

ケアマネジメントにおける業務プロセスの測定と評価

— 介護報酬体系の理論的構築に向けて —

山村学園短期大学 専任講師 村田 久
社会研究部門 副主任研究員 阿部 崇
abe@nli-research.co.jp

<要旨>

1. 2006年4月に予定される介護保険制度改正では、制度の要である介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）についても「質の向上」の観点から様々なルール変更が行われる。同時期に行われる介護報酬（介護サービスの単価）の改定では、ケアマネジャーが担当するケアマネジメントの対価（居宅介護支援費）の引き上げが予定される。もっとも、単純な居宅介護支援費の引き上げは、一時的な経営・待遇改善に寄与するとしても、早晚「高い評価（報酬）を得ないとケアマネジメントの質を確保できない」という議論が繰り返されるのみである。
2. 質の高いケアマネジメントを確保するためには、それを担うケアマネジャーの技術力の向上とともに、ケアマネジメント業務の適正な評価が不可欠である。適正な評価とは単に高水準にあるということではなく、業務プロセスの実態から構築された納得感のある評価体系であることが重要と考える。本研究では、ケアマネジメントの業務プロセスに影響を与えると思われる利用者の特性に着目し、業務プロセスを構造的に把握することにより、適正な報酬体系を理論的に構築することを目的としている。
3. 利用者の特性として、「難病と認定されている場合」（医療ニーズに着目）、「認知症の重度の場合」（認知障害に着目）、「同居家族等の介護力のない場合」（介護環境に着目）、「いずれにも該当しない場合」の4種類を想定した。また、一連のケアマネジメント業務を48項目に集約し、上記の各特性における「業務時間」「重視度」等をケアマネジャーへのアンケート調査により把握した。

分析手法には、業務プロセスに差異をもたらす利用者特性を確定するために双対尺度法（Dual Scaling）を用い、また、業務プロセス48項目を特性別に構造的に把握（特性に依存しない項目群、特性別に差異がある項目群、特性以外の要素で個別性を有する項目群に分類）するために、判別分析を用いた。これらの過程から、報酬体系の基礎となる利用者特性とその特性ごとの業務プロセスの区分と評価を行った。
4. 業務プロセスに差異を生じさせる利用者特性としては、双対尺度法による分析の結果、「認知症あり」、「介護力なし」、「難病認定あり・いずれにも該当せず」の3カテゴリに区分された。業務プロセス全48項目についての「業務時間」、「重視度」の回答傾向から、

「難病認定あり」と「いずれにも該当せず」は近似性が認められたため同一カテゴリとなった。

5. 業務プロセスの区分では、重視度の回答をベースとした判別分析の結果、「特性に依存しない項目群」として“ケアプラン作成”関連項目、“モニタリング”関連項目が区分された。

また、「特性別に差異がある項目群」としては“インテーク”関連項目、“アセスメント”関連項目について、具体的には「認知症あり」では“家族・介護者との調整”にかかるプロセス項目が、「介護力なし」では“本人との調整”にかかるプロセス項目が区分された。

6. 身体機能面に特化した認定調査から導かれる「要介護度」では、在宅利用者を総合的に支援することをサービス内容とするケアマネジメントの業務負荷等を適切に評価しきることは困難であり、本研究成果をベースとしたケアマネジメントの業務プロセスの構造的把握に基づく適正な報酬体系を整備する必要がある。ケアマネジメントの質の向上は、ケアマネジャーの納得感に支えられた適正な評価によってもたらされるものと考えらる。

<目次>

1. 背景	33
2. 研究フレーム	34
2-1 目的	34
2-2 仮説	35
3. 研究方法	36
3-1 調査の設計	36
3-2 調査概要	38
3-3 分析手法（分析フレーム）	40
4. 分析結果および考察	42
4-1 分析 i（利用者特性の確定）	42
4-2 分析 ii（業務プロセスの区分と評価）	47
5. むすび — 平成 21 年報酬改定に向けて —	53

1. 研究の背景と趣旨

老人福祉・老人医療の各制度によって長年支えられてきた高齢者介護が、2000年4月に介護保険制度として再編され早6年が経過しようとしている。この間、介護報酬改定が1回行われ、本年6月には制度施行後5年を目途として予定されていた法改正（制度見直し）が行われた。改正法に基づいて2006年4月より改正介護保険制度がスタートすることになる。

改正介護保険制度では、2003年6月に高齢者介護研究会（厚生労働省老健局長の私的研究会）が公表した「2015年の高齢者介護」報告書において取りまとめられた「高齢者介護のあるべき将来像」が具体的な仕組みとして落とし込まれている。介護予防システムや地域包括ケアなどの新しい仕組みは「2015年の高齢者介護」に依拠している。

なかでも、制度スタート当初から介護保険制度の要として注目されてきた「介護支援専門員（以下 ケアマネジャー）」の業務については、サービスの質の向上の観点から大規模な修正が予定されている。具体的には、居宅介護支援事業所・ケアマネジャーの二重指定制、主任介護支援専門員の創設などの新しい仕組みの導入や、ケアマネジャー1人あたりの担当件数の見直しや介護報酬（居宅介護支援費）の改定などの従来ルールの変更が挙げられる。

もっとも、これらの修正が期待する効果も、その担い手であるケアマネジャーの業務環境や適切な評価が伴ってはじめて現れてくるものである。そもそも居宅介護支援費は、訪問介護やデイサービスなどの他の介護保険サービスと異なり、継承した旧制度の評価基準がないままに、制度施行に合わせて新たに設定されたものである。とすれば、5年間の実績がある今、制度施行時に決められた“暫定的な”評価方法や水準を基準にその調整を行うのではなく、ケアマネジメント業務のプロセスとその実態を十分に考慮した評価のあり方を検討することが必要であろう。

これまで、ケアマネジメント業務の評価については、様々な立場や視点から、その方法論や妥当性の調査研究が行われてきた。要介護度の軽重によりケアマネジメントの業務負荷は変わらず一律に評価すべきとするもの、実際に行った業務を個別評価し積み上げていくべきとするもの、また、ケアマネジメントの成果（アウトカム）を基準に遡って業務を評価していくべきとするものなど、その結論や意見も様々である。しかし、いずれも制度内外の関係者にとって、納得感のある居宅介護支援費を設定する根拠たるに至ってはいない。「適正な評価がなければケアマネジメントの質を確保できない」という悪循環を引き起こさないためにも、ケアマネジメントの業務プロセスおよびその実態に着目し、それに立脚した評価体系を早く提示することが、質の高いケアマネジメントを普遍化する近道であろう。

では、いかなる方法で適正な評価の根拠となるケアマネジメントの業務プロセスを把握、測定していくべきであろうか。ケアマネジメントの業務プロセスは、対象となる利用者の身体機能や精神機能等の特性や在宅利用者の生活環境や介護環境に大きく影響される。とすれば、その評価は機能面・環境面を視野にいれた利用者の特性に応じた体系とすべきであろう。

本調査研究では、利用者の内的外的な特性に着目し、それに依拠するケアマネジメントの業務プロセスの差異を把握する方法をとった。具体的な調査方法および分析手法は第2章以降に述べるが、ケアマネジメントの業務プロセスを詳細に把握すると同時に、その成果（新たな評価体系）が居宅介護支援費として実際に算定されること、すなわち、評価方法に一定の普遍性を持たせることを視野に入れ、実務的にも耐える結論を導くことを重視している。

