

人間福祉研究
第5号/2002年度

介護支援専門員のケアマネジメント業務の 現状と課題

—『介護支援専門員のケアマネジメント業務に関する調査』より—

ば ば じゅん こ
馬 場 純 子

〈要 旨〉

現在の介護保険制度の下、介護サービス提供におけるケアマネジメントの“要”である介護支援専門員のケアマネジメント業務の実態を把握し、その問題点や今後の課題について検討するために『介護支援専門員のケアマネジメント業務に関する調査』を実施した。調査対象は、首都圏N県の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員、調査方法は質問紙調査である（有効回答票＝408）。調査項目は、ケアマネジメントのプロセスごとにその内容についてどのようなことを行っているかを中心に選定し、1. ケアマネジメントを始めるにあたっての説明と合意、2. アセスメントの際の情報収集、3. ケアプランの作成、4. 職種間の連携、5. モニタリングとケアプランの見直し、6. 社会資源の把握に関するものなどである。分析方法は、単純集計、クロス集計、平均値の差の検定などを行った。その結果、アセスメントの際の情報収集では、15項目中9項目で7割以上情報収集・把握できているものの「地域・近隣との関係」については26%と特に低い。ケアプラン作成では「インフォーマルケア」は10%しか反映されておらず、ケアプランの見直しでは目標に関するものが約半数しか考慮されておらず、「地域との関わり」は17.6%と特に低い。社会資源の把握では「ボランティア・NPO(法人以外)」「インフォーマルケア」についての把握状況が非常に低い。サービス担当者会議は5割がほとんど開催しておらず、モニタリングについてもその必要性は感じているもののきちんと実施されているとはいえない状況であった。全体を通して、様々な要因が考えられるものの、現状のケアプランは目前にあるニーズに対するサービスの組み合わせになりがちで、本来のケアマネジメント業務が行われているとは言い難い状況であることが判明した。

〈キーワード〉

ケアマネジメント 介護保険制度 介護支援専門員 居宅介護支援
ソーシャルワーク機能

I はじめに —問題の所在と本研究の目的—

2000年4月から導入された介護保険制度のもと、介護サービス提供におけるケアマネジメントの“要”となり、利用者の生活全般を支える重要な位置にあるのが介護支援専門員である。制度開始から2年が経過し、サービス提供の現場では介護支援専門員の仕事についてその役割や機能をはじめ、担当件数の多さや労働負担過重、他職種との連携や社会資源の不足をはじめとする業務上、就労上の様々な問題が指摘されている。介護支援専門員自身からもケアマネジャーとしてケアマネジメントの援助スキル向上が求められており、今後、研修等をはじめとするサービスの質確保へ向けた改善策の展開が早急な課題であろう。

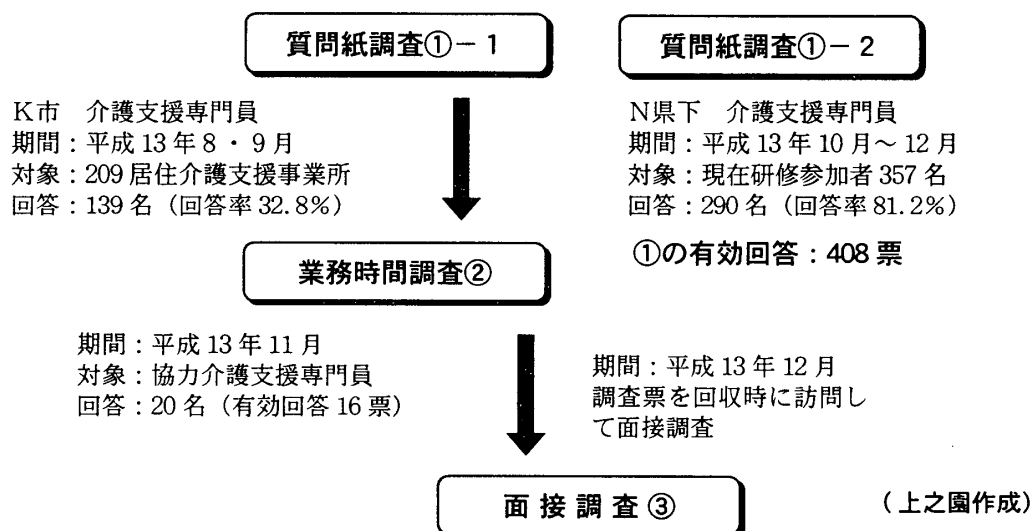
そこで、その基礎資料とする意味でも実施した調査研究をもとに、本報告では質問紙調査の結果から介護支援専門員のケアマネジメント業務の実態について報告し、現状における問題点や改善策へ向けた課題について指摘しようとするものである。

II 調査研究の概要

1 調査の構成および枠組み

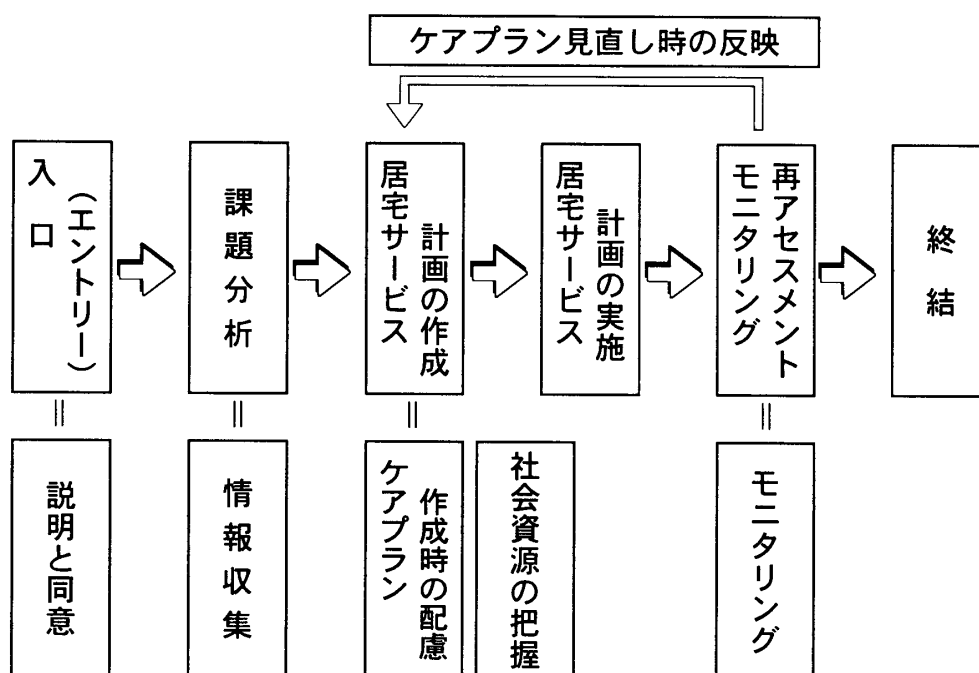
本調査研究は、①質問紙調査『介護支援専門員のケアマネジメント業務に関する調査』と②『業務時間調査』および③『ヒヤリング調査』の3部構成となっており、数量的および質的な分析を試みようとするものである（図1）。

図1 調査研究の枠組みおよび方法、調査期間



質問紙調査『介護支援専門員のケアマネジメント業務に関する調査』は、介護支援専門員がケアマネジャーとして本来なすべき介護支援サービス展開過程に沿ったケアマネジメントのプロセスごと（図2）に、各プロセスにおいて成されるべきポイントを提示し、そのことについてどの程度おこなっているか、またどのようにおこなっているか、それらの業務内容が介護支援専門員になる以前からもともと持っている資格（保有資格）や経験年数、所属する運営主体、雇用状況による特徴や差違によるものかどうかについて検討した。

図2 介護支援サービス展開過程とケアマネジメント



2 調査の対象と方法

1) 調査対象（質問紙調査）

首都圏N県（1市部を除く）の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員を対象に行った。内訳は、K市とその他の地域の2群であり、K市については、K市介護支援専門員連絡会のメンバー（139名、回収率32.8%）、その他の地域はN県社会福祉協議会による現任研修（居宅介護）の参加者（参加者357名中、回答者290名、回収率81.2%）。有効回答合計408票である。

