

第3章 クラスター分析による個別ケースの分類

アドバイザー会合において、要介護度だけでは利用者の心身の状況や生活環境の特徴を十分に捉えることが出来ず、詳細分析においては要介護度を基本とした上で、ADL、IADL、要介護状態となった主な原因疾患等についても着目すべきであるという指摘があった。そこで、クラスター分析を用いて本調査の個別ケースの結果を分類し、集計を行う。

第1節 事例の分類方法と分類結果概要

利用者の心身の状況や生活の環境等に応じて、評価すべき視点・項目が異なるため、ケアマネジメントの分析・評価に当たって、検討の対象となる事例を分類することが必要である。特に、基礎調査の結果を統計的に分析する上で事例の分類は必須である。

事例の分類は、まず要介護度を基本とすることが考えられる。しかし、同じ要介護度でも、利用者のADL、IADLを細かく見ると違いが大きく、要介護状態となった主な原因疾患や居住状態によっても、解決すべき生活全般の課題やケアの方向性が異なる。

したがって、本検討では、要介護度に加え、利用者・家族等の状況のうち比較的客観的な情報であって、かつ介護支援専門員が事例を大まかに捉える際の手がかりとなっているADL、IADL、要介護状態となった主な原因疾患、居住形態に着目し、事例を分類した。要介護状態となった主な原因疾患については、大きく「認知症」、「脳卒中」、「廃用症候群」の3つに分けた¹。

以上の観点を踏まえ、データを統計的に分類する手法の一つであるクラスター分析を用いて、基礎調査の結果を分類・集計した。

図表 1 クラスター分析において着目した項目

- 要介護度 (要支援 1～2、要介護 1～5)
- ADL (6 項目: 室内移動、屋外移動、食事、入浴、着脱衣、排泄)、IADL (11 項目: 掃除、洗濯、買物、調理、整理、ごみ出し、通院、服薬、金銭管理、電話・PC の利用、社会参加)
※ADL、IADL の各項目とも 6 段階 (「自立かつ楽にできる」、「自立だが少し難しい」、「一部介助だが改善可能性高い」、「一部介助だが改善可能性低い」、「全介助だが改善可能性高い」、「全介助だが改善可能性低い」)
- 要介護状態となった主な原因疾患 (4 分類: 認知症、脳卒中、廃用症候群、その他)
※主な原因疾患の回答内容 (2 つまでの複数回答) をもとに、以下のよう分類
 - ・認知症: 認知症が挙げられている事例
 - ・脳卒中: 認知症の事例以外で脳卒中が挙げられている事例
 - ・廃用症候群: 認知症、脳卒中の事例以外で、呼吸器の病気、関節の病気、骨折・転倒、
脊髄損傷、高齢による衰弱のいずれか1つでも選択されている事例
- 居住状態 (2 分類: 同居、独居)

注 上記の情報はいずれも、基礎調査の調査票を通して把握した。基礎調査の調査票は参考資料1をご参照いただきたい。

¹ 要介護度の高い事例の詳細分析では、3つの原因疾患に加え、末期がん等の「医療依存度の高い」事例も分けて整理した。

基礎調査の結果を基に、クラスター分析を用いて8つのグループに整理した。各グループの状態像は以下の通りであった。

図表 クラスター分析による分類の結果 (概要)

番号	N 数 割合	要介護度	原因疾患	居住状態
1	N=877 (12.8%)	主に要支援1～2	主に廃用症候群	独居が多い
2	N=554 (8.1%)	主に要介護1	主に認知症	独居と同居が 半数程度ずつ
3	N=666 (9.7%)	主に要介護1～2		
4	N=778 (11.4%)		脳卒中あるいは 廃用症候群	同居が大半
5	N=865 (12.6%)		主に廃用症候群	独居と同居が 半数程度ずつ
6	N=1,778 (26.0%)	主に要介護2～3	主に認知症	同居が大半
7	N=791 (11.6%)		主に廃用症候群	同居が多い
8	N=1,412 (20.6%)	主に要介護4～5	認知症あるいは 脳卒中	同居が大半
合計	N=6,841(100.0%)			

注1) 上記グループごとの状態像やサービス利用実態等の分析結果は参考資料Iを参照いただきたい

注2) 本検討で実施したクラスター分析の対象件数と分析条件は以下の通り。

・対象件数：6,841 件 分類項目にいずれか一つでも無回答であったものを除外して集計した

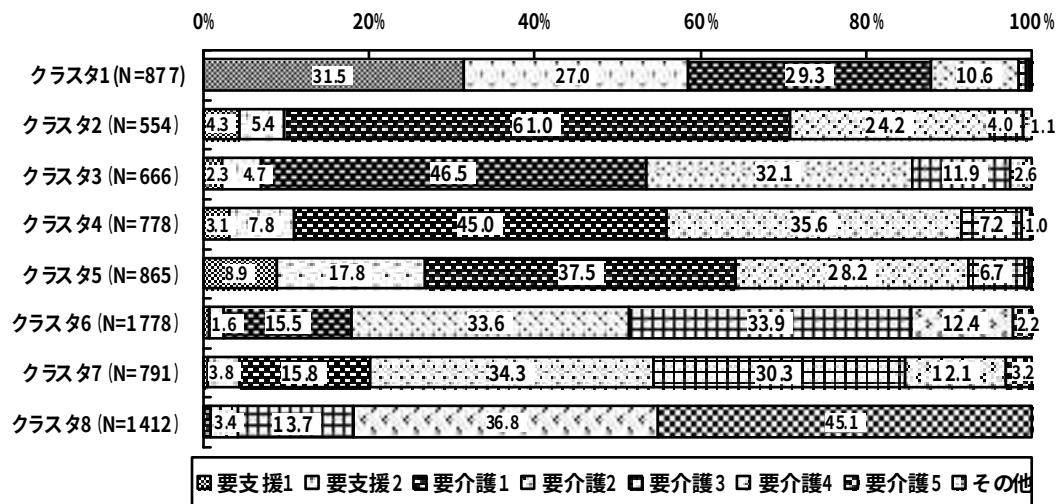
・分析条件： IBM SPSS Statistics ver 20 を使用し、Ward 法(平方ユークリッド距離による間隔測定)による分析

第2節 クラスター分析によって分類した各グループの状態像

1. 要介護度

クラスター(以下、CL)1は、他のCLと比べて軽度者が占める割合が高い。CL2は約6割が要介護1、CL3～5は約8割が要介護1～2であり、それぞれのCLの特徴を規定していると推測される。CL6～7は要介護2～3が約6割を占めるものの、要介護1、要介護4も一定数見られる。CL8は、他のCLと比べて重度者が占める割合が高い。

図表 クラスター別 要介護度の分布



(注) 1%未満は必要に応じてラベルを省略した

2.原因疾患

(1) 要介護状態となった主な原因疾患

主な原因疾患の回答内容(2つまでの複数回答)をもとに、以下のように4つに分類した。

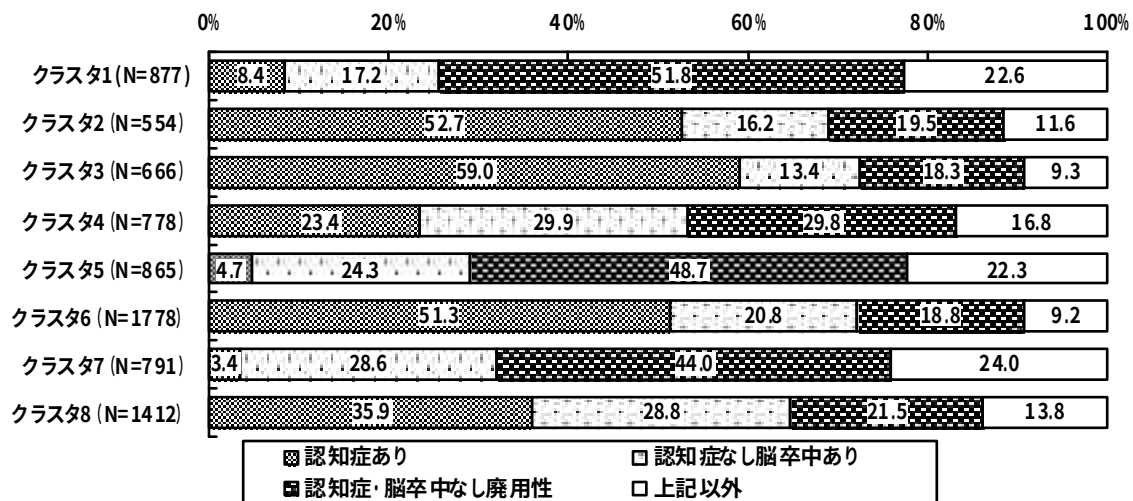
- ・認知症: 認知症が挙げられている事例
- ・脳卒中: 認知症の事例以外で脳卒中が挙げられている事例
- ・廃用症候群: 認知症、脳卒中の事例以外で、呼吸器の病気、関節の病気、骨折・転倒、脊髄損傷、

高齢による衰弱のいずれか1つでも選択されている事例

- ・その他: 上記のいずれにも当てはまらない事例

CL2、3、6 では、「認知症あり」の割合が5割以上を占める。CL1、5、7 は「廃用症候群」の割合が5割弱を占める一方、「認知症あり」の割合が1割未満と低い。

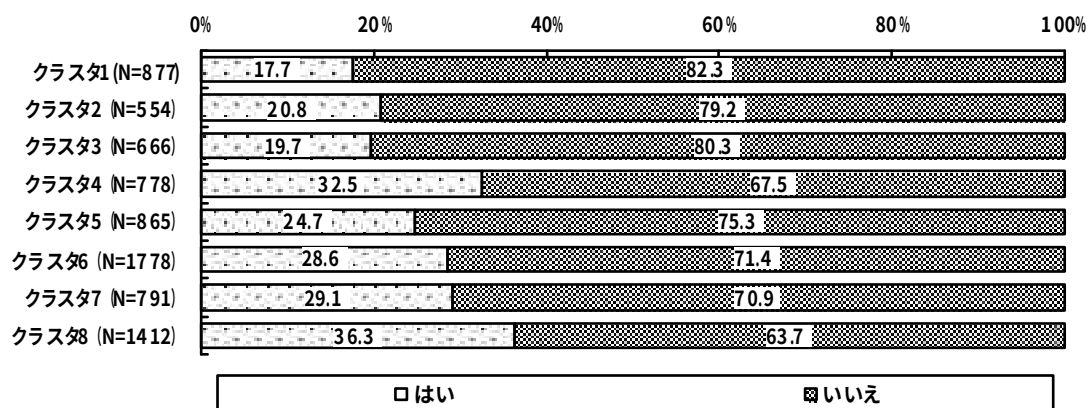
図表 クラスター別 主な原因疾患 (排他的 4 類型)



(2) 主な原因疾患として「脳卒中」が挙げられた事例

CL4 は、CL8 を除く他 CL に比べて、主な原因疾患として「脳卒中」が挙げられた割合が 32.5%と大きい。

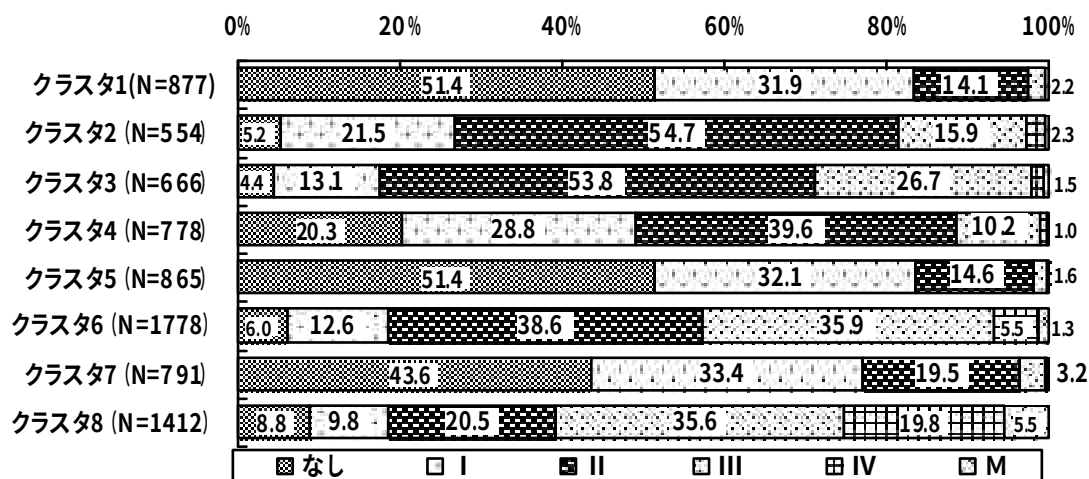
図表 クラスター別 主な原因疾患 (脳卒中)



3.認知症の程度

CL1、5、7では、認知症「なし」が5割近くを占める。また、CL4では、認知症加算の対象となる「Ⅲ」以上の割合が1割未満と小さく、認知症の程度が低い割合が大きい。一方、CL2、3では「Ⅱ」が約5割を占め、中程度の割合が大きい。さらにCL6、8では、「Ⅲ」以上の割合がそれぞれ4割、6割を占め、認知症の程度が高い割合が大きい。

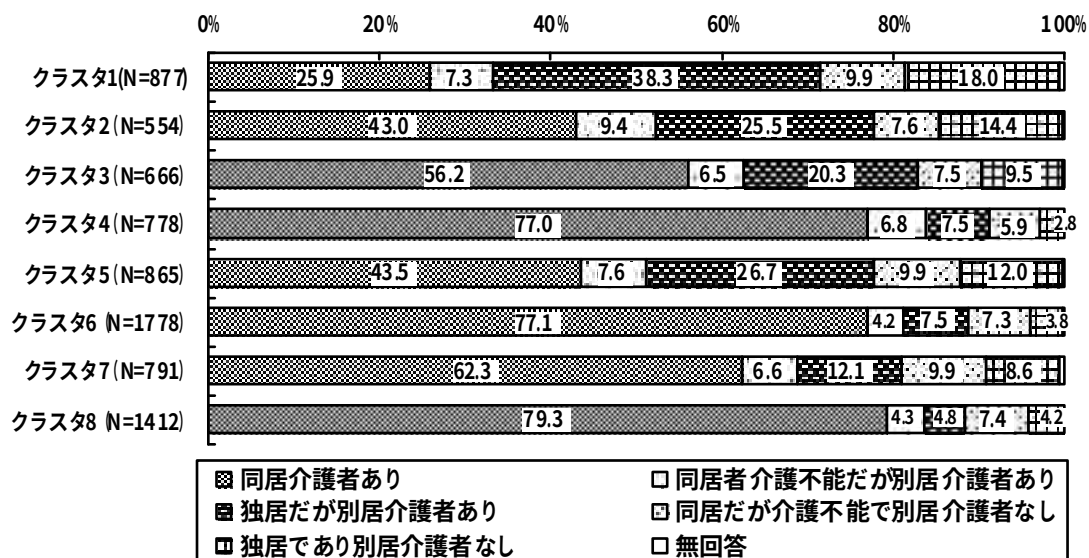
図表 クラスター別 認知症の程度



4.同居者・家族等介護者のタイプ

CL1では、別居介護者の有無によらず「独居」の割合が大きく、5割以上を占める。またCL2、5も「独居」が約4割を占め、他CLに比べて割合が大きい。一方、CL4、6、8は「同居介護者あり」の割合が大きい。

