

# 地域保健におけるケアマネジメント活動指標の開発

オカモト レイコ  
岡本 玲子\*

本研究の目的は、日本の地域保健の実践で広く活用できる「ケアマネジメント過程の活動指標(以下、活動指標と略す)」を作成することである。

活動指標の枠組みには、ケアマネジメント過程質評価質問紙の項目が用いられた。具体的な活動内容を示す細項目は、熟練保健婦へのブレインストーミングにより内容が収集され、各項目毎に標準的なものが選定された。活動指標の実用性は、複数の事例への応用結果と、保健婦と在宅介護支援センター職員を対象に、実用性に関する意見を問うた郵送質問紙調査の結果より検討され、一連の流れの中で修正を加えられた。

その結果、各々に4つの細項目を持ち45項目から構成される活動指標が作成された。実用性について、事例への応用からは、活動指標に含まれる内容は実際に行われている活動であり、個別事例への活動評価やケアシステムにおける問題の顕在化ができること、実務者への質問紙調査からは、それに加え基礎教育や現任研修への実用可能性があるという結果が得られた。活動指標を用いることによる効果の詳細に関する検討は、今後の課題である。

**Key words** : ケアマネジメント, 活動指標, 質評価, 保健婦・士

## I はじめに

現在我が国では、超高齢社会を支えるため、制度やサービスの整備が急ピッチで進められている。なかでもケアマネジメントは、介護保険制度の中にもその機能が取り入れられ、今後その質保証が大きな課題となっている。

ケアマネジメントは目に見えにくい活動であり、同じ職種でも個人々人によって実施方法に差があるのが現状である。このため、日本の現状に即してケアマネジメントの質を保証するには、一般的にいわれているケアマネジメントの基本的過程、つまり①利用者の発見、②アセスメント(ニーズ把握)、③計画、④実施、⑤モニタリング、⑥評価・フィードバックの中に具体的にはどのような活動内容が含まれるのか、標準的な活動内容とはどのようなものかを示す指標の開発が急がれる。

そこで、本研究は、ケアマネジメント過程の活動指標を作成し実用性を検討することを目的とし

た。ケアマネジメント過程の枠組みには、ケアマネジメント過程の質評価尺度45項目を用いたり。本稿では、文献1の本調査時に調査の手引きとして使用したケアマネジメント過程活動指標(以下、活動指標と略す)原案の作成過程の補足とその後の過程を述べ、同調査時に自由記載でその実用性に関する意見を問うた結果、およびその後複数の事例に応用し修正を重ねた結果を報告する。

なお、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、およ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<sup>1)</sup>とする。

## II 方 法

### 1. 活動指標原案の作成

活動指標原案は、文献1の本調査時に、調査の手引きの中で調査票の45項目の内容を補足説明するために作成された<sup>1)</sup>。45項目に対応する標準的

\* 神戸大学医学部保健学科  
連絡先: 〒652-0142 神戸市須磨区友が丘7-10-2  
神戸大学医学部保健学科 岡本玲子

かつ具体的な活動内容は、経験年数3年以上の保健婦58人を対象に10グループに分かれて行ったブレインストーミングの記録から得たデータより精選された。各項目毎にあがった具体的な活動をひとつの内容毎に転記し、地域・老人看護研究者2人のスーパーバイズを受けながら、各項目毎に最も代表的かつ標準的と考えられる活動を細項目として選抜き語句を整えた。細項目数は項目毎に得られたデータ数の最小値未満とした。

## 2. 実用性に関する意見と修正

### 1) 実用性に関する意見収集

活動指標原案の実用性に関する意見は、文献1の本調査、および同時期に在宅介護支援センターに対して行った調査の中で自由記載により求めた。対象は同調査の回答者である全国121市町の保健センター保健婦・士（以下保健婦と略す）353人（回収率66.5%中の有効回答85.5%分）、および全国90市町内にある138か所の在宅介護支援センター職員186人（回収率41.5%）である。調査では対象に、活動指標原案がケアマネジメントの指標として「利用できる内容か、利用してみたいか否かなど」という問いで意見と感想を求めた。

### 2) 事例との照合と修正

活動指標原案に示された内容が、実際のケアマネジメント過程の中で行われている妥当な内容か否かを比較検討するために、事例に行われたケアマネジメント過程について面接調査を実施した。対象は、経験年数5年以上のケアマネジメント提供者（以下熟練者と略す、保健婦16人、介護職5人）であり、調査の目的と内容を説明し承諾を得た。ケアマネジメント過程がもれなく語られるように、熟練者には、事例と関わる発端からのケアマネジメント過程を詳細に語るよう依頼した。このとき確認しながら行えるようにケース記録を手元に置いてもらった。面接者は、面接を用いた研究経験者であり、熟練者が自分の行ったことや判断を自由に語れるように活動指標原案の内容は示さず恣意的誘導的にならぬよう配慮した。語られた事例へのケアマネジメント過程との照合は、あらかじめ活動指標の内容に習熟した者複数名が、活動指標の項目・細項目にあてはまる活動が語られた場合、それを互いに確認しながらチェックするという方法で行った。また、新たなケアマネジメント過程であると考えられた項目は記述し、活

動指標の各項目の意味の範囲に含まれるが、又は新しく項目を立てる必要があるかについて検討した。

### 3. その他

調査期間は1が1997年9月から1998年3月であり、2-1)は1998年4月から6月、2-2)は1998年4月から1999年8月である。一連のデータ整理は表計算ソフトであるMicrosoft Excelを用いて行った。

## III 結 果

### 1. 活動指標原案の作成

細項目の収集のために実施したブレインストーミングでは、各項目につき5から19のデータが集められた。これより細項目数は、最小データ数の5より少ない4つに設定した。項目4を例に細項目精選の方法を示した（表1）。項目4について収集されたデータ1~5からは、利用者の問題認知を助けニーズの表出を促すための前段階として、信頼関係づくりや話す場の設定などの活動が中心的な活動であることが読みとれたため、細項目には「信頼関係を築き、話しやすい場をつくる」があげられた。同様に、他のデータについても読みとり、4つの細項目が設定された。ただし、例えば、データ6の「ネットワークで訪問して他職種で関わりながら」という部分のように項目4の内容に直接該当しないものは、この項目に該当する内容としては読みとらないようにし、その内容が該当すると考えられる項目、即ちケアチームによるアセスメントや計画の確認に関する内容を記した項目14~16で読みとるよう留意した。

