

介護保険下の在宅介護支援センター

—タイムスタディにもとづく「あり方」の研究—

ソエダ ウメザキ カオル コジマ ショウゴ
副田 あけみ*¹ 梅崎 薫*² 小嶋 章吾*³

目的 業務実態調査をもとに介護保険下における支援センターのあり方、とくに居宅介護支援事業（居宅事業）と支援センター事業（支援事業）の兼務・専務問題や、それぞれの場合の条件等についていくつかの提案を行う。

方法 東京、横浜、石川、富山の計399の支援センターを調査対象に自記式タイムスタディを、東京の20の支援センターを対象にシャドーイング式タイムスタディを実施した。

結果 自記式調査の協力支援センター数は242（有効回答率61%）、タイムスタディシート回答者数は305であった。地域型支援センター（基幹で地域を兼ねているセンターを含む）の自記式調査結果では、平均実労働時間（573分）に占める居宅介護支援業務時間の割合は59.8%、支援センター業務時間の割合は40.1%であった。支援センター業務の実施を阻害している要因とその程度を探るために、支援センターに帰属する要因である開設からの期間、母体施設または併設施設、運営主体、職員配置数、地域で調整した多重ロジスティック回帰分析を実施した結果、支援センター事業のみを担当する支援事業専務者は、支援センター事業と居宅介護支援事業の兼務者よりも、約16倍支援業務を実施する可能性のあること、ケアプラン作成はプラン数が10増えるごとに支援センター業務を31%阻害することなど明らかとなった。

結論 調査結果と関係者に対するフィードバックの結果を踏まえ、今後も居宅事業と支援事業の双方の実施を求められるはずの支援センターのあり方について、居宅事業と支援事業とを分担すること、その場合には、主として、あるいは、専ら支援事業を担当する支援事業主担当者は、居宅事業主担当者とのチームワークの下に事業を実施すること、また、居宅事業担当者の給付管理業務削減戦略を採用すること、居宅事業と支援事業を分担せず、会員兼務でいく場合には、1人当たりのケアプラン作成数を月平均20～30に抑制すること、など12項目にわたって提案を行った。

キーワード 在宅介護支援センター、介護保険、ケアマネジメント、介護支援専門員、介護予防、ソーシャルワーク

I はじめに

在宅介護支援センター事業は、在宅で暮らす要介護高齢者とその家族を地域で支えるために、介護相談や諸サービス利用の啓発、調整等の活動を行うプログラムとして1990年度から始まった。2000年度の介護保険実施時期には、従来の実績を活かして要介護高齢者のケアマネジメントを実施するよう国や自治体から期待され、翌

年度からは介護予防・生活支援事業に力点を置くよう要請されている。

こうしたなかで、支援センター職員の多くは戸惑いつつケアプラン作成等で多忙な日々を送っている。介護保険下で在宅介護支援センター事業（以下、「支援事業」）をどのように展開していけばよいのか、職員としてどのように仕事をしていけばよいのか。支援センターにおけるジェネラルなソーシャルワーク実践に関心をも

* 1 東京都立大学文学部教授 * 2 金城大学社会福祉学部講師 * 3 大正大学人間学部講師

ち続け、調査研究してきた私たちは、これらの悩みをもつ職員とともに介護保険下における支援センターのあり方を検討したいと考えた^{1)~3)}。

支援センター職員の業務実態をできるだけ正確に把握し、支援センターのあり方、とくに居宅介護支援事業（以下、「居宅事業」と支援事業の兼務・専務（分担）問題や、それぞれの場合の条件について、いくつかの提案を行うこと、これが本研究の目的である。

II 研究方法

業務実態の把握に際して、自記式タイムスタディとシャドーイング式タイムスタディの2つの方法を採用した。自記式は、支援センター職員が1日の行動をタイムスタディシート（10分刻みで記入枠あり）に記入し、小分類業務コード表に基づいて分類するというものである。シャドーイング式では、調査員が職員の行動を観察し、その内容とかかった時間をタイムスタディシート（10分刻みの記入枠なし）に記入し、分類する。いずれの場合も、調査者が記入漏れや分類の適切性についてチェックを行った。

