

St. Luke's International University Repository

行政保健婦・士によるケアマネジメント過程と構造
要因の関連: 質評価質問紙を用いた調査結果より

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 岡本, 玲子, Okamoto, Reiko メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00014866

This work is licensed under a Creative Commons
Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0
International License.



行政保健婦・士によるケアマネジメント過程と構造要因の関連 — 質評価質問紙を用いた調査結果より —

岡 本 玲 子¹⁾

要 旨

本研究の目的は、ケアマネジメントの構造要因の質が、ケアマネジメントの実践過程の質に関連するか、および最も関連する要因は何かを探り、地域保健における基盤整備の方向性を検討することである。調査は、ランダムに選んだ全国121市町の、経験年数3年以上の保健婦を対象に、郵送による自記式質問紙調査を行った。質問紙は、構造評価にはQCM-S、過程評価にはQCM-Pを用いた。その結果、有効回答は356であり、ケアマネジメントの構造評価の高い群のほうが過程評価が高いことが明らかになった。特にケアマネジメント過程の質評価の高さに関連していた構造要因は、ケアチームのアセスメント方法の共有化、チームアプローチができる関係形成とその体制づくり、社会資源の情報管理体制、地域全体のケアシステムの構築、ケアマネジメント実施時間の確保であった。今後行政保健婦・士は、地域保健全体のなかで、介護保険制度とうまく連動しながら、これらの要因の強化に向けた活動を展開する必要がある。

キーワード

ケアマネジメント 保健婦・士 介護保険制度 評価

I. 緒 言

我が国では平成12年4月より介護保険制度が施行された。行政保健婦・士（以下保健婦と略す）は、地域住民一人ひとりの生存権と健康権を保障する役割を持ち、社会福祉等の関連施策との有機的連携に配慮しつつ、地区特性に応じた地域保健施策を展開する責務を持つ¹⁾。このため保健婦は、新たに導入された介護保険制度とも円滑に連動しつつケアマネジメントおよび地域ケアの質向上に貢献することが期待される。

介護保険制度における狭義のケアマネジメントを担う介護支援専門員とは、要介護者等からの相談に応じ、その心身の状況等に応じてサービス事業者等との連絡調整等を行い、彼らが自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識と技術を持つ者であり（介護保険法第79条2項を要約）、その主業務は解決すべき課題の分析と、居宅サービス計画の作成、サービス担当者との連絡調整である²⁾。しかし実際は、サービス提供（保険給付）に伴う給付管理業務に多くの時間が費やされる³⁾。また、受講資格試験終了後の実務研修の内容も、制度論と、要介護認定および介護サービス作成の過程に限られ

ているため²⁾、介護支援専門員は、地域全体のケアシステムの質の向上までをその役割の範疇に捉えにくく、また問題と気づいてもそのための活動を行う時間確保が難しい現状にある。

一方、保健婦業務要覧にみる介護保険制度下の保健婦業務には、サービスを提供する人材の確保や施設の整備およびシステム作りといった基盤整備、情報収集と提供、関係機関・関係者との調整機能、サービスの評価といった役割が書かれており⁴⁾、これは保健婦が、地域のケアマネジメントを円滑に進めるための構造、すなわち人材、予算や道具、制度やシステム・管理体制などの基盤整備を担う役割を持った職種であることを示している。そこで、今後保健婦が基盤整備を行ってゆくためには、ケアマネジメント過程の質の高さに影響する構造要因を探り、保健婦が活動の方向性の根拠を持ってその要因に働きかけられるようにすることが重要と考える。

介護システムや介護保険の構造を成す要因には、ヒューマンウェア（マンパワーの量と質の確保、育成、活用、人間関係等）やソフトウェア（制度、手続き・手順、情報管理、マニュアル等）、ハードウェア（設備、施設等）⁵⁾、および提供する各種在宅サービス・施設サービスやそれらの整備を推進する介護保険事業計画、老人保健福祉計画⁶⁾ などがある。これをケアマネジメントに絞ってみると、その構造を成す要因に該当する記述には、

受付日2001年2月9日 受理日2001年4月23日

1) 神戸大学医学部保健学科

ニーズへの即応性やサービスの適正なアレンジなどの支援、利用者主体の質評価に関する体制やサービス開発および人材の育成・開発^{7, 8)}、チーム形成・連携・情報管理などの組織化に関する体制や予算・労務管理などの運営管理体制⁷⁾、ケース発見体制⁸⁾、アセスメントのための組織の整備⁹⁾などがある。

