



行政保健婦・士によるケアマネジメントの効果と介護保険との連動：質評価質問紙による全国調査の結果より

岡本，玲子

(Citation)

神戸大学医学部保健学科紀要, 16:39-50

(Issue Date)

2000-12-01

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCD01)

<https://doi.org/10.24546/00069887>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/00069887>



行政保健婦・士によるケアマネジメントの効果と介護保険との連動

— 質評価質問紙による全国調査の結果より —

岡本 玲子¹

要 旨

本研究は、介護保険制度が始まる前の行政保健婦・士によるケアマネジメントが利用者にどのような効果をもたらしているかを質評価質問紙を用いて調査し、その結果から介護保険制度と連動する行政保健婦・士活動の方向性を検討することを目的とした。全国121市町の経験年数3年以上の保健婦・士とその利用者（要支援・要介護高齢者とその介護者）356組に対し、ケアマネジメント過程の質評価質問紙と、ケアマネジメント結果の質評価質問紙を用い、郵送による調査を行った。利用者により結果をもたらす保健婦・士のケアマネジメント機能は、利用者を支持し、エンパワメントしながら適切に判断してサービス利用を進めていく部分であり、利用者とのきめ細かいやりとりを要する部分であった。利用者により結果をもたらす活動が介護保険制度の中でも十分機能するように、保健婦・士は役割を再確認するとともに、熟練度別研修や、他機関とのさらなる連携を進めていく必要がある。

索引用語：保健婦・士、ケアマネジメント、質評価、介護保険制度。

緒 言

我が国は、平成12年4月より介護保険制度を開始した。本制度では、介護支援サービス、即ちケアマネジメントが社会的なシステムとして取り入れられ、それに伴い地域・在宅ケア関係職種は、誰もがケアマネジメントに携わる、又は関わる時代を迎えた¹⁻³⁾。一方、長年地域の中でケアマネジメント機能（調整・コーディネート機能）を果たしてきた行政保健婦・士は、この変革期に多くの者が介護保険分野に異動している。兵庫県を例にとると、県資料より平成12年4月1日現在、県下全市町村の総保健婦・士数619人中79人（12.8%）が福祉・介護保険関連課に配属されており、その内政令市を除く市町村では8割強が介護保険課配属である。また、地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正（平成12年3月厚生省告知第143号）では、介護保険制度の円滑な実施のために、地域保健

や老人保健福祉分野との密接な連携と、一体的、連続的な活動の展開が求められているところである。

介護保険制度における狭義のケアマネジメントは、居宅介護支援事業者の介護支援専門員（ケアマネジャー）が中心となって運営する。個別ケアにおいて保健センターや保健所の保健婦・士（以下、保健婦・士と略す）は、居宅介護支援事業者の介護支援専門員ではないため、(1)要介護認定の過程においては要介護認定調査の市町村職員等として、(2)介護支援サービス過程においては居宅介護サービス事業者と共にケアチームの一員として、求められた場合にその役割を担うことになる。また、保健分野での介護予防・自立支援をめざした活動において(3)要介護認定の非該当となった者や、被保険者、一般住民に対する普及啓発などを行う。保健婦・士業務要覧⁴⁾には、介護保険と保健婦・士活動という章が設けられ、介護保険制度の概要

1. 神戸大学医学部保健学科

の説明と、保健婦・士の役割として、①介護保険に関する情報提供と情報収集、②介護保険の普及啓発、③対象者の把握、④相談窓口の充実と相談者への対応、⑤（システム等の）基盤整備、⑥保健福祉事業の推進役、⑦関係機関、関係者等との調整機能、⑧保健事業の推進、⑨制度の隙間に生じる問題に対応する、⑩サービスの評価という項目立てがなされている。保健婦・士活動の実際としては、介護保険事業計画策定場面、及び要介護者認定や相談窓口へのかかわりについて項目立てされている。これらの内容は、先の(1)(3)に関する内容と、個別ケアの範疇を超えたケアシステム等の整備に関する内容である。他に介護支援専門員として、という項目も設けられているが、現実的には保健婦・士がこの職種を担うことはまれである。にもかかわらず、先の(2)に該当する部分、つまり保健婦・士がケアチームの一員として関わる場合の役割については、具体的な記載がない。また文献では、訪問看護婦や社会福祉士によるケアマネジメントの専門性や業務に関する研究はあるものの^{5, 6)}、従来より個別対象へのケア展開においてケアマネジャー（コーディネーター）役を担っていた保健婦・士が、今後介護保険制度上でどのような役割を果たすべきか、行政保健婦・士が有効に提供できるケアマネジメントとはどのようなものかという問に答える研究は見当たらない。

そこで本研究は、介護保険制度が始まる前の行政保健婦・士によるケアマネジメントが利用者にとってどのような効果をもたらしているかを質評価質問紙を用いて調査した結果から、介護保険制度と連動する行政保健婦・士活動の方向性を検討することを目的とした。

