

原 著

ケアマネジャーの経験年数による訪問看護導入の判断要因の検討

下吹越直子

宮崎県立看護大学

(2021年6月17日受付)

要旨：目的

ケアマネジャー（以下 CM）の経験年数による訪問看護導入に伴う判断要因の相違と傾向を明らかにする。

方法

A 市内居宅介護支援事業所、全 181 カ所の CM 471 名に対する無記名自記式質問紙による郵送調査を行った。分析は CM 経験年数 5 年未満、5 年以上の 2 群に分け、Mann-Whitney-U 検定により訪問看護導入の判断要因 96 項目の平均値を比較した。その後、CM 経験年数 5 年未満・5 年以上の 2 群をさらにそれぞれ介護職 CM、看護職 CM の 2 群に分け検討した。

結果

経験年数による訪問看護導入の判断要因の比較では 96 項目中、7 項目に有意差がみられ、CM 経験年数 5 年未満が【利用者の生活状況と必要な日常生活の支援】【利用者への医療面の支援の強化】の項目について平均値が有意に高かった。経験年数による基礎資格別の訪問看護導入を判断要因の比較では、CM 経験年数 5 年未満の介護職 CM と看護職 CM において、【利用者の生活状況と必要な日常生活の支援】【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】の 13 項目、CM の経験年数 5 年以上の介護職 CM と看護職 CM においては 29 項目について有意差がみられた。

結論

【利用者への医療面の支援の強化】の医療面での判断要因については職種による違いが減少し、【利用者の生活状況と必要な日常生活の支援】などの生活面での判断要因については、職種による違いが拡大する傾向がみられた。在宅療養者へのよりタイムリーな訪問看護導入が推進されるためには、CM のアセスメントの標準化の必要性が示唆された。

(日職災医誌, 70:13-21, 2022)

—キーワード—

ケアマネジャー, 訪問看護, 経験年数

緒 言

ケアマネジャー（以下 CM）が行うケアマネジメントは、居宅サービスが適切に在宅療養者に提供されるよう、要介護者の心身の状況、置かれている環境、希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行っている¹⁾。

在宅療養者への適切なケアマネジメントの推進が求められているが、増加が見込まれている医療ニーズが高い在宅療養者のケアマネジメントに困難を感じている CM の割合は高い²⁾。介護福祉士等の介護にかかわる基礎資格の CM (以下、介護職 CM) は全 CM の 7 割以上を占め³⁾、

介護職 CM は、医療ニーズの高い在宅療養者のケアマネジメントや主治医との連携を困難とし、訪問看護サービスの導入においては、必要性がありながらも訪問介護などの福祉系サービスの利用が多くなる傾向がある²⁾。

在宅療養者が安心・安定した生活を継続するためには、必要とされる訪問看護サービスがタイムリーに導入される必要がある。CM の基礎資格や経験年数が違っていても、訪問看護導入の的確な判断ができるよう、CM が同じ視点で在宅療養者をアセスメントすることが、その後の在宅療養者の生活を左右すると考える。そのために、筆者らは、それぞれの基礎資格や経験年数をもつ CM の特徴をいかした訪問看護導入の判断となるアセスメン

ト指標の作成を試み、第一段階として構成概念の信頼性と妥当性を確認した⁴⁾。

CMの経験年数に焦点をあてた先行研究では、CMが退院調整時に求める情報共有内容⁵⁾や訪問看護師とCMとの連携⁶⁾について報告されている。また、CMの居宅サービス計画作成の達成度において在宅療養者の生活ニーズを引き出す行動や社会資源とのかかわり等に経験年数と関連がある⁷⁾ことが明らかにされている。これらをふまえると、CMがケアマネジメントの経験を積み重ねることによってアセスメントの視点に何らかの特徴が現れ、訪問看護導入の判断に伴う判断要因においてもCMの基礎資格とともに、経験年数が影響していることが考えられた。しかし、CMの訪問看護導入に伴う詳細な判断要因に関する研究は見あたらず、CMの基礎資格の違いによるCMとしての経験年数を考慮した判断要因の検討が必要と考えた。経験年数をふまえCMの基礎資格による訪問看護導入の判断に伴う判断要因の違いや傾向を明確にすることは、訪問看護導入に伴うアセスメントの標準化へ向けて、その項目や内容を検討するだけでなく、今後のCMへの教育・研修に向けた基礎資料となると考える。

そこで、本研究では、CMの経験年数別に訪問看護導入に伴う判断要因の相違と傾向を明らかにすることを目的とした。

なお、本研究は、2017年に実施した調査⁸⁾について二次分析を行ったものである。

方 法

1. 対象

2017年4月当時、A市ホームページのA市内居宅介護支援事業所181カ所のCM471名に対する郵送調査を行った。回収した回答211名(回答率44.7%)から中項目の質問項目10%以上欠損を有する11名を除外、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名を抽出し、分析対象とした。

2. データ収集

対象となる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は自由意志により配布された質問紙に回答し、回答済質問紙は、各自が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

本研究における訪問看護導入を判断する内容についての測定は、先行研究で作成したものを使用した。具体的には介護職CMと看護職CMそれぞれに対し半構造化インタビューを行い、質問項目の表面妥当性を研究者間

