

介護職ケアマネジャーの訪問看護導入を判断する根拠

下吹越直子¹⁾, 八代 利香²⁾

¹⁾鹿児島大学大学院保健学研究科

²⁾鹿児島大学医学部保健学科看護学専攻総合基礎看護学講座

(平成 27 年 5 月 29 日受付)

要旨：訪問看護を導入する際の課題として、医療ニーズを有する利用者へのケアマネジメントに困難を感じる介護職ケアマネジャー(以下、CM とする)が増加していることが報告されている。本研究では、介護職 CM の訪問看護導入の判断の根拠を明らかにすることを目的とした。対象者は 6 名の介護職 CM であった。半構造的にインタビューを行い、データは質的帰納的に分析した。

訪問看護導入の判断となった根拠は、「利用者の心身の状況によるもの」では【病状の管理・医療的な処置】【心身機能の低下】【心理面での援助】【見守りが必要な生活・行動】【日常生活の支援】の 5 カテゴリーに、「利用者への支援に対する CM の状況によるもの」では【主治医・家族の依頼】【医療知識の不足】【支援に対する安心感】【情報提供により利用者の状態を把握】【看護師からのアドバイス】【主治医との連携】【看護師の卓越した技術】の 7 カテゴリーに整理された。

介護職 CM は医療知識の不足による不安が訪問看護導入の判断に影響していることがうかがわれた。また、看護師への苦手意識があることが判断を妨げる一因となっていた。すべての CM は医療との連携の予測をふまえた利用者の心身の状況を理解しておく必要があり、訪問看護師との連携はますます重要性が高まることが考えられる。基礎資格の違いによるサービスの偏りをなくするために、具体的な研修内容の検討と、アセスメントツールの開発が求められる。

(日職災医誌, 64 : 46—53, 2016)

—キーワード—

ケアマネジャー, 訪問看護, 判断

1. 緒 言

高齢者人口の急激な増加とともに、医療依存度の高い後期高齢者や要介護者の増加が見込まれ、在宅で安心した療養生活を送るための訪問看護のニーズが高まることが考えられる。介護保険制度により訪問看護を利用するためには、ケアマネジャー(以下、CM とする)により訪問看護がケアプランに位置づけられることが必要である。しかし、訪問看護を導入する際の課題として、医療ニーズを有する利用者へのケアマネジメントに困難を感じる CM が増加している¹⁾ことがあげられる。CM の職種や経験年数によって、対象者についての情報の把握状況や訪問看護の必要性の判断自体が異なっている可能性が示唆されている²⁾。

CM の保有資格は「看護師資格を有する者(以下、看護職 CM とする)」が 14.0%、医療系資格を有しない介護福祉士などの「介護の資格を有する者(以下、介護職 CM とする)」が 69.2% となっており、看護職 CM は減少傾

向、介護職 CM は増加傾向にある³⁾。医療依存度の高い利用者を担当していることが多い看護職 CM が減少している⁴⁾⁵⁾現状から、今後、介護職 CM が医療依存度の高い利用者を担当することが多くなるものと考えられる。

訪問看護の利用に至ったケースについて、CM の訪問看護導入の判断について報告されているものは看護職 CM だけであり⁶⁾、介護職 CM の訪問看護導入の判断の根拠がどのようなものなのか、具体的な判断を示した根拠についての研究は見当たらないのが現状である。介護職 CM による訪問看護導入の判断の根拠を明らかにすることは、介護職 CM のアセスメントの傾向や課題を見出すこととなり、よりよい居宅サービスの提供に資すると考えた。そこで、今後の訪問看護導入につながる判断のあり方の基礎資料とするため、介護職 CM の訪問看護導入の判断の根拠を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究対象

平成 26 年 8 月現在、A 県 B 市のホームページ上の居宅介護支援事業所一覧に掲載されている全 164 事業所から対象者を選定した。介護職 CM の訪問看護導入の判断に影響を及ぼすことを避けるため、病院等施設が母体である事業所、運営基準に看護師が必要な通所介護、有料老人ホーム、小規模多機能他施設が運営している 155 事業所を除外した。残った 9 事業所のうち、さらに、同事業所内に看護師が勤務する 3 事業所、訪問看護を導入した経験のない 2 事業所を除外し、4 事業所 6 名の介護職 CM を対象とした。

