

看護小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントの特性

片平 伸子¹⁾ 杉本 知子²⁾

1) 国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 2) 北里大学 看護学部

<要 旨>

【目的】 看護小規模多機能型居宅介護（以下、看多機）におけるケアマネジメントの特性を明らかにすることを目的に研究を行った。

【方法】 A 県の看多機 11 施設のケアマネジャー13 名を対象に半構造化面接を行い、質的記述的に分析した。

【結果】 看多機におけるケアマネジメントの特徴には【タイムリーかつ柔軟な相談・支援】【密なつながりをもとに行う家族支援】【意図して行う利用者全体でのサービスシェア】等の 9 カテゴリーが、課題としては【時間や状況にあったケアのできる人材の不足】【医療と生活を包含したケアマネジメントの大変さ】【24 時間対応に関わるケアマネジャーの負担】等の 9 カテゴリーがあり、【利用者・家族の納得を目指した十分な説明】【法人内外の他機関への協力依頼】【利用者の生活に根ざした情報収集】等 12 カテゴリーの工夫を行っていた。

【考察】 看多機におけるケアマネジメントでは、家族や生活の全体にかかわるため、対象の理解がしやすいといった特徴がある一方、即時の対応や柔軟なサービス調整は容易ではないことが明らかになった。ケアマネジャー個々に情報収集や利用者・家族への説明、他機関との協力体制づくり等の工夫をしているが負担もあり、今後、看多機におけるケアマネジメントの質の向上を図るうえでは、勤務体制の見直し等の施設全体での取り組み、看多機事業者間での連携の強化、加算等の制度の検討も必要と考えられた。

<キーワード> 看護小規模多機能型居宅介護 ケアマネジメント 特性

【はじめに】

高齢化が急速に進む我が国においては、医療や介護が必要となっても住み慣れた地域でその人らしく暮らし続けられるような支援がますます重要になっている。しかし、自宅で最期まで生きてほしいと願っていた利用者がショートステイやデイサービスなどの受け入れ先が無く病院で亡くなる¹⁾といった事例があり、個々の居宅サービスでの対応には限界がある。在宅福祉に医療面の支援を含めた包括的なサービスが重要と考えられ、その 1 つに看護小規模多機能型居宅介護（以下、

看多機）がある。看多機は 2012 年 4 月の介護保険制度改正により創設された地域密着型サービスであり²⁾、2020 年現在全国に 711 施設ある³⁾。29 名以下の利用者を対象に「通い」を中心に「宿泊」「訪問」を組合せて 24 時間体制で要介護高齢者の在宅生活を支援する「小規模多機能型居宅介護」に「訪問看護」を加えたもので、日常的に医療処置を要したり、終末期にある高齢者の在宅療養を支える地域包括ケアシステムの拠点となるサービスである。

「通い」「宿泊」「訪問」という複数のサービスを1つの事業所内で提供する看多機においては、最大の利点である柔軟性を生かしつつ、利用者の自立支援を行うには、専任の介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）によるケアマネジメントが要となる。小規模多機能型居宅介護よりも医療面が強化された看多機では医療サービスの提供が必要不可欠な高齢者の利用が多いため、医療を生活の中にどのように取り入れるかというケアマネジメントの工夫がより強く求められる。しかし、ケアマネジャー試験合格者の保有資格は半数以上が介護福祉士⁴⁾であり、医療系の資格を持たない「福祉系」ケアマネジャーは医療依存度の高い利用者のケアマネジメントや、医師・訪問看護師との連携に困難を感じている⁵⁾ことが指摘されている。しかし、看多機は2012年に創設された新しい事業で活動の指針となるようなプログラムやテキストは見当たらず、ケアマネジャー自身が医療職との連携のあり方や看多機の特徴を活かしたケアマネジメントを模索しながら活動していると考えられる。さらに看多機における研究的な取り組みは少なく、事業所管理者が認識する課題⁶⁾や事例報告の分析から抽出されたサービスの強みと課題⁷⁾は示されているが、ケアマネジメントの特性を明らかにしたものはない。そこで、本研究ではケアマネジャーを対象として、看多機でのケアマネジメントの特徴や課題、工夫を明らかにすることを目的として行った。

