

ケアマネジメント業務における介護支援専門員の 課題実施度に関する研究

アヤベ タカコ オカダ シンイチ シラサワ マサカズ オカダ ナオト
綾部 貴子*1 岡田 進一*2 白澤 政和*3 岡田 直人*4

目的 本研究の第1の目的は、介護支援専門員がケアマネジメント業務における課題をどの程度実施しているのかを明らかにすることである。第2の目的は、ケアマネジメント業務における課題実施度を向上させる要因に、どのような要因が存在するのかを明らかにすることである。

方法 調査対象者は、大阪市に登録（平成13年1月現在）されている居宅介護支援事業者に所属している介護支援専門員810人である。調査方法は、自記式質問紙を用いた横断的調査で、質問紙の配布・回収は郵送で行われた。調査期間は、平成13年2月7日～3月9日で、有効回収率は、約46.0%（373人）であった。主な調査項目は、『介護支援専門員の基本属性』（7項目）、『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』（7領域・50項目）である。その『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』尺度は、妥当性（内容的妥当性）および信頼性（内的一貫性）の検討がなされ、尺度としての使用は可能であることが確認された。

結果 『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』で、介護支援専門員が全般的にあまり行っていない領域は、「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」領域および「評価」領域であった。課題実施度向上要因に関する分析では、「エントリー」領域での向上要因は、「在宅介護支援センター勤務経験の有無」と「雇用形態」であり、「アセスメント」領域での向上要因は、「ケアマネジメント研修受講の有無」であった。さらに、「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」領域での向上要因には、「専門領域」と「ケアマネジメント研修受講の有無」とがあり、「居宅サービス計画作成での連絡調整等」領域での向上要因には、「ケアマネジメント研修受講の有無」があった。

結論 このような結果を踏まえて、介護支援専門員が提供するサービスの質を向上させる方策に、以下のようなことが考えられる。介護保険制度の理念である利用者本位の考え方を推進していくためには、要介護高齢者やその家族とのコミュニケーションが十分に図れ、居宅サービス計画を高齢者や家族とともに作成できるように、介護支援専門員が時間的余裕を持てるような環境整備が求められる。また、本研究でケアマネジメント研修の有効性が確認されたことから、今後、重視されていくケアマネジメント評価についても、ケアマネジメント研修等において、具体的な方法を介護支援専門員に教えられることが望まれる。

キーワード 介護支援専門員、課題実施度、ケアマネジメント、ケアマネジメント過程

I はじめに

介護保険制度における居宅介護支援（以下、

ケアマネジメントとする）を行っている介護支援専門員は、居宅サービスを受けている高齢者やその家族にとって重要な存在である。介護支

*1 梅花短期大学講師

*2 大阪市立大学大学院講師

*3 同教授

*4 大谷女子大学講師

援専門員は、介護保険法第79条2項で、要介護者等からの相談に応じ、要介護者等の身体・心理・社会・経済的な状況に合わせて、適切な居宅サービスを高齢者が円滑に利用できるように、関係機関と連絡調整を行う者と定義されている。介護支援専門員の資格取得にあたっては、5年の実務経験と資格試験の合格が義務づけられ、一定の水準は確保されていると考えられる。しかし、ケアマネジメントや介護相談業務という専門的な部分は、体系的な知識と技術が要求されるにもかかわらず、それらについてのガイドラインや基準は、明確にはなっていない。また、社会福祉基礎構造改革等で、介護・福祉サービスに対する評価についての議論がなされ始め、今後、介護支援専門員が提供するケアマネジメントや介護相談のサービスの質も問われるようになると思われる。

そのような状況の中で、ケアマネジメントやケアマネジャーに関する先行研究において、介護支援専門員が行っている業務内容に関して、様々な問題が指摘されている^{11)~13)}。介護支援専門員の実態調査¹³⁾では、介護支援専門員は、重要なケアマネジメント業務をあまり行っていないとの報告がなされている。その調査報告では、特に、ケアマネジメント業務で重要とされているケアカンファレンスの参加や社会資源の開発等を、介護支援専門員があまり行っていないことが明らかにされている。また、沖田ら¹²⁾の研究では、ケアマネジメントにおける重要な課題であるサービス担当者会議への参加や、モニタリングおよび評価について、現在の介護支援専門員があまり行っていないと指摘している。さらに、介護支援専門員が行うケアマネジメントの質を確保していくためには、現在の介護支援専門員の雇用・労働条件を改善していくことが望ましいとする実態調査¹⁰⁾も存在している。