図表 クラスター別 同居者・家族等介護者のタイプ

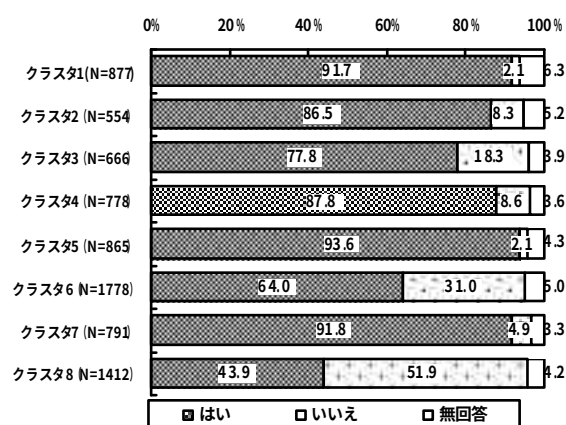


5.当該プラン作成時における本人・家族の意向の重視

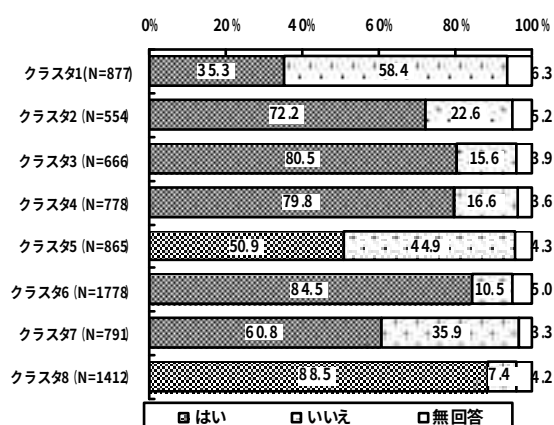
当該プラン作成時に重視した点(複数回答、3 つまで)について、CL1、5、7 では、「本人の意向」を挙げた割合が大きく、「家族の意向」を挙げた割合は小さい。これらのCLは認知症程度が低く、本人の意向を把握しやすいと推察される。

一方、CL3、6、8 では、他CLに比べて、「本人の意向」を挙げた割合が小さく、「家族の意向」を挙げた割合が大きい。CL3、6は認知症の程度の高さ、CL8は要介護度の高さが影響していると推察される。

図表 クラスター別「本人の意向」の重視



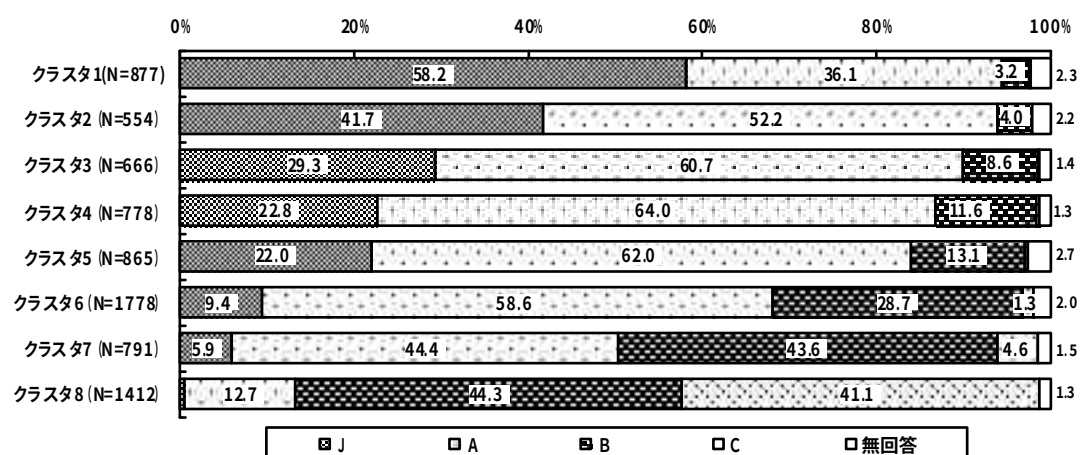
図表 クラスター別「家族の意向」の重視



6.障害高齢者の日常生活自立度

CL番号が大きくなるほど、概して日常生活自立度が低下する傾向が見られる。特にCL5と6、6と7の間で変化が大きい。

図表 クラスター別 障害高齢者の日常生活自立度



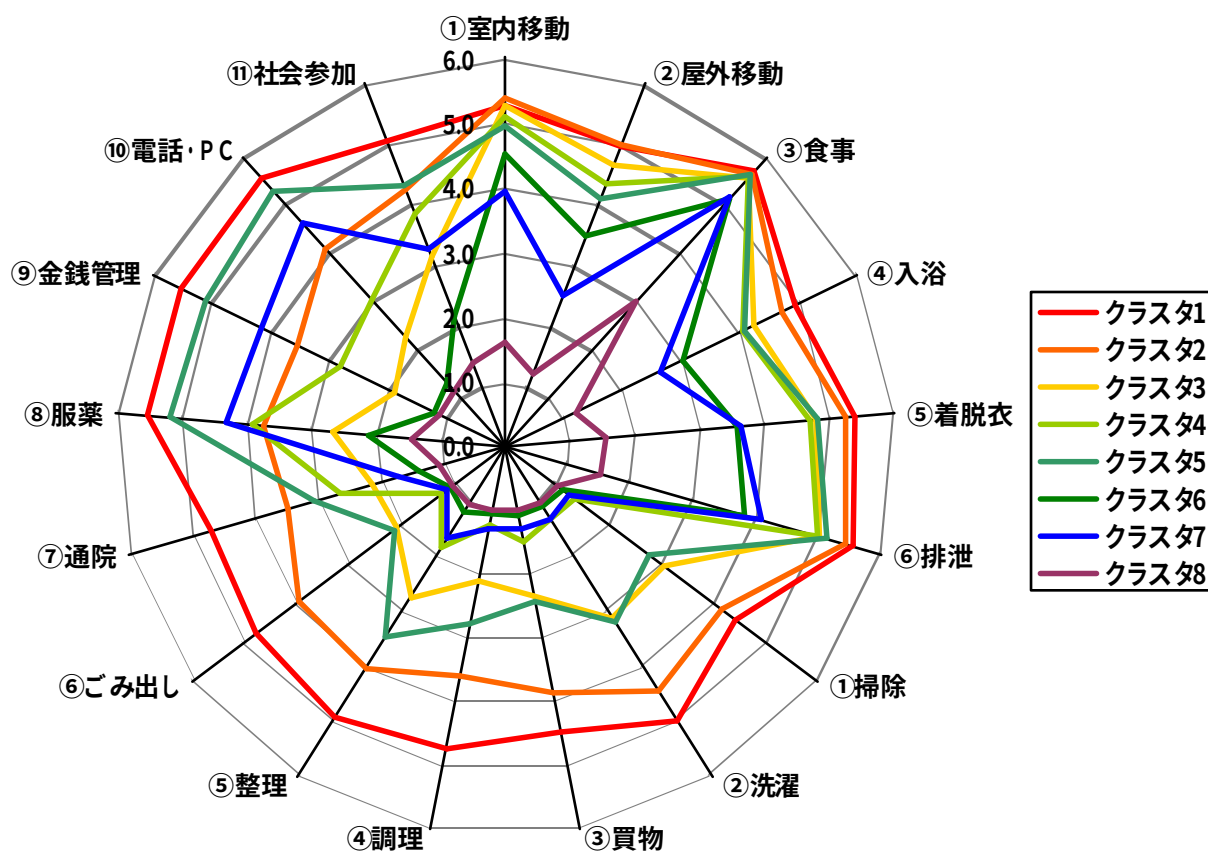
7.ADL,IADL

6項目の日常生活動作(ADL)と11項目の手段的日常生活動作(IADL)について6段階で尋ねた。その結果について、「自立かつ楽にできる」を6点、「自立だが少し難しい」を5点、…、「全介助で改善可能性が低い」を1点として平均点数を算出し、クラスター別にレーダーチャートで示した。

ADL項目のうち、①室内移動、③食事は、他項目に比べて点数が高く、かつクラスター間の差異が小さいことから、点数が低下するスピードが緩やかであることが推察される。一方、②屋外移動、④入浴、⑥排泄は、CL1～5と比べて、CL6、7の落ち込みが大きい。

IADL項目のうち、①掃除～⑦通院は、CL番号が大きくなるほど、概して点数が低下する傾向が見られる。しかし、⑧服薬～⑩社会参加では、CL5、7の点数がCL2～4、6に比べて高いという逆転現象が見られる。これは、CL2～4、6において認知症の程度が高いためと推察される。CL4は、要介護度が同程度であるCL2、3、5に比べて、①掃除～⑥ごみ出しの点数が非常に低い。これは、主な原因疾患として「脳卒中」の割合が高いことと関連があると推察される。

図表 クラスター別 ADL,IADL



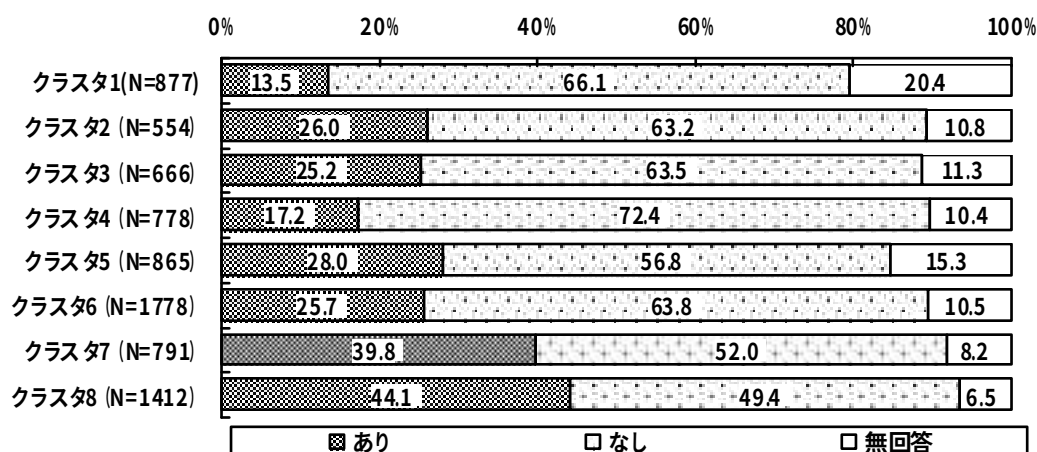
第3節 各グループのサービス利用実態

1. 訪問介護(身体)

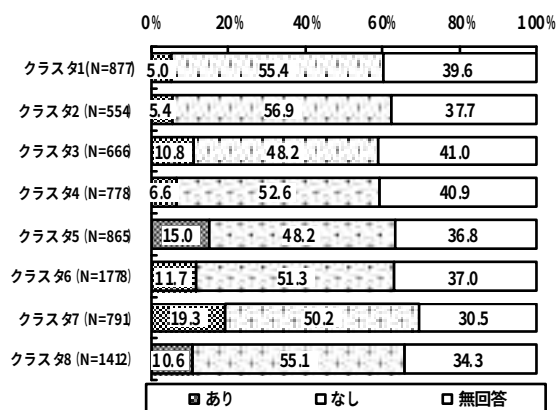
CL 番号が大きくなるほど、概して訪問介護(身体)を利用している割合が大きくなる傾向が見られる。しかし、CL4 は、要介護度が同程度である CL2、3、5 と比べて、利用している割合が小さい。このうち、CL2、3 は認知症の程度が高いためと推察される。

一方、CL7は要介護度が同程度であるCL6と比較して、利用している割合が大きい。その理由としては、CL6 で同居が多いこと、また CL7 は ADL 項目のうち①室内移動、②屋外移動、④入浴の点数の減少が大きく、訪問介護(身体)の必要性が高いことが考えられる。サービス内容を見ても、CL7 では「入浴介助」、「移動・外出介助」の割合が、他 CL に比べて大きい。

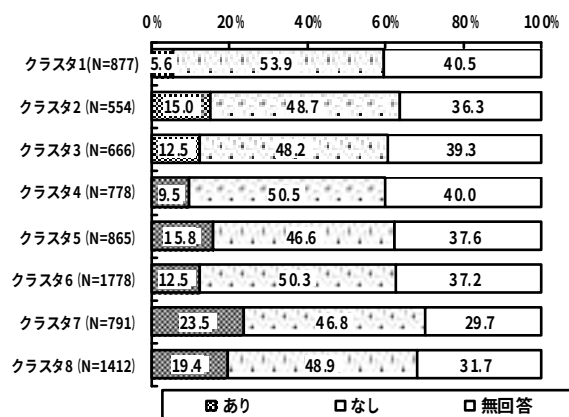
図表 クラスタ別 訪問介護(身体)の利用の有無



図表 クラスタ別 入浴介助の利用の有無



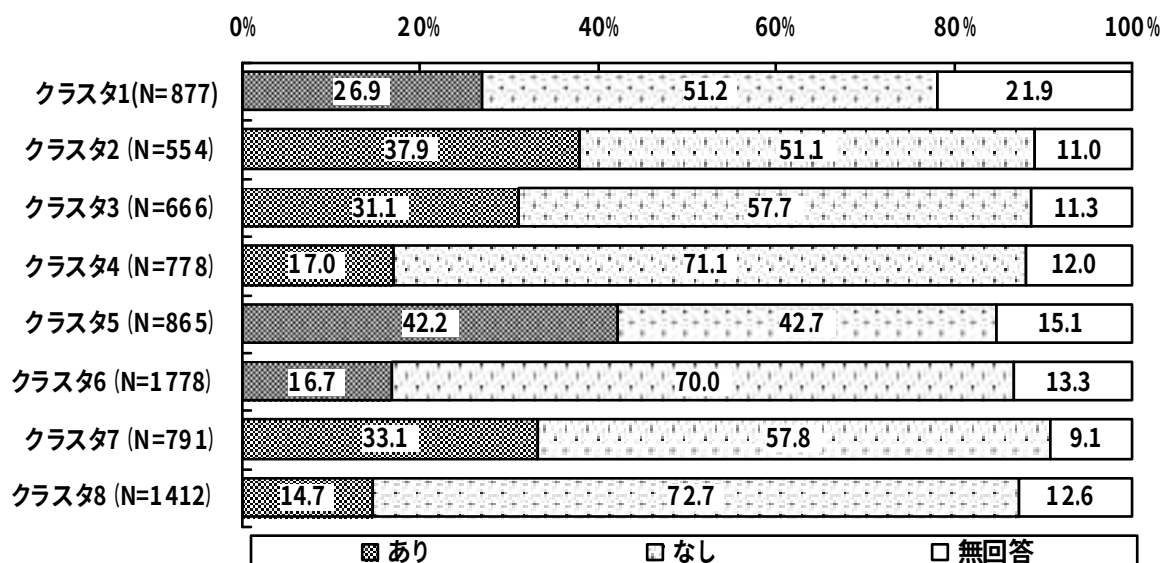
図表 クラスタ別 移動・外出介助の利用の有無



2.訪問介護(生活)

