

平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金  
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

報告書

平成 31 年 3 月

公益社団法人 日本看護協会

# 目次

要旨	1
第1章 調査研究の目的と概要	4
I. 調査研究の目的	4
II. 調査研究の概要	5
1. 実施体制	5
2. 検討経緯	6
3. 調査研究内容	6
第2章 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	8
I. 試行事業の概要	8
1. 試行事業の背景と目的	8
2. 試行事業の仕組み	9
3. 試行事業の実施体制	11
II. 協力事業者概要	15
1. 大阪府下の訪問看護ステーション6事業所	15
2. 山梨県下の訪問看護ステーション12事業所	18
3. 旭区在宅医療相談室	22
4. 豊郷病院在宅療養サポートセンター	23
5. 高崎市医療介護連携相談センター南大類	24
6. 茨城県看護協会土浦訪問看護ステーション訪問看護サポートセンター	25
III. 試行事業の結果	27
1. 相談支援者（看護師）による相談記録の集計結果	27
2. 介護支援専門員による相談利用アンケートの集計結果	36
3. ヒアリング調査	52
4. 結果のまとめ	59
第3章 看護師による相談支援試行事業の成果と考察	62
1. 介護支援専門員の困りごとに着目した分析	62
2. 看護師による相談支援の成果と課題	73
第4章 事業化に向けて	77
I. 相談支援の事業化に向けた課題	77
1. 事業化の必要性	77
2. 事業化の方策	78
3. 実施上の留意点	79
II. 相談支援事業の普及・推進	83
1. 「実施の手引き」の作成と周知・普及	83
2. 介護支援専門員に向けた周知・広報	84

## 参考資料

参考資料 1 : 相談支援者（看護師）相談記録.....	89
参考資料 2 : 相談利用アンケート.....	90
参考資料 3 : 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.....	91

## 要旨

### 1. 目的

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る。在宅療養のためのケアプランを作成する介護支援専門員には、医療が必要であるか相談するための知識やアセスメント力が求められ、各専門職との連携により疾病の悪化予防や状態の維持・改善の観点からのケアマネジメントが必要となる。介護支援専門員が活動する地域において、適時適切なタイミングで身近な医療職に相談できる支援体制の整備は、介護保険利用者ひいては国民が希望する場所での在宅療養を継続する上で重要である。

そこで本事業では、介護支援専門員が地域の訪問看護ステーション等の看護師に医療ニーズを有する利用者のアセスメント等について相談し、助言を受けられる相談支援事業を試行的に実施し、その効果を検証した。さらに、看護師による介護支援専門員への相談支援事業の実施スキームを整理した上で、自治体や訪問看護ステーション等が活用可能な「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」を作成し、各地域の実状に即した効果的な取組みの普及推進を図ることを目的とした。

### 2. 方法

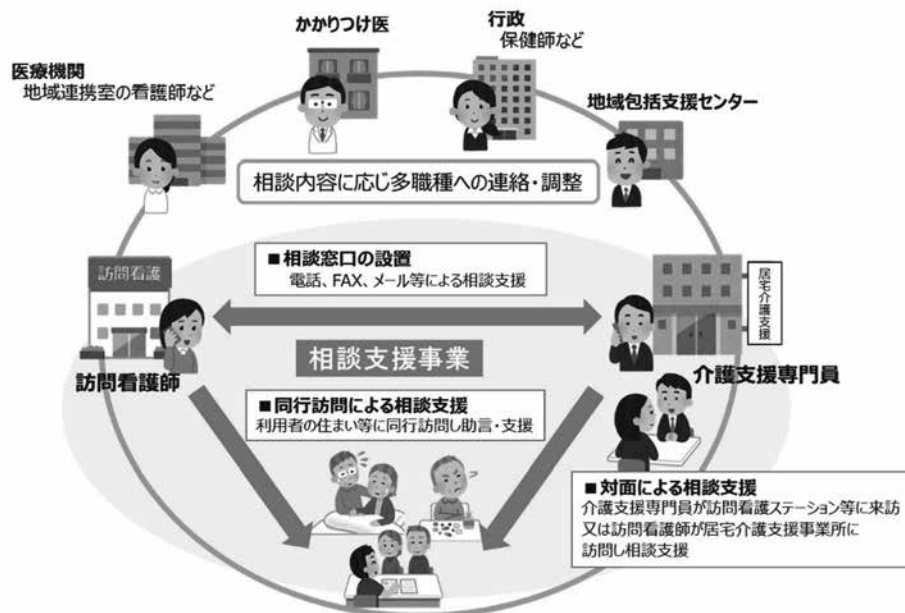
本事業では、「看護師によるケアマネジメント支援のあり方検討委員会」を組織し、相談支援事業の実施スキームや事業評価の視点について検討するとともに試行事業の実施・検証を行った。

検討委員会での議論を踏まえ、平成 30 年 10 月～12 月の 3 か月間に、介護支援専門員が地域の訪問看護ステーション等の看護師に相談し、助言を受けられる相談支援事業を全国 6 地域（22 協力事業者）で試行的に実施した。協力事業者には、①実施準備（実施体制の整備、関係者への周知・広報等）、②相談支援事業の実施（相談窓口の設置、電話・FAX・メール等での相談対応、同行訪問あるいは対面（面談）による相談支援）、③記録・報告の提出（事業実施状況の記録・提出、ヒアリングへの協力）を依頼した。

なお、6 地域中 2 地域では、複数の訪問看護ステーション等に事業協力を依頼する場合に、都道府県看護協会や訪問看護連絡協議会がコーディネーターとして支援を行うモデルを試行した。コーディネーターは、相談窓口となる訪問看護ステーションの選定、個々の事業者との連絡・調整、相談記録等のとりまとめ等を実施した。

本事業における訪問看護師等による介護支援専門員への相談支援の事業スキームは、以下のとおりである。

### 訪問看護師等による介護支援専門員への相談支援 事業スキーム



### 3. 結果

3 か月間の試行事業において、看護師による相談支援は 267 件実施された。相談方法は「電話」が 142 件(53.2%)で最も多く、次いで「同行訪問」63 件(23.6%)、「面談」49 件(18.4%)であった。電話で回答が可能なものは概ね 1 回の電話相談で終了していたが、介護支援専門員からの希望や、看護師が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があると判断した場合は、面談や同行訪問の実施につながっていた。

相談した介護支援専門員への試行事業後のアンケート等から、相談内容としては「疾患や治療方針の理解」、「訪問看護サービス導入の必要性の判断」、「医師（入院・外来診療）との連携」等が多く、医療ニーズのアセスメントおよび説明を的確に行うこと、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、あるいは家族や介護者への対応等に困難を感じていることが示された。また、相談事例について、看護師による相談記録の自由記述等から「看護師からみて、介護支援専門員がどのようなことに困難を感じているのか」という視点で類型化すると、【医療的ニーズの困難性】【ケースマネジメント全般の困難性】の 2 つに大別され、合計 8 パターンが抽出された。それぞれのパターンについて、看護師の対応や相談支援の効果について検討を行った。

本試行事業の成果として、看護師による相談支援によって、介護支援専門員が今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られ、医療的なニーズを有する利用者に対して自信を持って対応できる、利用者・家族の理解促進や不安軽減につながる、医師等の他職種とのスムーズな連携につながる等の効果が明らかになった。

#### 4. 今後の課題

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の窓口を地域で継続的に運営していくためには、事業化等の仕組みが必要である。そこで、地域のケアマネジメント力の強化および在宅医療・介護連携の円滑化を図るため、本試行事業の実施スキームを盛り込んだ「実施の手引き」に基づき、地域の実状に応じて看護師による相談支援事業を活用してもらうよう全国に周知・普及していく。

また、今後は地域医療介護総合確保基金等の活用や在宅医療・介護連携推進事業の「(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援」等の具体的なメニュー例として、本事業で作成した「実施の手引き」を活用した各自治体での取組みも検討してもらうよう、全国の市町村行政、都道府県看護協会および関連職能団体、事業者団体へ働きかけていく。

## 第1章 調査研究の目的と概要

### I. 調査研究の目的

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る。医療器具等を装着した状態での退院や、慢性疾患・複数疾患の自己管理が困難なケース、進行性疾患で悪化リスクがあるケース等、要介護度の如何を問わず医療・看護ニーズがある介護保険利用者は多い。また、独居者や高齢者のみ世帯等の家庭での介護力が少ないケースや、経済的な困難を抱えたケース等、利用者個々の生活状況に合わせた医療ニーズの対応策が必要である。

在宅療養のためのケアプランを作成する介護支援専門員には、医療が必要であるか相談するための知識やアセスメント力が求められ、各専門職との連携による疾病の悪化予防や状態の維持・改善の観点からのケアマネジメントが必要となる。一方で、医療ニーズを抱えた利用者への対応に困難を感じている介護支援専門員も多い。平成29年度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」<sup>1</sup>（以下、「平成29年度事業」と称する）で実施した介護支援専門員への調査では、医療ニーズを有する利用者への対応に困難感や負担感がある者や、看護師による相談支援のニーズがある者が一定程度存在することが明らかになっている。介護支援専門員への研修の充実や地域ケア会議の開催等、徐々に対応は進んでいるものの、今後は介護支援専門員が活動する地域で適時適切なタイミングで身近な医療職に相談できる支援体制が整備されることが必要である。

そこで本事業では、介護支援専門員が利用者の医療ニーズや家族状況等のアセスメント、アセスメントに基づくケアプラン作成、サービス利用開始後のモニタリングといったそれぞれの段階で、地域の訪問看護ステーション等の看護師に相談し助言を受けられる相談支援事業を試行的に実施し、その効果を検証した。本事業で実施する試行事業や、前述の平成29年度事業の結果を踏まえ、看護師による介護支援専門員への相談支援事業の成果と課題を整理したうえで、各地域の実状に即した効果的な取り組みを普及するために、自治体や訪問看護ステーション等が活用可能な「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」を作成することを目的とした。

---

<sup>1</sup> 公益財団法人日本訪問看護財団『平成29年度老人保健事業推進費等補助金（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調査研究事業 報告書』平成30年3月。

## Ⅱ. 調査研究の概要

### 1. 実施体制

事業の実施にあたり、検討委員会を設置し、下記の体制により実施内容や方法の検討を行った。

#### ●検討委員会委員

委員長	齋藤 訓子	国際医療福祉大学 教授（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	公益社団法人日本医師会 常任理事
	川名 理恵子	神奈川県横須賀市健康部地域医療推進課 課長
	篠田 浩	岐阜県大垣市福祉部社会福祉課 課長
	柴口 里則	一般社団法人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

#### ●担当役員

荒木 暁子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
-------	-------------------

#### ●事務局

沼田 美幸	公益社団法人日本看護協会 医療政策部長
堀川 尚子	公益社団法人日本看護協会 医療政策部在宅看護課専門職
内山 綾子	公益社団法人日本看護協会 医療政策部医療制度課
阿曾沼 礼子	公益社団法人日本看護協会 医療政策部在宅看護課
古賀 華子	公益社団法人日本看護協会 医療政策部看護情報課



## 2. 検討経緯

第1回	平成30年9月10日（月） <ul style="list-style-type: none"><li>➤ 事業概要について</li><li>➤ 相談支援試行事業の背景について</li><li>➤ 試行事業（案）について</li></ul>
第2回	平成30年12月21日（月） <ul style="list-style-type: none"><li>➤ 相談支援試行事業の進捗状況について</li></ul>
第3回	平成31年1月24日（水） <ul style="list-style-type: none"><li>➤ 答申（案）について</li><li>➤ 実施の手引き（案）について</li><li>➤ 調査報告書（案）について</li></ul>

## 3. 調査研究内容

本事業では、平成29年度の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」で実施したニーズ調査および先進的事例のヒアリング結果の分析を通じて、看護職による介護支援専門員への相談支援事業の実施スキームを整理し、試行事業を全国6地域で実施した。また、各地域の実情に即した効果的な取組みを普及するために、自治体や訪問看護ステーション等が活用可能な「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」を作成した。

### 1) 「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」の開催（計3回）

地域における看護師等による相談支援のあり方について、知見を有する学識経験者や関係団体、自治体担当者、訪問看護ステーション管理者等7名から成る検討委員会を設置し、相談支援試行事業の実実施計画や効果分析、「実施の手引き」の構成等について検討した。

### 2) 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月にかけて、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。

全国6地域中、2地域においては複数の協力事業者による相談窓口を開設し、より広域をカバーする相談支援体制を試行した。複数の協力事業者との連絡調整や相談記録のとりまとめにあたり、当該地域ではコーディネーターを都道府県看護協会や訪問看護ステーション連絡協議会に委託した。

#### (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。

### 3) 「実施の手引き」の作成

試行事業の結果に基づき、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事業スキームと実施プロセス、地域の医療・介護資源の状況等に応じた実施上の留意点等を取りまとめ、自治体や訪問看護ステーション等が活用可能な「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」を作成した。

## 第2章 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

### I. 試行事業の概要

#### 1. 試行事業の背景と目的

##### 1) 背景

医療ニーズを有する在宅療養者のためのケアプランを作成する介護支援専門員には、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施することが求められる。

一方で、平成29年度事業においては、医療ニーズを有する利用者への対応に困難感や負担感を感じている介護支援専門員が一定程度存在することが明らかになった。介護支援専門員が適切なケアマネジメントを実施していくために、より充実した相談支援体制の整備が課題となっている。

介護保険の現行制度では、医師等の専門職が通院困難な利用者の居宅を訪問して、その心身の状況や置かれている環境等を把握し、利用者やその家族等に対し居宅サービス利用上の留意点や介護方法等についての指導・助言を行うサービスとして「居宅療養管理指導」が設けられている。「居宅療養管理指導」は、ケアプランの作成等に必要情報を専門職が介護支援専門員に提供する機能も併せ持っている。しかし、看護職員による「居宅療養管理指導」は平成30年度介護報酬改定において6か月間の経過措置を設け廃止されており、看護職員による公的な相談支援の仕組みは、一部の自治体が在宅医療介護連携推進事業や独自事業で実施するものに限られているのが現状である。

今後、医療ニーズを有する要介護者の在宅療養が増加していく中で、看護師による相談支援に対するニーズも高まっていくものと考えられる。それに応えるためには、介護支援専門員が要介護者等の医療・看護ニーズの把握、訪問看護等の医療サービスの必要性の判断、医療サービスの導入に関する利用者・家族への説明等の各段階で、地域の看護職に相談し助言を受けられる相談支援の仕組みについて検討する必要がある。

##### 2) 目的

そこで本事業では、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を行い、必要に応じ同行訪問による支援を実施する試行事業を、3か月間に全国6地域で試行的に実施し、その効果を検証した。

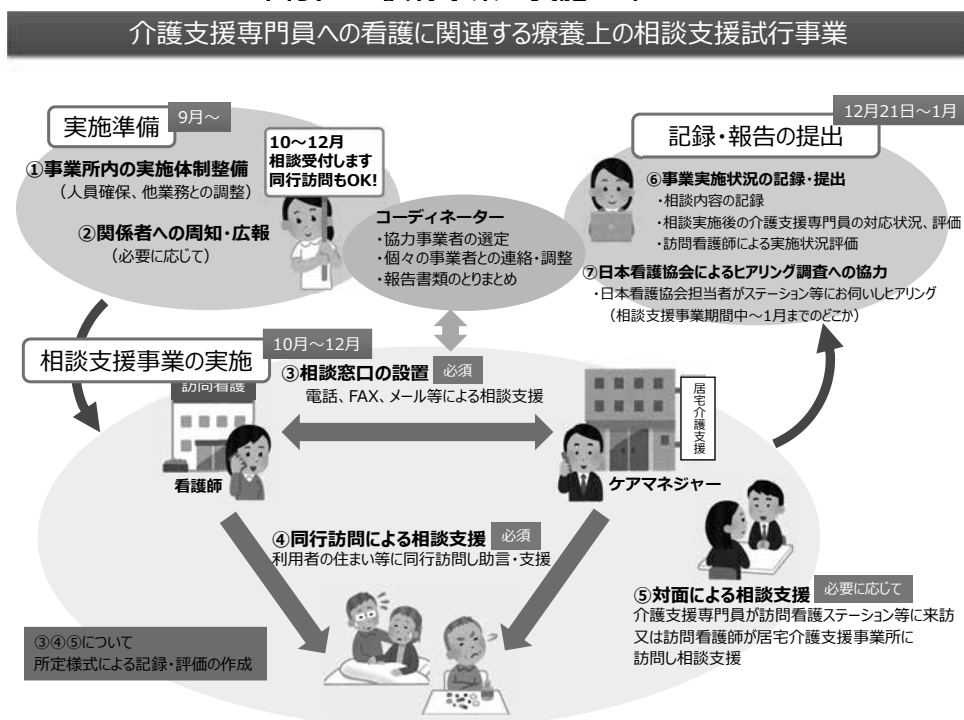
## 2. 試行事業の仕組み

### 1) 試行事業の実施スキームの設定

平成 29 年度事業では、①それぞれの地域の医療・介護資源を活用し、地域として介護支援専門員への相談支援を行う仕組みを整備していく必要性、②介護支援専門員への相談支援が身近な場所で、適時適切なタイミングで行われる必要性、③医療ニーズを有する利用者に関する相談窓口として、相談内容によっては同行訪問の必要な場合があること等が明らかになっている。

さらに、本事業の検討委員会における意見・指摘にもとづき、「看護師の支援により適正なサービス利用・ケアプラン作成につながるという効果が具体的にみえる組み立てが必要である」「同行訪問ができる体制整備を行うことで、介護支援専門員が医療ニーズの高い人のケアマネジメントに対応しやすくなることを目指す」「介護支援専門員が訪問看護につながらなくても気軽に相談できる関係づくりも必要である」「地域によって実施可能なモデルは異なる」といった視点を踏まえ、以下のように試行事業の実施スキームを設定した。

図表 1 試行事業の実施スキーム



### 2) コーディネーターの設定

協力事業者との連絡・調整、相談記録等のとりまとめは基本的に事務局（日本看護協会）が実施したが、地域により複数の訪問看護ステーション等に事業協力を依頼する場

合に、個々の事業者の体制や実績を踏まえた協力事業者の選定、個々の事業者との連絡・調整、報告書類のとりまとめ等を委託する「コーディネーター」を設定した。

### 3) 試行モデルの設定

相談支援事業の担い手となり得る医療・介護資源は地域によって様々であり、多職種連携の状況に応じて、専門職間のネットワークも様々な形で構築されている。

地域のニーズに即した相談支援の取り組みを推進するために、本事業では協力事業者の特性により以下のような試行モデルを6パターン設定し、実施することとした。

**図表 2 試行モデルのパターン**

訪問看護ステーション 連絡協議会モデル	全都道府県には訪問看護ステーションの連絡協議会が設置されており、ステーション間の情報共有、人材育成・研修等、活発に活動している都道府県もある。連絡協議会が主導して相談支援のニーズやノウハウを共有することにより、複数のステーションを拠点とした広域的な相談支援事業モデルが提案できる。
都道府県看護協会モデル	都道府県看護協会は地域の看護職全般の人材確保、人材育成の研修等で主導的な役割を果たしており、都道府県看護協会が主導して相談支援のニーズやノウハウを共有することにより、複数のステーションを拠点とした広域的な相談支援事業モデルが提案できる。
地区医師会モデル	在宅医療介護連携推進事業の推進には地区医師会との緊密な連携が不可欠であり、全国的にも地区医師会や医師会立事業所が相談支援機能を担っているケースが多い。
医療機関モデル	在宅医療の資源が限られている地域においては、人材を含め豊富な資源を有する医療機関が地域の専門職への相談支援機能を担うことが想定される。
大学併設モデル	教育機関との連携・協力のもとで相談支援を実施し、相談支援で得られた成果や課題を、介護支援専門員を含む地域の専門職対象の教育研修等に反映し、広く展開することができる。
訪問看護サポートセンター モデル	平成 21～24 年度の厚生労働省「訪問看護支援事業」により各都道府県で設置された訪問看護サポートセンターでは、訪問看護師への支援に限らず、地域の多職種や住民からの相談対応や研修を実施してきた経緯があり、相談支援事業のリソースとして活用可能である。

#### 4) 試行事業に関する効果検証

相談内容、相談支援を受けての介護支援専門員の対応状況、試行事業に対する介護支援専門員や看護師による事業評価等を以下の方法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。

- ①相談支援者である看護師による相談支援の実施記録（参考資料1）
- ②相談者である介護支援専門員による相談利用アンケート（参考資料2）
- ③相談支援を行った看護師、実際に相談窓口を利用した介護支援専門員、およびコーディネーターへのヒアリング

### 3. 試行事業の実施体制

#### 1) 協力事業者の選定

平成 29 年度事業におけるヒアリング調査の実施対象や事業所のホームページで公開されている情報等から、①既に在宅医療・介護連携推進事業等により相談窓口を開設しており、相談支援の体制や実績を有する事業所、②公式の窓口は設置していないが、介護支援専門員からの相談に対応できる体制や実績を有している事業所を抽出した。

検討委員会の意見も踏まえ、調査協力の承諾が得られた 6 地域 22 事業所を協力事業者として選定した。【図表 3】

なお、大阪府と山梨県では、個々の事業者の体制や実績を踏まえた協力事業者の選定、個々の事業者との連絡・調整、報告書類のとりまとめ等を委託する「コーディネーター」を設定した。

図表 3 相談支援試行事業 協力事業者一覧

No	都道府県	協力事業者	コーディネーター
1	大阪府	日本訪問看護財団刀根山訪問看護ステーション	大阪府訪問看護ステーション協会
2		河内医師会訪問看護ステーション鴻池	
3		わかくさ老人訪問看護ステーション	
4		牧訪問看護ステーション	
5		株式会社コメディカ ハピネス訪問看護ステーション	
6		あおば訪問看護ステーション	
7	山梨県	株式会社ななすみ 訪問看護ステーションすみ	山梨県看護協会
8		山梨県看護協会 ますほ訪問看護ステーション	
9		甲府訪問看護ステーションすずかけ	
10		医療法人八香会 湯村訪問看護ステーション	
11		山梨県看護協会 つる訪問看護ステーション	
12		株式会社洗心 訪問看護ステーションつゆき	
13		山梨県看護協会 訪問看護ステーション ほっと・ほっと韮崎	
14		山梨県看護協会 ゆうき訪問看護ステーション	
15		甲州市社会福祉協議会訪問看護ステーション	
16		山梨県看護協会 荒川訪問看護ステーション	
17		山梨県看護協会 富士北麓訪問看護ステーション	
18		山梨県看護協会 貢川訪問看護ステーション	
19	神奈川県	横浜市旭区在宅医療相談室 (旭区医師会訪問看護リハビリステーション内)	
20	滋賀県	公益財団法人 豊郷病院 在宅療養サポートセンター「とよサポ」	
21	群馬県	高崎市医療介護連携相談センター南大類 (高崎健康福祉大学訪問看護ステーション内)	
22	茨城県	茨城県看護協会土浦訪問看護ステーション	

## 2) 実施期間

平成 30 年 10 月～12 月の 3 か月間

### 3) 実施内容

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による支援を実施した。

#### (1) 相談支援実施事業所

協力事業者である訪問看護ステーションおよび病院が実施する事業内容は、以下のとおりである。なお、③相談支援窓口の設置および④同行訪問による相談支援は事業協力期間中に必ず実施することとし、⑤対面（面談）による相談支援は必要に応じての実施とした。

#### 【実施準備】

##### ① 事業所内の実施体制整備

事業所内で相談支援事業の実施体制（人員確保、他業務との調整等）を整備する。

##### ② 関係者への周知・広報

下記③～⑤の相談支援事業実施について、事業所のホームページ掲載やチラシ配布等により、地域の居宅介護支援事業所等に周知する。

#### 【相談支援事業の実施】

##### ③ 相談支援窓口の設置

介護支援専門員からの利用者のアセスメントやケアプランに係る相談を、看護師が電話、FAX、E-mail等で受け付け、看護の視点から助言や情報提供を行う。

##### ④ 同行訪問による相談支援

利用者の住まい等に看護師が介護支援専門員と同行訪問し、助言や支援を行う。

##### ⑤ 対面（面談）による相談支援

相談者（介護支援専門員）が協力事業者に来訪又は相談支援者（看護師）が相談者の所属先（居宅介護支援事業所）等に出向き、対面で相談支援を行う。

#### 【記録・報告の提出】

##### ⑥ 事業実施状況の記録・提出

試行事業終了時に、上記③～⑤の相談内容の記録や実施評価（参考資料1）、相談支援を受けての介護支援専門員の対応状況や評価（参考資料2）を提出する。

##### ⑦ 日本看護協会担当者等によるヒアリング

事業協力期間中に、事業内容や効果、課題等についてのヒアリングに協力する。



(2) コーディネーター

コーディネーターである職能団体等が実施する事業内容は、以下のとおりである。

- ① 所在都道府県における協力事業者の選定
- ② 事業実施期間中の個々の協力事業者との連絡・調整
- ③ 協力事業者から提出された記録・報告書類の確認
- ④ 日本看護協会への記録・報告書類の提出
- ⑤ 日本看護協会担当者等によるヒアリング

