

ケアマネジメント業務における介護支援専門員の
主観的時間認識に関する実証的研究

Empirical Research on Care Managers' Subjective Time
Recognition Concerning Care Management Practice

平成 26 年度

大阪市立大学大学院

生活科学研究科 生活科学専攻

兪 秀娟

目次

序章 研究背景と目的

第1節	研究の背景	1
第2節	ケアマネジメント業務における主観的時間認識に関する概念整理	3
第3節	ケアマネジメント業務における主観的時間認識に関する検討の必要性	10
第4節	本研究の目的と論文の構成	12
第5節	本調査の方法	14
1.	研究デザイン	14
2.	調査対象	14
3.	データの収集方法および倫理的配慮	14
4.	調査時期	14
5.	回収率および分析対象	14
6.	回答者の属性分布	15

第1章 ケアマネジメント業務における主観的時間認識とその関連要因に関する文献研究

第1節	研究目的	17
第2節	介護保険制度下における介護支援専門員の業務に関わる現状	19
1.	ケアマネジメントの役割機能と介護支援専門員の業務内容をめぐる議論	19
2.	タイムスタディの調査結果から見たケアマネジメント実践の課題	20
3.	業務上のストレスに関する文献検討から見たケアマネジメント実践の課題	22
第3節	ケアマネジメント業務における主観的時間認識に関する実証的研究の検討	24
1.	ケアマネジメント業務における主観的時間認識に関する質的研究	24
2.	ケアマネジメントにおける主観的時間認識に関連する要因の検討	26

第2章 ケアマネジメント業務における主観的時間認識の構成要素

第1節	研究目的	31
-----	------	----

第 2 節	研究方法	31
1.	概念定義と測定尺度	31
	(1)概念定義	
	(2)測定尺度	
2.	分析方法	36
第 3 節	研究結果	37
1.	因子分析の結果と信頼性の検討	37
2.	各因子の基礎統計量	38
第 4 節	考察	40
1.	ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識の構成要素	40
2.	因子間の関連性および因子の平均値	43

第3章 ケアマネジメント業務における主観的時間認識と個人要因との関連性

第 1 節	研究目的	46
第 2 節	研究方法	47
1.	調査項目	47
2.	分析方法	48
第 3 節	研究結果	49
1.	関連のあった個人要因	49
	(1) 事務的マネジメント能力に関する回答分布	
	(2) 事務的マネジメント能力の因子分析の結果	
	(3) 信頼性の検討	
	(4) ケアマネジメント業務における主観的時間認識と事務的マネジメント能力との関連性の検討	
2.	関連のあった基本属性	51
	(1) 性別	
	(2) 年齢	
	(3) 勤務形態	
	(4) 介護給付数	
3.	事務的マネジメント能力と個人属性との関連	52

第4節 考察	53
--------	----

第4章 ケアマネジメント業務における主観的時間認識と労働環境との関連性

第1節 研究目的	57
----------	----

第2節 研究方法	58
----------	----

1. 調査項目	58
---------	----

2. 分析方法	59
---------	----

第3節 研究結果	61
----------	----

1. 労働環境に関する回答分布, 因子分析の結果と信頼性の検討	61
---------------------------------	----

2. ケアマネジメント業務における主観的時間認識と労働環境との関連性の検討	61
---------------------------------------	----

第4節 考察	63
--------	----

1. 介護支援専門員を取り巻く労働環境に関する状況	63
---------------------------	----

2. ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識と労働環境との関連	63
---	----

第5章 ケアマネジメント業務における主観的時間認識とその関連要因(個人要因と労働環境)の総合分析

第1節 研究目的	68
----------	----

第2節 研究方法	69
----------	----

1. 調査項目	69
---------	----

2. 分析方法	69
---------	----

第3節 研究結果	72
----------	----

1. ケアマネジメント業務における主観的時間認識の因子構造の検討	72
----------------------------------	----

2. 独立変数とする「事務的マネジメント能力」の合成変数の作成	73
---------------------------------	----

3. 労働環境の因子構造の検討	74
-----------------	----

4. ケアマネジメント業務における主観的時間認識と事務的マネジメント能力ならびに労働環境, 介護支援専門員の基本属性との関連性の検討	74
--	----

第 4 節 考察	77
1. ケアマネジメント業務における主観的時間認識の構成概念妥当性の検証	77
2. ケアマネジメント業務における主観的時間認識と事務的マネジメント能力なら びに労働環境との関連性	77
3. 統制変数からケアマネジメント業務における主観的時間認識と労働環境への影 響	79

終章 本研究のまとめと課題

第 1 節 本研究の総括	81
第 2 節 ケアマネジメント実践の質の向上に向けた提言	86
第 3 節 本研究の限界と課題	88
引用・参考文献	90
資料	98

序章 研究背景と目的

第1節 研究の背景

日本では、高齢化率の上昇に伴う要介護高齢者の増加や介護期間の長期化などによって、介護ニーズがますます増大している。一方、核家族化の進行、家族介護者の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化しつつある。このような社会背景のもとに、2000年から高齢者の介護を社会全体で支え合うことを目的として、介護保険制度が創設された。そして現在、介護保険制度が開始されてから14年以上経過し、サービス受給者数は、2000年4月末の149万人から2012年4月末の445万人に増加した(厚生労働省 2013a)。それに伴い、ケアマネジメント業務を担う介護支援専門員の有資格者の数も年々増加している。介護支援専門員は、1997年法律第123号の介護保険法において、要支援・要介護認定を受けた人からの相談を受け、居宅サービス計画(ケアプラン)を作成し、他の介護サービス事業者との連絡、調整などを取りまとめる者、介護保険制度の要として位置づけられている。また、ケアマネジメント実践の質の確保や向上のために、2006年の制度改正では、標準担当件数の引き下げや取扱い件数による逡減性の導入、そして2007年より、介護支援専門員としての登録については5年毎に所定の研修を受けることで登録を更新する更新制度の導入といった、資格更新制等の仕組みが整備されつつある。

一方で、サービス利用者の増加に伴い、介護支援専門員一人あたりの担当件数も増加しているなか、支援困難ケースへの対応困難、主治医等との連携不足、サービス担当者会議のための時間確保の困難さなどの問題が表出している(井村 2006)。また、2006年の制度改正で報酬減算が強化されたことなどによる事務処理負担の増加に伴い、多くの介護支援専門員が「仕事が多く時間が足りない」と認識しているなど労働環境の悪化が指摘されている(越智ら 2008)。

介護支援専門員の業務時間に関しては、これまでタイムスタディ調査(馬場 2002; 馬場 2004; 厚生労働省 2003; 厚生労働省 2012; 上之園 2003; 和気 2004)のなかで、業務内容ごとに要した時間数が示されてきた。しかし、ケアマネジメントのどの業務内容を取り上げるのか、どのように業務内容を区分(カテゴリー)して調査を行うのかについては、調査者ごとに異なる視点で捉えられているので、結果の解釈が異なり、普遍化もできない(兪 2012)。それゆえ、介護支援専門員がどのような業務内容に多くの

時間を要しているのかを比較することは困難である。また、タイムスタディ調査では、介護支援専門員がケアマネジメントの業務内容に対してどのような時間認識をもっているのかは明確にされていない。

介護支援専門員のケアマネジメント業務内容への認識や心理面に焦点をあてた先行研究として、井手(2004)は、介護支援専門員が「利用者宅への訪問や担当者会議の開催など重要な業務が十分にできていない」と認識していることを指摘している。一方で、「利用者・家族への連絡調整に多くの時間がかかり負担である」(須佐ら 2009 ; 豊嶋 2007)という認識も指摘されている。また、吉川ら(2002)は、事務処理に関する業務負担が大きいため、利用者と直接かかわる業務に従事するための時間が十分に確保できないことで介護支援専門員がストレスを感じていることを指摘している。さらに、介護支援専門員の「個々の利用者に対する支援のための十分な時間がとれず、適切な対応ができない」という認識は、心身のストレスやバーンアウトにつながっていくことが報告されている(須佐ら 2009 ; 豊嶋 2007)。そして、介護支援専門員がたとえ多くの時間を費やした業務であっても、その業務に対して「時間が足りない」と主観的に認識している場合、結果的にその業務内容に対する質の確保に影響を与えることが懸念される(和気 2004)。

これらのことから、業務に費やしている時間の長さだけでなく、介護支援専門員がケアマネジメントを行うにあたり、「十分な時間が確保できている」や「十分な業務時間がある」と認識しているかどうかを把握することが重要であるといえる。つまり、ケアマネジメント実践の質を向上させるためには、ケアマネジメント業務に費やす時間を十分確保するとともに(岡本 2001;内田ら 2012)、主観的観点からケアマネジメント業務に対する介護支援専門員の時間認識を把握することが求められている。また、介護支援専門員がどのような状況において「十分な業務時間がある」と認識しているかについて明らかにすることが求められる。このことは、介護支援専門員の業務内容の明確化や適切な業務時間の配分につながっていくことと考える。

以上述べてきたように、先行研究において介護支援専門員がケアマネジメント業務を行う際、時間不足などを強く感じていることが多く指摘されている。しかし、実際にケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識およびそれに関連する要因を検討した実証的研究はほとんど見当たらない。そこで、本研究では、ケアマネジメント業務における主観的時間認識とそれに関連する要因について、介護支援専門員の認識をもとに調査・分析を行うこととした。

第2節 ケアマネジメント業務における主観的時間認識に関する概念整理

本研究では、介護保険制度下でのケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識に関する概念整理を行うために、まずケアマネジメントのプロセスに関する先行研究を概観したうえで、時間認識に関する概念を検討した。

1. ケアマネジメント・プロセスに関する先行研究の整理

Moxley(=2000)は、ケースマネジメントを「多様なニーズをもつ人々が、その機能を最大限に発揮し健全に過ごすことを目的として、フォーマルおよびインフォーマルな支援と活動のネットワークを、組織し、調整し、維持することを意図する人やチームの活動」としている。ケースマネジメントの実践的な機能として、(1)アセスメント(assessment)、(2)計画策定(planning)、(3)介入(intervention)、(4)モニタリング(monitring)、(5)評価(evaluation)という5つの機能を挙げている。ケースマネジャーは、まず(1)利用者の援助ニーズ、(2)社会的ネットワークの力量、(3)対人サービス供給者の力量についてアセスメントする。次に、多職種もしくは多分野協働チームの専門的な参画と利用者の主体的な参画に基づく、総合的なサービス計画を展開する。そして、利用者の自己ケアの技能や力量を高めるという目的で、利用者に直接介入し、および利用者に影響を及ぼすシステムに間接的に介入する。また、サービス計画の遂行を追い、利用者の状態、サービス供給の具合、社会的ネットワークへのメンバーの参画についてモニターする。そして、利用者の機能について、利用者を支える社会的ネットワークの力量について、利用者とともに作業する対人サービスの専門職の力量について、サービス計画の効果や影響を評価する。

白澤(1992)は、ケースマネージメントを「対象者の社会生活上での複数のニーズを充足させるため適切な社会資源と結び付ける手続きの総体」としている。ケースマネージメントを時間的に展開していく要素がケースマネージメントの過程である。この過程について、まず入口の段階では、主としてケースの発見、スクリーニング、インテークが行われる。第2段階のアセスメントは、要援護者を社会生活上の全体的な観点からとらえ、諸種の問題点やニーズを査定することである。第3段階は、ケース目標の設定とケア計画の作成である。第4段階は、要援護者が円滑に質の良いサービスやサポートを受けられるようケア計画を実施する段階である。第5段階は要援護者およびケア提供状況の変化によってニーズ

が変化していないかどうかを監視し、継続的にチェックすることである。監視やフォローアップの結果、ニーズが充足できていないことが発見された場合や定期的なチェックのもとで第6段階の再アセスメントを行う。そして、第3段階のケース目標の設定とケア計画の作成に戻っていき、ケースマネジメント過程の循環を繰り返すことになる。

国光(2000)は、高齢者のケアマネジメントについて、ケースの発見、スクリーニング、インテーク、アセスメント、ケアプランの作成、ケアプランの実施、モニタリングのプロセスを経て展開されるとしている。そのプロセスについて、次のように述べている。

高齢者のケアマネジメントにおけるスタートラインともいえるべき「ケース発見」機能は、高齢者の行動特性をとらえて対応することである。介護保険においては、要支援、要介護の認定を受けていないが居宅介護支援や介護サービスを求めている場合や、誰がみても必要性を感じるケースが時機を逃さずにサービスに結び付くルートの確保が、ケース発見機能の重要なポイントである。インテークはケースをケアマネジメントに導入するためのステップとなる。ケアマネジャーは利用者との信頼関係を築くことに配慮しながらケアマネジメントの目的を説明し、プロセスごとに相互の役割を理解してもらう。スクリーニングは、相談、支援の必要がありそうだと発見されたケースについて、ケアマネジメントの対象者として該当するか、情報提供やアドバイスで自ら解決できるか、あるいは医療や経済状態などの緊急性があるかなどを選別する役割である。アセスメントは、高齢者が日常生活において介護や支援を要する状態に至る要因には様々なものがあり、これが相互に関係しあって複雑なニーズになっている場合が多いため、ケアマネジャーが、利用者の生活実態把握や観察によって、どのような生活問題が生じているかを生活領域ごとにとらえていくことである。次に、アセスメントに続くケアプラン作成段階では、1)課題解決の目標をどこに置き、いつ頃までに達成するかを検討する。2)目標を達成するためのサービス内容の検討に入る。3)サービス種別の選定を行う。また、そのサービスの種類は公的サービスに限らず、インフォーマルなものやボランティアなサービスも含まれるので、昔からの人的ネットワークや要介護高齢者が地域で果たしていた役割などからもサービス資源の情報を収集し、必要となるサービスをケアプランに組み込む。ケアプランの実施は、ケアマネジャーは利用者や家族の同意を得たケアプランに盛り込まれたサービス事業者との調整することである。モニタリングは、ケアマネジャーがケアプラン実行後のサービス利用者や介護者などを取り巻く状況の変化を速やかに把握し、新たなニーズが発生していないか見守ると同時に、定期的にサービスの実施状況をチェックすることである。そして、再ア

セスメント・ケアプランの見直しは、モニタリングにより新たなニーズが発見されたり、サービスが計画通りに提供されていない場合、あるいは予定通りに実行されていても目標への達成がほど遠い場合には、再度利用者のニーズを把握し、ケアプランを見直すことである。

Frankel&Gelman(=2006)は、ケースマネジメントの過程について、以下のように述べている。

人々が問題解決の助けとなる個人的資源、対人的な資源、そして地域がもつ資源につながることを援助することがケアマネジメントの目標である。ケースマネジメントの過程は「心理社会的」と呼ばれる情報収集の手続きから始まる。ケースマネジャーは、まず利用者とその生活における問題解決に関連しそうなあらゆることを、相当に系統立てて見つけ出すことが求められる（ステップ1：問題を定義すること）。また、心理社会的な情報収集の過程を通じて、ケースマネジャーは利用者に起こり得る一連の問題を発見する。その多くは相互に関連がある。それぞれの問題がどの程度深刻かを判定することが重要である（ステップ2：問題の深刻度の判定）。アセスメントを導く基本的な理論はシステム理論である。ミクロレベルからマクロレベルに至る力の相互作用が、どのように利用者に影響を及ぼすのかを理解しようとする。良いアセスメントは、何が問題の原因なのかという仮説を立てることにケースマネジャーが利用者を導き、さらにサービス介入の方向性を指し示してくれる。（ステップ3：なぜ利用者の問題が発しているのか、理由に関する仮説を立てること）。そして、ケースマネジメント過程の重要な段階としての目標設定はケースマネジメント・サービスが終結するまでに、それぞれの利用者にとって期待される結果を明文化したものである。また、可能な限りいつでも、サービスの目標は利用者のためではなく、ケースマネジャーが利用者とともに設定すべきである（ステップ4：目標の設定）。

ケースマネジメントの介入は、最初にミクロとメゾレベルに焦点があてられる。第1にケースマネジャーは、利用者に対してしばしば直接介入を行う。それには、危機介入、サービスを受けるための権威擁護、サービス供給の調整、サービスの利用状況や目標達成度のフォローアップなどがある。第2にケースマネジャーは、自分の所属機関がより敏速に対応できるよう促すことができる。第3にケースマネジャーは、利用者のために支援サービスへの道を開き、専門機関が現在持っている資源を拡大し、新しい資源を開拓するために地域資源を開発することである。また、サービスを調整するために複数の専門機関を連携させること、利用者にとって重要な問題に関係する地域グループを作ったり、共同して介入したりすること、地域の問題を公表する活動に参加することなどである（ステップ5：サービス介入計画を立て実行すること）。そして、ケースマネジャーは、「ケアマネジメント・サービスを提供する」だ

けではなく、こうした連結過程の仕事はどれほど効果を上げたかを判断する(ステップ6:効果に対する評価)。利用者が自分の目標に到達した、目標に向けた活動をセルフマネージできると十分に表明した、あるいはソーシャルサービス機関、地域支援システム、その他の紹介された資源を利用しながらうまく動いている、といったことである(ステップ7:終結)。最後に、ケースマネジャーは過去の利用者たちがさらに多くの支援を必要としているかどうか、そしてどのようにうまく地域資源を利用しているかを評価する(ステップ8:フォローアップ)。

最後に、岡田(2011)は、ケアマネジメントのプロセスについて、次のように述べている。まず、受理面接である「インテーク」から始まり、ケアマネジャーが利用者の状況を理解し、支援を行うための総合的な判断を行う「アセスメント」、ケアマネジャーが利用者の支援を行っていくための合意を示す「契約」、アセスメントに基づき、どのような支援目標を設定し、その支援目標を達成していくためにどのような資源を活用していくのかを示す「ケアプランの作成」、ケアプランに基づいてサービスやサポートを提供していく「ケアプランの実施」、サービスやサポートの実施状況を見守り、利用者に適切なサービスやサポートが提供されているかどうかを確認する「モニタリング」、そして「モニタリング」などを受けて、ケアマネジャーが提供したサービスについての分析や効果などの判断を行う「評価」となる。そして、最後にケアマネジャーの支援が必要でなくなる「終結」となる。この順序は、相談支援における支援プロセスを分かりやすくするために単純化したものである。実際にケアマネジャーが相談支援を行う場合には、インテークと契約やインテークとアセスメントが同時になされたり、アセスメント、契約、ケアプランの作成が同時になされたりすることがある。

以上、ケアマネジメントのプロセスに関する先行研究を概観した結果を、内容の類似性に基づいて時系列に並べて整理すると、表1-1のように表すことができた。

先行研究を踏まえると、ケアマネジメント実践プロセスにおいて、アセスメント・ケアプランの作成・ケアプランの実施・モニタリングという業務の必然性が広範に認識されている。その中でもケアプランの作成段階は、利用者の生活ニーズや生活課題を的確に把握し、よりよい支援目標を設定するためにサービス担当者会議を開催し、他の専門職からの意見を聞き、他の専門職と利用者に関する情報の交換や共有、そして設定したケアプランに沿いながら、各種の社会資源を調整すること、また選ばれた社会資源の活用で支援目標の達成ができていないかをチェックするなどといった業務が基本的なものである。したがって、介護支援専門員のケアマネジメント業務には、以上述べてきたようなアセスメント・ケアプ

ランの作成・ケアプランの実施・モニタリングという業務が含まれているといえる。

表 1-1 ケアマネジメントのプロセスに関する先行研究の整理

Moxley, D.P. (=2000)	白澤(1992)	國光(2000)	Frankel, A. J. & Gelman, S. R. (=2006)	岡田(2011)
		ケース発見		
		スクリーニング	問題を定義する	入口
	入口	インテーク	問題の深刻度の判定	インテーク (intake)
assessment (アセスメント)	アセスメント	アセスメント	なぜ利用者の問題が発生しているのか、理由に関する仮説を立てること	アセスメント (assessment)
Planning (計画策定)	ケース目標の設定とケアプランの作成	ケアプランの作成	目標の設定	ケアプランの作成 care planning)
intervention (介入)	ケアプランの実施	ケアプランの実施	サービス介入計画を立て、実行すること	ケアプランの実施 (implementation of care plan)
monitoring (モニタリング)	利用者およびケア提供状況についてのモニタリング	モニタリング	サービス介入の結果の評価	モニタリング (monitoring)
evaluation (評価)	再アセスメント			サービス・サポート利用者・家族の状況の評価 (evaluation)
	終結		終結	フォローアップ・終結 出口 (termination)
			フォローアップ	

注：本研究では、以上の引用文献の中で、ケースマネジメントとケースマネージメントとケアマネジメントという表記をすべてケアマネジメントとして捉えている。

2. 時間認識

まず、認識とは何かについて、大辞林によると、認識は「①物事を見分け、本質を理解し、正しく判断すること。また、そうする心のはたらきである ②『哲』人間（主観）が事物（客観・対象）を認め、それとして知るはたらき、また、知り得た成果。感覚・知覚・直観・思考などの様式がある、知識である」と解説されている。時間認識について、少し長くなるが中島(1996)の記述を引用する。中島(1996)は、「実際のところ我々は過去しか知らないから、現在や未来ではなく過去に時間一般のあり方を統一しようとするのは、『認識』（世界に対する正しい知識）を哲学の中心課題にすることであると指摘する。客観的時間の『認識』とは何か。こうした認識レベルでの時間理解において、我々は時間の測定機能を重要視する。ここでは、まず、『認識』とは不在のもの（『いま』『ここ』にないもの）に対する態度であることをおさえておく必要がある。時間は現在の知覚や行為の最中に空間化されるのではなく、あくまでも過去の知覚や行為を想起する時に空間化される、すなわち、空間化された時間とは実は過去化された時間であり、しかも大変重要なことであるが、我々が普通『時間とは…』と語り出す時には、自然にこの過去化された時間を語っており、『認識』は時間的空間的距離をおいて熟慮してそれに迫る態度である」と述べている。こうした態度で時間に対峙することが、とりもなおさず客観的時間を「認識」することである。つまり、時間認識は、過去の知覚や行為を想起する時に空間化された時間に対する正しい認識であるといえる。

そして、本研究のケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識の概念定義を行う際、まず先述したように、時間認識は、過去の知覚や行為を想起する時に空間化された時間に対する正しい認識であるということ念頭に置いたうえで、タイムスタディの調査研究(馬場 2002; 馬場 2004; 厚生労働省 2003; 厚生労働省 2012; 上之園 2003; 和気 2004)、ケアマネジメントの業務内容(綾部 2008; 橋本ら 2008; 橋本ら 2012; 畑 2000)、ケアカンファレンスの機能など(村社 2012a; 村社 2012b)に関する先行研究について多角的な検討を行った。これまでの先行研究を踏まえ、本研究では、ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識を以下のように定義する。

「利用者が自立した日常生活を営むのに必要な支援を行うために、利用者の心身状態をはじめとし、利用者を取り巻く社会環境に関する情報を把握したうえで、ニーズや課題の把握と支援目標の設定を行い、ケアプランの作成、サービス担当者会議の開催および利用者に適切な社会資源の調整や地域で不足している社会資源の開発など一連のケアマネジメント業務に対して、介護支援専門員は業務時間が十分

であると捉えているかということ。」

第3節 ケアマネジメント業務における主観的時間認識に関する検討の必要性

平(1996)は、「我々は時間そのものを知覚できるが、それは時計時間のような物理的時間ではない。物理的には同じ長さの時間でも、さまざまな要因で時間を長く感じたり短く感じたりする」という人間の時間意識のずれを指摘している。そして、時間意識のずれについて、伊藤ら(2005)は、「主観的な時間感覚によって捉えられる内的時間と、時計で表示される客観的時間との間にずれがある。」と指摘する。これらのことから、時間意識のずれは、人間の内的要因と外界的要因によって左右されることにより生起するものであるといえる。つまり、環境の中で生きる人間は、時間と心の状態との相互作用により、物理的には同じ長さの時間でも、多様な要因で時間を長く感じたり短く感じたりするというように、時間に対する認識が異なると考えられる。このような現象は、介護保険制度下における介護支援専門員にもあてはまり、おかれている環境によってケアマネジメント業務遂行にかかる時間が十分であるかどうかという時間認識に差異が生じることが推測される。そして、日々業務に忙殺されている介護支援専門員ほど、いつも時間が足りないと感じてしまう可能性が考えられる(兪 2012)。また、介護支援専門員が認識している主観的な時間不足は、ケアマネジメント質の低下につながることを先行研究より指摘されてきた(和気 2004)。

つまり、「時間」は物理的な側面だけでなく、心理的要素も強い。そして、時間と切り離すことができないケアマネジメント実践業務は、タイムスタディの実態調査のような物理的な側面からだけ捉えるのではなく、それとは異なった心理的な側面からも捉えるべきではないだろうか。また、特に、対人援助職である介護支援専門員の業務は直接援助と間接援助という二側面に分けられるが、直接援助は客観的に時間評価を行うことが容易にできる反面、間接援助においては、なかなか客観的に時間を計測することが難しい場合がある。さらに、客観的時間評価においてよく用いられる方法であるタイムスタディ調査には、さまざまな観点から業務時間を把握することができるという利点がある一方、調査者の異なる視点から捉えるものであることと、経時変化を追うことで調査対象者に多大な負担を与えてしまうという限界がある(石井ら 2004)。

また、本研究では、介護支援専門員の主観的認識に焦点をあて研究を進めることとした。その大きな理由として、介護支援専門員の主観的時間認識が、介護支援専門員が提供するサービスの質に影響を与えることがあげられる。これまでの先行研究において、主観的時間認識の状況が、サービスの質に変化

をもたらすという文献は見当たらなかった。しかし、複数の論文成果を組み合わせることで、主観的時間認識がサービスの質に影響を及ぼす可能性を示すことができると考える。フジガキとモリ（1997）の研究によれば、タイムプレッシャーや時間的な制約などにより、専門職がかなりのストレスを感じるとされている。また、Tanyaら（2006）の研究では、時間的プレッシャーが専門職のバーンアウトに強く影響を与えたことが実証された。そして、Frendenberger(1974), Bartz and Maloney(1986), 久保と田尾（1994）、高見沢ら（1994）の研究で、専門職が強くストレスを感じる場合、サービスの質を低下させる可能性があることが示されている。これらの研究を合わせて考えると、介護支援専門員の時間認識の状況が介護支援専門員のサービスの質に影響を与えることが考えられる。

したがって、介護支援専門員が行うケアマネジメント実践の質を評価するための一つの切り口として、客観的時間（物理的時間）の計測のみならず、介護支援専門員の記憶や業務時間に対する認識に委ね、主観的時間という観点からのアプローチが重要であると考えられる。そのためには、介護支援専門員の業務実態に関する先行文献に基づきながら、ケアマネジメント実践と時間との関係について介護支援専門員の認識を検討することが求められる。そこで、本研究では、主観的時間という観点から介護支援専門員の業務実態に焦点をあてて検討を行うことを目的とする。

第4節 本研究の目的と論文の構成

1. 本研究の目的は次のとおりである。

目的1: ケアマネジメント業務における主観的時間認識とその関連要因に関する文献研究を行う
(第1章)。

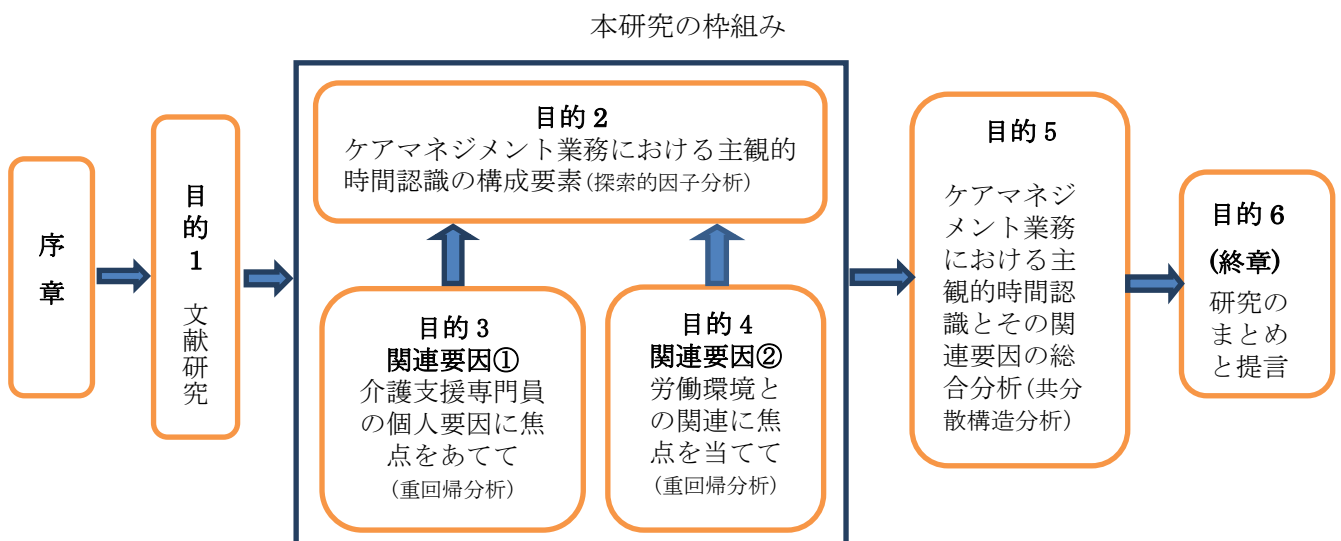
目的2: ケアマネジメント業務における主観的時間認識の構成要素を明らかにする (第2章)。

目的3: ケアマネジメント業務における主観的時間認識と個人要因との関連を明らかにする (第3章)。

目的4: ケアマネジメント業務における主観的時間認識と労働環境との関連を明らかにする (第4章)。

目的5: ケアマネジメント業務における主観的時間認識とその関連要因の総合的検討を行う (第5章)。

目的6: 目的1~5までの検討結果をもとに、全体的まとめ・提言を行う (終章)。



2. 本論文の構成

本研究の具体的な研究目的とそれを構成する各章は次のとおりである。まず第1章では、介護支援専門員のケアマネジメント業務における主観的時間認識とその関連要因に関する文献的検討を行った(目的1)。第2章においては、目的1において概念的に捉えられたケアマネジメント業務における主観的時間認識を構成する要素について、量的調査をもとに明らかにした(目的2)。次に、ケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与えられ考えられる要因について、第3章で介護支援専門員の個人要因および第4章で設定した労働環境の3因子「待遇の不適切さ」「仕事に関する自由裁量権」「連携の難しさ」という二側面から検討を行った(目的3と4)。そのうえで第5章において、目的2から目的4の結果をもとに、構造方程式モデリングによるケアマネジメント業務における主観的時間認識とその関連要因の総合分析を行い、仮説モデルの妥当性の検討と各要因間の関連の検討を行った(目的5)。上記の内容を受け、終章では研究全体を通して、ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識とそれに関連する要因について包括的に捉え、ケアマネジメント実践の質の向上に向けた提言を行った(目的6)。

第5節 本調査の方法

本調査の方法は次のとおりである。

1. 研究デザイン

本研究の調査は、自記式質問紙を用いた横断的調査である。

2. 調査対象

大阪府下の居宅介護支援事業所に所属する800名の介護支援専門員が調査対象となった。

3. データの収集方法および倫理的配慮

2012年11月5日時点でWAM-NETに登録されている大阪府下の居宅介護支援事業所(2,547か所)から800か所を無作為に抽出し、各事業所につき1名、合計800名の介護支援専門員に回答を依頼した。なお、調査票の質問項目に関しては、筆者が原案を作成後、現場の実践者(2名)と高齢者福祉分野の研究者(3名)からのレビューを受け修正を加えたうえで、最終的に作成した。

回答は統計的に処理し個人や事業所を特定しないこと、研究以外の目的で使用しないことなどを調査票に明記し、調査票の返送をもって同意が得られたものとみなした。なお、本研究は、大阪市立大学大学院生活科学研究科研究倫理委員会の承認を得て実施した。

4. 調査時期

2012年11月16日～同年12月14日にかけて実施した。

5. 回収率および分析対象

調査票が送付された800か所のうち、348通を回収した(回収率:43.5%)。第2章から第4章までの分析には回収した348票を、第5章では分析に使用する項目に欠損値の無い297票を分析対象とした。

6. 回答者の属性分布

第2章から第4章までの分析に用いた調査対象者の属性分布は、表1のとおりであった。

回答者の基本属性について、性別は、「男性」が28.4%、「女性」が71.6%であり、平均年齢は48.15±9.13歳であった。最終学歴は、「中学校/高等学校」が25.4%、「各種専門学校/短大」が42.2%、「大学/大学院」が32.4%であった。雇用形態は、「専任」が68.9%であった。役職の有無では、「あり(運営者、管理者、主任・チーフ等の中間管理職)」が76.9%であった。実務経験の平均年数は、7.02±3.42年であった。介護給付数(1か月あたり)は25.52±9.33件であった(表2-2)。

表1 介護支援専門員の基本属性(N=348)

項目	カテゴリー	度数(%)
性別	男性	99(28.4)
	女性	249(71.6)
最終学歴	中学校/高等学校	88(25.4)
	各種専門学校/短大	146(42.2)
	大学/大学院	112(32.4)
勤務形態	専任	237(68.9)
	兼任	107(31.1)
役職の有無	あり(運営者・管理者・主任・チーフ等の中間管理職)	263(76.9)
	なし	79(23.1)
項目	平均値±標準偏差	
年齢(歳)	48.15±9.13	
実務経験年数(年)	7.02±3.42	
介護給付数	25.52±9.33	

注) 欠損値は表から除外した。

第5章では、分析に使用する項目に欠損値の無い297票を分析対象としたため、集計対象者の属性は、表2のとおりとなった。分析対象者とした297名の年齢は47.83±8.96歳であり、性別構成は「女性」が70.4%であった。最終学歴は、各種専門学校および短大が43.2%で、実務経験年数は平均6.96±3.38年であった。勤務形態の構成は「専任」が68.4%、役職ありの方が77.8%（運営者・管理者・主任・チーフ等の中間職）、介護給付数が平均25.34±8.96件であった。

表2 介護支援専門員の基本属性(N=297)

項目	カテゴリー	度数(%)
性別	男性	88(29.6)
	女性	209(70.4)
最終学歴	中学校/高等学校	71(24)
	各種専門学校/短大	128(43.2)
	大学/大学院	97(32.8)
勤務形態	専任	203(68.4)
	兼任	94(31.6)
役職の有無	あり(運営者・管理者・主任・チーフ等の中間管理職)	231(77.8)
	なし	66(22.2)
項目	平均値±標準偏差	
年齢(歳)	47.83±8.96	
実務経験年数(年)	6.96±3.38	
介護給付数	25.34±8.96	

第1章 ケアマネジメント業務における主観的時間認識とその関連要因に関する文献研究

第1節 研究目的

急速な高齢化問題への対応策の一つとして2000年から始動した介護保険制度は、この14年で、介護保険サービス利用者の増大に伴う保険財源への逼迫、居宅介護支援事業所の赤字経営などのさまざまな課題が顕在化してきた。介護保険制度の中に組み込まれているケアマネジメントを担う介護支援専門員に関わる課題については、担当件数の増加による業務量の増大に伴う時間不足、支援困難な事例や主治医との連携などに多大な労力を要することや、担当者会議開催のための時間を確保できない現状などがしばしば指摘されている(井村2006)。また、2006年の制度改正では、標準担当件数の引き下げや取扱い件数による逓減性の導入などに伴い、作成すべき書類が増えたり、期間内に実施しなければ報酬減算の対象となる業務が増大したことなど、介護支援専門員の仕事が多く時間が足りない状況が問題となっている(越智ら2008)。

ケアマネジメント業務を行うための時間不足について、介護支援専門員の業務量に関するタイムスタディ調査結果から、物理的な時間不足の現状が明らかにされつつある(馬場2002;馬場2004;厚生労働省2003;厚生労働省2012;上之園2003;和気2004)。他方で、介護支援専門員がさまざまな業務に忙殺されて、利用者宅への訪問や担当者会議の開催など重要な業務が十分にできていないことに悩んでいること(井手2004)や、事務業務が多く多忙であるために、利用者と直接かかわる業務に従事できないことによるストレスがあること(吉川2002)、また仕事を負担だと感じる介護支援専門員は、労働時間、あるいは仕事の量や質に対して何らかの不満を抱えて働いていることが問題となる(窪田ら2004)ことなどが指摘されている。和気(2004)は、介護支援専門員のケアマネジメント達成の阻害要因について、時間不足をはじめとする劣悪な勤務環境の改善の必要性を強調した上で、介護支援専門員が主観的時間不足を感じる事が重要な要因であると指摘している。また、「多くの介護支援専門員が多忙さから十分な時間的・心理的余裕を失うことは、情緒的消耗に象徴されるバーンアウトをもたらしている」とも述べている。

こうしたことから、介護支援専門員が抱えている主観的時間の不足に関する課題は、介護支援専門員のメンタルヘルス、さらにケアマネジメント業務の遂行に何らかの支障をきたす可能性が考えられる。

そのため、介護支援専門員が感じている時間の不足やゆとりの無さの状態に関わる問題に着目しながら、それを緩和していくことが重要と考える。

そこで、本章では、介護保険制度下における介護支援専門員の業務に関わる現状を把握するにあたり、まず、ケアマネジメントの役割機能と介護支援専門員の業務内容をめぐる議論に関する先行研究を整理した。次に客観的時間側面から、ケアマネジメント業務と給付管理などを含む事務処理を中心にした介護支援専門員の業務時間に関するタイムスタディの調査結果をまとめたうえで、介護支援専門員の業務遂行に関わる心理的側面に関する文献整理を行った。そのうえで、ケアマネジメント業務における時間認識について概念定義およびそれに影響を与える要因を先行研究より整理することを目的とした。

第2節 介護保険制度下における介護支援専門員の業務に関わる現状

1997年に成立した介護保険法第46条第1項では、利用者が介護サービスを利用する際に、適切で総合的かつ効率的にサービスが提供されるようマネジメントする機能を定めている。その要となる事業所が居宅介護支援事業所であり、その担い手が介護支援専門員である。本節では、介護保険制度における介護支援専門員の業務に関する現状を明らかにするために、以下のように検討を行うこととした。

1. ケアマネジメントの役割機能と介護支援専門員の業務内容をめぐる議論

ケアマネジメント機能について、Austin(1990)は、ケアマネジメントを利用者のニーズに焦点を当て、アセスメントを行いケアプランを立てていく「利用者指向型のケアマネジメント」と、ケアプランの費用管理と費用効率を高める門番役割を果たす「システム指向型のケアマネジメント」に分類した。実際のケアマネジメントについては、この2つの極の間の連続線上のどこかに位置するが、どちらの極に近いところに位置するかは、サービスとシステムのそれぞれの特徴によって決まると述べている。また、ローズ(1995)は「利用者指向モデル」と「サービス提供者指向モデル」の2つを提案した。さらに副田(1997)は、日本のケアマネジメント実践モデルを「利用者指向モデル」と「システム指向モデル」の2つに分類した上で、「利用者指向モデル」と「システム指向モデル」、どちらの立場に立つかによって、業務の優先順位が異なると述べている。このように多様な見解が存在するが、介護保険制度の創設から14年経過した現在もなお、介護保険が利用者主導であるのか、それともサービス提供者主導であるのかというケアマネジメントのアプローチと介護保険の関係について、さまざまな議論が残されたままである。

次に、介護保険制度下における介護支援専門員の業務内容に関して、高崎ら(1997)は「介護保険制度における介護支援専門員の主業務は、解決すべき課題の分析と、居宅サービス計画の作成、サービス担当者との連絡調整である」と述べている。橋本(2003)は、介護保険制度下における介護支援専門員の業務を(1)認定調査、(2)保険の給付管理業務、(3)利用者が自身のニーズに応じて適切にサービスを使うためのサポートの3つがあると示し、(3)以外は本来のケアマネジメントではないとしている。また、筒井ら(2011)は、「介護支援専門員は、介護サービス計画を作成し、これらが確実に提供されるよう介護サービス提供機関との連絡調整を行い、利用者の状態についてのモニタリングを行うことが主な業務

