

訪問看護職のケアマネジメント関連項目に対する 自己評価の特徴に関する研究

安梅 勅江*

目的 保健福祉専門職の連携が求められる中、各種専門職の共通基盤としての知識・技術の体系的整理が極めて重要である。本研究は、訪問看護職のケアマネジメント関連項目に対する自己評価の特徴を明らかにし、保健福祉専門職の連携のための共通基盤となる知識・技術の評価法開発への一助とすることを目的とする。

方法 対象は238人の在宅支援に携わる主任クラスの訪問看護職、およびコントロール群として他職種保健福祉専門職894人であり、ケアマネジメント関連項目に関する自己評価を依頼した。これは「基本能力領域」、「マネジメント能力領域」、「総合評価能力領域」の3領域からなり、ケアマネジメント知識・技術に関連する項目から構成されている。

成績 1) ケアマネジメント関連項目全80項目につき、98.2%以上の訪問看護職が保健福祉専門職の連携のための項目としての必要性を認めた、
2) クラスタ分析により、全80項目は「基本能力」、「対象支援過程」を含む〈直接支援〉、「支援機能評価」、「組織管理過程」を含む〈間接支援〉に大別された、
3) 各領域のクロンバッファ α 係数は0.95~0.98であった、
4) 職種間による自己評価得点の差異は80項目中19項目にみられた、
5) 臨床経験年数との有意な相関は少なく、管理職経験年数との有意な相関は多数みられた。

結論 訪問看護職のケアマネジメント関連項目に対する自己評価の特徴より、直接対人支援技術に組織運営管理技術を含む包括的な評価法開発の必要性が明らかにされた。

Key words : ケアマネジメント, 自己評価, 訪問看護, 保健福祉

I 結 言

保健福祉支援の専門性の明確化は、従来の保健、福祉領域からの単一支援から保健福祉を包含した複合的支援の要望が高まり、公的介護保険の導入を目前にした現在、緊急の課題である。保健福祉ニーズの激増とともに、社会資源の量的な限界は明白であり、限られた資源の有効活用の意味でも、各種専門職の連携の共通基盤となる内容整理が必須である。

欧米諸国においては、1980年代前半からヘルスケア専門職の関連領域との連携の必要性に関する

評価の動きがみられている^{1,2)}。また、各ヘルスケア関連分野では、関連職種の連携を加味した教育、研究等が活発になされている^{3,4)}。

本研究は、保健福祉に携わる各専門職が、ケアマネジメントの際、共通基盤となる専門性を共有する必要があるため、必要な項目に対する訪問看護専門職の意識特性の検討を意図したものである。ケアマネジメントは、要支援対象者に対し、調整、計画されたシステムの中で、期待する結果を目指し、質の高い適切なケアを実施する過程と定義することができる⁵⁾。またケアマネジメントは、急増する介護ニーズに対し、限りある社会資源の充実を図り、個人の選択と自己決定を尊重しつつ適切に分配し、調整していこうとする考え方である⁶⁾。したがってケアマネジメント担当者は、多職種の協働を推進し、ヘルスケアチームを

* 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所
連絡先：〒359-8555 所沢市並木 4-1
国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所
安梅勅江

コーディネートし、地域ケアシステムの構築とともに、費用、効率等、多角的な評価能力が要求される。ケアマネジメントにおいては、自助、互助、公助のケア・ミックスの時代に適合した各種領域の評価モデルを取り込むことが重要となる。ケアマネジメントをめぐる課題として、1)多専門職種や多機関との連携や役割調整、2)施設と地域ケアの連携、3)連携や統合化のための企画作成等方法論の検討、4)ケアの質の評価、5)ケアのコスト・コントロール、6)ケア・マネージャーの育成、等の早急な解決が求められている⁷⁾。

そこで本研究では、保健福祉専門職がケアマネジメントを実施する際に最低限共有化の必要な項目の把握を意図し、訪問看護専門職のケアマネジメント関連項目に対する自己評価の特徴を明らかにすることを目的とした。

