への不安	11.7	転居	11	長時間勤務・超過勤務	7.6	自分の健康(身体面)	8.3
第4位	結婚	8	自分の健康(メンタル)	11.5	長時間勤務・超過勤務	9.6	結婚	7.6	長時間勤務・超過勤務	7.2
第5位	長時間勤務・超過勤務	7.5	夜勤負担が大きい	11.5	夜勤負担が大きい	9.1	転居	7.5	子育て	7.1
第6位	自分の健康(身体面)	7.4	長時間勤務・超過勤務	10.9	結婚	8.5	妊娠・出産	7.1	転居	7.1
第7位	親族の介護	6.2	結婚	10.3	家事との両立困難	7.8	自分の健康(身体面)	6.5	結婚	6.1
第8位	夜勤負担が大きい	5.8	自分の健康(身体面)	8.8	給与・昇給等への不満	7.7	家事との両立困難	6.5	夜勤負担	5.1
第9位	定年	5.8	責任の重さ・医療事故への不安	8.8	妊娠・出産	6.9	給与・昇給等への不満	5.6	休暇が取れない	4.8
第10位	給与・昇給等への不満	5.3	興味・やりがいがない	7.7	自分の健康(メンタル)	6.3	親族の介護	5	配偶者の転勤	4.6

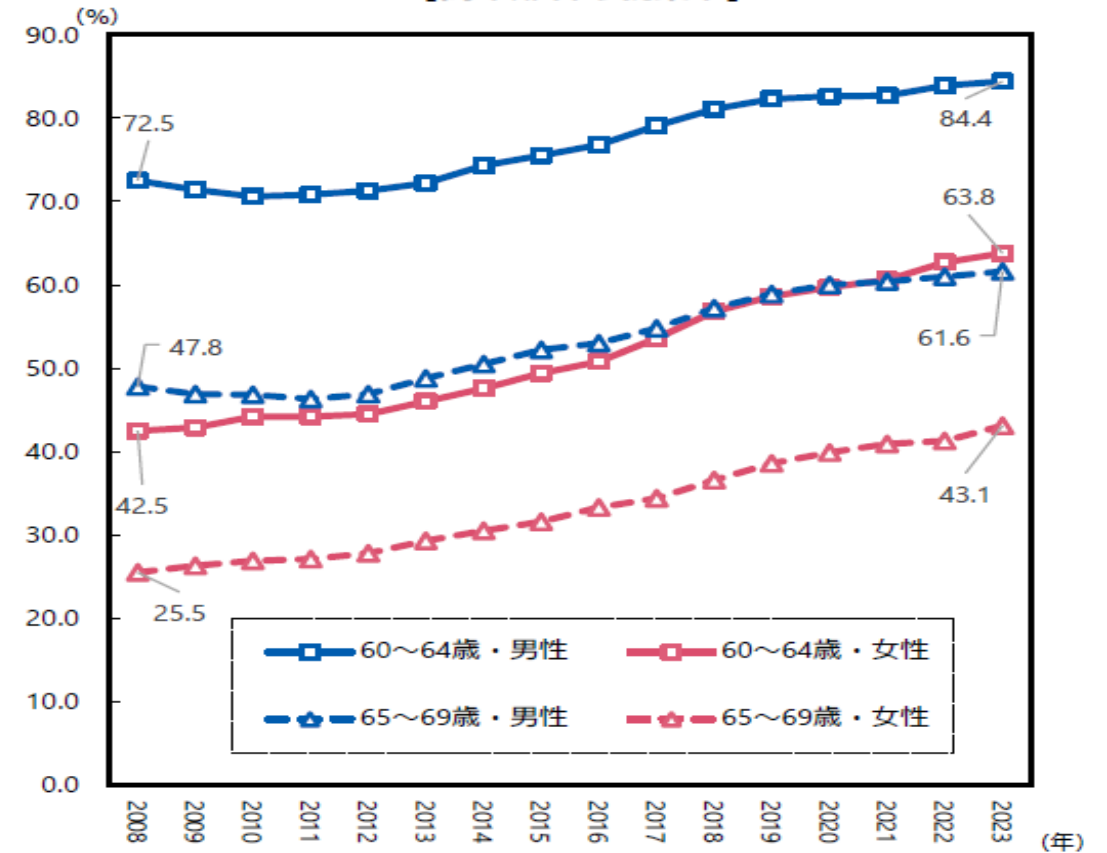
# 高齢者の就業意欲

【高齢者の就業意向】



(資料出所) 内閣府「令和元年度 高齢者の経済生活に関する調査」より作成  
(注) 全国の60歳以上(平成31年1月1日現在)の男女(施設入所者は除く)を対象に、「何歳まで収入を伴う仕事をしたいか」との質問に対する回答。

【高齢者の就業率】



(資料出所) 総務省統計局「労働力調査」より作成

# 運営課題Ⅲ 介護との協働

## 利用者のゴールの共通認識を徹底しよう

### 看護の価値感と介護の価値観は似て非なるもの（私見）

#### 看護職

- ・看護師、介護職員、計画作成担当者と一緒に退院前カンファレンスに参加することで、病院から得られる情報が多いと感じる。
- ・看護師、介護職員、計画作成担当者と一緒に事業所内でのカンファレンスを行うと、新しい気付きや発見がある。
- ・在院日数の短縮化が進んでいく中で、地域における看護小規模多機能型居宅介護の役割は、在宅復帰の受皿になることだという認識をもっている。
- ・看護師がいることで、病院や在宅医などの医療従事者とも連携が図りやすいと感じる
- ・看護師、介護職員、計画作成担当者からの意見が、サービスの改善に繋がっていると感じる。
- ・看護師、介護職員、計画作成担当者それぞれの専門性に基づいたアセスメントからケアプランを作成している。

