

在宅療養移行期のケアマネジメントにかかわる 在宅介護支援センター所属の看護職ケアマネジャーの認識

伊 藤 隆 子 (千葉大学大学院看護学研究科)

本研究の目的は、要介護者が病院から在宅療養へ移行する際、在宅での生活を選択し準備し開始し継続していくためのケアマネジメント過程において、在宅介護支援センター所属の看護職ケアマネジャーは、その行動の背景にどのような認識をもつのかを明らかにすることである。データ収集は、看護職ケアマネジャーが過去に担当した事例を想起してもらい、退院前から関わり在宅療養が開始されるまでのケアマネジメント過程に対して半構成的インタビューを実施した。看護職ケアマネジャーの選定は、介護保険制度以前からケアマネジメント業務に専念していた在宅介護支援センターに所属する看護職ケアマネジャーへ依頼した。インタビュー内容は逐語録に起こしデータとし、質的内容分析を行なった。

抽出された認識カテゴリーは、1. 入院中の療養者の病状・ADL・精神心理状態の査定、2. 外部支援導入の可能性を含めた在宅での介護力の査定、3. 在宅療養に関して起こりうる問題の予測、4. 看護専門職の判断への追認と留保、5. 能動的態度による在宅介護実現の可能性の模索、6. 在宅生活継続のための生命維持に必要な条件の判断、7. 療養者（あるいは家族介護者）の望む生活への共感、8. 外部支援サービスの調整と拡大のための工夫、であった。今回分析の対象となった看護職ケアマネジャーが語ってくれた6事例共に一貫して現れていた認識は、自分自身が決して感じたことのない他人の感情の只中へ、自己を投入する能力であるともいえる「能動的な態度で在宅介護実現の可能性を模索する」という認識であった。看護職ケアマネジャーは、看護専門職として査定した医療的ニーズを優先しようとする自分と、療養者の望む生活へ共感し、その価値観を優先しようとする自分との間に「せめぎあい」という倫理的ジレンマに類似した認識を経験していた。

KEY WORDS : care management process, nursing care manager awareness, transition to home care

I. はじめに

在宅療養移行期は、慢性疾患や障害を持ったまま在宅で療養を続けなければならない患者やその家族にとって、まさに入院前の自分自身と決別し生活を新たに再構築していかなければならない危機をはらんだ時期でもある。

水流ら¹⁾の研究によると、在宅療養移行期において病院側と訪問看護ステーション側では、「本質的に提供している看護ケアの構造」に違いがあるとし、医療資源の豊かな病院から医療資源の乏しい在宅生活へと移行していく段階でのリスクは、医療依存度の高い利用者ほど問題が複雑化し、対応が遅れがちになり、本人とその家族の家庭生活に混乱を引き起こす可能性があるとしている。

2000（平成12）年4月に施行された介護保険制度の中で、「要介護者自身がサービスを選択することを基本として、保健・医療・福祉の専門家が連携して身近な地域で要介護者及び家族を支援する仕組み²⁾」であるケアマ

ネジメント（居宅介護支援）は、高齢化社会に伴う国民的な介護不安を解消するためにも、介護保険制度の要として位置づけられた。

ケアマネジメントは、介護保険制度施行前から行なわれていた行政保健師によるケアコーディネーション³⁾や在宅介護支援センターにおけるケースマネジメント⁴⁾などとも同義語とされ、在宅療養生活を在宅の視座から援助する技術として実施されてきた。

特に、在宅介護支援センターは、在宅の要介護者およびその家族等に対し、保健・医療・福祉サービスを総合的に提供するための相談やサービスの適用調整を行なう公的な機関として平成元年に創設された。24時間体制で相談を受けることのできる特別養護老人ホームや病院などに併設され、平成6年の老人福祉法改正時にケースマネジメント機関として唯一明記された機関でもあった。さらに、介護保険施行後は居宅介護支援事業所の指定を受け、介護保険法に基づいたケアマネジメント実施機関になったという経緯がある。

わが国のケアマネジメントの研究としては、保健師活動における在宅ケアマネジメント過程の質を構成する要素を帰納的に抽出し内容妥当性を検討したもの⁵⁾、ケ

ケアマネジメントの質を評価するアウトカムの尺度開発を行い妥当性を検討し質問紙を開発したもの⁶⁾、保健所所属の保健師が関わる難病事例のニーズを明らかにし、それに対応するケアマネジメント過程の要素を整理したもの⁷⁾、専門家のニーズ把握と利用者が困ったこととの認識の違いをそのニーズ把握数で比較検討しているもの⁸⁾、等がある。しかしこれらはいずれも、実際のケアマネジメント実践における対象者と援助者との相互関係を明らかにしたものではない。また、訪問看護職のケアマネジメント関連項目に対する自己評価の特徴を明らかにしたもの⁹⁾があるが、これも保健福祉専門職の連携のための共通基盤となる知識・技術の評価法開発を目的としたもので同様である。