II 対象および方法

日本訪問看護協会に依頼し、登録(1996年時点)されている訪問看護ステーション全数850に対し、郵送法にて調査票を送付し、各訪問看護ステーションで実際に在宅支援に携わっている主任クラス(実践の管理者レベル)の訪問看護職に記入を依頼した。全数850票中、238票の回収が得られ、回収率は28.0%であった。そのうち、調査票の職種欄に「看護職」と回答した220人について、本論文の分析対象とした。訪問看護職について、これまでの看護職としての臨床経験は、4年未満が14人(6.4%)、4~10年が59人(26.8%)、11年以上が147人(66.8%)であり、管理経験年数は1年未満が34人(15.5%)、1年以上5年未満が86人(39.1%)、5年以上が100人(45.4%)であった。

コントロール群として、同様に日本社会福祉士会、日本介護福祉士会、日本理学療法士会、日本作業療法士会に依頼し、在宅支援に携わる主任クラスの専門職2,050人に対し同様の方法で調査を実施した。894人より回答が得られ、回収率は43.6%であった。調査票の職種欄の回答に基づくコントロール群の職種内訳は、社会福祉士144人、介護福祉士166人、ホームヘルパー119人、理学療法士210人、作業療法士171人、施設長34人、その他41人、不明9人であった。

調査内容は、ケアマネジメント関連項目の必要性評価、自己評価(資料1)^{註1)}、ケアマネジメン

ト関連項目に対する自由記述、属性、臨床経験年数、管理職経験年数等であった。ケアマネジメント関連項目の必要性評価については、「必要」、「やや必要」、「必要なし」の3段階で回答を求めた。また自己評価については、現状の業務の自己評価を「充分」から「不充分」まで5段階で尋ね、その評定を5点から1点までの項目得点とした。

分析はPC-SAS統計パッケージを用い、自己評価については分割法による階層的クラスター分析、他職種との比較は一元配置分散分析およびライアンの多重比較、関連要因は相関分析を用いた。

III 結果

1. ケアマネジメント関連項目の必要性

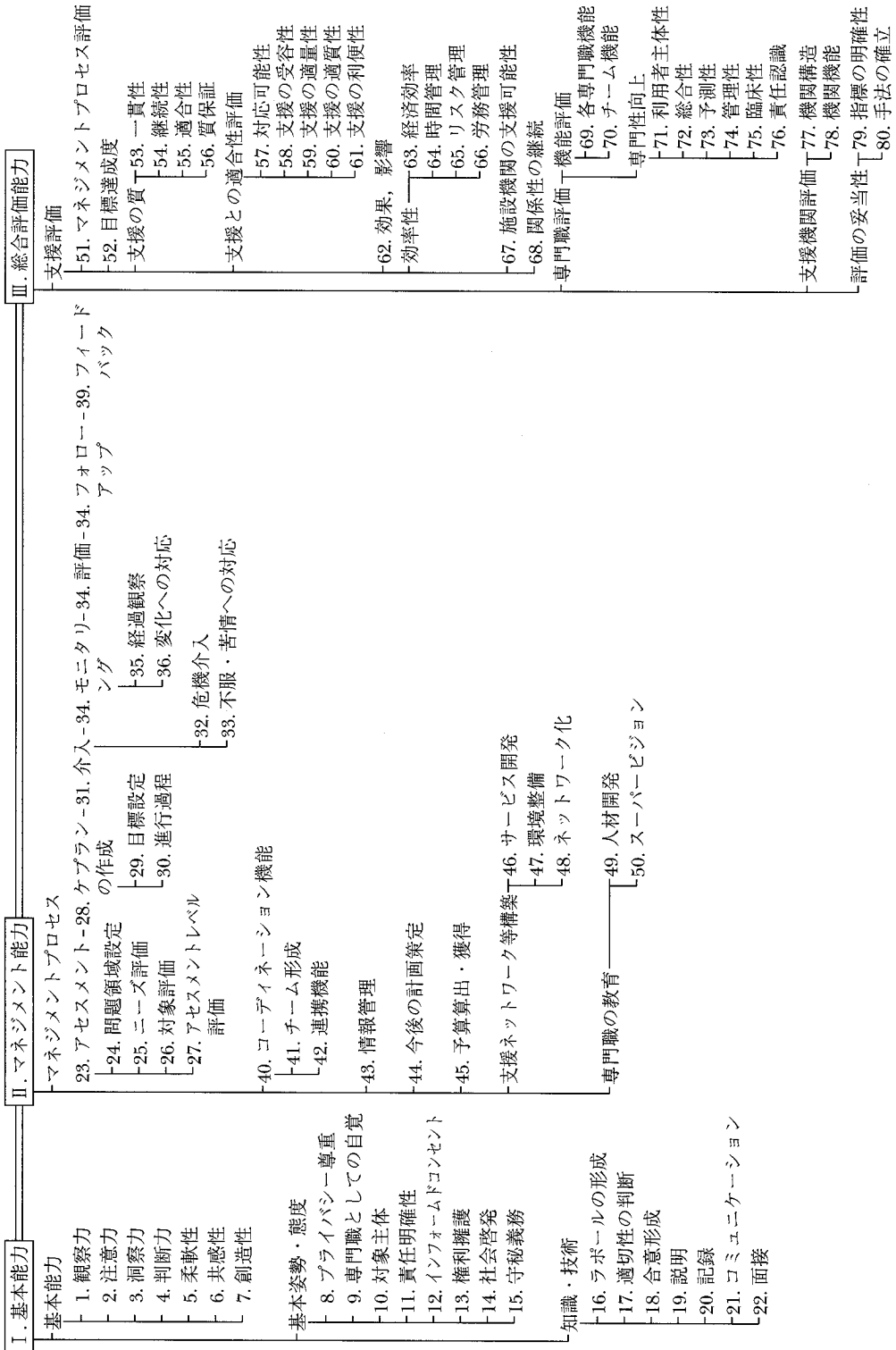
全80項目のうち「必要」または「やや必要」とした割合が100.0%となっていた項目は合計で51項目、その他の項目も98.2%以上であった。各項目について「必要」とした者の割合は93.2~100.0%であり、100.0%を示していた項目は、「判断力」、「アセスメント」、「問題領域設定」、「ニーズ評価」、「対象評価」、「連携機能」の6項目であった。

