

# 介護支援専門員の業務実態からみた 介護支援専門員養成研修事業の検証

横山孝子

## 要 約

介護支援専門員の実態調査を目的に実施したアンケート調査及び、三菱総合研究所の「居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査」、日本総合研究所の「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究」を基に、介護支援専門員の業務実態及び業務に対する認識を探り、介護支援専門員養成研修事業の検証を試みた。

その結果、1) 介護支援専門員の業務実態として、介護支援専門員を取り巻く政策環境の変化により、介護支援専門員を制度で縛るという結果に至り、悪循環に陥っている。介護支援専門員は役割以上の責務を負わされ、自己効力感を低め疲弊しきっている。2) 介護支援専門員の拠りどころであるはずの研修体系は、多様な基礎資格の上に画一的な研修であるため介護支援専門員としての基礎が構築されず、実務経験を重ねても経験知が統合されにくい状況を招いている。各種の研修でねらっていることと、介護支援専門員が求めることとの乖離が生じており、研修体系が有効に機能していない、ことが明らかになった。

現行の施策の延長ではない思い切った改革に早急に着手する必要があるとして打ち出された地域包括ケアシステムの中で、介護支援専門員が求められる専門性を修得し発揮できるための、介護支援専門員養成研修事業の思い切った改革が必須である。

## はじめに

介護の社会化に伴い創設された介護保険法（1997年制定、2000年施行）ではケアマネジメントが導入され、その役割を担う介護支援専門員数は、2011年度（第14回）「介護支援専門員実務研修受講試験」時点で、54万5,801人となっている（資料1）<sup>1)</sup>。

介護支援専門員の役割は、サービス利用の申込みがあった場合のサービスの種類やその内容、利用手続きの説明と同意、正当な理由のない提供拒否の禁止、要介護認定の申請の援助、利用料の受領、居宅サービス計画の作成などが指定基準のなかの運営に関する基準として定められている<sup>2)</sup>。特に、居宅サービス計画の作成においては、下記のような基準内容が詳細に示されている。

- 1) 利用者と家族に懇切丁寧に説明し、理解を得られることを基本とすること

資料1. 介護支援専門員の職種別合格者数  
(第1～第14回試験の合計)

職種	人数	構成比率
医師	14,922	2.7
歯科医師	3,510	0.6
薬剤師	19,089	3.5
保健師	25,055	4.6
助産師	1,798	0.3
看護師、准看護師	153,971	28.2
理学療法士	10,435	1.9
作業療法士	6,426	1.2
視能訓練士	188	0.0
義肢装具士	107	0.0
歯科衛生士	10,358	1.9
言語聴覚士	826	0.2
あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師	6,833	1.3
柔道整復師	3,044	0.6
栄養士（管理栄養士含む）	10,930	2.0
社会福祉士	29,767	5.5
介護福祉士	203,714	37.3
精神保健福祉士	3,743	0.7
相談援助業務従事者・介護等業務従事者	58,612	10.7
合計	563,328	-

\* 合計欄は、複数の法定資格の取得者を含むため、合格者数とは一致しない。

- 2) 継続的かつ計画的なサービスが行われるようにし、特定の時期に偏ったり、必要性に乏しいサービス利用を助長したりしないこと
- 3) 利用者の希望や選択に基づき、介護給付等対象サービス以外の、地域の多様なサービスも盛り込んだ総合的な居宅サービス計画となるように努めること
- 4) 利用者自身によるサービス選択を基本とし、特定の同一事業者のサービスのみによるサービス原案を最初から提示しないこと
- 5) 居宅サービス計画の作成に先立って、利用者の自立した日常生活を支援するうえで解決すべき課題を把握すること
- 6) 解決課題の把握（アセスメント）にあたっては、必ず利用者・家族と面接して行うこと
- 7) 居宅サービス計画原案には、利用者・家族の意向、総合的な援助方針、解決すべき課題を記載したうえで、サービスの長期的・短期的な目標、達成時期などが盛り込まれること
- 8) サービス担当者会議等を開き、専門的意見を聴取して、原案の調整を図ること

- 9) 居宅サービス計画の内容について利用者・家族に説明を行い、文書による同意を得るとともに、利用者に交付すること
- 10) 居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を少なくとも1か月に1回は居宅を訪問し、利用者に面接して行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更やサービス提供事業者との連絡調整を行うこと
- 11) 短期入所や福祉用具の利用などの希望が出たり、利用者が居宅で生活することが困難となって介護保険施設への入所を利用者が希望したりする場合には、関係の指定事業者や介護保険施設への紹介その他の便宜を図ること
- 12) 医療系のサービスを居宅サービス計画に位置づける場合には、主治医との連携を図ること  
このような役割を担っている介護支援専門員であるが、これらの業務負担感が大きい項目として、「医療機関・主治医との連絡・調整」（41.2%）、「サービス担当者会議の開催」（39.1%）、「初回ケアプランの作成」（29.6%）、「利用者の状態像等に関するアセスメント」（26.4%）などを挙げている<sup>3)</sup>。  
介護支援専門員の創設後10年を過ぎた今日、介護保険制度は2005年度、2011年度の改正を経て、2012（平成24）年4月1日より地域包括ケアシステムの構築に向け動き出している。それらの動きの中で、厚生労働省は「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」を立ち上げ、①ケアマネジャーをめぐる課題の整理、②養成カリキュラム、研修体系、③試験、④資格の在り方などを検討事項に、既に第6回の検討会を重ねている。ここでの「介護支援専門員・ケアマネジメントの質の向上」のみに着目してみると、「基本的考え方」<sup>4)</sup>を以下の7点に示している。
  - 1) ケアマネジメント・プロセスを可視化するとともに、ケアカンファレンスにおける多職種協働の円滑化を図るため、アセスメント情報からケアプラン作成に至る思考過程を明確にする、共通の「課題抽出シート」の導入に向けた検討を行う。
  - 2) 現状のケアプランの実態を把握し、改善点を明らかにしていく取り組みとして、「ケアマネジメント会議（仮称）」等の取り組みを通じて、公開の場でケアマネジメントの評価・検証を行う。
  - 3) 多職種協働により、利用者の自立支援に資する適切なサービス提供が行われるような実効性のあるケアカンファレンスが開催されるよう徹底する。
  - 4) 短期目標の結果を総括し、次期の居宅サービス計画を作成する際に踏まえるべき事実を整理できるよう、ケアプランの評価・見直しに関する様式の導入に向けた検討を行う。
  - 5) ケアマネジメントを評価するにあたり、アウトカムの内容やプロセスを明確にするため、調査・研究を進める。
  - 6) 介護支援専門員の専門性（知識・技能）の向上を図るため、①実務研修受講試験の受験要件を見直す。②介護支援専門員の研修カリキュラムや研修方法を見直す。③研修指導者のためのガイドラインを策定する。
  - 7) 「居宅」、「居住系サービス」、「施設」、「地域包括支援センター」等、介護支援専門員が現に従事している事業所が多様であることを踏まえた実践的な専門研修とする。  
という、従来よりも一歩踏み込んだ具体的な内容が示されている。そして、それらへの「考え

られる対応方策」として、「試験・研修制度の見直し、運用面・実践面での対応（様式の策定、ガイドラインの作成等）、調査・研究」を上げている。これら第6回検討会で整理された「方向性の基本的考え方等」について、現場で実務を担っている介護支援専門員等のパブリックコメントを募集している現状にある（同年10月11日～31日）<sup>5)</sup>。

このような背景には、社会保障審議会介護給付費分科会（平成23年12月7日）からのケアマネジメントに対するさまざまな課題をふまえたケアマネジメントの在り方の検討の必要性が指摘されていること、また介護保険部会（平成22年11月30日）のケアプラン、ケアマネジャーの質の向上に関する指摘や施設ケアマネジャーの位置づけの明確化が必要と指摘されていることがある。