2. データ収集方法

訪問看護を導入した事例について、研究者が作成したインタビューガイドに基づいて半構造的にインタビューを行った。また、CM が対象者をアセスメントし訪問看護導入に至った経緯を自由に語ってもらった。インタビューは研究対象者の指定した場所、日時にて行った。1 回のインタビュー時間は 30 分から 60 分であった。インタビュー内容は研究対象者の承諾を得て IC レコーダーに録音し逐語録を作成した。

3. 調査期間

データ収集期間は平成 26 年 8 月である。

4. 分析方法

録音したインタビュー内容を逐語録におこし、質的帰納的に分析した。分析手順は、まず、「訪問看護を判断した根拠」に相応する記述を抽出しデータとした。データの文脈を損なわないようにコード化し、意味が類似した内容をまとめ、抽象度を上げサブカテゴリとした。次に、類似する内容のサブカテゴリをまとめさらに抽象度を上げカテゴリとした。

抽象化は常にデータを確認しながら、ありのままにとらえることに努め分析した。分析の過程で質的研究の経験のある研究者から助言を受け、カテゴリの信頼性を検討しながら実施した。

5. 倫理的配慮

鹿児島大学医学部倫理審査委員会の承諾を得て実施した。インタビューに先立ち、研究に協力することに同意した後であっても、途中で調査への協力を中止できること、データ内容の取扱いと匿名性を守ることを文書にて保証し承諾を得た。また、研究結果は学会等で公表されることについて文書と口頭で説明し、同意書に署名・捺印を得た。

III. 結 果

1. 対象者の属性

研究対象となった介護職 CM は女性 4 名、男性 2 名であり、年齢は 40 代から 60 代であった。ヘルパー・介護

福祉士としての経験は 5~20 年、CM としての経験は 3~13 年で、それぞれ介護福祉士もしくはヘルパーと CM の経験年数を加えた年数は 11 年から 29 年であった。

2. 訪問看護導入の判断となった根拠

訪問看護導入の判断となった根拠を尋ねたところ、対象者すべてが、経験した事例を基に語られた。語りの基になった対象者の経験は、認知症、心疾患、脳梗塞後遺症、がん、COPD、パーキンソン病、腎不全、脊柱管狭窄症の疾患を持つ、要介護 1~5 の事例であった。その判断となった根拠には「利用者の心身の状況によるもの」(表 1) と「CM の利用者への支援に対する状況によるもの」(表 2) に分類された。「利用者の心身の状況によるもの」では、5 つのカテゴリ【病状の管理・医療的な処置】【心身機能の低下】【心理面での援助】【見守りが必要な生活・行動】【日常生活の支援】と 15 のサブカテゴリに整理された。「利用者への支援に対する CM の状況によるもの」では、7 つのカテゴリ【主治医・家族の依頼】【医療知識の不足】【支援に対する安心感】【情報提供により利用者の状態を把握】【看護師からのアドバイス】【主治医との連携】【看護師の卓越した技術】と 17 のサブカテゴリに整理された。以下、カテゴリを【 】, サブカテゴリを〔 〕, コードを『 』, データを< >で示す。

1) 利用者の心身の状況によるもの

【病状の管理・医療的な処置】のカテゴリは、〔医療的な処置や管理〕〔継続した病状の管理〕〔病状のコントロール〕〔急な体調変化への対応〕の 4 つのサブカテゴリで構成された。症状の安定・治療に伴うことやチューブ管理、全身状態の管理や『定期的な病状の状態の観察』『排泄のコントロール』『体調が変化したときの訪問』などの内容があげられた。

【心身機能の低下】のカテゴリは、〔心身状態の悪化〕の 1 つのサブカテゴリで構成され、『病状の進行により身体状態が悪化』などの内容があげられた。

【見守りが必要な生活・行動】のカテゴリは、〔生活や行動の見守り〕〔診察・通所系サービスの拒否〕の 2 つのサブカテゴリで構成された。判断力の低下による『医薬品の過剰摂取』、『自己判断で内服薬の中断』など見守りが必要な行動や『視力低下によるストマ管理不足』など日常生活に見守りが必要な状態があげられた。また、循環器疾患など『複数の疾患を有しながら診察を拒否』をしている状況など見守りが必要な内容があげられた。

