

特別研究報告書

*研究テーマ『社会福祉サービス評価のシステム化に関する研究〔そのII〕

—サービスの「質」の評価と第三者評価の課題—

（1）研究の目的と意義

本研究の前提には、平成11年度の『社会福祉施設のサービス実態と職員の意識調査』、平成12年度の『サービス評価システムの検討』とその成果としての『在宅サービス利用者満足度調査』、そして平成13年度の『居宅サービス事業者自己評価システム』の検討とその成果としての『在宅介護サービス評価のための調査』がある。

この継続的・重層的な一連の実証研究は、介護保険の施行を契機として課題となっているサービス評価をシステム化するための試行である。その一つは「サービスの質」を改善・向上させるための評価であり、二つには苦情救済等の権利擁護システムの整備である。三つには何よりもこうしたシステムの要であるケアマネジャー（介護支援専門員）の資質や力量を向上させていくことである。

本研究は、前述のような専門職の意識や実態の調査を踏まえ、ケアマネジャーが直面している課題、とりわけサービスとニーズを繋ぐ役割、さらには利用者とサービス提供事業者を繋ぐ支援事業のあり方を捉えることで、「質」の問題に対するアプローチを試みることである。そのために以下のようなポイントをとおして、サービス評価の課題を明らかにしようとしている。

- ①サービス支援に関するケアマネジャーの意識
- ②サービス支援に関する実態
- ③ケアマネジャーの支援技法であるケアマネジメントの状況

ケアマネジャーが所属している静岡県内のサービス支援事業者約600カ所の悉皆調査をとおして、こうした課題を浮き彫りにしていきたいと考えている。本調査の分析をとおして、ケアマネジャーの現状を明らかにしていくが、サービス提供事業者に対するサービス評価のシミュレーションの結果を踏まえ、サービスの「支援」と「提供」の相互の関係とその課題を明確にすることで、今後のサービス評価さらには第三者評価の意義について探求していきたい。

（2）研究結果

添付資料②

介護支援専門員の意識とケアマネジメント技法等に関する調査結果

※調査結果の概要

1) 一ヶ月あたりのケアプランの作成数

「40以上50未満」(28.2%)と「50以上」(26.7%)でおよそ6割弱を占めている。50件を境界として介護支援専門員が加重のケアプランに関わっている様子がかいま見られる。

2) ケアプラン作成時に重要視している事項

「利用者・家族の意向を中心に作成」が8割近くを占めており、次いで「利用者のアセスメント(課題分析)を踏まえて作成」が1割強である。他の項目はいずれも1割にも満たない。

3) ケアプラン作成の課題

サービスの組み立てに関して、「まあまあ組み込んでいる」が半数に対して、「組み込めないことがある」も4割強を占めており、ケアプラン作成における介護支援専門員の明暗が見えている。

4) サービスを組み込めない理由

「サービス利用を勧めても、利用者・家族が希望しないから」がおよそ5割でもっとも突出している。次いで「事業者はあるが、サービス提供量が不足しているから」が2割強ほどある。他の項目が1割にも満たないとすれば、上記の2項目はケアプランの課題の両面をよく示している。

5) 最も組み込みにくいサービス種別〔MA：上位3つ〕

組み込みにくいサービスの上位3つは「短期入所生活介護」(61.7%)、「訪問リハビリテーション」(51.5%)、「短期入所療養介護」(46.1%)である。次いで、「訪問看護」(22.6%)と「訪問介護」(20.4%)の訪問系が並んでいる。利用の頻度が高い割にはサービス資源が整わない現状を占めていると言えよう。

6) サービス担当者会議の実施

サービス担当者会議の実施について、「なかなか行えない」が約半数を占めており、「行っていない」の1割を加えると、3人にふたりは実施に困難を感じている様子が窺える。次いで「必要時に行っている」が4割弱となっており、ケース・バイ・ケースの様相が見て取れる。

7) サービス担当者会議を行わない理由〔MA〕

サービス担当者会議を開催しない理由として、「集まる場所がない」が9割近くで突出している。次いで「サービス担当者との連絡が取りにくい」(32.9%)、「サービス提供者の協力が得にくい」(24.1%)が上位に挙がっている。

8) サービス担当者会議の意義〔MA：上位3つ〕

サービス担当者会議を開催する意義について、上位3つを挙げるならば、「利用者のニーズを明確にする機会」(62.8%)、「サービス提供の分担や役割を明確にする機会」(55.8%)、「困難ケースの対応策を検討する機会」(50.5%)である。「医療・福祉の専門職との連携を図る機会」や「ケアプランを見直す機会」といった主旨は、ともに4割強で4、5番目に位置している。さらには「利用者・家族の意見や気持ちを聴く機会」は、わずかに1割台のレベルに留まっている。

