

介護支援専門員のペーパーワークをめぐる考察 ——事後評価重視の観点から——

The Consideration over Paperworks of Care Manager: From the Viewpoint of Evaluation

谷 口 睦 子

I. 問題意識と研究の目的

介護支援専門員の業務は、介護保険法および運営基準¹⁾により定められている。しかし介護保険における政策転換や矢継ぎ早に出される施策（副田2008：16）の中、介護支援専門員は地域包括ケアシステムの構築の動きに合わせるように、2015年の制度改正の焦点の一つである医療と介護の連携（医療から介護へ）、さらに多職種協働が役割期待されている。

また、今までには介護支援専門員の役割および資質向上についての調査・研究が数多く取り上げられてきている。厚生労働省老健局振興課による「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」（以下、検討会）が2012年3月から同年12月までに7回にわたって開催され、2013年1月には社会保障審議会介護保険部会による「議論の中間的な整理」としてとりまとめられた。そこで提示された課題は①介護保険の理念である「自立支援」の考え方が、十分に共有されていない、②利用者像や課題に応じた適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分でない、③サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない、④モニタリング・評価が必ずしも十分でない、⑤重度者に対する医療サービスの組み込みをはじめとした医療との連携が必ずしも十分でない、⑥インフォーマ

ルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネート、地域のネットワーク化が必ずしも十分でない、と指摘している。⑦から⑩は略²⁾。視点としては「介護支援専門員自身の資質向上に係るもの」と「介護支援専門員が自立支援に資するケアマネジメントが実践できるようになる環境整備」の2つのアプローチの必要性が提起された。

しかしそこで提示された課題やその後の対応策は、介護支援専門員の置かれている職務遂行における煩雑な現場の状況の改善に必ずしもつながっているとは言えない。それは検討にあたって厚生労働省が出した「課題の整理（たたき台）」³⁾が多岐にわたる論点を含んでいることから議論の前提となる共通認識に欠けた意見が噴出し、迷走した検討会の様子が報告されている（川向2012：106-107）ことから見て取ることができる。

2015年6月横浜で行われた第14回日本ケアマネジメント学会のシンポジウムにおけるフロアからの発言である「業務に追われる中で、質を問われる現状を理解してほしい」に多くの賛同の拍手が送られた。

本職種の業務量の多さや業務における連携の必要性等が多岐にわたるため、時間的にも精神的にも追い込まれていることがうかがえる。

業務実態についての先行研究では、「書類作成に関する負担感」が6割を超え最も高い

項目であるという結果が示されており、(玉木(2010)は71.0%、鷺見(2014)は63.5%、三菱総合研究所(2014)は64.2%)業務を行う上での阻害要因となっていることが考えられる。

本研究は書類の内容、量がどのような理由で負担となっているのかを、規定の書類作成にかかる過重な実態から明らかにすることを通して考えていく。

また、現在までの介護支援専門員に対する評価の低さや問題点が各種の調査、研究で示されているが、なぜそうなっているのかという原因の分析が十分でないために種々の対策が問題解決に結びついていない点を指摘したい。

国の政策の背景には当然財源論が存在するわけだが、ケアマネジメントの専門職は介護保険の政策的な面と、ケアマネジメントの技術的な面を踏まえた上で効率性に伴うリスクを回避し、より必要なものへ重点化を図ることが重要であると考えられる。同時に専門職としての支援の質を守るために、多職種カンファレンスを中心にした(川越2008:4)ケアマネジメントによるサービスの統合が不可欠であると考えられる。このようにケアマネジメントの質を担保し、コストコントロールの目的が同時に果たされる可能性として、介護支援専門員の作成する書類によって情報およびサービス方針が共有でき、また支援者がそれを活用する方途がある。そのために介護支援専門員は、実際の業務の中で多職種連携を含む連絡調整を行い、利用者への支援の中で包括的・継続的なサービスの必要性を把握している最前線にいる職種の一つとして、それらを規定の書類上に表現することが課せられている。書類作成の現状に表れている過重な業務の改善が喫緊の課題である。

本研究では、ソーシャルワーカー(以下、SWer)が基礎資格であるインタビュー対象者および著者を含めた、介護支援専門員の視点から、ケアマネジメントの本来業務

をとらえ直していく。SWerの記録に対する考え方は自分の行う専門職としての支援のevidenceを表すものと捉えている。業務を遂行する上で書類作成業務の負担感の存在と、それがどこからもたらされているものであるかを明らかにすることを通じて、ケアマネジメントプロセスと連動する書類⁴⁾作成業務改善を提案するものである。

専門職の思考過程を明らかにするものが文書上(書類、記録)にあるとすればその有効活用は最も望まれるところである。連携や多職種協働を考える時にその出発点として「関係者間の共有」が課題とされることが多い。それらの土台になるアセスメント内容・情報伝達・支援の方向性といったものが共有化されるためにこそ、介護支援専門員の作成する書類の活用が必要である。

本研究では先行研究の中で介護支援専門員の書類の負担に関する結果を踏まえながら、書類作成業務(ペーパーワーク)の持つ意味に焦点化する。アウトリーチを実施し、対人支援の業務を通じて行うリンキングや仲介といった典型的なケアマネジメント実践と、現状に見られる運営管理業務に費やす時間の多さとの齟齬を明らかにし、速やかな改善に向けた提案を行う。

Ⅱ. 介護支援専門員に関する研究レビュー

介護支援専門員に関する研究レビューを概観し、各種調査研究に基づき業務遂行上の課題から本職種に対する具体的な支援についての研究論文が見られることを確認した。

その上で先行研究から抽出された課題の中で、業務負担感について先行文献を整理し、本研究の位置付けを明らかにしたい。

本職種に関しての調査研究は、シンクタンクや科研費による業務実態調査・研究および研究論文に主に分けられる。

介護保険制度改正によるケアマネジメント業務量の変化をタイムスタディ調査で行った馬場は、業務量は大幅に増加したとして、業務内容では「サービス担当者会議」が7.03倍、次いで「記録」が5.21倍、中核業務である「アセスメント・課題分析」「ケアプランの作成」が減少している。特に変化の認められた「記録」に関してヒアリング調査を行い、その結果は、全体として制度改正では記録にはじまり、書類作成などの業務量が増加しており、考察では情報公表制度の影響で、記録の頻度、書き方に変化が起り、記録量・時間が増加したとしている。そこでは具体的な提言として、記録の業務の全般的な見直し（量および種類、方法の検討、様式の統一）がなされた（馬場2012：108-109）。

先行研究では介護支援専門員である医療SWer経験者及び在宅介護支援センターのSWer経験者へのインタビュー調査（白澤ら2007）において書類作成の負担について指摘されていた。

週刊東洋経済（2014.5.17：76-77）の特集「誤解だらけの介護職」の中で介護支援専門員の状況が取り上げられたが、「書類作成に追われ、やりがいも見失う」現状が指摘された。本職種へのインタビューでは「なし崩し的に業務が拡大している。あまりの忙しさで、自分たちの問題はどこにあるのか、ぱっと頭に浮かばない事自体が問題だ」と述べたが、そのような周囲の声は実際に多く聞かれるのが現状である。介護支援専門員の声の代弁と捉えることができるのではないかな。

業務負担感の記述では高良（2004）は介護支援専門員のバーンアウトについてのインタビュー調査を行い、事務処理を中心とする過重業務を原因の筆頭にあげた。鷲見（2014）の報告では、記録する書式が多く手間がかかる（63.5%）、次いで困難ケースへの対応に手間がかかる（50.7%）との結果となっている。勤務形態別・医療資格の有無別でも大き

な差はなかったとしている。玉木（2010）は「主任介護支援専門員の仕事のやりがいと困難」の中で自記式質問紙法による調査において、大部分が記録の業務に困難を感じていたとしている（71.0%）。