【心理面の援助】のカテゴリは、〔家族の不安の解消〕〔病状を説明し受容の支援〕〔自宅での生活の希望を支援〕〔利用者の不安の解消〕〔処置により心身状態が安定〕の 5 つのサブカテゴリで構成された。『家族の安心感』や訪問看護師から『病状の進行を受け入れられるような支援』、また、『家族が自宅での生活を希望』し、『最期まで介護したい家族の希望』があげられた。さらに、『病状の進行に

表1 訪問看護導入の判断となった根拠「利用者の心身の状況によるもの」

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
病状の管理・医療的な処置が必要	医療的な処置や管理が必要	ストマ 酸素療法 胃瘻 膀胱留置カテーテル 喀痰吸引 摘便・浣腸など排便の処置が必要 膀胱洗浄 バック交換 脱水症状 経鼻経管栄養
	病状の観察の継続	定期的な病状の状態の観察 退院されたばかり 体調管理・確認 体調の変動がある 転倒の危険性が高い
	症状のコントロール	排泄のコントロールができない 飲水のコントロール
	急な体調変化への対応	いつどうなるかわからない 24時間待機している 体調が変化したとき訪問してもらえる
心身機能の低下	心身状態の悪化	病状の進行により身体状態が悪化 腰痛の悪化 歩行できなくなり寝たきり状態 改善しない下痢 SpO ₂ の値の低下 褥瘡の発生 排便困難の出現 脱水症状の出現 食事摂取量の低下
見守りが必要な生活・行動	生活や行動の見守り	医薬品の過剰摂取 自己判断で内服薬の中断 少ない病院受診 認知症による酸素器具の管理不足 受け入れない主治医の助言 歩行はできるが入浴が不可能 便座や椅子等の便汚染 視力低下によるストマ管理不足
	診察・通所系サービスの拒否	利用のない通所系サービス 複数の疾患を有するが診察を拒否
心理面での援助	家族の不安の解消	家族の安心感 家族の不安をとる 家族が困り果てていた 看護師さん来てくれるだけで安心する
	病状を説明し受容の支援	家族に病状を説明 病状の進行を受け入れられるような支援
	自宅で生活する希望を支援	最期まで介護したい家族の希望 家族が自宅での生活を希望
	利用者の不安の解消	病状の進行による利用者の混乱
	処置により心身状態が安定	処置による症状の緩和で心身状態が安定
日常生活の支援	家族の介護負担軽減	病状の悪化による家族の介護負担
	日常生活の援助が必要	入浴介助など清潔保持の援助
	通院困難	通院が困難

よる利用者の混乱』や『処置による症状の緩和で心身状態が安定』があげられた。

【日常生活の支援】のカテゴリは、〔家族の介護負担軽

減〕〔日常生活の援助が困難〕〔通院困難〕の3つのサブカテゴリで構成された。利用者の心身機能が低下から、家族の介護量が増え、『病状の悪化による家族の介護負担』

表2 訪問看護導入の判断となった根拠「CMの利用者への支援に対する状況によるもの」

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
主治医・家族の依頼	主治医の勧め	主治医からの勧め
	家族からの依頼	保健医療職者の家族の依頼 利用中のサービス事業所系列の利用希望
CMの医療知識の不足	医療知識が不足していることへの不安	医療知識が不足していることによる支援に対する不安 医療知識がないとみられることへの不安 利用者の身体状態の変化がわからないことへの不安 日頃の心身状態と違うときの不安
	医療知識の不足	身体状態の変化に気づきづらい 医療知識が不足している 知識不足から医療職者と会話ができない
	判断できない利用者の病状	病状が分からない 疾患が今後どうなっていくのかわからない 症状の判断ができない
CMの利用者の支援に対する安心感	CMの安心感	医療面の支援で安心 ケアマネの安心材料 病院受診だけでは健康管理面が不安
	訪問看護がみてくれることによる心強さ	訪問看護に入ってもらうのは心強い
	馴染みの訪問看護ステーションへの依頼	いつも同じ訪問看護ステーションへの依頼
情報提供による利用者の状態の把握	看護師から情報提供	心身状態の情報提供を受ける 生活状況の情報提供を受ける
	利用者の病状を把握	家族もケアマネも病状を把握できる
	関係職種で利用者の情報共有	各サービス提供者が利用者を把握できる
	利用者の心身状態が把握しにくい主治医の情報	心身状態を把握しにくい訪問診療での情報
看護師からのアドバイス	看護師からのCMへのアドバイス	支援方法のアドバイス 的確な支援のアドバイス
	看護師から利用者へのアドバイス	病状に対する的確なアドバイス
主治医との連携	主治医との連携のとりやすさ	主治医への言いづらさ
	主治医と連携が図りやすくなる	主治医と連携の図りやすさ 主治医からの連絡
看護師の卓越した技術	看護師と他職種との援助の違いを実感	看護師のてきぱきした援助 ヘルパーと看護師の気配りと技術の違い 身体の細かいところまでの観察

