

令和5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の特性を 踏まえた普及を図る方策に関する事業

報告書

令和6(2024)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の特性を踏まえた普及を 図る方策に関する事業

報告書 目次

第1章 事業実施概要	1
1. 事業の目的	1
2. 事業の実施方法	1
(1) 検討委員会の設置	1
(2) 自治体向け手引きの作成	3
(3) 調査の実施	3
第2章 看護小規模多機能型居宅介護の広域利用に関する手引きの作成	4
1. 目的	4
2. 方法	4
(1) 聞き取り調査実施概要	4
(2) 聞き取り調査の結果	5
(3) 聞き取り調査結果を踏まえた手引きの作成	7
3. 手引きの構成	8
第3章 看護小規模多機能型居宅介護事業所調査	9
第1節 調査実施概要	9
第2節 回収状況	9
第3節 調査結果の詳細	10
(1) 看護小規模多機能型居宅介護の事業所の基本情報	10
(2) 事業所の職員体制	24
(3) 看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者の状況等（令和5年7月31日時点）	30
(4) 看護小規模多機能型居宅介護の特性を踏まえた普及を図るため、効果的な方策についての自由意見	50
第4節 まとめ	56
(1) 看護小規模多機能型居宅介護の事業所の基本情報	56
(2) 看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者の状況等（令和5年7月31日時点）	56
(3) 今後に向けて	59
付録	61

第 1 章 事業実施概要

1. 事業の目的

令和 3 年度介護報酬改定の審議報告における「今後の課題」として、看護小規模多機能型居宅介護の更なる普及を図るための方策について、引き続き検討するとともに、これらのサービスについて、事業者の経営実態や利用者の状況も踏まえ、その機能・役割を改めて検証した上で、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、在宅生活の限界点を高めるために必要な対応を総合的に検討していくべきとされている。

そこで、本事業では、看護小規模多機能型居宅介護の機能・役割を検証するため、利用者特性に合わせたサービス提供内容等を把握する実態調査を行うこととした。

また、地域密着型サービスである看護小規模多機能型居宅介護の更なる普及を図るため、ヒアリング等により事例を収集して整理し、自治体向け手引き（「看護小規模多機能型居宅介護の広域利用に関する手引き」）を作成し周知することとした。

2. 事業の実施方法

(1) 検討委員会の設置

自治体向け手引きや、調査票、調査結果について検討するために検討委員会を設置した。

【検討委員会の開催状況】

	時期	議題
第 1 回	7 月 2 5 日	・ 事業の進め方の検討 ・ 調査票案の検討 ・ 自治体向け手引きについて
第 2 回	1 0 月 2 日	・ 手引き案についての検討①
第 3 回	1 1 月 7 日	・ 手引き案についての検討②
第 4 回	3 月 1 日	・ 調査結果の報告 ・ 報告書案の検討

【委員等名簿】

(委員長)

福井 小紀子 東京医科歯科大学大学院
保健衛生学研究科 研究科長
在宅・緩和ケア看護学分野 教授

(委員：敬称略、五十音順)

秋山 正子 株式会社ケアーズ 代表取締役
白十字訪問看護ステーション 統括所長
特定非営利活動法人マギーズ東京 センター長

齋藤 訓子 関東学院大学看護学部/看護学研究科
在宅看護学領域 教授

佐塚 昌史 認定NPO法人じゃんけんぼん 副理事長

柴田 三奈子 株式会社ラピオン 代表取締役

清水 智子 新潟市保健管理課 課長補佐

中村 隆永 川崎市 健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課 課長

林田 菜緒美 株式会社リンデン 代表取締役

平原 優美 公益財団法人日本訪問看護財団 常務理事

(オブザーバー：厚生労働省)

川中 淑恵 老健局 老人保健課 介護予防対策専門官
菊地 沙織 老健局 老人保健課 主査

(事務局：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社)

星芝 由美子 共生・社会政策部 主任研究員
八木 涼子 研究開発第2部 主任研究員
草薙 佳奈恵 研究開発第1部 研究員
丹羽 麻一子 ヘルスケアコンサルティング室 マネージャー
小川 雄 ヘルスケアコンサルティング室 コンサルタント

(2) 自治体向け手引きの作成

地域密着型サービスである看護小規模多機能型居宅介護の更なる普及を図るため、ヒアリング等により事例を収集して整理し、自治体向け手引きを作成した。

地域密着型サービスであるため、原則、市町村内の利用者となるが、隣接市町村の事業所を円滑に利用できるようにする等、利用者にとって、利用しやすいサービス提供について検討し、さらに利用が広がることを目指した。

(3) 調査の実施

本事業では、看護小規模多機能型居宅介護の機能・役割を検証するため、サービス提供状況等を把握する実態調査を行った。

- 対象：看護小規模多機能型居宅介護事業所全数 875 事業所
- 調査方法：調査票を用いた郵送配布・郵送回収（一部、エクセル形式の調査票を用いて電子メール添付にて配付・回収）
- 調査時期：令和5年8月
- 主な調査内容：
 - ・事業所の基本情報（経営主体、事業開始年度、併設事業所、収支、自治体の支援等）
 - ・職員体制、認定看護師等の配置ニーズ
 - ・定員、登録者数、サービスの提供実態、泊まりの課題、新規の登録者数、利用終了者数、看取りの状況・死亡診断の課題、介護支援専門員について

○スケジュール

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1 検討委員会の開催		①			②	③				④
2 手引き作成										
①ヒアリング実施										
②手引き作成										
③デザイン化										
3 アンケート調査										
① 調査概要の検討										
② 調査項目の検討・調査票の作成										
③ 調査票の印刷・発送										
(調査実施・調査票回収)										
④ 再度の依頼			○							
⑤ 入力・速報用集計										
⑥ 追加分析・報告書作成										

第2章 看護小規模多機能型居宅介護の広域利用に関する

手引きの作成

1. 目的

地域密着型サービスである看多機の更なる普及を図ることを目的として、ヒアリング等により事例を収集して整理し、自治体向け手引きを作成し、周知することとした。

2. 方法

地域密着型サービスの広域利用について、広域利用に関する方策である、区域外指定における事前同意や申請の簡略化、定員数の増加等について、現状の取り組み状況や成果、取り組む上での課題などについて、自治体の担当者に詳しく聞き取りを行った。

聞き取りを行った内容を基に、手引きを作成した。

(1) 聞き取り調査実施概要

○調査対象

地域密着型通所介護における事前同意の協定を締結している自治体2自治体と、事前同意に関する協定については締結していない自治体1自治体を対象とした。

図表 2-1 聞き取り実施状況

ヒアリング対象	実施日時	概要
自治体 A 人口：約2万人 75歳以上人口割合：25.5%	2023年8月23日(水) 10時半～11時半	・広域連合 ・地域密着型サービスの事前同意に係る取り組みは行っていないが、広域連合として、どのように考えているのかを確認することを目的に実施
自治体 B 人口：約15万人 75歳以上人口割合：12.7%	2023年9月5日(火) 11時～12時	・地域密着型通所介護につき、近隣自治体と事前同意の協定を締結 ・看多機は1事業所を整備したところ。
自治体 C 人口：約20万人 75歳以上人口割合：13.9%	2023年9月5日(火) 13時半～14時半	・地域密着型通所介護につき、近隣自治体と事前同意の協定を締結 ・協定の締結状況などをホームページで広く公開

○調査方法

訪問聞き取り調査（1件）、オンライン会議システムを用いた聞き取り調査（2件）

○主な調査項目

【共通項目】

- ・地域密着型サービスの広域利用についての取り組み状況

- 広域利用推進に向けた取り組み状況

- － 事前同意
- － 区域外指定に係る申請の簡略化
- － 定員増（条例改正）
- － その他、上記以外での取り組み

【個別項目（区域外指定における事前同意について）】

- ① 事前同意地域密着型通所介護における事前同意の協定を締結している自治体

- 事前同意に関する協定を締結しようとした背景、開始年、事業開始の経緯

- 事前同意に関する協定締結に係る手続きの実際

- － 体制（他自治体（県・市・町村）との連携の状況、役割分担等）
- － 協定を締結するまでに検討した事項
- － 広域利用の実態（件数/月）
- － 運用上の工夫や具体的な取り組み内容
- － 現状の課題・今後の予定

- ② 事前同意に関する協定については締結していない自治体

- 地域密着型サービスの広域利用に関する検討状況

- 広域利用の推進に課題があるのであれば、その課題について

(2) 聞き取り調査の結果

① 看多機における広域利用に関する事前同意の検討

今回、調査を行った自治体では、いずれも看多機の広域利用にあたっての事前同意については検討をしていなかった。その理由としては、主に、以下の理由が挙げられた。

図表 2-2 看多機の広域利用に係る事前同意の検討をしていない理由

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・看多機広域利用の必要性を想定することが難しい。・看多機の整備数が通所介護ほどには多くないことから、実際の区域外利用の事例が少なく、事務負担軽減の必要性が少ない。・看多機の整備にあたって、市から、補助金や土地の貸与等の支援をしている場合などに、積極的に区域外利用を認めることについて整理が困難。 |
|---|

具体的に、看多機について、広域利用の必要性を想定できない理由としては、以下のような点が指摘された。

図表 2-3 看多機の広域利用の必要性に関するコメント

<p>(区域外利用の申し立ての実績)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 看多機の施設数はまだ多くなく、また、区域外利用に関する申し立てはほとんどない。そのような中で、近隣の自治体と事前同意に向けた協議を行う必要性は感じていない。・ 地域密着型サービスであり、サービス創設の趣旨に鑑みると、区域外利用よりも、まずは自治体の住民を優先したい。 <p>(整備にあたり支援を行った場合)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 看多機の整備にあたり、自治体が土地の取得等便宜を図った経緯があり、広域利用を推進してよいのか、悩ましいと考えている。 <p>(サービスの特性との関係)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 看多機は、24時間365日利用者の生活を支援するサービスである。そのため、広域に範囲を広げることに對しては、当自治体住民への対応やサービスの質の担保という点で、慎重にならざるを得ない。・ 地域密着型通所介護の場合は、定員に余裕があり、近隣の住民の利用を認めても問題はないが、看多機の場合は、整備されている数が少ないこともあり、住民からのニーズで定員がほぼ満たされているため、広域利用を認める必要性は高くない。 <p>(自治体の規模との関係)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 小さい自治体から見ると、大きい自治体の地域密着型サービスの事業所を利用させてもらうことが多くなるが、あまり受け入れ人数が多くなり、事業所の開設自治体の住民の利用の妨げになると、トラブルになってしまう。地域密着型サービスの整備数がほぼ同程度の場合にはよいかもしれないが、地域密着型サービスの事業所の整備が進んでいない小規模な自治体の場合には、何かきっかけがないと、協定の締結は難しい。 <p>(看多機に対するニーズ)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 看多機サービスに対する、住民の理解がまだ十分ではないことから、ニーズも顕在化しているとは言えないのが現状である。・ ケアマネジャーを含めて看多機サービスに対する認知度が低い。サービスについて自治体からケアマネジャーに理解いただくことも広域利用が活発化するためには必要。

② 地域密着型通所介護における広域利用に関する事前同意の経緯や留意点

一方、地域密着型通所介護については、広域利用について、事前同意を行っている理由としては、以下の点が挙げられた。

図表 2-4 地域密着型通所介護の広域利用に係る事前同意を行っている理由

- ・通所介護であれば、広域型も地域密着型も併せて、ある程度介護ニーズは充足されている。そのため、近隣の自治体と互いに事前同意をしておいて、住民に選択肢を提供しているが、特に問題は感じていない。
- ・通所介護について、近隣自治体との間で協定を締結している。これは、互いの地域密着型通所介護の活用が進んでおり、事務負担を軽減するためだと考えている。
- ・また、要支援の方が、要介護状態になっても、それまで使っていた地域密着型の通所介護を利用したいとの要望がある場合など、継続して利用したい場合について対応が必要だった。

地域密着型通所介護に関する事前同意に関する協定締結については、区域外利用の実績が多い自治体間で声をかけあいながら、対応をしていることが分かった。一方で、区域外利用の実績が多くない場合には、都道府県などによる働きかけが必要だという意見が聞かれた。

図表 2-5 地域密着型通所介護の広域利用に係る事前同意の協定締結の経緯

- ・協定締結に当たり、都道府県から声かけがあったわけではない。すでに、隣接する市区町村の間で区域外利用の事例が多いことを踏まえ、自発的に議論を行い、協定締結に至った。
- ・一方で、区域外利用に係る申請の実績がそれほど多くないサービス（看多機も含む）の場合、広域利用のために、予め事前同意に関する協定を締結することを検討する場合には、都道府県などから声掛けをしてもらわないと市町村同士で協議の場を設定するのは難しいだろう。

また、実際の運用にあたっては、地域密着型サービスであることから、住民の利用を優先するように心がけていることが分かった。

図表 2-6 地域密着型通所介護の広域利用に係る事前同意の運用上の工夫

(利用者数の把握)

- ・事業所の利用者数について、毎月、リストを協定を締結した近隣自治体から報告してもらうなどの工夫をしていた。
- ・長くやり取りをする中で、自自治体の住民の利用を妨げることがないことが分かってきたことから、最近では、リストの送付をしなくてよい、という運用に切り替えるため、協定の内容を変更した。

(同意の範囲)

- ・地域密着型サービスであることから、区域外利用は限定的に行うべきだと考え、同意の際に、利用者の名前を書きいただき、当該被保険者に限って広域利用の同意を行うよう工夫している。

(3) 聞き取り調査結果を踏まえた手引きの作成

聞き取り調査を実施する前は、先進事例を集め、その事例を基に手引きを作成する

ことを検討していた。しかし、上記の状況を踏まえ、聞き取り調査結果をそのまま事例として掲載するのではなく、聞き取り調査結果をもとに、看多機の広域利用を促進するための方策を示すとともに、広域利用の必要性がある場合について、想定される事例を、できる限り具体化して示していくこととした。

また、区域外利用に関する事前同意において、どのような点に留意すべきか、予め検討しておくべき点や、設けておくべき条件等について、地域密着型通所介護の事例などを参考に記載することとした。

事前同意に関する協定の具体についても、地域密着型通所介護の事例から、想定される手続き等について、記載すべき内容を検討した。具体的には、協定の内容についての変更の手続きや、事前同意の協定がある場合の利用状況の確認の方法、協定についての周知のあり方等について記載することとした。

以上のような検討をもとに作成した手引き素案について、委員会における検討を経て、手引きを完成させた。

3. 手引きの構成

「看護小規模多機能型居宅介護の広域利用に関する手引き」は以下の構成とした。作成した手引きについては、次頁以降に掲載した。

1. 本手引きの使い方
 - (1) 目的
 - (2) 本手引きを読んでもらいたい方
2. 看護小規模多機能型居宅介護の概要
 - (1) 看護小規模多機能型居宅介護（看多機）とは
 - (2) 支援対象のイメージ
 - (3) 看護小規模多機能型居宅介護（看多機）の特徴
3. 看多機の広域利用について
 - (1) 看多機のサービス利用機会拡充の必要性
 - (2) 広域利用が必要な場合
 - (3) 広域利用のための方策
4. 区域外指定における事前同意等に係る取り組みの具体
 - (1) 区域外指定に係る都道府県及び隣接する市町村と協議の場を設置する
 - (2) 協議で定める事項を検討する
 - (3) 協議で定めた事項について協定等を締結する
 - (4) 介護サービス事業所等や地域住民へ周知を図る

第3章 看護小規模多機能型居宅介護事業所調査

第1節 調査実施概要

看護小規模多機能型居宅介護の機能・役割を検証するため、サービス提供状況等を把握する実態調査を行った。

○調査対象

全国の看護小規模多機能型居宅介護事業所全数 875 か所
(介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ (2022 年 12 月末時点分))

○調査方法

調査票を用いた郵送配布・郵送回収 (一部、エクセル形式の調査票を用いて電子メール添付にて配付・回収)

○調査期間

令和 5 年 8 月 10 日～9 月 11 日

第2節 回収状況

有効回収率は 47.0%であった。

図表 3-1 回収状況

母集団※	発送数	有効回収数	有効回収率
875	875	411	47.0%

※発送用台帳は介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ (2022 年 12 月末時点分) を用いた。

回収方法は、紙での回収が 66.9%、電子ファイルでの回収が 33.1%であった。

図表 3-2 回収方法

回収方法	n	構成比
紙回収	275	66.9%
電子ファイル回収	136	33.1%
全体	411	100.0%

第3節 調査結果の詳細

(1) 看護小規模多機能型居宅介護の事業所の基本情報

① 所在地

事業所の所在地は神奈川県が9.0%で最も多く、次いで大阪府が7.1%であった。

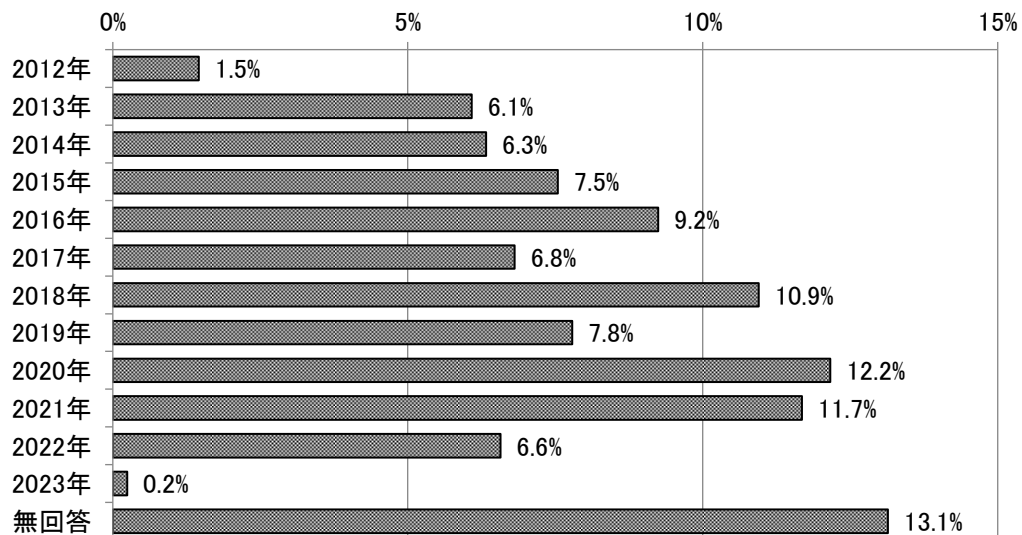
図表 3-3 事業所の所在地(n=411) (問1)

		n	%
1	北海道	23	5.6%
2	青森県	7	1.7%
3	岩手県	4	1.0%
4	宮城県	7	1.7%
5	秋田県	3	0.7%
6	山形県	1	0.2%
7	福島県	5	1.2%
8	茨城県	6	1.5%
9	栃木県	1	0.2%
10	群馬県	6	1.5%
11	埼玉県	12	2.9%
12	千葉県	16	3.9%
13	東京都	22	5.4%
14	神奈川県	37	9.0%
15	新潟県	9	2.2%
16	富山県	4	1.0%
17	石川県	10	2.4%
18	福井県	10	2.4%
19	山梨県	3	0.7%
20	長野県	9	2.2%
21	岐阜県	7	1.7%
22	静岡県	10	2.4%
23	愛知県	15	3.6%
24	三重県	5	1.2%
25	滋賀県	3	0.7%
26	京都府	5	1.2%
27	大阪府	29	7.1%
28	兵庫県	24	5.8%
29	奈良県	4	1.0%
30	和歌山県	4	1.0%
31	鳥取県	1	0.2%
32	島根県	4	1.0%
33	岡山県	11	2.7%
34	広島県	17	4.1%
35	山口県	5	1.2%
36	徳島県	2	0.5%
37	香川県	0	0.0%
38	愛媛県	4	1.0%
39	高知県	1	0.2%
40	福岡県	15	3.6%
41	佐賀県	9	2.2%
42	長崎県	6	1.5%
43	熊本県	6	1.5%
44	大分県	6	1.5%
45	宮崎県	6	1.5%
46	鹿児島県	11	2.7%
47	沖縄県	5	1.2%
	無回答	1	0.2%
	全体	411	100.0%

② 看護小規模多機能型居宅介護の事業開始年度

看護小規模多機能型居宅介護の事業開始年度は、2020年度が12.2%、2021年度が11.7%であった。

図表 3-4 看護小規模多機能型居宅介護の事業開始年度 (n=411) (問 2)

