

を感じていると回答した 178 人中の 16 人 (9.0%) に認められ、感じていないと回答していたものでは皆無であった。

さらに、「おびえたり不安な様子がある」とする回答は、介護負担感を感じていると回答した 176 人中の 9 人 (5.1%) に認められ、感じていないと回答していた 141 人では 1 人 (0.7%) となっていた。要介護の程度と暴言に関連した 4 項目との関連性を見ると、その程度によって暴言に関連した回答分布に違いはなかった。

第二には、「本人から暴力を受けたとの訴えがある」と回答した調査員の割合は (有効回答 319 人)、5 人 (1.6%) となっていた。また、「暴力の現場を目撃した」とする回答は (有効回答 319 人) 2 人 (0.6%)、さらに、「暴力の現場を目撃したという情報を得た」と回答していたのも (有効回答 319 人) 2 人 (0.6%) となっていた。なお、介護者の負担感ならびに要介護の程度と「暴力」との関係は特に認められなかった。

第三は、拘束に関わる内容であり、「高齢者の部屋への出入りが自由になっていない」とする調査員の回答は (有効回答 319 人)、高齢者 31 人 (9.7%) で観察された。また「拘束されている現場を目撃した」および「拘束されている現場を目撃したという情報を得た」とする回答は (有効回答 319 人)、それぞれ 3 人 (0.9%) となっていた。なお、介護負担感との有無と「拘束」との関連性はなく、また要介護と「拘束」との関連において強調できる傾向は特になかった。

また、このことを高齢者の外出についてみると要介護となっている高齢者が外出する 1 週間当たりの回数は、平均 2.7 回 (標準偏差 2.12)、範囲 0 回～16 回に分布していた。介護者の介護負担感の有無が高齢者の外出回数に影響することはなかったが、要介護度は本人の外出回数に影響し、要介護の程度が重度になるに従って外出回数は減少する傾向にあった。

外出回数に対する高齢者本人の意向は (有効回答 309 人)、「本人の希望に沿っている」が 249 人 (80.6%)、「痴呆などの理由で意向は不明だが、出きるだけ連れ出している」が 28 人 (9.1%)、「危ないので介護者の判断で外出させないようにしている」が 17 人 (5.0%)、「NA」が 15 人 (4.9%) となっていた。

これら回答と介護者の負担感との関係をみると、介護者が負担感を感じている場合、また要介護は重度になるに従って、高齢者本人の意向が尊重されない傾向にあった。

②家族との外出回数

要介護者が家族と外出する 1 週間当たりの回数は、平均 0.6 回 (標準偏差 1.10)、範囲 0 回～7 回であった。介護者の介護負担感の有無が高齢者の家族との外出回数に影響することはなかったが、要介護度は家族との外出回数に影響し、要介護の程度が重度になるに従ってその回数は減少する傾向にあった。

また、家族との外出回数に対する高齢者本人の意向は (有効回答 274 人)、「本人の希望に沿っている」が 181 人 (66.1%)、「痴呆などの理由で意向は不明だが、出きるだけ連れ

出している」が 17 人 (6.2%)、「危ないので介護者の判断で外出させないようにしている」が 39 人 (14.2%)、「NA」が 37 人 (13.5%) となっていた。これら回答と介護者の負担感との関係を見ると、介護者が負担感を感じている場合、要介護の程度が重度になるに従って、高齢者本人の意向が尊重されない傾向にあった。

第四には、介護の放任という実態が示された。先の介護の実態にみたように、シーツの取り替え、排泄物の後始末などといった介護がなされていない現状が示されている。

以上の調査結果からは、本人の意向と介護者の介護負担感の増加との関係が示され、この両者は、多くの場合、介護者の立場と介護を受ける高齢者の立場の間には、相反する関係があるという現実が示された。たとえば、おむつの使用などがその具体例であるが、主介護者が家族の場合、こういった問題はかなり複雑である。なぜなら、家族という私的な介護者という側面と介護保険サービスの一部を担うという公的な介護者という二つの側面を家庭の中で、主介護者は担うことになるからである。

私的な介護者としては、なるべく自らの負担が少ないようにおむつの使用を考えることになるが、介護保険制度の一部を担う介護保険サービスの担い手としての公的な介護者としては、自立を促進するという観点から、おむつを使わない手にかかる介護を選択しなければならないという相反する規範が生じているということである。

介護保険制度は、家族の介護者に対して、このような公私の役割を担わせることを要求しており、介護者は、この間で揺れ、葛藤しなければならなくなったともいえよう。介護保険サービスにおける「当たり前品質」をある基準によって設定が行なわれねばならなくなった今、家族の介護者の役割を勘案しつつ、その基準を模索することが望まれている。

次の章では、これまでに試みた、いわゆる居宅サービス計画に関わる書面としての計画の適切さ、その計画を実施することにおける「適切さ」について述べることにする。

第4章 現在の「介護の適切さ」の評価

第1節 昨今の介護保険サービス評価の動向

介護保険制度が実施された昨年度、厚生省では、「介護保険サービス選択のための評価の在り方に関する検討会」を11月に開催している。ここでは、数ある介護サービス事業所の中から、利用者が自らのニーズに合致した事業所を適切に選択できるよう、利用者の選択に役立つ事業所の評価の手法等を検討することを目的として、(1)「利用者の選択」という視点からの評価手法、(2)評価の指標等についての検討が行なわれている。

表4-1、4-2に示したように、この検討会で示された資料から、わが国で行われている介護サービス評価の取り組み例がまとめられている。これらは、介護保険制度実施に際して策定された取り組みがほとんどである。これ以外の内容としては、平成元年の「シルバーマーク」((社)シルバーサービス振興会)、平成8年の高齢者在宅福祉サービス評価事業(厚生省)である。この他に紹介されているのは、福祉サービスの第三者評価に関する中間まとめ(厚生省)、介護保険サービス評価に関する北海道基準(北海道)、第三者機関による介護サービスの評価(神戸市)、訪問看護質評価モデル事業((社)日本看護協会)、「チェックリスト」(市民互助団体全国協議会)、【参考】病院機能評価((財)日本医療機能評価機構)の合計8種類である。

評価の対象とするサービスの種類は、福祉サービス全般というものから、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護という訪問系のサービスを評価するもの、訪問介護、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)というもの、訪問介護、訪問看護という各種サービスのみを評価するものなど様々である。

評価主体は、第三者としたところが、半数で、これに事業者自身の自主的な評価と利用者による評価などとなっている。評価方法は、事業者に対する実地調査が半数で事業者への書面調査が3となっている。その評価方法は、小項目ごとに3段階評価及び改善必要性の確認し、事業者が改善をしたところを再評価するというものや、細目を3段階又は2段階評価、各細目に重み付けをして、その結果に基づき評価項目(達成目標)を5段階評価し、評価結果は、指針に従って評価機関が公表といったもの。事業者自身が評価項目に○×をつけ、○の多寡は直接考慮せず、事業者に自己評価結果の公表を促すといったもの。事業者、従業者、利用者に対する書面調査を行ない、各小項目を3段階評価し、点数化し、協会のHP、市の窓口で評価結果を開示し、利用者の意向により項目毎に重み付けがなされているという方式のもの、事業者、従業者に対する書面調査を行ない、小項目を3段階評価、協会が結果について簡単な分析を行い、各事業者にフィードバックするというもの、事業者に対する書面・実地調査を行ない、基準が達成されているかを評価、達成されていればシルバーマーク認定を行うとともに、事業者はシルバーマークを表示し、認定事業者

