

平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

ケアマネジメントの質的評価のあり方に関する
調査研究事業
報告書

平成25年3月

株式会社 日本総合研究所

ケアマネジメントの質的評価のあり方に関する調査研究事業

報告書

目次

| | |
|---|----|
| 第1章 本事業の実施概要 | 1 |
| 1. 本事業の背景 | 1 |
| 2. 本事業の実施目的 | 1 |
| 3. 本事業の実施方法 | 2 |
| 4. 本事業の実施体制 | 2 |
| (1) ケアマネジメントの質的評価のあり方に関する調査研究事業委員会 | 2 |
| (2) 委員会の開催スケジュール | 3 |
| 第2章 ケアマネジメントの質的評価に関する文献検討 | 4 |
| 1. ドナベディアンモデル | 4 |
| 2. ケアマネジメントの質的評価に関する先行研究 | 5 |
| 3. ケアマネジメントの質的評価の現状および課題 | 7 |
| 第3章 ケアマネジメントの質の構成概念に関するインタビュー調査 | 8 |
| 1. 調査概要 | 8 |
| (1) 調査目的 | 8 |
| (2) 調査対象者 | 8 |
| (3) 調査方法 | 8 |
| 2. 調査結果 | 9 |
| 第4章 ケアマネジメントの質的評価モデル(素案)の作成 | 37 |
| 1. ケアマネジメントの質的評価を考えるための全体フレームワーク | 38 |
| 2. 介護支援専門員の資質・能力の視点を踏まえたケアマネジメントプロセス評価項目 | 40 |
| 3. ケアマネジメントの質的評価を考えるための全体フレームワークにおける指標の考え方の整理 | 42 |
| 4. ケアマネジメントの質的評価を行う際の評価軸の整理 | 58 |
| 第5章 まとめと今後の課題 | 60 |

第 1 章 本事業の実施概要

1. 本事業の背景

近年、急速な長寿化の進展によって、介護保険制度を利用する要介護高齢者は急速に増加しているなか、安全・安心で質の高い介護保険サービスの提供が課題となっている。

介護保険制度においては、利用者本位のサービス選択に資する仕組みとして居宅介護支援（以下、ケアマネジメント）が導入され、インテークからアセスメント、ケアプラン原案作成、サービス担当者会議開催、ケアプラン決定及び実施、モニタリング、評価という一連のプロセスに沿ってサービス利用の支援が実施されている。また、ケアマネジメントを行う専門職として、介護支援専門員が位置付けられている。

このため、質の高い介護保険サービスの提供のためには、質の高いケアマネジメントが重要な意味を持つことになる。しかし、現状では、ケアマネジメントの質の概念は十分には明確になっておらず、どのような観点でケアマネジメントの質を評価するかの手法も確立されていない。平成 23 年 12 月に出された社会保障審議会介護給付費分科会「平成 24 年度介護報酬改定に関する審議報告」では、ケアマネジメントについて「利用者のニーズや課題に応じた適切なアセスメントができていないのではないか、サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していないのではないか、医療関係職種との連携が不十分なのではないか」と述べ、ケアプランやケアマネジメントの評価・検証の手法について検討の必要性を指摘している。

以上を踏まえれば、質の高いケアマネジメントの提供のためには、ケアマネジメントの質の概念を整理した上で、評価手法の確立に向けた検討を行うことが必要になる。

2. 本事業の実施目的

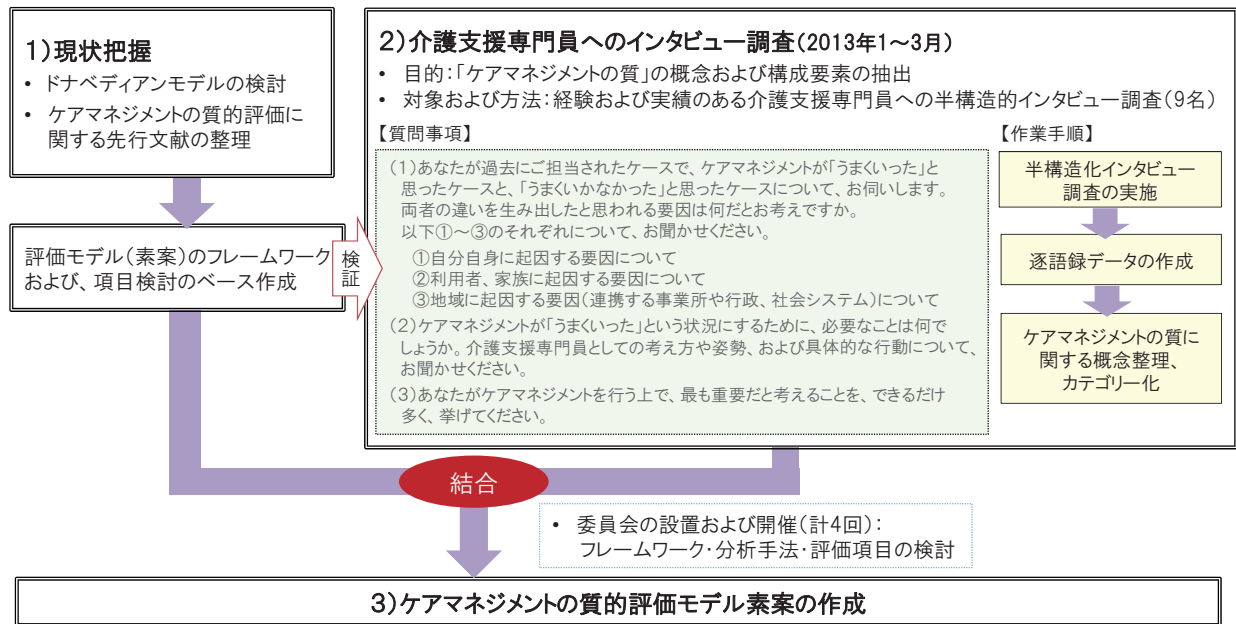
介護保険制度の中において、ケアマネジメントが中核的役割を果たし得るためには、ケアマネジメントの質の向上に向けてケアマネジメントの質の概念をどう捉え、評価するかが重要になる。そこで、本事業では、以下を実施目的とした。

- ①文献検討およびインタビュー調査に基づき、ケアマネジメントの質の構成概念を抽出する。
- ②抽出した質の構成概念に基づいて、ケアマネジメントの質的評価モデル(素案)を作成するとともに、評価項目を整理する。
- ③ケアマネジメントの質の評価を行うに当たっての課題や今後の方向性をとりまとめる。

3. 本事業の実施方法

本事業では、①文献レビューによる現状把握、②インタビュー調査の逐語録による質的分析の実施、③評価モデル(素案)作成、および評価項目の検討、という方法で事業を実施した。

図表1 本事業の実施フロー



4. 本事業の実施体制

(1) ケアマネジメントの質的評価のあり方に関する調査研究事業委員会

本事業を進めるにあたり、学識経験者、実務者にて構成される「ケアマネジメントの質的評価のあり方に関する調査研究事業委員会」(以下、委員会とする)を設置した。

【委員会委員】

(敬称略、◎は委員長、委員は50音順)

- | | |
|--------|--------------------------------|
| 安梅 勅江 | 国立大学法人 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 教授 |
| 板垣 恭子 | 株式会社 日本生科学研究所 ケアプランアドバイザー |
| 岡島 潤子 | 株式会社 やさしい手 開発本部 開発居宅介護支援事業部 部長 |
| ◎橋本 泰子 | 大正大学 名誉教授、日本ケアマネジメント学会 理事長 |

(2) 委員会の開催スケジュール

検討会は年度内に3回開催した。各回の開催日程と主な議題は以下の通りである。

図表2 本事業の委員会開催スケジュール

第1回委員会(平成24年12月14日)

- ・ 本事業の背景・目的について
- ・ 評価項目・評価手法の現状整理について
- ・ 事業の進め方について



第2回委員会(平成25年2月1日)

- ・ インタビュー調査結果の内容について
- ・ インタビュー調査結果の分析方法について
- ・ ケアマネジメントの質的評価モデル(素案)の枠組みについて



第3回委員会(平成25年3月8日)

- ・ ケアマネジメントの質的評価を考えるための全体フレームワークについて
- ・ 介護支援専門員の資質・能力の視点を踏まえたケアマネジメントプロセスの評価項目について
- ・ 報告書案について



第4回委員会(平成25年3月29日)

- ・ 介護支援専門員の資質・能力の視点を踏まえたケアマネジメントプロセスの評価項目について(追加データ検証)
- ・ 報告書案について

第2章 ケアマネジメントの質的評価に関する文献検討

1. ドナベディアンモデル

まず、ケアマネジメントの質的評価に関する先行研究について、文献レビューを行う。

介護保険サービスの質的評価に関しては、ドナベディアンの質評価モデルを用いた評価枠組みがすでに検討されている。例えば、地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会報告書 ～今後の検討のための論点整理」(2009年)においては、団塊の世代がすべて後期高齢者(75歳以上)に到達する2025年を見据えて、「地域包括ケアシステム」の考え方が示されるとともに、介護報酬体系のあり方に言及するなかで、「構造(ストラクチャー)」「経過(プロセス)」「結果(アウトカム)」という3層を総合的に評価するサービス評価の手法を確立する必要があると述べている。この3層の枠組みをケアマネジメントに適用した場合、以下のような内容になる。

図表3 ドナベディアンモデルをケアマネジメントに適用した場合の枠組み

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・構造(ストラクチャー): ケアマネジメントを提供するために必要な人的・物的・財政的資源、提供体制や保険制度などを測る指標 ・過程(プロセス): 介護支援専門員と利用者との相互作用、介護支援専門員の行動やケアマネジメント実施内容の適切性を測る指標 ・結果(アウトカム): ケアマネジメントの結果としての利用者の健康状態や満足度を測る指標 |
|--|

ただし、ドナベディアン「医療の質の定義と評価方法」(1980年)によれば、上記3層の各指標については、それぞれ以下のような利点と課題があると指摘されている。こうした点を踏まえ、ドナベディアンは、特にプロセス評価が、質評価の中心になると述べている。

図表4 各指標の利点と課題

| | 利点 | 課題 |
|-----------------|--|---|
| 構造 (ストラクチャー) | <ul style="list-style-type: none"> ・過程・結果の情報が不十分な際に重要な補完的役割を果たす | <ul style="list-style-type: none"> ・医療の質を評価する手段としては、ややおおざっぱな道具であり、総合的な傾向を示すことしかできない |
| 経過 (プロセス) | <ul style="list-style-type: none"> ・技術的な診療に関して基準や標準を特定することに大きな困難はなく、指標が設定しやすい ・基準や標準について完全に妥当性が確立していない場合でも、許容可能な診療の暫定的な測定に使うことができる | <ul style="list-style-type: none"> ・広く行き交っている規範を質の判断とすることは、独断診療を押しつけ誤りを助長することになりかねない ・技術的な診療が強調されすぎるのに対して、対人関係の過程は軽視されがちである |
| 結果 (アウトカム) | <ul style="list-style-type: none"> ・受け入れられている診療の科学的根拠に疑いがある場合には、独断を排して様々な診療方法を評価することができる ・患者診療における全医療者の全貢献を反映しており、包括的、統合的な質指標になる | <ul style="list-style-type: none"> ・診療の結果が、モニターに役立つタイミングでは得られないことも多い ・観察された効果のうち、どれほどが医療によるものか、さらにどの医療によるものかを判定することが難しい |

また、財団法人日本公衆衛生協会「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書」(2010年)、およびその概要版である「介護サービスの質の評価について」(厚生労働省第81回社会保障審議会介護給付費分科会、2011年)においても、ドナベディアンモデルに沿って介護サービスの質の評価の手法に関する検討を行っているが、特に結果(アウトカム)については、以下のような問題点が指摘されている。

図表5 介護サービスにおける結果(アウトカム)指標の課題

- どのような内容をアウトカム項目として設定すべきかの判断が、価値観や人生観に左右され、評価項目の設定についてコンセンサスを得るのが困難である
- ベースライン値の状況によって状態変化が過小評価、または過大評価される
- サービス提供事業所が複数にまたがることや家族介護の状況も影響を与えるため、個別サービスのみの影響を評価しにくい
- 高齢者は身体、精神機能の悪化・改善を繰り返すことが多く、評価時点の設定が困難である

以上のような結果(アウトカム)指標に関する限界を踏まえ、「構造(ストラクチャー)」「経過(プロセス)」「結果(アウトカム)」を総合的に評価する枠組みの設定が求められる。

2. ケアマネジメントの質的評価に関する先行研究

本節では、ドナベディアンモデルに基づき、ケアマネジメントの質的評価について、わが国で「構造(ストラクチャー)」「経過(プロセス)」「結果(アウトカム)」の各指標を分析対象とした先行研究を整理したい。なお、本事業では、在宅介護サービス全体の質評価に関する研究は除外してケアマネジメントに特化した質評価の研究のみを取り上げた。また、指標の種類を把握することを目的としたため、既存の指標を改変して用いた研究は除外し、新たな指標の開発を行った研究をレビューした。

図表6 ケアマネジメントの質的評価に関する先行研究

| 著者名 | 論文名 | 雑誌名 | 開発した指標名 | 項目数 | 分類 |
|------------|---|---------------------------|---|---------------|--------------|
| 安梅勅江、 他 | 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および社会福祉士の自己評価の特徴 | 老年社会学, 20(1),1998 | ケアマネジメント専門性評価モデル試案 | 3 領域 80 項目 | ストラクチャー・プロセス |
| 岡本玲子 | ケアマネジメント過程の質を評価する尺度の開発 - デルファイ調査と信頼性・妥当性の検討 | 日本公衆衛生学会雑誌, 46(6),1999 | QCM-P(Quality of Care Management-Process Measurement) | 6 領域 45 項目 | プロセス |
| 岡本玲子 | 行政保健婦・士によるケアマネジメント過程と構造要因の関連 - 質評価質問紙を用いた調査結果より | 聖路加看護学会誌, 5(1),2001 | QCM-S(Quality of Care Management-Structure Measurement) | 3 領域 22 項目 | ストラクチャー |
| 中谷久恵、 他 | 在宅ケアマネジメントの効果と評価指標に関する研究 | 保健婦雑誌, 58(5),2002 | サービス満足度 | 18 項目 | アウトカム |
| 綾部貴子、 他 | 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 | 厚生学の指標, 50(2),2003 | 「介護支援専門員のケアマネジメント業務における課題実施度」尺度 | 7 領域 50 項目 | プロセス |
| 岡本玲子 | ケアマネジメントの質を評価するアウトカムの尺度開発 - 内容分類と信頼性・妥当性の検討 | お茶の水医学雑誌, 46(4),2003 | QCM-O(Quality of Care Management-Outcome Measurement) | 4 領域 30 項目 | アウトカム |
| 野中猛 | ケアマネジメント技術を評価する尺度の開発に関する研究 | みずほ福祉助成財団研究報告書, 2006 | ケアマネジメント技術作業指標 (Work Index) | 8 領域 51 項目 | プロセス |
| 高見千恵、 他 | 介護保険サービス利用者のサービスに対する満足度尺度の妥当性および信頼性 | 川崎医療福祉学会誌, 17(2),2008 | サービス満足度尺度 | 6 領域 36 項目 | アウトカム |

3. ケアマネジメントの質的評価の現状および課題

以上をまとめると、これまでも介護サービスの質評価についてはドナベディアンモデルが用いられているため、本事業においても同様に、ドナベディアンモデルを用いるのが適当であると思われる。一方、ケアマネジメントの質的評価に関する先行研究をレビューしたところ、「構造(ストラクチャー)」「経過(プロセス)」「結果(アウトカム)」のそれぞれについて取り上げた研究は見られるが、3層の全体フレームワークについて示した研究は見当たらなかった。

また、ドナベディアンモデルの3層の評価指標のうち、特に介護サービスの評価においては「成果(アウトカム)」の測定が難しいという問題点が指摘されており、先行研究においても、アウトカム指標としては利用者満足度のみが取り上げられている状況である。ドナベディアンもプロセス評価を重視する必要性を指摘していることを踏まえれば、ケアマネジメントの質的評価においても、プロセス評価を中心に考えていくことが適切であると考えられる。

ただし、プロセス評価に関する既存研究では、項目が網羅的に検証されている一方、特にケアマネジメントの質に関わると思われるような優れた結果に結びつく行動特性は何かという点については示されていないと考えられた。

こうした点を踏まえ、本事業では特に、以下の視点に着目してケアマネジメントの質的評価を検討することとしたい。

図表7 本事業が目指すケアマネジメントの質的評価の視点

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・「構造(ストラクチャー)」「経過(プロセス)」「結果(アウトカム)」を総合的に捉えたフレームワークを提示する・特に、介護支援専門員の資質・能力の視点から、介護支援専門員へのインタビュー調査により、ケアマネジメントのプロセス評価項目を整理する |
|--|

第3章 ケアマネジメントの質の構成概念に関するインタビュー調査

1. 調査概要

(1) 調査目的

前章で行った文献検討に基づき、ケアマネジメントの質の構成概念を抽出することを目的に、インタビュー調査を実施した。

(2) 調査対象者

調査対象者は、本事業の委員会の実務者委員に選任された、実績及び経験のある介護支援専門員9名である。調査結果のインタビュー記録の記載部分では、対象者9名をそれぞれ①～⑨と区別して表記する。

(3) 調査方法

調査期間は2013年1～3月である。所要時間はそれぞれ1時間～1時間半程度で、半構造化インタビューによってデータを収集した。インタビューで質問した内容は、以下の通りである。

