

# 軽度認知障害がみられる軽度要介護者への 訪問看護導入に対する介護支援専門員の認識

－介護職と看護職の資格の違いについて－

渡邊 真美<sup>1)</sup>・鈴木 千絵子<sup>2)</sup>

## Perceptions of Nurses and Care Managers Regarding the Introduction of Home Nursing Care for Patients with Mild Cognitive Impairment -Differences in qualifications between care managers and nurses-

Mami Watanabe<sup>1)</sup> and Chieko Suzuki<sup>2)</sup>

### 要旨

目的：軽度認知障害がみられる軽度要介護者への訪問看護導入に対する介護支援専門員の認識を明らかにする

方法：介護職・看護職の資格を有する介護支援専門員それぞれ5名ずつに半構造化インタビューを行い、質的帰納的に分析した

結果：介護職の資格を持つ介護支援専門員では【支えとなる訪問看護導入】【必要性がわかりづらく導入しにくい】の2つのカテゴリーが、看護職の資格を持つ介護支援専門員では【管理・安心のための訪問看護導入】【タイミングと効果がわかりづらく導入しにくい】の2つのカテゴリーが生成された

考察：介護支援専門員の資格によって認識に相違があることから、それぞれの強みを生かした協力体制が必要であることが確認された

キーワード：軽度認知障害 軽度要介護者 訪問看護 介護支援専門員

### Abstract

To clarify the perceptions of care support specialists regarding the introduction of home nursing care for patients with mild cognitive impairment who requiring minor nursing care.

The study participants were 5 qualified nurses and 5 care managers (care support specialists without nursing qualifications), who all gave consent for this study, this qualitative descriptive study used semi-

1) 訪問看護ステーションうららか

2) 姫路大学大学院 看護学研究科

structured interviews, and the data were analyzed qualitatively and inductively. This study was conducted with the approval of the Research Ethics Committee of the Graduate School of Himeji University.

For the care managers, who are qualified in long-term care, we created two categories: “Supportive introduction of home nursing” and “difficult to introduce due to less understanding of the necessity”. Two categories were also generated for the nurses: “Management of the introduction of home nursing” and “Difficult introductions due to timing and unclear benefits”.

Depending on the qualification level, there were clear differences among care support professional's perceptions of the introduction of home nursing care for patients with mild cognitive impairment who require minor nursing care. It was confirmed that there are differences in perceptions depending on the qualifications of long-term care support specialists, and that there is a need for a collaborative system that utilizes the strengths of each.

**Key words:** mild cognitive impairment, minor care, home nursing, care support specialist, care manager

## I. はじめに

厚生労働省<sup>1)</sup>によると軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment: 以下MCIと略す) で介護保険を利用している者の約9割は、要介護度1以下 (要介護1, 要支援2, 要支援1) とされている。また、介護予防訪問看護の利用割合は、要支援1が4.9%, 要支援2が9.6%, 要介護1が21.2%で<sup>2)</sup>, 訪問看護利用者の約8割以上は要介護2以上と、MCIや軽度要介護者において訪問看護の利用者が少ないことがわかる。

訪問看護は、高齢者のもつ慢性疾患の早期発見・悪化防止にもかかわり「予防の推進」<sup>1)</sup>や、要介護状態になることをできる限り防ぐ (発生を予防する), あるいはそれ以上悪化しないよう, 医療との連携に重要な役割を果たしている。さらに、高齢者の有する能力に応じ、自立した生活を営むことができるよう、介護保険を利用しているMCIの認知症進行の予防にも機能している<sup>3)</sup>。

MCIがみられる軽度要介護者が訪問看護を利用するためには、介護支援専門員によってケアプランに組み込まれていることが必要である。厚生労働省の調査<sup>4)</sup>は、介護保険制度開始時には、介護支援専門員の基礎資格は、看護職が約4割、介護職が3割であったが、平成28年における介護支援専門員の基礎資格の割合は看護職が約1割、介護職が7割以上を占めていると報告している。