で精査と検討を重ね136項目の質問紙を作成し^{9)~11)}、その後、項目分析、因子分析を行い、信頼性、妥当性が確認された構成概念【利用者の生活状況と必要な日常生活の支援】【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】【利用者の心身状態の悪化予防と備え】の4因子から構成される96項目としたものである⁴⁾。

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、各項目の内容について、得点の数値が高い方が訪問看護を導入する傾向が強くなる。

4. 分析方法

対象者の性別、年齢、基礎資格、CMの経験年数を5年に分類し、度数分布の確認を行った。本研究では、CMに対するスーパーバイズや各事業所・基礎資格間の調整等の役割が求められる熟練者としての立場である主任CMの受験資格を得る¹²⁾ことができる5年を基準として、経験年数5年を設定した。

訪問看護導入の判断要因については、まず、経験年数を検討するために基礎資格にかかわらずCM経験年数5年未満、5年以上の2群に分け、Mann-Whitney-U検定を用いて96項目の平均値の比較を行った。その後、基礎資格による経験年数の相違を検討するためCM経験年数5年未満・5年以上の2群をさらにそれぞれ介護職CM、看護職CMの2群に分けて分析した(Mann-Whitney-U検定)。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、居宅介護支援事業所へ質問紙を送付し、個人情報に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。質問紙の返送を持って研究対象者の同意が得られたものとした。

結 果

1. 対象者の概要(表1)

対象者の概要を表1に示す。CM経験年数5年未満は64名(37.0%)であり、その内訳は介護職CM58名(33.5%)、看護職CM6名(3.5%)であった。CM経験年数5年以上は109名(63.0%)名で、その内訳は介護職CM

表 1 対象者の概要

		5年未満 (n/%)	5年以上 (n/%)	合計 (n/%)
資格	介護職	58 (33.5)	65 (37.6)	123 (71.1)
	看護職	6 (3.5)	44 (25.4)	50 (28.9)
合計		64 (37.0)	109 (63.0)	173 (100)

表 2 ケアマネジャーの訪問看護導入に伴う経験年数と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】

	CM 経験年数別			5年未満 CM 職種別			5年以上 CM 職種別		
	5年未満 n=64		p	介護 n=58		看護 n=6	介護 n=65		看護 n=44
	M±SD	M±SD		M±SD	M±SD		M±SD	M±SD	
入浴介助など清潔保持の援助	2.63±0.86	2.68±0.79		2.62±0.88	2.67±0.82		2.54±0.77	2.89±0.78	*
歩行が困難	2.56±0.81	2.56±0.78		2.55±0.82	2.67±0.82		2.41±0.74	2.80±0.79	*
ベッド周囲の環境整備	2.47±0.87	2.33±0.73		2.41±0.84	3.00±1.10		2.26±0.71	2.43±0.76	
認知症がある	2.73±0.82	2.59±0.72		2.72±0.81	2.83±0.98		2.41±0.70	2.86±0.67	*
排泄物による汚染	2.53±0.84	2.41±0.75		2.50±0.86	2.83±0.41		2.32±0.77	2.55±0.70	
閉じこもりの傾向	2.59±0.81	2.57±0.85		2.55±0.75	2.93±1.28		2.45±0.88	2.75±0.78	
介護負担を感じている	2.89±0.80	2.75±0.77		2.90±0.79	2.83±0.98		2.66±0.80	2.89±0.72	
ひとりでの入浴が不可能	2.66±0.76	2.73±0.77		2.64±0.79	2.83±0.41		2.63±0.74	2.89±0.78	
サービスの理解が不十分である	2.77±0.81	2.72±0.73		2.79±0.81	2.50±0.84		2.58±0.68	2.91±0.77	*
全般的に ADL が低下してきた	3.02±0.79	2.93±0.81		2.98±0.81	3.33±0.52		2.80±0.73	3.11±0.89	*
視力低下がある	2.59±0.71	2.53±0.73		2.59±0.70	2.67±0.82		2.32±0.69	2.84±0.68	*
サービス提供者のアドバイスを聞き入れない	2.97±0.87	2.90±0.84		2.93±0.86	3.33±1.03		2.69±0.75	3.20±0.88	*
家族調整を含めた生活全般の環境整備が必要	2.33±0.87	2.38±0.86		2.34±0.87	2.17±0.98		2.26±0.91	2.55±0.76	*
通所系のサービスの利用がない	2.70±0.87	2.72±0.77		2.72±0.87	2.50±0.84		2.63±0.72	2.84±0.83	
介護者の介護力が低い	3.03±0.96	3.04±0.77		3.05±0.96	2.83±0.98		2.95±0.74	3.16±0.81	
食事の援助が必要	2.81±0.71	2.80±0.70		2.81±0.74	2.83±0.41		2.71±0.68	2.93±0.73	
転倒の危険性が高い	2.87±0.68	2.86±0.67		2.88±0.68	2.83±0.75		2.80±0.64	2.95±0.71	
腰痛が悪化している	2.98±0.60	2.88±0.66		3.00±0.62	2.83±0.41		2.77±0.63	3.04±0.68	*
認知症の進行による問題行動	3.11±0.74	2.97±0.71		3.09±0.71	3.33±1.03		2.88±0.65	3.11±0.78	
一人暮らしである	3.13±0.93	2.93±0.79		3.16±0.93	2.83±0.98		2.85±0.87	3.05±0.65	
歩行できなくなり寝たきり状態になる可能性	3.31±0.77	3.10±0.82		3.34±0.78	3.00±0.63		2.94±0.79	3.34±0.81	*
病院受診が月 1 回以下	3.00±0.87	2.85±0.85		3.02±0.91	2.83±0.41		2.78±0.89	2.95±0.78	
療養生活に対する利用者・介護者の考え方の違い	3.24±0.87	3.09±0.79		3.26±0.83	3.00±1.26		3.08±0.82	3.11±0.75	
医療保険から介護保険へ移行した	3.23±0.85	3.01±0.76		3.28±0.83	2.83±0.98		2.98±0.78	3.05±0.75	
下痢が改善しない	3.50±0.82	3.41±0.88		3.50±0.76	3.50±1.38		3.28±0.82	3.61±0.95	*
リハビリを継続	2.91±0.75	2.81±0.69		2.91±0.73	2.83±0.98		2.77±0.68	2.86±0.70	
別のケアマネジャーから、担当が変更	2.57±0.75	2.61±0.76		2.63±0.72	2.00±0.89		2.58±0.77	2.66±0.75	
高齢者夫婦ふたり暮らし	3.09±0.87	2.94±0.72		3.14±0.85	2.67±1.03		2.86±0.77	3.05±0.65	
飲水のコントロール	3.31±0.89	3.36±0.80		3.34±0.87	3.00±1.10		3.20±0.81	3.59±0.73	*
訪問介護のみ利用	2.63±0.84	2.57±0.70		2.73±0.78	1.67±0.82	*	2.55±0.68	2.59±0.73	
利用者の状態・行動に困り果てている	3.38±0.77	3.12±0.85	*	3.38±0.72	3.33±1.21		2.95±0.78	3.36±0.89	*
生活の状況の観察	3.08±0.90	2.99±0.81		3.10±0.89	2.83±0.98		2.94±0.86	3.07±0.73	
通院が困難である	3.50±0.98	3.13±0.86	*	3.52±0.96	3.33±1.21		3.11±0.90	3.16±0.81	
主治医の助言を受け入れない	3.36±0.86	3.30±0.71		3.36±0.81	3.33±1.37		3.20±0.67	3.45±0.76	*
排泄のコントロール	3.58±0.89	3.55±0.79		3.62±0.85	3.17±1.17		3.46±0.81	3.68±0.74	
寝たきりの状態	3.60±0.90	3.46±0.94		3.59±0.94	3.75±0.42		3.31±0.93	3.68±0.91	*
他の居宅サービスが受けられない経済状況	2.87±0.84	2.74±0.86		2.92±0.79	2.33±1.21		2.64±0.84	2.89±0.89	