となる」と述べている。

しかし、実際はサービス提供（保険給付）に伴う給付管理業務に多くの時間が費やされている（大野 2000）との指摘がある。高野（2000）は、介護保険制度下での介護支援専門員の業務は、利用者の状況の課題分析をもとに計画を立て、利用者の限度額を意識しながら、サービス事業者との連絡調整をして計画の実行を図っていくものであるが、実際には、介護支援専門員が給付管理業務に忙殺されていると指摘する。米本ら（2001）は、介護支援専門員の日々の業務の中では給付管理業務が最優先されるため、本来望まれていた課題分析ができないという問題点をあげている。

以上のように、多くの識者によってケアマネジメント業務は、本来、「利用者が自立した日常生活を営むのに必要な支援を行うための面接・電話対応・ケアプランの作成・記録・事例検討・利用者に関する事業所との連絡調整・利用者の訪問などという対人援助に特有の業務」であると捉えられている（倉ら 2012）にもかかわらず、介護保険法では利用者との面接から始まる一連のケアマネジメントにおける介護支援専門員の具体的な役割などについて明記されておらず、また、介護支援専門員のほとんどに対しては、利用者の自立支援のためのケアマネジメント業務だけでなく現物給付化の手続きやコストマネジメント業務までが課せられているために、給付管理を含む事務処理に多くの時間を費やさざるを得ない。したがって、介護保険制度下における介護支援専門員の役割の不明確や給付管理に関わる事務的業務などは、介護支援専門員による利用者対応などのケアマネジメント業務の遂行に強く影響を及ぼしていると考えられる。

また、介護支援専門員の仕事は、ケアプランの作成などのケアマネジメント業務のみならず保険の管理給付を始めとする雑多な事務作業を含み多事多端で負担が大きく、介護支援専門員が情緒的消耗を体験している実態を多くの先行研究（吉川 2002；兵庫県介護支援専門員協会 2002；伊藤 2005；横山ら 2009）によっても指摘されている。

2. タイムスタディの調査結果から見たケアマネジメント実践の課題

介護支援専門員が、どれぐらいの時間を利用者対応などのケアマネジメント業務や給付管理などの事務処理に費やしているかを把握するために、その業務に関するタイムスタディ調査（馬場 2002；馬場 2004；厚生労働省 2003；厚生労働省 2012；上之園 2003；和気 2004；石田ら 2009）の結果から、それぞれの業務に要した時間数を取り出してみた。結果は次のとおりであった。

厚生労働省(2003)が行ったタイムスタディ調査結果によると、介護支援専門員の業務時間を利用者1人1か月あたり業務内容別にみると、利用者宅や他事業者への訪問および移動時間とケアプラン作成に費やしている時間は全体の4割強を占め、その次に多くを占めるのは、個別利用者のケアマネジメントと直接関わらない業務などであった。また、上之園が行った調査(2003)では、介護支援専門員が、連絡、調整、相談、ケアプラン作成、モニタリングといった主なケアマネジメント業務に費やしている時間は、全体の業務時間の過半数を占めるという結果となっている。

馬場の調査(2004)では、介護支援専門員が「その他の業務」に最も多く時間を費やしており、一方では、調整、ケアプランの作成、相談、ケアマネジメント支援過程に関する記録、モニタリング、課題分析などケアマネジメント業務に費やしている時間は全体の4割強を占めるという結果となっている。また、石田ら(2009)が行った調査では、介護支援専門員が、チームマネジメント、地域との連携、ケアプラン、アセスメント、ニーズの把握、相談支援などのソーシャルワーク業務に費やす時間は全体の58.5%を占めている。一方、「その他」の業務の割合は、全体の41.5%であった。「その他」の業務のなかでも、ソーシャルワークの間接援助業務が4分の1、介護保険の関係業務が4分の1ほどを占めていた。そして、厚生労働省(2012)の調査結果では、常勤専従の介護支援専門員1人1か月あたりの業務時間(管理者を兼ねる場合)について、訪問、アセスメント表の記入・ケアプランの作成・記入・入力などのケアマネジメント業務に最も多くの時間を費やしていることが報告されている。

これらのタイムスタディの調査結果は、介護支援専門員の業務実態を多角的な視点から把握できた一方、異なる視点から捉えたものであることから、結果の解釈を同一レベルで一様に、論じることはできず、普遍化もできない。しかし、介護支援専門員が行う業務は多岐にわたり、業務内容の明確な区切りが極めて困難であることや、業務の不透明な部分が多いことは明らかである(兪2012)。また、介護支援専門員は、ケアマネジメント業務に全業務時間の約5割を費やしている一方、給付管理を含む事務処理などその他の業務にも、多くの時間を費やしている現状が顕著に見られる。

以上のことから、タイムスタディ調査からでは、介護支援専門員が業務の遂行にあたり、本来の相談支援やケアプランの作成などに十分に時間を確保できず、物理的な時間不足にあるといった現状が明らかになったといえる。このことから、介護支援専門員は、利用者への直接援助業務の時間が短縮させられている傾向があり、ケアマネジメント業務を遂行しながら、常時、時間的な切迫性や時間不足などを感じてしまう現状が推測できる。

次に、時間の不足や時間に追われていることなどを抱えながら業務を遂行する介護支援専門員の精神・心理的側面を具体的に把握するための文献検討を行い、以下に整理した。

3. 業務上のストレスに関する文献検討から見たケアマネジメント実践の課題

介護支援専門員の業務上のストレスやバーンアウトなどについては、井村(2006)、高良(2007)、池田ら(2002)、田中(2006)、小林ら(2001)、須佐ら(2009)、豊嶋(2007)などが研究を行っている。その中でも、多忙な業務や多種にわたる業務内容によって介護支援専門員のストレスがもたらされることは多く指摘されている(池田ら 2002 ; 須佐ら 2009)。また、「事務処理が多い ; 一人ひとりの利用者に必要な時間がとれず適切な対応できない」などを代表とする「量的労働負荷」や、「利用者・家族への連絡調整に多くの時間がかかり負担である」などの「利用者・家族への対応の負担感」がストレスとなり、介護支援専門員のバーンアウトに繋がっていくことが報告されている(須佐ら 2009 ; 豊嶋 2007)。また、介護支援専門員が感じる時間の不足に関しては、井村(2006)、高良(2007)、池田ら(2002)、田中(2006)、須佐ら(2009)、豊嶋(2007)などが、ケアプラン作成のための多量の書類や給付管理を含む事務処理などを行うために、利用者・家族に対応する時間が取れないことに介護支援専門員が負担感、二重ストレス、フラストレーションとジレンマなどを感じていることを指摘している。これらのことから、「介護支援専門員は、利用者一人ひとりと十分な時間をかけて関わることの必要性は重々承知しているが、業務に忙殺されてしまい、時間的に余裕が持てない」といった現状を伺い知ることができる。そして、利用者対応などのケアマネジメントに関わる多くの業務に加えて、書類作成などの事務処理やケアマネジメントに直接関係のない業務も背負うことになるため、介護支援専門員は常に時間に追われ、心に余裕のないまま業務を遂行している状況も伺える。

こうしたことから、介護支援専門員が認識する時間不足に関する課題は、介護支援専門員のメンタルヘルス、さらにケアマネジメント業務の遂行に何らかの支障をきたす可能性が考えられる。そのため、介護支援専門員が感じている時間不足や時間拘束感(兪 2012 ; 兪ら 2013)など、ケアマネジメント実践に対する時間認識に関わる問題に着目しながら、それを緩和していくことが重要視されてきた。つまり、これまでの先行研究では、介護支援専門員の業務時間に関するタイムスタディ調査(客観的側面)と業務上のストレスやバーンアウト(主観的側面)等に関する先行研究から、多忙さや時間上の制約に関する多角的な議論が蓄積されたなかで、介護支援専門員がケアマネジメントを行うにあたり、「時間不足」「時

間が足りない」と認識していることが多く指摘されている(池田ら 2002 ; 井村 2006 ; 高良 2007 ; 須佐ら 2009 ; 田中 2006 ; 豊嶋 2007 ; 兪 2012 ; 兪ら 2013).

その一方で、時間を要するケアマネジメント業務内容に関する先行研究では、介護支援専門員が、「利用者の医療的ニーズ」「利用者の認知機能・意欲の低下」「利用者の行動・心理状態の不安定さ」「利用者の過剰な要求」「利用者の介護サービスに対する否定的態度」「家族の介護負担感」「家族の介護力の脆弱性」「家族間の意向の違い」および「家族のパーソナリティ特性」といった特徴を有する事例への対応に最も時間を要すると認識していることが指摘されている(兪ら 2012). また、介護支援専門員が「利用者に関する情報把握」「ケアプランの設定」「サービス担当者会議の開催」「社会資源の調整と開発」といった業務に多くの時間を要することが指摘された(Yuら 2013 ; 兪ら 2013). しかし、これらの先行文献では、具体的にケアマネジメントのどのような業務に「十分な時間が確保できているのか」や「十分な業務時間があるのか」など、介護支援専門員の時間認識について言及していない. そして、ケアマネジメント業務内容の明確化や、適切な業務時間の配分という観点では、介護支援専門員がケアマネジメントのどの業務に対してどのような時間認識を持っているのかについて具体的に検討を行うことが必要であるといえる.

第3節 ケアマネジメント業務における時間認識に関する実証的研究の検討

本研究では、主観的な時間を社会科学の手法で客観的に捉え、介護支援専門員がケアマネジメント実践に対する時間をどのように認識しているのかについて、介護支援専門員を対象とした調査を行った。

1. ケアマネジメント業務における主観的時間認識に関する質的研究

ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識に関する研究を検討するにあたって、まず「時間を要する業務内容」に関する調査に付属する自由記述文(添付資料2, 自由記述1のデータを参考)をまとめた結果(Yuら2013)を参考にした。自由記述のまとめから、ケアマネジメント実践においては、介護支援専門員が利用者・家族とサービス事業所との間のサービス調整や関係者間の意見調整、およびそれに伴う書類作成や記録、利用者・家族やサービス事業者への訪問といった【サービス調整】に関わるアプローチに多くの時間を要すると認識していることが明らかになった。

また、介護支援専門員は利用者・家族のためのケアプランの作成や援助目標の設定にあたり、利用者・家族に介護保険制度や制度の変更点などについて分かりやすくように説明することや、利用者宅への訪問や利用者・家族からの相談への丁寧な対応などを通して、利用者・家族の有する課題や生活ニーズをアセスメントした上で、個々のニーズを家族との相互関係においてより深く理解し支援目標を設定していくといった【ケアプランの設定】に関わるアプローチに多くの時間を要すると認識している。

さらに、設定したケアプランについて、介護支援専門員は利用者・家族および各サービス担当者と援助方針を確認し合い、意見交換などを行うために、事前にホームヘルパーや医師など関係者と連絡を取り、ケアカンファレンスで利用者本人の参画・同意などを得て援助目標を確定していく。また、作成した会議に関する記録などの各サービス担当者への電話確認などといった【サービス担当者会議の開催】に関わるアプローチに多くの時間を要するとも認識していることが指摘されている。そして、ケアプランを作成する前段階として、介護支援専門員が利用者の生活状況や利用者と家族との関係などの情報把握、関係者からの訴えへの傾聴など【利用者に関する情報把握】に多くの時間を要するという認識も指摘される。

その一方、介護支援専門員は認知症の利用者への対応や医療的ニーズの高い利用者に対する緊急時の対応、利用者の入退院の同行や付き添いなどが必要となるため、医療側との連携に多くの時間を要する

(片山 2003 ; 福富 2003 ; 山崎 2005 ; 鷺見 2011)と認識していることが明らかになっている。また、多様な課題を有する困難事例に対応していくための地域包括支援センターなど行政機関との連携にも多くの時間を要することが指摘されている。さらに、介護支援専門員は利用者のための適切な入所施設を探すことや、利用者に必要となる社会資源が不足している場合、地域でのインフォーマルな社会資源の調整や創出などに多くの時間を要すると認識していることが指摘されている。つまり、介護支援専門員は、医療側・行政側などといった【フォーマル・サポートの調整】のみならず、それ以外の【インフォーマル・サポートの調整や開発】にも多くの時間を要すると認識しているといえる。

以上のことから、介護支援専門員は、利用者の多様なニーズを満たすためのサービス事業所への訪問、サービス事業者との連絡調整、医療側・行政側との連携、適切な入所施設の探索、およびソーシャルワーク機能である地域でのインフォーマル・サポートの調整や開発などといった【社会資源の調整と開発】と、利用者・家族に介護保険制度についてわかりやすい説明、利用者・家族などからの相談への対応、利用者・家族への訪問、ニーズの確定など【ケアプランの設定】に関わるアプローチに多くの時間を要することが明らかになった。また、ケアカンファレンスの開催に向けての各サービス担当者との事前連絡、ケアカンファレンスの場での援助方針の確認し合いや関係者間の意見交換、ケアカンファレンス後の会議記録の確認など【サービス担当者会議の開催】に関する業務と、利用者の生活状況や心身面の把握、利用者・家族に関する情報把握などといった【利用者に関する情報把握】に関する業務に対して、多くの時間を要すると認識していることも明らかになった。

上記の業務内容を概観すると、ケアマネジメント実践において介護支援専門員が行う【利用者に関する情報把握】【ケアプランの設定】【サービス担当者会議の開催】および【社会資源の調整と開発】といった4つの重要な業務が取り上げられており、そこに多くの時間を要するという介護支援専門員の認識が浮き彫りになった。このことは、従来のタイムスタディ調査において調査者の視点から捉えた業務内容とは異なり、介護支援専門員の視点からのケアマネジメント実践の業務内容の区分化を示唆したものであると考える。

2. ケアマネジメントにおける主観的時間認識に関連する要因の検討

1) ケアマネジメント業務における主観的時間認識と個人要因との関連

以上、様々な視点からケアマネジメント業務に対する介護支援専門員の主観的時間認識に関する文献整理を行い、続いてケアマネジメント業務における主観的時間認識に関する質的研究の検討を行った。そして、序章にも述べたように、時間認識は個人の特性要因および取り巻く環境的要因に左右されることが指摘されているなかで、介護支援専門員がケアマネジメント業務を行うにあたって、物理的時間が確保されるとともに、どのような状況において「十分な業務時間がある」と認識しているのかについて探求していくことが重要であると考えた。したがって次に、ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識に影響を与えられようとする要因について先行文献の整理を行った。

介護支援専門員がケアマネジメント業務を行うための時間を十分に確保できない現状に関して、介護支援専門員のバーンアウトなどに関する先行研究では、「雑多な仕事を押し付けられているような気がする」(井村 2006)、「時間的なゆとりがない、事務処理に追われる」(池田ら 2002; 高良 2007; 田中 2006)、「給付管理を含む多くの事務を処理するために、やりたいまたはやらなければならない利用者への援助を行う十分な時間を確保できずフラストレーションを感じる」(高良 2007)、「利用者・家族からの相談に十分に応じられないなどのジレンマを感じる」(武田 2008)ことが指摘されている。つまり、給付管理を含む事務的な作業が介護支援専門員の時間的、心理的に追い詰められているようなストレスフルな状態に関係していると考えた。

これに関して、副田(2004)は、「介護支援専門員が限られた時間のなかで、事務作業にかかる時間が増えれば、ある程度の時間を要するソーシャルワーク実践を圧縮せざるを得ない」と指摘する。ケアマネジメントの業務時間が圧縮されることについて、斎藤(2005)は、「介護支援専門員の中には、利用者本位といった理念に基づきながら、支援を行っていく人が多いと考えられる一方、給付管理を中心にした仕事と割り切り、利用者との関わりも形式だけになっている人々がいる」と指摘している。さらに、越智ら(2008)は、「事務処理負担の増大は、利用者に直接かかわる時間を圧迫するだけでなく、時間外労働の増加などにもつながり、介護支援専門員の労働意欲後退と労働環境悪化に大きな影響を与えるものである」と、事務処理業務の増加がケアマネジメント実践業務、さらに介護支援専門員のメンタルヘル스에影響を及ぼしている現状を指摘する。

そして、介護支援専門員がケアマネジメント業務と給付管理業務を含む事務処理業務のどちらを優先

して遂行しているか、およびその原因や社会背景について、村社(2011)は次のように指摘している。すなわち、介護保険制度において不正が社会問題化しているなか、不正を警戒するため「給付の適正化」という姿勢が強化されているため、介護支援専門員の給付における「管理者」性格が強く、また業務規則や基準から外れることは「罰則規定」「報酬減算」に直接結び付くため、多くの介護支援専門員がケアマネジメント支援業務よりも事務処理を優先しなければならない。また、介護保険制度では個人として費用計算・予算管理の遂行が求められる一方、「記録の増大」「煩雑な事務処理」「不慣れなパソコン操作」などは介護支援専門員が時間に追われる原因となる。

また、井手(2004)は、介護支援専門員が慣れない業務との兼務に加え、請求事務などの事務量の多さとそれに伴うパソコン処理に戸惑い混乱していたと指摘している。さらに、上記の先行文献の指摘以外にも、筆者が2010年に行った介護支援専門員を対象とした調査表に付属する、ケアマネジメント業務の遂行に時間がかかる理由に関する自由記述文をまとめた結果、「給付管理、請求業務時期はパニック状態で残業ばかりだが充実している。文章力がないこと、パソコン入力が未熟なことで事務業務に時間がかかっている」「アセスメントの内容を十分分析し、またアセスメント様式を使いこなせるかどうか疑問である。以上のことは十分な時間を確保するかどうかにもかかわっており、ケアマネの能力として事務処理能力がかなり要求されるのではないかとこの頃感じております」「Faxや文章のやり取りの時、文章力がなく考える為長くかかってしまう」「パソコン操作がうまくいけない」「事務処理の遅さで時間を効率的に使えない」「時間管理が難しい」などといった、介護支援専門員が自ら「事務的能力」の不足などを感じている現状が明らかになった。

このように様々な文献から、ケアマネジメント業務を行う際の介護支援専門員の主観的時間認識は制度的に位置づけられている事務的作業と深く関わっていることが推測される。

このような現状において、岡田(2011)は、利用者の生活コントロール感を維持するあるいは向上させるためのケアマネジメントにはかなりの時間が必要であるため、ケアマネジャーにはタイムマネジメント能力が求められると指摘する。

以上のことから、法令遵守のため、膨大な記録作業や事務処理作業などに対応するためには、制度の改正や物理的時間の確保などの労働環境の改善とともに、介護支援専門員に、事務的作業能力や時間管理能力、および熟練したパソコン操作など事務的能力が求められる。言い換えると、介護保険制度下におけるケアマネジメント実践の遂行が、各介護支援専門員のパソコン操作、時間管理能力および文章の

作成能力などという事務的マネジメント能力に大きく左右されることが予測される。

当然、ケアマネジメント業務における主観的時間認識に関連する個人特性的要因としては、介護支援専門員の専門職としての知識や、情報収集能力、面接技術、ケアマネジメント過程の実施能力、情報処理能力、苦情対応能力・処理能力、リスクマネジメント能力などのさまざまな専門的知識・スキルや能力などに強く影響を及ぼされることが考えられる。

しかしながら、ここまでケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与えうる要因に関連する調査研究（兪 2012, 兪ら 2013）を考慮しながら、多めに介護支援専門員の個人差に焦点をあて述べているが、このような研究は少ないのが現状である。その理由としては、ケアマネジメント業務における主観的時間認識の個人差を強調することによって、介護支援専門員に対して個人の心理的弱さやさまざまな困難を克服できない個人が悪いという形で、介護支援専門員に更なる精神的負担を強いることになると考えられるからである。

したがって、本研究の第3章において、探索的段階ではあるが、ケアマネジメント業務における時間認識の独立変数の設定について、介護支援専門員の専門職としての知識や、面接技術、情報収集能力、情報処理能力、ケアマネジメント過程の実施能力、苦情対応能力・処理能力、リスクマネジメント能力などのさまざまな専門的知識や能力などに焦点をあてるのではなく、ひとまず介護支援専門員の個人要因である時間管理・パソコン操作能力などを含む事務的マネジメント能力に焦点をあてて検討を行うことを研究目的とした。

2) ケアマネジメント業務における主観的時間認識と労働環境との関連

ケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与えうる要因について、介護支援専門員の個人要因に原因を帰結させることが望ましくないとする立場から見ると、時間不足という認識の現状を緩和するためには、まず労働環境の改善といった側面への配慮をすべきであると考えられる。そして、労働環境がいかに関護支援専門員のケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与えるかについて検討するために、以下に文献的検討を行った。

まず、廣野(2010)は、介護支援専門員が勤務時間内でどのような業務を行うか、利用者宅をいつ訪問するか、訪問時間をどのぐらいにするか、計画外の事態への対応などについて、介護支援専門員の勤務時間のスケジュールが柔軟でなければ行えないと指摘する。また、齊藤ら(2006)は、介護支援専門員が

利用者・家族の心理社会的問題への対応や家族関係への調整などのために、利用者・家族の都合に合わせて勤務時間の調整が必要となることを指摘した。さらに、渡辺(2008)は、利用者のサービス変動に伴うサービス担当者会議の開催や「不明瞭業務」の存在などがあるため、介護支援専門員には業務時間や範囲などに対する裁量権が必要であると指摘した。加えて豊嶋(2007)は、介護支援専門員の主体性が発揮できることにより、利用者・家族の状態に応じた臨機応変が可能になることを指摘している。つまり、介護支援専門員の業務時間の使い方および業務内容・範囲に関する判断・自由裁量権を持つことの重要性を指摘しており、このような「仕事に関する裁量権」はケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与えると予測される。

また、高良(2007)は、介護支援専門員のバーンアウトに関連する要因の一つとして、「業務に関する情報が不十分に得られない；行政と連携を取るのに困難を感じる；利用者の抱える問題が深刻すぎる；サービスや資源が不足している；関係する専門職者と連携を取るのに困難を感じる」といった連携の困難により感じられる社会資源の不足を挙げており、それは介護支援専門員の時間が足りずいつも仕事に追い立てられていると感じることにつながると指摘した。兪ら(2012)は、介護支援専門員が医療的ニーズの高い利用者のための医療機関との連絡調整に困難を感じており、そこには多くのケアマネジメント時間を要することを指摘した。これらのことから、介護支援専門員が認識する「連携の困難」は、ケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与えることが伺える。

さらに、介護支援専門員の保険給付管理業務を主とする事務処理は複雑で多くの時間が割かれるうえ、職場によっては介護支援専門員専任ではなく他の職務との兼任さえしなければならない状況にあるため、報酬の向上や不公平な待遇の改善などによって介護支援専門員の業務負担の減少、利用者対応への時間的余裕を持つことが可能になること(高良 2007)が指摘されている。また、介護支援専門員が支援困難事例への対応に多くの労力と時間を要するにもかかわらず、介護保険制度では要介護度によって介護報酬が決定することは、介護支援専門員のケアマネジメント業務に対する評価の適切化に結び付かないとしばしば指摘されている(兪ら 2012)。これらのことから、やるべき業務が多い半面、報酬・待遇が少ないと感じる介護支援専門員が、ケアマネジメント業務を遂行していく際に、いつも時間が足りないといった、何らかの不満を感じるが生じてしまうと推測される。つまり、介護支援専門員が感じる「待遇の不適切さ」がケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与えることと考える。

以上のことから、介護支援専門員が認識している「仕事に関する裁量」「連携の困難」「待遇の不適切

さ」といった労働環境がケアマネジメント業務における時間認識に影響を与える要因として推測される。したがって、本研究の第4章において、「仕事に関する裁量」「連携の困難」「待遇の不適切さ」といった労働環境に焦点をあてて検証を行うことを目的にした。

第2章 ケアマネジメント業務における主観的時間認識の構成要素

第1節 研究目的

第1章において、介護支援専門員がケアマネジメントを行うにあたり、「十分な業務時間が確保できている」や「十分な業務時間がある」と認識しているかどうか介護支援専門員のメンタルヘルス、さらにはケアマネジメント実践の質に影響を与えるということを議論してきた。そして、介護支援専門員のケアマネジメント業務内容が多岐にわたっているため、介護支援専門員がケアマネジメント実践の中で、どのような業務にどのような時間認識をもっているのかについて構造的に把握することが重要であり、それは介護支援専門員の業務内容の明確化や適切な業務時間の配分につながっていくと考えられる。

そこで本章では、ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識について、その概念的な構造を検討したうえで、ケアマネジメント業務における主観的時間認識を測定する項目尺度を作成し、その構成要素を明らかにすることを目的とした。

第2節 研究方法

1. 概念定義と測定尺度

(1) 概念定義

本研究では、介護支援専門員がケアマネジメント業務に対してどのような時間認識をもつのかを把握することに焦点を当て、それをケアマネジメントの質を評価するための一つの切り口として考える。「ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識」の概念定義は序章の第2節にて定義したとおりである。

(2) 測定尺度

また、ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識に関する調査項目案の作成にあたり、タイムスタディ(上之園 2003; 馬場 2004; 石田ら 2009; 厚生労働省 2003; 三菱総合研究所 2012)の文献を踏まえ、主に第1章で捉えてきた介護支援専門員の時間を要する業務内容(Yu ら 2013, 兪ら

2013) , およびケアマネジメント実践の質に対する評価(沖田ら 2002;安梅ら 1998)や実践の程度(綾部 2010)などに関する先行研究を参考にしながら, ケアマネジメント業務における主観的時間認識について「利用者に関する情報把握」「ケアプランの設定」「サービス担当者会議の開催」「社会資源の調整と開発」の4領域に区分して変数群を設定した.

① 利用者に関する情報把握

「利用者に関する情報把握」について, 笠原(2008)は, アセスメント・プロセスにおける情報把握を「単なる情報収集とは異なり, 援助者が高齢者と関わりながらその状況を見定め, 情報を収集し, その意味を理解することであり, 課題の明確化に連動する重要な過程として, アセスメントを構成する基本の機能である」と定義している. また, 利用者の全体像を総合的に客観的に把握するためにアセスメントが最も重要であり(香取 2004), 介護支援専門員が実践するケアマネジメントにおいて, まずアセスメントによって利用者やその家族の状況を把握しなければ, 適切な支援は提供できないとされている(白澤 1992;畑 2000). さらに, ケアマネジメントでは, 利用者の多様な生活ニーズを充足するために, フォーマルサービスに加え, 家族, 親戚, 友人・同僚, 近隣, ボランティアなどのインフォーマル・サポートも有効な社会資源として位置づけている(白澤 1998). そのため, 利用者の心身状態だけでなく, 長年の社会生活を送ってきたなかでの経験に関する情報と, 利用者を取り巻く家族, 友人・知人, 近隣などといった明確に制度化されていないインフォーマルな支援の力量などの情報にも視点を据えて, 介護支援専門員が利用者の生活ニーズを心身面・社会環境面との関連性の中で捉えていくための十分な時間が確保されるとともに, 介護支援専門員がこれらの業務を行うのに十分な業務時間があるかと認識しているかを把握することが重要であると考え.

② ケアプランの設定

「ケアプランの設定」について, 鎌田(2001)は, ケアプランの作成は利用者のニーズを充足するためにケアチームが行い共有するものであり, ケアマネジメントを支える根幹としての役割を担っているとされ, ケアプランの不十分さによって「個別のニーズに応じたサービス提供ができない, 利用者の生活像が明らかにされない, サービス評価ができない, チームが進まない」などの深刻な問題が生じる可能性がある」と指摘している. また介護保険制度では, 利用者の自立支援や, スtrenグス視点に基づいた利用者本人の能力を最大限に発揮できるようなケアプランの設定が望まれる. さらに, ケアプラン作成

過程において利用者本人と家族が参加し、計画内容を理解し、協働でケアプラン作成を行うことの重要性が多く指摘されている(國光 2004;Schneider1988;渡部 2002). 加えて、厚生省(1998)は家族に関しては、要援護者にとっての重要な社会資源としてだけでなく、要援護者と同様に、援助対象者として捉えることが必要としている。これらのことから、介護支援専門員が利用者宅への訪問や利用者・家族からの相談への丁寧な対応などを通して、利用者・家族の有する課題や希望する生活や生活ニーズなどを見極めた上で、個々のニーズを家族との相互関係においてより深く理解し支援目標を設定していくために十分な業務時間があると認識しているかを把握することが重要となると考える。

③ サービス担当者会議の開催

「サービス担当者会議の開催」について、高野(2001)は、サービス担当者会議は、各担当者で援助方針を確認し合い、利用者自身の参加・同意を得てサービス計画の確定をしていくプロセスであり、ケアマネジメントとそれによるケア提供の基本的理念がチームアプローチ・利用者本位で行われるものであることから考えると、極めて重要なポイントであるとしている。すなわち、サービス担当者会議は、各サービス提供者および利用者本人、家族の参加による意見交換、さらには共通目標を達成するための協議の場であるといえる。また、利用者・家族には長時間のサービス担当者会議への参加に伴う負担が推測されることと、利用者に関わる各サービス担当者等の業務が多忙であるなかで、介護支援専門員が効果的、円滑に会議を進めていくためには、事前に会議の目的や内容を精査し、時間を限定した会議を開催し、会議後にはフィードバックを行うことなどの必要性が多く指摘されている(村社 2012b;岡田 2011;Sheafor ら 2006)。その一方で、介護支援専門員にサービス担当者会議の開催を行うための時間が確保されていないことが多く指摘されている(井村 2006;井手 2004)。2006年の制度改革によりサービス担当者会議の義務化がなされて以来、その現状が改善されているかという観点からも、介護支援専門員のサービス担当者会議の開催に対する時間認識の現状を把握することが重要となると考える。

④ 社会資源の調整と開発

「社会資源の調整と開発」について、要援護者のニーズに適した社会資源を結びつけるための調整の機能が、ケアマネジメントの共通点として多くの識者によって挙げられている(Holt=2005 ; Moxley=1994 ; Johnson ら 1983 ; Renshaw1987)。上野谷(2010)は、生活の原則を考えると、専門職ではない人によって

提供されるような支援(インフォーマル・サポート)と専門職によって提供される援助(フォーマルサービス)の両者があってはじめて、地域生活が成り立つことは明らかであると指摘している。つまり、利用者の多様な生活ニーズに対応するために、限られた介護保険サービスだけでなく、利用可能な介護保険外のインフォーマル資源を組み合わせることで、介護保険サービスのみでは実現が難しい支援につながると考えられる。そのためには、介護支援専門員が地域の社会資源に精通し、地域での多様な社会資源の調整や利用者支援に不足している資源の開発や、日頃からの地域での個人的なネットワークづくりなどを行うことが不可欠であるといえる。しかし、介護保険外のサービスや地域でのインフォーマル・サポート等に関する調整をケアプランに位置づけることが求められているにもかかわらず、これらの社会資源の活用は介護報酬には反映されておらず(兪ら 2012)、また多くの介護支援専門員が介護保険外サービスの調整や開発などを行う時間的余裕をもっていないことが推測される。ケアマネジメントの質を評価するという観点からも、社会資源の調整および開発に対する介護支援専門員の主観的時間認識を把握することが重要であろう。

なお、モニタリングは、利用者にコーディネートしたサービスが適切に提供されているかどうかについて検証するものであり、介護支援専門員が行うケアマネジメント業務の重要な部分を占めている(畑 2012)。しかし、モニタリングはケアマネジメント実践における一つひとつの過程について評価を行うものであるため、モニタリングに関する業務内容は上記の4つの業務実践すべてと重複することが想定される。そのため、本研究では、モニタリングに関する業務内容に対する時間認識を下位領域として設定しないこととした。

質問項目の検討を行った結果、最終的にケアマネジメント業務における主観的時間認識の調査項目として、「利用者に関する情報把握」(7項目)、「ケアプランの設定」(6項目)、「サービス担当者会議の開催」(3項目)、「社会資源の調整と開発」(4項目)の4領域20項目を設定した(表 2-1)。

表 2-1 ケアマネジメント業務における主観的時間認識に関する質問項目 (20 項目)

領域	質問項目
利用者に関する情報把握 (7 項目)	利用者の身体的側面に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある
	利用者の精神・心理的側面に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある
	利用者本人の生活歴に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある
	利用者の主介護者に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある
	主介護者以外の家族の情報を把握するのに十分な業務時間がある
	利用者の友人・知人に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある
	利用者の近隣・地域でのインフォーマル団体に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある
ケアプランの設定 (6 項目)	利用者・家族の希望と介護支援専門員から見た生活ニーズをつきあわせていくのに十分な業務時間がある
	利用者の自立支援に向けての目標を設定するのに十分な業務時間がある
	利用者本人の能力を最大限に発揮するようなケアプランを設定するのに十分な業務時間がある
	利用者・家族からの相談に丁寧に対応するのに十分な業務時間がある
	利用者宅を訪問するのに十分な業務時間がある
作成したケアプランの内容などを利用者本人・家族に分かりやすいように説明するのに十分な業務時間がある	
サービス担当者会議の開催 (3 項目)	サービス担当者会議前に、関係者と事前協議を行うのに十分な業務時間がある
	サービス担当者会議に関係者間で話し合うのに十分な業務時間がある
	サービス担当者会議を終了後、関係者に会議記録の内容を確認するのに十分な業務時間がある
社会資源の調整と開発 (4 項目)	サービス担当事業所への訪問をするのに十分な業務時間がある
	介護保険サービス以外のインフォーマル・サポートを調整するのに十分な業務時間がある
	地域で介護支援専門員の個人的なネットワークを作るのに十分な業務時間がある
	介護保険サービス以外のインフォーマル・サポートを創出するのに十分な業務時間がある

質問文について、「業務時間が足りないと感じることがある」という否定的な表現では「社会的望ましさ」が反映されやすいため、本研究では、「十分な業務時間がある」という肯定的な表現を用いることにした。また、これらの質問項目の内容の適切さや回答のしやすさなどについて、現場の実践者(2名)と高齢者福祉分野の研究者(3名)からエキスパートレビューを受け、内容妥当性を確保した。

2. 分析方法

まず、ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識（20項目）について、回答選択肢を「ほとんどそう思わない（1点）」「あまりそう思わない（2点）」「どちらともいえない（3点）」「ややそう思う（4点）」「かなりそう思う（5点）」の5段階リッカートスケールとし、十分な業務時間があると認識しているほど高得点となるように配点を行った。次に、ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識が実際にはどのような構造となっているのかを明らかにするために、探索的因子分析（プロマックス回転を伴う主因子法）を行った。さらに、抽出された各因子の内的整合性を検討するために、Cronbachの α 信頼性係数を求めた。これらの統計分析には、SPSS19.0J for Windowsを用いた。

第3節 研究結果

1. 因子分析の結果と信頼性の検討(表 2-2)

ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識(20項目)について探索的因子分析を行った。本研究では、時間認識に関する質問項目を予め4つの領域に区分し設定しているため、因子数を4つに仮定して分析を行ったところ、下位項目の因子所属が明瞭であった。したがって、4因子構造が妥当であると判断した。また、「利用者の近隣・地域でのインフォーマル団体に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある(2.57±1.03)」ほどの因子に対しても因子負荷量が.40未満であったため除外し、最終的に19項目からなる4因子が抽出された。

第1因子は、「利用者本人の生活歴に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある」「利用者の主介護者に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある」「主介護者以外の家族の情報を把握するのに十分な業務時間がある」「利用者の精神・心理的側面に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある」などの6項目で構成され、【利用者・家族の情報把握に関する時間認識】と命名した。第2因子は、「利用者・家族からの相談にいていねいに対応するのに十分な業務時間がある」「利用者・家族の希望と介護支援専門員から見た生活ニーズをつきあわせていくのに十分な業務時間がある」「作成したケアプランの内容などを利用者・家族に分かりやすいように説明するのに十分な業務時間がある」などの6項目で構成され、【利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識】と命名した。第3因子は、「介護保険サービス以外のインフォーマル・サポートを創出するのに十分な業務時間がある」「介護保険サービス以外のインフォーマル・サポートを調整するのに十分な業務時間がある」「地域で介護支援専門員の個人的なネットワークを作るのに十分な業務時間がある」などの4項目から構成され、【社会資源の調整と創出に関する時間認識】と命名した。第4因子は、「サービス担当者会議前に、関係者と事前協議を行うのに十分な業務時間がある」「サービス担当者会議に関係者間で話し合うのに十分な業務時間がある」「サービス担当者会議を終了後、関係者に会議記録の内容を確認するのに十分な業務時間がある」の3項目から構成され、【サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識】と命名した。また、各因子の内的整合性を確認したところ、Cronbachの α 信頼性係数はそれぞれ0.929, 0.897, 0.864, 0.891であり、十分な信頼性が確認された。

2. 各因子の基礎統計量(表 2-2)

抽出された各因子の平均値(各因子の平均値は項目数により数値が異なる。比較可能とするため、以下、ここでの各因子の平均値は、算定された各因子の平均値を各因子の項目数で除した数値とする)は、5点満点中すべて3点以下であることが示された。平均値が最も高かった因子は「利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識」の2.99点であり、以下「利用者・家族の情報把握に関する時間認識(2.65)」「サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識(2.58)」「社会資源の調整と創出に関する時間認識(2.36)」の順であった。

表 2-2 ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識の因子分析結果

下位領域および質問項目 (Cronbachの α 信頼性係数)	負荷量				平均値 ±SD
	因子1	因子2	因子3	因子4	
利用者・家族の情報把握に関する時間認識 ($\alpha=0.929$)					2.65±0.89
利用者本人の生活歴に関する情報を把握する	.907	-.015	-.045	.055	2.77±1.02
利用者の主介護者に関する情報を把握する	.800	.045	-.064	.114	2.71±0.99
主介護者以外の家族の情報を把握する	.791	-.123	.202	.024	2.37±1.04
利用者の精神・心理的側面に関する情報を把握する	.764	.265	-.089	-.068	2.84±1.04
利用者の友人・知人に関する情報を把握する	.733	-.192	.333	-.031	2.27±1.03
利用者の身体的側面に関する情報を把握する	.677	.355	-.148	-.093	3.02±1.05
利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識 ($\alpha=0.897$)					2.99±0.79
利用者・家族からの相談に適切に対応する	-.027	.741	.165	-.064	3.12±0.99
利用者・家族の希望と介護支援専門員から見た生活ニーズをつきあわせていく	.038	.724	.061	.002	2.92±0.91
作成したケアプランの内容などを利用者本人・家族に分かりやすいように説明する	-.066	.709	-.052	.146	3.22±0.95
利用者宅を訪問する	.038	.683	.079	.037	3.13±1.03
利用者の自立支援に向けての目標を設定する	.215	.612	.012	.023	2.86±0.94
利用者本人の能力を最大限に発揮するようなケアプランを設定する	.162	.601	.026	.090	2.74±0.97
社会資源の調整と創出に関する時間認識 ($\alpha=0.864$)					2.36±0.85
介護保険サービス以外のインフォーマル・サポートを創出する	.027	-.068	.897	-.010	2.25±0.99
介護保険サービス以外のインフォーマル・サポートを調整する	-.081	.283	.692	-.032	2.52±0.95
地域で介護支援専門員の個人的なネットワークを作る	.108	.002	.576	.124	2.27±1.04
サービス担当事業所への訪問をする	-.018	.259	.552	.014	2.42±1.07
サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識 ($\alpha=0.891$)					2.58±0.95
サービス担当者会議前に、関係者と事前協議を行う	.011	.058	.038	.802	2.49±1.04
サービス担当者会議に関係者間で話し合う	.023	.107	-.017	.777	2.70±1.06
サービス担当者会議を終了後、関係者に会議記録の内容を確認する	.031	.103	.113	.660	2.54±1.03
寄与率 (%)	56.96	7.252	6.125	3.986	
累積寄与率 (%)	56.96	64.211	70.336	74.322	
因子相関行列	因子1				
	因子2	.700			
	因子3	.614	.630		
	因子4	.666	.733	.688	