ケアマネジメント関連項目の必要性の関連要因として、年齢、臨床経験年数、管理職経験年数との相関を検討した(表1)。年齢との相関は、「面接技術」0.17、「サービス開発」0.16の2項目、臨床経験年数との相関は、「ケアプランの作成」、「危機介入」、「不服・苦情への対応」、「支援の質保証」の4項目であった。管理職経験年数との相

表1 ケアマネジメント関連項目の必要性関連要因

	年齢	臨床経験年数	管理職経験年数
<u>基本能力</u>			
面接技術	0.17**		0.15*
<u>マネジメント能力</u>			
ケアプランの作成		0.14*	
介入			0.15*
危機介入		0.16*	
不服・苦情への対応		0.15*	
サービス開発	0.16*		
<u>総合評価能力</u>			
支援の質保証 (ミニマム基準化)		0.16*	

資料1 ケアマネジメント関連項目に対する自己評価の枠組み



関は、「面接技術」0.15,「介入」0.15の2項目でみられた。

2. ケアマネジメント関連項目の自己評価

ケアマネジメント関連項目の構造を明らかにするため、クラスター分析を行った(図1)。第1段階として〈直接支援〉および〈間接支援〉に大別された。さらに、〈直接支援〉は「観察力」,「専門職としての自覚」等の〈基本能力〉,「記録」,「アセスメント」等の〈対象支援過程〉に2分され、〈間接支援〉は〈支援機能評価〉と「チーム形成」,「情報管理」等〈組織管理過程〉に、さらに〈支援機能評価〉は「総合性」,「時間管理」等〈組織運営評価〉,「経過観察」,「変化への対応」等〈組織支援評価〉に分割された。

構造の妥当性を検討するため、クロンバッファの α 係数を用いて領域の内的整合性を検討した結果、〈基本能力領域〉0.95,〈マネジメント能力領域〉0.97,〈総合評価能力領域〉0.98であった。