## Ⅱ. 協力事業者概要

### 1. 大阪府下の訪問看護ステーション6事業所

#### 1) 地域

大阪府

#### 2) 試行モデル

①訪問看護ステーション連絡協議会モデル

#### 3) 試行事業の実施体制（平成30年10月現在）

一般社団法人大阪府訪問看護ステーション協会がコーディネーターとなり、会員事業所から規模や立地を考慮の上、相談支援の実施可能な体制を有する訪問看護ステーションを6か所選定した。協力事業者の開設主体は日本訪問看護財団、医師会、医療法人(3か所)、株式会社である。

#### 【大阪府訪問看護ステーション協会】

大阪の訪問看護事業者を組織する会として、平成6年に大阪府訪問看護ステーション連絡会として発足、平成18年に大阪府訪問看護ステーション協議会と改名した。平成26年には、法人化されて大阪府訪問看護ステーション協会となった。訪問看護サービスの質向上・事業発展のための研修及び調査研究、会員間の情報交換、関係機関との連携等を通じて、地域包括ケアシステムの中での訪問看護の機能強化をめざした活動を展開している。現在、会員施設数は710施設である。協会内には7つの委員会、訪問看護支援センターを協会内に設置し、新任（新卒）研修から管理者研修にいたるまで、年間のべ4,500名の研修の企画運営を行うとともに、行政機関や各種団体との連携、協同事業等を多数実践している。

#### 【相談対応者】

訪問看護師1～7名が対応（訪問看護事業所により異なる）。

#### 【相談方法】

電話（事業所により専用の電話番号を設置）、FAX、E-mail、同行訪問、面談

#### 【本事業の周知方法】

<コーディネーター>

- ・本事業の全体広報のための要綱及びチラシを作成し、大阪介護支援専門員協会の協力を得て、該当区域の居宅介護支援事業所へ広報を行った。
- ・コーディネーターから各訪問看護事業所に対して、対象圏域の居宅介護支援事業所等

への事業の周知・説明を複数回行うよう依頼した。

- ・相談支援者である看護師が利用者やケアマネジャーに身分を証するためのネームカード（案）をコーディネーターが作成し、各訪問看護事業所での活用を勧奨した。
- ・6か所の訪問看護事業所の情報を適宜集約し、各事業所の工夫を情報共有することで各事業所の円滑な実施体制を支援した。（例：広報の範囲や広報の方法の工夫、介護支援専門員が相談支援者に遠慮せず率直にアンケートに回答できるよう、アンケート配布時に回収用の封筒を渡し、封をして回収する等）

#### <各訪問看護事業所>

- ・チラシを作成し、市の介護支援専門員協会、地域のケアマネジャー連絡会、地域ケア会議、多職種連携会議、介護支援専門員対象の研修、多職種が集まる研修会等で配布し、試行事業の説明を行った。保健所や市にも広報を行った。
- ・ケアプランセンターや居宅介護支援事業所を個別訪問し、試行事業の説明を行った。居宅介護支援事業所に対しては、FAXでの周知も行った。
- ・試行事業用の名刺を作成し、訪問看護事業所の名前は出さずに事業の周知を行った。

協力事業者	相談対応時間	地域	相談 対応者
	事業所の規模		
日本訪問看護財団 刀根山訪問看護ステーション	月～金 9:00～17:00	豊中市	2名
	職員数：15名 看護師10名（常勤換算6.8名） 介護支援専門員3名 事務 2名 利用者数（/月）：67名		
河内医師会 訪問看護ステーション鴻池	月～金 9:00～17:00	東大阪市	4名
	職員数：9名 看護師8名（常勤換算6.4名） 事務 1名 利用者数（/月）：78名		
わかくさ 老人訪問看護ステーション	月～土 9:00～17:00	東大阪市	7名
	職員数：17名 看護師14名（常勤換算13.3名） リハビリ職2名 事務 1名 利用者数（/月）：214名		

協力事業者	相談対応時間	地域	相談 対応者
	事業所の規模		
牧訪問看護ステーション	月～金 8:30～17:00	大阪市	4名
	職員数：20名 看護師 15名（常勤換算 14.0名） リハビリ職 3名 事務 2名 利用者数（/月）：160名		
ハピネス訪問看護ステーション	月～土 9:00～17:00	大阪市	1名
	職員数：23名 看護師 16名（常勤換算 13.8名） 理学療法士 3名 言語聴覚士 1名 事務 3名 利用者数（/月）：138名		
あおば訪問看護ステーション	月～土 8:45～17:00	大阪 狭山市	1名
	職員数 16名 看護師 11名（常勤換算 10.97名） 理学療法士 2名 作業療法士 1名 言語聴覚士 1名 事務 1名 利用者数（/月）：169名		

## 2. 山梨県下の訪問看護ステーション 12 事業所

### 1) 地域

山梨県

### 2) 試行モデル

②都道府県看護協会モデル

### 3) 試行事業の実施体制（平成 30 年 10 月現在）

公益社団法人山梨県看護協会がコーディネーターとなり、2017 年より山梨県看護協会が県の委託を受けて実施している「トータルサポートマネジャー養成事業」（在宅医療推進事業）の第 1 期修了生が所属する訪問看護ステーション 12 か所で実施した。協力事業者の開設主体は、看護協会（7 か所）、勤労者医療協会、社会福祉協議会、医療法人、株式会社（2 か所）である。

#### 【公益社団法人山梨県看護協会】

昭和 21 年に創立された看護職の専門職能団体であり、昭和 48 年に社団法人山梨県看護協会を設立し、平成 24 年に公益社団法人に移行した。平成 30 年度の会員数は 5,758 名（平成 31 年 3 月 3 日現在）。山梨県民の健康と福祉の向上に寄与するため、各地区支部や県内の医療・福祉等関係機関と連携し、看護の質の向上、看護職が働きやすい環境づくり、訪問看護等の地域医療の推進を図る活動を展開している。

#### 【トータルサポートマネジャー(TSM)】

医療的ケアがより必要な在宅療養者への支援や退院可能な入院患者の在宅移行支援等を行う中で、在宅医療においてチーム医療の力を最大限に発揮させ、医療と介護の連携を推進することができる訪問看護師を指す。医療職と介護職の調整役としての役割を担う。山梨県看護協会では、県の委託を受け平成 29 年度から TSM の養成研修を開始し、2021 年度までに、すべての訪問看護ステーションに 1 名以上の TSM を養成する予定である。

トータルサポートマネジャー養成研修の受講対象（平成 30 年度）は、訪問看護ステーション及び訪問看護を実施している医療機関の看護職のうち、5 年以上の訪問看護の実務経験を有する者、かつ、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 つ以上を有する者である。医療ニーズの高い在宅療養児・者へのトータルサポートや、多職種連携・調整等の研修（実践演習を含む）を計 108 時間受講する。

#### 【相談対応者】

トータルサポートマネジャーである訪問看護師 1～2 名が対応。

【相談方法】

電話、FAX、E-mail、同行訪問、面談

【本事業の周知方法】

<コーディネーター>

- ・ トータルサポートマネジャーの準備委員会（大学、県行政、看護協会、現場の専門看護師、訪問看護ステーション連絡協議会で構成）において、試行事業の説明を行った。
- ・ 県の医務課と介護保険担当課に調整や周知の方法を相談し、地域包括支援センター、保健師、介護関係者に理解を求めていく方針を決定した。
- ・ 市町村や地域のケアマネジャー協会への事業説明は、事前にコーディネーターが段取りを進めた。

<各訪問看護事業所>

- ・ チラシを作成し、市町村や地域のケアマネジャー協会に試行事業の説明を行った。また、管轄エリア内のケアマネジャーがいる事業所及び施設に、チラシと共に相談窓口開設の周知を行った。
- ・ 山梨県の在宅医療総合支援事業の研修会（主任ケアマネジャー対象）や地域包括支援センターが開催する主任ケアマネジャー等の会議、地区のケアマネジャーの交流会等の中で、トータルサポートマネジャーの役割の周知とともに、チラシを配布し試行事業の説明を行った。
- ・ トータルサポートマネジャーとして介護支援専門員から相談を受けた際に、試行事業の説明を行った。

協力事業者	相談対応時間	地域	相談 対応者
	事業所の規模		
株式会社ななすみ 訪問看護ステーションすみ	月～金 9:00～17:00	甲府市	TSM 1名
	職員数：6名 看護師6名（常勤換算4.5名） 利用者数（/月）：70～80名		
山梨県看護協会 ますほ訪問看護ステーション	月～金 8:30～17:30	南巨摩郡 富士川町	TSM 1名
	職員数：11名 看護師9名（常勤換算6.2名） 介護支援専門員（兼務）6名 介護支援専門員（専任）1名 事務1名 利用者数（/月）：434名		

協力事業者	相談対応時間	地域	相談 対応者
	事業所の規模		
甲府訪問看護ステーション すずかけ	月～金 9:00～17:00 土 9:00～13:00	甲府市	TSM 1名
	職員数：13名 看護師12名（常勤換算10.4名） 事務 1名 利用者数（/月）：180名		
医療法人八香会 湯村訪問看護ステーション	月～金 8:30～17:30 土 8:30～12:30	甲府市	TSM 1名
	職員数：7名 看護師6名（常勤換算4.2名） 事務 1名 利用者数（/月）：50名		
山梨県看護協会 つる訪問看護ステーション	月～金 8:30～17:30	都留市	TSM 1名
	職員数：9名 看護師8名（常勤換算6.0名） 介護支援専門員（兼務）3名 事務 1名 利用者数（/月）：380名		
株式会社洗心 訪問看護ステーションつゆき	月～土 9:00～18:00	甲府市	TSM 1名
	職員数：29名 看護師25名（常勤換算20名） リハビリ職1名 事務 3名 利用者数（/月）：250名		
山梨県看護協会 訪問看護ステーション ほっと・ほっと韮崎	月～金 9:00～18:00	韮崎市	TSM 2名
	職員数15名 看護師13名（常勤換算10.2名） 介護支援専門員（兼務）8名 介護支援専門員（専任）1名 事務 1名 利用者数（/月）：594名		

協力事業者	相談対応時間	地域	相談 対応者
	事業所の規模		
山梨県看護協会 ゆうき訪問看護ステーション	月～金 9:00～18:00	甲府市	TSM 2名
	職員数：29名 看護師21名（常勤換算18.5名） 介護支援専門員（兼務）8名 介護支援専門員（専任）5名 作業療法士1名 事務 2名 利用者数（/月）：790名		
甲州市社会福祉協議会 訪問看護ステーション	月～金 8:30～17:15	甲州市	TSM 1名
	職員数：13名 看護師11名（常勤換算5.9名） 事務 2名 利用者数（/月）：83名		
山梨県看護協会 荒川訪問看護ステーション	月～土 9:00～18:00	甲府市	TSM 2名
	職員数：9名 看護師8名（常勤換算7.5名） 介護支援専門員（兼務）4名 事務 1名 利用者数（/月）：443名		
山梨県看護協会 富士北麓訪問看護ステーション	月～金 9:00～18:00	富士吉田 市	TSM 1名
	職員数：19名 看護師18名（常勤換算17.9名） 介護支援専門員（兼務）10名 事務 1名 利用者数（/月）：1,060名		
山梨県看護協会 貢川訪問看護ステーション	月～金 9:00～18:00	甲府市	TSM 2名
	職員数：22名 看護師20名（常勤換算17.1名） 介護支援専門員（兼務）13名 事務 2名 利用者数（/月）：1,111名		



### 3. 旭区在宅医療相談室

(旭区医師会旭訪問看護リハビリステーション内)

#### 1) 地域

神奈川県横浜市旭区

#### 2) 試行モデル

③地区医師会モデル

#### 3) 相談支援の実績

2015年1月より横浜市から在宅医療・介護連携推進事業の委託を受け、一般社団法人旭区医師会旭訪問看護リハビリステーション内にて在宅医療・介護連携に関する相談支援を実施している。また、区内を3地域に分け、地域ごとに選定したリーダー医師が中心となり、医師が新たに在宅診療を行う際に同行する等の支援を実施している。相談・支援のほか、多職種間連携会議事前検討会や市民向けの講演会等も開催している。

#### 4) 試行事業の実施体制（平成30年10月現在）

##### 【事業所の規模】

訪問看護ステーションとしては、職員数35名（看護師20名（常勤換算14名、うち介護支援専門員（兼務）1名）、リハビリスタッフ6名、介護支援専門員（専任）4名、事務5名）。利用者数は月平均約230名である。

##### 【相談対応者】

看護師3名（相談室兼務）が対応。いずれも、訪問看護経験のある介護支援専門員資格保有者である。

##### 【相談対応時間】

月曜日～金曜日 9:00～17:00

##### 【相談方法】

電話、FAX、E-mail、同行訪問、面談

##### 【周知方法】

- ・地域の介護支援専門員連絡協議会を通じて、試行事業について周知した。
- ・相談室で介護支援専門員から相談を受けた際に、試行事業の説明を行った。

## 4. 豊郷病院在宅療養サポートセンター

### 1) 地域

滋賀県豊郷町

### 2) 試行モデル

④医療機関併設モデル

### 3) 相談支援の実績

2016年4月より公益財団法人豊郷病院内に在宅療養サポートセンター（通称：とよサポ）を開所し、地域住民や地域の医療・介護職からの相談支援を実施している。また、外来には近隣市町の地域包括支援センターの出張ブースを設置し、相談支援や情報提供等を行っている。とよサポでは、地域包括支援センターや、介護支援専門員、訪問看護師と協力して療養生活をサポートしており、在宅療養・在宅介護と病院との“つなぎ役”を担っている。

### 4) 試行事業の実施体制（平成30年10月現在）

#### 【事業所の規模】

公益財団法人豊郷病院は、一般病床186床（地域包括ケア病棟51床、回復期リハビリテーション病棟30床）、療養病床32床、精神病床120床を併せ持つ医療施設である。また、湖東地域で唯一の精神医療拠点病院となっている。職員数（常勤）330名（うち、看護職203名）、外来患者数は年間約13万人である。

医療事業だけでなく、介護事業（介護老人保健施設、訪問看護ステーション、通所リハビリテーション、デイサービス、グループホーム等）も展開し、地域のニーズに幅広く応えている。

#### 【相談対応者】

看護師2名（とよサポ専従）が対応。同行訪問の場合には、利用者宅に近い訪問看護ステーション（グループ施設）の訪問看護師と連携し、対応した。

#### 【相談対応時間】

月曜日～土曜日 9:00～16:50（土曜日は12:00まで、電話・FAXのみで対応）

#### 【相談方法】

電話、FAX、同行訪問、面談

#### 【周知方法】

- ・「とよサポ」で介護支援専門員から相談を受けた際に、試行事業の説明を行った。
- ・日本看護協会からの試行事業の案内用紙と共に、豊郷病院で作成した相談案内用紙を、圏域内の全介護保険事業所と全地域包括支援センターに郵送した。
- ・地域の介護支援専門員が集まる研修会で、改めて試行事業について周知した。

### 5. 高崎市医療介護連携相談センター南大類 (高崎健康福祉大学訪問看護ステーション内)

#### 1) 地域

群馬県高崎市

#### 2) 試行モデル

⑤教育機関併設モデル

#### 3) 相談支援の実績

2015年4月より高崎市から在宅医療・介護連携推進事業の委託を受け、高崎健康福祉大学訪問看護ステーション内に相談センターを設置し、専門職を対象とした相談支援を実施している。訪問看護ステーション内に設置してあることから、訪問看護制度等の内容だけでなく療養者とのかかわり方や主治医との連携等についての具体的な相談も多いが、訪問看護師と連携しながらより綿密な相談支援をしている。

大学併設の特性を活かし、地域の多職種を対象とした研修開催や、大学教員による出前講座等を行っている。また、地域包括支援センターとのつながりが強く、地域の介護支援専門員向けの研修会を共催するほか、地域包括支援センターからの相談では、ケースにより同行訪問にも応じている。

#### 4) 試行事業の実施体制 (平成30年10月現在)

##### 【事業所の規模】

訪問看護ステーションとしては、職員数16名(看護師11名(常勤換算7.5名)、事務2名、リハビリスタッフ3名)。利用者数は月平均約80名である。

##### 【本事業における相談対応者】

看護師3名(センター長兼訪問看護ステーション統括マネージャー兼大学在宅看護学教授1名、訪問看護ステーション管理者1名、看護師1名)が対応。看護師は訪問看護ステーションと相談センターの兼務である。基本的には本事業の担当である3名が相談

支援を実施しているが、同一フロアにある訪問看護ステーション職員が電話を受けることもあるため、朝の申し送り等においてセンター全体で情報共有を行っている。

**【相談対応時間】**

月曜日～金曜日 9:00～17:00

**【相談方法】**

電話、FAX、E-mail、同行訪問、面談

**【本事業の周知方法】**

- ・ 試行事業のチラシを作成し、センターが主催する介護支援専門員対象の研修会、地域包括支援センター、病院の退院調整窓口、地域で開催されている多職種が集まる会議や研修会等において配布した。
- ・ 相談センターで介護支援専門員から相談を受けた際に、試行事業の説明を行った。

## **6. 茨城県看護協会土浦訪問看護ステーション訪問看護サポートセンター**

### **1) 地域**

茨城県土浦市

### **2) 試行モデル**

⑥訪問看護サポートセンターモデル

### **3) 相談支援の実績**

2009年～2010年度に厚生労働省「訪問看護支援事業」のコールセンター支援事業を受託し、ステーション内に訪問看護サポートセンターを設置した。当該事業終了後も公益社団法人茨城県看護協会の事業としてサポートセンターを運営し、相談支援を継続している。サポートセンターでは、県南・県西地域の訪問看護が必要な利用者と、提供可能な訪問看護ステーションを結び付けるコーディネート、関連する相談等を行っている。

### **4) 試行事業の実施体制（平成30年10月現在）**

**【事業所の規模】**

訪問看護ステーションとしては、職員数15名（看護師14名（常勤換算10.25名）、事務1名）。看護師のうち、介護支援専門員資格保有者は5名である。利用者数は月平均約110名である。

【本事業における相談対応者】

看護師 2 名（管理者 1 名、副管理者 1 名。訪問看護ステーションとの兼務）が対応。相談を受けた後、訪問看護ステーションの常勤職員 4 名で、都度情報共有をしている。

【相談対応時間】

月曜日～金曜日 9:00～17:00

【相談方法】

電話、FAX、E-mail、同行訪問、面談

【本事業の周知方法】

- ・自治体の高齢福祉課、地域のケアマネジャー会開催の研修会での紹介（2 か所）、地域包括支援センター（3 か所）、居宅介護支援事業所 30 か所程度を訪問、あるいは電話、FAX にて試行事業について説明した。居宅介護支援事業所への周知は、本事業の担当である 2 名の他、ステーションの看護師により行われた。
- ・サポートセンターで介護支援専門員から相談を受けた際に、試行事業の説明を行った。

図表 4 試行モデルの特徴まとめ

試行モデル	コーディネーター	既存の相談窓口の活用	相談体制	相談方法
①訪問看護ステーション 連絡協議会モデル	有	無	看護師 1～7名 (事業所により異なる)	電話、FAX、 E-mail、 同行訪問、 面談
②都道府県看護協会モデル	有	無	看護師 1～2名 (事業所により異なる)	電話、FAX、 E-mail、 同行訪問、 面談
③地区医師会モデル	無	有 在宅医療・介護 連携推進事業 (オ)	看護師 3 名	電話、FAX、 E-mail、 同行訪問、 面談
④医療機関併設モデル	無	有	看護師 2 名	電話、FAX、 同行訪問、 面談
⑤教育機関併設モデル	無	有 在宅医療・介護 連携推進事業 (オ)	看護師 3 名	電話、FAX、 E-mail、 同行訪問、 面談
⑥訪問看護サポートセンター モデル	無	有	看護師 2 名	電話、FAX、 E-mail、 同行訪問、 面談

### Ⅲ. 試行事業の結果

#### 1. 相談支援者（看護師）による相談記録の集計結果

相談記録は、相談支援者（看護師）により提出された。試行事業実施期間中（平成 30 年 10 月 1 日～12 月 21 日）に介護支援専門員から窓口によせられた相談全てを記録の対象とした。相談方法（電話、FAX、E-mail、面談、同行訪問）を問わず、相談 1 回ごとに相談記録を作成するよう依頼した。

##### 1) 相談件数

相談記録の回収数は 271 件、うち介護支援専門員以外からの相談 4 件を除き、267 件を集計対象とした。

##### 2) 相談方法

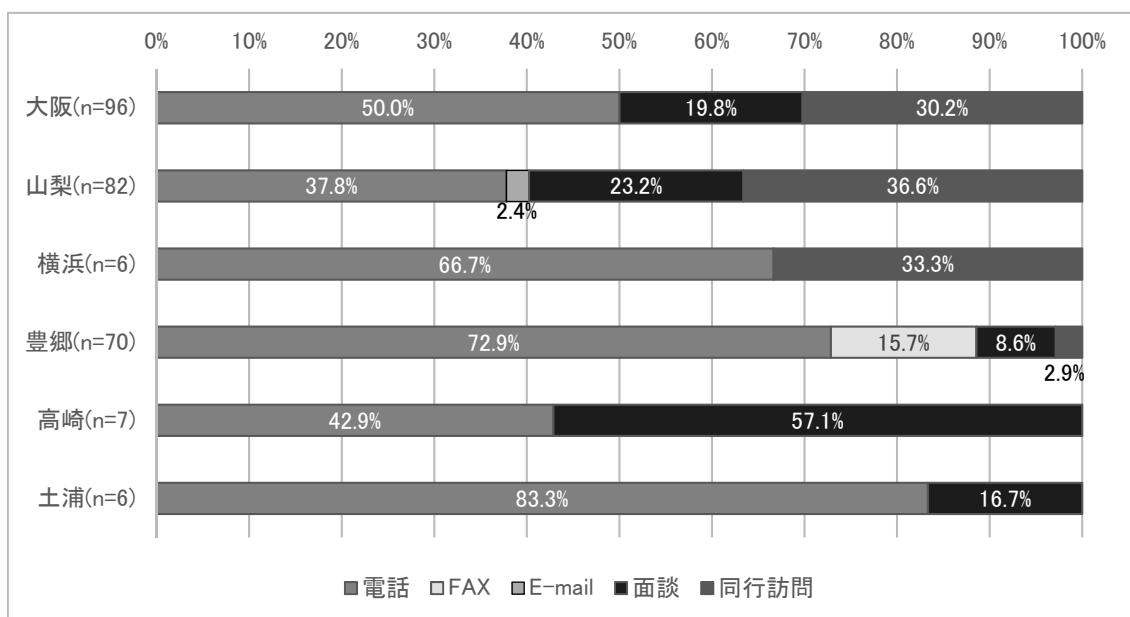
相談方法として最も多かったのは、「電話」142 件（53.2%）、次いで「同行訪問」63 件（23.6%）、「面談」49 件（18.4%）であった。【図表 5-1】

地域別にみると、高崎を除き「電話」が最も多い。また、大阪や山梨、横浜では「同行訪問」が 3 割を超える。【図表 5-2】

図表 5-1 相談方法

	件数	割合(%)
1. 電話	142	53.2
2. FAX	11	4.1
3. E-mail	2	0.7
4. 面談	49	18.4
5. 同行訪問	63	23.6
無回答・不明	0	0.0
計	267	100.0

図表 5-2 地域別の相談方法



### 3) 相談者の所属先

相談者の所属先として、最も多かったのは「居宅介護支援事業所」221件（82.8%）であった。なお、「地域包括支援センター」の介護支援専門員からの相談も30件（11.2%）に上った。

図表 6 相談者の所属先

	件数	割合 (%)
1. 居宅介護支援事業所	221	82.8
2. 地域包括支援センター	30	11.2
3. 介護施設	5	1.9
4. その他	10	3.7
無回答・不明	1	0.4
計	267	100.0

#### 4) 相談回数

相談回数について、「はじめて」は179件(67.0%)、「2回目」は67件(25.1%)、「3回以上」は20件(7.5%)であった。なお、同一ケースについて複数回相談している場合も相談1回ごとに相談記録を作成しており、それぞれ該当する相談回数で計上している。述べ相談回数は267であるが、このうち1回で相談終了したケース数は115、複数回で相談終了したケース数は66である。

図表 7 相談回数

	件数	割合(%)
1. はじめて	180	67.8
2. 2回目	66	24.7
3. 3回目以上	20	7.5
無回答・不明	0	0.0
計	267	100.0



## 5) 要介護認定申請と要介護度

対象者の要介護認定申請の有無について、「有」と回答したのは220件（82.4%）であった。「有」と回答したうち、最も多かったのは「要介護1」「要介護2」がそれぞれ57件（25.9%）、次いで「要介護3」（20.0%）であった。

