

〔研究論文〕

介護支援専門員と訪問看護師が医療機関に求める情報提供と 退院調整システムのあり方に関する研究

中田晴美* 坂井志麻* 犬飼かおり*
柳 修平* 服部真理子* 大堀洋子**

REQUESTS MADE BY CARE MANAGERS AND VISITING NURSES TO MEDICAL INSTITUTIONS FOR INFORMATION OFFERING WHEN ARRANGING PATIENT DISCHARGES

Harumi NAKADA * Shima SAKAI* Kaori INUKAI*
Shuhei RYU* Mariko HATTORI* Yoko OHORI**

本研究は、介護支援専門員と訪問看護師が、対象者のケアマネジメントを実施する上で、退院調整時にそれぞれどのような情報提供を医療機関に求めているかを把握し、円滑な在宅療養への移行にむけた医療機関と関係職種との情報提供方法および、医療機関における退院調整システムのあり方について検討することを目的として実施した。

対象者に対し、自記式質問紙調査を実施したところ、介護支援専門員 109 人、訪問看護師 28 人から回答を得た（回収率 48.6%）。介護支援専門員（以下 CM 群）と訪問看護師（以下 VN 群）で、「病院から必要な情報」として認識している項目に差があるか比較した。その結果、CM 群は「今後起こりうる病状の変化」、「在宅の服薬管理方法」、「在宅の治療処理方法」、「リハビリ継続の必要性」、「食事の状況」、「認知症の有無と程度」、「住宅改造・介護用品の必要性」の項目、VN 群は「本人への病状説明と理解度」の項目について必要であると認識している人が多かった。これらから、CM 群は本人の疾患、障害をふまえた今後の治療の見通しや、日常生活上の不具合に対する具体的なケア内容に関する情報提供、VN 群は「本人への病状説明と理解度」といった、今後の在宅療養を支援していく上での方向性を見極めるために必要な情報提供を医療機関に求めている。

以上のことから、CM 群へは疾患や医療処置、今後の予測に関する項目を医療職以外でも分かるように情報を提供すること、対象者が在宅療養や看取りについて入院中から決定できるよう病棟看護師が支援を行い、VN 群にその情報を提供していくことが重要である。さらに、地域連携室のスタッフが医療機関と関係職種との橋渡しの役割を担い、対象者が安心して在宅療養に移行できるシステム作りを行うことが望まれる。

キーワード：介護支援専門員，訪問看護師，情報提供

Key words : care managers, visiting nurses, information offering

*東京女子医科大学看護学部 (Tokyo Women's Medical University, School of Nursing)

**東京女子医科大学病院 (Tokyo Women's Medical University Hospital)

Abstract

This study examined the information offered between medical institutions and related professions to ensure the smooth transition of patients to home care. It further examined the system for arranging patient discharges by elucidating the shared information requested from the medical institutions and by identifying the differences in information needs between care managers (CMs) and visiting nurses (VNs) when arranging for patient discharge during care management in support of home care. Responses to a self-reporting survey were obtained from 109 CMs and 28 VNs (48.6% recovery rate). Differences in the information requested from the hospitals by the two groups were examined. More CMs than VNs were aware of the need for information on “possible changes in medical condition,” “at-home management for medication compliance,” “at-home treatment,” “necessity of continued rehabilitation,” “diet,” “presence/degree of dementia,” “necessity of care goods and home reorganization.” More VNs than CMs recognized the importance of information for “explaining medical conditions and knowing the patients’ comprehension level.” This indicates that CMs are oriented toward specific care content and treatment prospects; VNs awareness was more focused on explaining medical conditions and knowing the patients’ level of understanding. Necessary information is requested from medical institutions to determine the direction of support for future home care, and at pre-discharge conferences, VNs may have a better relationship with medical institutions.

Information provided to CMs on disease, medical procedures, and predicted prognosis should be understandable to not just medical professionals. Additionally the ward nurse should provide additional support during hospitalization so that patients can participate in decision-making about their life with home care or terminal care services, and such information should be provided to VNs. To create a system that allows patients to transition easily to home care, the regional medical liaison office should act as a bridge between medical institutions and related professions.

