

response rate, the opportunity to clarify ambiguous questions and the ability to obtain more detailed information (While 1991) [36].

- ☆ Methodologically, sample selection in most case management research is problematic. While high-risk populations with chronic illness are usually targeted to demonstrate the effectiveness of case management, the criteria used to identify these clients often vary and are rarely quantified using reliable or valid instruments (Lamb 1992) [23].
- ☆ Evaluations of case management projects are confronted with the problem of weak research design. The most commonly used single group pretest and post-test design in which clinical outcomes, such as length and cost of hospital stay are compared before and after implementation of case management cannot be expected to withstand the standards of scientific credibility. (Lamb 1992, Hale 1995) [20].

Future research

- ☆ The majority of the research studies that evaluate the effectiveness of case management initiatives in the United Kingdom are very heavily social services oriented and the contribution of health care professionals, especially nurses, are only minimally featured. This is problematic because while there is evidence that a number of successful individual initiatives exist where nurses are central, there are insufficient detailed evaluations of such projects to form any conclusions. (Bergen 1993) [4]

CONCLUSION

- ☆ While the absence of consensus regarding what is case management has been suggested as an obstacle in moving forward case management practice and research, it is, however, important that the need to introduce case management which can answer the cultural and health care needs of a particular context is not overseen.
- ☆ If case management programmes are to be evaluated properly, there needs to be more co-ordinated effort in describing both the structures and processes of case management programmes as well as the expected outcomes.
- ☆ It is hoped that such effort could help readdress the nursing dimension in case management that has been highly neglected and such endeavours would in turn clarify the definition and practice of nurse case management in Hong Kong.

Suggestion from this literature

- ☆ To depict various definition of case management is useful.
- ☆ The cycle of case management in America is same in Japan.
- ☆ Importance of nursing case management such as physical assessment that we want to insist is not mentioned. This is similar to other literatures.→We need to search this evidence or make it.
- ☆ When doing a research, the outcome which it should consider became in the clarifying. Variables are such as the length of hospital stay, the number of repeated admissions, patient satisfaction, family, physician and staff satisfaction. But as Lamb (1992) and Hale (1995) pointed out, we need more discussion about sample selection, research design, outcome measures.
- ☆ A concept, the independent support which is emphasized by the long-term care insurance system in Japan, isn't taken up as the point in the practice in this literature.
- ☆ In the foreign countries, the fact that it is necessary to educate a master of arts level is remarkable to the case management.
- ☆ This literature lays stress on Bergen (1992) too much.

REFERENCES

1. Archer R. & Robertson G. (1990) Andover Case Management Project: Services for People with a Mental Handicap. First year report. Hampshire Social Services, Winchester.
2. Beardshaw V. & Towell D. (1990) Assessment and Case Management: Implications for the Implementation of 'Caring for People'. King's Fund Briefing Paper 10. King's Fund, London.
3. Bergen A. (1992) Case management in community care: concepts, practices and implications for nursing. *Journal of Advanced Nursing* 17, 1106-1113.
4. Bergen A. (1993) Towards community care: methodological and sampling issues in obtaining a preliminary overview of current nursing practice. *Health and Social Care in the Community* 1, 307-315.
5. Bergen A. (1994) Case management in the community: identifying a role for nursing. *Journal of Clinical Nursing* 3(4), 251-257.
6. Bryan B., Dickerson D., Fleming M.A., Gholston L. & Thompson L. (1994) Nursing case management: affecting quality and cost. *Hospital Material Management Quarterly* 16(2), 63-75.
7. Cambridge P. (1990) Ways forward. *Community Care* 837, 25-28.
8. Challis D., Chessum R., Chesterman J., Luckett R. & Traske K. (1990) Case Management in Social and Health Care: The Gateshead Community Care Scheme. PSSRU, University of Kent, Canterbury.
9. Challis D. & Davis B. (1986) Case Management in Community Care: An Evaluated Experiment in the Care of the Elderly. PSSRU/Gower, Aldershot.
10. Challis D., Darton R., Johnson L. et al. (1989) Supporting Frail Elderly People at Home: The Darlington Community Care Project. PSSRU, University of Kent, Canterbury.
11. Cohen E.L. (1991) Nursing case management: does it pay? *Journal of Nursing Administration* 21(4), 20-25.
12. Crawley W.D. (1994) Case management: managing the nurse case manager. *Health Care Supervisor* 12(4), 84-89.
13. Department of Health (1990) National Health Service and Community Care Act. HMSO, London.
14. Desimone B. (1988) The case for case management. *Continuing Care* July, 22-23.
15. Duddy I. & Parahoo K. (1992) The evaluation of a community coronary specialist nursing service in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing* 17, 288-293.
16. Ethridge P. & Lamb G.S. (1989) Professional nursing case management improves quality, access and cost. *Nursing Management* 20(3), 30-35.
17. Franklin J.L., Solovitz B., Mason M., Clemons J.R. & Miller G.E. (1987) An evaluation of case management. *American Journal of Public Health* 77(6), 674-678.
18. Gibson S.J., Martin S.M., Johnson M.B., Blue R. & Miller D.S. (1994) CNS-directed case management. *Journal of Nursing Administration* 24(6), 45-51.
19. Giuliano K.K. & Poirier C.E. (1991) Nursing case management: critical pathways to desirable outcomes. *Nursing Management* 22(3), 52-55.
20. Hale C. (1995) Research issues in case management. *Nursing Standard* 9(44), 29-32.
21. Hospital Authority (1995) Case management Pilot scheme in Community Nursing Service. Revised CBNS S/C Paper 1/6/95. Hospital Authority, Hong Kong.
22. Knollmueller R. (1989) Case management: what's in a name? *Nursing Management* 20(10), 38-42.
23. Lamb G.S. (1992) Conceptual and methodological issues in nurse case management research. *Advances in Nursing Science* 15(2), 16-24.
24. Laxade S. & Hale C. (1995) Managed care: an opportunity for nursing: Part I. *British Journal of Nursing* 4(5), 290-294.
25. Lynn-McHale D.J., Fitzpatrick E.R. & Shaffer R.B. (1993) Case management: development of a model. *Clinical Nurse Specialist* 7(6), 299-307.
26. Mahn V.A. (1993) Clinical nurse case management: a service line approach. *Nursing Management* 24(9), 48-50.
27. Mackenzie A., Lee T.F.D., Dudley-Brown S. & Chin T.M. (1996) Case Management in Community Nursing: An Evaluation of a Pilot Study in Hong Kong. The final report. The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong.
28. McKenzie C.D., Torkelson N.G. & Holt M.A. (1989) Care and cost: nursing case management improves both. *Nursing*