【方法】

- 1) 研究デザイン：質的記述的研究
- 2) 研究対象：千葉県の看多機能事業所全 21 施設のうち、インタビュー調査の参加協力が得られた

11 施設のケアマネジャー13名

3) データ収集期間：2020年10月～12月

4) データ収集方法：以下の内容についてインタビューガイドを用いた半構成的面接調査を行った。面接は対象者が所属する事業所に研究者が赴いて1回（32分～70分/回）行い、調査内容は許可を得て録音した。訪問時には各施設の感染管理の方針に従って検温や手指消毒、マスクの着用、面接場所の設定等を行って調査を実施した。

(1) 施設・ケアマネジャーの概要

(2) 看多機におけるケアマネジメントの特徴、課題、工夫等

5) 分析方法：録音内容を記録に起こしたものから、看多機におけるケアマネジメントの特徴、課題、工夫について確認できる最小限の文節または文章を1単位として、意味ある内容を切り取ってコード化した。これらのコードを意味内容の類似性によってまとめてカテゴリを作成した。コード、カテゴリの名称や分類の妥当性は研究者間で繰り返し検討を行った。

【倫理的配慮】

対象者に研究の目的、方法、参加は自由意思によるものであり、同意しないことでの不利益は一切生じないことなどを文書および口頭により説明し、同意書への署名と提出をもって研究参加の同意を得たと判断し調査を行った。本研究は千葉県立保健医療大学大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った(2020-12)。

【結果】

1) 調査対象となった事業所と利用者、回答者の概要(表 1, 2)

調査対象となった事業所は営利法人 9 施設、医療法人 2 施設であった。1 施設あたりの利用登録者数は平均 20.2(SD5.2)名であった。各施設における利用者の年代は 60 代以下が 2.9 名/施設、70 代が 4.8 名/施設、80 代が 8.1 名/施設、90 代以上が 3.8 名/施設で平均要介護度は 3.3(SD0.6)であった。1 施設あたりの各疾患を持つ利用者数の平均は認知症 11.7 名/施設、高血圧 8.3 名/施設、心疾患 4.7 名/施設、糖尿病 4.7 名/施設、がん 2.2 名/施設、難病 2.2 名/施設であった。

回答したケアマネジャーは女性 10 名、男性 3 名で、30 代が 1 名、40 代が 5 名、50 代が 5 名、60 代が 1 名、70 代が 1 名であった。全員が常勤で看多機での経験年数は平均 4.3 (SD3.8)年であった。保有資格として介護福祉士を持つものが 6 名、主任ケアマネジャーを持つものが 4 名、看護師を持つものが 4 名、社会福祉主事任用を持つものが 1 名であった(重複回答)。

2) 看多機におけるケアマネジメントの特徴(表 3)

以下、カテゴリを【 】、代表コードを「 」で示す。

看多機におけるケアマネジメントの特徴として【タイムリーかつ柔軟な相談・支援】【医療の比重が高いケアマネジメント】【幅広く収集する生活関連情報】【裁量を生かした個別的な計画の提案】【密なつながりをもとに行う家族支援】【専門職間の意見交換を基盤とする計画】【先見性を重視したアセスメント】【意図して行う利用者全体でのサービスシェア】【医療機関からの紹介によ

る利用開始】の 9 カテゴリが抽出された。

「起きるとき、寝るときにどうしているかまではっきりわかり、広く生活を見られる」といった【幅広く収集する生活関連情報】を利点として情報を集め、「最初から終末期まで考えてアセスメントしていく」といった【先見性を重視したアセスメント】を行い、「大きな枠は決まっているがどうやって使うかはケアマネの裁量だと思っている」といった【裁量を生かした個別的な計画の提案】をしたり、利用者全体を見渡してサービスの配分を考える、【意図して行う利用者全体でのサービスシェア】を行っていた。医療面の対応を期待された施設であることから【医療の比重が高いケアマネジメント】となり、【密なつながりをもとに行う家族支援】という幅広い対応が求められており、これらに対して「ケアプランは色々な人の意見で作られ、細かいところまですべてがつながっていく」といった【専門職間の意見交換を基盤とする計画】を立案、実施しながら「計画書を飛び出してタイムリーな支援を行うことがある」といった【タイムリーかつ柔軟な相談・支援】の取り組みをしていた。また、【医療機関からの紹介による利用開始】が多いという特徴が語られた。