KMO=0.942 ; 因子抽出法:プロマックス回転を伴う主因子法 (N=325)

第4節 考察

1. ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識の構成要素

探索的因子分析の結果、【利用者・家族の情報把握に関する時間認識】【利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識】【社会資源の調整と創出に関する時間認識】【サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識】の4つの因子がほぼ仮定したとおりに抽出された。また、各因子の α 信頼性係数は、いずれも0.8以上の数値を示していた。したがって、因子分析より抽出されたこれらの4つの領域は、ケアマネジメント業務に対する介護支援専門員の主観的時間認識を捉えるための重要な下位領域であることが示唆された。

第1因子の【利用者・家族の情報把握に関する時間認識】は、利用者本人の状況、主介護者を含む家族成員および友人・知人の状況といった利用者を取り巻く社会環境との相互関連性を基礎に、介護支援専門員が利用者の生活全体を捉えて利用者の理解を深めるための情報把握に関する時間認識を表す項目から構成されていた。このことについて、ケアマネジメントでは、利用者・家族等に関する情報把握はアセスメントを構成する基本的機能(笠原 2008)として位置づけられており、利用者理解には、「身体機能状況」「精神心理状況」「社会環境状況」の3領域の相互関連性を基盤に据えたアセスメントが求められる(白澤 2003;渡部 2008a)。利用者を取り巻く社会環境状況としては、家族、友人・知人、近隣、またはボランティア等のインフォーマルな社会資源が挙げられている(白澤 1998)。これらの視点に基づき、介護支援専門員はアセスメントを行う際、利用者像を断片的に捉えるのではなく、利用者を取り巻く家族、友人・知人などとの関係性の中で総合的に捉えていくことを、ひとつの区切りとしながら業務を遂行していくと考えられる。そのため、介護支援専門員による利用者・家族および友人・知人の情報把握に関する時間認識を構成する項目が一つの因子として収斂したと考えられる。

なお、第1因子において設定した「利用者の近隣・地域でのインフォーマル団体に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある」という項目は因子負荷量が低かったため、因子分析から除外された。介護支援専門員が利用者の生活ニーズを理解するのに際し、同じインフォーマルな社会資源であっても、近隣や地域でのインフォーマル団体は家族や友人・知人と比べ、利用者の生活において直接的な関係性が少ないと捉えていることが除外された原因として考えられる。実際の実践において、近隣や地域でのインフォーマル団体などは、家族・友人・知人と同じようには扱われておらず、インフォーマルな社会

資源の中においても介護支援専門員の対応の仕方が違うことを示したものと考えられる。

また、因子抽出の順序については、【利用者・家族の情報把握に関する時間認識】が第1因子として抽出された。このことは、利用者・家族の情報把握に関する介護支援専門員の時間認識が、ケアマネジメント業務遂行における時間認識の最も重要な領域であることを示唆している。利用者の生活全体像の把握は最も重要なことであり(香取 2004)、利用者や家族の状況について十分にアセスメントを行うことへの時間的配慮がケアの方向性を決定づける可能性があるため、このような結果になったと考えられる。

第2因子の【利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識】については、介護支援専門員が専門的な観点から目標を設定するだけでなく、ストレングスモデルに基づき、利用者本人や家族の意向を尊重しながら、利用者の生活全般を把握して関わることを示している。また、この因子は、利用者への訪問や利用者・家族からの相談に対しての丁寧な対応や傾聴、さらに作成したケアプランの内容を利用者本人・家族に分かりやすく説明するといった利用者・家族の支援目標の設定に関わるアプローチに対する介護支援専門員の時間認識として捉えることができる。ケアプランの作成は一般的に利用者と家族の意思決定の相互作用によるものが多く、家族介護者の了承が得られなければケアプランの実行が難しくなるという背景が指摘されている(渡邊 2005)。また、家族を利用者の重要な社会資源として、および援助対象者としての二側面から捉えていくこととされており(厚生省 1998)、家族への支援は間接的に利用者支援につながっていくことが考えられる。これらのことから、介護支援専門員は利用者・家族との関わりや利用者訪問などを通じて、利用者・家族の抱えている課題などを明確にしたうえで、個々の生活ニーズを家族との相互関係においてより深く理解し支援目標を設定していくことを一つの業務の区切りとしており、したがってこれらの業務に費やしている時間に関する介護支援専門員の認識を表す6項目が一つの因子として収束したと考えられる。

第3因子の【社会資源の調整と創出に関する時間認識】は、介護支援専門員が利用者に適したサービスを提供するために行う、サービス事業所への訪問やサービス担当者との連絡調整、また介護保険サービス以外のインフォーマル・サポートの調整・創出および地域でのネットワークづくりといった利用者の自立支援に向けての社会資源の調整に対する介護支援専門員の時間認識を表す項目で構成されていた。介護保険制度においては要介護認定や介護保険サービスの支給限度額の設定等による制約を伴うため、介護保険サービスだけでは、さまざまなニーズを持つ利用者に対応しきれない現状がある。こうした状況の下、介護支援専門員がケアマネジメント実践を行う際には、多様なニーズを持つ利用者に対し

て、介護保険サービスだけでなく可能な限り多岐にわたる社会資源を調整し、また利用者が必要となるサービスが地域に不足している場合、その代替となるようなサービスの導入や新たな社会資源の創出が必要となってくるのである。また、ケアマネジメント実践の支援機能の一つの特性として、関連職種との協働における専門職のネットワークの確保が明らかであり、介護支援専門員による他の人的資源との関係づくりの必要性が指摘されている(村社 2012a)。これらのことから、介護支援専門員によるフォーマルサービスの調整に加えて、インフォーマル・サポートの調整と創出および地域での個人的なネットワークづくりといった、相互補完的な社会資源の調整に関する業務遂行に関わる時間認識を表す項目が一つの因子としてまとまったと考えられる。

第4因子の【サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識】については、サービス担当者会議の開催に伴う関係者間の事前協議、会議での関係者間の意見交換や共通目標を達成するための調整、さらに会議終了後の関係者への会議記録の内容の確認など、効果的なケアカンファレンスを行うための介護支援専門員の時間認識を表す項目から構成された。これは、利用者・家族・サービス担当者などとの共通目標を達成するための介護支援専門員による体系化されたサービス担当者会議の実施や調整に対する時間認識ととらえることができる。このことについて、サービス担当者会議は利用者本位の理念に基づき、利用者・家族も参加した関係者間での共通目標を設定するための協議の場であり、ケアマネジメントの重要な業務として位置づけられている。しかし、介護支援専門員の多忙さなどによりサービス担当者会議の開催がなされていないことがしばしば指摘されており(井村 2006 ; 井手 2004)、ケアマネジメントの質の低下が危惧されたため、2006年の制度改正によりサービス担当者会議の開催が義務化された。また、長時間のサービス担当者会議への参加に伴う利用者・家族への負担、およびさまざまな時間的な制約を強いられている他の専門職に対する配慮という観点から、介護支援専門員には、限られた時間の中で効率的なケアカンファレンスの開催が求められる(村社 2012b; 岡田 2011; Sheafor ら 2006)。このような社会的背景のもとに、時間を意識しながら利用者・家族・サービス担当者等の関係者と事前にサービス担当者会議の目的や開催事項などに関する連絡を取り、会議の中で関係者との意見調整、共通目標を達成できるように調整・協議を行い、さらに事後には会議の要点などを関係者へフィードバックするといった、効率的・体系的なサービス担当者会議の開催に対する時間認識を表す項目が第4因子として収束したと考えられる。

2. 因子間の関連性および因子の平均値

ケアマネジメント業務における主観的時間認識の構成要素として抽出された4因子間の相関係数より、いずれの因子間においても強い正の相関が見られた($r=.614\sim.733$)。このことから、ケアマネジメント実践の各プロセスに対する介護支援専門員的时间認識が相互に強く関連し合っていることが明らかになった。特に4因子の中でも【利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識】と【サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識】に最も高い正の相関($r=.733$)が見られ、2因子間の関係の強さが示された。このことはサービス担当者会議の開催が、利用者・家族および各サービス提供者などの関係者間において、支援目標を共有化していくための重要な協議の場として認識されているために、この2つの業務に対する時間認識の関連性が強いことを示す結果となったと解釈できる。

また、【利用者・家族の情報把握に関する時間認識】と【利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識】との関連 ($r=.700$)の強さについて、アセスメント・プロセスにおける情報把握は課題の明確化に連動する重要な過程であることが述べられている(笠原 2008)。つまり、利用者・家族に関する情報把握がアセスメントの基本機能であり、利用者・家族の支援目標を設定していくための前提となる業務として認識されているため、この2つの業務に対する時間認識も強い関連性を示したことが考えられる。一方、アセスメントにおける利用者・家族の情報把握に対する時間認識は、利用者・家族の課題の明確化やニーズの抽出を含む利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識とは異なる次元のものとして認識されているため、この2因子がそれぞれ独立したものとして抽出されたと考えられる。これまでの研究においては、アセスメントとケアプランの設定との関係が区別されにくいという議論(畑 2000)があったが、今回の結果は、ケアマネジメントのプロセスにおいてアセスメントとケアプランの設定に関する時間を分けながら実践を行うということが浸透し始めたことを示すものであると考えられる。

さらに、抽出された4因子の平均値は、いずれも平均値3以下となっているが、「ほとんどそう思わない」の1点および「あまりそう思わない」の2点という否定的な回答の配点を上回っている。また、4因子を構成する19の下位項目の平均値および標準偏差を確認したところ、いずれの項目も平均値が2を超えており、標準偏差が0.91~1.07という数値が示され、介護支援専門員の回答に、ばらつきが確認された。また、各項目の回答分布においても「どちらともいえない(3点)」と回答している介護支援専門員の割合が全体の23.0%~41.3%と示された。従来から、時間が足りないために本来のケアマネジメ

ント業務が遂行できないという多くの先行研究の指摘(馬場 2002;2004;井手 2004;須佐ら 2009;豊嶋 2007;吉川ら 2002)があった。しかし、本研究の結果においては、これらの領域に関する介護支援専門員の主観的な時間認識から考えると、これらの業務に関して、十分な時間があるともいえないが、先行研究の指摘するような深刻な時間不足の状況にあるとも断定することはできないという結果となった。

一方、【社会資源の調整と創出に関する時間認識】の因子の平均値が 4 因子の中で最も低かった。このことから、介護支援専門員の多くに社会資源の調整や創出に十分な業務時間が確保されていないことが考えられる。また、多くの介護支援専門員が社会資源の熟知などが不十分であること(斎藤ら 2006)にも関連していると考えられる。特に、この因子の下位項目である介護保険サービス以外のインフォーマル・サポートの創出に対する時間認識を表す項目は、負荷量は最も高かったが平均値は全項目の中で最も低かった。このことから、本研究での介護支援専門員は、利用者に必要となる社会資源が地域に不足している場合において、ソーシャルワークの機能である新たな社会資源の開発の重要性を承知しているものの、それを行うのに十分な業務時間が確保されていない可能性が考えられ、インフォーマルな社会資源の活用には課題が残されていると考えられる。したがって、介護支援専門員の所属する各事業所は、介護支援専門員のインフォーマルな社会資源の調整や新たな社会資源の創出という業務内容を理解し、それらの業務に対して時間的配慮を行うことが必要である。さらに、今後介護報酬が改定される際には、インフォーマル社会資源の調整および新たな社会資源の創出といった介護支援専門員の業務内容に対する正当な評価が盛り込まれるよう求めていく必要がある。

また、第 1 因子の「利用者・家族の情報把握に関する時間認識」のなかで最も負荷量の高い 3 項目は、利用者本人の身体・精神・心理的側面に関する情報把握ではなく、利用者本人の生活歴・主介護者および主介護者以外の家族に関する情報把握であったことから、アセスメントを行う際に利用者本人とその取り巻く環境との相互作用に着目する必要性を指摘することができる。介護保険制度において要介護度による介護報酬の決定は、必ずしも適切な業務評価とはいえず、介護報酬に関するさらなる検討の必要性が示唆された。

さらに、ケアマネジメント実践において各場面での介護支援専門員の時間認識の相互関連性の強さから、介護支援専門員のケアマネジメント業務に対する適切な時間配分の重要性が示唆された。

以上のように、主観的時間という観点からケアマネジメント業務における介護支援専門員の時間認識の構成要素を明らかにしたことは、ケアマネジメント業務内容の区分や明確化を理解するうえで重要で

あると考えられる。そこで次章では、本章で得られた探索的研究結果を用いて、ケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与えると考えられる個人要因について言及していくこととする。

第3章 ケアマネジメント業務における主観的時間認識と個人要因との関連性

第1節 研究目的

序章や第1章で述べてきたように、介護支援専門員の抱えている時間不足がストレスやバーンアウトに繋がっていくことがこれまでよく指摘されてきた(高良 2007)。このような現状において、介護支援専門員の業務に費やしている業務時間の長さだけでなく、ケアマネジメントを行うにあたり、「十分な業務時間がある」と認識しているかどうかという主観的時間認識を把握することの重要性が高まっており、本研究の第2章ではケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識の構造が明らかになった。さらに、介護支援専門員がケアマネジメント業務を行うにあたって物理的な時間が確保されるとともに、介護支援専門員がどのような状況において「十分な業務時間がある」と認識しているのかについて明らかにすることが求められる。しかし、これまでケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識に影響を与える要因について検討を行った研究はあまり見当たらない。

本研究の第1章においても述べたように、2006年の制度改正では、標準担当件数の引き下げや取り扱い件数による通減性の導入などに伴い、作成すべき書類が増えたり、期間内に実施しなければ報酬減算の対象となる業務が増大したことなど、介護支援専門員の仕事が多く時間が足りない状況が問題となっている(越智ら 2008)。そして、「利用者対応などのケアマネジメント業務」と「給付管理を含む事務処理業務」との間で、適切な時間配分のバランスがとりにくい現状にある介護支援専門員が、時間不足や心理的に追い詰められ時間に拘束されていると認識していることがしばしば指摘されてきた(兪 2012)。このような社会背景において、介護支援専門員の事務的作業負担の軽減などの労働環境の改善が重要であるとともに、個人特性としてのパソコン操作能力やタイムマネジメント能力などといった事務的マネジメント能力が介護支援専門員に求められる(兪 2012)。

そこで本章では、第2章において明らかにしたケアマネジメント業務における主観的時間認識の構造を探索的に分析した結果を用い、介護支援専門員としての個人属性や就労特性を統制したうえで、第一章で指摘されたように、給付管理業務と深く関係している介護支援専門員の事務的マネジメント能力に焦点をあてて検討を行うことを目的とした。このことは、介護支援専門員が認識する時間不足を緩和することにつながると考える。

第2節 研究方法

1. 調査項目

①基本属性

まず回答者の傾向を把握するために、基本属性として、個人属性の性別、年齢、介護支援専門員としての実務経験年数、および就労属性としての勤務形態、役職、アンケート記入時の介護給付数の6項目を尋ねた。

②従属変数

本研究では従属変数として、「ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識」を設定した。この時間認識尺度については、前章において信頼性の確認を行った。回答選択肢には、「ほとんどそう思わない(1点)」、「あまりそう思わない(2点)」、「どちらともいえない(3点)」、「ややそう思う(4点)」、そして「かなりそう思う(5点)」の5段階リッカートスケールを用い、十分な業務時間があると認識しているほど高得点となるように配点を行った。本分析においては、これら4因子それぞれを構成する下位項目の素得点合計を従属変数として用いることとした。

③独立変数

筆者が2010年に行った介護支援専門員を対象とするアンケート調査に付属する、ケアマネジメント業務の遂行に時間が足りないと認識する理由に関連する自由記述文の内容のまとめに基づき、介護支援専門員の個人特性要因とする「事務的マネジメント能力」の調査項目として、「事務的処理がうまくできている」「文章の作成がうまくできている」「時間管理がうまくできている」「パソコンの操作がうまくできている」の4項目を独立変数として設定した。次に、設定した「事務的マネジメント能力」の4項目の言葉の表現の適切さや分かりやすさなどについて、現場の介護支援専門員(2名)との協議・検討を行った後、協力を得られた他の介護支援専門員(5名)にプリテストを行った。さらに、高齢者福祉分野の研究者(3名)にエキスパートレビューを受け、内容的妥当性を確保した。

2. 分析方法

まず、独立変数として設定した「事務的マネジメント能力」の4項目について探索的因子分析を行った(主成分分析)。因子の抽出にあたって、因子負荷量が0.40未満および複数の因子に高い負荷がみられた項目を除外するように基準を設けた。また、抽出された各因子の内的一貫性を検討するために、Cronbachの α 係数を求めた。そのうえで、介護支援専門員の個人属性3変数(性別、年齢、実務経験年数)と就労属性(勤務形態、役職の有無、介護給付数)3変数、計6変数に加えて、探索的因子分析より抽出された「事務的マネジメント能力」尺度の合計素得点を独立変数とし、ケアマネジメント業務における主観的時間認識を構成する4領域のそれぞれの合計素得点を従属変数とする重回帰分析(強制投入法)を行った。

さらに、介護支援専門員の基本属性が事務的マネジメント能力に影響を与えるかどうかを確認するために、介護支援専門員の事務的マネジメント能力を従属変数とし、基本属性(性別・年齢・実務経験年数・勤務形態・役職の有無・介護給付数)の6項目を独立変数とした重回帰分析を行った。すべての重回帰分析において性別(男性=0, 女性=1)、勤務形態(兼務=0, 専任=1)および役職の有無(なし=0, あり=1)はダミー変数を用いた。また、重回帰分析のそれぞれのモデルに対し、VIF値より独立変数間の多重共線性の有無について確認した。なお、統計分析には、SPSS19.0 for Windowsを使用した。

第3節 研究結果

1. 関連のあった個人要因

(1) 事務的マネジメント能力に関する回答分布

介護支援専門員の「事務的マネジメント能力」に関する4項目の回答分布について、表3-1に示したとおりである。「ややそう思う」と「かなりそう思う」を合わせた、肯定的な回答数は、「パソコンの操作がうまくなっている」が全体の50.8%と多くを占め、次に「文章の作成がうまくなっている」が30.7%、「事務的処理がうまくなっている」が28.5%、「時間管理がうまくなっている」が26.8%という順であった。

表3-1 事務的マネジメント能力に関する4項目の回答分布(N=348)

調査項目	度数(%)				
	ほとんど そう 思わない	あまり そう 思わない	どちら とも いえない	やや そう 思う	かなり そう 思う
パソコンの操作がうまくなっている	11(3.2)	58(16.8)	101(29.3)	132(38.3)	43(12.5)
文章の作成がうまくなっている	18(5.2)	97(28.1)	124(35.9)	87(25.2)	19(5.5)
事務的処理がうまくなっている	29(8.4)	89(25.9)	128(37.2)	72(20.9)	26(7.6)
時間管理がうまくなっている	42(12.2)	105(30.5)	105(30.5)	76(22.1)	16(4.7)

(2) 事務的マネジメント能力の因子分析の結果

「事務的マネジメント能力」に関する4項目について主成分分析を行ったところ、4項目すべてが第1主成分として示され、固有値は2.68、寄与率は66.9%であった(表3-2)。

表3-2 事務的マネジメント能力の因子分析の結果(N=321)

項目(Cronbach' $\alpha=0.83$)	負荷量	各項目の平均値	因子の合計素得点
事務的処理がうまくなっている	.896	2.93±1.05	3.02±0.84
文章の作成がうまくなっている	.822	2.98±0.98	
時間管理がうまくなっている	.803	2.77±1.07	
パソコンの操作がうまくなっている	.744	3.40±1.01	

KMO=0.730(主成分分析)；固有値=2.68；寄与率66.93%

(3)信頼性の検討

主成分分析の結果から、一因子から構成される「事務的マネジメント能力」のCronbachの α 信頼性係数は0.83であり、十分な信頼性(内的一貫性)を有すると判断した。

(4)事務的マネジメント能力の因子および下位項目の平均値(表3-2)

「事務的マネジメント能力」の下位項目の平均値について、「パソコンの操作がうまくできている」が3.40と最も高く、次に「文章の作成がうまくできている」が2.98、「事務的処理がうまくできている」が2.93、「時間管理がうまくできている」が2.77という順であった。また、「事務的マネジメント能力」因子の合計素得点(項目数で除した得点)は 3.02 ± 0.84 で理論的平均値3を超えていた。

(5)ケアマネジメント業務における主観的時間認識と事務的マネジメント能力との関連性の検討 (重回帰分析の結果：表3-3)

介護支援専門員の個人属性である性別、年齢、実務経験年数と、就労属性としての勤務形態、役職の有無、介護給付数の6つの統制変数、また個人特性とする「事務的マネジメント能力」の合計素得点を独立変数とし、「ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識」尺度の4領域の合計素得点を従属変数とした重回帰分析を行った結果、「事務的マネジメント能力」がケアマネジメント業務における主観的時間認識の4領域すべてに0.1%水準で正の関連を示した。なお、上記の重回帰モデルのF値はすべて0.1%水準で有意であったため、これらの重回帰モデルが有効であることが示された。

表 3-3 ケアマネジメント業務における主観的時間認識と事務的マネジメント能力との関連

独立変数	従属変数		利用者・家族の情報把握に関する時間認識		利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識		社会資源の調整と創出に関する時間認識		サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識	
	β	t 値	β	t 値	β	t 値	β	t 値	β	t 値
性別(男性=0, 女性=1)	.047	.826	.085	1.535	.083	1.465	.123	<u>2.212*</u>	.123	<u>2.212*</u>
年齢	.152	<u>2.563*</u>	.193	<u>3.345**</u>	.121	<u>2.019*</u>	.150	<u>2.566*</u>	.150	<u>2.566*</u>
実務経験年数	-.051	-.894	-.020	-.363	-.074	-1.287	.005	.091	.005	.091
勤務形態(兼任=0, 専任=1)	.102	1.816	.113	<u>2.093*</u>	.141	<u>2.531*</u>	.114	<u>2.097*</u>	.114	<u>2.097*</u>
役職の有無(なし=0, あり=1)	-.045	-.805	-.020	-.362	.022	.387	-.070	-1.285	-.070	-1.285
介護給付数	-.153	<u>-2.803**</u>	-.048	-.910	-.114	<u>-2.110*</u>	-.149	<u>-2.812**</u>	-.149	<u>-2.812**</u>
事務的マネジメント能力	.355	<u>6.692***</u>	.387	<u>7.541***</u>	.331	<u>6.245***</u>	.357	<u>6.911***</u>	.357	<u>6.911***</u>
調整済み R^2	.146***		.180***		.126***		.172***		.172***	
F 値	8.589***		10.986***		7.542***		10.389***		10.389***	
N	310		318		319		316		316	

β : 標準偏回帰係数; * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; 各重回帰モデルにおいて欠損値のあるものはリストごと除外している; 下線部は統計的に有意な関連を示した変数を指す。

2. 関連のあった基本属性

(1) 性別

重回帰分析の結果、基本属性の性別がケアマネジメント業務における主観的時間認識の下位領域「サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識」($\beta = .123$)のみに有意な正の関連(5%水準)を示した。

(2) 年齢

年齢がケアマネジメント業務における主観的時間認識の4領域すべてに有意な正の関連を示した。

(3) 勤務形態

勤務形態が「利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識」「社会資源の調整と創出に関する時間認識」および「サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識」の3領域に5%水準で正の関連を示した。

(4) 介護給付数

介護給付数が、「利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識」を除いたケアマネジメント業務における主観的時間認識の3つの下位領域に負の関連を示した。

(5) 実務経験年数と役職の有無

介護支援専門員の実務経験年数および役職の有無は、ケアマネジメント業務における主観的時間認識の4つの下位領域いずれにも関連が認められなかった。

3. 事務的マネジメント能力と個人属性との関連

介護支援専門員の基本属性が事務的マネジメント能力に影響を与えているかどうかを確認するために、介護支援専門員の事務的マネジメント能力を従属変数とし、基本属性の性別・年齢・実務経験年数・勤務形態・役職の有無・介護給付数を独立変数とした重回帰分析を行った。その結果、介護支援専門員の基本属性のいずれも事務的マネジメント能力に影響を与えていなかった。

第4節 考察

まず、因子分析の結果より「事務的マネジメント能力」を構成する因子の中で負荷量を確認したところ、「事務的処理がうまくできている」「文章の作成がうまくできている」の2項目が高かった。このことから、事務的処理能力および文章の作成能力を表す2項目は「事務的マネジメント能力」因子の中で最も重要な項目であることが考えられる。また、これらの2項目の平均値を確認したところ、それぞれ2.93、2.98という数値を示した。さらに、因子の平均値は3.02で理論的平均値3を超えていたことから、本研究の回答者である介護支援専門員が一定程度の「事務的マネジメント能力」を有していることが考えられる。そして、重回帰分析の結果より、「ケアマネジメント業務における主観的時間認識」として設定した全ての領域において、「事務的マネジメント能力」が0.1%準で正の関連を示しているという知見が得られた。これらのことから、事務的処理や文章の作成などといった事務的マネジメント能力が高いと認識している介護支援専門員ほど、ケアマネジメント業務の遂行に余裕感があることが明らかになった。このことについて、具体的に以下のように述べる。

介護支援専門員が行うべき記録作業の必要性について、本来、ケアマネジメント業務に関する記録はケアマネジメント実践の質を高めるために行われていくべきものである。ケアマネジメントの過程を記録することによって、利用者と介護支援専門員とのコミュニケーション過程における人間関係の進展が写し取られていくことになる。また、介護支援専門員が把握した利用者や家族の情報、それに基づいたケアプランの作成、適切な社会資源の調整、サービス担当者会議で作成した暫定的ケアプランの利用者に関わる他の専門職との共有・検討などを行う際に、記録内容について他の専門職などが理解できるように適切な言葉や表現を選ぶことへの配慮が必要である。すなわち、介護支援専門員の文章作成や事務的処理などの能力は、ケアマネジメント実践を行ううえで、とても重要な要素であることが考えられる。加えて、2006年の介護保険制度の改正によりコスト意識と書類整備が強調されている中、限られた業務時間内でケアマネジメント業務に加え、給付管理業務を含む事務処理業務(ケアマネジメント業務に関する記録作業を含まない)をこなすことが介護支援専門員には課せられている(兪2012)。

以上のことから、介護支援専門員の介護給付における管理者としての役割においても、(利用者に関する情報把握、ケアプランの作成、サービス担当者会議の実施および社会資源の調整など)ケアマネジメントの中核業務の担い手としての役割においても、記録や事務的作業は欠かせない。このような現状

において、事務的処理や文章の作成、時間の有効活用など事務的マネジメント能力が高ければ高いほど、ケアマネジメント業務を行うための時間的な余裕があると認識しやすくなると考えられ、結果として「事務的マネジメント能力」がケアマネジメント業務における主観的時間認識を構成する4因子すべてにおいて、共通して影響を与えたものと考えられる。また、「利用者・家族の情報把握」「社会資源の調整と創出」「サービス担当者会議の実施と調整」の3因子に比べて、最も事務的作業を必要とされる「利用者・家族の支援目標の設定」において、「事務的マネジメント能力」からの影響が最も強かった($\beta = 0.387$)。つまり、本研究において「事務的マネジメント能力」が高い介護支援専門員は、文章の作成や事務的処理能力と深く関わっているケアプランの作成に余裕感を感じていると考えられる。また、上述したように、本研究の介護支援専門員が一定程度の事務的マネジメント能力を有することが明らかになった。これらの結果を組み合わせると、本研究の第2章の因子分析の結果より「利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識」の平均値が4因子の中で、最も高かった結果(2.99 ± 0.79)の裏づけとなると考えられる。

次に、基本属性の性別が「サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識」のみに5%水準で有意な正の関連を示した。このことについて、男性の介護支援専門員がサービス担当者会議の実施と調整を事務的こととして捉えている可能性が考えられる。言い換えれば、男性の介護支援専門員より、女性の介護支援専門員の方がサービス担当者会議の実施と調整を行うことを他の専門職や利用者・家族への専門的な関わりとして捉えていることが考えられる。

年齢がケアマネジメント業務における主観的時間認識のすべての下位領域に有意な正の関連を示した。このことから、介護支援専門員は年齢が上昇するにしたがって多様な社会経験を重ね、そのことによってケアマネジメント実践に余裕が出てくると考えられる。また、介護支援専門員として社会的経験を積み重ねることのみならず、一人の人間としての人生的成長などによる成熟も、ケアマネジメント実践に余裕が出てくる一因になり得ると考えられる。

また、勤務形態では、第1因子である「利用者・家族の情報把握に関する時間認識」以外のケアマネジメント業務における主観的時間認識の3領域に有意な正の関連(5%水準)が認められた。このことから、「兼任」の介護支援専門員に比べて「専任」の介護支援専門員の方が利用者・家族に対する支援目標の設定、社会資源の調整と創出およびサービス担当者会議の実施と調整といったケアマネジメント業務の遂行に余裕があると認識していることが明らかになった。しかしながら、勤務形態が「利用者・家族の

情報把握に関する時間認識」に影響を与えなかった。このことについて、次のように考察する。

本論文の第二章に述べたように、「利用者・家族の情報把握に関する時間認識」が第 1 因子として抽出されたが、それは利用者の生活全体像の把握がケアマネジメントにおいて最も重要なことであり(香取 2004)、利用者や家族の状況について十分にアセスメントを行うことへの時間的配慮がケアの方向性を決定づける可能性があるからだといえる。したがって、本研究の介護支援専門員が兼任であれ、専任であれ、また実際に利用者・家族の情報把握に十分な業務時間があるかどうかに関わらず、そこにこそ多くの時間をかけなければならないと認識しており、その結果勤務形態は「利用者・家族の情報把握に関する時間認識」に影響を与えなかったと考えられる。

さらに、介護給付数が第 2 因子である「利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識」以外のケアマネジメント業務における主観的時間認識の 3 領域に有意な負の関連を示した。限られた業務時間内で多くのケースを担当すると、個別の利用者家族の情報把握、サービス担当者会議の開催、および社会資源の調整と創出のための時間が短縮されてしまう可能性がある。また、受け持ち件数の増加によりケアプランの作成に関連する書類の増加にもつながる。そのため、介護給付数が多いほど介護支援専門員はケアマネジメント業務を行う時間が十分ではないと認識してしまうことが考えられる。

また、介護支援専門員の実務経験年数および役職の有無には、「ケアマネジメント業務における主観的時間認識」のどの領域にも有意な関連が認められなかった。今後、介護支援専門員の基本属性と「ケアマネジメント業務における主観的時間認識」との関連、および基本属性間の関連について多角的な見地より再度検討を行うことが必要であると考えられる。

そして、設定した基本属性の 6 変数(性別、年齢、実務経験年数、勤務形態、役職の有無、介護給付数)が「事務的マネジメント能力」に関係しているかどうかを調べるために、基本属性の 6 変数と独立変数とし、「事務的マネジメント能力」因子の合計素得点を従属変数とする重回帰分析を行ったが、いずれも関連が認められなかった。このことから、今後介護支援専門員の事務的能力の向上のための研修内容の検討、職場での事務職員の配置や事務的作業を事務職員への委託などといった環境面の改善が効果的であると考えられる。

以上、ケアマネジメント業務における主観的時間認識と個人要因、特に個人特性である「事務的マネジメント能力」との関連について、重回帰分析により検討を行った。次章では、個人要因以外にケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与えたと考えられる、介護支援専門員を取り巻く労働

環境的要因から検討を行う。

第4章 ケアマネジメント業務における主観的時間認識と労働環境との関連性

第1節 研究目的

第3章では、第2章で探索的に明らかになったケアマネジメント業務における主観的時間認識の構成要素を用い、給付管理業務と深く関係している介護支援専門員の個人特性としての「事務的マネジメント能力」との関連を重回帰分析により検討した。第1章にも述べたように、ケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与える要因の検討について、これまでのストレス・バーンアウト研究(久保2004;久保・田尾1991;吉田2012)のように、主に介護支援専門員の個人差を強調することは、個人の心理的困難感を克服できない個人が問題であるという形で、介護支援専門員に更なる精神的負担を強いることになると考えられる。したがって、ケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与えうる要因について、第1章において検討を行った介護支援専門員を取り巻く労働環境に焦点をあてて、その関連性を検討することが重要であると考えられる。このことは介護支援専門員のメンタルヘルスの向上に繋がっていくことが期待される。

そこで、本章では、ケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与えうる要因として、介護支援専門員の労働環境的要因との関連性を検討することを目的とした。

第2節 研究方法

1. 調査項目

①基本属性

回答者の傾向を把握するために、性別、年齢、介護支援専門員としての実務経験年数、勤務形態、役職、および介護給付数の6項目を設定した。

②独立変数

独立変数の設定にあたってまず、筆者らが2010年に行った介護支援専門員を対象としたアンケート調査に付属する、ケアマネジメント業務の遂行に時間が足りないと認識する理由に関連する自由記述文を参考にし、ケアマネジメント実践に対する時間認識に関連する先行文献(井村2006;高良2007;廣野2010;斎藤2006;豊嶋2007;渡部2008b;兪ら2012;兪2013;兪ら2013;兪ら2014)についてレビューを行い、その結果から、ケアマネジメント業務における主観的時間認識に関連すると考えられる労働環境的要因として、介護支援専門員が認識する「待遇の不適切さ」「仕事に関する裁量」「連携の困難」という3領域からなる仮説を立てた。次に、労働環境に関する先行研究(渡部2008b;廣野2010;増田2012;畑2010)などを参考に、労働環境に関する質問項目(18項目)を作成し、協力が得られた介護支援専門員(2名)との協議を2回実施し、類似項目の整理や適切な項目の抽出などについて検討を行った。その結果、本研究では、「待遇の不適切さ」(3項目)、「仕事に関する裁量」(5項目)、「連携の困難」(6項目)からなる労働環境に関する14項目を設定した。回答選択肢には、「ほとんどそう思わない(1点)」、「あまりそう思わない(2点)」、「どちらともいえない(3点)」、「ややそう思う(4点)」、「かなりそう思う(5点)」の5件法を用い、回答する介護支援専門員の労働環境に対する肯定的な認識が高いほど得点が高くなるように配点を行った。また、これらの質問項目については、高齢者福祉分野の研究者(3名)にエキスパートレビューを受け、必要に応じ加筆・修正を行い、内容的妥当性を確保した。

③従属変数

従属変数として設定した、「ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識」については、前章において信頼性を確認済みである。回答選択肢には「ほとんどそう思わない(1点)」、「あまりそう思わない(2点)」、「どちらともいえない(3点)」、「ややそう思う(4点)」、「かなりそう思う(5点)」の5段階リッカートスケールを用い、十分な業務時間があると認識しているほど高得点となるように配点を行った。本研究においては、それぞれの領域を構成する下位項目の合計素得点を項目数で除したものを従属変数とした。

2. 分析方法

まず、独立変数として設定した労働環境に関する14項目について探索的因子分析を行った(プロマックス回転に伴う主因子法)。因子の抽出にあたって、因子負荷量が0.40未満および複数の因子に高い負荷がみられた項目を除外するように基準を設けた。また、労働環境の現状を把握するために、因子別や項目別の合計素得点を算出した。さらに、抽出された各因子の内的一貫性を検討するために、Cronbachの α 係数を求めた。そのうえで、探索的因子分析より抽出された労働環境の尺度の下位領域の合計素得点および統制変数を独立変数、ケアマネジメント業務における主観的時間認識を構成する4領域のそれぞれの合計素得点を従属変数とする重回帰分析(強制投入法)を行った。性別(男性=0, 女性=1)、勤務形態(兼務=0, 専任=1)および役職の有無(なし=0, あり=1)はダミー変数を用いた。また、重回帰分析のそれぞれのモデルに対し、VIF値より独立変数間の多重共線性の有無について確認した。

なお、統計分析には、SPSS. 19.0 for Windowsを使用した。

表4-1 労働環境の因子分析結果(N=341)

因子名・項目 (Cronbachの α 係数)	因子負荷量			平均値 \pm SD
	1	2	3	
仕事に関する自由裁量権 ($\alpha = 0.850$)				3.70 \pm 1.04
業務範囲を自分で判断できる	.819	-.035	-.005	3.80 \pm 1.07
介護保険サービス以外の相談に対応するかどうかを自分で決めることができる	.811	.033	-.009	3.88 \pm 1.06
利用者家族の問題に対応するかどうかを自分で決めることができる	.773	.025	.023	3.78 \pm 0.95
勤務時間外や休日での訪問・面接等の実施を自分で決めることができる	.658	-.004	.034	3.98 \pm 1.16
勤務時間の使い方を自分で決めることができる	.597	-.030	-.059	4.10 \pm 0.92
待遇の不適切さ ($\alpha = 0.923$)				3.89 \pm 0.85
業務量と比較すると、報酬が見合わない	.009	.960	.049	3.86 \pm 1.06
仕事での責任が重いわりには報酬が少ない	-.014	.894	.001	3.72 \pm 1.08
自分の年齢や地位に見合った給与をもらっていない	-.003	.833	-.026	3.55 \pm 1.14
連携の難しさ ($\alpha = 0.746$)				3.31 \pm 0.69
利用者にかかわるサービス提供関係者間の情報の共有が難しい	-.011	-.080	.757	2.99 \pm 0.91
利用者や家族の希望とサービス提供事業者の調整が難しい	.001	-.024	.702	3.31 \pm 0.96
サービス担当者会議の開催に向けて、必要となるサービス提供関係者を集めき れていないことがよくある	.044	.034	.638	3.41 \pm 1.10
行政機関との連携が難しい	-.028	-.019	.491	3.31 \pm 1.05
利用者の課題に対してサービス提供関係者間の認識のずれがある	-.035	.041	.458	3.25 \pm 0.91
医療機関との連携が難しい	.013	.095	.424	3.65 \pm 1.05
固有値	3.527	2.646	2.321	
因子寄与率 (%)	25.194	18.897	16.581	
累積寄与率 (%)	25.194	44.091	60.672	

KMO=0.772(プロマックス回転に伴う主因子法)

第3節 研究結果

1. 労働環境に関する回答分布、因子分析の結果および信頼性の検討(表 4-1)

労働環境に関する14項目について因子分析を行った結果、表4-1に示したように3因子が仮定したとおりに抽出された。第1因子は、「業務範囲を自分で判断できる」「介護保険サービス以外の相談に対応するかどうかを自分で決めることができる」などの5項目から構成され、「仕事に関する自由裁量権」と命名した。第2因子は、「業務量と比較すると、報酬が見合わない」「仕事での責任が重いわりには報酬が少ない」などの3項目で構成され、「待遇の不適切さ」と命名した。第3因子は、「利用者にかかわるサービス提供者間の情報の共有が難しい」「利用者や家族の希望とサービス提供事業者の調整が難しい」などの6項目から構成され、「連携の難しさ」と命名した。また、労働環境の現状を把握するために、因子別の合計素得点などを算出した結果、それぞれの因子の平均値は、 3.70 ± 1.04 、 3.89 ± 0.85 、 3.31 ± 0.69 であった。さらに、各因子のCronbachの α 係数はそれぞれ0.85、0.92、0.75であり、内的一貫性があると判断された。

2. ケアマネジメント業務における主観的時間認識と労働環境との関連性の検討(表 4-2)

労働環境の3因子の合計素得点と、統制要因としての6変数を独立変数とし、ケアマネジメント業務における主観的時間認識の4領域のそれぞれの合計素得点を従属変数とする重回帰分析の結果を表4-2に示す。

