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

『ケアマネジャーと訪問看護師との連携のための相互理解』
～医療系ケアマネジャーの立場から～

一般社団法人　北海道総合在宅ケア事業団
札幌ケアプラン相談センター
蜷川　優子

はじめに

- 我が国の高齢者人口は、2042年には約3900万人とピークを迎えるとされ、今後高齢者の単身世帯・高齢者のみの世帯や認知症高齢者も増加することから、今まで以上の医療・介護需要の増加が見込まれている。

- 高齢になって疾病を抱えていても、自宅などの住み慣れた場所で療養しつつ自分らしい生活を続けるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的在宅医療・介護サービスを提供できる体制の整備が必要とされている。

- 入院療養における在院日数の短縮化がすすみ、在宅には医療依存度の高い在宅療養者が増加していることから、専門的な医療ケアを提供する訪問看護師とケアマネジャーの連携が極めて重要である。

本日お話しすること

①訪問看護師とケアマネジャーの役割
②訪問看護師とケアマネジャーの連携の重要性
③連携の具体的な方法
④実際の連携事例（2事例）
⑤まとめ



①訪問看護師とケアマネジャーの役割

訪問看護師の役割

訪問看護師は医師の指示に基づき、利用者の

自宅等で専門的な医療ケアをはじめとする健康状態

の維持、改善、終末へのケアを提供する役割を担う



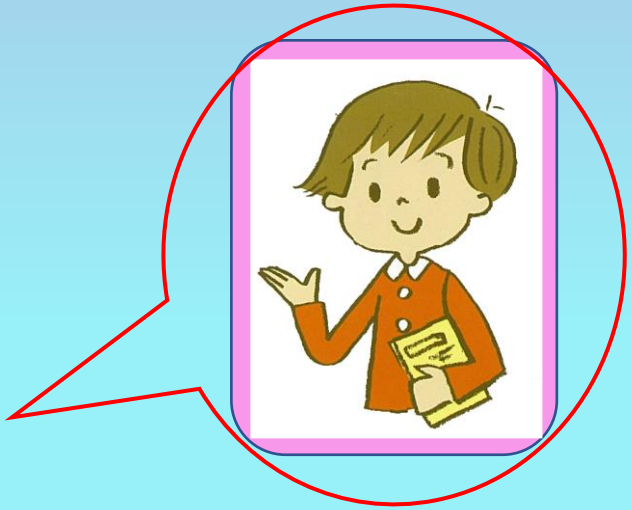
ケアマネジャーの役割

ケアマネジャーは介護保険サービスを利用する際の総合的な窓口となり

ケアプランを作成・管理するとともに、

利用者、家族が望む過ごし方が

できるように、生活全般をマネジメントする。



②訪問看護師とケアマネジャーの連携の重要性

訪問看護とケアマネジャーの連携の重要性

1）役割分担と情報共有による質の向上

訪問看護師は日々の訪問で利用者の細やかな変化を把握。

ケアマネジャーは全体的なケアの調整としてサービス全体を見渡す。

訪問看護とケアマネジャーの連携の重要性

2）連携が利用者や家族にもたらす価値

