Kobe University Repository : Kernel

PDF issue: 2026-11-24

保健婦・士が把握するニーズの特徴 : 情報収集項目の分析と介護保険制度における役割の考察

岡本, 玲子 ; 長畑, 多代 ; 関戸, 好子 ; 中山, 貴美子 ; 松原, 三智子 ; 松井, 妙子

(Citation)
神戸大学医学部保健学科紀要,16:11-21

(Issue Date)
2000-12-01

(Resource Type)
departmental bulletin paper

(Version)
Version of Record

(JaLCDOI)
https://doi.org/10.24546/00069884

(URL)
https://hdl.handle.net/20.500.14094/00069884

KOBE UNIVERSITY

保健婦・士が把握するニーズの特徴

－情報収集項目の分析と介護保険制度における役割の考察－

岡本　玲子,[1] 長畑　多代,[2] 関戸　好子,[1] 中山貴美子,[1]
松原三智子,[3] 松井　妙子[4]

要　　旨

課題分析手法から把握できる一般的なニーズに加えて、さらに保健婦・士が把握しようとしているニーズの特徴を明らかにすることを目的に、行政保健婦・士にブレインストーミングを実施し、課題分析手法にはない情報収集項目とその情報を収集する意図を分析したところ、保健婦・士が把握しようとしているニーズには、①利用者が自分たちの希望・意思を尊重してほしいというQOL向上に関するニーズ、②利用者が自分たちでできる方法を模索したいというケアへの主体的参加に関するニーズ、③現在の生活やサービス利用に対する自分たちなりの理解や方法を認めてもらいたいという対処行動・認知面の受容に関するニーズ、④家族間調整に関するニーズ、⑤地域サポート力強化に関するニーズがあることが分かった。保健婦・士は、介護保険制度の利用者らに、これらのニーズの把握から対応に至るまでの活動が円滑になされるように、専門的機能を発揮する必要がある。

索引用語：保健婦・士、介護保険制度、ニーズ把握、課題分析手法

緒　　言

平成12年4月から介護保険制度の開始をはじめとし、ゴールドプラン2000、健康日本21、老人保健事業の第４次計画が始動し、地域保健関連分野は、過去に類をみないほどの転換期を迎えている。この流れのなかで、保健婦・士も活動展開方法の変革を求められており、特に、地域の健康増進と予防活動を担う行政保健婦・士が、介護保険制度と連動する部分で、どのような役割を果たせるのか、どのように機能できるのかについて早急に検討する必要がある。

本研究の目的は、保健婦・士が意図的に行っている情報収集の内容を明らかにし、介護保険における課題分析手法（アセスメントツール）で収集する情報を比較検討することにより、保健婦・士が把握し関わろうとしているニーズの特徴を探り、個別事例への援助に果たす保健婦・士の専門的役割と介護保険制度における位置づけを検討することである。

課題分析手法とは、利用者の情報を包括的に把握、整理し、そこからニーズをアセスメントするためのツールである。課題分析手法は、介護保険制度の規定により、介護支援専門員が介護サービス計画を作成する元となり、利用者ニーズの包括的把握と、誰が課題分析を行っても一定水準以上の質を保つことを目的に開発されている[1-6]。今回、比較検討に用いた課題分析手法は、介護保険で用いられる５つの課題分析手法の中で、情報からニーズを抽出する過程が明確な在宅ケアアセスメントマニュアル（以下MDS-HCと略す）と日本訪問看護振興財団版ア

1．神戸大学医学部保健学科
2．大阪府立看護大学看護学部
3．元神戸大学医学部保健学科
4．大阪府立看護大学医療技術短期大学部

セスメント（以下財団方式と略す）の二つである。

対象と方法

本研究は、質的・記述的研究であり、次の3つのプロセスで行った。

1．保健婦・士の情報収集項目の把握

1）対象

対象は、ケアマネジメントに関する事例検討と学習を目的として大阪で開催されている研究会に継続して参加している行政保健婦・士28名と、同じ研究会で学習しており、行政保健婦・士の経験をもつ研究者4名である。

