



医療ニーズを有する利用者のケアマネジメントに関する  
看護師による介護支援専門員への相談支援事業

## 実施の手引き

# 目次

はじめに .....	1
1. 本手引きの目的と使い方 .....	2
1) 目的 .....	2
2) 対象 .....	2
2. 医療ニーズを有する介護保険利用者の在宅療養支援 .....	3
1) 背景 .....	3
2) 生活と医療をつなぐ機能を持つ看護師 .....	5
3. 医療ニーズを有する介護保険利用者のケアマネジメントに関する訪問看護師等による相談支援事業 .....	6
1) 事業の概要 .....	6
(1) 相談対応体制 .....	6
(2) 相談内容の概要 .....	7
2) 相談支援事業による効果 .....	9
(1) ケースからみる相談支援の実際 .....	9
(2) 介護支援専門員からの評価 .....	19
(3) 相談支援事業の効果 .....	20
3) 事業化することの意義 .....	22
4. 医療ニーズを有する介護保険利用者のケアマネジメントに関する訪問看護師等による相談支援事業実施に向けて .....	24
1) 市町村における事業化 .....	24
2) 実施上の留意点 .....	24
(1) 相談窓口の設置場所 .....	24
(2) 相談対応の対象範囲 .....	25
(3) 相談対応する看護師に必要なスキル .....	26
(4) 相談記録の整備と管理 .....	28
(5) 相談窓口の公正中立性 .....	28
【参考資料】本事業で使用した看護師による相談記録の様式 .....	29
「医療ニーズを有する利用者に対応する介護支援専門員への看護に関連する療養上の相談支援のあり方に関する試行的調査研究事業」概要 .....	30

## はじめに

近年の入院医療のあり方の見直しや在宅療養を支援する技術の向上等により、医療ニーズを有する要介護者の在宅療養が増加しています。自宅で医療器具等の管理が必要なケースや慢性的な疾患・複数の疾患の自己管理が困難なケース、がんなどの進行性の疾患で病状が悪化するリスクがあるケース等、要介護度の如何を問わず医療、看護上のニーズを有する利用者も多様性を増しています。また、独居者や高齢者のみ世帯などの介護力が少ないケース、経済的な困難を抱えているケース等、利用者個々の生活状況や社会的背景に合わせた対応策が求められます。

医療ニーズを有する要介護者が在宅療養を継続するためには、ケアプランの作成・変更等の時点において医療ニーズの把握、家族構成や生活環境をふまえた対応方法の検討が的確に行われ、必要な在宅医療サービスと介護サービスが一体的に提供されることが重要となります。

医療・介護サービスが適時適切に提供されるための鍵は、介護支援専門員によるケアマネジメントです。介護支援専門員の医療ニーズへの対応力を強化する仕掛けは、研修の充実や地域ケア会議の開催など徐々に整備されていますが、医療ニーズへの対応を盛り込んだケアマネジメントに自信が持てなかったり、困難や負担感を感じる介護支援専門員がいることも過去の調査から明らかになっています。個々の介護支援専門員に対する支援等を行う役割は地域包括支援センターが担っていますが、在宅の現場に増える多様な医療ニーズを抱える利用者の個別ケアマネジメントの支援には、専門職の力が必要です。今後、在宅で看取りを行うケースも増えることが見込まれる中、こうした利用者個々の医療ニーズの対応に関して、介護支援専門員が身近な地域で医療職に相談し、適時適切に助言を受けられる支援体制を整備していくことは重要な支援策です。

日本看護協会では2018年度の厚生労働省老人保健健康増進等事業により、地域の訪問看護師等が介護支援専門員に対し、医療ニーズのある介護保険利用者のケアマネジメントについて相談支援を行うモデル事業を全国6地域で実施しました。モデル事業で試行した看護職による介護支援専門員への相談支援のスキームや得られた成果を整理し、この度、自治体や介護支援専門員、訪問看護ステーション等が活用可能な手引きを作成しました。

この手引きでご紹介する事業内容は、医療介護総合確保基金を活用した事業や在宅医療・介護連携推進事業等に位置づけることにより、地域の実状に即した取り組みが可能です。

医療介護連携の強化、住民の在宅療養継続のため、訪問看護師等の看護職の力を地域で活用し、介護支援専門員によるケアマネジメント力を最大限に引き出す取り組みの事業化を、是非ご検討いただきたいと思います。

2019年3月

公益社団法人 日本看護協会

# 1. 本手引きの目的と使い方

## 1) 目的

本手引きでは、介護支援専門員が利用者の医療ニーズに関する課題を地域の訪問看護師等に相談し、支援・助言を受けられる事業について、事業の必要性や効果、具体的な進め方を紹介します。

訪問看護師等による相談支援により、介護支援専門員による医療ニーズを有する要介護者のケアマネジメントの強化および在宅医療介護連携の円滑化をめざします。

また、日頃の業務で医療ニーズを有する利用者へのケアマネジメントや、ケア提供に難しさを感じている多職種の方々に、課題解決のヒントとしてご活用いただければ幸いです。

## 2) 対象

本手引きは、主に以下のような方を対象として作成しています。

- 介護支援専門員や訪問看護師をはじめ、在宅医療・介護サービスの提供や調整に携わる医療職・介護職
- 自治体の在宅医療・介護の体制整備事業の担当者  
(市町村の在宅医療・介護連携推進事業など)
- 医療・介護職種を対象とした相談支援事業や教育研修事業に携わる担当者・事業者

## 2. 医療ニーズを有する介護保険利用者の在宅療養支援

### 1) 背景

介護保険サービスを利用する高齢者の多くは、慢性疾患や認知症を含む複数の疾患を有し、時には入院したり、通院あるいは訪問診療等で受診をし、継続的な服薬等が必要な「医療ニーズと介護ニーズを併せ持った」存在です。希望する場所で在宅療養が継続できるよう、「生活の場」にいかにより医療的な視点を加え、療養上の問題点がないかを確認し、必要に応じて適切な医療・福祉サービスにつなげていくかが課題となっています。

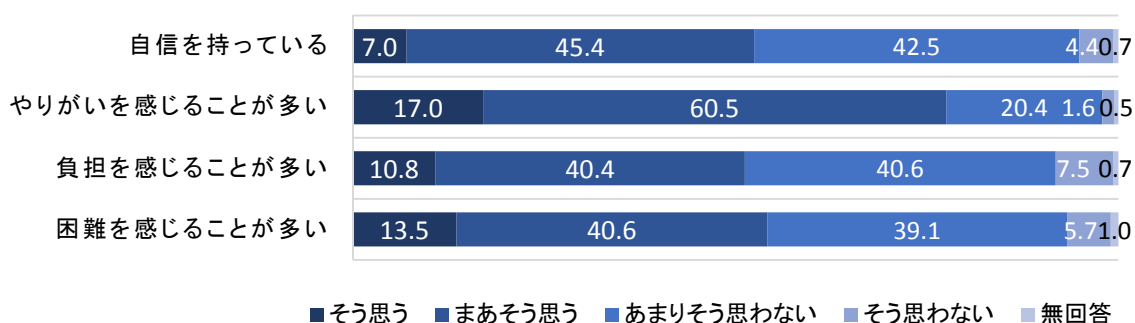
また、高齢者の世帯構成においては、「単独世帯」「夫婦のみ世帯」の割合が年々増えており、2025年には65歳以上のこれら世帯数が全世帯における24.9%を占めると推計されています。これからの在宅医療・介護のサービス計画においては、家族の介護力が見込めないことも想定した計画作成と療養を支援する体制づくりが重要となります。

指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない（「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第38号））、とされています。

すなわち、利用者のニーズに対して、経済的な負担能力などの複数の要件を勘案し、本人や家族の希望を踏まえ心身の状態の維持・改善を目的とした支援や最適なケアプランを提案するのが介護支援専門員の役割です。

一方で、近年の複雑かつ多様化した医療ニーズを抱える利用者の増加に伴い、対応に困難を感じている介護支援専門員も多いことがわかっています。平成29年度の厚生労働省老人保健健康増進等事業<sup>\*</sup>の介護支援専門員への調査結果からは、医療ニーズを有する利用者のケアマネジメントについて、「自信を持っている」が「そう思う」「まあそう思う」の計で52.4%、「やりがいを感じる事が多い」が同じく77.5%に上るのに対し、「負担を感じる事が多い」が同51.2%、「困難を感じる事が多い」が同54.1%となっています。【図表1】

図表1 医療ニーズを有する利用者へのケアマネジメントへの考え (n=731)

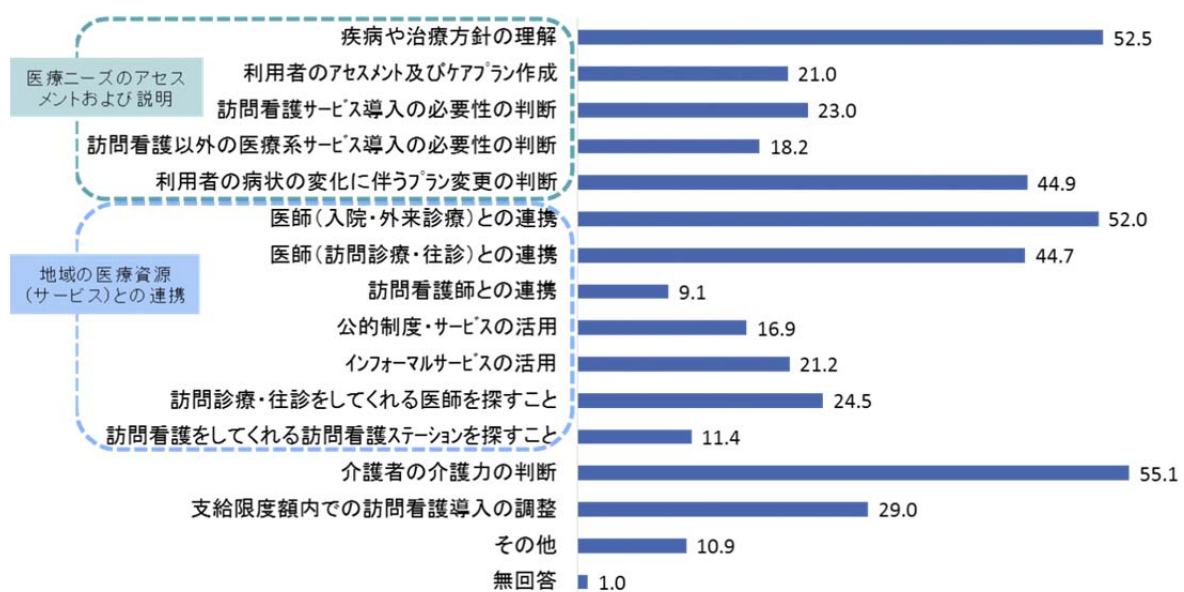


<sup>\*</sup>平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「医療ニーズを有する利用者に対応する介護支援専門員への看護に関連する療養上の相談支援のあり方に関する調査研究事業」（日本訪問看護財団）