- Management 20, 30-34.
29. Meisler N. & Midyette P. (1994) CNS to case manager: broadening the scope. *Nursing Management* 25(11), 44-46.
30. Petryshen R.P. & Petryshan P.M. (1992) The case management model: an innovative approach to the delivery of patient care. *Journal of Advanced Nursing* 17, 1188-1194.
31. Rheaume A., Frisch S., Smith A. & Kennedy C. (1994) Case management and nursing practice. *Journal of Nursing Administration* 24(3), 30-36.
32. Robinson J.A., Robinson K.J. & Lewis D.J. (1992) Balancing quality of care and cost-effectiveness through case management. *ANNA Journal* 19(2), 182-188.
33. Thornicroft G. (1991) The concept of case management for long term mental illness. *International Review of Psychiatry* 3, 125-132.
34. Ward L. (1990) Making better lives. *Community Care* 821, 23-25.
35. Weilitz P.B. & Potter P.A. (1993) A managed care system: financial and clinical evaluation. *Journal of Nursing Administration* 23(11), 51-57.
36. While A.E. (1991) An evaluation of a paediatric home care scheme. *Journal of Advanced Nursing* 16, 1413-1421.
37. Williams R. (1992) Nurse case management: working with the community. *Nursing Management* 23(12), 33-44.
38. Zander K. (1988) Nursing case management: strategic management of cost and quality outcomes. *Journal of Nursing Administration* 18(5), 23-30.

Roberta M. Conti.

Nurse case manager roles: Implications for practice and education.
Nursing Administration, 21(1), 67-80, 1996.

Keywords. Case management, leaning, model, research, roles

- ☆ Literature reviews demonstrate numerous case management practice models across the domains of social work, medicine, and nursing.
- ☆ This article reports on a study designed identify these components in nurses practicing in the Broker Model of case management.
- ☆ The Broker Model of Case Management focuses on identifying client needs, matching appropriate health and community resources in a timely, cost-effective fashion, and monitoring the results of the match between the client's needs and the provided services.

Nurses and Case Management

- ☆ Nurses have been sought by insurance companies to manage catastrophic cases because their knowledge and understanding of medical and nursing practice.

History of Case Management

- ☆ This chapter states histories of case management in the United States. See the other materials.

Models of Case Management

- ☆ Numerous case management models are described in the social services, health care, and nursing literatures.
- ☆ No research validating case manager roles has been forthcoming.
- ☆ No general agreement in the human services fields as to how the diversity and variability of these roles link to form a coherent model of practice.

Rothman(1991) 14 functions of case management derived from a field survey of 48 case managers and an applied field survey.

Middleton(1985) The majority of case managers were involved in the tasks of service plan development, making agency contacts, recording and reporting, and evaluation of community services.

Zimmerman(1987) Gathered data from case records, agency personnel, and clients themselves.

- ☆ Nurse authors demonstrated a lack of consensus regarding nurse case managers roles.

Conceptual Framework

- ☆ In this study, the conceptual framework of role theory called symbolic interactionism, as derived from the work of Mead (1934), Cooley (1991), and Blumer (1969).
- ☆ This framework posits that people create meaning from experiences via interactional responses to the situations in which they find themselves and that they constantly evaluating and acting upon events based on their interpretation of the meaning of these events.

Methodology

- ☆ The investigator conducted the interviews using a purposive sample of four practicing Broker Model nurse case managers.
- ☆ Qualitative study. 4 interviewees. (It abbreviates details.)

Performance of the Survey

- ☆ (It abbreviates details.)

Selection of Survey Participants

- ☆ 283 nurse case managers located in 39 states → a systematic random sample by selecting

every third name → 100 nurse case managers were selected

Findings-Demographic Characteristics

- ☆ 57 respondents completed. Nearly half of them had higher education. (It abbreviates details.)

Validity and Reliability, Identification of Behaviors

- ☆ (It abbreviates details.)

Frequently Choice Selections-Survey Methods

- ☆ See the Table 2.

Sources of Learning

- ☆ See the Table 3.

Role Emergence

- ☆ Consistent with the study's conceptual framework. Appropriate identifiers of the roles of the nurse case manager in the Broker Model. See the Table 4.

Discussion

Utility of conceptual framework

- ☆ The findings from this study supported the validity of this framework.

Characteristics of study participants

- ☆ (It abbreviates details. See the upper results.)

Findings

- ☆ The qualitative fieldwork method and survey method proved to be appropriate research methods to identify and describe role behaviors and roles of nurse case managers practicing in the Broker Model.
- ☆ These findings indicate these role behaviors were highly valued and well established.
- ☆ The behaviors of assessing, problem solving, and planning identified as learned via 'formal education' mirror those associated with the nursing process. →the scope and depth of applicability of these nursing process behaviors extend to a diverse variety of roles, including those of the nurse case manager.

Conclusions

- ☆ The complex roles of nurse case managers in this model are being performed in large part by technical nurses.
- ☆ Role identification resulting from this study revealed the majority of roles are not espoused in the nursing literature as integral to nursing practice.
- ☆ Nursing education must recognize and respond ①the traditional nursing curriculum (about communication), ②the structured environment of nursing organized services, ③challenge of the movement of practice away from acute care and into more interdisciplinary, interdependent, and independent roles, ④working with corporate world to design new, innovative pathways that result in acquisition of complex communication skills.
- ☆ Future research; ①Is a nurse educational level a criterion of importance in the practice of case management?, ②What curriculum revisions are needed?, ③What impact does or can nurse case management have an attainment of patient-, payer-, nurse-, and employer-desired outcomes?

Suggestion from this literature

- ☆ We need knowledge more models of case management.
- ☆ As well as in Japan, concept and roles of nurse case managers in the other countries is not established. When doing research, we need to identify or make operational definition

about it.

- ☆ We need to familiar with the conceptual framework of role theory called symbolic interactionism, as derived from the work of Mead, Cooley, and Blumer. Then we should discussion about our conceptual framework of research.
- ☆ This literature is useful in the point of revealing activities of nurse case managers. In Japan, as well as other countries, role, definition, and importance of nurse case managers is not cleared. Will to clarify a role and so in Japan on using such research methods not be valid?
- ☆ This literature also discussed educational level of nurse case managers. In some countries, its level is high. We need to discuss content of it in Japan.