以上のように、ケアマネジメント領域に関する研究では、在宅介護支援センター所属の看護職ケアマネジャーの実践にもとづく認識は明らかにされていない。

II. 目的

本研究の目的は、要介護者が病院から在宅療養へ移行する際、在宅での生活を選択し準備し開始し継続していくためのケアマネジメント過程において、在宅介護支援センター所属の看護職ケアマネジャーは、その行動の背景にどのような認識をもつのかを明らかにすることである。

III. 用語の定義

本研究における「ケアマネジメント」とは、「要介護者自身がサービスを選択することを基本として、保健・医療・福祉の専門家が連携して身近な地域で要介護者及び家族を支援する仕組み¹⁰⁾、及び要介護者やその家族が持つ複数のニーズと社会資源を結びつけること¹¹⁾」とする。

また、「認識」とは、「情報を知覚し認知すること。その認知した情報を記憶と照合し、理解し、思考し、判断し、推測すること。さらに原始的な情動反応や高等感情としての感情を加え、意味価値を見出し、意思、意欲をもつこと。以上のすべてを含む概念」と定義する。

本研究におけるデータは、インタビューに基づいており、インタビューの性質上、意識されない認識や行動は語られることはないと考えられる。そこで本研究では行動を、「意識された全体的で観察可能な反応や行為のこと」と定義する。

さらに、行動は認識によって引き起こされ、引き起こされた行動の結果、また新たな認識を生み出していくというように、認識と行動は時間軸に沿って変化し発展し

ていくものと捉える。

IV. 研究方法

1. 研究対象

インタビュー対象者の選定にあたっては、平成6年に発行された「在宅介護支援センター運営の手引き」¹²⁾の中に記載されていた某地域在宅介護支援センターの名簿を使用した。当時の某地域在宅介護支援センターの全数は31ヶ所であったため、全数に電話連絡し、研究の内容を説明し依頼した。その結果11事業所の承諾が得られ、改めて研究依頼文書を送付した。

2. データ収集方法

看護職ケアマネジャーが過去に担当した病院退院時に関わった事例を想起してもらい、在宅療養が開始され継続されていくケアマネジメント過程に対して半構成的インタビューを行なった。試行錯誤しながらもなんとか在宅での生活が開始された事例は、困難事例として印象に残るため、在宅療養移行期のケアマネジメント過程における認識がより明確に語られる可能性があると考えた。

インタビューは研究対象者の指定した場所、日時にて行なった。1回のインタビュー時間は45分から80分以内であった。インタビュー内容は研究対象者の承諾を得てテープに録音し、逐語録に起こしデータとした。

3. 倫理的配慮

インタビューに先立ち、研究からの離脱の自由、答えたくない問いへの回答の拒否、データ内容の取り扱いと匿名性を守ることを文書にて保証し承諾を得た。

4. 調査期間

データ収集期間は平成15年5月から9月である。

5. 分析方法

1) 逐語録の意味内容の分析

各看護職ケアマネジャーの語った逐語録をくり返し読み、その中から、本研究の目的である「在宅療養移行期のケアマネジメント過程において、看護職ケアマネジャーはどのような認識を持つのか」が表現されていると筆者が判断した部分を抜き出し、その意味内容を記述した。

2) 認識の種類と行動の種類へのラベル付け

次に、各事例の逐語録と内容分析から、看護職ケアマネジャーの認識と考えられる部分を引き出し、認識の種類に対してラベル付けを行なった。

3) 時間軸に沿った事例の整理

インタビュー質問に対し、語られた内容は、それぞれの看護職ケアマネジャーの語り口の特徴や語られた事例の印象の強さの程度によって、語られ方が行きつ戻りつ

していた。そのため、ケアマネジメント過程における認識を明らかにするために、各事例を時間軸に沿って整理した。

4) 中位カテゴリーの生成

事例ごとに時間軸に沿って整理した認識のラベルを、さらに意味内容の類似しているもの同士でグルーピングし、このグループに対し、本研究の問いである「在宅療養移行期のケアマネジメント過程にかかわる看護職ケアマネジャーの認識」が想起できるような言葉で表現していった。

5) 上位カテゴリーへの統合

上記の手続きによって導かれた中位カテゴリーを整理し、さらに抽象度の高い上位カテゴリーへ統合した。

V. 結 果

1. 研究対象の概要

研究同意の得られた11人へインタビューを行ない、語られた事例を検討した結果、テープ録音への参加があり、実際の事例についての語りが含まれ、在宅療養移行期の看護職ケアマネジャーの認識が表現されていた6事例について分析した。研究対象となった看護職ケアマネ

ジャー a から f の属性を表 1 で示し、それぞれの看護職ケアマネジャーの語った事例を A から F で示し、その概要を表 2 に示した。調査時点のケアマネジメント業務の経験年数は 4 ～ 11 年であった。

2. 看護職ケアマネジャーの認識の内容

6 事例から抽出された看護職ケアマネジャーの認識は、以下の 8 つの上位カテゴリーに集約された。それぞれの上位カテゴリーと中位カテゴリーを表 3 に示し、その内容を以下に説明する。() は事例を、< > は中位カテゴリーを、< > は上位カテゴリーを表している。