Mann-Whitney の U 検定 *p<0.05

文献 4 より引用

65 名 (37.6%)、看護職 CM 44 名 (25.4%) であった。

2. 経験年数による訪問看護導入を判断する要因の相違 (表 2~5)

訪問看護導入を判断する要因 96 項目中、7 項目について経験年数による有意差がみられ、いずれも CM 経験年

数 5 年未満が有意に高かった。その内容は【利用者の生活状況と必要な日常生活の支援】は「利用者の状態・行動に困り果てている」、「通院が困難である」の 2 項目であった。【利用者への医療面の支援の強化】では、「利用者の身体状態の変化がわからないことへの不安」、「医療

表3 ケアマネジャーの訪問看護導入に伴う経験年数と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】

	CM 経験年数別			5年未満 CM 職種別			5年以上 CM 職種別		
	5年未満 n=64	5年以上 n=109	p	介護 n=58	看護 n=6	p	介護 n=65	看護 n=44	p
	M±SD	M±SD		M±SD	M±SD		M±SD	M±SD	
利用者の身体状態の変化がわからないことへの不安	3.64±0.89	3.25±0.82	*	3.77±0.77	2.33±1.03	*	3.34±0.69	3.11±0.97	
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	3.88±0.95	3.31±0.79	**	4.03±0.79	2.33±1.03	*	3.48±0.62	3.07±0.95	*
医療知識がないとみられることへの不安	3.55±0.97	3.13±0.76	*	3.67±0.89	2.33±1.03	*	3.25±0.64	2.95±0.89	*
利用者の医療面の支援について安心できる	3.81±0.83	3.58±0.77		3.90±0.77	3.00±1.10	*	3.65±0.65	3.48±0.93	
利用者の疾患が今後どうなっていくのかわからない	3.63±0.93	3.19±0.79	*	3.76±0.82	2.33±1.03	*	3.29±0.63	3.05±0.96	
訪問時に日頃の心身状態と違う利用者に不安	3.56±0.79	3.22±0.75	*	3.66±0.74	2.67±0.82	*	3.26±0.62	3.16±0.91	
病院受診だけでは利用者の健康管理面が不安	3.61±0.81	3.31±0.77		3.67±0.76	3.00±1.10		3.35±0.62	3.25±0.94	
訪問看護の利用はケアマネジャーが心強い	3.63±0.81	3.35±0.82		3.69±0.82	3.00±0.00	*	3.43±0.73	3.23±0.94	
ケアマネジャーが主治医と連携が図りやすくなる	3.69±0.96	3.44±0.93		3.79±0.89	2.67±1.03	*	3.51±0.85	3.34±1.03	
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	3.78±0.81	3.62±0.79		3.84±0.81	3.17±0.41	*	3.68±0.64	3.55±0.98	
ケアマネジャーが利用者の状況を主治医へ言いづらい	3.50±0.94	3.28±0.90		3.59±0.86	2.67±1.37		3.37±0.78	3.16±1.06	
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	3.83±0.83	3.59±0.79		3.88±0.82	3.33±0.82		3.60±0.72	3.59±0.90	
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	3.70±0.81	3.41±0.68		3.72±0.83	3.50±0.55		3.43±0.59	3.39±0.81	
主治医からケアマネジャーへ連絡をしてもらえる	3.61±0.97	3.32±0.89		3.68±0.94	2.90±1.01		3.34±0.79	3.28±1.02	
看護師はてきぱきとした援助ができる	3.64±0.84	3.50±0.80		3.66±0.85	3.50±0.84		3.48±0.75	3.52±0.88	
利用者の心身状態を把握しにくい	3.69±0.81	3.58±0.68		3.78±0.77	2.83±0.75	*	3.57±0.64	3.59±0.76	
積極的に利用者の情報を入手できる	3.66±0.80	3.57±0.72		3.74±0.78	2.83±0.41	*	3.56±0.66	3.59±0.82	
身体の細かい観察	3.70±0.81	3.64±0.81		3.69±0.82	3.83±0.75		3.58±0.70	3.73±0.95	
看護師とヘルパーとの気配りと援助技術の違いがある	3.56±0.89	3.38±0.88		3.55±0.90	3.67±0.82		3.31±0.81	3.48±0.98	