対象と方法

1. 対象

対象は、市町保健婦・士とその保健婦・士が担当している利用者である。保健婦・士の選定条件は、全国の人口3万人以上の市町より人口の

層別に無作為に4分の1抽出し、選択された市町のなかで経験年数3年以上の保健婦・士とし、依頼する保健婦・士の人数は、市町の人口別に2～9人の範囲で研究者が設定した。利用者の条件は、保健・福祉・医療にまたがるニーズを持ち、3つ以上のサービス提供機関から3つ以上の社会資源を利用しており、かつ保健婦・士の関わりの開始から3ヶ月以上が経過している高齢者（概ね65歳以上）とした。

2. 方法

調査方法は、郵送による質問紙調査である。利用者への発送は、先の条件の下、保健婦・士に利用者の選択を一任し、あらかじめこちらが準備した利用者宛依頼文と利用者用調査票、研究者宛の返信封筒、及び謝礼入りの封筒に、保健婦・士がその利用者の宛先を記入し投函するように依頼し、研究者名で送付した。

測定用具は、ケアマネジャーを担う者が自己評価に用いるケアマネジメント過程の質評価質問紙（The Measurement for Quality of Care Management - Process, 以下QCM-Pとする）^{7, 8)}と、利用者がケアマネジャーによるケアマネジメント結果を評価するケアマネジメント結果の質評価質問紙（The Measurement for Quality of Care Management - Outcome, 以下QCM-Oとする）^{8, 9)}を用いた。保健婦・士には、選定した利用者に対するケアマネジメント過程を振り返りながらQCM-Pに回答してもらうことを依頼し、利用者には、その保健婦・士のケアマネジメントの結果を振り返り、QCM-Oに回答してもらうことを依頼した。

QCM-Pは、5因子45項目からなり、ケアマネジメント実施者用に作成された質問紙であり、十分できたから不十分だったまでの5段階で評価する（1項目5点、合計点による評価）。5つの因子とは、利用者支持とニーズ分析（11項目、以下過程Aとする）、チームによる協議と計画（9項目、以下過程Bとする）、社会資源探索と導入準備（6項目、以下過程Cとする）、適正な連結とフォローアップ（10項目、以下過程Dとする）、モニタリングと評価・フィードバック

(9項目、以下過程Eとする)である。QCM-Oは、4因子30項目からなり、利用者用に作成された質問紙であり、そう思う、すこしそう思う、どちらでもない、そう思わないまでの4段階で評価する(1項目4点、合計点による評価)。4つの因子とは、利用者本位にサービスが適用修正された(12項目、以下結果Ⅰとする)、いつも信頼できる相談と対応が得られた(7項目、以下結果Ⅱとする)、自分(我が家)らしい自立生活を送れるようになった(6項目、以下結果Ⅲとする)、サービス利用の選択と決定を支援された(5項目、以下結果Ⅳとする)である。二つの質問紙は、構成概念妥当性と内容妥当性、信頼性(内的整合性)、判別可能性、及び高齢者の基本属性に関わらず測定可能であることについて検討されている^{7, 9)}。

分析にはSPSS8.0jを用い、QCM-O得点の高・低群及び対象属性の各群とQCM-P得点の比較は一元配置分散分析を、属性の各群間の多重比較にはLSD(最小有意差)検定を行った。調査の実施は、1998年4月から6月である。

3. 用語の定義

本稿においては、ケアマネジメントは広義(対象の健康レベルや年齢の制限なし)の意味を用い、定義は、利用者の持つ複雑で多様なニーズに対して、適切な社会資源・サービスを結びつけ、ニーズの充足と自立の促進をはかるために、個別ケアから展開する援助機能の総称とする。

結 果

依頼した市町数は194市町、対象件数は千件であったが、調査の承諾を得られた市町は121市町であり、対象件数は621件であった。その内返送があったのは413件(回収率66.5%)であり、内有効回答は356件(86.2%)であった。

表1に示した基本属性について、利用者本人の性別は男性47.5%、女性52.5%であり、年齢で最も多かったのは65歳以上75歳未満(38.5%)、次いで75歳以上85歳未満(29.5%)、85歳以上