Andrea Jennings-Sanders, Elizabeth T. Anderson
Older women with breast cancer: perceptions of the effectiveness of nurse case managers
Nursing Outlook, 51(3), 108-114, 2003

著者の紹介(Medline66-04)

Andrea Jennings-Sanders DrPH, RN 1st4 件, 他 1 件 ヘルスプロモーションなど
Associate Professor of Cleveland State University (地域看護)

Elizabeth T. Anderson DrPH, RN, FAAN 1st1 件, 他 3 件 乳癌・地域
Professor and Director, of World Health Organization Collaborating Center for
Nursing and Midwifery Development in Primary Health Care, University of Texas
Medical Branch

「Community as partner: theory and practice in nursing」の著者

アメリカでのケースマネジメント

アメリカでは、ケアマネジメント・ケアマネージャーではなく、ケースマネジメント・ケースマネージャーという用語が使用されている。精神障害者と高齢者に対するケースマネジメントは、1970 年代より発展してきた。ケースマネジメントは、多くの場合、セミナー、ワークショップ、トレーニングプログラムなどで教育・養成され、系統的なカリキュラムは存在していない。資格認定については、現在、公的なものを作成する取り組みがなされている。看護職と福祉職がケアマネジメントを主に行い、場合によってはチームを組み、役割分担を行っている。

緒言

- ◆ 米国では、非黒色腫皮膚ガンを除いて、乳ガンは女性のガンの最も一般的なタイプ。約 300 万人の女性が罹患。約 77%は 50 歳以上。
- ◆ (先行研究)乳ガンは、高齢女性とその家族のために大きい騒動を起こし、しばしば、絶望の気持ちを引き起こす病気である。
- ◆ 高齢女性とその家族が乳ガンと診断される時に直面する困難；医学的状況・身体ケア・社会的支援・資源へのアクセスなどへの手助け、ヘルスケアシステムへの道案内などが含まれるだろう。
- ◆ 糖尿病、腎不全、脳梗塞、肝臓の損傷、および以前にガンに罹患している乳ガンの高齢女性はずべて、そのような条件を持っていなかった人々より早く死亡する傾向がある。乳ガンの高齢女性に関連する身体的・心理社会的な問題に加え、これら(糖尿病など)は、合併症、移送への障害、社会的支援の減少、回復を悪化させる可能性のある身体的要因を含むのかもしれない。
- ◆ 早期退院を余儀なくされ、外来通院を基本とした治療を提供される患者として、高齢患者とその家族が直面する困難が、在宅と地域の状況のなかでおこってくる。したがって、地域密着型の看護師のケースマネージャーの利用は、高齢患者とその家族が、乳ガンの診断および治療に関連した様々な困難に適応することに影響を与えるであろう。
- ◆ 地域密着型の看護師によるケースマネジメントの目的[8]；普遍的なアセスメント、ケアプランの作成、情報、照会、直接の看護サービス、ヘルスケアのコストを削減しつつ、QOL を反映するヘルスケアの一連に沿って、コーディネートおよび違う視点からのサービスのモニタリング。
- ◆ 文献レビュー；看護師のケースマネージャーを雇用し、看護介入の効果の報告という観点からの研究は、様々な結果が報告されている。

著者	主題	内容
Howell and Jackson [9]	早期診断から治療までのガンのケアの一連の中での、看護師のケースマネージャーの支持的なケア方法を記	看護師の提供する支持的なケアは、ガン患者および家族のアウトカムに重要なインパクトを与える。コストに影響を与える可能性もあるし、また QOL を反映している。

	述。	
Palsson and Norberg [10]	看護師のケースマネージャーの経験	新たに乳ガンと診断された 35 歳から 69 歳までの患者には、精神的支援を提供。ケアの再手配と同様に、精神的支援は、安心と安全の感情をもたらす。
Ritz et al [11]	患者の QOL と、看護師の介入のコストのアウトカムを評価	乳ガンと診断された 30 歳から 85 歳までの患者の介入群では、cost quality model に基づいた標準の医療を受けた。対照群は、標準の医療のみ。介入群では、QOL 指標は多少改善したが、コストの上昇も削減もなかった。
Wengstrom et al [12]	乳がん女性の対処能力への看護介入の効果	放射線療法の実施中と実施後でランダム研究。看護介入は、患者が放射線治療の必要性を適合させるのに役立ち、59 歳以上の患者の、治療への対処能力を与えた。
Suominen et al [13]	乳ガン患者の看護師ケースマネージャーからのサポートについての意見調査	患者のサポートが入院の前と後に不十分であったことを示唆。患者は回復のために医療スタッフの態度を重要であると考えている。
Thijs-Boer et al [14]	最近乳ガンと診断された患者への支持的なケアでの看護師の関連性を調査	特別な看護サポートは、入院中・外来のすべての患者に手術前後で行われていた。安楽な看護ケアは、病院では 6%のみしか行われていなかった。さらに、看護ケアは、外来患者では欠乏していると感じられていた。看護師は、病気と治療を考慮した情報提供を患者に行う責任については、様々な意見を持っていた。
Wilson et al [15]	看護師が郊外の乳ガン患者の生存率を改善できる方法	末期ガンと診断された患者は、医療システムからたいた治療が受けられず、サポートと教育的サービスを必要としている。診断の時期にかかわらず、生存者は、乳ガンに関するより多くの教育と、診断後のより多くの精神的サポートを必要としている。
Craddock et al [16]	セルフケア尺度を使用した看護介入の効果	放射線療法を受けており、電話・口頭・記述にて、特異的副作用などのためのセルフケア尺度を使用する看護介入を受けている 25 歳以上の女性を調査。2 回目、3 回目、4 回目の化学療法後に、電話と記述では、セルフケア尺度の使用と効果の増大が認められなかった。

- ◆ これらの研究のすべてのサンプルは、様々な年齢の患者からなる。しかし、若年および高齢女性のガン経験は異なると予想される。高齢の乳ガン患者への看護師ケースマネージャーの活動の効果と、期待により焦点をあてた質的研究が必要である。

目的

- (1) 高齢の乳ガン患者が、看護師のケースマネージャーをどのように認識しているかを記述する。
- (2) 結果から、地域密着型の看護師のケースマネージャーの実践の改善への提言をする。

方法

- ◆ 乳ガンの高齢女性の治療での、看護師のケースマネージャーの効果を測定するための前向きランダム化試験[17]から、データを二次分析。
- ◆ 親研究では、新たに乳ガンであると診断され、13 地域の 60 人の外科医および南東テキサスの 2 つの公立病院で治療を受ける 65 歳以上のすべての高齢女性は、研究への参加を呼びかけられた。グループのランダム化は、患者がケアを比較したり、互いに影響を及ぼしあうことを避けるため、外科医ごとに行った。335 人の女性(対照群 166 人、看護師のケースマネージャーによる介入群 169 人)が参加。
- ◆ 対象者；女性、平均年齢 71 歳、平均教育年数 10.8 年、収入は \$15,000 以下が 53%、白人が 72%、非婚者が 62%、同居者が 62%、ADL 要介助者が 60%。(Table 1)
- ◆ 親研究では、対象の女性が対照群もしくは介入群であるかをブラインドして、訓練されたインタビュアーが自宅でデータ収集を行った。診断から 1 年後の、介入群の 106 人の

女性が、3つの open-ended の質問に返答し、本研究はその内容を分析。

◆ 3つの質問：

- (1)看護師のケースマネージャーは、役立っていたと思いませんか？
- (2)看護師のケースマネージャーは、どの方法があなたの家族と友人の役に立ちましたか？
- (3)看護師のケースマネージャーは、乳ガンの女性のニーズを満たすために何をすべきですか？