図表 8-1 要介護認定申請

	件数	割合 (%)
1. 有	220	82.4%
2. 無	14	5.2%
3. 申請中	27	10.1%
4. 要支援相当 <sup>2</sup>	3	1.1%
無回答・不明	3	1.1%
計	267	100.0%

図表 8-2 要介護度

	件数	割合 (%)
1. 要支援 1	16	7.3
2. 要支援 2	8	3.6
3. 要介護 1	57	25.9
4. 要介護 2	57	25.9
5. 要介護 3	44	20.0
6. 要介護 4	9	4.1
7. 要介護 5	19	8.6
無回答・不明	10	4.5
計	220	100.0

<sup>2</sup> 基本チェックリストにより市町村の地域支援事業の対象者と判定

## 6) 利用している介護保険サービス

対象者の利用している介護保険サービスとして最も多かったのは、「福祉用具貸与」109件（40.8%）、次いで「訪問介護」101件（37.8%）、「通所介護」83件（31.1%）であった。サービス利用を「検討中」が65件（24.3%）であった。

図表 9 利用している介護保険サービス（複数回答）

	件数	割合(%)
1. 検討中	65	24.3
2. 訪問介護	101	37.8
3. 訪問入浴介護	10	3.7
4. 訪問看護	54	20.2
5. 訪問リハビリテーション	17	6.4
6. 通所介護	83	31.1
7. 通所リハビリテーション	11	4.1
8. 短期入所生活介護	22	8.2
9. 短期入所療養介護	0	0.0
10. 居宅療養管理指導	2	0.7
11. 認知症対応型通所介護	2	0.7
12. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0	0.0
13. 夜間対応型訪問介護	0	0.0
14. 療養通所介護	0	0.0
15. 福祉用具貸与	109	40.8
16. その他	12	4.5
無回答・不明	18	6.7
計	267	100.0

## 7) 医療ニーズを有する疾患・症状

対象者の医療ニーズを有する疾患・症状として最も多かったのは「認知症（アルツハイマー病を含む）」87件（32.6%）、次いで「その他」77件（28.8%）、「悪性新生物（がん）」64件（24.0%）であった。

図表 10 医療ニーズを有する疾患・症状（複数回答）

	件数	割合 (%)
1. 脳血管疾患(脳梗塞・くも膜下出血等)	48	18.0
2. 心疾患(心筋梗塞・不整脈等)	14	5.2
3. 治療を要する高血圧	22	8.2
4. [1～3以外の]循環器疾患（心不全、狭心症等）	24	9.0
5. 糖尿病	21	7.9
6. 悪性新生物（がん）	64	24.0
7. 慢性閉塞性肺疾患(肺気腫や慢性気管支炎を含む)	22	8.2
8. [7以外の]呼吸器疾患(肺炎・肺結核等)	14	5.2
9. 大腿骨骨折	6	2.2
10. [9以外の]骨折	12	4.5
11. 神経難病(ALS、パーキンソン病等)	14	5.2
12. 認知症(アルツハイマー病を含む)	87	32.6
13. [12以外の]精神疾患（うつ、統合失調症等）	38	14.2
14. その他	77	28.8
無回答・不明	4	1.5
計	267	100.0

## 8) 医療処置

対象者の医療処置について最も多かったのは、「服薬管理（薬の飲みすぎ、飲み忘れへの対応等）」103件（38.6%）、次いで「排便コントロール（浣腸、摘便等）」30件（11.2%）「酸素療法」21件（7.9%）であった。

図表 11 医療処置（複数回答）

	件数	割合 (%)
1. インスリン注射	12	4.5
2. 中心静脈栄養の管理	0	0.0
3. 注射・点滴の管理(1、2以外)	17	6.4
4. 透析(腹膜透析を含む)の管理	2	0.7
5. ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	5	1.9
6. 酸素療法	21	7.9
7. 人工呼吸器の管理	0	0.0
8. 気管切開の処置	3	1.1
9. がん性疼痛のコントロール	9	3.4
10. 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	8	3.0
11. カテーテル(留置カテーテル等)の管理	18	6.7
12. 喀痰吸引	8	3.0
13. ネブライザー(吸入)	3	1.1
14. 褥瘡の処置	18	6.7
15. 創傷(褥瘡以外の傷)処置	14	5.2
16. 服薬管理(薬の飲みすぎ、飲み忘れへの対応等)	103	38.6
17. 排便コントロール(浣腸、摘便等)	30	11.2
18. 導尿	3	1.1
19. がんの外来化学療法	8	3.0
20. 簡易血糖測定	4	1.5
21. その他	13	4.9
無回答・不明	69	25.8
計	267	100.0

## 9) 相談内容

相談対応した看護師からみた、介護支援専門員からの相談内容として最も多かったものは「医師（入院・外来診療）との連携」が121件（45.3%）、次いで「疾患や治療方針の理解」120件（44.9%）、「訪問看護サービス導入の必要性の判断」103件（38.6%）であった。

図表 12 相談内容（複数回答）

	件数	割合(%)
1. 疾患や治療方針の理解	120	44.9
2. 利用者のアセスメント及びケアプラン作成	84	31.5
3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断	103	38.6
4. 訪問看護以外の医療系サービス導入の必要性の判断	26	9.7
5. 利用者の病状の変化に伴うプラン変更の判断	25	9.4
6. 訪問看護師との連携	42	15.7
7. 医師（入院・外来診療）との連携	121	45.3
8. 医師（訪問診療・往診）との連携	58	21.7
9. 公的制度やサービスの理解・活用	14	5.2
10. インフォーマルサービスの理解・活用	1	0.4
11. 訪問診療・往診をしてくれる医師を探すこと	24	9.0
12. 訪問看護をしてくれる訪問看護事業所を探すこと	28	10.5
13. 介護者の介護力（医療処置への対応力等の判断）	49	18.4
14. 利用者や家族・介護者への訪問看護の必要性の説明	60	22.5
15. 支給限度額内での訪問看護導入の調整	2	0.7
16. その他	56	21.0
無回答・不明	3	1.1
計	267	100.0

## 10) 相談結果

相談結果として最も多かったのは、「相談継続」112件（41.9%）、次いで「相談終了」101件（37.8%）、「利用者の主治医・かかりつけ医への連絡」98件（36.7%）であった。

図表 13 相談結果（複数回答）

	件数	割合 (%)
1. 相談継続	112	41.9
2. 利用者の主治医・かかりつけ医への連絡	98	36.7
3. その他の医療機関への紹介・連絡	22	8.2
4. 地域包括支援センターへの紹介・連絡	8	3.0
5. 利用者の訪問看護ステーションへの連絡	17	6.4
6. その他の相談窓口やサービスへの紹介・連絡	6	2.2
7. 訪問看護サービス導入の提案	94	35.2
8. その他	37	13.9
9. 相談終了	101	37.8
無回答・不明	0	0.0
計	267	100.0

## 2. 介護支援専門員による相談利用アンケートの集計結果

相談利用アンケートは、相談者（介護支援専門員）が回答した。試行事業実施期間中（平成30年10月1日～12月21日）に介護支援専門員から窓口によせられた相談全てをアンケートの対象とした。相談の種類（電話、FAX、E-mail、同行訪問等）を問わず、相談1回ごとにアンケートに回答するよう依頼した。アンケートの送付・回収は相談支援者（看護師）を通じて行われた。

### 1) 回収状況

回収数は181件、うち介護支援専門員以外からの相談2件を除き、179件を集計対象とした。

### 2) 基礎資格

相談者が介護支援専門員実務経験証明書で用いた基礎資格として、最も多かったのは「介護職（介護福祉士等）」108件（60.3%）、次いで福祉職（社会福祉士等）33件（18.4%）であった。「看護職（看護師・准看護師等）」は23件（12.8%）であった。

図表 14 基礎資格

	件数	割合 (%)
1. 医療職(医師・薬剤師等)	0	0.0
2. 看護職(看護師・准看護師等)	23	12.8
3. 介護職(介護福祉士等)	108	60.3
4. 福祉職(社会福祉士等)	33	18.4
5. リハビリ職 (PT、OT、ST 等)	0	0.0
6. その他	12	6.7
無回答・不明	3	1.7
計	179	100.0

※その他の基礎資格は、「歯科衛生士」「管理栄養士」「福祉用具専門相談員」「相談員」「柔道整復士」「鍼灸マッサージ」／等

### 3) 経験年数

相談者の介護支援専門員としての通算経験年数で最も多かったのは、「5年以上～10年未満」60件（33.5%）、次いで「10年以上～15年未満」37件（20.7%）であった。

図表 15 経験年数

	件数	割合(%)
1年未満	9	5.0
1年以上～2年未満	11	6.1
2年以上～3年未満	14	7.8
3年以上～5年未満	20	11.2
5年以上～10年未満	60	33.5
10年以上～15年未満	37	20.7
15年以上～20年未満	24	13.4
20年以上	0	0.0
無回答・不明	4	2.2
計	179	100.0

### 4) 主任介護支援専門員の研修修了の有無

相談者の主任介護支援専門員の研修修了の有無については、「あり」が72件（40.2%）であった。

図表 16 主任介護支援専門員の研修修了の有無

	件数	割合(%)
1. あり	72	40.2
2. なし	104	58.1
無回答・不明	3	1.7
計	179	100.0



## 5) 相談回数

相談回数について、「はじめて」は134件(74.9%)、「2回目」は31件(17.3%)、「3回目以上」は14件(7.8%)であった。なお、同一ケースで複数回相談している場合も相談1回ごとに相談利用アンケートに回答しており、それぞれ該当する相談回数で計上している。

図表 17 相談回数

	件数	割合(%)
1. はじめて	134	74.9
2. 2回目	31	17.3
3. 3回目以上	14	7.8
無回答・不明	0	0.0
計	179	100.0

## 6) 相談内容

相談者(介護支援専門員)がアンケートで回答した相談内容としては、「疾患や治療方針の理解」84件(46.9%)が最も多く、次いで「訪問看護サービス導入の必要性の判断」71件(39.7%)、「医師(入院・外来診療)との連携」70件(39.1%)、「訪問看護師との連携」54件(30.2%)であった。【図表 18-1】

これらの相談内容のうち、介護支援専門員が最も相談したいと考えていた相談内容は「医師(入院・外来診療)との連携」21件(11.7%)、次いで「訪問看護サービス導入の必要性の判断」「公的制度やサービスの理解・活用」15件(8.4%)、「利用者や家族・介護者への訪問看護の必要性の説明」14件(7.8%)であった。【図表 18-2】

図表 18-1 相談内容（複数回答）

	件数	割合 (%)
1. 疾患や治療方針の理解	84	46.9
2. 利用者のアセスメント及びケアプラン作成	42	23.5
3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断	71	39.7
4. 訪問看護以外の医療系サービス導入の必要性の判断	14	7.8
5. 利用者の病状の変化に伴うプラン変更の判断	27	15.1
6. 訪問看護師との連携	54	30.2
7. 医師(入院・外来診療)との連携	70	39.1
8. 医師(訪問診療・往診)との連携	22	12.3
9. 公的制度やサービスの理解・活用	28	15.6
10. インフォーマルサービスの理解・活用	5	2.8
11. 訪問診療・往診をしてくれる医師を探すこと	16	8.9
12. 訪問看護をしてくれる訪問看護事業所を探すこと	27	15.1
13. 介護者の介護力(医療処置への対応力等)の判断	37	20.7
14. 利用者や家族・介護者への訪問看護の必要性の説明	48	26.8
15. 支給限度額内での訪問看護導入の調整	13	7.3
16. その他	22	12.3
無回答・不明	0	0.0
計	179	100.0

※その他は、「レスパイト入院の相談」「在宅での医療行為や医療機器の導入について」「退院に向けて、病院や家族に確認しておくべきこと」「体調の変化、痛みのコントロール」「支援方法について」／等

図表 18-2 相談内容のうち、最も比重の高いと思う相談内容

	件数	割合(%)
1. 疾患や治療方針の理解	13	7.3
2. 利用者のアセスメント及びケアプラン作成	11	6.1
3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断	15	8.4
4. 訪問看護以外の医療系サービス導入の必要性の判断	1	0.6
5. 利用者の病状の変化に伴うプラン変更の判断	5	2.8
6. 訪問看護師との連携	9	5.0
7. 医師(入院・外来診療)との連携	21	11.7
8. 医師(訪問診療・往診)との連携	1	0.6
9. 公的制度やサービスの理解・活用	15	8.4
10. インフォーマルサービスの理解・活用	0	0.0
11. 訪問診療・往診をしてくれる医師を探すこと	6	3.4
12. 訪問看護をしてくれる訪問看護事業所を探すこと	6	3.4
13. 介護者の介護力(医療処置への対応力等)の判断	6	3.4
14. 利用者や家族・介護者への訪問看護の必要性の説明	14	7.8
15. 支給限度額内での訪問看護導入の調整	2	1.1
16. その他	20	11.2
無回答・不明	34	19.0
計	179	100.0

※その他は、「レスパイト入院の相談」「在宅での医療行為や医療機器の導入について」「退院に向けて、病院や家族に確認しておくべきこと」「体調の変化、痛みのコントロール」「支援方法について」／等

## 7) 相談者（介護支援専門員）のバックグラウンド別の相談内容

### ①基礎資格

基礎資格別にみると、看護職（n=23）では「1. 疾患や治療方針の理解」が43.5%と最も多く、次いで「6. 訪問看護師との連携」39.1%、「7. 医師（入院・外来診療）との連携」34.8%であった。

介護職（n=108）では「1. 疾患や治療方針の理解」が47.2%、「3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断」40.7%の順、福祉職（n=33）は「1. 疾患や治療方針の理解」「7. 医師（入院・外来診療）との連携」がともに51.5%と最も多かった。介護職・福祉職ともに「13. 介護者の介護力（医療処置への対応力等）の判断」「14. 利用者や家族・介護者への訪問看護の必要性の説明」が看護職に比較して多かった。【図表 19】

### ②経験年数

経験年数別にみると、5年未満（n=54）では「1. 疾患や治療方針の理解」が50.0%と最も多く、次いで「7. 医師（入院・外来診療）との連携」42.6%であった。5年以上10年未満（n=60）は「7. 医師（入院・外来診療）との連携」50.0%、「1. 疾患や治療方針の理解」46.7%の順、10年以上（n=61）は「1. 疾患や治療方針の理解」42.6%、「3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断」37.7%の順で多かった。

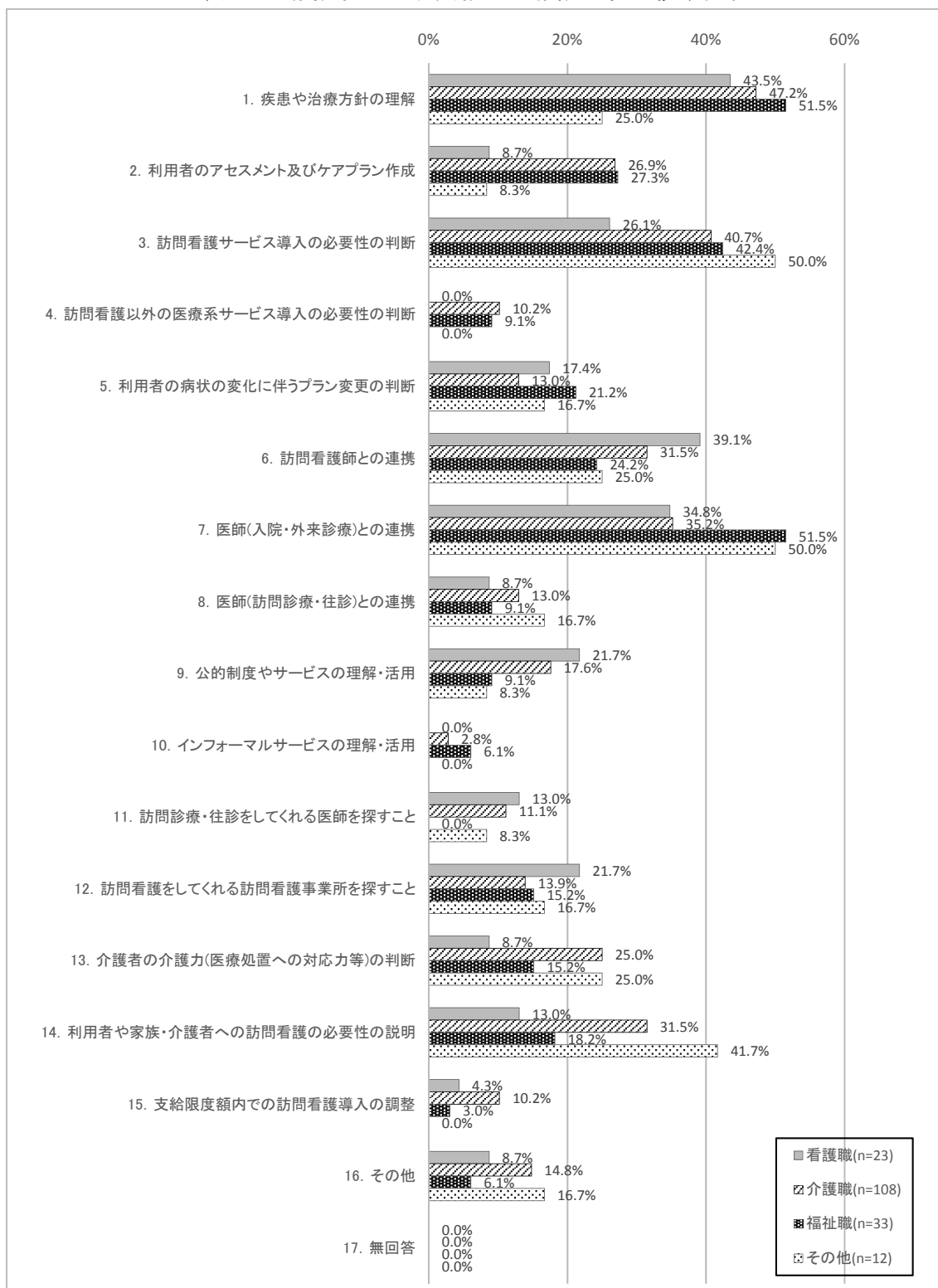
また、経験年数が短いほど「1. 疾患や治療方針の理解」の回答が多い傾向にあった。経験年数の長い10年以上では、「13. 介護者の介護力（医療処置への対応力等）の判断」「14. 利用者や家族・介護者への訪問看護の必要性の説明」が他に比較して多い一方、「7. 医師（入院・外来診療）との連携」は少なかった。【図表 20】

### ③主任介護支援専門員研修修了の有無

主任介護支援専門員研修修了の有無別にみると、あり（n=72）では「1. 疾患や治療方針の理解」44.4%、「7. 医師（入院・外来診療）との連携」38.9%、「3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断」36.1%の順に多く、なし（n=104）では「1. 疾患や治療方針の理解」49.0%、「3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断」42.3%、「7. 医師（入院・外来診療）との連携」39.4%の順であった。

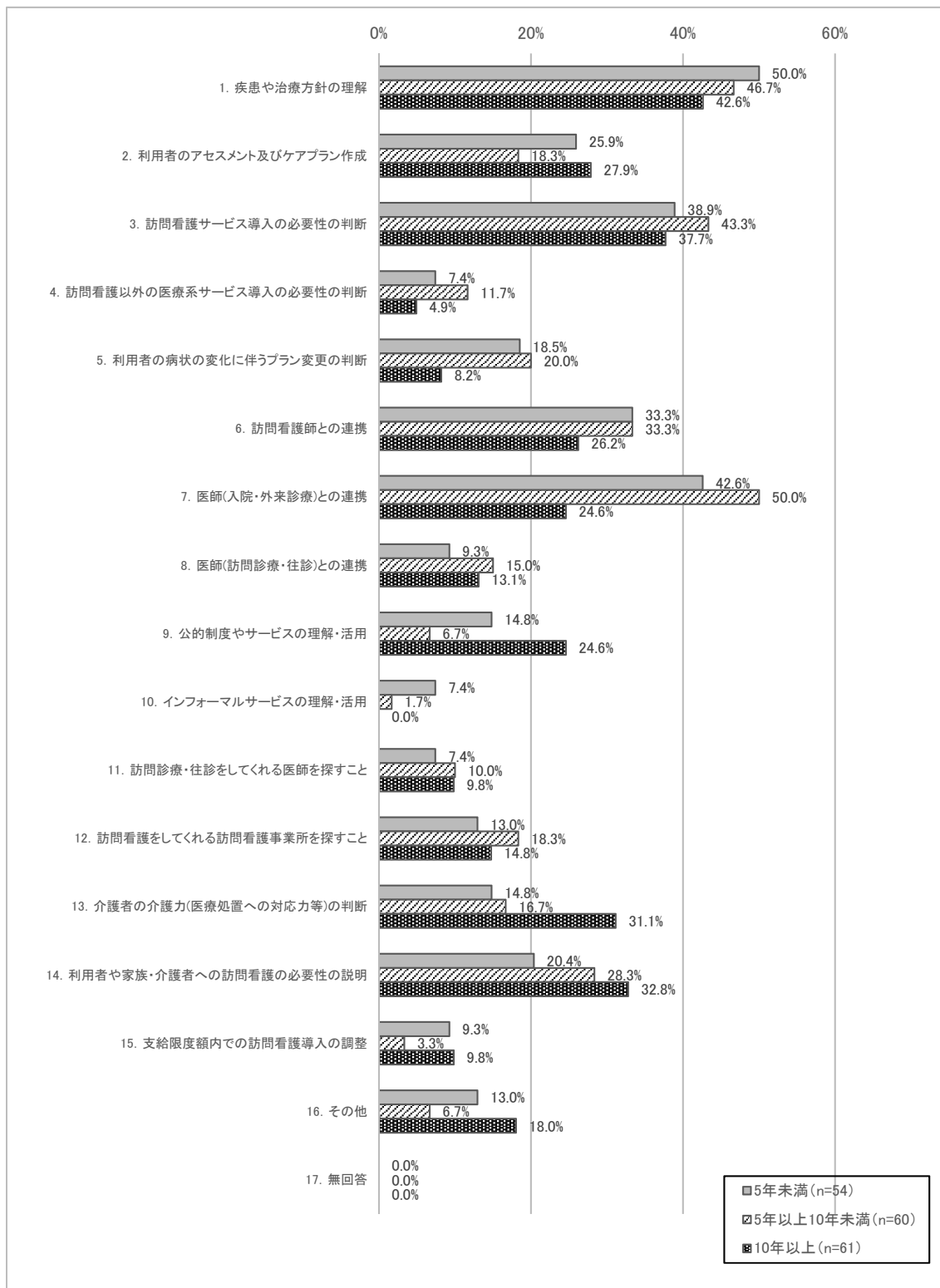
また、研修修了ありでは、「13. 介護者の介護力（医療処置への対応力等）の判断」「14. 利用者や家族・介護者への訪問看護の必要性の説明」が多い一方、「5. 利用者の病状の変化に伴うプラン変更の判断」は少なかった。【図表 21】