3) 看多機におけるケアマネジメントの課題(表 4)

看多機におけるケアマネジメントの課題として【時間や状況にあったケアのできる人材の不足】【医療と生活を包含したケアマネジメントの大変さ】【全体の枠が決まっているサービス利用調整の苦労】【家族の影響の大きさ・介入の難しさ】【新規受け入れや終末期の不十分な体制づくり】【24 時間対応に関わるケアマネジャーの負担】【円滑でない他機関との協働】【サービスや事業

所に関する低い認知度】【定額制に関する負担】の9カテゴリが抽出された。

「医療ニーズと生活支援の重なるケアマネジメントが難しい」といった【医療と生活を包含したケアマネジメントの大変さ】、「定員のあるサービスを譲ってもらうことが難しい」といった【全体の枠が決まっているサービス利用調整の苦労】がマネジメントの内容や調整の難しさが語られた。「看取りを考えるケースで大学病院の主治医が拒むため訪問診療が入らない」といった【円滑でない他機関との協働】や「一気に終末期を迎える場合、通所や訪問介護がキャンセルになって訪問看護に移行になるが少数の所属看護師で体制を作るのが難しい」といった【新規受け入れや終末期の不十分な体制づくり】があり、多岐にわたるニーズに対応するよう活動しているが、そのためには「状況に合わせて常に支える、看多機をやってくれる人を育てないといけない」といった【時間や状況にあったケアのできる人材の不足】があり、「メールや電話が年中きて休みにも連絡をとっている」といった【24時間対応に関わるケアマネジャーの負担】があることが示された。

また、「家族が体調不良になると在宅は難しい」といった【家族の影響の大きさ・介入の難しさ】があげられ、利用者の家族に関する課題があることが示された。

さらに、「看多機は定額で何でもやってくれると思っている居宅のケアマネジャーがいる」といった【サービスや事業所に関する低い認知度】、「定額制のためサービス利用が少ないと割高に感じられる」といった【定額制に関する負担】もあった。

4) 看多機におけるケアマネジメントに関する工夫(表5)

ケアマネジメントに関する工夫としては【迅速かつ柔軟なサービス変更】【利用者・家族の納得を目指した十分な説明】【過不足のない計画の検討】【在宅中心のサービスであることの意識付け】【法人内外の他機関への協力依頼】【医療機関との円滑な連絡・受診体制づくり】【家族の状況に応じた連絡手段の選択・支援】【利用者の生活に根ざした情報収集】【介護職との密な連携の実践】【人員配置や情報機器の整備】【こまめ・早目の意思確認】【他職種からの専門的知識の獲得】の12カテゴリが抽出された。

「送迎の時に家族の話の聞いたり、会話してアセスメントする」といった【利用者の生活に根ざした情報収集】を行い、その情報を即時に活かせるよう「スマホで記録を見てぱっとサービスを変更する」といった【迅速かつ柔軟なサービス変更】を行っていた。また、「家族ができることはやってもらい過度なプランにならないようにする」といった【過不足のない計画の検討】、「家族負担を考えて泊りの日を増やすと自宅が遠くなってしまうのでなるべく自宅にいる日は崩さない」といった【在宅中心のサービスであることの意識付け】を行っていた。あまり知られていない看多機について理解を得るために「看多機を利用するにあたっての概要を文書で作り最初に説明、確認する」といった【利用者・家族の納得を目指した十分な説明】を行い、「病気が不安定で不安に思っている方にはこまめに意思確認をしている」といった【こまめ・早目の意思確認】や「家族とショートメールでちょっとしたことを聞ける間柄を作っておく」といった【家族の状況に応じた連絡手段の選択・支援】をして利用者、家族両方に働きか

けていた。

「看護師が介護士と一緒に看取り期のケアをしたので介護士に知識などがもてた」といった【他職種からの専門的知識の獲得】の場面を作ったり、「ケアマネジャーがいなくてもサービスに満足してもらえるよう職員を育てる」といった【介護職との密な連携の実践】をしていた。