データ分析

- ◆ 逐語録からのデータを質的内容分析。テキストの中で一定の言葉または概念の存在を決定する方法。データはそのような言葉と概念の意味と関係のために分析され、それから、テキストの中のメッセージについて結論づけられる。(Morgan[18],Baxter [19])
- ◆ この分析のステップ；
 - すべての逐語録を、テキストのメッセージを把握するために、2人の著者が数回読む
 - 各問題のために、各逐語録の余白にキーワードを記入
 - 再びテキストを読む
 - 両著者で、各問題の余白のキーワードに焦点を当てる
 - 高齢女性と家族が直面する困難を表出している共通テーマが、各問題のテキストで見えるようになる(Table 2)
 - 何度も議論を行い、テキストの中で発見されたテーマについて、両著者で合意
 - 著者は、インタビューに対してテーマの構造確認のために、再びインタビューを読む
- ◆ テキストからの推論を妥当にするために重要なこと；分類の手順は、違う人々がテーマについて同じ結論を引き出すべきであることを意味する整合性に信頼性がある。(Weber[20])

結果

問題#1 看護師のケースマネージャーは、役立っていたと思いませんか？

記述	(まとめ)	インタビュー内容
① 共存する病状の管理への援助 乳ガンの高齢女性は、回復途中を妨げる病状を多数持つかもしれない。看護師ケースマネージャーが、健康のアウトカムを改善するために、共存する病状の管理への援助の方法は以下。	* バイタルサイン測定、医学的なアドバイス	「彼女[、看護師ケースマネージャー]は私の血圧を測り、私と一緒に受診し、私が diazide の服用を中止した時に、私を様子観察しました」「私が血圧について問題があるとき、彼女は、私の血圧を測定し、医師に見せるために私のチャートを作る」 「彼女は私の血圧をチェックします。私に病気と、私にあるほかの健康問題について話すためです。」 「彼女は私に、自分の血糖値をチェックする機械の使用方を教えてくれました。低血糖のときは、医師に電話してくれました。」 「彼女はいつも私のトータルな健康状態についてとても心配してくれました。彼女は私の心臓の手術に付き添い、回復中にも熱心してくれました。私は彼女を信頼していて、彼女がいなかったら生きていなかったかもしれません。」 「私をチェックするために、彼女は訪問しました。彼女は私の血圧、血糖値、および他のバイタルサインをチェックしました」

② 違うタイプのサポート
精神面への配慮、情報、および／または具体的な援助を含むことができる。精神面へのサポートは心理社会的な適応と、乳ガンの高齢患者の生存率に大きな意義がある。

②、他のサポート
リソースもしくは乳ガンの高齢女性のために用事をこなすことについての情報を提供することは、前向きな健康のアウトカムを達成するために役立つ。

③ 教育
乳ガンの高齢女性に教育を提供することは、どのように、乳ガンが治療の前段階、治療段階、治療後の段階にわたって管理されるかにおいて、ポジティブな違いを生じさせることができる。

④ ADLの介助
乳ガンの罹患に加えて、高齢女性は、ADL介助を必要としている他の慢性症状を持つ場合がある。以下は、看護師ケースマネージャーが、ADLについて乳ガンの高齢女性を援助した方法である。

精神面への配慮。

病院への付き添い、治療上の交渉・考慮、必要物品入手のための情報提供

乳ガンという病気、治療についての教育

入浴介助など実質のADL介助

「彼女[看護師ケースマネージャー]は私と話し、何と予期するか、また何をするかについてのいくつかの質問に答えました。医師があなたに考えないようにということがほとんどないので、女性の観点からの物言いでした。」

「彼女は私に語らせ、私の胸にあるものを取り去り、私の質問に答えて、決して、私を説得して、何かをさせようとせず、話し、訪問しました。それは非常に勇気付けられました。」

「彼女は私の主治医への受診に付き添いました。彼女は私にたくさんの激励とサポートを与えました。」

「彼女[看護師ケースマネージャー]は私に、何を予期するかについて話し、私が在宅生活を続けることを手助けし、私が様々な治療に通うための手段を確保するために、電話してくれました」

「彼女は一度私を救急処置室に連れて行きました」

「彼女は非常にしばしば訪問しました。彼女は一度私と病院に行きました。」

「彼女は、私が錠剤と人工膵装置を得ることを手伝いました。」

「私がとても神経質であったので、彼女は私の最初の化学療法による治療につきそいました。彼女は私のために処方量を減らしてくれました。彼女は非常に役立っていました。」

「どうやってメディケアによって人工膵装置を手に入れることができるか、そして私がどこでブラジャーを手に入れることができるかについて、彼女は私に情報を与えました」

「彼女[看護師ケースマネージャー]は進行について説明し、驚くようなことはそう起きないであろう事、起きそうなことを話してくれました。」

「彼女は運動と、タモキシフェンの服用の重要性を私に指示しました」

「すべてを私に説明し、私によりよく診断と治療を理解させました」

「彼女[看護師ケースマネージャー]は、入浴を手伝ってくれました。彼女は、私によく話をさせてくれました。彼女は聞き上手でした。」

「私がシャワーを浴びている間、そばにいて、私が出た時に手伝ってくれました。」

「私を助けるために、あらゆることをしてくれました。彼女は優秀でした。彼女は私にシャワーを手伝ってくれたりしました。」

⑤ 医療システムの道案内への手助け

乳ガンの女性は、すでに身体的に制限されており、あまり社会的なサポートネットワークがなく、リソースも限られているかもしれない。従って、複雑な医療システムを通して道案内することは、難しいかもしれない、さらにストレスを起すかもしれない。

病院や医師との交渉の代替もしくは補助

「彼女[看護師ケースマネージャー]は私が私の胸の人工舗装具を入手することを手伝いました。彼女は病院で私と会い、私がより早く入れ、早く退出できるように計りました。」

「私ができなかった時に、彼女は私のために医師に予約をしてくれました。」

「彼女は進行について説明し、驚くようなことはそう起きないであろう事を話してくれました。彼女は病院で私と会い、外科医とのミーティングができるようにしました。」

「彼女はすべてを補強しました。彼女は私を世話しました。私が私の保険書類を解釈することを手伝いました。彼女は適切な料金を、適切な意思に支払うための手助けをしました。」

「彼女はすべての点で私を助けてくれました。私は、自分が死のうが生きようがかまいませんでした。彼女は私のために医師と話しました。彼女は私の請求書について病院と交渉しました。彼女のおかげで生きていられます。」

