■日程：令和８年11月１８日（水）
■時間：14：05～15：15（70分：発表40分、指定発言・質疑応答含む）
■会場：オンライン研修（Zoom）
■研修：令和8年度　訪問看護ステーション支援事業　訪問看護普及啓発セミナー

ケアマネジメントにおける訪問看護利用の視点と訪問看護師に期待すること
～福祉系ケアマネジャーの立場から～

三井ヘルスサービス株式会社
交雄会ケアプランセンター
伊藤　和哉

© 2026 All rights reserved.

自己紹介

交雄会ケアプランセンター

■資　格：主任介護支援専門員　/　社会福祉士　/　介護福祉士

■現　職：交雄会ケアプランセンター　管理者

■職　歴：特別養護老人ホーム　介護福祉士
デイサービス　生活相談員
地域包括支援センター　社会福祉士
居宅介護支援事業所　主任介護支援専門員

■公職等：一般社団法人北海道介護支援専門員協会　副会長
札幌市高齢者虐待防止ネットワーク運営委員会　副委員長
札幌市医療体制審議会　等　委員

本日の流れ

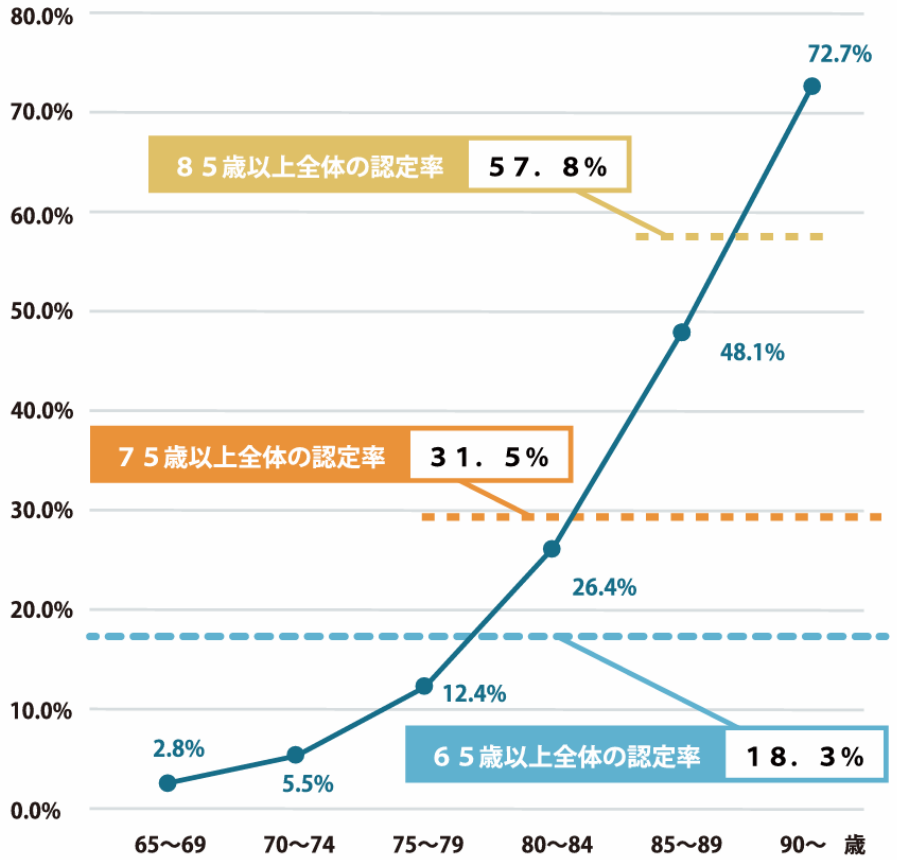
交雄会ケアプランセンター

1. • 在宅医療・介護連携
2. • 訪問看護利用の視点
3. • 訪問看護への期待
4. • まとめ

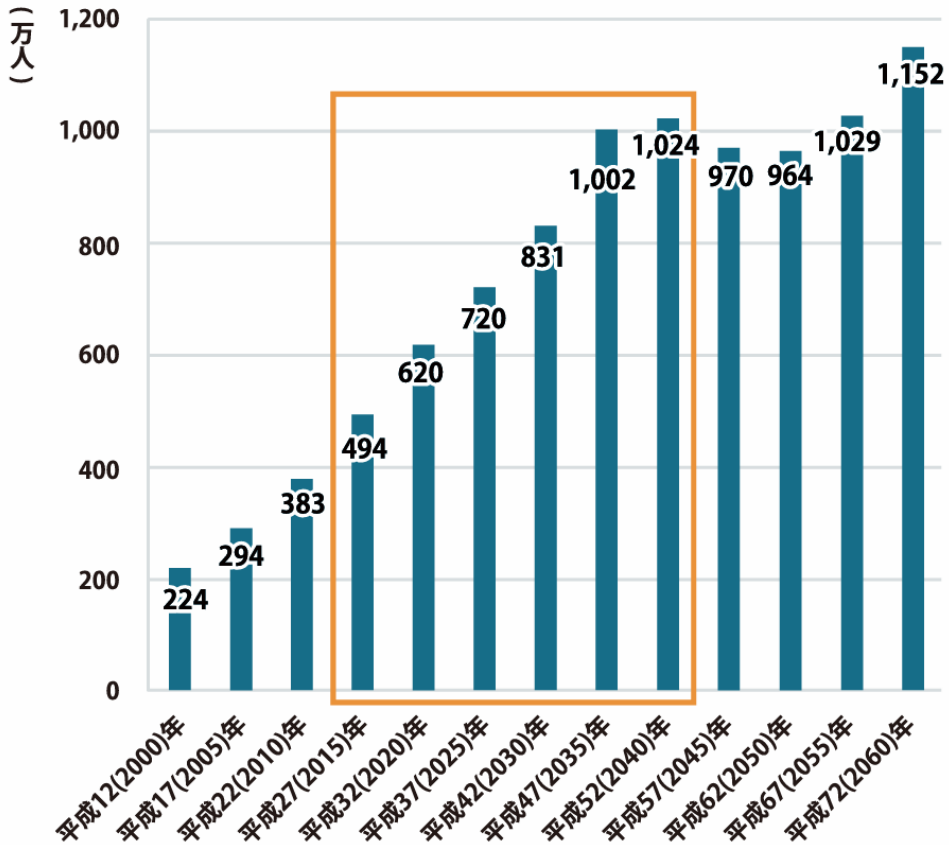
在宅医療・介護連携

○ 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
○ 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



