

施設介護支援専門員のケアマネジメント及び
施設ケアプラン作成の実態調査報告書

I.目的.....	3
II.対象及び方法.....	3
1.調査対象.....	3
2.調査日時.....	3
3.方法.....	3
4.倫理的配慮.....	3
III.結果.....	3
1.基本属性.....	3
(1)回答者の年齢.....	3
(2)回答者の性別.....	3
(3)施設ケアプラン作成経験.....	3
(4)回答者の所持資格(n=50,MA).....	3
(5)ケアプラン作成業務の専任・兼任及び兼任業務(n=49).....	4
(6)兼務者のケアプラン作成業務の1週当たりの時間数(n=40).....	4
(7)ケアプランを作成する担当者数(n=40).....	4
2.所属施設概要.....	4
(1)回答者所属施設種別 (n=50).....	4
(2)回答者所属施設定員(n=49).....	4
(3)回答者所属施設での介護種別ごと(トイレ・食事・移乗・口腔ケア等)のマニュアルの存在(n=50)	4
(4)ケアプランと個別介護計画について(n=47).....	5
3.アセスメント.....	5
(1)現在使用しているアセスメントツール(n=46).....	5
(2)アセスメントを行っている職種(n=48).....	5
(3)情報収集方法 (n=49).....	6
(4)分析方法 (n=48).....	6
4.カンファレンス.....	6
(1)定期的なカンファレンス開催の有無(n=48).....	6
(2)カンファレンス開催頻度(n=48).....	6
(3)カンファレンスの目的(n=49).....	7
(4)カンファレンスの参加者.....	7
5.ケアプラン内容.....	8
(1)ケアプラン作成時の重要視点(n=49).....	8
(2)ケアプランへのインフォーマル・サービスの位置付け(n=50).....	8
(3)ケアプランへの在宅生活へ向けた視点(退所)又は在宅生活継続の視点の位置づけ(n=50).....	8
6.モニタリング.....	9
(1)定期的なモニタリング頻度(n=50).....	9
(2)モニタリングの担当者(n=50).....	9

(3)モニタリング実施方法(n=50,MA).....	9
(4)ケアプランの実践度合(n=43).....	9
7.マネジメント	10
(1)保険者(市町村)との連絡調整担当(n=49).....	10
(2)家族との連絡調整担当(n=49).....	10
(3)医師との連携担当(n=49)	10
8.プロセス	11
9.介護支援専門員と相談員の役割異相(自由記述).....	13
(1)介護支援専門員と相談員の共通点	13
(2)介護支援専門員と相談員の相違点	14
10.連携についての工夫(自由記述)	15
11.申し送りの工夫.....	16
12.要約.....	17
13.引用・参考文献.....	18

I.目的

昨年から始まった厚生労働省の介護支援専門員の資格制度見直しの議論では、施設介護支援専門員の役割や課題について指摘されている。具体的には、①施設介護支援専門員のケアマネジメント業務は内部完結型が多く、居宅領域よりサービスマネジメントが行いやすい反面、ケアマネジメントプロセスが曖昧である。②施設介護支援専門員は他職種との兼務が多く、なかでも相談員との役割が曖昧である、などである。

本調査は、これらの指摘されている課題に対して、施設介護支援専門員の業務及び施設ケアプラン作成における実態がどのようになっているのかを把握することを目的として実施した。

II.対象及び方法

1.調査対象

青森県老人福祉協会主催の施設ケアプラン作成研修参加者 51 名を対象とした。

2.調査日時

平成 24 年 10 月 26 日

3.方法

集合無記名調査で実施した。

4.倫理的配慮

調査目的、データ活用方法、匿名性等について口頭で説明し、同意を得られた場合のみ任意で提出を求めた。

III.結果

調査票の回収は、調査票配布者 51 名全員からの提出を得た。

1.基本属性

(1)回答者の年齢

回答者の平均年齢は 42.08±9.05 歳、最年少は 23 歳、最年長は 68 歳であった。

(2)回答者の性別

回答者の性別は、男性 13 名、女性 38 名であった。

(3)施設ケアプラン作成経験

施設ケアプラン作成業務の平均経験は 3.61±3.82 年、最少経験は 0 年、最大経験は 12.8 年であった。

(4)回答者の所持資格(n=50,MA)

	度数	%
介護福祉士	39	33.9%
社会福祉士	7	6.1%
介護支援専門員	42	36.5%
看護師(准看含)	5	4.4%
その他	22	19.1%

回答者の所持資格について回答を求めたところ、「介護支援専門員」を有しているものが 42 名 36.5%、次いで「介護福祉士」39 名 33.9%、以下「社会福祉士」7 名 6.1%、「看護師」5 名 4.4%、「その他」22 名 19.1%であった。その他の資格は、「社会福祉主事」、「ホームヘルパー」、「住環境コーディネイター」などであった。

(5)ケアプラン作成業務の専任・兼任及び兼任業務(n=49)

	度数	%	兼務内訳	度数	%
専任	9	18.4%			18.4%
兼任	40	81.6%	介護職	17	33.3%
			看護職	4	7.8%
			相談員	16	31.4%
			その他	2	3.9%

ケアプラン作成業務の専任・兼任実態は、「専任」が9名18.4%、「兼任」が40名81.6%であり兼任している者が多かった。兼任職務の内訳は、多い順に「介護職」17名33.3%、「相談員職」16名31.4%、「看護職」4名7.8%、「その他」2名3.9%であり、その他の兼務職種は、「管理者」であった。

(6)兼務者のケアプラン作成業務の1週当たりの時間数(n=40)

兼務者のケアプラン作成業務の1週あたりの平均時間数は、9.1±10.4時間であった。

(7)ケアプランを作成する担当者数(n=40)