下吹越ら<sup>5), 6)</sup>によると、介護支援専門員が訪問看護を導入する場合、看護職の資格を持つ介護支援専門員は、体調変化の予測と心身状態の悪化を予防する視点から判断し、介護職の資格を持つ介護支援専門員は、日常生活や行動および心理面を重視していた。しかし同時に、介護職の資格を持つ介護支援専門員の医療知識の不足による不安や看護師への苦手意識が訪問看護を導入する判断に影響することを述べていた。

MCIがみられる軽度要介護者への訪問看護は、認知症進行の予防としての機能を持っている<sup>3)</sup>

が、要支援1、2の該当者は、介護予防訪問看護としての訪問看護となることもあり、その利用度は低いとされている。その要因は、ケアプランをマネジメントする介護支援専門員の認識からくるものだと考えられるが、現時点では、MCIがみられる軽度要介護者への訪問看護導入に対する介護支援専門員の認識の研究は、充分におこなわれていない状況にある。

## Ⅱ. 目的

MCIがみられる軽度要介護者において、介護職と看護職の資格の違いによる介護支援専門員の訪問看護導入の認識について検討する。

## Ⅲ. 方法

### 1. 用語の定義

- 1) 軽度認知障害 (MCI: Mild Cognitive Impairment): 物忘れが主たる症状だが、日常生活への影響はほとんどなく、認知症とは診断できない状態
- 2) 軽度要介護者: 介護保険制度に基づき要支援1または要支援2の認定を受けている者
- 3) 介護職の資格を持つ介護支援専門員: 介護福祉士の資格を持つ介護支援専門員
- 4) 看護師の資格をもつ介護支援専門員: 看護師または准看護師の資格を持つ介護支援専門員

### 2. 研究対象者

H県およびK府下の居宅事業所または地域包括支援センターの管理者に、研究の目的、趣旨、倫理的配慮、同意撤回について口頭および書面にて説明し、研究対象者の紹介を依頼し、同意を得られた介護職の資格を持つ介護支援専門員と看護職の資格を持つ介護支援専門員を対象とした。

### 3. 研究期間

2021年7月～2022年3月。

### 4. データ収集および分析方法

インタビューは、インタビューガイドを用いて半構造的に、「MCIのみられる軽度要介護者への介護サービスについて」「MCIのみられる軽度要介護者への訪問看護の利用の有無」「MCIのみられる軽度要介護者への訪問看護利用に際する迷いや苦悩」「MCIのみられる軽度要介護者への訪問看護の導入についての考え方」について語ってもらった。インタビューは、研究協力者の都合に合わせた対面またはオンラインにて実施した。対面時には感染予防対策を行い実施した。語られた内容は、事前に研究対象者に承諾を得てICレコーダーに録音した。

インタビューの録音データから逐語録を作成し、質的帰納的に分析した。作成した逐語録より、記述内容について繰り返し精読をおこない「MCIがみられる軽度要介護者への訪問看護導入の介護支援専門員の認識」についての内容を一文一意味として切片化した。それらを介護職と看護職に分け同じ意味のまとまりに沿って区切り、訪問看護導入に関する認識についてデータを文脈単位でコード化し、分類・整理・統合を行った。コードに共通して見出される意味を表すサブカテゴリーを抽出した。サブカテゴリーをまとめて抽象度を上げカテゴリーとした。カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ、その概要を文章化していった。データ分析の信頼性を高めるため、指導教員によるスーパーバイズを受けた。

### 5. 倫理的配慮

承諾の得られた介護支援専門員に対し、口頭および書面にて本研究の趣旨、目的、概要、調査結果の公表の際には施設や個人が特定されることはないこと、研究への参加は自由意思に基づくこと

を説明した。また、いつでも同意を撤回できることを説明したうえで文章にて同意を得た。本研究は姫路大学大学院研究倫理委員会の承認(2021-GN01)を得て実施した。

