

介護支援専門員の基礎資格は主治医との連携に影響を及ぼす

ナルカマ チ ヅ コ チン クン ヨシイ ハツミ ショウジ カズヨシ サトウ コ
 鳴釜 千津子*1 陳 君*2 吉井 初美*2 庄司 和義*1 佐藤 キヨ子*1
 モリタ サダイチ スガムラ ヨシミ アカザワ コウヘイ タシロ タカオ
 森田 定一*1 菅村 佳美*3 赤澤 宏平*4 田城 孝雄*5

目的 本研究では、介護支援専門員の基礎資格を看護系と介護系に分けて、主治医とのコミュニケーションのとり方に違いがあるかどうかを、アンケート調査に基づき統計学的に分析した。

方法 アンケートの調査時期は2006年11月であり、対象地域は1県4市の合計5カ所である。対象者は居宅介護支援事業所の介護支援専門員であり、その基礎資格を看護系と介護系の2種に大別した。群間における主治医との連携の違いを調べるために、アンケート調査票の中で「主治医との連携」に関連のある4項目を選び比較検討を行った。

結果 ケアマネジメント業務での相談相手としては、看護系、介護系ともに「サービス事業者」と「職場の上司・同僚」が高率であった。「主治医」との相談は看護系で有意に高かった。サービス担当者会議に関しては、その開催にあたり「参加を呼びかけた人」は、両群ともに「サービス事業者」「家族」「利用者」が高率であった。また、看護系において有意に高かった項目は、「主治医」であった。さらに、開催にあたり困難を感じる理由としては、両群ともに「サービス事業者との日程調整」の割合が高かった。「主治医が出席できない」を理由として挙げた人の割合は介護系で有意に高かった。介護系の介護支援専門員が考える、医師がサービス担当者会議に参加しない理由としては、「介護支援専門員自身が主治医に出席を呼びかけていない」「介護支援専門員と主治医との信頼関係が確立されていない」「主治医と連絡がつかない」の3項目であった。

結論 看護系と介護系の2群間で主治医との連携には大きな違いがあることがわかった。両群ともに、医療との連携が十分とはいえないが、看護系は介護系に比べ主治医との連携が良好であった。このことは、各介護支援専門員の基礎資格、すなわち、それぞれの異なる教育課程や経験に起因するものと考えられる。看護系の介護支援専門員が減少し、介護系の介護支援専門員が増加している現状を踏まえ、基礎資格別の教育システムの導入が必要と考える。同時に医療関係者の介護保険制度に対する認識を深める施策も重要である。

キーワード 介護保険制度、介護支援専門員、主治医、基礎資格、サービス担当者会議、ケアマネジメント

I はじめに

日本の高齢化は急速に進みつつある。2015年には、65歳以上の高齢者の割合が約27%になる

と予測されている¹⁾。また介護を必要とする高齢者数も、2003年には348万人であったが、2009年7月末にはすでに475万人を上回っている²⁾。急増する要介護者に対する介護の安定的

*1 放送大学教養学部全科履修生 *2 新潟大学医歯学総合研究科情報科学・統計学分野大学院生
 *3 新潟大学医歯学総合病院医療情報部研究生 *4 同教授 *5 順天堂大学医学部公衆衛生学教室准教授

な供給とその質の向上は、社会全体で考えなければならぬ最重要課題といえる。

家族に依拠してきた高齢者介護を社会全体で支えるため、介護保険制度が2000年度より導入された。この介護保険制度において、利用者が、住んでいる地域で充実した介護サービスを受けられるように、介護事業者、医療関係者、コミュニティ、行政などの多職種が協働・連携することが重要となる。ここで中心的役割を果たすのが介護支援専門員であり、利用者、家族、主治医、各種サービス事業者、民生委員などに参加を呼びかけてサービス担当者会議を開催する。サービス担当者会議では、いろいろな職種の人たちが包括ケアチームのメンバーとして参画する。この会議の目的として、メンバーが情報を共有し、それぞれの専門性に立脚した課題分析やケアプランの検討、援助内容や役割分担の検討を行う。特に主治医や医療従事者の参加は、医療知識や医療的対処に関する情報共有という点で重要である³⁾。

