

2012 年度
関西福祉科学大学大学院
社会福祉学研究科
臨床福祉学専攻

修士論文題目

介護保険制度下において
対応しきれない支援のあり方に関する研究
－居宅介護支援専門員の業務を対象として－

指導教員（ 浅野 仁 教授 ）

社会福祉学研究科臨床福祉学専攻

学生番号 21160008 氏名 藤田 了

社会福祉学研究科臨床福祉学専攻

学生番号 21160008

氏名 藤田 了

介護保険制度下において対応しきれない支援のあり方に関する研究
－居宅介護支援専門員の業務を対象として－

【要旨】

介護保険制度は、高齢期の暮らしを支える社会保障制度の中核として着実に機能してきている。しかし、さまざまなフォーマル、インフォーマルな支援を駆使しても対応が困難な生活問題は存在する。

本研究では、居宅（地域）の介護支援専門員が、地域の高齢者支援の展開過程で直面している、業務の境界線がはっきりと線引きできない、いわゆる「本来の業務範囲とはいえない支援」に着目し、確立した支援方法やマニュアルの存在しない業務に対して、実践ではどう対処しているかについて検証した。

介護支援専門員の標準化されている業務内容以外の「本来の業務範囲とはいえない支援」に対しての全体的な傾向としては、負担や不安を感じながらも、せざるを得ない状況の中で支援を行っていることが確認された。

調査結果を踏まえ、「本来の業務範囲とはいえない支援」に対して、今後介護支援専門員がどう関わっていくべきなのかということと、今後の課題についても考察している。

目次

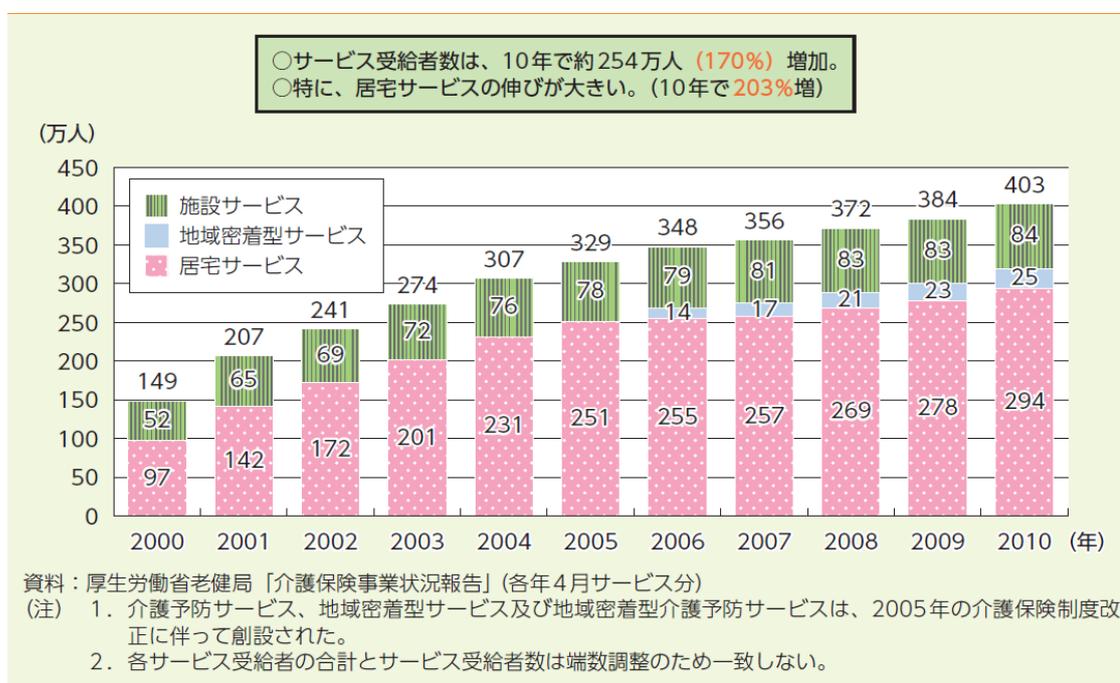
はじめに	1
第 I 章 介護保険制度と日本のケアマネジメント	4
第 1 節 わが国の介護保険制度の現状	4
第 2 節 ケアマネジメントの概況	5
(1) ケアマネジメントの定義	5
(2) 日本の介護保険制度におけるケアマネジメント	5
第 3 節 ソーシャルワークの基本的概念	6
第 II 章 介護支援専門員の業務	8
第 1 節 介護支援専門員の業務内容	8
第 2 節 利用者支援施策への介護支援専門員の介入	10
(1) 介護保険サービスと介護支援専門員	10
(2) 介護保険以外のサービスと介護支援専門員	12
第 3 節 介護支援専門員が行う利用者支援の課題	14
第 III 章 「本来の業務範囲とはいえない支援」についての調査	16
第 1 節 調査目的及び調査方法	16
(1) 調査の目的	16
(2) 調査の対象	16
(3) 調査地域の概況	16
(4) 調査方法	16
(5) 分析方法	17
(6) 倫理的配慮	18
第 2 節 調査結果	18

(1) 対象の属性	18
(2) 「本来の業務範囲とはいえない支援」の対応の実態	20
(3) 自由記述から	32
第IV章 考察と課題	34
第1節 考察	34
第2節 今後の課題と対策	35
(1) 家族と介護支援専門員の役割の違い	35
(2) 介護支援専門員の研修	35
(3) 連携の重要性	36
おわりに	38
引用文献・参考文献	39
謝辞	40
資料	

はじめに

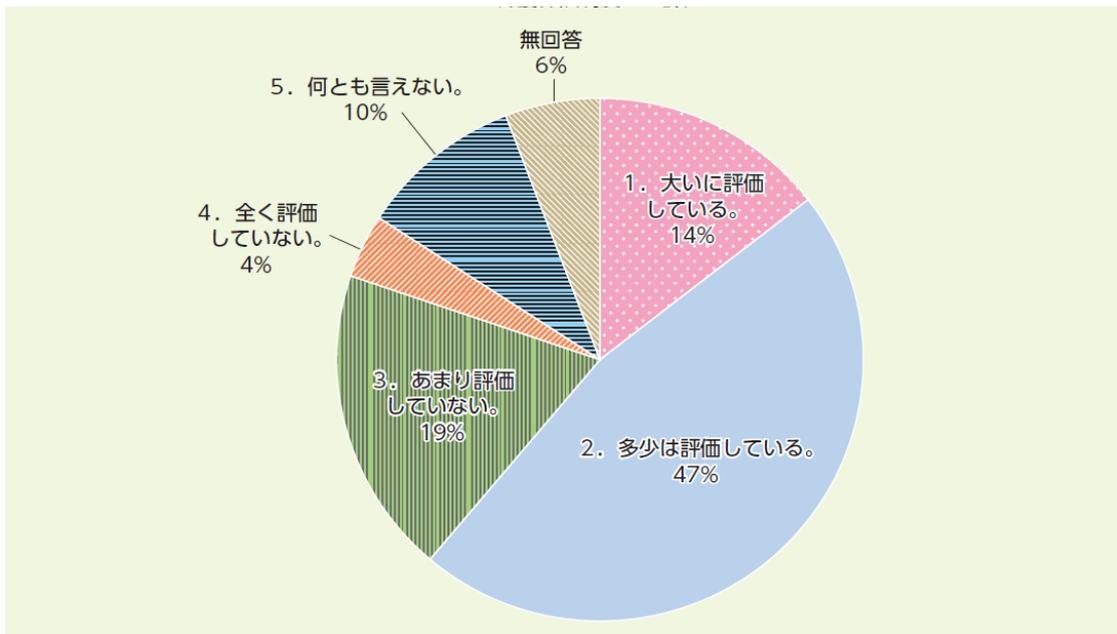
2000年に施行された介護保険制度は13年目を迎えた。平成24年3月分の厚生労働省による介護保険事業状況報告によると、要介護及び要支援と認定された認定者数の推移は、2000年度は256万人であったが、2012年度には530.3万人¹⁾となった。

増加の傾向を辿る介護保険制度の利用者に対して、介護サービス事業所設立の規制緩和などによる民間参入等の効果により、介護サービスを提供する居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス事業所数は右肩上がりに増え、介護サービス受給者数は制度の発足から10年で約170%増加した(図1)。²⁾



【図1】 サービス受給者の推移
(出典) 平成23年版 厚生労働白書

また、2010年に厚生労働省が実施した「介護保険制度に関する国民の皆様からのご意見募集」(図2参照)によれば、介護保険制度への評価に対して、「介護保険を評価している(大いに評価している14%、多少は評価している47%)」との回答が、約60%を占めた。一方「評価していない(あまり評価していない19%、全く評価していない4%)」との回答は約2割であった。つまり、介護保険制度は高齢期の暮らしを支える社会保障制度の中核として着実に機能しており、少子高齢社会の日本において必要不可欠な制度となっているといえる。



【図2】 介護保険制度への評価
 (出典) 平成23年版 厚生労働白書

しかし、多様化している高齢者の生活問題に対して「介護保険制度で対応しきれない生活問題」というものが露呈されてきた。利用者にさまざまな社会資源をコーディネーション（調整）することが役割のひとつとされている介護支援専門員は、支援を展開する中で、利用者からさまざまな課題や要望を投げかけられる。臨床実践での知恵や経験を駆使しても、繋ぐことや支援が得られない場合、介護支援専門員は独自の判断で課題や要望に対して対処を行っている事が多いと考えられる。

これまでは、介護支援専門員の業務の効率化についての業務量調査や資質向上のための実態調査での負担感の評価や役割に関する意識調査^{3) 4) 5) 6)}などは多くみられるが、介護保険制度の枠をはみ出しての支援に着目した研究は少ない。

本研究では、居宅の介護支援専門員が、地域の高齢者支援の展開過程で直面している、業務の境界線がはっきりと線引きできない、いわゆる「本来の業務範囲とはいえない支援」に着目し、確立した支援方法やマニュアルの存在しない業務に対して、実践ではどう対処しているかということと、どのように感じているかの現状を明らかにし、今後はどう対処すれば良いのか改善策を見いだし、介護支援専門員の支援の質の向上に資することを目的とする。

第I章において、日本におけるケアマネジメントの移入と発展について整理する。第II章では、介護保険制度上での居宅介護支援専門員の業務内容を確認し、その上で利用者支援の課題を考察する。さらに

第Ⅲ章では、アンケート調査から介護保険制度上での「本来の業務範囲とはいえない支援」ということに関して、臨床の場面ではどのように対応しており、その対応にどう感じているかを明らかにし、どう対処すれば良いのか改善策を見いだすことを検証する。第Ⅳ章で、アンケート調査から介護保険制度上での「本来の業務範囲とはいえない支援」に対して、今後介護支援専門員がどう関わっていくべきなのかということと、今後の課題についても考察していきたい。

第 I 章 介護保険制度と日本のケアマネジメント

第 1 節 わが国の介護保険制度の現状

介護保険法が施行されてから、13 年が経過した。利用者のニーズの多様化、サービス提供体制の変動、保険給付にかかる費用の状況、国民負担の推移、社会経済の情勢等を勘案し必要な見直しが行えるよう、介護保険制度は 5 年を目途として制度全般に対する見直しを行うことが介護保険法附則第 2 条において定められている。

最初の制度全般の見直しは 2006（平成 18）年であり、介護保険制度の基本理念である、高齢者の「自立支援」、「尊厳の保持」を基本としつつ、制度の持続の可能性を高めていくための取り組みが重要視された。①予防重視型システムへの転換。新予防給付の創設や地域支援事業の創設など、「明るく活力ある超高齢社会」を目指し、市町村を責任主体とし、一貫性・連続性のある「総合的な介護予防システム」を確立する。②施設給付の見直し。居住費用や食費の見直し、低所得者等に対する措置など、介護保険と年金給付の重複の是正や在宅と施設の利用者負担の公平性の観点から、介護保険施設に係る給付の在り方を見直す。③新たなサービス体系の確立。地域密着型サービス、地域包括支援センターの創設、医療と介護の連携の強化、認知症ケアや地域ケアを推進するため、身近な地域で地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供を可能とする体系の確立を目指す。④サービスの質の向上を図るため、情報開示の標準化、事業者規制の見直し、ケアマネジメントの見直し等を行う。⑤負担の在り方・制度運営の見直し。第 1 号保険料の見直し、市町村の保険者機能の強化、要介護認定の見直し、介護サービスの適正化・効率化等を図り、低所得者に配慮した保険料設定を可能とするとともに、市町村の保険者機能の強化等を図るとされている。

次の見直しの 2012（平成 24）年の改正では、地域包括ケアシステムの構築を推進することが掲げられ、①在宅サービスの充実と施設の重点化。具体的には、新たなサービスとして、日中・夜間を通じた定期巡回・随時対応サービス、複合型サービス（小規模多機能＋訪問看護）の創設など、中重度の要介護者が住み慣れた地域で在宅生活を継続できるようなサービスの適切な評価及び施設サービスの重点化。②自立支援型サービスの強化と重点化。具体的には、訪問介護と訪問リハビリテーションとの連携の推進や、予防給付において、生活機能向上に資するサービスの重点化など、介護予防・重度化予防の観点から、リハビリテーション、機能訓練など自立支援型サービスの適切な評価及び重点化。③医療と介護の連携・機能分担。具体的には、入院・退院時の情報共有や連携強化やグループホーム等での看取りの対応の強