図表8 インタビュー内容

(1) あなたが過去にご担当されたケースで、ケアマネジメントが「うまくいった」と思ったケースと、「うまくいかなかった」と思ったケースについて、お伺いします。

両者の違いを生み出したと思われる要因は何だとお考えですか。以下の①～③のそれぞれについて、お聞かせください。

①自分自身に起因する要因について

②利用者、家族に起因する要因について

③環境に起因する要因（連携する事業所や行政、社会システム）について

(2) ケアマネジメントが「うまくいった」という状況にするために、どのようなことが必要だとお考えですか。介護支援専門員としての考え方や姿勢および具体的な行動に関して、お聞かせください。

(3) あなたがケアマネジメントを行う上で、最も重要だと考えることを、できるだけ多く挙げてください。

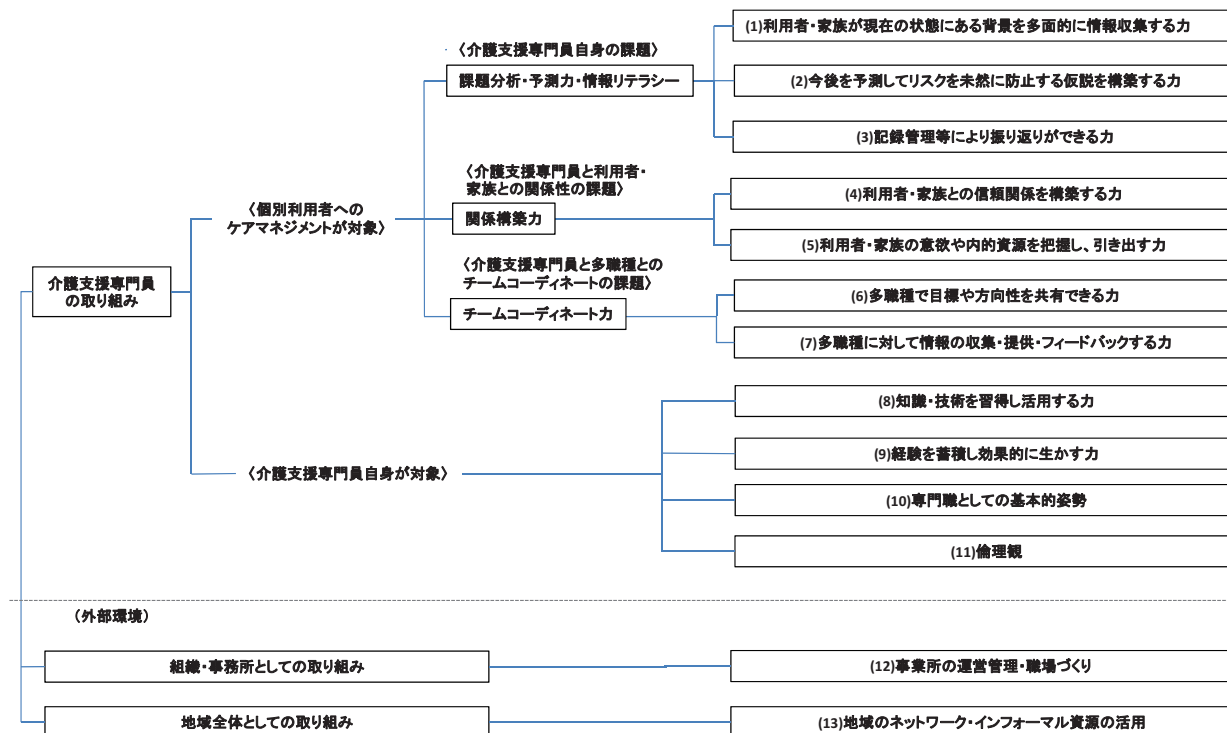
インタビュー内容は、調査協力者の了解を得て録音し、逐語録を作成して分析を行った。具体的には、逐語録データを読み込んだ上で、同一意味内容と解釈可能な単位で文章または段落を取り出し、ケアマネジメントの質に関連すると考えられる介護支援専門員の考え方や姿勢、行動特性を抽出した。次に、抽出したデータについて、共通の意味を持つものを集め、その意味内容を表す概念名、および定義を付与して分析ワークシートを作成した。さらに、分析ワークシートの概念名および定義に基づいて、介護支援専門員の資質・能力をカテゴリに分類し、それに対応するケアマネジメントプロセス項目を作成した。

2. 調査結果

分析の結果、介護支援専門員の資質・能力は、以下の構造にまとめられた。

次頁より、その具体的内容およびインタビュー記録から抜粋した該当部分を記載する。なお、抜粋した発言部分の文章の末尾にある数字(①～⑨)は、発言者の違いを表記しているものである。

図表9 介護支援専門員の資質・能力



【介護支援専門員自身の課題】

(1)利用者・家族が現在の状態にある背景を多面的に情報収集する力

1. インタビュー調査から明らかになったプロセス評価項目の考え方

- 生活歴・病歴・経済状況等の項目を聞き取る。【アセスメント】
- 利用者・家族が現在の状況に至っている背景は何かという視点を持ちながら、過去の生活歴・病歴をもとに利用者・家族の全体像を把握する。【アセスメント】
- 利用者・家族の現在の状況について、意欲、基本的な身体機能(水分・食事・排泄・運動)、住環境、社会的つながり等の幅広い観点から情報収集を行う。【アセスメント】
- 水分量、食事摂取量、排便状況など、日々の体調を注意深く観察する。【モニタリング】

2. インタビュー調査からの抜粋

- あとは本当に病状とか、病歴とか、生活歴、生育歴をおうかがいさせていただいて、経済的な部分はどうなのか。毎月どのぐらい負担できるのかとか、その辺のアセスメントは必要ですよ、最低限ですね。②
- その人の生活歴とか、今まで生きてきた人生、そういったものを全部踏まえて、きっとこの人はこういうことが人生の中で最後のステージでしていきたかったんだとか、ご家族とも、何かね、そのあたりも私はいったい誰の介護支援専門員でしょうかってよく言うんですけど、ご本人様ときちんとしたお話ができれば、そこの一番近くに添ってくださってるご家族と話をすれば、だいたいのあらあらのフレームが出てくる、イメージは出てくるので、そういうこともアセスメントとか、そういう中でひっくるめてだと思んですが。⑨
- その人を個別化する、アセスメントはなぜするかって言うと、情報収集するだけじゃないですよ、その人を個別化して、その人となりを見ていくっていうことも必要なのかな。⑨
- クライアントってシステムだから、本人だけ見ていちゃだめだって私は常々やっぱり思っているんでね。だからそういうことをそれこそ全体像ですよ。全体像を見れるかどうか。⑨
- 個人の介護支援専門員としては、やっぱり気付く、自分自身も気付かなくちゃいけないなと思いますし、そういった体調管理からは原案の中で、われわれの最初のアセスメントの中で出てこなくちゃいけない視点ではないかなと思います。②
- 前後左右いろんな情報の中から、もしかしたらこの一番考えられる要因は何だろうというところのポイントを頭に入れながら、質問していけるかって言うんでしょうか、情報を取る時にですね。機械的に取るのではなく、やはり考えて、意見を聴取していかなければならないんじゃないでしょうか、はい。②
- その方がなぜ今のお体なのかを、今の状況なのかというところですね。なぜ今の現在、例えば元気なら、なぜ元気でいられるんだろう、なぜ1人でトイレに行けてるんだろう。トイレに行けなければ、なぜ行けてないんだろう。ご飯が1人で召し上がれてるんだろう、何で召し上がれてないんだろうという、なぜだろうという、いま現在起こってるその方の全体像が、なぜ今

そうになっているのか。できることもできないことも、なぜそうになっているんだろうという視点をまず持ちますね。②

- まず電話からですと、病状とか、身体状況、精神状況、簡単な経緯ぐらいしか聞けませんよね。それから本当5分とか10分ぐらいで済ませて、ある程度そこで考えられるご本人の状態像をまた聞かなくちゃいけない、そこから考えられる聞かなくちゃいけない視点をまず頭の中で整理して、やみくもに聞くのではなく、その整理した部分を中心におうかがいさせていただいて、まず基本情報を作る。②
- ただ単に介護保険を使いたいんですだけじゃなくて、その背景って何、そういうふうなことがあったんですねということで、様々な問題点を私たちが抽出しながら、そしてこれはこうなんだな、ああなんだなということで考えていくということがやはりいつもいつも常々思いながらやっていく④
- まず寝たきりになっている原因ですね。寝たきりになる原因となるような病気をもっていない、まずはそこを見ますよね。それと、約2年間の放置があったにも関わらず、這おうとする、何メートルかだけなんですけど、這っているということは、この人は何か動きたいという意思があるんだと思うんですね。2年間寝たきりになっていけば、拘縮の出るような本当の寝たきりになっているはずなんですけど、そうでないとしたら、動ける可能性があるなど。⑧
- 脳梗塞やってるんですけども、病院からの引き継ぎもなかったんですけど、やっぱり日々の中での水分の量って非常に重要だったよねって。本当のところの体調管理とか、日々のプランに載ってこないって言いますか、ご家族が、本人が気を付ける、ご家族が気を付けなくちゃいけない視点というのが抜けてたかなっていうところは感じましたね。②
- 介護支援専門員の本当の視点として持っておかなくちゃいけなかった水分とか、食事摂取量とか、排便の状況とか、こういった視点が持ってるか、持ててないかが、ケアマネ自身がうまくいってるか、うまくいってないかという判断をするところではないかなと思うんですけども。②
- 要は、アセスメントはするんだけど、それを自分の中で分析してどれだけ大事に思うかというものだと思うんです。それはもう個人によって違うし、利用者さんの今年と来年、そのアセスメントした時の感じ方も多分、私たちの感じ方も違うと思うんですね。その違いを、私たちは客観視しながらアセスメントしているつもりなだけけれども、ここにもう1人の自分がいて、絶えずそれを反駁してもらって、その見方は合ってるって、それは正しいって言ってもらえる自分がここにいるというのはすごく大事なんだろうな。でも、それはすごく自分の中の感性で片づけていいかどうかというのはあるけれども、でもその感性を磨くというのもすごく大事だろうと思うのね。おかしいとか、今日は違うとか、今日は生き生きとしているとか、何かを感じるみたいなことがすごく大事なだろうと。ただ、それを逃さない。⑤
- やっぱりその人に興味がある。よく恋人に対して若い人が一挙手一投足が気になる。それは相手の方に興味があるからですね。興味がない人だったら、手を挙げようが何しようが全然気にならない。それと同じで、やっぱり利用者さんに対してそういう視線で見たら、観察力も上がるし、あれっていうところの気づきがいろんなことで広がると思う。⑤
- 利用者の状態をとにかく悪化させてはいけないという意識を持てれば、じゃあこの人何でこうなったの、こうなった原因は何、という思考になって、担当者会議でもその視点で話し合いができて、モニタリングでも状態が悪くなっていないかという視点で見れると思うんですよ。⑧

【介護支援専門員自身の課題】

(2) 今後を予測してリスクを未然に防止する仮説を構築する力

1. インタビュー調査から明らかになったプロセス評価項目の考え方

- 身体機能(食事・排泄・運動)の基本的情報を基に、現在の状態に影響を及ぼしている要因および予後予測に関する仮説を立て、自立支援のための課題を分析する。【アセスメント】
- 将来的な状態変化のリスクになり得るものを見極める。【アセスメント】
- 課題の解決に向けて、段階を踏んだ具体策の検討を行う。【アセスメント】
- 利用者の体調の違和感等、些細な情報であっても敏感に察知し、重症化につながるかどうかの予測を行う。【モニタリング】

2. インタビュー調査からの抜粋

- ▶ やっぱうまくいってというのはケアマネ自身が、予後予測を立てるって言うんでしょうか。見立てをして、この方はプランに載っておかないところに気を付けていかなくちゃいけない視点ってところを持てるか、持てないかというところが重要ではないかなと思います。②
- ▶ 最初は本人の状態の確認のための情報収集をして、なんで本人がそんな状態になっているかなって原因、こういうことがあるんじゃないかという仮説をいっばいつくって、その仮説を検証するために情報収集するっていうことが必要なんですよ。家を出なくなったって原因がほんとに友達がなくなったからか、でもそれが家からでなくなったことによって、たとえば動かなくなったから、低栄養ということも考えられないか、便秘になっていることも考えられないか、それから精神的なショックってことも考えられないか、ってというような仮説を検証するための情報収集を行って、ここで真の課題が出てくる。個々の作業が抜けてるって言うんでしょうか、ほんとに最初は友達が入院したから出なくなったかもしれないけど、それ以後1年間かけて、もしかしたら食事量も減って、その体力自体もなくなって、便秘も繰り返してってことが原因で現在出れなくなっているかもしれない。そうすると課題が、単なる筋力低下って家族は言ってますけど、筋力低下になってるもうひとつの裏の背景は、低栄養かもしれない。低栄養だとしたらここでしっかり、低栄養を治したうえで、運動していかないといけないということですね。ここで、具体策が出てくるわけですね。まず低栄養を改善のために何回も食事をとってもらおうとか、何か月かかけて、体調を整えてから、次に筋力の運動にどう入れていくかという具体策を練って、それをするためには、どのサービスが必要かっていう次の作業になってくると思うんですよ。⑧
- ▶ 食事が食べれていなくて、体力が低下して、動いていないので筋力が低下しているということがきちんと見えていれば、対策が立てられると思うんですよ。最初はいきなりデイサービスに行って運動はできないと思うんですよ、具体策としては、しばらくは栄養が回復するまでにどれくらいの期間が必要なのかを見積もって、その期間は食事をきちんと食べてもらいましょう、家族の方も本人がいないといってもチーズを乗せるとか、デイサービスでも体重を量って一日の過ごし方を見てもらって、疲れがどれくらいなのか、高齢者は通常2～3日疲れが残りますから。疲れ具合が大丈夫であれば、寝ている時間を減らして起きている時間を増やして、ということになりますよね。そこから、個別サービス計画書の中で、運動をどれくら

い取り入れていくか、という話になりますので、チームとしてどう動くかということですよ。⑧

- 本当にちょっとしたきっかけが見過ごされがちになっているんです。例えば、モニタリングに行き、風邪引いて一週間寝込んでいるという場合に、これは結構キーワードだと思うんですよ。一週間寝込んでいて、そのあとに良くなったらすぐに以前の動きをしていかないと機能が低下していくんですが、その時に結構家族が手を出してしまうんですよ。これって、本人の状態がよくなっているのに、家族が手を出しちゃうことで、逆に本人の状態を悪化させていく要因になっていくんですね。その場合、ケアマネとしては、家族への一言のアドバイスが必要ですよ。⑧
- 反射的にご家族やご本人が目先にある、目先にあるそれだけとか取り除いてほしいっていう、そのことだけを請け負ってくる傾向がやっぱりまだ強いんですよ。最初にそれはあっても構わないと思うんだけど、でも結局それを取り除いてもまた次の石ころがまた舞い降りてくるよね。じゃあその時にまた躓きそうだから、その時にまた取り除くっていうことで、またじゃあ石が見えてきたらまたお願いねっていうことでは、やっぱりいちごっこわけですよ。石がどっから降ってくるのか、来ても跨いで歩けるようにしようねとか、その辺のところをやっぴりきちっと導き出せるには、相当な勉強が必要です。③
- これを入れたからって本当に自立できるのかな、これを入れることによって逆にリスクを背負わないのかな、要するに手すり1本にしてもですよ、入れたからいいもののじゃないわけですよ。あまり動いてもらっちゃ困る人が、手すりがあるからってヨッとやったときに転倒しちゃったとか、あることによってリスクを抱えちゃうということも起こり得ますので、やはりそこはどうなのかなって振り返りながら、また皆さんと相談しながら、1つじゃあ入れましょうとか。④
- 脳梗塞を発症して、再発です。それで入院をされて、長期入院でそのまま亡くなった方なんですけど、その前にデイサービスのほうから情報として、血圧に若干上下がありますねということと、自分のほうが訪問してお話をうかがっているときに、数カ月前から左側の違和感が多少あるという、雑談程度の中で、そういった意見が出ていたんですね。それに関して、次の月も聞いたりはするんですけども、その時点のアンテナの貼り方がちょっと低かったのかなというので。その時点で発した些細な意見、やはりそれはモニタリングに関するところだと思うんですけども、その辺がちょっと弱かったのかなという部分で。聞いた情報を敏感に察知するところですかね。⑥
- 自分の中で、その時点はご家族に注意を促しながら、状態よく見ておいてくださいねって流しながら、こうなっちゃってしまっていたんですけども、必要時は医療に、先生に相談して、服薬の調整も必要かもしれませんねという話で、声掛け程度で終わってしまっている。だから自分が、そこで本気で、これまずいなと思っていけば、きつとしっかりした精密検査、MRIとかそういうところで検査をしたほうがいいという助言ができたんでしょうけども、まだその辺は大丈夫だろうという、自分も甘い認識があったので。⑥
- 血圧をすぐ測定したり、デイサービスのほうに情報をつないで、もしかしたら脳梗塞、血圧の上下でまた再発の可能性が、引き金が、前兆かもしれないんで、事業所さん、その辺ちょっとよく見ておいてくださいという形で、もしつないでいたら、問題意識として向こうも報告を上げてたので、もしかすると情報のやり取りがもっと丁寧にできたかもしれないですね。⑥
- 惰性に流されずに問題意識を持つ視点。その問題意識を、いかに共有したサービスの仲間に伝えられることができるのか。⑥

