

# ケアマネジメント過程の質を評価する尺度の開発

## デルファイ調査と信頼性・妥当性の検討

岡本 玲子\*

本研究の目的は、ケアマネジメント過程の質を評価する測定用具を開発し、信頼性、妥当性の検討を行うことである。

質問紙 (QCM-P) は、内容妥当性を高めるために熟練保健婦96人を対象にしたデルファイ調査を実施し、項目収集と内容の分析を3ラウンド繰り返して作成された。その質問紙を用いた郵送調査は、無作為抽出した全国の121市町に勤務する保健婦353人に行われた。その結果、クロンバック  $\alpha$  値は、質問紙全体および各因子ともに0.8以上であり、信頼性のうち内的整合性が認められた。主因子法バリマクス回転を用いた因子分析では、5つの因子が抽出され、それらは複数の研究者により分類された構成をよく反映しており、構成概念妥当性が認められた。また理論的に差があると考えられるケアマネジャーの年齢別・経験年数別等の各グループの群別に QCM-P 得点を比較すると、有意な差がみられたことも、質問紙の妥当性を示す証拠となった。基準関連妥当性、および信頼性を示す安定性の検討は、今後の課題である。

以上より、QCM-P は、ケアマネジメント過程の質を測定する尺度として、課題を残しながらも許容できるレベルの信頼性、妥当性を持つことが示された。

**Key words** : ケアマネジメント, 質評価, 測定用具, デルファイ調査, 保健婦

## I 緒 言

超高齢社会へと進む我が国は、多様化する高齢者のケアニーズに対応するために、新ゴールドプランの推進や介護保険制度の創設など、急ピッチでケア基盤を整えている。その中で、ケアマネジメントは、利用者に適切なサービスを提供し、自立を支援するために必要な援助機能として重要性を増している。しかし、このケアマネジメントは、複雑で目に見えにくい活動であり、日本では近年理論的な整備が始まったばかりである。このため多くのサービス提供者は、個々の経験からケアマネジメントを理解しており、活動の方法について一定の基準を持っていない。今後サービスの質を保証していくためには概念的な構造とそれに基づく実践ガイドラインを示すこと、および活動評価を可能にする用具の開発が急がれる。

一方、平成12年度から施行される介護保険法においては、第80条の中で、ケアマネジメントを実施する指定居宅介護支援事業者に対して、「指定居宅介護支援事業者は、～(中略)～要介護者等の心身の状況等に応じて適切な指定居宅介護を提供するとともに、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより常に指定居宅介護支援を受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めなければならない」ことを定めている。つまり、事業者は、法によって、利用者の立場で居宅介護支援 (ケアマネジメント) を行い、自らケアマネジメントの質の評価を行うことという努力目標を掲げられているのである。このため、今後、介護保険制度の領域でも実践ガイドラインや評価指標が必要になると予測できる。

在宅ケア領域の評価研究では、訪問看護におけるケアの質の評価を、サービス量や諸ニーズへの介入と解決度、および利用者の満足度等から提示したもの<sup>1)</sup>、ケアマネジメントの業務遂行の有無を基本的な過程に沿って作成した在宅ケアマネジ

\* 神戸大学医学部保健学科看護学専攻  
連絡先: 〒654-0142 神戸市須磨区友が丘7丁目0  
番2 神戸大学医学部保健学科 岡本玲子

メント業務表で点検するもの<sup>2)</sup>がある。前者は、過程、構造、結果の3視点から質を評価するツールであり、訪問看護領域に関わる諸ニーズに対応するケア全般の総合的評価に有効であるが、ケアマネジメント自体の評価に焦点が置かれていない。後者は、ケアマネジメント過程を評価するツールであるが、業務遂行の有無が重視されており、質的側面を問う項目は不足している。ケアマネジメントの質に関わる活動を評価できる尺度を作成するには、項目は質的な部分を構成する内容として抽出し、その項目が質に影響するか否かを検討するという研究展開が必要と考える。

また、「ケアマネジメント専門性評価モデル試案<sup>3)</sup>」は、既存の評価研究の体系的整理から関連項目を引きだし、専門性を評価するために必要な枠組みを多面的に示しており、ケアマネジメント実施機関の総合的評価に適したモデルと考える。しかし、各項目は、個別事例に対するケアマネジメントの具体的内容までは示しておらず、個別事例へのケアマネジメントを評価するためには、さらに誰にどのように働きかけるかという、より実践的な内容が求められると考える。

本研究の目的は、個別事例に対するケアマネジメントについて、今回は「過程」に焦点をあて、その概念的な構造を検討した上で、質を評価する尺度（Quality of Care Management-Process Measurement, 以下、QCM-Pと略す）を作成し、信頼性、妥当性を検討することである。

## II 研究方法

### 1. 用語の定義と概念枠組み

本研究では、ケアマネジメントの定義を「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」とする。また、本稿におけるケアマネジメントの意味は、介護保険制度における要介護者および要支援者へのケアマネジメント（居宅介護支援）ではなく、年齢や健康レベルによって対象を限定しない広義のケアマネジメントとする。

ケアマネジメントの質を保証する枠組みは、1) インプット、2) 過程、3) 構造、4) 結果の4側面を用い<sup>4)</sup>、本稿ではこのうち「過程」に焦点をあてて検討する。過程とは、一般に言われている