2）方法

調査方法はブレインストーミングであり、4グループに分かれておよそ1.5時間に渡り、「保健婦・士として関わるとき、利用者についてどのようなことを情報収集するか」というテーマについて思いつくまま内容を出し合うよう求めた。対象には、利用者に実際に質問する時と同じ具体的なレベルで情報収集項目を出すよう教示した。書記が、その項目と情報を収集する意図について記述した。このとき網羅的に情報収集項目を把握するために、話題が滞る際には、このような領域（例えば健康管理面、生活面など）については、どんな情報を聴きますかという具合に、研究者がファシリテーター役を務めた。また記録は、1つの情報収集項目毎に入力し、録音テープによって確認して補完した。

2．課題分析手法の情報収集項目との比較

1）対象

以下に述べる2、3の作業は、各回研究者を含む3～9名、延べ23名が5回の検討会を行い検討した。

2）方法

保健婦・士による情報収集項目と課題分析手法に含まれる情報収集項目との比較を行った。保健婦・士によって語られた情報収集項目のうちMDS-HCと財団方式二つの課題分析手法に含まれている項目（以下これを一般情報収集項目とする）を対応させて、一致した項目を整理した。それらの項目を除いて、課題分析手法に含まれない残りの情報項目に着目した。課題分析手法の一般情報収集項目にはあげられていないが、その項目によって課題分析手法で抽出される問題・ニーズを導き出す可能性のある項目を省くための手続として、残りの情報項目から課題分析手法の問題・ニーズ領域とも重複しない項目を再抽出した（以下、一般外情報収集項目とする）。実施期間は1998年6月から1999年6月で、課題分析手法は1998年版を、データ処理にはMicrosoft Excel 97を用いた。

3．一般外情報収集項目の分類

保健婦・士が、一般情報収集項目から抽出される一般的なニーズの他にどのようなニーズ把握を意図していたかを検討する手がかりを得るために、一般外情報収集項目の文脈から読みとれる意味を吟味し、情報を収集する目的・意図をさらに明確にした。読みとれた目的・意図を記述し、その意味が反映されるように一般外情報収集項目の表現を整え、分割、修正した後、これらをＫＪ法の要領で分類、整理した。

結　　果

1．保健婦・士の情報収集項目の把握と課題分析手法の情報収集項目との比較

ブレインストーミングによって、約800の情報収集項目が出された（表1）。それらの項目をMDS-HCと財団方式の二つの課題分析手法の情報収集項目とExcel上で対応させ、含まれている項目に該当する項目に、課題分析手法の項目番号を記した（表2）。その結果、保健婦・士が情報収集する領域は、二つの課題分析手法の一般情報収集項目の領域、即ち、基本情報（本人の状況、ケア提供体制・制度利用、援助時間、生活歴、主訴、）、家族・介護者情報（家族構成、家族介護、家事の状況と負担）、生活療養情報（コミュニケーション、視覚、認知・

表1．ブレインストーミングで出された情報収集項目（抜粋）

分類　普段保健婦・士活動で行っている情報収集項目
1．健康管理に関する情報収集
健診を受けているか
主治医は誰か
体にいいことを何かしているか
健康についてふだんから心がけていることことがあるか
健康について自分なりに気をつけていることがあるか
食事の面で、食養生していることはあるか
例えば豆類がいい等と思っているか
定期的に体操など運動をしているか
民間薬や健康食品などを使っているか
それらは自分にとっていいと思いるか
これらについてご家族の方の場合はどうか
医者から薬をもらっているか
飲み方の説明を受けているか
何の薬か知っているか
何の薬か説明を受けているか
用法どおりに飲んでいるか
どこでもらっている薬か
自分で量や回数を調節していないか
あなたの薬に対する考え方は
心の健康について何かいいことをしているか
ストレスはあるか
ストレスに対する対処をしているか
介護に疲れたときにはどのように対処しているか
本人は、病気をどのように受けとめているか
本人は病気に対してどのような思いを持っているか
介護者は本人の病気をどのように受けとめているか
楽しみはあるか
楽しみは継続できているか
楽しみを諦めていないか
以前の楽しみは何か
今できる楽しみは何か
病気によってできなくなった趣味や嗜好品はあるか
病気によって楽しみを実行に移すことに変化が生じたことをどのように捉えているか
病気を受けとめているか
病気を受けとめて、前向きに一歩踏みだせているか
本人も家族も障害をどのように受けとめているか
2．皮膚に関する情報収集
家族はその状況（皮膚の異常、治療状況）に気づいているか
不審な傷への質問に（本人は、介護者は）どう答えるか
その手入れはいつ、誰が、どのように行っているか
感染症等についての知識をもっているか
清潔や皮膚の異常についてどのような認識を持っているか
3．疼痛に関する情報収集
痛みについてどのような考え方を持っているのか（我慢が美徳、とにかく訴える等）
（右に続く）

