看護小規模多機能型居宅介護

看多機管理者のための経営・マネジメントの手引き

令和元年度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

一般社団法人全国訪問看護事業協会

帳票類資料のダウンロードについて

本手引書に収載されている看多機計画書、月間利用表などの帳票類のうち、「 」マークがついている資料は Web からダウンロードが可能です（https://www.zenhokan.or.jp/）。各事業所で使用する研修用資料、あるいは実務に役立てていただくべく、作成者の許可を得て可能となりました。資料のダウンロード方法、また使用にあたっての注意は、以下のとおりです。

- ダウンロードした資料は、事業所内研修や実務に無料でご使用いただけます。
- 所外研修および学術論文（雑誌や書籍への投稿・執筆）に転載をする場合は、出典を明記してください。

委員・協力者一覧

令和元年度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

委員長　**叶 谷 由 佳**（横浜市立大学医学部看護学科　老年看護学教授・看護学科長）

委　員　**石 塚 秀 俊**（アクセンチュア株式会社　公共サービス・医療健康本部 シニア・プリンシパル）

小 菅　　勉（複合型サービスふくふく寺前 介護支援専門員）

髙 砂 裕 子（南区医師会訪問看護ステーション 管理者）

沼崎美津子（在宅看護センター結の学校 所長）

秦　実 千 代（株式会社ケアーズ　坂町ミモザの家 管理者）

堀 川 尚 子（公益社団法人日本看護協会 社会保険・調査研究担当専門職）

オブザーバー　**杉 田　　塩**（厚生労働省老健局老人保健課 看護専門官）

大 竹 尊 典（厚生労働省老健局老人保健課 看護係長）

事務局　**清崎由美子**（一般社団法人全国訪問看護事業協会 事務局長）

吉原由美子（一般社団法人全国訪問看護事業協会 業務主任）

井上多鶴子（一般社団法人全国訪問看護事業協会）

倉 地 沙 織（一般社団法人全国訪問看護事業協会）

グループインタビュー協力者（50 音順）

大槻恭子（看護小規模多機能型居宅介護リガレッセ　代表理事）
小野久惠（富谷複合型サービス事業所あおい 代表取締役）
加藤幸子（複合型サービスふくふく寺前 管理者）
金沢二美枝（看護小規模多機能型居宅介護ケアホーム希望 代表取締役）
小林祐介（看護小規模多機能型居宅介護支援事業所　看多機かえりえ用賀 支配人）
坂井奈美江（ウィル戸塚ステーション 取締役副社長）
佐藤文美（複合型サービスじゃんけんぽん観音寺 計画作成担当）
繁澤弘子（看護小規模多機能ホームくわのみ 統括責任者）
瀬戸口千恵子（ケアステーション野の花 管理者）
中野三代子（一般社団法人幸樹会　代表理事）
中村美保子（原土井複合型サービス 管理者）
沼崎美津子（在宅看護センター結の学校 所長）
秦 実千代（株式会社ケアーズ　坂町ミモザの家 管理者）
林田菜緒美（ナーシングホーム岡上 代表取締役）
樋口千恵子（特定非営利活動法人たんがく 理事長）
平野頼子（看護小規模多機能型居宅介護 三丁目の花や 代表）
福田裕子（まちのナースステーション八千代　統括所長 ）
真木隆子（看護小規模多機能型居宅介護すぴか☆くるめ 管理者）
松木満里子（あこもけあ箱根「CASA ENFERMERA」Acommo.Care Service 株式会社　代表取締役）
山根優子（複合型小規模多機能ほっとの家 代表取締役）

制作協力

株式会社メディカ出版

Contents

序章 時代が求める看多機

1 看多機に求められていること …… 6
2 看多機で実現できること …… 7
3 看多機の魅力と難しさ …… 9

第1章 管理者の心構えと役割

1 管理者の心構え …… 11
2 管理者の役割 …… 11

第2章 経営理念・事業理念

1 理念の意義・重要性 …… 15
2 理念の策定 …… 16
3 理念の浸透 …… 18
4 理念を活用した運営 …… 18

第3章 組織づくり

1 看多機における組織づくり …… 21
2 理念の浸透・活用 …… 22
3 管理者以外のリーダーの配置 …… 22
4 スタッフ間の相互理解促進 …… 23
5 モチベーションの維持・向上 …… 26
6 個別の研修計画の策定 …… 27
7 経営状況・運営状況のスタッフへの周知 …… 27
8 ケアプラン作成のための調整 …… 27

第4章 経営管理・運営管理

1 看多機における経営管理・運営管理とは …… 31
2 理念・基本方針を基に経営戦略を考える …… 31
3 経営戦略を基に具体的な経営（事業）計画を考える …… 32
4 経営（事業）計画をどう評価・見直しをするか …… 33
5 スタッフへの周知 …… 37

第5章 人材確保

1 看多機における人材確保とは …… 38
2 必要な人材像の検討 …… 38
3 効果的な求人方法 …… 39
4 採用時の具体的取り組み …… 39
5 採用後のフォロー …… 39
6 採用ターゲットの幅を広げる …… 43

第6章 人材育成

1 人材育成の取り組み……44
2 スタッフごとの年間育成計画と評価……44
3 OJT 研修……46
4 外部研修、事業所内または法人内研修の受講……47
5 各種マニュアルによる育成……47
6 e-ラーニングの活用……48
7 教育担当者の配置……49

第7章 利用者確保

1 利用者の紹介元となるターゲット……52
2 紹介元との関係性を構築する……52
3 必要となるツール……55
4 利用者や家族、地域住民から直接申し込みを得られる仕組みづくり……58

第8章 看多機における利用者・家族との関係構築

1 いつ・誰が・誰と・どのように関係を構築するか……59
2 契約から利用開始までの関係構築……59
3 利用開始直後の関係構築……60
4 関係の維持・継続……61
5 離れて暮らす家族や近隣の友人との関係構築……62

第9章 看多機ならではの QOL や QOD の向上

1 利用者の QOL や QOD とスタッフのモチベーションの向上は好循環……63
2 QOL を高める仕組み……63
3 QOD を高める仕組み……64
4 介護スタッフが不安なく看取りのできる体制づくり……66

第10章 地域づくり

1 地域づくりに参画する必要性……68
2 地域で求められている活動……68
3 地域活動のさまざまな試み……69
4 スタッフをどのように巻き込むか……70
5 運営推進会議の活用……70

第11章 開設準備

1 事業を開始するまでの流れ……73

おわりに……77

序章

時代が求める看多機

1　看多機に求められていること

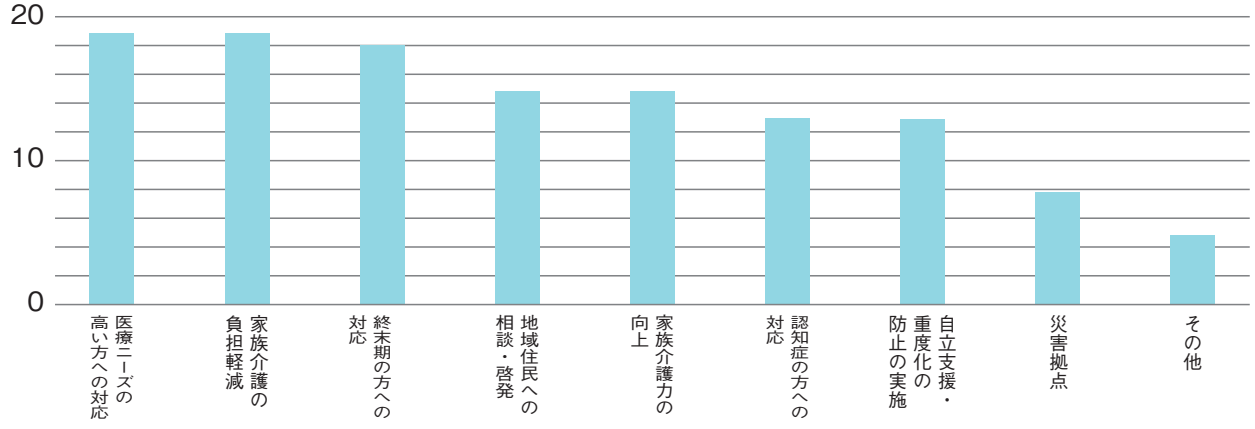
看護小規模多機能型居宅介護（看多機）は、訪問看護と小規模多機能型居宅介護を組み合わせて提供する複合型サービスとして、平成 24 年４月に創設されました。厚生労働省は看多機に求められることとして、３つの機能を挙げています（**図表0-1**）。これは、「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるようにする」という**地域包括ケアシステムを実現するために、まさに時代が求める機能**だといえるでしょう。そして、地域密着型サービスであるからこそ、「医療ニーズが高い利用者や認知症高齢者、要介護高齢者が、介護度が重くなっても、住み慣れた地域で最期まで生活することができる」「地域の特性を活かし、地域の事情に即したサービスを提供することができる」という役割を果たすことができます。

図表0-1　看多機に求められる３つの機能

- 退院直後の在宅生活へのスムーズな移行支援
- がん末期等の看取り期、病状不安定期における在宅生活の継続支援
- 家族に対するレスパイトケア、相談対応による不安の軽減

また、本手引書の作成にあたって実施した看多機事業所 20 カ所へのアンケートで「看多機はどのような役割・機能を担っていると思いますか？」と尋ねた結果、多彩な役割・機能が挙げられました（**図表0-2**）。

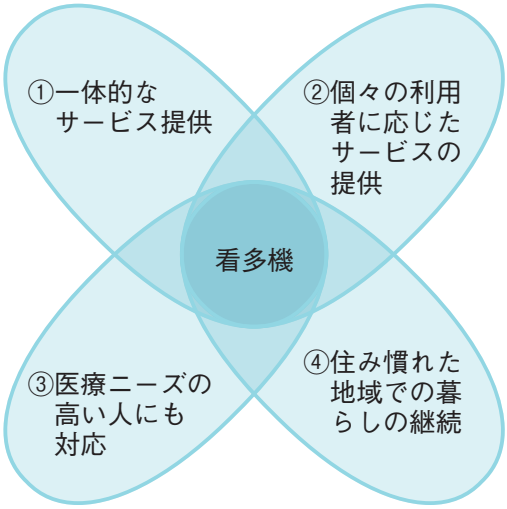
図表0-2　看多機が担っている役割・機能（n=20　複数回答）



2 看多機で実現できること

看護と介護、そして、通い・泊まり・訪問サービスを自在に組み合わせることができる看多機は、さまざまなニーズに応えることができます。看多機サービスで実現できることについて順に説明していきます（**図表0-3**）。

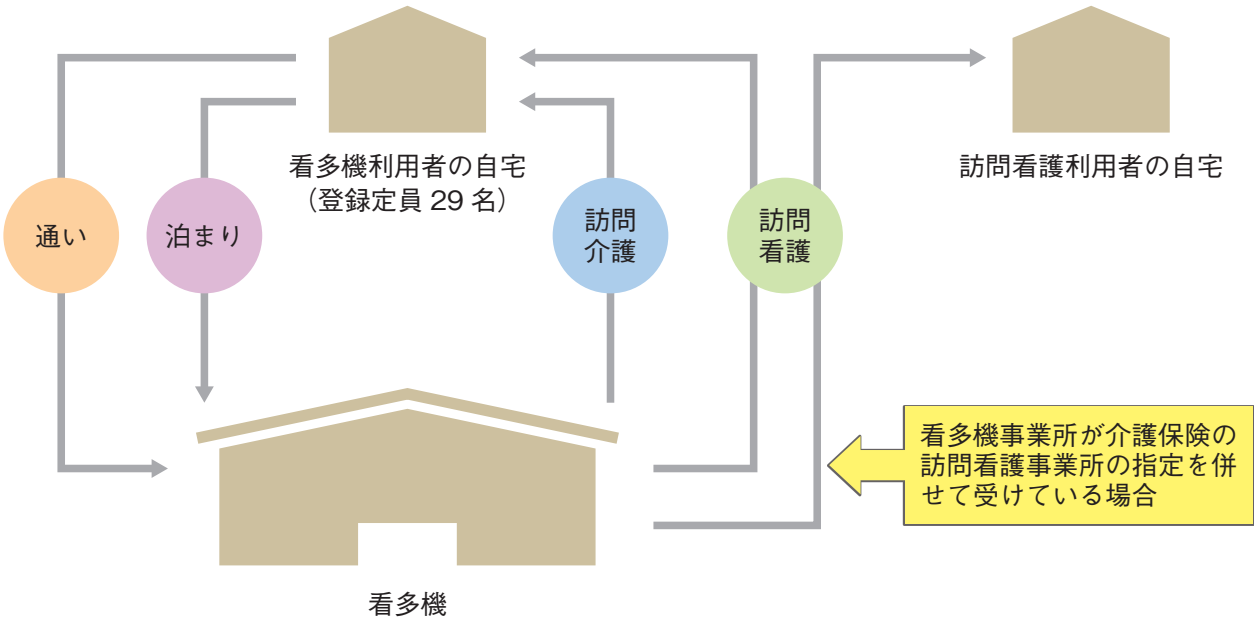
図表0-3　看多機で実現できること



①一体的なサービス提供

看多機の最大の特徴は、「通い」「泊まり」「訪問（看護・介護）」をニーズに応じて一体的に提供できるということです（**図表0-4**）。また、昼も夜も、24 時間 365 日、多様なサービスを提供しながら、利用者の暮らしを面で支えることができます。そして、看多機の登録定員は上限 29 名と、通いも泊まりも少人数の利用定員であるため、

図表0-4　一体的なサービスの提供



通い、泊まり、訪問を通じて顔なじみのスタッフがケアにあたります。そのため、利用者は安心してサービスを受けることができます。

②個々の利用者に応じたサービスの提供

看多機に配置されるケアマネジャーが、「通い」「泊まり」「訪問（看護・介護）」を一元的に管理するため、個々の利用者のニーズに応じたサービスを柔軟に組み合わせることが可能であり、予期せぬ変化（心身の状態や介護環境の変化）に即応することができます。

③医療ニーズの高い人にも対応

看多機には看護スタッフが常勤で配置されます。それにより、主治医と連携しながら、医療が必要な利用者にも対応することができます（**図表0-5**）。看多機創設の目的の一つに、「退院直後の在宅療養生活へのスムーズな移行支援」があります。退院当日から密に関わりながら、療養環境の整備、家族による医療機器の取り扱いサポート、介護スタッフとの連携調整などを行うことが可能です。そして、状態が安定してきたら、定期的な訪問看護、訪問介護、通い、泊まりの組み合わせへ移行し、スムーズな在宅療養への移行支援が可能です。さらに看取りにも対応が可能です。看多機では、「自宅での看取り」と「看多機事業所内での看取り」の選択肢があります。看多機事業所での看取りでは、事業所に家族が通ったり泊まったりしながら看取りを行うという方法も考えられるでしょう。「施設」か「自宅」かの二者択一ではなく、利用者の状態や家族の心身面の状況に応じた柔軟な対応が可能であり、「在宅看取りの新しいカタチ」として看多機の可能性が広がっています。

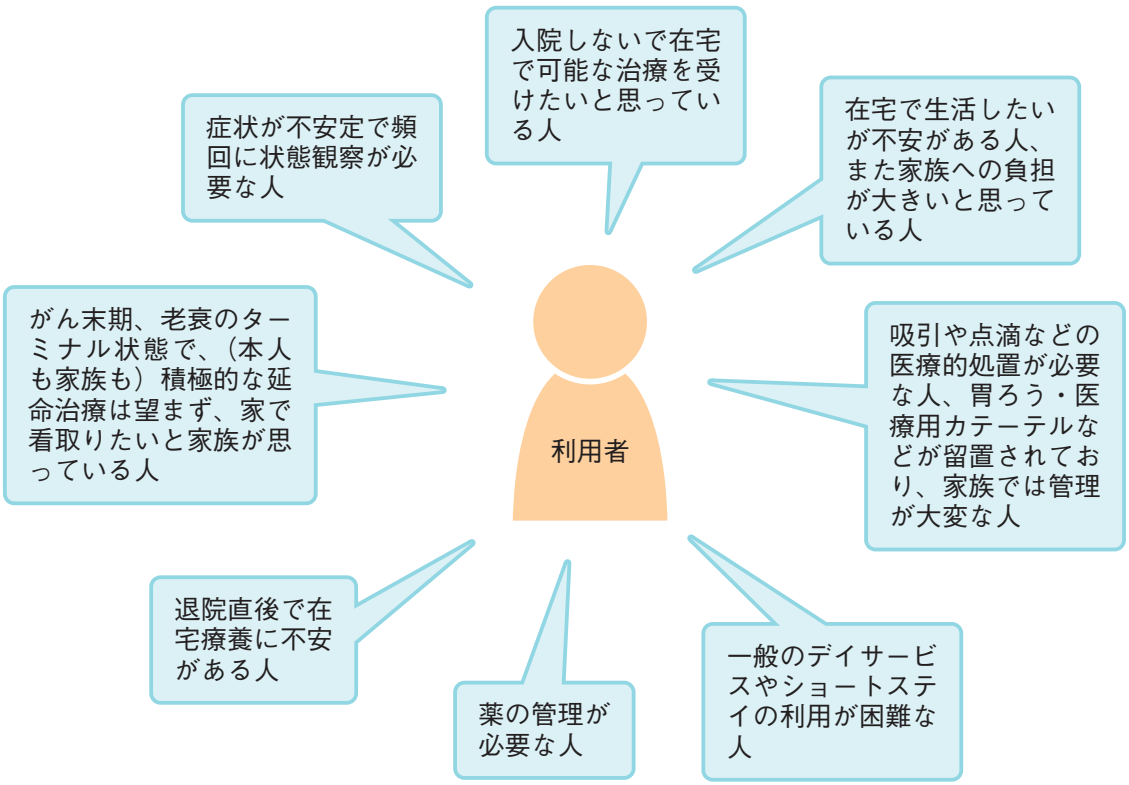
④住み慣れた地域での暮らしの継続

看多機は地域密着型サービスであり、事業所の設置に関しては次のような基準があり、住み慣れた地域での暮らしを継続することができます。これは医療ニーズの高い方だけでなく、認知症の方などでも地域での暮らしを続けられるようサポートします。

［看多機の設備基準］（要約）

看多機は、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、住宅地また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。

図表0-5　看多機利用者の特徴



3　看多機の魅力と難しさ

かつて、在宅介護サービスの三本柱といえば、「ホームヘルプサービス」「デイサービス」「ショートステイ」でした。看多機は、その三つのサービスの組み合わせもできるだけではなく、訪問看護サービスも含めた多彩なサービスを一つの事業所で提供できる画期的な事業形態です。急な泊まりや緊急訪問などにも柔軟に対応でき、医療ニーズが高い場合でも、自宅において豊かな暮らしを安心して続けることを可能にします。そして、愛する人たちに囲まれながら人生の幕を下ろすこともできます。

一方、看多機の事業所数は、創設から７年経った令和元年９月末現在 577 カ所（介護給付費実態統計月報（令和元年 10 月審査分））で、あまり増えていないのが現状です。看多機事業所へのアンケートやインタビューでも、看多機の経営や運営上の難しさが挙げられました。

［看多機の経営・運営上の難しさ］

- 病院の医師や看護師には看多機を知らない人も多く、説明に時間がかかる。
- 看多機の認知度が低く、看多機のサービスが向いている利用者が他のサービスへ流れてしまう。
- 看多機の機能以外のサービスを要求されることがある。
- 入院や死亡による登録者の増減が激しく、収入変動が大きい。
- 通いや泊まりには利用定員の制限があるため、利用ニーズに応えられないことがある。
- 要介護度ごとの報酬体系なので、サービスの効果として要介護度が改善すると収入

が減ってしまう。

- 包括報酬のため、緊急・救急ケアが報酬として反映されない。また、医療ニーズの高い人のケアには医療機器・器材の整備も必要で、経営上の負担が大きい。
- 多彩なサービスであるため、スタッフには高いスキルが要求されるが、そうしたスタッフを育てるには時間がかかる。
- 通い、泊まり、訪問、送迎など多岐にわたるサービスのため、人員確保が難しく、介護スタッフが集まらない。
- いろいろなサービスを継続的に提供できるので、家族が任せきりになることがある。

本手引書の作成にあたっては、全国でモデルとなる好事例の看多機 20 事業所にグループインタビューを行い、現場が直面する難しさを抽出し、その困難を乗り越えるヒントを散りばめました。インタビューを続けるなかで、「**看多機を運営して本当によかった**」という声に幾度となく出会いました。「**やればやるほど奥が深いサービスだ**」としみじみと語る管理者もいました。困難の多くは、方法次第で克服できるものだと確信しています。そして、克服したその先には、「住み慣れた地域や家で最期まで豊かに暮らしたい」という多くの人の切なる願いに応えられる看多機の運営が実現することでしょう。

第1章 管理者の心構えと役割

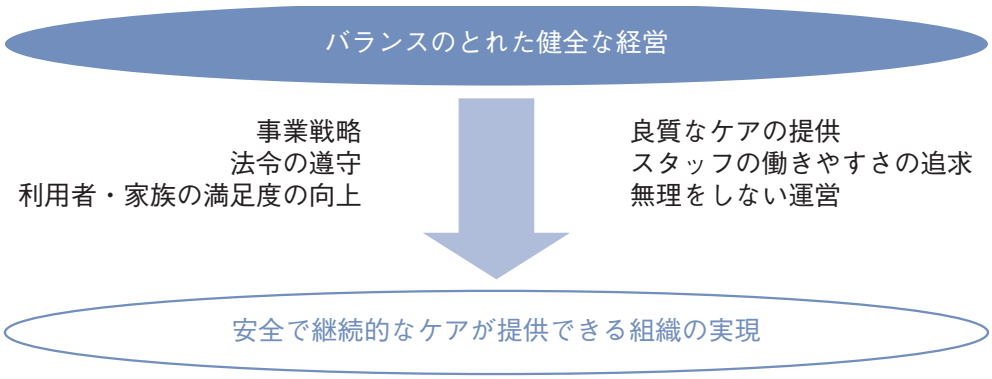
1 管理者の心構え

管理者の役割を学んでいく前に、管理者の心構えを考えていきましょう。

看多機の運営を持続的に発展させるためには、安定的な経営が必要です。しかし、**数値目標だけに固執しては、スタッフのモチベーションは上がらず、ケアの質の低下を招きかねません**。そこで求められるのは、「黒字化」および「黒字の維持」を念頭に置きながら、ケアの質を高め、さらには、法令の遵守、スタッフの働きやすさ、利用者・家族の満足度などにも目を向けつつ、結果として黒字となるようにする「**バランス感覚**」です。無理をしない運営も欠かせません。そのような心構えが、安全で継続的なケアが提供できる組織の実現につながっていきます（**図表1-1**）。