のほか、『入浴介助などの清潔保持の援助』や利用者の『通院が困難』があげられた。

2) 利用者への支援に対するCMの状況によるもの

【主治医・家族の依頼】のカテゴリは、〔主治医の勧め〕〔家族からの依頼〕の2つのサブカテゴリで構成され、主治医へ『訪問診療を依頼したが訪問看護を勧められる』ことや家族から『利用中のサービス事業所系列の利用希望』があげられた。

【医療知識の不足】のカテゴリは、〔医療知識が不足していることへの不安〕〔医療知識の不足〕〔判断できない利用者の病状〕の3つのサブカテゴリで構成された。『医療知識が不足していることによる支援に対する不安』があることや病状の進行など『利用者の身体状態の変化がわからないことへの不安』があげられた。介護職CMは『医療知識が不足している』ため『身体状態の変化に気づきづらい』、＜連携したいが医療用語がわからない＞と述べられ『知識不足から医療職者と会話ができない』があ

げられた。また、『疾患が今後どうなっていくのかわからない』など『症状の判断ができない』ことがあげられた。

【CMの利用者の支援に対する安心感】のカテゴリは、〔CMの安心感〕〔訪問看護がみてくれることによる心強さ〕〔馴染みの訪問看護ステーションへの依頼〕の3つのサブカテゴリで構成された。『医療面の支援で安心』することや『訪問看護に入ってもらうのは心強い』ことがあげられた。また、利用者の状況について連携がとれる『いつも同じ訪問看護ステーションへ依頼』することがあげられた。

【情報提供により利用者の状態を把握】のカテゴリは、〔看護師から情報提供〕〔利用者の病状を把握〕〔関係職種で利用者の情報共有〕〔利用者の心身状態が把握しにくい主治医の情報〕の4つのサブカテゴリで構成された。看護師から利用者の『心身状態の情報提供を受ける』ことや『生活状況の情報提供を受ける』ことがあげられた。また、『家族もCMも病状を把握できる』ことや利用者の

表3 訪問看護導入を妨げた理由

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
看護師への意識	看護師への苦手意識	看護師の強いイメージ とつきにくいイメージ 理解できない医療専門用語で話をするためかかわるのが苦手 看護師に辛辣なことを言われた経験 自分より立場が上にいる看護師のイメージ 看護師に感じる心の壁
利用方法に対する理解不足	訪問看護の利用方法に悩む	どのように利用したらいいか悩む サービス内容の理解不足による利用の躊躇 訪問看護利用の基準の判断が困難
他サービスとの利用価値の比較	訪問看護より通所系サービスの利用を検討	長時間利用者を支援できる通所系サービス
	訪問診療があり必要性を感じない訪問看護	訪問診療で十分な心身状態と判断
	主治医が他サービスと比較し必要性を否定	主治医が他サービスとのサービス内容を比較し訪問看護の必要性を否定

心身の状況を『各サービス提供者が利用者を把握できる』ことがあげられた。

【看護師からのアドバイス】のカテゴリは、〔看護師からのCMへのアドバイス〕〔看護師から利用者へのアドバイス〕の2つのサブカテゴリで構成された。CMが看護師から『支援方法のアドバイス』を受けられる内容や看護師から利用者への『病状に対する的確なアドバイス』があげられた。

【主治医との連携】のカテゴリは、〔主治医との連携のとりにくさ〕〔主治医と連携が回りやすくなる〕の2つのサブカテゴリで構成された。『主治医への言いつらさ』があることや『主治医からの連絡』をもらうことが『主治医と連携の回りやすさ』としてあげられた。

【看護師の卓越した技術】のカテゴリは、〔看護師と他職種との援助の違いを実感〕の1つのサブカテゴリから構成され、看護師の『身体の細かい観察』や『ヘルパーと看護師の気配りと技術の違い』などヘルパーとの技術の違いがあげられた。