その一方で、サービス担当者会議に主治医の参加が少なく、主治医との連携が取りにくいことが介護支援専門員より指摘されている⁴⁾⁵⁾。田城らの研究では、サービス担当者会議に医師が参加している割合が14%と極めて低いことを明らかにした⁶⁾。本来、介護と医療とは綿密に連携することでよりよい介護が実践できるにもかかわらず、介護支援専門員と主治医との連携は必ずしも進んでいないのが現状である。

介護支援専門員と主治医との連携不足の原因はいくつか挙げられるが、本研究では介護支援専門員の基礎資格に着目した。介護支援専門員は、その資格を取得する前提条件として、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、理学療法士、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士などの資格のいずれかを取得しておかなければならない。本研究では、看護系の基礎資格をもつ介護支援専門員と介護系の基礎資格をもつ介護支援専門員とで、主治医とのコミュニケーションのとり方において違いがあるのかどうかを、厚生労働省班研究のアンケート調査データに基づき分析する。

Ⅱ 方 法

本研究では、2006年度の厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査」のアンケートデータを集計・分析した⁶⁾。調査は2006年11月9日～11月30日に実施された。対象地域は神奈川県、広島県尾道市、千葉県市川市、福島県会津若松市、岩手県北上市の1県4市である。これらの地域にあるすべての居宅介護支援事業所に、1事業所当たり居宅介護支援業務に従事する介護支援専門員2名を対象に調査票を送り回答を求めた。調査票は介護支援専門員が直接返送し、回収票数は1,487票、回収率は38.7%であった⁷⁾。

本研究では回答者である介護支援専門員の基礎資格と主治医との連携の関心に焦点を絞った。介護支援専門員の「基礎資格」を看護系と介護系の2種に大別した。看護系は保健師・助産師・看護師（准看護師を含む）の3資格とした（375名/1,487名、25.2%）。介護系は介護福祉士のみとした（715名/1,487名、48.1%）。その他の少数の基礎資格は除外した。看護系、介護系の2群における主治医との連携を調べるために、アンケート調査票の中で「主治医との連携」に関連のある4項目を選び比較検討を行った。

2群間で回答の割合に統計学的な有意差があるか否かを、Yatesの連続修正による χ^2 検定（両側検定）を用いて検定した。有意水準は0.05を採用し、 $p < 0.05$ のとき有意差ありとした。すべての統計解析は統計解析ソフトウェアSPSS Ver. 14.0により行った。

アンケート調査に際しては、高齢者を支えるよりよい介護システムを構築するための課題を明らかにすることがアンケートの目的であり、個人、事業所を特定できる情報は学術目的であっても公表しないことなどを、アンケート調査票に明記した。また、本アンケート調査の実施については、順天堂大学の倫理審査委員会の承認を得た。

Ⅲ 結 果

(1) 看護系と介護系の属性とその特徴

表1に看護系と介護系の属性情報の集計結果を示した。アンケート回答者1,487名のうち基礎資格が看護系であるものが375名(25.2%)、介護系であるものが715名(48.1%)であった。看護系、介護系で複数の基礎資格を持つ者は、それぞれ、25名と310名であり看護系で少なかった。年齢の分布は看護系、介護系で有意な差は認められなかった(p=0.905)。性別は介護系で有意に男性の割合が高かった(p<0.001)。業務経験3年以上の割合は、看護系が67.2%、介護系が40.3%であり看護系で有意に高かった(p<0.001)。雇用形態をみると、ケアマネジメント業務の専従常勤職員は看護系が46.7%、介護系が73.1%であり介護系が有意に高い割合を示した(p<0.001)。また、勤務する事業所の開設主体が医療法人と回答した人の割合は、看護系が29.6%、介護系が10.6%であり、看護系で有意に高かった(p<0.001)。

(2) ケアマネジメント業務について相談する人

1) 相談相手

ケアマネジメント業務について相談相手となる人を複数回答で回答してもらったところ、看護系、介護系ともに、「サービス事業者」と「職場の上司・同僚」が70%以上という高率を示した(表2)。看護系と介護系で、相談する割合に有意差が認められた相談相手は、「主治医」と「地域包括支援センターの職員」であった(p<0.001)。すなわち、看護系では「主治医」が48.8%と介護系より高率であり、介護系では「地域包括支援センターの職員」が52.3%と看護系より高率であった。