訪問看護師とケアマネジャーの連携が機能すると、利用者の状態変化に早く気づくことができ、結果として重症化の予防や家族の安心につながる。

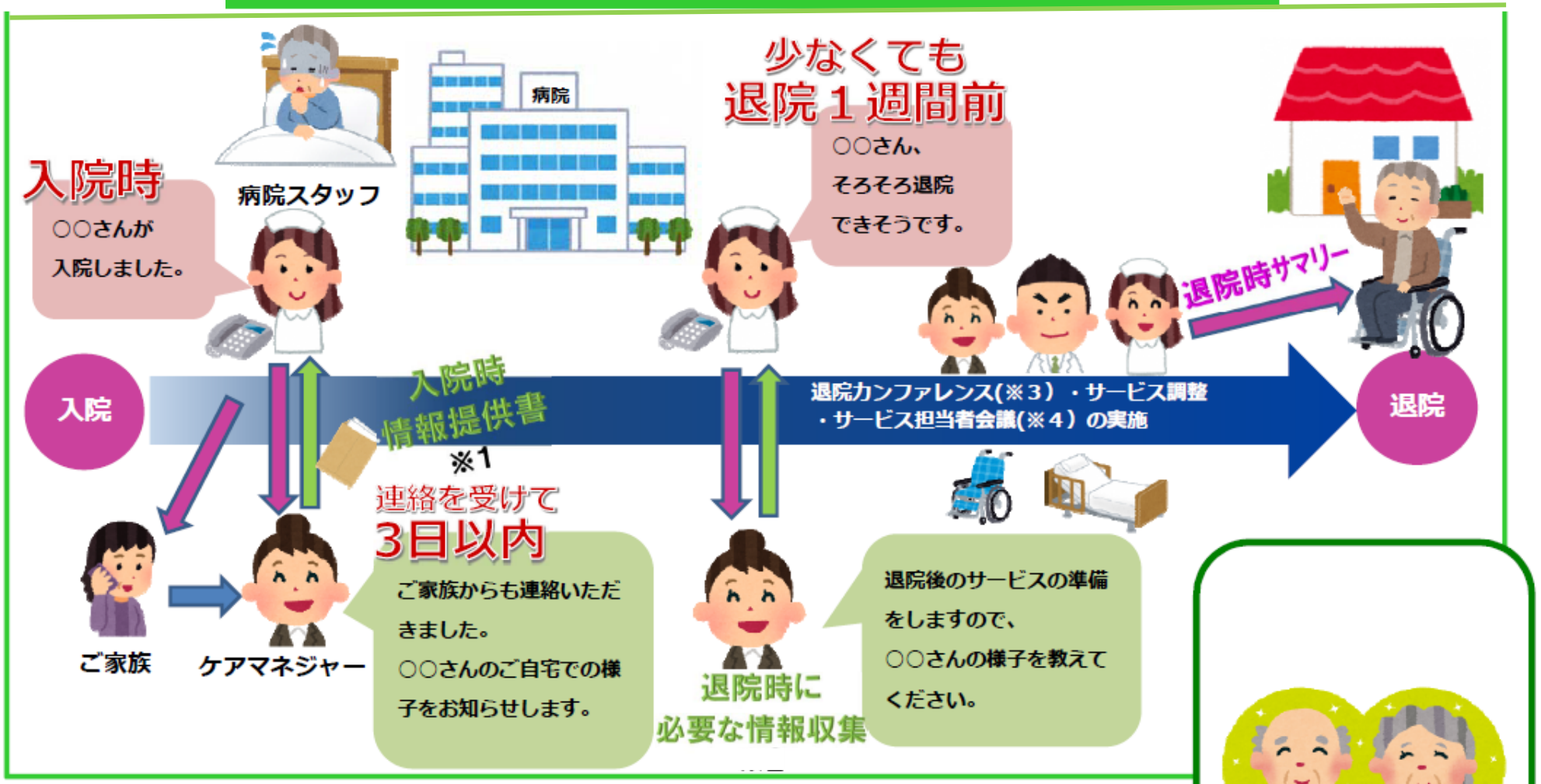
〈連携の例〉

訪問看護師が足の浮腫の増悪に気づきケアマネジャーへ情報共有。

ケアマネジャーによる早めの受診スケジュール調整となり、入院 に至らずに済んだ

③連携の具体的な方法
④事例を用いた退院調整の実際

退院調整ルールの流れ
（介護保険サービスを利用している方の場合）



退院調整で大事にしていること

目標①

リロケーションダメージ（住み慣れた場所からなじみのない場所に移るなど環境が変化することでストレスがかかり心身に弊害を与えてしまうこと）を最小にする。

目標②

在宅移行、在宅復帰をスムーズにする。

事例を用いた退院調整の実際

事例紹介①　Aさん

ALS　70歳代　女性　夫と2人暮らし

6年前にALSの診断を受け、年数回の通院と訪問診療を受けながら在宅療養。
訪問看護は発症当初より利用。居宅介護支援は3年前より開始
主介護者は夫　日常生活はほぼ全介助
病気の予後について、理解していたが、呼吸障害が発生した際の人工呼吸器の装着や胃瘻について、具体的な方針を決めていなかった。

【入院時　および退院までの経過】

自宅で飲み物を誤嚥し救急搬送され誤嚥性肺炎と2型呼吸不全の診断。
NPPV（非侵襲的陽圧換気療法）など救急処置で回復。もともと通院していた
脳神経内科病院に転院。在宅療養を本人・家族とも強く希望され
気管切開による呼吸管理と胃瘻を造設し退院された。

STEP1　日頃から入院に備え準備しておく（在宅ケア）

① 訪問看護STへのモニタリングにより、臥床して経口摂取をしており、時々むせがあることを把握。むせによる状態変化のリスクを支援者間で共有

② 訪問診療に同席し主治医からの現状の病状説明と生活上の困りごとに対する助言内容を確認。診察後引き続きモニタリングを行い、助言に対しての具体的な方法についての情報提供（意思伝達装置等のコミュニケーションツール等）やご本人の思い（口から好きな物を食べたい。自分の言葉で気持ちを伝えたい）を傾聴・確認。