をホームページで紹介するといったもの、契約締結前（説明段階）又は契約更新前において、サービス体制等に関する事業者の説明、又は実際に受けたサービス内容をもとに、チェック項目に利用者自身が評価するものなど、その評価主体や情報公開の有無等、さまざまである。評価項目数は、以下の通りである。小項目としての合計は、55~100程度まであり、膨大である。

表4-1 介護サービス評価の取り組み（1）

	高齢者在宅福祉サービス評価業(厚生省)	福祉サービス第三者評価に関する中間まとめ(厚生省)	介護保険サービス評価に関する北海道基準(北海道)	第三者機関による介護サービスの評価(神戸市)	訪問看護質評モデル事業((社)日本看護協会)	「シルバーマーク」((社)シルバーサービス振会)	「チェックリスト」(市民互助団全国協議会)	【参考】病院機能評((財)日本医療機能評価機構)
策定期間	平成8年	平成12年(本度も引続きモデル調査等を実施)	平成12年(試案)	平成12年	平成11年(モデル事業)	平成元年	平成12年	平成8年
対象サービス	訪問介護、通介護、短期入生活介護	福祉サービス一般	訪問介護、介老人福祉施設(特別養護老ホーム)	訪問介護	訪問看護	訪問介護、訪問浴介護、福用具、有料老ホーム	居宅介護支援訪問介護	一般病院、精神院、長期療養病院
評価主体	第三者(県の評価委員会*事業者も自己評価を実施)	第三者機関(国が育成し評価機関)	事業者自身*第三者評価も使用可	第三者機関(神戸市消費協会)	事業者自身*同協会が1の分析	第三者機関(同社団)*事業者も事に自己評価	利用者	第三者機関(同財団)*病院も事前に自己評価
評価方法	・事業者に対する実地調査 ・小項目ごとに段階評価及び善必要性の確 ・事業者が改善→再評価	・事業者に対する(実地)調査 ・細目を3段階又は2段階評価 ・各細目に重付けをして、の結果に基づ評価項目(達目標)を5段階評価 ・評価結果は指針に従って価機関が公表	・事業者自身評価項目に○をつける ・○の多寡は接考慮しない ・事業者に自己評価結果の公表を促す	・事業者、従者、利用者に対する書面調査 ・各小項目を段階評価し、数化 ・協会のHP、の窓口で評価結果を開示 ・利用者の意により項目毎に重み付け	・事業者、従者に対する書面調査 ・小項目を3段階評価 ・協会が結果について簡単な折を行い、各業者にフィードバック	・事業者に対する書面・実地調査 ・基準が達成されているかを価 ・達成されればシルバーマーク認定を行うとともに、事業者はシルバーマークを表示し、認定事業者をホームページで紹介	・契約締結前(説明段階)又は契約更新前において、サービス制等に関する事業者の説明、は実際に受けサービス内容もとに、チェック項目に利用者自身が評価	・病院に対する面・実地調査 ・小項目を3段階評価 ・小項目の結果に基づいて、中項を5段階評価・中目が全て「3」以上であれば認定証交付(原則)し認定証を院内掲示するとともに、認定病をホームページ紹介

表4-2 介護サービス評価の取り組み(2)

	高齢者在宅 サービス評 業(厚生省)	福祉サービス 第三者評価に する中間ま (厚生省)	介護保険サー ビス評価に関 する(北海 道)	第三者機 関に る介護サー ビスの 評価(神 市)	訪問看護 評価 モデル事業 (社)シ 日本看護協 会)	「シルバー マ」 (社)シ サービス振 会)	「チェック リスト (市民互助 団 全国協議 会)	【参考】 病院機能 評価((財) 日本 医療機能 評価機構)
評価項目 ※()内は小 項 数	<ul style="list-style-type: none"> ○サービス 提供の様式(38) ・申込から利 終了 ・個別援助計画 ・サービス内 の工夫 ・プライバシー ○サービス内 (27) ・自立支援 ・食事、入浴、 排泄、外出・外泊 ・痴呆性高齢者 ○サービス提 体制(19) ・チーム運営 ・カンファレンス ・他機関との 携 ・感染症対策 ・災害時対応 ○事業の管 運営(18) 	<ul style="list-style-type: none"> ○対等なサー ビス利用関係の 築(4) ・契約 ○福祉サービ 提供過程の確 (14) ・サービス提 計画 ○福祉サービ の適切な提 (27) ・生活環境の 備、食事、入浴 清拭、排泄、 談、機能回復 援 ○利用者本位 サービス提 (12) ・プライバシー ・事故防止 ・緊急時対応 ・感染症対策 ○地域等との 係(6) ○サービス提 の基本方針と 織(18) ・組織運営、 員の研修 ○組織の運営 理(14) 	<ul style="list-style-type: none"> ○基本的事項 (13) ・契約 ・人権への配慮 ○サービス提供 内容(訪問介護) (18) ・利用者の生活 自立への支援 ・利用者の心身 の状況や生活習 慣等個別性に配 慮 ・利用者の人 権、意思等の尊 重 ○サービス提供 体制(16) ・個別援助計画 の策定 ・家族支援体制 ・ケアカンファ レンス ・感染症予防 ○事業の管理 運営(9) ・事業計画 ・人事管理 ・職員研修 ・非常勤職員の 処遇 	<ul style="list-style-type: none"> ○サービス運 (16) ・利用者の権 の尊重 ・相談・援助 ○サービス内 の管理 ○介護技術 (16) ・コミュニケーション、排泄 入浴、移動 助、家事援 (調理)、食事 助 ○サービス提 実態(1) ・サービス提 時間実績 ○事務・体 (21) ・訪問介護員 研修・教育 ・苦情対応 ・緊急時対応 ・衛生管理 ○他のサー ス・医療との 携(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ○アセスメント 計画・評価(4) ○看護サービス 運営基準(10) ○看護サービス の内容(36) ・日常生活・療養 生活ケア ・医療処置 ・リハビリテーシ ョン ・感染の処置と 予防指導 ・ターミナルケア ・精神的援助 ・権利擁護 ・家族支援 ○感染管理(6) ○事故・緊急対 策(5) ○連携(13) ・主治医、医療 機関・特養等の 入所施設、市町 村・保健所、地 域関係者との連 携 ○経営、人事 労務管理(9) ○教育指導、研 修、研究(8) ○記録(4) ○運営理念(5) 	<ul style="list-style-type: none"> ○利用者の安 と満足(8) ・利用者の権 の尊重 ・適切な情報 開・契約 ・安定的なサ ビス提供 ○サービスの 切な提供(26) ・サービス運営 と訪問介護の サービス体制と 順 ・訪問介護計 の作成・実施 ・利用者記録 管理 ・安全衛生対策 ・医療・他サー スとの連携 ○事業の管理 営(22) ・職員の研修 ・苦情対応 ・緊急時対応 ・業務改善 ・賠償資力の 保 ○事業者の理 と組織的基 (11) 	<ul style="list-style-type: none"> 【居宅介護支 事業者】 ○契約する (19) ○ケアプラン 承諾すると (13) ○契約を継続 るとき(7) 【訪問介護事 者】 ○契約する (17) ○契約を継続 るとき(10) 	<ul style="list-style-type: none"> ○患者の満 足と安心(51) ・患者の立場 と意見の尊重 ・患者サービ スの配慮 ・院内環境整 備 ・安全確保 ○診療の質 の確保(57) ・責任体制 ・医師の教 育・研修 ・院内感染防 止対策 ○看護の適 切な提供(38) ・看護ケアの 質の向上 ・看護部門職 員の教育・研 修 ○地域ニーズ の反映(24) ・地域におけ る病院の役割 と連携体制 ・救急医療活 動 ○病院運営 管理の合理 性(34) ○病院の理 念と組織的基 盤(29)
小項目数	102	95	56	55	100	6	66	233