図表 19 相談者の基礎資格別の相談内容（複数回答）



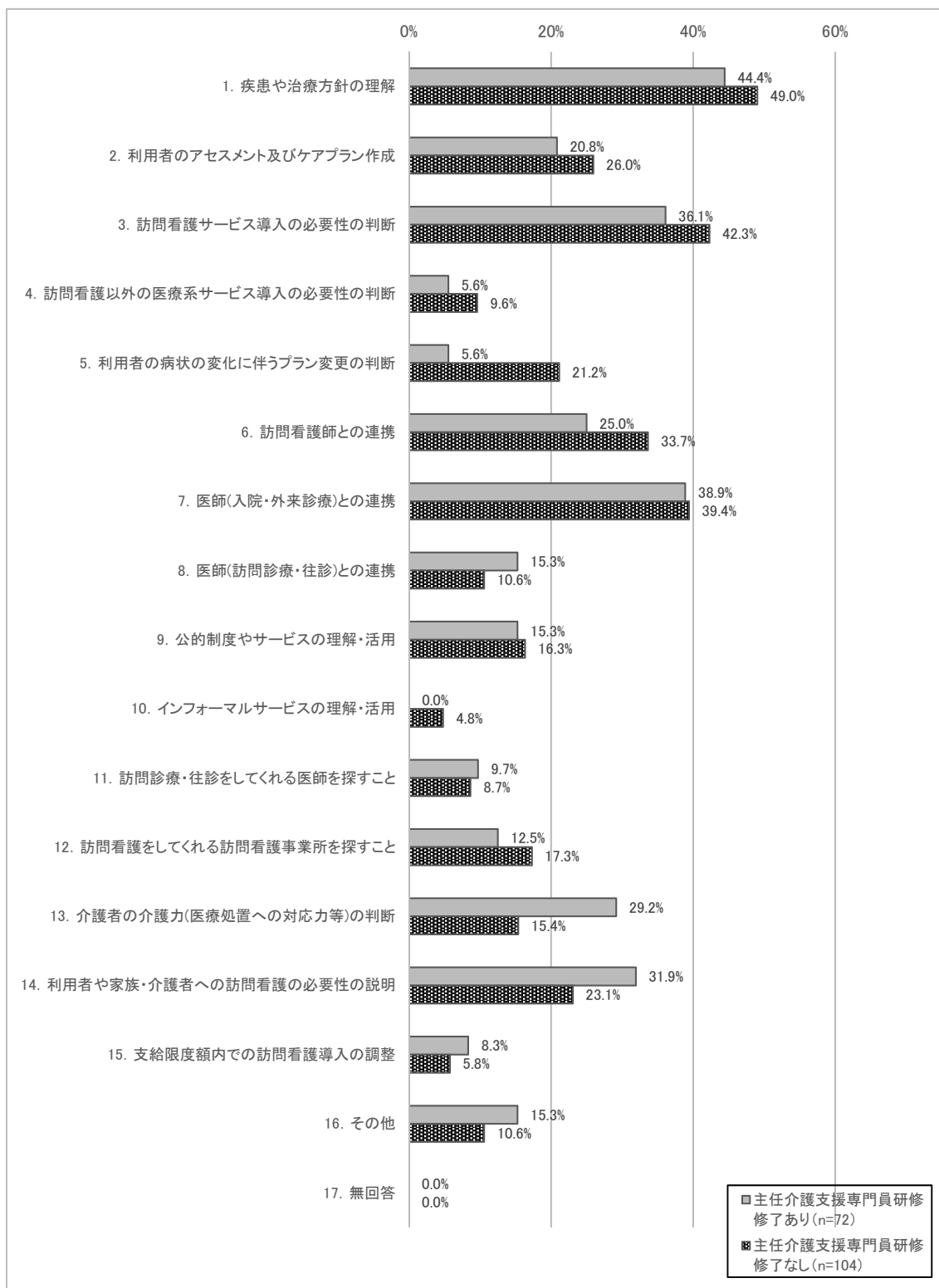
※その他は、「レスパイト入院の相談」「在宅での医療行為や医療機器の導入について」「退院に向けて、病院や家族に確認しておくべきこと」「体調の変化、痛みのコントロール」「支援方法について」／等  
 ※※その他の基礎資格は、「歯科衛生士」「管理栄養士」「福祉用具専門相談員」「相談員」「柔道整復士」「鍼灸マッサージ」／等

図表 20 相談者の経験年数別の相談内容（複数回答）



※その他は、「レスパイト入院の相談」「在宅での医療行為や医療機器の導入について」「退院に向けて、病院や家族に確認しておくべきこと」「体調の変化、痛みのコントロール」「支援方法について」／等

図表 21 相談者の主任介護支援専門員研修修了有無別の相談内容（複数回答）



※その他は、「レスパイト入院の相談」「在宅での医療行為や医療機器の導入について」「退院に向けて、病院や家族に確認しておくべきこと」「体調の変化、痛みのコントロール」「支援方法について」／等

## 8) 相談による効果

看護師に相談をしたことにより、介護支援専門員にどのような効果が得られたかについて、「今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた」が90件（50.3%）で最も多く、次いで「疾患や治療方針に対する理解を深められた」88件（49.2%）、「訪問看護サービス導入の必要性の判断ができた」「医師（入院・外来診療）との連携ができた」がそれぞれ65件（36.3%）であった。「効果がなかった」は0件であった。

図表 22 相談による効果（複数回答）

	件数	割合 (%)
1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた	88	49.2
2. 利用者の状況に合ったケアプラン作成ができた	45	25.1
3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断ができた	65	36.3
4. 訪問看護サービス以外の医療系サービス導入の必要性の判断ができた	15	8.4
5. 利用者の病状の変化に伴うプラン変更の判断ができた	29	16.2
6. 訪問看護師と連携することができた	57	31.8
7. 医師（入院・外来診療）との連携ができた	65	36.3
8. 医師（訪問診療・往診）との連携ができた	30	16.8
9. 公的制度やサービスについて理解・活用することができた	18	10.1
10. インフォーマルサービスについて理解・活用することができた	3	1.7
11. 訪問診療・往診をしてくれる医師を見つけることができた	13	7.3
12. 訪問看護をしてくれる訪問看護事業所を見つけることができた	32	17.9
13. 利用者の家族や介護者の介護力が判断できた	46	25.7
14. 利用者や家族・介護者に訪問看護の必要性を説明できた	50	27.9
15. 支給限度額内で利用者の状況に沿った訪問看護導入の調整ができた	11	6.1
16. 自分が把握していなかった課題を発見できた	50	27.9
17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた	90	50.3
18. その他	20	11.2
19. 効果はなかった	0	0.0
無回答・不明	0	0.0
計	179	100.0

※その他は「入院に向けてのステップ、段取りが分かった」「利用者の状況や変化の把握」「支援に対して不安であったが、自信を得ることができたと思う」「本人主体、本人の決断に添うという視点に立ち返る助言が得られた」／等



## 9) 相談者（介護支援専門員）のバックグラウンド別の相談による効果

### ①基礎資格

基礎資格別にみると、看護職（n=23）では「1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた」が43.5%と最も多く、次いで「6. 訪問看護師と連携することができた」が34.8%、「3. 訪問看護サービス導入の必要性が判断できた」21.7%であった。

介護職（n=108）・福祉職（n=33）ともに、「17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた」がそれぞれ55.6%、60.6%と最も多く、次いで「1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた」がそれぞれ49.1%、57.6%となっている。介護職・福祉職では看護職に比較して「13. 利用者の家族や介護者の介護力が判断できた」「14. 利用者や家族・介護者への訪問看護の必要性の説明」の割合が多かった。【図表 23】

### ②経験年数

経験年数別にみると、5年未満（n=54）では「17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた」55.6%が最も多く、次いで「1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた」53.7%であった。5年以上10年未満（n=60）は「1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた」51.7%、「17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた」50.0%の順、10年以上（n=61）は「17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた」47.5%、「1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた」42.6%であった。

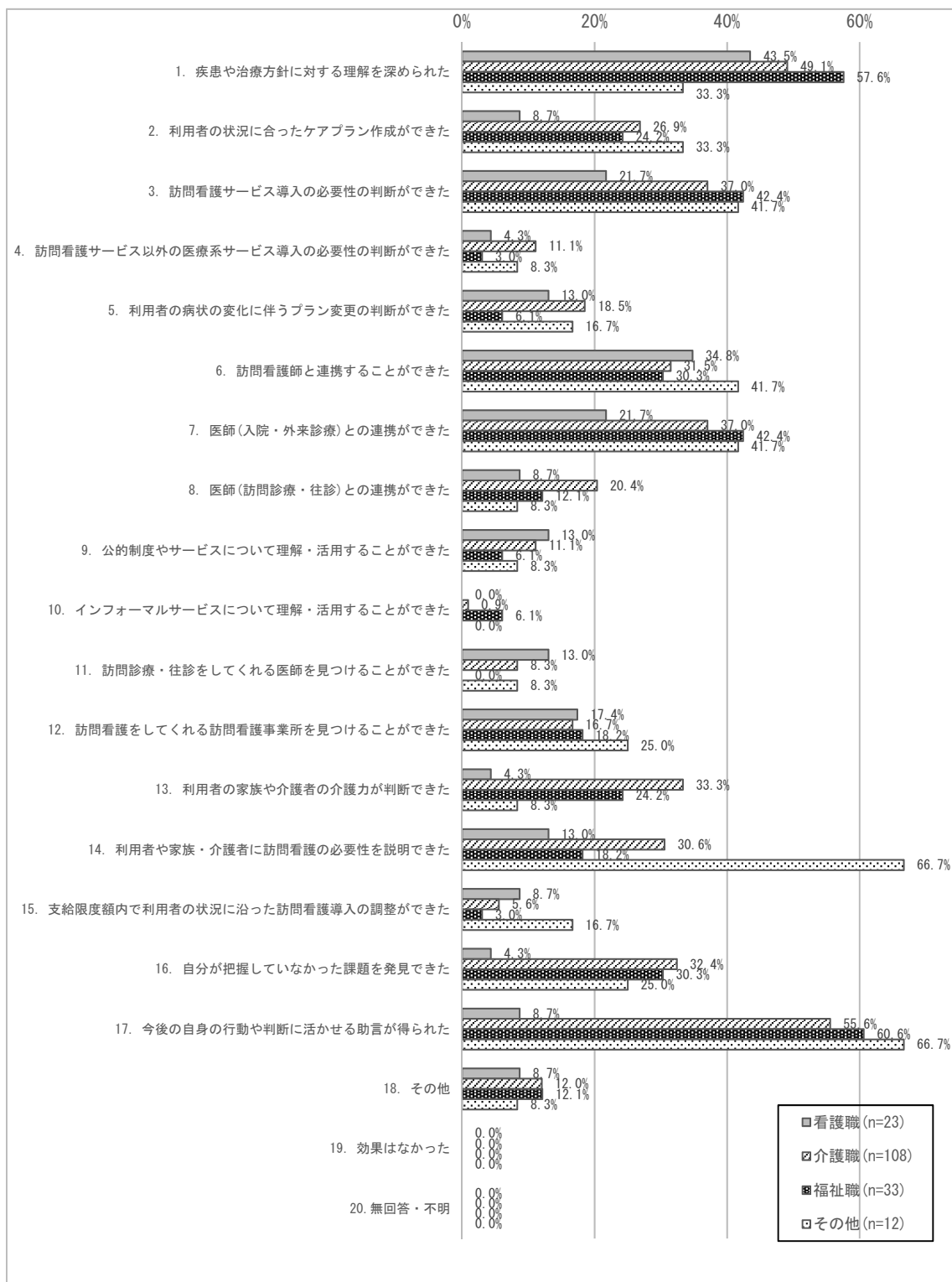
また、経験年数が短いほど「1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた」「17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた」の回答が多い傾向にあり、「16. 自分が把握していなかった課題を発見できた」が他に比較して多かった。【図表 24】

### ③主任介護支援専門員研修修了の有無

主任介護支援専門員研修修了の有無別にみると、研修修了あり（n=72）では「1. 疾患や治療方針の理解」52.8%、「17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた」50.0%の順に多く、研修修了なし（n=104）は「17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた」51.0%、「1. 疾患や治療方針の理解」47.1%の順で、いずれも約5割を占めた。

また、研修修了なしでは、研修修了ありに比較して「16. 自分が把握していなかった課題を発見できた」の割合が多かった。【図表 25】

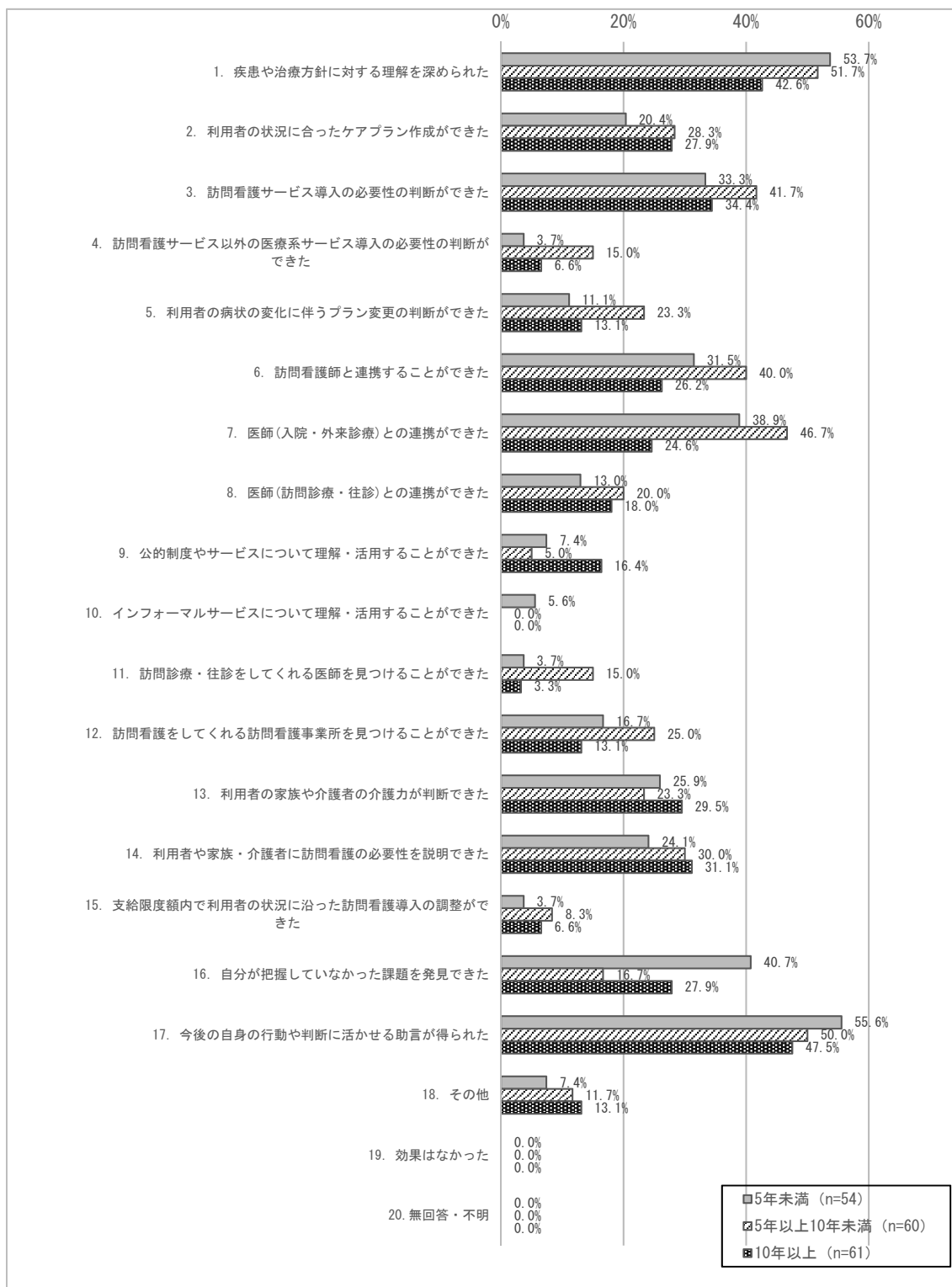
図表 23 相談者の基礎資格別の相談による効果（複数回答）



※その他は「入院に向けてのステップ、段取りが分かった」「利用者の状況や変化の把握」「支援に対して不安であったが、自信を得ることができたと思う」「本人主体、本人の決断に添うという視点に立ち返る助言が得られた」／等

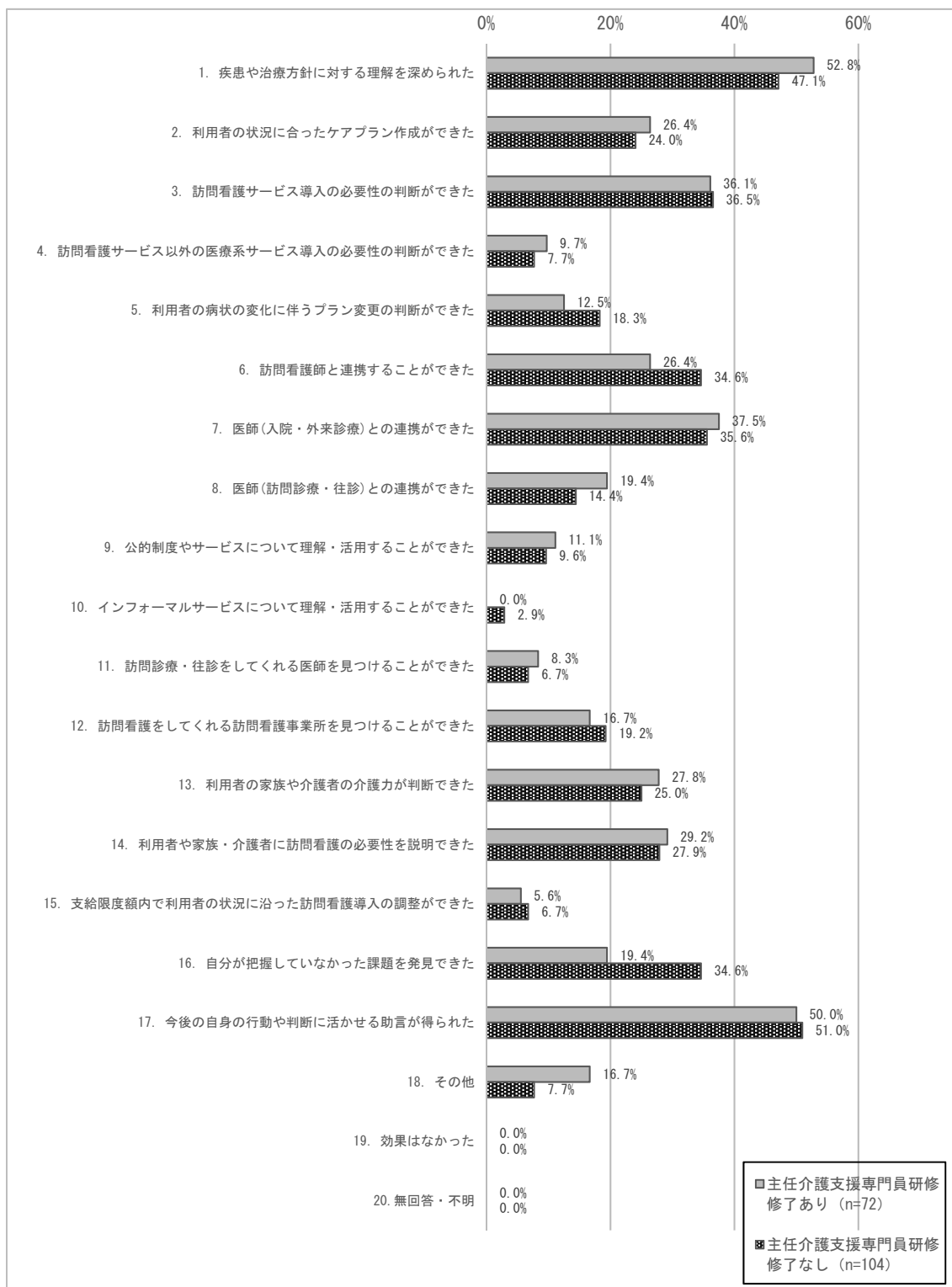
※※その他の基礎資格は、「歯科衛生士」「管理栄養士」「福祉用具専門相談員」「相談員」「柔道整復士」「鍼灸マッサージ」／等

図表 24 相談者の経験年数別の相談による効果（複数回答）



※その他は「入院に向けてのステップ、段取りが分かった」「利用者の状況や変化の把握」「支援に対して不安であったが、自信を得ることができたと思う」「本人主体、本人の決断に添うという視点に立ち返る助言が得られた」／等

図表 25 相談者の主任介護支援専門員研修修了有無別の相談による効果（複数回答）



※その他は「入院に向けてのステップ、段取りが分かった」「利用者の状況や変化の把握」「支援に対して不安であったが、自信を得ることができたと思う」「本人主体、本人の決断に添うという視点に立ち返る助言が得られた」／等

## 10) 相談窓口の評価

今後も本事業で試行したような相談窓口が継続した場合に、利用をしたいと思うかについては、「利用したい」が175件（97.8%）で最も多かった。

図表 26 相談窓口の評価

	件数	割合(%)
1. 利用したい	175	97.8
2. どちらでもない	3	1.7
3. 利用したくない	0	0.0
無回答・不明	1	0.6
計	179	100.0

## 11) 医療ニーズに関する相談窓口

医療ニーズを有する利用者への対応に際し、所属先の上司や同僚以外で日常的に相談できる窓口の有無を尋ねたところ、「ある」が166件（92.7%）であった。【図表 27-1】

日常的に相談できる窓口が「ある」と回答した場合に、相談先として最も多かったのは「利用者の訪問看護師」120件（72.3%）、次いで「利用者の主治医」102件（61.4%）、「地域包括支援センター」81件（48.8%）であった。【図表 27-2】

図表 27-1 医療ニーズに関する相談窓口の有無

	件数	割合(%)
1. ある	166	92.7
2. ない	12	6.7
無回答・不明	1	0.6
計	179	100.0

図表 27-2 医療ニーズに関する相談窓口（複数回答）

	件数	割合(%)
1. 地域包括支援センター	81	48.8
2. 在宅医療・介護連携推進事業に基づく相談窓口	40	24.1
3. その他の公的な相談窓口	6	3.6
4. 利用者の主治医	102	61.4
5. 同一・系列法人の医師	18	10.8
6. その他の医師	3	1.8
7. 利用者の訪問看護師	120	72.3
8. 同一・系列法人の看護師	45	27.1
9. 医療機関の看護師	24	14.5
10. その他の看護師	38	22.9
11. その他	12	7.2
無回答・不明	1	0.6
計	166	100.0

※その他は「病院の相談室」「MSW」「協力病院との連携会議」／等

### 3. ヒアリング調査

#### 1) 対象

試行事業実施期間中に、6地域6事業所において、①相談窓口を利用した介護支援専門員、②相談支援にあたった協力事業者（訪問看護師等）を対象にヒアリング調査を実施した。ヒアリング対象となる介護支援専門員の選定は協力事業者に依頼した。なお、大阪と山梨の2地域については、③コーディネーターもヒアリング調査の対象とした。

#### 2) 実施期間

2018年11月～12月

#### 3) 方法

対象者に対し、インタビューガイドを用いて1時間程度の半構造化インタビューを行った。インタビューで収集したデータについて、インタビューガイドの項目に沿って分類した。相談（支援）で得られた効果および運用上の課題について、内容が類似したものを抽出し、それらの共通性や特徴を明らかにした。

#### 4) 主な調査項目

①相談窓口を利用した介護支援専門員：

相談事例、同行訪問・対面（面談）による相談の利用の経緯、相談で得られた効果 等

②相談支援にあたった協力事業者（訪問看護師等）：

相談件数、実施体制、相談事例、周知活動の状況、運用上の課題 等

③コーディネーター：

実施体制の整備、実施状況の把握、問合せ対応の状況、広報、事業運用上の課題 等

#### 5) 結果

(1)看護職が相談支援を行うことのメリット

介護支援専門員にとって、適切なプランニングの前提となる疾病や状態、それに対応する治療やケアの方針への理解、今後予測される変化やそれに伴って発生するリスク等への理解が深まったという点にとどまらず、今後の状態変化や生活上のリスクを考慮に入れたケアプランの作成やサービスの導入、多職種や他機関との情報共有やスムーズな連携、利用者本人・家族の理解促進や不安軽減につながった等の意見が得られた。

①介護支援専門員へのヒアリングより

<相談先の確保>

- 利用者の訪問看護サービス事業者として関わっ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あると有り難いケースは多い。窓口で看護師とゆっく

り話をしても大丈夫であれば利用する人はいると思う。

- 相談先がないケアマネジャーの強い味方になると思う。ケアマネジャーが聞きにくいこと、どのように聞いたらいいかわからないことでも、看護師は本人や家族の理解・反応をみながら聞くことができる。
- このような相談窓口はもっとほかのケアマネジャーも使えたら良い。ケアマネジャーも仕事がスムーズに進められるし、利用者家族も安心ではないか。

#### <利用者・家族からの理解が得られやすい>

- ケアマネジャーの説明だけでは、医療面の根拠が薄いと思うので、看護師の立場からこういうことが必要だと説明していただけるのは本当に有難い。
- ケアマネジャーだけで説明するより、医療面からこのサービスでこういうケアができる、制度はこのように使えると利用者や家族に説明してもらえたので理解が深まった。
- サービス導入に拒否的・消極的な利用者には、専門的な立場から看護師に必要性を説明してもらったほうが本人も納得しやすい。

#### <医療ニーズへの適切な対応>

- 自分一人では抱えきれないことは、他所のケアマネジャーにも相談したりするが、看護師が相談支援をしてくれると、具体的な解決策を見つけることができるので非常に心強い。
- 今は状態がそこまで悪くなくても、今後症状が進行すれば悪くなっていくことが看護師なら予測ができる。その見極めがケアマネジャーでは難しかった。
- より専門的な見地からの助言をもらえる。第三者としての客観的な評価がほしいときや、プランニングのエビデンスが必要なときは、このような窓口があるとより安心である。

#### <多職種や他機関とのスムーズな連携>

- 行政の介入や医療サービスの導入を依頼したくても、ケアマネジャーは医療的なエビデンスを的確に説明できない場合があるが、単に「心配だから」では行政や医療機関は動いてくれない。行政や保健師を動かすには明確な根拠と目的が必要となる。看護師が専門的な評価にもとづいて、説明の仕方等をアドバイスしてくれると、自分たちも学習し今後の業務に活かすことができる。
- 訪問看護ステーションにも相談窓口が絶対ほしい。特にサービスにつながらない方で相談だけだったが、内容の濃い時間で勉強になったし、みんなでどうしていったらいいか話し合いの時間がもてて、使えるサービス、制度も詳しく助言してくれ、帰れる目途がたった。家族も体のことを、医師にききにくいことを看護師に説明し