ケアマネジメントの基本的過程（A. 利用者の発見、B. 情報収集・アセスメント、C. 計画；目標の設定と具体策、D. 実施、E. モニタリング・フォローアップ、F. 評価・フィードバック）に沿って螺旋的に展開される活動である。また、各プロセスを展開する際、その項目が誰に向かって行う活動であるかについては、4つの局面<sup>4)</sup>、つまりⅠ. 利用者とケアマネジャー間で行われること、Ⅱ. 利用者とサービス提供側、ケアマネジャー間で行われること、Ⅲ. サービス提供側とケアマネジャー間で行われること、Ⅳ. ケアマネジャーの判断で行われることが考えられる。これより、精選した項目はケアマネジメントの基本的過程と4局面に分類可能な内容であることが予測できる。

また、今回抽出する過程の項目には、特定のインプット、つまり特定のニーズに限ってみられるケアマネジメントのプロセスは含まず、一般的に実施されるケアマネジメントの骨組みのみを抽出し、職域の制限がなく使える内容を指向する。

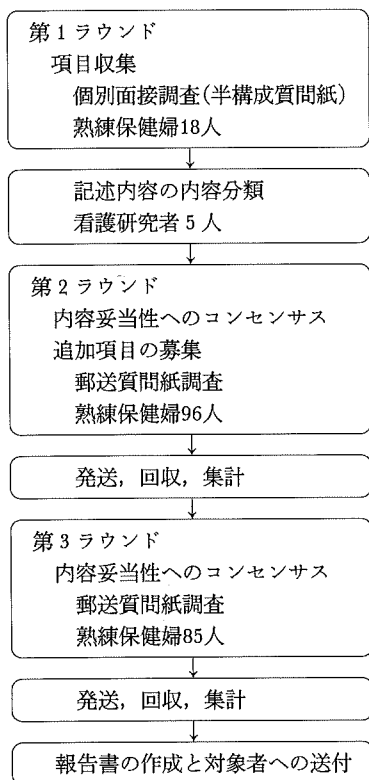
### 2. 調査方法

#### 1) 予備調査 項目収集および項目の精選と内容妥当性の検討

ケアマネジメントは、まだ活動の体系的整理が不十分であり、活動の水準についての規定もない。このため、最初の段階では、コンセンサスを高めていく方法であるデルファイ法<sup>5-9)</sup>を用いる。対象は、熟練保健婦とし、3ラウンドからなるデルファイ調査を実施する。本調査における熟練保健婦とは、経験年数5年以上でケアマネジメントの専門家として上司の推薦を得た者、またはケアマネジメント関連の研修・研究に参加経験のある者である。項目収集では、現実に基づく質の高いケアマネジメントを包括的かつ敷衍して把握するためのデータ収集が求められる。このため本調査の対象は、まず地域ケアにおいて最もケアマネジメント経験の蓄積が多く、他職種より役割認識と実施率が高い<sup>10)</sup>保健婦の熟練者から選択する。

デルファイ調査の各ラウンドの概要は図1に示すとおりである。まず第1ラウンドでは、個別面接を記述した記録より、質の高い過程に属する項目を収集し重複する内容をまとめながら分類する。

図1 デルファイ調査のラウンド



第2ラウンドでは、郵送による質問紙調査により、それらの項目が、(保健婦活動とは区別して)ケアマネジメント過程を構成する妥当な内容であるか否か(以下、内容妥当性と略す)について問い、同時に不足している項目の追加や全体の構成についての意見を求める。

第3ラウンドでは、先の調査票の中に、第2ラウンドで得られた内容妥当性へのコンセンサスの程度を各項目毎に記した上で、追加項目を加えて、再度同様の調査を実施する。

各項目を採用するか否かの判定には、Jillson<sup>11)</sup>によって示された主観的判断の指標、非常に確実(99-80%)、確実(79-60%)、どちらでもない(59-40%)、不確実(39-20%)、非常に不確実(19-0%)を用い、非常に確実と確実に属する項目を採用する。意見の収束は、第2ラウンドと第3ラウンドのコンセンサスの変化により確認する。また自由記載で指摘を受けた点については、ケアマネジメントおよび質的研究の経験を持つ看

護研究者5人(以下、研究者と総称する)で検討する。内容の分類は、採用した各項目を概念枠組みに照らし、当該項目が基本的過程のどの部分に位置づけられ、どの局面に該当する内容なのかを研究者で検討する。

なお、本研究の第1ラウンドの項目収集の部分と、第2ラウンドの内容妥当性についての結果はすでに他誌<sup>4)</sup>に報告している。本稿は第2ラウンドの内容妥当性の判断を他誌報告とは別の方法(代表値の差の検定結果に基づくのではなく、デルファイ調査で多く使用される判断基準の中から選択したJillsonの指標)を用いてやり直した後、それによって選択された項目を用いて第3ラウンドへと進んだ。

## 2) 本調査 尺度の信頼性、妥当性の検討

### (1) 調査の概要

調査方法は、郵送による質問紙調査であり、対象は経験年数3年以上の全国の市町および政令市保健婦で、下記の条件を満たす利用者にケアマネジメントしている者とする。人口3万人以上の全市町の約4分の1にあたる194市町を人口の層別に無作為抽出し、従事者数に応じた数の調査依頼(合計1,000人分)を行う。