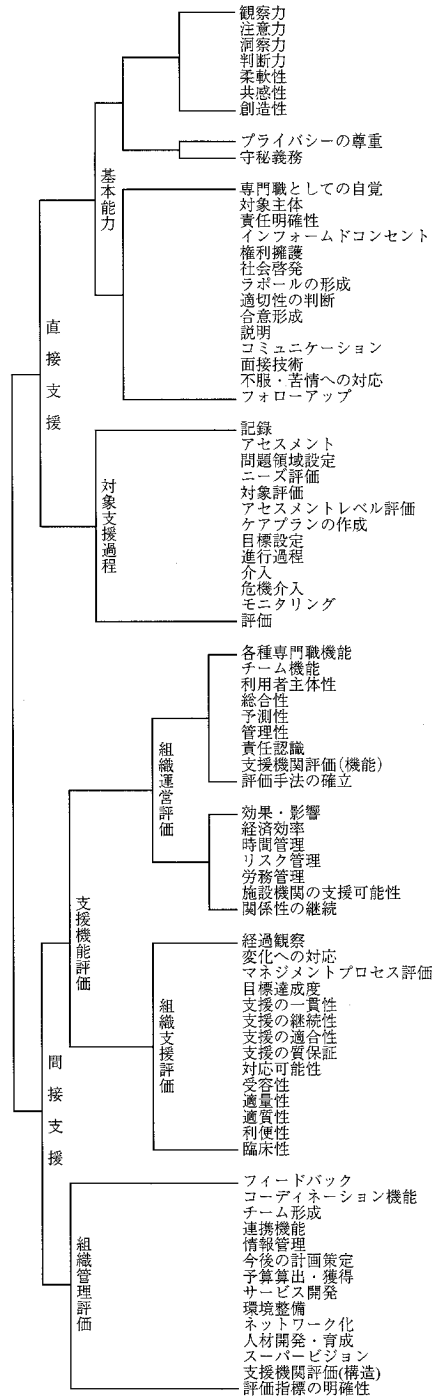
ケアマネジメント関連項目の自己評価得点の平均値についてみると、「基本能力領域」が3.1~4.3,「マネジメント能力領域」が2.4~3.4,「総合評価能力領域」が2.7~3.4であった。低得点はマネジメント能力領域の「スーパービジョン」2.4,「予算算出・獲得」2.6,「人材開発・育成」2.7であり、高得点は基本能力領域の「守秘義務」4.5,「プライバシーの尊重」4.4であった。

看護職の特性を検討するため、介護福祉士,ヘルパー,理学療法士,作業療法士,社会福祉士の自己評価による得点を比較した(表2)。各専門職種間において差異のみられた項目は、〈基本能力領域〉では22項目中6項目,〈マネジメント能力領域〉では28項目中7項目,〈総合評価能力領域〉では30項目中7項目であった。

看護職と差異のみられた項目については、〈基本能力領域〉では、5項目において看護職が他職種より有意に高くなっていた。「インフォームドコンセント」および「面接技術」では、各々看護職3.8, 3.5, 介護職3.3, 3.0と看護職が介護職より高得点,「洞察力」および「責任明確性」では各々看護職3.6, 4.0, 作業療法士3.2, 3.6, と看護職が作業療法士より高得点,「判断力」では、看護職3.7, 社会福祉士3.3, 作業療法士3.2と看護職が高得点であった。

〈マネジメント能力領域〉では、「危機介入」,

図1 ケアマネジメント専門性の構造(看護職)