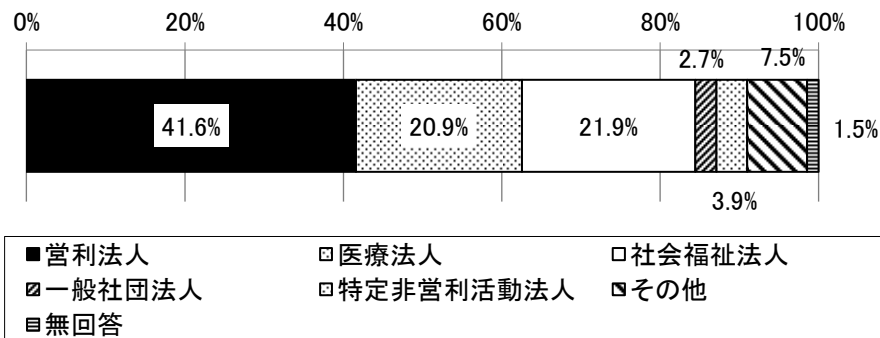


	n	%
2012年～2015年	88	21.4%
2016年～2019年	143	34.8%
2020年	50	12.2%
2021年	48	11.7%
2022年～2023年	28	6.8%
無回答	54	13.1%
全体	411	100.0%

③ 経営主体

経営主体は営利法人が41.6%と最も多く、次いで社会福祉法人が21.9%、医療法人が20.9%、特定非営利活動法人が3.9%、一般社団法人が2.7%であった。

図表 3-5 ② 経営主体 (n=411) (問 3)



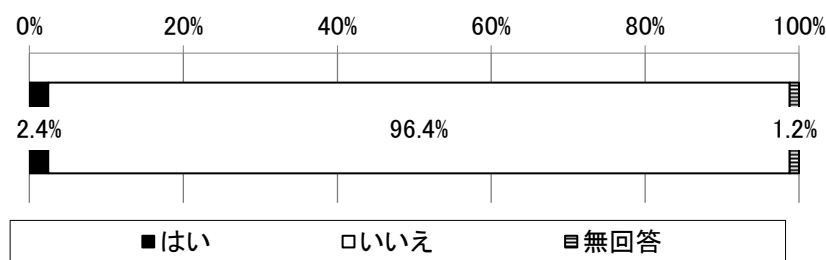
「その他」の主な回答は、「生活協同組合」「公益社団法人」「公益財団法人」「一般財団法人」「地方自治体」等であった。

④ サテライト型事業所

1) サテライト型事業所かどうか

回答事業者がサテライト型事業所かどうかは、「はい」が2.4%であった。

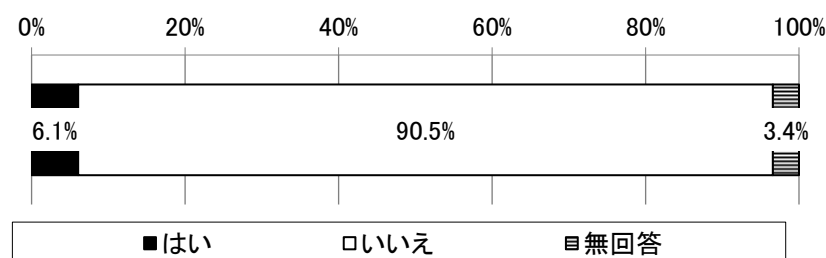
図表 3-6 サテライト型事業所の有無 (n=411) (問 4)



2) サテライト型事業所の有無

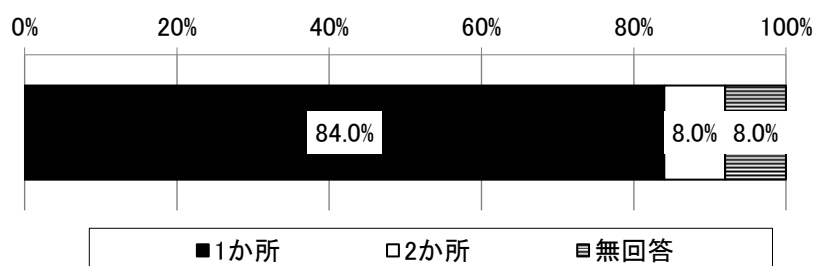
サテライト型事業所の有無について、「はい」が6.1% (25事業所) であった。

図表 3-7 サテライト型事業所の有無 (n=411) (問 5)



サテライト型事業所が有る場合、事業所数は「1か所」が84.0%、2か所が8.0%であった。

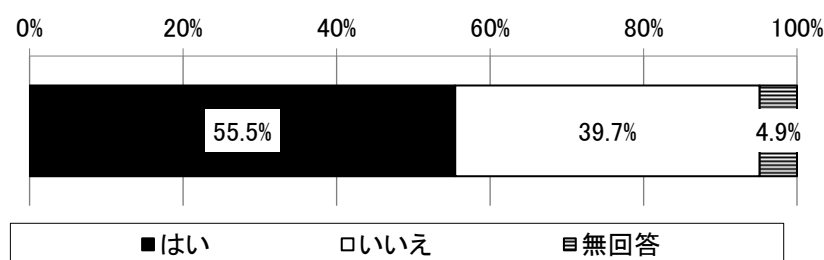
図表 3-8 (サテライト型事業所がある場合) 事業所数 (n=25) (問 5)



⑤ 指定訪問看護事業所の指定の有無

指定訪問看護事業所の指定を受けているかは「はい」が55.5%であった。

図表 3-9 指定訪問看護事業所の指定を受けているか (n=411) (問 6)



指定訪問看護事業所の利用者数について、介護保険利用者数は平均28.3人、医療保険利用者数は平均11.2人であった。

図表 3-10 指定訪問看護事業所の保険別利用者数 (n=197) (問 6)

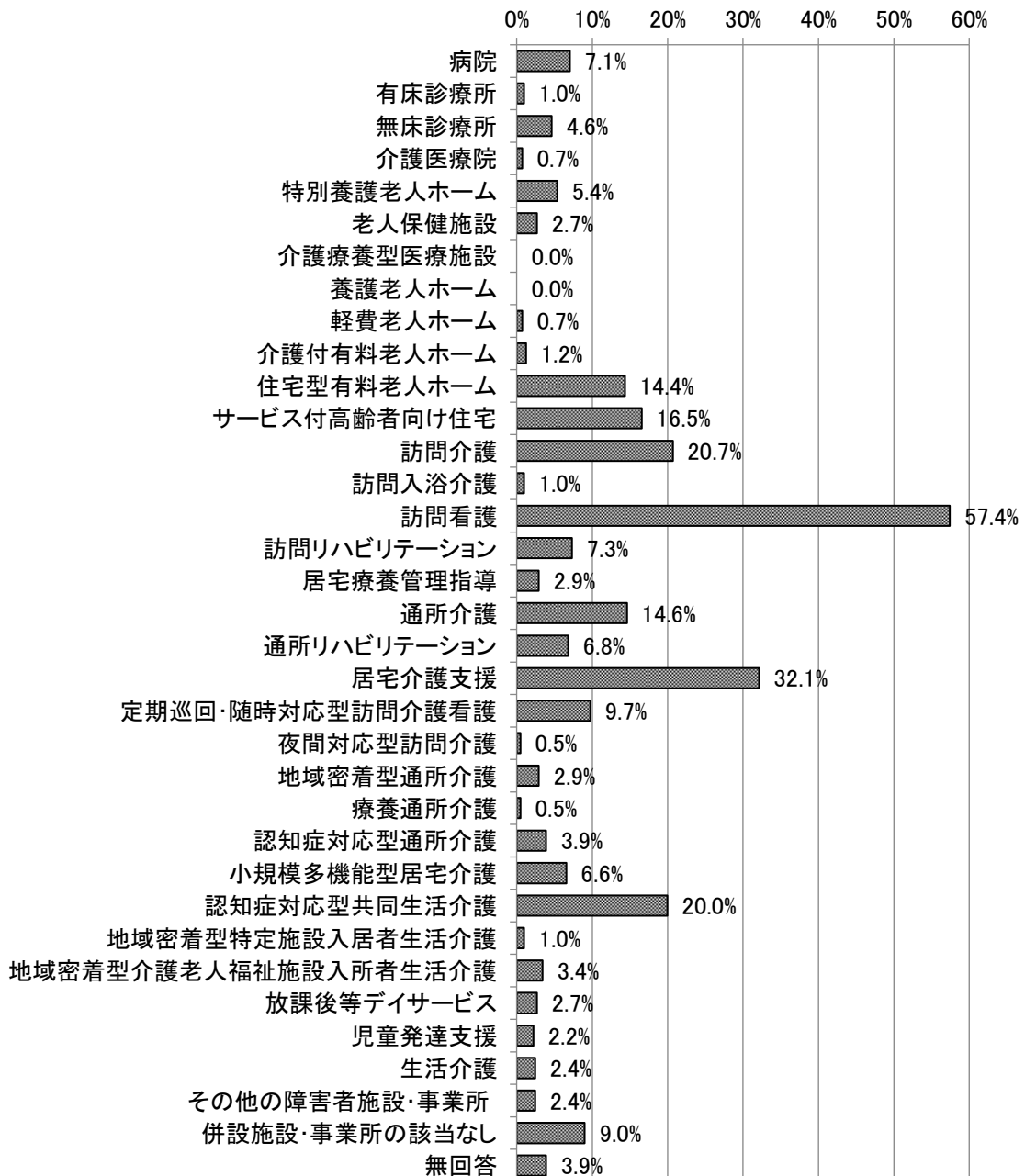
(単位：人)

	件数	平均値	標準偏差	中央値
介護保険利用者数	197	28.3	35.3	20.0
医療保険利用者数	197	11.2	20.6	3.0

⑥ 併設している施設・事業所

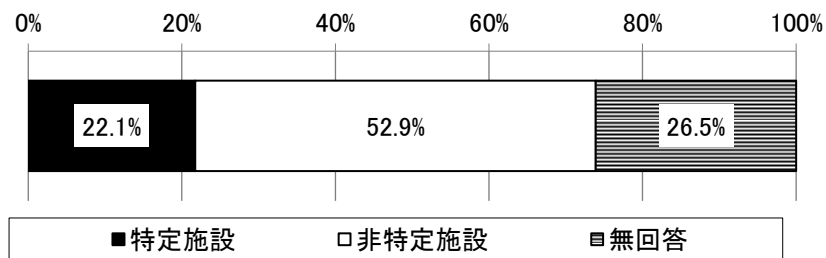
同一法人・関連法人の施設・事業所であって、併設（同一敷地内・道路をはさんで隣接）している施設・事業所は、「訪問看護」が 57.4%で最も多く、次いで、「居宅介護支援」が 32.1%であった。

図表 3-11 併設している施設・事業所 (n=411) (問7) (複数回答)



サービス付高齢者向け住宅の種類は、「特定施設」が 22.1%で、「非特定施設」が 52.9%であった。

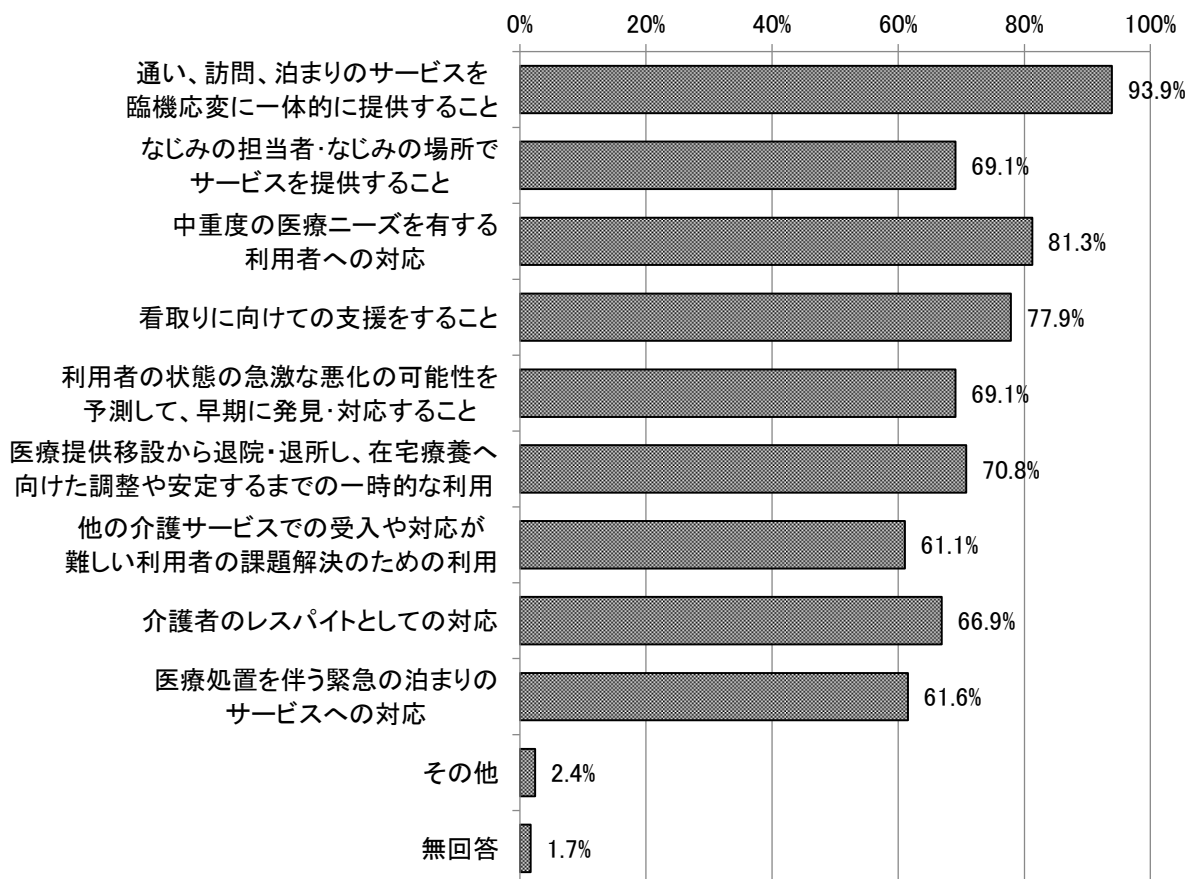
図表 3-12 サービス付高齢者向け住宅の種類 (n=68) (問 7)



⑦ 看護小規模多機能型居宅介護事業所を運営する中で求められていると思うニーズ

経営上求められていると思うニーズは、「通い、訪問、泊まりのサービスを臨機応変に一体的に提供すること」が 93.9%で最も多かった。次いで「中重度の医療ニーズを有する利用者への対応」が 81.3%であった。

図表 3-13 ⑤ 経営上求められるニーズ (n=411) (問 8) (複数回答)



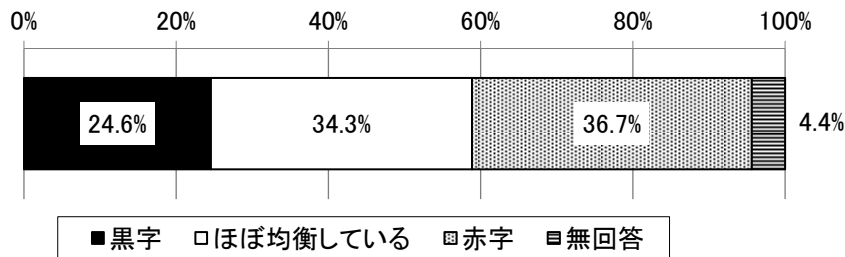
「その他」の具体的な回答は以下のとおりであった。

- ・がん末期で要支援認定の方の利用
- ・独居生活の継続
- ・通院困難な利用者に対する状態悪化時のかかりつけ医との迅速な対応ができる連携
- ・介護者の就労継続支援→送迎時間の幅や訪問機能強化
- ・災害時の避難先、地域へ介護・医療情報の提供、地域交流の場
- ・連泊利用
- ・連泊可能であること
- ・施設入所を希望しているが、待機者として入所までの一時的な利用（泊り）

⑧ 収支の状況

収支の状況は、「黒字」が 24.6%、「ほぼ均衡している」が 34.3%、「赤字」が 36.7%であった。

図表 3-14 収支の状況 (n=411) (問 9)



図表 3-15 事業開始年度別 収支の状況

	合計	黒字	ほぼ均衡している	赤字	無回答
全体	411 100.0%	101 24.6%	141 34.3%	151 36.7%	18 4.4%
2012年～2015年	88 100.0%	24 27.3%	31 35.2%	28 31.8%	5 5.7%
2016年～2019年	143 100.0%	35 24.5%	62 43.4%	41 28.7%	5 3.5%
2020年	50 100.0%	16 32.0%	14 28.0%	19 38.0%	1 2.0%
2021年	48 100.0%	10 20.8%	15 31.3%	23 47.9%	0 0.0%
2022年～2023年	28 100.0%	3 10.7%	6 21.4%	18 64.3%	1 3.6%

図表 3-16 指定訪問看護事業所の指定の有無別 収支の状況

	合計	黒字	ほぼ均 衡して いる	赤字	無回答
全体	411 100.0%	101 24.6%	141 34.3%	151 36.7%	18 4.4%
有	228 100.0%	64 28.1%	83 36.4%	74 32.5%	7 3.1%
無	163 100.0%	33 20.2%	54 33.1%	68 41.7%	8 4.9%

図表 3-17 登録者数別 収支の状況

	合計	黒字	ほぼ均 衡して いる	赤字	無回答
全体	411 100.0%	101 24.6%	141 34.3%	151 36.7%	18 4.4%
14人以下	60 100.0%	4 6.7%	10 16.7%	44 73.3%	2 3.3%
15人～19人	97 100.0%	13 13.4%	30 30.9%	51 52.6%	3 3.1%
20人～24人	121 100.0%	27 22.3%	52 43.0%	35 28.9%	7 5.8%
25人以上	118 100.0%	55 46.6%	45 38.1%	16 13.6%	2 1.7%

図表 3-18 利用率別 収支の状況

	合計	黒字	ほぼ均 衡して いる	赤字	無回答
全体	411 100.0%	101 24.6%	141 34.3%	151 36.7%	18 4.4%
50%未満	44 100.0%	4 9.1%	4 9.1%	35 79.5%	1 2.3%
50%以上～60%未 満	37 100.0%	4 10.8%	10 27.0%	22 59.5%	1 2.7%
60%以上～70%未 満	53 100.0%	10 18.9%	17 32.1%	24 45.3%	2 3.8%
70%以上～80%未 満	77 100.0%	13 16.9%	37 48.1%	23 29.9%	4 5.2%
80%以上～90%未 満	78 100.0%	27 34.6%	30 38.5%	17 21.8%	4 5.1%
90%以上～100% 未満	51 100.0%	25 49.0%	16 31.4%	9 17.6%	1 2.0%
100%以上	49 100.0%	15 30.6%	20 40.8%	14 28.6%	0 0.0%

図表 3-19 平均要介護度別 収支の状況

	合計	黒字	ほぼ均 衡して いる	赤字	無回答
全体	411 100.0%	101 24.6%	141 34.3%	151 36.7%	18 4.4%
2.0未満	6 100.0%	0 0.0%	3 50.0%	2 33.3%	1 16.7%
2.0以上～2.5未 満	45 100.0%	5 11.1%	14 31.1%	25 55.6%	1 2.2%
2.5以上～3.0未 満	87 100.0%	15 17.2%	33 37.9%	35 40.2%	4 4.6%
3.0以上～3.5未 満	142 100.0%	38 26.8%	53 37.3%	46 32.4%	5 3.5%
3.5以上～4.0未 満	85 100.0%	31 36.5%	22 25.9%	30 35.3%	2 2.4%
4.0以上	35 100.0%	12 34.3%	14 40.0%	8 22.9%	1 2.9%