これらの調査結果から、日常業務において多くの介護支援専門員が「記録」に関して負担を感じていることが明らかになっているが、その背景に関して言及がなされているものは少ない。玉木（2010：58）は、研究の調査では触れなかった記録業務に関する具体的内容に関しては①記録を要する書類の多さから生じる業務量の負担、②アセスメントをはじめとするケアマネジメントプロセスの一連の活動をどのように言語化するのかという技術的な問題という二つの側面があることが報告されているとして、これまでのケアマネジメントスキルの向上を中心として行われてきた支援のあり方に対して、精神的な支援や業務管理に関する支援を重要視することの必要性を示唆しているのではないかと述べている。

一方で、イギリスで最初にケースマネジメントの費用効果についての研究を行ったチャリス（1991：24）はケースマネジメントのケース責任、対応について「ネットワークの全体における調整者として動くことを期待され、継続的な責任を担うキーワーカーとして働くこととなった」としているが、我が国における介護支援専門員の役割期待もまさに調整者としてのそれである。そのために実際には必要なアセスメントとモニタリングを行うこと、地域社会の諸資源の強化に費やすことが期待されるのに対して、規定の書類作成業務とのバランスが問題になっていることを、各種調査の結果は示していると考えられる。

次に「事後評価」を重視する視点についてである。ケアマネジメントサイクルを見ていくと、野中は利用者中心・期間設定を前提として、インテーク（受理・出会い）⇒アセス

メント（査定・見立て）⇒プランニング（計画策定・手立て）⇒インターベンション（介入・働きかけ）⇒モニタリング（追跡・見直し）⇒エバリュエーション（評価・振り返り）⇒ターミネーション（終結・別れ）と説明している（野中1997：28）。エバリュエーションによる振り返りの作業が終結を含むものとして位置づけている。岡村は評価的機能について以下のように述べている。「評価はアセスメント（事前評価）だけではいけない。援助の終了した時、また途中でも一段落した時点で、それまでの問題解決過程を反省して、その効果を判定したり、欠点を明らかにして、将来の新しい問題の予測や必要な改善策を検討しなくてはならない。いわゆるフィードバックと言われるものであるが、筆者は「事後評価」とよんでおきたい」（岡村1983：118-119）。介護保険法の目的およびケアマネジメントプロセスの実施上において重要な指摘と受け止められるが、実際にはこの部分の実施が非常に弱いままであるというのが、この視点を重視する理由である。事後評価が行われる時間的余裕と必要性が周知されることにより、対人援助、多職種連携による支援の質が確保されると同時に、サービスの効率化、重点化が行われることが期待される。

Ⅲ. 研究の対象と方法

（1）インタビュー対象者の選定と概要

介護支援専門員の現状を言語化することを意図したため、本職種の経歴が長く、かつ現在指導的立場にあるC市在住の50～60歳代、生活支援に視点をおく基礎職種としてSWerの2名の男性A氏、B氏とした。個別に半構造化インタビューを実施した。

（2）インタビューの実施

希望日程を複数日提示し、都合の良い日時および場所を指定してもらった。場所は対象

者の職場の一室となった。A氏は2014年10月16日、B氏は12月3日、所用時間は1時間程度とした。

（3）分析および文献レビュー

インタビューガイドを作成し、了解を得てICレコーダーに録音した。逐語録に起こし、質問項目を中心に得られた内容について、事例-コードマトリックスの文献（佐藤郁哉2008）を参考に発想し、重要であると考えられたものを【 】の形で示した。それに関連しての分析と文献レビューを通して説明（整理・分析）を行った。

（4）倫理的配慮

口頭と文書にて以下のことを確認した。インタビューの内容は研究目的以外に一切使用しない。論文や報告書等を作成する際には、匿名にしたり、本人と分かるような内容を修正したりして、プライバシーを厳守する。

Ⅳ. 研究結果

質問項目および分析テーマは（1）専門職の根拠としての書類、（2）現行の書類のとらえ方、（3）介護支援専門員の視点、（4）介護支援専門員の抱える時間的な制約、（5）基礎職種の違いについて、である。なお研究目的である書類作成に特化してのインタビューを行わなかったのは、書類作成が一連のケアマネジメントプロセスに位置づけられていると考えられること、さらにインタビュー対象者の捉え方と関連づけた回答を意図したためである。

（1）専門職の根拠としての書類

専門職としての介護支援専門員が、ケアマネジメントプロセスを体現しているかどうかの実態に言及していた。【ケアマネジメント】を実践するには【ケアマネジメントプロセス】

に沿った実践が必要である。現場では運営基準に定められた一連の給付管理業務の流れに沿った形で、関連する帳票の作成が必須となっている。保険給付の根拠となる書類【記録】であるが、「形だけ整えても行政指導には通ってしまう」(B氏)ことも起こっている。

多職種との連携には【ケアプラン(介護サービス計画)】が用いられるのだが、介護支援専門員の思考過程が明らかにされる記載様式になっていないため、第三者が見た場合にサービスに結びつけるための根拠が見えないとの指摘がある。一方で書類が揃っていることが、内容よりも重視されている。対人支援、連絡調整、社会資源とのリンク、開発等の動きが要求される業務と並行して行う書類作成が、本職種が最も困難を感じる業務となっている。

また現行の書類作成に疑問を感じる人と感じない人の存在もある。その背景を探る時の切り口のひとつとして、基礎職種の違いがある。SWerは、既存の帳票を実践の記録と積極的に位置づけ、重要視する職種である。プロセスの記録の中で関わりを事後評価(エバリュエーション)の形で振り返り、更に支援のあり方を構築していく。そのため法定化された帳票にも関わりのプロセスを体現させるための取り組みを行う。そのことが定点の書類の形で作成されるため、モニタリングでの時々刻々と変化する状況が反映されにくく、変更があった時には再度、一連のプロセスによる書類作成が義務付けられるという、変化に柔軟に対応しきれない現行の書式という負担感を生むことにつながっている(白澤・畑・與那嶺2006:14)。

ケアマネジメントのプロセスはソーシャルワーク(以下、SW)のプロセスと近似していることが知られている。しかし介護保険制度のケアマネジメントとジェネラル・ソーシャルワーク⁵⁾の比較では前者には相談援助が入っておらず機能の相違(玉木2010:114)

が指摘された。このことはSWの視点を持つ介護支援専門員は相談業務の実施について常に時間的制約を抱えながら業務にあたっていることが考えられる。

(2) 現行の書類のとらえ方

書類の負担感については双方ともに実務経験者として共有する部分が見られた。ただ中心的な問題意識としては触れられなかった。「もっと合理的でもいいし、書類が増えて困ったもんだ、もう少し軽微でもいい」(A氏)という発言からは、現場においては必ずしも適切なものではないと考えていることがうかがえる。

一方で「大変なことは大変だけど問題があったときに自分を守るための書類は必要で、最低限じゃあないんですか」という立場を表明しながらも調査者の「もう少し簡便になったらと思うことは何度もある」との言葉に「ありますよね」(B氏)との同意が示されたことは実務の上での負担感が伴うものであることをうかがわせた。

一連の帳票は確かにケアマネジメントプロセスを前提にしているのだが、それらは多職種と共有するものではないため、情報提供時には改めて別の書類を作成するといった作業が必要になってしまう。そのため常に書類に追われているというのが実態である。

一般的認識として介護支援専門員の中心的な役割はケアプランの作成となっているが、本来的にはチームを構成する関係者が一緒になって、ケアの基本方針である「ケアプラン」を策定し実行していくシステム、すなわち多職種連携による「ケアマネジメント」の確立の重要性が提示されている。(2003年6月に公表された高齢者介護研究会の報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立について～」)。

しかし現実的にはケアプランの原案の作成が介護支援専門員の役割となっていることか

ら、サービス担当者会議が機能しないかぎり、ケアプランをチームで策定し、共通認識のもとに支援をしていくという共有化が難しいことになる。

これら一連のサイクルが受け持ち件数（35件）分、順次行われていくことになる。ここに新規ケースの訪問と一連のプロセスが随時入ってくる。特に支援困難や入院等の緊急対応が必要な事例をいくつか持っているとして月1回の訪問では済まず、その間にも作成義務のあるひと月単位の書類作成業務を抱える状況になる。対人支援という感情労働を行いながら、規定の待たなしの作成業務の間で、疲弊する姿が浮かび上がってくる。