分類　普段保健婦・士活動で行っている情報収集項目
（3．疼通に関する情報収集　つづき）
過去の痛みへの対処法（とにかく我慢する、すぐ薬を飲む等）
痛みが和らぐのはどんなときか（親しい人と話している等）
生活に支障をきたす程度は？
家族は本人にどのように対処しているか
独居の場合緊急体制をとれるのか
本人家族を交えて医師との話し合いができているか
異常を伝える方法を持っているか
それについて、本人・介護者はどのように理解しているか
判断するために、生育歴や、性格を把握しているかどうか
家族の対応の仕方によって本人の痛みが変化していないか
本人の痛みは家族に理解されているか
家族の対応について本人はどのように受けとめているのか
家族間の対応に差はないか
訴えを聞いてくれる人がいるか
4．麻痺・拘縮・バランスに関する情報収集
回復への意欲はどの程度か
本人の病気の受け容れはできているか
不可逆な部分を理解しているか
改善の見込みについて誤った認識を持っていないか
家庭で用具の工夫をしているか
意欲があり自分で食べたいのに食べられないことがあるか
家族は現在どの程度援助しているか
こうしたいできればいいのにと思っているか
身体的な負担はどの程度か
心理的な負担はどの程度か
社会的、経済的な負担はどの程度か
本人の意思は家族に伝わっているか
介護は過剰ではないか
介護者と本人との関係はどうか
どの程度ならば、介護に費用をかけようと思っているのか
麻痺があっても家族、本人がどこまでやりたいのか
どんな希望を持っているのか
制度利用、公費負担の申請はしているか
その他　分類外
何を大切に生きてきたか
困ったときの相談場所
医療機関、専門家に対してどのような感情を持っているか
今までに、自分から相談したことがあるか
自治会活動や公民館活動をやっていたか
近隣に相談できるか
生活歴
今はどんな生活をしているか
免許や資格はあるか
近所に困っている人はいないか

・情報収集項目の内容の分類は、便宜上行ったものである。
・分類は35分類中4分類と、分類外を抜粋した。
・分類1では、1グループ分の全データを記した。
・分類2では、1グループ分の36データの中から特徴的な5項目を抜粋した。
・分類3では、1グループ分の46データから特徴的な15項目を抜粋した。
・分類4では、1グループ分の87データから特徴的な18項目を抜粋した。
・その他分類外では、1グループ分の19データから特徴的な10項を抜粋した。

表2．保健婦・士の情報収集項目と課題分析手法との比較検討の例

分類　普段保健婦・士活動で行っている情報収集の項目（抜粋）	課題分析手法における情報収集項目番号との対応
	斜体はMDS-HC
5．社会生活動作能力、精神的意欲と日常生活の自立	
電話をかけたり、受けたりすることができるか	Ⅲ5①，*G1アe*
電話をかけたり、受けたりする時の工夫はあるか	—
外出をするか	Ⅲ7⑤，*G4アa*
どこに外出をするか	Ⅲ7⑤，*G4アa*
外出は楽しみか	—
外出の頻度はどのくらいか	*G4アa*
家に人の出入りはあるか	Ⅲ7⑤，*F5a*
一週間のスケジュールはだいたいどのようなものか	—
外出をしたいか（外出ができない人にたいして）	Ⅲ7⑥
外出して行ってみたいところはどこか	—
自分で薬の管理ができるか	Ⅲ5①，*O2*
食事の後片付けができるか	Ⅲ5①，*G1アa*
洗濯ができるか	Ⅲ5①，*G1アb*
着替えができるか	Ⅲ5①，*G5e*
6．住宅改修、社会的サービス	
住宅で使いにくいところがあるか	Ⅲ6①，Q1
住宅改修が可能な住宅であるか	Ⅲ6①，Q1
住宅改修をしたい部分はあるか	Ⅲ6①，Q1
住宅改修を行った部分はあるか	Ⅲ6①
どこを改修したか	Ⅲ6①
住宅改修をする際に公的な資金援助を受けたか	—
公的な資金援助なしでも改修したいところはあるか	Ⅰ3，*Q2, Q3（経済状態）*
社会福祉サービスをどの程度知っているか	—
どのような社会福祉サービスを利用しているか	Ⅲ6②，Ⅰ2①
近隣の手伝いやボランティアのサービスを利用しているか	Ⅲ6②，Ⅰ2①
どのサービスをどのような頻度で利用しているか	Ⅲ6②，Ⅰ2①
サービスに満足しているか	—
これから利用したいサービスはどのようなものか	—