表1. 被調査者の属性

n=356			
項 目		人数	%
利用者本人	性別	男性	169 47.5
		女性	187 52.5
	年齢	65歳未満	28 7.9
		65以上75歳未満	137 38.5
		75以上85歳未満	105 29.5
		85歳以上	86 24.1
	日常生活自立度	J ランク	21 5.9
		A ランク	56 15.7
		B ランク	114 32.0
		C ランク	165 46.4
介護者	主疾患	脳血管疾患	180 50.5
		痴呆症	49 13.8
		難病・特定疾患	47 13.2
		骨関節系疾患	33 9.3
		その他	47 13.2
	性別	男性	78 21.9
		女性	278 78.1
	年齢	40 歳未満	13 3.7
		40 歳代	33 9.3
		50 歳代	61 17.1
		60 歳代	130 36.5
		70 歳代	103 28.9
		80 歳以上	16 4.5
担当 保健婦・士 (ケアマネジャー)	本人との続柄	配偶者	197 55.4
		子ども	84 23.6
		嫁	51 14.3
		その他	24 6.7
	所属	市	208 58.4
		町	27 7.6
		政令市	113 31.7
		特別区	8 2.3
	年齢	20 歳代	69 19.4
		30 歳代	152 42.7
		40 歳代	103 28.9
		50 歳以上	32 9.0
	経験年数	5 年以下	67 18.8
		6 ～10 年	73 20.5
		11～15 年	82 23.1
		16 ～20 年	67 18.8
		21 年以上	67 18.8

(24.1%)であり、65歳未満も7.9%含まれていた。障害老人日常生活自立度判定基準(厚生省)による自立度は、ランクC(寝たきり、ベッド上)が全体の46.4%を占め、次いでランクB(寝たきり、屋内)が32.0%、ランクA(準寝たきり)が15.7%であり、ランクJ(生活自立)は5.9%と少なかった。主な疾患は、脳血管疾患が50.5%と多く、次いで痴呆症(13.8%)、難病・特定疾患(13.2%)、骨・関節系疾患(9.3%)であった。介護者については、性別が男性21.9%に対し女性が78.1%と多く、年齢は順に60歳代(36.5%)、70歳代(28.9%)、50歳代(17.1%)、40歳代(9.3%)であり、80歳代(4.5%)、40歳未満(3.7%)は少なかった。本人との続柄は、配偶者が55.4%と多く、次いで子ども(娘、息子)(23.6%)、嫁(14.3%)であった。

保健婦・士の所属は、市(58.4%)と町(7.6%)が3分の2を占め、次いで政令市(31.7%)、特別区(2.3%)であった。性別は全員女性であり、年齢は30歳代が42.7%と多く、次いで40歳代(28.9%)、20歳代(19.4%)、50歳代(9.0%)であった。経験年数は、5年以下(18.8%)、6～10年(20.5%)、11～15年(23.1%)、16～20年(18.8%)、21年以上(18.8%)であった。

保健婦・士の自己評価によるQCM-P得点は、総合得点平均が131.3点(百点換算で58.4点、1項目平均5点満点中2.9点)、標準偏差が27.7であった(表2)。過程AからEの因子毎の1項目平均得点は、順に3.5、2.3、3.3、3.1、2.3であり、過程Aが最も高く、過程C、Dも全体の平均よりも高かったが、過程B、Dは低かった。平均点より凡そ±10点の範囲を超えた項目を見ると、得点が高かった項目(百点換算で70点以上、括弧内平均点)は、3.家庭訪問・面接等で、直接情報を収集した(4.1)、2.社会資源提供側からの相談や連絡に応じた(3.7)、4.利用者の問題認知を助け、ニーズの表出を促した(3.7)、9.社会資源選択に際して、利用者の判断を助けた(3.7)、6.利用に伴う利用者の心理的抵抗や不安に対処した(3.6)、8.ニーズの緊急性と社

会資源利用の優先度を判断した(3.6)、23.優先度の高い社会資源から導入準備を進めた(3.6)と、最後の項目以外はすべて過程Aであった。逆に得点が低かった項目(百点換算で45点以下)は過程BとEに集中しており、16.計画を文書で策定し、ケアチームメンバー全員で確認した(2.0)、45.個別ケア終了時に地域レベルの問題を明確にした(2.0)、44.個別ケアの構造的側面を評価した(2.1)、15.ケアチームメンバー全員で計画について協議した(2.2)、18.マネジメント面の必要性をチーム員に周知徹底した(2.2)、40.継続ケアカンファレンスの場を設けた(2.2)、41.個別ケアの結果をチームで確認した(2.2)、④ケアマネジメントの展開過程を評価した(2.2)であった。

利用者による保健婦・士のケアマネジメントへの評価であるQCM-O得点は、総合得点平均が86.1点(百点換算で71.8点、1項目平均4点満点中2.9点)と高い評価であり、標準偏差は20.3であった(表3)。結果ⅠからⅣの因子毎の1項目平均得点は、順に2.8、3.2、2.6、2.8であり、利用者評価は結果Ⅱで高かった。先と同様に項目別に見ると、得点が高かった項目(百点換算で80点以上、括弧内平均点)は、31.いつも安心して相談できた(3.3)、30.いつも相談できる場があり相談できる人がいた(3.2)、16.専門家がいつも見守ってくれているという心強さが得られた(3.2)、12.困ったことにすぐに対応してもらえた(3.2)、11.他の人と分け隔てなくサービスが受けられた(3.2)と、最後を除きすべて結果Ⅱであった。逆に得点が低かった項目(60点以下)は、28.サービスの利用しづらい点を改善してもらえた(2.4)、14.本人の能力を最大限に発揮して生活できるようになった(2.4)であった。