「不服・苦情への対応」,「変化への対応」,「連携機能」,「ネットワーク化」の5項目で各々看護職

表2 ケアマネジメント関連項目の自己評価の得点分布

	君護職		介護職		ヘルパー		PT		OT		SW		施設長		その他		F 値	
	平均値	人数	平均値	人数	平均値	人数	平均値	人数	平均値	人数	平均値	人数	平均値	人数	平均値	人数		
洞察力	3.6	219	3.4	164	3.4	115	3.4	206	3.2	169	3.4	144	3.8	34	3.2	40	4.13**	看>0
判断力	3.7	219	3.5	165	3.6	117	3.5	206	3.2	169	3.3	144	4.1	34	3.2	41	7.75**	看>S, 他, 0
責任明確性	4.0	218	3.7	164	3.8	114	3.8	206	3.6	169	3.7	143	4.3	33	3.7	40	5.78**	看>0
インフォードコムセント	3.8	217	3.3	162	3.5	115	3.7	206	3.4	169	3.5	144	3.9	33	3.5	40	6.25**	看, P>介
面接技術	3.5	217	3.0	162	3.3	113	3.1	204	3.2	169	3.3	143	3.8	33	3.2	39	5.59**	看>介
対象評価	3.4	218	3.2	160	3.3	109	3.8	203	3.3	168	3.3	142	3.4	33	3.2	38	7.66**	P<施, 看, O, S, へ, 介, 他
危機介入	3.6	219	3.3	162	3.4	107	3.1	201	3.0	164	3.3	141	3.6	32	3.2	37	7.23**	施, 看>P, O
不服・苦情への対応	3.6	219	3.2	163	3.4	107	3.2	202	3.0	164	3.4	141	3.5	32	3.2	37	6.16**	看, 施>O
変化への対応	3.5	218	3.2	160	3.4	106	3.2	200	3.0	164	3.2	144	3.6	32	3.0	37	3.97**	施, 看>他, O
連携機能	3.4	217	3.0	158	3.3	108	3.0	201	2.8	167	3.2	143	3.6	33	3.4	37	6.62**	看, 他, へ>O
ネットワーク化	2.9	217	2.5	156	2.8	110	2.5	200	2.3	167	2.9	144	2.9	34	2.8	38	7.97**	S, 施, 看, へ, 他>O
効果、影響	3.1	219	2.6	162	2.8	109	2.8	203	2.7	166	3.0	144	3.4	32	2.9	38	6.31**	看, S>介
チーム機能	3.2	220	3.1	158	2.9	111	3.0	200	2.8	164	3.0	144	3.3	32	3.2	38	4.13**	施, 看, 他>O
利用者主体性	3.7	220	3.4	160	3.4	111	3.3	200	3.2	163	3.5	144	3.8	33	3.5	38	4.69**	看>O
管理性	3.1	220	2.7	158	2.7	107	2.8	200	2.7	163	2.9	144	3.3	32	2.8	37	5.66**	看>O, へ
責任認識	3.7	220	3.3	159	3.5	110	3.4	200	3.2	163	3.3	144	3.9	32	3.5	37	4.56**	看>O

** : p<0.01 * : p<0.05

看 : 看護職, 介 : 介護職, へ : ヘルパー, P : PT, O : OT, S : SW, 施 : 施設長, 他 : その他

表3 ケアマネジメント関連項目自己評価の関連要因

	年齢	臨床経験年数	管理職経験年数
注意力	0.25**		
判断力	0.25**		
社会啓発	0.27**		0.26**
ラボールの形成	0.29**		
適切性の判断	0.31**	0.25**	0.30**
説明			0.26**
面接技術	0.27**		0.25**
アセスメント			0.30**
問題領域設定			0.35**
ニーズ評価	0.28**		0.28**
対象評価			0.25**
アセスメントレベル評価	0.29**		0.33**
ケアプランの作成	0.25**		0.31**
目標設定	0.26**		0.30**
進行過程	0.26**		0.31**
危機介入			0.25**
不服・苦情への対応	0.26**		0.25**
モニタリング	0.25**		0.27**
変化への対応	0.30**		0.29**
フィードバック	0.31**		0.27**
コーディネート機能	0.27**		0.29**
チーム形成	0.26**		0.29**
連携機能			0.27**
情報管理			0.25**
今後の計画策定	0.25**		0.27**
予算算出、獲得	0.31**		0.32**
サービス開発	0.35**		0.36**
環境整備	0.30**		0.31**
人材開発・育成	0.37**		0.30**
スーパービジョン	0.31**		0.26**
マネジメントプロセス評価	0.30**		0.29**
目標達成度	0.28**		0.28**
支援の質（一貫性）	0.27**		
支援の質（継続性）	0.27**		
支援の質（適合性）	0.28**		0.29**
対応可能性	0.27**		0.30**
支援の受容性	0.26**		0.28**
支援の適量性	0.20**		0.26**
支援の適質性	0.25**		
支援の利便性	0.25**		
経済効率			0.27**
時間管理	0.30**		0.28**
リスク管理	0.28**		0.30**
労務管理	0.33**	0.30**	0.35**
管理性	0.25**	0.26**	0.33**
責任認識	0.28**		0.26**
支援機関評価（構造）			0.31**
支援機関評価（機能）			0.25**
評価指標の明確性	0.25**		0.25**

r>0.24, ** : p<0.01

3.6, 3.6, 3.5, 3.4, 2.9, 作業療法士3.0, 3.0, 3.0, 2.8, 2.3と看護職が作業療法士より高得点, 「危機介入」では, 看護職3.6, 理学療法士3.1と看護職が高得点, 一方「対象評価」に関しては, 理学療法士3.8が看護職3.4よりも高くなっていった。

