

# 介護支援専門員の効果的なケアマネジメント実践 につながる研修制度の在り方について

—ケアマネジメントプロセスに焦点化した意識調査から—

Lead to effective care management practice nursing care support  
specialist About the training modalities  
— From the survey focused on the care process —

小 川 あゆみ

**要旨** 本研究の目的は、介護支援専門員が利用者の自立支援に向けたケアマネジメントを実践することができるような研修内容、及び研修体制の再構築を目指すものである。まず、研修内容及び体制の現状理解と介護支援専門員が抱えている課題をアンケート調査の結果を用い質的分析を行った。介護支援専門員が抱えている課題の多くは、これまでの研修内容において習得することができる内容のものであったにもかかわらず、現行の研修体制の中では、実践に有効活用されていない現状が浮かび上がってきた。そこで介護支援専門員が抱えている課題を再検討することで、実践につながる研修内容の体制を再構築することを提言する。

## は じ め に

2000年介護保険が施行後から、間もなく11年が経過しようとしている。制度の改正に伴い介護支援専門員のケアマネジメント業務や相談援助職としての技術や知識に対する質の評価が取り上げられているが、未だサービス利用者にかかるアセスメント、担当者会議、介護サービス計画の作成、モニタリング及び評価、細やかな記録や連携、加算を算定するための提出書類の作成など時間に追われ

る毎日を過ごしているケアマネジャーも少なくない。介護支援専門員が本来実施していくべきは、介護保険法（目的）第1条に「その人の有する能力に応じた自立支援」である。「利用者と向き合って話をする時間がとれない。」「利用者の情報収集は、サービス事業所からの報告書だけ。」「家族とばかり話をして利用者に目を向けることができない。」「利用者の本意をくみ取ることができない」といった

課題を抱える介護支援専門員はまだ多く存在する。もちろんそこには様々な要因が考えられる。対人援助を実践する介護支援専門員の視点から筆者が考察するところでは①報酬に直結しない業務量の増大②ケアマネジメントの本質理解の希薄さ③対人援助を実践する専門的としての知識や技術力不足④社会資源に関する情報収集力不足により効果的な活用に繋がらない⑤ネットワークが構築できない⑥スーパービジョンなどの支援体制の不備⑦関係機関との連携が図れない⑧基礎資格取得の際に対人援助技術のトレーニングを受けていないといった課題があげられる。少人数で運営している介護支援専門員の居宅介護支援事業所が数年来増加傾向にあるが、このような課題を改善し、尚且つ一定水準以上のサービスを提供していたためには、研修制度は重要な役割の一端を担っていると言える。

そもそも介護支援専門員に対する「研修」の意味はケアマネジメント過程において獲得すべき専門性の学習を積み上げていくためのシステムであり、プログラムである。しかし、青森県における介護支援専門員の研修体制は「厚生労働大臣が定める介護支援専門員等に係る研修の基準」（平成18年3月31日厚生労働省告示第218号）、「介護支援専門員資質向上事業の実施について」（平成18年6月15日厚生労働省老健局長通知）が本通知の趣旨に鑑み、適切な事業実施が行われるよう配慮されたいとあるにも関わらず、何ら変化をみせていない。

介護支援専門員として業務についている現任者は5年に一度の更新制度があり、研修を受講することによって都道府県に登録され、介護支援専門員証が公布された後業務に就く

ことができる。従って2007年に更新研修を受講していた場合、業務の継続をするためには2012年度中の更新研修受講が必要となる。（2011年から受講可能となっている）結果2007年に受講した介護支援専門員は、2011年～2012年に前回同様の研修を受講する結果となる。2011年、二度目の研修を受講したケアマネジャーの中では、「基礎的な内容であったがこれまでの業務の振り返りができた。」といった評価がある一方、「なぜ同じような講義を聞かなければならないのか。」「時間と費用を捻出し研修に参加しているのに無駄なことをしている。」といった複数人からの評価もあった。

前提となる介護支援専門員の資質向上の研修目的は、「介護支援専門員資質向上事業実施要綱」においても、適切にケアマネジメント業務を実施することにより、利用者本位・自立支援・公正中立等の理念を徹底し、そ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に資することであるとしている。この通知内容は、対人援助を主とするケアマネジャーとしては、抽象的且つ専門性に関しても名言されているものではない。

2000年介護保険法が施行されてから、制度の運用は常に手探りの状態で進んでいる。介護支援専門員は制度改正に伴うサービスの取り扱いに振り回されているといった場面にも出くわす。その中で「目指すケアマネジメントとはいったいどのようなことなのか。理想とするケアマネジャー像はどのように形成していけば良いのか。」と出口のない迷路の中をさまよいつづけている感が否めない。日々目の前の業務に追随され、あるべきケアマネ

ジャー像を確立していく過程において研修制度の重要性は図りしれないと考えているところである。

従って現任の介護支援専門員が、より明確に専門的なケアマネジメントを実践し対人援助職として、どのような研修内容と研修体系

が必要かを現状の研修体系と介護支援専門員に対するケアマネジメントプロセスの意識調査の結果の比較から、また筆者のケアマネジャー実務経験や研修講師としての経験も織り込みながら検討していくこととする。