筆者は、これまでに介護支援専門員の養成において、その受験資格要件が多様な職種に及ぶため、基礎資格の上に新たに介護支援専門員の専門職性を再構築する必要があることを問題意識に<sup>6)</sup>、先行研究に依拠しつつ導き出した生活支援専門職の専門職性を基に、介護支援専門員養成カリキュラムを組み立て、介護支援専門員教育マトリックス・介護支援専門員教育カリキュラムを提言してきた<sup>7)</sup>。

本稿では、提案した介護支援専門員教育カリキュラムの検証を目的に2009（平成21）年に実施したアンケート調査結果<sup>8)</sup>及び三菱総合研究所の「居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査」<sup>9)</sup>、日本総合研究所の「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究」<sup>10)</sup>を基に、介護支援専門員の業務実態及び業務に対する認識を探り、介護支援専門員養成研修事業の検証を試みる。

## I. アンケート調査の概要

### 1. 調査対象及び期間

アンケート調査（以下、本調査という）対象として、『日本ケアマネジメント学会会員名簿』（平成18年9月1日）を基に、介護支援専門員業務に従事していることが予測される会員を抽出し、調査依頼書と共に調査票を郵送した。2009（平成21）年8月28日アンケート調査票の発送後およそ1ヶ月間を調査期間とした。その調査は、364名（九州・沖縄地区166名、中国・四国地区198名）に発送し、その結果、176名（48.4%）より回答が得られた。内、有効回答は152名（86.3%）、無効回答24名（13.6%）であった。

### 2. 調査内容

まず基本属性として、1) 年齢、2) 性別、3) 所属先の施設種別、4) 介護支援専門員としての実務経験年数、5) 有する基礎資格、6) 介護支援専門員になるまでの基礎資格による実務経験年数及び就業施設、の項目を挙げた。

次に、介護支援専門員業務の実施状況を把握するためにケアマネジメント業務にそって、1) 利

用者・家族に対する介護保険制度についての説明 2) 利用者・家族の情報収集 3) 情報についての課題分析 4) 利用者宅への訪問 5) サービス計画書の作成 6) 利用者・家族に対するサービス計画書の説明・同意 7) 利用者に対するサービス計画書の交付 8) 担当者（他職種）に対するサービス計画書の交付 9) サービス計画書に関するモニタリング 10) モニタリング訪問記録 11) サービス計画書の見直し 12) サービス担当者会議の開催 13) サービス担当者からの意見聴取 14) 介護支援経過記録 15) 利用者と家族の意見調整 16) 利用者の思い・要望を引き出す関わり 17) 利用者の自己決定を促す関わり 18) 利用者の意思を尊重する支援計画の作成 19) 利用者・家族の苦情への適切な対応 について、5段階による自己評価とその理由を問うた。

続いて、ケアマネジメント業務を担う介護支援専門員に求められる重要な能力について、10ケの選択肢より第1位から3位までの優先順位による回答を求めた。

さらに、ケアマネジメント業務を担っている自分自身が介護支援専門員として強化を希望する項目について、筆者の考える介護支援専門員の目標行動とその達成に向けた教育内容の一覧を提示し、その中から該当する内容の選択を依頼した。最後に、介護支援専門員に関連する意見・要望等についての自由記述を求めた（紙面の都合上、調査用紙は割愛）。

## Ⅱ. 介護支援専門員の業務別にみた「できている」割合の対比

全国介護支援専門員連絡協議会の平成15年度の結果において、ケアマネジメントにおける業務別の自己評価で「できている」とした者の割合が低率であった項目は、①「サービス担当者会議の開催」（9.5%）、②「サービス担当者の意見聴取」（18.0%）、③「情報についての課題分析」（18.2%）、④「モニタリング訪問記録」（20.3%）が目立っている。

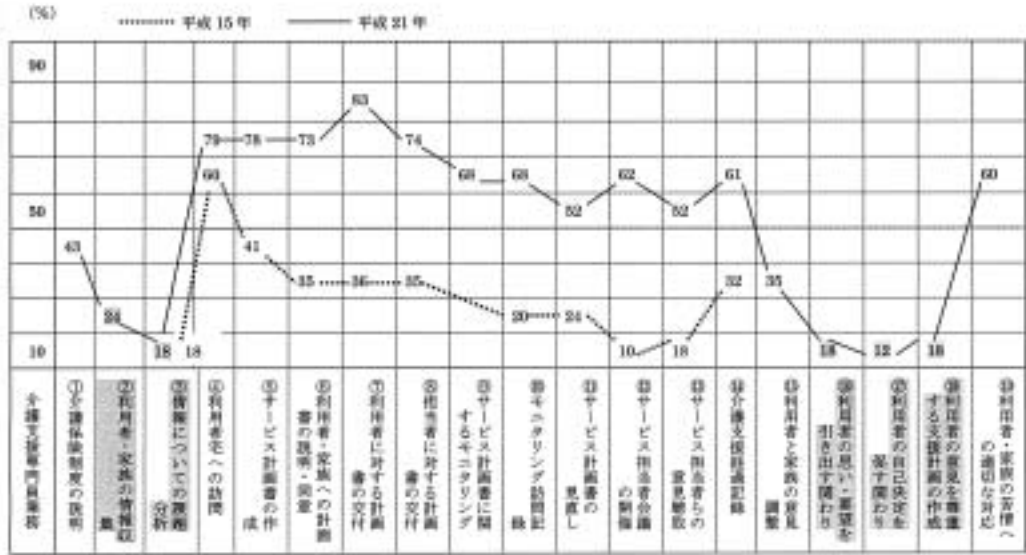
一方、対象が異なるために単純比較はできないが、平成21年度の本調査では、「情報についての課題分析」（18%）は同値であるが、他の項目においては5割を超える値に改善されている（図1）。ちなみに、本調査の対象属性は、全体の76%（117人）が居宅介護支援事業所に所属し、実務経験年数では51%（78人）が8～10年、33%（50人）が5～8年未満、13%（20人）が5年未満であった。

平成15年度と21年度の対比を通してみえる改善の要因を考える時、この間の制度改革に注目できる。それは、平成17（2005）年の法改正である。介護保険制度施行後のケアマネジメントをめぐる多くの課題が指摘され、立て直しに向けて多くの点が見直されている。ケアマネジメント見直しの方向性として、①主治医と介護支援専門員の連携、在宅と施設との連携、包括的・継続的ケアマネジメントを確立すること、②そのため介護支援専門員の資質と専門性の向上を図ることを基本に、次の改正が行われた。

### 1) 有効期間の導入

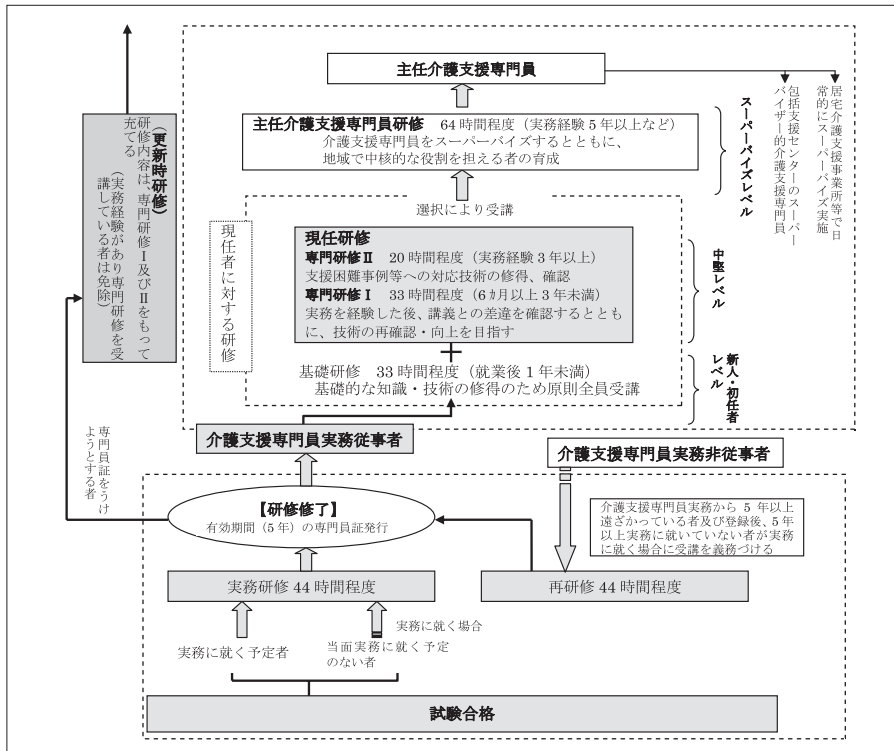
介護支援専門員証（第5項の規定により交付された介護支援専門員証を除く）の有効期間は、5年とする（介護保険法第69条の7）。