また、管理者が事業所内の利用者やスタッフのことのみならず、居宅での利用者や家族の生活、そして待機者の状態などについても把握するようにし、事業所の所在する地域の状況について目を向けられるような広い視野を持つことが、地域のなかでの事業所の成長につながっていきます。

図表1-1　管理者の心構え



2 管理者の役割

看多機における管理者の役割とはどのようなものでしょうか。

グループインタビューの結果、看多機の管理者の役割として、経営理念・事業理念の策定・浸透、組織づくり、経営管理・運営管理、人材確保、人材育成、利用者確保、看多機における利用者・家族との関係構築、看多機ならではのQOLやQOD

QODについてはP63を参照

図表1-2　管理者の役割

経営理念 事業理念 の策定・浸透	組織づくり	経営管理 運営管理
人材確保	人材育成	利用者確保
看多機における 利用者・家族との 関係構築	看多機ならではの QOL や QOD の向上	地域づくり

の向上、地域づくりの９つの項目が挙げられました（**図表1-2**）。

これらを見ると、“管理者は大変”と感じるかもしれませんが、**一人ですべてを抱える必要はありません**。大切なのは、**管理者にとって必要なことを理解し、スタッフと一緒に対策を立て、実行すること**です。

経営理念・事業理念（２章）

経営理念・事業理念は、看多機運営の「核」となるものです。管理者はスタッフ、利用者・家族、地域に向けて**理念の浸透**を図ります。同時に、理念は看多機の運営に幅広く活用できるものであることを知っておく必要もあるでしょう。

組織づくり（３章）

組織づくりでは、管理者のリーダーシップの発揮、理念の活用、スタッフ間の相互理解の促進、スタッフのモチベーションの維持・向上が重要となります。

特に、多職種が協働している看多機において、**職種それぞれの役割や得意・不得意をお互いに理解することは、組織づくりにおいてとても大切**です。

また、管理者以外のリーダーの配置などにより、管理者が常に事務所にいなくても運営できる体制をつくることも必要でしょう。

経営管理・運営管理（４章）

看多機運営は、管理をおろそかにしてしまうと、経営不振に陥る恐れがあります。看多機特有の経営・運営上の難しさを理解したうえで、経営管理・運営管理に当たる必要があります。**年間計画を立て、月次で評価を実施し、必要な経営改善や人員配置・追加等を行う**ことでよりよい経営を実践します。経営・運営管理を効果的に行う

フォーマット（シート）の活用も重要です。また、経営に関する数字は管理者一人で把握するのではなく、必要な範囲でスタッフとも共有することで、スタッフのモチベーションの向上につなげていくことも可能です。

人材確保（5章）

良い人材をいかにして採用し、定着させていくかは、管理職の重要な役割の一つです。幅広い人材確保の方法を考え、**募集時から理念の説明をしたり、事業所の見学や就業前の同行訪問の機会を設け、同じ理念のもとで働けるスタッフを採用**します。採用後は、相談体制の構築やOJT活用など、サポートや育成の取り組みが必要です。

人材育成（6章）

人材育成には、**スタッフごとの育成計画の立案・実行と評価が効果的**です。最初の一歩から積み上げる新人教育、実践力を養うOJT、スキルを広げるための外部および事業所内の研修などを計画的に組み立てます。特に**看護スタッフと介護スタッフの協働は看多機では必須**となります。その際に重要なのは、看護と介護のスタッフがお互いの専門性を理解し尊重するという姿勢です。

利用者確保（7章）

持続的な経営のために不可欠なのは、「**安定的な利用者確保**」です。急性期医療を担う病院、居宅介護支援事業所、在宅診療を担う診療所、事業所や専門職のネットワーク、自治体・地域包括支援センターなど、地域で機能的なネットワークづくりを行いながら、利用者確保の安定化を実現します。また、ネットワークづくりに欠かせないのが看多機の機能と自事業所の特徴を知ってもらうためのツールであり、その作成法や利用法にも工夫が必要です。

さらに、利用者・家族が看多機の利用相談に直接来ることは、看多機における利用者確保の一つの理想形かもしれません。そのためには、**利用者・家族や地域から信頼され、そして地域に開かれた事業所**である必要があります。

看多機における利用者・家族との関係構築（8章）

「顧客」である利用者・家族との関係構築は、在宅医療・介護サービスを提供する事業所において極めて重要です。特に、まだまだ認知度が低い看多機においては、契約以前に**サービスを理解してもらうところから関係構築が始まります**。

また、関係構築を時間軸でみると、「**利用開始直後が重要**」と考える管理者が多いようです。在宅サービスに対する不安の軽減、自分らしくいられる安心感を実感してもらうなど、密な関わりが必要となります。

さらに、通い・泊まり・訪問のサービスがある看多機では、看護スタッフ・介護ス

タッフだけでなく、送迎スタッフなど、さまざまなスタッフが利用者・家族と関わります。管理者は、**利用者や家族との関係を維持・継続するために、誰が・いつ、関わるのか、意図的な関わり方を工夫する必要があります**。さらに、その情報を誰にどのように集約し、共有するのかについても考えておかなければいけません。

看多機ならではの QOL や QOD の向上（9章）

看多機では、多職種の協働により、支援の幅が広がり、各種対応の柔軟さが生まれます。一般的に、生命・健康を守る看護スタッフは利用者の「安心」「安全」「安楽」という視点からケアを捉えられるところに強みがあります。一方、暮らしを支援する介護スタッフは生活の質という視点からケアを捉えられるところに強みがあります。**管理者には、それぞれの発想の芽を摘まずに、これら多職種の専門性を活かし、利用者・家族の希望に応えるという役割**が求められます。

また、看取り期の利用者が多い看多機では、**QOD 向上の取り組みも重要**となります。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を実施するとともに、医療職とは異なり、看取りの経験が少ない介護スタッフが不安なく看取りができるよう体制をつくることも大切です。

地域づくり（10 章）

地域密着型サービスの運営基準では、「地域との結び付きを重視」することが示されており、看多機にとって、**地域活動への参加は重要な業務**です。そのためにはまず、地域のニーズを把握することが必要であり、町内会の集まりや防災訓練、お祭りなどには**地域の一員として積極的に関わることが重要**といえるでしょう。

また、いずれも管理者が単独で奔走するのではなく、スタッフを巻き込み一緒に活動することが肝要です。運営推進会議の活用も地域との接点や関係性を深めるために有効であり、スタッフが共に運営・実施していくのがよいでしょう。

第2章 経営理念・事業理念

この章のポイント

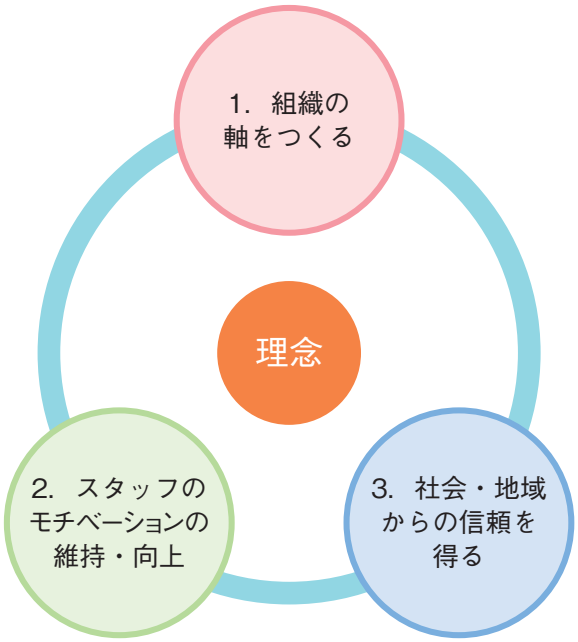
- ☑ 理念によって、法人・事業の目指すべき方向・存在意義が明確になる
- ☑ 理念策定の４つの要素「Mission（使命・存在意義）」「Vision（目指す姿・目標）」「Value（判断基準・価値観）」「Way（行動指針）」を重視する
- ☑ 理念は、看多機事業を力強く牽引する
- ☑ さまざまな手段を重ねて理念の浸透を図る
- ☑ 理念を共有することで利用者、家族、スタッフが同じ方向を向くことができる
- ☑ 理念は地域における看多機に対する理解促進に効果を発揮する

1 理念の意義・重要性

経営理念・事業理念とは、法人や事業の目指す方向や、存在意義を表したもので、経営理念は法人全体の理念、事業理念は法人が営む事業（たとえば看多機事業）についての理念です。理念の意義は大きく３つあります（**図表2-1**）。

経営理念が上位概念であり、事業理念はそのなかに包含される。経営規模が小さい場合は、明確な区別がないことも多い。

図表2-1　理念の３つの意義



組織の軸をつくる

理念が組織の中に浸透することによって、**スタッフが行動する際の判断基準や行動規範**にもなります。「この法人・事業は何のために存在しているのか」「法人・事業の目指すべき方向は何か」を明確にし、理念として明文化しておくことで、スタッフが判断に迷ったときや、困難に陥ったときに、自分自身が置かれている立場や取り組むべき業務を振り返る指針となり、事業として目指すケアへと行動することが容易になります。

スタッフのモチベーションの維持・向上

日々の業務だけでは自分の行っていることが社会・地域にどれほど貢献しているのか、実感できない人も多いでしょう。理念を共有することで、**社会・地域に役に立つ仕事をしているという誇りがスタッフの中に生まれ、意欲の向上が期待**できます。

さらには、理念が明確になっていることにより、その想いに共感する優秀な人材の採用につながるケースもあります。

P26 参照

社会・地域からの信頼を得る

理念を外にも発信することにより、スタッフのみならず、社会・地域の人たちに対しても、法人・事業の目指す方向や存在意義を示すことができます。これは、**社会・地域の人たちからの信頼を得る**ことにつながります。

2 理念の策定

一般的に、経営理念・事業理念は、法人や看多機事業所設立の際に、設立者が事業に寄せる思い・決意・社会的使命を考えながら決めていきますが、例えば、法人の理念のみで看多機事業の理念が明確でなかったり、すでにある理念が、スタッフや地域にとって理解しにくい場合は、内容を見直すのもよいでしょう。

運営基準には、サービス提供にあたっての義務や留意事項が示されているため、理念策定の際には運営基準を確認することも重要。

理念策定の４つの要素

理念を策定する際は、**「Mission（使命・存在意義）」「Vision（目指す姿・目標）」「Value（判断基準・価値観）」「Way（行動指針）」の４つの要素を重視**します。

■１．Mission（使命・存在意義）

法人・事業がどんな目的のために存在し、何を成し遂げるのかを表すものです。

■２．Vision（目指す姿・目標）

事業を続けていくことで実現を目指す、将来の法人や事業の目指す姿を表したもの

です。「将来はこんな法人・事業所でありたい」という具体的な夢を語ります。

■3．Value（判断基準・価値観）

Mission（使命・存在意義）を体現していくにあたって、重要なこと、判断や行動の基礎となるものです。

■4．Way（行動指針）

Mission（使命・存在意義）を体現していくにあたって、Value（判断基準・価値観）に基づき、どのような行動をとっていくのかを具体的に表したものです。

理念は策定することが目的ではありません。スタッフにしっかり根づいてこそ、存在意義があります。そのためには、スタッフと一緒に作り上げることも有効でしょう。

ある法人では、新しい理念を全スタッフの参画を得て策定しました。そして、理念を具体的な場面でどのように実践するのかという検討会を数回開催しました。また、毎年立案する事業所の方針は、理念のどの部分に対応しているかを明記しています。

理念は地域へ発信することから、**誰にでも分かりやすいものにすることも大切**です。「難しくて意味が分からない」というものでは浸透しづらく、意味をなしません。誰にでもわかりやすく共感されやすい言葉を選ぶようにしましょう。

分かりやすさは重要だが、ありきたりな言葉ばかりが並んでいるような理念は印象に残らないものとなってしまう。

さらに、理念は、一度作れば終わりということではありません。法人・事業が地域から求められる役割や時代の変化、スタッフの状況から**振り返り、見直しをすることが大切**です。

経営理念・事業理念の例を紹介します（**図表2-2**）。

図表2-2　経営理念・事業理念の例

例 1
1．人と人との絆　2．家族との絆　3．地域との絆
年を取っても、ひとり暮らしになっても、病気が進んでも「慣れ親しんだ地域にある家で最期まで暮らしたい」と願う高齢者の皆さんの、地域での生活や看取りに更なる希望をもって取り組んでいきます。
看護小規模多機能型居宅介護ケアホーム希望の理念

例 2
①住み慣れた自宅・地域で、自分らしく最後まで人生を全うすることを支援します
すべての人が尊厳を保持し、自己決定のもと、住み慣れた自宅・地域で、よりよく生き・社会参加できるよう支援し、ケアの質の向上に取り組んでいます。
②学ぶことを重視します
学ぶことなしにケアの向上はありません。さまざまな経歴から当法人の事業に参加した職員がやりがいと誇りをもって仕事に取り組めるよう「学ぶ」ことを最も重視しています。
③健全で民主的な経営管理に努めます
私たちは、非営利型の一般社団法人として事業の公共性と透明性を高めるため、事業経営情報を公開し、全職員が参加する民主的で健全な経営に努めています。
④平和で自由に安心して暮らし続けることができる地域づくりに参加します
私たちは、医療・介護・福祉のネットワークづくりと患者・利用者・地域の皆さんとの交流に努め、平和で安心して暮らし続けられる地域づくりに参加しています。
看護小規模多機能型居宅介護さんしょうの理念（抜粋）

3 理念の浸透

経営理念・事業理念は、個々の看多機の「価値観」ともいえるものであり、スタッフ、利用者・家族、地域に浸透させる必要があります。実際に看多機で行われている理念を浸透させる取り組み例を紹介します。

[理念浸透の取り組み例]

スタッフへの浸透

- スタッフがいつでも確認することができるよう、事業所内に掲示している。
- 毎日の朝礼で唱和している。
- 会議・ミーティングで確認している。
- 新人研修で説明している。
- 法人および事業所研修の際に確認している。
- 理事長が定例の職員研修で語っている。

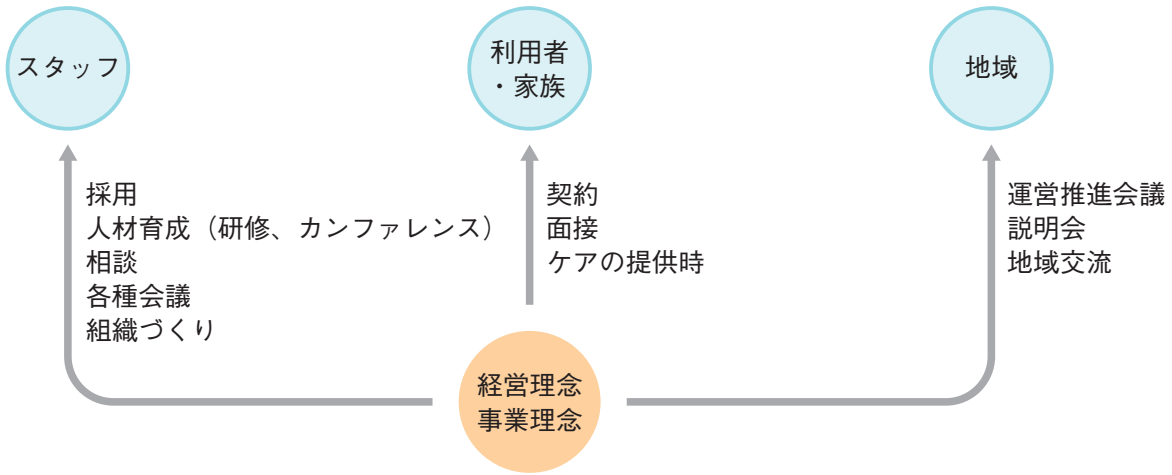
利用者・家族、地域への浸透

- パンフレットに掲載している。
- ホームページに掲載している。
- （利用者・家族も参加する）カンファレンスの際に確認することにしている。

4 理念を活用した運営

スタッフ、利用者・家族、地域など、さまざまな場面で理念を活用しましょう（**図表2-3**）。

図表2-3　対象ごとの理念の活用場面



スタッフに対する理念の活用

採用面接、入職時のオリエンテーション、新人研修、日々の業務、スタッフ研修、

人材育成、各種会議、カンファレンス、組織づくり、地域行事への参加など、理念をあらゆる場面で活用します。いくつかの場面に分けて紹介していきます（**図表2-4**）。

図表2-4　スタッフに対する理念の活用例

募集・採用時	• ホームページに掲載すると、事前に理念を確認し、理念に共感した人が応募してくる。 • 採用面接の際には、理念を伝える。それに共鳴するかどうかは、採用を決める際の大きなポイントとなる。
研修やカンファレンス	• 月１回の全体のカンファレンスで理念を確認する。 • 新しい利用者が入ったり、予期せぬ事態が発生したときなどに話し合いの場をもち、理念を確認しながらケアの方針を摺り合わせる。 • 月１回、看多機と居宅介護支援事業所の合同会議を開き、理念を基に成功事例や失敗事例を話し合う。 • 自分たちが理念をどのように具現化できるのかを、社内研修で繰り返し話し合う。 • 理念に基づいてスタッフがどのような役割を果たしたのかを年に１・２回発表する。

理念のもたらす効果としては、まず、理念を共有することでスタッフが同じ方向を向くことができるということが挙げられます。利用者への対応に迷ったときなども、理念に立ち返ることで進むべき方向が見えることもあります。また、看多機は多職種が連携して多彩なサービスを提供しますが、理念は多職種での協働の「共通言語」ともなり得ます。理念を通じて、看護スタッフと介護スタッフが互いの専門性を尊重することが可能です。そして、理念に共感して入職したスタッフは、離職せずに長期間勤務する傾向があります。

ある看多機のインタビューでは、経営者が病気に倒れ、スタッフが数多く退職するということがあったが、理念を共有しているスタッフたちは、退職せずに頑張ってくれたという体験談が聞かれた。

利用者・家族に対する理念の活用

理念が気に入ったからと利用に至る場合もあります。利用者や家族が看多機の利用を決めるときに、理念は大きな役割を果たします。

例えば、退院前カンファレンスなどでは退院後のサービスを検討することがあります。看多機というサービスの概要とともに理念についても説明することで、利用者や家族が、「自分たちにとって最善のサービスは何か」について検討する際のサポートになります。

またほかにも、「本人がどのように暮らし、どのような最期を迎えたいかという意思が最優先であり、家族はその協力者と位置づけている」という事業所の理念を契約前に説明することにより、家族にも理解が得られやすくなります。

さらに、理念の共有に利用者や家族が加わることで、「利用者、家族、スタッフが同じ方向を向くことができる」という理想的な看多機の環境が実現できるのではないでしょうか。

地域に対する理念の活用

看多機には、「住み慣れた地域で最期まで暮らしたいという思いに応える」という社会的使命があります。しかし、看多機は歴史が浅く、また、事業所数も少ないこと

から、「認知度はまだまだ低い」という地域が多いようです。地域住民だけではなく、地域の医療機関においても同様に認知されていないことが多いので、病院での説明会などのときにも理念を説明するようにします。

理念は、看多機事業の「魂」のようなものであり、パンフレットやホームページだけではなく、地域住民や関係機関での説明会、運営推進会議、広報誌などでも重ねて発信していくことで、**地域における看多機の存在意義を周知していく**ことにもなります。

P56 参照

シンポジウムで理念を発信

ある看多機では住み慣れた地域で最期まで暮らしたいという思いに応えることができる場所であることを伝えるため、「“健やかに暮らし、安らかに逝くために”を私たちは支援しています」と地域住民に向けて発信しています。その周知のため、訪問看護ステーションや看多機を含めた法人で「安らかに逝くために」というタイトルでシンポジウムを年１回開催し、「死」を考えてもらう機会を提供しています。このような取り組みに最初は驚く住民もいたそうです。しかし、自宅での看取りを支える仕事をしているという看多機の理念を繰り返し発信し続けることで、看多機の活動と意義を地域に認めてもらえるようになり、結果として、やがて訪れる最期を自らの問題として受け止める地域住民が少しずつ増えてきたといいます。

第3章 組織づくり

この章のポイント

- ☑ 経営理念・事業理念は、組織形成に欠かせない
- ☑ 看護スタッフと介護スタッフの相互理解をどう図るか
- ☑ 管理者以外のリーダーの配置は、管理・運営をスムーズにする
- ☑ 管理者は、スタッフのモチベーションの維持・向上に積極的にかかわる
- ☑ ケアプラン作成に多職種が参加することでバランスの取れた計画を作る

1 看多機における組織づくり

看多機では、看護と介護の連携が密にとれるサービス提供ができます。そのため、**医療ニーズの高い利用者や退院直後の利用者に効果的なサービス提供ができる一方で、担当する看護スタッフと介護のスタッフの関わり方の調整を迅速に行うことが必要**です。組織づくりをしていく上での課題として、以下のようなことが挙げられます。

[看多機の組織づくりの課題]

- それぞれの専門性や見ている視点など、多職種間の相互理解が難しい。
- 重症度・医療ニーズの高い利用者の入れ替わりが多く、ケアマネジメントが難しい。
- 重症度・医療ニーズの高い利用者の入れ替わりが多く、新規の利用者や多様な状態に柔軟な対応が求められる。

これらの複合的な課題の解決にあたっては、組織的に取り組むことになります。そのためには、**管理者がリーダーシップをとって組織づくりに取り組むことが重要**です。

効果的な取り組みとして、次のようなことが考えられます（**図表3-1**）。

図表3-1　効果的な組織づくりの取り組み

- 理念の浸透・活用
- 管理者以外のリーダーの配置
- スタッフ間の相互理解促進
- モチベーションの維持・向上
- 個別の研修計画の策定
- 経営状況・運営状況の周知
- ケアプラン作成のための調整

2　理念の浸透・活用

P18 参照

具体的な理念の浸透については、第２章で詳説しましたが、組織づくりにおいても、スタッフへ理念が浸透することで、「(スタッフの) 地域活動への理解」「重度者の受け入れへの理解」「ケアの方向性を揃える」などの効果が期待できます。理念を組織づくりに積極的に活用することで、さまざまなメリットが得られる可能性があります。

3　管理者以外のリーダーの配置

管理者は、スタッフが理念に沿った仕事をしているかを確認し、その評価を行うとともに、仕事の進め方にばらつきがある場合には、助言をします。また、心身状況を把握したり、相談しやすい雰囲気をつくったりなど、スタッフの一人ひとりに深くかかわることも大切な業務の一つです。

通い、泊まり、訪問（看護・介護）といった多彩なサービスに加えて、看護や介護スタッフ、さらにはケアマネジャーと事務職員、場合によってはリハビリや調理・清掃スタッフなど 20 人近いスタッフが混在する看多機では、管理者一人ですべてのスタッフを把握することは難しいでしょう。

