

たりの額を算出し、これと実支払い額の要介護者1人当たり額との比較分析を行う。

3 結果

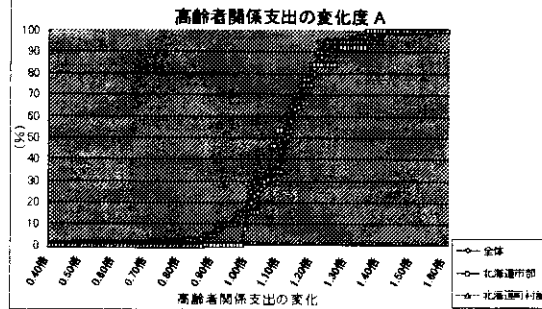
調査は、東北北海道の7道県の612市町村に対して行い、191の自治体から回答が得られた。回収率は31.21%であった。

3-1各道県の高齢者福祉関係経費に関する

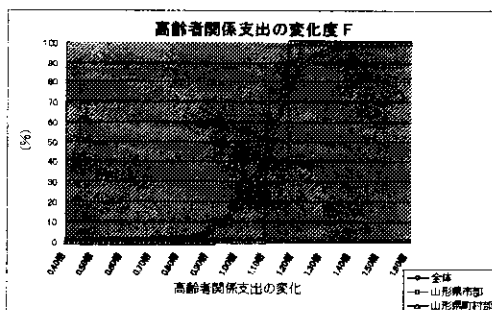
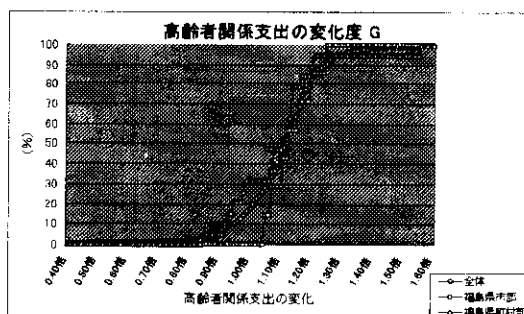
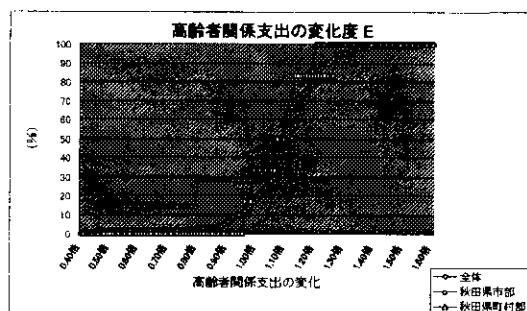
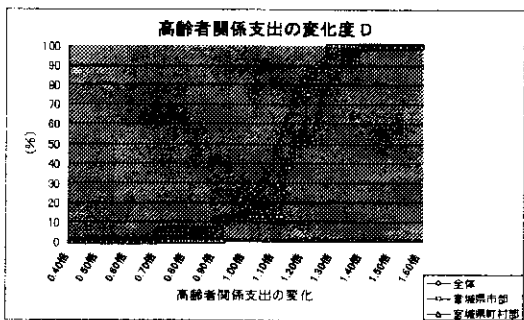
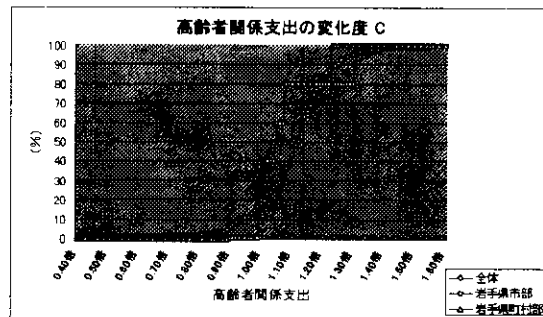
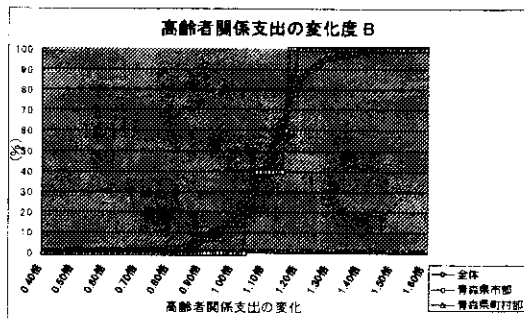
市町村別分布関数

地域別には、2県が全体に近い傾向を示し、2県が全体よりも変化度が小さくなっていて、1県は全体よりも変化度が大きく、2県は町村部が全体よりも変化度が小さいが市部

図1 高齢者福祉関係経費の変化度分布関数



では全体よりも大きいというように、地域ごとに類似した傾向がある。図1の分布関数から共通していえることは、市部よりも町村部の方がより変化の幅が大きく、また市部においてはほとんどが1以上に変化しているのに対して、町村部においては1より小さくなっているケースも目立っている。



3-2計画額と給付額の状況
 定義した各値が、道・県別、高齢化率別、人口密度別に違いがあったかどうかについて、Kruskal Wallisの検定を行った。また市町村別については、T検定を行った。
 検定結果は表1及び表2のとおりである。

道・県別の地域性については、いずれも有意な差がみとめられた。また市町村別及び人口密度別では有意な差はいずれも認められなかった。高齢化率別では、居宅サービス介護給付額並びに計画額と実績額の差及び比において有意な差が認められた。

表1 計画額と給付額の差に関する基本統計量

区分	結果	グループ化変数別統計量			
		度数	平均値	中央値	標準偏差
①居宅サービス介護給付計画額		77	397.90	408.00	264.02
②施設サービス介護給付計画額		85	635.82	829.82	1923.19
③居宅サービス介護給付額		166	80.58	72.05	72.59
④施設サービス介護給付額		165	213.10	164.90	547.68
⑤計画額実績額差		68	-2215.14	-2514.99	1413.49
⑥計画額実績額指標		68	-116.95	183.44	2282.86

