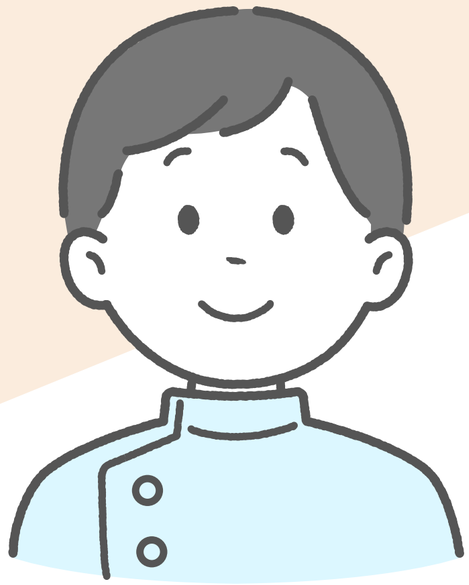
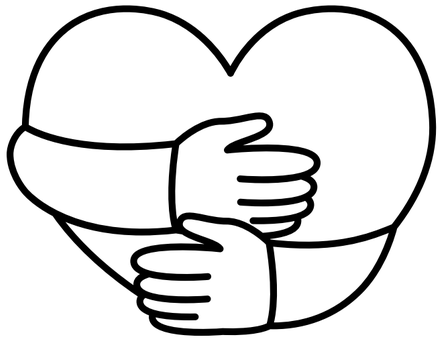
訪問看護ステーション
トパーズ