9) モニタリングの実施状況

モニタリングの実施については、「必要に応じて行っている」が二人にひとりの割合であり、「必ず行っている」は四人にひとり程度である。「あまり行っていない」と「全く行っていない」を合わせると、概ね五人にひとり

となり、モニタリングの達成レベルがかいま見えている。

10) モニタリングの未実施の理由〔MA〕

モニタリングを実施していない（あまり実施していない）理由については、「時間的な余裕がない」が大半であり、次いで「負担が大きすぎる」「方法がわからない」が共に3割台で並んでいる。

11) 困難事例の種別〔MA〕

困難事例の種別では、「経済的な問題（費用問題、貧困など）」が6割強でもっとも多く、次いで「家族の理解と協力が十分ではない」と「介護者不在（昼間独居、キーパーソンがいないなど）」が共に5割台で並んでいる。「老々介護」や「家族内に複数の要介護者がいる」という事例も3割前後と大きい。困難事例の多くが家族問題であることを示している。

12) 介護支援専門員に対する支援条件〔MA〕

介護支援専門員の仕事を円滑に続けていくための支援条件として、もっとも期待されている項目は、「居宅介護支援の介護報酬の引き上げ」「介護支援専門員のための常設の相談窓口」が共に4割近くを占めている。次いで「介護支援専門員の増員」「困難事例の検討会や制度的な手続きの説明会など」が3割強で並んでいる。

13) 研修の受講〔MA〕

過去に受講したことがある研修等のテーマについては、実務研修等で行われている「ケアプランの作成手法」「課題分析の視点と方法」が7割台でもっとも高く、次いで「ケアマネジメントの技法と必要性」「要介護認定等の基準と認定方法」「介護支援専門員の専門性と基本方針」「介護保険に関する行政の取り組み状況・サービス基盤の整備状況」「ケアプラン作成の演習（レベルアップ）」が6割台で並んでいる。全般に介護保険及び介護サービスの制度論が優先している傾向にある。

他方、低い項目では、「主治医との連携方法」「介護サービスに必要なリハビリテーションの基礎知識」などの医療系サービス、「介護予防／生活支援事業に関すること」や「各種の介護サービスの内容や適正な利用法」に関しては1～2割台に留まっている。

14) 研修内容の希望〔MA〕

今後受講したい研修内容についての設問では、「モニタリングの演習」及び「介護サービスに必要なリハビリテーションの基礎知識」が4割台で上位にある。これに加えて、「介護サービスに必要な医学の基礎知識」「主治医との連携方法」など、医療系サービスに関する内容が上位4つを占めている。また、「サービス担当者会議の開催方法や演習」「ケアプラン作成の演習（レベルアップ）」なども3割強の希望を集めている。

これに対して、「介護支援専門員の専門性と基本方針」「要介護認定等の基準と認定方法」は1割にも満たない。

15) 介護支援専門員の業務内容〔MA〕

介護支援専門員の役割として、どのような業務を果たすべきかという設問に関しては、もっとも上位にあるのは「利用者・家族の問い合わせ（電話等）に応じる」「利用者等の要望や希望等を十分に聴き取る」という相談援助機能であり、それぞれ97.1%、94.6%である。次いで、「アセスメント方法を用いて課題分析を行う」「利用者・家族がサービス内容を理解し、選択できるように支援する」「作成した利用票等を利用者宅に配り確認を取る」が94%台で並んでおり、アセスメント段階での手続きが挙げられている。

これに対して、下位にあるのは「所内でサービス評価を実施している」「（サービス評価を）実施した結果を踏まえて事業の改善に取り組んでいる」「利用者支援のために近隣の地域ネットワークづくりを行う」が5割台で並んでおり、「第三者委員（評価）などを活用する」は3割台に留まっている。サービス評価が低い関心事であることを示している。

第1章 調査の目的と方法

1. 調査の目的

公的介護保険制度の施行は、措置制度では表立って語られることのなかったサービスの「質」への関心を喚起した。基礎構造改革がもたらした「選択」と「契約」そして「応益負担」という一連の概念は、介護サービスの「対象者」を「利用者」そして「消費者」に変えて、より良いサービスを購入する動機づけを与えた。

しかし、利用者が自らのニーズに応じた適切な介護サービスを選択することは容易ではなく、それゆえにニーズとサービスを繋ぐために介護支援専門員という新たな専門職が設けられた。介護支援専門員の専門技法は「ケアマネジメント」であるが、介護保険業務として特化されたとは言え、ケアマネジメントは利用者が有効にサービスを利用するために不可欠であり、かつ介護ニーズが多岐にわたっていることを踏まえれば、ケアプランの適切性を担保することは、心身の脆弱な利用者にとって必須の条件である。