質評価を行う際、質評価質問紙に用いる項目は、質に関わる項目が網羅されて収集される必要がある。しかし既文献では、わが国のケアマネジメントに影響すると思われる構造要因が質的な項目収集から網羅的に整理されているわけではない。そこで、今回は構造の質を評価するための質問紙についても検討を加えることが求められる。

本研究の目的は、ケアマネジメントの体制や整備状況など構造を成す要因が整備されているかという質の高さが、ケアマネジメント過程の質の高さに関連するか、および最も関連する要因は何かを探り、地域保健における基盤整備の方向性を検討することである。また、それに先立ちケアマネジメントの構造面の質評価質問紙についても検討する。なお、本調査の実施は、介護保険制度開始前にモデル事業が全市町村に降りた時期であり、結果は介護保険制度によって変化する構造要因を反映していないため、考察では制度によって変化したと考えられる要因についても検討を加える。

II. 方 法

1. 対 象

対象は、人口3万人以上の全国市町を人口の層別に無作為に四分の一抽出し(194市町)、そこに勤務する経験年数3年以上の保健婦とし、従事者概数に応じた人数(合計1,000人)分依頼した内、承諾を得られた121市町(依頼数621)に調査を行った。

2. 調査方法

調査方法は郵送による自記式質問紙調査であり、実施期間は1998年4～6月である。

ケアマネジメント過程の評価は、保健婦が自分の行ったケアマネジメントを自己評価するケアマネジメント過程の質評価質問紙(Quality of Care Management-Process Measurement 以下 QCM-P と略す)¹⁰⁾で行う。QCM-P は、ケアマネジメントの具体的な活動45項目について、十分できたか否かを1点から5点で問う質問紙であり、5つの過程別得点と合計点でケアマネジメント過程の質の高さを評価する。得点が高い方が質の高いケアマネジメントを展開していることを示す。その5過程とは、過程A:利用者支持とニーズ分析、過程B:チームによる協議と計画、過程C:社会資源の探索と導入準備、過程D:適正な連結とフォローアップ、過程E:モニタリングと評価・フィードバックである(以下、過程A～Eと略す)。QCM-P は、同調査結果より信頼性や構

成概念妥当性などの検討を行ったものである(n=353)。クロンバック α 係数は質問紙全体で0.96、各因子も0.8以上であり、ケアマネジメントの基本的過程に沿って質的に検討した分類との完全一致率が73.3%(隣接含む一致率は97.8%)であった。今回はその後返送があった3件を加えたデータを用いている。

ケアマネジメントの基盤となる構造の質評価質問紙は、文献10のQCM-P作成過程の予備調査として行ったデルファイ調査と平行して項目収集と内容妥当性の確認、修正を行い原案を作成したものである。今回の調査では、内的整合性を確認した後、これをケアマネジメントの質を保証する基盤となる構造の質評価質問紙(Quality of Care Management-Structure Measurement 以下 QCM-S と略す)として用いる。QCM-S は、各項目の内容について十分できているか否かを1点から5点で問い、得点が高い方が構造面の整備がよくなされていることを示す。この質問紙も、保健婦自身が自分の就労地域の状況を個々に評価するものである。

3. 用語の定義

本研究におけるケアマネジメントとは、介護保険制度における狭義のものを指すのではなく、対象の年齢や健康状態、日常生活自立度、及び特定の制度上の条件に限定されないものであり、地域保健全般で展開されている広義のケアマネジメントを指す。定義は、利用者の持つ複雑で多様なニーズに対して、適切な社会資源を結びつけ、ニーズの充足をはかるために、個別ケアから展開する援助機能の総称¹⁰⁾とする。