「医療ニーズを有する利用者のケアマネジメントに困難を感じることが多い」と回答した介護支援専門員が、具体的に困難を感じている内容としては、「介護者の介護力の判断」55.1%を筆頭に、「疾病や治療方針の理解」52.5%、「医師（入院・外来診療）との連携」52.0%、「利用者の病状の変化に伴うプラン変更の判断」44.9%、「医師（訪問診療・往診）との連携」44.7%などが多くなっています。【図表2】

これらの結果から、老老介護で介護者も疾患を抱えていたり、家族が介護に協力的ではなかったりと「介護者の介護力の判断」に苦慮するケースに加え、医療ニーズのアセスメントおよび説明を的確に行うための知識、適切な支援につなげるための地域の医療資源（サービス）との連携方法について、介護支援専門員への支援が必要だと考えられます。

図表2 介護支援専門員がケアマネジメントに困難を感じる内容（複数回答）



出典：平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「医療ニーズを有する利用者に対応する介護支援専門員への看護に関連する療養上の相談支援のあり方に関する調査研究事業」（日本訪問看護財団）

介護支援専門員への研修の充実、地域ケア会議の開催など徐々に対策が進められていますが、これらの介護支援専門員のマネジメントスキルを高めていく方策と合わせて、地域の医療介護連携の強化も不可欠です。必要な時に必要なサポートにつなげるための相談支援の仕組みが地域に整備されていれば、連携調整にかかる介護支援専門員の負担が軽減され、より効率的・効果的なケアマネジメントが可能になると考えられます。

## 2) 生活と医療をつなぐ機能を持つ看護師

地域包括ケアシステムを構成する訪問看護をはじめとした居宅系サービスや介護保険施設のほかに、医療機関、行政等のさまざまな場で看護職が働いています。

看護は、「医療」と「生活」の両方の視点をもって患者や利用者の生活全体を見通し、予防的な視点に立って、医療・介護などのサービス全体を統合的にマネジメントして暮らしを守る職能です。働く場によって多少の違いはあれ、地域包括ケアシステムで看護職に期待される役割と機能は、「生活」と保健・医療・福祉をつなぐ連携・調整です。

なかでも、近年事業所数の伸びが著しい訪問看護は、現在全国で約 12,000 事業所、約 5 万人の訪問看護師が働いています。在宅での療養環境は一人一人異なるなかで、その人の希望に叶う在宅療養を続けるために、現在の状態に対処するだけでなく、将来起こりえる変化も予測した予防的観点からの計画やサービス利用の提案もしていくのが訪問看護の仕事であり、日々の業務は多職種・多機関との連携の連続です。

こうした、多職種との連携チャンネルをもち、必要な関係機関へつなぐことができる訪問看護師の連携・調整機能を地域で活用する仕組みとして、日本看護協会では、訪問看護師等が電話相談や同行訪問により介護支援専門員に支援や助言を行う相談支援のモデル事業を実施しました。

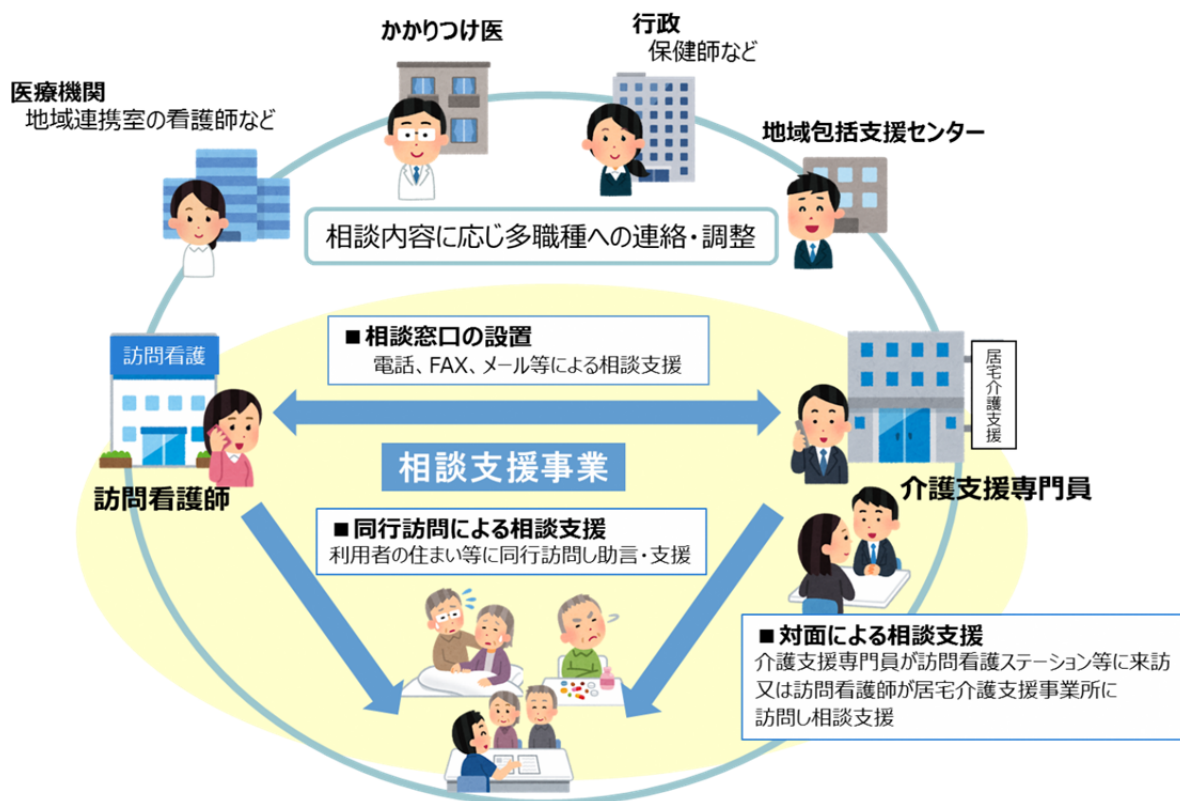
### 3. 医療ニーズを有する介護保険利用者のケアマネジメントに関する訪問看護師等による相談支援事業

#### 1) 事業の概要

日本看護協会が実施したモデル事業の結果から、事業スキームや具体的な相談事例をご紹介します。

2018年10月～12月の間、全国6地域22事業所の協力を得て、訪問看護ステーション等に相談窓口を設置し介護支援専門員からの電話、FAX等での相談に対応するとともに、相談者からの要望に応じて、対面による相談支援と、利用者宅等への同行訪問を実施しました。

図表3 訪問看護師等による相談支援 事業スキーム



#### (1) 相談対応体制

##### ①相談支援窓口の設置

訪問看護ステーション等に相談窓口を設置し、地域の介護支援専門員から電話、FAX、e-mail等で相談を受け付け、以下の事項について看護の視点から助言を行いました。

- ・ 利用者の疾患や治療方針の理解
- ・ 利用者の医療ニーズのアセスメント
- ・ 在宅療養に向けて必要となる医療的ケアや環境調整
- ・ 訪問看護等の医療系サービスの導入方法 等



## ②対面相談

必要に応じ、介護支援専門員が相談窓口に来所したり、看護師が居宅介護支援事業所等に出向き、対面で相談支援を行う機会を設けました。

## ③同行訪問

必要に応じ、看護師が介護支援専門員と利用者宅に同行訪問して、利用者の状態や療養環境のアセスメント、利用者・家族への説明等に際し、助言や支援を行いました。

### (2) 相談内容の概要

平成30年10月～12月の3か月間、全国6地域22事業所で介護支援専門員を対象とした相談窓口設置のモデル事業を実施し、計267件（電話相談142件、対面相談49件、同行訪問63件、e-mail・FAX13件）の相談がありました。

これらの相談について、①対応した看護師が作成した相談記録（n=267）、②窓口を利用した介護支援専門員が回答した相談利用アンケート（n=179、回収率67.0%）より、相談内容の概要をご紹介します。

### ①相談ケースにおける医療・介護ニーズの状況

相談ケースはほとんどが在宅生活、あるいは退院後に在宅療養に移行する見込みの利用者です。

要介護認定については、要支援1・2が約1割、要介護1・2が約4割、要介護3以上が約3割弱となっていました。また、現在要介護認定を「申請中」のケースが約1割となっていました。

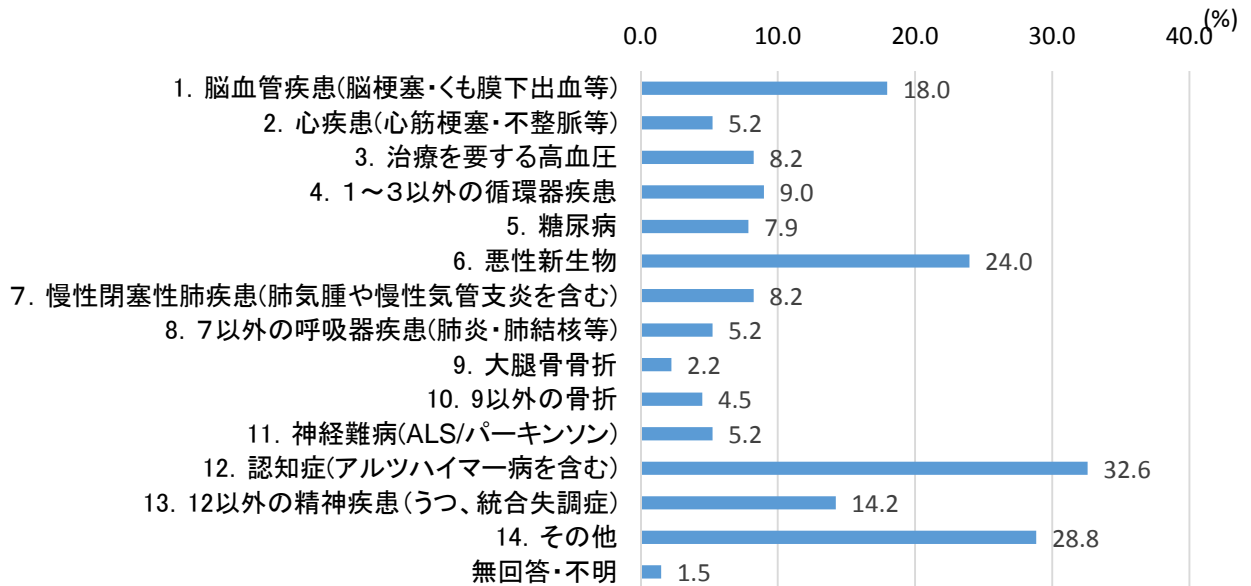
図表4 相談ケースの要介護認定の状況（n=267）

	件数	割合
認定なし	14	5.2
申請中	27	10.1
要支援相当*	3	1.1
要支援1	16	6.0
要支援2	8	3.0
要介護1	57	21.3
要介護2	57	21.3
要介護3	44	16.5
要介護4	9	3.4
要介護5	19	7.1
無回答・不明	13	4.9
計	267	100.0

