

ケアマネジャーの訪問看護導入の判断に影響する要因

下吹越直子¹⁾²⁾, 八代 利香³⁾

¹⁾防衛医科大学校医学教育部看護学科

²⁾鹿児島大学大学院保健学研究科博士後期課程

³⁾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教授

(平成 29 年 11 月 20 日受付)

要旨：目的：本研究では CM の訪問看護を判断に影響する要因を明らかにすることを目的とした。

方法：看護職 CM, 介護職 CM を対象に行ったそれぞれの調査で得られた結果をデータとし、質的帰納的な分析手法を用い、意味のまとまりを再構成し、カテゴリ化した。

結果：CM が訪問看護導入を判断した構成要素は<利用者の状況><利用者への必要な支援><ケアマネジャー自身への支援><サービス提供への支援>の 4 カテゴリで構成された。それらはさらに 21 サブカテゴリおよび、134 コードに再構成された。

<利用者の状況>では、利用者の【見守りが必要な行動】【現存している症状】【医療的な処置】【介助が必要な動作】【症状のコントロール】【予測される症状】【時期】の 7 サブカテゴリで構成され、<利用者への必要な支援>では、利用者およびその介護者へ対して【環境の調整の必要性】【心理面の安定の必要性】【緊急時の対応の必要性】【定期的な観察の必要性】【教育的な支援の必要性】【リハビリの必要性】の 6 サブカテゴリで構成された。また、<ケアマネジャー自身への支援>では、ケアマネジャー自身の【医療知識の不足】【安心できる利用者への支援】【主治医との関係】【情報の享受】【他者からの勧め】【看護師からのアドバイス】の 6 サブカテゴリで構成され、<サービス提供への支援>では【他居宅サービスがサービス提供に安心できる】【看護師の卓越した援助技術】の 2 サブカテゴリで構成された。

結論：CM の訪問看護を導入する判断では、<利用者の状況>や<利用者への必要な支援>の要因だけではなく、<ケアマネジャー自身への支援><サービス提供への支援>のさまざまな要因が複雑に関係し、訪問看護の導入につながっていることが考えられる。CM が訪問看護を導入する判断のアセスメントには、CM のバックグラウンドやサービス提供への支援をふまえた多面的なアセスメントの視点が影響していることが示唆された。

(日職災医誌, 66 : 276—282, 2018)

—キーワード—

ケアマネジャー, 訪問看護, アセスメント

1. 緒 言

高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営めるよう地域包括ケアシステムの構築が推進されている¹⁾。その構築に向けた「支援」のあり方において、訪問看護は、サービス充実のみならず、健康増進や介護予防、重度化予防、セルフマネジメント支援、意思決定支援等、地域住民に伴走しつつ先を見越した支援を展開する要としての役割が期待されている²⁾。

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)のケアマネジメントにより、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³⁾。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在宅療養者へのケアマネジメントに困難を感じ、訪問看護の必要性の判断が難しい」など、ケアマネジメントに課題を抱える CM が増加しており⁴⁾、ケアマネジメントによってサービス内容が決まる介護保険制度での訪問看護の場合、適時に訪問看護が十分に提供されない可能性が指摘されている⁵⁾。

CM は基礎資格を有しており、その内訳は、介護福祉士

63.4%, ホームヘルパー 11.3%, 看護師 11.5% であり, 介護職(介護福祉士, ホームヘルパー)の資格を有する CM が7割以上を占めている⁶⁾。近年, CM の基礎資格や経験年数によって, 在宅療養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⁷⁾。介護職 CM は, 「福祉系のサービス」の利用割合が高く⁸⁾, 訪問看護が必要にもかかわらず, サービス単価が高いために, 安価な訪問介護に依頼する傾向にある⁹⁾。一方, 看護師 CM は「訪問看護」「訪問リハビリ」の利用割合が高く, 「身体的な自立」を目指し, 在宅療養者のもてる力を活かしたケアマネジメントであり, 要介護度の改善率が他の職種と比べて高くなっている⁸⁾。また, 看護師 CM は在宅療養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¹⁰⁾が, 介護職 CM の場合, 医療知識の不足が訪問看護導入の判断に影響していることが報告されている¹¹⁾。