2) 調査方法（質問紙調査）

（1）調査項目

調査票の設計にあたっては、本研究の枠組みに即して、ケアマネジメントのプロセスごとにその内容についてどのようなことを行っているかを中心に質問項目を選定した。質問

項目は、

1. ケアマネジメントを始めるにあたっての説明と合意（インフォームドコンセント）に関する6項目（介護保険の仕組み、介護支援専門員の役割、利用できるサービスの内容、契約、費用等）
 2. アセスメントの際の情報収集に関する15項目（利用者及び介護者の心身状態、介護状況・介護環境等）
 3. ケアプランの作成に関わる10項目（問題の明確化、目標の設定、要望、経済的負担等）
 4. 職種間の連携3項目（サービス担当者会議の開催頻度と参加職種等）
 5. モニタリングとケアプランの見直しに関する15項目（モニタリングの実施頻度、方法、ケアプラン見直しの際のチェック項目等）
 6. 社会資源の把握に関する10項目（活動地域における介護保険の各サービスや施設、介護保険対象外のサービス、医療施設、ボランティアやインフォーマルケア等）
- である。1. 2. 3. 5の一部、6の各質問項目への回答方法は4件法であり、質問紙に回答を記入する方法である。

（2）調査期間および回収方法

K市については、K市介護支援専門員連絡会に所属するK市を営業エリアとする居宅介護支援事業所宛に質問紙調査票を送付し、郵送による返送で平成13年9月1日から9月30日の間に回収した。もう一方の現任研修参加者については、平成13年10月24日から12月2日までの間に実施された研修（2日間ずつ6コース）で各コース初日に依頼、調査票を配布の上、最終日に研修会場で回収した。

（3）集計方法

単純集計、クロス集計、t-検定、分散分析による分析を行った。

Ⅲ 調査の結果

1 回答者の基本属性

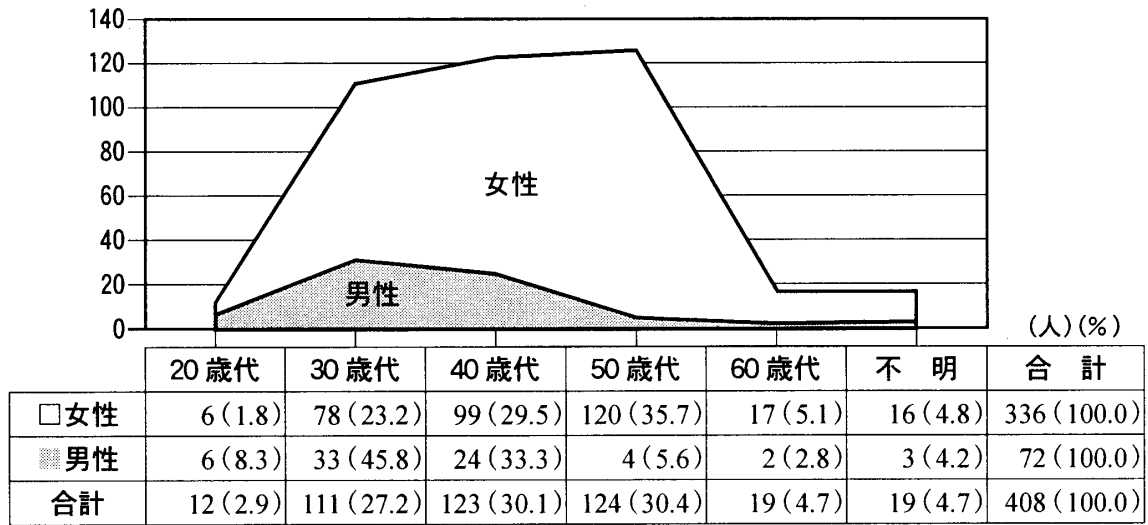
1) 性別と年代（世代）

回答者の性別は、女性336人（82.4%）、男性72人（17.6%）であり、女性が8割以上と高い比率を占めている。世代別に見ると30歳代から50歳代までがそれぞれ約3割を占めており、平均年齢は44.9歳、女性46.1歳、男性39.2歳である。

性別ごとの世代分布をみると、男性では30歳代が半数近くを占め、40歳代を含めると全体のほぼ8割を占める。一方、女性の場合は50歳代が35.7%と最も多く、以下40歳代9.5%、30歳代23.2%の順となる。このように、女性に比較して男性はやや若年層に片寄

った世代分布をもっている（図3）。

図3 年代別男女比



2) 保有資格と経験年数

介護支援専門員になる以前の保有資格をみると、複数の資格を取得しているものがあり、まず看護師や社会福祉士、介護福祉士等業務への関連が深い国家資格を優先し、次に経験年数の高い資格を「主たる保有資格」と定義し、その分布をみた。その結果、一番多い資格は看護師（38.2%）であり、次いで介護福祉士（25.0%）、社会福祉士（8.8%）となっている（表1）。

さらに、主たる資格別に資格経験期間の分布をみると、看護師や薬剤師、保健師等で長期経験者の割合が高い一方、介護福祉士は5～10年、社会福祉士は5年未満と回答した人の比率が半数以上を占め、ホームヘルパーを含めて福祉系の資格保有者の経験が短いことがわかる。

表1 主たる保有資格

資格名	人数	%
看護師	156	38.2
介護福祉士	102	25.0
社会福祉士	34	8.3
社会福祉主事	28	6.9
ホームヘルパー	18	4.4
薬剤師	17	4.2
栄養士	15	3.7
保健師	6	1.5
医師	1	0.2
歯科医師	1	0.2
理学療法士	1	0.2
その他	24	5.9
資格なし	5	1.2
合計	408	100.0

3) 活動経験及び介護支援専門員としての活動経験

(1) 活動経験について

まず、回答者が在宅ケアと施設ケアそれぞれについてどの程度の経験を有するかについて尋ねた結果、在宅ケアのみ経験が全体の41.2%を占め、施設ケアのみは13.5%、両方経験のある人が36.5%であった。また施設ケア経験者の中には、施設ケアのみの経験は少なく、多くの場合は在宅ケアもあわせて経験しているといえよう(表2)。

表2 在宅ケア/施設ケアへの関与

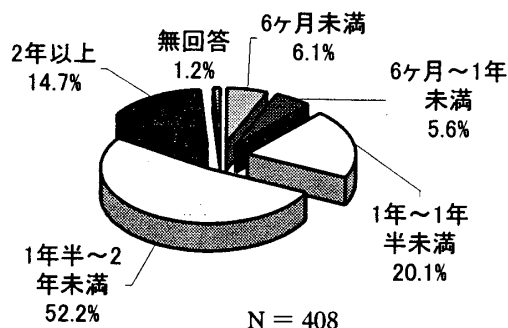
	人数	%
在宅ケア	168	41.2
施設ケア	55	13.5
両方	149	36.5
無回答	36	8.8
合計	408	100.0

次に、在宅ケア及び施設ケアの経験年数では、まず在宅ケア経験期間の分布をみると、5年以上10年未満が33.9%と最も多い。それに対して施設ケア経験期間の分布は、在宅ケア経験期間と比較して長期経験者の割合が多く、また経験の浅い層から深い層まで広く分布するという特徴を示している。

(2) 介護支援専門員としての経験

また介護支援専門員としての経験期間をみると、1年半～2年の経験者が半数以上を占め最も多い。一方1年未満の経験者は全体の1割程度である(図4)。

図4 介護支援専門員経験期間

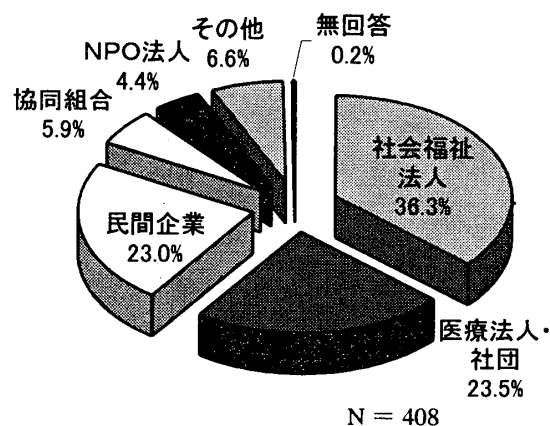


4) 職場と就労状況

(1) 所属事業所について

回答者の所属する事業所の運営主体は、社会福祉法人36.3%、医療法人・社団23.5%、次いで民間企業が23.0%となっている(図5)。また、各所属事業所が居宅介護支援事業の他に運営する事業についてみると、民間企業、NPO法人、協同組合は在宅サービスのみが80%を占めているが、社会福祉法人は在宅サービス・施設サービスの両方の事業を運営している事業所が66.0%となっている。医療法