ケアマネジャーと訪問看護師の連携のための相互理解
～訪問看護師がケアマネジャーと連携する上で大事にしていること～



株式会社Geminity
訪問看護ステーション トパーズ 管理者　武田啓太
看護師／介護支援専門員／在宅看護指導士

訪問看護ステーション
トパーズ



ケアマネジャーの視点

生活全体を俯瞰し、本人の希望・家族・社会資源・サービス全体を把握。
ケアプランに利用者の意向と生活目標を反映させる役割を担う。

訪問看護師の視点

日々の生活の場で体調変化・服薬・食事・セルフケアを観察。
医学的リスクを踏まえながら、生活を続けるための看護支援を行う。



訪問看護ステーション
トパーズ

訪問看護側からの問題提起

現場で起こり得る課題

- ケアプランの意図を十分に汲み取っていない
- 看護師だけで計画を考えてしまう
- 依頼内容だけを実施してしまう



在宅支援の現場で



- 情報共有が不足している
- 多職種間の連携が形式的になりがち

→「忙しい在宅支援の現場」だからこそ、意識的な擦り合わせが必要

訪問看護ステーション
トパーズ

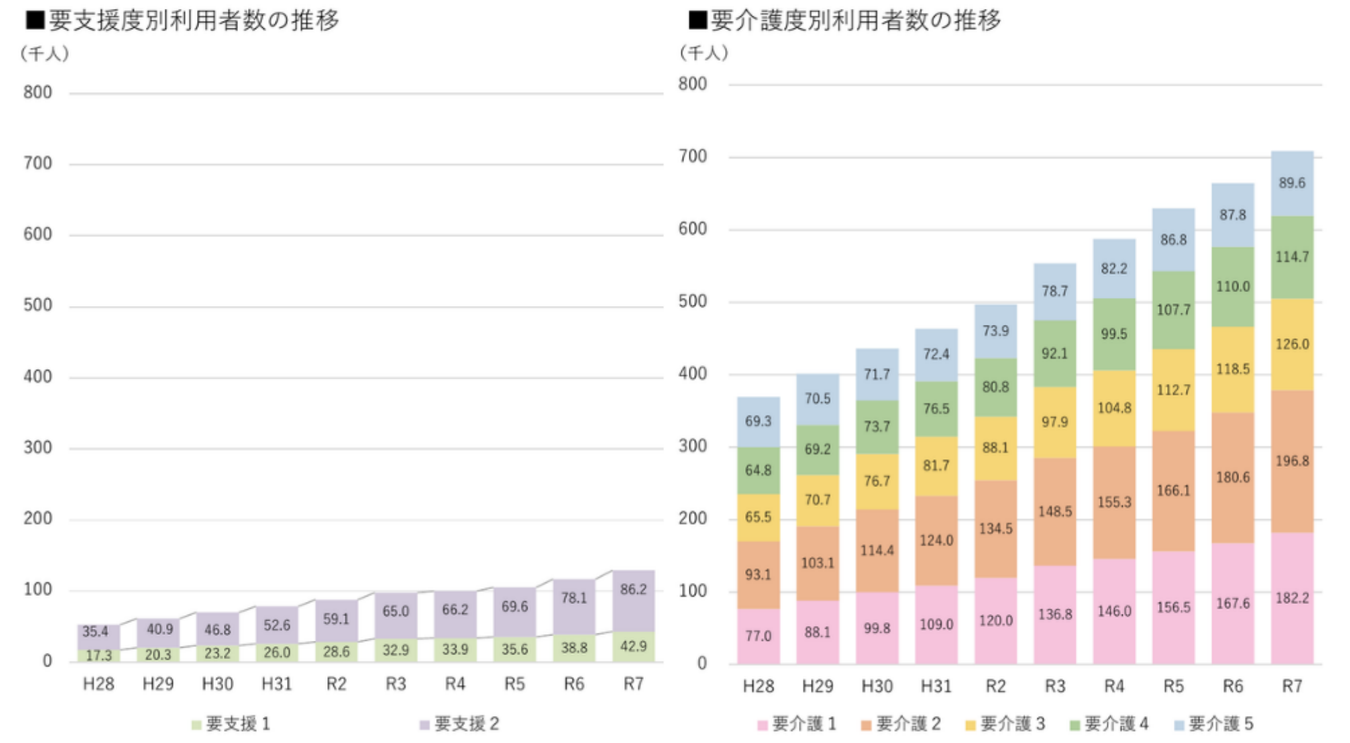
目指しているところは同じ



ケアマネジャーも訪問看護師も、
目指しているゴールは同じ。
そのうちの一つが“QOL向上”
職種や視点が違っても、
共通の目標に向かって連携することが
その人らしい生活を支える力になる。

要支援及び要介護度別の訪問看護利用者数の推移

○平成28年以降、訪問看護サービスの要支援及び要介護の利用者数は増加傾向にある。



【出典】介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）（各年４月審査分）より老健局老人保健課にて作成

訪問看護ステーション
トパーズ

今日考えたい３つのこと

① 依頼を受けたときに何を考えるか

② ケアプランをどう理解するか

③ ケアプランの意図を踏まえて

訪問看護ステーション
トパーズ

①　依頼を受けたときに何を考えるか

今回の事例：病識が乏しく、「いつ倒れてもいい」と医療を拒否する方への支援

基本情報：男性　83歳

要介護度：要介護1

身体状態：ADLは概ね自立。近所のコンビニまで徒歩で移動可能。だが転倒歴あり

生活状況：独居、アパート暮らし。生活保護受給

既往歴　：腎硬化症、慢性腎臓病（stageⅣ）、大動脈弁狭窄症、高血圧症、高カリウム血症
脂質異常症、高尿酸血症、両変形性膝関節症、貧血、白内障

訪問看護ステーション
トパーズ

依頼の背景を理解する



ケアマネジャーがどのような課題を感じ、
何を期待して訪問看護につないだのか？



訪問看護師は、その背景にある生活課題や医療的リスクを捉え、
看護の専門性を加えて支援に反映させることが求められている。
「依頼内容を見る」のではなく、「依頼に至った背景まで見る」



訪問看護ステーション
トパーズ

～今回の事例から実際に考える～

大動脈弁狭窄症に関して、主治医から
「直ぐに治療しなければ２～３カ月で倒れる」
と伝えられていたにも関わらず、
「いつ倒れてもいい」「今何も困っていないから」と話し、
経カテーテル的大動脈弁置換術の治療を拒否していた。

→「医療を受けることを拒否しているのはなぜか？」



訪問看護ステーション
トパーズ

～今回の事例から実際に考える～

「手術と聞いても全然イメージが出来ず、自分のことであるという実感がなかったこと」
「住み慣れた家で生活が出来なくなってしまうことを危惧して不安であったこと」
が医療を受ける妨げになっていたことが判明。