Mann-Whitney の U 検定 *p<0.05 **p<0.001

文献4より引用

表4 ケアマネジャーの訪問看護導入に伴う経験年数と職種間の判断要因の相違【利用者の医療的処置・管理と療養の時期】

	CM 経験年数別			5年未満 CM 職種別			5年以上 CM 職種別		
	5年未満 n=64	5年以上 n=109	p	介護 n=58	看護 n=6	p	介護 n=65	看護 n=44	p
	M±SD	M±SD		M±SD	M±SD		M±SD	M±SD	
膀胱留置カテーテル中	4.27±0.74	4.17±0.76		4.28±0.74	4.17±0.75		4.20±0.71	4.11±0.84	
胃瘻を造設	4.22±0.72	4.03±0.88		4.24±0.73	4.00±0.63		4.00±0.81	4.07±0.97	
喀痰吸引	4.19±0.81	4.23±0.88		4.17±0.82	4.33±0.82		4.28±0.80	4.16±0.99	
経鼻経管栄養	4.38±0.75	4.37±0.78		4.40±0.75	4.17±0.75		4.37±0.76	4.36±0.81	
医療機器の管理	4.53±0.67	4.43±0.75		4.48±0.68	5.00±0.00	*	4.34±0.82	4.56±0.62	
褥瘡・創傷によるドレッシング交換	4.50±0.69	4.46±0.70		4.47±0.71	4.83±0.41		4.45±0.77	4.49±0.59	
酸素療法中	4.17±0.79	3.94±0.93		4.16±0.81	4.33±0.52		3.86±0.88	4.05±0.99	
膀胱洗浄	4.49±0.61	4.43±0.68		4.49±0.62	4.50±0.55		4.42±0.72	4.44±0.62	
ストマを造設	4.05±0.70	3.86±0.91		4.02±0.71	4.33±0.52		3.82±0.88	3.93±0.95	
排尿・排便パック交換	4.00±0.71	4.01±0.86		3.98±0.74	4.17±0.41		3.98±0.93	4.05±0.75	
摘便・浣腸など排便の処置	4.19±0.71	4.16±0.82		4.16±0.72	4.50±0.55		4.11±0.79	4.23±0.86	
褥瘡がある	4.22±0.77	4.27±0.68		4.19±0.78	4.50±0.55		4.22±0.67	4.34±0.68	
ターミナル期	4.76±0.49	4.80±0.54		4.74±0.51	5.00±0.00		4.88±0.33	4.68±0.74	
ストマ管理が不足	4.23±0.58	4.14±0.73		4.21±0.59	4.50±0.55		4.11±0.75	4.18±0.69	
健康管理が困難	3.97±0.64	3.83±0.83		3.97±0.65	4.00±0.63		3.71±0.76	4.00±0.89	*
食事療法が困難である	3.52±0.76	3.38±0.76		3.50±0.78	3.67±0.52		3.29±0.79	3.50±0.70	
内服管理	3.77±0.71	3.60±0.78		3.74±0.71	4.00±0.63		3.46±0.77	3.80±0.76	*
医療施設からの退院後	3.77±0.87	3.57±0.82		3.79±0.81	3.50±1.38		3.44±0.77	3.76±0.86	*