## I. 介護支援専門員資質向上事業における研修体系から見た現況と課題

介護支援専門員の実務研修等の研修実施については、介護保険法施行規則（平成 11 年厚生労働省令第 36 号。以下「施行規則」という。）等により、また「介護支援専門員資質向上事業実施要綱」の趣旨を鑑み、事業実施されているところである。

事業は、利用者本位・自立支援・公正中立等の理念を徹底し、そ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に資することを目的としている。実施主体は、都道府県又は都道府県知事の指定した研修実施機関（以下「都道府県」という）に委託することができる。とされている。

### 1) 研修内容

表 1 において概略を示している。

- ①介護支援専門員実務研修
- ②介護支援専門員実務従事者基礎研修
- ③介護支援専門員専門研修
- ④介護支援専門員再研修
- ⑤介護支援専門員更新研修
- ⑥主任介護支援専門員研修

事業実施上の留意点としては、施行規則に基づく告示の他、研修実施要綱に基づき行う

ことを前提とし、日程や研修開催期間、定員規模の設定に適宜配慮すること。各研修の一部又は全部を通信学習として実施することができる。実施主体である都道府県等は、介護支援専門員が行う業務を常に念頭におき、業務を行う上で効果的な研修となるよう、また受講者の習熟度に応じて必要な知識を修得するための体系的な研修内容となるように配慮されなければならない。更に介護支援専門員実務研修及び介護支援専門員更新研修は同一場所・日程等で実施できることがあげられている。

### 2) 研修内容及び体制における課題

1998 年筆者がケアマネジメント実務研修を受講した際のプログラムの内容には、介護保険制度概要及びケアマネジメントの中でも特に課題分析手法（主にアセスメントシートの記入方法）そして、サービス計画書の作成、記載方法が主な内容であった。対人援助者としてのケアマネジメント展開技術なども平成 18 年以前の研修会において、積極的に取り組んでいなかった。現行の研修内容を省察すると、もちろん介護保険法の改正に伴い、介護支援専門員のケアマネジメントに対する意

表 1. 研修内容及び課程

研修名	対象者及び内容（研修時間）	科 目
①介護支援専門員実務研修	〈対象者〉実務研修受講試験に合格した者 〈内 容〉利用者の自立支援を図るために、アセスメントの重要性を認識し、居宅・施設サービス計画及び介護予防サービス計画の作成、サービスの利用、モニタリングの実施等いわゆる「ケアマネジメント」の過程に沿った各段階で必要な視点や手法を習得できる。(44 時間)	a 介護保険制度の理念と介護支援専門員に関すること（講義／演習） b 介護支援サービスの基本（講義） c 要介護認定の基礎（講義／演習） d 受付及び相談と契約（講義） e アセスメント・ニーズの把握の方法（講義／演習） f 居宅サービス計画の作成（講義／演習） g モニタリングの方法（講義） h 地域包括支援センターの概要（講義） I 介護予防支援（講義／演習） J 介護支援サービスを実施するために必要な技術（講義／演習） k 意見交換・講評
②介護支援専門員実務従事者基礎研修	〈対象者〉実務に携わっている者で実務就業後1年未満の者 〈内 容〉実務研修から連続する一連の研修体系の中に位置づけられるものであり、ケアマネジメント業務を勘案し、ケアマネジメントプロセスやケアプラン作成等の技術取得について、効果的に技能の定着を図る。(33 時間)	a ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理（講義） b ケアマネジメントプロセスとその基本的な考え方（講義） c ケアマネジメント点検演習（演習） d ケアマネジメント演習講評（講義） e 研修を振り返っての意見交換・ネットワーク作り（演習）
③介護支援専門員専門研修	〈対象者〉専門Ⅰ 就業後6ヶ月以上の者 〈内 容〉介護保険制度の概略とケアマネジメントの基礎理解と伴に対人援助職の倫理や技術及び社会資源の活用の詳細を学ぶ。保健・医療福祉の基礎理解を深める。(33 時間)  〈対象者〉専門Ⅱ 就業後3年以上 〈内 容〉介護支援専門員の基本姿勢を再確認する。事例研究及びグループ事例検討の方法を習熟する。サービス担当者会議の持ち方やチームケアの方法を学ぶ。(20 時間)	a 介護保険制度論（講義） b 対人個別援助技術（講義／演習） c ケアマネジメントとそれを担う倫理（講義） d ケアマネジメントプロセスとその基本的な考え方（講義） e 保健医療福祉の基礎理解Ⅰ～Ⅴ（講義） f サービスの活用と連携Ⅰ～Ⅶ（講義） g 介護支援専門員特別講義（講義） h サービス担当者会議（演習） i 介護支援専門員の課題（講義） j 居宅介護支援事例研究（講義） k 居宅介護支援演習（演習） l 施設介護支援事例研究（講義） M 施設介護支援演習（演習）
④介護支援専門員再研修	〈対象者〉5年以上実務に従事したことがない、または経験があるがその後5年以上実務に従事していない者で、今後新たに介護支援専門員の登録証の交付を受けようとした者又は、実務経験はあるが、その後更新を行わなかった者が、再度実務に従事するために介護支援専門員証の交付を受けようとする者 〈内 容〉介護支援専門員実務研修に同じ	介護支援専門員実務研修に同じ
⑤介護支援専門員更新研修	〈対象者〉実務に従事した経験がないもので、介護支援専門員証の有効期限が1年以内に満了するもの 〈内 容〉介護支援専門員実務研修に同じ	介護支援専門員実務研修に同じ
⑥主任介護支援専門員研修	〈対象者〉介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者 〈内 容〉主任介護支援専門員は、他の介護支援専門員に適切な指導・助言を行うことができ、また地域における包括的・継続的なケアマネジメントを実現するために必要な情報収集の発信、事業所・職種間の調整、更に事業所における人事・経営管理・利用者の視点にたってフォーマルなサービスやインフォーマルなサービスの質・量を確保し、改善していくような提案などを行うことができる者を養成する	a 主任介護支援専門員の役割と視点（講義） b ケアマネジメントとそれを担う倫理（講義） c ターミナルケア（講義） d 人事・経営管理（講義／演習） e サービス展開におけるリスクマネジメント（講義） f 地域援助技術（講義／演習） g 対人援助者監督指導（講義／演習） f 事例研究及び事例指導の方法（講義／演習）