図5 事業所運営主体



人は在宅サービスのみと在宅サービス・施設サービスの両方の事業を運営している事業所が約40%前後ある（表3）。

表3 所属事業所と事業内容

上段(人)／下段(%)

	在宅サービスのみのみ	施設サービスのみのみ	在宅・施設サービス	事業なし	無回答	合計
民間企業	80		2	9	2	93
	86.0		2.2	9.7	2.2	100.0
社会福祉法人	40	4	97	5	1	147
	27.2	2.7	66.0	3.4	0.7	100.0
医療法人	39	9	43	3	1	95
	41.1	9.5	45.3	3.2	1.1	100.0
NPO法人	16			2		18
	88.9			11.1		100.0
協同組合	21		3			24
	87.5		12.5			100.0
その他	16		7	3		26
	61.5		26.9	11.5		100.0
合計	212	13	152	22	4	403
	52.6	3.2	37.7	5.5	1.0	100.0

5) 勤務状況

(1) 雇用形態

勤務状況について、その雇用形態をみると回答者の大半は常勤勤務であり、非常勤とパート勤務を合わせても1割程度しかいない。勤務時間については3割近くが40時間以上となっている（表4・表5）。

表4 勤務状況：雇用形態

	人数	%
常勤	350	85.8
非常勤	37	9.1
パート	8	2.0
無回答	13	3.2
合計	408	100.0

(2) 専任・兼務

専任か兼務かについて質問したが、専任と兼務がほぼ半々に分かれた。さらに管理監督業務の有無をみると、管理監督業務をしていると答えた人の割合は37.0%であり、4割近くが管理監督業務にも従事していることがわかる（表6・表7）。

6) 担当件数

次に一人当たりの担当件数をみると、40～59件のケアプランを担当する割合が35.3%で最も多い。20件未満及び20～39件がそれぞれ2割ほどで、全体に担当件数が少ない方向へ片寄った分布を示している（図6）。

表5 勤務状況：勤務時間 上段(人)／下段(%)

	非常勤	パート	無回答	合計
10 時間未満	1 2.7			1 1.7
10～19 時間	6 16.2	4 50.0		10 17.2
20～29 時間	5 13.5	4 50.0	2 15.4	11 19.0
30～39 時間	13 35.1		2 15.4	15 25.9
40 時間以上	10 27.0		1 7.7	11 19.0
無回答	2 5.4		8 61.5	10 17.2
合計	37 100.0	8 100.0	13 100.0	58 100.0

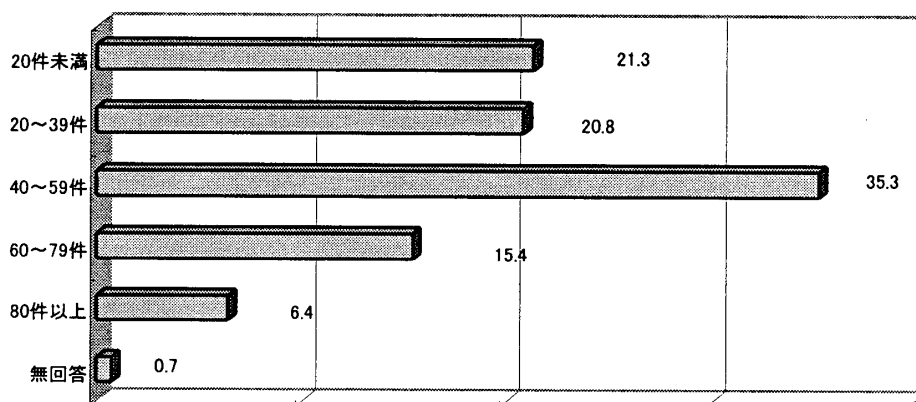
表6 勤務状況：専任

	人数	%
専任	186	45.6
兼務	211	51.7
無回答	11	2.7
合計	408	100.0

表7 勤務状況：管理監督

	人数	%
はい	151	37.0
いいえ	239	58.6
無回答	18	4.4
合計	408	100.0

図6 担当件数



N = 408

また、この傾向を勤務状況別にみても、専任の場合では常勤・非常勤共に40～59件の担当者層が最も多く、兼務の場合は常勤・非常勤共に専任の場合と比べて全体的に担

当件数は少なくなっており、特に非常勤の場合は過半数が20件未満である（表8）。

表8 勤務状況(雇用形態・専任 / 兼務)とケアプラン担当件数のクロス表 上段(人) / 下段(%)

		担当件数						合計
		20件未満	20～39件	40～59件	60～79件	80件以上	無回答	
専任	常勤	9 5.5	17 10.4	79 48.2	41 25.0	18 11.0		164 100.0
	非常勤	3 15.8	5 26.3	8 42.1	2 10.5	1 5.3		19 100.0
兼務	常勤	54 30.0	56 31.1	43 23.9	19 10.6	6 3.3	2 1.1	180 100.0
	非常勤	11 61.1	3 16.7	4 22.2				18 100.0
全体		87 21.3	85 20.8	144 35.3	63 15.4	26 6.4	3 0.7	408 100.0

(注：パート雇用者及び無回答を除く)

次に、保有資格別に担当件数をみると、60～79件担当する社会福祉士が、41.2%と多いが、看護師・保健師は59件までが20%台と平均している。一方、ホームヘルパーは20～39件担当が50%ほどで件数が少ないことがわかる（表9）。

表9 保有資格と担当件数 上段(人) / 下段(%)

取得資格	20件未満	20～39件	40～59件	60～79件	80件以上	合計
社会福祉士	4 11.8	7 20.6	8 23.5	14 41.2	1 2.9	34 100.0
	16 15.7	18 17.6	43 42.2	16 15.7	9 8.8	102 100.0
薬剤師	4 23.5	3 17.6	5 29.4	4 23.5	1 5.9	17 100.0
	47 29.2	34 21.1	52 32.3	16 9.9	12 7.5	161 100.0
栄養士	3 21.4	2 14.3	7 50.0	2 14.3		14 100.0
	4 14.3	3 10.7	14 50.0	5 17.9	2 7.1	28 100.0
ホームヘルパー	4 22.2	9 50.0	4 22.2	1 5.6		18 100.0
	5 19.2	8 30.8	9 34.6	3 11.5	1 3.8	26 100.0
資格なし		1 20.0	2 40.0	2 40.0		5 100.0
	87 21.5	85 21.0	144 35.6	63 15.6	26 6.4	405 100.0

7) 年収

年収については、300～500万円が44.1%と最も多く、以下500～700万円（23.5%）、100～300万円（18.6%）となる（表10）。

世代別に年収の分布をみると、若年層では300～500万円の層が過半数を占めるが、世代が上昇するに従ってこの層の全体に占める割合は徐々に減少し、世代が上昇するに従って低収入層と高収入層への二極化が強まることがわかる。

また、保有資格別にみると、社会福祉士は500万～700万円が39.4%、介護福祉士は300万～500万円が57.0%、ホームヘルパーの17.6%は100万円以下である。この保有資格と年収の関係については、カイ2乗検定で1%水準の有意差が示された（表11）。

表10 年収

	人数	%
100万円未満	18	4.4
100～300万円	76	18.6
300～500万円	180	44.1
500～700万円	96	23.5
700万円以上	22	5.4
無回答	16	3.9
合計	408	100.0

表11 保有資格と年収

上段(人)/下段(%)

