

ケアマネジャーの裁量的判断とその規定要因

廣 野 由 美
(人間発達科学専攻)

1. 課題と背景

本研究の目的は、介護保険制度下におけるケアマネジャー（介護支援専門員）が、日常業務の中のどのような場面でどの程度の裁量的判断をおこなっていると認識しているのかを明らかにするとともに、その裁量的判断の規定要因を検討することである。

1-1 ソーシャルワークの一形態としてのケアマネジメント

ケアマネジメントは、社会福祉援助技術における間接的援助技術の一つとして位置づけられており（小田，2006）、ソーシャルワークの手法の一つとして論じられてきた。ソーシャルワークは、人権と社会正義の原理を基盤とし、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人々がその環境と相互に影響しあう接点に介入することと定義されており、ソーシャルワーク実践は、日常の個人的・社会的問題だけでなく、危機介入と緊急事態にも対応する（国際ソーシャルワーカー連盟，2000=2001）。そしてケアマネジメントは、個々のニーズにサービスを適合させるプロセスであり、アセスメント、ケアプランの作成、ケアプランの実行、モニタリングなどから構成される（Department of Health Social Service Inspectorate et.al, 1995=1996）。ケアマネジメントはソーシャルワークと比べ限定された対象に一定の予算限度枠内でサービスを調整・購入させるという責任や役割をもつ（副田;2003）が、問題（トラブル）への介入援助や地域社会や全体社会に働きかけるソーシャルワーク活動の一形態であると捉えられてきた。

ただし、わが国における「ケアマネジメント」は介護保険法を根拠とするものであり、ケアマネジャーは介護保険法及び関係諸法令・通知を遵守すべきことが「介護支援専門員倫理規定（日本介護支援専門員協会，2007）」にも示されている。介護支援専門員（ケアマネジャー）の資格取得は、医療・保健・福祉関連の基礎資格を持ち5年以上の実務経験を有した者が、都道府県が実施する試験に合格し短

期間の研修を受ければよく、ソーシャルワークについての高度な専門性は要求されていない。また、介護支援専門員のテキストにも「ソーシャルワーク」の概念は登場しない。

このような介護保険制度のサービス利用支援に限定された活動は、ソーシャルワークが理想としてきた援助の一環としてのケアマネジメントではないという批判もある（渡部，2003）。とはいえ、ケアマネジメントが、介護保険制度における行政サービス上の手続きと位置づけられていることは否定できない事実でもある。

1-2 行政サービス上の手続きとしてのケアマネジメント

わが国のケアマネジメントが行政サービス上の手続きと位置づけられているのは、介護保険制度に、財政の役割を根本的に見直す手法としてニュー・パブリック・マネジメント（NPM）の手法が導入されたことと関連していると考えられる。1990年代以降、イギリス、アメリカ、ニュージーランドを中心に導入されたNPMには、①公共分野に民間企業の経営慣行と手法を取り入れる、②目標と優先策を設定し、政策課題を明確にする責務を負うマネジャー（manager）を配置する、③準市場（quasi-market）の創出、④地方自治体への裁量権の委譲、⑤業績指標と緊縮的な予算編成、⑥「契約（contract）」関係への転換という六つの特徴があり（山本，2001）、介護保険制度はNPMを背景としている。

副田（2008）は、ケアマネジメントがソーシャルワークの一部であるという立場を示しつつも、ケアマネジメントは行政サービスにおける脱専門職化の戦略として位置づけられ、ソーシャルワーク実践をより行政手続きに近いものに変えていくための方法であり、時代の政策トレンドに適合可能な「中立的サービステクノロジー」だったと指摘している。つまり、介護保険制度における「ケアマネジメント」は、福祉政策に民間の経営手法を取り込み、脱専門職化されたケアマネジャーが行政手続きの一端を担うものとして制度が設計されていると考えられる。そこで本稿では、ソーシャルワークの一つとしてのケアマネジメントという

捉え方から距離を置き、行政サービスの手続きとしてケアマネジメントと捉えることにする。

1-3 意思決定過程とケアマネジメント

管理科学、組織理論、行政学を中心とし広い範囲に影響を与えた研究者としてサイモンがあげられる。彼は、管理することは意思決定することと同義であり、経営管理者にとって重要なものは意思決定技能であると述べている(Simon, 1977=1979)。

意思決定とは、一般に何らかの目的を達成するための行動の選択についての決定(decision-making)であり、4つの主要な局面から成り立つ。すなわち、①決定の機会を見出すこと(情報活動)、②可能な行為の代替案を見出すこと(設計活動)、③行為の代替案の中から選択を行うこと(選択活動)、④過去の選択を再検討すること(再検討活動)であり、決定が実施されることも意思決定活動である(Simon, 1977=1979)。

介護保険におけるケアマネジメントの過程(図1)と意思決定過程を見比べると、①アセスメントは意思決定過程における「情報活動」に、②③④のケアプランの作成にかかる過程は、意思決定過程の「設計活動」「選択活動」に、⑤モニタリング、⑥「必要時応じケアプランに変更」は意思決定過程の「再検討活動」とそれぞれ対応していると考えられる。すなわち、ケアマネジメントの過程は、ケアマネジャーの意思決定過程として捉えることが可能である。

1-4 ケアマネジャーの裁量的判断

意思決定過程およびケアマネジメントのそれぞれの過程には、担当者の判断の自律性すなわち「裁量」が存在する。現行の介護保険制度では、基準や規則が細かく設定されており、法令遵守が重視されている。このためケアマネジャー