III. 結 果

1. 対象の基本属性

承諾を得た121市町への送付数621中413名より返送があり(回収率66.5%)、内有効回答数は356(有効回答率86.2%)であった。表1に詳細を示す。

市町の内訳は、特別区・政令市が34.0%、市町が66.0%であった。人口は10～30万人未満が3割を占め、その他5万人未満、5～10万人未満、30万人以上は2割前後であった。高齢化率は13%未満が3割を占め、その他13～15%未満、15～18%未満、18%以上は2割前後であった。被調査者の年齢は、30歳代が42.7%と最も多く、次いで40歳代28.9%、20歳代19.4%、50歳以上9.0%であった。経験年数は、5年以下、6～10年、11～15年、16～20年、21年以上のどれも2割前後でほぼ均等であった。役職は、なしが78.2%と大半を占めた。過去1年間のケアマネジャー経験件数は、2～5件が3割を占め、1件以下、11件以上がともに2.5割、6～10件が15.8%であり、回答は少ないか多いかの双極に分かれていた。介護支援専門員か否かに関わらず、ケアマネジメントを行うことが自分の役割と思うか否かを問うたケアマネジャー役割の認知度は、役割だと思う者が39.0%と最も多く、

表1 対象の基本属性

		不明除く	
		人数	%
所属市町特性	特別区・政令市	121	34.0
	n=356 市町	235	66.0
所属市町の人口	5万人未満	92	26.6
	5万人～10万人未満	71	20.5
	10万人～30万人未満	115	33.2
	n=346 30万人以上	68	19.7
所属市町の高齢化率	6%～13%未満	108	32.2
	13%～15%未満	72	21.5
	15%～18%未満	88	26.3
	n=335 18%以上	67	20.0
保健婦の年齢	20歳代	69	19.4
	30歳代	152	42.7
	40歳代	103	28.9
	n=356 50歳以上	32	9.0
保健婦の経験年数	5年以下	67	18.8
	6～10年	73	20.5
	11～15年	82	23.0
	16～20年	67	18.8
	n=356 21年以上	67	18.8
役 職	なし	277	78.2
	n=354 主査・係長・課長級	77	21.8
過去1年のケアマネジャー経験件数	1件以下	77	25.9
	2～5件	98	33.0
	6～10件	47	15.8
	n=297 10件以上	75	25.3
ケアマネジャー役割の認知度	役割だと思う	133	39.0
	やや思う	122	35.8
	n=341 どちらでもない 役割だと思わない	86	25.2

次いでやや思うが35.8%と役割認知を持つ者が全体の4分の3を占めた。

2. 構造評価質問紙の作成

まず原案の作成について記す。文献10のデルファイ調査第1ラウンドとして行われた経験年数5年以上の熟練保健婦18名への面接からは、948項目が収集され、同義語を集め統合したところ129項目が抽出された¹⁰⁾。その内ケアマネジメント過程に属する69項目およびその他の項目を除き、構造に関する項目のみを抽出したところ23項目があがった(同調査第2ラウンド、先の18名を含む熟練保健婦96名)。その項目について内容妥当性を確認するために、ケアマネジメントに影響する構造要因か否かについて被調査者からの意見を集約したところ(同調査第3ラウンド、先の熟練保健婦の内85名)、23項目中22項目について80%以上の者が影響する項目であると答

え、他の1項目についても72.6%が同様に答えていた。追加項目に関する意見は、利用者評価を反映させるシステムがあることや、情報が集約できる体制、活動実績の報告についてなど6個あがっていたが、どれももとの項目の意味の範囲に含まれる内容または類似する内容と考えられた。

この結果を受けて全項目を採用とし、文言の見直しと修正を行った。例えば、もともと「ケアマネジメントに関する記録の管理体制が整っている」という内容であった項目を、「ケアマネジメントの活動内容の実績報告がある」という追加項目への意見を受けて、「記録の点検、報告などの管理体制が整っている」と修正した。また、もとの項目中に地域ケアシステムの整備とケアマネジメントができるシステムの整備という内容があったため、これを1項目に統合し、計22項目の質問紙を作成した(表2)。分析の際、基盤整備の方向性を見だしやすいように、22項目がどの範囲で行われる活動かという視点で意味内容を吟味し、実務者ネットワーク単位、自治体単位、職場単位の3つに分類し分析枠組みとした(以下分類名を順に分類1、分類2、分類3と記す)。

結果1に記した対象に実施した今回の調査では、項目全体のクロンバック α 係数は0.93、分類毎には順に0.85、0.74、0.85であり、内的整合性が確認されたことから、これを評価表 QCM-S として用いることとした。