ケアマネジメントは、日本では未だ成熟している技法ではなく、介護保険を契機に保健・医療・福祉の領域において一般化したきた感がある。それゆえに、この技法が介護支援専門員の専門技法として定着し、市民の信頼を得られるまでには、まだ多くの努力と期間が必要であろう。

そうだとすると、すでに介護保険施行後3年を経過し、介護支援専門員が実務上ではこのケアマネジメントをとおして利用者・家族の支援行為を行っていることに鑑みれば、その技法の理解や内容がどの程度のレベルにあるのかということは、介護報酬の改訂の問題に留まらず、利用者のいのちと生活に直接・間接に影響していることは論を俟たない。それゆえに、本調査をとおして介護支援専門員のケアマネジメント技法の現状と課題を明らかにし、その改善・向上のための契機や方法を探りたいと考えている。

2. 調査の主たる意義

本調査の主たる意義は、以下のとおりである。

- ① サービス支援に関わる介護支援専門員の意識と課題を把握する。

- ②介護支援専門員の支援内容を明らかにする。
- ③ケアマネジメントの実施状況を浮き彫りにする。
- ④ケアマネジメント技法の習得の機会やその課題を明らかにする。
- ⑤困難事例も含めてサービス支援事例に関する内容や課題を明らかにする。

3. 調査の方法と調査日

①調査の方法

質問紙法による郵送調査である。

②調査対象

静岡県内の居宅介護支援事業者589所

基本資料：WAM NET事業者一覧（2003年3月31日時点）に登録している全事業所620から、廃業・休止等を除く587事業所を対象とする悉皆調査である。1事業者あたり1名の回答者である。

③調査の日程

調査日の記入期日	2003（平成15）年4月15日
調査票回収締切日	2003（平成15）年4月25日
調査票回収打切日	2003（平成15）年5月6日

④回収率

回収率は、送付件数587、回収数420、有効回収率は71.6%である。

4. 調査票の形式

調査票（質問票）は、A4版13頁である。設問は32問であり、「Ⅰ. 回答者について」8項目、「Ⅱ. ケアプラン作成について」7項目、「Ⅲ. サービス担当者会議について」4項目、「Ⅳ. モニタリングについて」3項目、「Ⅴ. 困難事例について」4項目、「Ⅵ. 研修会等について」3項目、「Ⅶ. 介護支援専門員の業務内容について」2項目（うち各項目ごとに小項目65）などを主たる柱としている。

第2章 調査対象者の基本属性

(1) 性別

回答者の性別は、男性22.5%、女性77.5%である。(表3-1)

(2) 年齢

回答者の年齢は、「40歳代」が39.7%でもっとも多く、次いで「50歳代」29.4%、「30歳代」24.6%の順である。

(3) 介護支援専門員としての勤務年数

「3年以上」が半数以上を占めており、介護保険が施行された折の資格取得した介護支援専門員が回答を寄せている。次いで「2年以上3年未満」及び「1年以上2年未満」が2割弱となっている。

(4) 介護支援専門員の前提として資格・免許〔MA〕

「看護師」(33.8%)と「介護福祉士」(31.7%)の両資格が抜きんでて高く、それ以外はおよそ1割前後あるいはそれ以下となっている。

(5) 資格・免許の経験年数〔MA〕

「10年以上20年未満」が45.0%でもっとも高率であり、次いで「20年以上」が27.0%である。約7割が10年以上のキャリアを有していることになる。

(6) 他の業務との兼務状況

介護支援専門員の職務の「専従」型と、他の業務との「兼務」型との比率は、概ね半々である。

(7) 兼務の割合

兼務している人(N=201)のうち、「1割以上3割未満」が3割近くでもっとも高い割合であり、次いで「3割以上5割未満」及び「5割以上7

割未満」が約2割である。

(8) 所属している組織・団体

「社会福祉法人」が29.6%を占めており、次いで「民間企業・自営サービス事業者」(25.7%)、「医療法人」(19.9%)が上位にある。その他の組織・団体は1割に満たない。

第4章 調査結果の概要

I. ケアプランの作成について

ケアプランの作成について、現状と課題を7項目にわたって尋ねている。

1) 一ヶ月あたりのケアプランの作成数

「40以上50未満」(28.2%)と「50以上」(26.7%)でおよそ6割弱を占めている。50件を境界として介護支援専門員が加重のケアプランに関わっている様子がかいま見れる。

2) 使用しているアセスメント・ツール

「全社協方式」(44.2%)が約半数を占めている。「MDS-HC方式」(28.7%)を合わせると、約7割強が2つの方式に集中しており、他の方式はいずれも1割にも満たない。

3) ケアプラン作成時に重要視している事項

「利用者・家族の意向を中心に作成」が8割近くを占めており、次いで「利用者のアセスメント(課題分析)を踏まえて作成」が1割強である。他の項目はいずれも1割にも満たない。