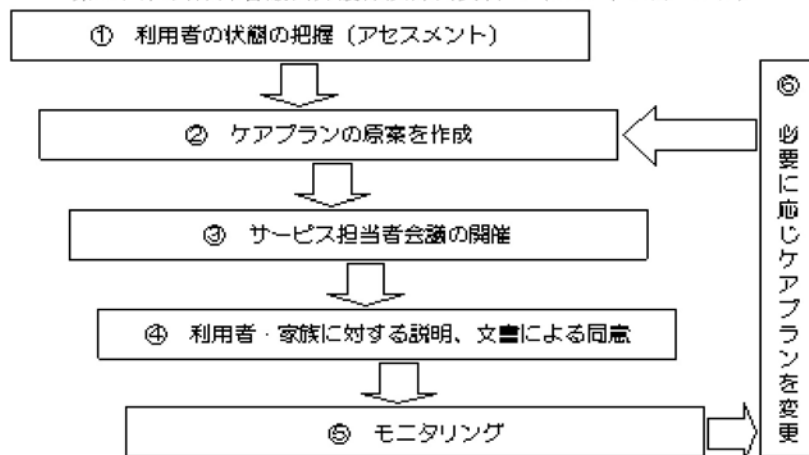
は、「介護保険の中心的役割ともてはやされる半面、決定権や行使権は何一つ持っていない」(月刊ケアマネジャー編集部, 2008)と指摘されるように、日常業務の中で裁量的判断を行っているという認識は、ケアマネジャー自身も乏しいように思われる。

武智(1993)は、生活保護ケースワーカーについて、法令や行政規則による指示・指導から、生活保護ケースワーカーには裁量の余地がないように見えるかもしれないが、彼らは福祉政策実施の構成要素(①資格要件、②適用範囲、③サービス利用度、④代替え可能性)の決定にかかわり、日常業務も機械的な処理ではないなど、現実には全く正反対であると述べている。介護保険制度では、利用できるサービスの限度額は法令で定められており、利用するサービスは最終的に利用者の判断で決定される。この意味では、ケアマネジャーには権限がない。しかし武智のいう福祉政策実施の構成要素のうち、②適用範囲→同居家族がいる場合で訪問介護の生活支援をケアプランに位置付けるかどうか、③サービス利用度→介護サービスの種類や頻度、利用する事業所の選択、④代替えサービスの検討→インフォーマルサービスの導入などの場面で裁量的判断を行っているはずである。また、ケアマネジャーの業務には、利用者家族の心理社会的問題への介入や緊急事態への対応など、標準的なケアマネジメントの過程からは外れる「不明瞭な業務」が存在しており(伊藤, 2005; 梅谷, 2005; 馬場, 2004など)、ここにもケアマネジャーの裁量的判断の余地があると考えられる。

制度と利用者個々の生活を適切に結び付けるためには、担当者の判断の自律性、すなわち「裁量」が必要である。しかし裁量には、このようなポジティブな面だけでなく、事業所への利益誘導や利用者の「いいなり」プランの作成などネガティブに作用する側面もある。重要なのは単に、

図1 介護保険におけるケアマネジメントの流れ

－第9回社会保障審議会介護保険部会資料3(H16年2月23日)－



裁量の有無や程度ではなく、その具体的な内実であるが、先行研究においてその詳細はほとんど注目されてこなかった。

そこで本研究では、ケアマネジャーを対象に行った質問紙調査のデータに基づき、彼らが日常業務の中のどのような場面で裁量的判断を行っているのか、また裁量の有無や程度はどのような要因と関連するのかを考察する。この作業を通して、ケアマネジャーの裁量的判断と業務実態の関係、またケアマネジャーの裁量的判断の質について考察する手掛かりとしたい。

2. 方法

2-1 調査対象者および調査方法

調査対象者はA県の居宅介護支援事業所のケアマネジャーである。WAMNET（独立行政法人福祉医療機構によるwebサイト）でA県内の居宅介護支援事業所を検索し、登録されている事業所に、所属ケアマネジャーの人数分の調査票を郵送して調査を依頼した。回収は、個別に筆者に返送してもらえよう返信用封筒を用意し、直接返送してもらった。最終的に206人の回答があり、回収率は32.2%であった。調査実施時期は2009年3～5月である。調査にあたり、お茶の水女子大学グローバルCOE研究倫理綱領に基づく審査を受けた。

2-2 変数

本研究で用いた従属変数は、ケアマネジャーの日常業務における裁量である。ケアマネジャーの日常業務における裁量の項目については、本調査に先立ち、A県の居宅介護支援事業所に勤務するケアマネジャー26人にインタビュー調査を行い、その語りの中から重要と思われる項目を抽出した。具体的には、標準的なケアマネジメント過程（介護支援専門員テキスト編集委員会編，2007）に沿った判断項目と、それ以外の業務上の経験における判断項目につきたずねた。ここで得られた語りをもとに質問項目（17項目）を用い、回答は「自分の判断で決められる」（5点）から「自分の判断で決められない」（1点）までの5件法とした。

独立変数としては、「所属法人」「ケアマネジャー受験の基礎資格」「ケアマネジャーとしての経験年数」「基礎資格での経験年数」「年収」「労働時間」を使用した。かつて筆者は、ケアマネジャーの裁量的判断に影響する要因には官僚的側面、専門職としての側面、従業員としての側面、生活者としての側面があり、これらが相互に作用し合っていることを指摘した（廣野，2008）。この指摘との関連では、官僚的側面・専門職としての側面に対応する変数が「所属