保健婦・士が自己評価したQCM-Pの総合得点及び因子毎の得点と、利用者が評価したQCM-O得点を平均値を境に高群、低群2群に分けたものについて、一元配置の分散分析を行ったところ(表4)、QCM-O高群では過程A、過程Cが有意に高い得点であるという結果を得た(過

表2. QCM-P: ケアマネジメント過程の質評価 (保健婦・士による自己評価)

n=356

No	過程 因子	ケアマネジメント過程	平均値	因子毎 の 平均値	標準 偏差
1	A 利用者支持と ニーズ分析	利用者（本人・家族）からの初回相談を促した	3.1	3.5	1.1
2		社会資源提供側からの相談や連絡に応じた	3.7		0.9
3		家庭訪問・面接等で、直接情報を収集した	4.1		0.8
4		利用者の問題認知を助け、ニーズの表出を促した	3.7		0.9
5		ケアマネジメントについて説明し、開始に同意を得た	2.7		1.2
6		利用に伴う利用者の心理的抵抗や不安に対処した	3.6		0.8
7		保健・医療・福祉等の面から包括的にアセスメントした	3.4		0.9
8		ニーズの緊急性と社会資源利用の優先度を判断した	3.6		0.8
9		社会資源選択に際して、利用者の判断を助けた	3.7		0.7
10		社会資源の選択に向けて本人・家族間の意見調整をした	3.4		0.9
11		利用者が自分で情報収集できるように支援した	3.1		0.9
12	B チームによる 協議と計画	初回のケアマネジメントの場（ケアカンファレンス）を設けた	2.3	2.3	1.2
13		ケアカンファレンスの進行、運営を円滑化した	2.3		1.1
14		関わるケアチームメンバー全員でアセスメントを進めた	2.3		1.2
15		ケアチームメンバー全員で計画について協議した	2.2		1.2
16		計画を文書で策定し、ケアチームメンバー全員で確認した	2.0		1.1
17		策定した計画について利用者の同意を確認した	2.7		1.3
18		マネジメント面（やりくり、手順等）の必要性をチーム員に周知徹底した	2.2		1.1
19		チームを組み、各員の役割、責任を確認した	2.4		1.2
40		継続ケアカンファレンスの場を設けた	2.2		1.1
20	C 社会資源探索 と導入準備	利用に際し、利用者が自分たちでできることを確認し援護した	2.9	3.3	1.2
21		利用者が計画した社会資源に早く適応できるように準備した	3.2		1.0
22		計画に沿って導入可能な社会資源を探した	3.5		1.0
23		優先度の高い社会資源から導入準備を進めた	3.6		1.0
24		導入する社会資源の妥当性、適合性を確認した	3.4		0.9
25		ニーズを充足する社会資源の量（頻度、時間、量など）を確認した	3.4		1.0
26	D 適正な連結と フォローアップ	適切な社会資源に修正するために関係機関に相談、交渉した	3.4	3.1	1.1
27		実際に利用する社会資源提供側と事前に打ち合わせをした	3.2		1.1
28		社会資源の発掘、開発、転用の可能性を検討した	2.6		1.0
29		社会資源利用の開始と直後の状況を確認した	3.4		1.0
30		社会資源に対して生じる利用者の不適応に対処した	3.1		0.9
31		新しいニーズを確認し、サービスの追加利用等の可能性を探った	3.4		0.9
32		社会資源の利用に向けて本人・家族間の意見調整をした	3.4		0.9
33		直接ケアやサービス利用の経過と結果を日常的に把握した	3.2		1.0
34		経過の情報を統合し、連絡調整を行った	3.0		1.0
35		利用者・専門家間のコミュニケーションを円滑化した	3.0		1.0
36	E モニタリングと 評価・ フィードバック	社会資源利用に伴う危機管理（リスクマネジメント）を行った	2.4	2.3	1.0
37		ケアチーム員の変化や困難に対応した	2.5		1.0
38		ケアプランの一貫性、継続性を確認した	2.6		1.0
39		個別ケア展開における転換期を判断した	2.6		1.0
41		個別ケアの結果をチームで確認した	2.2		1.1
42		個別のケアプランを修正、フィードバックした	2.4		1.1
43		ケアマネジメントの展開過程を評価した	2.2		1.0
44		個別ケアの構造的側面（人・金・物・システム等）を評価した	2.1		1.0
45		個別ケア終了時に地域レベルの問題を明確にした	2.0		0.9
合計平均			131.3		2.9
百点換算			58.4		