なお、本稿で用いたデータは、全国介護支援専門員連絡協議会が、平成16年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「居宅介護支援業務プロセスの評価に関する調査研究」において実施したケアマネジャーに対するアンケート調査を基礎としている（第2章 2 調査概要 参照）。

2. 研究フレーム

2-1 目的

本研究は、要支援・要介護高齢者の在宅サービス利用者（以下、利用者とする）の特性に応じたケアマネジメント業務のプロセスの差異に着目した評価体系の構築を目的としている。ケアマネジメント業務は、対象とする利用者の特性によりそのプロセスとケアマネジャーの業務負荷に差異があると考えられ、かかる差異の測定と評価について量的データを用いて数量的方法によりシミュレートしている。

上記の目的を達成するために、本研究では次の2つの課題を検討している。1つは、ケアマネジメントの業務プロセスにおいて差異がみられる利用者特性を明らかにすること（分析 i）である。2つめは、i で明らかになった利用者特性を用いてケアマネジメントの業務プロセスの構造的把握を試みる（分析 ii）である。

なお、本研究で用いているケアマネジメントの業務プロセス項目（ケアマネジャーの具体的な業務）は、「ケアマネジメントの評価のあり方に関する調査研究Ⅱ」（日本ケアマネジメント学会）及び「改訂介護支援専門員基本テキスト」（財団法人 長寿社会開発センター）において、整理・検討された項目群から構成されている。また、それぞれの業務プロセス項目の測定スケールには業務時間および重視度を用いている。

2-2 仮説

目的で提示した2つの研究課題を検討するために、本研究では調査段階より領域仮説を設定している。それぞれの領域仮説は次のようなものである。

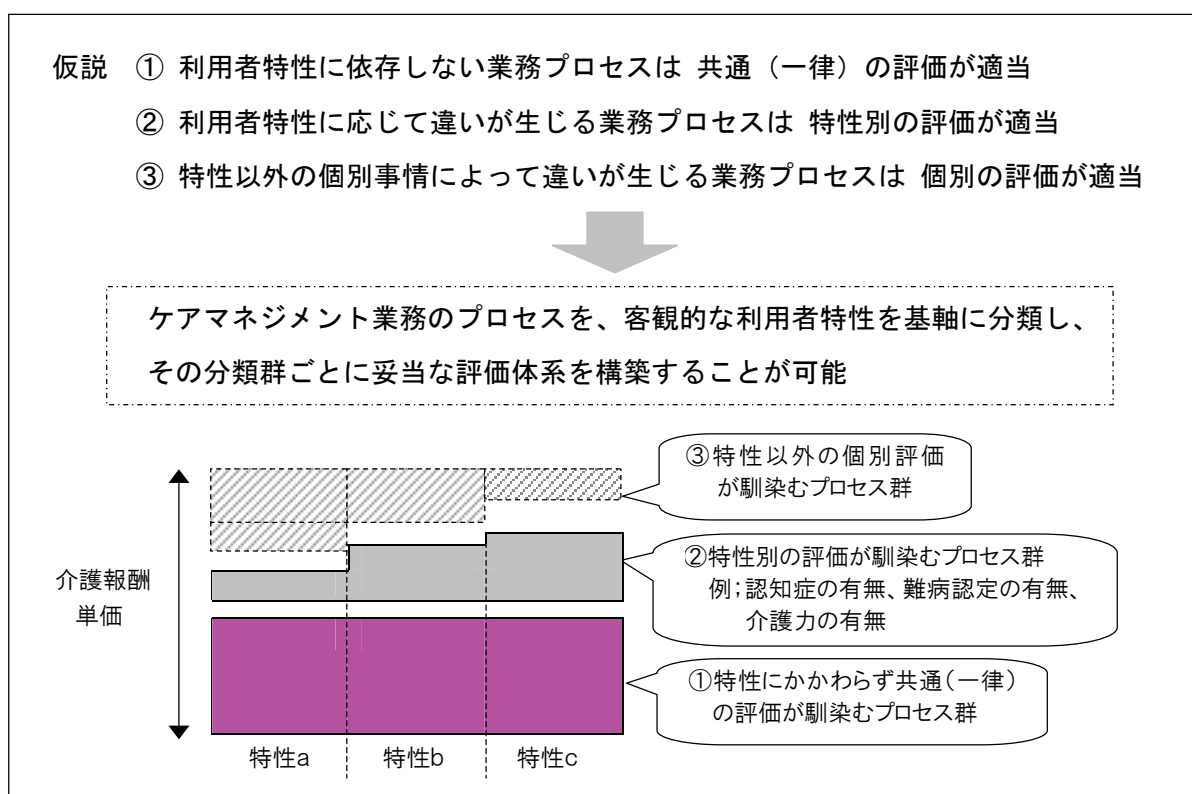
まず、分析 i の「ケアマネジメントの業務プロセスに差異がみられる利用者特性の明示」においては、差異が生じるであろう利用者特性について、高齢者の内的ないし外的な特性を予め想定して領域仮説としている。

具体的には、「難病と認定されている場合（以下、難病認定あり）」、「認知症の重度（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上）の場合（以下、認知症あり）」、「同居家族等の介護力のない場合（以下、介護力なし）」および「いずれにもあてはまらない場合（以下、通常）」の4つを設定している。これは、それらの特性によるケアマネジメントの業務プロセスの負荷の軽重が一般的に想定されやすく、かつ、研究成果の現実的な応用を考慮した汎用性を有する区分、すなわち、ケアマネジャーが担当する利用者を容易に区分しうることを理由としている。

なお、分析 i において、業務プロセスに数量的な差異を把握できれば、独立の特性として続く分析 ii に流用し、差異がないと判断されれば同一の特性として併せて取り扱うこととする。

次に、分析 ii の「利用者特性による業務プロセスの構造的把握」においては、業務プロセスを個々の項目別でみたとき、①利用者の特性に依存せず共通（一律）の評価が適当な業務プロセス（共通評価プロセス）、②利用者の特性に応じて特性格の評価が適当なプロセス（特性格評価プロセス）、③特性以外の個別事情に応じて個別の評価が適当なプロセス（個別評価プロセス）があり、かかる3つのプロセス群に分解できると仮説設定した。図表-1は仮説のイメージを表したものである。

図表－1 領域仮説と研究成果のイメージ



3. 研究の方法（調査および分析の方法）

3-1 調査の設計

本研究では、かかる仮説を検証するためにケアマネジャーを対象として量的調査を行っている。具体的には前述した4つ利用者特性を予め設定し、その特性にあてはまる利用者を想定した上でケアマネジメントの業務プロセスの主観的な業務時間（分単位、概ね1ヵ月のケアマネジメント業務における投入時間）および重視度、困難度（それぞれ4段階評価）をプロセス項目ごとに個別に回答して頂いた。

調査の基礎となるケアマネジメントの業務プロセスの抽出は先行研究（前述）に求めた。中分類を「インテーク」、「アセスメント」、「ケアプラン作成」、「モニタリング」、「その他業務」の5区分とし、各中項目は概ね8～12の項目群で構成した。なお、既存の文献等に多くみられる「ケアマネジャーが行うべきことを目的・内容によって抽出したプロセス」ではなく、本調査目的に合致するよう、ケアマネジャーの実際の「行動」ないし「動作」という観点から抽出した業務プロセスである点が特徴である。