【介護支援専門員自身の課題】

(3)記録管理等により振り返りができる力

1. インタビュー調査から明らかになったプロセス評価項目の考え方

- 利用者・家族の状態像について、定期的に記録を取り、経年的な変化について情報を蓄積し、活用する。【モニタリング】
- 自分が立てたケアプランやケアマネジメント業務全体について定期的に振り返りを行い、ケアプラン変更や新たなケアマネジメント業務にフィードバックする。【見直し・フィードバック】

2. インタビュー調査からの抜粋

- あと評価の部分で、記録管理の中を半年に1回ぐらい確認をして。最近それをやるようになってますね。この方どんな、半年前どうだったっけなというのを、ちょっと自分の中の振り返りじゃないですけども。そうすると、その方の場合だと、記録を読んでいくと、1月の時点で変化があつて、2月にちょっと報告があつて、3、4、5と落ち着いていたと。それで6月ぐらいに症状発症。なので、1回こうやって見直したときに、あれ、今どうなんだろうかというので、きっと、多分気づけていたかなというので。はい。予防の部分が多少。⑥
- モニタリングという作業の中で、もう1回再アセスメントをしていく中で、自分の立てたプランが今月どうだったのかというところを見つめ直して、またその繰り返しの作業ですよ、私たちが循環していく。そのことを惜しまずにやるということなんだと思うんです。⑤
- 本当ケアマネって、ルーティーンの仕事がものすごく忙しいので、しかたないんだけど、でもやっぱり検証していく、自分をそれぞれ自己確知して、自己内省、常々対人援助職は自己内省をしていかないとだめなので。⑨
- 初回のケアプランと変更後のケアプランっていうのがモニタリングしてるわけだからあると思うんです。自分で作ったケアプランなんだから当然モニタリングをするわけで、自分自身に対しての評価をするわけで、だからこそこういう変更になったよねっていうエビデンスがあるはずだよ。だからそこをもう一度振り返ってもらって、初回のケアプランから歩んできたステップ、ケアマネジメントプロセスを歩んできてるはずなので、その中で最終的にモニタリングがあつて、モニタリングから変更後のプランを二つこうやって突合しするんです。⑨
- 利用者さんがちゃんと遂行できてるか、何にしても利用者さんが遂行できるかどうかだから、私たちが遂行するわけじゃないので、それこそ週3回きちんとデイサービスに行けてるかとか、遂行度ですよ。その達成度っていうか、自分が作った短期目標、短期目標は本来具体的に書かなきゃいけないので、そこが達成できたかどうか。達成できてなければ、それは適格かどうかですよ、自分のその内容が適格かどうか、デイサービスにつないだことが適格かどうか、もしかしたらデイケアの方がよかったんじゃないとか、その辺の適正度かな。だから遂行度とか達成度とか適正度、あとは一番聞きやすいのは満足かな。⑨

【介護支援専門員と利用者・家族との関係性の課題】

(4)利用者・家族との信頼関係を構築する力

1. インタビュー調査から明らかになったプロセス評価項目の考え方

- 利用者・家族の意向を尊重する。【インテーク】
- 利用者自身が持っている将来的な生活イメージを聞き取り、把握する。【インテーク】
- 家族内のパワーバランスや利用者と家族の関係性に留意して聞き取りを行う。【インテーク】
- 導入時に時間をかけて、信頼関係づくりを行う。【インテーク】
- 重要事項および契約書の説明を行い、内容について利用者の了解を得る。【インテーク】
- 介護保険法の理念(セルフマネジメント・自助の促進のための制度であること、介護支援専門員の役割はあくまで後方支援であり、中心は利用者・家族であること)を伝え、理解を得る。【インテーク】

2. インタビュー調査からの抜粋

- 本人のやっぱり希望というか、どんな状態でも住みたいところというのはご本人が選べるのがいいのかなと。①
- やっぱりご本人がその時の状況に合わせて住みたい環境を選べるのがいいのかなとは思っているんです。①
- そこから本当に本人の主訴や、家族の意向とか、おうかがいさせていただきながら、簡単、ADLもちょっとおうかがいしていくという形ですね。②
- やっぱり私が大事にしてるのは、本人の主訴っていうか、意向ですね、こういう人生を送りたいっていうところ。だからやっぱりそこは大事にしたいと思ってます。⑨
- 1回の対面で全部聞き出せるわけがないとは思うんですね、時間的にも。利用者さんや家族の時間的な拘束も含めて、難しいと思いますけれども、ですから何回かにわたって面会して、そして本当に何がなりたいのかっていう、そういったところをやはり聞き出せる力をやっぱり培っていかないと、人様の生き死にですとか、生活をサポートするというケアマネジメントっていうのはそもそも難しいなっていうのが実感としてあります。③
- 最初のアセスメントは、やはり重要ですね。聞き取って、本当に本人が将来的に何をしたいのか。どこまでどうなっていきたいのか。やっぱりそこら辺の、振り出しの部分で方向性が決まってしまうので。やはり介入時期の情報収集。その情報収集の中でも、本人が何をしたいのかなというところが。⑥
- 家族の思いつてどうなのかな。あとは本当に家族のパワーバランスなんかもちょっと気を付けて見るような形ですね。②
- まったくご家族の思いでのケアでちょっと悪い方向に行っている場合もあったりとかする

ので、ご家族との対話も重視しておかないといけませんね。家族は大事ですね。①

- 逆にご家族の気持ちや、思いもたくさん聞くというふうに。あと、ご本人の悪口にもなっちゃうんで、ちょっとこっちのほうがいいですかねとかっていう感じで、場を変えたりとかはします。①
- 1つのご家族ではなくて、バランスよくとったほうが僕はいいと思います。①
- 家族との連携も非常に大事にしますので、やっぱり介護者が安定しないと利用者さん絶対だめです。だから介護者さんとも私はすごく大事に大事に丁寧にお話しさせて、コミュニケーション取らせてもらっているし、非常に大事にしているかな。④
- 初回の情報のとき、家族が電話でだいたい来ますから、その時点で既往歴、あとご家族様がどういう形で将来像を持っているか。どんなことを希望されていますか。頭の中でイメージしているもの何ですかというので、イメージを聞いています。そうすると家族が持っているイメージ、そして訪問して本人に聞いたときのイメージ、多分その差があると、それって結構トラブルにつながるケースになるんで、そこはうまいこと間に介入して、その間をお互いの折衷案で考えていく方向しかないかなと思います。⑥
- まずは話を聞きます。信頼関係できるかどうかはわからないけれども、それは相手が思うだけで、まずお話を聞くように、それはずっとしてました。あとは約束を守ります。時間とか、アポ取るときには、なるべくその方の生活のスケジュールに合わせて行くようにしています。こちらで何時何時と決めずに、いつならよろしいですかという感じで、ちょっと尊重していくように。⑦
- ケアプランを特に平面的に読み上げるのは僕はちょっとできるだけ控えていますね。文言をそのまま読むんじゃなくて、その辺の柔らかくお伝えする、こうしたらいいんじゃないかなって僕自身がちょっと考えてみたんですけど、どうですかねっていう感じの言い方で、言い回しを変えてはいるようにしますね。その読み上げで関係が崩れちゃったりとかいうのもあるので、その辺は気をつけるようにはしてますね。①
- やっぱ初回の面接、時間かけてとか、よく聞き取って大事ですけど、あまり聞きすぎてもちょっと失礼に当たって、結構聞きたい人が根掘り葉掘り聞いて、何か生活的なことまで何だとかって、昔のことまで振り返ってとかというクレームもあったりとかするので、そこで1回目であまり掘り下げないようには注意しています。①
- その部分での言い回しの部分で、その人のやっぱりニーズで気をつけるところですね。健康にすごい意識が高い方であれば、健康な部分からお話ししたりとか、すごいリハビリを自分がやっていきたいんだ、もうそれ以外は何も要らないんだよとかという人は、リハビリの話からいって、ほかに外出してデイサービスとかというのもあるんですよ的なのもお話ししたりとか。①
- ご本人の部分では、なかなか最初の面談でくみ取れない部分もあるので、ケアプランを作る時難しいんですね。本当は少し置いてからのほうがいいプランをもっと作れるんで、できるだけ最初の面談の時は時間をかけて、ご本人の興味の持っているお話とか、ちょっとアセスメントとは関係ないような話から入って、できるだけ関係をいい関係でという感じで。①
- 介護保険法第4条で謳われてるように、あなたが支援を受けつつ自助ですよ、自分自身の能力をきちんと高めていっていうことが一番重要なんですよっていうことを契約の中で言っていかなきゃいけないわけですよ。公助、共助じゃないんで、公助、共助も謳わ

れてますけど、メインは自助だから。だからそのセルフマネジメントにつなげていくために私たちはあるんだよっていうことを、私たち後方支援でこうやって支えるけどさ、全面を歩いていくのはあなたたちだよ、家族だよっていうことをどれほど契約の中でモチベーションを本人たちに高められるかっていうことですよ。⑧

- インテークできちんと信頼関係が築けるように、私たちケアマネジャーの仕事とは何か、介護保険制度のこの理念ですよ、ここを私たちは使命として行っていくんだよってことが説明できるか。⑨
- あらかじめやっぱり自分ができる守備範囲を利用者さんや家族にもきちっとお伝えするってことはすごく大事だと思うんです。何でもやってくれる人っていうふうな、初めから印象を与えてしまったり、契約の段階でそういうことを匂わすことをやったらやらないといけないってなりますし。③
- 中途障害で若い方でしたので、障害受容過程の中で、ご家族支援ですよ、やっぱり大変だったのは。ご本人と奥さんの障害受容というところと、お2人が描いていた夢があったけれどもやっぱりちょっと周り調整しなきゃいけなくなったということと、それから将来に対する不安、経済的基盤という部分ですよ。⑤
- 多分専門的な知識をたくさん持っているので、支えられる部分は支えられますよというメッセージをたくさん出しつつ、でもそんなじゃないんですよ。知識はね。本当にジョブコーチをやってくださった方がいっぱい持ってたんだけど、ケアマネジャーとしてはそんなに知識を持っていなかったんだけど、大丈夫というようなメッセージを出しつつ、とにかく奥さん泣いてもいいから、とにかく自分の思いを吐き出してくださいということ。⑤
- アセスメントとエビデンスで得た結果を伝えながらも、でも大丈夫、きちんとサインを出すよというところを、無言の契約じゃないですけど、していきながら添っていくって、すごく大事なんじゃないかなって。⑨
- 本音を引き出して思いとかね。その方の思いを引き出すのに、すごく多分時間がかかるだろうとは思いましたけど。⑤
- 本音の探り方。ほかのお客様には遠慮、本音は言わないという部分は、やっぱり誰しもあると思うので。やっぱりその本音の探り方。⑥

【介護支援専門員と利用者・家族との関係性の課題】

(5)利用者・家族の意欲や内的資源を把握し、引き出す力

1. インタビュー調査から明らかになったプロセス評価項目の考え方

- 利用者・家族との信頼関係に基づいて、セルフケア能力を見極める。【アセスメント】
- 言葉にしないニーズを引き出す。【アセスメント】
- 生活歴の中で、意欲の源泉になり得るものを見つける。【アセスメント】
- 意欲の源泉になり得るものに関連したサービス内容・地域資源を組み込んでケアプランを作成する。【ケアプラン原案作成】
- 家族の役割をケアプランの中に位置づけて、出来る範囲から家族の介護参加を促す。【サービス担当者会議】
- 自立支援の方針と利用者・家族の意欲とを調整し、すり合わせを行う。【アセスメント】
- 他職種から把握した利用者の状態変化の情報を踏まえ、利用者の今後の状態改善の可能性、および現在がその改善プロセスの中のどこに位置づいているかを利用者・家族に分かりやすく説明し、利用者・家族の意欲向上につなげる。【モニタリング】
- 利用者の状態に応じて、家族に対して適切な助言をする。【モニタリング】
- 必要に応じてサービス終結時点を見定める。【見直し・フィードバック】

2. インタビュー調査からの抜粋

- 究極的にはいま言うケアマネジメントの中で重要なのは、ストレングス、内的資源ですよ、そこをきちんと見積もれて、そこにアプローチして行って、最終的にはセルフマネジメントっていうふうにつなげていく。⑨
- きちんとした力の見積もりができなければ、人って絶対心を開かないので、この人は私たちの力認めてくれてないとか、私たちの力を絶対ディスカウントしてるよって思うと、人間って相談しようと思わないと思うんですよ。⑨
- 意欲の部分っていうのは、やっぱり信頼関係がないとそこには結びついていけないので、やっぱり話を聞いて、ああそうなんだ、やっぱりそこができないのは、でもこういうことはできるよねっていうところをきちんと結び付けていけるだけの根拠が必要ですね。なぜその意欲がないのか、メンタル的な病気かもしれないし、そこもアセスメントが必要ですよね。以前に例えばメンタルにかかった経歴があるとか、以前の生活歴の中で、何かすごいトラウマになることが起きてきてるかもしれないし。だからやみくもにすり合わせっていうのはできないと思うんですよ。⑨
- どうしたいですかと言えば、当然俺はもう年だから、と言うし、一人でトイレに行きたいと言えば、うーんと濁される。そこでケアマネが躊躇してしまう。言葉にしないニーズをどう引き出すかというのが一つ大切なのかなと思うんですね。⑧

- ▶ 具合の悪くなる部分はあっても、全部が一度に機能をなくすわけでもないで、どの部分だったらまだ活動できるねっていったところを見て、足は悪くて立てないけれども、判断する力だけはある、電話することはできるっていうのであれば、じゃあここに電話を1本入れておいてくださいねとか、こういう状況の時に電話くださいねとかっていうことで、その人にできるツールの使い方ですかね。それとあと家族もそうですね。ご家族がこういうことで、こういうところに行って、こういうお話ができますかっていう。もしちょっと助けてあげればできるのであれば、その課に電話しておいて、こういう方がいらっしゃるので、こういう質問に対して親切に回答してあげてくださいねっていうのも根回しですし。③
- ▶ 本人の中で気持ちが、やはり頑張ろうという気持ちのひと、誰かにもう助けてくれ、助けてくれってするようなひと、そのタイプではまったく違って、前者の自立されたって人は、自分で頑張ろうという気持ちがやっぱり真にあった方で、後者の方は誰かにすがって助けてほしいという形の方だったんで。⑥
- ▶ ツールとしてパソコンがこの方にとっては有効だったということですよね。それは仕事としてもあったし、嗜好としても、趣味嗜好としてもパソコンが入り込んでいたという評価はしましたね。もともと営業職だったので、外に出ることがいやじゃないというのも多分あるだろうと。⑤
- ▶ 障害者デイのほうでパソコンをやっているよということだったので、何とかもぐり込ませてもらって、使わせてもらったので、そこから少し自信がついたんだと思うんですね。おうちでもパソコンを買う時に、段取りが少しずつできるようになったんですよ。その能力の見分け方もあったんだと思います。⑤
- ▶ 認知症が症状で、在宅復帰された方。その方がこちらに、家族の相談を受けて、外に出るサービスにつなげたと。それで認知対応型のデイサービスをかなり前に紹介して、そこで対応をしっかりやってもらって、前向きな気持ちが持てるようになって。その方、カラオケが大好きだったんで、カラオケを通して元気になられて、その方が卒業という形で、今度は一般型のデイサービスに行き、それで一般型のデイサービスで、今も継続してカラオケ。今、最近では近所のカラオケ屋さんにも行けるようになってきて、社会的な交流がだんだん拡大しているという、カラオケを通して。そういった形で活動が活発化しているケース。⑥
- ▶ ご本人の持っている力という部分で考えると、その方、絵が得意な方が左半身を麻痺してしまっていて。絵が、今まで絵画教室とか絵画サークルとかでやってて趣味だった方で、その方はおうちで絵を描いたり、昔の絵をずっと眺めていたんですけども、やはり外につなげる必要があるということで、やはりデイサービスとつないだんですけども、デイサービスで作品展、そういったところに出したところ、やっぱり本人のやる気がまた火がついて、また絵を描き始めたり。それで家族も、それを支えるために協力をしてくださったと。そういったケース。やはりその人が持っている力というのは必ず、昔、生活歴の中にあります。⑥
- ▶ それで介護支援専門員としては家族のほうに、じゃあこのところはこうしましょうねということで、これぐらいだったらできますよねということ調整しながら、家族にも家族のできる範囲で関わってもらおうように、最初からこれぐらい家族がやるの当たり前でしょ、みたいなのではなくて、少しずつ関わっていただきながら、ヘルパーさんたちも、ああ、じゃあそれはやっているのね、じゃあしょうがないわねという感じで。⑤
- ▶ 僕らの思いのニーズ、自立支援のケアプラン等しても、本人がそれにやる気がないし、思っていないなければ、まったく進まないんで、そこを合致させることが本人の生活の改善というか、例えば食事に関してもそうだし、リハビリをやっというとかという意識も変わるのかなと思うんですけども、その合致が難しいんで。①

