平成１９年度
老人保健健康増進等事業
による研究報告書

在宅と施設、介護と医療の連携を実現するための ケアマネジメントのあり方に関する研究

報告書

平成２０年３月

財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会
IHEP 医療経済研究機構

発刊にあたって

医療経済研究機構では、厚生労働省より老人保健健康増進等事業補助金を受け、在宅と施設、介護と医療の連携を実現するためのケアマネジメントのあり方に関する研究を実施した。

わが国の介護保険制度に基づく居宅介護支援（ケアマネジメント）は、利用者である高齢者の心身または家族の状況などに応じ、介護サービスを継続的かつ計画的に受けることを支援する仕組みである。ケアマネジメントは英米の活動を参考に、サービスの質の向上およびケアコストの適正化を目的として介護保険制度の発足時に導入された。しかし、介護保険制度の発足から今日に至るまで、ケアマネジメントの効果を実証したものはあまりない。介護予防の制度が新しく始まるなど高齢者介護をめぐる状況は推移している。介護保険の狙いのひとつには高齢者の在宅生活の継続を支援することがあり、在宅と施設をつなぐマネジメントや介護と医療の連携が今後の重要な課題となっている。これらの実現という側面も含めて、ケアマネジメントによる効果を立証する必要がある。

こうした状況を踏まえ、医療経済研究機構は平成 18 年度より、高齢者にケアマネジメントを提供している介護支援専門員を対象に、ケアマネジメント利用者の心身や家族の状況、在宅サービスと施設サービスのマネジメントや医療機関との連携を経時的に明らかにすることで、在宅と施設をつなぐケアマネジメントや介護と医療の連携を実現するためのケアマネジメントのあり方を検討するうえでの基礎的な資料を作成することを目的として本調査を実施した。

本調査研究の成果が、高齢者のニーズに合わせた効率的な介護サービスの提供のあり方を含め、今後の介護保険制度の見直し等について議論する際の一助となれば幸いである。

最後に、本調査研究にご協力いただいた介護支援専門員の方々に厚く御礼を申し上げる次第である。

平成 20 年 3 月

財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構
専務理事　岡部陽二

調査研究体制

【調査研究担当】

●	白澤　政和	大阪市立大学大学院　生活科学研究科	教授	第１部
	岡田　直人	大阪大谷大学　教育福祉学部教育福祉学科	准教授	第１部
	綾部　貴子	梅花女子大学現代人間学部人間福祉学科	講師	第１部
●	大和　三重	関西学院大学　社会学部社会福祉学科	准教授	第２部１章
●	小原眞知子	東海大学　健康科学部社会福祉学科	准教授	第２部５章
●	小西加保留	関西学院大学　社会学部社会福祉学科	教授	第２部１章
●	西村　昌記	東海大学　健康科学部社会福祉学科	准教授	第２部２章
●	福富　昌城	花園大学　社会福祉学部社会福祉学科	教授	第２部４章
●	村社　卓	岡山県立大学　保健福祉学部	准教授	第２部３章
	岡田　直人	大阪大谷大学　教育福祉学部教育福祉学科	准教授	第２部４章
	鵜浦　直子	大阪市立大学　生活科学部人間福祉科	特任助教	第２部４章

●は各章執筆責任者

【調査研究協力会社】

今井　久人　　株式会社　マチュールライフ研究所　代表取締役

【事務局】

医療経済研究機構

本田　達郎　　研究主幹

長江　俊宏　　研究員

○中西　三春　　研究員

○は主担当

※所属・役職は研究実施時点のものを記載

在宅と施設、介護と医療の連携を実現するためのケアマネジメントのあり方に関する研究

【研究要旨】

Ⅰ　目的

介護保険が導入されてから７年が経過し、市民に対する制度の認知も高まり、スタート当初の多くの混乱は一定の落ち着きを見せたように思われる。しかしながら、一方で介護報酬の改定に伴う動きや、介護予防の導入、地域包括支援センターの開設、療養型病床の見直しなど、目まぐるしく制度やそれを取り巻く環境が変化している。

また、以前に増して在宅介護の重要性が高まり、ケアマネジャーがその継続のあり方を支援する役割も大きくなってきている。

こうした状況にあって、なおさら普遍的に求められるものは、利用者のニーズに向き合う介護支援専門員の能力であるといえる。

本研究の目的は、 以下の２つである。一つ目は、在宅介護の継続において、ケアマネジャーからみたその必要条件などについて継続的な調査から前提条件や要素を抽出する。二つ目は特にソーシャルワークの専門性の視点から、介護支援専門員の業務遂行に求められる能力についての研修ニーズを明確化すること。さらにその職務に貢献できるものを取り入れた研修プログラムの開発を目的としている。

Ⅱ　方法

（１）新規ケアマネジメント利用者に関するアンケート調査（パネル調査）

18年度の調査を受け、ケアマネジャーが担当する同一の利用者のケースを対象にして、その後も在宅介護を継続するために必要な条件や要素をアンケートによりパネル調査を行った。６か月ごとに同じ項目について、その変化から在宅継続を支えていくための諸条件や生活環境などを含め、ケアマネジャーの支援していくべき要素なども考察している。また、一方で継続調査が不可になったものの、その原因なども分析している。

対象者は、鹿児島県、富山県、倉敷市の介護支援専門員協議会の会員 1,000 人から調査協力を得た。

（２）ケアマネジメント業務の困難度からみた研修ニーズ調査（アンケート調査）

ソーシャルワークの専門性の視点から、介護支援専門員の業務遂行に求められる能力についての研修ニーズを明確化し、 その職務に貢献できるものを取り入れた研修プログラムの開発を目的としている。実際に介護支援専門員のケアマネンジメント業務における研修ニーズを明確にするために、ケアマネジメントの支援プロセスから項目を抽出し、それぞれの困難度に焦点を当て調査を行なった。

対象者は、関西地区の兵庫県社会福祉協議会主催の介護支援専門員専門研修に参加された2,250人の中から600人を対象に行なった。専門研修に参加されている対象者は概ね介護支援専門員の資格を取得して３年経過しているものが対象となっている。

（３）介護支援専門員の能力向上のための研修ニーズ－インタビュー調査からの質的分析―

本調査は、「介護支援専門員の能力向上のための研修ニーズの予備的研究」の目的で、介護支援専門員の研修に中心的に関わってきた研究者を対象として、グループインタビュー調査を行った。本年度は特に、研修を実施する側に限定して、①困難事例を整理する視点、②これまでの研修で行なったプログラムとその結果（効果)、③ミクロ部分のコンピテンスをどう捉えているか、の３点について、特に②を中心に聞き取りを行った。

調査協力者は介護支援専門員の研修に中心的に関わってきた研究者（実践者）２名（男女）である。また、調査者は５名である。

データは、グループインタビュー調査により収集された原資料（データ）から定性的コードを割り出し、一般化をはかることで概念的カテゴリーを生成し、最終的にはこの概念的カテゴリーを、説明図式や分析モデルへと統合を目指すものである。

（４）利用者主体の支援を阻害する要因に対するケアマネジャーの対処プロセスに関する研究

2006年度の研究では、【利用拒否の謎解き】【発想の転換を助ける】【インフォーマルな支援者を支える】【本人を守る】の４つの阻害要因への対処プロセスの存在を指摘した。この４つのカテゴリーは、それぞれ２つの概念から構成されるものであった。しかし、それぞれのカテゴリーに示されるケアマネジャーの阻害要因に対処する行動は、２つの概念の関係で説明できるような単純なものではなく、さらにさまざまな判断や行動の相互作用から成るものであることが予測できる。そのため、今年度の研究では、さらにこうした阻害要

因に対処するケアマネジャーの働きについて、理論的サンプリングを行い、収拾したデータを分析することを試みた。

今回の調査は、京都府内、大阪府内、三重県内、愛媛県内で実務に就いている介護支援専門員６名を対象にインタビューを実施した。これらの調査協力者はいずれも、要介護高齢者のケアマネジメント実践においてさまざまな支援困難事例に対処した経験を持つ実践家である。６名中５名は介護支援専門員としての豊富な実践経験を持っており、残る１名も在宅介護支援センターのソーシャルワーカー、地域包括支援センターの主任介護支援専門員として同様の実践経験を持っている。

インタビューでは、認知症高齢者の居宅介護支援について、前回調査で明らかとなった４つの阻害要因への対処を含んだ事例について取り上げてもらった。そして、調査協力者が行った当該ケースの支援内容や支援において考慮したことなどについて半構造化面接を行った。その後インタビューは逐語録を作成し、その逐語録をもとに、M-GTA（修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ)に基づき分析を行った。

Ⅲ　結果

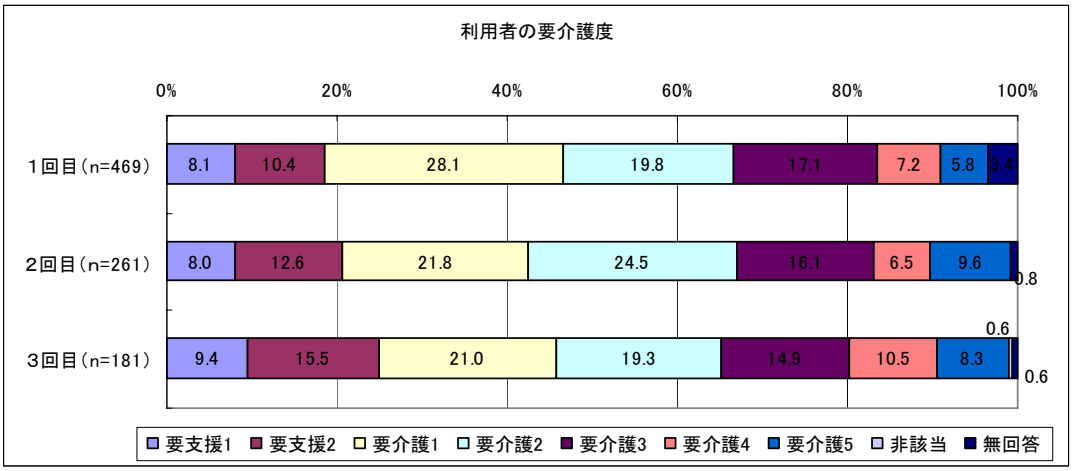
（１）新規ケアマネジメント利用者に関するアンケート調査（パネル調査）

①利用者の要介護度

利用者の要介護度をみると、毎回大きな変化はみられないが、１回目から２回目では、「要支援２」、「要介護２」、「要介護５」などが、それぞれ２％から４％程度増えている。

２回目から３回目では、さらに「要支援２」が３％程度増え、その他「要介護４」が４％程度増えている。毎回「要介護３」以上の重度者は全体の30％以上を占めている。

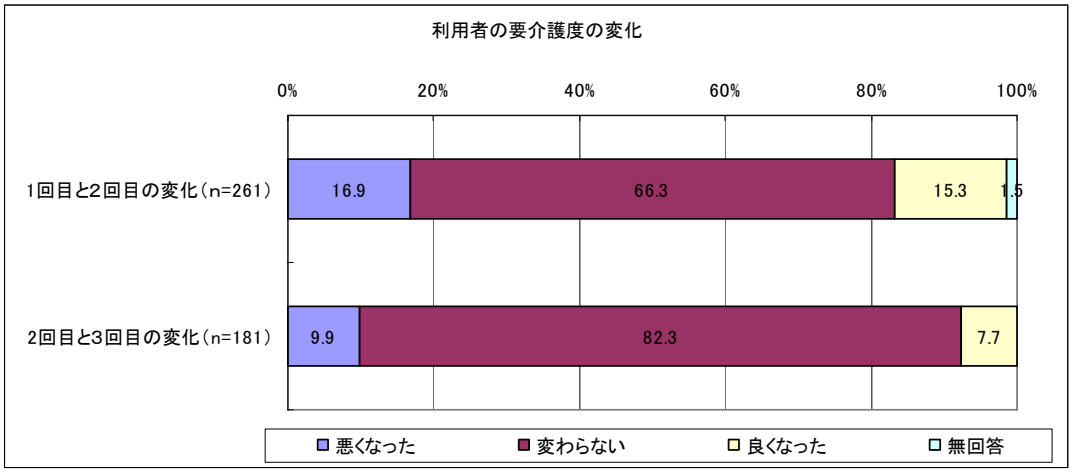
図表１　利用者の要介護度



②利用者の要介護の変化

利用者の要介護度の変化では、１回目から２回目の６か月の変化をみると、「変わらない」という人が66.3%であったが、２回目から３回目では「変わらない」が82.3%に増えている。要介護の変化をみる限り、調査ごとに「変わらない」という人の割合が高くなっている。

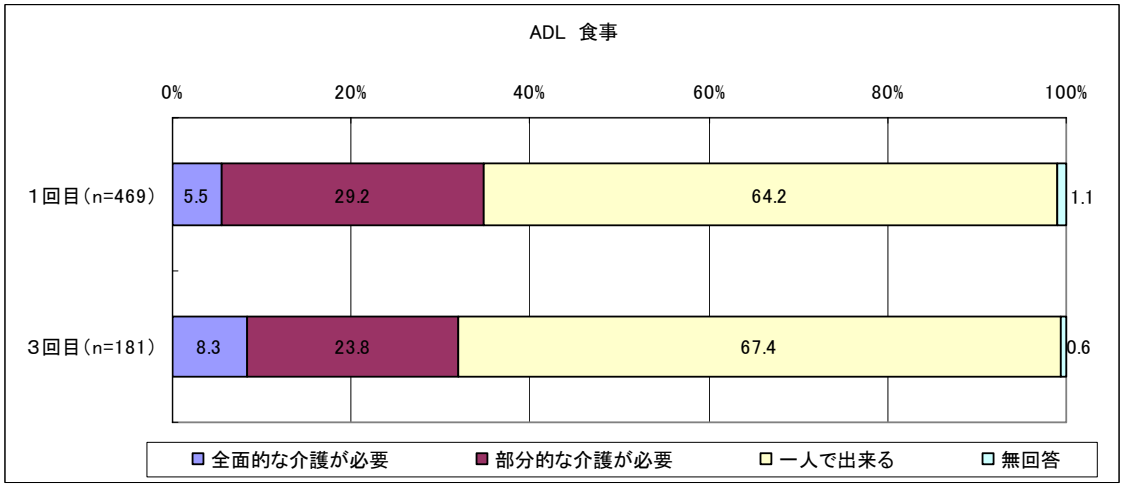
図表２　利用者の要介護度の変化



③食事

利用者のADLで食事を１回目から３回目の１年間でみると「全面的な介護が必要」という人の割合が5.5%から8.3%と少し増え、やや重度化が進んでいるものの、「一人でできる」という人の割合も64.2%から67.4%と増えている。食事では自立度の高い人が2/3以上を占めている。

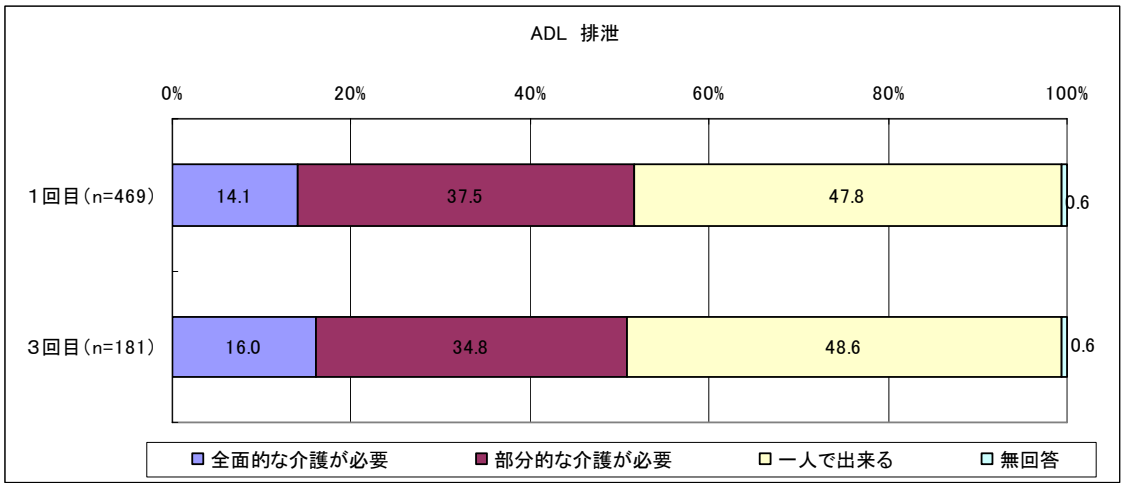
図表３　食事



④排泄

利用者のADLで排泄を１回目から３回目の１年間でみると「全面的な介護が必要」という人の割合が14.1%から16.0%と少し増え、やや重度化が進んでいるものの、「一人でできる」という人の割合も47.8%から48.6%とわずかに増えている。排泄では自立度の高い人が半数程度を占めている。

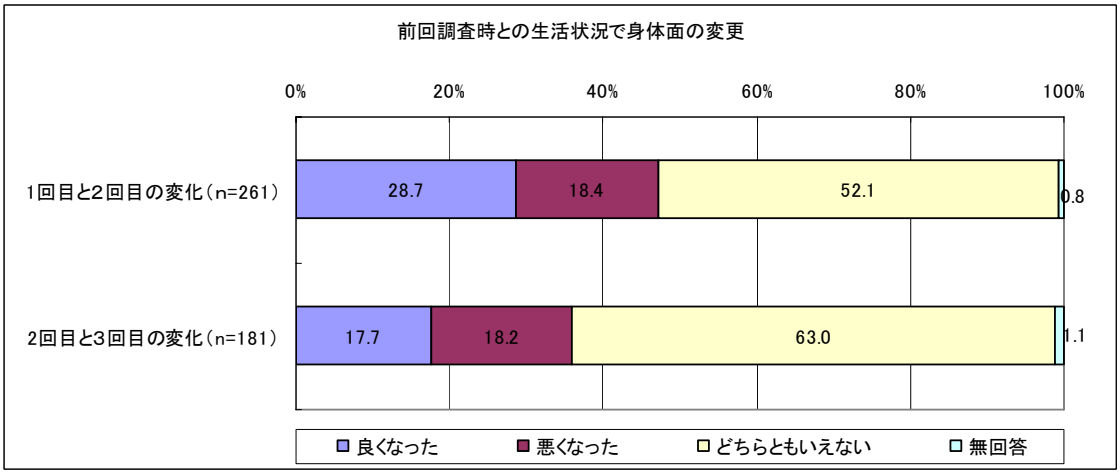
図表４　排泄



⑤利用者の生活状況（身体機能面）

本人の身体機能面の変更をみると、１回目から２回目では「良くなった」という人は28.7%であったが、２回目から３回目では17.7%と大きく減り悪化傾向がみえている。その一方で「どちらともいえない」という人は１回目から２回目では52.1%を占めていたが、２回目から３回目では63.0%と増えており、身体機能面で比較的安定している人の割合は60%以上を占めている。

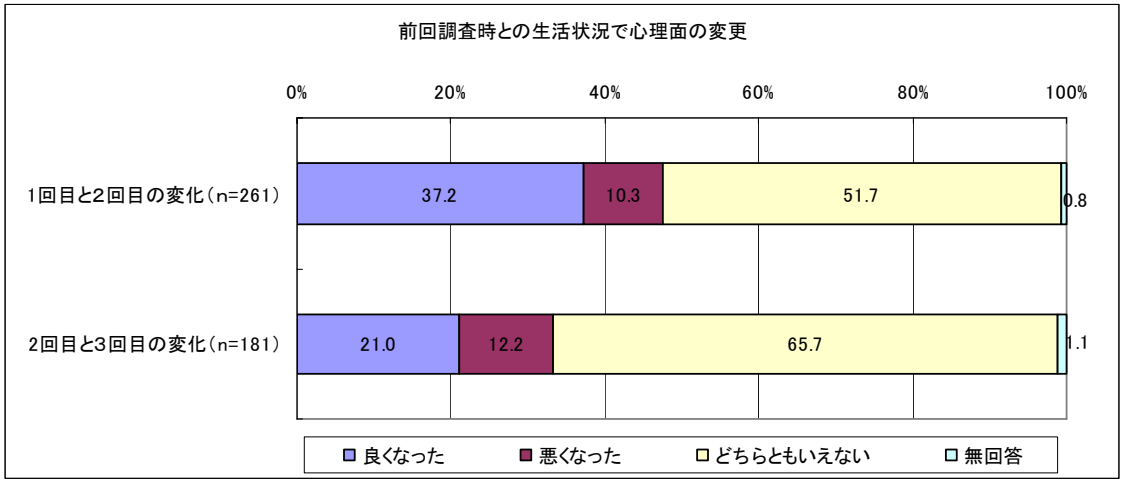
図表５　利用者の生活状況の変更（身体面）



⑥利用者の生活状況（心理面）

本人の心理面の変更をみると、１回目から２回目では「良くなった」という人は37.2%であったが、２回目から３回目では21.0%と大きく減り悪化傾向がみえている。その一方で「どちらともいえない」という人は１回目から２回目では51.7%であったが、２回目から３回目では65.7%と増えており、心理面で比較的安定している人の割合は65%以上を占めている。

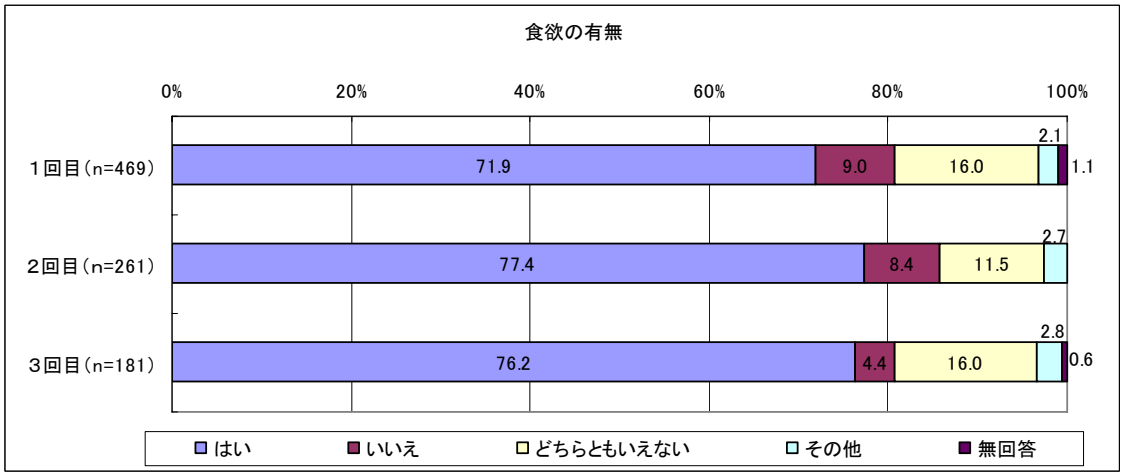
図表６　利用者の生活状況の変更（心理面）



⑦食欲がありますか

利用者の生活上でいつも食欲がみられるかをみると１回目では「はい」が71.9%であったが２回目では77.4%と少し増えている。３回目では76.2%とわずかに減っているが、８割近い人が食欲のある生活をしている。

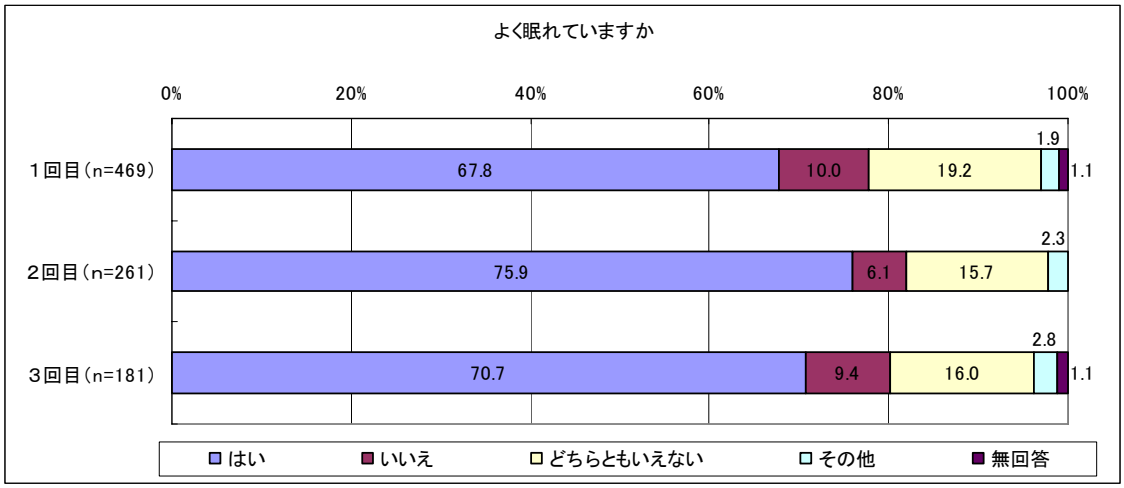
図表７　食欲の有無



⑧よく眠れていますか

利用者の生活上でよく眠れていますかをみると１回目でが「はい」が67.8%であったが、２回目では75.9%とわずかに増えている。３回目では70.7%と少し減っているが、７割以上の人がよく眠れている毎日を過ごしている。

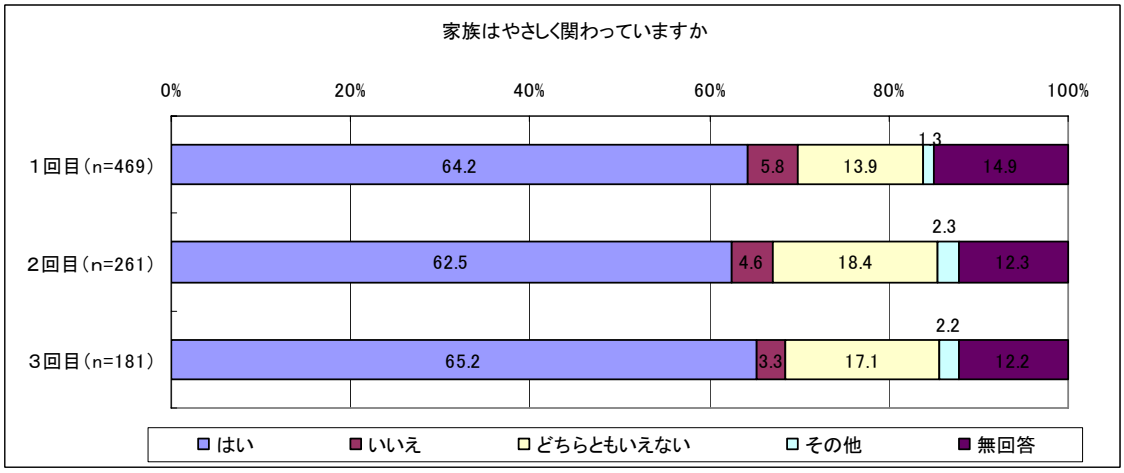
図表８　睡眠



⑨家族はやさしくかかわっていますか

利用者の生活上で家族がやさしくかかわっているかをみると１回目では「はい」が64.2%であったが２回目では62.5%とわずかばかり減っている。しかし、３回目には65.2%と少し増えている。全体としては2/3ほどは家族がやさしくかかわっており、大きな変化はみられない。

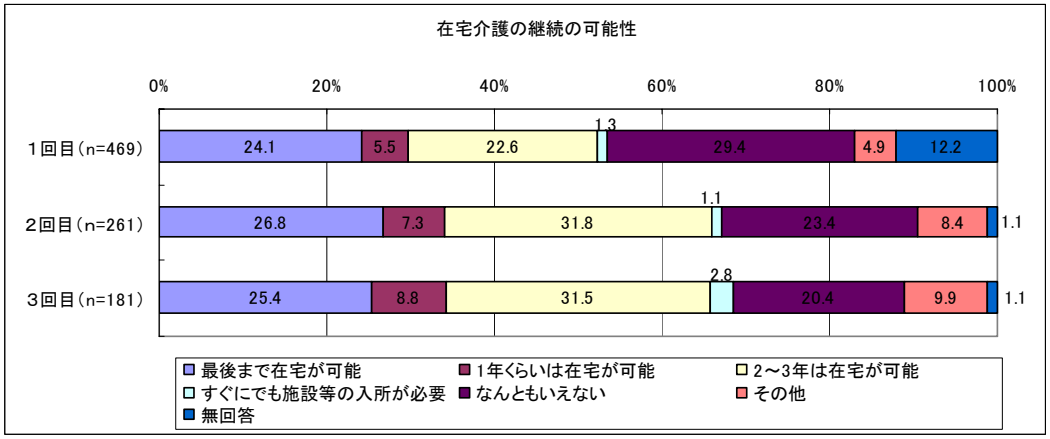
図表９　家族の関わり



⑩今後の在宅介護の継続の可能性

ケアマネジャーから今後の在宅介護の継続の可能性をみると、１回目では「最後まで在宅が可能」という人は24.1%であったが、２回目では26.8%まで少し増えている。しかし、３回目では25.4%とわずかに減っているものの、全体では「最後まで在宅が可能」という人が1/4程度見られる。その他1年以上、「在宅介護の継続が可能」という人を含めると全体で65%程度を占めている。一方で「すぐにでも施設等の入所が必要」という人は１回目の1.3%から３回目では2.8%とわずかながら増えている。

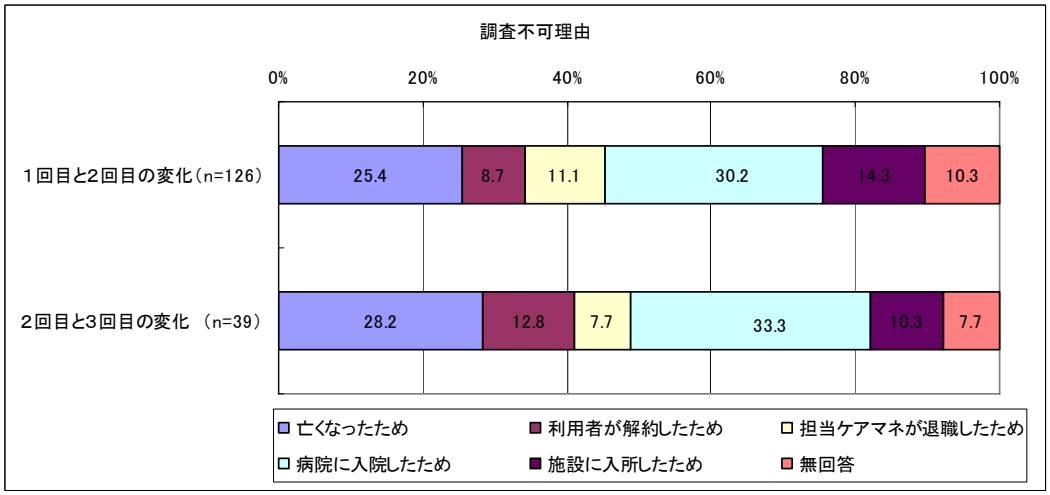
図表 10　在宅介護の継続の可能性



⑪継続調査の不可理由

継続調査が出来ない理由をみると、１回目から２回目では「死亡」が25.4%、２回目から３回目では28.2%とやや増えおり、全体の1/4以上を占めている。また「入院」も１回目から２回目では30.2%であったが、２回目から３回目では33.3%と増え、1/3以上を占めている。この二つで55～60%を占め、調査不可の大きな理由となっている

図表 11　調査不可理由



（２）ケアマネジメント業務の困難度からみた研修ニーズ調査（アンケート調査）

①対象者の特性

女性が８割を占め、また年齢は40歳から50歳代で７割を占めていた。さらに経験年数は３年から４年が半数近く占めていた。５年以上も４割あった。また実際の担当件数については30件以下が３割程度、40件以下が３割程度、40件以上も２割とばらつきがみられた。雇用形態は常勤専従が４割にとどまり、常勤兼務が４割、非常勤が１割を超え、現在の介護支援専門員の実態を反映した結果になっていた。職場の介護支援専門員数は２～３人職場が４割弱、４～６人職場が３割弱、７人以上が２割となっているが、雇用形態がどのように構成されているのかは明らかにしなかった。介護支援専門員以外の保有資格は４割が介護福祉士、看護師が３割強、社会福祉士はわずか１割であった。

②困難度と重要度の関連性

重要度に関しては情報収集と利用者支援の大きく分けられた。困難度に関しては企画力、運営力、創造性、社会的アクションに関する事柄が示されていた。さらに重要度が高く困難度も高い項目の２次元プロットから、介護保険制度に関する最新の情報を収集する、必要に応じて制度以外の資源を見つける、介護保険制度の内容を理解する、利用者のニーズと家族のニーズをすり合わせる、支援に活用できるその人らしさを把握する、利用者に適したサービス担当者会議を運営するが析出された。これらから「情報収集力」、「資源発見と開拓」、「制度理解」、「ニーズ調整力」、「個別性重視の支援力」、「企画運営力」（いずれも仮称）が介護支援専門員の求めている研修ニーズとして捉えられた。

③具体的に困難度の類似性の類型化

本調査から明らかになったことは、「制度理解力」「業務遂行力」「利用者受容力」「実践応用力」「実践外延力」（いずれも仮称）の５類型を得ることができた。研修を行う際にそれぞれの項目をセットで講習を組むことにより、体系的なプログラムを構築できる可能性が示唆された。

（３）介護支援専門員の能力向上のための研修ニーズ－インタビュー調査からの質的分析―

①介護支援専門員の現状

事務処理の煩雑さや研修の過密化、他者評価の不足と効果の実感困難、事例研究への抵抗、虐待問題での敗北感、業務の抱え込みが明らかになった。

②介護支援専門員の特性

バックグラウンドの多様性であることや直接的な成果確認が困難である職種であることが明らかになった。

③支援困難事例への対応の特性

支援困難事例は利用者の側に問題があるのではなく、その多くが援助者である介護支援専門員自身によって作られていることを介護支援専門員は十分に認識していないということや、支援困難事例の場合、仕事の線引きが困難であることや、関わりのレベル、範囲、場所が不明瞭であること、さらにこれらは虐待、認知症の場合に顕著であることが明らかになった。さらに先行研究でも明らかになっているように、対応の際に個人のバックグラウンドが良い意味でも悪い意味でも出やすいことが本調査でも明らかになった。加えて、認知症ケアマネジメントの問題点としては、病気とステージの理解不足していること、認知症の知識を持たないソーシャルワークが効果的支援につながっていないこと、さらに認知症と決めつけから支援の限界や放棄が生じている現状が明らかになった。

④介護支援専門員に対するサポート

相談体制の充実、地域保健師の活用、地域ケア会議開催と連携強化が挙げられた。さらに介護支援専門員研修の現状と今後の研修のあり方に関しては、現在の研修はどの自治体も手探り状態で開催されていること、しかし現実としては、受講者と企画側のミスマッチや大人数で開催される研修会のあり方や講師不足など体制の不備の問題、研修生の期待と現実のミスマッチ、認知症に関する研修は教材開発などの問題から実感できないプログラムになっていること、さらに研修成果の確認困難などが挙げられた。

（４）利用者主体の支援を阻害する要因に対するケアマネジャーの対処プロセスに関する研究

①ケアマネジメント実践の阻害要因

利用者主体の社会資源の活用において、利用者の意向を反映させた利用者本位の支援を行おうとすることを阻害するさまざまな要因があることが明らかになった。これは「サービス利用拒否」「サービス事業者のもつ利用者像のズレ」「インフォーマルな支援者の疲弊」「周囲のシステムによる権利侵害」などである。こうした阻害要因に対して、介護支援専門員はさまざまな方法を用いて対処していることが明らかになった。

②困難事例である「サービス利用拒否」

ケアマネジャーは【利用拒否の謎解き】を行い、利用者が社会資源を活用できるように支援していく。そのために、ケアマネジャーは利用者の意向の確認を行い、関係性の中から、利用者との信頼関係の形成を試みる中で、必要な情報収集を行い、利用拒否の理由とそれを打破しサービス導入のタイミングを測る方法を検討している。

さらに、利用者が感じる困ったことへの焦点化と、それに対する受け入れやすい関わりの方法を検討し、サービス利用へとつなげている。さらにサービス導入がなされた後はサービス提供者との信頼関係作りのための配慮を行い、それでも利用拒否が起こる場合には介護支援専門員との信頼関係を使ったトラブルの収拾を図り、サービス利用が続けられるように支援していることが明らかになった。

③インフォーマルな支援者の疲弊への対応方法

介護支援専門員はインフォーマルな支援者を支えるためにインフォーマルな支援者のアセスメントすなわち、インフォーマルな支援者の持っている支援力の見極めと限界の見極めを行い、負担軽減を試みている。インフォーマルな支援者に対する理解を深めながら、できる範囲での関わりとその継続の依頼をしている。その際の援助機関が関わっているという安心感の提供と共に、利用者の支援について地域住民の理解を得るための支援システム整備を行なっていることが明らかになった。

④利用者の権利侵害

介護支援専門員は本人を守る働きをする。その際にまず、権利を侵害するシステムの特定、権利を侵害する側の事情の把握と権利侵害が起こる背景や理由を解釈し、その予防策を考えている。さらに、介護支援専門員は権利侵害が起こるリスクを分散することを試みている。対処が難しい際には介護支援専門員は権利を侵害するシステムに対し、利用者の立場に立った交渉を念頭に、関係の上に立った交渉、妥協点の探り、権利を侵害するシステムとの切り離しを実施し利用者の利益を守る支援を行っていることが本調査の分析で明らかになった。

Ⅳ　考察

（１）新規ケアマネジメント利用者に関するパネル調査結果

①利用者の全体の変化

在宅介護が継続できている利用者の経過をみると、要介護度の変化や日常生活自立度のレベルは大きな変化がなく、比較的安定して推移している。もっとも安定しているからこそ、在宅継続が可能になっているので、現状の安定的な状態から大きな変化が生じないことが継続の条件になっているものと考えられる。

②利用者の ADL の変化

利用者のADLの変化をみると「食事」、「排泄」、「洗面」などでは、「一人で出来る」という自立度の高い人が半数以上を占めており、毎日の基本的な生活行為に支障の少ないことが在宅継続の条件となっている。このように「食事」や「排泄」など、１日に数回の生活行為で家族に介護負担があまりかからないことが、在宅継続の大きな要素である。

③利用者の生活上の変化

利用者の生活面等の変化をみると、「身体機能面」、「心理面」、「家族の状況」など「どちらともいえない」が60～70％と多くを占めており、大きな変化はみられない。

個別にみていくと多くの人が「食欲」があり、よい「睡眠」を確保しながら、「やさしい家族や家族以外の人と円満な関係」で「笑顔や明るさ」と「はり」を持ちながら生活している姿が見受けられる。

④在宅継続の可能性

介護者の状況をみると家族と利用者の関係でも良好な関係が維持されており、この部分でも大きな変化はみられない。

このようにこの１年間、３回にわたる継続調査でみえた、在宅介護が維持できている要素はあまりにも当たり前であるが、家族のやさしいかかわりに支えられ、被介護者自身のADLの高さや生活意欲の強さが相まって、結果的には大きな介護負担を生じないことが在宅介護の継続を可能にしていると推察できる。

⑤調査不可者の全体像

調査不可になった主な理由をみると、「入院」が全体の1/3を占めもっとも多い。次いで「死亡」が1/4以上を占めている。入院先は急性期の病院が多く、その原因として「既往症以外の他の病気が生じた」ためという理由が多い。

（２）介護支援専門員の能力向上のための研修ニーズの予備的研究

上記の研究の結果から介護支援専門員の業務遂行に求められる能力についての研修ニーズと、その職務に貢献できるものを取り入れた研修プログラムの開発に対する考察を述べる。

①研修ニーズの明確化

本研究から明らかになった研修ニーズは介護保険制度に関する「情報収集力」である最新の情報を収集する力、「資源発見と開拓」である必要に応じて制度以外の資源を見つける力、「制度理解」である介護保険制度の内容を理解する力、「ニーズ調整力」である利用者のニーズと家族のニーズをすり合わせる能力、「個別性重視した支援力」である支援に活用できるその人らしさを把握する力、「企画運営力」である利用者に適したサービス担当者会議を運営する力が介護支援専門員の求めている研修ニーズとして捉えられた。今後このような能力を養成できる研修内容を本研究から提案できる。

多問題家族や虐待事例に対応できる上級スーパーバイザーの養成が急務であるがそれを担う地域包括支援センターの主任介護支援専門員や社会福祉士の育成方法も今後検討する必要があろう。

②参加者の限定

参加者をどのように選択していくのか、その仕組みを検討する必要がある。新人、中堅、ベテランという経験年数によるもの、研修の積み上げ方式など研修のあり方を検討すると共に、その研修内容のレベルにより、研修への参加者を限定必要がある。さらに高度な専門研修にはある一定の経験知や知識も必要になる。従って、事前に経験していることや、レポート課題などを参加条件の一つとして加えるなどの工夫が必要なる。

（３）研修方法

①体制のあり方

現在の研修体制は100人単位で行なわれている研修が多く、なかなか教育効果が上がらないといった問題や適切な講師数が確保できないといった問題も指摘されている。また効果的研修を開催するためには財源の問題もある。さらに上級スーパーバイザー養成には少人数で訓練と専門知識獲得のための場所と時間が必要となる。そのスーパーバイザーが養成されれば地域の介護支援専門員の質向上、事例検討の場の確保にもつながると考えられる。今後その体制のあり方も今後検討される必要があろう。

②研修の内容

○支援に対する価値観・倫理観の確認

研修目的の一つは仕事の核となる価値観や支援に臨む姿勢を獲得することにある。特に困難事例に関わった際に専門的価値観がどうあるべきかを確認する機会や倫理的側面での検討や学習が可能な機会とする。

○事例研究の積極的採用

研修方法には、講義形式、体験学習、若しくはその併用がある。知識獲得のための講義形式と臨床知を獲得するための体験学習を目的に合致させた形で採用する必要があろう。今回の研究から体験学習の重視とそこでの事例研究の必要性が明らかになった。さらに事例研究の開催に当たっては、一方的に相手を非難する姿勢の排除などのルール設定も必要となる。

○専門知識とソーシャルワークの強み

困難事例を扱う研修内容にはケアマネジメントの基本（基本スキルの獲得）と高齢者虐待や認知症の知識もその内容に組み込む必要がある。ミクロレベルでは価値観や総合的アセスメント、柔軟な援助介入、ストレングス視点、否定的感情に関わるコミュニケーションスキル、適切な距離による利用者・ワーカーとの関係性･信頼感などソーシャルワークの特性を生かした研修内容にする工夫も望まれよう。さらに自らの職場環境を含む組織に関する知識、運営論など環境要因を分析できる能力を培うための研修内容も必要であろう。

（４）効果的研修プログラムのあり方と教材開発

○統合力が身につく効果的研修プログラムのあり方

本研究の困難度の類似性の類型化から明らかになったことは、「制度理解力」「業務遂行力」「利用者受容力」「実践応用力」「実践外延力」の５類型を得ることができた。研修を行う際にそれぞれの項目をセットで講習を組むことにより、体系的なプログラムを構築できる可能性があると言えよう。

○虐待や認知症を実感できるプログラム（教材）の開発

研修では、虐待や認知症を実際に実感できるプログラム（教材づくりを含む）の開発が必要である。

目　　次

発刊にあたって・・・

3. 業務負担感 ····· － 78 －
4. 研修へのニーズや効果 ····· － 78 －
5. 先行研究のまとめと本研究の意義 ····· － 79 －
第 2 章　ケアマネジメント業務の困難度からみた研修ニーズ ····· － 81 －
1. 調査の目的 ····· － 81 －
2. 調査の概要 ····· － 81 －
(1) 対象者 ····· － 81 －
(2) 調査方法 ····· － 81 －
(3) 基本属性 ····· － 81 －
3. 調査結果の概要 ····· － 82 －
(1) 対象者の基本属性 ····· － 82 －
(2) 項目別にみた「困難度」の相対度数分布 ····· － 86 －
(3) 困難度と重要度の関連 ····· － 87 －
(4) 困難度の類型化 ····· － 89 －
第 3 章　介護支援専門員の能力向上を目指した研修内容 ····· － 90 －
1. 調査目的 ····· － 90 －
2. 調査概要 ····· － 90 －
3. 分析結果 ····· － 90 －
(1) 介護支援専門員の現状 ····· － 90 －
(2) 介護支援専門員の特性 ····· － 93 －
(3) 支援困難事例への対応特性 ····· － 94 －
(4) 認知症ケアマネジメントの問題点 ····· － 95 －
(5) 望まれる介護支援専門員へのサポート ····· － 96 －
(6) 介護支援専門員研修の現状 ····· － 98 －

4. 結論：介護支援専門員研修への提案 - 100 -
(1) 参加者の限定 - 100 -
(2) ケースと見方の統合化 - 100 -
(3) 事例研究の積極的採用 - 101 -
(4) 知識とソーシャルワークの統合化 - 101 -
(5) 虐待や認知症を実感できるプログラム（教材）の開発 - 101 -
5. おわりに - 102 -
第 4 章　利用者主体の支援を阻害する要因に対するケアマネジャーの対処プロセスに関する研究 - 103 -
1. 研究の目的 - 103 -
(1) 過去の研究の経緯と結果 - 103 -
(2) 支援困難ケースに関する先行研究 - 105 -
(3) 今年度の研究の目的 - 106 -
2. 調査研究の方法 - 107 -
(1) 資料の収集 - 107 -
(2) 分析方法 - 108 -
3. 倫理面への配慮 - 109 -
4. 結果と考察 - 109 -
(1) 利用拒否の謎解き - 110 -
(2) インフォーマルな支援者を支える - 113 -
(3) 本人を守る - 116 -
5. まとめ - 118 -
6. 提言 - 119 -
7. 残された課題と今後の研究の方向性 - 119 -
第 5 章　まとめ・総括 - 122 -

1.　全体のまとめ ····· － 122 －

2.　介護支援専門員の能力向上のための研修に対する提言····· － 125 －

(1)　研修ニーズの明確化····· － 125 －

(2)　参加者の限定 ····· － 125 －

(3)　研修方法 ····· － 126 －

(4)　効果的研修プログラムのあり方と教材開発····· － 127 －

3. 本研究の限界と今後の展望····· － 127 －

資　　料····· － 128 －

在宅と施設、介護と医療の連携を実現するためのケアマネジメントのあり方に関する研究

はじめに

本研究は、平成19年度の老人保健健康増進等事業による「在宅と施設、介護と医療の連携を実現するためのケアマネジメントのあり方に関する研究」についての調査研究成果報告書である。ここでは、テーマに沿って、大きく２つの領域に分けて、調査研究を深めてきた。

第１部は「介護支援専門員からみる在宅介護を継続する可能性の研究」であり、第２部は「介護支援専門員の能力向上のための研修ニーズの予備的研究」である。これらは２部構成となっているが、１部での成果をもとに、その連続性を有している調査研究である。

第１部については、介護保険の在宅サービス利用の新規ケースについて、６か月間隔で、三度のパネル調査を行い、利用者の１年６か月の変化を追ったものである。この調査は、昨年度の老人保健健康増進等事業「在宅と施設、介護と医療の連携を実現するためのケアマネジメントのあり方に関する研究」でのデータを再活用し、継続的にパネル研究を深めていったものである。直接利用者調査ではなく、利用者からのご了解を文書で得ての介護支援専門員から得たデータであることから、若干のバイアスがあるとしても、おそらくこの種のパネル調査はほとんどなく、貴重なデータであると言える。なお、ここでは、１年６か月で、施設利用や死亡に至った事例の分析、さらには１年６か月間在宅を継続している事例については、利用者の身体機能状態、在宅意向を含めた本人および介護者の心理的状態について、その変化を明らかにした。なお、そこでは、利用者の属性や介護支援専門員の属性によって、いかに異なるかについても明らかにした。

第２部については、介護支援専門員への研修ニーズについての調査研究である。調査の内容は、以下の３つに分かれる。①介護支援専門員の現状の業務についての困難度と重要度をもとにした調査から、研修の方向性について明らかにすること。②介護支援専門員研修担当者に対するグループインタビューにより、研修の今後のあるべき方法について明らかにすること。③支援困難ケースに対するケアマネジャーの対処過程について、経験豊富な介護支援船専門員からのインタビューにより、修正グランデッド・セオリーを使って明らかにすること。

２部に分けて調査研究を進めてきたが、この調査結果をもとに、介護支援専門員の評価につながり、さらに研修内容のあり方に示唆できればと願っている。同時に、本調査では、多くの介護支援専門員が調査にご協力を頂いた。また、介護支援専門員の指導に当たる方々からもインタビューでご協力いただいた。ここに感謝申し上げ、本報告書をもとに、より新たな知見を明らかにしていきたいと思っている。

平成 20 年３月末日

研究代表　　大阪市立大学大学院
白澤政和

第1部
介護支援専門員からみる在宅介護を継続する可能性の研究

第１章 新規ケアマネジメント利用者に関するパネル調査結果

本調査は前年18年度の継続研究としてケアマネジャーを対象にパネル調査を行ったものである。現在ケアマネジャーが担当している直近の新規利用者１ケースについて６か月ごとに同じ利用者を継続的に追跡し、以下の点を中心に経過を観察してもらった。アンケート調査項目では、利用者の介護状況、生活状況、介護者等との関係などの設問から在宅介護を継続させる条件となる要因等や利用者の身体的状況などの変化を明らかにした。

当然、調査の回数を重ねるごとに、利用者の死亡や入院、入所などいくつかの理由により、対象者数が減少している。その推移については以下の回収状況の項目で説明を行っている。

1.　調査方法

調査の１回目（18年度）はケアマネジメントの研修会を利用し、研修会を主催する各事務局の協力を仰ぎ、研修会場で調査票を配布した。その後、回答のあった担当ケアマネジャーに対して６か月ごとに２回目、３回目の継続調査票を郵送し留め置き後、郵送にて回収した。(配布先：鹿児島県、富山県、倉敷市のケアマネジャー)

論理的な配慮として、調査対象となる利用者に対し、担当ケアマネジャーを通じ、文書にて調査協力承諾書を得ている。また、調査対象者ならびにケアマネジャー個人が特定できないように配慮している。

調査期間：

●１回目調査	平成18年12月	鹿児島県・富山県
	平成19年３月	倉敷市
●２回目調査	平成19年６月	鹿児島県・富山県
	平成19年９月	倉敷市
●３回目調査	平成19年12月	鹿児島県・富山県
	平成20年３月	倉敷市

2.　回収状況

調査協力に同意が得られた２県１市（鹿児島県、富山県、倉敷市）の介護支援専門員協議会所属の介護支援専門員に対し、１回目に合計1,000件を配布した。回収数は469（回収率46.9%）であった。その後、回数を追うごとに全体の返送数が20%ほど減っている。

またその中には、利用者の死亡や入院、入所などによる継続調査不可や担当するケアマネジャーの退職、転職などによる継続調査不可なども含まれている。

図表 1-2-1　アンケート調査の返送数の推移

	１回目	２回目	３回目
鹿児島県	122	90	78
富山県	254	230	198
倉敷市	93	69	42
合計	469	389	318
回収率（対１回目）	－	82.9%	67.8%
継続調査可能数	－	261	181
継続調査不可数	－	126	102
無回答		2	35

3.　調査結果　　継続調査可能分

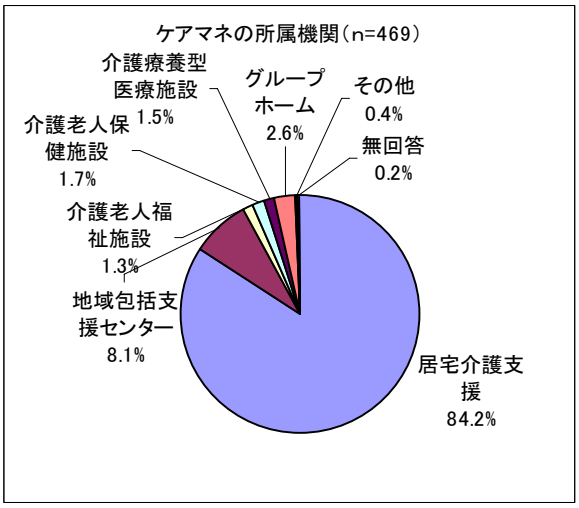
(1)　基本的な項目（18 年度の１回目のみ）

＜所属している機関等＞

1) どこの機関に所属していますか（n＝469）

ケアマネジャーの所属している機関をみると、「居宅介護支援事業所」に所属している人が84.2%と大部分を占めている。次いで「地域包括支援センター」が8.1%となっている。他の機関に所属する人は１～２%前後と少ない。

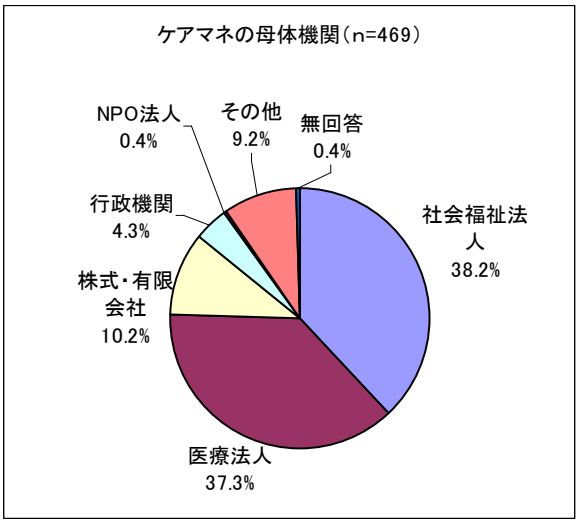
図表 1-3-1　所属機関



2)所属している機関の母体機関は何ですか（n＝469）

所属している母体機関をみると、「社会福祉法人」がもっとも多く38.2%を占めている。次いで「医療法人」が37.3%、「株式・有限会社」が10.2%、農協や生協、医師会立などの「その他」が9.2%、「行政機関」が4.3%の順となっている。