Ⅳ. 結果

1. 研究対象者について

属性は、介護職（全員介護福祉士）の資格を持つ介護支援専門員が5名（50歳代3名，60歳代2名），看護職（正看護師4名，准看護師1名）の資格を持つ介護支援専門員が5名（50歳代2名，60歳代3名）であった。基礎資格の経験年数は、

介護職の資格を持つ介護支援専門員が、5～7年5名，看護職の資格を持つ介護支援専門員が、10～14年2名，15～19年1名，20年以上2名であった。介護支援専門員としての経験年数は、介護職の資格を持つ介護支援専門員が、10～14年1名，15～19年3名，20年1名，看護職の資格を持つ介護支援専門員が、1～4年1名，5～9年2名，10～14年1名，20年以上1名であった。インタビュー時間は21～35分であった。

2. MCIがみられる軽度要介護者への訪問看護導入に対する介護支援専門員の認識について

逐語録に基づいて個別分析を行った。介護職の資格を持つ介護支援専門員，看護職の資格を持つ

表 1 MCIがみられる軽度要介護者への訪問看護導入に対する介護支援専門員の認識（介護職）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード（一部抜粋）
支えとなる訪問看護導入	介護支援専門員として医療に自信がない	医療に対して自分自身が苦手な部分もあるので、利用者・家族も含めて相談できればいい
		自分は介護職なので医療面が苦手
		病院受診を勧めてもなかなか受診できないこともあるので、予防の段階から訪問看護が介入し、流れを作ってくれたら楽だと思う
		金額のことで拒否がみられる場合にも月1回でも訪問看護に介入してもらいたい
		違うサービスを利用していて何かを感じたときに訪問看護と連携できるので安心できる
		何かあったときに主治医と連携を図ってくれるので安心できる
	体調，病状，服薬管理が必要	利用者が自分の体調変化に気づきにくいいため訪問看護が必要
		体調管理のため訪問看護に入ってもらうのに、週1回では本当は追いつかない
		居宅療養管理指導による薬剤師より訪問看護による看護師のほうが踏み込んだところまでみてくれるので安心できる
		入退院を繰り返すときに病状管理が必要
		訪問看護だと内服の状況と生活状況を合わせて判断してもらえる
	利用者や家族が安心できる	家族が訪問看護を希望する場合に利用する
		家族の不安が強いような利用者に利用する
		介護者家族の支えになるということも訪問看護に期待する
		精神面でのフォローを期待したい
	主治医指導で導入する	利用者や家族の支えになってほしい
		主治医から訪問看護を利用するように進言されることも多い
		いきなり訪問看護となると警戒されることもあるので「主治医から言われているので」と説明し導入すると受け入れられやすい
		支援が必要だと思う利用者には主治医から口添えしてもらう
		看護師が家に来るということを理解できずどうしても拒否があるときには、主治医から説明してもらう



カテゴリー	サブカテゴリー	コード（一部抜粋）
必要性が わかりづらく 導入しにくい	認知症の予防とし ては利用しない	身体は元気なので訪問看護というよりはデイサービスを利用することが多い
		動くことができて利用に対して訪問看護に何をしてもらおうのか？と思ってしまう
		体調管理にそんなに問題があるのか？
		介護予防の段階で訪問看護というイメージはない
		軽度認知障害では訪問看護が必要だとはなかなか思えない
		軽度認知障害ぐらいたんとか生活はできておりその段階では訪問看護が必要とはなかなかならない
		認知症状の軽度の時に訪問看護は絶対いいと考えるが利用はしない
	訪問看護に対して の壁がある	訪問看護を依頼するのはよほどのこと
		訪問看護を利用する前にほかのサービスで対応できるのでは？
		訪問看護師がこわい
		訪問看護師が使う言葉は医療用語が多くわかりにくいことも多い
		身近に訪問看護師がいるかいなかで全然違う
		訪問看護の導入の仕方が難しい
		安易に導入しない
	訪問看護の機能や 内容がわからない	訪問看護を介護サービスとして利用者・家族へ説明しても拒否されることはよくある
		訪問看護を導入するのに説明が難しい
		要支援の時はみんなしっかりしているので訪問看護はいらないと利用者や家族から言われると、説明が難しい
		訪問看護の利用について、利用者や家族の認識がなく、そこをどう説明していくか難しい
		予防的に入るとどのようなフォローができるのか
		予防的に入ることに自分が納得できれば利用者に自信をもって勧めることができる
		要介護1になったら訪問看護を強く推すことができる
	単位数・金額が高 い	訪問看護と訪問介護の金額差があり、様子をみるだけなら家族でできるといわれる
		年金暮らしの利用者に要支援の段階からの介護サービスは入れにくい
		訪問看護は点数が高いため組みにくい
		訪問看護の値段が高い