出典：厚生労働省「第222回社会保障審議会介護給付費分科会 資料2」より引用

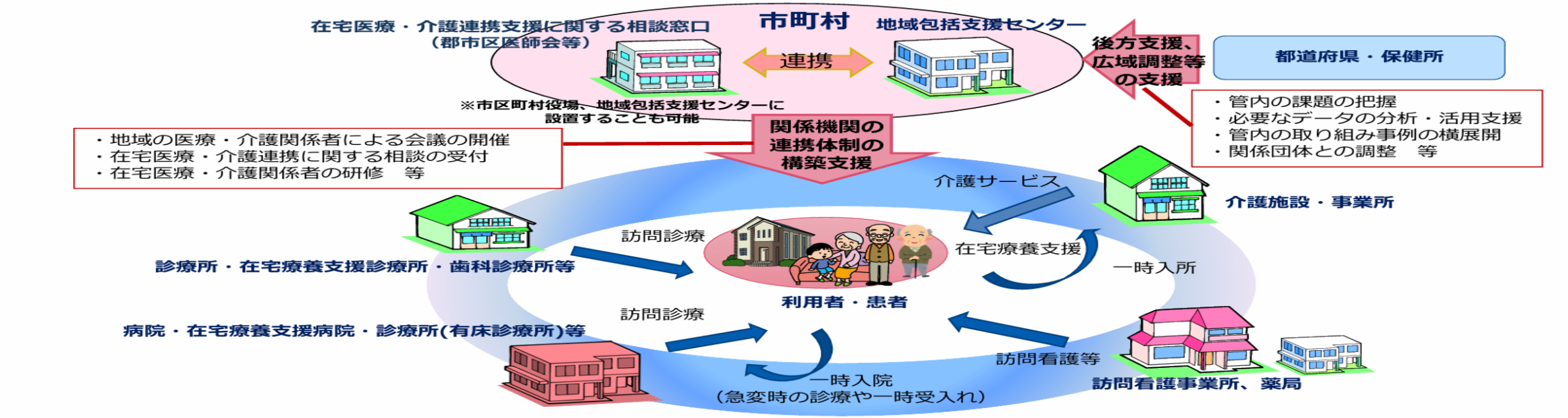
在宅医療・介護連携

○ 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

○ このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



出典：厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業」より引用

在宅医療・介護連携

◆要介護者ニーズの多様化

超高齢社会の進展に伴い、医療ニーズを伴う在宅療養者が急増
生活支援だけではない**「医療と介護の緊密な連携」**が、これまで以上に求められている

◆地域包括ケアシステムの深化

厚生労働省は、重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で暮らせるよう、必要な医療・介護を**「切れ目なく一貫して受け続けられる体制の強化」**を推進している

ケアマネジャー（介護支援専門員）の定義

要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるよう市町村、サービス事業者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な専門知識・技術を有する者（介護保険法第7条第5項）

在宅医療・介護連携

□医療・介護連携の意義

◆医療職側にとっての**介護連携**の意義
- **「生活歴や生活状況の把握」**や、**「望む暮らし（意向）」**が確認しやすい
- 医学的アドバイスや処方などが**正しく実践できているか確認**ができる
- 早期に状況変化を察知できる為、**適切なタイミングで医療介入が可能**となる

◆介護職側にとっての**医療連携**の意義
- 現在の病状や予後予測の把握により、**医学的根拠に基づくケアプランの作成**
- 医学的アドバイスやケアの留意点を反映した**適切な介護の提供**ができる
- 緊急時や状態変化時の迅速な**医療体制の確保**ができる

医療介護サービスが統一された方針に基づいて一体的に支援が提供されることにより、医療や介護の質が向上し、利用者のQOLの向上が期待できる

本日の流れ

交雄会ケアプランセンター

1. 在宅医療・介護連携
2. **訪問看護利用の視点**
3. 訪問看護への期待
4. まとめ

訪問看護利用の視点

□要介護高齢者の心身の特徴

【多病性・慢性化・非定型的症状】

・複数の病気を抱え、症状が慢性化・悪化しやすい
・体調悪化の兆候が表に出にくいことがある

【体調管理、服薬・受診行動】

・認知機能の低下等により、服薬忘れなどコンプライアンス不良がある
・病状や服薬の自己流の管理、受診控え・未受診がある

【認知症・がん・難病等の医学的管理】

・精神的不安定さや記憶障害・実行機能障害を伴う認知症の進行
・進行性の難病やがん終末期による専門的な医学的管理・苦痛緩和

訪問看護利用の視点

□訪問看護の必要性

【医学的アセスメントと早期発見】

・病状の変化等の把握、急変の予測
・早期に医療と連携し重症化予防
◆**「生活の変化」から「医療的リスク」を予測する（重症化予防）**

【在宅での療養指導・セルフケア支援】

・日常の体調管理、服薬指導や服薬カレンダーの整理の実施
・医療的視点による自己管理の定着
◆**医療処置だけでなく、「セルフケアカ」を向上する（自立支援）**

【在宅療養生活の安心感】

・点滴や吸引、褥瘡ケア、緩和ケア等の専門医療の提供
・看取り期でも安心して暮らし続ける体制の担保
◆**医療ニーズに対応した「在宅生活を維持・継続」する（尊厳保持）**