### 2. 実用性に関する意見と修正

#### 1) 実用性についての意見収集結果

自由記載欄に記入があった者は、返送があった保健婦353人中167人（47.3%）、在宅介護支援センター186人中76人（40.9%）である。対象の基本属性、すなわち性別、年齢、役職の有無、平成9年度ケアマネジャーとして関わった件数、管轄市町の人口、管轄市町の高齢化率は表2に示したとおりである。保健婦は、年齢で30歳代が約4割と多く、在宅介護支援センターは、経験年数が5年以下がおよそ4割であった。ケアマネジャーとして関わった件数は、保健婦は1~5件が3分の1を占め、在宅介護支援センターでは21件以上が

表1 細項目の選抜過程例：項目4の場合

「4. 問題認知を助けニーズの表出を促す」 についてブレインストーミングで得たデータ	解 釈	細 項 目
1 事例から訪問を心待ちにしていることを言ってくれるような関係をつくる	データ1-5より、まず事例と保健婦が人間対人間の信頼関係をつくり、事例が安心して話せる場をつくることからはじめ、事例自身による問題認知や、ニーズ表出の土台をつくっていることが読みとれた。→a)	a) 信頼関係を築き、話しやすい場をつくる
2 人間関係を作る中でニーズを出してもらう		
3 ニーズ表出の場を設定する		
4 ある事例は息子の気持ちがほぐれたところで医療につながった	データ3-7より、事例が（この時点ではニーズではないかもしれないが）困っていること、思っていることを聴いて、共感することから、解決の糸口となり問題認知の材料となる内容が引き出されていく過程が読みとれた。→b)	b) 困っていることを十分に引きだし、傾聴する
5 介護者の苦痛に共感する		
6 ネットワークで訪問して多職種で関わりながら事例との共感性を高め理解が得られた		
7 疾病や健康上の問題を客観的に肯定的に受けとめられ、社会資源に目が向くように支援する		
8 疾病等の現状を整理し、正しい理解と問題認知を促す	データ7-13より、事例が現状の問題を客観的に理解でき、受けとめられるように、問題を根拠とともに示す過程が読みとれた。→c)	c) 問題を整理し、利用者 に示す
9 事例の考えを整理する		
10 問題を家族とともに整理する		
11 問題の根拠など必要時情報提供している	データ7、13-14より、事例が現状の問題を客観的に捉えられ、社会資源や、サービス利用を必要とするニーズを表出することを支援している過程が読みとれた。→d)	d) 利用者自身の口から ニーズの表出を確認する
12 近い将来予測される問題を提示する		
13 社会資源利用の必要性に気づき、理解するように支援する		
14 ケアニーズの表出が困難な事例に具体的に保健婦が言葉にして確認するなどして対応する		

3分の1と、保健婦より多かった。在宅介護支援センターの職種は、ケースワーカー45.3%、看護婦・士36.0%、介護職14.7%、保健婦4.0%であった。

保健婦と在宅介護支援センターを併せて記入のあった243件のうち、利用したいという肯定的回答は167件（68.7%）、何らかの理由で利用は難しいという否定的な回答は44件（18.1%）、どちらでもないという回答は32件（13.2%）であった（表3）。

それらの回答の内容をまとめると（表4）、利用したいと答えた肯定的回答の理由には、内容に関するものとして、具体的でわかりやすい18件、ケアマネジメント過程の全体像が分かる11件ほか、過程が順序立てて示されている、経験的蓄積が明文化され確認できた、過程に沿った活動の大切さを再確認した、コンパクトにまとまっている、援助者の視点も盛り込まれている等の意見があがっていた。また使い方に関しては、各自またはチームでの活動のチェック・振り返りに用いる

22件、過程全体の客観的基準として用いる12件、使用はケアマネジメント体制の整備・訓練が前提10件ほか、基本の確認に用いる、公平なケアマネジメントに活かす、チームが共通認識を持つために使う、活用方法を示してほしい、ケアカンファレンス時の評価指標に用いる、新人教育に使う等の意見が得られた。

一方利用が難しいと答えた否定的回答理由には、内容に関しては、内容が細かすぎる・多すぎる16件、もっと簡単にわかりやすい示し方にしてほしい11件、専門用語やわかりにくい表現がある9件、優先度の高い項目を示すべき8件ほか、類似する内容がある、難しく判断できない、内容は正論だが実用的でない、もっと具体的に示してほしい、当たり前の内容である、ここまでする必要はあるのか等があげられた。使用に関しては、利用する時間がない10件、日常的には使えない8件ほか、現在十分にケアマネジメントを行えていなかったりケアマネジメントのシステム基盤が整っていないために実施できない、慣れないと使え

表2 調査対象の基本属性

n=167 n=76

		保健センター		在宅介護支援センター	
		人	人	%	%
性別	男性	0	29	0.0	38.2
	女性	167	47	100.0	61.8
年齢	20歳代	38	20	22.8	26.3
	30歳代	73	22	43.7	28.9
	40歳代	46	22	27.5	28.9
	50歳代	10	12	6.0	15.8
経験年数	5年以下	38	30	22.8	39.5
	6～10年	39	21	23.4	27.6
	11～15年	39	8	23.4	10.5
	16～20年	22	5	13.2	6.6
	21年以上	29	12	17.4	15.8
役職	あり	28	23	16.8	30.3
	なし	139	53	83.2	69.7
平成9年度ケアマネジャーとして関わった件数	1～5件	59	12	35.3	15.8
	6～10件	21	5	12.6	6.6
	11～20件	13	5	7.8	6.6
	21件以上	28	27	16.8	35.5
	未記入・非該当	46	27	27.5	35.5
管轄市町の人口（未記入除く）	5万人未満	46	13	27.5	17.1
	5-10万人	38	21	22.8	27.6
	10-30万人	49	19	29.3	25.0
	30万人以上	29	18	17.4	23.7
管轄市町の高齢化率（未記入除く）	11%未満	37	11	22.2	14.5
	11-13%	27	14	16.2	18.4
	14-15%	40	9	24.0	11.8
	16-17%	22	18	13.2	23.7
	18-24%	33	15	19.8	19.7
	25%以上	0	2	0.0	2.6