法人」「基礎資格」「基礎資格の経験年数」「ケアマネジャーとしての経験年数」、従業員としての側面および生活者としての側面に対応した変数が「年収」「労働時間」である。この他に基本的属性の項目として、「性別」「年齢」を使用した。

2-3 分析方法

- ①ケアマネジャーの裁量に関する項目について因子分析を行い、因子を抽出する。
- ②その上でケアマネジャーの属性を独立変数とし、ケアマネジャーの裁量に関する下位尺度を従属変数として一元配置分散分析を行い、Tukey法の多重比較により影響の見られた独立変数について群内の比較を行う。
- ③さらにケアマネジャーの裁量に関する下位尺度を従属変数とする重回帰分析を行う。

3. 結果

3-1 基本属性

調査対象者の基本属性は、表1に示すとおりである。性別は、女性が8割強を占め、圧倒的に多い。対象者の年齢は、29歳から67歳までで、平均46.9歳である。年代別では40歳代が最も多く38.9%、次いで50歳代が32.5%だった。基礎資格は、「介護福祉士・ヘルパー」が48.1%と最も多く、ついで「看護師・准看護師」の34.8%となっている。所属法人は、「営利法人」が27.7%と最も多く、ついで「医療法人・診療所」（24.8%）、「社会福祉法人」（21.4%）となっている。勤務形態は、「専任常勤」が57.3%、「兼務常勤」が22.8%となっている。ケアマネジャーとしての経験年数は、1年から10年までで、平均は5.2年、ケアマネジャーになるための基礎資格での経験年数は、短い者が5年から最も長い者は35年となっており、平均11.3年だった。労働時間は1週間の労働時間を尋ねた。最も短い者で1時間、長い者は90時間で、平均39.9時間（SD13.97）だった。最長で90時間という時間は週5日で計算すると1日当たり18時間の勤務となるが、この時間には当直や日直が含まれている可能性がある。あるいは小規模の営利法人やNPO法人などの場合で、事業所の経営者として種々雑多な業務を行う結果、このような長時間勤務となっている可能性も考えられる。最後に、年収は少ない者で100万円未満、多い者で500万円以上となっており、200万～300万円および300万～400万円がそれぞれ34.9%で最も多い。

本調査の回収率は31.2%であり、問題点としてサンプルの偏りがあげられるが、平成15年度介護支援専門員（居宅）全国調査の結果と比較して、構成比に大きな違いがないため、考察においてサンプルの特性を勘案することで問題点

はクリアされると考えられる。[男女比（男：女＝17.0%：83.0%）、年齢構成（40代：49%、50代：26.1%）、基礎資格（看護師：41.7%、介護福祉士・ヘルパー：49.3%）]

基本属性に関する変数の説明

「年齢」「基礎資格」「所属法人」「経験年数」「基礎資格の経験年数」「労働時間」「年収」については、質的または量的な特性で以下の通り、3～4の群に分けた。年齢は、29歳～39歳を「低」、40歳～49歳を「中」、50歳～67歳までを「高」と群分けした。資格は、職種の特性で4つの群に分け、「社会福祉士」「相談援助従事者」「社会福祉主事」を「相談職」、「看護師・准看護師」「保健師」を「看護職」、「介護福祉士・ヘルパー」を「介護職」、「栄養士」「歯科衛生士」を「その他」とした。所属法人は、A県の場合「財団・社団法人」が医療機関や訪問看護ステーションであることが多いため、「医療法人・診療所」とあわせて「医療系」とし、「社会福祉協議会」「社会福祉法人」を「福祉系」、「営利法人」を「営利法人」とし、数の少ない「地方公共団体」と「NPO法人」は合わせて「その他」とした。

ケアマネジャーとしての経験年数は、3年未満を「短」、3～4年を「中」、5年以上を「長」とした。基礎資格の経験年数は、5年から35年に分布していたため、3つの群がそれぞれ30%程度になるように、5～7年を「短」、8～14年を「中」、15年以上を「長」とした。労働時間は、1週40

時間の勤務時間が一般的であることから、40時間未満を「残業少」、40時間以上を「残業多」とした。最後に年収は、200万円以下を「少」、300～400万円を「中」、500万円以上を「多」とした。なお男性のサンプル数が24と少ないため、性別の観点での分析は行わなかった。

3-2 ケアマネジャーの裁量についての因子分析結果

日常業務でのケアマネジャーの裁量の17項目について因子分析を行った。（主因子法・バリマックス回転）。分析はSPSS13.0J for Windowsを用いた。分析の結果、3因子が得られた（表2）。

第1因子は、ケアプランに関する修正提案やサービス内容の決定など、介護保険制度において標準化されたケアマネジメントの過程での調整の裁量に関する項目として構成されているので、「調整の裁量」と命名した。第2因子は介護保険に止まらない関わりや業務範囲、時間の使い方など、ケアマネジャーの「業務範囲の裁量」に関する項目として構成されているので、「業務範囲の裁量」と命名した。第3因子は、利用者との契約などケースとして担当するかどうかなど、ケアマネジャーの仕事量に関する項目として構成されているので、「仕事量の裁量」と命名した。なお、3因子それぞれの信頼性係数(Cronbach α)を求めた結果、第1因子は $\alpha = 0.87$ 、第2因子は $\alpha = 0.81$ 、第3因子は $\alpha = 0.83$ となり内の一貫性を有していると考えられる範囲であった。ただし質問項目はオリジナルのため、今後妥当性を検証する必要がある。