※市町村の介護予防・日常生活支援総合事業等の対象者

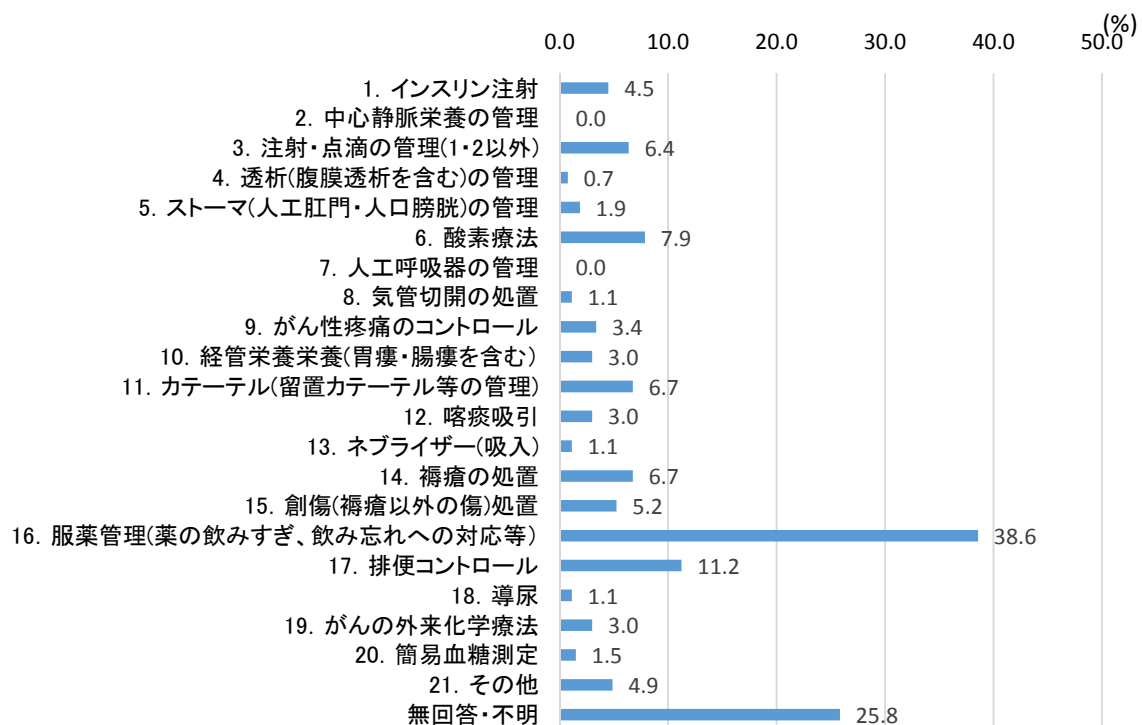
相談ケースの有する主な疾患（複数回答）としては、「認知症（アルツハイマー病を含む）」が32.6%で最も多く、次いで「悪性新生物」24.0%、「脳血管疾患（脳梗塞・くも膜下出血等）」18.0%、「（認知症以外の）精神疾患（うつ、統合失調症等）」14.2%などとなっています。【図表5】

図表5 相談ケースの有する主な疾患（複数回答）（n=267）



相談ケースにおける主な医療処置（複数回答）は、【図表6】のとおりです。

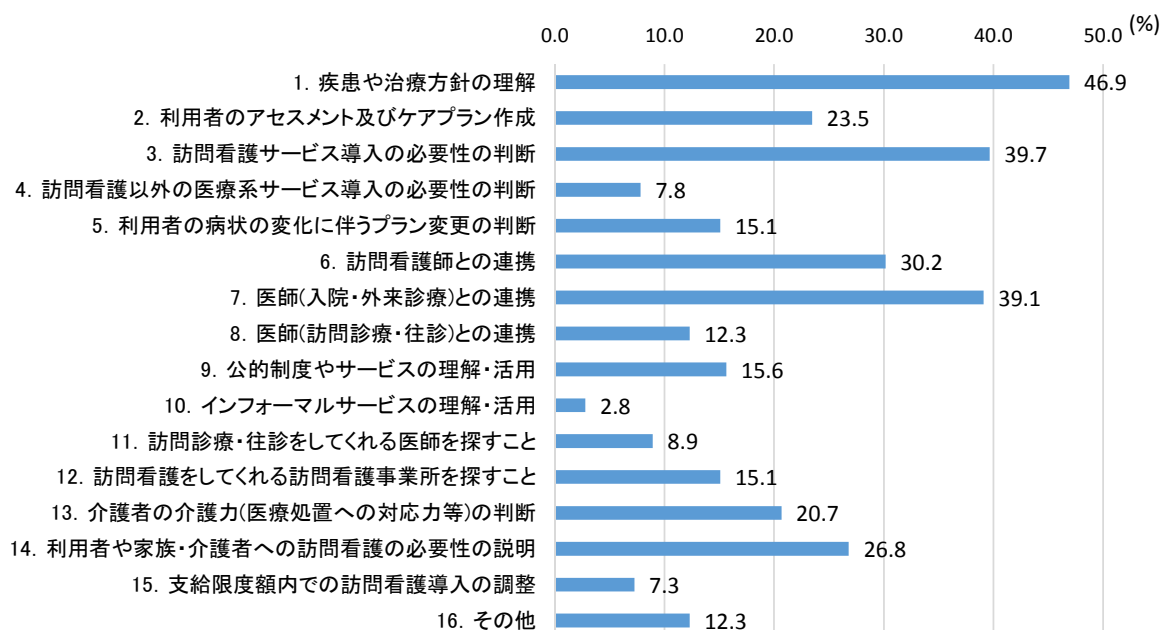
図表6 相談ケースの要する医療処置（複数回答）（n=267）



## ②介護支援専門員からの相談内容

介護支援専門員からの相談内容（複数回答）は、「疾患や治療方針の理解」が46.9%と最も多く、次いで「訪問看護サービス導入の必要性の判断」が39.7%、「医師（入院・外来診療）との連携」が39.1%などとなっています。【図表7】

図表7 介護支援専門員からの相談内容（複数回答）(n=179)



## 2) 相談支援事業による効果

### (1) ケースからみる相談支援の実際

モデル事業における実際の相談ケースから、介護支援専門員からの具体的な相談内容と、看護師による助言や支援についてプロセスを追って見ていきます。

基本的には、【電話相談】で相談内容のあらまし、利用者の状態像や療養環境について介護支援専門員から説明を受け、電話で回答が可能なものは一度の電話相談で終了します。

介護支援専門員から【対面相談】や【同行訪問】の依頼を受けたり、あるいは看護師の側で、利用者の状態や療養環境を実際に確認してアセスメントする必要性を判断した場合は、日程調整を行い、【対面相談】や【同行訪問】の実施につなげます。

次頁より、モデル事業を通して得られた成果をもとに、医療ニーズを有する利用者への対応に関する介護支援専門員からの相談事例を大きく5つに分類し、代表的な事例とともに相談窓口の機能と支援について紹介します。

## ① 訪問看護の制度や利用方法についての情報がほしい

⇒事例1・事例2

訪問看護の制度や利用方法についての基本的な知識から、近隣で受入れ可能な訪問看護ステーションの状況まで、訪問看護全般に関わる質問や相談に対応します。

要介護高齢者であっても、訪問看護は医療保険や公費負担医療の適用になる場合があります。こうした介護保険だけでなく複数の制度にまたがる利用方法についても、看護師から支援・助言が得られます。

### <主な相談内容>

- ・ 訪問看護で対応できる処置やケアの内容
- ・ 訪問看護の制度や報酬
- ・ 訪問看護の保険適用（介護保険か医療保険か）
- ・ 公費負担医療制度での訪問看護利用（難病、労働災害、生活保護など）
- ・ 近隣の訪問看護ステーションの対応状況

## 事例1 訪問看護で対応できるケア内容、利用方法

### 電話相談



介護支援専門員

➤ 在宅療養中の方で、現在は通院して点滴を受けているのですが、歩行に支障があり通院が困難になってきています。訪問看護で点滴等の対応は可能でしょうか？

- ご本人とご家族に訪問看護の導入について同意をいただき、主治医の訪問看護指示書が交付されれば可能です。
- 点滴も対応可能ですが、現在通院困難な状態であれば、他の支援も必要になっている可能性もあります。一度、訪問看護師による面談とアセスメントを入れてみてはどうでしょうか。
- 在宅で必要なケア内容と、看護師と介護職どちらで対応するのが望ましいか等のアドバイスをできると思います。



看護師

## 事例2 介護保険以外の制度によるサービスの利用方法

### 電話相談



介護支援専門員

【60代男性、要支援1、多系統萎縮症、訪問リハビリ・福祉用具貸与利用】

- 指定難病の医療費助成の申請手続中ですが、これまで利用していた介護保険のサービスは利用継続可能でしょうか。訪問看護はどちらの保険になりますか。
- 今は老健施設からの訪問リハビリを受けていて、本人はこれからも同じサービスを利用したいという希望です。
- 今後、訪問看護の導入も必要になると考えますが、本人は費用のことを気にしており、訪問看護は要らないと言っています。

- 老健施設からの訪問リハビリは、難病医療の申請後も介護保険で利用できます。
- 訪問看護ステーションからの看護師や理学療法士の訪問は、難病医療の申請後は医療保険適用になります。
- 今後、病状の進行に伴って摂食や呼吸にも影響が出てくると予測されますので、症状の変化が出てきたときに、改めて訪問看護の導入を相談してはどうでしょうか。



看護師

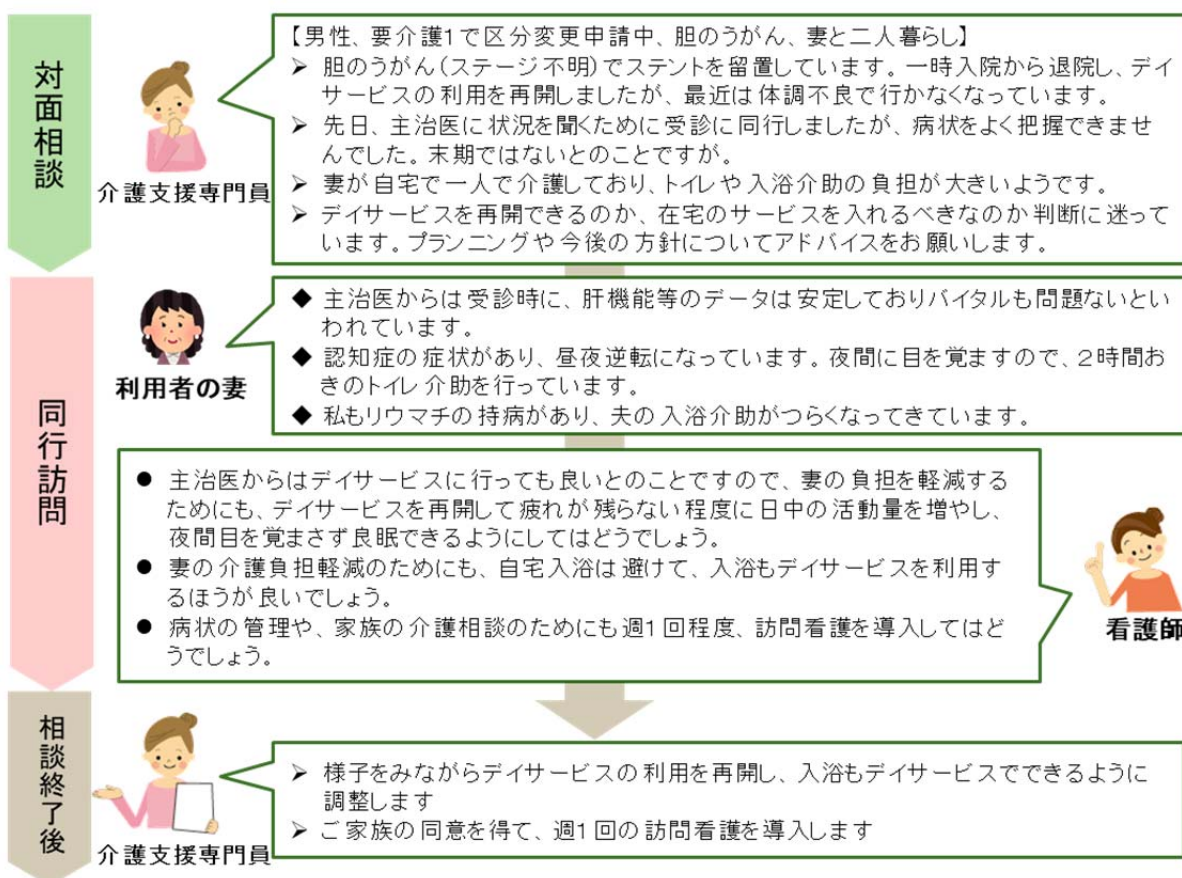
介護支援専門員が初回アセスメントや、利用者の状態や療養環境の変化に伴い再アセスメントを行う際に、疾患及び心身の状態、利用者が現在受けている治療やケア、服薬内容等の理解を支援してほしいという相談に対応します。