抽出したケアマネジメント業務のプロセスは図表－2の通りである。

図表－２ 調査で用いたケアマネジメントの業務プロセス項目

中分類	No	ケアマネジメント業務 プロセス項目
I インテーク	1	利用者の主訴を訊く
	2	家族（介護者）の主訴を訊く
	3	家族構成や介護状況について訊く
	4	利用者の生活歴を訊く
	5	利用者の病歴・薬歴を訊く
	6	利用者の経済状況を訊く
	7	今後の生活について利用者・家族に意向を訊く
	8	情報をまとめる（シート記載、PC入力）
II アセスメント （情報収集）	9	本人に訊く
	10	家族（介護者）に訊く
	11	主治医・看護師等に電話で訊く
	12	主治医・看護師等を訪問して直接訊く
	13	サービス事業者等に電話で訊く
	14	サービス事業者を訪問して直接訊く
	15	サービス事業者等に文書で情報提供を依頼する
	16	民生委員に訊く
	17	近隣の住民に訊く
	18	在宅介護支援センターの相談員に訊く
	19	情報をまとめる（シート記入、PC入力）
III ケアプラン作成	20	居宅サービス計画書原案 第1-3表作成
	21	サービス事業所の選定
	22	サービス事業所への連絡調整
	23	サービス担当者会議の日程調整
	24	会議欠席者からの意見聴取（第5表作成）
	25	会議資料の作成（アセスメント概要等）
	26	サービス担当者会議の開催
	27	会議記録の整理（第4表作成）
	28	計画書原案の修正、利用票・提供票の作成
	29	計画書、利用票・別表を利用者に説明・交付
	30	計画書、提供票・別表を事業者等に説明・交付
31	計画書、利用票・別表を主治医等に説明・交付	
IV モニタリング	32	居宅訪問し、利用者・家族（介護者）と面談
	33	事業所を訪問し、利用者情報を交換・収集
	34	事業所に電話し、利用者情報を交換・収集
	35	事業所とFAXで、利用者情報を交換・収集
	36	事業所とメールで、利用者情報を交換・収集
	37	主治医から情報収集する
	38	結果を第6表等の支援経過に記載
	39	計画書の評価（目標達成の確認）をする
	40	居宅サービス計画書の修正
	41	修正した計画書を利用者に説明・交付
	42	修正した計画書を事業者等に説明・交付
43	修正した計画書を主治医等に説明・交付	
V その他業務	44	実績を確認し給付管理票を作成
	45	介護保険以外の相談の受付および対応
	46	苦情の受付および対応
	47	苦情をとりまとめ書類を作成
	48	ケアマネジメント過程の総合的な振り返り

3-2 調査概要⁽¹⁾

(1) 調査概要

①調査対象および客体数

2人以上のケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業所 無作為抽出1,000事業所
上記事業所に所属するケアマネジャー 2,000人 (1事業所について2人)

②調査実施日

平成17年2月23日

③調査方法

調査票郵送によるアンケート形式

(1事業所に調査票を2通郵送し、2人のケアマネジャーに回答を依頼)

④調査項目

i) 基本属性

事業所欄 (事業所名、従業者数、利用者数 等)

ケアマネジャー欄 (職種、職務年数、担当利用者数 (要介護度別、自立度別) 等)

ii) ケアマネジメント業務評価

予め設定した特性 (認知症の重症度、難病認定の有無、介護力の有無、それ以外) に該当する利用者を想定し、一連のケアマネジメント業務における各プロセス項目の「おおよその業務時間 (分単位)」や「重視度 (4段階評価)」「困難度 (同左)」を回答

⑤回答期間

平成17年2月23日 ~ 平成17年3月7日 (回答〆切)

⑥回答状況

回答数 735人 (調査票回収率36.6%)

⁽¹⁾ 全国介護支援専門員連絡協議会が、平成16年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「居宅介護支援業務プロセスの評価に関する調査研究」において実施したケアマネジャーに対するアンケート調査

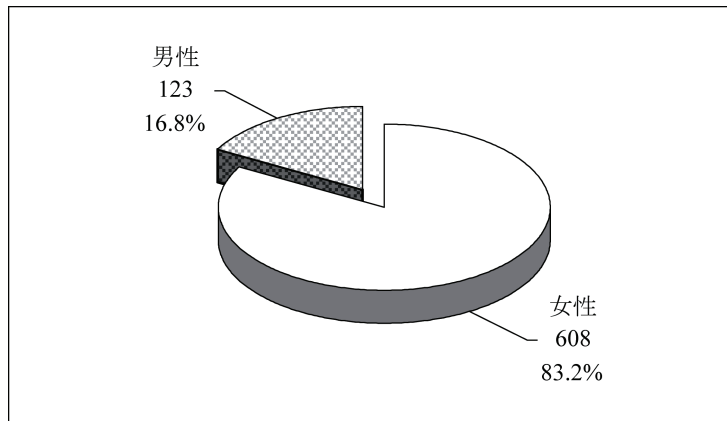
(2) 回答者等の基本属性

ここで、調査対象となったケアマネジャーおよびケアマネジャーに想定してもらった利用者の基本属性を示す。いずれの基本属性においても、特に現在の一般的な傾向と大きく乖離しているものは認められず、調査において収集されたデータについても、一般性、代表性を有していると考ええる。

①ケアマネジャー

【性別】「女性」が608人(83.2%)、「男性」が123人(16.8%)であった。平均年齢は44.9歳であった。

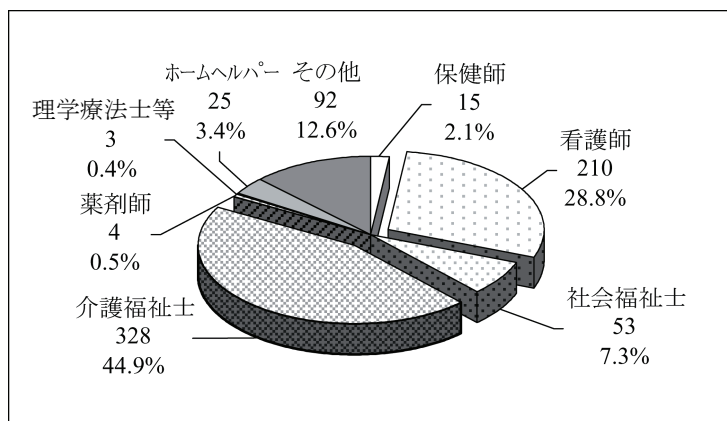
図表-3(1) 性別



(有効回答 N=731)

【基礎職種】「介護福祉士」が328人(44.9%)と最も多く、以下、「看護師」210人(28.8%)、「社会福祉士」53人(7.3%)の順であった。

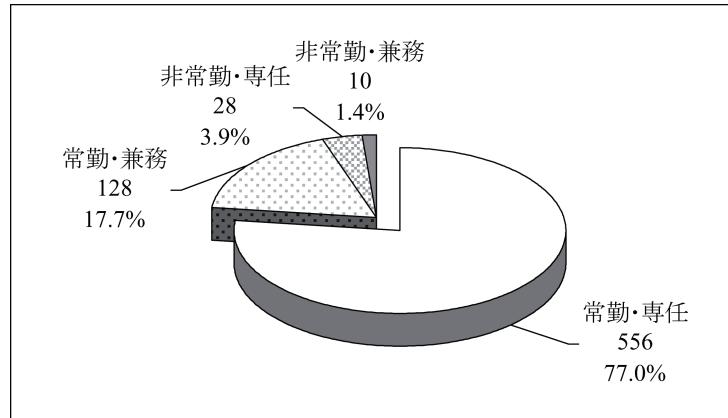
図表-3(2) 基礎職種



(有効回答 N=730)