STEP2　入院時の情報提供・情報収集（できれば早めに）

①在宅→病院へ

救急搬送された病院のMSWに情報提供を行う

情報提供する上でのCMの頭の中にあったこと

・緊急入院だが、状態が維持されたら在宅復帰の可能性が高い
・新たな医療処置が導入された場合はサービス再調整が必要
・本人、家族が自分の思いを医療者に伝えつつ、今後の方向性を決める上で本人の意向が尊重される状況を作る必要性

基本的な情報提供（入院時情報提供書やフェイスシート、ケアプラン等）に加えご本人の思い（自分で決めて自分の言葉で思いを伝えたい）、ご家族の思い（本人の意向を支持したい）を口頭で伝えた

STEP3　入院中のモニタリングと情報提供（できれば多段階で）

①課題を整理する

本人と家族の意向を確認：ご主人より訪問看護の増回と訪問介護を利用し自宅での介護を続けたい。本人も同じ気持ち

必要な医療と看護・介護を確認：病棟看護師より情報収集
退院に向けて家族への胃瘻からの栄養注入や喀痰吸引の指導の進捗状況確認

②入院中に退院に向けて病院と在宅で情報収集と情報共有を図る

退院を可能にする制度や社会資源の連携調整

- 人工呼吸器装着に伴い神経難病の受給者証の自己負担上限額の見直しで上限額が10，000円から1，000円に
- 重度訪問介護の申請と喀痰吸引や胃瘻からの栄養注入が可能な訪問介護事業所へ新規相談

入院2か月目：転院し、気管切開と胃瘻造設。

10日後に再び脳神経内科病院に転院。自宅退院を目指し調整開始。1か月後には退院カンファレンスを予定したいとMSWより連絡あり。

もともと利用していたA訪問看護ステーションに情報提供。呼吸器装着での在宅療養となるため家族と相談し、訪問看護と訪問介護を毎日利用することとし調整を開始

CMの判断

A訪問看護ステーションは利用者、家族との信頼関係が構築され、訪問介護事業所との連携は良好。呼吸器管理も実績がある。

今後、複数事業所が関わるとしても、利用者中心のケアを提供してくれる。

ケアを安定して継続的に提供する観点から、複数の事業所を利用することが必要。

③退院前カンファレンスの準備をする

・参加者を確定:　日程をサービス事業所へ伝え参加を依頼。
MSWへ参加可能なメンバーを伝える

・退院後のフォロー体制を整理（医療・介護）:サービス事業所へ
対応可能な時間を
聴取し、週間計画原
案を作成

・確認する内容について事前に共有:　MSWに事前にケアプラン
原案とサービス調整状況
について情報提供

STEP4　退院前カンファレンス

①病状を把握　　病院主治医から経過説明。訪問診療医との
情報共有。病棟看護師やセラピストより入院中の
経過報告。質疑を通じて支援者が共通理解を図る

②在宅で必要なケアを継続できるかの判断
カンファレンス後に訪問看護ステーション3事業所と
ケアマネジャー、病棟看護師、MSWで医療処置や
緊急時の対応について話し合いを行う。メインス
テーションであるA訪問看護ステーションを
中心に3ステーションと訪問診療でケア内容を
共有できるよう連絡ツール使用を提案。

③本人・家族の意向を確認　　カンファレンスにご家族が参加。ご本人の代弁者として意向を話してもらった

④退院当日から生活が可能か　退院日に自宅でサービス担当者会議を開催することを本人・家族に説明。その日の夜から重度訪問介護でヘルパーが対応可能であることを伝える

⑤対面し自己紹介し本人・家族の不安を解消したか
カンファレンス後に病室で全サービス事業所の担当者が本人・家族と顔合せを行った。ご本人の笑顔見られた

退院前カンファレンス開催の実際

出席者：本人（カンファレンス後に病室でサービス事業所担当者と面談）家族（夫・長女）、
病院主治医、病棟受け持ち看護師、担当セラピスト、MSW
訪問診療医、訪問診療担当看護師、訪問看護師（3事業所）、訪問介護サービス
提供責任者（1事業所）、訪問入浴介護調整担当者（1事業所）、ケアマネジャー

検討内容：①担当セラピストより入院中の経過報告
②受け持ち看護師より現在のケア内容、家族への手技指導の進捗報告
（家族用のパンフレットに沿って）
③病院主治医より経過報告。訪問診療医と情報共有
④退院日当日の支援者の動きについて

