

ケアマネジメント実践方法におけるコミュニティワーク機能の重要性

—介護保険制度におけるケアマネジャーの コミュニティソーシャルワーカーとしての役割—

大和田 猛

はじめに

わが国は超高齢社会を目前にひかえ、地域の高齢者の生活福祉や介護サービスの充実、基盤整備の上からサービス供給体制としての保健福祉システムの再編成が急務の課題となっている。地域保健法の成立や新ゴールドプランの策定、公的介護保険制度など新しい政策が次々と誕生している。とりわけ、在宅介護支援センターや訪問看護ステーションなどの整備により、地域において、様々な支援の連携や調整、保健・福祉サービスや施設・在宅福祉サービスの一体化・連携化を主軸にしたサービスの提供やチームアプローチによるケアサービスの提供、24時間支援体制の構築のためのサポートネットワークの形成、社会福祉協議会の小地域活動などが注目されている。

ところで、高齢者の日常生活における自立支援のために保健・医療・福祉施策の連携や統合は重要ではあるが、一方、高齢者介護・自立支援システム研究会（厚生省高齢者介護対策本部）の報告書では、新たな介護システムのあり方として「ケアマネジメントの確立」をあげている。

ケアマネジメントは、急増する介護ニーズに対し、限りある保健・医療・福祉の資源を充実しながら、生活主体者としての高齢者自身によるサービスの選択と自己決定を尊重しつつ、ニーズとサービスを偏ることなく適切に配分し、調整し、統合していこうとするものである。しかしながら、欧米諸国におけるケアマネジメントは、必ずしも利用者のケアの効率性やクオリティ・オブ・ライフ向上だけが目的ではない。ケアマネジメントは、単にケアサービス利用者のニーズを充足し解決することのみ目的をおかず、サービスコストを管理しながら効率よく支援が提供されるシステムの構築をも課題としているのである。

したがって、ケアマネジメントは、利用者が調整、計

画されたシステムのなかで、質の高い適切な支援を受けていく過程である。このシステムはケアマネジャーによって管理され、支援の重複や不足を予防、開発しながら、多職種の専門職や非専門職種の協力を得て、利用者の生活支援を展開していくものである。

周知のように介護保険法という制度においては、このケアマネジメントが中核に位置づけられている。かかるケアマネジメントを実行するケアマネジャー（介護支援専門員）についても社会福祉士、介護福祉士、看護婦、医師をはじめ、准看護婦、助産婦、按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、柔道整復士、その他社会福祉施設や福祉事務所、医療機関等で相談援助や介護に従事していた者で5年以上の経験がある、という者一切合切を「介護支援専門員の実務研修受講のための試験」の対象者とされたことは記憶に新しい。

要介護サービスを必要とする高齢者が地域で自立した日常生活を営むことができるよう創設された介護保険制度の仕組みはケアマネジメントの実践援助方法と密接に関連しあう。したがって、ケアプラン作成機関とされる居宅介護支援事業者やケアマネジャーである介護支援専門員が鍵を握って、ケアサービスは展開されることになる。

本稿では公的介護保険制度の仕組みや問題点を整理しながら、ケアマネジメント実践を担う介護支援専門員（以下ケアマネジャーと略）の役割や任務について検討する。その上で要介護高齢者の生活支援を全面的に行う理念にそってコミュニティ・ソーシャルワーカーとしてコミュニティワーク機能を発揮することが特に重要であることを論証する。加えてケアマネジャーが本来のケアマネジメント実践を遂行する上で問題となる点について基本的な課題を提起する。

I. 介護保険制度の仕組みと過程

1) 介護保険制度の経過

公的介護保険は1997年の12月に成立し、2000年4月1日から実施されることになった。公的介護保険制度を必要とする理由は、おおよそ、(1)激増する要介護高齢者、(2)介護の社会的責任、(3)現行制度、すなわち老人福祉制度と老人医療制度の矛盾解消というねらいがあるとされている。介護保険制度は、国民の協同連帯の理念にもとづき、社会保険の仕組みを活用することによって、介護を社会全体で支え、利用者の希望を尊重した総合的な介護サービスを気軽に受けられるようにしようとするものである。1994年3月に発表された「21世紀福祉ビジョン」においては「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステムを構築していく必要がある」とし、そのために保険・医療・福祉などを通じ、高齢者の介護に必要なサービスを総合的に提供できるシステムとすること、高齢者本人の意思にもとづき、専門家の助言を得ながら最適なサービスを選べるようなシステムとすること、増大する高齢者の介護費用を国民全体の公平な負担により賄うシステムとすること等を述べ、社会的な介護システムの方向を示している。

さらに1994年9月に社会保障制度審議会の社会保障将来像委員会が発表した「社会保障将来像委員会第2次報告」においても、21世紀に向けての社会保障の基本的な考え方を打ち出している。特に、「介護保障の確立」の項においては、「老後の要介護状態への不安を解消するためには、施設の整備や人材の養成確保など介護供給体制の整備をはかり、公的な介護保障制度を確立していくことが必要である」と指摘した上で、「今後増大する介護サービスのニーズに対し安定的に適切な介護サービスを供給していくためには当面の基盤整備は一般財源に依存するにしても、将来的には財源を主として保険料に依存する公的保険制度を導入する必要がある」と公的介護保険制度の創設を示唆している。

そして、介護保険制度創設の具体的な論議は、1994年12月に発表された高齢者介護・自立支援システム研究会報告「新たな高齢者介護システムの構築をめざして」を契機として加速されるのである。この報告は、高齢者介護のためのシステムとして①高齢者自身による選択、②介護サービスの一元化、③ケアマネジメントの導入、④社会保険方式を提起し、制度構想の具現化に向けて大きな後押し役を果たした。

このような時代状況と検討経緯を経て介護保険法が社会福祉構造改革の第一歩として創設されたのである。

2) 介護保険制度の内容と過程

介護保険法は加齢にともなう生ずる疾病等により介護が必要になった人に対して、その人が持つ能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように、必要な保健医療サービスおよび福祉サービスの提供を行い、保健医療の向上および福祉の増進を図ることを目的としている。(法1条)

その上で保険給付にあたっては、①要介護状態の軽減、悪化防止または予防をするとともに、医療と連携すること、②被保険者の選択にもとづき、適切なサービスが多様な事業主体から総合的・効率的に提供されること、③保険給付の内容および水準は、要介護状態になっても、可能な限り在宅においてその能力に応じて自立した日常生活を営むことができるものであること、に配慮して行わなければならない(法2条)とされている。

介護保険の給付の対象となるのは、第1号被保険者(65歳以上)の場合、要支援または要介護の状態にあるすべての被保険者である。保険料は市町村民税の額によって5段階に設定されるが、サービス利用時に生じる負担は一律1割である。保険料が納入できない者(生活保護受給者等)は生活扶助によって保険料相当額が支給され、これをもって保険料を納付することになる。また1割負担ができない事情にある者に対しては、利用料の減額または生活保護の給付として新設される介護扶助によって対応されることになる。

ところで介護保険制度の具体的な過程はおおむね次のように進められることになる。

① 要介護認定を受けようとする被保険者本人、家族は市町村に申請する。

(申請手続きは、訪問看護ステーション、在宅介護支援センターなどの「指定居宅介護支援事業者」や「介護保険施設」に代行させることもできる)

② 申請を受けた市町村は、調査員に被保険者本人の家庭を訪問させ、本人のADL、心身の状況、そのおかれている環境について調査を行う。これを第1次判定という。

(この場合の調査も市町村から委託を受けた「指定居宅介護支援事業者」や「介護保険施設」が行うことができる。ただし、その場合の調査は事業者や施設の介護支援専門員(以下ケアマネジャーと略)が行う)(図1および表1参照)

③ 市町村は、第1次審査の調査結果とあわせて、本人のかかりつけ医の意見書を添えて、介護認定審査会に審査と判断を求める。

(本人にかかりつけ医がない場合は、市町村が指

定する医師の診断を受けるよう指示する)

- ④ 市町村自治体等で設置する介護認定審査会は、第1次判定の結果、かかりつけ医の意見書にもとづいて厚生大臣が定める基準をふまえて、合議で被保険者が要介護状態に該当するか否かを、該当する場合にはその要介護状態区分を判定し、その審査結果(第2次判定という)を市町村長に通知する。
- ⑤ 市町村は、本人に対して要介護に当たる場合には、被保険者証に要介護状態区分を記載して返還する。

