

令和6年5月9日 厚生労働省老健局

第2回 ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会(ヒアリング)

ケアマネジャーとの連携 －訪問看護ステーションの立場から－

公益財団法人 日本訪問看護財団

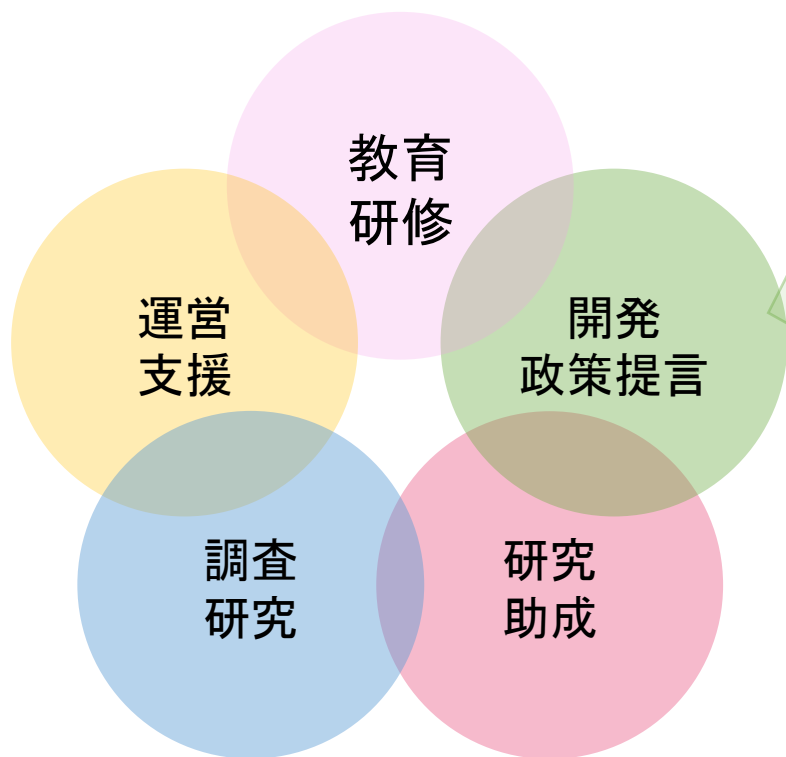
常務理事 在宅看護CNS 平原 優美

(あすか山訪問看護ステーション 統括所長)

法人の目的

- 訪問看護をはじめとする在宅ケアの質的、量的拡充を図る
- 病気や障がいがあっても安心して暮らせる社会を目指して訪問看護等在宅ケアの推進に努める
- 上記をもって国民の健康・福祉に寄与する

法人の事業



事業の運営を通じた事業等の開発・制度の改善等に関する事業として、以下を運営

- ・訪問看護ステーション 4ヶ所
- ・居宅介護支援事業所 2ヶ所
- ・相談支援事業所 2ヶ所
- ・療養通所介護事業所 2ヶ所
- ・その他、主に重症心身障害児・者を対象とした
児童発達支援
放課後等デイサービス
生活介護
就労継続支援B型事業所

賛助会員

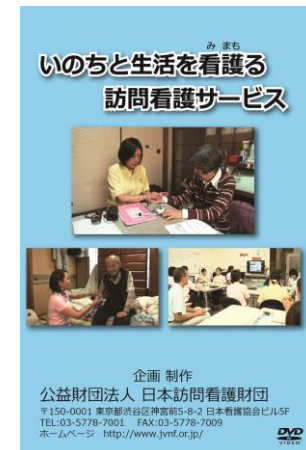
(2023年度)