化、介護老人保健施設においては、地域連携パスの評価など、診療報酬との同時改定の機会に、医療と介護の連携・機能分担を推進。④介護人材の確保とサービスの質の向上。具体的には、介護職員処遇改善加算の創設、人件費の地域差の適切な反映、訪問介護サービスのサービス提供責任者の質の向上、以上4つの視点を柱に、介護サービスの充実・強化を図るとともに、介護保険制度の持続の可能性の観点も盛り込まれている。

介護支援専門員においては、介護支援専門員の資質向上を図る研修体系について、利用者本位、自立支援、公平中立の理念を徹底し、介護支援専門員の専門性の向上を図ることにより、利用者の自立支援に資する適切なケアマネジメントの実現が求められるとされている。⁷⁾

第2節 ケアマネジメントの概況

(1) ケアマネジメントの定義

ケアマネジメントについては単一の定義はなく、これまで国内外で多くの定義が示されてきている。

Rubin, A. (1992) は、「複雑で重複した問題や障害をもつクライアントが適時に適切な方法で必要とするサービスを利用できるように保証することを試みるサービス提供の一方法である。」としている。Jonson, P. (1983) は、「一人のワーカーであるケースマネージャーが、要援護者と複雑なサービス供給システムを結びつけ、要援護者が適切なサービスを受けられるよう確保する責任を持つこと」と定義している。Parker, R. (1987) は、「要援護者のために、すべての援助活動を連絡調整する (coordinate) 手続き」と述べている。Moxley, D. P. (1989) は、「ある人 (またはチーム) が複数のニーズをもった人々の社会生活機能や福祉を最大限に享受できることを目的として、フォーマルおよびインフォーマルなサービスや支援のネットワークを組織化し、調整し、維持すること」としている。⁸⁾ 白澤 (1992) は、「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つける手続きの総体」と定義している。さらにケアマネジメントの目標は、多様な生活問題を抱える利用者に対して、自立生活の支援及び、生活の質を高めることができるよう統合的に支援するという実践的側面と同時に、社会保障財源を抑制する管理的側面を持ち合わせているとしている。⁹⁾

(2) 日本の介護保険制度におけるケアマネジメント

わが国での高齢者に対するケアマネジメントは、1990 (平成 2) 年に設置された在宅介護支援センターにおいて試行的に行われたことに始まる。その後、2000 (平成 12) 年 4 月から施行された介護保険制度

において、高齢者ケアマネジメントが本格的に導入された。

ケアマネジメントの目的の一つに、住み慣れた地域での「生活」を支援する、「在宅支援」の強調がある。これは、社会的入院の解消や脱施設化の促進が背景にある。在宅生活の継続には、利用者の病状の管理や体調面への支援である医学的アプローチ、生きがいや意欲を高める心理的アプローチ、住宅環境を整えたり、家族の介護負担の軽減などの社会環境的アプローチが必要であり、それぞれが個別実施されるだけでなく、それらを統合したアプローチで利用者本人の生活全体を支援する手法がケアマネジメントであるとしている。

ケアマネジメントは介護保険の中だけで使われるものではないことは周知の通りである。平成 15 年度から日本でも導入される障害者ケアマネジメント（知的障害、身体障害、精神障害）やその他の領域にも適用されるものである。

日本の介護保険におけるケアマネジメントの不全性は、まずその対象を制限され、かつ要介護認定というハードルを乗り越えなければサービスを使えず、晴れてサービスを使えるにあたって介護保険の枠内のサービスしか使えず、さらにサービスの 1 割自己負担が待っているという現実がある。ケアマネジメントが、「要援護者やその家族がもつ複数のニーズと社会資源を結びつけること」であるとしたら、介護保険におけるケアマネジメントは制約が多いと思われる。¹⁰⁾

第 3 節 ソーシャルワークの基本的概念

国際ソーシャルワーカー連盟（IFSW）においてのソーシャルワークの定義では、「ソーシャルワーク専門職は、人間の福利（ウェルビーイング）の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人びとのエンパワーメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人びとがその環境と相互に影響し合う接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である」とされている。¹¹⁾日本における解釈として、「様々な形態をもって行われるソーシャルワークは、人びととその環境の間の多様で複雑な相互作用に働きかける。その使命は、すべての人びとが、彼らのもつ可能性を十分に発展させ、その生活を豊かなものにし、かつ、機能不全を防ぐことができるようにすることである。専門職としてのソーシャルワークが焦点を置くのは、問題解決と変革である。従ってこの意味で、ソーシャルワーカーは、社会においての、かつ、ソーシャルワーカーが支援する個人、家族、コミュニティの人びとの生活にとっての、変革をもたらす仲介者である。ソーシャルワークは、価値、理論、および実践が相互に関連しあうシステムである」とされている。¹²⁾

太田（1999）は、ソーシャルワーカーの機能と役割について、「クライアントの状況を取りまくさまざまな要素や制度、文化、資源などを含む環境システムとの相互作用、交互作用を適正化することを目指す。このことにより、クライアントの問題解決能力、対処能力、潜在能力（コンピテンス）を高め、促進することにより、クライアントを活力ある生活主体者へと変え、同時にクライアントを取りまく各種システムを調整することにより、社会参加を容易にし、積極的に社会の発展に貢献する責任ある生活者への変容を、ワーカーの援助目的としている」と述べている。¹³⁾

利用者主体のなかでの専門職を考える上で、「専門職」は必要と考える。しかし、その在り方が問われているのである。「利用者主体」「利用者本位」に基づく支援が重視されるなか、専門家主導ではなく、利用者が主役となって、ワーカーは利用者の生活を側面的にサポートすることこそ、これからの社会福祉援助に求められるといえる。津田（2008）は、「ソーシャルワークを中核にすえた社会福祉援助は、人間のより豊かな生活をめざして、生活上の問題を解決、改善すべく（ニーズを充足すべく）、利用者に働きかけたり、あるいは利用者を取り巻く様々な環境に働きかけたりすることを通して、利用者と利用者を取り巻く環境との関係性を調整する支援過程である」と捉えることができるとしている。¹⁴⁾

第Ⅱ章 介護支援専門員の業務

第1節 介護支援専門員の業務内容

介護支援専門員は介護保険制度発足と共に新しく創設された資格であり、また、職業である。介護支援専門員は、単純に利用者のサービスに対する要望にこたえてケアプランを作成するのではなく、的確なニーズの把握に基づいたケアプラン作成が求められている。適切なケアマネジメントが行われれば、障害があるとしても、サービスの利用者は、常に自分のニーズに適切なサービスを利用して自立した生活が継続できるし、過剰なサービスが提供され、依存状態がひどくなるということも無くなり、不必要な費用も軽減できるとされている。

介護支援専門員の業務については、居宅介護支援、施設サービスにおいて、居宅介護支援の省令、各介護保険施設の基準に関する省令を確認する必要があるが、基本的な性格は変わらない。

介護支援専門員の業務内容に関して「厚生省令第38号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」の「第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）」のなかで、具体的に「介護支援サービス（介護保険制度におけるケアマネジメント）」の内容について規定している。（表1参考）

(表1) 介護支援専門員の業務内容の一行見出し

第13条の項	一行見出し
第1項	居宅サービス計画の作成
第2項	利用者・家族への指定居宅介護支援の提供方法等の理解しやすい説明
第3項	継続的・計画的な指定居宅サービス等の利用のための居宅サービス計画の作成
第4項	介護給付等対象サービス以外のサービスを居宅サービス計画上に位置付ける努力
第5項	利用者による選択のための指定居宅サービス事業者等に関する情報の利用者・家族への提供
第6項	利用者の解決すべき課題を把握しての居宅サービス計画の作成
第7項	利用者の居宅を訪問し、利用者・家族に面接しての利用者の解決すべき課題の把握
第8項	解決すべき課題に対応するサービスの組み合わせが検討された居宅サービス計画の原案の作成
第9項	居宅サービス計画の原案の内容について担当者から意見を求めること(サービス担当者会議担当者に対する照会等)
第10項	居宅サービス計画の原案の内容についての利用者・家族に対しての説明
	居宅サービス計画の原案の内容についての文書による利用者への同意
第11項	作成した居宅サービス計画の利用者及び担当者への交付
第12項	居宅サービス計画作成後の計画の実施状況の把握
	居宅サービス計画作成後の必要に応じた計画の変更
	居宅サービス計画作成後の指定居宅サービス事業者等との連絡調整等の実施
第13項	利用者・家族、指定居宅サービス事業者等へのモニタリングの実施
第14項	居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から意見を求めること(サービス担当者会議、担当者に対する照会等)
第15項	居宅サービス計画(変更分)の居宅サービス計画の作成過程への準用
第16項	必要時における利用者の介護保険施設への紹介その他の便宜の提供
第17項	介護保険施設等から退院・退所しようとする要介護者等への居宅サービス計画の作成等の援助
第18項	利用者が医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合における利用者の同意後主治医への意見を求めること
第19項	医療サービス(訪問看護、通所リハビリテーション等)に係る主治医等の指示がある場合に限り居宅サービス計画への位置付け
	指定居宅サービス等(医療サービス以外)に係る主治医の留意点を尊重しての居宅サービス計画への位置付け
第20項	短期入所生活介護及び短期入所療養介護の利用日数が要介護認定等の有効期間のおおむね半数を超えない居宅サービス計画への位置付け(特に必要と認められる場合を除く)
第21項	居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合には妥当性を検討し必要な理由を記載し継続必要性を随時検証
第22項	居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合には利用の妥当性を検討し必要な理由を記載
第23項	利用者の被保険者証に認定審査会意見又は居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類についての記載がある場合における利用者へのその趣旨説明
	利用者の理解を得た上での利用者の被保険者証に認定審査会意見又は居宅サービスの種類についての記載がある内容に沿っての居宅サービス計画の作成
第24項	要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合に指定介護予防支援事業者との必要な連携
第25項	指定介護予防支援事業者から指定介護予防支援の業務の委託を受けるに当たって業務量等を勘案し業務の適正に配慮

梅谷進康(2005)の論文内提示「指定居宅介護支援の具体的取扱方針」の「一行見出し」図を筆者が抜粋加筆した

第 2 節 利用者支援施策への介護支援専門員の介入

(1) 介護保険サービスと介護支援専門員

介護保険制度で利用できるサービスには居宅サービスと施設サービス、地域密着型サービスとに区別ができる。制度創設の理念にもあるように、介護保険制度は居宅サービスを重視した制度である。具体的なサービスは（表 2）のとおりである。

利用の要件に関しては、まず要介護認定で要介護度が認定されることが必要である。認定手続きに関して、新規申請の場合、利用希望者または利用希望者の家族が保険者（役所）の窓口で申請を行うか、あるいは、介護保険施設や居宅介護支援事業所で申請方法を教えてもらうことができる。居宅介護支援事業所などでは申請代行を依頼することもできる。

申請手続きは、入口の段階であり、多くがケースの発見となることが考えられる。次に利用者がケアマネジメントを必要としているかどうかを明らかにしたり、その緊急度を明らかにすることでケースを仕分けするスクリーニングが行われる。次に、契約や介護保険制度、介護支援専門員の業務の内容等説明するインテーク段階、利用者についての生活状況全般をどのような生活課題（ニーズ）があるか見極める段階のアセスメント、必要サービスの担当者とサービス担当者会議を実施しケアプランを作成、利用者または、利用者が認知症等で判断が不十分な場合など利用者の家族から承諾されたケアプランの実施、利用者の変化についての継続的な評価を行うモニタリング、新たな生活課題がないか見極め再アセスメントと、介護保険制度上でいわれるケアマネジメントの過程が基本的には繰り返される。

利用料に関しては、認定の結果により、各要介護度ごとに利用の限度（上限）である支給限度額が設定される。支給限度額の範囲でサービス計画に基づきサービスを利用する。居宅サービスと施設サービス、地域密着型サービスについて必要な費用の 1 割が利用者の負担である。通所系、入所系、短期入所系サービスの食費や滞在費（ホテルコスト）などは全額自己負担となる（所得による減額措置等はある）。

