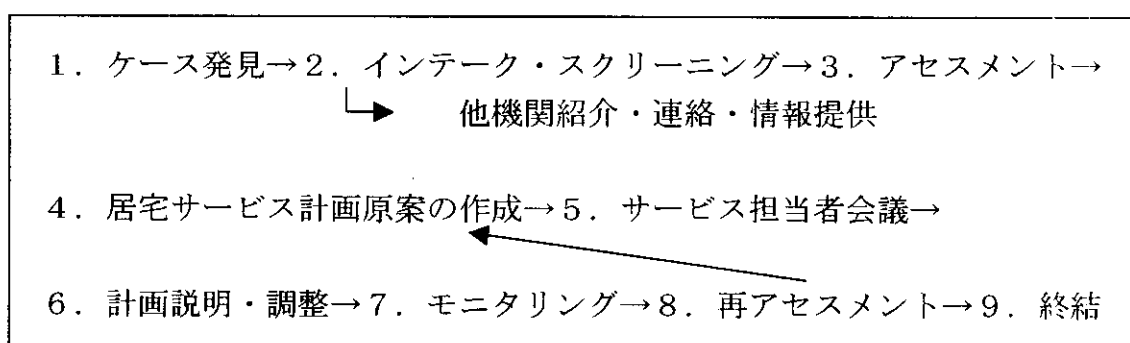


関連性が高い。

そのような課業は、直接業務では、ケアプラン作成・修正であり、間接業務では要介護認定調査、給付管理である。ただし、間接業務のコア課業は、既に述べた通り、他の専任者が担当したり、あるいはケアマネージャーと分担遂行したりする場合も多い。

(2) ケアマネジメントの流れ

調査票を用いた大量観察調査に先立って、2つのケアマネージャーの組織(1)の代表者および現場ケアマネージャーに対し、実際に行っている仕事の範囲と内容について聞き取り調査を行っている。それによれば、ケアマネージャーが、居宅介護支援事業に関連して、普段の仕事の中で行っている直接業務を、一連のケアマネジメントの流れとして示すとつぎのようになる。



この流れには、いくつかのポイントがある。

- ① 介護保険制度においてケアマネージャーに求められる役割は、「3. アセスメント」から「9. 終結」までであるが、実際の仕事においては、ケース発見やインテーク・スクリーニングといった要介護認定に先立つ段階からケースにかかわりをもっており、ケアマネジメントは、実質的には、この段階を含めた当該ケースへの全体的な関わりとして組み立てられている場合が多い。あるいは、少なくとも、そのような一連の流れとして、望ましいケアマネジメントが考えられている。
- ② 「4. 計画原案の作成」から「6. 計画説明・調整」までは、ケアプランの核心部分である。ケアプランはケアマネージャーが作成するものと言っても、実際には、ケアマネージャーから見て望ましいケアプランと、サービス実施の可能性を考慮したりや利用者・家族の納得を得た段階のいわば実施計画としてのケアプランとの間には、かなりの乖離が生ずるのが通

例である。ケアマネージャー側からすれば現実的な条件と妥協を図りながら信頼されるケアプランにまとめ上げていく能力こそが重要なのである。

- ③ ケアプランが決定され、実施に移されても、利用者の状態変化や事情の変更によって、プランの実施が中断されたり、修正されたりする。その意味で「7. モニタリング」は単なる経過観察ではないし、「8. 再アセスメント」や「9. 終結」の判断と常に一体で行われるケース評価のプロセスということになる。

このように、ケアマネジメントというのは、実態としては、個々の課業の連続したプロセスであって、各課業は、相互に連絡していることを理解する必要がある。

I-3 仕事の実態

本年度の大量観察調査から、ケアマネージャーが行っている仕事の実態として、次の特徴が明らかになった。なお、以下、I-3-7 までの記述は調査結果に基づくものであるが、そのデータ根拠については、第2部第3章の解説および第3部資料編の単純集計結果をあわせて参照願いたい。

(1) ケアマネージャーの仕事の範囲があいまい

普段の仕事について、一週間の単位で平均的な時間配分を尋ねたところ、直接課業、間接課業、その他の仕事（連絡、報告、間接課業に含まれない書類作成、手待ち時間などの総計）が、比率としてはほぼ6：3：1の割合になっている。仕事の中でI-3-2の（2）に示した一連のケアマネジメントに費やされる時間の割合は6割程度である。

ただし、直接課業と間接課業を別の人間が担当する業務分担がかなり進んでいる。独りですべての仕事を行っているものの割合は14.2%に過ぎない。コア業務の「ケアプランの作成」でも全体のおよそ3割が1つのケアプランを複数のケアマネージャーが分担して行うとしており、「ケアプランの調整・実施」でも、27.2%がまったく行わない月もあるとしているなど、ここでも業務分担が推定される。この背後には、ケアマネージャーの資格を有していても、実際には、事業所内で様々な仕事を兼務しているという事情が伺われる。とくに、管理監督的な立場にあつたり、介護業務と掛け持ちをしているなど、人事労務管理のあり方が大きな要因となっている。ケアマネージャーの仕事に専念しているものの割合は、わずか25.9%に過ぎない。

こうした実態を反映して、40%以上のものは職務分掌について明確なルールや慣行が存在しないと答えており、ケアマネージャーの資格を有するものの

仕事の責任範囲がややあいまいな実態にあることが窺われる。

(2) 報酬請求に至らないケースを多く抱えている

調査時点で担当しているケース数の平均は 47.0 件となっている。これには、入院などの理由で現在は介護サービスを使っていないがモニタリング中であるケースや給付管理の実績数とはなり難いようなケースも含まれている。すなわち、抱えている実件数である。これに対し、最近 1 ヶ月間にケアマネジメントを行ったケースの平均は 24.2 件となっている。