表1 基本属性の基礎資格別人数分布

(単位 人(%))

| | 看護系 (n=375) | 介護系 (n=715) |
|---------------------------|----------------|----------------|
| 年齢 | | |
| 20歳代 | 3(0.8) | 21(2.9) |
| 30歳代 | 88(23.5) | 213(29.8) |
| 40歳代 | 158(42.1) | 178(24.9) |
| 50歳代 | 98(26.1) | 239(33.4) |
| 60歳代以上 | 28(7.5) | 64(9.0) |
| 性別 | | |
| 男 | 4(1.1) | 114(15.9) |
| 女 | 371(98.9) | 601(84.1) |
| 介護支援専門員業務の経験年数 | | |
| 3年未満 | 123(32.8) | 427(59.7) |
| 3年以上 | 252(67.2) | 288(40.3) |
| 雇用形態 | | |
| 常勤のケアマネジメント専従者 | 175(46.7) | 523(73.1) |
| 常勤の他の業務との兼務者 | 134(35.7) | 114(15.9) |
| 非常勤のケアマネジメント専従者 | 42(11.2) | 66(9.2) |
| 非常勤の他の業務との兼務者 | 23(6.1) | 10(1.4) |
| 回答なし | 1(0.3) | 2(0.3) |
| 勤務する事業所の開設主体 | | |
| 自治体 | 3(0.8) | -(-) |
| 社会福祉協議会 | 7(1.9) | 32(4.5) |
| 社会福祉法人(社会福祉協議会を除く) | 64(17.1) | 250(35.0) |
| 医療法人 | 111(29.6) | 76(10.6) |
| 社団法人・財団法人 | 34(9.1) | 16(2.2) |
| 協同組合 | 17(4.5) | 21(2.9) |
| 営利法人(株式会社・合名会社・合資会社・有限会社) | 107(28.5) | 273(38.2) |
| 特定非営利活動法人 | 20(5.3) | 37(5.2) |
| その他 | 6(1.6) | 9(1.3) |
| 回答なし | 6(1.6) | 1(0.1) |

表2 ケアマネジメント業務について普段から相談する人(複数回答)

(単位 人(%))

| | 看護系 (n=375) | 介護系 (n=715) | P値 |
|----------------|----------------|----------------|--------|
| サービス事業者 | 288(76.8) | 548(76.6) | 1.000 |
| 職場の上司・同僚 | 283(75.5) | 591(82.7) | 0.006 |
| 主治医 | 183(48.8) | 219(30.6) | <0.001 |
| 主治医以外の医療従事者 | 124(33.1) | 212(29.7) | 0.275 |
| 地域包括支援センターの職員 | 146(38.9) | 374(52.3) | <0.001 |
| 社会福祉協議会の職員 | 11(2.9) | 22(3.1) | 1.000 |
| 民生委員 | 19(5.1) | 38(5.3) | 0.975 |
| 保健師 | 33(8.8) | 73(10.2) | 0.523 |
| 福祉事務所等のケースワーカー | 70(18.7) | 152(21.3) | 0.352 |
| 他事業所のケースワーカー | 99(26.4) | 176(24.6) | 0.568 |
| ケアマネジャー団体の相談員 | 23(6.1) | 39(5.5) | 0.747 |
| その他 | 22(5.9) | 22(3.1) | 0.039 |

2) 事業主体別にみた主治医に相談する人の割合

勤務する事業主体別に、看護系、介護系が主治医に相談する割合を算出したところ、事業主体の違いに関係なく、看護系の介護支援専門員の方がより多く主治医に相談することがわかった。すなわち、医療法人に勤務する看護系で52.3%、介護系で34.2%が主治医に相談し、社

会福祉法人では看護系で43.8%、介護系で32.8%であり、営利法人では看護系で55.1%、介護系で27.8%であった。

(3) サービス担当者会議に関する実態調査

1) 開催回数

調査を実施した2006年10月の1カ月間でのサービス担当者会議開催については、1回以上開催したと回答した割合が、看護系で86.9%、介護系では93.7%であり介護系で有意に高かった ($p < 0.001$)。