訪問看護利用の視点

交雄会ケアプランセンター

□事例紹介　※事例は、本人が特定されない用意加工しています。

『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：**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
ただし、転倒歴あり

・**生活状況：**独居　アパート暮らし
生活保護受給

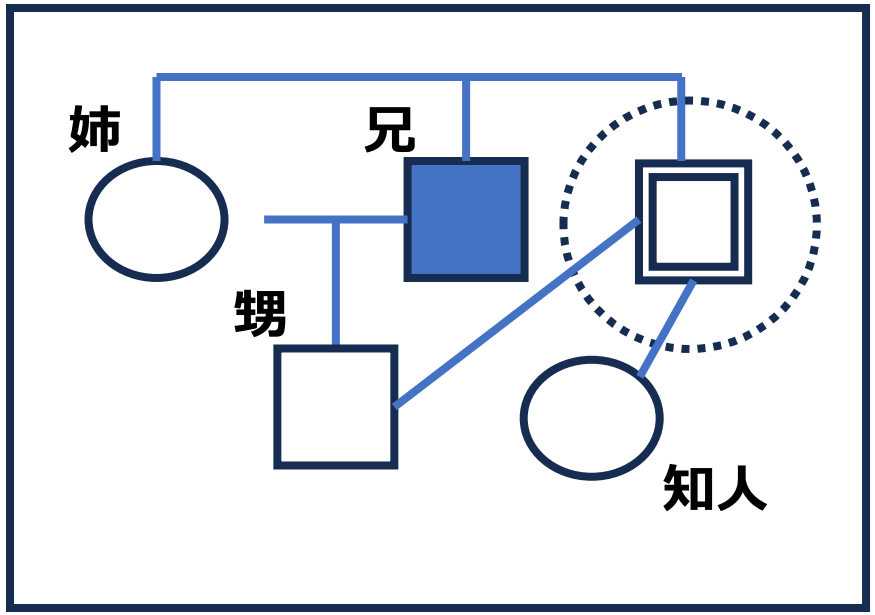


・**既往歴：**腎硬化症
慢性腎臓病（stageⅣ）
大動脈弁狭窄症
高血圧症
高カリウム血症
脂質異常症
高尿酸血症
両変形性膝関節症
貧血
白内障

訪問看護利用の視点

相　談（初期）　対　応　／結　果

・**相談概要：**これまで知人が買物や受診付き添いし一人暮らしを送ってきた。しかし、知人も高齢で体調を崩したために支援が困難になって包括支援センターに相談が入った。



包括支援センター、区役所保健師が介入すると、自宅はごみ屋敷、食事はコンビニが多く、服薬も管理できていなかった。

甥っ子に１０数年ぶりに連絡がついて、受診支援の依頼、要介護申請に至る。受診にて、命に係わる**「重度の心機能低下」**が認められ、直ちに手術を勧められたが、**本人は「いつ倒れてもいい」と頑なに拒否**し、延命も希望されなかった。

訪問看護利用の視点

交雄会ケアプランセンター

相　談（初期）　対　応　／結　果

【対応経過（インテーク・暫定支援）】

①相談先の行政保健師、包括支援センターと同行訪問し以下を説明・説得

ご本人は、「自由がなくなる、施設に入れらる」という思い込みから利用に拒否的であったが、「一人では体調面が心配なので週１回だけでも気軽に身体のことを相談できる人に来てもらうのはどうですか？」と**「訪問看護利用」**の説明