質問紙は予備調査で精選した項目を用いて作成し、被調査者がケアマネジメントしている一人の利用者に対する活動を振り返ってもらい、「十分できた」から「不十分だった」までの五段階評価を求め、順に5点から1点までの得点を与える。利用者の条件は、①3つ以上の機関が関わっている、②3つ以上の社会資源(人的、物的、制度的/公的、民間等)を利用している、③関わり開始から3カ月以上が経っている、④保健、医療、福祉にまたがるニーズを持っている、⑤介護保険制度における要介護者に該当する状態である、⑥本人が概ね65歳以上である、とする。

本調査で使用する評価の視点を、上司や他のケアチーム員および利用者ではなく、ケアマネジャー自身の自己評価としたのは、以下の理由からである。すなわち、ケアマネジャー自身が質問紙で求める具体的なケアマネジメント過程を最も把握している(可視的でない部分の活動は実施者でないと回答できない)、およびケアマネジャーは通常利用者に提供しているケアをスーパーバイズする役割も担うことから、ケアマネジメント過程へ

の自己評価能力が高いと予測されるからである。また、主観的評価のみの質問紙とした理由は、ケアマネジメントの質の高さに影響する測定可能な量的因子が何であるかがまだ明らかではないからである。ケアマネジメントは個別性の高い活動であり、個別ニーズによって動き方がまったく異なるため、単にケアマネジャーの経験年数や本人や介護者への面接回数、訪問回数、医師や他のサービス提供者への連絡の回数等では質は測れないと考える。よって今回は、予備調査で質に影響する要素として抽出した項目から作成した主観的評価による質問紙を採用する。

また、実践者のケアマネジメントの理解にはばらつきがあり、尺度項目の文章が意味する範囲の解釈に大きな差が生じることが予測されたため、各項目について標準的な活動内容例を示す必要があると判断した。このため、ケアマネジメントの研修参加者（経験年数3年以上の保健婦58人）に対しブレインストーミングを実施し、各項目毎に実際場面で行われている活動内容を思いっただけ記載することを依頼する。そして記述された各々の内容を、一般的に生じやすい活動であることを条件に研究者で選択し、各項目毎に数個に整理し、ケアマネジメント過程の活動指標として調査の手引きに添付する。

## (2) 信頼性、妥当性の検討

まず、得られた回答について度数分布と項目間の相関係数により項目分析を実施する。QCM-Pは各項目の得点範囲を1から5点とし、その合計点を求める測定用具とすることから、項目分析ではG-P分析を行い、合計点はQCM-P得点と記載する。その後、項目間の平均相関に基づく内的整合性のモデルであるクロンバックの $\alpha$ 係数と、項目を全体および各因子毎に前半後半に二分し、その部分間の相関から内的整合性を検定する折半法スピアマン-ブラウソンの公式によりQCM-Pの信頼性を検討する。

妥当性について、構成概念妥当性は、因子分析で得られた結果を、予備調査で行った分類に照らして検討する。また、基準関連妥当性と結びついた作業である既知グループ法の考えに基づいて、特定のグループ別（年齢別、経験年数別、所属市町におけるケア体制等の構造評価の得点別、被調査者によるケアマネジメント結果の自己評価得点

別）にQCM-P得点を求め、一元配置の分散分析を用いて、それぞれの群間の平均値の差の検定を行う。また、年齢と経験年数の各群間については、チューキーの多重比較を行う。

選択した年齢と経験年数別グループは、ケアマネジメントについて自己評価する場合、安梅ら<sup>3)</sup>の報告によるとケアマネジメントの対象支援過程と有意な正相関があることが示されていることから、QCM-Pにおいても年齢、経験年数が増えるほど得点が高くなることが予測された。これより本稿では、年齢別、経験年数別の群を既知グループに準ずる集団と考えて差を比較する。また、ケアの質を評価する体系的枠組みは、過程と構造、結果の3側面で構成されており<sup>12,13)</sup>、1960年代より用いられている妥当な枠組みである。ケア体制や組織などの構造がケア過程を円滑に進める基盤となり、結果はそのケア過程から生み出されるものである。このことから本稿では、構造評価が高ければ過程評価（QCM-P得点）も高くなる、結果の自己評価が高ければその結果を導いた過程評価（QCM-P得点）も高くなると仮定する。構造評価、結果の自己評価は、被調査者に内容を例示した上でどの程度できているかについて主観的評価による評価点を聞いた結果を用いる。

また、本尺度が、利用者特性に影響をうけず、どんな対象にも一般的に生じるケアマネジメント過程であることを確認するために、利用者特性とQCM-P得点間の有意差を確認する。

## 3. その他

調査期間は、予備調査が1996年7月～1997年5月、本調査が1998年4月～6月である。なお、ケアマネジメント過程の活動指標を作成するためのブレインストーミングは、1997年9月に実施した。統計解析にはSPSS 7.5jを使用した。

## III 研究結果

### 1. 予備調査

第1ラウンドの面接調査では、熟練保健婦により結果をもたらしたケアマネジメントの過程を聞き取り、得られた回答より、ケアマネジメント活動と考えられる内容を、意味のまとまり毎に文章化した。その面接から得た948単位の内容を分類して得られた129項目に第2ラウンドを実施し、過程に属すると判断された69項目について、コン