図1. 介護支援専門員業務別にみた「できている」割合の年次比較



出典：平成15年（全国介護支援専門員連絡協議会「平成15年度介護支援専門員の業務実態に関する全国調査」、平成21年「介護支援専門員の業務に関する実態調査」報告書）

資料2. 介護支援専門員の資格・研修体系（平成21年5月版介護保険制度の解説より）



## 2) 研修の強化

体系的に研修を行い、資質の向上を図るため、各レベルに合せた研修体系が整備された<sup>11)</sup>。

その詳細は、資料2の介護支援専門員の資格・研修体系を参照。

## 3) 主任介護支援専門員の創設

主任介護支援専門員は、地域包括支援センターに配置される新しい専門職として創設された。同時に、1人の介護支援専門員の担当標準件数が50件から35件に引き下げられたことも見逃せない。担当件数が一定程度増えるごとに報酬も引き下げられることとなった。

さらに、以下のような場合には「担当者会議」を開くこととされ、決められた業務を実施しなければ「運営基準減算」として、30～50%減算されることになった。

- 1) 介護保険サービスを新規に利用するとき
- 2) 現在利用中の介護保険サービスの変更を希望したとき
- 3) 長期の入院後や家庭環境に大きな変化が生じたとき
- 4) 利用者・家族・介護サービス事業者より開催を求められ、介護支援専門員が必要であると判断したとき
- 5) 継続・更新・区分変更の設定がされたとき

上記の場合に、止むを得ず開催できない場合は、「照会により意見を求めること」としている。

また、サービスの質を確保するための仕組みに、「介護サービス情報の公表」制度が新たに設けられ、平成18（2006）年より実施がなされたが、23（2011）年改正で一部の手直しがなされている。その目的は、介護サービス利用者が適切、円滑にサービスの利用機会を確保できるよう、介護サービスの内容や事業者・施設の運営状況などの介護サービス情報を公表させることにある。

以上のような法改正により、「できている」とした割合が平成15年度時点より高くなっていると考えられる。特に、介護報酬体系に「運営基準減算」方式が導入されたことの影響は大きい。「できている」ことの、その質を問わなければケアマネジメントにおいて“決められた業務”として、高率を占めると推測できる。その反面、報酬請求事務等が優先されることになり、結果、事務量及びそれに要する時間が増え、介護支援専門員の本来の役割とは異なる問題を生じる可能性も否めない。

本調査における項目で、図1の⑮から⑲は介護支援専門員テキストに示されている項目を参照したものである。その中で、⑰「利用者の自己決定を促す関わり」（12%）、⑱「利用者の思い・要望を引き出す関わり」（18%）、⑲「利用者の意見を尊重する支援計画書の作成」（18%）は低率となっている。これらは、前述した事柄とは異なり、事務的あるいは物理的に対応できる内容ではない。⑳「情報についての課題分析」も同様に、まさに介護支援専門員自身の力量を問われるものである。先述したように、多様な基礎資格で構成される介護支援専門員が、同一の「実務研修」（資料3）を受け、業務に就いていく。

「介護支援専門員実務研修受講試験」（介護保険法施行規則第113条の4）の受験資格要件は、保健・医療・福祉領域の多様な職種に及ぶ（資料1参照）。前記の介護支援専門員の職種別合格者数で、その構成比率の最も高率を占めているのは、介護福祉士（37.3%）である。介護福祉士資格取

## 資料 3 . 介護支援専門員実務研修及び再研修

区分	科目	時間	備考
講義	介護保険制度の理念と介護支援専門員に関する講義	2	
	介護支援サービス（居宅介護支援並びに施設における施設サービス計画の作成、サービスの利用援助及び施設サービス計画の実施状況の把握をいう。以下同じ。）の基本に関する講義	2	
	要介護認定の基礎に関する講義	2	
	受付及び相談と契約に関する講義	1	
	アセスメント、ニーズの把握の方法に関する講義	2	
	居宅サービス計画等の作成に関する講義	2	
	モニタリングの方法に関する講義	2	
	地域包括支援センターの概要に関する講義	2	
	介護予防支援に関する講義	3	
	介護支援サービスを実施するために必要な技術に関する講義	3	相談面接技術の理解に関する講義
	実習オリエンテーション	1	
演習	アセスメント、ニーズの把握の方法に関する演習	4	
	居宅サービス計画等の作成に関する演習	4	
	アセスメント及び居宅サービス計画の作成に関する演習	6	
	介護予防支援に関する演習	4	
	介護支援サービスのアセスメントを実施するために必要な技術に関する演習	3	多職種連携に関する演習を行うこと
	意見交換、講評	1	
実習	介護支援サービスの基礎技術に関する実習		
	合計	44	

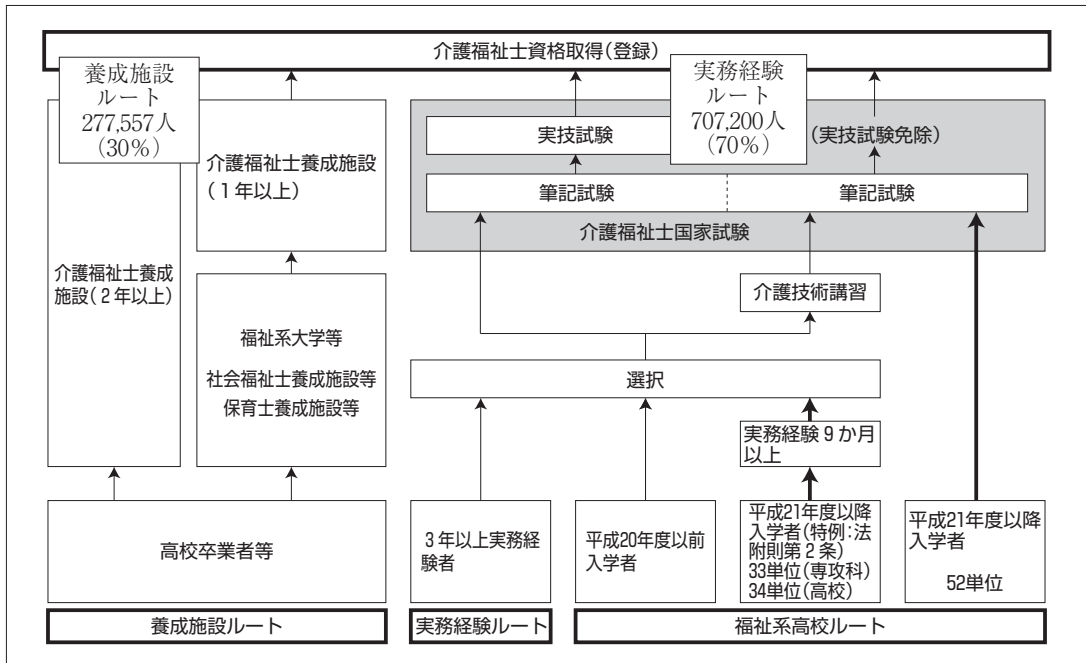
（厚生労働大臣：介護支援専門員等に係る研修の基準）

得の一つをみても、代表される3つのルート（養成施設ルート・実務経験ルート・福祉系高校ルート／資料4）<sup>12)</sup>があり、このような状況が大小を問わず多様な職種において展開されている。