I. はじめに

わが国の少子高齢化の急速な進行、経済情勢に対する不安感、個人の医療・介護に対する認識の変化などにより、医療・社会制度を取り巻く環境が変革をとげている。その1つとして、医療機能の分化・連携と在宅医療の充実を図ることを目的に医療法が平成18年に改正された。これに伴い、医療機関での平均在院日数の短縮化が推進され、医療処置が必要な状態で退院する患者が増加し、患者および家族が大きな不安を抱えたまま在宅療養を開始せざるを得ないケースが増大していることが推測される。そのため、患者や家族が安心して在宅療養に移行できるよう、入院中から退院後の生活に向け一貫した退院支援の実施および、在宅療養を支える関係職種との連携を図り、対象者の円滑なケアマネジメントを実施していくことが求められている。

在宅療養を支える関係職種が、退院調整時にケアマネジメントを行う準備として、入院中の対象者の情報を医療機関から把握していくが、その方法として看護師が作成する看護サマリーが主に用いられている。この看護サマリーの形式には統一したものがなく、病院毎に形式や情報内容が異なり（大木ら,2005）、情報記載内容が、現在提供している医療処置や看護ケアに限定されている傾向にあることなどが指摘されている（柏木ら,2001）。さらに、病棟看護師と在宅療養を支援する関係職種との連携上の困難について明らかにした研究では、対象者の在宅への意向や、状態に関する医療機関側のアセスメント不足、退院後の在宅療養について病棟看護師がイメージできていない（樋口ら,2009; 富田ら,2006）など、病棟看護師の在宅療養に対する知識・認識不足に関する問題点もあげられている。そのため、在宅療養移行への継続的な支援を行うために必要な情報が十分に関係職種に伝わらず、関係職種が対象者のケアマネジメントを行う際に必要としている情報項目と、医療機関側から提供される情報項目との間にズレが生じていることが問題となっている（水流ら,2002）。

在宅療養支援のケアマネジメントを主に担う職種として、介護支援専門員と訪問看護師があげられる。介護保険制度創設以降、在宅へ移行する対象者の大半は介護保険被保険者であり、その対象者のケアマネジメントを介護支援専門員が担っている。そのため、介護支援専門員は入院から在宅療養へ移行する際の主要な情報提供先となっているものの、介護支援専門員と病棟看護師との情報共有方法に関する研究は散見するだ

けである（本道ら,2001; 樋原ら,2007; 小原ら,2008; 丸山ら,2011）。加えて、介護支援専門員は日々の業務の中で医療依存度の高い対象者への対応に苦慮していることや（布花原ら,2007）、特に介護系の基礎資格を持つ介護支援専門員は、医療機関との連携を不十分と感じているなどの問題が報告されている（鳴釜ら,2011）。これらのことから、医療機関との連携をより密にとらねばならない医療処置が必要な対象者が今後ますます在宅へ移行していくことが予測される中、円滑なケアマネジメントを遂行することができないケースが生じることが危惧される。そのため、介護支援専門員が対象者の退院調整時にケアマネジメントを実施するにあたり、医療機関側に求める情報は何かを把握し、適切な情報提供方法並びに連携のあり方について検討することが急務である。

一方、末期の悪性腫瘍や多発性硬化症など厚生労働大臣が定める疾病を持つ対象者が在宅療養に移行する際には、医療保険を用いて訪問看護が導入されるケースが多く、それらの対象者の主なケアマネジメントの担い手は訪問看護師となる。加えて、近年では退院に先立って訪問看護師が対象者を訪問し、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を実施した場合、退院前訪問指導料が加算されるようになったため、病棟看護師と訪問看護師が連携し退院支援介入が行われるようになってきている。しかし、病棟看護師と訪問看護師との情報提供方法に関する研究は取り組み始められているものの、連携がまだ不十分であるという指摘もある（樋口ら,2009; 富田ら,2006）。

以上のことから、在宅療養支援のケアマネジメントを主に担う介護支援専門員および訪問看護師が、対象者の退院調整時に医療機関にどのような情報提供を求めているのか、その内容は介護支援専門員と訪問看護師によって差があるのかについて現状を把握した上で、対象者に対し切れ目のない医療・充実した在宅療養体制を提供するために必要な方策を検討することが課題である。

II. 目的

本研究の目的は、介護支援専門員と訪問看護師が対象者のケアマネジメントを実施する上で、退院調整時にそれぞれどのような情報提供を医療機関に求めているか現状を把握することである。

