

原 著

ケアマネジャーの基礎資格による訪問看護導入の判断要因の相違

下吹越直子¹⁾, 兒玉 慎平²⁾, 八代 利香²⁾¹⁾静岡県立大学看護学部²⁾鹿児島大学医学部保健学科

(2020年2月17日受付)

要旨: 目的 看護・介護それぞれの基礎資格を保有するケアマネジャー(以下CM)の訪問看護導入に伴う判断要因の相違を明らかにする。

方法 A市内居宅介護支援事業所, 全CM471名を調査対象とし, 郵送による無記名自記式質問紙調査を行った。

結果 【利用者の医療的処置・管理と療養の時期】は, 有意差は認められなかった。【利用者の生活状況と必要な日常生活の支援】では「清潔保持の援助が必要である」等の8項目, 【利用者への医療面の支援の強化】では「利用者の支援に対する不安」等の8項目, 【利用者の心身状態の悪化予防と備え】では「悪化防止が必要」等の7項目について有意差が認められた。

結論 看護職CMは在宅療養者の将来を見据え, 今後を予測し, 訪問看護導入をしている可能性が考えられた。介護職CMは医療知識の不足が関連していることが改めて浮き彫りになった。それぞれの職種のアセスメントの特徴をふまえ, アセスメントの標準化を図る必要があることが示唆された。

(日職災医誌, 68:283—290, 2020)

—キーワード—

ケアマネジャー, 訪問看護, アセスメント

1. はじめに

介護保険制度による訪問看護サービス等の居宅サービスの利用は, ケアマネジャー(以下CMとする)が利用者の心身の状況, 置かれている環境, 要介護者の希望等を勘案し, ケアプランを作成する。そして, サービス事業者等との連絡調整を行った上で¹⁾サービスが利用開始となる。在宅療養者への訪問看護導入では, CMは医療的な処置等に加え, 「療養上の世話」となるニーズのアセスメントを行う必要がある。

CMの背景は, 介護福祉士63.9%, 介護職員初任者研修(旧ホームヘルパー2級, 旧ホームヘルパー1級含む)13.9%, 看護師(准看護師含む)14.4%であり, 介護職(介護福祉士, 旧ホームヘルパー)の資格を持つCMが7割を占めている²⁾。介護職CMは, 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割合が高いことが報告されている³⁾。また, 介護職CMは, 訪問看護が必要にもかかわらず, 訪問介護など福祉系サービスの利用が多くなる傾向があり³⁾, その理由として, 訪問看護導入の判断に医療知識の不足が影響している⁴⁾ことが報告

されている。介護サービス導入の際, 医療系の資格を有するCMと福祉系の資格を有するCMとでは, ケアマネジメントのアセスメントに異なる傾向があることが^{5)~7)}報告されている。しかし, 訪問看護導入において, 導入を判断するアセスメントの視点を詳細にし, 職種別に比較した研究は見あたらない。

看護職CM, 介護職CMの訪問看護導入に伴うアセスメントの視点となる判断要因の相違を明らかにすることは, 職種の判断の傾向や特徴を明確にし, それぞれの職種のアセスメントの視点の不足を補い, 在宅療養者への適時な訪問看護導入につながると考える。アセスメントの視点のばらつきを改善するには, すべてのCMが多面的かつ適確なアセスメントができるよう訪問看護導入の判断となる指標が必要と考えた。筆者らは, 訪問看護導入の判断となる指標の作成に伴い, 第一段階として, その構成概念を明らかにした⁸⁾。本研究では, 第二段階としてCM全体の7割以上を占める看護職CM・介護職CMの訪問看護導入に伴う判断要因の相違について検討し, それぞれの職種の訪問看護導入の判断の傾向をとらえることを目的とした。