4) ケアプラン作成の課題

サービスの組み立てに関して、「まあまあ組み込んでいる」が半数に対して、「組み込めないことがある」も4割強を占めており、ケアプラン作成に

おける介護支援専門員の明暗が見えている。

5) サービスを組み込めない理由

「サービス利用を勧めても、利用者・家族が希望しないから」がおよそ5割でもっとも突出している。次いで「事業者はあるが、サービス提供量が不足しているから」が2割強ほどある。他の項目が1割にも満たないとすれば、上記の2項目はケアプランの課題の両面をよく示している。

6) 最も組み込みにくいサービス種別〔MA：上位3つ〕

組み込みにくいサービスの上位3つは「短期入所生活介護」(61.7%)、「訪問リハビリテーション」(51.5%)、「短期入所療養介護」(46.1)である。次いで、「訪問看護」(22.6%)と「訪問介護」(20.4%)の訪問系が並んでいる。利用の頻度が高い割にはサービス資源が整わない現状を占めていると言えよう。

7) ケアプランの変更

サービス提供時における時間や内容の急な変更(たとえばサービス利用票の変更、提供票の変更)が必要な場合、サービス提供事業者との連絡調整についての設問では、「サービス変更時に確認の電話がある」が約6割であり、次いで「サービス変更直後に電話がある」が2割弱となっている。

Ⅲ. サービス担当者会議について

8) サービス担当者会議の実施

サービス担当者会議の実施について、「なかなか行えない」が約半数を占めており、「行っていない」の1割を加えると、3人にふたりは実施に困難を感じている様子が窺える。次いで「必要時に行っている」が4割弱となっており、ケース・バイ・ケースの様相が見て取れる。

9) サービス担当者会議の開催時間

開催時間は「20～40分未満」が4割弱、「40～1時間未満」が3割

強である。他方、「1時間～2時間未満」は1割強ほどあり、やや長めの時間傾向であることがわかる。

10) サービス担当者会議を行わない理由〔MA〕

サービス担当者会議を開催しない理由として、「集まる場所がない」が9割近くで突出している。次いで「サービス担当者との連絡が取りにくい」(32.9%)、「サービス提供者の協力が得にくい」(24.1%)が上位に挙げられている。

11) サービス担当者会議の意義〔MA：上位3つ〕

サービス担当者会議を開催する意義について、上位3つを挙げるならば、「利用者のニーズを明確にする機会」(62.8%)、「サービス提供の分担や役割を明確にする機会」(55.8%)、「困難ケースの対応策を検討する機会」(50.5%)である。「医療・福祉の専門職との連携を図る機会」や「ケアプランを見直す機会」といった主旨は、ともに4割強で4,5番目に位置している。さらには「利用者・家族の意見や気持ちを聴く機会」は、わずかに1割台のレベルに留まっている。

IV. モニタリングについて

12) モニタリングの実施状況

モニタリングの実施については、「必要に応じて行っている」が二人にひとりの割合であり、「必ず行っている」は四人にひとり程度である。「あまり行っていない」と「全く行っていない」を合わせると、概ね五人にひとりとなり、モニタリングの達成レベルがかいま見えている。

13) モニタリングの実施方法〔MA〕

モニタリングの実施方法は、「直接訪問」(92.9%)と「電話」(75.3%)が大半を占めている。

14) モニタリングの未実施の理由〔MA〕

モニタリングを実施してない（あまり実施していない）理由については、「時間的な余裕がない」が大半であり、次いで「負担が大きすぎる」「方法がわからない」が共に3割台で並んでいる。

V. 困難事例について

15) 困難事例の有無

困難事例があるかどうかについては、9割が「ある」と答えている。

16) 困難事例の種別〔MA〕

困難事例の種別では、「経済的な問題（費用問題、貧困など）」が6割強でもっとも多く、次いで「家族の理解と協力が十分ではない」と「介護者不在（昼間独居、キーパーソンがいないなど）」が共に5割台で並んでいる。「老々介護」や「家族内に複数の要介護者がいる」という事例も3割前後と大きい。困難事例の多くが家族問題であることを示している。

17) 困難事例の対処方法〔MA：上位3つ〕

困難事例の対処方法では、「行政の福祉・介護保険（課）窓口相談する」が7割強でもっとも高く、次いで「事業所内の上司や同僚に相談する」が7割近くである。反面で、「サービス担当者会議で相談する」は約3割、さらに「在宅介護支援センターに相談する」はわずかに1割を超えた程度である。

18) 介護支援専門員に対する支援条件〔MA〕

介護支援専門員の仕事を円滑に続けていくための支援条件として、もっとも期待されている項目は、「居宅介護支援の介護報酬の引き上げ」「介護支援専門員のための常設の相談窓口」が共に4割近くを占めている。次いで「介護支援専門員の増員」「困難事例の検討会や制度的な手続きの説明会など」が3割強で並んでいる。