表3 自由記載内容のまとめ

n=167 n=76

	保健センター		在宅介護支援センター	
	人	人	%	%
肯定的回答	113	54	67.7	71.1
否定的回答	30	14	18.0	18.4
どちらでもない	24	8	14.4	10.5
合計	167	76	100.0	100.0

ない、すべての事例には実施できない、他のアセスメントシートを用いるので必要ないといった意見があがった。

## 2) 事例との照合と修正

面接調査では、被調査者1人につき1～2事例が語られた。痴呆のある高齢者については半数以上の者が語っており、他には脳梗塞後遺症、在宅ターミナル、医療依存度の高い事例、一人暮らしや虚弱の老夫婦、本人・家族・ケアチーム員の目標が異なる事例、本人・家族が判断能力に欠ける事例、介護者が就労している事例など、多様な事例について語られた。

表4 自由記載内容の詳細(重複回答)

内容に関するもの	件数	使い方に関するもの	件数
<b>肯定的回答</b>			
利用したい, とのみ回答	73	各自またはチームでの活動のチェック・振り返りに用いる	22
具体的でわかりやすい	18	過程全体の客観的基準として用いる	12
ケアマネジメント過程の全体像が分かる	11	使用はケアマネジメント体制の整備, 訓練が前提	10
過程が順序立てて示されている	4	基本の確認に用いる	5
経験的蓄積が明文化され確認できた	4	公平なケアマネジメント前提に活かす	3
過程に沿った活動の大切さを再確認した	4	チームが共通認識を持つために使う	2
コンパクトにまとまっている	3	活用方法を示してほしい	2
援助者としての基本視点も盛り込まれている	2	ケアカンファレンス時の評価指標に用いる	1
		新人教育に使う	1
<b>否定的回答</b>			
利用は難しい, とのみ回答	7	利用する時間がない	10
内容が細かすぎる・多すぎる	16	日常的には使えない	8
もっと簡単でわかりやすい示し方してほしい	11	現在十分ケアマネジメントを行えていないので使える状況にない	6
専門用語やわかりにくい表現がある	9	ケアマネジメントができる地域のシステム基盤がない	5
優先度の高い項目を示すべき	8	慣れないと使えない	5
類似する内容がある	6	すべての事例には実施できない	4
難しく判断できない	4	他のアセスメントシートを用いるので必要ない	3
内容は正論だが実用的でない	3		
もっと具体的に示してほしい	2		
当たり前の内容である	1		
ここまでする必要があるのか	1		

個別事例との比較照合は次の例のように行われた。67歳女性, 脳梗塞後右麻痺で夫と2人暮らしの事例の場合, 実施したケアマネジメントを担当保健婦が語り, 活動指標の該当する項目と細項目に印を入れた(図1)。この事例では, 活動指標45項目中34項目に渡る活動が行われていた。行われていなかった活動は11項目であり, その原因に関する協議では, 保健婦の技量不足や稼働量の限界といった個人レベルの問題と, 個人の力量では担いきれないシステムの未整備といった原因が多面的に検討された。例えば16, 17は, 計画を文書で策定して利用者にも同意を得るという過程であるが, 当時それができるような記録方法や場の設定などのシステムが整っていないために, そこまでを担当者の役割範囲と捉えにくかったと考えられた。また, 事例提供者からは, 活動指標を用いて, 自分の活動をケアマネジメントという切り口で客観的に振り返ることができ今後の課題を明らかにできたという感想が述べられた。

事例へのケアマネジメント過程について指標を

用いて振り返った結果, 熟練者は活動指標の45項目中60~85%の範囲でケアマネジメント活動を行っていた。45項目中誰も行っていない活動はなかった。

ただし, 1項目につき4ヶづつ設けた細項目の中には, 事例によっては必ずしも行う必要のない項目や, 意味する範囲が狭いため色々な場面にあてはまりにくい内容, および用語の不統一などがみられた。このため, 原案作成後, 数事例検討を行う毎に微修正(1998年3月, 10月, 1999年3月, 2000年2月, 7月に見直し修正)を加えて内容の妥当性を高めた。その過程では, 用語の使い方も含めて45項目中31項目(延べ49項目), 180細項目中117細項目(延べ190細項目)が修正された。例えば, 項目7-a)は, 「経験をもとに頭の中でアセスメントする」が「経験と知識をもとに頭の中でアセスメントする」に修正され, さらに「経験と知識, 感性をもとにアセスメントする」に修正された。また他の例では, 利用するサービスの妥当性について述べた24-d)において, 「長期展望に

図1 ケアマネジメント過程の評価を行った事例検討結果

利用者支援を伴う活動	連絡・調整, 判断を伴う活動	ケアチームの協同, ケアの基盤整備を伴う活動
(1) a) b) c) d)	(2) a) b) c) d)	(12) a) b) c) d)
(5) a) b) c) d)	(3) a) b) c) d)	(13) a) b) c) d)
(6) a) b) c) d)	(4) a) b) c) d)	(14) a) b) c) d)
(9) a) b) c) d)	(7) a) b) c) d)	(15) a) b) c) d)
(10) a) b) c) d)	(8) a) b) c) d)	(16) a) b) c) d)
(11) a) b) c) d)	(17) a) b) c) d)	(18) a) b) c) d)
(20) a) b) c) d)	(22) a) b) c) d)	(19) a) b) c) d)
(21) a) b) c) d)	(23) a) b) c) d)	(40) a) b) c) d)
(24) a) b) c) d)	(26) a) b) c) d)	(36) a) b) c) d)
(25) a) b) c) d)	(28) a) b) c) d)	(37) a) b) c) d)
(26) a) b) c) d)	(27) a) b) c) d)	(38) a) b) c) d)
(30) a) b) c) d)	(29) a) b) c) d)	(41) a) b) c) d)
(32) a) b) c) d)	(31) a) b) c) d)	(42) a) b) c) d)
	(33) a) b) c) d)	(44) a) b) c) d)
	(34) a) b) c) d)	(43) a) b) c) d)
	(39) a) b) c) d)	(45) a) b) c) d)