ここでの改善点としては、十分に検討されるケースとそうでないケースが当然あってしかるべきであるということであろう。キャボットは『医療ソーシャルワーク』（1969：157）の中で時間の配分を行うことについて「多くのケースを表面的に処置し、より少ない数をより深く検討しなければならない。なぜなら我々の所に持ち込まれる要求のすべてが、十分な検討を必要とするものではないからである」と述べた。野中も同様の指摘を行い、「ケアマネジメントを提供すべき対象は、地域社会において、長期的な障害や社会的不利を持ち、自ら十分に援助を求めることができない人々」（野中1997：23）としている。

（3）介護支援専門員の視点

「ケアマネジメントはSWの技法のひとつ」とする視点から、PDCA（Plan:計画し、Do:実行し、Check:結果を調べ評価し、Action:次の仕事に活かしていく）の重要性が提示された。同じくSWの技法として「アウトリーチの必要性」が指摘された。「ごみ屋敷」に代表されるような「自分からSOSを言えない人への対応」（A氏）の視点が介護支援専門員に必要であるとしている。

一方で、民間企業に雇われる形の介護支援

専門員に【中立・公平】をどこまで求められるか、という問題提起がなされた。ただそれでも利用者本位の姿勢や、丁寧なプロセスを行うことができるかどうかについて「矛盾を感じている人と矛盾を感じていない人」の違いがある。その差は「ケアマネジメント概念の有無」（B氏）であると問題点を指摘している。

この【ケアマネジメント概念】の理解、体现の仕方については、それぞれの基礎職種の持つ背景に負うところがあるのではないかと考えられる。しかし「ケアマネジメントという同じベースに立つことが必要であり、足りないところは勉強していく」（A氏）ということになろう。15年前の介護保険開始時には看護職が医療的視点を持って導入された割合が高い（4割）が、現在では介護職が6割強を占める結果となっている（橋本2012：2、筒井他2014：223）。このことが、福祉系の介護支援専門員は医療的視点が弱いと評価を受ける理由ともなっている。医療と介護の連携の困難さを介護支援専門員側の質や基礎職種に起因させることは果たして得ているだろうか。この議論の背景には介護と関連しての医療制度の改革には大きな困難と時間を要するという事情がある。2014年に成立した「医療介護総合確保推進法」⁶⁾により今後更に議論は進むだろう。

しかし、介護の社会化を謳い制定された介護保険法における介護支援専門員の役割は「相談に応じ、適切な（居宅・施設）サービスを利用できるように連絡調整を行い、自立した日常生活を営むのに必要な援助を行うもの」（介護保険法第7条5項）とされている。それはあくまで【生活上の困難】を視点とするものであり、医療はその人自身にとっての生活の一部という捉え方ができるのではなかったか。しかしここで注意を要するのは、介護保険の目的（同第1条）には「（略）日常生活を営むことができるよう、必要な保健

医療サービスおよび福祉サービスにかかる給付を行うため」としていることである。前述したように同法に規定された介護支援専門員の役割と、同法自体の目的記述の相異が見て取れる。ここに介護保険制度創設時の4つの目的⁷⁾の最終的なねらいである介護を医療保険から切り離し、社会的入院解消の条件整備を図るなど社会保障構造改革の第一歩となる制度の創設であることなど、政策課題の意図があると思われる。

一方ではこのことに関して介護支援専門員には研修で直截的には知らされることはなかった。1998年に行われた第一回介護支援専門員実務研修受講試験後の合格者に対する実務研修の主要な目的は、各方式のアセスメントツールの使用方法の理解であった。講演の中で白澤は、介護支援専門員を大工さんに例えてみると、本来は家の作り方を学ばなければならないのに、鉋の選び方を研修している。介護支援サービスそのものについては、ほとんど学んでいない、と批判していた（白澤1999：14）。

ケアマネジメントとは、個々人がその求める日常生活を維持できるように支援する方法であり、介護保険を兎にも角にも定着させたことについての介護支援専門員の努力に対する評価は何も記されていない（橋本2008：68）。それゆえの現場での混乱（次々と要求される役割の変化と時間的制約）と介護支援専門員に対する低い評価（質の低下）を理由に増え続けた文書主義ともいえる業務に伴う過重な書類作成の押し付けとなっていった。ただ、導入時の理論的な整理が十分でなかった（橋本2008：64）ため、現在に至る状況を生んでいることは否めない。

Drill（2001；副田2008：4）は、ケースマネジメントは時代の政策トレンドに適合可能な「中立的なサービステクノロジー」であったと述べ、Holt（2005）は同様に、ケースマネジメントが流行した理由の一つとして、

サービス提供システムを単純に組織化しているため、政治的に論争を呼ぶことがない点を指摘している。

二木は、介護保険法案には根本的な欠陥があると指摘しながらも消極的賛成の立場に立ち、制度の実施を前にこう発言している。「国民・関係者の関心は‘細部’に集中しているが、介護保険の大枠を理解すること—中長期的視点から、全体的評価と将来予測を行うこと—も重要。（略）介護保険が提唱された当初、あれは‘新たな’福祉制度であると宣伝された。そのために現在でも、介護保険は‘福祉’制度であり、医療とは無関係との理解が、福祉関係者や医療関係者の間にすら、少なからず残っている」（二木2000：3-5）という状況であった。

（4）介護支援専門員の抱える時間的な制約

介護保険法附則に規定されていた、制度施行後5年目を目途とする制度全体の見直しは、国家の財政の見通しが不透明の中で行われ改正の最大の課題は、制度の維持可能性といわれた。またもう一つの方向づけは「介護予防」であったが、内容の検討は十分とは言えなかった。

2006年の改正では一人当たりの受け持ち担当数が50件から35件に制限された。超過するとすべてのケースにつき4割減算というものであった（のちに超過分のみが減算の対象となった）。そのことの影響については「*丁寧なケアマネジメントが行われること、時間にかかるインフォーマルサービスの調整への時間が生み出される*」(A氏)ことが期待された。

このように介護支援専門員に対する各種報告は多数にのぼり、関心の高さがうかがえる状況となっている。そのなかから質の向上のための方策が提案され、担当件数の制限など実行に移されたものもあるが、基本的に存在する時間の余裕のなさがどこからきているのかの解明と抜本的な解決には至っていないの

が現状である。

和気は時間不足（特に主観的な時間不足）の緩和が最も必要な方策と結論づけている。併せて興味深いことは、担当件数の減少は満足度をはじめとする主要な変数間には関連が見られないとしている（和気2004：38）。

実数の減少は当然課業（割り当てた業務）の負担を軽くすると見ることもできるが、その分他のケースへの関わりに時間を使う等、今まで必要性を感じていてもできなかった対応への時間に回すことは考えられる。【時間のかかるインフォーマルサービスの調整】へ時間を費やす可能性も示唆されるであろう。『開発への意識の有無と地域差』（A氏）にも言及している。

（5）基礎職種の違いについて

介護支援専門員としてケアマネジメントに関わる職種は主に介護職、看護職、社会福祉職がある。当然教育体系も異なる職種が同じ【ケアマネジメント】を行うわけであるから、視点の違いは当然あるだろう。しかしケアマネジメントという同じベースに立って仕事を進めていかなければならない。そして【アセスメント】とは「**そもそも違いを埋めるためのもの**」（A氏）であり、基礎職種の持つ得手不得手を生かすものでなければ意味がないとも言える。この点が残念なことに生かされていなく、各々が視点を生かすより、足りないところを指摘し合っている状況が見受けられる。先ず初めに利用者に対するアセスメントを共有し違いを埋め、その上に各専門分野により上乘せするということが望まれると考える。