このような先行研究の指摘を踏まえて、介護支援専門員を含むケアマネジメント業務に関係する研究者および実践者のエキスパートレビューや先行研究をもとに、本研究では、まず、介護支援専門員のケアマネジメント業務をケアマネジメント過程順（「エントリー」「アセスメン

ト」「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」「居宅サービス計画作成での連絡調整等」「居宅サービス計画の実施」「モニタリング・再アセスメント」「評価」の7領域）に整理し、それぞれの領域で最低限実施することが望ましいとされる課題を明確にした。そして、それぞれの課題実施状況を点数化し、ケアマネジメント過程での領域ごとに、その点数を合算して得点化した。本研究の第1の目的は、その得点に基づいて、それぞれの領域で、ケアマネジメント業務における課題を、介護支援専門員がどの程度実施しているのかを明らかにすることである。第2の目的は、領域ごとのケアマネジメント課題の実施度を高める要因に、どのような要因があるのかを明らかにすることである。

II 方 法

(1) 調査対象者と調査方法

調査対象者は、WAM-NETに2001年1月1日付で登録されている大阪市内の全ての居宅介護支援事業者に従事している介護支援専門員810人である。調査期間は、2001年2月7日から3月9日である。

調査方法は、自記式質問紙を用いた横断的調査法で、質問紙は、531か所の居宅介護支援事業者（介護支援専門員の人数が1人で登録されている居宅介護支援事業者は252か所、2人の介護支援専門員から調査回答を得ることとし、252人の介護支援専門員に、2人以上登録されている居宅介護支援事業者は279か所、2人の介護支援専門員から調査回答を得ることとし、558人の介護支援専門員に、調査回答を依頼した。したがって、調査回答を依頼した介護支援専門員の合計数は810人である。）に郵送で配布され、介護支援専門員により無記名で回答された質問紙が郵送で回収された。有効回収率は、46.0%（373人）であった。

(2) 測定尺度

本研究で用いた測定尺度は、『介護支援専門員の基本属性』と『介護支援専門員のケアマネジ

メント業務における課題実施度』である。

『介護支援専門員の基本属性』は、「性別」、「年齢」、「専門領域」、「相談援助職としての経験年数」、「在宅介護支援センターでの勤務経験の有無」、「雇用形態」、「ケアマネジメント関連の研究受講の有無」の7項目である。

本研究における『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』は、介護支援専門員がケアマネジメントを行う際、それぞれのケアマネジメント過程で最低限実施することが望ましいとされる課題を、介護支援専門員がどの程度行っているのかを示している。ケアマネジメント業務における課題は、50項目があげられ、ケアマネジメント過程順に7領域（「エントリー」、「アセスメント」、「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」、「居宅サービス計画作成での連絡調整等」、「居宅サービス計画の実施」、「モニタリング・再アセスメント」、「評価」）に整理される（表1）。『介護支援専門員の

ケアマネジメント業務における課題実施度』の質問項目の回答選択肢は、「1. 全く実践できていない（1点）」～「4. 実践できている（4点）」の4段階の選択肢とし、ケアマネジメントでの課題が実施できているほど点数が高くなるように設定した。

この『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』に関する尺度の作成にあたっては、該当する先行研究^{14)～28)}を参考にしながら、筆者らでブレインストーミングを行い、その尺度を構成する項目の原案を作成した。そして、その原案について、介護支援専門員の6人によるパイロットスタディを行い、さらに、その6人と研究者によるエキスパートレビューを受け、それぞれの項目がケアマネジメント業務における重要な課題であり、介護支援専門員が最低限行うことが望ましい項目であることを確認した。そのような手続きを経ているため、その尺度には、少なくとも内容的妥当性がある