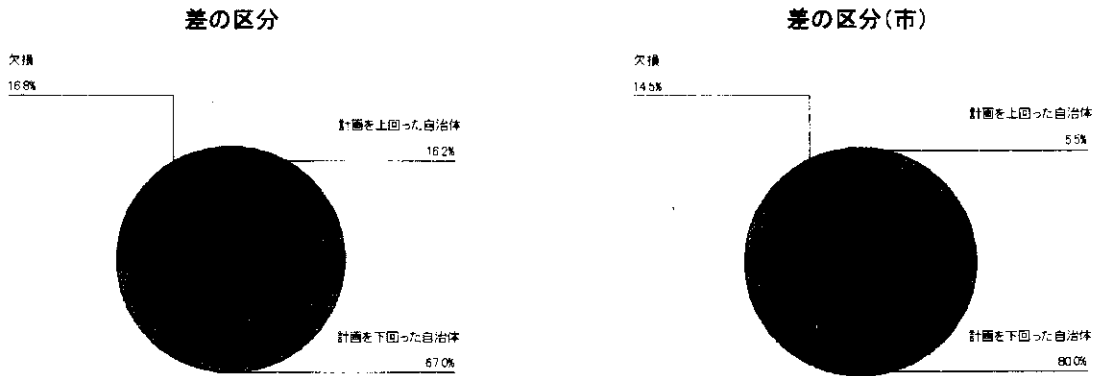
表2 検定結果 (5% > p . . . * 1% > p . . . **)

区分	結果	グループ化変数別検定結果				
		道・県	市・町村	高齢化率	人口密度	高齢者密度
①居宅サービス介護給付計画額		0.026*	0.476	0.093	0.156	0.171
②施設サービス介護給付計画額		0.002**	0.310	0.774	0.143	0.447
③居宅サービス介護給付額		0.000**	0.195	0.013*	0.568	0.018*
④施設サービス介護給付額		0.000**	0.561	0.590	0.578	0.010**
⑤計画額実績額差		0.049*	0.127	0.039*	0.221	0.761
⑥計画額実績額指標		0.045*	0.461	0.037*	0.487	0.910

3-3保険料に関する分析
 基準保険料年額から計画額を算出し、回帰分析を行った。R=0.684であった。次に実支払い額と基準保険料年額の関係について回帰分析を行った。R=0.09であった。この差について道・県別及び市・町村別に検定を行ったところ p < 0.05 となり、有意な差が認められた。一方高齢化率、人口密度及び高齢者人口密度別には有意な差が認められなかった。町村別でみると計画額

を実支払額が上回った自治体は、29自治体であり16.2%、計画額を下回ったのは120自治体で67.0%であった。図2に示すとおり市では計画を上回った自治体は4自治体で7.1%、下回ったのは44自治体で78.6%であり、町村では計画を上回った自治体は25自治体で20.3%、下回ったのは76自治体で61.8%であった。

図2 市と町村における差の区分



4 考察

4-1 高齢者福祉関係経費の変化

先にみた高齢者関係支出の変化の差異がどのような要因から生じているのかを考察するため、(1)財政力指数、(2)民生費支出の

変化度、(3)老人保健特別会計歳出総額の変化度、(4)一般会計に占める高齢者福祉関係費の比率（平成11年度）を用いて回帰分析を行った。

表3 回帰分析の結果

	高齢者関係支出の変化度	\bar{R}^2	N
(1) 財政力指数	0.072 (1.380)	0.006	141
(2) 民生費の変化度	0.290* (4.843)	0.141	138
(3) 老人保健特別会計の変化度	0.586* (4.726)	0.132	141
(4) 一般会計に占める高齢者福祉関係費の比率	-2.462* (-12.088)	0.513	139

\bar{R}^2 : 自由度修正済決定係数 N : 標本数 ()内は t -統計値 *は1%水準で有意であることを示す。

表3は、最小二乗法による回帰分析を行った結果である。(2)民生費支出の変化度(3)老人保健特別会計歳出総額の変化度(4)一般会計に占める高齢者福祉関係費の比率の t 値は1%水準で有意となった。しかし、修正済決定係数では、(4)以外は説明力が高いとは

いえない。

介護保険制度は高齢者の数を基礎とした高齢者関係支出が保障される仕組みであるので、財政力指数が低い自治体ほど制度導入により、高齢者関係支出が増加すると考えたが、結果は高齢者関係支出の変化度とほとんど相関がなかった。このことから、

介護保険導入前の段階から財政力に関係なく措置費によって十分な高齢者に対するサービスがなされていたとも考えられる。また、民生費の変化度（平成12年度の民生費支出額を平成11年度民生費支出額で除してもとめた指標）が大きい自治体ほど高齢者関係支出の変化度が大きくなっている。これは介護保険制度導入により、民生費が負担していた高齢者介護費用が介護保険特別会計に振り替えられたため、民生費支出の減少幅が小さい自治体ほど高齢者関係支出を増加させた結果がうかがえる。

これまで老人保健特別会計が担っていた介護的給付に関する負担は介護保険に振り替えられることになったのであるが、実際に老人保健特別会計の変化度（平成12年度老人保健特別会計歳出総額を平成11年度老人保健特別会計歳出総額で除してもとめた指標）をみると、介護保険制度導入前に比べて半数以上の自治体の支出額が増加している。これは老人医療費の前年度伸び率が10%ポイント以上という高さであり、老人医療費の伸びが介護保険特別会計への振り替えによる老人保健特別会計歳出の減少額を上回ったためであると考えられる。このように老人保健特別会計歳出の変化度が大きいほど、高齢者関係支出も大きくなることから、介護保険制度導入による高齢者関係支出の変化は、老人保健特別会計の支出の変化に大きく影響を受けていると考えられる。

一般会計に占める高齢者福祉関係費の比率と高齢者関係支出の変化度の間には、負の相関関係がある。すなわち、介護保険導入前の一般会計に占める高齢者福祉関係費の比率が大きいほど、介護保険導入による高齢者関係支出の変化度は小さくなっている。この高齢者福祉関係費の比率が、高齢者関係支出の変化に対して

最も大きな影響を与えている要因であると考えられる。またこれは、上述の分布関数で示された地域別の特徴を表している。高齢者関係支出の変化度が小さかったE県においては一般会計に占める高齢者福祉関係費の比率が他県に比べて目立って大きく、対照的に高齢者関係支出の変化度が大きかったD県においては他県に比べて高齢者福祉関係費の一般会計に占める割合が小さいからである。したがって、介護保険導入前に一般会計の中で高齢者福祉関係費の割合が大きい自治体ほど、介護保険導入により措置費による高齢者福祉関係費が大幅に削減されており、これに相当する介護保険による支出がこれを上回るほどにはなされていないということである。

4-2 給付額に関する分析結果に関する考察

表1及び表2によって明らかになった各市町村における介護保険事業計画で計画された給付額と、実際に保険者である市町村によって支払いされた介護給付の実態は、北海道と東北6県において、違いがあるという結果となった。このことは、4-1の分析による地域性によって介護給付に差が生じているという事である。これとは対照的に、市と町村の区分や人口密度による区分で比較した場合は、各自治体には差はないという結果になった。このことは要介護者1人当たりの給付額は、地域性によって左右されるということである。