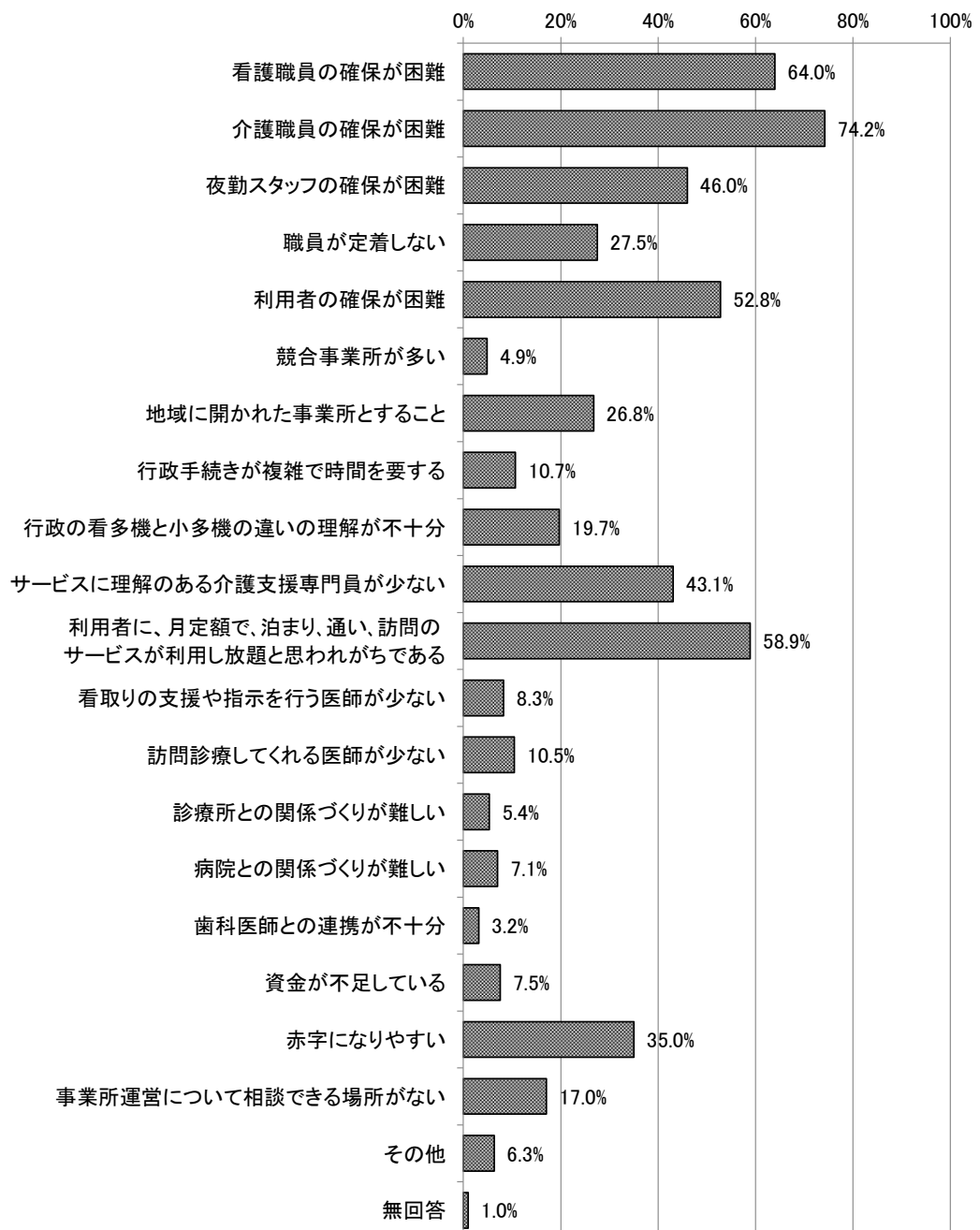
図表 3-20 収支の状況別 今後の経営の方向性

	合計	同規模で継続	定員を増やす	利用者数を増やす	サテライトの設置	サービス・事業種類の多角化	利用者数を減らす	休止・廃止	その他	無回答
全体	411 100.0%	260 63.3%	19 4.6%	167 40.6%	19 4.6%	35 8.5%	2 0.5%	8 1.9%	14 3.4%	8 1.9%
黒字	101 100.0%	77 76.2%	8 7.9%	23 22.8%	6 5.9%	10 9.9%	0 0.0%	0 0.0%	2 2.0%	1 1.0%
ほぼ均衡している	141 100.0%	102 72.3%	3 2.1%	45 31.9%	9 6.4%	9 6.4%	2 1.4%	2 1.4%	4 2.8%	0 0.0%
赤字	151 100.0%	72 47.7%	8 5.3%	95 62.9%	4 2.6%	15 9.9%	0 0.0%	6 4.0%	8 5.3%	2 1.3%

⑨ 看護小規模多機能型居宅介護事業所の運営上の課題

運営上の課題は、「介護職員の確保が困難」が74.2%で最も多かった。次いで、「看護職員の確保が困難」が64.0%であった。「利用者に、月定額で、泊り、通い、訪問のサービスが利用し放題と思われがちである」が58.9%、「利用者の確保が困難」が52.8%であった。

図表 3-21 運営上の課題 (n=411) (問10) (複数回答)



「その他」の具体的な回答は以下のとおりであった。

(利用者・関係者の理解)

- ・地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が看多機や小規模に回す利用者の考え方
- ・病院のソーシャルワーカーの理解が難しい。
- ・ケアマネジャーや病院、ご利用者が用途を理解されていない
- ・重度又は医療依存度の高い方が自宅ではなく、施設入所を選択している。
- ・地域密着型のため市の管轄であり、市に相談するが回答に時間がかかる
(利用人数の増減、経営の不安定さ)
- ・利用者入院、入所があり、登録者の定着が困難
- ・人員のしぼりがあり複数名の入院が続くと収益が容易に下がる
- ・利用者に波（一気に利用となったり一気に数名亡くなったり）等があるので収支が不安定
- ・通いや宿泊の定員を守りながら収益を上げるのが困難。
- ・29名登録に対して、各サービスの利用定員数が少ない
- ・泊りサービスを必要とするケースが多い
- ・9床既に使用していて日中、他のご利用者が臥床し休憩するベッドがないこと。
- ・連泊のご利用者が多く居室の空きが少ない

(ケアマネジャーの課題)

- ・ケアマネジャー確保、ケアマネジャー資格のハードルが高い
- ・ケアマネジャー交代の壁、ただし居宅ケアマネジャーのままで良いとなると看多機のメリットを十分に生かせないと感じる

(医療対応に関する課題)

- ・日中は、看護職員がいるのにデイの時間は点滴できないことがある
- ・宿泊時に医療保険がつかえない場合があり利益がでにくい
- ・医療依存度の高い方の泊まりを引き受けようと思うと夜勤が看護師でなければならない
- ・泊まり利用中の訪問診療が受けられない場合があること
- ・医療保険の訪問看護を利用している方は医療減算となる。また特別管理加算を算定していないことから、看護体制強化加算の算定に影響がでる。

(他市町村からの利用について)

- ・他市の利用者の利用の書類等を簡単にしてほしい
- ・地域密着型であることが困難。利用したくても住所変更が必要となることもある。

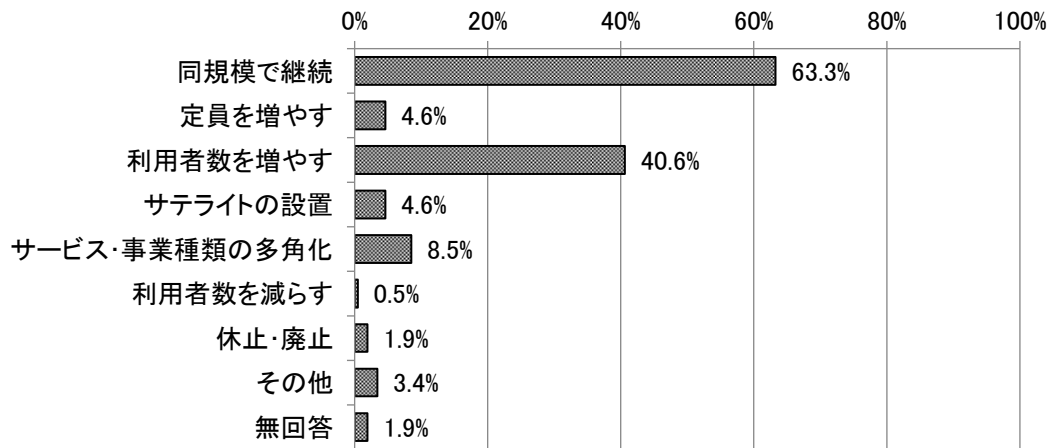
(その他)

- ・医療面で都市部ほどのフォローをしてもらえる医師が少ない
- ・家族力が低下してきている

⑩ 今後の経営の方向性

今後の経営の方向性について「同規模で継続」が63.3%で最も多かった。次いで、「利用者数を増やす」が40.6%であった。

図表 3-22 今後の経営の方向性 (n=411) (問 11) (複数回答)



「その他」の主な具体的な回答は以下のとおりであった。

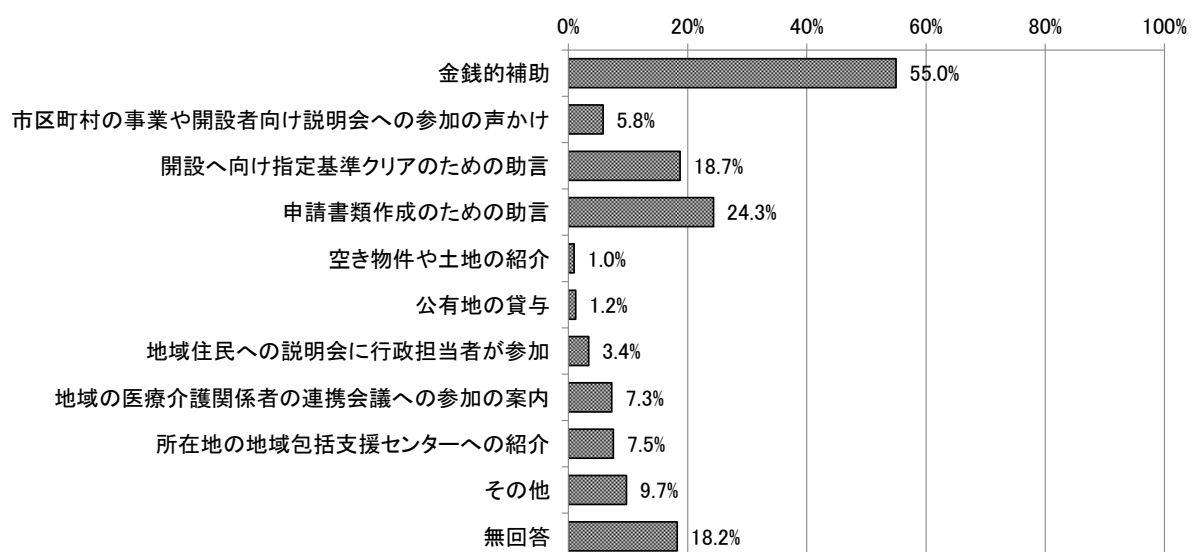
- ・ 2つめの事業所開設
- ・ 中重度の認知症の方の受け皿、仕事と介護の両立支援に特化していく。／等

⑪ 開設時に市区町村や都道府県から得た支援

開設時に市区町村や都道府県から得た支援で助かったものについて、「金銭的補助」が55.0%で最も多かった。

次いで「申請書類作成のための助言」が24.3%であった。

図表 3-23 開設時に市区町村などから得た支援 (n=411) (問 12) (複数回答)

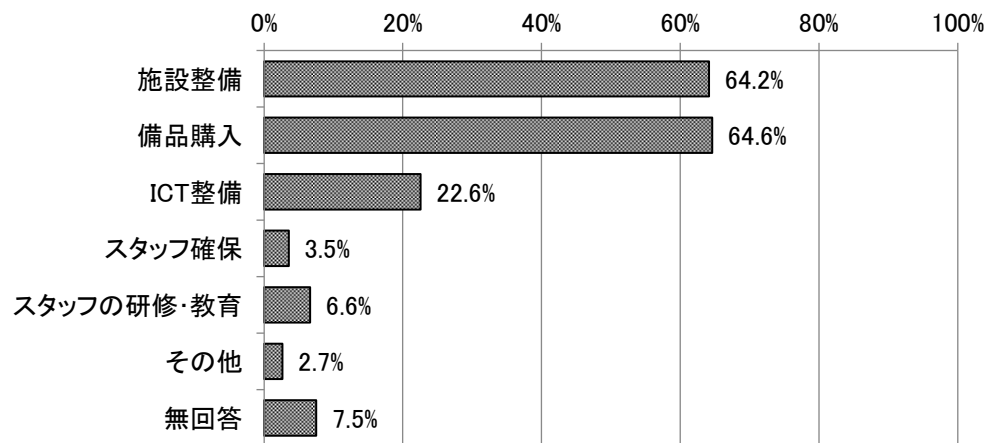


「その他」の回答内容は、ほぼ「特になし」「開業時のことはわからない」であった。具体的には、「運営推進会議への積極的な参加」があった。

1) 開設時の金銭的補助の内容

開設時の金銭的補助の内容は、「備品購入」が 64.6%、「施設整備」が 64.2%であった。

図表 3-24 開設時の金銭的補助内容 (n=226) (問 12) (複数回答)



2) 開設時の公有地の貸与の賃料

開設時に公有地の貸与があった場合、賃料は、無償が 1 件、有償が 4 件であった。

図表 3-25 開設時の公有地の貸与の賃料 (問 12)

	回答事業所数	割合
無償	1	20.0%
有償	4	80.0%
合計	5	100.0%

(2) 事業所の職員体制

① 職員体制

1) 常勤換算数

職員の常勤換算数について、合計は平均 16.8 人であった。職種別にみると、「介護職員」は平均 9.0 人（うち「介護福祉士」は平均 5.7 人）、「看護師」が平均 4.2 人であった。

図表 3-26 職員体制（常勤換算数）（n=360）（問 13）

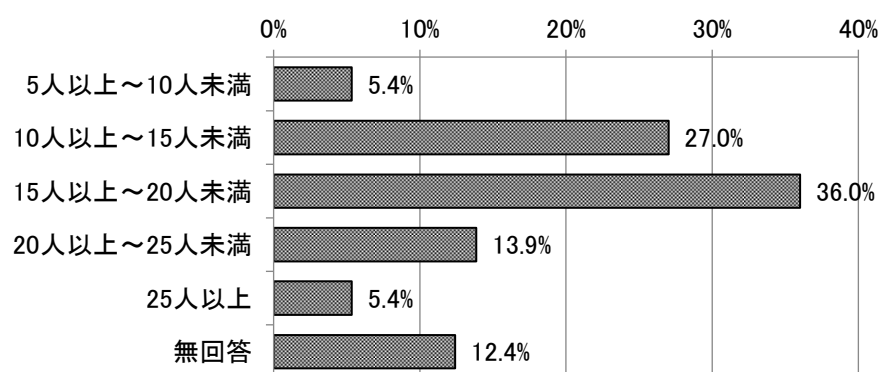
（単位：人）

	件数	平均値	標準偏差	中央値
管理者	360	0.7	0.3	1.0
介護職員	360	9.0	3.1	8.9
（うち）介護福祉士	360	5.7	3.0	5.5
看護師	360	4.2	2.5	3.6
准看護師	360	0.8	1.0	0.5
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	360	0.6	1.0	0.0
介護支援専門員	360	0.9	0.4	1.0
その他の職員	360	0.6	1.1	0.0
合計	360	16.8	5.0	16.0

2) 職員数

職員の合計数について、「15 人以上 20 人未満」が 36.0% で最も多かった。次いで「10 人以上 15 人未満」が 27.0% であった。

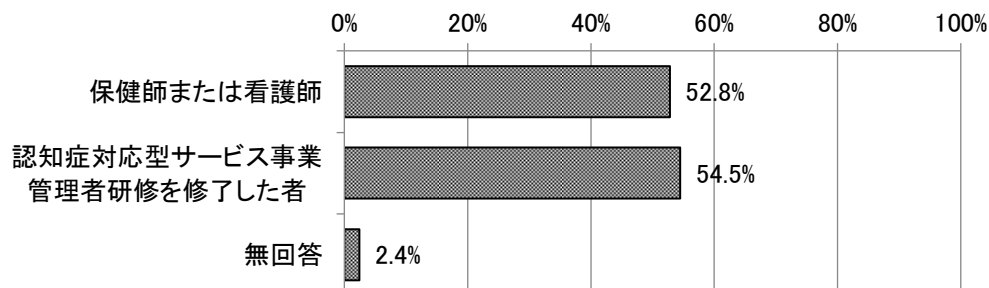
図表 3-27 職員合計数（常勤換算数）（n= 360）（問 13）



② 管理者について

管理者について「保健師または看護師」は 52.8%、「認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者」は 54.5%であった。

図表 3-28 管理者について (n=411) (問 14) (複数回答)



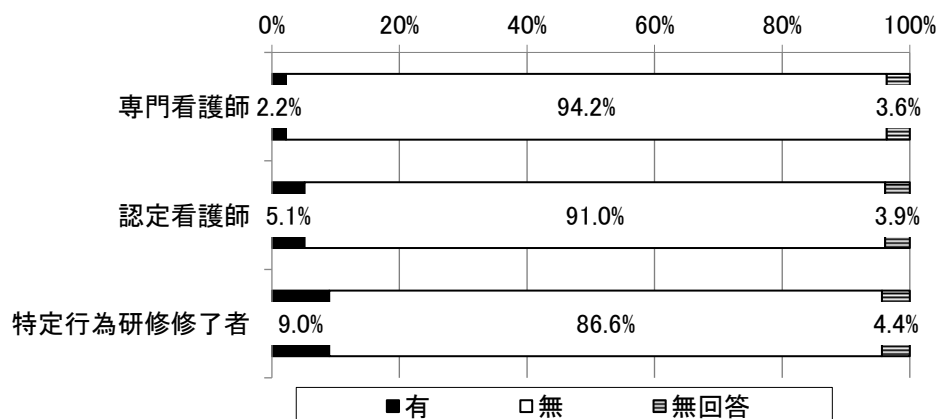
③ 専門看護師等の有無

専門看護師の有無について、「有」は 2.2%であった。

認定看護師の有無について、「有」は 5.1%であった。

特定行為研修修了者の有無について、「有」は 9.0%であった。

図表 3-29 専門看護師等の有無 (n=411) (問 15~17)



専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了者について、それぞれ1名以上いる場合、専門看護師は平均1.0人、認定看護師は1.4人、特定行為研修修了者は平均2.5人であった。

図表 3-30 専門看護師等の人数（問15～17）

（単位：人）

	件数	平均値	標準偏差	中央値
専門看護師の人数	8	1.0	0.0	1.0
認定看護師の人数	20	1.4	0.7	1.0
特定行為研修修了者の人数	36	2.5	2.1	2.0

図表 3-31 （専門看護師がいる場合）専門看護師の人数（問15）

	回答事業所数	割合
1人	8	88.9%
無回答	1	11.1%
合計	9	100.0%

図表 3-32 （認定看護師がいる場合）認定看護等の人数（問16）

	回答事業所数	割合
1人	15	71.4%
2人	3	14.3%
3人	2	9.5%
無回答	1	4.8%
合計	21	100.0%

図表 3-33 （特定行為研修修了者がいる場合）特定行為研修修了者の人数（問17）

	回答事業所数	割合
1人	17	45.9%
2人	6	16.2%
3人	4	10.8%
4人	5	13.5%
5人以上	4	10.8%
無回答	1	2.7%
合計	37	100.0%

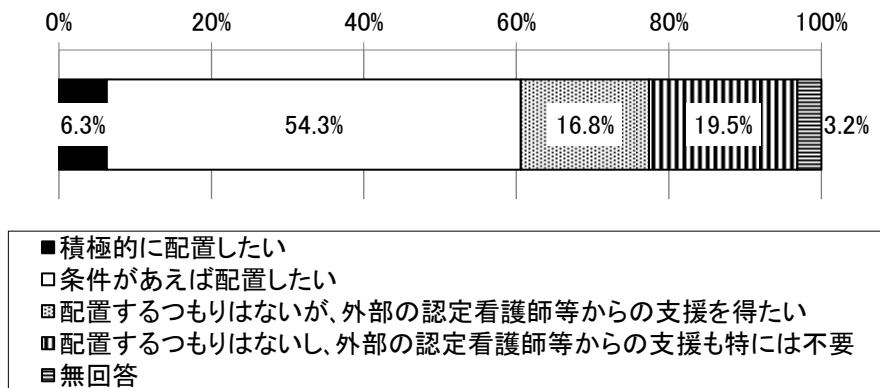
専門看護師の領域は、「在宅看護」「老人看護」「精神看護」「小児看護」「家族看護」であった。