〈総合評価能力領域〉については, 「効果・影響」では看護職3.1, 介護職2.6と看護職が高得点, 「管理性」では看護職3.1, ヘルパー2.7と看護職が高得点, 「チーム機能」, 「利用者主体性」, 「管理性」, 「責任認識」では各々看護職3.2, 3.7, 3.1, 3.7, 作業療法士2.8, 3.2, 2.7, 3.2と作業療法士より高得点であった。

自己評価に関連する要因を明らかにするため, 年齢, 臨床経験年数, 管理職経験年数との相関を検討した(表3)。すべての相関が正相関であり, 相関係数0.25以上の相関のみられた項目は, 年齢, 管理職経験年数に比較し臨床経験年数では少数であった。

年齢, 臨床経験年数, 管理職経験年数との最も高い相関は, 各々「人材開発・育成」の0.37, 「労務管理」の0.30, 「サービス開発」の0.36であった。

管理経験のみ0.25以上の相関の得られた項目は, 〈基本能力領域〉の「説明」, 〈マネジメント能力領域〉の「アセスメント」, 「問題領域設定」, 「対象評価」, 「危機介入」, 「連携機能」, 「情報管理」, 〈総合評価能力領域〉の「経済効率」, 「支援機関評価（構造）」, 「支援機関評価（機能）」と, マネジメントプロセスに関連するものが多くなっていた。

IV 考 察

1. 訪問看護専門職の自己評価の特徴

ケアマネジメントは, 看護領域では「利用者のニーズに応じて各々に適した資源を調整し, 必要とされる多職種・多機関と連携しながら全体を統合させ, 問題解決を目指すこと。さらに, 個別のニーズに応じて, 不足する社会資源をアセスメントし, 地域ケアシステムを形成・発展させること」(高崎ら⁸⁾), 福祉領域では「要援護者やその家族等が持つ複数のニーズと社会資源を結び付けること」(白澤⁹⁾), 一方, アメリカケースマネジメント委員会の定義⁶⁾では, 「質が高く, コスト効果の高い結果を導くために連携と有効な資源を

用いて、個々人のニーズに適合できるサービスについて、アセスメント、ケアプラン、実施、調整、モニタリング、評価する協調的プロセス」としている。米国の認定ケースマネージャー資格制度(1992)⁶⁾では、大学卒の登録看護職、またはソーシャルワーク、理学療法学等をヒューマンサービス関連大学で習得した者が、別々のトレーニングコースにより継続教育を受け、更新を図りながらケアマネージャーとして資格化されている。

そこで本研究においては、Witkinら¹⁰⁾の枠組みを参照しつつ、著者らが独自に作成した評価票を用い、訪問看護職の「ケアマネジメント関連項目」に対する自己評価の特徴を明らかにすることとした。項目の保健福祉専門職の連携のための共通基盤としての妥当性については、いずれの項目についてもほぼ100%に近い看護職より必要性が認められた。

またケアマネジメント関連項目につき、5段階で自己評価を行い、項目間の構造妥当性をクラスター分析および α 係数により確認し、さらに自己評価の関連要因を検討した。クラスター分析により、ケアマネジメント専門性評価項目は、「基本能力」、「対象支援過程」からなる〈直接支援〉のクラスターと、「支援機能評価」、「組織管理過程」からなる〈間接支援〉のクラスターにより構成され、ケアマネジメントを評価する項目としての実践的な枠組みへの適合性が示唆された。

また本研究は、訪問看護職のケアマネジメント関連項目に対する自己評価につき、他の各種専門職との比較を通じて、看護職の特性を明らかにした本邦初の全国調査結果である。各種専門職は、その在宅支援への歴史的な取り組みの差異により、職種により臨床経験年数あるいは管理経験年数の分布に違いはあるものの、本研究ではすべての専門職について「在宅支援に携わる主任クラス」と同一条件を設定し対象を選択した。回収率の低さから、一般化には限界は否めないものの、各種専門職間の自己評価に有意差が見られた項目は少なく、本調査に使用された項目が、職種に関わらず共有できる項目である可能性が示唆された。

他職種と比較した看護職の特性として、支援プロセスで発生する責任問題や、身体状況等の変化への対応に関する項目において他職種に比較し得点の高い傾向がみられた。本調査対象は、訪問看