要介護者に該当しないと認められた場合には、理由をつけて通知し、被保険者証を返還する。

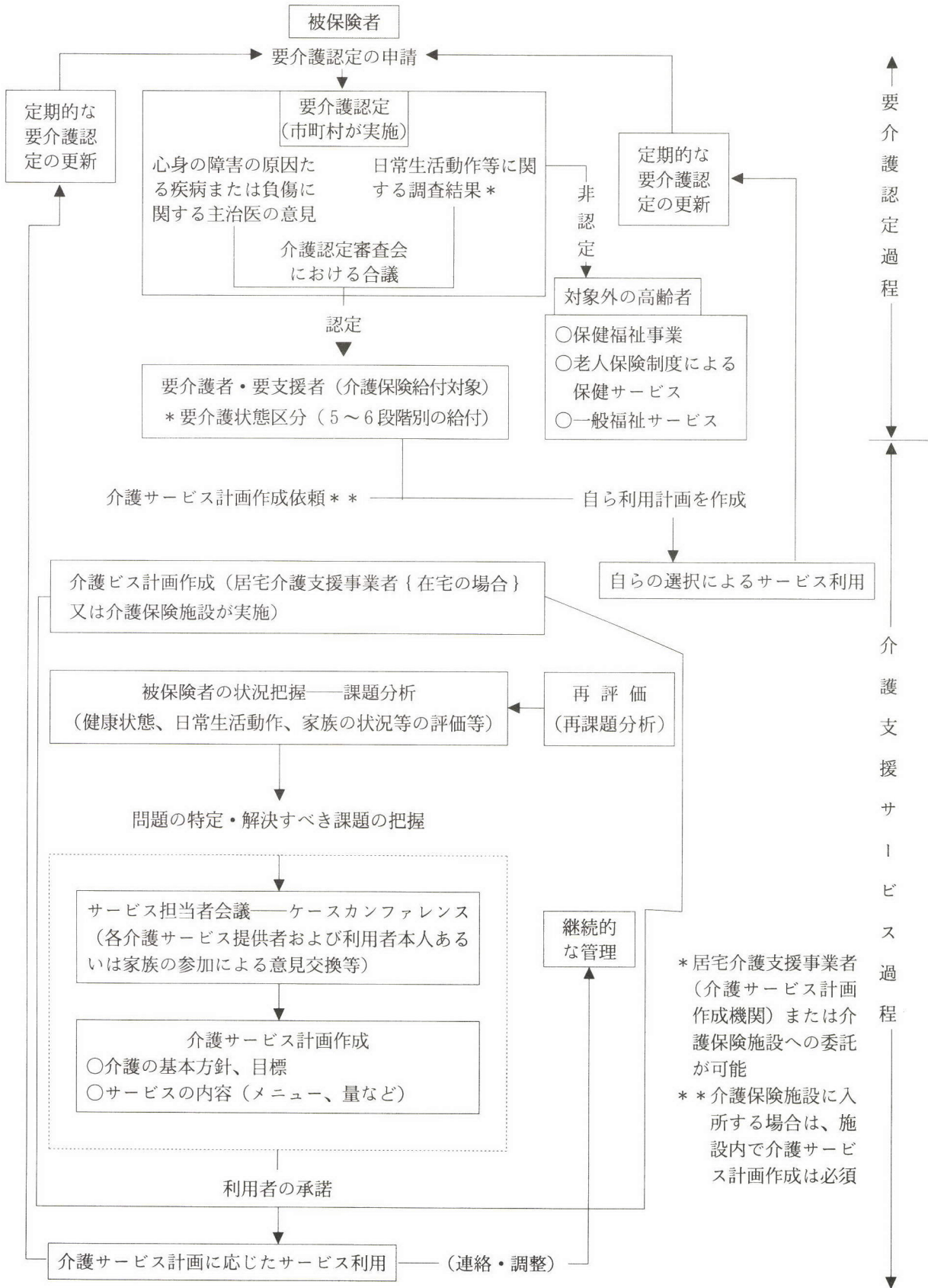
- ⑥ 要介護者等の認定を受け、要介護状態区分が確定すると、被保険者は介護サービスの種類やサービス事業者や介護保険施設を選択してサービスを利用する。

(表1) 介護保健サービスの内容

		名 称	内 容
居 宅 サ ー ビ ス	許 事 業 者 条 件 の 特 に 指 定	1. 訪問介護	ホームヘルパー
		2. 訪問介護入浴	
		3. 訪問看護	医師の指示で看護婦が訪問
		4. 訪問リハビリテーション	“PT、OT”
		5. 居宅療育管理指導	医師・歯科医師、薬剤師による
		6. 通所介護	デイサービスに類似 日常生活費(ランチ…)等自己負担 機能訓練 入浴
		7. 通所リハビリテーション	デイケア 老健、病院、診療所で機能訓練 入浴
		8. 福祉用具貸与	
		9. 短期入所生活介護	ショートステイ 特別養護老人ホームなどで
		10. 短期入所療養介護	ショートステイの医療的ケア
		11. 痴呆対応型共同生活介護	老健、療養型医療施設、診療所で 新しい痴呆の要介護者のためのグループホーム
		12. 特定入所者生活介護	有料老人ホーム、経費老人ホーム 食費、生活費を除く(7条6)
		13. 特例居宅介護サービス費	緊急サービスの必要な場合の費用
ス	介 指 定 支 援 事 業 者 居 宅	14. 居宅介護福祉用具購入費	車椅子、リフト、特殊ベット
		15. 居宅介護住宅改修費	小さい改修費用 一回限り
		16. 居宅介護サービス計画費	「ケア・プラン」の作成の費用 負担なし 100/100 給付
		17. 特例居宅介護サービス計画費	緊急の「ケア・プラン」の作成の費用 負担なし 100/100 給付
施 設 サ ー ビ ス	介 指 定 保 険 受 け 施 設	18. 介護老人福祉施設	養護老人ホームは除く 現在の特別養護老人ホーム 食費標準負担額は利用者負担
		19. 介護老人保健施設	現在の老人保健施設 “
		20. 介護療養型医療施設	現在の療養型病床群 “
		21. 特例施設介護サービス費	緊急の施設介護サービス費用 (14~20条) (49条)
		22. 高額介護サービス費の支給	(51条)
		23. 『予防給付』 要支援者に対する予防給付は家事援助など日常生活の支援サービス 施設サービスは含まない 居託支援サービス費などを支給する痴呆の要介護者の共同生活グループホームは含まない。	

(出典：渡辺孝雄『在宅ケアの基礎と実践』ミクス、1998. p37)

(図1) 介護保険制度における要介護認定と介護サービス計画



(出典：増田雅暢『わかりやすい介護保険法』有斐閣、1998、p39)

しかし、ほとんどの高齢者、家族はどのようなサービスが要介護ニーズの状態に最も適合しているか、複数の種類のサービスをどのように組み合わせたら適切なのか、1週間あるいは1ヶ月単位のサービス利用のスケジュールをどのようにつくったらよいのか、どのような事業者のどのような内容のサービスを利用したらよいのか等、被保険者やその家族だけではわからない事も多いと想定される。したがって(表1)の介護保険サービスの内容について、指定の居宅介護支援事業者に介護サービスのケアプラン等の作成を依頼することになる。(図1)

- ⑦ 被保険者からケアプラン等の作成依頼を受けた介護支援事業者は所属するケアマネジャーにケアプランの作成等を指示する。
- ⑧ ケアマネジャーは高齢者の状態像(健康状態、ADL、家族状況等)のアセスメントを行い、問題やニーズの明確化と把握を行う。
- ⑨ その上で、各ケアサービス提供者や利用者本人、家族の参加を得てケースカンファレンスを行う。
- ⑩ ケースカンファレンスの協議をふまえて具体的なケア目標、ケアの基本的方針、ケアサービスの内容(メニュー、量など)を盛り込んだケアプランを作成し、利用者の承諾を得る。
- ⑪ ケアプランに応じたサービスの提供を実施する。ケアマネジャーはこの際、サービス提供組織や提供者、利用者、家族相互の連絡調整、継続的なサービス管理、モニター等を行う。
- ⑫ サービス提供後の利用者、家族の再アセスメントを行う。

おおよそ以上のような過程になると考えられるが、この介護保険制度の流れは大雑把に言って前段の①から⑤までは行政事務手続きの範疇で行われ、後段の⑥から⑫まではケアマネジメントという援助方法を軸に展開されるということになる。したがって、後段のケアマネジメント援助方法のキーパーソンとなるケアマネジャーの位置と力量はかなり重要なものとなることは明らかである。

II. 介護保険制度の基本的問題とケアマネジメント

1) 介護保険制度の構造的問題

21世紀にみる超高齢社会を迎えるわが国は、高齢者階層の増大にともなって生じてくる保健医療費用と介護費用の増大という財政問題にも対応をせまられてきた。高齢者の保健医療費増加への対応として、社会的入院の抑制、病院の長期療養型病床群への転換、介護ニーズの増

大にともなう長期の介護費用調達政策判断も大きな要因として介護保険法という制度創設に踏み切らせたのである。そこでは、これまで福祉ケアサービスを行ってきた老人福祉法の公費負担による措置制度の撤廃という行財政改革が施行されたのである。このことにより、介護を含む高齢者福祉サービスの基本法である老人福祉法は施設サービスであれ、在宅サービスであれ、「介護ケアサービス」については介護保険法に全面的に移行することになる。しかも、介護保険法においては、要介護認定審査会によって要介護であるか否かの判定が行われる。ということは、介護保険法は要介護高齢者層を、老人福祉法は非要介護高齢者層を対象とするというように区分されるのであろうか。その結果、「要介護」として認定されない、介護保険法からのサービスを受けられない高齢者層は、老人福祉法の対象として扱われることになる。つまり保険料拠出をしても要介護として認定されない高齢者層は老人福祉法上の公的措置福祉によるサービスを受けるとことになる。この点で本来、高齢者福祉の総合的な基本法であった老人福祉法は、保健医療サービスを老人保健法に、要介護高齢者の介護サービスを介護保険法に移譲し、介護保険法の要介護認定によって非適用とされた高齢者の福祉と健康高齢者のための生きがい福祉法という形で分解される結果となったのである。⁽¹⁾

ここで問題になる第1点は、福祉行政主体としての基礎自治体の責任の範囲ということである。介護保険法における保険主体としての責任と並んで老人福祉法における福祉行政主体としての責任はどのようになるのか、という問題である。介護保険法による保険主体としての市町村の役割は基本的に「要介護認定申請の受理」、「認定審査会結果の通知およびサービス制限内容を介護保険証に記載」、「保険料の徴収」、「サービス費用の支給」ということであろう。

しかし、介護保険法に用意されているケアサービスの内容は高齢者の日常生活支援を理念にかかげるほどには層は厚くない。老人保健福祉計画の具体的実行と介護保険事業計画とのリンクを十分に考慮しなければならない。

ところで、介護保険制度によるサービスが、現行の老人福祉法によるサービスを受けている人々すべてをカバーすることになるのか、についてはかなり疑問がある。介護保険制度によって提供される12の在宅サービスと3つの施設サービスが、介護サービスのすべてではない。高齢者が地域のなかで自分らしく生きていくための日常的な生活支援サービスは、高齢者の生活全体を視野に入れたサービスでなければならない。食事サービス、緊

急通報システム、福祉電話、理髪・布団乾燥など、これ以外にも数多くのサービスが高齢者の毎日の生活を支えている。しかも、これらは介護保険の受給者に限る必要はないサービスでもある。つまり、介護保険制度の枠組みだけで高齢者の日常生活の支援に対応することは不可能であり、ここにどのような地域福祉サービス体制を構築していくのか。まさに福祉行政の主体としての責任が基礎自治体に問われているといえよう。