ケアマネジメントの課題を改善し, 在宅療養者が在宅で安定した生活を継続するためには, 基礎資格の違いによる CM のアセスメントが偏りなく, すべての CM が同じ視点で在宅療養者をアセスメントできる能力が求められ, 在宅療養者へ適時に訪問看護を導入する必要がある。しかし, 先行研究では, 訪問看護導入に関する実態調査¹²⁾, 訪問看護の必要性⁷⁾, 訪問看護必要性アセスメントシートに関する研究¹³⁾については散見されるが, CM の職種や経験等の状況をふまえた CM の訪問看護の導入に伴う判断については明らかにされていない。筆者は, 訪問看護導入の必要性とともに, その判断に影響している要因の詳細を質的研究により, CM の職種別に明らかにした。CM のアセスメントの偏りを改善するために, 職種にかかわらず, すべての CM の訪問看護導入を判断した要因を抽出し, それを基に, 今後, 訪問看護導入を推進するための指標が必要であると考えた。

II. 目 的

訪問看護導入に伴う CM の判断基準の指標となる項目の抽出として, CM の訪問看護導入の判断に影響する要因を明らかにする。

IV. 用語の定義

訪問看護を導入する判断とは, CM がケアマネジメントする過程で, 在宅療養者の情報をアセスメントし, 訪問看護の導入が適切であると判断することである。

V. 研究方法

看護職 CM と介護職 CM の訪問看護を導入する判断の要因¹⁰⁾¹¹⁾を明らかにした文献を分析の対象として用いた。これは, 看護職 CM と介護職 CM それぞれの職種の訪問看護導入について差異があること¹²⁾¹⁴⁾が報告されていた。しかし, すべての詳細な内容についての記述が見

当たらず, 本研究に先駆けて, 具体的かつ詳細な要因を明らかにする必要があると考え, CM 職種毎, 別個に調査し, 結果を得たことから, これらの文献を分析対象とした。

これらの文献を基に, それぞれの調査結果のコード部分を構成概念の下位概念に位置づけ, データとした。これらのデータの同じ意味を持つものを統合し, ひとつの項目としてコードとした。次に, それぞれのコードの抽象度を上げ, 類似性のあるものをまとめ, サブカテゴリとした。さらに意味のまとまりを再構成してまとめ, カテゴリとした。

再構成については, 質的研究経験のある研究者, 訪問看護師, ケアマネジャーと妥当性を維持するため検討した。

VI. 結 果

CM が訪問看護導入を判断した構成要素は<利用者の状況><利用者への必要な支援><ケアマネジャー自身への支援><サービス提供への支援>の4カテゴリで構成された。(表1)カテゴリを<>, サブカテゴリを【 】, コードを「 」で示す。

<利用者の状況>では【見守りが必要な行動】【現存している症状】【医療的な処置】【介助が必要な動作】【症状のコントロール】【予測される症状】【時期】の7サブカテゴリで構成された。

【見守りが必要な行動】では, 「視力低下」「認知症」「医薬品・健康食品などの過剰な摂取」「自己判断で内服薬を中断」「病院受診が月1回以下」「不十分な酸素器具類の管理」「不十分なストマの管理」「ひとりの入浴が不可能」「排泄物によるトイレの汚染」「閉じこもりの傾向」「サービス提供者のアドバイスを聞き入れない」「主治医の助言を受け入れない」「症状の出現時の対応が困難」「提供されているサービスの理解の不足」「通所系のサービスの利用がない」「精神的に不安定な状態」「介護者が介護に困り果てる」「病状の進行による精神的な混乱」で構成された。

【現存している症状】では, 「脱水症状がある」「認知症の進行による問題行動の出現」「食事療法が困難」「食事摂取が低下」「転倒の危険性が高い」「SpO₂の値の低下」「褥瘡の発生」「排便困難がある」「腰痛の悪化」「歩行できなくなり寝たきりの状態になる可能性」「改善しない下痢」「病状の進行による身体状態の悪化」「健康管理が困難」「内服管理が必要」「病状などの全身状態の管理が困難」で構成された。

【医療的な処置】では, 「ストマの造設」「膀胱カテーテル留置中」「排尿・排便パック交換が必要」「酸素療法」「胃瘻の造設」「喀痰吸引が必要」「排便・浣腸など排便の処置」「膀胱洗浄が必要」「経鼻経管栄養中」「医療機器の管理」「褥瘡・創傷によるドレッシング交換が必要」で構成された。