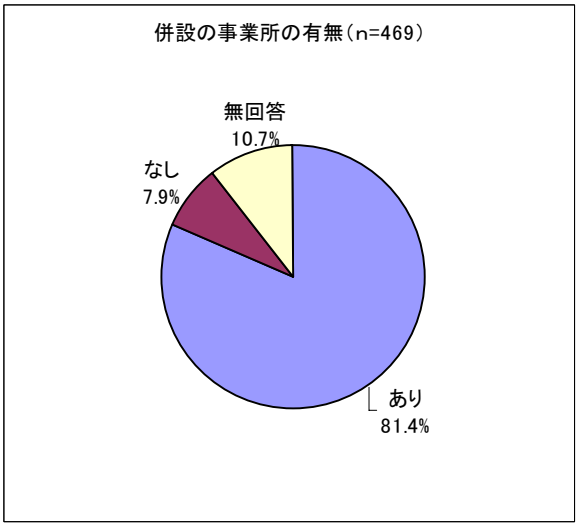
図表 1-3-2　所属母体機関



3)併設している事業所の有無（n＝469）

併設している事業所の有無をみると、「あり」が81.4%を占め、大部分が併設の事業所を有している。

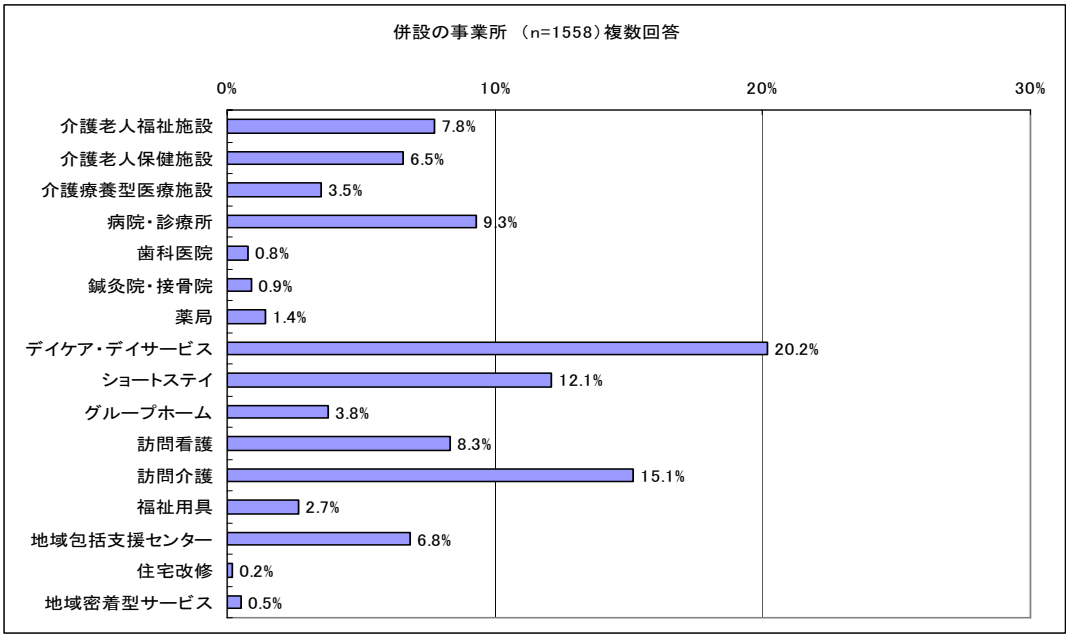
図表 1-3-3　併設事業所の有無



4)併設している事業所の種類（n＝1558：複数回答）

併設しているサービス事業の種類をみると、「デイケア・デイサービス」がもっとも多く、20.2%を占めている。次いで「訪問介護」が15.1%、「ショートステイ」が12.1%、「病院・診療所」が9.3%の順となっている。

図表 1-3-4　併設されているサービス事業の種類

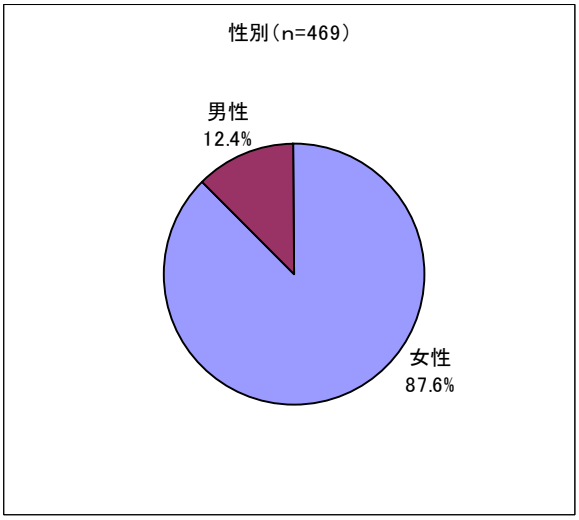


(2)　あなた（ケアマネジャー）ご自身のこと

1)性別（n＝469）

回答者の性別をみると、「女性」が87.6%で大部分を占めている。
「男性」はわずか12.4%である。

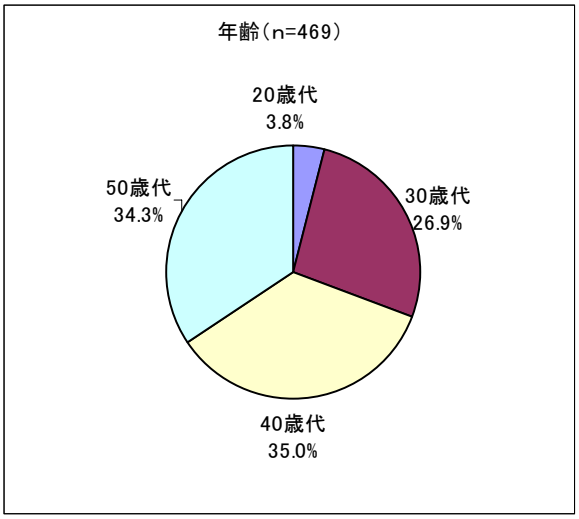
図表 1-3-5　性別



2)年齢（n＝469）

回答者の年齢をみると、「40歳代」が35.0%でもっとも多くを占めている。次いで「50歳代」が34.3%、「30歳代」が26.9%の順となっている。

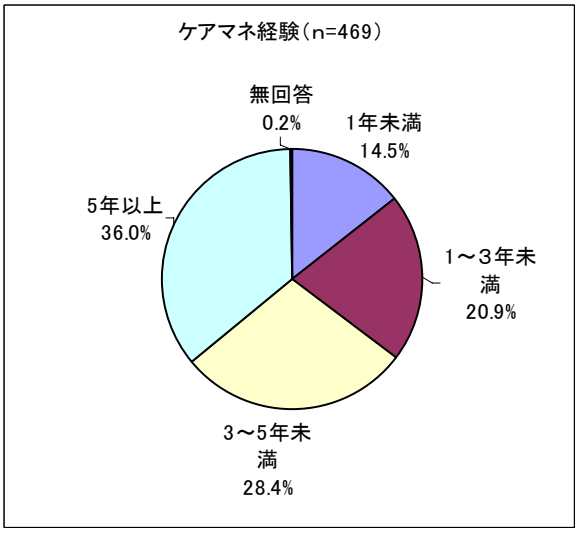
図表 1-3-6　年齢



3）ケアマネジャーとしての実務経験年数（n＝469）

ケアマネジャーとしての経験年数をみると、「５年以上」が36.0%ともっとも多くを占めている。次いで「３～５年未満」が28.4%、「１～３年未満」が20.9%となっている。

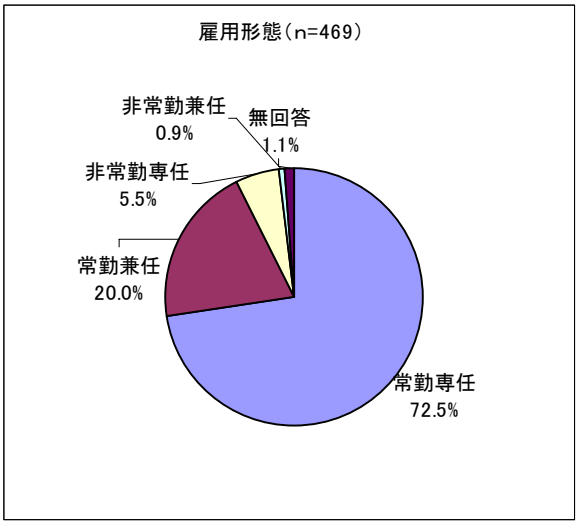
図表 1-3-7　ケアマネジャーの経験年数



4）雇用形態（n＝469）

ケアマネジャーの雇用形態をみると、「常勤専任」が72.5%ともっとも多くを占めている。次いで、「常勤兼任」が20.0%となっており、90%以上が常勤となっている。

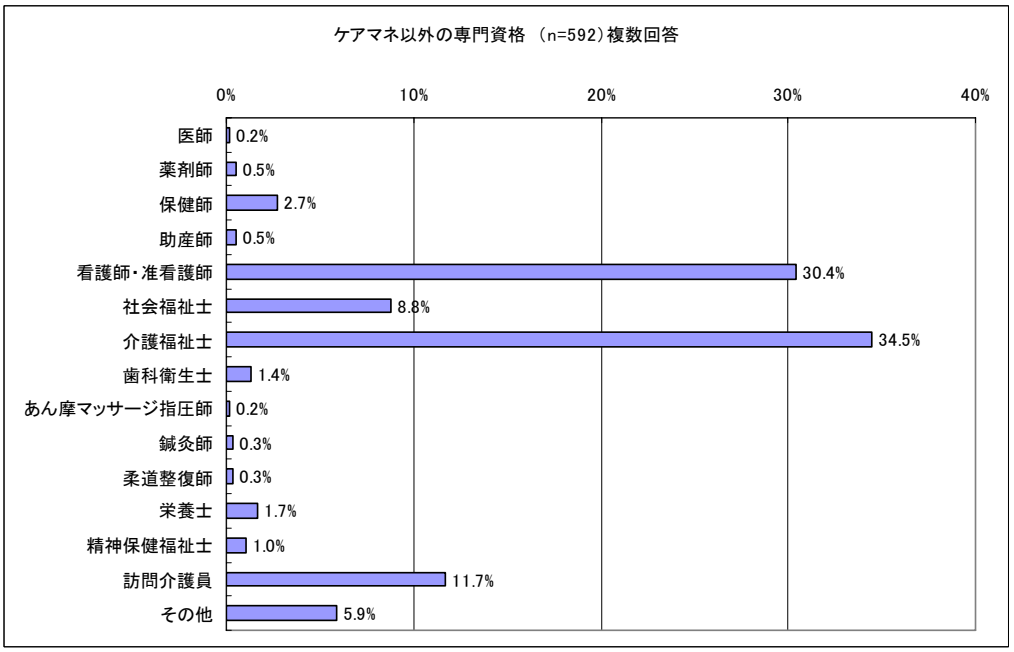
図表 1-3-8　雇用形態



5）ケアマネジャー以外の専門資格（n＝592：複数回答）

ケアマネジャー以外に有する専門資格をみると、「介護福祉士」が34.5%ともっとも多くを占めている。次いで「看護師・准看護師」が30.4%、「訪問介護員」が11.7%の順となっている。

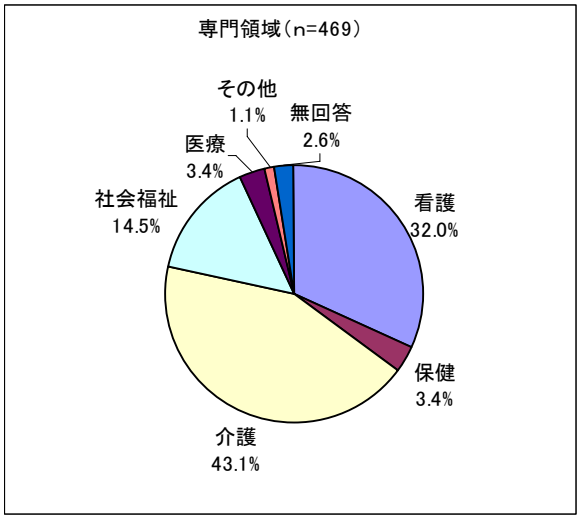
図表 1-3-9　ケアマネジャー以外の専門資格



6）もっとも近い専門領域（n＝469）

もっとも近い専門領域をみると、「介護」が43.1%でもっとも多くを占めている。次いで「看護」が32.0%、「社会福祉」が14.5%となっている。

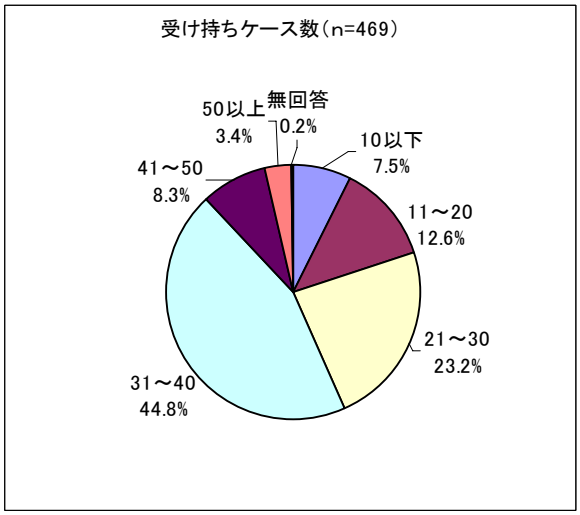
図表 1-3-10　もっとも近い専門領域



7)現在の受け持ちケース数（n＝469）

現在の受け持ちケース数をみると、「31～40」が44.8%でもっとも多くを占めている。次いで「21～30」が23.2%、「11～20」が12.6%となっている。

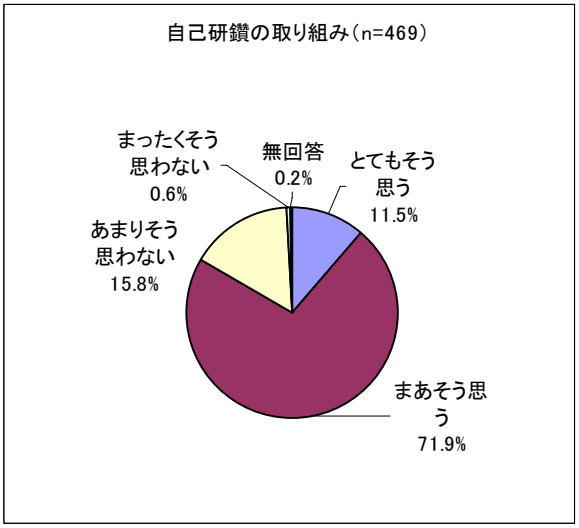
図表 1-3-11　受け持ちケース数



8）自己研鑽への取り組み（n＝469）

研修など自己研鑽への積極的な取り組みを行っているかの自己評価は「まあそう思う」が71.9%でもっとも多くを占めている。「とてもそう思う」が11.5%あり、併せると80%以上の人が研修など積極的に自己研鑽を行っている。

図表 1-3-12 自己研鑽への取組み

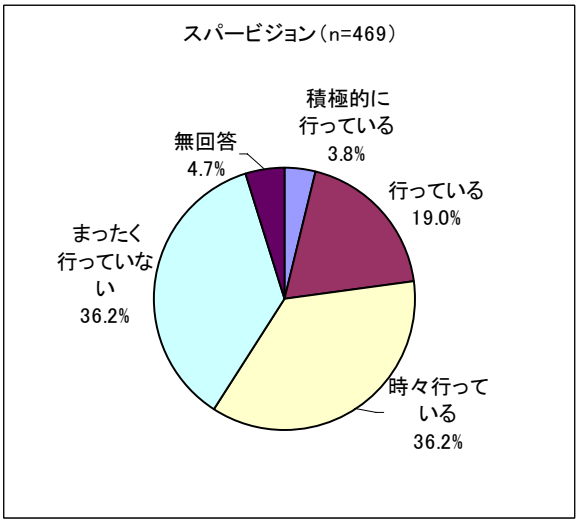


9）所属する事業所でのスーパービジョンなどの実施（n＝469）

所属する事業所などでスーパービジョンなどを行っているかをみると、「時々行っている」が36.2%、「行っている」が19.0%あり、「積極的に行っている」を含めると60%近くの事業所が何らかの機会にスーパービジョンなどを行っている。

一方で「まったく行っていない」という事業所も36.2%みられる。

図表 1-3-13　スーパービジョンの実施

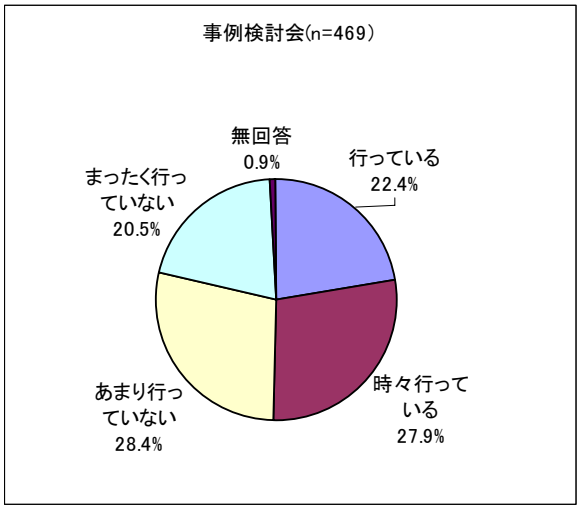


10）所属する事業所での定期的な事例検討会などの実施（n＝469）

所属する事業所などで定期的な事例検討会などを行っているかをみると、「行っている」が22.4%、「時々行っている」が27.9%あり、50%以上の事業所で定期的に事例検討会などを行っている。

一方で「あまり行っていない」が28.4%、「まったく行っていない」という事業所も36.2%みられる。

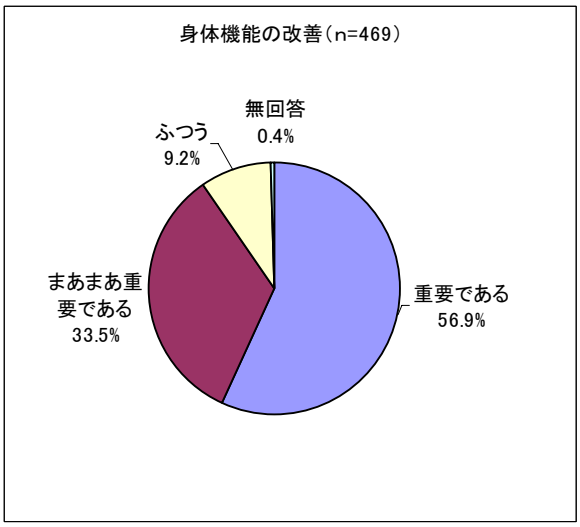
図表 1-3-14　事例検討会などの実施



11）利用者の身体的機能の改善（n＝469）

ケアマネジャーの業務上で、重要視しているものの中で利用者の身体的機能の改善をみると、「重要である」が56.9%ともっとも多くを占めている。次いで「まあまあ重要である」が33.5%となっており、合わせて90%以上の人が重要であると考えている。

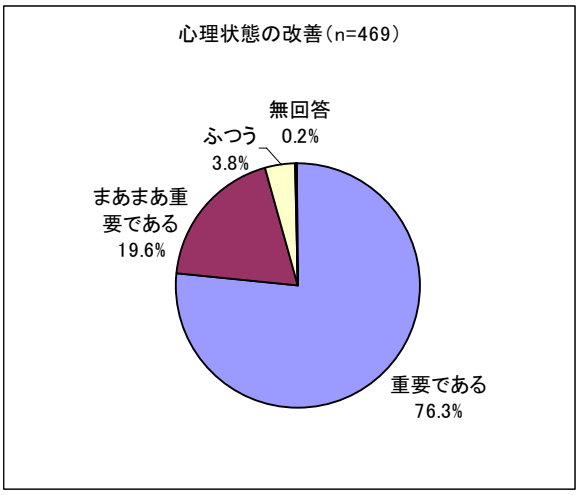
図表 1-3-15　身体機能の改善（重要度）



12）利用者の心理状態の改善（n＝469）

ケアマネジャーの業務上で、重要視しているものの中で利用者の心理状態の改善をみると、「重要である」が76.3%ともっとも多くを占めている。次いで「まあまあ重要である」が19.6%となっており、合わせて95%以上の人が重要であると考えている。

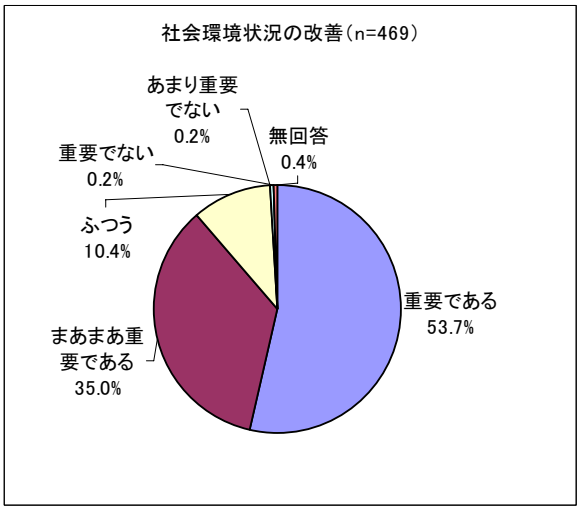
図表 1-3-16　心理状態の改善（重要度）



13）利用者の社会環境状況の改善（n＝469）

ケアマネジャーの業務上で、重要視しているものの中で利用者の社会環境状況の改善をみると、「重要である」が53.7%ともっとも多くを占めている。次いで「まあまあ重要である」が35.0%となっており、合わせて90%近くの人が重要であると考えている。

図表 1-3-17　社会環境状況の改善

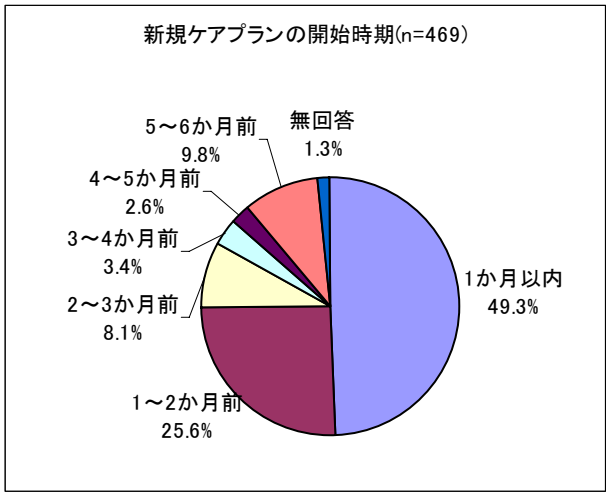


(3)　あなたの受け持っているもっとも直近の新規ケース（本調査の対象者）について

1)新規ケアプランの開始時期（n＝469）

新規ケアプランの開始時期をみると、「１か月以内」が49.3%ともっとも多く、半数近くを占めている。次いで「１～２か月前」が25.6%、「５～６か月」が9.8%、「２～３か月前」が8.1%となっている。

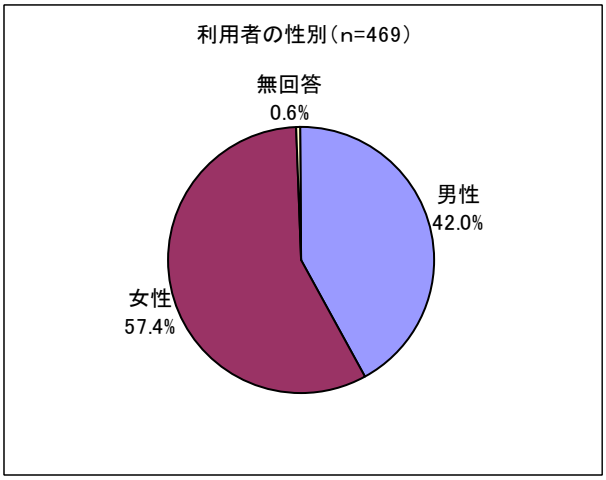
図表 1-3-18　新規ケアプランの開始時期



2)利用者の性別（n＝469）

利用者の性別をみると、「女性」が57.4%と半数以上を占めている。「男性」は42.0%となっている。

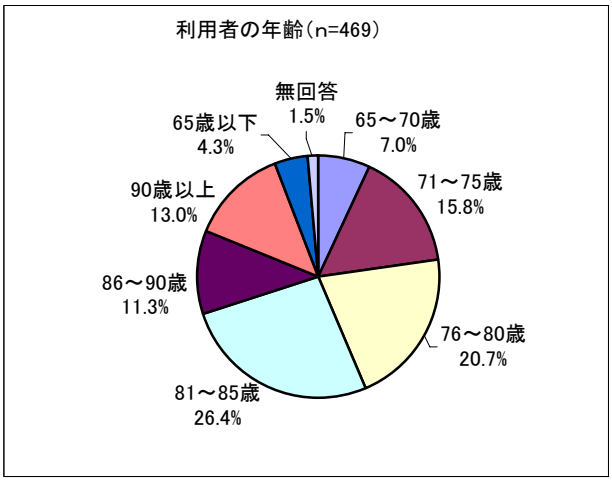
図表 1-3-19　利用者の性別



3)利用者の年齢（n＝469）

利用者の年齢構成をみると、「76～80歳」が20%以上、「81～85歳」が25%前後で多くを占めている。全体で75歳以上の後期高齢者の割合が70%以上を占めている。

図表 1-3-20　利用者の年齢

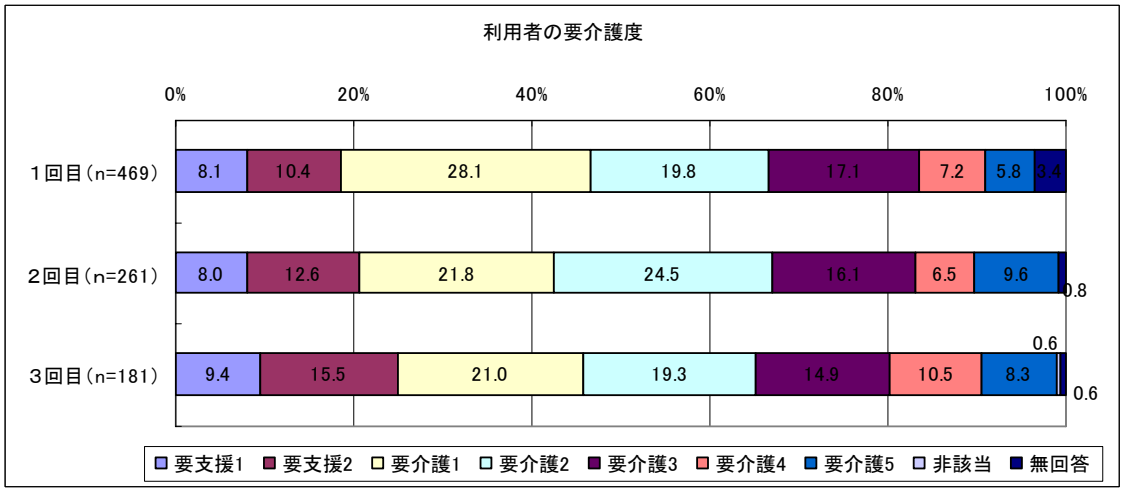


4)-1　利用者の要介護度

利用者の要介護度をみると、毎回大きな変化はみられないが、１回目から２回目では、「要支援２」、「要介護２」、「要介護５」などが、それぞれ２%から４%程度増えている。

２回目から３回目では、さらに「要支援２」が３%程度増え、その他「要介護４」が４%程度増えている。毎回「要介護３」以上の重度者は全体の30%以上を占めている。

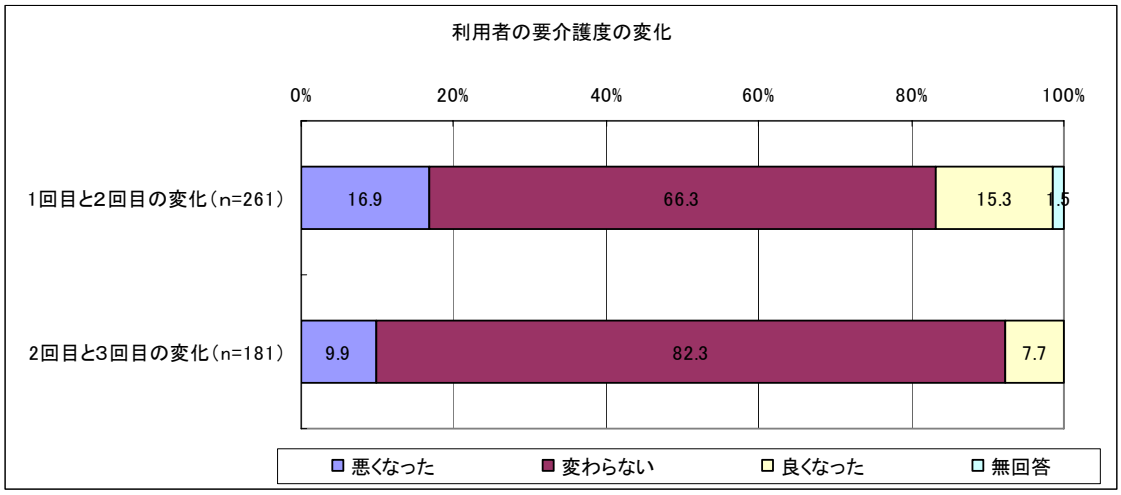
図表 1-3-21　利用者の要介護度



4)-2　利用者の要介護の変化

利用者の要介護度の変化では、１回目から２回目の６か月の変化をみると、「変わらない」という人が66.3%であったが、２回目から３回目では「変わらない」が82.3%に増えている。要介護の変化をみる限り、調査ごとに「変わらない」という人の割合が高くなっている。

図表 1-3-22　利用者の要介護度の変化

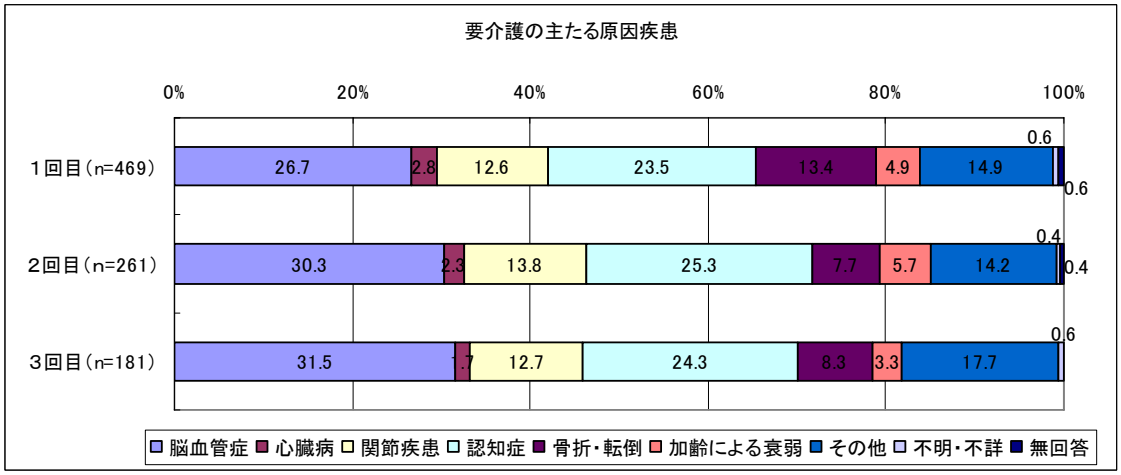


5)利用者の要介護状態になった主な原因

利用者の要介護になった主な原因をみると、「脳血管症」が30%前後ともっとも多くを占めている。次いで「認知症」が25%前後、「関節疾患」が13%前後の順となっている。

同じ人への継続調査なので、調査ごと要介護状態になる原因疾患の大きな変化は見られない。

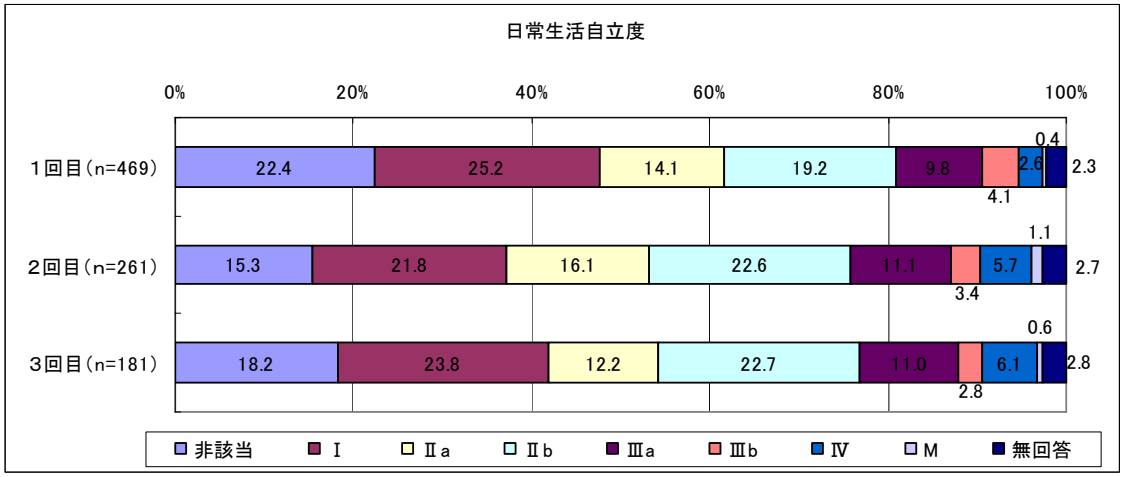
図表 1-3-23　要介護状態の原因疾患



6)-1　利用者の痴呆性老人の日常生活自立度

利用者の認知症の日常生活自立度をみると、１回目から２回目では「非該当」の人の割合が22.4%から15.3%まで減っており、その分「Ⅱｂ」や「Ⅳ」レベルの人が３%程度増え、やや重度化している傾向が見られる。２回目から３回目では、「非該当」の人の割合が15.3%から18.2%まで増えてやや改善がみられるものの、「Ⅱｂ」以上の人の割合は40%以上を占めている。

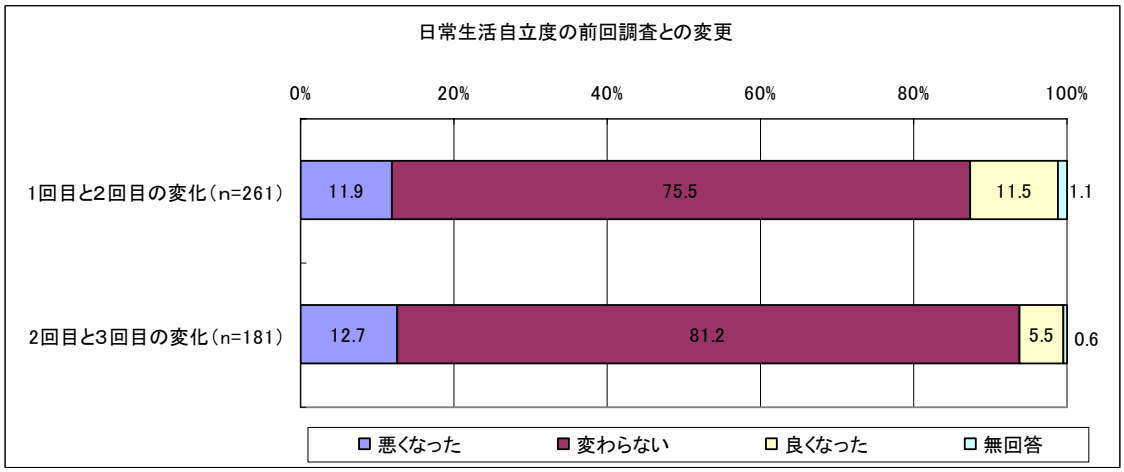
図表 1-3-24　日常生活自立度のレベル



6)-2　利用者の痴呆性老人の日常生活自立度の変更

利用者の日常生活自立度の変更をみると、１回目から２回目では「変わらない」という人が、75.5%であったが、２回目から３回目では81.2%に増えている。また、１回目から２回目では「良くなった」という人は、11%みられたが２回目から３回目では5.5%と半減している。日常生活自立度に限ってみると「変わらない」という人が75%から80%を占め、安定している人が多い。

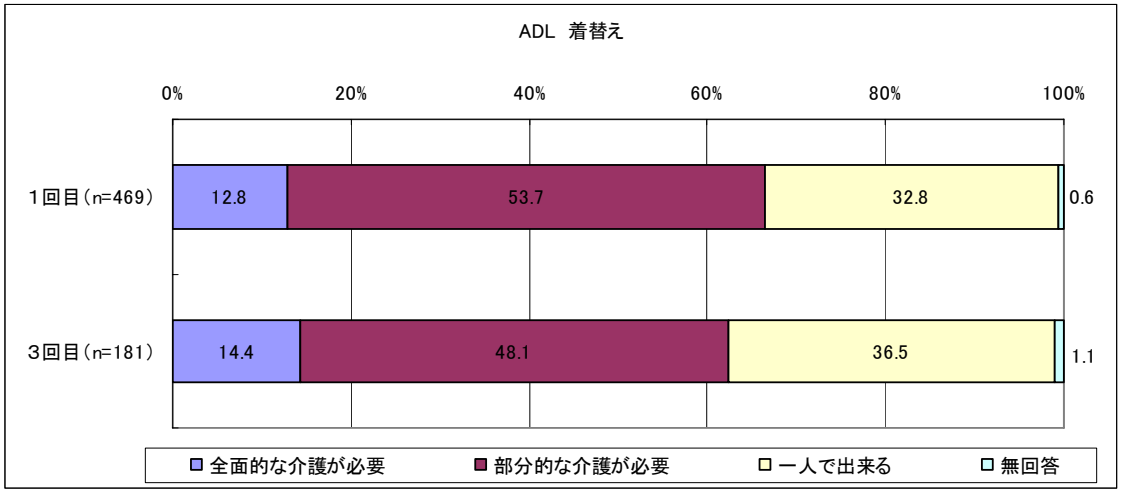
図表 1-3-25　日常生活自立度のレベルの変更



7)着替え

利用者のADLで着替えを１回目から３回目の１年間でみると「全面的な介護が必要」という人の割合が12.8%から14.4%と少し増え、やや重度化が進んでいるものの、「一人で出来る」という人の割合も32.8%から36.5%と増えている。着替えでは自立度の高い人が1/3以上を占めている。

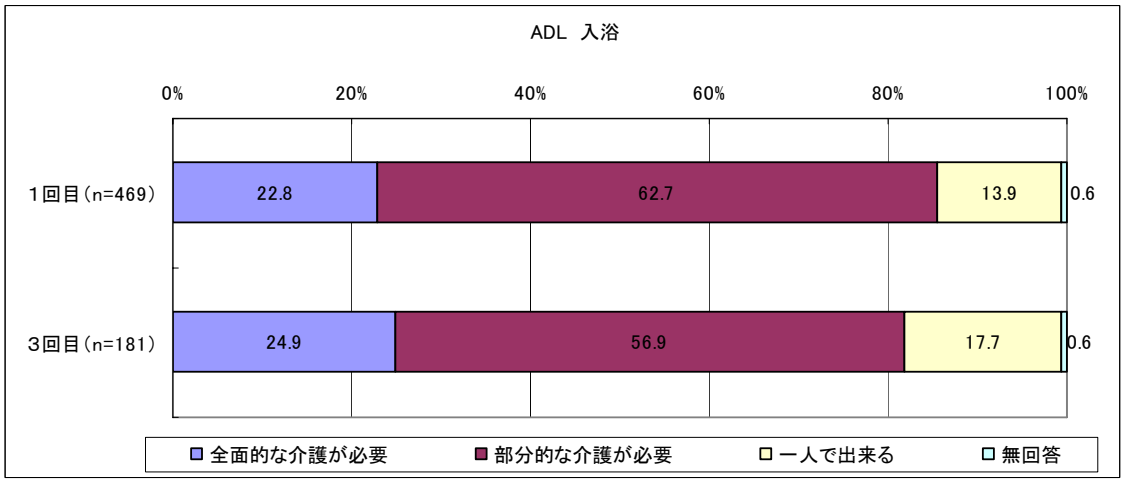
図表 1-3-26　着替え



8)入浴

利用者のADLで入浴を１回目から３回目の１年間でみると「全面的な介護が必要」という人の割合が22.8%から24.9%と少し増え、やや重度化が進んでいるものの、「一人でできる」という人の割合も13.9%から17.7%と増えている。入浴では自立度の高い人が1/5弱を占めている。

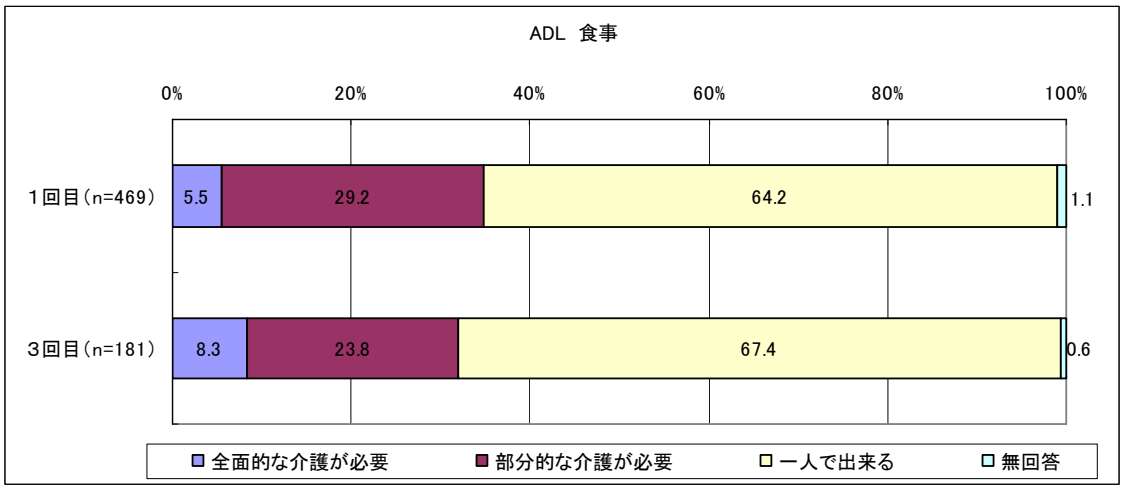
図表 1-3-27　入浴



9)食事

利用者のADLで食事を１回目から３回目の１年間でみると「全面的な介護が必要」という人の割合が5.5%から8.3%と少し増え、やや重度化が進んでいるものの、「一人でできる」という人の割合も64.2%から67.4%と増えている。食事では自立度の高い人が2/3以上を占めている。

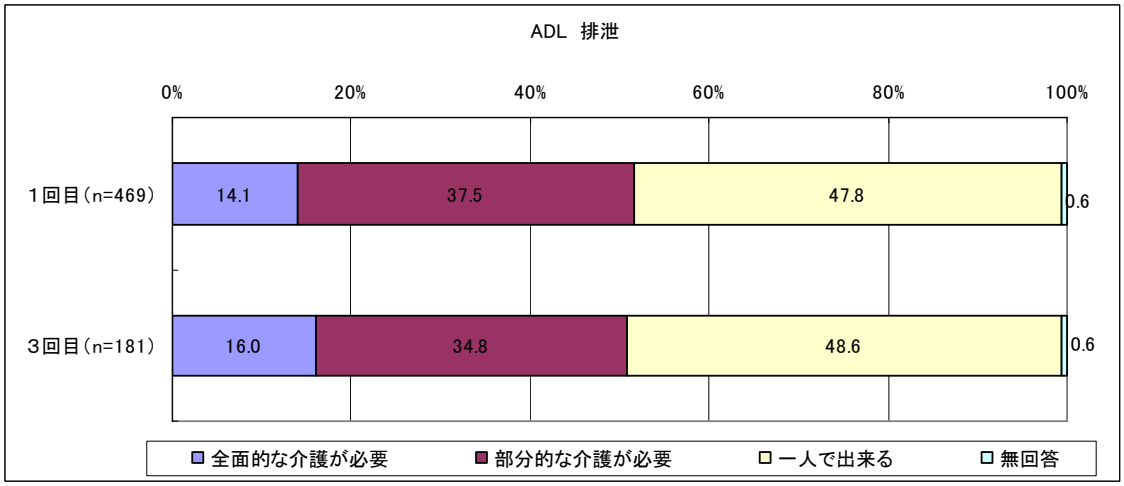
図表 1-3-28　食事



10）排泄

利用者のADLで排泄を１回目から３回目の１年間でみると「全面的な介護が必要」という人の割合が14.1%から16.0%と少し増え、やや重度化が進んでいるものの、「一人でできる」という人の割合も47.8%から48.6%とわずかに増えている。排泄では自立度の高い人が半数程度を占めている。

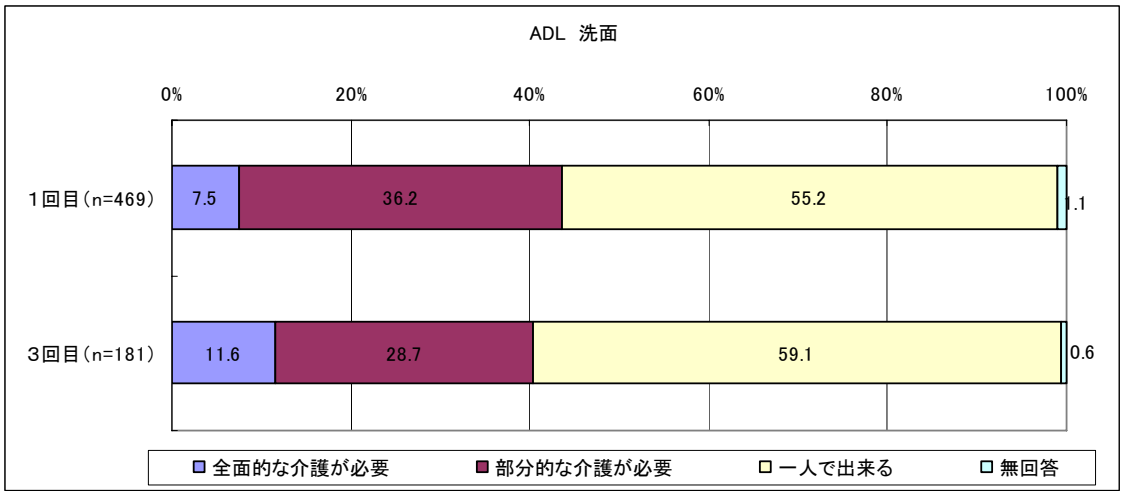
図表 1-3-29　排泄



11）洗面

利用者のADLで洗面を１回目から３回目の１年間でみると「全面的な介護が必要」という人の割合が7.5%から11.6%と少し増え、やや重度化が進んでいるものの、「一人でできる」という人の割合も55.2%から59.1%と増えている。洗面では自立度の高い人が６割近くを占めている。

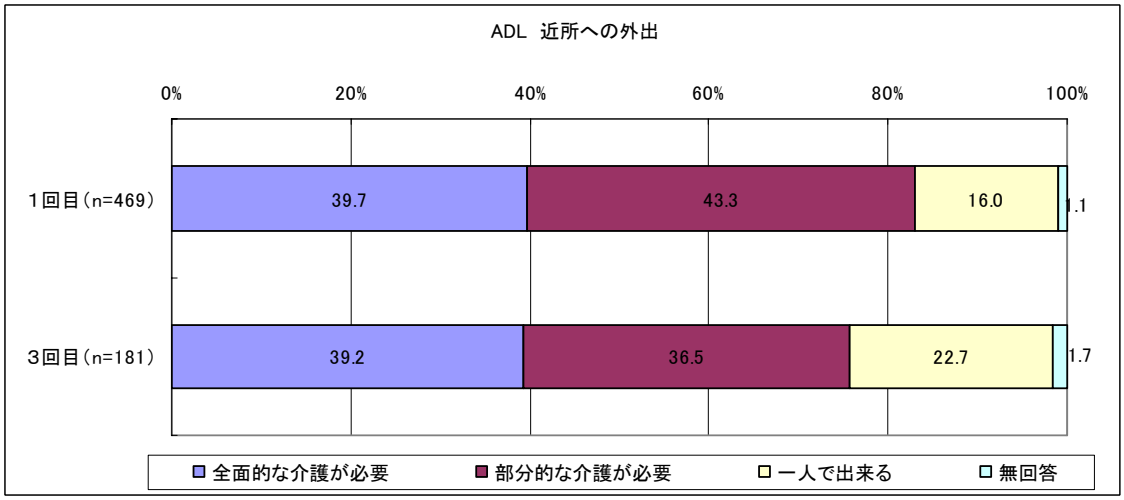
図表 1-3-30　洗面



12）近所への外出

利用者のADLで近所への外出を１回目から３回目の１年間でみると「全面的な介護が必要」という人の割合は39.7%から39.2%とわずかに減っている。「一人でできる」という人の割合は16.0%から22.7%と増えている。近所への外出では自立度の高い人が1/5以上を占めている。

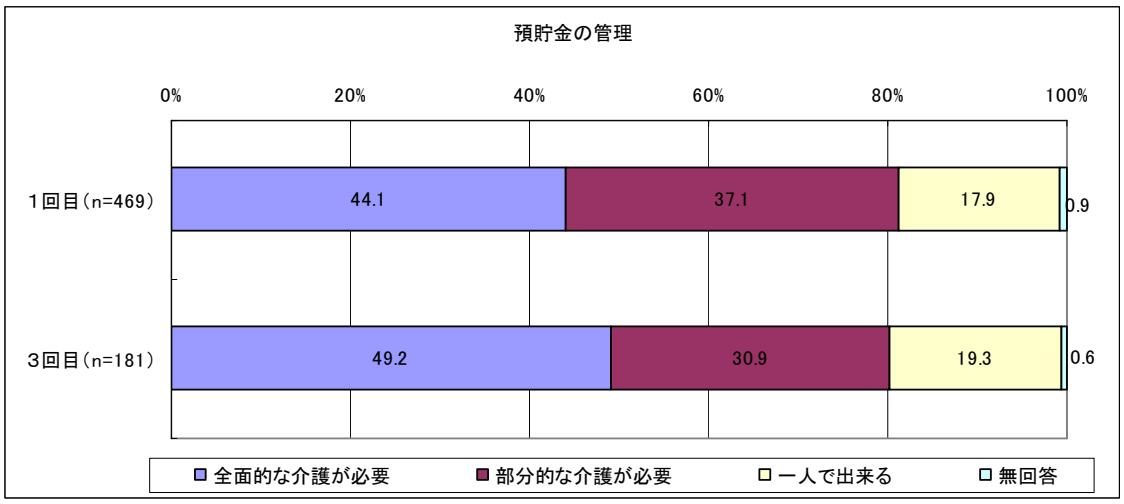
図表 1-3-31　近所への外出



13）預貯金等の管理

利用者のIADLで預貯金の管理を１回目から３回目の１年間でみると「全面的な介護が必要」という人の割合が44.1%から49.2%と増え、やや重度化が進んでいるものの、「一人でできる」という人の割合も17.9%から19.3%と少し増えている。預貯金の管理で自立度の高い人が1/5程度を占めている。

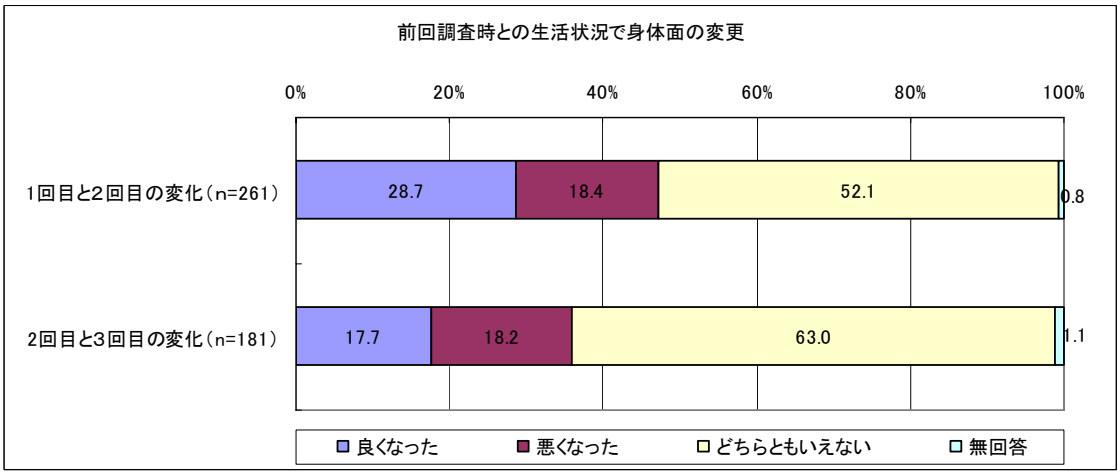
図表 1-3-32　預貯金の管理



14)-1　利用者の生活状況（身体機能面）

本人の身体機能面の変更をみると、１回目から２回目では「良くなった」という人は28.7%であったが、２回目から３回目では17.7%と大きく減り悪化傾向がみえている。その一方で「どちらともいえない」という人は１回目から２回目では52.1%を占めていたが、２回目から３回目では63.0%と増えており、身体機能面で比較的安定している人の割合は60%以上を占めている。

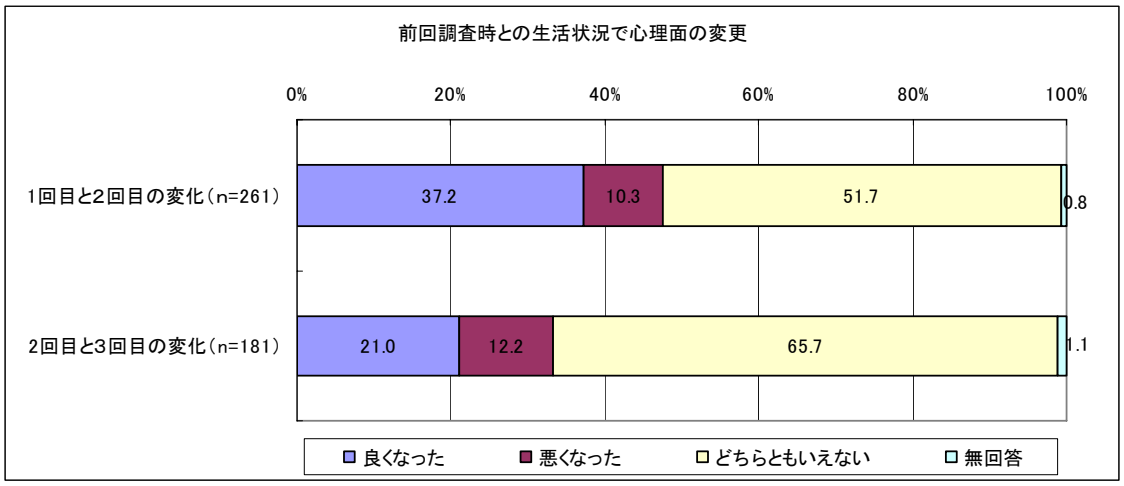
図表 1-3-33　利用者の生活状況の変更（身体面）



14)-2　利用者の生活状況（心理面）

本人の心理面の変更をみると、１回目から２回目では「良くなった」という人は37.2%であったが、２回目から３回目では21.0%と大きく減り悪化傾向がみえている。その一方で「どちらともいえない」という人は１回目から２回目では51.7%であったが、２回目から３回目では65.7%と増えており、心理面で比較的安定している人の割合は65%以上を占めている。