このことは、報酬請求に至らないような、あるいはサービス提供が中断状態にあるケースであって、それでもケアマネージャーとして訪問等のモニタリングを継続しなければならないケースが相当数あることを示している。

(3) 専門性と妥協

これまで担当したケースの中に自分がケアマネージャーとして最も適切だと考えるサービスを何らかの事情で届けることができなかったケースを経験したものの割合が全体の 8 割の及んでいる。そして、そのような専門的判断から適切だと思われる内容のケアプランが実施できなかったケースの割合は、担当ケースの少なくとも 1 割に、多いひとの場合で 4 割にのぼっている。

その理由のうち、「ケアプランについて上手く説明できず、理解が得られなかったため」は僅か 2 %に留まっている。他方、「利用可能な在宅サービスや施設が地元になかったため」が 12.9 %にのぼり、サービスへのアクセス機会をあまねく確保するという介護保険制度の前提条件が満たされていない様子も窺える。

しかし、主要な理由は利用者や家族の側にある。「経済的な事情で思い通りのサービスが利用できないため」が 42.1 %にのぼり、次いで、「家族が世間体を気にしてサービス利用を抑制したため」が 10.6 %となっている。すなわち、ケアマネージャーが専門的な見地から必要と考えるサービスが届けられないケースが存在するのは、利用者・家族の経済的負担能力の限界があるからであり、加えて、家族の側が介護サービス利用に消極的な姿勢を有していることによる。現に、ケアマネージャーの 45 %は、ケアプランの説明・調整の段階で、本人ないし家族から自己負担額の抑制を求められた経験があると答えている。

ただし、理由の 22.2 %, すなわちそのようなケースの 5 件に 1 件程度は、「家族ができるだけ自分たちで面倒をみたいと希望している」ためである。このことは、介護保険制度が誕生しても、家族の側に、私的扶養を第一と考え、公的サービスはこれを補完するものとする意識状況が一定程度残っているこ

とを示しており、ケアマネジャーには、こうした意識を上手く活かしながらケアプランを構築していく能力が求められていることも示唆している。

次に、ケアマネジャーの判断では介護サービスの提供が必要な状態にあるのに、介護認定の申請を躊躇していたり、要介護認定が下ってもサービスを利用をしないケースを経験したものの割合が全体の 8 割に上っている。このようなケースの場合には、本人ないし家族が「経済的理由」から希望しないケースの割合は 20.6%であるのに対し、「経済的理由以外の理由」から希望しない割合が 60.4%となっており、「必要なサービスや施設が地元にないから」は僅か 2.2%に留まっている。中でも注目されるのは、利用者本人が経済的理由以外の理由から申請をしなかったり、利用しないケースが 51.6%と半数を超えている。すなわち、介護保険制度が利用可能であることはわかっているが、利用者本人が、できるだけ介護サービスを受けずに生活を継続したいという意思を有しているケースが多いことがわかる。

いわゆる利用抑制には、サービスの受給そのものを抑制する場合と、サービス受給にあたり受給量を抑制する場合とがあるが、前者の場合には本人の自立自助への意識が、後者の場合には本人・家族の経済的事情が、それぞれ主要な理由となっていることが確認されよう。

(4) コミュニティ・ケア・マネジメント

介護保険制度ではケアマネジャーにいわゆるコミュニティ・ケア・マネジメントの役割までは期待されていない。しかし、実際には、地域パトローリングや地域福祉関係者との様々なつながりを活かしたケース発見活動が行われている。すなわち、「ケース発見」の経験があるものは 52.9%で、頻度も、毎月必ずケースを発見しているものが 56.5%に上っている。毎週必ずケースを発見しているものも 13.7%に上っている。

ただし、この点では、ケース発見活動の経験を有するものとそうでないものとの割合はほぼ半々であり、「ケース発見」の経験を有しないものも 47%に達している。

したがって、ケアマネジャーの半数は地域に目を向け、介護サービスが必要と思われるケースを発見する活動を行っているが、そのような幅広いケアマネジメント活動を行っているものと、介護保険制度上の役割のみを行っているものとに分かれている。

活動の範囲とは別に、コミュニティ・ケア・マネジメントの範囲に入る仕事を行う能力についても、比較的高い能力のレベルにあるものが多く見受けられる。「ケアプランの調整・実施」にあたり、本人や家族の希望に加えて「地域のインフォーマル・サービスとの連携にも配慮しながら総合的な視点から調整す

ること」が「だいたいできる」「かなりできる」「確実にできる」と回答したものの割合が 72.0%に上っている。

I-4 職務遂行能力の現状

(1) 全体傾向

第 3 部の 3. の単純集計結果の間 1 に示される通り、各課業ともに、課業の難易度が上れば平均能力得点が下るという傾向が全体として確認される。しかし、「ケース発見」「ケアプランの原案作成」「ケアプランの修正」「ケアプランの調整・実施」「苦情解決」ではこの傾向がきれいに出ているのに対して、「相談・分析」「アセスメント」「モニタリング」「要介護認定」「給付管理」「サービス担当者会議の運営」では課業の難易度にかかわらず「だいたいできる」「かなりできる」に回答が中位集中する傾向が確認される一方で、難易度との比例関係に多少の凸凹が存在する。

すなわち、直接業務のコア課業については、普段の仕事での経験頻度の高さに比例して、能力が高まる様子が確認されるが、普段担当することの少ない課業や専任者が分担することの多い課業について、能力のバラツキが確認される。

直接業務を行う能力の高さと間接業務を行う能力の高さははっきりと相関していることが図 1 から分かる。モデル的な見方では、能力得点の低い段階（経験の初期段階）では、直接業務を行う能力が先に伸びるが、2.5 点から 3.0 点あたりで、間接業務の能力も対応して高まるようになり、3 点を超えると、両能力の分布はほぼ均衡の状態に入ると考えることができる。したがって、望ましい能力開発パターンは、図 1 の標準偏差直線の形になる。