表 1 訪問看護導入の判断に影響した要因

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	カテゴリ	サブカテゴリ	コード	
利用者の状況	見守りが必要な行動	視力低下 認知症 医薬品・健康食品などの過剰な摂取 自己判断で内服薬を中断 病院受診が月1回以下 不十分な酸素器具類の管理 不十分なストマの管理 ひとりでの入浴が不可能 排泄物によるトイレの汚染 閉じこもりの傾向 サービス提供者のアドバイスを聞き入れない 主治医の助言を受け入れない 症状の出現時の対応が困難 提供されているサービスの理解の不足 通所系のサービスの利用がない 精神的に不安定な状態 介護者が介護に困り果てる 病状の進行による精神的な混乱	利用者への必要な支援	環境の調整の必要性	高齢者夫婦のふたり暮らし 生活の状況の観察が必要 介護者の低い介護力 一人暮らし 環境整備が必要な家屋の生活環境 主治医の意向により入院が困難 療養生活に対する利用者・介護者の考え方の違い 医療保険から介護保険への保険制度の移行 他の居宅サービスが受けられない経済状況 別のケアマネジャーから利用者の担当の変更 訪問介護のみの利用 家族関係が悪く家族間の調整が必要 利用者の残された時間を家族と共有するための調整が必要 利用者の今後の生活の場を決定する調整が必要	
		脱水症状がある 認知症の進行による問題行動の出現 食事療法が困難 食事摂取が低下 転倒の危険性が高い SpO2の値の低下 褥瘡の発生 排便困難がある 腰痛の悪化 歩行できなくなり寝たきりの状態になる可能性 改善しない下痢 病状の進行による身体状態の悪化 健康管理が困難 内服管理が必要 病状などの全身状態の管理が困難			心理面の安定の必要性	訪問看護利用による利用者の安心感 訪問看護利用による介護者の安心感 利用者の不安に対する支援 介護者の不安に対する支援 利用者・介護者へ常に病状の説明が必要 利用者・介護者へ病状の進行を受け入れる支援が必要 処置による症状の緩和に伴う心身状態の安定 家族が自宅での生活を希望 最期まで介護したい家族の希望 利用者・介護者へ希望を持たせる支援が必要
	現存している症状	膀胱カテーテル留置中 排尿・排便バック交換が必要 酸素療法 胃瘻の造設 喀痰吸引が必要 摘便・浣腸など排便の処置 膀胱洗浄が必要 経鼻経管栄養中 医療機器の管理 褥瘡・創傷によるドレッシング交換が必要		緊急時の対応の必要性	状態急変など緊急時に備える必要性 訪問看護導入以前の緊急の対応 24時間待機している訪問看護 体調の変化時の訪問対応	
		医療的な処置		定期的な観察の必要性	定期的な病状の観察が必要 異常の早期発見と悪化防止が必要	
	介助が必要な動作			入浴介助など清潔保持の援助が必要 歩行が困難 寝たきりの状態 嚥下状態の悪化 全般的なADLの低下 食事の援助が必要 介護者の介護負担 ベッド周囲の環境整備 通院が困難	教育的な支援の必要性	療養生活全般の指導の必要性 介護者へ介護方法の指導の必要性 利用者への支援について他のサービス提供者へのアドバイス・指導の必要性 利用者・介護者からの療養上の相談
		症状のコントロール		血糖コントロール 疼痛のコントロール 排泄のコントロール 飲水のコントロール	リハビリの必要性	継続が必要なりハビリ 新たに必要なりハビリ
	予測される症状			対応が必要な症状出現の可能性 悪化が予測される病状 不安定な病状による体調の変化 医療的な判断を要する状態	医療知識の不足	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 身体状態の変化に気付きづらい 不足している医療的な知識 医療知識の不足から医療職者と会話が困難 病状が分からない 症状の判断が困難 疾患が今後どうなっていくのかわからない
		時期		医療施設からの退院後 ターミナル期	ケアマネジャー自身への支援	安心できる医療面の支援 ケアマネジャーの利用者の支援への安心感 病院受診だけの健康管理への不安感 訪問看護が入っているケアマネジャーの心強さ 連携しやすい訪問看護ステーションの存在 支援について訪問看護師へ相談できる
	サービス提供への支援	看護師の卓越した援助技術		看護師のきばきとした援助 看護師は身体の細かいところまで観察できる ヘルパーと看護師の気配りと技術の違い	主治医との関係	利用者の対応を主治医と連携しながら判断 主治医と連携の円やすさ 主治医からの利用者の状況についての連絡 主治医への言いづらさ
		安心できる他の居宅サービスのサービス提供		安心してサービス提供できる環境づくり 訪問看護と他サービス提供者との利用者の状態の情報の共有	情報の享受	訪問看護からケアマネへの情報提供 病状を把握できる 訪問診療だけでは心身状態を把握しにくい 積極的に利用者の情報を入手できる
			他者からの勧め	主治医からの勧め 保健医療職者の家族からの依頼 利用者が利用している他の居宅サービス事業所からの勧め		
			看護師からのアドバイス	利用者への居宅サービス提供について全般的な支援のアドバイス 病状に対する的確なサービス提供の内容についてのアドバイス 訪問看護から病状に対する的確な支援方法についてのアドバイス		