個人会員： 専門職、一般、学生	1, 562件
法人会員： 職能団体、企業等法人会員 訪問看護ステーション等特別団体	3, 293件

利用者向けパンフレット



利用者向け紹介DVD



コロナ対応マニュアル



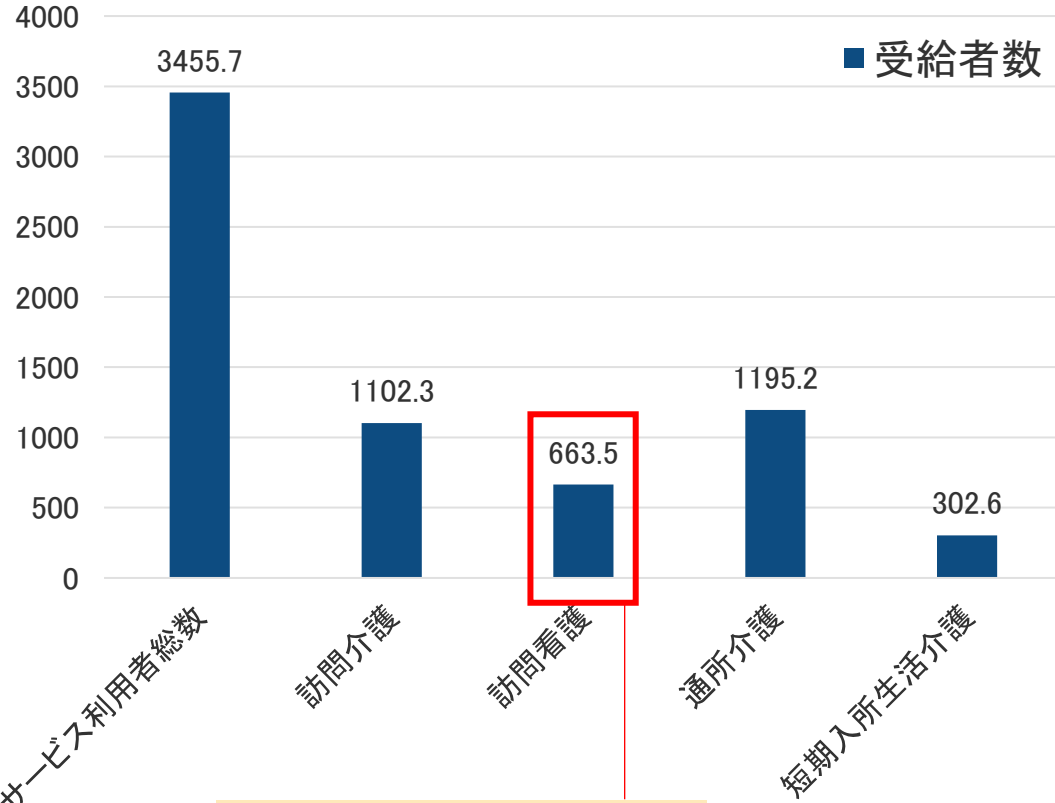
調査研究事業にて開発したマニュアル等も無償配布するなど、訪問看護等在宅ケアの普及が、質的・量的拡充に資するものと位置づけ、広報事業も実施

※当財団の定款に掲げる事業

(その他、財団が行う事業の目的達成のため広報等の事業も行う)

訪問看護とケアマネジャーの連携の現状

単位:千人



■ 受給者数

居宅サービス利用者5人のうち1人が訪問看護の利用者

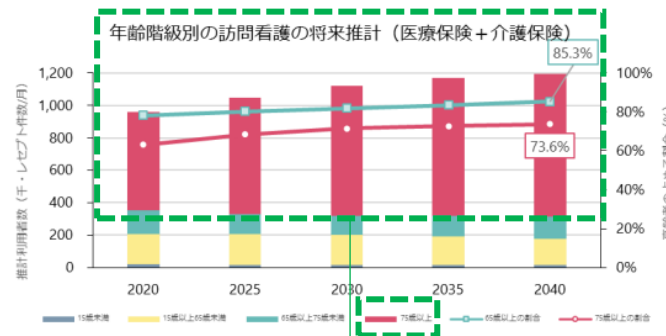
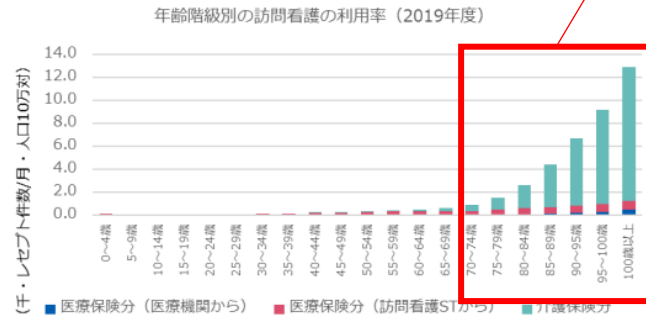
出典:介護給付費等実態統計(月報)「月報第2表 介護サービス受給者数・費用額, 要介護状態区分・サービス種別(令和6年1月審査分)」における各サービスの受給者数より財団にて作成