(2) 直接業務

「ケアプランの原案作成」と「ケアプランの修正」というコア課業の中でも最も中心に位置する 2 つの課業については、難易度と能力得点にきれいな相関関係が認められる。

能力得点の分布を見ると、「ケース発見」「相談・分析」「ケアプランの原案作成」「ケアプランの修正」といったケアプラン作成に直接関わる課業において得点水準が比較的高く、「アセスメント」「モニタリング」「ケアプランの調整・実施」といった観察・調整に関わる課業では比較的低い。

(3) 間接業務

間接業務では、コア課業である「要介護認定調査」および業務頻度の高い「苦情解決」において得点水準が比較的高い。これに対し、実施頻度の低い「サー

ビス担当者会議の運営」や専任者の置かれる場合の多い「給付管理」では、難しい内容でもできるひとから易しい内容でもできないひとまで、一定の傾向性を指摘するのが困難な状態で分布しており、なおかつ得点水準も全般的に比較的低い。

このことは、普段の仕事における業務頻度が能力形成や能力水準に大きく関連していることを示唆していると思われる。

(4) 経験、能力、仕事の仕方の相互関連

能力の高さと経験期間の長さは、図2に示されるように、ほぼ相関している。この図は2本の折線グラフの上線が能力得点上位50%のものの、下線が下位50%のものの能力伸長パターンを、それぞれ示している。いずれも、仕事を始めて最初の12ヶ月までに能力伸長の第一期があり、18ヶ月以降に第二期があることを示している。12ヶ月から18ヶ月までの停滞期が生じている理由は調査の限りでは明らかではないが、経験期間に対応して能力が段階的に高まっていくような体系的な教育訓練のあり方が大切であることが示唆されている。

ケアマネジャー資格試験を受験する際に用いた背景資格との関連では、看護師等の医療職よりも、社会福祉士出身者の能力が比較的高く、福祉直接処遇職出身者が最も低い結果となっている。

自分一人ですべて担当しているひとやケアマネ相互に調整して仕事をしているひとの能力が高い。能力が高いので任されているという側面も推測される。

(5) 指導能力

各課業について、「指導経験なく指導できない」の割合が、最低の「ケアプランの原案作成」で39.1%、最高の「給付管理」でも52.3%となっており、全体に、自分の仕事としては確実にできて、後輩や新人を指導する力にやや不足する傾向が見られる。「できない」前提として、普段の仕事の中で互いにアドバイスし合ったり、助言しあったりという「経験」の部分でやや希薄な面があるのではないと思われる。

(6) 教育訓練

普段の仕事の中で行われるOJTとは別に、職場外で座学研修等の形で行われるOff-JTについては82.2%が受けている。しかし、初任者研修に限ると3割が受けておらず、受けている場合でも、制度・知識重視の研修となっており、実務上の指導は36%が受けていない。他方、研修や実習を受けたことがある場合は、それが普段の仕事に役立っているとしている割合が高い。

全体として、能力開発に関連する取り組みへの意欲や期待は高く、能力開発へ

の取り組みを特に希望しないものの割合は3.9%に留まっている。

I-5 雇用・仕事

(1) 背景資格

ケアマネジャーの資格試験を受験する際に用いた保有資格（背景資格）別の割合は、看護職が5割（「看護師・准看護師」41.4%、「保健師」7.1%）、介護職4割（「介護福祉士」32.6%、非資格介護経験10.1%）となっている。特に資格を保有しないけれども10年以上の介護業務経験を有するものが全体の1割に上っていることは注目される。

また、背景資格を活かした職域・職種での経験が10年以上に達するものが全体の67.5%となっており、管理職や基幹的現場職と兼務のケアマネジャーが多くみられるのはこれと関係している。また、いくつかの資格をマルチで保有しているものが40.3%に上っている。

したがって、資格や経歴において多様で深い経験を有する人材がケアマネジャーになっている実態がわかる。換言すれば、ケアマネジャーの資格と仕事は、資格取得を志すひとびとにとっては、キャリア展開の上位段階と見なされているということである。介護関連職種の中でケアマネジャーの仕事が実態としてもこうした意識や期待に応える

(2) 雇用

雇用形態は、常勤職員・正社員であるものが86.7%、嘱託雇用など有期契約職員・社員であるが勤務時間は常勤・正社員と同じものが5.8%であるのに対し、パート、アルバイトなど常勤・正社員より短い勤務時間で雇用されるものは3.8%に留まっている。これは、ケアマネジャーの雇用形態がホームヘルパーなど他の介護関連職種と比較して、安定していることを示していると同時に、比較的ベテラン職員・基幹職員がケアマネジャーになっていることと関連していると思われる。これに関連して、平均月間勤務日数は21.5日と、ほぼ週休2日が定着しているようである。

ケアマネジャーが雇用されている事業主体別割合では、社会福祉法人が46.6%、医療法人が26.1%であるのに対し、民間の営利法人は8.1%、NPOは0.9%と合計でも1割弱に留まっている。

所属事業所の業態別では、在宅関連54.1%、施設・病床関連が27.4%で、その他18.4%となっており、中でも、居宅介護事業者の所属が48.1%に達している。

(3) 雇用意識

ケアマネジャー資格を取得したの最大の理由は、これまでの経験や資格を活かしたいというものであり、次いで、関心ある仕事であったからや技術を身につけたいとなっている。逆に生活維持のためには7.9%、家計補助のためには0.8%と比較的低い。経済的理由よりも、むしろ、キャリア展開を図るための資格取得が主たる理由であることがわかる。

