

介護保険におけるケアマネジメントの研究

伊藤春樹・神波幸子

Study of Care Management in Long Term Care Insurance

Haruki Ito, Sachiko Kounami

社会福祉基礎構造改革がおこなわれ、社会福祉は措置の時代から契約の時代に移ったといわれている。この措置から契約への移行の中で行われた変更した業務の典型的なものとなるものは、介護保険制度にかかわる一連の業務の中で見られる。この一連の業務の中で、「扇の要」的役割を果たすのがケアマネジメントであり、ケアマネジメントの全ての段階を可視化することが、その段階ごとに行われる各種の記録である。この記録は、利用者と事業者との間で交わされる、「契約」という考え方の中で提供されるサービスの確認でもあり、事業者と保険者との確認でもある。

しかし、社会福祉は、より効率よく、公平に等というような様々な原理・原則を持って運営される必要がある、この原理・原則を守っていくためにどのようにケアマネジメントがなされるか、介護計画を中心に考えてみることにした。

Keywords : 介護保険制度、ケアマネジメント、介護計画、介護記録
Long Term Care Insurance, Care Management, Care Plan

1. はじめに

社会福祉基礎構造改革によって、社会福祉は措置の時代から契約の時代へと移ったといわれている。この基礎構造改革の旗頭でもある介護保険制度は、社会福祉における契約制度の代表的なものである。

ところで古川は、「社会福祉サービスの運営とは、限られた資源（財源、人材、施設、設備）のもとで、国民の間においてそれら資源を効果的かつ効率的に、しかも公平・公正原則に基づいて配分することを目的として、それを達成するための主体、組織、推進手段を確定し、それらを作動させる過程ならびに手続きであり、ニーズ＝資源の間の最適化を目指して行われる行為の総体をいう」とし、この社会福祉運営を導く諸原理を権利性、普遍性、公平性、統合性を挙げ、その原則として有効性、接近性、選択性、透明性、説明責任の五原則を述べている（古川 2001）。

社会福祉サービスの一つである高齢者に対する介護サービスは、当然上にあげたような原理・原則で運営され、国民にとって利用し易い、国民のための、国民による制度として確立すべきであるために、ケアプランが作成され介護サービスの提供がマネジメントされる。

ところで、白澤（1992）はケアマネジメントを、「対象者の社会生活上での複数のニーズを充足させるため、適切な社会資源と結びつける手続きの総体」としたが、「種々のニーズを制度化されているサービスやインフォーマルなサポート、さらにクライアントの能力と適切に連結させて、クライアントのニーズを充足される援助」としたものもあることを紹介している（白澤 1986 : 35）。

ケアマネジメントにおいて、主要な機能として仲介機能が強調されていたり、仲介から援助課程まで含まれるとするものとなったり、定義に多少の幅があるものの社会福祉の運営が、古川が述べているように、有効・効率よくかつ公平に運営されることに期待が寄せて論じられたものである。

このケアマネジメントは、介護保険導入とともに実施されてきたが、現実にもどのように運用されているかをケアプランを分析することによって検証することにした。

2. 研究方法

ケアマネジメントの検証のために、平成 19 年に福井県の各市町村の任意の 33 事業所に、各事業所がよくできていると判断し、できるだけ長期間にわたる 3 事例の提供を依頼した（本学と福井県立大学、福井県との共同研究に基づいたもの）。「よくできている」とか「長期間である」という判断は、依頼したそれぞれの事業所の判断に一任した。集まった事例は合計 91 事例で、最多の計画書からなる事例は 22 の計画書、最少は 1 計画書だけであったが、継続年数別事例件数と一計画当たり平均活用年数を表 1 に示した。

表 1 事例の継続年数別件数と一計画書当たりの継続年数

	事例数	計画当たりの平均期間(単位：年)
2 年未満	24	0.22
2 年から 4 年未満	32	0.35
4 年から 6 年未満	23	0.50
6 年以上	12	0.60
合計	91	0.43

注) 一つの計画しかないものは半年継続として計算した。計画当たりの平均期間とは、一計画で運用されている平均的期間である。ただ、期間はもっとも古い計画書が作成された年月から最終の計画書が作成された年月を用いて計算した。

このような資料を中心として分析を行ったが、2009 年度から今日に至るまで毎月行われてきた本学と岡崎市社会福祉事業団との共同研究で取り上げられた事例などをも参考にしながらまとめることにした。