現在の状態だけでなく、予後予測、今後起こりえる療養継続を阻害するイベントやリスク等、それらを踏まえての医療サービス等の必要性についても、看護の視点から支援・助言を行います。

＜主な相談内容＞

- ・ 利用者の疾患や状態の理解
- ・ 予後予測や今後起こりえるリスクの理解
- ・ 治療やケア、服薬内容の理解
- ・ 医療の必要性の検討（受診、入院、医療系サービス導入など）
- ・ 利用者や家族、他職種への説明の支援

事例3 利用者の状態変化に伴うアセスメント、訪問看護導入の検討





## 事例4 利用者の状態変化に伴うアセスメント

電話相談



介護支援専門員  
(地域包括支援センター)

【女性、要支援相当、一人暮らし】

- ADLはほぼ自立。もともと口数の少ない方で、近所づきあいはほとんどありません。数か月前から食欲不振が続き、体力低下で買い物等が辛くなってきたため、買い物等の生活援助サービスを受けていますが、今のところ三食自炊できています。
- 主治医からは「頑張って食事と水分を摂るように」と受診の度に指導がありますが、なかなか状態が改善しません。

同行訪問

- 本人に生活や受診状況を質問しましたが、返答が曖昧なことが多く、認知機能の低下が進んでいると考えられます。
- 服薬のタイミングがバラバラになっているようです。また、介護支援専門員が把握していた疾患では使わないような薬も服薬していますので、把握している以外にも疾患があり、受診をしているのではないのでしょうか。
- 主治医への受診時に介護支援専門員が何度か同行していますが、病状把握が難しい状況が続いていますので、一度、主治医の病院の地域連携室に生活状況も含めた情報提供をした上で、主治医の見解について情報をいただいてはどうでしょうか。



看護師

### ③ 退院時の連携調整や、在宅療養の体制整備への支援・助言がほしい

⇒事例5・事例6

介護支援専門員にとって、医療ニーズを有する利用者への対応の主要なタイミングの1つが「退院時の連携調整や体制整備」です。

利用者の退院時に介護支援専門員が果たす役割は、本人の疾患・状態の把握や今後の変化予測、本人や家族の意向確認、退院した病院との情報共有、在宅でのサービスの利用調整など、非常に多岐にわたります。「② アセスメントへの支援・助言がほしい」と課題の構造は同じですが、特にこうした退院支援の複数の業務を短期間でスムーズに進めていくために、訪問看護師等から支援や助言を得ることで効果的・効率的な支援が可能です。

#### <主な相談内容>

- ・ 利用者の疾患や状態の理解
- ・ 予後予測や今後起こりえるリスクの理解
- ・ 治療やケア、服薬内容の理解
- ・ 退院した病院や主治医との情報共有
- ・ 在宅サービスの導入の検討

### 事例5 退院時の連携調整、訪問看護導入の検討

電話相談

介護支援専門員



【80代男性、認知症あり、がんで入院・手術し退院、妻と二人暮らし】

- 以前はADL自立で、通所介護を利用し、家で妻が介護をしていました。認知症は、簡単な言葉で意思疎通がなんとか可能な状態です。
- この度検査でがんが見つかり、入院し手術を受けました。手術は成功しましたが、廃用症候群で移動や排泄に一部介助が必要な状態です。
- 訪問看護が必要ではないかと考えていましたが、退院カンファレンス当日に退院してしまい、サマリーもない状況です。どうしたらよいでしょうか。

連携支援

入院病院の地域連携室に連絡  
・がんの病状の確認  
・病棟看護師のサマリー提供依頼



看護師



病院(地域連携室)

同行訪問

- 病院からの情報ではがん末期とのことですが、現在は食事や水分が摂れており、痛みもない状態です。しかし今後、がんの進行により痛みや腹水貯留など、様々な症状が出てくる可能性が高いです。
- 訪問看護を入れることで、痛みや不快感を和らげるケアが提供でき、状態が悪くなった時には緊急の訪問も可能です。現在利用している通所介護事業所とも情報共有し、統一したケア方針で対応します。
- 入院による廃用性の下肢筋力低下があるので、福祉用具の利用も検討してはどうでしょうか。



看護師

介護支援専門員

家族の同意を得て、訪問看護と福祉用具の導入

## 事例6 退院後の在宅療養支援体制の検討、介護者の介護力の判断

電話相談



介護支援専門員

【女性、要支援2、サービス利用検討中、夫と二人暮らし】

- 虚弱体質で疲れやすく、日常の家事が十分できない状況です。緑内障があり、視力低下や頭痛を訴えることがあります。
- 別居している子どもは、本人が出来ないことや困りごとを助けてくれています。
- 夫は脳梗塞で入院中ですが、要介護3で近々退院して自宅に帰ってくる予定です。現在の状況で夫の在宅介護も加わった場合、夫婦で在宅生活が続けられなくなるのではないかと考えています。
- ご本人の疾患や症状が理解できないので、どのように支援したらよいかわかりません。また、在宅での夫婦二人の生活にどのような支援が必要か、一緒にご本人と面談し、アセスメントをお願いします。

同行訪問

<アセスメント>

- ・疲れやすく、何か一つやる度に休まないで次の行動に移せないが、休息をとりながら自分で計画性をもってやれば実行できることも十分あります。
- ・夫が退院してきて、ご本人が十分休息できる時間、介護をしなくていい時間を確保することが重要です。



<在宅生活の支援体制の提案>

- ・夫の介護や家事援助について、別居子の協力がどのくらい得られるかを確認
- ・夫の介護については通所介護・短期入所介護を利用し、本人が休息できる時間を確保
- ・妻の病状をケアマネジャーから夫に伝え、サービス利用や家族の協力について理解を得る
- ・緑内障の症状はコントロールできているが、定期的に受診できているかケアマネジャーが確認する



看護師

相談終了後



介護支援専門員

- 夫にサービス利用や家族の協力の必要性を説明し、理解が得られました。
- 子どもたちも介護に協力的ですが、平日は仕事があり協力が難しいので、平日はサービスを利用することとし、本人や家族の理解を得ました。
- 夫の介護は、平日は毎日通所介護を利用し、本人が日中休める時間を確保する
- 状況をみながら短期入所生活介護の利用なども検討していきます

利用者の状態のアセスメントにもとづき、在宅生活継続のためのサービス導入



④ 人生の最終段階における意思決定支援や、看取りに向けた体制整備への支援・助言がほしい

⇒事例7・事例8

在宅・介護領域ではACP（アドバンス・ケア・プランニング、愛称「人生会議」）の普及啓発の取組みが進んでいます。また、2018年度介護報酬改定では居宅介護支援に「ターミナルケアマネジメント加算」が創設されるなど、介護支援専門員にとって、利用者・家族への意思決定支援や、看取りを視野に入れた体制整備はますます重要な課題となってきます。

人生の最終段階において、どこでどのように医療を受けるのか、利用者や家族の意思決定支援のためにどのような情報が必要か、看護師から支援や助言を受けることができます。

<主な相談内容>

- ・利用者や家族の意思確認
- ・利用者や家族による治療・療養方法の意思決定支援
- ・利用者や家族による看取りの意思決定支援
- ・看取りに向けた体制整備（サービスの導入・調整、介護者との情報共有など）

事例7 がん末期の利用者・家族の意思決定支援

電話相談



介護支援専門員

【70代男性、がん末期、要介護認定申請中、妻と二人暮らし】

- 通院で抗がん剤治療を続けてきましたが、先日、主治医から腫瘍が大きくなっており、これ以上抗がん剤の効果が見込めない旨説明を受けました。しかし本人は「抗がん剤治療をしたから今の状態がある」と前向きで、今後も治療を続けたい意向です。余命は本人には告知されていません。嘔吐などの副作用、食事量低下により体力が低下しており、家で寝ていることが多くなっています。病院が遠方なので、本人・家族も通院が負担になっているようです。
- このまま通院で抗がん剤治療を続けるのが本人にとって良いのかどうか、余命について本人が知らなくても良いのか、在宅療養にシフトするタイミング、ケアマネジャーとしてどこまで介入すれば良いのか...悩んでいます。

- 本人も家族も、すぐに何かを決めたり結論を出すのは困難かもしれません。これまで通り、本人と家族の思いを確認しながら関わっていきましょう。
- それでも状況を変える必要がある、と判断したらチャンスを見逃さず、これからのことを本人、家族とともに話し合っていく必要があります。



看護師

【本人、妻、別居子、介護支援専門員、看護師の5人で話し合い】

同行訪問



本人



家族

◆ 治療は続けたいけれど、病院が遠いので通院が大変です。

◆ 家で治療が受けられるなら、大変な思いをして通院しなくてもいいかもしれない。次の受診の際に医師に相談してみます。

- 家に医師や看護師が訪問することもできます。点滴も家で受けることが可能です。
- 病院の医師は、いつでも訪問診療医に紹介状を書いてくれるとのことですし、抗がん剤の治療も市内の近くの病院で受けられるかもしれません。



看護師

相談終了後



介護支援専門員

- 本人の意思・決断を尊重し、本人主体で考えていくという視点に立ち返る助言が得られました。
- 同行訪問で看護師から説明を受け、訪問看護や在宅医療について本人・家族の理解が深まりました。家でも治療が受けられる選択肢があることがわかって安心し、今後のことを考えていけるのではないかと思います。