・情報収集項目の35分類中、ここでは2つを抜粋した。

記憶・痴呆の状態、日常生活動作、手段的日常生活動作、住宅・環境改善、社会的支援・サービス、社会生活意欲、対人関係、栄養状態・食事・飲水、口腔・歯、皮膚、排泄、疼痛、麻痺・拘縮・バランス、健康管理、ターミナルケア、虐待)、医学的情報（既往歴、状態の安定性、治療状況・順守、薬剤、特殊な治療・ケア）のすべてに渡っていることがわかった。次に、課題分析手法の情報収集項目に含まれず、問題・ニーズ領域の誘因ともならない情報であると確認できた一般外情報収集項目を抽出し、65項目を得た。

2．一般外情報収集項目の分類

更に、一般外情報収集65項目について、目的・意図を明らかにしながら記述した。複数の目的・意図を持つ場合、それを十分反映するようにその情報収集項目の表現を整え、分割、修正した。最終的には、83項目となった（表3）。これをＫＪ法の要領で目的と意味内容の近いものを分類、整理したところ、次の6つのカテゴリーと29のサブカテゴリーに分類された。以下、読みとれた情報収集の意図と分類の詳細を述べる(表3)。

1）カテゴリー1：本人と家族の希望・意思に関すること

保健婦・士は、本人及び家族の希望・意思を知ることによって、QOL向上に寄与する援助の目標設定を意図していた。保健婦・士が収集する情報は、単に主訴や趣味や生きがいの有無という情報ではなく、本人や家族の生きる意欲につながる手がかりとして把握していた。例え

表3．一般外情報収集項目の分類

カテゴリー	サブカテゴリー	一般外情報収集項目
本人と家族の希望・意思に関すること		
	本人の日常の楽しみ	楽しみの継続（喪失した楽しみはないか）
		これからの楽しみの有無
		食の楽しみ
	生き方、死に方、死後に対する本人の思い	本人の意思、気持ち(どうしたいか、どうなりたいか、どうしたくないか)
		死後の希望（献体、ドナー、遺言）
	家族の日常の楽しみ	家族の日常の楽しみが阻害されている
	生き方・死に方、死後に対する家族の思い	死に方に関する家族の思い
本人と家族のセルフケア能力に関すること		
	本人のセルフケア促進要因	
	工夫していること	介護や用具の工夫点
		社会的側面の生活障害への工夫
		生理的側面の生活障害への工夫
	大切にしているライフスタイル	疾病やサービス導入によるライフスタイルの変化への抵抗感
		健康な習慣
		生活状況の把握（時間経過、頻度、習慣）
		生活リズム
	本人のセルフケア阻害要因	本人のセルフケア能力の判断
	セルフケアを阻害する知識や認知	指導された内容と知識の程度
		治療を阻害する考え方
		ケア、治療に対する自己効力感
		サービス利用に関する考え方
		サービスの受け入れ度
		誤った自己判断
		リスクの理解度
	将来の健康問題への誤った理解や認知	指導された内容と理解の程度(将来)(告知、リスク)
		疾病の経過、予後に関する理解
		将来への不安
	家族のセルフケア促進要因	疾病やサービス導入によるライフスタイルの変化への抵抗感
	大切にしているライフスタイル	健康な習慣
		生活状況の把握（時間経過、頻度、習慣）
		介護や用具の工夫
	工夫していること	社会的側面の生活障害への工夫
		生理的側面の生活障害への工夫
	家族のセルフケア阻害要因	家族のセルフケア能力の問題を早期発見
	セルフケアを阻害する知識や認知	介護に関する知識
		疾病、治療、サービス、予後等の理解度、認識度
		自分が介護を担うことに関する認識、介護意欲
		サービスの受け入れ度
		誤った自己判断
		家族の介護力の見極め
		リスクの理解度
		本人の疾病に対する家族の認識の把握
	将来の健康問題への誤った理解や認知	介護に関わる者の介護、援助内容役割分担
		サービスの必要度（家族にとって）
本人と家族の価値観、健康観、精神状態に関すること		
	縦断的に把握する本人に関する情報	大切にしていること、価値観、人生観が阻害されているか
		病前性格とその変化
		病状の変動の程度（日格差、日内変動）
		健康観
	本人のコーピング、対処行動	過去のコーピングパターン
		ストレス解消法の有無