表1 「介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度」尺度の50項目

構成要素(領域)	項目内容
エントリー (6)	1. 申請代行手続きを行う 2. 説明の際、要点を整理した説明資料を活用する 3. 「重要事項説明書」をもとに、わかりやすい言葉で説明する 4. 「契約書」をわかりやすい表現で作成する 5. 契約の際、支援事業者と利用者の義務を明確に説明する 6. 契約前、利用者の検討時間を十分に確保する
アセスメント (9)	7. 相談しやすい雰囲気を作る 8. 質問を行うことを説明し、利用者と家族から了解を得る 9. 利用者の主訴を尋ねる 10. 利用者の身体的・精神的・社会的状況を把握する 11. 家族の意見を引き出す 12. 非言語的コミュニケーションを理解する 13. 情報理解し、互いに確認する 14. ニーズに優先順位をつける 15. アセスメント票に記録する
利用者や家族との居宅サービス計画の作成 (10)	16. 計画を説明、共に検討、作成することの同意を得る 17. 情報把握し、利用者に確認する 18. 利用者と家族の意見に違いがある際、調整する 19. 利用者の残存能力を活用する 20. 家族の残存能力を活用する 21. 自己決定を促すための情報を提供する 22. 適切なサービス事業者を紹介する 23.パンフレット等を活用し説明する 24. インフォーマルサービスを活用する 25. サービスを開発する
居宅サービス計画作成での連絡調整等 (10)	26. サービス担当者会議を開く 27. 支給限度額の管理、サービス予定表と費用負担額を明確にする 28. 利用者負担可能額を確認する 29. サービスの回数や曜日、時間帯を説明、了解を得る 30. サービス事業者に提供可能か確認する 31. 契約から利用開始までの流れを説明する 32. 説明事項書や契約書について確認する 33. 利用者本人や家族からの最終決定を得る 34. サービス事業者へサービス内容・頻度・時間数など依頼する 35. 情報を共有化する
居宅サービス計画の実施 (4)	36. 利用者・家族・サービス事業者の関係を調整する 37. 業務や責任範囲を三者で確認する 38. 「予定」と「実績」の管理を継続して行う 39. 「給付管理票」に転記、国保連合会へ提出する
モニタリング・再アセスメント (8)	40. 継続的に情報を把握する 41. サービス評価や要望、意見、心理的な不安などを言える機会をつくる 42. 業務範囲や役割分担が守られているかどうか確認する 43. 要介護度の変化の際、保険者に連絡する 44. 「サービス利用票」と「別表」の変更際、利用者の同意を得る 45. 前回同様のアセスメント票を活用、生活状況の変化に対応する 46. 新たな課題やニーズの変化に再アセスメントし、計画を修正する 47. 利用者に修正済のサービス利用票を提出する
評価 (3)	48. 総合的な評価を実施する 49. 変化がなく、あるいは後退している原因を追究する 50. 利用者満足度を確認する

と判断した。また、その尺度の信頼性（内的・貫性）を示すクロンバッハの α 係数は、全体で0.94であり、領域別では「エントリー」領域で0.80、「アセスメント」領域で0.88、「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」領域で0.87、「居宅サービス計画作成での連絡調整等」領域で0.81、「居宅サービス計画の実施」領域で0.67、「モニタリング・再アセスメント」領域で0.81、「評価」領域で0.78と比較の高い数値を示し、その尺度の信頼性もあると判断した。

(3) 分析方法

『介護支援専門員の基本属性』を独立変数、『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』を従属変数として、それぞれt検定またはF検定を行った。その分析には、統計ソフトSPSS 9.0 for Windowsを用いた。なお、『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』の領域別平均値を算出する際、それぞれの領域を構成する項目数が異なるため、それぞれの領域ごとの合計得点を項目数で除いたものを使用し、領域ごとの平均値が比較できるように配慮した。

Ⅲ 結 果

(1) 『介護支援専門員の基本属性』および『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』に関する記述統計

『介護支援専門員の基本属性』は、表2に示されている。

「性別」については、「女性」が74.1%、「男性」が25.9%であり、「女性」が7割以上を占めていた。

「年齢（年代別）」では、「30歳代」が37.2%と最も多く、次に「40歳代」が36.1%、「50歳代以上」が21.3%、「20歳代」が5.5%であった。なお、平均年齢は42.0歳であった。

「専門領域」では、「看護領域」が39.2%と最も多く、次に「社会福祉領域」が18.8%、「保健領域」が12.8%、「介護領域」が18.2%、「その他の領域」が11.1%であった。

