

介護保険施設におけるケアマネジメント実践の検証

マナベ カズノリ
真辺 一範*

目的 介護保険施設におけるケアマネジメントの実践内容を概念的モデルとの比較から検証し、施設ケアマネジメントのあり方を模索した。

方法 先行研究に基づきケアマネジメント実践の程度を測るための項目を用い、兵庫県内の介護保険施設491カ所に所属する施設ケアマネジャーを対象として、郵送によるアンケート調査を実施した。質問紙の作成に際しては、回答者が理解しやすいように各質問項目を介護保険施設の現状に合うよう適切な表現に変更し、その実践度合いを5段階のリッカートスケールでたずねた。有効回答数(率)は、330名(67.2%)であった。調査結果の分析は、施設ケアマネジメントの実践プロセスの枠組みを明らかにするためにそれぞれ因子分析(主因子法・バリマックス回転)を行った。さらに実際の援助プロセスごとに回答者の属性による違いを明らかにするため、その因子分析で抽出されたそれぞれの因子を従属変数とし、属性を独立変数としたt検定、一元配置分散分析(F検定)および下位検定の多重比較(Tukey法)を行った。また、因子分析の結果と概念的モデルを比較し、ケアマネジメント実践プロセスに関する分析を行った。

結果 因子分析により抽出された因子は「アセスメント」「モニタリング」「ケース発見」であった。「アセスメント」に関しては、性別、年齢、基礎資格、基礎資格経験年数(基礎年数)、ケアマネ人数、所属施設、勤務形態(専任兼任)、事例検討形式の研修受講有無(事例研修)によって有意差がみられた。特に所属施設においては「老人保健施設(以下、老健)」が「特別養護老人ホーム(以下、特養)」より有意に高かった。また、「モニタリング」に関しては、担当ケース数、担当者会議の有無、着任経緯によって有意差がみられ、特に担当ケース数では「40～59件」が「0～39件」より有意に高かった。「ケース発見」に関しては性別、演習形式の研修受講有無、事例検討形式の研修受講有無によって有意な差がみられた。なお、相談相手の有無や講義形式の研修受講有無ではすべてのプロセスにおいて有意な差はみられなかった。

結論 1) 施設ケアマネジメントの特徴は、「アセスメント」とその後続く「目標設定とケア計画」「ケア計画実施(リンキング)」のプロセスが一体的に連動して実施されており、実践プロセスではその部分が明確に区別されていない。2) 「評価」については、具体的に実効性のある手法を開発し、実践レベルに導入できる取り組みが早急に必要である。

キーワード 施設ケアマネジメント、介護支援専門員の専門性、介護保険制度、施設ケアマネジメント実践の定義、研修システム

I はじめに

平成15年度から介護保険施設に施設ケアマネ

ジャーが制度上必置となった。元来ケアマネジメントは在宅領域のものであり、施設におけるケアマネジメントはいまだ実践的にも理論的にも明確になっていないが、最近になり幾つかの研究報告がなされている。

*関西学院大学大学院研究員

平成16年12月に全国介護支援専門員連絡協議会が実施した調査によると、施設における介護支援専門員は「施設ケアマネジメント」に関する業務については、そのいずれの業務もおおむね実施しているといえる¹⁾と報告されている。さらに、神奈川県介護支援専門員協会が平成17年3月に行った調査で、施設ケアマネジメントに大きく関与する要因としては、施設管理者や所属長・サービス担当者の理解や協働に対する意識²⁾であると指摘している。和気も平成16年11～12月に全国レベルの調査を実施し、必要な資源やサービスの創出といった地域との連携を必要とする項目の達成状況が低調であることから、包括的なケアマネジメントの展開が今後の課題と結んでいる³⁾。

Ⅱ 施設ケアマネジメントの経緯

介護保険制度におけるケアマネジメントは「介護支援サービス」と位置づけられ、保険給付の対象者である要介護者および要支援者（以下、要介護者等）に対し、個々の解決すべき課題（ニーズ）や状態に即した利用者本位の介護サービスが適切かつ効果的に提供されるよう、多様なサービス提供主体による保健・医療・福祉にわたるケアの各サービスが総合的、一体的、効率的に提供されるサービス体系を確立すること⁴⁾としている。

また、介護保険制度上、介護支援サービスを行う機関とは居宅介護支援事業者と介護保険施設であり、介護支援サービスを行う者とは、これら事業者や施設に必置とされている介護支援専門員⁵⁾であるとしている。つまり、介護保険施設における施設ケアマネジャーは、介護支援サービス、つまり施設におけるケアマネジメントを行わなければならない。