1) 入院中の療養者の病状・ADL・精神心理状態の査定

この認識カテゴリーは、退院する前に入院先の病院や地域の保健師などから退院の連絡があったときの認識である。事例 C では、病院を積極的に訪問し直接主治医や病棟看護職へアプローチを行っていた根拠を示す認識が表現されていた。

「退院の話がでていると、病院の方から連絡がもらえるので、そしたらだいたい入院中に 1 回行くようにしてるんですね、で行けば、本人の様子もわかるし」(事

表 1 看護職ケアマネジャーの属性

略称	年令	性別	資格	経 歴	配属年	担当件数	在介他ケアマネ職種
a	40 代	女性	看護師	内科病棟 5 年・救命センター 5 年・訪問看護 2 年・特養在宅部門 2 年	平成 8 年	45 件	社会福祉士 介護福祉士
b	40 代	女性	看護師	病院勤務 2 年半・重度心身障害児の訪問看護 5 年・行政の訪問看護指導 2 年・訪問看護ステーション 5 年	平成 12 年	60 件	社会福祉士 看護 師
c	40 代	女性	保健師	市町村保健師 6 年	平成 8 年	20 件	社会福祉士
d	40 代	女性	看護師	小児科病棟 2 年・中央手術室 4 年半・企業医務室 6 年・開業医外来看護師 6 年	平成 10 年	25 件	社会福祉主事 社会福祉士
e	60 代	女性	看護師	病棟勤務 9 年・行政の訪問看護指導 13 年	平成 4 年	50 件	介護福祉士 社会福祉主事 社会福祉士
f	40 代	女性	看護師	病棟勤務 6 年・特養看護師 13 年	平成 11 年	25 件	介護福祉士 社会福祉士

表 2 語られた事例の概要

略称	年令	性別	主な疾患	要介護度	主介護者	左記年令	他の同居家族	同居家族外支援者	入院の理由	初回相談者
A	70 代	男性	脳梗塞後遺症	5	妻	60 代	なし	なし	気管切開・胃ろう造設	家族
B	40 代	女性	ALS	5	母	70 代	父・娘	妹	胃ろう造設	訪問看護師
C	60 代	男性	脊髄小脳変性症	5	妻	60 代	母・長男	不明	胃ろう造設	保健師
D	60 代	男性	アルコール依存症・心不全・腎不全	1	なし	—	長男夫婦	元妻・長女	心不全・腎不全・透析シャント作成	本人
E	70 代	男性	パーキンソン症候群・大動脈腫瘍	3	なし	—	なし	高齢者アパートの管理人・弟夫婦	腫瘍の放射線治療と化学療法	本人
F	90 代	女性	脳梗塞後遺症	5	長女	60 代	なし	長男	褥瘡の悪化・脱水	家族

表3 看護職ケアマネジャーの認識カテゴリー

上位カテゴリー	中位カテゴリー
1. 入院中の療養者の病状・ADL・精神心理状態の査定	入院中の療養者本人との面接による身体的精神的状況の査定 主治医や病棟看護師との面接による病状経過や予後事態の知識の獲得 支援体制の確立のための情報の共有化
2. 外部支援導入の可能性を含めた在宅での介護力の査定	主介護者の介護力の査定 同居家族の介護力の査定 拡大家族の介護力の査定 外部支援導入の可能性 療養者・家族介護者・外部支援者の相互関係の査定
3. 在宅介護に関して起こり得る問題の予測	病状の経過・進行具合の予測 療養者本人の意欲低下の予測 援助に含まれる危険性の予測 援助サービス手配困難の予測 在宅療養継続困難の予測 健康な生活の破綻の予測
4. 看護専門職による判断の追認と留保	看護専門職としての判断 主治医・病棟看護師の判断への追認 看護専門職としての判断の一次保留 看護専門職としての判断の見直し・再考
5. 能動的態度による在宅介護実現の可能性の模索	療養者本人の意思の尊重のための援助方法の模索 発想の転換・視野の拡大の期待 介護者の精神的負担の軽減方法の模索 療養者本人の健康維持の拡大方法の模索 自身の精神的負担の認知と感情のコントロール 医療専門職であるという自尊心の鼓舞
6. 在宅生活継続のための生命維持に必要な条件の判断	継続した看護・介護の量と質の判断 療養者の生きる意欲を高めるための選択 病状の進行がもたらす身体的精神的苦痛の限界の判断
7. 療養者（あるいは家族介護者）の望む生活への共感	望む生活を実現するための方法の希求 機能喪失の受容支援のための模索の断念 療養者の疾病受容過程への配慮
8. 外部支援サービスの調整と拡大のための工夫	外部支援サービスチームへの役割分担の拡大 外部支援サービス提供者の感情のゆれの受容 外部支援サービス提供者のサービスの意味づけ

例C) <入院中の療養者本人との面接による状況の査定>

「入院中に連絡もらえれば、なるべく病院の方に行って、先生にも会えれば会話し、看護師さんから話聞いたりとかして」(事例C) <主治医や病棟看護師との面接による病状経過や予後事態の知識の獲得>