【介助が必要な動作】では、「入浴介助など清潔保持の援助が必要」「歩行が困難」「寝たきりの状態」「嚥下状態の悪化」「全般的なADLの低下」「食事の援助が必要」「介護

者の介護負担」「ベッド周囲の環境整備」「通院が困難」で構成された。

【症状のコントロール】では、「血糖コントロール」「疼

痛のコントロール」「排泄のコントロール」「飲水のコントロール」で構成された。

【予測される症状】では、「対応が必要な症状出現の可能性」「悪化が予測される病状」「不安定な病状による体調の変化」「医療的な判断を要する状態」で構成された。

【時期】では、「医療施設からの退院後」「ターミナル期」で構成された。

＜利用者への必要な支援＞では、【環境の調整の必要性】【心理面の安定の必要性】【緊急時の対応の必要性】【定期的な観察の必要性】【教育的な支援の必要性】【リハビリの必要性】の6サブカテゴリで構成された。

【環境の調整の必要性】では、「高齢者夫婦のふたり暮らし」「生活の状況の観察が必要」「介護者の低い介護力」「一人暮らし」「環境整備が必要な家屋の生活環境」「主治医の意向により入院が困難」「療養生活に対する利用者・介護者の考え方の違い」「医療保険から介護保険への保険制度の移行」「他の居宅サービスが受けられない経済状況」「別のケアマネジャーから利用者の担当の変更」「訪問介護のみの利用」「家族関係が悪く家族間の調整が必要」「利用者の残された時間を家族と共有するための調整が必要」「利用者の今後の生活の場を決定する調整が必要」で構成された。

【心理面の安定の必要性】では、「訪問看護利用による利用者の安心感」「訪問看護利用による介護者の安心感」「利用者の不安に対する支援」「介護者の不安に対する支援」「利用者・介護者へ常に病状の説明が必要」「利用者・介護者へ病状の進行を受け入れる支援が必要」「処置による症状の緩和に伴う心身状態の安定」「家族が自宅での生活を希望」「最期まで介護したい家族の希望」「利用者・介護者へ希望を持たせる支援が必要」で構成された。

【緊急時の対応の必要性】では、「状態急変など緊急時に備える必要性」「訪問看護導入以前の緊急の対応」「24時間待機している訪問看護」「体調の変化時の訪問対応」で構成された。

【教育的な支援の必要性】では、「療養生活全般の指導の必要性」「介護者へ介護方法の指導の必要性」「利用者への支援について他のサービス提供者へのアドバイス・指導の必要性」「利用者・介護者からの療養上の相談」で構成された。

【定期的な観察の必要性】では、「定期的な病状の観察が必要」「異常の早期発見と悪化防止が必要」で構成された。

【リハビリの必要性】では、「継続が必要なりハビリ」「新たに必要なりハビリ」で構成された。

＜ケアマネジャー自身への支援＞では、【医療知識の不足】【安心できる利用者への支援】【主治医との関係】【情報の享受】【他者からの勧め】【看護師からのアドバイス】の6サブカテゴリで構成された。

【医療知識の不足】では、ケアマネジャー自身の「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」, 「身体状態の変化に気づきづらい」「不足している医療的な知識」「医療知識の不足から医療職者と会話が困難」「病状がわからない」「症状の判断が困難」「疾患が今後どうなっていくのかわからない」で構成された。