法的には、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」第12条、「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」第14条、「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」第15条において、各施設の管理者は、介護支援専門員

に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させることを定めており、相談などで施設利用者のニーズを身体的・心理的・社会的側面から把握・診断（アセスメント）し、住民福祉活動なども含めた本人に必要な「社会資源」をコーディネートして、施設サービス計画書を作成し、サービス利用による施設利用者の生活の再評価（モニタリング）で施設利用者の主体的な生活を支援することなどがうたわれている。また、日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置づけるよう努めなければならないとあり、施設ケアマネジャーのコーディネートの範囲は施設内にとどまらないことが分かる。

しかしながら、平成14年度までは、介護支援専門員実務研修は「居宅介護支援」の内容が中心であり、「施設介護支援」については教育を受ける機会が乏しい状況であった。また、施設におけるケアマネジメント実践についてはその明確な定義解説もなく、特徴の違う各介護保険施設においては、業務内容やその位置づけが曖昧で、その存在が「名目」だけという施設も一部で現れた。必置以降は、介護支援専門員現任研修（基礎研修・専門研修）でようやく「施設介護支援」の講義や演習が取り入れられている。

介護保険制度下におけるケアマネジメントの構成をみると「アセスメント」「ケアプランの作成」「サービスの仲介や実施」「モニタリング」「限度額の管理」である。介護保険施設の場合、居宅介護支援事業者が実施する「限度額の管理」は範ちゅうに入らない。

一方、Ross⁶⁾、Roberts⁷⁾、Moxley⁸⁾、白澤⁹⁾ら多くの研究者によって指摘されている共通の基本的機能である援助プロセスを、「ケース発見」「アセスメント」「目標設定とケアプラン作成」「ケアプランの実施」「モニタリング」「評価」の6つとし、これらを居宅と同様、施設ケアマネジメント実践のプロセスとした。つまり、介護保険制度の枠にとどまらない広義のケアマネジメントとして施設ケアマネジメントを位置づけた。これが、本調査のケアマネジメントブ

ロセスの根拠ともなっている。

さらに、奥西¹⁰⁾、白澤¹¹⁾、Moxley¹²⁾らの研究や職能団体による調査結果などに基づいて施設ケアマネジメント実践を仮に定義すると、「施設ケアマネジメント実践とは、自立支援と生活の質の向上を目的に、地域生活者としての地位を維持し多様で複合的なニーズをもつ施設利用者に対して、施設外のインフォーマル資源も含めた適切な社会資源を主体的に利用できるよう調整し、継続性のある援助を実施する手法」とした。

そこで、兵庫県介護支援専門員協会の調査・研究部会¹³⁾との協働で、兵庫県下の施設ケアマネジャーを対象に、ケアマネジメントの援助プロセスにおける実証的な調査を行いその課題を明らかにした。前述のように施設ケアマネジメントの実践モデルはまだ明確ではないが、実践における質の向上を目指し介護保険施設におけるケアマネジメントのあり方を模索する。

Ⅲ 研究 方 法

調査対象は、2003年10月15日現在で、兵庫県内の介護保険施設491カ所（指定介護老人福祉施設232カ所、介護老人保健施設117カ所、指定介護療養型医療施設142カ所）に所属する施設ケアマネジャー（各施設より任意で代表1名）

とした。

調査方法は、自記式質問紙を用いた郵送調査法とし、各機関に配布した。回収は無記名の質問紙を回答者が直接返送する方式で行った。

調査内容は、畑ら¹⁴⁾が1997年に開発した「ケアマネジメント実践の程度を測るための27項目」（表1）を使用した。調査では、回答者が理解しやすいよう各質問項目を現状に合うよう適切な表現に変更し、その実践度合いを5段階のリッカートスケールでたずねた。

調査期間は、2003年10月15日から11月20日とし、有効回答数(率)は、330名(67.2%)であった。

調査結果の集計・分析は、SPSS 14.1 for Windows を使用し、施設ケアマネジメントの実践プロセスの枠組みを明らかにするために、それぞれ因子分析（主因子法・バリマックス回転）を行った。さらに実際の援助プロセスごとに回答者の属性による違いを明らかにするため、その因子分析で抽出されたそれぞれの因子を従属変数とし、属性を独立変数としたt検定、一元配置分散分析（F検定）および下位検定の多重比較（Tukey 法）を行った。また、その因子分析の結果と概念的モデルを比較し、ケアマネジメント実践プロセスに関する分析を行った。