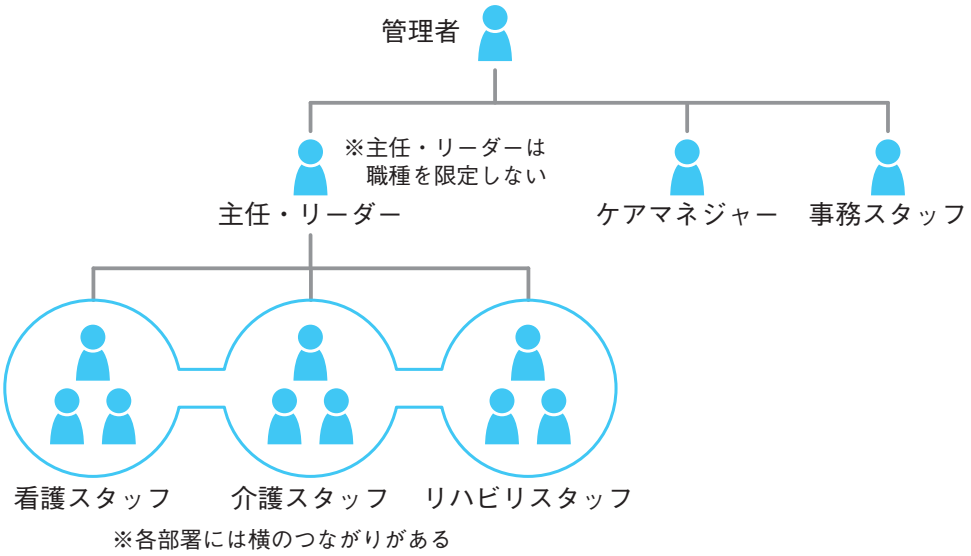
その策として、**管理者の役割を補完できるリーダーやサブリーダーなどを配置**することが考えられます。参考として、組織図の一例を紹介します（**図表3-2**）。

管理者が管理者以外のリーダーを配置する場合の留意点として、以下のようなことが挙げられます。

[管理者以外のリーダーを配置する際の留意点]

- リーダーとしての適性や可能性を含めて、リーダーの人選を行う。
- 各スタッフからの報告や相談をどのリーダーが引き受けるかを明確にする。「困ったときに誰に相談すればよいのか」が明確であると、スタッフは安心して日々の業務に打ち込むことができる。
- それぞれのリーダーに何をどこまで委譲するのか明確にし、リーダーに伝える。
- リーダーに過剰な負担が生じていないか気を配り、必要に応じてサポートを行う。
- リーダーの育成には時間を要することから、複数のリーダーを養成することは持続

図表3-2　看多機の組織図の参考例



的な発展のために有効である。

4　スタッフ間の相互理解促進

多職種が協働している看多機において、職種それぞれの役割や専門性をお互いに理解することは、組織づくりにおいて欠かせない要素です。

相互理解のための組織的取り組み

看護スタッフと介護スタッフの相互理解のためには、どのような取り組みが効果的なのでしょうか。３つのアイデアを紹介します（**図表3-3**）。これは、多職種が互いの専門性の違いを認識し、認め合う場づくりといえます。管理者は、**互いの専門性を認め合うという組織文化**の醸成を心がけます。

図表3-3　看護と介護スタッフの相互理解のための３つのアイデア

一緒に情報共有する

看多機における**日々の情報共有は、「朝礼」「夕礼」による申し送り**という形で行われることが一般的です。介護スタッフにとっては、医療ニーズの高い利用者の情報

申し送りは有効な情報共有・伝達の方法だが、時間を要することから、近年は廃止する病院なども少なくない。管理者として効率的に行われているかなどの検証も考慮したい。

図表3-4　記録フォーマットの例 1（提供：看護小規模多機能型居宅介護ケアホーム希望）

名 前　　様

	日 時	月　日（　）		月　日（　）		月　日（　）	
	時間帯	通い ・ 訪問 ・ 泊り		通い ・ 訪問 ・ 泊り		通い ・ 訪問 ・ 泊り	
バイタル	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	血圧	／	／	／	／	／	／
	脈拍･心拍	回	回	回	回	回	回
	不整脈	有り ・ 無し		有り ・ 無し		有り ・ 無し	
	SpO_2	%	%	%	%	%	%
睡眠	睡眠状況	良眠 ・ 不眠		良眠 ・ 不眠		良眠 ・ 不眠	
食事	食事量	朝(　)昼(　)夕(　)		朝(　)昼(　)夕(　)		朝(　)昼(　)夕(　)	
	飲水量						
	輸液						
排泄	排便回数						
	尿回数(16-8)夜						
	尿回数(8-16)日						
	尿　量(16-8)夜	ml		ml		ml	
	尿　量(8-16)日	ml		ml		ml	
バランス	IN(total)						
	OUT(total)						
	バランス(+･-)						
その他							
ケア	体重	kg		kg		kg	
	入浴						
	清拭						
	陰部洗浄						
	内服	朝　昼　夕（　）		朝　昼　夕（　）		朝　昼　夕（　）	
	吸引						
	尿道カテーテル						
	胃瘻						
	在宅酸素						
	人工肛門						
SOAP	主訴 客観的データ アセスメント プラン						
サイン							

図表3-5　記録フォーマットの例 2

バイタルサイン・ケア表　　日付：2020 年　　月　　日（　）

名前（椅子の高さ ピンク<白<緑）	椅子	家族からの連絡内容	体温	血圧	脈拍	SPO_2	活動内容 午前／午後	皮膚トラブルの有無（ケア内容）	その他のケアの有無	食事内容 主食	食事内容 副食	服薬	備考
A 様												⑦	
B 様												前	
C 様													
D 様												前後	
様													
様													
様													
様													
様													
様													
様													
様													
様													
様													
様													
様													
様													
様													
様													
様													
様													

色によって利用者に合った椅子の高さがわかるよう工夫している

○は服薬がある利用者を示す。⑦であれば７時に服薬、前であれば食前、前後であれば食前・食後の服薬を示している

このシートは正式な記録としてではなく、利用者の様子が簡単に確認できる情報共有ツールとして活用されている。

を文書のみで確認するには不慣れな面があり、それぞれの理解度を確認しながら、直接対面して丁寧に情報を共有することはリスク管理の面からも有用性があります。また、朝礼・夕礼は、訪問看護ステーションを併設している場合には、訪問看護ステーションのスタッフも一緒に行うことで、効率的・効果的な申し送りが望めます。

記録による情報共有も重要です。多職種でも記録しやすく、理解しやすい書式を整えるのは、一つの工夫といえるでしょう（**図表3-4、3-5**）。

■一緒にケアを実施する機会をもつ

看多機は、**看護スタッフと介護スタッフが一緒にケアを行う機会をつくる**ことができます。医療ニーズが高い利用者のケアやターミナルケアなど、看護スタッフと一緒であれば、介護スタッフも安心してケアに当たることができ、多くを学ぶことができます。また、看護スタッフにとって、ケアの内容が利用者の意向や好みを尊重したものになっているかどうか、自分たちでは見落としがちなことに気づく機会になります。

■一緒に勉強会や事例検討の機会をもつ

看護、介護スタッフや他職種が一緒に参加する**勉強会やカンファレンス（事例検討）およびデスカンファレンスの定期的な開催**も実施したい取り組みです。自分の意見や思いを言葉にすることや、他者の意見や思いを聞くことは相互理解を促進する効果が期待できます。

デスカンファレンスとは、亡くなった利用者に対するケアの振り返り。

看護スタッフと介護スタッフの役割分担をどこまで明確化するか

スタッフ間の相互理解の促進において、お互いの役割を理解することの意義は大きなものです。業務における役割分担のメリット・デメリットを考慮し（**図表3-6**）、自事業所の理念や組織文化、スタッフのスキル、人員配置などを加味しながら検討しましょう。もちろん、役割分担を明確化するかしないかは二者択一ではありません。実践にあたっては、「この部分については役割を明確化するが、この部分については明確化しない」といった方法がとられます。

図表3-6　看護と介護スタッフの役割分担の明確化の有無によるメリット比較

明確化する	●互いの専門性が可視化できる。 ●看護スタッフにしかできない医療行為を介護スタッフに認識してもらえる。
明確化しない	●限りある人員で柔軟な対応ができる。 ●「ここから先は私の仕事じゃない」というケアの隙間が生じることを避けることができる。 ●スタッフ同士が互いをカバーし合う「看多機文化」が醸成できる。

5　モチベーションの維持・向上

組織づくりにおいて、スタッフのモチベーションの維持・向上は欠かすことができない要素です。モチベーション維持・向上の妨げとなることとして、例えば次のような課題が挙げられます。

[モチベーションの維持・向上の妨げとなる課題]

- 不公平感（常勤と非常勤の賃金格差を含む）
- 評価への不満（一生懸命働いているのに評価されないなど）
- 報酬が上がらないこと
- 相談できる相手の不在
- 利用者との別れ、ターミナルケアへの恐怖

一般的には、モチベーションの維持・向上には、成果を見える化すること、職場環境を整えること、定期的に面談を行うこと、キャリアデザインの設計・自己実現にチャレンジすることが効果的と言われます。上記の課題に対する具体的な取り組みとして以下のようなことが考えられます。

- 不公平感（常勤と非常勤の賃金格差を含む）
  ⇒賃金に不合理な差を設けない。
- 評価への不満（一生懸命働いているのに評価されないなど）
  ⇒本人と面談し、目標を設定した上、研修受講の状況を含め、昇級・給与を結びつける。

⇒資格の取得など、結果に対して評価する。
⇒「褒める」「ありがとうを一日 10 回言う」など感謝の気持ちを行動で示す。
⇒管理者が思ってもいない捉え方をしていることがあるため、会話の機会をなるべくもち、言葉にして伝えるようにする。

- 相談できる相手の不在

⇒ベテランの看護職を雇用する等で相談役になってくれたり、管理者が言いにくいことも説得力をもって職員に伝えてくれるなど、事業所内の調和がとれることもある。

- 利用者との別れ、ターミナルケアへの恐怖

⇒暖かい雰囲気での看取りを心がけることで、恐怖感や抵抗感を軽減する。
⇒他の利用者にも（希望者には）お別れの機会をつくることで、介護スタッフも死は当たり前のもの（恐ろしくない）という認識へ変わっていく。

6 個別の研修計画の策定

組織のなかでそれぞれのスタッフが育っていくことは、組織力の強化につながります。そのため、スタッフごとの研修計画を立てることが大切です。詳しくは、第６章の「人材育成」を参照してください。

P44、45 参照

7 経営状況・運営状況のスタッフへの周知

一般的に、スタッフの組織への帰属意識や経営への参加意識を高めるために、経営状況・運営状況を知らせることは効果があるといわれています。具体的な方法として、大きく次のようなことが考えられます。

例１：年１回、１年間の経営状況や今後の目標を共有する場を設ける。また、月１回１時間のミーティングを活用し、毎月の経営状況、利益、人件費等を報告する。

例２：幹部会議を実施し、経営・運営状況の共有を行う。スタッフはイントラネットでいつでも閲覧が可能となっている。

インターネット技術を利用した、社内など範囲が限定された組織内のネットワーク。

注意したいのは、**数字だけではなく、今までのスタッフの頑張りやそれに対する感謝の気持ちを添えて伝える**ということです。

8 ケアプラン作成のための調整

ケアプラン作成のための工夫

医療ニーズの高い利用者が多く状況が変化しやすいことや、通い・泊まり・訪問のサービスがあることから、看多機のケアマネジャーには、柔軟なサービス調整が求め

られます。

具体的な取り組みの例を挙げてみます。

[ケアプラン作成の工夫・柔軟なサービス調整の例]

- 基本的には、ケアマネジャー、看護スタッフ、介護スタッフで三者会議を実施し計画を立案することで適切なケアプランを作成することができる。特に初回計画や状況変化時は大切である。
- ケアプランの最終的な判断を管理者が行う。
- ケアマネジャーを看護スタッフまたは介護スタッフなどと兼務の体制とする（介護スタッフを兼任の場合、看護師と一緒にケアを行う機会をつくることで医療的ニーズを正しく理解し、ケアも実施できる。ケアマネジャーが送迎スタッフなどを兼任した場合、利用者・家族と直接顔を合わせる機会が増え、変化に気づくことができ、適宜サービス調整ができる)。
- ケアマネジャーを専任とすることで、書類業務や電話対応、他施設との調整など、細やかなマネジメントができる。

居宅サービス計画と看護小規模多機能型居宅介護計画の作成

看多機には、「居宅サービス計画（ケアプラン)」（**図表3-7**）と「個別援助計画（看護小規模多機能型居宅介護計画)」（**図表3-8**）の 2 種類の計画があります。

図表3-7　居宅サービス計画のフォーマット（第１表、２表）

第１表

居宅サービス計画書（１）

作成年月日　　年　　月　　日

初回 ・ 紹介 ・ 継続　　認定済 ・ 申請中

利用者名　　殿　　生年月日　　年　　月　　日　　住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成（変更）日　　年　　月　　日　　初回居宅サービス計画作成日　　年　　月　　日

認定日　　年　　月　　日　　認定の有効期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

要介護状態区分	要介護１ ・ 要介護２ ・ 要介護３ ・ 要介護４ ・ 要介護５
利用者及び家族の生活に対する意向	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
統合的な援助の方針	
生活援助中心型の算定理由	１. 一人暮らし　２. 家族等が障害、疾病等　３. その他（　　）

第２表

居宅サービス計画書（２）

作成年月日　　年　　月　　日

利用者名　　殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	援助目標				援助内容					
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※２	頻度	期間

※１「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※２「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

図表3-8　看護小規模多機能型居宅事業所計画書の例

要介護　１・２・３・４・５　　【認定有効期間】

利用者氏名	様	性別	男・女	生年月日	M･T･S･H
住所					年　月　日　歳
長期目標	1				
	2				
短期目標	1−1			今後の方針	継続　終了　変更
	2−1				継続　終了　変更
	2−2				継続　終了　変更

サービス項目	支援内容	実施	評価
通所		実施状況 1. 実施されている 2. 実施されてない事がある 3. 実施されていない 達成状況 1. 効果がみられる 2. 目立った変化なし 3. 悪化している	コメント
訪問		実施状況 1. 実施されている 2. 実施されてない事がある 3. 実施されていない 達成状況 1. 効果がみられる 2. 目立った変化なし 3. 悪化している	
宿泊		実施状況 1. 実施されている 2. 実施されてない事がある 3. 実施されていない 達成状況 1. 効果がみられる 2. 目立った変化なし 3. 悪化している	今後の方針 1. 継続する　2. 終了する　3. 変更する

上記の看護小規模多機能型居宅介護計画書に基づきサービスの提供を実施いたします。

年　　月　　日

作成者　（介護支援専門員）　　（介護担当者）･･･　　（看護担当者）･･･

看護小規模多機能型居宅介護計画書について、説明を受け同意しました。又、計画書の交付を受けました。

年　　月　　日

ご本人　　様　印　　又は　　ご家族　　様　印

第4章 経営管理・運営管理

この章のポイント

- ☑ 経営理念・事業理念を念頭に置きながら、目指すべき年間目標を考える
- ☑ 年間目標をベースに年間計画と月次計画を策定して数値管理を行う
- ☑ 持続可能な経営のために最低限確保しなければならない登録者数を算定する
- ☑ スタッフへの周知は、誰にどこまで伝えるかを検討する

1 看多機における経営管理・運営管理とは

看多機に限らず事業所運営にあたって、**収益の安定化は必須の課題**です。いくら看多機が素晴らしいサービスであっても、赤字が続けば事業を継続することはできません。自事業所は黒字なのか、赤字なのか、その要因は何なのか、しっかりと考える必要があります。

事業理念に掲げたサービス提供ができ、かつ、黒字経営にするためにはどうしたらよいのでしょう。訪問看護ステーションであれば利用者の数を増やすことで収益が上がりますが、看多機は登録者の上限が決められており、上限を超えて利用者を増やすことは介護報酬の規定上、現実的ではありません。さらに、医療ニーズが高い利用者、終末期にある利用者が多いという特徴から、「利用者の入れ替わりが多い」「安定的な利用者の確保が難しい」といった課題を抱えている事業所は少なくないのではないでしょうか。

安定した経営・運営のためには、**理念・基本方針を基にした経営戦略、経営（事業）計画の策定、さらに、経営（事業）計画の評価・見直し**が重要となります。

2 理念・基本方針を基に経営戦略を考える

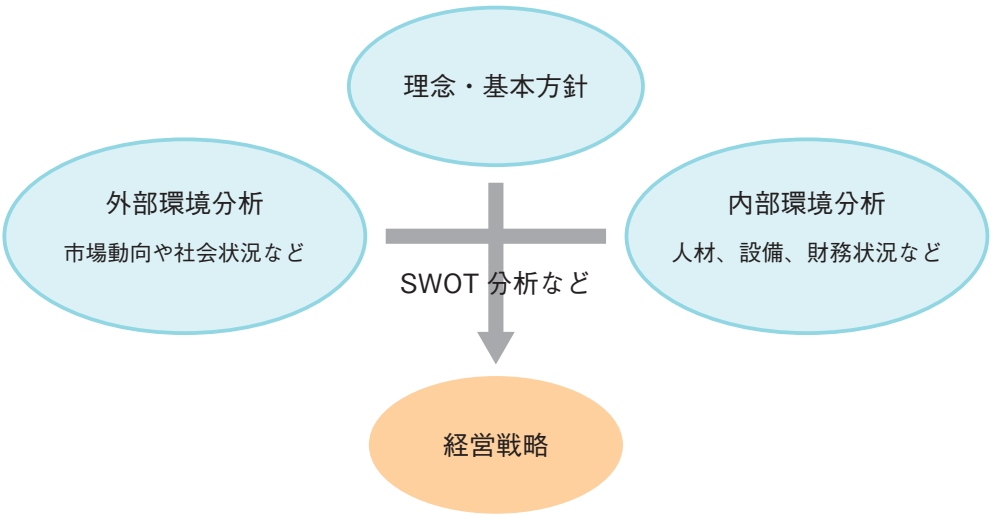
第2章 P15 参照

看多機における理念の重要性については、第2章で詳説しましたが、理念だけではスタッフはどうすればよいかわかりません。**スタッフの行動指針となる目標を策定するために、経営戦略を考える**必要があります。

経営戦略を考えるに当たっては、まず、内部環境・外部環境の分析から始めてみるのが良いでしょう。自事業所の**内部環境（人材、設備、財務状況など）**と**外部環境（市場動向や社会状況など）**を把握できる、例えばSWOT分析などで自事業所の強みや弱みなどを分析し、強みは伸ばし、弱みは改善策を検討して、事業所として取

SWOT分析とは経営戦略、事業計画などの現状分析に用いられるフレームワーク。強み（Strengths）、弱み（Weaknesses）、機会（Opportunities）、脅　威（Threats）の4つのカテゴリーで要因を分析し、経営資源の最適な活用を図る経営戦略の策定方法。

図表4-1　看多機における経営戦略の基本的な考え方



公益財団法人日本訪問看護財団監修．新版 訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル 第3版．日本看護協会出版会，2016，166 より作成

り組むべき方向性を考えます。そして、理念の実現のために達成していくべき目標を立てます。

3　経営戦略を基に具体的な経営（事業）計画を考える

年間目標やそれに基づく年間計画は、年度末である3月に策定するのが一般的。そのためには、「1月または2月から着手する」という事業所が多い。

経営戦略が決まると、次に年度ごとの経営（事業）計画を立てることが必要です。

経営（事業）計画を明示することにより、**スタッフと共有できる・組織がまとまる・信頼が高まる**といった効果があります。抽象的なものではなく、誰もが理解できて取り組むことができる具体的なものにしましょう。

年間目標を基に、「売り上げ」「サービスの質の向上」「研修の取り組み」などの目標（計画）を具体的に策定していきます。このうち、「売り上げ」に関しては、利用者数、要介護度、加算、職員体制などの見込みと実績を月次単位で管理します。

看多機事業所が掲げる経営管理・運営管理の指標

経営管理・運営管理における目標は、分かりやすく数値化して計画する必要があります。実際に看多機で数値管理されている項目を紹介します（**図表4-2**）。こうした指標は経営会議や管理者会議の貴重な資料となり、経営戦略や重点施策の調整などに活用されます。

各指標のうち、**看多機の年間目標で最も重要となるのが「登録者数」**です。利用者の要介護度や加算の特徴、人件費などの支出面での特徴も考慮しながら、損益分岐点を算出し、**最低限確保しなければならない登録者数のライン**を設定します。

登録者の減少に備えて、医療機関や居宅介護支援事業所等に対して空き状況や今後予測される状況の説明を行い、待機者を2～3名作っておくと好循環につながります。

図表4-2　目標の数値管理における指標例

事業所内の指標	登録者数／登録者の要介護度、重症度、がん末期の利用者数など／通いおよび泊まりの利用日数／訪問（看護・介護）の利用回数／看取り数（事業所・在宅）／スタッフ数（看護・介護・ケアマネジャー・事務・夜勤担当など）／各種加算算定件数
地域の指標	医療機関の入退院状況（在院日数）／周囲の小多機や看多機など施設数／訪問看護ステーションの数／自治体の介護保険事業計画／高齢者数や高齢者世帯数／高齢化率／独居世帯数　など

待機中の利用者に対しては、看多機での短期利用の受け入れ、訪問看護など、他サービスとの連携を検討し、家族の介護疲労から不本意な入院・入所とならないようにケアすることが大切です。特に、短期利用は利用者が本格利用する前から状態の把握やアセスメント、関係構築に役立てることができ有用です。

看多機は、地域密着型サービスに位置づけられているため、利用者のニーズに応えるケアプランであることが求められます。基本は利用者・家族のニーズに応えつつ、自立支援につながる必要な各種サービスを提供します。しかし、人員・設備にも限界はあります。そこで、通い・泊まり・訪問の回数や利用日数は日々確認を行い、延べ利用者数や収支は月次で確認するという方法を取る事業所が多いようです。

さらに、看護スタッフと介護スタッフの構成や収支における人件費率などは、「経営理念・事業理念」と照合しながら考えていきます。スタッフごとの事情にも目配りし、例えば、産休が見込まれるときは、早めに人員確保を行うなどの先読みも必要となってきます。

4　経営（事業）計画をどう評価・見直しをするか

経営（事業）計画は立てっぱなし、という訳にはいきません。**月次など定期的な評価と見直しが必要**です。ここではいくつかのツールを紹介しましょう。

図表4-3 は「利用者月間予定表」です（P34）。この予定表は、利用者別に要介護度、保険の種類、食事形態、加算の種類を入力し、日付ごとに通い・泊まり・訪問の予定と実績を入力していきます。通い・泊まり・訪問は色分けされ、右側の欄では日付別に、下側の欄では利用者ごとに集計をします。

このシートは、管理者が作成するもので、これをケアマネジャーが作成する月間予定表と付け合わせます。月間予定を俯瞰することで、レスパイト（短期利用を含む）などの緊急の利用への対応も迅速に行えるほか、ダブルチェックによる調整ミスの防止などにも役立ちます。また、勤務表作成の貴重な資料にもなり、スタッフの流動的な配置や勤務シフトの変更などにも活用できます。