自記式タイムスタディについては、東京、横浜、石川、富山の支援センター協議会等の協力を得て、加入センターを中心に計399の支援センターに、タイムスタディシート、記入要領、小分類業務コード表、さらに、支援センターの属性と実施中の事業等を尋ねる質問紙を郵送した。ランダムサンプリングではないので、この調査対象は全国の支援センターを代表するものではない。しかし、東京、横浜という大都市部と、石川、富山という地方都市や農漁村部を取り上げることによって、多様な支援センターを対象とすることができたと思われる。自記式タイムスタディの対象者、調査時期は以下のとおりである。

タイムスタディ対象者：①支援センター職員全員が支援事業と居宅事業を兼務しているセンター（兼務型センター）の場合、職員のうち1人、②支援センター職員全員が支援事業を専務しているセンター（専務型センター）の場合、職員のうちの1人、③支援センター

職員を支援事業担当と居宅事業担当とに分けているセンター（分担型センター）の場合、居宅事業を主に、あるいは専ら担当している職員（以下、「居宅事業主担当者」）1人と、支援事業を主に、あるいは専ら担当している職員（以下、「支援事業主担当者」）1人の合計2人

タイムスタディ調査時期：下記の実施期間のうち、介護保険給付管理業務が多くなる日とできるだけ回避した任意の1日

東京／2001年7月1日～8月20日、横浜／2001年9月1日～10月20日、石川／2002年2月1日～3月5日、富山／2001年11月1日～12月20日

シャドーイング式タイムスタディは、事例分析を行うため、東京都社会福祉協議会から紹介された都内30か所の支援センターに依頼し、2001年8月1日～9月30日のうち、調査受け入れが可能な任意の1日（ただし、介護保険給付管理業務が多くなる日を回避）に実施することとした。

職員の業務を分類する小分類業務コード表は、全部で75項目からなる。うち32項目は、要介護認定ケース（以下、「認定ケース」）にかかわる業務（家庭訪問やサービス調整、介護保険外の保健福祉サービスの媒介など）や、介護保険事務、要介護認定調査など、居宅事業に関する業務内容（以下、「居宅業務」）である。残り43項目が、要介護認定調査を受けていないケース、受けたが「自立」と判定されたケース、認定を受けたが居宅介護支援事業所と未契約のケース等（以下、「認定前・外ケース」）にかかわる業務や、『支援センター事業実施運営等要綱』に記載されている事業など、支援事業に関する業務内容（以下、「支援業務」）である。

なお、本稿では、紙面の都合上、小分類業務をまとめた中分類業務・大分類業務コードの結果を報告する。

東京と横浜の調査の際には、「困難ケース」あるいは「ソーシャルワーク援助ケース」と判断できるケースへの対応の場合には、別のコード番号をつけてもらうということを試みた。これ

らのケースは、おおまかに、「サービス調整だけに終わらない問題があると思われるケースや、サービス調整だけでなく利用者と援助者との関係性を用いた援助が必要なケースなど」と定義した。

支援センターのあり方に関する国や自治体、支援センターへの提案は、調査対象者を含む支援事業関係者に調査報告会等を通して調査の分析結果をフィードバックし、そこでの感想や意見を考慮に入れて作成することとした。本稿では、自記式の調査結果の概要と、それを踏まえて行った提案を報告する。

Ⅲ 自記式タイムスタディ調査の結果

(1) 協力支援センターのプロフィール

自記式タイムスタディの協力支援センター数は242(回答率60.7%)、東京は135(協力支援センター全体に占める割合は55.8%)、富山43(17.8%)、石川43(17.8%)、横浜21(8.7%)であった。調査時点で、それぞれの都道府県・指定都市に存在していた支援センター総数に占める協力支援センターの割合は、東京33.1%、富山55.8%、石川61.4%、横浜25.9%である。