II. 研究目的

ケアマネジャーの職種別（保有資格）による訪問看護導入に伴う判断の相違を明らかにする。

III. 用語の定義

看護職 CM とは、保健師、助産師、看護師（准看護師を含む）の資格を有するケアマネジャーとする。

介護職 CM とは、介護福祉士、ホームヘルパーなど介護の資格を有するケアマネジャーとする。

訪問看護導入の判断要因とは、CM がケアマネジメントする過程で、在宅療養者の置かれている状況、生活上の支障・要望、心身機能の低下等の情報を収集してその背景・要因を分析（アセスメント）し、訪問看護の導入が必要であると判断する内容とする。

IV. 方 法

1. 対象

2017年4月現在、A市ホームページのA市内居宅介護支援事業所181カ所、および、介護保険介護サービス事業者ガイドブック2016年に掲載されていた全CM471名を調査対象とした。

2. データ収集および調査期間

郵送による無記名自記式質問紙調査とした。CMが在籍する居宅介護支援事業所に、人数分の説明文書、質問紙、返信先を記載した返信用封筒を郵送し、研究への協力並びに研究対象者への質問紙の配布を依頼した。CMは自由意思により配布された質問紙に回答し、回答済質問紙は、各自で返信用封筒に入れ投函し、郵送により回収した。調査期間は2017年6月～8月であった。

3. 調査内容

本研究では、第一段階で4因子96項目の因子構造と信頼性・妥当性を確認した訪問看護導入を判断する要因の質問紙⁹⁾の結果を使用した。4因子の内訳は、【利用者の生活状況と必要な日常生活の支援】37項目、【利用者の医療面の支援の強化】19項目、【利用者の医療的処置・管理と療養の時期】18項目、【利用者の心身状態の悪化予防と備え】22項目である。

回答形式はリッカート法により「かなり導入しようと思う」「導入しようと思う」「どちらでもない」「あまり導入しようと思わない」「導入しようと思わない」の5件法で回答を求めており、得点が高いほど訪問看護を導入する判断の意向が高くなるようになっている。

4. 分析方法

対象者の性別、年齢、保有資格、CMの経験年数について度数分布の確認を行った。

また看護職CMと介護職CMの相違の検討では、看護職CMと介護職CMの2群に分類しMann-Whitney-U検定を用いて訪問看護導入を判断する要因96項目の比

較を行った。有意水準は5%とし、解析ソフトはSPSS Ver.25 for Windowsを使用した。

5. 倫理的配慮

本研究は、鹿児島大学医学部疫学・臨床研究等倫理委員会の承認を得て実施した(第398号)。対象への調査は、個人情報の記載を要しない質問紙を、個人情報を記載しない返信用封筒により回収し、回収する資料には個人情報を含まないようにした。すべての対象者に質問紙とともに「説明文書」を添付した。説明文書には、研究の目的、研究方法、研究期間、本研究への参加を強制されることがないこと、同意しない場合であっても、いかなる不利益も受けることがないこと、いつでも参加を中止できること、ただし回答済質問紙投函後の撤回はできないこと、プライバシーが保護されること、等を記載した。質問紙の返送を以って研究対象者の同意が得られるものとした。

V. 結 果

質問紙の回収数は211名(回答率44.7%)であり、中項目の質問項目10%以上欠損を有する11部を除外した、有効回答(有効回答率42.4%)200名のうち、看護職CM50名、介護職CM123名の173名を分析対象とした。

1. 対象者の概要(表1)

分析対象となったCM173名のうち看護職CM50名(28.9%)、介護職CM123名(71.0%)、男性45名(26.0%)、女性128名(74.0%)、年齢別では30歳代40名(23.1%)、40歳代54名(31.2%)、50歳代58名(33.5%)、60歳以上21名(12.1%)であった。CMの経験年数は1年未満8名(4.6%)、1～3年未満25名(14.5%)、3～5年未満31名(17.9%)、5～10年未満(28.3%)、10年以上(34.7%)であった。

2. ケアマネジャーの職種別分析

1) 【利用者の生活状況と必要な日常生活の支援】(表2)