表2 介護支援専門員の基本属性

基礎属性		カテゴリー名	変数	比率(%)
性 別		男性	96	25.9
		女性	275	74.1
年 齢		20代	20	5.5
		30代	136	37.2
		40代	132	36.1
		50代以上	78	21.3
		保健	45	12.8
専 門 領 域		看護	138	39.2
		社会福祉	66	18.8
		介護	64	18.2
		その他	39	11.1
		相談援助職としての経験年数	1年未満	156
		2年以上3年未満	160	50.6
在宅介護支援センターでの勤務経験の有無		有	105	28.7
		無	261	71.3
雇 用 形 態		専任	150	40.5
		兼任	220	59.5
ケアマネジメント関連の研修受講の有無		有	243	65.1
		無	129	34.9

注 欠損値があるため、n=373とならない場合がある。

表3 『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』得点（領域別）の基礎統計量

課題実施度の領域（項目数）	平均値	標準偏差
エントリー (6)	3.24	0.55
アセスメント (9)	3.19	0.50
利用者や家族との居宅サービス計画の作成 (10)	2.94	0.53
居宅サービス計画作成での連絡調整等 (10)	3.19	0.46
居宅サービス計画の実施 (4)	3.23	0.59
モニタリング・再アセスメント (8)	3.09	0.54
評価 (3)	2.74	0.69

「相談援助職としての経験年数」では、「2年以上3年未満」が50.6%と最も多く、次に「1年未満」が49.4%と続いていた。

「在宅介護支援センターでの勤務経験の有無」では、「ある」が28.7%、「ない」が71.3%であり、経験のない者が7割近くを占めていた。

「介護支援専門員としての雇用形態」では、「兼任」が59.5%で、「専任」が40.5%であった。

「ケアマネジメント関連の研修受講経験の有無」では、受講経験の「ある」者が65.1%、「ない」者が34.9%であり、経験のある者が6割以上を占めていた。

『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』でのケアマネジメント過程の7領域の記述統計量は表3の通りである。その課題実施度で特徴的な点は、「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」や「評価」の領域

で、他の領域よりも平均点がやや低くなっていることである。

(2) 「介護支援専門員の基本属性」を独立変数とし、『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』を従属変数とした分析の結果

t検定あるいはF検定の結果は、表4の通りである。『介護支援専門員の基本属性』で、『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』に影響を与えていた要因は、「専門領域」、「在宅介護支援センターでの勤務経験の有無」、「雇用形態」、「ケアマネジメント関連の研修受講の有無」であった。

『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』における「エントリー」の領域では、「在宅介護支援センターでの勤務経験の有無」と「雇用形態」で1%水準の有意差が見られた。在宅介護支援センターでの勤務経験のある者は、その経験のない者より、「エントリー」の領域での課題実施度が有意に高く、また、専任の介護支援専門員の方が、兼任の専門員より、「エントリー」の領域での課題実施度が有意に高くなっていた。

「アセスメント」の領域では、「ケアマネジメント関連の研修受講の有無」で1%水準の有意な差が見られ、ケアマネジメント研修を受けている介護支援専門員の方が、受けていない専門員よりも、「アセスメント」の領域での課題実施度が有意に高いことが明らかとなった。

「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」の領域では、「専門領域」の違いで1%水準の有意差が見られ、看護領域あるいは社会福祉領域の介護支援専門員の方が、その他の分野（「その他」「国家資格なし」）の介護支援専門員よりも、「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」の領域での課題実施度が有意に高かった。また、この領域では、「ケアマネジメント関連の研修受講の有無」で1%水準の有意差が見られ、ケアマネジメント研修を受けている介護支援専門員の方が、受けていない専門員よりも、この領域での課題実施度が有意に高いことが明らかとなった。

「居宅サービス計画作成での連絡調整等」の領域では、「ケアマネジメント関連の研修受講の有無」で5%水準の有意な差が見られ、ケアマネジメント研修を受けている介護支援専門員の方が、受けていない専門員よりも、「居宅サービス計画作成での連絡調整等」の領域での課題実施度が有意に高かった。

IV 考 察

本研究で明らかになったことを整理すると、『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』で、介護支援専門員が全般的にあまり行っていない領域は、「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」領域および「評価」領域であった。また、「エントリー」領域での課題実施度の向上要因は、「在宅介護支援センター

での勤務経験の有無」と「雇用形態」であり、「アセスメント」領域での課題実施度の向上要因は、「ケアマネジメント関連の研修受講の有無」のみであった。さらに、「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」領域での課題実施度の向上要因には、「専門領域」と「ケアマ

表4 「介護支援専門員の基本属性」を独立変数とし、『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』（領域別）を従属変数としたt検定あるいはF検定の分析結果

介護支援専門員の 基 礎 属 性	エントリー	アセスメント	利用者や家 族との居宅 サービス計 画の作成	居宅サービ ス計画作成 での連絡調 整等	居宅サービ ス計画の実 施	モニタリング・ 再アセスメント	評価
性 別	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
年 齢	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
専 門 領 域	n.s.	n.s.	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
経験年数(相談援助)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
在宅介護支援セン ターでの勤務経験有無	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
雇 用 形 態	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
ケアマネジメント 関連研修受講有無	n.s.	**	**	*	n.s.	n.s.	n.s.