まず、「仕事に関する自由裁量権」「待遇の不適切さ」「連携の難しさ」がケアマネジメント業務における主観的時間認識の4領域すべてに有意に関連していた。また、介護支援専門員の基本属性である年齢は「利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識」($\beta = .123$)のみに5%水準で正の関連を示した。さらに就労属性の介護給付数は、「利用者・家族の情報把握に関する時間認識」($\beta = -.143$)および「サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識」($\beta = -.147$)の両領域に1%水準で有意な負の関連を示した。一方、性別、実務経験年数、勤務形態、および役職の有無には、ケアマネジメント業務における主観的時間認識のどの領域にも有意な関連が認められなかった。なお、いずれの重回帰モデルにおいてもF値は0.1%水準で有意であり、これらの重回帰モデルの有効性が示された。さらに、独立変数のVIF値は1.05~1.32といずれも多重共線性が疑われるとされる数値である2よりも低い値を示し

ていた。

表 4-2 ケアマネジメント業務における主観的時間認識と労働環境との関連性

従属変数 独立変数	利用者・家族の情報把握に関する時間認識		利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識		社会資源の調整と創出に関する時間認識		サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識	
	β	t 値	β	t 値	β	t 値	β	t 値
性別 (男性=0, 女性=1)	-.030	-.551	.002	.029	-.012	-.222	.037	.687
年齢	.088	1.543	.123	<u>2.214*</u>	.073	1.272	.101	1.820
実務経験年数	-.102	-1.810	-.069	-1.284	-.095	-1.709	-.039	-.726
勤務形態 (兼務=0, 専任=1)	.070	1.306	.084	1.620	.104	1.955	.076	1.461
役職の有無 (なし=0, あり=1)	-.067	-1.243	-.032	-.613	.019	.363	-.069	-1.324
介護給付数	-.143	<u>-2.722**</u>	-.048	-.943	-.097	-1.866	-.147	<u>-2.888**</u>
仕事に関する自由裁 量権	.268	<u>5.091***</u>	.215	<u>4.246***</u>	.117	<u>2.257*</u>	.136	<u>2.695**</u>
待遇の不適切さ	-.203	<u>-3.852***</u>	-.231	<u>-4.530***</u>	-.277	<u>-5.324***</u>	-.173	<u>-3.406**</u>
連携の難しさ	-.270	<u>-5.082***</u>	-.312	<u>-6.089***</u>	-.284	<u>-5.402***</u>	-.377	<u>-7.381***</u>
調整済み R^2	.222***		.249***		.210***		.255***	
F 値	10.800***		12.707***		10.402***		13.029***	
N	310		319		320		317	

β : 標準偏回帰係数; * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; 各重回帰モデルにおいて欠損値のあるものはリストごと除外している; 下線部は統計的に有意な関連を示した変数を指す。

第4節 考察

1. 介護支援専門員を取り巻く労働環境に関する状況

介護支援専門員の労働環境に関する14項目の因子分析の結果、設定したとおり3因子が抽出された。

まず、第1因子として「仕事に関する自由裁量権」が抽出された。このことから、設定した労働環境の要因の中で、介護支援専門員の仕事に関する自由裁量権の所有が最も重要であると考えられる。この因子および下位項目の平均値がいずれも理論的平均値3よりやや上回っているため、多くの介護支援専門員が、業務範囲や業務時間などに関する裁量権を有すると考えられる。これは、本研究における介護支援専門員の多くが役職を有していることに関係していると考えられる。次に、第2因子の「待遇の不適切さ」の平均値が3.89と高い値を示した。また、「業務量と比較すると、報酬が見合わない」「仕事での責任が重いわりには報酬が少ない」の2項目の平均値を確認したところ、特に負荷量の高い「業務量」と比較していずれも高かったことが明らかになった。このことについて、介護支援専門員はケアマネジメント業務の担い手として介護保険制度に位置づけられていることのみならず、介護保険給付の管理者としての役割、さらに法人の行事参加、地域の行事への手伝い、ケアマネジメントに関連する無報酬業務の実施など行うべき業務が多く、責任が重い反面、もらっている給与・報酬が少ないということが考えられる。居宅介護支援事業所における赤字経営が介護支援専門員の待遇にも影響していることはすでに指摘されている(伊藤2004;石川2008)が、本研究においても多くの介護支援専門員が業務量に見合った報酬を得ておらず、待遇の不適切さに対して不満を持つことが示されたと考えられる。さらに、第3因子の「連携の難しさ」について、因子負荷量が高い3項目から、利用者支援のために行われる、サービス提供関係者間の情報共有や利用者・家族の希望とサービス提供関係者との調整、およびサービス担当者会議の開催のための関係者の招集といった連携に介護支援専門員が困難を感じていると考えられる。また、この因子の下位項目の平均値から、介護支援専門員の多くが、特に医療機関や行政機関などとの連携に困難を感じていることが示唆された。

2. ケアマネジメント業務における主観的時間認識と労働環境との関連

介護支援専門員の個人属性と就労属性を統制しながら行った重回帰分析の結果、「仕事に関する自由裁量権」「待遇の不適切さ」「連携の難しさ」が、ケアマネジメント業務における主観的時間認識のすべ

ての領域に有意に関連しているという知見が得られた。これらの関連について、以下に考察を行う。

まず、「仕事に関する自由裁量権」がケアマネジメント業務における主観的時間認識の 4 つの下位領域に有意な正の関連を示した。介護支援専門員は、ケアマネジメント業務を遂行するにあたって、利用者・家族の心理社会的問題への対応、利用者の家族関係の調整、介護保険外の相談や緊急事態への対応、さらには利用者・家族の都合に合わせた勤務時間外や休日の訪問・面接の実施などを行う必要がある(斎藤ら 2006)。また、利用者のサービス変動に伴うサービス担当者会議の準備など法令で決められている時期以外の業務や、標準的なケアマネジメントの過程から外れた「不明瞭な業務」の存在などにより、介護支援専門員には、業務量や範囲および業務時間の使い方などに関する裁量権が必要である(渡部 2008b)。したがってこのような状況においては、介護支援専門員の仕事に関する裁量権が認められ、主体性が発揮できるようになることで、利用者・家族の状態に応じた臨機応変な援助が可能になり、それによって介護支援専門員の主観的時間認識に影響を与えたと考えられる(豊嶋 2007)。また、特に下位領域の「利用者・家族の情報把握に関する時間認識」に 0.1%水準で最も強い影響($\beta = .268$)を与えていることから、介護支援専門員が業務量や業務時間などに裁量権を持つことは、個々の利用者・家族とゆっくりに向き合える時間を確保できることにつながり、利用者・家族の情報把握などケアマネジメント業務の遂行に十分な余裕をもたらすと考えられる。介護支援専門員の就労属性である「介護給付数」が「利用者・家族の情報把握に関する時間認識」および「サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識」に 1%水準で負の影響を与えていることも、この考察を支持する 1 つの要因と考えられる。

次に、「待遇の不適切さ」がケアマネジメント業務における主観的時間認識の 4 領域に対して有意な負の関連を示していた。これは、待遇の不適切さを認識している介護支援専門員ほどケアマネジメント業務の遂行に十分な業務時間があると認識しているということではなく、むしろ様々な業務に忙殺されている現状において、積極的に取り組むために十分な業務時間はないと認識している介護支援専門員ほどその業務量に見合った給与が得られていないという不満感が大きくなることを示している。2006 年の制度改正において、標準担当件数の引き下げや取扱い件数による逡減制の導入などに伴い、作成すべき書類が増えたり、期間内に実施しなければならない報酬減算の対象となる業務が増大したことなど、介護支援専門員の仕事量が多く時間が足りないことが指摘されている(越智ら 2008)。

このような複雑な社会背景の影響を受けて、「待遇の不適切さ」が主観的時間認識に負の影響を与えた結果となったと考えられる。また、特に「待遇の不適切さ」が主観的時間認識の 4 つの下位領域にお

いて「社会資源の調整と創出に関する時間認識」に最も強く影響を与えた($\beta = -.277$)。このことについて、「社会資源の調整と創出に関する時間認識」を最も象徴するインフォーマル・サポートの創出およびインフォーマル・サポートの調整に関する2つの下位項目から考えると、適切な待遇報酬が確保されていないこと自体、インフォーマル・サポートを開拓することや調整することに多くの時間をかける重要性を認識しているものの、そこに十分な時間をかけることができないという現実があるため、このような結果となったと解釈できる。

さらに、介護支援専門員の業務量に関する調査研究(上之園 2003 ; 三菱総合研究所 2012 ; 兪 2012)から、介護支援専門員の業務に占める割合として、標準的なケアマネジメントにかかる業務量よりも、あまり報酬につながらないケアマネジメント以外の事務処理業務や法人・地域の行事準備や参加などといった「その他の業務」が多いことが指摘されている。このような現状においては、限られた時間のなかで事務作業にかかる時間が増えれば、介護支援専門員はある程度ソーシャルワーク実践にかかる時間を圧縮せざるを得ない(副田 2004)。つまり、ケアマネジメント業務に費やす時間が短縮されてしまうため、このような結果となったことが考えられる。

しかしながら、介護支援専門員の待遇に関しては、給与の額面からのみ判断するのではなく、ケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与える要因として、以上の指摘をもとに、介護支援専門員の実際の職務内容や無報酬業務の実施および制度上の制限・構造の不備などといった具体的な労働実態に対して更なる多角的な検討を加える必要があるだろう。

さらに、「連携の難しさ」がケアマネジメント業務における主観的時間認識の4領域のすべてに有意な関連(0.1%水準)を示しており、特に「サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識」($\beta = -.407$)に最も強く影響を与えていることが示された。このことについて、「連携の難しさ」を構成する下位項目の平均値から、介護支援専門員の多くが医療機関との連携やサービス担当者会議開催のためのサービス提供関係者の招集、行政機関との連携に困難を感じていることが示された。近年、医療依存度が高く、在宅で看取られる高齢者が増えてきているため、病院から在宅へ、在宅から病院へと入退院を繰り返す方も増えているなかで、介護支援専門員と多職種との連携は必要不可欠となっている(日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャーの会 2011)。しかしながら、多くの先行研究が指摘したように、介護支援専門員は医療的知識の不足や医師への気後れ、お互いの多忙さなどにより医療側との連携が難しく(井村 2006 ; 福富 2003 ; 片山 2003 ; 山崎 2005)、さらに担当者会議開催のための各サービス担当者の日

程調整などに多くの時間を要することを認識している。また、ケアマネジメント支援・地域資源の開発・地域づくり・政策形成も、在宅医療の関係者も含めた地域ケア会議を通じて多職種協働により進めていくことが重要である(厚生労働省 2013)が、高良(2007)が指摘したように、介護支援専門員から何らかの質問や相談をした際に、保険者の現場の状況を理解しようとしなない対応、対応者による見解の違い、遅く不明確な回答、および度重なる制度改正に関する情報提供がぎりぎりまで開示されないといった現状においては、介護支援専門員が行政との連携に多くの時間を要すること自体がストレスとなる。その結果として、連携の困難さを感じている介護支援専門員ほど十分な業務時間がないと認識する程度が強くなることが考えられる。これらの結果から、依然として介護支援専門員と多職種との連携や社会資源の活用に多くの課題が残されていると考えられる。

一方、年齢が「利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識」との正の関連(5%水準)を示した。このことから、介護支援専門員の年齢があがるにしたがって多様な社会経験を重ねることにより、長年社会生活を送ってきた利用者・家族の理解、さらに利用者・家族を支援するための目標設定につながりやすく、支援目標の設定に余裕が出てくると考えられる。また、介護給付数が「利用者・家族の情報把握に関する時間認識」「サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識」の2領域に1%水準で負の関連を示した。このことについて、受け持ち件数が多いということは、それだけ面接の機会や利用者・家族のニーズを分析する機会が増えることにつながり、介護支援専門員による利用者理解を促すことが考えられるが、限られた業務時間内で多くのケースを担当することは、個別の利用者や家族の情報把握および義務化されたサービス担当者会議の開催のための時間が短縮されてしまうという面もあるので、このような結果となったと考えられる。一方、設定した労働属性である介護給付数について、単に介護給付数からケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与えるのみではなく、ケアマネジメント業務の遂行において十分な時間があると認識している介護支援専門員には、多めに介護給付数を委ねられている可能性も考えられる。そのため、能力が高い介護支援専門員の労働負担の軽減を配慮する必要があると考える。

そして、介護支援専門員の性別、実務経験年数、勤務形態および役職の有無が、ケアマネジメント業務における主観的時間認識のどの領域にも有意な関連を示さなかった。これらのことについて、今後確率的分析を用い統制変数間の関連および独立変数間の関連、つまり独立変数から時間認識への直接効果および間接効果について詳しい検討を加える必要がある。

第3章と第4章では、ケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与えると考えられる要因を明らかにするために、第2章で扱った調査データをもとに個人要因と労働環境的要因の二側面から検討を行った。介護支援専門員の個人属性による影響を統制したうえで、これら二側面との関連について重回帰分析を行った結果、「事務的マネジメント能力」と「労働環境」が、ケアマネジメント業務における主観的時間認識を構成する4因子全てにおいて明確な関連があることが明らかとなった。この結果から、介護支援専門員がケアマネジメント実践を遂行していくうえで、介護支援専門員の事務的マネジメント能力の向上や仕事の裁量権・待遇の改善、および連携体制の構築の重要性が示唆されたものとする。

ここまで、探索的な手法を用いてケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与える要因の検討を行ってきた。次の第5章においては、第2章で検討した介護支援専門員のケアマネジメント業務における主観的時間認識の構造、ならびに第3章・第4章で検討した関連要因を用い、構造方程式モデリングによる全体的なモデルの検討を行うこととする。

第5章 ケアマネジメント業務における主観的時間認識とその関連要因(個人要因と労働環境)の総合分析

第1節 研究目的

実証的な研究が少ない当該研究領域において、前章までに探索的にはあるが実証的研究手法を用いてケアマネジメント業務における主観的時間認識について検討を加えてきた。残る課題は、ケアマネジメント業務における主観的時間認識に関するモデルの妥当性の検討とそれぞれの要因間の因果の大きさの推定を行うことで、ケアマネジメント実践に役立つ知見を提示することである。

前章までの研究結果より、「ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識」は、「事務的マネジメント能力」および「労働環境」によって規定されと考えられる。そこで本章では、「事務的マネジメント能力」と「労働環境」が「ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識」を規定する因果関係モデルを設定し、その仮説モデルを検証することを目的とした。

第2節 研究方法

1. 調査項目

①基本属性

まず回答者の傾向を把握するために、性別、年齢、介護支援専門員としての実務経験年数、勤務形態、役職、および介護給付数を設定した。

②調査項目

調査内容は、前章までに議論されてきた要因を踏まえ、性別(男性=0, 女性=1)、年齢、介護支援専門員としての実務経験年数(以下、実務経験年数)、勤務形態(兼務=0, 専任=1)、役職の有無(なし=0, あり=1)、介護給付数、「事務的マネジメント能力(4項目)」、「労働環境(14項目)」、「ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識」の質問項目で構成された。「ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識」については、「利用者・家族の情報把握に関する時間認識(6項目)」「利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識(6項目)」「社会資源の調整と創出に関する時間認識(4項目)」「サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識(3項目)」の19項目で構成されている。「ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識」「事務的マネジメント能力」、「労働環境」に関する質問項目の回答選択肢には「ほとんどそう思わない(1点)」、「あまりそう思わない(2点)」、「どちらともいえない(3点)」、「ややそう思う(4点)」、「かなりそう思う(5点)」の5段階リッカートスケールを用い、それぞれの質問項目に対する認識が強いほど高得点となるように配点を行った。上記の変数については第2章、第3章、第4章において探索的に因子の選択を行い、内容的妥当性および信頼性(内的一貫性)を検証済みである。

2. 分析方法

回収された有効票 348 票のうち、すべての分析に使用する変数に欠損値のない 297 票を用いた。

統計解析に先立って、まず「ケアマネジメント業務における主観的時間認識」「事務的マネジメント能力」「労働環境」の回答分布について確認を行った(表 5-1)。その結果、特定の回答選択肢への回答の過度な偏りはみられなかったため、これらの変数の回答を正規分布と見なし、次の統計解析に用いた。

統計解析において、第一段階では第2章の研究結果をもとに「ケアマネジメント業務における主観的時間認識」について4因子二次因子モデル(因子の均等的な配置などという観点から各因子負荷量上位3項目を選定する)を設定し、構造方程式モデリング(以下、SEMとする)を用いた確認的因子分析を行い、データに対するモデルの適合度を検討した。なお、「ケアマネジメント業務における主観的時間認識」の信頼性については、Cronbachの α 信頼性係数を算出して検討した。第二段階では、「事務的マネジメント能力」は1因子モデルを、「労働環境」については3因子斜交モデルを設定し、SEMを用いてそれぞれが成り立つことを確認した(因子の均等的な配置などという観点から各因子負荷量上位3項目を選定する)。第三段階では、第2章・第3章・第4章の探索的研究の結果に基づき、ケアマネジメント業務における主観的時間認識とその関連要因の因果モデルについて検討するため、介護支援専門員の性別(男性=0, 女性=1)、年齢、実務経験年数、勤務形態(兼任=0, 専任=1)、役職(なし=0, あり=1)および介護給付数の6変数を統制変数、「事務的マネジメント能力」および「労働環境」を独立変数とし、「ケアマネジメント業務における主観的時間認識」を従属変数としたMultiple Indicator Multiple Cause Model(以下、MIMICモデル)を設定し、SEMを用いてモデルのデータへの適合度を検討した。

適合度指標については、一般的によく用いられる Goodness of Fit Index(以下、GFI)、Adjusted Goodness of Fit Index(以下、AGFI)、Comparative Fit Index(CFI)と Root Mean Square Error of Approximation(以下、RMSEA)を使用した。GFIとAGFI³²⁾、CFI³⁵⁾は0.9以上、RMSEAは0.08以下³³⁾であれば、そのモデルがデータをよく説明していると判断される。また、パス係数の有意性は、非標準化係数を標準誤差で除した値(t値)で判断し、その絶対値が1.96以上(5%水準)を示したものを統計学的に有意とする。

なお、これらの統計解析には、SPSS19.0 for Windows および Amos19.0 を使用した。

表 5-1 各変数の回答分布 (N=297)

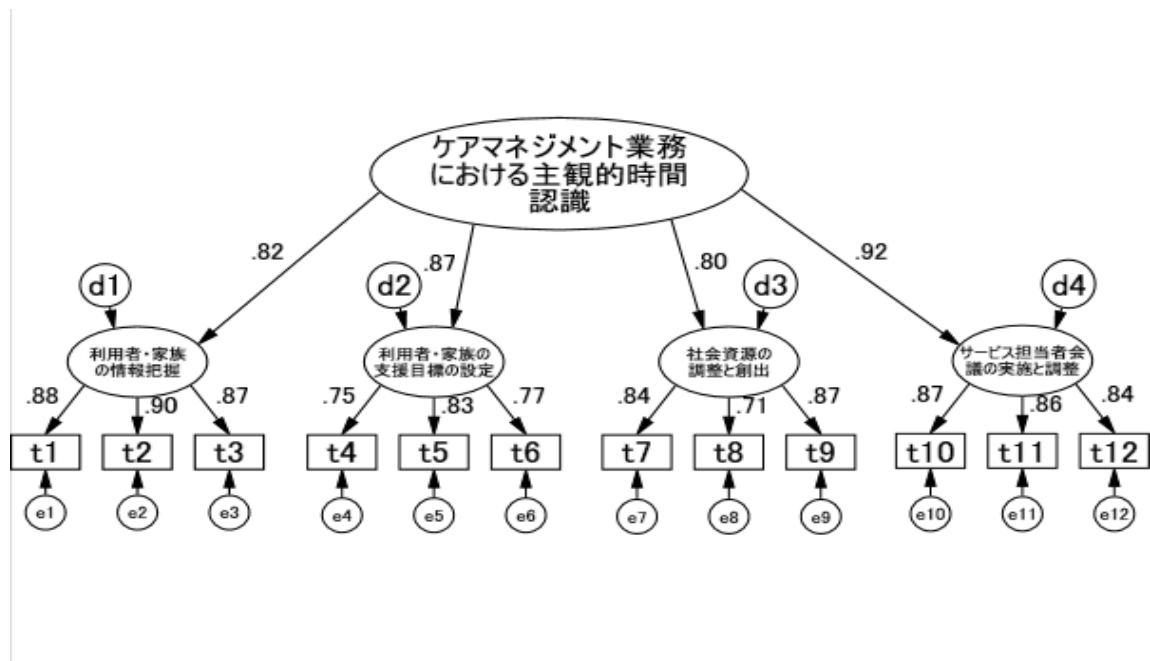
項目		度数 (%)				
		ほとんど 思わない	あまり そう 思わない	どちら とも いえない	やや そう 思う	かなり そう 思う
項目：ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観 的 時間認識						
利用者の情報把握 (7 項目)	利用者本人の生活歴に関する情報把握 (t1)	27 (9.1)	106 (35.7)	90 (30.3)	60 (20.2)	14 (4.7)
	利用者の主介護者に関する情報把握 (t2)	28 (9.4)	109 (36.7)	95 (32.0)	51 (17.2)	14 (4.7)
	主介護者以外の家族の情報把握 (t3)	68 (22.9)	104 (35.0)	82 (27.6)	33 (11.1)	10 (3.4)
	利用者本人の身体的側面に関する情報把握	13 (4.4)	98 (33.0)	78 (26.3)	82 (27.6)	26 (8.8)
	利用者の精神・心理的側面に関する情報把握	23 (7.7)	107 (36.0)	89 (30.0)	58 (19.5)	20 (6.7)
	利用者の友人・知人に関する情報把握	74 (24.9)	112 (37.7)	77 (25.9)	25 (8.4)	9 (3.0)
ケアプランの設定 (6 項目)	利用者の自立支援に向けての目標設定	21 (7.1)	89 (30.0)	121 (40.7)	53 (17.8)	13 (4.4)
	利用者本人の能力を最大限に発揮するようなケアプラン設定	31 (10.4)	94 (31.6)	108 (36.4)	54 (18.2)	10 (3.4)
	作成したケアプランの内容などを利用者本人・家族に分かりやすいように説明 (t6)	14 (4.7)	53 (17.8)	103 (34.7)	109 (36.7)	18 (6.1)
	利用者・家族の希望と介護支援専門員からみた生活ニーズのつきあわせ (t5)	17 (5.7)	81 (27.3)	122 (41.1)	68 (22.9)	9 (3.0)
	利用者・家族からの相談に丁寧に対応 (t4)	17 (5.7)	61 (20.5)	104 (35.0)	94 (31.6)	21 (7.1)
	利用者宅への訪問をする	18 (6.1)	65 (21.9)	94 (31.6)	95 (32.0)	25 (8.4)
サービス担当者会議の実施 (3 項目)	サービス担当者会議前に、関係者と事前協議を行う (t10)	50 (16.8)	119 (40.1)	69 (23.2)	47 (15.8)	12 (4.0)
	サービス担当者会議に関係者間で話し合う (t11)	39 (13.1)	98 (33.0)	84 (28.3)	63 (21.2)	13 (4.4)
	サービス担当者会議を終了後、関係者に会議記録の内容確認 (t12)	45 (15.2)	109 (36.7)	85 (28.6)	46 (15.5)	12 (4.0)
社会資源の創出と調整 (4 項目)	サービス担当事業所への訪問をする	65 (21.9)	102 (34.3)	75 (25.3)	46 (15.5)	9 (3.0)
	介護保険サービス以外のインフォーマルサービス調整 (t8)	84 (28.3)	89 (30.0)	86 (29.0)	32 (10.8)	6 (2.0)
	介護保険サービス以外のインフォーマルサービス創出 (t7)	45 (15.2)	97 (32.7)	115 (38.7)	34 (11.4)	6 (2.0)
	地域で介護支援専門員の個人的なネットワークを作る (t9)	81 (27.3)	97 (32.7)	89 (30.0)	25 (8.4)	5 (1.7)
項目：事務的マネジメント能力						
	事務的処理がうまくできている (j1)	24 (8.1)	79 (26.6)	111 (37.4)	60 (20.2)	23 (7.7)
	文章の作成がうまくできている (j2)	13 (4.4)	86 (29.0)	104 (35.0)	77 (25.9)	17 (5.7)
	時間管理がうまくできている (j3)	34 (11.4)	94 (31.6)	92 (31.0)	63 (21.2)	14 (4.7)
	パソコンの操作がうまくできている (j4)	9 (3.0)	49 (16.5)	87 (29.3)	114 (38.4)	38 (12.8)
項目：労働環境						
仕事に関する自由裁量権 (5 項目)	業務範囲を自分で判断できる (s1)	11 (3.7)	31 (10.4)	64 (21.5)	102 (34.3)	89 (30.0)
	介護保険サービス以外の相談に対応するかどうかを自分で決めることができる (s2)	11 (3.7)	23 (7.7)	64 (21.5)	99 (33.3)	100 (33.7)
	利用者家族の問題に対応するかどうかを自分で決めることができる (s3)	6 (2.0)	23 (7.7)	84 (28.3)	116 (39.1)	68 (22.9)
	勤務時間外や休日での訪問・面接等の実施を自分で決めることができる	22 (7.4)	12 (4.0)	44 (14.8)	100 (33.7)	119 (40.1)
	勤務時間の使い方を自分で決めることができる	4 (1.3)	12 (4.0)	50 (16.8)	112 (37.7)	119 (40.1)
待遇の不適切さ (3 項目)	業務量と比較すると、報酬が見合わない (tg1)	16 (5.4)	30 (10.1)	95 (32.0)	80 (26.9)	76 (25.6)
	仕事での責任が重いわりには報酬が少ない (tg2)	11 (3.7)	22 (7.4)	85 (28.6)	92 (31.0)	87 (29.3)
	自分の年齢や地位に見合った給与をもらっていない (tg3)	11 (3.7)	15 (5.1)	73 (24.6)	96 (32.3)	102 (34.3)
連携の難しさ (6 項目)	利用者にかかわるサービス提供関係者間の情報の共有が難しい (r1)	14 (4.7)	85 (28.6)	113 (38.0)	78 (26.3)	7 (2.4)
	利用者や家族の希望とサービス提供事業者の調整が難しい (r2)	8 (2.7)	55 (18.5)	94 (31.6)	118 (39.7)	22 (7.4)
	サービス担当者会議の開催に向けて、必要となるサービス提供関係者を集めきれないことがよくある (r3)	17 (5.7)	46 (15.5)	77 (25.9)	113 (38.0)	44 (14.8)
	行政機関との連携が難しい	12 (4.0)	51 (17.2)	109 (36.7)	80 (26.9)	45 (15.2)
	利用者の課題に対してサービス提供関係者間の認識のずれがある	6 (2.0)	61 (20.5)	115 (38.7)	94 (31.6)	21 (7.1)
	医療機関との連携が難しい	10 (3.4)	37 (12.5)	76 (25.6)	105 (35.4)	69 (23.2)

第3節 研究結果

1. ケアマネジメント業務における主観的時間認識の因子構造の検討

第2章において、探索的因子分析でケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識は「利用者・家族の情報把握に関する時間認識」「利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識」「社会資源の調整と創出に関する時間認識」「サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識」の4因子(19項目)から構成された。本章では、「ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識」の尺度案を作成するにあたり、均等な項目配置と因子の意味をより反映する項目の選択を目的として、各因子で因子負荷量の絶対値が高い上位3項目を採用することにした。具体的には、「利用者・家族の情報把握に関する時間認識」領域の因子(t1~t3)、「利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識」領域の因子(t4~t6)、「社会資源の調整と創出に関する時間認識」領域の因子(t7~t9)、「サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識」領域の因子(t10~t12)で構成された。そして、これら4因子を第一次因子、ケアマネジメント業務における主観的時間認識を第二次因子とする4因子二次モデルのデータへの適合度を確認した。その結果、図5-1に示すように、GFI=0.953, AGFI=0.927, CFI=0.982, RMSEA=0.055であり、いずれも統計学的な許容水準を満たしていた。また、第二次因子から第一次因子へのパス係数と第一因子から観測変数(質問項目)へのパス係数は、いずれも正の数値で0.80~0.92の範囲にあり、統計学的に有意(0.1%)な水準であった。

さらに、ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識尺度の信頼性についてCronbachの α 係数を算出して確認したところ、尺度全体(12項目)では、0.936であった。また、下位因子別では、「利用者・家族の情報把握に関する時間認識」因子が0.912、「利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識」因子が0.823、「社会資源の調整と創出に関する時間認識」因子が0.898、「サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識」因子が0.841であった。



GFI=0.953, AGFI=0.927, CFI=0.982, RMSEA=0.055 (標準化解)

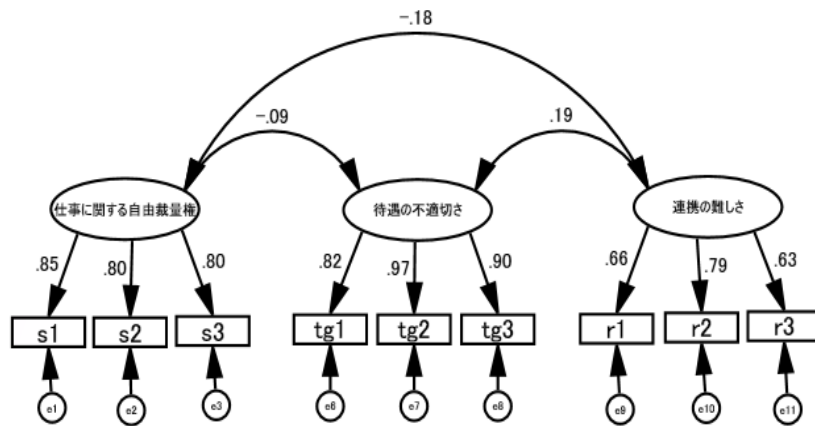
図 5-1 ケアマネジメント業務における主観的時間認識の因子構造モデル

2. 独立変数とする「事務的マネジメント能力」の合成変数の作成(一項目)

第3章における探索的因子分析の結果から、「事務的マネジメント能力」が「ケアマネジメント業務における主観的時間認識」を規定する一つの重要な要因であることが明らかになった。そして、「ケアマネジメント業務における主観的時間認識」に関連する要因を検討するにあたって、まず「事務的マネジメント能力」の一因子モデル構造について検討を行った。その結果、一因子モデルのデータへの適合度が許容水準に満たしていなかった。そのため、事務的マネジメント能力を構成する4項目を合成して、新たに一項目の変数を作成し、全体的なモデル検討に投入して再分析を行うこととした。

3. 労働環境の因子構造の検討

SEMを用いた確認的因子分析を行った結果(図5-2), 3因子斜交モデルを設定した労働環境のモデルのデータへの適合度は, GFI=0.976, AGFI=0.955, CFI=0.993, RMSEA=0.036と統計学的な許容水準を満たしていた。



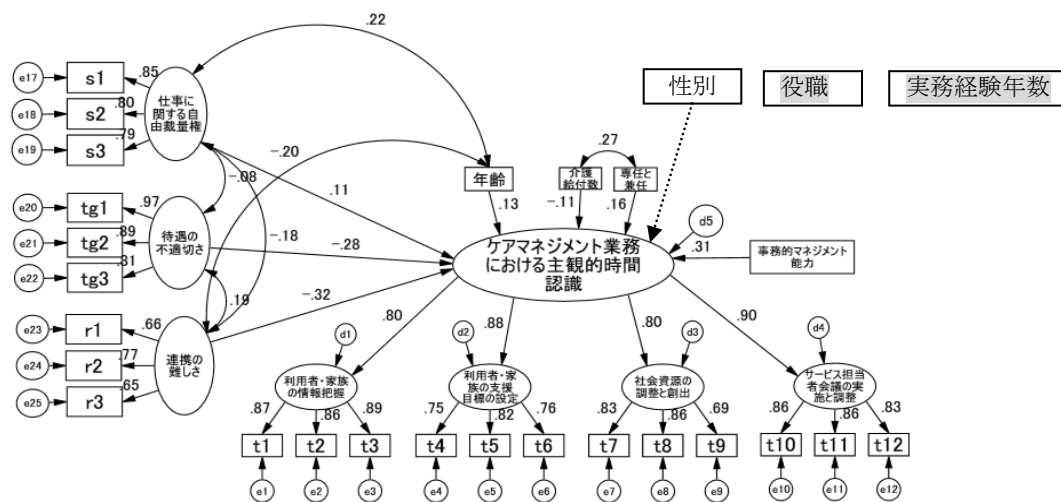
GFI=0.976, AGFI=0.955, CFI=0.993, RMSEA=0.036(標準化解)

図5-2 「労働環境」の3因子斜交モデル

4. ケアマネジメント業務における主観的時間認識と事務的マネジメント能力ならびに労働環境、介護支援専門員の基本属性との関連性の検討

第3章・第4章における探索的分析の結果に基づき、まず、本研究の分析に使用する基本属性間の相関を確認したところ、介護給付数と勤務形態、実務経験年数と年齢、実務経験年数と役職、との間に正の相関があった。一方、実務経験年数と役職の有無のいずれも介護支援専門員のケアマネジメント業務における時間認識に有意な関連が認められないことが明らかになった。そのため、実務経験年数と役職の2変数を全体的モデル分析に投入しないようにした。また、分析に使用するすべての独立変数間の相関について、年齢が「労働環境」の下位領域である「仕事に関する自由裁量権」および「連携の難しさ」に影響を与えていることが確認された。そして、介護給付数と勤務形態、年齢と「仕事に関する自由裁量権」および「連携の難しさ」2変数との間に共分散を前提として、全体的モデル構造の適合度について検討を行った。

その結果、図 5-3 に示したとおり、全体的モデルのデータへの適合度は GFI=0.911, AGFI=0.889, CFI=0.968, RMSEA=0.040, 統計学的な許容水準より若干やや下回ったが、採用できると判断された。



GFI=0.911, AGFI=0.889, CFI=0.968, RMSEA=0.040 (標準化解)

図 5-3 ケアマネジメント業務における主観的時間認識と事務的マネジメント能力

ならびに労働環境、介護支援専門員の基本属性との関連性(調整済 $R^2=0.41$)

(性別: 男性=0, 女性=1) (役職: なし=0, あり=1)

※網かけの 2 変数は分析から外れた項目であった...

※点線は統計学上有意ではないパスであった...

また、設定した独立変数と「ケアマネジメント業務における主観的時間認識」との関連について、図5-3に示すように、「労働環境」の下位因子である「連携の難しさ」から「ケアマネジメント業務における主観的時間認識」へのパス係数は -0.32 ($t=-4.64$)と最も強く、次に「事務的管理能力」からのパス係数は 0.31 ($t=5.79$)、「待遇の不適切さ」からのパス係数は -0.28 ($t=-4.77$)、「仕事に関する自由裁量権」からのパス係数は 0.11 ($t=2.09$)で有意であった。設定した独立変数の「ケアマネジメント業務における主観的時間認識」に対する説明率は 41.0% であった。つまり、投入された変数により「ケアマネジメント業務における主観的時間認識」の 41.0% が説明されたと解釈することができる。

さらに、基本属性と「ケアマネジメント業務における主観的時間認識」との関連については、「年齢」からのパス係数が 0.13 ($t=2.25$)、介護給付数からのパス係数が -0.11 ($t=-2.25$)、勤務形態からのパス係数が 0.16 ($t=2.96$)で有意であった。一方、性別からケアマネジメント業務における主観的時間認識への有意な関連は認められなかった。なお、分析に投入した基本属性(年齢)と就労属性(介護給付数と勤務形態)の3項目からケアマネジメント業務における主観的時間認識への寄与率は 6% であった。

独立変数間の関連については、年齢から「連携の難しさ」へのパス係数が -0.20 ($t=-2.87$)、「仕事に関する自由裁量権」へのパス係数が 0.22 ($t=3.45$)と有意であった。

第4節 考察

本章では、ケアマネジメント業務における主観的時間認識の因子構造とそれに関連する要因の因果モデルを検証することを目的に、構造方程式モデリングを用いて検討を行った。その結果、各変数の因子構造モデルならびに因果関係モデルの適合度は統計学的に十分許容し得る水準となったことから、全てのモデルが妥当性を備えたモデルであることが示された。そこで以下では、妥当性を有していると判断された各因子構造を用いて示された因果関係モデルの結果について考察を行っていくこととする。

1. ケアマネジメント業務における主観的時間認識の構成概念妥当性の検証

本章では、ケアマネジメント業務における主観的時間認識の因子構造を明らかにすることを目的とした。そして、本研究の第2章に得られた探索的結果に基づき、「ケアマネジメント業務における主観的時間認識」を第二次因子、「利用者・家族の情報把握に関する時間認識」「利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識」「社会資源の調整と創出に関する時間認識」および「サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識」の4領域を第一次因子とする4因子二次モデルを設定し、そのデータへの適合度を構造方程式モデリングにより確認した。その結果、4因子二次モデルのデータへの適合度は、統計学的な許容水準を満たしており、このモデルがデータによって支持されたことが確認された。また、12項目版の尺度の信頼性について、Cronbachの α 係数を算出したところ0.936であり、また、各因子の α 信頼性係数は0.8以上であり、統計学的に十分な数値が得られた。したがって、本研究で設定したケアマネジメント業務における主観的時間認識尺度は、統計学的な検証を行うための妥当性と信頼性を兼ね備えていると考えられる。

2. ケアマネジメント業務における主観的時間認識と事務的マネジメント能力ならびに労働環境との関連性

構造方程式モデリングを用いた検討から、労働環境の下位領域である「連携の難しさ」がケアマネジメント業務における時間認識に最も強く影響を与えていることが明らかになった。近年、医療依存度が高く、在宅で看取られる高齢者が増えてきているため、入退院を繰り返す方も増えているなかで、介護支援専門員と他職種との連携は一層に重要となっている。しかし、現状では、介護支援専門員の多くが医療との連携や行政側との連携、他のサービス提供者との連携などに困難を感じており、そこに多くの

時間を要することが多くの先行研究より指摘されている(井村 2006 ; 福富 2003 ; 片山 2003 ; 山崎 2005 ; 高良 2007 ; 兪ら 2012 ; 兪ら 2014). 本研究の結果からも, 介護支援専門員が他職種との連携, 社会資源の不足や調達に悩んでいることが明らかになり, これは介護支援専門員がケアマネジメント業務の遂行に十分な業務時間がないと認識する一つの重要な要因となっていると考えられる. そして, 介護支援専門員のケアマネジメント実践の質を向上させるためには, 他職種・行政機関・医療機関などとの連携体制の構築や社会資源の活用が最も重要であることが示唆された.

次に, 介護支援専門員の個人特性である「事務的マネジメント能力」, 労働環境である「待遇の不適切さ」, 「仕事に関する自由裁量権」という順でケアマネジメント業務における主観的時間認識に影響を与えていたことについて, 以下に考察を行う.

「事務的マネジメント能力」について, 介護保険制度における介護支援専門員には, ケアマネジメント業務に加えて, 給付管理業務を含む事務処理業務が課せられている. つまり, 介護支援専門員は, 記録作業を含むケアマネジメント中核業務の担い手としての側面のみではなく, 介護保険給付の門番的役割としての側面も併せ持っている. このような現状において, 介護支援専門員には一定程度の事務作業能力, 文章の作成能力, タイムマネジメント能力およびパソコン操作能力など事務的マネジメント能力が必要となることが多くの先行研究より指摘された(井手 2004 ; 村社 2011 ; 岡田 2011 ; 兪 2012 ; 兪ら 2013). 本研究の結果は, 先行研究の裏づけとなるものと考えられる. すなわち, 統計学的視点から, 「事務的マネジメント能力」が介護支援専門員のケアマネジメント業務における時間認識を規定する一要因となっていることが実証されたといえる.