問題#2 看護師のケースマネージャーは、どの方法があなたの家族と友人の役に立ちましたか？

記述	(まとめ)	インタビュー内容
① 支持 危機のこの時に、家族は、家族の支持者として役に立つための看護師が必要であるかもしれない。	家族への全般的な支持	「彼女[看護師ケースマネージャー]は、私の妹の胸のしこりについて、私と一緒にフォローアップしてくれた。」 「彼女はいつもそばにいてくれました。私が病院に行くたびに、彼女は私達と会いました」 「彼女は、息子が医学的に注意を払うようにすることに役立ちました」
② 精神的サポート 家族の恐怖と不安を減少させるために、看護師ケースマネージャーが家族に精神的なサポートを提供することは必須である。	家族への精神的サポート	「彼女は彼らと話し、彼らの不安を和らげる助けをしたものです。」 「彼女は私の2人の娘と親しくしました。彼女のやり方には、真実の愛情と関心がありました」 「彼女は私の娘と話し、私がしていたことについて、安心させました」
③ 教育 家族を教育することは、彼らが効果的に彼らの愛する人を世話することを可能にする。	家族へ乳ガンに対する教育	「孫とおばあちゃんと話しました。彼らに教え、素敵なことを話し、おばあちゃんの気分をよくしました。」 「彼女はどのように私をケアするかについて彼らに手順を教えました。」 「彼女は乳ガンのケアについて説明し、質問に答えました。」
④ 愛する人の病状進行の観察 対象者は、看護師ケースマネージャーが家族に、患者の病状の進行を観察し、報告することが、どれほど重要であったかを述べた。乳ガンの高齢女性は、健康上の問題を他人と議論するための、言語的な許可を与えた。	家族へ病状進行の報告	「彼女は私の娘を呼び、彼女に、私がどうしていたかを知らせました。彼女は私の夫と娘の両方に非常に励みになっていました」 「彼女が、私の夫と話し、彼に、私がどうしていたかを知らせていたからです。」

問題#3 看護師のケースマネージャーは、乳ガンの女性のニーズを満たすために何をすべきですか？

	記述	(まとめ)	インタビュー内容
① 精神的サポート	看護師ケースマネージャーが、乳ガンの高齢女性のニーズを最も満たすものは、精神的なサポートを提供することで、これが重要。	精神的なサポート	「おそらく、患者さんに頻繁に電話してください。私には、必要でなかったけれども、たぶん、必要な人もいます。」 「話しに来て、元気づけて、治療について説明し、彼らを激励するべきです。家族または友人から得るよりも、多くのサポートを必要とする女性もいます。」 「友人であり、言うことに耳を傾け、彼らの道徳的な支援を与え、何が起こるかを気にしていて、できることならば、助けてください」 「何が必要であるか、そして何を手助けするかをわかるために、話してください。特に、一人で住んでいる女性に良いと思います。」
② 他のサポート	情報と交通手段のように他のサポートは、乳ガンの高齢女性が、医学的な療養法を遵守することに役立つかもしれない。	必要物品の入手や、交通手段の確保の調整	「人工補装具を入手するための情報を得ることについて、援助した」 「患者の言うことを聞き、どこで、ターバンやブラジャーなどを見つけて、購入できるのかということを教えてほしい。」 「女性が使用できるリソースと接触させてください」 「ただ、患者のためにそこにおいて、交通手段を提供するべきです」 「歩き回ることができない人々に、交通手段を提供してください」
③ 教育	対象者は、最もよく彼らのニーズを満たすための教育を提供するためには、どのように看護師ケースマネージャーに必要であるかを述べた。	教育（ができるように学んでおく）	「女性にどのように適切に彼らの胸を診るかを教えてください。女性が乳ガン(診断、治療、およびケアまでの)について理解するのを手助けしてください」 「治療について説明し、着るのにふさわしい衣類を見せてくれた。」 「彼女は乳ガンの、何を、いつ言うかについての知識に関して、よく教育されているべきである。」

議論

- ◆ 本研究では、参加者の60%は非婚で、ADLに要介助。⇒乳ガンの高齢女性が、疾患の一般的な管理において、何らかのタイプのニーズがあるかもしれないことを意味している。
- ◆ 地域密着型の看護師ケースマネージャーは、共存する症状の管理、サポートの提供、教育の提供、ADLの介助、ヘルスケアシステムへの道案内への援助などによって、乳ガンの高齢女性に前向きな影響を与えていることが、今回の質的研究で例示された。これらの知見は、看護師ケースマネージャーが、乳ガンの高齢女性の、対処の技術の増加、知識の増加、健康状態の改善のようなアウトカムにポジティブな影響を及ぼしているという先行研究と一致している。[3, 10, 11]
- ◆ 看護師のケースマネージャーが、自分たちのニーズにあっていないかをたずねたとき、サポートの提供と、教育の提供が明らかになった。⇒看護師のケースマネージャーは、この分野で効果的な機能を担うことができるということが重要である。
- ◆ 本研究からの知見は、看護師ケースマネージャーは、乳ガンの高齢女性が、効率的にヘルスケアシステムを利用することへの道案内での、貴重なリソースであることが確実にあることを示唆しうる。高齢女性は、共存する症状の管理、ADLの遂行、適切な交通手段を得ることに困難があるかもしれない。ヘルスケアシステムの道案内は、複数の医師とのコミュニケーション、アポイントメントの成約、保険の書類の理解という問題の場合、複雑である。本研究からのデータは、看護師ケースマネージャーが、ヘルスケアシ

システムへの道案内を、いろいろな方法で、乳ガンの高齢女性に援助していることを示している。

- ◆ 看護師ケースマネージャーは、乳ガンの高齢女性の家族へのアウトカムにもポジティブな影響を与えていた。看護師ケースマネージャーは、支持し、精神的なサポートを行い、教育を提供し、健康状態を査定し、愛する人の病状の進行を観察することで、家族に役立っていた。本研究からのデータは、家族の知識を増やし、不安を減少させ、看護師ケースマネージャーとの接触によって、健康状態を改善していることを明らかにしていた。
- ◆ 先行研究では、看護師のケースマネージャーは、乳ガンの高齢女性へのケア提供において、もっと効率的に行う必要があるとしている。 [13, 14 and 16]