介護支援専門員それぞれ8つのサブカテゴリー、2つのカテゴリーを生成した。以下、文章中の【 】はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、( )はコードの一部を示す。

#### 1) 介護職の資格を持つ介護支援専門員の認識について（表1）

【支えとなる訪問看護導入】では〈介護支援専門員として医療に自信がない〉〈体調、病状、服薬管理が必要〉〈利用者や家族が安心できる〉〈主治医指導で導入する〉の4つ

のサブカテゴリーで生成された。

【必要性がわかりづらく導入しにくい】では〈認知症の予防としては利用しない〉〈訪問看護に対しての壁がある〉〈訪問看護の機能や内容がわからない〉〈単位数・金額が高い〉の4つのサブカテゴリーで生成された。

#### 2) 看護職の資格を持つ介護支援専門員の認識について（表2）

【管理・安心のための訪問看護導入】では〈体調、病状、服薬管理が必要〉〈緊急時を含

めた変化への対応〉〈利用者や家族が安心で  
きる〉〈主治医，多職種への橋渡しになる〉  
の4つのサブカテゴリーで生成された。  
【タイミングと効果がわかりづらく導入し

にくい】では〈状態が悪化してから利用する〉  
〈単位数・金額が高い〉〈訪問看護を利用する  
タイミングがよくわからない〉〈介護保険以  
外のサービスを利用する〉の4つのサブカテ

表2 MCIがみられる軽度要介護者への訪問看護導入に対する介護支援専門員の認識（看護職）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード（一部抜粋）
管理・安心のための訪問看護導入	体調，病状，服薬管理が必要	認知症の疑いのある利用者の健康管理は訪問看護が必要
		医療の目で定期的にみてもらうということは重要
		予防の意味での訪問看護は必要
		服薬管理だけでも週1回、訪問看護にみてもらうのは大事、医療の目でみるのは必要
		訪問介護の介入で残薬が目立ち始めたとき
		内服の自己管理や疾患のコントロールが難しい時は訪問看護が必要
		訪問介護が介入していても服薬の間違いに気づきにくく早い時期に訪問看護に入ってもらいたい
		介護支援専門員が間をあけて訪問するとすごく変わっていたりするため定期的にみてもらうため、訪問看護は必要
	緊急時を含めた変化への対応	病状の変化になかなか気づけないところを訪問看護師に早期に気づいてもらうことができる
		退院時から訪問看護を利用することで進行がよくわかるから対応が早くできる
		独居の場合、薬が飲めないとか家事ができなくなるなどがわかりづらく、始めから訪問看護が介入していたらその変化に早く気づくことができる
		訪問介護が始めから入っていても変化に気づきにくいいため、早い段階で訪問看護に介入してほしい
		不安を感じている利用者に緊急対応をお願いするとき
		緊急に医療につなぐような事例を減らすことができる
		退院前カンファレンスからの訪問看護の参加により急に状態が変わる利用者も安心して家で過ごすことができる
	利用者や家族が安心できる	利用者や家族から安心できる場所に繋がってみたいと希望があるとき
		基礎疾患に関する病気の不安が強い利用者には訪問看護の必要はある
		不安の緩和という面で訪問看護の介入が利用者にはいい影響を与えている
		退院前カンファレンスの訪問看護師の参加により状態が変わっても利用者が安心して過ごせる
		老々介護で家に引きこもりがちで認知症への理解が難しい利用者・家族の相談相手として訪問看護を利用できればいい
		被害妄想のある利用者や精神疾患を持っていそうな認知障害の利用者には訪問看護の介入により落ち着くのではないかと
	主治医，多職種への橋渡しになる	訪問看護が入ることで、介護サービスを受けるきっかけになってもらえる
		介護サービスを拒否する利用者に対して、訪問看護が足掛かりになることがある
		多職種での関わりが大事なので軽度認知障害でも訪問看護は必要
		主治医との連携を訪問看護にお願いしたい