【勤務形態】「常勤・専任」が 556 人 (77.0%)、以下、「常勤・兼務」128 人 (17.7%)、「非常勤・専任」28 人 (3.9%) であった。全体の 8 割以上が専任のケアマネジャーであった。

図表- 3 (3) 勤務形態

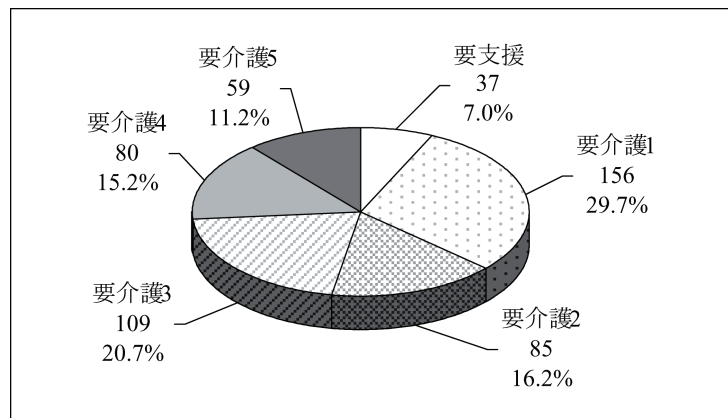


(有効回答 N=722)

②利用者 (ケアマネジャーが想定した利用者の状態像)

【要介護度】(予め指定された特性の該当者として想定した利用者の状態像)「要支援」37 人 (7.0%)、「要介護 1」156 人 (29.7%)、「要介護 2」85 人 (16.2%)、「要介護 3」109 人 (20.7%)、「要介護 4」80 人 (15.2%)、「要介護 5」59 人 (11.2%) であった。

図表- 3 (4) 要介護度



(有効回答 N=526)

3-3 分析手法 (分析フレーム)

(1) 分析 i (利用者特性の確定)

本研究では、ケアマネジメントの業務プロセス項目として 48 項目 (図表- 2 参照) を抽出しており、かつ、それらに数量的な差異が現れると想定される 4 種類の利用者特性を領域仮説として設定している。

まず、設定した4種類の利用者特性区分に妥当性があるか否かを検証するため、ケアマネジメントの業務プロセスの全48項目について、4種類の利用者特性ごとにその回答パターンの類似性を評価基準におく分析を行った。すなわち、「認知症の軽重」、「難病認定の有無」、「介護力の有無」、「通常（いずれにもあてはまらない）」という異なった利用者特性ごとに、48項目の業務プロセスに投入した業務時間や重視度等についての回答に異なるパターンが得られれば、その利用者特性には定性的な差異が存在するものと考えられ、利用者特性の「カテゴリ」として設定することが可能になる。

分析には双対尺度法（Dual Scaling）を用いた。双対尺度法は与えられたデータ行列の行および列に関して類似度の検証に用いることができる。本研究では、行に4種類の利用者特性を配し、列に48項目の業務プロセスを配列した。

（2）分析 ii（業務プロセスの区分と評価）

分析 ii では、分析 i の検討結果として提示された利用者特性カテゴリを用いて、2つ目の仮説（ケアマネジメントの業務プロセスは、①共通評価プロセス、②特性格別評価プロセス、③個別評価プロセス、という3群に分解できること。2-2 仮説参照）を検証した。

共通評価プロセスの項目抽出には判別分析を用いた。判別分析とは、従属変数が質的データ、独立変数が量的データである場合に用いる多変量解析の手法である。分析によって判別関数という特殊な関数を定義し、この関数を使用し未知の従属変数の値の予測をする場合や未知の対象が所属する群を判別することを目的とする場合に用いる。

また、判別関数を定義する際に算出される係数によって、独立変数が従属変数に及ぼしている影響の大きさと方向を知ることができるので、独立変数の影響について統計的に検討することができる。本研究では、後者（独立変数の従属変数への効果測定）の立場をとり、利用者特性カテゴリを従属変数、48項目の業務プロセスを独立変数に配置し、利用者特性カテゴリの業務プロセス項目へ及ぼす影響の大きさを測定する。

測定結果に基づき、利用者特性カテゴリに及ぼす影響が小さい項目を「共通評価プロセス」を構成するプロセス項目とみなす。利用者特性カテゴリに及ぼす影響は小さいということは、その項目が利用者特性に依存しない共通評価が馴染む項目であると判断できるからである。またここでは、Nによる影響を除くために利用者特性カテゴリ別にNを揃えたボンドサンプル⁽²⁾を使用する。

続いて、特性格別評価部分の項目抽出ではボンドサンプルを利用者特性カテゴリ別のデータに分解し、既に群として構成された共通評価プロセスを抜いた上で、個々のプロセス項目別に変動係数（coefficient of variation）を算出する。変動係数は

⁽²⁾ 2つ以上のデータを合併すること。本研究では、与えられる変数は共通しているため、列（個体）について、データを合併している。

$$C.V. (変動係数) = S_x / \bar{x} \quad (S_x: 標準偏差, \bar{x} : 平均)$$

と定義され、変数の散らばりの状態を相対的に比較する指標である。ここでは、利用者特性カテゴリ内において回答のバラツキが少ない項目を「利用者特性別評価プロセス」とみなす。なぜならば、回答のバラツキが少ないということは、利用者特性別の業務プロセスを考えるとケアマネジャーの共通意見の程度が高い、すなわち、各特性における業務時間や重視度の程度が共通していると判断することができ、特性別評価プロセスとして妥当性と頑強性を兼ね備えている判断できるからである。

反対に、この過程においてバラツキの大きい項目は、特性別評価プロセスにはあてはまらず、個別評価プロセスを構成する項目と整理することができる。バラツキが大きいということは、個体間で回答の変動が大きいことを現しており、このことは個別に評価すべきプロセス項目であることを示唆している。

以上のステップが本研究における、共通評価プロセス、特性別評価プロセス、個別評価プロセスの区分と評価のための分析フレームである。

4. 分析結果および考察

4-1 分析 i (利用者特性の確定)

(1) 業務時間でみた分類

図表-4 (1) は双対尺度法による分析結果の基本統計量を示したものである。Delta の値をみると、解 (Solution) 1 で全分散 (48 項目) の約 60% が説明されている。解 2 では約 30% の説明率を持っている。解 1 と解 2 の合計は 90.47% となっており、この 2 つでデータ行列の 9 割を説明していることがわかる。従って、業務時間による利用者特性カテゴリの決定にはこの 2 つの解を利用者特性の分類指標 (重みベクトル) として採用した。

次に、解 1 と解 2 で重み付けられた利用者特性のそれぞれの重みベクトルを、解 1 と解 2 で張られた 2 次元空間にプロットしその距離を利用者特性の類似度のスケールとして用いる。すなわち、プロットの位置が遠い場合には“それらの特性には性質上の差異が認められる”と考え独立した利用者特性カテゴリとみなし、逆に位置が近い場合には“それらの特性に差異がない”と考え同一のカテゴリとみなす。

図表－４（１） 双対尺度法による基本統計量（業務時間）

SOLUTION	1	2	3
CORRELATION RATIO	0.0042	0.0022	0.0007
MAX. CORRELATION	0.0651	0.0464	0.026
DELTA	59.98	30.49	9.53
CUM. DELTA	59.98	90.47	100
% HOMOGENEITY	0.42	0.22	0.07
THETA	0.14	0.07	0.02
GAMMA	0.42	0.21	0.07