「在宅の体制をそこで相談していく……注意することを聞いてくるっていう形でやっていました」(事例C) <支援体制の確立のための情報の共有化>

2) 外部支援導入の可能性を含めた在宅での介護力の査定

この認識カテゴリーは、上記の<入院中の療養者の病状・ADL・精神心理状態の査定>と共に、繰り返し病院や自宅を訪問し、関係者と直接面接をする根拠となった認識である。

「この奥様自身が冷静にこのご主人を介護できるのだろうか、私のほうでもすごく思っていて、病院の看護師からお話を伺うと、絶対にこの奥さんじゃできないだろうっていう話があって」(事例A) <主介護者の介護力の査定>

「ヘルパーに対しての不信感がものすごく強くて、2～3日でヘルパーを切られてしまったんですよ……」(事例A) <外部支援導入の可能性>

また事例Dのように、同居家族であっても、療養者本人との相互関係から介護力となりえない家族という認識や、無理であろうと考えていた離婚した元妻の協力が得られるなど意外なところから在宅介護に協力してくれる拡大家族の存在を認識することもあった。

「息子さんが父親に対してどう思っているかを聞いておかないと、在宅に戻ってもなんの家族の協力を得られないとわかったら、協力がないならないという動き方がありますよね」(事例D) <同居家族の介護力の査定>

「つい最近ね、透析になったと知ったら別れた奥さんが2～3回病院に来てくれて、だから彼自身も自分の所に誰かが向いて来てくれているということ、心の安定につながっていると思うんですけど」(事例D) <拡大家族の介護力の査定>

3) 在宅療養に関して起こりうる問題の予測

この認識カテゴリーは、入院中から在宅療養生活を思い描くことで想定される、問題点や準備しなければならない事柄を予測するという認識を示している。

「糖尿病食の作られたものを運んでいただいて、それで生活を安定させたいっていう思いが頭の中にありました……私は(状態が悪いときの)彼の部屋の状況などを知ってますから、彼に自炊能力があるとは思えなかった」(事例D) <病状の悪化の予測> <介護力不足の予測> <療養者本人の療養意欲の低下の予測>
「ALSのかたなので足腰に力が入らず、ポータブルトイレへの移乗がとても危険を伴うということ、自宅に帰ってそれを担うのが毎日来ているヘルパーさんなので、大きな危険を伴うのではないかと」(事例B) <在宅で実施される援助行為に含まれる危険性の予測>

「それを聞いた本人がヘルパーの調整ができなくても帰るって言い出したんですよ、ちょっと待って、今まで利用していたヘルパーさんだから無理な調整もしてくれるのであって、これから新規の事業所を探すとなるとすぐには手配できないかもしれませんよって」(事例E) <援助サービスの手配困難の予測>

さらに看護職ケアマネジャーはその結果起こりうる在宅療養継続困難の予測><健康な生活の破綻の予測>もしていた。

4) 看護専門職の判断への追認と留保

この認識カテゴリーには、入院中に収集した情報を看護専門職として判断すると共に、主治医や病棟看護師などの看護職ケアマネジャー以外の看護専門職の判断を理解し評価するという認識が含まれている。事例Aでは、医療依存度の高い療養者に必要な医療的処置を学習しようとしないう妻介護者に対して、退院は不可能であるという<看護専門職としての判断><主治医・病棟看護師の判断への追認>をしていた。

「ちゃんとサクションできるようになって、胃ろうもちゃんとセッティングできて、全身状態も管理ができるようになれば、退院を考えようかという話をして奥様と……けれどもぜんぜんできていなかったんですよ。私たちが思ういわゆるできていなかったんです。病院のドクターも看護婦もやっぱり(退院は)無理そうだねっていうことになったんです」(事例A)

しかしその後、妻の希望を全面的に酌んで退院となった後は、夫への強い愛着のみが介護を支えている状況と捉え、<看護専門職としての判断の一次保留>をしていた。

「痰の吸引は夜も、奥さんがされていました。もう、ぜんぜんチューブをあちこちべたべたくっつけて、清潔不潔なんてまったくないですけど。それでもしょうがないかなあと……」(事例A)

5) 能動的態度による在宅介護実現の可能性の模索

この認識カテゴリーは、在宅介護実現のためにどのようなことが必要なのか、必要な外部支援サービスをどのように手配すれば効果的なのかを、能動的な態度で模索する認識を示している。事例Bでは、援助行為に含まれる危険性を予測していても、本人の希望する排泄行為を実現するにはどうしたらいいかと考えるよう、他の看護専門職や看護職ケアマネジャーへ<発想の転換や視野の拡大の期待>をしていた。

「以前はこれは看護業務外のことだって、すばっと切ってきたように思います、ケアマネになってからやっと、切ってしまうんじゃなく、逆にこうしたら

できるとか、こういうふうに手続きをしたらできるとか、こういうふうに変えてもらったらできるとか、どうしたらできるか違う方法で考えてみてって、最近言ってるなって感じますね、自分が」(事例B)