さらにその結果から、円滑な在宅療養への移行にむけた医療機関と関係職種との情報提供方法および、医

療機関における退院調整システムのあり方について検討することとする。

Ⅲ. 用語の定義

ケアマネジメント：森山ら（2005）の定義を参考にし、本研究ではケアマネジメントを「他職種との調整や有効な社会資源を活用して、個人の健康に対するニーズを満たすための各種サービスをアセスメントし、計画立案、実施、調整、評価するプロセス」とする。

Ⅳ. 研究方法

1. 対象者

東京都内 A 区の居宅介護支援事業所に在籍する介護支援専門員に対する A 区主催の研修会への参加した介護支援専門員および、同研修会参加者が在籍する訪問看護ステーションの訪問看護師とした。

2. 方法および調査期間

対象者に対し、自記式質問紙票調査を実施した。回答は無記名とし、研修会参加者については、返信用封筒に封をして、当日会場に設置した回収用ボックスで回収した。研修会参加者が在籍する訪問看護ステーションの訪問看護師には、研究者宛ての返信用封筒を用いて直接郵送にて回収を行った。調査期間は、2009 年 8 月～9 月である。なお本研究は、A 区が東京女子医科大学病院に委託した「退院調整モデル事業」の一部として実施した。

3. 質問紙票項目

退院調整に関する先行研究(樋原ら,2008;本道ら,2001;森山ら,1988;小原ら,2008 水流ら,2002)および、退院調整、在宅医療相談に従事している看護師、社会福祉士の助言を基に調査項目を検討し、本研究者が質問紙票を作成した。以下に質問紙票の項目を示す。

1) 基本的属性

年齢、性別、経験年数について調査した。

2) ケアプラン作成のための看護サマリー等の文書に対する認識

看護サマリー等の文書に含まれると想定される情報項目として、＜利用者に関する情報＞21 項目、＜家族に関する情報＞9 項目、全 30 項目を設定した。そして、各項目について「病院から必要な情報」であると考えるか「かなり必要である：4」、「やや必要

である：3」、「あまり必要ない：2」、「まったく必要ない：1」の 4 段階で回答を得た。さらに、各項目について病院からの情報を活用できていると認識しているか「病院からの情報の活用度」について「かなりできている：4」、「ややできている：3」、「あまりできていない：2」、「まったくできていない：1」の 4 段階で回答を得た。

3) 退院時共同指導（以下、退院前カンファレンスとする）に感じる思い

医療処置や医療機器を導入して退院する利用者へ、病棟看護師との退院前カンファレンス開催時に感じる思い 10 項目について、「かなり思う：4」、「やや思う：3」、「あまり思わない：2」、「まったく思わない：1」の 4 段階で回答を得た。

4) 困難事例に関する認識

先行研究を参考に、依頼を受けるにあたって困難を生じるとされる「独居の介護力の必要な在宅調整」、「予後 1～2 週間（ターミナル）の在宅調整」、「複数の医療処置が必要な在宅調整」、「家族が積極的に退院を望んでいない在宅調整」、「生活保護受給中の利用者の在宅調整」の 5 つの事例をあげ、これらの事例の依頼を受けるにあたりどのくらい困難に思うか自身の認識について、「かなり思う：4」、「やや思う：3」、「あまり思わない：3」、「まったく思わない：1」の 4 段階で回答を得た。

4. 分析方法

対象者の基本的属性は、記述統計を行った。次に、退院調整時に医療機関に求める情報提供および、退院調整に対する認識が、介護支援専門員と訪問看護師とで差があるか比較するため、介護支援専門員（以下「CM 群」とする）と訪問看護師（以下「VN 群」とする）の 2 群に分け、各調査項目について Wilcoxon の順位和検定を実施した。データの解析には統計解析パッケージ SPSS15.0J を使用し、統計的有意水準は、p 値が 0.05 未満とした。

5. 倫理的配慮

対象者に対し、本研究は A 区が東京女子医科大学病院に委託した「退院調整モデル事業」の一部として実施すること、研究の目的・趣旨の説明および、研究への参加は自由意志とすること、調査票への記入は無記名であり、途中でいつでも回答を中断できること、また、その際にも不利益は一切生じないこと、調査票は無記名のため回答をもって研究協力への同意を得たものとするを説明書に明記した。この文書を用いて、

口頭で対象者へ説明を行い、研究参加への同意を得た。得られた全てのデータは、匿名性を保持した上で、研究責任者および研究分担者が厳重に保管した。なお、本研究は、東京女子医科大学研究倫理委員会での承認を得て実施した。