以下の提言は、看護師ケースマネージャーが、乳ガンの高齢患者へのケアを行うときに、どのように効率的に反映させるかということを示している。

- 精神的サポートの提供は、乳ガンの女性をケアするときに重要な側面である。看護師ケースマネージャーによる、乳ガンの女性への精神的なサポートの質を向上するためには、コミュニケーションをうまく行うことが重要。密接な関係をサポートするためには、コミュニケーションを効果的に行うことが第一段階である。看護師ケースマネージャーは、倫理的なアイデンティティや、コミュニケーションの好み、家族構成、健康に関する新年、患者の宗教観を査定する必要がある。この第一段階は、患者を気楽にし、患者の感情を表現させ、自由に感じることができるようになっている。このように、看護師は、患者のニーズと年齢によって、個別化された介入を選ぶことが重要である。*
- 乳ガンの患者が、自分の病気に対して、医療従事者に与えられるよりも、より多くの情報をほしいと考えていることが明らかにされている (Fallowfield[21])。看護師は治療のすべての段階において、乳ガンの高齢女性の役に立つように、教育されていることが重要である。乳ガンについての知識の増加が、女性の自己統制観の増加に役立つ可能性がある。どの治療段階においても関連する、精神的問題を効率的に扱うためには、看護師ケースマネージャーが、乳ガンの高齢女性に支持的なケアを与えることにおいて、特別な訓練を受けるべきである。支持的なケアの訓練というこのタイプは、異なる治療段階を経て、これらの女性が、医師や治療者を判断するときに役立つだろう。
- 高齢者担当のケースマネージャーの役割を取る可能性がある看護師への公的な教育が不足している。ケースマネージメントの内容は、いくつかの看護のカリキュラムでは紹介されているが、この分野の看護師は、今までに、老年学のケースマネージメントの原理と概念に紹介されてこなかったかもしれない。個人の身体的、社会的、心理的、精神的、環境、経済、霊的なニーズを査定するというような老年学の原理は、ケアプランのなかに組み込まれるべきである。
- ケースマネージャーの何人かは、看護師ケースマネージャーを効果的にすることが困難となるような限定された訓練を受けているかもしれない。看護師ケースマネージャーは、乳ガンの高齢女性への質のあるケアの伝達や、ポジティブなアウトカムを確立するために、組織、臨床医、コーディネーター、教育者、管理者、患者の支持者、交渉人、研究者などを変化させるという効果的な機能を担うべきである。 [22]この目的を達成するためには、標準的な教育訓練プログラムを、ケースマネージメントの分野に組み入れ、看護師が利用できるようにするべきである。
- 看護師ケースマネージャーは、患者の機能を和らげるために、高齢患者とその家族のための多数のサポートを統合する必要がある。そのように、看護師ケースマネージャーが、特定の地域で、患者が利用できるフォーマルおよびインフォーマルサービスを理解していることが重要である。多数のサポートを統合することは、乳ガンの高齢女性へのサポートのコーディネートシステムを導くことができるだろう。この努力は、サービスに接触しようとするときの患者や家族の時間の量や苦悩を減らせるかもしれない。

結論

- ◆ 本研究は、乳ガンの高齢女性への看護師のケースマネージャーの働きで望まれることと、効果についてのさらなる見識を提供した。
- ◆ 本研究の限界；サンプルが、白人の高齢女性に限定されていたことである。
- ◆ ケースマネージャーとしての経験を看護師がどのように述べているかを調査する研究で、乳ガンの高齢女性へのケアするときに、看護のアウトカムが十分に一致しているかというさらなる見識を与えることができるだろう。
- ◆ 今後の看護研究では、看護師のケースマネージャーがコストに影響があり、QOLを反映させるであろう、乳ガンの高齢患者へのアウトカムで、ポジティブな差を作ることを、例示し続けることが必要である。

References

1. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2001
2. National Breast Cancer Coalition. Facts about Breast Cancer in the U.S. 2002. Available at: <http://www.natlbcc.org>. Accessed Dec 2002
3. H.L. Howe, P.A. Wingo, M.J. Thun, L.A. Ries, H.M. Rosenberg, E.G. Feigal et al., Annual report to the nation on the status of cancer (1973 through 1998), featuring cancers with recent increasing trends. *J Natl Cancer Inst* 93 (2001), pp. 824-842.
4. R. Maraste, L. Brandt, H. Ollson and B. Ryde-Brandt, Anxiety and depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy: relations to age and type of surgery. *Acta Oncologica* 31 (1992), pp. 641-643.
5. C.A. Schag, P.A. Ganz, M.L. Polinsky, C. Fred, K. Hirji and L. Petersen, Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *J Clin Oncol* 11 (1993), pp. 783-793.
6. Yancik R., Wesley, MN., Ries L., The effect of age and comorbidity in postmenopausal breast cancer patients aged 55 years and older. *J Am Med Assoc* 2001; 285:885-92
7. Muss HB. Breast cancer in older women. *Semin Oncol* 1996; 23:82-8
8. M. Rogers, J. Riordan and D. Swindle, Community based case management pays off. *Nurs Manage* 22 (1991), pp. 31-34.
9. D. Howell and J. Jackson, Making cancer bearable: the Interlink community cancer nurses model of supportive care. *Can Oncol Nurs J* 8 (1998), pp. 222-228.
10. B.E. Palsson and A. Norberg, Breast cancer patient experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention. *J Adv Nurs* 21 (1995), pp. 277-285.
11. L.J. Ritz, M.J. Nissen, K.K. Swenson, J.B. Farrell, P.W. Sperduto, M.L. Sladek et al., Effects of advanced nursing care on quality of life and cost outcomes of women diagnosed with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 27 (2000), pp. 923-932.
12. Y. Wengstrom, C. Haggmark and C. Forsberg, Coping with radiation therapy: effects of a nursing intervention on coping ability for women with breast cancer. *Int J Nurs Pract* 7 (2001), pp. 8-15.
13. T. Suominen, H. Leino-Kilpi and P. Laippala, Who provides support and how: breast cancer patients and nurses evaluate patient support. *Cancer Nurs* 18 (1995), pp. 278-285.
14. F.M. Thijs-Boer, A.T. deKruif and H.B. van de Wiel, Supportive nursing care around breast cancer surgery: an evaluation of the 1997 status in the Netherlands. *Cancer Nurs* 22 (1999), pp. 172-175.
15. S.E. Wilson, M.R. Andersen and H. Meischke, Meeting the needs of rural breast cancer survivors: what still needs to be done?. *J Womens Health Gender Based Med* 9 (2000), pp. 667-677.
16. R.B. Craddock, P.F. Adams, W.M. Usui and L. Mitchell, An intervention to increase use and effectiveness of self care measures for breast cancer chemotherapy patients. *Cancer Nurs* 22 (1999), pp. 312-319.
17. Goodwin JS, Satish S, Anderson ET, Nattinger AB, Freeman J. Nurse case managers improve the care of older women with breast cancer. *J Am Geriatr Soc*. In Press
18. D.L. Morgan, Qualitative content analysis: a guide to paths not taken. *Qual Health Res* 3 (1993), pp. 112-121.
19. L.A. Baxter, Content analysis in studying interpersonal interaction. In: B.M. Montgomery and S. Duck, Editors, *Studying interpersonal interaction*, Guilford Press, New York (1991), pp. 239-254.
20. Weber RP. Basic Content Analysis. 2nd ed. Newbury Park (CA): Sage Publications, Inc 1990. p.1-20

21. L. Fallowfield, Psychological oncology helped in the management of women with breast cancer?. *Breast J* 2 (1996), pp. 107-113.
22. E.L. Cohen and T.G. Cesta. *Nursing case management: from concept to evaluation*, Mosby, St.Louis (1997).