図表4-4 は「利用状況一覧表」です（P35）。利用者ごとに各サービスの利用回数と加算の利用状況を月次で集計します。病名が詳しく掲載され、病名の欄には紹介経路が△○□の記号で示されています。

図表4-5 は「予算実績表」です（P36）。年間の月別予算と月別実績が科目ごとに示されます。また、利用実績とともに、人員体制の予定と実績の入力項目があるのも

氏名に色が敷かれているのは、医療の訪問看護を利用している人

介＝介護保険、医＝医療保険の訪問看護、数字＝要介護度、区＝区分変更、基該＝基準該当

Ｐ＝胃ろう、胃管＝経鼻経管栄養法

介＝訪問介護サービスが入っていることを示す。☆＝訪問看護、☆医＝医療保険の訪問看護

※１
児発＝児童発達支援、放＝放課後デイ、通＝生活介護
※２
◎＝「通い」と「泊まり」
○＝帰宅日
※３
□＝ショートステイ、■＝ショートステイ最終日

図表4-3　利用者月間予定表（提供：在宅看護センター結の学校）

※１　※２　※３

R1.8月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	通い（△・児発・放・通）	泊り（◎・○・泊）①	訪問（看護）	訪問（看護☆）	訪問（介護★）	訪問（医り、介り）	レスパイト（□、■）②
氏名		A	B	C	D																						短期入所	短期入所	基準該当	基準該当	基準該当	基準該当	基準該当	基準該当							
		5/1	5/1	10/9	11/1	4/25	6/1	8/1	12/18	1/1	3/7	3/14	7/28	7/28	10/17	12/11	2/1	2/5	2/27	3/12	5/9	6/5	7/1	7/8	7/16					6/30	1/9	5/10	12/30	10/12							
保険		介4	介5	介4	介5	介5	介5	介3	介5	介4	医4	介区	介4	介2	介5	医5	介5	医3	介5	医5	医3	医4	医5	医区	介区		3区	医5	基該	基該	基該	基該	基該	基該							
食事形状				P					P							P	P		胃管				P				P	P		胃管		胃管	P	A（8/9～老健入所）						
緊急時訪問加算																																		B（7/28～8/27入院）						
特別管理加算Ⅰ			胃瘻	胃瘻					胃瘻		留置		留置		留置	胃瘻	胃瘻	ポート	気切	留置			留置												C（7/5～老健入所）						
特別管理加算Ⅱ							HOT	HOT				HOT												ストーマ										D（8/21～入院）						
主治医指示書					特指	特指						特指			特指				特指×2																E（8/27～入院）						
日／曜日	1 木	☆	○				◎	◎介	◎			◎医		受診	☆医	往診	◎介		◎医		○医		通医介		☆					児発	通			11	7	4	3	3	0	0
	2 金				通医介	◎	○介	○介	○介		◎医	◎医	△	通医介	☆医	○介	◎	○医介	☆医		◎医	○医介	◎医								児発			16	8	8	2	8	0	0
	3 土	△	☆		通医	◎				◎	◎医	◎医			○医介			◎医		通医介		◎医		○医	△										12	8	8	1	2	0	0
	4 日				◎医	◎				○	◎医	◎						○医		◎医															8	6	5	0	0	0	0
	5 月				◎医	○		△介2			◎医	◎医		◎	☆医	往診介	◎介		☆医	○医介	☆医	◎医	往診	◎医								児発		12	8	7	3	5	0	0
	6 火	△	◎		◎医	往診	☆	☆	◎介	往診	◎	◎医		○	通医介	◎医	○介			往診		○医	通医介	○医	△										14	8	7	2	4	0	0
	7 水	往診	◎		○医		◎介	◎介	◎	☆	○医	◎医			○医介	○医介	往診	☆医	通医介	通医介	◎通	☆医	○医介								児発			14	8	9	3	7	0	0
	8 木	△	○			☆	◎	◎	○介			◎医			☆医				◎医	◎医	○医				☆					児発	往診			10	5	4	3	1	0	0
	9 金				通医介		○介	○介	往診	◎	☆医	◎医		△	通医介	医り	☆		○医介	○医介			◎医	☆医	◎医						児発			12	6	7	3	6	1	0
	10 土	△	☆		◎医	◎				◎		◎医			○医介		◎介	◎通			△	◎医	通医介	○医	△		□医				児発			14	8	7	1	3	0	1
	11 日				◎医	◎				◎		◎医					◎	◎医				◎医	○医				□医							8	8	5	0	0	0	1
	12 月		☆		◎医	◎				◎		◎医		△	☆医	通医介	○介	◎医	☆医			○医介	○医介		☆		□医							10	6	6	4	4	0	1
	13 火	△	◎		○医介	○		◎介	◎介	○	☆医	◎医				◎通	☆	○医						△	△		■医							12	5	4	2	3	0	0
	14 水		◎				◎介	◎	◎			○医介			○医介	○医介	◎介	☆医	◎医介				☆医	☆医										9	6	4	3	6	0	0
	15 木	◎	◎		☆医		◎	○介	○介			☆		☆	☆		○介		◎医				通医介		△					通				10	5	2	4	4	0	0
	16 金	◎	○		◎介		○介		☆		◎医	◎介		△	◎介	医り			○医介			◎医	○医介	◎医								児発		13	7	5	1	6	1	0
	17 土	◎	☆		◎	◎		◎介		△	◎医	◎			○介			☆医			△	◎		○医	△									12	7	2	2	2	0	0
	18 日	◎			◎	◎		◎			◎医	◎										◎医												7	7	2	0	0	0	0
	19 月	◎			○介	◎		○介			◎医	◎		◎	☆	通医介	△介2		☆医		☆医	○医	通医介	◎医								児発		13	8	5	3	6	0	0
	20 火	◎	◎			◎医	☆	☆	◎介	◎	◎通	◎		○	◎介	◎通							○医介	○医	△			児発							14	9	5	2	3	0	0
	21 水	◎	○介		☆	◎医	◎介	◎介	◎	○	○医	○介			○介	○医介	往診	☆医	◎医介		◎	☆医	往診								児発			14	7	4	3	7	0	0
	22 木	◎				◎医	◎	◎	○介			☆			☆	往診	◎介		◎医		○		◎介		☆					児発	往診			10	7	2	3	3	0	0
	23 金	◎				◎医	○介	○介	往診	△	☆医	往診		△	◎介	☆医	○介	◎	○医介			◎医	○医介	◎医								児発		14	6	5	2	6	0	0
	24 土	○			◎介	◎医						◎介			○介			◎医			△	◎医		○医	◎		□				児発			11	6	4	0	3	0	1
	25 日				◎	◎						◎						○医				◎医			○		□							6	4	2	0	0	0	1
	26 月				◎	◎医		◎介		◎		◎		△	☆	◎医介	◎介	◎通介	☆医		△	○医	◎通介	☆医			■						児発		13	9	5	3	5	0	0
	27 火	△			○介	○医介		○介	◎介	○	☆医	◎	◎介		◎介	◎医	○介	◎通					○医介	△	△										15	6	4	1	8	0	0
	28 水	往診					◎介	★	◎			◎	◎通	☆	○介	○医介	★★	◎通	◎通介													児発			9	6	4	1	7	0	0
	29 木	☆					◎	◎介	○介	☆		◎	◎通		☆		△介2	◎	◎				◎医介		○					通				11	7	2	3	5	0	0
	30 金				◎介		○介	○介	☆	◎	◎医	◎	◎通	△	◎介	医り	往診	◎通	○介			◎医	○医介	◎通								児発			15	9	6	1	6	1	0
	31 土	△			◎	◎医				○	◎医	○	◎通		○介			◎通				◎医		○医	△									12	6	6	0	1	0	0
通い		17	10	0	21	20	14	20	14	15	14	28	5	11	17	12	17	16	14	6	9	19	17	16	12				1	0	3	3	10	3	361	213	150	59	124	3	5
泊り		9	6	0	17	17	9	11	9	8	12	25	5	2	8	8	7	13	9	4	2	15	9	7	1				0	0	0	0	0	0							
訪看		2	4	0	1	1	2	2	2	2	0	2	0	2	5	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4				0	0	0	0	0	0							
医看		0	0	0	12	8	0	0	0	0	17	13	4	0	11	14	0	17	16	7	5	20	18	16	0				0	0	0	0	0	0							
訪リハ		0	1	0	8	1	9	15	9	0	0	4	1	0	17	8	14	1	9	4	0	1	16	0	0				0	0	0	0	0	0							
レスパイト		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				0	0	0	0	0	0							

※この事業所は、基準該当サービスとして障害福祉サービスを提供している

図表4-4　利用状況一覧表（提供：複合型サービスふくふく寺前）

NO	利用者	性別	年齢	要介護度	病名	利用回数 通い回数	利用回数 泊り回数	利用回数 訪問回数	利用回数 看護回数（介護保険）	利用回数 看護回数（医療保険）	加算 初期	加算 認知症Ⅰ	加算 認知症Ⅱ	加算 看護体制強化Ⅰ	加算 緊急時訪問看護	加算 特別管理Ⅰ	加算 特別管理Ⅱ	加算 総合マネジメント	加算 訪問体制強化	加算 体制強化Ⅰイ	加算 処遇改善Ⅰ	加算 ターミナルケア	世帯状況 独居	世帯状況 夫婦世帯	世帯状況 夫婦と子供同居	世帯状況 子供同居
1	○○○○	女	93 歳	要介護 3	△レビー小体・心不全・HT　Af	14	3	25	16			○		○	○			○	○	○	○					○
2	△△△△	女	94 歳	要介護 5	△認知症・大腿骨頸部骨折OP後	23	3	41	22			○		○	○			○	○	○	○		○			
3		女	98 歳	要介護 5	△老年期認知症	16	12	17	23			○		○	○			○	○	○	○	○				○
4		男	76 歳	要介護 2	○脳梗塞・認知症・回盲部がん末期	13	1	26	0	22			○	○		○		○	○	○	○			○		
5		女	84 歳	要介護 5	△全頭側頭型認知症	21	4	30	22			○		○	○			○	○	○	○					○
6		男	69 歳	要介護 2	○S状結腸がん	13	2	29	13			○		○				○	○	○	○				○	
7		女	67 歳	要介護 5	○白質脳症・パーキンソン症候群	18	18	11	24			○		○	○	○		○	○	○	○			○		
8		男	69 歳	要介護 5	○パーキンソン症候群・レビー小体型認知症	22	2	42	0	43		○		○		○		○	○	○	○			○		
9		女	70 歳	要介護 1	○慢性腎不全（透析）・大腸憩室出血	18	0	51	18					○				○	○	○	○				○	
10		女	63 歳	要介護 2	○くも膜下出血後遺症	17	0	34	17			○		○				○	○	○	○					○
11		男	80 歳	要介護 5	□パーキンソン症候群・レビー小体型認知症	20	16	13	0	29		○		○		○		○	○	○	○				○	
12		男	79 歳	要介護 5	○膀胱がん（膀胱全摘）・脳出血	30	21	24	27			○		○			○	○	○	○	○				○	
13		女	70 歳	要介護 5	○くも膜下出血・症候性てんかん	27	18	18	4	30		○		○	○	○		○	○	○	○				○	
14		男	84 歳	要介護 2	○2型糖尿病	14	0	28	15					○	○			○	○	○	○		○			
15		女	93 歳	要介護 4	○徐脈性心房細動・認知症	15	4	21	16			○		○	○			○	○	○	○					○
16		男	69 歳	要介護 5	○多発性骨髄腫・アミロイドーシス	13	0	28	0	26				○		○		○	○	○	○			○		
17		男	93 歳	要介護 3	△正常圧水頭症・脳梗塞・AAA	2	0	19	2					○				○	○	○	○			○		
18		女	81 歳	要介護 3	△心不全・右硬膜下血腫・Af	25	3	44	25					○	○			○	○	○	○					○
19		女	90 歳	要介護 3	△アルツハイマー型認知症	14	1	56	15			○		○	○			○	○	○	○		○			
20		女	86 歳	要介護 3	△脳梗塞・認知症・HT	21	0	42	21					○				○	○	○	○		○			
21		女	85 歳	要介護 2	△AMI・SLE・シェーグレン症候群	14	3	32	14					○	○			○	○	○	○					○
22		女	79 歳	要介護 4	△アルツハイマー型認知症・器質性精神障害	18	0	36	19			○		○	○			○	○	○	○			○		
23		女	83 歳	要介護 3	△認知症	19	0	38	19					○	○			○	○	○	○			○		
24		男	86 歳	要介護 2	○右被殻出血・HT	16	4	36	9					○	○			○	○	○	○					○
25		女	88 歳	要介護 5	○慢性腎不全・HT・大腸がん	18	4	32	14	5	○			○	○			○	○	○	○			○		
26		男	94 歳	要介護 1	△HT・BA・心不全	18	4	32	19		○			○	○			○	○	○	○			○		
27		女	77 歳	要介護 4	△アルツハイマー型認知症・HT	18	1	35	18		○	○		○				○	○	○	○					○
28		女	80 歳	要介護 5	○食道がん・子宮体がん・腸閉	7	0	15	5	10	○			○	○	○		○	○	○	○			○		
	男性10名		平均年齢	平均介護度	**△居宅○病院□小規模から看多機**	**484**	**124**	**855**	**397**	**165**	**4**	**15**	**1**	**28**	**17**	**7**	**1**	**28**	**28**	**28**	**28**	**1**				
	女性18名		81.4 歳	3.54																						

図表4-5　予算実績表（提供：看護小規模多機能型居宅介護さんしょう）

単位/千円

科目	前年実績	4月予算	4月実績	5月予算	5月実績	6月予算	7月予算	8月予算	9月予算	10月予算	11月予算	12月予算	1月予算	2月予算	3月予算	今年度予算	今年度実績
介護保険収入																	
窓口・自由販売・その他収入																	
査定減・増																	
事業収入合計																	
材料費																	
給料手当																	
賞与・引当金																	
法定福利費																	
退職金・引当・中退共掛金																	
人件費計																	
経費計																	
リース料																	
減価償却費																	
本部費・分担金																	
事業費用合計																	
事業損益																	
事業外収益計																	
事業外損失計																	
経常損益																	

実績の数字が確定したら、各月の実績の列を作り記入していく

経営分析表

項目	前年実績	4月予算	4月実績	5月予算	5月実績	6月予算	7月予算	8月予算	9月予算	10月予算	11月予算	12月予算	1月予算	2月予算	3月予算	今年度予算	今年度実績
利用者 営業日																	
利用者 要介護1/12,341																	
利用者 要介護2/17,268																	
利用者 要介護3/24,274																	
利用者 要介護4/27,531																	
利用者 要介護5/31,141																	
利用者 認定申請中																	
利用者 当月請求利用者計																	
利用者 平均介護度																	
利用者 新規利用者																	
利用者 終了・中止利用者																	
利用者 短期利用居宅介護件数																	
利用者 介護保険費用合計金額																	
利用者 うち処遇改善10.2%/円																	
利用者 月1人当介護保険収益																	
利用種別 宿泊　月延数																	
利用種別 （居室稼働率）																	
利用種別 通い																	
利用種別 訪問看護：医療保険　月延数																	
利用種別 訪問看護：介護保険　月延数																	
利用種別 訪問介護　月延数																	
加算等 初期加算回数/30（日）																	
加算等 認知症加算Ⅰ Ⅱ件数																	
加算等 退院時共同指導/600																	
加算等 緊急時訪問看護/574																	
加算等 看護特別管理Ⅰ Ⅱ件数/250，500																	
加算等 特別管理件数20%以上3か月間																	
加算等 ターミナルケア加算/2000																	
自費 自費収益計/円																	
自費 1人当自費収益																	
人員体制 常勤職員数合計																	
人員体制 常勤職員換算数																	
人員体制 非常勤職員数合計																	
人員体制 非常勤職員換算数																	
人員体制 職員数合計																	
人員体制 常勤換算職員数																	
人員体制 職員1人当人件費																	

特徴です。予算と実績は前年度との比較もしましょう。

5 スタッフへの周知

経営管理・運営管理に関連する指標は、何をどこまで伝えればよいのでしょうか。利益が上がったこと、逆に下がったこと、かかりすぎた経費など、法人や看多機の方針やスタッフの特徴などを考え合わせて、**スタッフに伝える範囲や方法を検討する**必要があります。

なお、利益が下がったなど厳しい数字を伝えるときには、**利益が下がった理由や今後の見通しなどとともに、スタッフの頑張りをねぎらい、モチベーションが下がらないようにする配慮**を忘れないように心がけたいところです。

第3章 P27「経営状況・運営状況の周知」参照

第5章 人材確保

この章のポイント

- ☑ 理念に共感してくれる人材を確保する
- ☑ 面接だけではなく、同行訪問や事業所見学も有効である
- ☑ 口コミによる採用も有力である
- ☑ 採用対象・手法など多角的にアプローチを行う

1 看多機における人材確保とは

人材の確保は、看多機に限らず、医療・介護のサービスを提供する事業所の共通した課題です。なかでも、医療ニーズの高い利用者を通い・泊まり・訪問で支える看多機において、そのスタッフには高度な実践能力が求められるという特徴があります。それゆえに、**「良き人材の確保」は、事業運営における重要な課題**といえるでしょう。本章では、「良い人材をどのように確保していくか」について考えていきます。

2 必要な人材像の検討

自分の事業所にとって必要な人材、あるいは、採用したい人材像を、まず検討しましょう。多くの看多機の管理者は事業所の「理念」を基に必要な人材像を検討し、採用に活かしているようです。

例えば、「地域の認知症の方々の生活を支える」という理念を掲げている事業所であれば、「認知症の方の生活に寄り添える人の採用」を、また「笑顔あふれる健やかなまちづくりに貢献する」という理念を掲げている事業所であれば、「何事にも前向きに考えられる人の採用」が必要な人物像となるでしょう。

一方、理念に共感してもらえなかった、または、十分に理解してもらえずに採用した事業所では、スタッフ間のグループダイナミクス が揺らいでしまったケースもあるようです。

事業所にとって**必要な人材像を明確にしておく**ことは、チーム力を向上する意味でも、重要であるといえるでしょう。

集団力学。ある集団のなかの個人の行動・考え方などは、集団から影響を受けるとともに、集団に対しても影響を与える。

3 効果的な求人方法

求人を行う際のアプローチは何が効果的なのでしょうか。求人の方法として下記が挙げられます（**図表5-1**）。一般的な求人以外にも、関係医療機関からの紹介や積極的に学生実習を受け入れることで就職につながった例も聞かれました。

リファーラル採用とは、事業所内外の信用できる人脈を介した紹介や推薦による採用。優秀なスタッフからの紹介や外部の専門家からの推薦などを採用につなぐ。縁故採用とは違い、採用候補者には一定以上の質が求められる。

図表5-1　代表的な求人の方法

- ハローワーク
- Web による人材広告（広告会社やホームページ）
- リファーラル採用
- 広報誌（法人単位で刊行する冊子など）
- 学校への説明（高校、専門学校、大学）

上記以外には、チラシによる募集、地域の新聞への広告掲載、コミュニティラジオでのパブリシティ、地域の介護情報誌への掲載、地域ボランティアからの採用、地域の小多機連絡会を通じて、訪問車への求人広告掲載、利用者の家族への紹介依頼などが挙がりました。

パブリシティとは、費用負担の必要な広告と異なりPRの一種であり、プレスリリースや取材対応などを通じてマスメディアで報道してもらえるよう働きかける広報活動。

また、良い人材採用につながる重要な土台となるのは、その地域における「口コミ」です。「なんだ」と感じるかもしれませんが、日々、質の高いケアや地域貢献を続けることで、その地域の専門職や住民等が高く評価し、「口コミ」による効果が上がっていきます。

4 採用時の具体的取り組み

採用時に効果のあった具体的な取り組みをみていきましょう（**図表5-2**）。

図表5-2　実際の採用において効果的だった事例

面接時	• 事業所の理念について時間をかけて説明し、共感してくれる人は、その後、有望な人材となる可能性がある。
	• 自分のケアに対する思いを語ってもらう。
	• 看護師には「看護観」、介護士には「介護観」を語ってもらう。
見学やボランティア体験	• 事業所を見学してもらったり、「ボランティアに来てみませんか」と誘ったりして、事業所の理念や方針等を体感してもらう。
同行訪問	• 採用前に、同行訪問を経験してもらい、日常業務をイメージしてもらう。また、同行はお互いを知るとても良い機会になる。

5 採用後のフォロー

介護スタッフは医療ニーズの高い利用者のケアに、医療機関で働いていた看護師は

訪問することに不安を抱くことが多いようです。また、看多機では通い・泊まり・訪問といった複数のサービス形態に対応する必要もあり、業務の内容や勤務体制への不安があるでしょう。

ここでは、そうしたスタッフの不安軽減のための取り組み例を紹介し、人材育成については第 6 章で詳説します。

[不安軽減の取り組み例]

- 相談体制の構築
- 通いからはじめて、その後訪問看護・介護の同行へと移行
- OJT の実施

■相談体制の構築

管理者は、**スタッフの不安を察知できるアンテナを常に張っておく**必要があるでしょう。スタッフの抱く小さな不満を無視せずに拾い上げ、積極的に対応していく姿勢が管理者やリーダーには求められています。

同時に、気軽に相談できる体制を整備しておくことも重要です。例えば、「管理者の他にも相談窓口をつくる」「コーチングスタッフを配置しフォローする」「ストレスチェックなどを活用し、スタッフの不安や負担の状況を把握する」といった取り組みが挙げられます。

■通いからはじめて、その後訪問看護・介護の同行へと移行

通いからはじめて、ある程度経験した後に、**通いで担当していた利用者の訪問ができるようステップアップ**していきます。また、**訪問のはじめは訪問看護・介護の双方に同行**してもらい、医療ニーズの高い利用者へのケアなどを目の前で見てもらうことは、他職種がどのような業務を担っているのか理解してもらうのに有効です。

■ OJT の実施

OJT とは On-the-Job Training（オン・ザ・ジョブ・トレーニング）の略で、職場での実務を通して行う、主に新人育成手法の一つ。

管理者がアンテナを張っていても、新入職のスタッフの状況をすべて把握できるわけではありません。また、管理者一人がすべて抱え込むものでもなく、事業所のスタッフ全員で関わることが重要です。このため、あらかじめ**OJT で教えるポイントをチェックリスト化しておく**などは、日常業務の中での不安な点や技術習得の状況などの把握とその対応に効果的です。また OJT でのポイントのリストにチェック済項目が増えることで成長度合の見える化にもなり、新入職スタッフの自信にもつながる効果が期待できます（**図表5-3、5-4**）。

図表5-3　新入職スタッフの OJT チェックリストの例 1

業務チェック表

名前:

項目		自己評価	他者評価
入浴	入浴前の準備（タオル等の設置・湯船の温度確認など）		
	入浴後の片付け		
	入浴用リフトの操作・手順		
環境整備	昼寝セットの準備・片付け・洗濯		
	口腔ケア物品の消毒（ｾｰﾌｺｰﾙ→30分後に洗って干す）		
	下用タオルの用意（温め）・片付け		
	洗濯		
	ゴミ処理		
	物品補充（オムツ箱など）		
	荷物チェック		
	シーツ交換		
	ベッドレール		
	エアマット		
	リネンチェック		
送迎	車の車イス乗降の手順・操作		
記録	家族用連絡ノート・日々録の記入		
	申し送りノート・連絡ノートの扱い方		
	デイリースケジュールの読み方		
	カナミックの操作		
食事準備	プレートに食札つける		
	席順を考える		
	おかゆ作り		
	みそ汁（サンファイバーの追加やペースト）		
	おかずの刻み・とろみ付け		
	おかずのペースト		
	配膳・下膳		
	水分の提供（AM緑茶・PMほうじ茶・浴後アクエリ）		
	おやつ準備		
	ゼリー作り		
	マンナンご飯づくり		
	白湯の準備（朝・泊まり時はタも）		
福祉用具	車椅子の種類・操作がわかる		

項目		自己評価
リーダー業務	スケジュール調整	
	記録の確認・しめ作業	
	次の日の準備	
	電話の転送・解除	
医療	吸引（口腔）	
	吸引（鼻腔）	
	吸引器　準備～片付け	
	酸素療法　HOT（設定）	
	経管栄養　準備～片付け	
勤務	勤務表の記入・入力	
	早番	
	遅番	
	夜勤	

基本姿勢	業務上のルールを守る	
	看多機の目的・サービス内容を理解する	
	事業所の理念・活動目標に沿った対応する	
	無断で遅刻・欠勤をしない	
	感染症予防の取り組みが理解でき実践ができる	
	個人情報の保護について理解できている	
	身体拘束について理解でき廃止に向けての取り組みが出来る	
	虐待について理解でき防止に向けての取り組みが出来る	
連携・相談	同僚・管理者に、報告・連絡・相談ができる	
マナー	その場にふさわしい態度で挨拶する	
	礼儀正しい態度や言葉遣いで家族・利用者に対応する	
	来客・電話に適切に対応する	
	身だしなみを整えている	
ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ	ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝを通して。利用者・家族との良好な関係をつくる	
健康管理	日ごろの健康管理に努める	
自己研鑽	知識・技術・態度などの不足を補うために自己学習する	

図表5-4　新入職スタッフの OJT チェックリストの例 2

《新入社員》ケアチェック表　1. 見学　2. 指導を受け実施　3. 一人で実施

名前:

名前	排泄介助															移動介助									食事介助												清潔						訪問
	トイレ介助			オムツ交換			パット交換			陰部洗浄			排便ケア			歩行介助			移乗			送迎介助			飲水 とろみゼリー			食介			与薬			口腔ケア			入浴介助			全身清拭			
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
A 様																																											
B 様																									＊経管栄養→																		
C 様																																											
D 様																									＊経管栄養→																		
E 様																																											
F 様																																											
G 様																																											
H 様																																											
I 様																																											
J 様																																											
K 様																																											
L 様																																											
M 様																																											
N 様																																											
O 様																																											
P 様																																											
Q 様																																											
R 様																																											

実施日を記入

グレー部分はその利用者に該当しない項目を示している

6 採用ターゲットの幅を広げる

これまで採用対象としていたターゲット層を広げるという選択もあります。実際に効果のあった取り組みを紹介します（**図表5-5**）。

図表5-5　さまざまな採用ターゲットとそれぞれのアプローチや効果の例

生徒・学生	• 高校にアプローチ、大学生にはインターンシップを活用し、職場体験を通して将来の採用につなげていく。
プラチナ看護師	• 60代の元看護師長。豊富な経験から、管理者のサポート、利用者との関係構築、問題解決能力が高くトラブルにも動揺しないなど非常に助かっている。 • 70代の看護師。主に「通い」の業務を担当しているが、事業所業務を中心としていることもあり実習生の教育担当をしている。また、コミュニケーション能力が高く、スタッフに対しても管理者が言いにくいことを代弁してくれる。
無資格者・外国人	• 介護スタッフは無資格者も採用対象としている。入職後、自治体の補助等活用しながら、資格取得を積極的に支援している。 • 外国人の無資格者も雇用し、一生懸命さが他のスタッフのよい刺激となっている。
地域住民	• ボランティアからスタッフ（正職員）に起用するケースもあり。事業所の雰囲気を知っているため、長期雇用につながる。

熟練したスキルと豊かな経験を持つ、定年、または定年を迎える看護師。

第6章 人材育成

この章のポイント

- ☑ 人材育成はスタッフごとに計画・目標設定を行い、支援・評価を行う
- ☑ 通い・泊まり・訪問それぞれのサービスにおいての OJT が効果的である
- ☑ 外部研修や内部研修の効果を上げるためには、計画的に実施する
- ☑ 各種マニュアルは人材育成にも有効である
- ☑ e- ラーニングや教育担当者の配置を検討する

1 人材育成の取り組み

通い、泊まり、訪問を一体的に提供するサービス形態に加え、医療ニーズへの対応、さらには、ターミナルケアを実施する看多機のスタッフには、多彩なケースに対応できるスキルが求められます。訪問看護を含めると 4 種類のサービス形態の特徴を把握し、適切に対応できる**人材の育成ポイントは、普遍的ではありますが、「個別育成」「事業所における育成目標を設定した計画的な育成」「定期的な評価」**です。また、**多職種が連携して人材育成が行える**ことも看多機ならではのポイントとして挙げられます。まずは、全国の管理者が実践する育成方法を挙げたうえで（**図表6-1**）、各取り組みを順に説明していきます。

図表6-1　効果があった人材育成施策の例

人材育成施策の種類	
	スタッフごとの年間育成計画と評価
	OJT 研修
	積極的に外部研修を受講
	事業所内または法人内研修の受講
	各種マニュアルを活用した育成
	e-ラーニングの受講
	教育担当者の配置

2 スタッフごとの年間育成計画と評価

看護スタッフと介護スタッフ、さらにリハビリスタッフなどさまざまな職種がいる看多機では、各職種が習得する知識や技術、目指す姿が異なることは当然です。職種

に応じた**スタッフ一人ひとりの目標が存在し、看多機というサービスにおいて身につけるべき能力と達成すべき目標、さらには、それらを加味した育成計画を立てる**ことが必要です。また、スタッフ個々に応じた実践能力、成長度合いにも差があります。このため、定期的に面談などで目標の到達状況の確認を行うなど計画に対する評価も欠かせません。実際の取り組みを紹介します。

個別目標に基づき、個別育成計画を立てる

一人ひとりの育成スピードや目標は違うため、まずはスタッフごとにレポートを書いてもらい、経営者、管理者、看護および介護の責任者を含めて、各スタッフの個別計画を立てます。レポートは前期・後期と２回で自分の目標や手段を盛り込みます。手段には OJT、内部研修、外部研修などの振り分けや回数などが含まれます。

自身で目標とキャリアアップの段階が認識できているスタッフは、自分の材料を見つけ、どんどん伸びていきます。一方、自発的な行動が苦手なスタッフはそうはいきません。だからといって見放すのではなく、自分探しの道半ばの人もいるので、こちらで目標設定して進むべき道をアドバイスすると、伸びる人もいます。

３カ月刻みで新人教育

特に、新人教育では計画的な育成が必須です。一部の事業所では、３カ月、６カ月、９カ月、１年と３カ月刻みで年間計画と評価を行い、新人教育を行います。評価とそれに基づく育成計画にあたるのは、管理者と教育担当者です。

P49 参照

ラダーを使って段階的に評価

看護スタッフには日本看護協会のクリニカル・ラダーを使い、また、介護スタッフにはそれを介護職用にアレンジしたラダーを使い、スタッフごとに目標を設定するという方法もあります。目標はスタッフごとに達成したいケアの内容や将来的な職位など個々の希望を踏まえて設定されたものです。そうした目標を踏まえたうえで、ラダーをものさしとして使い、スタッフごとの成長度を評価しています。

日本看護協会が公表している「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」は同協会のHP（https://www.nurse.or.jp）よりダウンロードが可能。

個別面談による評価

目標設定に基づき個別面談を行い、それを評価に結びつけている例をいくつか紹介します。

［目標設定と個別面談の取り組み例］

- 年１回管理者が個別面談を行う。スタッフそれぞれが、目標、やりたいこと、自己評価などを事前にまとめ、それを用いて面談を行い、スタッフごとの目標を設定する。その面談結果は法人内の会議に報告される。
- 前期と後期にレポートを書いてもらい、それを基に経営者が面談する。また、利用

者との日々の関わりなどのモニタリング結果を加味して目標達成度や育成計画の評価を行う。

- 法人内の評価スケールに照らし合わせ、自己評価と上長評価を個人面談ですり合わせる。

スタッフそれぞれの働く目的は、必ずしも同一ではありません。スキルアップのために研修に積極的な人もいれば、そうではない人もいます。給与やボーナスが増えることにモチベーションを感じる人もいれば、ケアのやりがいにモチベーションを感じる人もいます。経営者や管理者は、**人によって効果的な働きかけ方が異なる**ことを熟慮しておく必要があります。

いずれにしても、①各スタッフが自身のため、ひいては利用者・家族、サービスの質のためであることの理解のもとに評価を行うこと、②個々の「強み」を伸ばし、「弱み」をサポートする人材育成を行うことという 2 つのポイントを押さえておく必要があります。

3 OJT 研修

少数精鋭の看多機では、一日も早く「実践力」を身につけてもらいたいところです。通い・泊まり・訪問それぞれのサービスにおいて、ケアの提供方法や内容が違うため、それぞれの場での OJT が最も効果的な育成方法となります。OJT では現在の能力を実践を通して評価することができ、能力に応じた育成計画の修正や能力発揮のための適切な配置につなげることができます。実際の OJT 研修の取り組みポイントをみてみましょう（**図表6-2**）。

実践例からも分かるように OJT 研修における**看護と介護スタッフの協働は、看多機の「強み」**となります。その際に重要なのは、看護と介護スタッフがお互いの専門性を尊重するという姿勢です。

図表6-2　OJT 研修の取り組みのポイント

チェックリストについては、P40〜42も参照

- 図表 6-5、6-6 のようなチェックリストを使い、定期的に評価を行う。
- 同職種だけでなく、他職種間で OJT を行う。その日の教育担当が介護スタッフの場合は生活的視点、看護スタッフの場合は医療的視点を教えることができる。
- 通い→泊まり→訪問の順に OJT を行う。泊まりと訪問は、独り立ちが一つのゴールなので、二人体制から一人体制への移行のタイミングを OJT により見極める。
- 独り立ちを無理に急がないことが大切。「一人でできそうかな？」などと本人の気持ちを確かめながら、教育担当の評価なども加味して独り立ちは慎重に行う。また、「困ったときは、いつでも電話をくれていいからね」と安心して独り立ちができるようにするサポート体制も重要。
- 介護スタッフが不安を抱かず、安心して業務に従事できるようにするのが看護スタッフの役目だと考えている。例えば、利用者急変の知らせを聞くと、すぐに駆けつけてくれる看護スタッフの存在を介護スタッフは心強く感じる。スタッフは自信を得ることができる。

4 外部研修、事業所内または法人内研修の受講

「医療ニーズが高い利用者が多いため、必要となる研修が多い」「人員が少なく勤務時間内で研修に行ってもらう余裕がない」「研修参加への意欲にばらつきがある」「研修が興味のある内容に偏ってしまう」「夜勤があるのでそろっての研修ができない」。このように研修に対する課題を抱えている事業所は多いのではないでしょうか。特に、介護スタッフが医療に関する研修を受ける機会がない事業所も少なからずあるようです。外部研修や内部研修の効果を上げるためには、計画的に実施することが肝要でしょう。研修の計画的な実施に向けての取り組み例を紹介します。(**図表6-3**)。

図表6-3　計画的実施に向けての取り組み例

- 管理者とスタッフが面談を実施し、次年度の本人の目標に合わせて参加する研修を決めている。
- スタッフ全員に、自己研鑽のための年間研修計画を立ててもらい、それに基づき参加する研修を決めている。
- 法人として受けてほしいもの（喀痰吸引等研修、計画作成担当者研修、認知症介護実践者研修、虐待防止・身体拘束廃止研修など）は、「時間内で法人負担」としている。
- 利用者の泊まり利用がない日を選び、スタッフ全員で研修会に参加する日を設けている。看護と介護のスタッフが一緒に研修を受けることの意義は大きい。
- 外部研修で学んだことについて事業所で伝達研修する機会を１週間に１回設けている。
- 外部からの研修依頼（見学・体験・実習など）に積極的に対応している。事業所のスタッフが外部の人に教えることで、スタッフの質が向上する効果がある。

看多機スタッフが参加している研修例

[内部研修]

- 外部講師を招いた内部研修
- 事例検討会
- 外部研修受講者による伝達研修
- スタッフによる研究発表会やそれぞれの専門を活かした研修の実施

[外部研修]

- 認知症介護実践者研修
- 重度訪問介護従事者養成研修
- 介護職員初任者研修
- 介護福祉士実務者研修
- 喀痰吸引等研修（第１号、第２号、第３号、実地）
- 虐待防止・身体拘束廃止研修
- ケアマネジャー法定研修（更新研修・主任介護支援専門員研修）
- 計画作成担当者研修

このほか、外部研修では、排泄に関する研修、難病研修、リスクマネジメント研修、感染予防研修、コーチング研修、看多機の経営研修などもスタッフのスキルアップやモチベーションアップにつながったものとして挙げられました。

5 各種マニュアルによる育成

看多機の運営にとって、各種マニュアルの整備は人材育成にもよい影響をもたらします。ただし、看多機は歴史が浅いこともあり、看多機向けのマニュアルの見本はあ

まり見当たりません。そのため、訪問看護ステーションや施設（医療施設や介護保険施設）などのマニュアルをベースにして各種マニュアルを整備しているという看多機が多いようです。看多機で整備されている、または、あったほうがよいと思われるマニュアルの種類をリストアップしました（**図表6-4**）。

各種マニュアルは、整備するだけではなく、研修などを通じてスタッフに周知していくことが求められます。

図表6-4　看多機に備えたいマニュアル（例）

- 入職時研修マニュアル
- 医療安全対策マニュアル※
- 感染防止対策マニュアル
- 虐待防止・身体拘束ガイドライン
- 災害対策マニュアル（火災、地震、水害、停電などへの対応は自治体と相談のうえ整備）※
- 各種ハラスメントマニュアル（セクハラ、パワハラ、カスハラなど）
- 広報マニュアル

※医療安全対策マニュアル、災害対策マニュアルに収載する項目例
医療安全対策マニュアル：○○訪問看護ステーションの使命・理念／事故防止・安全管理に向けての基本理念／○○訪問看護ステーションにおける安全管理体制／事故発生時の基本的対応／事故発生時の対応（訪問先で事故が発生、利用者・家族からの緊急連絡の対応、針刺し事故の対応、交通事故の対応、苦情の対応）／手順書（薬剤セット、転倒予防、末梢点滴事故）／保険の知識／訪問看護にかかわる労災の基礎知識／資料（ヒヤリハット・事故報告書、安全管理研修）[1)]
災害対策マニュアル：【事前対策（点検）】設備の定期点検／設備・備品の耐震性の点検／危険物の点検／ライフラインの点検／通信機器・乗り物／備蓄品の点検（非常用品・看護用品）／災害時外部連絡先リスト／スタッフの緊急連絡先および緊急連絡網／スタッフへの防災対策（防災教育・訓練）【災害発生（緊急）時対応】災害時の指揮系統および役割分担／災害発生時　スタッフの役割分担／安否確認表／応援スタッフへの依頼内容／災害発生時　事業所の被害状況　確認書／災害発生時　通信機器等の利用可能状況　確認書／訪問時の持参品　確認表[2)]

1）一般社団法人全国訪問看護事業協会編．マニュアルの作成とヒヤリハット報告書の活用　訪問看護の安全対策　第３版．2018，259．より作成
2）一般社団法人全国訪問看護事業協会編．訪問看護ステーションの災害対策　第２版　マニュアルの作成と活用．2019，154．より作成

カスハラとは、カスタマーハラスメントの略。顧客による過剰な謝罪などの度を超した要求。

災害対策マニュアルには、次ページに示すように備蓄する物品などの内容を含めるとよいでしょう。

6　e-ラーニングの活用

e-ラーニングの活用については、効果があるにも関わらず、活用している看多機はそれほど多くないのが実情のようです。

一方で、看護スタッフと介護スタッフにそれぞれ e-ラーニングによる学習を義務付け、管理者が進捗度を確認している例や介護スタッフの教育のために e-ラーニングの受講を勧めているという例がありました。時間的制約に縛られずに研修受講が可能であり、また、その人の進捗に応じた受講ができる点や看護スタッフと介護スタッ

災害に備えて用意しておきたい物品例

【食料品】

飲料水、米、経管栄養食、缶詰、高カロリー食、高血圧対応食、糖尿病対応食、アルファ米

【医薬品等】

医薬品、消毒薬、包帯、三角巾、滅菌ガーゼ、絆創膏、体温計

【衛生用品】

紙おむつ、お尻拭き、ウェットティッシュ、ディスポグローブ、マスク、生理用品、タオル、バスタオル、トイレットペーパー、職員用仮設トイレ、簡易トイレ

【情報機器】

ラジオ、ワンセグテレビ、携帯電話、携帯電話充電器

【防寒用具】

毛布、携帯カイロ、石油ストーブ、灯油

【日用品等】

紙皿・紙コップ、割り箸、ラップ、ビニール袋、はさみ・ナイフ、マッチ・ライター

【非常用具】

自家発電機、自家発電機燃料、乾電池、ろうそく、懐中電灯・ランタン、ポリタンク、ブルーシート、ロープ、軍手、シャベル、カセットコンロ・ボンベ、プロパンガス、リヤカー

【対策本部関連】

ホワイトボード、模造紙、携帯電話、拡声器、防災ラジオ、懐中電灯、原付バイク、自転車

出典：公益社団法人全国老人福祉施設協議会／老施協総研「災害マニュアル作成の手引き」より作成

フが一緒に学習できるという点においても e-ラーニングは有効といえるでしょう。

7 教育担当者の配置

教育担当者の配置は、人材育成を組織的・計画的に進めていくためにも望ましいといえます。病院などの施設では、「教育委員会」や「研修委員会」の名のもとに、各部署から委員が選ばれ人材育成計画を作成するという体制が多く見受けられます。今後の看多機運営においても、ぜひ考慮しておきましょう。

図表6-5　業務チェック表の例 1

看多機業務チェック表 （看護）　氏名：

	項目	利用者	見学	指導を受け実施	一人で実施	
排泄	洗腸・摘便 ベッド上					
	洗腸・摘便 トイレ					
	導尿					
	バルンカテーテル入れ替え					
	ストマの交換					
	オムツ交換					
排泄	パット交換					
	トイレ介助					
栄養	飲水介助 （とろみ・ゼリー）					
	食事介助					
	胃瘻注入					
清潔	陰部洗浄					
	清拭					
清潔	入浴介助					
	口腔ケア					
医療	バイタルサイン					
	与薬 （準備）					
	与薬 （内服）					
	吸引（口腔）					
	吸引（鼻腔）					
	吸引（気切）					

	項目	利用者	見学	指導を受け実施	一人で実施	
医療	吸引器 準備～片付け					
	バイパップ 開始					
	バイパップ 終了					
	酸素療法 HOT（設定）					
	酸素療法 酸素ボンベ （設定）					
	酸素療法 酸素ボンベ （交換）					
	採血					
医療	末梢点滴					
	皮下点滴					
	皮下注射					
	ポート穿刺					
	HPN					
移動介助	歩行介助					
	移乗					
移動介助	送迎介助					
環境整備	荷物チェック					
	シーツ交換					
	ベッドレール					
	エアマット					
	口腔ケア物品消毒					
	下用タオル用意					
	下用タオル片付け					
	洗濯					
	ゴミ処理					
リーダー業務	スケジュール調整					
	記録					
	次の日の準備					
	電話の転送・解除					

図表6-6　業務チェック表の例 2

看多機業務チェック表 （介護）　氏名：

	項目	利用者	見学	指導を受け実施	一人で実施	
排泄	オムツ交換					
	パット交換					
	トイレ介助					
栄養	飲水介助（とろみ・ゼリー）					
	食事準備 刻み					
	食事準備 ペースト					
	食事介助					
清潔	陰部洗浄					
	清拭					
清潔	入浴介助					
	口腔ケア					
医療	バイタルサイン・体温・電子血圧計・パルスオキシメーター					
	与薬（確認）					
	与薬（内服）					
	吸引（口腔）					
	吸引（鼻腔）					
	吸引（気切）					

	項目	利用者	見学	指導を受け実施	一人で実施	
医療	吸引器 準備～片付け					
	バイパップ 開始					
	酸素療法 HOT（設定）					
	酸素療法 酸素ボンベ（設定）					
移動介助	歩行介助					
	移乗					
移動介助	送迎介助					
環境整備	荷物チェック					
	シーツ交換					
	ベッドレール					
	エアマット					
	口腔ケア物品消毒					
	下用タオル用意					
	下用タオル片付け					
	洗濯					
	ゴミ処理					
リーダー業務	スケジュール調整					
	記録					
	次の日の準備					
	電話の転送・解除					

第7章 利用者確保

この章のポイント

- ☑ 利用者の紹介元を広げ、関係性を構築する
- ☑ 病院の医療ソーシャルワーカー（MSW）は有力な紹介窓口となる
- ☑ 居宅介護支援事業所には、事例を用いた説明が有効である
- ☑ 事業所・専門職のネットワークを活用する
- ☑ 診療所とは、協働を通じて看多機を周知する
- ☑ パンフレットやホームページなどを整備する
- ☑ 利用者や家族、地域住民から直接の申し込みを得る仕組みづくりが重要である

1 利用者の紹介元となるターゲット

経営を持続的に安定させるためには、終了者に対して新規またはリピートによる利用など、利用者確保の循環が求められます。利用者の確保を安定させるためには、**利用者紹介元を広げ、関係性を構築・強化していくことが重要**です。

設立後間もない頃は、急性期医療を担う病院のソーシャルワーカーや退院患者の在宅療養の調整を多く担当している居宅介護支援事業所、その他診療所などを訪問し、受け入れられる利用者像や事業説明を行うことが効果的です。また、地域密着型のサービスとして事業運営を継続していくことで、事業所や専門職のネットワークによる紹介も広がっていきます（**図表7-1**）。経営が安定している事業所では、特に医療機関からの紹介が常にある状態となっていることが多いようです。