V. 結果

質問紙票の回収数は137人（介護支援専門員109人、訪問看護師28人）で、回収率は48.6%であった。

1. 対象者の基本的属性（表1）

全対象者の平均年齢は45.9 ± 10.16歳であり、介護支援専門員の平均年齢47.1 ± 10.18歳、訪問看護師の平均年齢41.4 ± 8.90歳であった。性別は、介護支援専門員は女性85人（77.9%）、男性24人（22.1%）、訪問看護師は28人すべて女性であった（100.0%）。介護支援専門員の基礎資格は、介護福祉士48人（44.0%）、ヘルパー21人（19.3%）、看護師9人（8.3%）、社会福祉士9人（8.3%）の順に多かった。一方、訪問看護師は、看護師26人（92.6%）であった。また、介護支援専門員の平均経験年数4.5 ± 2.80年、訪問看護師の経験年数4.3 ± 5.15年であった。加えて、介護支援専門員の基礎資格での平均経験年数10.5 ± 8.79年、訪問看護師の看護師としての平均経験年数16.6 ± 9.40年であった。

2. 介護支援専門員（CM群）と訪問看護師（VN群）の職種による看護サマリー等の文書に対する認識についての比較

1) 「病院から必要な情報」に対する認識の比較（表2）

CM群とVN群で、「病院から必要な情報」として認識している項目に差があるか比較した。その結果、CM群では、＜利用者に関する情報＞である「今後起こりうる病状の変化」（ $p=0.007$ ）、「在宅の服薬管理方法」（ $p=0.022$ ）、「在宅の治療処理方法」（ $p=0.019$ ）、「リハビリ継続の必要性」（ $p=0.000$ ）、「食事の状況」（ $p=0.026$ ）、「認知症の有無と程度」（ $p=0.015$ ）、および＜家族に関する情報＞である「住宅改造・介護用品の必要性」（ $p=0.006$ ）の項目について必要であると認識している人が多かった。

一方、VN群では、＜利用者に関する情報＞である「本人への病状説明と理解度」（ $p=0.003$ ）の項目について必要であると認識している人が多かった。

2) 「病院からの情報の活用度」に対する認識の比較（表3）

CM群とVN群で、「病院からの情報の活用度」について差があるか比較した。その結果、CM群におい

て、＜利用者に関する情報＞の「在宅の服薬管理」（ $p=0.036$ ）、「リハビリ継続の必要性」（ $p=0.021$ ）の項目について、活用できていると認識している人が多かった。

3. 介護支援専門員と訪問看護師の職種による退院前カンファレンスに感じる思いについての比較（表4）

退院前カンファレンスに感じる思いについて、CM群とVN群で比較したところ、VN群の方が、「病院医療者にあなたが知りたいと思うことを聞けますか」という項目において、聞けていると感じている人が多く（ $p=0.047$ ）、また、「今後の状態変化が予測できますか」という項目において、予測できると感じている人が多かった（ $p=0.006$ ）。

4. 介護支援専門員と訪問看護師の職種による困難事例に関する認識についての比較（表5）

困難事例の依頼を受けるにあたり、どのくらい困難に思うかということについて、CM群とVN群で比較したところ、CM群では「複数の医療処置が必要な在宅調整」（ $p=0.000$ ）および、「生活保護受給中の利用者の在宅調整」（ $p=0.026$ ）の事例について困難に思う人が多かった。

一方、VN群では「家族が積極的に退院を望んでいない在宅調整」（ $p=0.028$ ）の事例について困難に思う人が多かった。

表1 対象者の基本的属性

		人(%)	
		CM群 (n=109)	VN群 (n=28)
平均年齢		47.1 ± 10.18	41.4 ± 8.90
性別	女性	85 (77.9)	28 (100.0)
	男性	24 (22.1)	0 (0.0)
所有資格	介護福祉士	48 (44.0)	0 (0.0)
	ヘルパー	21 (19.3)	0 (0.0)
	看護師	9 (8.3)	26 (92.6)
	准看護師	2 (1.8)	2 (7.4)
	社会福祉士	9 (8.3)	0 (0.0)
	その他	18 (16.5)	0 (0.0)
	無回答	2 (1.8)	0 (0.0)
平均経験年数		4.5 ± 2.80	4.3 ± 5.15
基礎資格での平均経験年数		10.5 ± 8.79	16.6 ± 9.40