3. 過程・構造評価得点

過程評価得点を百点換算すると、合計は58.4(131.3/225)点、各過程はA～Eまで順に69.1(38.0/55)、46.0(20.7/45)、66.0(19.8/30)、62.8(31.4/50)、46.4(20.9/45)点と、過程B、Eの得点が低かった¹⁰⁾(括弧内は、満点分の平均値を示す)。

過程評価得点を表1の保健婦要因について一元配置の分散分析を用いて比較すると、過程評価得点合計では、全ての要因において有意な関連が見られた($F=3.7\sim 12.0$, $p<.05\sim .001$)。多重比較の結果は表3に示した。保健婦の年齢及びケアマネジャー経験件数では、AからEの全過程で年齢や経験件数の多い群で得点が高い傾向が見られた。経験年数及び役職では、同様の傾向が過程AとBで見られるものの、過程CからEでは各群間に差はなかった。ケアマネジャー役割の認知度では、過程Eを除き、役割と捉えている群の方が高い得点を示していた。

構造評価得点を百点換算すると、合計の平均は46.5(51.1/110)点、各分類は順に49.2(24.6/50)、44.3(13.3/30)、44.0(13.2/30)点と、どれも低く、特に分類2、3の得点が低かった(括弧内は、満点分の平均値を示す)。項目別に5点満点中平均点が3点以上であったのは項目2、3のみであり、2点を下回ったのは項目8、15、16であった。

表2 構造評価項目と分類（不十分である～十分である：1～5点）

分類1. 実務者ネットワーク単位

1. 各機関どうしがチームを組める関係ができています
2. 関係機関どうしで情報交換できる体制が整っている
3. 公的なケアカンファレンス（サービス担当者会議）が開催されている
4. ネットワーク会議が活発である（地域ケア会議等）
5. 関係機関で地域レベルの問題を考える会議がある
6. 関係機関でともに行う研修体制が整っている
7. 個別事例に関わる際はチームの中で必ずケアマネジャーを位置づけている
8. 関係機関でともに行う研究体制が整っている
9. チーム内でアセスメントの共通指標を用いている
10. チーム内で記録の共通様式を用いている

分類2. 自治体単位

11. 地域ケアシステムの整備がすすめられている
12. 社会資源の情報を管理する体制が整っている
13. 相談窓口が一本化（統合化）されている
14. サービスや制度について住民へのPRができています
15. 第三者評価機関がある
16. ケアマネジメント実施時の質的基準が明示されている

分類3. 職場単位

17. ケアマネジメントを実施できる時間が確保されている
18. 研修や専用記録用紙印刷等に使える予算が確保されている
19. ケアマネジメントや相談ができる専門職を配置している
20. ケアマネジメントや相談ができる専門部署を設置している
21. 所属部署のケアマネジメント管理体制が整っている
(スーパーバイズ、ミニカンファレンス等)
22. 記録の点検、報告などの管理体制が整っている

4. 過程評価と構造評価の関連

構造評価得点を、合計及び分類毎に平均値を境に高群・低群の2群に分け、両群の過程評価得点を一元配置の分散分析を用いて比較した(表4)。その結果、構造評価得点合計と分類毎の評価得点すべてにおいて高低両群に属する過程評価得点合計の平均値に有意な関連が見られた($F=17.6\sim30.1$, $p<.001$)。さらに同様の関連は、各過程、即ち過程A得点($F=8.9\sim11.6$, $p<.01$)、過程B得点($F=4.3\sim9.5$, $p<.05\sim.01$)、過程C得点($F=13.4\sim20.7$, $p<.001$)、過程D得点($F=15.1\sim23.9$, $p<.001$)、過程E得点($F=11.0\sim25.3$, $p<.01\sim.001$)との間にもみられた。特に各過程との関連が強かった分類は、分類2であり、とりわけ過程C、D、E($F=20.7\sim25.3$, $p<.001$)においてその傾向が出ていた。また、分類1は、過程Eとの関連が強かった($F=20.2$, $p<.001$)。この結果は、本調査の範囲で、構造評価について合計と分類毎の高群に属する過程評価得点(合計、および5つの各過程)が有意に高い、つまり、ケアマネジメントを展開する場の構造面の質が保健婦によって高く