また、「送迎、入浴などにぐっと集中して人が付くように時間を作る」といった事業所内部の【人員配置や情報機器の整備】や「医師との連絡の医療的な部分は看護師に任せる」といった【医療機関との円滑な連絡・受診体制づくり】に加え、「家族関係がよくない場合、必要時成年後見人や社会福祉協議会の協力を得る」といった【法人内外の他機関への協力依頼】を行っていた。

【考察】

看多機のケアマネジメントにおいては利用者・家族間や、介護・看護職員間で距離が近いこと、対象の理解やニーズの把握がしやすい一方、幅広く集めた情報をもとに臨機応変にケアプランを提案、変更することは容易ではない。サービス調整の難しさや求められるサービス提供に必要な人材の不足や休日まで連絡対応するといったケアマネジャーの負担に課題があった。巴山らの研究⁶⁾においても利用者ニーズを尊重するとサービスが回らない現状や看護職と介護職の協働が管理者の視点からみた看多機の課題として示されており、「多機能」を実現するための人材や職員の負担についてはケアマネジメントのみでなく、事業所運営全体に関わる課題であると考えられた。

また、「福祉系」ケアマネジャーの課題として医療依存度の高い利用者のケアマネジメントや、医師・訪問看護師との連携に困難を感じていること

があげられている⁵⁾が本研究においても同様の結果が得られた。これは本研究の対象となった看多機のケアマネジャーのうち、看護師資格保有者が3名のみで福祉系の資格保有者が多いことが関係していると考えられる。一方で、【医療機関との円滑な連絡・受診体制づくり】が工夫の1つとしてあげられており、看護職を活用して医療機関との連携を図っていることが示された。

ケアマネジメント上の工夫としては契約前の十分な説明を行い、利用者やその家族に他の利用者とのサービスのシェアに理解を求めること、看護師や介護職だけでなく施設外の機関の協力も得てケアを行っていることが示された。また、個々のケアマネジャーによる工夫に加え、利用者・家族への看多機利用に関するパンフレット等の作成、提示や人員配置の工夫等の施設全体での取り組みも行われていた。

看多機のケアマネジメントの特徴である【先見性を重視したアセスメント】や【裁量を活かした個別的な計画の提案】を実現するにはケアマネジャーの力量が問われる。看護職と介護職の連携を促進するための知識や技術習得のための教育支援や、【多職種での意見交換が基盤のケアプランニング】ができる職場風土作りが重要と考えられた。さらに、在宅での看取りにおいては「医療と生活の両方の視点をもつ看護師がケアマネジャーと共にマネジメント力を発揮する必要性を感じる」⁸⁾との指摘や、ケアマネジャーが終末期ケアチームに積極的にかかわる必要がある、そのためには医療チームからの積極的な医療情報の提供などのケアマネジャー支援が必要⁹⁾との指摘がある。今後増加が見込まれる看多機を利用した住み慣れた地域での看取りの実現には、看護職によるアセスメントや医療提供の範囲や方法を含め

た最期の日々の暮らし方の具体的な提案等がなされ、ケアマネジメントに活かされることが求められる。また、看取りの好事例やケアマネジメントの工夫を看多機事業所間で共有していくような横のつながりの強化も有用と考えられる。

さらに、今後、看多機におけるケアマネジメントの質の向上を図るためには、こうした1事業所における取り組みの強化や看多機事業所間の連携強化に加え、介護報酬において人員配置の充実やサービス強化等に対する加算など、制度上の報酬改善の検討を行う必要があると考えられる。

本研究の成果が多職種間の連携を強化・促進する方策の検討や多職種と連携した地域ケアシステムの開発における1資料となれば幸いである。

<引用文献>

1) 福田裕子. 「自宅で最期まで」をごちゃまぜの多職種が支える. 看護. 69(9):74-75. 2017.

2) 厚生労働省. 看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)について. 東京:厚生労働省. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000091038.html>

3) 厚生労働省. 令和2年介護サービス施設・事業所調査の概況. 施設・事業所の状況. 東京:厚生労働省. Available from: https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kai-go/service20/dl/kekka-gaiyou_1.pdf

4) 三菱総合研究所. 居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査報告書. 東京:三菱総合研究所. 2012. Available from: https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-

att/h23_04.pdf

5) 楠永敏恵, 柘崎京子, 吉賀成子, 他 「福祉系」介護支援専門員によるケアマネジメントの課題についての文献検討. 社会医学研究. 35(1)11-17. 2018.