CM群：介護支援専門員
VN群：訪問看護師

表 2 「病院から必要な情報」に対する認識の比較

	平均ランク		p値
	CM群 (n=109)	VN群 (n=28)	
病名(現在の病状)	68.99	69.05	0.980
入院中の治療内容	66.69	75.50	0.231
今後起こりうる病状の変化	70.99	61.27	0.007**
服薬の種類	68.21	72.07	0.330
在宅の服薬管理方法	72.28	56.23	0.022*
在宅の治療処理方法	71.30	55.39	0.019*
感染症と対応	70.00	59.62	0.107
利用者に関する情報			
医療機器機材の調達方法	68.86	67.11	0.820
外来通院の必要性	70.92	58.74	0.061
リハビリ継続の必要性	74.09	45.93	0.000***
再入院の受け入れ準備	66.24	75.06	0.197
食事の状況	71.92	57.64	0.026*
排泄の状況	70.92	61.54	0.136
清潔の状況	71.18	60.50	0.130
睡眠の状況	70.49	63.21	0.307
日常生活動作の能力	70.65	62.59	0.165
認知症の有無と程度	72.01	57.29	0.015*
性格	67.26	73.29	0.421
本人への病状説明と理解度	64.83	85.21	0.003**
在宅療養に対する希望	66.47	78.86	0.060
生き方・価値観	66.41	79.09	0.094
家族に関する情報			
家族構成	66.76	77.71	0.151
家族の関係性	67.05	74.11	0.350
主介護者の状況	67.41	72.71	0.438
経済状況	69.22	68.16	0.890
在宅療養への家族の希望	65.61	77.56	0.081
家族への病状説明と理解度	66.54	76.07	0.130
家族の介護知識技術習得度	67.65	74.25	0.381
住居改造・介護用品の必要性	73.21	52.63	0.006**
人的サービスの必要性	70.42	58.75	0.123

Wilcoxonの順位和検定 p<0.05* p<0.01** p<0.001***

CM群: 介護支援専門員

VN群: 訪問看護師

表 3 「病院からの情報の活用度」に対する認識の比較

	平均ランク		p値
	CM群 (n=109)	VN群 (n=28)	
病名(現在の病状)	66.95	62.15	0.479
入院中の治療内容	67.82	61.13	0.384
今後起こりうる病状の変化	66.73	62.90	0.628
服薬の種類	65.42	70.92	0.471
在宅の服薬管理方法	68.69	52.12	0.036*
在宅の治療処理方法	65.17	58.72	0.420
感染症と対応	67.54	56.94	0.181
医療機器機材の調達方法	63.42	61.40	0.792
外来通院の必要性	67.37	55.16	0.119
リハビリ継続の必要性	70.06	52.00	0.021*
再入院の受け入れ準備	65.34	66.15	0.917
食事の状況	68.13	59.85	0.281
排泄の状況	68.25	59.35	0.247
清潔の状況	68.54	55.73	0.097
睡眠の状況	66.78	62.87	0.616
日常生活動作の能力	67.79	61.25	0.400
認知症の有無と程度	66.70	60.71	0.432
性格	64.31	65.28	0.901
本人への病状説明と理解度	65.29	63.80	0.850
在宅療養に対する希望	66.19	60.29	0.450
生き方・価値観	66.96	59.65	0.352
家族構成	63.64	75.54	0.125
家族の関係性	65.12	67.10	0.799
主介護者の状況	65.91	66.40	0.950
経済状況	66.38	67.00	0.936
在宅療養への家族の希望	63.36	69.20	0.448
家族への病状説明と理解度	63.17	67.40	0.580
家族の介護知識技術習得度	65.21	66.70	0.847
住居改造・介護用品の必要性	68.42	56.21	0.119
人的サービスの必要性	65.64	62.46	0.675

Wilcoxonの順位和検定 $p < 0.05^*$

CM群: 介護支援専門員

VN群: 訪問看護師

表 4 退院前カンファレンスに感じる思いについての比較

	平均ランク		p値
	CM群 (n=109)	VN群 (n=28)	
病院医療者の説明(病状、医療処置)は分かりやすいですか	64.95	78.60	0.069
病院医療者にあなたが知りたいと思うことを聞けますか	64.09	79.56	0.047*
病院医療者は介護支援専門員の役割を知っていると感じますか	68.27	64.16	0.587
病院医療者の説明は在宅生活での実現性を考慮していると感じますか	68.42	63.50	0.514
病院医療者と患者家族の方向性が一致していると感じますか	66.86	67.63	0.919
在宅に丸投げされると感じますか	69.39	59.24	0.188
今後の状態変化が予測できますか	63.56	84.70	0.006**
在宅療養のための話し合いに参加できたと実感できますか	65.17	77.68	0.081
話し合いはケアプランの作成に役立ちますか	68.30	61.40	0.356
退院時共同指導の雰囲気は良いと感じますか	65.61	73.29	0.318