(表 2) 介護保険で利用できるサービス

在宅で利用できるサービス	要支援1・2の方	介護予防サービス	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防訪問介護 ●介護予防訪問入浴介護 ●介護予防居宅療養管理指導 ●介護予防通所リハビリテーション ●介護予防短期入所療養介護 ●介護予防福祉用具購入費の支給 ●介護予防特定施設入居者生活介護 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防訪問看護 ●介護予防訪問リハビリテーション ●介護予防通所介護 ●介護予防短期入所生活介護 ●介護予防住宅改修費の支給 ●介護予防福祉用具貸与
	要介護1～5の方	居宅介護サービス	<ul style="list-style-type: none"> ●訪問介護 ●訪問入浴介護 ●居宅療養管理指導 ●通所リハビリテーション ●短期入所療養介護 ●福祉用具購入費の支給 ●特定施設入居者生活介護 	<ul style="list-style-type: none"> ●訪問看護 ●訪問リハビリテーション ●通所介護 ●短期入所生活介護 ●住宅改修費の支給 ●福祉用具貸与
施設に入所するサービス	要介護1～5の方	施設サービス	<ul style="list-style-type: none"> ●介護老人福祉施設 ●介護療養型医療施設 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護老人保健施設
地域密着型サービス <small>(※原則として、新潟市の住民の方のみが利用します。)</small>	要支援1・2の方	地域密着型介護予防サービス	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防小規模多機能型居宅介護 ●介護予防認知症対応型共同生活介護 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護予防認知症対応型通所介護
	要介護1～5の方	地域密着型サービス	<ul style="list-style-type: none"> ●小規模多機能型居宅介護 ●複合型サービス ●認知症対応型通所介護 ●地域密着型特定施設入居者生活介護 ●地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 	<ul style="list-style-type: none"> ●夜間対応型訪問介護 ●定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ●認知症対応型共同生活介護

引用：平成24年4月時点 新潟市ホームページ

http://www.city.niigata.lg.jp/iryo/kaigo/kaigoindex/kaigoriyou/h23index.files/h24_05-09.pdf20130206 参照

(2) 介護保険以外のサービスと介護支援専門員

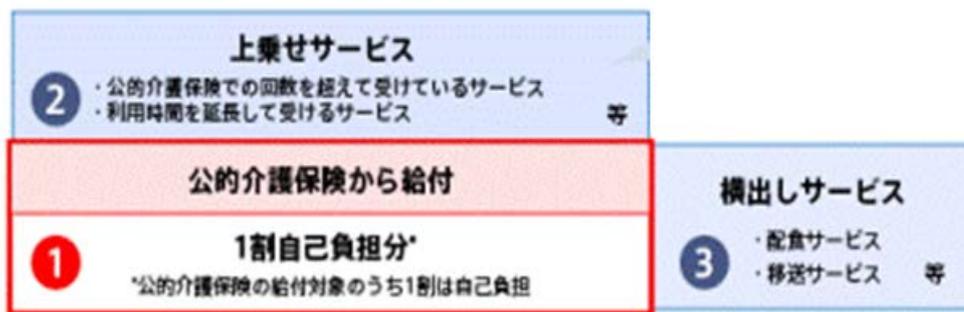
介護支援専門員は、法令上の記載に「居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス（法第二十四条第二項に規定する介護給付等対象サービスをいう。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない」とされており、介護保険外のサービスについてもその調整を行う努力義務が求められていると解釈できる。

介護保険制度以外のサービスとして位置付けられている、いわゆる上乗せサービス、横出しサービスがある。(図3)上乗せサービスとは、介護保険で要介護度ごとに設定されている支給限度基準額の利用限度額を超えて受けるサービスのことである。具体的な例を挙げると、公的介護保険で受けることができる回数を超えていたり、利用時間を延長したりすることが上乗せサービスに該当する。上乗せサービスにかかる費用は全額自己負担となる。

横出しサービスとは、公的介護保険のサービス対象外のサービスを指す。利用の要件に、「概ね65歳以上」や「管轄の市町村の在住」などの規定を設けている自治体が多い。具体的なサービスには、食事を自宅まで運んでくれる配食サービスや、目的地まで移動させてくれる移送サービス、急変の時など必要な機関に通報してくれる緊急通報システムなどが横出しサービスに該当する。必要と思うサービスについて個人個人が契約する必要がある。上乗せサービスと同様に全額自己負担となる。(実施主体が行政管轄の場合など所得により減額措置が設けられている場合がある)

横出しサービスに該当する、A市の高齢者施策の市単独事業として位置付けられているサービスに次のものがある。配食安否確認事業、軽度生活援助事業、敬老祝寿式、はり・灸老人福祉施術、後期高齢者被保険者証の更新、シルバーリーダー養成講座、街かどデイハウス、経過的軽費老人ホーム、緊急通報システム、家族介護用品支給、敬老金の支給、老人健康マッサージ、徘徊高齢者家族支援サービス、福祉電話の貸与、日常生活用具の給付、訪問理容、生活管理指導短期宿泊事業、高齢者住宅改造費助成、高齢クラブ、ふれあい収集事業などがある。保険者独自の事業に関しては、各市町村ごとに、地域の特性や住民のニーズに対応した事業が展開されている。

その他に、訪問介護サービス事業所が独自に設定している、介護保険外サービスや家政婦サービス、シルバーサービス、ボランティアなどいわゆるインフォーマルサービスといわれるものは多岐に渡っており、介護保険制度利用者のニーズが多様化していることが伺える。



【図3】 上乗せ・横出しサービス

引用：Copyright © 2012 介護保険ナビ All Rights Reserved.

また、我が国の社会保障の基本的考え方として、ナショナルミニマムとしての給付を確保しながら、利用者ニーズの多様化、高度化に的確に対応していくために、「自助」、「互助」、「共助」、「公助」を組み合わせ、サービス利用を促進していかなければならない。2012（平成24）年の介護保険制度改正では、訪問介護サービスの家事的支援を行う「生活援助」に関して、時間と点数を含めた報酬改正が行われた（表3）。実質的には「生活援助」のサービス縮小の方向と伺えるものになっており、介護保険制度の保険給付サービスの抑制に伴い、必然的に保険外サービスの需要が増えてくることが予測される。現状では保険外サービス市場は顕在化しきれていないが、保険外サービスの今後の発展の可能性は高いことから、多様な主体の特性を生かした様々なサービスや商品がさらに供給されることが期待される。¹⁵⁾

（表3） 平成24年度介護報酬改定（訪問介護）の一例

○生活援助の時間区分の見直し(訪問介護)			
サービスの提供実態を踏まえるとともに、限られた人材の効果的活用を図り、適切なアセスメントとケアマネジメントに基づき、そのニーズに対応したサービスを効率的に提供する観点から、時間区分を見直し。			
		20分以上45分未満	190単位/回
30分以上60分未満	229単位/回	⇒ 45分以上	235単位/回
60分以上	291単位/回		
また、身体介護に引き続き生活援助を行う場合も併せて時間区分を見直し			

（出典）厚生労働省平成24年度介護報酬改定について

第3節 介護支援専門員が行う利用者支援の課題

少子高齢化社会の現実を踏まえて国は、医療保険制度、介護保険制度、各種公的年金制度、公営住宅の提供、国民のセーフティネットである生活保護制度などの公的扶助を徐々に整えている。しかし、公的扶助のみでは、高齢者の課題をすべてサポートすることは困難である。特に、配偶者や子供、親戚、友だち、知り合い、家族がいても諸事情で協力が得られないなど周囲に頼れる人が誰もいない高齢者にとっては、要介護状態になったとき、誰かが介入し補完しないと地域での生活が成り立たないことが考えられる。

具体的な問題の一つとしてあげられるのが、介護保険制度は利用要件を有する人が、申請手続きをしてはじめて利用することができる「申請主義」であり、申請をしなければ利用要件を満たしているだけでは利用に繋がらない。つまり、独居や高齢者世帯、認知症高齢者、多問題世帯などで申請手続きが困難な高齢者にとっては即座に利用困難の要因となってしまうのである。

日本では従来、親族間の情誼や道徳に頼って、高齢者を支援することが一般的であった。民法の親族編を見ても、配偶者、直系尊属、兄弟姉妹には扶養義務があるとされている。さらに特別な場合には、さらに範囲を広げて三親等内（叔父や叔母など）にも扶養義務があると定められている。この法律は戦前から続いているものであるが、現在は法律の意義が失われつつある。戦後、核家族化などの家族形態の変化などにより、自分の生活を犠牲にしてまで援助することが一般的でなくなってきた。

そこで、国や行政、あるいは地方自治体、地方公共団体などが一人では生活が困難な高齢者などに対して、さまざまな施設の整備、あるいは法律を整備し民間に施設を整備させたり、また介護保険制度や任意後見制度など新たな施策を制定した。しかし、国の方策をどんなに綿密にしても高齢者支援は完璧にはいかない。政策とはどうしてもマニュアル的なものであり、一人ひとりの個別的な事情は考慮されていないのでしかたのないことである。

個別的な事情に関わる担い手の一つに介護支援専門員の存在があげられる。支援の展開過程の、「出会い(ケースの発見の段階)」から関わることが多い介護支援専門員は、利用者が頼りにする相談窓口の一つと言える。介護支援専門員は、支援を行う際、利用者の全体像を把握し、ニーズを抽出するため、「利用者の生活」という部分に焦点を当て支援を行う。つまり、主訴を導き出す為には、単なる点数化されたサービスを限度額に収めるための「サービス調整役」だけでは、必要な情報収集が得られるわけもない。

介護支援専門員の支援は、利用者個人に関わることに加え、周囲の

環境全体を捉える視点が大切であり、非常にプライベートな部分に関わる場合が多い。つまり、支援を展開するにあたり、「業務の境界線」をはっきりと線引き出来ない場合も多くなると考えられる。先述したように、対人援助において、より個別的な関わりになればなるほど、制度、政策では対応が困難であることがわかった。そのような状況下において、支援展開のなかで、ボランティア的な関わりを業務の一旦として行っている、または行わざるを得ない状況になっていることが考えられる。

ボランティアの定義に関しては、「自発性」、「無償性」、「非営利性」、「公益性」をはじめ多くの要件が挙げられているが、「義務ではない」とも挙げられており、介護支援専門員の支援に関しては、「無償性」という意味の部分だけを取り出してボランティアという言葉を使っており、義務的な要素も含んで支援していると思われる。つまり、ボランティアと称して無償で支援していることが、実はボランティアの定義に当てはまっておらず、そこには「義務的」な関わりが生じており「支援をせざるを得ない」という状況になっていると考えられる。

以上、利用者支援の課題を、介護支援専門員がかかわる事を対象にまとめると、①個別な対応が求められている支援、②せざるを得ない状況の支援、③義務的な支援、④無償の支援とまとめることができる。本調査では、この4点に焦点を当て、利用者支援の課題を検討していきたい。

第三章 「本来の業務範囲とはいえない支援」についての調査

第1節 調査目的及び調査方法

(1) 調査の目的

本調査は、高齢者が地域で生活するなかで起こる、さまざまな生活問題に着目し調査を実施する。介護支援専門員が受ける依頼には、本来は、本人や家族が対応するべきことと思われる支援というものが存在する。牧野ら（2011）の調査で、介護支援専門員の業務範囲であるかが不明瞭な業務領域に関して、「介護支援専門員の役割ではないのは分かっているけれども実際には行わざるを得ない」という傾向があると示している。

介護保険制度上での介護支援専門員の「本来の業務範囲とはいえない支援」に対して、実践をしている居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、臨床の場面ではどのように対応しており、その対応にどう感じているかを明らかにし、さらに今後はどう対処すれば良いのか改善策の可能性を示唆することを目的としている。

(2) 調査の対象

本アンケートの対象は、福祉医療機構（W A M - N E T <http://www.wam.go.jp/kaigo/>）のホームページで、平成24年4月時点で掲載されていた大阪府A市の全指定居宅介護支援事業所（廃止、休止の事業所を除く）92事業所の全介護支援専門員246名を調査対象とした。

(3) 調査地域の概況

A市の高齢化率は23.0%、全国平均（22.8%）とほぼ同様である（ちなみに大阪府は22.1%、大阪市は22.5%）。A市の1号被保険者に占める要介護（要支援）認定者の割合は、17.9%と全国平均（17.8%）とほぼ同様である（ちなみに大阪府は19.7%、大阪市は22.3%）。（平成23年）

(4) 調査方法

調査方法は、無記名による自記式アンケート調査とした。調査票の配布は、介護支援専門員数分の調査票と返信用封筒を同封したものを事業所ごとにまとめて送付した。回収は、同封の返信用封筒により、各介護支援専門員から個別に返送してもらった。調査期間に関しては、平成24年5月21日に郵送し、平成24年6月30日到着分までを集計の対象とした。

(5) 分析方法

回収したデータの集計及び分析に際しては、まず各項目の単純集計を行った。利用者からの「本来の業務範囲とはいえない支援」については、先行研究や実態調査、さらに筆者が問題意識としていることから、①書類作成や申請代行（介護保険制度に直接関係あるもの）、②書類作成や申請代行（介護保険制度に直接関係がないもの）、③訪問介護サービスでは出来ない事などサービスの代行、④通院の付き添い、⑤保証人に関する事、⑥身元引受人に関する事、⑦金銭管理に関する事、⑧近隣・地域での問題に関する事、⑨救急車の同乗、⑩消費者トラブルの10項目を設定した。

依頼を受けたことがあるかどうかについて、基本属性（性別、年齢、勤務形態、介護支援専門員としての経験年数、既得資格、主任介護支援専門員の資格の有無、法人区分、特定事業所加算の有無、給付管理者数）との関連をみた。