表3. QCM-O: ケアマネジメント結果の質評価 (利用者による評価)

					n=356	
結果因子	No	ケアマネジメント結果	平均値	因子毎の平均値	標準偏差	
I	利用者本位にサービスが適用修正された					
	20	規則を押しつけるのではなく、個別事情に応じてもらえた	2.9	2.8	1.1	
	19	日程や人など不便な点について柔軟に対応してもらえた	2.9		1.2	
	23	人間としての価値を認められた	2.9		1.1	
	11	他の人と分け隔てなくサービスが受けられた	3.2		1.0	
	15	状況に応じて融通の利く対応がなされた	2.8		1.1	
	28	サービスの利用しづらい点を改善してもらえた	2.4		1.1	
	13	サービス利用に対する偏見がなくなった	3.0		1.1	
	29	予防的に対応してもらい悪化が防がれた	2.7		1.1	
	27	サービスを自分で選んで決めることができた	2.9		1.1	
	26	サービス利用により、生活がどう変わるかを具体的に示された	2.6		1.1	
	33	個人的な秘密やさまざまな家族内の情報漏れが守られた	3.0		1.1	
	32	医師など専門家に話しにくいときに代弁してもらえた	2.6		1.1	
II	いつも信頼できる相談と対応が得られた					
	31	いつも安心して相談できた	3.3	3.2	1.0	
	30	いつも相談できる場があり、相談できる人がいた	3.2		1.0	
	16	専門家がいつも見守ってくれているという心強さが得られた	3.2		1.0	
	12	困ったことにすぐに対応してもらえた	3.2		1.0	
	6	いつでも困ったことを訴えることができた	3.0		1.1	
	10	利用後の経過をいつも見守ってもらえた	3.1		1.0	
	25	相談直後より迅速に対応してもらえた	3.1		1.0	
III	自分（我が家）らしい自立生活を送れるようになった					
	40	安心して快適な生活を送れるようになった	2.5	2.6	1.1	
	37	本人なりの健康を維持できる生活を送れるようになった	2.7		1.1	
	36	施設でも在宅でも自分の望む場所で生活できた	3.0		1.2	
	39	本人と家族の考え方の違いを互いに理解しやすくなった	2.5		1.0	
	45	本人と家族の希望が十分聞き入れられた	2.8		1.0	
	14	本人の能力を最大限に発揮して生活できるようになった	2.4		1.1	
IV	サービス利用の選択と決定を支援された					
	7	サービス利用について多くの人に判断を仰げる機会をもてた	2.7	2.8	1.1	
	2	適切なサービスを継続して利用できた	2.8		1.2	
	5	サービス利用に際するストレスが和らいだ	2.9		1.1	
	1	サービスの利用について自分達から意見を述べる事ができた	3.1		1.1	
	34	サービスの選択肢が示され各々の長所、短所を知ることができた	2.7		1.1	
合計平均			86.1	2.9	20.3	
百点換算			71.8			

程A: $F=8.1$ 、 $P<.006$ 、過程C: $F=7.3$ 、 $P<.007$ 。QCM-P総合得点においても、F値2.8、 $P<.01$ と、利用者評価の高群で保健婦・士によるケアマネジメント過程が高得点である傾向が見られた。

また、保健婦・士と利用者の属性別にQCM-P得点を比較した結果（表5）、保健婦・士では年

齢、経験年数による差が見られたが、利用者属性による差はなかった。保健婦・士は、20歳代より40歳代が、30歳代より40歳代が、そして経験年数5年以下より21年以上が、経験年数6年から15年の者より16年以上の者が、それぞれ有意に高得点を示していた。

表 4. QCM-O 得点の高群・低群と QCM-P 得点の比較

QCM-P ケアマネジャー自己評価	QCM-O 利用者評価	n	QCM-P 平均値	標準偏差	F 値	p
総合得点	高群	186	133.6	27.8	2.84	±
	低群	170	128.7	27.7		
過程 A 利用者支持とニーズ分析	高群	186	38.9	6.7	8.11	**
	低群	170	36.9	6.7		
過程 B チームによる協議と計画	高群	186	18.6	8.1	0.28	
	低群	170	18.1	7.8		
過程 C 社会資源探索と導入準備	高群	186	20.5	4.9	7.33	**
	低群	170	19.0	5.0		
過程 D 適正な連結とフォローアップ	高群	186	31.9	7.7	1.44	
	低群	170	30.9	7.4		
過程 E モニタリングと評価・フィードバック	高群	186	23.0	8.3	0.02	
	低群	170	22.9	8.2		