看護職CMと介護職CMを比較した結果を表2に示す。この因子の構成概念に含まれる37項目中、「入浴介助など清潔保持の援助が必要である」($p=0.029$)、「歩行が困難である」($p=0.018$)、「認知症がある」($p=0.009$)、「全般的にADLが低下してきた」($p=0.038$)、「視力低下がある」($p=0.001$)、「サービス提供者のアドバイスを聞き入れない」($p=0.004$)、「下痢が改善しない」($p=0.038$)、「飲水のコントロールが必要である」($p=0.020$)の8項目において、看護職CMは、介護職CMと比較し、訪問看護導入を判断する傾向が有意に高かった。その他29項目については、有意な差は認められなかった。

2) 【利用者への医療面の支援の強化】(表3)

この因子の構成概念に含まれる19項目中、「利用者の身体状態の変化がわからないことへの不安」($p=0.001$)、「医療知識が不足していることにより利用者の支援に対する不安」($p<0.001$)、「医療知識がないとみられること

表 1 対象者の概要

		合計 (n = 173)	資格	
			介護職 n = 123 n, %	看護職 n = 50 n, %
性別	男性	45 (26.0%)	42 (34.1%)	3 (6.0%)
	女性	128 (74.0%)	81 (65.9%)	47 (94.0%)
年齢	30 歳代	40 (23.1%)	37 (30.1%)	3 (6.0%)
	40 歳代	54 (31.2%)	37 (30.1%)	17 (34.0%)
	50 歳代	58 (33.5%)	36 (29.3%)	22 (44.0%)
	60 歳以上	21 (12.1%)	13 (10.6%)	8 (16.0%)
経験年数	1 年未満	8 (4.6%)	7 (5.7%)	1 (2.0%)
	1 ~ 3 年未満	25 (14.4%)	22 (17.9%)	3 (6.0%)
	3 ~ 5 年未満	31 (17.9%)	29 (23.6%)	2 (4.0%)
	5 ~ 10 年未満	49 (28.3%)	37 (30.1%)	12 (24.0%)
	10 年以上	60 (34.8%)	28 (22.7%)	32 (64.0%)

小数点第二位を四捨五入

表 2 ケアマネジャーの訪問看護導入に伴う職種間の判断要因の相違 【利用者の生活状況と必要な日常生活の支援】

	介護職 CM (n = 123)		看護職 CM (n = 50)		MannWhitney	
	平均値	SD	平均値	SD		
利用者の生活状況と 必要な日常生活の支援	入浴介助など清潔保持の援助	2.58	0.82	2.86	0.78	*
	歩行が困難	2.48	0.78	2.78	0.79	*
	ベッド周囲の環境整備	2.33	0.78	2.50	0.81	
	認知症がある	2.56	0.77	2.86	0.70	*
	排泄物による汚染	2.41	0.82	2.58	0.67	
	閉じこもりの傾向	2.50	0.82	2.77	0.84	
	介護負担を感じている	2.77	0.80	2.88	0.75	
	ひとりでの入浴が不可能	2.63	0.76	2.88	0.75	
	サービスの理解が不十分である	2.68	0.75	2.86	0.78	
	全般的に ADL が低下してきた	2.89	0.77	3.14	0.86	*
	視力低下がある	2.45	0.70	2.82	0.69	**
	サービス提供者のアドバイスを聞き入れない	2.80	0.81	3.22	0.89	*
	家族調整を含めた生活全般の環境整備が必要	2.30	0.89	2.50	0.79	
	通所系のサービスの利用がない	2.67	0.79	2.80	0.83	
	介護者の介護力が低い	3.00	0.85	3.12	0.82	
	食事の援助が必要	2.76	0.71	2.92	0.70	
	転倒の危険性が高い	2.84	0.66	2.94	0.71	
	腰痛が悪化している	2.88	0.63	3.02	0.65	
	認知症の進行による問題行動	2.98	0.68	3.14	0.81	
	一人暮らしである	2.99	0.91	3.02	0.68	
	歩行できなくなり寝たきり状態になる可能性	3.13	0.81	3.30	0.79	
	病院受診が月 1 回以下	2.89	0.90	2.94	0.74	
	療養生活に対する利用者・介護者の考え方の違い	3.16	0.82	3.10	0.81	
	医療保険から介護保険へ移行した	3.12	0.82	3.02	0.77	
	下痢が改善しない	3.38	0.79	3.60	0.99	*
	リハビリを継続	2.84	0.71	2.86	0.73	
	別のケアマネジャーから、担当が変更	2.61	0.74	2.58	0.78	
	高齢者夫婦ふたり暮らし	2.99	0.81	3.00	0.70	
	飲水のコントロール	3.27	0.84	3.52	0.79	*
	訪問介護のみ利用	2.63	0.73	2.48	0.79	
	利用者の状態・行動に困り果てている	3.16	0.78	3.36	0.92	
	生活の状況の観察	3.02	0.88	3.04	0.75	
通院が困難である	3.30	0.95	3.18	0.85		
主治医の助言を受け入れない	3.28	0.74	3.44	0.84		
排泄のコントロール	3.54	0.83	3.62	0.81		
寝たきりの状態	3.44	0.94	3.69	0.86		
他の居宅サービスが受けられない経済状況	2.77	0.82	2.82	0.94		