## 事例8 がん末期の利用者の在宅看取りに向けた体制整備

電話相談



介護支援専門員

【80代男性、要介護認定申請中、がん末期、糖尿病、妻・子と3人暮らし】

- 終日ほぼ寝たきり、排泄はおむつで全介助、食事は自力でできるが、食欲がなくほとんど摂取できていない。安静にしていれば疼痛はないとのこと。
- 本人・家族は在宅療養・在宅看取りを希望されている。家族は力の要る介護は難しいので、在宅サービスを利用したい意向がある。
- かかりつけ医には外来受診しており、次の予約も入っているが、現状ではもう通院は難しい。訪問診療医を入れることも含めて検討したい。
- 現状のアセスメントと今後の方向性、必要なサービスについて、家族と一緒に相談に乗ってほしい。

連携支援

同行訪問の日程調整  
かかりつけ医に連絡をとり、状況の確認を行う



看護師



かかりつけ医

同行訪問

<アセスメント>

- ・がん末期であり、今後、吐血下血や、胆管に入れたステント閉塞などのリスクもある。
- ・インスリン注射の量は検討していかないと、今後低血糖のリスクがある。
- ・排泄や清潔維持の介助が必要。



<在宅サービス導入の提案>

- ・訪問看護を導入し、医師との連携や血糖コントロール含めた病状管理を実施
- ・在宅看取りを希望されていることから、訪問診療医への依頼を検討
- ・要介護認定申請中で限度額がわからないため、定期巡回サービスを利用してはどうか
- ・訪問看護で機能・体力面を評価したのち、清潔ケアは訪問入浴の利用を検討してはどうか



看護師



介護支援専門員

同行訪問の翌日より訪問看護と定期巡回サービス(連携型)導入

## ⑤ サービス導入に拒否傾向がある利用者・家族の対応への支援・助言がほしい

⇒事例9・事例10

介護支援専門員が利用者の医療ニーズを把握し、医療的サービスの導入の必要性を感じていても、利用者や家族の理解が得られない・サービスに拒否傾向がある等の理由で、調整に苦慮しているケースがあります。

「なぜ拒否されるのか」「どのように働きかければよいか」を介護支援専門員と看護師と一緒に整理し、現在の状態や今後起こりえるリスク、医療の必要性などをわかりやすく説明するための方法について、看護の視点から支援や助言を受けることができます。

### <主な相談内容>

- ・利用者の疾患や状態の理解
- ・予後予測や今後起こりえるリスクの理解
- ・医療ニーズを含めた課題の整理
- ・医療の必要性の検討（受診、入院、医療系サービス導入など）
- ・利用者や家族への説明の支援

## 事例9 サービス導入に拒否傾向がある利用者や家族への対応

### 電話相談

介護支援専門員



【80代女性、要介護1、認知症症状あり、娘と二人暮らし】

- ADLはほぼ自立していますが、認知症症状があり、毎日徘徊があるようです。何度か警察に保護され、市役所から介護支援専門員に確認の連絡がありました。
- 週1回通所介護を利用しています。そこでも徘徊があり長時間の利用は難しいです。
- 現在は通院してアリセプトを処方されていますが、一度認知症の専門医に診てもらい、ケアプランも見直す必要があると思っています。しかし、同居の娘さんは「母は散歩に出ても家に戻ってこれるから大丈夫」と言い、現状を変える気持ちがないようです。あまり強く勧めるとサービス自体を拒否されるのではと思い、声かけができていません。

- まずは娘さんと少しずつコミュニケーションをとり、今の気持ちや、お母さんのことをどう考えているのかを聞くことが大切です。
- ずっと一緒にいる家族には、認知症症状の変化が見えづらかったり、元々のパーソナリティだと捉えてしまうところもあります。客観的、医学的に見てどうなのか、一度主治医を通じて娘さんに伝えてもらってはでしょうか。
- 徘徊を放置することでお母さんが事故に遭ったり、場合によっては家族が監督責任を問われる可能性もあることを娘さんに伝え、その上でどうするかを選択してもらう必要があります。
- それでも娘さんの反応が難しいようでしたら、一人で抱え込まずに、困難事例として地域包括支援センターに相談してみてもいいでしょう。



看護師

## 事例10 サービス導入に拒否傾向がある利用者や家族への対応

### 電話相談



介護支援専門員

- 【女性、要介護2、脳血管疾患あり、うつ症状で抗不安薬等の内服 息子と二人暮らし】
- 同居の息子は介護はできない状況。別居の娘は介護に協力的ですが、仕事や子育てがあるため手助けできることに限度があります。
  - ADLは一人で何とか生活できるレベル。ご本人はリハビリに意欲的で、家で自己流でやっていますが、転倒の危険もあります。
  - ご本人の拘りが強く、サービスの導入・継続が難しいです。以前は通所リハビリを利用していましたが、職員と合わずにすぐやめてしまいました。
  - 現在は訪問介護のみの利用ですが、病状の把握や状態観察が難しいので、訪問看護を導入できればと思うのですが。

服薬状況も含め状態観察が必要であること、通所系サービスはすぐに拒否し継続できないこと、訪問介護は受け入れていることを考えると、訪問系サービスの導入がいいかもしれません。リハビリに意欲が高いので、訪問リハビリと訪問看護を併用し、残存機能の維持向上も図りつつ、状態観察もできるように介入してはどうでしょう。



看護師

### 対面相談



介護支援専門員

- 訪問看護や訪問リハビリの利用についてご本人と娘さんに提案し、介入できる訪問リハビリ事業所も探してきました。
- ご本人はリハビリはやる気ですが、訪問看護は今のところ必要ないと感じています。娘さんは、ご本人の気持ちの浮き沈みや血圧等を心配し、訪問看護に入ってほしいということでした。

もともとサービスに拒否傾向のある方なので、今のところ訪問看護は必要ないと思っているのであれば、受入に難色を示すかもしれませんね。まずご本人が興味のある訪問リハビリから導入してはどうでしょう。その後、ご本人の心身状況をみながら訪問看護につなげていく方法もあります。



看護師



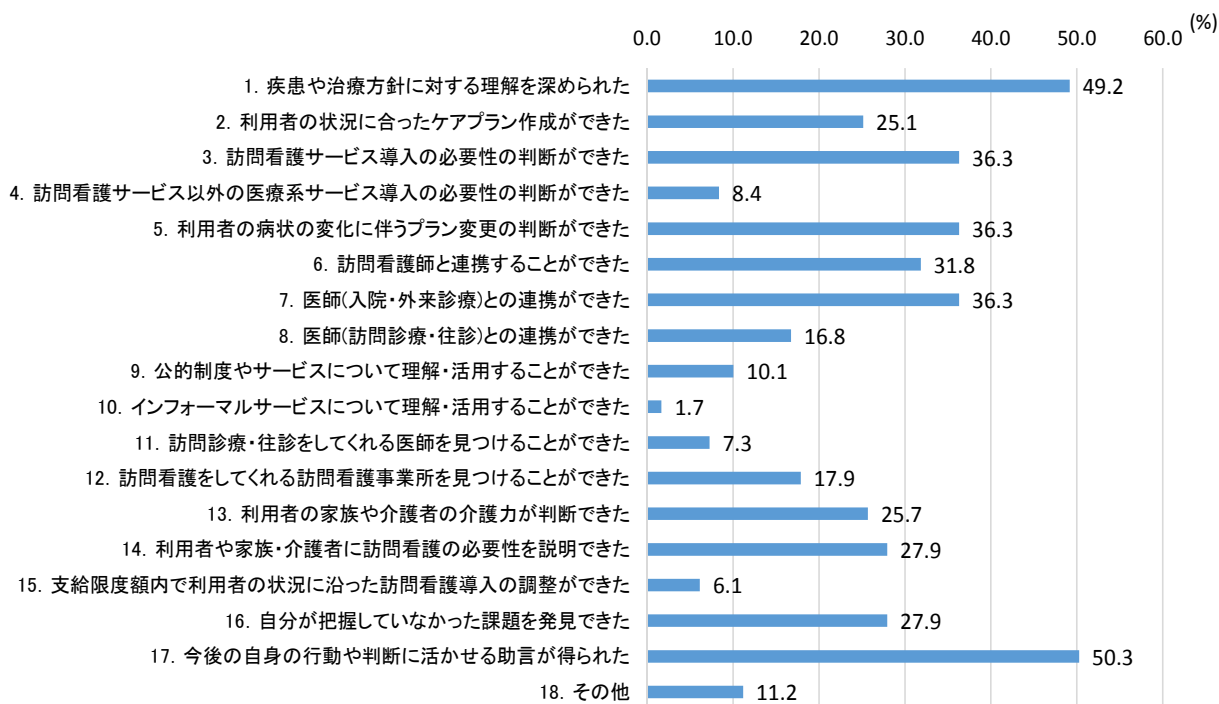
介護支援専門員

まずは興味のある訪問リハビリを導入、様子を見て訪問看護につなげていく

## (2) 介護支援専門員からの評価

モデル事業で相談窓口を利用した介護支援専門員が、利用後のアンケートで回答した相談支援事業の評価(複数回答)としては、「今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた」が50.3%、次いで「疾患や治療方針に対する理解を深められた」49.2%が多くなっています。以下、「訪問看護サービス導入の必要性の判断ができた」「利用者の病状の変化に伴うプラン変更の判断ができた」「医師(入院・外来診療)との連携ができた」がいずれも36.3%となっています。

図表8 相談支援の効果(複数回答)

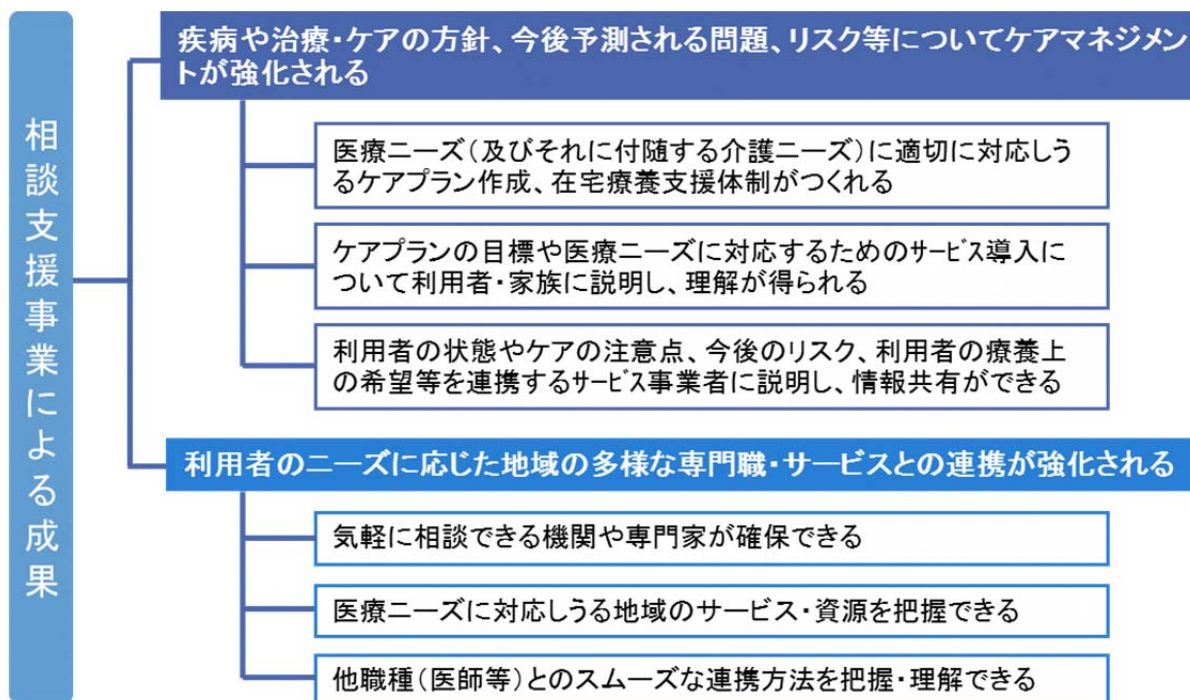




### (3) 相談支援事業の効果

相談支援事業により、介護支援専門員によるケアマネジメントや連携調整業務の負担軽減にどのような効果があったか、まとめたものが【図表9】です。

図表9 相談支援事業による効果（まとめ）



#### ① 疾病や治療・ケアの方針、今後予測される問題、リスク等についてケアマネジメントが強化される

適切なプランニングの前提となる、疾病や状態の理解、それに対応する治療やケアの方針（なぜその治療やケアが必要なのか）について看護師から説明や助言を受けることができます。