VI. 研修会等について

19) ケアマネジメント技法の研修方法

ケアマネジメント技法のレベルアップのために、どのような方法を用いているかという設問に関して、「地域のケアマネジャー協議会に参加して学習している」及び「県や市町村でのケアマネジメント関連の研修会に参加して手いる」が、ともに4割強で突出している。その他の項目は1割にも満たない結果である。

20) 研修の受講〔MA〕

過去に受講したことがある研修等のテーマについては、実務研修等で行われている「ケアプランの作成手法」「課題分析の視点と方法」が7割台でもっとも高く、次いで「ケアマネジメントの技法と必要性」「要介護認定等の基準と認定方法」「介護支援専門員の専門性と基本方針」「介護保険に関する行政の取り組み状況・サービス基盤の整備状況」「ケアプラン作成の演習（レベルアップ）」が6割台で並んでいる。全般に介護保険及び介護サービスの制度論が優先している傾向にある。

他方、低い項目では、「主治医との連携方法」「介護サービスに必要なリハビリテーションの基礎知識」などの医療系サービス、「介護予防／生活支援事業に関すること」や「各種の介護サービスの内容や適正な利用法」に関しては1～2割台に留まっている。

21) 研修内容の希望〔MA〕

今後受講したい研修内容についての設問では、「モニタリングの演習」及び「介護サービスに必要なリハビリテーションの基礎知識」が4割台で上位にある。これに加えて、「介護サービスに必要な医学の基礎知識」「主治医との連携方法」など、医療系サービスに関する内容が上位4つを占めている。また、「サービス担当者会議の開催方法や演習」「ケアプラン作成の演習（レベルアップ）」なども3割強の希望を集めている。

これに対して、「介護支援専門員の専門性と基本方針」「要介護認定等の基準と認定方法」は1割にも満たない。

22) 介護支援専門員の業務内容〔MA〕

介護支援専門員の役割として、どのような業務を果たすべきかという設問に関しては、もっとも上位にあるのは「利用者・家族の問い合わせ（電話等）に応じる」「利用者等の要望や希望等を十分に聴き取る」という相談援助機能であり、それぞれ97.1%、94.6%である。次いで、「アセスメント方法を用いて課題分析を行う」「利用者・家族がサービス内容を理解し、選択できるように支援する」「作成した利用票等を利用者宅に配り確認を取る」が94%台で並んでおり、アセスメント段階での手続きが挙げられている。

これに対して、下位にあるのは「所内でサービス評価を実施している」「（サービス評価を）実施した結果を踏まえて事業の改善に取り組んでいる」「利用者支援のために近隣の地域ネットワークづくりを行う」が5割台で並んでおり、「第三者委員（評価）などを活用する」は3割台に留まっている。サービス評価が低い関心事であることを示している。

*ケアマネジメント技法に関する調査：自由回答

●現状と課題について

○薬局業務と居宅支援業務を同時進行し、現場に密着した業務に追われている。ケアマネジメント依頼がとても多くある。ある程度マネジメント能力があるために、依頼が増えていると思うが、かかりつけ薬局としての本業の結果であると思う。

○ケアマネジャー業務の高い専門性の必要性に対して、業務時間の少なさを感じている。つまり、短い時間でやるべきことが多すぎることのギャップと、それに合わせて周囲には仕事内容がわかりにくいことがあり、達成感の得にくい仕事だと感じている。

○平成13年度より専任で行っている。手探り状態の中から仕事内容を覚え、研修等にも参加して、やっと一人前に近い対応ができるようになった。サービス担当者会議を開催するのは、事業者間の時間等の調整をすることが多く、とかく後回しになって日付まで決定しても流れてしまうこともあり、難しい課題だと思う。「50人枠」を超えて担当している方々が多い中、どうやってお金にならない時間を作り出しているか疑問である。今回、支援費が上がったが、ほとんど事業所に所属している人たち（給料制）なので、上がっても嬉しくない現実で、それ以上に課せられた課題をこなそうとするには、大きなエネルギーが必要で、ノイローゼになりそうな日々が続いている。

○利用者に「ありがとう」と言われたとき、とても嬉しく自信も付いてきましたが、どんなに努力しても受け入れてもらえなかったり、利用者の事情でサービスが利用できず、状態が悪化していくこともあり、そんなときはケアマネジャーという仕事から離れたと思う。いまでも利用者のプライバシーに踏み込んでいくこの仕事に大きな抵抗感があり、以前のような自信や感動が得られなくなった。