242のうち、地域型支援センターは226、基幹型支援センターは16であった。ただし、基幹型のうちの5つは地域型を兼ねていた。介護保険実施前後という平成11、12、13年度に開設された支援センターの割合は、石川27.9%、富山31.7%、東京42.9%、横浜52.4%で、東京、横浜に多くなっている。もっとも、調査時点で開設されていた東京の支援センター総数の半数近くはこれらの年度開設であったから、本調査の協力センターにとくに偏りがあったというわけではない。

支援センターの支援事業と居宅事業の兼務・専務の型は、全体では、兼務型センターが48.8%、分担型センターが35.5%、専務型センターが10.3%であった。地域別にみると、東京、富山、石川では、兼務型センターが48.9%、51.2%、60.5%と半数かそれ以上であったのに対し、横浜は19.0%で、分担型センターが61.9%と多くなっている。

(2) タイムスタディ・シート回答者のプロフィール

自記式タイムスタディの回答者数は305である。回答者自身の支援事業と居宅事業の兼務・専務状況は、全体では、兼務型センターの兼務者が44.6%と半数弱を占め、専務型センターの専務者は7.9%のみであった。分担型センターに所属している人では、支援事業主担当者が26.6%、居宅事業主担当者が21.0%であった。

回答者の1か月平均ケアプラン作成数は、全体では35.0件であった。全国在宅介護支援センター協議会の調査報告書⁴⁾(調査時点2000年8～9月)によれば、2000年4～6月の1人当たり1か月平均ケアプラン作成数は、全体(基幹型+地域型)で45.7件である。これと比べると、本調査の回答者全体の平均ケアプラン作成数は10件程度少ない。

本調査とほぼ同時期に行われた(財)長寿社会開発センターの調査報告書⁵⁾(2001年7～8月実施)によると、介護支援専門員の1人当たり担当利用者数は、社会福祉法人(社会福祉協議会以外)で49.2人である。担当利用者数は必ずしもケアプラン作成数とイコールではないが、これと比べても、本調査の回答者全体のケアプラン作成数は14件程度少ない。支援事業主担当者と支援事業の専務者が、回答者全体の3割強を占めていたためと考えられる。

(3) 就労時間・実労働時間

タイムスタディシート回答者すべての平均就労時間(出勤から退勤までの時間)は614分(10.2時間)で、平均実働時間(就労時間から昼食時間と休憩時間とを引いた時間)は570分(9.5時間)であった。8時間労働を平均で1.5時間超え、昼食+休憩時間は44分と1時間を切っている。

地域型支援センター(地域型を兼ねる基幹型支援センターを含む)について、地域別に平均実労働時間をみると、東京の588分(9.8時間)が最も長く、次いで横浜563分(9.4時間)、富山548分(9.1時間)、石川546分(9.1時間)と続く。

(4) 大分類業務時間

大分類業務コードは、居宅業務4項目、支援業務3項目であるが、これらの項目に費やした時間と、その実労働時間に占める割合は表1のとおりである。全体で最も割合の多いのが、居宅業務のうちの「居宅1：認定ケースへの直接援助等」40.8%である。これに、「居宅2：介護保険事務（給付管理業務）」の6.9%と、「居宅3：介護支援専門員業務（個別ケースと関連しないケアマネ業務）」の1.1%、「居宅4：要介護認定調査」の11.0%を合計すると59.8%となる。つまり、回答者全体でみると、居宅業務に費やす合計時間は実労働時間のほぼ6割を占めていることになる。

支援業務である「支援1：認定前・外ケースへの直接援助等」は15.0%、「支援2：ネットワーク形成等間接援助」は9.8%、「支援3：その他業務」は15.3%であった。この3つの合計は40.1%である。居宅事業が6割であったから当然のことではあるが、支援業務は実労働時間の4割ということになる（表1）。

地域別では、「居宅1：認定ケースへの直接援助等」と「支援2：ネットワーク形成等間接援助」に地域差がみられるのに対し、「居宅4：要介護認定調査」や「支援3：その他業務」などでは、あまり大きな差はみられなかった。