基本属性に関する変数は、質的または量的な特性で以下の通り、2～4の群に分けた。年齢は、「30歳代まで」、「40歳代」、「50歳代」、「60歳以上」の4群に分けた。勤務形態は、「専従（常勤）」と「専従（常勤）以外」に分けた。介護支援専門員としての経験年数は、「3年以下」、「4～9年」、「10年以上」の3群に分けた。法人区分は、「社会福祉法人」、「営利法人」、「医療法人」、「その他」の4群に分けた。特定事業所加算は、「加算あり」と「加算なし」に分けた。給付管理者数は、「19人以下」、「20～29人」、「30～39人」、「40人以上」の4群に分けた。既得資格については、「社会福祉士」「精神保健福祉士」「介護福祉士」「訪問介護員（ホームヘルパー）」を「福祉職」、「薬剤師」「保健師」「看護師」「准看護師」「理学療法士」「歯科衛生士」「はり師」「きゅう師」「栄養士（管理栄養士を含む）」を医療職、「福祉職」「医療職」の両方の取得者を「福祉・医療職」とした。以上のグループに分け、t検定、分散分析を行った。

各10項目の負担感については、4件法（「すごく負担を感じる：1」、「負担を感じる：2」、「多少負担を感じる：3」、「負担を感じない：4」）で回答を得たものを点数化し（1=1点、2=2点、3=3点、4=4点）、得点の高い方がより負担を感じず依頼に対処出来ていると判断した。

関連性については χ^2 検定を行った。なお、質問に対する対象者を、独居や高齢者世帯または、家族がいても支援の協力が得られないなど、日常的に相談や支援を依頼出来る人や機関がない利用者として設定した。すべての統計的検定については、統計解析ソフト「IBM SPSS Statistics 20」を用い、有意水準は5%以下に設定した。

(6) 倫理的配慮

収集された調査データは、調査目的に沿った分析にのみ使用した。調査結果は統計的に処理し、個人が特定出来ないように配慮した。また、アンケートへの協力は自由意思によるもの、記入できない場合は記入しなくてよいこと、また回答しなかった場合にも何ら不利益は生じないことを書面で説明し、アンケートについては、同意書を作成し、同意書の確認をもって調査についての同意が得られたとした。なお、実施した調査については、関西福祉科学大学の研究倫理委員会で承認（承認番号 12-25）を得た上で実施した。

第2節 調査結果

(1) 対象の属性

調査票の回収は、113 票（回収率 46%）、そのうち有効回答数は 111 票（有効回答率 45.1%）であった。

介護支援専門員の性別は、女性 84 名（75.7%）、男性 25 名（22.5%）であった。年齢は、50 歳代が 39 名（35.1%）で最も多く、次いで 40 歳代が 38 名（34.2%）、30 歳代が 20 名（18.0%）、60 歳以上が 13 名（11.7%）となっている。勤務形態では、専従（常勤）が 80 名（72.1%）、専従（常勤）以外が 31 名（27.9%）であった。介護支援専門員としての経験年数は、「4～6 年」が 39 名（35.1%）と最も多く、次いで「7～9 年」が 22 名（19.8%）、「1～3 年」と「10 年以上」が 20 名（18.0%）となっている。

既得資格については、介護福祉士が 71 名（49.0%）、訪問介護員（ホームヘルパー）が 23 名（15.9%）、社会福祉士が 15 名（10.3%）、看護師が 13 名（9.0%）、歯科衛生士が 5 名（3.4%）、栄養士（管理栄養士を含む）が 4 名（2.8%）、薬剤師と准看護師、精神保健福祉士が 2 名（1.4%）、保健師と理学療法士、はり師、きゅう師が 1 名（0.7%）であった。その他が 3 名（2.1%）で、社会福祉主事が 2 名、保育士が 1 名であった。

主任介護支援専門員の取得の有無については、「あり」が 41 名（36.9%）、「なし」が 69 名（62.2%）であった。法人区分は、「営利法人」が 45 名（40.5%）と最も多く、次いで、「医療法人」が 39 名（35.1%）、「社会福祉法人」が 21 名（18.9%）であった。特定事業所加算の有無については、「加算なし」が 48 名（43.2%）、「加算Ⅱ」が 45 名（40.5%）、「加算Ⅰ」が 15 名（13.5%）であった。給付管理者数は、介護給付、予防給付合わせた延べ人数と設定し、「30～39 人」が 40 人（36.0%）と最も多く、次いで「40 人以上」と「20～29 人」が 25 名（22.5%）、「10～19 人」が 14 名（12.6%）、「10 人未満」が 7 名（6.3%）となっている。（表 4）

(表4) 対象者の属性

		n=111	
変数		度数	(%)
性別	男性	25	(22.5)
	女性	84	(75.7)
	無回答	2	(1.8)
	合計	111	(100.0)
年齢	20歳代	1	(0.9)
	30歳代	20	(18.0)
	40歳代	38	(34.2)
	50歳代	39	(35.1)
	60歳以上	13	(11.7)
	合計	111	(100.0)
勤務形態	専従 (常勤)	80	(72.1)
	専従 (常勤以外)	10	(9.0)
	兼務 (常勤)	16	(14.4)
	兼務 (常勤以外)	5	(4.5)
	合計	111	(100.0)
介護支援専門員としての 経験年数	1年未満	10	(9.0)
	1～3年	20	(18.0)
	4～6年	39	(35.1)
	7～9年	22	(19.8)
	10年以上	20	(18.0)
	合計	111	(100.0)
既得資格 ※該当を全て回答	薬剤師	2	(1.4)
	保健師	1	(0.7)
	看護師	13	(9.0)
	准看護師	2	(1.4)
	理学療法士	1	(0.7)
	介護福祉士	71	(49.0)
	社会福祉士	15	(10.3)
	精神保健福祉士	2	(1.4)
	歯科衛生士	5	(3.4)
	はり師	1	(0.7)
	きゅう師	1	(0.7)
	栄養士 (管理栄養士を含む)	4	(2.8)
	訪問介護員 (ホームヘルパー)	23	(15.9)
	その他	3	(2.1)
	無回答	1	(0.7)
	合計	145	(100.0)
	主任介護支援専門員の 資格	あり	41
なし		69	(62.2)
無回答		1	(0.9)
合計		111	(100.0)
法人区分	社会福祉法人	21	(18.9)
	営利法人	45	(40.5)
	医療法人	39	(35.1)
	財団法人・社団法人	2	(1.8)
	生活協同組合	3	(2.7)
	無回答	1	(0.9)
	合計	111	(100.0)
特定事業所加算	特定事業所加算Ⅰ	15	(13.5)
	特定事業所加算Ⅱ	45	(40.5)
	加算なし	48	(43.2)
	無回答	3	(2.7)
	合計	111	(100.0)
給付管理者数	10人未満	7	(6.3)
	10～19人	14	(12.6)
	20～29人	25	(22.5)
	30～39人	40	(36.0)
	40人以上	25	(22.5)
	合計	111	(100.0)

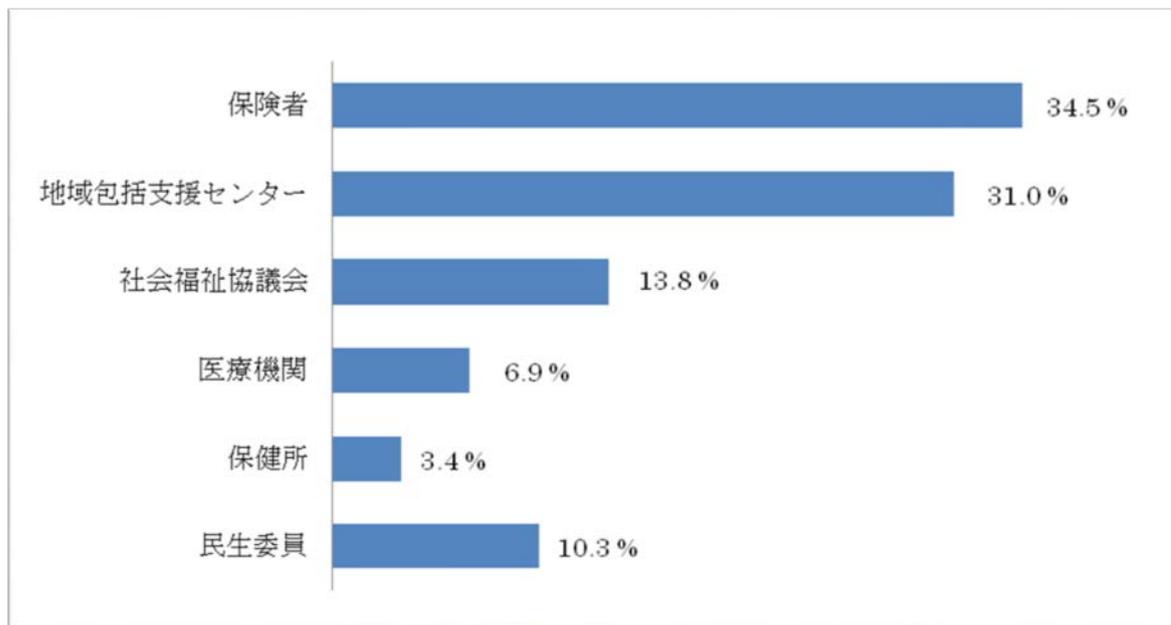
(2) 「本来の業務範囲とはいえない支援」の対応の実態(表15)

①書類作成や申請代行(介護保険制度に直接関係あるもの)

「依頼を受けた事がある」が110名(99.1%)とほとんどを占めていた。「介護支援専門員が行うべき対応と考えている」が62%、「何も思わない」と合わせると72%であった。一方、介護支援専門員の業務ではないとの意見もあり、「市役所からの個別訪問を行うべき」や「郵送申請を可能にする」など手続きの合理化を求める意見もあった。依頼に対して介護支援専門員が相談した機関は、保険者が一番多く34.5%、次いで地域包括支援センター31%、社会福祉協議会13.8%となっている。(表5)負担感については、平均値3.46と10項目中唯一3点を超える高値を示しており、負担を感じず依頼に対処出来ていると読み取れる。値のばらつきも10項目中一番低く、ばらつきが少なく点数が高値であると読み取れる(SD0.713)。

(表5) 相談をした機関や団体(個人含む)

n 28

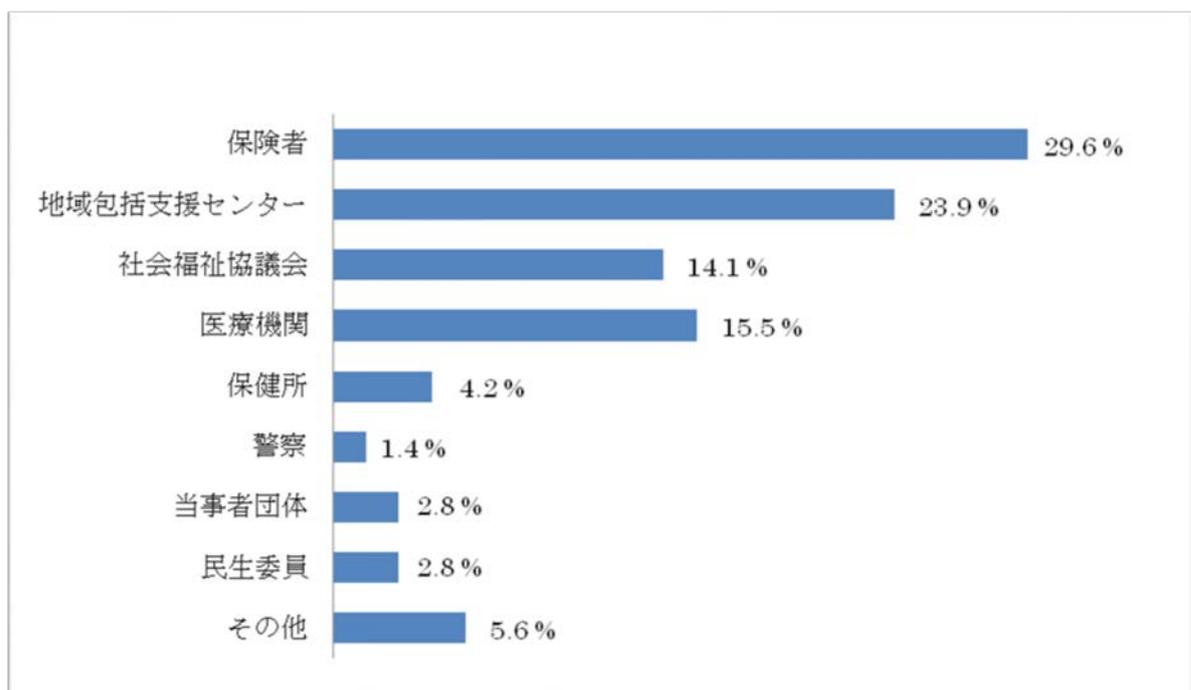


②書類作成や申請代行（介護保険制度に直接関係がないもの）

「依頼を受けた事がある」が 63 名（56.8%）、「依頼を受けた事がない」が 48 名（43.2%）であった。「介護支援専門員が行うべき対応と考えている」が 23.8%、「介護支援専門員の業務としてやりすぎていると思う」28.6%、「他に担う人（機関）がないので仕方がないと思う」が 41.3%であった。一事業所の業務というより、「行政機関が対応すべき」や「役所の窓口がもっと機能するべき」など、行政の管轄業務との意見が多くあった。依頼に対して介護支援専門員が相談した機関は、保険者が一番多く 29.6%、次いで社会福祉協議会 23.9%、医療機関 15.5%となっている。相談した機関（個人含む）のその他 5.6%として、生活保護課 2 名、障害福祉課、障がい者自立支援センターとなっている。（表 6）負担感については、平均値 2.68（SD0.997）であった。