- 自分のケアマネの理想のプランはこうあるんだけど、家族の中では、本人、家族はそれを望んでないと、今の段階は。でもリスクはすごい高いんですよ。でもそれは、そこまでつなげるためには、多分半年なり1年なり、きっと信頼ができないと、きっとサービスとして使ってくれないだろう。そうなってくると本当に牛歩の状態、一步一步近づきながら。⑥
- セラピストの方たちがやっていたのは、ここまでできましたという評価をちゃんと見える形で出していたんですよ。ここまでできて1回下がる、ここまでできて1回下がるという、その階段状に上がっていただけじゃなくて、人というのはここまでできたけれども1度やっぱり下がることもあるんだという評価もちゃんとしていたので。そのことではマイナスではないということ、若い奥さんに、期待がとてもし大きかった奥さんに、ちゃんとそれは、大事なプロセスですという説明の仕方をしていましたね。なので、ケアマネジャーとしては、ご安心くださいということですよ。下がったとしても、それはマイナスじゃないという評価をしてもらっているから、そういうとらえ方をしないで待ちましょう。でも、そのためには本当に専門家とよくコンタクトをとって、情報公開してないと、自分の知識にもならないですよ。ただ嘘はつけないので、わからないことは言わない。ただ、どこを褒めたらいいですかとか、どういうふうにしたらやる気が出るんでしょうかって。初めは意欲の引き出しが大変なんだけれども、意欲を引き出すというのをどうするんだろうか。焦らないでいきましょうというのが、一言ですよ。焦らないでいきましょう。お若いんですから、能力ありますから。⑤
- 当初の介入時に、状態がよくなることを見越して、最後の、終わりを決めておきました。最終的には介護の、この予防の状態から卒業しましょうと。それで支援をつなげて、その方がやはり努力する方だったので、そういったのも波及効果もあって、だいたい1年ぐらいすると歩けるようになって。⑥

【介護支援専門員と多職種とのチームコーディネートの課題】

(6)多職種で目標や方向性を共有できる力

1. インタビュー調査から明らかになったプロセス評価項目の考え方

- 地域の個別サービス事業所と対等な人間関係を築く。【インテーク】
- 各関係者の視点を重層的に突合させ、介護支援専門員の見立てに間違いがないかを確認する。【サービス担当者会議】
- 利用者の目指す生活の目標、ケア方針、留意すべきポイントを、事業所間で共有する。【サービス担当者会議】
- 専門職の意見を尊重しつつ、介護支援専門員を含む各専門職の役割と責任の所在を明確にし、利用者の状態変化時の際の対応についてあらかじめ役割分担を確認する。【サービス担当者会議】
- 利用者の状態に応じて、どの専門職につなぐのが最も適切かを判断して、依頼をする。【モニタリング】
- つないだ連携先の専門職と連絡をとり、継続的に状況を把握する。【モニタリング】

2. インタビュー調査からの抜粋

- 事業者側っていうのは、ある一定のそういう同じ制度の中で同等に歩いていくものですね。介護支援専門員っていうのは、どうしても関係を作ると、事業者さんっていうのは介護支援専門員からお仕事いただくっていうような形で、何か主従のような関係を匂わせるような話しぶりですとか何かっていうのがあるので、そこでやっぱり勘違いしちゃいけないと思うんですね。そして、だから事業者さん、介護支援専門員だけじゃなくて、事業者さんたちにも同じように意識の改革をしていただきたいなと思うし、それはやっぱり介護支援専門員が発信していかないといけないと思うし、介護支援専門員は偉いんではなくて、一緒にこの人の自己実現を担っていただく役割の1人ですっていう形で、一緒に関わっていただけるような。③
- 私たちの役割はこういう役割で、でもやっぱり日々のことはデイサービスの人とかヘルパーさんというか、そこのところは私わからないから教えてちょうだいねという、その謙虚な、私の役割はここなんだ、あなたたちはそうなんだからって、お互い謙虚な同じ立場なんだって。役割が違うだけなんだというところをしっかりと認識していれば、こんな上だの下だのじゃなくて、うまくチームが形成できるんだけど、上から目線になっちゃうケアマネさんだと、多分事業者さんもなかなか何か言っているのかしらって。⑤
- 要介護の高齢者というものは介護だけでは成り立たないし、また医療だけでも私は不可能だと思っていますので、両者を融合させて多くの職種の人と様々な地域支援でいかなければならないということ、いつもケアプランを作成しながら、そのことは果たして自分自身は実行できているのかなとか、わりといつも問い直したり、どうだったかなということ、いつもいつも振り返りながらやっているかな。④

- 独り暮らしの脊髄小脳変性症の方なんですけど、寝返りも打てないような方で、ずっとお独り暮らしで、在宅では結構難しいというような状況だったんですけど、その方はどうしても自宅で生活をしたいという希望があって、周りの行政の関係者の方も、非常に在宅では難しいんじゃないのかなという意見があったんですけど、ご本人の希望というかもありますし、強い希望ですね。強い希望もあるので、そこでちょっと関係者でチームで連携して、10年近くご自宅のほうで支えたケースは、自分としても非常にやり甲斐を感じていたケースでしたね。①
- 具体的に顔の見える、普通に横に話ができる関係づくりというのをするのが、まず一番最初なのかなというか。それができることによって、非常に近づいた関係というか。①
- 先生方個々に違うんですけど、電話にしてほしいという先生と、あとファクスでやりとりしようとか、一応様式を1回作って、区で連携の様式を作ったんです。その様式でやろうとかという先生、みんな個々によって違う感じですね。今はそういうのも合わせているという感じですね。もう電話でいいよとかって携帯を教えてください、ここに掛けてよという先生が増えてきましたね。①
- やはり関係者をきちんと担当者会議に参加していただけるように、設定づくりがやっぱり一番まず苦勞もしたし、難しいんですけども、やっぱり関係者みんな集まって確認しないと、部分部分の確認だとぶれてきちゃうんですね。ここではこうだった、あそこではこうだった。それを一同みんなでこうしようという役割をきちんと分担して、この方はこの時間帯に入ると感じでの確認がしていくのはやっぱり大事かなと思っています。①
- やっぱり介護支援専門員、このケアマネだったらついていこうとか、ちょっと頑張らなきゃとか。だからそういう姿勢でもってとか、あとはみんなでチームでこの人支えていくためにはと、顔は同じ目線で、同じところでやっぱり話ができないと、紹介、紹介だと顔が見えないですよ。だから顔が見えるところとなれば、サービス担当者会議になると思うんですよ。④
- あくまでも自分は東ね役だという意識をやっぱり持ち続けないと。そのためにどう自分の味方になってくれるスペシャリストと関係を持つかですよ。③
- やっぱりそもそもこの利用者さん、Aさんに対して、こういうことをして差上げたいんだ。そうすると、こういうふうに意にかなった生活が営めるので、だから協力してほしいって、やっぱり自分の協力者を募るということですね。仲間になってくれないってような感じですね。③
- 結局自分たちの事業所もその1ケアマネジャーのプランと一緒に取り組むことによって、やっぱり1人の利用者さんの自己実現に役に立てるっていう、そこをやっぱり伝えてあげるというのがケアマネジャーとしての面白さだと思うんですね。③
- 誰に託せばいいのかということを仕分けするのが私は介護支援専門員だと思うんですね。③
- 連携、連携という言葉が一人歩きしてますけど、本来の意味の連携って何なのか。お互いが最大限できるところを寄せ集めて100に近い数字にしていくしかないと思うんですね。③
- 介護支援専門員1人で支援するなんていうことは、私は無理があると思っているんですよ。あまりにも皆さん介護保険というのは、様々な問題の中でケアマネ1人で何ができますかというところがあると思いますのでね。そこはもう本当にチームでもってということ、もう医療、介護の連携ですよ。いかにパスが上手にできるか。④
- STさんが入ることで、読んで理解するところ、ちゃんと行ったんですよ。あの時はやっぱり専門家って必要だなって思いましたね。ただしゃべるだけで、こっちは発語を促し、

会話の量を増やしなんて言っているけど、それだけじゃない。そこにちゃんと意味がある動作があって、それでSTさんの評価があって、使っているものをちゃんと媒体として使えるというふうにつながるんだということがわかったので、やっぱりそれぞれの役割、ポジションをうまく機能させて、役割を効果的に発揮させていくのがマネジメント。チームケアでは大事なことなんだなって。だから、それぞれの専門性をいかに最大限発揮するかという環境づくり。

⑤

- ▶ 私はどうしても看護職というベースがあるし、別の方は介護福祉士としての資格の中でのその見方もあるだろうし、そのポイントの違いをやっぱり担当者会議の中で重層的に見ていく中で、やっぱり自分が考えていることが合っているか、間違っているかというのは、これはあくまでも自分の主観ですよ。でも専門家の視点をもらおうと客観視できるから、あ、自分が考えた見方というのは間違えじゃなかったんだとか、ちょっとこういう詰めが甘いかなとか、こういう情報が足りないかなとかというのはあるかなというふうに思うんですね。⑤
- ▶ その奥様が見るご主人の性格と、私たちが見る客観的なご主人の人物像と、それからセラピストの方たちが見る人物像と、やっぱり本当に合っているかどうかというのを突合していく作業が必要だと思うんですね。⑤
- ▶ この人って今このことが目的なんだから、そこをしっかりと見てちょうだいねっていうところをしっかりとプランの中でのものを担当者会議で伝えていけば、ああ、そこをじゃあ集中的に見なきゃいけないんだなというところでフィードバックしてくるんだけど、それを伝えてないで、事業者から全然来ないんですよというのは、やっぱりそこら辺りが自分の役割をきちんと伝えてない。自分の、この方にとってはこれが大事なよということを伝えてないと、事業者も何伝えたらいいのって思っちゃう感じなんでしょうね、きっとね。⑤
- ▶ 自分のプロセスが間違っていないかどうかの確認もお願いしますということですね。やはり、ケアマネが最初に立てたケアプランの目標が明確でないと、個別サービス計画書の目標欄も曖昧になりますよね。⑧
- ▶ 連携力っていうのは、瞬時にどれほどできるかっていうところだと思うんですね。⑨
- ▶ 役割とそれから責任の所在、それをご家族にもお話しするし、ご本人にもお話しするし、チームの皆さんにもお話しするし。だからそこをきちんと突合していくのが担当者会議の役割の大きなポイントになると思うんだけど。⑨

【介護支援専門員と多職種とのチームコーディネートの課題】

(7)多職種に対して情報の収集・提供・フィードバックが出来る力

1. インタビュー調査から明らかになったプロセス評価項目の考え方

- 主治医意見書や退院時サマリー等を取り寄せて、利用者の疾患に関する情報収集を行う。
【アセスメント】
- 将来の疾病リスクについて、必要に応じて主治医に直接連絡をとり、治療方針等の確認を行う。
【アセスメント】
- アセスメントで抽出された課題や今後の利用者・家族が目指す生活の方向性について、あらかじめサービス事業所に情報提供することで、各事業所の個別サービス計画を立てやすくし、サービス担当者会議の円滑化を図る。
【サービス担当者会議】
- 各事業所に対してネットワーク良く情報収集を行い、各々が持つ情報を集約して利用者の状態に関する全体像を把握する。
【モニタリング】
- 集約した情報を各事業所にフィードバックし、チーム全体で円滑な情報共有の体制をつくる。
【モニタリング】

2. インタビュー調査からの抜粋

- 情報が入るのであれば、主治医の意見書とかを参考にできる部分は参考にしながら聞きますね。①
- 医療との連携から、退院とか入退院で支援するのであれば、やはり病院の中で生活はどうだったのか、病院の看護師さんで医療のうえで気をつけるべきところはないのか。今後の予後はどうなのかとか、そういった部分は必ず必要な情報なので。⑥
- 私やっぱり究極的には医療の連携、医療の連携って厚労省が言ってるのは当たり前だと思うんだけど、介護保険の利用者さんって、要支援も含めてなんだけど、必ず主治医の意見書がないとだめですね、なんらかの疾病は抱えてることは事実なんで。⑨
- 生活の中で、何をしたいんだけど、何に、どういうことで困っているっていう情報は、やっぱり正しく先生にお伝えする。この中で、やっぱりそうは言っても、こういう暮らしを続けたいと思ってることを、私はいつも確認してるので、そのことをお伝えしますよって、やっぱり事実をきちっとお伝えするっていうことが大事だと思います。医師は判断する基準がどこにあるのかっていうことをやっぱり明確にしないと、やっぱりわからないので、そこは伝える相手によって、非常に客観性を持った時系列で報告をするとか、それからそういう状況になってるけれども何も変わってないので、これ以上の過剰な医療は求めないとか、やっぱりその最後の意思確認はちゃんとしてるから、先生お願いねっていうような情報も伝えるとかですね。そういう形で。③
- 全部が客観的なことって言うよりも、日頃から、今回の中にはないけれども、日頃からの会話の中で、こういう思いをいつも受け止めているので、そこは少し主観が入るかもしれません

ね。ただこれは私の主観ですがっていうことをきちっと伝えないと、利用者が今回そういうことを述べたのか、述べてないのかっていうことも判断に迷うので、これは補足ですがとか、そういうやっぱり会話のテクニックになるのかもしれませんが、そのクッション言葉をどうやって付けるかとか、そういうことで、それがすごく、最後のエッセンスがすごく効いたりとかっていう、このひと言があったから僕はこういうふう判断したんだよってというような、今までがありますので。③

- ▶ 課題分析は、ケアマネだけではなくて、多職種協働でやっていってもいいと思うんですよ。次は、チームとして理解して、支援ができるかということですね。ケアマネとしては、まず、課題分析の内容を、多職種に説明できるかどうかだと思っただけです。⑧
- ▶ 担当者会議の前に、この方はこういうことが課題なので、おたくのところでプログラムを考えてきてもらえますかということ事前に投げかけておいて、その上で集まって会議をするのが担当者会議だと思うんですよ。そのために、個人情報同意書に、それを謳ってあるんですよ、契約の時に、担当者会議に、サービス事業所にあなたの情報を言わせてもらいますよと書いているはずですよ。担当者会議で、事前に考えてきたことの提案をしてもらえば、短時間で済むはずですよ。⑧
- ▶ 直接支援者たちも24時間いるわけじゃないから、その時に知り得たこと、その時に観察できたことをお互いに共有して、点と点を結び付けてって、こうかなって想像をしながら、想定をしながら話し合っていくしかないんだから。③
- ▶ 頻回に私、事業所に行きます。何かがあればどうか、近く寄ればどうですか、こんな状態でどうだよね、とにかくお願いしますねということで声をかけますね。電話よりも行きますね。だって、利用者の帰りにちょっと寄ったっていいんですよ。今日寄ってきたけど、こういう状態でしたよっていうことで。だから、私の方からそう言っていかないと、発信していかないと。そうすると、あのケアマネジャー一生懸命やってくれてるからこっちも頑張ろうというモチベーションを上げてあげるわけですよ。④
- ▶ 自分のところにモニタリングということも含めてだけれども、ある程度日々の変化は、私たちはそんなに頻度的に毎日訪問できるわけではないので、その日々の変化とか、週単位の変化というのは完全に把握できているわけではないので、そういう事業者さんから本当にファクスなり電話なりということがまめに来ると、すごく状況はわかりますよね。そうすると、相手がどういう動き方をしているかというのも見えるんですよ。そうすると、私たちの不安も解消されるんですよ。私たちもやっぱり、ほら見えてない不安って。⑤
- ▶ ヘルパーさんたち、それから看護師さんたちと常に訪問しているところに行って情報を聞いたり。私たちの仕事って、行かなきゃ全然行かないですんじやう場合もあるかもしれないけれども、それじゃあマネジメントできないんですよ。やっぱりヘルパーさんたちが行っている時、どんなことが起きて、看護師さんが行っている時どんなことが起きて、どういうふうにヘルパーさんたちや看護師さんたちが感じているのか。家族はどう感じるのか。そこを全部自分のところに情報が集まるわけだから、それを皆さんにフィードバックしながら情報の共有を図るということ、本当に手まめ、足まめ、口まめ、それをやっていると、チームがチームとして機能するんですけど、それをおろそかにすると、チームはまったく機能しないかなというのがありますね。⑤
- ▶ お互いにキャッチボールが連続してできるようになると、やっぱりそれはお互いに様子がわかって、信頼関係もできるし、そのことがやっぱり利用者さんにとってより情報を共有できるので。そうなってくると、やっぱり機能ってちゃんと発揮するから、利用者さんは家族を見る目線というのがすごく多視、多角的な見方をちゃんとできるんだよね。そうすると、ああじゃな

いか、こうじゃないかというところから違った発想というか、すごく柔軟な発想ができるようになる。だから、自分たちの頭も柔らかくなってるので、AさんにはこれやったからBさんにはこれねみたいな一括的なパターンではなくて、これとこれを合わせてみたらこういうふうにならないかしらね、でも試しにやってみようかみたいなところはチャレンジしてみたりとかっていう、それが思いのほかすごく表情に、生き生きとした表情につながったよとかね。その観察眼がやっぱり出てくるんですよ。⑤

- ちゃんと情報が集まるから、それを自分の情報だけにしないで、皆さんに、関係機関にきちんとフィードバックするということをまめにやっていると、常に日頃から、サービス担当者会議だけではなくて、日頃の業務の中でもそこで情報の共有ができるということは、やっぱりチームの力は上がってくるわね、チーム力はね。⑤
- やっぱいい事業所は、ちゃんと報告を頂戴って言わなくてもちゃんとくれる。かゆいところに手が届くというか。それは利用者さん目線で、この情報はちゃんとチームに上げたほうがいいだろうということがちゃんとわかっているので、その情報をちゃんといただけると、次のチームにというか、次のメンバーにちゃんと情報共有できるんですよ。⑤
- 事業所さんから送られてくる情報の形式が、すべて違っているんですね。事業所さんのモニタリング報告書って決まってないので、ここの事業所さんは血圧から何から細かく書いてくれるとか。でもこっこの事業所は、生活実態としてこんな発言があった、こんなことをやってくれたとか、そういったことをモニタリングとして上げてくれる。その事業所さんの報告書式というのも決まっていないので。なので自分がどのぐらい、視点の幅を持てるか。それで何か疑問があれば投げかける。なので自分のほうで、やはり気づく。⑥
- あと気をつけていることは、極力、自分、地域の事業所さんなので、提供表と言って、利用票を毎月配るんですけども、自分の足でそれをお届けするようにして。⑥
- やっぱり何かあったら連絡してくださいねって、よくケアマネジャー言うんだけど、それより前に自分で連絡しちゃえばいいじゃんっていう話で、何かあったら連絡してくださいねって思う根底には、やっぱり心配だからっていう要素があるから言うと思うんですよ。根底に心配だからってことがあると思うので、だったら何かあったらよりも、何かある前にこちらから連絡していいでしょうかぐらいな形なのかなって思うんで。⑨