2 紹介元との関係性を構築する

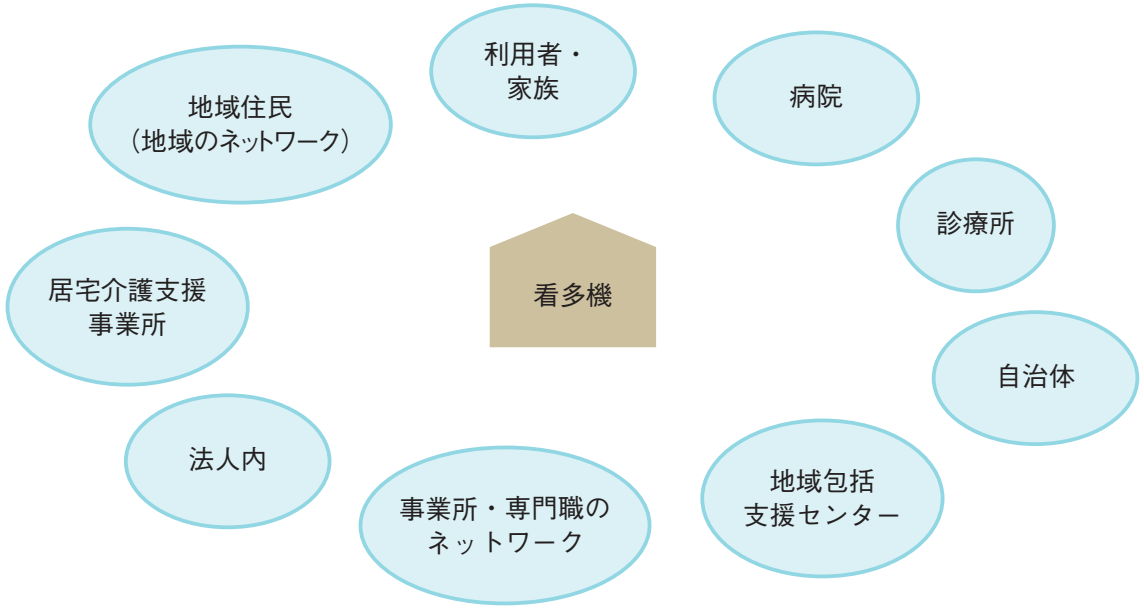
利用者の紹介元はさまざまです。各紹介元との関係を構築し、利用者が地域で暮らし続ける支援を行うため強化していくポイントを紹介します。

日本訪問看護財団による「退院調整看護師に関する実態調査報告書」（2011年3月）では、退院調整部門を設置している病院は約67%という結果となっている。

急性期医療を担う病院

病院の中で、最も話がしやすく、かつ有力な紹介窓口となるのが医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）です。また、入退院支援ナースや病棟の看護師、主治医が看多機を理解していると紹介につながりやすいという意見もあります。しかし、病院

図表7-1　ターゲットとなる利用者紹介元



の医師や看護師、MSW は、看多機について十分な理解ができていないという現状があります。病院との関係性構築の例をまとめました（**図表7-2**）。

図表7-2　病院との関係性構築の例

- パンフレットを持参して地域連携室などに出向き、事業所の特色と看多機の仕組みの両方がわかるように説明をする。
- 訪問看護指示書などをもらう際に、主治医に事業所の特色と看多機の仕組みについて分かりやすく説明をする。
- 退院前カンファレンス以外にも、地域連携室や病棟に行く機会をつくり、退院にあたってどのような準備が必要かを一緒に検討する。
- 紹介された利用者の経過報告や在宅看取りになった事例のフィードバックを行う。
- 病院の医師やメディカルスタッフ向けに看多機事業について説明する研修会などの機会をつくってもらう。
- 院内看護師への勉強会の内容に一部看多機を入れてもらう。例えば、「病院以外での看取り」というテーマに看多機利用による看取りを加えてもらう。
- 病院スタッフとの交流を図る場に参加する。

居宅介護支援事業所

居宅介護支援事業所（以下、居宅）からの紹介は、担当している利用者の重症度が上がり、これまでのサービスだけでは対応が難しくなった場合などに多くみられます。

一方で、看多機利用によりどのようなサービスが提供されるのか、イメージできていない居宅のケアマネジャーも多いのが現状です。また、ケアマネジャーが変更となることで「利用者が少なくなる」と考えるケアマネジャーもいるようです。

居宅との関係性構築の例をまとめました（**図表7-3**）。

図表7-3　居宅との関係性構築の例

- ケアマネジャーへの説明の際は、居宅から看多機へケアマネジャーを変更した場合の好事例を用いた説明が理解を得やすい。
- 居宅から看多機への移行という一方向だけではなく、状態が落ち着いたら居宅に戻るという事例や家族の急な傷病に伴い一時的に看多機を利用した事例なども伝え、成功体験を共有する。
- 地域のケアマネジャー連絡会に看多機のケアマネジャーが参加することで顔の見える関係構築が可能。また、居宅のケアマネジャーと情報交換することができる。

在宅診療を担う診療所など

在宅診療を行う診療所との連携は、医療ニーズの高い利用者を支える看多機にとって必須であり、利用者の紹介元および利用者の継続的支援者の確保につながります。

なかでも、訪問看護ステーションの指定を受けている、あるいは併設している看多機の場合は、訪問看護ステーションが築き上げた関係性を利用者の紹介にも活かすことができます。例えば、状態が変わった患者の対応について、「看多機であれば泊まることもできますし、24 時間のケアも可能です」と提案し、看多機利用に至った事例もあります。結果、状態は速やかに改善し、在宅療養を継続できたことで、医師からは「こんなときには看多機で対応できるのか」「こんな患者は看多機が合いそうだ」など、看多機の機能を実感してもらうことができます。

事業所・専門職ネットワークの活用

地域には事業所や専門職のネットワークが存在します。ある事業所では、病院で開催される看護職の勉強会に積極的に参加し、折に触れ看多機をアピール・説明するような取り組みをしています。このようにネットワークにおける勉強会なども活用することができるでしょう。

また、ネットワークには、次のような例もあります。地域にある事業所・専門職ネットワークを、ぜひ探してみてください。

[事業所ネットワークの例]

- 小多機連絡会（小多機連絡会の中に看多機部会がおかれているケースもある）
- 地域密着型サービス連絡会
- 訪問看護ステーション連絡会
- 居宅介護支援事業所連絡会
- 介護サービス事業所・施設連絡会（居宅サービス事業所や介護保険施設などが参加する）
- 在宅医療連携拠点事業の多職種連携

[専門職ネットワークの例]

- 看護職のネットワーク
- 介護職のネットワーク
- ケアマネジャー連絡会

自治体、地域包括支援センター

紹介元としては、自治体や地域包括支援センターも挙げられます。

直接の紹介以外にも、自治体が主催する市民向けセミナーの共同開催や広報誌に取り上げてもらうといったことで看多機の注目度が上がり、利用者確保につながる場合もあります。自治体の理解が得られにくい場合であっても、諦めずに継続してアプローチを行いましょう。

また、運営推進会議を活用するのも良いでしょう。

P70 参照

法人内

「一緒に働いている同じ法人のスタッフでも、看多機のサービス内容を知らない人がいる」という声も聞きます。法人内でも他部署とのコミュニケーションをしっかりと行い、看多機への理解を得ることは重要です。法人内からの利用者紹介につながる3つのケースを紹介します（**図表7-4**）。

図表7-4　法人内利用者紹介につながるケース

居宅介護支援事業所を併設している場合	• カンファレンスなどで情報交換を密に行うことで、看多機によるサービス提供のほうが適切と考えられる利用者を見つけることができる。
訪問看護ステーションを併設している場合	• 訪問看護ステーションの利用者の状態が一時的に悪くなったり、家族が入院してしまい介護者が不在となるなど、利用者のニーズの変化に柔軟に対応できる。訪問看護ステーションのスタッフが看多機と兼務すれば、一人の利用者を継続して担当することもできる。
イントラネットで利用者情報を共有している場合	• イントラネットにより、利用者のニーズを一元的に把握していれば、利用者の重症化や介護環境の変化だけではなく、例えば、臨時訪問やショートステイの利用が増えてきたなど、サービス利用上の変化をキャッチすることができる。

3　必要となるツール

利用者や家族だけではなく、医療・介護の専門職にも看多機を知らない人が数多くいます。つまり、利用者の紹介のためには、まず**看多機がどのようなサービスであるかという説明が前提**となります。説明を効果的に進めるためのツールを挙げてみます（**図表7-5**）。

図表7-5　看多機と自事業所を知ってもらうために効果的なツール

自事業所の
パンフレット

法人パンフレット

ホームページ

チラシ

広報誌

［その他］
・社会福祉協議会の機関紙
・祭りの広報など

パンフレット

パンフレットは、利用者・家族や事業者・専門職に向けて、看多機のサービスをわかりやすく説明するツールとして有用でしょう。

多くの看多機の管理者はパンフレット作成のためさまざまな工夫をしています。

［パンフレット作成の工夫例］

- ケアマネジャーに持ち歩いてもらえるよう、鞄に入るサイズ（A4 版三つ折り）で作成した。
- 行政の窓口、地域包括支援センター、医療機関だけではなく、地域内の飲食店（喫茶店・居酒屋など）や本屋などに置いてもらえるようなおしゃれなデザインで作成した。

パンフレットには、次のような内容を盛り込むと理解が深まります。また、写真やイラストを入れるなど、読みやすい工夫を心がけましょう。参考として、ある事業所のパンフレットを掲載します（P57）。

公益社団法人日本看護協会のホームページには、周知用リーフレットと事業所向けパンフレット（開設者向け）が掲載されている。**図表7-6**中の※印の項目が周知用リーフレットに記載されている。
次のアドレスからアクセスできる。
https://www.nurse.or.jp/nursing/zaitaku/shokibo/index.html

図表7-6　パンフレットの掲載項目の例

- 事業所名
- 事業所の理念（経営理念・事業理念）
- 看多機の目的※
- サービスの特徴※
- 看多機の対象となる利用者※
- サービスを組み合わせた利用パターン※
- サービス利用までの流れ
- サービス利用の実例（医療ニーズが高い、レスパイト利用、ターミナルケアなど）
- 料金表（必要に応じて加算等）
- よくある Q & A
- 利用窓口（担当者）
- 事業所の地図
- 住所・電話番号・メールアドレス・ホームページアドレス

坂町ミモザの家の物語

坂町に、仲のよい姉妹が住んでいて、ときおり連れ立って、買い物帰りに喫茶店に寄る姿をご近所の方はほほえましく眺めていたようです。

妹のモトさん、姉のミホさん。

物忘れの進んだミホさんをたすけていた、モトさんは、脳梗塞で倒れた後、退院し家で生活をし、2年後のお正月に心筋梗塞で帰らぬ人となりました。その後10年近く、物忘れが進むミホさんを多くの人の力を借りて自宅で看取ることができました。

デイサービスが好きではなかったミホさんが自宅で過ごすことができたのは、彼女の気持ちを真ん中に据えながらケアをしたチームがいたからです。

このお二人を、仕事を続けながら看取った娘さんの「生まれ育ったこの家が地域の役に立てないか」という想い、そして訪問看護ステーションが運営できる看護小規模多機能型居宅介護サービスがつくれないかという私たちの想いがあわさって、この坂町ミモザの家が誕生しました。

地域の中で暮らし続けるためには、時には外へ出かけて行って人々と触れ合う「通いの場」、お家での生活を支える時には「訪問看護や介護」、そして必要な時には「泊まり」の場所にも多機能に使えるこの地域密着のサービスです。

家庭的な小規模な「家」をめざし、そしてできればご近所にお住まいの方やお子さん連れのお母さんたちにもちょっと寄ってもらえる「ほっとできる空間」「居場所」にもなれたらと願っています。

（株）ケアーズ 白十字訪問看護ステーション統括所長
NPO法人白十字在宅ボランティアの会　理事長
秋山正子

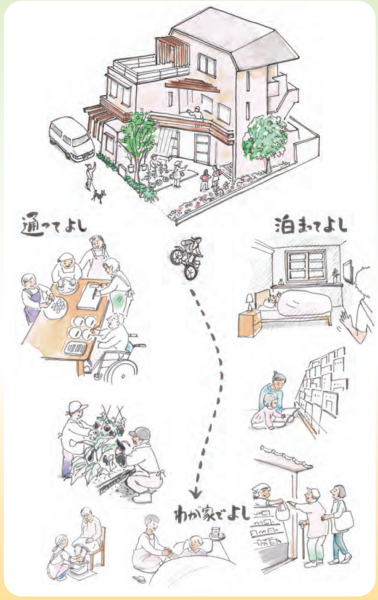
最寄り駅のご案内

1. 都営新宿線「曙橋」駅　A4出口より 徒歩8分
2. 東京メトロ南北線「四ッ谷」駅 2番出口より 徒歩12分
3. 東京メトロ丸ノ内線「四ッ谷」駅 赤坂口より 徒歩15分
4. JR「四ッ谷」駅より 徒歩15分
5. 東京メトロ丸ノ内線「四谷三丁目」駅 4番出口より 徒歩15分

すみなれた町でくらす　第二のわが家

看護小規模多機能型居宅介護サービス

坂町ミモザの家



株式会社ケアーズ　白十字訪問看護ステーション

看護小規模多機能型居宅介護サービス

坂町ミモザの家

[redacted]

illustration：Yukiko YAGI

坂町ミモザの家ではどんなサービスが受けられるの？

通いサービス

坂町ミモザの家にて、以下のサービスを提供いたします。

① 日常生活上のお世話および機能訓練
② 食事の提供　③ 入浴介助　④ 送迎
⑤ ケアプランの作成

宿泊サービス

坂町ミモザの家に宿泊をしていただき、食事や入浴、排泄等の日常生活上の援助をおこないます。

ご自宅へお伺いするサービス

〈介護サービス〉

ご利用者の自宅で、食事や入浴、排泄等の日常生活上必要な支援をおこないます。

〈看護サービス〉 主治医が看護サービスの必要性を認めた方

ご利用者の自宅で、以下の看護サービスを提供します。

① 病状や障害の観察
② 入浴・清拭・洗髪などによる清潔の保持
③ 食事や排泄など日常生活のお世話
④ 床ずれの予防・処置
⑤ リハビリテーション
⑥ ターミナルケア
⑦ 認知症をお持ちのご利用者の看護
⑧ 療養生活や介護方法の指導
⑨ 医師の指示によるカテーテル等の管理
⑩ その他医師の指示による医療処置

※一部の看護サービスは、通いサービスをご利用の方にも坂町ミモザの家のなかでご提供いたします。
詳しくはお問い合わせください。

介護や生活に関するご相談

ご利用者やそのご家族の、日常生活における介護等に関する相談をお受けし、助言や申請代行等をおこないます。

ご利用いただける方

坂町ミモザの家の周辺にお住まいで、要介護認定を受けている方は、ご登録いただくことができます。
登録定員は25名、通いサービスをご利用いただけるのは1日に15名、宿泊できるのは5名です。

※原則的には看護サービスが必要な方が対象となります。
※新宿区の地域密着型事業として区内のみなさまにもご利用いただけるサービスもあります。詳しくはお問い合わせください。

ご利用料金

別紙をご参照ください。

営業日と時間

営業日：365日
時間：通いサービス（基本時間）9時30分～16時30分
宿泊サービス（基本時間）16時30分～9時30分
※ご利用者さんの心身の状況・希望、環境等をふまえて柔軟に対応します。
訪問看護・介護サービス（基本時間）9時～18時
※24時間連絡をとれる体制をとっております。
上記の時間外も必要に応じて訪問いたします。

スタッフ体制

保健師、看護師、理学療法士、
介護支援専門員、介護職員、事務員、ボランティア

提供：株式会社ケアーズ　坂町ミモザの家

ホームページ

「ホームページの作り方がわからない」「忙しくて更新する時間がない」といった事業所の声をよく耳にしますが、最近では多くの利用者・家族が、スマートフォンやパソコンで介護サービスをインターネットで検索・検討を行う時代になってきています。パンフレットよりもホームページをみたという利用者からの問い合わせの方が多いという声もあり、できる限りホームページを作成し、必要に応じ適宜更新することを心がけましょう。

ホームページ作成・更新においては、業者への委託が効率的です。しかしながら、費用を抑えるという観点からは、更新作業の一部のみでも事業所のスタッフができるようにするとよいでしょう。また、ホームページに SNS が表示される部分を作成し、SNS を更新することで比較的簡単に情報発信ができるというのもポイントです。さらには、地域の関係性ができはじめると、地域住民の中にはシステムエンジニアなどの職に携わっていた方が存在し、ホームページの運営をボランティアとして行ってもらえたというケースもあります。

4 利用者や家族、地域住民から直接申し込みを得られる仕組みづくり

利用者・家族が看多機の利用相談に直接来ることは、看多機における利用者確保の一つの理想形かもしれません。そのためには、**利用者・家族はもちろん、地域から信頼される事業所**である必要があります。

利用者・家族や地域住民から直接申し込みを得られる仕組みづくりについて挙げてみましょう（**図表7-6**）。なお、地域づくりについては、10 章で詳説しています。

地域づくりについては、第 10 章 P68 参照

図表7-6　利用者や家族、地域住民から直接申し込みを得られる仕組みづくりの例

○敷居を低く、相談しやすい環境づくり
- 看多機の利用に関わらず、どんな相談にも応じる姿勢で、丁寧に相談に応じる。
- 老人会や地域の人の集まりで健康や介護のことなど相談につながる話をする。
- 喫茶店や居酒屋などで地域の人と話す機会をつくる。

○見学時の丁寧な説明
- 見学には丁寧に対応する。忙しい雰囲気を出さない。

○透明性の確保
- ホームページや広報誌を活用して情報を公表し、開かれた事業所を意識する。
- 地域住民と交流する機会として、カフェやイベントを開催する。

○グリーフケア
- 残された家族をボランティアやイベントに誘い、関係性が途切れないように地域とのつながりを手助けする。

○質の高いケアの積み重ね

第8章 看多機における利用者・家族との関係構築

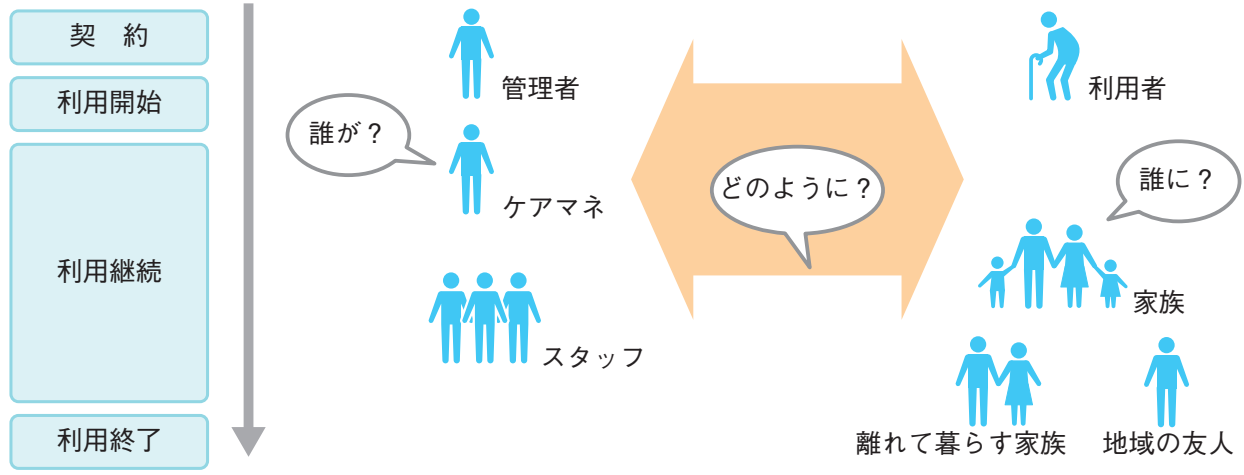
この章のポイント

- ☑ 関係の構築は契約以前から始まる
- ☑ 契約前に看多機の特徴・役割を正しく理解してもらう
- ☑ 利用開始直後の関わりが重要である
- ☑ 管理者は意図して関わりを工夫することが必要となる
- ☑ ノンバーバル・コミュニケーションを大切にする
- ☑ 離れて暮らす家族や近隣の友人との関係構築も必要となる

1 いつ・誰が・誰と・どのように関係を構築するか

利用者や家族との関係構築は、ケアの要ともいえる重要なテーマです。本章では、そのための効果的な実践法を紹介していきます。看多機において、いつ・誰が・誰に・どのように関係を構築していくかという構図を、見てみましょう。(**図表8-1**)。

図表8-1　看多機における利用者と家族との関係構築の構図



2 契約から利用開始までの関係構築

看多機と利用者・家族との関係構築は、利用開始前から始まります。初めての出会いから、契約、そして利用開始までの関係構築の要点を考えていきます。

この時期の利用者や家族は「本当に家に帰れるの？」「看多機ってなに？」という

ようにさまざまな不安を抱えていることが多いでしょう。不安解消のポイントは、**契約前に看多機の特徴・役割を正しく理解してもらう**という点に要約できそうです。看多機を正しく理解してもらうためのポイントを紹介します（**図表8-2**）。

図表8-2　看多機を正しく理解してもらうためのポイント

理解できるまで何度も説明	• 退院前カンファレンスには必ず出席して説明する。 • 利用者の状態に沿ってどのようなサービスが受けられるか具体的に説明する。 • 看多機の機能は、仕組みを説明するだけでは理解しにくいので、「このように使っている方がいます」などと具体例を交えてイメージしてもらう。 • 理念をわかりやすく説明する。
見学	• 契約の前に、必ず見学に来てもらう。 • 見学は可能な限り本人に、難しい場合は家族に来てもらう。
利用料金	• 看多機は“まるめ”だから「安い」あるいは「高い」と誤解している家族もいる。加算分や自費を含め、具体的なサービス内容と利用料金を提示する。 • 概算見積もりを提示して、利用者・家族に検討してもらう。 • 見学に来たときに利用料金を説明する。契約前に利用料金を納得してもらうことが重要。
その他	• わかりやすいパンフレットを配布する。 • 広報誌や食事メニューなどを渡す。 • どのような問い合わせにも丁寧に対応する。

3　利用開始直後の関係構築

利用者・家族との関係構築を時間軸で見ると、利用者・家族がいろいろな疑問や不安を抱えている**「利用開始直後が重要」**と話す管理者が少なくありません。ある看多機では、退院直後の２週間は、特に看護師が密に関わります。この間は、特別訪問看護指示書を活用することも一つの方法です。頻繁に自宅を訪問し、自宅での生活を再開して明らかになった不安や問題を家族から聞いたり、「通い」「泊まり」時の利用者の様子を細かく報告して不安の解消に努めます。そうした密な関わりにより、利用者も家族も「安心」を感じはじめてくれます。