Mann-Whitney の U 検定 *p<0.05

文献4より引用

表5 ケアマネジャーの訪問看護導入に伴う経験年数と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】

	CM 経験年数別		5 年未満		CM 職種別		5 年以上		CM 職種別	
	5 年未満 n=64	5 年以上 n=109	介護 n=58	看護 n=6	介護 n=65	看護 n=44				
	M±SD	M±SD	p	M±SD	M±SD	p	M±SD	M±SD	p	
異常の早期発見と悪化防止	3.91±0.66	3.82±0.73		3.88±0.65	4.17±0.75		3.69±0.73	4.02±0.70		*
体調が変化したときに訪問してもらえる	4.25±0.67	4.31±0.62		4.24±0.66	4.33±0.82		4.22±0.60	4.44±0.62		*
不安定な病状による体調の変化がある	4.11±0.57	3.97±0.64		4.10±0.58	4.17±0.41		3.92±0.62	4.05±0.68		
悪化が予測される病状である	4.16±0.60	4.01±0.63		4.16±0.59	4.17±0.75		3.95±0.57	4.09±0.71		
状態急変など緊急時に備える必要	4.39±0.66	4.28±0.68		4.40±0.65	4.33±0.82		4.15±0.67	4.45±0.66		*
医療的な判断を要する状態である	4.41±0.55	4.29±0.58		4.42±0.56	4.33±0.52		4.23±0.55	4.39±0.62		
定期的な病状の観察	3.97±0.69	3.87±0.70		3.95±0.69	4.17±0.75		3.78±0.67	4.00±0.72		
最期まで介護したい家族の希望がある	4.27±0.76	4.11±0.79		4.28±0.74	4.17±0.98		3.94±0.79	4.37±0.72		*
訪問看護導入以前に緊急の対応	4.31±0.69	4.20±0.74		4.29±0.70	4.50±0.55		4.08±0.78	4.39±0.65		*
症状の出現で対応することがある	3.67±0.71	3.63±0.73		3.65±0.71	3.83±0.75		3.55±0.71	3.75±0.75		
疼痛のコントロール	3.95±0.81	3.84±0.88		3.91±0.80	4.33±0.82		3.71±0.86	4.05±0.89		*
全身状態の管理	4.22±0.60	4.21±0.68		4.19±0.61	4.50±0.55		4.11±0.56	4.36±0.81		*
介護者の不安に対する支援	3.81±0.71	3.66±0.73		3.86±0.63	3.33±1.21		3.65±0.72	3.68±0.77		
病状の進行を受け入れられるような支援	3.95±0.65	3.89±0.67		3.98±0.63	3.67±0.82		3.80±0.56	4.02±0.79		
血糖コントロール	3.97±0.80	3.87±0.75		3.95±0.78	4.17±0.98		3.85±0.73	3.91±0.77		
希望を持たせる支援が必要である	3.77±0.77	3.55±0.76		3.81±0.71	3.33±1.21		3.45±0.79	3.70±0.70		
利用者もしくは介護者へ常に病状の説明	3.81±0.64	3.74±0.66		3.81±0.66	3.83±0.41		3.66±0.69	3.86±0.59		
嚥下状態が悪化	3.61±0.75	3.70±0.79		3.59±0.75	3.83±0.75		3.49±0.71	4.00±0.81		**
利用者の不安に対する支援	3.84±0.70	3.76±0.66		3.90±0.61	3.33±1.21		3.74±0.69	3.79±0.63		
他のサービス提供者へのアドバイス・指導が必要	3.42±0.87	3.28±0.77		3.47±0.82	3.00±1.26		3.22±0.67	3.36±0.89		
介護方法の指導が必要	3.38±0.88	3.36±0.81		3.31±0.88	4.00±0.63		3.21±0.75	3.59±0.84		*
療養生活全般の指導が必要	3.81±0.71	3.72±0.78		3.76±0.71	4.33±0.52		3.73±0.71	3.70±0.88		

Mann-Whitney の U 検定 *p<0.05 **p<0.001

文献4より引用

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」,「医療知識がないとみられることへの不安」,「利用者の疾患が今後どうなっていくのかわからない」,「訪問時に日頃の心身状態と違う利用者に不安」の5項目であった。【利用者の医療的処置・管理と療養の時期】【利用者の心身状態の悪化予防と備え】では、有意差はみられなかった。

3. 基礎資格別の経験年数による訪問看護導入を判断する要因の相違

CM 経験年数5年未満の介護職CMと看護職CMにおいて、訪問看護導入を判断する要因96項目中、13項目について有意な差がみられ、「医療機器の管理」の1項目を除いた12項目において、介護職CMが有意に高かった。その内容は【利用者の生活状況と必要な日常生活の支援】は「訪問介護のみ利用」の1項目であった。【利用者への医療面の支援の強化】では、「利用者の身体状態の変化がわからないことへの不安」,「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」,「医療知識がないとみられることへの不安」,「利用者の医療面の支援について安心できる」,「利用者の疾患が今後どうなっていくのかわからない」,「訪問時に日頃の心身状態と違う利用者に不安」,「訪問看護の利用はケアマネジャーが心強い」,「ケアマネジャーが主治医と連携が図りやすくなる」,「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」,「利用者の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」の11項目であった。【利用者の医療的処置・管理と療養の時期】では、「医療機器の管理」の1項目で看護職CMの方が高くなり、【利用者の心身状態の悪化予防と備え】では、有意な差はみられなかった。

CMの経験年数5年以上の介護職CMと看護職CMにおいて、29項目について有意な差がみられた。【利用者の生活状況と必要な日常生活の支援】では、「入浴介助など清潔保持の援助」「歩行が困難」(p=0.00~0.38)など15項目について、看護職CMが有意に高かった。【利用者への医療面の支援の強化】では、「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」,「医療知識がないとみられることへの不安」の2項目について介護職CMが有意に高かった。