これまでの問題提起の繰り返しになるが、果たして、義務である「介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスが特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない」（介護保険法第69条の34）、「介護支援専門員は、厚生労働省令で定める基準に従って、介護支援専門員の業務を行わなければならない」（同法第69条の34の2項）を、果たせるだけの能力を保証する研修となり得ているのかという疑問を払拭できない。今回の改正の機会を好機ととらえ、「介護支援専門員実務研修受講試験」の受験資格要件を見直すべきだと考える。



資料4. 介護福祉士資格取得ルート及びルート別内訳（984,757人／2011年10月）



※平成27年度（第28回）からの主な変更点

- 1 実務経験ルートは、実務経験3年以上かつ実務者研修を修了した者が受験資格になる。
- 2 養成施設において、必要な知識及び技能を修得した者も、国家試験の受験が必要になる。

### Ⅲ. 介護支援専門員に求められる能力

本調査において、介護支援専門員に求められる能力として想定される10項目を挙げ、優先順位をつけた選択式回答による結果である。

ここで、本調査における対象属性についてふれると、有効回答152人の年代は、30代26人（17%）、40代52人（34%）、50代55人（36%）、60代以上19人（13%）であった。性別は、男性24人（16%）、女性128人（84%）で圧倒的に女性が多い。所属先の施設種別では、居宅介護事業所117人（76%）で、地域包括支援センター16人（11%）、介護老人保健施設6人（4%）、介護老人福祉施設4人（3%）、その他9人（6%）の比率であった。また、介護支援専門員としての実務経験年数別では、8～10年がもつとも多く78人（51%）で、6～7年未満22人（14%）、7～8年未満15人（10%）、5～6年未満13人（9%）というように、5年以上者が128人（84%）を占める。さらに、基礎資格別では、看護職が66人（47%）、介護福祉士27人（19%）、社会福祉士14人（10%）、ホームヘルパー11人（8%）等であった。居宅介護事業所に所属し、実務経験8～10年者が61人（40%）存在した（本稿では特定者という）。

このような背景を有する介護支援専門員が、【介護支援専門員に求められる能力】として回答し

た項目を順位別で見ると、第1位「利用者および家族と信頼関係を築く能力」(86人)、第2位「利用者・家族の情報収集及び課題分析する力」(50人)、第3位「地域におけるネットワークづくり」(34人)である(表1)。これらの度数合計で見ると、最も高率を占めたのが「利用者および家族と信頼関係を築く能力」(76.2%)、次いで「利用者・家族の情報収集及び課題分析する力」(70.2%)、「利用者の思い・要望を引き出し、自己決定を促す能力」(57.6%)と続いている<sup>13)</sup>。

表1. 介護支援専門員に求められる能力

n=151

項目	第1位	第2位	第3位	度数計(%)
ア. 利用者および家族と信頼関係を築く能力	86	20	9	115 (76.2)
イ. 利用者・家族の情報収集及び課題分析する力	31	50	25	106 (70.2)
ウ. サービス計画書を作成、モニタリングする能力	1	6	19	26 (17.2)
エ. 多職種によるチームカンファレンスを企画・運営する能力	0	9	18	27 (17.9)
オ. サービス担当者間におけるパートナーシップ	0	14	12	26 (17.2)
カ. 介護支援経過記録等の記録類の管理能力	1	2	5	8 (5.3)
キ. 利用者の思い・要望を引き出し、自己決定を促す能力	26	41	20	87 (57.6)
ク. 利用者・家族の苦情に対する対応能力	4	2	7	13 (8.6)
ケ. 社会資源を開発する能力	0	3	2	5 (3.3)
コ. 地域におけるネットワークづくり	2	4	34	40 (26.5)

さらにクロス集計においても、全体の結果と属性別(実務経験別・基礎資格別・所属施設種別・特定者別)結果との差異は見られなかった。

ここでの「情報収集・課題分析」は、前記の「情報についての課題分析」に相応する。制度開始段階から「できている」割合が低く、改善の兆しが見えない項目の一つでもある。特に、ケアマネジメントの適否を大きく左右する位置づけにある項目と解されるため、喫緊の改善が望まれる。そこで、属性別にみた「求められる能力」をみてみると、実務経験年数別及び基礎資格別、所属施設種別、さらに特定者(居宅介護支援事業所所属・実務経験8～10年者)においても、全体結果と同様で違いはみられない。このことは、課題分析をするには分析をするための専門的な知識が必要ということを考え合わせると、個人の努力のみで習得するには限界を伴う能力であることが窺える。ケアマネジメントの方法に偏った実務研修の内容ではなく、ケアマネジメント業務に必要な基本的な内容及びそれに見合う研修時間で構成された新たな研修の在り方を検討する必要性が高い状況にあることを示唆していると考ええる。

日本総合研究所が実施した個別事例(無作為抽出70件)のケアマネジメントの分析・評価結果の総評<sup>14)</sup>でも、[課題の整理と優先順位付け]において、①課題の整理と優先順位付けが不十分な事例が見られる、②要介護となった主な原因疾患は把握できているが、それをケアプランに記載できていない、③医療ニーズに関する課題の整理が不足、④「～したい」という記述方法に捉われてしまっている事例がみられる、としている。特に、[医療との連携における課題]として介護支援専門員が感じている課題は、“自分が持つ医療・リハビリに関する知識に自信がない”であり、実務

3年未満が68.8%、3年以上5年未満が59.6%、5年以上10年未満が50.7%となっている。また、“病院・診療所を訪問することにためらいがある”と、実務年数に拘わらず30～50%近くが回答している。これも、自信のなさが訪問をためらわせている要因であると考えられる。

また、前記で「できている」割合が低かった項目と、ここでの「思いを引き出し自己決定を促す」項目とは類似する内容である。同時に「信頼関係を築く」項目とも関係している。これらはまさに、生活支援専門職としての介護支援専門員活動の基盤となるものであり、就業前に義務づけられている「実務研修」の段階で、講義・演習形態等を活用し修得すべき内容と考える。

#### IV. 介護支援専門員の業務負担感と困難点

三菱総合研究所の調査結果による【業務負担感】をみると、介護支援専門員業務の一連のプロセスにおいて居宅介護支援では、「医療機関・主治医との連絡・調整」（41.2%）、「サービス担当者会議の開催」（39.1%）が高率を占め、「利用者の状態像等に関するアセスメント」（26.4%）、「モニタリング結果の記録」（24.9%）の順となっている<sup>15)</sup>。

これを、2006年の同研究所結果（表2）<sup>16)</sup>と対比すると、「医療機関・主治医との連絡・調整」（35.9%）で+4.3%、「サービス担当者会議の開催」（45.9%）で-6.8%、「利用者の状態像等に関するアセスメント」（21.8%）で+4.8%、「モニタリング結果の記録」（28.3%）で-3.4%となっている。上述した介護報酬体系の改正により、僅かではあるがマイナス値を示した項目に取り組みやすい環境になっていることが窺える。

表2. 介護支援専門員の業務のうち負担感の大きい業務

順	業務内容	%
1	サービス担当者会議の開催	45.9
2	医療機関・主治医との連絡・調整	35.9
3	制度の変更に伴う情報等について利用者への説明	29.0
4	3ヶ月に1回のモニタリング結果の記録	28.3
5	初回のケアプランの作成	27.1
6	利用者の状態像等に関するアセスメント	21.8

三菱総合研究所『居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査』

さらに【モニタリング記録】の困難点は、「どこまでモニタリングし、記録すべきか迷うことがある」（47.1%）、「モニタリングしたあとに、記録用紙に転記する時間がとれない」（34.9%）、「利用者から本音（サービスへの満足度等）を聞き出すのに時間がかかる」（29.1%）となっている<sup>17)</sup>。これらについては、実務研修において、モニタリング記録の方法や社会資源の活用及びネットワークづくりの基礎的内容を強化することも考えられる。また、【業務遂行に関する悩み】にみられる「記録する書式が多く手間がかかる」（63.3%）<sup>18)</sup>ことを考え合わせると、現場サイドに立った記録書式