（次ページに続く）

（表3のつづき）

カテゴリー	サブカテゴリー	一般外情報収集項目
	本人の精神的安寧状態	疾病や障害の受容ができない 精神的負担、葛藤や不安が強い 障害や病気の認識、理解、受容 世話されることへのストレス
	縦断的に把握する家族に関する情報	大切にしていること、価値観、人生観が阻害されているか 健康観
	家族のコーピング、対処行動	過去のコーピングパターン ストレス解消法の有無
	家族の精神的安寧状態	疾病や障害の受容ができない 精神面への影響
本人と家族のズレに関すること		
	生き方・死に方、死後に対する家族間のズレ	生き方・死に方に対する家族の合意 死後の希望に対する家族の合意
	家族内のセルフケアへの認識のズレ	本人家族間に認識のズレがある 本人以外の家族間に認識のズレがある
	家族内の意志疎通及び方針のズレ	本人と家族の意志疎通 本人と家族の方針のズレ
	家族関係のストレス	嫁、舅、姑、夫婦間の関係
	家族間の価値観のズレ	家族間の価値観の違い
個別的、効果的関わりに必要なこと		
	家族単位のコーピング、対処行動	過去のコーピングパターン ストレス解消法の有無
	隠している（隠したい）重要な情報	隠している（隠したい）重要な情報
	リスクを招く家族・環境要因	家族状況の変化（危機） 友人、知人の状況の変化 家族の歴史
地域の支援環境に関すること		
	地域のインフォーマルサポート状況	介護者の精神的支援者 災害時体制の有無
	開発・発掘・アレンジを要するサービス	特殊な疾病・症状への対応の有無(難病・高度医療) 地域ニーズの把握・発掘 ニーズに関する利用者と専門家の認識の違い
	チームアプローチの阻害要因	死に方に関するケアチームの合意 チームアプローチがうまくできているか ケアチームメンバーへの信頼感
	危機管理、緊急時対応状況	緊急体制の有無 リスクの理解 リスクマネジメント

ば疾病や障害によって、社会的役割等の継続が支障されているか、その喪失感が療養意欲の低下に関わっているか、これからの方向性を見いだしているかなどの考察につながる項目収集を意図していた。

サブカテゴリーは、「本人の日常の楽しみ」「生き方、死に方、死後に対する本人の思い」という利用者本人の情報と、「家族の日常の楽しみ」「生き方、死に方、死後に対する家族の思い」など家族の情報で構成されていた。

2）カテゴリー2：本人と家族のセルフケア能力に関すること

保健婦・士が意図しているのは、疾患の知識や認知においてセルフケアを阻害する要因がないかという視点だけでなく、利用者が積極的に取り組んでいることや工夫していることなど、セルフケア促進要因について着目し、これを保持、増進しようという主体的な問題解決能力の向上や、本人や家族に“できること”であった。

サブカテゴリーは、「本人のセルフケア促進要因」「本人のセルフケア阻害要因」という本人側の情報と、「家族のセルフケア促進要因」「家族のセルフケア阻害要因」という家族側の情報で構成されていた。「セルフケア促進要因」として本人、家族ともに「大切にしているライフスタイル」「工夫していること」という下位

のカテゴリーがあり、セルフケア阻害要因としては、「将来の健康問題への誤った理解や認知」「セルフケアを阻害する知識や認知」、また家族だけの情報として「家族の介護力」があった。

3）カテゴリー3：本人と家族の価値観、健康観、精神状態に関すること

保健婦・士は、セルフケア能力の基盤となる本人と家族の価値観、健康観、精神状態について一時点の断面ではなく、縦断的に把握し、対象を包括的に理解しようと意図していた。