識も変革しつつあるように考えられる。

## Ⅱ. ケアマネジャーが実践するケアマネジメント

ケアマネジメントとは本来、利用者の自立に向けてのプロセスである。人々の生活の質の改善を支援することを目的としているのである。生活の質の改善は、環境と個人両面にわたる幅広い資源を探り出し、確保し、支えることによってもたらされる。また介護保険制度下、ケアマネジメントには、セグメント、担当者会議、個別計画、モニタリングなど一連のプロセスがあり、それらを効果的に実施することがケアマネジャーの専門的な技術ともいえる。

### 1) ケアマネジメントにおける自立支援

ケアマネジメントは、介護保険施行当初、利用者の「ウイークネス」（弱さ）に着目し、弱さを補完する意味でのサービスコーディネートといった意識が強く、介護保険導入後の数年間は多くのケアマネジャーの意識に植え付けられ、実践されてきた。しかし現在は、利用者の持つ能力に着目し、それを最大限活用しながら、自立生活を継続していくための支援への実践へと変化している。「その人の有する能力」とはまさに「ストレングス」であり、その能力に応じたケアマネジメントを実践する事は、利用者の自立支援へとつながることでもある。

自立の概念を付け加えると、1978年アメリカの自立生活調査研究所では「何かができること」ととどまらず、「日常生活における自己選択、自己決定（種々レベルはある）、

自己管理そして自己実現の行為と過程である」といわれている。介護支援専門員は職業価値をもって、様々な資源を「探し出し—確保し—支える」という自立に向けた支援をする役割があると考えられる。つまり、ケアマネジメントプロセスを通じ、利用者が目標に向かって生きる力を持ち（引き出し）継続して生活していくことができる支援を意図的に行うことが重要なのである。

### 2) ケアマネジメントの視点

モックスレイ（Moxley, 1989）は、「ケアマネジメントにおいてクライアントの視点を尊重しながら、様々なサービスを調整し、利用者が様々な機会や利益を確保していけるように支援していくことが重要である」と述べている。

ケアマネジメントが始まった初期の段階（アメリカにおける1970年代）においては、専門職の視点でケアマネジメントを行うことが重要視されていた。しかし、1980年代後半から、アメリカやイギリスにおいてストレングスやエンパワーメントなどの議論が盛んになり、利用者や家族の視点を尊重していくことこそが本人が望む自立支援につながるとされている。その際、利用者の一方的なディメンツに偏るのではなく、折衷的な立場をとり、両者のバランスを取り入れ、利用者や家族が納得できる生活を営むことができるような支援を行っていくことが、ケアマネジメン



トを行っていくためには重要であると述べている（岡田、2011）。

介護支援専門員はケアマネジメントプロセスを通じ、利用者が目標に向かって生きる力を持ち（引き出し）、生活環境の調整も図りながら継続的に地域で生活するための支援を意図的に行うことが、望ましいケアマネジメントであると言える。

しかし、先に述べたように業務の煩雑さや、ケアマネジメントプロセスにおける十分な理解が得られていないことから意識的に利用者の自立支援につながっている支援を実践しているとはやはり言い難い現実がある。

### 3) 介護支援専門員の機能と役割

介護支援専門員の役割は、「介護保険の目的に沿って、自立した生活を継続すること、また要介護状態の軽減または悪化の予防に資することを目指して、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供されよう、利用者を支援（資する）すること」であり、その役割を果たすためには以下の機能を持つと考えられる。