#### 介護職

- ・看護師がいることで、病院や在宅医などの医療従事者とも連携が図りやすいと感じる。
- ・在院日数の短縮化が進んでいく中で、地域における看護小規模多機能型居宅介護の役割は、在宅復帰の受皿になることだという認識をもっている。
- ・看護小規模多機能型居宅介護事業に従事してから、医療的な知識が深まったと感じる
- ・事業の収益性を考えると、看護小規模多機能型居宅介護の各種加算を算定するために、医療的ニーズの高い利用者を積極的に受け入れていきたいと思う。
- ・「在院日数の短縮化が進んでいく中で、病院のMSWは特に医療的ニーズの高い方の退院調整に苦勞されているように感じるので、積極的に受け入れる努力をしている。



# 看護職のコンピテンシー

専門的判断を含む知識、技術、価値観及び態度、それらを統合する能力からなる潜在的なコンピテンスを前提として、実際の行為として意図的にケアに表現される行動特性

カテゴリー	サブカテゴリー	avg. <sup>※</sup>	SD <sup>※</sup>
【その人の生活の中で歩み寄り続ける】	生活歴の中でのその人をとらえる	3.83	0.40
	場により違う姿をみせるその人に気づく	3.73	0.48
	じっくり関わり続ける	3.69	0.56
	率直な気持ちを伝えあえる関係性を築く	3.60	0.62
	その人や家族の望みを確認し続ける	3.78	0.43
【その人や家族の強みを引き出し生活に取り入れる】	その人ができる方法を生活に取り入れる	3.83	0.40
	その人の力が高まるように自己管理できることを調整する	3.57	0.59
	その人の状況をその人自身や家族にわかりやすく伝え、共有する	3.81	0.43
	その人の機能を維持回復するよう支援する	3.71	0.51
【個々に合わせ臨機応変にケアを創造する】	その人の個性を重視する	3.80	0.43
	その人の生活を重視する	3.73	0.46
	その人・家族の思い（希望）を叶える	3.62	0.52
	その人の思いだけを尊重するのではなく時間をかけて双方が納得する着地点を探す	3.69	0.55
	変化に迅速に対応し、サービスを調整する	3.81	0.40
	その人のケアニーズを把握する	3.87	0.36
	その人の経済状況に応じてケアを工夫する	3.67	0.55
【命をまもる】	医療依存度の高いその人を看護する	3.73	0.56
	症状コントロールが難しいその人のケアができる	3.73	0.49
	感染を予防する	3.89	0.32
	介護職員が対応できない緊急時の対応をする	3.89	0.34
	安全を見極めながら口から食べるのを支援する	3.65	0.58

※avg.：平均値、SD：標準偏差は「分からない」の回答を除いて算出

カテゴリー	サブカテゴリー	avg. <sup>※</sup>	SD <sup>※</sup>
【最期まで「生きる」を支える】	その人の意思決定の過程を支援する	3.79	0.46
	家族の能力をアセスメントしながら看取りの場を整える	3.86	0.38
	ターミナル期にあるその人や家族の望みを叶える	3.84	0.39
	その人が家族と過ごせる場を調整する	3.87	0.35
	その人・家族に無理のない終焉へ導く	3.83	0.40
	その人の最期まで共に居続ける	3.48	0.72
【家族を支える】	苦痛を緩和する	3.92	0.30
	展望を家族に伝え、目標をすり合わせる	3.71	0.52
	家族の介護力をアセスメントする	3.73	0.49
	家族の介護力を引き出す	3.46	0.63
	家族による介護を持続可能にする	3.41	0.70
【その人の居場所をつくる】	看取り後の喪失感が大きくならないように支援する	3.71	0.49
	その人が安心できる環境を整える	3.87	0.34
	その人が望む生活習慣をつくる	3.62	0.54
	その人を脅かさずに空間を共にする	3.64	0.55
	自宅で快適に過ごせるように施設での過ごし方を相談する	3.64	0.54
【その人を地域で支えるチームをつくる】	その人の役割を見い出し支援する	3.62	0.59
	家族と多職種をつなげる	3.72	0.49
	その人や家族の強みをチームに活かす	3.61	0.59
	施設内の看護職や介護職と協働する	3.89	0.32
	ケアマネージャーとの連携を図る	3.89	0.31
	医師・看護職及び多職種との連携を図る	3.90	0.31
	地域の資源を活用する	3.58	0.57
	チームで目標を共有し学び合う	3.82	0.39
	異なる施設の看護職間との連携を図る	3.50	0.65
	平時より地域で顔をつないでおく	3.52	0.60
	状況に合わせてチームを再編する	3.48	0.64

※avg.：平均値、SD：標準偏差は「分からない」の回答を除いて算出

# 運用課題Ⅳ 赤字運営

①経営分析 課題の可視化

②収益を上げる

- 方法論：
- ・利用者増
  - ・平均要介護度UP
  - ・単価を上げる

加算要件を学習して、どのような方が利用するとよいのか

何を届け出ればよいのか整理

看護師が常にいる、少人数で丁寧なケアができる強みを生かす

👉事業所理念との整合性

# 参考情報



日本看護協会

[https://www.nurse.or.jp/assets/img/nursing/nursing\\_work/kantaki/pdf/kantaki\\_leaflet.pdf](https://www.nurse.or.jp/assets/img/nursing/nursing_work/kantaki/pdf/kantaki_leaflet.pdf)

全国訪問看護事業教協会

<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/r1-1-2.pdf>





This is the end of  
my brief  
presentation

Thank you very much for  
your kind attention