75歳以上から訪問看護の利用率が急増する

訪問看護の必要量について

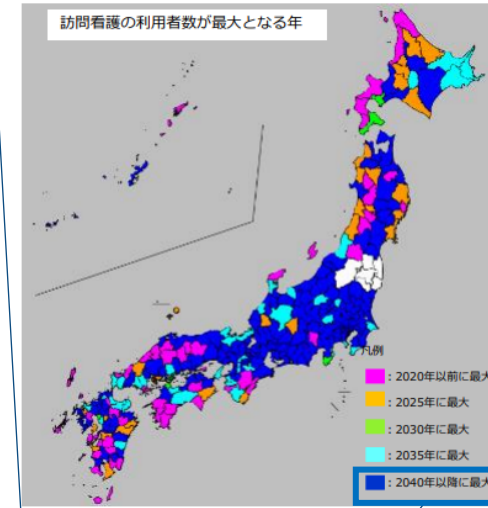
第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年9月28日

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏(198の医療圏)において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。



訪問看護の利用者の多くは75歳以上

出典:中央社会保険医療協議会 総会「在宅(その1)」資料(2023/7/12)《厚生労働省》抜粋・一部改変



【出典】
利用率: NDB介護DB及び療養支払機関(国保中央会・支払基金) 提供訪問看護レセプトデータ(2019年度訪問看護分)、住民基本台帳に基づく人口(2020年1月1日時点)に基づき算出。
推計方法: NDBデータ(※1)、療養支払機関提供データ(※2)、介護DBデータ(※3)及び住民基本台帳人口(※4)を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口(※5)に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口が大きいことから推計を行っていない。
※1 2019年度における訪問看護・指導料、同一建物居住者在宅訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプト集計。
※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。
※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。
※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
※5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」(出生中位・死亡中位)を利用。 14

訪問看護は2040年以降にピークを迎える所が多い

後期高齢者以降の利用者、特に85歳を超えた利用者に対し訪問看護が関わることも多く、心身の状態の他に、社会的な背景も含めた生活における多様な課題をケアマネジャー(CM)と共有し、日夜サービス提供にあたっている。2040年に向け、CMとの連携は益々重要。

①インフォーマルサービスの活用 《事例》

<事例1>

- 要介護1 単身者 80代 女性、レビー小体型認知症、脳動脈狭窄、高血圧症、便秘症、睡眠障害
- 1年前に夫を亡くし、独居 高血圧症で通院し、デイサービスを利用していたが、幻覚や物忘れがあり訪問診療開始
- デイサービスは尿漏れなどを理由に行きたくないと、服薬管理・ADL維持等を兼ねて訪問看護利用開始

- 居宅サービス計画書の内容(第1表抜粋)

ご本人：一人になり寂しい(不安)、人と話をすると気分転換になるがなかなか出れない、階段で転びそうになる

方針：長年介護をしていた夫が亡くなり一人暮らし、生活の張り合いがなく自宅で引きこもりがち。通所介護も再開し、訪問看護により体調を整え、転倒予防を図っていく

訪問看護ステーション：訪問看護(看護職員)月1回
(リハビリ職員)週1回

その他介護保険サービス：デイサービス週1回 住宅改修(トイレ手すり)
ベッドは自費レンタル

その他医療：訪問診療 月2回 訪問薬剤 月2回

訪問看護が関わる中での提案

単身者の不安(生活の土台)への支援が安定したサービス利用につながる

話し相手が必要とCMに伝え、介護サービスではなく、民生委員の訪問と地域の手作り弁当ボランティア導入し、不安軽減を図る

結果

連携する中で、土日など介護保険サービスの入りにくい時間帯での支援に繋がり、安心して在宅療養を継続できた

地域に根付いた資源活用の視点が重要

CMが、地域の民政委員や自治会、婦人会活動、商店街活動、子ども食堂やNPO法人活動、社会福祉協議会のボランティアなど地域をよく知っていると、プランに導入し、結果、利用者の精神的安定に繋がり、介護サービスが安定して活用でき身体状態も安定する

