

介護支援専門員による医療ニーズの把握の実態

～フォーカスグループインタビュー調査から～

永野 淳子

Actual condition on medical treatment needs recognized by care managers

– A focus group interview survey –

Junko NAGANO

要旨：本研究の目的は、福祉の資格を有する介護支援専門員（以下「福祉系介護支援専門員」）の医療ニーズの把握の実態を明らかにすることである。調査方法は、フォーカスグループインタビュー調査を採用した。調査の結果、福祉系介護支援専門員は、1. 他の専門識者やインフォーマルな人々から、要介護者の心身状態についての情報を得ていること、2. 医療知識が不足していること、3. 要介護者への包括的なアセスメントから医療ニーズを把握していること、の3点が明らかになった。今後は、介護支援専門員が、医療知識の学習をする機会を設けることと、医療ニーズの把握のために、多職種が連携をして、アセスメントを行うことが必要であると考えられる。

キーワード：介護支援専門員、アセスメント、医療ニーズ、ケアマネジメント

Abstract : The purpose of this study is to clarify the actual condition on medical treatment needs recognized by care managers who only have a social welfare license. A focus group interview survey was adopted as the method for the survey. The survey has revealed the following: (1) The care managers obtain information about physical and mental status of people requiring care from other professionals and informal people. (2) Their medical knowledge is limited. (3) They recognize medical treatment needs based on comprehensive assessment of people requiring care. It is necessary for care managers to be given some opportunities to acquire medical knowledge. We need to make assessments through cooperation with various professionals in order to grasp medical treatment needs.

Key words : care manager, assessment, medical treatment needs, care management

I. はじめに

1. 研究の背景

近年、介護支援専門員には、在宅要介護者への生活の支援において、医療系サービス、医療機関との連携を強化したケアプランの作成やケアマネジメントの実践が求められている^{1) 2)}。そうした中、東京都では、医療系資格^{注1)}を有しない介護支援専門員に対して、医療ケアを含めたケアマネジ

メントの充実を図るための研修を実施している³⁾。この研修では、医療系サービスを含めた適切なケアプランの作成と医療職との連携に欠かせない基本的な医療知識等の学習が行われている。

介護支援専門員がケアマネジメントの過程の中でケアプランを作成するためには、アセスメントの段階を踏まなくてはならない。

ケアマネジメントにおけるアセスメントとは、

幅広い情報の収集からニーズを明らかにし、個人を援助するための最も適切な方法を決めることである⁴⁾。また、アセスメントの過程では、要介護者の身体面、精神面、社会面等について、各側面の問題をニーズとして取り上げるだけでなく、その問題が生活レベルにおいてどのような障があるのかということ、幅広く包括的に分析、評価を行わなくてはならない⁵⁾。そして、アセスメントにおいて収集した情報の分析と判断から、サービス提供の量と質が確立される⁶⁾。そのため、アセスメントが適切に実施されていなければ、要介護者へのケアプランの作成も実施されない。

ケアマネジメントにおけるアセスメントにおいて、介護支援専門員は、要介護者の心身状態に関する情報を十分に把握できていると考えているという報告がされている^{7) 8)}。また、疾病や障害歴、ADL、医療等の特別な処置、可動域制限といった情報の収集が重要であると認識されていることも報告されている⁸⁾。これらの報告から、介護支援専門員は、ケアプランを作成するうえで要介護者の心身状態に関する情報が重要であり、それらの収集ができていると考えていることがわかる。しかし、アセスメントの過程で、介護保険制度に位置づけられている訪問看護や訪問リハビリテーションといった医療系サービスの利用や、医療機関への受診につながる医療ニーズをどのように把握しているのかについては、報告がされていない。また、東京都が研修の対象としているような医療系資格を有しない介護支援専門員による医療ニーズの把握の実態については、十分に把握されているとはいえない。