カテゴリー	サブカテゴリー	コード（一部抜粋）
タイミングと効果がわかりづらく導入しにくい	状態が悪化してから利用する	病気が悪くなったら、進行してからの訪問看護の利用になる
		訪問看護を利用するのは褥瘡処置や医療処置が必要となったとき
		処置のある利用者、介護度が重い利用者に訪問看護を利用することは多い
		訪問看護はギリギリな状態になってから、最後になってから利用する
		まずは訪問介護でやってみる、専門的な介入が必要なら訪問看護を導入していく
		看護師の資格をもつ介護支援専門員の場合、緊急対応も日中なら見に行きアセスメントできる
		訪問看護は最後の砦
		介護予防の段階で訪問看護を利用する、というのは少ない
	単位数・金額が高い	訪問看護により不安を軽減できると考えるが限度額の問題でなかなか利用しづらい
		訪問介護と訪問看護では単位が違うから、訪問看護を利用するとなると躊躇しがち
		訪問看護の単価が高いため、経済的な困窮のある人には導入しにくい
		訪問看護の単位は高いためなかなか介護サービスとしては使いにくい
		まずは訪問介護と考える、費用が全然違う
	訪問看護を利用するタイミングがよくわからない	訪問看護を入れるタイミングがわかりづらい
		認知障害をメインとして訪問看護を入れるっていうのはどうか、と思う
		軽度認知障害のみられる利用者へ訪問看護を利用するというのは難しい
		訪問看護は予防といっても評価しにくく勧めにくい
	介護保険以外のサービスを利用する	結果がみえないから予防で利用するというのは難しい
		介護保険サービスだけにこだわる必要はない
		地域の集いや地域のカフェ・運動教室など介護サービス以外の資源を活用することを考える
		介護予防推進センターとの連携や地域の集えるような場所の利用を考える
		訪問看護でなくても他に方法がある利用者はまずそちらを優先する

ゴリーで生成された。

## V. 考察

### 1. 介護職の資格を持つ介護支援専門員の認識

【支えとなる訪問看護の導入】は、これまでの先行研究においても同様の認識が抽出されていた。下吹越ら<sup>6)</sup>が「介護職の資格を持つ介護支援専門員は、判断をすることが困難な利用者の病状に関して医療知識が不足していることに不安を感じ訪問看護導入を判断している」と述べている

ように、本研究においても介護職の資格を持つ介護支援専門員は、医療に対して苦手な部分を自覚し自信がないため、訪問看護が支えになるという認識を持っていた。サブカテゴリーである〈体調、病状、服薬管理が必要〉〈利用者や家族が安心できる〉は看護職の資格を持つ介護支援専門員の認識にも含まれる共通する認識であった。共通する認識ではあるが、看護職の認識が具体的であるのに対し介護職は（利用者が自分の体調変化に気づきにくい）（訪問看護だと内服の状況と生活状況を合わせて判断してもらえる）があるよう

に、状況を押し量って訪問看護が導入されていると管理してもらえて支えになると認識していた。

MCIでは全般的な認知機能は正常であるものの、記憶障害が存在するといわれており<sup>7)</sup>、MCIがみられる軽度要介護者は、服薬管理が難しくなってくることも予測される。介護職の資格を持つ介護支援専門員は、体調、病状、服薬管理が必要なMCIがみられる軽度要介護者に対して、自身では体調変化に気づきにくい、訪問看護だと内服の状況と生活状況を合わせて判断してもらえろという期待をしていた。