取得資格	100万円未満	100～300万円未満	300～500万円未満	500～700万円未満	700万円以上	合計
社会福祉士		3 9.1	14 42.4	13 39.4	3 9.1	33 100.0
介護福祉士	4 4.0	29 29.0	57 57.0	8 8.0	2 2.0	100 100.0
薬剤師	1 6.3	5 31.3	5 31.3	1 6.3	4 25.0	16 100.0
看護師・保健師	7 4.5	21 13.5	69 44.5	52 33.5	6 3.9	155 100.0
栄養士		4 26.7	7 46.7	4 26.7		15 100.0
社会福祉主事		2 7.7	12 46.2	9 34.6	3 11.5	26 100.0
ホームヘルパー	3 17.6	6 35.3	5 29.4	2 11.8	1 5.9	17 100.0
その他	3 12.0	4 16.0	9 36.0	6 24.0	3 12.0	25 100.0
資格なし		2 40.0	2 40.0	1 20.0		5 100.0
合計	18 4.6	76 19.4	180 45.9	96 24.5	22 5.6	392 100.0

2 ケアマネジメント業務

次に、ケアマネジメントの業務について、①説明と同意、②アセスメント、③ケアプランの作成、④モニタリングというケアマネジメントの過程にしたがってそれぞれの業務がどのように行われているのか、それらの内容について質問した。以下、各業務について全体の状況と、クロス集計による資格別、経験年数別、事業所運営主体別にみた結果のうち、主に特徴の見られたものについて示すこととする。

1) ケースの開始とアセスメントの際の情報収集

(1) インフォームド・コンセント（説明と同意）について

まずケースの開始にあたり、介護保険制度の仕組み、どのようなサービスが受けられるのか、サービスは個人と各事業所との契約にもとづいてなされること、利用料負担のこと、そして介護支援専門員（以下ケアマネジャー）の役割や立場などについての説明がなされ、それらに対する理解や合意がどの程度得られているのか、介護保険によるサービス利用に際してのインフォームド・コンセントに関わる6項目について尋ねた。結果は次の通りである（表 12）。

	理解していない	あまり理解していない	理解している	十分理解している	無回答
介護保険仕組み	4 1.0	211 51.7	176 43.1	14 3.4	3 0.7
ケアマネジャー役割	4 1.0	161 39.5	217 53.2	23 5.6	3 0.7
ケアプランの説明	3 0.7	113 27.7	267 65.4	21 5.1	4 1.0
契約書	10 2.5	171 41.9	199 48.8	18 4.4	10 2.5
介護サービスの種類と内容	2 0.5	135 33.1	247 60.5	21 5.1	3 0.7
利用料等費用	3 0.7	87 21.3	289 70.8	26 6.4	3 0.7

N = 408

①全体の状況

6項目について全体的にみると、各項目とも「あまり理解していない」「理解している」に回答が集中している。「理解していない」と「あまり理解していない」、「理解している」と「十分理解している」という回答をそれぞれ合わせて「あまり理解していない（理解していない）」「理解している」に2分してみると、「理解している」割合は、「利用料等費用」が77.2%と最も多く、次いで「ケアプランの説明」70.5%、「介護サービスの種類と内容」

65.6%となっている。「ケアマネジャーの役割」は58.8%、「契約書」53.2%であり、いずれも50%以上は理解していることになっているが、「介護保険の仕組み」については「理解している」が46.6%と5割以下で、理解していない方が多い。

「利用料等の費用」「ケアプランの説明」については約7割～8割近く理解されており、ケアプランを作成してサービスを受けることとそのサービスの利用料等の費用負担については、利用者と介護支援専門員の間でのインフォームドコンセント（説明と合意）の上で介護支援がなされているといえよう。「介護保険の仕組み」については「理解している」割合は50%以下であり、あまり理解されていないという結果となっている。

したがって、新制度開始によるケアプラン作成という新たなサービスや費用負担についてはある程度理解しているものの、その他のサービスの種類や内容、サービスは利用者と事業者との契約でなされること、ケアマネジャーの役割や立場をはじめとする介護保険制度の仕組みそのものに対する十分なインフォームドコンセントや理解がなされた上でサービスを利用しているとは言い難い状況といえよう。

②資格別

各ケアマネジャーの持つ主たる資格（保有資格）別にみると、「介護保険の仕組み」についてそれぞれの資格の中で「理解している」が多いのは、順に栄養士57.1%、保健師・看護師53.1%、薬剤師52.9%となっている。「理解している」が少ないのは、社会福祉士41.2%、介護福祉士42.2%、ホームヘルパー38.9%、社会福祉主事32.1%であり、福祉系の資格で「理解していない」割合が高くなっていることが示されている。

「ケアプランの説明」については、「理解している」が多いのは薬剤師88.2%、栄養士85.2%、保健師・看護師78.3%、の順であり約8割から9割を占めている。一方、「理解している」が最も少ないのは社会福祉士60.6%、次いで介護福祉士62.7%、社会福祉主事63.0%であり、この項目についても福祉系の資格で「理解していない」割合が高くなっている。

「介護サービスの種類と内容」では、「理解している」とする回答の多いのは、薬剤師82.4%、社会福祉士81.8%、保健師・看護師71.4%をはじめほとんどの資格で60%以上が理解しているようであるが、ホームヘルパーは38.9%とこの資格ただ一つだけ「理解していない」方が多い結果となっており、資格間での差が明確に示されている。

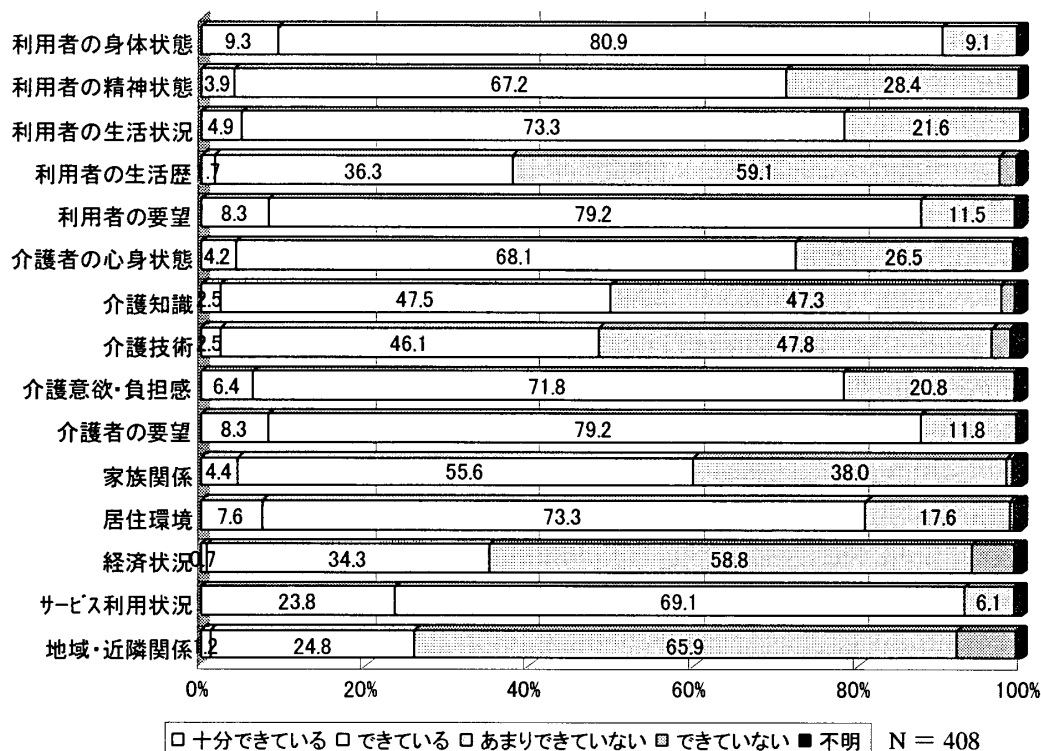
「利用料等の費用」では、「理解している」とする回答の多いのは、保健師・看護師83.2%、薬剤師82.4%、栄養士78.6%の順である。その他すべての資格において70%以上が「理解している」としているが、この項目においても福祉系の資格の「理解している」割合が低いことが示されている。