2. 目的

本研究では、医療系資格を有しない介護福祉士や社会福祉士、精神保健福祉士といった福祉の資格を有する介護支援専門員（以下「福祉系介護支

援専門員」）が、アセスメントにおいてどのように医療ニーズを把握しているのかという実態を明らかにすることを目的とする。

II. 方法

1. 調査対象者と調査概要

本研究の調査対象者は、福祉系介護支援専門員とした。また、福祉系介護支援専門員から直接意見を聞くために、調査方法としてフォーカスグループインタビュー調査を採用した。

インタビュー調査は、介護保険制度とケアマネジメントに詳しい調査協力者2名（指定居宅介護支援事業所に勤務する主任介護支援専門員と、以前、介護支援専門員として就労していた診療所の相談員）と共に実施した。

インタビュー調査の実施にあたっては、筆者がインタビュアーとなり、調査協力者2名は、逐語録と調査対象者の表情の変化についての観察記録を作成した。インタビュー内容については、ICレコーダーによる録音とビデオカメラによる録画も行われた。

インタビュー調査の質問項目は、福祉系介護支援専門員へのプレ・グループインタビューで得られた内容を踏まえて、調査協力者と検討のうえ作成した。質問項目は、介護支援専門員がケアマネジメントにおいて、情報の収集から分析、判断を経て医療ニーズを把握し、医療系サービスをケアプランに位置づけるまでの過程に焦点を当てることを意図している（表1）。

インタビュー調査は、AとB、2つのグループに対して実施された。Aグループに対しての調査は、2010年6月に東京都X区の居宅介護支援事業所の会議室において約1時間20分実施された。Bグループへの調査は、同年9月に東京都Y区の公共施設の会議室において約1時間30分実施された。

表1 インタビューの質問項目

1. ケアプランに医療系サービスを位置づける時に、利用者のどのような変化への気づきから、サービス導入の判断をしているのか。
2. 利用者の体調の変化について、どのように情報を収集しているのか。
3. 医療サービスと生活サービスのニーズの優先性について、どのように考えているのか。

※上記1から3の順番にインタビューを実施した。

2. 分析方法

インタビュー内容の分析は、Vaughn et al. (1996)⁹⁾、安梅 (2001)¹⁰⁾ を参考に行った。

分析の手順は、まず始めに、逐語録と観察記録に録音および録画をされた内容を踏まえて、それらを統合したインタビュー記録を作成した。次に、インタビュー記録を読み返しながら、本調査の主旨に該当するか、または意味があると考えられるインタビュー記録の内容を重要アイテムとして抽出した。抽出した重要アイテムは、さらにまとまりのあるもの同士をまとめ、それらをカテゴリーとして分類し、カテゴリーの内容について分析を行った。

本調査の信頼性と妥当性を確保するために、筆者はフォーカスグループインタビュー調査についてのセミナーに参加をした。また、質的研究に詳しい研究者から、研究を進める中で助言を得た。

3. 倫理的配慮

本研究の調査対象者へは、本研究の概要及び調査内容については、本研究及び調査の目的以外に使用しないことと、調査対象者の個人情報、第三者に知られることがないように配慮を行う旨を書面および口頭にて説明を行った。調査対象者からは、調査への参加の承諾を書面により得た。また、本研究の概要及び調査内容については、日本赤十字秋田看護大学・日本赤十字秋田短期大学研究センター倫理審査委員会による承認を得ている。

III. 結果

1. 調査対象者の属性

インタビュー調査を実施した2つのグループを構成する福祉系介護支援専門員の属性は、表2の通りである。2つのグループの調査対象者の属性について、特徴的な差異は見受けられなかった。