分析の基本とした 91 事例の資料は、居宅サービス計画書(1)、居宅サービス計画書(2)、週間サービス計画表であり（予防計画書、施設サービス計画書も含む）、居宅介護支援経過の資料は、岡崎市社会福祉事業団のものを多く参考にした。

3. 「本人及び家族の生活に対する意向」を中心にした分析

介護を行う時には利用者本人と中心となって本人を見守る家族の意向は重要である。したがって、ケアマネジメントにおいて、重要なアセスメントはこの本人や家族の意向のもとになされ、ケアマネジメントの目的が遂行されるものと考えられる。ところで、ケアマネジメントの目的は、「利用者が自立した生活を送ることを支援することであり、また利用者が生活の質（QOL）の高い暮らしを送ることを支援する」（福富昌城 2006：14）であり、「こうした理念的な目標に対して、機能的には利用者がこうした目標を実現できるように、さまざまな社会資源を利用できるように支援することとも考えることができる」（福富昌城 2006：14）ともした。ここで述べられているように、利用者の自立した生活を支えることや生活の質の向上が主な目的とするなら、本人やその家族の意向を十分に把握する必要がある。

そこで、今回の研究資料の中で最多計画数がある事例を詳しく調べることにした。この事例は、平成 12 年 5 月のものから平成 19 年 9 月の最終のものまで 22 回の計画書がある。この間に利用者の要介護状態は、平成 15 年は要介護 1 であったが、同年 12 月には要介護 4 になり、平成 16 年 12 月に要介護 3 と改善したが、平成 17 年 1 月に再び要介護 4、平成 19 年 5 月に要介護 5 と重度化している。これを表にまとめると表 2 のようになる。

表2 最長事例における要介護度別継続月数と計画書数

	要介護1	要介護4	要介護3	要介護4	要介護5	合計
継続月数	4ヶ月	16ヶ月	11ヶ月	14ヶ月	4ヶ月	49ヶ月
計画書数	2	4	5	8	3	22

ところで、この全期間を通しての計画書における「本人及び家族の生活に対する意向」の内容を詳細に調べると、一回目の本人の意向は「年をとり体も弱りいつどうなるか分からないが、今の生活に満足しているので少しでも長く継続させたい。自分が介護を受ける状況に慣れたいと思い、デイサービスを利用し他者との交流を行いたい。最終的には施設入所を希望する」であり、家族の意向は「基本的に本人の好きなようにさせてやりたいと思っているが、本人はきままな性格で集団活動や集団生活は無理ではないかと思われる」と記録されている。

本人の意向は、二回目にはこの初回の意向に変わって、「難聴や言語障害があるので意思の疎通がうまくいかないで妻の介護を受けて在宅で家族と共にくらしたい」となり、これが最後まで継続し、変化がない。したがって、自分の要介護状態がどのように変わっても（どのように重度化しても）、本人の意向は家族に介護をしてもらい、住み慣れた自宅で過ごしたいと思っていた。本人の意識のしっかりしていたと考えられる初回には、家族への配慮もしていたが、この家族への配慮はそれ以降記述されていない。この本人の意向を理解するにあたって、「本人の自宅で過ごしたいと思うもの」と「家族の配慮をして施設への入居を思うもの」とどちらが「本人の本当の意向」であると決めることは難しい上に、決める必要があるのかが疑わしい。ただ、残念なことは二回目以降に本人の意向に変化がないのか、本人の意向をよく汲み取れなかったのかが理解できないところである。

本当の本人の意向が理解しにくいものであっても、その状況がどのように変化したか記録しておくことは、本人の意向に配慮するための基本でもある。ただ、本人の意向に沿うことだけが、本当の自立した生活支援に結び付くとは限らない。本当の支援は、自立した生活を本人が望むような意欲を持つように仕向けることも必要である。