Wilcoxonの順位和検定 p<0.05* p<0.01**
 CM群: 介護支援専門員
 VN群: 訪問看護師

表 5 困難事例に関する認識についての比較

	平均ランク		p値
	CM群 (n=109)	VN群 (n=28)	
独居の介護力の必要な在宅調整	65.13	69.50	0.540
予後1~2週間(ターミナル)の在宅調整	68.00	57.54	0.158
複数の医療処置が必要な在宅調整	71.20	43.96	0.000***
家族が積極的に退院を望んでいない在宅調整	62.91	79.10	0.028*
生活保護受給中の利用者の在宅調整	69.36	51.74	0.026*

Wilcoxonの順位和検定 p<0.05* p<0.001***
 CM群: 介護支援専門員
 VN群: 訪問看護師

VI. 考 察

1. 介護支援専門員と訪問看護師が退院調整時に医療機関に求める情報提供および退院調整に対する職種による認識の現状と情報提供方法のあり方

CM群と、VN群で、「病院から必要な情報」として認識している項目に差があるか比較した結果、CM群では、「今後起こりうる病状の変化」(p=0.007)、「在宅の服薬管理方法」(p=0.022)、「在宅の治療処理方法」(p=0.019)、「リハビリ継続の必要性」(p=0.000)、「食事の状況」(p=0.026)、「認知症の有無と程度」(p=0.015)、「住宅改造・介護用品の必要性」(p=0.006)の情報について必要であると認識している人が多かった。一方VN群では、「本人への病状説明と理解度」(p=0.003)について必要であると認識している人が多かった。その中でも、CM群では「在宅の服薬管理方法」(p=0.036)、「リハビリ継続の必要性」(p=0.021)の項目について、

病院からの情報を活用できていると認識している人が多かった。これらの結果から、CM群の方が本人の疾患、障害をふまえた今後の治療の見通しや、本人の疾病、障害に伴う日常生活上の不具合に対する具体的なケア内容に関する情報提供を、医療機関側に求めていることが伺えた。一方、VN群は、疾病や医療処置に関する情報や知識は、自らの専門知識で補うことが可能であることから、「本人への病状説明と理解度」といった、今後の在宅療養を支援していく上での方向性を見極めるために、本人の在宅療養に対する理解度や思いについて情報を得たいと考えていることがわかった。

加えて、依頼を受けるにあたって困難と感じる事例について、CM群では「複数の医療処置が必要な在宅調整」(p=0.000)の事例について、一方、VN群では「家族が積極的に退院を望んでいない在宅調整」(p=0.028)の事例について困難に思う人が多かった。これらのことから、CM群へは、疾病や医療処置に関する知識へ

の支援、VN 群へは、本人・家族の双方の在宅療養に対する思いを尊重した上で、入院中から在宅療養移行について両者の調整を図っていくことが医療機関側求められるられていることがわかった。