6) 巴山玉蓮, 木村美香, 清水裕子, 他. 事業所管理者が認識する看護小規模多機能型居宅介護の課題. 日本看護学会論文集: 在宅看護. 48 35-38. 2018.

7) 片平伸子, 丸尾智実, 小川妙子. 看護小規模多機能型居宅介護サービスの強みと課題 事例報告の分析から. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 42(1) 32-39. 2019.

8) 田中和子. 多職種連携による価値観の共有とサービスの質のマネジメント. 老年看護学. 2017;21(2):17-20.

9) 木股貴哉, 平川仁尚. 在宅の看取り症例を担当したケアマネジャーのリフレクション. Hospice and Home Care. 2015;23(1):34-58.

表1 事業所と利用者の概要 n=11

法人種別(施設)	営利	9
	医療	2
利用登録者数(名/施設)		平均 20.2(SD5.2)
利用者の年代(名/施設)	60代以下	2.9
	70代	4.8
	80代	8.1
	90代以上	3.8
利用者の要介護度		平均 3.3(SD0.6)
利用者の疾患(複数回答)	認知症	11.7
	高血圧	8.3
	心疾患	4.7
	糖尿病	4.7
	がん	2.2
	難病	2.2

表2 回答者の概要 n=13

性別(名)	女性	10
	男性	3
勤務形態(名)	常勤	13
保有資格(名)	介護福祉士	6
(複数回答)	主任ケアマネジャー	4
	看護師	4
	社会福祉主事任用	1
看多機でのケアマネジャー経験		平均 4.3(SD3.8)

表3 看護小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントの特徴

カテゴリ	コード
タイムリーかつ柔軟な相談・支援	職員・家族と近い関係でタイムリーな相談、支援ができる
	計画書を飛び出してタイムリーな支援を行うことがある
	利用者の状態、家族の様子に合わせて臨機応変に対応できる
	1つのところで相談・対応がすぐにできる
	医療処置に関する家族からのSOSの電話に看護師の緊急訪問で対応する
医療の比重が高いケアマネジメント	利用者の具合が悪くてもサービスを止めず、変えて対応できる
	居宅のように決まった時間で何かサービスをするというよりこまめに臨機応変に対応するサービスがメイン
	ケアマネジメントに医療の内容が入ってくる
	利用者の基礎疾患、管関係など多岐にわたって医療ニーズがある
	利用者の医療依存度が高いので利用目的がはっきりしている
幅広く収集する生活関連情報	医療ニーズの高い利用者はすぐ回転が速く、常にローテーションして次々と相談が来る
	指示書がない他のサービスではできない医療処置やケアにすぐに手を出せる
	利用者のよそ行きの顔ではない面が見られる
	起きるとき、寝るときにどうしているかまではっきりわかり、広く生活を見られる
	一人の人のすべてを見てすべてをマネジメントする
裁量を活かした個別的な計画の提案	情報がどんどん入ってきて利用者のことがわかりやすい
	年間を通してすべての予定が細かくわかっている
	大きな枠は決まっているがどうやって使うかはケアマネの裁量だと思っている
	本人家族から希望を聞いたりしながらサービスの組み合わせを提案する
	職員を介して家族に関わるため、居宅より施設でのケアマネジメントに近いと感じる
密なつながりをもとに行う家族支援	居宅と施設の間にきめ細かいサービスをしている
	最新までみる方もいればステップアップしていけるならできるとをやっていく
	居宅の看取りでは介入の仕方がわからなかったが看多機ではその人に関わっている、家族ともつながっている感じが強い
	家族との連絡が密で、家族に協力してもらおうのが前提の施設と感じる
	家族のレスパイト目的での泊りの利用が多い
多職種での意見交換を基盤とする計画	利用者・家族との距離感が近い
	ケアプランは色々な人の意見で作られ、細かいところまですべてがつながっていく
	多職種の連携がスムーズになって個別のプランができるのがメリットである
先見性を重視したアセスメント	担当者会議の調整がスムーズに行える
	職員によるアセスメントができないと柔軟なケアプラン変更ができない
意図して行う利用者全体でのサービスシェア	最初から終末期まで考えてアセスメントしていく
	全体を見て必要なサービスを必要なだけ提案、家族と話し合せて決めていく
医療機関からの紹介による利用開始	定員が決まっているので利用者みんなとシェアしていくということを話して受け入れる
	新規の依頼は病院の相談室からの紹介が多い