そもそも介護支援専門員は何をどこまでする人か、の共通認識もまだ確立されていない。ガイドラインも作成されていない（地域の職能団体が独自に作成しているところはあるが）中で、政策動向により役割期待が変遷する立場に置かれ、そのたびに現場で格闘し

ているのが介護支援専門員の姿であるといえよう。

「新たな高齢者介護システムの確立について」（1995）において、必要なサービスについては保健・医療・福祉などの枠を越えて総合的に利用できるような体制づくりの必要性から、「関係者の調整に時間がかかる、相互の連携が十分でない」という問題を克服していくために「利用者の立場に立ち、ケアチームを構成する関係者が一緒になって、ケアの基本方針である『ケアプラン』を策定し、実行していくシステムとしてケアマネジメントの確立の重要性が掲げられた。

様々な職種の参入については、2000年の制度開始時にあたり、当初4万人の介護支援専門員を確保するため（小西2004：31）、それまでケアマネジメントや地域ケアに関する業務に関わったことのない専門職が多くその任についたという経緯がある。また制度開始時の混乱の状況は現場への周知徹底のための時間的余裕がなく、制度の理解のために研修に次ぐ研修、そして介護保険では介護支援専門員が「ケアプラン」を作成しなければ給付管理ができないため、アセスメント、モニタリング等が実際に不十分であっても書類上整備されたケアプランとサービスを提供することに心血を注いだということであった。その辻褄を合わせるとでもいうべきことが現在でも行われている危険性があるという理由が、介護支援専門員の書類作成にかかる過重な負担の存在なのである。

また伊藤は、日本においては、ケアマネジメントのモデル事業は行われたものの、その時点ではすでに、詳細な手順が定められていた。日本でケアマネジメントを行う主体が既に有している知識・技術・実践能力を十分に評価しないまま行われた「様式に捉われた研修」、そして従来の制度との関連をほとんど持たないままケアマネジメントが開始されたことを指摘した（伊藤2005：18）。その中に

においてもSWerの実務経験者は対人援助職として捉え、ケアマネジメントプロセスを順守し、連絡調整、多職種連携さらに社会資源とのリンキング、開発を職務として当然のことと受け止めている。ただし、前述した玉木の指摘にあるように介護保険制度のケアマネジメントでは「相談援助」の機能の有無が相違として指摘されている事実に向けなければならない。

副田はイギリスにおいて名称をケースマネジメントからケアマネジメントに変更した理由についての説の紹介をしている。一般的に知られている説は、マネジメントするのは事例としてのケースではなくケアのサービスであるからというものだが、「有力なのは実践家を統制するためという説である。つまりSWerが専門家としてケースの生活全体をアセスメントし、個別的な関わりや治療的介入支援を行おうとする傾向を抑制し、関与すべきはケアを要する状況であることを強調するために変更されたということだ。つまりケアマネジメントは、行政サービスにおける脱専門職化の戦略として位置づけられた」(副田2008:8-9)。

野中はチームアプローチは強力な方法であるため、利用者本位の立場に立たなければ、弊害が大きいと指摘し、さらに「数多くの支援機関と専門家が参加することは、時に最終的な責任を誰も取らない状況を呈するため、ケアマネジメント活動の最低条件はケアマネジャーが最終的な責任をとって経過を追い、その時々に必要な支援機関に結びつける点にある」(野中1997:70-71)と述べている。

実際に縦割りの制度、機構の中を利用者を軸として生活困難への支援をするということは、既存になく不足している資源やシステムに気付くことも多く、そのことが支援の限界として突き当たる。ここを後方支援することが、支援者の役割であろうし日々の現場ではそれを渴望している。そのことが共有できる

ためにも、可視化の役割としての書類の存在がある。

一方で支援関係の開始は契約から始まり、その後運営基準に定められた最低月1回の居宅への訪問を通して、アウトリーチ(訪問型のアプローチ)を継続していくことは実態把握に大きな意義があると思われる。

介護支援専門員が行っている動きは、生活上の困難の第一線で関わり、実際的にはワンストップサービスの機能を持つ職種であるという認識を持つ。その中では生活上の困難に対しての支援ということが共有される必要がある。その共通認識を持つためにもガイドラインの早急な策定が、基礎職種を異にする介護支援専門員に対して必要である。

V. 考察

SWerの介護支援専門員が書類作成に感じている意味を、書類の過重な負担による実践制限として図1に、ケアマネジメントプロセス—記録—支援者の三者の関係を図2に示した。

図1は、介護保険法ではケアマネジメントプロセスに沿った形での書類が規定されている。しかし対応に伴う標準化された書類の負担が多く(白澤ら2007)、また定点での記載が中心になり利用者の変化に対して柔軟な対応が反映されにくいことため実践制限が起こっていると考えられる。特に事後評価(エバリュエーション)を行う時間的、精神的余裕がない状態になっている。

図2は、ケアマネジメントプロセスに沿って行われるプロセス重視の援助職のサービスを図式化したものである。援助職のサービスは目に見えないものであり、証拠として残せるのは自らの「記録」のみ(八木2012:18)である。そのため援助者側が記録により実践を振り返る、事後評価(エバリュエーション)を行うことによって、根拠による実践として

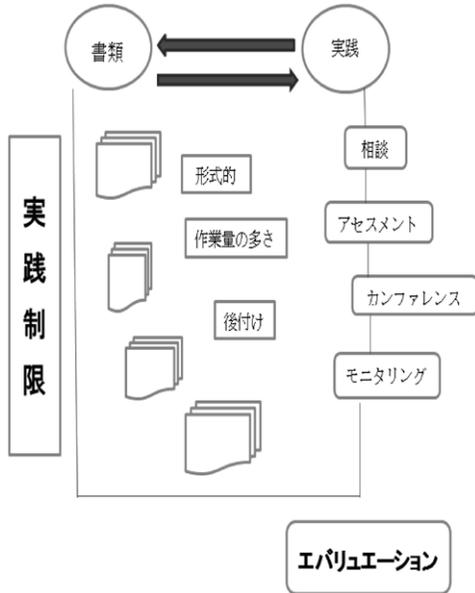


図1 書類の過重な負担による実践制限 筆者作成

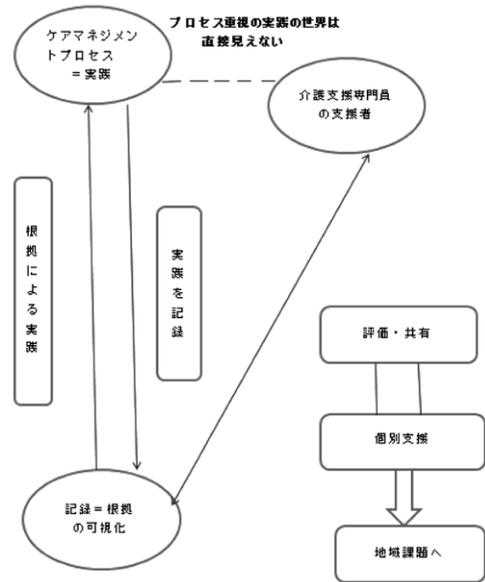


図2 ケアマネジメントプロセス—記録—支援者の関係 筆者作成

フィードバックされるという循環が行われる。さらにその実践としての記録を支援者および多職種が可視化でき、評価・共有することで個別支援、地域課題へとつながることが期待できる。

その上で（1）実践と書類の関係、（2）生活支援の視点、（3）日本のケアマネジメントのあり方についての議論、（4）海外におけるケアマネジメントからの示唆、（5）運営基準からみた現状、として以下にまとめる。

（1）実践と書類の関係

書類は単に実践の記録ではなく根拠となるものである。そして一連のプロセスの実践を介護支援専門員および支援者が可視化し共有できて初めてその活用が可能になる。しかし現状の書類作成業務は実践の後付け（後手に回る）になってしまっている状況がある（図1）。理由は①提出書類の種類が多さ、②介護支援専門員が緻密にケアプランを作成することにより変化があった時に柔軟に対応しき