± p<0.1, ** p<0.01

表 5. 各属性の群別 QCM-P 得点の比較

属 性	n	平均値	多重比較	標準偏差	F値	p
担当保健婦・士（ケアマネジャー）						
年齢	20歳代	69	125.7	25.4	5.2	**
	30歳代	151	127.6	28.3		
	40歳代	101	139.6	27.7		
	50歳代以上	32	136.6	24.4		
経験年数	1～5年	75	129.5	26.2	3.6	**
	6～10年	72	124.4	26.3		
	11～15年	81	127.9	29.8		
	16～20年	66	137.5	28.6		
	21年以上	56	139.4	25.3		
利用者本人						
性別	男性	168	132.7	28.7	0.7	
	女性	185	130.2	26.9		
年齢	65歳未満	23	136.6	24.7	0.7	
	65～74歳	138	131.9	27.9		
	75～84歳	108	128.7	27.6		
	85歳以上	84	132.5	28.7		
主疾患	脳血管疾患	180	132.2	28.1	0.9	
	心疾患	8	126.7	31.6		
	骨・関節系疾患	33	124.3	23.9		
	痴呆症	49	132.4	29.8		
	難病・特定疾患	47	128.6	27.5		
	その他	36	136.7	26.2		
寝たきり度 判定基準	J ランク	20	125.7	29.3	0.6	
	A ランク	56	134.1	32.9		
	B ランク	114	129.3	26.8		
	C 1 ランク	43	132.6	26.1		
	C 2 ランク	120	132.6	26.6		

* p<0.05, ** p<0.01

考 察

QCM-Pは、熟練保健婦・士に個別面接を実施し、効果を得られたケアマネジメントについて網羅的な項目収集を行っており、普段保健婦・士によって行われているケアマネジメントの内容が、現実に基づいて盛り込まれているのが特徴である。しかし、今回の調査では、保健婦・士が担当する利用者に対するケアマネジメントの自己評価を求めたものの、その総合得点は6割に満たず決して高い値ではなかった。ばらつきの程度が大きいことから、保健婦・士の中でもかなり自己評価に個人差があることが伺えた。この個人差に影響する要因を、ケアの質評価に用いられる側面、即ち過程、結果、構造という互いに影響し合う3側面^{7, 10)}に照らして考えると、それには、保健婦・士個々の属性やケアマネジメント展開過程の技量不足という要因はもちろんのこと、当該保健婦・士が勤める市町のケアシステムやサービス体制の構造的問題、ケアマネジメントの結果評価、特に利用者側評価に基づく計画へのフィードバック不足といった要因が影響しているのではないかと考えられる。ここでは、保健婦・士と利用者の属性別の検討のみを行ったが、主観的評価の限界はあるものの、保健婦・士の人数が少なかった50歳代群を除いて、保健婦・士の年齢、経験年数の数が多いほど、提供しているケアマネジメントの質に対する利用者評価が高かった。年齢と、経験年数については、ケアマネジメントの提供について他職種が自己評価した別の調査結果においても同様の傾向が見られており^{6, 11)}、ケアマネジメントが経験を積むことにより熟練度を増すことのできる援助技術であることが示唆される。しかし、介護保険制度も始まり、多くの利用者が質の高いケアマネジメントを求めている現状を考えると、ケア提供者各々が事例経験を積んで技術を会得するまでの年月を待つことはできない。そこでケア提供者各々が、より短期に効率よく質の高い技術を習得するためには、熟練者の実践知が体系化され、それを修得できる研

修プログラムとその実施が望まれる。

QCM-Pを因子別に見て最も高値を示していた因子、即ち過程A:利用者支持とニーズ分析に属する項目の内容を、活動形態（利用者・ケアマネジャー間で行われる、利用者・サービス提供者・ケアマネジャー間で行われる、サービス提供者・ケアマネジャー間で行われる、ケアマネジャーの判断で行われる）に照らすと⁷⁾、11項目中8項目が利用者とケアマネジャー間で行われる活動であった。これは、QCM-P全体では3割弱の項目がこの形態に属することに比べると、非常に高い割合である。得点が高値を示した項目は、上位5項目中4つ（項目3、4、6、9）が利用者・ケアマネジャー間で直接行われる活動であった。これより、保健婦・士自身が高く評価している活動は、利用者と保健婦・士との直接的なやりとりに基づく活動が多いことが読みとれた。

過程Aの次に得点が高かった過程C:社会資源探索と導入準備、過程D:適正な連結とフォローアップは、過程A・Bのアセスメントと計画に基づいてサービス利用を進める際に、サービス導入の優先度や適合性、及び質や量について判断したり、利用者とサービス提供者側間の調整や経過把握をする活動が多い。保健婦・士が高く自己評価しているこれらの活動は、いづれも、ケアカンファレンスのように一同に会して行う活動ではなく、利用者からサービス提供者へ、又その逆方向の連絡調整という動きを螺旋的に行いながら、利用者のニーズや反応とサービス提供者側が実施できる条件や範囲を照らし合わせ、実現可能で適切な方向へ折り合いをつけていく活動であった。

一方得点が低かったのは、過程B:チームによる協議と計画、過程E:モニタリングと評価・フィードバックである。過程Bは、ケアカンファレンスなどチームでケアマネジメントを進める際の項目群であり、メンバー全員が会して協議することや、計画を文書で作成する、確認する、サービス導入のやりくり等に関するマネジメント面の周知徹底などの活動で構成されている。これ