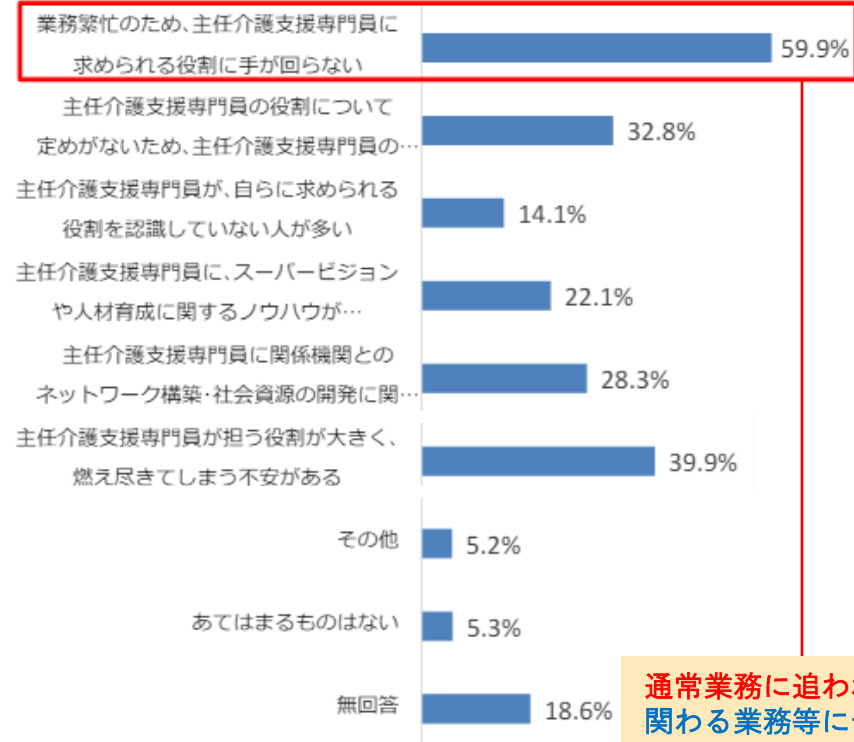
①インフォーマルサービスの活用 《現場の状況》

介護支援専門員1人あたり1ヶ月間の労働投入時間
160.6時間のうち「書類の作成」36.2時間

令和4年度老人保健健康増進等事業「居宅介護支援及び介護予防支援における令和3年度介護報酬改定の影響に関する業務実態の調査研究事業」（実施主体：三菱総合研究所）

主任ケアマネジャーの業務に関する課題、 必要となるスキル（居宅介護支援事業所調査）

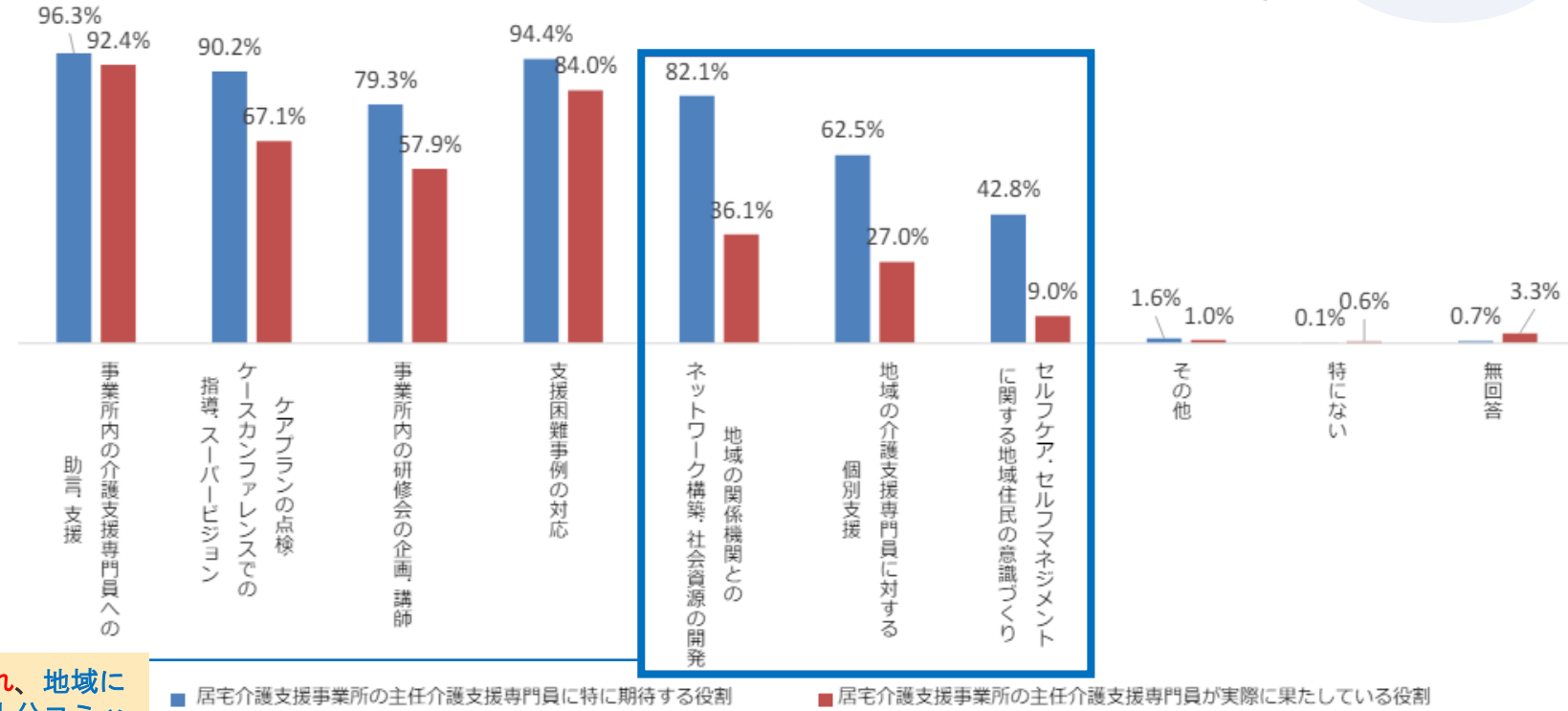
○主任ケアマネジャーの業務に関する課題（n = 1076）



通常業務に追われ、地域に関わる業務等に十分コミットできていない

居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーに特に期待する役割と実際に果たしている役割 （地域包括支援センター調査）

○居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーに特に期待する役割と実際に果たしている役割:複数回答（n = 2,122）



看取り期はサービス変更も多く書類再作成が非常に煩雑となる