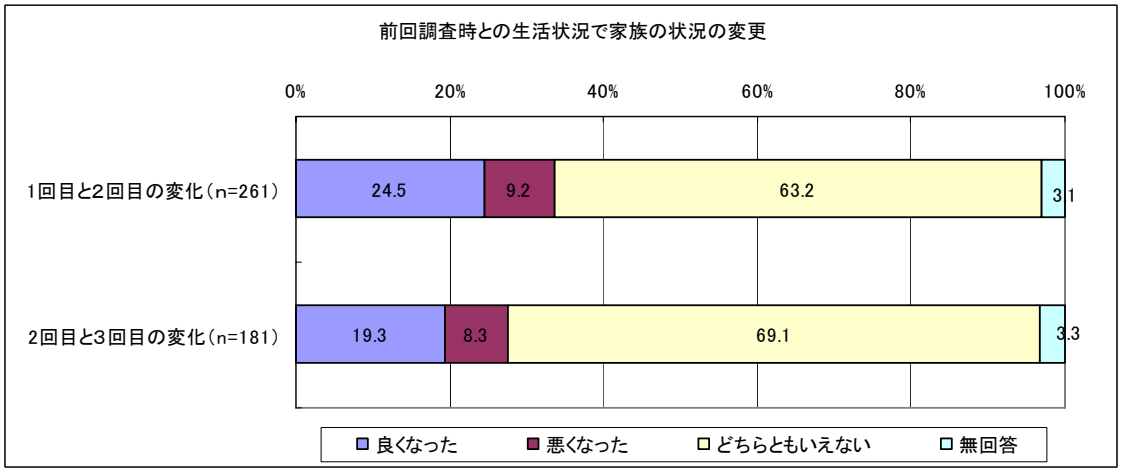
図表 1-3-34　利用者の生活状況の変更（心理面）



14)-3　利用者の生活状況（家族の状況）

家族の状況の変更をみると、１回目から２回目では「良くなった」という人は24.5%あったが、２回目から３回目では19.3%と少し減り悪化傾向がみえている。その一方で「どちらでもない」という人は１回目から２回目では63.2%であったが、２回目から３回目では69.1%とやや増えており、家族の状況で比較的安定している人の割合は70%近くを占めている

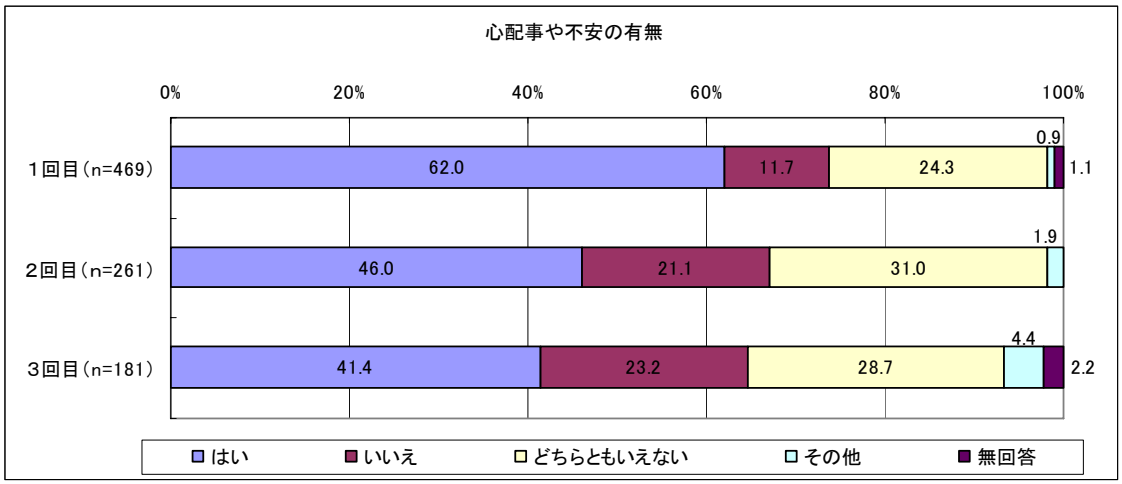
図表 1-3-35　利用者の生活状況の変更（家族の状況）



15）心配事や不安の有無

利用者の生活上で心配ごとや不安の有無をみると、１回目では「はい」が62.0%を占めていたが、２回目には46.0%と大きく減っている。３回目ではさらに41.4%まで減り、心配事や不安のある人の割合が減っている。しかし、40%以上の人が何らかの心配事や不安を持ち過ごしている。

図表 1-3-36　生活上での心配事や不安



図表 1-3-37　１回目から２回目の変化の内訳

1回目から2回目の変化の内訳		2回目　心配事や不安				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
1回目 心配事や不安	はい	101	20	38	4	163
	いいえ	13	19	8	1	41
	どちらともいえない	25	15	36	0	76
	その他	0	2	0	0	2
合計（人）		139	56	82	5	282

１回目の心配事や不安の有無で「はい（ある）」と答えた163人のうち、２回目の回答では「はい（ある）」（変化なし）が101人、「いいえ（ない）」が20人、「どちらともいえない」が38人、「その他」が４人と変化している。同様に１回目で「いいえ（ない）」と答えた41人のうち、２回目の回答では「はい（ある）」が13人、「いいえ（ない）」（変化なし）が19人、「どちらともいえない」が８人、「その他」が１人に変化している。

全体として１回目に163人あった「はい（ある）」は、２回目には139人と24人減っている。また、１回目に41人あった「いいえ（ない）」は２回目では56人と15人増えている。

図表 1-3-38　２回目から３回目の変化の内訳

2回目から3回目の変化の内訳		3回目　心配事や不安				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
2回目心配事や不安	はい	57	8	19	1	85
	いいえ	5	16	13	2	36
	どちらともいえない	10	14	26	2	52
	その他	2	1	0	2	5
合計（人）		74	39	58	7	178

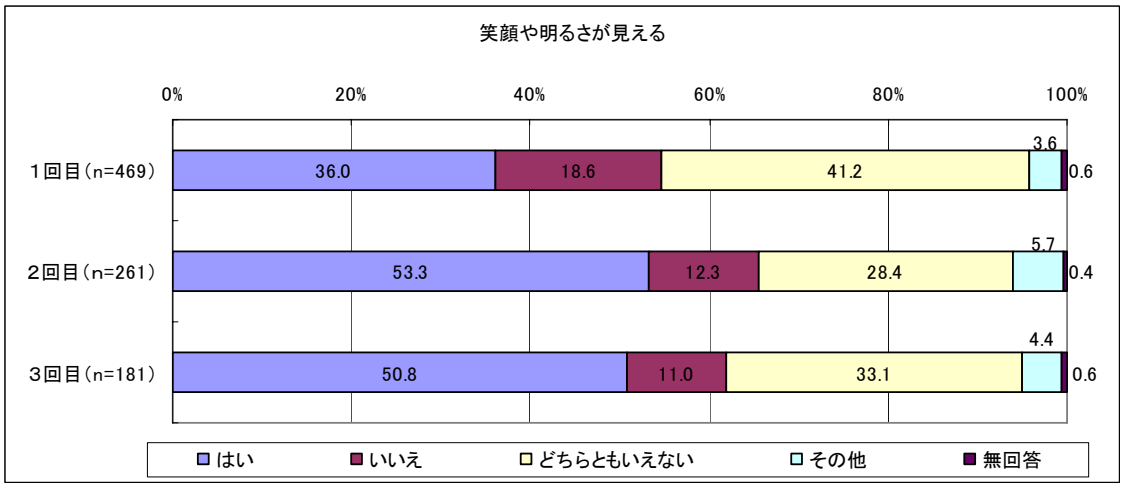
２回目の心配事や不安の有無で「はい（ある）」と答えた85人のうち、３回目の回答では「はい（ある）」（変化なし）が57人、「いいえ（ない）」が８人、「どちらともいえない」が19人、「その他」が１人と変化している。同様に２回目で「いいえ（ない）」と答えた36人のうち、３回目の回答では「はい（ある）」が５人、「いいえ（ない）」（変化なし）が16人、「どちらともいえない」が13人、「その他」が２人に変化している。

全体として２回目に85人あった「はい（ある）」は３回目には74人と11人減っている。また、２回目に36人あった「いいえ（ない）」は３回目には39人と３人増えている。

16）いつも笑顔や明るさがみられますか

利用者の生活上でいつも笑顔や明るさがみられるかをみると、１回目では「はい」が36.0％と少なかったが、２回目では53.3％まで増えている。３回目では、50.8％とやや減っているが、半数以上の人がいつも笑顔で明るく過ごしている。

図表 1-3-39　笑顔や明るさ



図表 1-3-40　１回目から２回目の変化の内訳

1回目から2回目の変化の内訳		2回目　笑顔や明るさ				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
1回目笑顔や明るさ	はい	77	2	27	5	111
	いいえ	12	14	14	7	47
	どちらともいえない	56	17	40	2	115
	その他	2	3	1	3	9
合計（人）		147	36	82	17	282

１回目の笑顔や明るさが見えますかで「はい（ある）」と答えた111人のうち、２回目の回答では「はい（ある）」（変化なし）が77人、「いいえ（ない）」が２人、「どちらともいえない」が27人、「その他」が５人と変化している。同様に１回目で「いいえ（ない）」と答えた47人のうち、２回目の回答では「はい（ある）」が12人、「いいえ（ない）」（変化なし）が14人、「どちらともいえない」が14人、「その他」が７人に変化している。

全体として１回目に111人あった「はい（ある）」は、２回目には147人と36人増えている。また、１回目に47人あった「いいえ（ない）」は、２回目には36人と11人減っている。

図表 1-3-41　　２回目から３回目の変化の内訳

2回目から3回目の変化の内訳		3回目　笑顔や明るさ				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
2回目笑顔や明るさ	はい	65	7	21	2	95
	いいえ	4	9	8	0	21
	どちらともいえない	18	5	31	2	56
	その他	3	0	3	3	9
合計（人）		90	21	63	7	181

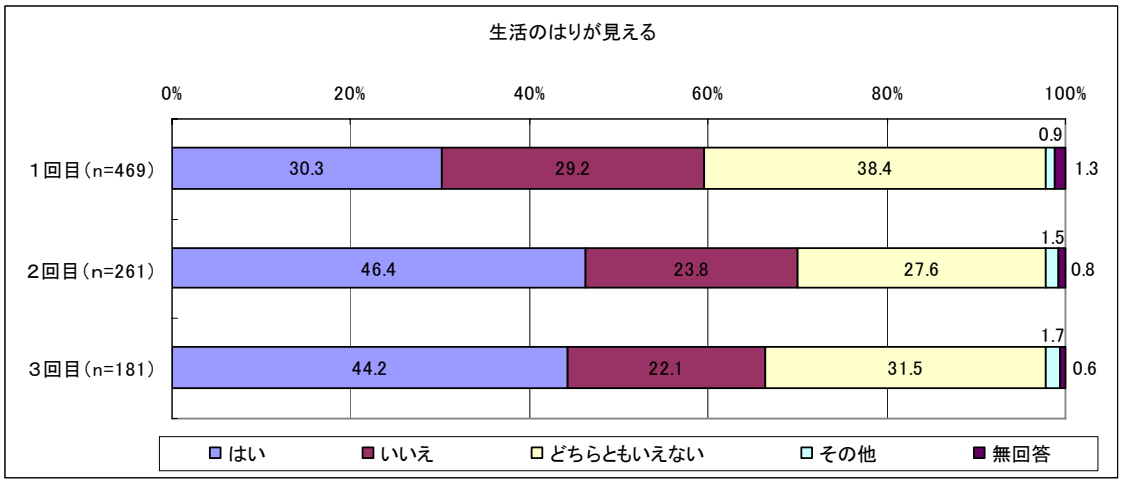
２回目の笑顔や明るさが見えますかで「はい（ある）」と答えた95人のうち、３回目の回答では「はい（ある）」（変化なし）が65人、「いいえ（ない）」が７人、「どちらともいえない」が21人、「その他」が２人と変化している。同様に２回目で「いいえ（ない）」と答えた21人のうち、３回目の回答では「はい（ある）」が４人、「いいえ（ない）」（変化なし）が９人、「どちらともいえない」が８人、「その他」が０人に変化している。

全体として２回目に95人あった「はい（ある）」は、３回目には90人と５人減っている。また、２回目に21人あった「いいえ（ない）」は、３回目には21人と同じになっている。

17）生活にはりがみられますか

利用者の生活上でいつも生活にはりがみられるかをみると１回目では「はい」が30.3%であったが２回目では46.4%まで増えている。３回目では44.2%とやや減っているが、40%以上の人が生活のはりを持って過ごしている。

図表 1-3-42　生活のはり



図表 1-3-43　１回目から２回目の変化の内訳

1回目から2回目の変化の内訳		2回目　生活のはり				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
１回目生活のはり	はい	77	9	16	0	102
	いいえ	13	36	23	2	74
	どちらともいえない	36	23	39	2	100
	その他	2	0	1	0	3
合計（人）		128	68	79	4	279

１回目の生活にはりが見えますかで「はい」と答えた102人のうち、２回目の回答では「はい」（変化なし）が77人、「いいえ」が９人、「どちらともいえない」が16人、「その他」が０人と変化している。同様に１回目で「いいえ」と答えた74人のうち、２回目の回答では「はい」が13人、「いいえ」（変化なし）が36人、「どちらともいえない」が23人、「その他」が２人に変化している。

全体として１回目に102人あった「はい」は、２回目には128人と26人増えている。また、１回目に74人あった「いいえ」は、２回目には68人と６人減っている。

図表 1-3-44　　２回目から３回目の変化の内訳

2回目から3回目の変化の内訳		3回目　生活のはり				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
2回目生活のはり	はい	60	10	20	1	91
	いいえ	5	19	12	1	37
	どちらともいえない	14	9	26	0	49
	その他	0	0	1	2	3
合計（人）		79	38	59	4	180

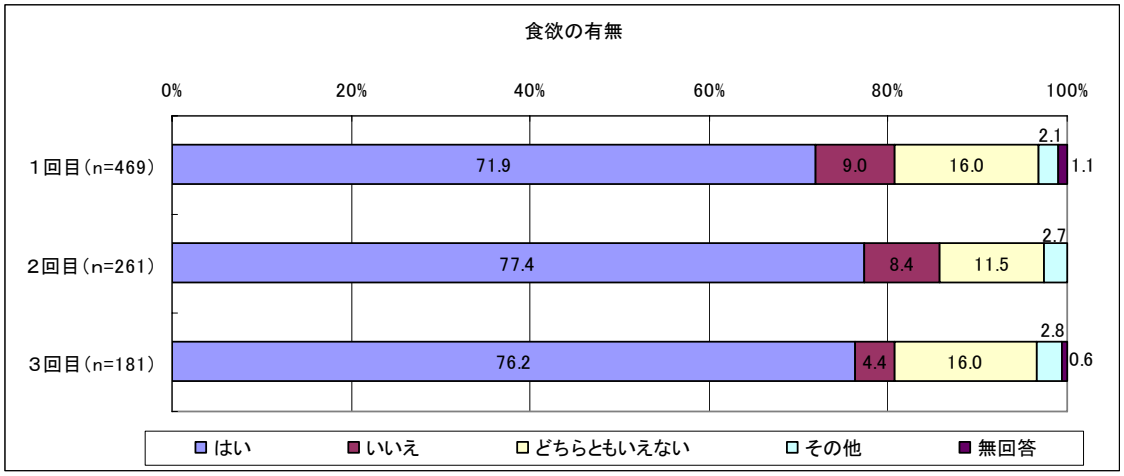
２回目の生活にはりが見えますかで「はい」と答えた91人のうち、３回目の回答では「はい」（変化なし）が60人、「いいえ」が10人、「どちらともいえない」が20人、「その他」が１人と変化している。同様に２回目で「いいえ」と答えた37人のうち、３回目の回答では「はい」が５人、「いいえ」（変化なし）が19人、「どちらともいえない」が12人、「その他」が１人に変化している。

全体として２回目に91人あった「はい」は、３回目には79人と12人減っている。また、２回目に37人あった「いいえ」は、３回目には38人と１人増えている。

18）食欲がありますか

利用者の生活上でいつも食欲がみられるかをみると１回目では「はい」が71.9％であったが２回目では77.4％と少し増えている。３回目では76.2％とわずかに減っているが、８割近い人が食欲のある生活をしている。

図表 1-3-45　食欲の有無



図表 1-3-46　１回目から２回目の変化の内訳

1回目から2回目の変化の内訳		2回目　食欲				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
1回目食欲	はい	178	13	22	1	214
	いいえ	10	6	4	1	21
	どちらともいえない	26	7	6	3	42
	その他	1	0	1	2	4
合計（人）		215	26	33	7	281

１回目の食欲がありますかで「はい」と答えた214人のうち、２回目の回答では「はい」（変化なし）が178人、「いいえ」が13人、「どちらともいえない」が22人、「その他」が１人と変化している。同様に１回目で「いいえ」と答えた21人のうち、２回目の回答では「はい」が10人、「いいえ」（変化なし）が６人、「どちらともいえない」が４人、「その他」が１人に変化している。

全体として１回目に214人あった「はい」は、２回目には215人と１人増えている。また、１回目に21人あった「いいえ」は、２回目には26人と５人増えている。

図表 1-3-47　　２回目から３回目の変化の内訳

2回目から3回目の変化の内訳		3回目　食欲				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
2回目食欲	はい	119	3	16	1	139
	いいえ	9	3	2	0	14
	どちらともいえない	12	1	10	1	24
	その他	1	0	0	3	4
合計（人）		141	7	28	5	181

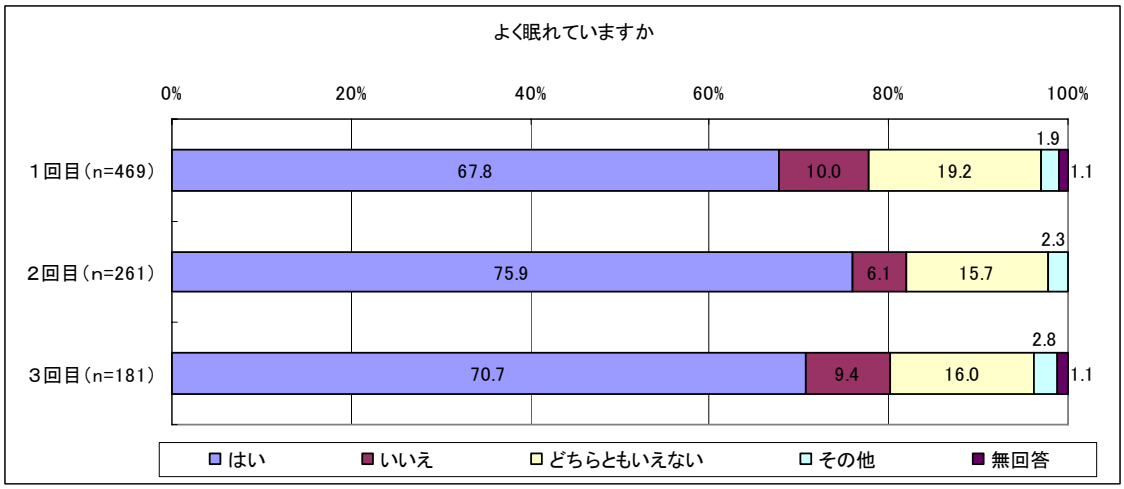
２回目の食欲がありますかで「はい」と答えた139人のうち、３回目の回答では「はい」（変化なし）が119人、「いいえ」が３人、「どちらともいえない」が16人、「その他」が１人と変化している。同様に２回目で「いいえ」と答えた14人のうち３回目の回答では「はい」が９人、「いいえ」（変化なし）が３人、「どちらともいえない」が２人、「その他」が０人に変化している。

全体として２回目に139人あった「はい」は、３回目には141人と２人増えている。また、２回目に14人あった「いいえ」は、３回目には７人と７人減っている。

19）よく眠れていますか

利用者の生活上でよく眠れていますかをみると１回目でが「はい」が67.8%であったが、２回目では75.9%とわずかに増えている。３回目では70.7%と少し減っているが、７割以上の人がよく眠れている毎日を過ごしている。

図表 1-3-48　睡眠



図表 1-3-49　１回目から２回目の変化の内訳

1回目から2回目の変化の内訳		2回目　睡眠				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
１回目睡眠	はい	163	6	25	3	197
	いいえ	13	6	7	1	27
	どちらともいえない	29	5	15	0	49
	その他	3	1	2	3	9
合計（人）		208	18	49	7	282

１回目のよく眠れていますかで「はい」と答えた197人のうち、２回目の回答では「はい」（変化なし）が163人、「いいえ」が６人、「どちらともいえない」が25人、「その他」が３人と変化している。同様に１回目で「いいえ」と答えた27人のうち、２回目の回答では「はい」が13人、「いいえ」（変化なし）が６人、「どちらともいえない」が７人、「その他」が１人に変化している。

全体として１回目に197人あった「はい」は、２回目には208人と11人増えている。また、１回目に27人あった「いいえ」は、２回目には18人と９人減っている。

図表 1-3-50　　２回目から３回目の変化の内訳

2回目から3回目の変化の内訳		3回目　睡眠				合計(人)
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
2回目睡眠	はい	105	10	18	1	134
	いいえ	1	7	3	1	12
	どちらともいえない	16	5	5	2	28
	その他	1	1	4	0	6
合計(人)		123	23	30	4	180

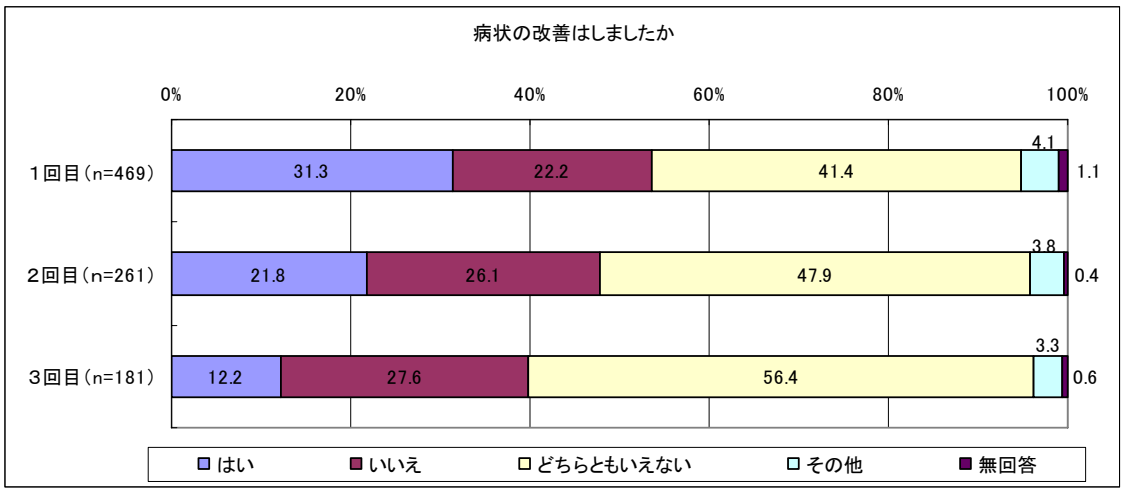
２回目のよく眠れていますかで「はい」と答えた134人のうち、３回目の回答では「はい」（変化なし）が105人、「いいえ」が10人、「どちらともいえない」が18人、「その他」が１人と変化している。同様に２回目で「いいえ」と答えた12人のうち、３回目の回答では「はい」が１人、「いいえ」（変化なし）が７人、「どちらともいえない」が３人、「その他」が１人に変化している。

全体として２回目に134人あった「はい」は、３回目には123人と11人減っている。また、２回目に12人あった「いいえ」は、３回目には23人と11人増えている。

20）病気等の症状は改善しましたか

利用者の生活上で病状は改善しましたかをみると１回目では「はい」が31.3%であったが２回目では21.8%と大きく減っている。３回目では12.2%とさらに減っており、症状の改善はあまりみられない。一方では「どちらともいえない」が１回目の41.4%から２回目には47.9%、３回目には56.4%と増えており、病状の改善が進んでいないものの、あまり症状に変化のない人が少し増え、半数以上を占めている。

図表 1-3-51　病気等の症状の改善



図表 1-3-52　１回目から２回目の変化の内訳

1回目から2回目の変化の内訳		2回目　病状の改善				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
1回目病状の改善	はい	30	19	40	4	93
	いいえ	10	27	20	1	58
	どちらともいえない	19	32	59	6	116
	その他	2	3	8	1	14
合計（人）		61	81	127	12	281

１回目の病状は改善しましたかで「はい」と答えた93人のうち、２回目の回答では「はい」（変化なし）が30人、「いいえ」が19人、「どちらともいえない」が40人、「その他」が４人と変化している。同様に１回目で「いいえ」と答えた58人のうち、２回目の回答では「はい」が10人、「いいえ」（変化なし）が27人、「どちらともいえない」が20人、「その他」が１人に変化している。

全体として１回目に93人あった「はい」は、２回目には61人と32人減っている。また、１回目に58人あった「いいえ」は、２回目には81人と23人増えている。

図表 1-3-53　　２回目から３回目の変化の内訳

2回目から3回目の変化の内訳		3回目　病状の改善				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
2回目病状の改善	はい	8	6	23	0	37
	いいえ	7	26	14	0	47
	どちらともいえない	9	22	56	4	91
	その他	1	0	3	1	5
合計（人）		25	54	96	5	180

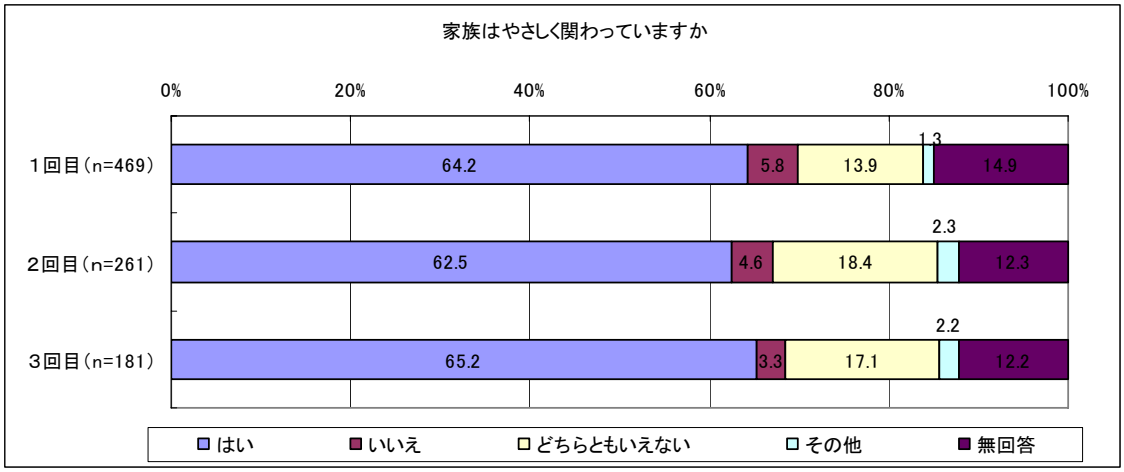
２回目の病状は改善しましたかで「はい」と答えた37人のうち、３回目の回答では「はい」（変化なし）が８人、「いいえ」が６人、「どちらともいえない」が23人、「その他」が０人と変化している。同様に２回目で「いいえ」と答えた47人のうち、３回目の回答では「はい」が７人、「いいえ」（変化なし）が26人、「どちらともいえない」が14人、「その他」が０人に変化している。

全体として２回目に37人あった「はい」は、３回目には25人と12人減っている。また、２回目に47人あった「いいえ」は、３回目には54人と７人増えている。

21）家族はやさしくかかわっていますか

利用者の生活上で家族がやさしくかかわっているかをみると１回目では「はい」が64.2%であったが２回目では62.5%とわずかばかり減っている。しかし、３回目には65.2%と少し増えている。全体としては2/3ほどは家族がやさしくかかわっており、大きな変化はみられない。

図表 1-3-54　家族の関わり



図表 1-3-55　１回目から２回目の変化の内訳

1回目から2回目の変化の内訳		2回目　家族のやさしい関わり				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
1回目 家族のやさしい関わり	はい	147	6	25	1	179
	いいえ	5	4	5	0	14
	どちらともいえない	17	4	12	1	34
	その他	0	1	2	1	4
合計（人）		169	15	44	3	231

１回目の家族はやさしく関わっていますかで「はい」と答えた179人のうち、２回目の回答では「はい」（変化なし）が147人、「いいえ」が６人、「どちらともいえない」が25人、「その他」が１人と変化している。同様に１回目で「いいえ」と答えた14人のうち、２回目の回答では「はい」が５人、「いいえ」（変化なし）が４人、「どちらともいえない」が５人、「その他」が０人に変化している。

全体として１回目に179人あった「はい」は、２回目には169人と10人減っている。また、１回目に14人あった「いいえ」は、２回目には15人と１人増えている。

図表 1-3-56　　２回目から３回目の変化の内訳

2回目から3回目の変化の内訳		3回目　家族のやさしい関わり				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
2回目家族のやさしい関わり	はい	95	2	13	1	111
	いいえ	2	6	2	1	11
	どちらともいえない	14	1	17	0	32
合計（人）		111	9	32	2	154

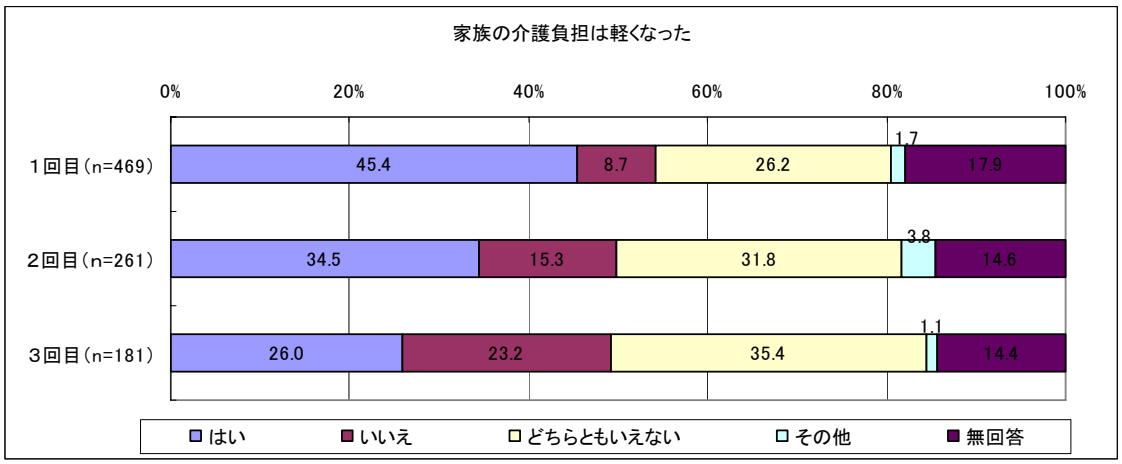
２回目の家族はやさしく関わっていますかで「はい」と答えた111人のうち、３回目の回答では「はい」（変化なし）が95人、「いいえ」が２人、「どちらともいえない」が13人、「その他」が１人と変化している。同様に２回目で「いいえ」と答えた11人のうち、３回目の回答では「はい」が２人、「いいえ」（変化なし）が６人、「どちらともいえない」が２人、「その他」が１人に変化している。

全体として２回目に111人あった「はい」は、３回目には111人と同じである。また、２回目に11人あった「いいえ」は、３回目には９人と２人減っている。

22）家族の介護者の介護負担は軽くなりましたか

利用者の生活上で家族介護負担は軽くなったかをみると１回目では「はい」が45.4％であったが、２回目には34.5％と大きく減っている。さらに３回目では26.0％と減り、回数を経るごとに際立って介護者の介護負担が重くなっている。

図表 1-3-57　介護者の介護負担の軽減



図表 1-3-58　１回目から２回目の変化の内訳

1回目から2回目の変化の内訳		2回目　家族の介護負担の軽減				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
１回目家族の介護負担の軽減	はい	62	21	39	3	125
	いいえ	8	5	8	0	21
	どちらともいえない	21	15	37	3	76
	その他	2	0	1	2	5
合計（人）		93	41	85	8	227

１回目の家族の介護負担は軽くなりましたかで「はい」と答えた125人のうち、２回目の回答では「はい」（変化なし）が62人、「いいえ」が21人、「どちらともいえない」が39人、「その他」が３人と変化している。同様に１回目で「いいえ」と答えた21人のうち、２回目の回答では「はい」が８人、「いいえ」（変化なし）が５人、「どちらともいえない」が８人、「その他」が０人に変化している。

全体として１回目に125人あった「はい」は、２回目には93人と32人減っている。また、１回目に21人あった「いいえ」は、２回目には41人と20人増えている。

図表 1-3-59　　２回目から３回目の変化の内訳

2回目から3回目の変化の内訳		3回目　家族の介護負担の軽減				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
2回目家族の介護負担の軽減	はい	22	17	19	0	58
	いいえ	5	13	8	2	28
	どちらともいえない	16	10	32	1	59
	その他	1	0	3	0	4
合計（人）		44	40	62	3	149

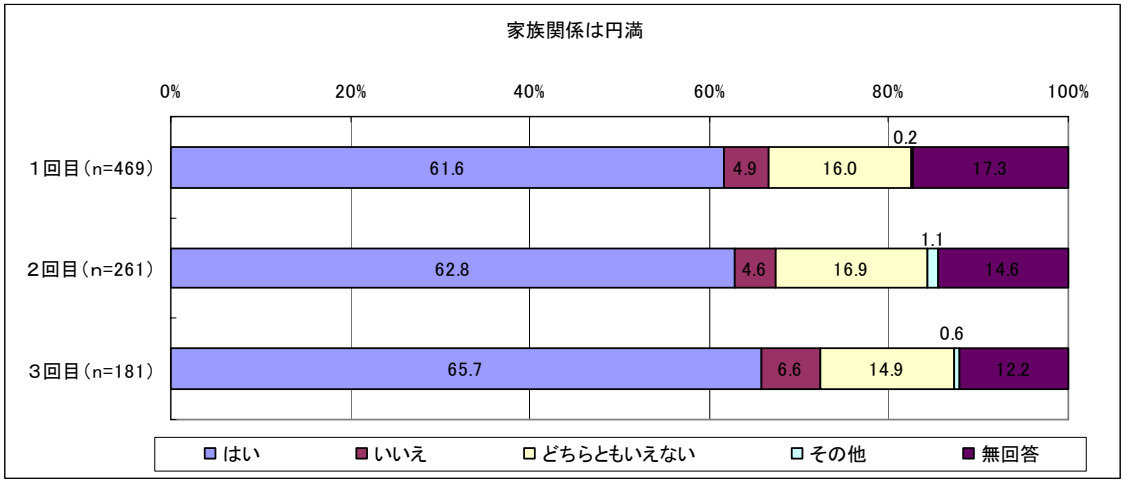
２回目の家族の介護負担は軽くなりましたかで「はい」と答えた58人のうち、３回目の回答では「はい」（変化なし）が22人、「いいえ」が17人、「どちらともいえない」が19人、「その他」が０人と変化している。同様に２回目で「いいえ」と答えた28人のうち、３回目の回答では「はい」が５人、「いいえ」（変化なし）が13人、「どちらともいえない」が８人、「その他」が２人に変化している。

全体として２回目に58人あった「はい」は、３回目には44人と14人減っている。また、２回目に28人あった「いいえ」は、３回目には40人と12人増えている。

23）家族関係は円満ですか

利用者の生活上で家族関係は円満ですかをみると１回目は「はい」が61.6%であったが２回目では62.8%とわずかに増え、３回目ではさらに65.7%まで増えている。全体として2/3以上の人は家族関係を円満に過ごしており、大きな変化はみられない。

図表 1-3-60　家族関係



図表 1-3-61　１回目から２回目の変化の内訳

1回目から2回目の変化の内訳		2回目　家族関係の円満				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
1回目家族関係の円満	はい	144	5	20	1	170
	いいえ	3	5	5	1	14
	どちらともいえない	21	2	16	1	40
合計（人）		168	12	41	3	224

１回目の家族関係は円満ですかで「はい」と答えた170人のうち、２回目の回答では「はい」（変化なし）が144人、「いいえ」が５人、「どちらともいえない」が20人、「その他」が１人と変化している。同様に１回目で「いいえ」と答えた14人のうち、２回目の回答では「はい」が３人、「いいえ」（変化なし）が５人、「どちらともいえない」が５人、「その他」が１人に変化している。

全体として１回目に170人あった「はい」は、２回目には168人と２人減っている。また、１回目に14人あった「いいえ」は、２回目には12人と２人減っている。

図表 1-3-62　　２回目から３回目の変化の内訳

2回目から3回目の変化の内訳		3回目　家族関係の円満				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
2回目家族関係の円満	はい	97	1	14	1	113
	いいえ	1	6	3	0	10
	どちらともいえない	11	6	11	0	28
	その他	2	0	0	0	2
合計（人）		111	13	28	1	153

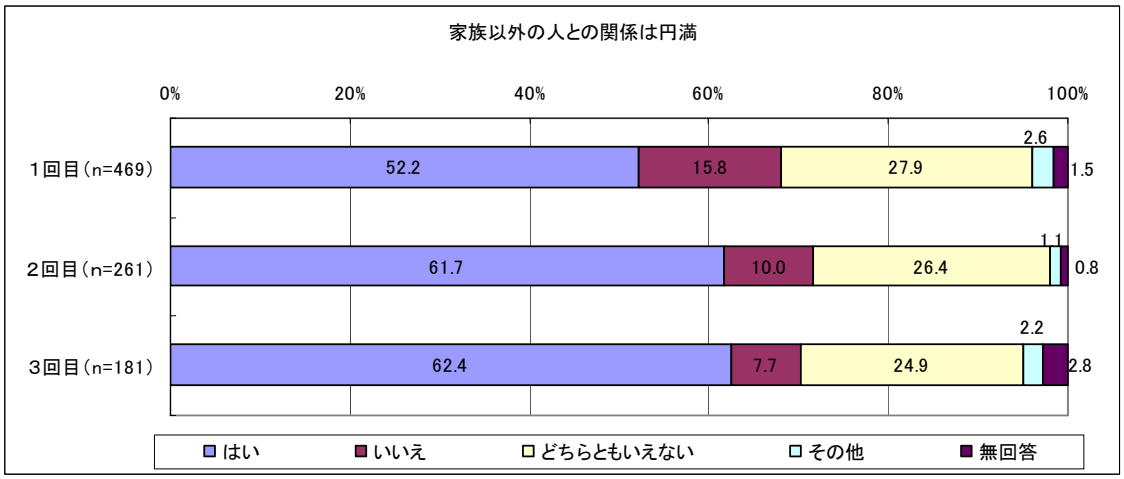
２回目の家族関係は円満ですかで「はい」と答えた113人のうち、３回目の回答では「はい」（変化なし）が97人、「いいえ」が１人、「どちらともいえない」が14人、「その他」が１人と変化している。同様に２回目で「いいえ」と答えた10人のうち、３回目の回答では「はい」が１人、「いいえ」（変化なし）が６人、「どちらともいえない」が３人、「その他」が０人に変化している。

全体として２回目に113人あった「はい」は、３回目には111人と２人減っている。また、２回目に10人あった「いいえ」は、３回目には13人と３人増えている。

24)　家族以外の人とは円満に交友していますか

利用者の生活上で家族以外の人との関係は円満ですかをみると１回目では「はい」が52.2%であったが２回目では61.7%と増え、３回目ではさらに62.4%とわずかであるが増えている。全体として60%以上の人は家族以外の人とも関係を円満に過ごしており、大きな変化はみられない。

図表 1-3-63　家族以外の人との関係



図表 1-3-64　１回目から２回目の変化の内訳

1回目から2回目の変化の内訳		2回目　家族以外の人と円満				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
１回目家族以外の人と円満	はい	117	9	28	4	158
	いいえ	17	13	8	0	38
	どちらともいえない	37	4	38	1	80
	その他	1	1	0	0	2
合計（人）		172	27	74	5	278

１回目の家族以外の人とは円満ですかで「はい」と答えた158人のうち、２回目の回答では「はい」（変化なし）が117人、「いいえ」が９人、「どちらともいえない」が28人、「その他」が４人と変化している。同様に１回目で「いいえ」と答えた38人のうち、２回目の回答では「はい」が17人、「いいえ」（変化なし）が13人、「どちらともいえない」が８人、「その他」が０人に変化している。

全体として１回目に158人あった「はい」は、２回目には172人と14人増えている。また、１回目に38人あった「いいえ」は、２回目には27人と11人減っている。

図表 1-3-65　　２回目から３回目の変化の内訳

2回目から3回目の変化の内訳		3回目　家族関係以外の人と円満				合計（人）
		はい	いいえ	どちらともいえない	その他	
２回目家族以外の人と円満	はい	88	3	20	1	112
	いいえ	3	4	8	0	15
	どちらともいえない	24	4	17	1	46
	その他	1	0	1	1	3
合計（人）		116	11	46	3	176

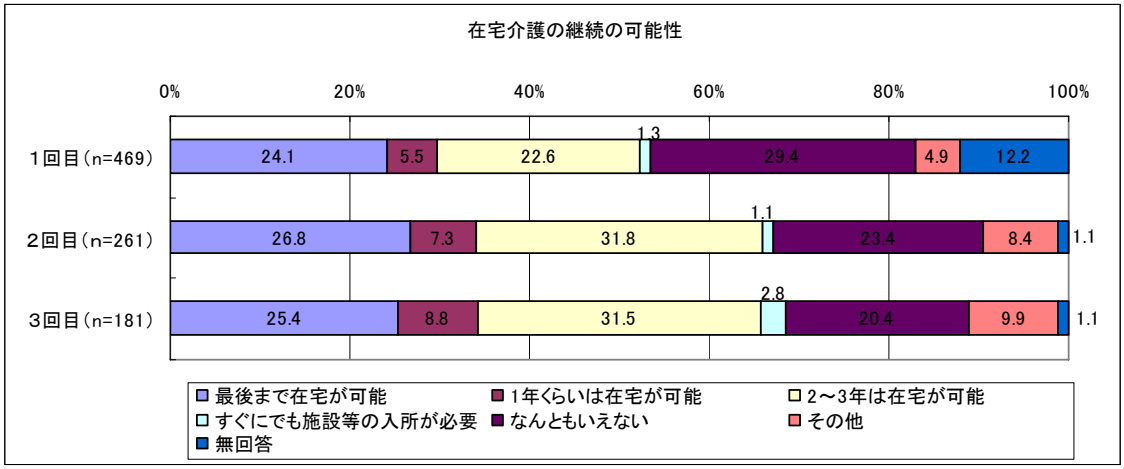
２回目の家族以外の人とは円満ですかで「はい」と答えた112人のうち、３回目の回答では「はい」（変化なし）が88人、「いいえ」が３人、「どちらともいえない」が20人、「その他」が１人と変化している。同様に２回目で「いいえ」と答えた15人のうち、３回目の回答では「はい」が３人、「いいえ」（変化なし）が４人、「どちらともいえない」が８人、「その他」が０人に変化している。

全体として２回目に112人あった「はい」は、３回目には116人と４人増えている。また、２回目に15人あった「いいえ」は、３回目には11人と４人減っている。

25）今後の在宅介護の継続の可能性

ケアマネジャーから今後の在宅介護の継続の可能性をみると、１回目では「最後まで在宅が可能」という人は24.1%であったが、２回目では26.8%まで少し増えている。しかし、３回目では25.4%とわずかに減っているものの、全体では「最後まで在宅が可能」という人が1/4程度見られる。その他1年以上、「在宅介護の継続が可能」という人を含めると全体で65%程度を占めている。一方で「すぐにでも施設等の入所が必要」という人は１回目の1.3%から３回目では2.8%とわずかながら増えている。

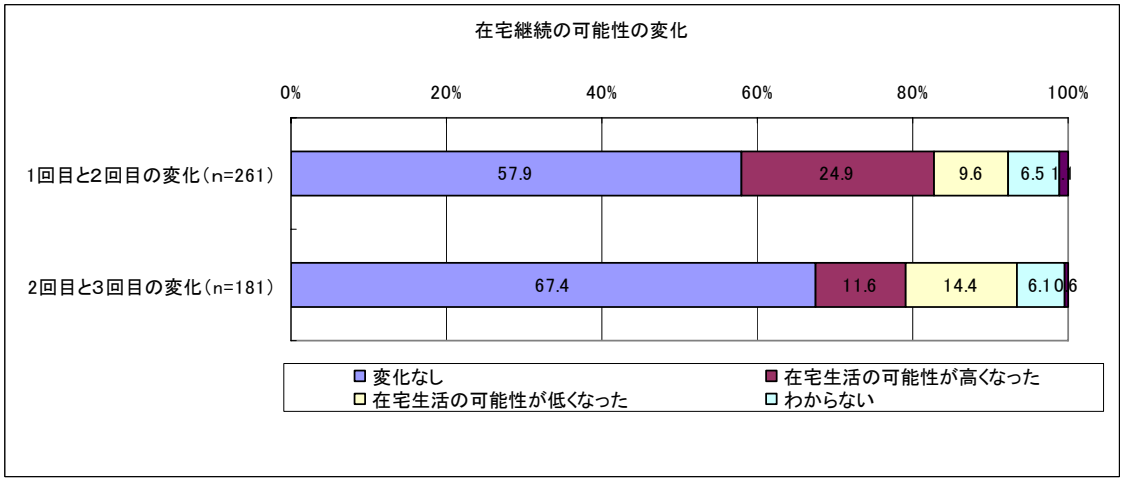
図表 1-3-66　在宅介護の継続の可能性



26）　在宅介護の継続可能性の変化

在宅介護の継続可能性の変化をみると、１回目から２回目では「在宅の可能性が高くなった」が24.9%あったが、２回目から３回目では11.6%と半減している。その一方で「変化なし」という人は１回目から２回目では57.9%であったが、２回目から３回目では67.4%と少し増え、安定している人が７割近くいる。

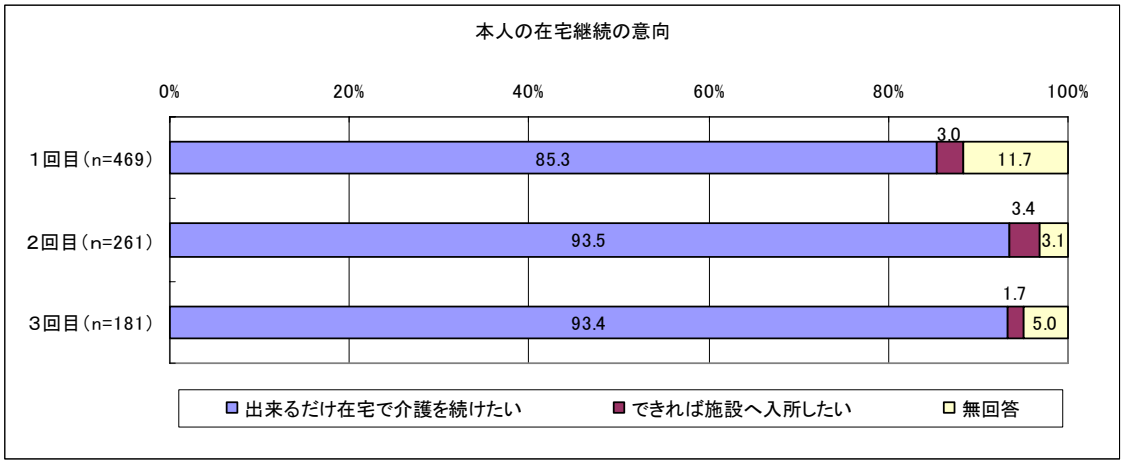
図表 1-3-67　在宅介護の継続の可能性の変化



27)　利用者の在宅継続の意向

本人の在宅継続の意向をみると、「出来るだけ在宅で介護を続けたい」という人は１回目では85.3%であったが２回目では93.5%と少し増えている。３回目では93.4%とほぼ同じであるが、全体としては、ほとんどの人が在宅継続の意向を強く持っている。

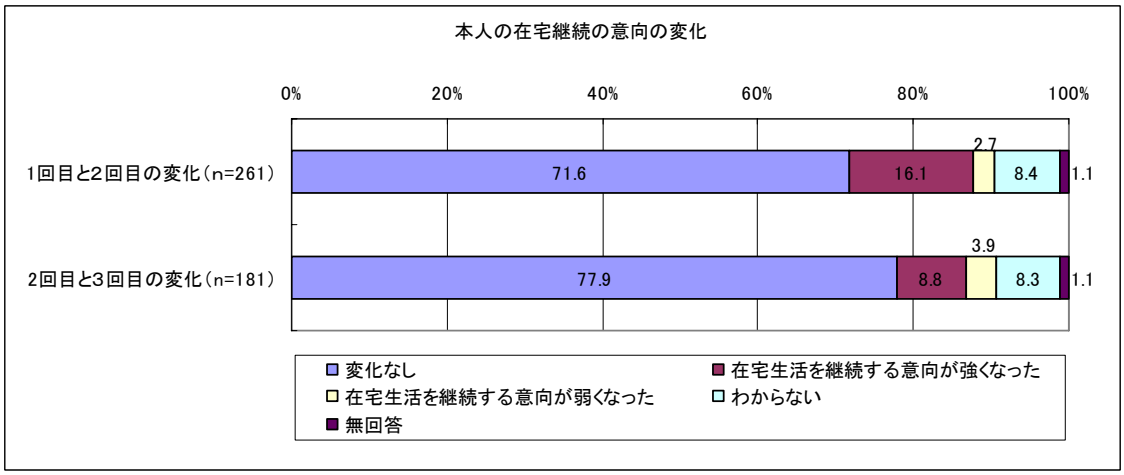
図表 1-3-68　利用者の在宅継続の意向



28）利用者本人の在宅継続の意向の変化

本人の在宅継続の意向の変化をみると、１回目から２回目では「変化なし」は71.6%であったが、２回目から３回目では77.9%と少し増えているものの、約８割近くの人に意向の変化はみられない。

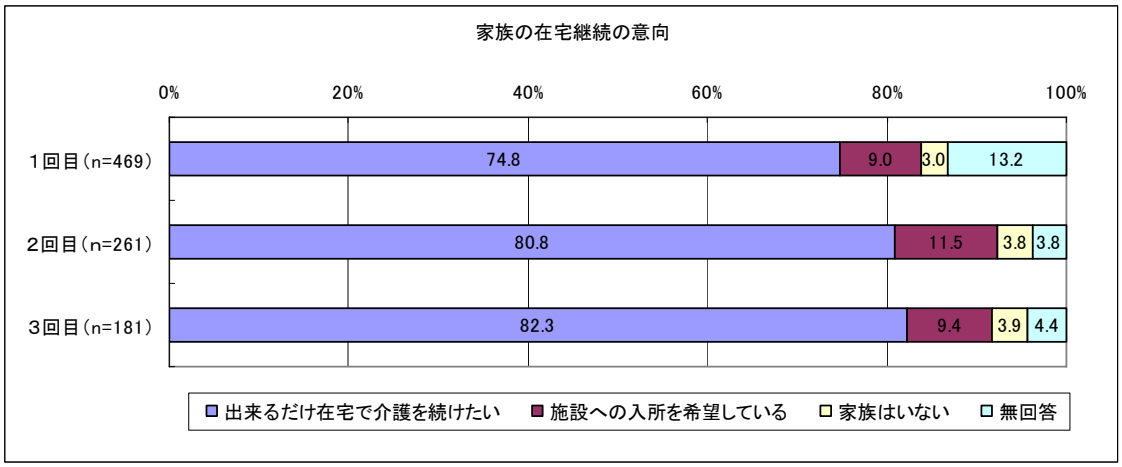
図表 1-3-69　利用者の在宅継続の意向の変化



29）　家族の在宅継続の意向

家族の在宅継続の意向をみると、「出来るだけ在宅で介護を続けたい」という人は１回目では74.8%であったが、２回目では80.8%と少し増えている。さらに３回目では82.3%とわずかに増えている。全体として約８割以上のほとんどの人の家族が在宅継続の意向を強く持っている。

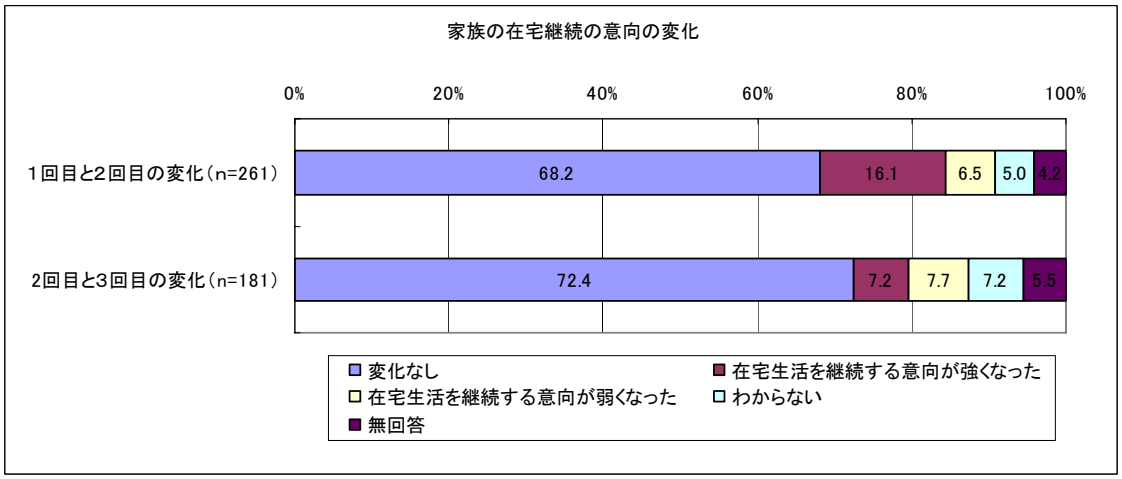
図表 1-3-70　家族の在宅継続の意向の変化



30）家族の在宅継続の意向

家族の在宅継続の意向の変化をみると１回目から２回目では「変化なし」は68.2%であったが、２回目から３回目では72.4%と少し増えている。全体として約７割以上の人に在宅継続の意向の変化はみられない