ケアプラン作成担当者数は、最少9ケース最多100ケースで、平均40.1±23.9ケースであった。

2.所属施設概要

(1)回答者所属施設種別 (n=50)

	度数	%
介護老人福祉施設	45	90.0%
グループホーム	4	8.0%
その他	1	2.0%

回答者の所属先は、「介護老人福祉施設」の所属が最も多く45名90.0%、次いで「グループホーム」4名8.0%、「その他」1名2.0%であった。その他の1名は、「介護老人保健施設」であった。

(2)回答者所属施設定員(n=49)

最少9名最大125名で平均入所定員は59.0±26名であった。

(3)回答者所属施設での介護種別ごと(トイレ・食事・移乗・口腔ケア等)のマニュアルの存在(n=50)

	度数	%
すべてある	30	58.8%
一部ある	13	25.5%
ない	2	3.9%
わからない・見たことがない	5	9.8%

所属施設にトイレ介助や食事介助などの介護マニュアルが存在しているか尋ねたところ、「すべてある」と回答を得たのは30名58.8%、「一部ある」13名25.5%、「ない」2名3.9%、「わからない・見たことがない」5名9.8%であった。

(4)ケアプランと個別介護計画について(n=47)

	度数	%
介護支援専門員作成のケアプランのみ	34	66.7
介護支援専門員のケアプランと介護職の個別介護計画	2	3.9
介護職の個別介護計画に介護支援専門員が手を加えケアプラン	7	13.7
その他の方法	4	7.8

施設において介護支援専門員が作成するケアプランと介護職が作成する個別介護計画の作成実態について尋ねたところ、「介護支援専門員が作成するケアプランのみ作成している」が最も多く 34 名 66.7%、以下「介護職のたてる個別介護計画に介護支援専門員が手を加えケアプランとしている」7 名 13.7%、「介護支援専門員の作成するケアプランと介護職の作成する個別介護計画の双方を作成している」2 名 3.9%、「その他の方法での作成」4 名 7.8%であった。「その他の作成方法」では、「ケアマネは介護職の作成したプランのチェックのみ」、「ケアプラン・モニタリングとも介護・看護・ケアマネ合同で相談し、ケアマネが調整完成させている」、「個別機能訓練計画・栄養ケアマネジメントも合わせて作成している」、「介護職と協働作成している」、などの方法が挙げられていた。

3.アセスメント

(1)現在使用しているアセスメントツール(n=46)

	度数	%
MDS	7	15.2%
三団体方式	12	26.1%
社会福祉士会方式	3	6.5%
介護福祉士会方式	6	13.0%
全社協方式	3	6.5%
オリジナル	7	15.2%
その他	8	17.4%

現在プラン作成ために使用しているアセスメントツールについて尋ねたところ、「三団体方式」が 12 名 26.1%と最も多く、以下「MDS」7 名 15.2%、「社会福祉士会方式」3 名 6.5%、「介護福祉士会方式」6 名 13%、「全社協方式」3 名 6.5%、「施設オリジナル」7 名 15.2%、「その他」17.4%であった。「その他」のツールでは、「包括的自立支援プログラム」と「パッケージプラン」が挙げられ、「不明」との回答もあった。

(2)アセスメントを行っている職種(n=48)

	度数	%
介護支援専門員単独	15	31.3%
全職種で分担	20	41.7%
その他	13	27.1%

アセスメントを行う職種について尋ねたところ、「全職種で分担」が 20 名 41.7%と最も多く、以下「介護支援専門員単独」15 名 31.3%、「その他」13 名 27.1%であった。「その他」の内容は、「介護職主体」、「必要に応じて介護職と共同」、「新規はケアマネ」、「介護職がアセスし会議で話し合う」、「ケアマネと居室

担当」、「介護職で分担」、「主にケアマネで介護看護職から情報収集」、「主に看護職と介護職」、「介護職のケアチェック表を見て話し合う」、などであった。

(3)情報収集方法 (n=49)

	度数	%
聞き取り(面接)	19	38.8%
観察	15	30.6%
他者の記録参照	11	22.4%
その他	4	8.2%

アセスメントにおける情報収集で最も多い方法をひとつ尋ねたところ、「聞き取り(面談)」が19名38.8%と最も多く、以下「観察」15名、30.6%、「他者の記録参照」11名22.4%、「その他」4名8.2%であった。「その他」の情報収集方法は、「聞き取り」や「観察」、「他者の記録などを通じてまんべんなく行った」、「本人に実践させてみた」、「カンファレンスを通じて他職種から得た」などであった。

(4)分析方法 (n=48)

	度数	%
自分の頭で	23	47.9%
ツールマニュアルに沿って	12	25.0%
コンピュータ	8	16.7%
その他	5	10.4%

収集した情報の分析方法について尋ねたところ、「自分の頭だけで考える」が23名47.9%と最も多く、以下「ツールやマニュアルに沿って行う」12名25%、「コンピュータで行う」8名16.7%、「その他」5名10.4%であった。「その他」の方法は「多職種協働で考える」、「全職種で行う」、「ケース会議で行う」などであった。

4.カンファレンス

(1)定期的なカンファレンス開催の有無(n=48)

	度数	%
定期的	45	93.8%
不定期	3	6.7%

施設での定期的なカンファレンス開催の有無について尋ねたところ、「定期的な開催あり」45名93.8%、「不定期」3名6.7%であった。

(2)カンファレンス開催頻度(n=48)