(2) アセスメントの際の情報収集

ケアプラン作成の資料ともなる利用者に関わる情報収集は、アセスメントツールの使用によって利用者の状況について基本的な一通りの情報は把握できるはずであるが、その上

で利用者の個別的な能力や意向、希望等を汲んだニーズの明確化のためにも、さらにどの程度情報把握できていると思うか尋ねた結果は次の通りである（図7）。

図7 情報収集



①全体の状況

「十分できている」「できている」をあわせて情報把握できていると思われる割合の高い項目は、「利用者の身体状態」90.2%、「現在のサービスの利用状況」92.9%、「利用者の要望」87.5%、「介護者の要望」87.5%である。一方、情報把握できている割合の低い項目は、「地域・近隣との関係」26.0%、「経済状況」35.0%、「利用者の生活歴」38.0%となっており、項目としてはある程度訪問等の接触を重ねて利用者や家族との関係ができてからでないといふと尋ねにくいものといえよう。また、「介護者の介護知識」50.0%、「介護者の介護技術」48.5%など介護状況についての情報把握があまりできていないことも示されている。

②資格別

資格別でみると、有意差が認められたのは、「介護者の介護知識」「介護者の介護技術」（共にカイ二乗検定1%水準）である。「介護者の介護知識」に関しては、保健師・看護師の63.1%、栄養士の53.3%が情報把握できているが、他のすべての資格では「できていない」割合の方が高くなっている。「介護者の介護技術」については、情報把握できているのは保健師・看護師の62.7%、資格なしの80.0%であり、その他はすべて「できていない」割合の方が高くなっている。

③経験年数別

経験年数別にみると、クロス集計の結果、有意性が認められたのは「利用者の生活歴」「利用者の要望」「介護者の介護知識」「介護者の介護意欲・負担感」「現在のサービス利用状況」（カイ二乗検定ですべて5%水準）である。「利用者の生活歴」については経験年数の「短い」ほど「できていない」割合が高くなっており、「利用者の要望」「現在のサービス利用状況」については経験年数の「長い」ほど情報把握「できている」割合が高くなっている。また「介護者の介護知識」については経験年数の「短い」ほど「できていない」割合が高くなっている。

2) ケアプラン作成

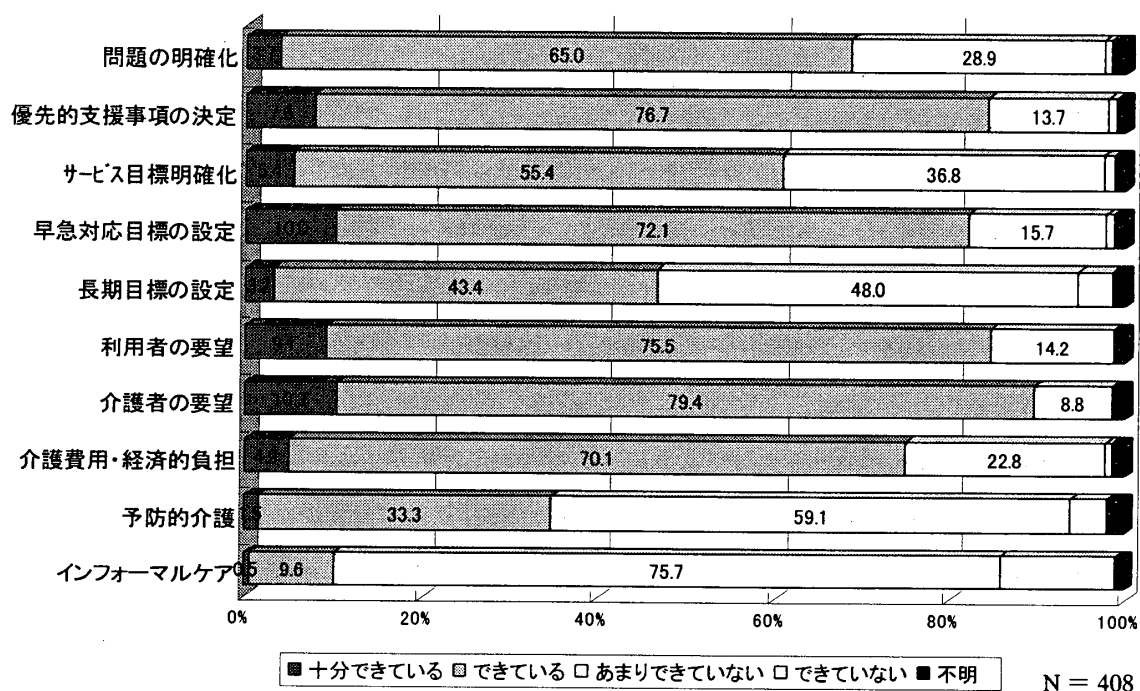
ケアプランの作成では、単に必要なサービスの組み合わせでというサービス中心のケアプランではなく、正確なアセスメントに基づいたニーズ中心のケアプランが求められる。これまでの過程で得られた情報をもとに、複数の職種によるケアプランの作成が望ましい。そして作成者の職種などによって偏りのあるものではなく、複数の職種によるチーム体制のもと、利用者本人や家族の参加や同意も得て、長期・短期の目標を設定したうえでのニーズ中心のサービス提供となるようなケアプランの作成が必要であろう。その中にはインフォーマルな資源やサービスの活用も視野に入れることが望ましい。

そのような意味でケアプランの作成の際に配慮されることが必要と考えられる項目について、ケアプランに反映できているかどうか尋ねた結果は以下の通りである。

①全体の状況

「優先的支援事項の決定」「早急に対応を要する目標の設定」「利用者の要望」「介護者

図8 ケアプラン作成時に反映していること



の要望」についてはいずれも80%以上「反映できている」となっている。しかし、「長期目標」や「予防的介護」についてはあまり反映できておらず、特に「インフォーマルケア」については「反映できている」のが10%と非常に少なくなっている（図8）。

②資格別

資格別にみると、有意差が認められたのは、「長期目標の設定」であり、栄養士60.0%、保健師・看護師59.7%と「反映できている」方が多くなっている。しかしその他の主な資格（基礎資格）についてはすべて60%～70%以上「反映できていない」結果となっている（カイ二乗検定1%水準）。

③経験年数別

経験年数別では、特に有意差は示されていないが、「利用者の要望」については経験年数の長短による差違はほとんど無く、「介護者の要望」については経験年数の短い方が若干「反映できている」ものの、その他どの項目についても経験年数の長い方が「反映できている」割合がより高くなっている。

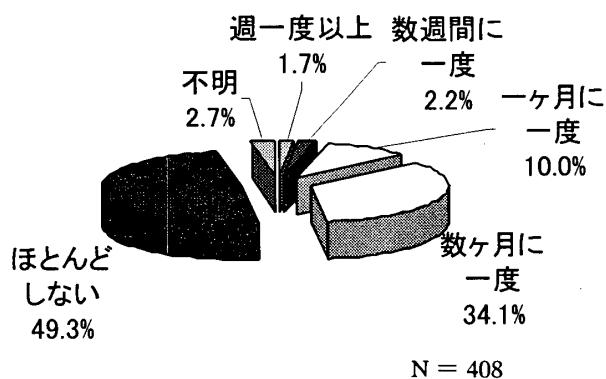
④運営主体別

所属事業の運営主体別では、有意差（5%水準）が認められたのは「優先的支援事項の決定」「サービス目標の明確化」「長期目標」についてである。「長期目標」については、医療法人・医療法人社団のみが「反映できている」58.9%と「反映できている」方が上回っているが、その他については「反映できていない」方が多くなっている。

3) サービス担当者会議と職種間の連携——サービス担当者会議の開催頻度

ケアマネジメントの過程においては、ほとんどすべての過程で家族も含めた関連する複数の職種間でのサービス提供に関する連絡や検討が望まれる。特にケアプランの作成やモニタリング、サービスの見直しでは実際にサービスを担当する職員が家族も含めて可能であれば一同に会してサービス担当者会議を開催し、各ケースについて検討することが求められる。この会議の開催によって、各ケースについての理解や状況把握、検討がより深まる。更にもう一つの重要な意義は本人や家族の意向や希望を汲んだ職種間の連携についてである。しかし、複数の事業所のサービスを利用するという実際のサービス供給においては、さまざまな事情からこのサービス担当者会議の開催が困難な状況が伝えられている。そこで実際にどの程度サービス担当者会議が開催されているのかを尋ねた。結果は以下の通りである（図9）。