らは、皆に示せるように目に見える形に整えたり、多くのサービス提供者とコミュニケーションを取りながら行う活動であった。過程Eは、個別ケアからコミュニティの問題を明らかにすること、ケアマネジメントの構造面や、展開過程、結果に関する評価を行うという活動であり、保健婦・士の多くは、これらの活動が十分行えていないと自己評価していることがわかった。ケアチームメンバー間の相互作用を要する活動の評価に影響する要因は、個々の保健婦・士の技量も問われるところであり、また、当該市町における他職種間のネットワーク会議の存在や、記録様式の整備などシステム整備の進み具合の影響もあると考える。地域ケアにおいては、継続的な質改善に向けた活動の評価と効果測定の重要性が謳われて久しいが¹²⁻¹⁴⁾、本調査においてもケアマネジメントに関連する各種評価に対する自己評価が低いのは、地域保健活動全般において方法や評価ツールの開発が課題であることから、ケアマネジメント分野においても評価の指標となるツール不足や、評価までを仕事の範囲に組み込んだ体制の未整備が自己評価の低さに影響しているのではないかと考える。

利用者による評価は、ケアマネジャーである保健婦・士からもたらされた結果に、7割強と高い得点がつけられていた。特に高かったのは、結果Ⅱ:いつも信頼できる相談と対応が得られたであり、この活動も他の結果Ⅰ・Ⅲ・Ⅳと異なり、利用者とケアマネジャー間の直接的なやりとりを持つ活動が基盤になると考えられた。利用者評価が低かった項目、例えばサービスの改善や本人の能力開発に関する活動は、ケアマネジャーの力量だけでなく、サービス提供機関側の体制に左右される内容や、本人の意欲や症状、及びケアチームメンバーの活動が自立を目指す方向に徹底されているかといった点に関わる項目と考えられた。

利用者評価の高さに関連している保健婦・士のケアマネジメント過程、つまり利用者の良い評価をもたらすケアマネジメント過程はどの部分かを調べた結果は、ケアマネジメントの過程

A:利用者支持とニーズ分析、過程C:社会資源探索と導入準備が関わっていることがわかった。先にも述べたようにこの過程は、利用者との直接的なやりとりを基盤にして利用者の状況やニーズに応じてサービス利用が実現する方向へ支援し、ケアマネジメントの進め方やサービス選択に際して量と質を判断することに関わる活動である。これらは利用者ニーズとサービスを結びつけていく基本的なケアマネジメントの活動の中で、利用者の立場に視点を置いた活動として重要な部分と考える。この過程A・Cは、保健婦・士の自己評価でも高い値が出ており、保健婦・士が十分にできていると考えている部分、換言すればエネルギーを投じて行っている核となる活動の部分が、利用者にも高い評価を受けていることが伺える。

現在、介護保険制度では、介護支援専門員は、利用者と直接関わる部分ではない給付管理における事務や、利用者と直接関わる部分の中でも、料金やしくみの説明が業務の多くを占めることになり¹⁵⁾、現場では当初から望まれている介護サービス担当者会議（ケアカンファレンス）の開催も省略されている場合がある。このような状況では、介護支援専門員がQCM-Pにあるような質に関わるケアマネジメント活動を単独で行うことは、時間、労力、費用効率を鑑みて大変困難であることが予想される。しかし例えば、家族のセルフケア能力が低い場合や、家族内に複雑な問題を抱えている事例、問題認知やサービスの受け入れ、自己決定が難しい事例などでは、じっくり事例と向き合い、直接的なやりとりや利用者ニーズに応じた判断を介する対応が欠かせない。このような事例に対して質の高いケアマネジメント展開を行おうとする場合、介護支援専門員のみがその責務を担うことが実質的にきめ細かい対応を要する事例に対し、それを実行できる他職種、ケアチーム員と役割を分担し、有機的に連携をとる必要がある。本稿では、保健婦・士によるケアマネジメントのみを検討し、他職種による過程の検討を行っていないこ

とが課題であるが、少なくとも保健婦・士は、本調査において評価したケアマネジメント活動の中で、利用者により結果をもたらした活動、即ち直接的やりとりに基づくきめ細かい活動に対する自己評価が高いことから、介護支援専門員を補佐し、ケアチームの質保証を担う要員の選択肢のひとつとなりうる職種であると考ええる。