	度数	%
1ヶ月1回	3	6.1%
3ヶ月1回	10	20.4%
6ヶ月1回	26	53.1%
12ヶ月1回	9	18.4%
その他	1	2.0%

カンファレンス開催頻度について尋ねたところ、「6ヶ月1回」が26名53.1%と最も多く、以下「3ヶ

月1回」10名20.4%、「12ヶ月1回」9名18.4%、「1ヶ月1回」3名6.1%、「その他」1名2.0%であった。その他は、「新規利用時のみ」という内容であった。

(3)カンファレンスの目的(n=49)

	度数	%
情報共有	24	49%
課題検討	21	42.9%
合意形成	4	8.2%

カンファレンスの開催目的を尋ねたところ、「情報共有」が24名49%と最も多く、以下「課題検討」21名42.9%、「合意形成」4名8.2%であった。

(4)カンファレンスの参加者

1) 家族参加の有無(n=49)

	度数	%
おおむね参加	5	10.2%
あまり参加しない	17	34.7%
全く参加しない	27	55.1%

カンファレンスへの家族参加について尋ねたところ、「全く参加しない」が27名55.1%と最も多く、以下「あまり参加しない」17名34.7%、「おおむね参加」5名10.2%であった。

2) 家族に対するカンファレンス参加への働きかけの有無(n=49)

	度数	%
必ず働きかけている	10	20.4%
必要に応じて働きかけている	18	36.7%
働きかけていない	21	42.9%

カンファレンスへの家族参加働きかけについて尋ねたところ、「働きかけていない」が21名42.9%と最も多く、以下「必要に応じて働きかけている」18名36.7%、「必ず働きかけている」10名20.4%であった。

3) 定期的なカンファレンスの参加メンバー(n=47, MA)

	度数	%
介護支援専門員	47	100.0%
介護職員	47	100.0%
看護職員	43	91.5%
相談員	31	66.0%
栄養士	34	72.3%
機能回復訓練士等	17	36.2%
役職者	27	57.4%
家族	12	25.5%

カンファレンス参加メンバーの位置づけについて自由記述で尋ねた。「介護支援専門員」および「介護職員」は47名100%、「看護職員」43名91.5%、「相談員」31名66.0%、「栄養士」34名72.3%、「機能回復訓練士等」17名36.2%、「役職者」27名57.4%、「家族」12名25.5%であった。

5. ケアプラン内容

(1) ケアプラン作成時の重要視点(n=49)

	得点	ポイント
本人の想い	85	32
健康	60	27
ADL	31	19
QOL	29	18
家族の想い	27	15
自立(自律)	18	10
リスク	10	6
能力	8	4
コミュニケーション	8	6
参加	6	3
社会性	6	3
活動	5	3
その他	1	1

ケアプラン作成時に重視する点について、優先順位の高いものから三つ尋ねた。得点は1位3点、2位2点、3位1点として得点化したものである。ポイントは重視する視点三つに含まれた場合に1ずつ積算したものである。

ケアプラン作成時に重視する点については、得点の高いものから「本人の想い」85点、「健康」60点、「ADL」31点、「QOL」29点、「家族の想い」27点、「自立(自律)」18点、「リスク」10点、「能力」8点、「コミュニケーション」8点、「参加」6点、「社会性」6点、「活動」5点であった。その他は、「快・楽しみ」といった視点であった。

(2) ケアプランへのインフォーマル・サービスの位置付け(n=50)

	度数	%
ほぼ位置付けている	1	2.0%
一部位置付けている	34	68.0%
全く位置付けていない	15	30.0%

ケアプランへインフォーマルなサービスを位置づけているか尋ねたところ、「一部位置付けている」が34名68%と最も多く、「全く位置付けていない」15名30.0%、「ほぼ位置付けている」1名2.0%であった。

(3) ケアプランへの在宅生活へ向けた視点(退所)又は在宅生活継続の視点の位置づけ(n=50)

	度数	%
ほぼ位置付けている	1	2.0%
一部位置付けている	13	26.0%
全く位置付けていない	36	72.0%

ケアプランへの在宅生活へ向けた視点又は在宅生活継続の視点を位置づけているか尋ねたところ、「全く位置付けていない」が36名72.0%と最も多く、以下「一部位置づけている」13名26.0%、「ほぼ位置付けている」1名2.0%であった。

6.モニタリング

(1)定期的なモニタリング頻度(n=50)

	度数	%
1月1回	11	22.0%
3ヶ月1回	25	50.0%
6ヶ月1回	11	22.0%
その他	3	6.0%

定期的なモニタリング頻度について尋ねたところ、「3ヶ月1回」が25名50.0%と最も多く、次いで「1月1回」と「6ヶ月1回」はそれぞれ11名22.0%、「その他」3名6.0%であった。その他の頻度は「12ヶ月1回」2名と「退院時」1名であった。

(2)モニタリングの担当者(n=50)

	度数	%
介護支援専門員単独	10	20
介護支援専門員と専門職協働	25	50
各専門職それぞれ	5	10
その他	10	20

モニタリングを担う主な担当者について尋ねたところ、「介護支援専門員と各専門職協働」が25名50.0%と最も多く、以下「介護支援専門員単独」10名20.0%、「各専門職それぞれ」5名10%、「その他」10名20.0%であった。その他の主な担当は「介護職」であった。

(3)モニタリング実施方法(n=50,MA)

	度数	%
利用者評価	27	54.0%
家族評価	14	28.0%
専門職評価	31	62.0%

モニタリングの実施方法についてそれぞれ尋ねたところ、「専門職評価を取り入れている」が31名62.0%と最も多く、以下「利用者評価を取り入れている」27名54.0%、「家族評価を取り入れている」14名28.0%であった。

(4)ケアプランの実践割合(n=43)