のスリム化や標準化等の改善も一案と考える。

一方、負担感の強い項目の業務上の困難点を問うたものでは、【主治医との連携における課題】として、「主治医と話し合う機会が少ない」68.8%、「連携のために必要となる時間や労力が大きい」56.5%、「主治医とコミュニケーションすることに苦手意識を感じる」56.4%、「主治医から協力的な姿勢や対応が得にくいなど障壁（上下関係）を感じる」54.2%、「主治医に利用者の自宅での生活への理解や関心が不足しており、コミュニケーションが困難な場合がある」48.6%である。また、この数値は介護支援専門員の勤務形態、勤務年数、医療系資格の有無別にみても大差はみられなかったとしている<sup>19)</sup>。

続けて、【サービス担当者会議】の困難点として、「サービス担当者会議に医師に参加してもらいにくい」（68.8%）が最も多く、次に「サービス提供事業者との日程調整が困難」（66.5%）を挙げている<sup>20)</sup>。

このような現状に対して、日本総合研究所の報告書では、《介護支援専門員に求められる医学的知識には2種類の知識がある。すなわち、援助の方針を立てるために必要な疾患に関する知識と、医療職と情報共有するために最低限必要な知識である。このうち、介護支援専門員の日常業務の場面においては後者の知識の必要性の方が大きいと言える。したがって、まずは医療職から円滑に情報収集するために、介護支援専門員が持つべき知識の向上を図る必要がある。さらに、医療職から介護支援専門員への情報提供が円滑に行われるような環境整備も必要である。例えば、介護認定審査会に付される主治医意見書の取扱いを見直すことも必要である》<sup>21)</sup>と提言している。どちらか一方だけに実施を課すのではなく、双方に対する対応が必要であることから、政策的な改善策を検討しない限り、主治医との連携やサービス担当者会議への医師の参加状況は、依然として介護支援専門員の労力を消耗させる要因となることだろう。

次いで、アセスメントと密接に関連する【ケアプラン作成】についての困難点では、「医師との連携が取りづらい」（51.2%）、「利用者と家族の意見に違いがあり調整が難しい」（43.5%）、「介護保険以外のインフォーマルなサービスが不足している」（40.8%）、「課題を抽出し長期目標・短期目標を立てるのが難しい」（40.0%）である<sup>22)</sup>。

これらの内、「利用者と家族の意見に違いがあり調整が難しい」と「課題を抽出し長期目標・短期目標を立てるのが難しい」について、実務経験年数別にみてみたい。まず、「利用者と家族の意見に違いがあり調整が難しい」では、1年未満が33.5%で、3年未満40.9%に増え、5年未満は41.8%、5年以上では47.7%と経験を重ねるごとに増加している。一方、「課題を抽出し長期目標・短期目標を立てるのが難しい」では、1年未満53.2%、3年未満48.2%と少しずつ減少し、5年未満で44.2%、5年以上34.7%になっている。経験年数を重ねるごとに減少傾向にはあるが、モニタリングの評価基準となる目標設定が、5年以上者においても3割を超える割合で困難としている現状は、介護支援専門員としての基盤がないままに上乘せられていく研修体系そのものに原因があるのではないかと考える。

それは、実務経験を重ねるごとに「利用者と家族の意見調整が難しい」という回答が増加していることから窺える。一般的に、専門業務の経験年数を重ねると同時に生活経験も重ねることで、

人との接し方は鍛錬される部分を期待できる。しかし、5年以上者で47.7%という約5割の介護支援専門員が「意見調整が難しい」と感じていることは、より望ましい利用者主体のサービスを目指すための困難か、若しくは、経験知のみでカバーできない社会福祉援助技術の能力不足が考えられる。

## V. 介護支援専門員の現在抱えている悩み

三菱総合研究所の調査結果による【勤務上の悩み】では、最も高率を占めたのが「自分の力量について不安がある」(53.9%)で、「賃金が低い」(32.3%)、「残業が多い・仕事の持ち帰りが多い」(16.6%)の順である<sup>23)</sup>。最も高かった「自分の力量について不安がある」を実務経験年数別で見ると、1年未満は72.3%と高率で、3年未満で64.9%、5年未満では56.5%、5年以上で46.4%と年数を重ねるごとに、徐々にではあるが不安は低くなっている。しかし、5割近くを占めている<sup>24)</sup>。

介護支援専門員の研修体系をみると、就業後6ヶ月～1年未満で「実務従事者基礎研修」(33時間)が、「指定居宅介護支援等の人員及び運営に関する基準について」(平成11年7月29日老企発第22号)で、[指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員実務研修終了後、初めて就業した介護支援専門員については、就業後6月から1年の間に都道府県等が行う初任者向けの研修を受講する機会を確保しなければならない]とし、実務就業後1年未満の者全員が受講することとしている。「実務従事者基礎研修」では、[ケアマネジメントという業務内容を勘案し、ケアマネジメント・プロセスやケアプラン作成等の技術取得等について、就業後一定の期間内に本研修を受講することにより、効果的にその技能の定着を図る]ことが目指されている。と同時に、就業後6ヶ月経過以降に「専門研修Ⅰ」(33時間)が任意受講で設置され、[介護保険制度全般、ケアマネジメントのプロセスと基本的考え方、サービスの活用と連携、保健医療福祉の基礎理解(人格の尊重及び権利擁護、社会資源活用、高齢者の疾病と対処及び主治医との連携)等がプログラム化されている。また、3年経過以降には「専門研修Ⅱ」(20時間)があり、研修Ⅰと同様に任意受講である。ここでは、[介護支援専門員の課題、援助困難事例の事例研究、サービス担当者会議の演習]等が組まれている。そして、5年を迎える時期に「更新研修」(53時間)で、資格の更新と同時に、上記に述べた専門研修Ⅰ・Ⅱが義務づけられている。但し、専門研修Ⅰ・Ⅱは任意受講のため、更新に至るまでに受講済みの場合は事前に必要な手続きを経ることで、免除されることになっている。

同調査における【受講した研修】をみると、「介護支援専門員組織が行う研修」が最も多く、64.3%である。続いて「地域包括支援センターが行う研修」(57.9%)、「保険者が行う研修」(55.2%)となっている。また、受講したくない人(n=381)の【理由】をみると、「画面を通してではなく、直接、話を聞いた方が理解しやすい」(57.5%)、「パソコン機器の操作方法に自信がない」(47.0%)等がみられる。これらを考え合わせると、2005年以降、介護支援専門員の資質と専門性の向上を図ることを目的に、様々な改正が試みられてきたが、研修そのものが上手く機能していない一面も窺える。研修対象者が多いことから、会場や研修方法の制約を伴うことも考えられるが、実効性のある研修体系に充実させる必要性が高いと言える。

その一方で、突出している「自分の力量に関する不安」を具体的にみてみると、【現在の自分の力量についての自己評価】で、最も高いのは①「現在の業務をこなすことはできるが、ケアマネジャーとして十分な力量を備えているとはいえない」(51.5%)であり、次いで②「現在の業務をこなすうえで、力量不足を感じることが多い」(38.3%)である。さらに、実務経験年数別でみると、上記①について、実務経験年数を積むごとに数値が高くなり、相関関係を示していることが特徴的である。1年未満では25.4%で、3年未満で41.9%に増え、5年未満で55.8%と更に増え、5年以上では58.4%に至っている。このことは、実務年数が浅いほどケアマネジメント業務を“こなす”、つまり、作業として業務を担う状況にあることが推察される。多様な職種及び機関・施設と関わり合いをもち、規定にそって業務を進めつつ、利用者の生活課題の解決に取り組むという複雑な要因が重層的に絡んだケアマネジメント業務の就業後数年は、求められている“枠組みをつくる”ことに専念している様子が窺える。3年経過する頃には、“枠組みを埋める”、つまり、ケアマネジメントとは何かという、本来、あるべき姿が体験的にイメージできるようになり、そのイメージ像に照らした自分の在り方、評価が可能になっているものと推測できる。故に、自分の力量についての自己評価が、実務経験年数を積むごとに評価指標をもてるようになり、「ケアマネジャーとして十分な力量を備えているとはいえない」という結果に至ったものと考えられる。このように、介護支援専門員の実情を解釈するとき、自己評価とは言え、5年以上の経験者の約6割が「ケアマネジャーとして十分な力量を備えているとはいえない」という状況にあることは看過できない。