このことと関連して指摘しておきたい第2の問題点は介護保険法は「身体介護中心の保険」であって、高齢者にとって不可欠な生活介護としての保険ではない、ということである。つまり介護保険制度は要介護高齢者の生活の一部（身体介護の生活営為を行う基盤としての重要性は認めるが）である身体介護に傾斜した保険法であって、生活介護保障としての意味は部分的・断片的にしかもたないということである。高齢者の生活支援を考えた場合、高齢者の身辺自立援助としての介護は基礎的に重要ではあるが、人間は介護を受けるだけでなく、人間らしい生活をするためには、温かい心の交流を含めた様々な生活面での援助が必要ではあるまいか。食事をしながら昔話をしたい、介護を受けながら散歩したい、散歩ついでに買い物をしてみたい、たまには喫茶店でおしゃべりをしたりコンサートにも行ってみたい、というような生活の援助や心のケアが必要であろう。これらのケアニーズにはボランティア活動や団体、⁽²⁾ 住民参加型在宅福祉サービス団体等で対応するのであるか。地域で暮らす要介護高齢者の生活支援を持続的・継続的・効率的に展開する時、介護保険制度の枠内サービスと枠外サービスを要介護高齢者の生活ニーズに対応して適確に組み合わせるマッチングさせる調整をする担い手が必要になってくると思われる。福祉供給システムの多元化がますます進展する状況で、高齢者の側に立って、これらのマネジメントができる仕組みをつくらなければ、「利用者本意」「利用者の選択」「生活の支援」などという言葉は空疎なものになるであろう。

第3の問題点は、介護保険制度のサービス内容・基準の問題である。

前述したように介護保険制度のサービス内容は生活を支える生活介護というものではなく、身体介護が中心になっている。(表1) でみたように、トータルなケアサービスを提供するには、その内容はあまりにも狭いものとなっている。トータルケアサービスには二つの意味がある。一つは総合的なケアサービスを提供することであり、もう一つは利用者の身体と生活を全体的にみてケアサービスを提供することである。地域の高齢者が安心して在

宅生活を継続するためには、このようなトータルケアサービスを意識しながら、介護保険制度の枠内外のサービスを組み立てていく必要がある。しかも高齢者のニーズを適確かつ迅速に把握しながらタイムリーなサービスを保健、医療、福祉について総合的かつ計画的に提供しなければならないのである。

したがって、介護保険制度の保険給付サービスの基準内だけではとうてい要介護高齢者の生活支援とはならないケースも多くでてくることが予想される。だからこそ、保険給付サービスの対象ではないが、公的介護サービスに付加することによって、より最適になる状態をつくり出すことのできる「横出し介護サービス」や保険給付の標準を超える「上乘せ介護サービス」⁽³⁾ という要介護高齢者本人の自己負担による保険外負担サービスをも制度設計の中に盛り込まれたのであろう。このことは介護保険制度の支給限度額やサービス内容に大きな限度があることを意味し、だからこそ各基礎自治体でこの問題をどのように克服し、地域の介護保障の取り組みを進めていくかが問われるのである。介護保険制度の支給限度額で介護を維持することができなければ(表2)にみる①のような額を上乘せして市町村支給限度額を設定する。②は、サービスの種類を増やすことが市町村特別給付としてできる。③は、介護教室などのように支援や予防策を市町村保健福祉事業としてできる。このことは、要介護認定で自立と判定されたり、65歳未満のサービス受給者への対応についても③や④で対応することが可能である。介護保険制度は、①②③の財源を第1号被保険者の保険料でまかなうこととされているが、各自治体の判断により一般財源を繰り入れたり、また、一般会計で実施することも可能である⁽⁴⁾。さらに介護施設の基準については老人福祉法等による基準が引き続き適用されるが、在宅サービスの基準については老人福祉法にも介護保険法にも明確な規定はない。イギリスの地域ケアでは、ナショナルミニマムとして、施設ケアの最低基準と在宅ケアの最低基準を連動させることで、要援護者の生活の場を選択する自由が保障されている。

わが国においてもまず要介護高齢者や家族に対して生活の場の選択権の保障や福祉サービス内容、水準、質の不公平を是正していく上からも、施設ケアと同様の在宅ケアにおけるサービスミニマムとしての最低基準と評価基準を早急に設定しなければならない。

(表2) 自治体のサービス水準を定める三段階

段階	性格	具体的説明
第1段階	国の介護保険水準	国の政・省令で定めた内容で実施
第2段階	額の上乗せ・種類の横だし・保健福祉事業を取り入れた条例化	第1号被保険者の保険料にリンクして、受給者（一部介護者）拡大利用
第3段階	自治体の単独事業	介護保険外の事業となるため、受給者以外の高齢者への適応も可能

	①額の上乗せ 市町村支給限度額	
③支援・予防対応 市町村保健福祉事業	介護保険の範囲	②種類の横だし 市町村特別給付
④高齢者の生活を下支えする医療・保健・福祉サービス 市町村単独事業		

(出典：河合克義編『ホームヘルプの公的責任を考える』あけび書房（1998）pp71-72)

2) 介護保険制度とケアマネジメント

介護保険制度に基づくケアサービスの内容は、前述してきたように、本来の性格としては基準に基づく一律的なサービスであって、高齢者の生活ニーズを充足させるものではない。こうした保険原理の特徴を補うために、基本的には社会福祉の援助技法であるケアマネジメントが制度のなかに組み込まれた。介護保険制度による給付は、被保険者の一人ひとりの要介護度に応じて提示される上限額の範囲内でサービスを提供するものである。このサービスにおいて、介護保険制度の欠点を補い、サービスが個々の高齢者のニーズに対応したものとなるよう、言い換えれば個々の高齢者の生活介護ニーズにできる限り対応できるよう、ケアマネジメントの手法を盛り込んだものである。白澤政和は、「たとえ公的介護保険におけるケアマネジメントではあっても、対象者の介護という狭い範囲での援助ではなく、対象者の生活を支援するものである以上、公的介護保険の給付サービスと合わせて、ほかの社会資源を活用することが課題となる。この社会資源には、市町村が実施する一般の高齢者保健福祉サービス、医療保険のサービスだけでなく、家族、近隣、友人・同僚、ボランティア等といったインフォーマルな支援も含まれる。

これは公的介護保険の中にケアマネジメントではなく、ケアマネジメントの中に公的介護保険を位置づけることを意味している。ケアマネジメントは生活支援の方法であり、生活ニーズに合致した社会資源をみつけ出すものである以上、公的介護保険サービス内のケアマネジメントがまかり通れば、利用者にサービスをあてがうことだけに終始し、自立支援などあり得ないことになる⁽⁵⁾と主張し、介護保険制度の中にケアマネジメントの本来の意味や理念を矮小化させることの危険性を指摘している。

ケアマネジメントは本来、「ある人（またはチーム）が複数のニーズをもった人々の社会生活機能や福祉を最大限に享受できることを目的として、フォーマル及びインフォーマルなサービスや支援のネットワークを組織化し、調整し、維持すること」⁽⁶⁾のために実践される援助方法であり、「複雑な、あるいは複数のニーズをもつクライアントの問題解決のために必要とされるすべての複数のサービスを適切につなげていく一連の援助プロセス」⁽⁷⁾として、在宅ケアにおける効果的なチームアプローチのための方法論でもある。ケアマネジメントをキーワードで表現すれば、(1)サービス利用主体、(2)複合的サービスニーズ、(3)在宅ケア、(4)サービス利用援助、(5)チームアプローチ、ということになるか⁽⁸⁾。

ここで確認しておきたいのは、介護保険制度の中で留意されているのは、住宅改修、福祉用具の利用、保健サービス、医学的管理、リハビリテーション、看護、家事援助を含みながらも身体介護にかなりウェイトが置かれているケア内容であるのに対し、ケアマネジメント本来の意味で構想されているケアはこれらの内容に加えて心理・社会的援助（情緒的安定のための支援や生活環境の調整、家族・近隣関係の調整等）、情報の提供、相談助言、援助機関・団体等の連絡調整、生活意欲の促進、生活リズムの調整、生活力の形成など、日常生活の維持に支障を生じている人々の、その生活を安定させるために必要な各種のケアサービス、かなりソーシャルワーク的なサービスが包含されていると考えられることである。

介護保険制度に組み込まれている介護支援サービスとよばれるケアマネジメントは「要介護者等に対して、その心身の状況、置かれた環境等に即した介護サービスが適切かつ効果的に提供されるように、心身の状態や個々のニーズ等を十分把握した上で、介護サービス計画の作

成等を通じて多様なサービス提供主体による保健・医療・福祉分野の各種介護サービスが総合的、一体的、継続的に提供されるようにする活動⁹⁾と説明され、この過程は、基本的に、①アセスメント（ニーズ分析、利用者の健康状態やADL、家族の状態、介護ニーズ等の適確な把握）、②介護サービス計画（ケアプラン）の作成、③計画に応じたサービス利用の実施、促進、④サービスの継続的な管理と再評価、の四段階で構成されており、特にアセスメントとケアプラン作成が中核となっている。介護保険制度のもとでは、これら一連のケアマネジメント業務を担う専門職種として介護支援専門員と呼称するケアマネジャーを誕生させた。

Ⅲ. ケアマネジャーの役割と任務

1) ケアマネジャーとは

介護保険法では介護支援専門員（以下ケアマネジャーと略）について、「要介護者等からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス又は施設サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、介護保険施設等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして厚生省令で定める者をいう」（法79条2項）と規定されているが、介護保険施設や指定居宅介護支援事業者としての認定を受けた事業所には必ず配置されなければならない職種である。ただし、要介護高齢者が選択できるのは介護保険施設や指定居宅介護支援事業者であって、ケアマネジャーそのものではない。