サイモン（1977=1979）は、意思決定には「プログラム化された決定」と「プログラム化しえない決定」があると述べている。前者は日常的反復的決定で、反復的常規的手続きによるものであり、後者は一度きりの構造化しにくい例外的決定で、ある特定の問題の発生が稀にしか起こらないものと説明している。

第1因子の「調整の裁量」は、居宅サービス計画の立案実施など介護保険上のケアマネジメントの過程に沿った裁量であると考えられる。法定で決められた範囲や頻度を超えて行うかどうかは、ケアマネジャー個々の判断によるが、標準化されたケアマネジメントの過程での判断であり、ケアマネジャーにとって反復的で日常的な手続きによるもの、すなわち「プログラム化する決定」に相当すると考えられる。

第2因子の「業務範囲の裁量」は、利用者の在宅生活を支援していくために介護保険制度上のケアマネジメントに止まらない業務での裁量といえる。利用者個々の家族の問題や介護保険外の相談、勤務時間外や休日での訪問・面接など介護保険制度上の日常的な手続きでは対応できない事柄に関する裁量である。これは、利用者ごとに異なる構造

表1 基本属性

		N	%
性別	男性	24	11.7
	女性	182	88.3
基礎資格	看護師・准看護師	71	34.8
	社会福祉士	4	1.9
	相談援助従事者	9	4.4
	社会福祉主事	10	4.9
	介護福祉士・ヘルパー	99	48.1
	栄養士	1	0.5
	歯科衛生士	9	4.4
所属法人	保健師	1	0.5
	地方自治体	5	2.4
	医療法人・診療所	51	24.8
	社会福祉協議会	23	11.2
	社会福祉法人	44	21.4
	財団・社団法人	22	10.7
	営利法人	57	27.7
勤務形態	NPO法人	3	1.5
	専従常勤	118	57.3
	専従非常勤	23	11.2
	兼務常勤	47	22.8
	兼務非常勤	18	8.7

表2 ケアマネジャーの裁量に関する因子分析結果

(主因子法・バリマックス回転)

	I	II	III
ケアプラン修正の提案	0.84	0.06	-0.03
仮のケアプラン（提案）におけるサービス内容の決定	0.82	-0.06	0.07
実施するケアプランにおけるサービス内容の決定	0.79	-0.05	0.06
月1回以上のモニタリング対象者の決定	0.73	0.12	0.06
法令で定められている以外のサービス担当者会議の開催	0.63	0.122	-0.02
同居していない家族のアセスメントをするか否か	0.61	0.15	0.25
契約書を取り交わす時期	0.52	0.18	0.48
保険者や地域包括支援センターなど他機関と協力するケースの決定	0.47	0.35	0.35
経過記録への記載事項	0.44	0.32	0.08
利用者家族の問題に対応するか否か	0.23	0.78	0.24
自分自身の業務範囲	0.05	0.76	0.27
介護保険外の相談に対応するか否か	0.10	0.66	0.24
勤務時間外や休日での訪問・面接等の実施	0.00	0.58	0.32
勤務時間の使い方	0.06	0.46	0.05
新規ケースを担当するか否か	0.01	0.35	0.77
相談があった利用者との契約の可否	0.19	0.20	0.70
担当するケースの数	-0.05	0.41	0.67
寄与率 (%)	24.12	16.49	13.25
累積率 (%)	24.12	40.62	53.86
α 係数	0.87	0.81	0.83

化しにくい例外的な決定であり「プログラム化しえない決定」に相当すると考えられる。

第3因子の「仕事量の裁量」は、ケースとの契約や担当など、ケースを引き受けるかどうかというケアマネジャー自身の仕事量に関する裁量である。

表3には、3つの因子間の相関係数と各因子の平均値(標準偏差)を示した。「調整の裁量」「業務範囲の裁量」「仕事量の裁量」の3因子に分類された各項目の平均値を求め、さらにその値をもとに、各下位因子の平均値と標準偏差を算出したところ、その値は「調整の裁量」4.51 (SD0.52)、「業務範囲の裁量」4.14 (SD0.77)、「仕事量の裁量」3.54 (SD1.20)であった。いずれの下位因子の平均値も理論的中央値(3.0)を超えているものの、「調整の裁量」「業務

範囲の裁量」はともに4.0以上で極めて高い。これに対し「仕事量の裁量」は相対的に低い値を示した。

さらに各因子得点間について Pearson の相関係数を調べたところ、「調整の裁量」と「業務範囲の裁量」は .33、「調整の裁量」と「仕事量の裁量」は .32、「業務範囲の裁量」と「仕事量の裁量」は .56 となり、いずれも1%水準で有意となった。このことから3つの裁量は、互いに関連をもち、特に「業務範囲の裁量」と「仕事量の裁量」は連動していることがうかがえる。

ケアマネジャーは裁量が認められていないという指摘もあるが(月刊ケアマネジメント編集部, 2007)、少なくとも本研究で用いた裁量性の指標で測る限りは、標準的なケアマネジメントの過程や、介護保険外の相談や家族とのかわり、仕事量など、ケアマネジャー自身の判断ですすめる仕事は少なくないといえる。

しかし、介護保険法の改正や介護報酬の改定ごとにケアマネジャーをめぐるルールが厳しくなっており、介護報酬の算定や都道府県による実地指導の基準は、法令遵守つまり「ルールに従っているかどうか」のみの観点である。利用者の状況や必要性を勘案して対処していることに対しての評価が極めて少ないために、「裁量が認められていない」という認識をもつのではないだろうか。