また高齢化率の区分で比較した場合の結果に関しては差が生じている。このことは当初介護保険制度そのものは高齢化率によって左右されないとされていた点とは違った結果となった。表4に示すように実介護給付においては、居宅サービス介護給付額

において明らかである。また1人当たりの平均給付額は、高齢化率に反比例して高くなっており、この傾向は居宅と施設の実給付額の結果に明らかになっている。

表4 高齢化率区分別実給付額（要介護者1人当り、単位；千円）

比率	14%未満		14%～21%未満		21%～28%未満		28%～	
	居宅	施設	居宅	施設	居宅	施設	居宅	施設
統計								
度数	5	5	44	44	96	95	21	21
平均値	101.1	161.1	83.1	163.4	81.9	174.5	64.4	504.5
中央値	98.4	146.9	72.0	167.4	72.1	161.5	57.2	178.1

表5 高齢者人口密度区分別実給付額（要介護者1人当り、単位；千円）

比率	20人未満		20人～50人未満		50人～100人未満		100人～200人未満		200人以上	
	居宅	施設	居宅	施設	居宅	施設	居宅	施設	居宅	施設
統計										
度数	34	34	82	81	35	35	12	12	3	3
平均値	63.5	389.2	89.0	179.7	77.8	146.1	75.0	150.8	98.5	150.8
中央値	58.4	189.8	70.0	167.9	81.8	139.2	77.1	164.9	95.0	122.4

一方高齢者密度においては、表2において実給付額に有意な差がみられている。これは表5で見ると居宅の場合、20人未満の中央値が58,400円であり、200人以上まで密度が高くなるにしたがって95,000円までほぼ1人当たりの給付額が高くなる傾向であるのに対し、施設では20人未満の中央値が189,800円から200人以上まで密度が高くなるにしたがってほぼ150,800円まで低くなる傾向がある。これは居宅サービス資源の密度が高齢者人口密度に比例していることが要因として考えられる。すなわち高齢者人口密度が高い地域においては、居宅サービスの移動に要する時間を節約でき、結果的に効率的なサービス提供が可能である。したがって高齢者人口密度の高い地域に介護サービス資源が集まりやすい。このためサービス種別も多様化するため居宅費用は単価が高くなる。一方施設に関しては、か

りの利用者が介護保険施行前から既に利用しており、かつ都市部において療養型医療施設の介護施設化が進行しなかったことから、結果的に密度の高い地域ほど軽度の利用者も多いと考えられる点から単価が安くなっていると考えられる。

4-3 保険料に関する分析の考察

計画額と実支払い額のデータを比較し差を求めたが、市町村合わせて16.8%約六分の一の自治体で、保険料を基準とした計画額よりも実支払い額を超えることが明らかになった。このことは、保険料が12年度から14年度までの3カ年の平均額から算出されている点から考えると、3カ年の初年度である平成12年度の保険給付額は保険料算出基礎額の平均値よりも本来は低い額でなければならない。本来の12年度の支給計画額は、保険料を基準とした計画額よりももともとは低い額で計画されているはずであ

る。にもかかわらず本調査の12年度計画額よりも超えているということは、今後も保険料水準の計画額を超え続け、かつその超過額の幅が大きくなっていくことが予想されるのである。したがって当該自治体の介護保険財政は、先行きが厳しいことが予想される。

5 結論

本研究において明らかになったことは、第一に市町村財政に関し①東北及び北海道地域におけるほとんどの自治体において介護保険導入後高齢者関係支出の増減が見られ、その傾向は町村部の方が市部よりも高齢者関係支出の変化の幅が大きい。②高齢者関係支出の変化の要因は、自治体の財政力よりも一般会計に占める高齢者福祉関係費の比率の大きさと老人保健特別会計における老人医療費の伸びであることが確かめられた。結果的に高齢者福祉関係費の割合が大きな自治体は、介護保険制度導入により民生費が他の自治体よりも大きく減少している。

第二に①介護保険事業計画によって計画された給付額と実給付額には、道・県別の地域性と高齢化率及び高齢者人口密度によって差があることが確認できた。②その要因は、高齢化率及び高齢者人口密度の高い郡部においては、介護資源が限られており、このため高齢化率及び高齢者人口密度の高低によって単価にバラツキが発生していた。

第三に①一号被保険者保険料年額に対する要介護者一人当たり給付支払い計画額と実支払い額の比較分析の結果、東北北海道地域の約六分の一の自治体の実支払額が計画額を超過している実態が明らかになった。②その実情として、市部と町村部に差があり、高齢化率の高い町村部の実態が深刻であることが明らかになった。

なお今回の調査は、東北と北海道の実態であって、かつ平成12年度の内容である。したがって介護保険事業計画が平成12年度から平成14年度までの3か年計画である点から考えて、保険料も含め計画のモニタリングとしては少なくとも平成13年度の決算結果によって明確にされ評価される必要がある。また利用者に対するヒアリング等によって保険給付の効果測定を行う必要がある。

参考文献

- 1、加藤由美他；「介護保険訪問系サービスの業務分析」、第15回日本地域福祉学会報告要旨集p214～215、2001
- 2、厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会監修；「介護支援専門員標準テキスト」、長寿社会開発センター、1998
- 3、関田康慶他；「介護保険訪問系サービスの動線コストモデル分析」、第15回日本地域福祉学会報告要旨集p212～213、2001
- 4、関田康慶他；「公的介護保険の計画行政と民間活力の導入」、計画行政第23巻1号p26～29、日本計画行政学会、2000
- 5、柄本一三郎；「介護保険制度創設の諸問題—いかなる視点から評価すべきか—」、社会福祉研究第79号p22～33、鉄道弘済会、2000

第二編 研究報告

第一章

ケアマネジメントにおけるモニタリングシステムの の体系化に関する研究

厚生科学研究補助金（政策科学推進研究事業）
分担研究報告書

ケアマネジメントにおけるモニタリングシステムの体系化

介護保険制度の施行によって、介護支援サービス業務の一部に若干の混乱が見られた。しかし、介護支援サービスの現場においては、さまざまな課題を残しながらも業務が軌道に乗りつつある。こうした介護支援サービス業務が、真に利用者の自立生活への支援になるためには、ケアマネジメント業務において確実なモニタリングが必要である。本研究においては、ケアマネジメントにおけるモニタリングについて体系化を試みた。

介護保険制度が施行されたが、サービス利用者には、既に介護サービス計画の修正を必要とした事例も見られる。さらに介護支援専門員から見て、見直しを迫られている事例も少なくない。しかしその場合、評価方法や点検手法の実務的な手順で明確なものがないために、見直し作業が推進できない状況にある。他方保険者である市区町村は、介護保険事業計画を策定はしたものの、三年後の見直しに向け、現段階において評価・確認の作業を行うための手法がない。