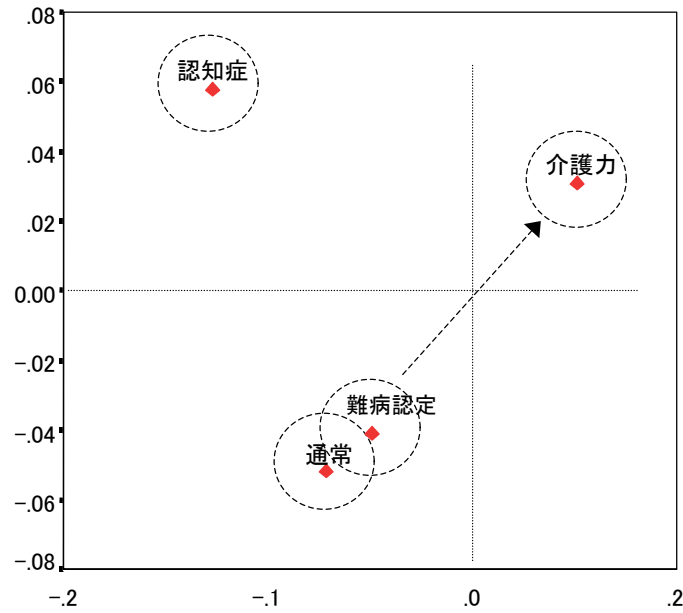
図表－４（２）は業務プロセスの業務時間を要素として特徴づけられた利用者特性を座標上にプロットしたものある。横軸に解１による重みベクトルを配し、縦軸に解２による重みベクトルを配している。

プロットから見てとれるように、「難病認定あり」と「通常」は距離が近く、近似性が高いと認められるので同一のカテゴリに分類できると考えられる。業務時間でみたケアマネジメントの業務プロセスの性質的な差異は「認知症あり」、「介護力なし」、「難病認定あり・通常」の３カテゴリに分類された。

横軸（解１）は「認知症あり」と「介護力なし」を分ける軸であり、縦軸（解２）は「認知症あり」と「難病認定あり・通常」を分ける軸である。このことから「認知症あり」は他のカテゴリと比較して類似度が低いことがわかる。

また、「介護力なし」と「難病認定あり・通常」には原点を対称とする一次元性の関係性がみられる（図表中矢印参照）。すなわち、「通常」の特性を“業務時間”という意味でよりケアマネジメントの業務プロセスに負荷をかけたものが「介護力なし」の特性につながると考えられる。

図表－4（2） 利用者カテゴリのプロット（業務時間）



(2) 重視度でみた分類

図表－5（1）は双対尺度法による分析結果の基本統計量を示したものである。分析の方法は（1）業務時間でみた分類と同様の過程をとる。Delta の値をみると、解（Solution）1で全分散（48項目）の約60%が説明されている。解2では約30%の説明率を持っている。解1と解2の合計は90.74%となっており、この2つでデータ行列の9割を説明していることがわかる。従って、重視度による利用者特性カテゴリの決定にはこの2つの解を採用した。

そして、解1と解2で重み付けられた利用者特性のそれぞれの重みベクトルを、解1と解2で張られた2次元空間にプロットしその距離を利用者特性の類似度のスケールとして用いる。

図表－5（1） 双対尺度法による基本統計量（重視度）

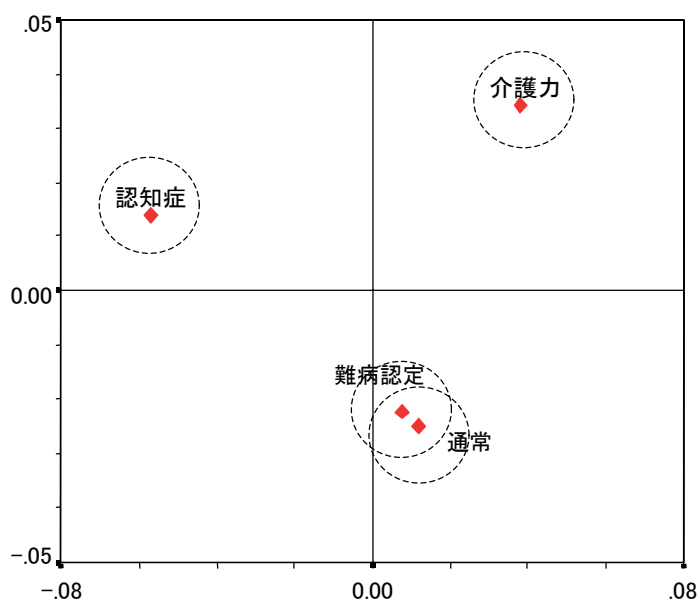
SOLUTION	1	2	3
CORRELATION RATIO	0.0012	0.0006	0.0002
MAX. CORRELATION	0.0349	0.0249	0.0137
DELTA	60.23	30.51	9.26
CUM. DELTA	60.23	90.75	100
% HOMOGENEITY	0.12	0.06	0.02
THETA	0.04	0.02	0.01
GAMMA	0.12	0.06	0.02

図表-5 (2) は業務プロセスの重視度を要素として特徴づけられた利用者カテゴリを座標上にプロットしたものである。横軸に解1による重みベクトルを配し、縦軸に解2による重みベクトルを配している。

プロットから見てとれるように、「難病認定あり」と「通常」は距離が近く、近似性が高いと認められるので同一のカテゴリに分類できると判断する。重視度でみた業務プロセスの性質的な差異は「認知症あり」、「介護力なし」、「難病認定あり・通常」の3カテゴリに分類される。

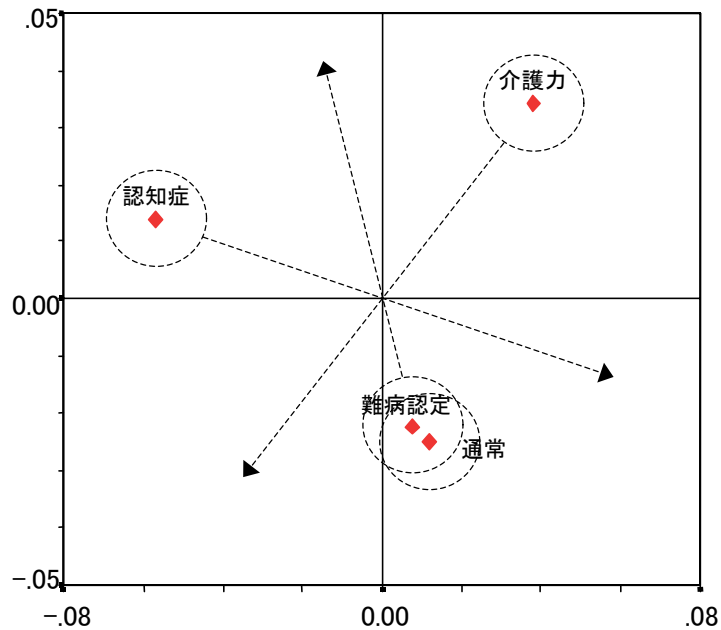
横軸（解1）は「認知症あり」と「介護力なし」を分ける軸であり、縦軸（解2）は「認知症あり」と「難病認定あり・通常」を分ける軸である。業務時間の場合と異なり、「介護力なし」は他のカテゴリと比較して類似度が低いことがわかる。

図表-5 (2) 利用者カテゴリのプロット (重視度)