注 * : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, n.s. : 有意差なし

ネジメント関連の研修受講の有無」があり、「居宅サービス計画作成での連絡調整等」領域での課題実施度の向上要因には、「ケアマネジメント関連の研修受講の有無」があった。

『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』で、「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」領域および「評価」領域の課題実施度の得点が、全体的に他の領域よりも低い傾向にあった。その結果は、先行研究²⁸⁾ともほぼ一致している。

「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」領域の得点の低さは、介護支援専門員の時間的余裕のなさに関連があるのではないかと考えられる。実際、介護支援専門員が担当するケース数は多く、給付管理等にもかなりの時間を要していると言われ、介護支援専門員が「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」領域に多くの時間をかけることはできない状況にあると考えられる。また、居宅サービス計画は、サービス利用者やその家族とともに作成することが望ましい²²⁾²³⁾とされているにもかかわらず、介護支援専門員の多くに、その趣旨が十分に理解されていないため、その領域の得点が低くなったのではないかと考えられる。

「評価」領域の得点の低さも、「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」領域と同様に、介護支援専門員の時間的余裕のなさとの関連が考えられる。また、ケアマネジメントに関する教科書等では、ケアマネジメントに対する評価の記述が簡単になされ、評価に関して具体的な手続きや重要性を詳しく述べているものが非常に少ない。さらに、ケアマネジメント評価に関する明確なガイドラインも存在していない。そのような背景があるため、介護支援専門員が「評価」を積極的に行うことはあまりなく、その領域の得点が低くなったのではないかと考えられる。

介護支援専門員に在宅介護支援センターでの経験があることや、介護支援専門員が専任であることが、『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』の「エントリー」領域の得点を向上させる要因となっていることが

明らかになった。介護保険制度開始以前、在宅介護支援センターは、介護相談に関する中心的な機関であり、そのセンターでは、「エントリー」領域の業務が強調されていた²⁹⁾。そのような背景から、介護支援専門員に在宅介護支援センターでの経験があった場合、「エントリー」領域の得点が高くなる傾向が生じたのではないかと考えられる。また、先行研究¹⁰⁾¹¹⁾においても指摘されているように、専任の介護支援専門員は、兼任よりもケアマネジメント業務に専念できる時間的余裕があるため、「エントリー」領域にも時間をかけることができ、その結果、その領域の得点が高くなったと考えられる。

介護支援専門員にケアマネジメント研修の受講経験があれば、『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』の「アセスメント」「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」「居宅サービス計画作成での連絡調整等」の3領域の得点が向上することが明らかとなった。この結果は、畑らの研究結果²⁸⁾とも一致している。ケアマネジメント研修においては、ケアマネジメントにおいての重要課題である「アセスメント」「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」「居宅サービス計画作成での連絡調整等」の領域が、演習等を通じて重点的に教育されるため、研修受講者の方が研修を受講していない者より、それらの領域の得点が高くなったのではないかと考えられる。このことは、現在のケアマネジメント研修が、ケアマネジメント実践の水準を一定に保っていくための重要な方策であることを示唆している。

介護支援専門員で看護領域あるいは社会福祉領域での国家資格を持っている者の方が、その他の領域あるいは国家資格を持っていない者（社会福祉主事、ホームヘルパーなど）より、「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」において得点が高くなっていた。この知見は、これまでの先行研究にはあまり見られないもので、新たな知見であると考えられる。看護領域および社会福祉領域においては、相談業務に関する教育が体系化されつつあり、それらの分野においては、サービス利用者の考え方を尊重することが

強調され始めている²³⁾²⁴⁾。また、その国家資格に関連する職能団体等が主催する研修においても、その考え方が強調されていることが多い。そのため、看護領域あるいは社会福祉領域の国家資格を持つ介護支援専門員の方が、サービス利用者本位の考え方を意識することが多くなる傾向にあると考えられ、その領域に関する得点が高くなったのではないかと考えられる。