ところで、家族は本人の性格を理解したうえで、施設入所を本人が希望したとしても、それが本人の希望かどうかをと疑問を投げかけている。

二回目（平成15年12月）になると家族の意向として、「本人の好きなようにさせてやりたいと思っている。コミュニケーションが困難で孤立しやすく、その為痴呆が進行するのではないかと、状態の重度化を心配している」とし、十五回目（平成18年9月）の計画まで全く変化がないが、十五回目には「食事が減ったり、歩行力が低下したりと介護に不安を感じている。本人の意欲が低下していることや、コミュニケーションが困難なため、本人の希望がわかりにくく介護にも時間がかかるので負担を感じることもある。胃ろうなどは行わず、本人の状態にあったサービスを利用し在宅での介護を続けたい」となっている。ただ、どのように変化しようと、家族が「本人の意向」を大切にしようとしていることは十分に理解できる。「本人の意向」にそぐわないものと考えられることは「胃ろうなどは行わず」ということが可能性として考えられるが、この意向は長い期間人生を共にしてきた家族としての判断であったと考えられる。ただ、家族にとっては本人が徐々に状態が悪化してきていることを気付いているようであり、この気づきをできる限り早く把握することが重要である。しかし、現場で働く介護者にあっては、この状態の悪化を家族にいち早く知らせることが本当に必要なことなのか、難しい判断が必要であることも忘れてはならない。また、この十五回目の計画で「少しでも父親の笑顔が見たい」という長男の意向が追加され、この後三回同じ記述が続いた。

その後、家族（妻）の意向として、「胃ろうの管理には不安を感じている。吸痰が必要な状態となれば

とても自宅では看られない。訪問看護を利用し状態の見守りをしてほしい」と、長男夫婦の意向として「母親ひとりでは負担が大きすぎるので、できるだけ協力したいが、自営業で夕方からは孫の世話もあるためなかなか思うように時間が作れない可能性もあるので、訪問介護を利用し母親の負担を減らし、本人にも安定した生活をしてほしい。入浴については自宅では無理なので、デイサービスの利用し、少しでも父親の笑顔が見たい」と記述された。

ここでは、明確になっていないが、本人や家族の意向が在宅で介護していくか、施設での介護に移行するかどうかに基づいて、理解しようとしていることが気になる。「自立した生活」や「生活の質の向上」を目指しながら、在宅での介護がどのような自立や生活を意味するのか、施設での介護がどのようなかをケアマネジャー自身が今少し検討する必要があるように思われる。

今回の事例において「胃ろうの管理」に関して、家族の意向が十分に反映されたのか疑問が残るものの、何時までも「ケアマネジメントの目的は、利用者が自立した生活を送ることを支援することであり、また利用者が生活の質（QOL）の高い暮らしを送ることを支援する」（福富昌城 2006：14）というだけでなく、人間にとっての「尊厳のある死」という方向での考え方において支援することも考慮することも、家族の意向を反映する一つの考え方と思われる。

家族の意向の中に、介護を支えてきた家族へのいたわりを配慮した家族同士の支えあいというものが見られる。

本人と家族の意向を基本にしながら、アセスメントをすることが重要であり、提供されるサービスは本人や家族の意向を反映したものでなければならない。しかし、他人であるケアマネジャーに本当の意向をどのように伝えるか、家族内でも難しいものを伝えることが本当にできるのかをも含めて、この本人や家族の意向を理解することの難しさが、相談業務の難しさそのものでもある。相談業務が専門職である限り、本人や家族の意向を反映したアセスメントは当然のことであるが、制度から要求されるアセスメントもしなければならないのが、もう一つ複雑にする要因でもある。本人や家族の意向を中心にしたアセスメントは、利用者に満足されるものではあるが、制度としての側面は弱いかもしれないという側面を持っている。

ところで、この記録上の変化は利用者の要介護度の変化に応じて書かれているのではなく、それに先行して変化したことが書かれている。この記録を見る限り、ケアマネジャーや介護員（ヘルパー）は利用者の状況を十分に把握していると考えられ、この状況把握を活用すれば、要介護認定の審査の在り方に一石を投じることも可能である。

4. 記録の方法

要介護認定が更新されたときや提供するサービスを変更するときには、ケアプランの全てを書きなおさなければならない。確かに、本人や家族の意向を確かめながら、長期目標や短期目標を設定して週刊サービス計画を立てなければならない。しかし、個人的な筆者の体験ではサービスを利用して、意向も目的の変更もなしに、あるサービスが不要であるとかサービスを増やしたいとか考える時もあり、サービスの変更するときもあるが、制度が求めるものは居宅サービス計画書(1)から週間サービス計画まで全て書き直さなければならない。このような現実が、単に書類の量を膨大にしている原因になっている場合もある。

逆に、同じサービスを利用しながらも意向や目的が微妙に変化することがあるのも当然のことである。

また、記録の内容は「①対象者の体、心、周囲の状況をしっかり見て、正確に書く。②自分のしたこと話した事実を、ありのままに書く。③よかったこと、うまくいかなかったことを書く。④この次に何をしたいか書く」（木下安子 2000：25）に気をつけて記録する必要があるとしている。これらの記録が記録者のためにだけ書かれるのであれば、この指摘は非常に正しいと思われる。しかし、ケアプランは