事例の概要:  
67歳女性, 夫と二人暮らし  
脳梗塞後右半身麻痺

- |   |  |
|---|--|
| <p>A <input type="checkbox"/> 利用者支持とニーズ分析</p> <p>B <input type="checkbox"/> チームによる協議と計画</p> <p>C <input type="checkbox"/> サービス探索と導入準備</p> <p>D <input type="checkbox"/> 適正な連結とフォローアップ</p> <p>E <input type="checkbox"/> モニタリングと評価</p> | <p>記入方法:<br/>細項目 a)~d)のケアマネジメントを行っていたらチェックする<br/>その事例に必要な細項目をすべて行っていた場合, 項目番号に○をする<br/>その事例に必要な細項目を行っていなかった場合項目番号横に△, ×をする</p> |
|---|--|

立って良いものかどうかを判断する」の意味が不明瞭であったため、「長期展望で自立を支援する内容かを判断する」と修正された。今回聞き取った活動内容は、すべて活動指標の45項目の意味の範囲に入る内容と判断されたため、新しい項目立ては行われなかった。ただ、細項目においては、今回はどんな事例にでも該当する標準的内容と判断されたものを抽出したため、痴呆や医療依存度の高い事例など、事例特性に基づく特有の細項目については整理していない。最終的に作成された活動指標は、図2に示した。便宜上、利用者支援や連絡・調整・判断、ケアチームの協同・ケアの基盤整備を伴う活動かどうかによって分類し、3列に並べて示している。

活動指標の過程別分類 (A~E) 中で最も多くチェックされた過程はA利用者支持とニーズ分析であり、次にC社会資源探索と導入準備、D適正な連結とフォローアップであった (図3)。項目別には、8割以上の者が行っていた項目が、5, 8, 9, 10, 22, 26, 32, であり、それらを除き6割以上の者が行っていた項目は、1, 2, 3, 6, 7, 23,

24, 25, 28, 29, 31, 33, 39であった。また、実施が4割に満たなかった項目は、15, 16, 17, 18, 34, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45であった。

#### IV 考 察

##### 1. 活動指標の内容妥当性

活動指標原案は、実際に事例に提供してよい結果を生んだケアマネジメントの活動内容に関する項目収集に焦点を絞り、コンセンサスを高める手法であるデルファイ法で項目を精選しており、内容妥当性を高めるための複数の手続きがなされたものと言える。本稿ではさらに、細項目が実際現場で行われているケアマネジメントの具体例から抽出されたこと、および原案の項目と細項目についての見直しは、実際の事例に照らして繰り返し修正されたことにより、さらに内容妥当性を高める方向に精練されたと考える。

作成した活動指標の内容を、ケアマネジメント過程に関する記述のある既出書<sup>5~9)</sup> (特定の職種・制度下のケアマネジメントについて述べてあるものは用いていない) の項目立てと照合する