評価されているほど、ケアマネジャーの展開過程の質に対する自己評価が高いことを示している。

次に構造評価の各項目得点について、得点1・2・3点を低群、4・5点を高群とし、その高低両群間において、過程評価得点の平均値に差があるかどうかを検討した。その結果、表5に示すとおり、過程評価得点合計では、項目15を除く全ての項目で有意な関連が見られた。分類毎に特に過程評価の高さに関連が強かった構造評価項目($F>20.0$)は、分類1では、順に9・1・7・2・10、分類2では、12・11・13・16・14、分類3では、17・22・20・21の順であった。構造評価高群との関連が過程A～Eのすべてに差が見られたのは10項目(1・6・7・9・11～14・17・21)であった。どの過程でも有意な関連が見られなかったのは項目15であり、項目5・8・16・19は何れかの過程で有意な関連やその傾向が見られなかった。

IV. 考 察

今回の調査で、ケアマネジメントの基盤となる構造要

表 4 構造評価得点の高低群と過程評価得点の比較

		合 計		過程 A		過程 B		過程 C		過程 D		過程 E		
構造評価得点	n	平均値	F 値	平均値	F 値	平均値	F 値	平均値	F 値	平均値	F 値	平均値	F 値	
			p		p		p		p		p		p	
分類 1. 2. 3.	低群	177	123.9	26.2	36.8	10.9	17.2	8.5	18.7	15.3	29.5	23.9	21.0	20.8
合計得点	高群	179	138.5	***	39.1	**	19.6	**	20.8	***	33.3	***	24.9	***
分類 1 得点	低群	171	124.2	22.7	36.8	9.5	17.0	9.5	18.8	14.0	29.8	15.1	21.0	20.2
(実務者ネットワーク単位)	高群	185	137.8	***	39.0	**	19.6	**	20.7	***	32.9	***	24.8	***
分類 2 得点	低群	184	123.8	30.1	36.8	11.6	17.1	9.5	18.6	20.7	29.6	23.9	20.9	25.3
(自治体単位)	高群	172	139.3	***	39.2	**	19.7	**	21	***	33.4	***	25.2	***
分類 3 得点	低群	207	126.2	17.6	37.1	8.9	17.6	4.3	19.0	13.4	30.1	15.8	21.8	11.0
(職場単位)	高群	149	138.4	***	39.2	**	19.4	*	20.9	***	33.3	***	24.7	**

*p<.05、**p<.01、***p<.001

因は、実務者ネットワーク単位（分類 1）、自治体単位（分類 2）、職場単位（分類 3）のそれぞれの単位でケアマネジメント過程の質に影響していることがわかった。しかもそれは、ケアマネジメント展開のすべての過程、つまり利用者支持とニーズ分析（過程 A）、チームによる協議と計画（過程 B）、社会資源探索と導入準備（過程 C）、適正な連結とフォローアップ（過程 D）、モニタリングと評価・フィードバック（過程 E）の質にも関連していることが示された。本研究の限界として、構造要因の評価が多機関多職種の複数評価でなく、被調査者単独の評価の範囲であることは否めないものの、ケアマネジメントのあらゆる過程の質の高さに構造要因が影響を及ぼすことを示唆する知見が得られたと考える。これは、ケアシステムなど構造要因が整っている市町ほど利用者本位で質の高いケアマネジメント展開が可能なのではないかということを示唆している。

しかし構造評価得点が、合計、各分類ともに 5 割に満たない低い値であったことは、わが国においてケアマネジメントの基盤となる体制整備が遅れていることを示唆している。特に値が低かった関係機関での共同研究体制（項目 8）や第 3 者評価機関の設置（項目 15）、ケアマネジメント実施時の質的基準明示（項目 16）に関する体制の整備は、改善が急がれる。だが、本調査後に介護保険制度が開始され、これに伴い各種新聞紙上で報じられているように多くの自治体で第 3 者評価機関の設置の動きがあること、また昨年 12 月、厚生労働省「介護保険サービス選択のための評価のあり方に関する検討会」が利用者が介護保険サービス事業者と契約を結ぶ際のガイドとなるチェックリストの骨子案を提示し質的基準のガイドを示したことにより¹¹⁾、これらに関係する介護保険制度の構造要因については、漸次改善が期待される。ただ、先のチェックリストの構成は、①契約手続き（契約期間、手続き方法等）、②サービス利用手続き（日時の選択、時間外・緊急時対応、利用料等）、③サービス体制（人員数、資格、経験、連携体制、苦情処理体制等）、④サー