【安心できる利用者への支援】では、「安心できる医療面の支援」「ケアマネの利用者の支援への安心感」「病院受診だけの健康管理への不安感」「訪問看護が入っているケアマネジャーの心強さ」「連携しやすい訪問看護ステーションの存在」「支援について訪問看護師へ相談できる」で構成された。

【主治医との関係】では、「利用者の対応を主治医と連携しながら判断」「主治医と連携の回りやすさ」「主治医からの利用者の状況についての連絡」「主治医への言いづらさ」で構成された。

【情報の享受】では、「訪問看護からケアマネへの情報提供」「病状を把握できる」「訪問診療だけでは心身状態を把握しにくい」「積極的に利用者の情報を入手できる」で構成された。

【他者からの勧め】では、「主治医からの勧め」「保健医療職者の家族からの依頼」「利用者が利用している他の居宅サービス事業所からの勧め」で構成された。

【看護師からのアドバイス】では、「利用者への居宅サービス提供について全般的な支援のアドバイス」「病状に対する的確なサービス提供の内容についてのアドバイス」「訪問看護から病状に対する的確な支援方法についてのアドバイス」で構成された。

＜サービス提供への支援＞では【他居宅サービスがサービス提供に安心できる】【看護師の卓越した援助技術】の2サブカテゴリで構成された。

【看護師の卓越した援助技術】では、「看護師のてきぱきとした援助」「看護師は身体の細かいところまで観察できる」「ヘルパーと看護師の気配りと技術の違い」で構成された。

【安心できる他の居宅サービスのサービス提供】では、通所介護の職員やヘルパーらが「安心してサービス提供できる環境づくり」や療養者へサービス提供する際、「訪問看護と他サービス提供者との利用者の状態の情報の共有」で構成された。

VII. 考 察

訪問看護の導入に至る判断には、＜利用者の状況＞＜利用者への必要な支援＞だけでなく、＜ケアマネジャー自身への支援＞や＜サービス提供への支援＞が影響していたことが明らかになった。

1. 利用者の状況と利用者への必要な支援

CM が訪問看護の導入を判断する際、疾患の経過、医療施設からの退院直後などの療養の時期、疾患に伴うさまざまな症状の管理、および創傷処置などの医療的な処置が必要な状態にあるなど、在宅療養者の医療面での状況を視点にアセスメントしていることが伺える。そして、その状況を基に、定期的に観察する必要性や心理面での支援、療養生活に対する教育的な支援、利用者の体調の変化に伴い緊急に対応する必要があるかを、CM は訪問看護を導入する判断にしていると考えられる。在宅療養者の疾患に伴う医療的な処置や身体・心理面での機能低下は、医療的な処置または療養上の世話の側面においてニーズが顕在化しやすい。そのため、CM は在宅療養者の身体・心理面での機能低下が日常生活になんらかの支障をきたすことを考慮し、訪問看護の導入につながっていたことが考えられる。

何らかの疾患を有する高齢者は、加齢に伴う心身機能の低下のみならず、疾患の経過に伴う機能低下が考えられる。日常生活の中で、ADL が困難になるなどの事象が現れてからの対応だけではなく、事象が起こらないようにすることが、心身機能の悪化の予防だけでなく、高齢者が在宅で自立した日常生活を継続できる介護予防になる。CM は、医療的な処置や療養上の世話の側面におけるニーズが顕在化している場合は、早めに訪問看護を導入する判断をしていると考えられる。CM の介護予防の認識として、利用者の顕在化しているニーズに対しては高いが、身体状態が悪化した場合に予測される潜在化しているニーズに対しては低いとの報告がある¹⁵⁾。利用者の身体状態が悪化した場合に予測される事象に対して、医療知識の不足を認識している CM は、訪問看護の必要性が見えにくく、導入の判断が難しいことが考えられる。訪問看護を導入する判断においては、利用者の疾患の経過から身体状態が悪化した場合に起こり得る事象を予測し、身体状態の悪化に対応するだけでなく、介護予防の視点でのアセスメントが必要であると考えられる。