サブカテゴリーには、「縦断的に把握する本人に関する情報」「本人のコーピング、対処行動」「本人の精神的安寧状態」という本人に関する情報と、「縦断的に把握する家族に関する情報」「家族のコーピング、対処行動」「家族の精神的安寧状態」という家族に関する情報があった。

4）カテゴリー4：本人、家族のズレに関すること

保健婦・士は、上述の3つのカテゴリーに含まれる情報収集内容において本人と家族、及び家族員同士のズレを情報収集することにより家族の人間関係を把握し、家族間の調整や援助の方向性の判断を意図していた。

サブカテゴリーには、「死に方、生き方、死後に対する家族間のズレ」「家族間のセルフケアへの認識のズレ」「家族内の意志疎通及び方針のズレ」「家族関係のストレス」があった。

5）カテゴリー5：個別的、効果的な関わりに必要なこと

保健婦・士は、家族内での過去の重要な出来事の存在や対処方法、最近の変化を把握することで、対象を家族全体として捉えた場合の当該家族の特徴を知った上で、個別的、効果的な関わりの方法を検討しようと意図していた。

サブカテゴリーは、「家族単位のコーピング、対処方法」「隠している（隠したい）重要な情報」「リスクを招く家族・環境要因」であった。

6）カテゴリー6：地域の支援環境に関すること

保健婦・士は、本人及び家族を支えている環境や地域のフォーマル及びインフォーマルなサポート状況を把握することで、利用者の自立を支援する環境づくりや支援システムの整備、効果的なチームアプローチを目指そうと意図していた。

サブカテゴリーは、「地域のインフォーマルなサポート状況」「開発・発掘・アレンジを要するサービス」「チームアプローチの阻害要因」「危機管理、緊急時の対応状況」であった。

考　　察

1．保健婦・士が把握するニーズの特徴

保健婦・士の情報収集は、課題分析手法で収集する一般情報収集項目の領域を網羅した情報収集を行っていることに加え、6つのカテゴリーに示された特別な情報収集を行っていることがわかった。以下、今回明らかになった一般外情報収集項目の特徴と、その情報収集から把握しようとしているのはどのようなニーズか、それらのニーズが一般情報項目の収集から出されるニーズとどのように異なるのかについて考察する。

一般外情報収集項目の特徴としては、まずカテゴリー1から5に示されたように、援助の対象を利用者本人だけでなく家族を含んで行っていたことがあげられる。保健婦・士は、今後の希望、セルフケア能力、価値観について、利用者本人と家族の二つの視点から情報収集し、さらに利用者本人と家族、または家族員同士にどのようなズレがあるかに着目していた。保健婦・士は、家族単位で捉えた場合の特徴についても着目し、利用者本人はもちろん家族単位の個別的な問題について検討しようとしていた。また、カテゴリー6からは、保健婦・士が対象を地域の中で生きていく者と捉え、彼らを支える地域の支援環境についても情報収集していることが示された。

次に、これらの一般外情報収集項目の特徴とその意図から、保健婦・士が把握しようとしているニーズはどのようなものかを考察する。保健婦・士の主眼は、次のようになる。主にカテ

ゴリー1では、①利用者本人・家族が自分たちの希望・意思を尊重してほしいというニーズ(QOL向上に関するニーズ)、カテゴリー2のセルフケアの促進要因に属する内容と3からは、②利用者本人・家族が自分たちでできる方法を模索したいというニーズ(ケアへの主体的参加に関するニーズ)、カテゴリー2のセルフケアの阻害要因に属する内容と3・5からは、③(客観的に誤りがあっても)現在の生活やサービス利用に対する自分たちなりの理解や方法を認めてもらいたいというニーズ(対処行動・認知面の受容に関するニーズ)を、カテゴリー4からは、④家族成員間のズレを調整してほしいというニーズ(家族間調整に関するニーズ)を、カテゴリー6からは、⑤地域の支援環境を整備してほしいというニーズ(地域サポート力強化に関するニーズ)を把握しようとしていると考えられた。また、これらの捉え方の特徴は、保健婦・士がこれらのニーズを、利用者の現在の考え方や、保健行動の基盤となる昔からの健康観、実際に行っている健康問題への対処方法、価値観、及び家族の歴史や重要な出来事に影響を受けるニーズとしていたことである。保健婦・士は、情報収集において先のニーズに影響する要因についても吟味することで、利用者個別のニーズ把握を意図していることがわかった。また、①～③について、保健婦・士は、利用者本人又は個々の家族成員単独のニーズか、家族単位のニーズかについても判断しようとしていた。⑤のニーズ把握の特徴は、利用者を、地域という場で様々な人や資源と関係性を持ちながら生活していると捉えた点にあると考えられた。