認定看護師の領域は、「訪問看護」「緩和ケア」「がん性疼痛看護」「認知症看護」「救急看護」「皮膚・排泄ケア」「糖尿病看護」であった。

④ 専門の知識・技術を有する看護師（認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者等の配置の希望

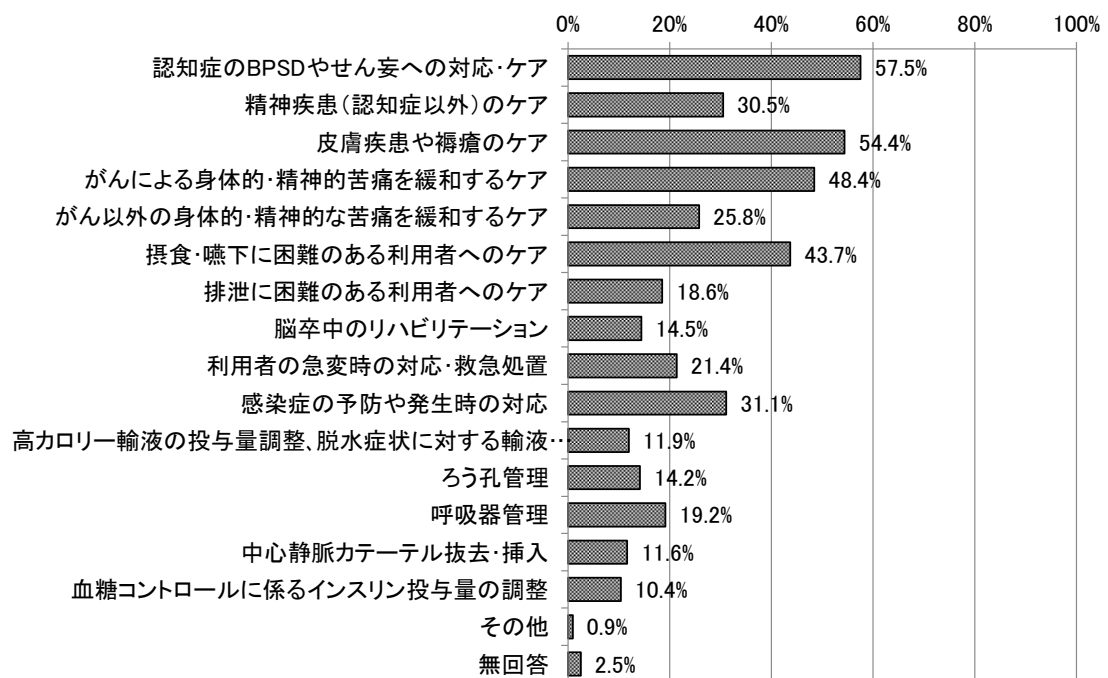
専門知識・技術を有する看護師の配置について、「条件があえば配置したい」が 54.3%で最も多かった。次いで「配置するつもりはないし、外部の認定看護師等からの支援も特には不要」が 19.5%、「配置するつもりはないが、外部の認定看護師からの支援を得たい」が 16.8%であった。

図表 3-34 専門知識・技術を有する看護師の配置 (n=411) (問 18)



配置、あるいは外部からの支援を得たい看護師の専門性は、「認知症の BPSD やせん妄への対応・ケア」が 57.5%で最も多かった。次いで「皮膚疾患や褥瘡のケア」が 54.4%であった。

図表 3-35 配置、あるいは外部からの支援を得たい看護師の専門性 (n=318) (問 18) (複数回答)



専門知識・技術を有する看護師の配置の希望別に配置、あるいは外部からの支援を得たい看護師の専門性をみたところ、全体的に、「積極的に配置したい」と回答した場合には、回答割合が高い傾向にある。

配置するつもりはないが、外部の認定看護師等からの支援を得たい場合、「皮膚疾患や褥瘡のケア」が63.8%、「がんによる身体的・精神的苦痛を緩和するケア」が52.2%と比較的高かった。

図表 3-36 専門知識・技術を有する看護師の配置の希望別 配置、あるいは外部からの支援を得たい看護師の専門性

	合計	認知症のBPSDやせん妄への対応・ケア	精神疾患(認知症以外)のケア	皮膚疾患や褥瘡のケア	がんによる身体的・精神的苦痛を緩和するケア	がん以外の身体的・精神的な苦痛を緩和するケア	摂食・嚥下に困難のある利用者へのケア
全体	318 100.0%	183 57.5%	97 30.5%	173 54.4%	154 48.4%	82 25.8%	139 43.7%
積極的に配置したい	26 100.0%	18 69.2%	11 42.3%	17 65.4%	18 69.2%	11 42.3%	17 65.4%
条件があれば配置したい	223 100.0%	134 60.1%	70 31.4%	112 50.2%	100 44.8%	58 26.0%	94 42.2%
配置するつもりはないが、外部の認定看護師等からの支援を得たい	69 100.0%	31 44.9%	16 23.2%	44 63.8%	36 52.2%	13 18.8%	28 40.6%

(続き)

	合計	排泄に困難のある利用者へのケア	脳卒中のリハビリテーション	利用者の急変時の対応・救急処置	感染症の予防や発生時の対応	高カロリー輸液の投与量調整、脱水症状に対する輸液補正	ろう孔管理
全体	318 100.0%	59 18.6%	46 14.5%	68 21.4%	99 31.1%	38 11.9%	45 14.2%
積極的に配置したい	26 100.0%	4 15.4%	3 11.5%	7 26.9%	7 26.9%	5 19.2%	3 11.5%
条件があれば配置したい	223 100.0%	44 19.7%	37 16.6%	54 24.2%	68 30.5%	29 13.0%	32 14.3%
配置するつもりはないが、外部の認定看護師等からの支援を得たい	69 100.0%	11 15.9%	6 8.7%	7 10.1%	24 34.8%	4 5.8%	10 14.5%

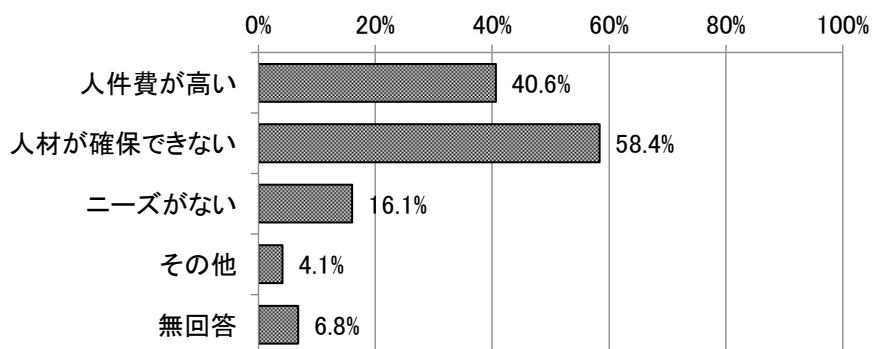
(続き)

	合計	呼吸器 管理	中心静 脈カテ ーテル 抜去・ 挿入	血糖コ ントロ ールに 係るイ ンスリ ン投与 量の調 整	その他	無回答
全体	318 100.0%	61 19.2%	37 11.6%	33 10.4%	3 0.9%	8 2.5%
積極的に配置したい	26 100.0%	6 23.1%	3 11.5%	6 23.1%	0 0.0%	2 7.7%
条件があれば配置したい	223 100.0%	42 18.8%	30 13.5%	25 11.2%	3 1.3%	4 1.8%
配置するつもりはない が、外部の認定看護師等 からの支援を得たい	69 100.0%	13 18.8%	4 5.8%	2 2.9%	0 0.0%	2 2.9%

⑤ 認定看護師等を配置するにあたっての課題

認定看護師等を配置するうえでの課題は、「人材が確保できない」が 58.4%で最も多かった。次いで「人件費が高い」で 40.6%であった。

図表 3-37 認定看護師等の配置課題 (n=411) (問 19)



「その他」の主な具体的な回答は以下のとおりであった。

- ・研修に出せるような時間の確保が難しい
- ・学費の補助、修了までの人材不足など
- ・報酬上の評価がない

(3) 看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者の状況等（令和5年7月31日時点）

① 定員等

「登録定員」は平均 27.4 人、「通いの利用定員」は平均 16.6 人、「宿泊の利用定員」は平均 7.8 人であった。

図表 3-38 定員等（問 20）

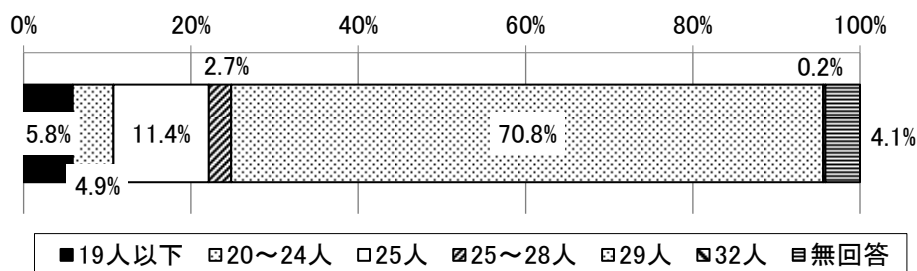
（単位：人）

	件数	平均値	標準偏差	中央値
登録定員	394	27.4	3.4	29.0
通いの利用定員	377	16.6	2.1	18.0
宿泊の利用定員	370	7.8	1.6	9.0

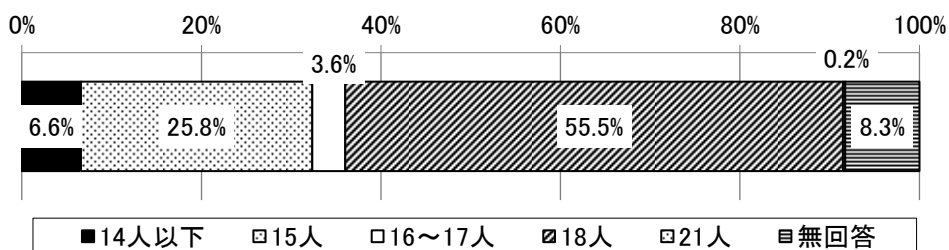
※令和5年7月31日時点

登録定員の分布をみると、「29人」が70.8%で7割を占めた。
 通いの利用定員は「18人」が55.5%と半数以上、「15人」が25.8%であった。
 宿泊の利用定員は「9人」が48.4%と約半数、次いで、「6人」が13.1%であった。

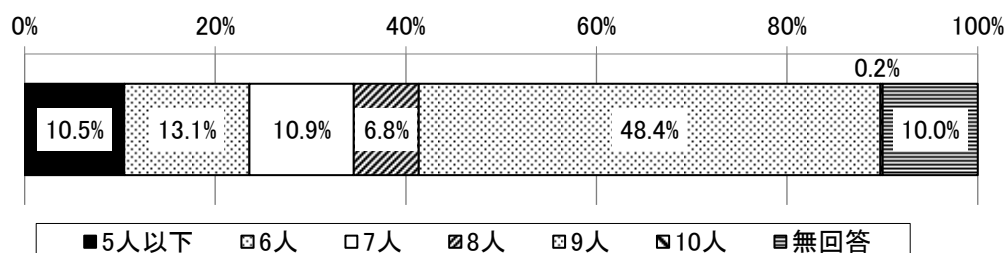
図表 3-39 登録定員の分布（n=411）（問 20）



図表 3-40 通いの利用定員の分布（n=411）（問 20）



図表 3-41 宿泊の利用定員の分布（n=411）（問 20）



② 登録者

登録者数は平均 20.5 人であった。

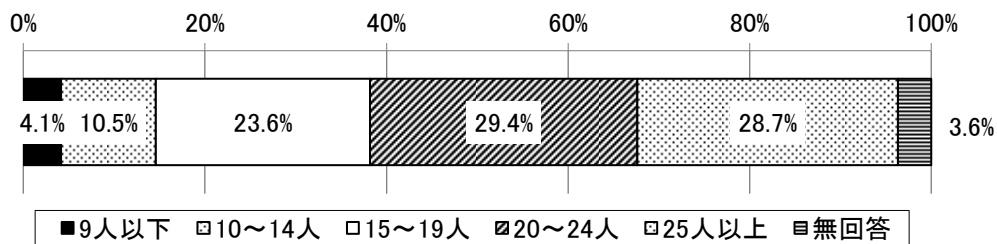
登録者の分布をみると、「20～24 人」が 29.4%、「25 人以上」が 28.7%であった。

図表 3-42 登録者数（問 21）

（単位：人）

	件数	平均値	標準偏差	中央値
登録者数	396	20.5	5.7	21.0

図表 3-43 登録者の分布（問 21）



登録定員に占める登録者数を計算したところ、平均 75.6%であった。

図表 3-44 利用率（問 21/問 20）

	件数	平均値	標準偏差	中央値
利用率（%）	389	75.6	19.4	78.6

図表 3-45 利用率の分布（問 21/問 20）

	n	%
50%未満	44	10.7%
50%以上～60%未満	37	9.0%
60%以上～70%未満	53	12.9%
70%以上～80%未満	77	18.7%
80%以上～90%未満	78	19.0%
90%以上～100%未満	51	12.4%
100%以上	49	11.9%
無回答	22	5.4%
全体	411	100.0%

1) 要介護度別人数

要介護度別の登録者人数について、「要介護 5」が1事業所あたり平均 4.8 人で最も多く、次いで「要介護 4」が平均 4.7 人であった。

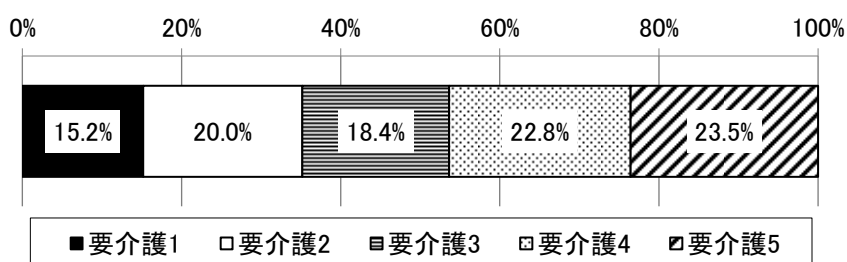
図表 3-46 要介護度別人数 (n=400) (問 22)

(単位：人)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
要介護 1	1,247	3.1	2.6	3.0
要介護 2	1,644	4.1	2.6	4.0
要介護 3	1,514	3.8	2.2	4.0
要介護 4	1,877	4.7	2.7	4.0
要介護 5	1,935	4.8	3.6	4.0

要介護度別の登録者数の構成比は、「要介護 5」が 23.5% で最も多く、次いで「要介護 4」が 22.8% であった。

図表 3-47 要介護度別人数の構成比 (400 事業所、8,217 人) (問 22)



事業所ごとの平均要介護度をみたところ、平均 3.2 で、「3.0 以上 3.5 未満」が 34.5% であった。

図表 3-48 事業所ごとの平均要介護度

	件数	平均値	標準偏差	中央値
平均要介護度	400	3.2	0.6	3.2

図表 3-49 事業所ごとの平均要介護度の分布

	n	%
2.0 未満	6	1.5%
2.0 以上～2.5 未満	45	10.9%
2.5 以上～3.0 未満	87	21.2%
3.0 以上～3.5 未満	142	34.5%
3.5 以上～4.0 未満	85	20.7%
4.0 以上	35	8.5%
無回答	11	2.7%
全体	411	100.0%

2) 認知症高齢者の日常生活自立度別人数

認知症高齢者の日常生活自立度別の人数は、「Ⅲa」が平均 4.5 人で最も多かった。次いで「Ⅱb」が平均 4.0 人であった。

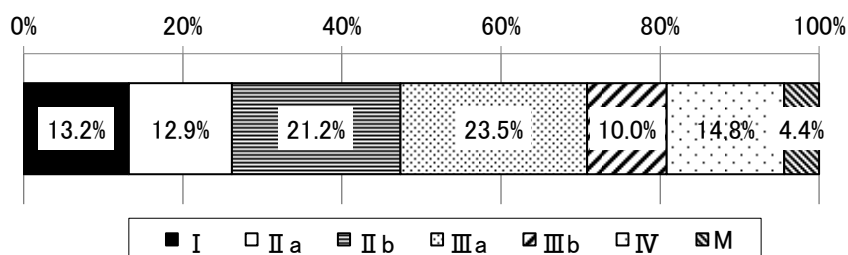
図表 3-50 認知症高齢者の日常生活自立度別人数 (n=367) (問 23)

(単位：人)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
I	927	2.5	2.3	2.0
Ⅱa	908	2.5	2.0	2.0
Ⅱb	1,486	4.0	2.7	4.0
Ⅲa	1,648	4.5	2.8	4.0
Ⅲb	701	1.9	1.7	2.0
Ⅳ	1,036	2.8	2.3	2.0
M	308	0.8	1.5	0.0

認知症高齢者の日常生活自立度別の人数の構成比は、「Ⅲa」が 23.5%で最も多く、次いで「Ⅱ」が 21.2%であった。

図表 3-51 3) 認知症高齢者の日常生活自立度別人数の構成比 (367 事業所、7,014 人) (問 23)



3) 主傷病別人数

主傷病別人数について、「認知症」が1事業所あたり平均7.5人で最も多く、次いで「脳卒中」が2.9人であった。

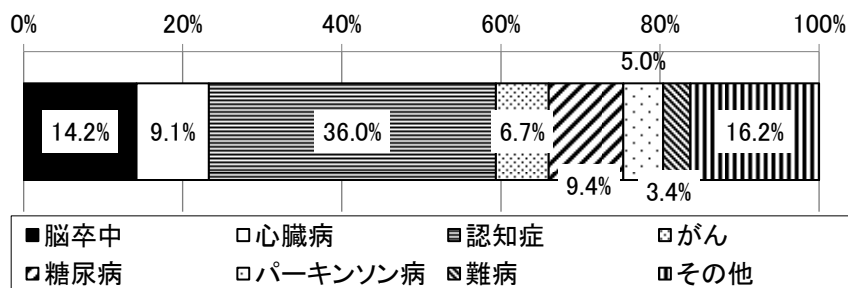
図表 3-52 主傷病別人数 (n=351) (問 24)

(単位：人)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
脳卒中	1,033	2.9	2.6	3.0
心臓病	663	1.9	1.9	2.0
認知症	2,622	7.5	5.0	6.0
がん	484	1.4	1.7	1.0
糖尿病	684	1.9	1.7	2.0
パーキンソン病	362	1.0	1.1	1.0
難病	250	0.7	1.0	0.0
その他	1,177	3.4	3.6	2.0

主傷病別人数の構成比は、「認知症」が36.0%で最も多く、次いで「脳卒中」が14.2%であった。

図表 3-53 主傷病別人数の構成比 (351事業所、7,275人) (問 24)



4) 居住地別人数

居住地別人数について、「同一市区町村内」が、1事業所あたり平均13.5人であった。「同一中学校区」が平均6.2人であった。「同一市区町村以外」は平均0.8人であった。

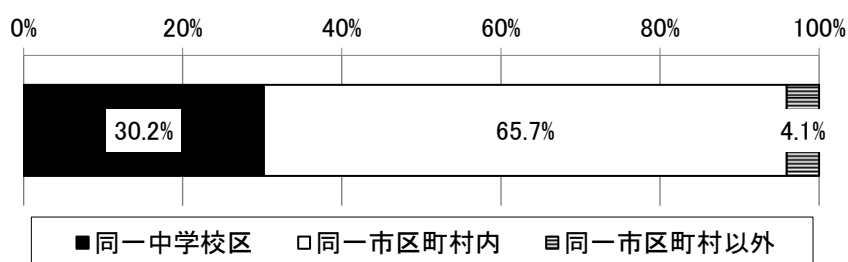
図表 3-54 居住地別人数 (n=384) (問 25)

(単位：人)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
同一中学校区	2,379	6.2	6.7	4.0
同一市区町村内	5,173	13.5	8.1	14.0
同一市区町村以外	321	0.8	3.0	0.0

居住地別人数の構成比は、「同一市区町村」が全体の65.7%を占めた。「同一中学校区」が30.2%、「同一市区町村以外」は4.1%であった。

図表 3-55 居住地別人数の構成比 (384事業所、7,873人) (問 25)