ビス内容（家族間調整、サービス手順等）となっており、介護保険の給付以外のサービスや、地域全体のケアシステムについて言及するものではない。よって、当該自治体に応じた質保証の基準や体制の整備は、関係機関間の共同研究や地域レベルの問題を考える会議を行いながら進めていくことが望まれる。また、先の調査においてケアマネジメントの過程に関連がなかった項目は、第 3 者評価機関の有無のみであった。が、これは当時第 3 者評価機関が全国的に未整備であり十分できていると答えた自治体がなく標本数に偏りがあったためと考えられる。

結果より、社会資源探索と導入準備（過程 C）、適正な連結とフォローアップ（過程 D）、モニタリングと評価・フィードバック（過程 E）に特に強い関連を示した構造要因は、自治体単位（分類 2）であった。自治体単位の構造要因が影響する過程といえば、過程 A の利用者の把握や過程 B の多機関とのサービス計画作成の部分をイメージしやすい。が、それよりもサービス計画作成後の過程に構造面の質の善し悪しが影響するという今回の知見は、基盤整備の方向性に示唆を与える。現在、介護保険制度においては、サービス計画作成時にサービス担当者会議を開催することが謳われているものの³⁾、その後のケアマネジメント活動については要介護認定更新時の再課題分析までは体制面の設定は何もなく、各居宅介護支援事業者の裁量に任されることになる。今回の結果より、個々の事業者の裁量に加えて、自治体単位のケアシステム基盤の整備が重要であることが根拠づけられることによって、保健婦は、各事業者に対して、事業者単位の質保証への努力に加えて、地域ケア会議など、地域全体のケアシステム構築を考えられる場を利用し（無い場合は設定し）、地域全体の質保証戦略をともに考えるよう求められる。また、この過程 C・D・E の質の高さは経験年数や職位とは関連がなく、過程 E はケアマネジャーの役割認知度と関連がないという結果は、これらの過程がケアマネジメントの中で特にセンスと専門的技術を要する部分であると考えられることから、今後