他方、ケアマネジャーとして現在仕事をしている理由は、勤務先の都合によるものが28.2%、資格・技能・経験を活かすために24.0%、専門性の高い仕事だから12.8%となっており、ここでも、勤務先の人事管理上の理由で上位キャリア職としてのケアマネジャーの仕事に就いているとか、個人の能力・キャリア展開の動機によるものが65%に上っており、生活の維持のためは16.0%に留まっている。

I-6 処遇

賃金形態別では、賃金が、1時間単位で決まっているものが1.8%、1日単位で決まっているものが3.0%に留まり、88.0%が1ヶ月単位で決まっている。その他と答えた7.2%についても、その中身は、1ヶ月単位の固定給にプラスしてケアプランの件数で歩合給が支給されるもの、年俸制で決められているもの、他の兼務職の給与にプラスしてケアプラン件数で加給されるものなどが大半であり、総じて、年俸ないし1ヶ月単位の賃金を基本にした賃金形態になっていることが分かる。

時間給の平均額は900円、日給の平均額は8,117円、月給の平均額は228,857円であり、これに加算等が上積みされる結果、調査直近月の税込み月収実額の平均は250,410円であった。

先の雇用形態等と合わせて考えると、ケアマネジャーの雇用・処遇パターンの標準形は、常勤職員・正社員として雇用され、1ヶ月単位または年俸として基本給が決められており、したがって、労働時間を裁量で調整することが難しく、平均月収25万円程度ということになる。

図3は、賃金形態が月給で働くケアマネジャーについて、能力の高さと月額賃金の高さの相関を示したものである。これによれば、同じ能力レベルのレンジに属するものであっても月額賃金の高さには大きな較差が認められ、また、能力レベルの高い層が必ずしも高い賃金を支払われているとは限らない実態も示されている。賃金額が勤続年数や役職に強く対応して決められている実態がわかる。

ケアマネジャーとしての仕事に専念しているものの割合は25.9%で、4人に3人は現場職や管理職を兼務している。管理職の仕事との兼務者は31.7%に

上っている。これに伴い、職務分掌はあいまいで、職務分掌票や職務記述書のような文書化された分掌範囲が存在しているのは 32.3%に留まっている。口頭説明による分掌であったり、分掌そのものがはっきりと存在しないといった割合が 7 割近くに及んでいる。

職務分掌が曖昧になっていることに関連して、労働時間を仕事量や仕事の配分にあわせて自分で調整しているケアマネージャーはわずか 2.9%であり、93.9%は仕事時間の調整に自己裁量が効かない状態にある。すなわち、平均勤務日数は事業者の所定どおりであったとしても、ケアマネージャーとしての仕事の部分をこなすために相当の業務負荷がかかっているものと思われる。その結果、働く日数や時間について、今のままでよいと考えているものが 50.3%いる反面、36.0%は減らしたいと希望しており、また、今後ケアマネージャーとしての仕事を続けたいかどうかでは、ケアマネージャー以外の仕事に従事したいと考えているものが 21.2%、介護の仕事自体を辞めたいと考えているものも 6.9%存在し、その他と回答した 21.5%のうち、ケアマネージャーとしての仕事に専念できる体制が欲しいと考えているものや、ケアマネージャー事態を辞めたいとこたえているもの、さらに、現在悩んでいるところと答えているものなどの割合が高くなっている。

つまり、キャリア展開を考えてケアマネージャーの資格を取得し、実際に仕事に就いてみて、雇用形態や賃金処遇面では比較的安定しているものの、ケアマネージャーの仕事に十分に専念できない環境に置かれていたり、職務分掌が曖昧な状態でケアマネージャーとしての仕事に取り組まなければならない環境にあるなどの理由から、ケアマネージャーの仕事を現在のままの形で続けることに自身を失っているものの割合が相当に高いという現実がある。

I-7 属性

調査対象となったケアマネージャーの 80.9%が女性で、78.0%が既婚者である。年齢層では、40 歳以上 45 歳未満が 25.4%で最も高く、全体の 76.5%が 35-55 歳層に属している。そして、主たる家計維持者であるものが 41.6%割に上る。

注

- (1) 岩手県介護支援専門員協会（佐々木裕彦会長、事務局：盛岡市「青山和敬荘」内）および北九州市ケアマネージャー研究会「ケアマネット 21」（白木裕子会長、事務局：（株）北九州福祉サービス内）である。この調査研究に対して両団体の深いご理解と全面的なご協力を得たことに感謝申し上げます。