労働環境である「待遇の不適切さ」に関して, 介護支援専門員が支援困難事例へ対応するためには多大な労力と時間を要するにもかかわらず, 介護保険制度では要介護度やケアプランの作成数によって介護報酬が決定されるということは, 介護支援専門員のケアマネジメント業務に対する正当な評価に結び付かないことが指摘されている(兪ら 2012). また, 介護支援専門員にはケアマネジメント業務や兼務業務の遂行に加えて, 介護給付管理に関する事務処理業務が課せられ, さらに度重なる制度改正に伴う事務処理負担などが増加しており, 介護支援専門員は 様々な業務に忙殺されているといえる. にもかかわらず, それに見合った報酬・待遇が得られていない現状がある. こうした状況の下, 多くの介護支援専門員がケアマネジメント業務に費やす時間を短縮されてしまう. そして, 日常業務に積極的に取り組んでいる介護支援専門員ほど, 不満が出てくる. その結果として「待遇の不適切さ」を感じている介

護支援専門員ほど、ケアマネジメント業務に十分な時間的余裕を持っていないと認識すると理解できる。

「仕事に関する自由裁量権」からケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識への影響について、利用者の状態の変化への対応や利用者・家族の都合に合わせた訪問や利用者の家族関係調整などのため、介護支援専門員には、勤務時間・業務範囲などに関する裁量権が求められる(斎藤ら 2006 ; 渡辺 2008 ; 豊嶋 2007 ; 廣野 2010)。このような裁量権が認められ介護支援専門員の自主性や自律性が発揮できることにより、柔軟かつ適切に利用者対応ができることが指摘された(豊嶋 2007)。そのため、「仕事に関する自由裁量権」が時間認識を規定する要因となっていると考えられる。本研究の結果は、先行研究の指摘を支持するものと考えられる。

以上、構造方程式モデリングを用いて、ケアマネジメント業務における主観的時間認識を規定する要因間の因果の大きさを検証した。次に、統制変数からケアマネジメント業務における主観的時間認識および労働環境との関係を検討することとする。

3. 統制変数からケアマネジメント業務における主観的時間認識と労働環境への影響

構造方程式モデリングを用い、統制変数(性別・年齢・介護給付数・勤務形態)からケアマネジメント業務における主観的時間認識と労働環境への影響について検討を行った結果、年齢から主観的時間認識への正の影響が確認された。このことから、介護支援専門員が年齢を重ねながら多様な社会経験を積み重ねることおよび人生の成長などにより、ケアマネジメント実践に余裕が出てくると考えられる。また、主観的時間認識への介護給付数からの負の影響、勤務形態からの正の影響が認められたことから、担当ケース数の少ない、専任の介護支援専門員ほど、各々の利用者対応に十分な余裕をもつことが本研究の結果より実証された。一方、介護給付数と勤務形態との正の関連が認められたことから、専任の介護支援専門員が相当数のケースを担当している傾向があり、専任の介護支援専門員の業務負担が大きいことが示唆された。

さらに、年齢から「労働環境」の下位領域である「仕事に関する自由裁量権」への正の関連および「連携の難しさ」への負の関連が認められたことから、年齢からケアマネジメント業務に対する介護支援専門員の時間認識への直接的な効果のみならず、労働環境要因の自由裁量権の所有と他職種や行政機関などの連携実践を介した間接的な効果があったことが示された。このことから、若年の介護支援専門員は裁量権をあまり意識していないことが明らかとなった。そのことは、若くかつ実務経験年数が短い場合に

は、判断できる範囲も狭く、また、自由な裁量権を有するとは考えられないことを示している。一方、第3章において設定した6変数の基本属性と介護支援専門員の主観的時間認識との重回帰分析の結果から、介護支援専門員の基本属性は、個人的な特性要因である事務的マネジメント能力に影響を与えていなかった。介護保険制度が導入されてから14年以上経過したことによって、現場の介護支援専門員がケアマネジメント業務に関する事務的作業に慣れているため、このような結果となったと考えられる。

以上、構造方程式モデリングを用いた分析より、ケアマネジメント業務における介護支援専門員の時間認識の構成概念妥当性、およびケアマネジメント業務における介護支援専門員の時間認識とそれを規定する要因である「連携の難しさ」、「事務的マネジメント能力」、「待遇の不適切さ」、「仕事に関する自由裁量権」との関係性や、規定要因間関係などが実証された。終章では、第1章・第2章・第3章・第4章の結果をまとめたうえで、介護支援専門員のケアマネジメント実践の質を向上させるための、全体的な提言を行い、本研究の課題を提示することとする。

終章 本研究のまとめと課題

第1節 本研究の総括

介護保険制度が開始されてから14年以上が経過し、介護サービスの受給者数は急速に増え続けている。また、2006年4月からの制度改正により、介護支援専門員の資格更新制が導入され、更新時研修が義務化されるなど、ケアマネジメントの質の確保に向けたさまざまな仕組みが整備されてきている。その一方で、制度改正において報酬減算が強化されたことなどにより、ケアマネジメントに関連する事務処理が多くなり、多くの介護支援専門員が「仕事が多く時間が足りない」と認識し、労働環境の悪化が指摘されている(越智ら2008)。また、「利用者・家族への連絡調整にも多くの時間がかかる」とも言われ(須佐ら2009; 豊島2007)、ケアマネジメント業務における時間不足が強く認識されている。そのような状況の中で、介護支援専門員が形式的には適切に業務を行っていたとしても、さまざまな業務に対して「時間が足りない」と主観的に認識している場合、結果として、その業務に関する質に悪影響を与えられている(和気2004)。本研究では、ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識がどのようなものから構成されるか、また主観的時間認識に影響を与える要因は何かということに焦点をあてて、量的手法による調査・分析を行った。本研究を通じて、介護支援専門員が感じる主観的時間認識の構成要素とその時間認識を変化させる要因の一部を明らかにすることにより、ケアマネジメントの質の向上に寄与できるものと考えた。

本研究は、ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識とその関連要因を明らかにするために、次の研究目的に沿って検討を行った。

目的1: ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識とその関連要因に関する文献研究を行う(第1章)。

目的2: 先行研究に基づき、ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識がどのようなものが構成されるかを明らかにする(第2章)。

目的3: ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識と個人要因(事務的マネジメント能力と個人属性)との関連を明らかにする(第3章)。

目的4: ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識と労働環境との関連を明らかにする(第4章)。

目的5: ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識とその関連要因の総合的検討を行う(第5章)。

目的6: 目的1~5までの検討結果をもとに、全体的まとめ・提言を行う(終章)。

本論文の第1章から第5章の各章で行われた検証により得られた知見と考察の要約は次の通りである。

第1章では、介護保険制度における介護支援専門員の業務に関する現状把握を行い、また、介護支援専門員が感じているケアマネジメント業務における主観的時間に関する認識とそれに関連する要因についての文献研究を行った。その結果、ケアマネジメント業務に加えて、事務处理的業務が課せられている現状において、介護支援専門員はいつも時間が足りないと感じている、つまり時間に追われていると感じているということが明らかになった。

第2章では、主観的時間認識の観点から、介護支援専門員がケアマネジメント業務をどのように捉えているのかを明らかにするため、探索的な因子分析を行った。その結果、ケアマネジメント・プロセスと類似した構成内容が明らかとなった。その内容とは、「利用者・家族の情報把握に関する時間認識」「利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識」「社会資源の調整と開発に関する時間認識」「サービス担当者会議の実施と調整に関する時間認識」の4つであり、これらはケアマネジメント・プロセスにおいても重要な要素となっている。また、抽出された4因子間の強い関連性があったことから、介護支援専門員のケアマネジメント実践過程の業務内容に対する適切な時間配分の重要性が示唆された。しかしながら、アセスメントにおける利用者・家族の情報把握に関する時間認識は、利用者・家族の課題の明確化やニーズの抽出を含む利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識とは異なる次元のものとして認識され、それぞれ独立した因子として抽出された。これまでの研究においては、アセスメントとケアプランの設定との関係が区別されにくいという議論(畑 2000)があったが、今回の結果から、介護支援専門員の主観的時間という観点から、ケアマネジメントのプロセスにおいてアセスメントとケアプランの設定に関する時間を分けながら実践を行うということが浸透し始めたと考えられる。さらに、抽出された4因子の平均値、標準偏差、回答分布などに対する確認を行ったところ、従来から、時間が足りないために本来のケアマネジメント業務が遂行できないという多くの先行研究の指摘(馬場

2002 ; 2004 ; 井手 2004 ; 須佐ら 2009 ; 豊嶋 2007 ; 吉川ら 2002)があったが、本研究の結果においては、多くの介護支援専門員がこれらの業務に対して、先行研究の指摘するような深刻な時間不足の状況にあるとは断定することができないという知見が得られた。さらに、「利用者・家族の情報把握に関する時間認識」が第 1 因子として抽出されたこと、またその下位項目の中で最も負荷量が高い 3 項目(利用者本人の生活歴・主介護者および主介護者以外の家族に関する情報把握)などから、利用者や家族の状況について十分にアセスメントを行うことへの時間的配慮がケアの方向性を決定づける可能性が示唆されたとともに、介護報酬を介護度によって決定することは、不十分であることが明らかになった。そして、「社会資源の調整と創出に関する時間認識」の平均値が 4 因子の中で最も低かったことから、介護支援専門員の社会資源の熟知や活用に課題が残されていることがわかった。この課題を解決するためには、介護支援専門員に対する社会資源に関する業務研修内容の検討が重要であると考えられる。また、介護支援専門員の所属する事業所は、介護支援専門員のインフォーマル社会資源の調整および新たな社会資源の創出といった業務内容に対する理解、および介護報酬の改定においてこれまであまり評価されていないインフォーマル・サポートの調整や創出などといった業務内容に対する正当な評価が求められるといえる。

第 3 章では、第 2 章で得られた結果に基づき、介護支援専門員の個人要因と主観的時間認識との関連性についての重回帰分析を行った。その結果、介護支援専門員が行っている給付管理と関連している「事務的マネジメント能力」という個人特性が、主観的時間認識に関する 4 領域すべてと、0.1%水準で有意な関連が見られた。このことは、「利用者・家族の情報把握」「利用者・家族に対する支援目標の設定」「社会資源の調整と創出」「サービス担当者会議の実施と調整」という主なケアマネジメント業務においては、介護支援専門員が有する事務処理能力により、介護支援専門員が感じる主観的時間認識が大きく変化すると解釈できる。つまり、事務処理能力が高い場合には、ケアマネジメント業務に関する主観的時間認識において、介護支援専門員に時間的な余裕が生じるということを示している。

また、介護支援専門員の個人属性から主観的時間認識への影響について確認したところ、個人属性の性別が主観的時間認識の下位領域の「サービス担当者会議の実施と調整」のみに 5%水準で有意な正の関連を示したことから、男性の介護支援専門員より、女性の介護支援専門員の方がサービス担当者会議の実施と調整を行うことを他の専門職や利用者・家族への専門的な関わりとして捉えていることが考えられる。年齢がケアマネジメント業務における主観的時間認識の 4 領域すべてに有意な正の関連を示

したことから、介護支援専門員は年齢が上昇するにしたがって多様な社会経験を積み重ねることのみならず、人生の成長などによる成熟もケアマネジメント実践に余裕が出てくる一因となることが考えられる。そして、勤務形態が第1因子である「利用者・家族の情報把握に関する時間認識」以外の3領域に有意な正の関連を示したことから、兼任より専任の介護支援専門員の方が利用者・家族に対する支援目標の設定、社会資源の調整と創出およびサービス担当者会議の実施と調整といったケアマネジメント業務の遂行に余裕感があると認識していることが明らかになった。このことから、介護支援専門員が専任として採用されることの重要性が示唆された。

そして、介護給付数が「利用者・家族に対する支援目標の設定に関する時間認識」以外の主観的時間認識の3領域に有意な負の関連を示したことから、限られた業務時間内限られた業務時間内で多くのケースを担当すると、個別の利用者家族の情報把握、サービス担当者会議の開催、および社会資源の調整と創出のための時間が短縮されてしまう可能性がある。また、受け持ち件数の増加によりケアプランの作成に関連する書類の増加にもつながる。そのため、介護給付数が多いと、介護支援専門員はケアマネジメント業務を行う時間が十分ではないと認識してしまうことが考えられる。介護支援専門員の担当ケース数の適正化が求められるといえる。

第4章では、労働環境要因と主観的時間認識との関連性を明らかにするため、重回帰分析を行った。ケアマネジメント業務における主観的時間認識は、介護支援専門員の個人要因だけでなく、労働環境からも影響を受けることが先行研究において明らかとなっているため、先行研究を参考にしながら労働環境に関する要因の設定を行った。分析の結果、「仕事に関する自由裁量権」「待遇の不適切さ」「連携の難しさ」などの労働環境要因は、ケアマネジメント業務における主観的時間認識に関する4領域すべてと有意な関連があるということが明らかとなった。これらのことは、介護支援専門員の専門職としての自律性が尊重されている職場環境であるかどうかや、ケアマネジメントに関する直接業務だけではなく、間接業務である連携業務に対しても職場全体がどの程度の理解を示しているかなどにより、介護支援専門員が感じるケアマネジメント業務に関する主観的時間認識に変化が生じることを示している。すなわち、ケアマネジメントに関する主要な業務は、専門職としての自律性や連携などの間接業務の上に成り立ち、それらのことが尊重されてはじめて、介護支援専門員がケアマネジメント業務全般に対して時間的な余裕を感じるができるようになると考えられる。また、待遇の不適切さからケアマネジメント業務における主観的時間認識に強く負の影響を与えたことから、様々な業務に忙殺されている介護支援

専門員が業務量に対する報酬が見合っていない、責任が重いわりに給与が少ないということを感じていることが明らかになった。その背景として、2000年からの介護保険制度において介護報酬が介護度やケアプランの作成によって評価されること、および2006年の制度改正における標準担当件数の引き下げや取り扱い件数による逓減性の導入によって、介護支援専門員にとって表面的には担当件数の減少により業務負担が軽減されたように見える一方、実際には、やるべき業務は増えている。その一方で、介護支援専門員の給与・報酬は減少しているという現状がある。さらに、さまざまな先行研究では、介護支援専門員がケアマネジメント業務の遂行以外、社会資源の調整と開発やネットワーク作りにつながる地域行事への手伝い、利用者・家族との関係作り・アセスメントに繋がっていくことにもなる無報酬業務の実施など「その他の業務」が多いことにより、介護支援専門員のケアマネジメント業務の遂行時間が短縮されてしまうこともある。これらのことを踏まえて、介護保険制度上において介護支援専門員の業務に対する適切な評価が時間的余裕感に繋がっていくことが考えられるため、今後介護報酬の改定を含む介護保険制度に対する根本的な見直しが求められるといえる。

第5章では、これまでの探索的な研究結果を踏まえて、ケアマネジメント業務における主観的時間認識とその関連要因に関する総合的な分析を、構造方程式モデリングを用いて行った。その結果、モデルの適合度は、統計学的水準を満たしていることが明らかとなった。また、ケアマネジメント業務における主観的時間認識と関連要因間の関係について、「連携の難しさ」からの影響が最も強く、次に「事務的マネジメント能力」「待遇の不適切さ」「仕事に関する自由裁量権」という順であった。そして、最終的な結論として、介護支援専門員が感じる主観的時間認識は、個人特性である「事務的マネジメント能力」、および労働環境要因である「仕事に関する自由裁量権」「待遇の不適切さ」「連携の難しさ」により変化することが確認された。

第2節 ケアマネジメント実践の質の向上に向けた提言

ケアマネジメント実践を向上させるための提言は以下の通りである。

1. ケアマネジメント業務に関連する事務処理能力を向上させるための研修の実施

介護支援専門員の事務的マネジメント能力がケアマネジメント業務における主観的時間認識に強く影響を与えていることから、介護支援専門員の個人特性としての事務的マネジメント能力を向上させるための研修を行うことが重要であると考えられる。

2. 事務職員の配置や操作の簡単な給付管理ソフトの開発などによる事務的負担の緩和

設定した6項目の基本属性から事務的マネジメント能力への影響が認められなかったことから、ケアマネジメント業務に対して十分な業務時間がないという介護支援専門員の主観的時間認識を緩和する上で重要なものとして、介護支援専門員の事務処理業務における負担軽減が重要であると考えられる。

介護支援専門員の給付管理に関する事務処理業務における負担軽減には、職場で介護支援専門員を補助する事務職員の配置や簡単な操作で行える給付管理ソフトの開発などが効果的であると考えられる。具体的には、サービス利用が安定しているケースでのサービス提供表の送付やサービス提供者との連絡などの事務作業を事務職員に委ねる体制づくりなどである。また、事務作業の効率化を図るために、給付管理業務へコンピュータを活用すること、および簡単に操作できる給付管理ソフトの開発などが挙げられる。

3. 職場における裁量権が認められるような環境づくり

「仕事に関する自由裁量権」からケアマネジメント業務における主観的時間認識への影響が見られたことから、介護支援専門員に対する裁量権の担保が肝要であることが示唆された。また、若い介護支援専門員は裁量権が「ある」と意識できるようになるには、各人の年齢の上昇や経験の積み重ね、周囲の支援のあり方などに委ねざるをえない部分がある。したがって、介護支援専門員の専門性を高めるとともに、職場における裁量権が認められるような環境づくりを行うことが重要である。

4. 介護支援専門員の待遇改善や介護報酬のあり方の検討など

「待遇の不適切さ」がケアマネジメント業務における主観的時間認識にやや強く影響を与えることから、介護支援専門員の待遇改善や、介護保険外サービスに関するケアプランの作成や介護保険サービスと介護保険外サービスとの組み合わせによるケアプランの作成を報酬上で評価することが重要だと考える。またこれに関連して、介護報酬のあり方についての検討を行い、ケアマネジメントに関連する介護報酬全般を見直すことも重要であろう。

これらのことは、介護保険サービスを無理にケアプランに盛り込む必要性をなくすことで、結果として介護給付の適正化、さらには書類負担の軽減などにもつながる可能性を持つと考えられる。

5. 介護支援専門員による他機関との連携体制の強化や社会資源の開発に関する研修の実施

設定した労働環境要因である「連携の難しさ」がケアマネジメント業務における主観的時間認識に最も強い影響を与えたことから、ケアマネジメント実践において、依然として社会資源の活用が重要な課題であることが示唆された。したがって、介護支援専門員が医療機関や行政機関、他のサービス提供機関などと円滑に連携できるようなルール作りや、地域ケア会議などの出席に対する職場の理解を進めていくことが重要である。また、介護支援専門員が所属する組織のニーズ優先の組織風土を作ることが重要である。地域においてもニーズ優先の原則に基づいて、新たな支援手段を開発していく創造的な関係機関・団体のネットワークが形成されていることが重要である。さらに、介護サービス利用者に対して、介護支援専門員がより適切な包括的・継続的ケアマネジメントサービスを提供していくためには、地域ネットワークづくりなどによる地域基盤の強化、介護支援専門員に対する社会資源の開発に関する研修の実施、介護支援専門員の労働環境の改善、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所との役割分担の明確化など、地域における機関間連携の強化が一層求められる。

以上のことから、ケアマネジメント実践の質を高めるために、財源的な考慮をしつつも、介護支援専門員の個人特性としての事務的マネジメント能力を向上させるための研修の実施や職場で介護支援専門員を補助する事務職員の配置の検討、仕事に関する自由裁量権の担保のための職場環境づくり、介護報酬の改定、および他機関との連携体制の強化などといった労働環境の改善が急務であるといえる。

第3節 本研究の限界と課題

今回の研究結果を踏まえ、ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識とそれに関連する要因に関する研究を深めるにあたり、以下の4点が本研究の限界として挙げられる。

まず1点目に、従属変数として用いた「ケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識」は、あくまでも介護支援専門員の主観的時間認識によるものであり、タイムスタディのような客観的時間側面からの評価ができていない。また下位項目の標準偏差から、介護支援専門員の回答にはばらつきが確認され、さらに各項目の回答分布において「どちらともいえない」と回答している介護支援専門員の割合が全体の23.0～41.3%と示されたことから、回答の妥当性に課題が残る可能性がある。したがって、今後も引き続き、多面的な角度からの分析を視野に入れた分析枠組みの検討と質問項目への回答の妥当性を図っていかねばならないと考える。つまり、さらにケアマネジメント業務における主観的時間認識に関する質問項目の精査や精緻化が必要である。

2点目に、独立変数として用いた「事務的マネジメント能力」について、介護支援専門員の事務的マネジメント能力が単なるパソコン操作能力やタイムマネジメントの能力、文章の作成能力などの項目だけで構成されていることにより不十分さが残る可能性がある。また、ケアマネジメント質の向上という観点からでは、介護支援専門員の個人特性としての専門的知識やスキルなどを幅広く検討することも必要であろう。

3点目に、労働環境の下位領域である「仕事に関する自由裁量権」、「待遇の不適切さ」および「連携の難しさ」の3領域が構成されるが、その質問項目の適切性と因子名のネーミングなどについてさらなる検討を加える必要がある。そして、本研究で設定された独立変数での説明率が41%であったので、今後はさらに有力な説明変数の設定が必要であると考えられる。

4点目に、調査対象者を大阪府下の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員に限定しており、また調査対象者の基本属性から、回答した介護支援専門員の多くが役職ありの者であった。そのため、今回の結果を全国の介護支援専門員に当てはめて一般化することには限界があると言える。今後、調査対象の拡大を試み、より一般的な傾向を明らかにしていく必要があると考える。

このように、本研究には限界が残されている。しかしながら、日本のケアマネジメント実践の現状において、介護支援専門員の業務内容の明確化、ケアマネジメント実践過程に時間配分の適切化を図るこ

とは急務であり，本研究でケアマネジメント業務における介護支援専門員の主観的時間認識とそれに関連する要因を明らかにしたことは一定の意義があるものとする。今後さらに介護支援専門員のケアマネジメント実践の質を向上させていくためにも，本研究の結果をもとに研究の蓄積，精緻化を行っていく必要があると考える。

『引用・参考文献』（アルファベット順）

- 綾部貴子(2008) : 介護支援専門員によるケアマネジメント実践に関する研究 ; 情報収集・アセスメント・ケアプラン作成に焦点をあてて. 梅花女子大学現代人間学部紀要, 5, 1-19.
- 馬場純子(2002) : 介護支援専門員のケアマネジメント業務の現状と課題; 介護支援専門員のケアマネジメント業務に関する調査より. 田園調布学園大学人間福祉研究, 5, 63-86.
- 馬場純子(2004) : 介護支援専門員の業務; 業務量調査(タイムスタディ)による実態と課題. 田園調布大学人間福祉研究, 7, 77-96.
- Bartz C & Maloney J. P. (1986) : Burnout among intensive care nurses. *Research in Nursing Health* 9:147-153.
- 副田あけみ(1997) : 『在宅介護支援センターのケアマネジメント』. 中央法規出版株式会社, 14-15, 東京.
- 副田あけみ(2004) : 『介護保険下の在宅介護支援センター, ケアマネジメントとソーシャルワーク』. 中央法規出版株式会社, 東京, 29-54.
- Fujigaki, Y. & Mori, K. (1997) : Longitudinal study of work stress among information system professionals. *International Journal of Human Computer Interaction*, 9:369-381.
- 福富昌城(2003) : 介護保険制度下での医療と福祉連携. *日本在宅ケア学会誌*, 7(1) : 27-30.
- Frankel, A. J. & Gelman, S. R. (2004) : *Case Management; An Introduction to Concepts and Skills*, Lyceum Books, Inc. New York (=2006, 野中猛 監訳, 羽根潤子訳 『ケースマネジメントの技術』 金剛出版. 東京)
- Freudenberger H. J. (1974) : Staff burnout. *Journal of Social Issues* 30:159-165.
- 高良麻子(2007) : 介護支援専門員におけるバーンアウトとその関連要因 ; 自由記述による具体的把握を通して. *社会福祉学*, 48(1) : 104-116.
- 橋本 力, 岡田進一, 白澤政和(2008) : 介護支援専門員のインフォーマル・サポートに関するアセスメント自己評価の構成要素. *介護福祉学*, 15(2), 131-140.
- 橋本 力, 岡田進一, 白澤政和(2012) : 介護支援専門員のインフォーマル・サポートに関する情報把握とその関連要因. *ケアマネジメント学*, 10, 43-56.
- 橋本泰子(2003) : いま改めて問いなおすケアマネジメントとは何か. *総合ケア*, 13(1), 40 .
- 畑智恵美, 岡田進一, 小澤温, ほか(2000) : 在宅介護支援センター職員のケアマネジメント実践; ケアマ

- ネジメントプロセスに基づいた援助行動の内容. 老年社会科学, 22(1), 59-71.
- 畑智恵美(2012):介護支援専門員の仕事への姿勢とそれを支える要因に関する一考察; 介護支援専門員のインタビューデータをもとに. 四天王寺大学紀要, 54, 103-116.
- 畑亮輔, 岡田進一, 白澤政和(2010):居宅介護支援事業所の職場環境と介護支援専門員による家族介護者支援との関連. 大阪市立大学生活科学研究誌, 9:73-84.
- 平伸二(1996):諸科学における時間研究; 心理的時間. 『心理的時間』. 北大路書房. 第1版, 513. 京都.
- Holt, B. J. (1999):*The Practice of Generalist Case Management*, West Virginia University. West Virginia. (=2005, 白澤政和監訳・所道彦・清水由香編訳『相談援助職のためのケースマネジメント入門;The Practice of Generalist Case Management』中央法規出版. 東京.)
- 池田妙子, 岡村千代子, 田中恵, ほか(2002):ケアマネジャーの Burnout 症候群と仕事上の問題点. 川崎医療福祉学会誌, 12(1):169-174 .
- 井村弘子(2006):介護支援専門員の抱えるストレスとバーンアウト. 沖縄大学人文学部紀要, 7, 87-97.
- Intagliata, J. (1982):Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Disabled; The Role of Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, 8(4), 655-674.
- 石井豊恵, 笠原聡子, 沼崎穂高, ほか(2004):タイムスタディを円滑に進めるための実践的な諸課題とその対応. 看護研究, 37(4):59-71.
- 石川満(2008):ケアマネジメントの独立の意義と独立型居宅介護支援事業所の今後の展望. 介護支援専門員, 10(5):10-12.
- 石田博嗣, 住居広士, 國定美香, ほか(2009):タイムスタディ調査で捉えたケアマネジメント業務におけるソーシャルワークの実態. 介護福祉研究, 17(1):52-55.
- 井手添陽子(2004):鳥取県における介護支援専門員の業務実態と意識に関する調査;全国との比較検討. 鳥取短期大学研究紀要, 50, 73-81.
- 伊藤直子, 石井美紀代, 布花原明子(2004):介護支援専門員の勤務形態と業務実態の関連. 西南女学院大学紀要, 8:9-23.
- 伊藤幸子(2005):介護支援専門員の業務に関する考察. 奈良佐保短期大学紀要, 13, 37-43.
- 伊藤セツ, 天野寛子, 天野晴子, ほか(2005):『生活時間と生活福祉』. 光正館. 第1版, 191-196. 東京.
- 伊東俊太郎(1980):存在の時間と意識の時間. 『東京大学公開講座 31. 時間』. 3-42. 東京大学出版社. 東

京.

James, W. (1980) : The Principles of Psychology (Vol. 1). Henry Holt. New York.

Johnson, P. J. & Rubin, A. (1983) : Case Management in Mental Health; A Social Work Domain? *Social Work*, 28(1), 49-55.

鎌田ケイ子(2001) : 『事例でわかるケアプランの立て方』. 高齢者ケア出版, 8-10. 東京.

笠原幸子(2008) : ケアワーカーによる情報把握の構造とその関連要因に関する研究; 施設高齢者の社会環境状況の情報把握に焦点を当てて. 四天王寺大学紀要, 46, 121-138.

香取照幸(2004) : ケアマネジメントの課題と発展の方向. 総合ケア, 14(1) : 12-21.

片山壽(2003) : 医療ケア現場におけるケアマネジメントの意義; 主治医とケアマネジメントの連携の必然性. 内科, 92(2) : 374-378.

国光登志子(2000) : 高齢者とケアマネジメント. 『ケアマネジメント講座 第2巻. ケアマネジメントの実践と展開』, 10. 竹内孝仁・白澤政和・橋本泰子 監修. 中央法規出版社. 東京.

国光登志子(2004) : 事例からみるポジティブなケアプラン作成のポイント. 月刊ケアマネジメント, 2, 16-19.

廣野由美(2010) : ケアマネジャーの裁量的判断とその規定要因. Proceedings: 格差センシティブな人間発達科学の創成, 12:21-31. お茶の水女子大学グローバル COE プログラム「格差センシティブな人間発達科学の創成」. 東京.

Kotobank. jp/word/認識 (アクセス : 2014. 03. 22)

厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会(1998) : 『介護支援専門員標準テキスト第1巻』. 長寿社会開発センター, 144-145. 東京.

厚生労働省(2003) : 居宅介護支援事業及び介護支援専門員業務の実態に関する調査. 平成13年度報告書, 財団法人長寿社会開発センター.

(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/s1210-1/dl/1210-1e.pdf>, 2013. 2. 20).

厚生労働省(2012) : 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. 平成23年度報告書, 三菱総合研究所.

(http://www.mri.co.jp/SERVICE/project/chuou/rouken/h23_04.pdf, 2013. 2. 20).

厚生労働省(2013a) : 公的介護保険制度の現状と今後の役割. www.mhlw.go.jp

- 厚生労働省(2013b):介護支援専門員の資質向上と今後の在り方に関する検討会における議論の中間的な整理. www.mhlw.go.jp/stf/shingi/...att/2r9852000002s7go.pdf.
- 小林薫,若原陽子,平林幹(2001):介護支援専門員の業務とストレス,こころの健康,日本精神衛生学会誌,16(1),91.
- 窪田悦子,岡田進一,白澤政和(2004):介護支援専門員に対する教育的・支持的サポートのあり方に関する研究;業務における悩み・困りごとに焦点を当てて. 厚生指標,51(10):6-12.
- 久保真人(2004):『バーンアウトの心理学 燃え尽き症候群とは』.サイエンス社.東京.
- 久保真人・田尾雅夫(1991):バーンアウト;概念と症状、因果関係について,心理学評論,34:412-431.
- 兵庫県介護支援専門員協会(2002):「介護支援専門員職の実態と実践に関する調査」,11.
- 久保真人・田尾雅夫(1994):看護婦におけるバーンアウト;ストレスとバーンアウトとの関係. 実験社会心理学研究,34:33-43 (1994).
- 松田文子(1985):時間評価とその発達に関するモデル. 心理学評論. 28:597-623.
- 松田文子(1996):時間の評価モデル.『心理的時間』.北大路書房.第1版,142.京都.
- 村社卓(2011):介護保険制度下でのケアマネジメント実践モデルに関する研究;「調整・仲介機能を特化した給付管理業務」に焦点をあてた質的データ分析. 社会福祉学,52(1):55-69.
- 村社 卓(2012a):サービス担当者会議におけるチームマネジメント機能;利用者主体を基盤としたリーダーシップの移譲とチームワークの拡大. ソーシャルワーク学会誌,24,29-41.
- 村社 卓(2012b):チームマネジメントの未活用要因および活用条件;ケアマネジメント実践におけるチームマネジメント概念の検討. 社会福祉学,53(2),17-31.
- Moxley, D. P. (1989): *THE PRACTICE OF CASE MANAGEMENT*. Sage Publications, Inc. California(=2000,野中 猛・加瀬裕子監訳『ケースマネジメント入門;THE PRACTICE OF CASE MANAGEMENT』.中央法規出版.東京.)
- 増田和高(2012):ケアマネジメントにおけるケースアドボカシーに着目したサービス調整と所属機関内・外における協働体制との関連. 介護福祉学,19(1):5-15.
- 中島義道(1996):『時間を哲学する;過去はどこへ行ったのか』. 講談社現代新書. 第3版. 東京.
- 日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャーの会(2011):「認定ケアマネジャーを対象とした主任介護支援専門員に関する意識調査 報告書」.

- 大野勇夫 (2000) :『利用者のためのケアマネジメント ; その基本的な考え方から具体的な手順まで』.
あけび書房, 23-127. 東京.
- 岡本玲子(2001):行政保健婦・師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), 32-40.
- 岡田進一(2011) :『ケアマネジメント原論 ; 高齢者と家族に対する相談支援の原理と実践方法』. ワール
ドプランニング. 第1版. 169-171. 東京.
- 沖田裕子, 岡本玲子, 村岡枝里子(2002):介護支援専門員の質改善のためのケアマネジメント過程の検
討. 日本在宅ケア学会誌, 5(3), 54-61.
- Ornstein, R. E. (1969): On the Experience of Time. Harmondsworth, UK: Penguin Books. (=1975 本
田時雄訳『時間の体験の心理』岩崎学術出版社. 東京.)
- Austin, C. D. (1990): Case management; Myths and Realities, Families in Society. The Journal of
Contemporary Human Services, 71(7), 398-402.
- 越智あゆみ, 金子努(2008):介護保険制度改正後の介護支援専門員の労働環境;バーンアウト調査にもと
づく検討. 総合福祉研究, 32, 109-119.
- Renshaw, J. (1987):Care in the community: Individual Care Planning and Case Management. *British
Journal of Social Work*, 18(s), 79-105.
- Rose, S. M. & Moore, V. L. (1995):Case Management. In 19th Encyclopedia of Social Work, NASW, 337-338.
Washington DC.
- 斎藤順子(2005) : 介護支援専門員の職務意識とその課題 ; 利用者主導のケアマネジメントの実践に向け
て. *Journal of Policy Studies*, No. 19, 105-123.
- 斎藤智子, 佐藤由美(2006) : 介護支援専門員が認識する対応困難事例の特徴. *The Kitakanto Medical
Journal*, 56:319-328.
- Schneider, B. (1988): Care Planning; The Core of Case Management. *Generations*, 16-18.
- Sheafor, B. W. and Horejsi, C. R. (2006): *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. Allyn
& Bacon, 428-434. California.
- 白澤政和(1992) :『ケアマネジメントの理論と実際;生活を支える援助システム』. 中央法規出版. 東京.
- 白澤政和(1998) :『ケアマネジメントハンドブック』. 医学書院. 東京.

- 白澤政和(2003):ケアプランの作成について. 老年精神医学雑誌, 14(9), 1081-1089.
- 須佐公子, 豊嶋三枝子(2009):ケアマネジャーの職業上ストレスとバーンアウトとの関連. 日本看護福祉学会誌, 14(2), 29-39.
- 高見沢恵美子, 宗像恒次, 川野雅資(1994):『調査にみる老人保健施設介護職員の精神健康』. 金剛出版, 155-163. 東京.
- Gelsema, T. I. , Doef, M. , Maes, S. , et. (2006): A Longitudinal Study of Job Stress in the Nursing Profession; Causes and Consequences. Journal of Nursing Management, 14:289-299.
- 武田春美(2008):北海道における介護支援専門員の業務負担感とその背景の検討. 医学と生物学, 152(12):529-535 .
- 田中智子(2006):自由記載からみた介護支援専門員のストレスと介護保険制度の関係について. 久留米大学大学院比較文化研究論集, 20:55-68.
- 高崎絹子, 島内節, 内田恵美子, 佐藤美穂子(1997):『看護職が行う在宅ケアマネジメント』. 日本看護協会出版会, 第2版, 115-131. 東京.
- 高野龍昭(2000):ケアマネジメント業務と給付管理業務;介護支援専門員はサービス利用者と真に対峙できうるか. 訪問看護と介護, 5(5), 345-363 .
- 高野龍昭(2001):実践現場の介護支援専門員チームアプローチを考える;サービス担当者会議の課題(その2). 訪問看護と介護, 6(11), 912-917.
- 田山忠行(1996):運動パターンの時間評価. 『心理的時間』. 北大路書房. 第1版, 101-116. 京都.
- 豊嶋三枝子(2007):ケアマネジャーのバーンアウト;その要因と実態. 介護支援専門員, 9(5), 13-15.
- 筒井孝子, 東野定律(2011):介護保険制度下における介護支援専門員の位置づけと政策的課題. 経営と情報, 23(1), 93-101.
- 植村恒一郎(2002):『時間の本性』. 勁草書房. 第2版. 1-18, 205-234. 東京.
- 上野谷加代子(2010):ソーシャルサポートネットワークの考え方と位置. 社会福祉士養成講座編集委員会編『地域福祉の理論と方法——地域福祉論』. 中央法規出版株式会社, 175. 東京.
- 上之園佳子(2003):特集 ケアマネジャーの現状と課題 介護支援専門員の奮戦の日々を業務時間調査から検証;K市の介護支援専門員の实態. ゆたかなくらし, 23-26.
- 内田真理子, 内田陽子, 山田圭子, ほか(2012):新規利用者の2か月間の自立度の変化とケアマネジメント

- との関連. ケアマネジメント学, 11, 53-61.
- 安梅勅江, 片山秀史, 原田亮子, ほか(1998): ケアマネジメント専門性評価モデル試案の妥当性と信頼性および社会福祉士の自己評価の特徴. 老年社会科学, 20(1), 50-60.
- 山崎政城(2005): 介護保険制度におけるケアマネジャーの主治医に対する意識調査. 千葉県医師会雑誌, 57(10): 29-32.
- 吉川敏江, 今和美, 山下美根子(2002): 介護保険制度におけるケアマネジャーの実情. 訪問看護と介護, 7(9), 731-743.
- 横山正博, 山根俊恵, 吉島豊録, ほか(2009): 介護支援専門員の体験する「ゆらぎ」の構造方程式モデリングによる分析. 山口県立大学学術情報, 第2号, 1-12.
- 米本秀仁, 佐藤孝子(2001): 介護保険下における介護支援専門員の実態と課題. 高齢者問題研究, 17, 134.
- 兪 秀娟(2012): ケアマネジメント実践における介護支援専門員の「時間的拘束感」に関する文献的検討. 大阪市立大学生活科学研究誌, 11, 55-67.
- 兪秀娟, 清水由香, 神部智司, ほか(2012): 主任介護支援専門員が認識する「ケアマネジメントで最も時間を要する事例」の特徴; サービス利用者と家族の特徴に焦点を当てて. 介護福祉学, 19(1): 71-80.
- 兪秀娟, 神部智司, 岡田進一(2013): ケアマネジメント実践における介護支援専門員の時間的拘束感の因子構造に関する検討. メンタルヘルスの社会学, 19: 42-49.
- 兪秀娟, 岡田進一(2013): 介護支援専門員のケアマネジメント業務における時間認識の構成要素. 社会福祉学, 54(3): 53-66.
- 兪 秀娟, 岡田進一(2014): 介護支援専門員のケアマネジメント業務における時間認識に関連する要因; 労働実態に対する認識に焦点をあてて. 介護福祉学, 23(1): 5-15.
- 兪 秀娟, 神部智司, 笠原幸子, その他(2013): 介護支援専門員が認識する時間を要する業務内容とそれに関連する心理状態に関する探索的研究; テキストマイニングに基づいた自由記述文からのキーワード抽出. 大阪市立大学生活科学研究誌, (掲載決定).
- 吉田輝美(2012): 居宅介護支援事業所における介護支援専門員の精神的ストレス支援体制に関する研究. 日本人間関係学研究, 18(1): 1-10.
- Yu, X., Okada, S., Kasahara S., et al. (2013): An Exploratory Study on Senior Case Managers'

Time-Consuming Work and Their Psychological State in Japan; Keyword Extraction from Free Description Based on Text Mining. *39th AGHE Annual Meeting&Educational Leadership Conference Program Book*, 95.

和気純子(2004):介護支援専門員によるケアマネジメント;阻害要因の計量的分析. *人文学報:社会福祉学*首都大学東京, 20, 17-44.

鷺見よしみ(2011):介護支援専門員の役割. *ケアマネジメント学*, 9:17-22.

渡邊浩文(2005):居宅介護支援における家族調整のあり方;本人・家族との判断・意見の相違する状況における居宅介護支援に関する研究. *目白大学総合科学研究*, 1, 99-111.