監査の対象であり、監査員もこの書類に目を通す。監査員の視点は主に介護保険の支払いが適正に行われたかが中心になる。ケアマネジャーやヘルパー達が利用者の自立生活への興味が中心であることは非常に異なる。また、事業所の経営者は経営者の視点があると考えられる。これらの視点を網羅しながら書くことは至難の業ということになる。このような問題意識を持ちながら現実の問題を細かく検討することにする。

・要介護度の重度の場合（平成15年7月から平成19年9月までに四回の施設入所のケアプランを作成。本人の意思がほとんど表現されていないケース。要介護4から要介護5に重度化。）

初回のケアプランで、認知症であり、非言語コミュニケーションが少しとれるようなことが書かれているが、2回目以降は本人の意向を確認することの難しさ、四回目にはサービスを提供している状態の中での反応から、本人の意向の確認をしようと苦労している状態が読み取れる。

家族の意向は、認知症の進行を初回は気にしていたが、二回目、三回目は服装と食事の希望をしていたが、最後のプランでは職員ができる限り関わりを持つように期待している。

このような本人と家族の意向のもとに、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）には、「痴呆が進んでおり、排泄動作が自力で出来ない為介助を必要とする」、「レク活動のボール遊びには、集中でき表情も良い」、「食事摂取に集中できず食事で遊んだりして、全量摂取出来ないときがある」、「夕方に家族の面会が多い」と書かれているが、本来的には「認知症の進行を阻止」、「食事の摂取の支援」、「服装の調整」等がニーズとして挙げられるべきで、このニーズに対して長期目標と短期目標が記入されるべきである。しかし、長期目標と短期目標が明確でないものが多い。ただ、施設サービスの場合は、サービス内容が非常に具体的で理解しやすいが、重度の要介護度の人自立支援というものを意識しながら計画が立てられていないようで残念に感じる。

・要介護度が軽度の場合（平成18年6月から平成19年11月までに4回の居宅サービスのケアプランを作成。要介護1から要介護4に重度化のケース）

本人の意向は、「頭痛とめまいが、どもならん。先生に来てもらい、診て頂きたい」、「デイサービスはいきたくないです」という初回から最後の四回目に「娘が言うんなら、デイサービス行ってみます」とデイサービスに関する記述だけが変化している。

家族の意向は、ほとんど変化がないが、最後に介護者自身の介護がしやすくするために介護機器（ベッド）の導入を望んでいる。

ところで、この二つの事例に書いたようにどの事例も、本人や家族の意向にしても本質的な事柄の記述ではなく、私たちににとっては些細な事柄に関する記述が多いと感じた。介護の大きな方針は本人や家族の意向を中心に決定していかなければならない。介護保険において、介護サービスは施設サービスと居宅サービスの二つに大別されている。したがって、本人や家族の意向がこの二つに大別されたサービスをどのように利用すればよりその意向に沿った実現できるのかに知恵を絞らなければならない。

施設サービスも居宅サービスも利用者の生活の質（QOL）を高めるために利用されるものであるなら、どのように利用者の生活の質を確保し、実践につなげていくかは重要な問題である。このためにも本人や家族の意向から、彼らが求める生活の質がどのようなものなのか追求できるような記録をする必要がある。したがって、居宅サービスを提供することがどのような意味で本人のそして家族の生活の質を向上させるか考えなければならない。当然、本人と家族の生活の質がともに向上することが最良であるが、妥協策として二者択一的な選択を強いられる時が多いので、どのように考えどのように決断に至ったかが理解できるような記述をしなければならない。

記録の内容は前にも述べたように「①対象者の体、心、周囲の状況をしっかり見て、正確に書く。②自分のしたこと話した事実を、ありのままに書く。③よかったこと、うまくいかなかったことを書く。④この次に何をしたいか書く」（木下安子 2000 :25）だけではなく、どのような考え方で選択・決断し