表4 看護小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントの課題

カテゴリ	コード
時間や状況にあったケアのできる人材の不足	状況に合わせて常に支える、看多機をやってくれる人を育てないといけない
	モーニングケア、ナイトケアなどの時間の幅のあるサービスが足りないため職員を募集している
	呼吸器装着の利用者には何人も職員の付きっきりになる
	なかなか職員が集まらない
医療と生活を包含したケアマネジメントの大変さ	なかなか職員が集まらない
	スタッフの人材不足
	医療ニーズと生活支援の重なるケアマネジメントが難しい
	在宅限界の見極めでは連絡調整が非常に難しく、手間がかかる
全体の枠が決まっているサービス利用調整の苦労	サービスも時間も臨機応変に対応するケアマネジメントの組み立てが大変だ
	難病の利用者が多く、加算の取り方の確認などに手間になる
	定員のあるサービスを譲ってもらうことが難しい
	枠が決まっていて利用者みんなでシェアにないといけないので(利用希望を) 全面的にいいですよと言えない
家族の影響の大きさ・介入の難しさ	たくさん入っていたサービスの利用を減らすことがすごく難しい
	家族からの依頼の前にサービス変更の提案をしたいが間に合っていない(管理者と兼任のため)
	財産のある方で家族と療養者の思いが違う場合は難しい
	家族関係に深い事情がある場合、家族との連絡調整、バランスをとっての介入に非常に頭を悩ませる
新規受け入れや終末期の不十分な体制づくり	家族が体調不良になると在宅は難しい
	家族がいると最期の看取りが看護師中心になって介護士が関われない
	利用待ちの人がいて、できるだけ受け入れたいが枠があるので受け入れできない
	認知介護で家族は遠距離、近所は見えてくれないというケースをどうサポートしていくか
24時間対応に関わるケアマネジャーの負担	一気に終末期を迎える場合、通所や訪問介護がキャンセルになって訪問看護に移行になるが少数の所属看護師で体制を作るのが苦しい
	ターミナルケースが医療保険に切り替わると日中の他の利用者の看護サービスに支障をきたす場合があり、受けきれなかった
	メールや電話が年中まで休みにも連絡をとっている
	急な利用変更の依頼や細かい連絡がケアマネジャーに入る
円滑でない他機関との協働	24時間365日体制で常に緊張感があり、ちょっと重いという時がある
	看取りを考えるケースで大学病院の主治医が担むため訪問診療が入らない
サービスや事業所に関する低い認知度	用事があるときに病院の看護師とリアルタイムで連絡ができない
	看多機をわかって入職する人は少ない
定額制に関する負担	看多機は定額で何でもやってくれると思っている居宅のケアマネジャーがいる
	「抱えない」ことをポリシーとしているので福祉用具に点数がかかる
	定額制のためサービス利用が少ないと割高に感じられる