表4-3 各介護サービス評価の各種取り組み内容

○アセスメント・計画・評価(4)
○ケアプランを承諾するとき(13)
○サービスの適切な提供(26)
○サービス運営 (16)
○サービス提供の基本方針と組織(18)
○サービス提供の様式(38)
○サービス提供実態(1)
○サービス提供体制 A(16)
○サービス提供体制 B(19)
○サービス提供内容 (訪問介護) (18)
○サービス内容 (27)
○運営理念(5)
○介護技術等(16)
○患者の満足と安心(51)
○感染管理(6)
○看護サービスの内容(36)
○看護サービス運営基準 (10)
○看護の適切な提供(38)
○基本的事項(13)
○記録(4)
○教育指導、研修、研究(8)
○契約する前 A(17)
○契約する前 B(19)
○契約を継続するとき A(10)
○契約を継続するとき B(7)
○経営、人事・労務管理(9)
○事業の管理・運営 A(9)
○事業の管理運営 B (18)
○事業の管理運営 C(22)
○事業者の理念と組織的基盤(11)
○事故・緊急対策 (5)
○事務・体制(21)
○診療の質の確保(57)
○組織の運営管理(14)
○他のサービス・医療との連携(1)
○対等なサービス利用関係の構築(4)
○地域ニーズの反映(24)
○地域等との関係 (6)
○病院の理念と組織的基盤(29)
○病院運営管理の合理性(34)
○福祉サービスの適切な提供(27)
○福祉サービス提供過程の確立(14)
○利用者の安心と満足(8)
○利用者本位のサービス提供(12)
○連携(13)

・カンファレンス
・ケアカンファレンス
・コミュニケーション、排泄
・サービス運営
・サービス提供計画
・サービス提供時間実績
・サービス内容の管理
・サービス内容の工夫
・ターミナルケア
・チーム運営
・プライバシー
・リハビリテーション
・安全衛生対策
・安全確保
・安定的なサービス提供
・医師の教育・研修
・医療・他サービスとの連携
・医療処置
・院内感染防止対策
・院内環境整備
・衛生管理
・家族支援
・家族支援体制
・患者サービスの配慮
・患者の立場と意見の尊重
・感染の処置と予防指導
・感染症対策
・感染症予防
・看護ケアの質の向上
・看護部門職員の教育・研修
・救急医療活動
・業務改善
・緊急時対応
・苦情対応
・契約
・権利擁護
・個別援助計画
・個別援助計画の策定
・災害時対応
・事業計画
・事故防止
・自立支援
・主治医、医療機関・特養等の入所施設、市町村・保健所、地域関係者との連携
・職員研修
・食事、入浴、排泄、外出・外泊
・申込から利用終了

・人権への配慮
・人事管理
・生活環境の整備、食事、入浴、清拭、排泄、相談、機能回復支援
・精神的援助
・責任体制
・組織運営、職員の研修
・相談・援助
・他機関との連携
・地域における病院の役割と連携体制
・痴呆性高齢者
・適切な情報公開・契約
・日常生活・療養生活ケア
・入浴、移動介助、家事援助(調理)、食事介助
・賠償資力の確保
・非常勤職員の処遇
・訪問介護のサービス体制と手順
・訪問介護員の研修・教育
・訪問介護計画の作成・実施
・利用者の権利の尊重
・利用者の権利の尊重
・利用者の心身の状況や生活習慣等個別性に配慮
・利用者の人権、意思等の尊重
・利用者の生活自立への支援
・利用者記録の管理

* () 内は、小項目数

以上の項目の内容は、大きくは3つの分類で表される。まず、これは介護保険サービスを提供している事業者の評価ということになっていることから、介護保険サービスそのものではなく、運営理念、事業計画、教育指導、事故・緊急対策、安全衛生対策、経営、人事、労務管理、職員の処遇という提供している事業所の「運営管理に関する評価項目」がかなり多いことが特徴である。第二には、居宅サービス計画作成に関わる関係機関との連携、プライバシー、人権への配慮、情報公開、ケアカンファレンス、家族支援、利用者の安心感、満足感といった「サービス利用の契約、連絡調整に関する評価項目」があがっている。そして、第三に、介護保険サービスそのものについては、サービス提供を実施するにあたって評価すべき内容である「サービス提供に関わる項目」として、介護技術、看護技術、診療の質、記録の管理、事故防止、ターミナルケア、サービス提供体制、感染症対策、救急医療活動、安全確保、自立支援への配慮、サービス内容の工夫、個別性への配慮が項目として示されている。

この検討会では、以上の8種類の他に、新聞記事等から振興課において把握されている介護サービスの質についての検討の情報を提供していた。現在、これらの内容に取り組みをはじめているのは、「東京都サービス評価制度検討委員会報告書(中間のまとめ)」、東京都品川区での「サービス向上委員会」(訪問介護と訪問入浴について評価試行予定)、広島

県における「県介護サービス評価検討委員会」、北九州市の「介護サービス評価委員会」等があると報告されている。

行政的には、介護保険サービスの質の確保・向上に関する取組みについては、介護保険制度上、各種サービスについては、介護保険法上、保険給付としての水準を確保するため、都道府県知事の指定に際して人員・設備・運営に関する基準を満たすことが求められているほか、①指導・監査の実施し、都道府県知事の指定を受けた居宅サービス事業者、居宅介護支援事業者や介護保険施設に対し、指定基準を満たしているかどうかや、介護報酬の請求を適正に行っているかどうか等に関し定期的に指導を行うほか、指定基準違反や介護報酬の請求に関する不正がある場合には監査を実施し、その結果に基づいて指定取消を含めた処分を実施することとなっている。

また、②事業者・施設における苦情対応として、指定基準において、各事業者・施設に対しては利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するための必要な措置を講ずべきとしており、サービスの利用者からの苦情に関して市町村又は国民健康保険団体連合会が行う調査に協力し、その指導・助言に従って改善を行うべきことを規定している。

この他に③国民健康保険団体連合会による苦情処理があり、国民健康保険団体連合会において、居宅サービス事業者、居宅介護支援事業者や介護保険施設でのサービスについて、利用者からの苦情を受け付け、必要な調査を行った上で、改善の必要がある場合には、事業者・施設に対して指導・助言を実施するよう規定がある。

さらに、④介護相談員派遣等事業として、介護サービス適正実施指導事業の中のメニュー事業として、市町村に登録された介護相談員が、介護相談員の派遣を希望する事業者や施設を定期又は随時に訪問し、利用者の話を聞き、相談にのり、サービスの担当者等と意見交換をする、サービスに関して気付いた点や提案等がある場合には、事業者等にその旨を伝えるなどの活動を行う事業を実施している。

そして、⑤事業者・施設のサービス改善として、指定基準において、事業者・施設は自らが提供するサービスの質の評価を行い、常に改善を図るべきということを規定していると報告している。しかし、検討委員会においては、介護保険サービス選択のための評価については、専門家においてさえも介護サービス選択前のチェックは難しく、利用者が何を求めているかを把握するための最良の方法は、「苦情」であり、こういった苦情情報を、どのような方法で共有化するかが検討されなければならない。なぜなら、こういった苦情を事業者から収集することは難しく、行政がやるべき仕事と考えられるからであるといった意見や評価の在り方を検討するに当たっては、行政が「市場のパフォーマンス」を邪魔しないようにしなければならないことから、行政、市民、施設（事業者）の役割を整理する必要があるといった意見も出されている。したがって、「第三者評価」は国がやるものではないかといった具体的な指摘もなされている。