以上述べたニーズが一般情報項目の収集から出されるニーズとどのように異なるのかを考察すると、これらのニーズの特徴は、課題分析手法から一般的に抽出される治療及び健康管理や、ADLの改善、介護負担の軽減といった保健、医療、福祉という軸で捉えられるものではなく、本人・家族を含む利用者主体、利用者が生活するコミュニティ主体という軸で捉えられるニーズであるという点である。これらのニーズは、前者のように断面で客観的にとらえ易いニーズではなく、過去から将来への時系列的な流れや動的な変化のありようと利用者の主観的な認知に着目して捉えられるニーズとも言える。換言すれば、直接的な身体ケアを要するニーズではなく、どのような対象であっても、利用者本位にケアマネジメントをすすめる上での展開方法に求められるニーズである。その意味から考えると、これらは、直接的な介護・看護を要する“ケアニーズ”ではなく、利用者がその人なりに主体的に自立した生活を送るために特別な配慮や調整を要するケアマネジメント方法へのニーズと捉えることが出来る(以下ケアマネジメントニーズと記す)。

保健婦・士による家庭訪問は、家族全体を対象とし、地域全体の健康レベルの向上をめざした家族保健指導が大きなねらいであり[7]、最終目標を、対象者や家族の自立・QOL維持として、その基本的な支援として家族セルフケア機能を上げるアプローチやケアマネジメントがあるといわれている[8]。具体的な援助においても、利用者がどうしたら今の家庭環境の中で健康に留意した生活を送れるかを、その人が生きてきた考え方や方向をしっかり踏まえて、対象の持てる力や家族内の協力体制を引き出すことが強調されている[8][9]。これらは、①～⑤のケアマネジメントニーズの把握を前提とする援助であり、保健婦・士は、このニーズに専門的に対応する職種であることを示唆している。今回、情報収集の意図の読みとりからも、これらのニーズへの保健婦・士の援助の方向性は、利用者本人、もしくは家族単位のQOL向上、自立支援を目標とし、また、その地域単位のセルフケア力を高めるところをも志向している点が特徴であった。注目すべきことは、保健婦・士は、援助の方向性を、利用者の立場から模索し、利用者のやり方やできる方法を尊重し、実現の可能性に着目した情報収集が行われていたことである。

2．介護保険制度と連動する保健婦・士の役割

について

現在新聞紙上でも話題になっているように、介護保険制度においてケアマネジメント展開のキーパーソンである介護支援専門員が、複雑な給付管理業務に時間をとられ、本来業務である課題分析や介護サービス計画に十分時間を割けないことが問題になっている。この状況は、課題分析手法によって明らかになる問題・ニーズへの対応だけでなく、ケアマネジメントニーズを把握すること自体が非常に難しい状況であることを示唆している。ニーズが把握されなければ対応がなされないという問題に加えて、もし把握されたとしても、時間で区切られた保険給付の範囲内での対応が困難であることが予測される。保険給付を提供する事業者だけで対応が難しいとすれば、介護支援専門員は、給付外サービスの提供者、例えば保健婦・士をケアチーム員とし、ケアマネジメントニーズへの対応を彼らと役割分担することも介護サービス計画作成上のひとつの選択肢として吟味する必要があると考える。さらに重要なことは、介護支援専門員をはじめとし保健婦・士も含む在宅ケア提供者ら各々は、ケアマネジメントニーズの存在と内容を理解し、このニーズに関わる必要性を認識することである。その上で、自分たちのニーズ把握の方策を持ち、そのニーズに対応可能な在宅ケア提供者に対応を依頼し、ケアチームとしての協力体制のもとで、利用者を支援することが重要である。