表3 因子間の相関係数および各因子の平均値

Pearson の相関係数

	調整の裁量	業務範囲の裁量	仕事量の裁量
調整の裁量	—	.34**	.32**
業務範囲の裁量	.34**	—	.56**
仕事量の裁量	.32**	.56**	—
平均値	4.51	4.14	3.54
(SD)	(0.52)	(0.77)	(1.20)

** $p < 0.01$ (両側)

3-3 ケアマネジャーの裁量に影響を及ぼす要因について

(1) ケアマネジャーの裁量に関する一元配置分散分析結果

「ケアマネジャーとしての経験年数」「年収」「所属法人」とケアマネジャーの裁量の下位変数である「調整の裁量」「業務範囲の裁量」「仕事量の裁量」との関連を調べるため、ケアマネジャーの裁量を従属変数、「ケアマネジャーとしての経験年数」「年収」「所属法人」を独立変数とした一元配置分散分析を行った。分析結果を表4に示す。

まず、独立変数の「ケアマネジャーとしての経験年数」「年収」「所属法人」に対してそれぞれ前述の通り群分けを行った。分析の結果、「所属法人」については、「営利法人」のほうが「医療系」「福祉系」の職場より「業務範囲の裁量」が高かった。また、「仕事量の裁量」は、「営利法人」のほうが「医療系」職場より高かった。

「ケアマネジャーの経験年数」については、「経験年数が5年以上の者」は「経験年数が3年未満」のものより「業務範囲の裁量」「仕事量の裁量」が大きいといえる。

「年収」については、「調整の裁量」は年収が中程度の者より高い者の方が大きく、「業務範囲の裁量」は年収が中程度の者より高い者が、「仕事量の裁量」は年収が中程度および高い者の方が少ない者より大きい結果となり、3つの下位尺度である裁量に年収が影響していることが明らか

になった。

(2) ケアマネジャーの裁量に関する重回帰分析結果

ケアマネジャーの裁量の下位因子の規定要因を調べるため、「調整の裁量」「業務範囲の裁量」「仕事量の裁量」を従属変数、「年齢」「ケアマネジャーとしての経験年数」「基礎資格での経験年数」「労働時間」「年収」を独立変数とした重回帰分析（ステップワイズの投入法）を行った。結果を表5に示す。

表5 ケアマネジャーの裁量に関する重回帰分析

	調整の裁量 (β)	業務範囲の裁量 (β)	仕事量の裁量 (β)
年齢	-0.05	.01	.00
ケアマネジャーとしての経験年数	.12	.29***	.24**
基礎資格での経験年数	-0.06	-.10	-.07
労働時間	.03	-.13	-.01
年収	.05	.15*	.23**
調整済みR二乗	-.00	.12	.09
F値	.95	4.83	3.85

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05 βは標準偏回帰係数

表4 ケアマネジャーの裁量に関する一元配置分散分析結果

	調整の裁量	業務範囲の裁量	仕事量の裁量
所属法人			
医療系	4.41 (.56)	4.06 (.73)	3.33 (1.14)
福祉系	4.53 (.53)	3.99 (.74)	3.40 (1.24)
営利法人	4.64 (.45)	4.45 (.73)	3.95 (1.11)
その他	4.44 (.44)	3.80 (1.14)	3.63 (1.56)
F値	2.15	4.80**	3.27*
	n.s.		
多重比較 (Tukey法)		営利法人>医療系・福祉系	営利法人>医療系
ケアマネジャーの経験年数			
短 (3年未満)	4.43 (.52)	3.68 (.98)	3.00 (1.22)
中 (3~4年)	4.49 (.53)	4.07 (.81)	3.31 (1.11)
長 (5年以上)	4.56 (.52)	4.32 (.64)	3.81 (1.17)
F値	0.79	10.05***	7.38**
	n.s.		
多重比較 (Tukey法)		長>短	長>短
年収			
少 (300万円未満)	4.52 (.52)	4.06 (.81)	3.23 (1.26)
中 (300-400万円)	4.44 (.55)	4.14 (.77)	3.69 (1.17)
高 (400万円以上)	4.74 (.33)	4.46 (.66)	4.11 (.93)
F値	3.21	2.88 (+)	6.85**
	n.s.		
多重比較 (Tukey法)	高>中	高>少	高・中>少

**p<0.01 *p<0.05

その結果、「調整の裁量」には、影響がみられなかった。「業務範囲の裁量」および「仕事量の裁量」の両者については、「ケアマネジャーとしての経験年数」と「年収」が影響を及ぼしており、経験年数が長いほど、また年収が多いほど、これらの面における裁量の余地が大きいと認識していることが明らかとなった。

ただし、ケアマネジャーとしての経験年数と年収について Pearson の相関係数を算出すると 0.17 となり、5%水準で有意だった。ケアマネジャーとしての経験年数が高いほど年収が高いと考えて差し支えないと思われる。ステップワイズの投入法による重回帰分析では、ケアマネジャーとしての経験年数が先に投入されており、より重要な要因は年収の高さというよりケアマネジャーとしての経験年数であるといえる。

4. 考察

4-1 ケアマネジャーにはどのような裁量があるのか。

(1) 「調整の裁量」

「調整の裁量」は、ケアプラン（居宅サービス計画）の立案と実施などに関わる介護保険上の業務、つまり行政サービス上の手続きにおける裁量である。これは、標準化されたケアマネジメントの過程での判断であり、ケアマネジャーにとって反復的で日常的な手続である。ここに一定の裁量があることが示された。これは、「プログラム化しうる決定」に相当する業務の裁量と考えられる。