訪問介護(生活)を利用している割合は、CL5の42.2%、CL2の37.9%、CL7の33.1%の順に大きい。

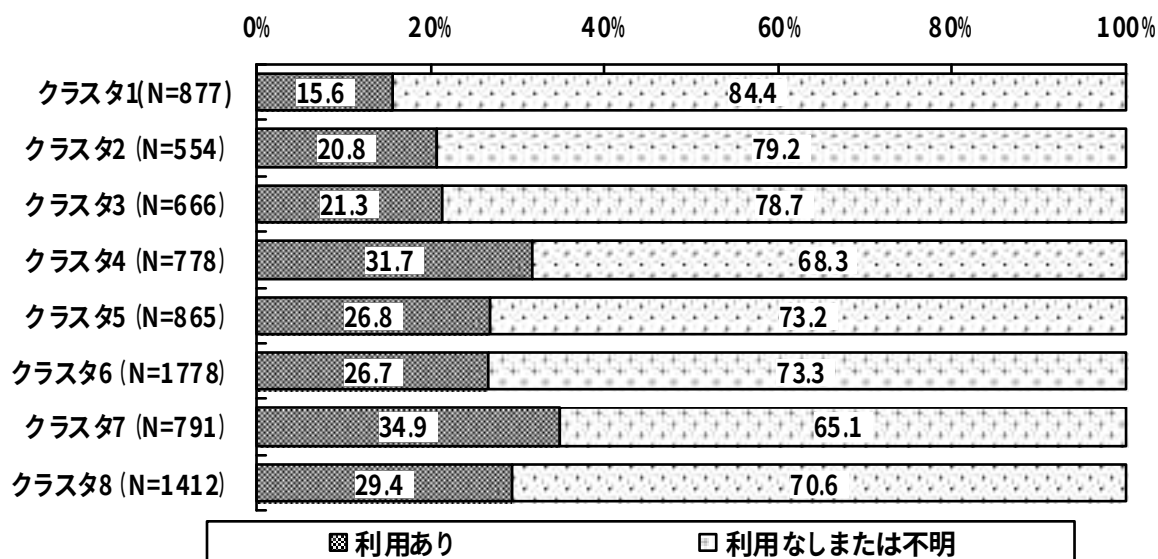
図表 クラスター別 訪問介護(生活)の利用の有無



3.訪問・通所リハ

訪問・通所リハを利用している割合は、CL7の34.9%、CL4の31.7%、CL8の29.4%の順に大きい。

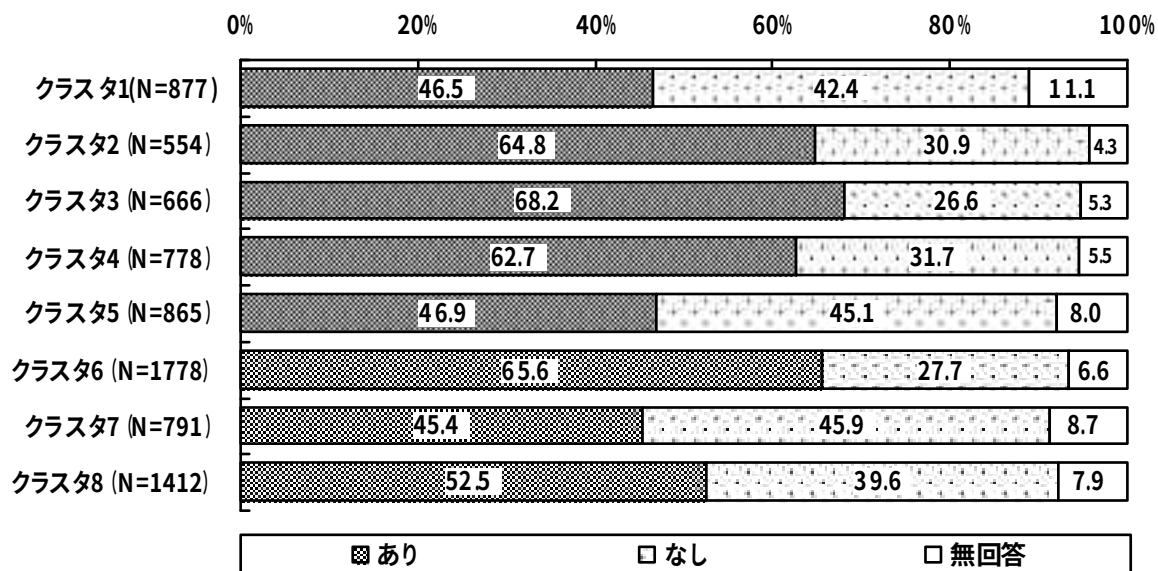
図表 クラスター別 訪問・通所リハの利用の有無



4.通所介護 ※予防給付を含む

通所介護を利用している割合は、CL2、3、4、6において6割以上を占める。これらは、いずれもIADL項目の⑪社会参加の点数が低い点が共通している。

図表 クラスタ別 通所介護の利用の有無



第4節 クラスター分析結果 総括表

要介護度(7段階)、ADL6項目(各6段階)、IADL11項目(各6段階)、要介護状態となった主な原因疾患(4分類)、居住状態(2分類)に着目し、クラスター分析により事例を分類したもの。分析対象件数は6,841件。

クラスター (N数、全体に占める割合)	概要	現在の状況						サービス利用実態	要介護度の変化
		要介護度	原因疾患(※1)	居住状態	認知症程度	日常生活自立度	ADL,IADL(※2)		
1	N=877 (12.8%)	廃用性で要支援1～要介護1。独居が過半数。	 要支援1 31.5 要支援2 27.0 要介護1 29.3	 脳卒中 17.2 廃用性 51.8 他 22.6	 同居 43.1 独居 56.9	 なし 51.4 I 31.9 II 14.1	 J 58.2 A 36.1	 訪問介護(身体) 135 訪問介護(生活) 26.9 訪問看護 52 訪問・通所リハ 15.6 通所介護 465	 改善 10.6 同程度 70.7 悪化 10.1 不明 8.6
2	N=554 (8.1%)	認知症の要介護1～2。独居が半数弱。IADLは一部介助が多い	 要介護1 61.0 要介護2 24.2	 認知症 52.7 脳卒中 16.2 廃用性 19.5	 同居 59.9 独居 40.1	 I 21.5 II 54.7 III 15.9	 J 41.7 A 52.2	 訪問介護(身体) 26.0 訪問介護(生活) 37.9 訪問看護 6.5 訪問・通所リハ 20.8 通所介護 64.8	 改善 66.8 同程度 18.8 悪化 18.8 不明 5.6
3	N=666 (9.7%)	認知症の要介護1～2。ADLは高いがIADLは全介助が多く、同居が多い。	 要介護1 46.5 要介護2 32.1	 認知症 59.0 脳卒中 13.4 廃用性 18.3	 同居 70.1 独居 29.9	 I 13.1 II 53.8 III 26.7	 J 29.3 A 60.7 B 8.6	 訪問介護(身体) 25.2 訪問介護(生活) 31.1 訪問看護 6.8 訪問・通所リハ 21.3 通所介護 68.2	 改善 61.7 同程度 24.8 悪化 24.8 不明 8.7
4	N=778 (11.4%)	認知症で同居の要介護1～2。ADLは高いがIADL(特に家事)は低い。	 要介護1 45.0 要介護2 35.6	 認知症 23.4 脳卒中 29.9 廃用性 29.8 他 16.8	 同居 89.7 独居 10.3	 なし 20.3 I 28.8 II 39.6 III 10.2	 J 22.0 A 62.0 B 13.1	 訪問介護(身体) 17.2 訪問介護(生活) 17.0 訪問看護 6.7 訪問・通所リハ 31.7 通所介護 62.7	 改善 12.6 同程度 66.7 悪化 14.7 不明 5.0
5	N=865 (12.6%)	廃用性で要介護1～2。独居が多く家事は困難な場合が多い。認知症程度は軽く、歩行も可。	 要介護1 37.5 要介護2 28.2	 脳卒中 24.3 廃用性 48.7 他 22.3	 同居 61.0 独居 39.0	 なし 51.4 I 32.1 II 14.6	 J 22.0 A 62.0 B 13.1	 訪問介護(身体) 28.0 訪問介護(生活) 42.2 訪問看護 9.1 訪問・通所リハ 26.8 通所介護 46.9	 改善 12.8 同程度 63.8 悪化 15.8 不明 7.6
6	N=1,778 (26.0%)	認知症が重いが歩行はできる要介護2～3。同居が大半。要介護度は悪化傾向。	 要介護2 33.6 要介護3 33.9	 認知症 51.3 脳卒中 20.8 廃用性 18.8	 同居 88.5 独居 11.5	 I 12.6 II 38.6 III 35.9 IV 5.5	 A 58.6 B 28.7	 訪問介護(身体) 25.7 訪問介護(生活) 16.7 訪問看護 10.1 訪問・通所リハ 267 通所介護 65.6	 改善 57.2 同程度 28.0 悪化 28.0 不明 6.8
7	N=791 (11.6%)	廃用性で要介護2～3。家事は困難な場合が多く、認知症程度は低い。	 要介護2 34.3 要介護3 30.3	 脳卒中 28.6 廃用性 44.0 他 24.0	 同居 78.8 独居 21.2	 なし 43.6 I 33.4 II 19.5	 A 44.4 B 43.6	 訪問介護(身体) 39.8 訪問介護(生活) 33.1 訪問看護 15.2 訪問・通所リハ 34.9 通所介護 45.4	 改善 10.9 同程度 57.6 悪化 23.5 不明 8.0
8	N=1,412 (20.6%)	主に要介護4～5で家族等と同居。食事以外のADL・IADLが総じて低い。	 要介護4 36.8 要介護5 45.1	 認知症 31.4 脳卒中 23.0 廃用性 30.1 他 15.5	 同居 91.0 独居 9.0	 II 20.5 III 35.6 IV 19.8 M 5.5	 A 12.7 B 44.3 C 41.1	 訪問介護(身体) 441 訪問介護(生活) 147 訪問看護 334 訪問・通所リハ 29.4 通所介護 52.5	 改善 55.0 同程度 35.6 悪化 35.6 不明 3.8

※1 原因疾患は「認知症」「認知症が原因疾患として挙げられた事例」「脳卒中」左記の以外で脳卒中が挙げられた事例、「廃用性」左記以外で、呼吸器の病気、関節の病気、骨折・転倒、脊髄損傷、高齢による衰弱の事例、「他」左記のいずれにも当てはまらない事例

※2 ADL,IADLは、「自立かつ楽にできる」を6点、「自立だが少し難しい」を5点、…、「全介助で改善可能性が低い」を1点として平均点数を算出。レーダーチャートには目盛りの掲載を省略したが、最外側が6点(自立かつ楽)、中心部分が1点(全介助で改善可能性低い)

第 4 章 事業所および介護支援専門員の状況について

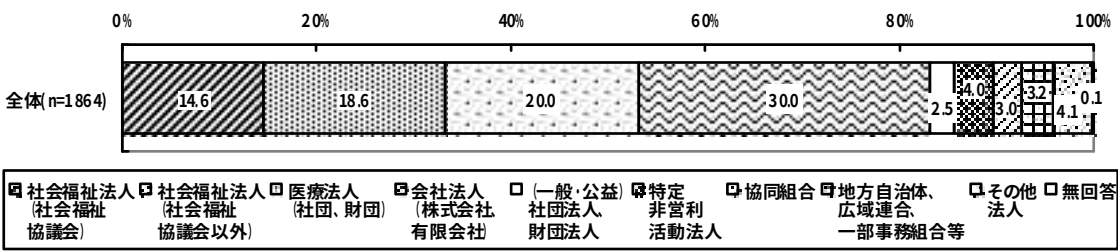
第4章では、事業所および介護支援専門員の状況について、管理者票及び介護支援専門員票の主な分析結果を掲載する。

第 1 節 事業所の状況

1. 基本情報（法人種別、特定事業所加算取得状況）

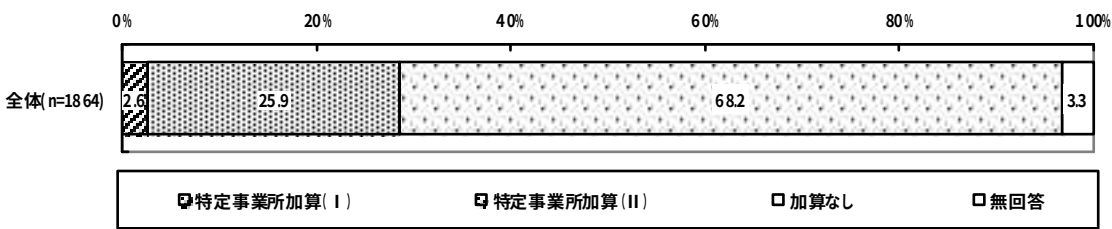
会社法人(株式会社、有限会社)が 30.0%で最も多く、医療法人が 20.0%、社会福祉法人(社会福祉協議会以外)が 18.6%、社会福祉法人(社会福祉協議会)が 14.6%であった。

図表281 法人種別



特定事業所加算(Ⅰ)を取得している事業所は全体の 2.6%、特定事業所加算(Ⅱ)を取得している事業所は 25.9%であった。

図表282 特定事業所加算算定状況



2. 平成 22 年 12 月の居宅介護支援実績

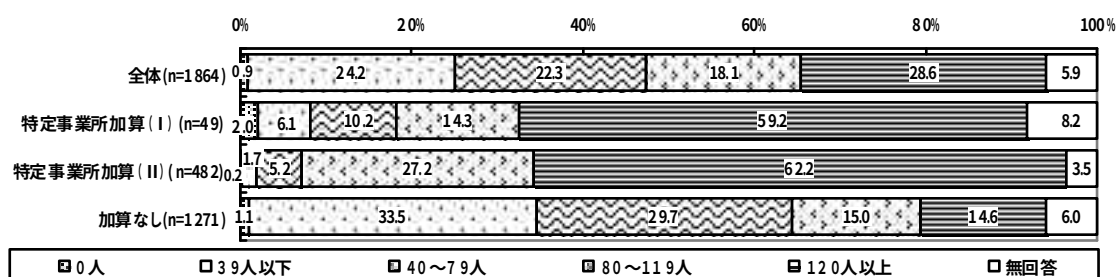
居宅介護支援実績の合計について見ると、0 人が全体の 0.9%、39 人以下が 24.2%、40～79 人が 22.3%、80～119 人が 18.1%、120 人以上が 28.6%であった。