センサスの程度が「確実」の範囲に属する60%以上であった66項目を採用した。また、追加記載のあった項目の中で、他とは独立した意味と考えられた1項目を追加し、合計67項目とした。内容妥当性へのコンセンサスの程度は平均91.1%であった。

第3ラウンドでは、コンセンサスの程度は平均95.5%と、第2ラウンドより4.4パーセント上回り、項目毎の変化の幅は-0.4~13.7%であった。平均は、第2ラウンドの時点で90%を越え、Jillsonの「非常に確実」の範囲にあったこと、さらに第3ラウンドでは2つの項目を除くすべての項目で値の上昇が見られたことから、意見の収束が見られたと判断できた。値が減少した2項目は、いずれも先の値が95%以上と高く、それぞれ0.1パーセントと0.4パーセントの減少であったことから、コンセンサスの程度に差はないと判断した。

ただ、自由記載では、運用上の項目が詳しく重複するのではないか、事例の状況やニーズによって必ずしも生じないのではないかという指摘をうけた項目があった。これを受けて、内容がインプットや構造に影響をうけやすいかどうか、内容同士が独立しているかについて注目し、研究者の判断を仰ぎながら、各項目を再度検討した。その結果「会議の目的を明示し、関係者に参加依頼する」、「利用手続きを援助、代行する」、「個別ケアの終了の時期を判断する」など12項目を削除し、55項目を得た。

さらに、本調査で使用する手引き作成のために実施したブレインストーミングで得られた各項目毎の具体的活動内容を、研究者で整理したところ、先の55項目のなかに具体的活動内容として挙げられたものと重複する項目があった。これらの項目について研究者で検討し、他項目の意味の範囲と捉えその下位に位置づけるほうが望ましいと判断された項目を、具体的活動内容の中に位置づけた。その結果、質問紙に用いる項目は、最終的に表1に示した45項目となった。

採用した45項目を概念枠組みに沿って検討した結果、それぞれの項目が何れかの基本的過程および局面に位置づけられた。研究者による検討では、過程は螺旋的な展開となるために、ほとんどの項目について、必ずしも単一の過程の単一の局

面に限定できないと考えられたが、ここでは便宜上最もよく起こるであろう部分に位置づけた。表1ではケアマネジメントの基本的過程(A~F)に沿って45項目を並べ、局面毎の分類番号(I~IV)とともに各項目の前に記した。

## 2. 本調査

### 1) 被調査者の特性

調査は、承諾を得られた121機関(対象となる市町の約6分の1)に実施した。121機関の分布は層別に偏りはみられなかった。121機関への依頼数621件の内464件より返答があり(回収率74.7%)、内、条件に合う利用者がいないため、被調査者に該当する人数以上の調査票が送付されたまたは経験年数が足りないため、事業が多忙な時期で期間内に実施できない等の理由で未記入であった54人を除くと、410件(66.0%)となった。また、記載漏れ等データ不備の者を除くと、最終的な有効回答数は353人(56.8%)であった。また、保健婦が初期の関わりが中心で、その後のケアマネジメントを訪問指導員が行っている場合は、訪問指導員の記入を認めた。

被調査者の属性(括弧内%、不明除く)をみると、性別はすべて女性であり、年齢は、30歳代が151人(42.8)と最も多く、次いで40歳代が101人(28.6)、20歳代が69人(19.5)、50歳以上が32人(9.1)であった。所属は、市196人(55.5)、町27人(7.6)合わせて63.1%であり、次いで政令市が110人(31.2)、特別区8人(2.3)であった。職種は、保健婦が334人(94.6)、訪問指導員が19人(5.4)であった。被調査者の現職経験年数は、5年以下が75人(21.2)、6~10年が72人(20.4)、11~15年が81人(22.9)と合わせて64.6%であり、16~20年66人(18.7)、21年以上56人(15.9)であった。

被調査者がケアマネジメントした利用者の属性について、本人の性別は、男性が168人(47.6)、女性が185人(52.4)であり、年齢は、最も多かったのは65~74歳138人(39.1)であり、次いで75~84歳が108人(30.6)、85歳以上が84人(23.8)であり、65歳未満も23人(6.5)であった。厚生省の障害老人日常生活自立度判定基準は、Cランクが163人と全体の46.2%をしめ、続いてBランクが114人(32.3)、Aランクが56人(15.9)、Jランクが20人(5.7)であった。主な疾患は、脳血管