ただし、介護保険制度上「最低限月1回以上の訪問によるモニタリング」が義務付けられているなかで、月1回以上モニタリングをする対象者を選定することや、同居していない家族に関するアセスメントを実施すること、また法令で定められている時期以外にもサービス担当者会議を開催するなど、ケアマネジャーが一定の裁量を有して実施しているといえる。廣野（2009）は、ケアマネジャーへのインタビュー調査から、ケアマネジャーの利用者への関わりの度合いが一様でないことを指摘しているが、このことが量的にも検証されたと考えられる。

現場のケアマネジャーは、次のように述べている。

『安定して手のかからないケースが、支援終結までそうかという、いい時も悪い時もある…（中略）…その時の状況で自分の役割、例えば訪問回数を変えていく。』『必要があれば担当者会議を開くってみんなよく言っている。決めないとやらないというのが人間かもしれないけど、必要な時は3カ月6か月待たずにやっているし、担当者会議をしないとだめっていうことも多いから』（廣野、2009：155）

介護保険制度上、ケアマネジメントの過程は法令や規則

で規定されてきた。これはケアマネジャーの質を底上げていくために必要なことだったかもしれない。導入されて10年が経過し、前述の発言に見られるようにアセスメント・サービス担当者会議・モニタリングなど、それぞれの必要性や機能がケアマネジャーの経験知として蓄積され、法令に寄らずとも担当者の判断で必要時に行うようになってきているのではないかと。だが、法改正や介護報酬改定ごとに法令遵守の体制が強固になっているために、ケアマネジャーは裁量がなくなったと感じてしまっているのではないかと。

(2) 「業務範囲の裁量」

第2因子の「業務範囲の裁量」は、標準化されたケアマネジメントの枠を超えた業務の裁量といえる。「業務範囲の裁量」は、家族背景などによって利用者ごとに異なるものであるため、反復的・日常的な手続きでは対応できない。これは構造化しにくい例外的な決定である「プログラム化しえない決定」に相当すると思われる。廣野は、ケアマネジャーのインタビュー調査（2009）において、「緊急度の判断」「計画外の対応の判断」「家族の意向調整と家族の援助」「時間の使い方」などが、担当者の判断で行われていることを指摘している。このことが、今回の調査によって量的にも示されたと考えられる。

ケースが抱える背景ごとに異なる問題が生じそれに対応することになるが、出現率は稀ではない。馬場（2004）は、ケアマネジャーの業務に占める割合として、標準的なケアマネジメントにかかる業務量より「その他の業務」が多いことを示している。しかもこれらの業務を行っても報酬はなく、ケアマネジャーの研修体系の中に「対人援助技術」は含まれているものの短時間である。

先行研究において、ケアマネジャーの業務範囲が不明瞭であることは多く指摘されており、制度改正において地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが困難ケースなどのケアマネジメントの支援をすることになったが、ケアマネジャーの業務として、これらがなくなったわけではない。マクスリー（1994）は、ケアマネジャーの仕事は、機関や組織や体制の境界を超えて動くことだと述べている。ケアマネジャーには、介護保険制度の枠を超えた業務があり、その裁量を持っていることが、介護保険のシステム上認められるべきではないだろうか。

サイモンは、「プログラム化された決定」と「プログラム化しえない決定」という二側面を取り扱うには、互いに違った技法が用いられると述べており、「プログラム化しえない意思決定も適当な思考訓練によって幾分改善される」とし、改善方法は、組織に加入する前に専門的訓練を受けた者を選抜する、専門的な教育や訓練を計画的に積み

せることだと述べている。ケアマネジャーは介護保険制度の枠を超えた業務範囲の裁量を持つことを認識し、それに対処できる能力を高めることの方が現実的のように思われる。

(3) 「仕事量の裁量」

第3因子の「仕事量の裁量」は、「新規ケースを引き受けるか」「契約をするかどうか」「担当するケース数」についての担当者の裁量である。ケアマネジャーがケースを引き受けることは、介護報酬と密接に関連する。ケアマネジャーの介護報酬には次のような特徴がある。たとえばケアマネジャー一人の取り扱い件数が1カ月40件を超えると1件当たりの報酬単価が半額になるため、担当ケースを管理する必要がある。ケアプランを作成しても実際に利用されない報酬につながらず、担当ケースと給付管理数との差がある(馬場:2008)。利用者の経済的問題の解決や家族内の意向調整が必要なことがあってもそれらにかかった手間は報酬とは無関係である。病状の変化や介護者の状況変化などでケアプランの変更が何回あっても報酬額は変わらない。つまり安定した経営のためには一か月40件を保つことが必要とされるが、ケースにかかる労力や責任は担当者が引き受けることになる。この判断には、ケアマネジャー自身が、従業員として事業所の利得を考えるのか、生活者として残業や労力を考えるのか、専門職として利用者のケアを優先するのかといった、それぞれの立場のうち、どこに準拠するかにより判断が異なることが予測される。

4-2 裁量はどのような要因に規定されているのか

(1) 「業務範囲の裁量」「仕事量の裁量」と経験年数の関係
重回帰分析の結果から、「業務範囲の裁量」「仕事量の裁量」には「ケアマネジャーの経験年数」が影響を及ぼすことが明らかになった。

先に述べたように、「業務範囲の裁量」は介護保険制度の枠を超えた関わりに関する裁量である。ケアマネジャーとしての経験年数が長いということは、多様な利用者に対応した経験の多さとなり、より複雑な利用者の対応をすることになるのではないかと考えられる。難しいケースを担当してうまくやれるという自信や、周りからの期待に添って、複雑なケースを受け持つことになるのではないかと考えられる。