渡部律子(2002):特集 利用者主体のケアを実現するために 利用者主体の高齢者在宅ケアをめぐる課題;ケアマネジャーの仕事をとおしてみる利用者主体ケアのあり方. *老年社会科学*, 24(1), 30-38.

渡部律子(2008a):アセスメントの意味とその実践方法. *ケアマネジャー*, 10(5), 14-17.

渡部律子(2008b):社会福祉実践を支えるスーパービジョンの方法;ケアマネジャーに見るスーパービジョンの現状・課題・解決策. *社会福祉研究*, 103:69-81.

資料 1

(調査票 1)

「介護支援専門員の業務時間に関する調査」のお願い

介護保険法改正により、新しい介護保険制度がスタートして4年目を迎えました。介護支援専門員には今後も、介護サービスの供給体制を一層充実させながら、さらに質の高いケアの構築を目指すことが求められます。私たちは介護支援専門員によるケアマネジメント実践の向上について研究を進めており、今回、介護支援専門員の方々を対象として、「介護支援専門員の業務時間に関する調査」を実施させていただくことになりました。介護支援専門員の方々から日ごろの業務における率直なご意見をいただき、介護支援専門員を取り巻く実践上、制度上の課題を明らかにし、今後のケアマネジメント実践の質の向上を図っていくことを本調査の目的としております。

なお、調査の実施、結果の集積、分析などは、大阪市立大学生活科学研究科 総合福祉・心理臨床科学講座(代表：白澤政和)が行うものであり、統計の集計、分析の結果は最新の注意を払い処理いたします。この調査は個人の自由意志によるものであり、調査回答の有無によって不利益が生じることはなく、また、個人を特定できる情報や、個々の回答内容が公に出ることは決してございません。

※調査票の回答は、

本調査への協力を同意して下さった方のみ、返信用封筒にてご返送下さい。

平成 22 年 9 月 3 日

大阪市立大学生活科学研究科 社会福祉学研究室 教授 白澤政和

ご質問等がございましたら、下記担当者までご連絡をお願い致します。

お問い合わせ

〒558-8585

大阪市住吉区杉本3-3-138

大阪市立大学大学院 生活科学研究科 社会福祉学研究室

Tel & Fax 06-6605-2858

実施責任者：白澤政和

担当：^ベ裴孝承、^ユ兪秀娟、^{シノモト}篠本直子

I. 介護支援専門員自身のことについてお尋ねします。以下の項目について、回答選択肢の中から当てはまるものに○を、または適切な数字をご記入ください。

1. あなたの性別についてお伺いします。

- ① 男性 ② 女性

2. あなたの年齢をご記入ください。 _____ 歳

3. あなたの最終学歴についてお伺いします。

- ① 中学卒 ② 高等学校卒（旧制中学校卒） ③ 各種専門学校卒
④ 短大卒 ⑤ 大学卒 ⑥ 大学院卒

4. あなたの所属している機関の母体組織についてお伺いします。

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

5. 介護支援専門員としての経験（実務）年数をご記入ください。 通算 _____ 年 _____ カ月

6. 介護支援専門員の元になる主たる専門資格分野をお伺いします。（○は1つのみ）

- ① 看護・保健系 ② 社会福祉系
③ 介護福祉系 ④ 他の医療系

7. 6.の主たる専門資格で勤務した年数をご記入ください。

通算 _____ 年 _____ カ月（質問5番の年数は除く）

8. 受け持ちご利用者数(予防給付・介護給付含めて平均1ヵ月あたり)についてお伺いします。

- ① 10以下 ② 11～20 ③ 21～30 ④ 31～40
⑤ 41～50 ⑥ 50以上

9. あなたの勤務形態についてお伺いします。

- ① 常勤専任 ② 常勤兼務 ③ 非常勤専任 ④ 非常勤兼務

9-① 兼務している職種をご記入ください。 兼務職種： _____

9-② 業務全体の中で、介護支援専門員として勤務する割合をご記入ください。 _____ %

10. あなたは一人のご利用者のケアマネジメント(面接、電話対応、ケアプランの作成、記録、事例検討会、ご利用者に関する事業所との連絡調整など)に平均どのぐらいの時間を使っていますか。

※ 過去3カ月間の時間数を参考に一か月平均時間数を以下の計算式に従ってお答えください。

※計算式

1つのケースあたりの1カ月間のケアマネジメント時間＝

(①1か月の契約上の業務時間＋②1か月の残業時間－③ケアマネジメント以外の業務時間**) ÷ ④担当ケース

**ケアマネジメント以外の業務時間とは、一般研修、職員会議、各種行事、広報作成、日直など所属している組織内で必要な業務にかける時間

例)

Aさんの場合

- ①1か月の契約上の業務時間＝約160時間
- ②1か月の残業時間＝約20時間
- ③ケアマネジメント以外の業務時間＝約10時間
- ④担当ケース(要支援・要介護を含む)＝約30ケース

Aさんの計算

(①160時間＋②20時間－③10時間)÷④30ケース＝約5.6時間

※あなたの場合

(① _____ 時間 ＋ ② _____ 時間 － ③ _____ 時間) ÷ ④ _____ ケース = _____ 時間

15. ご利用者が感情的である		
16. ご利用者の自己主張が強い		
17. ご利用者が自分の思うままに人を動かそうとする		
18. ご利用者の言動にズレがある		
19. ご利用者が頻回に連絡をしてくる		
20. ご利用者が既存の介護サービスでは対応できないニーズを持っている		
21. ご利用者が介護サービスに馴染めない		
22. ご利用者が介護サービスに不信感をもっている		
23. ご利用者が介護サービスの利用を拒否する		
24. ご利用者が介護サービスに対して過剰に要求する		
25. ご利用者が介護サービス事業所に対して業務外の仕事を求める		
26. ご利用者の介護サービスに対して多くの苦情を持っている		
27. ご利用者が介護支援専門員を拒否する		
28. ご利用者が介護支援専門員に対して過剰に要求する		
29. ご利用者が介護支援専門員に馴染めない		
30. ご利用者が介護支援専門員に不信感をもっている		
31. ご利用者が介護支援専門員に対して業務外の仕事を求める		
32. ご利用者が介護支援専門員に対して多くの苦情を持っている		
33. ご利用者は経済的に余裕がない		
34. ご利用者は介護サービス利用料の滞納・未払いがある		
35. 家族と同居であるが、日中独居である		
36. 家族以外に身近な協力者がいない		
37. キーパーソン(緊急時に連絡を取り指示を仰ぐ人)が存在しない		
38. 必要時にキーパーソン(必要時に連絡を取り指示を仰ぐ人)と連絡がとりにくい		
39. 家族の介護力が不足している		
40. 家族が本人の介護や家事に非協力的である		
41. 家族関係が良くない		
42. 家族の介護意欲が低い		
43. 精神的な問題を持つ家族員がいる		

44. 知的な問題を持つ家族員がいる		
45. 身体的な問題を持つ家族員がいる		
46. 家族が介護に疲れている		
47. 家族の介護負担が大きい		
48. 家族の気持ちが変わりやすい		
49. 家族が感情的である		
50. 家族の自己主張が強すぎる		
51. 家族が介護サービスの利用を拒否する		
52. 家族が介護サービスに対して過剰に要求する		
53. 家族が介護支援専門員に対して過剰に要求する		
54. 家族が介護支援専門員を拒否する		
55. 家族が自分の思うままに人を動かそうとする		
56. 家族が虐待や介護放棄をしている可能性がある		
57. 利用者と家族の間で介護サービス利用についての意見の食い違いがある		
58. 家族員の間で介護サービス利用についての意見の食い違いがある		
59. 住環境がバリアフリーになっていない		

Ⅲ. 以下の各設問についてお答えください。

ケアマネジメントを行う際に時間がかかる理由について、あなたのご意見を自由に記入してください。

質問は以上です。貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございました。

資料 2

(自由記述 1)

Case 番号	回 答
1	利用者及び家族の話を傾聴し、受け入れて、アセスメントを行い、サービス調整、説明等に時間がかかる。
2	利用者の家族関係を補足するのに時間がかかる。利用者の医療情報の入手に時間がかかる。
3	優先順位として、利用者様が中心であり、ニーズへの対応、プランの変更、サービス事業所との仲介等ですが、それが終わり、書類作成にとりかかる為どうしても残業になってしまいます。独居の方は更新の書類の他、ストーマの申請他、多々書類があります。規定の書類ももう少し略していただくと有りがたいと思う日々です。
4	利用当初にすべて必要な情報がそろっている訳ではないです。よって、確認できた内容からニーズを発見し、それが「課題である」と当の利用者サイドに説明・同意、協力を求めることが大変です。また、介保制度内、利用者側での問題よりも、ケアマネの業務外の「家族側の問題」が強くあり、本人支援よりも家族側対応に苦慮します。
5	重複する障害があったり、ご家族間の金銭トラブルや精神的な問題があり、関係機関との連携、役割分担などの調整に手間がかかる。利用者ご本人より、取り巻く家族間の問題を整理し、それぞれの機関に協力要請をするケースが増えている。[閉じこもり、うつ病、アルコール依存症、賭博、借金、認知症、クレーム、身体障害、虐待]
6	仕事量が多すぎる。事務仕事が多すぎる。ケアマネ業務外の仕事が多すぎる。作らなければならぬ帳票が多すぎる。
7	困難事例や新規の人、変更申請後等は時間がかかる。
9	書類、会議が多すぎる。
10	CMと利用者間の介護保険利用に関する認識の違い。利用者の便利に人を使いたいというキャラクター。排他的な家族。ケアマネが同情的に関わって自分で仕事を増やすところ。
11	対象者が高齢であり、独居や夫婦のみの場合など、アセスメントやサービス利用等の説明や理解していただけるまでに時間を必要とします。
12	利用者各々との信頼関係を構築していく過程の時間、対応の時間を要するので。
13	CMの仕事上、サービスを先に利用者が使っていて、それをプランに後付けする時があります。時間がかかりすぎるので、アセスメントをもっと簡単にうまくできる方法を考え出したい。ニーズが先に有って、アセスメントになっている場合があります。利用者は早く使いたい。
14	キーパーソンの理解力が低かったり、介護疲れを多く感じた時など、心の方を重視することで情報収集が遅れたり、結果を急げない為に時間がかかるが、それはやむを得ないと思っている。緊急性がない限り、一番大事なものは心の方である。信頼関係を築くことがとても大切だと感じています。
19	利用者やご家族の話を真摯に聞き、ニーズを引き出す時間を大切にしています。それを短文にまとめ、理解につながるようにする文章の作成にも時間を費やすわけです。PC内に例文を残してあっても、多々のニーズに応えるには同じ文章を作る事はあまりありません。対人援助である限り、事務的すぎないように心がけております。
20	利用者、家族も初めてのことなので、一度決めても方針が変わる。最終決定までに時間がかかる。本音が出るまで時間がかかる。でもこれは仕方ないし、ここで時間をかけておくと、後は割とスムーズに流れると思っています。大切な作業なので時間の短縮は難しい。
21	介護者の精神面が弱く、訪問、TELにしても何が言いたいのか理解が難しい。在宅生活をおくることについて、少しでも介護者負担を軽減できるようなアドバイスをしてご理解いただけない。これはグチになりますが、この方のケースで時間を費やしても給付管理が算定できない月があり(サービス利用を拒む為)、このような方も何かしらの得点はないのでしょうか。
26	書類が多すぎる。もう少しシンプルにすれば、もっと利用者とお話をする時間が増やせる。
27	新しい利用者さんの利用開始時は情報収集や各書類づくりにとても時間がかかっています。改めて1ヶ月をふりかえると、雑用に近い書類整理や書類作成、他のスタッフの書類の確認等で時間をとられることがわかりました。日頃の業務を見直す良い機会となりました。ありがとうございます。
29	書類が多すぎる。書類をこなす時間がかかりすぎて、利用者自身とかかわる時間が少なくなってしまう。書類に関しても、簡単に有意義に伝える書式があるとなお良いように思われる。モニタリングの書式。一定のものがないため、できれば全国統一のものがあれば助かる。
31	初回訪問で全ての状況を把握することは不可能であり、再度の訪問、もしくは電話連絡等を通じて把握するので時間を要する。
32	利用者が介護保険について独自の考えを持ち、関係者(ケアマネ、ヘルパー等)を召使いのように思っている。利用者は何も言わないが、家族が次々とケアマネの交代、ヘルパー事業所の変更をする。ヘルパーに対しての要求が多い(障害者給付も利用している)。ヘルパーが精神的に詰まって辞めていくことも多い。家族の一方的な気分でケアマネを次々と交代し(現在私が関わっているが、そつと怒らせない様に関わり、この家族もヘルパーが来てもらえなくなるとの思いからケアマネには直接苦情を言わない)、以前からのプランを引き続き利用し、ヘルパーへの苦情の都度、事業所を変更して対応している。精神疾患の利用者、家族もいない方はケアマネが何でも対応する。自分の車に乗せて病院受診等、ショートステイも受けてもらえず、薬の調整の為に何時間も病院で付き添って介助する(車に乗せるなどと言われても、年金は厚生年金を2ヶ月18万程度、自宅ありますがタクシー代は出せないし、そもそも自宅近辺の施設ではなく遠方の施設でのショートステイである為)。本人は独居で要介護4、離婚して一人暮らしの娘も同居せず、自分は具合が悪いし母の年金は国民年金少額ですと言って、出せる金額はここまで、それで毎日ヘルパーを入れてくれとヘルパーが出来ないところをケアマネが対応する。

34	本質から離れた業務を国が定め、行わなければならないから。ケアマネジャーの団体が国の広報活動に終始し、自分たちの主体性がなく、現状を伝える団体になってほしい。
36	アセスメントに時間がかかる。量が多く、すぐに把握できないところもある。従って、まずサービスということになってしまう。利用者の為には仕方がないかなあと思う。あつという間に半年が経過し、ケアプラン作成の量は多いが、訪問、手続き等他の(外の)仕事も多く、残業になってしまう。
37	担当している人数(33名)の中で困難事例となる件数があまりにも多く、毎月15回くらいサービス担当者会議を実施しています。アセスメント等、書類に追われ、本来の業務をこなすことが大変です。サービス残業(日曜出勤含め)で疲れ、体調が気になる状況です。職場の方針に納得がいけない部分もあり、退職も検討しています。利用者と接すること等、困難事例であつても頑張れます。書類に追いまくられることは何とかありませんでしょうか。他のケアマネは書類だけ合わせて上手くやっている方もおられます。
38	利用者宅までの移動に時間がかかる。介護保険で決まった書類以外に情報公開などで求められる書類が増え、その処理にも時間を要する。慣れないパソコン入力に時間がかかる。
39	最初から何と何を使うかなんて決まっていなくても多く、そうなるので少しずつ修正されるので、プラン、利用票、40サタン(担当者会議)等が月にも何回か必要になったりすることが多い。用具を入れてみてDSを考えていくとか。サービス担当者会議も有意だと思いが、家族に耳がなければ会議は「出来レース」になり不毛。そもそも異論等出ない。本質的にはこれがリアルな立場。責を問うのも良いが、またやらないよりやった方がいいのもわかるが、チームアプローチの連帯感ももよさそう。スケジュール調整に追われて後付けになってしまう。むしろ回覧板的なシステムでもよさそう。開催方式も再検討すべき。直接の必然性と代替の問題性を問う。現在のアセスメントはある一瞬の記録にすぎず、本人は日々変わっていく。モニタリングをかねて日々追っていくものにて様式、記録の時期についても現場にそぐわない。請求書、領収書としての記録は無駄。
40	導入しようとする事業者が見つかりにくい。特に難病だと時間がかかる。訪問看護ステーションは難病を受けない事業所もある。訪問介護は重度訪問介護(支援費利用)を受けていない所が多い。また、大企業の訪問介護ステーションほど痰の吸引が出来ない。普段接していない家族よりクレームが入る。長男の嫁が面倒を見てくれないが嫁の意見を聞かず、「なんでできないのか」等言われる。このような家族が多い。24H対応している為、深夜までその様な連絡が入る。そのため調整に時間がかかる。
42	人と関わりのある仕事であること。話を聞く、調整する等に時間をかけるとおのずと他のことが出来なくなる。
44	本人、家族の意向の違いを調整し、納得してスタートするまでに時間がかかります。また、担当者会議や情報共有をしても、方向性が各サービスで認識できなかったり、全体を見る視点で考えられず、目標達成まで遠回りをする事で時間がかかる気がします。事務処理や書類の多さ、連絡調整の多さから記録や必要書類作成に追われます。
	今回ケアマネジメント時間の設問で、時間配分等について考えられて良かったです。本人との面接時間より移動時間、連絡調整時間が多い気がします。
45	白黒はっきりしない部分(グレー)があり判断に時間がかかる。民間には限界がある。市町村だから示すことができ、利用者やその家族が納得することがあると思うので、逃げるのではなく市町村はきちんと対応すべき。
46	作成書類が多い。頭の中でわかっていても間に合わず、常に追われている。時間配分を考えながら行っているつもりだが、なかなかうまく仕事がまわらない。自分にはむいていないのではという思いが頭を離れない。
49	より良いものとする上で必要とは思いますが、制度が大きく変わりやすく、それらを高齢者に理解を得ながらすすめるのは難しい。
50	もっと細かくケアマネジメント業務に関わりたいが、会社組織内で総合的な責任者の立場になつており、会社が求める運営に対する人的管理、運営・経営管理、会社に提出する書類が多く、勤務時間内ではその処理と対応に追われ、ご利用者宅への訪問やより緊急性の高いものしか対応ができず、ケアマネジメントに関わる書類作成全般が勤務時間外に処理することが多くなつていく。常茶飯事である。記録や書類(ケアマネジメントに対する)が多く、また記録や書類の記入方法が複雑で時間がかかる。ケアマネジメント内では介護保険のみを扱うわけではなく、他制度、インフォーマル等、ケアマネジャーに関わる範囲が広がりを見せて、対応、調整に時間がかかる。何でもケアマネジャーにという風潮がストレスになる。行政判断が多く、ケアマネジャーの立場が薄くなりつつあるのは気のせいでしょうか。また、行政判断についてもグレーゾーンが多すぎて困る。そのため、その都度確認するので時間がかかる。
52	書類作成量が多く、書類を正規の順で対応していくと間違いなくサービス導入が遅れがちになってしまう為、状況をみてサービス導入を優先するなどしている。
54	担当件数が多く、1ケースごとにゆっくりじっくり関わる時間が持てない。途切れ途切れで行う為、集中できず、能率が悪く、時間がかかってしまう。
55	書類の記入、作成時間が多く、その分利用者に接することができたらより良い関係ができ、自分自身も余裕を持って相手に接することができるのではないかと思います。
57	ツールが同じでも利用者は百人百通りなので、その個人差がある。一律に1人いくらの収入となる為にジレンマもある。
58	担当者エリアが広く、移動に時間がかかる。自分の担当以外の電話対応などが多く、集中したデスクワークができない(記録に時間がかかってしまう)。介護事務(専任)がない為職場環境が悪い。介護保険制度が頻繁に変わり対応が大変。面接技術、能力が低いのか。一件の訪問時間が30~60分になってしまう。
59	サービス利用が確定できず変更が多い。事業所との調整、プランの作成し直し等に時間がかかる。

60	利用者、家族は全く同じケースはないので、また家族によっては本人だけでなく家族の相談や支援が必要になる場合も多く、毎月の調整も必要。入院が長引くと施設へつないでいるうちに件数が増えていくので、訪問も増える。残業も増える。訪問を早く切上げるように状態が変わると、休みの日でも連絡調整が必要。結局1人で関わると大変。少しくまらぬ。自己犠牲になっていることも多いので、どうにかできないかと悩んでいます。
61	初回の利用者様の場合、介護保険サービスも10年が経ち、友人や御近所からの情報で不安材料がいろいろあるご本人・家族様に対し、デイサービスの事業所を変更できることなどを繰り返し説明、同行の見学・体験などしています。ご本人の気持ちを大切に。
62	ソフト使用している項目数が多く、もう少し整理された簡略な方式で書き込みできれば、所要時間が短縮され効率よく仕事ができる。
63	まずは利用者さんとの信頼関係を築くのに時間がかかる(信頼がないと必要な情報が得られず、また本心が確認できず、家族の意向に従った為に失敗するケースがある)。認知症の場合、本人の意思が確認できず、試行錯誤の状態でもモニタリングを繰り返す必要がある。
65	体調の変化があった場合、本人の状態の確認、本人・家族の意向とサービス調整、1人に対して時間もかかかってしまう為、体調の変化がある人が重なってくると時間がなくなってしまう。高齢者世帯や家族が仕事の為、すぐに施設等の検討になってしまう。サービス量が少ないため困る事も。
67	ケアマネジャーの業務はグレーゾーンが多く、人により差があると思います。私はどちらかというと、グレーゾーンは必要性があれば(利用者にとりメリットになること)対応しています。グレーゾーンに対応していると、通常の業務がスムーズにいかなくなることもあります。利用者は日々変化していく為、いつも同じ時間配分に決めることができず、時間もかかるのではないかと思います。
68	書類が多く事務仕事が多い。月末は訪問業務が多くなると事務仕事が多まってしまふ。計画表、利用票等の差し替えなどが多い。
69	記録：アセスメント、担当者会議録、モニタリング、支援経過記録、ダブル。状況によってではないかと思う。変化がなければ同じことなので支援経過内で良いことも多いと思う。訪問時間もすぐには帰らなく時間がかかる。
70	CMが関わる人は、高齢で理解力低下傾向、こだわりが強い人を対象にしており、その人たちを介護する介護者も同様である。そのため、再三の説明と確認が必要である。高齢者世帯と同居、認知介護、介護介介介護の状況。家族との連絡が大変であり、全てのことがCMにかかってくる。法が次々と変わり混乱をきたす。事務作業もすべてリセットして新しくなる。その対応にも追われ、料金面での変更でも今まで利用できたものができなくなる面での説明も全てCMにかかってくる。アセスメント上でできなくなったサービスがどうしても必要な場合は、他の代替可能なサービスを探し出す必要がある。認定結果が遅く、軽度判定が多くなってきており、サービス継続可能か保険者への確認や利用者への説明が必要な状況となっている。
71	家族が介護を放棄状態「任せからいいようにやってください」と言われることがとても困る事です。一緒に検討し協力し合えばサービスにいかにか時間をとられようと実のあるものになるかと思うのですが、ケアマネが1人で空回りしている時、利用者も意欲をなくし、あれやこれやと考えている時間がたいていそうかかってしまいます。家族が介護に手間をかける必要はないでしょうが、せめて目をかけて頂けるとスムーズにことが運ぶと思います。
72	ショートステイの空きを確認するために、1件1件施設をあたらず、かなりの時間を要する。書類の作成と記録にとっても時間がかかる。理解力が低下している介護者やご本人の説明に時間を要する。プランの変更が多く落ち着かない、ご利用者がいると1人の方にかかると時間が要する。プランの事業所が1ヶ所増えただけで作成をし直さなくてはならず、また内容が少し変わっただけでも同様に手間と時間がかかる。ご家族とご本人とのやりとりで精神的なストレスがあり体調を崩したり、休日もそのことで頭がいっぱいでいつも仕事をしているような気分になる。研修を受け、更新の期間が短く、研修に時間がかかる。
73	初回訪問にて、本人の状態や本人家族の希望を聞くだけで1時間くらいかかってしまう。疲れを考慮し1時間以上は控えている。以降にも本人、家族からのお話を聞く。今大変なのは記録の時間が多量。支援経過とモニタリング等、記録の内容がだぶって記録している。記録や書類作成の時間が減少すれば時間の減少になる。また、要支援者でも要介護と同じ動きをして同じような人があるので、やはり毎月の支援(訪問)はかせない。
75	介護度が低い人のケアプランの方が時間がかかる。特に介護予防プランに時間がかかりすぎている。支援経過だけでなく評価も必要となるなど、記録物が多すぎると思う。
76	ニーズを把握する時に認知症の方やニーズを表出しない人などに関わる時に、サービス調整時などこれで本当に良いのかと悩む。ケアプランで実際に文字に表す時にどのように記入してよいか悩む。1人でも体調が悪化したり、介護者に変化あった時などはずっとその人にかかりきりになる。
77	個別担当なので、事業所内での情報共有にその都度時間がかかる。関係事業所もそれぞれに連絡を取るのに時間がかかり、それをまとめるのにも1人でまとめる力量に不安あり悩みます。丁寧に対応すればすれほど時間がかかり、その最低限のラインの見極めが難しい。記録ばかりに時間がかかる。日中訪問し対応、時間外で記録というのが日常的。個人情報保護法もケアマネを苦しめることが多い。その都度訪問、TELではすまないことが増えすぎている。

80	利用者や家族の話をごつぶり聞いてしまう。その中に拾い上げるものがあると思うからですが。社会資源が上手に介護保険サービスと連動しにくいなど使い勝手が悪いなどの行き詰まり。
85	営利法人の業務構造が多岐にわたるため、実際のマネジメントに関係の薄い業務が多岐にわたります。その為、費用や時間がかかり、サービス提供地域も広い為、訪問にもかなりの時間がかかり、また、利用者の中には認知症や高齢者世帯が多く、体調不良等が発生するとその対応で1日がつぶれてしまうことも多いです。土地柄もあり、新しく移り住んだ人たちに対しては意外と冷たいのです。行政も含めて介護保険外のサービス、支援をうけることが難しい状況です。
86	本人の拒否と家族の無理解(ケアマネへお任せまたは介護逃避)により説明するが前進しない。予防プランは認定期間が6ヶ月か1年の為、基本チェック、評価、プランと認定更新手続きが3ヶ月おきに来る。予防プランは包括、サービスは各事業所、認定更新は市役所と要介護より包括が1か所増えており、時間がかかる。介護認定期間が短い為、1年間の方でも10ヶ月間で更新。提供票の配達。この1年、問題のある方が増えた感じがする。以前は50件中1~2名が問題。今は35件中10名が問題。経済面での給付制限、生保申請は新規契約の半分以上。息子の年金搾取、病院への置き去り、サービス利用未払い等に毎日対応しています。今回の主任ケアマネ研修でも実感したことは、社会資源、活用というのに専門家の講師を出す(労基署の方による労基法説明とか、経営面での専門家)、福祉業界の内々で行っているのは奇異に感じます。この調査項目ももう少し現場のケアマネに同行してから決めないと実態がつかめないと思えます。ケアマネ業務も問題は現場(利用者宅、デイサービス)にあるにも関わらず、記録文書作り等デスクワークに時間がかかることに起因しています。
87	モニタリングの別紙記載をなくし、介護支援経過へ記入のみとして欲しい。同じことの繰り返しで紙の無駄である。居宅サービス計画(1)、(2)、週間等わかりやすく端的に記入し簡素化した形式に変えてほしい。1ヶ月に利用者都合で何回も訪問した場合は加算等の対象にして、ケアマネの職を安定したものにしてほしい。これ以上いろいろな書式を増やさない様にケアマネを苦しめないでほしい。
88	支援困難なケースの場合、本人・家族の理解を促す為の面接時間(制度の説明、ニーズとダイヤモンドの調整の理解)、本人・家族の不満、不安を解消する為の相談援助、使用事業との連絡調整、支援の細かい打ち合わせ。総合的にみると、アセスメント様式により、アセスメントの時間は大きく異なる。介護保険制度を丁寧に読み込み対応したマネジメントを行うと、書類作成に時間がかかる(評価、アセスメント、担当者会議、経過記録の作成時間)。記録を丁寧にとればとるほど時間がかかる(経過記録、会議録、面接記録)。制度変更、事業所体制変更の都度、契約書他作り直し、同意を得ることも一仕事。制度の読み込みと解釈、県への確認にも時間を要する。
92	書類の作成、書き方、まとめ方が下手。表現の仕方に悩む為時間がかかる。
93	人が人を支援するという使命感がある。CMの仕事は単一的にプランを作ればよい訳ではなく、その人の人生、生活歴などの背景を考え、アセスメントをする必要がある。面接を重ねながらニーズを抽出していかなければならないと考えている。一方で、国が求めるCMの業務は、机上の書類作成ばかり求められ、業務量の多さが負担となっている。
95	要介護1、2の方はサービスの変動があるので時間がかかると思う。要介護5はサービス利用開始前、直後は時間はかかるが、サービスが安定すればほとんど変動がないので時間はかからない。ターミナルの場合、1ヶ月に7~8回訪問することがあり、その都度サービス調整が必要で1~3ヶ月で終了になり大変である。介護者が介護うつになってしまい、利用者のサービス調整、介護者の支援などに頻回の訪問が必要になることもある。要介護度によって介護支援料が違うのがよくわからない。介護度が重いから手間がかかると思いません。
97	チームケアとはいえ、1人のケアマネジャーの担う役割が多すぎる。役所や家族等、すべてケアマネジャーにまかせっきり、押しつけのケースも少なくない。24時間365日の対応を求められるよう非常に気が重い。1つ1つのケースについては困難とは思わないが、すべてケアマネジャーに押し付けている現状、生活保護受給者でも、行政よりもケアマネジャーが実情に対応していること等なんでも屋のようだ。しかし報酬からすると、目一杯の担当ケースをもたなければ事業所は赤字になってしまう。
98	ご利用者様、ご家族が自分の話を聞いてほしくて、話が本筋からずれてしまった時に相手方の気持ちを考えて聞かない訳にはいきません。信頼関係を築き、適切なケアマネジメントをするのは本当に時間がかかります。
99	とにかくケアマネジャーが書かなければならない書類が多すぎる。毎月の面談も1回で済まない方、時間を要する方が多い。国で決められている一連のケアマネジメントをきちんとこなさなければならぬとすれば、一人当たりの受け持ちは10~15件程度だと思ふ。
101	家族、本人が計画について一緒に話し合いをしても、決まったことを守らなかつたり、忘れてたりする為、何度も本人と会ったり家族と連絡を取り、サービスの再調整をしている。本人が寂しさや人恋しくなるとパフォーマンスをはじめ、パフォーマンスの内容の真偽を確認するために時間がかかってしまう。本人の理解度が低下していたり、物忘れがあつたりして通院時の内容が不明で、サービスをどのように進めたらいいかわからなくなり、通院時の付き添いをして直接医師に現状を説明し、医師の言葉を確認する。
102	介護保険制度の複雑なシステムについて相手に説明をする時。
106	面接後の本人、家族の意見の食い違い等で何回も調整が必要な時。ケアプラン作成する時の適当な語句を考える時。本人・家族がどうしたいか、なかなか決められない時。
202	利用者や家族のニーズが異なつたり、利用者の言葉の奥に隠された心の声に気づくのが遅かつたりした時に時間がかかってしまう。一度の訪問時間に長くかかってしまうことを心配するあまり、時間の短縮を試み、結局は数回の訪問が必要となり総合的に時間がかかってしまう。もう少し合理的なケアマネジメントができるようにコントロールできるようになりたい。
204	要支援の場合は、計画書の書式がややこしく、同じようなことを何度も書くので大変。別に介護と同じ形式でもいいと思う。アセスメント時に一度に話を聞き出せない場合や、意向がご利用者と家族間で違つると調整に時間がかかる。なかなか事業所の担当者と連絡が取れない場合も、相談がある時などは時間がかかってしまう。書類が多いので、一番記入に時間がかかる。もつ

	と簡素化してほしい。
205	サービス提供の分と担当ケースの変化に対応する必要があるが生じたとき、偶然にも他のケースにも変化が生じ、新規ケースが現れたり、区分変更が必要になるなど、仕量が増え、予防プランの歩行器の歩み、ポジションの意欲的な誘いをかけると、2種類の作成が多くあり、予防プランのみです。NHKで取り上げられて大変忙しく、地域へ出かける回数も多く、社会福祉士が件数を減らし、比較的中心となって社会資源の発掘に情報収集目的で出かけています。最近のケースの変化は精神疾患で長期の入院から初めて、滞納が公共機関や友人への借金を重ねているなど解決まで時間をかけて、伴に移動することも増えており、残業の毎日です。
207	利用しているサービス事業所に対して過剰な要求をされる方がいらつしやう、事業所さんもとでも努力して受けておられること、困難なことを伝える際、クレームにならないよう注意している。何度も訪問を要求されるのでケアマネ業務にも支障がある。
208	利用者の理解力低下により時間がかかる。ご家族の同席があれば良いのですが、別居の方の対応は時間調整もあるのでトータルして捉えるには時間がかかる。家族で仕事をもっている方も多くなっているため、時間外の訪問をしたこともある。
210	利用者の生活の充実度が多ければケアマネへの要求も少ないが、反対に家族間の仲が悪かったり、本人の不安が多ければ、かなり頻繁にケアマネへの相談があったりする。例えば、アボとりやサービスの連絡調整でも聞きたいことを聞き出せるまで日頃の訴えもあわせて話していただくので非常に時間がかかる。
212	現在、認知介護の高齢者夫婦が多く、別居されている家族の要求など、とても調整がとりにくく、このような例が大変と思っています。
214	作成しなければならぬ書類が多く、日中は利用者宅への訪問や事業所への訪問、連絡等で回る為、記録や書類作成が後回しになり、サービス残業を毎回行わなくてはならない状況です。それに加え、ターミナルケア等で終了した利用者家族に対しても必要であればグリーンケアを行っているため、会社にとっては収益にならないことも多く板挟みになり、ケアマネとしての心身の負担は大きいです。
215	利用者、家族、サービス担当者との連絡をとるのに時間がかかる時。ご本人と家族の要望が異なる時。連絡、訪問の度に訴えや要望、予定がコロコロ変わる時。医療担当者やケースワーカー(生活保護)等が十分な役割や情報提供、対策を実行せず、スムーズに解決に向かわない時(相談しても放置など)。介護サービスとケアマネジャーが困りながら走り回る。緊急時のサービス利用の空状況、手続きなど全てケアマネが連絡、調べ対応する時。特に緊急ショートステイについては、行政や地域包括などである程度状況把握などしていただけるとありがたいが。
217	こちらのペースで話を進めることは難しい。本人・家族の意思、気持ちを確認しケアプランまで作成するまでに何回もアセスメントが必要。本人と家族の気持ちが違うことがほとんど。
218	介護支援専門員の役割であるアセスメントを行うにあたり、医療、介護の関係との連絡、報告、相談等なかなか業務が多すぎない状態です。特に医師を担当者会議に出席してもらおうというのは困難。退院の際には看護サマリー等をいただくよう習慣にすることを心がけると忘れないのではないのでしょうか。心身、生活を把握するには必要な事項を追加するようにする。情報は一度では難しい。積み重ねが必要ではないのでしょうか。また、利用者の気持ちを引き出せる関係作りが大切。利用者に限らずサービス提供事業所との関係も必要でしょう。いろいろなおこに目配り、気配りが大切。
220	書類が多すぎる。高齢者・家族に介護保険を理解してもらおうのに時間がかかる。費用を気にされてサービスを利用されていない。上記一応書き出しましたが、今のところ、8年間同じ事業所で働いており、利用している他のサービス事業所との顔ぶれもほぼ同じであり、連絡がスムーズにとれていると思います。新規利用者の方に時間がかかるのは仕方ないことですが、2、3件新規を一度に受けるととても大変です。申し訳ないのですが、他の居宅事業所を紹介させてもらったりします。その為にも、居宅連絡会等で情報交換しています。安心して紹介できる事業所を確保するようにしています。
221	介護保険制度そのものが利用しにくい制度であること。種々の制約があり、緊急対応ができないなど利用したい内容や時期など、本来利用したいことが利用できない。利用者サービス事業所とのトラブルもそういうことが原因も多く、その都度説明しなければならない時間が多い。介護支援専門員の裁量に任せられることが少ない。法令遵守のもとで制約が多すぎて利用者に必要なサービスが提供できないので、他に代用できる制度などがなければならぬ。その為には行政などへ問い合わせや相談に時間を費やす。事務作業が多すぎる。記録物が多く、発行しなければならぬ書類が多い。TELも多い。訪問に行き、モニタリングを行い、事業所に帰って来て各所と連絡調整すると定時になってしまい、記録ができずにとんたんとまわっている状況でメンタルヘルスに影響している。残業時間は経営的にサービス残業になっている。
223	家族が本人の状態を理解できず、理解力が低下している。医療系サービスが必要と判断しても、金額が高いとの理由で拒否されるが、Drがないデイサービスでの受け入れが困難と説明しても、勝手にTELし利用を決めてしまう。本人の状態を説明し、再度受け入れてもらえるか確認すると、医療ニーズが高いかとの理由で断られることも多く、きちんと説明を聞いてもらえない。家族全員が精神疾患を持ち、言葉の理解に時間がかかる。最近、認知症のご夫婦や精神疾患を持った方の相談が多く、新人のCMが対応できず何件も抱え込んでしまいました。対応に時間がかかり辛いです。
225	社福の在宅なので、施設行事への参加が義務付けられ、CM業務に影響が出ている。訪問時間(モニタリング)の短縮等。