#### ①プランニング機能

利用者本人の精神的・身体的な状況や家族やその他の環境をアセスメントし、利用者の要望や価値に基づいた介護サービス計画を作成する。その際最も重要だとされることが、アセスメントをする力である。利用者が抱える課題を正確に把握し、その要因・背景を見通すためには、疾病や障害、心理に関する専門的知識を持つとともに、的確な観察力・洞察力・情報収集力が必要である。こうした力を養うために介護支援専門員には常に自己研鑽が必要とされる。

#### ②マネジメント機能

介護サービスの給付の管理と適切な介護サービスが総合的かつ効率的に提供されるようマネジメントする。適切なサービスとは、利用者の自立支援にとっても、社会的に見ても介護給付として適切であるようなサービスである。管理するのは、あくまでもサービスであって利用者ではないことに対する理解が必要である。

#### ③調整機能

介護支援専門員は、保健・医療・福祉分野等の専門職やサービス提供者、その他の社会資源と連携し、その相互間の調整を行い、利用者をめぐる利用者の資源が総合的に行われるよう、チームケアのまとめ役（コーディネイター）としての機能を果たす。

#### ④相談機能

利用者やその家族から相談を受け、不安や悩み、葛藤を受け止め、利用者との信頼関係をつくりながら、生きる意欲を強めて（今後の人生を利用者自身が決め）歩めるよう支援する。

#### ⑤権利擁護事業

適切な契約の締結・実施を支援することはもちろん、介護サービスへの苦情を受け止める、虐待の発見に努めるなど、常に利用者の立場に立って、その権利を擁護する姿勢が求められる。場合によっては、福祉サービス援助支援事業や成年後見制度につながることも必要である。

### 4) ケアマネジメントプロセスの在り方

#### ①アセスメント

利用者の現在の生活状況を理解するため

に情報収集を行い、更に生活全体を支えるために、利用者にどのような生活ニーズや生活課題があるかを介護支援専門員が行う総合的な判断を指す。これまでも述べてきた通り利用者の情報は、マイナス志向型での補完的なアセスメントに終始することなく、「人が望み・欲し・希望し・願望しめ夢見るもの」としてのストレングス志向の利用者の自立に向けた支援を実践していくことが、望む生活の実現に向けての第1段階であるといえる。またアセスメント結果は、すべての援助関係と支援方法のアウトラインを明確にもする。また利用者の観点からの理解や意味を求める事にも活用され、個性豊かな一人の人間として支援するための中核的な役割を果たしている。

## ②サービス担当者会議

専門職を中心に、多くの人々が相互に協力し合いながら、一人ひとりの利用者等を支援する目的で行われるアプローチである。利用者の生活ニーズに応じて、必要な援助を提供してくれるサービス、マンパワー等の社会資源を地域社会のなかから探し出し、異職種、各種の機関、サービス内容を統合し、効率的に利用者支援につなげ

ることができるようにする。チームのメンバー同士の良好な関係性を結び、役割分担する為のプロセスであり、介護支援専門員は調整機能を持つ。

## ③介護サービス計画書の作成

要介護状態となったことで、さまざまな困り事を抱え込んだ利用者の現在の生活状況をその人の望む生活に向けて近づけていく為の手段を記載したものである。利用者が自ら選択した社会資源をどのように活用するのかを明文化し、利用者介護支援専門員の間で、また利用者を支える社会資源と介護支援専門員との約束事としての証明となる。

## ④モニタリング・評価

介護サービス計画書に位置づけた各種のサービス社会資源が、計画通りに動いているか、あるいは利用者の生活が変化し、新たなニーズが発生していないか確認することである。ニーズとサービスのミスマッチを発見し、既存の介護サービス計画書をモニタリング・評価の実施により適切な計画書へと修正する。修正作業は、一定期間（または必要時）毎に繰り返されなければならない。

# Ⅲ．方

# 法

## 1) 調査の手続き

2011年1月青森県介護支援専門員協会（以下「協会」）において、無作為に抽出した会員150名に対し「ケアマネジメントプロセスにおける質の向上に向けてのアンケート調査」を実施した。本論では「ケアマネジメン

トプロセスにおいて改善事項」の項目別の単純回答とそれに伴う自由記述式の回答を部分的に用い分析対象とした。回収できた質問紙は68通であった。

2) 分析方法

まず、68 通回収結果をケアマネジメントプロセスにおける①アセスメント②サービス担当者会議③サービス計画④評価・モニタリング⑤その他の項目を軸に記述した内容を分類し、逐語入力した。課題は、ケアマネジメントプロセスにおいて現在実施されている事業内容を基に設定し、更に「現行の研修内容と合致するものは○」「現行の研修内容では一部補いきれない部分があると考えられるものには△」「現在の研修内容では補いきれないものには×」を付け改善項目を整理した。

改善内容の評価分類に関しては、ケアマネジメントのプロセスの在り方や介護支援専門員の役割等を鑑み筆者が吟味しながら判断した。

ケアマネジメントプロセスの理解における分析を行う際、経験年数における差異が生じることが予測されるため、基本調査の中から介護支援専門員としての経験年数と基礎資格を表 2-1 を合わせて示した。