れない（白澤ら2007:14）ことが考えられる。本来はケアマネジメントプロセスが循環する中で事後評価（エバリュエーション）もしくは再アセスメント（目標に対しての評価）がなされ、特に既存の資源システムでは対応が難しい等の個別事例を振り返る、という「課題の統括（まとめ）」を各介護支援専門員が行うことが求められている。それをもとに支援者である第三者につながり、課題の共有化や生活障害への対応について支援の検討、制度・政策への提言等により実際に改善されることで、事例の改善や、終結なども可能となると思われる（図2）。

しかし実際にはアセスメント（事前評価）には注目するが、モニタリング、事後評価（エバリュエーション）を行う時間的余裕、あるいは視点が無いというのが実態である。このことが個別事例の振り返りや地域ケア会議への事例提出（2015改正で努力義務化された）が進まない背景にあることを指摘したい。

なお、検討会の2013年1月の中間報告をもとに、検討すべき課題の背景にあると考えら

れた「介護支援専門員がどのように考えて課題を抽出したのかの経緯が文字化されていないために他の職種からは分かりにくい」との要因についての対応が出された。これはモデル事業を経て2014年に新様式「課題整理総括表」として紹介されたもので、アセスメントの項目の横に「予後予測」として記述する欄が設けられ、サービスに結びつけた思考の過程を可視化することを意図したものである。だが、現在の書類のように義務化されていないこともあるが、これ以上書類を増やせない現状から、研修等の機会にのみ使用されているという矛盾した結果となっている。

介護支援専門員である医療SWer経験者、在宅介護支援センターのSWer経験者へのインタビューによる調査報告（白澤ら2007）では支援過程に直接寄与しない標準化された書類、クライアントを遠ざける多くの事務作業、及び主体性を損なわせる実践としてケアプランに縛られた実践が大きな負担となっていることが示されている。

介護保険におけるケアマネジメントに対し、医療SWerは状況に合わせて様々な制度を組み合わせたという広範な社会資源を利用した支援を行っていた（白澤ら2007：14）。またケアマネジメント概念、利用者本位といった理念を体現しようとして業務にあっているものは、一連のプロセスの重要性を認識しているがゆえに、「書類で縛る実践」（実践の根拠を文書上に過度に求める）に対し、「書類作成に追われる」形での負担感が大きいと考えられる。

具体的に書類とは、介護保険法に基づく「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」に規定されているものである。通称ケアプランと呼ばれる介護サービス計画書を含み第1表～第8表となる。標準課題分析項目作成、アセスメントツールソフトへの入力、その他に毎月介護報酬請求時の給付管理に係る書類（サービスの実施状況

チェック、給付管理票、サービス利用表・提供表）も加わる。作成時期は新規、要介護度の変更時、要介護認定期間の更新時、さらにケアプランに記載された長期、短期目標（3か月～12か月が多い）毎のモニタリングにより変更があった場合、本人・家族の面接、関係事業所への聞き取り、医師の意見書から始まり、ケアプラン原案作成後、サービス担当者会議（原則開催もしくは各事業所への照会文書での情報提供・収集）、ケアプランの発行（本人・家族への説明・同意、事業所への発行）と、一連の書類を作成する必要がある。これらが35件分順次行われるわけである。上記の書類作成と並行して、日常業務として月1回以上（居宅介護支援事業所の場合）の居宅訪問、支援経過記録作成が必須となっている。

一方で散見されることとして、「（実践の中身より）書類整備が優先」され、行政指導に通るための形骸化した書類作成の実態があるのも現実である。目的実現のための手段であるはずの書類が目的化しているようにも考えられるほど、現場においては過重な負担となっている。

もう一つの観点として、前述の白澤らによるインタビュー調査では、医療SWerの「制度に捉われない自由な実践」と介護保険の「制度を越えない実践」の対比がされていた。ケアマネジメントは介護保険制度に位置付けられているため、保険制度を担保する事務処理が多く（中略）、介護保険サービス以外のサービス利用では介護報酬に結びつかないため制度を超えた支援を行うのは難しい（白澤ら2007：12-14）。そして両者には既定の書式の有無の相違がある。一方、その意味で本来的なケアマネジメントはSWに対して一定の枠組みを与えたと考えることができる。言い換えればケアマネジメントはSWに書式の枠組みを提供し、SWは法定化した書式に本質的な実践を提供するといえる。

記録を共有化するという考え方に立てば、一定の書式がアセスメント・支援内容・方向性・情報の共有化に果たす役割は大きいと言えよう。ゆえに現行の書類作成の負担感の実態についてみた場合、その改善が必要と考える。

(2) 生活支援の視点

職業としての成立過程には種々の課題が内在するとしても、介護支援専門員の役割は可視化できるものである。ケアマネジメントプロセスを実施しながら、利用者主体(価値)で、ストレングスの視点(知識)で、社会環境への調整(技術)を行うことだといえる。

「I.問題意識と研究の目的」で述べたが今まさに医療と介護の連携、多職種協働が前面に出てきている中で福祉系介護支援専門員についての医療知識の不足が指摘され、研修のありかたが検討されるなどの動きも見られている。

果たしてこのことにより、さらに介護支援専門員に医療に関する知識の習得が強く求められていくのだろうか。現実的には「看護職のほうが使いやすい」という認識も一部であるという。確かに看護職の知識を生かすことのできる医療依存度の高い利用者は存在するとしても、ここで確認しておかなければならないことは制度・政策と技術との関係である。

もともと「ケアマネジメントは要介護者の在宅生活を支援」するものとして登場してきた(太田・國光2007:16)。1983年に医療法上、医師等の配置の緩和などの特例許可老人病院(「老人病院」)が生まれ、80年代に増加。1993年には療養型病床が創設され、転換がすすめられ老人病院が廃止された。1994年老人看護体制が見直され老人基準看護を廃止。付き添い看護の廃止が行われた。生活支援の視点からは、生活の場として見た場合に機能しえない社会的入院を解消し、在宅(方向としては地域)をベースに、その人らしい生活を最後まで支援するという「生活支援」を「利用者主体の理念」で実現することが介護保険

に求められていることは間違いのない機能である。そして2015年度の介護保険法の改正で、軽度者の「介護予防・日常生活支援総合事業」への移行・中重度者の人への医療から在宅への流れが政策展開されていることに注意を向ける必要があるだろう。

社会保障の財源を適正化、重点化するという政策、特に医療と介護に関しての改革が進められている。2014年6月には「医療介護総合確保推進法」が成立した。要支援1・2の訪問・通所介護の市町村事業移行ではサービスの地域格差が懸念されており、また一定以上の年金収入で自己負担1割から2割負担への引き上げ、特別養護老人ホーム入所基準を原則要介護度3以上に限定することになる。医療については医療事故調査制度の創設、急性期病床からリハビリ病床への転換促進、在宅医療・介護推進のため、消費税増税分活用の基金創設がある。

このように政策課題が変遷するからこそ、介護保険法に基づく介護支援専門員の存在は重要になってくるといえる。職業としての倫理観と業務の視点を持ち利用者主体の生活の視点を順守するために、限られた財源の効率化、重点化に寄与することは専門職としての立場を放棄するものではない。そのために介護支援専門員は個別支援の振り返り、事後評価(エバリユエーション)を機能させながら、十分に検討するケースとその他を見極め、地域ケア会議への個別課題の積極的な提出が求められる。支援者はそれらを検討・蓄積し、地域課題として、その実現のために多職種、市町村、地域包括支援センター等が協力しあう地域包括支援システムの構築を行う。介護支援専門員が行う役割としての対人援助、連携のための連絡調整を中心的業務と位置づけ、書類に忙殺される現状を変えなければ、これからも最前線の意見を集約する機会を確保することは難しいだろう。介護支援専門員の要望を謙虚に聞いたうえで、必要で的確な