護ステーションにおける主任クラスの在宅支援担当者であり、看護的視点に加え、特に生活全般を捉える視点が求められ、意識の高さとして現れたとも考えられる。また、看護職はその養成課程において、個人の健康、さらには生命に関わる業務等につき体系的、かつ臨床に即した教育、および患者に対する「状態観察→判断→プラン→実行」というプロセスを重視した教育が実施されている点も一因とも考えられる。

自己評価に関連する要因として、年齢、臨床経験、管理職経験との相関をみたところ、すべて正相関であり、年齢の高いほど、臨床経験、管理職経験の長いほど、自己評価が高くなっていった。しかし臨床経験においては0.25以上の相関係数の得られた項目は少なく、臨床経験より管理職経験の差が、発揮できる能力の認識に関連している可能性が示唆された。特に、管理職経験に強く関連のみられた「説得」、「アセスメント」、「問題領域設定」、「対象評価」、「危機介入」、「連携機能」、「情報管理」はマネジメントプロセスにかかわる項目であり、主任クラスの訪問看護職の場合、これらマネジメント能力が、年齢、臨床経験より、管理職経験により強く相関していることが示された。また「経済効率」、「支援機関評価(構造)」、「支援機関評価(機能)」は、〈総合評価能力領域〉の中でも特に管理職経験との関連の高い項目であることが示された。

2. ケアマネジメント評価の必要性と今後の展開

全米看護協会は、1985年にケアマネジメント評価項目に関する研究を実施し、費用効果分析を含む12項目を提案している¹¹⁾。また各種ヘルスケア施設機関においても様々な取り組みがなされ¹²⁾、Mississippi Methodist リハビリ病院では、支援過程に基づいた評価項目として、1)宗教、理念、目的、2)データベース提供に関する記録、3)ケア基準、4)スタッフ教育、5)ケア質の保証と評価、6)利用者分類システム、7)業務説明、8)機関方針と手続き、9)専門職の動機付けによる最善能力創出のためのプログラム開発、10)支援管理における責任義務、をあげている。またColtonら¹³⁾は、支援の質改善のための枠組みを体系的に整理し、Gosdenら¹⁴⁾は在宅支援の評価における費用効果分析を踏まえた検討を行っている。

本研究においては、ケアマネジメント関連項目として、「基本能力」、「マネジメント能力」、「総合評価能力」を3領域とした枠組みにつき、訪問看護職の実態調査に基づく妥当性を検討してきた。試案として作成されたケアマネジメント関連項目を基盤に、保健福祉専門職間のケアマネジメント項目共有化の可能性を検討した。その結果、1)本枠組における評価がクラスター分析による構造的内容的妥当性の得られること、2)指標としての一貫性を示す領域別内的妥当性が十分に高いこと、3)訪問看護職が、共通基盤としてのケアマネジメント項目として必要性に対する認識の高いこと、4)現状における看護職の自己評価より、ケアマネジメント専門性を共有化するため看護職の教育システムとしてさらなる充実を要する領域を明確化可能なこと、が示された。

本評価枠組みに関しては、自由記述より、保健福祉専門職の共通基盤として必要な項目が網羅されており、特にマネジメント担当者においてはこれら多岐にわたる能力が必須であるとした意見が見られた。また、専門職に対し求められる機能要素が視覚的に構成されることにより、自己評価の材料として活用可能であるとした意見がみられた。しかし一方では、項目の細分化による実際の活動場面への適合困難性、各項目評価基準の明確化の困難性が今後の課題である。

保健福祉支援という多種専門職の関わる領域において、各専門職の共通基盤となる機能面に関する評価は必須である¹⁵⁾。今後、各項目に対し、さらに具体的な操作概念の設定が求められる。また、専門職の果たす機能には、数量的評価が困難な側面が数多く包含されており、質的評価を加味した評価法の開発等多くの課題が残されていると言えよう。

V おわりに

訪問看護専門職のケアマネジメント関連項目に対する自己評価の特徴を検討した。今後さらに、本評価の構造に基づく具体的な評価指標の明確化を図るとともに、専門職の養成システムへの導入、あるいは現任教育システムへの適用可能性の検討等、システムとして実践、教育場面への導入展開が期待されよう。

本研究は、厚生省委託研究「保健福祉支援・評価システムと予測妥当性に基づくケアマネジメント専門性の構築に関する研究」の一部を再分析したものである。研究代表の岡山県立大学保健福祉学科、高山忠雄教授、調査にご協力いただいた日本訪問看護協会、日本社会福祉士会、日本介護福祉士会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会に深謝致します。