特別訪問看護指示書は、終末期や退院直後など、頻回の訪問看護が必要と主治医が認めた場合に交付される。

別の管理者は、「利用開始から１カ月間が勝負」と強調します。なぜそう感じるのか、関連するエピソードを紹介します。

役割ができ元気になった人の物語

その看多機では、利用者の好きなことや得意なことなど「強み」探しを利用開始直後から行い、１カ月以内に「強み」を生かす対応を実施するようにしています。

80 代の男性が、病院を転々とした後に老人保健施設を経て看多機の利用者になりました。入院中に足腰が弱り、移動は車いすの状態でした。

男性は、かつて移動スーパーの経営者でした。集落から集落へ車で巡り、移動スーパーの到着を待ちわびる高齢者のために、惣菜を自ら作り、ハンドルを握り続けました。

「人の役に立つことが好き」「惣菜作りの腕前がある」。利用者の人柄や大事にしていることを知るように関わり、その男性にとっての「強み」はこの２点だとわかりました。ある日、うなぎを入手した看多機は、男性に蒲焼き作りを頼んでみました。男性は車いすから立ち上がり、うなぎを手際よくさばき、香ばしく焼き上げました。舌鼓を打つ利用者を前に、男性の顔からは笑みがこぼれます。その後、看多機には「うなぎの蒲焼デイ」が設けられ、男性が役割や持ち得る能力を発揮する機会ができました。

「利用開始から１カ月まで」を目標に、利用者一人ひとりが「いきいきできる居場所づくり」を、その看多機では続けています。

4 関係の維持・継続

誰が、いつ、関わるのか、誰にどのように情報を集約するのか

サービス導入期は利用者との契約やプランニングなど、主に管理者やケアマネジャーが関わりますが、その後はスタッフ全員で関わることになります。通い・泊まり・訪問それぞれのサービス提供の場面で、さまざまなスタッフが利用者・家族との関わりを持つことになります。看護スタッフ・介護スタッフはもちろん、送迎スタッフや清掃スタッフも接点を持つ一人です。

例えば、通い中心の利用者の場合、家族との接点は送迎スタッフが中心となることが多いでしょう。また、ある看多機ではケアマネジャーが送迎も担い、家族と関わる機会を意図的に持っています。他の看多機では、介護福祉士が送迎とともに訪問サービスを提供し、在宅での様子を把握するようにしています。

医療ニーズが高い利用者の場合、退院前カンファレンスの参加からターミナルケアまで、看護スタッフによる利用者・家族との関わりの機会が多いかもしれません。しかし、日常のケア提供のなかで、介護スタッフは何気ない会話から利用者や家族の気持ちの変化、不安に思っていることを把握しているものです。

利用開始後は管理者が関わる機会が少なくなってしまうため、積極的に声をかけ、管理者とスタッフで情報を共有します。

管理者は、利用者や家族との関係を維持・継続するために、**誰が、いつ、関わるのか、意図的に関わり方を工夫する必要**があります。さらに、関わるスタッフに必要な情報が伝わっていないということを防ぐため、また、事業所として一貫した対応をするためにも、得られた情報を誰にどのように集約し、共有するのかについても考えておかなければいけません。それがケアマネジャーなのか、管理者なのかなど体制を検

討する必要があるでしょう。

利用者・家族との関わり方を統一

看多機では、看護スタッフや介護スタッフに加え、リハビリスタッフや栄養士などさまざまな職種が働いています。さらに、送迎スタッフとして、定年退職後の男性を送迎係として雇用している看多機や、調理スタッフや清掃スタッフとして障がい者を雇用している看多機もあります。利用者や家族と関わるすべてのスタッフに基本的な教育が必要となります。事業所の理念を浸透させるためにも、利用者・家族との関わりで大切な姿勢などについて紹介します（**図表8-3**）。

図表8-3　関係構築で大切な姿勢など

ノンバーバル・コミュニケーションがポイント	• 基本であるあいさつと笑顔を大切にする。単にあいさつをすれば良いというのではなく、介護サービスを長期に渡り提供し、関係性を維持するためにも、相手に対して柔らかな視線を送りながら、笑顔であいさつすることが大切。
寄り添う気持ち	• 利用者や家族に寄り添うことが基本。
最低限のルールを決める	• 所作や身だしなみも大切だが、細かく決めすぎずに、最低限のルールだけを決める。
おもてなしの雰囲気づくり	• 利用者には、「ここにいてもいいんだ」という居心地の良さ、家族には、「いつ来てもいいんだ」という温かい雰囲気づくりを心がけ、「おもてなし」の気持ちを大切にしている。
理念や方針に基づいた関わりづくり	• どう行動すべきか悩んだり、判断に困ったときは、「今の行動は、理念や方針に合っているだろうか」などと、理念や事業所の方針に戻る。

ノンバーバル･コミュニケーションとは、言葉によらない、表情や声のトーン、振るまいなどの非言語的（ノンバーバル）要素によるコミュニケーション。

5　離れて暮らす家族や近隣の友人との関係構築

家族との関係の構築は、同居している家族に対してのみ行えば良いというものではありません。一人暮らしの利用者などの場合、離れて暮らす家族とも連絡を密にとることで利用者の状況を把握してもらえ、結果として、「あの看多機にしてよかった」などと思ってもらうことができます。

また、近隣の友人との関係構築が必要となる利用者もいます。一人暮らしの利用者にとっては近隣の友人も家族同様の存在であることは少なくないでしょう。

ある看多機では、地元の友人がたくさんいる利用者の人生最後となるであろう誕生日会を、地域で暮らす友人たちを呼んで開きました。利用者は、駆けつけてくれた友人たちに、あらためて自分の生きざまを語ることができ、そして友人の一人ひとりとお別れをすることができました。

地域の友人たちは、病院や自宅だけでなく、「看多機」という場所を人生の最期を過ごす場所とすることができるのだと実感したといいます。その後、新しい利用者の紹介にもつながったということです。

第9章 看多機ならではのQOLやQODの向上

この章のポイント

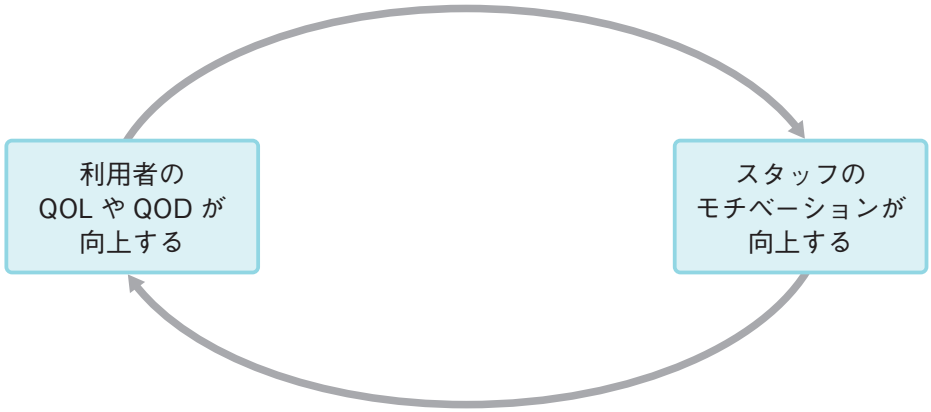
- ☑ QOLやQODの向上とスタッフのモチベーションの向上は好循環する
- ☑ QOLを高めるには、幅広く柔軟な対応が必要となる
- ☑ 管理者の役割は「発想の芽を摘まない」「関わる時間をつくる」こと
- ☑ QODを高めるにはACPの取り組みが重要である
- ☑ ACPは早いタイミングで取り組むことが重要である
- ☑ 看多機だからできるグリーフケアがある
- ☑ 介護スタッフが不安なく看取りをできる体制を構築する

1 利用者のQOLやQODとスタッフのモチベーションの向上は好循環

利用者のQOL（Quality of Life）およびQOD（Quality of Death）の向上は、終末期のケアまでをカバーする看多機が目指すゴールの一つです。QOLとQODは、利用者が自分らしくどのように生き、どのように最期を迎えるかという納得のいく「人生の質」であり、それに密接に関わるスタッフのモチベーションにも好影響を与え、ケアに還元されていくという好循環を生み出します（**図表9-1**）。

QOD（クオリティ・オブ・デス）とは、どのように死を迎えるかということに焦点を当てた、終末期の質を表す概念。

図表9-1 利用者のQOLやQODの向上とスタッフのモチベーション向上の好循環



2 QOLを高める仕組み

QOLは、人それぞれの文化や価値観にも深く関係するもので、その支援には柔軟

な対応が必要です。看多機では、多職種が協働でケアに当たります。専門性の異なる職種の協働により、支援の幅が広がり、地域に密着したサービス提供により、さらに柔軟さが生まれます。スタッフが互いに高め合える関係性を構築できるように、**管理者には「発想の芽を摘まない」「(スタッフが利用者に) 関わる時間をつくる」という役割があります**。在宅での生活に必要なサービスを一挙に引き受ける看多機でのQOL向上へ向けたさまざまな事例を紹介します（**図表9-2**）。

図表9-2　利用者の希望を叶えQOLを向上させる取り組みの例

利用者の在宅生活における希望をできるだけ実現	・「行きつけのラーメン屋に行きたい」「居酒屋にもう一回行きたい」といった声を聞いたら「じゃあ行きましょう」とスタッフが支援する。そんな小さなことの積み重ねが大切だと感じる。 ・看多機に来たら、みんなと一緒に食事をして、風呂に入れて、話ができて…。家に帰れば一人ぼっちだけど、看多機に行けば楽しいことがある。そんな場を提供することもQOLを高めることにつながる。 ・遠慮して家族に言えない願いを言ってもらえる雰囲気をつくり、実行可能なものはできるだけ早く実行する。例えば、「あの景色がもう一度見たいわ」と言ったら、電車や車で行ったりする。
看多機での役割を提供	・「働きに来ている」と思って看多機に通う利用者がいれば、「通い」の日は、その思いに応えるようにしている。例えば、朝一番の利用者の声が、「今日たたむ洗濯物はどこにあるの？」と言われたら、断らないようにしている。
食事	・食事を楽しみに来る利用者が多いので、季節を感じる食事の提供を心がけている。 ・匂い、音、味、栄養、歓談…。食事にはQOLを高める要素がたくさんある。
地域との関わり	・小さなマグロの解体ショーを行った。利用者は大喜び。家族だけではなく、地域の人にも来てもらった。 ・地域のイベントに参加したり、地域に開いたイベントを看多機で実施したりする。地域との関わりを続けることで、利用者は、「自分も地域住民だ」と実感できる。
その他	・利用者が笑顔になったり、いきいきとした表情を見せたりしたら、その顔を写真に撮って家族に共有することも大切。

3　QODを高める仕組み

AFP通信は、2015年10月7日付の配信で、「英経済誌『エコノミスト』の調査部門が発表したQODの指標によると、1位は英国で、日本は14位にとどまっている」と伝えている。

QOLの延長線上にあるのがQODでしょう。QODは人生を終えるときの「質」であると言えます。

看多機で取り組まれている「QODを高める仕組み」を整理しました。順に見ていきたいと思います。

- ACPの実施
- ターミナル期（1～2カ月程度）のQOLを高める仕組み
- グリーフケアの実施

ACPの実施

ACP（Advance Care Planning：アドバンス・ケア・プランニング）は「人生会

議」と呼ばれ、「もしものときのために、あなた（利用者）が望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組」（厚生労働省のリーフレットより）です。死という現象と身近に接する看多機のスタッフは、主治医と連携を取り、**利用者が望む医療やケアについて「考える」「話し合う」「共有する」機会をつくる役割**があります。もちろん一度共有したからといって終わりではありません。状態の変化や時間の流れによって望む医療やケアは変化することがあるでしょう。重要なのは繰り返し考え、話し合う機会があるということです。しかし、「自分の死」については「聞きづらい」「タイミングが難しい」と言った声もよく聞かれます。ここではACPを進めるための取り組みを紹介します。

もしものときのために「人生会議」
https://www.mhlw.go.jp/content/000502319.pdf

［看多機における ACP の取り組み状況］

- 契約のときに必ず聞き取りを行う。契約時に聞いておくと、その後状態が変化した時などに意向を確認しやすい。
- 「発熱した」「食べられなくなった」「入院した」など、状態が変わったときにその都度確認する。
- 利用者や家族の気持ちは刻々と変わることがあり、いつでも相談に乗ることができるような雰囲気をつくることが重要である。
- 書面に起こして利用者のサインをもらう。利用者と看多機の双方で保管し、看多機では、利用者一人ひとりのケースを綴じたファイルの一番前に入れ、全スタッフが見ることができるようにしている。
- 聞き取りした内容は主治医にフィードバックし、説明を繰り返してもらうように依頼する。
- 基本は本人の希望優先であるが、どの場所で看取りを行いたいのかを家族にも聞くようにしている。
- 看多機の事業所で看取る場合は、希望すれば家族も宿泊できるようにしている。最後の数日間、看多機から利用者の家族が通勤したケースもあった。このように柔軟に対応できるのも看多機の特徴である。

「死」についての話は聞きづらいが、契約時に聞くと語ってくれる利用者は多い。

本人が意思表示できる時に生きることについて聞き始めることが大切。

ターミナル期（1 ～ 2 カ月程度）の QOL を高める仕組み

ターミナル期の QOL を高めるには、**本人の希望に添えるよう支援することが重要**です。そのためには事前に、人生の最終段階をどのように過ごすかを利用者本人・家族と話し合っておきます。こうした話し合いの土台となるのが、利用者・家族との信頼関係です。

苦痛の緩和が最大のテーマとなることが多いため、必然的に主治医と密な連携をすることとなります。また、看多機のサービスを柔軟に使えるよう対応し、本人・家族が不安なくすごせるよう支援を行いながら、**意思が揺らいだ時は、再度ケア会議を開催**します。

利用者本人と同時に家族の支援も必要です。家族が本人にしてあげたいことを聞き取り、可能な限り実施します。看多機利用中の身体の状態や食事量、睡眠の状態やケアの状況なども家族に伝え、家族ができることを一緒に考えます。自宅で看取れない

場合（就労中の家族や医療処置が必要な場合、高齢夫婦のみ世帯など）は、本人が寂しくないよう、また家族も後悔が残らぬようにできるだけ付き添ってもらい、できること（痰の吸引やオムツ交換、寄り添うことなど）を職員と一緒に行ってもらいます。これは、利用者本人の生きる意欲にもつながります。

グリーフケアの実施

グリーフケアは、一般的に、家族の悲嘆度等の個別性を踏まえ、1カ月前後から1年くらいかけて実施することが多いでしょう。ここでは、看多機だからこそできるグリーフケアについての取り組みをみてみましょう。

グリーフとは死別による喪失などの悲嘆であり、そうした状態にある人に寄り添い、援助することをグリーフケアという。

[グリーフケアの取り組み]

- 1年に1回は、残された家族が集まり、思い出などを話し合える場をつくっている。
- 家族が落ち着いたころに、看多機で開催するカフェに誘う。
- 看多機でボランティアとして活動しないか声をかける。
- 看多機が関わっている地域活動やボランティア活動に参加しないか声をかける。

グリーフケアの実施は残された家族への癒やしの効果だけではなく、看取りに従事したスタッフの気持ちの切り替えや在宅看取りについての地域住民の理解促進にも効果があります。

4 介護スタッフが不安なく看取りのできる体制づくり

看取りに対する介護スタッフの不安や恐怖心は大きい場合が少なくありません。利用者の看取りが受け入れられず離職につながる場合もあるでしょう。医療ニーズが高い利用者やがん末期の利用者が多い看多機で、**介護スタッフが不安なく看取りができる体制づくりは重要なテーマ**といえるでしょう。

ここでは体制づくりの3つのポイントを紹介します

- ターミナルケアに関するスタッフの教育
- 看取り時の情報共有
- 看取り時の役割分担の明確化

介護職のための看取り期の在宅療養サポートマップ
https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/iryo/zaitaku/taiinchouseitool.files/0017_20190704.pdf

ターミナルケアに関するスタッフの教育

看取りが近い利用者に対して「ケアするのも怖い」と感じる介護スタッフは多いです。介護スタッフと一緒にケアに入り、看取りが近い利用者の状態の変化や看取りまでのプロセスとケアの実際、また看取り時の状況やケアについて介護スタッフに伝えることは看護スタッフの重要な役割と言えます。

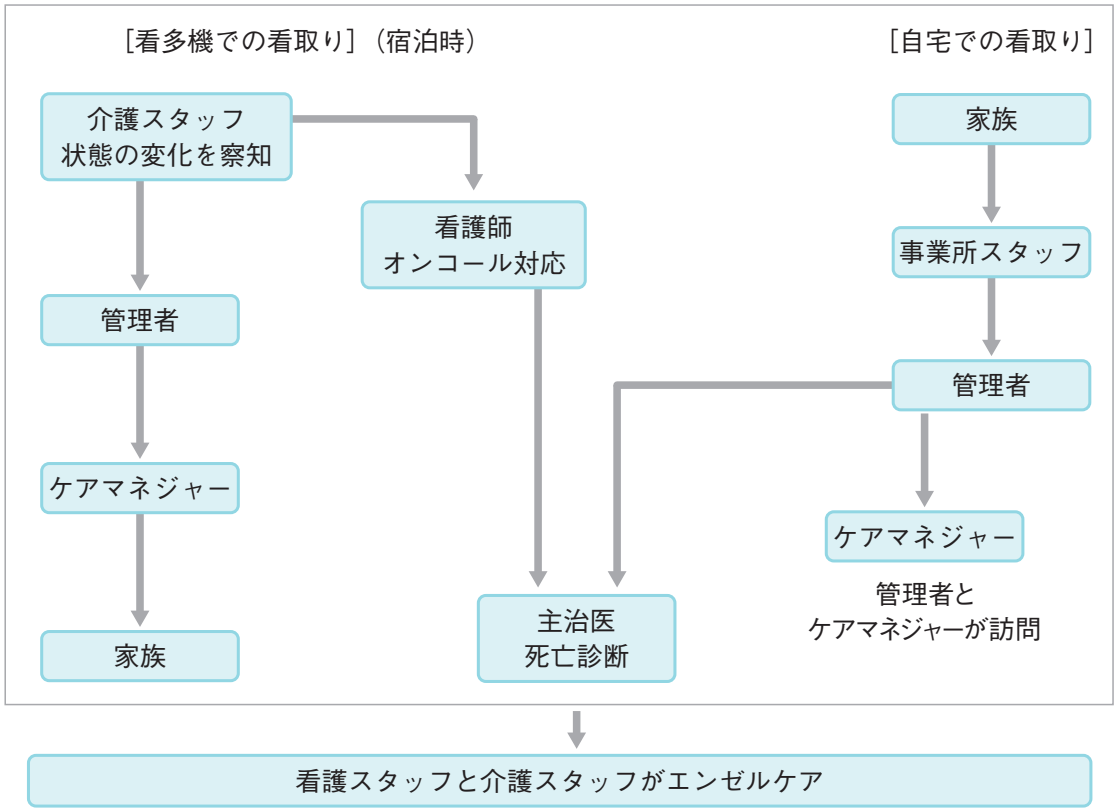
看取り時の情報共有

看取りに直面した介護スタッフが「どのタイミング」で「誰」に「どのように」連絡をすればよいのか、介護スタッフに分かりやすい形で説明・提示しておきましょう。また、「いつでも管理者や看護スタッフに連絡してよい」体制や雰囲気づくりも必要です。

看取り時の役割分担の明確化

看多機での看取りは、自宅と事業所の２つの場所があります。それぞれについて役割分担と連絡ルートを例示しました（**図表9-3**）。

図表9-3　看取り時の役割分担と連絡ルートの例



第10章 地域づくり

この章のポイント

- ☑ 地域づくりは、地域のニーズや要望を考慮する
- ☑ 地域づくりでは、地域住民の目線を意識する
- ☑ 多種多様な地域ニーズに合わせた、さまざまなアプローチがある
- ☑ 方法を考え、スタッフを巻き込む。キーワードは「場」
- ☑ 運営推進会議は、地域ニーズの把握や看多機の理解促進の場であると考え方を転換する

1 地域づくりに参画する必要性

運営基準では、地域密着型サービスの一般原則として、「地域との結び付きを重視」することが示されており、**看多機にとって、地域活動への参加は必須**となります。看多機の事業者は地域づくりをどのように考えているのでしょうか。以下のような声が聞かれました。(**図表10-1**)。

図表10-1　地域づくりを行う理由

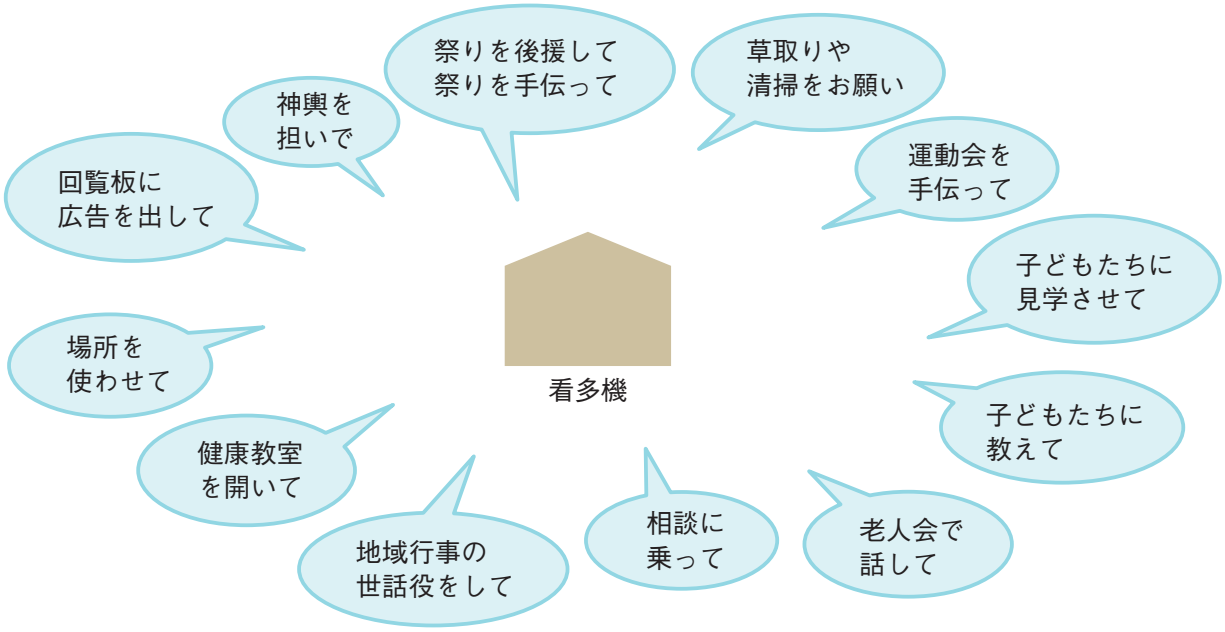
- 利用者の獲得のためという視点ではなく、地域の人が安心して住み続けられるような地域にしたいから。
- 地域住民の健康を守ることが看多機の役割と考えているから。
- 地域活動を続けることで、利用者にとっての看多機との関係を、住み慣れた地域との関係に少しでも近づけることができると思うから。
- 地域からの期待に応えていきたいから。
- 地域を構成する人と人との関係性が希薄になっている。地域住民の一人として、人と人とをつなぐ「場」をつくっていきたいから。