先行研究で、病棟看護師と介護支援専門員が必要と認識する入院中の情報の優先順位は、①身体・生理的情報、②保健行動、③心理・社会的情報、④環境的情報であるとの報告があるが(緋田,2002)、本研究においても介護支援専門員は特に、「今後起こりうる病状の変化」(p=0.007)、「在宅の治療処理方法」(p=0.019)などの、本人の身体・生理的情報について特に必要性を認識していた。加えて、介護支援専門員がケアマネジメントを実施するにあたり、医療依存度の高いケースへの対応について困難を感じている者が多く、その原因として、介護支援専門員の基礎資格の問題が指摘されている(布花原ら,2007;鳴釜ら,2011)。介護支援専門員の基礎資格は、医療職、福祉職など多岐に渡るが、本研究の対象者である介護支援専門員の基礎資格も7割以上が福祉系であったように、全国的に福祉系の資格を有する介護支援専門員が大半を占めている。対象者が安全に、より長く在宅療養を送れるようケアマネジメントを行うためには、現在抱えている疾患の管理、病状の変化および今後の経過予測などの医学的知識の観点からアセスメントした上で、早期に適切な対処をしていく必要がある。しかし、福祉系資格と看護系資格では教育背景が異なり、介護支援専門員の大半は医学的知識が不足していることが推測されるため、特に医療処置が必要なケースへの対応に困難を生じていることが危惧される。平成24年度には、介護保険法の一部が改正され、単身・重度の要介護者への対応ができるような24時間対応サービスの創設や、介護福祉士等の介護職員による日常の医療処置が実施可能となり、これまで以上に医療依存度の高い対象者が在宅療養へ移行していく。そのため、介護支援専門員に対する退院調整時の情報提供として、本人の現在の疾病・障害に対する治療内容に関する情報を提供するととどまらず、医学的知識が不足していることが推測される福祉系資格を持つ介護支援専門員でも、在宅療養への移行時に必要となる医療処置などに関する医学的知識を十分に補えるよう、医学用語や専門用語をなるべく用いない平易な文書を作成し、情報提供していくことが必要である。さらに、医療依存度の高いケースが今後在宅療養を送る上で生じることが予測される問題についてアセスメントした上で、本人・家族の生活に即した、より具体的なケア内容の情報提供を行っていくことが重

要である。

また、樋口らは、訪問看護師が在宅移行時における連携上の困難を感じるものは「患者、家族の意向・医療者の方針不統一」、逆に、役立った支援内容は、「意向に沿った退院支援による満足感」をあげている(樋口ら,2009)。在宅療養を送るにあたり、医療的管理や患者・家族の精神的サポートを日常的かつ長期的に担うのが訪問看護師となる。訪問看護師は、日々の過ごし方のみならず病変時や看取りのあり方について、患者、家族の意向を踏まえた上で関わっていくことが求められる。これまで病棟看護師から訪問看護師への情報提供内容は、現時点での疾患、治療に関する項目に偏りがちであるため、対象者の円滑な退院調整にむけて必要とされる①身体・生理的状况を踏まえた医療管理に関する情報、②生活支援・介護に関する情報、③心理・社会的情報、④人的・物理的環境に関する情報を網羅して提供する必要がある(中田ら,2011)。さらに本研究の結果から、③心理・社会的情報に重点を置き、患者・家族が疾病や障害を持ちながら自宅で生活するためのイメージをしながら、在宅移行への希望や看取りのあり方について、入院中から患者・家族が決定できるよう退院にむけて計画的に病棟看護師が支援を行い、その支援内容および、患者・家族の意向について医療機関側から訪問看護師へ情報提供されることが望まれる。

2. 医療機関における退院調整システムの構築

退院前カンファレンスに感じる思いについて、VN 群の方が、「病院医療者にあなたが知りたいと思うことを聞けますか」という項目において、聞けていると感じている人が多かった(p=0.047)。また、「今後の状態変化が予測できますか」という項目において、予測できると感じている人が多く(p=0.006)、介護支援専門員よりも、同じ医療資格を持つ訪問看護師の方が医療機関側との連携が良好であるという現状が明らかとなった。介護支援専門員と主治医との連携に関する研究で(鳴釜ら,2011)、特に介護系資格を持つ介護支援専門員と主治医との信頼関係が確立されておらず、介護支援専門員に対する教育システムの導入と同時に、医療関係者の介護保険制度に対する認識を深める施策が必要であると指摘されている。このことから、医療機関側の課題として、ケアマネジメントを行う介護支援専門員の大半が医療系資格ではないことを認識し、対象者の情報提供や連携を行う際の内容の検討、病棟スタッフに対する介護保険制度や在宅療養支援に関する教育研修体制の充実を図ることが求められる。加えて、医療

依存度が高いなどのケースの状況に応じて、医療処置など医学的知識を必要とする情報の提供は、退院前から介護支援専門員と訪問看護師の双方と連携しながら行い、関係職種の基礎資格に左右されることなく、円滑な在宅療養への移行ができるような体制作りが求められる。

また、近年では、退院支援を行う地域連携室などが設置されている医療機関も増えてきている。病棟スタッフが日頃の業務を行いながら在宅療養支援に関わる関係職種との連携を図ることは、現状では多大な労力と時間を要するため、まずは、病棟看護師と地域連携室とのスタッフとの連携がスムーズに行われるような医療機関内の体制を整備していくことが求められる。そして、地域連携室のスタッフである看護職や医療ソーシャルワーカーなどが、医療機関と地域の関係職種との橋渡しの役割を担い、対象者が安心して在宅療養に移行できるように支援することが望まれる。