註1) 本研究で使用したケアマネジメント関連項目は、3領域(〈基本能力〉、〈マネジメント能力〉、〈総合評価能力〉)80項目から構成されている。詳細は文献¹⁶⁾参照。

(受付 '97.11. 5)
(採用 '98. 5.18)

文 献

- 1) Pfeffer J., O'Reilly C. Hospital demography and turnover among nurses. *Industrial Relations* 1987; 26: 158-173.
- 2) Tsui A. O'Reilly C. Beyond simple demographic effects: The importance of relational demography in superior-subordinate dyads, *Academy of management Journal* 1989; 32: 402-423.
- 3) Norburn D. Birley S. The top management team and corporate performance. *Strategic management Journal* 1988; 9: 225-237.
- 4) Eisenberg M. Swanson N. Organizational network analysis as a tool for program Evaluation. *Evaluation and the Health Professionals* 1996; 19: 488-507.
- 5) Catherine M. Mullahy, *The Case Manager's Handbook*, New York, An Aspn Publication, 1995.
- 6) Judith A. Lewis, Michael G Lewis, Federico Souffee, Jr, *Management of Human Service Programs*, Washington, Brooks/Cole Publishing Company, 1991.
- 7) Beaufort B. Longest, Jr., *Health Professionals in Management*, Washington, Appleton and Lange, 1996.
- 8) 高崎絹子, 島内 節, 内田恵美子, 佐藤美穂子編. 看護職が行う在宅ケアマネジメント. 東京: 日本看護協会出版会, 1996.
- 9) 白澤政和. ケアマネジメントの考え方, *日本在宅ケア学会誌* 1997; 1: 29-35.
- 10) Belle Ruth Witkin, James W. Altschuld, *Planning and Conducting Needs assessment*, New York, Sage Publications, 1995.
- 11) Ann Marriner-Tomey, *Nursing Management and Leadership*, Losangels, A Times Mirror Company, 1996.
- 12) Kathleen O'Sullivan Mott, *Leadership Skills for the Nurse Manager*, Sun Francisco, IRWIN, 1996.
- 13) David Colton, *The Design of Evaluations for Con-*

- tinuous Quality Improvement, Evaluation and the Health Professionals 1997; 20: 265-285.
- 14) Toby Gosden, Mary Black, and Nicola Mead, et al., The Efficiency of Specialist Outreach Clinics in General Practice: in Further Evaluation Needed?, Health Services Research and Policy, 1997; 2: 174-179.
- 15) Macdonald G, Quality Indicators and Health Promotion Effectiveness, Promotion Education, 1997; 4: 23-25.
- 16) 保健福祉支援システム研究会. 保健福祉支援・評価システムと予測妥当性に基づくケアマネジメント専門性の構築に関する研究報告書, 財団法人長寿社会開発センター, 1997.

VISITING NURSES' SELF EVALUATION OF THEIR PROFESSIONAL SKILLS AND KNOWLEDGE RELATED TO CARE MANAGEMENT

Tokie ANME*

Key words: Professional skills and knowledge, Evaluation, Visiting nurse, Care management

Evaluation methods for assessing professional skills and knowledge has become very important in this age of cooperation and coordination of health-social professionals. We have developed conceptual framework as well as practical methods to assess professional skills and knowledge for health-social professions' interrelationship. The purpose of this study is to clarify the visiting nurses' self evaluation of their professional skills and knowledge related to care management. Subjects (238 visiting nurses) and controls (894 other kinds of health-social professionals) were asked to answer a questionnaire on "Evaluation of professional skills and knowledge", which had 3 mainstreams — basic skills and knowledge, management skills and knowledge, and general evaluation. Each subscale included essential items for professional skills and knowledge, covering all health-social professions. Results of investigation showed that more than 98.2% of visiting nurses agreed to the framework of this evaluation and items. Differences in evaluation according to kinds of profession were few. The structure of items related to professional knowledge and skills were clearly shown by cluster analysis, and coefficient alphas were more than 0.95 for each subscale. In conclusion, this evaluation would be practical for visiting nurses. "Evaluation of professional skills and knowledge" will be useful for visiting nurses to facilitate their coordination with other kinds of professionals on the job and they will also be able to utilize it in educational situations.

* Research Institute of National Rehabilitation Center for the Disabled