表2 調査対象者の属性

	No.	性別	年代	基礎資格	介護支援専門員 実務経験	研修・講座の受講の有無*1			
						a	b	c	d
A	1	男性	50代	社会福祉士	約4年3ヶ月			有	有
	2	男性	30代	介護福祉士	約6年11ヶ月	有	有	有	有
	3	女性	40代	ホームヘルパー2級	約8年6ヶ月	有		有	有
	4	女性	30代	介護福祉士	約3年2ヶ月			有	
	5	女性	40代	ホームヘルパー2級	約3年			有	有
	6	男性	30代	社会福祉士	約7年2ヶ月	有		有	有
B	7	女性	60代	介護福祉士	約6年4ヶ月			有	有
	8	男性	30代	介護福祉士	約7年6ヶ月	有		有	有
	9	男性	30代	介護福祉士	約3年1ヶ月			有	有
	10	女性	40代	介護福祉士	約6年			有	有
	11	女性	40代	介護福祉士	約1年			有	
	12	男性	30代	社会福祉主事	約7年5ヶ月	有		有	

*1) a から d のアルファベットは、研修・講座の内容を示し、有無は、有る場合のみ記載。

a. 主任介護支援専門員研修

b. 在宅医療サポート介護支援専門員研修

c. 医療に関する研修・講座

d. 医療と福祉の連携に関する研修・講座

2. インタビュー内容の分析結果

フォーカスグループインタビュー調査から得られたインタビュー内容の分析の結果、福祉系介護支援専門員による医療ニーズの把握の実態について抽出されたカテゴリーは、要介護者の体調の変化に関して情報を得る方法（「情報を得る方法」、要介護者の心身状態の把握（「心身状態の把握」、ケアプランへ医療系サービスを導入しようとする要介護者の変化と介護支援専門員の気づき

（「サービス導入のきっかけ」）の3つであった。また、3つのカテゴリーには、それぞれサブカテゴリーが抽出された。

1) 情報を得る方法

要介護者の体調の変化に関して情報を得る方法に含まれるサブカテゴリーは、「家族」、「地域住民」、「サービス提供事業者等」、「介護支援専門員が状態を確認する」の4つであった（表3）。

情報を得る方法としては家族からの訴え（「家族」）や、住居の大家や民生委員といった地域のインフォーマルな人々からの情報提供（「地域住民」）、要介護者へサービスを提供している事業者等からの情報提供（「サービス提供事業者等」）、福祉系介護支援専門員自身が要介護者の脈拍や血圧を測定して確認を行ったり要介護者に皮膚の状態などを見せてもらうといった観察から心身状態の変化の確認を行う（「介護支援専門員が状態を確認する」）、などが挙げられた。

2) 心身状態の把握

要介護者の心身状態の把握に含まれるサブカテゴリーは、「介護支援専門員の関わり」、「心身状態の判断」の2つであった（表4）。

「介護支援専門員の関わり」とは、情報の収集、ニーズの判断に影響を与える介護支援専門員と要介護者との関わりについてであり、「心身状態の判断」とは、要介護者の検査数値や心身状態の変化などについての福祉系介護支援専門員の判断についてである。

3) サービス導入のきっかけ

ケアプランへ医療系サービスを導入しようとする要介護者の変化と介護支援専門員の気づきに含まれるサブカテゴリーは、「家族要因」、「生活状況の変化」、「ターミナル」、「医療行為」、「服薬管理」、「心身状態の変化」、「退院時」の7つであった（表5）。

「家族要因」とは、要介護者の家族が、要介護者の心身状態を介護支援専門員など他者へ訴えることができない場合や、医療処置を実施することができなくなった場合である。また、「生活状況の変化」とは、要介護者のこれまでの生活状態の変化から心身状態の変化が推測される場合であり、「ターミナル」とは、要介護者の死期が間近な状況である。「医療行為」とは、要介護者に、医療系資格を有する者にしか行うことができない医療処置などが発生した場合である。「服薬管理」とは、要介護者が適切な服薬と薬剤の管理が実施できない場合や、複数の薬剤を服用することにより要介護者の心身状態への影響が疑われる際に、医療職者に要介護者の心身状態の観察等を行ってほしいと、介護支援専門員が考える場合である。「心身状態の変化」とは、要介護者の心身状態が変化したことが介護支援専門員にも把握された場