てもらえた。これで PT や ST が入ってくればさらに安心も高まると思う。

## ②協力事業者（訪問看護師等）、③コーディネーターへのヒアリングより

### <相談先の確保>

- 利用者に訪問看護サービスを導入する前提でなくても、看護師に気軽に相談できる場所があること。
- 訪問看護は一体何をしてくれるのか、訪問看護の高い単価に見合った働きをしてくれるのか、という思いを持つ利用者やケアマネジャーに対して、利害関係のない「相談窓口」という中立公正な第三者として介入し、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良い。
- 訪問看護サービスを利用する、利用しないに関わらず、医療・保健・福祉等の在宅に係る事柄をケアマネジャーが看護師に相談できる機会を増やすことで、利用者への適切なサービスの提供に寄与できると考えられる。

### <医療ニーズへの適切な対応>

- 利用者の生活を、医療・看護の視点でアセスメントすることができる。疾患を持った方の在宅生活での困難やリスクを予見し、どういう風に支援をしていったら良いかアドバイスができる。
- （今回の試行事業以前から）訪問看護の導入につながるかはわからないが、医療ニーズがある利用者について、具体的にどのようなサービスが必要なのかわからないケースの相談を受けている。

### <利用者のニーズに応じた連携の強化>

- ケアマネジャーとしての経歴が長くても、これまでに訪問看護を使ったことがないという人や、訪問看護を入れる認識がなかったという人もいる。今回の相談窓口を利用したことをきっかけに、訪問看護の機能を知ってもらえる。
- 相談窓口が出来たことで「こんなこと、看護に相談しても良いのですか」とこれまで関係性のなかった新たなケアマネジャーが相談をしてくれるようになった。
- 訪問看護サポートセンターの開設当初は、「どうやって訪問看護につなげばよいか」という相談が多かったが、一度つなぐ先を紹介すれば関係性ができるため、次からは（本窓口に）相談せずともケアマネジャーが自分で訪問看護に繋ぐことができるようになる。

## (2) 同行訪問・面談を行うことのメリット

経緯や背景が複雑であるケースや、相談に時間を要するケースにおいては、相談窓口が面談や同行訪問の機能を持つことが有用であることが示唆された。特に同行訪問につ

いては、実際に利用者の生活を介護支援専門員と看護師が共にみることにより、利用者の状態や療養環境のアセスメント、利用者や家族への説明に有効な支援・助言を得ることができたといった意見があった。

#### ①介護支援専門員へのヒアリングより

##### <利用者の状況のアセスメント>

- 電話だけではその方の本当の課題がなかなかわからない点がある。面談や同行訪問と一緒にアセスメントしてもらい、どのようなサービスの利用につなげるのが適切か、確認できると有難い。

##### <地域の資源の把握と連携>

- 経験年数の浅い若手のケアマネジャーにとってはこのような相談窓口は良いかもしれない。若い人は、ネットで検索したりする等、ベテランとは違うつなぎ方・探し方をしている。
- 今までこういう（同行訪問までしてくれる）窓口がなかったので、個人的に看護師と連携関係をつくってきた。それ（個人的な連携）がうまくいかない、地域のネットワークが乏しいケアマネジャーは、こういう（同行訪問までしてくれる）窓口があると非常に助かるのではないか。

##### <利用者や家族に対する説明>

- （実際の生活の様子をみて、看護の視点がアセスメントにプラスされる点は）メリットとして大きい。利用者も納得すると思う。年齢的に、サービスの導入を含め他者の支援を受けることを嫌がる人もいるが、看護師の言うことは素直に聞き入れる人がいる。
- 主治医を変更したいと相談した際に、本人と家族が受診する日に看護師が不安のないようにと付き添ってくれ、家族は非常に安心していった。家族から言いにくい内容を主治医にどう伝えるかについても、アドバイスをくれた。  
電話よりも、利用者や家族の顔をみて直接説明すると、より理解や納得が得られやすい。ケアマネジャー以外にも味方がいるとわかり、（退院して）家に帰れる希望が家族にも出てきた。

#### ②協力事業者（訪問看護師等）へのヒアリングより

- ケアマネジャーは訪問看護導入の必要性を感じていても、本人や家族に十分な説明や同意を得ることが出来ずに相談に至るケースが多い。そのような場合に同行訪問し、「緊急時、ちょっと具合が悪い時に病院に行こうか迷ったときに相談できるところがあると安心ですよ」と説明をすると、「じゃあ、利用しようかな」と利用に繋

がる方が多い。また、相談時には、訪問看護の導入に繋がらなくても、同行訪問したことで必要性やメリット・効果を直接伝えることができる。利用者やケアマネジャーに知識や情報を直接提供できるのは良い。

- 「相談窓口で同行訪問ができる」というシステムがあるので、訪問看護師が（訪問看護を導入するためではなく）ちょっと様子を見に来てくれるよと、ケアマネジャーが利用者に伝える際の後ろ盾になり、結果として支援を行うための同意を得られ易くなるようだ。
- 「同行訪問してくれる相談窓口」があることで、利用者へのサービス資源として訪問看護が入っていきやすくなることに加え、ケアマネジャーと一緒に利用者の状況をアセスメントすることで、自分達からもケアプラン作成について、より具体的な提案ができるようになると思う。

### (3)運用上の課題

看護職による相談支援事業では、(1)(2)のようなメリットが示唆された一方、試行事業を運用する上で感じた問題点、より効率的かつ効果的な取組みとするための工夫や仕組みづくりに加え、このような相談窓口を地域で恒常的に運営するために解決すべき課題や留意すべき事項等も挙げられた。

#### ①介護支援専門員へのヒアリングより

＜相談窓口の体制整備について＞

- 自身の業務が多忙で外出が多いため、相談したいときに電話ですぐ相談にのってもらえることが非常に助かる。
- 相談申込書をFAXで送って、回答まで数日待つという仕組みより、電話ですぐ対応してもらえることが有難い。

#### ②協力事業者（訪問看護師等）へのヒアリングより

＜相談窓口の体制（相談対応者）について＞

- 訪問看護ステーションは多忙であり、訪問業務も担っているスタッフが相談業務を兼務するのは時間的にも、人員的にも厳しい。随時、相談に対応でき、同行訪問が実施できる体制をとるには、窓口対応の専任のスタッフを置く必要がある。
- 相談業務は、医療だけでなく制度に関しても、幅広く統合された知識がないと難しく、訪問看護の経験だけでは対応が難しい。相談支援を実施するスタッフは訪問看護の経験もあり、さらに介護支援専門員の資格を有している等、ケアマネジメントの視点を持っていることが必要。

- 相談対応には、自らプランニングする力や地域の様々な機関と連携する力が必要であり、相談窓口をやるのであれば、ケアマネジャー資格を持っている看護師が担う方が良いのではないかと感じている。

#### <相談窓口の体制整備について>

- 訪問看護ステーションは管理者自身も訪問看護を行っていることが多く、相談の電話がかかってきても、ケアマネジャーが困った時にタイムリーに対応できるかという点、現状はそうではない。相談窓口を置くには、それなりの体制が必要である。
- 1事業所が、相談窓口も訪問看護も担うというのは負荷が大きい。キーステーションのように、どこか1ヶ所が常時相談を受けられる体制を作り、地域のそれぞれの訪問看護ステーションと連携を取りながら、対応できるところが対応していく方法であれば、より実現性は高いと思う。
- 小規模事業所は（相談）時間がとれないだろう。

#### ②協力事業者（訪問看護師等）、③コーディネーターへのヒアリングより

##### <周知・広報について>

- ケアマネジャーの組織やネットワークに属していないケアマネジャーにこそ、この窓口の存在が必要だと思われるが、属していないが故に、研修や相談窓口があるという情報が届いていかない。
- 個別にケアマネジャーの事業所に説明に行くことで相談に結び付いた事例があったため、試行事業期間中は複数回にわたって周知活動を行った。訪問看護になじみが薄いケアマネジャーにとっては敷居が高いイメージがあるようだ。「こういうケースも相談してください」と具体的に周知していかないと、ニーズを引き出すところまでいかない。

##### <相談支援にかかる労力と対価について>

- 相談支援を行っても、全てが自事業所の訪問看護利用に繋がるとは限らないため、相談窓口を継続するには別途、相談支援の対価を確保する仕組みが必要である。
- 訪問看護ステーションの業務で多忙な中、現状はトータルサポートマネジャーとしての高い役割意識に支えられて相談窓口の対応を行っている。相談への対応方法と相談に対する対価については検討が必要である。
- 相談を受ける訪問看護ステーション側にも窓口を運営するための原資が必要。報酬上で評価がつけばよいのではないかと感じる。

<介護支援専門員との関係性について>

- ケアマネジャーがケアプランに自信がなかったり、不安を抱えている場合、看護師に開示したくないとの思いもあるようだ。ただ、必要なときは看護師に相談したいという気持ちはある。
- ケアマネジャーから看護師に相談するハードルが高い。こんなことを相談していいのか、という気兼ねがあるようだ。どうやって敷居を下げるかを、訪問看護としても考えていかないと。こういうことを看護師に聞いても大丈夫、なんでも聞いていいんだ、とケアマネジャーに思ってもらえたら良い。
- ケアマネジャーにも「訪問看護はバイタルチェックする人」と思っている人がいる。ケアマネジャーの訪問看護に対する理解を広めていく必要もある。

## 4. 結果のまとめ

本事業では、医療ニーズを有する利用者のケアマネジメントに関して、介護支援専門員が地域の訪問看護ステーション等の看護師に相談し助言を得られる相談支援事業を試行的に実施した。相談記録および相談利用アンケート、ヒアリングから得られた結果を以下にまとめた。実際の相談事例を通じて、介護支援専門員が具体的に困難を感じている内容、看護師による相談支援のニーズおよび相談支援の効果等を把握することができた。

### 1) 相談事例の概要

#### ①相談ケース（利用者）の状況

要介護認定申請「有」のうち、要支援1・2が約1割、要介護1・2が約5割、要介護度3以上が約3割を占めた。医療ニーズを有する疾患・症状（複数回答）については、「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（がん）」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%等となっている。

相談ケースにおける主な医療処置（複数回答）では、「服薬管理（薬の飲み過ぎ、飲み忘れへの対応等）」が必要なケースが38.6%に上ったほか、「排便コントロール」が11.2%等となっている。

#### ②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%と多く、次いで「訪問看護サービス導入の必要性の判断」39.7%、「医師（入院・外来診療）との連携」39.1%等となっている。一方、相談支援を行った看護師の相談記録から相談内容（複数回答）をみると、「医師（入院・外来診療）との連携」が45.3%、次いで「疾患や治療方針の理解」44.9%、「訪問看護サービス導入の必要性の判断」38.6%であり、順位は若干異なるものの、介護支援専門員からの相談内容とおおよそ合致していた。

相談者（介護支援専門員）の基礎資格別にみると、介護職・福祉職の介護支援専門員では「訪問看護サービス導入の必要性の判断」「介護者の介護力（医療処置への対応力等）の判断」「利用者や家族・介護者への訪問看護の必要性の説明」の回答が看護職の介護支援専門員よりも多いという傾向があった。経験年数別にみると、経験年数が短い介護支援専門員ほど「疾患や治療方針の理解」の回答が多い傾向にあり、経験年数が長い介護支援専門員ほど「介護者の介護力（医療処置への対応力等）の判断」「利用者や利用者や家族・介護者への訪問看護の必要性の説明」の回答が多い傾向にあった。主任介護支援専門員研修修了の有無別では、研修修了者は「介護者の介護力（医療処置への対応力等）の判断」「利用者や家族・介護者への訪問看護の必要性の説明」が多い一方、

「利用者の病状の変化に伴うプランの変更」は少なかった。

### ③相談の効果

相談窓口を利用した介護支援専門員が回答した相談支援の効果（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%が多くなっている。以下、「医師（入院・外来診療）との連携ができた」「訪問看護サービス導入の必要性の判断ができた」（いずれも 36.3%）と続いた。

## 2) 看護師による対応の実際

### ①支援のプロセス

本試行事業は、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、看護の視点から助言を行うという事業スキームにより実施した。さらに、必要に応じて、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いて対面で相談支援を行う機会を設ける、あるいは、看護師が介護支援専門員と利用者宅に同行訪問して助言や支援を行うという機能を付加した。

相談方法としては、「電話」が 53.2%と最も多く、「同行訪問」23.6%や「面談」18.4%も一定数活用されていた。一方、FAX や E-mail による相談はほとんどなかった。

試行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、看護職による助言や支援のプロセスをみると、【電話相談】のみによる支援で完結したケースと、【面談】【同行訪問】との組合せによるケースに大別された。

1 回目の【電話相談】で相談内容の概要、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相談を受け、電話で回答が可能なものは一度の電話相談で終了していた。介護支援専門員から【面談】や【同行訪問】の希望や、あるいは看護師側で、利用者の状態像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、【面談】や【同行訪問】の実施につながっていた。

### ②支援の内容

介護支援専門員からの相談に対して、相談窓口では医療ニーズの把握や理解についての助言に加え、今後の状態変化やリスクの説明、医師や在宅医療・介護に携わる多様な関係職種・関係諸機関との連携・調整、制度やサービス等の説明・紹介、訪問看護サービス導入の提案等が行われていた。

1 回の電話相談で終了したケースでは、たとえば、訪問看護で対応できる処置やケアの内容、訪問看護の保険適用といった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、訪問看護全般にかかわる情報提供等が行われていた。

また、複数回の相談が必要だと看護師が判断したケースとしては、たとえば本人の状態や医療処置・服薬の状況、在宅療養環境等のアセスメントへの支援・助言を求められるようなものであった。このほか、通院中や退院した医療機関との情報共有や訪問看護以外のサービスの利用調整等、他職種・他機関とスムーズに連携を進めるための助言・支援を求める相談や、利用者や家族への対応等に関する相談も大きなウェイトを占めた。

また、サービス導入の目的や期待される効果の説明、意思決定支援のための情報提供、不安の傾聴等が含まれるケース、とりわけ利用者や家族にサービス導入への拒否傾向がある場合には複数回の相談になる傾向がみられた。ここでは、現在の状態だけでなく、予後予測や今後起こりうる生活上のリスクを踏まえた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・助言が行われていた。

### 3) 小結

相談事例の多くは、「医療ニーズ」と「介護ニーズ」を併せ持つ在宅療養者に関わるものであった。利用者の要介護度としては比較的軽度から中等度の介護を必要とする状態であり、認知症や慢性疾患を含む複数の疾患・症状を有していた。そのため、通院あるいは訪問診療等で受診し、継続的な服薬が必要な状況であることがうかがえた。

一方で、当初想定していた明確な「医療ニーズ」とは構造が異なり、認知症が疑われるが未受診のケース、がん末期だが要介護認定を受けていないケース等、医療・介護の連携が不十分な状況にあるケースが少なくなく、また疾患や医療処置以外の問題も多岐にわたっていることが分かった。

また、介護支援専門員が利用者に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、サービス導入の受入れが難しい、利用者あるいは家族・介護者の心身面・経済面での負担感が高いといった状況もあり、相談支援を行う看護師には様々な困難や制約を踏まえた上での対応が求められている。

さらに、相談者（介護支援専門員）の基礎資格や経験年数等により、看護師に助言や支援を得たいと考えている内容が異なることが明らかになった。このように、相談窓口では様々なバックグラウンドをもつ介護支援専門員からの多様な相談に応じる必要があり、「生活」と保健・医療・福祉をつなぐ看護師による相談支援のニーズが大きいことが示唆された。

今回、6パターン設定した試行モデルの比較においては、相談内容や相談方法、支援の内容に大きな差異はみられなかった。



### 第3章 看護師による相談支援試行事業の成果と考察

#### 1. 介護支援専門員の困りごとに着目した分析

##### 1) 方法

相談事例 267 件について、相談支援者（看護師）による相談記録の自由記載（相談ケースの概要および支援内容）より、介護支援専門員がどのようなことに困難を感じているのか（以下、「介護支援専門員の困りごと」）について類型化した。

さらに、看護師からみた介護支援専門員の困りごとに対して、看護師がどのように対応したか、その結果どのような効果が得られたのかについて、介護支援専門員の困りごとのパターンごとに分析した。なお、「看護師による対応」の分析については看護師からみた介護支援専門員の「相談内容」の回答データを使用し、「相談で得られた効果」の分析については介護支援専門員の「相談による効果」の回答データを用いた。

##### 2) 介護支援専門員の困りごとの分類

介護支援専門員の困りごとは、【医療的ニーズの困難性】【ケースマネジメント全般の困難性】の2つに大別され、さらに以下の8パターンに分類された。

全体では<⑤制度やサービス導入への対応に困っている> (29.6%) が最も多く、次いで<①医師や他職種、医療機関との連携に困っている> (18.7%)、<②対象者の疾患・処置や対応がわからない> (17.6%) の順で多かった。

図表 28 介護支援専門員の困りごと

		件数	割合 (%)
医療的ニーズ の困難性	①医師・他職種、医療機関との連携に困っている	50	18.7
	②対象者の疾患・処置や対応がわからない	47	17.6
	③認知機能レベル低下・認知症の進行・精神疾患への対応がわからない	17	6.4
	④医療的緊急度が高い	10	3.7
ケースマネジ メント全般の 困難性	⑤制度やサービス導入への対応に困っている	79	29.6
	⑥医療と介護の問題が絡み複雑で整理できない	30	11.2
	⑦家族や介護者、世帯の状況の問題への対応が難しい	28	10.5
	⑧今後の支援方法	6	2.2
計		267	100.0

※⑤には「利用者本人や家族のサービス拒否、サービスの理解や受入れが悪い」「制度やサービス等に関する情報不足」「何のサービスを入れたらよいかわからない」「訪問看護導入の依頼」等を含む。

ケースあたりの延べ相談回数ごとにみると、1回の相談で終了したケースでは<⑤制度やサービス導入への対応がわからない> (29.6%)、<①医師や他職種、医療機関との連携に困っている> (25.2%) の順が多かった。一方、複数回の相談で終了したケースでは<⑤制度やサービス導入への対応に困っている> (29.6%) のほか、<②対象者の疾患・処置や対応がわからない> (20.4%)、<⑥医療と介護の問題が絡み複雑で整理できない> (17.8%) が多かった。

図表 29 延べ相談回数別にみた介護支援専門員の困りごと

	1回で相談終了 (ケース数 115)		複数回で相談終了 (ケース数 66)	
	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)
①医師や他職種、医療機関との連携に困っている	29	25.2	21	13.8
②対象者の疾患・処置や対応がわからない	16	13.9	31	20.4
③認知機能レベル低下・認知症の進行・精神疾患への対応がわからない	11	9.6	6	3.9
④医療的緊急度が高い	2	1.7	8	5.3
⑤制度やサービス導入への対応に困っている	34	29.6	45	29.6
⑥医療と介護の問題が絡み複雑で整理できない	3	2.6	27	17.8
⑦家族や介護者、世帯の状況の問題への対応が難しい	16	13.9	12	7.9
⑧今後の支援方法	4	3.5	2	1.3
計	115	100.0	152	100.0

### 3) 介護支援専門員の困りごととパターン別の特徴

介護支援専門員の困りごと 8 パターンそれぞれについて、代表的な看護師の対応とそれによる効果を示すため、それぞれ上位 3 つを掲載した<sup>3</sup>。

看護師の対応としては、ほとんどすべてのパターンで「1. 疾患や治療方針の理解」および「7. 医師(入院・外来診療)との連携」が上位 3 位に入っていた。一方、介護支援専門員からみた効果としても、ほとんどすべてのパターンで「1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた」および「17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた」、次いで「7. 医師(入院・外来診療)との連携ができた」が上位 3 位に入っていた。これらのことから、相談窓口の基本的な機能として、介護支援専門員が利用者の疾患や治療方針の理解にもとづき、サービス導入の必要性を、医師と連携しつつ、家族にも説明できるように支援・助言をすることが重要である。

介護支援専門員の困りごと 8 パターンについて、それぞれ看護師の対応や相談による効果の特徴、および代表的な事例をとりあげ、概要を示す。

<sup>3</sup> ⑧については件数が少ないため、上位 2 つを掲載した。

①医師・他職種・医療機関との連携に困っている (n=50)

看護師の対応 【看護師】による「相談内容」の回答			相談による効果 【介護支援専門員】による「相談の効果」の回答		
相談内容（上位3つ）	件数	割合 （%）	相談の効果（上位3つ）	件数	割合 （%）
7. 医師（入院・外来診療）との連携	36	72.0	1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた	16	32.0
1. 疾患や治療方針の理解	25	50.0	17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた	16	32.0
16. その他	14	28.0	7. 医師（入院・外来診療）との連携ができた	15	30.0

<①医師・他職種、医療機関との連携に困っている>のパターンでは、看護師により「7. 医師（入院・外来診療）との連携」「1. 疾患や治療方針の理解」といった対応が多く行われており、介護支援専門員は「1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた」「17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた」「7. 医師（入院・外来診療）との連携ができた」等の効果が得られている。

適切なプランニングの前提となる疾病や状態、それに対応する治療やケアの方針等について看護師から説明や助言を受けることで、介護支援専門員が疾患や治療方針そのものへの理解を深め、医師との情報共有や連携に役立ったと考えられる。

事例 1-1：女性 認知症、痛みを伴う疾患（相談回数：1回 電話）

最近、本人の認知症の症状が進行しているように思われる。骨折で一時入院していたが退院したため、これを機に認知症やそれ以外の疾患を含めて訪問診療してくれる医師と訪問看護を紹介してほしいと、介護支援専門員から電話で相談があった。

相談を受けた看護師は、本人の自宅に近い在宅医を2か所紹介するとともに、一度認知症の専門医の診断を受けることも提案した。介護支援専門員は、訪問診療・往診をしてくれる医師を見つけることができた。

事例 1-2：80 代女性 認知症、精神疾患を合併し不安が強い（相談回数：1 回 電話）

外来受診時には子が同行しているが、医師に自宅での本人の様子を子がうまく説明することができず、苦慮している。介護支援専門員より、一度外来受診に同席し、自分が見ている客観的な情報を伝え家族の説明の支援をしたいと電話で相談があり、説明の仕方のコツ（ポイント）について助言を求められた。

相談を受けた看護師は、介護支援専門員としてかかわる中でのエピソードを文章にまとめ、受診前に主治医に送っておくことで、より効率的な情報共有ができるのではと提案した。

## ②対象者の疾患・処置や対応がわからない (n=47)

看護師の対応 【看護師】による「相談内容」の回答			効果 【介護支援専門員】による「相談の効果」の回答		
相談内容（上位3つ）	件数	割合 (%)	相談の効果（上位3つ）	件数	割合 (%)
3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断	27	57.4	1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた	19	40.4
1. 疾患や治療方針の理解	24	51.1	17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた	17	36.2
14. 利用者や家族・介護者への訪問看護の必要性の説明	17	36.2	3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断ができた	15	31.9

<②対象者の疾患・処置や対応がわからない>のパターンでは、看護師により「3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断」「1. 疾患や治療方針の理解」といった対応が多く行われており、介護支援専門員は「1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた」「17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた」「3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断ができた」等の効果が得られている。

現時点では医療ニーズが高いとは言えないまでも、疾患や要介護度の悪化防止のために予防的な介入や支援が必要だったり、将来的には訪問看護等の医療サービスが必要となりそうな状況の利用者の事例が多くみられた。現在の病状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、今後どのような生活上のリスクが生じ得るのかという予測・予防的観点から助言が行われており、重度化予防のための支援・サービスの導入や、今後に向けて本人・家族への説明や意思確認等を進めることにつながったと考えられる。

事例2：女性 食欲不振で体重減少 一人暮らし（相談回数：2回 面談、同行訪問）

原因は不明だが体重減少がみられ、主治医からは食事と水分を摂るようにと指導があったがなかなか状態が改善しないと、介護支援専門員から面談により相談があった。

生活状況を把握し医師に伝える必要があったため、相談を受けた看護師が介護支援専門員とともに同行訪問した。家の中は整理され、環境の乱れはなかったが、普段の生活や受診についての質問に対し、利用者からの回答は曖昧であり、認知機能の低下がうかがわれた。また、介護支援専門員が把握している疾患では処方されないような薬も服薬しており、他にも疾患があり受診していることが推察された。

看護師は、同行訪問で確認した内容をまとめて次回の受診時に主治医に相談するよう提案した。また、主治医の病院の地域連携室にも声をかけておくことを提案した。

③認知機能レベル低下・認知症の進行・精神疾患への対応がわからない(n=17)

看護師の対応 【看護師】による「相談内容」の回答			効果 【介護支援専門員】による「相談の効果」の回答		
相談内容（上位3つ）	件数	割合（%）	相談の効果（上位3つ）	件数	割合（%）
7. 医師（入院・外来診療）との連携	9	52.9	7. 医師（入院・外来診療）との連携ができた	7	41.2
8. 医師（訪問診療・往診との連携）	5	29.4	1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた	7	41.2
3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断	5	29.4	16. 自分が把握していなかった課題を発見できた	7	41.2