【利用者の医療的処置・管理と療養の時期】では、「健康管理が困難」,「内服管理」,「医療施設からの退院後」の3項目で看護職CMが有意に高かった。【利用者の心身状態の悪化予防と備え】では、「異常の早期発見と悪化防止」,「体調が変化したときに訪問してもらえる」などの9項目について看護職CMが有意に高かった。

考 察

1. 基礎資格別の経験年数による訪問看護導入の判断要因の相違

1) 【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】

【利用者への医療面の支援の強化】と【利用者の医療的処置・管理と療養の時期】において、経験年数5年未満における介護職CM（以下、5年未満介護職CM）と看護職CM（以下、5年未満看護職CM）、また経験年数5年以上における介護職CM（以下、5年以上介護職CM）と看護職CM（以下、5年以上看護職CM）を比較すると、どちらの経験年数においても「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」「医療知識がないとみられることへの不安」で介護職CMの方が有意に高くなっていた。これは、CMの基礎資格別の調査⁸⁾でも介護職CMに同様の傾向がみられており、介護職CMの医療知識の不足が訪問看護導入の判断に影響を与えている¹¹⁾ことを裏付ける結果であった。

その一方で、【利用者への医療面の支援の強化】における介護職CMと看護職CMの相違は、経験年数が5年未満から5年以上になると11項目から2項目へ減少していた。特に「利用者の身体状態の変化がわからないことへの不安」「利用者の疾患が今後どうなっていくのかわからない」「訪問時に日頃の心身状態と違う利用者に不安」の3項目では経験年数が5年未満から5年以上になると対象全体での項目得点が有意減少しており、さらに職種別に見ると、5年未満看護職CMと5年以上看護職CMでは経験年数によってその数値は上昇し、5年未満介護職CMと5年以上介護職CMでは経験年数によって低下する傾向がみられた。中田ら⁵⁾の調査では、経験年数5年未満CMは「複数の医療処置が必要な在宅調整」事例において特に困難を感じ、医療管理のマネジメントに困難を生じている可能性を示唆している。しかし、CMと訪問看護師の連携において医療情報の共通理解⁶⁾が行われ、また、介護支援専門員実務研修において医療知識習得の強化¹³⁾が図られることなどによって、特に経験年数が5年未満の介護職CMは、医療知識の不足を感じながらも、ケアマネジメントの経験年数を重ねるに従って、次第にある程度の医療知識が備わってきていることが推測された。その結果として、【利用者への医療面の支援の強化】の項目において介護職CMによる過剰な訪問看護の利用への要求度が減少し、相違が減少したものと考えられる。

しかし【利用者の医療的処置・管理と療養の時期】でも「健康管理が困難」「内服管理」「医療施設からの退院後」では職種による相違が経験年数によって拡大しており、内容としては5年未満介護職CMと5年以上介護職CMで数値が減少している傾向が見られた。CMが医療ニ-

ズの高い在宅終末期がん患者を10件以上担当した割合は1割程度であり、そのケアマネジメントにおいて、経験知によるケアマネジメントの検討ができる熟練者が少ないとの報告¹⁴⁾や、CMの退院調整時の情報共有内容と地域連携の調査では、訪問看護師との連携において「CMの元職、力量、経験年数等でCMの資質の差を感じている」との報告⁶⁾もある。それらのことから、CMの経験年数に応じた正しい医療知識を習得するための教育や研修、医療職との連携のための環境整備が急がれる。それとともに、CMの基礎資格や経験年数に左右されない標準化されたアセスメントの指標は有効であり、在宅療養者へのタイムリーな訪問看護導入につながるものと考えられる。

2) 【利用者の生活状況と必要な日常生活の支援】

【利用者の生活状況と必要な日常生活の支援】では、経験年数5年未満のCMにおいて、介護職CMと看護職CMを比較すると「訪問介護のみ利用」の1項目で有意差がみられた。また、経験年数5年以上のCMにおいて、介護職CMと看護職CMを比較すると37項目中15項目に有意差がみられた。さらに、有意差がみられた15項目について、5年未満看護職CMと5年以上看護職CMの平均値を比較すると、その数値は上昇し、5年未満介護職CMと5年以上介護職CMではやや低下する傾向がみられた。その内容は、利用者の身体状態を示す項目「歩行が困難」「認知症がある」「視力低下がある」、利用者の生活状況を示す項目「家族調整を含めた生活全般の環境整備が必要」「サービス提供者のアドバイスを聞き入れられない」、そして、「飲水のコントロール」などの必要な支援を示す項目であった。

訪問看護の内容は、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置かれている¹⁵⁾。看護職CMは、CMとしての経験を積み重ねるにしたがって、「飲水のコントロール」など、健康面での管理を含めながら、在宅療養者の日常生活の支援について、居宅サービスを選択する中で訪問看護を選択する傾向が強くなることが考えられる。一方、介護職CMは、経験年数を重ねるにしたがって、在宅療養者の身体、生活状況は把握しながらも、顕在化した医療管理がない場合は、必要な日常生活の支援ではサービス単価が安価な、訪問介護などにおき換えられている可能性²⁾¹⁶⁾が考えられた。