そこで、【ケアマネジャーとしての満足度】をみると、「普通」(47.0%)、「あまり満足できていない」(24.7%)の双方で7割余り、「まあまあ満足」(22.9%)、「満足」は僅かに1.2%である。さらに、【勤務年数別の満足度】では、「まあまあ満足」と「普通」とする者は、勤務年数を重ねるごとに、その割合が少しずつ増えている。しかし、「あまり満足できない」とする者は、「1年未満」(43.3%)で、「3年未満」(29.4%)へ、「5年未満」(25.3%)、「5年以上」(20.0%)というように、勤務年数を重ねるごとに減少している。このことは、“経験年数を積むごとに十分な力量を備えているとはいえない思い”が先行し、不満感を和らげているものと考えられる。

## VI. 介護支援専門員として自身が強化したい内容

本調査において【自身の強化希望項目】について、介護支援専門員養成カリキュラムとして提言した教育内容を挙げ、複数回答による選択を依頼した結果である。

全体の結果の上位3項目は、「ケアマネジメントに関する知識及び展開技術」(46.8%)、「具体的な連携・協働の方法」(46.1%)、「事例検討の方法」(44.0%)であった。

これを実務経験年数別（母数が異なるため単純比較はできないが）でみると（表3-1）、5年未満では「福祉利用者の権利」、「ICFの概念」、「多職種との連携・協働」、「カンファレンス運営方法」、「事例検討の方法」等、多岐に亘っている。5～8年未満と8～10年では、「具体的な連携・協働の方法」、「ケアマネジメントに関する知識及び展開技術」、「事例検討の方法」、「人的社会資源

表 3 - 1). 実務経験年数別／強化希望項目

年数	項目	度数 (%)
5 年未満 (n=18)	福祉利用者の権利	10 (55.6)
	社会保障に関連する諸法律	10 (55.6)
	利用者主体と権利擁護	9 (50.0)
	ICF の概念とその特徴及び ICF モデル	9 (50.0)
	多職種の連携・協働の意義	9 (50.0)
	具体的な連携・協働の方法	9 (50.0)
	人的社会資源とその役割	9 (50.0)
	カンファレンス運営方法	9 (50.0)
	事例検討の方法	9 (50.0)
5 ～ 8 年 未満 (n=45)	具体的な連携・協働の方法	24 (53.3)
	ケアマネジメントに関する知識及び展開技術	23 (51.1)
	事例検討の方法	20 (44.4)
	福祉利用者の権利	18 (40.0)
8 ～ 10 年 (n=70)	ケアマネジメントに関する知識及び展開技術	32 (45.7)
	具体的な連携・協働の方法	29 (41.4)
	人的社会資源とその役割	29 (41.4)
	事例検討の方法	28 (40.0)

とその役割」、「福祉利用者の権利」等で、両者の違いはみられない。

また、基礎資格別では（表 3 - 2 )), 社会福祉士・精神保健福祉士の場合、「事例検討の方法」・「社会福祉援助技術の理念と具体的方法」、介護福祉士は「具体的な連携・協働の方法」・「ケアマネジメントに関する知識及び展開技術」、看護職では「事例検討の方法」が主となっている。

特定者の強化希望項目は、3 - 3) の通りで、『福祉サービス利用者の生活課題の解決過程を展開できる』に関連した「ケアマネジメントに関する知識及び展開技術」(48.3%) が最も高く、『他職種との連携・協働ができる』に関連した「人的社会資源とその役割」(43.1%)、「具体的な連携・協働の方法」(41.4%)、『ケアチームの組織管理ができる』に関連した「事例検討の方法」(41.4%)、『利用者の自己決定権の行使を支援できる』に関連した「生活と社会保障制度」(41.4%) が目立っている。

このように、全体の結果においても、また経験年数別（特に特定者）においても高率であった「ケアマネジメントに関する知識及び展開技術」については、様々な研修で取り組まれている項目である。就業前に義務づけられている「実務研修」(44時間) では、[利用者の自立支援を図るために、アセスメントの重要性を認識し、居宅サービス計画、施設サービス計画及び介護予防サービス計画の作成、サービスの利用、モニタリングの実施等のいわゆる「ケアマネジメント」の過程に沿った各段階で必要な視点や手法を修得できるものでなければならない] と基本的な考え方を提示している。ここでいう「アセスメントの重要性を認識」(下線は筆者)の詳細を見ると、[アセスメントにより解決すべき生活全般の課題が明らかになることを理解し、的確な情報の把握と分析の必

表3-2). 基礎資格別／強化希望項目

資格	項目	度数 (%)
社会福祉士 精神保健 福祉士 (n=13)	事例検討の方法	8 (61.5)
	社会福祉援助技術の理念と具体的方法	7 (53.8)
	ICFの概念とその特徴及びICFモデル	6 (46.2)
	具体的な連携・協働の方法	6 (46.2)
	福祉利用者の権利	5 (38.5)
介護福祉士 (n=24)	具体的な連携・協働の方法	13 (54.2)
	ケアマネジメントに関する知識及び展開技術	12 (50.0)
	ICFの概念とその特徴及びICFモデル	11 (45.8)
	カンファレンス運営方法	11 (45.8)
	個人と法	10 (41.7)
看護職 (n=66)	事例検討の方法	31 (47.0)
	ケアマネジメントに関する知識及び展開技術	30 (45.5)
	人的社会資源とその役割	28 (42.4)
	具体的な連携・協働の方法	24 (36.4)

表3-3). 特定者／希望項目

到達目標	項目	度数 (%)
主体的な存在である個人を尊重できる。	個人と法	21 (36.3)
	福祉利用者の権利	22 (37.9)
福祉利用者の自己決定権の行使を支援できる。	生活と社会保障制度	24 (41.4)
	社会福祉援助技術の理念と具体的方法	19 (32.8)
	利用者主体と権利擁護	16 (27.6)
	社会保障に関連する諸法律	15 (25.9)
生活者としての全体像を把握できる。	人間の身体的・心理的・社会的側面	19 (32.8)
	人のライフサイクルとその特徴	17 (29.3)
福祉サービス利用者の生活課題の解決過程を展開できる。	ケアマネジメントに関する知識及び展開技術	28 (48.3)
多職種との連携・協働ができる。	人的社会資源とその役割	25 (43.1)
	具体的な連携・協働の方法	24 (41.4)
ケアチームの組織管理ができる。	事例検討の方法	24 (41.4)
	カンファレンス運営方法	21 (36.2)
	介護保険制度におけるサービス管理	17 (29.3)

要性についての講義を行う]とある。しかし、その記録様式をみると、情報収集＝アセスメントと解されるものになっていて、分析は見当たらない。この点について、日本総合研究所の総評（課題の整理と優先順位付け）においても、次のように指摘している。



「基礎調査結果を見ると、多くの事例で要介護状態となった主な原因疾患の把握は出来ている。しかし、現在のケアプランの様式では、整理した生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の原因と結び付けて記述する欄がない。そのため、課題の欄に原因を記述していたり、要因を記載していなかったりする事例が多く見られた。現在のケアプラン様式では、『主な原因疾患と課題を結び付けて整理できていない』のか、あるいは『原因疾患の把握はできているがさらに詳細な要因の分析ができていない』のかを、記載された情報だけで判断することは難しい。」<sup>25)</sup>

この現状は、講義内容と記録様式との整合性を欠いている状態であり、介護支援専門員を必要以上に混乱させたり、悩ませたりする原因に成り得る。そういった背景が、介護支援専門員自身の評価を低くし自己効力感を見失い、業務上の負担感や悩みに波及することが危惧される。