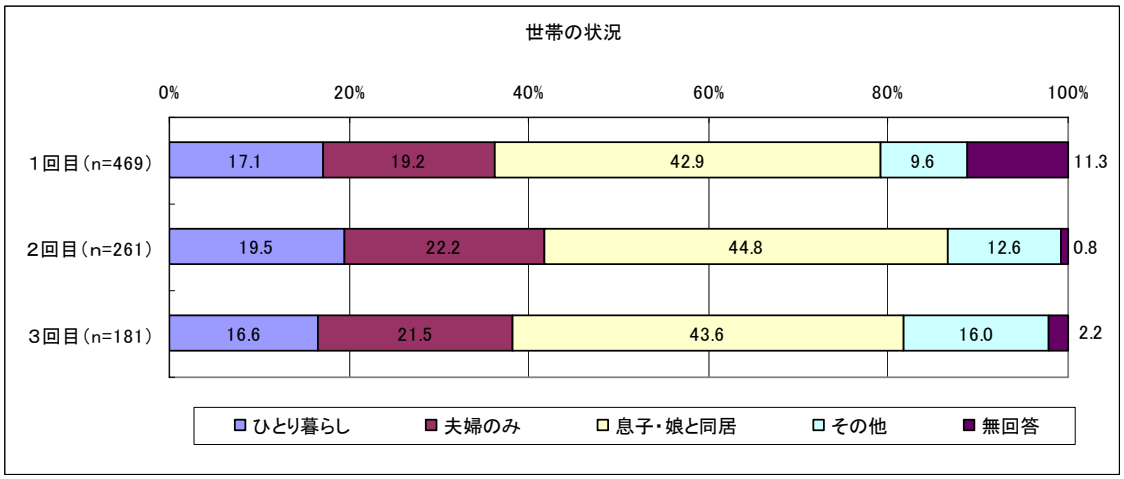
図表 1-3-71　家族の在宅継続の意向の変化



31）世帯の状況

世帯の状況をみると、１回目では「息子・娘と同居」が42.9%であったが、２回目には44.8%と少し増えている。３回目では43.6%わずかに減っているが、もっとも多く４割以上を占めている。次いで「夫婦のみ」、「ひとり暮らし」と構成比は回ごとに増減するものの順位など大きな変化はみられない。

図表 1-3-72　世帯の状況



図表 1-3-73　１回目から２回目の変化の内訳

1回目から2回目の変化の内訳		2回目　世帯の状況				合計（人）
		一人暮らし	夫婦のみ	息子・娘等と同居	その他	
1回目 世帯の状況	ひとり暮らし	35	4	4	3	46
	夫婦のみ	7	48	4	1	60
	息子・娘と同居	3	7	101	11	122
	その他	0	2	6	16	24
合計（人）		45	61	115	31	252

１回目の世帯状況の変化をみるとで「ひとり暮らし」と答えた46人のうち、２回目の回答では「ひとり暮らし」（変化なし）が35人、「夫婦のみ」が４人、「息子・娘と同居」が４人、「その他」が３人と変化している。同様に１回目で「夫婦のみ」と答えた60人のうち、２回目の回答では「ひとり暮らし」が７人、「夫婦のみ」（変化なし）が48人、「息子・娘と同居」が４人、「その他」が１人に変化している。

全体として１回目に46人あった「ひとり暮らし」は、２回目には45人と１人減っている。また、１回目に60人あった「夫婦のみ」は、２回目には61人と１人増えている。

図表 1-3-74　　２回目から３回目の変化の内訳

2回目から3回目の変化の内訳		3回目　世帯の状況				合計（人）
		一人暮らし	夫婦のみ	息子･娘等と同居	その他	
2回目世帯の状況	一人暮らし	26	1	2	2	31
	夫婦のみ	1	35	3	3	42
	息子･娘等と同居	1	2	69	8	80
	その他	3	2	3	17	25
合計（人）		31	40	77	30	178

２回目の世帯状況の変化をみるとで「ひとり暮らし」と答えた31人のうち、３回目の回答では「ひとり暮らし」（変化なし）が26人、「夫婦のみ」が１人、「息子・娘と同居」が２人、「その他」が２人と変化している。同様に２回目で「夫婦のみ」と答えた42人のうち、３回目の回答では「ひとり暮らし」が１人、「夫婦のみ」（変化なし）が35人、「息子・娘と同居」が３人、「その他」が３人に変化している。

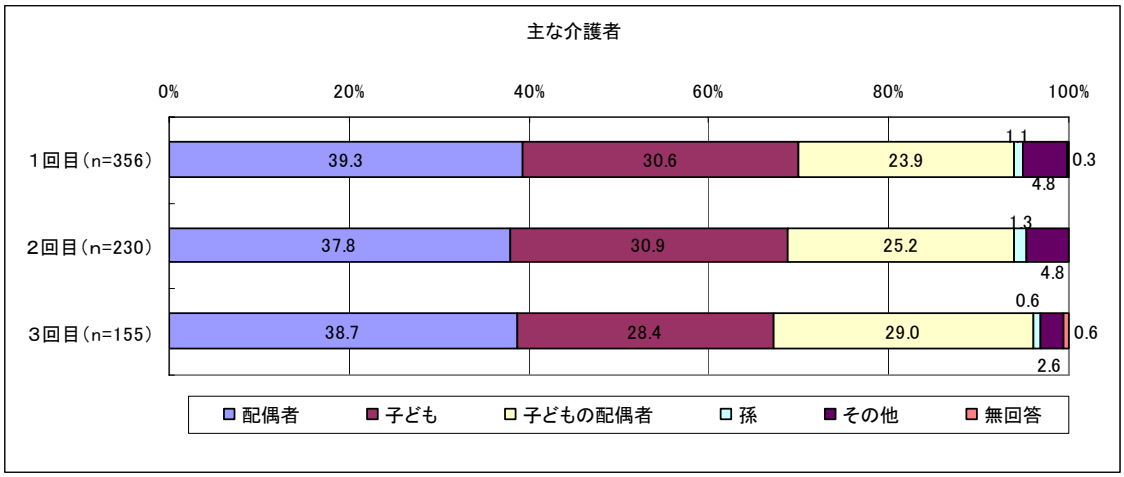
全体として２回目に31人あった「ひとり暮らし」は、３回目には31人と同じである。また、２回目に42人あった「夫婦のみ」は、２回目には40人と１人減っている。

(4)　介護者の状況

1）主たる介護者の関係

利用者の主な介護者との関係（続柄）をみると、１回目では「配偶者」が39.3%、２回目では37.8%、３回目では38.7%と回ごとに少し増減するものの、約４割近く占めもっとも多い。次いで「子ども」が30%前後、「子どもの配偶者」25%から30%を占め、やや増減するものの、子ども及び子どもの配偶者の両方で全体の60%近くを占めている。

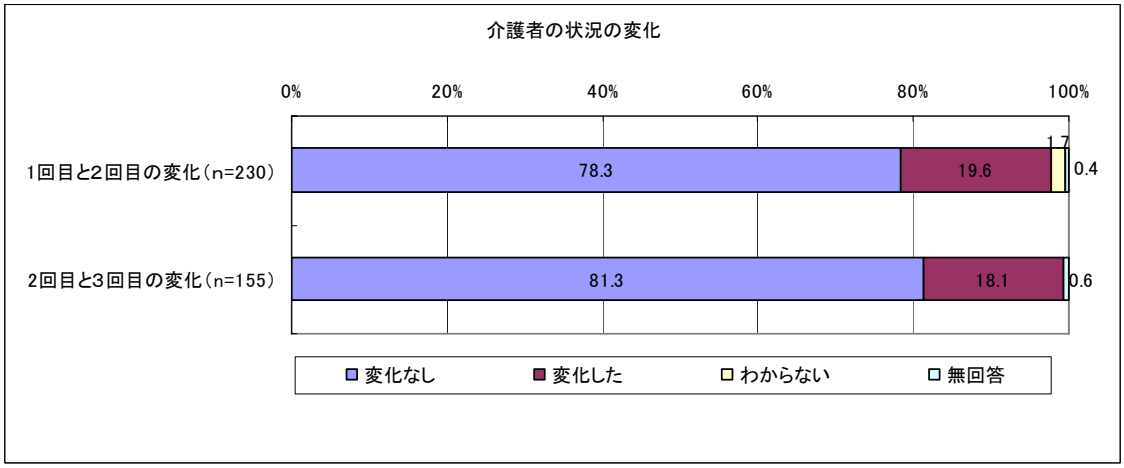
図表 1-3-75　主たる介護者の関係



2）介護者の状況の変化

利用者の介護者との関係の変化をみると１回目から２回目では「変化なし」が78.3%であったが、２回目から３回目では81.3%と少し増えている。全体としては８割程度が変化なしで介護者の状況で大きな変化はみられない。

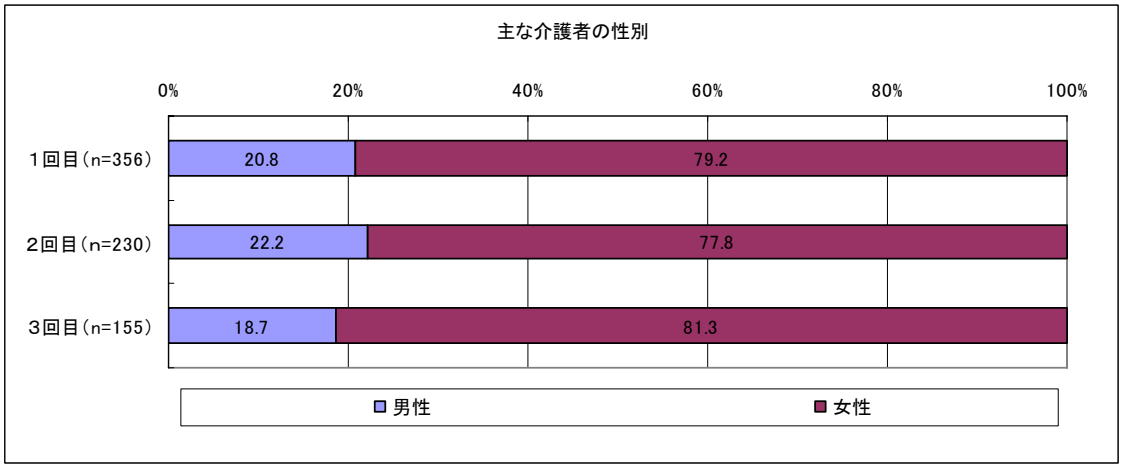
図表 1-3-76　介護者の状況の変化



3)　介護者の性別

利用者の主な介護者の性別をみると、１回目では「女性」が79.2%を占めていたが、２回目では77.8%とわずかに減っている。しかし、３回目では81.3%と少し増え、女性による介護が８割以上と大部分を占めている。

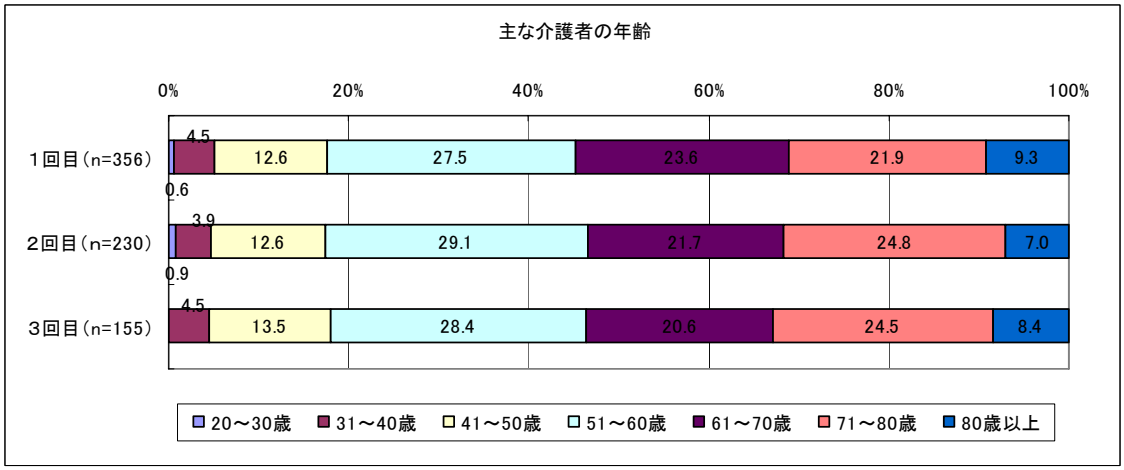
図表 1-3-77　介護者の性別



4)　介護者の年齢

利用者の主な介護者の年齢をみると、毎回とも「51～60歳」が30%弱ともっとも多くを占めている。次いでわずかの差ながら「71～80歳」が25%弱、「61～70歳」が20%強の順となっており、全体では71歳以上の介護者が30%以上を占めるなど介護者の高齢化が進んでいる。

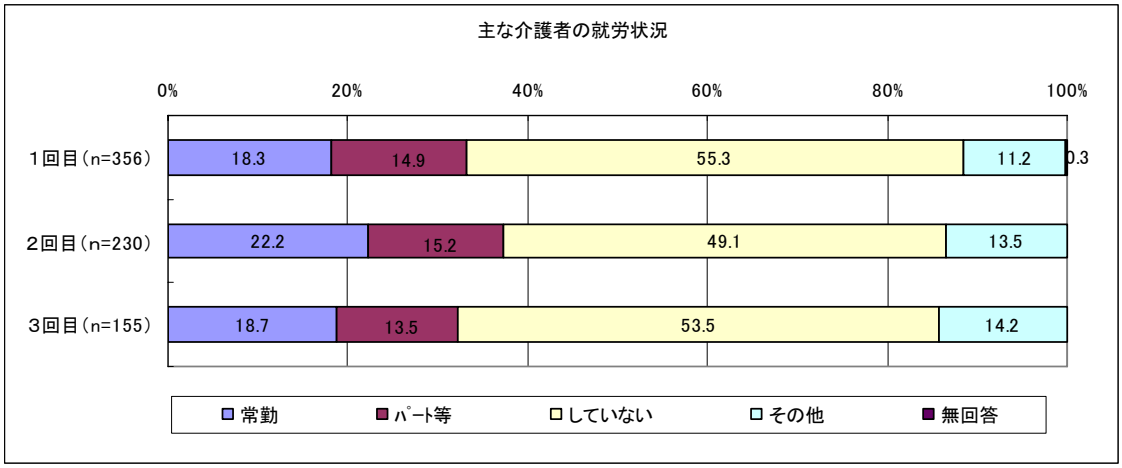
図表 1-3-78　介護者の年齢



5）介護者の就労状況

主な介護者の就労状況をみると、毎回とも「就労していない」が50%前後でもっとも多くを占めている。次いで「常勤」が20%前後、「パート等」が15%前後の順となっており、何らかの就労している介護者が30%以上を占めている。

図表 1-3-79　介護者の就労状況



図表 1-3-80　１回目から２回目の変化の内訳

1回目から2回目の変化の内訳		2回目　介護者の就労状況				合計（人）
		常勤	パート等	していない	その他	
1回目 介護者の就労状況	常勤	27	6	7	3	43
	パート等	3	20	6	2	31
	していない	8	10	97	8	123
	その他	2	3	5	17	27
合計（人）		40	39	115	30	224

１回目の介護者の就労状況の変化をみるとで「常勤」と答えた43人のうち、２回目の回答では「常勤」（変化なし）が27人、「パート等」が６人、「していない」が７人、「その他」が３人と変化している。同様に１回目で「パート等」と答えた31人のうち、２回目の回答では「常勤」が３人、「パート等」（変化なし）が20人、「していない」が６人、「その他」が２人に変化している。

全体として１回目に43人あった「常勤」は、２回目には40人と３人減っている。また、１回目に31人あった「パート等」は、２回目には39人と８人増えている。

図表 1-3-81　　２回目から３回目の変化の内訳

2回目から3回目の変化の内訳		3回目　介護者の就労状況				合計（人）
		常勤	パート等	していない	その他	
2回目 介護者の就労状況	常勤	26	2	5	2	35
	パート等	2	14	9	0	25
	していない	5	4	67	5	81
	その他	0	1	7	17	25
合計（人）		33	21	88	24	166

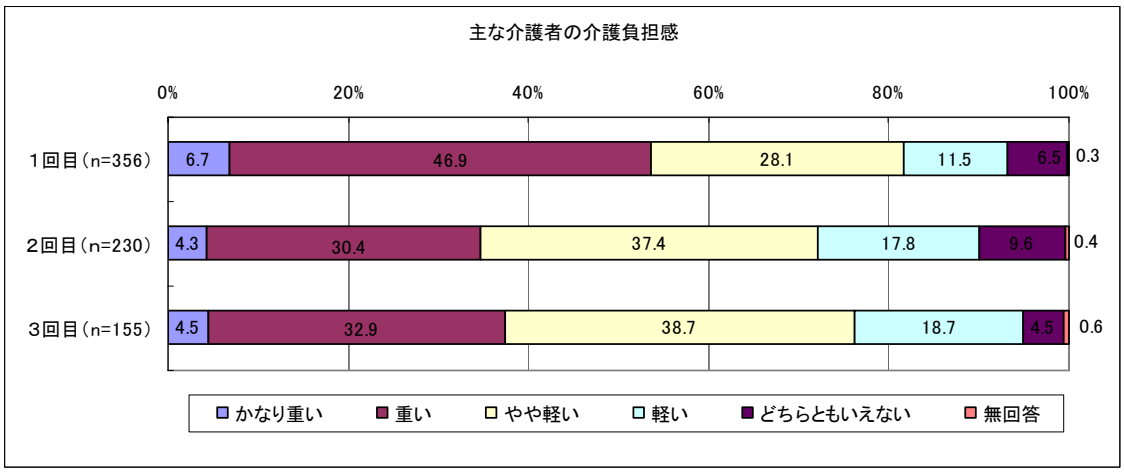
２回目の介護者の就労状況の変化をみるとで「常勤」と答えた35人のうち、３回目の回答では「常勤」（変化なし）が26人、「パート等」が２人、「していない」が５人、「その他」が２人と変化している。同様に２回目で「パート等」と答えた25人のうち、３回目の回答では「常勤」が２人、「パート等」（変化なし）が14人、「していない」が９人、「その他」が０人に変化している。

全体として２回目に35人あった「常勤」は、３回目には33人と２人減っている。また、２回目に25人あった「パート等」は、３回目には21人と４人減っている。

6）介護者の介護負担感

主な介護者の介護負担感をみると、１回目では「重い」、「かなり重い」を合わせると53.6%であったが、２回目では34.7%と大きく減っている。３回目では37.4%と少し増えているが、全体としては４割近くの介護者で介護負担を感じている人が多い。一方で「やや軽い」、「軽い」を合わせた人が約55%から57%占めており、負担感の軽い人は６割近くいる。

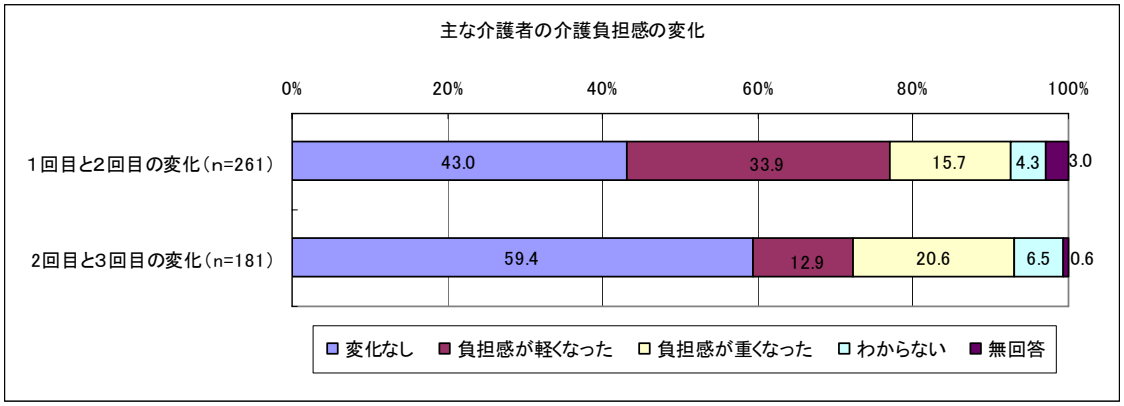
図表 1-3-82　介護者の介護負担感



7) 介護負担感の変化

介護者の介護負担感の変化をみると１回目から２回目では「変化なし」という人は43.0%であったが、２回目から３回目では59.4%と大きく増えている。全体的に安定している人が多いものの、一方で「負担感が重くなった」という人は回を経るごとに15.7%から20.6%と少し増えている。

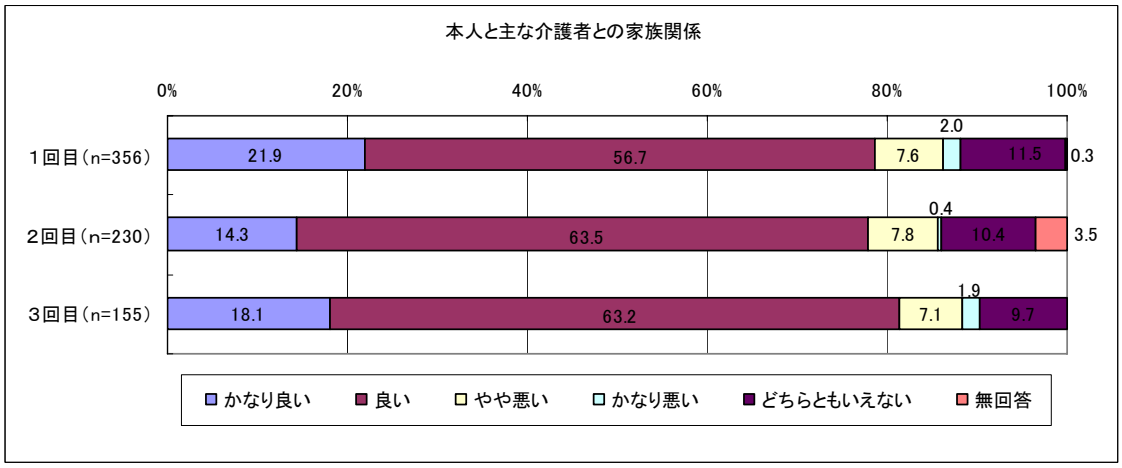
図表 1-3-83　介護者の介護負担感の変化



8) 介護者と利用者本人との家族関係

本人と介護者の家族関係をみると、１回目では「良い」、「かなり良い」を合わせると78.6%であったが、２回目では77.8%とわずかに減っている。３回目では81.3%と少し増えており、全体として８割程度は良好な関係である人が多い。「やや悪い」、「かなり悪い」は合わせても毎回10%以下となっている。

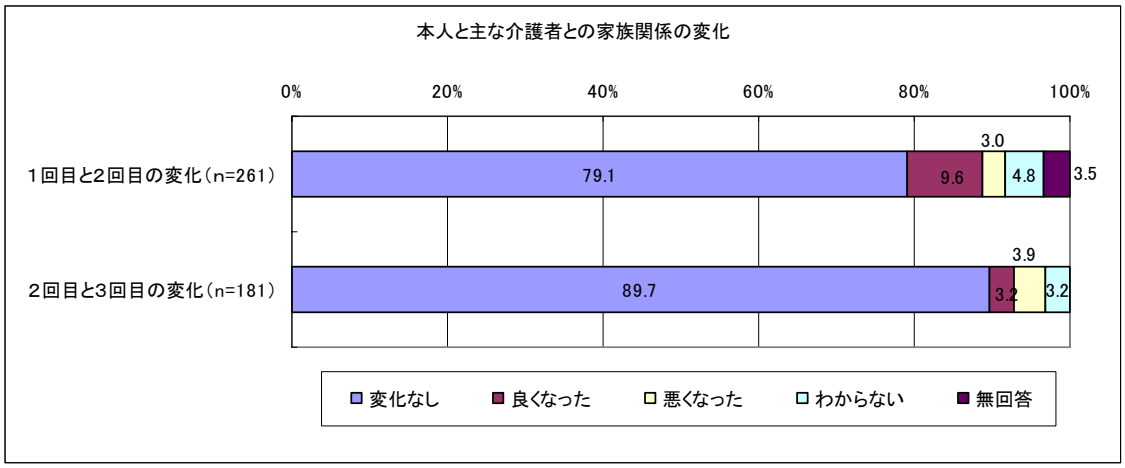
図表 1-3-84　介護者と利用者との関係



9)　本人と介護者との関係の変化

本人と介護者の家族関係の変化をみると１回目から２回目では「変化なし」という人は79.1%であったが、２回目から３回目では89.7%と増えている。全体として約90%近くの人が家族と良い関係を保っている。

図表 1-3-85　介護者と利用者との関係



4.　調査結果　　継続調査不可分

今回の研究では、パネル調査として継続調査が不可となった対象者の分析も試みている。死亡や入院・入所など調査不可の理由や入院・入所などの原因となった疾患、介護度や認知症のレベルなどに言及している。

図表 1-4-1　継続調査不可の推移

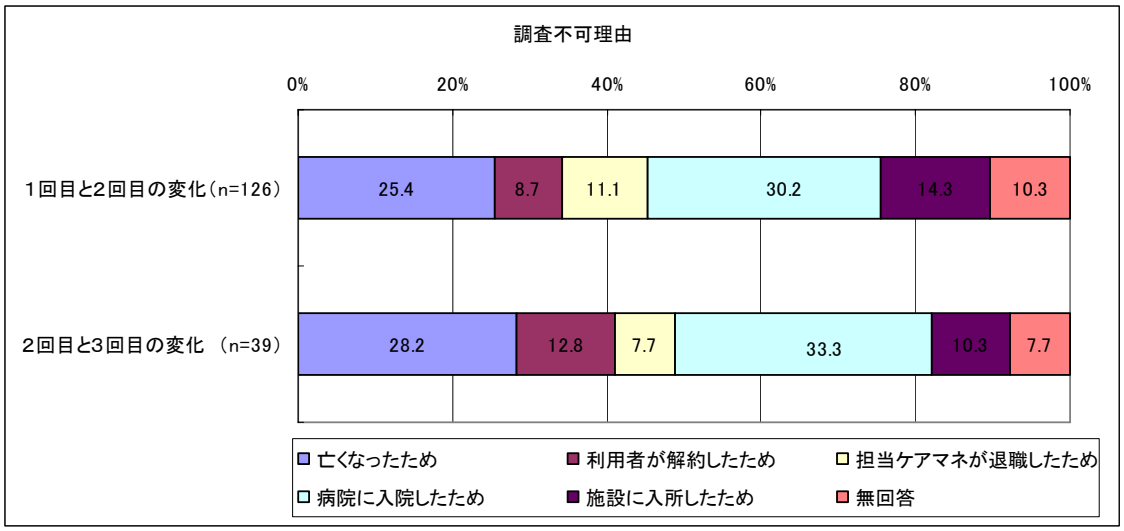
		１回目	２回目	３回目
回　収　数		468	389	318
内訳	調　査　可		261	181
	調 査 不 可		126	102
	無　回　答		2	35

＊３回目の調査不可の 102 のうち２回目の調査不可分は 56、調査可能分は 39、不明７である。（＊３回目調査は２回目に調査不可であっても、２回目に返送のあった分すべてに対して調査票を送っているため調査不可分 56 が２回目と重複している）

1)　継続調査の不可理由

継続調査が出来ない理由をみると、１回目から２回目では「死亡」が25.4%、２回目から３回目では28.2%とやや増えおり、全体の1/4以上を占めている。また「入院」も１回目から２回目では30.2%であったが、２回目から３回目では33.3%と増え、1/3以上を占めている。この二つで55～60%を占め、調査不可の大きな理由となっている。

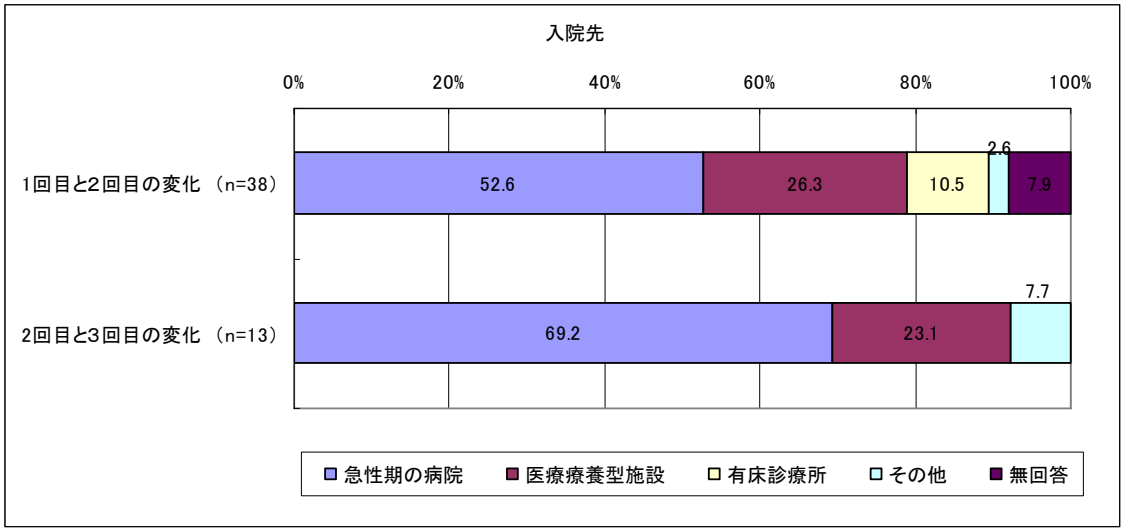
図表 1-4-2　調査不可理由



2) 入院先

２回目、３回目と継続調査が出来ない理由の「入院」でその入院先をみると、「急性期の病院」へは、それぞれ52.6%、69.2%と半数以上を占めている。次いで「医療療養型施設」への入院が1/4～1/5程度みられる。

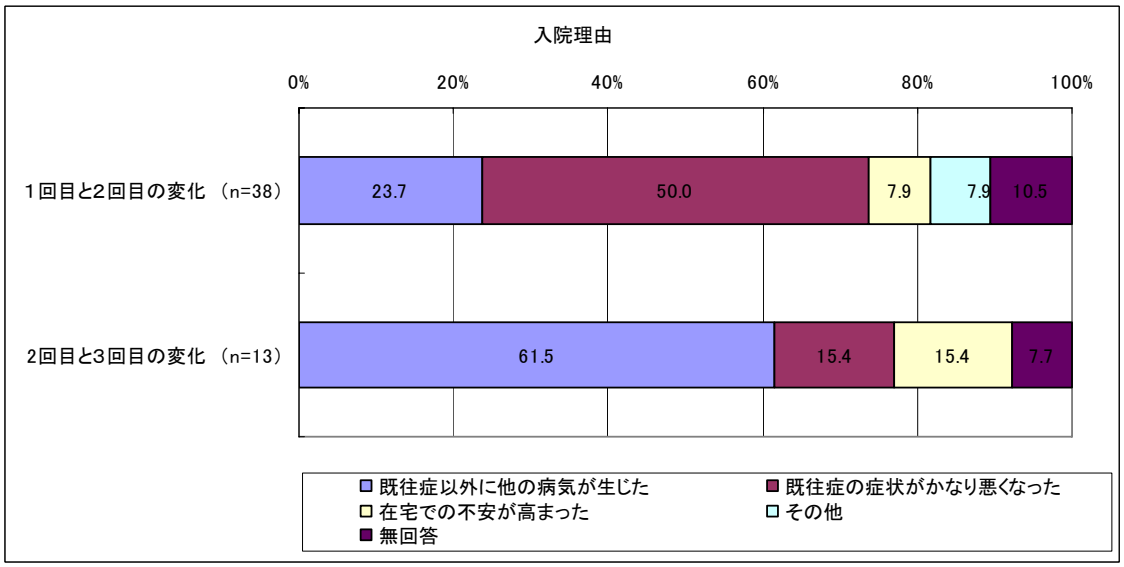
図表 1-4-3　入院先



3)　入院理由

入院理由をみると、２回目では「既往症がかなり悪くなった」が50%と半数を占めていたが、３回目では「既往症以外に他の病気が生じた」が61.5%と多くを占めており、新たな症状が生じたことにより入院を余儀なくされている。

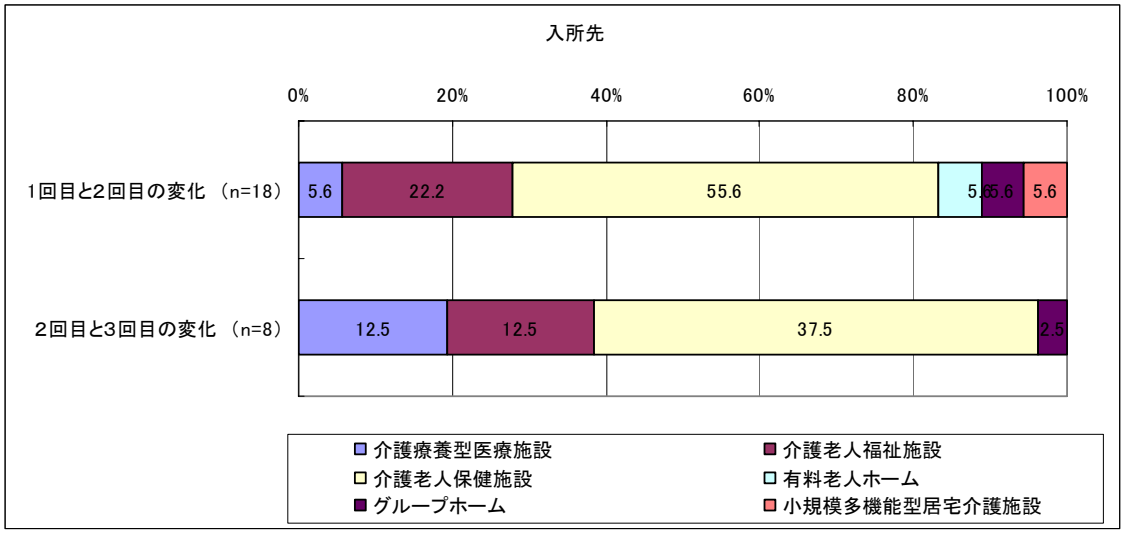
図表 1-4-4　入院理由



4)　入所先

２回目、３回目と継続調査が出来ない理由の「入所」でその入所先をみると、「介護老人保健施設」が、それぞれ55.6%、37.5%ともっとも多くを占めている。次いで「介護老人福祉施設」や「介護療養型医療施設」の順で入所している。

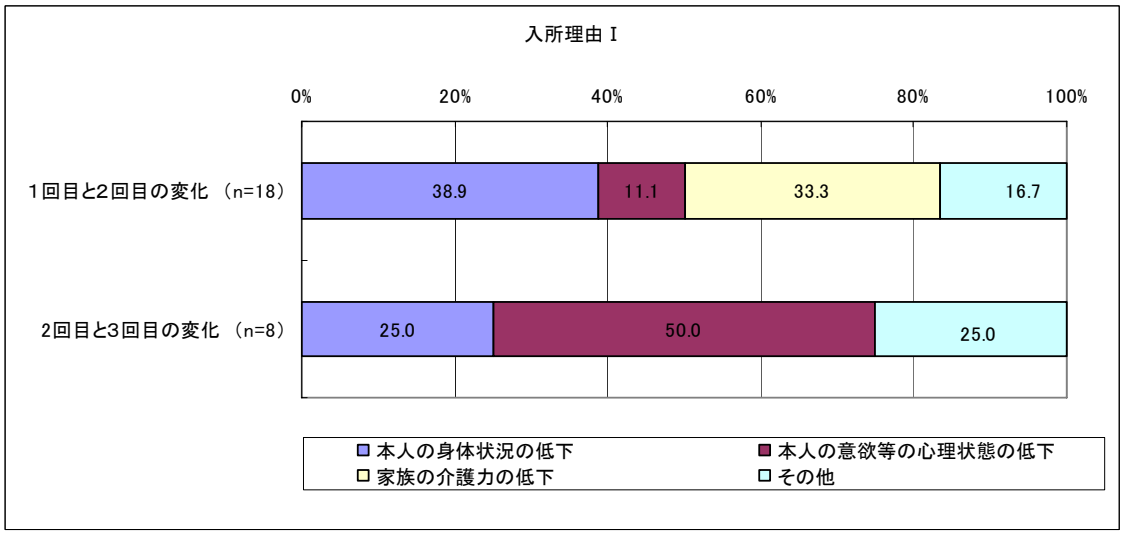
図表 1-4-5　入所先



5)　入所理由Ⅰ

入院理由Ⅰをみると、２回目では「本人の身体状況の低下」が38.9%を占めていたが、３回目では「本人の意欲等の心理状態の低下」が50.0%と半数を占めている。身体状況の低下より心理状況の低下の割合が大きい。

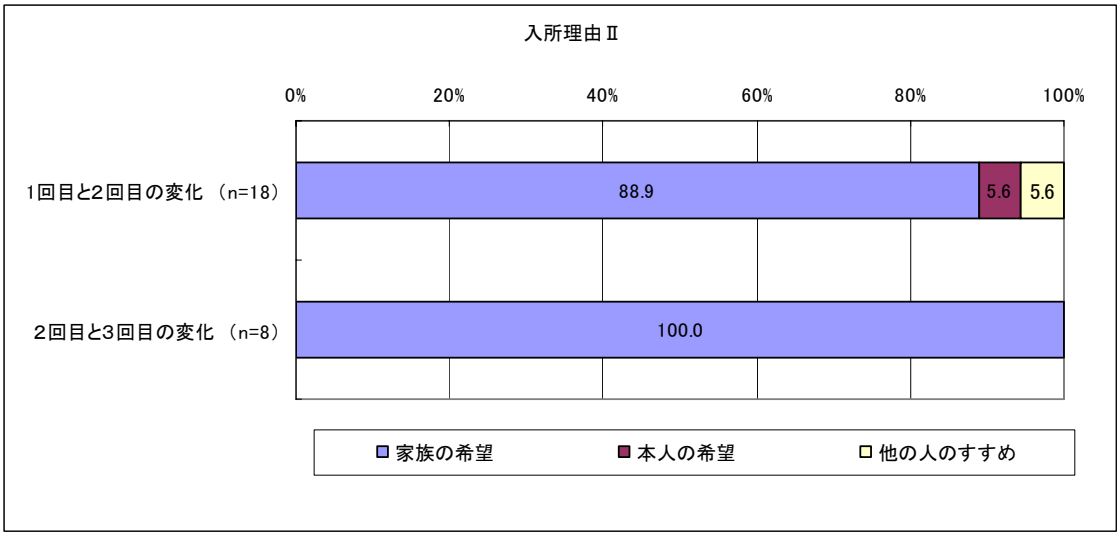
図表 1-4-6　入所理由Ⅰ



6)　入所理由Ⅱ

入院理由Ⅱをみると、いずれも「家族の希望」がほとんどを占めている。

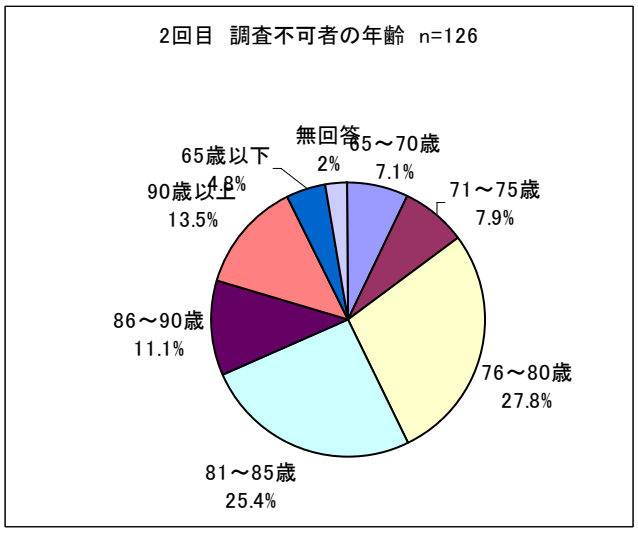
図表 1-4-7　入所理由Ⅱ



7)-1　２回目に調査不可となった人の年齢

2回目の調査時に調査不可となった 126 人の年齢の内訳をみると「76～80 歳」が 27.8%、「81～85 歳」が 25.4%、「86～90 歳」が 11.1%、「90 歳以上」が 13.5%となっている。

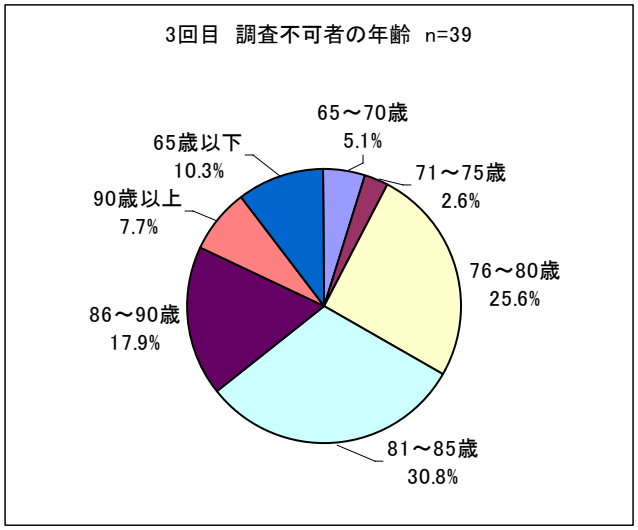
図表 1-4-8　調査不可者の年齢



7)-2　３回目に調査不可となった人の年齢

３回目の調査時に調査不可となった39人の年齢の内訳をみると「81～85歳」が30.8%ともっとも多く、次いで「76～80歳」が25.6%、「86～90歳」が17.9%、「65歳以下」が10.3%、「90歳以上」が7.7%の順となっている。

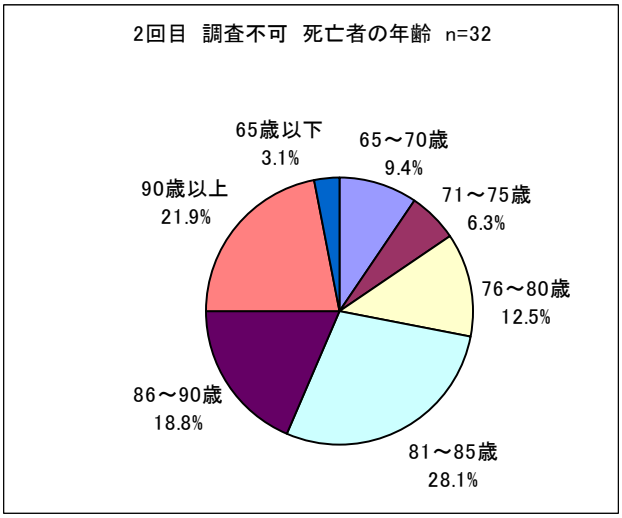
図表 1-4-9　調査不可者の年齢



7)-3　２回目に調査不可理由で死亡となった人の年齢

２回目の調査時に調査不可となった中で「死亡」した32人の年齢の内訳をみると「81～85歳」が28.1%ともっとも多く、次いで「90歳以上」が21.9%、「86～90歳」が18.8%の順となっている。

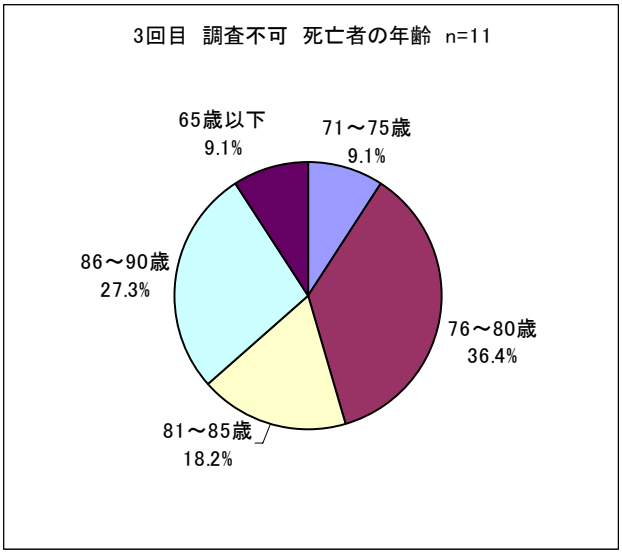
図表 1-4-10　調査不可理由の死亡者の年齢



7)-4　３回目に調査不可理由で死亡となった人の年齢

３回目の調査時に調査不可となった中で「死亡」した11人の年齢の内訳をみると「76～80歳」が36.4%ともっとも多く、次いで「86～90歳」が27.3%、「81～85歳」が18.2%の順となっている。

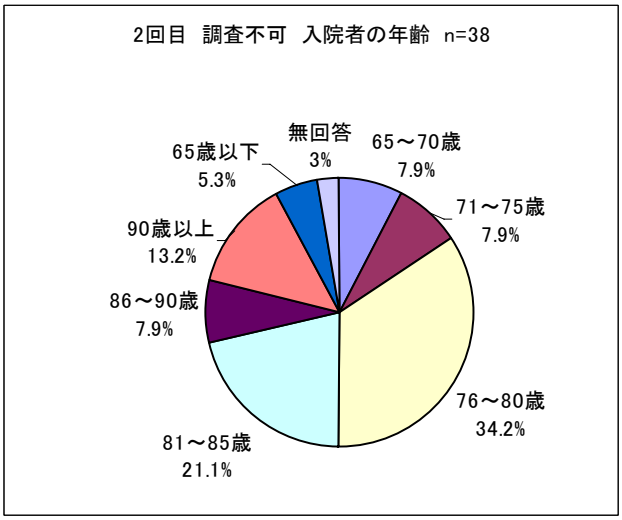
図表 1-4-11　調査不可理由の死亡者の年齢



7)-5　２回目に調査不可理由で入院となった人の年齢

２回目の調査時に調査不可となった中で「入院」した38人の年齢の内訳をみると「76～80歳」が34.2%ともっとも多く、次いで「81～85歳」が21.1%、「90歳以上」が13.2%、「86～90歳」が7.9%の順となっている。

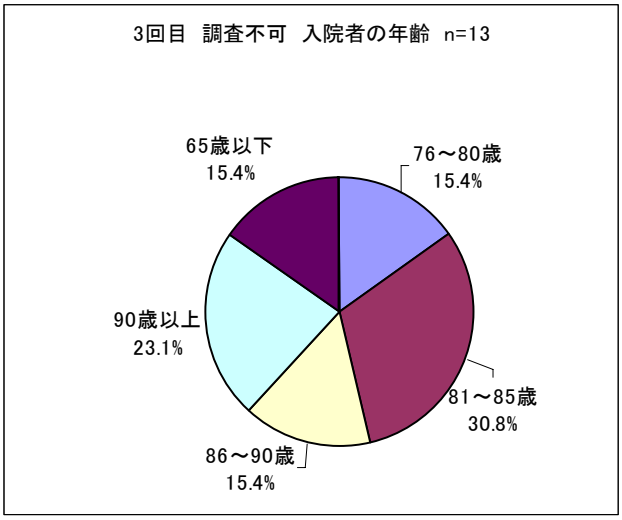
図表 1-4-12　調査不可理由の入院者の年齢



7)-6　３回目に調査不可理由で入院となった人の年齢

３回目の調査時に調査不可となった中で「入院」した13人の年齢の内訳をみると「81～85歳」が30.8%ともっとも多く、次いで、「90歳以上」が23.1%、「86～90歳」及び「76～80歳」が15.4%の順となっている。

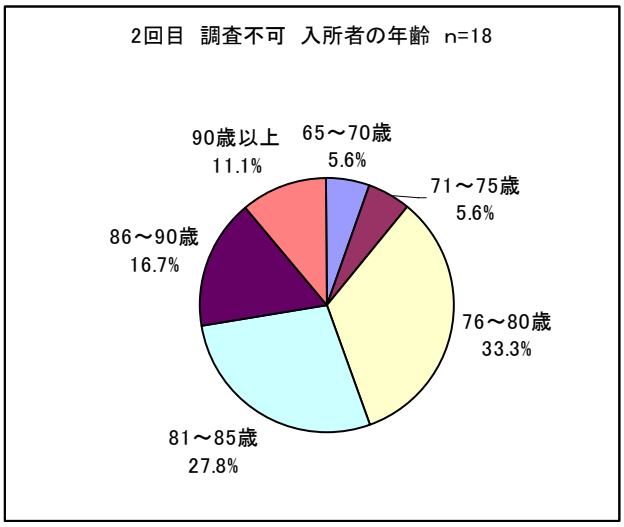
図表 1-4-13　調査不可理由の入院者の年齢



7)-7　２回目に調査不可理由で入所となった人の年齢

２回目の調査時に調査不可となった中で「入所」した18人の年齢の内訳をみると「76～80歳」が33.3%ともっとも多く、次いで「81～85歳」が27.8%、「86～900歳」が16.7%、「90歳以上」が11.1%の順となっている。

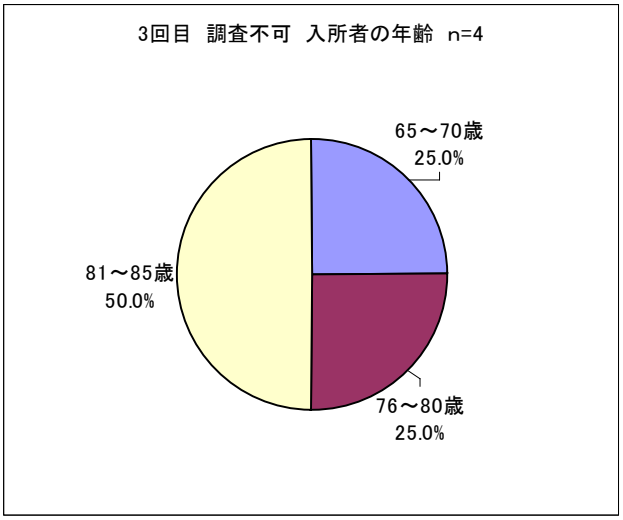
図表 1-4-14　調査不可理由の入所者の年齢



7)-8　３回目に調査不可理由で入所となった人の年齢

３回目の調査時に調査不可となった中で「入所」した４人の年齢の内訳をみると「81～85歳」が50.0%ともっとも多く、次いで「65～70歳」及び「76～80歳」が25.0%の順となっている。

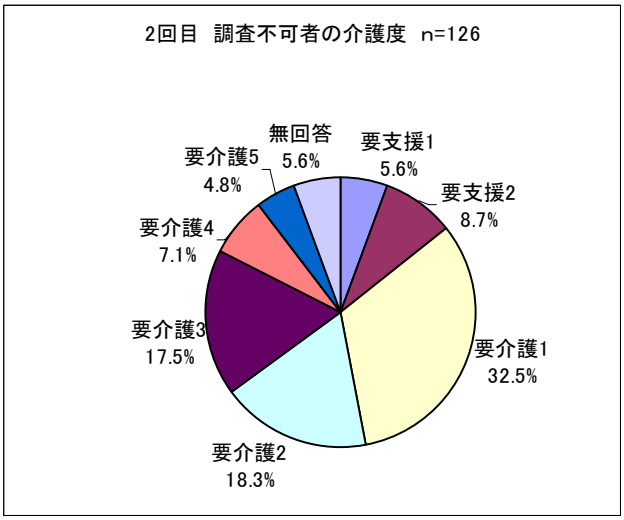
図表 1-4-15　調査不可理由の入所者の年齢



8)-1　２回目に調査不可となった人の介護度

２回目の調査時に調査不可となった126人の介護度の内訳をみると「要介護１」が32.5%ともっとも多く、次いで「要介護２」が18.3%、「要介護３」が17.5%、「要支援２」が8.7%の順となっている。

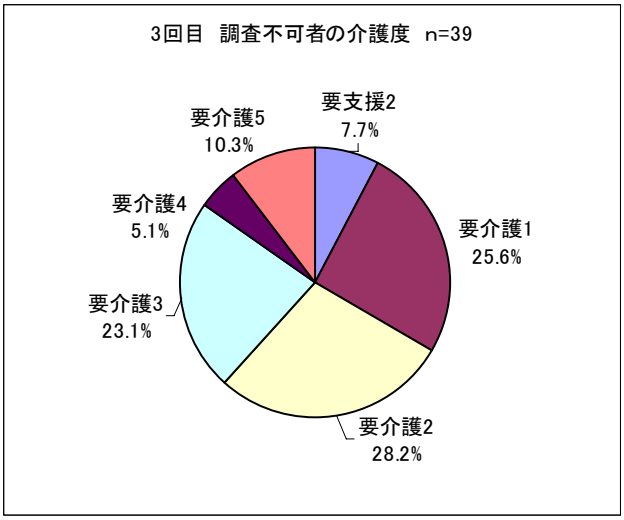
図表 1-4-16　調査不可者の介護度



8)-2　３回目に調査不可となった人の介護度

３回目の調査時に調査不可となった39人の介護度の内訳をみると「要介護２」が28.2%ともっとも多く、次いで「要介護１」が25.6%、「要介護３」が23.1%、「要介護５」が10.3%の順となっている。

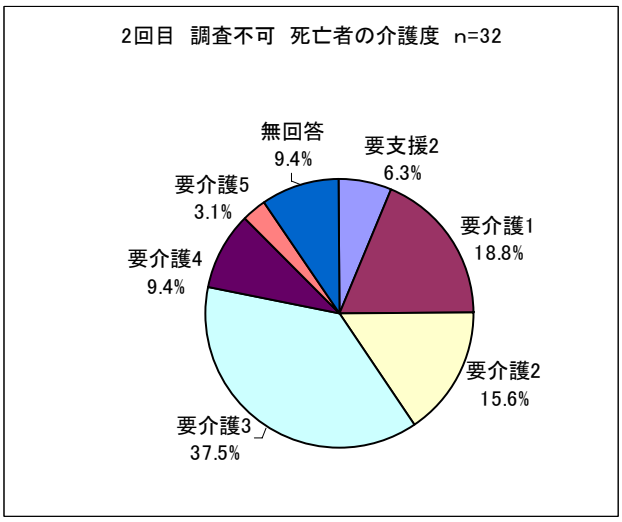
図表 1-4-17　調査不可者の介護度



8)-3　２回目に調査不可理由で死亡となった人の介護度

２回目の調査時に調査不可となった中で「死亡」した32人の介護度の内訳をみると「要介護３」が37.5%ともっとも多く、次いで「要介護１」が18.8%、「要介護２」が15.6%、「要介護４」が9.4%の順となっている。

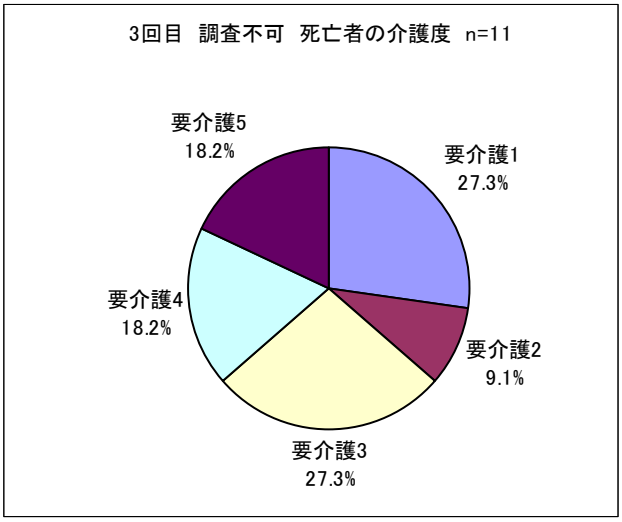
図表 1-4-18　調査不可の死亡者の介護度



8)-4　３回目に調査不可理由で死亡となった人の介護度

３回目の調査時に調査不可となった中で「死亡」した11人の介護度の内訳をみると「要介護１」及び「要介護３」が27.3%ともっとも多く、次いで「要介護４」及び「要介護５」が18.2%、「要介護２」が9.1%の順となっている。