（表 6） 相談をした機関や団体（個人含む）

n 71

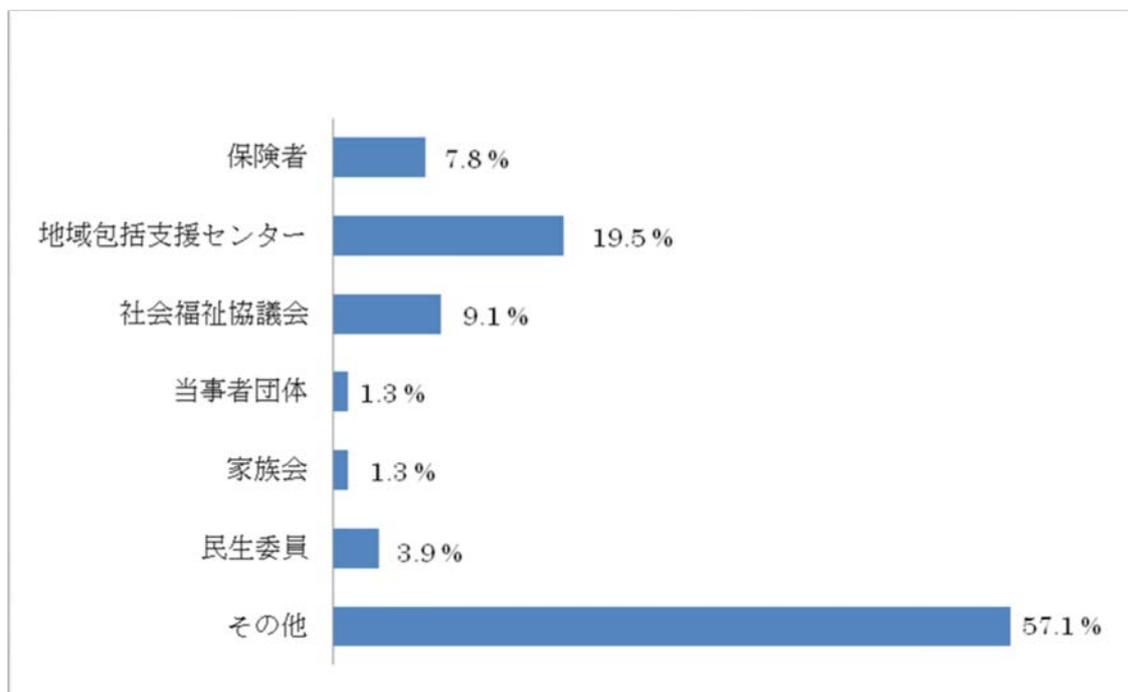


③ 訪問介護サービスでは出来ない事などサービスの代行

「依頼を受けた事がある」が 89 名 (80.2%)、「依頼を受けた事がない」が 22 名 (19.8%) であった。「介護支援専門員が行うべき対応と考えている」が 33.7%、「介護支援専門員の業務としてやりすぎていると思う」16.9%、「他に担う人(機関)がないので仕方がないと思う」が 37.1% であった。「制度自体を見直すべき」との意見がある一方、「介護保険制度外のサービスの充実が必要」との意見も多い。平成 24 年度の介護保険法改正での訪問介護サービスの「生活援助」に対する見直しなどからも、公的なサービスには頼れないとの考えが伺える。しかし、生活を維持していくためには、補完が必要な依頼であることから、「対処を断った」は 7 名 (7.9%) とほとんどなく、介護保険外のサービスやシルバーサービスなどにつないでいる。依頼に対して介護支援専門員が相談した機関は、その他が一番多く 57.1% (内訳は、シルバーサービス 31 人、訪問介護の自費サービス 24 人、ボランティア 4 人、家政婦 2 人)、次いで、地域包括支援センター 19.5% となっている。(表 7) 負担感については、平均値 2.83 (SD0.887) であった。

(表 7) 相談をした機関や団体 (個人含む)

n 80

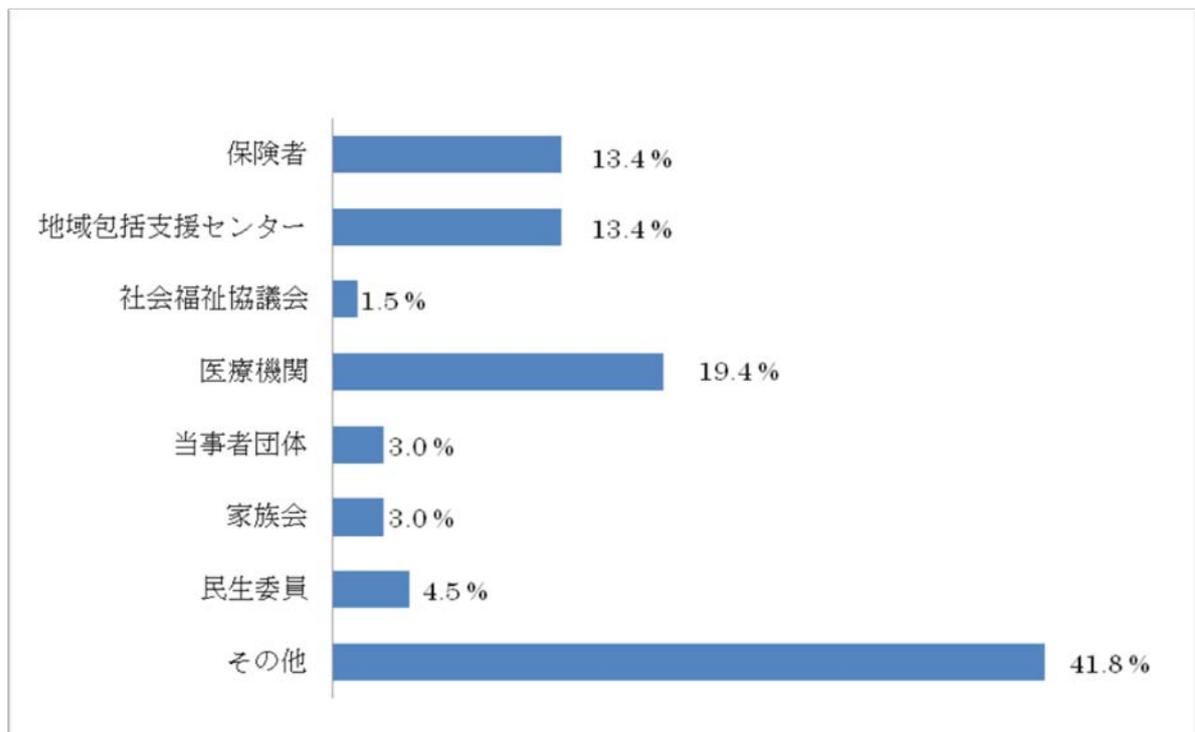


④通院の付き添い

「依頼を受けた事がある」が 89 名 (80.2%)、「依頼を受けた事がない」が 22 名 (19.8%) であった。「介護支援専門員が行うべき対応と考えている」が 28.1%、「介護支援専門員の業務としてやりすぎていると思う」21.3%、「他に担う人(機関)がないので仕方がないと思う」が 36.0% であった。「対処を断った」は 3 名 (3.4%) と非常に少なく、やりすぎている、仕方ないと思いつつも依頼を受けていると読み取れる。依頼に対して介護支援専門員が相談した機関は、その他が一番多く 41.8% (内訳は、自費サービス 22 人、ヘルパー事業所 3 人、家政婦、シルバーサービス、ボランティア)、次いで医療機関が 19.4% となっている。(表 8) 負担感については、平均値 2.70 (SD1.008) であった。

(表 8) 相談をした機関や団体 (個人含む)

n 66

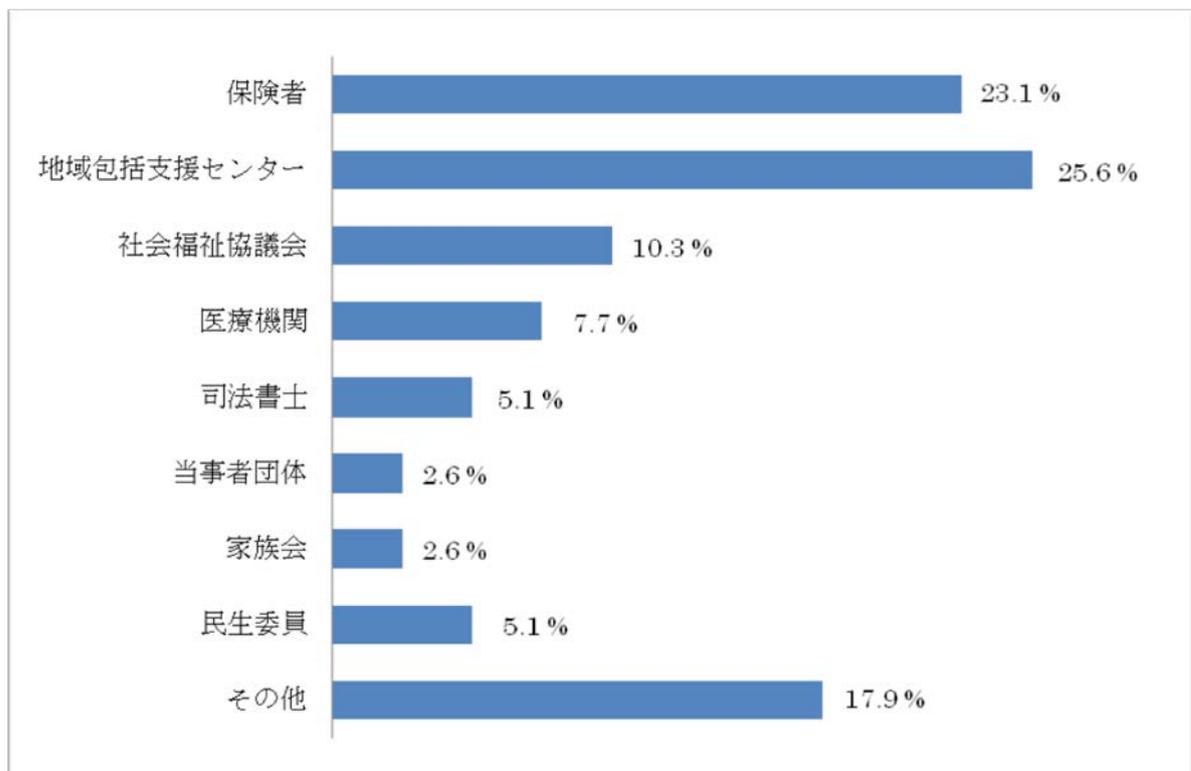


⑤保証人に関すること

「依頼を受けた事がある」が 53 名 (47.7%)、「依頼を受けた事がない」が 58 名 (52.3%) であった。「介護支援専門員が行うべき対応と考えている」が 11.3%、「介護支援専門員の業務としてやりすぎていると思う」41.5%、「他に担う人(機関)がないので仕方がないと思う」が 35.8% であった。成年後見制度などへつなぐことが適切との意見が多いが、制度導入への手続きの手間があるとの意見も多数あった。依頼に対する介護支援専門員が相談した機関は、地域包括支援センターが一番多く 25.6%、次いで保険者 23.1%、その他 17.9% (内訳は、生活保護課及び生活福祉課の CW4 人、サポートセンター) の順であった (表 9)。負担感については、平均値 2.21 であった。10 項目中一番ばらつきがあると示された (SD1.126)。負担を感じず依頼に対処出来ているものと、負担を感じながら対処しているものとの差が大きいと示された。