この利用者の苦情とは、いふなれば不良品の発見である。そして、その苦情情報を共有

化するという事は、不良品の基準を決めることになると思う。現在の日本の介護保険サービスの提供現場では、こういった不良品の基準も明確ではないということになる。したがって、先に述べることになる、いわゆる「当たり前品質」もないということであり、市民の価値観をある一定レベルとするまでの道のりは、現在のところ、あまりに遠いといわざるをえない。

第2節 居宅介護支援専門員が考える介護保険サービスの「適切さ」

介護支援専門員が考える居宅サービス計画の「適切さ」について検討するために、どのような居宅サービス計画を適切であると考えているかについて調査を行なった。調査対象は、I県の介護支援専門員 196 名である。

この調査では、介護支援専門員に対する介護サービス計画に関するあらかじめ用意した調査票によるアンケートと調査対象となった介護支援専門員が作成した介護サービス計画を収集した。

調査の内容は、支援専門員の属性、作成した計画の評価、計画作成の過程について、利用者に関すること、家族に関することを質問し、さらに計画作成後の利用者に関すること、家族に関することを再度、質問した。

調査期間は、平成 12 年 11 月～平成 13 年 1 月である。

1. 調査対象者の属性

(1) 所属する介護支援事業所の母体施設の種類の種類

調査対象となった介護支援専門員の所属は、社会福祉協議会が 179 人 (91.3%)、医療法人に所属が 17 人 (8.7%) であった。

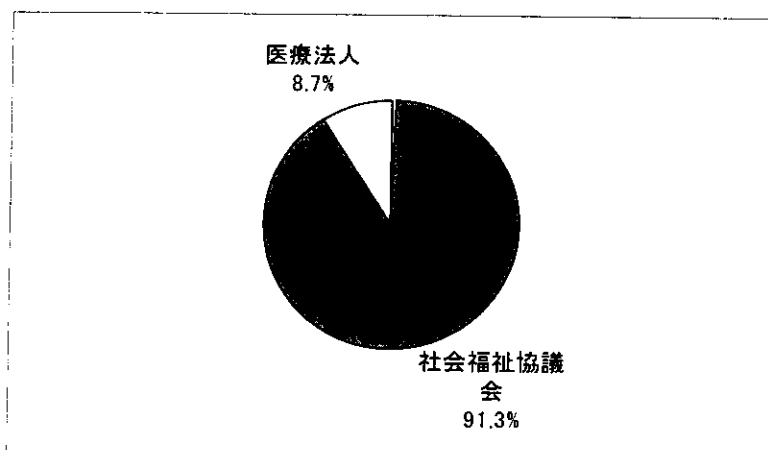


図 4-2-1 所属する介護支援事業所の母体施設の種類の種類

(2) 調査対象となった介護支援専門員の属性

調査対象となった介護支援専門員の属性は、以下の表に示したとおりであった。平均年齢は、42.9 歳で、自分の専門職種 {看護婦 (士)、社会福祉士 (士)、介護福祉士 (士)、その他 (士) 等} での平均経験年数は、13.0 年であった。また、担当した利用者数は、平均で 62.6 人であった。

表 4-2-1 調査対象となった介護支援専門員の属性

	平均値	最小値	最大値	標準偏差	N
年齢	42.9	36	53	5.31	196
労働期間(何ヶ月)	10.4	5	12	1.95	196
経験年数	13.0	7	28	5.76	196
実働専門員数	3.8	0	6	2.72	196
母体施設内実働専門員数	8.4	2	9	1.98	196
研修回数	2.5	1	6	1.83	196
担当した利用者数	62.6	18	100	24.08	196
担当者会議回数	1.5	0	9	2.57	196

専門職種 {看護婦(士)、介護福祉士(士)、その他(士)等} 職種別による割合をみると、看護婦(士)が 49.0% (96 人) と最も多く、次に介護福祉士 40.3% (79 人)、社会福祉士が 0.5% (1 人) であった。

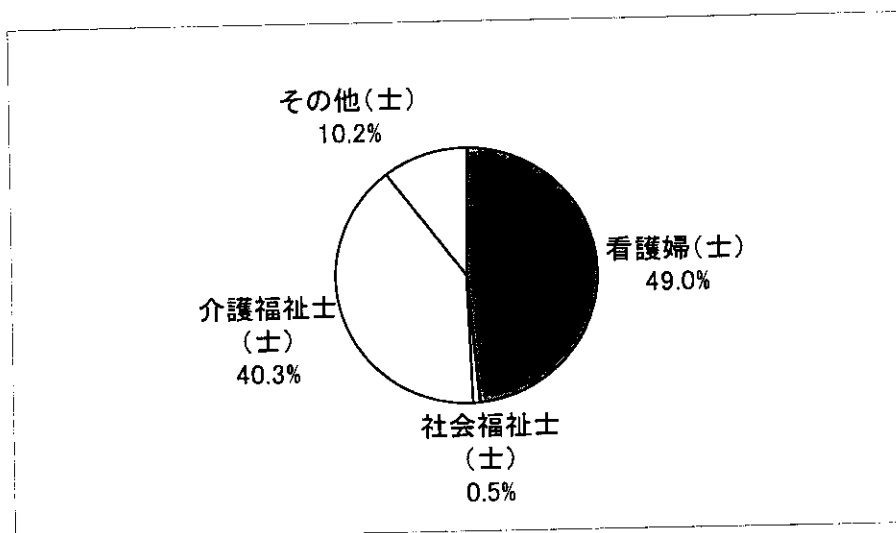


図 4-2-2 調査対象となった介護支援専門員の職種

(2) 介護支援専門員を対象とした研修の参加の有無

99.4% (168 人) は研修を受けたことがあり、また、その主催者は、すべて都道府県が行っていた。

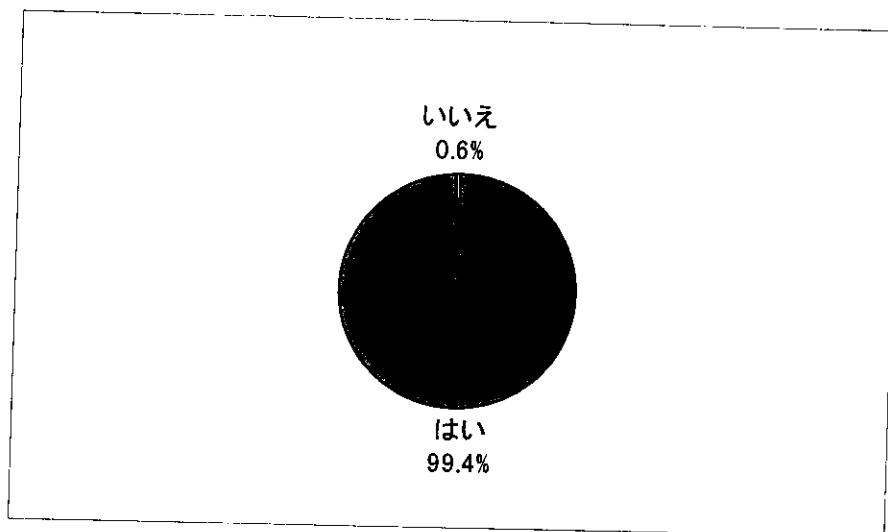


図 4-2-3 介護支援専門員を対象とした研修の有無

また、他の介護支援専門員との交流や情報交換を行う機会については、情報交換があると答えた介護支援専門員が 70.4% で、その機会はどれくらいの頻度については、月 1 回が最も多く 44.5% であった。