図2 ケアマネジメント過程・活動指標

利用者支援を伴う活動		連絡・調整 判断を伴う活動		ケアチームの協同 ケアの準備を整備を伴う活動																						
1	<p><b>A</b></p> <p>利用者(本人及び家族)からの相談を受ける</p> <p>a) 住民から窓口や電話による相談を受ける</p> <p>b) 事業(健康、講座、申請時等)の中で相談を促す</p> <p>c) 地区組織や既利用者より、相談がある(必要な)人がまわりくいないかと呼びかける</p> <p>d) 地区住民に回覧や広報で相談を促す(PRする)</p>	<p><b>A</b></p> <p>問題認知を助けニーズの表出を促す</p> <p>a) 信頼関係を築き、話しやすい場をつくる</p> <p>b) 困っていることを十分に引きだし、傾聴する</p> <p>c) 問題を整理し、利用者に示す</p> <p>d) 利用者自身の口からニーズの表出を確認する</p>	<p><b>A</b></p> <p>利用に伴う心理的抵抗や不安に対処する</p> <p>a) サービスについての種類やシステムを説明する</p> <p>b) 利用の効果と留意点を説明する</p> <p>c) 実物や媒体(パンフレット等)を用いて説明する</p> <p>d) 利用する際の抵抗感や不安の解消を確認する</p>	<p><b>A</b></p> <p>サービス選択に際して、利用者の判断を助ける</p> <p>a) 必要と思われるサービスの種類を提示する</p> <p>b) ニーズに応じた選択肢を考え、提示する</p> <p>c) 選択肢におおげなサービスの長所・短所を説明する</p> <p>d) 利用サービスの判断と選択を利用者に確認する</p>	<p><b>A</b></p> <p>10 サービスの選択・利用について本人・家族間の意見を調整する</p> <p>a) 本人・家族員それぞれの意見を把握する</p> <p>b) 意見の相違を、家族員が互いに知る機会をもつ</p> <p>c) 第三者がはいって話し合いの機会を持つ</p> <p>d) 意見の調整点を本人と家族が互いに確認する</p>	<p><b>A</b></p> <p>11 利用者自身が情報交換できることを支援する</p> <p>a) 必要な相談窓口や担当者を利用者に知らせる</p> <p>b) 相談窓口や担当者に声かけをしてつないだり、話せる場を設定する</p> <p>c) 利用者が現状を正確に伝えられるように支援する</p> <p>d) ケアカンファレンスについて説明し、参加を促す</p>	<p><b>A</b></p> <p>12 サービス提供側から相乗効果を受け把握する</p> <p>a) 日常から提供側とい関係性を旨している</p> <p>b) 提供側から新規事例の相談に応じる</p> <p>c) 定期的に outgoing 新情報提供を求めめる</p> <p>d) 同伴訪問やミニカンファレンスで把握する</p>	<p><b>A</b></p> <p>13 サービス提供側から相乗効果を受け把握する</p> <p>a) 相談を受け、できるだけ早く家庭訪問する</p> <p>b) 本人と合った情報収集する</p> <p>c) 介護者に合った情報収集する</p> <p>d) 何かかの手段で、家族全員から情報収集する</p>	<p><b>A</b></p> <p>14 ケアマネジメントの説明と開始の同意を得る</p> <p>a) ケアマネジメントの目的を説明する</p> <p>b) ケアマネジメントの必要性、意義を説明する</p> <p>c) 自願性の具たす原則を説明し同意を得る</p> <p>d) 情報開示の範囲について相談し承諾を得る</p>	<p><b>A</b></p> <p>15 サービスの緊急性とサービス利用の優先度を判断する</p> <p>a) 本人の生命・生活の維持から考える</p> <p>b) セルフケア能力や予測される介護力の低下から考える</p> <p>c) 本人を取りまく環境の変化から考える</p> <p>d) 優先度とその権限を記載し明記する</p>	<p><b>A</b></p> <p>16 サービス計画を作成しケアチームで確認する</p> <p>a) 検討した計画を文書(サービス計画表、週間メニュー表等)に整理する</p> <p>b) 作成した計画を利用者に示し確認を求めめる</p> <p>c) 作成した計画をその場のチーム員で確認する</p> <p>d) 不在だったチーム員も含め、全員で確認する</p>	<p><b>A</b></p> <p>17 サービス計画に対する利用者の同意を得る</p> <p>a) サービス導入の必要性を利用者に再確認する</p> <p>b) 利用に伴う費用等に関する理解を再確認する</p> <p>c) 承諾書をとらう</p> <p>d) 不服申し立てにできる利用者の権利を説明する</p>	<p><b>A</b></p> <p>18 サービス計画を作成しケアチームで確認する</p> <p>a) 検討した計画を文書(サービス計画表、週間メニュー表等)に整理する</p> <p>b) 作成した計画を利用者に示し確認を求めめる</p> <p>c) 作成した計画をその場のチーム員で確認する</p> <p>d) 不在だったチーム員も含め、全員で確認する</p>	<p><b>A</b></p> <p>19 サービス計画を作成しケアチームで確認する</p> <p>a) 検討した計画を文書(サービス計画表、週間メニュー表等)に整理する</p> <p>b) 作成した計画を利用者に示し確認を求めめる</p> <p>c) 作成した計画をその場のチーム員で確認する</p> <p>d) 不在だったチーム員も含め、全員で確認する</p>	<p><b>A</b></p> <p>20 手続等、利用者でできることを確認し支援する</p> <p>a) 利用に必要な手続、取扱い等を説明する</p> <p>b) 利用者でできること、できないことを確認する</p> <p>c) できることを支援してできない部分を援助・代行することができることを確認する</p> <p>d) 申請手続等の京工を確認する</p>	<p><b>A</b></p> <p>21 サービスに利用者早く適応できるように準備する</p> <p>a) 利用サービスに関する理解を再確認する</p> <p>b) サービスの導入スケジュールについて話し合う</p> <p>c) 担当機関・担当者等を紹介する</p> <p>d) 担当面談や同伴見学、試行等の機会を持つ</p>	<p><b>B</b></p> <p>12 初期計画作成カンファレンスを開催する</p> <p>a) 必要な参加者を検討し、参加を依頼する</p> <p>b) 参加者に事前に開催目的、事例概要を明示する</p> <p>c) ケアカンファレンス時の資料を準備する</p>	<p><b>B</b></p> <p>13 ケアカンファレンスの進行・運営を円滑化する</p> <p>a) 参加者紹介、資料や議題の説明をすすめる</p> <p>b) 進め方(到達目標、時間配分等)を説明する</p> <p>c) 会議が進むように場を和ませ、乾杯をする</p> <p>d) 利用者本位の理念が満たされるように配慮する</p>	<p><b>B</b></p> <p>14 ケアチームによるアセスメントを行う</p> <p>a) チーム員にケアマネジャー、利用者から情報とアセスメント内容を示す</p> <p>b) チーム員によるアセスメント内容を確認する</p> <p>c) 専門領域のアセスメントを専門家に求める</p> <p>d) ニーズを明確化し利用者を含むチーム全員で確認する</p>	<p><b>B</b></p> <p>15 ケアチームでサービス計画について協議する</p> <p>a) 利用者の到達目標(長期・短期)を協議する</p> <p>b) ニーズの充足に必要なケア内容を協議する</p> <p>c) そのケア内容を提供するサービス(種類、提供機関、人員、頻度、費用)を協議する</p> <p>d) サービスの導入方法・手順、優先度、実現可能性について協議する</p>	<p><b>B</b></p> <p>16 サービス計画を作成しケアチームで確認する</p> <p>a) 検討した計画を文書(サービス計画表、週間メニュー表等)に整理する</p> <p>b) 作成した計画を利用者に示し確認を求めめる</p> <p>c) 作成した計画をその場のチーム員で確認する</p> <p>d) 不在だったチーム員も含め、全員で確認する</p>	<p><b>B</b></p> <p>17 サービス計画に対する利用者の同意を得る</p> <p>a) サービス導入の必要性を利用者に再確認する</p> <p>b) 利用に伴う費用等に関する理解を再確認する</p> <p>c) 承諾書をとらう</p> <p>d) 不服申し立てにできる利用者の権利を説明する</p>	<p><b>B</b></p> <p>18 サービス計画を作成しケアチームで確認する</p> <p>a) 検討した計画を文書(サービス計画表、週間メニュー表等)に整理する</p> <p>b) 作成した計画を利用者に示し確認を求めめる</p> <p>c) 作成した計画をその場のチーム員で確認する</p> <p>d) 不在だったチーム員も含め、全員で確認する</p>	<p><b>B</b></p> <p>19 サービス計画を作成しケアチームで確認する</p> <p>a) 検討した計画を文書(サービス計画表、週間メニュー表等)に整理する</p> <p>b) 作成した計画を利用者に示し確認を求めめる</p> <p>c) 作成した計画をその場のチーム員で確認する</p> <p>d) 不在だったチーム員も含め、全員で確認する</p>	<p><b>B</b></p> <p>22 計画に沿って導入可能なサービスを探索する</p> <p>a) 公的なサービスを探索する</p> <p>b) 民間のサービスを探索する</p> <p>c) 草の根(住民参加型)のサービスを探索する</p> <p>d) 探索可能なサービスを検討する</p>	<p><b>B</b></p> <p>23 優先度を考えながら導入準備を進める</p> <p>a) 緊急性の高いニーズに対し早期に集中して提供準備を整える</p> <p>b) その時々々の情勢に応じ、すぐ充足できるサービスから手配する</p> <p>c) 短期目標に沿ってサービス導入の順番を考える</p> <p>d) 長期目標に沿って継続的に導入準備を進める</p>