<③認知機能レベル低下・認知症の進行・精神疾患への対応がわからない>のパターンでは、看護師により「7. 医師（入院・外来診療）との連携」への対応が多く行われており、介護支援専門員は「7. 医師（入院・外来診療）との連携ができた」だけでなく「1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた」「16. 自分が把握していなかった課題を発見できた」等の効果が得られている。

認知症や精神疾患の症状は個別性が高いため判断が難しく、また日常的に接している家族や介護者には却って症状の進行が捉えづらい場合がある。また、認知症や精神疾患とその他の疾患を併せ持つ利用者の場合、複数の医師との連携やサービス調整をどのように進めるかが課題となる。

こうした課題に対し、疾患や治療方針の理解にもとづいて、医師との連携やサービスの導入のポイントについて支援・助言する相談窓口の機能が必要である。高齢化の進展や認知症患者の増加を踏まえ、在宅での療養生活の継続や医療機関への関わり方を支援する機能は、今後もニーズが高まると考えられる。

事例3：80代 女性 認知症 うつ 子と同居（相談回数：1回 FAX）

本人は自室に入ったまま、介護支援専門員やヘルパーの立ち入りを拒んでいる。同居している子は介護に協力的ではない。受診も中断し、薬も飲んでいない。どう対応すべきかと、FAXで相談があった。

相談を受けた看護師は、まずは自宅での生活状況を主治医に知ってもらうことが必要であると助言し、主治医への情報提供を提案した。その結果、相談後の受診時に認知症うつの状態であると診断され、治療のために入院することとなった。介護支援専門員と医師との間で、スムーズな連携につながった。

④医療的緊急度が高い(n=10)

看護師の対応 【看護師】による「相談内容」の回答			効果 【介護支援専門員】による「相談の効果」の回答		
相談内容（上位3つ）	件数	割合（%）	相談の効果（上位3つ）	件数	割合（%）
1. 疾患や治療方針の理解	9	90.0	1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた	4	40.0
2. 利用者のアセスメント及びケアプラン作成	7	70.0	7. 医師（入院・外来診療）との連携ができた	4	40.0
7. 医師（入院・外来診療）との連携	7	70.0	17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた	3	30.0

<④医療的緊急度が高い>のパターンでは、看護師により「1. 疾患や治療方針の理解」「2. 利用者のアセスメント及びケアプラン作成」「7. 医師（入院・外来診療）との連携」といった対応が多く行われており、介護支援専門員は「1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた」「7. 医師（入院・外来診療）との連携ができた」等の効果が得られている。

入院期間の短縮化により、利用者が不安定な状態で退院してくる事例や、諸事情により医療や介護の目が十分入らないまま在宅で重症化し、短期間で急遽の対応が必要となる事例もある。医療的緊急度や入院の必要性に対するアセスメントを看護師が支援することで、介護支援専門員自身の理解を深めるだけでなく、利用者の状態悪化の危機を回避し、状態悪化の可能性を考慮に入れた早期介入や多職種との連携等に活かされたと考えられる。

事例4：女性 夫、子と同居（相談回数：2回 電話、同行訪問）

数日前から急に食欲不振となり起き上がれなくなり弱ってきた。介護支援専門員が受診を勧めても嫌がり、家族の意見も聞き入れない。介護支援専門員から入院の必要性について助言がほしいと依頼があったため、同行訪問して本人の状況をアセスメントするとともに、家族から事情を聞いた。

その結果、家族の介護負担感が強く、現状のままでは在宅で介護の継続は難しく、本人の症状も悪化のおそれがあることが判明したため、本人を説得して病院に救急搬送、入院となった。

⑤制度やサービス導入への対応に困っている (n=79)

看護師の対応 【看護師】による「相談内容」の回答			効果 【介護支援専門員】による「相談の効果」の回答		
相談内容（上位3つ）	件数	割合 (%)	相談の効果（上位3つ）	件数	割合 (%)
3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断	37	46.8	17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた	25	31.6
1. 疾患や治療方針の理解	30	38.0	3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断ができた	23	29.1
2. 利用者のアセスメント及びケアプラン作成	27	34.2	1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた	19	24.1
			6. 訪問看護師と連携することができた	19	24.1

<⑤制度やサービス導入への対応に困っている>のパターンでは、看護師により「3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断」への対応が多く行われており、介護支援専門員は「17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた」「3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断ができた」等の効果が得られている。

介護支援専門員が訪問看護を導入する必要性を感じていても、利用者や家族の理解や納得を得る説明が難しく、説明方法等のアドバイスを求めて相談に至る事例が多くみられた。利用者や家族からは、訪問看護の導入に対して、「どういことができるかわからない」「まだ看護師に来てもらう必要はない」等の声があがっている。こうした中で、介護支援専門員と共に利用者の状況をアセスメントすることにより、看護の立場から、疾患や治療方針の説明や支援が必要となる根拠等を直接利用者や介護支援専門員に伝えることができたと考えられる。

事例 5-1：80 代男性 がん末期、糖尿病 妻と子と 3 人暮らし（相談回数：2 回 電話、同行訪問）

本人・家族は在宅療養・在宅看取りを希望している。家族は力のいる介護は難しいため、在宅サービスを利用していきたい。現状の ADL 機能では外来受診はできないため訪問診療医に来てもらう状況であるが、今後の方向性や必要なサービスについて、家族と共に相談にのってもらいたいと、電話で依頼があった。

相談を受けた看護師が同行訪問により、現状の機能のアセスメントと、今後生じうる状態の変化を伝えた上で、訪問看護を早急に導入し、医師との連携を図り病状管理を行う必要があること、訪問診療医への依頼の検討が必要であること等を伝えた。また、機能低下に伴い今後必要となるサービスについて話し合った。

事例 5-2：60 代女性 がん（相談回数：1 回 面談）

現在、老人保健施設に入所中だが、がんの治療のため通院している。キーパーソンの兄は通院介助が難しく、遠方の病院への通院が負担になっているため、老健を退所して、医療的な対応も含めて受け入れてくれる特別養護老人ホームを探している。本人はがんの治療を望んでいるが、現在の病状や治療の状況からどう調整を進めていけばよいかと、面談にて相談があった。

相談を受けた看護師は、主治医に予後を含めた病状と今後の治療方針を確認するよう提案した。さらに、今後入院の予定があるため、入院時のカンファレンスで必要な情報を病院と共有できるよう、カンファレンスへの参加にあたって必要な情報の整理を看護師と介護支援専門員で一緒に行った。



⑥医療と介護の問題が絡み複雑で整理できない(n=30)

看護師の対応 【看護師】による「相談内容」の回答			効果 【介護支援専門員】による「相談の効果」の回答		
相談内容（上位3つ）	件数	割合（%）	相談の効果（上位3つ）	件数	割合（%）
2. 利用者のアセスメント及びケアプラン作成	16	53.3	1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた	12	40.0
1. 疾患や治療方針の理解	14	46.7	16. 自分が把握していなかった課題を発見できた	11	36.7
7. 医師（入院・外来診療）との連携	11	36.7	17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた	10	33.3

＜⑥医療と介護の問題が絡み複雑で整理できない＞のパターンでは、看護師により「2. 利用者のアセスメント及びケアプラン作成」「1. 疾患や治療方針の理解」といった対応が多く行われており、介護支援専門員は「1. 疾患や治療方針に対する理解を深められた」「16. 自分が把握していなかった課題を発見できた」等の効果が得られている。

高齢化の進展により、医療・介護ニーズは増大し、一人一人の生活状況や価値観の違いに応じて多様化・複雑化している。医療機関に入院して受療していた人々の多くが、地域で受療しつつ療養するようになっていることから、こういった複雑な事例への対応は、今後も増加していくと見込まれる。看護師によ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が、種々の問題を整理していくことに活かされたと考えられる。

事例6：80代女性 認知症、循環器疾患 夫と子と3人暮らし（相談回数：3回 全てFAX）

夫も認知症、子も慢性疾患があり、家族の介護力に限界がある。本人は全介助が必要だが、経済的事情から訪問看護の一部負担金を払えない状況にある。在宅でどのような対応が可能か、FAXで相談があった。

相談を受けた看護師は、介護支援専門員の話を整理し、介護保険の範囲内で調整できるサービスには限界があると考えた。次に、医師と介護支援専門員の面談の機会をもつことを提案した。これにより介護支援専門員は利用者の疾患の状況を理解し、主治医から子に病状を説明してもらうよう調整ができた。経済的理由により、デイサービスやヘルパー以外のサービスは導入できないと子が考えており、公的支援の導入の検討のため、保健所の保健師にかかわってもらうことを提案した。

⑦家族や介護者、世帯の状況の問題への対応が難しい(n=28)

看護師の対応 【看護師】による「相談内容」の回答			効果 【介護支援専門員】による「相談の効果」の回答		
相談内容（上位3つ）	件数	割合（%）	相談の効果（上位3つ）	件数	割合（%）
7. 医師(入院・外来診療)との連携	14	50.0	7. 医師(入院・外来診療)との連携ができた	12	42.9
16. その他	13	46.4	17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた	11	39.3
1. 疾患や治療方針の理解	9	32.1	13. 利用者の家族や介護者の介護力が判断できた	10	35.7

＜⑦家族や介護者、世帯の状況の問題への対応が難しい＞のパターンでは、看護師により「7. 医師(入院・外来診療)との連携」への対応が多く行なわれており、介護支援専門員は「7. 医師(入院・外来診療)との連携ができた」「13. 利用者の家族や介護者の介護力が判断できた」「17. 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた」等の効果が得られている。

家族や介護者が疾患を抱えている事例やサービス導入に拒否傾向があるような事例、独居者や高齢者のみ世帯等の介護力が少ない事例、経済的な困難を抱えている事例も多くみられた。利用者個々の生活状況や生活環境を踏まえた対応方法の検討が適確に行われ、必要な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求められる。その中、介護支援専門員が医師との連携および利用者本人・家族への説明や意思確認を進めるにあたって、状況の整理や効果的な説明方法について、看護師による助言や支援が活かされたと考えられる。

事例7：80代 男性 脳血管疾患 循環器疾患 認知症（相談回数：1回 電話）

利用者は息子夫婦と同居している。息子の妻は精神疾患があり、利用者とは接触する時間が長いと体調不良を訴えるため、利用者は日中デイサービスを利用している。数日前より利用者の疾患が悪化し、デイサービスに行けず自宅で療養しているため、息子の妻の精神疾患の症状が悪化した。息子も両者への対応により疲弊していると電話で相談があった。

相談を受けた看護師は、介護支援専門員の話を整理した。介護支援専門員は、利用者本人と息子の妻の病状悪化を防ぐために、利用者の緊急入院を急ぎたいと考えていた。しかし、利用者および息子の入院希望については未確認であり、まずは両者の意向確認が必要であることを確認した。早急に利用者および息子との面談を実施し、その上で主治医に報告、相談し、今後の方針を検討することになった。介護支援専門員は、医師とスムーズな連携ができた。

⑧今後の支援方法 (n=6)

看護師の対応 【看護師】による「相談内容」の回答			効果 【介護支援専門員】による「相談の効果」の回答		
相談内容 (上位2つ)	件数	割合 (%)	相談の効果 (上位2つ)	件数	割合 (%)
1. 疾患や治療方針の理解	5	83.3	2. 利用者の状況に合ったケアプラン作成ができた	3	50.0
7. 医師(入院・外来診療)との連携	4	66.7	3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断ができた	3	50.0

<⑧今後の支援方法>のパターンでは、看護師により「1. 疾患や治療方針の理解」「7. 医師(入院・外来診療)との連携」といった対応が多く行われており、介護支援専門員は「2. 利用者の状況に合ったケアプラン作成ができた」「3. 訪問看護サービス導入の必要性の判断ができた」等の効果が得られている。

利用者をとりまく種々の情報の整理・統合が必要な場合に、看護師よりアセスメントについて支援を受けることで、地域の資源(サービス)へのつなぎ方やつなぐべき対象が明らかになり、利用者の状況にあった適切なケアプラン作成に結びつくと考えられる。

事例8：男性 がん末期 妻と2人暮らし (相談回数：2回 面談、同行訪問)

通院で抗がん剤治療を続けてきたが、主治医からはこれ以上抗がん剤の効果が見込めないと説明を受けた。本人は治療に前向きだが、余命は告知されていない。病院が遠方なので、本人・家族とも通院が負担になっている。介護支援専門員より、このまま通院で抗がん剤治療を続けることの是非や、本人が余命について知らないこと、在宅療養に移行するタイミング等で悩んでいると、面談にて相談があった。

看護師は介護支援専門員の思いを傾聴・共感し、本人と家族の希望を確認しながらかわっていくこと、状況を変える必要があればチャンスを見逃さず話し合っていくことを助言した。介護支援専門員より、告知されていないターミナル期の利用者への対応がはじめてだったので同行してほしいと依頼があった。同行訪問にて、看護師から本人・家族に訪問看護や訪問診療について説明がなされた。本人・家族は自宅でも治療が受けられる選択肢があることを理解して安心し、在宅療養への移行について前向きな反応を示し、次の受診時に主治医に相談することとなった。

## 2. 看護師による相談支援の成果と課題

### 1) 看護師による相談支援の効果

試行事業で得られた介護支援専門員の困りごとの8類型いずれのパターンにおいても、看護師による相談支援の効果は大きく3つあると考えられる。

まず第1に、「疾患や治療方針の理解」である。医療ニーズを有する利用者のケアマネジメントにあたり、疾患による症状や経過、治療方法、処方薬等についての基礎知識を介護支援専門員が相談窓口で得ることにより、主治医等とのスムーズな連携が可能となり、必要なサービスの種類や量について目途が立てやすくなる。また、現在の状態の把握だけでなく今後予測される変化や、それに伴う生活上のリスク等について介護支援専門員が理解することで、医療ニーズ（及びそれに付随する介護ニーズ）に適時適切に対応し得るケアプランの作成・変更の判断ができる。

第2に、「医師との連携」である。入院期間の短縮化により、継続的な医療処置が必要な状態や、不安定な状態で退院してくる利用者も多い。また、在宅療養しながら複数の医療機関を受診している利用者や、疾患や要介護度の進行に伴い通院から訪問診療へ受診方法の変更が必要になってくる利用者もいることから、医師や医療機関とのスムーズな連携が、安心して地域・在宅での療養を継続する前提となる。医師をはじめとする多職種と介護支援専門員の間の利用者に関わる情報共有においても、看護師による介護支援専門員への後方支援が可能だと考えられる。

第3に、「利用者本人や家族・介護者への説明」である。高齢者の世帯構成においては、「単独世帯」「夫婦のみ世帯」の割合が年々増加しており、介護支援専門員には、利用者の家族や介護者の介護力の判断や、家庭の介護力を前提としない在宅療養支援の体制づくりとともに、それぞれの利用者がとり得る在宅療養の選択肢をわかりやすい言葉で説明し、利用者や家族の意思決定を支援する役割が求められている。それらに係る情報提供や説明の進め方について、看護師から助言を受けることが可能である。

また、介護支援専門員が利用者の医療ニーズに対し、受診やサービス導入の必要性を考えていても、利用者や家族・介護者の理解が得られないケースがある。こうした場合に、看護師が同行訪問して医療的な観点から必要性を説明したり、あるいは利用者や家族がサービス利用に拒否的・消極的な背景を推察し、異なるアプローチ方法を助言する等の支援が可能である。

### 2) 介護支援専門員への効果

介護支援専門員が当初「相談したい」と考えた内容については、相談窓口の利用によりほぼ解決できていた。当初の相談事項の解決に加え、介護支援専門員からは「これまで自身では把握していなかった課題を発見することができた」「今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた」という評価があり、今後のケアマネジメントにおける医療ニーズの把握や対応策、利用者への関わり方等に活かせる気づきを得られたことが示

唆された。

相談者である介護支援専門員の基礎資格や経験年数等のバックグラウンド別にみると、相談内容には違いがみられた。たとえば、基礎資格が医療職ではない介護支援専門員の場合、「訪問看護サービス導入の必要性の判断」「介護者の介護力（医療処置への対応力等）の判断」「利用者や家族・介護者への訪問看護の必要性の説明」の相談が多く、訪問看護サービス導入や介護者の介護力の「判断」や「説明」を的確に行うための支援が求められている。また、介護支援専門員としての経験年数が短いほど「疾患や治療方針の理解」、経験年数が長いほど「介護者の介護力（医療処置への対応力等）の判断」「利用者や家族・介護者への訪問看護の必要性の説明」の相談が多い傾向にあった。介護支援専門員それぞれのニーズに応じて、看護師による適切な助言を得られたと考えられる。

また、本試行事業の相談窓口を利用した介護支援専門員は、必ずしも経験年数が短い層というわけではなく、中堅・ベテラン層からの相談ケースも多かった。その理由として、経験年数が長い介護支援専門員ではケアマネジメントの視点が広がり、利用者本人の医療・介護ニーズにとどまらず、家族・介護者の問題や療養環境の整備を含めた様々な問題に気付けること、既に地域の訪問看護と相談しやすい関係づくりができてること、困難な事例は経験豊かな介護支援専門員による対応が多いこと等が考えられる。

### 3) 利用者・家族への効果

実際の相談事例の自由記述やヒアリングにおいて、相談窓口での支援・助言にもとづき介護支援専門員が利用者・家族との話し合いや主治医との連携・情報共有を行った結果、適切なサービス導入や受診、服薬につながったケース、利用者本人・家族の不安や負担の軽減につながったケース、利用者の在宅療養生活の継続が可能になったケース等が確認された。

医療ニーズ以外の家族関係や経済的問題が複雑に絡み、看護師による相談対応のみでは解決が難しいケースもあったものの、相談窓口での支援・助言にもとづき介護支援専門員が具体的にどのように対応したかが判明しているケースにおいては、概ね利用者・家族の状況改善につながっていたことが推察される。

また、訪問看護等の一事業所としてではなく、試行事業による「相談窓口」として公正中立な立場で看護師が関わったことにより、利用者や家族に様々な制約がある中で、あくまで利用者にとって最適と考えられる方法を提案することができた。利用者や家族も、「訪問看護の利用を勧められるわけではない」という関係性から、同行訪問時の話し合いにおいては率直に疑問や不安を話すことができ、結果的に利用者・家族の希望や価値観を汲んだケアマネジメントにつながったと考えられる。

#### 4) チーム・多職種との連携

在宅領域に携わる多様な職種・機関との円滑な連携は、ケアマネジメントの必須要素である。実際の相談事例の自由記述の中でも、介護支援専門員と医師との連携、訪問看護師との連携、関係諸機関との連携のとり方についての相談や、多職種カンファレンス等での情報共有についての相談が多く挙がっていた。関係職種や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よいかわからない場合、あるいは理解が得られない場合に、相談窓口の看護師から効果的・効率的な説明方法について助言や支援が得られ、スムーズな連携につながったというケースもみられた。

さらに、ヒアリングでは相談支援者である看護師自身からも、介護支援専門員からの相談事例を通じて、地域の課題等を学ぶことができたとのコメントが寄せられた。利用者に対する適切なサービス提供においては、利用者および家族を中心に、多様な専門職が相互に連携しながら自らの専門性を発揮していくチームアプローチが重要である。適時適切な情報の共有だけでなく、対等な立場でのコミュニケーションを図っていくことにより、医療・介護サービスの円滑かつ有効な提供と地域におけるケアマネジメントの質の向上に貢献するものと考えられる。

#### 5) 相談方法による支援と効果の特徴

介護支援専門員からの相談方法としては「電話」が最も多く、「FAX」や「E-mail」による相談はほとんどなかった。介護支援専門員や看護師へのヒアリングでは、電話相談のメリットとして、「相談したいときにすぐ相談にのってもらえる」「口頭なので説明しやすい」という点が挙げられている。

また、電話では情報共有がしづらい事例、利用者の医療ニーズを含む複雑な相談事例については、適宜「面談」や「同行訪問」により時間をかけた相談対応が実施されていた。

面談では、利用者や家族がサービス導入に拒否的・消極的であったり、説明の仕方に工夫を要するケースについて一緒に情報を整理し、家族への対応方針や他職種連携等の次の支援方策を検討することができていた。これは、利用者を含めた支援である同行訪問ではなく、看護師と介護支援専門員だけで行える面談の大きなメリットである。

同行訪問では、一緒に状況をアセスメントし、利用者本人や家族の話をききながら、看護師が実践を交えたアドバイスを実施したことで、介護支援専門員からは「初めて対応する疾患であったが、利用者が安心して生活していくための対応方法が分かり、利用者や家族の安心にもつながった」等、介護支援専門員と利用者・家族双方の理解を深める相談支援の効果が示された。

#### 6) 相談窓口と他機関との連携の確保

相談事例の中には、相談窓口で看護師が対応する範囲を超えると考えられるものも散

見された。たとえば、本来的には介護支援専門員の業務である多職種との連絡調整をすべて看護師が代行している事例や、救急車の要請が必要な緊急事例、警察や公的機関の介入が必要な事例等である。

本試行事業は、介護支援専門員によるケアマネジメントの強化とともに、適切な機関やサービスとの連携強化を相談窓口の看護師が支援するものであり、「介護支援専門員の困りごとのよろず相談窓口」を標榜することは、必ずしも介護支援専門員への正確・適切な情報提供につながらず、「医療」と「生活」をつなぐという看護師の職能を活かした相談支援機能も十分発揮されないおそれがある。

看護師による相談窓口の事業化を検討するにあたっては、当該窓口の対応範囲を明示するとともに、相談内容に応じて適時適切に他の専門機関や職種につなげるような地域の連携体制および相談支援者のスキルを確保することが必要である。

## 第4章 事業化に向けて

### I. 相談支援の事業化に向けた課題

本試行事業の成果として、看護師による相談支援によって、介護支援専門員が今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られ、医療的なニーズを有する利用者に対して自信をもって対応できる、利用者・家族の理解促進や不安軽減につながる、医師等の他職種とのスムーズな連携につながる等の効果が明らかになった。このような相談窓口を地域に根付かせ、継続的に運営していくためには、事業化等の仕組みが必要である。

#### 1. 事業化の必要性

##### 1) 公的な相談窓口の設置

試行事業の相談窓口を利用した介護支援専門員の約9割が、医療ニーズのある利用者への対応に関して職場の上司や同僚以外の相談先があると回答している。その内訳をみると、「利用者の訪問看護師」(72.3%)や「利用者の主治医」(61.4%)等、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。一方、公的な相談窓口である「地域包括支援センター」は48.8%、「在宅医療・介護連携推進事業に基づく相談窓口」は24.1%であり、介護支援専門員を対象とした相談窓口の利用状況や整備状況には地域差があるようである。

また、本試行事業においては非常に少数ではあったが、個別に相談できる医療職とのネットワークが乏しい介護支援専門員や、地域の職能団体や連絡会に所属していない、一人開業といった介護支援専門員等にこそ、広く開かれた公的な相談窓口が必要だと考えられる。

ヒアリング調査によると、介護支援専門員は医療職に「忙しい業務中に時間を割いてもらう」ことや「ボランティアベースで対応してもらう」ことへの遠慮や、相談先の都合の良い時間に合わせるといった調整の難しさを感じていた。一方、相談を受ける訪問看護ステーション側にとっても、訪問業務の合間に相談対応するには業務調整が難しく、相談者にタイムリーに対応できない場合もある。また、介護支援専門員から依頼を受け、訪問看護師が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っても、訪問看護サービスの導入につながらないケースは、事業所の収益にはつながらない現状にある。相談窓口を地域で継続的に運営していくためには、相談支援に係る時間や労力に対して適切な人件費・交通費等が確保されることが必要である。

自治体の事業化等で相談窓口が公的に設置されることにより、介護支援専門員にとっては気軽に相談できる窓口の確保、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、結果として地域における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ことを期待される。



## 2) 同行訪問や面談の機能

試行事業では、総相談件数 267 件のうち、同行訪問が 63 件、面談が 49 件となっていた。在宅領域の関係職種はいずれも多忙であり、予定を調整して同行訪問を実施することが難しい現状があるものの、これらの取組みにより、利用者・家族の理解促進や不安軽減、医師等の他職種とのスムーズな連携構築につながる等の効果が確認された。

1 回の電話相談で終了しないような経緯や背景が複雑なケースや、相談に時間を要するケースの解決のためには、相談窓口が電話相談だけでなく面談や同行訪問の機能を持つことが有用であると考えられる。これにより、利用者の状態や療養環境のアセスメントや利用者・家族への説明において看護師のスキルを発揮し、適切なサービスの導入や在宅での療養生活の継続に有効な支援・助言を提供することができる。

## 2. 事業化の方策

試行事業の相談窓口を利用した介護支援専門員の 9 割以上が、今後も窓口が継続した場合に「利用したい」と回答している。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・交通費等が確保されるよう、財源の確保が必要である。当該相談支援事業を実施するための方策として、地域支援事業等の一環としての事業化が望ましい。

訪問看護ステーション等の看護師が、介護支援専門員等の地域の介護職や医療職の相談支援を行う事業は、平成 30 年度から全市町村で実施されている在宅医療・介護連携推進事業の「(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援」に該当する。実際に、本試行事業の協力事業者の中にも、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た。