(8)知識・技術を習得し活用する力

1. インタビュー調査から明らかになったプロセス評価項目の考え方

- 介護保険法の条文、趣旨を十分に理解している。
- 対人援助のための面接技術、相談技術を身に付けている。
- 人間の身体機能の基本的知識を身に付けている。
- 他職種に簡潔明瞭に説明できるコミュニケーション能力を身に付けている

2. インタビュー調査からの抜粋

- 契約の時に、第1条の協働連帯、第4条の国民の努力と義務をしっかりと噛み砕いて説明できるかどうか、介護保険は、あなたがこれ以上悪くならないためにあるんだということを説明できるかですね。そのためには、まずはケアマネ自身が、介護保険法をしっかりと理解することが必要ですよ。⑧
- よく何でもケアマネジャーが代行するとか、動くのが何かいいケアマネジャーのように勘違いしている場面も見受けられるんですが、あくまでも介護保険の理念の中にあるのは大きな、障害者でもそうですけども、自立支援ですよ。③
- 私はどちらかというと、自分に必要なものとはにかく勉強しに行きますよ。それはイコール利用者さん、家族の支援につながりますからね。そういう結果をもたらせるということが、知識がない中で人の援助はできないですよ。④
- 信頼関係を作るとか、本当にわれわれに必要な、ソーシャルワーカーの対人援助技術も必要でしょうし、というところなんかですね、やっぱりアセスメント、根拠に基づいて、やっぱり気付きとかですよ。あとは自分に弱いところは、やっぱり福祉系のとこなので、やっぱり医療的な視点って言うんでしょうかですね。やはり日常生活上必要な最低限度の医療的視点とか、気付きとか、そういったところがすごくやっぱり弱いなって自分自身は感じているところがございますので、いろんな研修ありますので、やはり本当に実践で使える医療知識みたいなものところは、福祉系のケアマネさん全体的にはやっぱり特に特化して勉強してなかなかいけないなとは思ってます。②
- 医療と介護って言うだけあって、ある程度のケアマネが知っておかなきゃならない医療知識ぐらいは知らなきゃだめです。あとは相談の援助技術も必要ですよ。援助技術の中にはたくさんのが含まれてますからね。その要素がきちっとできてれば、私、いいケアマネとして援助ができるんじゃないかなと思いますよ。それはただボーツとしてたって違いますよ。やっぱり自分が勉強しなきゃ、そこは。④
- 福祉職というところで、そういった医療が苦手という話も出てますから、その辺は皆さん、やっぱり自覚していますね。だから積極的に、医療に関する勉強はどんどんいっているの。その辺は大分改善されていると思います。⑥
- やっぱり介護支援専門員って、究極対人援助なんですよ。やっぱりベースはケースワークかなと思うんですね。なので、きちんとした、ここでね、インテークでケースワークがここででき

ちんとできないと、個別援助ですよ。これができないと、やっぱりその後うまくいかないって私、思ってるんですね。⑨

- 仮説をつくるのに、知識を持ってないとできないんですよ。バランスよくですね、個人因子と環境因子なのかなっていう。この個人因子の中で、特に身体のところをみんな見れてないんですよ。その身体もほんとに人が生きていく基本だけちゃんと見れていればいいのに、そこすら見れてないんです。そこに病気がからんでるんだったら、そこは介護支援専門員ではなくてドクターに聞けばいいことなんです。でもそういう病気が関係してなくてということだったら、ほんとに人が生きていく基本の食べる、飲む、出す、とりあえずこの3つだけでも見てくれば全然違うんですよ。単純なここができていなくて、悪化させているプランはたくさんあります。普通に人が生活していくには、70歳以上だったら何カロリー必要なのって。水は何 CC 必要なのって。⑧
- 多職種に伝えられないというコミュニケーション能力の問題ですね。一言で行ってしまえば、プレゼン能力がない、簡潔明瞭に説明する能力、相手に理解してもらえるような能力がない。⑧

(9) 経験を蓄積し効果的に生かす力

1. インタビュー調査から明らかになったプロセス評価項目の考え方

- 普段から、地域資源に関する情報を蓄積し、連携する事業所の候補先を多く有している。
- 地域の事業所連絡会や勉強会等に参加し、ネットワークを広げている。
- 仕事上で培った経験に基づいて判断を行う。

2. インタビュー調査からの抜粋

- ▶ ケアマネジャーは横幅、縦幅というよりも横幅を広げることが大事だと思うんですね。やっぱり黒子じゃないですけども、役者ではないですね、ケアしていく実際に。なので、その支援のチームがよりうまくどうしたらいくかということ、やっぱり幅広く理解していきなさいいけないのかなと思います。①
- ▶ やっぱり質の一つの評価として、半日そういう人でも行けるようなデイサービスとか、それをいかに情報の柵を持つてかかっていうのも、やっぱり介護支援専門員としてのスキルなんで。それを取捨選択、この人にはこの引き出しのこのデイサービスから出してちょっと提示してみようかなみたいなことを提示できるっていうのも大事なことになるかなっていうふうに思っています。⑨
- ▶ すごく情報は溢れてるんだけど、その取捨選択する基本的なところが、じゃあどうしてここを選んだのっていうふうに言った時に、何かあんまりしっかりとした根拠と、それから、どうしてこういうアセスメントがあるのにここを選んだのっていうふうにケアプランを見てみると、あんまり明確じゃないことが多いんですね。③
- ▶ 外に向ける支援というところで、デイの職員の方にも、チームワークというか、その幅広い見識というのがすごく役に立った。⑤
- ▶ 結構横の関係ができていうか、例えば事業者協議会とか、医療関係者との学習会とかも非常に頻繁に開かれているので、比較的顔が見える関係ができていたので、非常に連携しやすい環境にあったのかなと。①
- ▶ 本当はこういうふうなプランにした方が絶対この人、家族も本人にとってもいいはずなのっていうプランってたくさんあるんですけども、結局何かのきっかけがないと動かない。きっかけがあってもまた元に戻ってしまうケースがあるんですけども、そのきっかけがあったときにどんな社会資源をバックに持って、常に根回しを続けて、そのときが来ましてっていったときにさっと魔法の杖を振ったかのように、そういう社会資源の人たちが協力します、協力します、協力しますって言って、ベースをどんなふうに作っておいて、そしてどこを機会って思いながら支援していくかということが大事なかなって。⑦
- ▶ その人の地域の中の社会資源から、いかに情勢を確認してご提案していくかということ。⑦
- ▶ ケアマネジャーとして気付かなくちゃいけない視点を毎月みんなで分析してるんですけども、やはりそれでも1年、1～2年かかっても、私は頭の中でもやがかかったようで、この視点を持つことは実はできなかったんですが、やはり訓練しているうちに、いろんな、この人は何

で今の現在の状態なんだろう。それに対して何を気付かなくちゃいけないんだろうっていうのが、少しずつ見えてきた部分があります。②

- やはり見極めるということは、コミュニケーション能力だとか、それと経験ってあるんですよ。経験って大きいと思うんです。それは知識だけの経験でなく人生の経験というのも非常に大きいと思いますね。自分がやってきた仕事の経験ですね。④

(10)専門職としての基本的姿勢

1. インタビュー調査から明らかになったプロセス評価項目の考え方

- 自立支援、本人の状態悪化予防・遅延化の考え方をケアプラン作成の基本に置く。
- 自分が作成したケアプランに責任をもつ。
- 中立公正の考え方を堅持する。
- 他職種の専門性に基づく意見を尊重するとともに、自らの責任を明確にして、お互いにカバーし合うという姿勢を持つ。
- 必要な仕事の段取りや準備を円滑に行う。
- 必要な知識や技術を身に付けるための努力を継続する姿勢をもつ。

2. インタビュー調査からの抜粋

- 個々の利用者さんにとっての自立支援って何だろうっていうところを捉えていくのが本質かなって思うんですね。⑨
- 本人の状態を悪化させないプランを作るということではないでしょうか。確実に悪化する病気があってと思うんですよ。がんとか、難病とか、その中でも、何ができるかを考えていくということだと思うんですよ。すごく痛みがあって、うとうと軽眠状態でも、お風呂に入りたいといった場合に、できるかどうかということの判断だと思うんですよ。とにかく本人の状態を悪化させない、確実に悪くなっていく中でも、悪くなるスピードを遅らせられるかどうか、それがケアマネジメントの専門性だと思うんですよ。⑧
- 少なくともやっぱり自分のケアプランに責任持つっていうことだよ、自分が立てたケアプランに責任を持つこと。⑨
- 結局ケアマネジャーが何か仕事を、利用者さんにすれば、私がやってあげるからっていうスタンスではいけないし、事業者さんにおいても、仕事振ってあげるねみたいな、そんなことはやっぱりちょっと品格のないことですし、そういうことじゃなく、本来の意味の中立公正っていう中で、やっぱり自分でブレないでいられるっていうことが、やっぱり大事なんだろうなと思いますね。③
- 一口に言ってしまうと信頼なんですけど。信頼、漠然とでも、あの人、何となく信用できるから、あの子の言うことだったら、ちょっと聞いてみようかとか、ちょっと無理だけど頑張ってみようかっていう気持ちにさせるっていうことですよ。それで逆に言えば、約束したことも守れなかったり、それからいつも何か頼んでは中止になるとかっていう、そういうことを繰り返していると、やっぱり相手は敬遠してきますよね。ですから、やはり確実な仕事をやっぱり積み重ねていったその信頼の形、それからやっぱり、相手にだけ何かを請け負わすのではなく、私はこういう、私の立場ではここまでの努力をするので、あとこれを肩代わりしてくれないっていう。相手に何か全部責任を押し付けるのではなく、責任の所在は私にあるのよっていうことは明確にするっていうことは、相手は多分安心なさると思うんですね。③
- あとは専門分野なので、やっぱりその部分での領域をやっぱり尊重するというか。僕は介

護支援専門員なので、そこをいかに円滑にいくので、僕の浅い知識での進めというよりも、やっぱり専門職の意見を重視しながら、そこで折り合いをつけるということが大事かなと思いますね。①

- これどの仕事でもそうだと思うんですけど、ですから段取りですよ、段取り。何かこのことをやりたいために、何を段取っていけばいいのかっていう、それがどの仕事にも言えますけど、準備が十分に行われているか、それからあとは根回しですよ。②
- もっともっと基礎的にやっぱり勉強をしないとなかなか、その上で専門的内容ですとか、福祉ですとかっていう、そういう知識を加えて専門家と初めて言えるんだろうなと思うので。③

(11)倫理観

1. インタビュー調査から明らかになったプロセス評価項目の考え方

- 利用者本位の姿勢を持ち、信頼を得るような丁寧で真摯な対応をする。
- 利用者の尊厳を保持するような支援を行う。

2. インタビュー調査からの抜粋

- ▶ もう出会った瞬間ですよ。第一印象ですよ。きちんと真摯に向き合っているっていう姿勢が、あなたのことちゃんと聞けるよっていう姿勢がどれほど出るか出ないか、とってもファジーな言い方なんだけど。駆け込んで来られてって言うか、困ってるのは当たり前なんで、困ってなきゃ私たちにつながってこないの、だから困っていることをどれほど聞けるか。⑨
- ▶ 利用者本位の姿勢を取ってるかとか、言葉遣いがどうなのかとか、緊急な時にこれをしなきゃいけないって言うておきながら、即結びついていけないこととか、瞬発力ですよ、いわゆる、そういうところが欠けているっていう。⑨
- ▶ やっぱり利用者本位ですよ。あと中立な立場。利用者様がどうなっているのか。やっぱり家族支援も大切ですけども、やっぱり中心にあるのがずれちゃって、いつの間にか家族の支援になっていたり、いつの間にか法人の言われるままの支援で惰性になっていたり。やっぱり見直ししながら、本人のためになっているのか。誰のための支援計画を作っているのかなというので、常に振り返る必要がありますね。やはりケアマネジャー専門職として、その人のためになっているのか、それともサービスを使うためだけの計画を作っているのか。⑥
- ▶ 人生の最後のケアのマネジメントプランを作る役職なので、その点では、やっぱり家族の方からしっかり、この人だったら大丈夫かなという、その信頼を置いてもらったり、本人自身もやはり、あの信頼できるから大丈夫。⑥
- ▶ 本当にこの人が、今お体も不自由だったり、高齢になって、人もサポートが必要になったっていった時でも、本当に尊厳を持って過ごせるっていう、申し訳ないわねっていうことではなく、お互いに対等の立場として生活できる支援。③
- ▶ やっぱり尊厳を維持するっていう一番根底のところ、尊厳の維持っていう言葉の中に、やっぱりその人らしい生活、その人が今まで生きてきた過去の部分をいかに今、こういう状態になっちゃっても継続することができるかなっていう。⑨

(12)事業所の運営管理・職場づくり

1. インタビュー調査から明らかになったプロセス評価項目の考え方

- 介護支援専門員が効率的な業務の遂行を行い、事業所全体での業務改善につなげる。
- 事業所として給付管理に関する介護支援専門員への支援体制を整える。
- 事業所として業務上の課題分析を行い、地域課題を把握して解決に向けた働きかけを行う。
- 事業所を中心にその地域のネットワーク作りを進める。

2. インタビュー調査からの抜粋

- 人の給付管理をすることはルーチンになっていても、じゃあどうして自分に入ってくる報酬だとか、事業の運営に対して興味を持たないのっていうことをすごく投げかけられてたのが印象的だったんですね。ですからそのマネジメントの中にももちろんコスト管理っていうものも給付の限度額だけじゃなく、コスト管理っていうのは限度額だけじゃなく、自分の時間もそうだし、電話もファックスもそうだしっていう、そういうことでやっぱり仕事1つ1つ、何かこう疑問を持って改善できることに取り組むっていう、やっぱり仕事もくせづけをしてかないと、なかなか身に付いていかないのかなっていうのは実感してます。これは私自身にも、自分自身にも言ってることなんですけども。③
- 業務がどんどん厳しく求められている時代になっているので、その中で燃え尽きてしまう人。一生懸命支援しているのに、抜け落ちを指導されて、減算させられて。そうなってくると、私、何のためにやっていたんだろうという形で燃え尽きてしまう方も、正直多くいます。だからモチベーションを維持するためにも、やっぱり何らかの対策というのは必要なと思います。中核として動くに、やっぱり自分の気持ちが前向きじゃないと、誰かを支援するってなかなかできないなと思っていて。⑥
- ケアマネジャーが現場で悩んでいるところというのは、やはり自分がこの業務、大丈夫なのか。大丈夫なのかというの、要は指導で返還とかさせられないかとか、マネジメントにおいてもそうなんですけども、ほかの人のケースがどうやって動いているか、記録管理どうやっているか。正直、一人社長でやっている見えなくなるんですね。その中で、自分が果たしてこれでやっていて正しいのだろうか。⑥
- 質の高いケアマネジメントの実践というところでは、取り組みとしてはさっき言った事業所で、日々のケアマネの課題を整理して、みんなでケアマネ、事業所、うちは会社全体で議論をし、そこで足りないものを介護支援専門員が会社から交渉するとか、行政にあげるとか、逆に業務上の課題分析をしているかなというところなんです。それができないと、実際一人ケアマネだとかはどうしようもできないと思いますね。⑦
- 事業所を中心にその地域のネットワーク作りをみんなで取り組んでいる、それがケアマネが一番動きやすい環境づくりになるし情報も共有できるっていう。⑦

(13)地域のネットワーク・インフォーマル資源の活用

1. インタビュー調査から明らかになったプロセス評価項目の考え方

- 地域全体として、事業者が連携を取りやすい場を作る。
- 保険者・地域包括支援センターが地域の事業所を後方支援する体制を整える。
- 地域のインフォーマル資源を開発、活用する。