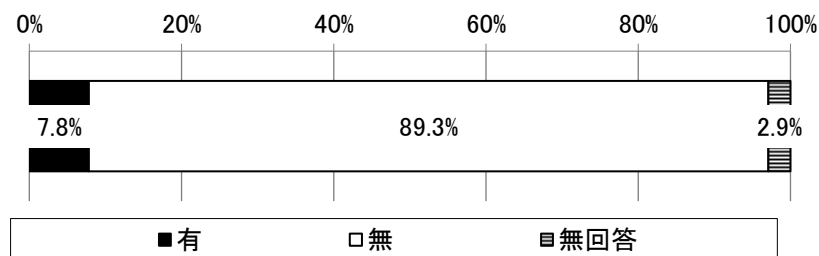


③ 予め事業所で設定しているサービス提供地域外の登録者の有無

予め事業所で設定しているサービス提供地域外の登録者の有無について、「有」と回答した割合は7.8%であった。

図表 3-56 予め事業所で設定しているサービス提供地域外の登録者の有無 (n=411)

(問 26)



1) 「有」と回答した場合の登録者の人数

予め事業所で設定しているサービス提供地域外の登録者は平均 2.5 人であった。

図表 3-57 (予め事業所で設定しているサービス提供地域外の登録者がいる場合)

登録者数 (問 26)

(単位：人)

	件数	平均値	標準偏差	中央値
予め事業所で設定している サービス提供地域外の登録者数	31	2.5	3.8	2.0

図表 3-58 (予め事業所で設定しているサービス提供地域外の登録者がいる場合)

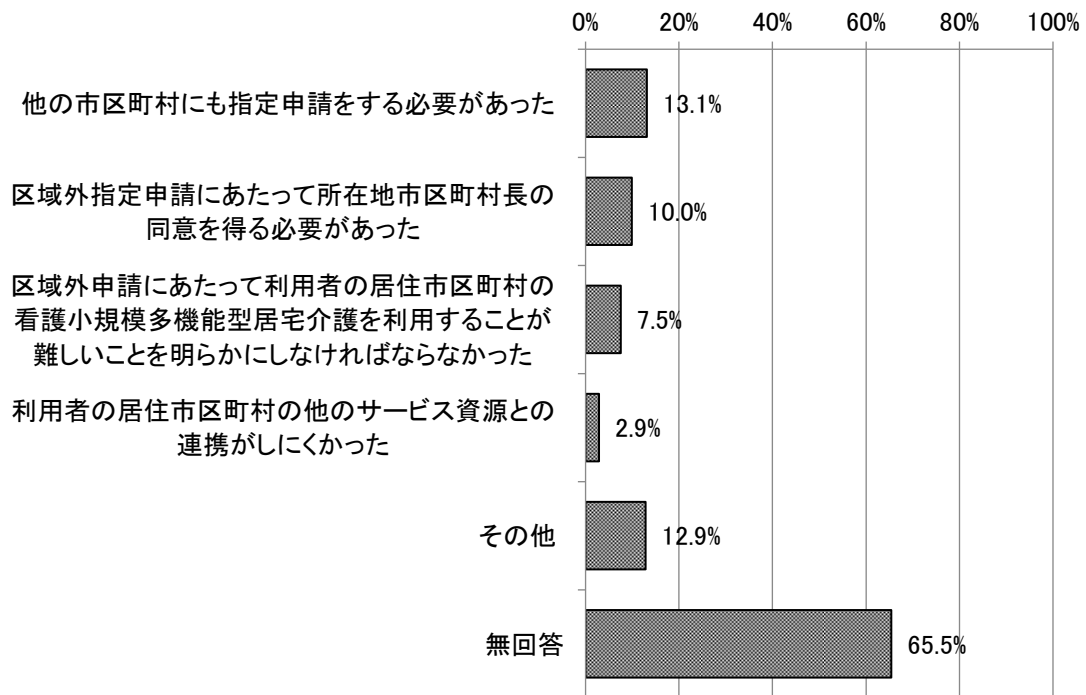
登録者人数の分布 (問 26)

	回答件数	割合
1人	15	46.9%
2人	9	28.1%
3人以上	7	21.9%
無回答	1	3.1%
全体	32	100.0%

④ 同一市区町村以外の利用者の利用にあたっての負担

同一市区町村以外の利用者の負担について、「他の市区町村にも指定申請をする必要があった」が 13.1%、「区域外指定申請にあたって所在地市区町村長の同意を得る必要があった」が 10.0%であった。

図表 3-59 同一市区町村以外の利用者の利用にあたっての負担（複数回答）（n=411）
（問 27）



「その他」の回答内容は、多くは「なし」「同一市区町村以外の利用がない」であった。また、「同一市区町村以外の利用が認められていない」「以前、他市に相談したところ、詳細を聞いてもらえなかった」「補助金を受けていると市区町村外の利用者受入が許可されない」という回答もあった。

また、「申請から認定まで時間を要す市町村があった」

「同一市区町村内の親族宅に転居」「有料老人ホームに入居され、住所変更される」

「距離」「訪問に時間がかかってしまう」「送迎」等の回答があった。

⑤ サービス提供

1) 7月に該当のサービスを1回以上提供した人数（実人数）

7月に該当のサービスを1回以上提供した人数は、「通い」については、平均19.5人であった。

「泊まり」は平均9.6人であった。

「訪問（介護職）」は13.8人、「訪問（看護職）」が12.5人であった。

図表 3-60 7月に該当のサービスを1回以上提供した人数（実人数）(n=382)（問28）

（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
通い	19.5	5.9	20.0
泊まり	9.6	4.9	9.5
訪問（介護職）	13.8	7.4	13.0
訪問（看護職）	12.5	8.2	11.0
訪問（リハビリ職）	1.9	4.9	0.0

2) サービス提供合計回数（延べ回数）（7月）

サービス提供合計回数は、「通い」は平均334.6回であった。

「泊り」は平均137.0回であった。

「訪問（介護職）」は平均448.4回、「訪問（看護職）」は106.8回であった。

図表 3-61 サービス提供合計回数(n=375)（問29）

（単位：回）

	平均値	標準偏差	中央値
通い	334.6	121.5	343.0
泊まり	137.0	77.7	140.0
訪問（介護職）	448.4	720.5	289.0
訪問（看護職）	106.8	175.4	51.0
訪問（リハビリ職）	9.5	30.7	0.0

⑥ 自宅で、医療保険の訪問看護を利用した人の人数（実人数）とサービス利用延べ回数(7月分)

自宅で、医療保険の訪問看護を利用した実人数は平均1.5人であった。利用延べ回数は平均22.8回であった。

図表 3-62 自宅で、医療保険の訪問看護を利用した人の人数（実人数）とサービス利用延べ回数（7月分）(n=365)（問30）

	平均値	標準偏差	中央値
実人数（人）	1.5	2.5	0.0
利用延べ回数（回）	22.8	65.3	0.0

⑦ 事業所に泊まりの際、医療保険の訪問看護を利用した人の人数（実人数）とサービス利用延べ回数(7月)

事業所に泊まりの際、医療保険の訪問看護を利用した実人数は平均 0.7 人で、サービス利用延べ回数は 15.2 回であった。

図表 3-63 事業所に泊まりの際、医療保険の訪問看護を利用した人の人数（実人数）とサービス利用延べ回数（7月）（n=376）（問 31）

	平均値	標準偏差	中央値
実人数（人）	0.7	1.7	0.0
利用延べ回数（回）	15.2	44.7	0.0

⑧ 泊まりを利用しない利用者がある場合の理由

泊まりを利用しない利用者がある場合の理由について、「利用者からの希望がなかった」が平均 9.2 人であった。

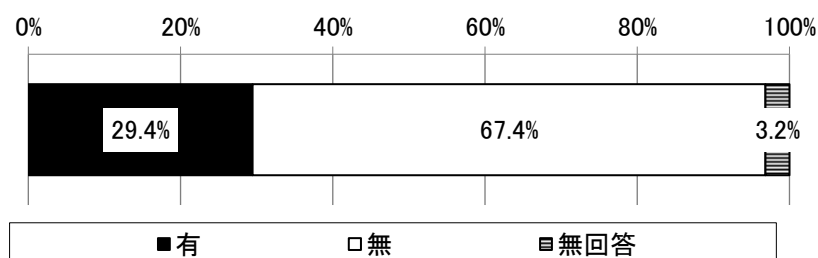
図表 3-64 泊まりを利用しない利用者がある場合の理由（n=338）（問 32）（複数回答）
（単位：人）

	平均値	標準偏差	中央値
利用者からの希望がなかった	9.2	5.8	9.0
利用者からの希望はあったが、希望日は他の利用者の予定でいっぱいであった	0.1	0.6	0.0
利用者からの希望はあったが、希望日は職員の配置ができず、うけられなかった	0.1	0.4	0.0

⑨ 過去半年以内の短期利用居宅介護費の算定について

過去半年以内(令和 5 年 2 月～ 7 月)における短期利用居宅介護費の算定有無について、「有」は 29.4%であった。

図表 3-65 過去半年以内/短期利用居宅介護費算定の有無（n=411）（問 33）



1) 算定回数

過去半年以内(令和5年2月～7月)における短期利用居宅介護費の算定について「有」と回答した場合の算定回数について、平均は4.3回であった。

図表 3-66 算定回数 (n=411) (問 33)

(単位：回)

	件数	合計値	平均値	標準偏差	中央値
算定回数	121	517	4.3	6.3	2.0

2) 要介護度別の人数

要介護度別の人数について、「要介護1」、「要介護2」、「要介護3」、「要介護5」は平均0.9人で、「要介護4」は平均0.8人であった。

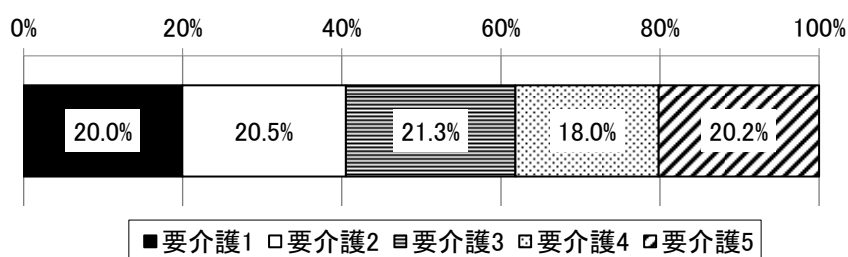
図表 3-67 要介護度別人数 (n=118) (問 34)

(単位：人)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
要介護1	102	0.9	2.1	0.0
要介護2	105	0.9	1.9	0.0
要介護3	109	0.9	1.7	0.0
要介護4	92	0.8	1.6	0.0
要介護5	103	0.9	1.6	0.0
その他	0	0.0	0.0	0.0

要介護度別の人数の構成比は、「要介護1」は20.0%、「要介護2」は20.5%、「要介護3」は21.3%、「要介護4」は18.0%、「要介護5」は20.2%であった。

図表 3-68 要介護度別人数の構成比 (118事業所、511人) (問 34)



3) 利用理由別の人数

利用理由別の人数について、「介護者のレスパイト」が平均 1.4 人で最も多かった。次いで「介護者の用事」が平均 1.1 人であった。

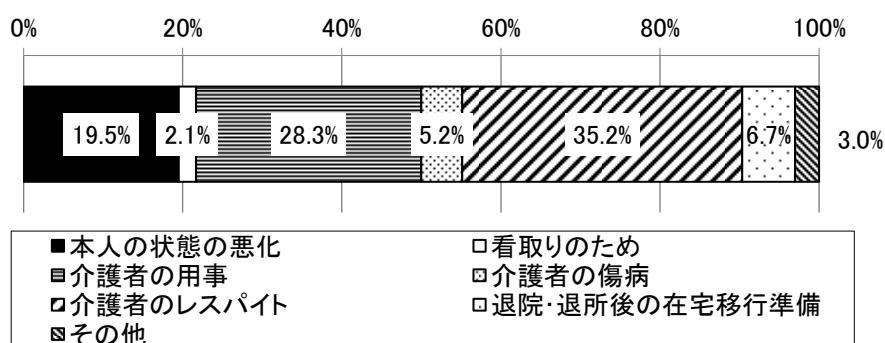
図表 3-69 過去半年以内/主な利用理由 (n=115) (問 35)

(単位：人)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
本人の状態の悪化	91	0.8	1.5	0.0
看取りのため	10	0.1	0.4	0.0
介護者の用事	132	1.1	2.3	0.0
介護者の傷病	24	0.2	0.5	0.0
介護者のレスパイト	164	1.4	2.7	0.0
退院・退所後の在宅移行準備	31	0.3	0.8	0.0
その他	14	0.1	0.5	0.0

利用理由の構成比は、「介護者のレスパイト」が 35.2%と最も多く、次いで「介護者の用事」が 28.3%であった。

図表 3-70 利用理由の人数の構成比 (115 事業所、466 人) (問 35)



⑩ 令和5年2月～7月までの新規の相談について

令和5年2月～7月までの新規相談者数は、平均14.1人であった。

図表 3-71 1) 令和5年2月～7月までの新規相談者数 (n=387) (問 36)

(単位：人)

	件数	合計値	平均値	標準偏差	中央値
新規相談者数	387	5,456	14.1	11.6	11.0

新規相談者の紹介経路・きっかけは、「病院・診療所・介護老人保健施設」が1事業所あたり平均5.5人と最も多く、次いで「在宅の介護支援専門員」が1事業所あたり平均4.5人であった。

図表 3-72 新規相談者の紹介経路・きっかけ別人数 (n=387) (問 36)

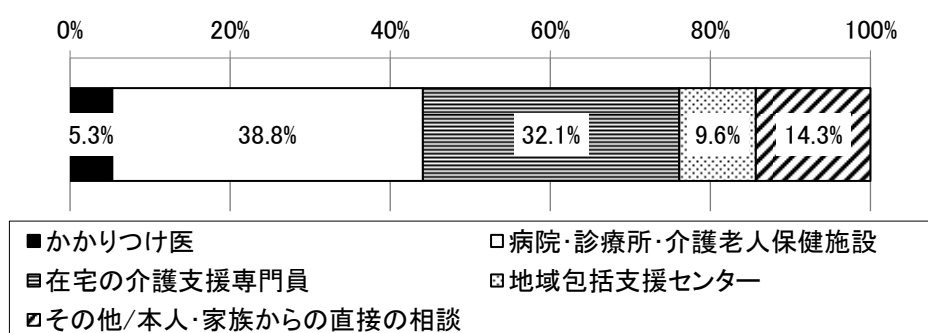
(単位：人)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
かかりつけ医	287	0.7	2.0	0.0
病院・診療所・介護老人保健施設	2,117	5.5	6.1	4.0
在宅の介護支援専門員	1,749	4.5	4.7	3.0
地域包括支援センター	522	1.3	1.9	1.0
その他/本人・家族からの直接の相談	781	2.0	2.6	1.0

新規相談者の紹介経路・きっかけの構成比は「病院・診療所・介護老人保健施設」が38.8%で最も多く、次いで「在宅の介護支援専門員」が32.1%であった。

図表 3-73 新規相談者の紹介経路・きっかけ別人数の構成比 (387事業所、5,456人)

(問 36)



1) 令和5年2月～7月までの新規相談のうち、登録に至らなかった人数

令和5年2月～7月までの新規相談のうち登録に至らなかった人数は、1事業あたり平均7.9人であった。

図表 3-74 新規相談のうち、登録に至らなかった人数 (n=368) (問 36)

(単位：人)

	件数	合計値	平均値	標準偏差	中央値
新規相談のうち登録に至らなかった人数	368	2,922	7.9	8.8	5.0

登録に至らなかった主な理由は、「利用料が高い」が1事業所あたり平均1.3人で最も多かった。次いで「通い、泊まり、訪問の全ては必要ない」が0.9人であった。

図表 3-75 新規相談のうち、登録に至らなかった主な理由別人数 (n=368) (問 36)

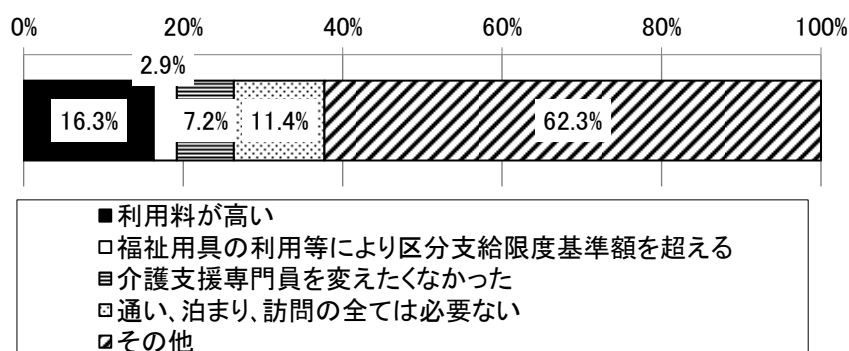
(単位：人)

	合計値	平均値	標準偏差	中央値
利用料が高い	476	1.3	2.6	0.0
福祉用具の利用等により区分支給限度基準額を超える	85	0.2	1.2	0.0
介護支援専門員を変えたくなかった	209	0.6	1.4	0.0
通い、泊まり、訪問の全ては必要ない	332	0.9	2.0	0.0
その他	1,820	4.9	7.5	2.0

「その他」の主な具体的な理由は「状態が悪化」「病院に入院」「施設入所」「入院・入所を継続することになった」「死亡」「毎日の通い（泊り）を希望に対応できず」「主に泊りの希望で希望の日数の確保が困難」「空きがなかった」「距離が遠い」「他の市区町村在住」「不明」等であった。

登録に至らなかった主な理由の構成比は、「利用料が高い」が16.3%で最も多く、次いで「通い、泊まり、訪問の全ては必要ない」が11.4%であった。

図表 3-76 新規相談のうち、登録に至らなかった主な理由別人数の構成比 (368事業所、2,922人) (問 36)



⑪ 過去半年以内(令和5年2月～7月)に利用終了した利用者の転帰別人数

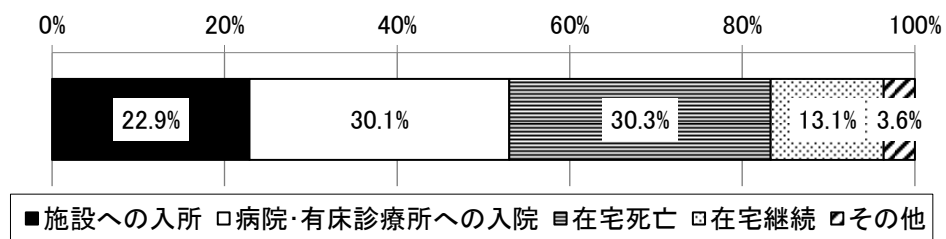
過去半年以内(令和5年2月～7月)に利用終了した利用者の転帰別人数について、「在宅死亡」が1事業所あたり2.0人、構成比で30.3%と最も多かった。「病院・有床診療所への入院」は1事業所あたり平均2.0人、構成比で30.1%であった。

図表 3-77 過去半年以内に利用終了した利用者の転帰別人数 (n=393) (問 37)

(単位：人)

	合計値	構成比	平均値	標準偏差	中央値
施設への入所	585	22.9%	1.5	1.5	1.0
病院・有床診療所への入院	770	30.1%	2.0	1.8	2.0
在宅死亡	774	30.3%	2.0	2.2	1.0
うち貴事業所内での看取り	463	(18.1%)	1.2	1.8	0.0
在宅継続	335	13.1%	0.9	1.6	0.0
うち他の介護保険サービスを利用	272	(10.6%)	0.7	1.3	0.0
その他	92	3.6%	0.2	1.0	0.0
合計	2,556	100.0%	6.5	4.1	6.0

(構成比：393事業所、2,556人)