2) 参加を呼びかけた人

会議を月1回以上開催した介護支援専門員を対象とした、「サービス担当者会議に参加を呼びかけた人」の集計の結果を表3にまとめた。看護系、介護系の90%以上が「サービス事業者」「家族」「利用者」に呼びかけを行っていた。また、看護系において有意に高かった項目は、「主治医」の42.3% ($p < 0.001$)、「主治医以外の医療従事者」の37.1% ($p = 0.031$)、「薬剤師」の2.1% ($p = 0.012$)であった。

(4) サービス担当者会議の開催にあたり困難を感じる理由

看護系、介護系ともに「サービス事業者との日程が調整できない」と感じている割合が高かった(看護系76.0%、介護系77.6%)。次いで、「主治医が出席できない」が高率(看護系69.3%、介護系76.2%)であった。これについては、介護系で有意に高かった。($p = 0.017$)。

(5) 主治医がサービス担当者会議に参加しない理由

介護支援専門員が考える、主治医がサービス担当者会議に参加しない理由を集計した。看護系と介護系で有意差が認められたのは、「介護支援専門員自身が主治医に出席を呼びかけていない」($p = 0.003$)「介護支援専門員と主治医との信頼関係が確立されていない」($p < 0.001$)「主治医と連絡がつかない」($p = 0.020$)の3項目であり、いずれも介護系が有

表3 サービス担当者会議で参加を呼びかけた人(月1回以上開催した人のみ:複数回答)

(単位 人(%))

| | 看護系 (n = 326) | 介護系 (n = 670) | P 値 |
|----------------|------------------|------------------|--------|
| サービス事業者 | 315(96.6) | 653(97.5) | 0.453 |
| 家族 | 304(93.3) | 627(93.6) | 0.843 |
| 利用者 | 294(90.2) | 618(92.2) | 0.274 |
| 主治医 | 138(42.3) | 210(31.3) | <0.001 |
| 主治医以外の医療従事者 | 121(37.1) | 203(30.3) | 0.031 |
| 地域包括支援センターの職員 | 107(32.8) | 261(39.0) | 0.060 |
| 福祉事務所等のケースワーカー | 49(15.0) | 88(13.1) | 0.415 |
| 保健師 | 25(7.7) | 45(6.7) | 0.581 |
| 民生委員 | 24(7.4) | 50(7.5) | 0.955 |
| その他 | 14(4.3) | 19(2.8) | 0.228 |
| 社会福祉協議会の相談員 | 10(3.1) | 18(2.7) | 0.733 |
| 栄養士 | 8(2.5) | 15(2.2) | 0.832 |
| 薬剤師 | 7(2.1) | 3(0.4) | 0.012 |

意に高かった。

IV 考 察

本研究では、介護支援専門員の基礎資格を看護系と介護系に分けて、主治医との連携に違いがあるかどうかを検討した。その結果、看護系と介護系の2群間で主治医との連携には有意差のあることがわかった。総じて言えることは、介護と医療のつながりは十分とはいえない。両群ともにケアマネジメント業務について普段相談する相手として、「主治医」や「主治医以外の医療従事者」が占める割合が少ない。また、サービス担当者会議に主治医の参加を呼びかける割合も少ない。このことより、医療、主治医とのつながりが弱いことが推察される。一方、看護系の半数近くが本研究では相談相手として主治医を選んでいる。看護系が勤務する事業主体に医療法人が多いためと考えられたが、さらなる集計により、営利法人、社会福祉法人に勤務する場合でも同様の傾向が認められた。

事業主体の違いに関係なく看護系の介護支援専門員は主治医に相談することから、看護系の主治医との連携の良さは、その介護支援専門員の基礎資格によるものと考えられる。つまり介護支援専門員は、それぞれが異なった教育課程を修了し、最低5年の職場環境において形成された経験に基づき業務を行っている。医療の知

識や技術の必要性を的確に把握する能力がなければ、相談するか否かを判断できないはずである⁸⁾。看護系が主治医に相談することやサービス担当者会議に参加を呼びかけることは、ケアマネジメント業務に医学的情報を取り入れることの重要性、必要性を認識した結果であると考えられる。

齊藤は、介護支援専門員の「自らの仕事に対する認識」について調べ、「介護支援専門員の仕事への誇り」の項目で、看護師が介護福祉士より有意に高い数値を示したと報告した。さらに「知識と技術に関する自己評価」においてもケアプランの作成や実践、他職種との連携についての項目で、介護福祉士より有意に高い数値であったと報告している⁹⁾。看護系が主治医との連携を密にとれる理由のひとつに、看護系ではこのように知識と技術を背景として、介護に対する高いモチベーションを持ち積極的に業務を遂行する姿勢があることも考えられる。