また、今現在の病状や状態に対してどのような支援が必要か、という観点だけでなく、疾患の進行や状態悪化に伴い、今後どのような変化が予測され、それに伴いどのような生活上のリスクが生じるのか、という予測・予防的観点からも説明や助言を受けることができます。今後の状態変化やリスクを考慮に入れることで、利用者に関わる多職種との情報共有や、悪化予防のための支援導入、今後に向けての本人・家族への説明や意思確認などが的確に進められます。

#### モデル事業より：介護支援専門員や看護師の声

- ケアマネジャーの経験年数は長いのですが、この度初めて頸髄損傷の方を担当することになり、障害の状況やケアの注意点などを知るために相談窓口を利用しました。入院先の病院で得た情報をもとに相談したところ、治療や入院期間、退院後に必要な介護やリハビリなど大体の目途を把握できました。家族に今後の見通しを含めて説明することができ、家族の不安が軽減されたと思います。（介護支援専門員）

- 例えば、利用者が「動けなくなってきた」という状況について、その原因のアセスメントが十分でないと、「動けなくなってきたからデイサービスで入浴しましょう」といったケアプランになりがちです。サービスの選択肢としてはデイサービスかもしれませんが、そもそも動けない原因は何か（痛みがある、筋力が弱っている、食事がとれていない、精神的な要因等）をふまえたアセスメントにより、デイサービス以外の時間も含めて利用者が日常生活をどう過ごし、周囲はどのようにサポートするかという「ケアを組み立てる」プランニングが重要です。看護師にはそこに向けた支援をする役割があると思っています。（看護師）

## ② 利用者のニーズに応じた多様な専門職・サービスとの連携が強化される

医療ニーズの把握や理解に加えて、介護支援専門員が苦慮するもう1つの問題が、在宅医療・介護に携わる多様な関係職種や関係機関との連携調整です。

在宅療養者のニーズの多様化・複雑化により、複数の保険制度にまたがったサービス利用が必要になったり、対応可能な医療機関や介護サービス事業所をあらたに開拓する必要性が出てきます。日々の業務で医療介護連携に精通している訪問看護師に相談することにより、地域で医療ニーズに対応しうるサービス・資源の最新の情報を得ることができます。

また、関係職種・関係機関への説明や依頼内容をどう整理し、どのようなタイミングで伝えればいいのか、関係職種や利用者本人・家族の理解が得られないときの効果的な説明方法についても、助言や支援を得ることができます。

## モデル事業より：介護支援専門員や看護師の声

- モデル事業が始まる以前から（今回相談窓口となった）訪問看護ステーションには時々相談をしていますが、大学病院の地域連携室への連絡を仲介してもらったり、医療ニーズに対応できるデイサービスを紹介してもらったりと、連携先を広げる支援をしてもらいました。（介護支援専門員）
- 訪問看護の導入には医師の指示書交付が必要ですが、医師に「なぜこの人は訪問看護が必要なのか」、エビデンスをもってきちんと説明することがなかなか難しい介護支援専門員もいます。こうした相談窓口があって、利用者の状態・イメージを相談して、「このように医師に説明すればわかりやすいですよ」と看護師から助言をもらえる仕組みがあるととても助かると思います。（介護支援専門員）
- 家族によるネグレクトが疑われ、かつ家族がサービス導入に拒否的なケースで、「医療処置のために訪問看護に入ってほしい」と言われました。いきなり訪問看護も加わると家族が一切のサービスを拒否する恐れもあり、まずは既に訪問診療に入っている主治医に相談し打開策と一緒に検討するよう勧めました。主治医と一緒に利用者宅に出向き、家族に説明しようといってくれたそうです。（看護師）

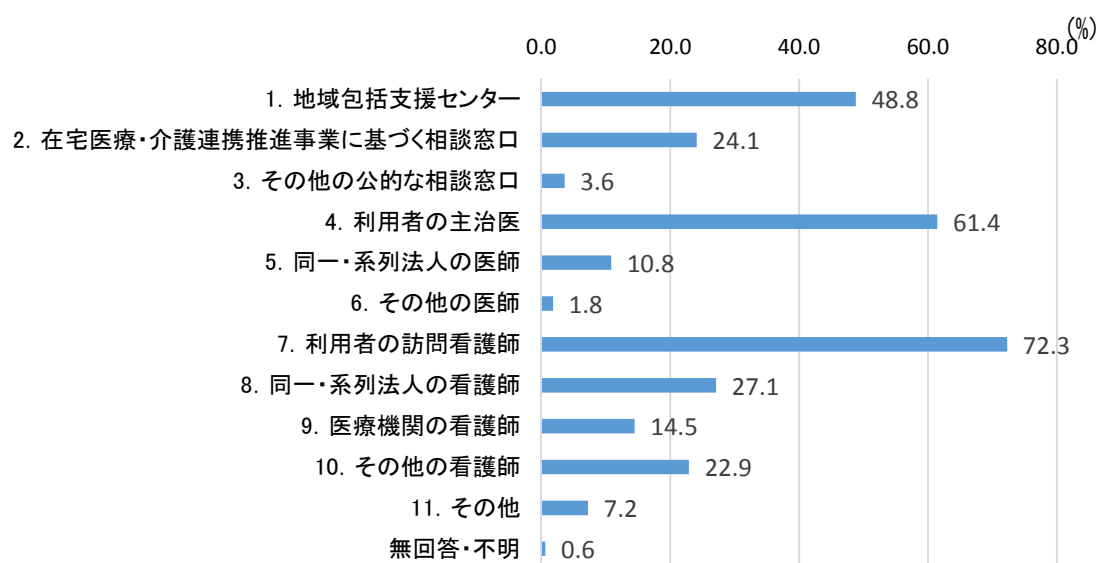
### 3) 事業化することの意義

モデル事業の相談窓口を利用した介護支援専門員の92.8%が、医療ニーズのある利用者への対応に関して外部（職場の上司や同僚以外）の相談先があると回答しています。【図表 10】

その内訳は、「利用者の訪問看護師」72.3%、「利用者の主治医」61.4%の割合が高く、利用者を通じて日頃から連携関係のある医療職を相談先としている介護支援専門員が多いといえます。

「地域包括支援センター」は48.8%ですが、「在宅医療・介護連携推進事業に基づく相談窓口」を利用しているという回答は24.1%であり、地域によって介護支援専門員を対象とした相談窓口の整備状況や認知状況にはまだ差が大きいようです。

図表 10 医療ニーズのある利用者対応に関する日常的な相談先（複数回答）



相談先の医療機関や訪問看護ステーションの患者・利用者ではないケースについての相談は、医療職に「忙しい業務中に時間を割いてもらう」ことへの遠慮や、相談先の都合の良い時間に合わせる調整の難しさがあります。上記の遠慮や時間の制約から、部分的な相談になり、課題が解決しきれない場合もあります。

また、個別に相談できる医療職とのネットワークが乏しかったり、地域の職能団体や連絡会に所属していない介護支援専門員、一人開業の介護支援専門員等にこそ、広く開かれた相談窓口が必要だと考えられます。

一方、相談を受ける訪問看護ステーションの側も、看護師が訪問業務の合間に利用者ではない方のケアマネジメントに関する相談に対応するには業務調整が難しく、困っている相談者にすぐに回答が返せない場合があります。また、訪問看護師は介護支援専門員から依頼を受け、退院調整カンファレンスに同行したり、利用者・家族への説明をサポートすることがありますが、訪問看護サービスの導入につながらないケースは事業所の収益につながらない現状にあります。

本事業ではモデルとして即応性のある窓口を設置し試行的に実施しましたが、既に介護支援専門員の日常的な相談相手として訪問看護師が身近な存在となっていました。こういった既存の関係性をより深める一環として、例えば、自治体の地域包括ケアを維持・深化させるための事業等



により相談窓口が設置されることで、介護支援専門員にとっては気軽に相談できる窓口が公的に整備され、訪問看護師にとっては継続的かつ即応性のある相談体制が確保でき、結果としてケアマネジメントの質の向上、医療・介護連携の強化につながると考えられます。

#### モデル事業より：介護支援専門員や看護師の声

- 利用者に訪問看護を提供しているステーションとは別に、医療的なことを相談できる窓口が身近にあると有り難いケースは多いです。窓口で看護師とゆっくり話ができるのであれば、利用したい介護支援専門員は多いのではないのでしょうか。（介護支援専門員）
- 電話だけではその方の本当の課題はなかなかわからない点があるので、同行訪問で一緒に様子を見てもらって確認ができるのは有り難いと思います。電話相談についても、最初に申込用紙を書いてFAXで送って、という方式ではなく、困ったときにすぐ電話でアドバイスがもらえる仕組みでしたので助かりましたね。（介護支援専門員）
- 普段はステーションの管理者も訪問に出ているので、介護支援専門員から相談の電話がかかってきても、なかなかタイムリーに対応できる訳ではありません。「相談窓口」として設置するなら、その時間帯に専任で対応できる職員配置は必要です。（看護師）
- 訪問看護は一体何をしてくれるのか、サービス単価に見合った働きをしてくれるのか、と思っている利用者や介護支援専門員もいると思います。そうした方たちに、利害関係のない公正中立的な「相談窓口」という立場で介入し、訪問看護導入のメリットや今後について客観的にアドバイスが出来るのは、訪問看護全体にとっても良いことです。（看護師）

## 4. 医療ニーズを有する介護保険利用者のケアマネジメントに関する訪問看護師等による相談支援事業実施に向けて

### 1) 市町村における事業化

医療を必要とする介護保険利用者のケアマネジメントに関する訪問看護師等による相談支援は、相談窓口を設置することにより、地域の医療・介護連携の調整、関係促進が期待できます。この地域の介護職や医療職の相談支援を行う事業は、医療介護総合確保基金を活用した事業や在宅医療・介護連携推進事業等の一環として実施可能です。