ただし、このデータから述べられることは、ケアマネジャーには介護保険制度の枠を超えた裁量があるということであり、それにどのように対処しているかまではわからない。ケアマネジャーのバーンアウトの原因が不明瞭で種々雑多な業務であると指摘されており(高良, 2007; 越

智ら, 2008)。経験年数が長いために難しいケースを担当せざるを得ず、「業務範囲の裁量」があることが、ケアマネジャーにとって大きな負担となっている可能性も考えられる。

また「業務範囲の裁量」と「仕事量の裁量」の相関が高かった。経験の少ないケアマネジャーは、介護保険上のケアマネジメントを行えばよいケースを担当し、経験の多いケアマネジャーは、多様で複雑なケースを担当し、利用者家族の問題や介護保険外の相談にのる、そのため時間外の訪問や面接の実施をし、勤務時間の使い方にも裁量をもつことになるのではないかと考えられる。

いずれも「ケアマネジャーとしての経験年数」が関連しているが、単に経験年数だけではなく、どうしてケアマネジャーとして長く続けられたのか、その要素を掘り下げてみる必要もあるのではないかと考えられる。今回の調査項目にはなかった所属する事業所の規模や相談体制といった職場環境や、本人自身のコーピングスタイルや事務処理能力の高さなど、「ケアマネジャーの経験年数」に關与する要素があるかもしれない。

(2) 「業務範囲の裁量」「仕事量の裁量」と所属法人の関係
一元配置分散分析の結果から、営利法人の方が、医療法人、社会福祉法人より「業務範囲の裁量」「仕事量の裁量」高かった。介護保険制度導入に伴い、福祉多元化の理念の下、それまで地方自治体・医療法人・社会福祉法人で占められていた介護福祉分野に、株式会社や有限会社などの営利法人が参入した。営利法人と、医療法人・社会福祉法人等の業務の質・量的比較を行いたかったが、両者の業務内容について取り上げた研究は見当たらなかった。そのため、先行研究との比較が行えず、今から述べることは、残念ながら推測の域を超えないが次の三点が考えられる。

第一に、顧客満足に対する意識の違いである。営利法人は介護保険制度施行を機に設立されたところが多く、利用者を消費者と考え、顧客満足度を高める意識が強いと考えられる。利用者を制度に合わせるのではなく、利用者の個々の状況に応じようと考え裁量が高まるのではないかと考えられる。利用者主体の意識が、社会福祉法人や医療法人より高いのかもしれない。一方、特に社会福祉法人は、措置時代からの運営であり、利用者システムを合わせるという意識に乏しいことが推測される。

第二に、組織内の裁量の度合いの違いである。一定以上の従業員数で構成され理事長をトップとする階層的な組織構造を持つ社会福祉法人や医療法人と比べ、営利法人は事業所の規模も組織構造も多様であると考えられる。このため、組織内においてケアマネジャーの裁量が認められている可能性がある。

第三に、「業務範囲の裁量」がケアマネジャーの業務として認識されていないために、適切な教育や訓練がなされず、事業所ごとにばらつきが生じていることが考えられる。

繰り返しになるが、本研究では、ケアマネジャーの裁量的判断の質までは明らかにできない。「業務範囲の裁量」「契約の裁量」が、利用者の自立支援のために適切な判断となっているのか、適切な判断とはどのようなことなのかといった部分は課題が残されている。

5. 結論

本研究では「ケアマネジャーが日常業務の中のどのような場面での程度の裁量的判断を行っている」と認識しているのか「その裁量的判断に影響を与える要因はなにか」を明らかにすることを目的に、居宅介護支援事業所に勤務するケアマネジャーを対象として調査・分析を行った。

前者については、「調整の裁量」「業務範囲の裁量」「仕事量の裁量」の3つの下位尺度が抽出された。ケアマネジャーは介護保険制度に定められたケアマネジメント過程に一定の裁量を持つと認識していることが明らかになった。またケアマネジャーには、介護保険制度の枠を超えた関わりにおける裁量も認識されていることが明らかになった。「調整の裁量」「業務範囲の裁量」「仕事量の裁量」は相互に関連しており、とくに「業務範囲の裁量」と「仕事量の裁量」の相関は高かった。またこれらの裁量には、ケアマネジャーとしての経験年数や、所属法人の種類が影響をもたらしていた。

ケアマネジャーは介護保険制度に定められた資格であり、法令でサービス種類や給付額の上限が定められ、サービス利用は利用者主体の契約を行う。この点ではケアマネジャーに法令上の決定権や行使権はないといえる。また標準的なケアマネジメントの手続きや給付管理業務が強調されている。しかし援助のプロセスでは、「調整の裁量」や「業務範囲の裁量」に示されたように、利用者の在宅介護を支えるために個々のケアマネジャーの裁量的判断が示された。現状の介護保険では、「業務範囲の裁量」にあたる利用者家族への対応や介護保険制度外の相談に対してケアマネジャーが担当することは認められておらず、十分な研修や訓練は行われているといえない。このためケアマネジャーの経験に頼っている実態が垣間見えたといえる。

本研究では地域差の要因についてふれていないが、利用者の経済的環境や家族状況などにより、所得が低い、独居または高齢者二人世帯などの場合、より介護保険制度の枠を超えた関わりをケアマネジャーが担っている可能性があり、地域差によるケアマネジャーの裁量の違いを調べる必

要があるだろう。

(謝辞)