合で、「退院時」とは、要介護者が医療機関から退院をする場合である。

IV. 考察

本研究の目的は、福祉系介護支援専門員による医療ニーズの把握の実態を明らかにすることである。

調査の結果から抽出された3つのカテゴリーは、どのように情報を収集するのか（「情報を得る方法」）、どのようにその情報を分析・判断するのか（「心身状態の把握」）、どのような情報が医療系サービスを導入しようと考えさせるニーズとされているのか（「サービス導入のきっかけ」）、という福祉系介護支援専門員のアセスメントの過程を示すものであるといえる。

1. 介護支援専門員による情報の収集

「情報を得る方法」カテゴリーに含まれる4つのサブカテゴリーから、福祉系介護支援専門員が、家族だけではなく、民生委員や大家といった地域のインフォーマルな人々から情報を得ていることや、福祉や医療に従事する他の専門職者から報告を受けていること、また、福祉系介護支援専門員自身が確認を行うといった多様な方法で情報を得ていることがわかった。

情報の収集方法には、介護支援専門員が要介護者やその家族と面談を行い直接情報を収集する直接的な情報の収集方法と、サービス提供事業者や他の専門職者などを通して情報を収集する間接的な情報の収集方法がある¹¹⁾。本調査における福祉系介護支援専門員も、直接的な情報の収集と間接的な情報の収集の両方を組み合わせて、要介護者の状態を把握しようとしていることがわかる。こうした直接的な情報と間接的な情報の収集を行うには、要介護者やその家族とのラポールの形成が必要であり、サービス提供事業者や他の専門職者との円滑な連携における情報の交換が必要であるといえる。また、地域のインフォーマルな人々との関係から情報の収集をはかることが必要であることが、本研究の結果から示唆することができる。

2. 要介護者の心身状態の把握

「心身状態の把握」カテゴリーに含まれる2つのサブカテゴリーから、福祉系介護支援専門員が、要介護者と面談を実施する機会が少ないことと、心身状態の変化に対する判断が的確に行えてい

表3 「情報を得る方法」 カテゴリー

サブ カテゴリー	インタビュー記録 (Naは発言者)※
家族	家族がいれば家族、一番身近な家族。(Na2) ご家族とかですね。(Na10)
地域住民	例えば、民生委員さんとか、あとは家の大家さんとか。(Na8)
サービス提 供事業者等	けっこうヘルパーさんの情報が多いです。(Na1) デイの相談員さんなんかがね。(Na4) あと、福祉用具の会社とか。(Na3) たまに医師から。(Na10)
介護支援専 門員が状態 を確認する	本当に熱と血圧は測るぐらいは本当するけど (Na10) あの、道具がいらないので。(脈だけはかる)。(Na11) むくみがある方にこうして、あの、戻ってこないねとか (Na9) 見せていただける方は…観察させていただいてます。(Na9) 目で確認する。(Na8) 皮膚の状態見たいっていうと、まあ、出してくれたりとか。(Na10)

※インタビュー記録の「…」は、中略。カッコは、調査対象者の反応と筆者の補足。

表4 「心身状態の把握」 カテゴリー

サブ カテゴリー	インタビュー記録 (Naは発言者)※
介護支援専 門員の関わり	たまに会うからこそわかるっていうことなんだよね。(Na2) ケアマネジャーは月1回原則行って、全身は見えないものですものね。(Na4)
心身状態の 判断	決して一人で気付けるものでは、ないんだなあっていうのが… (皆、うなずく)。(Na2) 最近こんな感じとかっていう変化?それが福祉系の特徴ですね(笑)。(No.2) そういう癖があるんですかね。(Na6) 検査数値見ます?わかんないですものね、見てもね(笑)。(No.2) なんか(利用者の状態が)変だけど、自分が(利用者宅へ)行って(利用者の状態の変化の原因が)わからないときがけっこうありますね。(No.4) 不整脈なのかっていうのは…分からないんで(測定は)しないんですけども、そういうのはすぐ福祉系だと分かんない。(Na9)