**B**

40 継続ケアカンファレンスの場を設定する

a) 問題発生時に、緊急に召集して協議する

b) 日常的な修正適用について必要なチームメンバーを集めて協議する

c) 定期的にチーム全員による協議をする

d) 利用者を交えた協議の場を持つ

**E**

36 サービス利用に伴う危機管理を行う

a) 予測されるリスクと対処法を文庫化しておく

b) リスクと対処法についてチーム全員に周知する

c) 対応方法をチーム全員が写る機会や場を持つ

d) 変化の兆候がいち早くキャッチされ、対応されたことを確認する

**E**

37 ケアチームの変化や困難に対処する

a) 各チームメンバーが困っていることを把握する

b) 困っていることを察知し、ともに対策を考える

c) 医師等チームメンバーの変化に早く手を打つ

d) 技術面など、経験者などに十分な学びが有る

**E**

38 サービス計画の一貫性を確認する

a) 各チームメンバーが計画を理解しているか確認する

b) 計画どおり、又適切に修正されているか確認する

c) 新しいチームメンバーが加わる際、きちんと引き継がれているかを確認する

d) 利用者の苦情に対応し修正されたかを確認する

**E**

41 サービス提供の結果をケアチームで確認する

a) サービス提供の結果をチーム全員から把握する

b) 利用者ニーズ利用で得た利益を確認する

c) 望ましくない結果の根拠をチーム全員で確認する

d) 目標達成度、サービス提供内容や費用の適正性等の結果を文書化する

**E**

42 ケアマネジメントの展開過程を評価する

a) ケアマネジャーの展開過程について評価する

b) チームメンバーの展開過程について評価する

c) チーム全体としての動き方を評価する

d) 今後のサービス提供とケアマネジメント方法の改善案を検討する

**E**

44 個別のサービス計画を修正、フィードバックする

a) 展開過程・結果・体制面の評価を集約する

b) 評価に基づき計画の修正案を作成する

c) 計画の修正案をチーム全員で確認する

d) 計画の修正について利用者に同意を得る

**E**

43 個別ケアの基盤となる体制面の評価をする

a) 展開過程に影響する体制面の要因を検討する

b) 展開を円滑にするツールや運営管理を考える

c) 展開を円滑にするネットワーク体制を考える

d) 展開を円滑にするケアマネジメント体制を考える

**E**

45 個別ケア終了時に地域の問題を明確にする

a) 利用者からサービスに関する意見を聞き、集約する

b) 利用者から行政への要望を聞き、集約する

c) チームによる評価をもとに明らかにする

d) ケアマネジャーの総合的分析より明らかにする

**D**

26 サービス提供時の利用条件等を修正するため

a) 希望する量と質について相談、交渉する

b) 決定の高み質など適宜、修正案を提示する

c) 利用者による個別交渉を支援する

d) 必要時上司を通じて、または組織・事業者として交渉する

**D**

28 サービスの発掘・開発・転用の可能性を提示する

a) 既存のものをアレンジする

b) 類似するサービスを探し出す、組み合わせる

c) 新たなサービスを発掘する、身近で探す

d) 新たなサービスを開発・開発する

**D**

27 環境に利用するサービス提供側と事前打ち合わせをする

a) 提供側から開始時期について連絡をつける

b) ケアマネジャーが統合した情報から行う

c) サービス計画の全容を説明する

d) 関わりの目標と留意点を伝え全員で統一する

**D**

29 サービス利用の開始と直後の状況を確認する

a) 提供側から開始時期について連絡をつける

b) 提供側から開始直後の状況を確認する

c) 利用者へ直接(電話FAX等)状況を確認する

d) 必要時、開始時に訪問(又は同伴訪問)して実際の場を確認する

**D**

31 新しいニーズを確認し追加利用等の可能性を探る

a) 利用者ニーズの現状を定期的に把握する

b) 利用者ニーズの変化を早期に把握する

c) 新たなニーズを確認しサービス追加の利用や修正を検討する

d) 予測されるニーズを確認し対応を検討する

**D**

33 サービスの提供状況を日常的に把握する

a) 提供側から定期的に連絡をつける体制を整える

b) 必要時提供側から電話や面会で連絡を受ける

c) 定期的に提供側に会う場を持ち、把握する

d) 必要時、利用者宅に訪問(又は同伴訪問)して実際の場を確認する

**D**

34 経過の情報を統合し、連絡調整を行う

a) 集まった情報を整理、統合する

b) チームメンバーへの要連絡事項を判断する

c) 要連絡の範囲や、専門家への別途相談の必要性を判断する

d) チームメンバー等の連絡調整を行う

**E**

39 ケア展開における転換期を判断する

a) 集団ケア(交流・社会化)の可能性を探る

b) チームでの評価の時期を判断する

c) サービス利用終了の可能性を判断する

d) サービス提供の終了の時期を決める

**C**

24 導入するサービスの質と適合性を確認する

a) 利用者に応じた内容であるかを確認する

b) 利用者が望む質の水準であるかを検討する

c) 利用者の個別事情を満たす条件が整えられるかを確認する

d) 長期設置で自立を支援する内容を判断する

**C**

25 サービス量(頻度・時間等)が適切かを確認する

a) 生命維持のための必要量を満たすかを確認する

b) 安全・安楽保持のための必要量を考える

c) QOLの向上にはどの程度必要かを考える

d) 利用者の自立を阻害しない量であるかを検討する

**D**

35 利用者専門家のコミュニケーションを円滑化する

a) 互いのコミュニケーション上の問題を把握する

b) 利用者のニーズを提供側に代弁する

c) 互いの意識が通じるよう補足や通訳をする

d) 互いの理解度と一致点を確認する

**D**

30 サービスに対して生じる悪い反応に対処する

a) 利用開始直後の利用者の不安や苦情、不適応に対処する

b) 数週間後の反応を確認し、対応する

c) 継続的・定期的に反応を確認し、対応する

d) 利用者の対処方法・力量を把握し、それに応じて支援する

**D**

32 利用後のニーズ充足度を本人・家族に確認する

a) 本人・家族員それぞれの主観的評価を把握する

b) サービス利用の効果についての客観的評価を伝える

c) 利用者・ケアマネジャー双方で確認する

d) 本人と家族が努力した点を伝え、励ます

- A 利用者支援とニーズ分析 : 1~11
- B チームによる協議と計画 : 12~19, 40
- C サービス探索と導入準備 : 20~25
- D 修正と連絡とフォローアップ : 26~35
- E モニタリングと評価 : 36~45(40除く)