図1 能力点の分布

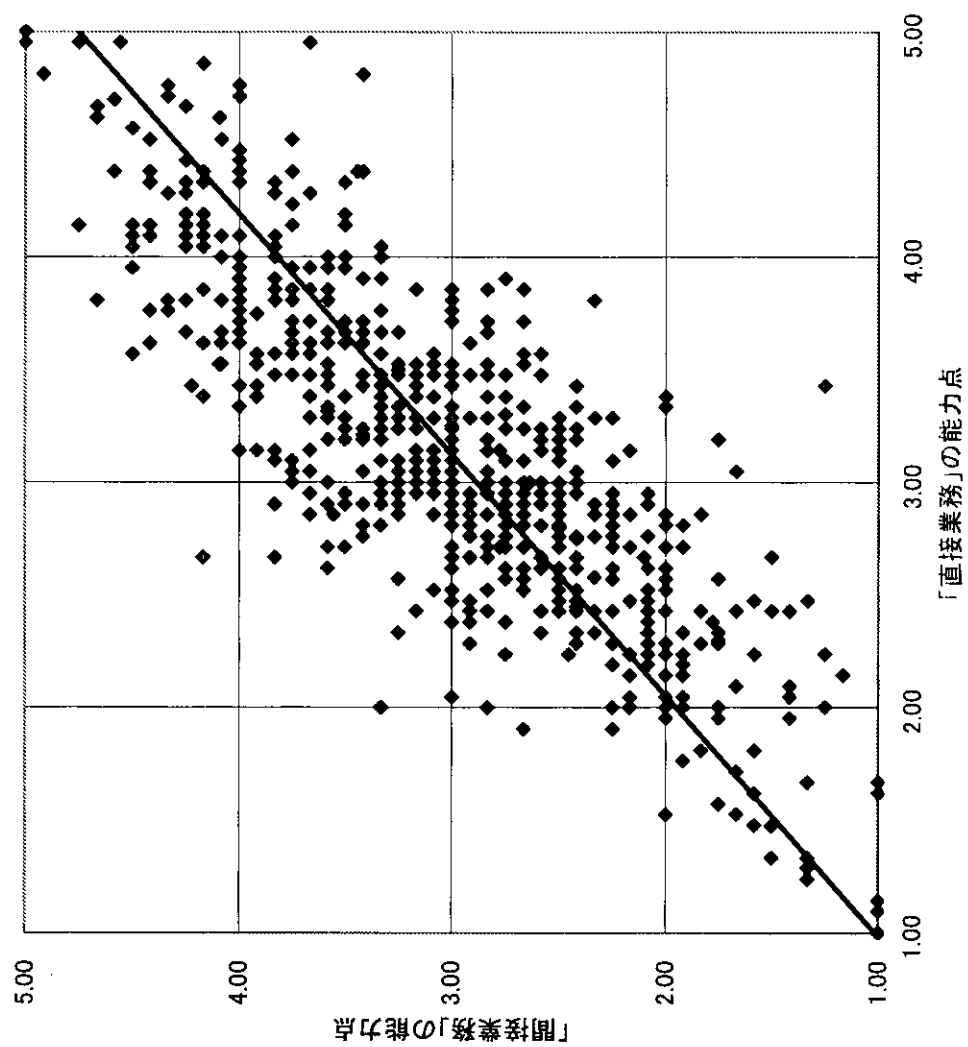


図2 仕事の経験期間の長さで能力の高さ

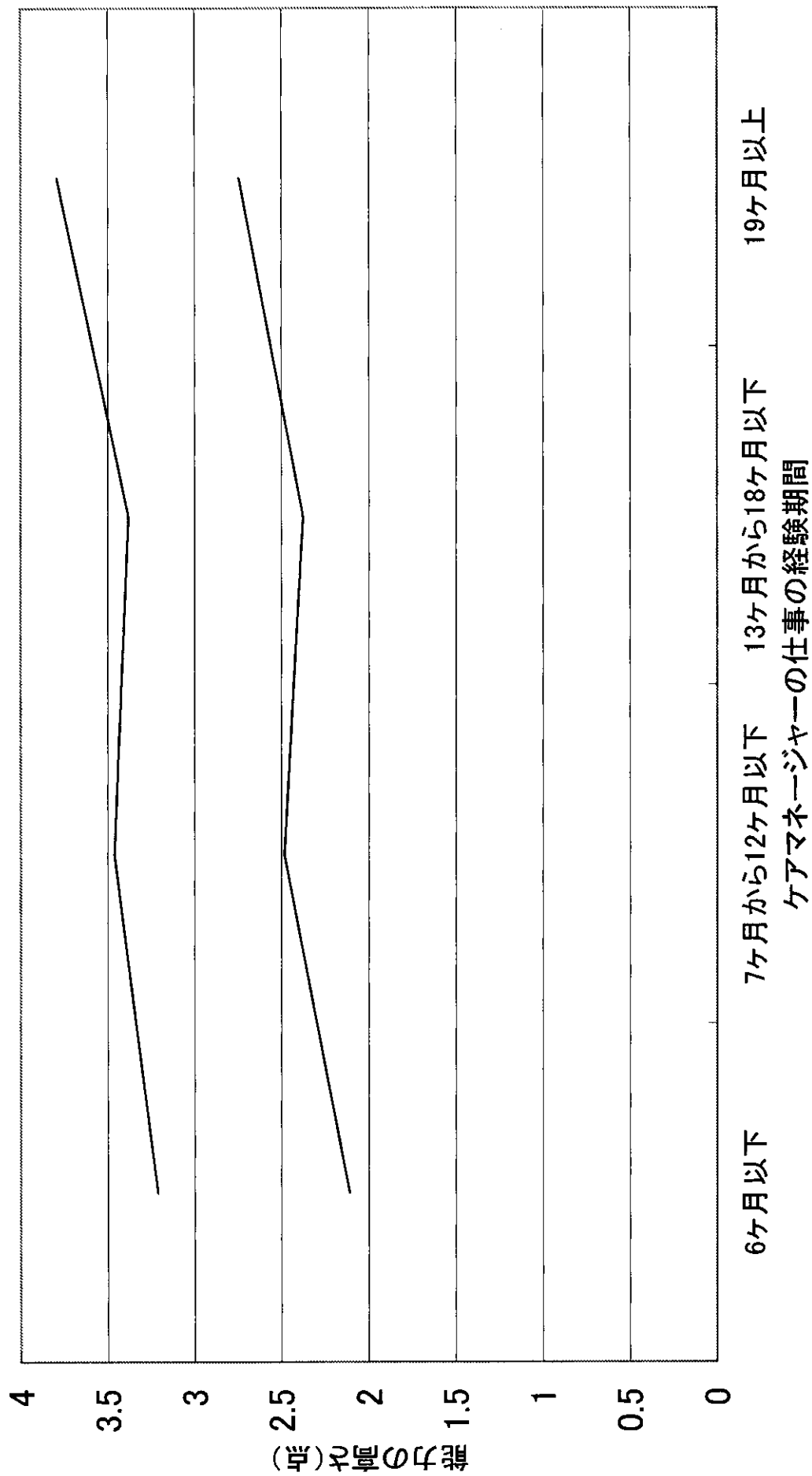
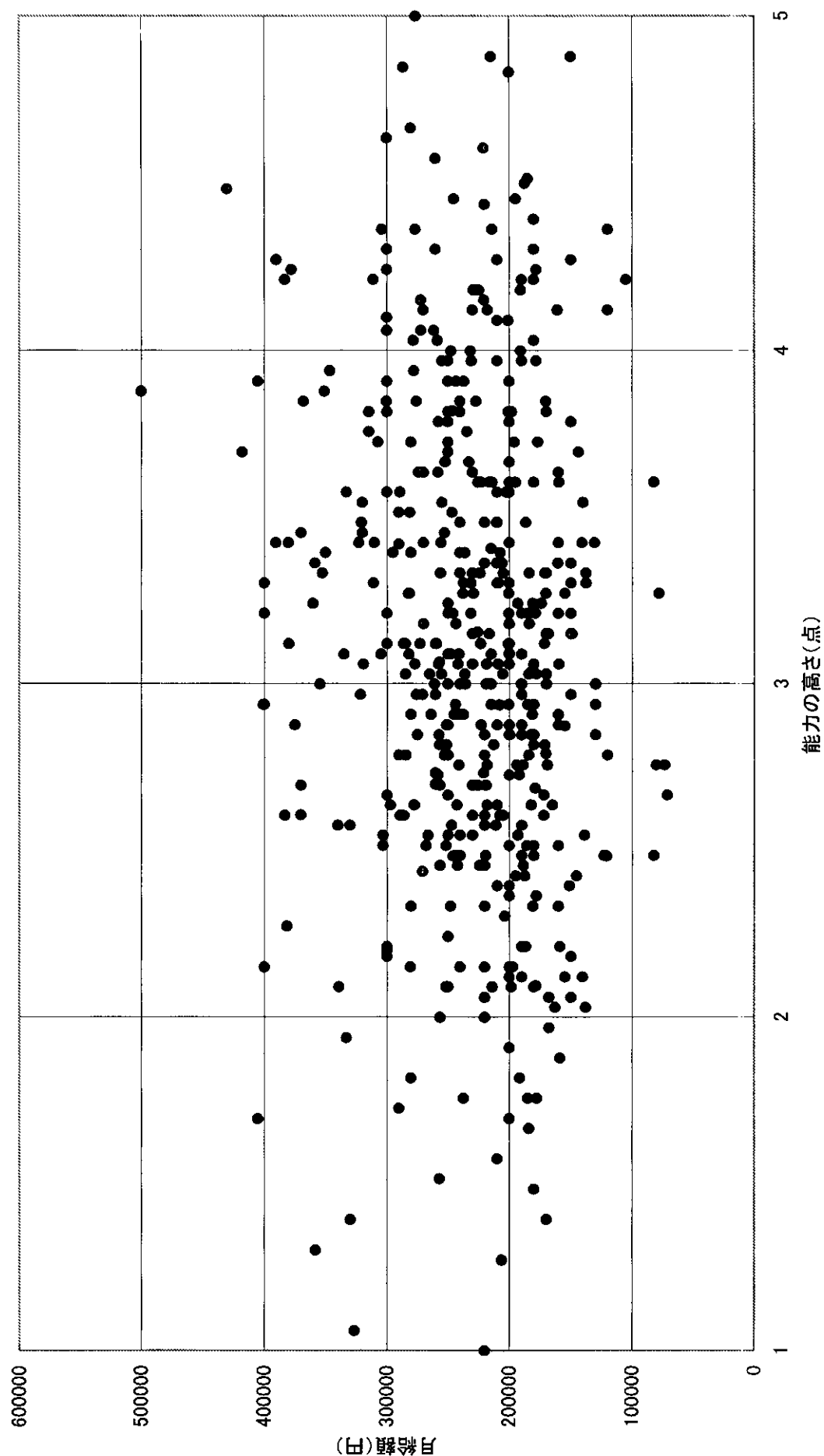