＜訪問看護選定の理由及び事業所選定＞

・本ケースは医療ニーズが高いと判断

現段階であれこれ提案しても受け入れ難い印象があった為、**優先度が高い訪問看護より提案**

・事業所選定は、同性看護師が勤務、臨機応変に対応してくれるところを選定

同性の方が打ち解けやすい印象のため男性がいる事業所、かつ**支援時間・曜日などある程度融通をきかしてみてくれる、増回も見越して対応してくれる事業所**を選定

訪問看護利用の視点

交雄会ケアプランセンター

相　談（初期）　対　応　／結　果

【対応経過（導入プロセス）】

②サービス担当者会議の開催

・包括支援センター・行政保健師にも同席依頼

・体調把握・服薬管理を目的に**「訪問看護」**を導入

※訪問看護事業所には、事前に情報提供及びすり合わせを実施
支援においては、信頼関係構築・困りごと感の把握を優先に支援を依頼

③訪問看護利用開始

初回利用時に、本人の受入れ状況と支援状況の確認のためケアマネ同席

④訪問看護による支援継続

訪問看護利用の視点

相　談（初期）　対　応　／結　果

【対応結果】

⑤訪問看護導入にて以下を確認

・本人は、耳が遠くて医師の説明を理解ができていなかった

・手術後に、自宅に戻れるかどうかがわからなかった

→訪問看護師が、医師の説明をフォローし正しい理解の促進

及び、手術後も在宅復帰が可能と誤解を払拭

納得のうえ、「経力テーテル的大動脈弁置換術（TAVI）」を実施

⑥手術後、訪問看護を週３回に増回し、体調確認・服薬管理・リハビリ等に支援を受けて独居生活の継続ができている

訪問看護利用の視点

□訪問看護につないだ視点

①【医学的アセスメントと早期発見】
- 生活状況の把握（食事内容や飲水量、生活習慣等）
- 病状の変化等の把握、急変時の対応

②【在宅での療養指導・セルフケア支援】
- 日常の体調管理、服薬指導
- 正しい病識の理解促進（手術同意）

③【在宅療養生活の安心感】
- 医学的管理の体制確保

看護師が日々の体調変化に寄り添い、不安の傾聴、繰り返し病状の説明を続けたことで、正しい病気の理解と誤った認識の払拭につながり治療（手術）に結びつくことが出来た！

本日の流れ

1. 在宅医療・介護連携
2. 訪問看護利用の視点
3. **訪問看護への期待**
4. まとめ

訪問看護への期待

□**介護支援専門員実務研修受講試験**
２０２４年度（第２７回）までに
合格した人の職種別内訳

1番：介護福祉士（６５．７%）
2番：看護師・准看護師
3番：社会福祉士（７．２%）

福祉系の合格率が高い

□合格率

第24回（2021年度）23.3%
第25回（2022年度）19.0%
第26回（2023年度）21.0%
第27回（2024年度）32.1%

職種別合格者数（第27回）

職種	人数	構成比率
医師	39 人	0.2 %
歯科医師	33 人	0.2 %
薬剤師	116 人	0.7 %
保健師	307 人	1.8 %
助産師	29 人	0.2 %
看護師、准看護師	2,671 人	15.5 %
理学療法士	730 人	4.2 %
作業療法士	347 人	2.0 %
社会福祉士	1,244 人	7.2 %
介護福祉士	11,317 人	65.7 %
視能訓練士	7 人	0.0 %
義肢装具士	7 人	0.0 %
歯科衛生士	180 人	1.0 %
言語聴覚士	50 人	0.3 %
あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師	217 人	1.3 %
柔道整復師	250 人	1.5 %
栄養士（管理栄養士を含む）	253 人	1.5 %
精神保健福祉士	148 人	0.9 %
相談援助業務等従事者	370 人	2.1 %
合計	18,315 人	-

訪問看護への期待

□ケアマネジメントプロセス

　要介護者等が**尊厳を保持**し、**自立した日常生活**を営むのに必要な連絡調整等を行う過程

①インテーク（初回面談）
- 相談受付
- 状況確認
- 意向確認



②アセスメント（課題分析）
- 情報収集
- 課題把握
- 要因分析



③ケアプラン原案
- 援助方針
- 目標設定
- サービスの種別・回数



④サービス担当者会議
- 原案の確認
- 意見聴取
- プランの交付



⑤サービス提供
- 事業所との契約
- サービスの利用開始



⑦モニタリング
- サービスの効果、評価
- 計画修正
- 給付管理



訪問看護への期待

□ケアマネジャーの視点

◆医療職の視点

「治療・生命維持」が最優先

◆福祉職の視点

「その人の生活・生き方（生活歴や価値観）」が最優先

ソーシャルワークの視点で理解し、**「その人らしい暮らし」の支援**

ケアマネジャーは、単なる介護保険サービスの機械的な手配・調整に留まらず自立支援に向けて適切にアセスメントし、介護保険及び介護保険外のサービスを調整し、その人らしい自立した生活を継続できるようにサポートする