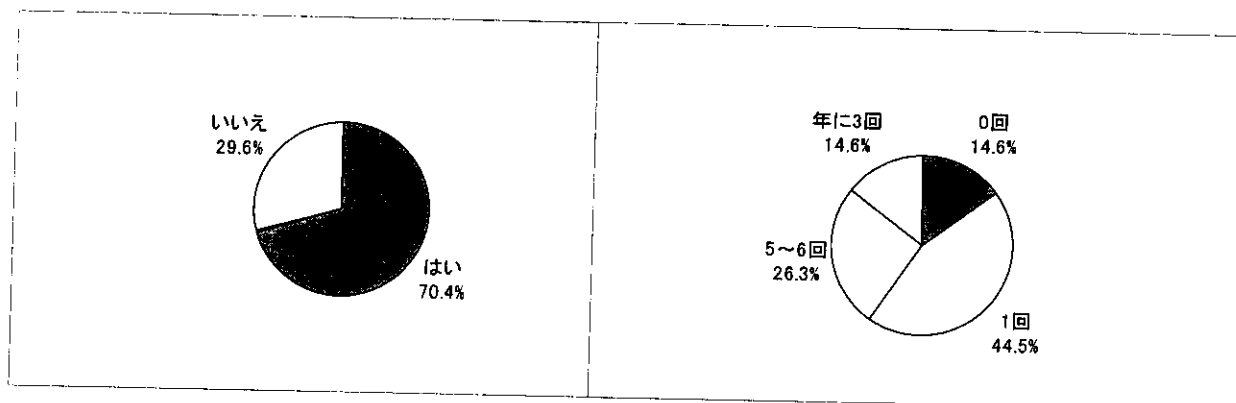


図 4-2-4 介護支援専門員との交流や情報交換の有無

また、高齢者の介護サービス計画を作成する際に用いたアセスメントツールは、MDS-HC 方式で、ケアプランを作成する際に使用するアセスメントツールもすべて、MDS-HC 方式を使用していた。