(表 9) 相談をした機関や団体 (個人含む)

n 38

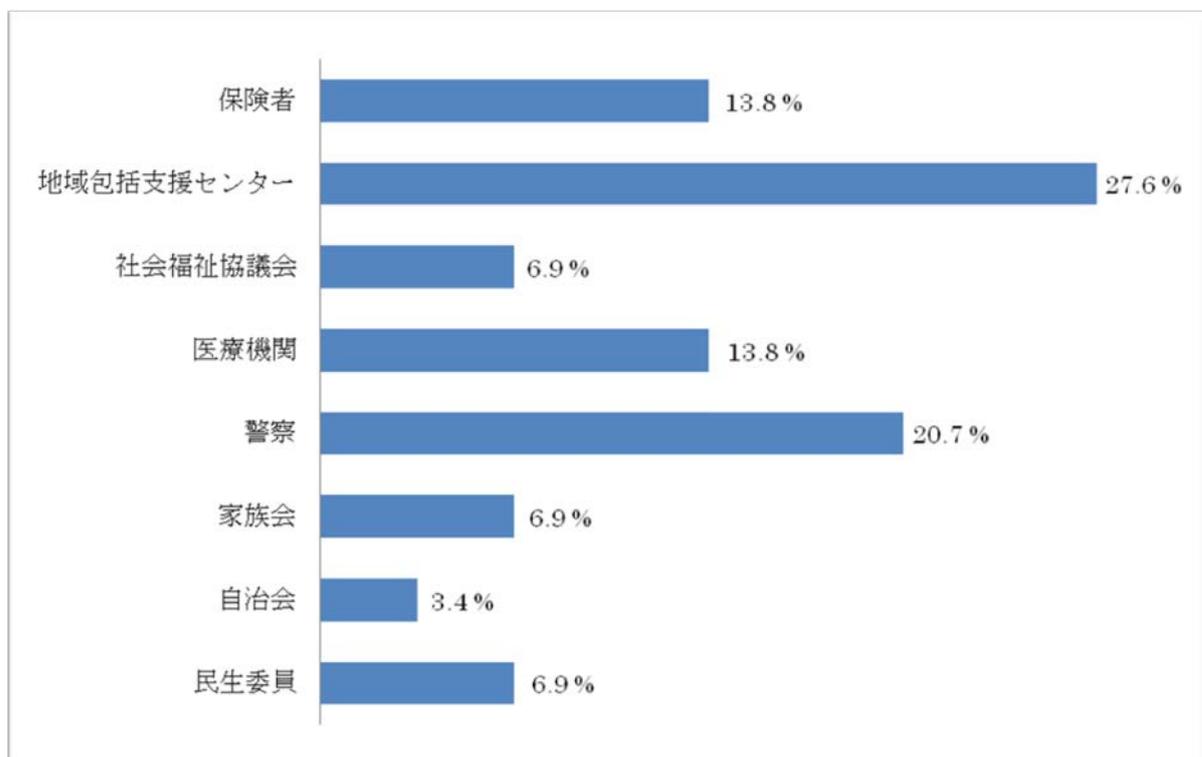


⑥ 身元引受人に関すること

「依頼を受けた事がある」が 25 名 (22.5%)、「依頼を受けた事がない」が 86 名 (77.5%) であった。「介護支援専門員が行うべき対応と考えている」が 12%、「介護支援専門員の業務としてやりすぎていると思う」48%、「他に担う人(機関)がないので仕方がないと思う」が 28% であった。依頼を受けた場合は、業務としてやりすぎている、仕方ないと感じながらも対処を行っている。依頼に対する介護支援専門員が相談した機関は、地域包括支援センターが一番多く 27.6% と最も多かった。次いで警察 20.7%、保険者と医療機関が 13.8% であった。(表 10) 負担感については、平均値 1.83 (SD0.816) であった。10 項目中最も負担を感じず依頼に対処出来ていない項目と示された。

(表 10) 相談をした機関や団体 (個人含む)

n 33

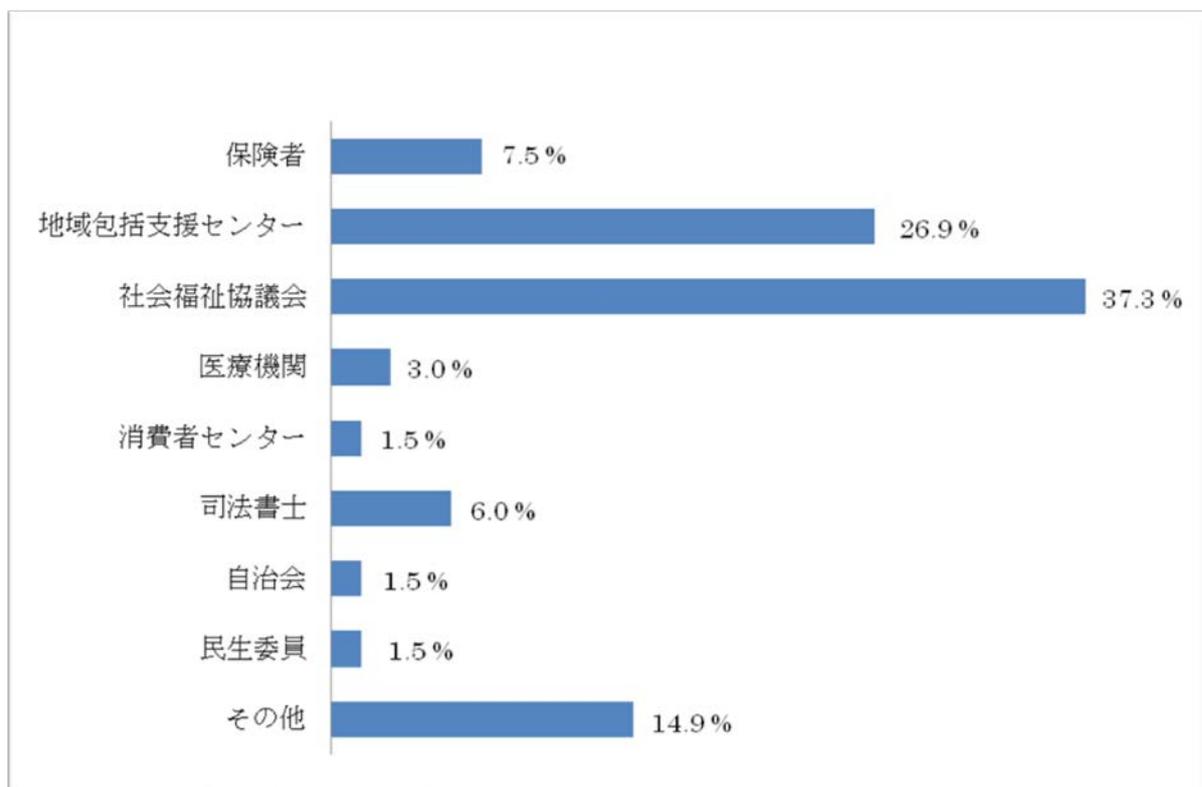


⑦金銭管理に関すること

「依頼を受けた事がある」が49名(44.1%)、「依頼を受けた事がない」が62名(55.9%)であった。「介護支援専門員が行うべき対応と考えている」が12.2%、「介護支援専門員の業務としてやりすぎていると思う」57.1%、「他に担う人(機関)がないので仕方がないと思う」が16.3%であった。日常生活自立支援事業などへつなぐことは周知しているものの、利用導入への煩雑さから介護支援専門員やサービス事業所が行っているとの意見もあった。依頼に対して介護支援専門員が相談した機関は、社会福祉協議会が一番多く37.3%、次いで地域包括支援センター26.9%、その他14.9%(内訳は、ヘルパー事業所5人、生活福祉課、市役所の金銭管理)であった。(表11)負担感については、平均値2.21(SD1.071)であった。

(表11) 相談をした機関や団体(個人含む)

n 71

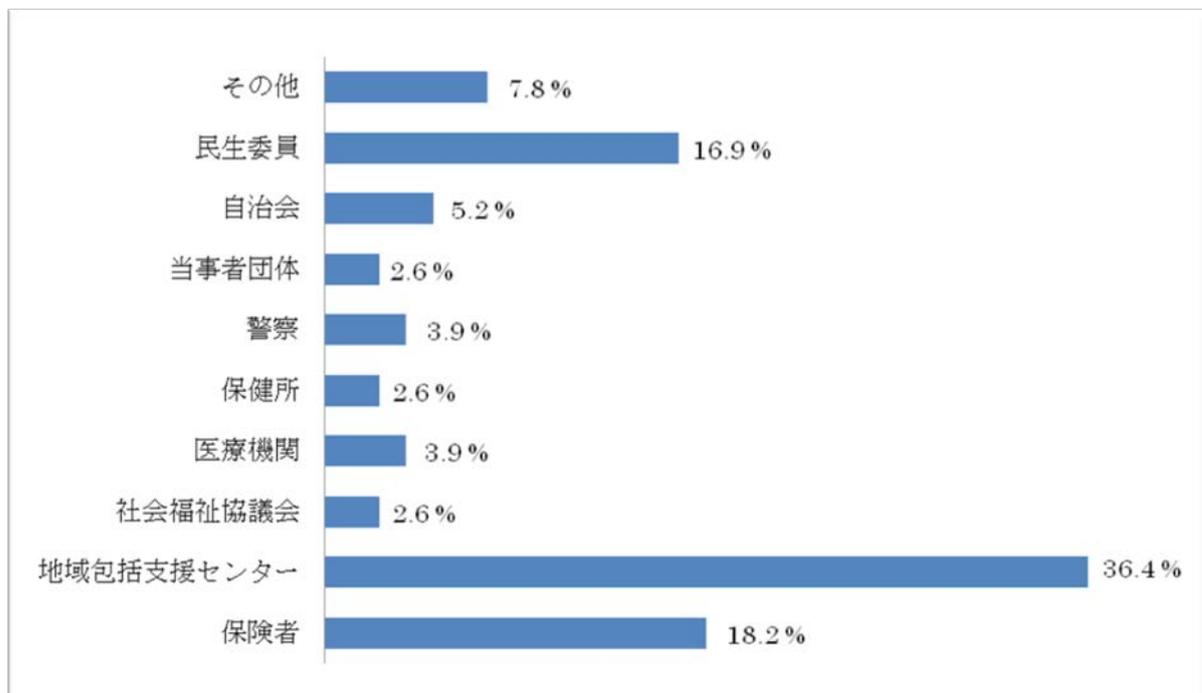


⑧近隣・地域での問題に関すること

「依頼を受けた事がある」が 38 名 (34.2%)、「依頼を受けた事がない」が 73 名 (65.8%) であった。「介護支援専門員が行うべき対応と考えている」が 15.8%、「介護支援専門員の業務としてやりすぎていると思う」36.8%、「他に担う人(機関)がないので仕方がないと思う」が 34.2% であった。民生委員や地域包括支援センターや保険者に相談し、一緒に問題解決に取り組むといった意見が多かった。依頼に対して介護支援専門員が相談した機関は、地域包括支援センターが一番多く 36.4%、保険者 18.2%、民生委員 16.9% となっている。(表 1 2) 負担感については、平均値 2.14 (SD0.961) であった。

(表 1 2) 相談をした機関や団体 (個人含む)

n 74

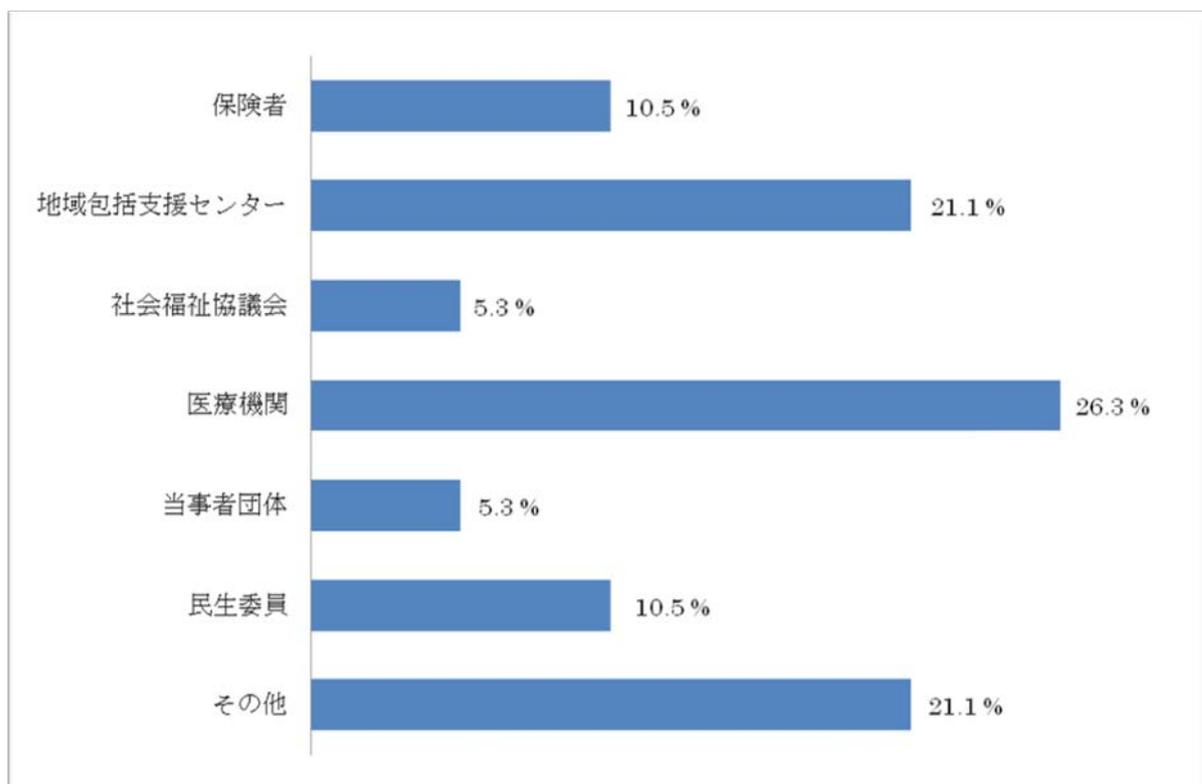


⑨救急車の同乗

「依頼を受けた事がある」が 58 名 (52.3%)、「依頼を受けた事がない」が 52 名 (46.8%) であった。「介護支援専門員が行うべき対応と考えている」が 10.3%、「介護支援専門員の業務としてやりすぎていると思う」41.4%、「他に担う人(機関)がないので仕方がないと思う」が 36.2% であった。業務としてやりすぎていると感じながらも、窮迫した場面が想定され、仕方なく対応しているとの意見が多かった。依頼に対して介護支援専門員が相談した機関は、医療機関が一番多く 26.3%、地域包括支援センターとその他(内訳は、訪問介護、生活保護課、身内に何回も連絡する) 21.1% であった。(表 1 3) 負担感については、平均値 2.16 (SD0.978) であった。

