「ケアマネジャーと訪問看護師との連携のための相互理解」第2部

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

札幌白石訪問看護ステーション　所長　沖本久美子

PROFILE

自己紹介・ステーション概要

札幌白石訪問看護ステーション

沖本 久美子

所長 / 看護師

地域に根ざした訪問看護の実践

難病や高度医療依存度の高い利用者様が住み慣れた自宅で安心して過ごせる看護体制の構築に注力。

多職種・複数ステーション連携の推進

ケアマネジャーをはじめ、ヘルパーや他ステーションとのスムーズな情報共有（ICT活用）を重視。

BACKGROUND & CHALLENGES

多職種連携の現状と求められる視点

単なる情報共有にとどまらない

連絡事項の伝達だけでは不十分。それぞれの専門性を最大限に発揮し、利用者を中心に据えたチームアプローチの実践が不可欠。

現場で生じる主な課題

役割の曖昧さや認識のズレ、連携不足による支援の途切れが懸念される。円滑な連携には日頃からの意識的な取り組みが必要。

CASE STUDY: BEFORE ADMISSION

ALS事例の背景：入院前の支援体制

当ステーション単独での介入体制

入院前は当ステーションのみが関わり、多職種と密に連携して生活をサポート

看護師訪問
週１回

全身状態の観察・管理

リハビリ訪問
週３回

OTによる機能維持

看護師とヘルパーとの連携

入浴支援

CHANGE IN CONDITION

急変・退院調整における最初の戸惑い

必要となった高度医療処置

- ✓ 気管切開・人工呼吸器管理
- ✓ 胃ろう造設
- ✓ バルーンカテーテル留置

退院に向けた訪問枠の課題

（当ステーションの限界）

リハビリを経て退院可能となったが、人員体制上の問題で以前のような週4日訪問が困難。

ケアマネジャーには「月・火の週2日のみ可能」とお伝えすることに。

MANAGER'S DILEMMA

所長（管理者）が直面したリアルな悩みと葛藤

葛藤のきっかけ：ケアマネジャーからの電話打診

当ステーションの介入枠が「週2日（月・火）」にとどまる中、ケアマネジャーから直接電話で「当ステーションにメインを引き受けてほしい」と打診されたことから悩みがスタート。

訪問日数が最も少ない不安

週7日のうち、当ステーションは週2日（月・火）のみ。「介入日数が最も少ない状態でメインを引き受けて、本当に事故なく全体を管理できるか？」という強いプレッシャー。

他ステーションの技術フォローの重圧

Aステーションは人工呼吸器管理が得意ではない状況。当ステーションが技術的なサポートや手引きをどこまで主導・フォローすべきかという判断の難しさ。

MANAGER'S DILEMMA

所長（管理者）が直面したリアルな悩みと葛藤

所長としての意思決定の軸

「断るのではなく、自社の強み（呼吸器管理）を発揮して全体をコントロールする体制を作る」。
　ケアマネジャーからの信頼と利用者の安全な在宅移行を最優先とし、引き受けを決断。

TEAM STRUCTURE

3ステーションによる曜日別支援体制

以前から介入していたステーション

当ステーション

月曜日・火曜日（週2日）

月：午前　OT訪問。
　　午後　訪問入浴後に看護師訪問

火：午前　看護師訪問
　　午後　OT訪問

推薦導入

A ステーション

水・木・金曜日（週3日）

水：午前　看護師訪問
　　午後　訪問入浴後に看護師訪問
木：午前・午後と看護師訪問
金：午前　訪問入浴後に看護師訪問
　　午後　看護師訪問

家族要望

B ステーション

土曜日・日曜日（週末）

土・日　16時から看護師訪問
訪問による安心感の確保

ROLES & RESPONSIBILITIES

所長と現場スタッフの明確な役割分担

所長の役割

マネジメント・外部交渉・環境整備

ケアマネジャーとの交渉・調整

メイン引き受けの条件整理と負担軽減の約束

他ステーションとの分担の提案・調整

呼吸器管理の役割明確化と合意形成

ICTツールの拡大

（2訪問看護ステーションとケアマネジャーがツールに参加）

Chatworkによるリアルタイム連携の整備

現場スタッフの役割

専門的ケア実践・リアルタイム共有

高度看護技術の実践

人工呼吸器や胃ろう管理の確実なケア提供

日常的な状態変化の共有

訪問直後のChatwork入力、実施状況を確認する為の自宅用用紙を作成（ヘルパーさんも見て把握できる）

他事業者へのケアアドバイス

現場フォロー、

OTからAステーションへのリハビリ共有

PRE-DISCHARGE CONFERENCE

退院前カンファレンスとケアマネジャーとの事前調整

01

ケアマネジャーへの事前相談・調整依頼

退院前に「看護師同士で直接集まってケアの手順や不安点をすり合わせたい」旨をケアマネジャーに事前に打診。ケアマネジャーが病院側と調整し、場所と時間を確保。

02

3ステーションの全Key Personが一同に集結

当ステーション・A社・B社の管理者・担当看護師・リハビリ（OT）が全員揃って退院前カンファレンスに参加。

03

カンファレンス直後、病棟の一室を借りて直接連携

ケアマネジャーの調整により病棟の小部屋を確保。看護師同士で直接ケアの手順・人工呼吸器管理の注意点をすり合わせ、事前の不安を完全解消。

SOLUTIONS & CONTINUOUS MANAGEMENT

強みを活かした機能分離とChatworkによる継続管理

成果：医療管理・情報連携・請求算定のトータルでメインを引き受けることで、ケアマネジャーの負担軽減に貢献。

1. 専門性の「機能分離」

当ステーションは得意分野である人工呼吸器管理などの高度医療処置に集中。その他の日常的介入をA・Bステーションに委ねる明確な役割分担を確立。

2. リアルタイム状態共有

当ステーションが架け橋となり、訪問診療医、訪問看護3社・ケアマネジャーの5者グループを構築。日々のバイタルや状態変化をリアルタイムで即時共有。

3. 月末の加算・算定確認

訪問開始後もメインとして毎月末に各ステーションの「各種加算の有無」や算定状況をChatworkで主導的に確認・整理。

事務的連携もスムーズに統一。

自社の強みを最大化し、地域全体で利用者を支える連携へ

単に訪問枠を埋めるのではなく、専門性を活かした機能分離とICT活用による情報共有の仕組みを作ることが持続可能で高品質な在宅看護を実現します。

私たちは、ケアマネジャーの皆様が描く「利用者様の暮らしの願い」を医療の力で支えるパートナーです。最高のチームを共に作り上げましょう。

ご清聴ありがとうございました