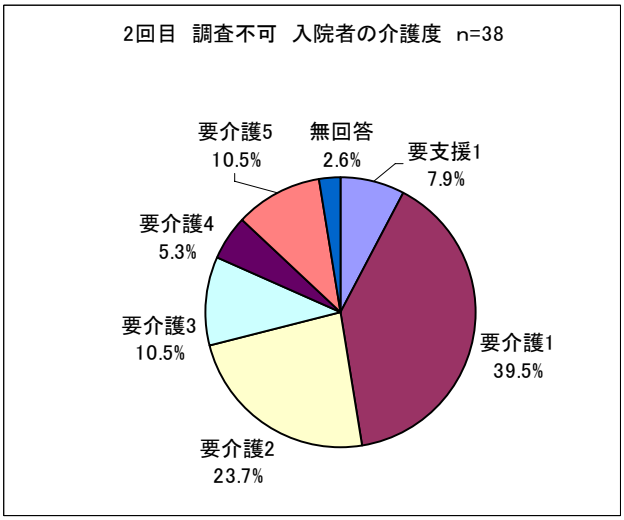
図表 1-4-19　調査不可の死亡者の介護度



8)-5　２回目に調査不可理由で入院となった人の介護度

２回目の調査時に調査不可となった中で「入院」した38人の介護度の内訳をみると「要介護１」が39.5%ともっとも多く、次いで「要介護２」が23.7%、「要介護３」及び「要介護５」が10.5%、「要介護４」が5.3%の順となっている。

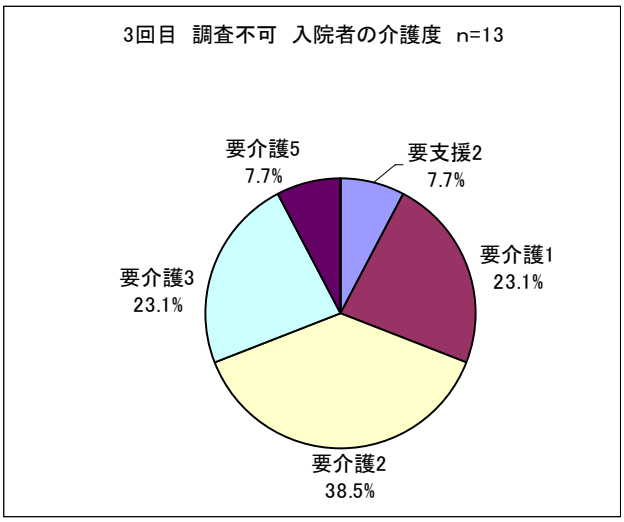
図表 1-4-20　調査不可の入院者の介護度



8)-6　３回目に調査不可理由で入院となった人の介護度

３回目の調査時に調査不可となった中で「入院」した13人の介護度の内訳をみると「要介護２」が38.5%ともっとも多く、次いで「要介護１」及び「要介護３」が23.1%、「要介護５」及び「要支援２」が7.7%の順となっている。

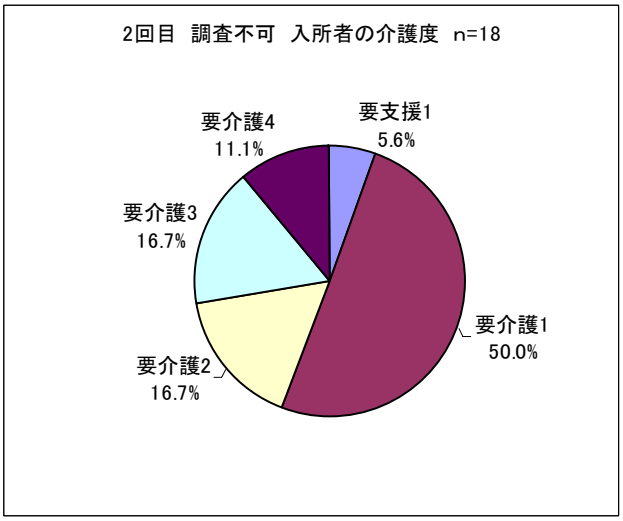
図表 1-4-21　調査不可の入院者の介護度



8)-7　２回目に調査不可理由で入所となった人の介護度

２回目の調査時に調査不可となった中で「入所」した18人の介護度の内訳をみると「要介護１」が50.0%ともっとも多く、次いで「要介護２」及び「要介護３」が16.7%、「要介護４」が11.1%の順となっている。

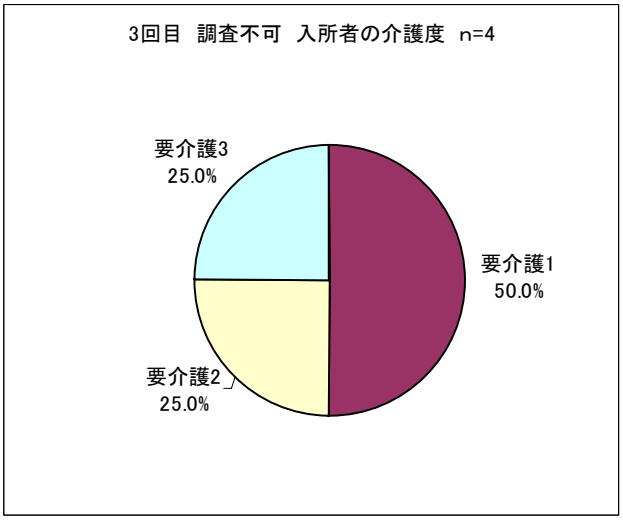
図表 1-4-22　調査不可の入所者の介護度



8)-8　３回目に調査不可理由で入所となった人の介護度

３回目の調査時に調査不可となった中で「入所」した４人の介護度の内訳をみると「要介護１」が50.0%ともっとも多く、次いで「要介護２」及び「要介護３」が25.0%の順となっている。

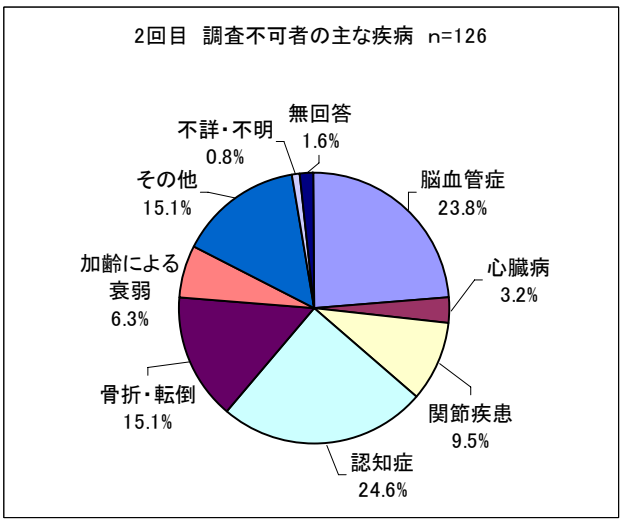
図表 1-4-23　調査不可の入所者の介護度



9)-1　２回目に調査不可となった人の主な疾病

２回目の調査時に調査不可となった126人の主な疾病の内訳をみると「認知症」が24.6%ともっとも多く、次いで「脳血管症」が23.8%、「骨折・転倒」が15.1%、「関節疾患」が9.5%の順となっている。

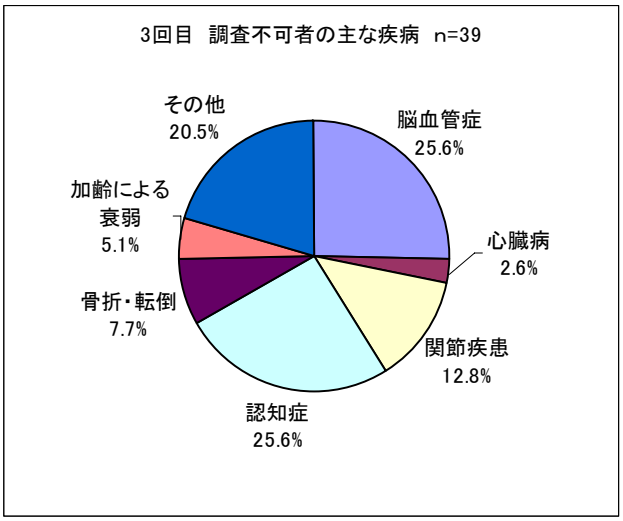
図表 1-4-24　調査不可者の主な疾病



9)-2　３回目に調査不可となった人の主な疾病

３回目の調査時に調査不可となった39人の主な疾病の内訳をみると「脳血管症」及び「認知症」が25.6%ともっとも多く、次いで「関節疾患」が12.8%、「骨折・転倒」が7.7%、「加齢による衰弱」が5.1%の順となっている。

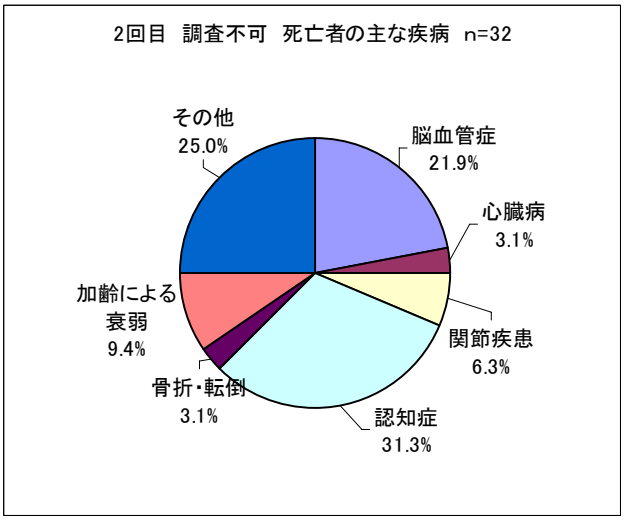
図表 1-4-25　調査不可者の主な疾病



9)-3　２回目に調査不可理由で死亡となった人の主な疾病

２回目の調査時に調査不可となった中で「死亡」した32人の主な疾病の内訳をみると「認知症」が31.3%ともっとも多く、次いで「脳血管症」が21.9%、「加齢による衰弱」が9.4%、「関節疾患」が6.3%の順となっている。

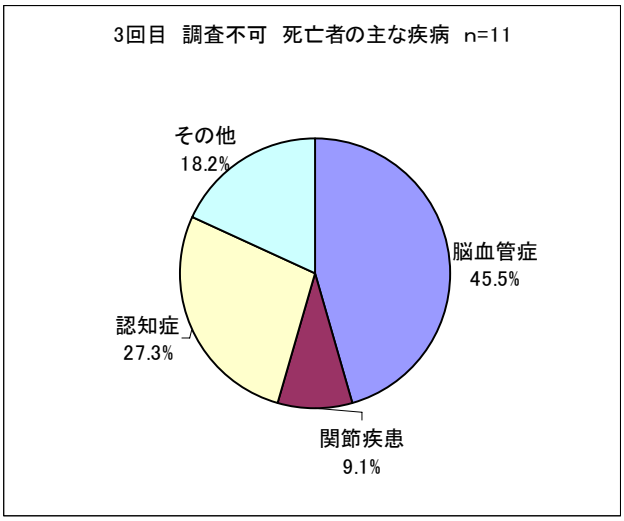
図表 1-4-26　調査不可の死亡者の主な疾病



9)-4　３回目に調査不可理由で死亡となった人の主な疾病

３回目の調査時に調査不可となった中で「死亡」した11人の主な疾病の内訳をみると「脳血管症」が45.5%ともっとも多く、次いでが「認知症」27.3%、「関節疾患」が9.1%の順となっている。

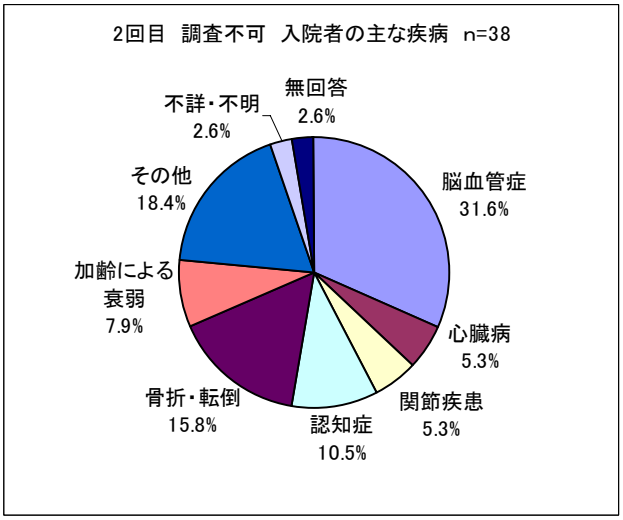
図表 1-4-27　調査不可の死亡者の主な疾病



9)-5　２回目に調査不可理由で入院となった人の主な疾病

２回目の調査時に調査不可となった中で「入院」した38人の主な疾病の内訳をみると「脳血管症」が31.6%ともっとも多く、次いで「骨折・転倒」が15.8%、「認知症」が10.5%、「加齢による衰弱」が7.9%の順となっている。

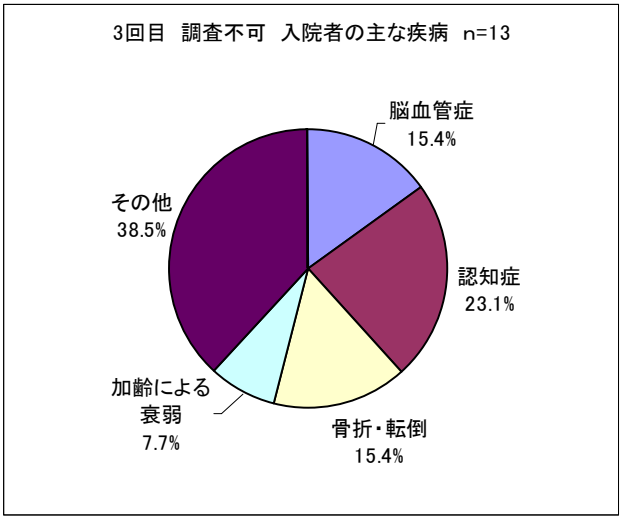
図表 1-4-28　調査不可の入院者の主な疾病



9)-6　３回目に調査不可理由で入院となった人の主な疾病

３回目の調査時に調査不可となった中で「入院」した13人の主な疾病の内訳をみると「認知症」が23.1%ともっとも多く、次いで「脳血管症」及び「骨折・転倒」が15.4%、「加齢による衰弱」が7.7%の順となっている。

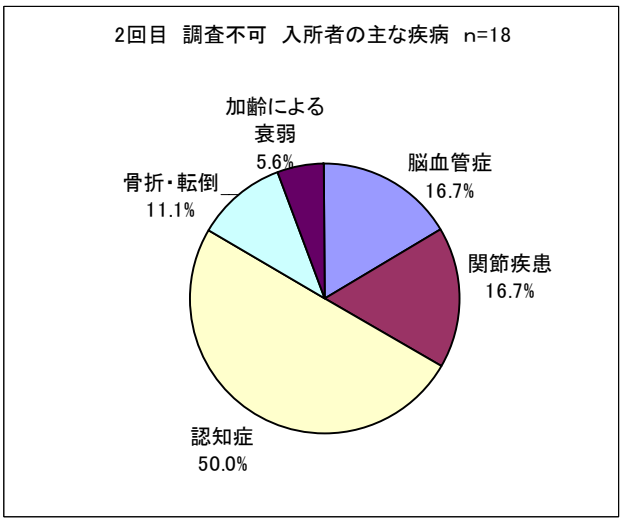
図表 1-4-29　調査不可の入院者の主な疾病



9)-7　２回目に調査不可理由で入所となった人の主な疾病

２回目の調査時に調査不可となった中で「入所」した18人の主な疾病の内訳をみると「認知症」が50.0%ともっとも多く、次いで「脳血管症」及び「関節疾患」が16.7%、「骨折・転倒」が11.1%の順となっている。

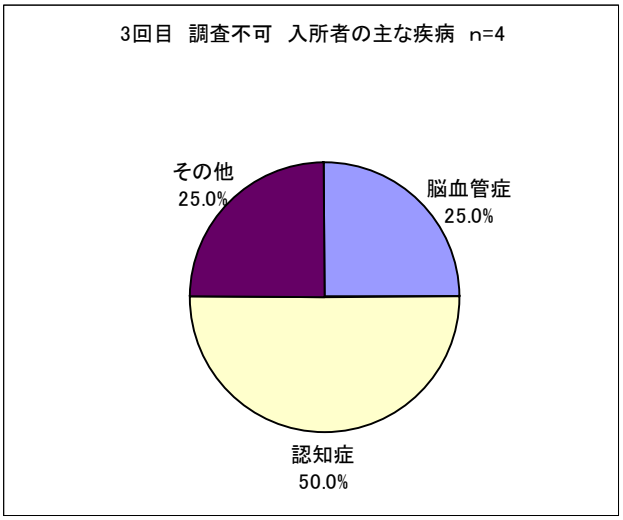
図表 1-4-30　調査不可の入所者の主な疾病



9)-8　３回目に調査不可理由で入所となった人の主な疾病

３回目の調査時に調査不可となった中で「入所」した４人の主な疾病の内訳をみると「認知症」が50.0%ともっとも多く、次いで「脳血管症」及び「その他」が25/0%の順となっている。

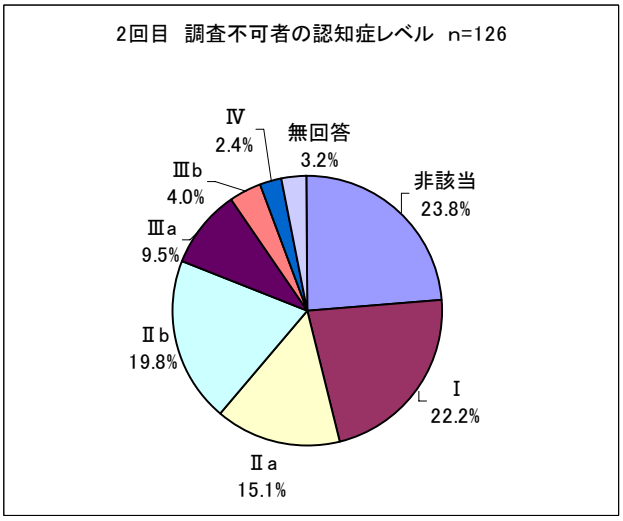
図表 1-4-31　調査不可の入所者の主な疾病



10)-1　２回目に調査不可となった人の認知症のレベル

２回目の調査時に調査不可となった126人の認知症のレベルをみると「非該当」が23.8%ともっとも多く、次いで「Ⅰ」が22.2%、「Ⅱｂ」が19.8%、「Ⅱa」が15.1%、「Ⅲａ」が9.5%の順となっている。

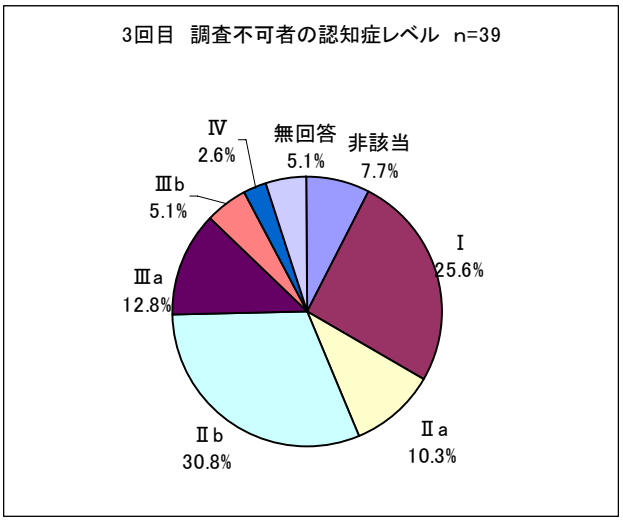
図表 1-4-32　調査不可者の認知症のレベル



10)-2　３回目に調査不可となった人の認知症のレベル

３回目の調査時に調査不可となった39人の認知症のレベルをみると「Ⅱｂ」が30.8%ともっとも多く、次いで「Ⅰ」が25.6%、「Ⅲａ」が12.8%、「Ⅱa」が10.3%、「非該当」が7.7%の順となっている。

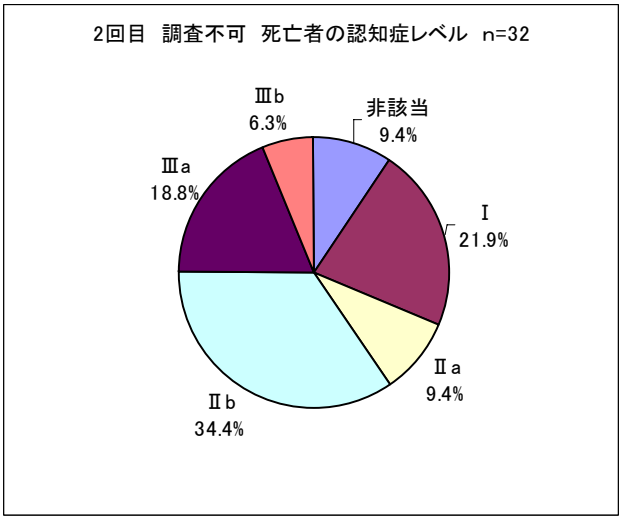
図表 1-4-33　調査不可者の認知症のレベル



10)-3　２回目に調査不可理由で死亡となった人の認知症のレベル

２回目の調査時に調査不可となった中で「死亡」した32人の認知症のレベルをみると「Ⅱｂ」が34.4%ともっとも多く、次いで「Ⅰ」が21.9%、「Ⅲａ」が18.8%、「Ⅱa」及び「非該当」が9.4%の順となっている。

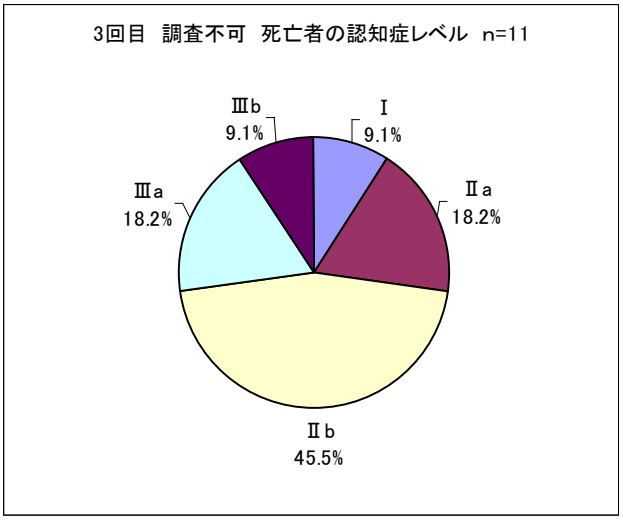
図表 1-4-34　調査不可の死亡者の認知症のレベル



10)-4　３回目に調査不可理由で死亡となった人の認知症のレベル

３回目の調査時に調査不可となった中で「死亡」した11人の認知症のレベルをみると「Ⅱｂ」が45.5%ともっとも多く、次いで「Ⅱa」及び「Ⅲａ」が18.2%、「Ⅰ」及び「Ⅲｂ」が9.1%の順となっている。

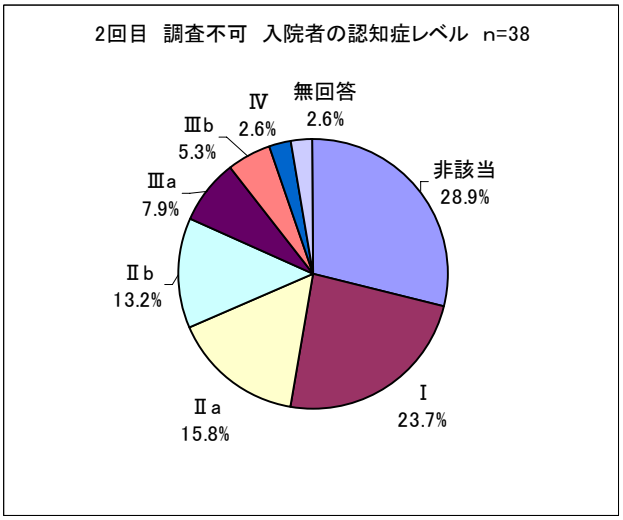
図表 1-4-35　調査不可の死亡者の認知症のレベル



10)-5　２回目に調査不可理由で入院となった人の認知症のレベル

２回目の調査時に調査不可となった中で「入院」した38人の認知症のレベルをみると「非該当」が28.9%ともっとも多く、次いで「Ⅰ」が23.7%、「Ⅱa」が15.8%、「Ⅱｂ」が13.2%、「Ⅲａ」7.9%の順となっている。

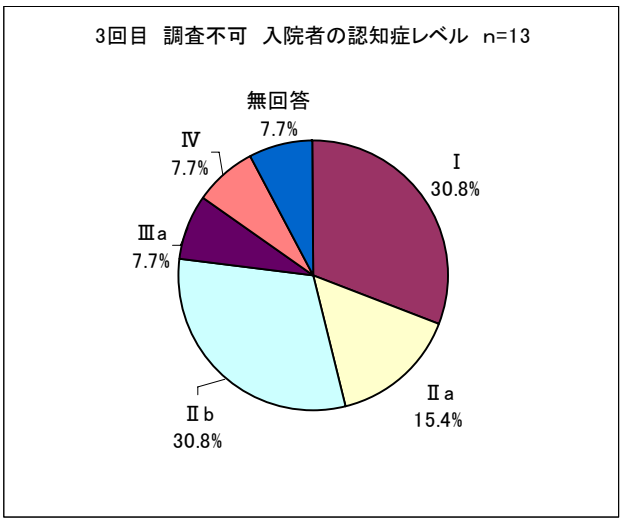
図表 1-4-36　調査不可の入院者の認知症のレベル



10)-6　３回目に調査不可理由で入院となった人の認知症のレベル

３回目の調査時に調査不可となった中で「入院」した13人の認知症のレベルをみると「Ⅰ」及び「Ⅱｂ」が30.8%ともっとも多く、次いで「Ⅱa」が15.4%、「Ⅲａ」及び「Ⅳ」が7.7%の順となっている。

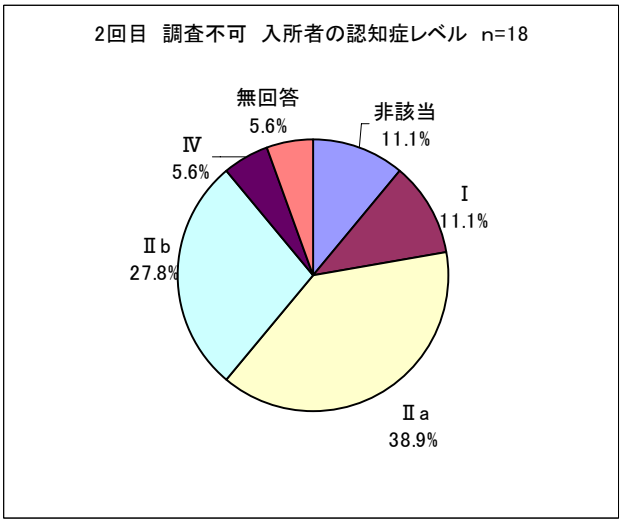
図表 1-4-37　調査不可の入院者の認知症のレベル



10)-7　２回目に調査不可理由で入所となった人の認知症のレベル

２回目の調査時に調査不可となった中で「入所」した18人の認知症のレベルをみると「Ⅱa」が38.9%ともっとも多く、次いで「Ⅱｂ」が27.8%、「Ⅰ」及び「非該当」が11.1%の順となっている。

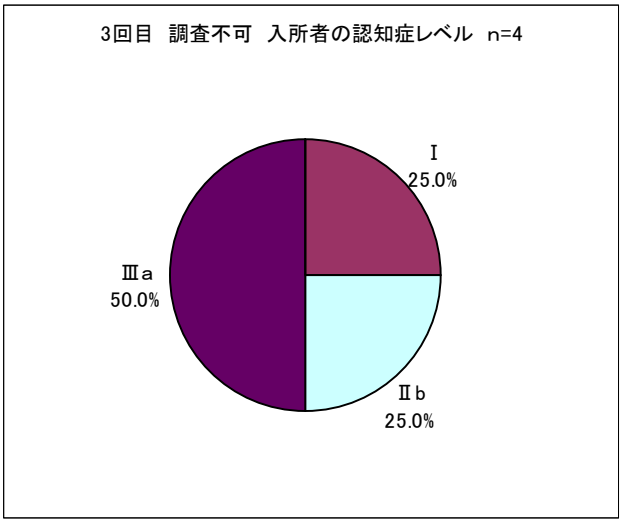
図表 1-4-38　調査不可の入所者の認知症のレベル



10)-8　３回目に調査不可理由で入所となった人の認知症のレベル

３回目の調査時に調査不可となった中で「入所」した４人の認知症のレベルをみると「Ⅲａ」が50.0%ともっとも多く、次いで「Ⅱｂ」及び「Ⅰ」25.0%の順となっている。

図表 1-4-39　調査不可の入所者の認知症のレベル



11)-1　担当のケアマネジャーからみた継続可能性と調査不可

１回目に担当ケアマネジャーの判断した在宅継続の可能性から２回目に調査不可となったものを見ると「最後まで在宅が可能」や「２～３年は在宅が可能」という判断では70%前後がその後も調査可能であった。

また、２回目の調査の判断でみると、「最後まで在宅が可能」が85%以上、「１年くらいは在宅が可能」や「２～３年は在宅が可能」などでも、70%以上でその後の継続調査が可能となっている。

図表 1-4-40　１回目の在宅継続の可能性と２回目の調査不可

1回目の在宅の継続可能性 と 2回目の調査不可 のｸﾛｽ（担当ケアマネジャー）				
	調査の不可			合計
	可能	不可能	その他	
最後まで在宅が可能　（構成比%）	66（68.8）	30（31.3）	0	96（100）
1年くらいは在宅が可能　（構成比%）	10（45.5）	12（54.5）	0	22（100）
2～3年は在宅が可能　（構成比%）	69（74.2）	23（24.7）	1（1.1）	93（100）
すぐにでも施設等の入所が必要　（構成比%）	2（33.3）	4（66.7）	0	6（100）
なんともいえない　（構成比%）	71（65.1）	38（34.9）	0	109（100）
その他　（構成比%）	13（72.2）	5（27.8）	0	18（100）
合計　（構成比%）	231（67.2）	112（32.6）	1（0.3）	344（100）

図表 1-4-41　２回目の在宅継続の可能性と３回目の調査不可

2回目の在宅の継続可能性 と 3回目の調査不可 のｸﾛｽ（担当ケアマネジャー）			
	調査の不可		合計
	可能	不可能	
最後まで在宅が可能　（構成比%）	52(85.2)	9(14.8)	61(100)
1年くらいは在宅が可能　（構成比%）	11(73.3)	4(26.7)	15(100)
2～3年は在宅が可能　（構成比%）	49(77.8)	14(22.2)	63(100)
すぐにでも施設等の入所が必要　（構成比%）	2(100)	0	2(100)
なんともいえない　（構成比%）	34(70.8)	14(29.2)	48(100)
その他　（構成比%）	11(61.1)	7(38.9)	18(100)
合計　（構成比%）	159(76.8)	48(23.2)	207(100)

11)-2　利用者本人からみた在宅継続意向と調査不可

１回目に利用者本人の在宅継続の意向から２回目に調査不可となったものを見ると「出来るだけ在宅で介護を続けたい」という意向では70%近くがその後も調査可能であった。

また、２回目の調査の意向でみると、「出来るだけ在宅で介護を続けたい」が77%以上でその後の継続調査が可能となっている。

図表 1-4-42　１回目の本人の在宅継続の意向と２回目の調査不可

1回目の本人の在宅療養の意思 と2回目の調査不可 のｸﾛｽ（利用者本人）				
	調査の不可			合計
	可能	不可能	その他	
出来るだけ在宅で介護を続けたい（構成比%）	228（68.3）	105（31.4）	1（0.3）	334（100）
できれば施設へ入所したい　（構成比%）	6（50.0）	6（50.0）	0	12（100）
合計　（構成比%）	234（67.6）	111（32.1）	1（0.3）	346（100）

図表 1-4-43　２回目の本人の在宅継続の意向と３回目の調査不可

2回目の本人の在宅療養の意思 と3回目の調査不可 のｸﾛｽ（利用者本人）			
	調査の不可		合計
	可能	不可能	
出来るだけ在宅で介護を続けたい （構成比%）	154（77.4）	45（22.6）	199（100）
できれば施設へ入所したい　（構成比%）	2（50.0）	2（50.0）	4（100）
合計　（構成比%）	156（76.8）	47（23.2）	203（100）

11)-3　家族からみた在宅継続意向と調査不可

１回目に家族の在宅継続の意向から２回目に調査不可となったものを見ると「出来るだけ在宅で介護を続けたい」という意向では約70%がその後も調査可能であった。

また、２回目の調査の意向でみると、「出来るだけ在宅で介護を続けたい」が78%以上でその後の継続調査が可能となっている。

図表 1-4-44　１回目の家族の在宅継続の意向と２回目の調査不可

1回目の家族の在宅継続の意思 と2回目の調査不可 のｸﾛｽ（家族）				
	調査の不可			合計
	可能	不可能	その他	
出来るだけ在宅で介護を続けたい（構成比%）	206（70.5）	85（29.1）	1（0.3）	292（100）
施設への入所を希望している （構成比%）	17（45.9）	20（54.1）	0	37（100）
家族はいない（構成比%）	6（54.5）	5（45.5）	0	11（100）
合計　（構成比%）	229（67.4）	110（32.4）	1（0.3）	340（100）

図表 1-4-45　２回目の家族の在宅継続の意向と３回目の調査不可

2回目の家族の在宅継続の意思 と3回目の調査不可 のｸﾛｽ（家族）			
	調査の不可		合計
	可能	不可能	
出来るだけ在宅で介護を続けたい（構成比%）	138（78.9）	37（21.1）	175（100）
施設への入所を希望している　（構成比%）	13（61.9）	8（38.1）	21（100）
家族はいない　（構成比%）	5（83.3）	1（16.7）	6（100）
合計　（構成比%）	156（77.2）	46（22.8）	202（100）

5.　パネル調査の結果の考察

１、２、３回と連続して行ったパネル調査の結果を考察すると在宅を継続させる条件や継続が不可能となった要因など、以下のいくつかのような事が明らかになった。

(1)　継続調査可能分

１）利用者の全体の変化

在宅介護が継続できている利用者の経過をみると、要介護度の変化や日常生活自立度のレベルは大きな変化がなく、比較的安定して推移している。もっとも安定しているからこそ、在宅継続が可能になっているので、現状の安定的な状態から大きな変化が生じないことが継続の条件になっているものと考えられる。

２）利用者の ADL の変化

利用者の ADL の変化をみると「食事」、「排泄」、「洗面」などでは、「一人で出来る」という自立度の高い人が半数以上を占めており、毎日の基本的な生活行為に支障の少ないことが在宅継続の条件となっている。その他「着替え」、「外出」、「入浴」、「預貯金の管理」など必ずしも毎日世話が必要でない項目では、「一人で出来る」という人の割合は低く 20%前後である。

このように「食事」や「排泄」など、1 日に数回の生活行為で家族に介護負担があまりかからないことが、在宅継続の大きな要素である。

３）利用者の生活上の変化

利用者の生活面等の変化をみると、「身体機能面」、「心理面」、「家族の状況」など良くも悪くもなく、「どちらともいえない」が 60～70%と多くを占めており、大きな変化はみられない。

個別にみていくと「心配ごとや不安」を４割の人が感じながらも多くの人が「食欲」があり、よい「睡眠」を確保しながら、「やさしい家族や家族以外の人と円満な関係」で「笑顔や明るさ」と「はり」を持ちながら生活している姿が見受けられる。

また、本人や家族も在宅介護の継続に変化なく、現状の生活を維持しようとする意向が高い。

４）介護者の状況の変化

介護者の状況をみると「介護負担」に関して、少し重くなったという変化がみられるが、「介護者の関係」、「性別」、「年齢」、「就労状況」など介護者を取り巻く環境にほとんど大きな変化はみられない。また、家族と利用者の関係でも良好な関係が維持されており、この部分でも大きな変化はみられない。

このようにこの１年間、３回にわたる継続調査でみえた、在宅介護が維持できている要素はあまりにも当たり前であるが、家族のやさしいかかわりに支えられ、被介護者自身のADLの高さや生

活意欲の強さが相まって、結果的には大きな介護負担を生じないことが在宅介護の継続を可能にしていると推察できる。

(2)　継続調査不可能分

この１年間の継続調査で、回数ごとに調査不可となる利用者が30%程度出現している。その調査不可には、それぞれに理由があるが「全体」とその中で「死亡」、「入院」、「入所」について、その利用者像と傾向を考察した。

１）調査不可者の全体像

調査不可になった主な理由をみると、「入院」が全体の1/3を占めもっとも多い。次いで「死亡」が1/4以上を占めている。

入院先は急性期の病院が多く、その原因として「既往症以外の他の病気が生じた」ためという理由が多い。調査可能者でみたように、症状が安定している、変化がないということが在宅継続の大きな理由の一つであったが、新たな疾患があらわれ変化が起ると在宅介護の継続が無理となるということである。

入所先では「介護老人保健施設」が多く、３～５割を占めている。次いで「介護老人福祉施設」や「介護療養型医療施設」の順位になっている。またその理由としては「本人の意欲等の心理状態の低下」が大きな理由になっている。

２）調査不可になった人の年齢層

全体では「76～80歳」及び「81～85歳」の年齢層で半数以上を占めている。その内訳として死亡者及び入院者でも「76～80歳」及び「81～85歳」が４割～５割を占めている。入所者に限ると６～７割強にまで増えている。

３）調査不可になった人の介護度

全体では「要介護１」及び「要介護２」の両方で半数以上を占めている。その内訳として死亡者では「介護度３」がもっとも多く３～４割弱を占めている。入院者では「要介護１」及び「要介護２」の両方で６割以上を占めている。入所者では「要介護１」が半数以上を占めている。

このようにかなり重度にならなくても、要介護１もしくは２のレベルで、入院や入所に至ることが多くみられる。

４）調査不可になった人の主な疾病

全体では「認知症」及び「脳血管症」の両方で約半数を占めている。その内訳として死亡者でも「脳血管症」及び「認知症」の両方が上位を占めている。入院者では「脳血管症」、「認知症」、

「骨折・転倒」などが上位を占めている。入所者では「認知症」が半数以上を占め、大きな原因疾患となっている。

このようなことから「認知症」が進むと、在宅介護の継続が難しくなり入院や入所に至ることが推察される。

５）認知症老人の日常生活自立度のレベル

全体では「Ⅱb」や「Ⅰ」が多く上位を占めている。次いで「Ⅲa」となっている。その内訳として死亡者でも同様に「Ⅱb」がもっとも多く、次いで「Ⅲａ」となっている。入院者では「Ⅰ」が２～３割ともっとも多く、次いで「Ⅱｂ」や「Ⅱａ」となっている。入所では「Ⅱａ」や「Ⅱｂ」が多くみられる。

このように認知症老人の日常生活自立度レベルが、ⅡaやⅡｂレベルになると在宅での介護が困難になるような傾向が推察される。

６）その他の要因

その他の要因を全体でみると、「心配ごとや不安がある」という人が６割近く、「はり」のみられる人が２割弱と継続可能の人と比べると少し異なっている。が、「食欲」や「睡眠」などは６～７割と遜色なく、また「家族との関係」なども約６割は良好で悪くはない。

このようなことから、利用者の取り巻く環境は大きく変化していないのに、介護度や痴呆症の進行、新たな症状の表出など、身体的な状況の変化が在宅継続の可能性の障害となっていることが推察される。

第2部
介護支援専門員の能力向上のための
研修ニーズの予備的研究

第１章　先行研究

介護保険が導入されてから７年が経過し、市民に対する制度の認知も高まり、スタート当初の多くの混乱は一定の落ち着きを見せたように思われる。しかしながら、一方で介護報酬の改定に伴う動きや、介護予防の導入、地域包括支援センターの開設、療養病床の見直しなど、目まぐるしく制度やそれを取り巻く環境が変化している。こうした状況にあって、なおさら普遍的に求められるものは、利用者のニーズに向き合う介護支援専門員の能力であるといえる。介護支援専門員には、制度開始以後、看護師や介護士はじめ多職種が参入したが、福祉職（ソーシャルワーカー）においては、介護保険導入に至るまでに既にケアマネジメント業務に従事していた経験が他職種に比べて多いといえる。これまでの介護支援専門員の研修内容の変遷を見ても、面接技術をはじめ、ソーシャルワーカーが重要視してきた技術や考え方が多く取り入れられてきた経過がある。一方でソーシャルワークとケアマネジメントの関係については、 白澤や與那嶺ら(2007)が明らかにしているように、英国、アメリカ、日本いずれにおいても、多様な捉え方があるのが現状である。

本研究は、 特にソーシャルワークの専門性の視点から、介護支援専門員の業務遂行に求められる能力についての研修ニーズを明確化し、その職務に貢献できるものを取り入れた研修プログラムの開発を目的としている。この目的に関連する先行研究の主なテーマとしては、ケアマネジメント業務の内容や質に関する研究（安梅1998、沖田 2002、岡本1999、2002、2003、和気2006、小原2006他）、基礎資格による違いの検証（綾部2003、窪田2004、竹本2005、島内2005、石原2004他）、業務遂行能力と業務負担感(井手2005、吉江2006他)やバーンアウト（古瀬2003、高良2004、畑2006他）との関連、研修ニーズに関するもの（沖田ら2002、 綾部ら2003）などがある。

そこで以下に、１．介護支援専門員の能力と質評価、２．ソーシャルワークの専門性と職種間の差、３．業務負担感、４．研修へのニーズや効果、に関して先行文献を整理し、本研究の位置づけを明らかにしておきたい。

1.　介護支援専門員の能力と質評価

介護保険法第十三条第２項において、介護支援専門員は、「居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供して、利用者にサービスの選択を求めるものとする。」（下線筆者）と明示されている。また白澤によれば、ケアマネジメントとは、「対象者の社会生活上での複数のニーズを充足させるため適切な社会資源と結びつける手続きの総体」とされており、「利用者のニーズを社会資源に結びつける」という結果が求められていることが分かる。そしてそのために利用者やその他の関係者や関係機関に働きかけ、社会生活上のニーズを充足するために、多様なレベルの能力が求められるということになる。

安梅ら（1998）は、社会福祉士144人とその他の保健福祉関連職種988人を対象に、ケアマネジ

メント専門性評価に関するモデル試案の妥当性と専門性の検証を行った結果として、基本能力領域、マネジメント能力領域、総合評価能力領域の３領域80項目からなる職務遂行能力を提示し、それらは職種に関わらず共有できるものであることが示唆されたとしている。

また岡本ら（1999、2002）は、ケアマネジメントを「利用者の持つ複雑で多様なニーズに対して、適切な社会資源に結びつけ、ニーズの充足を図るために個別ケアから展開する援助機能の総称」とした上で、 支援過程の質評価として、 １．利用者指示とニーズ分析　２．チームによる協議と計画　３．サービス探索と導入準備　４．適切な連結とフォローアップ　５．モニタリングと評価　の５領域45項目を抽出し、 更にそれらを「活動が向かう方向」としての４局面（利用者とケアマネジャー間、 利用者とサービス提供者側、 ケアマネジャー間、 サービス提供者側とケアマネジャー間、 ケアマネジャーの判断）を組み合わせた構成要素を示し、自己評価や第三者評価に活用するための指標を提示している。さらに岡本ら（2003）は、ケアマネジメントの構造面を評価する質問紙とケアマネジメント過程を自己評価する質問紙を用いて関連性について調査した。その結果、ケアマネジメントの質は、ケアマネジャー個人の技量だけでなく、実践する地域の実務者間のネットワークやケアシステムがどれほど整っているかといった構造的な要因が大きく影響すると述べている。

一方、和気ら(2006)は、老人福祉施設と老人保健施設における施設ケアマネジメントにおいて、計画策定における役割分担や達成状況について調査し、施設サービス計画の作成は概ね達成されているが、利用者の社会的ニーズへの対応や権利擁護、サービスの創出など、発展的なケアマネジメントの領域で達成状況が不十分であるとしている。

また小原ら(2006)は、医療ソーシャルワーカーの背景を持つ介護支援専門員に対して行ったインタビュー調査から、必要な職務遂行能力として、ミクロレベルのコンピテンスとして、１．専門職としての価値観の保持（ex. 自己決定につながるプロセス重視、アドボカシー機能）２．アセスメント能力（ex. 関係者間の力動性を意識したアセスメント、複合的・総合的にシステムを分析する能力）３．介入の技術（ex. アセスメント内容を他職種と共有でき、それに基づいた介入方法を特定する、柔軟に適切なタイミングによる援助介入）４．利用者の持っている力やストレングスの視点や生活機能を多様な角度から把握する能力 ５．コミュニケーションスキル（ex. 言語、非言語、観察力、効果的質問を含めたコミュニケーションスキル、否定的感情にまで関わる能力）６．利用者・ワーカーとの関係性・信頼感（ex. 適切な距離が取れる、守ってくれる存在として信頼関係の中で支援構築）を抽出している。また、メゾ・マクロに関するコンピテンスとしては、ポジショニングと役割遂行、チームアプローチと協働、公正性を追求する姿勢、ネットワーク化・住民組織化、情報の効果的活用が提示されている。

2.　ソーシャルワークの専門性と職種間の差

次にソーシャルワークの専門性について、ケアマネジメントの実施状況を基礎資格の違いによって分析したものについて整理する。

まず綾部ら（2003）が大阪市の介護支援専門員に対して行った調査(373/810名)では、看護職や福祉職は「利用者や家族とのサービス計画の作成」で多職種より課題実施度が高いとし、全般的にあまり行っていない領域として「利用者や家族とのサービス計画の作成」と「評価」を挙げている。また竹本ら(2005)は、岡山県内の介護支援専門員(502/1234人)に対して、認知症に関する制度の活用等について調査した結果、医療職は福祉職に比べ、制度を理解していないが、両職種とも社会保障制度活用に関しての能力不足を感じているとしている。石原ら（2004）が岐阜県下の介護支援専門員684名に行った調査でも、看護職は介護保険以外のサービスの理解が不足しているとしている。

窪田ら（2004）は介護支援専門員（269/400人）の悩み･困りごとを６因子(対人援助職の価値観、コミュニケーション、社会資源の開発、困難時のサポート不足、ケアプラン作成、制度の知識)に分類し、その内、「社会資源の開発の悩み」について、専門学校･短大卒の医療職と福祉職の間においてのみ、有意差があったとしている。一方、 島内 (2005) は事例を通じた調査において、「症状と健康状態」の改善項目に看護職の改善率が高かったとし、結論として医療ニーズの多い事例は看護職が担当するのが良いとしているが、方法と考察の妥当性に課題があると思われる。

また先の安梅ら(1998)は、クラスター分析により社会福祉士(ソーシャルワーカー)のケアマネジメント専門性の構造として、直接支援(基本能力、対象支援能力)と間接支援（支援機能評価、組織機能評価、運営管理)の２領域に分類されたとしている。

さらには前述の小原ら(2006)による医療ソーシャルワーカーの背景を持つ介護支援専門員へのインタビュー調査より整理されたコンピテンスでは、ミクロレベルでは価値観や総合的アセスメント、柔軟な援助介入、ストレングス視点、否定的感情に関わるコミュニケーションスキル、適切な距離による利用者･ワーカーとの関係性･信頼感などソーシャルワークの特性を含む内容が多く抽出されている。また、メゾ・マクロに関するコンピテンスにおいても同様に、ソーシャルワークの特性を含む内容に整理されている。

なお、Hepworth、Rooney& Larsen（1980)によれば、ソーシャルワークで大きな比重を占める役割として、「クライエントシステムが、必要なサービス資源を適切な時期に適切な方法で手に入れることを支援する」こととしている。また渡部（2002）は「クライエントが真に必要としている資源とは何かを十分に吟味するプロセスが仕事の生命線」として、利用者主体のケアマネジメントのための面接の重要性を指摘している。

一方、アメリカの(National Association of Social workers 以下 NASW)においては、Certified Social Work Case Managerのスーパーバイザーによる評価27項目を提示しており、ソーシャルワークに特徴的と思われる内容として、 １．クライエントとの適切な境界(関係性)の樹立と維持　２．民族／ジェンダー／年齢／宗教にセンシティブな実践スキル　３．クライエントの心理社会

的アセスメントにおける強さや弱さについてのセルフアセスメントにつなぐ　４．NASWの倫理要綱を実践につなぐ　５．クライエントのニーズ（機能的および心理社会的）とクライエントのサポートシステムを評価する　６．サービスの受給や他のサービスを受けられるようにするアドボケイト　７．フォーマル、インフォーマルな資源の最大限の利用　８．クライエントの強みと弱みと、その機能レベルへの影響を特定する　９．クライエントの自己充足感を増し、自己決定をサポートする等が挙げられている。

3.　業務負担感

窪田ら（2004）は前述のように、介護支援専門員（269/400人）の悩み･困りごとを６因子(対人援助職の価値観、コミュニケーション、社会資源の開発、困難時のサポート不足、ケアプラン作成、制度の知識)に分類し、その内、「社会資源の開発の悩み」についてのみ、専門学校･短大卒の医療職と福祉職の間において有意差があったとしているが、それはまた仕事への負担感に繋がっていることを示している。また６因子のうち、対人援助職の価値観、コミュニケーション、困難時のサポート不足、ケアプラン作成、 制度の知識が、業務遂行への自信に影響しているという結果も併せて提示している。

また井手ら(2005)が、岡山県の介護支援専門員(436/1234人)に行った 業務負担感の因子構造の検討の結果では、「能力に対する過剰要求」や「利用者･家族に対する葛藤」が、業務負担感につながり、更にはそれが精神的健康に繋がっていることを示している。

また吉江ら（2006）が10都道府県500事業所の介護支援専門員に行った調査(268事業所、556名)では、介護支援専門員が「困難を感じる可能性を持つケース類型」(12類型)について、類型全てに最近一年間で困難を感じた者の割合は最も低くても40%以上あり､また経験年数が長いほど困難を感じている割合が高かったとしている。

4.　研修へのニーズや効果

沖田ら(2002)は、大阪市内の介護支援専門員(213/571名)に対して、ケアマネジメント過程及び結果評価などの質問を行った結果として、質改善は「課題分析とサービス担当者会議」「モニタリングと評価」「自己決定や自分らしさの視点を持ったケアプランの必要性」において必要であること。また研修は「課題分析や介護サービス計画書の作成」「サービス担当者会議の運営方法」「モニタリングや評価の方法」「社会資源開発」の領域で必要であることを指摘している。

また先の綾部ら(2003)によるケアマネジメント・プロセスにおける課題実施度の調査の結果、アセスメント及び計画作成･計画作成時の連絡調整に関する研修やスーパービジョンの重要性を提示している。

さらに窪田ら（2004）は、職務遂行上の負担感は、ただ単に知識や技術的な側面から派生して

いる問題ではなく、ケアマネジャーのおかれている職場内環境要因や制度からも影響されていると指摘している。

5.　先行研究のまとめと本研究の意義

前述のように、安梅らはケアマネジメントの専門性評価指標を、岡本らはケアマネジメント支援過程の質評価指標を提示している。その内容からも分かるように、ケアマネジメント業務に求められる能力は、 対人援助における支援能力に止まらず、管理能力、組織運営能力、総合的な評価能力など多様な幅広い能力が求められることが示されている。

一方、ソーシャルワーカーは日本において他職種に先んじてケアマネジメント業務に従事していたといえるが、安梅らはソーシャルワーカーのケアマネジメント専門性の構造を、直接支援と間接支援 の２領域に分割している。また小原らの調査やNASWの評価項目によると、価値に基づく支援やストレングス視点などがソーシャルワークの特性として抽出される。また他職種との比較においては、資源開発や制度・資源活用などに有意差が見られ、それらが仕事への負担感にも繋がっていることが示唆されている。

他方、研修へのニーズは、利用者への援助困難感を背景にミクロレベルの内容が多く挙げられているが、環境要因にも左右されていることが明らかになっている。

以上で示されたケアマネジメントの内容や質の指標、およびケアマネジャーの置かれている実態は、漸く７年を経過した介護保険下の介護支援専門員の現状であるといえる。

こうした現状から、ケアマネジメントの質の確保や向上のためには、介護支援専門員のニーズに即した研修を提供することが求められるが、介護支援専門員の業務遂行に必要な能力をソーシャルワークの特性から明らかにしなければならない。そこで本研究では、まず特にミクロレベルに焦点を当てて、ソーシャルワークの専門性を含めた調査票を用いて、介護支援専門員の研修ニーズの現状を明らかにし、今後の研修プログラムや研修方法を開発することを目的とするものである。

〈参考文献〉

安梅勅江、片山秀史、原田亮子、島田千穂、河西俊幸、呉栽喜、片山優子、高山忠雄　(1998) ケアマネジメント専門性評価モデル試案の妥当性と信頼性及び社会福祉士の自己評価の特徴「老年社会科学」20(1)、50-60

綾部貴子、岡田進一、白澤政和、岡田直人 (2003) 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「厚生の指標」50(2)、9-16

古瀬みどり(2003) 介護支援専門員のバーンアウトと関連要因「日本在宅ケア学会誌」7(1)、61-67

畑智恵美（2006）在宅介護支援センター相談員（ケアマネジャー）のバーンアウトとその関連要因「ケアマネジメント学」5、101-115

Hepworth、D.、R. Rooney&J. Larsen(1980) Direct Social Work Practice: Theory and Skills、Dorsey Press

井手孝美、佐藤ゆかり、堀部徹、香川幸次郎（2005）介護支援専門員における業務負担感の因子構造の検討 「ケアマネジメント学」3、78-85

石原多佳子、香川由美子、真野啓子、佐分行子（2004）基礎資格の相違からみた介護支援専門員の現状と課題「介護福祉学」11(1)、84-92

窪田悦子、岡田進一、白澤政和（2004）介護支援専門員に対する教育的・支持的サポートのあり方「厚生の指標」51(10)、6-12

小原眞知子、小西加保留、西村昌記、村社卓、大和三重（2007）ソーシャルワークにおけるケアマネジメントの基準（指標）開発「ソーシャルワークの特性に関する実証的

研究ーケアマネジメントとの関連をもとにー」平成 18 年度文部科学省科学研究費補助金（基盤研究（A））第一報

岡本玲子(1999) ケアマネジメント過程の質を評価する尺度の開発「日本公衛誌」、46(6)、435-446

岡本玲子(2002)『ケアマネジメントの質保証・活動指標 45』日総研. 岡本玲子(2003)『対応困難な事例に学ぶケアマネジメント』医学書院

沖田裕子、岡本玲子、村岡枝理子（2002）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」 5(3)、54-61

島内節、森田久美子、友安直子（2005）在宅ケア利用者のアウトカムに影響するケアマネジメント要因 「日本地域看護学会誌」 7(2)、21-26

白澤政和、與那嶺司、畑智恵美、畑亮輔(2007) ソーシャルワークとケアマネジメントの関係「ソーシャルワークの特性に関する実証的研究ーケアマネジメントとの関連をもとにー」平成 18 年度文部科学省科学研究費補助金（基盤研究（A））第一報

高良麻子(2004) 介護支援専門員のバーンアウトに関する研究「社会福祉実践理論研究」13、25-37.