2. ケアマネジャー自身への支援とサービス提供への支援

介護職 CM では、【医療知識の不足】を認識しており、そのことが利用者への支援に対する不安となり訪問看護導入の判断としている¹¹⁾報告がある。また、CM の情報把握の構造を明らかにした研究¹⁶⁾では、CM の医療的な知識や観察力不足、地域での医療機関との連携を通じた医療情報の把握の実践経験が少ないために、必要な時に医療情報が得られない等、「医療情報」について特に把握が不十分であることが報告されている。これらを解消するために、訪問看護師から CM への利用者の【情報の享受】が、医療的な側面での情報の把握につながり、訪問看護の導入を判断する要因となっていたことが考えられる。医療依存度の高い利用者の場合でも、訪問看護を導入す

ることにより、【看護師からのアドバイス】を受け、利用者の生活を支援することができる¹¹⁾ことから、＜ケアマネジャー自身への支援＞が、訪問看護を導入する判断に影響した要因となっていたことが考えられる。

身体状態が変化しやすい在宅療養者や終末期の在宅療養者の場合、施設に通って日常生活上の世話や機能訓練を行うデイサービスの職員や、家事援助や身体介護を担うヘルパーは、在宅療養者の急速な状態変化に対する不安が大きい。そのような在宅療養者に対し、安心してサービスを提供するために、訪問看護師は、起こり得る変化とその場合の対応をヘルパーに伝え、連絡ノートや電話、ファックス等による相談や緊急時の連絡を明確にする等の体制をつくり、ヘルパーの不安軽減をおこなっていた¹⁷⁾。介護保険制度を活用する多くの在宅療養者は、高齢で何らかの疾患を有しており、高齢者の特徴と疾患の経過から、身体状態の急激な変化が予測しにくいことが考えられる。在宅療養者の急激な身体状態の変化に備えることは、安定した在宅生活の継続のために不可欠である。また、在宅療養者の安定した生活と医療的な側面を支援していくためには、訪問看護師とヘルパー等の連携が不可欠であることは言うまでもない。CM は、訪問看護の役割を理解し、利用者の状況を把握しながら、利用者を取りまく居宅サービスや介護者が不安なく援助しやすい体制を整えるために、訪問看護の導入を判断していたことが考えられる。したがって、訪問看護を導入する判断では、訪問介護や通所介護等の居宅サービスが、安心して在宅療養者にサービスが提供できるように、援助しやすい環境を整えていく視点が影響していたと考える。

【看護師の卓越した援助技術】では、CM が看護師の細かい観察力や技術の違いを理解し、訪問看護導入後の利用者の心身状態や生活状況等の望ましい効果を認識して、訪問看護の導入を判断していたことが伺える。在宅療養者のニーズが多様化していることもあり、訪問看護導入の判断に影響していたことから、在宅療養者の身体状態や生活状況や環境をふまえて、CM が訪問看護師と協働しながら在宅療養者を支援していく必要があると考えられる。

介護職 CM では、医療知識が不足していることやそれに伴う不安が訪問看護を導入する判断に影響し、看護職 CM と訪問看護を導入する判断の相違がみられた¹¹⁾。これらを改善するためには、CM が同じアセスメントの視点を持つことがケアマネジメントには必要である。

訪問看護を導入する判断では、＜利用者への状況＞や＜利用者への必要な支援＞の要因で導入すると考えるが、それだけの要因ではなく、＜ケアマネジャー自身への支援＞＜サービス提供への支援＞のさまざまな要因が複雑に関係し、訪問看護の導入につながっていることが考えられる。訪問看護を導入する判断において、本研究の結果を基に、医療的なニーズだけでなく、在宅療養者

が生活している具体的な状況や、在宅療養者へサービスを提供する周囲の状況などの詳細なアセスメントとなる視点を示し、今後、在宅療養者へ適時に訪問看護が導入されるよう、CMのアセスメントの偏りを改善する判断基準となる指標が必要であると考えられる。

本研究で示された結果を基礎資料として、訪問看護導入の判断に影響する構成する概念やその内容の信頼性と妥当性を検討し、今後、訪問看護の導入に伴う判断基準の指標の作成に向け、さらに量的な調査を重ねていく必要がある。

VIII. 結 論

CMの訪問看護導入の判断に影響する要因は<利用者の状況><利用者への必要な支援><ケアマネジャー自身への支援><サービス提供への支援>の4カテゴリから21サブカテゴリ、さらに134コードが構成された。訪問看護を導入する判断には、医療的なニーズだけでなく、在宅療養者が生活している具体的な状況や、在宅療養者へサービスを提供する周囲の状況などが影響していることから、詳細なアセスメントとなる視点を示す必要がある。