(5) ケアプラン作成数別業務時間

ケアプラン作成数別に支援業務と居宅業務の割合をそれぞれ合計してみると、1か月の平均ケアプラン作成数が「0」の場合、支援業務が68.0%で居宅業務が32.0%であるが、「1～20」になると39.2%対60.8%となる。「21～40」では31.4%対68.5%、「41～60」では33.1%対66.8%、「61～80」では29.6%対70.4%、「81以上」では20.5%対79.5%であった（表2）。

ケアプラン作成数が「0」という場合、支援業務の割合が多いのは当然である。むしろ、居宅業

表1 地域型在宅介護支援センターの業務時間 (N=292)

大分類	中分類	10分	%
実労働時間		57.3	100.0
居宅1： 認定ケースへの直接援助等	総数 認定ケースへの家庭訪問・TEL等直接援助 認定ケースに関する第三者と連絡調整 認定ケースの記録 認定ケース保険外・住宅改造・福祉用具援助 認定ケースに関するその他業務	23.4 12.2 5.8 3.0 2.1 0.3	40.8 21.3 10.1 5.2 3.7 0.5
居宅2：介護保険事務	介護保険事務（給付管理業務他）	4.0	6.9
居宅3：介護支援専門員業務	ケアマネ会議への出席、一般的情報検索等	0.7	1.1
居宅4：要介護認定調査	要介護認定調査に関連する業務	6.3	11.0
支援1： 認定前・外ケースへの直接援助等	総数 認定前・外ケースへの家庭訪問・TEL等直接援助 認定前・外ケースに関する第三者との連絡調整 認定前・外ケースの記録 認定前・外ケース介護保険申請・ケアマネ依頼相談 認定前・外ケースに関するその他業務 認定前・外ケース保険外・住宅改造・福祉用具援助	8.6 4.0 1.4 1.2 1.0 — 1.0	15.0 6.9 2.4 2.1 1.8 — 1.8
支援2： ネットワーク形成等間接援助	総数 地域団体等とのネットワーク形成関連業務 介護教室等の予防活動 研修や実習生指導等	5.6 2.1 2.7 0.8	9.8 3.7 4.7 1.4
支援3：その他業務	打ち合わせ、業務日誌記録等その他業務	8.8	15.3

表2 ケアプラン作成数別業務時間（地域型支援センター）

	「0」 (N=59)		「1～20」 (N=25)		「21～40」 (N=76)		「41～60」 (N=90)		「61～80」 (N=25)		「80以上」 (N=7)	
	10分	%	10分	%	10分	%	10分	%	10分	%	10分	%
実労働時間	54.5	100.0	58.9	100.0	56.4	100.0	57.8	100.0	62.1	100.0	61.1	100.0
居宅1：認定ケースへの直接援助等	14.2	26.1	21.8	36.9	24.9	44.1	26.6	46.0	30.0	48.4	37.7	61.7
居宅2：介護保険事務	1.7	3.1	3.1	5.2	4.9	8.7	5.1	8.8	5.0	8.1	2.1	3.5
居宅3：介護支援専門員業務	—	—	0.5	0.9	0.7	1.2	1.0	1.7	1.3	2.1	0.4	0.7
居宅4：要介護認定調査	1.5	2.8	10.5	17.8	8.2	14.5	5.9	10.2	7.4	11.8	8.3	13.6
支援1：認定前・外ケースへの直接援助等	16.0	29.4	10.3	17.5	6.2	11.0	6.2	10.7	6.4	10.4	5.0	8.2
支援2：ネットワーク形成等間接援助	8.6	15.8	4.4	7.5	4.3	7.6	5.4	9.3	3.6	5.7	1.9	3.0
支援3：その他業務	12.4	22.8	8.4	14.2	7.2	12.8	7.5	13.0	8.4	13.5	5.7	9.3

務をある程度の割合実施しているほうが興味深い。これは、支援事業専務者や支援事業主担当者が、要介護認定ケースのうちの「困難ケース」や「ソーシャルワーク援助ケース」への直接対応、それらの事例を巡るケアカンファレンスの開催、保険外の福祉サービス等の調整といったジェネラルな（広範囲の）ソーシャルワーク業務を行い、居宅事業専務者や居宅事業主担当者の活動を補完していることを示唆している。