※表中の項目番号は、質評価尺度と対応させているものであり、その事項を行う順番を規定するものではない。

※A~Eの分類は質評価尺度として用いている場合の因子毎の分類である。

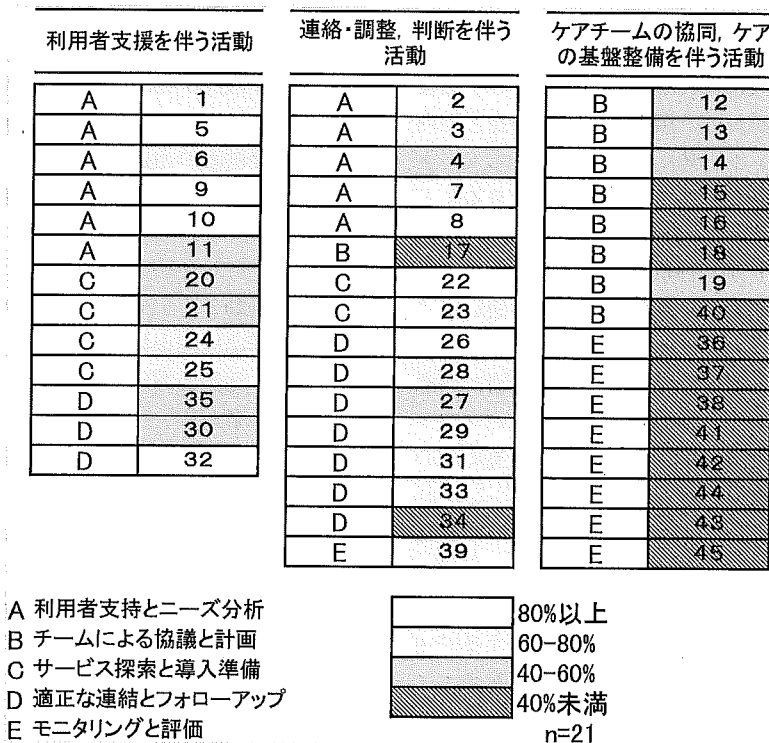
※項目に使用している用語は、質評価尺度を元に活動指標用に加筆修正している。

※細項目では以下の用語を略して用いている

人、サービス提供者→提供者



図3 面接調査でケアマネジメント活動指標の各項目がチェックされた頻度



と、活動指標の45項目にあたる内容はいずれかの文献に記載があったが、すべての項目の内容を含むものはなかった。最もよく整合したのはイギリス保健省の実践ガイド<sup>6)</sup>であったが、そこにはケアチームによるアセスメントや協議といった項目はなく、それは英国が日本とは違い、ケアマネジメントとサービス提供を独立させていることから、その制度上の特性が反映された結果と考えられた。

活動指標と一致する内容の中で多くの文献にも記載されていた内容は、利用者把握とケアマネジメント開始の同意、包括的アセスメント、サービス計画の作成と利用者の同意、サービス開始後の経過把握、および再評価に関するものであり、ケアマネジメントの骨子となる基本的過程の枠組みがよく反映されていた。また、地域看護職が書いた文献<sup>9)</sup>には記述があるが、他の文献には記載なし、若しくは1件のみの記載であった内容は、地域の問題を明確にする(項目45)、利用者・専門家間のコミュニケーション促進(項目35)、サービス利用に伴う危機管理(36)であったことから、

これらは、地域看護職の専門的機能を反映する活動と考えられた。

以上より活動指標は、ケアマネジメント過程として基本的な項目が押さえられており、かつ日本の実状に基づいたケアマネジメント活動を含み、細目においては地域保健や地域看護の視点が盛り込まれた指標であることが示唆された。

## 2. 実用性について

実用性に関する調査結果の考察は、自由記載の求めに応じた半数弱の者からの意見を検討したという範囲に限られたものである。以下、その限界において述べる。回答は、様々な年齢層・経験年数の者から得られた。その内容は、肯定的回答が約7割、否定的回答は2割弱であり、何らかの形で利用したいと答えた者が多く、現場では、ケアマネジメントを展開する上で活動の物差しとなる道具が求められている現状があることを確認できた。内容に関する意見の中では、ケアマネジメントの進め方や過程全体が明示されたことを肯定的に捉える意見が多かった。これは、目に見えにくいケアマネジメント活動であるからこそ活動指標

作成の意義があるとする本研究の意図と一致するものである。

内容についての肯定的意見では、援助者としての基本視点が盛り込まれているという声が少数ながら聞かれた。これは、項目5, 6, 11, 20などの内容に関するコメントと考えられ、利用者本人と家族に対する不安への対処や、利用者のできることを支援するセルフケア能力向上に関する内容への支持と考える。しかし否定的意見としては、実用性の面で、項目の多さや簡便性の面での使いにくさの指摘があり、これらの改善点は、原案作成後、事例に照らした修正の過程において常に留意されることとなった。ケアマネジメントのシステム基盤が未整備で利用できないという意見については、介護保険制度により法律上の体制がひかれた現段階では、また状況が変わっており、活動指標をどのようなシステム基盤で用いることができるかについては、引きつづき検討課題である。

活動指標原案は、実際の事例へのケアマネジメント過程に照らして用いることにより、ケアマネジメントの展開方法について自己の活動評価ができること、また、実践できていない部分が明確になることによってその理由を検討し、事例への今後の関わりの方向性やシステム上の問題を明らかにできることが示された。このように活動指標の使用は、今回の限られた事例の範囲ではあるものの、専門家としての自己研鑽と、ケア提供の質向上や、システム改善にむけた問題点の明確化、および動機付けを与える効果が期待できることが示唆された。

今回の事例の範囲で活動指標の中で最も多くチェックされた項目群、A利用者支持とニーズ分析は、利用者に直接会って、問題認知やニーズの表出およびサービス選択を助け、優先度の高いニーズを判断するという内容であり、初期介入の核となる過程と考えられる。またチェックが多かった他の項目(22, 26, 32)の内容は、サービス探索、利用のための相談・交渉、利用者のニーズ充足度の確認であり、熟練者は、活動において、計画されたサービスを確実に連結することとそのためのやりくり、および導入後の効果確認という流れを重視しているのではないかと推測された。今後、事例検討でさらに検討を重ねることで、ケアマネジメントにおける優先度の高い項目や、対象特性