指定居宅介護支援事業者は、当初、国のガイドラインでは4万箇所といった想定であったが、これを単純に考えても4万人のケアマネジャーが認定されることになる。地域内に多くの指定居宅介護支援事業者が誕生すると、要介護高齢者や家族は、いずれかの指定居宅介護支援事業者を選ぶことになる。その際には、適切なケアプランを作成し、迅速なサービスを提供してくれる機関としての風評を得ている組織が有利であろう。要介護高齢者の選択とケアマネジャーの専門性がケアプランに結実し、そのケアプランによってサービスが組み立てられるのであるから、介護保険制度の成否は有効適切なケアプランが作成実施されるかどうかによって左右されるといってもよい。痴呆症や心身障害などの療養的管理の必要性には医師等の医療系の専門職が有用であるし、保健・看護は保健婦・看護婦が、そして生活介護は社会福祉士・介護福祉士等の福祉専門職が有用であろう。問題は各専門職がそれぞれの守備範囲で専門性を発揮し、いかに協働して調和的

にケアプラン作成ができるか、である。ケアマネジャーには、要介護高齢者の立場にたって計画を作成する努力義務が課されるが、サービス計画つまりケアプランの組み立てによって、要介護高齢者のニーズ充足度や満足度が左右されるとすれば、まさにケアマネジャーの専門性が大きく問われることになる。

2) ケアマネジャーの役割と任務

さて介護保険制度に中核的に盛り込まれているケアマネジメントを実践的に遂行するケアマネジャーとはどのような役割や任務を果たしていくことになるのだろうか。

ケアマネジャーの役割を一言でいうと、要介護高齢者やその家族に対する生活介護アドバイザーである。具体的な役割としては次の3点があげられている¹⁰⁾。

- ① 要介護者等に対するケアプラン（介護サービス計画）の作成と継続的な管理・再評価
- ② サービス提供事業者との連絡調整や、要介護高齢者およびその家族に対する情報提供・介護相談等
- ③ 市町村から委託を受けて行う要介護認定申請者の日常生活動作等の訪問調査

このうち、ケアプランの作成業務は、何度も繰り返して述べてきたように、ケアマネジメントの中核をなすものであり、この作成のために、要介護者等の状態を把握するためのアセスメント業務や、サービス担当者会議の開催、各種介護サービス担当者との調整、要介護高齢者や家族との意見調整等の業務を、ケアマネジャーが中心になって行うこととなる。

しかし、介護保険制度の基準枠内のサービスだけを利用者にあてがうことだけに終始するならばそれは自立支援を目的とした生活介護援助としての専門的なケアマネジャーの任務とはいえない。本来的にケアマネジャーは、要介護高齢者や家族のニーズを適確に把握したり、ニーズの変化を見通したりしながら、ニーズ充足のために指定介護サービス資源だけでなく、指定外介護サービス（民間営利介護サービスやNPO団体の行う諸種のケアサービスを含む）やボランティア活動などもケアプランに組み込んでいかなければならないはずである。ケアマネジャーは地域で暮らす要介護高齢者や家族のトータルなケアサービスを組み立て、生活支援を行う役割を担う専門職であり、ケアプランは単なる机上の計画ではなく、現実的なニーズ充足が求められるからである。同時にケアマネジャーはケアマネジメントの目的であるサービスコストの管理とサービスの質の管理およびケアの連続性、一貫性、有効性を確保するためのあらゆる努力をしなければならない。

このような意味でケアマネジャーの基本的役割として白澤は、ウェイル(Weil) 他の提唱するケアマネジャーの15の役割から、とくに「問題解決者」「計画者」「サービス・コーディネーター」「評価者」「診断者」をあげ、「弁護者」「仲介者」「地域社会ないしはサービスの組織者」「システムの連携者」「サービスのモニターとシステムの修正者」「記録保管者」「コンサルタント」「共同援助者」「治療者・カウンセラー」「促進者」の役割を、ケアマネジメントの基本的機能を遂行するのに、側面的に必要な役割であるとしている⁽¹¹⁾。また、ケアマネジメントに関するイギリスの最初のモデルといわれているセント大学社会福祉研究所による研究と実験のなかではケアマネジャーが担う中心的な役割は、①ケース発見とスクリーニング、②アセスメント、③ケアプランの作成、④モニタリングと再評価を確実に行うことだとされている⁽¹²⁾。

さて、岡本祐三はケアマネジメントの業務内容として以下の項目をあげている⁽¹³⁾が、これはそのままケアマネジャーの業務内容として理解してもよいであろう。

- ① 縦割り構造のサービスを個別クライアントの生活の視点から横割りに再調整する。制度間の調整も行う。
- ② サービス資源の整備とサービスの谷間を埋める工夫努力。プログラムと資源の開発。
- ③ ニーズの充足について継続的な責任をもつ。
- ④ カウンセリング。
- ⑤ 財源の効率的利用とシステムの効果的運営。
- ⑥ クライアントの病状、障害、家庭内人間関係等における危機管理。
- ⑦ アドボカシーとインフォームドコンセント。

さらに前田大作はケアマネジメントを行う組織におけるケアマネジャーは次の5つの機能を果たすことが期待されていると指摘する⁽¹⁴⁾。

- ① 各種サービスの潜在的、顕在的利用者に対し、あらゆる情報を知らせる情報提供機能。
- ② 各種サービスの潜在的利用者を発見するために定期的に調査活動を実施するなど、潜在的利用者発見のための常設的な仕組みを作り、運営すること。すなわち潜在的ニーズの発見とその仕組みづくりの機能。
- ③ サービスの潜在的利用者を発見した場合は、その人ができるだけ早く、必要とするサービスを受けられるよう援助すること。つまり、ニーズとサービスのリンケージ機能。
- ④ クライアントのニーズの変化を常にキャッチし、その時々において最も適切な対応をするサービス提

供について働きかけを行うこと。また、これらのサービスについては、インフォーマル、セミフォーマルサポートネットワークを活用できるよう働きかけること。モニターとネットワーク機能。

- ⑤ 地域内で不足している社会資源を新たに作りだし、あるいは拡充・改善するために上部機関、地方自治体、国などへの働きかけの活動を活発に行う地域の社会資源開発機能とソーシャルアクション機能。

ところで副田あけみは、ケアマネジメントについて、機関や目的などによってその実践は多様に行われていると前置きした上で、そのモデルは「利用者志向モデル」と「サービス提供者志向モデル」⁽¹⁵⁾に大別されるとしている。「利用者志向モデル」とは、ケアマネジャーが、面接技術を用いた利用者との対話を通して、そのニーズを総合的にアセスメントし、サービス利用の権利を積極的に確認する。それにもとづき多様なサービスの調整仲介と必要な個別的直接援助活動を総合的に実施し、その結果をモニタリングしていくという実践アプローチとしてのモデルであり、「サービス提供者志向モデル」はケアマネジャーが、ケアプログラムの利用資格が認められた人々のニーズをアセスメントし、サービス供給にかかる費用計算をおこなって、長期ケアプログラムで定められている一定の予算枠内におさまる範囲にコミュニティを基盤としたサービスの供給調整をおこなうものである。

これまで叙述してきたように、介護保険制度の中に盛り込まれているケアマネジメントおよびケアマネジャーの役割は多分に「サービス提供者志向モデル」に近く、一方、白澤政和、岡本祐三、前田大作等が指摘するケアマネジメントおよびケアマネジャーの任務は「利用者志向モデル」に接近していることがわかる。もともと、介護保険制度とケアマネジメントを連結させた制度設計の当初から、「コストコントロールと要介護者の生活の質を高める自立支援という矛盾する両面を同時に遂行する」⁽¹⁶⁾矛盾や給付水準の決定に関して、「家族の介護力や本人の社会心理状態に関係なく、利用者の身体状況だけで給付水準が決定される保険の原理と個別的全体的状況の対応を求められるケアマネジメント機能原理をどのようにすりあわせるのか」⁽¹⁷⁾という疑問は提起されていたのである。

かかる隘路をどのように解決していくのか。それは専門性の高いケアマネジャーの育成・配置と地域のケアマネジメント機関が、あらゆる社会資源と密接な関係を持ち、それらのサポートの提供が容易となる地域の福祉システムを作っていくという以外に具体的方法はみつからない。

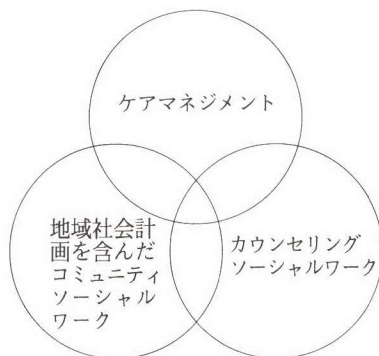
IV. ケアマネジャーとコミュニティワーク

1) ケアマネジャーとコミュニティケア

介護保険制度のなかで構想されているケアマネジメントやケアマネジャーの機能や役割はどちらかといえば「利用可能な給付内容の範囲内」で遂行される、「サービス提供者志向モデル」に近い。けれども本来のケアマネジメントおよびケアマネジャーの機能や役割は「利用者志向モデル」でなければ真の意味で要介護高齢者のニーズに即しながら地域で支えつつ生活支援の複合的なサービスを提供し、生活介護の保障を行うという実践にはなりえない。「利用者志向モデル」としてケアマネジャーを位置づける論者のほとんどが、①地域のサービス資源の開発や整備、②アドボカシー、③フォーマル・セミフォーマル・インフォーマルサポートネットワークを総動員してサービスの組み立てを行う、ことをあげている。介護保険制度のなかでのみ展開されるケアマネジメントやケアマネジャーは自己の所属する組織内サービスにのみ、ひきこむ危険性がかかえており、ケアマネジャーそのものが専門性と中立性を保って利用者の生活支援プログラムを提供できるかどうかは疑わしいのである。

要介護高齢者や家族の生活支援および生活介護保障のためにケアマネジャーが機能するとすれば、先述した地域のサービス資源の開発や整備、アドボカシー、サポートネットワークの形成といった側面にも専門性や中立性を維持しながら積極的にかかわらなければならないことになる。イギリスのマルコム・ペイン (M・payne) は『ソーシャルワークとコミュニティケア』のなかで(図2)のように、コミュニティケアでのソーシャルワークを、カウンセリング、地域社会計画、ケアマネジメントの3つの内容で構成するとして、コミュニティケアとケアマネジメントの関連をコミュニティソーシャルワーカーの役割として示唆した⁽¹⁸⁾。かつて老人保健福祉審議会最