支援を提供することが、支援者に求められる。

ケアマネジメントの役割と機能分担を考えた場合に全体を介護支援専門員が一人で行うこともあり、介護支援専門員が関係する人々に分担して行う場合もある（太田・國光2007：22）

実際的には機能分担が必要であろう。最前線利用者と向き合う仕事をしている職種としての立場を生かしつつ、そこでの情報とそれを集約できうる適切な書式を使い、主任介護支援専門員および地域包括支援センターへの相談や、地域ケア会議に困難と思われる事例や地域課題と考えられる事例を提示する。それらへの支援を担ってもらう一連の流れが必要であるとすれば、そのための情報の共有が必要でありそれを行うために日常業務にかかる書式の改善が必要と言える。その一つの考え方は、支援における思考の可視化と書式の簡素化である。さらにそれが共通の書類の一部として活用が可能であることが望ましい。

筒井らの「介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業報告書」では各氏が書式の改良の提案を行っている。第4章で筒井氏（武蔵野市保険者）は今後の課題の一つとして新しいサービスや政策提言と並んで、地域包括ケアの推進へ向けた「居宅サービス計画書」書式の改良を提言している（筒井ら2014：72-74）。また第5章で東内氏（和光市保険者）は「簡潔明瞭・具体的に課題抽出してこそ多職種連携は可能になる」として課題抽出力を身に付けてもらうこと、課題を明確にしたケアプランがあれば医療との連携もスムーズに進む・課題解決に向かってのアセスメントとケアプランの連動・ケアマネジメントの標準化（統一された書式と判断基準）が作成から評価までの一連の流れの支援を行うことでおのずと図られていく（同：75-78）と具体的指摘がされている。

同終章で筒井氏はモニタリング、再アセスメントおよびサービス担当者会議開催の実施

率が低いこと、課題の整理が出来ない等本質的な問題があると指摘している。またサービス担当者会議においてケアプランについての慎重な吟味がなされずに実施された計画が運用される確率は低く、モニタリングが実施されない大きな要因と考えられるとしている。このことはケアマネジメントのプロセスや技法をおろそかにしているというより、介護支援専門員にかかる過重な役割負担による時間的制約が起因していることは十分に考えられるのである。さらに同章のなかで、ケアマネジメントの対象は30%であるという英国の状況が報告されている。これは野中が指摘しているように「ケアマネジメントの対象は重くて急がない」ということに通じると思われる。現行の機能を明確化し、十分に検討する事例と表面的に検討する事例を明確にすることが、ケアマネジメントプロセスが必要な事例に丁寧に関わっていける時間を生み出すことにつながっていくのではないだろうか。

画一的な方策では、実効性の高いケアマネジメントのあり方を明確にすることはほとんど不可能（筒井2014：90）だろう。そのために基礎となる情報の提供・共有化が可能になる書式の改善・簡素化が今、喫緊の課題だと考えられる。主任介護支援専門員が機能するためにも、各介護支援専門員の現場での情報が必須条件であることから、そのボトムアップができる環境整備として様式が考慮される必要があるのではないだろうか。

（3）日本のケアマネジメントのあり方についての議論

野中は日本のケアマネジメントの混乱について「日本では不幸にも、現場の臨床活動が育つ前に、政策的に制度として導入されてしまったため、厚生労働省の案が金科玉条のごとくに基準となってしまった。介護保険設定時の形式が、実際には資源配分しか出来ない体制なのに、自立支援もするという中途半端

な指示となってしまった。介護保険のケアマネジメンは、資源配分型なのか自立支援型なのか、現在もこの混乱は続いている」(野中2012a:1)と警告を発している。このことが現場との認識の相違、齟齬となっていることは想像に難くない。またそれに伴うケアマネジメンの評価は次のようなものであった。「アセスメントが十分でないため適切で効果的なサービス提供が行われていない・ケアマネジメンの過程を適切に実施していない者も少なくなく、高齢者のニーズに合致しないサービスが提供されている事例も見受けられる・サービス担当者会議の開催も十分に行われていない・高齢者の抱える問題は介護の分野に限られない。例えば、家庭問題など介護以外の問題を抱える高齢者については、介護サービスの総合調整を行うケアマネジャーだけでは問題を解決しようとしても難しい」(橋本2008:67-68)。

介護支援専門員への評価が低い現状から、業務の実態を国が把握するために、また支援の根拠を提示するという名目のためにさらに記録の記載内容が求められるといった悪循環に陥っていると考えられる。上記に対してみていくとまず理念である自立支援についての考え方は常に一定の見解があるわけではない。次にケアマネジメンプロセスに沿っては、全て介護支援専門員が行うべき業務であるのかという点と、介護保険に規定されているが介護報酬には結びつかないインフォーマル・サービスの調整などの役割期待と評価が入っていることが分かる。

野中は介護支援専門員の業務実態を政策面と技術面の両方から見てきて、検討会で発言している。第2回には「2000年の時に、我が国は走りながら制度を修正するとお約束したはずですが、結局何もしなかった。どんどん悪くなっていく」「ケアマネジメン従事者の要因だけでは解決しない」「制度を見直しても技術自体は伸びない」(野中2012b:9)

と意見を述べた。

実際に必要だけれども、日々のルーティンワークでは実施が難しいものがモニタリング、事後評価(エバリュエーション)である。現状の業務の中では、手が回らないのである。野中も検討会発言の中で「現在の研修会がアセスメント、プランニングしかやらない。モニタリングまでは、息切れをしまって誰もやらないというので、結局、実務者は知らないまま動いている。実際実行していない。でも不思議なことにモニタリングは実行していることになっている。加算制度が効いているのでしょうか。このようにして形式だけで動いてしまうから、ますます能力としては落ちてしまうという悪循環に入っている」(野中2012b:9)と書類の整備が優先して求められる現場の姿を大胆に表現し、実態を把握したうえで支援の必要性を提示した。しかし現在までそれらの改善がすすんでいるということは聞かれない。何故なら、それ以前の業務の負担に上乗せする形になるために実行の必要性は感じていても取り組むことが難しいのである。

(4) 海外におけるケアマネジメンからの示唆

伊藤は、「日本では1980年代の後半以降、アメリカあるいはイギリスの動向が紹介されるようになった。ケアマネジメンは分断されがちなサービスを統合するものであり、結果として不要な施設入所が減少するために、サービス費用の抑制が期待し得ると説明された。日本でもケアマネジメンが実施された背景には、同様の期待があったからにはほかならない。しかし必ずしも、その期待に応じた機能を果たすには至っていない状況」を指摘している(伊藤2005:2-3)。それを踏まえた上で、以下でペーパーワークについての記述を通して日本での現状の背景をみていく。

①アメリカ

副田による紹介では、1970年代にサービス調整の方法として登場したアメリカのケースマネジメントの中で、高齢者を対象としてのケアマネジメントの指向性の違いの指摘がある。「仲介モデル」や「第1世代のケースマネジメントモデル」⁸⁾と分類された時期では、当初は断片化しているサービスを統合的に提供することにより焦点をあてていたが、「サービス管理モデル」や「第2世代ケースマネジメントモデル」では、サービスの効率的運営や費用抑制、説明責任の果たせる効率的サービスに視点が移行した。80年代初頭から登場したトータルな生活支援サービスとしてのケースマネジメントを実施する修士号をもったSWerの存在が民間や開業の3分の2を占めたが、80年代以降それらのSWerたちが、ペーパーワークの多さや利用者へのアドボカシーの困難さなどを嫌い開業する傾向が見られた。これと同じ傾向が80～90年代のケースマネジメントでも起きた(副田2008:5)といわれている。

②イギリス

ここで注目したいのは「ペーパーワーク」と称される業務の意図することである。副田は競争主義と効率性の管理を追求するマネジャリズムという、ニーズ判断ではなく資源の優先順位という観点の作り変えがSWerの実践を、サービス利用資格要件を判断するためのアセスメントを行う手続き第一主義の実践に変えてしまう。グリフィスの発言からはペーパーワークの多さやカウンセリングからの引き離しの動きとしてのケアマネジメントは、行政サービスにおける脱専門家の戦略として位置づけられたことが分かる。しかしこれを問題視する議論はアメリカでは起こらず、イギリスにおいても政府の「利用者の選択と自己決定の促進」の言説は、SWが伝統的に自己決定の価値を重視してきたとい