出典：第1回ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会 参考資料「ケアマネジメントに現状・課題」P21(左図)・P23(右図) (2024/4/15)《厚生労働省》抜粋・一部改変

特に、単身高齢者のケアマネジメントにおいては、地域の繋がりとなるインフォーマルサービスを上手く活用することで、認知症があっても介護保険サービスを利用し、在宅生活が継続できる。一方で、主任CMに期待される役割である「地域の関係機関とのネットワーク構築」や「地域住民の意識づくり」については、過去の調査結果のとおり、十分な時間を割けない状況。訪問看護が関わることで、相互に補完し、利用者の在宅生活継続に係る資源調整を行うこともある。

②医療系サービスの活用 《事例》

<事例2>

- 要介護4 妻と二人暮らし 70代 男性、慢性心不全、腎不全
- 希望する療養場所は自宅
- CMは要支援1から担当。本人の希望で福祉用具のみ利用され在宅で生活
- 利用者は大学病院の主治医から心不全のリハビリテーションを指示されたが、居住する地域に該当するリハビリテーション資源がないため、大学病院に月2回通院し、リハビリを行っていた
- しかし、急性増悪と寛解を繰り返す心不全のコントロールが上手くいかず、息苦しさから夜間救急搬送3回あり。入院の度に2か月程度の長期入院となり、次第に体重も減少し、呼吸苦、食欲低下も悪化。本人が家に帰りたいと希望され(最後の退院時点で要介護4)、訪問診療と訪問看護を導入し、退院2週間後に在宅で看取る