ではこの様な状況下で、保健婦・士が、介護保険制度受給者が持つケアマネジメントニーズにどのような対応ができるのか、どのような役割を果たせるのかについて、今後の課題も含めて考えを進めたい。在宅ケア提供者がケアマネジメントニーズの存在と内容を理解するためには、保健婦・士は、意図的にこのニーズを把握しようとしている専門職として、ケアマネジメントニーズの伝達者や学習促進者、及び学習の機会・場の設定者といった役割を果たすことができるだろう。現在、課題分析手法を用いるだけでは、ケアマネジメントニーズを把握できる保証がないために、それらのニーズ把握を助ける手段の明示やツール開発も求められることから、保健婦・士は、研究者とも協力し、情報収集の方法と得られた情報からアセスメントする視点を明らかにし、それらの知識、技術を体系化することが必要である。そして明らかになった事柄を、保健婦・士職能だけでなく、広く継続的に在宅ケア提供者に伝授することが大切である。また、把握したケアマネジメントニーズへの対応は、保健婦・士の専門性の範囲と考えられることから、保健婦・士自身が、このニーズに専門家として関わるという自覚を高め、職能集団としてのコンセンサスを持つこと、及び他の在宅ケア提供者に、ケアマネジメントニーズが高い事例を発見した場合に、ケアチーム員決定の選択肢に保健婦・士を含むよう意思を表明することが求められる。そして保健婦・士ならばこのニーズにこのように対応できるということ、例えば、日常の介護や療養に関する部分は訪問看護婦やヘルパーの参画が欠かせないが、QOL向上に関するニーズ、ケアへの主体的参加に関するニーズに対しては、個別ケアから集団へのケア展開、社会参加、地域との交流という援助方法を用いて、保健婦・士が対応できる、といった標準的な活動内容についてきちんと明示しアピールすることが必要と考える。

文　献

1．ジョンN.モリス, 池上直己, ブランドE.フリーズ, 他．在宅ケアアセスメントマニュアル．東京, 厚生科学研究所, 1996.

2．財団法人日本訪問看護新興財団, 日本版日本版在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン成人・高齢者用．東京, 日本看護協会出版会, 1997.

3．社団法人日本社会福祉士会編集．ケアマネジメント実践記録様式ハンドブック．東京, 中央法規．1998.

4．日本介護福祉士会編集．生活7領域から考える自立支援アセスメント・ケアプラン作成マニュ

アル在宅版．東京，中央法規．1997.
5．社会福祉法人全国社会福祉協議会．居宅サービス計画ガイドライン～在宅高齢者の介護サービス計画のつくり方～．東京，社会福祉法人全国社会福祉協議会．1998.
6．筒井孝子．図説よくわかる要介護認定．東京，日本看護協会出版会．1999.
7．松下和子．地域看護活動の展開方法 家庭訪問．地域看護学概論 保健学講座1．（編）飯田澄子，金川克子．東京，メヂカルフレンド社．pp191-192．1997.
8．上野昌江．地域看護活動論 技術・技法 家庭訪問とケアマネジメント．地域看護学．（編）津村智恵子．東京，中央法規．pp1　62-173，1998.
9．渡辺裕子．看護技術の提供方法 保健婦が家庭で行う保健指導 援助計画の立て方．公衆衛生看護学総論3．東京，日本看護協会出版会．pp186-188，1994.

Characteristics of Clients' Needs Obtained by Community Health Nurses

Reiko Okamoto,[1] Tayo Nagahata,[2] Yoshiko Sekito,[1]
Kimiko Nakayama,[1] Michiko Matsubara,[3] and Taeko Matsui [4]

ABSTRACT: The purpose of this study was to clarify the characteristics of clients' needs that were obtained by community health nurses. The data was obtained from 28 community health nurses who worked at local governmental health centers in the kansai area. As the results, the clients' needs were classified into 5 categories: 1) Needs to promote own QOL; 2) Needs to actively participate in own care; 3) Needs to be accepted of their coping styles and perceptions; 4) Needs to maintain family relationships, and 5) Needs to strengthen community support resources. The results indicated that community health nurses should be aware of limitations of selected service assessment tools currently utilized for the LongTerm Care Insurance. Community health nurses can play an important role for the administration of Long Term Care Insurance.

Key Words: Community health nurses, Long Term Care Insurance, Needs assessment, Assessment tools.

1. Faculty of Health Sciences, Kobe University School of Medicine
2. Osaka Prefectural College of Nursing
3. Former Faculty of Health Sciences, Kobe University School of Medicine
4. Department of Nursing, Osaka Prefectural College of Health Sciences