図3 能力の高さと月給賃金



Ⅱ-1 職務遂行能力の測定と配置

1) サービス提供責任者の役割

サービス提供責任者の役割は、利用者の介護サービスニーズを充足することにある。その役割を実現するためには、2つの基本的な機能を果たすことが求められる。

第1に、ケアマネージャーが作成したケアプランや利用者訪問などに基づき利用者の介護ニーズを適切に把握し、サービス提供計画を作成することである。第2に、サービス提供計画の内容を実現できる職務遂行能力を備えたヘルパーを配置することである。第1と第2の機能のいずれが欠けても利用者の介護ニーズを充足することができない。介護サービスに対する需要と供給を合致させるために、この2つの機能の確実な遂行が求められる。

第1の機能を遂行するためにサービス提供責任者は、利用者の介護ニーズの把握とそれを実現するためのサービス提供計画の作成能力が求められる。第2の機能を遂行するためには、ヘルパーの職務遂行能力を適切に把握することが必要となる。しかしヘルパーの職務遂行能力を正確に把握するためのツールが用意されているわけではない。本研究の主目的は、このツールの開発に貢献することにある。

職務遂行能力は、具体的に発揮可能な職業能力を指し、社会的資格などに基づいて測定できるものではない。例えば、ヘルパー2級の資格を保有しているヘルパーであっても、職務遂行能力には相当のばらつきがあることが今回実施した調査で明らかにされている。職務遂行能力は、発揮可能な能力であり、具体的な仕事を通じてのみ測定できる。つまりどのような仕事ができるかできないかに基づいて判断できる。