たかも記述しておくことが重要である。

5. 本人・家族の意向とニーズ

居宅計画書(1)と居宅計画書(2)からこの関係を調べてみることにする。あまり良い事例(平成16年12月から平成19年4月、要介護2から半年後には要介護1に改善し、この状況を維持した。計画書は合計4通)ではないかもしれないが、最初の居宅計画書(1)で家族の意向として「食事・入浴・トイレ以外は自分部屋に閉じこもっている。外に出て、人と話をしたほうが良いと思う。デイサービスを利用してみて、慣れたら回数を増やしていけるとよいと思う」、本人の意向として「施設に預けられるのかと思って拒否していたが、そうでないのなら行ってみても良い」と記述している。家族の本来の意向としては、「本人の社会的生活の充実」と記述するべきで、本人の意向はこの記述では不十分である。これらの意向に基づいて、ニーズとして「食事・入浴・トイレ以外は自室にこもった状態である。他人と交流して欲しい。パーキンソン症候群のため、ふらつきや振戦があり歩行時転倒の危険性がある。転倒したくない。虫がいるなどの幻覚症状がある」を記入している。ニーズから意向を推理すると、「病気の症状の改善や転倒予防」などが考えられる。このような転倒のリスクを抱えながら幻覚症状があると考えれば家族の負担も大きいと思われるが、要介護2であることを考えるとニーズに記入した言葉が本人の話す言葉を疑いなく記述したか、記述の時の言葉があまりにもきついものになっている可能性がある。

他の事例(平成16年3月から平成19年7月、要介護5から始まり二回目には要介護4に改善しその後要介護5に重度化している場合で、計画5通)を参考にしてみると、初回の居宅計画(1)で本人・家族の意向は「要介護状態になり初めての在宅生活がはじまる。主な介護者の娘は日中仕事がある為、(10時から14時ごろ)留守の間が心配である。デイサービス、訪問介護など利用し在宅生活を送りたい。本人は痴呆症状も出始めたため、意思ははっきりしない」であり、ニーズは、「要介護状態になって初めての在宅生活。どうなっていくか不安である。痴呆症状がではじめ一人で留守番できない。外出の機会が少ない。家では入浴できない。入浴したい。医師と連携し体の状態を観察する」とした。本人や家族の意向がすでに介護サービスに連携しているため、本当の意向を理解することが難しい。また、本人が認知症であることや要介護5であることを考えると家族の負担が重くなるのが考えられるが、このことに対する配慮がうかがえないのが残念である。

このような事例が多くあるが、これは一概にケアマネジャーだけの問題にすることは難しいと思える。それは本人や家族の意向がどのようなものであっても、介護保険が提供できるサービスは最初から決められていることからきているのではないかと。提供できるサービスが決められていることは、サービスを提供する事業所、この事業者を代表して利用者に面談しているケアマネジャーにも大きな影響を与えている。ケアマネジャーは業務を遂行するにこの現実を理解した上で、利用者に失望されないように提供するサービスを選択しなければならない。このために、ある意味、結論ありきで計画書が書かれる現実もある。

各事例を読んで感じるのは、本人や家族の意向が「自立した生活」とか「生活の質」といったものを意識しながら書かれていないことが、長期目標や短期目標のところに影響してきているようである。これは前にも述べたように、介護を在宅で行うか施設で行うかに重点が置かれすぎたために、在宅での自立や生活の質の確保をどのように考え、施設での介護とどのような違いがあるのかが明確に説明されているとは理解しにくい。また、専門家の間でも問題になっている高齢者の、死に逝くものの自立が何を意味するのか、生活の質が何を意味するのか議論を深める必要があるように思われた。

高齢者にとって、生きることにに対する意欲をどのように維持していくかは非常に重要な問題である。もともと介護保険は、三大介助といわれる問題がもたらした社会的な問題を介護の社会化というプロセスを経て解決しようとした制度であるために、「自立した生活」とか「生活の質」とかいいながらもこ

れらをもつたためにも確保するためにも最も必要な生きることに対する意欲をふくらませるための支援が問題にされていないのが問題である。そして、この意欲は「死に逝く」ものがそれぞれの夢をはぐくむことができる社会の創造でしかない。

6. 要介護認定と介護計画

要介護認定はコンピュータによる認定とこの認定や医師の意見書などを参考にして要介護度を最終決定する認定審査会で成り立っている。介護保険成立当時、この要介護認定は半年に一回の再認定を受けなければならなかったが、現在は初回認定においては半年後に、その後は毎年再認定を受けなければならない（例外として、安定したケースは2年に一度の再認定）。また、この要介護度の認定は、介護保険利用の申請に対して、介護サービスの種類には関係なく介護に必要な時間のトータルを基準として要介護度が認定される。したがって、要介護認定を受けたものはその要介護度によって決められた上限額まで、一割の自己負担を払えばサービスを受けることができる。要介護認定を受けた要介護度別の上限額に対する現実のサービス利用額は、全国的な調査ではどの要介護度に関しても約六割程度である。介護保険制度が保険である限り、介護サービスの利用が各要介護度の上限額に近づけば保険料が高額になる。