○行政や関連機関から担当の介護支援専門員に問い合わせや要望がたくさん届く。本来の介護支援専門員の立場で踏み込むべきではない部分まで望まれても困る。ある意味で、都合の良い便利屋的な存在になっている。表面には出ないような努力もしているということを理解していただいたうえで、レベルの低さや質の悪さという話をしてほしいと思う。今後の多くの研修に参加し、レベルアップを図りたい。

○兼務のため時間の調整が難しく、ケアプランの作成が思うようにできない。作成したケアプランが利用者の求めているものか、また利用者のためになっているのか、自問自答している毎日である。サービス事業者が少ないため、利用者の希望するサービスが組めないなどの問題がある。

○他市町村分も含めて、認定調査の依頼も断りたいくらいであるが、国はこの実態がみえていないのではないか。ケアマネジャーでは対応できない面の受け皿がなくては解決できず、行政も介護保険に丸投げの状態である。

○たくさんの業務に追われる毎日である。自立支援のための役割として、必要なことを話しても理解が得られず、一步踏み出せないもどかしさがある。まず利用者・家族の意向でプランを組み立て、アセスメントはその後からという状況である。基本どおりにできない分だけ、経時的な記録の中にケアマネジャーとしての思いを残している。サービス担当者会議がなかなかできないが、ケアプランを渡して依頼していくことで、個々のサービス力

が2倍、3倍となるようにしていければと思う。

○ケアマネジャーの数が不足していること、個々の力量が差があるということを感じている。ケアマネジャーの仕事の範囲はどこまでなのか、困難ケースに対する行政の支援はあるのかなど、ケアマネジャーに対する支援体制も不十分ではないか。定期的なサービス担当者会議の開催について、Drも利用者も全員参加の会議が定期的に行えるにはどうすればよいか。提供事業者にも時間的に余裕なく、夜間の時間外は頻回に開催しにくい点もある。

○訪問看護と兼務のため、かなり仕事量が多く、ケアマネジャーとしての時間の確保が難しい。困難事例も多く、その対応に行き詰まりを感じている。行政窓口で相談に乗ってくれるが、判断が示されるわけではない。在宅生活の限界があっても、そのままの生活を続けていくほかない事例もある。時々押しつぶされそうな思いに駆られることもあるが、自分のケアプランで生活が改善され、元気になっていく方もあり、やりがいも感じている。いま少し仕事量が減ったらよいのだが・・・。

○サービス担当者会議の必要性は十分理解しているつもりであるが、FAXや電話で意見を聴いたりすることで済ませているのが現状である。ケースを50件以上も持たされている事業所が少なくない。月1回以上の訪問、認定調査だけで通常勤務は終わり、無報酬の残業で事務処理、事業所間連絡を行う業務が制度開始以来続いており、4月以降はさらに悪化している。ケース個々にアセスメントし、担当者会議を行いたいのが不可能な状況である。

○平成12年4月から取り組んできて、初めの頃は流れに対応できず悩む日々であった。現在では、新人のケアマネジャーが2名入って日々努力してくれているが、ケースの関わりでとまどうことも多い。

○ケアマネジャーとして仕事を始めてまだ数ヶ月で、自分がいかに未熟であるかを思う毎日である。利用者に信頼されるように、迷惑をかけないように、誠意を持って業務にあたっている。

○困難ケースに対する受け皿がない。とくにケアマネジャー任せになって民生委員や行政も逃げてしまうケースがある。

○特定施設内のみでの支援業務のため、居宅サービスの現状を把握しきれない点がある。今後は他事業所のケアマネジャーとの交流を持ちながら勉強したい。

○ケアマネジャーの多忙さの理由には行政の怠慢もある。たとえば住宅改修の説明から書類一式をケアマネジャーに預けてしまう行政もあるからだ。たった一人で休憩時間もなくケアマネジャーを続けてきたが、仕事の大変さもわかってもらえず、協力者もなく、誰かに相談する時間もない。利用者宅に出かけて、申請代行などの業務が増えれば、自家用車を使う私の自己負担が増えるばかり（1km20円のガソリン代は保障されるが、車両は5年しか使用できない）。一つの救いは、利用者とその家族の「ありがとう」の一言である。

○薬剤師の日常業務とケアマネジャーとの兼務は、仕事としてとても厳しい状態である。介護認定のメンバーでもあるので、ケアプランの流れも、利用者の状況も想像できて、少しでも社会に貢献できていることを実感している。（今回の介護報酬の改定は一層気力や体力の消耗速度を速めそうである。）

○給付管理、利用表配布、日常の訪問調査が多忙で、じっくりアセスメントを行えないという反省がある。また処遇困難ケースにおいては、介護保険か生活保護かという感じで、経済的な困難さ、キーパーソン不在という課題に対して具体的にどうすればよいかというケースもあります。老健や病院は費用が多額であり、ケアプランやアセスメントといっても最終的には家族の経済状態によるところが多い。入院時の保証人がいなくて生保にもなれない人々はどうすればよいのだろうか。