2) ヘルパーの職務遂行能力の測定方法

労働者の職務遂行能力を把握する通常の方法は、直属上司の評価に基づくものが一般的である。労働者が従事している仕事を良く知り、日頃の仕事を直接観察できる立場にいる上司の評価が、職務遂行能力を測定する際の有力な情報となる。しかしヘルパーに関しては、この方法を利用することができない。ヘルパーが仕事を行う場所は、介護サービス利用者の居宅内であり、ヘルパー1人で介護サービスを提供することが通常で、サービス提供責任者などが同行することは例外的であることによる。つまりヘルパーの職務遂行能力を的確に把握すべき立場にあるサービス提供責任者は、ヘルパーの働きぶりを見る機会を持たない。こうした特殊な状況で働く

ヘルパーの職務遂行能力を把握するためには、つぎのようないくつかの工夫が求められる。

第1は、介護サービス利用者からヘルパーの働きぶりに関する情報を集め、ヘルパーの職務遂行能力の把握に利用することである。そのためにはサービス提供計画を作成したり、修正したりする際の利用者訪問が欠かせない。さらには、利用者と接する機会のあるケアマネージャーなどから得られる情報や利用者のクレームなども有益なものとなる。

第2は、ヘルパー自身の職務遂行能力に関する自己評価である。自己評価を行う場合、評価基準が明確でないと、それぞれが自己流の評価を行ったり、甘い評価となり勝ちとなる。自己評価から可能な限り恣意性を排除するためには、能力測定のための尺度を開発することが求められる。

第3に、自己評価の結果をサービス提供責任者など第三者の評価と比較する機会を設けることが有益である。能力評価尺度から作成されたセルフチェックシートなどに基づいて、ヘルパー自身が職務遂行能力を自己評価し、その結果に関してサービス提供責任者と面接を行うことなどが考えられる。サービス提供責任者がチェックシートに基づいてヘルパーの職務遂行能力を測定し、それとヘルパーの自己評価の結果を比較し、両者が納得できるものに修正していくことが有効である。

3) 職務遂行能力に関するセルフチェックシート

ヘルパーによる職務遂行能力に関する自己評価（セルフチェックシートなど）やサービス提供責任者がヘルパーの職務遂行能力を測定するための評価尺度として、付属表に収録したヘルパー調査票の問1と問2が有効である。

下記は、ヘルパー調査票の問1の一部と問2を抜き出したものである。問1は、食事介護などヘルパーが介護業務を遂行する上で従事する課業を取り上げ、それぞれについて主な仕事をあげ、それぞれの仕事をどの程度まで確実に遂行できるかを測定する内容となっている。問2は、それぞれの課業に関する指導能力を測定するものである。この問1と問2を利用することで、つぎのようにヘルパーの職務遂行能力を評価することが可能となる。

第1に、問1による課業毎の職務遂行能力得点（「実務経験があり確実にできる」を5点、「実務経験がありかなりできる」を4点などとして、その得点の合計）と問2の指導能力得点（「指導経験がある指導できる」を3点、「指導経験はあるがあまりうまく指導できない」を2点などとして、その得点の合計）を合算することで、指導能力を含めた職務遂行能力を総合的に測定することができる。第2に、課業毎の能力得点を身体

介護、家事援助、コミュニケーションなど介護分野毎に合計することで、職務遂行能力を介護分野別に把握でき、能力開発が求められる分野が明確となる。第3に、職務遂行能力得点と指導能力得点の両者から教育訓練担当者の選定することができる。

付属資料のヘルパー調査票の間1から抜粋

仕 事 例			実務経験が あり 確実にできる	実務経験が あり かなりできる	実務経験が あり いたいできる	実務経験が あり 少しできる	実務経験なし・ほ とんどできない
			90点 以上	70～ 80点	50点 前後	20～ 30点	10点 以下
食 事 介 助	a	食べやすいよう食事をセッティングし、利用者の身体状況にあったしせいを確保すること	5	4	3	2	1
	b	嚥下・咀嚼状態を見ながら利用者のペースにあわせて介助すること。	5	4	3	2	1
	c	嚥下障害や硬直、痴呆など、通常の摂食が困難な利用者の身体・精神状況に合わせた介助をすること。	5	4	3	2	1
排 泄 介 助	a	環境を整え、必要物品を準備して、羞恥心に配慮しながら利用者の排泄の見守り・一部介助を行うこと	5	4	3	2	1

付属資料のヘルパー調査票の間2から抜粋

	指 導 経 験 が あ り 指 導 で き る		指 導 経 験 は あ る が う ま く 指 導 で き な い		指 導 経 験 な し ・ 指 導 は で き な い
食 事 介 助	3		2		1
排 泄 介 助	3		2		1
更 衣 介 助	3		2		1
入 浴 介 助	3		2		1
清 拭	3		2		1
ベッドメイク	3		2		1
体 位 変 換	3		2		1
移 乗 介 助	3		2		1
外 出 介 助	3		2		1
掃 除	3		2		1
余 暇 活 動	3		2		1
健 康 チェック	3		2		1
緊 急 対 応	3		2		1
説 明	3		2		1
関 係 構 築	3		2		1
情 報 収 集 と 判 断	3		2		1
協 働	3		2		1

4) セルフチェックシートの能力開発と配置への活用

セルフチェックシートによる職務遂行能力評価とそれに基づくサービス提供責任者との面接は、ヘルパー自身による職務遂行能力に関する理解を明確なものとする。ヘルパー2級の資格を保有していても、職務遂行能力のばらつきが大きく、資格取得後も能力向上に向けた努力が必要とされることによる。ヘルパーの能力向上意欲を喚起するためには、自己の職務遂行能力に関する正確な理解が不可欠となる。そのうえで、ヘルパーのキャリア目標を踏まえ、能力開発に関するアドバイスを言ったり、能力開発機会を提供したり、仕事への配置を行うことになる。

キャリア目標を踏まえて能力開発を行うのは、ヘルパーによって将来のキャリアに関する希望が異なることによる。たとえば、ヘルパーを継続するしても、家事援助を中心とした介護の仕事を希望する者、家事援助だけでなく身体介護を含めた仕事を希望する者、さらにヘルパーを続けたのちケアマネージャーなど他の仕事に従事することを希望する者など、多様なキャリア志向がある。従って、保有している職務遂行能力だけでなく、キャリア志向を踏まえた能力開発目標の設定と能力開発機会の提供が求められることになる。