退院前カンファレンス後に訪問看護ステーション3事業所の訪問看護師と病棟受け持ち看護師、MSW、ケアマネジャーが集まり、ケア内容や緊急対応について、現在の家族への喀痰吸引や胃瘻からの栄養注入などの手技の指導状況について情報共有を行った

退院時カンファレンスにおいて、訪問看護師に期待すること

病院での医療・看護を自宅での生活へシームレスに引き継ぎ、在宅移行の質を担保するためにも訪問看護師の役割は大きい。

①在宅での医療処置の実現可能性の評価

病院で指示された医療処置（人工呼吸器、胃瘻など）が自宅の環境や家族のスキルで安全に行えるかを見極め、手順の提案をする

②家族の介護力・負担の正確なアセスメント

介護者の年齢や体力、精神的余裕を現場目線で評価し過重負担を軽減する

③退院当日からのケア耐性の具体的な設計

緊急時の連絡体制、夜間対応などを明確にし、本人・家族の負担を軽減

④病院スタッフと本人・家族の橋渡しと関係構築

「顔の見える関係」の第1歩として安心感と信頼関係を構築する

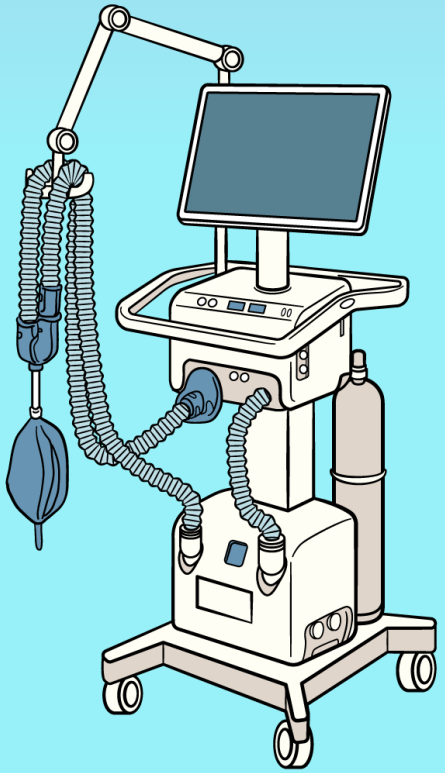
STEP5　退院まで

①本人や家族の不安を聞き出し整理しておく
　　退院時の介護タクシーの調整（今回初めて依頼する
　　のではなく顔なじみで住環境を把握している事業所に依頼）
②介護指導：病棟看護師が本人・家族の手技を確認
　　ご家族に不安点など聴取。ケアマネジャーより病棟看護師に
　　情報提供
③福祉用具再調整
　　退院前にレンタルしている福祉用具のメンテナンス
　　体位変換器（クッション）など追加

④事業所準備：退院予定日の確認
　　退院日のタイムスケジュールをサービス事業所へ連絡
　　重度訪問介護支給量　５２７時間／月で決定

退院当日：訪問診療・訪問看護に同席し状況把握。MSWに退院時の在宅での様子について報告

退院1週間後：在宅での生活状況について、病院での指導内容に対して実践状況についてMSWに報告する



STEP6　退院後

①一度に完璧にするよりもPlan（計画）→Do（実行）→ See（確認）を繰りかえす

・退院前カンファレンスの情報を入れたケアプランを担当者会議で再確認し確定プランとする。

・退院日に自宅でサービス担当者会議開催。主治医を中心にケアの方向性について、緊急時の対応について話し合う

②医療機関へモニタリンの結果をフィードバックし退院支援のあり方について振り返る

・MSWへ退院日の自宅での状況報告

・退院１週間後に改めて生活状況をMSWへ報告する

事例紹介②　Bさん

原発性肺腺癌　ステージIV　70歳代　女性　夫と2人暮らし

現病歴と経過

近医より胸水貯留で総合病院に紹介され受診。原発性肺腺癌の診断を受ける。化学療法や放射線治療を行い、治験薬投与開始したが、仙骨転移あり照射開始。その後左下肢錐体路症候群発症。現病の悪化により治験終了。BSCの方針となり緩和ケアへ移行。

退院調整看護師より新規依頼あり　支援開始となる。

退院1週間前：　退院に向けて介護保険制度や制度外のサービスについて病院で本人と退院調整看護師と面談し情報提供を行う。
退院に合わせて電動ベッド他福祉用具設置希望あり。
本人より認知症の夫の今後の生活について相談あり。

退院3日後　：　入院先の病院より紹介された緩和ホスピス病院の外来受診。ケアマネジャー同席。主治医・外来看護師と意向を確認。定期受診が困難であると本人より相談あり。
訪問診療導入について助言を受ける。最期は入院したいとの本人の意向を確認する。