3. 訪問看護導入を妨げた理由 (表3)

訪問看護導入の判断を妨げた理由は、【看護師への意識】【利用方法に対する理解不足】【他サービスとの利用価値の比較】の3つのカテゴリに整理された。

【看護師への意識】のカテゴリは、〔看護師への苦手意識〕の1つのサブカテゴリで構成され、『看護師の強いイメージ』を介護職CMが持っていることや『理解できない医療専門用語で話をするためかかわるのが苦手』『自分より立場が上にいる看護師のイメージ』などの内容があげられた。

【利用方法に対する理解不足】のカテゴリは、〔訪問看護の利用方法に悩む〕の1つのサブカテゴリから構成され、介護職CMが『どのように利用したらいいか悩む』ことや『サービス内容の理解不足による利用の躊躇』『訪問看護利用の基準の判断が困難』などがあげられた。

【他サービスとの利用価値の比較】のカテゴリは、〔訪

問看護より通所系サービスの利用を検討〕〔訪問診療があり必要性を感じない訪問看護〕〔主治医が他サービスと比較し必要性を否定〕の3つの項目から構成された。『長時間利用者を支援できる通所系サービス』のほか『訪問診療で十分な心身状態と判断』したこと、『主治医が他サービスとのサービス内容を比較し訪問看護の必要性を否定』したことがあげられた。

IV. 考 察

1. 介護職CMと看護職CMの訪問看護導入の判断

介護職CMが訪問看護導入を判断する際、「利用者の心身の状況によるもの」では、退院したばかりで継続した病状の観察が必要な場合、酸素療法など病状の管理や医療的な処置を要する場合、病状の進行により身体状態が悪化する心身機能の低下、家族の不安を解消するなどの心理面での援助、医薬品の過剰摂取など認知症に伴う見守りが必要な生活行動、入浴介助などの日常生活の援助の必要性、が判断の根拠としてあげられた。

訪問看護の利用者の特徴として、先行研究では、医療処置がある、要介護度が高い、認知症高齢者の日常生活自立度が自立かIである、の3点が報告されており²⁾、日本介護支援専門員協会¹⁾は「退院後の療養生活に不安がある」ことを報告している。さらに、訪問看護師が、訪問看護導入が必要と判断するケースのひとつに「薬の飲み忘れや副作用のチェックなど服薬管理が必要」⁷⁾とある。これらは、本研究で明らかになった訪問看護を要する対象者像と共通しており、介護職CMは利用者の現在の心身の状態をとらえ訪問看護導入を判断していることがうかがえる。

筆者は、前回、訪問看護導入の判断する根拠について看護職CMを対象に調査した。その結果、看護職CMは病状や医療処置の管理、環境調整、心理面での援助、心身機能の低下、関係職種との協働、教育的援助、日常生活の支援、家族関係の調整、を訪問看護導入の根拠と

していた⁶⁾。これらの結果から看護職 CM は、訪問看護を利用者が安心して生活できるサポートとして、さらに、利用者の病状や心身状態を包括的にとらえ、病状を予測し体調の変化に備えて導入を判断していることが考察された⁶⁾。看護職 CM がかわかる患者は、訪問看護や通所リハビリの利用割合が高く⁵⁾、疾患の早期発見、閉じこもりの予防、家族支援などの予防的なケアの提供を含めて訪問看護師に期待している⁷⁾。また、看護職 CM はリハビリの必要性や療養生活全般の指導などの教育的な援助を訪問看護導入の判断としていたが、介護職 CM においてはそのことについては語られなかった。

前述の通り介護職 CM は、利用者の心身の状態をとらえているが、今後を判断することが困難な利用者の病状に関して、医療知識が不足している自身の支援に対して不安を感じ、訪問看護導入を判断していることが考えられる。これらのことから、利用者の体調変化の予測と心身状態の悪化を予防する視点で訪問看護導入を判断している看護職 CM と異なり、介護職 CM は医療知識の不足による不安が訪問看護導入の判断に影響していると考えられる。先行研究においても、ケアマネジメントには医療的知識の不足が関連している⁵⁾ことや、利用者の医療ニーズの対応に関する困難感⁸⁾があることが報告されている。また、専門職としての視点や経験、知識の理解度の違いから医療ニーズを把握することには限界がある⁹⁾ことが指摘されている。