第4章

学会発表抄録・報告会・掲載論文

24時間3交代制をとる訪問看護ステーションの利用状況
—介護保険施行前後の比較から—

山本千聡¹ 田口敦子¹ 本田亜起子¹ 村嶋幸代¹ 堀井とよみ² 駒井和子³
¹東京大学医学部健康科学・看護学科 地域看護学教室
²水口町社会福祉協議会 ³水口町立訪問看護ステーション

要旨：訪問看護の利用状況を介護保険施行前後で比較したところ、週の訪問回数および夜間・早朝の訪問看護利用者割合は、介護保険施行後は施行前に比べて有意に減少していた。その理由として、介護支援専門員の背景となる職種により訪問看護の必要性の判断に相違があった可能性等が考えられた。

はじめに：「2015年の高齢者介護」（2003年6月厚生労働省 高齢者介護研究会）において、在宅で365日、24時間の安心を提供する必要性が提言された。2000年4月に施行された介護保険制度は、訪問看護の利用状況に様々な影響を与えている可能性が指摘されているが、介護保険施行前後で訪問看護の利用状況を比較・調査した研究は殆どない。本研究は、先駆的に24時間3交代制の訪問看護を実施している訪問看護ステーションにおいて、介護保険施行前後で新規利用者の属性と、訪問看護の利用状況を比較することにより、今後の訪問看護のあり方や、介護保険制度の改善点・課題を検討することを目的とした。

方法：本研究の対象施設は、先駆的に24時間3交代の訪問看護を実施しているS県M町（総人口38,000人、65歳以上人口6,000人、高齢化率15.7%）にある町立訪問看護ステーション（以下、ステーションとする）とした。対象は、ステーションの平成9年4月1日～平成15年8月31日までの新規利用者256名（介護保険施行前153名、施行後103名）であった。訪問記録票、ケアプラン（週間サービス計画表）、訪問看護計画書・報告書、訪問記録等から、利用者の属性、介護状況、日常生活自立度、痴呆ランク、要介護度、訪問形態、訪問時のケア内容等のデータを収集した。集計および分析には、統計ソフトSPSS 11.5J for Windowsを使用した。全体の集計を行った時点で、介護保険施行前後のステーション利用者特性（属性、身体的特性）および訪問看護利用状況を比較した。なお、本研究は東京大学大学院医学系研究科倫理審査委員会より承認を得た。

結果：

2004/6 第7回日本地域看護学会

訪問看護ステーションの夜間・早朝帯の体制に関する全国調査

田口敦子¹ 本田亜起子¹ 村嶋幸代¹ 川越博美² 島田千穂³

¹東京大学大学院医学研究科 健康科学・看護学専攻
²聖路加看護大 ³かがやき会 地域ケア福祉研究所

要旨：全国の訪問看護ステーションの体制について調査を実施した。準夜帯・早朝帯において、計画的訪問を実施していないステーションの約3割は、利用者のニーズがあるにも関わらず人手が整わないために実施できていない現状があった。夜間・早朝帯の利用者ニーズへの対応策を検討する必要性が示唆された。

目的：夜間緊急時訪問看護加算の届出を行っている訪問看護ステーションは増加しているが、実際に夜間・早朝帯にどのような体制でサービスが提供されているかは明らかではない。本研究の目

1) 利用者の概況

対象者256名のうち、男性は104名（40.6%）、女性は152名（59.4%）であった。平均年齢は対象者全体では79.8±12.0歳であった。日常生活自立度がBまたはC、かつ痴呆ランクⅢまたはⅣの者は81名（31.6%）であった。

2) 介護保険施行前後の属性と利用状況の比較

属性を比較したところ、性別、年齢、家族構成、主介護者、介護状況、介護への協力者の有無、疾患、日常生活自立度、痴呆ランクでは有意差は認められなかった。（ $p < 0.05$ ）。看護師の1週間の訪問回数をMann-WhitneyのU検定で比較したところ、介護保険施行後は介護保険施行前より有意に少なかった（ $p = 0.006$ ）。また訪問時間帯別（日勤帯・準夜帯・深夜帯・早朝帯）の訪問看護利用者割合を比較したところ、日勤帯では有意な差はなかったが、準夜帯・深夜帯・早朝帯では有意差が認められ、介護保険施行後は介護保険施行前に比して有意に少なかった。

考察：介護保険施行前後で新規利用者の属性と、訪問看護の利用状況を比較したところ、利用者の属性には差がなかったが、週の訪問回数および夜間・早朝の訪問看護利用者割合は、介護保険施行後は施行前に比べて有意に減少していた。その理由として、①介護保険による訪問看護利用料の自己負担額の増加、②介護支援専門員の背景となる職種により訪問看護の必要性の判断に相違があった可能性が考えられた。②については、さまざまな職種の介護支援専門員同士が情報を共有し、訪問看護の必要性を検討する場を設けることで、適切に訪問看護を導入していくことが必要であることが示唆された。

的は、利用者が24時間365日、安心して在宅療養生活を送ることを可能にする訪問看護ステーション（以下ステーションとする）体制の構築に資するため、現在の夜間・早朝帯の体制を明らか

にすることである。

方法：対象は、全国訪問看護事業協会の会員である3,013箇所のステーションの管理者に、調査票を送付し、回収した。調査期間は、2003年8～9月であり、調査内容は、ステーションの概要（開設主体、同一法人内にある施設、従業員数、加算の届出状況等）、夜間・早朝帯の訪問体制等であった。統計解析は、SPSS for Windows11.5Jを用いた。なお、本研究は東京大学大学院医学系研究科倫理審査委員会より承認を得た。

結果：1897箇所から回答を得た（回収率63.0%）。そのうち、営業休止中、または無回答である調査票を除いた1891箇所を分析対象とした（有効回答率62.8%）。

1) ステーションの概要

開設主体は、医療法人45.5%、社会福祉法人9.9%、医師会9.2%であり、同一法人内にある施設は、病院51.3%、在宅介護支援センター46.5%、介護老人保健施設33.1%であった。ステーションの常勤看護職は平均3.6人、非常勤看護職は平均3.0人であった。緊急時訪問看護加算の届出をしているステーションは1536箇所（81.2%）であった。

2) 準夜帯・深夜帯・早朝帯の訪問体制

緊急時訪問看護加算の届出を行っているステーションにおいて、準夜帯・深夜帯・早朝帯の訪問体制は、「電話対応および緊急時には訪問する（オンコール体制）」98.3%、「全く対応していない」0.9%、「1日を2交替または3交替で訪問する」0.7%であった。なお、準夜帯・深夜帯・早朝帯の計画的訪問（ターミナルなどに対応するため、一時的に体制を組んで訪問を行う場合も含む）を「実施している」ステーションの割合は、準夜帯5.8%、深夜帯2.6%、早朝帯4.8%であった。なお、「実施していない」ステーションに対して、実施