## Ⅶ. 介護支援専門員に関する意見・要望

介護支援専門員に関する意見・要望について、自由記述により回答を求めた結果である。82人の記述があり、その内容の類似性で大まかに分類を行った。が、当事者の生の声を取り上げたいと思い、表現自体はそのままである。

大別すると、「介護支援専門員の質・能力に関すること」41件（50%）、「業務の現状に関すること」17件（20.7%）、「制度に関すること」14件（17%）、「役割・立場に関すること」13件（15.9%）、「研修・養成のあり方に関すること」11件（13.4%）、であった（表4-1）～5）。

主な意見として、「介護支援専門員の質・能力に関すること」では、“個々による能力の差”に関する意見が最も多く、次いで“専門性を高めるための教育の必要性”が述べられている。「業務の現状に関すること」では、“記録の量が多い”“業務が多忙”が主で、「制度に関すること」では、“介護保険制度に対する疑問”、「役割・立場に関すること」では、“位置づけや役割の明確化”、「研修・養成のあり方に関すること」については、“研修のばらつき”に対する意見が主であった。

これらは、ここに至るまでに調査結果を基に検討した内容の総意とも言え、介護支援専門員の叫びとも解される。本来のケアマネジメント業務に取り組めば取り組むほどに迷い込んでしまいそうな介護保険制度下の介護支援専門員の実態を表わしている。

金子らは、「これまで2回介護報酬は改定されたが、在宅ケアマネジメント部分だけを見ても報酬の中身が複雑化している。このような報酬体系の変遷は、現場での問題が顕在化される度にその対処手段として実施されているように受けとれる。日々、介護現場は新たな問題が生じており、そこには政策誘導が含まれる。（中略）利用者の代弁者という使命が課せられているケアマネジャーは、介護報酬や制度自体の変更点を説明する義務がある。しかし、このまま介護報酬体系に依存する介護システムでよいのだろうか」<sup>26)</sup>と、問題提起をしている。

ケアマネジメント業務を担うための十分な研修を行い、専門性を再構築することを軽んじたまま、利用者の生活支援の全てを介護支援専門員が根拠もなく担わされていると言っても過言ではない現状にある。

表4-1). 意見・要望／介護支援専門員の質・能力に関すること

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 出身、職種によって考え方、捉え方が違う。      ・ 基礎資格により得意分野、不得意分野がある。</li> <li>・ バックグラウンドが看護師である者のケアマネジメント能力が評価に値する。</li> <li>・ 日本の介護支援専門員の落とし穴が、基礎資格にあるのではないか。</li> <li>・ 介護支援専門員は基礎職種が様々であり基礎職種によって能力にも差がある。</li> <li>・ 介護支援専門員の基礎資格は保健・医療・介護などの幅広い分野で、高齢者の生活問題をきちんと捉え支援していくには問題が多すぎる。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全体的に知識・技術の積み上げが必要。</li> <li>・ 高いケアの専門性を身につける専門職であるならば、やりがいがある。</li> <li>・ ケアマネの質の向上を希望する。      ・ 全体的な質の向上を望む。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主任ケアマネ講習は初級のものがほとんど。ケアマネそのものの地位の低さを感じる。</li> <li>・ 専門的教育が十分にされないまま現場で働くという養成方法では、基礎資格によりケアマネジメントに片寄りが出る。</li> <li>・ 介護支援専門員の専門性を高めるためにどうしたらよいか課題はいっぱい。</li> <li>・ 介護支援専門員はもう少し教育が必要。</li> <li>・ サービスをマネジメントするだけの仕事ではなく人間が対象であるケアマネジメントの出来る人材であることが必要。</li> <li>・ ケアマネが介護保険のキーマンといわれるが、まだまだスキルアップが必要。</li> <li>・ ケアマネージャーの力量によって在宅生活が違ってくると感じるときも多々ある。ケアマネージャーの質の向上は必須である。</li> <li>・ 困難な生活課題を抱えた利用者や家族にきちんと向き合い専門職として関われる介護支援専門員の教育が重要。その意味では社会福祉士からその担い手の核になるべきだと思う。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当ケアマネによって差があることなど、あらためて考えさせられる。</li> <li>・ ケアマネの力量の差が大きすぎる。</li> <li>・ 相談・援助を仕事とする介護支援専門員でありながら、介護保険制度専門員になっている。</li> <li>・ ケアマネにとって大事なことは利用者をその気にさせる力。</li> <li>・ 介護支援専門員の力量レベルがあまりにも不揃い。</li> <li>・ 何らかの理由で介護保険を受けるのだから身体的、疾患的知識は当たり前。</li> <li>・ あまりにも知識や職に対する姿勢のなさが、この制度を低く見られる理由のひとつである。</li> <li>・ ニーズをつかめないケアマネ、アセスメントが出来ていないケアマネが多すぎる。</li> <li>・ 困難事例の中にはケアマネが困難事例にしてしまっているものがある。</li> <li>・ 認定ケアマネが増えることを願っている。      ・ ケアマネの質に大きな差が生じてきている。</li> <li>・ 介護支援専門員の能力に差がありすぎる。      ・ 介護支援専門員の教育、育成には大きな課題がある。</li> <li>・ 介護支援専門員になることが最終目標になり、スキルアップを自ら行おうとしない人が多数。</li> <li>・ 利用者・家族との信頼関係をつくり、主体性を引き出す力を持つ必要あり。</li> <li>・ 何かあると地域包括へ相談し責任を転嫁しようとするケアマネも多い。</li> <li>・ 利用者とうどう関わり、何が必要でこの支援をするのかを考えられる介護支援専門員が育たないといけない。</li> <li>・ 地域包括職員の中でも重度化予防、自立支援という視点はあまりないのが現状。</li> <li>・ 介護保険法の居宅介護支援の具体的取扱方針に縛られ、法に触れないように業務を行うことに常に緊張感を感じている。</li> <li>・ 介護支援専門員は本来ソーシャルワーカーであるが、本来の生活の意識が低く、視野が狭い。</li> <li>・ 基礎資格が多様であることや資格取得後の研修内容が不十分であることから、ケアマネージャーの質は次第に悪くなっている。      ・ 介護支援専門員の人間的な成長、まず意識改革が必要。</li> <li>・ 主任 CM が事業所体制加算Ⅱを取るために大勢の人が受講している。主任 CM の役割としての目的を外れた目標だと感じている。      ・ ケアマネの質は経験年数に関係なく実に様々で、ピンきりである。</li> <li>・ 正・否がない業務なので常に自立に向けての支援になっているだろうかと不安を感じる。</li> </ul>

表 4 - 2). 意見・要望／介護支援専門員業務の現状に関すること

- ・記録物が多く、不備があれば報酬を返す。実務の苦勞が報われない仕事。
  - ・加算項目が増え、ますます資料作成・記録が増え大変になった。
  - ・負担が重く、紙ベース仕事が煩雑になっている。
  - ・書類に追われる毎日、ケアマネ業務の簡素化を。
  - ・業務量が多いので、出来る限り「ねばならない」書類を減らしてほしい。
  - ・介護支援専門員の事務的仕事量が多く負担が多くなっている。
  - ・書類が多く利用者はさて置き、減算のないよう書類作成に時間を費やしている。
  - ・現場にばかりいると事務時間がとれなくなってしまう。利用者と深く関わりすぎると、かえって自分の仕事量が増え苦しむこととなる。
- 
- ・あまりに制度改正が早すぎて、落ち着いた業務が出来にくい。
  - ・長期休暇をとると減算されるので取れない現状。
  - ・日ごろの業務に追われて全く余裕がないのが現状。
  - ・記録重要性はよくわかるが、常に時間がなく追われた精神状態になりやすい。
  - ・運営基準のしびりが厳しく担当ケアマネが急に倒れた時など、担当者会議など代行するケアマネがない状況である。
  - ・行政がケアマネに丸投げして苦情やその他の調整を押し付けていると思うときがある。
  - ・記録がきちんと出来ているケアマネが優れたケアマネと評価されているようで納得いかない。