特定事業所加算取得事業所では、居宅介護支援実績の合計が 120 人以上の事業所が多く、6 割程度であった。

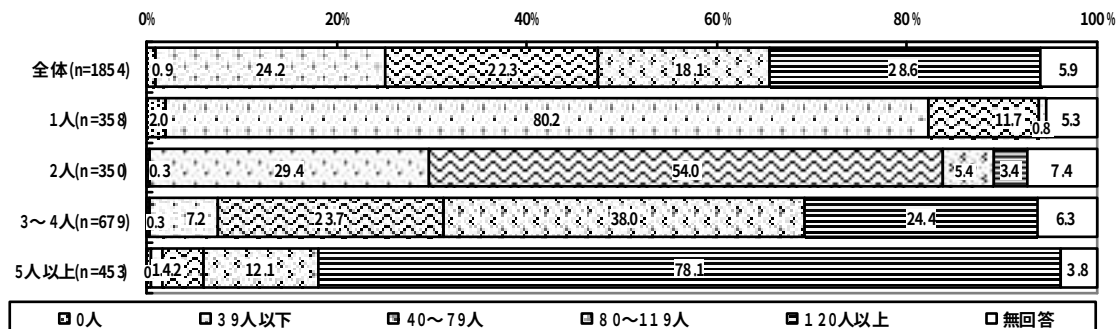
介護支援専門員総数の多い事業所ほど居宅介護支援実績の合計人数が多く、5 人以上の事業所では 120 人以上の居宅介護支援実績を持つ事業所が 8 割弱となった。

併設サービスの種類別では、インフォーマル併設型や医療系併設型、施設・入居併設型において居宅介護支援実績の合計人数が多かった。

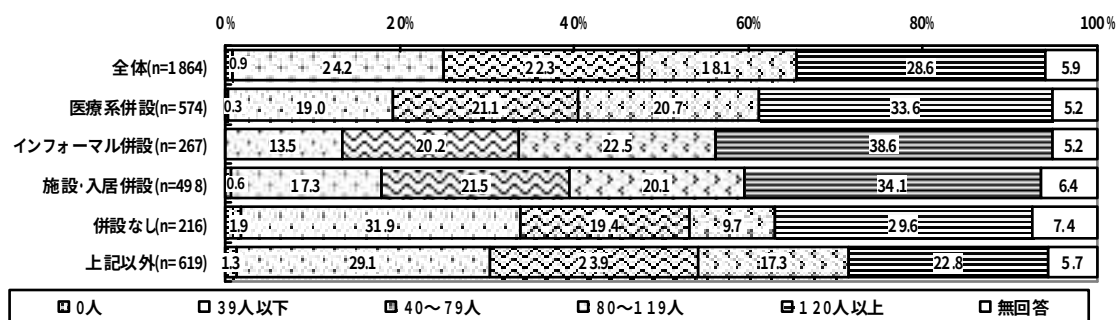
図表283 特定事業所加算算定状況別 平成 22 年 12 月の居宅介護支援実績内訳(合計)



図表284 介護支援専門員総数別 平成 22 年 12 月の居宅介護支援実績内訳(合計)



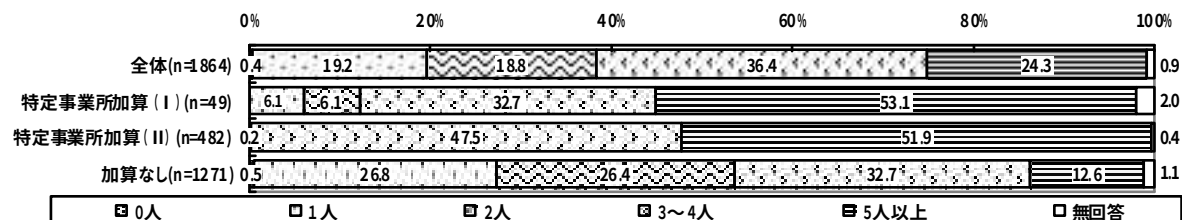
図表285 併設サービス種類別 平成 22 年 12 月の居宅介護支援実績内訳(合計)



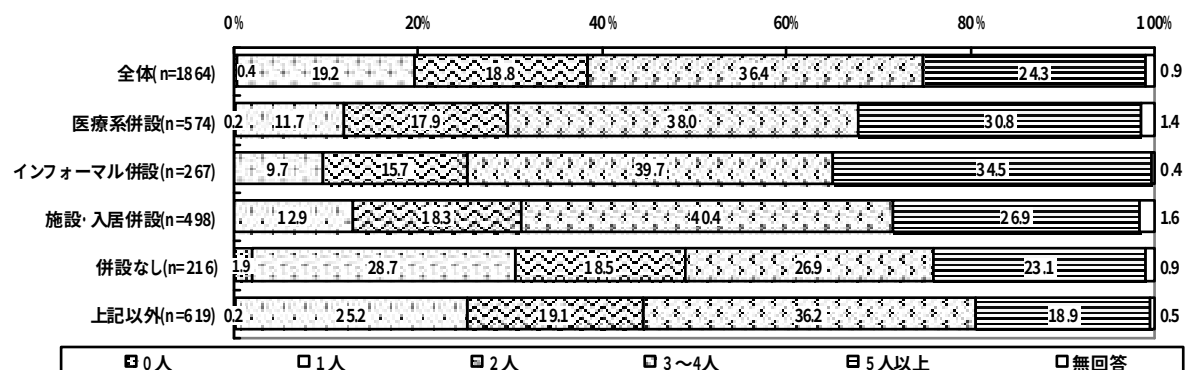
3. 在籍介護支援専門員数 (平成 22 年 12 月時点)

介護支援専門員の合計人数については、0 人が 0.4%、1 人が 19.2%、2 人が 18.8%、3～4 人が 36.4%、5 人以上が 24.3% となった。特定事業所加算取得事業所では、5 人以上の事業所の割合が 5 割を超えた。サービスの併設状況別にみると、医療系併設型やインフォーマル併設型では、介護支援専門員数が 5 人以上の事業所の割合が 3 割を超えた。

図表286 特定事業所加算算定状況別 平成 22 年 12 月末時点で在籍していた介護支援専門員数(合計)



図表287 併設サービス種類別 平成 22 年 12 月末時点で在籍していた介護支援専門員数(合計)

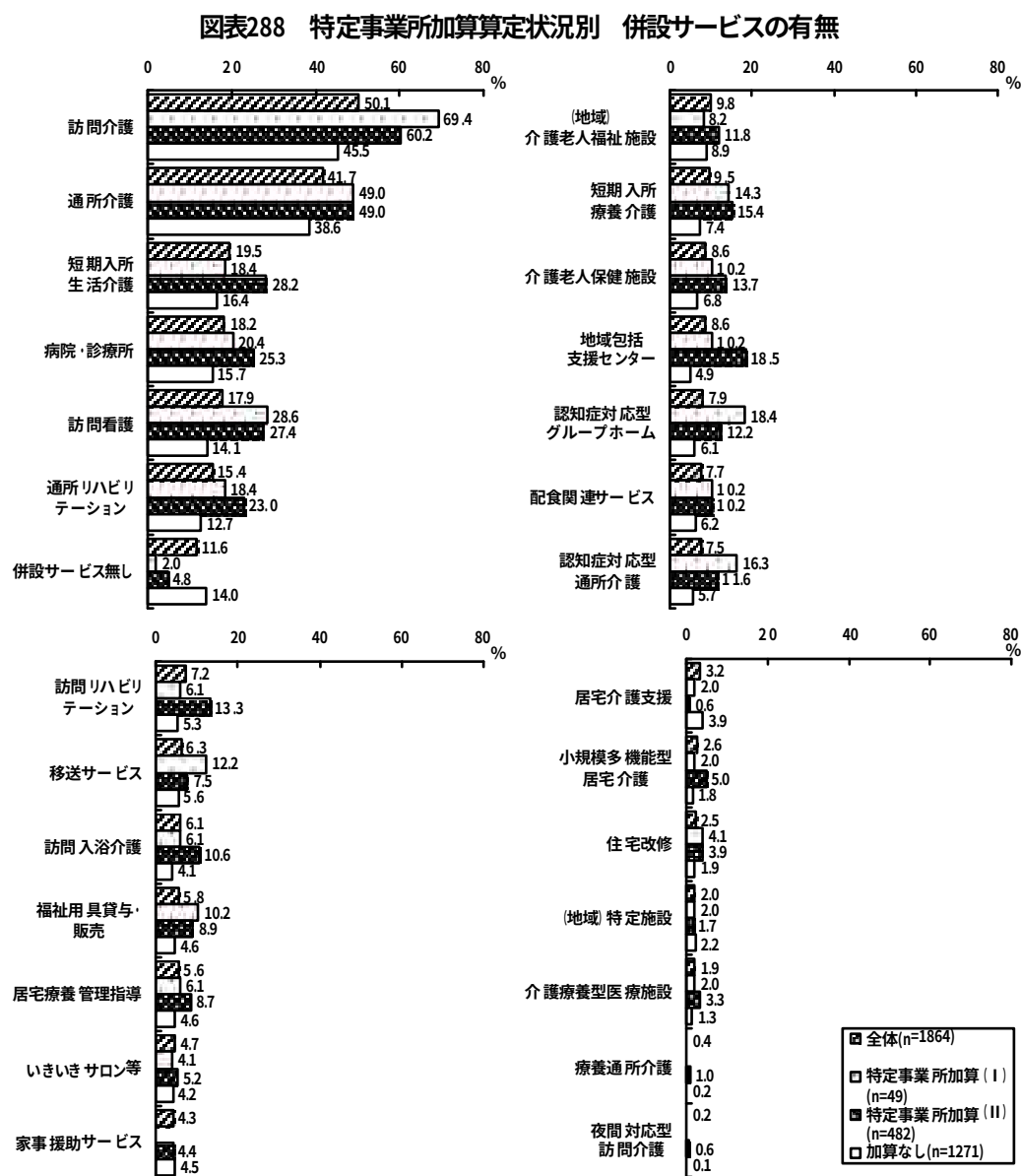


4.併設サービスの有無

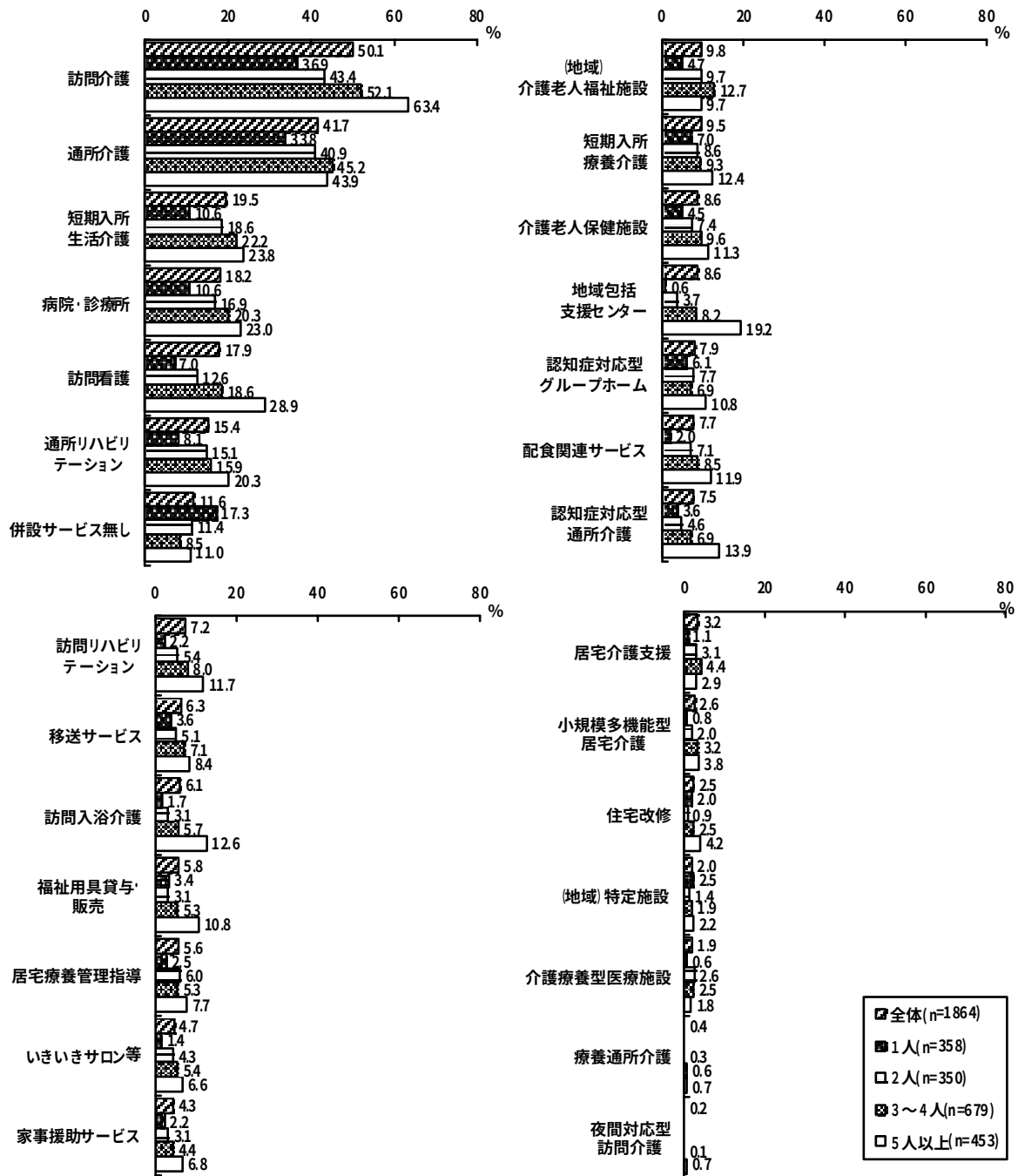
(1) 併設サービスの詳細

併設サービスの無い事業所は全体の 11.6%であった。併設されているサービスとして多いものは、訪問介護(50.1%)、通所介護(41.7%)、短期入所生活介護(19.5%)、病院・診療所(18.2%)、訪問看護(17.9%)、通所リハビリテーション(15.4%)であった。

特定事業所加算取得事業所では、未取得事業所に比べて何らかのサービスを併設している割合が多かった。特に、訪問介護、訪問看護、通所介護、短期入居者生活介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型グループホーム、病院・診療所等を併設している事業所が多かった。