(図2) コミュニティ・ソーシャルワークの内容



(出典；M・ペイン (杉本敏夫・清水隆則 監訳)『地域福祉とケアマネジメント』筒井書房 1998)

終報告でもケアマネジメントについて「ケアプラン作成にあたっては、市町村の一般保健福祉サービスとの連携、近隣やボランティアの協力なども視野に入れて高齢者や家族の生活全般を支援していくという観点から作成されることが望ましい⁽¹⁹⁾」という考え方が明示されていた。にもかかわらず、何度も繰り返すが介護保険制度に依拠したケアマネジメントでは、自ずと保険認定範囲内のサービス品目に眼目が置かれがちとなり、利用者のニーズにそった生活支援としてのケアプランの作成がなされるのかどうか、危惧される⁽²⁰⁾のである。

さて、イギリスにおいては、1990年のコミュニティケア改革にともないケアマネジメントが法的根拠をもって位置づけられたが、これに先立つウルフunden報告においても「コミュニティケアの展開にあたっては公的部門によるサービスだけでなく、民間非営利部門、民間営利部門、インフォーマル部門といった多元主義的システムによって遂行される⁽²¹⁾」として、それらの各セクターの協力、ネットワーク化こそがコミュニティケアの実施に必要なと指摘された。コミュニティケアとは簡単に表現すると在宅福祉サービスシステムのことであり、地域に暮らすクライアントの人間性や個性を尊重し、人権を守り、ノーマライゼーションの理念を貫徹させるために、地域のなかに生活支援サービスを集中的、連続的、全体的、そしてクライアントの生活上の問題の過程にそって配置するシステムを意味している⁽²²⁾。介護保険制度で用意されている狭いサービス品目だけではとうてい要介護高齢者の日常生活の総合的な支援にはなりえない以上、介護保険制度のなかに組み入れられたケアマネジメントを施行するケアマネジャーはコミュニティケアすなわち地域のサービス資源の開発と整備、アドボカシー、サポートネットワークの形成といった側面への取り組みを果敢に実行しなければならないのである。真に「利用者志向モデル」を実践し、地域に暮らす要介護高齢者、家族の生活支援を実行していくなればケアマネジャーはおのずからコミュニティソーシャルワーカーとしての性格を濃厚にもつことが期待される。そのことが介護保険制度と本来のケアマネジメント実践を担うケアマネジャーのすみあわぬ部分を補強する有力な道ではあるまいか。

2) ケアマネジャーとコミュニティワーク

地域で生活する要介護高齢者に対する介護サービスを制度化したものが介護保険制度である。けれども医療と違って疾病を治すという考え方が成立し難い介護の分野で、生活と介護が完全に分離してとらえられるものかどうか。また、分離させて介護サービスというサービス自

体が成り立つのか、という危惧は依然として残る。介護という項目のみを生活から抽出してサービスを提供するという方法は現実的に可能なのだろうか。要介護高齢者の生活の質を保障し、人間らしい生活がおくれるよう支援する生活介護保障としてのケアマネジメントでなければならない。重要なことは、要介護状態というのは、一時的に集中して介護を提供することで、解消したり自立するという性格のものではないということである。つまり、疾病の概念が「治癒」する、あるいは「全治」するという性質であるのに対して、「持続」する、「付き合う」という性質が介護では強く、期間的にも長くなるという特性をもつ⁽²³⁾。そのため必然的に要介護の状態は高齢者の日常生活全体と密着させて、生活介護というところらえ方でサービスを組み立てなければならないと思われる。

介護保険制度やそこに含まれるケアマネジメントは、地域に生活する要介護高齢者の生活主体者としての自立支援を目指すものであり、生活者の復権を究極の目的とするものである⁽²⁴⁾。ケアマネジメントの意義は、その人の困りごとと様々な社会資源を結びつけることであり、この結びつけるコーディネートあるいはリンケージの機能がケアマネジメントである。介護保険制度の枠内にケアマネジメントが取り込まれれば、ある特定の要援護者層にケアマネジメントの対象者が限定され、かつ利用できる社会資源も介護保険の給付品目内にとどまることになりかねない。その意味では、介護保険の枠を越え、できる限り多岐にわたる社会資源を活用して、要援護者の自立した在宅生活を支えることが、本来のケアマネジメントである⁽²⁵⁾。

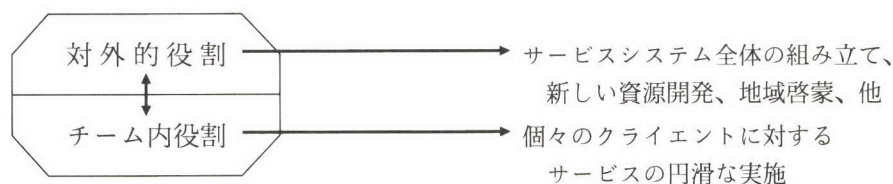
したがって、ケアマネジメントが有効に機能するためには、要介護高齢者や家族の生活介護サービス、生活支援サービスが地域の社会資源としてどの程度、質的・量的に整備されているか、ということが決定的に重要なこととなる。ケアマネジャーがその役割を遂行する上で地域の社会資源の存在は不可欠な条件となろう。けれども

「保険あってサービスなし」といわれるように、介護保険制度の給付サービスさえ十分整備されないまま法は始動しようとしている。わが国のように地域で生活する要介護高齢者や家族への支援のための資源が圧倒的に不足している現状では、ケアマネジャーの業務を通して不足しているサービス資源を開発していくことが、ひとつの目標とならなければならない。このことについて竹内孝仁はケアマネジャーの役割について次のように指摘している。「ケアマネジャーの役割は、チーム内役割と対外的な役割の2種類に分けられる。(図3) チーム内役割とは、別な言い方をすれば個別の援助対象者に対して援助の司令塔としての役割である。これが本来のケアマネジャーの仕事でもある。しかし、援助はいつの場合にもチーム内の作業だけで完結しない。ニーズに対応するために新しい社会資源の発掘が不可欠だということは多い。この仕事はケアマネジャーの範囲を越えるといっていたのでは、現実にはニーズに対応できないことは実際上多いものである。ケアマネジャーは、単に援助チームのリーダーで終わらない、という認識が必要であろう。」⁽²⁶⁾

ということは、とくに地域におけるサービスの開発やネットワーク化というコミュニティケア推進の技法であるコミュニティワーク的作業もケアマネジャーの任務として重要であるということになる。ケアマネジメントの遂行のためにはコミュニティケアの充実は不可欠なものであり、コミュニティケアの充実は、地域社会資源の整備・開発をとまなうものである。要介護高齢者や家族の生活の質を保障しながら生活支援のために「選択」すべき資源が潤沢に用意され、「活用」したり、「連絡調整」すべき資源が豊富であるということは、ケアマネジャーにとっても、利用者にとっても有益であろう。

ちなみにコミュニティワークとは在宅福祉を核とする地域福祉の展開のために、①地域におけるサービスニーズを総合的に把握し、②それらのニーズ充足のための諸サービス資源を確保・整備し、③そのため各種社会資源を開発し、④把握した個別ニーズにサービスが結合され

(図3) ケアマネジャーの2種類の役割



(出典：竹内孝仁『ケアマネジメント』医歯薬出版(1996) p67)

るようコーディネートし、⑤個々の利用者の人権や権利を擁護していく地域援助技術⁽²⁷⁾と説明されている。ケアマネジャーの役割はまさしくコミュニティワークを実践するコミュニティ・ソーシャルワーカーと重なり合う側面が強いといっても大きな違和感は生じないのではなかろうか。

V. ケアマネジャーのコミュニティ・ソーシャルワーカーとしての役割とコミュニティワーク

さて、これまで叙述してきたように、地域に暮らす要介護高齢者や家族の生活の質を守り向上させつつ生活支援を行っていく援助の担い手としてのケアマネジャーは、介護保険制度の給付品目の枠内でのみケアプランを作成したり、サービス提供組織と連絡調整を行ったりするだけではないことが理解される。むしろ、地域の高齢者や家族のニーズを適切に把握するための(1)ニーズキャッチシステムの形成、(2)ソーシャルサポートネットワークづくり、(3)保健・医療・福祉のサービス情報の提供、(4)アドボケート、(5)地域社会資源の開発・整備などコミュニティ・ソーシャルワーカーとよんでもよい機能を発揮していかなければならないと思われる。したがって、地域志向型ケアマネジャーとしての専門性が強く要請される。

先述したように副田あけみはケアマネジメントについて、「利用者志向モデル」と「サービス提供者志向モデル」に大別されるとしたが、筆者はここで、「地域志向モデル」を提起しておきたい⁽²⁸⁾。「地域志向モデル」とは、利用者のニーズを総合的にアセスメントし、それにもとづく多様なサービスの創出や連絡調整を地域づくり活動と一体となって推進するコミュニティ型のアプローチである。それは、①利用者や家族の全体的総合的アセスメント、②長期的な支援計画の作成と支援、③関係組織の調整と連携の促進、④ソーシャルサポートネットワークづくり、⑤社会資源の開発・育成、⑥保健・医療・福祉情報の提供や開発、⑦高齢者、家族へのエンパワーメントの促進、といった活動を重視する。地域志向型ケアマネジャーとは、この「地域志向モデル」に則したケアマネジャーのことである。

かつて、鈴木五郎は、コミュニティワークの理論モデルを設定し、活動の主体を「住民主体」とするのか、「専門機関と住民の協働活動」に置くのかによって、問題解決の手段をすでにある福祉施設や在宅福祉サービス、ボランティア活動あるいは保健医療サービスなどとの連携や調整、ネットワーク形成などに求める「社会資源活用型」と新たな福祉施設や在宅福祉サービス、ボランティア活動などの開発・組織化をはかる「社会資源開発型」

の4つのコミュニティワークモデルを提示した⁽²⁹⁾。このモデルに従えば地域志向型のケアマネジャーは、専門機関と住民の協働活動を活動の主体に置く、社会資源活用型と開発型の総合的ケアマネジメント実践を促進していくことになる。