ただし、自治体によっては在宅医療・介護連携推進事業とは別の方法により相談窓口を開設しているところや、相談窓口の委託先も様々である。本試行事業のスキームを、在宅医療・介護連携推進事業の「(オ) 在宅医療・関係者に関する相談支援」のメニュー例として提示するだけでなく、地域医療介護総合確保基金の活用等、自治体の判断により他の位置づけで事業化する方法についても検討する必要がある。自治体によって取組みの形は様々であることから、地域においてどのようなニーズがあるかを踏まえて事業化を進めていくべきと考える。

### 3. 実施上の留意点

#### 1) 相談窓口の運営体制

##### ①相談窓口の設置主体

本試行事業の実施スキームでは、「電話相談」に加え、必要に応じて「面談」や「同行訪問」を行うことになっていた。そのため、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る。したがって、訪問看護ステーション等に事業を委託して実施する場合は、一定の規模および機能・要件を備えた事業者が望ましいと考えられる。

本試行事業では協力事業者の特性に合わせて、①訪問看護ステーション連絡協議会モデル、②都道府県看護協会モデル、③地区医師会モデル、④医療機関併設モデル、⑤教育機関併設モデル、⑥訪問看護サポートセンターモデルの6つのモデルを設定して、試行事業を実施した。①や②のモデルでは、地域に複数の窓口を設定し、1つの事業所ではなく複数の事業所で都道府県全体をカバーすることができる。③地区医師会モデル、⑤教育機関併設モデル、⑥訪問看護サポートセンターモデルについては、既存のフォーマルな相談支援窓口や訪問看護ステーションの機能を活用したものである。④医療機関併設モデルは、6モデル中唯一訪問看護ステーション以外で相談窓口を設置した。結果として、介護支援専門員からの相談内容や相談支援の方法に関してモデル別に大きな違いはみられず、むしろ訪問看護ステーション以外にも医療機関の地域連携室等、在宅・介護領域の知識やスキルを備えた看護師がいる機関であれば、こうした相談支援事業が実施可能だと考えられる。

たとえば、機能強化型訪問看護ステーション等の大規模で研修・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21～24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」等、地域の訪問看護事業者等への相談対応実績がある訪問看護ステーション、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」等の相談機関は、本事業で試行した相談窓口の運営が可能であると考えられる。

##### ②コーディネーターの設置

相談支援事業の担い手となり得る医療・介護資源の状況は地域によって様々である。都市部では、医療・介護サービス事業者が多いことを鑑み、複数の訪問看護ステーションに委託し、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を整備することができる。本試行事業では、①訪問看護ステーション連絡協議会モデルと②都道府県看護協会モデルがこれに該当する。地域に複数の相談窓口を設ける場合は、相談支援者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等を行うコーディネーター機能を担う機関・団体をあらかじめ指定しておく必要がある。コーディネーターは、行政のほか、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が担うことも可能である。

#### ③相談窓口として対応可能なエリアの設定

訪問看護ステーションがない市町村もあるため、相談窓口を設置する際には対応範囲(エリア)をどう設定するかが重要である。本試行事業では未実施であるが、例えばある程度の規模と人材を有する訪問看護ステーション1か所で地域の相談を担う方法や、地域の中で基幹ステーションを設置し各ステーションと連携して対応していく方法が考えられる。

#### ④相談記録の整備と管理

ひとつのケースに複数の相談支援者がかかわる場合、また同じケースで複数回に相談が及ぶ場合等、相談記録は情報の共有だけでなく、相談支援の継続性・一貫性を担保するためにも重要である。

今後の相談業務の参考としたり、事業の効果評価を行うために、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。併せて、記録の管理に関する規定等も整備する必要がある。相談内容には、利用者の個人情報が含まれる場合もあるため、相談記録の取扱いや保管にあたっては、特段の注意を払う必要がある。

#### ⑤相談窓口の公正中立性の担保

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ということが重要となる。

ヒアリングでは、本事業で「厚生労働省の研究事業による相談窓口」を開設したことにより、介護支援専門員と相談対応した看護師の双方から、「訪問看護導入に結びつく内容ではなくても気軽に相談できてよかった」「極力ステーションの名前は出さずに周知したことで、普段連携のない介護支援専門員からも多様な内容の相談が来るようになった」とのコメントがあった。本事業が事業化され、訪問看護ステーションが受託して相談窓口を開設する場合や、同行訪問の実施や訪問看護導入という判断をする場合にも、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ある。介護支援専門員や利用者・家族が率直に相談したり、助言を受けるためにも、相談窓口の公正中立性の担保が必須である。

ただし、介護支援専門員からは「〇〇に対応してくれる医師」「〇〇の得意な訪問看護ステーション」といった個別の情報を急ぎ求める相談が多いため、公正・中立性を確保しつつ、看護師による相談対応ならではの即応性・利便性も失わない方法を検討する必要がある。

## 2) 相談支援を担う人材の確保

### ①相談支援に必要な能力・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る。介護支援専門員からの相談内容は、疾患や医療処置等の医療ニーズに関するにとどまらず、制度や具体のサービス、他職種・他機関との連携・調整等、多岐にわたる。さらに、在宅介護に携わる多様なバックグラウンドの多職種間でスムーズな連携と正確な情報共有ができるよう、医療と生活の両方の視点から、医療的な専門用語を「翻訳」する橋渡しの役割を担うことが求められている。

また、情報の内容について必ずしも看護師が専門的な立場にない場合は、相談者の疑問点等を整理した上で、適切な機関やサービスにつないでいくことが重要である。

これらのことを踏まえ、相談対応にあたる看護師は、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る。

### ②相談支援を担う人材の量的な確保

ヒアリング調査では、本試行事業の相談窓口に対して、介護支援専門員からはすぐ相談に乗ってもらえる「即応性」が高く評価されていた。訪問看護ステーションに相談窓口を設置する場合、通常の訪問業務と相談業務を兼務するのは、時間的にも人員的にも厳しいというのが実態であった。相談窓口での電話相談・同行訪問等の支援をタイムリーに行うためには、相談対応専従あるいは専任の看護師を設置することが望ましいと考えられる。

看護師の統合された知識と経験を発揮し、介護支援専門員等からの相談への速やかな対応を可能にするためには、相談支援を担う看護人材の確保が必要である。このような相談体制をとるのは、5人未満の小規模訪問看護ステーションでは実質的に困難である。したがって、前述の通り、一定の規模および機能、要件を備えた事業者が望ましいと考えられる。

## 3) 相談窓口の業務範囲の明確化

### ①業務範囲の明確化

ヒアリング調査では、看護師に相談することにより、医療や制度に関する疑問に回答が得られるだけでなく、利用者の問題を総合的に捉えて対応の道筋をたてることができるといった声が介護支援専門員から寄せられている。ケアマネジメントの一連のプロセスの中で、個別の疾患や状態のアセスメントから、複数の保険や制度の利用方法、医師や他職種との連携方法までワンストップで相談に乗ってもらえる「総合性」に対する評価が高かった。

一方で、医療的なニーズとは離れた問題や、警察や公的機関の介入が必要な問題につ

いては、看護師としての専門性だけでは正確かつ迅速な対応が難しい場合がある。介護支援専門員からの情報を整理した上で、当該機関や職種に適時適切につなぐという役割分担・連携体制が重要である。

看護師による相談対応の対象範囲としては、以下の内容が考えられる。

- i) 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生活上のリスクの把握
- ii) 上記 i) について、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に説明
- iii) 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

iv) 地域で具体的に利用できる制度やサービスの把握

- v) 上記 iv) 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

iv) や v) については本来的に介護支援専門員の業務の一環であることから、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、注意が必要である。また、相談窓口としての対応範囲を明示し、介護支援専門員等に伝えていくことも重要である。

## ②既存の他相談支援窓口との役割分担

介護支援専門員が対応に苦慮するケースは、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、生活困窮、虐待等、複合的な問題を抱えている場合が少なくない。看護師による医療ニーズへの対応だけでは解決が難しく、複数の職種・関係機関からの支援を要するケースでは、早期にしかるべき機関につないでいくという支援が求められる。

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、地域の中で、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）との役割分担や連携方法をあらかじめ取り決めておくことが必要である。

また、都市部ではマンパワー的に多職種連携が可能であり、職種の業務範囲も明確に役割分担が可能であるが、地方では医療職の数も限られており、相談先としては看護師が頼りという面もある。地域によっては、看護師が広範囲の役割を担わなくてはならないこともあるため、相談窓口は地域の実情に応じて、重層的な連携によって運営されるという形が望ましい。

## Ⅱ. 相談支援事業の普及・推進

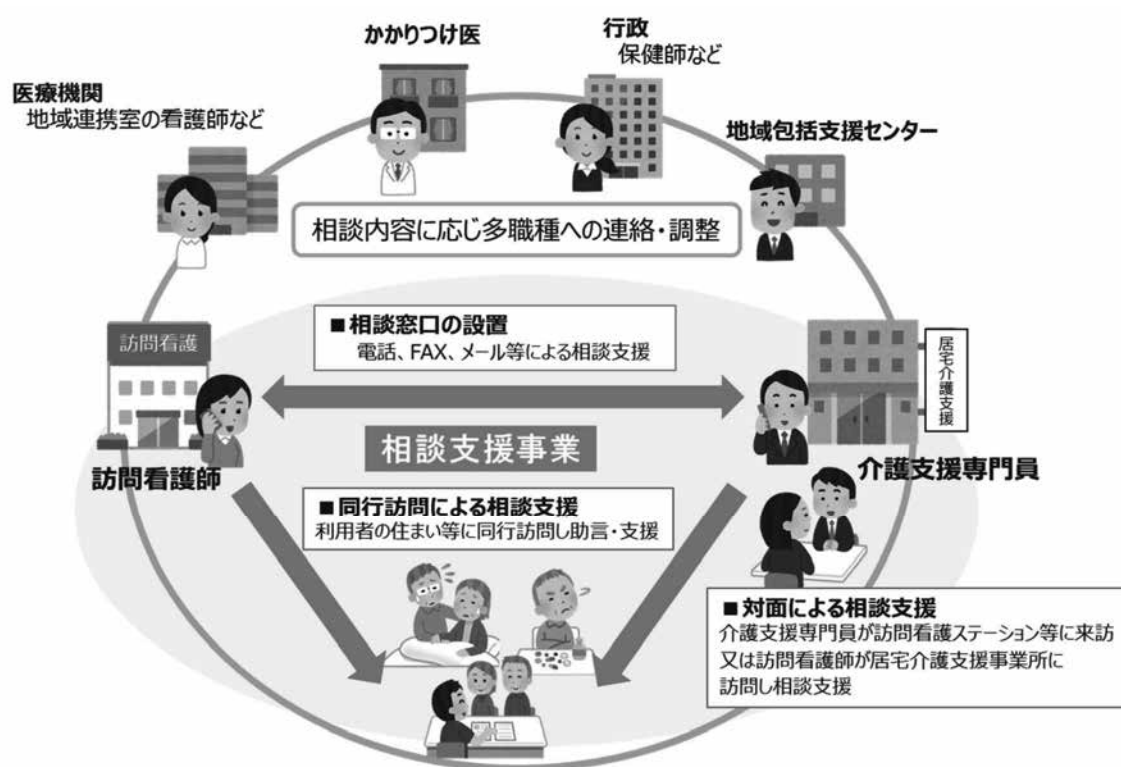
### 1. 「実施の手引き」の作成と周知・普及

本事業では、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、必要に応じ同行訪問や対面（面談）による支援を実施する試行事業を3か月間に全国6地域で試行的に実施し、その効果を検証した。協力事業者により若干の相談件数のばらつきはあったが、6つの試行モデルによる相談内容や相談支援の方法には大きな違いはなく、共通して、介護支援専門員への効果、利用者・家族への効果、他職種との連携への効果等を確認することができた。

本事業で得られた知見を活かし、地域のケアマネジメント力の強化および在宅医療・介護連携の円滑化を図るため、本試行事業の実施スキームや実施上の留意点等をまとめた「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」を作成した。本手引きを活用して、看護師による相談支援事業の全国的な周知・普及を図ることにより、個々の利用者の有する医療ニーズに関して介護支援専門員が地域の看護師に相談を行い適時適切な助言を受けることができる支援体制の整備とともに、日々の業務で医療ニーズを有する利用者の対応に苦慮している介護支援専門員や利用者の主治医、訪問看護事業所の負担軽減に寄与することが期待できる。

また、地域医療介護総合確保基金を活用した事業や、在宅医療・介護連携推進事業の「(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援」等における相談窓口での支援の方策の具体的なメニュー例として、本事業で作成した「実施の手引き」を活用した各自治体の取組みが進むよう、全国の市町村行政、都道府県看護協会および関連職能団体、事業者団体へ働きかけていくことが今後の課題である。

図表 30 訪問看護師等による介護支援専門員への相談支援 事業スキーム



## 2. 介護支援専門員に向けた周知・広報

本試行事業の実施期間は3か月間であり、事前の周知・広報の時間が限られていた。そのため、「従前から介護支援専門員に相談先として認知されていた」または「懇切丁寧に周知広報を展開した」等の各事業所の状況や工夫により、円滑な事業の実施が図られていた。より周知・広報の時間があれば、相談窓口の情報はより多くの介護支援専門員に浸透していくと考えられる一方で、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や一人開業の介護支援専門員等、相談支援のネットワークが乏しい層には相談窓口の情報も届きにくい、というジレンマがある。情報が届きにくい人々にこそ相談支援が必要であると考えられるため、自治体と協働した周知・広報活動以外にも対策を考える必要がある。

また、一部ヒアリングで指摘された「医療職に相談しづらい」「訪問看護師には自信のあるケアプランしか見せられない」等の連携に係る心理的ハードルを解消する仕組みについても、検討が必要である。介護支援専門員から看護師に相談する際、疾患に対する知識や対応への不安について相談したくても相談することを遠慮してしまう等、連携に係る心理的ハードルを解消するためには、利用者の些細なことでも気軽に相談できる窓口であるというイメージを示す等の検討が必要である。

本事業において作成した「実施の手引き」は、全国の介護支援専門員の研修のみならず、多職種が集う地域ケア会議の場、市町村の介護サービス事業所の協議会や保険者の集団指導の場等で、活用できる機会が多い。自治体の協力を得ることにより、事業の周知に大きな効果が期待できるのではないかと考えられる。





# 參考資料



①相談番号

②初回の相談番号

※①相談番号には、相談を受けた順に通し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。

相談支援者(看護師) 相談記録

該当するチェックボックス  にチェック(レ)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→)

相談日時	年 月 日( )		時 分 ~ 時 分	
対応者名 (所属施設名)				
相談方法	<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			
相談ケースの概要	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▼		
	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		所属先:
	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 checked="" 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 checked="" 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(浣腸・摘便等) <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:			
相談支援	(ADL、理解力、家族状況等の <b>基本情報</b> )			
相談内容 (複数選択可)	<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・往診を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( )			
支援内容				
相談結果 (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			

相談番号

相談利用アンケート

該当するチェックボックス  にチェック(レ)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→☑)

相談日時	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分 ※大体の時間で結構です。	
相談回数	Q1 今回ご相談されたケース(利用者)について、こちらの相談窓口へのご相談ははじめてですか。 <input type="checkbox"/> 01 はじめて <input type="checkbox"/> 02 2回目 <input type="checkbox"/> 03 3回目以上	
相談内容	Q2 今回の相談内容はどのようなことでしたか。①あてはまるもの全てにチェックをつけてください。＜複数回答＞ <input type="checkbox"/> 01 疾患や治療方針の理解 <input type="checkbox"/> 10 インフォーマルサービスの理解・活用 <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"/> 11 訪問診療・往診をしてくれる医師を探すこと <input type="checkbox"/> 03 訪問看護サービス導入の必要性の判断 <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"/> 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"/> 13 介護者の介護力(医療処置への対応力等)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"/> 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"/> 06 訪問看護師との連携 <input type="checkbox"/> 15 支給限度額内での訪問看護導入の調整 <input type="checkbox"/> 07 医師(入院・外来診療)との連携 <input type="checkbox"/> 16 その他( ) <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 ②上記01～16中で、最も比重の高い相談内容の番号を1つだけ右欄に記載してください。→	
相談による効果	Q3 今回、看護師に相談したことにより、どのような効果が得られましたか。 あてはまるもの全てにチェックをつけてください。＜複数回答＞ <input type="checkbox"/> 01 疾患や治療方針に対する理解を深められた <input type="checkbox"/> 02 利用者の状況に合ったケアプラン作成ができた <input type="checkbox"/> 03 訪問看護サービス導入の必要性の判断ができた <input type="checkbox"/> 04 訪問看護サービス以外の医療系サービス導入の必要性の判断ができた <input type="checkbox"/> 05 利用者の病状の変化に伴うプラン変更の判断ができた <input type="checkbox"/> 06 訪問看護師と連携することができた <input type="checkbox"/> 07 医師(入院・外来診療)との連携ができた <input type="checkbox"/> 08 医師(訪問診療・往診)との連携ができた <input type="checkbox"/> 09 公的制度やサービスについて理解・活用することができた <input type="checkbox"/> 10 インフォーマルサービスについて理解・活用することができた <input type="checkbox"/> 11 訪問診療・往診をしてくれる医師を見つけることができた <input type="checkbox"/> 12 訪問看護をしてくれる訪問看護事業所を見つけることができた <input type="checkbox"/> 13 利用者の家族や介護者の介護力が判断できた <input type="checkbox"/> 14 利用者や家族・介護者に訪問看護の必要性を説明できた <input type="checkbox"/> 15 支給限度額内で利用者の状況に沿った訪問看護導入の調整ができた <input type="checkbox"/> 16 自分が把握していなかった課題を発見できた <input type="checkbox"/> 17 今後の自身の行動や判断に活かせる助言が得られた <input type="checkbox"/> 18 その他( ) <input type="checkbox"/> 19 効果はなかった→ 効果がなかったと思われる理由について、下欄にご記入ください。	
相談窓口の評価	Q4 このような相談窓口が今後も継続した場合、利用したいと思いますか。 <input type="checkbox"/> 01 利用したい <input type="checkbox"/> 02 どちらでもない <input type="checkbox"/> 03 利用したくない	
基礎資格	Q5 あなた自身のことについてお伺いします。 介護支援専門員実務経歴証明書で用いた基礎資格について、あてはまるものに1つチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 01 医療職(医師・薬剤師等) <input type="checkbox"/> 02 看護職(看護師・准看護師等) <input type="checkbox"/> 03 介護職(介護福祉士等) <input type="checkbox"/> 04 福祉職(社会福祉士等) <input type="checkbox"/> 05 リハビリ職(PT、OT、ST等) <input type="checkbox"/> 06 その他( )	
経験年数	Q6 あなたの介護支援専門員としての通算経験年数をご記入ください。	( )年 ( )か月
主任介護支援専門員	Q7 あなたの主任介護支援専門員の研修修了の有無についてお答えください。	<input type="checkbox"/> 01 あり <input type="checkbox"/> 02 なし
医療ニーズに関する相談窓口	Q8 医療ニーズを有する利用者への対応に際し、所属先の上司や同僚以外で、日常的に相談できる窓口はありますか。 <input type="checkbox"/> 01 ある → あてはまるもの全てにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 02 ない <input type="checkbox"/> 01 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 02 在宅医療・介護連携推進事業に基づく相談窓口 <input type="checkbox"/> 03 その他の公的な相談窓口 <input type="checkbox"/> 04 利用者の主治医 <input type="checkbox"/> 05 同一・系列法人の医師 <input type="checkbox"/> 06 その他の医師 <input type="checkbox"/> 07 利用者の訪問看護師 <input type="checkbox"/> 08 同一・系列法人の看護師 <input type="checkbox"/> 09 医療機関の看護師 <input type="checkbox"/> 10 その他の看護師 <input type="checkbox"/> 11 その他(具体的にご記入下さい) ( )	

平成 30 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

公益社団法人 日本看護協会

# 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。

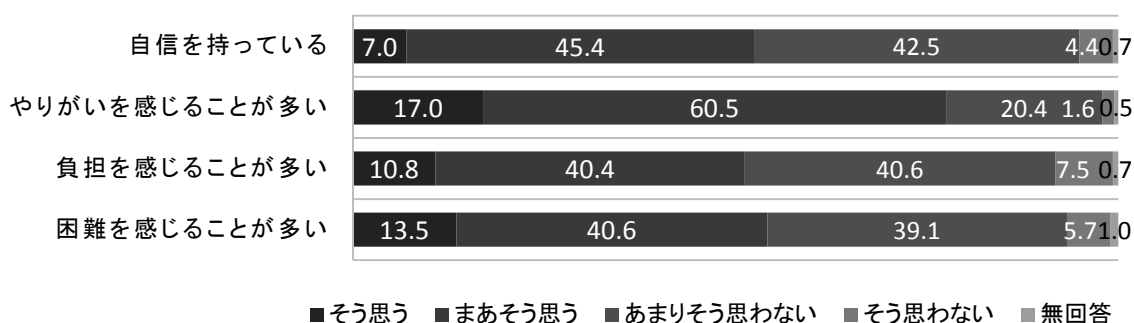
また、高齢者の世帯構成においては、「単独世帯」「夫婦のみ世帯」の割合が年々増えており、2025年には65歳以上のこれら世帯数が全世帯における24.9%を占めると推計されています。これからの在宅医療・介護のサービス計画においては、家族の介護力が見込めないことも想定した計画作成と療養を支援する体制づくりが重要となります。

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)

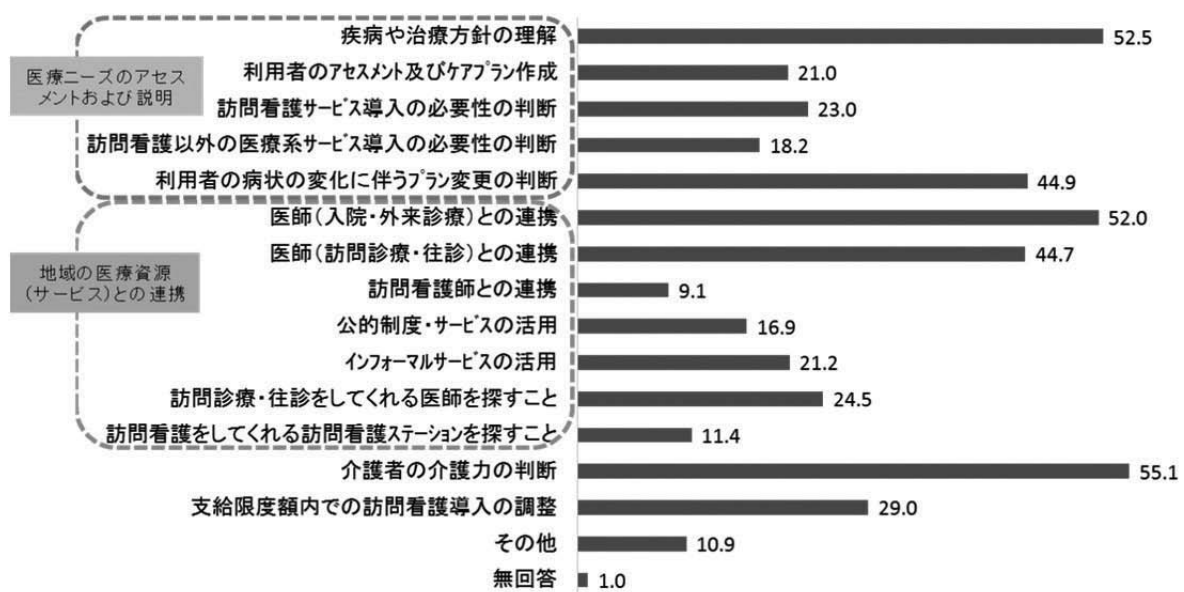


<sup>\*</sup>平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「医療ニーズを有する利用者に対応する介護支援専門員への看護に関連する療養上の相談支援のあり方に関する調査研究事業」（日本訪問看護財団）