図表-5 (3) はそれぞれの利用者カテゴリから原点を通る直線を引いたものである。業務時間の場合と異なり、重視度では、利用者特性のプロット間に一次元性（原点を挟んで対称の位置にプロットされる状態）はみられない。すなわち、3つのカテゴリは独立に存在していると判断できる。

図表－5（3） 利用者カテゴリのプロット（重視度）



(3) まとめ

分析 i では、利用者特性区分の妥当性の検討を行ってきた。業務時間および重視度のスケールでみたとき、双方で「認知症あり」、「介護力なし」、「難病認定あり・通常」の分類区分が提示された。従って、本研究における利用者特性の分析カテゴリは「認知症あり」、「介護力なし」、「難病認定あり・通常」の3カテゴリとする。なお、「難病認定あり・通常」は本研究の範囲において近似性ある特性として、以降は「通常」とのみ表記する。

また、分析 ii で使用するスケールについては、本研究は利用者特性によって特徴付けられる業務プロセス項目の区分と評価を行うという視点に鑑み、「通常」と「介護力なし」に一次元性がみられた業務時間ではなく、3つのカテゴリが独立した関係にあった重視度を測定尺度として採用する。その理由としては、本研究では、業務時間の多寡でプロセス項目を評価するのではなく、利用者特性に典型的なプロセス項目を抽出することに比重をおいているからである。また、業務時間は、ケアマネジャーのキャリア（経験年数）、支援技術、担当人数に影響を受け、かつ、調査の回答も一定期間の客観的な測定結果ではなく主観的な業務時間に拠っているので、重視度に関する4段階評価の結果より測定尺度としての頑強性が弱いと判断できるためである。

4-2 分析 ii (業務プロセスの区分と評価)

(1) 共通評価プロセス

図表-6はボンドサンプルを判別分析にかけた時の統計量である。Wilks のラムダは、1変数時の Wilks の Λ を

$$\Lambda = \text{グループ内変動} / \text{全変動}$$

と定義したとき、48 (プロセス項目) の独立変数を用いて定義した統計量である。0に近い程グループ内に差があることを表し、両者とも1%水準で有意である。従って3つのグループに差がある⁽³⁾ことがわかる。

図表-6 ボンドサンプルの判別分析

関数の検定	Wilks の Λ	(カイ2乗)	(自由度)	(有意確率)
1 から 2 まで	.638	250.854	96	.000
2	.873	75.823	47	.005

図表-7は標準化したときの線形判別関数の係数を示している。この係数は絶対値が大きいほど、判別に大きく寄与していることをあらわす。従って、利用者特性による業務プロセスの差異の判別に寄与していない項目、すなわち、利用者特性に依存しない業務プロセス項目を共通評価プロセスとして扱い、小数第2位を四捨五入して0.2以下となる項目を共通評価プロセスの項目群として抽出した。

抽出された項目をみると、中分類の「I インテーク」は1項目も抽出されていない。「II アセスメント」では「12: 主治医・看護師の訪問」および「13-15: サービス業者への連絡」、「19: 情報のまとめ」等が共通評価プロセスと分類された。「III ケアプラン作成」では「20: サービス原案の作成」、「21: サービス事業所の選定」以外は共通評価プロセスとなっている。「IV モニタリング」では「32: 利用者・家族と面談」、「42: 修正計画書を事業者の説明」以外は共通評価プロセスであり、「V その他業務」では「47: 苦情とりまとめ書類作成」以外は共通評価プロセスに分類された。

利用者・家族への連携に関する項目、ルーティンではない書類作成に関する項目等、要思考項目群については共通評価プロセスに含まれないことが明らかになったと判断できる。

⁽³⁾ 3つのグループの母平均において差がみられるという意味

図表－ 7 標準化された正準判別関数係数

	関数	1	2
1	利用者の主訴を訊く	0.40600	0.17752
2	家族（介護者）の主訴を訊く	0.25497	0.09110
3	家族構成や介護状況について訊く	0.20223	0.13348
4	利用者の生活歴を訊く	0.18757	0.13809
5	利用者の病歴・薬歴を訊く	0.16164	0.00581
6	利用者の経済状況を訊く	0.17079	0.22288
7	今後の生活について利用者・家族に意向を訊く	0.19887	0.13592
8	情報をまとめる（シート記載、PC入力）	0.02618	0.17942
9	本人に訊く	0.36466	0.01588
10	家族（介護者）に訊く	0.19372	0.38659
11	主治医・看護師等に電話で訊く	0.20413	0.11936
16	民生委員に訊く	0.04854	0.49831
17	近隣の住民に訊く	0.21166	0.36403
18	在宅介護支援センターの相談員に訊く	0.13467	0.33162
20	居宅サービス計画書原案 第 1-3 表作成	0.30387	0.21004
21	サービス事業所の選定	0.11028	0.25378
32	居宅訪問し、利用者・家族（介護者）と面談	0.14380	0.42622
42	修正した計画書を事業者に説明・交付	0.11986	0.18335
47	苦情をとりまとめ書類を作成	0.05666	0.17833
12	主治医・看護師等を訪問して直接訊く	0.02621	0.04261
13	サービス事業者に電話で訊く	0.05643	0.02653
14	サービス事業者を訪問して直接訊く	0.00116	0.10501
15	サービス事業者に文書で情報提供を依頼する	0.06483	0.09904
19	情報をまとめる（シート記入、PC入力）	0.12070	0.11375
22	サービス事業所への連絡調整	0.07858	0.06771
23	サービス担当者会議の日程調整	0.05328	0.00350
24	会議欠席者からの意見聴取（第 5 表作成）	0.05718	0.05570
25	会議資料の作成（アセスメント概要等）	0.05169	0.14997
26	サービス担当者会議の開催	0.12509	0.07822
27	会議記録の整理（第 4 表作成）	0.09411	0.01084
28	計画書原案の修正、利用票・提供票の作成	0.13445	0.02731
29	計画書、利用票・別表を利用者に説明・交付	0.09520	0.02933
30	計画書、提供票・別表を事業者に説明・交付	0.06975	0.00391
31	計画書、利用票・別表を主治医に説明・交付	0.04026	0.10307
33	事業所を訪問し、利用者情報を交換・収集	0.00883	0.07419
34	事業所に電話し、利用者情報を交換・収集	0.07295	0.12578
35	事業所と FAX で、利用者情報を交換・収集	0.07455	0.12420
36	事業所とメールで、利用者情報を交換・収集	0.05708	0.01087
37	主治医から情報収集する	0.09843	0.04016
38	結果を第 6 表等の支援経過に記載	0.13865	0.04951
39	計画書の評価（目標達成の確認）をする	0.03130	0.11862
40	居宅サービス計画書の修正	0.12459	0.11532
41	修正した計画書を利用者に説明・交付	0.12989	0.10630
43	修正した計画書を主治医に説明・交付	0.03314	0.06017
44	実績を確認し給付管理票を作成	0.00425	0.03164
45	介護保険以外の相談の受付および対応	0.10635	0.09044
46	苦情の受付および対応	0.09234	0.01397
48	ケアマネジメント過程の総合的な振り返り	0.08700	0.10586

(2) 特性格別評価プロセスおよび個別評価プロセス

図表－8は「認知症あり」、「介護力なし」、「通常」の利用者特性カテゴリごとに、それぞれの業務プロセス項目別に変動係数を算出した結果である。変動係数が0.4を基準とし、0.4以下の項目を各特性格別評価項目と判断し、抽出を行う。(1)の過程で利用者特性による業務プロセスの差異に寄与するとされたプロセス項目から、さらに各カテゴリにおいて共通性ある業務プロセス、すなわち、そのカテゴリを特徴づける項目を抽出する。