介護職 CM の基礎資格である介護福祉士やホームヘルパーは、教育背景及び職業体験で実際に家事援助や身体的援助等を行う為、ADL の維持向上や介護負担を軽減することの重要性を認識している¹⁰⁾。しかし、今回の調査では、利用者のリハビリテーションや教育的な援助の必要性は理解しているも、訪問看護導入の判断の根拠として語られなかったことから、訪問看護のサービス内容に対する理解が不足している可能性が考えられる。そのため、長時間利用者を支援できる通所系サービスを選択するなど、訪問看護以外の他のサービスが優先されていることが考えられる。これは介護職 CM が訪問介護や通所介護の利用の割合が高い⁵⁾ことから裏づけられる。

介護職 CM は生活面を重視し看護職 CM は医療面を重視する傾向があるという思考過程があり、保有する基礎資格や教育背景がアセスメントに影響¹⁰⁾していることが考えられる。利用者の医療処置がないケースや身体的自立度の高いケースにおいても、訪問看護が病状の安定・悪化予防等の効果を有するサービス⁹⁾であることから、すべての CM に予防的な視点で利用者を支援するアセスメント能力が求められる。

2. 訪問看護導入を妨げた理由

『理解できない医療専門用語で話をするためかわかるのが苦手』や『自分より立場が上にいる看護師のイメージ』による看護師への苦手意識が訪問看護導入を妨げて

いることが明らかになった。利用者の心身の状態や医療ニーズに対する情報が把握しにくい現状が CM にあり、そのことが訪問看護師との情報共有の障壁になっている¹¹⁾ことが報告されており、その原因として、看護師からの情報提供の内容や言語の理解のしにくさ¹²⁾があると考えられる。また、看護師は、自らの態度が CM に威圧感を与える場合もあることを反省するとともに自覚しており、看護師の威圧的な雰囲気改善と意味が伝わるような情報伝達が CM と訪問看護師との連携の課題としてとらえられている。介護職 CM は看護師と他職種との援助の違いを実感し、看護師の卓越した技術を認めている。そのことから、訪問看護師は、お互いが理解しあえる言語を使うこと、利用者の心身の情報をわかりやすく伝える努力をすること、が必要である。そして、専門性が異なる職種ではアセスメントの視点が異なるために、多角的に患者をとらえることが可能となることから、正確な利用者の心身の状況の把握と、タイムリーで適切なサービス導入につながるものとする。

今後、在院日数の短縮化により医療依存度の高い利用者がさらに増加することが考えられ、訪問看護の需要が高くなるとともに、CM が医療依存度の高い利用者を担当する機会が増えることが考えられる。しかし、CM の職種の違いによりケアの視点やサービスの選択が異なる¹³⁾などの問題点が指摘されながらも改善されているとはいえない状況がある。「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」¹⁴⁾では、「医療との連携にあたって必要となる知識については、介護支援専門員に係わる研修において医療に関するカリキュラムを充実すること等が重要である」「ケアマネジメントを行う際の医療との連携やケアプランへの適切な医療サービスの位置付けを促進するとともに、入院から退院後の在宅への移行時等における適切な連携を促進することが必要である」としている。このことから、すべての CM が医療との連携の予測をふまえた利用者の心身の状況を理解しておく必要があり、それに伴い、訪問看護師との連携はますます重要性が高まることが考えられる。また、訪問看護導入にむけて、本研究を基に CM の判断とアセスメントについて、今後さらなる検証を深め、具体的な研修内容の検討が必要である。加えて基礎資格の違いによるサービスの偏りをなくすために、同じ視点で利用者をアセスメントする具体的なツールの開発が求められる。

V. 結 論

1. 訪問看護導入に際し、体調変化の予測と心身状態の悪化を予防する視点で判断している看護職 CM に対し、介護職 CM は医療知識の不足による不安が判断に影響していた。