竹本与志人、内藤絵里、馬塩智恵子、宗好祐子、橋本智江、濱口須美、忠田正樹、堀部徹、香川幸次郎（2005）認知症高齢者のケアマネジメントにおける介護支援専門員の社会保障制度の理解と活用状況「厚生の指標」52(6)、15-20

和気純子(2006) 介護保険施設におけるケアマネジメント 「ケアマネジメント学」5、46-55

渡部律子(2002) 利用者主体の高齢者在宅ケアをめぐる課題 「老年社会科学」 24(1)、30-38. 吉江悟、斉藤民、高橋都、甲斐一郎（2006）介護支援専門員がケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因 「日本公衛誌」 53(1)、29-39

第２章　ケアマネジメント業務の困難度からみた研修ニーズ

── アンケート結果の概要 ──

1.　調査の目的

本研究の目的はソーシャルワークの専門性の視点から、介護支援専門員の業務遂行に求められる能力についての研修ニーズを明確化し、その職務に貢献できるものを取り入れた研修プログラムの開発を目的としている。実際に介護支援専門員のケアマネンジメント業務における研修ニーズを明確にするために、ケアマネジメントの支援プロセスから項目を抽出し、それぞれの困難度に焦点を当て調査を行なった。

2.　調査の概要

(1)　対象者

対象者は、関西地区の兵庫県社会福祉協議会主催の介護支援専門員専門研修に参加された2,250人の中から600人を対象に行なった。専門研修に参加されている対象者は概ね介護支援専門員の資格を取得して３年経過しているものが対象となっている。さらにこれは資格更新のために必要な研修と位置づけられている。

(2)　調査方法

調査は研修会場での集合調査法を用いた。期間は2007年11月から2008年１月にかけて行なった。対象者への倫理的な配慮として、回答は無記名とした。配布した600票のうち、無効な回答票を除いた有効回答票は538票とし、分析対象とした。尚、本調査にあたっては兵庫県社会福祉協議会の承認を受けている。

(3)　基本属性

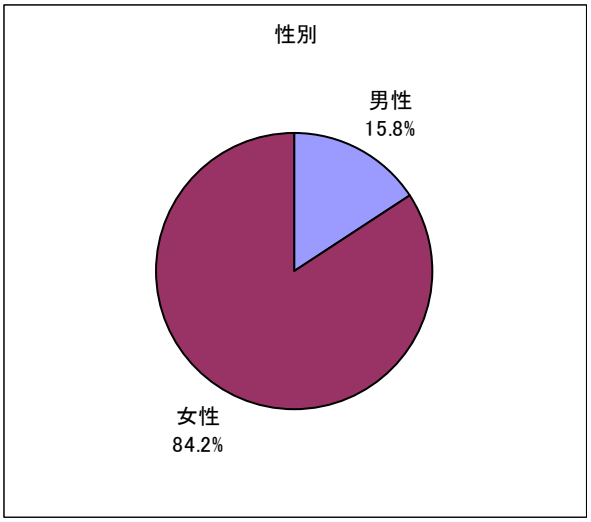
基本属性として、性別、介護支援専門員としての経験年数、担当総利用数、職場での介護支援員の人数、取得している基本資格について回答を得た。

3.　調査結果の概要

(1)　対象者の基本属性

1)性別

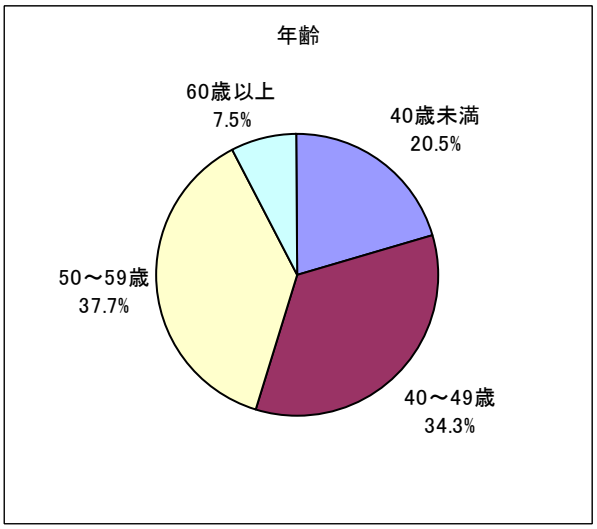
図表 2-3-1



対象となった介護支援専門員の性別構成は男性15.8%、女性84.2%であった。

2)年齢

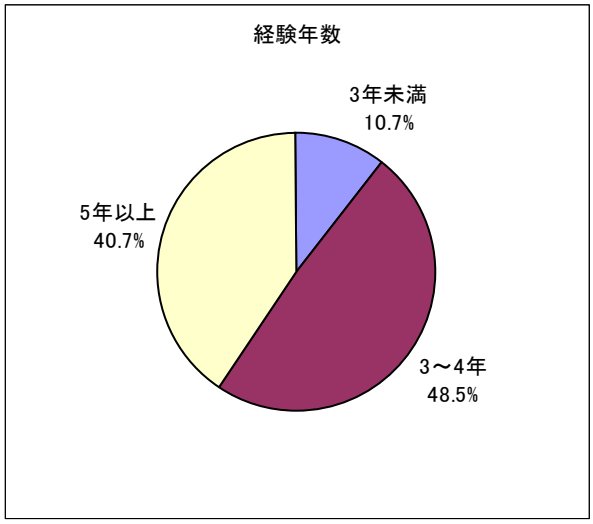
図表 2-3-2



年齢は、50歳代（37.7%）と40歳代（34.3%）に集中がみられた。

3)経験年数

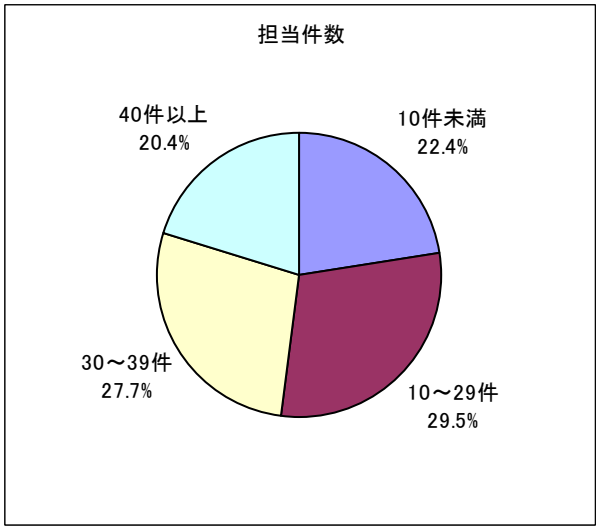
図表 2-3-3



介護支援専門員としての経験年数は、３～４年が半数近くを占め、５年以上も４割強を占めていた。

4)担当件数

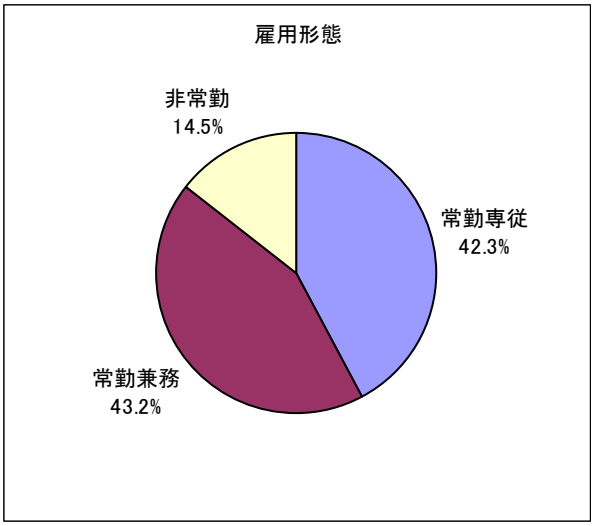
図表 2-3-4



担当している利用者総数は、10～29件が29.5%、30～39件が27.7%であり、10件未満と40件以上もそれぞれ２割を超え、ばらつきがみられた。

5)雇用形態

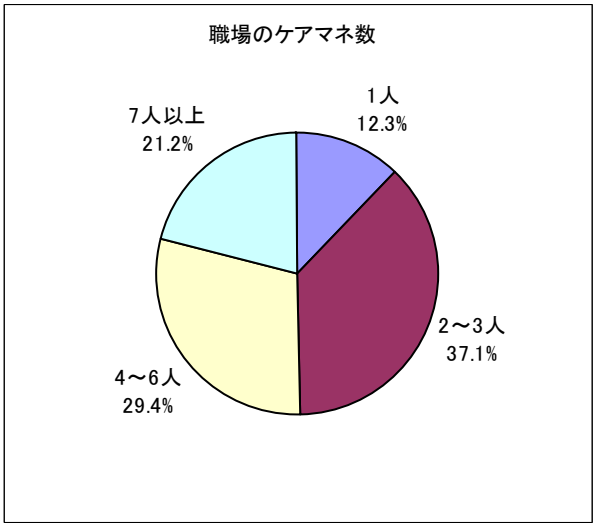
図表 2-3-5



常勤の専従者は４割強（42.3%）にとどまり、常勤兼務者の割合を下回った。また、非常勤者も１割を超えていた。

6)職場の介護支援専門員数

図表 2-3-6

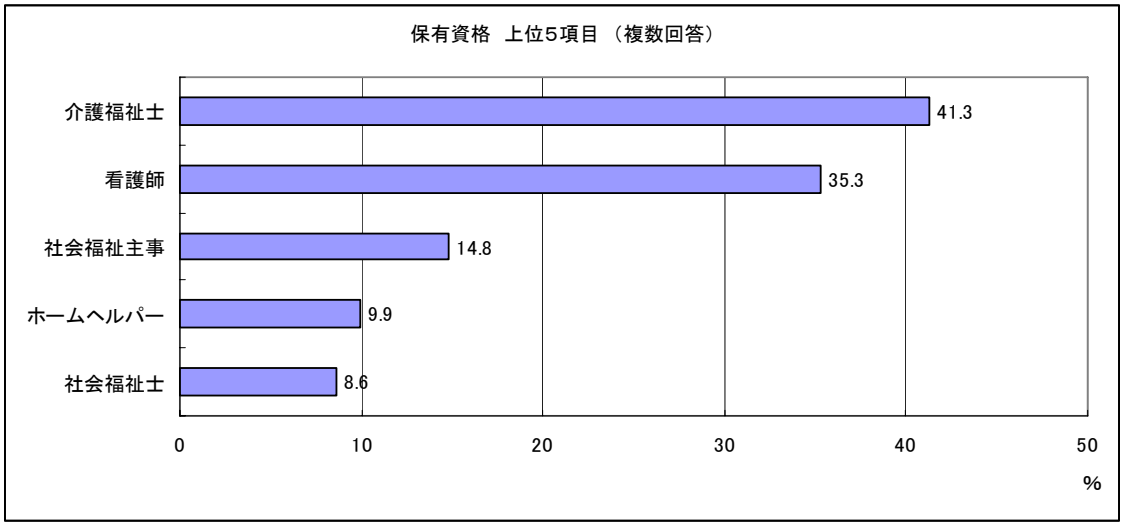


職場の介護支援専門員数は、いわゆる一人職場が12.3%、２～３人が37.1%、４～６人が29.4%、７人以上が21.2%であった。

7)介護支援専門員以外の保有資格

介護支援専門員以外の資格の保有状況については、介護福祉士（41.3%）と看護師（准看護師を含む）（35.3%）が特に多くみられた。

図表 2-3-7



(2)　項目別にみた「困難度」の相対度数分布

図表 2-3-8

	いつも困難を感じている	しばしば困難を感じる	時々困難を感じる	ほとんど困難を感じない
(1)　介護保険制度の内容を理解する	10.3	36.1	45.1	8.5
(2)　介護保険制度に関する最新の情報を収集する	14.7	37.5	39.8	7.9
(3)　アセスメント項目の内容を理解する	5.7	30.2	50.6	13.6
(4)　課題につなげるためアセスメント情報を活用する	6.5	32.3	50.9	10.4
(5)　家族関係を理解する	8.6	28.4	50.9	12.0
(6)　支援に活用できるその人らしさを把握する	10.4	37.2	45.2	7.2
(7)　一連のアセスメント過程を利用者と共に実施する	14.1	35.9	45.3	4.6
(8)　設定された目標をもとにプランを作成する	7.1	30.8	54.9	7.3
(9)　サービス導入にあたって緊急性を判断する	6.7	22.4	50.2	20.7
(10) サービス利用拒否の理由に応じて適切な対応をする	14.0	35.0	43.5	7.5
(11) 利用者のニーズと家族のニーズをすり合わせる	12.8	38.9	42.6	5.7
(12) 利用者にとって十分なサービスの選択肢を提供する	8.6	31.7	48.9	10.9
(13) サービス計画表を利用者が理解できるように記入する	11.2	31.3	46.2	11.4
(14) 利用者支援に家族の力を活用する	9.8	34.5	49.4	6.3
(15) 障害に応じたコミュニケーション技術を用いる	8.3	29.6	52.8	9.3
(16) 利用者・家族の感情に適切に対応する	6.5	30.2	54.0	9.3
(17) 利用者・家族に審判的でないように努める	4.4	16.8	54.2	24.6
(18) 利用者・家族を受けとめる	6.2	21.2	53.9	18.7
(19) 利用者の自己決定の尊重に努める	8.7	26.2	49.8	15.2
(20) 利用者理解のために自己研鑽に努める	8.0	31.0	49.6	11.3
(21) 自分の力量を超える場合、他職種、他機関等と相談する	7.6	25.4	43.8	23.1
(22) 権利擁護の意義を理解する	10.3	32.8	42.3	14.7
(23) 権利擁護のために必要な介入を行う	16.9	39.5	35.6	8.0
(24) モニタリングの過程で必要に応じて仕切り直しをする	7.1	34.0	47.4	11.5
(25) 必要な情報を蓄積する	4.4	25.1	58.1	12.4
(26) サービス担当者間で得られた情報を効果的に活用する	4.8	21.0	57.4	16.8
(27) 情報交換のために既存のネットワークを活用する	10.9	28.5	45.2	15.4
(28) 地域に新たにネットワークを形成する	35.0	35.6	24.1	5.3
(29) 利用者に適したサービス担当者会議を運営する	19.5	33.8	40.3	6.4
(30) 利用者からの苦情に対し、状況を把握する	6.4	30.3	48.8	14.5
(31) その利用者にあったサービスを見つける	7.3	29.1	52.7	10.9
(32) 現在の制度に対して何らかのアクションをする	37.8	34.1	24.4	3.7
(33) 必要に応じて制度以外の資源を見つける	24.2	37.7	33.7	4.4

(3)　困難度と重要度の関連

1)重要度の順にみた困難度

「重要度」は重要であると思う項目として上げられた割合（%)。「困難度」は０～３点の範囲をとり、値が大きいほど困難度が高いことを示している。

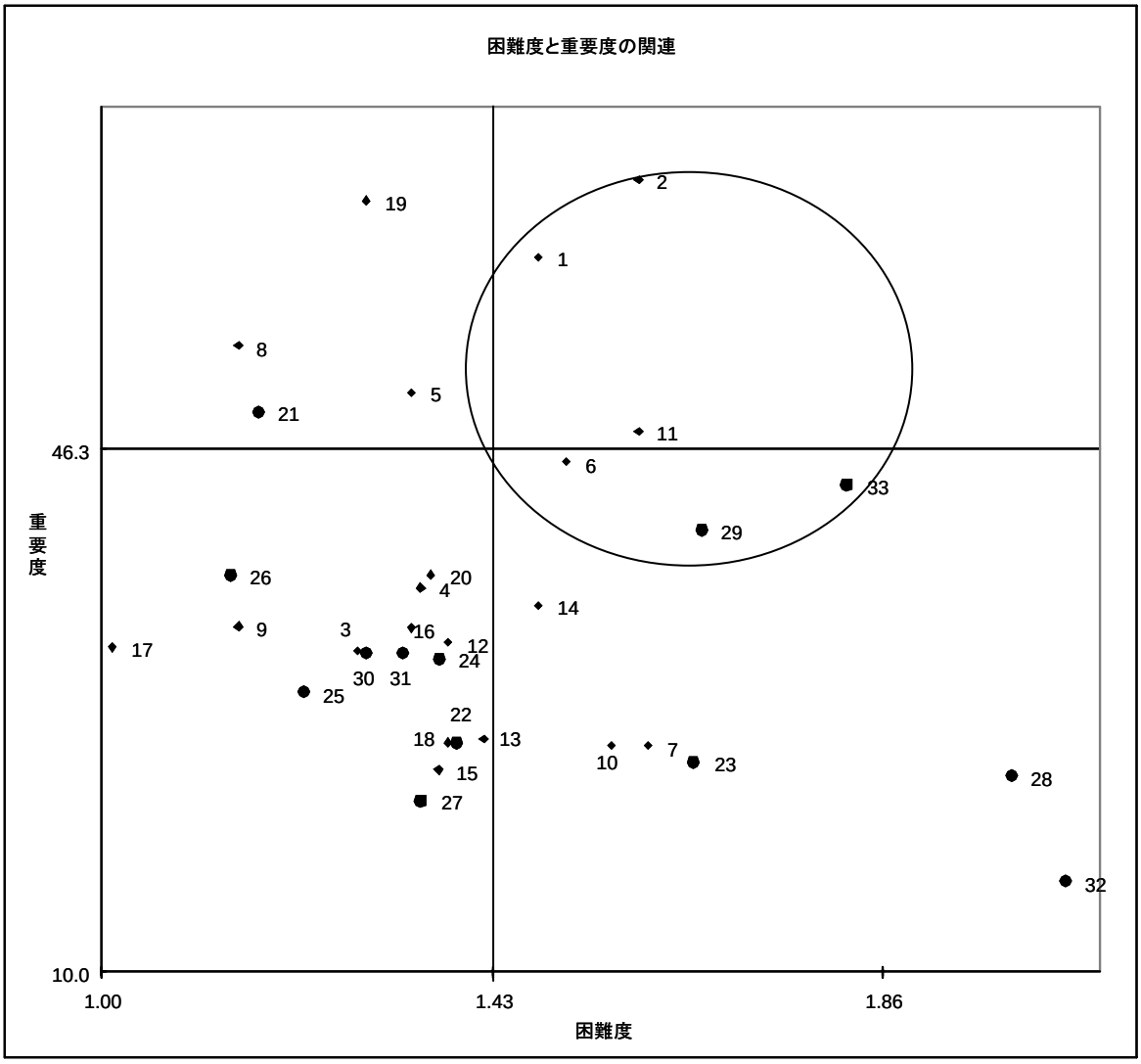
図表 2-3-9

項目	困難度	重要度
(2)　介護保険制度に関する最新の情報を収集する	1.59	65.1
(19) 利用者の自己決定の尊重に努める	1.29	63.6
(1)　介護保険制度の内容を理解する	1.48	59.7
(18) 利用者・家族を受けとめる	1.15	53.6
(5)　家族関係を理解する	1.34	50.3
(21) 自分の力量を超える場合、他職種、他機関等と相談する	1.17	48.9
(11) 利用者のニーズと家族のニーズをすり合わせる	1.59	47.6
(6)　支援に活用できるその人らしさを把握する	1.51	45.5
(33) 必要に応じて制度以外の資源を見つける	1.82	43.9
(29) 利用者に適したサービス担当者会議を運営する	1.66	40.8
(20) 利用者理解のために自己研鑽に努める	1.36	37.6
(26) サービス担当者間で得られた情報を効果的に活用する	1.14	37.6
(4)　課題につなげるためアセスメント情報を活用する	1.35	36.8
(14) 利用者支援に家族の力を活用する	1.48	35.5
(9)　サービス導入にあたって緊急性を判断する	1.15	34.1
(16) 利用者・家族の感情に適切に対応する	1.34	33.9
(12) 利用者にとって十分なサービスの選択肢を提供する	1.38	32.9
(17) 利用者・家族に審判的でないように努める	1.01	32.6
(3)　アセスメント項目の内容を理解する	1.28	32.4
(30) 利用者からの苦情に対し、状況を把握する	1.29	32.2
(31) その利用者にあったサービスを見つける	1.33	32.2
(24) モニタリングの過程で必要に応じて仕切り直しをする	1.37	31.8
(25) 必要な情報を蓄積する	1.22	29.5
(13) サービス計画表を利用者が理解できるように記入する	1.42	26.2
(8)　設定された目標をもとにプランを作成する	1.38	26.0
(22) 権利擁護の意義を理解する	1.39	26.0
(7)　一連のアセスメント過程を利用者と共に実施する	160	25.8
(10) サービス利用拒否の理由に応じて適切な対応をする	1.56	25.8
(23) 権利擁護のために必要な介入を行う	1.65	24.7
(15) 障害に応じたコミュニケーション技術を用いる	1.37	24.1
(28) 地域に新たにネットワークを形成する	2.00	23.7
(27) 情報交換のために既存のネットワークを活用する	1.35	22.0
(32) 現在の制度に対して何らかのアクションをする	2.06	16.4

2)「困難度」と「重要度」の２次元プロット

２次元プロットから、重要度が高く、同時に困難度も高い項目として「(2)介護保険制度に関する最新の情報を収集する」「(1)介護保険制度の内容を理解する」「(11)利用者のニーズと家族のニーズをすり合わせる」「(6)支援に活用できるその人らしさを把握する」「(33)必要に応じて制度以外の資源を見つける」「(29)利用者に適したサービス担当者会議を運営する」が析出された。

図表 2-3-10

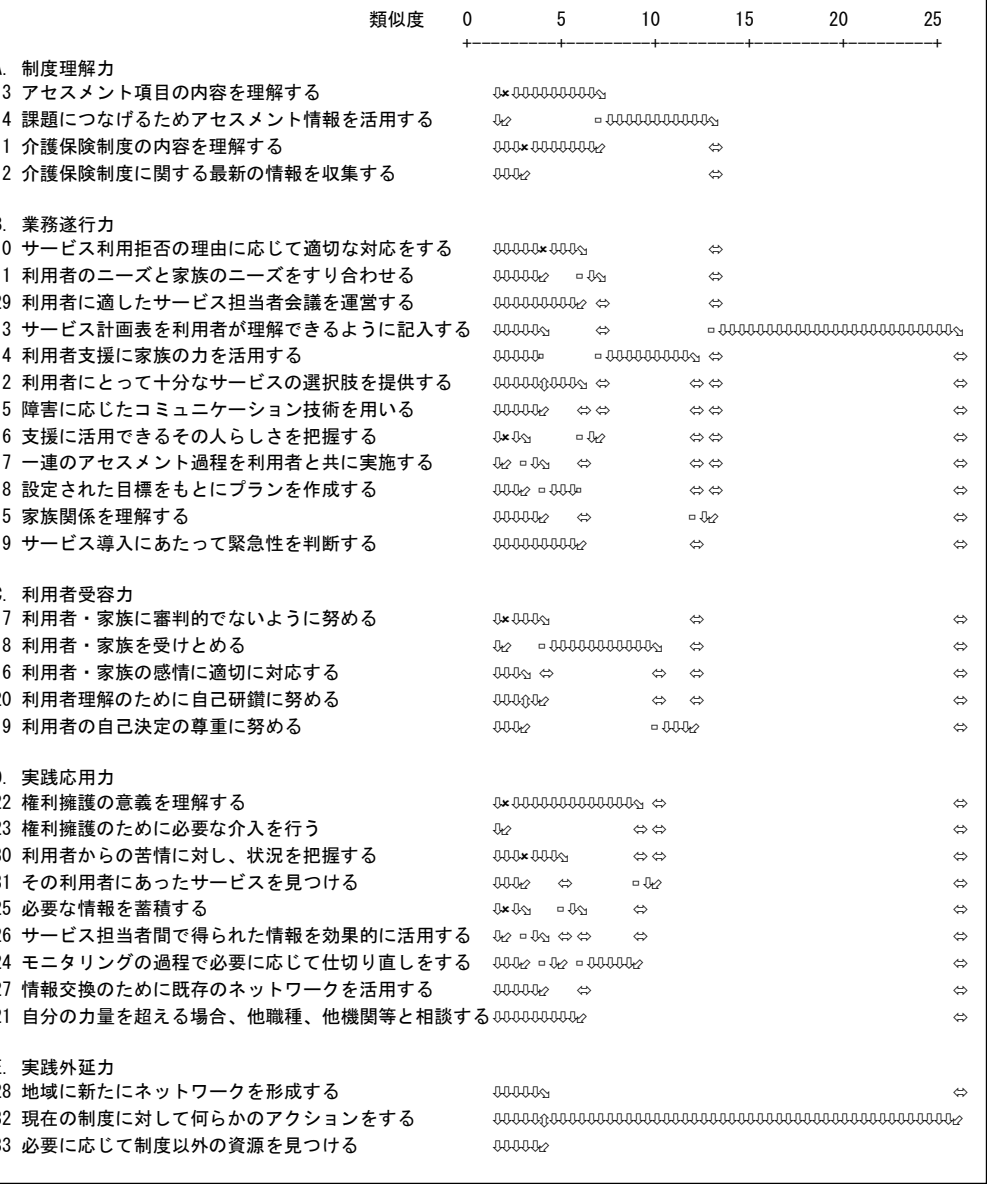


(4)　困難度の類型化

階層的クラスター分析（Ward法）により、困難度の類似性による類型化を行った。分析の結果、「A. 制度理解力「B. 業務遂行力」「C. 利用者受容力」「D. 実践応用力」「E. 実践外延力」（いずれも仮称）の５類型を得ることができた。ここでいう「類似性」とは、同じような人が困難を抱えていることを意味するため、研修を行う際にセットで講習を組めば効率性が高まると考えられる。また、下位のクラスター（たとえば、B. 業務遂行力であれば、{10、11、29}{13、14、12、15}{7. 8. 5. 9}）に着目することにより、より体系的なプログラムを構築できる可能性がある。

図表 2-3-11

困難度の類似性からみたケアマネジメント業務の類型



第３章　介護支援専門員の能力向上を目指した研修内容

－グループインタビューによる定性的（質的）分析―

1.　調査目的

本年度は、「介護支援専門員の能力向上のための研修ニーズの予備的研究」の目的で、介護支援専門員の研修に中心的に関わってきた研究者を対象として、グループインタビュー調査を行った。本年度は特に、研修を実施する側に限定して、①困難事例を整理する視点、②これまでの研修で行なったプログラムとその結果（効果）、③ミクロ部分のコンピテンスをどう捉えているか、の３点について、特に②を中心に聞き取りを行った。

2.　調査概要

調査の実施日は2007年７月25日（水）である。時間は15-18時の３時間。場所は市内の事業所において実施された。調査協力者は介護支援専門員の研修に中心的に関わってきた研究者（実践者）２名（男女）である。また、調査者は５名である。

データは、グループインタビュー調査により収集された。データはテープ録音され、その後逐語記録された。さらに、定性的（質的）コーディングにより分析を行った。定性的（質的）コーディングとは、インタビュー調査などによって得られた原資料（データ）から定性的コードを割り出し、一般化をはかることで概念的カテゴリーを生成し、最終的にはこの概念的カテゴリーを、説明図式や分析モデルへと統合していくものである。

3.　分析結果

調査の結果、介護支援専門員の現状、介護支援専門員の特性、支援困難事例への対応特性、認知症ケアマネジメントの問題点、望まれる介護支援専門員へのサポート、介護支援専門員研修の現状、が明らかにされた。

(1)　介護支援専門員の現状

介護支援専門員の現状は、①事務処理の煩雑さ、②研修の過密化、③他者評価の不足、④効果の実感困難、⑤事例研究への抵抗、⑥虐待問題での敗北感、⑦業務の抱え込み、の７点に整理することができる。

なお、下記の調査協力者であるＡさん及びＢさんのデータは、概念的カテゴリーの根拠として提示したもので、逐語記録（グループインタビュー調査）からの引用である。

１）事務処理の煩雑さ

介護保険制度は発足後、頻繁な制度や手続きの変更を行ってきた。その変更に適応するために、介護支援専門員は大量の事務処理を必要としている。

１つは、例えば 2000 年なら 2000 年に介護保険ができて、ケアマネはこういうことでやりますと。そのまま動かさずに 10 年、15 年やったらそういうことができるんですよ。だけど２年とか３年ごとにクルッと変えたら、それに適応するというか、それをこなすことに精一杯で、そのうちにまたコロッと変えてしまいます。（Ａさん）

それも書類上のことが多いですよ。デイケアとかも、行ってすごく嘆くのは、各書類が多くなったから利用者さんといる時間がすごく少なくなった。これをするためにはこれを書かなきゃいけない。それやったらもう加算は要らんわみたいな。（Ｂさん）

２）研修の過密化

介護支援専門員の多くは、忙しいにもかかわらず決められた多くの研修に参加しなければならない。

たまたまＡ（市町村名）の地域包括にいった人に聞いたら、演習はすごく良かったと。だけども一般的な参加者の雰囲気は、「この地域包括が忙しいときにあんなに回数重ねて拘束して、いったい何を考えているんや」という不満がものすごくありましたみたいなことを言っているんです。だからその辺のミスマッチもすごくあったりします。（Ａさん）

多分、現実に研修なんかで言うと、今は決められた研修がどんどん来ますから、それに追いまくられる。それで本当に少ない休みをそっちに省いてというのが実態だと思うんですけれど。（Ｂさん）

３）他者評価の不足

介護支援専門員の業務に対する他者評価は少なく、そのほとんどが自己評価によるものである。それは自己覚知の弱さの一因ともなっている。また、誰も褒めない、孤独な職業である。

施設の人は、在宅の人もですけど、スーパービジョンを受ける機会がないし、バックグラウンドもいろいろだから、自己覚知とかほとんどできてない人がケアマネジャーになって、そこで「認知症でどうせ理解できない」というふうに理解しちゃうと、あまりどっちにとっても幸せな状態にはなっていないなと思うんですね。一生懸命にやっているんだけども、空振りに終わってしまう。（Ｂさん）

自分が見えない人も多いですよね。（Ｂさん）

自己覚知できないというか。自己覚知を支えてくれる人もいないし。すごく孤独な職業ですよね。達成感もないし。誰もほめてくれないし。（Ｂさん）

事業所の管理者が評価して比べるという方法もあると思いますけれども、ケアマネだけですよね、今、自己評価と外部評価というか。あとは施設は情報公開が入っているから、ケアマネも情報公開があるんですか。多分ないですよね、ケアマネは。施設は施設の中の評価でされますけど、ケアマネだけは自己評価なんです。（Ｂさん）

４）効果の実感困難

介護支援専門員は効果を実感することが少なく、また効果測定ができない人も多い。特に、在宅の介護支援専門員の場合に顕著である。

バックグラウンドがバラバラなので介護福祉士さんはほとんど習っていないし、施設のケアマネと在宅のケアマネでも違いますよね。在宅のケアマネさんはほとんど実感するというか、ケアマネジメントの効果も実感するということが少ないし、どこで効果をみたらいいか分からない人も多いから、その辺がケアマネジャーさんがサービスだけあて込んでというふうになっちゃうのかなと思うんですけれども。（Ａさん）

５）事例研究への抵抗

介護支援専門員の中には、日常的な事例研究の場で同僚や他の専門職からの厳しいチェックを体験している人がいる。そのため、事例研究への参加を戸惑っている人も多い。それは看護師の場合に顕著である。

あの勉強会はそういうことを言ってもいいと思うので。私はむしろ、特に医療職の人たちは、そういうことをいう経験がないんです。事例研究をしていく中で．看護師なんかは事例研究でいじめられているから、「なんでそんなこともわからへんねん」というようなことで、看護の分野で結構いじめられているから、みんな事例研究をしたくないとビビッているけど。（Ｂさん）

というか、自分が問われたときに何を自分が武器にしてというか、接点で関わるかということになると、結構それが出てきてしまいますね。ケアマネジャーの人がいてはりますから、看護のバックグラウンドの人もいる、介護の人もいるディスカッションの中で、もろにそれは出る。介護の人が、例えば認知症の認知症、病気だったら病気のことをチェックしていなかったら、そこにものすごく話がいきます、看護の人は。「そういうこともきちんと見ていないんですか」とか、症状とかそういうところにすごくいきます。（Ａさん）

６）虐待問題での敗北感

虐待問題の解決は介護支援専門員個人のレベルでは無理があるため、多くの介護支援専門員がこの問題について敗北感を抱いている。

虐待に絞って考えると、やはりケアマネジャーのレベルではどうにもならないということが多いから、どこで自分のレベルでは無理ということを見極めてほかに相談していくかということですかね。ケアマネジャーさんからはすごく敗北感があるんですって、これが虐待の事例だということについては。（Ａさん）

７）業務の抱え込み

介護支援専門員には「聞かない」「相談しない」傾向がある。確認する努力を怠り「私はわかりません」で済ませてしまう場合もある。介護支援専門員は業務を自己限定してしまい、専門職につなぐ意識が欠如している。

ケアマネジャーさんは、結局、介護保険のサービスの中でのことに非常に自己限定というか、目が行かないんですよね。例えば認知症でわからなかったら、地域なり何かの人に聞いてみるとか相談してみるとか。それこそ年金１つにしても、年金のことを相談されたら、「私はわかりません」で終わりなんですね。だから介護だったら介護保険の枠の中でサービスを調整することと、自分がわからないことはそれぞれの専門機関なり、専門職の人につないでいくという役割が必要だけど、そこの部分はすごく欠けていますよね。（Ａさん）

(2)　介護支援専門員の特性

介護支援専門員の特性としては、①バックグラウンドの多様性、②間接的な成果確認、の2点がある。

1)バックグラウンドの多様性

介護支援専門員の実力は多様である。またそのバックグラウンドも、職種、基礎資格において多様である。

でもケアマネさんのレベルを揃えることは、最初のところから無理ですもんね。バックグラウンドがバラバラだし。（Ｂさん）

これはこれでいいと思うんですけど、前提としてケアマネジャーはものすごく多様なんですね。例えばＢ（都道府県名）とかで資格のある人が２万 9000 人～３万人弱で、実際に働いている人が 7000 人くらいという話なんです。先ほど言ったようなセミナーとか研究会に来るのは、言ったら非常に良質な人なんですね。１つは、やはり背景の職種が多様で、その職種によってかなり違いますよね。看護の出身の人、社会福祉の出身の人は違いますし、歯科衛生士出身のケアマネの方なんか、これまた全然こういうレベルと違うところで、ただし一生

懸命に仕事はしてあるんですね。そういう職種のバックグラウンドによる違いもあるし、同じ職種であってもものすごく多様です。（Ａさん）

２）間接的な成果確認

介護支援専門員の仕事は具体的でないものが多く達成感がない。介護支援専門員は、対人援助の仕事に就きながらも、具体的な成果を体験することが困難である。

こういう具体的なものとか具体的なケアをできるわけじゃないですから、そういう類の対人援助の仕事というのは、もしかしたら一種の能力とか資質というのが必要とされるのかもしれません。ただし、それに寄ってしまうと問題だと思いますけれども。（Ａさん）

(3)　支援困難事例への対応特性

介護支援専門員としての支援困難事例への対応特性としては、①支援困難事例の認識不足、②不明瞭な対応範囲、③バックグラウンドの表出、の３点がある。

１）支援困難事例の認識不足

支援困難事例は利用者の側に問題があるのではなく、その多くが援助者である介護支援専門員自身によって作られていることを介護支援専門員は十分に認識していない。

それと援助困難というのが一般的にケアマネジャーというのは、簡単に言ったら「援助困難」＝「利用者、クライエントに問題がある」と捉えられているので、援助困難はクライエントに問題があるのではなくて、援助者であるケアマネジャーの問題として、10 ヵ月の間にみんながシフトできるということができたらいいのになと。（Ａさん）

２）不明瞭な対応範囲

支援困難事例の場合、仕事の線引きが困難である。介護支援専門員としての関わりのレベル、範囲、場所が不明瞭である。それは虐待、認知症の場合に顕著である。

だから虐待だったら虐待とか、認知症だったら認知症の人に対して、ケアマネジャーはこのような問題とかこのレベルのことに関してここはきちんとやってくださいよということをきちんと提示してあげないといけないのかなと。（Ａさん）

ヘルパーステーションとかケアマネさんが恐れているのは、自分たちが入れなくなることをすごく恐れているから、本人のことを思えば思うほど、家族に虐待と言ってはいけない場合ももちろんあるし、そこのところをどう判断して、どんなふうに自分たちが表現をして家族に対応していかないといけないか、どこまでが自分の仕事かという線引きがいるかもしれ

ない。（Ｂさん）

ケアマネジャーの方にも、それがケアマネジャーの仕事の範囲かどうか難しいところですけど、今おっしゃったようなケースで、利用者の家族から「ヘルパーさんは来てもらわなくて結構です。ケアマネジャーの方も必要ないですから」ということで切られてしまってサービスが入らなくなったら、明らかに高齢者の方の状態が懸念されるわけですね。そこでケアマネジャーは、ごく形式的に言ったらそこで切れるわけですから、仕事としては離れますけれども、熱心な人は時々近くに行ったときに「変わりないですか」ということで顔を見せたりされるわけですね。それはそこまでケアマネジャーとしてするべきか、する必要がないことなのかというあたりも入ってきます。（Ａさん）

３）バックグラウンドの表出

支援困難事例への対応では、介護支援専門員個人のバックグラウンドが良い意味でも悪い意味でも出やすい。

ごく基本的なこととして、困ったケースになればなるほどそのバックグラウンド、例えば看護だったら看護の人の見方、医学とか体とか、そちらの方が出てきます。そして介護福祉士の方なんかはそれがあまり出てこなくて、持っている手が無くてということで、より立ち往生している可能性がありますね。ただし、医療的なバックグラウンドが出てくるというのは善し悪しで、それがプラスに働く場合とマイナスに働く場合がある。（Ａさん）

(4)　認知症ケアマネジメントの問題点

認知症ケアマネジメントの問題点としては、①病気とステージの理解不足、②知識とソーシャルワークの乖離、③決め付けによる理解放棄、の３点がある。

１）病気とステージの理解不足

認知症に関して、特に病気とステージに関する知識が不足している。

認知症のケアマネジメントについての一番の問題点だと思うのは、認知症というものがわからない。ここに書いてある以外に、病気の理解とステージの理解というのができない。（Ｂさん）

この辺まで明らかになっているんだったら、あとは本当に。でも認知症のことがわからなかったら、どうにもならない。病気のことがまず理解できなかったら。（Ｂさん）

２）知識とソーシャルワークの乖離

すぐにケアの提供やサービスの調整を行うなど、ソーシャルワークと認知症の知識が乖離している。

でも、その２つが乖離しているんですね。認知症の知識は認知症の知識、ソーシャルワークからほとんど学んだことのない人が多いように思うんです、認知症の現場で働いている人は。そうするとケースをどういうふうに事例検討していくのかというのは、なかなかその２点にはいかないんですね。すぐにケアの方向とかサービスの当て込みになっていて。認知症のケアマネジメントで感じるのは、2 つが不足しているなとすごく感じますね。（Ｂさん）

３）決め付けによる理解放棄

対応困難な利用者に対して、確かな根拠もなく「認知症だから仕方ない」と決め付けることで理解を諦めている。

施設の人は、在宅の人もですけど、スーパービジョンを受ける機会がないし、バックグラウンドもいろいろだから、自己覚知とかほとんどできてない人がケアマネジャーになって、そこで「認知症でどうせ理解できない」というふうに理解しちゃうと、あまりどっちにとっても幸せな状態にはなっていないなと思うんですね。一生懸命にやっているんだけども、空振りに終わってしまう。（Ｂさん）

虐待はもちろん認知症が多いですし、ケアマネジャーの人の話の中に認知症が出てくることは多いんですね。認知症は一応病名だから、どこで誰が診断したのかということは何もないんですね。何となくものわかりがよくないから認知症だと。それで認知症という言葉を使って、そこで何か方針が出てくるんだったらいいんですけど、認知症だから仕方ないということで終わっているので、もう少し認知症なら認知症に関して診断とかアセスメントをきちんと誰かが一定の根拠を持って下して、その上で方針を決めるというのがケアマネジャーの働くところでどこかにないと、非常にあれはマイナスになっているところがある。（Ａさん）

⑸　望まれる介護支援専門員へのサポート

望まれる介護支援専門員へのサポートとしては、①相談体制の充実、②保健師の活用、③連携による地域ケア会議開催、の３点がある。

１）相談体制の充実

介護支援専門員には対応してくれる相談体制の充実が必要である。対応困難な事例を相談できるシステム必要である。介護支援専門員へのサポートには市町村が責任を果たすことが前提となる。

だから、自分だけでは難しいから相談ができるというシステムがあるところと、また無いところと違うと思うんです。ほとんど無いですよね。ケアマネジャーさんがどこかに飛び込めるというのは。（Ａさん）

体制みたいなのがすごく大事で、例えばケアマネの方の虐待に対しての態度なんかも、Ａ（市町村名）は比較的、Ｂ（都道府県名）のモデル事業なんかやっていて、もとの在介が市直営の地域包括になって、ケアマネの方がそこに相談すればきちんと対応してくれるんですね。それでみんな集めてのカンファレンスをやって対応してくれるという実績があるんで、比較的上がってきてスムーズに行くんですね。（Ａさん）

だから体制ができている、できていないという、単にケアマネの方の資質とかに結びつけるんじゃなくて、やはりその辺の役割分担とか地域包括とか市町村が果たすべき責任をきちんと果たすということが前提にないと、酷かなという気がします。（Ａさん）

２）保健師の活用

介護支援専門員へのサポートが上手くいっている市町村では、地域に詳しい保健師がチームに参加している。

そうですね。うまくやっているなという市町村を見ると、地域を知っている保健師さんがチームの中に入っているのが多いなとは感じるんですけどね。（Ｂさん）

３）連携による地域ケア会議開催

介護支援専門員へのサポートには、他機関・他職種との連携による地域ケア会議の開催が必要である。

ですから本当に相談していいのかすごく迷ったということで、相談窓口の人がプッシュして、プッシュして、「抱えていちゃダメだよ。地域ケア会議を開こうよ」と言って、それで段取りを包括支援センターとか、Ｃ（市町村名）は行政が包括をやっているんじゃなくて行政は安心すこやか係があるので、そちらの人たちが別個に集まって地域会議をしないといけないから、その段取りはケアマネではできないんですね。だからケアマネジャーさんが包括支援センターにどの時点で相談して、包括支援センターがそれを自分たちが地域ケア会議をまず開いてというのが、ギリギリのところじゃないんだよということをどうお互いにわかりあうかということの課題かなと思います、虐待事例については。（Ａさん）

(6)　介護支援専門員研修の現状

介護支援専門員研修の現状は、①継続する手探り状態、②受講者と企画のミスマッチ、③研修体制の不備、④期待のミスマッチ、⑤実感できないプログラム、⑥研修成果の確認困難、の６点に整理することができる。

１）継続する手探り状態

現在でも多くの市町村が介護支援専門員を対象とした実践者研修や現任研修をどうしたらいいのか分からないで悩んでいる。

今、実践者研修も現任研修もどうしたらいいのかわからないというのは、どこの市町村も悩んでいるんですよね。たまたまＢ（都道府県名）はいろんな先生たちがいるからいろいろ考えてくれていて、多分全国でも独自に頑張っているプログラムだと思うんですけれども、それでも講師が足りないとか問題が出てきていて、大規模研修になるから、誰でもやれるものになってくるとだんだんエッセンスが薄くなるような気がします。（Ａさん）

２）受講者と企画のミスマッチ

研修では受講生である介護支援専門員の受講態度が悪い。その多くが寝ているなど、一生懸命聞かない。そもそも、意欲的でない介護支援専門員を対象とした研修は困難であり、どの対象者に研修の焦点を合わせるのかが課題となっている。

そこの場でも出ていたのが主任ケアマネの研修を急いで、特に地域包括の人は全部受けさせないといかんというので、Ｂ（都道府県名）がやったみたいなんですね。そのときに、実に態度が悪かったと。だから教えるほうの印象がものすごく強かったみたいなんですね。だからやる気がないような。（Ａさん）

講義とかそんなのをしていても寝ている。一生懸命に聞かない。それは結構、講師のほうの共通理解としてあったみたいなんですね。（Ａさん）

３）研修体制の不備

講師の選定、受講者数など研修体制そのものにも問題がある。講師も不足している。しかし、介護支援専門員の講師では受講生に不満が出る。また、研修の多くが大教室（大人数）でのものとなっている。

Ｂ（都道府県名）のこれからの問題というか、ケアマネ研修の課題は、要するに人数が足らないからケアマネを講師にということでやっているんですね。そしてまた更新性になったものですから、あと１年か２年で 130 人くらいやらないといけないんです。そしたら、そういう人がやったら受講者の不満はすごく大きい。もっと基本的な体制のところでなり切って

いないというところがある。（Ａさん）

現任研修も大勢すぎて、それはＢ（都道府県名）が特にそうなのかもしれないんですけど、人数が多いもので誰もがどの講師もできてというような研修内容になってしまうと、共通の事例でという形でしか研修できないので、あれもやってしんどいですよね。プログラムを組むほうもしんどいですよね。（Ｂさん）

それを実際に実施できないことになると、教育とかトレーニングとか養成の仕方の問題になる。だいたいこういうのを大教室でマスの講義でやろうということがそもそも限界がある。（Ａさん）

４）期待のミスマッチ

「違う見方」「新しい見方」が実際の処遇に結びつかない。自らの実践を見直す研修内容になっていない。しかし、感想は「非常によかった」となる。研修実施側と受講者側との間に期待のミスマッチが生じている。

なかなか家族に関して違う見方とか新しい見方ができましたというところまで来るんですけれども、そしたらそれが実際の処遇と結びつくかというと、難しいところがありますね。感想としては、非常に良かったということになるんですけどね。（Ａさん）

５）実感できないプログラム

教材等の不足により、現在の研修プログラムでは認知症を実感できない。

研修のプログラムですごく難しいなと思うのは、実感できないんです、認知症を。それがイギリスのアルツハイマー協会が出しているテキストはすごくよくて、それを何とか日本でアレンジできないかなと思ったりしているんですけれども。全部英語だし、シチュエーションが外国だから、日本版にできて、そういう研修もできたらなとイギリスに一緒に行った仲間と言っているんですけれども。なんで帰ると言い出すのか、そのシチュエーションをうまく説明している。（Ｂさん）

６）研修成果の確認困難

研修参加者の多くは虐待事例の未体験者である。経験のない事例（虐待など）についての研修の評価や効果の測定は困難である。また、研修を受けても現場で研修の成果を実際に試す機会が少ない。

そういう意味では、高齢者虐待は難しいですよ。きちんとした体験みたいなものがないですし。（Ａさん）

虐待は、今の話を聞きながら考えていたら、例えば研修なりプログラムをやりましたと。それで前と後で知識が増えたか増えなかったかぐらいはできるかもしれませんけれども、普段の日常の仕事に結び付けて考えると、虐待なんていうのはそんなに経験しているわけじゃないんです。まったく扱ったことのない人もいるし、せいぜい１年に 1 回とか２年に１回ということになると、結局その研修は意味があったのか、なかったのかということは、啓蒙的なことだと知らないことが知れたぐらいでいけるかもしれませんが、もう少しスキルというところに絡んでくることになると、評価とか効果の測定は難しいような気がしますね。（Ａさん）

4.　結論：介護支援専門員研修への提案

以上の結果から、①参加者の限定、②ケースと見方の統合化、③事例研究の積極的採用、④知識とソーシャルワークの統合化、⑤虐待や認知症を実感できるプログラム（教材）の開発、の５点を介護支援専門員研修への提案として明らかにすることができた。

(1)　参加者の限定

研修への参加者を限定することが大切である。そして、研修内容も啓蒙レベルなのか専門レベルなのかを明確にする。また、高齢者虐待の理解のためには、研修参加前の体験も参加条件として必要となる。

だから正規のというか、オフィシャルに来る研修はそれはそれであると思うんですけれども、もしそうでなく考えるとしたら、やはりよっぽど対象者を限定していかないと。（Ａさん）

だから例えば虐待のことで言ったら、虐待のごく基本的な啓蒙的なことのニーズというのはケアマネジャーにもすごくあるんですね。それから反対にもっともっと、例えば家族に対してのアプローチをどうしたらいいのかというふうな専門的な、もっと特定化されたニーズもすごくあるんですね。それで虐待という形でやってしまうと両方の人が来てしまうものですから、どこかで非常に不満が残ったりするので、目標なりターゲットを絞らないといけないのかなという気もします。（Ａさん）

(2)　ケースと見方の統合化

研修目的は仕事の核となる価値観や姿勢をつくることである。そこでは、自分の担当しているケースと新しい見方の統合化が目指される。つまり、担当しているケースと介護支援専門員としての関わり方の統合化である。

これは本当に基本的なこととして必要で、例えばケアマネの方に虐待のケースで出してもらって、最後にコメントするようなことは、ごく基本的なことが多いですよね。こういう観

点から見てくださいとか。だから逆に言うと、こういうことを自分が実際に持っているケースに結びつけるということが大事だと思います。（Ａさん）

そう言われたときに、それでもやはり私は、ケアマネジャーとして、援助する立場として、「お母さんとお話をしないといけないんですよ。させてください」ということを強くきちんと説明できる、言うことができるものがないんですね、ケアマネジャーに。そういう仕事の核になるような価値観とか姿勢みたいなことを作っていくことが必要かなと。（Ａさん）

(3)　事例研究の積極的採用

研修方法は講義形式と体験学習の併用である。特に、体験学習の重視とそこでの事例研究が基本となる。しかし、事例研究の開催に当たっては、一方的に相手を非難する姿勢の排除などのルール設定も必要となる。

私は今のところ、事例研究以外に良い方法なんか浮かばないんですよ。本当に１人１人、ケアマネジメントを下げるみたいな、自分が体験できないと。（Ｂさん）

ずっと研修ばかりしてきて、今は本当に事例研究がやっぱり基本だなと思って、またそこに着地している。そのファシリテートできる人たちをできるだけ育てたいなと。（Ｂさん）

比較的やりやすいのが、例えば講義形式と体験学習というか、ワークショップでグループワーク的なことを入れて、そのグループワークで比較的、既にほかの分野でやっているようなやり方というのを、ケアマネジャーの基本的なスキルの能力を身につけるワークショップというか、体験学習的なところに応用するということがあるかなと思います。結構、これは看護の人がやっているんです。（Ａさん）

(4)　知識とソーシャルワークの統合化

研修内容はケアマネジメントの基本（基本スキルの獲得）と高齢者虐待や認知症の知識を中心に構築される。その基礎にはソーシャルワークの視点が入る。

基礎の基礎はソーシャルワークの視点が持ってもらえたらええなと思いますけどね。（Ｂさん）

(5)　虐待や認知症を実感できるプログラム（教材）の開発

研修では、虐待や認知症を実際に実感できるプログラム（教材づくりを含む）の開発が必要である。

5.　おわりに

最後に今回の調査の限界と今後の課題について述べておきたい。

今回の調査では調査協力者を研修の実施者（講師）に限定している。したがって、介護支援専門員研修の内容を明らかにするためには、研修の主催者及び研修への参加者からもデータを収集し、データ分析する必要がある。また、今回の分析では、比較の対象として他の地域における研修講師経験者を選び、そのデータとの比較分析を行っている。しかしそれでもデータ量としては不十分である。そのため、研修の実施者（講師）についてもそのサンプル数を今後増やしていくことが必要である。

しかし、上記のような限界はあるものの、それでも経験豊富な２名の研究者（実践者）からのデータ収集と分析による問題の整理と深化は、本研究テーマを明確にするうえで多くの成果を挙げることができ、「予備的研究」の目的は達成できたように思われる。

第 4 章　利用者主体の支援を阻害する要因に対するケアマネジャーの対処プロセスに関する研究

1.　研究の目的

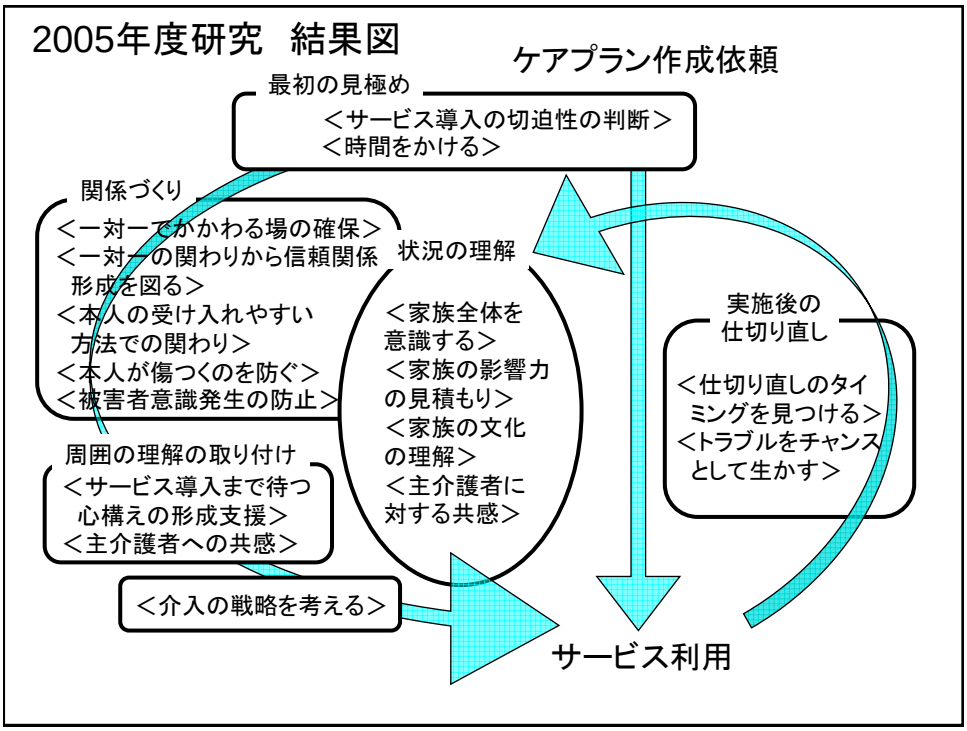
(1)　過去の研究の経緯と結果

ケアマネジメント実践はアセスメントとプランニングを中核機能とする。ケアマネジャーはアセスメントにおいて、利用者の置かれている問題状況全体を把握し、利用者の意向を踏まえた支援目標の設定と目標達成のための解決すべき課題（ニーズ）を特定し、個々のニーズが充足されるようにさまざまな社会資源との接合（リンキング）を図ることで、利用者を支援していく。