図9 サービス担当者会議の開催頻度



①全体の状況

一ケースにつき、最低どの程度行うようにしているかという質問に対して、最低でも「一ヶ月に一度」はサービス担当者会議を開催している割合は、全体の13.9%に過ぎない。「数ヶ月に一度」が34.1%、そして「ほとんどしない」が49.3%とほとんど半数である。関連する職種間のどの範囲でするかをはじめとして時間的制約等さまざまな問題や事情が考えられるが、この現実については早急に検討が必要である。

②資格別

少なくとも「一ヶ月に一度」以上開催しているのは、栄養士 35.6%、介護福祉士 17.3%、ホームヘルパー 16%、社会福祉主事 14.3%、薬剤師 12.2%、保健師・看護師 10.7%、社会福祉士 6.2%である。一方、「ほとんどしない」は、多い順に資格なし 80%、ホームヘルパー 64.7%、社会福祉士 56.3%、保健師・看護師 54.1%となっている。

③運営主体別

少なくとも「一ヶ月に一度」以上開催しているのは、NPO法人が47.1%と一番多く、次いで民間企業22.6%、社会福祉法人12.7%、医療法人・医療法人社団5.4%、協同組合4.2%となっている。一方、「ほとんどしない」については、協同組合が70.8%と最も多く、次いで医療法人・医療法人社団54.8%、社会福祉法人52.8%であり、NPO法人以外は約半数がサービス担当者会議をほとんどしていないことが示された（カイ二乗検定1%水準で有意）(表13)。

表13 運営主体別サービス担当者会議の開催頻度 上段(人)／下段(%)

	週一度以上	数週間に一度	一ヶ月に一度	数ヶ月に一度	ほとんどしない	合計
民間企業	3 3.2	4 4.3	14 15.1	29 31.2	43 46.2	93 100.0
社会福祉法人	3 2.1	2 1.4	13 9.2	49 34.5	75 52.8	142 100.0
医療法人・医療法人社団		2 2.2	3 3.2	37 39.8	51 54.8	93 100.0
NPO法人			8 47.1	6 35.3	3 17.6	17 100.0
協同組合			1 4.2	6 25.0	17 70.8	24 100.0
その他	1 3.7	1 3.7	2 7.4	11 40.7	12 44.4	27 100.0
合計	7 1.8	9 2.3	41 10.4	138 34.8	201 50.8	396 100.0

4) モニタリングとサービスの見直し

(1) モニタリングの実施頻度

モニタリングについては、どの程度行うべきと考え、実際にどの程度行っているのか理想（見解或いは主観）と現実について尋ねた。まず、定期的なモニタリングはどの程度行うべきと考えるかという質問への回答は以下の通りである（図 10）。「必要ない」という回答は無し、「無回答」は2.7%

である。「必要に応じて随時」63.0%、「3ヶ月未満」19.1%、「6ヶ月未満」14.0%と、全体の96%が、原則として6ヶ月に一度行われる要介護認定の更新あるいは見直し期間である「6ヶ月未満」で少なくとも一度はモニタリングを行うべきと考えていることが示されている。しかし、実際にどの程

度行っているかという質問に対する回答は、まず31%が「無回答」となっているため、回答のあった280ケースについてみると、「1ヶ月に一度」行っているという回答が32.4%ともっとも多く、現実に行われているモニタリングの頻度の平均は「3.1ヶ月に1回」となっている。しかし、「無回答」3割については次の質問（実際にどのような方法でモニタリングをおこなっているか）に対する答えが322ケース（79.0%）であることと合わせるならば、現実にはモニタリングは実施しているケースの3割が「1ヶ月に一度」行っており、その平均は「3.1ヶ月に一度」であるものの、その一方「実施していない」と考えられるケースが2割を占めているという結果が示された。

(2) ケアプランの見直し

サービスが開始され、一定の期間経過後、モニタリングがおこなわれ、あるいは特に何かの変化が生じた時など、ケアプランの見直しがおこなわれるが、その際に考慮している（できている）ことについて尋ねた結果は以下の通りである（図 11）。

①全体の状況

全体として、一項目を除きすべての項目で5割以上考慮できている結果であり、「提供されたサービスの実施状況」「利用者の身体状態の変化」「利用者の要望」「介護者の要望」については、ほぼ8割から9割が「考慮できている」ことが示されている。一方、「サービス目標の達成度」「達成可能な目標の変更」については、ほぼ50%しか考慮されておらず、さらに「地域とのかかわり」については「考慮できている」のは17.6%のみと2割に満たない状態で、極端な差がある結果となった。

②資格別

図 10 モニタリングの実施頻度

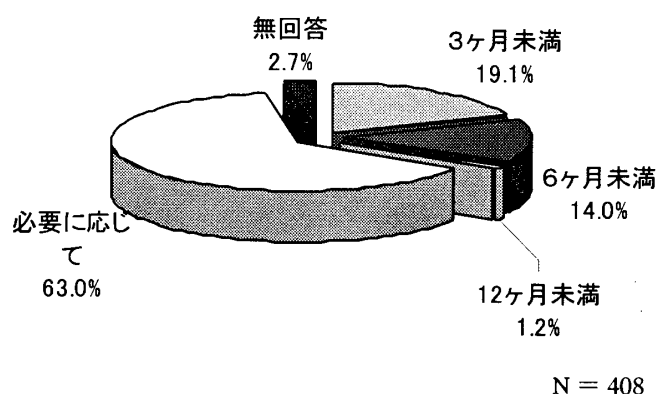
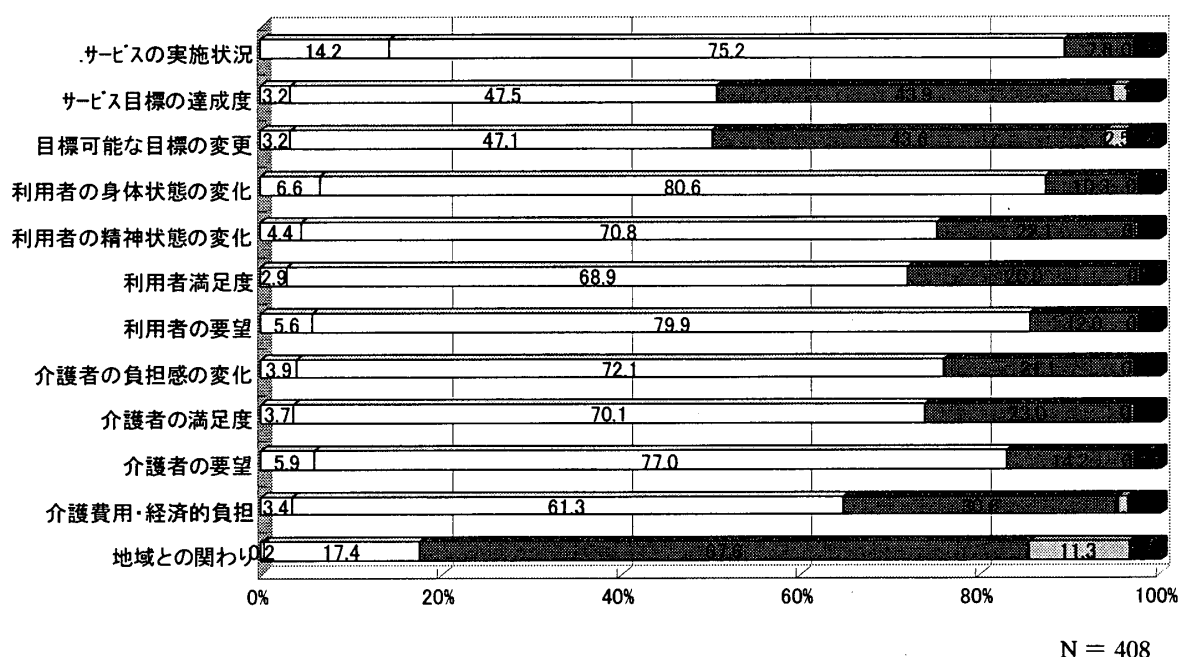


図 11 ケアプラン見直し時の反映



これを資格別にみると、有意差が認められた項目は「達成可能な目標の変更」（カイ二乗検定 5%水準）である。「考慮できていない」割合が社会福祉士 64.7%、ホームヘルパー 62.5%、社会福祉主事 51.9%と、社会福祉の専門職である資格などでケアプラン見直し時に「達成可能な目標の変更」への考慮があまりなされていないことを示す結果となった。また、「地域とのかかわり」については、「考慮できていない」割合は社会福祉士 90.9%、ホームヘルパー 87.5%、社会福祉主事 85.2%、その他の資格でも約 8 割であるが、この項目についても特に社会福祉の専門職である資格保持者が「考慮できていない」割合が高いことは、さらなる検討が求められよう。