これらの項目は、それぞれのカテゴリ内において共通性が見出されるものであり、特性格別に差異を設けた上で評価していくことが馴染む項目と考えられる。

まず、「認知症あり」だけにユニークな項目は「2：家族（介護者）の主訴を訊く」、「7：今後の介護者について利用者・介護者に意向を訊く」、「10：家族（介護者）に訊く」であった。いずれの項目も家族・介護者へのヒアリングを内容とするものであった。「認知症あり」の利用者特性評価では特に家族・介護者への意見聴取が重要な業務プロセス項目であると考えられる。

次に、「介護力なし」だけにユニークな項目としては、「1：利用者の主訴を訊く」、「9：本人に訊く」であった。両項目は利用者へのヒアリングを表すものである。「介護力なし」の利用者特性評価では利用者への意見聴取が重要なプロセス項目であると判断できる。

なお、「通常」だけにユニークな項目はなかった。

図表－8 カテゴリ別にみた業務プロセス項目の変動係数

【8-1 認知症あり】

		平均値	標準偏差	
17	近隣の住民に訊く	0.217	3.404	0.739
2	家族（介護者）の主訴を訊く	0.248	1.082	0.268
16	民生委員に訊く	0.254	3.238	0.821
18	在宅介護支援センターの相談員に訊く	0.274	3.156	0.865
7	今後の生活について利用者・家族に意向を訊く	0.321	1.172	0.376
32	居宅訪問し、利用者・家族（介護者）と面談	0.337	1.137	0.383
11	主治医・看護師等に電話で訊く	0.381	2.315	0.881
4	利用者の生活歴を訊く	0.383	1.744	0.667
3	家族構成や介護状況について訊く	0.392	1.327	0.520
6	利用者の経済状況を訊く	0.394	2.036	0.802
10	家族（介護者）に訊く	0.394	1.190	0.469
8	情報をまとめる（シート記載、PC入力）	0.410	1.446	0.593
20	居宅サービス計画書原案 第1-3表作成	0.417	1.358	0.566
5	利用者の病歴・薬歴を訊く	0.421	1.505	0.634
47	苦情をとりまとめ書類を作成	0.439	2.374	1.043
42	修正した計画書を事業者の説明・交付	0.450	1.863	0.838
21	サービス事業所の選定	0.456	1.474	0.673
1	利用者の主訴を訊く	0.496	1.622	0.805
9	本人に訊く	0.498	1.655	0.824

【8-2 介護力なし】

		平均値	標準偏差	
16	民生委員に訊く	0.292	2.941	0.859
17	近隣の住民に訊く	0.296	3.013	0.892
18	在宅介護支援センターの相談員に訊く	0.346	2.838	0.982
1	利用者の主訴を訊く	0.350	1.162	0.407
32	居宅訪問し、利用者・家族（介護者）と面談	0.351	1.142	0.401
4	利用者の生活歴を訊く	0.352	1.741	0.614
9	本人に訊く	0.368	1.192	0.439
6	利用者の経済状況を訊く	0.368	1.861	0.686
3	家族構成や介護状況について訊く	0.375	1.494	0.560
11	主治医・看護師等に電話で訊く	0.375	2.371	0.889
8	情報をまとめる（シート記載、PC入力）	0.375	1.497	0.562
20	居宅サービス計画書原案 第1-3表作成	0.391	1.276	0.499
47	苦情をとりまとめ書類を作成	0.402	2.262	0.909
5	利用者の病歴・薬歴を訊く	0.410	1.433	0.588
7	今後の生活について利用者・家族に意向を訊く	0.413	1.299	0.537
21	サービス事業所の選定	0.424	1.590	0.674
42	修正した計画書を事業者の説明・交付	0.427	1.690	0.722
2	家族（介護者）の主訴を訊く	0.520	1.425	0.741
10	家族（介護者）に訊く	0.538	1.557	0.837

【8-3 通常（難病認定あり）】

		平均値	標準偏差	
17	近隣の住民に訊く	0.213	3.442	0.733
16	民生委員に訊く	0.228	3.319	0.757
18	在宅介護支援センターの相談員に訊く	0.330	2.881	0.951
20	居宅サービス計画書原案 第1-3表作成	0.355	1.209	0.429
6	利用者の経済状況を訊く	0.357	2.061	0.737
4	利用者の生活歴を訊く	0.359	1.856	0.666
11	主治医・看護師等に電話で訊く	0.379	2.359	0.894
32	居宅訪問し、利用者・家族（介護者）と面談	0.387	1.228	0.476
8	情報をまとめる（シート記載、PC入力）	0.395	1.530	0.604
21	サービス事業所の選定	0.400	1.462	0.585
3	家族構成や介護状況について訊く	0.414	1.456	0.602
5	利用者の病歴・薬歴を訊く	0.415	1.495	0.620
7	今後の生活について利用者・家族に意向を訊く	0.415	1.305	0.542
42	修正した計画書を事業者の説明・交付	0.419	1.662	0.697
47	苦情をとりまとめ書類を作成	0.420	2.179	0.914
9	本人に訊く	0.444	1.249	0.554
10	家族（介護者）に訊く	0.459	1.319	0.605
1	利用者の主訴を訊く	0.469	1.210	0.567
2	家族（介護者）の主訴を訊く	0.499	1.283	0.640

次に、3つのカテゴリで共通して抽出されているプロセス項目の特徴を把握するために、それぞれの項目の4段階評価の平均値（数字が小さい方が“より重視している”）で比較する。

ここでは、他の2つの特性に比較して値に相違がみられる項目をみる。「認知症あり」では「18:

支援センター相談員に訊く」の重要度が低い。「介護力なし」では、「6：利用者の経済状況を訊く」、「16：民生委員に訊く」、「17：近隣の住民に訊く」の重視度がそれぞれ高かった。「通常」では、「4：利用者の生活歴を訊く」の重要度が低い。

図表－9 特性別評価プロセスの平均値の比較

	認知症あり	介護力なし	通常
1 利用者の主訴を訊く		1.162	
2 家族（介護者）の主訴を訊く	1.082		
3 家族構成や介護状況について訊く	1.327	1.494	
4 利用者の生活歴を訊く	1.744	1.741	1.856
6 利用者の経済状況を訊く	2.036	1.861	2.061
7 今後の生活について利用者・家族に意向を訊く	1.172		
8 情報をまとめる（シート記載、PC入力）		1.497	1.530
9 本人に訊く		1.192	
10 家族（介護者）に訊く	1.190		
11 主治医・看護師等に電話で訊く	2.315	2.371	2.359
16 民生委員に訊く	3.238	2.941	3.319
17 近隣の住民に訊く	3.404	3.013	3.442
18 在宅介護支援センターの相談員に訊く	3.156	2.838	2.881
20 居宅サービス計画書原案 第1-3表作成		1.276	1.209
32 居宅訪問し、利用者・家族（介護者）と面談	1.137	1.142	1.228

図表－10 は個別評価プロセスを構成する項目群をカテゴリ別に整理したものである。「I インテーク」項目が多く含まれ、その他「II アセスメント」におけるヒアリングに関連する項目、他の事業者との調整項目が含まれる傾向がみてとれる。