227	毎月の訪問等、利用者さんがケアマネジャーの訪問を楽しみにしてくださっており、話が途切れることなく永遠に続き、なかなか帰れない。次がありますと言いきって帰れない自分がいる。書類の多さでパソコンにむかっている時間が多く大変である。優先順位をつけて処理していくが、たまっていく一方である。一人暮らし、高齢者夫婦のみ世帯で近くには家族がおらず、緊急時の対応等、サービス調整に時間を費やす。
228	利用者様が難聴、思い込みの激しさ、人を信じない。それが原因で子供3人と疎遠になっている。家族と交流なし。電話の受け答えができないのでその都度訪問、またメモを残して帰る。また、訪問事業所にも内容を把握してもらう為の連絡が多い。理解力も乏しくなっているため、訪問もその都度1時間以上はかかり、説明、メモを残す作業がある。大声で話し、月に7、8回の訪問で体力がいる。聴覚障害1種2級の為、補聴器をつけていても電話は聞き取りにくく、「はい」と言われても他々間違えて解釈、困ることが多い。そのたびに混乱する(本人、訪問事業所等)。自分の都合がよいように人を動かそうとする。例えば、デイの帰りの車のなかで病院へ行く、それを拒否したらデイを辞める。身体介護(通院介助)とタクシー割引を使ったらどちらが安く通院できるかとか、タクシー乗り場に歩くことができにくい。この方の生き方は尊重する。そうしてお金を貯めて生きてきた現在があると思う。しかし90歳になり、それを変えようとされない、不安定な身体状況であるにも関わらず、変えることは不可能とは思いますが、せめて少しだけでも自分の為のお金と柔軟性を持たせてほしい。
233	困難事例の場合、家族の思いと本人に対するサービスの取り込みについて金銭的な問題が絡み合い、本人にとって一番良いプラン作りができないギャップがあり、ケアマネジャーとして提案しても受け入れてもらえない為、理解してもらえないのに時間がかかってしまう。
234	家族、利用者の意向が食い違う時。利用者さんのことを思えば思うほど時間がかかる。
236	制度改正ごとに書類が増えているように思います。書類書きに追われるマネジメントに本質は求められないと感じています。厚労省は現場を知るべきであり、不正を行う暇があるなら介護保険の中核に、現場のたたき上げを参画させるべきかと思えます。時間がかかる理由は制度の「悪」にあると思います。
240	介護支援専門員の仕事の範囲が明確になっていない為、仕事量が増えているのは事実ですが、反面、それに甘えて何も考えず、ただサービスの割り振りをし、自分と同法人との連動率の計算ばかりをしている介護支援専門員も多く存在しています。気づいて学び、努力する人が忙しくなり、何も気づかない人はのんびり仕事をする、それに対する報酬が同一で評価も変わらないことに時折憤りを感じます。ただ、訪問介護のようにQA等でサービス内容に制限を作り、訪問介護員の裁量権を奪ってしまう状況を介護支援専門員には作ってほしくはないとも考え、介護支援専門員の質の向上や、極論を言うと「不適切介護支援専門員の自然淘汰の原理」が働くようなシステムがあればと思います。
241	サービスの調整が難しい。本人と家族のニーズが異なる。サービス事業者に言いづらいことがある。サービスの調整してもニーズに応えられないことがある。インフォーマルサービスが少ない。一人暮らしの緊急時にどこまで対応しているのかわからないから。
242	ご利用者自身、また周りを取り巻く環境にほとんど変化のない利用者に関しては時間がかからないが、逆に日々変化する利用者に対しては、サービス計画の短期目標の期間が来るより前に計画変更の項目が多々出てきて、PCの入力に時間がかかる。利用者宅で時間がかかったり電話対応に追われ書類が作成できない。
244	希望がどんどん変わる方、なかなかキーパーソンと会えない方などいろいろあります。頭の中が常に30人、40人のことではいっぱいな状態です。
245	今回の最新情報でご利用者さんの利用しているサービスの回数が変わったからといって、再アセスメント、計画変更、各事業所さんへの交付等はしなくてよいとなったが、今までは非効率な事務作業が多かった。それは監査に来られた際、指導を受けたという事業所さんからの情報であったり、また監査に来られる府の職員さんによっても見解が違ったりというあたりで調べるのに時間がかかったり、問い合わせでもすぐ適切な回答がなかったりするので時間がかかる。ケアマネジメントというべきかわかりませんが、介護保険のグレーゾーンの部分に遭遇した際、利用者さんの望むことが介護保険の中で位置づけて良いのか迷った際、保険者に確認し指導を受けるようにしていますが、それに時間がかかることがあります。
248	自分自身の情報処理能力が、利用者が増え、平均介護度が上昇するにつれ追い付かなくなる。モニタリングをして再アセスメント、ケアプラン作成の一連の流れが分断(ご家族、医療・介護サービス事業者からの連絡、呼出し等)、業務効率化を図るも、逆にアセスメントの内容が雑になり、後の訂正等にも時間をとられてしまう。
254	訪問と書類整理を両立させていく必要があり、途中、緊急的な対応訪問や困難事例に時間がかかると両立のバランスが崩れてしまう。残業で何とか間に合わせようとするものの、そう毎日毎日では心身のバランスを今度は崩してしまうようなことがある為。
258	ケアマネジメントを行うことについては経験を積み、相談業務、アセスメント、モニタリング等はOK。必ず訪問し、利用者・家族との面談もきちんとこなせるようになったが、書類作成の時間が作れず、書類はほとんど残業や在宅での仕事になり、徹夜することもある。給付管理、請求、予防における書類提出の二度手間余月末、月初は休みなし。事務員をおける又は別ケアマネジャーを雇用する事業所的経済余裕もなし。非常勤ケアマネの業務を指導、訪問介護等へのアドバイザーとしての相談も受け、現在は心身とも限界である。ケアプラン書類の簡略化が必要です。又は事務を雇える報酬が必要です。PS報酬はゼロでも、ケアマネを訪ねてくる地域の人達の相談を丁寧にこなしています。これこそケアマネの仕事と思っています。ここにもきちんと時間を費やしています。
259	事務処理に時間がかかる。
261	サービスの利用回数が定まらなかったり、体調の変化が著しく変動している時は時間がかかる。又、キーパーソンや利用者の訴えが統一されなかったり、家族同士で意見が分かれている時は困る。
269	事務的な手間、書類の量が多くある。

270	書類が多すぎる。支援経過やケアプランは必要としても、1ヶ月に1回のモニタリングは変化があれば短期間でも可能だが、3ヶ月に1回(以前のように)じっくりと検討してもよいのでは。支援経過に自由記述するので、モニタリング用紙を一定のもので誰もが書きやすいものに統一していただければと思う。
272	住宅改修のみのサービスを実施する時にボランティアになってしまう。通院の待ち時間について、対応できないステーションがある。保険外のサービスで対応できない低所得の利用者がいる。1ヶ月毎のモニタリングが必要なのか疑問。あまり状態の変化がない。書類が多すぎる。その時間を利用者様とのコミュニケーションの時間を多くできればと思う。ケアマネはいつも忙しそうと言われる。管理者として他ケアマネをもっと指導できる時間がほしい。介護保険制度、ケアマネの仕事を理解していないDrが多い。何でもしてくれると思われがち。予防給付のデイサービス利用回数が決められているのはおかしいと思う
273	1つの仕事に集中できず、あれもこれもとなってしまうので、余計時間がかかってしまうと思う。1つの仕事を片付けてから次にとりかかればよいと思っているが、仕事量も多く、段取りがなかなかうまくいかない。
274	個別対応なので利用者によって違う。その為、時間がかかるのは仕方ないと考えます。アセスメント項目をすべて埋めないといけないものか、ケースバイケースでもいいのでは。
276	時間がかかる理由として、本人・家族との時間調整ができない、本人の体調の変化がある時、介護保険の受け入れが困難な時、書類作成が多すぎて疲れます。ストレスの多い仕事だと思っています。事業所と利用者との間に入って困ることもあります。
279	情報が多く行う手間がある。しかし必要なことだと思います。権利ばかり主張する人が多い。
280	書類作成するものが多く、実際利用者との面談などに時間がかかるとなかなか追いつかない。
281	認知症の利用者様に家族の介護負担の軽減でのデイサービス利用を調整した場合、ご本人様のサービス拒否が起る。デイサービス利用がご本人様にとって良いことがあるという実感を家族が理解できるまで多くの時間を費やす場合が多い。家族ともに規則正しいリズムのある生活が大切であることを理解していただくことは容易ではない場合が多い。
282	ご本人・ご家族の思いの聞き取り、確認に時間を要す。使える(合う)サービスがなかなか見つからない。
287	各利用者に対応する時は、その利用者にあわせて面談に必要な時間等を配慮して仕事の割り振りを自分で実施している。新人ケアマネに対する指導、教育のシステムが職場にはなく、対応に悩み回り、手間取ってしまう。
290	サービス担当者会議の調整やたくさんすぎる書類の作成に時間がかかりすぎる。行政は苦情でも何でも文章を義務付けるが、どうでもいいようなものまで文章を作成するように言うのが負担になっている。
291	ご本人様がサービスについて理解されない、拒否的。ご本人様と家族の希望が異なる。ご本人様と家族が置かれている状況を認識していない。連絡がとれない。意見がコロコロ変わる、ニーズがつかみにくい。料金が出せない。家族が非協力的、任せきり。地域との折り合いが悪く、協力者がいなく孤立している。介護保険で補えず、他の資源もない時。かかりつけ医がおらず、協力を拒否的。家族が間違った思い込みで介護をしている。家族が精神的に疾患を持っている。同居または別居家族自体に生活問題がある。金銭管理ができず、多重負債に陥っている。相手により意見を変える。本心がみえない。入院・入所が必要と思われるのに在宅での希望がある。必要な資源や金銭がない時。業務以外の要求が多い。
292	利用者と家族の思いが違う場合の調整に時間を要す。利用者に家族がいなく、利用者の思いが介護保険のサービスを逸脱しており、かつお金がなく生活保護にもならないぎりぎりの生活の利用者の調整。
293	連絡調整にとても時間がかかる。各事業所さんとも良い関係で進めていきたいと思うので。少しの変化にも対応しにくくなった。独居の利用者さんへの都度、説明に時間がかかる。理解してくれるまで伝えにくい不安が残る。不安が残ると何度も電話がかかり時間がかかる。独居で認知症の利用者さんが増え、日々家の中でいろんなことが起こり、その都度「助けて」と電話があり時間がかかる。院内介助が認められず、待機時間の多い病院など特にケアマネが院内介助するしかない。独居で年金が少ない人2人、独居で生活保護が1人、3人の通院を月2回ずつつくると本当に時間をとられる。文章力がなく、書類を作るのに時間にとられる。支援経過とモニタリングは何かある度同じことばかり書かなくてははいけない。支援経過は問題があれば同じ人で20日間毎日書いた人もいる。本当に時間がかかる。
294	時間がかかっても、何回もお話してプランを調整していています。今まで苦情やひやりハット等様々な場面にぶち当たりましたが、逃げずに対応しました。心が折れそうになった時もありましたが、支えてくれる同僚や介護スタッフ、そして利用者の方からの「ありがとう」を支えにやってきました。これからも「思い込み」はしないよう、いつも初心の気持ちでこの仕事を続けていこうと思っています。
295	アセスメントシートはMDS-HCを利用していますが、大変時間がかかり、又、現在の状況に適さない箇所もあり、日本版により改良し、使いやすいものになればと日頃強く思っています。書類が多く、本来の利用者、家族と接する時間が思うようにとれない現状があります。事業所に対する減算項目が多々あり、本来のマネジメントが行えない。監査の為の書類整備をしている現状があります。不正をした一部のオーナー、ケアマネジャーの為に厳しくなってきたりしている現実がありますが。ケアマネジメントは素晴らしい仕事だとは思いますが、エネルギーを使う割に報酬が少なくストレスが大きいのも事実です。もっと簡素化し、本当の意味での介護保険の要となるようなケアマネジャー業務にと強く思っています。
297	利用者、家族のニーズを引き出す為には、信頼関係がなければおおよそ月1回訪問のみのCMには話してくれないことも多い。本音を引き出すには時間が必要。事務的な仕事をするのではなく、利用者にとってして欲しいことをしてあげるのがCMの仕事と思う。そうでなければCMとしての必要性を理解できない。
298	書類が多いこと。ケアマネ1人1人の力量の向上により、介護保険外のことへの支援等に時間がかかる。

299	年齢の若い人が格障害の方のケースは時間がかかると主張しているが、介護保険に規定された介護5デイサービス週6回+ヘルパー週6回は限度額を超えている。「行政が我々を助けてくれる」と主張し理解が得られない。かといって
300	利用者の8割に認知症があり、家族の意見をあまり聞くことができない。サービス担当者会議の開催は日程調整が難しくなかなかな開けない。照会状を出しても返ってこない事業所がある。
302	ケアプラン作成について時間がかかると思うことは少なくなりました。ご本人のニーズとは別に必要なサービスを提示し相談するなどで説明会に行え、ご理解いただけるようにしています。実際ケアプラン数が少ない為、営業活動に動く時間が多くなっています。ケアマネジャーもどっちか来ようと思いついては折っています。
303	アセスメントの方式が形式的で不合理。プラン変更の際の手続きが煩雑で記録が多すぎる。生保受給者65歳未満の場合、担当ケアマネジャーが更新手続きができないので更新後の結果が非常に遅れる。ケアプランの書式に無駄な重複があり、非合理的。
304	要介護認定に時間がかかり、サービス実施が遅れたり、要介護から要支援となった場合、必要なサービスが提供できず、利用者への説明や再アセスメントに時間をとられてしまう。介護保険サービスやそれ以外のサービス等についても周知されおらず、その説明に時間がかかる。しどろもどろと記録や確認が多すぎる。プランの更新も高齢者は特別な場合を除いて状態が固定化ほど細かく記録や必要性に疑問を感じる。比較する話では、医師はケアマネほど社会的地位や収入の向上なんて夢のまた夢である。
305	本人の意見がしばしば変わる。家族の意見がしばしば変わる。
306	訪問先では行くと話をするのを待って下さっている方がたくさんおられるので、訪問してすぐ帰れず、話が長くなるともしばしばあります。記録や計画書を作る時間がかかってしまいます。目が細いパソコンの字が見えにくく、字の打ち間違いもあり時間がかかってしまいます。モーターサービス計画書の文面を作るのも時間がかかります。福祉用具は半年ごとの担当者会議、地域包括の委託を受けて、結局は居宅介護事業所のみでサービス計画を立てるご本人さんのサービスを進めているのに、地域包括事業所は連絡したりは無駄な時間に思われます。地域包括に書類を届けたり連絡したりは無駄な時間にも思われます。要介護の方と同様でもいいのではないかと思います。
307	本人や家族のニーズの違いがあり、また家族間でも食い違う場合に調整が大変です。
308	利用者の状況に合わせた訪問が増えたりすると、記録の量もそれだけ増えますが追いつきませぬ。一度に色々と重なりますとメモ程度の事は出来ませんが、一番出来ていない仕事として経過用紙の記入、アセスメントの再記入などです。その他連絡調整の為に記入する用紙など山のよう。そちらに動力をとられ、訪問してあげたいと思っていた所にも行っていない時もあります。記録や記入の大切さはトラブル時や振り返りに重要になることも理解し体験もしていますが、書類、印など追われます。少しでも簡単にしソフトを変える事、パソコン入力や早く出来る山にするなど努力しておりますが…現実にはその場や外回りの少しの時間を取ったメモの積み。せっかく作った計画書も言葉で理解され紙はいらんといわれる方もあります。置いてあってもその説明した時しか見ていない。業者さんは最近はその対しての援助計画を下さいます。計画ももっと具体的に、利用者さんの分はもっとわかりやすくないでしょうか。
309	その利用者だけにケアマネジメントを行うなら集中し効率良くできると思うが、他の方のことも同時に進行しなければならず、結局時間不足なので時間がかかるのではと思いました。サービス担当者会議では、利用者側や事業所側との日程調整で時間がかかります。毎月利用者宅に訪問し、モニタリングを行って記録しても、モニタリングの結果として、同じようなことを再度記録に残さなければならず、他にも書類が多く記録に時間がかかります。
312	利用者さんのケアよりも事務処理に追われる傾向にあり、利用者さんの対応を一番に考えて行動すると事務処理が後回しになり、自分自身の精神的負担が大きくなる。
313	書類の記載が煩雑。記載がどんどん細かく必要になってきている。サービス事業所の提出書類や確認事項などで、サービス事業所のミスも全てケアマネの確認不足などの責任がある。家族がいない場合などで、本人が行えない、または経済的に余裕がなくて自費サービスが使えない場合はすべてケアマネが代行している。行政などもすべてケアマネが代行することを前提としていている。個人情報保護法で必要な情報の入手が困難になった為、対処に時間と手間がかかるようになった。
315	ケアマネジメントをスムーズに行おうとすれば、十分な情報がないとできない。十分な情報収集をしよとすると、利用者や家族の面談が重ただが、訴えを傾聴しながら必要な情報を収集するのは一番時間がかかる。単なる愚痴の聞き役でもなく、アセスメント優先で介護者や利用者にとって不満や不信感を持たれないように聞き取りするの最低1.5時間はかかる。そして聞き文章で内容やプランとして作成していく時、利用者や介護者にわかりやすかつすっきりとした文章でICFの概念を十分に表現できるように…と考えていると、最低でも2hくらいはかかってしまう。今の私の課題は、いかにデスクワークの時間を減らして利用者宅の訪問回数を増やすかです。自分の計画通りに1日のスケジュールが動かない事も悩みの種です。
316	時間がかかる理由については、書くことの多さだと思います。必要なことも良く分かりますが、ただひたすら書いておくだけでいいのに、実際に聞き取りができていてもプランに活かしていないケースも多々あるように思います。
317	提出物や事務作業が多く、本来時間をかけるべきケアマネジメントが遅れ気味になる。

318	家族関係が難しくかったり、勢力順位が発生する場合、本人不在のケアサービス提供となりがちであったり、認知症か精神疾患が必要な場合、主治医の取り方に迷ったり、また、金銭が余剰がないが、サービス提供がみえにくい場合の関わり方に時間を要することなどに苦勞します。
322	ケアマネジementを主に行うのがケアマネの本来的な仕事と思われるが、「何でも屋」的な業務が多く、ととも勤務時間内に終えられないような状態ではない。「何でも利用者や家族の言うことをするのがケアマネ」という世間的な捉え方になっているならば、資格の国家資格化や報酬がそれに合ったものにならない限り、ケアマネの人材育成は進まないと考える。
323	適切なニーズにあったプランを作成することを常に心がけております。その為にはケアマネジementはとて重要な業務です。特にショート予約(ロングショートや緊急時ショート)には時間がかかってしまう。1つのできごとを関係者全員が把握できるように全ての関係事業所に連絡する為に費やす時間はかなり苦しい。
324	本人の思いと家族の意向が違う時。近親者がありながら疎遠の為、個人情報等の法的バリアがあり、その都合により援助者や機関からケアをはずされたり一任されたりして右往左往する。多忙な医師との接点に限度がある。費用負担や書類が届くまでに時間がかかる。高慢な態度に接遇すると医療系の知識の限度や理解度の違いがみられ、引かざるを得ない時がある。
325	郵送や書類の整理。電話の取り次ぎなど。ケアマネジャーの仕事について事務業務との分業が遅れている為。また、ケアマネジャーの仕事の特殊性に応じた設備を十分に備える事ができないう。また、介護保険サービスで解決できない困難事例の対応に明け暮れ時間がかかる。ケアマネジementに専念できる事務員の配置や設備、ノートPCや電話機、FAX、訪問に使う公用車など)などを整えられる十分な報酬があれば良い。
326	利用者や家族が本音を言えない時や、言う相手によって言うことが食い違う時、何が本当なのか判断しかねる。利用者や家族の意見が違う時。サービス事業者からの意見があまりない時やこちらの意図することが伝わらず、気付いたことがあっても連絡がもらえなかったり、気付いていない時。チームとしてうまく機能していないと思う時。制度としての縛りにとられ、他の方法が見つからない時。サービス調整時、入ってくれる事業所が無い時。
327	電話連絡が主であるという時点で、不在やサービス中の場合に再々の連絡を必要とし時間がかかりやすい。漏れも起こりやすい。とにかく書類が多すぎる。介護ケアマネジementのソフトが賢くない。賢いソフトは高額。手書きはもっと大変。本来は行政の仕事であるような介護保険の制度説明や主治医意見書が遅い医師への督促なども結局ケアマネがやっている現状がある。医療機関側でも退院時にケアマネと連携すれば加算がとれるようになったのは良い事だが、趣旨を理解せず、とにかくケアマネを呼べばよいと思っている病院もある。どうでもよいことでも呼ばれる事が増えた。入院中の人の為にいくらく動いても、退院してさらにサービス利用してくれないとコスト上は意味が無い。請求外の仕事が多すぎる。時間がかかるのは人によっても月によっても変わる。重度だから独居だから認知症だからかかるわけではない。主介護者の不測の事)やサービス事業所側のミスのために調整に時間がかかったりすることも多々ある。
330	担当ケースが時間的にあわず記録物が後回しになってしまい、急ぎで対応し、事業者への交付などが落ちていたら CM カルテ内の記録を入れていくが、またその時には別の方の対応に追われていく。事業所内の担当している利用者の自宅も遠方になる事が多くなっているため、サービス調整や手続きを行うにしても移動などの時間がかかってしまう。サービスが定着し安定している方の訪問も、間にはさんでこなしていくのに忙しい。
331	利用者の要望や思い、家族の考え、経済状況、サービス種類など、いろいろな調整に時間がかかってしまいます。ケアマネが動いて利用者の困っていることを是正してあげたという想いで仕事をしています。自分の時間がとれないですし、同じ事業所の他のケアマネとの動きに差も出てきますし、どこまで対応すればよいかいつも疑問を持ちながら働いています。加算Ⅱをとっているので24時間携帯電話に転送の電話がかかってくるのですが、他のケアマネは嫌がって管理者の私の電話にのみ転送されます。いつまでこの状態で仕事が続けられるのか不安です。
332	書類が多くて本来ケアマネが行う支援がおろそかになってしまいます。監査の為に書類を作り揃えている自分が嫌です。ケアマネは減算基準が高いです。本来の仕事に戻してほしいものです。
333	利用者より、ケアプランとは直接関係のない要件で電話対応時間が長いこと。
335	ご利用者様の状態把握が不十分な場合や意向の聞き取りでご本人と家族様に本心を尋ねると違っている場合、及び生活力の低下でご本人がこうありたいと考える希望が明確でない時に何度でも訪問して介護保険で何ができるのか、地域資源やご本人の人間関係の絆で支えて生きがいのある人生が送れるのか迷う時に手間と時間がかかります。ご利用者と合わない時は精神的苦痛で最後に訪問となる事がある。
337	利用者ニーズを確認する為には何度も面接を必要とする場合がある。
339	書類が多い。もう少し簡素化できれば利用者、担当者、家族との関わり時間がとれると思う。本来の意味での記録、書類作成ではなく、監査の為のものになってしまっているように思います。
341	初回面接でアセスメント項目がとれない。又、法改正でできない生活援助等の説明に時間がかかる。法改正時の国からの説明を利用者、家族にわかりやすくしてほしい。介護保険利用にあたり、面接できない家族(就業や本人・家族の都合で)がいる為、本人の訴えだけではアセスメントしにくい時がある。
342	定期訪問以外に貧困や生活保護受給家庭、キーパーソンがいない等、業務範囲と思われる支援をやむなくしなくてはならない。支援経過はデスクに座っている時に記入するが、訪問に時間をとられ、思うようにデスクワークもできない。予防プランにしても介護にしても、書類に追われてしまう。
344	ケースにより必要なサービスを事業者が受けていただけない時、事業者を探すことに時間をとられてしまいます。

345	介護予防の書類の量が多すぎます。ケースによれば、頻回に訪問してモニタリングが必要な方もおられ、書類の提出が滞り、事務作業に時間を費やす暇がない場合もあると思います。市町村や区単位的に簡素化され統一性を希望します。
348	初回に作成したケアプランの後、新たなニーズが現れることやモニタリングによってサービスは入った量が足りなかったりする時々に、アセスメントをやり直しプラン変更をする為、落ち着くまで3カ月くらいは何度も訪問したりサービス事業所との会議を重ねる必要がある為。
349	利用者の気持ちが変わりやすい。しかも自己主張が強い、自分のことしか考えない。事業所と利用者宅とが離れており、移動時間がかかる。病状が変化しやすい。理解力が低いにも関わらず、支援する家族や知人がいない。電話などでは理解できず、何回も訪問し説明する必要がある。入退院、転院を繰り返し、病院側で援助してもらえない援助を依頼される。
352	アセスメントシートで記入項目が多い事。短期目標、長期目標を立てていますが、短期目標の期間(3か月ぐらい)に何度もケアプランを立て変えなければならないこと。
353	利用者本人の希望や意向と家族の思いが違う場合。それぞれのサービス事業所の考えの違いがある場合。自立を目指そうとしない利用者とサービス事業者との調整。同じ方向を向けて進めないケースの調整。
354	連絡調整においては、担当者が不在の時がよくあり調整が即できず、1日～2日かかる。その間、支援経過も書きにくく、保留となる。その間に新たな問題が出現してくる。即行動する必要がある。多いので書類に残すことが後になり、それが重なる。思い出して書くので時間がかかる。書くことが多すぎる。訪問面接においては、ある程度時間をかけケアプラン以外のことも話題にしながら信頼関係を築かないといけない。ニーズを引き出す為には時間が必要で訪問時間が長くなる。
356	利用者の意識の変化。利用者、家族、サービス事業者の意見のずれ。
357	書類の量が多すぎ。手すり1本増えたり減ったりで計画書の変更、それに伴いアセスメント、サービス担当者会議と、無駄な労力、書類が多いと思います。
358	利用者のニーズ把握する為、面談や聞きとりなどに時間がかかる。短期間で生活や心身の状況が変化した場合、すばやく判断しサービス等の調整をした後、その記録にかかる時間が長く感じる。
359	適切なツールを活用できていないと思います。面接や電話対応等には時間をかけていきたいと思いますが、その他の業務については時間配分を考えて使っていけたらと思っています。
361	アセスメントにより本人のニーズにあった支援で、本人にあった事業所探し、またはヘルパーさんが本人の状況を把握できて対応できる人がいるのかを探するのに時間がかかる。また、施設でも本人のニーズをしっかりと理解して要望に応えられる施設であるのか、検討するのに時間がかかる。
362	ニーズにあったサービス事業所の選択。利用者がサービスの必要性を理解してくれない場合。
363	信頼関係の構築に時間がかかる。認知症や精神疾患のある人にサービスを理解してもらいにくいので、何度も話し合ったりすることが多いが、必要なサービスになかなかつながらない。もともと性格なのか、権利主張が強く、できることとできないことの説明がスムーズにいかず、時間がかかったり精神的にも負担が大きい。家族のいない独居生活を送られている方の場合、ケアマネ業務外の役割を病院や行政から求められたりすることも、以前と比べると少なくなったといえども、まだまだあるので、そのことで1日3時間かかったり結構な時間がかかっている。
364	記録する事が多すぎて、利用者、事業所との関われる時間が限られています。家族の介護力の低下(高齢、子どもと別世帯)や家族が本来行うことができることまで求められることが多い。子どもにやってもらうのは子どもがかわいそうと、利用者が子どもではなく事業所やケアマネジャーに依頼してくる。
365	記録物の中に本当に必要なものかわからず、記録をしている時がある。その際に時間がかかっている気がする。要介護の方が要支援になった時の包括との連絡調整の時間。介護認定(更新申請、区分変更申請)の手続きの時間。
366	記録や必要書類に日々追われる。昼間は訪問や調整、会社に帰ってからの記録等に追われ、月日が経っていく毎日。
368	独居で認知症の方の在宅生活を支援する為、サービス事業所との調整に時間と労力を要する。特に経済的に余裕がない場合、服薬管理等の医療ニーズを充足する為、訪問看護サービスを導入したいが、利用者負担を伴う為困難な時がある。現状では、訪問介護と通所介護サービスを利用して頂き、住み慣れた自宅で安心して生活できるよう支援しているが、介護保険のみでは対応が困難となる事が予想され、今後インフォーマルサービスを含め、地域でどのように支援していくか課題である。
370	特に新規の利用者の場合は、アセスメントや調整等で何度も訪問や連絡する必要があり、継続されている利用者には比べさらに時間がかかると感じます。また、記録しなければならない書類が多く、業務時間内に記録を作成する時間を自分自身で上手く調整する事が難しいです。
371	利用者の自宅への訪問自体に時間がかかること。些細な変更や利用者の求めに応じて訪問しなければなりません。独居で家族が通常するべきと思われる事を求められることが多く、その度に訪問して対応することになります。電化製品の故障やその他の家具等の不具合など。利用者に限らずサービス事業者から「何とかしてあげて」と依頼される事も。利用者を不安にさせたより不都合な思いをさせまいと訪問して業者への連絡や業者への訪問時に立ち会う等、全てしてしまえず。相談の範囲が広く、訪問して話を聞いて対応して…。時間がいくらあっても足りないと感じます。
374	問題点が多数存在する。キーパーソンがいない。親族がいても疎遠、協力してもらえない。担当人数が多すぎて1人1人に細かいケアマネジメントを提供する余裕がない。家に帰っても仕事の連絡があり、サービス残業でリフレッシュする時間がない。
376	モニタリング、月に最低1度の訪問と電話を必要時等、何度か入れる中で十分にモニタリングは行い、支援経過に記録したうえでまた別紙にとっても負担です。

377	電話では状況把握が難しく、自宅まで走らないといけない中、書類の多さにアップアップしています。もう少し簡素化する方法をと思います。
378	介護認定、結果が出るまでが混んでいるとのことで遅く、対応が困難である。必要な時に入れない介護保険とは何と感ずる時がある。支援の方の通院介助。要介護から支援になり、説明するのに大変だった。
379	ご利用者より家族がいろいろ言われるなどで、ご利用者の思っている事、希望が聞かれない時。自分は一生懸命介護していると思ひ、ご本人が話す時間が無いほど良く話す家族。家族が別居で本人は1人暮らしで認知症のある人。総合的に高齢者の方に電話で連絡しても「はい、わかりました」と言われるが、実際忘れていくことが多いので、訪問して説明しないと納得していない事があるので何度も訪問しなければならない。
380	担当者会議の日程調整。サービス提供数の枠に入る事ができず、その他のサービスに切り替えをする必要があった時など。御家族の理解度が低く、サービス内容等への説明が伝わらない。老々介護者数増、他介護可能家族不在時などの対応など。
381	色々な事業者とトラブルを起こして回ってきたいわゆるクレイマーに対応して時間がかかっても、1つ1つ説明させていくやり方をとると、クレイマーが通常の利用者になるが非常に時間がかかる。本人が決められない利用者でキーパーソンがいない時、CMの独自判断でものごとを進められぬうちに、関係行政の担当者があからさまに対応を面倒臭さだったり、責任逃れをしようとどんどん時間がかかる。
382	困難な利用者のケア(訪介、ショート、デイ)を引き受けてくれる事業所が少ない。多くの事業所を使っている場合、利用者の状況の変化を伝えるのに時間を要する。家族への傾聴に時間がかかる。遠方の利用者がある。受診に同行したり、医師との連携に時間がかかる。ターミナル。家族間の意見がバラバラで振り回されている。
383	作成する書類が多すぎる。支援経過に記入する事でいいのでは。
386	相手の都合があり、時間調整が大変である。ケアプランや経過記録等事務処理が多すぎて大変である。～しながら出来る仕事でないのではかどらない。
387	サービス調整に対する手続きが多すぎる。医療系のサービスの調整の為、主治医に意見を求めるが返事が返ってこない。事務処理(支援経過、モニタリング、プラン作成、アセスメント、給付管理等)に追われる日々であり、毎月モニタリングの為に訪問する時間とれない状況。求められる事が多い割には国家資格でもなく、何の権限も与えられていない。医師や事業所、家族さんにペコペコといつも頭を下げていなければいけない。アセスメント、モニタリング等の様式は統一すべきである。みな、一生懸命に頑張っているのに何故利用者の元へ行く時間がとれないのか。支援経過、モニタリング、アセスメント等の事務処理や制約が多すぎる。ケアマネの位置付けが曖昧すぎる。その割には、何でもケアマネに言い処理してもらえという考えの人が多い。
388	自立支援(障害者)から65歳になられた方に時間を要することが多い。共通して妻、子どもが離れて行ってKPがなく、すべてCMに相談してくる。要介護1であるが、マネジメントに要する時間が多い。
389	経過記録、アセスメント、再アセスメント、情報提供、本人の意向・家族の意向確認、サービス計画作成、担当者会議調整、医療系サービスであれば主治医の意見確認。ひとつのケアマネジメントを始めるとなると、必要な書類作成するまでに時間がかかる。介護認定調査は本当に必要でしょうか。認定がおりても家族や本人に保険証を借りに行き返却する手間がかかります。なかには認定が下りても連絡なしで「きていない」と分からない人もいます。自宅送付するのであれば、事業所に送付してもらえたら手間の時間も少なくなります。予防計画作成にも時間がかかり、地域包括支援センターの方に一度もあった事が無い人の意見をいただき、又提出しないといけない二度手間がある。
391	担当利用者が家族支援者等交流のない1人暮らしの方が多く、なお且つ疾病により自分で行わなければいけないことが出来ない為に代行をせざるを得ない状況が多い。家族や近隣との関係が希薄な今の状況に対応した制度の拡大を望む。
392	独居のご利用者で会話がとてもお好きな人がいる場合、会話の中からケアに必要なものを導き出すこと以外に、会話がケアになっていることが多いことがあるので、相手が支援専門員に対して会話(日常世間話)を長くしてくれることを要求されている場合の時間の調整が困難(利用者は判断能力があり、わかっている人ほど困難なことがある)。
395	アセスメントを行う時、家族様の思ひは十分に聞くことができるが、本人の意向は認知症があればわからない。家族様優先のプランになってしまい、本当にこれで良いのかいつも考えてしまうので時間がかかってしまう。訪問時間が長くなることも度々ある。書類作成にも時間がかかる。住宅改修は意見書作成、利用者宅への訪問回数も多く、時間がかかる。
396	サービス業者のケアカンファに対する意欲がかなり低いと感じます。サービス担当責任者のスキルがかなり低く、問題にするべきであると思ひます。なぜなら、介護支援専門員が頑張っても、良い結果は出てこないと思ひます。現実的にサービス担当責任者に伝わらなければ何も実行できず、良い結果は出てこないと思ひます。現実的にサービス担当責任者が事務所にはいない時間がかなり長いのが現実です。それと事業主の問題も介護支援専門員には重くのしかかってくるのが現実です。利益の為に介護支援専門員に多くのサービスを要求し、無駄なサービスを作らずに思ひます。介護支援専門員に対する独立性を法律上整備しなければ、いつまでもなくならないと思ひます。
400	サービスの利用先が多いケースは、担当者会議の案内調整から手間や時間を要し、ケアプランの交付なり記録にも手間がかかる。ターミナルケースを担当すると、家族との連絡回数は非常に多くなり、訪問も頻回に行っている。入退院時に病院との連携の必要あり、病院への訪問にも長時間(半日程度)は必要になる。大変な時に在宅時に短いことが多い。体調が不安定で入退院を繰り返しているケースもきつちり病院と連携していけば時間や手間がかかっている。なかなか毎回きちんと連携しきれていない事も多いです。最近、独居加算を算定する為に市役所へ住民票をもらいにいく手間も増えましたが、色々と加算を作ってもらいましたが、全て手間がかかるようになっており、担当件数が増えたと十分な対応がしきれなくなっています。

401	介護認定の段階で審査会等での意見があればケアマネジメントの時間が短縮できるのではないかと思います。また、アセスメントの簡素化が必要ではないかと思います。
403	家族との日程調整が困難。本人や家族の気持ちがコロナで変わる。本人が気ままで周囲が振り回されている。精神疾患があり電話対応が大変。施設併設の為、施設内の他部署からの仕事が入ってくる。予防と介護に分かれている為、人数制限で気を使う。施設にすぐに入所したがる。家族がケアマネに丸投げする為負担が大きい。
404	文書のまとめ方や各関係機関との連絡調整に時間を要する。身体状態の変化に伴い、通院等の予定変更が生じるとともに、サービス内容が著しく変化する様な状況が多様にある。日中は電話や訪問の対応に追われ、夜間記録することとなる為、就業時間も延長せざるを得ない業務が続く。研修等を積極的に受けながら、筆者としての技術でスラスラとかけて、まとめることができようになりたい。人と生きたりしての支えをあたりに、多様な問題がまて生じてくるのが抱えきれない問題。ケアマネとして支えてきている。ケアプランはこまてとは割り切れない事情が多い。利用者も家族もあらゆる感情を表出し訴えてくる。依存的傾向にある。
406	他のCMを見ていると、利用者やサービス事業所のいいなりに動いて、うまくいかなかったらそれぞれのせいにして終わらせるばかりで、きちんとアセスメントとサービスの適合の確認をしない方が多い。そんなCMをみていると無駄な動きが多いと思う。予測して動いていないのだと思う。せっかく一生懸命作成して利用者の合意を得たケアプランを、各事業所に交付しても十分に見てくれておらず、各サービス事業者がCMの欲しい情報を収集していない場合が多い。そうすると、CMが現状確認に向かう回数が多くなるので時間をとられる。
407	利用者の予防、生活の質を高める為のサービス、あるいはインフォーマルサービス導入にあたり、かなりの時間がかかります。細かい気付きを持つケアマネは特に自身のニーズの発掘により、自身の業務量を増加させていきます。それに伴う書類の作成も大変で、35件の利用者を担当する事は本当に大変なことです。また、ケアマネだからこそ、利用者の生活を守る為、ケアマネ以外の業務を行わないといけない為、書類の簡素化を切に願うところです。
408	サービス利用については、本人が望むサービスに空きが無い時。ショート、希望する日にとれないかその後の調整に時間がかかる。デイ、他の事業所にあたるが、曜日と調整するなどに時間がかかる。ヘルパー、同じく希望する曜日、時間に空きが無いと調整に時間がかかる。複数の事業所を使うと、それぞれに連絡調整が必要となってくるので時間がかかる。
410	信頼関係が構築できるまで、本当の気持ち、要望を聞く事が難しく、適切なサービス利用を進めていくことが難しい。
411	当該事業所は地域的に同居家族が多いプランが多く、独居のプランは少ない。介護力が期待できそうであっても、本人の思いと家族の思いにズレが生じたり、家族がいることにより困難に巻き込まれ、連絡調整に時間がかかることも多々ある。それゆえ、独居は独居加算もつき報酬にも反映されるが(認知症も)、家族がいるがゆえに困難になり、振り回されるのは「かなわんわ〜」という感想です。
412	日中、訪問やサービス事業所に出ていることがほとんどであり、ケアプラン作成や記録にかかっている時間は業務時間外になっています。特養、デイ、ヘルパーとの併設事業所であり、来客や電話対応にかかる時間も多です。また、法人内の研修講師や他の事柄に時間もかかってしまったり休日出勤も多くなりますが、残業手当等も全く付いていません。ケアマネ業務だけをさせてもらえば、もう少し時間の余裕も余裕も思っています。関係機関や事業所との調整も時間がかかります。記録についても担当者会議などは経過記録の中に盛り込んで良いのではないかと思います。
413	書類が多すぎる。
415	適切な言語を使っている表現ができない。時間がかかる。特にサービス計画1表の「総合的な援助の方針」を書く時。
418	援経過、アセスメント、担当者会議の記録、モニタリング等、記録に時間がかかる。内容的に重複するものもあるので簡素化してほしい。
421	介護支援を行う際に、生活歴、家族問題、地域社会との関係性等を無視することは出来ず、サービス提供事業者のみの対応では解決できない問題が多い。また、医療面に関しては、病識の有無、判断材料の有無等、ご本人および家族に支援をするにも力不足で調整に手間取る事が多い。
422	書類が多い。事業所との連絡調整に時間がかかる。
423	八十代後半になりますと、しっかりとしていた方々も少しずつ短期記憶、金銭管理、ADLの低下が見られるようになります。独居の方は、特に自分の方向性が定まらなると不安、他者が信用できない等にて、納得していただき次のステップへ進むのに時間がかかります。
424	介護保険制度についての理解に乏しい。「利用できる事はほとんど利用する」という利用者や家族の考え。できることとできないことへの線引きがきちりされていない。
425	何度も訪問が必要な利用者が必ず月に数人はいて時間がかかるとともに、更新や新規、区変に伴う担当者会議、それによって生じる書類関係、電話等の相談や事業者との連絡調整、毎日朝から晩まで働いても仕事が残るので、全ての流れが時間のかかる理由だと思います。
426	法令で定められた記録が多く、活動以上に時間がかかる。また、要介護度と実際の利用者の状態が違っているように思われる事が出来ず、区分変更申請、利用者・家族との面談、事業者との調整、暫定のケアプランの調整等にかなりの時間を要する。ケアマネジメントの本質が業務に活かされず、連絡、調整等、無駄に時間が過ぎていく時もあります。最近、ケアマネジャーの質を問われないまま、業務に追われ、ケアマネジメントのスキルアップに力を入れない余裕の時間がないように思えます。ケアマネジャーはどんなことでも対応しないといけないとおもっている風潮についても意識改革が必要です。今一度「ケアマネジメント」というものに対しての本質を意識付け、質の高いケアマネジメント業務が遂行できるよう考えていく必要があると思います。