利益相反：利益相反基準に該当無し

文 献

- 地域包括ケアシステム。厚生労働省：http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/（参照2017.11.16）
- 介護支援専門員研修改善事業及び研修体系の見直しの考え方。厚生労働省老健局振興課。2015.2.24。<http://www.pref.tottori.lg.jp/secure/922458/kaigosienkensyuminaosidf>（参照2017.11.16）
- 下吹越直子，八代利香：介護職ケアマネジャーの訪問看護導入を判断する根拠。日本職業災害医学誌 64：46—53, 2016.
- 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.
- 宮本恭子：訪問看護の現状と訪問看護推進の課題。保健医療研究 5：39—54, 2013.
- 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。2014.
- 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.
- 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 14：25—28, 2012.
- 社会保障審議会介護給付費分科会。第111回訪問看護の報酬・基準について。厚生労働省。2014。http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Shanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000062113.pdf（参照2017.7.12）
- 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.
- 下吹越直子，八代利香：介護職ケアマネジャーの訪問看護導入を判断する根拠。日本職業災害医学誌 64：46—53, 2016.
- 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.
- 田口敦子，永田智子，成瀬 昂，他：訪問看護必要性アセスメントシートの一般化可能性および活用可能性の検討。日本医療・病院管理学会誌 52（2）：67—77, 2015.
- 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.
- 新外まり：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.
- 綾部貴子，岡田進一，所 道彦，他：利用者や家族介護者、他の社会資源との関係構築後に介護支援専門員が行うアセスメントにおける情報把握の構造。社会福祉学 54（3）：67—78, 2013.
- 米澤純子，杉本正子，新井優紀，他：独居がん終末期患者の在宅緩和ケアにおける訪問看護師の支援と連携。日本保健科学学会誌 17（2）：67—75, 2014.

別刷請求先 〒422-8021 静岡市駿河区小鹿2丁目2番1号
静岡県立大学看護学部
下吹越直子

Reprint request:

Naoko Shimohigoshi
School of Nursing University of Shizuoka, 2-2-1, Oshika,
Suruga-ku, Sizuoka-shi, Shizuoka, 422-8021, Japan

Decision Making Factors for Introduction of Home-Visit Nursing Care of Care Managers

Naoko Shimohigoshi¹⁾²⁾ and Rika Yatsushiro³⁾

¹⁾National Defense Medical College

²⁾Graduate School of Health Sciences, Kagoshima University

³⁾Department of Fundamental Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kagoshima University

Objective: In this study, we aimed to clarify the factors influencing decision on introducing home-visit nursing care of CM.

Methods: Data obtained from the survey-results of both types of CMs (i.e. CMs with nursing licenses and those with long term care licenses) were analyzed and categorized with a qualitative inductive approach.

Results: The components used by CMs to evaluate the introduction of home visiting nursing services were configured into four categories: (1) condition of facility users, (2) support required by facility users, (3) support provided to CMs, and (4) support for the provision of services. These categories further comprised 21 subcategories and were reconfigured into 134 codes.

The condition of facility users was categorized into seven subcategories: “behaviors requiring supervision,” “current symptoms,” “medical treatment (s),” “behaviors requiring nursing care,” “symptom control,” “predicted symptoms,” and “time period.” Support required by facility users was categorized into six subcategories: “need for adjustment in the environment,” “need for mental stability,” “need for emergency care,” “need for periodic observation,” “need for educational support,” and “need for rehabilitation.” These six subcategories applied to both facility users and caregivers. Support provided to CMs was categorized into six subcategories: “CMs’ lack of medical knowledge,” “sense of security regarding support provided to facility users,” “relationship with the attending physician,” “receiving information,” “recommendations from others,” and “advice from nurses.” Finally, support for the provision of services was categorized into two subcategories: “sense of security regarding the provision of other in-home services” and “expert nursing support skills.”

Conclusions: Evaluation of the introduction of home visiting nursing services provided by CMs was related to the condition of facility users, support required by facility users, and numerous other factors, such as support provided to CMs and support for the provision of services, which appear to be related to the introduction of home visiting nursing services. Hence, evaluation of the decisions made by CMs on introducing home visiting nursing services may be influenced by the background of CMs and multiple assessment perspectives based on support for the provision of services.

(JJOMT, 66: 276—282, 2018)

—Key words—

care manager, home visiting nursing services, assessment