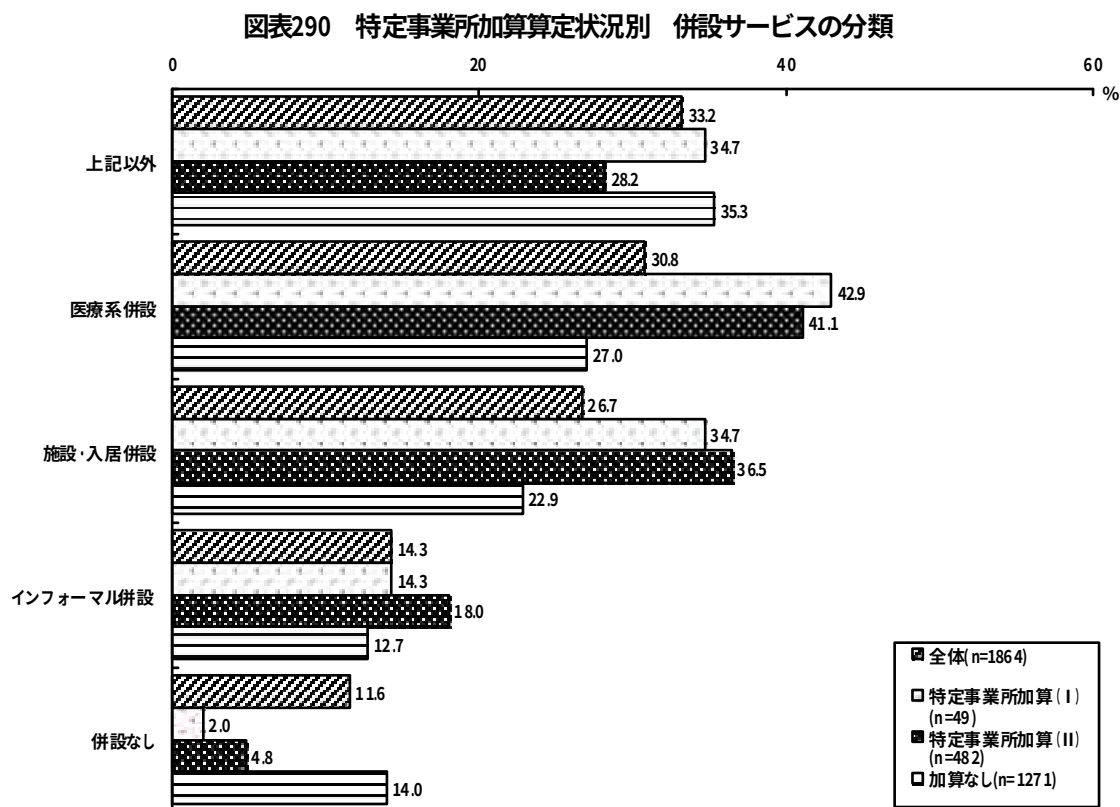
図表289 介護支援専門員総数別 併設サービスの有無



(2) 併設サービス種類別の分析

併設サービスの種類別の傾向を把握するため、併設サービスを5つに分類して分析した。

その結果、上記以外が33.2%、医療系併設が30.8%、施設・入居併設が26.7%、インフォーマル併設が14.3%、併設なしが11.6%であった。特定事業所加算取得事業所では、医療系併設型や施設・入居併設型の割合が多かった。介護支援専門員総数の多い事業所ほど、医療系併設型や施設・入居併設型の割合が多かった。



ⁱ 以下の通り、分類を行った。

「医療系併設」：訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、療養通所介護、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院・診療所のいずれか一つに当てはまる。

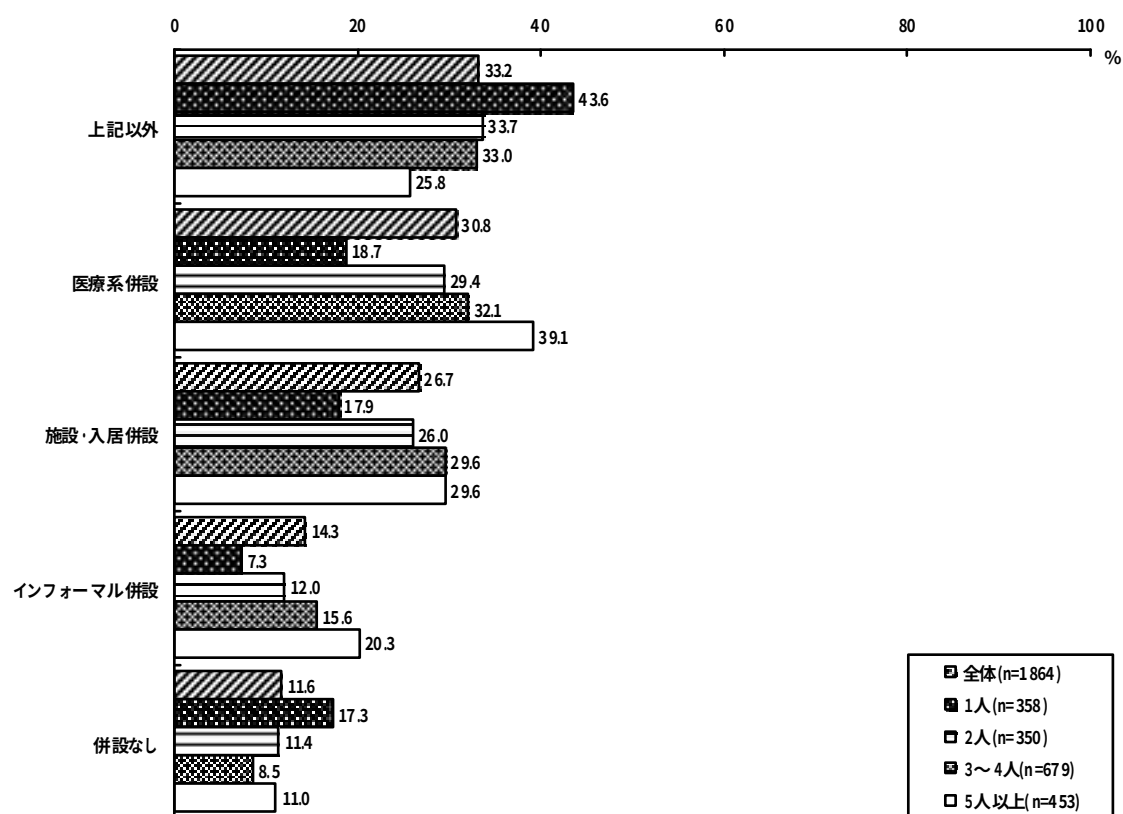
「インフォーマル併設」：家事援助サービス、移送サービス、配食関連サービス、いきいきサロン等のいずれか一つに当てはまる。

「施設・入居併設」：(地域)特定施設、(地域)介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型グループホームのいずれか一つに当てはまる。

「併設なし」：併設サービス無し。

「上記以外」：上記4分類に当てはまらない事業所。

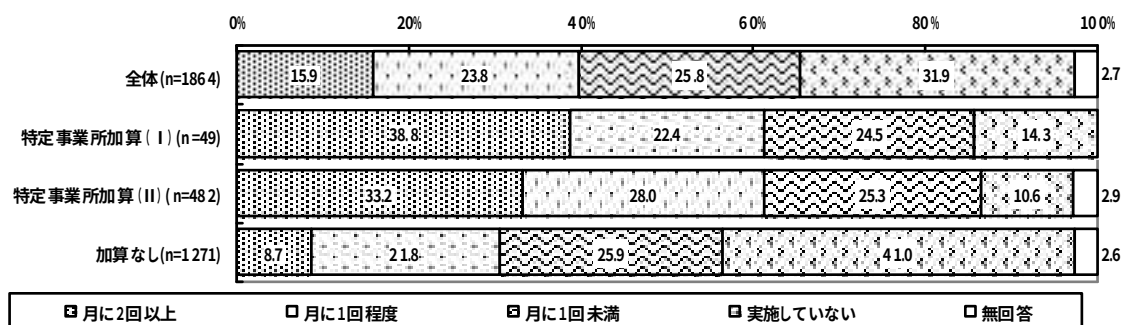
図表291 介護支援専門員総数別 併設サービスの分類



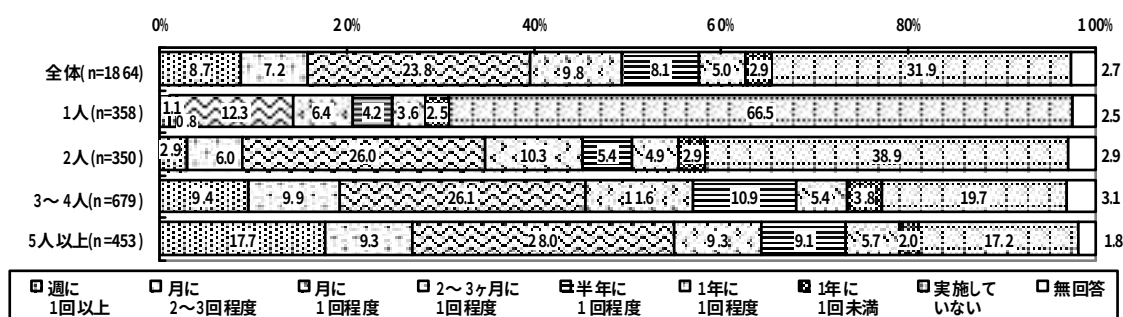
5.事業所内ケアプラン評価のための検討会などの開催頻度

事業所内ケアプラン検討会を月に2回以上開催している事業所は15.9%、月に1回程度開催している事業所は23.8%、月に1回未満開催している事業所は25.8%、実施していない事業所は31.9%であった。特定事業所加算取得事業所は、未取得事業所に比べて事業所内でのケアプラン評価のための検討会などの開催頻度が高かった。介護支援専門員総数の多い事業所ほど、事業所内でのケアプラン評価のための検討会などの開催頻度が高かった。

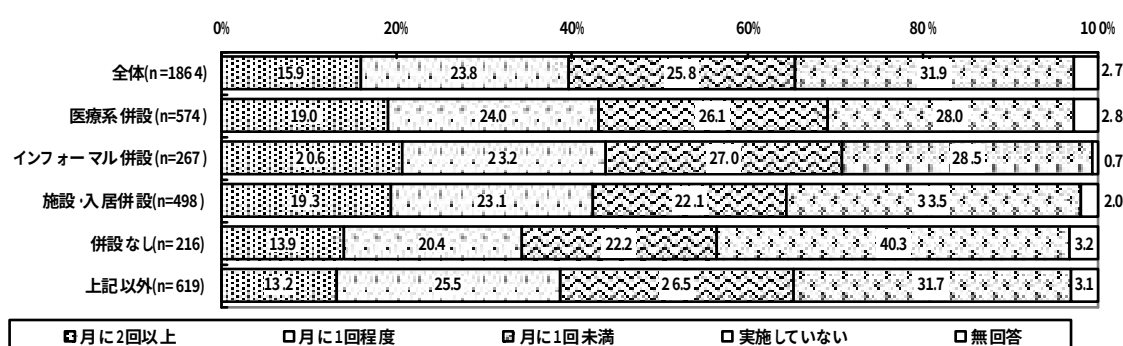
図表292 特定事業所加算算定状況別 事業所内でのケアプラン評価のための検討会などの開催



図表293 介護支援専門員総数別 事業所内でのケアプラン評価のための検討会などの開催



図表294 併設サービス種類別 事業所内でのケアプラン評価のための検討会などの開催

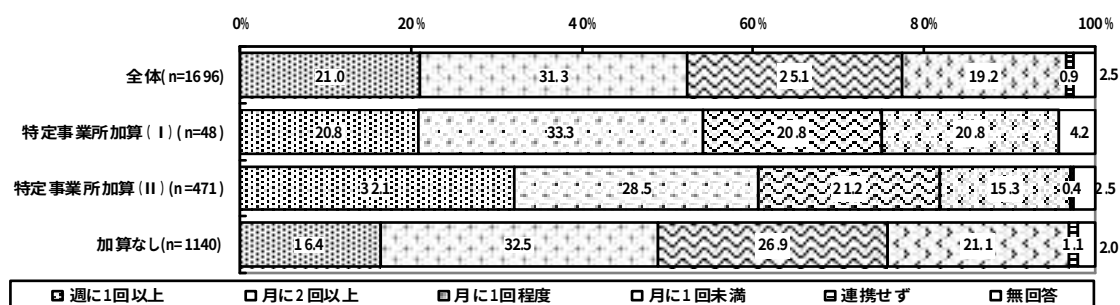


6. 他機関との連携について

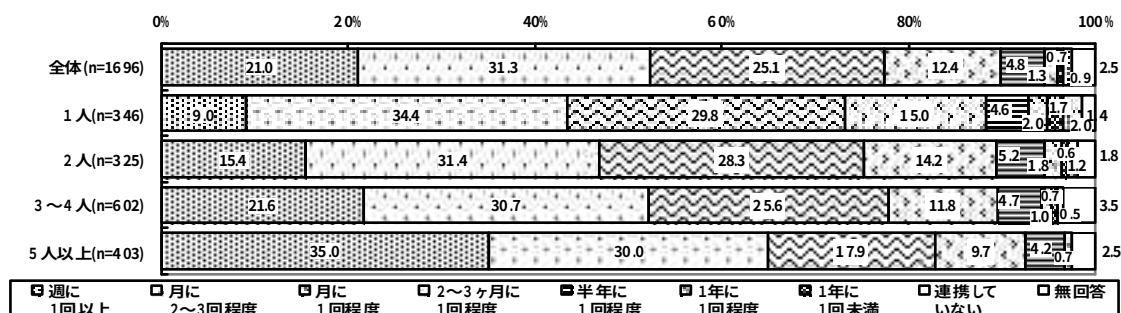
(1) 地域包括支援センターとの連携(相談や情報交換など)の実施頻度

地域包括支援センターとの連携を週に1回以上実施している事業所は21.0%、月に2回以上は31.3%、月に1回程度が25.1%、月に1回未満が19.2%、連携を行っていない事業所が0.9%であった。特定事業所加算取得事業所は、未取得事業所よりも地域包括支援センターとの連携頻度が高く、特に特定事業所加算(Ⅱ)では週に1回以上の連携を行っている事業所が3割を超えた。介護支援専門員総数が多い事業所ほど、地域包括支援センターとの連携頻度が高く、介護支援専門員総数が5人以上では、週に1回以上の連携を行っている事業所が3割を超えた。併設サービスの種類別でみると、インフォーマル併設型において、地域包括支援センターとの連携頻度が高い傾向があった。

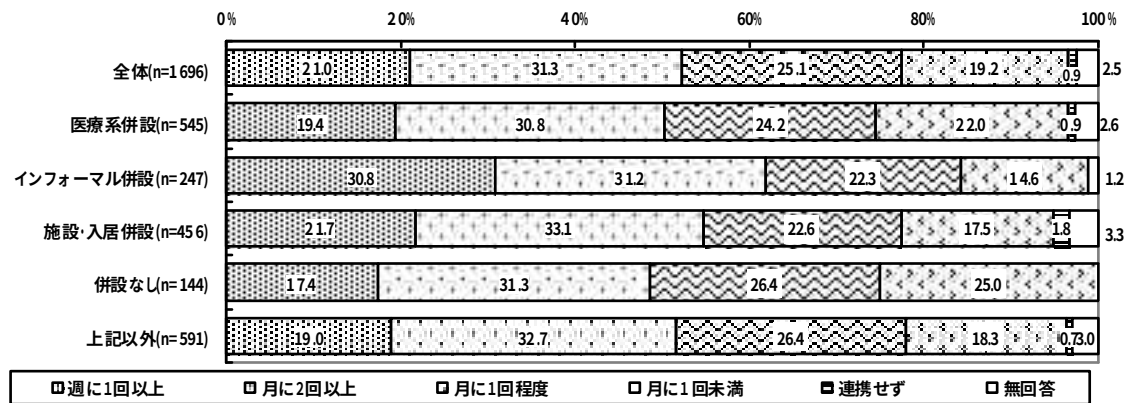
図表295 特定事業所加算算定状況別 地域包括支援センターとの相談や情報交換などの実施頻度