Mann-Whitney の U 検定 *P<0.05 **<0.001

文献 8 より引用

表3 ケアマネジャーの訪問看護導入に伴う職種間の判断要因の相違【利用者への医療面の支援の強化】【利用者の医療的処置・管理と療養の時期】

		介護職 CM (n=123)		看護職 CM (n=50)		MannWhitney
		平均値	SD	平均値	SD	
利用者への医療面の支援の強化	利用者の身体状態の変化がわからないことへの不安	3.54	0.76	3.02	1.00	**
	医療知識が不足していることにより利用者の支援に対する不安	3.74	0.76	2.98	0.98	**
	医療知識がないとみられることへの不安	3.45	0.79	2.88	0.92	**
	利用者の医療面の支援について安心できる	3.76	0.71	3.42	0.95	*
	利用者の疾患が今後どうなっていくのかわからない	3.51	0.76	2.96	0.99	**
	訪問時に日頃の心身状態と違う利用者に不安	3.45	0.70	3.10	0.91	*
	病院受診だけでは利用者の健康管理面が不安	3.50	0.71	3.22	0.95	
	訪問看護の利用はケアマネジャーが心強い	3.55	0.78	3.20	0.88	*
	ケアマネジャーが主治医と連携が図りやすくなる	3.64	0.88	3.26	1.05	*
	訪問看護から利用者への居宅サービス提供についてアドバイスを受けることができる	3.76	0.73	3.50	0.93	
	ケアマネジャーが利用者の状況を主治医へ言いづらい	3.47	0.82	3.10	1.09	
	ケアマネジャーが利用者の支援について訪問看護師へ相談できる	3.73	0.78	3.56	0.88	
	他のサービスが安心してサービス提供できる環境づくりができる	3.57	0.73	3.40	0.78	
	主治医からケアマネジャーへ連絡をしてもらえる	3.50	0.88	3.24	1.02	
	看護師はてきぱきとした援助ができる	3.56	0.80	3.52	0.86	
	利用者の心身状態を把握しにくい	3.67	0.71	3.50	0.79	
	積極的に利用者の情報を入手できる	3.65	0.72	3.50	0.81	
	身体の細かい観察	3.63	0.76	3.74	0.92	
看護師とヘルパーとの気配りと援助技術の違いがある	3.42	0.86	3.50	0.95		
利用者の医療的処置・管理と療養の時期	膀胱留置カテーテル中	4.24	0.73	4.12	0.82	
	胃瘻を造設	4.11	0.78	4.06	0.93	
	喀痰吸引	4.23	0.81	4.18	0.96	
	経鼻経管栄養	4.38	0.75	4.34	0.80	
	医療機器の管理	4.41	0.76	4.61	0.60	
	褥瘡・創傷によるドレッシング交換	4.46	0.74	4.53	0.58	
	酸素療法中	4.00	0.86	4.08	0.94	
	膀胱洗浄	4.45	0.68	4.45	0.61	
	ストマを造設	3.91	0.81	3.98	0.91	
	排尿・排便バック交換	3.98	0.84	4.06	0.71	
	摘便・浣腸など排便の処置	4.13	0.76	4.26	0.83	
	褥瘡がある	4.20	0.72	4.36	0.66	
	ターミナル期	4.81	0.43	4.72	0.70	
	ストマ管理が不足	4.15	0.68	4.22	0.68	
	健康管理が困難	3.83	0.72	4.00	0.86	
	食事療法が困難である	3.39	0.79	3.52	0.68	
	内服管理	3.59	0.76	3.82	0.75	
	医療施設からの退院後	3.61	0.81	3.73	0.92	