③運営主体別

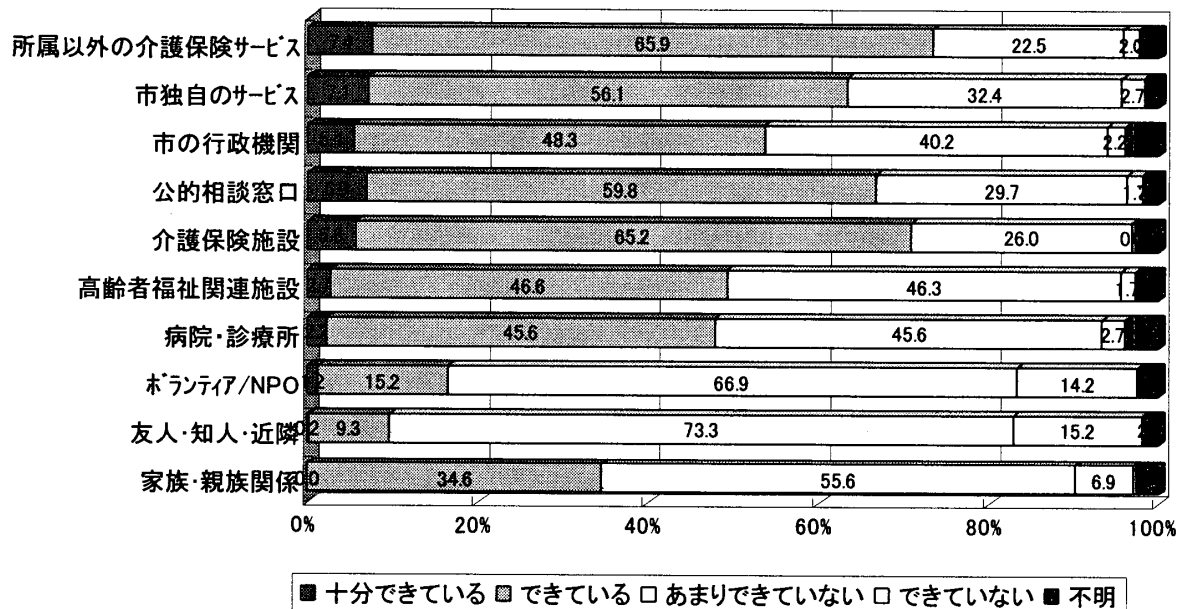
運営主体別にみると、介護者にかかわる項目で有意な差が認められている。「介護者の負担感の変化」「介護者の満足度」「介護者の要望」（3項目ともカイ二乗検定 5%水準）である。「介護者の負担感の変化」については多いものから順に、民間企業（86.8%）、NPO法人（83.3%）、医療法人・医療法人社団（83.2%）では 8 割以上できているものの、社会福祉法人（71.3%）の「できている」の割合が一番低くなっている。その他「地域とのかかわり」（カイ二乗検定 10%準）では NPO 法人の「できている」割合が 23.5%で一番高く、次いで社会福祉法人となっているがそれでも 19.4%と 2 割に満たない状態である。いずれの項目においても、NPO 法人の「できている」割合が高くなっており、逆に社会福祉法人の割合が低い。

5) 社会資源の把握

ケアプランの作成、見直しをはじめ、実際のサービスの調整には、利用できるサービス

等その活動地域の社会資源について介護支援専門員がどの程度把握できているかが大きく影響する。そこで、実際の活動地域における社会資源についてどの程度把握できているか尋ねた結果は以下の通りである（図12）。

図 12 社会資源の把握



N = 408

①全体の状況

「所属事業所以外の介護保険サービス（居宅）」「介護保険施設」「公的相談窓口（在宅介護支援センター等）」「市独自のサービス（介護保険対象以外）」については6割から7割が把握できており、「ボランティア・NPO」16.4%、「友人・知人・近隣」9.6%とインフォーマルケアについては8割以上が把握できていない。全体として、介護保険による基本的なサービスについては居宅サービス、施設サービス、相談窓口など6～7割が把握しているものの、ボランティアや近隣などのインフォーマルケアについては約1割程度しか把握できていないという実態が示されている。

②運営主体別

運営主体別では、10項目のうち5項目で有意な差が認められた。「(所属の)市町村独自のサービス（介護保険対象外）」「(所属の)市町村行政機関」「病院・診療所」「ボランティア・NPO(法人以外)」はカイ二乗検定1%水準、「公的相談窓口」についてはカイ二乗検定5%水準残り一項目5%水準。「(所属の)市町村独自のサービス(介護保険対象外)」の「把握できている」割合の高いのは、順に協同組合79.2%、NPO法人72.2%、社会福祉法人70.8%であり、一番低いのは医療法人・医療法人社団50.5%であった。「所属の市町村の行政機関」で一番多いのは社会福祉法人67.9%、低いのは医療法人・医療法人

社団 38.9%、「公的相談窓口」についても一番多いのは社会福祉法人 77.1%、低いのは医療法人・医療法人社団 59.4%、民間企業 59.3%である。「病院・診療所」については、「把握している」割合が一番高いのは医療法人・医療法人社団 66.7%、一番低いのはNPO法人 33.3%、「ボランティア・NPO(法人以外)」では一番高いのはNPO法人の 44.4%が格段であり、一番低いのは医療法人・医療法人社団 7.3%と運営主体それぞれの特徴が示された結果となっている。

IV まとめと考察

これまで、質問紙調査の結果をもとに、ケアマネジメントのプロセスにしたがって介護支援専門員（ケアマネジャー）として成すべき要素ごとにケアマネジメント業務について検討してきたが、以下、今後の検討課題と考えられることなど指摘して、まとめとする。

1) 全体の状況

質問のしかた（4件法）にも影響するとも考えられるが、全体として各項目とも「あまりできていない」「できている」に集中する傾向があった。

まず、「説明と同意」インフォームド・コンセントについては、ケアプランや利用料等費用、サービスの種類と内容についてはまずまずできているという結果であるものの、介護保険そのものの仕組みや契約書、ケアマネジャーの役割についての利用者の理解があまりすすんでいないことがうかがえる結果であった。

アセスメントの際には、約7割が何らかのアセスメントツールを使用しているとのことであったが、十分に活用できているかについては疑問が残る。その際の情報収集については、利用者の身体状態や要望、介護者の要望、現在のサービス利用状況については9割近くとかなりよく情報収集できているが、利用者の生活歴や地域・近隣との関係、経済状況については3割前後であり把握できていない状況である。また介護状況についても半分程度であった。したがって、まず目の状況に対応するような形での情報把握になっていると考えられる。

このことは次のケアプランの作成についても同様のことが推察できる。優先的支援事項の決定、早急に対応を要する目標の設定、利用者・介護者の要望については8割以上配慮し、ケアプランへ反映されているようであるが、長期目標の設定や予防的介護、インフォーマルケアについてはあまり反映できていない。特にインフォーマルケアについては10%以下と大変低い割合であり、ケアプランは目標を設定したうえで、インフォーマルケアも含むという本来意図するものとはなっていないことが伺えた。

また、サービス担当者会議はほとんどしないという回答が約5割であり、他職種との連携を考えると今後の重要な検討課題といえる。

モニタリングについても、必要と感じながらも実施頻度や方法からは十分におこなえているとは必ずしもいえない結果である。そのことはケアプランの見直しの際の考慮であげた要素についての回答からも先のケアプラン作成であげたことと同様のことが伺える結果であった。