こうした状況を招いているのは、モニタリングの理論と手法が確立していないことにほかならない。しかもこれほどまでに重要な研究対象であるにもかかわらず、先行研究がほとんどない。このためモニタリングの概念や理論、手法の確立が急務となっている。

A. 研究目的

介護保険制度の施行によって、介護支援サービス業務の一部に若干の混乱が見られた。しかし、介護支援サービスの現場にお

いては、さまざまな課題を残しながらも業務が軌道に乗りつつある。こうした介護支援サービス業務が、真に利用者の自立生活への支援になるためには、ケアマネジメント業務において確実なモニタリングが必要である。本研究においては、ケアマネジメントにおけるモニタリングについて体系化を試みた。

B. 研究方法

研究者や実践現場における介護支援専門員及び行政関係者による検討会を設置し、システムズアプローチを適用し、ブレインストーミングによりモニタリングの対象項目を具体化した。またこれによって明らかになった内容について、モニタリングシートを開発し、ケアマネジメントを情報の拠点とした、モニタリング対象項目の検証を行った。さらにこの成果をもとにモニタリング情報システム開発を行い、概念の検証を行った。

C. 研究結果

市区町村介護保険事業計画やケアマネジメントなどのモニタリングについて、その概念を明らかにした。

1. モニタリングの意義

[モニタリング]という言葉は、英語の「monitor」から来ている。このモニターの言葉の意味は多岐にわたるが、大きく2種類に分類される。その一つは、モニターという名称の担当者や器材をいう場合と、モニターという行為をさす場合とに区分される。ここで取り扱うのは、ケアマネジメントにおけるモニタリングの手法であるので、上記では後者にあたり、それはおよそ以下の意味を含んでいる。

- ①監視する
- ②観察する、記録する、探知する、測定する
- ③批判的に観察する、監督する
- ④傍受する
- ⑤追跡する

この内容から、監視すること、観察すること、記録すること、測定することなどが、モニター活動であるということになる。

ケアマネジメントは、基本的には要介護認定後における利用者の介護支援事業所の指名から始まる。その後の流れは、アセスメント→ケアプラン作成→サービス利用票→サービス事業者契約→サービス利用となっている。野中2)や白澤3)によれば、この後にモニタリングが位置付けられている。

2. モニタリングの条件

では、モニタリングは、どのような活動がなされることになっているのだろうか。条件として、次の6点が考えられる。

- ①無意味に何かを観察したり監視活動を行うのではなく、明確で一定の意図がなければならない。意図があるからこそ、測定や探知・記録などができる。
- ②観察や測定を行うべき期間がなければならない。どの期間におけるモニタリングであるかが明確でなければ、モニタリン

グを行った意味がなくなる。

- ③実施内容が定まっていなければならない。そうでなければ、モニタリングを行う視点がまちまちになり、評価ができない。したがって、モニタリング結果を生かせないこととなる。
- ④計画的に実施する必要がある。担当者が必要と思った時期に行うことはもちろんであるが、もう一方であらかじめ計画されたモニタリングの計画に基づいて実施する必要がある。そうすることで、結果が客観性を持つてくるのである。この場合、定期モニタリングという形態をとることが望ましい。
- ⑤継続的に実施されている活動を対象とするものでなければならない。一時的な活動の場合は、計画性も対象期間もないため、評価だけで十分である。しかしモニタリングの場合は、継続的な活動の効果を測定する視点が必要であり、そういった活動や事業に関して、一定期間を区切るなどしてモニタリングをする必要がある。
- ⑥計画された活動を対象とするものでなければならない。モニタリングは、第三者評価が大切であると同時に、計画を担当した当事者の状況確認および効果測定を行うことも必要である。この場合、計画された事業や活動の利用者からのヒアリングなどによって、状況確認および効果測定が行われる必要がある。

3. モニタリングの機能

ケアマネジメントにおいては、利用者に介護サービスの運用効果を明らかにしなければならない。そのために、何らかの手法に基づいて効果を測定し、その結果を知らせることで利用者の信頼を得ていかなければならない。場合によっては、必要に応じた調整を図ることも必要であろう。その上

に立って、評価結果を次の計画に生かしていくためには、問題の所在を明らかにして、問題の再発防止に努める必要がある。したがって、このような

評価結果のフィードバック機能は、モニタリングにおける機能の重要な要素である。

また、フィードバックの結果に基づいて、各種データやケース分析の結果をもとに情報を集積して、問題の発生予防措置を講じておく機能を、フィードフォワード機能という。このような機能も、重要なモニタリング機能である。

ここまでの内容をまとめると、先に述べたモニター活動として、①監視・観察すること、②効果測定・評価すること、③問題などあった時に警告することや調整することなどのほかに、評価結果をフィードバックすることやフィードフォワード機能が必要ということになる。このために記録することや情報を集積することが、直接の活動の内容となる。

4. モニタリングの時期

次に、モニタリングを実施する時期について考えてみる。先に述べた内容について、モニタリングを実施する際には実施時期の問題がある。

モニタリングは政策や事業、活動やサー

ビスに関する観察・評価・確認のための活動とも言える。介護保険制度の場合は、介護保険事業計画や社会福祉協議会の活動計画、民間事業者などの運営計画、ケアマネジメントにおける介護サービス計画、サービス事業者のケア計画など多岐にわたる。

通常、モニタリングする時は政策や事業、活動、サービスが何らかの形で、目標の達成を目指して実施されているかどうかを点

検する時に行われる。これをプロセス評価という。

しかしそれらの対象を評価・確認するためには、本来モニタリングすべき内容が明確に把握されていなければならない。したがって、プランニングの際にモニタリング項目が確認される必要がある。このため、このプランニングの段階で、地域住民やケアサービス利用者などの意向を十分に反映させているかどうかを評価・確認しなければならない。

さらにこの段階で、後に評価されるべき項目も明らかにしなければならない。こうしたプランニング段階のモニタリングを、事前評価という。

また、評価の際には一定期間経過後、対象となる政策や事業、活動、サービスなどに関して評価を行い、その内容を公表しなければならない。その上で、これまでの計画実施状況を総括し、評価することで見直しを図ることとなる。つまり、この見直しが、次のプランに生かされなければならない。計画期間満了時がその時点ということになる。これを事後評価という。