CMは、経験年数の差によって生じるケアマネジメントに必要な情報収集の視点、アセスメントに対する認識の偏りから、特に経験が浅いうちは医療的な知識が不十分であり、患者の疾病・障害といった医療管理の視点にとらわれやすくなる⁵⁾。しかし、日々直接的に在宅療養者の生活支援にかかわる訪問介護職は、在宅療養者の「表情と話す内容」や「行動のちょっとした違和感」などの「いつもと違う感じ」や「家の中の整理整頓具合の変化」

や「家の臭いの変化」など、「生活環境の変化」を観察の視点¹⁷⁾にしているとの報告がある。介護職 CM は保有する基礎資格での経験から、それらを観察の視点とする基盤があることが考えられる。経験年数による観察の視点への関連についての先行研究は見あたらないが、「いつもと違う感じ」などに隠されている在宅療養者の心身状態や生活状況の観察の視点は、在宅療養者のより詳細な生活状況や顕在化しにくいニーズを浮かび上がらせる可能性が考えられ、看護職 CM も経験を深めるに従って、このような観察の視点を訪問看護サービスの中で重視するようになることを示しているのではないかと考えられる。したがって、今後、「いつもと違う感じ」「生活環境の変化」などの内容を明確にすることが課題といえる。

3)【利用者の心身状態の悪化予防と備え】

【利用者の心身状態の悪化予防と備え】について、経験年数別に介護職 CM と看護職 CM をそれぞれ比較すると、5年未満介護職 CM と5年未満看護職 CM では有意差はなく、5年以上介護職 CM と5年以上看護職 CM では「異常の早期発見と悪化防止」「状態急変など緊急時に備える必要」等の22項目中9項目において看護職 CM の方で数値が有意に高くなっていた。この経験年数が5年以上での結果は CM の基礎資格別の調査⁸⁾と同様の結果であったが、経験年数による変化として内容を見てみると、数値に大きな変化はみられていなかった。また「状態急変など緊急時に備える必要」や「最期まで介護したい家族の希望がある」など、職種間の数値の違いが逆転している項目などもあり一貫した傾向は見られず、5年未満の看護職 CM が6名と対象が少ないことなどが影響している可能性が考えられる。今回の調査では調査対象地域が限られていたため、今後【利用者の心身状態の悪化予防と備え】のような比較的複雑なニーズについては、対象地域を拡げ、対象者数を確保し検証していく必要がある。

今後、複雑なニーズを持って在宅で過ごす人が増えると、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ないため、ケアプランの作成や変更時に、医療的な視点が入ることが重要¹⁸⁾といわれている。訪問看護導入においては、日本看護協会が、医療ニーズの高い療養者への CM のケアマネジメントに対し訪問看護と協働する等の支援を打ち出し¹⁹⁾ており、CM が訪問看護との連携を強化しながら在宅療養者を支援することは安定した在宅生活の継続へとつながる。在宅療養者を適時に訪問看護サービスへつなげるためには、CM のアセスメントの偏りによる在宅療養者への居宅サービスの偏りを改善する必要がある。そのためにも訪問看護導入を判断するアセスメントの標準化が必要と考える。

2. 研究の限界

本研究は、地域が限定されていたことや5年未満看護職 CM の対象者が少なく一般化するには限界がある。ま

た、複数の保有資格がある CM の傾向について検討されていない。今後、調査対象者を拡げること、介護職 CM の「いつもと違う感じ」等の在宅療養者の生活状況等の詳細を明らかにし、訪問看護導入の判断となるアセスメントの視点の特徴を明確にすることが課題である。また、訪問看護導入を判断するアセスメントの標準化へ向けては、各項目の内容の精選や頻度を含めた重み付けや組み合わせについて今後、検討することが必要である。

結 論

訪問看護導入を判断する要因について、経験年数5年以上 CM と5年未満 CM で比較を行い、さらに経験年数ごとに介護職 CM と看護職 CM に分けて比較し検討した。

その結果、【利用者への医療面の支援の強化】の医療面での判断要因については職種による違いが減少しており、経験年数により介護職 CM による過剰な訪問看護の利用が減少する可能性が示唆された。また【利用者の生活状況と必要な日常生活の支援】などの生活面での判断要因については、職種による違いが拡大しており、経験年数により介護職 CM は顕在化した医療管理がない場合は単価が安価な訪問介護などにおき換え、逆に看護職 CM は顕在化しにくいニーズを捉えるために訪問看護を利用するようになる可能性が示唆された。在宅療養者へのよりタイムリーな訪問看護導入が推進されるためには、CM のアセスメントの標準化の必要性が示唆された。

謝辞：本研究の遂行にあたり、ご協力いただきましたケアマネジャーの方々へ御礼申し上げます。また、鹿児島大学医学部保健学科 八代利香先生、兒玉慎平先生には貴重なご意見、ご協力をいただき感謝申し上げます。

助成：本研究は2019-2022年度文部省科学研究費基盤研究(C)「多職種情報共有ネットワークシステム活用へ向けた訪問看護導入アセスメントシート開発」(課題番号：19K11219)の一部により実施した。

[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 2021-1-10).
- 2) 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_H23roukenjigyuu3_iryouni-zuyouyakuban.pdf. (参照 2020-11-3).
- 3) (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/0