	度数	%
50%以下	5	11.6%
50%-75%	28	65.1%
75%以上	12	27.9%

立案したケアプランの実践割合について、パーセントで尋ねたものを整理した。「50%-75%」が28名65.1%と最も多く、以下「75%以上」12名27.9%、「50%以下」5名11.6%であった。また平均は62.2%±15.8%であり、最少30%、最大90%であった。

7. マネジメント

(1) 保険者(市町村)との連絡調整担当(n=49)

	度数	%
介護支援専門員	22	44.9
相談員	21	42.9
事務職	4	8.2
その他	2	4.1

保険者(市町村)との連絡調整を主にだれが担っているかを尋ねたところ、「介護支援専門員」が22名44.9%と最も多く、以下「相談員」21名42.9%、「事務職」4名8.2%、「その他」2名4.1%であった。その他の職種では、「内容によって異なる」との内容であった。

(2) 家族との連絡調整担当(n=49)

	度数	%
介護支援専門員	13	26.5
相談員	20	40.8
介護職	12	24.5
その他	4	8.2

家族との連絡調整を主にだれが担っているかを尋ねたところ、「相談員」が20名40.8%と最も多く、以下「介護支援専門員」13名26.5%、「介護職」12名24.5%、「その他」4名8.2%であった。その他の職種では、「担当者」、「看護師」、「内容によって異なる」との記述であった。

(3) 医師との連携担当(n=49)

	度数	%
介護支援専門員	4	8.2
相談員	3	6.1
介護職	1	2
看護職	40	81.6
その他	1	2

医師との連携を主に誰が担っているかを尋ねたところ、「看護職」が40名81.6%と最も多く、以下「介護支援専門員」4名8.2%、「相談員」3名6.1%、「介護職」1名2.0%、「その他」1名2.0%であった。その他の職種は、「管理職」であった。

8. プロセス

		不十分だった		やや不十分		どちらともいえない		やや十分		十分できた		n
1	利用者(本人・家族)からの初回相談をしている	7	14.3%	10	20.4%	19	38.8%	13	26.5%	0	0.0%	50
2	サービス提供者(介護員・看護師等)からの相談や連絡に応じた	2	4.1%	4	8.2%	15	30.6%	23	46.9%	5	10.2%	50
3	家庭訪問・面接等で直接情報収集した	8	16.3%	9	18.4%	18	36.7%	12	24.5%	2	4.1%	50
4	ケアマネジメントについて説明し、開始に同意を得た	3	6.1%	4	8.2%	12	24.5%	23	46.9%	7	14.3%	50
5	利用者の問題認知を助け、ニーズの表出を促した	1	2.0%	5	10.2%	22	44.9%	20	40.8%	1	2.0%	50
6	利用に伴う利用者の心理的抵抗や不安に対処した	1	2.0%	2	4.0%	22	44.0%	22	44.0%	3	6.0%	51
7	保健・医療・福祉等の面から包括的にアセスメントした	2	4.0%	10	20.0%	21	42.0%	16	32.0%	1	2.0%	51
8	ニーズの緊急性や優先度を判断した	1	2.0%	1	2.0%	14	28.0%	31	62.0%	3	6.0%	51
9	介護サービス内容の選択に際して、利用者の判断を助けた	3	6.1%	12	24.5%	22	44.9%	12	24.5%	0	0.0%	50
10	介護サービス内容の選択に向けて本人・家族間の意見調整をした	5	10.0%	10	20.0%	23	46.0%	11	22.0%	1	2.0%	51
11	利用者が自分で情報収集できるように支援した	13	27.7%	18	38.3%	14	29.8%	1	2.1%	1	2.1%	48
12	サービス利用以前に初回ケアカンファレンスの場を設けた	17	35.4%	9	18.8%	10	20.8%	7	14.6%	5	10.4%	49
13	ケアカンファレンスの進行・運営を円滑化した	3	6.3%	6	12.5%	17	35.4%	18	37.5%	4	8.3%	49
14	かかわるケアチームメンバー全員でアセスメントを進めた	7	14.0%	12	24.0%	14	28.0%	13	26.0%	4	8.0%	51
15	ケアチームメンバー全員で計画について協議した	3	6.3%	9	18.8%	13	27.1%	16	33.3%	7	14.6%	49
16	介護計画を文書策定し、ケアチームメンバー全員で確認した	4	8.2%	11	22.4%	12	24.5%	16	32.7%	6	12.2%	50
17	策定した計画について利用者の同意を確認した	5	10.0%	8	16.0%	17	34.0%	17	34.0%	3	6.0%	51
18	ケアマネジメント面(やりくり、手順等)の必要性をチーム員に周知徹底した	4	8.2%	9	18.4%	17	34.7%	15	30.6%	4	8.2%	50
19	チームを組み、各員の役割、責任を確認した	3	6.3%	10	20.8%	22	45.8%	10	20.8%	3	6.3%	49
20	サービス利用に際し、利用者が自分でできることを確認し援護した	2	4.0%	5	10.0%	21	42.0%	21	42.0%	1	2.0%	51
21	利用者が介護サービスに早く適応できるように準備した	1	2.0%	3	6.1%	27	55.1%	18	36.7%	0	0.0%	50
22	介護計画に沿って導入可能なサービス内容で対応した	2	4.0%	3	6.0%	18	36.0%	25	50.0%	2	4.0%	51
23	優先度の高い介護サービスから導入準備を進めた	0	0.0%	2	4.0%	21	42.0%	26	52.0%	1	2.0%	51