※インタビュー記録の「…」は、中略。カッコは、調査対象者の反応と筆者の補足。

表5 「サービス導入のきっかけ」 カテゴリー

サブ カテゴリー	インタビュー記録 (No.は発言者)※
家族要因	家族がいても同じ高齢だったりすると…一緒に通院についていっているはずなのに、…何を聞いてきたかわからない。(No.5) あと家族が…医療処置を担うケースがあって、…その家族ができなくなっちゃって…。(No.9)
生活状況の 変化	お部屋の中、閉じこもっているようになっていたとか。(No.8) 今まで買い物行って人が、…家に引きこもってるけど、様子がおかしいのか。(No.12)
ターミナル	ターミナルの時はもう一番に考えるから。(No.5) ターミナルなんか入れたいですよ、訪看さんとか。(No.10) ごく直近は、末期がんですけれどね。(No.12)
医療行為	医療行為としてはありますから、その辺が発生した時はもう必ず…。(No.2) 在宅酸素を始めたところで、まあ、徐々にレベルが落ちてきたというところで訪看さんを入れた。(No.11)
服薬管理	薬剤が増えて副作用の心配があるとか…。(No.2) お薬の管理…ちゃんとみて医療の往診に繋いでくれるとかっている役割…やっぱり看護師さんの力がすごく必要。(No.5)
心身状態の 変化	歩いたのが歩けなくなっているとか…。(No.8) 顔色が悪い、チアノーゼだったりとか。(No.9) むくみが例えば、私たちが見える範囲でもひどいとか…。(No.12)
退院時	もう退院してくるから、間近だからどうしようもないみたいなどころで…。(No.3) やっぱりきっかけは退院時ですね。あの、圧倒的に。(No.7)

※インタビュー記録の「…」は、中略。カッコは、調査対象者の反応と筆者の補足。

ないと感じていることがわかる。

介護支援専門員は、原則月1回、要介護者の居宅を訪問することが法令上義務付けられている¹²⁾。「介護支援専門員の関わり」サブカテゴリーのインタビュー記録に、「月1回原則行って…」とあるように、介護支援専門員が要介護者と面談を行う機会は、多いとはいえない。そうした少ない面談の機会の中で、要介護者の心身状態の変化に気づくことは、困難であるとも考えられ、他の専門職者やインフォーマルな人々からの間接的な情報の収集が重要であるといえる。

要介護者の心身状態の変化への気づきについて、「心身状態の判断」サブカテゴリーのインタビュー記録には、「検査数値がわからない…」、「不整脈なのかっていうのは…分らないんで」という意見がでており、福祉系介護支援専門員が要介護者の心身状態の把握が十分に行えていないと感じていることがわかる。しかし、「情報を得る方法」カテゴリーに含まれる「介護支援専門員が状態を確認する」サブカテゴリーのインタビュー記録では、福祉系介護支援専門員自身が血圧や脈拍を測定し確認を行っているという意見が挙げられている。

調査対象者の属性が示されている表2を見ると、調査対象者のほとんどが何らかの医療に関する研修・講座を受講しているが、血圧や脈拍を測定して確認できる者もいるが検査数値を見てもわからないと言う者もいる。福祉系介護支援専門員自らが、脈拍や血圧等を測定し、その結果に基づいた要介護者の身体状態の把握と判断の必要性については、今後、検討が必要であろう。しかし、検査の数値が読めないことや、不整脈か否かの判断がつかないとなどのことは、医療知識の不足が第一にあげられる。布花原、伊藤（2007）¹³⁾による介護支援専門員への調査においても、介護支援専門員が医療ニーズに対応するための疾病の基本的な知識が不足していることが報告されている。今後、福祉系介護支援専門員による医療ニーズの把握を促すためには、継続的に医療に関する知識を学習するための研修等を実施する必要があるだろう。