したがって、モニター活動は計画立案の事前評価、計画の実施過程におけるプロセス評価、計画された事業や活動が期間満了を迎えた際の事後評価といった時点で実施



され、評価される必要がある（図1）。

図1 モニタリングプロセス

5. モニタリングの定義

これまで見てきた内容から、モニタリングについて次のとおり定義する。

モニタリングとは、計画した事業・活動・

サービスなどの実施者に対して、継続的に所期の目的を達成し続けることができるよう、計画の始期、実施期、終期においてそれぞれ評価確認および必要な調整を行う過程を言う、などの項目を包含するものである。

- ①事業・活動・サービス、システムなどの妥当性を継続的に監視・確認すること
- ②監視結果によって、効果測定、評価を行うこと。
- ③評価結果によって、新たな対応・調整措置を講ずること。
- ④フィードフォワード機能を有すること。
- ⑤計画期間満了時期において総合評価を行うこと。

6 モニタリングの目的と方法の基本事項

介護保険におけるモニタリングは、利用者の生活の質を向上させることを基本的な目的としている。対象となる政策、計画、事業、活動、サービスなどの各々の個別的目标を達成することができるよう評価・確認、およびこれに伴う調整などの各作業を事前評価・プロセス評価・事後評価の各段階に応じて展開することとなる。

ケアマネジメントにおけるモニタリングは、介護支援専門員が課題分析した結果に基づいて作成する介護サービス計画が、利用者によって受け入れられ、提供サービスの目的を達成できるよう評価確認を行う。もし問題があった場合は、必要な調整を行うことによって、利用者が満足してサービスを利用し、かつ提供サービスが自立生活に向けての支援となることを目的とする。

この場合の調査項目は、介護サービス計画による項目ごとに利用者の満足度、サービスの種類と利用率、利用された費用などである。しかし、実質的には介護保険の基準外のサービスがどの程度利用されたかという点や計画の変更状況なども重要な要素

となる。とりわけ基準外サービスの場合は、内容によって利用者の日常生活上の課題に対応した利用に至っている場合が少なくない。したがって、モニタリングの目的上、少なからず調査項目の中に含めておく必要がある。

また計画の変更状況といった場合、およそ2つの点から見る必要がある。1つは介護サービス計画の変更状況の場合で、計画の種別、回数、事業者など、介護サービス計画上の変更である。

もう1つは個別援助計画レベルの変更で、実質的には後者の方がモニタリング上の確認効果が大きい。介護支援専門員がモニタリングを行う場合、この双方について目を配る必要がある。それでは、そのモニタリングの具体的な内容を述べる。

7 モニタリングの過程

モニタリングは、「計画された内容の事前評価」と「計画期間満了による事後評価」およびこの間、計画の目的に沿った事業や活動、サービスなどが適切に実施または提供されているかどうかの「プロセスを確認する活動」の3つに区分して過程をとることができる。これについては、前回触れたとおりである。

ケアマネジメントにおけるモニタリングは、介護サービス計画作成段階における事前評価、介護サービスの利用段階におけるプロセス評価、介護目標満了期間における事後評価の3段階に区分して実施する。

①モニタリングの事前評価

事前評価は、介護サービス計画作成段階において利用者の意向を踏まえた上で、どのような経過で利用の意思決定がなされたか、利用しなかった場合の理由は何か、何回訪問し、利用の決定までどのくらいの時間を要したかなどを確認し、以後の評価すべきポイントを整理する。

②モニタリングプロセス評価

プロセス評価は、介護サービス計画に基づいてサービス利用に至った場合、基本的にはサービス利用票を利用者に示す際、サービスの利用状況や満足しているか否か、支援になっているか、効果が上がっているかなどを確認し、問題があった場合はその内容と対処した内容を記載する。

③モニタリング事後評価

事後評価は、短期目標満了時または要介護認定見直しの時点において、目標の達成状況や課題のどこまでが解決されたかなどを評価する。プロセス評価の集計結果に基づき、介護サービスの実績を評価する。

また、事後評価結果から得られる情報に基づき介護評価指標を算出し、事業所および保険者において運営上の参考とするものでなければならない。

8 ケアマネジメントにおけるモニタリングの展開方法

1) 監視活動

モニタリングの基本的な要素として、①サービス、②システム、③運用などの妥当性を継続的に監視する機能を要することは、

前にも述べたとおりである。この場合の監視活動は、サービス提供後、不定期に必要な都度実施される随時活動と、計画された定期活動に区分して考える必要がある。すなわち定期モニタリングは、問題や利用者の変化にかかわらず、一定期間が到来すれば行われるモニタリングの活動である。それに対して随時モニタリングは、変化・問題が発生した時、または発生している時、調整中の時などに実施されるものである。

こうしたモニタリングの活動は、いずれの場合においても評価事項が調整され、担当者が同じ基準で実施できるように定められている必要がある。

それではサービス、システム、運用の区分での監視活動を図表で表わす。

(1) サービスについて

サービスの監視活動については、以下の図2のとおりとなる。

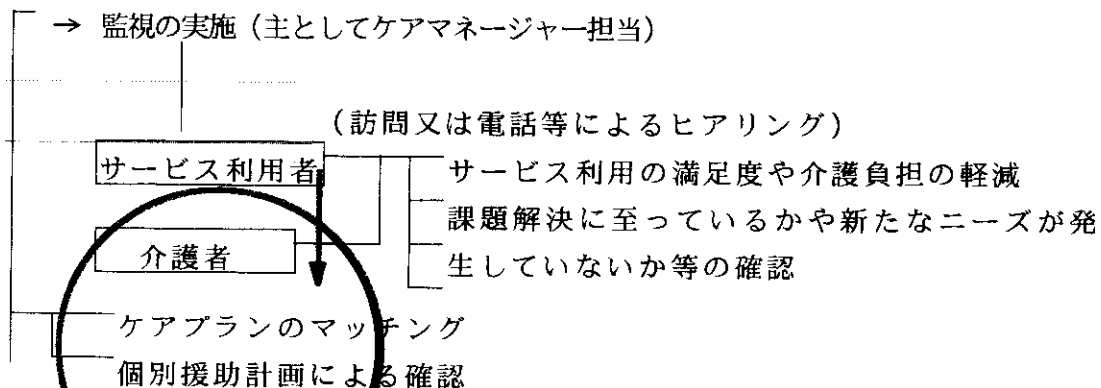
①ケアプランに基づく実施状況の監視

- ・利用者の満足度
- ・介護者の介護負担の軽減
- ・ケアプランのマッチング状況の確認

②サービス提供後の監視

- ・生活ニーズ、滞在化ニーズの変化、要介護認定の確認など

図2 サービス監視活動



注) 業務担当者(ケアマネージャーなど)は、訪問などを計画・立案し、極力計画的にモニタリングを実施するための訪問活動を展開しなければならない。

- (2) システムについて
- ・ サービス提供関係者の提供など状況の確認
 - ・ 地縁、血縁など、要介護者を取り囲む関係の状況の確認
- (3) 運用について
- ・ アセスメントが確実に機能しているか
 - ・ 介護サービス計画が適切に作成されているか
 - ・ 制度運用上の行政関係の取り組みの確認
 - ・ 申請、要介護認定、介護サービス計画作成、サービス提供などの運用状況の確認
 - ・ このほか、制度的要素に関する確認