V おわりに

本研究においては、介護支援専門員がケアマネジメント業務で最低限行わなければならない課題を整理し、その課題実施度をケアマネジメント過程での領域ごとに得点化した。その結果、「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」領域および「評価」領域において、課題実施度の得点が低い傾向にあることがわかった。また、ケアマネジメント業務における課題実施度に影響を与える要因には、「専門領域」、「在宅介護支援センターでの勤務経験の有無」、「雇用形態」、「ケアマネジメント関連の研修受講の有無」があることがわかった。

これらの結果を受けて、ここでは、介護支援専門員が行うケアマネジメント業務に関する課題を2点に絞って述べることにする。

利用者本位の視点は、介護保険制度の理念の中心的な考え方であり、介護支援専門員の専門領域にかかわらず、その視点は尊重されなければならない。しかし、現状では、その視点が十分に理解されていると考えられない。そこで、専門領域や研修受講の有無にかかわらず、まず、介護支援専門員は、居宅サービス計画作成の際、利用者やその家族と的確なコミュニケーションを図り、利用者やその家族とともに居宅サービス計画を作成するといった姿勢を持つことが必要である。また、介護支援専門員だけでなく、介護保険制度を担当している政策担当者および居宅介護支援事業者も、そのことを十分に考慮し、研修受講に対する配慮や適正なケース数の設定等を行い、介護支援専門員がサービス利用者等と十分にコミュニケーションが図れるよう

に、その知識・技術の習得や時間的余裕に対して配慮を行うべきであろう。

第三者評価を含む評価に関する議論が活発になってきている現状を踏まえると、介護支援専門員も、自己評価を含む評価を積極的に行っていく必要がある。しかし、現状においては、介護支援専門員は評価を行うことについて積極的ではなく、ケアマネジメント研修においても、評価について具体的に教えられることは少ない。そのような状況から、介護支援専門員でケアマネジメント研修の受講者が増加したとしても、評価を積極的に行う介護支援専門員が増加するとは限らない。本研究において、「アセスメント」、「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」、「居宅サービス計画作成での連絡調整等」といった重要課題の実施度を向上させるのに、ケアマネジメント研修が有効であることがわかった。そのため、ケアマネジメント研修においても、ケアマネジメントの評価についての講義を行い、具体的なケアマネジメント評価の演習を実施していくことで、介護支援専門員の評価実施度が高まっていくものと思われる。さらに、日本ケアマネジメント学会等の学術団体が、ケアマネジメントの評価基準となるガイドラインを早急に作成し、介護支援専門員がケアマネジメント評価をすぐに行えるような環境整備を推進していくことも必要である。

最後に、本研究の限界点について述べておきたい。まず、本研究の調査対象者が大阪市内の居宅介護支援事業者に従事している介護支援専門員となっているため、地域的な特性が本研究結果に反映されている可能性がある。したがって、非都市部の介護支援専門員や中規模都市の介護支援専門員の状況とはかなり異なる可能性がある。第2に、本研究が採用した調査設計は、横断的調査であり、本研究で得られた結果は、完全な因果関係を言及できるものではない。したがって、本研究結果をさらに確かなものとするためには、パネル調査などの縦断的調査設計による研究が不可欠である。第3に、本研究で開発した『介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度』尺度の項目は、介護

支援専門員が最低限行うことが望ましいと考えられる項目であり、ケアマネジメント業務全体を捉えた包括的な項目とはなっていない。今後、最近のケアマネジメント研究で重視され、先行研究²³⁾²⁴⁾でも指摘されている社会資源の開発やエンパワメントに関する項目についても追加し、包括的なケアマネジメント業務の課題実施尺度を作成していくことが求められる。

なお、本研究は(財)フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団第11回(平成12年度)助成金事業を受けて実施した「介護支援専門員に関する調査」の研究成果の一部である。