Ⅳ 結 果

表1 ケアマネジメント実践の程度を測るための27項目¹⁴⁾

<ケース発見> 01 地域の医療関係との連絡（ケース発見） 02 地域の福祉関係との連絡（ケース発見） 03 インフォーマル資源との連絡（ケース発見） <アセスメント> 04 身体アセスメント 05 日常基本アセスメント 06 興味・好みのアセスメント 07 経済的状況アセスメント 08 サービス利用アセスメント 09 介護者アセスメント 10 近隣住環境アセスメント 11 生活での困りごとアセスメント <目標設定・ケア計画> 12 本人家族の今後の生活プラン 13 最良の援助プラン探し 14 援助プラン了解説明	<ケア計画の実施（リンキング）> 15 サービス申請代理手続き 16 保健・医療関係機関との連絡調整 17 福祉関係連絡調整 18 インフォーマル資源との連絡調整 19 提供機関へ希望での連絡調整 20 インフォーマル資源への支援協力依頼 <モニタリング> 21 サービス適切性のモニタリング 22 利用者への定期連絡 23 関係箇所定期的連絡報告 24 情報提供者への定期的連絡 25 利用者満足度モニタリング <評価> 26 スーパーバイザー評価 27 援助者自己評価
--	--

施設ケアマネジャーの性別は、女性が75.2%を占め、年齢は30歳代が36.0%、40歳代が29.7%、50歳代が21.2%であった。平均年齢は42.7歳（男性37.3歳、女性44.4歳）であった。

職種は看護師が33.0%と最も多く、次に介護福祉士が32.4%であった。准看護師、保健師を合わせた看護職は全体の40.9%を占めていた。

所属施設は、介護老人福祉施設49.1%、介護老人保健施設27.0%、介護療養型医療施設23.3%であった。

勤務形態は、兼任が77.0%、兼務

職種は、看護職32.0%，相談援助職28.0%，介護職16.7%であり、兼務業務との時間の割合は67.1%が兼務業務の方が多いと答えた。

施設ケアマネジャーの配置人数は平均2.0名、1人職場は54.5%であった。担当ケース数は平均48.2件で、50件以上担当が39.7%であった。

施設サービス計画書作成方法は、担当看護介護職員との共同作成41.8%，担当看護介護職員が作成後確認33.0%，施設ケアマネジャー単独作成15.2%であり、74.8%がサービス担当者と共に作成していた。サービス担当者会議は80.6%の施設で開催されており、開催回数は月平均5.5回であった。

着任経緯は24.2%が自らの意思によると答えた。

職務負担については78.2%が負担に感じていると答え、その内容は兼任する業務との両立が難しい36.1%，書類作成等事務処理が煩雑である27.0%，担当する件数が多すぎる12.7%が上位を占めた。

相談相手については56.4%がありと答え、その相手は職場の上司35.9%，職場の介護支援専

門員の同僚23.0%，職場の他職種の同僚21.7%であった。

87.6%が実務研修修了後の研修に参加していた。講義形式の研修には90.8%が参加し、80.8%が役に立っていると答え、演習形式の研修には69.4%が参加し、81.3%が役に立っていると答えた。事例検討会には58.5%が参加し、86.5%が役立っていると答えたが、実際に自分自身の事例検討を体験したのは24.4%であった。

因子分析（主因子法・バリマックス回転）により抽出された因子は「アセスメント」「モニタリング」「ケース発見」であった。第Ⅰ因子はアセスメントに関する項目を中心に7項目で構成され、寄与率23.7%，クロンバッハの α 係数は0.879であった。第Ⅱ因子はモニタリングに関する項目を中心に6項目で構成され、寄与率18.8%，クロンバッハの α 係数は0.846であった。第Ⅲ因子はケース発見に関する項目を中心に3項目で構成され、寄与率11.4%，クロンバッハの α 係数は0.798であった（表2）。これら3因子の累積寄与率は53.9%であり、各項目の内的一貫性を示すクロンバッハの α 係数も高く、信頼性があると判断した。

次に、回答者の基本属性を独立変数として有意差検定を行った（表3）。性別、基礎年数、専任兼任、ケアマネ人数、担当者会議、相談相手、講義研修、演習研修、事例研修に関しては t 検定を行い、年齢、基礎資格、所属施設、担当ケース数、着任経緯については F 検定を行った。