2) 活動

(1) 定期評価と随時評価

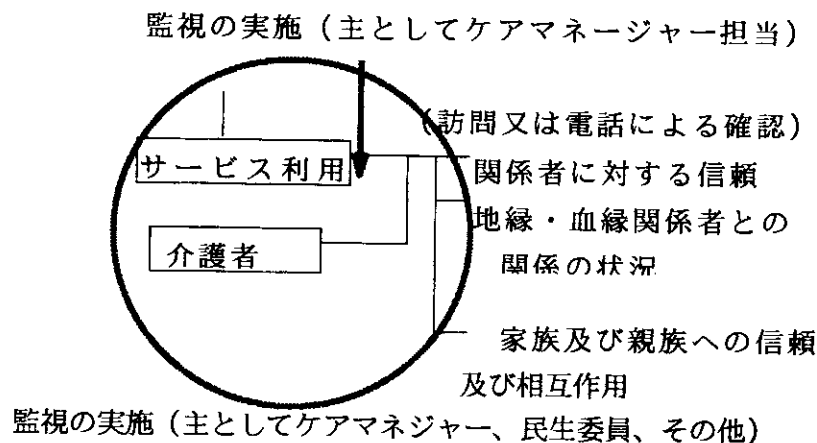
モニタリングの概念における2つ目の大きな構成要件は、監視されたデータに基づいて評価（効果測定）することである。評

価に関しては、事前評価において介護支援専門員の作成した介護サービス計画（ケアプラン）が、利用者にとって納得のいくものであったかどうかを確認するプロセスがある。逆にこの段階で、ケアマネジャーは必要だと思っても、利用者自身が拒否したり、家族関係などで利用できないサービスに関しては、課題が残されたままになることを確認しておく必要がある。

ところで、評価はサービス提供後、必要に応じて随時行うものと、毎月定期的に行われるものとの区分する必要がある。すなわち毎月行う定期評価は、サービス利用票の交付の段階で必ず利用者と介護支援専門員が直接、または間接的に接触する際、サービスに関する満足度や意見などを聴取し、問題や必要があれば調整することとなる。

なお、この段階は定期評価であるので、介護サービス計画期間満了時の総合評価や見直しは含まない。あくまで介護サービス期間内の評価や見直しにとどまるものである

図3 システム監視活動



随時評価のポイント

- ・ケアプランのミスマッチングを早期に見出し、改善に向けた評価を行う
- ・ニーズの充足状況を確認評価する（満足度）
- ・効果を上げられたものは何だったか

定期評価のポイント

- ・ケアプランの実施状況の評価する
- ・本人および介護者のニーズの変化状況の評価する
- ・事業者のサービス提供状況の評価する
- ・援助方針の評価する
- ・効果を上げられたものは何だったか

注1) ケアマネジメントにおいて、初回以外は、毎月サービス利用票を交付する段階で、

ヒアリングすることで効果を発揮する。

注2) こうした監視・評価活動を確実にこなすために、介護支援事業所内に有効に機能するカンファレンスの場が必要である。

(2) システムの評価

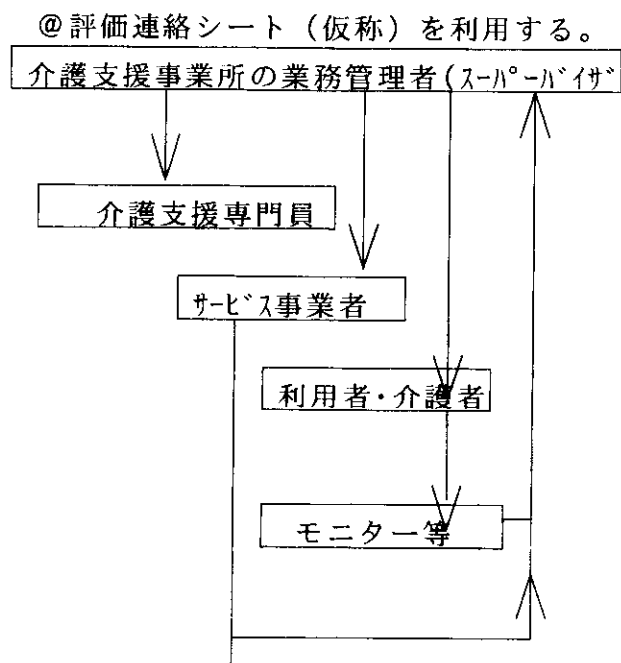
資源や制度運用上のシステムがどうかを評価する。この場合、関係システムで問題があった場合の対応や、調整方法に従って機能したかどうかなどのシステム評価も含まれる。

こうした評価は、介護支援専門員の業務について評価することになる。このため、この評価を行うためには地域のさまざまな関係者の協力を願うこととなる。その際、事前に事業所や保険者が委嘱するモニターを活用する方法が適切である。

なお、こうした方法は定められた評価連絡シート（仮称）のような様式によって実施することが望ましい。

図4は、定期的に介護支援事業所内にてカンファレンスを行う際、スーパーバイザーとなるべき業務管理者が、必要に応じて所属介護支援専門員の担当ケースに、サービス事業者も含めて、介護支援専門員に対する意見や利用サービスに対する意見を聞くという方法によって実施するシステム評価図である。これによって、介護支援専門員の評価の妥当性が確認される。

図4 システム評価図



モニターは事業所の委嘱者でも差し支えないが、保険者の委嘱者であっても良い。

実施時期は、少なくともモニタリング事後評価の時期には必要である。

③評価結果に基づく適正な対応

適正に調整を行うためには、利用者や家族と協議する場合、サービス事業者と協議する場合、そしてこの双方の組み合わせの場合の3つが考えられる。この結果によって、下記の対応をとることとなる。

評価結果による対応例

1. アセスメントの見直しを行う
2. ケアプランの見直しを行う
3. 必要に応じて要介護認定の再判定を申請する
4. サービス内容を変更する
5. サービス事業者を変更する
6. サービス担当者を変更する
7. 介護支援専門員を変更する
8. 利用者や家族の誤解を解く

調整の実施に際しては、介護支援事業所内部のカンファレンスを十分活用する。例えば、サービス担当者会議のような場を活用することも考えられる。そうした会議が開催できない場合でも、連絡をとるネットワークを活用し、あらかじめ予定されている調整方針や手順に従って対応することを依頼すべきであろう。