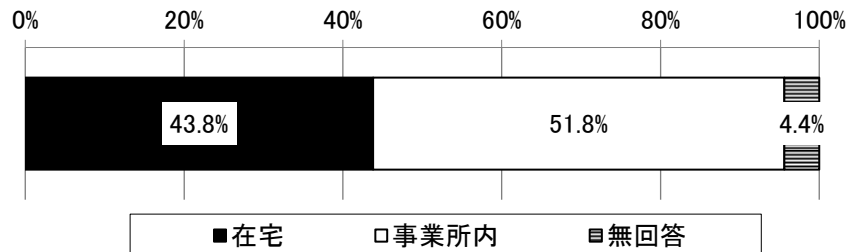


⑫ 過去半年以内(令和5年2月～令和5年7月)の在宅死亡利用者の死亡時の状況

1) 看取りの場所

看取りの場所について、在宅は43.8%、事業所内は51.8%であった。

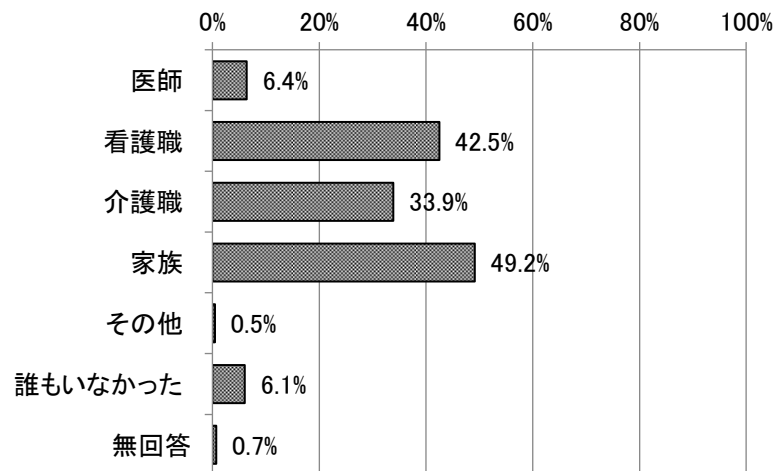
図表 3-78 看取りの場所 (n=838) (問 38)



2) 利用者が息を引き取った際にその場にいた人

利用者が息を引き取った際にその場にいた人について、「家族」が49.2%、「看護職」が42.5%であった。

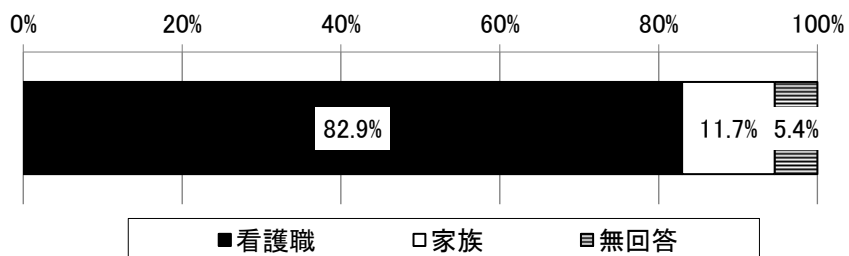
図表 3-79 利用者が息を引き取った際にその場にいた人 (n=838) (問 38) (複数回答)



3) 医師に連絡した人

医師に連絡した人について「看護職」が82.9%で最も多く、次いで「家族」が11.7%であった。

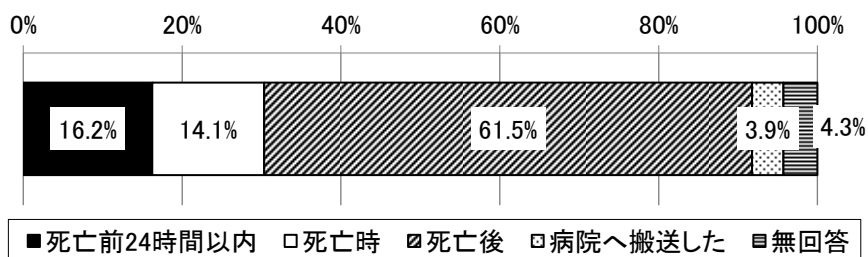
図表 3-80 医師に連絡した人 (n=838) (問 38)



4) 死亡診断のための医師の訪問時期

死亡診断のための医師の訪問時期について、「死亡後」が61.5%で最も多かった。次いで「死亡前24時間以内」が16.2%、「死亡時」が14.1%であった。

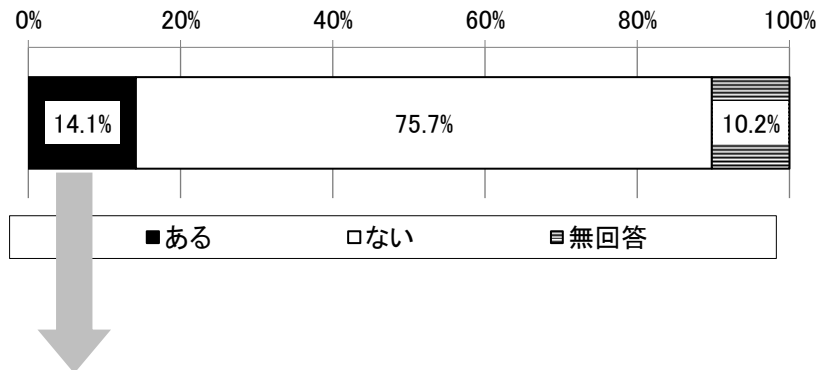
図表 3-81 死亡診断のための医師の訪問時期 (n=838) (問 38)



⑬ 死亡診断に手間取った経験

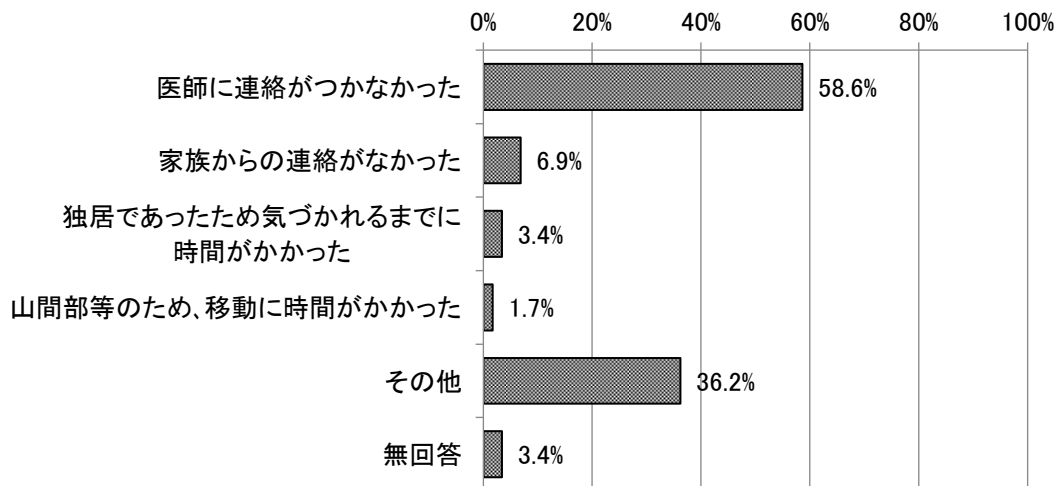
死亡診断に手間取った経験の有無について、「有」が 14.1%、「無」が 75.7%であった。

図表 3-82 死亡診断に手間取った経験の有無 (n=411) (問 39)



死亡診断に手間取った経験がある 58 事業所において、その理由は、「医師に連絡がつかなかった」が 58.6% (34 件) で最も多かった。

図表 3-83 1) 死亡診断に手間取った理由 (n=58) (問 39) (複数回答)



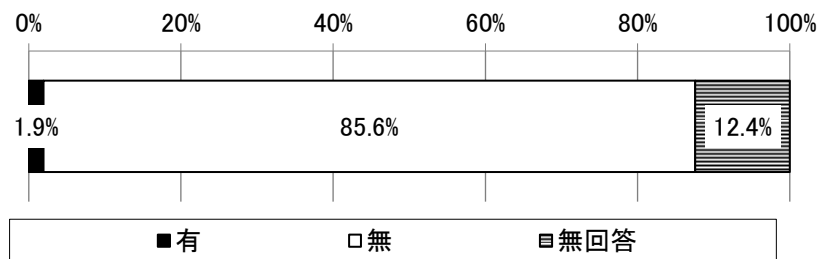
「その他」の主な具体的な内容は、「医師に連絡はついたが、すぐにこれなかった」「夜間の場合は翌朝対応となるため」であった。

⑭ ICT を活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師

ICT を利用した在宅での看取りに関する研修（※）を受けた看護師が「有」が 1.9%で、「無」が 85.6%であった。

※医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師が受けなければならない研修

図表 3-84 ICT を活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師の有無（n=411）（問 40）



「有」と回答した場合、ICT を利用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師の人数はすべての事業所で 1 人であった。

図表 3-85 ICT を活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師（問 40）

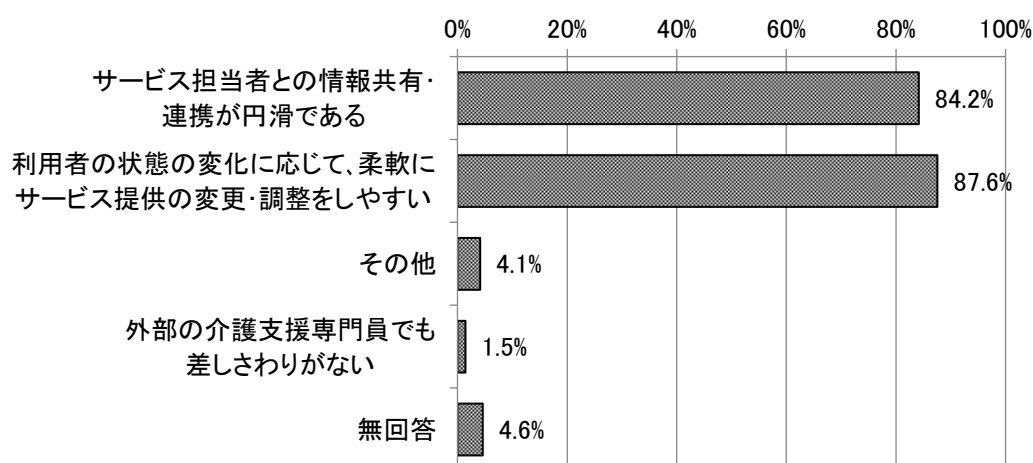
（単位：人）

	件数	平均値	標準偏差	中央値
ICT を活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師の人数	7	1.0	0.0	1.0

⑮ 利用者のケアマネジメントについて、看多機所属の介護支援専門員が実施するメリット

利用者のケアマネジメントについて、看多機所属の介護支援専門員が実施するメリットは「利用者の状態の変化に応じて、柔軟にサービス提供の変更・調整をしやすい」が 87.6%で最も多かった。次いで「サービス担当者との情報共有・連携が円滑である」が 84.2%であった。

図表 3-86 利用者のケアマネジメントについて、看多機所属の介護支援専門員が実施するメリット (n=411) (問 41) (複数回答)

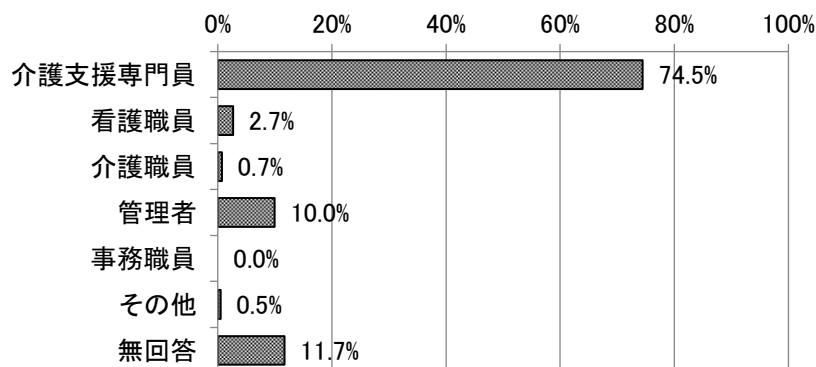


「その他」の具体的な内容は、「ご家族との信頼関係が持てる」「対応が迅速」「サービスの状況が確認しやすい、よくわかる」「利用者の状態が確認しやすい」「事業所の状態と家族の要望の調整がしやすい」等があった。

⑯ 利用者のケアマネジメントの実際の調整者

利用者のケアマネジメントの主な実際の調整者として「介護支援専門員」が 74.5%で最も多かった。次いで「管理者」が 10.0%であった。

図表 3-87 利用者のケアマネジメントの実際の調整者 (n=411) (問 42)



(4) 看護小規模多機能型居宅介護の特性を踏まえた普及を図るため、効果的な方策についての自由意見

看護小規模多機能型居宅介護の特性を踏まえた普及を図るため、効果的な方策についてたずねたところ、まずは、看護小規模多機能型居宅介護について理解をえることが多く挙げられた。特にケアマネジャーや医療機関の退院調整部門等、紹介してもらう先の理解を得ること、協働する医師の理解も重要である。自治体のさらなる理解が必要な点も指摘があり、また、自治体の協力で広報、啓発活動も求められていた。さらに研修会や看護小規模多機能型居宅介護事業所同士の交流会等の意見もあった。

次に、看護小規模多機能型居宅介護の特性がより発揮できるための制度上の課題や改善策の意見として、報酬の引き上げ、加算、区分支給限度基準額について、事業所への補助、利用者への補助、通いや泊りの定員増、医療の提供、ケアマネジャーに関する課題、区域外利用、利用者の拡大あるいは制限、利用者の特徴に応じた対応の必要性、職員配置、その他の意見が挙げられた。

図表 3-88 看護小規模多機能型居宅介護の特性を踏まえた普及を図るため、効果的な方策についての自由意見（問 43）

○看護小規模多機能型居宅介護についての理解促進が必要

<ul style="list-style-type: none"> ・看護小規模多機能のサービスの特色や役割を地域のケアマネジャーや医療機関がもっとしっかりと理解してもらえる様、行政機関で何かしらの動きをしてほしい。「何でもやってもらえる」「使い放題」「全てお任せできる」と思われがち。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域の医療機関、居宅支援事業所、地域包括支援センターはもとより、地域住民との交流機会（運営推進会議・地域住民の各種イベント）に積極的に参加し、看護小規模多機能居宅介護の特性を普及する
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅プランからの移行は、ケアマネが変わる、ヘルパーの使い方が違うなどむずかしいことが多い。包括支援センターや地域の病院のMSW、退院調整ナースへの看多機の理解を深める必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関、居宅介護支援事業所、介護保険事業所向けに看多機についての勉強会開催。その結果、看多機の機能を知って頂き普及に繋がればと考えます。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域の方々に看多機を知ってもらえるよう、サロンや地域イベントに参加を行う（ポスター、パンフレット、インスタグラム、情報発信） ・病院、診療所、ケアマネジャーへの営業を行う
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅の介護支援専門員に看多機の利用について具体的な症例の紹介をする機会を作る。看多機について知ってもらう。 ・病院の連携室は2～3年毎くらいにスタッフが異動されるので定期的に看多機について勉強する機会を作してほしい。
<ul style="list-style-type: none"> ・病院の退院支援担当者、介護支援専門員の研修等で認知度をあげるためPR活動を行う。
<ul style="list-style-type: none"> ・居宅ケアマネ、介護施設、包括、病院など、同じ事業所内のケアマネ、相談員などの個人単位で看多機を知っていたり知らなかったり差がある。そこを共有できるような取り組みが必要。
<ul style="list-style-type: none"> ・病院や包括での看多機の特性を十分理解しきれていないケースや看多機を知らないケースもあり、周知していく働きかけが必要だと思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・居宅支援事業所と看多機からの事例検討会 ⇒看多機のサービスの在り方、メリット、デメリット等知ってもらう（サービスの

<p>使い放題という捉え方を変えていきたい)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院地域連携室（特に急性期病院）への看多機についての周知
<ul style="list-style-type: none"> ・日中家人が不在による施設ニーズの考え方を変えさせられる提案 ・行政含め、居宅ケアマネへの理解 が必要だと思います。
<ul style="list-style-type: none"> ・まだ認知度が低く、なかなか利用に至らないと感じる所があります。居宅や地域向けに学習会を開催しましたが、看多機の制度を理解している専門職が少ないと思います。
<ul style="list-style-type: none"> ・居宅のケアマネが看多機を理解する ・地域の人に知ってもらう（出前講演、チラシの配布）
<ul style="list-style-type: none"> ・近郊のケアマネジャーにも看多機の理解をされていない。具体的には、医療ニーズがないと利用できないと理解されている等。
<ul style="list-style-type: none"> ・行政やケアマネ、病院等、他職種に看多機の特性の周知を図る為の研修会や意見交換会、交流会、実習の受け入れ等を開催していく
<ul style="list-style-type: none"> ・看多機の制度がまだまだ知られていないと感じる事がある。病院の連携室 NS でも「看多機ってずっと泊まれる所ですよ！」等、認知がされていない事が多々あった。制度やメリット・デメリット等を伝える場所や講習等が広がれば良いと感じる。また制度が複雑である為、看護協会や市町村での研修等があれば良いと思います。
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関の退院調整担当（SW や退院調整 NS） への啓発活動
<ul style="list-style-type: none"> ・病院へ営業に行き、看護小規模多機能型居宅介護の機能を伝える。
<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの特性について医師、特に訪問診療医への周知・理解を図ってほしい。うまく連携し看護師のいる在宅ベッド、繰り返しの入院予防として活用してほしい。
<ul style="list-style-type: none"> ・病院側から看護主任の方が見学希望され、在宅支援の現状をお伝えする機会がありました。病院側と在宅支援室側の連携の大切さをお互いに再確認することができました。また、看多機の特性、必要性を知っていただくいい機会になりました。
<ul style="list-style-type: none"> ・市町村が看多機のことを分かっていないと感じることが多い。そのため、看多機がない地域が多い。保険者向けの研修や普及が必要。
<ul style="list-style-type: none"> ・役所など相談窓口となる部分で看多機を理解していないため、知ってもらえるきっかけが減っている。定額という部分だけ取り上げられ、デイで対応できなくなってからお願いされるケースばかりである。
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者、家族共に定額で使い放題だと思われる方がほとんど。スタッフの確保も難しい中で、新規利用者の相談があっても、サービス提供を十分にできないかもしれない事を理由に断る事が多い。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域に根ざしたサービスの提供ができる利点があるため。行政からも地域住民に対し看多機の機能について働きかけがあるとよい。
<ul style="list-style-type: none"> ・『看多機=高い』のイメージが強い。メディアや介護支援専門員にもっと理解してもらうとともに広めてもらえると良い。使い方しだいで費用をおさえる事もできるという事もしっかりアピールしていく必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・医療ニーズが高い利用者・自宅で看取りを希望している利用者・家族にとっては利用しやすいが、利用回数が少ない場合は金額が高いと思われるケースもある。月の料金が一律であることがメリットやデメリットもある。病院や居宅においても、まだまだ看護小規模の特性を理解出来ていない方も多く、利用者の状況に応じて利用して頂ければと思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・SNS の活用 “ティックトック” 時代に合わせて若い人にも情報を伝えて行く必要あり
<ul style="list-style-type: none"> ・柔軟な対応を家族様・本人様・居宅のケアマネさんから求められる事が多いが、出来ない事も多い。可能なサービス不可能なサービスの明確化と周知が必要と思われる。
<ul style="list-style-type: none"> ・周知不足がまだあると考えています。好循環で、他のサービス利用へつなげられるような交流の場も設けて頂きたい。
<ul style="list-style-type: none"> ・国や地方自治体などの行政機関より一般市民の方達への広報が少ない。在宅サービス継続の為に有効なサービスであることを知らないで困っている人達が現実には多いと感じている。

・利用する側、地域の方々へサービス内容を知らせること
・地域から見学募集、学校からの職場見学
・市内では看護小規模多機能型居宅介護事業所の歴史が浅く、医療機関や居宅介護支援事業所の認知度がまだまだ低い印象にある。実際に看護小規模多機能型居宅介護ではどのような運営（サービス提供等）がされているか広く伝える意見交換の場等を提供して頂けると助かります。
・具体的な利用事例を紹介することで、イメージがしやすいと評価をいただくことがあります。
・看護小規模多機能の職員で、情報交換できる場がほしい

○制度上の課題や改善策

（報酬について）

・報酬の大幅な引き上げ
・利用頻度に対して報酬が見合わない。
・要介護度によって一週間のうち通いを利用できる回数の基準が欲しい。それ以上の通いを提供する場合は追加料金（包括料金外）で請求できるようにしてほしい。（例えば…要介護1の方の通いは週一回。それ以上の時であり、緊急性がない場合は追加請求が可能となる。）
・介護度別での利用制限を設けてサービス調整を図る事が出来れば、さらに通い・泊り・訪問のバランスが取れたサービス提供が出来ると考えます。

（加算）

・リハビリ職員を配置した場合の加算があると、利用者さんのQOL向上に役に立つ。
・リハビリは必須であるにも関わらず、加算がない。しかし、専門職も関わることで、入院することは稀な状態。そういう点を評価できる加算をつけてほしい
・送迎が大変であるが、それに対する加算があると良い
・状態不安定者の看護師送迎が必要となるが加算が取れない
・独居の方のサービスが増えてしまうので、独居加算などの配慮がほしいです。