さらに、本研究の結果から介護支援専門員と訪問看護師とでは、対象者をケアマネジメントする際のアセスメントの視点に相違があることが明らかとなった。そのため、対象者の在宅療養生活を支援していく関係職種の特性、役割についてお互いに認識した上で、役割分担を確認しながら入院中からの円滑な在宅療養生活への移行を目指して連携支援を行っていくことで、平成24年度の介護保険法の一部改正の柱とされている、医療、介護、予防、住まい、地域支援サービスが連携した包括的な支援（地域包括ケア）を推進できるような地域連携ネットワークシステムの構築が課題である。

Ⅶ. 研究の限界と今後の展望

本研究は、特定の地区に勤務する介護支援専門員および訪問看護師を対象に調査を行ったため、本研究の結果を一般化するには限界がある。今後、引き続き対象者を拡大しデータを蓄積することで、円滑な在宅療養への移行にむけて、医療機関から関係職種へ提供する情報の精選とその効果的な提供方法および、地域における退院調整システムのあり方について検討する必要がある。

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきました東京都内A区の介護支援専門員ならびに訪問看護師の皆様へ深く感謝いたします。なお、本研究は、東京都内A区が東京女子医科大学病院に委託した「退院調整モデル事業」を実施するにあたり東京女子医科大学と

共同で行った。

引用文献

- 布花原明子,伊藤直子 (2007): ケアマネジメント場面において介護支援専門員が直面する困難の内容－ケアマネジメントスキル不足の検討－, 西南女学院大学紀要, 11, 9-21.
- 緋田秀美,能瀬敬子,原美佐恵 他 (2002): 介護保険利用者の退院調整における連携－ケアマネージャーと病棟看護師の連携意識の検討－, 日本看護学会論文集老年看護, 33, 202-204.
- 樋口キエ子,原田静香,大木正隆 (2009): 訪問看護師が認識する在宅移行時における連携の現状－連携上の困難・役立った支援より,看護実践の科学,34 (10),61-69.
- 樋原悦子,江角恭子,中田安真音 他 (2008): 継続看護のためのサマリーの検討 ケアマネージャーとの連携に焦点をあてて,松江市立病院医学雑誌,12(1), 53-63.
- 本道子和子,須藤直子 (2001): 介護保険利用に対する退院調整方法の分析,日本看護学会論文集地域看護, 32, 94-96.
- 柏木聖代,水流聡子,柏木公一 他 (2001): 病院から在宅へと移行するクライアントの看護に必要なデータ項目セット version a の開発と評価,医療情報学, 21 (1), 109-118.
- 丸山美幸,石井敦子 (2011): 在宅看護にむけての退院時看護サマリーの妥当性と課題 訪問看護師および介護支援専門員へのアンケート調査から,日本看護学会論文集: 地域看護 (41), 186-188.
- 森山美知子,済生会山口総合病院看護部 (1988): ナーシング・ケースマネジメント 退院計画とクリティカルパス,医学書院,東京.
- 中田晴美,坂井志麻,柳修平 他 (2011): 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.
- 鳴釜千津子,陳君,吉井初美,他 (2011): 介護支援専門員の基礎資格は主治医との連携に影響を及ぼす,厚生指標, 58 (7), 21-26.
- 小原喜代子,廣畑直子,野村真佐子 (2008): 地域連携における必要な情報の職種別・施設別の比較,日本看護学会論文集地域看護, 39, 137-139.
- 大木正隆,島内節,友安直子 他 (2005): 訪問看護師が

認識する病院から在宅への移行期におけるケア情報とその活用時期に関する研究, 日本在宅ケア学会誌, 9 (1), 94-103.

水流聡子, 石垣恭子, 美代賢吾 (2002): 連携に必要な情報の精選と電子的手段による共有: 現状と展望, 看護展望, 27 (2), 36-40.

富田奈穂美, 小川真里子, 三輪恭子 他 (2006): 看護師の退院支援に対する認識の変化と今後の課題 病棟看護師と訪問看護師とのカンファレンスを通して, 淀川キリスト教病院学術雑誌, 第 19 回院内学会特集, 82-85.