畑らが行った全国約2千名の在宅介護支援センター職員対象の研究¹¹⁾では、QCM-Pの項目構成とはちがうもののアセスメント、目標・計画、実施という援助行動がよく行われていたが、ケース発見、モニタリング、評価の項目は平均値を割っていた。後者の援助行動に対応する部分を保健婦・士についてみると、本研究結果では、保健婦・士の自己評価が高かった過程A:利用者支持とニーズ分析の項目群にはケース発見の内容が含まれており、過程D:適正な連結とフォローアップには、畑らの言うところのモニタリングの8項目中6項目と意味の範囲を同じくする内容が含まれている。QCM-Pの過程C:社会資源探索と導入準備にあたる部分は、在宅介護支援センターにおいてもよく行われていた。このことは、評価・フィードバックについては、両者とも課題を抱えているものの、居宅介護支援事業者である在宅介護支援センターの介護支援専門員と保健婦・士が協同すれば、互いの機能を補完し合いよりよいケアマネジメント展開が可能であることを示唆している。今後、本調査で確認した利用者に効果的であったケアマネジメント機能が、介護保険制度やそれ以外の対象に対してくまなく提供されるように、ケアチーム員の一人としての保健婦・士の活動が期待されるところである。加えて、行政の立場にある保健婦・士は、継続的質改善と標準を示す役割を担うことを自ずと求められることから、質の把握と管理、及び維持向上に向けた指導的役割、教育内容の検討と研修企画、評価など、多面的な活動が望まれる。

文 献

1. 日経ヘルスケア編. 介護保険制度の中核理念とそれを支える仕組み. 介護保険のキーパーソン・ケアマネジャー・マニュアル. 東京、日経ヘルスケア、pp16-18, 1998.
2. 高良麻子, 長谷憲明. 介護支援専門員は何をするのか. 介護支援専門員(ケアマネジャー)ハンドブック. 東京、ブックマン社, pp10-19, 1999.
3. 労働法令協会編. 介護保険制度の概要. 介護保険法便覧. 東京、労働法令協会, pp1-8, 1998.
4. 竹澤良子. 介護保険と保健婦(士)活動. 第9版 保健婦・士業務要覧. (編)日本看護協会. 東京、日本看護協会出版会, pp481-501, 1999.
5. 友安直子. 所要時間による在宅ケアマネジメント・プロセスと業務の分析. お茶の水医学雑誌 46:25-32, 1998.
6. 安梅勲江, 片山秀史, 原田亮子, 他. ケアマネジメント専門性評価モデル試案の妥当性と信頼性および社会福祉士の自己評価の特徴. 老年社会科学 20:50-60, 1998.
7. 岡本玲子. ケアマネジメント過程の質を評価する尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌 46:435-446, 1999.
8. 岡本玲子. ケアマネジメントの質評価. トータルケアマネジメント 3:70-78, 1998.
9. 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. お茶の水医学雑誌 46:167-179, 1998.
10. Avedis Donabedian. 看護ケアの質評価における課題. 「看護」を考える選集1. (訳) 勝原裕美子. 東京、日本看護協会出版会, pp122-126, 1996.
11. 畑智恵美, 岡田進一, 小澤温, 白澤政和. 在宅介護支援センター職員のケアマネジメント実践—ケアマネジメントプロセスに基づいた援助行動の内容—. 老年社会科学 22:59-71, 2000.
12. Registered Nurses Association of British Columbia. 看護の課題. 保健医療改革に向けての看護戦略. (完訳) 北山秋雄. 東京、日本看護協会出版会, pp77-84. 1995.

13. 宮本ふみ. 解説：地域における保健婦および保健士の保健活動指針について. 「看護」を考える選集 9. (編) 井部俊子, 嶋森好子, 末安民生. 東京, 日本看護協会出版会, pp249-254. 1999.
14. 先駆的保健活動交流推進事業 保健婦(士)活動あり方小委員会. これからの地域保健における保健婦(士)活動指針 保健活動事例を通して. 東京, 日本看護協会出版会, pp65-69, 1997.
15. 大野勇夫. 利用者のためのケアマネジメント. 東京, あけび書房, pp23-38, 123-127, 2000.

The Effect of Care Management by Community Health Nurses, and the Organic Linkage with the Long Term Care Insurance

Reiko Okamoto¹

ABSTRACT: The purpose of this study is to investigate, before the Long Term Care Insurance System is put into force, what kind of effects care management by community health nurses has produced for users by using a quality evaluation questionnaire, and out of the results, to examine the activity direction of community health nurses, which is linked with the Long Term Care Insurance System. The survey was conducted by mailing quality evaluation questionnaires of care management processes, and quality evaluation questionnaires of care management results, to 356 groups of community health care nurses having experience of more than 3 years and the users (persons who need assistance, aged persons who need care, and caregivers) in 121 cities and towns across the whole country. It has consequently been proven that the management care function of community health nurses that produces good results for users can be realized by supporting the users and promoting services with empowerment and proper judgment, and by exchanging minute details with users. It is important that community health nurses should reconfirm their role, and further promote training courses according to skillfulness, and the cooperation with other organizations, so that their activities that may produce good results for users will function sufficiently in the Long Term Care Insurance System as well.

Key Words : Care management, Quality evaluation, Community health nurses, Long Term Care Insurance.

1. Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kobe University School of Medicine