Mann-Whitney の U 検定 *P<0.05 **<0.001
文献8より引用

への不安」(p<0.001), 「利用者の医療面の支援について安心できる」(p=0.048), 「利用者の疾患が今後どうなっていくのかわからない」(p<0.001), 「訪問時に日頃の心身状態と違う利用者に不安」(p=0.017), 「訪問看護の利用はケアマネジャーが心強い」(p=0.024), 「ケアマネジャーが主治医と連携が図りやすくなる」(p=0.030) の8項目において, 介護職 CM は, 看護職 CM と比較し, 訪問看護導入を判断する傾向が有意に高かった. その他の11項目では, 有意な差は認められなかった.

3) 【利用者の医療的処置・管理と療養の時期】(表3)

この因子の構成概念に含まれる18項目では, 看護職 CM, 介護職 CM に有意な差がある項目は認められなかった.

4) 【利用者の心身状態の悪化予防と備え】(表4)

この因子の構成概念に含まれる22項目において, 「異常の早期発見と悪化防止が必要である」(p=0.045), 「体調が変化したときに訪問してもらえる」(p=0.040), 「最期まで介護したい家族の希望がある」(p=0.049), 「疼痛のコントロールが必要である」(p=0.049), 「全身状態の管理が必要である」(p=0.005), 「嚥下状態が悪化してきた」(p<0.001), 「介護方法の指導が必要である」(p=0.002) の7項目について, 看護職 CM は, 介護職 CM と比較し, 訪問看護導入を判断する傾向が有意に高かった. その他の15項目では, 有意な差は認められなかった.

表4 ケアマネジャーの訪問看護導入に伴う職種間の判断要因の相違【利用者の心身状態の悪化予防と備え】

	介護職 CM (n=123)		看護職 CM (n=50)		MannWhitney	
	平均値	SD	平均値	SD		
利用者の心身状態の 悪化予防と備え	異常の早期発見と悪化防止	3.78	0.70	4.04	0.70	*
	体調が変化したときに訪問してもらえる	4.23	0.62	4.43	0.64	*
	不安定な病状による体調の変化がある	4.01	0.61	4.06	0.65	
	悪化が予測される病状である	4.05	0.58	4.10	0.71	
	状態急変など緊急時に備える必要	4.27	0.67	4.44	0.67	
	医療的な判断を要する状態である	4.32	0.56	4.38	0.60	
	定期的な病状の観察	3.86	0.68	4.02	0.71	
	最期まで介護したい家族の希望がある	4.10	0.78	4.34	0.74	*
	訪問看護導入以前に緊急の対応	4.18	0.75	4.40	0.64	
	症状の出現で対応することがある	3.60	0.71	3.76	0.74	
	疼痛のコントロール	3.80	0.84	4.08	0.88	*
	全身状態の管理	4.15	0.58	4.38	0.78	*
	介護者の不安に対する支援	3.75	0.68	3.64	0.83	
	病状の進行を受け入れられるような支援	3.89	0.60	3.98	0.80	
	血糖コントロール	3.89	0.76	3.94	0.79	
	希望を持たせる支援が必要	3.62	0.77	3.65	0.77	
	利用者もしくは介護者へ常に病状の説明が必要	3.73	0.68	3.86	0.57	
	嚥下状態が悪化	3.54	0.73	3.98	0.80	**
	利用者の不安に対する支援	3.81	0.66	3.74	0.72	
	他のサービス提供者へのアドバイス・指導が必要	3.34	0.75	3.32	0.94	
介護方法の指導が必要	3.25	0.82	3.64	0.83	*	
療養生活全般の指導が必要	3.75	0.71	3.78	0.86		