図表296 介護支援専門員総数別 地域包括支援センターとの相談や情報交換などの実施頻度



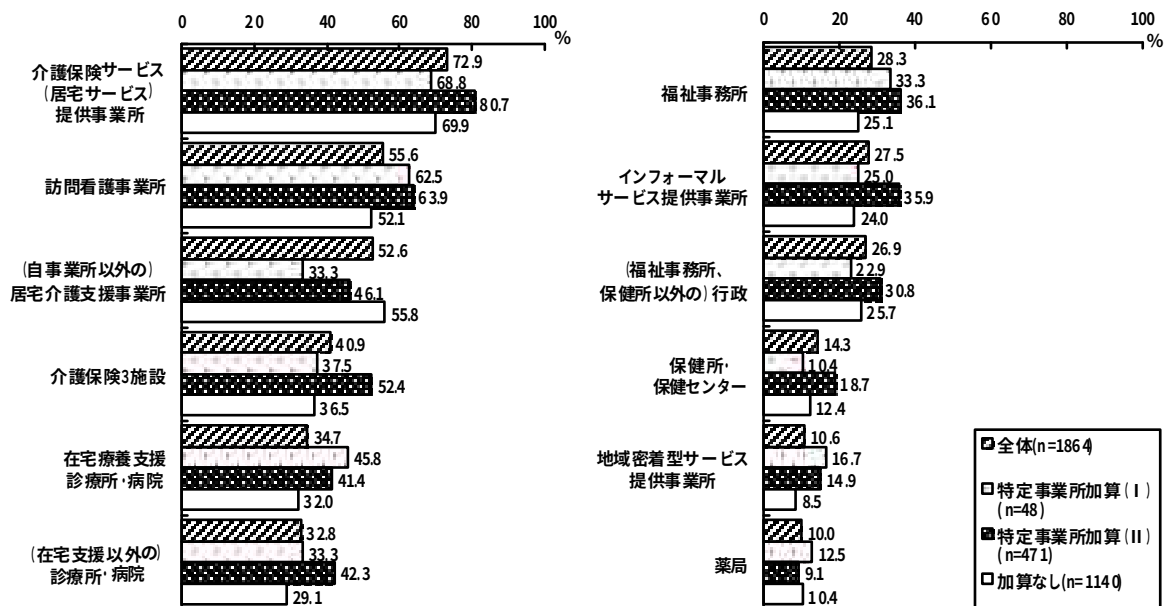
図表297 併設サービス種類別 地域包括支援センターとの相談や情報交換などの実施頻度



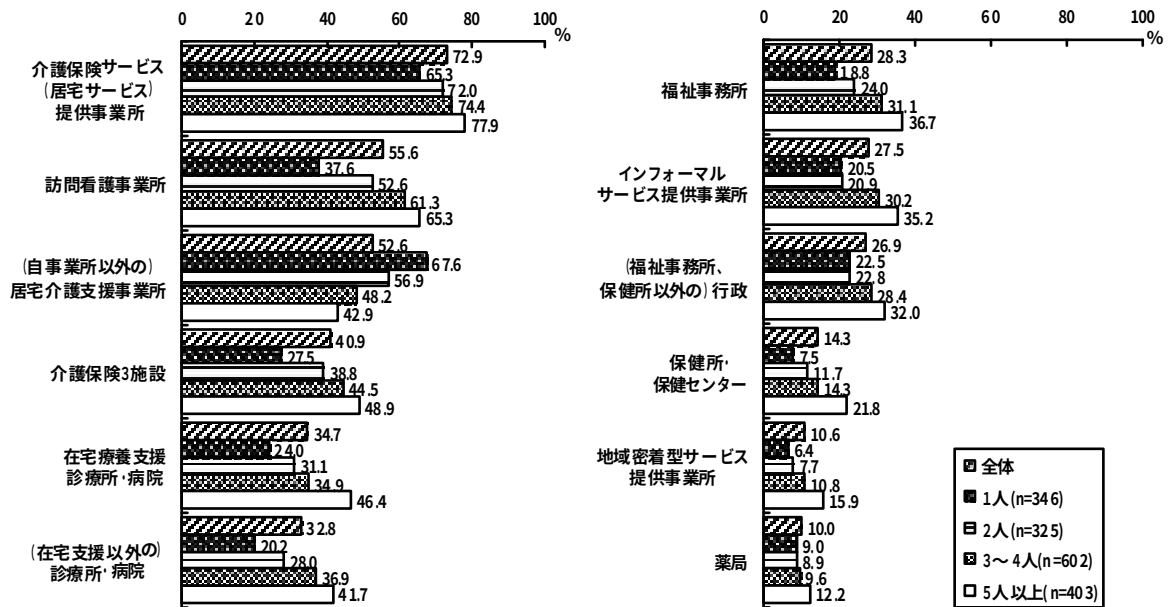
(2)日常的に(相談や情報交換など)を実施している他機関

日常的に連携している他機関として回答の多いものは介護保険サービス(居宅サービス)提供事業所(70.3%)、(自事業所以外の)居宅介護支援事業所(62.2%)、訪問看護事業所(48.6%)、介護保険3施設(35.1%)、(在宅支援以外の)診療所・病院等であった。特定事業所加算取得事業所では、訪問看護事業所、在宅療養支援診療所、診療所・病院、福祉事務所等と連携を実施している事業所が多かった。介護支援専門員総数別にみると、少人数の事業所では(自事業所以外の)居宅介護支援事業所と連携を行っている事業所が多く、介護支援専門員総数の多い事業所では、訪問看護事業所や介護保険3施設、在宅療養支援診療所等と連携を行っている事業所の割合が多かった。

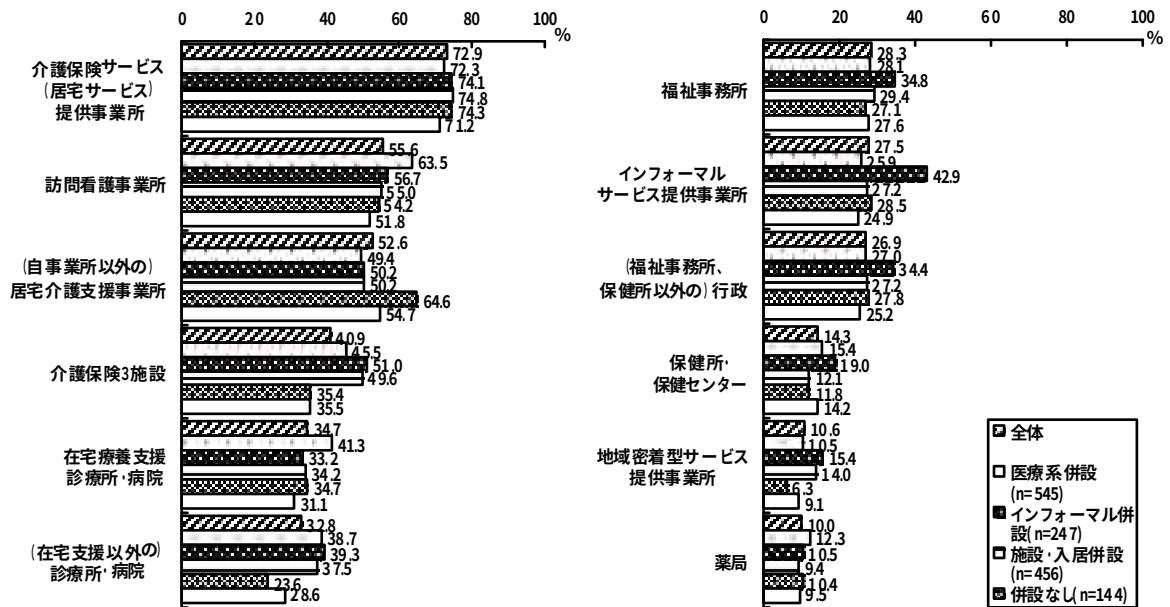
図表298 特定事業所加算算定状況別 日常的に連携している他機関



図表299 介護支援専門員総数別 日常的に連携している他機関



図表300 併設サービス種類別 日常的に連携している他機関



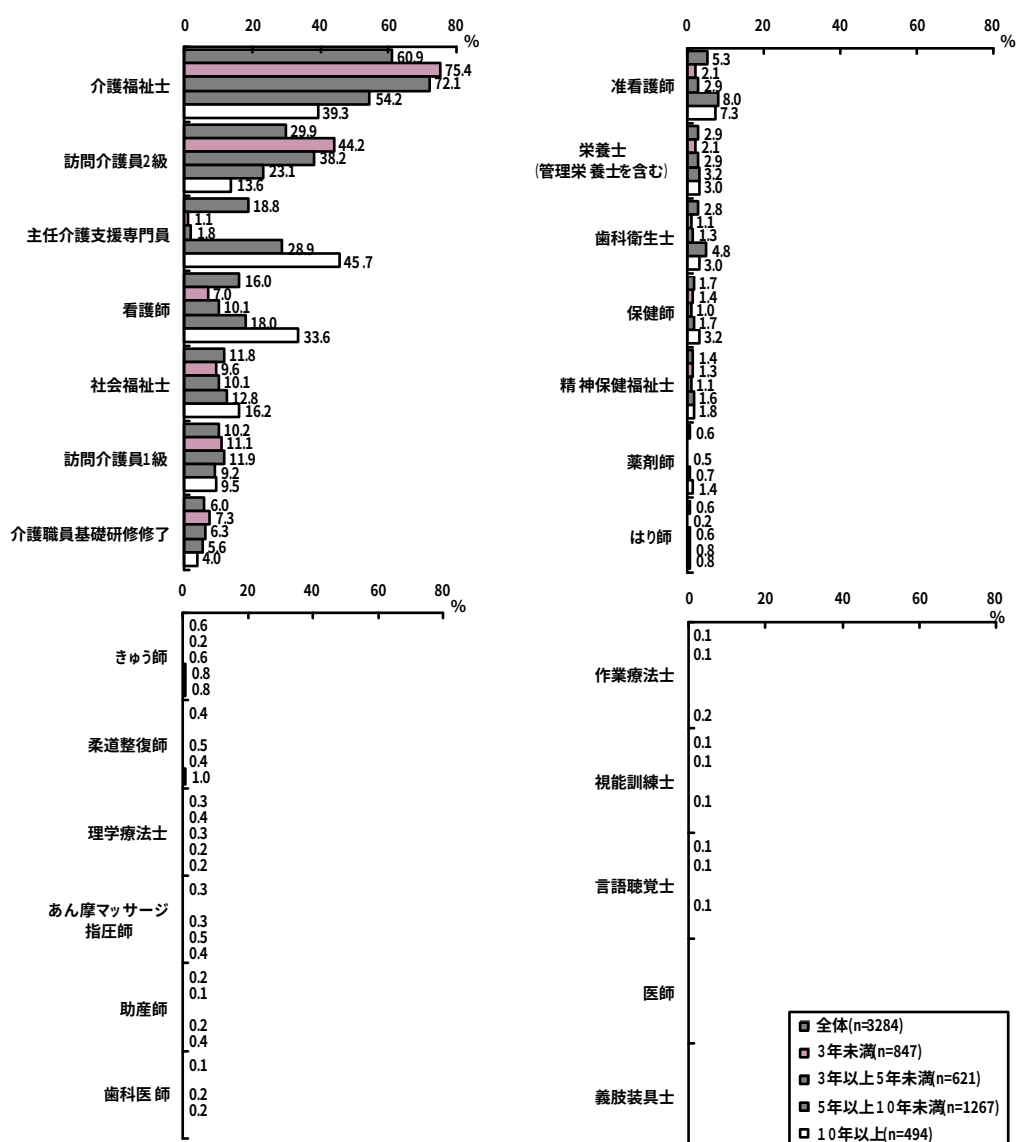
第2節 介護支援専門員の状況

1. 保有資格の状況

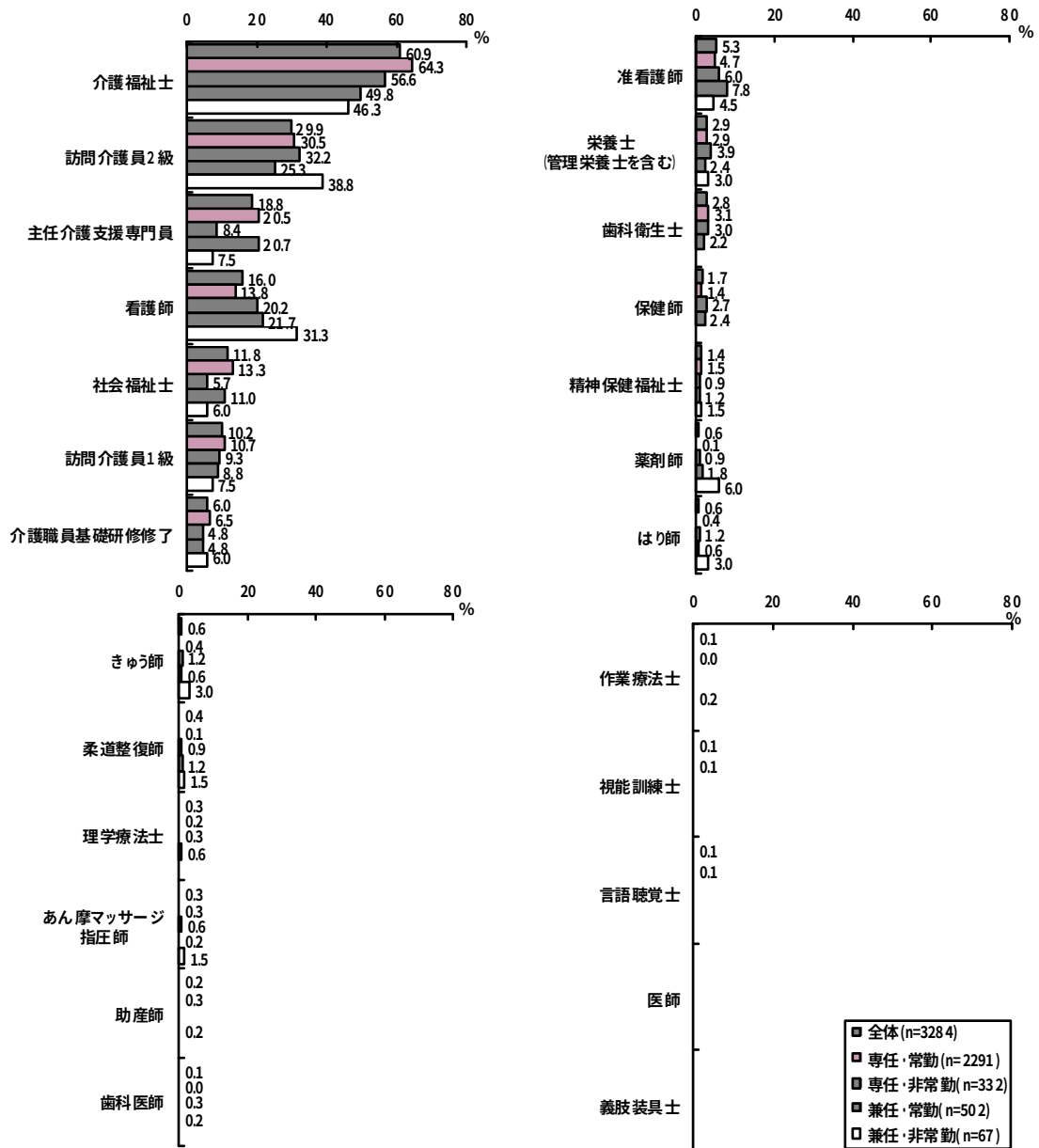
(1) 保有資格の詳細

多くの介護支援専門員に保有されている資格は、介護福祉士(60.9%)、訪問介護員2級(29.9%)、主任介護支援専門員(18.8%)、看護師(16.0%)等であった。業務経験年数の短い介護支援専門員においては、介護福祉士、訪問介護員2級資格取得者の割合が多く、経験年数の長い介護支援専門員においては、看護師、主任介護支援専門員、社会福祉士資格取得者の割合が多かった。専任・常勤では、介護福祉士資格取得者の割合が多く、兼任・非常勤では訪問介護員2級資格保有者の割合が多かった。