④フィードフォワード機能

ここでいうフィードフォワード機能とは、モニタリングの評価結果を見て原因を調整・修正するフィードバック機能と違って、モニタリングの作業そのものが問題の原因を作らない機能を有することをいう。

具体的にはケアマネジメントの支援機能やネットワークの機能を高めたり、作業の

中で調整機能や修正効果を上げることなどである。実質的には評価結果から、より満足度や課題解決が免疫的効果などのような機能も含む。フィードバックした内容から、事前に問題の除去を図る対応も含む概念である。

したがって、例えば初めの介護サービス計画作成の段階で一部負担金の納入が困難であるために利用できなかったサービスがあった場合、見直し後の再介護サービス計画作成の際に事前評価においてそうした情報が記載されていれば、同じような介護サービス計画を作成せず、本人の経済状況に見合った計画の作成が可能となる。あるいは、可能性があれば障害者制度やほかの制度利用によって、経済的メリットを確保してサービス利用につなげる場合も考えられる。

⑥システム評価、個別評価

ここでいう評価は、先の監視結果から得られる評価とは違い、運用上の枠組みの見直しやケースの総合評価などを言う。

ケアマネジメントの場合は、少なくとも短期目標の設定期間内において、目標の達成状況がどこまでの水準であったかをまず評価するものでなければならない。その上で、以下のような項目についてさらに検討が加えられれば、望ましいものと思われる。

総合評価の項目(例)

1. 目標の達成度—プロセス評価による対前月目標進捗値(仮称)
2. 利用者の満足度
3. 介護費用(実利用額、限度月額に対する実利用率、費用負担感など)
4. 利用サービスの総量
5. サービス利用状況の推移
6. 前回評価との各指標による比較など

D. 考察

今回の研究によって体系づけた内容のモニタリングは、実施されている例は見受けられない。また野中(1997)や白澤(1998)などによって提示されているモニタリングは、本研究におけるプロセス評価の一部であって、全体を網羅するものではない。モニタリングは、ケアマネジメント過程における評価確認のサイクルとして捉えなければならない。そうでなければ、いつまで経っても業務におわれる現場の介護支援専門員にとっては、どうして処理が困難なケアマネジメント業務の一局面でしかありえないのである。現場の介護支援専門員が、モニタリングを行えないでいる最大の理由は、通常業務に忙殺されている中で効率的な記録を残せないでいるため、過去に遡って評価確認することが困難であるからである。したがって今回の研究によって明らかになった評価項目とモニタリングシートを活用することによって、こうした問題点は解消できる。その一例として、ここで事例を紹介しながら、モニタリングシートの活用例をみよ。

E. ケアマネジメントにおけるモニタリングの展開例

ケアマネジメントモニタリングの実際

①一事前評価モニタリング

ケアマネジメントにおけるモニタリングの実際について、事例を通じて調整機能やシステムのあり方を検証する。

1. 事例「痴呆症状がみられる高齢者のケアマネジメント」

74歳の男性。3年前に心臓の手術、その後間もなく胆嚢摘出を行ってから、全体的に老化が顕著になってきた。物忘れが多

く、失見当もみられ、特に家族以外の人物を間違えることが多くなった。普段は穏やかであるが、時々自分の物品がなくなると妻にあたりちらすことがある。今年に入り唯一生存していた姉が88歳で亡くなり、それ以降ぼんやりしたり、時々徘徊らしき行動も見受けられるようになった。

また軽い脳梗塞になり、軽度の左麻痺によって歩行が不安定になっている。老人クラブの友人がデイサービスに通うようになったことから、本人との話し合いのもとで介護者である妻が要介護認定の申請を行い、要介護2と判定された。その結果を基に、嫁が〇町在宅介護支援センターを訪れ、介護サービス計画作成を依頼してきた。

2. アセスメント

介護支援専門員は早速訪問を行い、課題分析を行った。また本人と家族、特に妻は、友人が利用しているデイサービスを強く希望していることも確認した。

課題分析では、次の点が課題とされた。

課題1 衣食住すべてにわたって、介護者の一部介助または見守りが必要である。

①自分の健康管理ができていない。服薬、栄養状態の確認を要する(糖尿病がある)。
②衣服の着脱は自分でできるが、介護者の点検を要する。

③配膳、盛り付け、後片付けに介助が必要。

本人が手伝おうとする時もあるが、介護者の負担を増幅させているだけである。また食べている時には、時々こぼすこともある。

④部屋を散らかすことが多い。自分の持ち物をどこかへ持っていき、あとでどこに持っていったか忘れることが通例である。

課題2 脳梗塞の後遺症で歩行が不安定で

ある。屋内外における歩行時に、何らかの歩行支援用具を必要とする。

課題3 痴呆らしき症状が見受けられる。

- ①痴呆の専門医の診断を受けていない。
- ②不安感や寂寥感の軽減方法、本人とのかかわり方を探っていない。
- ③夕方になると、ふらっとどこかへ出かける。介護者が同行した時は素直に従っている。

本人にかかわる生活上の大きな課題として、介護支援専門員は以上の3点をとらえた。

3. ケアプラン原案の作成

課題分析に基づき、介護支援専門員は介護サービス計画を作成した(表1)。

このケアプランの原案に基づいて、介護支援専門員は利用者宅を訪問し、本人および家族と協議に入った。本人にやや痴呆ぎみの症状があり、意思疎通が時々困難になることや介護者も高齢であり、介護保険制度の活用について一つひとつ丁寧な説明を必要としたため、協議時間は2時間にも及んだ。また、一部負担金と要介護認定の関係について説明を必要としたことも、時間を要した要因となった。

さて、1回目の訪問で次のように決まった。

- ・課題①の健康管理などに関するサービスとしての訪問看護は利用する。
- ・課題②の家事援助に関するサービスとしての訪問介護は、介護者の迷いから保留とする。
- ・課題③の歩行支援に関するサービスとしての福祉用具購入は、医師の診断および理学療法士による測定を受けることについて難色が示されたため、保留とする。

課題④の痴呆症状に関するサービスとしての通所介護は利用する。

介護者から医療機関受診に関する希望が出されたが、本人は拒否している。介護支援専門員は、再度訪問することを告げ、それまでに本人と介護者とでよく話し合っしてほしい旨を伝えた。

なお介護支援専門員は、地域における高齢者の何らかの交流の場で介護者が気楽に交流できればとも考えたが、そうした場はなかった。

それから4日後、保留だったサービスに関してどうするか方針を決めるために再度訪問した。2回目の訪問においては、前回サービス利用について話し合ったことも手伝って、比較的スムーズに話が進み、結論が出た。