（区分支給限度基準額について）

・介護度に応じて、看多機だけで単位が余らなくなる（特に要介護2）
・福祉用具は限度額から外した方がよい。
・単位数が足りない。福祉用具が借りられないので大変困ります。認知症加算や初期加算を何とかしてほしい。（算定外にするとか）
・ベッター式とスロープを借りると、支給限度基準額をこえる。

（事業所への補助）

・家賃補助や、人材採用費の補助をもっとやるべき。
・市、県より、物品等の補助があると、とても助かる。維持費が高い。（電気代、消耗品等、消毒感染予防用品（コロナ予防））。事業所の持ち出しが多い
・開設にあたっては施設整備費として5000万円の補助金が市町村からありましたが、開設後2～3年は赤字経営であったことを考えても全く足りません。看多機を普及させるためには開設資金について市町村からのもっと多額の補助金、資金援助が必要です。
・山間地域や過疎地域では、看護小規模の機能は地域の支えになりますが、看護職など職員確保に課題が多い。行政の、例えば住居確保や住居手当など、地域で住む支援が必要
・看多機の運営維持のために「家賃」「光熱費」「人件費」がかかるため、政府（行政）からのお金を含めた支援が必要と考えます。

(利用者への補助)

・生活保護受給者は、当自治体では利用に制限がある。(通所と訪問のみの利用)
・金額が高いため、収入がすくない人、生活保護の人の利用料の補助があると医療ニーズの高い人の利用が出来る
・低所得の方は利用出来ない傾向や、生活保護の方も泊まりは利用控えになる方もみえます。負担減の利用が可能になれば、困っている方をもう少しご支援出来ると思います。

(定員を増やしてほしい)

・通いの利用人数の制限をなくしてほしい
・登録人数に対しての通い利用定員数をあげれば利用しやすい
・家族の体調不良やご本人の状態の悪化もあるので通いの上限をなくしてもらえたらと思います。
・医療依存度の高い方、介護度の高い方をケア(在宅支援)するための通所人数制限が18名(29名登録時)というのは少なすぎる。 家族が休みの日だけ、(日中は仕事で)夜だけ介護したいという方々が多いが、18名の枠ではそうした方々の利用が困難となっていくため 結果的に、その様な方は施設を選択せざるを得なくなる。 ※現状であれば、通い枠は20~22名程度が適当ではないかと思う
・一日の通い利用者人数に制限があり、利用者同士譲りあって利用する必要がある ・主介護者が就労している場合、利用日や送迎時間の希望が重なることが多くある ・送迎ルートや利用日を工夫して調整をしているが、主介護者が就労している場合、協力を求めることが難しい
・通所18名、泊り9名のため、泊りが9名の場合、通い枠が9名しかなく、残りの11名は自宅に訪問している。 要介護度の高い利用者は週5や毎日泊まりなど最初の契約から減らす方向にはならない為、毎日満員の中突然の新規を組み込むのは難しいと考える。最初の契約で、定員が多くなった時に帰って頂ける介護体制(家族の介護力)を調整しておかなければと考える。
・急なやむをえない理由で泊りの定員を超える場合は臨機応変に対応していただきたいです。泊りのニーズが高い為泊りの部屋がない場合がご利用につながらないことがある。
・医療ケアの必要な方は宿泊が多くなることもあり宿泊定員内でまかなうのはむずかしい。(看取期は宿泊がふえる)退院したあとは宿泊がふえるなど。
・状態不安定者の延泊について部屋の確保が困難である

(医療の提供について)

・通い中の医療保険算定ができない(医療行為は殆ど日中に行う)
・退院直後で状態不安定者の看多機泊り利用の場合の医療保険での算定ができない
・通いの時間帯でも点滴や医療行為について訪問看護と同じように算定できるようにしてほしい。看護に対しては包括報酬では運営が厳しい。
・日中の通いの時間であっても医師が訪問診療できるようにすることで、在宅での医療依存度が高い人を受け入れる限界値が高まると思われる。これからは独居の要介護者も増えてくるため、そのような対応ができる状況を整備してほしい。
・利用者通い時に主治医の往診を受けられるようにしてほしい(急な様態悪化時に)
・通所サービス中の点滴に係る加療を認めてほしい。柔軟な対応を求めているのに、やりづらい。
・特別管理が複数ある方は、訪問看護の介入が通いでもフレキシブルに対応できるともって安心安全の環境が確保できるのではと思うことがあります。
・通いの場がどこまでの医療行為を許可されているのか分かりにくい。はっきりと決めてもらえるほうがよい。通所介護などとは対象の方の状況も違うので、その辺を考慮して決めてほしい。通い・宿泊についても時代の流れで在宅で家族が介護するというのが難しいケースも増えてきている。高齢者住宅等へ入居することが難しい事例もあり、増やしてもらえるとありがたいです。 訪問看護も同じですが、夜間帯のオンコール対応に対応可能なスタッフにも限りがあり

運営面での難しさもある。すこしでも在宅医療にかかわる看護師がふえることが希望です。

(ケアマネの配置・事業所のケアマネに関する課題)

- ・必要な研修を修了し、居宅サービス計画等の作成に専従するケアマネジャーを置くことになっていますが、必要な研修を受講できる機会があまりにも少なすぎます。認知症実践者研修が半年に1回の年2回、その研修を修了したうえで受講する計画作成担当者研修が年1回では新規にケアマネジャーを雇用しても雇用した月（タイミング）によっては計画作成担当者研修が終了するまでに時間がかかりすぎます。認知症実践者研修も計画作成担当者研修ももう少し受講機会を増やしてください。
- ・人材確保とケアマネの確保。ケアマネ、認知症研修必須だが、Nsがケアマネの場合は免除など対策して頂きたい。また看多機の場合もケアマネ、認知症研修は免除が良いと考えます。
- ・病院、行政等と連携しマネジメントしても算定が取れない
- ・ケアマネ（計画作成担当）の縛りが厳しい（看護師の場合、認知症実践者研修は不要と考える）
- ・看多機は居宅介護支援事業所と異なりマネジメント料がお客様負担となる。

(ケアマネが変わること)

- ・居宅のケアマネジャーが担当している利用者がケアマネジャーの変更をせず、看多機の利用できるとよい
- ・月額報酬や柔軟なサービス調整、顔なじみの職員による支援等、様々な利点があり需要はかなりあると思われるが、居宅介護支援事業所からの紹介はあまり無い。総じて返答は「担当では無くなるから…」 ※是非、外部ケアマネも看多機案内後も、そのまま担当を継続出来る仕組みを作って頂きたい。そうすればまだまだ需要が高まり、結果経営の安定化や新規参加が増え、手厚いケアに繋がります。
- ・事情のある時は外部の居宅から受入れができるようになると、まず居宅介護支援事業所からの注目が強まると感じます。ただその枠に制限等を設けないと一体感があって柔軟かつ迅速にサービス調整ができる特徴が失われてしまうとも感じます。
- ・居宅のケアマネが変更することによる弊害が大きい（サービスを気軽に換えられない）

(区域外利用)

- ・どの様な地域であっても近隣市区町村であれば、医療ケアを必要とする人の場合その区域外（指定）であっても利用を受けられるように広域利用にする必要がある。
- ・越境をかける場合、自治体によって書式が異なり手間となっている

(利用者の拡大あるいは制限について)

- ・特性とは、逆の考えになってしまうかもしれませんが、要支援の方も受けられる様になった方が、包括支援センターからの相談はもっと増えると思う。自治体によっても医療ニーズがあっても支援で看多機を使いたくても使えない事があります。
- ・癌末期と診断を受けてからお亡くなりになるまでの期間が、駆け抜けるように短い利用者さんが多く、その短期間に急激なレベル低下をしていくため介護保険の認定（調査含む）が間に合わないことが多いです。要支援の方でも癌末の診断を受けられている方は、看多機への登録ができると、本人、ご家族が不安を感じ、どのようにしたら…良いかと悩まれる。導入部分から一貫して支えられる
- ・訪看利用者のAYA世代のがん末期の受け入れができない
- ・要介護3～のみ受入可としないと困難事例だらけとなる。
- ・特養のように要介護3以上からの利用となれば経営的にも安定図れてくるかと思いません。

(利用者の特徴に応じた対応の必要性)

- ・重度の人（難病の人や障害者）が多いので、障害サービスとの併用枠を広げてほしい。併用は認めるとなっているが、現実には窓口で条件を示され、断念をすることもあった。
- ・認知症進行の方の利用が増えており、介護度が高くなるそれ故、利用者数を増やして行く事が困難になり、収支が減収となる。

(職員配置について)

<ul style="list-style-type: none">・看護師人数 2.5→5.0 への引き上げ。
<ul style="list-style-type: none">・医療依存度が高く看取りまでつながる利用者への支援が必要とされるが、現在の人員では十分な支援ができない。赤字を出さないように人員を減らすと、利用者のニーズに添った支援ができにくい。介護報酬を上げて職員数を充実させてほしい。
<ul style="list-style-type: none">・看多機が普及しない要因のひとつは看護師の確保。介護保険サービスのひとつではあるが、「在宅看護師加算」のような加算をつけ病院勤務に近い水準の給料の確保をする。在宅看護に1年以上勤務等の条件を付けてもいい。
<ul style="list-style-type: none">・職員の不足のため柔軟にサービス提供ができていない現状。看多機は定額制だと言って家族様が施設に依存しすぎていて自立支援・在宅支援になっていない。
<ul style="list-style-type: none">・看多機を理解した職員の育成により職員の定着と利用者の支援を統一することが必要
<ul style="list-style-type: none">・看護小規模多機能型居宅介護は、「看護職員がいる安心」を利用者が実感する場面が多くあると思います。しかし、利用者にとって良いサービスも、働く職員にとっては不安です。医師がいない中での看護職員による判断は責任重大です。日中の通いサービスの時間帯であっても医師がなんの縛りもなく訪問診療や往診に来ることができ、適切な指示をもらえると、安心して働けます。
<ul style="list-style-type: none">・看護職員の人材確保が必要。また、介護職員の喀痰吸引等実地研修を早急に進めることが必要。
<ul style="list-style-type: none">・問題点としては、看護師や介護職の確保です。看護職には病院勤務より高い給料が望めず、介護職にとっては耳慣れない施設で働くことへの抵抗、働いても看護職より低い給料水準ということで、人員の確保が非常に難しいことを日々痛感しています。また、人材紹介会社の手数料は非常に高いため、簡単に利用はできません。当施設では特定技能外国人を2名雇用していますが、行政からなんらかの人材サポートがあれば非常に助かります。
<ul style="list-style-type: none">・スタッフが集まらない
<ul style="list-style-type: none">・早朝、夜間の訪問が困難なケースが多く、登録ヘルパー等の派遣ができるシステム構築をお願いしたい。
<ul style="list-style-type: none">・医療ニーズの高い中、9人/日の泊りでの1人夜勤は厳しい
<ul style="list-style-type: none">・柔軟に対応するサービスなので、人員基準配置基準ももっと柔軟性を持たせた方がよい。
<ul style="list-style-type: none">・なかなか管理者の育成が出来ない所が課題と思っています。
<ul style="list-style-type: none">・一体的サービスは魅力であるが、それを管理するための知識・経験があるスタッフが少なく、後任もしくは適任者が不足している

(その他)

<ul style="list-style-type: none">・介護の訪問で出来るサービスにしぼりが多い

第4節 まとめ

(1) 看護小規模多機能型居宅介護の事業所の基本情報

- 看護小規模多機能型居宅介護の事業開始年度：2020年度が12.2%、2021年度が11.7%であった。
- 経営主体：営利法人が41.6%で最も多く、次いで社会福祉法人が21.9%、医療法人が20.9%、特定非営利活動法人が3.9%、一般社団法人が2.7%であった。
- 指定訪問看護事業所の指定を受けているか：「はい」が55.5%であった。
- 同一法人・関連法人の施設・事業所であって、併設（同一敷地内・道路をはさんで隣接）している施設・事業所：「訪問看護」が57.4%で最も多く、次いで、「居宅介護支援」が32.1%であった。
- 看護小規模多機能型居宅介護事業所を運営する中で求められていると思うニーズ：「サービスを臨機応変に一体的に提供すること」が93.9%で最も多かった。次いで「中重度の医療ニーズを有する対応」が81.3%であった。
- 収支の状況：「黒字」が24.6%、「ほぼ均衡している」が34.3%、「赤字」が36.7%であった。
- 看護小規模多機能型居宅介護事業所の運営上の課題：「介護職員の確保が困難」が74.2%で最も多かった。次いで、「看護職員の確保が困難」が64.0%であった。「利用者に、月定額で、泊り、通い、訪問のサービスが利用し放題と思われがちである」が58.9%、「利用者の確保が困難」が52.8%であった。
- 今後の経営の方向性：「同規模で継続」が63.3%で最も多かった。次いで、「利用者数を増やす」が40.6%であった。
- 開設時に市区町村や都道府県から得た支援で助かったもの：「金銭的補助」が55.0%で最も多かった。開設時の金銭的補助の内容は、「備品購入」が64.6%、「施設整備」が64.2%であった。

(2) 看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者の状況等（令和5年7月31日時点）

① 定員等

- ・「登録定員」は平均27.4人、「通いの利用定員」は平均16.6人、「宿泊の利用定員」は平均7.8人であった。
- ・登録定員の分布をみると、「29人」が70.8%で7割を占めた。
- ・通いの利用定員は「18人」が55.5%と半数以上、「15人」が25.8%であった。
- ・宿泊の利用定員は「9人」が48.4%と約半数、次いで、「6人」が13.1%であった。

② 登録者

- ・登録者数は平均20.5人であった。
- ・登録者の分布をみると、「20～24人」が29.4%、「25人以上」が28.7%であった。
- ・要介護度別の登録者数の構成比は、「要介護5」が23.5%で最も多く、次いで「要介

護 4」が 22.8%であった。

- ・認知高齢者の日常生活自立度別の人数の構成比は、「Ⅲa」が 23.5%で最も多く、次いで「Ⅱa」が 21.2%であった。
- ・主傷病別人数の構成比は、「認知症」が 36.0%で最も多く、次いで「脳卒中」が 14.2%であった。
- ・居住地別人数の構成比は、「同一市区町村」が全体の 65.7%を占めた。「同一中学校区」が 30.2%、「同一市区町村以外」は 4.1%であった。

③ 予め事業所で設定しているサービス提供地域外の登録者の有無

- ・予め事業所で設定しているサービス提供地域外の登録者の有無について、「有」と回答した割合は 7.8%であった。
- ・「有」と回答した場合の予め事業所で設定しているサービス提供地域外の登録者は平均 2.5 人であった。

④ 同一市区町村以外の利用者の利用にあたっての負担

- ・「他の市区町村にも指定申請をする必要があった」が 13.1%、「区域外指定申請にあたって所在地市区町村長の同意を得る必要があった」が 10.0%であった。

⑤ サービス提供

- ・7月に該当のサービスを1回以上提供した人数は、「通い」については、平均 19.5 人であった。「泊まり」は平均 9.6 人であった。「訪問（介護職）」は 13.8 人、「訪問（看護職）」が 12.5 人であった。
- ・サービス提供合計回数（延べ回数、7月分）は、「通い」は平均 334.6 回であった。「泊り」は平均 137.0 回であった。「訪問（介護職）」は平均 448.4 回、「訪問（看護職）」は 106.8 回であった。

⑥ 泊まりを利用しない利用者がある場合の理由

- ・泊まりを利用しない利用者がある場合の理由について、「利用者からの希望がなかった」が平均 9.2 人であった。

⑦ 過去半年以内（令和5年2月～7月）の短期利用居宅介護費の算定

- ・「有」の事業所は 29.4%であった。
- ・過去半年以内(令和5年2月～7月)における短期利用居宅介護費の算定について「有」と回答した場合の算定回数について、平均は 4.3 回であった。
- ・要介護度別の人数の構成比は、「要介護 1」は 20.0%、「要介護 2」は 20.5%、「要介護 3」は 21.3%、「要介護 4」は 18.0%、「要介護 5」は 20.2%であった。
- ・利用理由の構成比は、「介護者のレスパイト」が 35.2%と最も多く、次いで「介護者の用事」が 28.3%であった。

⑧ 令和5年2月～7月までの新規の相談者数

- ・平均 14.1 人であった。

- ・新規相談者の紹介経路・きっかけの構成比は「病院・診療所・介護老人保健施設」が38.8%で最も多く、次いで「在宅の介護支援専門員」が32.1%であった。
- ・令和5年2月～7月までの新規相談のうち登録に至らなかった人数は、1事業あたり平均7.9人であった。登録に至らなかった主な理由の構成比は、「利用料が高い」が16.3%で最も多く、次いで「通い、泊まり、訪問の全ては必要ない」が11.4%であった。
- ・「その他」の主な具体的な理由は「状態が悪化」「病院に入院」「施設入所」「入院・入所を継続することになった」「死亡」「毎日の通い（泊り）を希望に対応できず」「主に泊りの希望で希望の日数の確保が困難」「空きがなかった」「距離が遠い」「他の市区町村在住」「不明」等であった。

⑨ 過去半年以内(令和5年2月～7月)に利用終了した利用者の転帰別人数

- ・「在宅死亡」が1事業所あたり2.0人、構成比で30.3%と最も多かった。「病院・有床診療所への入院」は1事業所あたり平均2.0人、構成比で30.1%であった。

⑩ 過去半年以内(令和5年2月～令和5年7月)の在宅死亡利用者の死亡時の状況

- ・看取りの場所：在宅は43.8%、事業所内は51.8%であった。
- ・利用者が息を引き取った際にその場にいた人：「家族」が49.2%、「看護職」が42.5%であった。
- ・医師に連絡した人：「看護職」が82.9%で最も多く、次いで「家族」が11.7%であった。
- ・死亡診断のための医師の訪問時期：「死亡後」が61.5%で最も多かった。次いで「死亡前24時間以内」が16.2%、「死亡時」が14.1%であった。

⑪ 死亡診断に手間取った経験

- ・死亡診断に手間取った経験の有無：「有」が14.1%、「無」が75.7%であった。
- ・死亡診断に手間取った理由：「医師に連絡がつかなかった」が58.6%（34件）で最も多かった。

⑫ 利用者のケアマネジメントについて、看多機所属の介護支援専門員が実施するメリット

- ・「利用者の状態の変化に応じて、柔軟にサービス提供の変更・調整をしやすい」が87.6%で最も多かった。次いで「サービス担当者との情報共有・連携が円滑である」が84.2%であった。

⑬ 利用者のケアマネジメントの実際の調整者

- ・「介護支援専門員」が74.5%であった。次いで「管理者」が10.0%であった。

(3) 今後に向けて

以上、本調査で把握できた看護小規模多機能型居宅介護事業所の実態であるが、普及を図るためにはいくつかの課題、提案がある。ただし、委員会で十分な議論・とりまとめまでにはいたらず、アイデアとして提示するものであり、今後、さらに検討が深められることを期待する。

- 対象者の要介護度：調査の中で、経営を安定させる視点から要介護3以上を対象にするのがよい、といった意見があったが、賛成しかねる。要介護1であっても「認知機能の低下」「医療的ケアが必要」「家族調整」といった看護小規模多機能型居宅介護のよさ、機能が発揮できる対象者がいる。
- 専門的な職員配置の評価：リハビリテーションは大事な要素である。リハビリ専門職の配置には加算があるとよい。また、専門看護師や認定看護師の配置の評価も欲しい。
重度化対応だけでなく、自立支援と重度化防止、すなわち科学的介護の推進役としても重要な役割を担うことが期待できる。
- 地域との交流：地域との交流はもっと重視されるとよい。地域との自然な交流の中でサービスにつながるとよい。
- 連携型：定期巡回随時対応型訪問介護看護に「連携型」があるように、看護小規模多機能型居宅介護にも「連携型」があってもよいのではないか。
- 短期利用の活用：看護小規模多機能型居宅介護の「短期利用」をもっと活用してもらいたい。短期利用であれば、ケアマネジャーの変更も必要なく、医療的ケアがあっても受けられ、緊急時にも対応できるため、ケアマネジャーやご家族・ご本人にとっても利用しやすいと思われる。そこで、質の高いケアが受けられ、状態の安定や改善が見られれば、看多機の良さが伝わり、看多機の存在価値が浸透していくのではないかと思う。まずは、使ってみて良さを知ってもらうことが必要だと思われる。
- 地域の拠点：在宅介護医療連携推進事業への関与等、何か他のしかけも必要ではないか。ある市では生活支援コーディネーターを配置して、地域づくりを行っている。看護小規模多機能型居宅介護の建物を拠点として、活用し、発展させていくことも重要だろう。