図表301 介護支援専門員としての業務経験年数別 現在保有している資格



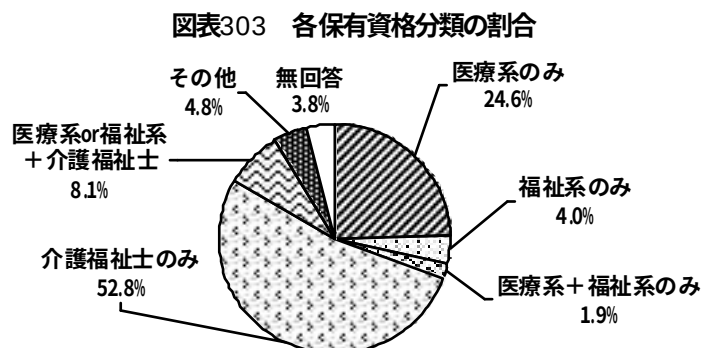
図表302 勤務形態・雇用形態別 現在保有している資格



(2) 保有資格の分類

続いて、保有資格を分類した。

医療系のみが24.5%、福祉系のみが4.0%、医療系+福祉系のみが1.9%、介護福祉士のみが32.8%、医療系 or 福祉系+介護福祉士が8.1%、その他 4.8%となった。

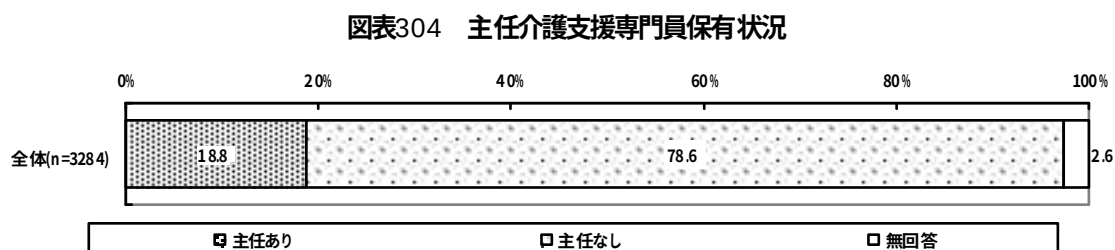


※保有資格の分類について

- (1)「医療系」は医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、准看護師、助産師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、あん摩マッサージ指圧士、はり士、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）のうちいずれかひとつ以上を保有。ただし(3)該当者は除く。
- (2)「福祉系」は社会福祉士、精神保健福祉士のいずれかひとつ以上の資格を保有。ただし(3)該当者は除く。
- (3)「医療福祉系」は1と2の両方に該当
- (4)「介護福祉士」は介護福祉士資格を保有。(5)は除く。
- (5)「医療/福祉系 かつ 介護福祉士」(1)(2)(3)に該当し、介護福祉士資格を保有。

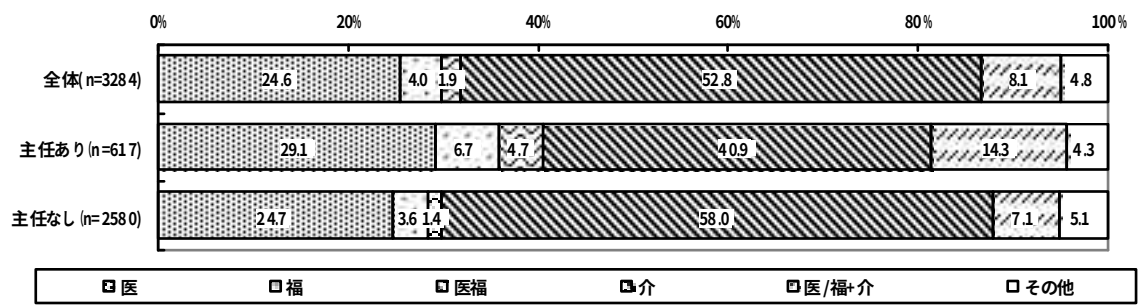
(3) 主任介護支援専門員資格保有者の概況

主任介護支援専門員を保有する介護支援専門員は介護支援専門員全体の 18.8%であった。



主任介護支援専門員資格保有者が持つ他の資格を分類すると、主任介護支援専門員は、医療系のみ、福祉系のみ、医療系+福祉系、医療系あるいは福祉系+介護福祉士資格の保有者が多い

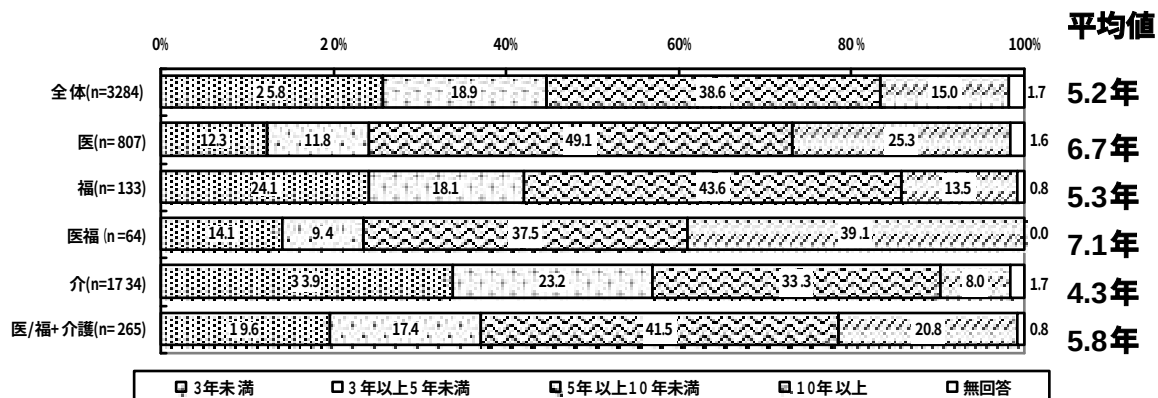
図表305 主任介護支援専門員保有状況別 資格タイプ



2. 業務経験年数、現在の事業所での勤続年数（資格タイプ別）

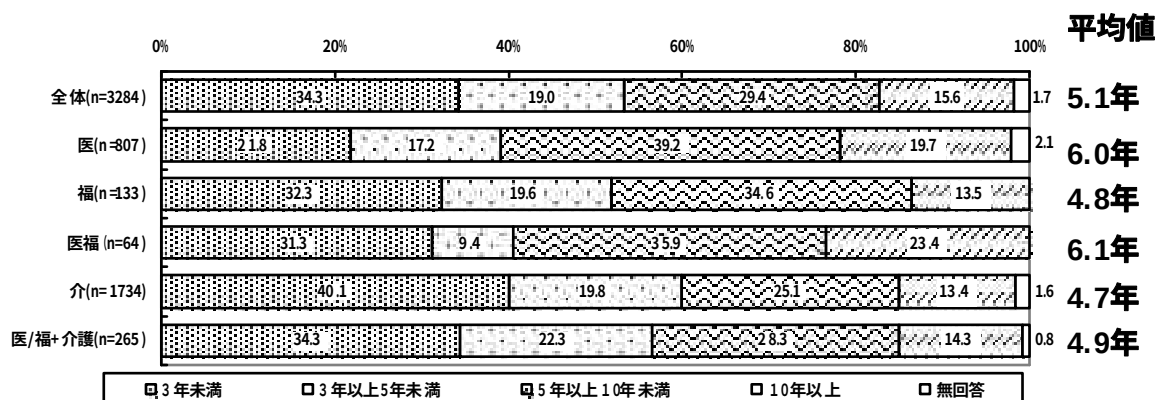
業務経験年数が3年未満の介護支援専門員が25.8%、3年以上5年未満の介護支援専門員が18.9%、5年以上10年未満の介護支援専門員が38.6%、10年以上が15.0%であった。資格タイプ別でみると、医療系+福祉系のみ、医療系のみ、医療系 or 福祉系+介護福祉士、福祉系のみ、介護福祉士のみの順で業務経験年数が長かった。

図表306 資格タイプ別 業務経験年数



現在の事業所での勤続年数が3年未満の介護支援専門員が34.8%、3年以上5年未満の介護支援専門員が19.0%、5年以上10年未満の介護支援専門員が29.4%、10年以上が15.6%であった。資格タイプ別でみると、医療系+福祉系のみ、医療系のみ、医療系 or 福祉系+介護福祉士、福祉系のみ、介護福祉士のみの順で現在の事業所での勤続年数が長かった。

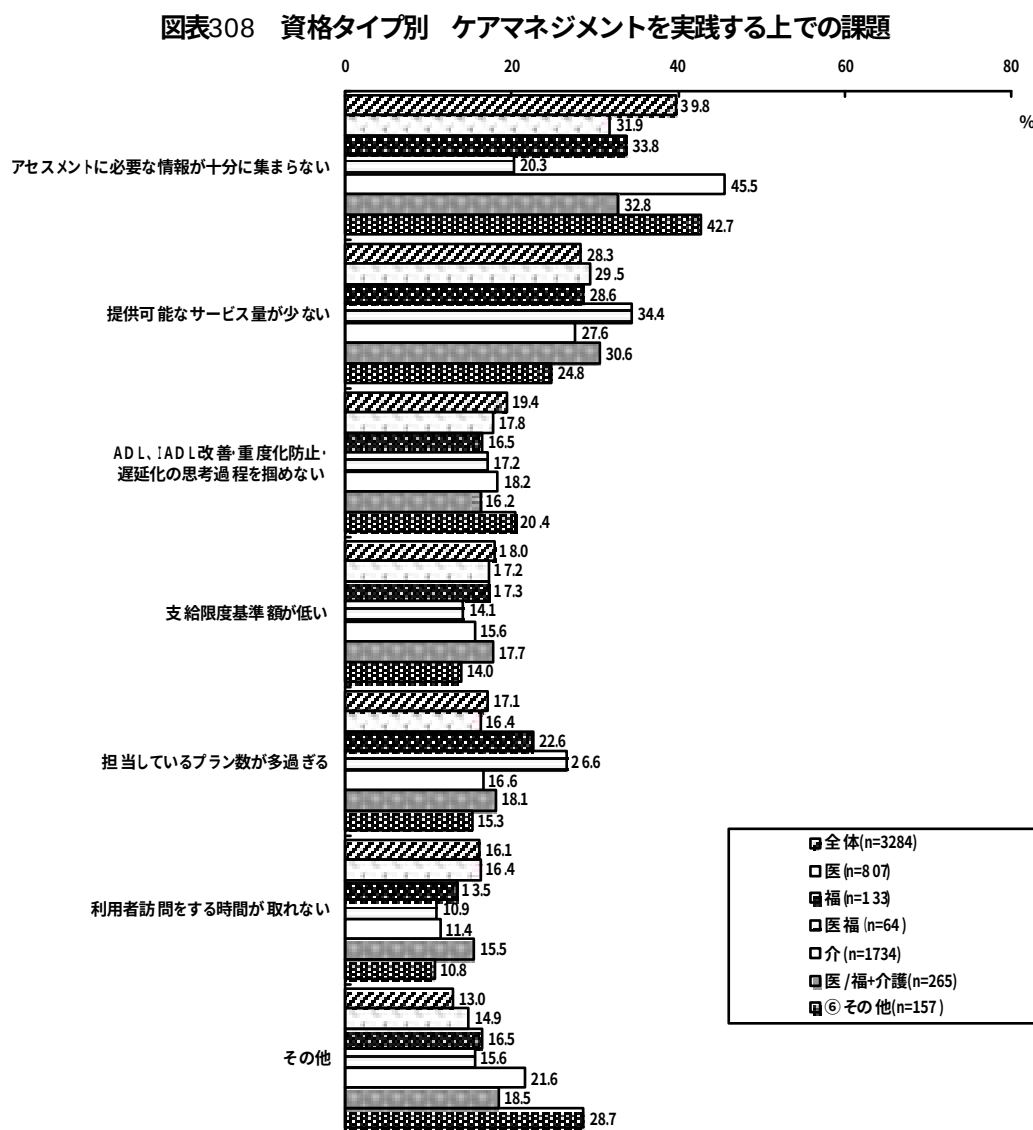
図表307 資格タイプ別 現在の事業所での勤続年数



3. ケアマネジメントを実践する上での課題

(1) 資格タイプ別

アセスメントに必要な情報が十分に集まらない(39.8%)、提供可能なサービス量が少ない(28.3%)、ADL、IADL改善・重度化防止・遅延化の思考過程を掴めない(19.4%)が上位に挙げられた。資格タイプ別では、介護福祉士のみ介護支援専門員が「アセスメントに必要な情報が集まらない」ことを課題としてあげる傾向が高い。