訪問看護への期待

□ケアマネジャーにとっての医療職のイメージ



- 病気や専門用語の理解が不十分で意見が言えない
- 職種間の立場に心理的上下関係を感じる
- 威圧感やとっつきにくさを感じてしまう
- 治療が最優先で、本人の気持ちや生活が後回し

『医療連携を躊躇・遅らせる要因』

・医療的アセスメント（ニーズ把握）の自信のなさ・不安
・福祉系のケアマネジャーは、これまで医療職との接点が少なく、情報収集やコミュニケーションが苦手

↓

個人の資質だけはなく、これまでの教育課程や多職種との情報共有に深く起因

訪問看護への期待

□訪問看護への期待

①【現状の把握】

・病状や服薬の管理状況の把握
例：薬が大量に余っている、又は薬の服用を拒絶している

・生活状況の把握、治療に対する意向確認
例：積極的治療に対する本人の希望や、延命・終末期の意向

②【本人の支援】

・本人への療養相談・助言・指導
例：食事（減塩や水分制限）、排便コントロール、療養（心理）サポート

・主治医との連携
例：血圧コントロール、体重増減、浮腫等の症状に対する医師への報告

訪問看護への期待

□訪問看護への期待と連携

③【急変時の対応】

・医療処置
例：褥瘡ケアや点滴管理、カテーテル交換などの専門的な処置

・急変時対応、入退院時の医療連携
例：急変時の適切な対応、入退院時のスムーズな情報共有

④【ケアマネジャーへの助言】

・病気の経過や予後予測
例：認知症や慢性疾患の進行と、今後起こりうるリスクの見通し

・今後の課題及びサービスの提案
例：状態悪化・医療ニーズを見据えた他職種連携の提案

訪問看護への期待

□多職種との連携

在宅支援においては、本人が自分らしい生活が継続できることが最大の目標

◆お互いの立場・専門性を理解し思いやりを持って対応・連携する

各専門職は、
・教育背景や価値観など学んできたバックグラウンドが異なる
・利益や既得権益を守ろうとする

職種間で「衝突・葛藤・認識のズレ」を引き起こすことがある
・どちらが正しいかの見方ではなく、**「どちらも正しい」**として認識を持つ
・自分も相手も最大限の利益が得られるよう、**協力して問題解決**する

訪問看護への期待

□多職種との連携・協働

・互いの価値観や考え方などに違いがあることを予測・認識する
・相互に理解し、各専門職の実践知を発揮する
・チームワークを高め、目標を達成するために協働する

対立や認識のズレがある場合も、それを**「協働」**に変える

・それぞれが単にサービス（医療処置）を行うということではなくなる
・各専門職の専門性が発揮できる
・本人理解を深め寄り添いながら、多職種と協働しサポートができるようになる

まとめ

□相互理解

◆ケアマネジャーは、**「本人の望む生活を継続する」**
「医療的なリスクやニーズ」を見落とす危険がある

◆看護師は、**「生活の中で健康を守る」**
「本人の望む暮らし・生き方」が置き去りになるかもしれない

『ケアマネジャーも看護師も目的は一緒』

ケアマネジャーが訪問看護に期待するのは、本人の望む暮らしを尊重しつつ、同時に健康も守れるように、相互に理解し協働していく



ご静聴ありがとうございました。

交雄会ケアプランセンター

伊藤　和哉

本資料の無断転載・複製を禁じます