能力開発機会としては、OJTとOff-jtがある。OJTは、仕事に従事することが本人の能力開発に結びつくように仕事に従事させたり、アドバイスを言うものである。従って、サービス提供責任者は、利用者の介護ニーズを適切に充足できる職務遂行能力を保持したヘルパーを配置するだけでなく、可能な限り能力開発を考慮した配置を行うことが求められる。仕事を経験しなくては、能力開発を行うことができないことによる。同時に、保有している職務遂行能力を大幅に上回る能力を求めるような仕事に配置することは避けなくてはならない。期待された仕事ができない状況は続くと、ヘルパーが仕事に自信を持てなくなり、仕事の継続が難しくなることによる。

5) 能力開発の工夫

能力開発を考慮した仕事への配置だけでなく、能力開発が円滑に行われるためには、いくつかの工夫が必要となる。通常のOJTでは、仕事をしながら管理職や先輩に

相談したり、アドバイスを求めることができるが、ヘルパーの場合は、利用者の居宅内で一人で仕事をするのが一般的となるためそれができない。そのためつぎのような工夫が求められる。

第1は、仕事上直面した課題などに関して先輩ヘルパーと相談し、アドバイスを受けることができる機会を設けることである。少なくとも月1回は、他のヘルパーとの情報交換できる場を設けることが望ましい。こうした仕組みは、ヘルパーの間のノウハウの共有化に貢献するものとなる。それだけでなく、一人の仕事のため孤独となりがちなヘルパーにとって仲間とも交流機会ともなる。

さらに、新人に対しては、同行指導を行う事業者は多いが、それだけでなくキャリアの節目毎に教育担当者による同行指導の機会を設け、介護の現場で指導を受けることができる機会を設けたり、施設での短期の研修機会を設けることも有益となる。

Ⅱ-2 能力開発促進型の処遇制度

1) 職務遂行能力にリンクした職能等級の導入

能力開発を促進するためには、能力開発の機会を提供するだけでなく、職務遂行能力を評価し、それを処遇に反映させる仕組みが求められる。たとえば、ヘルパーに関してつぎのような職能等級を設けることなどが考えられる。こうした職能等級を設けることで、ヘルパー自身が自己の職務遂行能力のレベルを確認し、つぎの能力開発目標を明確にすることができる。なお、職能等級への格付けは、上述した職務遂行能力を測定する尺度を利用して行うことができる。

さらに職能等級は、業務への配置に活用することや、処遇の決定要素に組み入れることができる。

職能等級の例示

- 1級：見習い；ヘルパー資格2級取得で実務経験なし
- 2級：初任者；実務経験1年以上で、家事援助と身体介護のいずれかを一通りこなせる
- 3級：1人前；実務経験2～3年、家事援助と身体介護のいずれかを完璧にこなす
- 4級：ベテラン；実務経験4年以上、家事援助と身体介護のいずれも完璧にこなせる
- 5級：指導者；4級のベテランレベルの職務遂行能力に指導能力が加わる

2) 処遇としてのキャリア

賃金だけが処遇ではなく、ヘルパーのキャリアを多元化し、キャリア希望の充足機会を設けることも重要となる。たとえば、ヘルパーの教育訓練担当者、サービス提供責任者、ケアマネージャーなどのキャリアが考えられる。このほかヘルパーの中でも常勤のフルタイムヘルパーのキャリアを用意することなどもある。

III 介護報酬算定基準のあり方

小笠原浩一

III-1 職務遂行能力の実態調査から明らかになったことと介護報酬算定基準のあり方

III-1-1 介護サービスには難易度があり、サービス提供能力にもレベルがある

現行の介護保険制度は、介護難易度は「要介護度」で表示し、介護報酬の算定はサービス行為のパッケージないし類型で画一的に行う方式を採っている。

介護の難易度については、ADLのレベル測定の視点を中心に把握される身体的要介護の状態を介護難易度評価の中心に置き、提供される介護サービスの所要時間の長さによって難易度（要介護度）を測定するという方式を用いている。すなわち、身体介護の「体位転換」とか家事援助の「調理」といった個々のサービス項目（本研究ではこれを「課業」と呼んでいる）に難易度が存在するところまでは制度設計においては想定されていない。

介護報酬の算定にあたっては、各介護サービス項目に難易度を設けないという前提が置かれていることから、サービス単位あたりの報酬額は、それを行うホームヘルパーや施設直接処遇職員の熟練度に違いがあっても基本的には同一ということになっている。

また、ケアマネジャーの仕事については、要介護認定後のケアプランの作成が中心に置かれており、報酬算定もケアプランを単位としているため、ここでも、ケアマネジメントのプロセスやその実施に難易度が存在していたり、これを行うケアマネジャーの熟練度に違いが存在しているところまでは制度は想定していない。

これに対して、本研究が実態調査を通じて明らかにしてきたことは、次の通りである。

- (1) 同一の課業であっても、当該課業を遂行する際に必要となる具体的な要素作業の内容は利用者の状態の相違に応じてケースごとに異なる。このことから、一連の要素作業の集合である課業そのものに、たとえば同じく「体位転換」といっても、難しい内容のものから易しい内容のものまで難易度が生ずる。難易度は、最も単純化して3段階（平成13年度直接処遇職調査票の問1）に、やや厳密に区分すれば5段階（平成14年度直接処遇職調査票の問1）に整理することができる。
- (2) 介護サービスを行う主体の課業遂行能力（本研究では「職務遂行能力」と呼んでいる）についても、たとえ同一の資格（たとえばホームヘルパ