24	導入する介護サービスの妥当性・適合性を確認した	0	0.0%	5	10.4%	25	52.1%	17	35.4%	1	2.1%	49
25	ニーズを充足する介護サービスの(頻度・時間・量など)を確認した	0	0.0%	10	20.8%	21	43.8%	17	35.4%	0	0.0%	49
26	適切な介護サービスに修正するために関係部門に相談、交渉した	1	2.0%	5	10.2%	18	36.7%	20	40.8%	5	10.2%	50
27	サービス提供者(介護員・看護師等)と事前に打ち合わせをした	2	4.0%	5	10.0%	12	24.0%	27	54.0%	4	8.0%	51
28	新しい介護サービス内容の開発、転用の可能性を検討した	1	2.0%	9	18.0%	23	46.0%	17	34.0%	0	0.0%	51
29	介護サービス利用の開始と直後の状況を確認した	0	0.0%	6	12.2%	16	32.7%	26	53.1%	1	2.0%	50
30	介護サービスに対して生じる利用者の不適応に対処した	0	0.0%	7	14.0%	24	48.0%	18	36.0%	1	2.0%	51
31	新しいニーズを確認し、介護サービス内容の追加の可能性を探った	0	0.0%	8	16.0%	14	28.0%	26	52.0%	2	4.0%	51
32	介護サービスの利用に向けて本人・家族間の意見調整をした	3	6.0%	5	10.0%	20	40.0%	22	44.0%	0	0.0%	51
33	介護サービス利用の経過と結果を日常的に把握した	1	2.0%	7	14.3%	20	40.8%	21	42.9%	0	0.0%	50
34	経過の情報を統合し、連絡調整を行った	2	4.1%	7	14.3%	21	42.9%	19	38.8%	0	0.0%	50
35	利用者・専門家間のコミュニケーションを円滑化した	1	2.0%	9	18.0%	25	50.0%	15	30.0%	0	0.0%	51
36	介護サービス利用に伴う危機管理(リスクマネジメント)を行った	2	4.1%	6	12.2%	16	32.7%	22	44.9%	3	6.1%	50
37	ケアチーム員の変化や困難に対応した	2	4.1%	8	16.3%	19	38.8%	19	38.8%	1	2.0%	50
38	ケアプランの一貫性、継続性を確認した	2	4.0%	5	10.0%	22	44.0%	18	36.0%	3	6.0%	51
39	個別ケア展開における転換期を判断した	1	2.0%	12	24.0%	16	32.0%	20	40.0%	1	2.0%	51
40	継続ケアカンファレンスの場を設けた	2	4.1%	5	10.2%	16	32.7%	20	40.8%	6	12.2%	50
41	個別ケアの結果をチームで確認した	2	4.1%	11	22.4%	21	42.9%	12	24.5%	3	6.1%	50
42	個別のケアプランを修正、フィードバックした	1	2.0%	9	18.0%	18	36.0%	18	36.0%	4	8.0%	51
43	ケアマネジメントの展開過程を評価した	3	6.1%	11	22.4%	20	40.8%	12	24.5%	3	6.1%	50
44	個別ケアの構造的側面(人・金・物・システム等)を評価した	5	10.2%	11	22.4%	22	44.9%	10	20.4%	1	2.0%	50
45	サービス終了時に自身のケアマネジメントの振り返りをした	8	16.0%	14	28.0%	19	38.0%	8	16.0%	1	2.0%	51

介護支援のプロセスについて、岡本^{※1}の開発したケアマネジメント過程の質評価質問紙(QCM-P)を一部改変し用いた。「やや十分」「十分できた」と自己評価した割合が50%以上の項目は、45項目中「サービス提供者(介護員・看護師等)からの相談や連絡に応じた」、「ケアマネジメントについて説明し、開始に同意を得た」、「ニーズの緊急性や優先度を判断した」、「介護計画に沿って導入可能なサービス内容で対応した」、「優先度の高い介護サービスから導入

準備を進めた」、「適切な介護サービスに修正するために関係部門に相談、交渉した」、「介護サービス利用の開始と直後の状況を確認した」、「新しいニーズを確認し、介護サービス内容の追加の可能性を探った」、「介護サービス利用に伴う危機管理(リスクマネジメント)を行った」、「継続ケアカンファレンスの場を設けた」の 10 項目であった。一方「不十分」「やや不十分」と自己評価した割合が 50%以上の項目は、「利用者が自分で情報収集できるように支援した」、「サービス利用以前に初回ケアカンファレンスの場を設けた」の 2 項目であった。

9. 介護支援専門員と相談員の役割異相(自由記述)

(1) 介護支援専門員と相談員の共通点

- ・自分自身相談員とケアマネ兼務しており、その状況しか私の施設にはなく、逆にケアマネ専任の印象がない
- ・利用者の状態把握、家族との連携
- ・家族への日常生活の過ごし方の説明、同意
- ・利用者の相談、家族の対応
- ・利用者と家族の対応、相談援助業務
- ・家族・利用者との調整、契約・面接
- ・家族との連絡調整
- ・家族との連絡調整、意思確認
- ・本人の安心安楽を考える支援
- ・精神的・心理的悩みの把握、家族とのかかわり、利用者本位
- ・施設全体の把握
- ・関係者(利用者・家族・職員等)調整役
- ・生活上で困っていることや問題点に対しての相談を受ける。各部署の連携・調整係
- ・利用者について考える
- ・どちらも利用者の暮らしをよくすることを考えている
- ・施設サービスが迅速に円滑に受けられるように調整する
- ・家族との連絡調整、保険者への提出物
- ・利用者と家族のかかわりに密着した関係であり、ニーズをくみ取るための窓口。
- ・家族と関わること
- ・入所者・家族・医療面で他職種と連携する点
- ・本人の情報提供の共有
- ・苦情受付、各職との連携
- ・連絡調整
- ・施設の窓口となっている
- ・制服が同じ、利用者に関する家族や外部との連絡調整
- ・利用者・家族との相談調整を行う、行政とのかかわり
- ・利用者本位のケアプランにつくりあげるための共同作業。利用者本人家族からの相談連絡調整
- ・新規継続含め相談業務
- ・家族への連絡
- ・利用者や家族とのコミュニケーションが大事
- ・調整役・関節援助
- ・相談援助、苦情への対応、施設内事故への対応
- ・1人の利用者のニーズを総合的に見ていく。また各職種へその情報を伝達する
- ・各専門職、家族の仲介役、連絡調整
- ・相談相手
- ・利用者の QOL を目指す点
- ・利用者の想いを傾聴・共感
- ・利用者、家族の意向や希望を聞き対応すること
- ・ケアプランを作成する