われわれは、こうしたケアマネジメント実践の支援プロセスにおいて、ケアマネジャーがどのような思考過程を経て様々な支援を行っているかについて分析を進めてきた。また、ケアマネジメント実践は利用者主体を重視するものであることを考慮し、あえて認知症高齢者の支援事例をデータとした。認知症高齢者は自らの意思を表明しにくく、それだけに支援経過の中でケアマネジャーは利用者の意向の確認や反映をより意識的に行っているのではないかと考えた。そうした事例を分析することで、ケアマネジャーが利用者の意向を重視しながら、利用者主体の支援をどのように展開するかを明らかにすることを研究のねらいとした。

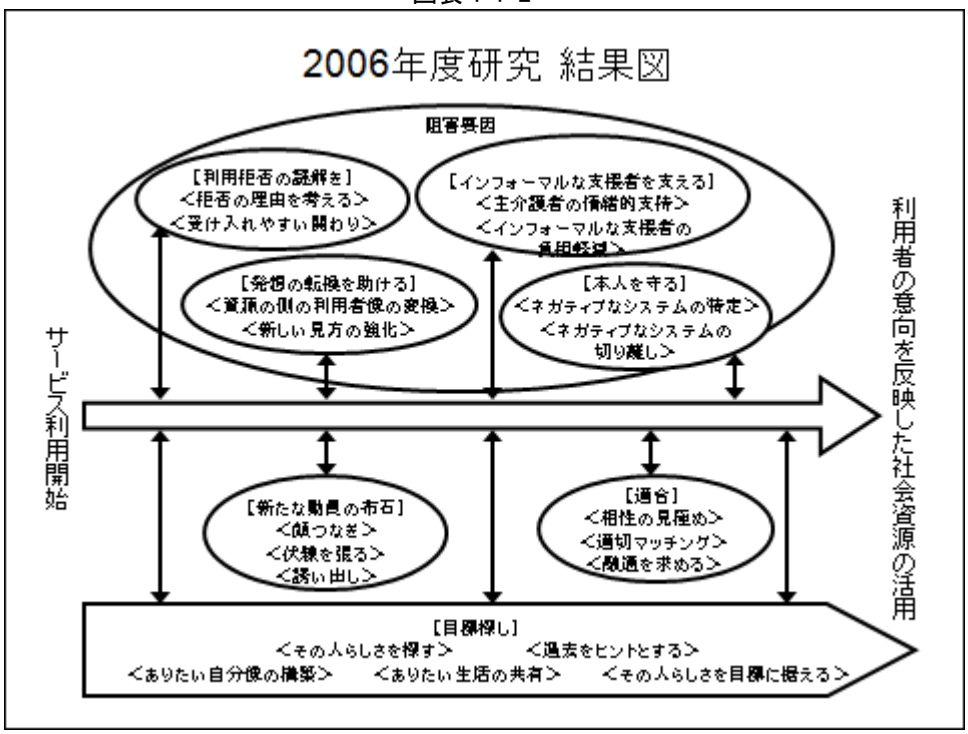
2005年度の研究においては、ケアマネジャーが認知症高齢者の支援の初期段階において、利用と問題状況全体の十分な理解に導かれたケアプラン作成を行おうと意識していることを明らかにした。さらに、家族からの強いサービス利用の要望によってそれが果たせない時には、家族の要望に沿う形で利用者と問題状況全体の十分な理解ができないままにサービス利用を始めたとしても、後の経過の中で起こってくるサービス利用拒否等の問題を契機として、利用者と問題状況を理解し、利用者主体の支援へと切り替えていくように対応していることを明らかにした（福富ほか2006）（図表４－４－１）。

図表 4-1-1



2006年度の研究においては、サービス利用が始まった後に起こってくる阻害要因への対処について明らかにした。サービス利用が開始された後も、ケアマネジャーは利用者の意向が十分に反映されるようなサービス利用を支援しようとする。しかし、利用者の意向をサービス利用に反映させることを阻害する状況が起こることがある。それらは「サービス利用拒否」「サービス事業者のもつ利用者像のズレ」「インフォーマルな支援者の疲弊」「周囲のシステムによる権利侵害」である。ケアマネジャーはこれらの阻害要因の解決に力を注ぐことで、利用者の意向が反映されるような支援を目指そうとする。また、こうした阻害要因に対処する過程を通して、ケアマネジャーは利用者のその人らしさの理解を深めながら、現行ケアプランから新たな資源を動員するための働きかけを行ったり、利用者のニーズと最も適切な社会資源との結びつけを図るための工夫を行っていることを指摘した（福富ほか2007）（図表４－１－２）。

図表 4-1-2



(2)　支援困難ケースに関する先行研究

利用者主体の支援がうまくいかない事例は、「困難事例」「困難ケース」「支援困難事例」などと称される。しかし、こうした見方自体が援助者側の論理で成り立っていること（根本1990）、援助者の力量の不足が困難事例をつくり出していること（奥川2002、助川2002、齋藤2006）が指摘されている。その一方、いわゆる支援困難事例にはケアマネジャーの能力や努力だけでは対応しきれない要因があることも指摘されている（岩下2001）。

ケアマネジャーが直面する、いわゆる「困難事例」に関する研究にはさまざまなものがある。困難事例の類型化からの分析としては、安田が困難事例の３つの特徴、すなわち①キーパーソン不在、②在宅生活が困難だが、入所できる施設がない、③介護度は重度化傾向を指摘している（安田2002）。また吉江らは「認知症」「独居」「家族関係不良」「苦情・要求過多」「意向にズレ」「経済的問題」「サービス拒否」「キーパーソン不在」「医療依存」「精神障害」「虐待」「事業者との関係不良」という12の困難性の類型化を行っている（吉江ほか2006）。

布花原らは支援困難事例を介護支援専門員に不足しているケアマネジメントスキルの視点から分析し、介護支援専門員の整理した内容を利用者との間で確認しながらアセスメントを進めるスキル、利用者・家族の理解と納得を得るための説明スキル、利用者の状況を関係者と共有し役割分担をするための説明スキル、介護支援専門員自身の価値観や感情の客観視などが必要であると指摘している（布花原ほか2007）。

また、支援困難事例はケアマネジャー側以外にもさまざまな原因があることが指摘されている。齋藤順子は対応困難事例はクライエント、介護者、援助者、地域の四者関係から起こるものであ

り、その原因には介護支援専門員側の力量不足があり、対人援助職としての知識・技術の習得が必要と指摘している（斎藤順子2006）。斎藤智子らは支援困難事例の要因がケアマネジメントのプロセスの「計画」「実施」段階に多いこと、その対処には利用者・家族と相談・支援の時間をかけて取り組まねばならず、また介護保険外の社会資源の導入の検討を要するものであると指摘している。さらに困難の要因には制度上の不備や介護支援専門員のニーズ分析、本人・家族の意向の確認不足などがあり、介護支援専門員が事例の問題を抱え込んでしまったり、役割を超えた対応を求められることからも生起するものであると指摘している（齋藤智子ほか2006）。また、渡部らは、先行研究から「援助者要因」「クライアント要因」「ケース要因」の３要因を整理し、事例分析を行った結果、①制度そのものがサービス提供者主導型実践者を増やしている、②介護支援専門員の対応によって困難事例がつくられていること、③多重債務等の金銭問題、精神衛生領域の問題、認知症、神経難病などの医療問題等介護保険サービスだけでは対応できない問題があるという３つの課題を指摘している（渡部ほか2006）。

さらに、吉江らは同居家族が問題の主体となる事例の分析から、「介護意欲が低い」「他人が家に入ることに抵抗がある」「金銭面の問題がある」等の背景があることを指摘している（吉江ほか2004）。

こうした支援困難事例に向き合うケアマネジャーに関して、渡部らは地域で介護支援専門員を優先的にサポートする専門家集団をつくる必要性を（渡部ほか2006）、小倉は医療や行政機関との連携強化、早期介入とチームでの方針を立てること、安易に入所を勧めない、地域住民の力を大切にすること等のケアマネジャーの役割を（小倉2008）、井上らは「過剰なサービスを要求する問題家族」という援助者側の認識から、「共感する・認める」というアプローチによって利用者の変化をもたらす相談援助機能を（井上ほか2002）、和気は困難ケースは諸問題が重層化しており介護支援専門員のみでは解決できない場合が少なくなく、複数の制度や機関・専門職の介入が必要であることをそれぞれ指摘している。また、困難ケースへの支援は対応システムの整備に加えて、「ケースを困難にさせているメカニズムを、本人と環境との歴史的・空間的な交互作用の中から解明し、解決の糸口を探し出し、それらに多元的にアプローチすることが求められる」（和気2005：118）とソーシャルワークからのアプローチが必要であることを指摘している。

(3)　今年度の研究の目的

前述したように、2006年度の研究では、【利用拒否の謎解き】【発想の転換を助ける】【インフォーマルな支援者を支える】【本人を守る】の４つの阻害要因への対処プロセスの存在を指摘した。この４つのカテゴリーは、それぞれ２つの概念から構成されるものであった。しかし、それぞれのカテゴリーに示されるケアマネジャーの阻害要因に対処する行動は、２つの概念の関係で説明できるような単純なものではなく、さらにさまざまな判断や行動の相互作用から成るものであることが予測できる。そのため、今年度の研究では、さらにこうした阻害要因に対処するケアマネジャーの働きについて、理論的サンプリングを行い、収拾したデータを分析することを試みた。

2.　調査研究の方法

(1)　資料の収集

今回の調査は、京都府内、大阪府内、三重県内、愛媛県内で実務に就いている介護支援専門員６名を対象とした。これらの調査協力者はいずれも、要介護高齢者のケアマネジメント実践においてさまざまな支援困難事例に対処した経験を持つ実践家である。６名中５名は介護支援専門員としての豊富な実践経験を持っており､残る１名も在宅介護支援センターのソーシャルワーカー、地域包括支援センターの主任介護支援専門員として同様の実践経験を持っている。

図表 4-2-1

	実践経験
Ａ氏	2000年より介護支援専門員（在宅介護支援センターのソーシャルワーカーと兼務)。それ以前は支援センターのソーシャルワーカー。
Ｂ氏	2000年より介護支援専門員（在宅介護支援センターのソーシャルワーカーと兼務)。それ以前は特別養護老人ホームの相談員。
Ｃ氏	2005年より介護支援専門員。それ以前は特別養護老人ホーム、ケアハウスの相談員。
Ｄ氏	2000年より介護支援専門員。それ以前は訪問看護師、基幹型在宅介護支援センター勤務。
Ｅ氏	2000年より介護支援専門員。それ以前はデイサービスセンターのケアワーカー、相談員。
Ｆ氏	2006年より地域包括支援センターの主任介護支援専門員・社会福祉士。それ以前は基幹型在宅介護支援センターのソーシャルワーカー、老人保健施設の相談員。

調査期間は2007年８月～12月の間で、それぞれインタビューを実施した。

インタビューでは、認知症高齢者の居宅介護支援について、前回調査で明らかとなった４つの阻害要因への対処を含んだ事例について取り上げてもらった。そして、調査協力者が行った当該ケースの支援内容や支援において考慮したことなどについて半構造化面接を行った。インタビューの時間はおおむね１時間半～２時間であった。

インタビューは調査協力者の了解を得て録音し、逐語録を作成した。その逐語録をもとに、M-GTA（修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ)に基づき分析を行った。

なお、今回は、2006年度調査において明らかにした阻害要因に対する対処を研究するための追加データの収集とその分析という性質を持つため、分析作業は2006年度研究において作成した分

析ワークシートに今回の調査データを加えていくという進め方を行った。そのため、分析対象は上記６名のインタビューに加えて、前年度の調査協力者である京都府内、滋賀県内で実務に就いている介護支援専門員５名のインタビューも含めている。この５名の調査協力者もまた、ケアマネジメントリーダーとして活動していたり、現在は地域包括支援センターに所属しているなど、地域において指導的な立場にある介護支援専門員である。

(2) 分析方法

M-GTAは、グレイザー（Glaser、B. G.）とストラウス（Strauss、A. L.）が考案したグラウンデッド・セオリー・アプローチを木下康仁が独自に解釈したものである．木下は、グラウンデッド・セオリー・アプローチにはオリジナル版、グレイザー版、ストラウス・コービン版、M-GTAの４つのタイプがあるとし、グレイザーとストラウスが共同で最初に著したものをオリジナル版と呼んでいる（木下2003：35-46)。M-GTAはオリジナル版のようにデータを切片化せず、データの文脈の中から分析テーマに照らして調査協力者（分析焦点者）にとってどのような意味を持つのかを解釈し、そこから概念を生成し、概念間の関係性を分析焦点者を中心とした人間の行動や相互作用の変化を説明する所に特徴がある（木下1999、2003、2005、2007)。

本研究では、分析テーマを「利用者の意向を反映した支援を行おうとする際に、それを阻害する要因に対してケアマネジャーが対処していくプロセス」とした。分析焦点者は、認知症高齢者の在宅生活支援において、高齢者本人や家族と関わり、利用者の意向を反映した支援を行おうとする中で、さまざまな阻害要因と対処するケアマネジャーとした。

分析作業は以下のように行った。まず、逐語録化されたインタビューデータを読み込み、分析テーマに関係がありそうな部分に着目し、分析ワークシートを用いて類似するヴァリエーションや対極例に相当するヴァリエーションを収集した。そして、これらのヴァリエーションの意味を検討し、その意味内容を定義づけた。その定義から、それぞれのヴァリエーションの意味を説明できる概念名をつけることで概念化を行った（図表4-2-2)。次に、これらの概念間の関係性について考察し、ケアマネジャーが阻害要因に対処していくプロセスについて考察した。

図表 4-2-2 分析ワークシート（例）

概　念　名	拒否の理由を考える
定　　義	利用者のサービス利用拒否の理由について、利用者の立場からその思いを推察する。
ヴァリエーション （具体例）	①体験利用ができるということで、面談まで来てもらったのです。面談まで来てもらったのですけれども、だめでした。１回体験されたけれども、あそこはやっぱり体が弱った人が行くところで、私が行くところではないということで、その半年の間には行けなかったのです。 ②プライドも高いし、自分ではそんなに困っていないからということで、サービス

	の拒否になってしまうのでしょうけれども。 ③理由ですか。やっぱり知らない人と一緒というのが無理なのかな。気ままに暮らしたいというのはありますね。人に合わせて暮らすというのはできないみたいです。 ④・・・・・・・・・・・・・・・・
理論的メモ	①利用者が語ったサービス利用を拒否する理由を、受け入れる。 ②困ったという認識が欠如していることで、サービス利用を拒否している。 ③利用者の「不安」を表す言葉をキャッチし、本人の拒否感の理由を推察する。 ④・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

3.　倫理面への配慮

インタビューに際しては、調査協力者に事前に研究の趣旨を説明し、調査協力の同意を得た。インタビューを録音をすることについても、インタビュー内容をデータとして分析するために必要である旨を説明し、同意を得た。また、インタビュー内容に登場する事例の利用者及び調査協力者ついて、個人が特定されることのないように配慮する旨を説明し、同意を得たうえでインタビューを行った。

4.　結果と考察

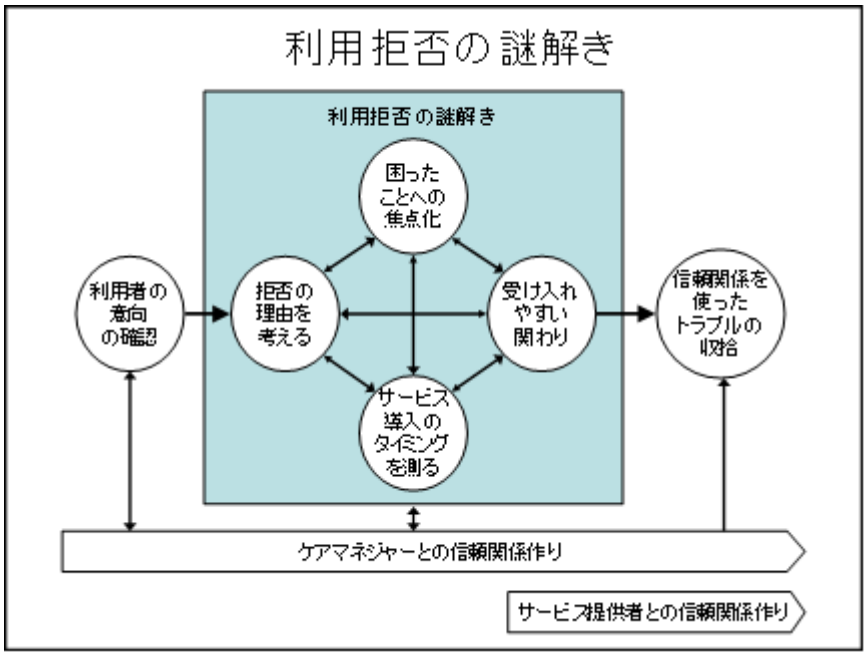
M-GTAにおいてはデータを解釈しながら分析をすすめるため、分析結果と考察は同時に記述する方法が取られる。本報告においても、結果と考察を同時に記述することにする。これらの記述において、概念は＜　＞で括って示している。いくつかの概念が集まって形成されるカテゴリーは【　】で括っている。概念とカテゴリーの関係性は図表４-４-１、４-４-２、４-４-３の結果図に示した。以下、概念とカテゴリー間の関係性について説明する。

なお、今回の分析では、2006年度調査で生成した【利用拒否の謎解き】【発想の転換を助ける】【インフォーマルな支援者を支える】【本人を守る】について分析を行ったが、このうち【発想の転換を求める】に関しては、カテゴリーを構成する概念について十分なヴァリエーションを得ることができなかった。また、新たな概念の生成もできなかったため、本報告においては言及しない。結果として、残る３つのカテゴリーについて、ケアマネジャーが行っている支援の内容について分析・考察する。

(1)　利用拒否の謎解き

利用者本人の周囲にいる家族や近隣住民、援助者からみて、何らかの支援が必要な状況であると見えても、利用者本人がサービス利用を拒否するというのはケアマネジャーにとって対処が難しい状況である。こうした状況に対して、ケアマネジャーは【利用拒否の謎解き】を行い、利用者が社会資源を活用できるように支援していく（図表４－４－１）。

図表 4-4-1



利用者本人による利用拒否の言動・行動が見られたとき、ケアマネジャーはまずは<利用者の意向の確認>を行おうとする。これは「援助拒否の状況を解決するために、まずは本人と接触し、本人の意向を確認する」と定義づけたものである。こうした状況はさまざまなサービス利用が始まる前の段階であることが多く、ケアマネジャーにとっても利用者その人がどういう人なのか、十分に理解できていないことが多い。さらに、利用者のとっている「利用拒否」という行為の意味についても、まだ理解できていない。そのため、ケアマネジャーはまずは利用者に会い、利用拒否の意味を理解する糸口を得ようとする。

さらに、利用者との接触を図るこの段階から、<ケアマネジャーとの信頼関係作り>を試みていく。これは「支援を行い、それを継続していくためにケアマネジャーとの信頼関係を構築する」と定義づけたものである。ケアマネジャーとして利用者との信頼関係が構築できれば、そこからサービス利用につなげていける可能性も出てくる。ケアマネジャーは利用者との接触の機会を使って、信頼関係の構築を心がけるのである。

そして、ケアマネジャーは利用者の利用拒否を理解し、状況を打開するためにさまざまなことを考えていく。それらは<拒否の理由を考える><サービス導入のタイミングを測る><困った

ことへの焦点化＞＜受け入れやすい関わり＞などである。

＜拒否の理由を考える＞は、「利用者のサービス利用拒否の理由について、利用者の立場からその思いを推察する」と定義づけたものである。ケアマネジャーは利用者と接触し、利用者から聞き取った言葉から、あるいは観察された行動から、さらには関係者から得られる情報から、利用者がなぜ利用拒否という行動を取るのか、その理由を利用者の側から理解しようと心がけるのである。

＜困ったことへの焦点化＞は、「利用者が本当に困ったと感じている事柄に焦点を当てて、そこに対する援助を申し出る」と定義づけたものである。利用者は、自らが困ったと感じていない事柄については､周囲がいくら援助しようと申し出ても受け入れないものである｡それに対して、利用者の言動や行動をよく観察し、その意味を理解しようとすることで、利用者が何に対して困ったと感じているかを把握することができる。ケアマネジャーは、そうした利用者の困ったと感じている事柄に焦点を当てていき、困っている事柄に対する利用者とケアマネジャーとの合意形成を図る。これによって、合意された困り事を解決できるサービスの受け入れへと展開していく可能性がひらけるのである。

こうした＜拒否の理由を考える＞や＜困ったことへの焦点化＞を図ることは、＜サービス導入のタイミングを測る＞ことへとつながっていく。これは「利用者本人の思いを感じ取りながら、本人がサービス利用を受け入れてくれるタイミングを測る」と定義づけたものである。ケアマネジャーは利用者側から拒否の理由を考えることで、その理由によっては現時点で無理にサービス利用をすすめるのではなく、利用者がサービス利用について考えるようになるまで、あるいは利用者がサービス利用を受け入れようと考える困った出来事が起こるようになるまで様子を見たり、待つことができるようになる。

このように＜拒否の理由を考える＞＜困ったことへの焦点化＞＜サービス導入のタイミングを測る＞といったことを考えていくことを通じて、利用者に対して＜受け入れやすい関わり＞を行うことができるようになる。これは「利用者本人が支援を受け入れやすいような関わり方を考慮し、支援を申し出る」と定義づけたものである。

こうした＜受け入れやすい関わり＞には、収集されたデータをもとにすると以下のようなさまざまな形がある。

・「援助者の立場」を受け入れやすくする　…　利用者に働きかけようとする援助者の立場を、利用者が受け入れやすいようにする。

（例）援助者の訪問が、利用者には「私は迷惑を掛けている」と感じられるので、「枯れ草の掃除に来た」という口実にすることで、援助者を利用者が受け入れやすいものにして関わる。

・「介助方法」を受け入れやすくする　…　利用者が許容しやすい介助方法にする。

（例）入浴介助を「できることはしてもらい、一部だけを介助する」という方法にする。

・「人」を受け入れやすくする　…　利用者と関係ができている人を使って関わる。

（例）（サービス利用を拒否する利用者に）「息子さんのお願いだから」と説明して、利用を促す。

・「外観」を受け入れやすくする　…　利用者から見て、視覚的に分かりやすい工夫をする。

（例）（白衣姿の人には丁寧に接するということから）訪問看護師に白衣を着てもらって訪問してもらう。

・「目的」を受け入れやすくする　…　利用者から見て、納得しやすい目的を示す。

（例）「ドライブに行きましょう」とデイサービスに誘う。

・「好み」に合わせて受け入れやすくする　…　利用者の好みを利用する。

（例）病院が好きなので医療系のサービス（デイケア）を選ぶ。

・「ペース」を合わせて受け入れやすくする　…　利用者がペースに合わせて対応していく。

（例）サービス利用を拒否する利用者に接するとき、今回は出会うだけ。ごり押しせずにゆっくりと関わろうと利用者のペースに合わせる。

・「安心・安楽」を示して受け入れやすくする　…　利用者に安心や安楽が得られることを伝える。

（例）「手術をして車いすになることはない、だから手術を受けましょう」と、必要な手術について、安心感が持てるように説明する。

（例）「たばこをやめて（在宅）酸素を吸った方が楽になる」と説明する。

こうしてサービス導入がなされた後は、ケアマネジャーは＜サービス提供者との信頼関係作り＞を意識していく。これは「サービス提供者と利用者との間で信頼関係が構築されやすいように、サービス提供者の関わり方を調整したり、利用者とサービス提供者との関係が近づくように配慮する」と定義づけたものである。サービス利用を拒否している利用者にとって、実際に対面関係の中で何らかのサービス提供をしてくれるサービス提供者（介護サービス事業者のスタッフ等）との信頼関係の構築は、導入したサービスが途切れず、継続して行われるために必要なことである。ケアマネジャーはサービス事業者に利用者への関わり方について細かな点まで依頼をする一方、ケアマネジャー自身は一歩引いて「本人さんと一番仲がいいのは毎日来てくれる人（ヘルパー）」というような関係のあり方の演出を心がけたりする。

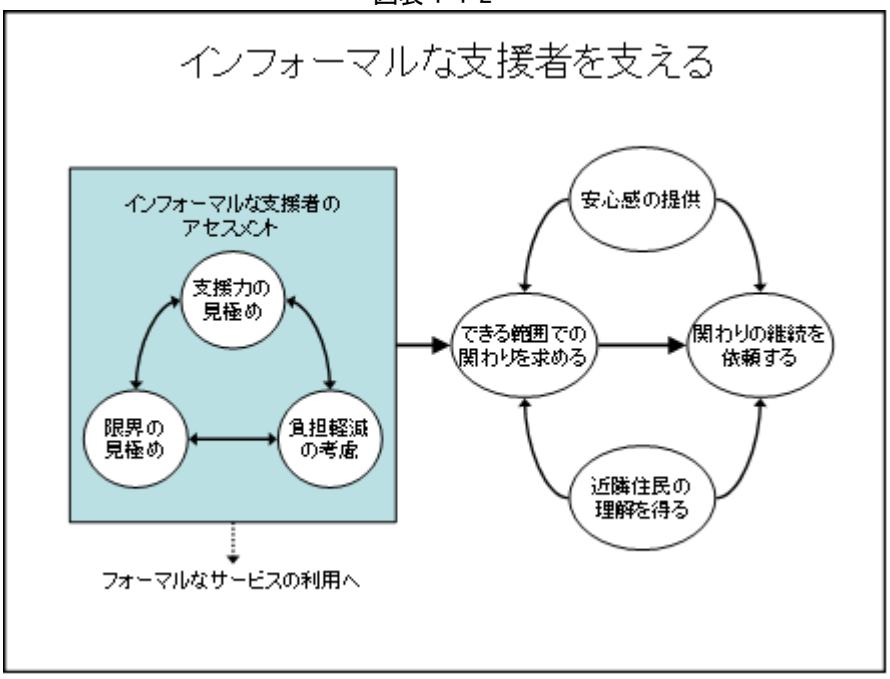
しかし、サービス導入が行われた初期の段階などでは、サービス提供者に対する利用者の拒否がでる場合がある。この際、利用者とケアマネジャーとの間の信頼関係が構築されている場合には＜信頼関係を使ったトラブルの収拾＞を行うこともある。これは「利用者とサービス提供を拒否する場合、本人と関係のできているケアマネジャーが間に入り、その信頼関係をもとに事態を収拾する」と定義づけた。例えば、訪問したヘルパーが家に上がるのを拒む時には、ヘルパーから連絡を受けてケアマネジャーが利用者宅を訪問する。ケアマネジャーの顔を見ると利用者は「入

って、入って」とヘルパーと共に家に招き入れてくれる。サービス利用が利用者に受け入れられるまでの不安定な段階では、そこで再度繰り返される利用拒否に対してケアマネジャーが、自らとの信頼関係をもとにしながら利用者にサービス利用を促していく。

⑵　インフォーマルな支援者を支える

利用者の生活を支えるのは各種のサービス事業者ばかりではない。近隣住民や別居している家族など、インフォーマルな支援者もまた利用者の生活を支える大切な支援者である。しかし、こうしたインフォーマルな支援者にはさまざまな介護負担やストレスがかかっており、ケースによってはケアマネジャーが【インフォーマルな支援者を支える】ことが利用者の地域での生活を維持していくための重要な鍵となる場合がある（図表４−４−２）。

図表 4-4-2



インフォーマルな支援者に疲弊がみられるとき、ケアマネジャーは【インフォーマルな支援者のアセスメント】を行う。これには＜支援力の見極め＞＜限界の見極め＞＜負担軽減の考慮＞などを行うことが含まれる。

＜支援力の見極め＞とは、「周囲のインフォーマルな支援者と利用者の関わり合いをみて、インフォーマルな支援者が利用者を支援する力を見極める」と定義づけたものである。ケアマネジャーは、例えばインフォーマルな支援者の「私らが行ったら死んでいたとかいうのは嫌だし、少しは見ているけど」という言葉から、支援者と利用者の関係性を推し量りながら、どのあたりまでの関わりを持ってくれそうなのかを見極めようとする。

また、＜限界の見極め＞とは、「インフォーマルな支援者が何を、どこまでできるのかを見極める」と定義づけたものである。例えば「とりあえず見守りだけはしっかりしてもらおうかなと思っています。何かしてくれというと、なかなか難しいですね、現実には。それはそうですね。伏線としてはそこまでが精いっぱい」とケアマネジャーは支援者の関わりの限界について考えを巡らせる。このようにケアマネジャーがインフォーマルな支援者を知ろうとするとき、支援力だけではなく限界についても見極めなければならない。

こうした限界はインフォーマルな支援者が感じている負担とも関係してくる。そのため、＜負担軽減の考慮＞を考える。これは、「インフォーマルな支援者にかかっている負担を知り、その軽減を考える」と定義づけたものである。例えば、「介護の手間がかかっているのだったら、ちょっとサービスを増やしたらどうかなということで、一応サービス担当者会議を開きました。これにはヘルパーとご近所の方に入ってもらって、担当者会議で今後どうしていこうという話し合いをしました」というように、ケアマネジャーはインフォーマルな支援者にどのような負担がかかっ

ているかを知ろうとし、その負担軽減ができる可能性を考えるのである。

このように、インフォーマルな支援者に対する理解を深めていくことで、彼らにかかっている負担をフォーマルなサービスを導入することで軽減することを考慮する必要も出てくるのである。

そして、インフォーマルな支援者に何らかの関わりを求めようとするときには、ケアマネジャーは彼らに＜できる範囲での関わりを求める＞ことを意識する。これは、「インフォーマルな支援者の支援の姿勢を見極め、相手が拒否感（負担感）を感じないレベルでの関わりを求める」と定義づけたものである。たとえば、利用者の住むマンションの管理人に対しては「積極的に何々してほしいという話はあまりしませんでした」というように、現時点での何となく付き合ってもらう程度にとどめようとしたり、利用者の隣人に対して「『家の中に覗きに行ってくださいね』と言うと少し重くなるのですが、日常的に家から出るという習慣があるから、『生きているかどうかぐらい見ておいてくださいね』ということをそのまま言ったこともあります」など、インフォーマルな支援者のできる範囲での関わりを求めるようにする。

また、関わってくれている支援者に対しては＜関わりの継続を依頼する＞。これは「インフォーマルな支援者に、今後も可能な範囲で支援の関わりを求める」と定義づけたものである。ケアマネジャーは利用者に関わってくれる支援者に対して、今後も関わりを続けてもらえるように依頼をする。その際に、例えば「（自宅で倒れていた利用者を発見し、連絡をくれた人に対して）毎回、『あのときに電話一本かけてくれたのが違うんだよ』というのは、何回も言っていました」というように、支援者の関わりに感謝を述べ、これからも関わりを続けてもらえるように動機づけを強化するなどの配慮もしていく。

こうしたインフォーマルな支援者の関わりの継続性を支えていくために、ケアマネジャーは＜安心感の提供＞＜近隣住民の理解を得る＞ということを行っていく。

＜安心感の提供＞とは「緊急時等には連絡をくれるように伝えることで、何かの時には助けてくれるという安心感を提供する」と定義づけたものである。ケアマネジャーはインフォーマルな支援者に「電話番号は、何かあったらここに電話くださいと」と所属機関の連絡先を告げることで、緊急時に連絡をして良い機関であることを理解してもらう。それによってインフォーマルな支援者に何かの時には頼れる機関であると認識してもらい、安心感を持ってもらうようにする。

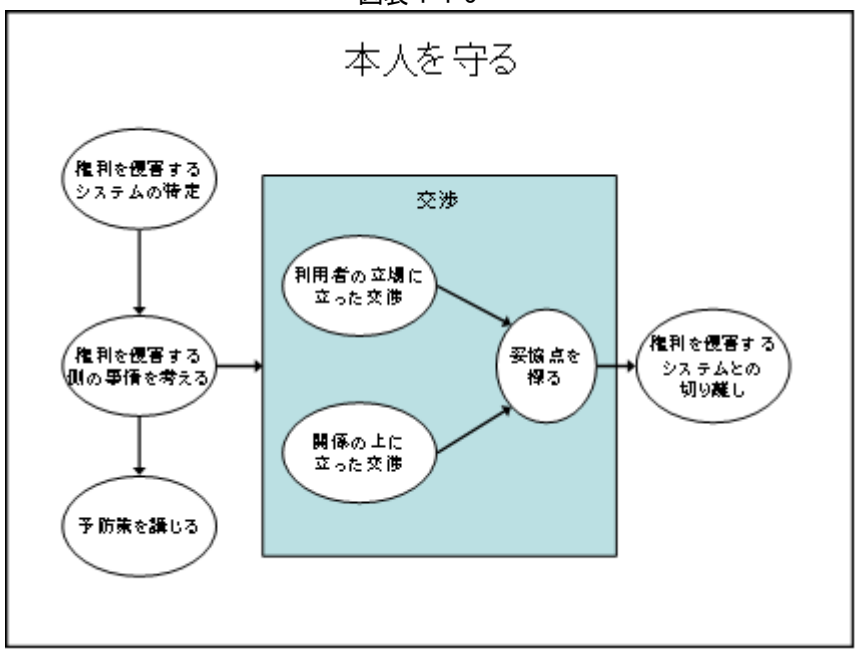
また、インフォーマルな支援者が利用者に関わり続けられる状況を確保するために＜近隣住民の理解を得る＞ことを心がける。これは「利用者が自宅で、今まで同様に生活を送るために必要な諸事情について、地域住民（民生委員、近隣住民等）の理解を得る」と定義づけたものである。利用者に関する情報を近隣住民に無分別に伝えることはしないけれども、「自分だけではサービスも進めていけないので、いろいろなところにお願いしながら、周りからもうまく攻めてもらうというか、話してもらう、盛り上げてもらうみたいな形で、そのきっかけをずっとつくっていく」という認識を持ち、利用者に関わりを持つ民生委員や地域住民に対して理解を求めていくのである。例えば、サロンなどに出向き、地域住民との顔つなぎを行っていくことを通じて「あの人のことは、何かあったらとりあえず介護センターに連絡すればいいな」という認識をつくっていくなど、地域住民の理解を得ていくことで、利用者が地域から支えられる環境をつくっていくので

ある。

(3)　本人を守る

利用者を取り巻くさまざまな人や組織といったシステムの中には、利用者の権利を侵害するものもある。こうしたシステムが利用者に関わっている場合、ケアマネジャーは【本人を守る】働きをする（図表４−４−３）。

図表 4-4-3



ケアマネジャーは、利用者の権利が何らかの形で侵害されていると思われるときには、まず＜権利を侵害するシステムの特定＞を行おうとする。これは「利用者を取り巻くさまざまなシステムの中から、利用者の権利を侵害するシステムを特定する」と定義づけたものである。こうしたシステムとは、「布団の訪問販売をしている悪質業者」であったり、「本人宅を訪れて食べ物やオムツを持って帰る近隣の知人」、あるいは「本人に無理解な親族」や「本人の収入を使ってしまおうとする家族」などである。

このような場合、ケアマネジャーは事態に対処するにあたって、まず＜権利を侵害する側の事情を考える＞ことを試みる。これは「権利侵害をする側の事情を推察することで、予防策を考える」と定義づけたものである。ケアマネジャーは、例えばオムツを持って帰る知人に関して「その人も困っている、おむつを取っていくということは、自分も失禁があって困っているのかなあとは思っています」と考えたり、他の別居家族の関与を妨げる主介護者に関して「息子は、お母さんを姉に取られるという思いも強かった」と解釈しようとする。

こうした解釈をしつつ、ケアマネジャーは＜予防策を講じる＞のである。これは「権利侵害が

起こる可能性を考慮し、起こりにくいように予防策を講じる」と定義づけたものである。ケアマネジャーは、例えば「今はそんなに物を置かないようにしています。お食事にしても、今は夏場でしたので、そんなに食材も置いておけなかったので、今のところは被害というのはないし、周りが少しずつ対処しています」と、ものを持って帰る知人に対して対策を講じたりするのである。

しかしながら、こうした予防策だけでは対処が難しい場合、ケアマネジャーは権利を侵害するシステムと【交渉】を行う。これは＜利用者の立場に立った交渉＞＜関係の上に立った交渉＞からなる。

＜利用者の立場に立った交渉＞とは、「権利侵害をするシステムに対して、利用者の立場に立って、利用者の利益になると思われる対応を求めていく」と定義づけたものである。例えば、利用者の施設入所を望む地域住民に対して、「そんな簡単に入れないし」「本人が納得するとは考えられないし」と利用者本人の立場に立って話し合いを進めたり、十分な介護力がないにもかかわらず利用者との同居を主張する家族に「グループホームのほうがいいのではないかというお話をさせていただいた」と利用者の立場から最適のサービス利用を提案するなどして、ケアマネジャーは利用者の権利を侵害するシステムと交渉していく。

また、ケアマネジャーは＜関係の上に立った交渉＞を行うこともある。これは「権利侵害をしているシステムと関わり、そのシステムとの信頼関係を構築することによって、その関係の上に立って利用者が必要とすることを求めていく」と定義づけたものである。ケアマネジャーは権利侵害をしているシステムと関わりが持てる場合、そのシステムとの信頼関係を構築していくことを心がけ、その信頼関係の上に立って交渉を行っていくこともある。

こうした交渉の中で、ケアマネジャーは＜妥協点を探る＞努力をする。これは「利用者の権利を侵害するシステムとの交渉において、こちら側の要求を全部のませようとするのではなく、相手ものめるレベルの妥協点を探る」と定義づけたものである。例えば、費用面の心配から必要と思われる医療受診を渋る介護者に対して「家族に負担はかけないから、○○さん（介護者）も少し休んだらいいわ」と話したり、自分の考えだけで利用者の生活を決めようとする主介護者に対して「私もあなたのお母さんを大事に思っているよというところは絶対見せていかないといけないから」ということを意識しながら、どこで折り合いがつけられるかを模索していくのである。

しかしながら、これまで述べたような働きかけがうまくいかない場合もある。その場合、ケアマネジャーは＜権利を侵害するシステムとの切り離し＞を図ることになる。これは「利用者の権利を侵害するシステムと利用者を切り離すように働きかける」と定義づけたものである。こうした＜権利を侵害するシステムとの切り離し＞には、例えば日常生活自立支援事業（旧地域福祉権利擁護事業）や成年後見制度の活用によって金銭面の管理を行い、経済的な搾取を受けにくいようにしたり、別居している息子に潜在的な力があると見た場合には、本人の世話を不適切に行っている現在の主介護者から年金通帳を取り返してくることで、本人と当該システムを切り離すことができるとアドバイスするといったことなどがある。

このようにして、ケアマネジャーは利用者の権利が侵害されることを防ぎ、本人を守ろうとするのである。

5.　まとめ

本研究はケアマネジメント実践における利用者主体の支援を行っていくため、社会資源とのリンキングのプロセスでケアマネジャーがその阻害要因に対処する際の働きについて明らかにすることを試みたものである。以下、発見したストーリーラインについて述べる。

ケアマネジメント実践を展開する際、利用者主体の社会資源の活用において、利用者の意向を反映させた利用者本位の支援を行おうとすることを阻害するさまざまな要因がある。それらは、「サービス利用拒否」「サービス事業者のもつ利用者像のズレ」「インフォーマルな支援者の疲弊」「周囲のシステムによる権利侵害」などである。こうした阻害要因に対して、ケアマネジャーはさまざまな方法を用いて対処していく。

「サービス利用拒否」に対して、ケアマネジャーは【利用拒否の謎解き】を行い、利用者が社会資源を活用できるように支援していく。そのために、ケアマネジャーは利用者と接触し＜利用者の意向の確認＞を行い、こうした利用者との接触から＜ケアマネジャーとの信頼関係の形成＞を試みていく。そして、こうした関わりの中からさまざまな情報を得て、＜利用拒否の理由＞を考えていく。それと同時に、＜サービス導入のタイミングを測る＞とともに、利用者が感じる＜困ったことへの焦点化＞を行い、利用者が＜受け入れやすい関わり＞のあり方を考慮して、サービス利用へとつなげていくのである。そして、サービス導入がなされた後は＜サービス提供者との信頼関係作り＞のための配慮を行い、それでも利用拒否が起こる場合にはケアマネジャーとの＜信頼関係を使ったトラブルの収拾＞を図ることで、サービス利用が続けられるように支援していくのである。

また、ケースによっては利用者にかかわっている「インフォーマルな支援者の疲弊」が見られる場合がある。これに対してケアマネジャーは【インフォーマルな支援者を支える】ことを試みていく。それには、まずケアマネジャーは【インフォーマルな支援者のアセスメント】を行う。すなわち、インフォーマルな支援者の持っている＜支援力の見極め＞を行うとともに、インフォーマルな支援者の支援の＜限界の見極め＞を行う。そして、インフォーマルな支援者が感じている＜負担軽減の考慮＞を行う。このようにしてインフォーマルな支援者に対する理解を深めながら、インフォーマルな支援者に＜できる範囲での関わりを求める＞。さらに、利用者に対する＜関わりの継続を依頼する＞のだが、こうした関わりを継続してもらうためには、インフォーマルな支援者に対してケアマネジャーに代表される援助機関が関わっているという＜安心感の提供＞を行うと共に、利用者の支援について＜地域住民の理解を得る＞ことができるように支援の環境作りを行っていくのである。

さらに、「周囲のシステムによる権利侵害」が起こっている場合には、ケアマネジャーは【本人を守る】働きをする。ケアマネジャーはまず、＜権利を侵害するシステムの特定＞を行う。そして、＜権利を侵害する側の事情を考える＞ことによって権利侵害が起こる背景や理由を解釈しようとし、その予防策を考えていく。そして、ケアマネジャーは権利侵害が起こる＜リスクを分散することを試みる＞。しかし、こうした予防策だけでは対処が難しい場合、ケアマネジャーは

権利を侵害するシステムと【交渉】を行う。これは、利用者の利益を守るように＜利用者の立場に立った交渉＞を行い、また権利を侵害するシステム（人）とケアマネジャーとの間に信頼関係が構築されている場合には、その＜関係の上に立った交渉＞を行う。こうした交渉によってケアマネジャーは権利を侵害するシステムとの間で＜妥協点を探る＞努力をする。しかし、それでもうまくいかない場合には、＜権利を侵害するシステムとの切り離し＞を図ることになる。

このように、ケアマネジャーは利用者の支援において遭遇するさまざまな阻害要因に対して、その解決を図り､利用者の意向を反映したサービス利用が図られるように支援していくのである。

6.　提言

近年、介護支援専門員によるケアマネジメント実践において、さまざまな場でケースカンファレンスが持たれることになってきた。介護支援専門員の運営基準に定められたサービス担当者会議だけでなく、居宅介護支援事業所内で、あるいは地域の有志で開催される事例研究会等などが盛んに開催されている。その中で検討される事例の多くは、介護支援専門員が支援において何らかの困難さを感じているケースである。また、地域包括支援センター主任介護支援専門員や社会福祉士を交えて行われる多問題家族や虐待事例等のケース検討なども同様である。

このような支援困難事例に対して、介護支援専門員がどのような支援を展開するかについて、本研究はある程度の整理を試みたものである。もちろん、支援困難事例はそれぞれの事例毎に異なった状況や背景を持つものであり、一律の対応で解決できるものではない。しかし、こうした阻害要因への支援のあり方を知っていることにより、ケアマネジャーは支援困難事例に対して対処できる可能性を広げることができると思われる。本研究はその一端に過ぎないが、こうした知識がケアマネジャーの現任訓練へと還元され、支援困難事例への対処に役立てられることが必要であると考える。

7.　残された課題と今後の研究の方向性

本研究では、2006研究の成果をもとに、さらに理論的サンプリングを行い分析した。しかし、想定した【利用拒否の謎解き】【インフォーマルな支援者を支える】【発想の転換を助ける】【本人を守る】という４つの阻害要因への対処のカテゴリーのうち､【発想の転換を助ける】については、今回収集したデータからは十分なヴァリエーションを得ることができなかった。また、これらのカテゴリーとは別に、予測されるリスクを回避するケアマネジャーの働きについてもいくつかの概念が生成されたが、それらが一つのカテゴリーとして成立するまでには至らなかった。これらについては、今後理論的サンプリングを行い、分析を行っていく課題であると認識している。

さらに、分析作業を進める中でケアマネジャーが各種のシステムと「交渉」していくことが、支援困難事例に対処していく上で重要な鍵を握るのではないかという着想を得た。しかし、現時点ではこれについても十分なデータ収集と分析が行えるところまでには至っていない。これも、今後の課題である。

〈参考文献〉

岩下清子（2001）「『対応困難事例』のケアマネジメント」『訪問看護と介護』6(3)

岩間伸之（2005-2008）「支援困難事例へのアプローチ(1)～(17)」『介護支援専門員』7(3)～10（1）

岡本怜子編著（2003）『対応困難な事例に学ぶケアマネジメント』医学書院

奥川幸子（2002）「困難事例を作り出さないために」『ケアマネジャー』4(12)

河野由乃（2005）「ケアマネジャーが困難と考えた事例における連携の状況と効果」『月刊ケアマネジメント』16(9)

木下康仁（1999）『グラウンデッド・セオリー・アプローチ』弘文堂

木下康仁（2003）『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践』弘文堂

木下康仁編（2005）『分野別実践編グラウンデッド・セオリー・アプローチ』弘文堂

木下康仁（2007）『ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて 』弘文堂

齋藤順子（2005）「介護支援専門員の職務意識とその課題」『総合政策研究』関西学院大学

齋藤順子（2006）「高齢者における対応困難事例とは何か」『淑徳大学総合福祉学部研究紀要』40、淑徳大学

斎藤智子・佐藤由美（2006）「介護支援専門員が認識する対応困難事例の特徴」『The Kitakanto medeical Journal』56(4)、北関東医学会

杉浦貴子（2006）「文献により探索する医療ソーシャルワーカーの『困難性』の実態」『ルーテル学院研究紀要』40、ルーテル学院大学

助川未枝保（2002）「『援助困難』ケースはつくられる」『月刊総合ケア』12(11)

馬場純子（2004）「介護支援専門員の業務：業務量調査（タイムスタディ）による実態と課題」『人間福祉研究』7、田園調布大学

根本博司編著（1990）『援助困難な老人へのアプローチ』中央法規出版

根本博司（2003）「困難事例に対する援助のポイント」『介護支援専門員』5(1)

安田裕子（2002a）「介護保険下のサービス提供困難ケースへの支援のあり方の検討（前編）」『月刊総合ケア』12（7）

安田裕子（2002b）「介護保険下のサービス提供困難ケースへの支援のあり方の検討（後編）」『月刊総合ケア』12（8）

和気純子（2004）「介護支援専門員によるケアマネジメント：阻害要因の計量的分析」『人文学報』20、東京都立大学

和気純子（2005）「高齢者ケアマネジメントにおける困難ケース：ソーシャルワークからの接近」『人文学報』21、首都大学東京

渡部律子、料所奈津子（2006）「介護支援専門員の困難事例分析：ソーシャルワークの機能に焦点をあてて」『Working paper』33、関西学院大学

第５章　まとめ・総括

1.　全体のまとめ

本研究では、ソーシャルワークの専門性の視点から、介護支援専門員の業務遂行に求められる能力についての研修ニーズを明確化し、その職務に貢献できるものを取り入れた研修プログラムの開発を目的としている。とりわけ、その中でケアマネジメントの研修のあり方を再考するために、先行研究をはじめ、ケアマネジメントの困難度に着目し、量的調査を行なった。さらに研修ニーズに関しての質的調査、さらに在宅継続の可能性をその本人や家族等との要因と介護支援専門員の支援のあり方について質的調査を行なった。

以上のことを踏まえて本章では全体のまとめと総括を述べる。

第１章では、「先行研究」を行なった。ケアマネジメントの内容や質の指標、およびケアマネジャーの置かれている実態を４つの観点、すなわち１．介護支援専門員の能力と質評価、２．ソーシャルワークの専門性と職種間の差、３．業務負担感、４．研修へのニーズや効果、に関して先行文献を整理した。その結果、介護支援専門員の能力と質評価では利用者と関係機関や関係者に働きかけるコーディネート能力が求められる。ケアマネジメントの質は、個人の技量などの個人的要因も然ることながら、実践する地域の実務者間のネットワークやケアシステムがどれほど整っているかといった構造的な要因が大きく影響することが理解できる。

ソーシャルワークの専門性と職種間の差に関しては、医療ニーズの高い事例に関するものは看護職が担うことが望ましいとの結果はあるものの､明らかにされている文献は見当たらなかった。但し、ケアマネジメントの技量として面接技術、資源とのリンクなどは社会福祉士の実践からその重要性が理解できた。業務負担に関しては、困難に感じるケースに直面していたことのある介護支援専門員が多くいることなど実態が明らかになっているが、研修へのニーズや効果に関しては支援プロセスにおける各段階の効果的方法や技術を学ぶ研修課題が未だ多く山積していることが理解できる。

以上のことから、ケアマネジメント業務に求められる能力は、 対人援助における支援能力に止まらず、管理能力、組織運営能力、総合的な評価能力など多様な幅広い能力が求められることが示されている。一方、価値に基づく支援やストレングス視点などがソーシャルワークの特性として挙げられる。

以上の先行研究から、ケアマネジメントの質の確保や向上のためには、介護支援専門員のニーズに即した研修を提供することが求められるが、現在、介護支援専門員の業務遂行には、どのような能力が必要とされているのかを明らかにする必要性がある。

第２章では介護支援専門員の研修ニーズについてまとめた。これはソーシャルワークの専門性の視点から、介護支援専門員の業務遂行に求められる能力についての研修ニーズを明確化にすること。さらにその職務に貢献できるものを取り入れた研修プログラムの開発するために介護支援

専門員のケアマネンジメント業務における研修ニーズを明らかにするための調査を行なった。その方法として、ケアマネジメントの支援プロセスから項目を抽出し、それぞれの困難度に着目した。

その結果、対象者の特性として、女性が８割を占め、また年齢は40歳から50歳代で７割を占めていた。さらに経験年数は３年から４年が半数近く占めていた。５年以上も４割あった。また実際の担当件数については30件以下が３割程度、40件以下が３割程度、40件以上も２割とばらつきがみられた。雇用形態は常勤専従が４割にとどまり、常勤兼務が４割、非常勤が１割を超え、現在の介護支援専門員の実態を反映した結果になっていた。職場の介護支援専門員数は２～３人職場が４割弱、４～６人職場が３割弱、７人以上が２割となっているが、雇用形態がどのように構成されているのかは明らかにしなかった。しかし、これらのいずれも介護支援専門員の個人的技能や能力を発揮できる環境要因として影響している部分であり、さらに業務負担にもつながるものである。介護支援専門員以外の保有資格は４割が介護福祉士、看護師が３割強、社会福祉士はわずか１割であった。

困難度と重要度の関連からは、重要度に関しては情報収集と利用者支援に大きく分けられた。困難度に関しては企画力、運営力、創造性、社会的アクションに関する事柄が示されていた。さらに重要度が高く困難度も高い項目の２次元プロットから、介護保険制度に関する最新の情報を収集する、必要に応じて制度以外の資源を見つける、介護保険制度の内容を理解する、利用者のニーズと家族のニーズをすり合わせる、支援に活用できるその人らしさを把握する、利用者に適したサービス担当者会議を運営するが析出された。これらから「情報収集力」、「資源発見と開拓」、「制度理解」、「ニーズ調整力」、「個別性重視の支援力」、「企画運営力」（いずれも仮称）が介護支援専門員の求めている研修ニーズとして捉えられよう。

さらに具体的に困難度の類似性の類型化から明らかになったことは、「制度理解力」、「業務遂行力」、「利用者受容力」、「実践応用力」、「実践外延力」（いずれも仮称）の５類型を得ることができた。研修を行う際にそれぞれの項目をセットで講習を組むことにより、体系的なプログラムを構築できる可能性があると示唆された。

第３章では量的研究で得られた結果だけではなく、より具体的な現状を把握するために介護支援専門員の能力向上のための研修ニーズの予備的研究として、研修を実施する側のグループインタビューを行った結果をまとめた。調査対象者は介護支援専門員の研修に中心的に関わってきた研究者（実践者）２名（男女）である。インタビューの視点としては①困難事例を整理する視点、②これまでの研修で行なったプログラムとその結果（効果）、③ミクロ部分のコンピテンスの捉え方、の３点に着目した。

インタビュー調査の結果、介護支援専門員の現状、介護支援専門員の特性、支援困難事例への対応特性、認知症ケアマネジメントの問題点、望まれる介護支援専門員へのサポート、介護支援専門員研修の現状が明らかになった。介護支援専門員の現状は、事務処理の煩雑さや研修の過密化、他者評価の不足と効果の実感困難、事例研究への抵抗、虐待問題での敗北感、業務の抱え込みが明らかになった。さらに介護支援専門員の特性としては、バックグラウンドの多様性である

ことや直接的な成果確認が困難である職種であることが明らかになった。

介護支援専門員としての支援困難事例への対応特性としては、支援困難事例は利用者の側に問題があるのではなく、その多くが援助者である介護支援専門員自身によって作られていることを介護支援専門員は十分に認識していないということや、支援困難事例の場合、仕事の線引きが困難であることや、関わりのレベル、範囲、場所が不明瞭であること、さらにこれらは虐待、認知症の場合に顕著であることが明らかになった。さらに先行研究でも明らかになっているように、対応の際に個人のバックグラウンドが良い意味でも悪い意味でも出やすいことが本調査でも明らかになった。加えて、認知症ケアマネジメントの問題点としては、病気とステージの理解不足していること、認知症の知識を持たないソーシャルワークが効果的支援につながっていないこと、さらに認知症と決めつけてから支援の限界や放棄が生じている現状が明らかになった。