かかる実践を展開するケアマネジャーは相当の専門性と力量をもった者でなければならないことになる。けれども社会福祉士、介護福祉士、保健士などはともかく、その他の職種の専門家が、たとえ6日間の実務研修を受けたとしても、果たしてこれまで考察してきたようなケアマネジャーの任務と役割を遂行することが、本当に可能なのであろうか。特に地域志向モデルとしてのコミュニティソーシャルワーカーとしてのコミュニティワークを果たしつつケアマネジャーとして利用者の生活支援を目指した業務が遂行できるとは思えない。それは受けてきた教育や訓練、教育内容、技術、価値、視点が個々に異なり、必ずしも地域に生活する要介護高齢者や家族の生活主体者としての立場を尊重し、社会生活上の様々な機能障害を解決、軽減、除去、回復、防止するソーシャルな生活全体を支援するというで統一された教育や訓練、認識を共通に持つわけではないからである。

社会福祉士や介護福祉士、保健士などの職種は従来から地域に暮らす生活者の生命と健康、生活を守るという視点を業務のなかに取り入れて実践サービスを展開してきた経緯がある。他の専門職はケアマネジメント機能を担うとしても中核となる職務内容をすでに確立してのことであり、ケアマネジメントを付加的な機能として実践することになる。本来、地域に生活する要介護高齢者や家族の人々の生活ニーズを全体的に把握してサービスにつなげるという基本的な連絡調整業務やそのためのネットワークづくりなどの組織化活動はコミュニティ・オーガニゼーションという社会福祉援助方法論の伝統的な手法であった。新しい介護システムは介護保険をベースとはするが、そこで実施されるケアマネジメントは単に介護保険を実施するためのケアマネジメントではないことを重ねて認識する必要がある。ケアマネジメントという援助方法論は介護保険があろうと、なかろうと必要となるサービスなのであるから保険給付中心ではなく、ニーズ充足を中心にコミュニティワークと一体となりながら地域志向型ケアマネジャーによって実行されるべきなのである。そのために要請されるケアマネジャーの専門性は、地域福祉の価値や理念に基づく教育プログラムのもとに育成されたコミュニティ・ソーシャルワーカー的役割を担う者が最も適切ではないだろうか。

VI. ケアマネジャーの基本的な課題

ケアマネジャーは、地域に暮らす要介護高齢者や家族の生活全体のニーズ充足に対応してケアマネジメント過程を実践的に遂行するコミュニティ・ソーシャルワーカー的な役割を担う者である。白澤政和は、ケアマネジメントを(1)エントリー、(2)アセスメント、(3)居宅サービス計画の作成、(4)居宅サービス計画の実施、(5)モニタリング(再アセスメント)、(6)終結、という過程でとらえ、このケアマネジメント過程に沿って展開されるケアマネジャーの機能を以下のように説明している⁽³⁰⁾。

- (1) エントリー局面；①施設や地域内で要介護の状況にある対象者を発見する機能、②ケアマネジメントを始めることの説明をし、了解をとる機能、③保険者への介護保険サービス給付申請についての代行機能、④保険者から要介護調査委託を受けている場合には、要介護認定調査の機能
- (2) アセスメント局面；①アセスメント用紙をもとにした本人との面接の機能、②アセスメント用紙をもとにした本人以外の介護者との面接の機能、③本人の了解をとっての、医師等の専門家からの情報収集機能
- (3) 居宅サービス計画の作成局面；①アセスメントに基づき、要介護度を配慮して居宅サービス計画の原案を作成する機能、②サービス担当者会議を召集し、主宰する機能、③居宅サービス計画についての本人や家族からの合意を得る機能、④居宅サービス計画についてのサービス事業者からの意見や確認を得る機能
- (4) 居宅サービス計画の実施局面；①サービス内容・時間・頻度等を居宅サービス事業者へ依頼する機能、②本人や家族の了解を得たうえで、アセスメント用紙および居宅介護サービス計画書をサービス事業者へ送付することによる情報共有の機能、③居宅サービス事業者のサービス内容・時間・頻度等を国保連合会へ連絡する機能
- (5) モニタリング(再アセスメント)局面；①初めてつくった初動期プランについては、頻繁なモニタリングを行う機能、②定期的な家庭訪問等でモニタリングする機能、③新たなニーズやニーズの変化に対して、再度アセスメントを行い、居宅サービス計画を修正する機能、④要介護者の要介護度調査項目に変化が生じた場合に、保険者に連絡する機能

以上であるが、その上で、ケアマネジャーには、要介護者個々が個別的なニーズを満たせない場合には、サービスを利用できるよう個別的な弁護的機能(ケース・ア

ドボケート)やそれぞれの市町村での要介護高齢者全体での社会資源の問題点を明らかにし、社会資源の修正や開発を働きかけていく地域全体的な弁護的機能(クラス・アドボケート)を求めている。当然そのためには、ケアマネジャーはケアマネジメントを遂行していく上でソーシャルアクションを展開する場面が不可欠となる⁽³¹⁾。

例えば高齢者、家族へのエンパワーメントを促進する場合においても、個別的には①クライアントの自尊心を増進させる、②クライアントの自己効力感(セルフ・エフィカシー)を増進させる、③グループ意識と連帯感を深める、④問題解決の可能性と方向性の分析をする、⑤クライアントのために社会資源を動員する、といった介入⁽³²⁾をケアマネジャーはしなければならないが、一方で、①地域の当事者組織の育成や支援、②ソーシャルサポートネットワークの形成、③地域社会資源の整備・拡充、④保健・医療・福祉の連携、⑤地域住民への福祉情報の徹底やボランティア活動意欲の促進などコミュニティ全体としてのコミュニティ・エンパワーメント⁽³³⁾の促進をはかる作業と連結させながら立体的に推進し、介入しなければ実効性はあがらないであろう。すなわち、ケアマネジメントを遂行する上で、ケアマネジャーは、個別的なアドボケートと同時に、地域全体のアドボケートを、また個別的なエンパワーメントの促進と併列してコミュニティエンパワーメントの促進という個人と地域の双方をたえず視野に入れながら業務を展開しなければならないということである。

しかしながら、このような役割や任務及び機能を果たしていくケアマネジャーには基本的な問題が存在することも事実である。かかる基本的な問題と思われる課題を三点、挙げておきたい。

1) ケアマネジャーの権限とロイヤリティ・ジレンマの問題

ケアマネジャーの業務を論じる際には必ずこの権限問題が、焦点となる。欧米のケアマネジメントモデルでは様々な形態ながら、ケースマネジャーに何らかの権限が与えられている場合が多い。それは一定の予算執行権をもたせてコスト管理も含めた形態が多い。わが国において介護保険制度のもとで想定されているケアマネジャーの権限はどの程度、どの範囲での権限や裁量権をもたせるのかは不明である。日本の場合には、予算の執行権としての権限よりもサービス利用や交渉についての判断権や裁量権が必要である。介護保険法の法案採決時に資源整備の促進に関する付帯決議がなされたことを想起するならば、ケアマネジメント遂行過程で、「この地域では

社会資源の整備がこの程度までしか進んでいないから、利用者にとって最良と思われるプランを作っても実行できない]、「この地域のサービス資源はこれだけなので、利用者の状態には対応できないので利用してもらえない」という事態にケアマネジャーが、資源開発や整備に対しての交渉権、裁量権、調整権をもたなければ意味がないであろう。

介護保険制度では利用者とサービス提供者の関係は契約関係になる。利用者はサービス提供者を選ぶことができるといわれるが、それは様々な種類のサービスが量的に豊富である場合にのみ「利用者の選択する権利」を支えるものになる。サービスの量が十分でない状態でケアマネジャーが利用者に現状の低い水準のサービスについて、オール・オア・ナッシングの選択しかせまれないのであればそれは利用者の権利擁護にはつながらないといえる⁽³⁴⁾。

ケアマネジメントが有効に機能するためには、(1)実際に活用できる社会資源が整備されていること、(2)関係機関や組織にかかわる人々との信頼関係や連携体制があることと並んで、(3)サービス適用の裁量権がケアマネジャーにあることが条件とされる⁽³⁵⁾。してみれば、ケアマネジャーに一定の権限をもたせるよう早急に検討し、法条文にも明記するべきであろう。

また、権限の問題と関連して論議されなければならないのはケアマネジャーのロイヤリティ・ジレンマの問題である。ケアマネジャーは指定事業者・施設に雇用されており、ケアマネジャーがケアプランを作成することで、事業者は保険報酬を得ることになる。あるいは、所属機関のもっているサービスがより多く利用されるようなケアプランを作成することで、所属機関の収益があがることになる。事業者の存続に関わる収益や採算性の問題がのしかかってくる時、ケアマネジャーは中立性や客観性、利用者の権利擁護といったきわめて倫理的な行動基準にそって業務を遂行することが、どれだけ可能なのであるか。雇用者のもつ経営的観点から受ける圧力は大きく、それに対抗しつつ、利用者中心のサービスを実行していくことは大変、困難である。

同時に、アドボケートやエンパワーメント⁽³⁶⁾といった機能は必ずしも保険報酬に直接結びつくものではない。このような保険報酬に直接結びつかない業務について雇用者はどれだけケアマネジャーを許容するだろうか。また、実際に欧米ではケアマネジャーの多くはデスクワークに追われ、利用者やその家族の支援にその業務や能力を振り向けることが難しくなっており、「ケアマネジャーに最も不足している社会資源は時間である」⁽³⁷⁾とさえ言

われる。特にアメリカでは担当ケース量の多さに加え、日々のペーパーワークがケアマネジャー本来の業務を圧迫しているという指摘がなされている。日本のケアマネジャーはこのような事態を回避して、どれだけ、本当にアドボケートやエンパワーメントを利用者との援助関係において実行できるのだろうか⁽³⁸⁾。業務のなかで、保険報酬にはダイレクトには結びつかない、このような（いくら、コミュニティ・ソーシャルワーカーとしてのケアマネジャーにとっては本来の業務であっても）点に時間を費やすことができるのであろうか。これまで考究してきたように、単に介護保険給付枠内メニューのみを組み立てて、機械的にケアプランを作り、実行するだけならば、それはケアマネジメントでもなければ、ケアマネジャーという専門職でなくても業務遂行は可能である。しかし、理念としてのケアマネジメントを展開し、ケアマネジャーの業務を遂行するとするならば、この問題は大きな障壁として立ちはだかることになる。