- サービスのさらなる普及・啓発：看護小規模多機能型居宅介護を知ってもらうこと、良さをしってもらうことが重要。
- ・看多機の特徴を地域の多職種、特にケアマネジャーや病院・診療所が理解いただくことが必要である。各自治体の地域在宅医療推進会議などに、看多機が参加したり、連携することが少ないため、行政を含めた地域の高齢者、障がいに関するサービス機関への理解が必要である。実際に看多機利用者の声や、看多機を利用してADL改善した事例を地域に広報することが必要である。
 - ・地域住民への広報が必要である。介護保険をまだ利用していない高齢者も、今後どのように自宅で暮らしていくか、など考えている。友人が病気になり入院した、急死した、あるいは長期に介護保険を受けながら暮らしている人の声を聴く機会は増えている。実際に、看多機を公開する日を決めて、見学できるとよい。地域住民との日常のつながりは、いざという災害時でも活かされ、頼りになる機関であると認識がすすむのではないか。
 - ・地域の祭りや自治会などの取り組みに参加する。地域に根差した機関として、看護師や介護職員などの専門職と気楽に話せる機会を作ることは必要である。

参考までに、看護小規模多機能型居宅介護の利用についての委員の経験の事例を紹介する。

看多機では、「看護師が先回りをして疾患管理や悪化予防を身体・心理状況を把握して多職種と共有しつつ、その医学的管理を適切に行ったうえで、利用者のQOL向上・尊厳保持に向けて、多職種と生活支援・自立支援を行っている」状況があり、今後このことを可視化するさらなる詳細な調査が必要であると考えられる。

「仕事を辞めずに介護を続けたい」を応援する看多機

長年、糖尿病を基礎疾患に持ち、認知機能の低下から要介護認定を受け、在宅生活を送っていた T さん 80 代女性、主介護者は、仕事を持つ娘 S さん。多忙な毎日を、連日の通所と、お泊りデイの組み合わせで凌いでいたら、感染性胃腸炎から嘔吐物を誤嚥。誤嚥性肺炎の診断で入院。退院までの 2 ヶ月間で ADL 低下、胃ろう造設。3 時間おきの痰吸引がいる状態で、入院前は手引き歩行ができていたのに、膝関節拘縮により座位保持も難しく、リクライニング車椅子で移動する状態となった。認知症の進行もあり看護師が触ると「痛い」「やめて」という言葉しか出ないという記録が残されている。

それぞれの医療ニーズ・生活時間に見合った対応

ケアマネに相談し、1 日 2 回のインスリン注射もあり、痰吸引・胃ろうからの注入、インスリン注射をしてくれる通所はないかと探して、看多機にたどり着いた。

娘 S さんは朝早くから、時には夜 8 時過ぎまで、仕事の忙しい時はお泊りもという要望。入院中の様子を管理者の看護師とケアマネジャーが訪ねて退院調整会議に臨んだ。よくよく訪ねると仕事は不規則で、朝早ければ早く帰宅し、夜遅い日は朝ゆっくり出勤である事が判明した。

フレキシブルな対応と医療処置の見直し

看多機では送迎時間をそれぞれの生活時間に合わせて、工夫することが出来るので、連日長時間の通所でないプランが組める。また、退院前に 1 日 2 回のインスリンが本当に必要かを検討してもらい、インスリン注射は無し状態で退院となった。

口腔ケアをしっかりと行うと、口腔内の荒れも治まり、嚥下訓練も始められるようになり、唾液を誤嚥することも減り、吸引回数が激減した。ゼリー食摂取も可能に。また、お風呂に入った時に痛くないように関節拘縮への可動域訓練を行い、車椅子座位も可能になった。

介護と看護の連携がスムーズに

機嫌が悪いと拒否的な行動が現れる事を、介護のスタッフはよく観察し、そわそわして立ち上がろうとする時は排尿との関係、急に表情が曇って乱暴な行動になる時は排便、食事時間が近づく前にも不機嫌になるのは血糖値の関係かもと提案してくれた。他者との関係で気分を損ねた時にも機嫌が悪くなるが、注意を別に向けると収まることなども分かり、音楽に合わせて楽しそうに手踊りするまでになった。日中はゼリー食が摂取できるようになり、パジャマのままで通所してきていた T さん、おしゃれな外出着で現れるようになった。

娘 S さんも余裕をもって介護が、仕事が続けられる！

看多機はちょっとした変化で悩むときにも、相談が出来ることも有難いと S さん。仕事を辞めるかと悩んだ日々を思い起こし、看多機の良さを友人に話しているという。

秋山 正子

【多職種で取り組む看多機の効果】

Aさんは、転倒をきっかけに寝たきりになり回復期リハビリ病院に入院中でした。入院中も経口摂取が進まず、点滴による補液が必要な状況でしたが、入院期間の延長はできず、困った相談員さんから看多機に相談がありました。ご家族からは、トイレまで歩けなければ自宅で看することはできないと言われていたため、看多機では、Aさんが自宅で生活するためには、①排泄行動の自立②経口摂取による栄養改善③歩行能力の改善が必要と考え、最終的な目標を【排泄行動の自立】に設定し、そのために必要な栄養改善や筋力強化訓練に多職種で取り組むことにしました。

Aさんは、看多機での生活で少しずつ経口摂取が増え、離床時間を増やしホーム内では歩行器で自由に移動ができるようになるなど驚異的な回復を果たしました。目標としていた排泄行動の自立も達成し、看多機利用開始から50日で看多機を卒業することができました。Aさんへの支援は、多職種が【排泄行動の自立】という目標を共有し、それぞれの専門性を発揮したことで相乗効果が生まれ、早期に目標が達成できたのだと思います。1日に何度となく通うトイレに毎回歩行器で行くことは地道なりハビリになります。理学療法士だけの関わりではここまで早い回復は望めなかったと思いますが、生活面を支援する介護職が理学療法士と目標を共有して毎回歩行を介助した努力の成果だったと思います。同時に栄養面を評価し、経口摂取を安全に進めることができたのは言語聴覚士や管理栄養士、看護師のきめ細やかな対応があったからこそ実現したものでした。

看多機では、重介護の方への支援が注目されがちですが、多職種協働による機能回復や自立への支援も得意としています。個々の課題にじっくりと向き合い、生活の中で一つひとつの課題解決に向けて取り組むことのできる看多機の良さを広く知ってもらいたいと願っています。

柴田 三奈子

調 査 票

令和5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の特性を踏まえた普及を図る方策に関する事業
 調査票

※本調査票は、看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者の方がご記入ください。
 ※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
 ※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。
 ※調査時点は、令和5年7月31日、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 看護小規模多機能型居宅介護の事業所の基本情報についてお伺いします。

1) 所在地	() 都・道・府・県 () 市・区・町・村
2) 看護小規模多機能型居宅介護の事業開始年度	平成・令和 () 年度
3) 経営主体	1 営利法人 (会社) 2 医療法人 3 社会福祉法人 4 一般社団法人 5 特定非営利活動法人 (NPO) 6 その他 ()
4) 貴事業所は、サテライト型事業所ですか	1 はい 2 いいえ
5) 貴事業所は、サテライト型事業所を有していますか	1 はい 2 いいえ
6) 貴事業所は、指定訪問看護事業所の指定を受けていますか。受けている場合は、指定訪問看護事業所の保険別利用者数をご記入ください(看護小規模多機能型居宅介護の利用登録者は除く)(令和5年7月分)	1 はい 2 いいえ
7) 貴事業所の同一法人・関連法人の施設・事業所であって、併設(同一敷地内・道路をはさんで隣接)している施設・事業所(複数回答可)	1 病院 2 有床診療所 3 無床診療所 4 介護医療院 5 特別養護老人ホーム 6 老人保健施設 7 介護療養型医療施設 8 養護老人ホーム 9 軽費老人ホーム 10 介護付有料老人ホーム 11 住宅型有料老人ホーム 12 サービス付高齢者向け住宅 (a 特定施設 b 非特定施設) 13 訪問介護 14 訪問入浴介護 15 訪問看護 16 訪問リハビリテーション 17 居宅療養管理指導 18 通所介護 19 通所リハビリテーション 20 居宅介護支援 21 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 22 夜間対応型訪問介護 23 地域密着型通所介護 24 療養通所介護 25 認知症対応型通所介護 26 小規模多機能型居宅介護 27 認知症対応型共同生活介護 28 地域密着型特定施設入居者生活介護 29 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 30 放課後等デイサービス 31 児童発達支援 32 生活介護 33 その他(の障害者施設・事業所)
8) 看護小規模多機能型居宅介護事業所を経営する中で求められているかどうかに関わらず、ニーズがあると思う項目を選択してください	※「ニーズ」に「対応しているかどうか」に関わらず、ニーズがあると思う項目を選択してください

- 1 通い、訪問、泊まりのサービスを臨機応変に一体的に提供すること
 2 なじみの担当者・なじみの場所でサービスを提供すること
 3 中重度の医療ニーズを有する利用者への対応
 4 看取りに向けての支援をすること
 5 利用者の状態の急激な悪化の可能性を予測して、早期に発見・対応すること
 6 医療提供施設から退院・退所し、在宅療養へ向けた調整や安定するための一時的な利用
 7 他の介護サービスでの受入や対応が難しい利用者の課題解決のための利用
 8 介護者のレスパイトとしての対応
 9 医療処置を伴う利用者の緊急の泊まりのサービスの対応
 10 その他 ()

9) 収支の状況(令和4年または令和4年度)

1 黒字 2 ほぼ均衡している 3 赤字

10) 看護小規模多機能型居宅介護事業所の運営上の課題(複数回答可)

1 看護職員の確保が困難 2 介護職員の確保が困難 3 夜勤スタッフの確保が困難
 4 職員が定着しない 5 利用者の確保が困難 6 競合事業所が多い
 7 地域に開かれた事業所とすること 8 行政手続きが複雑で時間を要する
 9 行政の看多機と小多機の違いの理解が不十分 10 サービスに理解のある介護支援専門員が少ない
 11 利用者に、月定額で、泊まり、通い、訪問のサービスが利用し放題と思われがちである
 12 看取りの支援や指示を行う医師が少ない 13 訪問診療してくれる医師が少ない
 14 診療所との関係づくりが難しい 15 病院との関係づくりが難しい
 16 歯科医師との連携が不十分 17 資金が不足している
 18 赤字になりやすい 19 事業所運営について相談できる場所がない
 20 その他 ()

11) 今後の経営の方向性(複数回答可)

1 同規模で継続 2 定員を増やす※ 3 利用者数を増やす 4 サテライトの設置
 5 サービス・事業種類の多角化 6 利用者数を減らす 7 休止・廃止
 8 その他 ()

※ 厚生労働省令で定める看多機の登録定員及び利用定員は、市町村が定める上での「標準基準」であり、市町村は地域の実情に応じて異なる定員を定めることが出来る。

12) 看護小規模多機能型居宅介護事業所開設時に所在地の市区町村や都道府県から得た支援で、助かったもの(複数回答可)

1 金銭的補助(補助金や地域医療介護総合確保基金等)
 → (a 施設整備 b 備品購入 c ICT整備 (パソコン・ソフト購入やシステム契約等)
 d スタッフ確保 e スタッフの研修・教育 f その他 ())
 2 市区町村の事業や開設者向け説明会への参加の声かけ
 3 開設へ向け指定基準クリアのための助言
 4 申請書類作成のための助言
 5 空き物件や土地の紹介
 6 公有地の貸与 (a 無償 b 有償)
 7 地域住民への説明会に行政担当者が参加
 8 地域の医療介護関係者の連携会議への参加の案内
 9 所在地の地域包括支援センターへの紹介
 10 その他 ()

2. 貴事業所の職員体制等をお伺いします。

13) 貴事業所の職員体制についてお伺いします(令和5年7月31日時点)
 ※指定訪問看護事業所の指定を受けている場合は、指定訪問看護事業所の職員数と合算した人数をご記入ください。

管理者	介護職員	介護(うち)職員	看護師	准看護師	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	介護支援専門員	その他の職員
		福祉士					

常勤換算数

※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務時間÷換算率」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

- 14) 管理者について(複数回答可)
- 1 保健師または看護師
 2 認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者

15) 専門看護師の有無・領域	1 有 () 人・(専門:)	2 無
16) 認定看護師の有無・領域	1 有 () 人・(専門:)	2 無
17) 特定行為研修修了者の有無	1 有 () 人	2 無

18) 専門の知識・技術を有する看護師(認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者等※)を配置したいと思いませんか。
 認定看護師:5年以上の実務経験後、教育機関で6か月以上の専門教育を受け、認定試験に合格した者
 専門看護師:5年以上の実務経験後、大学院修士課程で専門教育を受け、認定試験に合格した者
 特定行為研修修了者:医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助(例えば脱水時の点滴(脱水)の程度の判断と輸液による補正)などを行う看護師を養成するための研修を受けた者

- 積極的に配置したい
- 条件があれば配置したい
- 配置するつもりはないが、外部の認定看護師等からの支援を得たい
- 配置するつもりはないし、外部の認定看護師等からの支援も特には不要

18)で1~3の場合、どのような専門性を有する看護師を配置、あるいは外部から支援を得たいと思いますか(複数回答可)

- 認知症のBPSDやせん妄への対応・ケア
- 精神疾患(認知症以外)のケア
- 皮膚疾患や褥瘡のケア
- がんによる身体的・精神的苦痛を緩和するケア
- がん以外の身体的・精神的な苦痛を緩和するケア
- 摂食・嚥下・嚥下困難のある利用者へのケア
- 排泄に困難のある利用者へのケア
- 脳卒中のリハビリテーション
- 利用者の急変時の対応・救急処置
- 感染症の予防や発生時の対応
- 高カローラー輸液の投与量調整、脱水症状に対する輸液補正
- ろ孔管理(胃ろう/腸ろうカテーテル等交換)
- 呼吸器管理
- 中心静脈カテーテル抜去・挿入
- 血糖コントロールに係るインスリン投与量の調整
- その他()

19) 認定看護師等を配置するにあたっての課題
 1 人件費が高い 2 人材が確保できない 3 ニーズがない
 4 その他()

3. 看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者の状況等についてお伺いします。(令和5年7月31日時点)

20) 定員等	登録定員	通いの利用定員	宿泊の利用定員
令和5年7月31日時点	人	人	人

21) 登録者数	()人									
以下では、登録者数の内訳をご記入ください										
22) 要介護度別人数	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M			
23) 認知症高齢者の日常生活自立度別人数	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
24) 主傷病別人数	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
25) 居住地別人数	同一中学校区			事業所と同一市区町村内			同一市区町村以外			
	人			人			人			

26) 予め事業所で設定しているサービス提供地域外の登録者の有無

1 有 () 人	2 無
-----------	-----

27) 同一市区町村以外
 1 他の市区町村にも指定申請をする必要があった
 2 区域外指定申請にあたって所在地市区町村長の同意を得る必要があった
 3 区域外申請にあたって利用者の居住市区町村の看護小規模多機能型居宅介護を利用することが難しいことを明らかにしなければならなかった
 4 利用者の居住市区町村の他のサービス資源との連携がしにくかった
 5 その他()

28) 7月に該当のサービスを1回以上提供した人数(実人数)	泊まり	訪問(介護職)	訪問(看護職)	訪問(リハビリ職)
29) サービス提供合計回数(延べ回数(7月))	人	人	人	人
	回	回	回	回

30) 自宅で、医療保険の訪問看護を利用した人の人数(実人数)とサービス利用延べ回数(7月分) 合計()人
 31) 事業所に泊まりの際、医療保険の訪問看護を利用した人の人数(実人数)とサービス利用延べ回数(7月) 合計()人

32) 泊まりを利用しない利用者がある場合(複数に計上可)
 ①利用者からの希望がなかった
 ②利用者からの希望はあったが、希望日は他の利用者の予定でいっぱいであった
 ③希望からの希望はあったが、希望日は職員の配置ができず、うけられなかった

過去半年以内(令和5年2月~7月)の短期利用居宅介護費の算定についてお伺いします
 33) 過去半年以内(令和5年2月~7月)に短期利用居宅介護費を算定しましたか。算定した場合は、算定回数(連続する利用ごとに1回とカウントしてください)。1人の人が10月と3月の2回利用した場合は2としてください

34) 要介護度別的人数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
	()人	()人	()人	()人	()人	()人
35) 利用理由別の人数(主な理由を1つ選んで計上してください)	1 本人の状態の悪化	()人	()人	()人	()人	()人
	2 看取りのため	()人	()人	()人	()人	()人
	3 介護者の用事	()人	()人	()人	()人	()人
	4 介護者の傷病	()人	()人	()人	()人	()人
	5 介護者のレスパイト	()人	()人	()人	()人	()人
	6 退院・退所後の在宅移行準備	()人	()人	()人	()人	()人
	7 その他(具体的に:)	()人	()人	()人	()人	()人

令和5年2月～7月までの新規相談についてお伺いします	
36) 令和5年2月～7月までの新規相談者数	()人
【新規相談者の紹介経路・きっかけ別人数】	
かかりつけ医からの紹介	()人
病院・診療所・介護老人保健施設からの紹介	()人
在宅の介護支援専門員からの紹介	()人
地域包括支援センターからの紹介	()人
その他/本人・家族からの直接の相談	()人

令和5年2月～7月までの新規相談のうち、登録に至らなかった人数		()人
【主な理由別人数】※主な理由1つに計上してください		
①利用料が高い	()人	
②福祉用具の利用等により区分支給限度基準額を超える	()人	
③介護支援専門員を変えたくなかった	()人	
④通い、泊まり、訪問（看護、訪問（介護）の全ては必要ない	()人	
⑤その他()	()人	

37) 過去半年以内(令和5年2月～7月)に利用終了した利用者の転帰別人数						
施設への入所(特養、老健)	病院・有床診療所への入院	うち貴事業所内での看取り	在宅継続	他の介護保険サービスを利用	その他	合計
人	人	人	人	人	人	人

38) 過去半年以内(令和5年2月～令和5年7月)の在宅死亡(事業所内での看取りを含む)利用者全員について、死亡時の状況を回答してください								
NO	看取りの場所		利用者が鳥を引き取った際にその場にいた人		医師に連絡した人		死亡診断のための医師の訪問時期	
	1 在宅	2 事業所内	1 医師	2 看護職	1 看護職	2 家族	1 死亡前24時間以内	2 死亡時
例	1	4	1	1	1	3	3	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

※記入欄が不足する場合は、欄外に記入するか、本紙をコピーしてご回答ください。

39) 死亡診断に時間がかかったかと思っただけですか		1 ある	2 ない
→ 1の場合: その理由 (複数回答可)		1 医師に連絡がつかなかった 2 家族からの連絡がなかった 3 独居であったため気づかれるまでに時間がかかった 4 山間部等のため、移動に時間がかかった 5 その他 ()	
40) ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師(医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師が受けなければならない研修)		1 有	2 無

41) 利用者のケアマネジメントについて、看多機所属の介護支援専門員が実施するメリットと思うことを全て選んでください			
1 サービス担当者との情報共有・連携が円滑である			
2 利用者の状態の変化に応じて、柔軟にサービス提供の変更・調整をしやすい			
3 その他 ()			
4 外部の介護支援専門員でも差しさわりのない			
42) 貴事業所において、利用者のケアマネジメントについて、実際に調整しているのは主にどなたですか (主な1つに○)			
1 介護支援専門員	2 看護職員	3 介護職員	4 管理者
5 事務職員			
6 その他 ()			

43) 看護小規模多機能型居宅介護の特性を踏まえた普及を図るため、効果的な方策について、ご意見等がございましたらご記入ください			
<p>質問は以上で終わりです。ご協力いただきまして、まことにありがとうございます。</p> <p>なお、記入内容についてお伺いする場合があります。事業所名と連絡先電話番号をご記入ください。</p>			

事業所名	電話番号
------	------

令和5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の特性を踏まえた普及を図る方策に関する事業

報 告 書

令和6（2024）年3月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2