うことと意味合いは異なる。同じ言葉が用いられれば一般的には同じ意味に受け取るだろうし、否定はできない中でSWerはこのレトリックに抵抗することができなかった(副田2008:10)としている。日本のケアマネジメントは効率性を重視する方向だけに向かっているのだろうか。利用者を要介護高齢者としてだけではなく、個人として意味ある存在として対するなかで、一見時間のかかる実践であるとしても尊厳の保持を根底に置くことが、マネジャリズムへの抵抗(副田2008:14)につながる。

なお、日本は新制度創設にあたってドイツの介護保険制度を参考⁹⁾にしたといわれるが、違いはケアマネジメントの仕組みがないことであった。このことが日本は国の主導により政策的に制度としてのケアマネジメントの導入となったため、理念と技術面の整合性にゆらぎが生じているのが実態ではないだろうか。

(5) 介護保険法の運営基準から見た現状

1999年3月31日厚生省第38号において「指定居宅介護支援の事業の人員及び運営に関する基準」と、同年7月29日老企第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知が出された。これは一連の業務のあり方及び当該業務を行う介護支援専門員の責務を明らかにしたものである。その中の基準第13条に1～27号(表1)にわたりケアマネジメントプロセスについての具体的な業務内容が記されており、この項目中、本研究に特に関連するものとして4・9・14・16号を取り上げ今まで述べた点を整理したい。

- ① 4号は、「介護給付等対象サービス以外を含めて、総合的な計画となるよう努めなくてはならない」。介護保険法の介護給付サービス以外のサービスの調整を

表1 基準第13条

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 (1999年3月31日厚生省第38号)	
第13条	
1号	計画作成業務
2号	説明
3号	継続的かつ計画的なサービス利用
4号	介護給付等サービス以外の計画上の位置付け
5号	利用者によるサービスの選択
6号	解決すべき課題の把握
7号	アセスメントは居宅訪問、説明・理解
8号	サービス計画の原案作成
9号	サービス担当者会議による専門的意見の聴取
10号	計画の説明と同意
11号	計画の交付
12号	サービス事業所の計画の提出
13号	作成後の継続的なアセスメント
14号	モニタリング（イ）月1回訪問（ロ）結果記録
15号	更新認定、区分変更時一専門的な見地からの意見を求める
16号	変更時は第3～12号の一連の業務を行う事が必要
17号	介護保険施設への紹介や便宜の提供
18号	施設からの退院、通所時の連携
19号	医療サービス利用時の主治医からの意見を求める
20号	医療サービスは主治医の指示のある場合に限る、 以外は留意事項の尊重
21号	短期入所施設利用は要介護認定有効期間の半数を 超えない
22号	福祉用具貸与の必要な理由、継続時は会議等で検 証し、計画に記載
23号	特定福祉用具販売一妥当性検討と計画に必要な理 由の記載
24号	認定審査会意見の計画への反映
25号	指定介護予防支援事業者との情報提供などの連携
26号	指定介護予防支援業務の受託は業務量を勘案し、 適正実施を配慮
27号	指定居宅介護支援事業所は関係者等により行われ る会議に必要な協力

出所：1999年3月31日厚生省第38号より筆者作成

行う必要性が記載されている。しかしこの調整は介護報酬の算定外という事実がありこの点に関しては議論にもあがる。研究結果（4）で示したように、「時間がかかるインフォーマルサービスの調整」になるため現行の業務実態からは、利用者支援に必要であると認識しても、個別の支援の域を出ることが難しい現状である。しかしインフォーマルサービスの調整や開発を含めて、包括的・継続的支援を最前線にいる介護支援専門員は最も必要としている。

② 9号は、「サービス担当者会議等によ

る専門的意見を求め調整を図ることが重要である。照会であっても緊密に相互の情報交換を行うことにより、計画原案の共有ができるようにする必要がある」。研究結果（5）で触れた「関係者間の調整に時間がかかる、相互の連携が十分でないという問題の克服」のため、システムとしてのケアマネジメントの確立が重要である。現状においても介護支援専門員は自らの専門性の上に立ちながら、他の専門職のなかに入り、発信し意見を求めるという不可欠な役割を持っている。ただし職業の成立過程や依拠する法律、専門用語に関しても相違のあるなかで調整業務をすることは、かなりの時間を必要としている。

③ 14号は、「モニタリングで利用者、家族を含む関係者との連携の他、少なくとも月1回の居宅訪問での面接を行い、1月に1回はモニタリングの記録を記録することが必要である」。居宅訪問をしなければ減算になるということは介護支援専門員のなかでは徹底されているが、形骸化される危険性も同時に持っている。それは訪問時の面接の時間の確保と、モニタリングの内容が重要になる。個々の支援において事後評価（エバリユエーション）がなされない具体的な観察ができず、支援の目標達成が曖昧になる。

④ 16号は、「居宅サービス計画を変更する際には、原則として、基準第13条第3号から第11号までに規定された計画策定に当たっての一連の業務を行うことが必要である」。補足として「利用者の希望によるサービス利用日時の変更等の軽微な変更以外」必要となっている。

要介護認定時や区分変更時においては当然、一連の業務が必要になるがもともと大きな変更点がない利用者に対しても、考察（1）で示したように定められた期間毎、その都度

の業務と連動した既定の書類作成が大きな負担となっているのが現状である。

VI. まとめ

介護保険制度が創設された背景を見ていくと、まさに社会保障構造改革の第一歩としての位置付けであった。そこに登場した介護支援専門員は制度開始後15年の間にすっかり定着してきた。それだけ高齢社会が進行し、介護の必要性が身近になったとも言える。

社会保険方式ではあるが、日本の場合は税と保険料（それぞれ50%）であり財源問題ではかなり政策的変更点が見られてきたのが事実である。その中で介護支援専門員は常に利用者、家族を目の前にしてアウトリーチを行い、寄り添う支援を続けている職種である。

制度は様々な事情によって改正されていくが、尊厳ある生活を意味する「高齢者の自立支援」の基本理念は護り続けなければならない（橋本2008：54）のである。また、実践の立場に身を置くものは介護保険制度の動向を見定めながら現場の声を挙げることの大切さと同時に、野中が指摘したように、「ケアマネジャーという技術者の団体が切磋琢磨して磨くもの」（野中2012c：1）という両面の課題をしっかりと区別しながら現場と関わっていくことがさらに求められる。

介護支援専門員が行うケアマネジメントプロセスが、書類上の整備が優先になり形骸化することのないようにモニタリング、さらに事後評価（エバリュエーション）を行い得る体制を整え、それらをもって情報の共有化につなげていく方が望まれる。

VII. 今後の課題

本研究は、介護支援専門員の業務の中のペーパーワークの実態を通して、問題点を探り必要な改善のための支援の道筋を提示すること

を目的とした。さらに今後は、書式によって内容、目的を共有した後、一定の政策目標を達成していくための効果的な動き方を考えていくことが重要になる。目標の共有の次の時点の実行に目を向けていくことが必要である。

ケアマネジメントプロセスといった技術論からの展開と合わせて、政策論の背景を見ていくことで制度設計の目的、政策課題等マクロからのアプローチも取り入れていく必要を感じ、双方向からの言及を試みた結果、問題を絞り込むことが十分でなかったことが本研究の限界である。また今後新たな動きが始まる「医療介護総合確保推進法」に伴うケアマネジメント実施上の影響を注意深く見ていくことが必要と考える。