○昼間独居の人が多く、連絡が取りにくい。また利用者と介護者の折り合いが悪くて調整に苦勞することが多い。

○介護保険の見直しのなかで、多忙な業務をどのようにこなしていいのか悩む毎日である。仲間が一人二人と辞めていくのを見送り、寂しくなる。

○サービス計画をする中で、疾患理解は重要である。訪問看護や訪問リハビリテーションを導入する際に、何故にかかりつけ医に気を遣い、拒否されなければならないのか。一人の人間の状態や生活支援に少しでも役立てるように働きかけているが、介護支援専門員が勝手にやっているように誤解する医師が存在することが疑問である。とくに医師が全体の背景も理解せずに住宅改修を勧めたり、通所介護を勧めたり、医師の言葉が絶対的でサービス利用を強制されることもある。

○法改正にともない、介護報酬が引き上げられたわりには、業務に対する締め付けがひどくなり、法どおりに業務を行うと自分の生活に影響が出るし、減算で業務を行うと事業所に迷惑がかかる。法改正前が良かった感じがする。

○介護支援専門員の業務の範囲はどこまでなのか日々悩んでいる。処遇困難事例のケアカンファレンスを行うが、方向が見いだせず終わることが多い。スーパーバイザーがほしい。

○主治医に対して FAX で相談しているが、これがもっとも難しく大変な業務になっている。

○ほとんどの通所あるいは入所サービスに対して、医師の診療情報提供書が求められることに疑問がある。中でも感染症が(+)と記載されれば、感染の程度、経路、強さに関係なく断られる。経管栄養等の医療処置のある利用者は、介護サービス利用が制限される。利用者を守るための提供書であってほしいが、事業者の保身に利用されているのではないか。

○介護報酬の改定により加算・減算があるが、その根拠が知りたい。

○介護保険の改定において、ケアプラン料が値上げされたが、業務量の増大と事業所運営の困難さは変わらない。質の向上と言いつつも、実際には記録する作業が増えただけではないか。

○介護報酬の改定にともない、介護支援専門員の仕事量が大幅に増えた。国の規定どおりに業務をこなすように努力しているが、毎月自宅を訪問し、お話を聞くことがほんとうに必要なものかどうかと思う。家庭訪問が主になり、毎月の利用票・提供票を作って届けなければならない、プランの見直しの時間がとれなくなることもある。サービス担当者会議の開催にしても、勤務中には無理なので夜間に無料で集まってもらうしかありません。現在46名を担当しているが、本来の業務を適切にこなすためには、人数の見直しとプラン等に関する費用の見直しを検討してほしい。現状では休日出勤するほかありません。

○過密なケアマネジャー業務を続けている。アセスメント、モニタリング、プランの作成、

更新手続き、情報開示、入退院時の病院訪問、住宅改修で理由書作成、月々の利用票をもって利用者訪問、サービス調整で事業者訪問、問題あればサービス担当者会議の開催、会議のための書類作成、何もなければ県や市、仲間での研修。慣れたPCソフトも制度改正で初心者に。自分の利用者だけでも「安心生活」をと頑張っている。制度改正で書類が多くなっており、夜寝るときもないほどである。

○ケアマネジャーの役割も理解できるが、何もかもケアマネジャーにといった雰囲気もある。すべての責任を押しつけて、対応できないケアマネジャーは質が低いという判断では、あまりにも負担が大きすぎる。たとえばサービス提供事業において、入浴に際して血圧が高かった場合の相談は、訪問看護師や主治医に相談するなどに対応してほしい。小さな座異様のような業務が多すぎて、本来の支援事業ができないのは困る。資格を持ったプロに対して、きちんとやらないと30%減額などということは、とても失礼である。

○介護支援専門員としての資力が問われているが、ホームヘルパーの現場から移行してきた私には、課題分析やプラン作成に時間がかかり、自信がもてません。質をいうのであれば、学校でケアマネジメント科でも作って専門性を養う必要がある。今回の改定は当たり前の内容だと思うが、それができない私は能力不足だと思う。

○私たちの事業所は、全体で専任ケアマネジャーは25名近く、兼務を合わせれば60名近くで業務を行っている。しかし、今年度収支では5000万円近い赤字となっている。やればやるほど赤字になる現状がやりきれない。個人的には早くケアマネジャーから脱したいと思うこの頃である。あまりに雑事的な業務が多すぎて、利用者のご用聞き的な状態である。初回モニタリングに単価が付かないのはおかしい。

○業務が多すぎることで責任が重いこと。一所懸命にやっても、各専門職に仕事の大変さが理解されず、評価されないことが辛い。ケアマネジャーをサポートする体制ができていないため、困った事例が出たときに相談に適切に乗ってくれるところがない。