・計画について共通認識を持ちサービス提供を行う。より質の高い生活の為にニーズの把握を常におこなう。事故時の考察や再発防止のためのアセスメントを行う

- ・雑用をすること
- ・入所申し込み面談、請求業務、家族への連絡調整
- ・利用者の全体を見て何が必要かを見出す。リスクを把握する。プランが生かされているか確認する。
- ・利用者・家族からの対応でケアマネだけでは対応できないときに相談員が対応する
- ・相談員も介護支援専門員利用者の自立を促す
- ・各専門職間の連絡調整役。家族との連絡調整役
- ・利用者の意思が出せるよう支援すること。ケアチーム員の役割調整役
- ・相互の連携

(2)介護支援専門員と相談員の相違点

- ・イメージしづらい、ケアマネと相談員は一緒に行うものだと思っていた。
- ・相談員は生活全般のかかわり、ケアマネは日常生活でのかかわり
- ・ケアプランを作成するかしないか
- ・ケアプラン作成
- ・相談員は家族中心、ケアマネは利用者中心
- ・介護サービス知識の提供、プラン作成
- ・計画立案
- ・それほどない
- ・日々の相談事への支援
- ・自立支援、情報収集、各職種とのまとめ役
- ・書類が多い
- ・個別的でより詳細な援助が求められる。相談員は対外的な役割が多い。
- ・相談員は施設全体(利用者・職員)に関する全ての事の把握や相談役。介護支援専門員は利用者の生活プランナー
- ・プランをたてるかたてないかの違い
- ・介護支援専門員は施設サービス計画書を作成し、相談員は方向性が違っていることを指摘する
- ・サービスの相談員、事前調査にも同行できず、基本情報のみ(紙)のみで計画を作成しなければならない。
- ・兼務も難しい現状
- ・全体のコーディネート
- ・ケアマネは日々業務を通じて利用者に関わっている。また他職種との連絡調整役を担っている。相談員は外部との連絡調整役を担っており、第三者的に冷静な判断ができる。
- ・相談員になること、現場から離れること
- ・相談員は、入退所時のかかわりが多い。家族の困りごとや経済面の相談事、職員の相談が多い。
- ・サービス提供の順位
- ・施設運営上の知識(相談員)、提供できるサービス知識(ケアマネ)
- ・ケアマネは専門職でないときちんとしたものができない。相談員兼務だとおろそかになる。経営者がケアマネと相談員の違いを認識していない。ケアマネを軽視している。
- ・生活相談員の窓口、苦情処理
- ・退所時期に関する家族や他施設との連絡調整は相談員のみが行う。
- ・利用者・家族だけでなく介護職員の相談を受ける。施設の雑用業務が主。
- ・ケアマネジメントを行う
- ・介護請求
- ・入所申し込みの受け付け、入所時書類作成、ケアプラン作成
- ・ケアマネは介護保険に関わり、相談員はそれ以外すべてにかかわる
- ・行政とのかかわり、専門的な知識が必要
- ・ケアプラン作成

- ・介護職・看護職からの相談、助言。インテークを除くケアマネジメントプロセスの実施(インテークのみ相談員)
- ・より1人1人の利用者の必要な支援を具体的にみつけプランとして作成する。相談員は口答だがケアマネは書類に表さないとならない。家族への説明場面も多い。
- ・客観的に全体を見て判断する点(ケアマネ)
- ・仕事内容
- ・実現可能に導くものをチームであるいはその他の方法を考えて、なるべく早い対応をすること
- ・介護支援専門員は具体的に課題を分析し計画して立案し各職種に伝達して実際のサービス内容を計画する点
- ・ケアプランを確認する
- ・苦情の対応、金銭管理等の関わりがある
- ・居宅ケアマネをしているときは減免からすべての申請など全般のことをしていたが施設では相談員が行っている
- ・契約の取り交わし、保険者との連絡調整、認定調査
- ・ケアマネ直接処遇を実際に確認できる。相談員間接的に情報を得て調整を図る。
- ・施設全体の問題、対処等は相談員が行う
- ・施設全体の事を行う。ケアプランはノータッチ。
- ・経営面にも配慮する(ケアマネ)
- ・他機関との連絡調整の有無(ケアマネとしては他事業所と連絡を取らない)
- ・ケアプランを作成するかどうか。ケアに関する指導的役割があるかどうか。

10.連携についての工夫(自由記述)