2) ケアマネジャーの養成・訓練と教育プログラムの問題

ケアマネジャーについては厚生省によれば介護保険制度開始時に4万人以上必要とされている。ケアマネジャーの養成については、1998年1月20日付の医療保健福祉審議会老人保健福祉部会資料「介護支援専門員育成の基本的考え方」がアウトラインとなる。

当初、ケアマネジャーは「医師、歯科医師、薬剤師、保健婦、看護婦、OP、PT、社会福祉士、介護福祉士等の保健・医療・福祉の専門職のうち、一定の実務経験を有し、所要の研修を終了した者」を対象としていた。(1996年4月22日、老人保健福祉審議会報告)そしてここで言う一定の実務経験の期間は「保健福祉医療の各分野で合計5年以上」とされた。(1997年5月30日、高齢者ケアサービス体制整備検討委員会報告)しかし、「介護保険制度の円滑な実施のためには相当数の介護支援専門員の養成が必要なので、保健・医療・福祉の専門職以外についても幅広く対象とするなど制度の運用については弾力的におこなう必要がある」(同上、委員会報告)との判断がくだされ、部会資料においても、介護支援専門員育成の実務研修の前提となる試験の対象職種はできるだけ幅広く認めることとされた。

結果として、部会資料においては上記「老人保健福祉審議会報告」で示された9職種のほか、准看護婦、助産婦、あんまマッサージ指圧師、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、柔道整復士、その他の社会福祉施設や福祉

事務所、医療機関等で相談援助や介護に従事していた者で5年以上の経験がある、という者一切切を「介護支援専門員の実務研修受講のための試験」対象者としたのである。すなわち上記の者であれば都道府県で実施される「介護支援専門員実務研修受講試験」を受けることができ、それに合格すれば「介護支援専門員実務研修」を受講して、介護支援専門員の肩書きが得られるということである。

しかし、これだけ幅広い職種を対象としてケアマネジャーの資格を与えるといっても、先述したように、それぞれが受けてきた教育や訓練、教育内容、技術、実習、価値、視点等が個々に異なり、わずか数時間や数日間の実務研修でカバーしきれるとはとうてい思えないのである。介護保険制度のケアマネジメント手続にそって、保険給付メニューの内枠だけでケアプランを組み立て実行していくだけならば可能かもしれないが、われわれのイメージする地域志向モデル実践者として、また多分にコミュニティ・ソーシャルワーカーとしてのケアマネジャーは、高齢者の生活全体を視野に入れた総合的な生活支援を目指すものであり、相当の保健・医療・福祉制度の理解や要介護高齢者や家族への心理的知識や関わり方の訓練、彼等の社会生活全体を視野に入れた支援のあり様等を体系的な教育・訓練を通して習得した者でなければ遂行できないと思われる。西村正広が適切に指摘するように⁽³⁹⁾、ケアマネジャーの援助実践は、(1)援助実践のための「所与の条件」、(2)援助実践を進める技術、(3)援助実践利用者の実態と要求という内容について十分に教育・訓練を受けた者が望まれるのである。西村正広の指摘する、(1)「所与の条件」の熟知とは、介護保険の給付対象となっている、いないにかかわらず地域の諸サービスについて、その存在やパンフレット程度の知識ではなく、現実にサービスの「質」や使い勝手をよく知っていること、既存のサービス以外に、ボランティア組織や非営利団体などが運営するサービスや、企業によって提供されるシルバーサービスなどもきめ細かく活用していける知識である。また、(2)援助実践を進める技術とは、コミュニケーション技術を始めた社会福祉援助技術（特に社会福祉援助技術各論Ⅰ）の活用力であり、(3)援助実践利用者の実態と要求では、利用者ニーズの問題解決のために、様々な調査を行い、地域のサービス資源を創り出し、改良し、適切・合理的に組織する（特に社会福祉援助技術各論Ⅱ）実践力である。このことは、どんなにすぐれたアセスメントシートが考案されても、それを埋めるだけの作業ではなく、要介護高齢者や家族の苦悩や生活のヒダに触れ、共感しつつ、生活全体の支援のためのアセスメントをし、

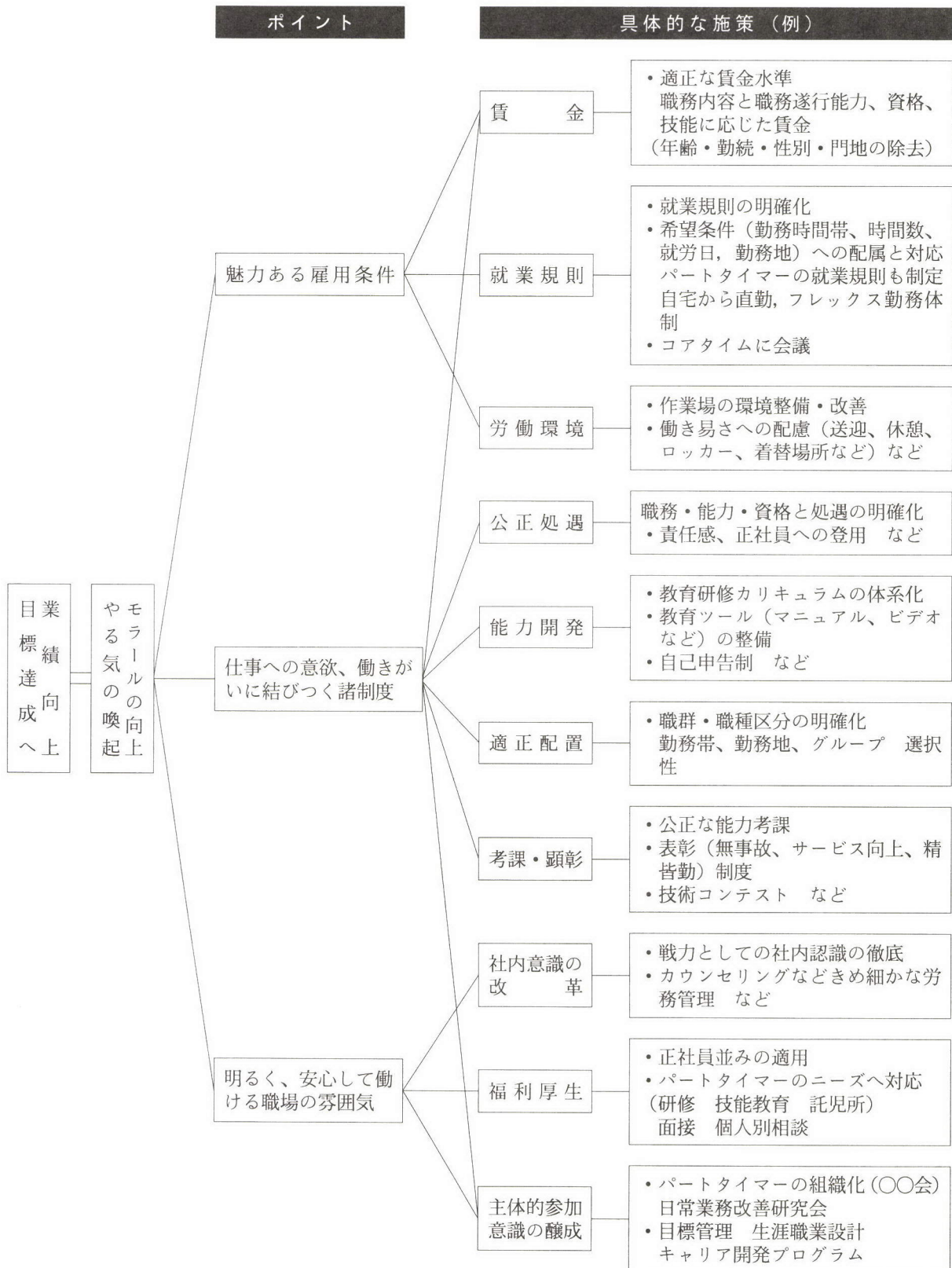
ケアプランを作り、実行していく力量が必要であることを物語っている。「サービスがないからあきらめる」、「サービスの質が悪くても我慢する」、「サービスの料金がいくら高くても、やむを得ず購入する」、「制度の限界なので仕方がない」といった場面場面で、「なければ創る、要求する」、「悪ければ改良する」、「欲しいものには手が届かないが、次善のものを見つけてくる」、「制度の限界をあの手この手で押し広げる」、「足りなければかき集める」、「組織がなければ作りあげる」という創意工夫で、援助の質と量の底上げを企て続ける姿勢と能力が必要である。

そのために、ケアマネジャーについては、福祉系学部教育程度の教育カリキュラムを基盤にした専門職業人としてのプログラムをハードルとして用意する必要があるのではないだろうか。また、ケアマネジャーとなっても3年単位で資格更新の試験や1ヶ月程度の研修・訓練を課す等の形で育成プログラムを準備する等の措置が講じられてもよいと思われる。

3) ケアマネジャーのスーパービジョン体制と業務推進環境の問題

上述したことと関連して指摘しておかなければならないのは、ケアマネジャー自身の支援を担うスーパービジョン体制と業務推進上の物的心理的環境の整備の問題である。幅広い職種に対してケアマネジャーの資格を付与したとしても彼等が一律にわれわれが考察してきたような形でケアマネジャーの役割を担えるとは到底、考えられない。とするならば、教育・訓練・研修の徹底とそのプログラム内容の濃度を濃くすること、機会の頻度を多く設計すること、資格更新の試験を設定することと並んで、「各福祉施設、機関内で、すでに専門教育を終えた職員を対象に、施設、機関の運営過程にそって個人の価値、道義的判断、ものごとを利用者の立場で理解することを基盤に置いて、ワーカー（ケアマネジャー）が、よりよく仕事ができるように指導、監督する活動」⁽⁴⁰⁾としてのスーパービジョン体制は不可欠ではあるまいか。すなわち、要介護高齢者や家族に対する生活の総合的支援としての地域志向型ケアマネジャーとして、ケアマネジメントを実践していく上で、他方、施設、機関、団体の目的にされながらよりよいサービスを展開する上で、時として、判断を間違えたり、仕事に行きづまったり、複雑で困難な問題にぶつかったりする場面は多いであろう。そのような時に、スーパーバイザーによって、ケアマネジャーの個人的な限界を補うために助言したり、さらにより専門的知識と技術のレベルの向上に向けて指導するスーパー