<事例3>

- 要介護5 夫・息子夫婦と同居(息子夫婦は仕事で全く関与なし) 80代 女性、慢性心不全
- 希望する療養場所は自宅
- CMは要支援1から担当。要介護1になった際、老々介護の状況であり、重度化防止に向けて服薬の管理・異常の早期発見が重要となってくることから、主治医に相談し、療養状況等の評価と必要時の介入のため訪問看護指示が交付。月1回利用と緊急訪問対応を導入。その他、デイサービス週1回を継続利用
- 10年以上通院していた総合病院に変わらず通院し、主治医と訪問看護で連携。夜間、休日の急な状態悪化については、事前指示による薬物投与等を訪問看護で対応し、緊急入院なく約5年在宅での生活を継続できた
- 5年間の生活の中で、疾患が徐々に悪化し要介護5の状態に。訪問診療に移行し、在宅医療で完結しているが、その後も在宅療養を継続され、利用者・家族のQOL維持・向上につながっている

事例2・3では何が異なっていたのか

利用者は自宅での療養を希望し、利用者の意向を尊重していたが・・・

事例2) 慢性的な疾患で治癒が難しいことから、要介護状態が重度化するリスクをアセスメントできていなかった。緊急入院後も、同様の事態が発生する可能性について、医師、利用者・家族、CMとで検討できていなかった。

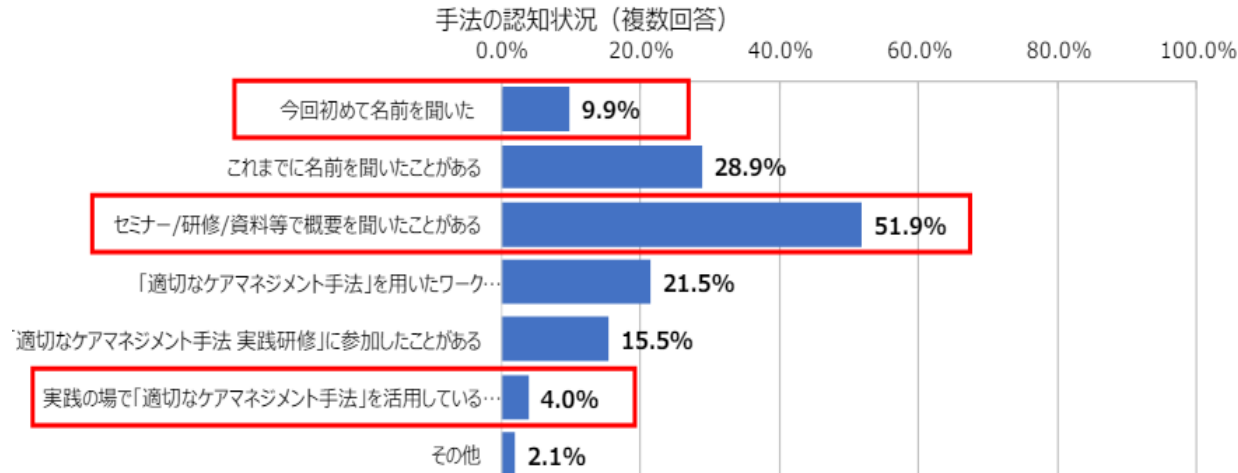
事例3) 過去のCMの経験から、訪問看護が関わることで、医師の指示に基づく定期的な療養状況の評価と緊急時対応に加え、医療機関との調整を担ってもらえることができるため、主治医にその必要性の判断を仰いだ。

このまま生活できるのか？相談が重要

先の状況は誰も見通せないが、現在の状況から複数の専門職種で検討し、見守り、自立を支援することは利用者の意向を長く実現させる上で有用

②医療系サービスの活用 《現場の状況》

適切なケアマネジメント手法の認知状況



※ 「適切なケアマネジメント手法の手引き その2 解説セミナー」のライブ配信視聴者向けにアンケートを実施

n=678

出典: 第1回ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会 参考資料「ケアマネジメントに現状・課題」P43 (2024/4/15)《厚生労働省》抜粋・一部改変

適切なケアマネジメント手法の普及が進められているが、現場では十分に浸透していないのが実態。適切なケアマネジメントは、在宅限界を高める上で非常に重要。一方、大学病院等の大きな医療機関の主治医との連携は、文書連携が多く、情報に対しての意見交換が難しい。過去の調査では、ケアプランの作成や変更に係る意見を訪問看護師に求めるといった結果もあり、医療系サービスに従事する専門職種に気軽に相談できる連携の枠組みについて、工夫が必要。