その意味でも介護支援専門員を支援することは、利用者、家族の尊厳を守り、我が国の社会保障政策をより良い方向へ進めていくことなのである。

付記

2015年12月22日「安心につながる社会保障」（介護離職ゼロ）¹⁰に直結する対策のひとつとして、介護事業の生産性向上のため、ICTの活用や作成文書の削減・簡素化による文書量の半減など、事務負担の軽減を推進しつつ、業務プロセスの改善を図ることが発表された。

謝辞

ご多忙の中、インタビューに応じ貴重な示唆をいただいたお二人の介護支援専門員の方に深く感謝申し上げます。

注

1) 「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」1999年7月29日老

企第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)

- 2) ⑦小規模事業者の支援、中立・公平性の確保、⑧実践的な学び、スーパーバイズ機能等、能力向上の支援、⑨受験資格要件、法定研修のあり方、⑩施設におけるケアマネジャーの役割の明確化。
- 3) (Ⅰ) 介護保険におけるケアマネジメント (Ⅱ) ケアマネジメントの現状と評価 (Ⅲ) 保険者の役割 (Ⅳ) ①制度・システム、(Ⅴ) ②制度・運用 (Ⅵ) 資質・能力が6区分として提示。
- 4) 「介護サービス計画書様式」介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示等について等の一部改正について2006年3月30日老発第0331008号より
 - ①第1表：居宅サービス計画書(1)
 - ②第2表：居宅サービス計画書(2)
 - ③第3表：週間サービス計画書
 - ④第4表：サービス担当者会議の要点
 - ⑤第5表：サービス担当者に対する照会
 - ⑥第6表：居宅介護支援経過
 - ⑦第7表：サービス利用表
 - ⑧第8表：サービス利用表別表
 ※介護報酬請求時には、給付管理票。
 ※その他必要時に福祉用具購入申請、住宅改修の理由書及び必要な他制度の説明や申請代行。各種情報提供書等。
- 5) 同論文の中で玉木は「ジェネラル・ソーシャルワークを一言で言うと、個人の抱える問題に対して個人的要因と社会的要因の両方を視野に入れて実践援助を行うことである」としている(玉木2006:11)。
- 6) 正式名は「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」。2014年6月成立、介護保険関連に関しては2015年4月以降施行。
- 7) 介護保険制度創設の4つの目的のうち、強調点がシフトしていったという指摘がある。当初は①介護を社会全体で支える仕組み、②社会保険方式の採用で給付と負担の関係の明確化、③縦割り制度を再編成し、多様な保健医療サービス、福祉サービスの総合的なしくみが強調され、1996年後半からは④医療を介護から切り離し、社会的入院解消の条件整備を図るなど社会保障構造改革の第一歩となる制度の創設が「強く主張された」(太田、國光2007:16)。

- 8) 第1世代ケースマネジメントモデルは行政機関等のケースワーカーに利用者を割り当て、ケースマネジメントの実施を求める。第2世代ケースマネジメントモデルでは、ターゲティングやスクリーニングなどのために、より専門的訓練を受けたワーカーがケースマネジャーを担当すべき、という主張が登場してきた。
- 9) 「高齢者介護保険制度の創設について」1996年4月22日(老人保健福祉審議会) —はじめに—
- 10) 全国介護保険・高齢者保健福祉担当者会議資料「7. 介護事業の生産性向上について」2015年12月22日 厚生労働省

引用・参考文献

- 「社会保障体制の再構築(勧告)～安心して暮らせる21世紀の社会をめざして～」(1995) 総理府社会保障制度審議会事務局
- 「新たな高齢者介護システムの確立について」老人保健福祉審議会(1995:256)
- 厚生省介護保険制度実施推進本部によるまとめ(1998)
- 「高齢者介護研究会報告書—2015年の高齢者介護」(2003)
- 三菱総合研究所(2014)「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」報告書 94
- 週刊東洋経済(2014.5.17)特集「誤解だらけの介護職—ルポ 仕事は増大するばかり ケアマネの悲痛な叫び—」東洋経済新報社 76-77
- 馬場純子(2012)「介護保険制度改正によるケアマネジメント業務量の変化—介護支援専門員業務量調査(平成15年度・19年度実施)結果の比較より—」『専修科学論集 社会学篇』2(2), 99-111
- キャボット(1969)『医療ソーシャルワーク』森野郁子訳 岩崎学術出版
- チャリス(1991)『地域ケアにおけるケースマネジメント』窪田他訳 光生館
- 橋本泰子(2008)『しなやかに、凛として 今、「福祉の専門職」に伝えたいこと』中央法規出版
- 橋本泰子(2012)「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」第2回議事録 2 厚労省老健局振興課
- Holt(2005)『相談援助職のためのケースマネジメント入門』白澤政和監訳 中央法規出版

- 伊藤淑子 (2005) 「地域ケアにおけるケアマネジメントの発展：英日比較の視点から」『北海学園大学学術論集』124, 1-21
- 川越雅弘 (2006) 「我が国における医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』156, 5-18
- 川越雅弘 (2008) 「我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題」『海外社会保障研究』162, 4-15
- 川向雅弘 (2012) 「介護保険制度における専門職の課題—介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会報告から—」『社会福祉研究』116, 106-107
- 小西加保留 (2004) 「保健医療領域における対人援助技術」 桃山学院大学総合研究所紀要30(2), 31-44
- 高良麻子 (2004) 「介護支援専門員におけるバーンアウト—インタビュー調査を通して—」東京家政学院大学紀要44, 67-73
- マクスリー (1994) 『ケースマネジメント入門』野中猛・加瀬裕子監訳、中央法規出版
- 二木 立 (2000) 『介護保険と医療保険改革』勁草書房
- 増田雅暢 (2003) 『介護保険の見直しの争点—政策過程からみえる今後の課題—』法律文化社124, 1-21
- 野中 猛 (1997) 『図解ケアマネジメント』中央法規出版
- 野中 猛 (2012a) 「あいも変わらずの誤解」『日本ケアマネジメント学会』Vol.22 論壇
- 野中 猛 (2012b) 「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」第2回議事録 7-9 厚労省老健局振興課
- 野中 猛 (2012c) 「介護保険とケアマネジメントの違い」『ケアマネット』一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会機関紙第32, 1
- 野中 猛・上原 久 (2013) 『ケア会議で学ぶケアマネジメントの本質』中央法規出版
- 太田貞二・國光登志子 (2007) 『対人援助をめざす人のケアマネジメントLearning10』14-16 (株) みらい
- 岡村重夫 (1983) 『社会福祉原論』全国社会福祉協議会
- 白澤政和 (1999) 「介護保険制度におけるケアマネジメントの意義と課題」『月刊総合ケア』9(12), 14
- 白澤政和 (2002) 「生活支援としてのケアマネジメントの方法」『ケアマネジメント学』1, 17-28
- 白澤政和・畑亮輔・與那嶺司 (2007) 「ソーシャルワークの特性に関する実証的研究—ケアマネジメントとの関連をもとに—」(2007年文部科学省科学研究費補助金・基盤研究A) 12-16
- 副田あけみ (2008) 「ソーシャルワークのアイデンティティー—ケアマネジメントの展開が及ぼした影響—」『首都大学東京 人文学報 社会福祉』24, 83-110
- 鷲見よしみ (2014) 「介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業報告書」63 株式会社日本能率協会総合研究所
- 玉木千賀子 (2006) 「介護保険制度のケアマネジメントとソーシャルワークの関係—過程における両者の機能に着目して—」沖縄大学人文学部紀要 7, 107-119
- 玉木千賀子 (2010) 「介護支援専門員のやりがいと困難—主任介護支援専門員に対する調査から—」沖縄大学人文学部紀要 12, 51-60
- 筒井孝子他 (2014) 「介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業報告書」『平成25年度老人保健事業推進等補助金 老人保健健康推進等事業』株式会社日本能率協会総合研究所68-92
- 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—」『東京都立大学 人文学報 社会福祉学』20, 17-44
- 八木亜紀子 (2012) 『相談援助職の記録の書き方—短時間で適切な内容を表現するテクニック』中央法規出版