「アセスメント」に関しては、性別（ $t=3.058$, $p<0.01$ ）、年齢（ $F=3.064$, $p<0.05$ ）、基礎資格（ $F=6.262$, $p<0.01$ ）、基礎年数（ $t=-2.023$, $p<0.05$ ）、所属施設（ $F=3.286$, $p<0.05$ ）、専任兼任（ $t=-2.738$, $p<0.01$ ）、ケアマネ人数（ $t=-2.465$, $p<0.05$ ）、事例研修（ $t=2.379$, $p<0.05$ ）によって因子得点に有意な差がみられた。

「モニタリング」に関しては、担当ケース数（ $F=3.564$, $p<0.05$ ）、担当者会議（ $t=3.719$, $p<0.01$ ）、着任経緯（ $F=3.046$, $p<0.05$ ）によって因子得点に有意な差がみられ、

表2 施設ケアマネジメント実践における援助行動項目の因子分析結果

質問項目	因子負荷量		
	I	II	III
I アセスメントに関する因子($\alpha=0.879$)			
09介護者アセスメント	0.795	0.197	0.106
11生活での困りごとアセスメント	0.762	0.242	0.125
04身体アセスメント	0.751	0.118	0.063
06興味・好みのアセスメント	0.730	0.228	0.026
05日常基本アセスメント	0.658	0.231	0.106
10近隣住環境アセスメント	0.582	0.257	0.101
12本人家族の今後の生活プラン	0.580	0.335	0.103
II モニタリングに関する因子($\alpha=0.846$)			
24情報提供者への定期的連絡	0.105	0.734	0.068
22利用者への定期連絡	0.362	0.698	0.101
25利用者満足度モニタリング	0.276	0.652	0.110
21サービス適切性のモニタリング	0.230	0.647	0.011
26スーパーバイザー評価	0.214	0.608	0.010
23関係箇所定期的連絡報告	0.161	0.601	0.084
III ケース発見に関する因子($\alpha=0.798$)			
02地域の福祉関係との連絡(ケース発見)	0.115	0.036	0.844
01地域の医療関係との連絡(ケース発見)	0.099	0.053	0.729
03インフォーマル資源との連絡(ケース発見)	0.089	0.105	0.692
固有値	3.79	3.01	1.82
寄与率(%)	23.7	18.8	11.4
累積寄与率(%)	23.7	42.5	53.9

注 主因子法・バリマックス回転

「ケース発見」に関しては性別 ($t=3.081$, $p<0.01$), 演習研修 ($t=2.039$, $p<0.05$), 事例研修 ($t=3.561$, $p<0.001$) によって因子得点に有意差がみられた。なお, 相談相手や講義研修ではすべてのプロセスにおいて有意な差はみられなかった。

また, 下位検定の多重比較 (Tukey 法) の結果, 「アセスメント」に関しては, 性別は「女性」が「男性」より, 年齢は「40～49歳」が「25～39歳」より, 基礎資格は「看護職」が「相談援助職その他」より, 基礎資格経験年数は「10年以上」が「10年未満」より, 所属施設は「老健」が「特養」より, 勤務形態は「兼任」が「専任」より, ケアマネ人数は「2人以上」が「1人」より, 事例研修は「あり」が「なし」よりそれぞれ有意に高かった。また, 「モニタリング」に関しては, 担当ケース数は「40～59件」が「0～39件」より, 担当者会議は「あり」が「なし」より, 着任経緯は「自らの意思による」が「自らの意思ではない」より有意に高かった。さらに, 「ケース発見」に関しては, 性別は「女性」が「男性」より, 演習研修は「あり」が「なし」より, 事例研修は「あり」が「なし」より有意に高かった。

V 考 察

前述の有意差検定で明らかになった主な特徴としては, 40歳代で10年以上の経験のある看護職がアセスメントの実践度が高く, 事例研修に積極的なケアマネジャーもその実践度が高いことがうかがえる。また, 老人保健施設の方が特別養護老人ホームより有意に高い結果であった。さらに, モニタリングの有意差検定から分かったことは, 担当ケース数は法的には1人100件までの担当ケースとなっているが, 50件前後の