文 献

- 1) 車谷典男, 東裕子. 介護支援専門員への期待. 公衆衛生 2001; 65(8): 585-8.
- 2) 増田元香, 阿部詠子, 浜端賢次, 野川とも江, 高杉春江. 介護保険開始当初における介護支援専門員の直面している課題. 第9回日本介護福祉学会全国大会プログラム・抄録集. 第9回日本介護福祉学会全国大会事務局. 2001; 96-7.
- 3) 北村光子, 大江千恵子, 山崎久子. 介護保険導入後のケアマネジャーの現状について—ケアマネジャー業務の満足感—. 第9回日本介護福祉学会全国大会プログラム・抄録集. 第9回日本介護福祉学会全国大会事務局. 2001; 198-9.
- 4) 黒澤貞夫. ケアマネジャーの役割と今後の課題. 第9回日本介護福祉学会全国大会プログラム・抄録集. 第9回日本介護福祉学会全国大会事務局. 2001; 56-7.
- 5) 田中山紀子. ケアマネジャーの役割と今後の課題. 第9回日本介護福祉学会全国大会プログラム・抄録集. 第9回日本介護福祉学会全国大会事務局. 2001; 60-1.
- 6) 高野龍昭. ケアマネジャーの役割と今後の課題—実践現場の介護支援専門員の立場から—. 第9回日本介護福祉学会全国大会プログラム・抄録集. 第9回日本介護福祉学会全国大会事務局. 2001; 62-3.
- 7) 竹内孝仁. ケアマネジャーの役割と今後の課題. 第9回日本介護福祉学会全国大会プログラム・抄録集. 第9回日本介護福祉学会全国大会事務局. 2001; 58-9.
- 8) 坂本勉. 在宅高齢者支援システムとケアマネジメント機能の課題. 第49回日本社会福祉学会大会抄録集. 2001; 394.
- 9) 西村正弘. 介護支援専門員の「専門性」に関する考察. 第49回日本社会福祉学会大会抄録集. 2001; 376.
- 10) よりよい介護をめざすケアマネジャーの会. ケアマネジャー609人の証言 介護保険をかえよう. 桐書房. 2001.
- 11) 渡邊津子. 介護保険施行後2年目の課題—ケアマネジャーの役割に焦点をあてて—. 社会福祉研究 2002; 83: 2-12.
- 12) 沖田裕子, 岡本玲子, 村岡枝理子. 介護支援専門員の質改善のためのケアマネジメント過程の検討. 日本在宅ケア学会誌. 日本在宅ケア学会. 2002; 54-61.
- 13) 中央法規編集部. 改めて業務範囲を考える. ケアマネジャー 2002; 2: 11-27.
- 14) 白澤政和. ケースマネジメントの理論と実際. 中央法規. 1992.
- 15) マクスリー, D.P. (野中猛, 加瀬裕子監訳). ケースマネジメント入門. 中央法規. 1994.
- 16) 新津ふみ子. ケア・コーディネーション入門. 医学書院. 1995.
- 17) 竹内孝仁. ケアマネジメント. 医歯薬出版. 1996.
- 18) イギリス保健省原著. 白澤正和, 広井良典, 西村淳訳・著. ケアマネジャー実践ガイドブック. 医学書院. 1997.
- 19) 野中猛. 図説ケアマネジメント. 中央法規. 1997; 9-79.
- 20) 厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会. 介護支援専門員 標準テキスト 第1巻. 長寿社会開発センター. 1998; 181-92.
- 21) 白澤政和. 介護保険とケアマネジメント. 中央法規. 1998; 125-78.
- 22) 白澤政和. ケアマネジャー養成テキストブック. 中央法規. 1998; iii-iv.
- 23) 竹内孝仁, 白澤政和, 橋本泰子. ケアマネジメント講座①ケアマネジメント概論. 中央法規. 2000.
- 24) 竹内孝仁, 白澤政和, 橋本泰子. ケアマネジメント講座②ケアマネジメントの実践と展開. 中央法規. 2000; 10-9.
- 25) 中谷久恵, 島内節. 利用者満足度による在宅ケアマネジメントの評価に関する研究. 日本在宅ケア学会誌 2000; 14(1): 39-46.
- 26) 多々良紀夫. アメリカのケースマネジメント実務基準と資格認定. 簡井書房. 2001; 40-55.
- 27) 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. 日本公衆衛生雑誌 1999; 46(6): 435-46.
- 28) 畑智恵美, 岡田進一, 小澤温, 白澤政和. 在宅介護支援センター職員のケアマネジメント実践—ケアマネジメントプロセスに基づいた援助行動の内容—. 老年社会科学 2000; 22(1): 59-70.
- 29) 副田あけみ. 在宅介護支援センターのケアマネジメント. 中央法規. 1997.