「適切なケアマネジメント手法」の手引き抜粋

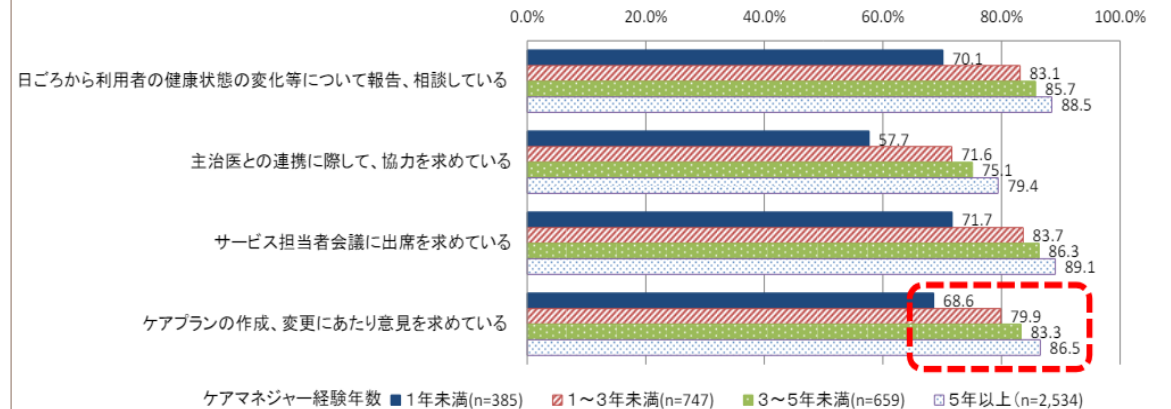
5.「疾患別ケア」の理解を深める (3)心疾患のある方のケア

心疾患は、繰り返し発症をしやすい特徴を持っていることから、前述の2疾患(脳血管疾患・大腿骨頸部骨折)以上に医療との関わりが強い傾向があります。そのため再入院の予防として、かかりつけ医あるいは担当の専門医等と連携して医療的なケアが提供される環境を整えながら、何らかの制限・制約がある中でも参加と活動の場を維持するというバランスが求められます。

状態が少しずつ安定して、医療との関わりが弱まる時期もありますが、いずれかのタイミングで再発・再入院の可能性が大きいことから、突然の発症に対する心理的な支援も必要です。また、ステージによってはエンドオブライフに向けた準備を認識し、検討することも大切です。

出典:「適切なケアマネジメント手法」の手引き P29抜粋 株式会社 日本総合研究所

図表23 訪問看護師との連携状況(ケアマネジャー票)(複数回答)



出典: 第129回(2016/6/1)介護給付費分科会 資料1-5「(5)居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業」P11抜粋《厚生労働省》

現場の状況を踏まえた諸課題の解決に向けた意見

訪問看護師から みたケアマネジャー 業務

- 難病やがん末期を担当しているCMは、地域において事業所も個人も固定化してしまっている
- 文書負担軽減等の改正が行われているものの未だ記載書類が多く、業務の効率化が進んでいないように見える
- 質の高いケアマネジメントは、適切なケアマネジメント手法が踏襲され、訪問看護の活用が上手い
- 認知症など不安が病状に影響する高齢者が増える中、地域の多様なインフォーマルサービスの開拓能力が求められている

1. ケアマネジャーの業務の在り方について

介護サービスの量的限界もある中、地域住民を含めたインフォーマルサービスを視野に入れたケアマネジメントが重要

2. 人材確保・定着に向けた方策について

保健・医療・福祉の法定資格者だけでなく、福祉関係の相談援助に関わる従事者と日頃から連携し、CMの魅力を伝えつつ、本来業務であるケアマネジメントに集中できる文書負担の軽減を図る

3. 法定研修の在り方について

介護、医療、福祉と幅広い制度や暮らしの場のサービスを理解する必要がある一方、業務の合間での受講となる現状から、受講方法・時間・金額等は検討の余地がある

4. ケアマネジメントの質向上に向けた取り組みの促進

適切なケアマネジメント手法の普及は必要であるが、それ自体で多様な利用者・家族に対応するのは困難。医療の視点もある職種に対し、気軽に相談・意見求めができる枠組みを検討する必要がある