Mann-Whitney の U 検定 *P<0.05 **<0.001
文献8より引用

VI. 考 察

1. 本研究の対象者の特徴

本研究の対象となったCM173名は看護職CM50名(28.9%)、介護職CM123名(71.0%)であった。平成30年調査⁹⁾では、居宅介護支援事業所に従事するCMの保有資格は看護師等(准看護師含)14.9%、介護福祉士72.0%、介護職員初任者研修(旧ホームヘルパー2級)46.4%(複数回答)であり、介護職CMが2倍以上を占めていた。また、性別、年齢別、経験年数においても平成28年調査¹⁰⁾と同様であり5年以上の経験を有するCMが半数を超えていた。今回の調査は、調査地域が限定されていたが、全国的な割合と同様の傾向がみられており、CMの特徴をふまえたものと考えられる。

2 ケアマネジャーの職種間の比較

1) CMが重要視している医療的処置・管理に関する要因

職種間で構成概念に相違がみられなかった因子は、【利用者の医療的処置・管理と療養の時期】であった。在宅療養者に医療処置・専門的な管理があるなど、医療ニーズが顕在している場合にCMは、訪問看護導入を判断していることがうかがえる。辻村ら⁷⁾の調査でも同様の報告があることから、医療処置等がある場合には、CMの職種間で訪問看護導入の判断に相違がないことが明らかになった。

2) 療養者・家族の将来を見据えた生活支援に関する判断の相違

訪問看護を導入する判断の職種別の相違には、生活支援に関する「入浴介助など清潔保持の援助」「歩行が困難」等の要因が含まれていた。介護職CMは、生活面を重視する思考過程⁹⁾であることが報告されている。しかし、看護職CMは介護職CMと比較し、在宅療養者へ生活支援が必要な場合にも訪問看護の導入を判断する傾向が有意に高いことが明らかになった。訪問看護の内容は、人工呼吸器の管理等の専門的な医療処置に比べて、家族等の介護指導・支援や身体の清潔保持といった生活支援の看護に重点がおかれている¹¹⁾。介護職CMのケアマネジメントでは、訪問介護など福祉系サービスの利用が多い⁹⁾ことが報告されていることから、訪問看護を生活支援のためのサービス提供の選択肢としていない可能性が考えられる。訪問看護は再入院を予防する効果がある¹²⁾ことから、訪問介護を選定する場合には、訪問看護と連携するといった形で在宅療養者の生活をサポートすることが必要であると考えられる。

また、「異常の早期発見と悪化防止が必要である」「介護方法の指導が必要である」等、家族を含めた教育的支援、悪化予防に関する内容について、看護職CMが有意に高かった。複雑なニーズを持って在宅で過ごす人が増える、今後の変化を予測した上でサービスを提供しなければならぬため、ケアプランの作成や変更時に、医療的な視点が入れるような組立てが重要¹³⁾との報告もある。