表1 QCM-P (ケアマネジメント過程の質評価) 集計結果

項 目 No.	基 本 的 類	局 面 分 類	ケアマネジメント過程	平 均 値 n=353	標 準 偏 差	GP 分析		T 検定
						POOR n=172	GOOD n=181	
1	A	I	利用者(本人・家族)からの初回相談を促した	3.1	1.1	2.8	3.3	***
2	A	III	社会資源提供側からの相談や連絡に応じた	3.7	0.9	3.4	4.0	***
3	B	I	家庭訪問・面接等で、直接情報を収集した	4.1	0.8	3.9	4.3	***
4	B	I	利用者の問題承知を助け、ニーズの表出を促した	3.7	0.9	3.4	4.0	***
5	B	I	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	2.2	3.3	***
6	B	I	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	3.3	3.8	***
7	B	IV	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	3.1	3.8	***
8	B	IV	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	3.3	3.9	***
9	C	I	社会資源選択に際して、利用者の判断を助けた	3.7	0.7	3.5	3.9	***
10	C	I	社会資源の選択に向けて本人・家族間の意見調整をした	3.5	0.9	3.3	3.7	***
11	C	I	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	2.9	3.3	***
12	C	II	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	1.2	1.6	3.0	***
13	C	II	ケアカンファレンスの進行、運営を円滑化した	2.3	1.1	1.6	2.9	***
14	C	II	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	1.6	2.9	***
15	C	II	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	1.6	2.9	***
16	C	II	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	1.4	2.6	***
17	C	I	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	2.0	3.4	***
18	C	III	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	1.6	2.9	***
19	C	III	チームを組み、各員の役割、責任を確認した	2.4	1.2	1.7	3.1	***
20	D	I	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	1.2	2.3	3.4	***
21	D	II	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	2.8	3.6	***
22	D	IV	計画に沿って導入可能な社会資源を探した	3.5	1.0	3.0	3.9	***
23	D	IV	優先度の高い社会資源から導入準備を進めた	3.6	1.0	3.2	4.0	***
24	D	IV	導入する社会資源の妥当性、適合性を確認した	3.4	0.9	2.9	3.9	***
25	D	IV	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	3.0	3.7	***
26	D	III	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	1.1	2.8	3.9	***
27	D	III	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	2.6	3.7	***
28	D	IV	社会資源の発掘、開発、転用の可能性を検討した	2.6	1.0	2.2	3.1	***
29	D	II	社会資源利用の開始と直後の状況を確認した	3.4	1.0	3.0	3.8	***
30	E	I	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	2.6	3.5	***
31	E	I	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	3.1	3.7	***
32	E	I	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	3.1	3.7	***
33	E	II	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	2.7	3.6	***
34	E	II	経過の情報を統合し、連絡調整を行った	3.0	1.0	2.4	3.6	***
35	E	II	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	2.5	3.4	***
36	E	III	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	1.0	1.9	2.8	***
37	E	III	ケアチーム員の変化や困難に対応した	2.5	1.0	1.9	3.0	***
38	E	III	ケアプランの一貫性、継続性を確認した	2.6	1.0	1.9	3.2	***
39	E	IV	個別ケア展開における転換期を判断した	2.6	1.0	2.0	3.1	***
40	F	II	継続ケアカンファレンスの場を設けた	2.2	1.1	1.5	2.8	***
41	F	II	個別ケアの結果をチームで確認した	2.2	1.1	1.6	2.9	***
42	F	II	個別のケアプランを修正、フィードバックした	2.3	1.1	1.7	2.9	***
43	F	III	ケアマネジメントの展開過程を評価した	2.2	1.0	1.6	2.8	***
44	F	IV	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	1.6	2.7	***
45	F	IV	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	1.6	2.5	***
合 計				131.4	27.8	109.7	152.2	***
1項目平均				2.9	1.0			

\*\*\* p&lt;0.001

表2 QCM-P (ケアマネジメント過程の質評価)  
因子分析結果  
(主因子法バリマクス回転, n=353)

項目 No.	基 本 的 類	過 程 分 類	局 面 分 類	因 子 1	因 子 2	因 子 3	因 子 4	因 子 5	共 通 性
4	B	I				.65			.50
8	B	IV				.64			.57
9	C	I				.64			.50
7	B	IV				.59			.49
6	B	I				.55			.43
3	B	I				.51			.37
10	C	I				.50			.41
1	A	I				.44			.33
2	A	III				.44			.36
5	B	I				.43			.46
11	C	I				.36			.35
14	C	II		.85					.82
15	C	II		.81					.80
13	C	II		.78					.83
16	C	II		.77					.72
12	C	II		.76					.79
18	C	III		.73					.75
19	C	III		.67					.75
40	F	II		.57	.49				.73
17	C	I		.54					.59
22	D	IV						.71	.71
21	D	II						.67	.63
24	D	IV				.38		.65	.70
23	D	IV				.44		.60	.67
25	D	IV						.52	.57
20	D	I		.38				.40	.60
32	E	I					.61		.56
31	E	I					.59		.54
30	E	I					.54		.61
34	E	II		.39			.53		.66
26	D	III					.51	.46	.69
29	D	II					.51	.38	.61
35	E	II					.49		.62
27	D	III					.48	.38	.67
28	D	IV					.46		.46
33	E	II				.36	.44		.51
43	F	III		.78					.75
44	F	IV		.72					.71
45	F	IV		.70					.63
42	F	II		.40	.66				.76
39	E	IV		.60					.69
38	E	III		.38	.57				.72
41	F	II		.53	.56				.75
37	E	III			.50		.36		.65
36	E	III			.48				.54
因子負荷量の二乗和				6.8	5.1	4.7	3.9	3.5	
寄与率				15.8	11.5	10.5	8.7	7.7	
累積寄与率				15.8	26.5	37.0	45.7	53.4	

注：因子負荷量は、0.36以上の値のみを記載した。

疾患が180人(51.0)と最も多く、次いで痴呆症が49人(13.9)、難病特定疾患が47人(13.3)、骨・関節系疾患が33人(9.3)、心臓疾患が8人(2.3)であり、その他も36人(10.2)であった。