さらに社会資源の把握については、特にインフォーマルなケアに関わる資源の把握ができていないことが示され、このことも今後の重要な検討課題の一つである。

全体として、本来のケアマネジメント業務というよりは、まず目の前にあるニーズ・要望への対応としてサービスを調整し、提供しているということがいえよう。

以上のことについて、資格別、運営主体別、雇用状況別等クロス集計によって検討したが、資格別では良い意味でも、逆の意味でもそれぞれの資格の特徴が表される結果が散見された。例えば、情報収集では介護者の介護知識や技術といった介護状況については、保健師・看護師が6割以上できているのに対して、社会福祉士や介護福祉士の福祉系の専門職、ホームヘルパーなどでもできていない方が多くなっている（カイ二乗検定で1%水準で有意差あり）。サービス担当者会議の開催頻度では、社会福祉士、保健師・看護師は50%以上、ホームヘルパーでは65%以上がほとんどしていないという結果であった。ケアプランの見直しでは、「地域とのかかわり」について全体としてできていないのだが、特に社会福祉士、ホームヘルパー、社会福祉主事などでできていないものが約9割となっており、次の社会資源の把握では、ホームヘルパーが全体的に把握できていないことが目立っている。またインフォーマルケアについては全保有資格で把握している割合が非常に低くなっている。全体として、業務独占の国家資格取得者の方が各項目でできていることが多々あり、一方社会福祉士や介護福祉士という福祉専門職で本来できていて当然のことがむしろできていないことが気になるところであった。資格制度の教育内容や各種の研修など今後の人材養成への重要な課題といえよう。さらに、介護支援専門員としての仕事は始まって未だ日が浅いこと、これまで福祉以外の分野で仕事をしていた介護支援専門員の割合も多く、経験もまちまちであることから、個人差がかなり見られる。このことは、各回答の分散をみてもいえることである。

また、運営主体別ではNPO法人のできている割合が多いことが目立った。特に地域とのかかわりについては格段に高かったが、社会福祉法人では低くなっている。医療法人・医療法人社団ではサービス担当者会議についてはあまり開催していないようであったが、事業所内でのケアカンファレンスについては良くおこなっている様子である。利用者の理解や他職種との連携という意味では検討が必要であろう。

経験年数別では、いくつかの項目で経験の長い方ができている割合が高く示されることもあるが、それは特に介護保険制度の下でのケアマネジメントという専門性に関わるものというよりは、これまでの経験の中で自然と身に付いたことが作用するようなものであった。全体的には必ずしも経験の長さがケアマネジメント業務をおこなう上で有意性をもつ

ほどのものではないと考えられる。

さらに、雇用状況別にみても、常勤と非常勤の差違は特に有意性のあるものはほとんどない。むしろ、常勤で兼務の多さを考えると、非常勤で専任の方が良くできている項目もいくつか見られる結果であった。

2) サービス担当者会議とモニタリング、社会資源の把握

特に問題と考えられ、早急に改善策が必要なこととして、特にサービス担当者会議とモニタリング、社会資源の把握の3点を指摘したい。

先にも指摘したが、サービス担当者会議が適切に開催されているとはいえない結果となった。ただし、サービス担当者会議をおこなったことによる効果では、利用者への理解が深まった、問題解決に向けての意思統一ができた、他職種との連携がとれるようになったなどの効果を実感しているようである。また、ヒヤリング調査などにおいてもその必要性や重要性があげられている。それでもなお関連するサービス提供者が会して担当者会議を開催することが困難な実態について、何が要因となって現状を呈しているのか、あるいは現実的に開催が無理であるとするならば、利用者への理解や問題の把握や援助目標などへの意思統一、他職種との連携などへの効果や重要性を考えると、早急に何らかの改善策の検討を要する。今回の調査対象者（一部）へのヒヤリングによると、必要性や重要性は十二分に承知しているものの、とにかく仕事が多く時間が不足、開催するとしても残業の時間帯になることが多いが残業手当の問題があり、管理職の立場からも無理に参加することを要請できない、しかも交通費がかかることがあるがその交通費も支給できるかどうかという問題もあるという意見が複数あった。

探索的に何がサービス担当者会議の開催頻度に影響しているのかみるために、一元配置の分散分析を試みた。その結果、有意性が認められたものは、年齢年代(***)、持っている資格の数(***)、年収(**)、ケアマネジメントの重要性を感じて介護支援専門員の資格を取得(***)、説明と同意得点(**)、ケアプラン作成時の反映得点(*)などである（「説明と同意」得点、「ケアプラン作成時の反映」得点とは、先のそれぞれの項目を点数化したものである）。「説明と同意」得点と「ケアプランの作成時の反映」得点、年齢年代などについては、サービス担当者会議を一ヶ月に一度開催しているものとほとんどしないものでは平均値の差が大きく有意性が認められている。サービス担当者会議を一ヶ月に一度おこなっているものの方がほとんどしないものよりも、「説明と同意」得点、「ケアプラン作成時の反映」得点が高くなっている。その他分散において、有意と認められたものは雇用状況(常勤・非常勤)(**), 勤務状況(専任・兼務)(***)、資格の数(***)、アセスメントツールの利用(***)、「説明と同意」得点(***)、「ケアプラン作成時の反映」得点(**)であった。

次に、モニタリングの実施とその方法である。モニタリングについては、モニタリングそのものについての理解が必ずしも浸透していないことが伺える結果であった。その実施

については必要に応じておこなうべきと認識しながらも、実際の実施頻度についての回答は31%が無回答であった。ところがその方法について尋ねた質問では79%が何らかの回答をしており、このことから実際に自分がおこなっていることがモニタリングであるのか、あるいはモニタリングといえるのかどうか定かではないと考えているような、モニタリングについての不明確さが伺える。先にも述べたヒヤリングにおいても、そのことを伺わせる意見が多く、結果としてモニタリングのようなことをおこなっているケースが多いと考えられる。ケアプランの見直しの際に考慮することについて尋ねた項目への回答、すなわちサービス目標の達成度や目標の変更等に対する回答状況からも推察することが可能であろう。また、ケアマネジメントの最初のプロセス＝アセスメントやケアプランの作成の段階で、正確で適切なニーズや明確な目標なしにそれらのプロセスを経たものについては、適正なモニタリングはおこなえないことにもなる。そのようなことからモニタリングについての不明確さが表出していると考えられよう。すでに現任研修などではモニタリングについて取り上げられ始めているが、今後はさらに具体的な実施方法、チェック項目の開発も含めての学習が必要と考える。

最後に、社会資源の把握についてであるが、このことは情報収集からケアプランの見直しまでの各プロセスにおいてインフォーマルケアに関わる項目で「できていない」割合が非常に高くなっていることと関連している結果である。ケアプランの作成に関してもインフォーマルケアを十分考慮して活用するというものとはなっておらず、ケアマネジメントはインフォーマルケアもその社会資源の一部として活用するという本来のケアマネジメントとはなっていないことが明らかになった。少なくとも活動地域における社会資源についてはフォーマル、インフォーマル合わせてその存在、活動内容等を知っていることが必要であり、そのことの周知徹底のためには介護支援専門員の努力に頼るだけでなく、事業者、行政、社会福祉協議会等も含めてネットワークを確立させるなど改めて対策が早急に必要である。

※本調査研究は、在宅支援トータルサービス研究会（代表：馬場純子）が行った日本学術振興会科学研究費補助金による研究成果の一部である。

調査にあたりご協力いただいた、川崎市介護支援専門員連絡会、平成13年度神奈川県現任研修の受講者の皆様をはじめ、多くの関係各位に心より感謝いたします。

【参考文献】

- ・厚生省老人保健福祉局『指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について』2000年3月。
- ・財団法人長寿社会開発センター『介護支援専門員基本テキスト全3巻』2001年。
- ・同上『介護支援専門員現任研修・専門研修のあり方委員会／報告書』2001年3月。

- ・ 社団法人日本労務研究会『介護労働の一般性と特殊性に関する調査研究 最終報告書（第3年度）』2001年3月.
- ・ 財団法人長寿社会開発センター『居宅介護支援事業及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書』2002年3月.
- ・ 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会『介護支援専門員の業務評価に関する研究報告書』2002年3月.
- ・ かながわ介護支援専門員会議『ケアマネジメントの実態と研修のあり方』2002年3月.
- ・ 総務省『総務省介護保険の運営状況に関する事態調査結果に基づく勧告』2002年4月.
- ・ 馬場純子編著、平成12～13年度日本学術振興会科学研究費補助金【基盤研究c(2)】研究成果報告書『公的介護保険開始に伴う在宅介護の質と構造の変容、「介護支援専門員のケアマネジメント業務に関する調査研究」』2002年4月.