○介護保険の範囲内のサービスを利用することに追われて、内容的に画一的になっている。本来の利用者に必要な個別サービスに到達するには、じっくりと相談する時間と、もう少し個性的な内容のサービスがほしい。

○自分の課題として、医療との連携の難しさに悩む。Drの多忙さからなかなか時間がとれず、何時間も待たされることもあった。Drの前で緊張してしまうこともある。

○医療に関してわからないことが多くて適切なアドバイスができないことが一番の困りごとである。介護放棄やキーパーソン不在の場合、サービスをプラン化しても必要ないと拒否されることも多く、そうした相談を行政等にもっていくが決定的な策がない。家族に全く理解や認識がない場合もあり、医師と同行しても納得してもらえない。利用者と家族のどちらの意向を聴いたらよいか迷うことも多い。ケアプランを利用者に配布する場合、しっかりと理解し、管理できない家族には渡すべきではないと思う。

○施行時より業務が多い割には単価が安く、兼務もやむを得ない状況がある。モニタリングや担当者会議を開催すべきとわかっているが、事業者外の場合は調整が困難であり、人員不足で余裕がない。現在の状況を行政等にわかってほしいと思う。

○時間の要するケースに限ってケアプラン料の対象にならないことが多々ある(入院等)。ケアプランを依頼されて度々足を運んでも利用のないケースもある。利用者のすべてを任されている感を受ける。担当者会議では医師は問題のあるケースだけに限定してもよいの

ではないか。

○訪問看護での利用者・家族の状態の変化や要望を連絡し、報告するが、なかなか動いてくれない。担当者会議では医師との時間調整も含めてすべてを振ってくる。利用者には申し訳ないが、もう見放し状態であり、できる限りのことをするほかない。

○介護支援専門員としての業務は、書類作成・確認にほとんどの時間が使われており、利用者宅への訪問は月1回程度になっている。今後モニタリングを頻回にどのように実施するのか教えてほしい。

○3月までは訪問介護の責任者を兼務していたが、4月からは介護報酬請求事務に至る業務をこなすようになり、不安も多い。連絡協議会等の研修会に飛び込んでみようと思う。

○医療からの情報が届かない現状で、退院する高齢者への対処で困ることが多い。病名や治療・処置内容・投薬などの情報を必要時に入手するシステムが望まれる。

○提供票は各サービス事業所にきちんと郵送しているが、実施票はFAXで送られてくる。各事業所はきちんと記入し、郵送すべきだと思う。

○ケアマネジャーに対して、利用者・家族からの期待よりも、各サービス事業者が家族の代理人に直接話すことが薄れ、ケアマネジャーに集約されることに使命感がある。20～30件程度の業務であれば利用者・家族＝ケアマネジャーという関係をつくっていく努力はできるかもしれないが、現実的には困難である。ケアマネジャーには心の余裕がもてるような根本的な業務の見直しが問われているようである。

○ケアマネジャーの責任の重さを感じる。今まではサービスの割り振りや事務代行を行ってきたが、今後は専門的な立場で客観的でアセスメントに基づいた明確なアドバイスができるようになりたい。担当者会議が簡単に開催できる環境がほしい。

○実態の見えにくい割には責任の重い仕事で、自分の力量には不相応であると思う事が度々である。事故が起きたときの責任範囲が曖昧で、利用者・家族にケアマネジャー一人で対応することの多さに不安を感じる。

○私はまだ介護支援専門員になって1年たらずであるが、これからずっと担当している利用者の人生をマネジメントしていかなければならない重圧感や、その方の生活に介入していかなければならない困惑に悩んでいる。実際にケアプランを作成する際にも、金銭的なことを考えるとあれこれとサービスも言えず、必要最小限の本人・家族の希望どおりの言いなりプランになってしまうことに戸惑っている。施設も含めたサービス事業者・医療サービス等の交流もそう多くないので、関連機関との交流できる場を設けてほしい。

○ケアマネジャーの仕事は、利用者との間でのやりとりが多く、他者とくに同僚や上司には理解されにくい職種だと思う。正しい評価に繋がりにくく、報酬も低いため、「なるべく手のかからない利用者を選べ」「あまり深く関わるな」という助言を上司から受けたこともある。今回の改定で「毎月1回訪問」が義務化されたため、いままでの取り組みが「やりすぎではない」ということを上司が理解する契機となった。

しかし、30%減算の内容は厳しく、たとえば担当者会議の在り方は頭の痛いことである。毎月訪問していれば必然的にニーズが見えてくるのだから、よほど問題でなければ担当者会議は開催できないのが現状である。提供票を提出する際に、担当者と意見交換することが精一杯である。ケアマネジャーは、月1～2回しか訪問できていません。むしろ、サービス提供者が利用者に接する機会も多く、利用者の思いや状況変化をケアマネジャー