2. 介護職 CM は看護師への苦手意識があることが判断を妨げる一因となっていた。

3. すべてのCMは医療との連携の予測をふまえた利用者の心身の状況を理解しておく必要があり、訪問看護師との連携はますます重要性が高まることが考えられる。

利益相反：利益相反基準に該当無し

文 献

- 1) 日本介護支援専門員協会：医療ニーズが高い要介護者への訪問看護導入等に向けた課題に関する調査研究事業報告書，2012.
- 2) 永田智子，田口敦子，成瀬 昂，他：介護支援専門員の判断に基づく訪問看護必要者の特徴および必要者における訪問看護利用の実態と利用者・非利用者の比較．日本公衆衛生誌 57 (12)：1084—1093, 2010.
- 3) 三菱総合研究所：居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書，2010.
- 4) 日本介護支援専門員協会：医療ニーズが高い利用者に対する地域における支援(特に訪問看護)に関する調査研究事業報告書，2011.
- 5) 大浜恵美子，新谷奈苗：基礎資格の違いからみえる介護支援専門員の課題とマネジメント．産業保健人間工学研究 14 (巻増補)：25—28, 2012.
- 6) 下吹越直子，波多野浩道：看護職ケアマネジャーがとらえた訪問看護導入を判断する要因．日本看護福祉学会誌 18 (2)：205—217, 2013.
- 7) 辻村真由子，樋口キエ子，川上節子，他：介護支援専門員のケアプラン作成における訪問看護導入に関する実態 A 県の福祉系と看護系の介護支援専門員の比較から．医療看護研究 10 (2)：18—26, 2014.
- 8) 石川由美：介護福祉士を基礎職種とする介護支援専門員の職務認識．高知女子大学紀要 60：126—141, 2010.
- 9) 永野淳子：介護支援専門員による医療ニーズの把握の実態—フォーカスグループインタビュー調査から—．日本赤十字秋田短期大学紀要 15：25—32, 2010.
- 10) 新舩まり：訪問看護サービスの導入における介護支援専門員の「介護予防」に対する認識．神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録 39：280—287, 2014.
- 11) 泉宗美恵，佐藤悦子，依田純子，他：専門職連携実践(IPW)に関する訪問看護師と介護支援専門員の意識．保健医療福祉連携 6 (1-2)：11—21, 2013.
- 12) 依田純子，佐藤悦子，泉宗美恵，他：訪問看護師がもつ介護支援専門員との連携の困難性と課題の構造—管理職にある訪問看護師のフォーカス・グループインタビュー—．日本地域看護学会誌 16 (3)：13—21, 2014.
- 13) 木村裕美，小野ミツ：介護支援専門員の業務に関する課題と役割認識．日本看護福祉学会誌 9(2)：64—74, 2004.
- 14) 厚生労働省：介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理，2013.

別刷請求先 〒890-0005 鹿児島県鹿児島市下伊敷1—52—17
 独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター
 附属鹿児島看護学校
 下吹越直子

Reprint request:

Naoko Shimohigoshi
 Graduate School of Health Sciences, Kagoshima University,
 1-52-17, Shimoishiki, Kagoshima-city, Kagoshima, 890-0005, Japan

Grounds for Determining the Introduction of Home-visit Nursing Care by Care Managers

Naoko Shimohigoshi¹⁾ and Rika Yatsushiro²⁾

¹⁾Graduate School of Health Sciences, Kagoshima University

²⁾Department of Fundamental Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kagoshima University

It has been reported that increasing number of care managers (CM; long-term care support specialists) experience difficulty in care management of users with medical requirements and this has been an issue when introducing home-visit nursing care. In this study, we aimed to clarify the CM grounds for determining the introduction of home-visit nursing care. The study included 6 CMs. Semi-structured interviews were conducted, and data obtained was qualitatively analyzed by an inductive approach.

Grounds for determining the introduction of home-visit nursing care were classified into 5 categories in terms of reasons “attributable to the mental and physical conditions of users:” management of symptoms and medical treatment, deterioration in mental and physical function, psychological support, lifestyle and activities in need of care, and daily life support, and into 7 categories in terms of reasons “attributable to the situation of CMs with respect to the support towards the users:” request from the attending physician or family, lack of medical knowledge, sense of security concerning support, ascertain the condition of users through information provided, advice from nurse, cooperation with the attending physician, and expert nurse skills.

We found that concerns resulting from a lack of medical knowledge affected the decision of CMs in introducing home-visit nursing care. Furthermore, the perception of difficulty in dealing with nurses was one factor that impeded the decision. All CMs should ascertain the mental and physical condition of users on the basis of expected collaboration with medical care, and we believe that cooperation with home-visit nurses will be increasingly important. To eliminate any bias in service resulting from differences in basic qualifications, the consideration of specific training content and development of assessment tools are required.

(JJOMT, 64: 46—53, 2016)

—Key words—

home-visit nursing, care managers, grounds for determining