一方、介護サービスは様々な研究のもとに各種のサービスが決定され、様々な講習会が開催されてサービスの提供の仕方のモデルが説明された。一つの制度を上手に運用するまでの過程では当然このような努力は避けられない現実であるが、この中でサービスの利用に関するあり方に関する考え方が形成されていったと考えられる。

この介護に必要と計算された総時間数で算定された要介護度に基づいて、利用者はその限度額の中で限られたサービスや色々な細かい制限の中でサービスが提供される。この提供するサービスに関しての情報はすべての人にとって理解しやすいものでなければならない。この理解は利用者だけではなく、事業者にも、保険者にもさらに全ての被保険者（第一号、第二号被保険者）にも、また税金が投入されていることを考えれば国民全体にされるものでなくてはならない。このためにもケアマネジャーが書く計画書は非常に重要な役割を果たさなければならないが、一人の専門家にここまでの役割を期待することができるか一つの問題として考える必要がある。

7. おわりに

今回分析したケアプランは介護保険の利用者と介護保険制度の運用の間を結ぶ非常に重要な情報源であるが、個人情報の扱い方の難しさなど色々な理由でケアプランの分析は十分になされていない。ケアプランは利用者と少なくとも介護保険の監査に向けて書かれる。記録を書く側は書く側の意向や考え方を持って記述し、それを読むほうは読む側の立場に立って理解しようと読む。

ところで、松方冬子は、「オランダ風説書」の中で情報を伝えることの難しさを次のように述べている。「言語の面でも、文化の面でも、オランダの『文法』で語られ、あるいは書かれている情報を、如何に日本の『文法』に直して伝えるか。内容を語ったオランダ商館長も、そして日本語に訳した長崎の通詞も、常に模索しなければならなかった。オランダ人がそれを判断するためには、日本社会についての知識が不可欠だが、出島で得られる知識は不十分だった。一方、通詞たちも限られた接触からではオランダ人側の事情について学べることには限界があった。また、長崎町人であるという身分上の制約から、江戸の中核の考えていることはわからなかった。そして、互いに伝えないほうが良いと判断したり、意図的に内容を変えたりしたことも多かった。伝えようとしても、結局のところ伝わらなかった。情報の伝達は操作や遮断の危険をつねに孕んでいたのである。」（松方冬子 2010：3）

この松方が指摘したように、情報を正確に伝えることは、情報を発信する方の考え方、受信する方の考え方それぞれが影響して、困難きわまることになる。これは、必ずしも書くほうが読み手を困らせよ

うとかいうような否定的な意味合いだけで困難を引き起こすのではなく、理解されようと思いつながら記述したとしても、起こりうる。

研究会など色々な機会に出会って話をしたり、議論をしたりしたケアマネジャーたちは、ほとんど例外なく利用者のほうを向きながら業務を行っていた人たちで、介護保険の監査よりも利用者の理解ということに神経をすり減らしていた。監査する人と会うことはほとんどないが、彼らの視点は利用者というよりも保健制度からみて適正かどうかであると考えれば、利用者に向けて記述している情報が彼らにとって有効かどうか疑わしい。

当然、利用者の生活をできるだけ正確に表現することに関してさえ、「互いに伝えないほうが良いと判断したり、意図的に内容を変えたりした」ことがあると考えるほうが当然である。

また、研究のためとは言え、ある種の偏見を持って分析していることも、今後の研究に際して十分に配慮しなければならないことを肝に銘じなければならない。

最後に、この研究は愛知淑徳大学の研究助成金を平成 20 年度、21 年度に受けて行ったので、ここに感謝の意を表したい。

参考文献

古川孝順 (2001) 『社会福祉の運営』 誠信書房.

濱野一郎 (2007) 「社会福祉の運営」 中村優一・一番ヶ瀬康子・右田紀久恵監修 『エンサイクロペディア社会福祉学』 中央法規出版, 469-479.

白澤政和 (1992) 『ケースマネジメントの理論と実際』 中央法規出版.

白澤政和 (1992) 「海外分権紹介 Raymond M. Steinberg and Genevieve W. Cater Case Management and the Elderly」 『地域福祉研究』 14. 1986, 76

福富昌城 (2006) 「ケアマネジメントの考え方の基本」 日本社会福祉会編 『ケアマネジメント実践記録様式 Q&A』 中央法規出版, 12-17.

木下安子 (2000) 『介護実践記録の書き方』 一橋出版.

松方冬子 (2010) 『オランダ風説書—「鎖国」日本に語られた「世界」』 中央新書.