3. 医療ニーズの判断とサービスの導入

「サービス導入のきっかけ」カテゴリーから、福祉系介護支援専門員が、医療行為やターミナルケアが必要になるといった要介護者の心身状態の変化と共に、生活状況の変化や、要介護者を取り

囲む環境の変化からも、医療系サービスの利用につなげていることがわかった。

福祉系介護支援専門員は、「生活状況の変化」サブカテゴリーのインタビュー記録にある、「家に引きこもってるけど、様子がおかしいのか」といった要介護者の日々の生活状況の変化から、要介護者の体調の変化を把握していることがわかる。また、家族という要介護者を取り囲む環境が、要介護者の医療処置を行えなくなることや心身状態の把握が行えないといったことが、医療系サービスを導入する要因となり、医療系サービスを必要とするニーズとして判断していることがわかる。

ケアマネジメントにおけるアセスメントでは、要介護者の身体面、精神面、社会面等の包括的な情報の収集に基づいた情報の分析と判断からニーズが確定されなければならない。本調査においても、要介護者の身体的、精神的側面だけではなく、生活状況や取り囲む環境の変化などを含む包括的な情報の収集から、要介護者の心身状態の変化について等を分析、判断する中で、医療ニーズが確定されていると考えられる。また、医療ニーズが、単に要介護者の心身状態から疾病や症状の管理を必要とするということだけで判断されるのではなく、環境の変化に伴いニーズと判断されることがあることがわかる。

こうした医療ニーズは、アセスメントの過程において分析と判断を経て確定されるものである。アセスメントにおける分析、判断については、「分析の視点が備わらなければアセスメントは機能しない」¹³⁾し、「収集した情報を適切に判断する専門性がなければ、ケアプランの作成は行えない」¹⁴⁾といえる。よって、ニーズの判断には、収集した情報を適切に分析、判断することができなければならない。

医療ニーズについて福祉系介護支援専門員は、自らの専門的知識以外の分析や判断が求められているといえる。専門とする職種の違いから、情報についての関心が異なることが報告されており¹⁵⁾、1つの専門分野からの視点では全体像を見過ごしてしまうことにもなる¹⁶⁾。医療系資格を有しない福祉系介護支援専門員が、医療知識を理解したうえで行うアセスメントにも、専門職としての視点や経験、知識の理解度の違いから医療ニーズを把握することには、限界があると考えざるを得ない。

こうした限界については、アセスメントの過程において保健、医療、福祉等の多職種によるアセ

メントを導入することが指摘されている¹⁴⁾ ¹⁶⁾ ¹⁷⁾。介護支援専門員一人が要介護者の包括的なアセスメントを担うのではなく、要介護者の主治医や訪問看護師等と連携をとる中で、要介護者の心身状態や生活状況等の情報の収集と医療系サービスの導入の必要性について検討を行うことも必要であろう。また、他の専門職者と共にアセスメントを実施するにしても、アセスメントにおける医療ニーズについての分析と判断を全て他の専門職者に委ねることはできない。そのため、福祉系介護支援専門員は、医療ニーズに関する判断に迷うことがあっても、医療職者への報告や連絡、相談ができる範囲で医療知識を理解し、要介護者の心身状態を判断できるようにしておく必要があると考える。

本研究の限界として、インタビュー調査のデータが、東京都内の2つの特別区で就労している介護支援専門員から得られたデータをまとめたものである。今後は、一般化をするため、さらに調査対象者の人数を増やし、調査項目についてもさらに検討したうえで詳細なデータを得る予定である。

V. 終わりに

本研究の結果から、福祉系介護支援専門員は、医療知識が不足しているということが明らかになった。また、インフォーマルな人々や多職種との連携をはかる中で要介護者に関する包括的な情報の収集から、要介護者の心身状態の把握を行い、医療系サービスの利用に結びつけていることが明らかとなった。