2. 作成した計画について

(1) 利用者への要望への対応

利用者に対応したかどうかについては、「はい」が75.5%で、「いいえ」が24.5%だった。

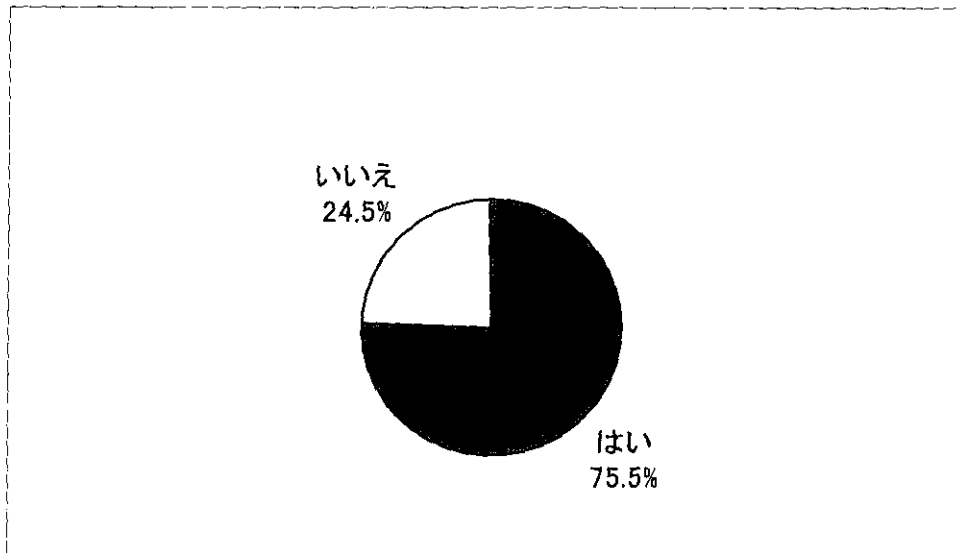


図 4-2-5 利用者への対応

(2) 家族の要望への対応

「はい」が89.6%で、「いいえ」が10.4%だった。

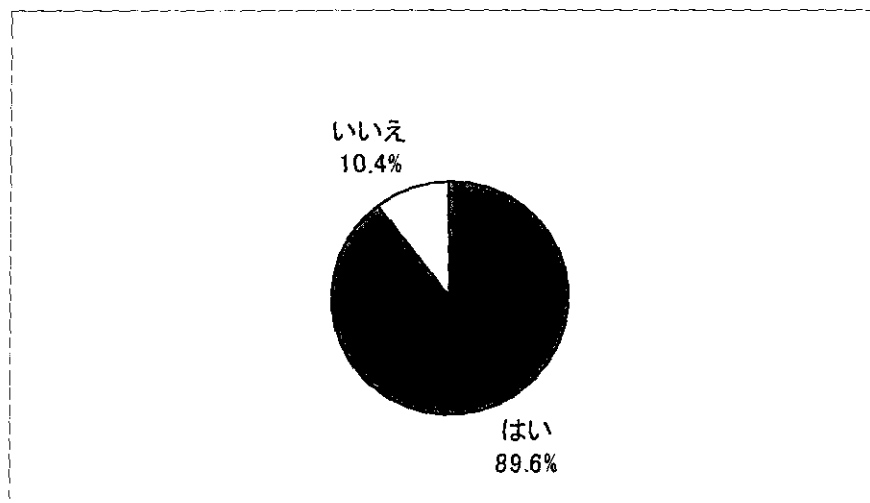


図 4-2-6 家族の要望への対応

(3) 利用者と家族の希望

利用者と家族の希望は一致したかについて、「はい」が 64.6%で、「いいえ」が 35.4%だった。

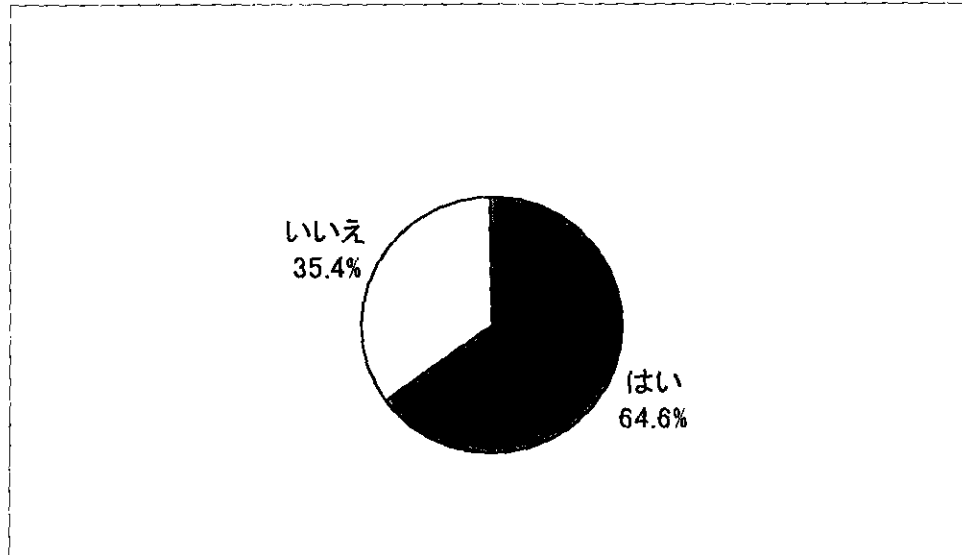


図 4-2-7 利用者と家族の希望

(4) 計画の作成に対する手間

手間がかかったかについては、「はい」が 50.5%で、「いいえ」が 49.5%だった。

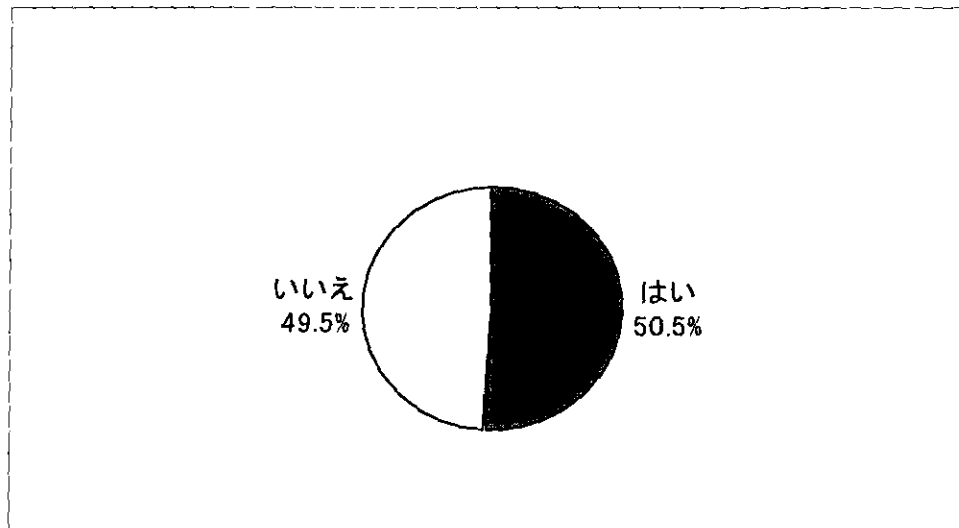


図 4-2-8 計画の作成に対する手間

(5) アセスメントツールの使用

計画作成の際、アセスメントツールを使用をしたかについて、「はい」が98.5%で、「いいえ」が1.5%だった。

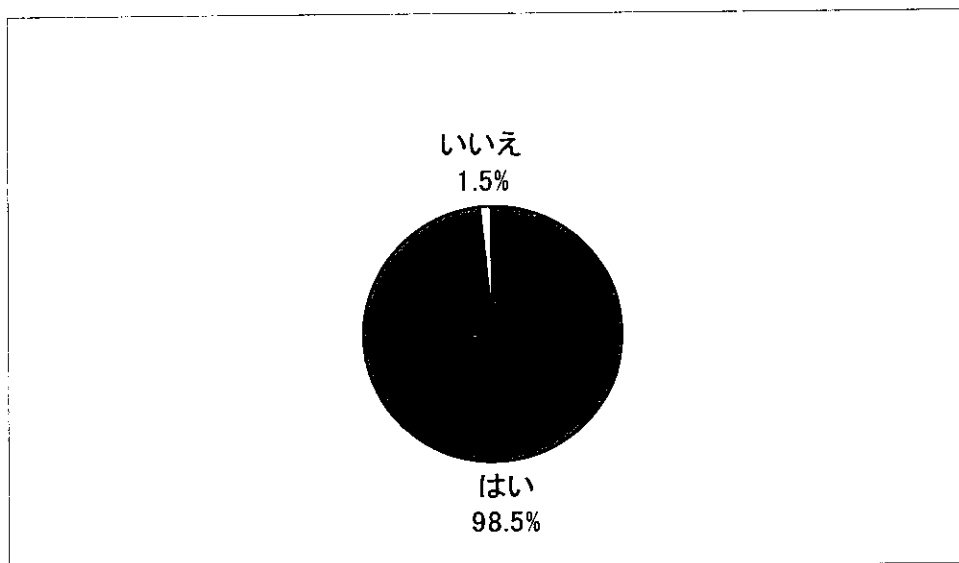


図 4-2-9 アセスメントツールの使用