表5 看護小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントに関する工夫

カテゴリ	コード
迅速かつ柔軟なサービス変更	スマホで記録を見てばっとサービスを変更する
	介護保険のケアプランだけでなく個別の毎日の対応の計画書を作成している
	泊りが一杯の時はデイで遅くまで対応するなど代替のサービスで対応する
	朝や夕方の会議で職員からの話をもとにケアプランを見直し、家族に電話してすぐにプラン変更ができる
	朝の訪問介護で調子が悪いことがわかったら、デイにするか、看護師の訪問にするかを看護師と相談してケアプランを変える
利用者・家族の納得を目指した十分な説明	「どうしても」のところは自費のサービスを頼む
	家族がみられない場合、職員が付いて外来、薬、会計の代替を済ませて施設まで送迎を自費サービスで行っている
	必ず見学してもらって契約前に普段のところはご協力いただき、でも緊急時には必要ところは調整します、と説明して納得できたら契約する
	今までのサービスを使っている方がその方には合っていると思う場合はその旨を説明する
	看多機を利用するにあたっての概要を文書で作り最初に説明、確認する
過不足のない計画の検討	自立支援であって何でもしてもらうのが介護ではないことを説明し、提案をする
	入所した場合や今までの病院代を含めたお値段と看多機の費用を比べて説明する
	精査して必要ないと思った場合、サービスの調整することなどを居宅のケアマネに説明し、サービスを組む
	家族ができることはやってもらい過度なプランにならないようにする
	サービスを減らすことで何かが崩れないようにアセスメントをして調整する
在宅中心のサービスであることの意識付け	利用者みんながサービスをシェアするやり方で、何でもやってもらえるサービスではないことを丁寧に説明し理解の上でサービスを組んでいる
	訪問看護の経験を踏まえて家で必要なサービス、医療的に必要なこと、家で生きていくこととは、という視点でケアマネジメントしている
	看護、医療を優先するよりはその方の生き方、生活スタイルを重要視する
	泊りではなく訪問と通いで施設化しない
	全能的に看多機で受け入れると在宅ではない、どうしてもサポートできるか家族と協議する
法人内外の他機関への協力依頼	自立支援なので自分でできることや家族にできることはやってもらうこと、サービスを調整や方法の転換を丁寧に説明していく
	独居で重介護の方も早朝や夕方の訪問介護・看護、お弁当屋さん、薬局等と時間をずらして安否確認している
	家族負担を考えて泊りの日を増やすと自宅が遠くになってしまうのでなるべく自宅にいる日は崩さない
	(法人内の) 他の看多機と助け合いでやっていく
	家族関係がよくない場合、必要時成年後見人や社会福祉協議会の協力を得る
医療機関との円滑な連絡・受診体制づくり	独居の場合は財産管理も入ってきて、弁護士・行政書士と連絡を取ったり、成年後見制度を使う
	家族が脅してくるような場合は市役所、警察に協力を求める
	個人情報に気を付けながら近所の方のお付き合いを活かす
	通院が大変な方には退院時に法人内のクリニックからの訪問診療との併用を提案する
	(連絡が付きやすいので) 退院調整ではソーシャルワーカーを窓口にしてもらうか担当者を決めてもらう
家族の状況に応じた連絡手段の選択・支援	医師との連絡の医療的な部分は看護師に任せる
	緊急の場合は看護師から直接医師に連絡し、後からケアマネが追加の連絡をする
	医師に直接でなく地域連携室や相談員を通して伝えてもらう
	家族とショートメールでちょっとしたことを聞ける間柄を作っておく
	家族からのメールの時間帯を決める
利用者の生活に根ざした情報収集	家族の疲労を見て泊りの提案をしたりして行き詰まりを予防する
	家族の負担を傾聴し、ガス抜きをする
	拒否がちな利用者の生活をつかんで送迎やケアを行う
	送迎の時に家族の話を聞いたり、会話してアセスメントする
	家族の話をよく聞き、家族から見た利用者の家での様子を把握する
介護職との密な連携の実践	介護として入って得た、利用者ができなくてできないこと、訪問時間は足りているかなどの気づきをケアマネジメントに活かす
	家族からの電話への対応内容をあらかじめ決めておき、勤務帯の職員が答えるようにしている
	ケアマネジャーがいなくてもサービスに満足してもらえるよう職員を育てる
	家族と信頼関係ができていない介護士の力を借りて対応する
	いよいよ危ないという時はなるべく介護職も一緒に訪問してお別れできるようにする
人員配置や情報機器の整備	送迎、入浴などにぐっと集中して人が付くように時間を作る
	会社と相談して訪問看護STのスタッフを看多機専従に配置換えしてもらった
	情報共有ツールの導入を要求する
	ケアマネの1日の時間割を1か月集計して電話、訪問、ケアプラン等把握して法人の返球発表会で発表。他職員にケアマネの活動や困りごとを伝えた
	病気が不安定で不安に思っている方にはこまめに意思確認をしている
他職種からの専門的知識の獲得	ACP(アドバンスケアプランニング)の考え方を勉強し、認知症の人にはわかっている段階で色々聞き、それに沿ってやっていく
	看護師が介護士と一緒に看取り期のケアをしたので介護士に知識などがもてた
	看護師が処置をしているときは付いて質問したりして処置などを学んでいる