(表 1 3) 相談をした機関や団体 (個人含む)

n 11

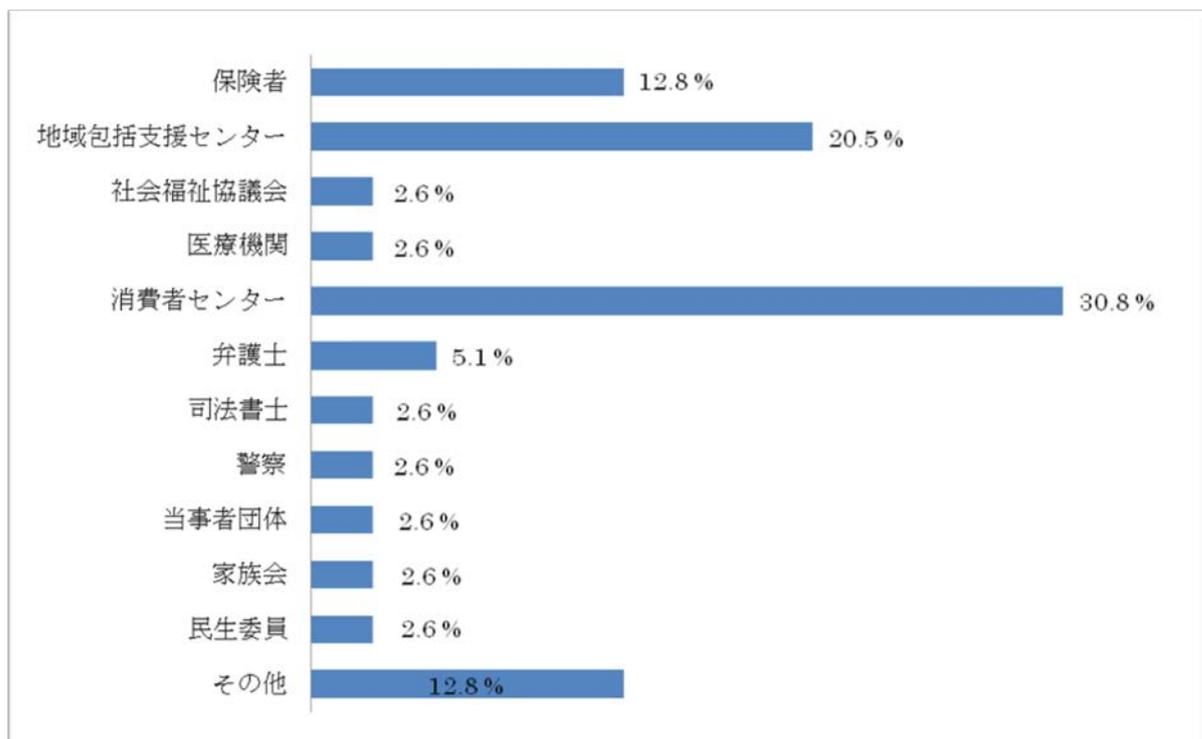


⑩ 消費者トラブル

「依頼を受けた事がある」が 28 名 (25.2%)、「依頼を受けた事がない」が 82 名 (73.9%) であった。「介護支援専門員が行うべき対応と考えている」が 28.6%、「介護支援専門員の業務としてやりすぎていると思う」25%、「他に担う人(機関)がないので仕方がないと思う」が 35.7% であった。消費者センターや弁護士等必要な機関に相談している。依頼に対して介護支援専門員が相談した機関は、消費者センターが一番多く 30.8%、次いで地域包括支援センター 20.5%、保険者とその他(ひまわり法律事務所、生活保護課、共同組合) 12.8% であった。(表 1 4) 負担感については、平均値 2.48 (SD1.105) であった。

(表 1 4) 相談をした機関や団体(個人含む)

n 39



(表 15) 各項目ごとの負担感についての平均値等

本来の業務範囲とはいえない支援	平均値	標準偏差	分散	合計	度数
1 書類作成や申請代行（介護保険制度に直接関係あるもの）	3.46	.713	.508	381	110
2 書類作成や申請代行（介護保険制度に直接関係がないもの）	2.68	.997	.994	169	63
3 訪問介護サービスでは出来ない事などサービスの代行	2.83	.887	.787	249	89
4 通院の付き添い	2.70	1.008	1.015	238	89
5 保証人に関すること	2.21	1.126	1.268	115	53
6 身元引受人に関すること	1.83	.816	.667	44	25
7 金銭管理に関すること	2.21	1.071	1.147	106	49
8 近隣・地域での問題に関すること	2.14	.961	.923	77	38
9 救急車の同乗	2.16	.978	.957	123	58
10 消費者トラブル	2.48	1.051	1.105	67	28
全項目平均合計	2.47			1569	

点数の領域：1 ≤ 得点 ≤ 4

依頼を受けたことがあるかどうかについて、基本属性である性別、年齢、勤務形態、介護支援専門員としての経験年数、既得資格、主任介護支援専門員の資格の有無、法人区分、特定事業所加算の有無、給付管理者数との関連をみた結果、「介護支援専門員としての経験年数」と「主任介護支援専門員の資格の有無」の2項目について、介護支援専門員としての経験年数が長いほど依頼を受けたことが有意に多い、主任介護支援専門員の有資格ほど依頼を受けたことが有意に多いと示された。

主任介護支援専門員の資格は、介護支援専門員の資格を取得し、業務に5年以上（60カ月）の経験、または、ケアマネジメントリーダー養成研修修了者、日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであって介護支援専門員として従事した期間が3年以上（36カ月）の経験が必要であり、よって経験年数もおのずと長くなることが考えられる。

利用者と関わる中で、支援する年数やさまざまな支援展開を経て信頼関係を築いていく。その展開過程のなかで、利用者と共にさまざまな問題を一緒に抱えて支援をしていると読み取れる。(表16)

(表16) 「本来の業務範囲とはいえない支援」の対処と変数間との関連

本来の業務範囲とはいえない支援	依頼を受けたことが		依頼に対する対処				P	
	ある	ない	断った	断ったが他の機関に相談	代行した	代行し他の機関にも相談	経験年数	主任
	人数 %	人数 %	人数 %	人数 %	人数 %	人数 %		
1 書類作成や申請代行(介護保険制度に直接関係あるもの)	110 (99.1)	1 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	98 (89.1)	12 (10.9)		
2 書類作成や申請代行(介護保険制度に直接関係がないもの)	63 (56.8)	48 (43.2)	3 (4.8)	9 (14.3)	26 (41.3)	25 (39.7)	**	**
3 訪問介護サービスでは出来ない事などサービスの代行	89 (80.2)	22 (19.8)	7 (7.9)	37 (41.6)	19 (21.3)	26 (29.2)	**	*
4 通院の付き添い	89 (80.2)	22 (19.8)	3 (3.4)	14 (15.7)	40 (44.9)	32 (36.0)	*	**
5 保証人に関する事	53 (47.7)	58 (52.3)	8 (15.1)	5 (9.4)	21 (39.6)	19 (35.8)	***	***
6 身元引受人に関する事	25 (22.5)	86 (77.5)	3 (12.0)	5 (20.0)	9 (36.0)	8 (32.0)		*
7 金銭管理に関する事	49 (44.1)	62 (55.9)	5 (10.2)	31 (63.3)	4 (8.2)	9 (18.4)	***	
8 近隣・地域での問題に関する事	38 (34.2)	73 (65.8)	1 (2.6)	5 (13.2)	9 (23.7)	23 (60.5)	**	***
9 救急車の同乗	58 (52.3)	52 (46.8)	8 (13.8)	1 (1.7)	43 (74.1)	6 (10.3)	***	**
10 消費者トラブル	28 (25.2)	82 (73.9)	1 (3.6)	9 (32.1)	6 (21.4)	12 (42.9)		*

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

※経験年数＝介護支援専門員としての経験年数が長いほど依頼を受けることが有意に多い項目

※主任＝主任介護支援専門員の有資格者が無資格者より依頼を受けることが有意に多い項目

(3) 自由記述から

研究で行った「本来の業務範囲とはいえない支援」の10項目以外に、現行の介護保険制度では介護支援専門員や介護サービス従事者では対応が困難と思われる事について自由記述により質問した。

自由記述から、まず入所の申し込みや入院中の着替えや用事など施設・病院に関係することが最も多く意見があった。医療機関に入院等になると、医療保険制度と介護保険制度が併用出来ないことから、インフォーマルなサービスに頼るしかないことが現状といえる。

病院において、入院時に治療方針について説明を受けていたり、手術の同意を家族がいないという理由で、介護支援専門員の役割と思っている医療機関があるとの意見もあった。医療機関側が、身寄りのない患者にとって介護支援専門員は、家族のかわりと認識していることがうかがえる。

次に、利用者の借金問題や税金の申告など金銭等に関することがあげられた。金銭に関することについては、先述した「金銭管理に関すること」のなかでも、日常生活自立支援事業などへつなぐことが適切であると思いつながりながらも、利用導入への煩雑さと、さらに日常的な細かい範囲まで制度で管理できないなどの制度上の不都合があることも否めない事実である。そのため、負担と思いつながりながらも介護支援専門員やサービス事業所が金銭等に関する支援について担っている事実もある。

家族の問題についての意見で、介護者が疾患を抱えていたり、障害を持っているときなど、利用者みでの支援の対応では、利用者の生活が維持出来ないこともあり、介護者の支援に手間や時間を費やすことがあるとの意見があった。

その他に、制度上の規制からサービスの業務範囲が定められており、出来ることと、出来ないことを線引きされてしまうなどの制度自体に関することや、引っ越し先の検索、身寄りがない方が亡くなった後の手配などの意見があった。(表17)

(表 17) 現行の介護保険制度では介護支援専門員や介護サービス従事者では
対応が困難と思われる事についての自由記述

施設・病院に関係すること	
	入所の申し込み (2人)
	入院中の対応 (2人) (着替えの洗濯など)
	かかりつけ医を変更したい場合の対応 (2人)
	入院の同意
	手術の同意
	入院時、治療方法について決断を問われた時の対応
	入退院時の介護
	入退院時の説明を聞く
	入所や入院時の付き添い
	退院から施設入所の調整
	入院中に不在の自宅の掃除

金銭等に関係すること	
	利用者の借金問題
	金銭の管理
	税金の申告
	医療費控除の申告
	鍵の管理

制度の関係すること	
	通院等乗降介助や身体介護の出来る範囲決まっている
	コミュニケーションの時間を介護保険適応にする
	同居家族がいると買物、掃除が出来ない
	個人情報の過剰な保護ルール

家族問題について	
	当事者のみの支援の対応では生活を継続出来ない
	家族間に問題がある
	離婚問題

その他	
	引っ越し先の検索 (3人)
	身寄りがなく、亡くなった方の後の手配
	転居先の保証人
	粗大ゴミの処理
	室内の導線の確保のための家具の移動
	夜間、毎日見に行つて欲しいとの依頼がある

第Ⅳ章 考察と課題

第1節 考察

本研究で筆者が示した、介護保険制度上での介護支援専門員の「本来の業務範囲とはいえない支援」というものは、調査結果や先行研究からいくつかに言い換えることができる。「介護保険制度上での隙間の支援」、「不明瞭なケアマネジャーの業務範囲」、「標準化されたケアマネジメントから外れる支援」などと言い換えられる。いずれも「根拠となる法律がない支援」と解釈できる。

介護支援専門員は、支援展開の過程で、「法律に書かれていないこと」へ踏み込んで行かざるを得ない現実に直面することがある。またそれに対しての負担や不安を抱えており、さらに実践を重ねるなかで感じる介護保険制度に対する不全性を認識している。