本論文の作成におきまして、地元で勉強会を開いていただき精神的にも支えて下さいました帝京医療福祉専門学校の前渡邦夫校長先生に心より感謝申し上げます。

(引用・参考文献)

- ケアマネジャー編集部, 2008, 「編集部が見てきたケアマネジャー」『ケアマネジャー』10-7, 24-29.
- Department of Health Social Service Inspectorate & Scottish Office Social Work Service Group.1995, *Care Management and Assessment :Practitioners' Guide-Care Managers and Assessment:Managers' Guide*. Her Majesty's Stationary Office. (= 1996, イギリス保健省・社会サービス監査庁・スコットランド庁・ソーシャルワークサービスグループ共編 小田兼三・青木佳之・杉本敏夫監訳『ケアマネジメント-実践者とマネジャーの指針-』学苑社.)
- 馬場純子, 2004, 「介護支援専門員の業務：業務量調査(タイムスタディ)による実態と課題」『人間福祉研究』(7)：77-96.
- 馬場純子, 2008 「介護支援専門員の業務の特質と就業継続要件に関する一考察-業務量調査, 訪問面接調査およびバーンアウト測定結果から-」『専修人文論集』(83)：1-27.
- 月刊ケアマネジャー編集部, 2007, 「特集 ケアマネジャーと法令遵守」『月刊ケアマネジメント』2007(8)：13-17
- 廣野由美, 2008, 「ケアマネジャーの職務特性と裁量的判断に影響する要因」『生活社会科学研究』15：19-31.
- 廣野由美, 2009, 「ケアマネジャーの裁量的判断と専門性」『お茶の水女子大学グローバルCOEプログラム「格差センシティブな人間発達科学の創成」(公募研究成果論文集 2008年度)：151-161.
- 伊藤幸子, 2005, 「介護支援専門員の業務に関する考察」『奈良佐保短期大学紀要』(13)：38-43.
- 高良麻子, 2007, 「介護支援専門員におけるバーンアウトとその関連要因 -自由記述による具体的把握を通して-」『社会福祉学』48(1)：104-116.
- Moxley, D. 1989, *The Practice of Case Management*. Sage Publications, Inc. (= 1994, デイビッドP. マクスリー著 野中猛・加瀬裕子監訳『ケースマネジメント入門』中央法規出版.)
- 越智あゆみ・金子努, 2008, 「介護保険制度改正後の介護支援専門員の労働環境-バーンアウト調査に基づく検討-」『総合社会福祉研究』(32)：109～119.
- 小田兼三・杉本敏夫 編著, 2006, 「第7章 第2節 社会福祉援助技術の体系」『社会福祉概論 第2版-現代社会と福祉』勁草書房.
- Simon.H, 1977, *The New Science of Management Decision*. Prentice-Hall, Inc. (= 1979, ハーバードA.サイモン著 稲葉元吉・倉井武夫共訳『意思決定の科学』学校法人産業能率大学出版部.)
- 副田あけみ, 2003, 「ソーシャルワークとケアマネジメント」『ソーシャルワーク研究』29(3)：20-25.
- 副田あけみ, 2008, 「ソーシャルワークのアイデンティティーケアマネジメントの展開が及ぼした影響-」『人文学報』394(社会福祉学 24)：83-110.
- 武智秀之, 1993, 「福祉と裁量-新保守主義下の行政」『年報行政

PROCEEDINGS 12

July 2010

研究』28：145-167.

梅谷進康, 2005, 「介護支援専門員の業務範囲についての一考察」
『近畿福祉大学紀要』6(1)：35-42.

渡部律子, 2003, 「改革期におけるソーシャルワークの行方－『対
等な関係』『利用』『支援』の概念を手がかりに－」『ソシヤ
ルワーク研究』29(3)：4-13.

(資料)

「国際ソーシャルワーカー連盟 (IFSW) のソーシャルワーカーの

定義」2000年7月27日モントリオールにおける総会において採
択, 日本語訳は日本ソーシャルワーカー協会, 日本社会福祉士会,
日本医療社会事業協会で構成する IFSW 日本国調整団体が2001
年1月26日決定した定訳

「介護支援専門員 倫理綱領」日本介護支援専門員協会 平成19
年3月25日採択

「ケアマネジメントの流れ」第9回社会保障審議会介護保険部会
資料3：平成16年2月23日

Care Manager's Discretionary Decisions and Affecting Factors

Yumi HIRONO
(Human Developmental Sciences)

The purpose of this study is to clarify what discretionary decisions care managers have and the factors that affect to their.

Care management has been discussed as one form of social work. However in the long term care insurance system in Japan, care management is the procedure to offer the administrative service. Therefore, this study stands in the aspect of the theory of decision making theory with the social work theory apart.

The questionnaire survey was done to Care managers who worked for the care management support office. The recovery percentage was 32.2%. The results were analyzed by the factor analysis, the multiple linear regression analysis and the one-way ANOVA.

As a result, Care manager's discretionary decisions were classified into three "Discretion of the care adjustment", "Discretion of the range of the job", and "Discretion that decide amount of work". The affecting factors "Discretion of the range of the job" and "Discretion that decide amount of work" were years of experience as Care manager, and their belonging corporations. In addition, there was a correlation in these.

Because Care manager's qualification is provided by the long term care insurance system, they should obey the procedure of standard care management. However, they are responding to the consultations other than the long term care insurance system from the client and the family. It is thought that the chance to receive the education and training enough is few because it is not provided to receive such a consultation in the system, and it relies on their experiences.

Keywords: care manager, the long term care insurance, discretionary decisions, care management