表 4 - 3). 意見・要望／介護保険制度に関すること

- ・支援困難事例に関しては『2人担当制』にするなどの改善を希望。
  - ・介護保険制度の矛盾。
  - ・報酬単価が低すぎる。
  - ・制度下のケアマネジメントそのものが矛盾やズレがある。
  - ・制度が形骸化している。
  - ・365日24時間活動できる事業所を居宅介護支援事業所の指定要件にするべき。
  - ・法の制度に振り回されるケアマネなので介護保険制度に疑問がある。
  - ・中立公平の立場を行政が希望するのであれば、民間、特に施設の事業所を見直す必要がある。
  - ・財政抑制目的の介護保険法の見直しはやめてもらいたい。大切な人材を多く失っている。福祉人材が生活できるような政治であってほしい。
  - ・施設にも専任のケアマネを義務付けてもいいのではないか。
- 
- ・評価に値するだけのケアマネジメントができていない者、いない者の差別化を図ってほしい。
  - ・心のフォローなどもすごく必要。
  - ・～すれば、加算という仕組みは、何となく違和感がある。
  - ・ケアマネジメントが導入されよいくことがたくさん出来たと思うが、失ったものもある。
  - ・介護保険以外のサービス調整など多様化しているため、調整が難しいケースが多い。
  - ・介護支援専門員が力をつけ、知識を高め、地位の向上を図る必要がある。

表4-4). 意見・要望／介護支援専門員の役割・立場に関すること

- ・周囲が仕事を理解できておらず、本来の仕事がしにくい。法の中で守られたい。
- ・はっきりした位置づけが欲しい。
- ・ケアマネはどこまで要求されるのかと自問自答の毎日。
- ・中立の立場を保つことは難しい。
- ・地位が低い。
- ・行政としても介護支援専門員の認知度を高めるよう支援して欲しい。
- ・広範囲にわたる支援が必要であり、ケアマネの域を超えての支援を行わなければならないが、重要性を認めてもらえない。
- ・利用者にごくまで関わってよいのか、ケアマネージャーとしての役割が明確にされていない。
- ・介護支援専門員に求められるものは非常に高度な知識・技術だが、社会的認知や待遇は悪く働く条件も悪く人格が守られていない職場もある。
- ・準公務員と言われるが、それなりの社会的地位が確立しておらず、給料面でも看護師などに比べ地域や雇用主によって差がある。
- ・重要な役割を担っているが、現状ではケアマネが活動する場や労働環境が必ずしも整備されているとは言えない。
- ・施設ケアマネも居宅ケアマネ同様に支援体制を確立し専門性を持ったケアマネの育成、環境が必要。

表4-5). 意見・要望／介護支援専門員の研修・養成に関すること

- ・施設職員の研修の場が少ないので、職員の意識、自立支援など現場の方々への県主体の勉強会を希望。
- ・更新研修や主任ケアマネ研修の事業としての研修に力が入り、現場ケアマネの研修が出来ていない。
- ・もう少し職業レベルをあげ国家資格にして欲しい。
- ・専門教育機関が国レベルで必要。現状は行政任せで都道府県別に格差がありすぎる。
- ・県で実施する現任研修は全体の底上げができるためのものとはいい難い。
- ・居宅と施設では業務的に差が大きく、個々のレベルに合わせた研修を行っていくのは難しい。
- ・基礎資格の違いから生じてくることもあるが、研修内容がマンネリ化し情報交換の場になっている。
- ・レベルアップを目指し指導者の育成、また現場に実際出向いた指導のシステム化を希望。
- ・更新研修も都道府県で随分異なる。参加するだけでとれる修了証は再検討したほうがよい。
- ・居宅のケアマネはスタート時より種々な研修や法の整備が行われ環境が確立されて来た。しかし、施設のケアマネに対しては何も支援されていない現状がある。
- ・制度全体で力のある介護支援専門員を育てることが出来たらいい。

## VIII. まとめ

介護支援専門員養成研修事業について、3つの異なる調査対象及び方法、内容ではあったが、介護支援専門員の実態及び認識に関するデータを基に検証を試みた。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 介護支援専門員の業務実態として、介護支援専門員を取り巻く政策環境の変化により、介護支援専門員を制度で縛るという結果に至り、悪循環に陥っている。そのような環境下で、介護支援専門員は役割以上の責務を負わされ、自己効力感を低め疲弊しきっている。
2. 介護支援専門員の拠りどころであるはずの研修体系は、多様な基礎資格の上に画一的な研修

で進められるため、介護支援専門員としての基礎が構築されず、実務経験を重ねても経験知が統合されにくい状況を招いている。研修でねらっていることと、介護支援専門員が求めることとの乖離が生じており、研修体系が有効に機能していない。

現行の施策の延長ではない思い切った改革に早急に着手する必要があるとして打ち出された地域包括ケアシステムの中で、介護支援専門員が求められる専門性を修得し発揮できるための、介護支援専門員養成研修事業の思い切った改革が必須である。

## 引用文献

- 1) <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/hoken/jukensha/14-2.html>
- 2) 「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第38号）。
- 3) 三菱総合研究所『居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査 報告書』2012年3月。  
全国の指定居宅介護支援事業所名簿より都道府県別・法人別に1,500事業所を層化無作為抽出。その事業所に勤務しているケアマネジャー全員を対象に郵送法によるアンケートの回収（有効回収数1,868人）。調査時期は平成23年11～12月。
- 4) <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002lhiz-att/2r9852000002lhlh.pdf>
- 5) <http://www.mhlw.go.jp/public/bosyuu/iken/p20121011-01.htm>
- 6) 横山孝子「生活支援専門職としての専門職性の再構築（第1報）－介護支援専門員養成研修事業の課題－」『社会関係研究』第14巻第2号、2009。
- 7) 横山孝子「生活支援専門職としての専門職性の再構築（第2報）－介護支援専門員養成カリキュラムの提案－」『社会関係研究』第14巻第2号、2009。
- 8) 横山孝子『介護支援専門員の業務に関する実態調査－業務に対する自己評価とその理由－報告書』2010年3月。
- 9) 前掲書3）、三菱総合研究所、p.20。
- 10) 日本総合研究所『介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究 ケアプラン詳細分析結果 報告書』2012年3月。  
研究方法：手順1：ケアマネジメントの実態把握（2011年3月、郵送によるアンケート調査、個別ケース調査票の回収数8,425件）、手順2：詳細検討の対象事例の抽出（70件）、手順3：アドバイザーによる事例の分析・評価（対象事例14件）、手順4：多職種の参加による事例の詳細分析・検討（評価の視点・項目を整理し、実態調査結果を再集計・分析）、手順5：実態調査結果の再集計と検討結果のとりまとめ（手順2以降を2011年4月～2012年2月に実施）。以上により、ケアマネジメントのあり方に関する課題を抽出・整理し、その課題解決に向けた提言を行っている。
- 11) 「介護支援専門員資質向上事業の実施について」平成18年6月15日老発第0615001号
- 12) 介護福祉士養成講座編集委員会『新・介護福祉士養成講座 資料編』中央法規、pp.3～4、2012。
- 13) 前掲書8）、横山、p.30。
- 14) 前掲書10）、日本総合研究所、pp.19～22。
- 15) 前掲書3）、三菱総合研究所、p.86。
- 16) 三菱総合研究所『居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査』2006。
- 17) 前掲書3）、三菱総合研究所、p.93。
- 18) 同上、p.95。
- 19) 同上、p.105。
- 20) 同上、p.94。
- 21) 前掲書10）、日本総合研究所、pp.39～40。

- 22) 前掲書3)、三菱総合研究所、p.90.
- 23) 同上、p.84
- 24) 同上、p.85
- 25) 前掲書10)、日本総合研究所、p.19.
- 26) 金子勝・結城康博『検証！改正後の介護保険』ぎょうせい、p.22、2008.