「本来の業務範囲とはいえない支援」に対しての全体的な傾向としては、負担や不安を感じながらも、せざるを得ない状況の中で支援を行っていることがわかった。

「日常的な金銭や鍵の管理は誰がする」や「利用者が入院した場合に着替えは誰が持ってくる」など、家族や頼れる支援者がいれば、問題とは捉えられないことである。しかし、家族等がいない場合など、他人（介護支援専門員）が介入することにより、責任問題などから即座に困難事例に発展してしまう傾向がある。

多くの場合介護支援専門員は、支援展開の「ケースの発見」といえる入口の段階から利用者に関わっている。利用者からは「良き相談者」として期待される。他機関との調整には、代弁者としての姿勢も求められている。しかし、利用者や他の機関から身近な存在といわれる立場であるからこそ、利用者の立場に近づき過ぎてしまうと、介護支援専門員としての存在に私的感情が入ってしまうことも考えられる。

介護支援専門員が行う高齢者支援については、「本来の業務範囲の支援」より「本来の業務範囲とはいえない支援」の方が多き事は明白である。介護支援専門員が「ちょっとした用事」でも遂行してしまうと、たちまち「法令上の本来の業務範囲」にブレが出てしまう。確立したマニュアルがない個人の経験と勘の対応といえ、支援に差が出てしまう可能性がある。必要な仕事や手続きの遅れや未遂行または、誤った遂行がされるなど、支援者による human error（人為的過誤）を引き起こさない為にも、介護支援専門員の姿勢には一律化が求められる。

利用者と関わるなかで、介護支援専門員が行う支援を固定化することは困難である。しかし、「利用者と関わる介護支援専門員の姿勢」というものは体系化が可能である。介護支援専門員は、先述したことから、介護保険制度上での「法令上の支援（業務）」と「本来の業務範

困とはいえない支援」のいずれにしても、直接的な支援を行うことはできる限り避け、利用者が問題に対して自ら解決出来るよう支援する姿勢が大切である。そして最も必要なことは、ニーズに対して、「その時」「適切な機関」へつなぐことに徹することである。もちろん、必要な情報の提供や可能な範囲での協力は必要であるが、基本的な姿勢として先述したことを徹底することで、「家族の代わり」、「何でも屋」といった13年にわたって根付き始めたイメージを払拭でき、介護保険制度上での介護支援専門員の位置付けを確立させ、「本来の業務範囲とはいえない支援」に対しても適切な関わりが出来るようになる。

第2節 今後の課題と対策

(1) 家族と介護支援専門員の役割の違い

介護保険制度の利用者が、さまざまなサービスを導入するに当たり、介護支援専門員が他のサービス機関に利用者を紹介する形でサービスが導入される。つまり、家族等がいない利用者であれば、介護支援専門員と一緒にサービス事業所を見学に行ったりと、利用する事業所を探していく過程を踏む。医療機関やサービス事業所においては、「介護支援専門員は利用者の家族と同等の立場である」と考えるようになるのではないか。実際、利用者が入院中やサービス利用中、突発的な事故や病気の場合、病院やサービス事業所からの「第一報」が介護支援専門員であることも少なくない。

介護支援専門員が、本来家族が行うべき事を要求された時に、不安や負担を感じながらも、「利用者のために」と遂行してしまっていることが、家族と介護支援専門員の立場が近いものと他の関連機関に印象付けてしまっている事も問題である。

介護支援専門員は、医師から利用者の手術の同意を求められた時は判断出来る立場ではない。また、税金の申告や離婚問題に介入する必要もない。今後、利用者も含め、サービス事業所、医療機関等に介護支援専門員と家族との違いを明確にしていくことが必要である。

(2) 介護支援専門員の研修の課題

介護支援専門員の研修体系をみると、試験合格者が受ける実務研修は全44時間である。研修内容は、「介護保険制度の理念」、「介護支援サービスの基本」、「地域包括支援センターの概要」など基礎的なことが中心であり、対人援助の研修は「相談面接技術の理解」が講義形式で3時間だけである。

その後、原則就業後1年未満の者が対象である実務従事者基礎研修では、「ケアマネジメントのプロセスとその基本的な考え方」が講義形式で7時間と「ケアマネジメント点検演習」が演習形式で14時間であ

る。

5年毎に修了が必要な研修に、専門研修Ⅰ（全33時間）とⅡ（全20時間）がある。専門研修Ⅰは講義形式が中心で「サービス事業所との連携」についてが9時間、「対人個別援助技術」は講義形式2時間、演習形式7時間である。専門研修Ⅱは演習形式が中心で、事例検討が12時間ある。

主任介護支援専門員研修は全64時間である。スーパービジョンに関する研修が講義形式6時間、演習形式12時間、事例検討が講義形式5時間、演習形式が18時間である。

制度の知識や様々なサービスの内容を習得しなければならず、研修の範囲も幅広い。その中で「対人援助」に関する研修について時間的、内容的にも十分とはいえない。

研修のなかで、困難事例に関しては事例検討のみである。事例検討でははっきりとした回答がない。もちろん答えを特定するのは困難なことは理解できるが、「こういった場合の対応はこうである」といった問題に対しての対処の手順のみを話し合う研修になってしまっているのではないか。

制度発足から13年目を迎え、いわゆる困難事例に関してもある程度の形式化が可能になっていると推察される。臨床の場面を想定できる「困難事例用のカリキュラム」が必要ではないだろうか。

馬場（2004）は、標準的なケアマネジメントにかかる業務量より「その他の業務」が多いことを示している。^{16）}研修においても「その他の業務」に触れていくことが今後必要ではないか。標準的なケアマネジメントとその他の業務を理解することで、利用者とどう関わるのか、介護支援専門員と家族の違いを利用者と他の機関にも認識させるという意識が構築できると推察される。

（3） 連携の重要性

根拠となる法令がない支援については、介護支援専門員も責任の所在を示していく必要があることは理解している。業務範囲ではないものに対して、誰が責任を負うかは「押し付け合い」になることは必至である。

責任の所在をはっきり出来ない場合において、責任の分散を行っていく必要がある。一人で問題を背負ってしまうことは、バーンアウトや負担過多につながる。そこで、必要な機関との連携が必要となってくる。

本研究でも示された、「消費者トラブル」に関しては、消費者センターなど必要と思われる機関に繋いでいるのに対し、「金銭管理」は、介護支援専門員自身が行っているケースが多く見受けられた。これは、

制度の煩雑さや導入に向けて手間や時間がかかるなどの理由からである。

介護支援専門員は、公的な機関へ連携や報告をする事が、介護保険制度の実施主体が保険者であることから一番適切と思われる。つまり地域の行政窓口の機能も担っている地域包括支援センターが介護支援専門員の連携の機関として適切と言える。

地域包括支援センター¹の期待される機能に、介護支援専門員支援機能や権利擁護については示されている。地域の介護支援専門員が抱えている、日常的な問題に配慮できる機関となることが求められる。中央研修²やブロック研修³においても今後議論されるべき課題である。

また、連携に関する支援についても時間と労力を要する。介護保険制度においては、訪問介護サービスや通所介護サービスなど、介護保険サービスの利用実績がないと、居宅介護支援費（介護支援専門員に対する報酬）が支給されない現状がある。介護サービスに結び付かない支援や適切な機関へつなぐ支援などにおいても、介護支援専門員の報酬についてインセンティブを付する方向で今後検討されるべきである。

¹保健師また経験のある看護師(保健師等)、社会福祉士、主任介護支援専門員の三種の専門職員が高齢者の相談や介護予防のケアマネジメントを行う。各専門職が相互に連携をして行動するため、総合的な相談が可能になる。主な業務は、①高齢者に対して介護予防の為の助言や指導、②高齢者虐待の防止や悪質な訪問販売など、高齢者の権利擁護についての相談、③地域の介護支援専門員（ケアマネジャー）への指導、助言や関係機関との調整、④介護保険で要支援の認定を受けた方への介護予防ケアプランの作成などがある。

²地域包括ケア推進指導者養成研修（通称中央研修）：対象は、都道府県が推薦する、地域包括支援センターの業務について幅広い知見と経験を有する者100名程度。内容は、地域において果たすべきセンターの役割（自立支援の推進）を理解し、保険者と協働してセンターの方向性や目標を設定し、保険者の施策につなげるための提言ができる人材を養成する研修（講義・グループワーク）を行う。

³ブロック研修：対象は、各ブロックに含まれる都道府県内の地域包括支援センター長及びそれに準ずる者、市町村の地域包括・事業計画担当職員1, 200名程度（原則先着順）。内容は、全国を7のブロックに分割し各ブロックにおいて、地域において果たすべきセンターの役割（自立支援の推進）を理解する等、地域包括ケア推進の中核となる人材を養成する研修（講義・グループワーク）を行う。

おわりに

本研究は、先行研究から「多様化している高齢者の生活問題」を具体的に取り上げ、その中で高齢者の支援施策の一つである介護保険制度に着目し、利用者支援の中心的役割を担っている職種である介護支援専門員に焦点をあて、介護支援専門員の業務について検討してきた。介護保険制度上は誰がおこなうか規定されていない、確立した支援方法やマニュアルの存在しない業務、いわゆる「本来の業務範囲とはいえない支援」といわれることに関してのアンケート調査を行った。しかし、今回の研究ではA市という限られた地域での検証であり、介護支援専門員の一般的傾向だとは言い難い。

今回取り上げた介護支援専門員の「本来の業務範囲とはいえない支援」10項目は、ある程度表面化されている項目に焦点をあて検証した。まだまだ表面化されていない高齢者が在宅生活を継続するうえでの阻害要因はさまざまであると考えられる。高齢者支援は、多面的に支援していくことが必要であり、地域で生活している高齢者の幅広い課題に対応するシステム作りのための継続的な研究が必要であると感じた。

引用文献

- 1) <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index.htm> 平成 24 年 7 月 27 日閲覧、総務省「平成 22 年国勢調査」
- 2) <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m12/1203.html>、平成 24 年 7 月 27 日閲覧、厚生労働省老健局介護保険計画課介護保険事業状況報告月報(暫定版)平成 24 年 3 月分
- 3) 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：37-43
- 4) 梅谷進康(2005)『介護支援専門員の業務範囲に関する一考察』近畿福祉大学紀要：35-42
- 5) 株式会社日本総合研究所(2010)『介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査』検査結果中間報告(概要版)
- 6) 平成 21 年～22 年度東京都介護支援専門員研究協議会調査研究委員会調査報告、平成 22 年度フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団助成研究報告(2010)『介護支援専門員の役割に関する研究—どこまでが業務範囲か?—報告書』特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会調査研究委員会
- 7) <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/dl/h1222-3a.pdf>平成 24 年 10 月 11 日閲覧、厚生労働省『介護保険制度改革の全体像～持続可能な介護保険制度の構築～』
- 8) Moxley, D. (1989) The Practice of Case Management. Saga Publications, Inc (1994、デイビット・マクスリー著 野中猛・加瀬裕子監訳「ケースマネジメント入門」中央法規出版)
- 9) <http://www.kensox.co.jp/kaigo/baria2.htm>平成 24 年 12 月 13 日閲覧、ケアマネジメントとは
- 10) 編集介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会(2009)『介護支援専門員実務研修テキスト四訂』財団法人長寿社会開発センター、P30、46
- 11) 国際ソーシャルワーカー連盟、2000 年 7 月 27 日、カナダ・モンクトリオール総会採択、ソーシャルワークの定義
- 12) 日本ソーシャルワーカー協会、日本社会福祉士会、日本医療社会事業協会が構成する IFSW 日本国調整団体が 2001 年 1 月 26 日決定、ソーシャルワークの定義日本語訳
- 13) 太田義弘、秋山薊二(1999)『ジェネラル・ソーシャルワーク』光生館
- 14) 津田耕一著(2008)『利用者支援の実践研究—福祉職員の実践力向上を目指して—』久美株式会社
- 15) 社団法人シルバーサービス振興会(2009)『訪問介護サービスに

おける「混合介護」の促進に向けた調査研究事業報告書～保険外サービスの市場拡大に向けて～』

- 16) 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』 人間福祉研究：77-96

参考文献

- 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—』 関西学院大学紀要：105-123
- 杉本敏夫、四方克尚 (2002) 「ケアマネジャーの仕事—基礎とスキルアップ—」 朱鷺書房
- 田村正勝編著 (2009) 『ボランティア論—共生の理念と実践—』 ミネルヴァ書房
- 濱田健士 (2009) 『みまもり家族制度—一人暮らしのお年寄りをサポートします—』 講談社
- 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』 お茶の水女子大学 Proceedings：21-31
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング (2010) 『地域包括ケア研究会報告書』 厚生労働省
- 山本主税・川上富雄編著 (2003) 『地域福祉新時代の社会福祉協議会』 中央法規

謝辞

本研究の遂行にあたり、指導教員である関西福祉科学大学社会福祉学研究科長浅野仁教授に多くのご指導をいただきましたことを深く感謝いたします。

また、本研究の作業を通して、さまざまなサポートをして下さいました、関西福祉科学大学社会福祉学研究科臨床福祉学専攻の皆様をはじめ、お世話になった皆様に心より感謝いたします。