ここで、厚生労働省が発表した1998年度から2009年度までの12年間における介護支援専門員実務研修受講試験の合格者の基礎資格別データから、構成比率の推移をみると次のことがわかる。制度開始時、合格者の半分は看護系だったが、2009年度には約10%に減少している。一方、介護系では約10%から65%へ大幅に増加した¹⁰⁾。今後も、介護系の介護支援専門員が増加することを前提に考えるならば、5年ごとの更新研修を見直す必要がある。現在は「業務に従事する者としないう者」とに分けて研修プログラムを変えているが、本研究の結果から、基礎資格別の教育システムを考慮して講義内容を改良することが必要である。同時に、介護支援専門員実務研修受講試験の合格後に実施される実務研修でも基礎資格別研修を導入すべきである。たとえば、介護系では医療の知識や技術の基礎に触れ、学習方法を自ら開拓できるカリキュラムが用意されるべきである。医療に携わらない人が、医療現場に関わる仕事をする際には、常に同様の問題が生じうる。たとえば、医療機関で医療情報システムを開発するシステムエンジニアの場合である。医療情報学会では、非医療系の職業

の人が医療人と会話できるような生涯教育システムと医療情報技師資格制度を作り、一定の成果を上げている¹¹⁾。これらを参考にして、介護系の介護支援専門員の能力開発に力を入れる必要がある。

他方で、医療関係者に介護保険制度を理解してもらうことが非常に重要である。現在でも、介護に対する医師の役割を重要と考え医師の側から介護に積極的にアプローチし、対話の機会を増やそうとする医師もいる¹²⁾。しかしながら、介護と医療の連携を医師個人の自発的な動機に委ねるだけでは不十分である。介護保険制度施行から10年以上経過したが、介護保険を十分に理解していない医療関係者も多い。理解を得るには、国、行政などの働きかけ、医師会などの協力も不可欠である。

謝辞

本研究は、2006年度の厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）により行われた「サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査」のアンケートデータを集計・分析したものです。調査にご協力いただいた居宅介護支援事業所の介護支援専門員、かながわ福祉サービス振興会ならびに関係者の方々に深謝いたします。

文 献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所 (<http://www.ipss.go.jp/>) 2009.10.20.
- 2) 厚生労働省 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m09/xls/0907-t2.xls>) 2009.10.20.
- 3) 田城孝雄, 高橋隆, 瀬戸恒彦, 他. 尾道式ケアカンファレンスの構造と機能「サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査」. 介護経営 2006; 1 (2) : 68-79.
- 4) 宮地直丸. 介護支援専門員の介護事業におけるアンケート調査. 千葉県医師会雑誌 2008; 60 (9) : 30-2.
- 5) 厚生労働省 (http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/dl/s1114-9f_0002.pdf) 2009.11.15.
- 6) 田城孝雄, 田中滋, 片山壽. (総括・分担研究報

- 告)厚生労働省科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「地域包括ケアシステムの構築に関する研究」2007;3.
- 7)菅村佳美, 鳴釜千津子, 庄司和義, 他. 居宅介護支援事業所の介護支援専門員から見た地域包括支援センターの現状と問題点の分析. 厚生指標 2010;57(4):27-31.
- 8)外山学. 在宅医療と主治医機能 ケアマネジャーとの連携 地域医療連携-急性期病院を中心に. 治療 2005;87(5):312-7.
- 9)齋藤順子. 介護支援専門員の職務意識とその課題 “利用者主導のケアマネジメントの実践にむけて” Journal of policy studies 2005;19:105-23.
- 10)厚生労働省 (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/bukyoku/rouken.html>) 2009.12.25.
- 11)岡田美保子, 喜多紘一, 木村映善, 他. 医療情報技師 医療情報技術の専門的人材として. 岡田美保子. 新版 医療情報 医学・医療編. 東京:(株)篠原出版新社, 2010:viii-xi.
- 12)外山学. 介護保険制度見直しと医師の役割 制度改正で変わる医師の役割. クリニカルプラクティス, 2005;24(11):337-40.