実際に、日本看護協会がモデル事業を依頼した事業所の中にも、既に市町村の在宅医療・介護連携推進事業の委託を受け、介護支援専門員に限らず地域の多職種に向けた相談窓口を開設しているところが含まれています。

前項で示したように、モデル事業で相談窓口を利用した介護支援専門員からは、日頃から利用者をめぐって連携関係のある医療職や地域包括支援センター以外の相談先として、本事業のような相談窓口があれば利用したいという評価が多く寄せられています。

相談支援事業を継続的に実施するためには、相談支援に係る時間や労力に対して適切な人件費・交通費などが確保されるよう、在宅医療・介護連携推進事業やその他の地域支援事業、自治体の独自事業等での事業化が必要です。

### 2) 実施上の留意点

モデル事業における介護支援専門員へのアンケート調査や看護師の相談支援記録、両者へのヒアリング等から得られた課題にもとづき、「医療ニーズを有する介護保険利用者のケアマネジメントに関する訪問看護師等による相談支援事業」の実施上の留意点を以下のようにまとめました。

#### (1) 相談窓口の設置場所

##### 専従または専任の看護師配置が望ましい

少なくとも平日の一定時間帯に相談窓口を開設し、開設時間帯は看護師が専従または専任で相談対応できる体制が求められます。

したがって、訪問看護ステーション等に委託して実施する場合は、下記のような機能・要件を備えた事業者が望ましいと考えられます。

##### <相談窓口を担える機関・事業所の例>

- ・機能強化型訪問看護ステーションなど大規模で研修・教育機能をもつ訪問看護ステーション
- ・厚生労働省の「訪問看護支援事業」（平成21年度～24年度）の実施時に全国の都道府県看護協会等に設置された「訪問看護支援センター」など、地域の訪問看護事業者等への相談対応実績があるところ
- ・地区医師会や医療機関が開設する「在宅医療サポートセンター」などの相談機関

## 地域の規模に応じた体制整備

居宅介護支援事業所を含め医療・介護サービス事業所の多い都市部では、複数の訪問看護ステーション等に委託し、地区ごとに相談窓口を設置することによって、より広域的に相談支援体制が整備できます。

複数の相談窓口を設ける場合は、相談員の質の担保や、相談内容からみる地域の課題の共有、行政や関係機関へのフィードバックを行うコーディネーター機能をどこかが担う必要があります。行政が担うという方法のほかに、地域の訪問看護ステーション連絡協議会や、都道府県看護協会に委託することも可能です。

### (2) 相談対応の対象範囲

#### 医療ニーズのワンストップ相談窓口

<相談内容の対象範囲>

- ①病状や医療ニーズのアセスメント、予後予測にもとづく今後の変化やリスクの把握
- ②上記を医学的根拠を交えてわかりやすく利用者・家族やサービス事業者の説明する
- ③療養環境や、家族・介護者の介護力のアセスメントにもとづくサービス必要量の検討
- ④地域で具体的に利用できる制度やサービスの把握
- ⑤④や在宅療養支援において連携が必要となる多職種・多機関との連携調整

介護支援専門員にとって、①～⑤の内容はケアマネジメントの一連のプロセスの中で短期間で解決すべき課題です。したがって、「同行訪問」や「対面相談」機能も備えた相談窓口の場合は、①～⑤をワンストップで相談できる包括的な相談窓口であることが望ましいと考えられます。

#### 他の相談支援機関との連携・役割分担

介護支援専門員が苦慮する困難ケースには、「利用者本人の医療ニーズ」にとどまらず、家族の病気や障害、社会的孤立、生活困窮、虐待など1つの世帯で複合的なニーズを抱えるケースが少なくありません。医療ニーズへの対応だけでは解決が難しい、こうした複数の制度にまたがる支援を要するケースについては、「地域ケア会議」での検討や、行政の担当窓口にも早期につなぐことが重要です。

あらたに訪問看護ステーション等に委託して相談窓口を開設する場合は、既存の相談支援機能をもつ機関（地域包括支援センター、在宅医療介護連携拠点、職能団体が開設する相談窓口等）との連携・役割分担をあらかじめ取り決めておくことが良いでしょう。

#### 介護支援専門員の「業務代行」ではない

前述の④地域で具体的に利用できる制度やサービスの把握 や、⑤多職種・多機関との連携調整は、本来的に介護支援専門員の業務の一環でもあります。そこで、相談窓口が介護支援専門員の業務を全て「代行」してしまう支援にならないよう、注意が必要です。

④地域で具体的に利用できる制度やサービスの把握 については、相談窓口の役割としては以下のように考えられます。

- ・制度やサービスの概要、利用料金の目安を説明し、利用や連携の方法を提案
- ・制度の詳細な説明や、利用者の自己負担額などの相談が必要な場合は、行政の窓口（例：難病医療）や、当該サービス事業所を紹介する

⑤多職種・多機関との連携調整については、スムーズに連携調整を行うための説明方法やタイミングについての支援・助言をすることが重要であり、「介護支援専門員の代わりに医師に連絡する」業務代行になってしまわないよう、注意が必要です。

ただし、連携先に対して利用者の医療ニーズに関する情報を伝えたり、医学的根拠にもとづいた説明・説得をする等の場合に、最初の「つなぎ」を相談窓口の看護師が支援することも、場合に応じて有効となります。

### （３）相談対応する看護師に必要なスキル

相談対応にあたる看護師には、訪問看護の知識・経験に加えて、地域の医療・介護資源の状況や連携方法の把握、ケアマネジメントの理解が必要となります。介護支援専門員の有資格者や、相談員・コーディネーター等の研修受講者であることが望ましいと考えられます。

介護支援専門員からの相談内容は、疾患や医療処置のことにとどまらず、制度や具体のサービスなど多岐にわたります。必ずしも看護師が情報の内容について専門的な立場にない場合は、相談者の疑問点などを整理した上で、適切な機関やサービスにつなぐことが重要です。

## 相談対応する看護師の「心得」

- ① 相談窓口の利用により、介護支援専門員が今後の業務に活かせる気づきやノウハウを得られるよう、補完的な立場で対応する。
- ② 利用者・家族への説明や、主治医との調整を相談窓口の看護師が支援する場合も、介護支援専門員の業務を単に「代行」するのではなく、これらの業務を円滑に進めるための工夫や留意点を助言していく。
- ③ 諸事情により医療ニーズへの対応やサービスの利用調整が遅れているケースについて、「どうしてもっと早く連絡しないのか」「なぜ放っておいたのか」等、相談者を責める対応はしない。解決すべき問題点を一緒に整理し、対応のための支援・助言を行うことが相談窓口の役割である。
- ④ 利用者が必要なサービスを拒否する、家族の理解が得られない等の困難ケースの相談については、対応に苦慮している相談者の立場に立ち、介護支援専門員の業務範囲でしっかり対応ができていない点を支持し理解したうえで、今後（他機関・他職種との連携も含めて）どのような対応策が可能かを一緒に検討する。
- ⑤ 公正中立な立場で、相談ケースにおける利用者の課題解決を第一義とし、利用者にとっての有効性や利便性を考えた対応策を提案する。

## 事例1 訪問看護師をトータルサポートマネジャーとして養成（山梨県看護協会）

山梨県看護協会では県からの委託を受けて、2017年度から5年計画で県内の訪問看護師等を対象に「トータルサポートマネジャー養成事業」を行なっています。

トータルサポートマネジャー（以下 TSM）は、医療的ケアを要する在宅療養者への支援や退院支援、在宅看取りなど多職種連携が必要なケースにおいて、医療分野の多職種間の調整や介護支援専門員等との調整を行います。

### <受講条件>（2018年度）

- ①看護師の資格を有する者
- ②以下のいずれかに該当する者であって、5年以上の訪問看護の実務経験を有する者
  - ア 訪問看護ステーションに勤務している者
  - イ 訪問看護を実施している医療機関に勤務している者
- ③介護支援専門員の資格を有する者、または専門看護師、認定看護師、大学院修士課程修了者の内1つ以上を有する者
- ④その他、上記要件に準じる者で、実施主体の長が適任と認めた者

### <研修内容>

- 医療依存度の高い在宅療養者の現状とニーズ
  - 地域保健医療・福祉の施策および介護保険制度の変遷と動向・課題
  - トータルサポートのアセスメントの基礎
  - 小児、難病、がん、精神疾患等の在宅療養者への理解とトータルサポート
  - 在宅医療に関わる職種の専門性の理解
  - 多職種協働のためのコミュニケーションスキル
- 等、総計 108 時間の講義・演習・グループワーク

2019年2月現在、山梨県下の訪問看護師22名がTSMの研修を修了し、病院の退院調整部門や介護支援専門員からの相談を受ける等、研修で学んだスキルを発揮しています。今回のモデル事業では山梨県看護協会にコーディネートをお願いし、TSMが所属する訪問看護ステーション12か所にご協力いただき、より身近な地域での相談対応が可能な複数事業所による相談支援事業を実施しました。

## 事例2 介護支援専門員資格のある看護師等が相談対応（横浜市旭区医師会在宅医療相談室）

横浜市では在宅医療連携推進事業の一環で、横浜市医師会と協働のもと、在宅医療を担う医師への支援や、在宅介護を担う介護支援専門員などへの医療的支援を実施する「在宅医療連携拠点」を全区で整備・運営しています。

### <事業内容>

- 職員体制：介護支援専門員の資格を有する看護師等2名
- 開設時間：午前9時から午後5時（土日祝 年末年始を除く）
- 業務内容：相談・支援業務、医療連携・多職種連携業務、市民啓発業務
- 業務形態：横浜市が各区医師会等に業務委託

このうち、今回モデル事業にご協力をいただいた「旭区在宅医療相談室」では、相談窓口を旭区医師会の旭訪問看護リハビリステーション内に設置し、介護支援専門員資格と訪問看護経験のある看護師が専任で多職種からの相談に対応しています。

また、区内を4地域にわけ、地域ごとに選定したリーダー医師が中心となりあらたに訪問診療を行う医師への同行支援事業や、多職種間連携会議、市民向けの講演会等を実施しています。

#### (4) 相談記録の整備と管理

今後の相談業務の参考としたり、事業の効果評価をするために、相談内容については何らかの記録様式を整備し、記録を残すことが望ましいでしょう。併せて記録の管理に関する規定なども整備します。

相談内容には居宅介護支援の利用者の個人情報が含まれる場合もあるため、個人情報の取り扱いにあたっては、下記の事項に特段の注意を払う必要があります。

- ・ 相談内容は相談者の了解なしには他者に伝えない
- ・ 他の関係職種や関係機関に情報を伝えることが解決に役立つと考えられる場合は、その旨を相談者に説明し了解を得た上で伝える
- ・ 相談内容の記録は独立したファイル等で保管し、相談事業対応者以外のアクセスが制限される端末等で保管する