428	サービス事業所はケアマネに報告してOKとなり、多種のサービスを利用しているところは報告・確認の信頼を深めても、サービス事業者の担当者との信頼がとれず、聞きやすいケアマネに何でも確認している。直接ケアをしている者ではなく、窓口となる責任者や相談員と話をすることとなる。また、会議においても利用者・家族・他事業者の前では本音を言わないこと
429	連絡のやり取り。事業所の方が不在、自分も不在。やり取りの行き違い、サービス担当者会議の日程調整が図りにくい。FAXや文章のやり取りの時、文章力がなく考える為長くかかってしまう。独居の高齢者、介護者の高齢化、介護者の精神疾患の方、若い孫がキーパーソンの時、説明に時間がかかる。
430	私は事業所を1人で立ち上げ、兼務でケアマネをしています。利用者がかかりつけ医から総合病院に行き入院治療が終わった時、家族や本人からの連絡なく、他の事業所に変わっていることがあります。
431	介護度が変わると更新時期が半年後となり、その都度調査同席、担当者会議、アセスメントシート作成、会議の記録、サービス計画の変更など記録物も多く、これらの事に時間がかかる。支援経過、アセスメントシート、毎月記録するものも必要性はわかるがとて時間要する。その他、施設長から新規利用者をとれ時々言われ、日頃の業務が忙しくそれだけで大変なのに、精神的プレッシャーをいつも感じ、いつまでこの仕事を続けられるかと耐えられなくなる事がよくある。
432	兼務しており、各事業所の場所が異なる時、移動にかかる時間等、業務に関係のない時間が必要。調整が多く必要な利用者が多くあれば、対応だけで時間がかかり大変である。
435	同法人内での他サービスを手伝う事など集中できない環境。オーナー、上司の無知、法令違反の指示、サービス担当者会議の事など手間のかかるルールが多い。
436	書類が多く、作成に時間をとられてしまう。サービスの調整、担当者会議の調整などに時間がかかる。個々の利用者のニーズをきちんと聞き、その人らしく生活していけるようにと考えるには、じっくりと話を聞く必要があるが、いろいろな他の作業があり、すべてを完全にしようとするのと1人の方に何月も時間がかかる。
437	利用者のニーズ確認の為に、まずは話を聞くことから始まるが、その為の訪問や会議が増えればその分記録も増え、後回しになってしまう。利用者や家族間で意見が違ったり、経済的な理由でサービスの導入が遅れたりすると、調整(訪問等)に時間がかかる。担当している利用者の中には、困難事例と言われるケースが何件かある。その方の対応はやはり時間がかかる。
440	初回訪問やアセスメントであまりプライベートな事は聞きにくい。信頼関係を築くのに時間がかかる。
444	独居で耳が遠い人とのコミュニケーションの連絡手段として電話では誤解も生じやすく、その都度訪問しなければならない。
445	予定外の利用者からの連絡があった際に時間を費やす。1つ1つのプラン作成量が多い。記録物が多すぎる。サービス担当者会議等の日程調整が難しい。
447	訪問地域が広く、自転車でも片道20~30分かかるところも多く、移動時間に費やす時間が多い。ケアプランの変更が多く、担当者会議の開催の調整や記録の整備に時間がかかる。
450	独居、認知症の利用者が多くない、要介護区分が低くてもサービス量が充足せず、ケアマネが動く必要はないことが多い。本人への連絡調整も電話では済まされず訪問の頻度も多く支障がある。地域の見守り等、インフォーマルな支援も不足している。相談窓口である地域包括支援センターも多忙である為、直接動いてくれることも少なく、つい頼りがたい存在と思ってしまう。医療、介護の現場にも専門職として経験不足が見られ、人材不足は否めないと思える。介護保険制度を用いた公的施策も支援も頼って手引を引いてしまった感がある為、利用者本位のサービス提供にもその量の問題が乗りかかり、自立とは一体何かをいつも課題としてしまっている。審査会の内容も不透明で認定調査のあり方も状況説明を文章だけで表現し、第三者にどんなことが問題であるかを理解してもらおうには文章力を要し、視点を変えたい表現で予防の方が一気に介護2の認定にまで判定されてしまう。予防⇄介護の区分を行きつ戻りつする利用者にとって、担当が変わることほどストレスはないと思え、時間を費やすこととなる。どんな方にもわかりやすい介護保険制度であることが、ケアマネジメントもスムーズに進められることと思える。
451	キーパーソンとなる家族がいる場合でも、連絡、調整時、不在や連絡がとれない等があるとスムーズにマネジメントできず時間がかかる。ケースを複数抱えており、短期入所の予約やその確認に1日費やすことがあり、1つのケースに集中できず後回しになる事がある。毎日書かなければならない記録が多すぎる。少し気を緩めるとたまってしまう、1つのことに集中できない。
452	利用者、家族との話に時間をかけるようにして、事業所に戻り書類がたくさんになり、業務時間内に終わらない事が多い。また、各関係者との電話対応なども多い。地域に呼ばれることもある。
453	主治医との面談、医療系サービス導入に当たり、主治医からの指示を頂く時、病院での待ち時間に時間がかかる。居宅管理指導を導入されている利用者で主治医との連携の取り方について、往診時自宅で待つようにしているが待機時間がかかる。話が長い方、電話が長い方は訪問して話を聞くようにしているが、何度も呼び出されて同じ話の繰り返しになる。
454	連絡調整等にエネルギーが使われて、ニーズの具体的な内容まで把握する時間が不足しがち。
455	高齢者は介護制度は理解できない、何でもしてもらえと思っている。一人暮らしの方はキーパーソンがいない。権利擁護申請手続きに手間がかかる。利用者はその日の気分で気持ちが変わる。ケアマネジャーの質が低い。介護制度と理念を自分自身が理解できていない為に説明はもうできないと思います。
456	関係者の意見が合わない場合。ニーズが明確でも本人が受け入れ出来ない場合など、調整に時間がかかるとプランははっきりしない場合、大変さを感じます。

457	<p>アセスメントや再アセスメントした情報をデータ化し、次へ継いでいくことに時間を要している。サーム担当者会議の開催が多く、準備や会議録の作成に時間を要している。電話対応に時間を要している(利用者、家族、サービス事業者)。</p>
458	<p>私は1人ケアマネで仕事をしています。書類整理が多く、利用者対応の時間とりが少なくなるのが現状です。担当者会議、支援経過録、プラン作成等利用者宅の訪問時にパソコンに入れたみでできるようにしていただければ、利用者にもその時にプランの内容確認をしてもらったりで使うと思われまして、また、福祉用具の紹介やその他の施設紹介もパソコン画面で紹介すれば分かりやすいのではと思われている。いろんな業者のパンフレットをもらって使えば、利用者もすぐ置く忘れしていることが多いです。ケアマネも病院の電子カルテのように持ち運びできるようにできればと思っています。</p>
459	<p>決定的なニーズの変化ではなく、些細な変化でもアセスメントから担当者会議、計画書まで一式作らなければならない。書類が多すぎる。訪問や利用者との相談援助業務に時間が足りない。本来必要なケアマネジメントに伴う書類だけでなく、行政が管理する為に必要と思わざるを得ないような書類が多い。実地指導の時に必要な書類が多すぎる。また、困難事例では、本人・家族の意向が一方的でまとまらず方向性が見つけにくい為、時間を要する。また、ケアマネジャーが1人で抱え込むと、ジレンマやケアマネジメントに時間がかかり、行き詰るケースもある。対人援助業務の為、合理的にいかず時間がかかる。</p>
461	<p>私の場合、サービス量が適切ではなく生活上様々な問題がある場合において、家族の負担感大きく、女性が主介護者の場合、妻であれ娘、嫁などその関係なく愚痴を聞くことに圧倒的に時間を要します。ケアプラン、各種書類作成にも時間はかかりますが、愚痴を聞く時のこちら側同様の精神的負担というのは決して数値化できるものではなく、事務処理に費やす時間とたとえば長さをだとしても、感じ方でもとても長く感じます。それでも、介護者の精神状態が正常なら、介護支援により問題解決して生活が安定してくると負担軽減し、傾聴時間も短くなり、訪問のアポイント電話に30分、「介護保険証がまだ届かない」と言っても30分、ヘルパーの援助内容に対する意見にや至っては、1時間以上の長電話にお付き合いをさせていただいていきます。また、認定調査や費用など時間無駄に感じています。調査して調査票を記入しておおむね要介護1程度と判断できる方でも、前回同様要支援1のまままで主治医の意見書を取り寄せてみると、前回のコピーではないかと疑うような内容だったりします。そして、当然サービス量が少ないのですぐに区分変更申請してあります。結果に時間がかかり、事業所に迷惑をかけています。見直すべき点は現場にたくさんあります。声を上げていかなければと常々思う反面、業務に追われる毎日です。</p>
462	<p>初回訪問アセスメントでは、信頼関係もできていない状態で聞きにくいことばかり聞かなくてはいけません。どうしても時間がかかる。また、本人、家族の中には、いろいろな話を聞いてほしい方も多く、聞くことも大切であるが時間がかかる。サービス利用についても介護保険制度に対してはほとんど知識のない方が多く、説明に時間がかかる。</p>
463	<p>ニーズの把握。利用者が生活すべてを話してくれる訳ではなく、聞き取りが難しい為。時間と期間をかけて行う為。支援経過の記録。本人・家族との電話やサービス事業者との連絡など、全て記録すると時間がかかる。</p>
466	<p>本人のプライドが高すぎ、必要なサービスが受け入れてもらえず、状況がますます悪化してしまいう。無理に進めることも出来ず、他の方法を考えるが、なかなか解決できない。他のサービス提供事業者との時間調整ができず、なかなか担当者会議が実施できないことがあり、関係者間が集まって意見を交わしたりできないことがある。</p>
470	<p>利用者の理解不足にて、事業所との連絡調整がTELで取りにくい為、本人宅訪問回数が増えている。</p>
471	<p>必要であると考えられる支援内容と、実際に必要な支援が必ずしも一致せず、また、本人、家族も何をしてほしいのか、自身では「わからない」と訴える事が多い。</p>
472	<p>関係機関からの情報がスムーズに処理できない時など。医療情報、医師との連絡や施設側の判定会議日程待ちなどで早急なサービスの導入に時間をとられる。入退院や利用者・介護者の変更調が重なり書類が間に合わない。利用者との関係より家族との関係・調整で時間がかかることが多い。介護支援専門員に求められる事が多く、介護以外での対応(医療や役所関係、生活全般にかかわる相談)を求められる。身近な相談をしやすい立場にあるのはわかりますが、病院や役所からも利用者の担当として諸対応を相談されるなど精神的にも負担が大きい。勤務時間外でも連絡があれば動かざるを得ない。</p>
475	<p>雑務を頼まれることが多く、時間をとられる。家族の協力が得られず、家族が対応するような内容も頼まれる。家族の連携がなく、個々に説明する手間がかかる。書類にも時間がかかる。</p>
477	<p>本人と家族の意向に食い違いがあり、意見がまとめられない時に困る。主介護者も高齢で、本人の状態の把握が困難で意向が読み取れない時に困る。キーパーソンがケアマネのように勝手な行動をとられてしまう時。</p>
479	<p>1~2回の訪問ですぐアセスメントができ、プランを立てることが困難な場合が多くあります。利用者側もデイサービスやヘルパー訪問等に対し不安がある為、安心してサービスを受け入れるまでに数カ月かかります。</p>
480	<p>書類が多すぎて追いつかなくなる。支援経過に全て組み入れられれば簡素化できると感じています。制度的にグレーな部分があるところもあり、判断に迷うことが多い。その都度、役所などに確認が必要で時間をとられることがある。もっとCMの立場が信頼され、書類が減ることを望みます。</p>
481	<p>書類業務が膨大。</p>

484	<p>IIの利用者ですが、娘さんが母親の認知症を認めない為。先生からは前頭葉が萎縮していると 言われるが、認知症ではないと拒否。独居で指示が来ないと着替えも出来ない。ケアマネに対して 何もしてくれないと市へTELしたり、サービス担当者会議を開催してサービスを入れて のに、勝手に変更する等と苦情が多い(話し合いをして決めたのに)。また、デイサービスの利 用も他の事業所に変えてほしいと言われ、お試し利用して頂く段取りをしてもキャンセルし た。また、何ヶ月かしてから再度変更依頼もある。生活支援をいただいても、身体な 介護を依頼する。ヘルパーに対しても事業所を変更したいと依頼もある。利用者は何も言わな いが、家族に振り回されている。必ず計画の変更時は事業所、家族、ケアマネにて会議を開催 するが、多い時は毎月変更になることもあり。本人宅より5分くらいの所に居住されているが、 毎月訪問をしていると言われるが来て何もされていない様子。区分変更申請も考えたが、2 年間要介護1、来年の春まで出ているので、様子を見ながら支援している(娘さんはお金のこと もあり別に良いと言われる)。認知症は要介護1ではない。大変時間がかかる家族です。</p>
485	<p>他サービスを使うにしても必要と言われる。書類の種類が多すぎる。1人1台パソコンがある わけではないので、つい後回し、が仕事が多まる原因となる。もっと共通して使えるものがない とたくさんサービスを使う人は特にその度に入力しないといけない。</p>
486	<p>微細な変更に伴うサービス担当者会議の連絡・調整。モニタリングにかかる時間よりも記録に 費やす時間、記録書類の多さ、複雑さ。制度の変更に伴う複雑さ、本人・家族への理解を得る 為の時間。</p>
489	<p>書類が多い。記録に時間がかかる。</p>
490	<p>利用者の思いにより添う時間に重きを置いているので、訪問時間が事務時間より多くなり、事 務が後々になっているのが現状です。プランフィは介護度が低い方が安いですが、予防の方で も月に数回訪問することが多く見られ、プランフィの設定は難しいと思います。</p>
497	<p>利用者さんの状態や家族、周囲の方などそれぞれ思いがあり、状態は日々変化していくので計 画そのものの継続性が難しい時もある。使用しているソフトを十分使いこなせていなかったり、 ソフトが実情に合っていない点があったり時間をかけることもある。</p>
502	<p>担当者数35〜39人へ訪問、確認、アセスメント入力、支援経過記録、事業者間の連携、サービ ス計画等、個々の認知症状への対応、緊急時対応等、全ての対応、記録において時間がかから ないものはない。担当者会議開催調整等、冷静に介護支援を行うには、担当しているケース全 てがパーフェクトにできることは不可能である。困難事例を多く抱えると全ての対応、記録の 時間は出てくるはずがない。独居または独居状態の老人が増えていく中で書類、提出等の簡素 化が行われなければならない。まじめなケアは困難である。認知症状がある人に1つの約束を取り決 めに対応時間がどのくらいの時間を要するのか、現実的な面をみてほしい。高齢者飽和状態で認 知、精神、虐待へ丁寧に対応する時間が確保できない。</p>
504	<p>主治医からの医療情報を得るのが困難な場合が多い。Dr自身が多忙であったり、外来受診時に 付き添いしても短時間の情報収集しかできない。FAX、手紙では個人情報から手続き(家族の同 意)が必要と言われる。往診時に同席しても、短時間の慌ただしい診察で遠慮してしまう。疾病 があるから障害があり、日常生活上で問題になっている。その基本である医療情報が得にくい。 情報不足、主治医とあって話し合いたい。治療方針とケア方針はお互いに連動しなければなら ないと思います。担当者会議開催の調整に時間を要す(準備)。各サービス担当ともにケア プラン作成するという気持ちがなく、ケアマネがプラン作成するものと他人任せで会議でも活 発な意見がない。とにかく、3ヵ月、6ヵ月毎のケアプラン作成、毎月のモニタリング、認定調 査で休む時がありません。どこかがおかしい、夢にまで出てきてストレスを感じています。体 面より時間、休みがほしい。</p>
510	<p>ケアマネ関連の書類が多すぎる。軽度者のレンタル、住改などもっと簡略化してほしい。特に 軽度者レンタルについては保険者により様式や提出書類が異なっており、わがT市はとても作 成に時間がかかる。医療系サービスの位置付けに関しても、もう少し病院側の理解がほしい。 常にケアマネが頭を下げて医師の時間に合わせて出向く必要があり、このようなことで時間の ロスが生じている(移動時間を含めるとすぐに2〜3時間かかることもあります)。医師が記載す べき書類として全国的に書式の統一、医師の認識が必要かと思う。また、医師が介護保険制度ニ ズを知らない為、ケアマネが説明してやっと書類を書いて、意見を聞く事もある。毎月のモニ タリングはかなり負担。このことはかなりのケアマネが感じていると思う。必要は理解できま すが、そのような書類を完璧にされているケアマネがどのくらいいるか調べてほしいと思う。最 近はネグレクト、精神認知の方が多く、訪問回数、時間も増える傾向がある。アンケート項目 にあるようにケアマネ以外の業務も行わなければならないこともある。ケアマネが集まると監 査の話が出てくる。監査対策の為の書類を作ることもある。35人の利用者様を担当し、多くの 書類を作成することがどれだけ大変か、もっと現場を理解してほしい。書類の簡略化、または 担当件数の制限が必要。</p>
511	<p>長期間に至る介護生活が原因であると思われる、うつ症状のある主介護者が長時間ぐちをケア マネに話をしたいというニーズがあるが日常化している場合、何か精神的不安を抱えている状況 をケアマネの訪問で解決しようとする利用者等。ケアマネが担当ケース数が少なく勤務日数多い。 時間的余裕をもって利用者に接していき、担当交代すると同様の接し方を求められ難儀。し まじくもその前任者の書類作りができていない場合は、担当交代してからほ1年ぐち 残業を覚悟しなければなりません。</p>
517	<p>制度と制度の間に落ち込んだ利用者のニーズに対し、「これはケアマネの仕事ではないから」 という線引きが出来ない。必要な社会資源を探り、そこにつなげる事も大切な仕事の一部と思 う。なので、時間を費やす事が多くなるのだと思います。</p>
518	<p>計画を変更する度にサービス担当者会議を招集・開催し、原案を作り直し署名をしてもらい、 各事業所に交付書を作成するなど書類がたくさん増える。サービス種類が多いとその分書類も 多く時間がかかる。</p>

521	アセスメントを行い、サービス導入してから落ち着くまでに時間がかかる。ケースに関しては、何カ月もポイントつきりという感もあり時間を要する。入院から在宅へ変える場合も、医療的なことが追加されるごとに担当者会議録、計画書の変更などの事務処理も増えるのが現状である。実際に動くより事務処理を片づけていくのに時間がかかっているのも現状である。
522	独居高齢者で認知症がある人の場合は、判断能力の低下があり、本人の自宅を何回も訪問しなければならないことがある。また、家族との連絡も時間がかかる場合がある。様々な対応をとらなければならない為、ケアマネジメントに時間を要することになります。
523	文章化に時間がかかる。
525	書類の量が多すぎる。結局は同じことを何度も書いているだけ。やることを増やして減算の荒探しをする為としか思えない。もっと実用的な書類作成の流れを検討してほしい。
526	書類、1枚ずつの説明、関係のないことを話していても最後まで聞いている。昔話とかの繰り返しなどがある。わかりやすく説明しようとおもっているが、スムーズに進むように話が出来ない。ところどころ聞き忘れなどがある。医療面については本人も良く分からない事が多い。しっかり時間をとるようにしているが、1人ケアマネなのでこれでいいのかといつも不安がある。
701	利用者および介護者の意見の相違。嫁・姑問題。
702	現在の身体状況を確認することはできるが、利用者さんの今までの生活歴、価値観、性格、思いなどを理解することはなかなか難しく、時間をかけて信頼関係を築いていく中で分かってくる事も多いので時間がかかる。
704	老老介護の世帯では、困っている時には何度となく連絡が入る。その度に訪問する。こちらもとても気がなるので何度も連絡をとっている。娘や息子が近所にいないケースでは、緊急時「どうしたらいいか、病院に行った方がいいか」ということまで連絡が入る。老老介護では判断できず、ケアマネが自宅にかけつづけるか呼吸困難状態、救急車にて搬送したことも。家族と同居しているが、本人は胃ろうであるが歩行可能、少しでも目を離すと水を飲んでしまう方、1日中目を離せずSSの利用は本人が拒否、現在は月～土、デイ利用、昔から嫁との仲は悪く、嫁は介護疲れから寝込んでしまったことも。本人の介護負担のストレスから夫婦の仲も最悪になったことも。
705	ケアマネ1人が担当する人数が39人まで決められたことで、今まで50人以上受け持っていた人数が少なくなったが、反対に仕事量が減るところか中身の内容が重視され、サービス担当者会議(連絡・調整等)、モニタリングなど多くの見直しがあり、さらにケアマネにとりてやらなければならない事務が多くなっている。本来、利用者との会話を通して現状の様子をアセスメントして今後の新たなニーズなどの発見につなげなければならない業務の時間が、私たちケアマネも机上の事務の仕事が多くなっているのが現状である。
710	サービス事業所との連絡調整において、家族と提供事業所のそれぞれにおいて意見が違う場合の調整に時間がかかります。サービス担当者会議を開催させていただき、方針を共通理解できるようにして目標が達成できるように話し合いをしていきます。
711	記録する書類が多すぎる。モニタリングしてアセスメントするより、パソコンに向かう時間のほうが大きい。
714	聞きたい事を聞く為に入っていく話が長くなる場合があったり、それしてしまうことがある。利用者さんが自分の意思を通そうとされることで、本来必要なサービスを利用できず、説明に時間がかかる。
715	本人、家族からのニーズを把握し、マネジメントする事はできるが、事務処理に最も時間がかかる。包括支援センターの為、計画書作成に時間がかかる。その他の記録、提出書類も多い。
716	利用者とその家族、または家族間でサービスに対するニーズが違う場合。利用者または介護者および双方が精神疾患である場合。
717	本人が介護サービスを利用する目的について納得できないと利用計画を立てても継続できない。また、家族だけのニーズにこたえてケアプランを作成しても同様のことが言える。本人がその人らしく意欲も持って生活できるように、なぜ介護サービスの利用が必要なのかを本人が理解してもらえらるまで担当ケアマネとして信頼関係を築き、「本当にこの人なら信頼できる」と本人に思ってもらえるようになるまで、その人の為のその人の思いを尊重したケアマネジメントは行えないと思う。
718	1ケースに対し時間をあまりかけることが出来ないと同時に、情報収集が不十分なことがある為。
719	医療度の高い利用者の受け入れ先がなく、連絡調整に時間と労力を費やす。本人と家族の意向の食い違い。・緊急時のサービス調整。プラン変更が頻回で事務的な処理に時間がかかる。
722	ご利用者と同居家族とでサービス利用について話を進めて行く途中、あるいはサービス利用中に主介護者ではない別居家族が全く反対の意見を言う為、ケアマネジメントがスムーズに進まないことがあります。このような場合は話し合いの場を設けても片方が不参加となる為、話は平行線を辿るばかりで、ケアマネジメントの妨げになります。
723	ご利用者やその家族のニーズを話してもらえらるようになるまでの信頼関係作りが大変。時間がかかる。ケアマネジャーがどのようなものか理解してもらうまでに時間がかかる。ご利用者の介護保険制度についての周知・理解が足りない。ニーズが多様であり、それに対応する社会資源が無い場合があるから。
724	最近家族が働いており、日中連絡がとりにくかったり、独居の方、高齢世帯の方が多くなり、ケアマネジメントしていく上で連絡等に時間を要します。また、お金が無いから払えない、サービス利用できないと言われる家庭も増えており、介護保険のサービスにつなげることが難しく時間を要しています。

728	<p>家族の要求過多、理不尽な要求、人にあわせて訴える内容を変える、話をオーバーにするなど家族、事業所双方のクレームが多く、いっしょに業務・ケアマネ協力を更替していかない。サナシナシな担当者会議の開催を何回も開く。多様なサービスは上手い情報伝えたり事実確認したり、問題解決に至るのに相当時間がかかる。もしも環境改善も検討しているが、立てない。家族はヘルパーが来るまでそのまま、全ヘルパー任せしようとする。自身は頸椎ヘルニアでも身体介護はDrストップだと話されているが、訪問回数を減らして解決する問題でもなく現時間もかかるし、自分は効率も悪いと思います。</p>
729	<p>家族とご本人さんの意見の異なるケース。サービスの必要度が高いけれど、一割負担が難しいケース。サービスの必要性を家族・本人が感じないケース。何でもすべて任せてしまいたいと思ってしまう家族など。認知症の方でその時々の考えが変わり、調整に時間がかかるケース。ショートステイの調整に時間をとられるケース。毎回同じことを聞いてほしい本人または家族。冬場は片道1時間かかる所も。なかなか家族と連絡がとれないケース。等々、あまり時間をかけなくてもいいのかなと思うところで時間がとられてしまっています。</p>
732	<p>家族関係が悪い場合、利用者・その家族の思いを聞くのに時間を要する。介護問題に絞って対応しないと、その他の社会問題については自分の中ですみ分けをしないと限りなく時間がかかってしまう。長い生活の歴史がある対象者を理解する為、土足で踏み込まないように配慮しながら、全体像をとらえるには時間を要する。</p>
734	<p>信頼関係を築いて隠れた課題を見つけ出すことは頻回に出会わないとわからないので、新規依頼がある時は1週間ほどほぼ毎日訪問または電話で関わっている。給付管理、請求業務時期はパニック状態で残業ばかりだがる。文章力がないこと、パソコン入力が未熟なこと、事務業務に時間がかかっている。私自身が加齢とともに持続力がなくなり、一気に片付けることができなくなった。</p>
735	<p>移動時間。連絡、訪問調整、プラン作成等いつも変更・修正があります。家族の判断で薬をやめてしまい、サービス利用中に何かあると苦情を訴えられることがあり連絡調整が難しい。家族の思い込み強く、話すにも言葉を選ばないとサービス事業者の思いや要望をストレートに伝えられない。本人・家族の意見の食い違い、介護に対する思い込みがあると調整に時間がかかります。ターミナルの方は状態の変化が早いので時間がかかります。</p>
737	<p>休日や自宅には仕事を持ちこまないように意識している。全く考えないという訳ではないが、書類等を家に持ち込めない為、残業で対応している。提供範囲が広い為移動時間にかかる。職場のリーダーでもある為、ケアマネ主での時間制限がある(認定審査会や委託調査、情報公表の調査員などの業務もあり不在が多い)。指定事業所でもある為、困難事例が多い。</p>
738	<p>月1回ほどの訪問の中で知る情報は少なく、提供事業所からの報告等に頼るところも多い。細かな情報を得るにも手間や時間がかかり、家族によってはなかなか話も聞けない家庭もある。家庭の事情の細かな点は聞き取りにくく、正確な情報を得にくい。</p>
740	<p>記録として求められている内容がとても細かい為、記録を整えるだけで時間がかかり、最低限の援助でしか動けない。ソフトウェアが合理的なものではなく、同じような内容をあちこちに記載する必要があり手間である。毎月行う担当者会議の件数がバラバラであり、数が多いと調整だけで半日ほどを費やす。記録を充実させるには利用者に関わる時間、記録の時間がとても必要であり、件数を制限してほしい。件数変更による利用票の出し直しなどは必要ないといふことにしてほしい。記録も調整も、利用者とのコミュニケーションもとても大切なことは理解しています。しかし、ケアマネジャーも対応時間が限られています。もっとやりたいことがあっても仕事を増やせない現状を何とかしてほしいです。</p>
743	<p>同事業所内に他サービス事業所もある場合、情報収集はできるが、小さなことや報告はいらぬこと等、細かなことの報告があったりすると「そこまで言わなくてもいい」ことが結構あったりする為、違う意味でのストレスがたまり振り回されたりする。提供地域ではあるが、距離が30分ぐらいかかる所へ何度も訪問しなくては行けなかったりする。また、休日しか時間とれないなど。サービスがなかなか安定せず、「やってみないとわからない」と家族から言われると、連絡調整で時間がかかる。</p>
744	<p>今回、Ⅱの質問の利用者は、認知症の進行を支援者側はかなり感じていても、同居の息子(知らん顔)、月に数回訪問する娘ともに重大なことの認識もなく、一応その場での会話は成り立つし、娘の顔も分かるからまだ自宅で大丈夫との思い。本人の体調が悪化したことで多少の理解は得られた様子だったが、やはり本人の認知症状に対しては片目で見ているように思う。同居家族がいても、介護、本人の状況に無関心であればいけないのと同じと思える。家族が本人の状況の理解にとっても時間がかかる。また、支援者側との重大さの感じ方が違う。現実には本ようにはいかないものです。利用者、家族、支援者からの色々な話を聞くことでとても時間がかかります。</p>
749	<p>キーパーソンの意向が固まっていないケースや、本人とキーパーソンの意向、関係性に隔たりが大きいケースは、何回か相談に出向いたりしてサービス提供以前の調整が大変です。</p>

資料 3

(調査票 2)

「介護支援専門員の業務実態に関する調査」のお願い

近年、介護支援専門員のサービスの質が議論の対象となり、今後も、介護支援専門員の方々には、さらなる質の高いケアマネジメントサービスの提供を行うことが求められています。しかし、介護支援専門員の方々が日頃の業務を行うにあたって、さまざまな時間的制約やコンフリクトを強く感じている状況もさまざまな研究などで明らかにされつつあります。

そこで、本研究では、介護支援専門員の方々の業務上の多忙さや時間的制約に関する実態調査をさせていただきたいと考えました。介護支援専門員の方々の日常業務における率直なご意見を賜れば幸いです。そして、本研究で介護支援専門員の方々の労働実態が明らかになり、よりよいケアマネジメントサービスが提供できるような職場環境整備のために、本研究成果が役立てられればと考えています。

調査対象事業所の選択は、統計ソフトを用い、WAMNETに登録されている大阪府下 800カ所の居宅介護支援事業所を無作為に抽出させていただき、貴事業所に本調査票を送付させていただきました。

本調査回答につきましては、貴事業所で1名の介護支援専門員の方をお選びいただき、その方に、この質問紙のご記入をお願いできればと存じます。

この調査の回答は、個人の自由意志によるものであり、調査回答の有無によって回答者への不利益が生じることはありません。なお、この質問紙にご回答をいただける場合、回答者の方のお時間を30分程度いただくことになると存じます。

つきまして、お忙しいところ誠にお手数をおかけいたしますが、調査の趣旨をご理解いただきまして、本調査票をご記入の上、**11月25日までに** 切手を貼らずに同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願いいたします。

本調査は、大阪市立大学大学院 生活科学研究科 先端ケア学分野研究室(代表:岡田進一)が行う研究の一部です。なお、記入された情報は、調査実施者(兪秀娟)および調査管理者(岡田進一)以外の第三者の目に触れないよう厳重に保管・管理されます。また、調査結果では、個人や事業所が特定できないようになっており、個々の回答内容の有無によって回答者への不利益が生じることは一切ございません。また、学会等における口頭・論文発表においても、個人や事業所が特定されることはありません。ただし、本研究の結果は、学会等で公表されることを了解していただきたいと存じます。

本調査についての質問等がございましたら、下記担当までご連絡をお願いいたします。

平成 24 年 10 月

大阪市立大学大学院 生活科学研究科
先端ケア学分野研究室 代表 岡田進一

お問い合わせ先

〒558-8585

大阪市住吉区杉本 3-3-138

大阪市立大学大学院 生活科学研究科

先端ケア学分野研究室

電話・FAX: 06-6605-2858

担当 : 兪 秀娟 (ゆ しゅうけん)

I. あなたご自身のことについてお尋ねします。以下の項目について、回答選択肢の中からあてはまるものに○を、または適切な数字・語句をご記入ください。

1. あなたの性別についてお伺いします。 ①男性 ②女性

2. あなたの年齢をご記入ください。 _____ 歳

3. あなたの最終学歴についてお伺いします。
①中学校卒 ②高等学校卒(旧制中学校) ③各種専門学校卒
④短期大学卒 ⑤大学卒 ⑥大学院卒

4. あなたの所属機関の母体組織についてお伺いします。
①社会福祉法人 ②医療法人 ③株式会社・有限会社
④行政機関 ⑤NPO 法人 ⑥その他()

5. あなたが介護支援専門員としての経験年数をご記入ください。 通算 _____ 年 _____ ヶ月

6. あなたのお持ちの資格すべてに○をつけてください。
①社会福祉士 ②介護福祉士 ③看護師 ④医師 ⑤薬剤師
⑥その他()

7. あなたの担当ケース数をご記入ください。 (過去6ヶ月の平均)
介護給付 _____ (件) 予防給付 _____ (件)

8. あなたの勤務形態についてお伺いします。
①常勤専任 ②常勤兼務 ③非常勤専任 ④非常勤兼務

9. あなたの職場での役職についてお伺いします。
①運営者 ②主任・チーフ等の中間管理職
③一般職員 ④その他()

II. あなたが、介護支援専門員として利用者支援にあたる上での業務時間についてお尋ねします。以下の項目について、回答選択肢の中から最もあてはまるものに○をつけてください。

	ほとんど そう 思わない	あまり そう 思わない	どちら とも いえない	やや そう 思う	かなり そう 思う
1. 利用者本人の身体的側面に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある	①	②	③	④	⑤
2. 利用者の精神・心理的側面に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある	①	②	③	④	⑤
3. 利用者本人の生活歴に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある	①	②	③	④	⑤
4. 利用者の主介護者に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある	①	②	③	④	⑤
5. 主介護者以外の家族の情報を把握するのに十分な業務時間がある	①	②	③	④	⑤
6. 利用者の友人・知人に関する情報を把握するのに十分な業務時間がある	①	②	③	④	⑤
7. 利用者近隣・地域でのインフォーマル団体などに関する情報を把握するのに十分な業務時間がある	①	②	③	④	⑤
8. 利用者の自立支援に向けての目標を設定するのに十分な業務時間がある	①	②	③	④	⑤
9. 利用者本人の能力を最大限に発揮するようなケアプランを設定するのに十分な業務時間がある	①	②	③	④	⑤
10. 作成したケアプランの内容などを利用者本人・家族に分かりやすいように説明するのに十分な業務時間がある	①	②	③	④	⑤
11. 利用者・家族の希望と介護支援専門員からみた生活ニーズをつきあわせていくのに十分な業務時間がある	①	②	③	④	⑤
12. 利用者宅を訪問するのに十分な業務時間がある	①	②	③	④	⑤
13. 利用者・家族からの相談に丁寧に対応するのに十分な業務時間がある	①	②	③	④	⑤
14. サービス担当者会議前に、関係者と事前協議を行うのに十分な業務時間がある	①	②	③	④	⑤
15. サービス担当者会議に関係者間で話し合うのに十分な業務時間がある	①	②	③	④	⑤

- | | ほとんどそう
思わない | あまりそう
思わない | どちらとも
いえない | ややそう
思う | かなりそう
思う |
|--|----------------|---------------|---------------|------------|-------------|
| 16. サービス担当者会議を終了後、関係者に会議記録の内容を確認するの
に十分な業務時間がある | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 17. サービス担当事業所への訪問をするのに十分な業務時間がある | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 18. 介護保険サービス以外のインフォーマルサービスを調整するの
に十分な業務時間がある | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 19. 介護保険サービス以外のインフォーマルサービスを創出するの
に十分な業務時間がある | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 20. 地域で介護支援専門員の個人的なネットワークを作るのに十分
な業務時間がある | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

Ⅲ. あなたの仕事を取り巻く環境についてお尋ねします。以下の回答選択肢の中から最もあてはまるものに○をつけてください。

- | | ほとんどそう
思わない | あまりそう
思わない | どちらとも
いえない | ややそう
思う | かなりそう
思う |
|--|----------------|---------------|---------------|------------|-------------|
| 1. 自分の年齢や地位に見合った給与をもらっていない | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. 業務量と比較すると、報酬に見合わない | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. 仕事での責任が重いわりには報酬が少ない | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. 勤務時間の使い方を自分で決めることができる | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. 勤務時間外や休日での訪問・面接等の実施を自分で決める
ことができる | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6. 介護保険サービス以外の相談に対応するかどうかを自分で決める
ことができる | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

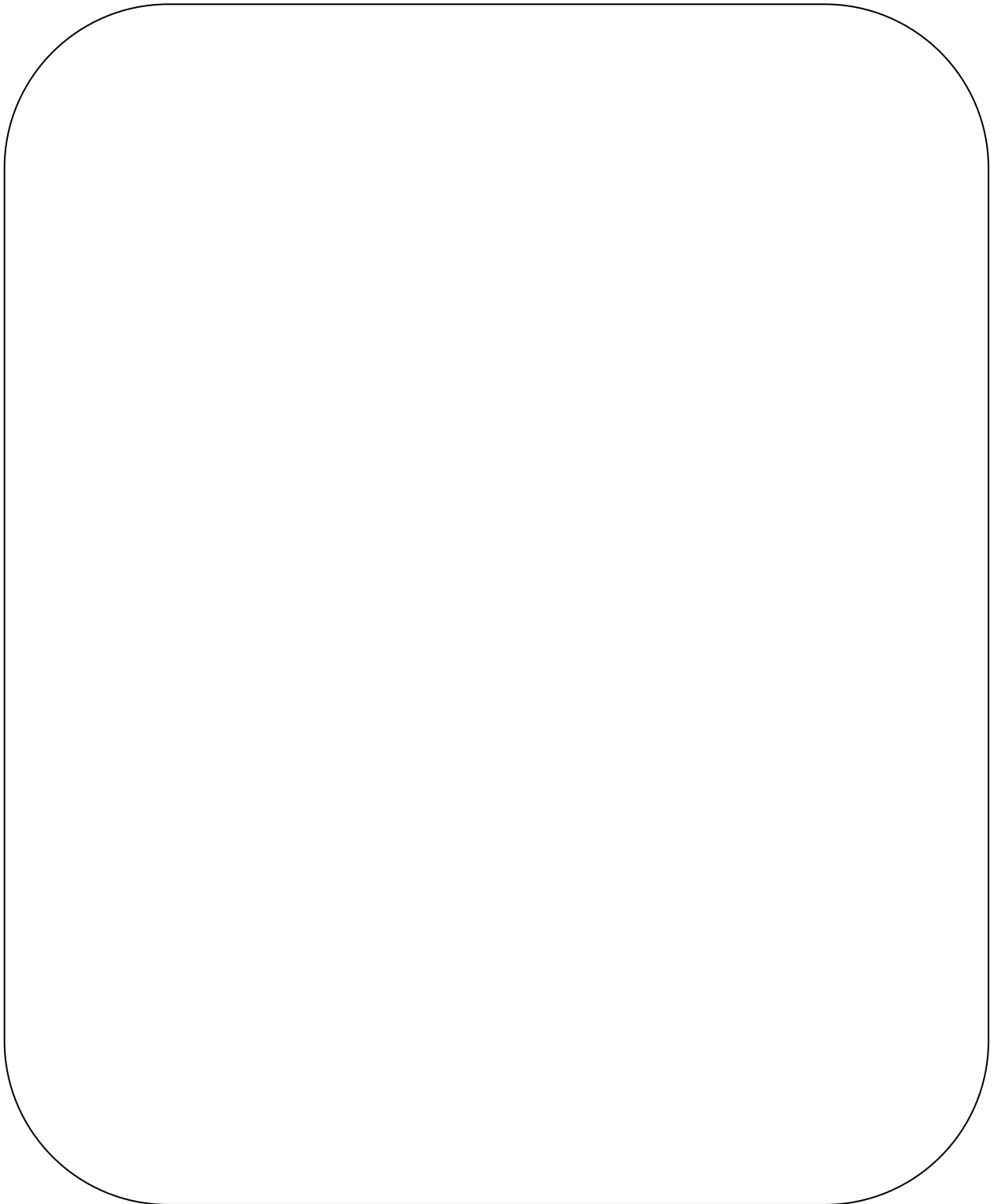
- | | ほとんどそう
思わない | あまりそう
思わない | どちらとも
いえない | ややそう
思う | かなりそう
思う |
|---|----------------|---------------|---------------|------------|-------------|
| 7. 業務範囲を自分で判断できる | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8. 利用者家族の問題に対応するかどうかを自分で決めることができる | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9. 医療機関との連携が難しい | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 10. 利用者の課題に対してサービス提供関係者間の認識のずれがある | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 11. サービス担当者会議の開催に向けて、必要となるサービス提供関係者を集めきれていないことがよくある | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 12. 利用者や家族の希望とサービス提供事業者の調整が難しい | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 13. 利用者にかかわるサービス提供関係者間の情報の共有が難しい | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 14. 行政機関との連携が難しい | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

IV. あなたが業務を行うにあたって、感じておられることについてお尋ねします。以下の項目について、回答選択肢の中から最もあてはまるものに○をつけてください。(○を一つ)

- | | ほとんどそう
思わない | あまりそう
思わない | どちらとも
いえない | ややそう
思う | かなりそう
思う |
|---------------------|----------------|---------------|---------------|------------|-------------|
| 1. パソコンの操作がうまくできている | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. 文章の作成がうまくできている | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. 事務的処理がうまくできている | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. 時間管理がうまくできている | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

V. 自由記述

あなたは日々の業務を行うにあたって以下のように感じることはありますか。あればその理由をご自由にご記入ください。



質問は以上です。貴重なお時間をいただき誠にありがとうございました。