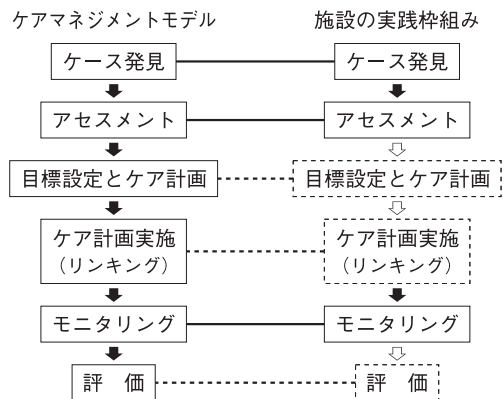
表3 因子スコアを従属変数とした有意差検定の結果

	I アセスメント	II モニタリング	III ケース発見
性別 (t)	t (307)=3.058**	n. s.	t (145)=3.081**
年齢 (F)	F (2,302)=3.064*	n. s.	n. s.
基礎資格 (F)	F (2,309)=6.262**	n. s.	n. s.
基礎年数 (t)	t (299)=-2.023*	n. s.	n. s.
所属施設 (F)	F (2,306)=3.286*	n. s.	n. s.
専任兼任 (t)	t (307)=-2.738**	n. s.	n. s.
ケアマネ人数 (t)	t (301)=-2.465*	n. s.	n. s.
担当ケース数 (F)	n. s.	F (2,293)=3.564*	n. s.
担当者会議 (t)	n. s.	t (49)=3.719**	n. s.
着任経緯 (F)	n. s.	F (2,305)=3.046*	n. s.
演習研修 (t)	n. s.	n. s.	t (173)=2.039*
事例研修 (t)	t (303)=2.379*	n. s.	t (303)=3.561***

注 ()内の数字は自由度

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$, n. s. : 有意差なし

図1 ケアマネジメント概念的モデルのプロセスと実際の実践との比較



注 ケアマネジメント実践の6つの各プロセスについては項目ごとに枠組みしているが、因子分析で抽出されなかった因子には違いを明確にするため破線で枠組みをした。縦の黒矢印についてはプロセスの連動を表しているが、明確に区別されなかった部分には白矢印とした。また、横の実線については概念的モデルと対応していない項目を破線でつなぎ判別しやすいよう視覚化した。

状態が最も実践度の高い数であった。また, 講義中心の研修より演習や事例研修の参加を通してケース発見の意識向上やその実践度合いも高まるようである。

因子分析の結果, 介護保険施設におけるケアマネジメント実践は, ケース発見, アセスメント, モニタリングの枠組みとなっており, 概念的モデルとの違いが明らかになった (図1)。施設ケアマネジメント実践モデルの理論や実践がまだ確立されていない段階で概念的モデルと比較検討する点は考慮する必要があるが, 少なくとも介護保険施設で行われているケアマネジメントの実践には以下の2つの特徴があるとい

える。

第1に、介護保険施設における「目標設定とケア計画」「ケア計画実施（リンキング）」は多職種協働という環境の固有性から最も実施されることが期待できる実践項目であるにもかかわらず、因子抽出されなかった。このことから「アセスメント」とその下位に続くこれら2つのプロセスが一体的に連動して実践されており明確に区別されていないことが考えられる。これは、ケアマネジメントの実践プロセスの中で、現場の直接処遇職員のサービスアプローチとして位置づけられている可能性が高い。その根拠として、施設サービス計画書は施設ケアマネジャーによる単独作成が少なく、約4分の3がサービス担当者と共に作成している実態が挙げられる。これは、居宅サービス計画を作成するケアマネジャーにはない特徴である。また約8割が兼任であり、その兼務業務が優先される影響も少なくないといえる。以上の状況から考えられることは、奥西¹⁵⁾も指摘しているように、「施設サービス計画」と「個別看護計画」「個別介護計画」が明確に区別されておらず、施設サービス計画が看護や介護を中心とした内容にとどまっている恐れがある。援助目標をどこにおいてケアマネジメント実践をしているのかをあらためて問う必要があるだろう。

第2に、施設ケアマネジメント実践プロセスの中で「評価」への取り組みが乏しいことである。基本属性を独立変数とした有意差検定では、評価を期待できる相談相手についてすべてのプロセスにおいて有意な差はみられなかった。6割近い施設ケアマネジャーに相談相手はいるものの、その相手は職場の上司や同僚などが約8割で、職場内で完結していた。その状況では、専門的な評価を受ける機会を得られていないと考えられる。どの専門職においても評価を伴わない実践に専門性の向上は期待できない。実践度が低いのは、評価者の人材や力量不足も関係しているだろうが、評価方法が分からないことも大きな要因のひとつではないかと考えられる。評価については、具体的で実効性のある様々な手法を活用し、もしくは開発し、実践レベルに