- ・入所時、入所後1ヶ月、半年、以降1年ごと何らかの問題があればその都度家族とカンファレンスの機会を必ず作っている
- ・PC使用による情報の共有化
- ・連絡がつきにくい場合には、アナログだが郵便が一番効果的であることを最近知った
- ・密に連携をとるようにしている、コミュニケーションを通じて情報収集
- ・間に入る、家族とスタッフ間の調整
- ・連絡調整やコミュニケーションをとる機会をできるだけ多く作れるように心がけている
- ・介護職の意見を聞く
- ・体調の変化など受診を要することがあったときは、その都度家族へ電話報告している。また面会時には様子を知らせるようにしている。
- ・入所時は利用者と家族の意向を聞きだし、また会議参加への要請を求めている。家族とはコミュニケーションを良くし遠方在住の方には来荘時、家族が施設に宿泊したり職員との話し合いなどで日常サービスなどを理解してもらっている
- ・各職種会議への参加
- ・家族交流会を年三回企画し、家族と密になれるよう工夫している。春運動会、夏祭り、クリスマス会など
- ・利用者に何か変化があった場合小まめに行う
- ・必要時電話で連絡したり、面会時家族と話をする
- ・会議や研修などに出席し情報の共有に努めた
- ・家族には二か月に一回「現状報告書」利用者の状態をまとめたものを送付。カンファレンスへの出欠アンケートを送付し回答書にサービスについての要望をもらう。
- ・家族への日頃の状態について、簡単でも情報提供し関わりを持つようにしている。
- ・職種に対しては、新たな情報があれば伝え、専門職としての意見を確認する。家族へは利用者の現状(取り組み)を伝える。
- ・定期的なカンファレンスの実施
- ・直接自分が会うのか電話でやりとりすることを基本としている
- ・カンファレンスの家族参加

- ・各種行事には必ず顔を出し面談の機会を作るようにしている
- ・面会時、家族の方とできるだけ話すようにしている。面会が少ない方は電話で対応している
- ・相手の都合を考え早め目に連絡する
- ・細かいことでも情報は共有できるようメモを置いている
- ・家族が面会に来た際には必ず会話する
- ・各職種が一堂に集まってサービス担当者会議。家族の意向や要望を取り入れるためにアンケートをプラン作成時に送付している
- ・面会時必ず声をかけ近況を報告する
- ・担当介護職員と情報を共有する時間を設けたり、ケース記録に自分が気づいたこと、会話したことなどを記録している。

11. 申し送りの工夫

- ・①直接言う、②細かいことでもその都度ユニット職員へ伝えている。相談員とユニットの風通しを良くしようと常に考えている。
- ・申し送り帳の活用(全体職員用と各棟の申し送り帳)
- ・PC 使用による情報の共有化
- ・連絡ノート記入し、全員が必ず出勤時に目を通す。
- ・変化があればすぐ多職種で共有している
- ・介護職では朝夕のユニット内、施設のことは相談員、看護職は全体又は個別に、朝九時勤務時間に合わせて申し送りノートの活用、退社時の再確認のための申し送り、朝夕一回ずつ
- ・模索中
- ・朝の引き継ぎ、PC 上への打ち込み、日常的な会話の中で何気ない情報収集
- ・申し送りノートに書き込みサインをする
- ・日々の記録はコンピュータ管理し、すべての職員が閲覧できる。その他ユニット間で注意することはノートに記載し確認。
- ・従来然としている。変えるエネルギーが必要。変化への受け入れが難しい環境である。
- ・各ユニットに足を運び情報をもらっている
- ・朝夕の申し送り以外にも午後 14 時頃ミーティングを行い、情報共有につとめている。
- ・ノートを活用する
- ・申し送りへの参加
- ・朝夕の申し送りに加え、昼にも 10 分申し送りをしている。
- ・担当職員と直接話すようにしている。
- ・朝礼部門会議における連絡。個人面談。
- ・ケア提供確認表、サービス内容を具体的に記入し全職員で確認している
- ・連絡ノートの使用
- ・現場申し送りへの参加
- ・夜間や日常の変化を書きとめる。介護日誌に目を通す。聞く。
- ・工夫はしていないが、毎朝各ユニットを回り、明番者から報告を受けている。
- ・申し送りの中に「看護職から」の時間を設け、Dr から受けた指示や検査結果、受診予定日など医療的な内容の情報提供を行っている。またケアマネ、相談員は家族等から依頼などについても申し送り、情報共有の場としている。
- ・ユニットの日誌、その他の記録(受診や日報等)すべてに目を通す、朝夕の引き継ぎに出る。
- ・利用者視点で
- ・口答のみではなく、利用者個人の申し送りノートを作成し活用している
- ・直接現場に出向く
- ・チームごとに申し送りノートを作り記載している
- ・申し送り帳の活用
- ・全て朝夕の申し送り他日誌と施設内メールで全て届くようになっている

- ・各ユニットの中のノートに申し送りして誰でもわかるようにしている
- ・利用者それぞれに担当をつけ、通常業務以外でも居室の整理整頓やアセスメントをしている
- ・申し送りは朝夕毎日行っている
- ・記録と直性関わる職員に注意点をさらに細かく話す
- ・連絡帳の活用。メール・電話・メモ・臨時会議
- ・ミーティングノートに対応の仕方、利用者の状況を示し、職員がいつでも確認できるようにしている
- ・カンファレンスで何気ない事でも話せるような雰囲気作りをしている
- ・行動や表情の変化を観察したまま記録すること。メモで毎日見られる場所に置くこと。
- ・他専門職に報告したり来てもらい確認してもらっている

12.要約

1. 基本属性

回答者の平均年齢は 42.08 歳であり、最年少者は 23 歳、最年長者は 68 歳と年齢層は幅広く、男性に比べ女性の割合が多かった。

回答者の施設ケアプランの平均作成経験は、3.61 歳であり介護保険制度施行後約 12 年が経過しているが比較的短かった。

回答者の所持資格は、多くの者が介護支援専門員を有していたが、介護支援専門員資格を有していなくても施設ケアプラン作成を担っている者もいた。

ケアプラン作成業務担当者の専任・兼任は、専任で役割を担っている者は 9 名 18.4%と圧倒的に少なく、多くの者が他の業務と兼務している実態が明らかになった。兼務業務は、介護職と相談員職がそれぞれ 30%程度を占めた。