IV. 結 果

1) 調査対象者の背景

調査対象者の背景を表 2-1 に示す。職歴は 3～5 年未満 16% と 5 年以上 77% と特に中堅からベテランに位置づけされている人たちからの回答率が高い。基礎資格は、看護師（准看護師を含む）46% と介護福祉士 46% からの回答が主であった。青森県介護支援専門員協会の会員登録者の基礎資格は、看護師（准看護師を含む）30%、介護福祉士 45% と会員数の中で大きな割合を占めていることに関

連性があるものと考えられる。

2) 項目別に見るケアマネジメントプロセスの改善意識の実態

ケアマネジメントプロセスにおける改善項目毎の集計結果は表 2-2 示す通り。③介護サービス計画の作成 28%、①アセスメント 25%、②サービス担当者会議 18%、④評価・モニタリング 18%、⑤その他 3% であった。

記述内容に関しては、回答が多い順位で説

表 2-1. 調査対象者の背景

職 歴			基礎資格		
1 年未満	0 名	0%	看護師（准看護師）	31 名	46%
1 年～3 年未満	2 名	3%	社会福祉士	0 名	0%
3 年～5 年未満	11 名	16%	介護福祉士	31 名	46%
5 年以上	52 名	77%	その他	4 名	6%
無回答	3 名	4%	無回答	2 名	3%

(n=68)

(n=68)



表 2-2. ケアマネジメントプロセスにおける改善事項

①アセスメント	17 名	25%
②サービス担当者会議	12 名	18%
③介護サービス計画書の作成	19 名	28%
④評価・モニタリング	12 名	18%
⑤その他	2 名	3%
⑥無回答	6 名	8%

明を加える。③介護サービス計画書の作成における基本的な理解や利用者のストレングスアセスメントの実施による利用者の総合理解に加え、ニーズの把握及び課題分析による介護サービス計画書の作成における改善点やケアマネジメントプロセスにおける介護サービス計画書の意義を見出すことができていないといった課題が挙げられている。その他専門職としての価値や倫理を伴った利用者主体の介護サービス計画書の作成が困難である実態が明らかになった。更に事業所内の管理職または、地域包括支援センターの主任介護支援専門員が実践すべき、スーパービジョンの機能が果たされていないことも課題として抽出された。

①アセスメントにおける課題は、利用者との信頼関係を構築するため、ストレングスの視点からの情報収集に有効な対人援助個別援助技術の方法、情報収集～課題分析の方法、利用者主体・自立支援を目指した本人の総合理解、またアセスメントツールの選定と活用方法が課題とされていた。

②サービス担当者会議においては、利用者の総合理解をするためのチームケアの意義や、チームケアにおける利点・欠点などを理解した上での効果的な会議の進め方に改善事項としてあげられていた。また、他職種連携

においては、他の専門職、特に医師とのコミュニケーションの図り方や関係の築き方の課題があげられていた。

④モニタリング・評価に関しては、ケアマネジメントにおけるモニタリング・評価の意義や機能の理解、利用者の総合理解からの目標設定の方法、再アセスメントや介護サービス計画書の作成につながる手法、利用者の個々の生活ニーズに応じた、またモニタリング、評価に容易につながる目標設定の方法等が課題としてあげられていた。

⑤その他に関しては、個別性を重視する支援内容とするため、社会資源の知識と活用方法に関する課題、介護支援専門員の自己マネジメントに関する課題があげられていた。

明らかに既存の研修内容に組み込まれていないものは「介護支援専門員の業務に対する自己マネジメントの理解と方法」と「パソコンの入力方法」であった。その他の課題は、既存のサービス内容に通じるところではあるが、改善事項として述べられていることを察すると効果的に研修を活用している言い難い。

また表 1 の研修内容と過程を見ると、述べられていた課題の多くは、「介護支援専門員実務研修」及び「介護支援専門員実務従事者研修」の内容に含まれているものである。

ここでは各項目に分類し、課題を模索したが、ケアマネジメントプロセスは連動性があることからそれぞれの項目において影響を与える（受ける）ことが予測される。よって項目の中で、他の項目のプロセスにおける課題と認識できる内容もあったがこの調査においては、課題を明確にすること、調査対象者の意識調査といった観点から、回答している