まで高められる活動に早急に取り組む必要がある。すでに兵庫県介護支援専門員協会では事例検討会による評価活動を開発し実践に取り組んでいる¹⁶⁾。講義研修でもすべてのプロセスに有意差はみられなかったが、事例研修ではアセスメントとケース発見に有意差がみられた。事例検討による評価活動には成果を期待できる可能性が潜んでいる。今後の評価活動についていえば、スーパーバイザーや主任介護支援専門員の養成・確保はもちろんのこと、自己評価、第三者評価、利用者評価、さらには2006年度に導入された「介護サービス情報の公表」事業も後押しすることになるだろう。

いずれにしても、介護保険施設におけるケアマネジメントの発展は、施設ケアマネジャー個人の努力だけでなく、行政・職能組織が協働し課題の解決に取り組まなければ全体の底上げは決して期待できない。介護保険施設で、利用者を主体にした「目標本位」「行動本位」のケアを実現するためにもケアマネジメントプロセスを意識した取り組みが求められる。

本研究は、兵庫県下における介護保険施設の施設ケアマネジャーを対象としたものであり、決して全国に一般化できるわけではない。また、回答は施設ケアマネジャーによる自己評価であり、客観的な評価尺度に基づいたものでもない。さらに、確立された実践理論に根拠をおくケアマネジメントプロセスに導かれたものでもない。今後の研究はこれらの要因をかんがみ分析していくことが必要である。

文 献

- 1) 全国介護支援専門員連絡協議会。施設介護支援専門員の業務実態に関する調査研究報告書。2005；48。
- 2) 阿部充宏，調査研究委員会委員16名。施設ケアマネジメントの現状から。日本ケアマネジメント学会第4回研究大会『ケアマネジメントの飛躍を目指して』抄録集。2005；78。
- 3) 和気純子。介護保険施設におけるケアマネジメント～介護老人福祉施設と介護老人保健施設の比較から～。日本ケアマネジメント学会第4回研究大

- 会『ケアマネジメントの飛躍を目指して』抄録集。2005；83。
- 4) 改訂介護支援専門員基本テキスト 第1巻介護保険制度と介護支援。長寿社会開発センター，2004；45。
 - 5) 改訂介護支援専門員基本テキスト 第1巻介護保険制度と介護支援。長寿社会開発センター，2004；44。
 - 6) ステファン・M・ローズ編（白澤政和，渡部律子，岡田進一訳）。ケースマネジメントと社会福祉。ミネルヴァ書房，1997；51。
 - 7) Roberts-DeGennaro M. Developing Case Management as a Practice Model. Social Casework, The Journal of Contemporary Social Work, Oct 1987；466-70。
 - 8) Moxley D P. The Practice of Case Management. Sage Human Services Guide 58, Sage Publications, 1989；18-9。
 - 9) 白澤政和。ケースマネジメントの理論と実際。中央法規出版，1992；11。
 - 10) 奥西栄介。施設サービス計画。白澤政和，渡部裕美，福富昌城編著。福祉キーワードシリーズケアマネジメント。中央法規出版，2002；83。
 - 11) 白澤政和。生活支援のための施設プランーいかにケアプランを作成するかー。中央法規出版，2003；8-9，15。
 - 12) D.P. マクスリー，野中猛，加瀬裕子監訳。ケースマネジメント入門。中央法規出版，1994；4-5。
 - 13) 兵庫県介護支援専門員協会調査・研究部会。計画担当介護支援専門員の実態と実践に関する調査報告書。兵庫県介護支援専門員協会，2005。
 - 14) 畑智恵美，岡田進一，小澤温，他。在宅介護支援センター職員のケアマネジメント実践ーケアマネジメントプロセスに基づいた援助行動の内容ー。老年社会科学 2000；22(1)：58-71。
 - 15) 奥西栄介。施設サービス計画。白澤政和，渡部裕美，福富昌城編著。福祉キーワードシリーズケアマネジメント。中央法規出版，2002；82-3。
 - 16) 兵庫県介護支援専門員協会編。「気づき」のスーパービジョン介護支援専門員のための実践事例検討集～居住編～。兵庫県，2002。