2. インタビュー調査からの抜粋

- ▶ 結構横の関係ができてきているというか、例えば事業者協議会とか、医療関係者との学習会とかも非常に頻繁に開かれているので、比較的顔が見える関係ができていたので、非常に連携しやすい環境にあったのかなと。①
- ▶ 結構それなりに熱心な情熱のある方々がそろっていたので、行政もそれにタイアップして、担当者がみんな入っていたので、非常に行政とも。①
- ▶ 最初の頃は区役所のほうの高齢者総合相談センター、地域包括支援センターの基幹型のほうでやっていたんですね。あと、生活福祉課の方が入っていると、障害者のほうの担当の方も対応してくれたので、そういった3部門の方の関わりもあったので。①
- ▶ 地域によってというのは大きいですね。そういう地域でのそういう連携がとれるような学習会とか、意欲が高まる地域にするというのが、かなり大事だと思います。前でやっていた地域とは全然違いますね、その部分では。そこが盛り上がることによって、横の関係というか。じゃないと、1社が頑張ればいいという風潮が結構多くて、自分のところだけというところがあると、横の連携って全然できなくなっちゃうので、この地域では、横に普通に事業者も横並びでみんなつなげますし、紹介したりとか、連携して学習会をやったりとかというのができているので、そういう面では本当恵まれているのかなという感じですね。①
- ▶ 要するに1人で動いていないということは、まず大事だろうと思います。ただ、必ずしも行政が入ったからいいというものでも、現実問題としてはありませんね。地域包括支援センターが入ったからといっていいものでもないけれども、ただ、やっぱりサポートに重層的に支えてくれる体制が整っていると、私たちがバーンアウトしないというのがありますよね。だから、例えばそういう方たちは多くを苦情という形で、もうどこにでも苦情という形でいっちゃんけれども、その苦情についてもちゃんと理解してくれている。こういう事情で、今この方はこういう時期なのでこういう苦情が来るんだなということも、ちゃんと保険者のほうも包括のほうもわかってくれて。だから、普通の苦情じゃないという伝え方をしてくれる。だから、サポートに答えは返してくれるということでのその連携は必要だと思います。⑤
- ▶ 本当に地域の中でも汚くて、何とか早く施設に入れろということで駆け込まれるような利用者さんだったんだけど、私たちが入っているのがやっぱりわかって地域の方たちも、もちろんそれは個人情報のことがあるので、私たちは民間企業が挨拶にはいけないけれども、包括とか在宅介護支援センターに入ってもらって、地域の住民としてその方が要するに不利益にならないように、色眼鏡で見られないような形の関わり方もしていく中で、ボヤ騒ぎもあったんだけど。その時は、あれは多分その前に連携がちゃんとできてなければ、いい加減な

んとかしるって区に苦情がいったと思うんだけど、ボヤ騒ぎの時には、もう困ったよなとかっていう形でお隣のおうちの、もう木造のうちだからすぐ燃えちゃうんですよ。だけど、笑って、2度と起こらないようにしてよとかっていう形の譲歩というか、地域住民としてその方を、まあ施設に入るまではしょうがないかという形で待てる住民になられたというのも1つの成果ですね。⑤

- ▶ 連携、やっぱり自分一人で仕事しているのではないよっていうところで、今だとやっぱり包括さんを交えるかなって感じですよ。包括さんと一緒に動いていく。だから包括であれば、おそらくその連携先とかっていうのはある程度のコミットできると思う状態なので、やっぱり包括さんには話を1本筋を通すかなっていうところですよ。⑨
- ▶ 教会のボランティアの方々も来てくださって、それが本人にとっても気持ちの上で生きる生き甲斐みたいな感じになっていて、そこでそういった方々との交流もあって。①
- ▶ この間、認知症の方の独居の方を地域で見守り体制を今、息子さんとその地域、いろいろな商店街を回ったりとかして、その方は徘徊していろいろ入っていっちゃうんですけど、でもそういうので民生委員さんも協力してくれたりとかってすることによって、その方がまた在宅でやれるということが非常にいいことなのかなと思うので、やっぱりそういうようなつながりみたいなものが、ああ、大事なんだなってやっぱり痛感しましたね。①

第4章 ケアマネジメントの質的評価モデル(素案)の作成

第2章の文献検討、および第3章のインタビュー調査の結果を用いて、以下の質的評価モデル(素案)を作成した。

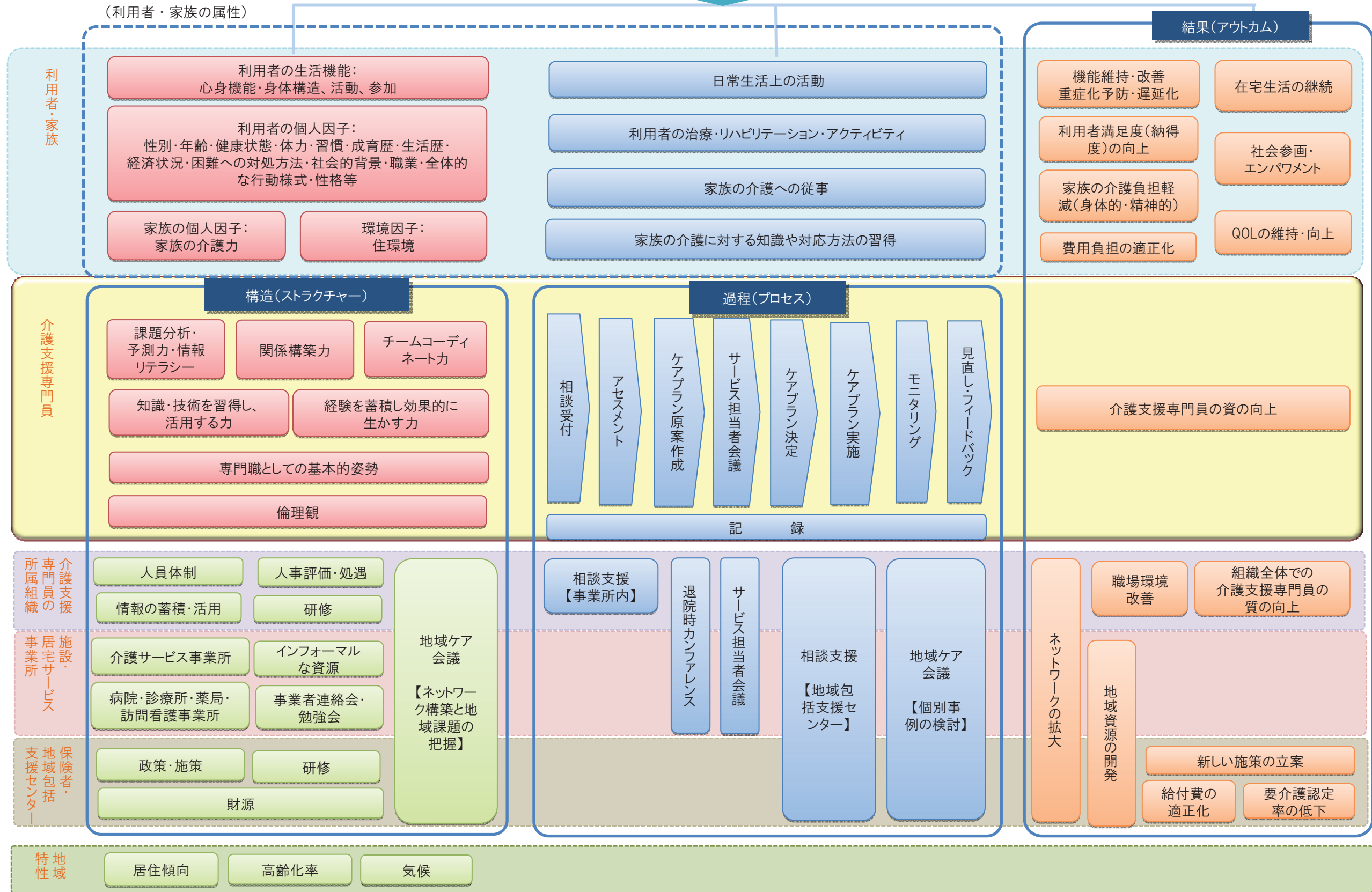
【ケアマネジメントの質的評価モデル(素案)】

- ケアマネジメントの質的評価を考えるための全体フレームワーク
- 介護支援専門員の資質・能力の視点を踏まえたケアマネジメントプロセス評価項目

1. ケアマネジメントの質的評価を考えるための全体フレームワーク

理念(目的) 【介護保険法 第1条】要介護等の状態となった高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる

行動指針 可能な限り在宅を基本にした、利用者が望む生活環境の整備
利用者・サービス担当者でケア方針を共有し、それぞれのサービスを効果的に提供する体制の構築



ケアマネジメントの質の向上

2. 介護支援専門員の資質・能力の視点を踏まえたケアマネジメントのプロセス評価項目

| 主体 | 対象 | 介護支援専門員の資質・能力 | 相談受付・アセスメント | ケアプラン原案作成・サービス担当者会議・ケアプラン決定 | ケアプラン実施・モニタリング | 見直し・フィードバック | |
|--------------|---------------------------|---|--|---|---|---|--|
| 介護支援専門員の取り組み | 個別利用者へのケアマネジメントが対象 | 【介護支援専門員自身の課題】 | (1)利用者・家族が現在の状態にある背景を多面的に情報収集する力 | ・課題分析標準項目を聞き取る ・利用者・家族が現在の状況に至っている背景は何かという視点を持ちながら、過去の生活歴・病歴をもとに利用者・家族の全体像を把握する ・利用者・家族の現在の状況について、意欲、基本的な身体機能(水分・食事・排泄・運動)、住環境、社会的つながり等の幅広い観点から情報収集を行う | ・サービス担当者会議において、利用者・家族が自分たちの意見を伝えやすいような環境整備を行う | ・水分量、食事摂取量、排泄状況、運動機能など、日々の体調の変化を注意深く観察し、情報収集を行う | ・利用者・家族から、利用したサービスについての満足度(納得度)に関する情報収集を行う ・満足度(納得度)が低い場合には、原因を突き止めて、次のケアプラン作成の際にフィードバックして改善を図る |
| | | 課題分析・予測力・情報リテラシー | (2)今後を予測してリスクを未然に防止する仮説を構築する力 | ・身体機能(食事・排泄・運動)の基本的情報を基に、現在の状態に影響を及ぼしている要因および予測に関する仮説を立て、自立支援のための課題を分析する ・課題の解決に向けて、段階を踏んだ具体策の検討を行う ・将来的な状態変化のリスクになり得るものを見極める | ・課題分析の結果に基づいて、課題の解決に向けた適切なサービス内容・個別サービス事業所を決定する | ・利用者の体調の違和感等、些細な情報であっても敏感に察知し、重症化につながるかどうかの予測を行う | ・ニーズや課題の変化状況を踏まえて、設定した到達目標が妥当であったかを確認し、評価する ・予後予測に基づき、日々の体調変化等を正確に把握できたか、リスクの判断が正しかったかを確認し、評価する ・評価した内容を次のケアプラン作成の際にフィードバックして改善を図る |
| | | 関係構築力 | (3)記録管理等により振り返りができる力 | ・利用者・家族の状態像を定期的に記録するための書式やデータ蓄積の基盤を整える | ・利用者・家族の状態像の記録を蓄積しやすいような情報収集の方法を、介護支援専門員と個別サービス事業所で検討し、共有する | ・利用者・家族の状態像について、定期的に記録を取り、経年的な変化についての情報を事業所に蓄積する ・記録情報は、いつでも参照可能なように形式等を整える | ・自分が立てたケアプランやケアマネジメント業務全体について定期的に振り返りを行い、次のケアプラン作成や新たなケアマネジメント業務にフィードバックを行って改善を図る |
| | | 【介護支援専門員と利用者・家族との関係性の課題】 | (4)利用者・家族との信頼関係を構築する力 | ・利用者・家族の意向を尊重する ・利用者自身が持っている将来的な生活イメージを聞き取り、把握する ・家族内のパワーバランスや利用者や家族の関係性に留意して聞き取りを行う ・導入時に時間をかけて、信頼関係づくりを行う ・重要事項および契約書の説明を行い、内容について利用者の理解を得る ・介護保険法の理念(セルフマネジメント・自助の促進のための制度であること、介護支援専門員の役割はあくまで後方支援であり、中心は利用者・家族であること)を伝え、理解を得る | ・利用者に相談窓口や担当者を知らせる ・利用者が参加しやすい場所や日時を調整し、サービス担当者会議を設定する ・利用者・家族にサービス担当者会議の必要性や意義を説明し、参加を促す ・サービスの変更について利用者の権利を説明する | ・利用者・家族のニーズの変化を捉え、適切に対応する ・利用者の状態改善の可能性、および現在がその改善プロセスの中のどこに位置づいているかを利用者・家族に分かりやすく説明し、利用者・家族の安心感につなげる ・利用者の状態に応じて、家族に対して適切な助言をする | ・ケアプラン内容の変更があった場合に、その理由を分かりやすく説明し、理解を得る |
| | | 関係構築力 | (5)利用者・家族の意欲や内的資源を把握し、引き出す力 | ・利用者・家族との信頼関係に基づいて、セルフケア能力を見極める ・言葉にしないニーズを引き出す ・自立支援の方針と利用者・家族の意欲とを調整し、すり合わせを行う ・生活の中で、意欲の源泉になり得るものを見つける ・意欲の源泉になり得るものに関連したサービス・地域資源を探す | ・意欲の源泉になり得るものに関連したサービス内容・地域資源を組み込んでケアプランを作成する ・家族の役割をケアプランの中に位置づけて、出来る範囲から家族の介護参加を促す | ・他職種から把握した利用者の状態変化の情報や踏まえ、利用者の今後の状態改善の可能性、および現在がその改善プロセスの中のどこに位置づいているかを利用者・家族に分かりやすく説明し、利用者・家族の意欲向上につなげる ・利用者の状態に応じて、家族に対して適切な助言をする | ・本人の意欲の状況を継続的に観察しながら、到達目標が達成できていたかを確認し、評価する ・達成できていない場合は、その原因を把握して次のケアプラン作成の際にフィードバックを行って改善を図る ・必要に応じてサービス終結時点を見定める |
| | 【介護支援専門員と多職種とのチームコーディネート】 | (6)多職種で目標や方向性を共有できる力 | ・地域の個別サービス事業所と対等な人間関係を築く | ・各職種の視点を重層的に突合せ、介護支援専門員の見立てに間違いがないかを確認する ・利用者の目指す生活の目標、ケア方針、留意すべきポイントを、事業所間で共有する ・専門職の意見を尊重しつつ、介護支援専門員を含む各専門職の役割と責任の所在を明確にし、利用者の状態変化時の際の対応についてあらかじめ役割分担を確認する | ・個別サービス事業所が、ケアプラン通りにサービス提供をしているかを継続的に確認する ・定期的にチームメンバーによる検討の場を設ける ・利用者の状態に応じて、どの専門職につなぐのが最も適切かを判断して、依頼をする ・つないだ連携先の専門職と連絡をとり、継続的に状況を把握する | ・ケア方針・目標が共有されていたかを確認し、評価する ・共有されたケア方針・目標に沿って、個別サービスが適切に提供されていたかを確認し、評価する ・共有されたケア方針・目標や個別サービス内容の妥当性を評価する ・個別サービス事業者の体制が適切であったかを確認し、評価する ・評価した結果を個別サービス事業所にフィードバックして共有を図り、チームとしての連携体制の改善につなげる ・個別サービス事業者の専門職の視点より、地域課題を明らかにする | |
| | チームコーディネート | (7)多職種に対して情報の収集・提供・フィードバックする力 | ・主治医意見書や退院時サマリーを取り寄せて、利用者の疾患に関する情報収集を行う ・将来の疾病リスクについて、必要に応じて主治医に直接連絡をとり、治療方針等の確認を行う | ・アセスメントで抽出された課題や今後の利用者・家族が目指す生活の方向性について、あらかじめサービス事業所に情報提供することで、各事業所の個別サービス計画を立てやすくし、サービス担当者会議の円滑化を図る ・どのような情報を介護支援専門員に提供してほしいかを各個別サービス事業所にあらかじめ簡潔明瞭に伝えておき、情報が集約される仕組みを作る | ・各個別サービス事業所に対してネットワーク良く情報収集を行い、各々が持つ情報を集約して利用者の状態に関する全体像を把握する ・集約した情報を各個別サービス事業所にフィードバックし、チーム全体で円滑な情報共有の体制をつくる | ・介護支援専門員と個別サービス事業所担当者との情報収集・提供体制が適切であったかを確認し、評価する | |
| | 介護支援専門員自身が対象 | (8)知識・技術を習得し活用する力 | ・介護保険法の条文、趣旨を十分に理解している ・対人援助のための面接技術、相談技術を身に付けている ・人間の身体機能の基本的知識を身に付けている ・他職種に簡潔明瞭に説明できるコミュニケーションの技術を身に付けている | | | | |
| | | (9)経験を蓄積し効果的に生かす力 | ・普段から、地域資源に関する情報を蓄積し、連携する事業所の候補先を多く有している ・地域の事業所連絡会や勉強会等に参加し、ネットワークを広げている ・仕事上で培った経験に基づいて判断を行う | | | | |
| | | (10)専門職としての基本的姿勢 | ・自立支援、本人の状態悪化予防・遅延化の考え方をケアプラン作成の基本に置く ・自分が作成したケアプランに責任をもつ ・中立公正の考え方を堅持する ・他職種の専門性に基づく意見を尊重するとともに、自らの責任を明確にして、お互いにかばり合うという姿勢を持つ ・必要な仕事の段取りや準備を円滑に行う ・必要な知識や技術を身に付けるための努力を継続する姿勢をもつ | | | | |
| (11)倫理観 | | ・利用者本位の姿勢を持ち、信頼を得るような丁寧で真摯な対応をする。 ・利用者の尊厳を保持するような支援を行う | | | | | |

(外部環境)