認知症高齢者が何度も同じ話を繰り返すなどの言動は、比較的早期の段階から始まる<sup>8)</sup>といわれている。カテゴリー【支えとなる訪問看護導入】のサブカテゴリー〈利用者や家族が安心できる〉のコードには、(家族の不安が強いような利用者に利用する)(介護者家族の支えになるということも訪問看護に期待する)があるように、介護職の資格を持つ介護支援専門員は、ストレスを感じ不安の強い家族の話などを聞き、一緒になって悩んでいる。そのため、訪問看護導入によって、専門的な知識による対応とともに利用者や家族が安心できるように支えになってほしいという期待をもっていた。なるべく早期から、訪問看護により疾患と症状や薬剤などの知識提供を受けることができる協力体制を必要としていることが明らかとなった。

【必要性がわかりづらく導入しにくい】では、導入しづらい理由が訪問看護の予防としての機能や内容の見えにくさによる必要性のわかりづらさにあったことが分かる。介護職の資格を持つ介護支援専門員は、生活面全般をみたアセスメントを行う傾向がみられ、サービスは医療面よりも福祉系のものをよく使う<sup>10)</sup>といわれている。サブカテゴリー〈認知症の予防としては利用しない〉の

コードには(身体は元気なので訪問看護というよりはデイサービスを利用することが多い)(動くことができる利用者に対して訪問看護に何をしてもらうのか?とってしまう)があるように、家族と近い存在であり生活面を大切にすることから、元気にみえるMCIのある軽度要介護者は、医療のニーズがみえにくい。そのため、今現在の段階で訪問看護は必要なく、MCIぐらいであれば生活はできるため、なかなか必要だと思えないという認識を持っていた。

下吹越ら<sup>6)</sup>は、「介護職の資格を持つ介護支援専門員が訪問看護導入を妨げる理由として『理解できない医療用語で話をするため関わるのが苦手』や『自分より立場が上にいる看護師のイメージ』による看護師への苦手意識がある」と述べている。本研究においても、介護職の資格を持つ介護支援専門員は、訪問看護師が使う言葉は医療用語が多くわかりにくいことも多いと感じており、今回のサブカテゴリー〈訪問看護に対して壁がある〉もあるように、看護師への苦手意識や訪問看護に対しての壁を感じる者もいた。そのためコミュニケーションについても課題があることが分かる。つまり苦手意識や壁を感じる場合は、訪問看護が必要かもしれないと思っても相談できず導入しないことも考えられる。

日本訪問看護振興財団<sup>3)</sup>は、訪問看護の対象者は、要介護度の重い人やターミナル期だけではなく、要支援者など保健指導の対象者も対象であり、訪問看護ステーションは介護予防に必要な専門性を有し、訪問看護師は、介護予防としての訪問看護の知識や技術を備える必要性のあることを示している。しかし、本研究においてもサブカテゴリー〈訪問看護の機能や内容がわからない〉のコードには(訪問看護と介護サービスとして利用者・家族へ説明しても拒否されることはよくある)



（訪問看護を導入するのに説明が難しい）（要支援の時はみんなしっかりしているので訪問看護はいらないと利用者や家族から言われると説明が難しい）があるように、介護職の資格を持つ介護支援専門員は予防的に訪問看護を導入したとしてもどのような効果やフォローができるのか分からないことや、利用者や家族から訪問看護は必要ないと言われると説明が難しいと認識していたことがわかる。