特に精神状態の不安定な療養者や家族介護者に対して、能動的な態度でケアマネジメントをするためには、精神的負担や感情のゆれを看護職ケアマネジャー自身が認知し、自身の感情をコントロールすることが必要であった。

事例Dでは、療養者の独特の話し方により看護職ケアマネジャー自身が相手との距離を感じていたが、療養者の健康の維持増進のために、<自身の精神的負担の認知と感情のコントロール><医療専門職であるという自尊心の鼓舞>をし、療養者を理解しようと入院中の病院を何度も訪問していた。

「どうしてもこの人の性格というのは、自分としては苦手な性格だと思ってしまい、その距離を自分で埋めない限りは、担当者としてやっていけないなあ……そのためには自分は医療職というものであるわけだから、自分が担当になるときに、何の手も差し伸べられないということは、情けないことなのかなあと」(事例F)

6) 在宅生活継続のための生命維持に必要な条件の判断

この認識カテゴリーは、在宅療養移行期を安全に乗り越えるために必要な、生命を維持するための看護職ケアマネジャー自身の医療的知識や経験による判断を示している。事例Aは、医療依存度が高く、介護力が極端に低いにもかかわらず、妻介護者が強く在宅介護を希望した例であるが、看護職ケアマネジャーは次のように在宅生活での生命維持に必要な継続した看護・介護の量と質を判断>していた。

「ほんとにもう吸引のセッティングや、酸素のセッティングや、あと胃ろうのね、そういう荷物がたくさん……退院が金曜日だったんです。土日かけてすごく心配して……もうきちんとヘルパーさん入れないとだめだからってということで、それから巡回のヘルパーさんにまた入ってもらっていたんですけど」(事例A)

逆に事例Eのように、入院して治療を続けることが本人の生きる意欲を奪っていると判断した場合は、次のように療養者本人の<生きる意欲を高めるための判断>をしていた。

「もう1クールしたら家に帰すチャンスを失うかもしれないって言われて、で私のほうから今かなり精神的にまいっていらっしやるので在宅に戻してもらって、朝昼晩ヘルパーさん入れますから、本人が食べられる

ものを作っていたで少し体力をつけてからもう一度治療をするかどうか決定するというのはどうでしょうかと問いまして」(事例E)

7) 療養者(又は家族介護者)の望む生活への共感

この認識カテゴリーは、在宅という「療養者本人が主人である」という生活の場において、看護専門職としてのニーズ査定や予測を踏まえたうえで、療養者本人の価値観に寄り添うという態度を保つ認識を示している。事例Bでは、ポータブルトイレへの移乗が非常に危険であるにもかかわらず、次のように<本人の価値観への共感>をしようとしていた。

「おむつではなく、ポータブルトイレで排泄することを選ぶというのが、人間性の尊厳であるということであれば、そこを尊重していくのが大事なことなのだろうか、食べることも歩くこともなくし、ベッド上で1日寝ているという生活の中でそこを取ってしまったら、彼女にはなにも残っていないんだらうかという思いもあったりするんでね」(事例B)

また、事例Cでは療養者とのコミュニケーションを希望する妻の思いに共感し、意思表示装置の導入を図ったが、それを使用することが本人の生命力を消耗させると判断した妻の思いに寄り添い、次のように<機能喪失の受容支援>をしていた。

「それ(意思表示装置)を調整するために、業者が何回か来て検討してくれたけれど、目を使うというのも結構神経が疲れるようで、それで(奥さんが)「もういいわ、私が目をみれば、お父さんがどんな気持ちかわかるから、あれを使うと疲れちゃうみたいだからいいわ」って、最終的に装置導入を断念しました」(事例C)

さらに、事例Eでは生命の危機をもたらす癌の治療を受け入れられなかった療養者に対し、次のように<疾病受容過程への配慮>が足りなかったと反省していた。

「(疾病受容拒否)を受け入れてしまったら、専門医への受診をやめてしまうと思ったので、これは私しか言う人いないと思って……どうもそう言われるのがいやだったみたいです、ただ自分の病気は患者じゃないかと思ったかたでしょうね、そのへんが私がもうちょっと受け入れてあげられるとよかったのかなって」(事例E)

8) 外部支援サービスの調整と拡大のための工夫

この認識カテゴリーは、在宅生活を支援するためのサービス提供内容や人的資源としての価値などのサービス利用によって期待される効果を熟知し、外部支援サービスの仲介をしようとする認識を示している。事例Fで

は、精神的に不安定な娘介護者への支援体制について、ニーズ解決のための共通の目標や援助方法をサービス提供者への確に伝え、サービスが確実に実施され、継続され、拡大されていくための工夫として、<外部支援サービスへの役割分担の拡大>をしていた。

「娘介護者はしゃべる相手がいないので、今までは訪看さんだけにぶつけていたけれど、それでもう訪看さんが行き詰まって……お風呂の業者、医師、それにヘルパーさんと保健所の訪問指導の方に……他の事業所の悪口から全部聞いて、みんなでそれぞれ少しずつこう役割をばらしていった」(事例F)