(6) アセスメントツールで導き出された課題

アセスメントツールで導き出された「解決すべき課題」を使用したかについて、「はい」が92.3%で、「いいえ」が7.7%だった。

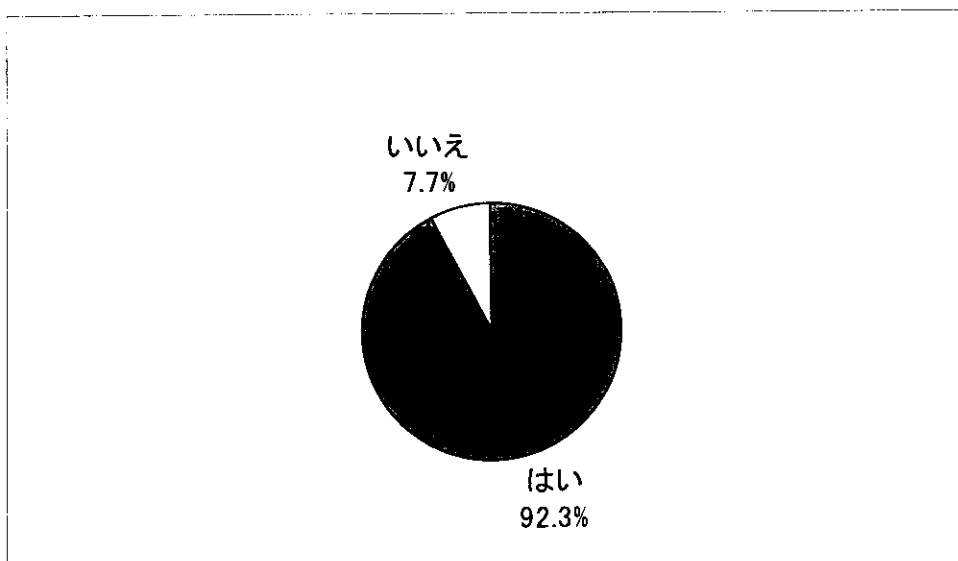


図 4-2-10 アセスメントツールで導き出された課題

(7) 利用者への精神面への支援

利用者への精神面への支援ができたかについて、「はい」が 73.5%で、「いいえ」が 26.5%だった。

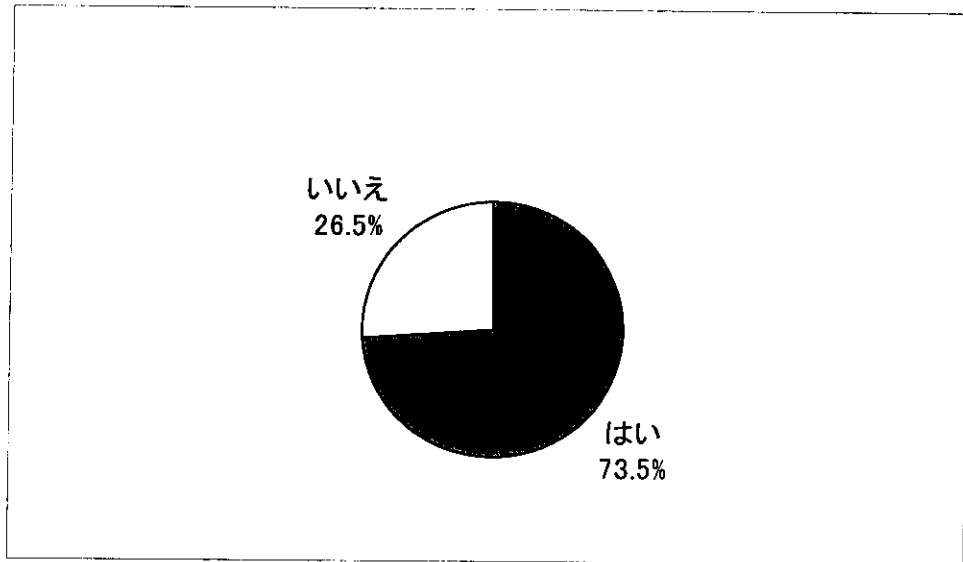


図 4-2-11 利用者への精神面への支援

(8) 家族への精神面の支援

家族への精神面の支援ができたかについて、「はい」が 79.2%で、「いいえ」が 20.8%だった。

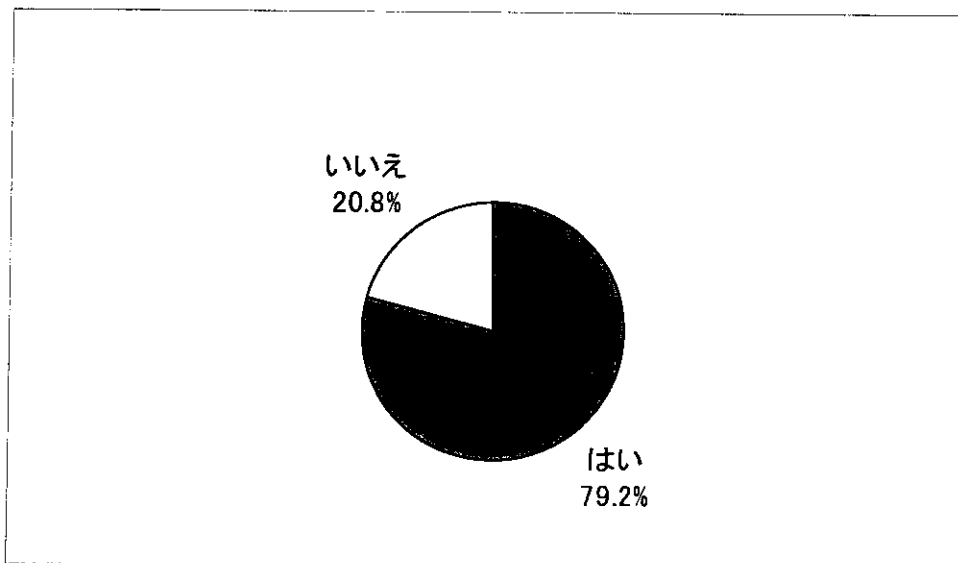


図 4-2-12 家族への精神面の支援

(9) 解決すべき課題（ニーズ）の有無

計画実施後、見逃したと感じる解決すべき課題（ニーズ）があるかについて、「はい」が49.5%で、「いいえ」が50.5%だった。

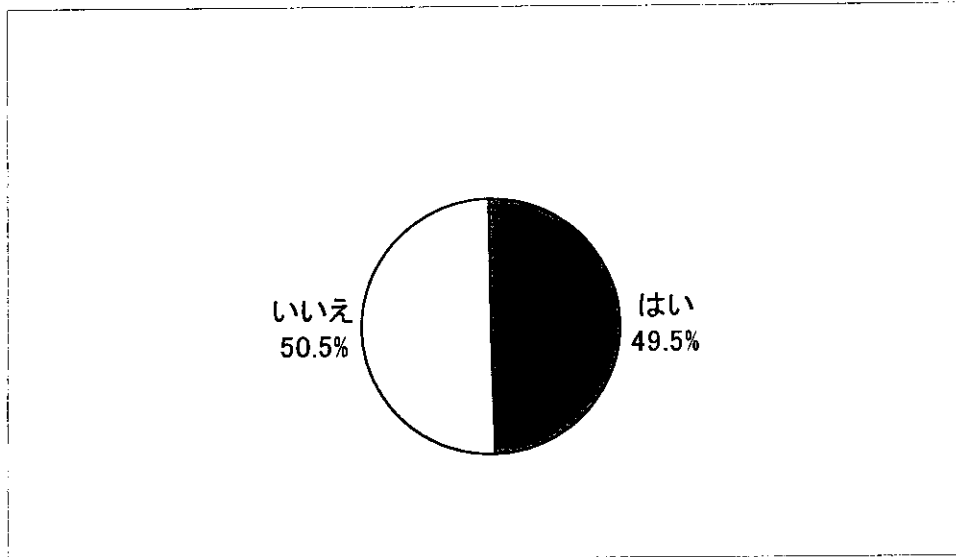


図 4-2-13 解決すべき課題（ニーズ）の有無

(10) 適切な計画

この計画書は適切な計画であるかについて、「はい」が67.3%で、「いいえ」が32.7%だった。