看護職 CM は、医療的視点で身体状況を把握・分析することや高齢者の持つ問題と背景を探り出すことから、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提供を含めて訪問看護師に期待している⁷⁾ことが報告されている。そのことから、看護職 CM は、在宅療養者の悪化の兆候やその対応方法、また、家族への介護方法を支援することにより、在宅療養者の将来を見据え、今後を予測し、訪問看護導入をしている可能性が考えられる。平成 30 年の調査では、在宅療養者を介護する家族への支援については、CM のアセスメントの不十分さが指摘されている¹⁴⁾。在宅療養者の自立と安定した生活の構築には、介護する家族の支援は不可欠であると考える。CM は、家族への支援についてアセスメントを強化する必要があると考える。

3) 介護職 CM が訪問看護を導入する判断の傾向

「利用者の身体状態の変化がわからないことへの不安」「ケアマネジャーが主治医と連携が図りやすくなる」等について、ケアマネジメントに医療知識の不足が関連していること⁶⁾、利用者の医療ニーズの対応に CM の困難感があること¹⁵⁾が指摘されている。また介護職 CM へのインタビュー調査⁴⁾においても医療知識の不足が訪問看護導入の判断の要因となっている。今回の研究では、【利用者への医療面の支援の強化】において、介護職 CM が有意に高かったことから、これら先行研究を支持する結果であった。CM の医療知識の向上について、厚生労働省は、2016 年より介護支援専門員実務研修¹⁶⁾を見直し、「脳血管疾患、認知症、筋骨格系疾患と廃用性症候群、内臓機能不全、看取り」のケアマネジメント展開を導入し、医療知識の習得が強化されている。これらの医療知識に関するアウトカム評価については、今後の検討が必要である。

今後、医療依存度の高い状態で在宅へ戻る高齢者の増加が考えられる中、CM には、訪問看護のサービス内容を十分に理解³⁾し、在宅療養者への適時で適切なサービスの提供が望まれる。CM が、ケアマネジメントする上で、要介護度別の区分支給限度基準額の管理の問題があり、単価が高い訪問看護サービスの導入を躊躇する可能性も考えられる。しかし、在宅療養者の生活をサポートするためには、医療職と連携・協働することは不可欠である。訪問看護サービスを適時に導入するためには、本研究で明らかになった訪問看護を導入する判断要因の相違を、それぞれの職種のアセスメントの特徴ととらえ、職種が違う場合でも同じ視点でアセスメントできるツールの構築などの標準化が必要と考える。

VII. 研究の限界

本研究は、特定の地域に限定されていることから一般化には限界がある。また、CM の経験年数や保有資格が看護職 CM で介護系の資格を有する場合等、複数の資格を

有する CM の傾向を検討していない。今後、調査対象を拡げ、経験年数や複数の資格を有する CM のアセスメントの傾向、在宅療養者への支援に対する不安などの影響等を分析していくことが課題である。

VIII. 結 論

訪問看護導入を判断する要因の構成概念を用いて、看護職 CM、介護職 CM の職種間で比較した結果、職種間で構成概念の相違がみられなかった因子は【利用者の医療的処置・管理と療養の時期】であった。職種間で相違がみられたものは【利用者の生活状況と必要な日常生活の支援】【利用者の心身状態の悪化予防と備え】であり、看護職 CM が有意に高く、【利用者への医療面の支援の強化】では、介護職 CM が有意に高かった。在宅療養者の生活をサポートするためには、訪問看護のサービス内容を十分に理解し、訪問看護サービスを適時に導入できるように、アセスメントの標準化が必要である。