以上のような問題点を打破するための介護支援専門員に対するサポートとして、相談体制の充実、地域保健師の活用、地域ケア会議開催と連携強化が挙げられた。さらに介護支援専門員研修の現状と今後の研修のあり方に関しては、現在の研修はどの自治体も手探り状態で開催されていること、しかし現実としては、受講者と企画側のミスマッチや大人数で開催される研修会のあり方や講師不足など体制の不備の問題、研修生の期待と現実のミスマッチ、認知症に関する研修は教材開発などの問題から実感できないプログラムになっていること、さらに研修成果の確認困難などが挙げられた。

第４章では利用者主体の支援を阻害する要因に対するケアマネジャーの対処プロセスをこれまでの研究成果から【利用拒否の謎解き】【発想の転換を助ける】【インフォーマルな支援者を支える】【本人を守る】の４つの阻害要因の構成要素をさらに分析するために、阻害要因に対処するケアマネジャーの働きについて、理論的サンプリングを行い、収拾したデータを分析した結果をまとめた。

調査対象者は要介護高齢者のケアマネジメント実践においてさまざまな支援困難事例に対処した経験を持つ６人の実践家から、それぞれインタビューを実施し、M-GTA（修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ)に基づき分析を行った。

その結果、ケアマネジメント実践を展開する際、利用者主体の社会資源の活用において、利用者の意向を反映させた利用者本位の支援を行おうとすることを阻害するさまざまな要因があることが明らかになった。これは「サービス利用拒否」「サービス事業者のもつ利用者像のズレ」「インフォーマルな支援者の疲弊」「周囲のシステムによる権利侵害」などである。こうした阻害要因に対して、介護支援専門員はさまざまな方法を用いて対処していることが明らかになった。

困難事例である「サービス利用拒否」に関して、ケアマネジャーは【利用拒否の謎解き】を行い、利用者が社会資源を活用できるように支援していく。そのために、ケアマネジャーは利用者の意向の確認を行い、関係性の中から、利用者との信頼関係の形成を試みる中で、必要な情報収集を行い､利用拒否の理由とそれを打破しサービス導入のタイミングを測る方法を検討している。さらに、利用者が感じる困ったことへの焦点化と、それに対する受け入れやすい関わりの方法を検討し、サービス利用へとつなげている。さらにサービス導入がなされた後はサービス提供者と

の信頼関係作りのための配慮を行い、それでも利用拒否が起こる場合には介護支援専門員との信頼関係を使ったトラブルの収拾を図り、サービス利用が続けられるように支援していることが明らかになった。

また、利用者にかかわっているインフォーマルな支援者の疲弊が見られる場合には、介護支援専門員はインフォーマルな支援者を支えるためにインフォーマルな支援者のアセスメントすなわち、インフォーマルな支援者の持っている支援力の見極めと限界の見極めを行い、負担軽減を試みている。インフォーマルな支援者に対する理解を深めながら、できる範囲での関わりとその継続の依頼をしている。その際の援助機関が関わっているという安心感の提供と共に、利用者の支援について地域住民の理解を得るための支援システム整備を行なっていた。

利用者の権利侵害に関しては、介護支援専門員は本人を守る働きをする。その際にまず、権利を侵害するシステムの特定、権利を侵害する側の事情の把握と権利侵害が起こる背景や理由を解釈し、その予防策を考えている。さらに、介護支援専門員は権利侵害が起こるリスクを分散することを試みている。対処が難しい際には介護支援専門員は権利を侵害するシステムに対し、利用者の立場に立った交渉を念頭に、関係の上に立った交渉、妥協点の探り、権利を侵害するシステムとの切り離しを実施し、利用者の利益を守る支援を行っていることが本調査の分析で明らかになった。

2.　介護支援専門員の能力向上のための研修に対する提言

(1)　研修ニーズの明確化

本研究から明らかになった研修ニーズは介護保険制度に関する「情報収集力」である最新の情報を収集する力、「資源発見と開拓」である必要に応じて制度以外の資源を見つける力、「制度理解」である介護保険制度の内容を理解する力、「ニーズ調整力」である利用者のニーズと家族のニーズをすり合わせる能力、「個別性重視した支援力」である支援に活用できるその人らしさを把握する力、「企画運営力」である利用者に適したサービス担当者会議を運営する力が介護支援専門員の求めている研修ニーズとして捉えられた。今後このような能力を養成できる研修内容を本研究から提案できる。

多問題家族や虐待事例に対応できる上級スーパーバイザーの養成が急務であると言えるが、専門性が問われる地域包括支援センターの主任介護支援専門員や社会福祉士の育成方法も今後検討する必要があろう。

(2)　参加者の限定

研修を効果的に行うために参加者をどのように選択していくのか、その仕組みを検討する必要がある。新人、中堅、ベテランという経験年数によるもの、研修の積み上げ方式など研修のあり方を検討すると共に、その研修内容のレベルにより、研修への参加者を限定する必要がある。さ

らに高度な専門研修にはある一定の経験知や知識も必要になる。従って、事前に経験していることや、レポート課題などを参加条件の一つとして加えるなどの工夫が必要となる。

(3) 研修方法

1)体制のあり方

現在の研修体制は100人単位で行なわれている研修が多く、なかなか教育効果が上がらないといった問題や適切な講師数が確保できないといった問題も多く指摘されている。また効果的研修を開催するためには財源の問題もある。さらに上級スーパーバイザー養成には少人数で訓練と専門知識獲得のための場所と時間が必要となる。そのスーパーバイザーが養成されれば地域の介護支援専門員の質向上、事例検討の場の確保にもつながると考えられる。今後その体制のあり方も早急に検討される必要があろう。

2)研修の内容

○支援に対する価値観・倫理観の確認

研修目的の一つは仕事の核となる価値観や支援に臨む姿勢を獲得することにある。特に困難事例に関わった際に専門的価値観がどうあるべきかを確認する機会や倫理的側面での検討や学習が可能な機会とする。

○事例研究の積極的採用

研修方法には、講義形式、体験学習、若しくはその併用がある。知識獲得のための講義形式と臨床知を獲得するための体験学習を目的に合致させた形で採用する必要があろう。今回の研究から体験学習の重視とそこでの事例研究の必要性が明らかになった。さらに事例研究の開催に当たっては、一方的に相手を非難する姿勢の排除などのルール設定も必要となる。

○専門知識とソーシャルワークの強み

困難事例を扱う研修内容にはケアマネジメントの基本（基本スキルの獲得）と高齢者虐待や認知症の知識もその内容に組み込む必要がある。ミクロレベルでは価値観や総合的アセスメント、柔軟な援助介入、ストレングス視点、否定的感情に関わるコミュニケーションスキル、適切な距離による利用者･ワーカーとの関係性･信頼感などソーシャルワークの特性を生かした研修内容にする工夫も望まれよう。さらに自らの職場環境を含む組織に関する知識、運営論など環境要因を分析できる能力を培うための研修内容も必要であろう。

(4)　効果的研修プログラムのあり方と教材開発

○統合力が身につく効果的研修プログラムのあり方

本研究の困難度の類似性の類型化から明らかになったことは、「制度理解力」「業務遂行力」「利用者受容力」「実践応用力」「実践外延力」の５類型の能力を養成することにより介護支援専門員の専門性の向上につながることが示唆された。そこで研修を行う際にそれぞれの項目をセットで講習を組むことにより、体系的なプログラムを構築できる可能性がある。

○虐待や認知症を実感できるプログラム（教材）の開発

困難事例になりうる虐待や認知症の支援のための研修プログラムには、知識獲得のための講義形式だけではなく、虐待や認知症を実際に実感できるプログラム（教材づくりを含む）の開発とその活用方法を検討する必要がある。

3. 本研究の限界と今後の展望

本研究の限界と今後の展望について述べておきたい。量的調査では、地域が関西地区の１県に限定されているため、妥当性については今後検証を深めていく必要があろう。質的調査では調査協力者を研修の実施者（講師）に限定している。介護支援専門員研修の内容を明らかにするためには、研修の主催者及び研修への参加者からもデータを収集し、データ分析する必要があろう。また、介護支援専門員のインタビューもさらにサンプル数を増やし、分析を行っていく必要がある。本研究では上記のような限界はあるもののデータ収集と分析による問題の整理と深化は、本研究テーマを明確にするうえで多くの成果を挙げることができたように思われる。

謝辞

本研究の趣旨をご理解してくださり、ご協力頂きました兵庫県社会福祉協議会及び専門研修に参加された介護支援専門員の皆さま、さらに、快くインタビュー調査に協力して下さった研修ご担当の２名の先生方、６名の介護支援専門員の方々にこの場を借りてお礼申し上げます。

資　　料

１　第1部　　新規ケアマネジメント利用者に関するパネル調査アンケート調査票

（1）第1回目　平成18年12月　実施分

（2）第2回目　平成19年6月　実施分

（3）第3回目　平成19年12月　実施分

２　第2部　　第2章　ケアマネジメント業務に関するアンケート調査票

1　第1部　　新規ケアマネジメント利用者に関するパネル調査アンケート調査票
（1）第1回目　平成18年12月　実施分

ケアマネジャーの皆様へ

整理番号	

ケアマネジメントについてアンケート調査のご協力のお願い

晩秋の候、ケアマネジャーの皆様には、高齢者の生活の向上をはじめ高齢者福祉の推進に格段のご尽力ならびにご活躍のことと推察申しあげます。

さて、本年４月には介護保険制度が大改革され、ケアマネジャーの役割もますます重要になってまいりました。

このたび大阪市大学大学院生活科学研究科ケアマネジメント研究会（代表：教授　白澤政和）では、財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構の事業である「在宅と施設、介護と医療の連携を実現するためのケアマネジメントのあり方に関する研究」（平成 18 年度老人保健事業推進費等補助金）の調査を実施主体として行うこととなりました。本調査は、ケアマネジャーがケアマネジメントを行うことによる利用者の要介護度をはじめとした ADL の改善、QOL の向上などを検証することを目的としております。その結果を踏まえ、介護保険制度におけるケアマネジャーのあり方等について検討することをねらいとしたものです。

そのため、皆様方の日常業務の現状等についてお聞かせいただくことで、今後の研究の資料として反映させていきたいと考えています。

なお、皆様からの回答は事業所および個人のプライバシーの保護に十分配慮し、すべて統計的に処理し、皆様方の個人名などが出ることがございません。また、利用者個人の特定が出来ないよう個人情報の保護に努めるとともに、本調査以外の目的には決して使用しないよう万全の体制をとっております。

内容として調査票の３頁に示してあるように、**あなたが現在担当している最も直近の新規ケースのご利用者について**お聞きすることになります。そのためご面倒ですが、皆様方の守秘義務規定の関係もあり、できる限り、利用者様から**別添の調査協力承諾書を頂戴していただき、お手元に保存してくださいますようお願い申し上げます**。なお、そのような新規のご利用者が無理な場合には、それ以外の新規のご利用者についての調査でも結構ですのでご協力をお願いいたします。

つきましては、公私ご多忙のところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、本調査票にご記入の上、大変恐縮ですが、**平成 18 年 12 月 25 日（月）**までに同封の返信用封筒にてご返送くださいますようお願い申しあげます。

なお、重ねてのお願いですが、６ヶ月後に同様の調査票への回答をお願いしたく、下記欄にご記入頂いた住所に再度調査票を郵送で送付させて頂きますので、その際も是非ご協力下さいますよう、心からお願申し上げます。

貴事業所名	
ご住所	〒
ご回答者名	

平成 18 年 11 月

大阪市立大学大学院　生活科学研究科内
ケアマネジメント研究会　代表：白澤　政和

ケアマネジャー　アンケート調査表

Ⅰ．あなたの所属している機関のことについてお伺いします。

問１　あなたはどこの機関のケアマネジャーですか。（○はあてはまるもの一つ）
（①・②に回答された方は（　　）内もご記入ください）

①居宅介護支援事業所	（所属のケアマネジャー総数　　名）	
②地域包括支援センター	（所属のケアマネジャー総数　　名）	
③介護老人福祉施設	④介護老人保健施設	⑤介護療養型医療施設
⑥グループホーム	⑦小規模多機能型居宅介護施設	⑧その他（　　）

問２　あなたの所属している機関の母体組織は何ですか。（○はあてはまるもの一つ）

①社会福祉法人	②医療法人	③株式・有限会社
④行政機関	⑤NPO 法人	⑥その他（　　）

問３　あなたの所属している機関に併設されているサービス事業をお伺いします。
（併設するものがあれば 3-2 からあてはまるものすべてに○をつけてください。）

3-1　併設する事業所　（○はあてはまるもの一つ）

①　あり（下記の問にお答えください）	②　なし（単独）　⇒　問4へ

↓

3-2　併設されているサービス事業の種類　（○はあてはまるものすべて）

①介護老人福祉施設	②介護老人保健施設	③介護療養型医療施設	
④病院・診療所	⑤歯科医院	⑥鍼灸院・接骨院	⑦薬局
⑧デイケア・デイサービス	⑨ショートステイ	⑩グループホーム	
⑪訪問看護ステーション	⑫訪問介護事業所	⑬福祉用具事業所	
⑭地域包括支援センター	⑮住宅改修事業所	⑯地域密着型サービス（　　）	

問４　あなたはどのようなアセスメント票をお使いですか。（○はあてはまるものすべて）

①日本介護福祉士会方式	②包括的自立支援プログラム	③MDS 方式
④全社協居宅サービス計画ガイドライン	⑤日本社会福祉士協会方式	⑥TAI 方式
⑦日本訪問看護振興財団方式	⑧その他（具体的　　）	

Ⅱ．あなたご自身のことについてお伺いします。

問５　性別をお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

①女性	②男性

問６　年齢をお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

①20 歳代	②30 歳代	③40 歳代	④50 歳代以上

問７　ケアマネジャーとしての経験（実務）年数をお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

①1年未満	②1年～3年未満	③3年～5年未満	④5年以上

問８　あなたの雇用形態をお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

①常勤専任	②常勤兼任	③非常勤（ﾊﾟｰﾄ含む）専任	④　非常勤（ﾊﾟｰﾄ含む）兼任

問９　ケアマネジャー以外の専門資格をお伺いします。あれば下記の中からすべて選んでください。

①医師	②歯科医師	③薬剤師	④保健師	⑤助産師	⑥看護師･准看護師
⑦理学療法士	⑧作業療法士	⑨社会福祉士	⑩介護福祉士	⑪視能訓練士	⑫義肢装具士
⑬歯科衛生士	⑭言語聴覚士	⑮あん摩マッサージ指圧師		⑯鍼灸師	⑰柔道整復師
⑱栄養士	⑲精神保健福祉士	⑳訪問介護員（ホームヘルパー）		㉑その他（　　）	

問１０　最も近い専門領域をお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

①看護	②保健	③介護	④社会福祉	⑤医療	⑥その他（　　）

問１１　現在の受け持ちケース数（要支援・要介護あわせて、入院中は除く）をお伺いします。
（○はあてはまるもの一つ）

①10 以下	②11～20	③21～30	④31～40	⑤41～50	⑥50 以上

問１２　あなたは自己研鑽のために研修、講習会、勉強会といったものに積極的にとり組んでいると思いますか。（資格更新などの義務付けられた研修は除く）（○はあてはまるもの一つ）

①とてもそう思う	②まあそう思う	③あまりそう思わない	④まったくそう思わない

問１３　あなたの所属する事業所では、あなたに対してスーパービジョンなどを行なっていますか。
（○はあてはまるもの一つ）

①積極的に行なっている	②行なっている	③時々行なっている	④まったく行なっていない

問１４　あなたの所属する事業所では、定期的な事例検討会などを行なっていますか。
（○はあてはまるもの一つ）

①行なっている	②ときどき行なっている	③あまり行なっていない	④まったく行なっていない

問１５　あなたはケアマネジャーとしての業務において、以下の点を重要視していますか。

15-１　利用者の身体的機能の改善（○はあてはまるもの一つ）

①重要である	②まあまあ重要である	③ふつう	④あまり重要でない	⑤重要でない

15-2　利用者の心理的状態の改善（○はあてはまるもの一つ）

①重要である	②まあまあ重要である	③ふつう	④あまり重要でない	⑤重要でない

15-3 利用者の社会環境状況の改善（○はあてはまるもの一つ）

①重要である	②まあまあ重要である	③ふつう	④あまり重要でない	⑤重要でない

Ⅲ．　あなたの受け持っている最も直近の新規ケースのご利用者についてお伺いします。

問１６　新規ケアプランの開始時期（○はあてはまるもの一つ）

①1 ヶ月以内	②1ヶ月～2 ヶ月前	③2 ヶ月～3 ヶ月前
④3 ヶ月～4 ヶ月前	⑤4 ヶ月～5 ヶ月前	⑥5 ヶ月～6 ヶ月前

問１７　ご利用者の性別についてお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

①　男性	②女性

問１８　ご利用者の年齢についてお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

①65～70 歳	②71 歳～75 歳	③76～80 歳	④81～85 歳
⑤86 歳～90 歳	⑥90 歳以上	⑦65 歳以下	

問１９　ご利用者の要介護度についてお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

①要支援1	②要支援2	③要介護1	④要介護2
⑤要介護3	⑥要介護4	⑦要介護5	

問２０　ご利用者の要支援・要介護状態に認定された原因となる主な原因についてお伺いします。
（○はあてはまるもの一つ）

①脳血管症	②心臓病	③関節疾患	④認知症	⑤骨折・転倒
⑥加齢による衰弱	⑦その他（　　）			⑧不明・不詳

問２１　ご利用者の認知症老人の日常生活自立度についてお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

①非該当	②Ⅰ	③Ⅱａ	④Ⅱｂ	⑤Ⅲａ	⑥Ⅲｂ	⑦Ⅳ	⑧M

問２２　ご利用者の ADL についてお伺いします。

22-1　着替え（○はあてはまるもの一つ）

①全面的な介護が必要	②部分的な介護が必要	③一人で出来る

22-2　入浴（○はあてはまるもの一つ）

①全面的な介護が必要	②部分的な介護が必要	③一人で出来る

22-3　食事（○はあてはまるもの一つ）

①全面的な介護が必要	②部分的な介護が必要	③一人で出来る

22-4　排泄（○はあてはまるもの一つ）

①全面的な介護が必要	②部分的な介護が必要	③一人で出来る

22-5　洗面（○はあてはまるもの一つ）

①全面的な介護が必要	②部分的な介護が必要	③一人で出来る

22-6　近所などへの外出（○はあてはまるもの一つ）

①全面的な介護が必要	②部分的な介護が必要	③一人で出来る

22-7　預貯金等の管理（○はあてはまるもの一つ）

①全面的な介護が必要	②部分的な介護が必要	③一人で出来る

問２３　ご利用者の生活状態についてお伺いします。

23-1　心配ごとや不安がありそうですか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

23-2　いつも笑顔（明るさ）がみられますか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

23-3　生活にはり（積極性）がみえますか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

23-4　食欲がありますか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

23-5　よく眠れていますか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

23-6　病気等の症状は改善しましたか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

23-7　家族はやさしくかかわっていますか（一人暮らしの場合は回答なし）（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

23-8　家族の介護者の介護負担は軽くなりましたか（一人暮らしの場合は回答なし）（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

23-9　家族関係は円満ですか（一人暮らしの場合は回答なし）（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

23-10　家族以外の人とは円満に交友していますか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

Ⅳ. あなたが所属している機関が居宅介護支援事業所か地域包括支援センターの場合のみ、上記ケースについてもうすこし詳しくお伺いさせていただきます。

問２４　今回作成したケアプランのサービスの種類について、あてはまるものすべてに○をつけてください。
上記ケースの利用者が要支援の場合、下記選択肢を読み替えてそれぞれ介護予防サービスとしてご回答ください。（例…①訪問介護　⇒　介護予防訪問介護　等）

①訪問介護	②訪問入浴介護	③訪問看護	④訪問リハビリテーション
⑤居宅管理指導	⑥通所介護	⑦通所リハビリテーション	⑧通所介護
⑨短期入所生活介護	⑩短期入所療養介護	⑪特定施設入所者生活介護	
⑫福祉用具貸与	⑬福祉用具購入	⑭居宅介護住宅改修費	

問２５　今回作成したケアプランによる介護報酬の総単位数をお伺いします。

（　　）単位

問２６　介護保険サービス以外の地域のサービスの活用状況についてお伺いします。

26-1 介護保険サービス以外の地域のサービスを活用していますか。（○はあてはまるもの一つ）

①活用している（25-2 に回答してください）　②活用していない（問 27 へ）

↓

26-2　活用しているサービス内容（○はあてはまるものすべて）

①地域福祉権利擁護事業	②配食サービス	③移送サービス	⑤親戚による世話
⑥近隣住民による世話	⑦友人による世話	⑧その他（　　）	

問２７　このケースの今後の在宅介護継続の可能性についてお伺いします。

27-1 あなたはこの利用者様の場合、今後、在宅介護の継続の可能性をどのようにお考えですか（○はあてはまるもの一つ）

①最後まで在宅が可能	②1 年くらいは在宅が可能
③2～3年は在宅が可能	④すぐにでも施設等の入所が必要
⑤なんともいえない	⑥その他（　　）

27-2　この利用者自身の在宅継続の意向はいかがですか（○はあてはまるもの一つ）

①できるだけ在宅で生活を続けたい	②できれば施設へ入所したい

27-3　利用者のご家族の在宅継続の意向はいかがですか（○はあてはまるもの一つ）

①できるだけ在宅で介護を続けたい	②施設への入所を希望している	③家族はいない

問２８　世帯の状況をお伺いします（○はあてはまるもの一つ）

①ひとり暮らし	②夫婦のみ	③息子・娘等と同居	④その他（　　）

問２９　介護者の状況についてお伺いします。

29-1　この利用者様には主な介護者はいますか。（○はあてはまるもの一つ）

①いる（28-2～28-7 にお答えください）	②いない（7ページの自由記述の欄へお進みください）

↓

29-2　主な介護者の関係（○はあてはまるもの一つ）

①配偶者	②子ども	③子どもの配偶者	④孫	⑤その他（　　）

29-3　介護者の性別（○はあてはまるもの一つ）

①男性	②女性

29-4　介護者の年齢（○はあてはまるもの一つ）

①20～30 歳	②31 歳～40 歳	③41～50 歳	④51～60 歳
⑤61 歳～70 歳	⑥71～80 歳	⑦80 歳以上	

29-5　介護者の就労状況（○はあてはまるもの一つ）

①　常勤	②ﾊﾟｰﾄ等	③していない	④その他（　　）

29-6　介護者の介護負担感（○はあてはまるもの一つ）

①かなり重い	②重い	③やや軽い	④軽い	⑤わからない

29-7　介護者と利用者本人との家族関係（○はあてはまるもの一つ）

①かなり良い	②良い	③やや悪い	④かなり悪い	⑤どちらともいえない(わからない)

【自由記述】

これまでケアマネジメントを行ってきたご経験の中で、ご利用者の生活を支えるのに効果があったと思われる方法、工夫、または参考となる事例などがあれば、ご自由にご記入ください。

質問は以上です。

お疲れ様でした。貴重なお時間をいただきご協力誠にありがとうございました。

なお、調査票等でご質問ならびにご不明な点がありましたら下記までご連絡ください。

<<問い合せ先>>

〒558-8585　大阪市住吉区杉本 3-3-138

大阪市立大学大学院生活科学研究科　ケアマネジメント研究会

電話/ファックス：06-6605-2858　　担当：畑・山本

（2）第2回目　平成19年6月　実施分

ケアマネジャーの皆様へ

整理番号	

ケアマネジメントについてアンケート調査（継続）のご協力のお願い

向暑の候、ケアマネジャーの皆様には、高齢者の生活の向上をはじめ高齢者福祉の推進に格段のご尽力ならびにご活躍のことと推察申しあげます。

さて、昨年末から年初にかけて大阪市大学大学院生活科学研究科ケアマネジメント研究会（代表：教授　白澤政和）で実施しました、財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構の事業である「在宅と施設、介護と医療の連携を実現するためのケアマネジメントのあり方に関する研究」の調査にご協力をいただき、ありがとうございました。

この度、前回の調査時にお願い申し上げておりましたように、継続調査として２回目のアンケート調査を行わせていただきます。
本調査は、前回お答えいただきました利用者様について、その後の経過についてどのように変化したかを見させていただくものです。
内容として調査票に示してあるように、**あなたが前回調査時に最も新規ケースのご利用者だった方（前回の調査対象と同じ利用者様）について、6ヵ月後の状況等を**お聞きすることになります。

なお、前回同様に皆様からの回答は事業所および個人のプライバシーの保護に十分配慮し、すべて統計的に処理し、利用者の方および皆様方の個人名などが出ることがございません。また、利用者個人の特定が出来ないよう個人情報の保護に努めるとともに、本調査以外の目的には決して使用しないよう万全の体制をとっております。
つきましては、公私ご多忙のところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、本調査票にご記入の上、大変恐縮ですが、**平成 19 年 7 月 5 日（木）**までに同封の返信用封筒にてご返送くださいますようお願い申しあげます。

平成 19 年 6 月

大阪市立大学大学院　生活科学研究科内
ケアマネジメント研究会　代表：白澤　政和

※継続調査として、約6ヵ月後に3回目の調査を予定しておりますので、その節にはまたご協力賜わりますよう重ねてお願い申し上げます。

ケアマネジャー　アンケート調査票

Ⅰ．　前回約６ヶ月前の調査票でお伺いしましたご利用者についてお伺いします。

（＊前回の調査対象と同じ方です。その方の現状をお答えください。）

問１．その方（６ヶ月前の前調査と同じ利用者）の調査は可能でしょうか（○はあてはまるもの一つ）

①可能　　**（問２以降の質問にお答えください）**

②現在、不可能　　**（問２以降の設問にはご回答いただかなくて結構です。そのままご返送ください）**

↓　以下の具体的な理由（ア・イ・ウ・エ・オ）のいずれかに該当するものに一つ○をお付けください。

＊ウエオのような理由であっても、もし何らかの方法で利用者の現状把握が可能でしたら問２以降にも設問にお答えください

ア　亡くなってしまったため（時期：平成 19 年　　月　）

イ　利用者が事業者と解約したため（時期：　平成 19 年　　月　）

ウ　担当ケアマネジャーが事業所を退職したため、担当が代わった（時期：　平成 19 年　　月　）

エ　病院に入院したため　（時期：　平成 19 年　　月　）　⇒　エ-1.2 もお答えください

↓

エ―1　以下のどこへ入院されましたか　（○はあてはまるもの一つ）

i　急性期の病院	ii　医療療養型施設	iii　有床診療所
iv　その他　（　　）		

エ―2　入院に至った主な理由Ⅰ　（○は主なもの一つ）

i　既往症以外に他の病気などが生じた	ii　既往症の症状がかなり悪くなった
iii　在宅での不安が高まった	iv　その他（　　）

オ　入所したため　（時期：　平成 19 年　　月　）⇒　オ-1.2.3.4 もお答えください

↓

オ―1　以下のどこへ入所されましたか　（○はあてはまるもの一つ）

i　介護療養型医療施設	ii　介護老人福祉施設	iii　介護老人保健施設
iv　有料老人ホーム	v　グループホーム	vi　小規模多機能型居宅介護施設
vii　その他（　　）		

オ―2　入所に至った主な理由Ⅰ　（○は主なもの一つ）

i　本人の身体状態の低下	ii　本人の意欲等の心理状態の低下
iii　家族（介護者）の介護力の低下	iv　その他（　　）

次ページに続きます

オ―3　入所に至った主な理由Ⅱ　（○は主なもの一つ）

i　家族の希望	ii　本人の希望
iii　他の人のすすめ（誰：　　）	iv　その他（　　）

オ―4　担当であるあなた（ケアマネジャー）からみて、在宅介護の可能性はいかがでしたか
（○は主なもの一つ）

i　在宅の継続が可能だったと思う
ii　在宅の継続は不可能だったと思う
（以下の理由で当てはまるものがあればいくつでも○をつけてください）
a　本人の身体的な状況
b　本人の心理的な状況
c　本人の行動障害など
d　家族等の介護の状況
e　住宅などバリア状況
f　その他（　　）
iii　どちらともいえない

③その他（具体的に：　　時期：　　）

問２　前回調査させていただいた方のケアプランの開始後から現在までの期間
（○はあてはまるもの一つ）

①6ヶ月以内	②6ヶ月～7ヶ月前	③7ヶ月～8ヶ月前
④9ヶ月～10ヶ月前	⑤10ヶ月～11ヶ月前	⑥11ヶ月～1年前

問３　ご利用者の性別についてお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

①　男性	②女性

問４　ご利用者の年齢についてお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

①65～70歳	②71～75歳	③76～80歳	④81～85歳
⑤86～90歳	⑥90歳以上	⑦65歳以下	

3

問５　ご利用者の要介護度についてお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

5-1 現時点での要介護度をお答えください

①要支援1	②要支援2	③要介護1	④要介護2
⑤要介護3	⑥要介護4	⑦要介護5	⑧非該当

5-2　前回の調査時と要介護度の変更がありましたか

① 悪くなった	②変わらない	③良くなった

問６　現時点でのご利用者の要支援・要介護状態に認定された主な原因についてお伺いします。
（○はあてはまるもの一つ）

①脳血管症	②心臓病	③関節疾患	④認知症	⑤骨折・転倒
⑥加齢による衰弱	⑦その他（　　）			⑧不明・不詳

問７　ご利用者の認知症老人の日常生活自立度についてお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

7-1　今回の調査時の日常生活自立度をお答えください

①非該当	②Ⅰ	③Ⅱa	④Ⅱb	⑤Ⅲa	⑥Ⅲb	⑦Ⅳ	⑧M

7-2　前回の調査時と日常生活自立度の変更がありましたか

① 悪くなった	②変わらない	③良くなった

問８　現時点でのご利用者の生活状態についてお伺いします。

8-1　前回の調査時と以下の面などで生活状態の変更がありますか

項　目	状　態		
1. 本人の身体機能面	①良くなった	②悪くなった	③どちらともいえない
2. 本人の心理面	①良くなった	②悪くなった	③どちらともいえない
3. 家族等の状況	①良くなった	②悪くなった	③どちらともいえない

8-2　ご本人には心配ごとや不安がありそうですか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

8-3　ご本人にはいつも笑顔（明るさ）がみられますか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

8-4　ご本人には生活にはり（積極性）がみえますか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

8-5　ご本人には食欲がありますか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

8-6　ご本人はよく眠れていますか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

8-7　ご本人の病気等の症状は６ヶ月前に比べて改善しましたか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

8-8　家族はやさしくかかわっていますか（一人暮らしの場合は回答なし）（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

8-9　家族の介護者の介護負担は軽くなりましたか（一人暮らしの場合は回答なし）（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

8-10　家族関係は円満ですか（一人暮らしの場合は回答なし）（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

8-11　家族以外の人とは円満に交友していますか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

問９　この利用者の今後の在宅介護継続の可能性についてお伺いします。

9-１　あなたはこの利用者様の場合、今後、在宅介護の継続の可能性をどのようにお考えですか（〇はあてはまるもの一つ）

①最後まで在宅が可能	②1 年くらいは在宅が可能
③2～3年は在宅が可能	④すぐにでも施設等の入所が必要
⑤なんともいえない	⑥その他（　　）

9-2　前回の調査時と比べて,在宅で介護を継続する可能性が変化しましたか

①変化なし	②在宅生活の可能性が高くなった	③在宅生活の可能性が低くなった	④わからない

9-3　この利用者自身の在宅継続意向は６ヶ月で変化しましたか（〇はあてはまるもの一つ）

①変化なし	②在宅生活を継続する意向が強くなった
③在宅生活を継続する意向が弱くなった	④わからない

9-4　この利用者自身の在宅継続の意向はいかがですか（〇はあてはまるもの一つ）

①できるだけ在宅で生活を続けたい	②できれば施設へ入所したい

9-5　このご家族の在宅継続の意向は６ヶ月で変化しましたか（〇はあてはまるもの一つ）

①変化なし	②在宅生活を継続する意向が強くなった
③在宅生活を継続する意向が弱くなった	④わからない

9-6　利用者のご家族の在宅継続の意向はいかがですか（〇はあてはまるもの一つ）

①できるだけ在宅で介護を続けたい	②施設への入所を希望している	③家族はいない

問 10　現時点での世帯状況をお伺いします（〇はあてはまるもの一つ）

①ひとり暮らし	②夫婦のみ	③息子・娘等と同居	④その他（　　）

問 11　介護者の状況についてお伺いします。

11-1　この利用者様には現時点で主な介護者はいますか。（〇はあてはまるもの一つ）

①いる（11-2～11-7 にお進みください）	②いない（p8の自由記述の欄へお進みください）

↓

11-2　主な介護者の関係（○はあてはまるもの一つ）

①配偶者	②子ども	③子どもの配偶者	④孫	⑤その他（　　）

11-3　前回の調査時と介護者等の状況に変化がありましたか（○はあてはまるもの一つ）

①　変化なし	②変化した（どのように:　　）	③わからない

11-4　介護者の性別（○はあてはまるもの一つ）

①男性	②女性

11-5　介護者の年齢（○はあてはまるもの一つ）

①20～30 歳	②31～40 歳	③41～50 歳	④51～60 歳
⑤61～70 歳	⑥71～80 歳	⑦80 歳以上	

11-6　介護者の就労状況（○はあてはまるもの一つ）

①　常勤	②ﾊﾟｰﾄ等	③していない	④その他（　　）

11-7　介護者の現時点での介護負担感の程度について（○はあてはまるもの一つ）

①かなり重い	②重い	③やや軽い	④軽い	⑤わからない

11-8　前回の調査時と介護者の負担感に変化がありましたか（○はあてはまるもの一つ）

①　変化なし	②　負担感が軽くなった	③負担感が重くなった	④　わからない

11-9　介護者と利用者本人との現時点での家族関係の状況について（○はあてはまるもの一つ）

①かなり良い	②良い	③やや悪い	④かなり悪い	⑤どちらともいえない(わからない)

11-10　前回の調査時と家族関係に変化がありましたか（○はあてはまるもの一つ）

①　変化なし	②　良くなった	③悪くなった	④　わからない

質問はここまでです。　次ページの自由記述に続きます。

【自由記述】

前回の調査から今回の調査までの約6ヶ月の中で、ご利用者の生活を支えるのに効果があったと思われる方法、工夫、または参考となる事例などがあれば、ご自由にご記入ください。

質問は以上です。

お疲れ様でした。貴重なお時間をいただきご協力誠にありがとうございました。

なお、調査票等でご質問ならびにご不明な点がありましたら下記までご連絡ください。

<<問い合せ先>>

〒558-8585　大阪市住吉区杉本 3-3-138

大阪市立大学大学院生活科学研究科　ケアマネジメント研究会

電話/ファックス:06-6605-2858　担当:畑・山本

（3）第3回目　平成19年12月　実施分

ケアマネジャーの皆様へ

整理番号	

ケアマネジメントについてアンケート調査（継続）のご協力のお願い

初冬の候、ケアマネジャーの皆様には、高齢者の生活の向上をはじめ高齢者福祉の推進に格段のご尽力ならびにご活躍のことと推察申しあげます。

さて、前年度は２回にかけて大阪市大学大学院生活科学研究科ケアマネジメント研究会（代表：教授　白澤政和）で実施しました、財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構の事業である「在宅と施設、介護と医療の連携を実現するためのケアマネジメントのあり方に関する研究」の調査にご協力をいただき、ありがとうございました。

この度、前年度の調査時にお願い申し上げておりましたように、継続調査として３回目のアンケート調査を行わせていただきます。

本調査は、前回及び前々回にお答えいただきました利用者様について、その後の経過についてどのように変化したかを見させていただくものです。

内容として調査票に示してあるように、**あなたが前回調査時（平成 19 年 6 月）の調査対象と同じ利用者様について、その後の6ヵ月目の状況等を**お聞きすることになります。

なお、前年度の調査同様に皆様からの回答は事業所および個人のプライバシーの保護に十分配慮し、すべて統計的に処理し、利用者の方および皆様方の個人名などが出ることがございません。また、利用者個人の特定が出来ないよう個人情報の保護に努めるとともに、本調査以外の目的には決して使用しないよう万全の体制をとっております。

つきましては、公私ご多忙のところ誠に恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、本調査票にご記入の上、年末のお忙しいところ誠に大変恐縮ですが、**平成 19 年 12 月 26 日（水）**までに同封の返信用封筒にてご返送くださいますようお願い申しあげます。

平成 19 年 12 月

大阪市立大学大学院　生活科学研究科内
ケアマネジメント研究会　代表：白澤　政和

※ 継続調査として、約6ヵ月後（20 年 6 月）に4回目の調査を予定しておりますので、その節にはまたご協力賜わりますよう重ねてお願い申し上げます。

ケアマネジャー　アンケート調査票

Ⅰ．　前回（平成 19 年６月）約６ヶ月前の調査票でお伺いしましたご利用者についてその後の状況をお伺いします。

（＊前回の調査対象と同じ方です。その方の現状をお答えください。）

問１．利用者（６ヶ月前の前調査と同じ方）の調査は可能でしょうか（○はあてはまるもの一つ）

①可能　　**（問2以降の質問にお答えください）**

②現在、不可能　　**（問2以降の設問にはご回答いただかなくて結構です。そのままご返送ください）**

↓　以下の具体的な理由（ア・イ・ウ・エ・オ）のいずれかに該当するものに一つ○をお付けください。

＊ウエオのような理由であっても、もし何らかの方法で利用者の現状把握が可能でしたら問2以降にも設問にお答えください

ア　亡くなってしまったため（時期：平成 19 年　　月　）

イ　利用者が事業者と解約したため（時期：　平成 19 年　　月　）

ウ　担当ケアマネジャーが事業所を退職したため、担当が代わった（時期：　平成 19 年　　月　）

エ　病院に入院したため　（時期：　平成 19 年　　月　）　⇒　エ-1.2 もお答えください

↓

エ－1　以下のどこへ入院されましたか　（○はあてはまるもの一つ）

i　急性期の病院	ii　医療療養型施設	iii　有床診療所
iv　その他　（　　）		

エ－2　入院に至った主な理由Ⅰ　（○は主なもの一つ）

i　既往症以外に他の病気などが生じた	ii　既往症の症状がかなり悪くなった
iii　在宅での不安が高まった	iv　その他（　　）

オ　入所したため　（時期：　平成 19 年　　月　）⇒　オ-1,2,3,4 もお答えください

↓

オ－1　以下のどこへ入所されましたか　（○はあてはまるもの一つ）

i　介護療養型医療施設	ii　介護老人福祉施設	iii　介護老人保健施設
iv　有料老人ホーム	v　グループホーム	vi　小規模多機能型居宅介護施設
vii　その他（　　）		

オ－2　入所に至った主な理由Ⅰ　（○は主なもの一つ）

i　本人の身体状態の低下	ii　本人の意欲等の心理状態の低下
iii　家族（介護者）の介護力の低下	iv　その他（　　）

次ページに続きます

オー3　入所に至った主な理由Ⅱ　（○は主なもの一つ）

i　家族の希望	ii　本人の希望
iii　他の人のすすめ（誰:　　）	iv　その他（　　）

オー4　担当であるあなた（ケアマネジャー）からみて、在宅介護の可能性はいかがでしたか
（○は主なもの一つ）

i　在宅の継続が可能だったと思う

ii　在宅の継続は不可能だったと思う
（以下の理由で当てはまるものがあればいくつでも○をつけてください）
a　本人の身体的な状況
b　本人の心理的な状況
c　本人の行動障害など
d　家族等の介護の状況
e　住宅などバリア状況
f　その他（　　）

iii　どちらともいえない

③その他　（具体的に:　　時期:　　）

問２　前回調査させていただいた方のケアプランの開始後から現在までの期間（○はあてはまるもの一つ）

①6 ヶ月以内	②6 ヶ月～7 ヶ月前	③7 ヶ月～8 ヶ月前
④9 ヶ月～10 ヶ月前	⑤10 ヶ月～11 ヶ月前	⑥11 ヶ月～1年前

問３　ご利用者の性別についてお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

①　男性	②女性

問４　ご利用者の年齢についてお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

①65～70 歳	②71～75 歳	③76～80 歳	④81～85 歳
⑤86～90 歳	⑥90 歳以上	⑦65 歳未満	

問５　ご利用者の要介護度についてお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

5-1　現時点での要介護度をお答えください

①要支援1	②要支援2	③要介護1	④要介護2
⑤要介護3	⑥要介護4	⑦要介護5	⑧非該当

5-2　前回の調査時と要介護度の変更がありましたか

①　悪くなった	②変わらない	③良くなった

問６　現時点でのご利用者の要支援・要介護状態に認定された主な原因についてお伺いします。
（○はあてはまるもの一つ）

①脳血管症	②心臓病	③関節疾患	④認知症	⑤骨折・転倒
⑥加齢による衰弱	⑦その他（　　）			⑧不明・不詳

問７　ご利用者の認知症老人の日常生活自立度についてお伺いします。（○はあてはまるもの一つ）

7-1　今回の調査時の日常生活自立度をお答えください

①非該当	②Ⅰ	③Ⅱa	④Ⅱb	⑤Ⅲa	⑥Ⅲb	⑦Ⅳ	⑧M

7-2　前回の調査時と日常生活自立度の変更がありましたか

①　悪くなった	②変わらない	③良くなった

問８　ご利用者の現在の ADL についてお伺いします。

8-1　前々回（平成 18 年 12 月）の 1 回目の調査時と比べて日常生活自立度の変更がありましたか

①　悪くなった	②変わらない	③良くなった

8-2　着替え（○はあてはまるもの一つ）

①全面的な介護が必要	②部分的な介護が必要	③一人で出来る

8-3　入浴（○はあてはまるもの一つ）

①全面的な介護が必要	②部分的な介護が必要	③一人で出来る

8-4　食事（○はあてはまるもの一つ）

①全面的な介護が必要	②部分的な介護が必要	③一人で出来る

8-5　排泄（○はあてはまるもの一つ）

①全面的な介護が必要	②部分的な介護が必要	③一人で出来る

8-6　洗面（○はあてはまるもの一つ）

①全面的な介護が必要	②部分的な介護が必要	③一人で出来る

8-7　近所などへの外出（○はあてはまるもの一つ）

①全面的な介護が必要	②部分的な介護が必要	③一人で出来る

8-8　預貯金等の管理（○はあてはまるもの一つ）

①全面的な介護が必要	②部分的な介護が必要	③一人で出来る

問９　現時点でのご利用者の生活状態についてお伺いします。

9-1　前回（平成 19 年6月）の調査時と以下の面などで生活状態の変更がありますか

項　目	状　態		
1. 本人の身体機能面	①良くなった	②悪くなった	③どちらともいえない
2. 本人の心理面	①良くなった	②悪くなった	③どちらともいえない
3. 家族等の状況	①良くなった	②悪くなった	③どちらともいえない

9-2　ご本人には心配ごとや不安がありそうですか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

9-3　ご本人にはいつも笑顔（明るさ）がみられますか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

9-4　ご本人には生活にはり（積極性）がみえますか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

9-5　ご本人には食欲がありますか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

9-6　ご本人はよく眠れていますか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

9-7　ご本人の病気等の症状は6ヶ月前に比べて改善しましたか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

9-8　家族はやさしくかかわっていますか（一人暮らしの場合は回答なし）（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

9-9　家族の介護者の介護負担は軽くなりましたか（一人暮らしの場合は回答なし）（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

9-10　家族関係は円満ですか（一人暮らしの場合は回答なし）（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

9-11　家族以外の人とは円満に交友していますか（○はあてはまるもの一つ）

①はい	②いいえ	③どちらともいえない	④その他（　　）

問 10　この利用者の今後の在宅介護継続の可能性についてお伺いします。

10-1　あなたはこの利用者様の場合、今後、在宅介護の継続の可能性をどのようにお考えですか
（○はあてはまるもの一つ）

①最後まで在宅が可能	②1 年くらいは在宅が可能
③2～3年は在宅が可能	④すぐにでも施設等の入所が必要
⑤なんともいえない	⑥その他（　　）

10-2　前回の調査時と比べて,在宅で介護を継続する可能性が変化しましたか

①変化なし	②在宅生活の可能性が高くなった	③在宅生活の可能性が低くなった	④わからない

10-3　この利用者自身の在宅継続意向は6ヶ月で変化しましたか（○はあてはまるもの一つ）

①変化なし	②在宅生活を継続する意向が強くなった
③在宅生活を継続する意向が弱くなった	④わからない

10-4　この利用者自身の在宅継続の意向はいかがですか（○はあてはまるもの一つ）

①できるだけ在宅で生活を続けたい	②できれば施設へ入所したい

10-5　このご家族の在宅継続の意向は6ヶ月で変化しましたか（○はあてはまるもの一つ）

①変化なし	②在宅生活を継続する意向が強くなった
③在宅生活を継続する意向が弱くなった	④わからない

10-6　利用者のご家族の在宅継続の意向はいかがですか（○はあてはまるもの一つ）

①できるだけ在宅で介護を続けたい　②施設への入所を希望している　③家族はいない

問 11　現時点での世帯状況をお伺いします（○はあてはまるもの一つ）

①ひとり暮らし　②夫婦のみ　③息子・娘等と同居　④その他（　　）

問 12　介護者の状況についてお伺いします。

12-1　この利用者様には現時点で主な介護者はいますか。（○はあてはまるもの一つ）

①いる（11-2～11-7 にお進みください）　②いない（p8の自由記述の欄へお進みください）

↓

12-2　主な介護者の関係（○はあてはまるもの一つ）

①配偶者　②子ども　③子どもの配偶者　④孫　⑤その他（　　）

12-3　前回の調査時と介護者等の状況に変化がありましたか（○はあてはまるもの一つ）

①　変化なし　②変化した（どのように：　　）　③わからない

12-4　介護者の性別（○はあてはまるもの一つ）

①男性　②女性

12-5　介護者の年齢（○はあてはまるもの一つ）

①20～30 歳	②31～40 歳	③41～50 歳	④51～60 歳
⑤61～70 歳	⑥71～80 歳	⑦80 歳以上	

12-6　介護者の就労状況（○はあてはまるもの一つ）

①　常勤　②パート等　③していない　④その他（　　）

12-7　介護者の現時点での介護負担感の程度について（○はあてはまるもの一つ）

①かなり重い　②重い　③やや軽い　④軽い　⑤わからない

12-8　前回の調査時と介護者の負担感に変化がありましたか（○はあてはまるもの一つ）

①　変化なし　②　負担感が軽くなった　③負担感が重くなった　④　わからない

12-9　介護者と利用者本人との現時点での家族関係の状況について（○はあてはまるもの一つ）

①かなり良い　②良い　③やや悪い　④かなり悪い　⑤どちらともいえない(わからない)

12-10　前回の調査時と家族関係に変化がありましたか（○はあてはまるもの一つ）

① 変化なし	② 良くなった	③悪くなった	④ わからない

質問は以上です。次の自由記述にもご記入ください。

【自由記述】

前回の調査から今回の調査までの約6ヶ月の中で、ご利用者の生活を支えるのに効果があったと思われる方法、工夫、または参考となる事例などがあれば、ご自由にご記入ください。

質問は以上です。

お疲れ様でした。貴重なお時間をいただきご協力誠にありがとうございました。

なお、調査票等でご質問ならびにご不明な点がありましたら下記までご連絡ください。

<<問い合せ先>>

〒558-8585　大阪市住吉区杉本 3-3-138

大阪市立大学大学院生活科学研究科　ケアマネジメント研究会

電話/ファックス：06-6605-2858　　担当：山本

2 第2部　第2章 ケアマネジメント業務に関するアンケート調査票

ケアマネジメント業務に関するアンケート

2008年1月

■お手数をおかけいたしますが、以下の質問について、該当する番号に○をつけてください。
一部、数字を枠内にご記入いただく質問もあります。

Q1　あなたの性別を教えてください。

1　男 性　　**2**　女 性

Q2　あなたの年齢を教えてください。

1　30歳未満　　**3**　40～49歳　　**5**　60歳以上
2　30～39歳　　**4**　50～59歳

Q3　あなたの介護支援専門員としての経験年数を教えてください。資格取得後の年数ではなく、実務をはじめてからの年数でお答えください。

□　年（1年未満の方は0とご記入ください）

Q4　あなたが担当している総利用者数を教えてください。

1　10件未満　　**3**　20～29件　　**5**　40～49件
2　10～19件　　**4**　30～39件　　**6**　50件以上

Q5　あなたの雇用形態について教えてください。

1　常勤専従　　**3**　非常勤専従
2　常勤兼務　　**4**　非常勤兼務

Q6　あなたの職場では、あなたを含め介護支援専門員は何名いますか。

□　名（非常勤の方も1名とカウントしてください）

Q7　あなたの介護保険専門員以外の資格について教えてください。以下のうち、該当するものすべてに○をつけてください。

1　医師
2　歯科医師
3　薬剤師
4　社会福祉士
5　介護福祉士
6　看護師（准看護師含む）
7　保健師
8　ホームヘルパー
9　理学療法士
10　作業療法士
11　鍼灸マッサージ師
12　歯科衛生士
13　栄養士
14　社会福祉主事
15　その他（具体的に　　）

Q8　次にあげるケアマネジメント業務について、あなたは、日頃、どの程度困難を感じていますか。
「いつも困難を感じている（1）」から「ほとんど困難を感じない（4）」のうち、該当する番号に○をつけてください。

	いつも困難を感じている	しばしば困難を感じる	時々困難を感じる	ほとんど困難を感じない
(1)　介護保険制度の内容を理解する	1	2	3	4
(2)　介護保険制度に関する最新の情報を収集する	1	2	3	4
(3)　アセスメント項目の内容を理解する	1	2	3	4
(4)　課題につなげるためアセスメント情報を活用する	1	2	3	4
(5)　家族関係を理解する	1	2	3	4
(6)　支援に活用できるその人らしさを把握する	1	2	3	4
(7)　一連のアセスメント過程を利用者と共に実施する	1	2	3	4
(8)　設定された目標をもとにプランを作成する	1	2	3	4
(9)　サービス導入にあたって緊急性を判断する	1	2	3	4
(10) サービス利用拒否の理由に応じて適切な対応をする	1	2	3	4
(11) 利用者のニーズと家族のニーズをすり合わせる	1	2	3	4
(12) 利用者にとって十分なサービスの選択肢を提供する	1	2	3	4
(13) サービス計画表を利用者が理解できるように記入する	1	2	3	4
(14) 利用者支援に家族の力を活用する	1	2	3	4
(15) 障害に応じたコミュニケーション技術を用いる	1	2	3	4
(16) 利用者・家族の感情に適切に対応する	1	2	3	4
(17) 利用者・家族に審判的でないように努める	1	2	3	4
(18) 利用者・家族を受けとめる	1	2	3	4
(19) 利用者の自己決定の尊重に努める	1	2	3	4
(20) 利用者理解のために自己研鑽に努める	1	2	3	4
(21) 自分の力量を超える場合、他職種、他機関等と相談する	1	2	3	4
(22) 権利擁護の意義を理解する	1	2	3	4
(23) 権利擁護のために必要な介入を行う	1	2	3	4

	感じているいつも困難を	困難を感じるしばしば	困難を感じる時々	感じないほとんど困難を
(24) モニタリングの過程で必要に応じて仕切り直しをする	1	2	3	4
(25) 必要な情報を蓄積する	1	2	3	4
(26) サービス担当者間で得られた情報を効果的に活用する	1	2	3	4
(27) 情報交換のために既存のネットワークを活用する	1	2	3	4
(28) 地域に新たにネットワークを形成する	1	2	3	4
(29) 利用者に適したサービス担当者会議を運営する	1	2	3	4
(30) 利用者からの苦情に対し、状況を把握する	1	2	3	4
(31) その利用者にあったサービスを見つける	1	2	3	4
(32) 現在の制度に対して何らかのアクションをする	1	2	3	4
(33) 必要に応じて制度以外の資源を見つける	1	2	3	4

Q9 今後ケアマネジャーの仕事をする上で、特に重要であると思う項目を選んでください。

（○はいくつでも）

1 介護保険制度の内容を理解する
2 介護保険制度に関する最新の情報を収集する
3 アセスメント項目の内容を理解する
4 課題につなげるためアセスメント情報を活用する
5 家族関係を理解する
6 支援に活用できるその人らしさを把握する
7 一連のアセスメント過程を利用者と共に実施する
8 設定された目標をもとにプランを作成する
9 サービス導入にあたって緊急性を判断する
10 サービス利用拒否の理由に応じて適切な対応をする
11 利用者のニーズと家族のニーズをすり合わせる
12 利用者にとって十分なサービスの選択肢を提供する
13 サービス計画表を利用者が理解できるように記入する
13 利用者支援に家族の力を活用する
15 障害に応じたコミュニケーション技術を用いる
16 利用者・家族の感情に適切に対応する
17 利用者・家族に審判的でないように努める
18 利用者・家族を受けとめる
19 利用者の自己決定の尊重に努める
20 利用者理解のために自己研鑽に努める
21 自分の力量を超える場合、他職種、他機関等と相談する
22 権利擁護の意義を理解する
23 権利擁護のために必要な介入を行う
24 モニタリングの過程で必要に応じて仕切り直しをする
25 必要な情報を蓄積する
26 サービス担当者間で得られた情報を効果的に活用する
27 情報交換のために既存のネットワークを活用する
28 地域に新たにネットワークを形成する
29 利用者に適したサービス担当者会議を運営する
30 利用者からの苦情に対し、状況を把握する
31 その利用者にあったサービスを見つける
32 現在の制度に対して何らかのアクションをする
33 必要に応じて制度以外の資源を見つける

Q10 あなたは、今回の研修内容を、どの程度理解できたと思いますか。

1 十分に理解できた　　**3** 少し理解できない部分があった
2 おおむね理解できた　　**4** ほとんど理解できなかった

Q11 あなたは、今回の研修内容が今後のケアマネジャーの仕事に役立つと思いますか。

1 大いに役立ちそうだ　　**3** あまり役立つとは思えない
2 ある程度は役立ちそうだ　　**4** まったく役立つとは思えない

Q12 今後、受講を希望される研修内容やこのアンケートに関するご意見がございましたら、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

在宅と施設、介護と医療の連携を実現するための
ケアマネジメントのあり方に関する研究
報告書

平成 20 年 3 月

発行: 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構
〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11
第 11 東洋海事ビル
TEL：03 (3506) 8529
FAX：03 (3506) 8528

本報告書の全部又は一部を問わず、無断引用、転載を禁じます。

PJ No. 07303