2) 項目分析

45項目の質問紙を用い回答を求めた結果を表1に示した。単純集計結果をみると、QCM-P得点の平均が131.4、標準偏差が27.8であり、各項目の平均は2.0~4.1点、標準偏差が0.7~1.3の範囲であり、著しい偏りはみられなかった。また、各項目間の相関係数は、すべて正の値を示していた。G-P分析では、QCM-P得点の平均値で被調査者を高得点群(GOOD)と低得点群(POOR)に2分し、T検定を用いて各項目毎に両群の平均値の差を比較したところ、全項目で有意な差がみられた。この結果よりこれらの尺度項目が合計得点に寄与する項目であると判断できた。以上より信頼性、妥当性の分析はこの45項目を用いて行った。

3) 妥当性について

構成概念妥当性の確認は、因子分析の結果を用いて行った(表2)。主因子法による因子分析を行ったところ、回転前すべての項目の第1因子負荷量が0.3以上であり、これらの項目が単一の概念を構成する項目群と判断できた。予備調査で行った各項目の分類の妥当性を確認するために、2回目の因子分析を主因子法バリマクス回転を用いて実施した。固有値が1以上で累積寄与率が50%以上、および各因子の項目数が5つ以上であることを条件に、8因子解から3因子解までの検討を行った結果、表2に示した5因子の最適解を得た。累積寄与率は53.4%であった。

概念枠組みに沿って因子構造をみると(図2中、網掛けで表示)、因子1が計画とはほぼ一致しており、因子2がE. モニタリング・フォローアップの中で管理的側面をもつ項目(局面III)とF. 評価・フィードバックの全項目を含んでいた。因子3はA. 利用者の発見、B. 情報収集・アセスメントの全項目とC. 計画のなかでも計画を進める上で利用者とは直接的に関わる部分(局面I)が含まれていた。因子4は、D. 実施の中でも、利用する社会資源が決定してからの実施に至る部分と、E. モニタリング・フォローアップの中でも対利用者、もしくは利用者とはサービス提供側間

図2 QCM-P項目と概念枠組みおよび5因子の位置づけ

ケアマネジメントの基本的過程		A	B	C	D	E	F
ケアマネジメントの局面 (主に活動を行う対象別の分類)		利用者の 発見	情報収集 ・アセス メント	計 画 (目標の設定 と具体策)	実 施	モニタリン グ・フォロ ーアップ	評価・フ ィードバ ック
I	利用者とケアマネジャー間 で行われること	1	3 4 5 6	9 10 11 17	20	30 31 32	
II	利用者とサービス提供側、 ケアマネジャー間で行われ ること			12 13 16 14 15 40	21 29	33 34 35	41 42
III	サービス提供側とケアマネ ジャー間で行われること	2		18 19	26 27	36 37 38	43
IV	ケアマネジャーの判断で行 われること		7 8		22 23 24 25	28	39 44 45
		因子3		因子1	因子5	因子4	因子2

※図中の番号は項目番号を示す

(局面 I, II)で行われる内容が含まれていた。因子5は、D.実施の中で探索と導入準備の部分(主に局面IV)が含まれていた。これより、各因子は、基本的過程に沿った因子構造を示しており、1つの因子に2つの過程が含まれる場合も、おおむね局面の特徴によって2分されていることが読みとれた。また、この場合、No.40を除いては、互いに隣接する過程の項目群で構成されていた。予備調査時の分類と5因子を構成する項目の一致は、45項目中33項目であり、一致率は73.3%であった。よって、本調査より得た因子は、概念枠組みの特徴を裏付ける構造を有していると判断できた。

因子名について、ケアマネジメントの基本的過程と局面を軸に5因子の特徴を読みとり命名すると、因子はそれぞれ、因子3が利用者支持とニーズ分析、因子1がチームによる協議と計画、因子5が社会資源探索と導入準備、因子4が適正な連結とフォローアップ、因子2がモニタリングと評価・フィードバックとなった。

「40-継続カンファレンスの場を設けた」は、この活動が生じる順序からみると因子2の時点に含まれる内容であるが、内容は因子1の「チームによる協議と計画」に該当すると解釈できるため、この項目の因子負荷量が最も大きい因子1に位置づけた。

被調査者の年齢(20歳代, 30歳代, 40歳代, 50歳以上の各群), 経験年数(5年以下, 6~10年, 11~15年, 16~20年, 21年以上の各群), 所属市町におけるケア体制等の構造面の評価(高群, 低群), 被調査者によるケアマネジメント結果の自己評価(高群, 低群)について、各グループの群別のQCM-P得点間に差があるかどうかを一元配置分散分析により調べたところ、すべてのグループにおいて有意な差( $p < 0.01$ )があった(表3)。また、年齢と経験年数を多重比較した結果、年齢では20歳代と40歳代, 20歳代と50歳代の間に、経験年数では5年以下と21年以上の間に、それぞれ有意差を示す傾向がみられた。また、6~10年と21年以上の間は5%水準で有意差がみられた。

また、被調査者がケアマネジメントした対象の特性別、すなわち性別, 年齢, 主疾患, 寝たきり度判定基準の各群別に同様の分析を行ったところ、いずれも有意な差はみられなかった(表3)。

#### 4) 信頼性について

内的整合性の検討のためにクロンバックの $\alpha$ 係数を算出したところ、質問紙全体では0.96と高い値を示し、各因子毎では、5つの因子の $\alpha$ 値がすべて0.8以上を示した(表4)。折半法においても同様に質問紙全体は0.89, 因子2~5も0.8以上の値を示した。因子1は0.79と多少低かった。