また事例Aでは、外部支援サービス提供者に対し、<外部支援サービス提供者の感情のゆれの受容><外部支援サービス提供者のサービスの意味づけ>という認識で、在宅生活継続のために必要な援助が続けられるよう配慮していた。

「だから、はらはらどきどきでした。いろんな意味で。ヘルパーさんいつも怒鳴られて帰ってくるんですよ。また怒鳴られてきましたって。ごめんねー、ほんと大変だよねー、でも勉強になるでしょって」(事例A)

3. 看護職ケアマネジャーの認識間の関係

以上本研究にて導出された8つの看護職ケアマネジャーの認識間の関係を図1に示し、以下に説明する。看護職ケアマネジャーは<入院中の療養者の病状・ADL・精神心理状態の査定>と<外部支援導入の可能性を含めた在宅での介護力の査定>の必要性を認識したあと、看護専門職として判断した<在宅療養に関して起こりうる問題の予測><生命維持に必要な条件の判断>を経て、そのままケアプランの立案にすすむ場合と、査定のもと、<療養者(あるいは家族介護者)の望む生活への共感>をし、その価値観を優先しケアプランにすすむ場合があった。

しかし看護職ケアマネジャーは、看護職ケアマネジャー自身が医療的知識や看護・介護に関する知識を持

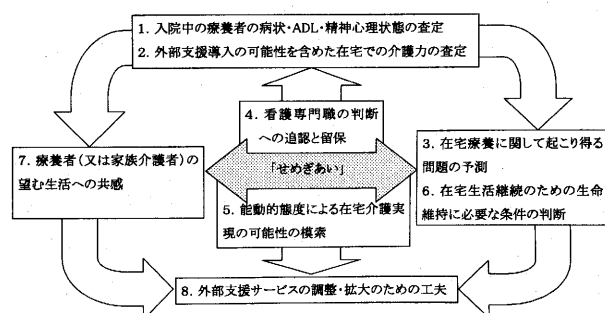


図1 看護職ケアマネジャーの認識間の関係

つために、病棟内看護師等の看護専門職の判断を追認しやすく、また病棟内看護師等の看護専門職よりも在宅での生の生活状況を知っているために、主体性を持った療養者本人あるいは家族介護者の価値観や望みに対してより共感しやすいという状況から、いったん看護専門職としての判断を留保していた。この状況は事例Bにおいて「せめぎあい」という言葉で表現されていた。

しかし看護職ケアマネジャーは、この「せめぎあい」を放置せず、調整する方向へと導くために、＜能動的態度による在宅介護実現の可能性の模索＞という認識で、＜外部支援サービスの調整・拡大のための工夫＞をしていた。

VI. 考 察

1. 在宅療養移行期のケアマネジメントの特徴

在宅療養移行期は、療養者の生活を新たに再構築していかねばならない危機をはらんだ時期であると述べた。本研究の対象となった看護職ケアマネジャーは、その危険性を十分に認識し、看護職ケアマネジャー自身のもつ医療的知識や看護・介護に関する知識を活かして、＜入院中の療養者の病状・ADL・精神心理状態の査定＞をしようという認識で積極的に病院を訪問していた。また、自身の知識に頼るだけではなく、看護職ケアマネジャー以外の専門職からの疾病管理に関する知識を得るため、主治医や病棟看護職へ情報収集のアプローチを行ない、さらには入院中にサービス担当者会議を開催して、療養者の生命維持を目的とした支援体制の確立のための、他職種との専門的知識の共有化を図っていた。このことは、同業者であるためのコンタクトのとりやすさからくるものであるとも考えられるが、＜在宅療養に関して起こりうる問題の予測＞＜生命維持に必要な条件の判断＞をより正確に確実にこなすために必要なことであった。これは、ケアマネジメントプロセスの主要部分であるアセスメント^{13) 14)}において、個人の身体的精神的ニーズをより深く把握しようとする援助活動であるといえよう。

また同時に、看護職ケアマネジャーは、在宅生活を再構築するための社会資源を療養者の周辺に集約するため、＜外部支援導入の可能性を含めた在宅での介護力の査定＞の必要性を認識し、繰り返し病院や自宅を訪問し、療養者本人や関係者と直接面接を行っていた。このような療養者本人の生活力あるいは家族介護者の介護力に対するアセスメントは、個人の社会的ニーズを把握するために必要不可欠なものである。看護職ケアマネジャーはこの生活力・介護力のアセスメントを経

て、＜在宅療養に関して起こりうる問題の予測＞＜療養者（あるいは家族介護者）の望む生活への共感＞をし、＜外部支援サービスの調整・拡大のための工夫＞を行っていた。さらに看護職ケアマネジャーは、導入した外部支援サービスが療養者のニーズを充足しているかどうか評価するのみではなく、療養者本人の生活力や家族介護者の介護力をその内部から高めるという直接的援助もしていた。