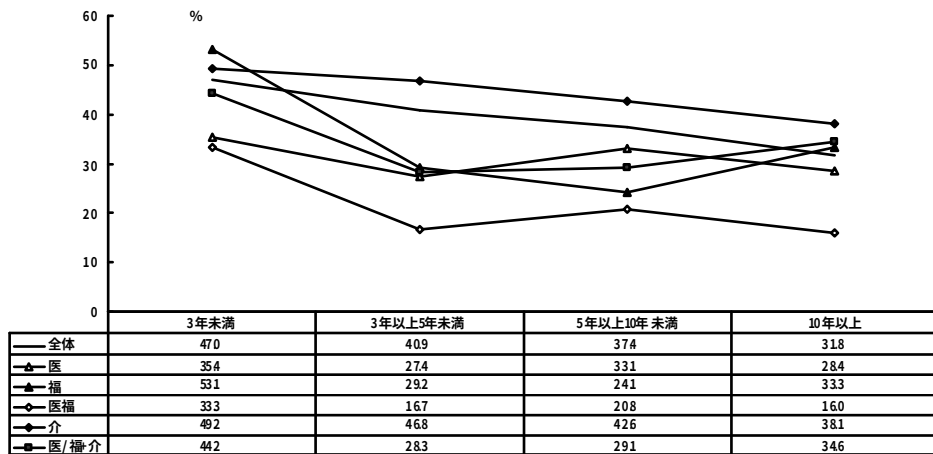
(2) 業務経験年数別資格タイプ別①

前述したケアマネジメントを実践する上での課題の回答傾向を、業務経験年数別資格タイプ別で二重クロス集計すると以下の通りである。(ただし、カテゴリによってはN数が小さいため割合の解釈には注意を要する) まず、「アセスメントに必要な情報が集まらない」という課題については、総じて業務経験年数が多くなるほど回答割合が小さくなるが、介護福祉士のみ保有者は、業務経験年数の長短に関わらず他の資格保有者よりも回答割合が大きい傾向が見られる。

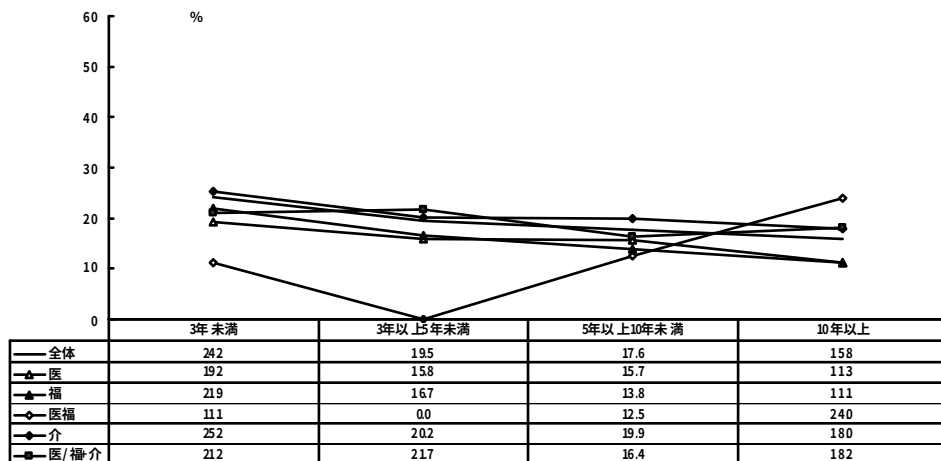
図表309 業務経験年数別資格タイプ別 各カテゴリのN数

度数	3年未満	3年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上
全体	847	621	1267	494
①医療系のみ	99	95	396	204
②福祉系のみ	32	24	58	18
③医療系+福祉系のみ	9	6	24	25
④介護福祉士のみ	587	402	577	139
⑤医療系or福祉系+介護福祉士	52	46	110	55

図表310 業務経験年数別資格タイプ別 「アセスメントに必要な情報が集まらない」の回答率 (%)



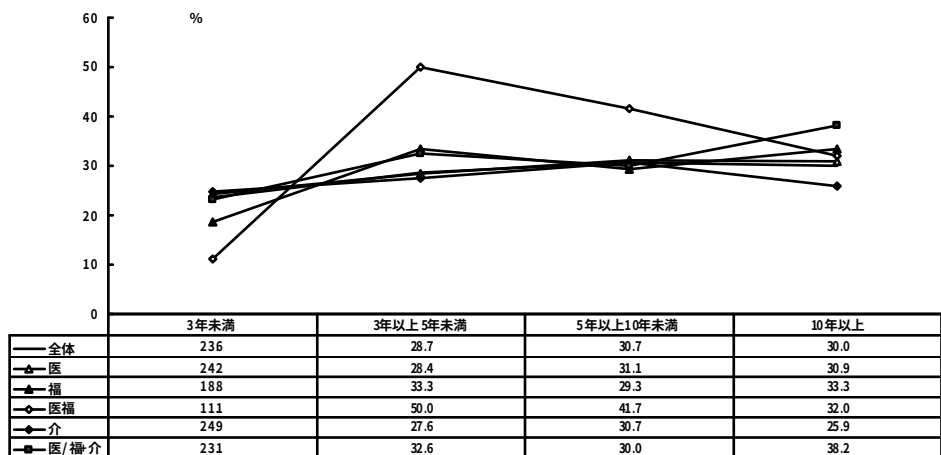
図表311 業務経験年数別資格タイプ別 「ADL、IADL改善・重度化防止・遅延化の思考過程を掴めない」の回答率 (%)



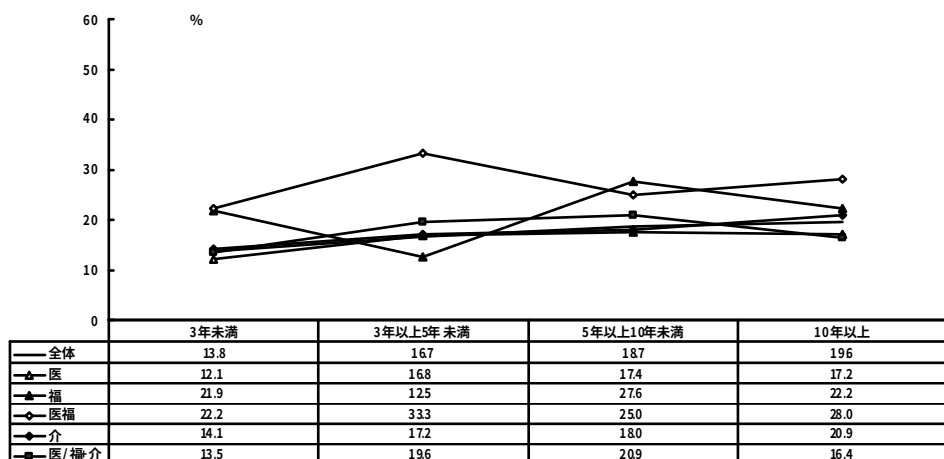
(3) 業務経験年数別資格タイプ別②

「支給限度額が低い」という課題について見ると、業務経験年数が3年以上5年未満において、資格タイプ別の回答割合の差が最も大きくなっており、医療系のみで最も回答割合が大きく(29.5%)、次いで医療/福祉系かつ介護福祉士(23.9%)、介護福祉士のみ(18.7%)となっている。

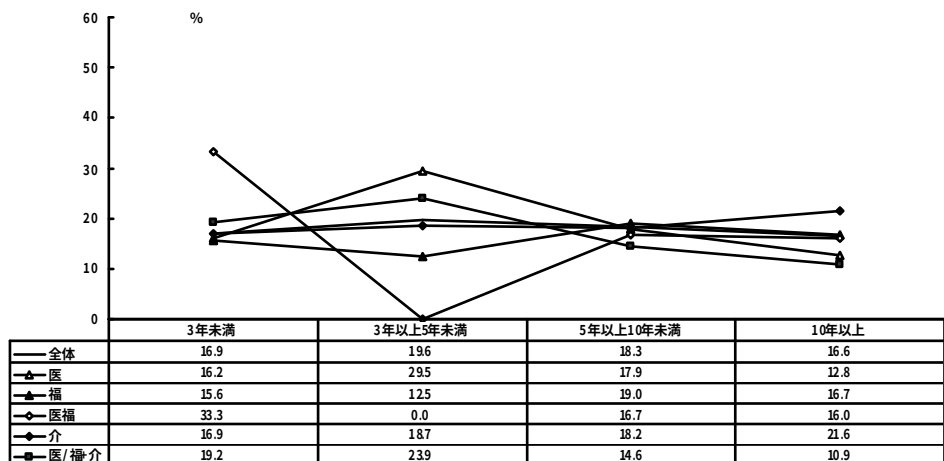
図表312 業務経験年数別資格タイプ別 「提供可能なサービス量が少ない」の回答率 (%)



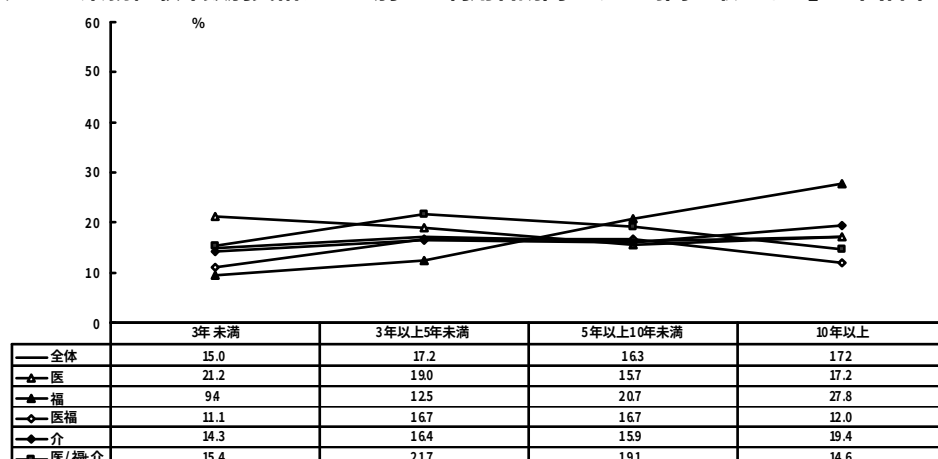
図表313 業務経験年数別資格タイプ別 「担当しているプラン数が多すぎる」の回答率 (%)



図表314 業務経験年数別資格タイプ別 「支給基準限度額が低い」の回答率 (%)



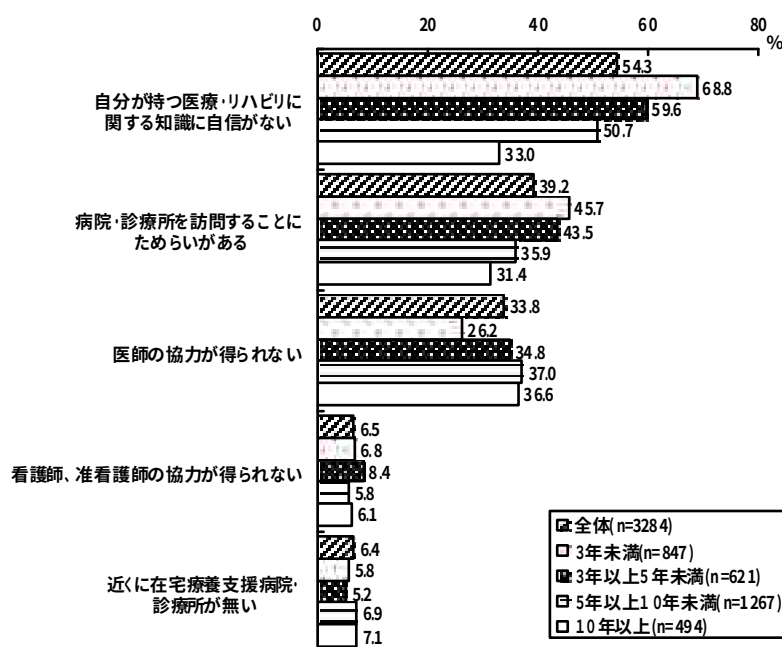
図表315 業務経験年数別資格タイプ別 「利用者訪問をする時間が取れない」の回答率 (%)



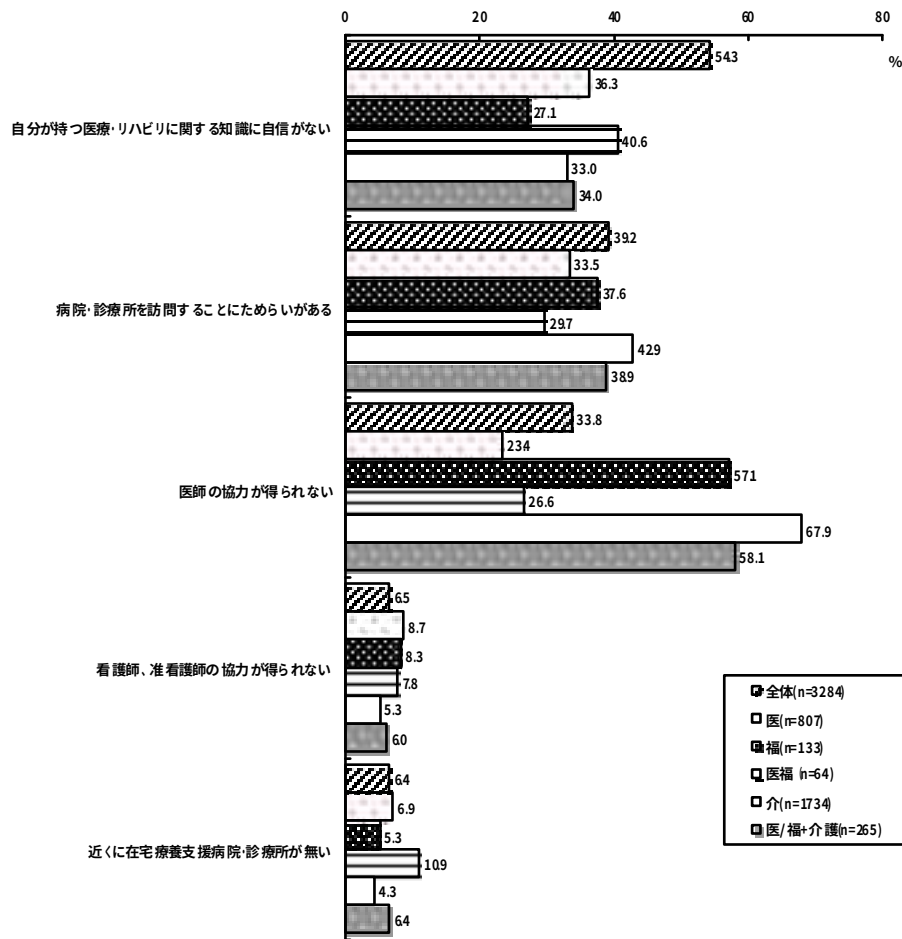
4. 医療との連携における課題

「医療・リハビリに関する知識に自信がない」、「病院・診療所を訪問することのためらい」、「医師の協力が得られない」が上位に挙げられた。業務経験年数が短いほど、「医療・リハビリに関する知識に自信が無い」「病院・診療所を訪問することへのためらい」の回答割合が高い。福祉系のみ、介護福祉士のみ、医療系 or 福祉系+介護福祉士は、「医師の協力が得られない」を挙げる傾向が高い。

図表316 介護支援専門員としての業務経験年数別 医療との連携における課題※



図表317 資格タイプ別 医療との連携における課題※



※本調査研究は、平成 23 年度厚生労働省老人健康保健増進等事業補助事業として実施したものです。

平成 23 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査

報 告 書

平成 24 年 3 月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-18-1 大崎フォレストビルディング
TEL: 03-6833-5204 FAX: 03-6833-9480