表 2-3. 記述内容と課題

項 目	記 述	課 題
①アセスメント	<p>聞き取りの力不足 利用者、家族に対する説明が下手 アセスメントがその後のすべてのサービスを左右する 信頼関係が築かれないうちにアセスメントをすると本人理解が難しい 初動プラン作成にあたり、アセスメント力によって大きくサービス計画に影響する アセスメント分析力不足 情報収集や、整理、分析が不十分 利用者が希望するサービス利用が優先されるようアセスメントにおける利用者ニーズの把握につなげたい 現在利用しているアセスメントツールに改善が必要 課題が抽出できない 生活の維持と安心感を得られるような支援につなげるためにアセスメントが重要 スムーズなサービス計画につながるようなアセスメント用紙を作成したい 本人の意欲が引き出せない</p>	<p>○対人個別援助技術 ○ニーズ把握と課題分析力</p> <p>○対人個別援助技術 ○利用者主体、自立支援に基づいた本人の総合理解</p> <p>○情報収集からのニーズ把握と課題分析力 ○情報収集からのニーズ把握と課題分析力 ○利用者主体、自立支援に基づいた利用者の総合理解</p> <p>△情報収集する上で有効なアセスメントツール項目と利用方法 情報収集からのニーズ把握と課題分析力 ○ケアマネジメントプロセスにおけるアセスメント理解 △ケアマネジメントプロセスの総合理解に基づいたアセスメントツールの選定 ○対人個別援助技術 △ストレングスアセスメントの理解と方法</p>
②サービス担当者会議	<p>包括的ケアの観点から利用者を取り囲みたい 忙しい業務を抜けて集まってもらうのだから、会議を意味あるものにした 関係者の意識が近づくような内容について各事業所の考えを聞いて意見をサービスに反映できることが望ましい 情報を共有することで多方面からの情報収集と情報の共有化を図ることで問題の解決策を見出していきたい。 医師とのコミュニケーションは時間をとれない分診察に同行するなど、相談に応じてもらえたり、抱えている問題にアドバイスを頂けたりするため、今後も医師の参加を促していく ケアプラン、サービス担当者共に、利用者や家族、参加が基本ではあるが、ケースによってはその根本となる問題点を、本人を交えた上で話し合いができない場面もある</p> <p>本人にとって何が一番大切か明確にできる場として活用したい サービス事業者から詳細情報が出てこない できなくなった事などに関する問題点はよく話題にでるが、改善策や具体的対応策についての発言が少なく、前向きな発言や方向性へ持っていくのに時間を要する 活発な意見交換ができる会議にしたい サービス担当者会議での介護職の技量、力量にばらつきがみられるため、サービスの実施にあたり不安を感じる チームとして利用者の生活をより良いものになりたいと考えるため、活発な意見交換の場とした</p>	<p>○利用者の総合理解</p> <p>○チームケアの方法の理解 △会議の進め方とコミュニケーションの取り方 △会議の進め方とコミュニケーションの取り方 △チームケアにおける利点・欠点の把握 ○利用者の総合理解 ○多職種との連携の図り方 △医師との連携の図り方</p> <p>△サービス担当者会議、チームケアの在り方 △サービス担当者との連携とサービス担当者会議の進め方 △効果的な会議の進め方とコミュニケーションの取り方 ○会議における介護支援専門員の役割と進め方 △チームケアにおける利点・欠点の理解 △効果的な会議の進め方とコミュニケーションの取り方</p> <p>△効果的な会議の進め方とコミュニケーションの取り方 △チームケアにおける利点・欠点の理解 △サービス担当者相互のスキルアップ</p> <p>△効果的な会議の進め方とコミュニケーションの取り方 △利用者の情報の共有</p>

表 2-3. つづき

項 目	記 述	課 題
③ サービス計画書作成	<p>サービス計画書の内容が個別性に欠ける（マンネリ化）</p> <p>自分の作成したプランに自信が持てない 目標を明確にすることが困難</p> <p>目先の業務に追われ、サービス計画書の作成が追いつかない</p> <p>サービス計画書の内容に問題を感じているため、サービス計画書の内容を簡単に記入してしまいがちになる 自分の基礎知識が不足している</p> <p>サービス計画書の項目の課題抽出に時間を要するためか、サービス計画書を作成することに追われる</p> <p>本人の生活意欲高めてもらえるような、本人の能力や、家族の役割を重要視したサービス計画を作成したい</p> <p>ニーズを言葉で表現することやパソコン入力が苦手</p> <p>家族の負担を考えると、目標が具体的内容ではなくなる。</p> <p>アセスメントの中から優先順位を付けて課題を選択することが困難</p> <p>介護支援専門員の思い込みでサービス計画書を作成してしまうことがある</p> <p>本人のニーズが多い場合、介護支援専門員と本人及び家族とのサービス内容にずれが生じる。専門的な支援ができない</p>	<p>○利用者の総合理解 ○適切な評価・モニタリングの意義、方法の理解 ○スーパービジョン機能の活用 ○主任介護支援専門員の支援 ○情報収集からのニーズ把握及び課題分析 ○ケアマネジメントプロセスの理解 ×介護支援専門員の業務に対するセルフマネジメントの理解と方法 ○ケアマネジメントプロセスの重要性とサービス計画書の意義を理解</p> <p>○ケアマネジメントの基本と、プロセスに沿った基礎知識の取得 △利用者のアセスメントからの利用者理解とサービス計画書の作成方法</p> <p>△ストレングスアセスメントの理解とそれを反映したサービス計画書の作成手法 ○課題抽出方法 ×パソコン入力の方法 ○利用者主体、利用者の自立生活へ向けたプロセスの理解 ○利用者の総合理解</p> <p>○介護支援専門員の価値と倫理 利用者主体、利用者の自立を促す支援の方法 ○介護支援専門員の価値と倫理</p>
④ 評価・モニタリング	<p>サービス計画書の目標が漠然としているため、評価・モニタリングがしにくい。評価、モニタリングから次のプランニングができない（マンネリ化した計画書の内容になっていることが影響）</p> <p>目標が具体的ではないため、評価しにくい</p> <p>適切な評価を実施することで、利用者自身の意識も自立へむけることができる</p> <p>評価・モニタリングをきちんと実践できれば、支援の方向性も変化できるのではないか</p> <p>評価、モニタリングから新たな目標につなげることができない</p> <p>評価、モニタリングは必要なプロセスなのか疑問を抱いている</p>	<p>○評価・モニタリングの機能の理解 ○利用者の個々の生活ニーズに応じた目標設定の方法と効果が図られる介護サービス計画書の作成手法</p> <p>○利用者の総合理解と、サービス計画書につなげるモニタリングと評価の理解</p> <p>○モニタリング・評価の理解と利用者支援につながる活用方法</p> <p>○モニタリング・評価の理解と利用者支援につながる活用方法 ○ケアマネジメントにおけるモニタリング・評価の機能</p>
その他	<p>・社会資源に関する知識を修得し活用方法を知る</p> <p>・書類が多すぎて業務の負担が大きい</p>	<p>○社会資源と詳細理解と具体的な活用方法 ×介護支援専門員の業務におけるセルフマネジメント</p>