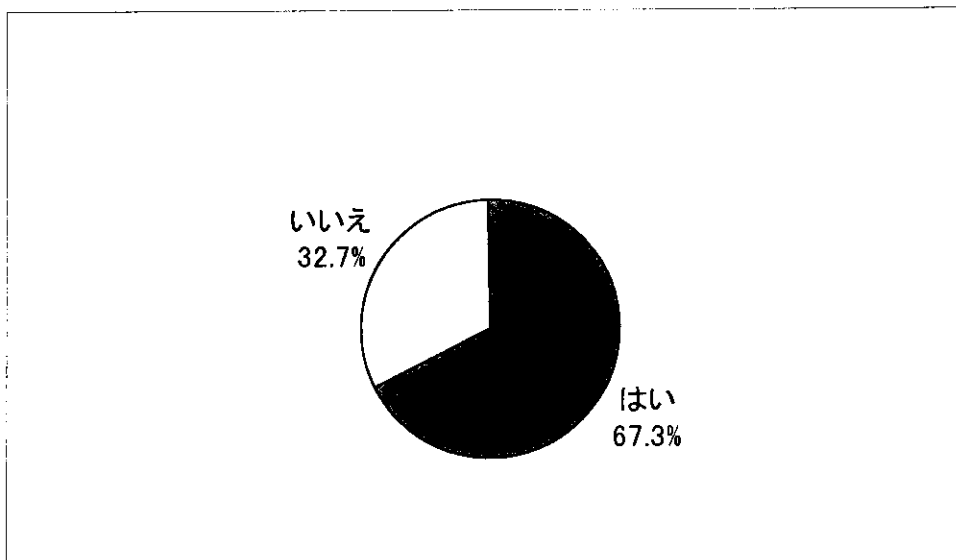


図 4-2-14 適切な計画

(11) 計画作成の家庭について（利用者に関すること）

1) 利用者の自立への意欲

計画作成にあたって、利用者の自立への意欲が感じられたについて、「はい」が64.8%で、「いいえ」が35.2%だった。

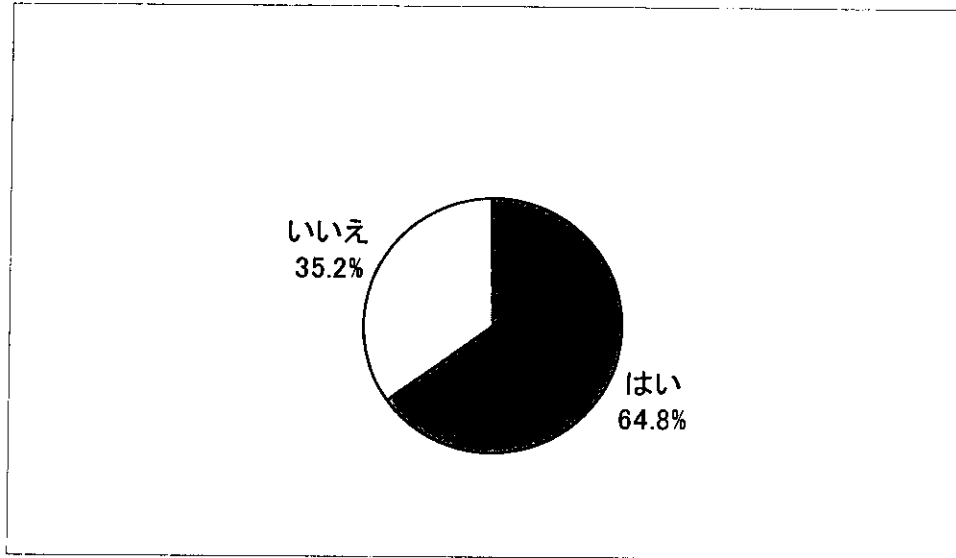


図 4-2-15 利用者の自立への意欲

2) 介護サービスの利用についての抵抗

利用者は介護サービスの利用について抵抗があったかについて、「はい」が15.8%で、「いいえ」が84.2%だった。

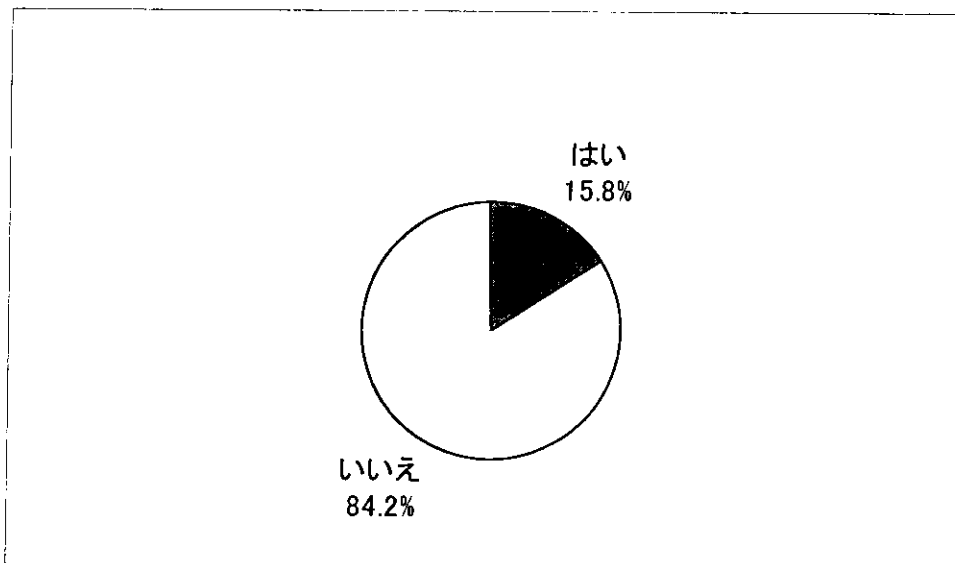


図 4-2-16 介護サービスの利用についての抵抗

3) 利用者のニーズの把握

利用者が何に困っているのかを把握できたかについて、「はい」が 78.1%で、「いいえ」が 21.9%だった。

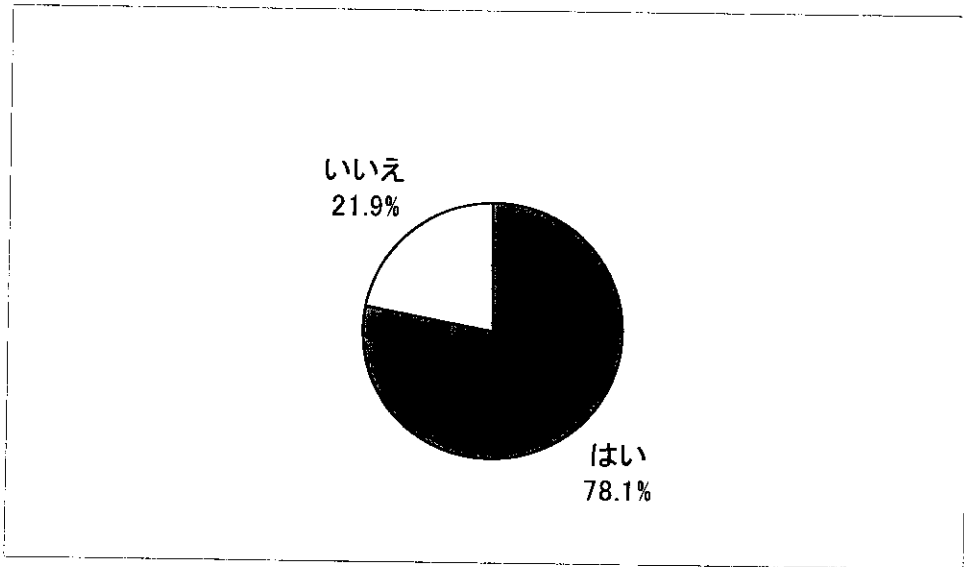


図 4-2-17 利用者のニーズの把握

4) 利用者の生活へのニーズの把握

利用者がどのような生活したいかを把握できたかについて、「はい」が 77.0%で、「いいえ」が 23.0%だった。

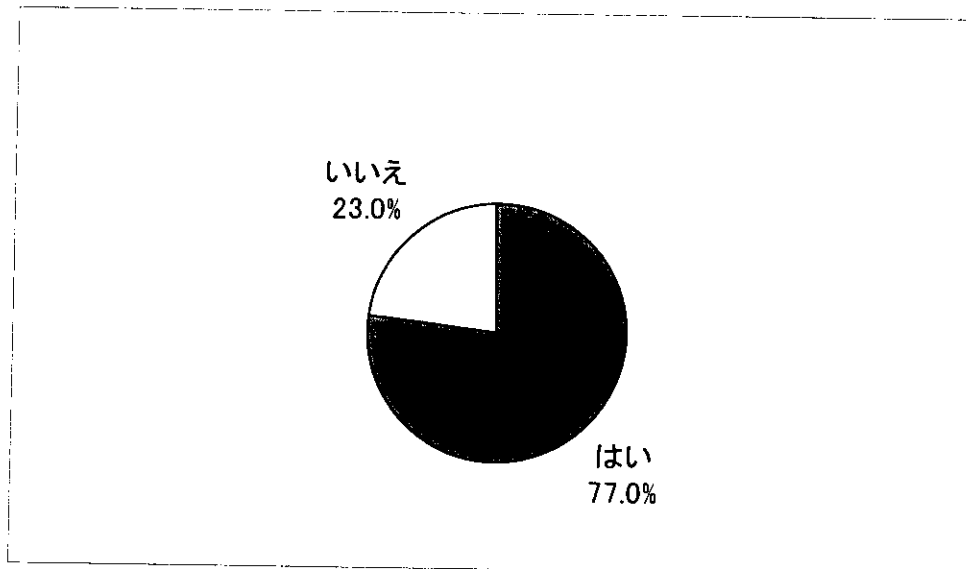


図 4-2-18 利用者の生活へのニーズの把握