兼務者が 1 週間のうち、ケアプラン作成業務に費やしている平均時間は、9.1 時間と週の労働時間を 40 時間で考えると 1 日弱程度で担っており、他の兼務業務に多くの時間を費やしていると推察された。

ケアプラン作成を担当する利用者数は、最少 9 ケース、最大 100 ケースで平均 40.1 ケースであった。最少ケースはグループホームと想定されるが、施設によってその業務割合に幅があることが明らかになった。

2. 所属施設概要

回答者の所属施設は、介護老人福祉施設が最も多く、次いでグループホーム、介護老人保健施設であり、その利用定員は 9 名から 125 名と幅が広く平均入所定員は、59±26 名であった。

所属施設におけるトイレ介助や食事介助、移乗介助、口腔ケア等のマニュアルは、多くの施設で整備されていると受けとめられるが、ないまたはその存在を知らないとの回答も一部存在した。

介護支援専門員が作成するケアプランと介護職が作成する個別介護計画の作成実態は、介護支援専門員が作成するケアプランのみ行っている施設が多く、双方とも作成しているとした回答は 2 名 3.9%にとどまった。

3. アセスメント

多くの施設ではアセスメントに既成のツールを使っており、最も多かったのは三団体方式であった。施設のオリジナルを使用しているとは回答したのは 7 名 15.2%であった。

アセスメントを行っている職種は、全職種で行っている割合が多く、また介護職主体で行っているとの回答もみられ、必ずしも介護支援専門員が単独で担っていないことが示された。

情報収集の方法では、利用者や家族に直接接する聞き取りと観察が多かった。その一方で、利用者に直接接しない他者の記録参照の割合が 20%程度を占めた。

情報の分析方法は、マニュアルやコンピュータに頼らず、自ら考えている割合が高く、客観性の担保からは課題と思われる。

4. カンファレンス

カンファレンスは、多くの施設で定期的開催されており、その頻度は 6 ヶ月に 1 度程度が最も多かった。またその目的の多くは、情報共有と課題検討であった。

カンファレンスの参加メンバーに位置づけられている職種等は、介護支援専門員、介護職員、看護職員、相談員、栄養士が多かった。家族をメンバーに位置づけていた回答は 25%程度であり、利用者本人を位置づけていた回答はなかった。家族へのカンファレンス参加の働きかけは、必ずおよび必要に応じて働きかけるという回答が 50%を超えたが、働きかけていないという回答も 40%程度あった。

5. ケアプラン内容

ケアプラン作成時の重要視点は、本人の想い、健康、ADL を重視している一方で、活動や参加、社会性といった面はあまり重視されていなかった。

ケアプランにおけるインフォーマル・サービスの位置づけは、一部位置づけているとした回答が多かったが、全く位置づけていないとする回答が30%程度あった。また通過施設として在宅生活へ向けた支援の視点は、ほとんど位置づけられていなかった。

6. モニタリング

モニタリングは、介護支援専門員と他の専門職と協働で担っていることが多く、その評価方法では、利用者評価と専門職評価の実施率は高いものの、家族評価の実施率は低かった。

立案したケアプランの平均実施割合は、62.2%であり、概ね実施されていると捉えられる。

7. マネジメント(連絡調整)

保険者(市町村)との連絡調整は介護支援専門員と相談員が、家族との連絡調整は相談員が担っている割合が高かった。また医師との連絡調整は圧倒的に看護職が担っていた。

8. ケアマネジメントプロセス

回答者は、サービス提供者からの相談に応じ、手続き上の説明と同意を行い、ニーズの緊急性や優先度、計画に沿って提供出来るサービスから導入している傾向が見られた。また各部門へのサービス修正の交渉、サービス開始直後の状況確認、サービス追加等新たな見直し、サービス提供上の危機管理を行い、継続的なカンファレンスを行っている傾向が伺われた。その反面、利用者が自ら情報を得る為の支援や入居前のカンファレンスの開催等は行っていない状況であった。

9. 介護支援専門員と相談員の役割の認識

介護支援専門員と相談員の共通的な役割の認識は、利用者の状態把握や家族に対する利用者の状況説明、家族や行政との連絡調整、相談窓口等の役割があげられた。一方相違点では、ケアプランを作成するか否か、相談員は対外的な役割、介護請求をするか否か、相談員は現場から少し距離を置き施設運営上のこと担う、入退所調整や介護保険以外の業務全般などの違いがあげられた。概観すると介護支援専門員は介護保険上のケアプラン作成業務を中心とし、相談員は対外的な部分や入退所、事務的運営的部分を担っているように受けとめられるが、いずれにしても、双方の役割の違いは曖昧であると捉えられる。

10. 連携についての工夫点

細かなカンファレンス開催、他職の意見を聞く、コミュニケーションの機会を増やす、こまめな連絡など接点を多くするよう工夫されていた。

11. 申し送りの工夫

パソコンやノートの活用、申し送り機会の複数化、会議などを通じて情報共有に努めていた。

13. 引用・参考文献

- 1) 岡本玲子編著『対応困難な事例に学ぶケアマネジメント・質評価の視点とともに』医学書院, 2003
- 2) 岡本玲子著『ケアマネジメントの質保障・活動指標 45』日総研, 2002
- 3) 全国介護支援専門員連絡協議会「施設介護支援専門員の業務実態に関する調査研究報告書」2005
- 4) 厚生労働省老健局「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会資料」2012-201

2013. 3

文責 青森県老人施設協会主催

施設ケアプラン研修担当 工藤 英明