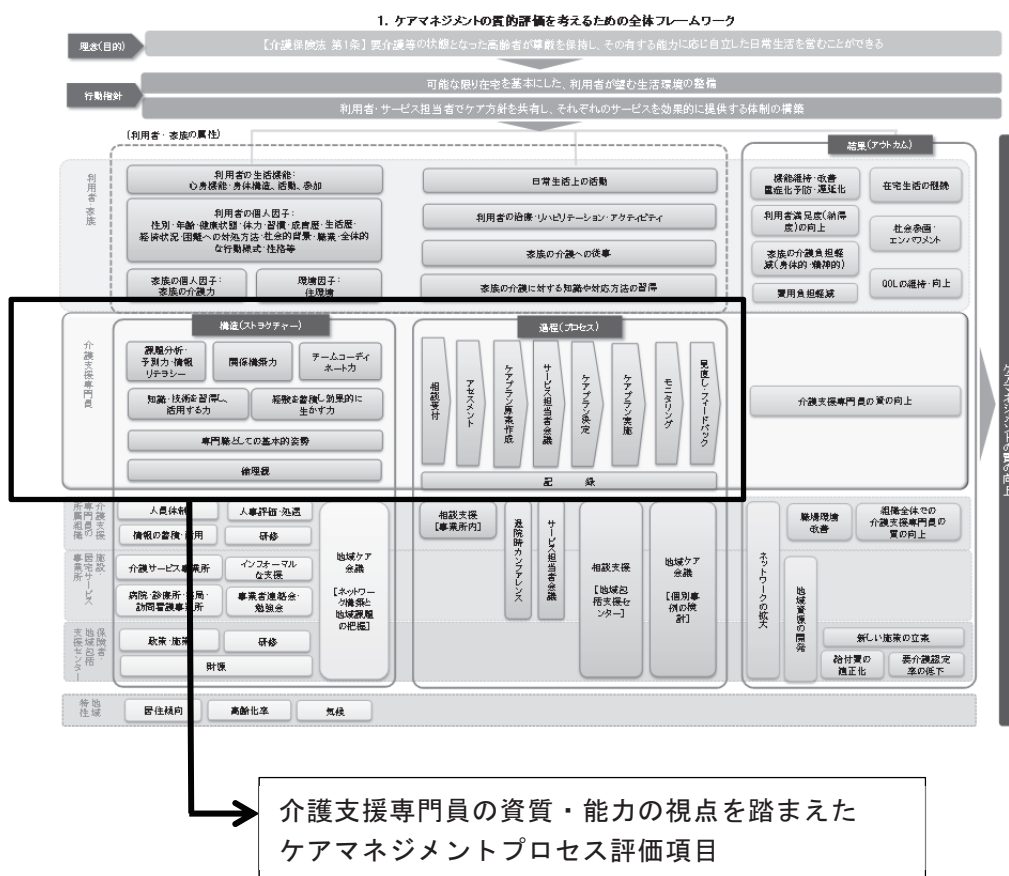
| | | |
|----------------|----------------------------|--|
| 組織・事業所としての取り組み | (12)事業所の運営管理・職場づくり | ・介護支援専門員が効率的な業務の遂行を行い、事業所全体での業務改善につなげる ・事業所として給付管理に関する介護支援専門員への支援体制を整える ・事業所として業務上の課題分析を行い、地域課題を把握して解決に向けた働きかけを行う ・事業所を中心にその地域のネットワーク作りを進める |
| 地域全体としての取り組み | (13)地域のネットワーク・インフォーマル資源の活用 | ・地域全体として、事業者が連携を取りやすい場を作る ・保険者・地域包括支援センターが地域の事業所を後方支援する体制を整える ・地域のインフォーマル資源を開発、活用する |

3. ケアマネジメントの質的評価を考えるための全体フレームワークにおける指標の考え方の整理

ケアマネジメントの質的評価を考えるための全体フレームワークで整理された各指標について、考え方の整理を行う。

なお、「介護支援専門員の資質・能力の視点を踏まえたケアマネジメントプロセス評価項目」については、第3章のインタビュー調査の結果を基に作成したものであり、「ケアマネジメントの質的評価を考えるための全体フレームワーク」の中で、「介護支援専門員」における「構造(ストラクチャー)」と「過程(プロセス)」の部分抜き出したものである。

図表10 介護支援専門員の資質・能力の視点を踏まえたケアマネジメントプロセス評価項目の位置付け



理念(目的)・行動指針

まず、「ケアマネジメントの質的評価を考えるための全体フレームワーク」を策定するにあたっての基軸として、理念(目的)および行動指針を、以下のように設定した。

【理念(目的)】

要介護等の状態となった高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる。(介護保険法第1条より抜粋)

【行動指針】

- 可能な限り在宅を基本にした、利用者が望む生活環境の整備
- 利用者・サービス担当者でケア方針を共有し、それぞれのサービスを効果的に提供する体制の構築

利用者・家族の属性

ケアマネジメントの質的評価の中で、特に結果(アウトカム)に関連する背景的な要素として、利用者・家族の特性が考えられる。ただし、利用者・家族の属性自体は、制度上の評価の対象ではないため、ドナベディアンモデルの「構造(ストラクチャー)」「過程(プロセス)」「結果(アウトカム)」の評価枠組みの外側に位置付けられる。以下では、この利用者・家族の属性について、＜構造(ストラクチャー)に近い属性＞＜過程(プロセス)に近い属性＞に分けて、整理を行う。

＜構造(ストラクチャー)に近い属性＞ ※ICF(国際生活機能分類)の考え方に基づいて整理

| 指標 | 考え方 |
|-----------------------|---|
| (1)利用者の生活機能 | ICFでは、生活機能は、以下の3点で捉えられる。 <ul style="list-style-type: none"> ・心身機能・身体構造:利用者の生命維持に関係する、身体・精神の機能や構造 ・活動:生活行為全般(ADL、家事行為、職業上の行為、余暇活動に必要な行為、趣味、社会生活上必要な行為) ・参加:家庭や社会に関与し、役割を果たすこと 利用者本人に、これらの生活機能がどの程度あるかによって、結果(アウトカム)の状況に影響を与えると考えられるため、ケアマネジメントの質的評価の背景要因の一つと考えられる。 |
| (2)利用者の個人因子 | 性別・年齢・健康状態・体力・習慣・成育歴・生活歴・経済状況・困難への対処方法・社会的背景・職業・全体的な行動様式・性格等、利用者が持っているこれらの固有の特性によって、結果(アウトカム)の状況に影響を与えると考えられるため、ケアマネジメントの質的評価の背景要因の一つと考えられる。 |
| (3)家族の個人因子: 家族の介護力 | 在宅介護では、家族介護者が大きな役割を担っているため、家族の介護力がどの程度あるかということが、ケアマネジメントの質的評価の背景要因の一つと挙げられる。 |
| (4)環境因子:住環境 | 住環境の整備状況が、利用者が安全・安心に生活動作が出来るかどうかに影響すると考えられるため、環境因子としての利用者・家族の住環境が、ケアマネジメントの質的評価の背景要因の一つと考えられる。 |

＜過程(プロセス)に近い属性＞

| 指標 | 考え方 |
|-----------------------------|--|
| (1)日常生活上の活動 | 利用者・家族がどのような生活を送っているか、具体的な日常生活上の活動については、ケアマネジメントの質的評価の背景要因の一つと考えられる。 |
| (2)利用者の治療・リハビリテーション・アクティビティ | 利用者が行っている治療・リハビリテーション・アクティビティについては、ケアマネジメントの質的評価の背景要因の一つと考えられる。 |
| (3)家族の介護への従事 | 家族がどの程度、介護に従事しているかは、ケアマネジメントの質的評価の背景要因の一つと考えられる。 |
| (4)家族の介護に対する知識や対応方法の習得 | 家族がどの程度、介護に対する知識や対応方法を習得しているかは、ケアマネジメントの質的評価の背景要因の一つと考えられる。 |

構造(ストラクチャー)

ケアマネジメントの質に影響を与える「構造(ストラクチャー)」の指標について、考え方を整理する。本事業では、「構造(ストラクチャー)」とは、「過程(プロセス)」と区別する意味で、個別のケアマネジメント事例に対する支援ではない環境的部分の評価をすべて含むと捉えている。

【介護支援専門員】

介護は労働集約型産業であるため、人材の質がサービスの質に大きく影響を与える。そのため、第3章で明らかにした介護支援専門員の資質・能力が、個々の介護支援専門員にどの程度備わっているのかという点が、実際に提供するケアマネジメントの質に関係すると考えられる。

| 指標 | 考え方 |
|------------------|---|
| (1) 課題分析・予測力 | 介護支援専門員が持つべき資質・能力を整理したものであり、これらの資質・能力がどの程度習得されているかを把握することによって、その介護支援専門員が行うケアマネジメントの質を測ることができると考えられる。 ※詳細は、p.40 を参照 |
| (2) 関係構築力 | |
| (3) チームコーディネート力 | |
| (4) 記録管理ができる力 | |
| (5) 組織に働きかける力 | |
| (6) 知識・技術 | |
| (7) 経験 | |
| (8) 専門職としての基本的姿勢 | |
| (9) 倫理観 | |

【介護支援専門員の所属組織】

居宅介護支援事業所に対する評価としては、すでに介護報酬において特定事業所加算が創設されており、一部で構造(ストラクチャー)評価が制度化されている。この加算の趣旨としては、常勤専従の主任介護支援専門員の配置や、常勤専従の介護支援専門員の複数配置、および計画的な研修の実施や事例検討会への参加等、「専門性の高い人材」の配置を報酬上で評価しているという側面を持っている。こうした既存の仕組みを踏まえつつ、さらに多面的な評価を検討することが、さらなるケアマネジメントの質向上につながるものと考えられる。

| 指標 | 考え方 |
|--------------|---|
| (1) 人員体制 | どの程度の専門性の高い人材をどの程度配置しているかは、事業所としての質に影響を与えるため、質の高いケアマネジメントに求められる「資質・能力」を明らかにした上で、これらを保有する職員がどの程度配置されているかを評価するものである。 |
| (2) 人事評価・処遇 | 適切な人事評価・処遇の仕組みは、職員の満足度やモチベーションの向上につながり、ケアマネジメントの質改善につながると考えられるため、適切な人事評価・処遇の仕組みが整えられているかを評価するものである。 |
| (3) 情報の蓄積・活用 | 組織として共有すべき情報がどの程度蓄積・活用されているかを把握し、評価するものである。例えば、ケアマネジメントの成功事例から抽出された具体的な手法や書式等を事業所全体で共有し活用することで、事業所全体としてのケアマネジメントの業務改善につなげることができると考えられる。 |
| (4) 研修 | 研修体制の整備は、職員の知識・技術の向上のためには必須である。研修時間や研修プログラムの内容も含め、内容の詳細について評価を行うものである。 |

【施設・居宅サービス事業所】

ケアマネジメントを行う場合、個別サービスを提供する介護サービス事業所やインフォーマルサービス、あるいは連携する病院・診療所・薬局・訪問看護事業所がどの程度存在し、どの程度のサービスの質を保有しているかは、ケアマネジメントの質に影響を与えると考えられる。

| 指標 | 考え方 |
|----------------------|---|
| (1)介護サービス事業所 | 介護支援専門員がケアプラン作成時に介護サービス事業所を選ぶ際、どの程度の質を有する介護サービス事業所が何か所あるのかという点はケアマネジメントの質に重要なポイントであり、これを評価するものである。 |
| (2)インフォーマルな資源 | 地域の配食、買い物、見守り等の生活支援サービスを行う団体(地域の自治組織、老人クラブ等)や個人(隣人、友人等)がどの程度存在するか、という点は、利用者・家族に対してどの程度充実した支援ができるかの重要なポイントであり、これを評価するものである。 |
| (3)病院・診療所・薬局・訪問看護事業所 | 病院や介護保険施設、特定施設等から在宅移行するためにケアプラン作成を行う場合、退院・退所元の病院等がどの程度の退院・退所調整機能を持ち、地域との連携を積極的に行っているかは、その後のケアマネジメントプロセスに影響を与える。また、診療所・薬局・訪問看護事業所や民生委員等が地域連携についてどの程度積極的であるかは、多職種協働による利用者・家族支援の充実度に影響を与える。以上のような観点で、地域での多職種の連携状況を評価するものである。 |
| (4)事業者連絡会・勉強会 | 地域で事業者連絡会・勉強会がどの程度頻繁に開催され、何か所の事業所が参加しているかは、地域の多職種での連携状況を反映するものと考えられ、これを評価するものである。 |

【保険者・地域包括支援センター】

保険者である自治体および地域包括支援センターによる政策・施策の実施状況は、その地域でケアマネジメントを実施する居宅介護支援事業所の業務にとって影響を与える。保険者および地域包括支援センターが、個別の利用者への支援以外に、具体的にどのような事業を実施しているかによって、介護支援専門員の業務のし易さも変わるものと考えられる。また、保険者および地域包括支援センターによって、地域の介護サービスの従事者向けに研修が実施しているかも重要な視点である。

| 指標 | 考え方 |
|-----------|--|
| (1) 政策・施策 | 保険者が、高齢者人口・高齢化率・要介護高齢者数等の中長期的なニーズの推移を見込んだ上で、どの程度の介護サービス事業所やインフォーマルな支援等の地域資源の計画的整備を行っているか、また自治体の一般財源事業として独自の高齢者支援施策を行っているか等は、外的な要因として、ケアマネジメントの質に影響を与えるため、これを評価するものである。 |
| (2) 財源 | 保険者が上記(1)の政策・施策を実施するためには財源が必要となるため、これらの財源をどの程度確保しているかを評価するものである。 |
| (3) 研修 | 保険者として、地域の介護支援専門員を対象にした研修会を定期的に主催しているかどうかを評価するものである。 |

【介護支援専門員の所属組織 - 施設・居宅サービス事業所 - 保険者・地域包括支援センター】

厚生労働省通知「地域包括支援センターの設置基準について(平成24年4月20日)」では、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築として、地域包括支援センターまたは市町村が「地域ケア会議」を主催し、設置・運営する旨が明記された。

上記通知で示されている「地域ケア会議」の目的としては、個別事例の検討を通じた、

- (1) 高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築
- (2) 地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援
- (3) 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握

が挙げられている。本事業では、「構造(ストラクチャー)」は、個別のケアマネジメント事例に対する支援ではない環境的部分に関する評価であると整理したため、「構造(ストラクチャー)」における「地域ケア会議」の評価は、上記(1)～(3)の目的のうち、特にネットワーク構築や地域課題の把握に関わる部分となる。

| 指標 | 考え方 |
|------------------------------|--|
| (1) 地域ケア会議(ネットワーク構築と地域課題の把握) | 地域包括支援センターが、ネットワーク構築や地域課題の把握をどの程度実施できているかを評価するものである。具体的には、上記目的のための地域ケア会議の開催の有無や頻度、関係機関(行政職員、センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等)の参加状況、および関係機関の検討によって地域課題がどの程度把握されたかを把握し、評価する。 |

【地域特性】

ケアマネジメントを行うための外部環境特性であり、制度上の評価の対象にならない部分の中で、利用者・家族という個別事例に起因するものではなく、地域全体に関わる部分が、この地域特性である。

| 指標 | 考え方 |
|----------|---|
| (1) 居住傾向 | 地域住民が施設入所志向であるのか、在宅生活志向であるのかは、ケアマネジメントを行うにあたっての背景的要因になるため、こうした傾向を把握することが必要になる。 |
| (2) 高齢化率 | 地域全体の高齢化率は、介護保険サービスに対する需要の多寡に影響を与え、需給状況のアンバランスを生み出す場合にはケアマネジメントの質に影響を与えるものと考えられる。また、介護保険サービスに対する需要は、保険者の政策・施策にも影響を与えるため、これらを把握することが必要になる。 |
| (3) 気候 | 地域の気候は、地域住民の健康状態や生活機能の状況に影響を与えることが予想される。また、例えば積雪が多い地域等では移動のコストが大きくなるため、利用者宅への訪問や他事業所との連携にも負担が重くなることも考えられる。 |

過程(プロセス)

【介護支援専門員】

ケアマネジメントの質に影響を与える「過程(プロセス)」の指標について、考え方を整理する。すでに述べたとおり、「構造(ストラクチャー)」とは、個別のケアマネジメント事例に対する支援ではない環境的部分に関する評価と整理されていたが、「過程(プロセス)」については、個別のケアマネジメント事例の支援に関わる評価として整理する。

| 指標 | 考え方 |
|----------------|--|
| (1)相談受付 | 介護支援専門員が行うケアマネジメントプロセスのフェーズによって分類しており、それぞれの段階においてどのような行動を実践するかによって、ケアマネジメントの質に影響を与えたと考えられる。 ※詳細は、p.40 を参照 |
| (2)アセスメント | |
| (3)ケアプラン原案作成 | |
| (4)サービス担当者会議 | |
| (5)ケアプラン決定 | |
| (6)ケアプラン実施 | |
| (7)モニタリング | |
| (8)見直し・フィードバック | |

また、上記のケアマネジメントプロセス全体において、ケアマネジメントの質に影響を与える要因として、「記録」の実施がある。これは、ケアマネジメントの質の向上のためには、自らのケアマネジメントの実践に対する記録に蓄積し、それを基にして評価、見直しを行うことが必須と考えられるためである。

| 指標 | 考え方 |
|-------|--|
| (9)記録 | ケアマネジメントの実践について、必要な情報が正確な方法で記録として記載されているかを評価するものである。 |

【介護支援専門員の所属組織】

居宅介護支援事業所の内部において実施される、個別のケアマネジメント事例に対する関わりについて、ケアマネジメントの質と関わる部分を抽出し、評価するものである。具体的には、事業所の内部での、介護支援専門員に対する相談支援の充実度がケアマネジメントの質に影響を与えると考えられる。

| 指標 | 考え方 |
|----------------|--|
| (1) 相談支援(事業所内) | 管理者または同僚からの適切な相談支援を受けることができれば、介護支援専門員の資質向上、業務負担軽減を図ることができると考えられるため、これを評価するものである。 |