今後は、福祉系介護支援専門員への医療に関する知識を学習する研修等の実施や、アセスメントの過程において、福祉系介護支援専門員と多職種が連携をして、適切なアセスメントの実施を行うことが必要であると考えられる。

謝 辞

本研究は、平成21年度大同生命厚生事業団地域保健福祉研究助成「福祉系介護支援専門員の医療ニーズの把握状況と研修に関する研究」研究代表者：永野淳子の一部を加筆・修正したものである。

調査にご協力をいただいた介護支援専門員の皆さまに深謝する。

注

1. 医療系資格の範囲は、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、栄養士（管理栄養士）、義肢装具士、言語聴覚士、歯科衛生士、視能訓練士、柔道整復師である¹⁸⁾。

文 献

1. 厚生労働省. 介護保険制度改革の概要－介護保険法改正と介護報酬改定－. 厚生労働省, 2007.
2. 厚生労働省. 平成21年度介護報酬改定の概要, 社会保障審議会介護給付費分科会資料. 平成20年12月26日.
3. 東京都福祉保健局高齢社会対策部計画課編. 東京都高齢者保健福祉計画 平成21年度～平成23年度. 東京都福祉保健局高齢社会対策部計画課, 東京, 2009. 69-72.
4. Department of Health. Caring for people: community care in the next decade and beyond. HMSO. (1989)
(小田兼三監訳: 英国コミュニティ・ケア白書コミュニティ・ケア改革と日本の保健医療福祉への示唆. 中央法規, 東京, 1991. 22)
5. 白澤政和, 小澤温, 橋本泰子, 岡田進一, 奈良高志, 中川昌弘, 他. ケアマネジメント概論 ケアマネジメント講座第1巻. 白澤政和, 橋本泰子, 竹内孝仁監修, 中央法規, 東京, 2000. 68-78.
6. Orme J, & Glastonbury B. Care management: Tasks and workloads. Macmillan, 1993. 72.
7. 馬場純子. 介護支援専門員のケアマネジメント業務の現状と課題－『介護支援専門員のケアマネジメント業務に関する調査』より－. 人間福祉研究 2002 ; 5 : 63-86.
8. 綾部貴子. 介護支援専門員によるケアマネジメント実践に関する研究－情報収集・アセスメント・ケアプランの作成に焦点をあてて－. 梅花女子大学現代人間学部紀要2008 ; 5 : 1-19.
9. Vaughn, S., Schumm, JS., & Sinagub, JM. : Focus group interviews in education and psychology. Sage publications. (1996)
(井下理監訳: グループ・インタビューの技法. 慶応義塾大学出版会, 2009)
10. 安梅刺江. ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法. 医歯薬出版社, 東京, 2001.
11. 5. 同掲, 208.

12. 厚生労働省. 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準. 介護保険法規研究会監修, 介護保険六法 (平成21年版), 中央法規, 東京, 2009. 1555-60.
13. 布花原明子, 伊藤直子. ケアマネジメント場面において介護支援専門員が直面する困難の内容－ケアマネジメントスキル不足の検討－. 西南女学院大学紀要2007; 11: 9-21.
14. 菊地和則. アセスメントにおけるケアマネジャーの専門的判断とはなにか－高齢者分野における研究と経験からの一考察－. ケアマネジメント学 2005; 3: 21-31.
15. 松井妙子, 岡田進一. 在宅介護のアセスメント項目に対する看護婦 (士) と介護福祉士との注目の相違－在宅介護支援センター職員への意識調査から－. 大阪府立看護大学医療技術短期大学部紀要 2001; 6: 55 - 62.
16. 4. 同掲. 23.
17. 5. 同掲. 111.
18. 東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長通知, 平成21年度在宅医療サポート介護支援専門員研修の実施について, 21福保高介第671号, 平成21年9月29日.