これらの項目は、利用者カテゴリ内においても共通性を見出すことができず、特性以外の要素に影響されるものとして個別に評価することが馴染むものと考えられる。

図表－10 個別評価プロセス

認知症あり	介護力なし	通常
1 利用者の主訴を訊く	2 家族（介護者）の主訴を訊く	1 利用者の主訴を訊く 2 家族（介護者）の主訴を訊く 3 家族構成や介護状況について訊く
5 利用者の病歴・薬歴を訊く	5 利用者の病歴・薬歴を訊く 7 今後の生活について利用者・家族に意向を訊く	5 利用者の病歴・薬歴を訊く 7 今後の生活について利用者・家族に意向を訊く
8 情報をまとめる（シート記載、PC入力）		
9 本人に訊く	10 家族（介護者）に訊く	9 本人に訊く 10 家族（介護者）に訊く
20 居宅サービス計画書原案第1-3表作成		
21 サービス事業所の選定	21 サービス事業所の選定	21 サービス事業所の選定
42 修正した計画書を事業者の説明・交付	42 修正した計画書を事業者の説明・交付	42 修正した計画書を事業者の説明・交付
47 苦情をとりまとめ書類を作成	47 苦情をとりまとめ書類を作成	47 苦情をとりまとめ書類を作成

(3) まとめ

図表－11 は本研究で分析された線形判別関数を用いて、対象者を判別した分析結果をあらわしたものである。「認知症」では 195 のうち、111 が正しく判別され、「通常」に誤って判別されたケースが 50、「介護力」に誤って判別されたケースが 34 となっている。「通常」及び「介護力」に関しても図表の通りであり、「認知症」、「介護力」は通常に誤って判別されるケースが多いことがわかる。

この分類結果からみても、利用者特性がケアマネジメントの業務プロセスに何らかの相違をもたらしていることが明らかである。本研究においては、共通評価プロセス群として、「Ⅲケアプラン作成」、「Ⅳモニタリング」、「Ⅴその他業務」に属する項目群が抽出され、「Ⅰインテーク」、「Ⅱアセスメント」は特性格別評価プロセス群、個別評価プロセス群に資する項目群であることが示唆された。特性格別評価プロセスでは、「認知症あり」は家族・介護者との調整項目、「介護力なし」では本人との調整項目が抽出され、これまでケアマネジメント業務において漠然と意識され、または感じられていたことが、改めて測定され統計的に明らかになったといえる。また、他の事業者との連絡調整項目は個別評価部分に含まれていたことは興味深い。

一方で、各利用者特性グループに 10～30%程度の誤判別が存在するように、この研究成果をもってしてすべてのプロセスの測定と評価が行われているとは言えない。これは、本研究で扱わなかった業務プロセス項目の独立変数への追加、および測定評価尺度の精緻化などの必要性を示唆し、この成果を踏まえたさらなる実証研究と理論構築の積み重ねが今後の課題となる。

図表－11 対象者の判別分析結果

元の数	カテゴリ	予測グループ番号			合計
		認知症	介護力	通常	
度数	認知症	111	34	50	195
	介護力	23	110	62	195
	通常	24	54	117	195
%	認知症	56.9	17.4	25.6	100.0
	介護力	11.8	56.4	31.8	100.0
	通常	12.3	27.7	60.0	100.0

5. むすび — 平成 21 年報酬改定に向けて —

介護報酬の改定作業は、厚生労働省によって実施される介護事業経営実態調査結果から得られる“当該サービス種類を行う事業者・施設の収支状況”をベースに、改定時期における保険財政状況や改定による政策誘導等を加味して行われることが多い。是非はともかくとして、“儲かっているから”単価を下げる、“事業継続ができないから”“もう少し頑張っ欲しいから”単価を上げるという手法がとられている現実は否定できない。

介護保険におけるケアマネジメントの対価である居宅介護支援費は、制度施行に合わせ新たに設定されたものであった。当初はサービスの対象者である利用者の「要介護度」をベースに3段階の単価が設定されたが、第1回目の改定（平成15年4月）では“ケアマネジメントの業務負荷は要介護度によって変わらない”との現場の声に答える形で単価が一本化された。しかし、平成18年4月に予定される第2回目改定では元の形（要介護度別の段階評価）に戻されることが予定されている。この安易とも思える逆戻りは、ケアマネジャーの漠然とした業務負荷感や不公平感を解消するためだけに行われると考えざるを得ない。報酬改定という作業は、その単価水準の上げ下げの議論に止まってはならないはずである。特に在宅サービス利用の要となるケアマネジメント（居宅介護支援）については、その重要性に鑑み、業務内容や業務実態から理論的に導かれた評価体系と水準設定が必要である。一度は否定をした要介護度別の段階評価は、早晚、現場のケアマネジャーの納得感と乖離することが予測される。身体機能面に特化した認定調査から導かれる要介護度では、多様な在宅サービスを組み合わせ利用者の生活を総合的に支援することをサービス内容とするケアマネジメントの業務負荷等を適切に評価しきことは困難であろう。

今回の研究では、利用者の身体的・環境的な特別にケアマネジメントの業務プロセスの差異が存在することが明らかになった。利用者特性カテゴリとして採用した「認知症あり」「介護力なし」は、いずれも要介護度と直接的な関係はないが、ケアマネジャーの業務負荷の実態を数値として示したものであり、これらを基礎とした報酬体系の構築は現場の納得感を伴うケアマネジメントの適正な評価につながるものと考えられる。

もつとも、分析結果のまとめにおいても触れているが、本研究の成果はケアマネジメントの業務プロセスの構造的把握であり、あくまで評価体系の構築方法を提示するに止まっている。すなわち、今後はこの考え方をベースとして、利用者特性カテゴリごとに区分された各プロセス群の適切な単価水準の設定が必要となる。この過程こそが真の報酬改定作業であり、平成 21 年に予定される次々回改定に向けて作業を開始することが望まれる。質の高いケアマネジメントは、独立性を確保する高水準の単価でもなく、業務負荷を軽減するための担当利用者基準の縮減でもなく、ケアマネジメントの業務プロセスの構造的把握に基づく適正な「介護報酬体系」に支えられた“ケアマネジャーの納得感”によってもたらされるものだからである。

参考文献

- [1] 全国介護支援専門員連絡協議会(2005)「居宅介護支援業務プロセスの評価に関する調査研究報告書」
- [2] 日本ケアマネジメント学会(2004)「ケアマネジメントの評価のあり方に関する調査研究Ⅱ報告書」
- [3] 財団法人長寿社会開発センター(2003)「改訂 介護支援専門員基本テキスト」
- [4] 社会保障審議会介護給付費分科会 第31回(2005.10.12)資料
- [5] 佐藤信人(2004)「介護サービス計画(ケアプラン)作成の基本的考え方―試論ノート―」
全国介護支援専門員連絡協議会
- [6] 内閣府(2005)「平成17年版高齢社会白書」
- [7] 阿部崇(2005)「新しい介護保険Q&A」じほう
- [8] 阿部崇(2004)「適正な報酬体系が担うケアマネジメントの質」ニッセイ基礎研 REPORT
2004.7
- [9] 竹内孝仁、白澤政和、橋本泰子(2000)「ケアマネジメントの実践と展開」中央法規出版
- [10] William R.Lassey, Marie L.Lassey(2001)「Quality of Life for Older People」
Prentice-Hall, Inc
- [11] Robert C.Atchley, Amanda S.Barusch(2004)「Social Forces & Aging(10th edition)」
Thomson Learning, Inc
- [12] Joan Orme, Bryan Glastonbury(1993)「Care Management –Tasks and Workloads」
British Association of Social Workers