チェック項目に準じて記述内容及び課題も分

類し検証していることを補足しておく。

## V. 考 察

アンケート調査の課題分析から、ケアマネジメントプロセスにおいて、改善課題が多く述べられている順位で

### ③介護サービス計画書の作成

#### ①アセスメント

#### ②サービス担当者会議

#### ④評価・モニタリング

の4項目に分類し、課題を抽出しその内容を現在の研修内容と比較検討した結果、1)利用者本人の総合的理解に関する技術習得、2)アセスメントによる課題抽出から利用者本人の介護サービス計画を作成する技術習得、3)ケアマネジメントを実践するにあたり、一つひとつのプロセスにおける意義を知るとともに活用方法を習得する、4)利用者の主体性、自立性を尊重した支援へ結びつけるための基本的な視点や働きかけを習得する、5)チームケアに関する利点や欠点などの詳細を理解しながら効果的な会議の持ち方を習得する、6)介護支援専門員のセルフマネジメントと働き方について習得すること、以上を改善が必要な項目とした。これらの1)～5)の内容は、これまでの研修においても既に介護支援実務研修や介護支援専門員実務従事者研修等で取り組まれていたものである。しかし、調査結果において中堅以上の介護支援専門員は、基本的な内容にもかかわらず、今自分が行っている業務は確かなものだろうかといった不安を抱きつつ就業しているということがわかる。6)は対人援助の実践を継続的に

行うためには必要不可欠な課題であると認識した為、筆者が付け加えた内容である。

更にそれぞれの課題に対する研修内容について考察してみることとする。

### 1) 利用者本人の総合的理解に関する技術習得に関する課題

ソーシャルワークにおける基礎理を通して、対人個別援助技術の理解や、ロールプレイを通じた実践を積み重ねる。また利用者の存在価値を自覚し、利用者側に立った理解を深めるためのツール（ストレングスアセスメント等）の活用方法や業務に結びつけることができるような講義、演習を行う。

### 2) アセスメントによる課題分析から利用者本人の介護サービス計画を作成する技術習得に関する内容

利用者のストレングスに着目したアセスメントの理解から、介護サービス計画を作成するまでの一連のプロセスを演習する。アセスメント～課題抽出、設定目標、サービス内容、計画書の作成時間も評価する演習とする。課題や目標、サービス内容は、あくまでも利用者が主体となっていることはもちろん、利用者の同意に基づいて作成されていることを確認しながら、計画書を作成するまでの手法をより具体的に学ぶことを目的とする。またストレングス視点に基づいたアセスメントシート内容及び、活用方法も習得する。

### 3) ケアマネジメントを実践するにあたり、一つひとつのプロセスにおける意義を明確に認識するとともに活用方法の習得に関する課題

利用者の生活の自立に働きかける手法としてケアマネジメントが導入され、それぞれのプロセスを実践していくことがより効果的な支援につながることを理解する。また、介護支援専門員の実践を明らかにすることで、ケアマネジメントプロセスを的確に捉え支援している利用者と場当たりに支援している利用者との比較検討なども加え、効果的な手法として再認識できるような研修体制とする。

### 4) 利用者の主体性、自立性を尊重した支援へ結びつけるための基本的な視点や働きかけに対する課題

1) に関連する内容ではあるが、介護支援専門員の基本姿勢を基に専門職としての価値・倫理を深く学び習得する。専門職としての責務を理解することにより、利用者の主体性及び自立性とは何かを明確にし、支援につなげることができるような思考及び実践に結びつける。

### 5) チームケアに関する利点や欠点などの詳細を理解しながら効果的な会議の持ち方を習得する

ケアマネジメントにおけるチームケアの必要性を確認し、個に対する集団の働きかけの実際を学ぶ。またチームアプローチの意義と効果を明らかにする。所属機関や職種が異なる専門職をいかに調整し、利用者支援に効果的に働きかけるかを理解する。更にチームケアの実践場であるサービス担当者会議における会議の進め方等ロールプレイを用いて習得する。