表3 各グループの群別 QCM-P 得点比較 (一元配置分散分析)

		n	平均値	多重比較 Tukey-HSD	標準偏差	F 値	p
被調査者 (保健婦等)							
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歳以上	32	136.6		24.4		
経 験 年 数	5年以下	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		
所 属 市 町 構 造 評 価	低群	181	123.6		28.2	31.6	***
	高群	172	139.5		24.8		
結 果 自 己 評 価	低群	182	122.2		23.9	46.1	***
	高群	171	141.1		28.3		
ケアマネジメントの対象 (利用者)							
本 人 性 別	男性	168	132.7		28.7	0.7	
	女性	185	130.2		26.9		
本 人 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		
	C1 ランク	43	132.6		26.1		
	C2 ランク	120	132.6		26.6		

† p&lt;0.1, \* p&lt;0.05, \*\* p&lt;0.01, \*\*\* p&lt;0.001

## IV 考 察

### 1. 尺度としての信頼性, 妥当性の検討

本研究では, ケアマネジメント過程の内容抽出の精度を高める目的でデルファイ法を用いた。これより, 本研究の範囲で熟練者の意見が収束の方向に向かったことが確認された。さらに, ケアマネジメント過程の質を問う質問紙項目としての内

容妥当性を高めるためには, 本調査の手引き作成のために行ったブレインストーミングの結果も加味しながら, 内容の水準を整える作業が研究者により繰り返し実施された。

信頼性は, QCM-P の項目全体と5つの因子とも信頼性係数が十分高く, 測定用具としての内的整合性があることが示された。因子1の信頼性係数がその中で一番低かった理由は, 因子1に利用

表4 QCM-Pの信頼性係数

n=353

因子	項目数	Cronbach's $\alpha$ 値	折半法 Equal-length Spearman-Brown
全体	45	.96	.89
因子1	11	.83	.79
因子2	8	.94	.89
因子3	6	.88	.84
因子4	10	.90	.80
因子5	10	.93	.87

者の発見から情報収集・アセスメント、計画にまたがる内容が含まれていることや項目数が多いことが影響しているのではないかと考えられる。

次に、QCM-Pは、因子分析の結果得られた因子が、概念枠組みとして用いたケアマネジメントの基本的過程と4つの局面の特徴をよく反映した構成を示した。これはQCM-Pの構成概念妥当性を支持する結果と考える。

さらに、妥当性を検討するために被調査者の年齢と経験年数の各群別にQCM-P得点の差を比較した結果では、すべての群間ではなかったにせよ、年齢および経験年数が増すほどQCM-P得点が増す傾向がみられた。これは、安梅<sup>3)</sup>らの報告を裏付ける結果であり、QCM-Pの妥当性を支持する結果であると考えられる。同じく、所属市町のケア体制や組織といった構造面の評価が高い群ほどQCM-P得点も高かったことは、ケア過程を円滑に進める基盤を持っている市町ほどケアマネジメントの質が高くなるという仮説を裏付ける結果であった。また、被調査者つまりケアマネジャーの役割を果たした保健婦によるケアマネジメント結果の自己評価が高いほどQCM-P得点が高かったことは、質の高いケアマネジメント過程が良い結果をもたらすことを示唆する結果であった。これらは、QCM-Pがケアマネジメント過程の質を測る用具として妥当であることを裏付ける証拠であると考えられる。

続いて、被調査者がケアマネジメントした対象の属性別にQCM-P得点を比較したところ、有意な差が認められなかったことから、QCM-Pは、インプットに左右されずどんな事例に対しても起こりうる項目で構成されたケアマネジメント

過程を示していることが示唆された。

また、単純集計結果をみると、因子1：チームによる協議と計画と因子2：モニタリングと評価・フィードバックの評価得点は他の因子よりも低かった。これは、個別のケアマネジメントを円滑に実施できるシステムが完成している市町村が少なく効果効率的なケアカンファレンスの実施が困難である、および活動評価ツールが開発されておらず個別ケアの評価が困難である、といった現状の問題を反映している結果であった。このことも、現実に即した内容妥当性に貢献する結果と考える。

## 2. 本研究の限界と課題

今回、妥当性については、地域ケア領域で外的基準に使用できる適当な測定用具がなく、基準関連妥当性（併存妥当性、予測妥当性）の検討ができなかった。信頼性についても、内的整合性だけでなくさらに安定性、同等性についても今後の検討課題である。また、本研究で得た45項目は、概念が浸透していない現時点では教育的な意味もあり、必要最小限の数と考えるが、将来的には多忙な実践者が手軽に用いることができるツールとするために、項目数を厳選することも考える必要がある。

本尺度は職域の制限なく使用できるツールとなることを目指しているが、本稿においてその点の検討はできなかった。現在、QCM-Pの内容が実際のケアマネジメント場面で行われているか、および他職種によっても行われているかについては、継続的に地域のケアマネジメント会議への参加観察とケアマネジメント事例研究会において確認を続けているところであり、今後引きつづき検討する。