ケアプラン作成数が「1～20」という場合、そこには支援事業主担当者も多く含まれているはずであるが、それでも居宅業務の割合のほうが支援業務よりも多くなっている。

(6) 「困難ケース」等への対応時間

東京の回答者に記入してもらった「困難ケース」等への対応時間は、「認定ケース」の場合、全体では69.5分、「認定前・外ケース」の場合、28.2分であった。両者を合わせると「困難ケース」等に関与し援助した時間は97.7分になるが、これは実労働時間の16.5%にあたる。

ケアプラン作成数別に、「困難ケース」等と判断されたケースに費やす合計時間の実労働時間に占める割合を求めると、「0～20」では26.3%、「21～40」で12.8%、「41～60」9.9%などとなった。

IV 支援業務を阻害する要因の分析

支援事業に携わる時間が居宅事業に携わる時間によって圧迫されていることが明白となったので、回答者の実施する支援業務時間の阻害要因を明らかにするために、多変量解析を用いて

分析を試みた。解析に用いた統計解析ソフトはSPSSである。

考慮に入れる要因として、支援業務時間を確保するために今後変更可能と考えられる要因、すなわち、職員の職種、専務・兼務状況、ケアプラン作成数、介護保険事務時間、要介護認定調査時間、介護支援専門員研修等時間を取り上げ、支援センターに帰属する要因としての開設からの期間、母体施設または併設施設、運営主体、職員配置数、地域、で調整した多重ロジスティック回帰分析を行って、これらが支援業務を阻害しているオッズ比を求め、阻害要因の特定とともにその程度についても明らかにすることにした。

その結果が表3である。「支援業務（直接援助）を1時間以上、または、支援業務（間接援助）を1時間以上実施するための」のオッズ比から、専務者は兼務者よりも、支援業務を約16倍実施可能ということが明らかとなった。また、ケアプラン作成数では、プランが10増えるごとに支援業務を31%阻害する（オッズ比0.69）ことがわかった。さらに、介護保険事務時間は、1時間増えるごとに上記条件の支援業務を38%阻害し（オッズ比0.62）、要介護認定調査は、業務時間が1時間増えるごとに上記条件の支援業務を4%阻害する（オッズ比0.96）という結果を得た。

V 支援センターのあり方に関する提案

以上のタイムスタディ結果と、結果をフィードバックした際の感想、意見を踏まえ、今後も、支援事業と居宅事業の両方の実施を求められるであろう支援センターのあり方について、とくに兼務・専務問題を中心に12の提案を行った。

本稿では、紙幅の関係から5点ほど取り上げる。

(1) 支援事業を展開するにあたっては、支援事業と居宅事業の分担が望ましい

地域型支援センターが、支援事業としての予防活動や地域のネットワークづくりなどの地域支え合い事業を展開していくに

表3 支援センター業務を阻害する要因

1 Hに直接・間接いずれかの支援業務 最低1時間以上実施を阻害する要因	調整前（単回帰）	調整後（多重回帰）
	オッズ比（信頼区間）	オッズ比（信頼区間）
職種（SW・PIIN vs 介護・看護）	1.18(0.73— 1.89)ns	1.64(0.95— 2.82)ns
分担担当（主「居宅」vs 兼務）	1.40(0.76— 2.60)ns	1.39(0.69— 2.80)ns
分担担当（主「支援」vs 兼務）	1.74(0.98— 3.09)ns	1.84(0.95— 3.54)ns
分担担当（専「支援」vs 兼務）	15.04(1.95—116.26)**	16.29(1.96—135.18)*
ケアプラン作成数(10プラン毎)	0.75(0.67— 0.85)***	0.69(0.60— 0.79)***
介護保険事務(1 H毎)	0.63(0.50— 0.78)***	0.62(0.49— 0.79)***
要介護認定調査業務(1 H毎)	0.76(0.65— 0.90)**	0.96(0.93— 0.98)**
介護支援専門員業務(1 H毎)	0.83(0.53— 1.30)ns	0.62(0.38— 1.02)ns