介護職の資格を持つ介護支援専門員は、福祉系サービスの利用割合が高く、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、安価な訪問介護に依頼する傾向にあると言われている<sup>6)</sup>。本研究においても他のサービスと比べて単位数・金額が高いと認識しており、そのため訪問看護の介護予防としての導入は難しいことや年金暮らしの利用者に要支援の段階からの介護サービスは入れにくいと認識していることも明らかになった。サブカテゴリーである〈単位数・金額が高い〉は、看護職の資格を持つ介護支援専門員の認識にも含まれる共通する認識であった。しかし、看護職の認識が訪問看護を理解した上で相対的に「高い」としているのに対し、介護職はコードの（年金暮らしの利用者に要支援の段階から入れにくい）から分かるように、生活感覚的に認識していた。

これらのことは訪問看護の機能を理解していないことも原因の1つとして考えられる。サブカテゴリー〈訪問看護の機能や内容がわからない〉のコードには（予防的に入るとどのようなフォローができるのか）（予防的に入ることに自分が納得できれば利用者に自信をもって勧めることができる）があるように、自分があまり良く理解できていないために必要性を感じておらず、家族に上手く説明ができないために導入につながっていないことが考えられる。とはいえ生活感覚が利用者

に近いことは、利用者を理解する上で重要であり強みとも言える。医療面を優先的に見がちな訪問看護に比べて生活の見落とされがちな部分を見ている可能性もある。そのため、介護支援専門員の苦手意識や壁がある者は早めに医療の情報を共有するなどその対策をとりながら、介護予防としての訪問看護の機能をしっかり理解しておく必要がある。

## 2. 看護職の資格を持つ介護支援専門員の認識

【管理・安心のための訪問看護導入】は、これまでの先行研究においても同様の認識が抽出されていた。

下吹越ら<sup>6)</sup>は、「看護職の資格を持つ介護支援専門員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」と述べている。本研究においても、看護職の資格を持つ介護支援専門員は、MCIがみられる軽度要介護者に予防の段階から訪問看護を導入することの必要性を認識していた。病状の変化に訪問看護師が早期に気づくことや緊急時を含めた変化への対応により、緊急に医療につなぐような事例を減らすことができるとしていた。そのためにも予防の段階から定期的に訪問看護による体調、病状、服薬の管理が必要であると認識していることが明らかになった。それは湯澤<sup>9)</sup>が、ケアの少ない要介護者に対しては観察や会話から身体の異常に早く気づき、体調を整えていきながら、緊急の症状に対応して入院を回避し重度化させないことが重要であると述べていることと合致している。

老々介護で家に引きこもりがちな軽度認知障害がみられる軽度要介護者や家族には、訪問看護師が相談・話し相手としての役割を担うことを看護職の資格を持つ介護支援専門員は期待していた。MCIがみられる軽度要介護者は、介護サービスの

介入の必要性を認識していないことも多いが、認知症高齢者の介護者に社会的孤立があることも報告されており<sup>10)</sup>、訪問看護師が定期的に介入することで、利用者や家族が安心することができる。介護サービスを拒否する利用者に対して、訪問看護が足掛かりとなり介護サービスを受け入れてくれることもあることを、看護職の資格を持つ介護支援専門員は認識していた。また、下吹越ら<sup>6)</sup>が「他職種が利用者の体調変化へ不安を持ちながらサービス提供していることへの対応として、訪問看護がサポートとなり、安心して在宅療養者にサービスが提供できるように環境を整えている」と述べているように、訪問看護が主治医、多職種への橋渡しとしての役割を担う必要がある。

サブカテゴリー〈体調、病状、服薬管理が必要〉と〈利用者や家族が安心できる〉は、介護職の資格を持つ介護支援専門員の認識にも含まれる共通する認識であった。看護職は、(残薬が目立ち始めたとき)(管理や疾患のコントロールが難しいとき)など具体的で、ある程度の短期間で捉えられる客観的な事象を根拠に訪問看護の必要性や安心を認識していた。一方で介護職は、利用者の生活や性格や行動、あるいはその人物の過去の行動や発言などから推し量ることで、やはり必要であり安心だと認識していた。つまり、看護師の資格を持つ介護福祉専門員は、医療的根拠のある事象から訪問看護導入をとらえ、介護職の資格を持つ介護福祉専門員は、利用者の言動や家族を含めた生活全般から推し量って認識をしていた。このことは、具体的な根拠が持てるかどうかで資格の違いからくる認識の違いに関与しているといえ、今回の研究で得られた新たな知見と言える。