今回、ケアマネジメントの質を評価する測定用具として、ケアマネジメント過程に絞った尺度開発を試みた。今後は、構造と結果評価を含む総合的なケアマネジメント評価ツールを作成することが課題である。加えて、QCM-Pで示した一般的な過程ではなく、インプットによって、つまり特定のケアマネジメント過程を要するニーズ（例えば痴呆症、難病など）については、今後この経過尺度に追加するオプションを開発していく必要があるだろう。それらの尺度開発に伴い、ケアマネジメント構造がどのようにケアマネジメント過程

に影響し、またケアマネジメント過程がどの程度利用者の満足度やニーズ充足という結果に効果をあげているかを、量的根拠を持って確認し、継続的な質改善に結びつけていく作業が必要と考える。

## V 結 語

今回、ケアマネジメント過程の質に関わる内容を帰納的に抽出することにより、基本的過程という大きい区切りではなく、細かい活動単位ごとにケアマネジメント過程の骨組みが明らかになった。さらに、現在が地域ケアシステムの激変期にあたり、たたき台となる新しいツールが求められる時期であることを認識すると、本研究においてケアマネジメント過程の質を測定する QCM-P が、測定用具として限界を持ちながらも支持されたことは、地域ケアを推進する上で意義があるものと考えられる。

今後、QCM-P をより実用的な尺度として精錬していくとともに、一方では、このようなケアマネジメント過程項目を枠組みとして、具体的な活動方法を示すガイドラインづくりを進めることが急務である。

本研究を実施するにあたり、調査にご協力くださいました保健婦等看護職の皆様へ心より感謝いたします。

また、本研究を進める全プロセスでご指導を賜りました東京医科歯科大学の高崎絹子先生、老人看護学教室の皆様へ深く感謝いたします。

なお、本研究は平成8年度は木村看護教育振興財団より、平成9年度、10年度は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金を受けて行いました。

(受付 '98. 7.22)  
(採用 '99. 3.15)

## 文 献

- 1) 内田恵美子. 在宅ケアの質を高めるために—訪問看護の視点から質の評価を考える—. 第2回日本在宅ケア学会講演集 1998; 2: 20-21.
- 2) 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 1998; 46: 25-32.
- 3) 安梅勅江, 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 1998; 1: 50-60.
- 4) 岡本玲子. 保健婦活動における在宅ケアマネジメント過程の質を構成する要素の検討. 日本在宅ケア学会誌 1998; 1: 46-55.
- 5) Delphi Assessment. Expert Opinion, Forecasting, and Group Process. United States Air Force Project Rand, 1974.
- 6) Michael Adler, Erio Ziglio. Gazing into the Oracle, The Delphi Method and its Application to Social Policy and Public Health. London: Jessica Kingsley Publishers. 1996; 3-33.
- 7) Jeremy Jones, Duncan Hunter. Qualitative Research, Consensus methods for medical and health services research. BMJ 1995; 311: 376-380.
- 8) 菅原祐一, 東 晴彦, 他. 自主研究報告書デルファイ法およびクロス・インパクト法マニュアル—意志決定のために (その2)—. 東京: 財団法人未来工学研究所 1978; 9-48.
- 9) 内布教子, 上泉和子, 片田範子. 看護ケアの質の要素の抽出デルファイ法を用いて. 看護研究 1994; 27: 315-323.
- 10) 岡本玲子. 看護職がケアマネジメントに果たすべき役割, ヘッドナース, 1998; 12 (3): 36-42.
- 11) Jillson, I. A. The national drug-abuse Policy Delphi, progress report and findings to date. In H. L. Linstone and M. Turoff (eds) The Delphi Method, Techniques and Applications. Reading, MA: Addison-Wesley. 1975.
- 12) Avedis Donabedian, Some Issues In Evaluating The Quality of Nursing Care, American Journal of Public Health, 1968; 59 (10): 1833-1836.
- 13) パトリシア R. アンダーウッド. 質の研究: 米国ヘルスケアにおける質の評価の発展. 勝原裕美子訳. 「看護」を考える選集 1. 日本看護協会出版会 1996; 29-40.

DEVELOPMENT OF A SCALE FOR QUALITY OF  
CARE MANAGEMENT PROCESS  
A DELPHI SURVEY AND STUDIES ON RELIABILITY  
AND VALIDITY

Reiko OKAMOTO\*

**Key words:** Care management, Quality evaluation, Measurement, Delphi survey, Community health nurse

The purpose of this study was to develop a measurement tool for assessing quality in care management and to test its reliability and validity.

A Delphi survey was initially administered on 96 experienced community health nurses, to improve the content validity of a questionnaire that was developed after three repeated rounds of data collection and content analysis. A total of 353 community health nurses, from 121 cities and towns across Japan, completed the mailed questionnaire.

Cronbach's alpha value was more than 0.8, respectively, for all items in questionnaires, and for each factor, indicating internal consistency in reliability. Five factors were identified through factor analysis using a principal factor method with varimax rotation. These factors were good reflections of components classified by some researchers, indicating construct validity. In addition, care managers were grouped according to such criteria as their age and work experience. The QCM-P (Quality of Care Management-Process Measurement) score of each group was compared, as theoretically differences are expected.

The questionnaire's validity was evidenced by significant differences in the QCM-P score among each group. Further studies on criterion-related validity and stability which relates to reliability are required.

Thus, although further work is needed, QCM-P was found to have both reliability and validity at a permissible level as a scale for measuring the quality of care management process.

---

\* Department of Nursing Faculty of Health Science Kobe University School of Medicine