このように、在宅生活の場に視座を置く在宅介護支援センター所属の看護職ケアマネジャーは、在宅療養移行期を病院側の問題として「退院計画」¹⁵⁾ととらえ、地域との連携システムの構築をめざすものや、継続看護として、退院調整専門看護師を導入し、病院側の問題として病棟看護師がケアマネジャーの役割を果たしているもの¹⁶⁾と比較し、療養者の生の生活をより深く認識しているために＜療養者（あるいは家族介護者）の望む生活への共感＞はより強いものになると推測される。

2. 「せめぎあい」という認識

看護職ケアマネジャーは、看護専門職として判断した＜在宅療養に関して起こりうる問題の予測＞＜生命維持に必要な条件の判断＞を優先しようとする自分と、＜療養者（又は家族介護者）の望む生活への共感＞をし、その価値観を優先しようとする自分との間に「せめぎあい」という認識を自覚していた。この「せめぎあい」は、Martin Benjaminら¹⁷⁾の倫理的ジレンマである「倫理的に相反する2つのことに板ばさみになってどちらとも決めかねる状態」という概念に類似している。この認識は主に＜能動的態度による在宅介護実現の可能性の模索＞の中に表現されていた。

在宅という療養者が主体の生活の場においては、療養者の価値観に寄り添うという態度を保つという認識は必要不可欠であるし、また介護保険法にも利用者本意という理念が明記されている。しかし、このことが、生命力の維持・増進に主眼をおく看護専門職としての判断と、主体性を持った療養者本人の価値観や望みとの間に「せめぎあい」という認識を生み出すものと考えられる。この「せめぎあい」は、看護専門職としての知識・技術が高度であり、かつ療養者本人の主体を尊重するがゆえに強く感じられるものであると推測される。

渡辺¹⁸⁾は、従来ケアマネジメント実践の基本として「利用者中心 (client focused)」の姿勢を主張してきたが、利用者主体という理念の実践応用は容易ではないことを明らかにしている。またソーシャルワークの分野でケアマネジャーが感じるジレンマは、自分の所属する組織の利益とサービス利用者の利益との間のジレンマを経験し

やすいとしている。しかし、本研究で導出されたジレンマは、看護専門職として判断した療養者本人の利益につながる生命の維持に関する援助と、療養者の自己決定を尊重するという価値観の間のジレンマであった。看護職ケアマネジャーが認識するジレンマは、その両価値ともがどちらも療養者本人の利益にかかわることであった。

一方、〈看護専門職の判断への追認と留保〉という認識の中にも、「せめぎあい」は含まれており、これは看護職であるということとケアマネジャーであるということのアイデンティティのゆらぎという認識であるとも考えられる。看護職であるということは、他の医療専門職の判断への追認を容易にするものである。しかし、ケアマネジャーとして介護保険法により利用者主体の理念を強く意識することを求められるため、追認はしたけれど、看護専門職としての判断を一時保留にする必要が生じてくるのである。いずれにしても、この判断への追認と判断の留保という2つの認識からいえることは、看護職ケアマネジャーは、在宅療養生活の維持継続のための生命の維持・増進に心をくだき、かつ療養者本人の主体性を尊重するという両刀の認識を保持しているということである。

今回分析の対象となった看護職ケアマネジャーが語ってくれた6事例ともに一貫して現れていたのは、〈能動的な態度による在宅介護実現の可能性の模索〉という認識であった。看護職ケアマネジャーは、「せめぎあい」という倫理的ジレンマに似た認識が存在しても、それを放置せず、調整する方向へと導くために、〈能動的態度による在宅介護実現の可能性の模索〉という認識を活用していた。F.ナイチンゲールが、看護職には自分自身が決して感じたことのない他人の感情の只中へ自己を投入する能力が必要である¹⁹⁾としているように、看護職ケアマネジャーがケアマネジメントにおいて〈能動的態度による在宅介護実現の可能性の模索〉という認識を持ち続けることは、療養者やその家族の在宅療養生活の質の向上に資すると考える。

VII. 結 論

本研究において看護職ケアマネジャーは、看護専門職として判断した〈在宅療養に関して起こりうる問題の予測〉〈生命維持に必要な条件の判断〉と、〈療養者（又は家族介護者）の望む生活への共感〉との間に「せめぎあい」という認識を自覚していた。さらにその「せめぎあい」を放置せず、〈看護専門職等の判断への追認と留保〉〈能動的態度による在宅介護実現の可能性の模索〉という認識を用い、〈外部支援サービスの調整・拡

大のための工夫〉をしていた。つまり、看護職ケアマネジャーは、在宅療養移行期という生活および価値観をも再構築しなければならない時期のケアマネジメントにおいて、療養者本人の主体性に寄り添いかつ生命の維持に心をくだくという、看護援助技術を遺憾なく発揮していたということが明らかとなった。