複数疾患を抱えながら、現在の生活を一人では維持していくことは難しい面があることを
分かりやすい言葉で、医師の説明を補完するように説明。
本人の受け止めを確認しつつ、丁寧な説明を続けることで、「手術を受けても良い」
という気持ちへと変化した。

単に「治療を拒否する人」と捉えるのではなく、本人が何を不安に感じ、
何を大切にしていたのか（価値観）を理解することが重要。



訪問看護ステーション
トパーズ

②ケアプランをどう理解するか

ケアプランは**支援全体の設計図**。
訪問看護師は、どうしても病気や症状、服薬管理などの「医療的課題」に目が向きやすい職種。
訪問看護の目的は病気を管理することそのものではなく、
医療的な支援を通して、その人の生活を支えることにある。

生活の場へ入り、身体状態や生活状況の変化を把握できる訪問看護師は、
医学的な視点からリスクや新たな課題を判断し、
必要な情報をケアマネジャーや主治医へ返していく役割がある。



訪問看護ステーション
トパーズ

ケアプランを「看護の言葉」に噛み砕く

ケアマネジャーの視点
ケアプラン

「自宅で生活を続けたい」「家族に迷惑をかけたくない」等の
本人・家族の思いをケアマネジャーがケアプランに落とし込む。

訪問看護師の視点
訪問看護計画

ケアプランを看護の視点で読み解く。
【身体症状】【服薬管理】【栄養状態】【認知機能】【転倒リスク】など
→ これらを統合し、「本人が自宅生活を続けるための訪問看護計画」を立案
セルフケア能力を向上させられるような内容もプランに盛り込んでいく。



病院・主治医と「医療」において連携できることも訪問看護師の強み



訪問看護ステーション
トパーズ

③ケアプランの意図を踏まえて

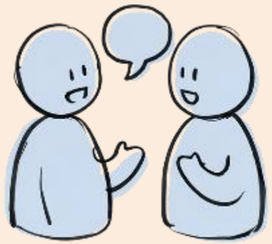
新たなニーズの発見

「できていないこと」だけでなく、
セルフケア能力、ストレングスを把握。
訪問看護師は生活の変化を最初に察知できる存在。

生活の場だからこそ見えるもの

表情・声のトーン・目の輝き。
冷蔵庫の中身や薬の残り方。
家族との関係性やこだわり。
訪問しなければ見えない「その人の生活」

情報をケアマネへ返す



訪問で得た気づきは、多職種と共有することで初めて意味を持つ。
「見えたこと」を言語化し、ケアプランに反映させる連携が重要。

訪問看護ステーション
トパーズ

看護師として「考える」

看護師の判断プロセス



病状・生活の変化　→ アセスメント
→ 支援 → 必要な連携
この一連の思考プロセスを通じて、
利用者の生活を支える専門的な判断を行う。

必要な連携へつなぐ

得た情報・アセスメント結果は多職種へ共有。
違う専門性だからこそ、擦り合わせることで
利用者の生活をより豊かに支えることに繋がる。



生活を続けるための専門性

訪問看護師は「できていないこと」を指摘するだけでなく、
「できること」を維持・向上させていくことを支援。

訪問看護ステーション
トパーズ

まとめ

①依頼を受けた時に何を考えるか

依頼された内容そのものだけでなく、その依頼に至った背景や
ケアマネジャーの意図をくみ取る。訪問看護師が医療的な視点から
必要な情報や選択肢を整理し、本人の意思を尊重しながら、
多職種で連携・協働して支援していくことが大切。



②ケアプランをどう理解するか

ケアプランは指示書ではなく、本人の希望とケアマネの意図が
込められたもの。看護の視点で噛み砕き、
「その人らしい生活」を支える目標を多職種で共有。

③ケアプランの意図を踏まえて

違う専門性だからこそ、擦り合わせが大切。
訪問で見えた生活の変化・新たなニーズを積極的に共有し、
医療も福祉も、支えているのは"その人の生活"であることを忘れず。

訪問看護ステーション
トパーズ

ご清聴ありがとうございました。

訪問看護ステーション　トパーズ
管理者　　武田　啓太