退院1週間後：　訪問診療・訪問看護導入。夫も認知症があり1人での受診が困難な状況であり訪問診療を依頼。夫の服薬管理のため訪問看護を合わせて依頼する。

訪問看護による支援

- 退院後、訪問診療医からもどこで最期を迎えたいかの問いかけあり

＜本人＞

「最期まで夫のそばにいたほうが　良いのではないか」

「夫に弱っていく姿を見せたくない。悲しませたくない」 相反する思いを訪問看護師に伝える。

＜訪問看護師＞

ケアを通じて、本人とご主人それぞれの思いを汲み取り、その思いを代弁者として訪問診療医に伝えた。

退院3週間後：　体調不良と自宅での生活に本人が限界を感じ、
予約をしていた緩和ホスピス病院に入院となる。
穏やかな表情で夫と残された時間を過ごす。

入院1週間後：　緩和ホスピス病院主治医より本人と夫へのIC。
ケアマネジャー同席する。

入院2週間後：　緩和ホスピス病院で逝去される。

・妻が亡くなった後も夫の訪問看護継続。グリーフケアも併せて実施。
妻を亡くした喪失感に寄り添い支えた。
・定期訪問により、夫は孤立せず、本人自身の施設入所を前向きに
検討できた。

⑤　まとめ

入退院支援について

入院中から退院後の生活を見通した上でケアプラン内容を
検討していくことが必要。

退院前カンファレンスで**医療ニーズ・生活ニーズを多職種で確認し、**
検討内容をケアプランに反映。

入院から退院後の在宅までの切れ目のない支援の提供を促進し、
本人とその家族が安心して在宅生活へ移行できる**体制づくりを目指す。**

医療と介護の連携について

・訪問看護師：　医療と介護をつなぐ「橋渡し役」として利用者が自宅等で安心して暮らせるよう中心的な役割を担う

・ケアマネジャー：「患者情報を集約し共有するハブ機能（中継基地機能）」を担う
医療機関等の多職種との連携、協働
患者の疾患と状態に応じたケアプラン立案
タイムリーな情報共有と意見交換や情報伝達

連携する上でのケアマネジャーの課題

在宅療養のためのケアプランを作成するケアマネジャーには医療に関する知識やアセスメント力に基づき、疾病の悪化予防や状態の維持・改善の観点に立ったケアマネジメントを実践することが求められている。

一方、医療ニーズを抱えた要介護者への対応に困難を感じているケアマネジャーも多い

↓

研修の充実や多職種カンファレンス等の情報共有など対応は進んでいるがさらなる支援体制の整備が必要

○医療系ケアマネジャーの強み

・医療知識に基づいた判断により、利用者の心身変化や医療依存度の高さに応じた支援計画を立案できる

・医療・看護職と専門用語を交えたスムーズな意思疎通や情報交換が可能

・医療面の不安や疑問に分かりやすく答えられるため、利用者家族に安心感をもたらす

・医療職と介護職の橋渡し

○医療系ケアマネジャーの弱み

- **医療的観点に偏りがちになる。**
  介護保険制度や福祉全体の支援とのバランスに葛藤が生じやすい

- **医療視点の強さによるギャップ**：利用者や家族、介護職のスタッフの間で、医療的アプローチと生活支援のニーズに温度差が生じることがある

- **他職種との連携でのこだわり**：医療の知識があるという自負から、判断やこだわりが強くなり、福祉や介護専門職の意見や生活面の意向を柔軟にくみ取りにくくなる

○訪問看護師との連携を円滑にするために医療系ケアマネジャーの強みを活かしつつ、弱みを克服するための努力点

①医療職視点からの脱却：
生活を支える自立支援に着目しアセスメントの際は何ができるか、何がしたいかというストレングスに目を向ける

②「～についてどう思われますか」「どのような生活を送りたいですか」など、利用者の価値観を引き出す問いかけを意識する

訪問看護師との連携を円滑にするために医療系ケアマネジャーの強みを活かしつつ、弱みを克服するための努力点

③：地域包括支援センターなどとの連携で社会資源の積極的なインプットをする。

④：専門用語を一般的な言葉に置き換える訓練

訪問看護師に期待すること

・医療と生活を統合的にとらえ、予防・予測的観点から
アセスメントできる訪問看護師による助言や情報提供への期待

・医師の言葉を分かりやすくケアマネジャーに伝える医療・介護の
つなぎ役

↓

ケアマネジャーが医療的ケアを必要とする利用者や困難ケース
のプラン作成について確信が持てない時に、共に確認することで
医療ケアに関する知識や資源活用の幅が広がる

ご清聴ありがとうございました