### 6) 自己の業務を振り返り、介護支援専門員のセルフマネジメントと働き方における課題。

これまでもケアマネジメント業務に関する自己点検は、随時実践されてきた。

対人援助の専門職として、利用者の自立支援を一定以上の効果を維持しながら継続的に業務につくためには、セルフマネジメントにおける自己管理能力が問われる。感情をコントロールし、冷静な課題分析により自己改善を講じることは、容易なことではない。しかしセルフマネジメントを理解し、実践していくことは、利用者に対するより良い支援を継続的に提供するためには、必要不可欠なことだとも考えられる。

更に、これらの研修内容を実践するためには、研修体制の再構築を図る必要がある。アンケートの調査内容では、本来これまでの研修において習得していなければならない知識や技術が、長期間の実務経験を経ても理解されていない部分があることは述べてきた通りである。また課題とされた内容は、介護支援専門員実務研修や介護支援専門員実務従事者研修における研修内容と合致している点にも注目しなければならない。そのことは介護支援専門員の初期段階の研修体制や内容に問題があることが示唆される。

ケアマネジメントプロセスにおける基礎知識や、人を総合的に理解し支援することの意義を初期の段階でしっかりと身に付けておくことは、ケアマネジメント機能の促進と対人援助職としての専門性を持った実践にもつなげることができる。

さらに研修の方法や体制、受講生の人数の再検討の必要があると考える。これまでの研



修は、100名～200名程度の受講生を対象に実施されてきているものである。研修内容に対する理解を深め、且つ効果的な研修を実施していくためには、できるだけ受講生の声が聞き取れるような場のデザインや、参加型学習等を導入し、講師とともに考え、活発な意見交換ができ、受講生それぞれが学び合う形態が望ましい。講師の人数確保等の問題は予測されるものの、初期段階で徹底した、知識と技術を習得することにより、介護支援専門員がソーシャルワークの実践者として又専門家となることができるのではないだろうか。

更に、研修の実施主体である都道府県は、

介護支援専門員が行う業務を常に念頭におき、業務を行う上で効果的な研修となるよう、また受講者の習熟度に応じて必要な知識を修得するための体系的な研修内容となるように配慮されなければならないと示されている。研修の委託先と協同し、介護支援専門員が抱えている課題を速やかに把握しつつ研修制度へ反映させる義務が当然にある。介護支援専門員の資質の向上を目指し、より良い実践につなげるための研修体制や内容の再構築を青森県が主体となって実践する取り組みを期待する。

## Ⅵ. ま と め

一人ひとりの介護支援専門員の資質向上が目的で、研修体制や内容は組み立てられているものである。資格を更新するために費やす退屈な時間として、業務ができない無駄な時間として過ごしていた介護支援専門員がいることも筆者が見聞きしているところであった。そもそも介護支援専門員に対する「研修」の意味はケアマネジメント過程において獲得すべき専門性の学習を積み上げていくためのシステムであり、プログラムである。螺旋階段のように同じプロセスを周回しながらも常にケアマネジメントプロセスや対人援助専門職としてのスキルアップを目指していかなければならないのである。

ればならないのである。

利用者のニーズや状況に応じて、多様な働きかけをしている介護支援専門員には、専門的で高度な知識、技術力が要求される場所である。今後益々複合的で包括的なジェネラリスト・ソーシャルワークも視野に入れた支援が必要となる。その時に研修における学びや実践に対する裏付け、更に業務の振り返りは必要不可欠である。研修によって専門性を磨くことを忘れず、その為にも行政機関がしっかりと研修事業を運営、サポートしてほしいものである。

## 引用文献

- 岡田進一：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—，株式会社ワールドプランニング，2011
- 狭間香代子：社会福祉の援助観—ストレングス視点・社会構成主義・エンパワメント—，筒井書房，2001
- 狭間香代子：ソーシャルワーカーとケアマネジャーのための相談援助の方法，久美書房，2008
- 白澤政和，福山和女，石川久展編：社会福祉士相談援助演習，中央法規，2011
- 川村隆彦：ソーシャルワーカーの力量を高める理論・アプローチ，中央法規出版，2011
- 川村隆彦：支援者が成長するための50の法則 あなたの心と力を築く物語，中央法規出版，2006
- チャールズ・A・ラップ，リチャート・J・ゴスチャ著／田中英樹訳：ストレングスモデル—精神障害者のためのケースマネジメント，金剛出版，2009
- 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会：介護支援専門員実務研修テキスト 四訂正，社団法人長寿社会開発センター，2010
- 石川久展：ソーシャルワーカー養成と演習教育研究，ソーシャルワーク研究 36-2，p. 15-22
- 新保美香：現任研修のプログラムのあり方について—職員を支えるフォローアップ研修の取り組み—，ソーシャルワーク研究 35-1，13-20
- 空閑浩人：ソーシャルワーク基本スキルの向上と現任研修—OJTの視点から—，市ソーシャルワーク研究 35-1，21-27
- 村社卓：介護保険制度下で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」—日本社会福祉学会 97，55-69