今後、さらに研究対象者を広げることで、ジレンマの程度や構造、看護職としての判断とケアマネジャーとしての判断の相違等を検証していく必要がある。

本論文は、千葉大学大学院看護学研究科における修士学位論文の一部を加筆・修正したものである。

引用文献

- 1) 水流聡子（柏木聖代、石垣恭子、美代賢吾、柏木公一、高見美樹、板谷裕美、馬庭恭子、徳永智恵美、和田良香、竹光三枝子、森岡多栄子、森田敏子、安川文朗）：在宅移行期にあるクライアントに提供されている看護ケアの本質的構造，医療情報学，19(4)，265-278，1999.
- 2) 厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会：介護支援専門員標準テキスト，1，23-23，社会開発センター，1998.
- 3) 平野かよ子：ケアマネジメントとケアコーディネーション，保健婦雑誌，53(12)：970-978，1997.
- 4) 白澤政和：在宅介護支援センターに学ぶケースマネジメント事例集，中央法規出版，7-24，1993.
- 5) 岡本玲子（高崎絹子）：保健婦活動における在宅ケアマネジメント過程の質を構成する要素の検討，日本在宅ケア学会誌，1(1)：46-55，1998.
- 6) 岡本玲子：ケアマネジメントの質を評価するアウトカムの尺度開発-内容分類と信頼性・妥当性の検討-，お茶の水医学雑誌，46(4)：25-37，1998.
- 7) 岡本玲子（中山貴美子、長畑多代、鳩野洋子、佐藤由美、田口敦子、岩本里織、塩見美沙、沖田裕子、島田美喜、岡部明子、飯吉令枝、長岡理恵、小林亜由美、斉藤智子）：保健師が関わるニーズとケアマネジメント過程の特徴-難病事例の場合-，日本地域看護学会誌，4(1)：18-25，2002.
- 8) 岡本玲子（中山貴美子、沖田裕子、松原三智子、植田恵子）：在宅高齢者ニーズとサービス利用に関する利用者とケアマネジャーの認識の違い，神大医保健紀要，17：61-72，2001.
- 9) 安梅勅江：訪問看護職のケアマネジメント関連項目に対する自己評価の特徴に関する研究，日本公衆衛

- 生誌, 45(8) : 713-721, 1998.
- 10) 厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会：介護支援専門員標準テキスト, 1, 23-23, 社会開発センター, 1998.
 - 11) 白澤政和：ケースマネジメントの理論と実際-生活を支える援助システム, 中央法規出版, 11, 1992.
 - 12) 厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課監修：「在宅介護支援センター運営の手引き」, 社会福祉法人全国社会福祉協議会, 1994.
 - 13) 白澤政和：前掲書11), 62.
 - 14) イギリス保健省：白澤政和・広井良典・西村淳訳著, ケアマネジャー実践ガイド, 医学書院, 114, 1997.
 - 15) 手島陸久編：退院計画-病院と地域を結ぶ新しいシステム, 中央法規, 1996.
 - 16) 森山美和子：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, 1998.
 - 17) Martin Benjamin, Joy Curtis (矢次正利, 宮越一穂, 榊形公也, 松島哲次, 谷本光男訳)：臨床看護のディレンマ, I, 時空出版, 1996.
 - 18) 渡辺律子：利用者主体の高齢者在宅ケアをめぐる課題-ケアマネジャーの仕事をとしてみる利用者主体ケアのあり方-老年社会科学, 24(1) : 30-38, 2002.
 - 19) フロレンス・ナイチンゲール (湯槇ます, 薄井坦子, 小玉香津子, 田村 真, 小南吉彦訳)：看護覚え書, 6, 現代社, 2000.

NURSING CARE MANAGER AWARENESS OF CARE MANAGEMENT PROCESS FOR TRANSITION TO HOME CARE

Ryuko Ito

Graduate School of Nursing, Chiba University

KEY WORDS :

care management process, nursing care manager awareness, transition to home care

The present study aimed to clarify nursing care managers' awareness of the care management process for transition from hospital care to home care, namely the process of deciding, preparing for and maintaining home care.

Subjects were six nursing care managers who worked at Home Care Support Center and have been working in care management before the enactment of The Long-term care Insurance System. Data were collected during a semi-structured interview, where they were asked to recall one of their cases in which they were involved prior to discharge in the transition to home care. Each interview was taped, transcribed, and then subjected to qualitative analysis.

The following categories were extracted: 1. Assessment of the disease state, ADL and psychological state; 2. Assessment of the ability to provide home care, including the possibility of introducing outside assistance; 3. Prediction of potential problems associated with home care; 4. Ratification and reservation of patient needs as assessed by the nursing specialist; 5. Positively and actively work toward the possibility of home care; 6. Assessment of the necessary conditions for life support in home care; 7. Empathize with the life that each patient (or family members) wants to lead; and 8. Device to adjust and expand services provided.

Common to all six situations recalled by the nursing care manager was "Positively and actively work toward the possibility of home care", which is the ability of care managers to actively empathize with emotions that they themselves have never experienced. While nursing care managers were aware of the medical needs that they identified from the perspective of being a nursing specialist, at the same, they were sympathetic to the life that each patient wanted to lead. When faced with this type of conflict, at times, they withheld their judgements as medical specialists and respected the value system of patients as much as possible.