表5 構造評価得点の高低群と過程評価得点の比較

			合 計		過程 A		過程 B		過程 C		過程 D		過程 E		
構造評価得点			n	平均値	F 値 p	平均値	F 値 p	平均値	F 値 p	平均値	F 値 p	平均値	F 値 p	平均値	F 値 p
分類 1 (実務者 ネットワー ク単位)	項目 1	低群	126	121.1	28.0	36.6	8.3	16.4	12.9	18.2	20.6	28.7	27.7	20.3	21.4
		高群	230	136.8	***	38.7	**	19.5	***	20.6	***	32.9	***	24.4	***
	項目 2	低群	90	122.5	12.2	36.5	5.6	17.0	3.7	18.1	14.4	28.8	14.7	20.7	9.1
		高群	266	134.2	**	38.5	*	18.9	+	20.3	***	32.3	***	23.7	**
	項目 3	低群	89	124.9	6.3	36.7	4.5	17.0	3.4	18.6	6.7	29.9	4.8	21.3	3.4
		高群	267	133.4	*	38.4	*	18.8	+	20.2	*	31.9	*	23.5	+
	項目 4	低群	153	126.1	9.3	37.3	2.8	17.4	4.5	19.1	5.3	30.4	4.6	21.2	13.4
		高群	203	135.1	**	38.5	+	19.2	*	20.3	*	32.2	*	24.3	***
	項目 5	低群	230	128.1	8.5	37.2	8.2	18.0	1.4	19.3	6.0	30.5	9.8	22.0	10.0
		高群	126	137.0	**	39.4	**	19.1	n.s.	20.6	*	33.1	**	24.8	**
	項目 6	低群	262	128.6	9.2	37.5	5.0	17.9	4.1	19.4	5.2	30.7	10.4	22.2	9.2
		高群	94	138.6	**	39.3	*	19.8	*	20.8	*	33.5	**	25.2	**
	項目 7	低群	252	126.9	22.9	37.5	4.7	17.3	16.8	19.2	10.9	30.6	9.8	21.8	19.4
		高群	104	141.9	***	39.2	*	21.0	***	21.1	**	33.3	**	25.9	***
	項目 8	低群	300	129.9	4.7	37.7	3.5	18.1	1.9	19.6	2.9	31.2	2.0	22.5	7.6
		高群	56	138.6	*	39.5	+	19.8	n.s.	20.8	+	32.7	n.s.	25.7	**
	項目 9	低群	228	125.1	34.9	36.7	22.2	17.3	12.7	19.0	15.5	30.2	17.5	21.3	28.5
		高群	128	142.4	***	40.2	***	20.4	***	21.1	***	33.6	***	26.0	***
	項目10	低群	173	126.1	12.2	37.4	2.9	17.5	4.3	19.1	6.7	30.5	5.1	21.7	8.5
		高群	183	136.2	**	38.6	+	19.2	*	20.4	*	32.3	*	24.2	**
分類 2 (自治体 単位)	項目11	低群	164	124.0	22.1	37.0	6.9	16.8	12.3	18.7	14.8	29.9	13.7	20.9	19.5
		高群	192	137.5	***	38.8	**	19.7	**	20.7	***	32.8	***	24.7	***
	項目12	低群	172	122.8	34.0	36.4	19.2	17.0	10.8	18.4	24.9	29.6	21.4	20.7	27.2
		高群	184	139.2	***	39.5	***	19.7	**	21.0	***	33.2	***	25.1	***
	項目13	低群	199	126.0	17.3	37.3	4.9	17.6	4.3	19.1	9.2	30.4	8.3	21.6	12.4
		高群	157	138.0	***	38.9	*	19.4	*	20.7	**	32.7	**	24.7	***
	項目14	低群	173	126.1	12.0	36.8	9.8	17.2	8.0	18.7	15.4	30.1	11.1	21.8	6.7
		高群	183	136.1	**	39.1	**	19.5	**	20.8	***	32.7	**	24.1	*
	項目15	低群	327	130.6	2.7	38.0	0.0	18.3	0.4	19.8	0.0	31.4	0.3	22.8	2.6
		高群	29	139.4	n.s.	38.0	n.s.	19.2	n.s.	19.8	n.s.	32.2	n.s.	25.3	n.s.
	項目16	低群	290	128.6	15.8	37.7	2.6	17.8	9.5	19.6	2.3	30.9	7.3	22.1	16.4
		高群	66	143.3	***	39.2	n.s.	21.1	**	20.6	n.s.	33.7	**	26.6	***
分類 3 (職場単 位)	項目17	低群	267	127.3	23.0	37.3	9.9	17.4	15.5	19.2	14.8	30.6	14.2	21.8	22.6
		高群	89	143.1	***	39.9	**	21.2	***	21.5	***	34.0	***	26.5	***
	項目18	低群	219	127.7	9.3	37.4	3.6	17.3	11.0	19.1	10.4	30.6	6.6	22.1	6.1
		高群	137	136.9	**	38.8	+	20.1	**	20.8	**	32.7	*	24.3	*
	項目19	低群	213	127.4	1.8	37.3	4.9	18.1	0.8	19.0	12.1	30.3	12.0	22.0	7.0
		高群	143	137.1	**	38.9	*	18.8	n.s.	20.9	**	33.1	**	24.4	*
	項目20	低群	220	127.0	13.9	37.3	6.6	17.8	2.9	19.3	6.3	30.4	11.7	21.8	12.8
		高群	136	138.1	***	39.1	*	19.3	+	20.6	*	33.1	**	24.9	***
	項目21	低群	239	127.5	13.7	37.5	4.4	17.7	5.7	19.1	11.9	30.7	6.2	22.0	10.5
		高群	117	139.0	***	39.1	*	19.8	*	21.1	**	32.8	*	25.0	**
	項目22	低群	218	126.9	14.7	37.5	3.3	17.7	4.7	19.2	8.1	30.6	7.0	22.0	7.9
		高群	138	138.3	***	38.8	+	19.5	*	20.7	**	32.7	*	24.5	**