2 地域で求められている活動

まずは、地域のニーズを把握することが必要です。そのためには**町内会の集まりやお祭りなど、地域のイベントに積極的に関わることが重要**と言えるでしょう。

実際に管理者の経験した具体的な地域からのニーズを紹介します。地域と関わろうとする努力を続けた結果、地域から受け入れてもらえるようになった証ともいえるのではないでしょうか（**図表10-2**）。

図表10-2　地域が看多機に求めるニーズ



3　地域活動のさまざまな試み

多種多様な地域ニーズに応じて、看多機では、さまざまな地域活動が試みられています（**図表10-3**）。

ある出来事がきっかけで、地域住民の目線を再認識することができた一つの事例を紹介します。

図表10-3　さまざまな地域活動の例

地域イベントへの参加・協力や地域に向けたスペースの提供など	• 祭りや公民館行事に利用者と一緒に参加している。 • 住民ボランティア主催のサロン（石窯パン作り、菓子作りなど）を開いている。 • 事業所の畑の収穫祭に、地域住民や子どもたちにも参加してもらっている。 • 味噌作り講座、そば打ち講座などを地域住民向けに開催している。 • 地元の農家が栽培した野菜などを販売する売店を設置している。 • 小学校や中学校と相互交流し、授業の企画や参加、教諭向け研修、事業所見学の受け入れなどを行っている。 • カラオケ、麻雀、ママ友の集まりなどにスペースを無料開放している。 • 歌って踊る地域の高齢女性サークルをサポートしている。 • 地域交流の場を提供。親の介護に不安を持つ若い世代の意見なども収集できる。
専門性を活かした活動	• ボランティアを積極的に受け入れている。 • リンパマッサージなどのケアも実施している。 • 認知症サポーター養成講座を開催している。 • 民生委員と協力し、住民向け講座や地域サロンを開催している。 • 認知症カフェを開催している。 • 介護予防や健康教室を開催している。 • 看護師が血圧測定や健康相談を行っている。 • 理学療法士（PT）がリハビリ教室を開いている。 • 地域住民を対象にした在宅看取りの研修を開催している。 • 医師・歯科医師・薬剤師を講師に招き、地域住民向けの研修を行っている。 • 法人主催の勉強会（認知症についての事例発表など）に地域住民にも自由に参加してもらっている。

あるカフェの物語

その看多機が目指したのは、高齢者や家族だけではなく、若い一般の人も訪れたくなるような空間をつくることでした。作ったのは、古い庄屋屋敷を再生したオーガニックカフェでした。カフェで使う野菜は、看多機の敷地を使って作ることにしました。自然農法を勉強した近所の農家に手伝ってもらいました。

農地を耕すのは、「通い」の利用者さんたちです。最初は、少し無理かなとも思いましたが、鎌や鍬を持つ手付きも軽やかに、目を輝かせて土を耕してくれました。舗装した普段の道を足元おぼつかなく歩く利用者さんが、土の上をバランス良く歩く姿には、目を見張らされるものがありました。

でも…。と代表（管理者）は思いました。地域の人のために開いたカフェでした。それなのに、地域の人たちとの心の距離が今ひとつ縮まらないような感じを持ち続けていたのです。

カフェの畑は、道路から見える場所にあります。代表も時間があるときは必ず畑に出て、農作業を手伝います。最初は慣れない長靴に鍬を持つ姿も、段々に慣れてきたある日…、道行く地域の人が「きょうはあんたも畑仕事かい」などと声をかけてくれたのです。それからも、長靴姿で畑に出るたびに声がかかります。

地域の人たちと同じ格好で同じことをすることで心の距離が縮んだと感じることができました。

4 スタッフをどのように巻き込むか

限りあるスタッフで多彩なケアを実施する看多機において、スタッフ全員がすべての地域活動に参加することは難しいことです。スタッフの興味を引き、いかに巻き込むかが重要になります。

[地域活動へのスタッフの巻き込み方の例]

- 理念を浸透させることにより地域活動に対する理解を得ることができる。
- 地域活動に「場を提供する」。看多機内のスペースで行われるイベントであればスタッフが比較的参加しやすい。
- 地域活動の「場をつくる」。利用者が外で行うレクリエーションに地域住民も参加できるような仕組みをつくる。
- 既存の地域活動の「場に参加する」。既に行われている地域活動には利用者と一緒に参加する。
- 地域活動の企画・運営からスタッフが関わるようにする。
- 短時間でも参加できるようシフトを組む。

5 運営推進会議の活用

看多機の運営推進会議は、事業所が、利用者、家族、地域住民の代表、市区町村職員などに対し、提供しているサービスの内容を明らかにすることで、サービスの質を

確保することを目的として設置されます。開催の頻度はおおむね２カ月に１回以上（年６回以上）と定められています。開催が義務付けられている運営推進会議ではありますが、**地域ニーズの把握や看多機の理解促進の場であると考え方を転換**してみましょう。運営推進会議をより有意義な場とするための捉え方、活用事例を紹介します。さらに、参考例として実際の記録フォーマットを掲載します（**図表10-4**）。

[運営推進会議の活用法]

- 運営推進会議という公式の席だからこそ、集まってもらえる人がいる。
- 地域の代表や行政に看多機を知ってもらう機会となる。
- 行政からのアドバイスを聞くことができる。
- 行政に対して意見を伝える場となる。
- 参加者から地域の情報を得られる場ともなる。
- ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を含めた看取り事例を会議の場で伝えることを通して、看多機を深く理解してもらうことができる。
- 運営報告に事例を交えることにより、自分のこととして看多機の仕事を理解してもらうことができる。

図表10-4　運営推進会議の記録フォーマットの例（提供：在宅看護センター結の学校）

看護小規模多機能型居宅介護事業所

会議録　運営推進会議

作成日　令和　　年　　月

日　時	令和　　年　　月　　日　（　）　　時　　分～　　時　　分	
場　所		
出席者	利用者・家族	
	地域住民代表	
	医療・福祉関係者	
	施設スタッフ	

会議主旨

テーマ	①利用者状況（登録人数、終了者・新規利用者の状況、医療ニーズの高い利用者の状況など）
	②活動状況（地域活動の内容、レクリエーションなど）
	③質疑応答・意見交換
	④その他（研修の実施など）

第11章 開設準備

この章のポイント

- ☑ 開業までの流れの大枠を理解する
- ☑ 開設準備における挨拶まわりは非常に重要である

1 事業を開始するまでの流れ

看多機は地域密着型サービスに分類されるため、市区町村から指定を受ける必要があります。ここでは、事業を開始するまでのおおよその流れ、すべきこと・申請時に必要な書類などを紹介します。

①地域の市場調査

まず、事業所を開設しようと考えた時に、その地域においてニーズはあるのか、競合する事業所は存在するのか、利用者を紹介してもらえる医療機関・事業所は存在するのか、といった事柄を検討する必要があります。

Q　地域の市場調査ですべきことは？

A　事業の対象者となる高齢者の人数や事業所を構える場所など、下記のような事柄を勘案する必要があります。

- マーケティング調査（高齢者人口、競合施設など）
- 事業所の立地条件の検討（交通網、近隣の開発計画などを勘案）
- 市区町村の看多機整備計画（許可件数の制限、公募の有無など）

②行政とのやり取り

指定事務の流れや補助金の申請など、行政職員との関係性はここから始まり、その後事業所を開設してからは集団指導や実地指導などで関わることが多々あります。顔が見える関係を築くことは重要です。

Q　行政とのやり取りですべきことは？

A　指定の要件、また補助金の要件などを確認します。

- 指定を受けるための要件の確認
- 補助金の有無、要件の確認

地域の市場調査

↓

行政とのやりとり

行政とのやり取りのヒント

自治体の計画にないという理由でなかなか申請ができませんでしたが、めげずに何度もアプローチすることで自治体の計画に入れてもらい、開設することができました。

補助金の申請ができませんでしたが、早い段階で自治体に相談にいけばよかったです。開設の２、３年前程度から相談にいくとよいようです。

事業所の準備

③事業所の準備

開設してから事業所の機能面での問題などを実感する管理者が多いようです。実際に先駆者である事業所に見学に行くなどし、経験談を聞くことは、非常に有益な情報となります。

Q　事業所の準備ですべきことは？

A　資金調達とそれに欠かせない事業計画作成、事業を行う物件を借りるか・建てるかなどさまざまな事柄があります。

- 資金調達
- 地域での物件の確保
- 必要な人員の採用・確保
- 事業計画の立案（総事業費、収支状況など）
- 計画図面の作成
- 必要な書類の作成

事業所準備のヒント

設計段階からコミュニティスペースを予定し、実際に作ってみると、宿泊後と宿泊前でベッドが足りない際に活用できるスペースともなっています。

開設前に法人内の事業や近隣の事業所に依頼してスタッフの研修を行いました。看護スタッフには訪問介護などで研修を行い生活支援を、介護スタッフには訪問看護などで研修を行い医療的ケアを学ぶ機会をつくりました。開設後のスタッフ間の相互理解においてとても重要でした。

開設当初は布団のリースとクリーニングを業者に依頼できることを知らず、毎週洗濯していました。依頼するようになってからは、間接業務が少なくなり、清潔な寝具を常に提供できるようになりました。

設計の段階でデイルームのテーブルと椅子にこだわって、テーブルは２分割できるものを用意しました。通いの時だけではなく、地域向けのイベントの際には長机として利用でき、重宝しています。椅子は、高さの違うものを３種類用意しました。利用者さんの身長に合わせ、足が床につき、姿勢よく、安定して座ることができます。

当初は、浴室にリフトがありませんでしたが、リフトがないと入浴できない利用者が多く、後付けで、介護福祉機器助成を利用して設置しました。リフトについては、介助の負担や動線も考慮して設計時から検討しておくと良かったです。

設計の段階で、夫婦での利用や看取り期の家族付き添いとなるケースを考え、広めの部屋

を確保しました。結果、看取り期に家族が働きながらも事務所に泊まり、最期を迎えることができました。

利用者・家族に合わせ、広い部屋として使う場合はふすまをはずし、個室として使う場合はふすまを間仕切りとして用いる。

④市区町村への指定申請

看多機は事業所数も少ないことから、指定事務に不慣れな行政職員の方もいます。特に、訪問看護ステーションとの併設は、市区町村と都道府県とのやり取りも発生します。それぞれの指定の手順を分けて考えるようにし、設計段階から看多機と訪問看護ステーションの兼用の事務所をどのように位置づけるかなど、検討が必要です。

Q　市区町村へ提出すべき書類は？

A　指定申請に必要な添付書類は下記に示すようにさまざまあります。また、市区町村によって提出書類が異なるため、届出窓口で確認する必要があります。

- 申請者の定款、寄付行為およびその登記事項証明書または条例等
- 従業者の勤務態勢および勤務形態一覧表※
- 管理者の経歴
- 事業所の平面図
- 設備・備品等に係る一覧表
- 運営規程※
- 当該申請に係る事業に係る資産の状況
- 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容※
- 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および支援体制の概要
- 地域密着型介護サービス費の請求に関する書面※
- 役員の氏名等
- 介護支援専門員の氏名等
- 運営推進会議の構成員※

※印は、申請時に運営基準の遵守を確認するための資料に該当。

⑤関係機関への挨拶

Q　開設にあたり、挨拶をしておくべき地域の関係機関の範囲は？

A　地域密着型サービスは、関係機関・職種との緊密な連携がケアの質に影響します。

市区町村への指定申請

関係機関への挨拶

関係づくりの足がかりとして、まずは下記のような近隣の関係機関に挨拶をしましょう。

- 病医院、診療所
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター
- 介護サービス事業所
- 社会福祉協議会
- 町内会
- 民生委員など

関係機関への挨拶のヒント

開設時に 10 名程度の利用者を確保できると安定的な事業運営につながるため、開設の 3 カ月前には地域の医療機関や居宅介護支援事業所に、事業所開設の目的や事業所の理念、制度について説明にいきました。

⑥利用者の募集

開設前、開設当初からの動きが大切です。効果的な利用者の確保（第 7 章）も参照し、開設後のスムーズな運営に役立てましょう。

Q　利用者はどのように募集する？

A　利用者の募集にはさまざまなアイデアを駆使する必要がありますが、一般的には下記のような事柄が行われます。

- ホームページの構築
- 利用者募集広告の作成
- 地域住民への開業告知、説明会など

利用者の募集のヒント

地域住民への説明会や内覧会を何度も開催し、事業所が何をするところなのかのイメージをもってもらえるようにしました。

⑦事業開始

指定を受けたら、いよいよ事業の開始です。事業の各側面での管理・運営のポイントを、本手引書で確認しましょう。

引用参考文献：公益社団法人 日本看護協会「看多機（看護小規模多機能型居宅介護）事業所開設のご案内―“いつもの暮らし”を支えるために」を参考に作成

おわりに

看多機に期待すること

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」検討委員会委員長
横浜市立大学医学部看護学科 老年看護学教授・看護学科長
叶谷由佳

看多機は多機能をもち、濃厚な医療が必要な対象者であっても引き受けられるまさしく地域包括ケアシステムの要ではないかと考えます。今回、本手引書作成のために看多機の管理者からのお話を伺う機会をもちましたが、成功するための方法としては１つの形があるわけではないと感じました。手引書作成にご協力いただいた各看多機はそれぞれの地域のニーズや特性を踏まえて実にさまざまな工夫や多様なサービス内容を展開していました。このように利用者や地域のニーズを読み取り、柔軟な対応ができることがまさしく看多機の特徴と思います。また、小規模ながら多職種が関わる特徴があり、多職種連携をもとに各職員の専門性や能力を最大限に発揮していくことや事業所を越えた様々な機関や住民、多職種と連携をとる必要性があることも特徴といえます。

これらの特徴があるがゆえに運営の難しさがあると思いますが、まず、置かれている地域のニーズや利用者のニーズをしっかり読み取って何が必要なのかということから考え、そのニーズを満たすために各職員のアイディアを最大限生かしてサービスを展開していくことが重要なのではないかと考えます。前述したようにニーズが多様なため、それに向けた工夫やサービスも多様なので、現在、運営している看多機同士のネットワークや情報交換の場がとても重要なのではないかと考えます。今回、本手引書作成のためにグループインタビューを行いましたが、参加者が話される内容が同じグループ内の参加者にとって非常に参考になったという言葉を多くいただきました。また、グループインタビューの参加者の語りから利用者の方や職員と楽しみながら、生き生きと看多機を運営している様子が感じられたことがとても印象的でした。本手引書ではインタビューで得られた共通の方向性を中心に書かせていただきましたが、今後は具体的な工夫が蓄積され、さまざまな地域で看多機中心に地域包括ケアシステムの構築が実現できることを期待します。令和元年９月末現在、看多機は日本で 577 カ所となっていますが、第７期介護保険事業計画における 2025 年度の推計値では、2017 年度の３倍以上のサービス量が見込まれています。本手引書が現在、看多機を運営している方々やこれから運営を検討されている方々の参考になれば幸いです。

この度、ご協力いただきました看多機の管理者の皆様、また本手引書を手に取って参考にしてくださった方々に感謝を申し上げるとともに、エールを送りたいと思います。

索　引

英数

ACP ····· 14、64、71
e-ラーニング ····· 48
MSW ····· 52
OJT ····· 40、44、46
QOD ····· 63
QOL ····· 63、64
SWOT 分析 ····· 31、32

あ

アドバンス・ケア・プランニング→ ACP
移行支援 ····· 6、8
医療ソーシャルワーカー→ MSW
医療ニーズ ····· 6、8、21、25、27、54
イントラネット ····· 27、55
運営管理 ····· 11、31、37
運営基準 ····· 14、16、68
運営推進会議 ····· 14、18、20、55、70

か

通い ····· 7、9、13、22、33、40、60
関係構築 ···· 11、13、33、54、59、60、62
看護小規模多機能型居宅介護計画 ··· 28
カンファレンス ····· 18
管理者の心構え ····· 11
管理者の役割 ····· 11、22、64
教育担当者 ····· 45、49
居宅介護支援事業所 ···· 13、32、53、76
居宅サービス計画→ケアプラン
口コミ ····· 39
グリーフケア ····· 58、66
クリニカル・ラダー ····· 45
グループダイナミクス ····· 38
ケアプラン ····· 27、33
ケアマネジャー ····· 8、22、27、53
経営（事業）計画 ····· 31、32、33
経営管理 ····· 11、12、31、37
経営戦略 ····· 31
経営理念 ····· 11、12、15、17、33
継続支援 ····· 6
研修計画 ····· 27、47
個別援助計画 ····· 28

さ

在宅療養 ····· 8、54
事業所ネットワーク ····· 54
事業理念 ····· 11、12、15、17
自治体 ····· 13、55
社会福祉協議会 ····· 76
情報共有 ····· 23、67
事例検討 ····· 25
人材育成 ····· 11、13、44
人材確保 ····· 11、13、38、
新人教育 ····· 45
診療所 ····· 13、54、76
設備基準 ····· 8
専門職ネットワーク ····· 54
組織づくり ····· 11、12、21
組織文化 ····· 23

た

ターミナルケア ····· 44、66
退院前カンファレンス ····· 19
地域活動 ····· 14、68、69
地域づくり ····· 12、14、68
地域ニーズ ····· 68、69
地域包括ケアシステム ····· 6
地域包括支援センター ····· 13、55、76
地域密着型サービス ··· 6、8、14、68、73
デスカンファレンス ····· 25
登録者数 ····· 32
登録定員 ····· 8
特別訪問看護指示書 ····· 60
泊まり ····· 7、9、33、40、46

な

認知症 ····· 8、38、47、69
年間計画 ····· 12、32
ノンバーバルコミュニケーション ··· 62

は

パンフレット ····· 18、20、53、56
プラチナ看護師 ····· 43
訪問 ····· 7、13、22、33、40、46
訪問看護ステーション 31、48、54、55、75
ホームページ ····· 18、58、76

ま

マニュアル ····· 47、48
看取り ····· 6、8、66、67
申し送り ····· 23
モチベーション ····· 11、16、26、63

や

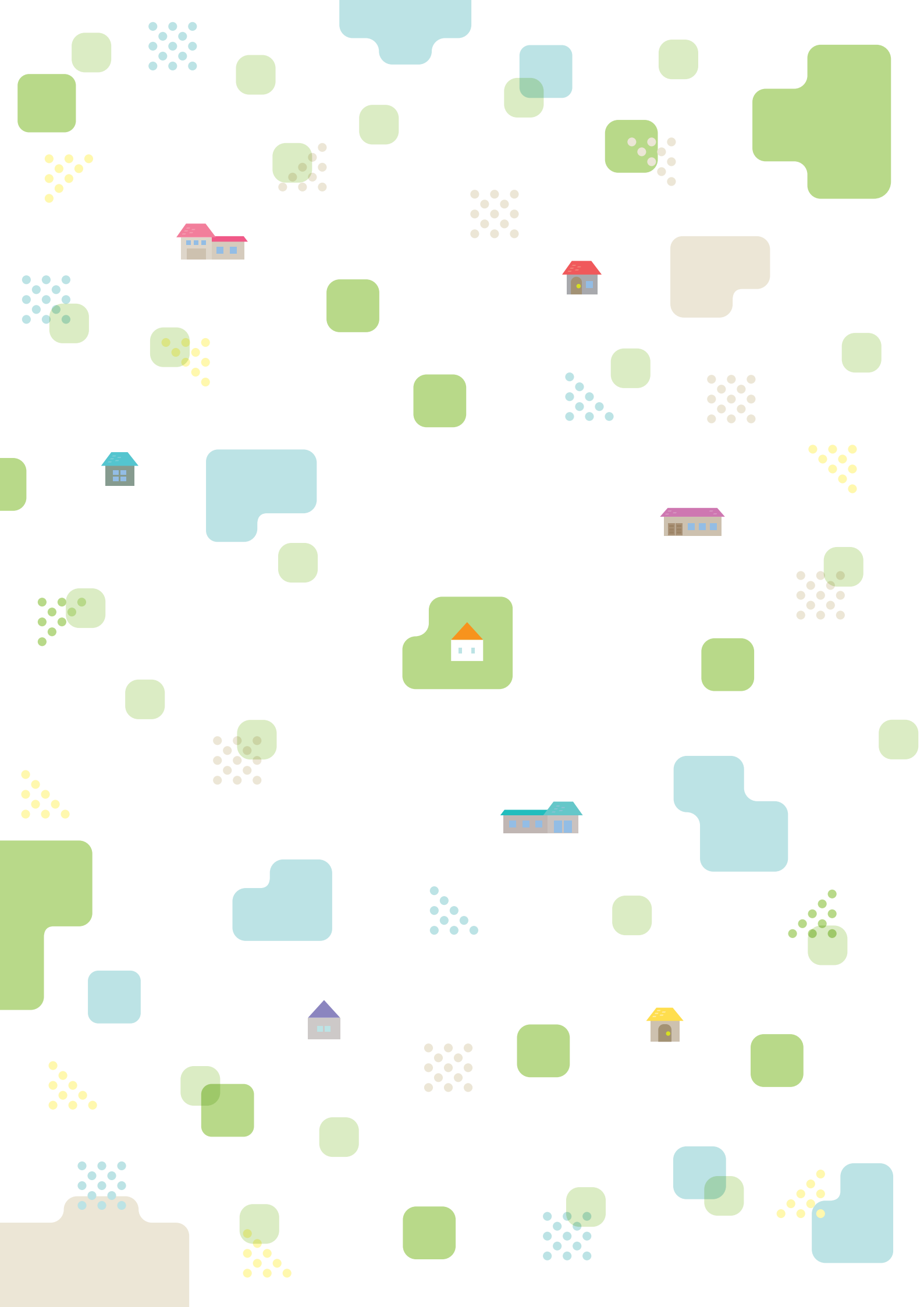
役割分担 ····· 26、66、67

ら

リーダー ····· 12、21、22、40
理念の活用 ····· 18、19
理念の策定 ····· 11、16
理念の浸透 ····· 12、18、22
リファーラル採用 ····· 39
利用者確保 ····· 11、13、52、58

令和元年度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

看護小規模多機能型居宅介護
看多機管理者のための経営・マネジメントの手引き

2020 年 2 月 29 日発行
発行：一般社団法人全国訪問看護事業協会
〒 160-0022　東京都新宿区新宿 1-3-12 壱丁目参番館 401
https://www.zenhokan.or.jp/

［非売品］本書の内容を引用・転載する場合は、出典を必ず明記願います。