#### (5) 相談窓口の公正中立性

相談窓口の機能として、中立の立場で説明や助言を行い、関係機関や職種への橋渡しができることが重要となります。

看護師として介護支援専門員のケアマネジメントを支援することは、個別のケアマネジメント支援となります。地域包括支援センターが個々の介護支援専門員に対する支援等を行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を担っていますが、医療ニーズを有する利用者に対して、全て対応できる訳ではありません。前述したように、複雑かつ多様な状態にある利用者に対して、予後予測等の助言・支援を看護師が行い医療・福祉の視点で適切なケアマネジメントに活かしてもらうことに留意が必要です。

例えば、訪問看護ステーションが事業を受託して相談窓口を開設し、訪問看護などのサービス導入を提案する場合には、自事業所や法人への利益誘導とならないような仕組みの担保が必要です。このため、介護支援専門員や利用者・家族が率直に相談でき、助言を受けることができるよう窓口としての整備が求められます。

相談窓口の公正中立性を担保する方策としては、地域包括支援センターなど現行の相談支援を行う機関でとられている方法を参考に、下記のような対応が考えられます。

- ・ 相談時に参照できる地域の事業所一覧のリストを用意しておき、複数の選択肢を伝えること
- ・ 相談者に事業所の選択を一任された場合も、一覧表等を提示しながら説明を行うこと
- ・ 相談窓口専用の電話番号やメールアドレスを設け、当該訪問看護ステーションの新規利用希望や既存の訪問看護利用者に関する相談と混在しないよう区別すること



## 【参考資料】本事業で使用した看護師による相談記録の様式

①相談番号	②初回の相談番号	
※①相談番号には、相談を受けた順に番号を入力してください。同ケースで複数回の相談があった場合は、②初回の相談番号も併せて記載してください。		
<b>相談支援者(看護師) 相談記録</b>		
該当するチェックボックス <input type="checkbox"/> にチェック(シ)を入れ、回答欄には該当する数字や文字を入力してください。(チェックボックスをクリックすると、チェックが入ります。)		
<b>相談日時</b>	年 月 日( ) 時 分 ~ 時 分	
<b>対応者名(所属施設名)</b>		
<b>相談方法</b>	<input type="checkbox"/> 01 電話 <input type="checkbox"/> 02 FAX <input type="checkbox"/> 03 E-mail <input type="checkbox"/> 04 面談 <input type="checkbox"/> 05 同行訪問	
<b>相談ケースの概要</b>	相談者の所属先 <input type="checkbox"/> 01 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 02 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 03 介護施設 <input type="checkbox"/> 04 その他 <input type="checkbox"/> ↓ 所属先: _____	
	本ケースに関する相談回数 <input type="checkbox"/> 01 初めて <input type="checkbox"/> 02 2回目 <input type="checkbox"/> 03 3回目以上 初回相談日: _____ 月 _____ 日	
	要介護認定申請 <input type="checkbox"/> 01 有 <input type="checkbox"/> 02 無 <input type="checkbox"/> 03 申請中 <input type="checkbox"/> 04 要支援相当(介護予防・日常生活支援総合事業等の対象者)	
	要介護度 <input type="checkbox"/> 01 要支援1 <input type="checkbox"/> 02 要支援2 <input type="checkbox"/> 03 要介護1 <input type="checkbox"/> 04 要介護2 <input type="checkbox"/> 05 要介護3 <input type="checkbox"/> 06 要介護4 <input type="checkbox"/> 07 要介護5	
	利用している介護保険サービス(複数選択可) ※要支援者の場合は予防給付に読み替えて選択してください。	<input type="checkbox"/> 01 検診中 <input type="checkbox"/> 02 訪問介護 <input type="checkbox"/> 03 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 04 訪問看護 <input type="checkbox"/> 05 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 06 通所介護 <input type="checkbox"/> 07 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 08 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 09 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 10 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 11 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 12 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 13 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 14 療養通所介護 <input type="checkbox"/> 15 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 16 その他 → サービス名: _____
	医療ニーズを有する疾患・症状(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 01 脳血管疾患(脳梗塞、くも膜下出血等) <input type="checkbox"/> 02 心疾患(心筋梗塞、不整脈等) <input type="checkbox"/> 03 治療を要する高血圧 <input type="checkbox"/> 04 [01~03以外の]循環器疾患(心不全、狭心症等) <input type="checkbox"/> 05 糖尿病 <input type="checkbox"/> 06 悪性新生物(がん) <input type="checkbox"/> 07 慢性閉塞性肺疾患(肺気腫や慢性気管支炎を含む) <input type="checkbox"/> 08 [07以外の]呼吸器疾患(肺炎、肺結核等) <input type="checkbox"/> 09 大腿骨骨折 <input type="checkbox"/> 10 [09以外の]骨折 <input type="checkbox"/> 11 神経難病(ALS、パーキンソン病等) <input type="checkbox"/> 12 認知症(アルツハイマー病を含む) <input type="checkbox"/> 13 [12以外の]精神疾患(うつ、統合失調症等) <input type="checkbox"/> 14 その他 → 疾患・症状: _____
	医療処置(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 01 インスリン注射 <input type="checkbox"/> 02 中心静脈栄養の管理 <input type="checkbox"/> 03 注射・点滴の管理(01,02以外) <input type="checkbox"/> 04 透析(腹膜透析を含む)の管理 <input type="checkbox"/> 05 ストーマ(人工肛門、人工膀胱)の管理 <input type="checkbox"/> 06 酸素療法 <input type="checkbox"/> 07 人工呼吸器の管理 <input type="checkbox"/> 08 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 09 がん性疼痛のコントロール <input type="checkbox"/> 10 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む) <input type="checkbox"/> 11 カテーテル(留置カテーテル等)の管理 <input type="checkbox"/> 12 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 13 ネブライザー(吸入) <input type="checkbox"/> 14 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 15 創傷(褥瘡以外の傷)処置 <input type="checkbox"/> 16 服薬管理(薬の飲みすぎ・飲み忘れへの対応等) <input type="checkbox"/> 17 排便コントロール(洗腸・排便等) <input type="checkbox"/> 18 導尿 <input type="checkbox"/> 19 がんの外來化学療法 <input type="checkbox"/> 20 簡易血糖測定 <input type="checkbox"/> 21 その他 → 医療処置の内容: _____
	(ADL、理解力、家族状況等の <b>基本情報</b> )	
	<b>相談内容</b>	<input type="checkbox"/> 01 疾患や治療方針の理解 <input type="checkbox"/> 02 利用者のアセスメント及びケアプラン作成 <input type="checkbox"/> 03 訪問看護サービス導入の必要性の判断 <input type="checkbox"/> 04 訪問看護以外の医療系サービス導入の必要性の判断 <input type="checkbox"/> 05 利用者の病状の変化に伴うプラン変更の判断 <input type="checkbox"/> 06 訪問看護師との連携 <input type="checkbox"/> 07 医師(入院・外来診療)との連携 <input type="checkbox"/> 08 医師(訪問診療・往診)との連携 <input type="checkbox"/> 09 公的制度やサービスの理解・活用 <input type="checkbox"/> 10 インフォーマルサービスの理解・活用 <input type="checkbox"/> 11 訪問診療・往診してくれる医師を探すこと <input type="checkbox"/> 12 訪問看護をしてくれる訪問看護事業所を探すこと <input type="checkbox"/> 13 介護者の介護力(医療処置への対応力等)の判断 <input type="checkbox"/> 14 利用者や家族・介護者への訪問看護の必要性の説明 <input type="checkbox"/> 15 支給限度額内での訪問看護導入の調整 <input type="checkbox"/> 16 その他( )
		<b>支援内容</b>
<b>相談結果</b> (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 01 相談継続 <input type="checkbox"/> 02 利用者の主治医・かかりつけ医への連絡 <input type="checkbox"/> 03 その他の医療機関への紹介・連絡 <input type="checkbox"/> 04 地域包括支援センターへの紹介・連絡 <input type="checkbox"/> 05 利用者の訪問看護ステーションへの連絡 <input type="checkbox"/> 06 その他の相談窓口やサービスへの紹介・連絡 (相談窓口・サービス名: _____) <input type="checkbox"/> 07 訪問看護サービスの導入の提案 <input type="checkbox"/> 08 その他 <input type="checkbox"/> 09 相談終了	

「医療ニーズを有する利用者に対応する介護支援専門員への看護に関連する療養上の相談支援のあり方に関する試行的調査研究事業」概要

●検討委員会の設置

「看護師によるケアマネジメント支援のあり方検討委員会」を設置し、下記の体制により本事業の実施内容や方法の検討を行った。

<検討委員会委員>

(敬称略・五十音順)

委員長	齋藤 訓子	日本看護協会 副会長
委員	石山 麗子	国際医療福祉大学大学院 教授
	江澤 和彦	日本医師会 常任理事
	川名 理恵子	横須賀市健康部地域医療推進課 課長
	篠田 浩	大垣市福祉部社会福祉課 課長
	柴口 里則	日本介護支援専門員協会 会長
	並木 奈緒美	山梨県看護協会ゆうき訪問看護ステーション 管理者

<検討経緯>

第1回	平成 30 年 9 月 10 日 (月) ■ 事業概要について ■ 相談支援試行事業の背景について ■ 相談支援試行事業 (案) について
第2回	平成 30 年 12 月 21 日 (月) ■ 相談支援試行事業の進捗状況について
第3回	平成 31 年 1 月 24 日 (水) ■ 答申 (案) について ■ 実施の手引き (案) について ■ 調査報告書 (案) について

●試行事業の実施・検証

(1)「介護支援専門員への看護に関連する療養上の相談支援試行事業」の実施

平成 30 年 10 月～12 月の間、全国 6 地域 (計 22 協力事業者) で、地域の訪問看護ステーション等の看護師が介護支援専門員からの医療・看護に関する相談に応じ、利用者のアセスメントやケアプラン作成についての助言や、必要に応じ同行訪問等による支援を行う試行事業を実施した。

(2)ヒアリングによる情報収集

相談支援試行事業の実施期間中、①相談支援にあたった協力事業者 (訪問看護ステーションの看護師等)、②相談窓口を利用した介護支援専門員、③コーディネーターを担った職能団体等にヒアリングを行い、事業スキームや実施体制、実施状況、取組みの効果および課題等についての情報収集を行った。

(3)相談記録等による事例・データ収集

介護支援専門員による相談利用アンケートおよび看護師による相談支援の実施記録によりデータ収集し、試行事業の効果と課題について検証した。



平成 30 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業補助金 老人保健健康増進等事業  
医療ニーズを有する利用者に対応する介護支援専門員への看護に関連する  
療養上の相談支援のあり方に関する試行的調査研究事業

医療ニーズを有する利用者のケアマネジメントに関する  
看護師による介護支援専門員への相談支援事業  
実施の手引き

平成 31 年 3 月 31 日

[編集・発行] 公益社団法人 日本看護協会  
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2  
TEL: 03(5778)8831 (代) URL: <http://www.nurse.or.jp/>

[問い合わせ先] 公益社団法人 日本看護協会 医療政策部在宅看護課  
TEL: 03(5778)8842 FAX: 03(5778)8478

本書の無断複写・掲載は禁じます。