+p<.1、*p<.05、**p<.01、***p<.001

この過程における具体的な活動方法を明示し、専門的技術として確立していくことが求められる。

ケアマネジメント過程の質の高さに関連していた構造要因の項目は、ケアマネジメントを円滑に展開する際に特に継続的な質管理を要する内容を示唆していると考えられる。本調査で最も過程に影響していた構造評価項目をまとめると、分類1では、①ケアチーム員のアセスメント指標の共有化（項目9）、②チームアプローチできる関係と体制づくり（項目1、7）、分類2では、③社会資源の情報管理体制（項目12）、④地域全体のケアシステムの構築（項目11）、分類3では、⑤ケアマネジメント実施時間の確保（項目17）であり、これらがケアマネジメントを常に円滑にする基盤整備のポイントと考える。

V. 結 論

1. ケアマネジメント過程の質評価は、そのケアマネジャーが従事する自治体や実務者ネットワークおよび職場の構造要因の質評価と関連していた。ケアマネジメント過程に関連の高い主な構造要因は、①ケアチーム員のアセスメント指標の共有化、②チームアプローチできる関係と体制づくり、③社会資源の情報管理体制、④地域全体のケアシステムの構築、⑤ケアマネジメント実施時間の確保であり、これらの基盤整備の必要性が示唆された。
2. 構造評価は全般的に低く、過程評価はチームによる協議と計画、モニタリングと評価・フィードバックが低かった。また、ケアマネジメント過程の質評価の高さは、そのケアマネジャーの年齢や経験年数、経験件数の多さ、役割認知度の高さに関連していた。これより、ケアマネジメント過程の質を保証するためには、その過程に関連する構造要因の質改善、およびケアマネジメントの実践技術の確立と従事者のスキルアップが望まれる。
3. 保健婦は、上記の課題について、地域の特性に応じて行政保健における各種事業および家庭訪問や地区活動などの保健婦活動で解決を図るための戦略を練る必要がある。

なお、本研究は平成8年度および9年度に公益法人山路ふみ子専門看護教育研究助成基金より助成を受けて行った。

引用文献

- 1) 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、pp5-9, 80-90, 日本看護協会出版会, 1997.
- 2) 高崎絹子, 島内節, 内田恵美子, 佐藤美穂子：看護職が行う在宅ケアマネジメント第2版, pp115-131, 日本看護協会出版会, 1998.
- 3) 大野勇夫：利用者のためのケアマネージメント, pp23-38,

123-127, あけび書房, 2000.

- 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, pp481-501, 日本看護協会出版会, 1999.
- 5) 山本勝：介護保険時代における保健・医療・福祉のシステムづくりと人づくり下巻応用編, pp37-46, 新企画出版社, 2000.
- 6) 栃本一三郎：第11章介護保険, 図説高齢者白書2000, (編) 三浦文雄, pp142-159, 全国社会福祉協議会, 2000.
- 7) 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(1), 50-60, 1998.
- 8) 白澤政和：ケアマネジメントハンドブック, pp149-150, 医学書院, 1998.
- 9) イギリス保健省：ケアマネジャー実践ガイド, 訳：白澤政和, 広井良典, 西村淳, pp19-21, 医学書院, 1997.
- 10) 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, 日本公衛誌, 46(6), 435-446, 1999.
- 11) (編) 増田俊二：介護保険サービス評価検討会 厚生省, チェックリスト骨子案示す, 週刊保健衛生ニュース第1090号 p7, 2000.

Public Health Nurses' Evaluation of Structure and Processes for Quality of Care Management

Reiko Okamoto

(Department of Nursing Faculty of Health Science,
Kobe University School of Medicine)

The purposes of this research are to study whether the quality of structural factors of care management are related to quality of implementation process of care management, and to find out which factor has the strongest implication on care management process. The ultimate goals of this study are to examine and discuss the future direction of infrastructure in community health care. The subjects of this research were randomly selected public health nurses who work in 121 municipalities for more than three years. Self-report questionnaire was mailed to the public health nurses who met the inclusion criteria. In the questionnaire, QCM-S was used for structure evaluation, and QCM-P was used for process evaluation. 356 questionnaire sheets were returned. The result indicated that where the higher structure evaluation of care management showed higher process evaluation. In particular, the structural factors which were strongly related to the quality of care management process were: structure to share assessment method among team members, networking and system building in order to establish team approach, system to manage information about social resources, construction of care system in the community, and securing time of care management implementation. The public health nurses are required to reinforce these factors in the community health service arena, having a good linkage with the Long-Term Care Insurance System.

Key Words

care management, public health nurses, the Long-Term Care Insurance System, evaluation