「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。

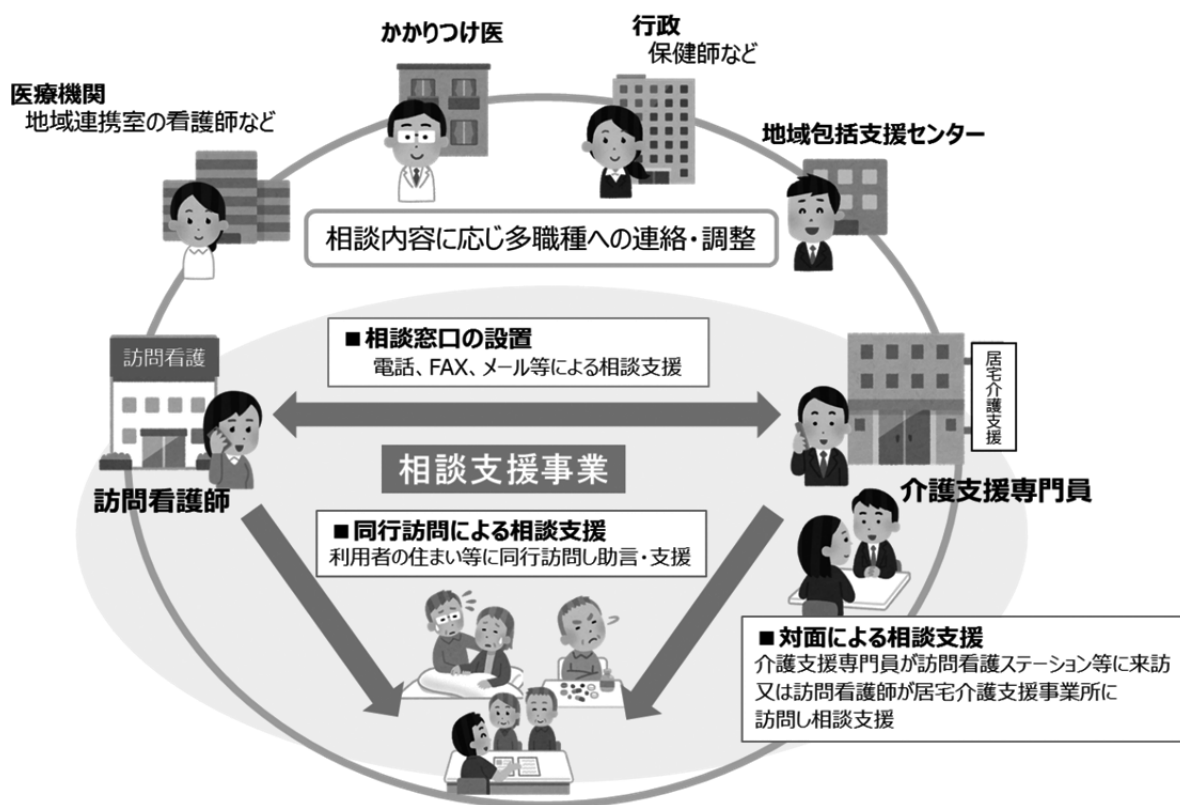
### 3. 医療ニーズを有する介護保険利用者のケアマネジメントに関する訪問看護師等による相談支援事業

#### 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。

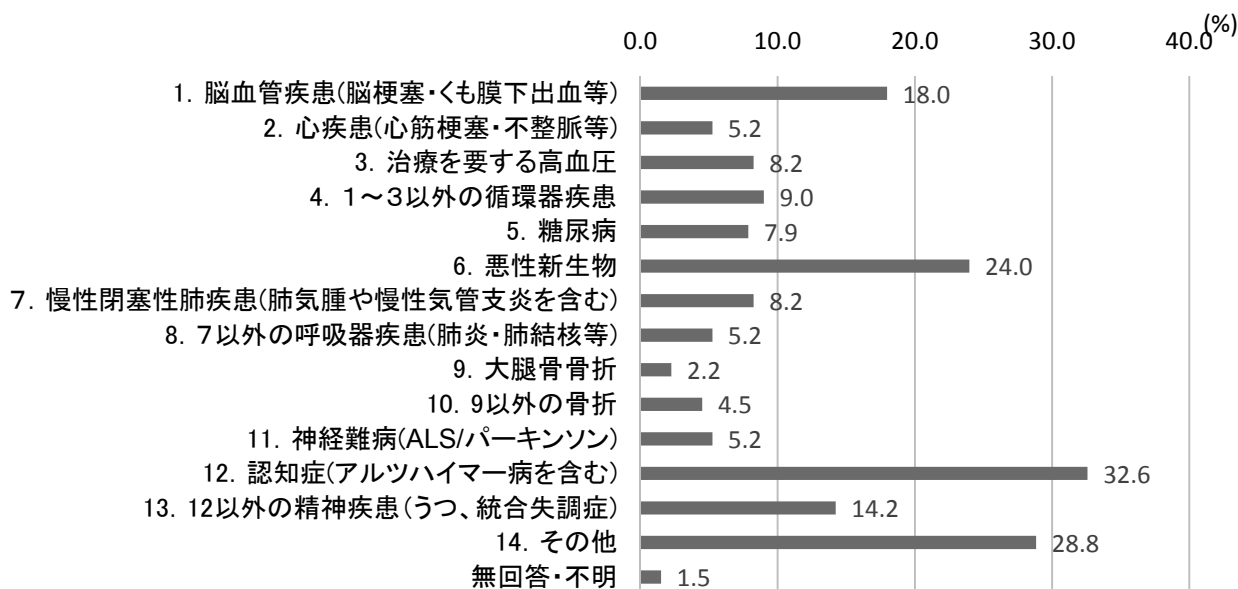
図表4 相談ケースの要介護認定の状況（n=267）

	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

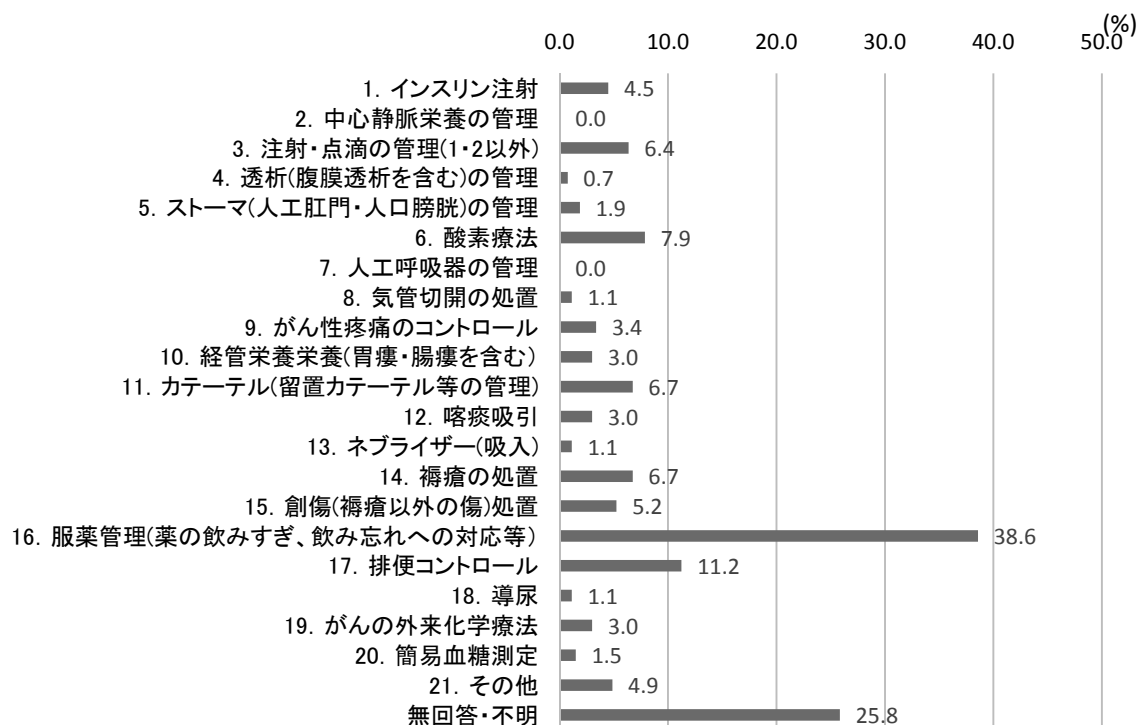
相談ケースの有する主な疾患（複数回答）としては、「認知症（アルツハイマー病を含む）」が32.6%で最も多く、次いで「悪性新生物」24.0%、「脳血管疾患（脳梗塞・くも膜下出血等）」18.0%、「（認知症以外の）精神疾患（うつ、統合失調症等）」14.2%などとなっています。【図表5】

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。

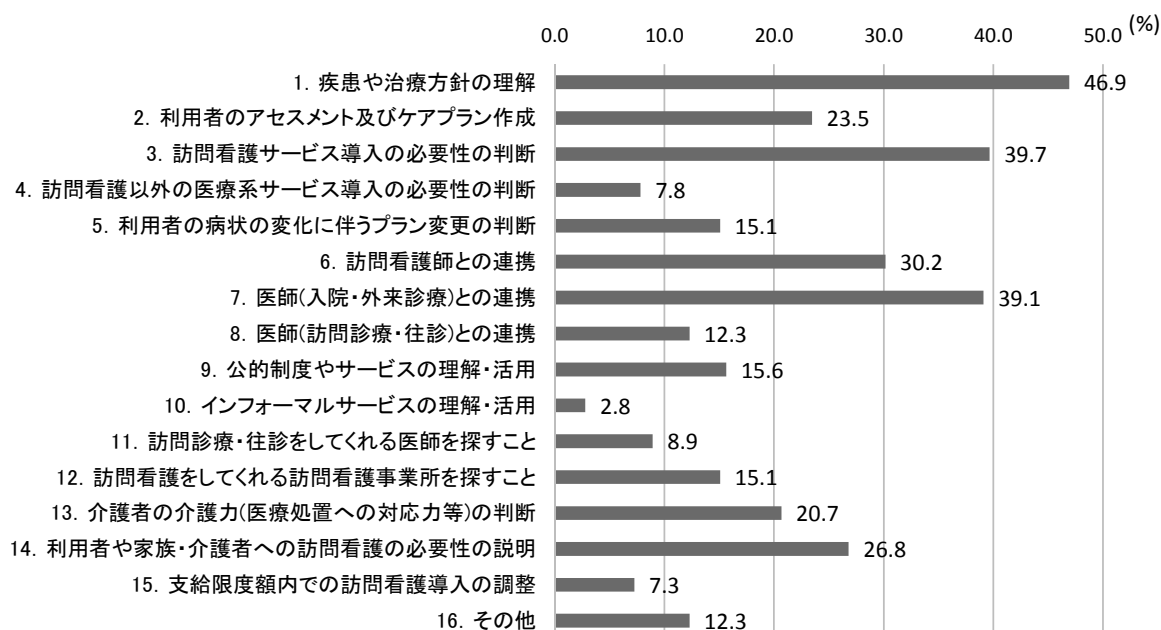
図表6 相談ケースの要する医療処置（複数回答）（n=267）



## 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

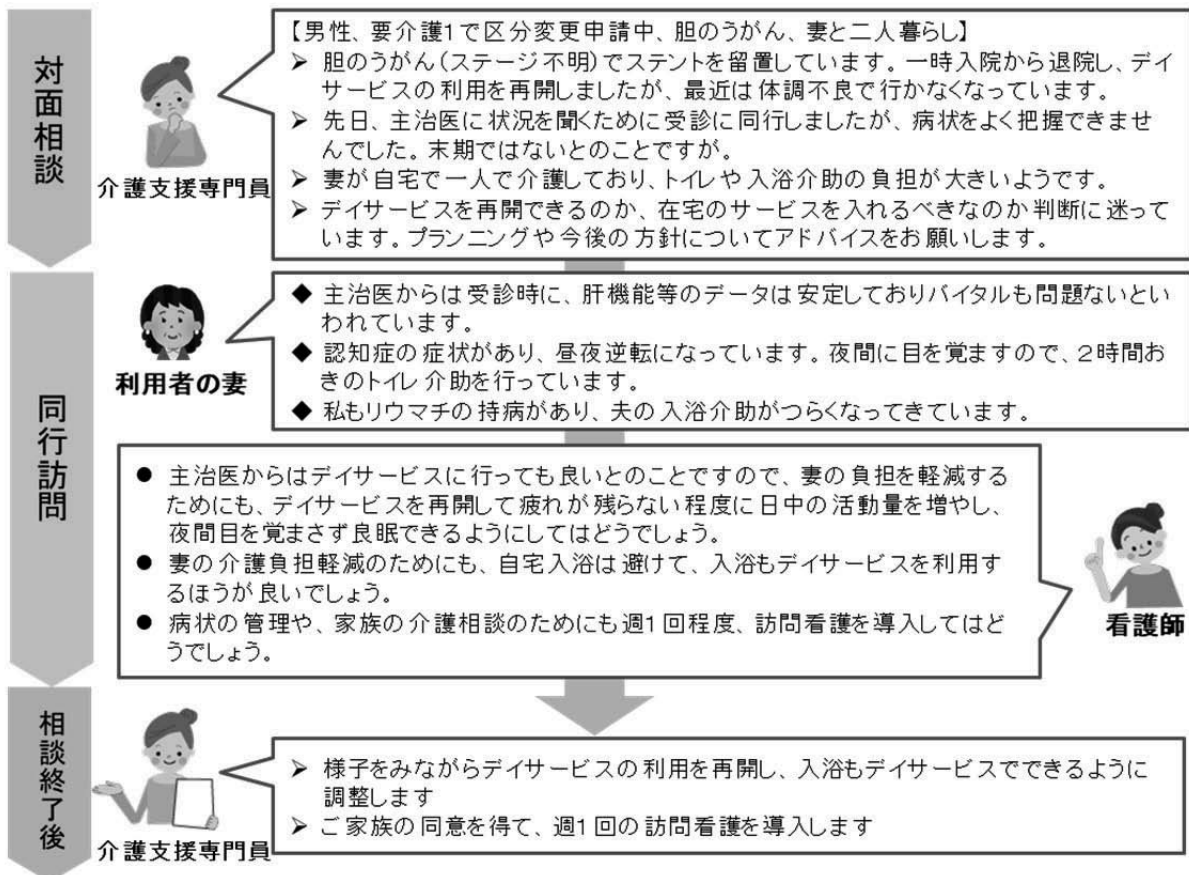
介護支援専門員が初回アセスメントや、利用者の状態や療養環境の変化に伴い再アセスメントを行う際に、疾患及び心身の状態、利用者が現在受けている治療やケア、服薬内容等の理解を支援してほしいという相談に対応します。

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。
- ・夫が退院してきても、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

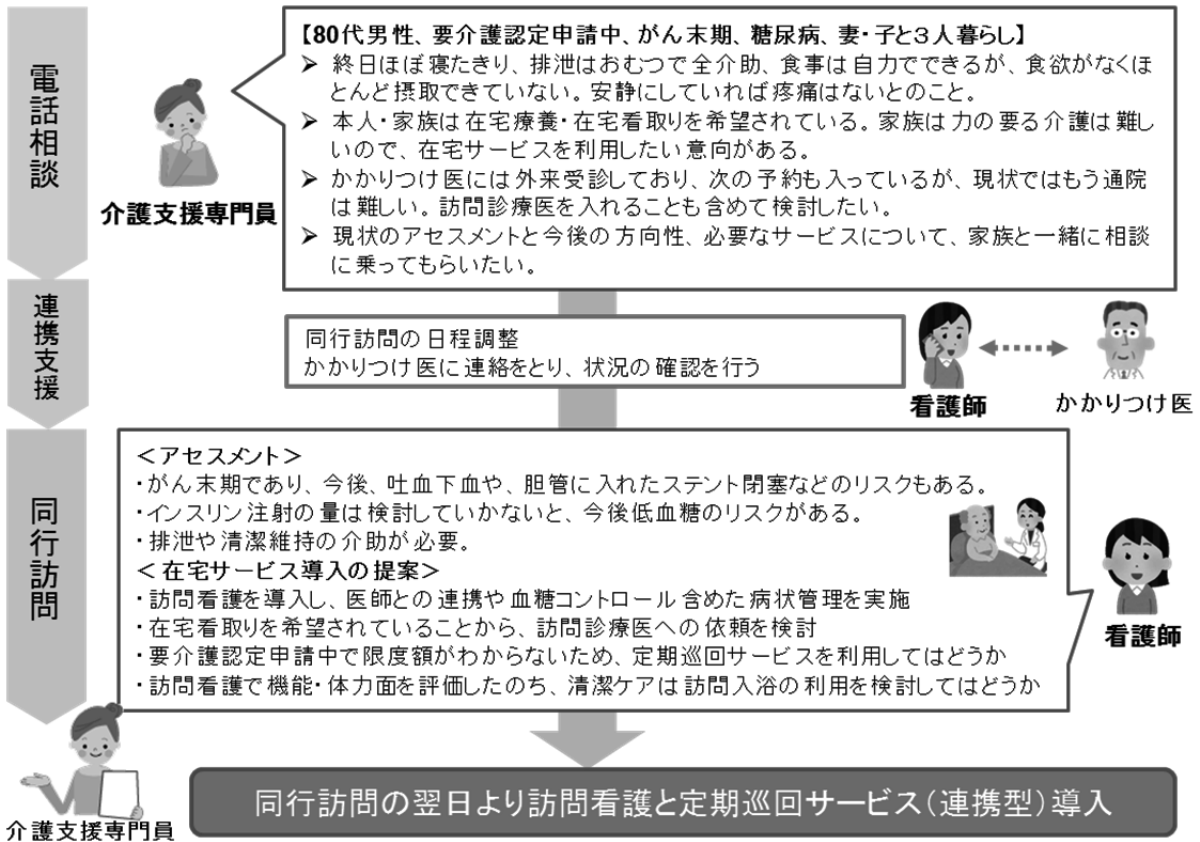
相談終了後



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



## 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



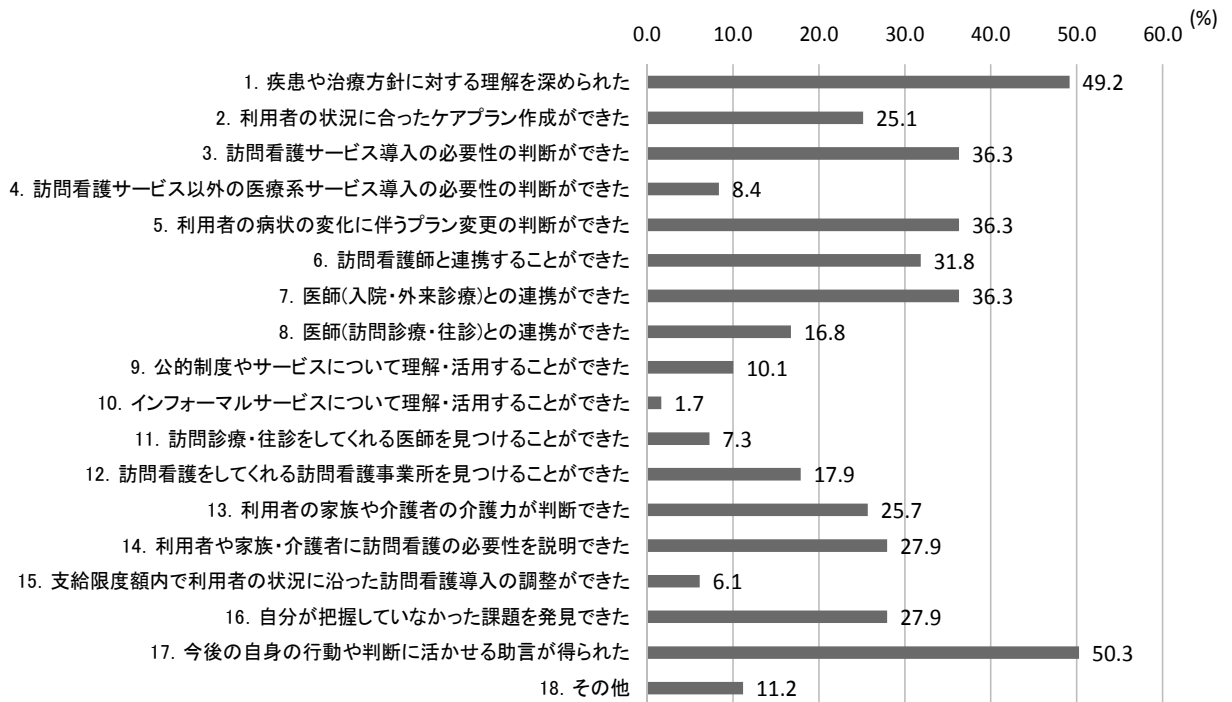
介護支援専門員

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。

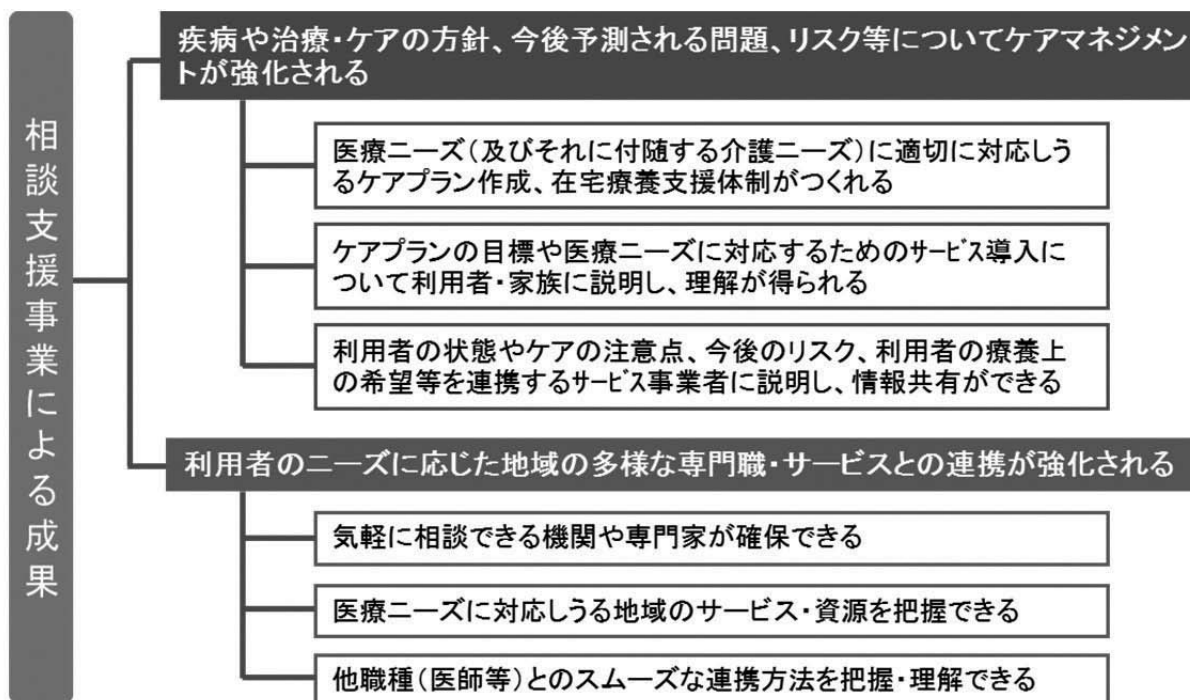
図表8 相談支援の効果(複数回答)



### (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）

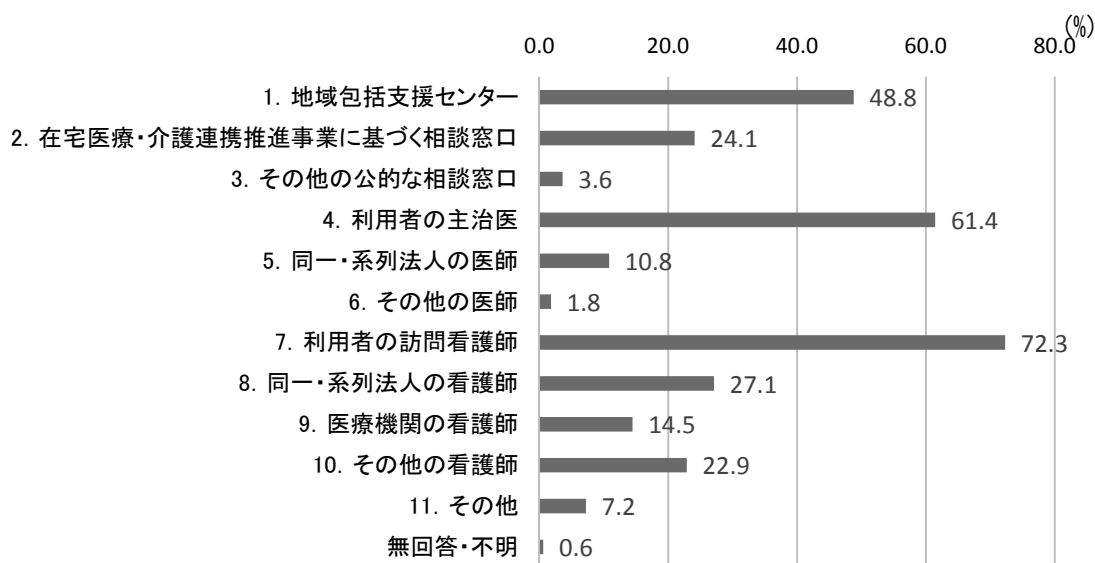
### 3) 事業化することの意義

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。		
相談支援者(看護師) 相談記録		
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。必ず)		
相談日時	年 月 日( ) 時 分 ~ 時 分	
対応者名(所属施設名)		
相談方法	<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	
相談ケースの概要	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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 医療処置の内容:
	(ADL、理解力、家族状況等の基本情報)	
	相談内容(複数選択可)	<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・往診を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( )
	支援内容	
相談結果(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事業推進費等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報告書

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。