本研究は JSPS 科研費(基盤研究 C)JP19K11219 の助成を受けたものです。

[COI 開示] 本論文に関して開示すべき COI 状態はない

文 献

- 1) 社会保障審議会介護保険部会—介護給付費分科会：居宅介護支援（参考資料）第 142 回 参考資料 3. 厚生労働省. 2017-7-5. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-1260100-0-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170291.pdf, (参照 2019-6-1).
- 2) (株)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. 厚生労働省. 2016-3-4. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/000126198.pdf, (参照 2019-6-1).
- 3) 一般社団法人 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. 一般社団法人 日本介護支援専門員協会. 2012-3. https://www.jcma.or.jp/120416_H23roukenjigyou3_iryouni-zuyouyakuban.pdf, (参照 2019-3-25).
- 4) 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・災害医学会誌 64 (1)：46—53, 2016.
- 5) 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, 2016.
- 6) 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 増補：25—28, 2012.
- 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) Shimohigoshi N, Yatsushiro R: Development of an Assessment Scale for Commencing Home-Visit Nursing in Japan: Examining the Construct. Home Health Care Management & Practice 31 (3): 186—192, 2019. doi: <https://doi.org/>

- 10.1177/1084822319839973.
- 9) エム・アール・アイリサーチアソシエーツ株式会社：平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成30年度調査)(3)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報告書(案). エム・アール・アイリサーチアソシエーツ株式会社. 2019-4-1. <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000500278.pdf>, (参照2019-6-3).
- 10) 介護給付費分科会—介護報酬改定検証・研究委員会：(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(結果概要)第10回資料1-5. 厚生労働省. 2016-3-16. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000116471.pdf, (参照2019-6-1).
- 11) 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.
- 12) Ju YJ, Lee HJ, Kim W, et al: Association between home-visit nursing utilization and all-cause hospitalization among long-term care insurance beneficiaries: A retrospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies* 75: 93—100, 2017. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu>.
- 13) 社保審—介護給付費分科会：居宅介護支援(参考資料)第142回参考資料3. 厚生労働省. 2017-7-5. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170291.pdf, (参照2019-6-1).
- 14) エム・アール・アイリサーチアソシエーツ株式会社：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 ケアマネジャーの資質の向上のための方策等に関する調査研究事業報告書. エム・アール・アイリサーチアソシエーツ株式会社. 2018-3. https://www.mri-ra.co.jp/pdf/h29_caremng.pdf, (参照2019-6-10).
- 15) 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 60：125—141, 2011.
- 16) 厚生労働省：介護支援専門員実務研修ガイドライン. 厚生労働省. 2016-11. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2016.11JITSUMUKENSHUGAIDORAIN_3.pdf, (参照2019-6-10).

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

Reprint request:

Naoko Shimohigoshi
University of Shizuoka School of Nursing, 2-2-1, Oshika, Surugaku, Shizuoka, 422-8021, Japan

Differences in Assessment Factors by Care Managers' Basic Qualifications Regarding Commencing Home-Visit Nursing

Naoko Shimohigoshi¹⁾, Shimpei Kodama²⁾ and Rika Yatsushiro²⁾

¹⁾School of Nursing, University of Shizuoka

²⁾School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kagoshima University

Introduction

To clarify the differences in assessment factors by care managers (CMs) who have nursing or care worker basic qualifications with regard to commencing home-visit nursing.

Method

A postal survey was conducted on 471 CMs of in-home caregiver stations in A City using anonymous self-administered questionnaires.

Results

No significant differences were observed in “scheduling medical treatment/management or recuperation.” Significant differences were observed among eight items of “the users’ daily life condition and the support he/she requires for daily living,” including “requiring assistance to maintain hygiene”; among eight items of “strengthening medical support for the user,” including “anxiety about supporting the user”; and among seven items of “preparing for users’ mental and physical changes and preventing the situation from deteriorating,” including “the necessity of preventing the situation from deteriorating.”

Conclusion

Nurse CMs appeared to decide on commencing home-visit nursing by considering the future condition of the in-home patient and by anticipating their circumstances. Regarding care worker CMs, the results supported prior findings that a lack of medical knowledge is related to their assessment on commencing home-visit nursing. This study indicated that a common assessment scale that takes into account the characteristics of each job type is required.

(JJOMT, 68: 283—290, 2020)

—Key words—

care managers, home-visit nursing, assessment