注 * <0.05, ** <0.01, *** <0.001

は、支援事業の専務者か、支援事業を主に担当する支援事業主担当者を配置するほうが望ましい。そうでなければ、今後もケアプラン作成業務や給付管理業務等の居宅業務に、支援業務時間が圧迫され続ける。

- (2) 両事業を分担する場合、支援事業主担当者と居宅事業主担当者のチームワークが不可欠である

支援事業の基本補助金額が低く抑えられているため、介護支援専門員資格をもたず、地域ケアの経験年数が少ない若い人を支援センター職員に雇用する傾向が強まっている。しかし、予防活動や、「ニーズ発見」「支援困難事例に対する協働」「資源開発」など多様な目的をもつ地域ネットワークづくりには、多様な知識と技量が必要である。支援事業主担当者は、介護支援専門員で経験のある居宅事業主担当者による支援を受けながら、また、居宅事業主担当者の業務を補完しながら、チームワークによって地域ケアを担っていくべきである。職員全員が支援事業を専務する場合には、同じ組織の他部署に所属する居宅事業専務者との連携を意識的に実施していく必要がある。

- (3) 分担型センターでいく場合、給付管理業務削減の戦略を図る必要がある

分担型の場合、採算をとるために、居宅事業主担当者はケアプラン数を相当多くもつことを求められる可能性がある。他方で、支援事業主担当者への支援も必要である。これらの要求に応えるには、居宅事業専務者の数を増やす、あるいは、給付管理業務のための事務員の雇用や業務の外部委託（例：コンピュータの共同利用による事務処理の効率化を図った町田介護支援ネットワーク協同組合）などの戦略を用いることが必要である。

- (4) 支援事業と居宅事業を兼務で行う場合（兼務型センター）、ケアプラン数抑制の必要がある

支援事業と居宅事業の兼務は、予防の段階から始まる利用者への継続的支援、多様なサービスや資源の迅速な調整、個別利用者の支援を介した地域ネットワーク化の促進などをもたらす

可能性があるが、その可能性を高めるためには、職員1人当たりのケアプラン数を1か月平均20～30程度に抑えたとともに、要介護認定調査の数も極力抑える必要がある。

- (5) 分担型・兼務型いずれの場合でも、「困難ケース」等は引き受けて、引き渡し、支援する

時間とエネルギーがかかるということで民間営利の居宅事業所が引き受けたがらない「困難ケース」や、即対応が必要な「緊急ケース」については、まず公的事業である支援センターが引き受けることを求められる可能性が高い。しかし、ある程度のめどが立ったら、できるだけ早く他の事業所に引き受けてもらうよう関与を求め協働していく、あるいは、引き渡してその後をサポートしていくという、ネットワーク・アプローチが必要である。引き渡し自体が困難と思われるような「困難ケース」（例えば、高齢者だけでなく家族も問題を抱えている多問題家族や高齢者虐待など）の場合は、地域ケア会議の活用やケアマネジメントリーダー養成事業を活用したチームによる対応に委ねるのが望ましい。

支援センター職員には、ジェネラルな（総合的な）幅広い活動によって、多様な組織や人々が担う高齢者の地域ケアを下支えする機能が求められている。この点を改めて確認するならば、介護保険下でこそ、支援センターはその役割をいっそう果たすべきであろう。

謝辞

極めて多忙のなか、調査にご協力をいただいた支援センター職員の皆様、各地の支援センター協議会等関係者の皆様に、この場を借りて厚く御礼を申し上げます。

文 献

- 1) 副田あけみ、在宅介護支援センターとケアマネジメント、中央法規、1997。
- 2) 副田あけみ、介護保険実施直前の在宅介護支援センター：ケアマネジメントと協働の実態、東京都立大学人文学部紀要、人文学報社会福祉学 16、2000。
- 3) 副田あけみ、在宅介護支援センター職員の組織間・職種間協働、日本保健医療社会学会 保健医療社会学論集 2000；11。
- 4) 全国在宅介護支援センター協議会、在宅介護支援センター実態調査報告書、2000。
- 5) 財団法人長寿社会開発センター、居宅介護支援事業と介護支援専門員業務の実態に関する調査、2001。