【タイミングと効果がわかりづらく導入しにくい】から導入しづらい理由について、介護職の資格を持つ介護支援専門員と同じように難解さを認

識していたことが分かる。看護師の資格を持つ介護支援専門員は、日中の緊急対応であれば自ら見に行きアセスメントし対応もできることもあり、訪問看護は最後の砦として、利用者の状態が悪くなってから導入するとの認識であった。訪問看護導入が難しい要因として、要支援は限度額が少なく訪問看護の導入でオーバーし、区分支給が早期の訪問看護に結び付きにくい<sup>10)</sup>とされている。サブカテゴリー〈単位数・金額が高い〉は、介護職の資格を持つ介護支援専門員の認識にも含まれる共通する認識であった。訪問看護を導入する効果とタイミングを見極め、説得力のある説明能力を身につけることで、単位数・金額が高いため利用しづらいとの認識を克服することが課題である。看護職の資格をもつ介護支援専門員は、介護予防の視点から地域の集いや地域のカフェ・運動教室などの介護保険以外の社会資源サービスと、訪問看護による効果の違いがどのタイミングで現れるのか、事例を蓄積し分析する能力も必要である。

## VI. 結語

MCIがみられる軽度要介護者への訪問看護導入に対して、介護支援専門員の資格によって認識に相違があることが明らかとなった。同時に、MCIがみられる軽度要介護者に訪問看護を導入することは、予防的な視点からも重要であることが共通の認識として存在することも確認された。今回、新たな知見として介護職の資格を持つ介護福祉専門員は、利用者の言動や家族など生活全般を推し量った上で訪問看護導入を認識し、看護師の資格を持つ介護福祉専門員は、医療面での具体的な事象から訪問看護導入を認識していたことが明らかとなった。本研究は質的研究であり一般化

することは出来ないが、生活感覚に優れた介護職の資格を持つ介護福祉専門員と、医療的根拠を持って予測できる看護職の資格を持つ介護福祉専門員と協力しあい、訪問看護の効果や導入のタイミングについて具体的な情報共有や協力体制が必要であることが示唆された。

本研究は令和3年度姫路大学大学院看護学研究科修士論文に修正を加えたものである。

申告すべき利益相反（COI）はない。

## VII. 文献

- 1) 厚生労働省（2019-6-20）：社会保障審議会介護保険部会「認知症施策の総合的な推進について」,  
<https://mf.jiho.jp/sites/default/files/mf/document>  
（最終アクセス日2021.12.22）
- 2) 厚生労働省（意見交換資料-参考R5.5.18）訪問看護利用者割合  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001103292.pdf>  
（最終アクセス日2023.11.14）
- 3) 日本訪問看護振興財団：介護予防事業円滑実施・地域包括支援センターに関する調査事業報告書，2011.
- 4) 厚生労働省（2018-8-3）：「平成29年度介護給付費等実態調査の概況」,  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/17/index.html>（最終アクセス日2021.12.22）
- 5) 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・災害医学会会誌JJOMT. 66（4），276-282，2018.
- 6) 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・災害医学会会誌JJOMT. 64（1），46-53，2016.
- 7) 今井幸充：認知症を進ませない生活と介護，法研，28-29，2015.
- 8) 渡邊裕美，渡邊久美：軽度認知高齢者との関わりの中で家族介護者が抱く気持ちの推移とコミュニケーションの変化，家族看護学研究，21，38-49，2015.
- 9) 湯澤まさみ：軽度要介護者への訪問看護の利用者による評価と訪問看護師の支援要素の検討，公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団2015年度（後期）一般公募
- 10) 永井眞由美，東清己，宗正みゆき：高齢介護者の社会孤立とその関連要因，日本地域看護学会誌，20（1），79-85，2017.