毎のケアマネジメントの細項目を明確化できるのではないかと考える。

逆に、今回の事例であまり語られなかった過程B, Eは、利用者への直接支援の部分ではなく、関係機関やケアチーム員の組織との連絡調整、およびケア提供者の力量形成や評価ツールの開発も含めたケアマネジメント体制の整備を伴う過程であった。これより活動指標を用いることで、個別ケアにおいてケアマネジャー単独で達成することが可能な活動と、ケアチームや職場単位、および地域ケア関連機関全体での取り組みを要する活動を判断し、活動の方向性を検討することが可能ではないかと考える。

自由記載による使い方に関する意見では、在宅サービス提供者個人や集団を対象として、活動指標を客観的基準として用いた活動評価や、教育を行える可能性が示唆されていた。また、事例検討では、在宅サービス提供者の技量評価や当該地域のシステム評価に利用できる可能性が示唆された。これより実践への活動指標の利用方法を具体的に検討したところ、①個別事例へのケアマネジメント評価に用いる、②在宅サービス提供者の教育に用いる、③介護支援専門員継続研修に用いる、④地域ケアシステムの評価に用いる、などの利用方法が考えられた。ケアマネジメントの評価を行う形態・場としては、自己評価(困難事例や多問題事例など複雑な事例に用いる)、ケアカンファレンス時、職場の事例検討時、自分の年間活動を振り返る際などが考えられる。教育においては、基礎教育、現任研修(職能の学習会、関係機関の連絡会議)、介護支援専門員継続研修(課題分析は一時点の評価なので、別に時系列的な活動評価として用いる)などが考えられる。いずれにせよ使用時は、地域毎、機関毎の特性を配慮しながら流動的で柔軟な使い方をすると良い。こうすべきというものではなく、利用者にとってこれを行うことが必要か否か、効果的か否かを判断しながら使う、道しるべとしての使い方が望まれる。

## 2) 介護保険制度との連動

この活動指標は、介護支援専門員専用開発されたものではなく、どの地域ケア関連職種がどの様な事例においても、質の高いケアマネジメントの展開が可能になることを意図して項目が精選されている。現在、介護支援専門員実務者研修の内

容は、要介護認定と課題分析および介護サービス計画作成、給付管理業務に重点が置かれている。このため、ケアマネジメントのその他の過程、すなわち、ケース発見やサービス導入の実施、モニタリング、評価に関する技術を十分身につけることは、介護支援専門員においても課題と考える。今後、現任研修等でそれらの技術について習熟度を高めていくために、技量アップを目指す活動は何か、どのような技術習得が必要かについて企画する際、本活動指標に含まれる項目の内容が有用であると考えられる。

また項目によっては、介護支援専門員の力量や、稼働量やコスト超過といった理由で実施が難しい活動もあるだろう。したがって、介護保険制度でケアマネジメントを行う場合は、これらの活動を、介護支援専門員と在宅ケア提供者で構成されるケアチーム員が分担して、互いに補完し合う必要があると考える。特に前述した地域保健や地域看護の専門性を反映する項目については保健婦や訪問看護婦と連携した活動の展開が望まれる。何れにせよ、この活動指標は、介護保険制度においては、介護保険法第80条に定められた居宅介護支援事業者の質保証に関する活動を支援するひとつのツールになると考える。

## V おわりに

本研究によりケアマネジメント過程の活動指標が作成され、ケアマネジメントの評価や教育、およびシステム改善の方向性検討への実用可能性が示唆された。ただし使用による効果については、例えばこの活動が実施できている在宅ケア提供者ほど他より利用者評価が高いかを調査するなど、さらに検討する必要がある。また内容についても、修正を重ねながらより実践的なものにすることが望まれる。ケアマネジメント過程の活動指標における今後の課題は、さらに詳細な技術論を体

系化することであり、そのためには標準的なケアマネジメント過程のみでなく、ニーズ・状況別のケアマネジメント過程を検討することが必要と考える。

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきました保健婦、介護職、在宅介護支援センター及び地域保健ケア研究会の皆様、ならびにご指導いただきました東京医科歯科大学教授高崎絹子先生、富山医科薬科大学講師谷口好美先生に深く感謝いたします。

(受付 2000. 3.16)  
(採用 2001. 7.19)

## 文 献

- 1) 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 1999; 46(6): 435-446.
- 2) 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.
- 3) Jeremy Jones, Duncan Hunter. Qualitative Research, Consensus methods for medical and health services research. BMJ 1995; 311: 6-380.
- 4) 内布敦子, 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: 315-123.
- 5) イギリス保健省 (訳: 白澤政和, 広井良典, 西村淳). ケアマネジャー実践ガイド. 東京: 医学書院, 1997.
- 6) Peggy Gray Rossi, Case Management in Healthcare A Practical Guide, Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1999.
- 7) 竹内孝仁. ケアマネジメント Takeuti 実践ケア学. 東京: 医歯薬出版, 1996.
- 8) 伯澤政和. ケアマネジメントハンドブック. 東京: 医学書院, 1998.
- 9) 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. 東京: 日本看護協会出版会, 1996.

## DEVELOPMENT OF PRACTICAL CARE MANAGEMENT GUIDELINES FOR COMMUNITY HEALTH CARE

Reiko OKAMOTO\*

**Key words** : Care management, Practical guidelines, Quality evaluation, Community health nurses

The objectives of this study were to develop practical guidelines for care management processes (hereafter referred to as practical guidelines) that can be widely used for Japanese community health care activities.

The composition of the practical guidelines was based on assessment to clarify the quality of care management process. Details for items show of concrete activities were collected by brain storming of skilled community health nurses; and important items were thereby selected.

The utility of the practical guidelines was examined based on the results of their application to several cases and a mail questionnaire survey of community health nurses and staff members of home-care support centers. Further, modifications were carried out several times in a series of processes.

These efforts resulted in development of 45 practical items; each consisting of 4 sub-items, and the practical guidelines became more adequate through the investigation. They were found useful for implementing care management, evaluating the care system, and educating the current staff members and students. The concrete effects of utilizing these practical guidelines should be examined in more detail in the future.

---

\* Department of Nursing, Faculty of Health Sciences Kobe University School of Medicine