しない理由を尋ねた。準夜帯に実施しない理由は、「ニーズはあるが人手が整わない」30.7%、「ニーズはあるが経費が整わない」11.2%、深夜帯に実施しない理由は、「ニーズはあるが人手が整わない」26.3%、「ニーズはあるが経費が整わない」9.5%、早朝帯に実施しない理由は、「ニーズはあるが人手が整わない」28.6%、「ニーズはあるが経費が整わない」10.5%であった。

考察：夜間緊急時訪問看護加算の届出を行っている訪問看護ステーションのうち、殆どのステーションはオンコール体制であり、2交替または3交替体制で夜間・早朝の訪問を行っているステーションは1割にも満たない現状が明らかになった。しかし、準夜帯・早朝帯において、計画的訪問を実施していないステーションの約3割は、利用者のニーズがあるにも関わらず、人手が整わないために実施できていない現状があり、夜間・早朝帯の利用者ニーズを満たすための対応策を早急に検討する必要性が示唆された。

表 計画的な訪問看護を実施しない理由

	準夜 n=1602		深夜 n=1653		早朝 n=1620	
	n	%	n	%	n	%
ニーズはあるが 人手が整わない	492	30.7	434	26.3	463	28.6
ニーズはあるが 経費が整わない	179	11.2	157	9.5	170	10.5
ニーズがない	852	53.2	965	58.4	906	55.9
他に対応するステーションがある	47	2.9	46	2.8	47	2.9
その他	168	10.5	170	10.3	167	10.3
無回答	139	8.7	145	8.8	141	8.7

訪問看護の必要性アセスメントシートの開発

訪問看護が必要な利用者像を明らかにし、看護職以外のケアマネジャーであっても、その必要性をアセスメントできるツール開発を試みた。

【対象および方法】

A 町内の公的機関の3ステーションの利用者91人について事例検討を行い、訪問看護が必要な理由と、特に、それが夜間・早朝に継続的に必要という理由（夜間早朝帯の計画的な訪問看護の必要性）を明確にするように討議した。

次に、事例ごとに明らかにした訪問看護が必要な理由を、KJ法を参考にして整理し、項目をグループ分けした。さらに、グループ毎にタイトルを付け、グループ間の関係性や構造をチャート式に図式化した。検討や作業は、訪問看護の実践者、介護支援専門員と研究者で行った。

【結果および考察】

事例検討で挙げた、日中または夜間早朝に訪問看護が必要な理由を1項目毎にカードに記入した結果、得られた項目は105項目となった。類似した項目があった場合はそれらを1枚にまとめ、59項目となった。分類項目の詳細は、下記の通りである。

- ①「疾患」に関する項目：「パーキンソン病」、「糖尿病」、「痴呆」、「精神疾患」、「脳血管疾患」、「脊椎損傷」等
- ②「医療処置」に関する項目：「喀痰・吸引」、「気管切開」、「ストーマ管理」、「褥瘡処置」、「中心静脈栄養」等
- ③「アセスメント」に関する項目：現行では情報不足であるが、看護職が医療・保健・看護の視点でアセスメントしたときに、解決できる可能性があり得るもの。「状態把握ができていない」または、「原因解明のためのアセスメントが必要」と表現した。
- ④「予防」に関する項目：予防的に介入することで、疾病の悪化、事故の発生を防げる可能性がある。「リハビリ（機能維持）」、「心臓疾患患者等の入浴」
- ⑤「介護者」に関する項目：「夜間早朝に介護者が不在である」、「介護者が高齢（65歳以上）である」、「介護者の介護負担が軽減する可能性がある」、「介護者の健康状態が良くない、もしくは悪化する可能性がある」等

上記の項目について、グループ間の関係性や構造を吟味しチャート化した。その結果、まずは訪問看護の必要の有無を、次に、訪問看護が必要と判断された場合に夜間・早朝に特化した訪問看護の必要性をアセスメントする構成となった。

【今後の課題と展望】

今回作成したアセスメントシートは、第1段階に過ぎない。今後は、作成したアセスメントシートを更に事例に当てはめ、妥当性を高めていく必要がある。

訪問看護ステーションにおける夜間・早朝の電話対応の調査

平成15年度4月の介護報酬の見直しで、訪問看護ステーションの緊急時訪問看護加算が、一月あたり1,370単位から540単位に減額された。他のサービスに比して報酬単価が高いことなどが原因であった。実際には、夜間・早朝の緊急連絡体制を敷いているステーションは、臨時訪問だけでなく電話相談にも応じており、加算の減額に打撃を受けているステーションも少なくない。そこで、夜間・早朝の電話受けの件数および内容を調査し、緊急時訪問看護加算の意味を明らかにする。また、計画的訪問を実施しているステーションと実施していないステーションを比較することにより、夜間・早朝の利用者ニーズについても検討する。

【方法】対象ステーションは、夜間・早朝の計画的訪問を行っているステーション4ヶ所と、夜間・早朝はオンコールで対応を行っているステーション5ヶ所であった。

調査期間および調査内容は、平成15年11月21日(金)日勤帯終了後～12月21日(日)日勤帯終了までの1ヶ月間(30日)に、夜間・早朝に受けた電話内容について調査用紙への記録を依頼した。調査内容は、利用者の続柄、主訴、相談内容、看護師の対応内容であった。

【結果】調査対象のステーション全9か所における夜間・早朝に受けた電話の総件数は96件であった。時間帯別に見ると、準夜63件、深夜23件、早朝10件であり、準夜の電話が最も多かった。利用者の続柄は、同居家族53件(55.2%)、本人13件(13.5%)であった。電話の主訴は、症状・病状についてが最も多く54件(56.3%)、続いて、機器・カテーテルのトラブル15件(15.6%)、事故6件(6.3%)、服薬の相談6件(6.3%)であった。電話受けをした看護師の対応は、「電話でのアドバイス・指導のみ」が50件(52.1%)、「臨時訪問」が32件(33.3%)であった。

次に、夜間・早朝における計画的訪問を実施しているステーションと実施していないステーション別に、夜間・早朝帯で受けた電話と、そのうち臨時訪問した件数について比較した。夜間・早朝の計画的訪問看護を実施している訪問看護ステーションが受けた電話件数は63件、そのうち臨時訪問したのは16件(25.4%)であった。一方、夜間・早朝に計画的訪問看護を実施していないステーションが受けた電話件数は33件、そのうち臨時訪問したのは16件(48.5%)であった。

【考察】利用者からの相談は、「症状・病状」「機器・カテーテルのトラブル」等、看護師の専門的な知識やアセスメントが必要な内容であるため、在宅療養者にとって、訪問看護ステーションの営業時間外の電話相談は、重要な支援体制として位置づいていることが分かった。また、計画的訪問を実施しているステーションは、実施していないステーションに比べ、臨時訪問の割合が少なかった。これは、夜間・早朝の計画的訪問の実施によって、「症状・病状」や「機器・カテーテルのトラブル」を予防できている可能性が示唆されたと言える。