表1 介護サービス計画書

利用者名 ○○ □□ 殿 介護度 要介護2 限度額 194,800 円

介護サービス計画作成日 平成 年 月 日 修正 年 月 日

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援 助 目 標				援 助		
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別
①健康管理、服薬 栄養管理が十分に できない	自分の健康状態		体調を知る		健康チェック	○	訪問看護
	を知ることがで きる	6月	服薬を習慣つけ る	3月	服薬管理	○	訪問看護
			栄養を確保する		栄養量の確認	○	訪問看護
②食事・掃除・着 替えなどが十分に 行うことができな い	規則正しい生活	6月	毎日望んだ食事	3月	食材の買い物		
	ができる		・衣服を着るこ とができる		調理・配膳		
	清潔な生活環境		部屋の整理整頓		食器の後片付け		
	が確保される		がなされる		清掃	○	訪問介護
					洗濯・物干し	○	訪問介護
					洗濯物片付け		
③歩行が不安定で 転倒の危険がある	安定した移動が できる	6月	体力に合わせた 用具を見つける		医師の診断		
			歩行支援用具等 によって、移動 が安定する		PTによる測定		
					杖を購入する	○	福祉用具購入
④痴呆症状が見う けられる	不安感のない生 活を送ることが できる	6月	安心できる居場 所でゆっくりと 時間を過ごす	3月	介助入浴	○	通所介護
			のんびりした中 で、交流のひと ときを持つ		休養	○	通所介護
					談話	○	通所介護

まず、前回保留になった課題②の訪問介護は、介護負担軽減の観点から洗濯・物干しを介護者とする一部修正で利用することとなった。

課題③の歩行支援については、介護者の説得により、受診の上、利用することとなった。これは医療機関受診によって、いずれ痴呆の診断に結び付けたいという介護者の希望が背景にある。

翌日、介護支援専門員はサービス利用票に利用者の押印を得た。

以上の内容をまとめるのが、モニタリング事前評価である。

4. モニタリング事前評価

この事前評価の概要をとりまとめるのが、モニタリングシート【事前評価票】である(表2)。

この事前評価票は、次のように使用する。

まず、シートの右上の欄に、訪問日と所要時間を分単位で記入する。時間を要した理由や時間を要する事情のあるケースなどについて、特記すべき場合は摘要欄に記入する。

ニーズから援助内容までは、介護サービス計画書から転記する。介護費用欄は、翌月1ヵ月分を記入する。これによって、一部負担金などの説明を行う。

「利用の適否」欄は、それぞれのサービスの利用を意思決定したかどうかを記入するものである。①は利用する、②は修正の上、利用する、③は保留する、④は利用し

ないである。これらの該当する番号を○で囲む。この事例の場合は、1回目の訪問で訪問看護と通所介護を利用することとなったので、それぞれ①となっている。訪問介護と福祉用具購入は保留なので③となる。これが2回目の訪問では、訪問介護による洗濯物干しが介護担当者となったので、この部分のみ④利用せずとなり、その他は利用が決まったので①となる。

「否・保留および修正の場合の理由」の欄は、「①利用する」以外に決定された場合に記載する欄である。区分番号の①～④までのいずれかを記入して、簡単なコメントを記入する。区分番号①は区分限度額を超えるため不可、②一部負担金納入不可、③本人に利用意向なし、④利用の時期が早い、⑤家族(介護者)と利用のための意見が合わない、⑥サービス内容は良いが、サービス種別を本人または家族が拒否、⑦入所または入院する、⑧その他となっている。この事例の場合は、介護者が戸惑っているので、⑥の「家族(介護者)と利用のための意見が合わない」に該当し、介護者が戸惑っている旨記入することとなる。2回目の訪問においては、訪問介護のうちの洗濯・物干しは介護者が担当することとなったので、訪問介護は「④利用せず」になり、それ以外は「①利用する」である。

「代替サービス」の欄は、「利用の適否」の欄で②の修正の上、利用する～④利用しない

表

モニタリングシート (事前評価)

利用者 〇川 ●△子 殿 介護度 要支援 61,500
 介護サービス計画作成日 平成99年 9月 9日 修正 平成99年 9月 9日

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標		援助内容		介護費		利用の適否			
	短期目標	(期間)	サービス内容	サービス	頻度	期間	総費用	負担	利用の適否	
1. 健康管理、服薬栄養管理が十分にできない	体調を知る	3月	健康チェック	訪問看護	1/週	3月	0	0	1 利用する	00/02
	服薬を習慣づける	(期間)	服薬管理	訪問看護	1/週	3月	0	0	1 利用する	00/02
2. 食事・掃除・着替えなどが十分にできない	栄養を確保する		栄養の確認	訪問看護	1/週	3月	0	0	1 利用する	
	毎日望んだ食事・衣服を着ることが出来る	3月	食材の買い物	訪問介護	3/週	3月	0	0	3 保留する	00/02
	部屋の整理整頓ができる	3月	食器の後片付け	訪問介護	3/週	3月	0	0	3 保留する	
			清掃	0	3/週	3月	0	0	3 保留する	
			洗濯・物干し 洗濯物片付け 火の元点検 戸締り点検	訪問介護	3/週	3月	0	0	3 保留する	
3. 歩行が不安定で転倒の危険性がある	体力に合わせた用具を身につける。歩行支援用具等によって移動ができる	直ちに	医師の診断及びPTによる測定 歩行支援用具の購入	福祉用具購入	3/週		0	0	3 保留する	
4. 痴呆症状が見られる	安心できる居場所でゆっくりと時間を過ごす のんびりした中で交流のひとつをもち	3月	介助入浴	通所介護	1/週	3月	0	0	1 利用する	
		3月	休養	通所介護	1/週	3月	0	0	1 利用する	
0		3月	談話	通所介護	1/週	3月	0	0	1 利用する	

訪問回数	1	2	3	4	5	6	7
月 日	2/15	2/19					
時 間	120	50					

代替サービス	サービス事業者	利用の適否	利用 月日	代替サービス	サービス事業者	摘要
				FALSE	FALSE	NNNNN
				FALSE	FALSE	
		1 利用する		FALSE	FALSE	
		1 利用する		訪問介護	ヘルパーステーション	
		1 利用する		訪問介護	ヘルパーステーション	
		4 利用しない	00/2	0	ヘルパーステーション	
		4 利用しない		介護者		要観察
		1 利用する		福祉用具購入	(株)〇△	
				FALSE	FALSE	
				FALSE	FALSE	
				FALSE	FALSE	