【介護支援専門員の所属組織 - 施設・居宅サービス事業所】

病院から退院する患者に対してケアマネジメントを実施する場合、病院の退院調整部門の担当者に加え、地域の主治医や介護サービス事業所等の関係者を含めて、円滑な退院時カンファレンスを実施することで、関係者間での情報や目標の共有を図り、質の高いケアマネジメントを実践することが可能になると考えられる。

また、ケアプラン作成時においても、サービス担当者会議が十分に機能して、関係者間での連携体制が整えられることで、質の高いケアマネジメントにつなげることが可能になると考えられる。

| 指標 | 考え方 |
|----------------|---|
| (1) 退院時カンファレンス | 退院時カンファレンス実施の有無、参加者の人数や参加職種等が、その後のケアマネジメント導入時に適切な情報収集・共有が図られているかに影響を与えることが考えられるため、これを評価するものである。 |
| (2) サービス担当者会議 | 介護支援専門員が実際にケアプランを作成する際に、関係者間で適切に情報や目標を共有するためには、サービス担当者会議が十分に機能することが必要になる。サービス担当者会議において、地域の関係者が参加し、連携の体制が整えられているかを評価するものである。 |

【介護支援専門員の所属組織 - 施設・居宅サービス事業所 - 保険者・地域包括支援センター】

地域包括支援センターが地域の介護支援専門員に対して、日常的な指導・相談・助言等を実施することで、介護支援専門員の資質・能力の向上につながるものと考えられる。

また、本事業では、「過程(プロセス)」は、個別のケアマネジメント事例の支援に関わる評価であると整理したため、「過程(プロセス)」における「地域ケア会議」の評価は、すでに述べた(1)～(3)の目的のうち、特に個別事例の検討に関わる部分となる。

| 指標 | 考え方 |
|----------------------|--|
| (1) 相談支援(地域包括支援センター) | 地域包括支援センターによる地域の介護支援専門員に対する日常的な指導・相談・助言の実施状況(回数、内容等)を評価するものである。 |
| (2) 地域ケア会議(個別事例の検討) | 地域包括支援センターが、個別事例の検討を目的とした地域ケア会議をどの程度実施し、事例に対してどの程度の指導・相談・助言を実施したかを評価するものである。 |

結果(アウトカム)

【利用者・家族】

ケアマネジメントに基づき、実際に介護保険サービスを提供したことによって生み出された結果(アウトカム)としては、身体的な側面(身体機能の変化)、精神的な側面(満足度(納得度)やQOLの度合)、社会的な側面(社会生活の度合)等、様々な側面からの検討が必要になる。

これらは、利用者・家族にとって、より望ましい効果を直接的に測る指標であり、ケアマネジメントの質的評価の対象としても重要度が高い一方で、ケアマネジメントによる効果と個別サービスによる効果が総合的に組み合わさった結果としての効果であり、その点は留意が必要である。

| 指標 | 考え方 |
|-----------------------|---|
| (1)機能維持・改善 重症化予防・遅延化 | 要支援高齢者等、身体機能の改善の余地が大きい高齢者の場合は、どの程度の機能維持・改善が図られたかを評価するものである。また、例えばがんターミナル期にある高齢者等は、疾病の特性上、状態改善が見込めない場合もあるが、その場合はどれだけの期間、重症化を予防・遅延化できたかを測るものである。身体機能の代表的な指標は、ADLや要介護度である。 |
| (2)利用者満足度(納得度)の向上 | 利用者がサービスを受けた際の主観的評価として、ケアマネジメントに対してどの程度満足したか、あるいは介護保険制度の趣旨や介護支援専門員の役割を理解した上でケアマネジメントに対してどの程度納得したかを評価するものである。 |
| (3)家族の介護負担軽減(身体的・精神的) | 在宅介護においては、家族介護力が重要となるため、家族の介護負担がどの程度軽減されたかを評価するものである。 |
| (4)費用負担の適正化 | ケアマネジメントの結果、利用者の身体機能が改善した場合には、利用者の状態像に合わせてサービス内容が変更され、結果として費用負担が適正化されるという効果も持つ。このように、どの程度の費用負担の適正化が図られたかを評価するものである。 |
| (5)在宅生活の継続 | 在宅生活をどの程度継続できるかという視点は、ケアマネジメントの実施にあたって最も基盤にある目標であり、この在宅継続の期間をどこまで延ばせるかを評価するものである。 |
| (6)社会参画・エンパワメント | 要介護高齢者の場合、身体機能低下や意欲の低減から、閉じこもりになる場合もある。こうした高齢者に対して、介護支援専門員が支援を行って本来持っている意欲や能力を引き出し向上させて、どの程度社会活動への参画につながられるかを評価するものである。 |
| (7)QOLの維持・向上 | 利用者を感じている精神面の豊かさや生活全体に対する満足度がどの程度向上したかを評価するものである。 |

【介護支援専門員】

ケアマネジメントによってもたらされる介護支援専門員にとっての結果(アウトカム)は、介護支援専門員自身の質の向上である。

| 指標 | 考え方 |
|------------------|--|
| (1) 介護支援専門員の質の向上 | 専門職としての資質・能力のラダーや、事業所内でのキャリアアップの仕組み等に基づき、介護支援専門員自身が資質・能力をどの程度向上できるかを評価するものである。 |

【介護支援専門員の所属組織】

介護支援専門員が継続的に質の高いケアマネジメントを行っていくためには、所属する組織が、組織全体として活性化を図り、職場環境を改善していくことが必要になる。また、所属する組織の中で、同僚や後輩が成長し、資質・能力を向上させていくことで、組織全体としてケアマネジメントの質改善を図ることができると考えられる。

| 指標 | 考え方 |
|------------------------|---|
| (1) 職場環境改善 | 人材マネジメントや組織運営を見直して職場環境がどの程度改善されたか、その結果として職員の定着やモチベーション向上がどの程度実現したかを評価するものである。 |
| (2) 組織全体での介護支援専門員の質の向上 | 組織の他の介護支援専門員に対する助言・指導等を通じて、組織全体での介護支援専門員の質の向上にどの程度貢献できたかを評価するものである。 |

【保険者・地域包括支援センター】

保険者として地域全体の給付費を管理し、介護保険サービスの適正な利用を促進することは介護保険制度の持続可能性を確保するためには重要である。ケアマネジメントの成果(アウトカム)として、介護支援専門員が利用者のニーズ把握に基づいて必要なサービスをプランニングし、サービス利用を適切に支援し、モニタリングを続けることによって、給付費の適正な利用が図られると考えられる。また、あわせて地域全体で要介護認定率が低下することで地域活性化が図られるならば、ケアマネジメントの成果(アウトカム)の一つであると考えられる。

さらに、給付費の適正化によって財源確保につながり、保険者の実施する新たな高齢者支援施策の立案につなげていくことができれば、より内容の充実したサービス提供やサービス量の計画的な整備を進めていくことができると考えられる。

| 指標 | 考え方 |
|---------------|--|
| (1) 給付費の適正化 | 保険者全体として、介護保険サービスがどの程度適正に利用されるようになったかを評価するものである。 |
| (2) 要介護認定率の低下 | 保険者全体として、要介護認定率がどの程度低下したかを評価するものである。 |
| (3) 新しい施策の立案 | 保険者の実施する高齢者支援施策がどの程度新しく立案されたかを評価するものである。その際、地域ケア会議の結果が、新しい施策にどの程度反映されたかについても評価に含まれると考えられる。 |

【介護支援専門員の所属組織 - 施設・居宅サービス事業所 - 保険者・地域包括支援センター】

居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、保険者・地域包括支援センターが参加する地域のネットワークがより拡大し、緊密な連携が図られるようになれば、個々のケアマネジメントを実施する環境がさらに整うことになり、ケアマネジメントの質は向上すると考えられる。

| 指標 | 考え方 |
|---------------|---|
| (1) ネットワークの拡大 | 居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、保険者・地域包括支援センターが参加する地域のネットワークがどの程度拡大したかを評価するものである。 |

【施設・居宅サービス事業所 - 保険者・地域包括支援センター】

今後の高齢化の進展を踏まえて、介護保険サービスだけではなく、そこを補完するような地域のNPO法人、ボランティア団体、老人クラブ、町会・自治会等の生活支援のための地域資源がさらに開発されていくことが重要である。ケアマネジメントの実践によって、これらの地域資源の開発につながったかどうかを見ることは、ケアマネジメントの結果(アウトカム)の指標として意味があると考えられる。

| 指標 | 考え方 |
|-------------|---|
| (1) 地域資源の開発 | NPO法人、ボランティア団体、老人クラブ、町会・自治会等の生活支援のための地域資源がどの程度開発されたかを評価するものである。 |

4. ケアマネジメントの質的評価を行う際の評価軸の整理

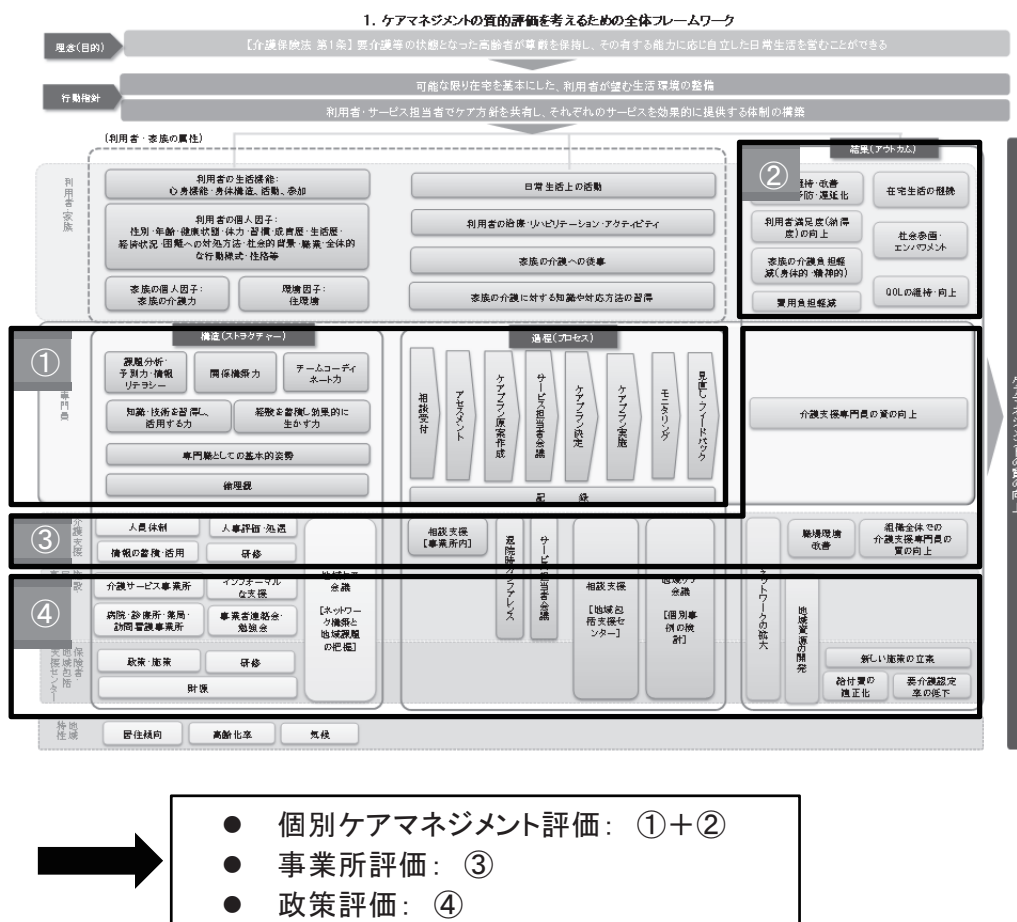
ケアマネジメントの質的評価を考えるための全体フレームワークで整理された各指標について、実際に評価を行う際の評価軸の整理を行う。

具体的には、以下の3点の評価軸に整理された。

| 評価軸 | 考え方 |
|------------------|---|
| (1) 個別ケアマネジメント評価 | 介護支援専門員による個別のケアマネジメント事例に関わる実践について評価を行う。 |
| (2) 事業所評価 | 事業所としてのケアマネジメントの質の向上に関わる取り組みについて評価を行う。 |
| (3) 政策評価 | 保険者として地域全体でのケアマネジメントの質の向上に関わる取り組みについて評価を行う。 |

なお、資料 1「ケアマネジメントの質的評価を考えるための全体フレームワーク」における、それぞれの評価軸の位置付けは、以下のとおりである。

図表11 ケアマネジメントの質的評価を行う際の評価軸の位置付け



図表12 ケアマネジメントの質的評価を行う際の評価軸の考え方整理

| | ＜構造(ストラクチャー)＞ | ＜過程(プロセス)＞ | ＜結果(アウトカム)＞ |
|--------------|---|--|--|
| 個別ケアマネジメント評価 | <ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員の資質・能力がどの程度であるか <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> 課題分析・予測力 情報リテラシー 関係構築力 チームコーディネート力 知識・技術を習得する力 経験を蓄積し効果的に生かす力 専門職としての基本的姿勢を保持する力 倫理観を培う力 </div> | <ul style="list-style-type: none"> 適切なケアマネジメントプロセスが実施されたか <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> 相談受付 アセスメント ケアプラン原案作成 サービス担当者会議 ケアプラン決定 ケアプラン実施 モニタリング 見直し・フィードバック </div> <ul style="list-style-type: none"> 適切な記録が実施されたか | <ul style="list-style-type: none"> 利用者の生活機能がどの程度維持・改善されたか、または重症化の予防や遅延化が図られたか 利用者満足度(納得度)がどの程度達成されたか 家族の介護負担(身体的・精神的)がどの程度軽減されたか 利用者・家族の費用負担はどの程度軽減されたか 利用者の在宅生活がどの程度継続されたか 利用者・家族の社会参画・エンパワメントがどの程度促進されたか 利用者・家族のQOLがどの程度向上したか |
| 事業所評価 | <ul style="list-style-type: none"> 人員体制が整っているか 適切な人事評価・処遇が行われているか 情報の蓄積・活用の体制が整っているか 職員の研修体制が整っているか | <ul style="list-style-type: none"> 職員への相談支援が十分に行われているか 退院時カンファレンスやサービス担当者会議は十分に行われているか 地域とのネットワークが十分に作られているか | <ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員の資質・能力がどの程度向上したか 地域とのネットワークがどの程度拡大したか 職場環境がどの程度改善したか |
| 政策評価 | <ul style="list-style-type: none"> 地域資源(医療機関・介護サービス事業所・インフォーマルサービス等)が十分にあるか 地域で事業者連絡会・勉強会が十分に行われているか 保険者・地域包括支援センターによる研修が十分に行われているか 保険者の政策・施策の実施状況およびその財源の確保が十分か | <ul style="list-style-type: none"> 保険者・地域包括支援センターによる地域の事業所への相談支援が十分に行われているか | <ul style="list-style-type: none"> ネットワークは拡大したか 地域資源は開発されたか 保険者全体の介護保険給付費は適正化されたか 保険者全体の要介護認定率は低下したか 新たな高齢者支援施策は立案されたか |
| | <ul style="list-style-type: none"> 地域ケア会議は行われているか | | |

第5章 まとめと今後の課題

結果のまとめ

従来、ケアマネジメントの質的評価の必要性が指摘されつつも、十分な検討がなされてこなかった背景として、ケアマネジメントの質とは何かを捉えるための枠組みがなく、また評価のための方法論が確立していなかったという点が挙げられる。

そこで、本調査研究事業では、ケアマネジメントの質的評価について探索的分析を行うため、介護支援専門員へのインタビュー調査を実施した。インタビュー調査という方法を選択した理由は、現時点で「ケアマネジメントの質」は個別性が強く多様であるため、量的調査だけでは十分に対応できないと判断したためである。

本調査研究事業の結果としては、インタビュー調査によるデータを積み重ねることで、ケアマネジメントの質的評価を行うための全体的なフレームワーク素案を作成し、さらにケアマネジメントプロセス評価指標について、介護支援専門員に求められる資質・能力という観点と組み合わせで詳細項目の抽出を行うことができた。これによって、ケアマネジメントの質的評価を検討するための基本的な枠組みが一定程度得られたと考えられる。

今後の課題

本事業で作成した、ケアマネジメントの質的評価のフレームワークおよびケアマネジメントプロセス詳細項目の素案については、今後さらにデータ収集および内容の検討作業を進め、精度を上げることが必要になる。データ収集については、質問紙による量的調査であれば、短期間で大規模データの収集が可能である反面、数値では表せない多様なバリエーションを反映させることができなくなるため、精度向上に向けては、引き続きインタビューデータ蓄積による検証が妥当であると考えられる。

また、文献検討において、プロセス評価指標の重要性が指摘されていたところから、本事業では特にプロセス評価について特化してデータ収集を行い、詳細な項目抽出を行った。このため、それ以外の指標については考え方のみを示すに留まっており、指標の具体化の作業は、今後の課題となっている。

さらに、本事業で詳細に抽出を行ったケアマネジメントプロセス項目については、さらに検証を行った上で、実際に現場で使いやすい様式に改変することで、具体的な質改善のツールとして有用性を高めることが必要になる。これらの質改善ツールを開発することで、事業所内での自己評価や第三者評価に活用することが可能になると考えられる。

※本調査研究は、平成 24 年度老人保健健康増進等事業として実施したものです。

平成 24 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
ケアマネジメントの質的評価のあり方に関する調査研究事業
報告書

平成 25 年 3 月
株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-18-1 大崎フォレストビルディング
TEL: 03-6833-6744 FAX:03-6833-9480