- 000126198.pdf, (参照 2019-6-1).
- 4) 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>.
 - 5) 中田晴美, 坂井志麻, 柳 修平, 他: 介護支援専門員が退院調整時に医療機関に求める情報共有内容と地域連携のあり方に関する研究 介護支援専門員の経験年数による比較に焦点をあてて. *東京女子医科大学看護学会誌* 6 (1): 53—60, 2011.
 - 6) 須田由紀, 佐藤悦子, 依田純子, 他: 訪問看護師が持つ介護支援専門員との連携に関する認識の実態. *山梨県立大学看護学部紀要* 16: 21—30, 2014.
 - 7) 綾部貴子, 岡田 進, 白澤政和: 介護支援専門員による居宅サービス計画作成の達成度に関連する要因 介護支援専門員の特性と人的環境要因に焦点をあてて. *日本在宅ケア学会誌* 16 (1): 28—35, 2012.
 - 8) 下吹越直子, 兒玉慎平, 八代利香: 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. *日本職業・災害医学会誌* 第 68 (5): 283—290, 2020.
 - 9) 下吹越直子, 八代利香: ケアマネジャーの訪問看護導入の判断に影響する要因. *日本職業・災害医学会誌* 66 (4): 276—282, 2018.
 - 10) 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.
 - 11) 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.
 - 12) 厚生労働省 老健局 振興課: 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. 2015-2-24. <https://www.pref.tottori.lg.jp/secure/922458/kaigosienkensyuminaosi.pdf>. (参照 2020-11-1).
 - 13) 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/2016.11JITSUMUKENS>
 - HUGAIDORAIN_3.pdf, (参照 2020-6-10).
 - 14) 原田静香, 美ノ谷新子, 柴崎美紀, 他: 在宅終末期がん患者のケアマネジメントに関する介護支援専門員の認識 介護支援専門員の属性による差に焦点をあてて. *日本プライマリ・ケア連合学会誌* 39 (4): 219—226, 2016.
 - 15) 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.
 - 16) 社会保障審議会: 訪問看護の報酬・基準について(案) 社保審—介護給付費分科会資料 第 111 回. 厚生労働省. 2014-10-22. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-1260100-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000062113.pdf. (参照 2020-11-1).
 - 17) 蒔田寛子, 楠本泰士, 永井邦芳, 他: 在宅ケアにおける専門職の観察の視点 訪問看護師, 訪問リハビリ職, 訪問介護職, 訪問栄養士の職種の違いから. *豊橋創造大学紀要* 22: 19—34, 2018.
 - 18) 中央社会保険医療協議会: 医療と介護の連携に関する意見交換における主な御意見【概要版】 中医協 総—6. 厚生労働省. 2017-5-17. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000164985.pdf>. (参照 2020-11-1).
 - 19) 公益社団法人 日本看護協会: 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報告書. 公益社団法人 日本看護協会. 2019-3. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/report/2019/30_sodanshien.pdf. (参照 2020-11-3).

別刷請求先 〒880-0929 宮崎市まなび野 3—5—1
宮崎県立看護大学
下吹越直子

Reprint request:

Naoko Shimohigoshi
Miyazaki Prefectural Nursing University, 3-5-1, Manabino,
Miyazaki, 880-0929, Japan

Decision-Making Factors for the Introduction of Home-Visit Nursing Based on Care Managers' Years of Experience

Naoko Shimohigoshi
Miyazaki Prefectural Nursing University

Purpose

The purpose of this study is to determine any differences or trends in factors that affect decision-making related to the introduction of home-visit nursing, depending on the care managers' (CM) years of experience.

Methods

A mail survey was conducted using an anonymous self-administered questionnaire that targeted 471 CMs at all 181 in-home nursing care support offices in City A. The participants were divided into two groups: CMs with less than 5 years of experience and those with at least 5 years of experience. A Mann-Whitney-U test was performed to compare the average values of 96 items related to the decision-making factors for introducing home-visit nursing. Each of the two participant groups were further divided into two subgroups: long-term care CMs and nursing CMs. Data of these sub-groups were then analyzed.

Results

There was a significant difference in scores in 7 of the 96 items of the decision-making factors related to the introduction of home-visit nursing, according to the years of experience of the CMs. For those with less than 5 years of experience, the average value was significantly higher for items related to "the users' daily life condition and the support he/she requires for daily living," and "strengthening medical support for the user." A comparison of decision-making factors for introducing home-visit nursing care according to basic qualifications and years of experience showed a significance difference for 13 items related to "the users' daily life condition and the support he/she requires for daily living," "strengthening medical support for the user," and "scheduling medical treatment/management or recuperation," among long-term care CMs and nursing CMs with less than 5 years of experience. For long-term care CMs and nursing CMs with at least 5 years of CM experience, significance differences were found in 29 items.

Conclusion

Regarding the medical-related decision-making factors for items in the "strengthening medical support for the user" category, differences between occupation types diminished. In contrast, for lifestyle-related decision-making factors, such as items in the "the users' daily life condition and the support he/she requires for daily living" category, differences between occupation types tended to increase. These findings suggest that standardization of CM assessments may be necessary to promote the introduction of timely home-visit nursing care for patients at-home care patients.

(JJOMT, 70: 13—21, 2022)

—Key words—

care managers, home-visit nursing, years of experience