(表3) ケアマネジャーの業務推進職場環境改善のために



(出典: 渡辺孝雄、前掲書、p168)

ビジョン体制である。このスーパービジョンは、①管理的機能、②教育的機能、③評価的機能、④支持的機能、をもつとされている⁽⁴¹⁾が、窪田暁子は福祉実践におけるスーパービジョンの必要として、①対人援助サービスにおける援助目標の設定にあたっての客観性の保障、②望ましい援助関係の形成と維持、③福祉サービスの社会的公平性の担保、④職場全体におけるスタッフ育成計画、を挙げている⁽⁴²⁾が、ケアマネジャーが業務を遂行する上でこのようなスーパービジョンの必要性は重なり合うと考えられる。介護保険制度自体が軌道にのるのは5年以上かかると予測されている状況のなかで、ケアマネジャーの業務自体も混乱すると考えられる。介護保険制度の給付メニューにもとづいて、要介護高齢者のアセスメントをし、ケアプランを作り、実行していきだけの業務ではなく、地域志向型のコミュニティ・ソーシャルワーカーとしてのケアマネジャーの業務を遂行していく場合はもちろん、くり返し述べているように、受けてきた教育・訓練・技術が個々に異なる幅広い専門職層がわずかな実務研修を経たくらいではケアマネジャーとしての実践援助を展開していくには相当、無理があろう。ケアマネジャー1人あたりのケースロードがどれ位になるのか、見当はつかないが、援助的専門職業は、ストレスの多い仕事であり、ケアマネジャーはスーパーバイザーから何らかの心理的支持や教育、指導、助言を受けつつケアマネジメントを実行していく有効性は計り知れない。でなければ良心的なケアマネジャーほどストレスが重なり、燃えつき現象を呈することが推測される。この種の燃えつき現象は、ケアマネジャーの主体的条件と彼をめぐる職場環境や社会関係という環境条件によって起こるとされている⁽⁴³⁾。したがって、ケアマネジャーが少しでも業務推進をスムーズに展開できるよう、後方支援体制として、とくに人事・労務管理の改善や職務基準の明確化、とりわけ職務基準書の作成、職能要件書の作成、仕事のルールづくり、勤務体制の見直し⁽⁴⁴⁾、経営組織や運営の改善、経営主体者の意識改革など一種、企業福祉の発想と視点の転換など⁽⁴⁵⁾大胆に取り組まなければ、市場競争原理のもとでの「選ばれる」指定居宅介護支援事業者や介護保険施設とはならないであろう。(表3) ケアマネジメント施行の鍵は所属するケアマネジャーの質と力量に左右されるからである。

Ⅶ. おわりに

介護保険制度や介護保険サービスはオールマイティではない。それは地域に暮らす要介護高齢者や家族の生活全体の一部をカバーするにすぎない。したがって給付サー

ビスメニューがかなり限定されていても、地域福祉サービスの一層の充実や基盤整備をはかり、上手く介護保険サービスと組み合わせて要介護高齢者や家族の生活全般を総合的に支えるという仕組みを形成していく必要がある。介護保険外の地域福祉サービスを幅広くウィングを広げて整備するならば、要介護・要支援高齢者のサービスは保険内外のサービスを積極的に取り込むことによってケアマネジメントの実効性をより豊かなものにできるであろう。このような基盤の拡充・強化によって要介護・要支援に至っていない高齢者も同時に保険外の地域福祉サービスを利用することによって、生活を支えることができることになる。

したがって、地域の高齢者の生活を総合的に支援するという視点と地域サービス資源の整備・充実・開発と、ケアマネジメントを推進するケアマネジャーの質や力量は大きなウェイトをもつ。介護保険制度の中にケアマネジメントを位置づけるのではなく、ケアマネジメントの中に介護保険制度を位置づけるとすれば、ケアマネジメントは地域の高齢者を支えるコミュニティケアとしての生活支援の実践方法であり、かかるケアマネジメントを担うケアマネジャーはコミュニティワーク機能を取り入れながら地域志向型のコミュニティ・ソーシャルワーカーとしての役割や任務を果たしていかなければならない。なぜならば、介護保険の枠内に限定されたケアマネジメントを越えて、できる限り広範囲の社会資源を駆使して在宅生活を支えることが本来のケアマネジメントであり、ケアマネジャーの役割だからである。だからこそ、ケアマネジャーは連絡調整、アドボケート、社会資源の開発、サポートネットワークの形成というケアマネジメント実践とケアマネジメントシステムという地域の仕組みを創り上げる必要があるのである。

伝統的に供給者サイドから構想されてきた社会福祉は、いまや利用者サイドに立つ社会福祉として再構成されようとしている。社会福祉基礎構造改革の中間発表(中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分科会, 1998)にもあるように、社会福祉法人・施設経営の透明性や情報開示、説明責任の徹底や地域オンブズマン制度や機能の強化・拡充がますます求められるゆえである。しかしながら提起した三つの基本的な課題はまだ解決されていない。介護保険制度の執行は目前にせまっている。今回の介護保険制度におけるケアマネジャーの役割に対して、われわれは期待よりも一層、懸念を表明せざるを得ない。たして、4万人のケアマネジャーはどのようなケアマネジメントをおこなうのであろうか。

〈引用および参考文献〉

- (1) 佐藤進・河野正輝『介護保険法』法律文化社（1997）p179
- (2) 田中尚輝『ボランティアの時代』岩波書店（1998）p205
- (3) 小坂善治郎『高齢社会福祉と地域計画』中央法規（1998）p163
- (4) 河合克義編『ホームヘルプの公的責任を考える』あけび書房（1998）pp71-72
- (5) 白澤政和・中西茂編『公的介護保険への経営戦略』中央法規（1998）pp26-27
- (6) D・P・Moxley. "The Practice of Case Management" Sage Publications. (1989)
- (7) 永田あゆみ『ケアマネジメントの日本的展開』ジャパン通信情報センター（1997）p26
- (8) 北九州市高齢者ケア研究会編『都市における高齢者ケアマネジメント』中央法規（1997）pp76-79
- (9) 厚生省介護保険制度施行準備室監修・増田雅暢『わかりやすい介護保険法』有斐閣（1998）pp54-55
- (10) 厚生省介護保険制度施行準備室監修・増田雅暢 前掲書（1998）pp58-59
- (11) 白澤政和『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規（1992）p94
- (12) D・チャリス／B・ディヴィス（窪田暁子・谷口政隆・田端光美訳）『地域ケアにおけるケースマネジメント』光生館（1991）とくに「第3章、キーワーカーとケースマネジメント」に詳しい
- (13) 岡本祐三「介護保険導入とケアマネジメント」『老年問題研究』Vol.15・16. 医療と福祉総合研究会（1996）p4
- (14) 前田大作「高齢者福祉におけるケアマネジメント」『老人問題研究』Vol.15・16. 医療と福祉総合研究会（1996）p12
- (15) 副田あけみ『在宅介護支援センターのケアマネジメント』中央法規（1997）pp35-39
- (16) 白澤政和「公的介護保険が地域福祉を推進する条件—ケアマネジメントを鍵として—」『ジュリスト』No.1094 有斐閣（1996）p28
- (17) 京極高宣「高齢者介護システムを考える—公的介護保険の在り方—」『週刊社会保障』Vol.49. No.183 法研（1995）p33
- (18) Malcolm Payne. Social Work and Community Care. Macmillan Press. (1995)
- (19) 老人保健福祉審議会「最終報告—新たな介護保険制度の創設について」（1996）
- (20) 白澤政和 前掲書（1996）p28
- (21) Wolfenden Committee. "The Future of Voluntary Organizations" Croom Helm (1978)
- (22) 大和田猛「高齢者ケアサービスにおける在宅福祉政策の基本的課題」『愛知県立大学文学部論集（社会福祉学科編）』第46号（1997）p45
- (23) 白澤政和・中西茂編 前掲書（1998）p96
- (24) 白澤政和『介護保険とケアマネジメント』中央法規（1998）pp47-48
- (25) 白澤政和 前掲書（1998）p127
- (26) 竹内孝仁『ケアマネジメント』中央法規（1996）pp66-67
- (27) 京極高宣監修『現代福祉学レキシコン』雄山閣（1993）p517
- (28) このモデルについては、公衆衛生精神保健研究会編『ケアマネジメントと地域生活支援』中央法規（1998）pp75-76から有益な示唆を受けている
- (29) 鈴木五郎「地域福祉の方法論的アプローチ—コミュニティワークの枠組み—」『日本ルーテル神学大学紀要』第14号（1981）所収
- (30) 白澤政和『介護保険とケアマネジメント』中央法規（1998）pp167-178
- (31) 高森敬久「ソーシャルワーク実践の方法としてのソーシャルアクション」『ソーシャルワーク研究』Vol.19. No2. 相川書房（1993）p8
- (32) 平山尚・平山佳須美・黒木保博・宮岡京子『社会福祉実践の新潮流—エコロジカル・システム・アプローチ—』ミネルヴァ書房（1998）pp162-163
- (33) 荒木美奈子「コミュニティ・エンパワーメント」『現代のエスプリ<エンパワーメント>No376』至文堂（1998）p85
- (34) 新井誠・小笠原裕次・須永醇・高橋紘士編『高齢者の権利擁護システム』勁草書房（1998）所収
- (35) 佐藤進・河野正輝、前掲書（1998）所収
- (36) N・ベイトマン／西尾祐吾監訳『アドボカシーの理論と実際』八千代出版（1998）E・Oコックス、R・Jパーソンズ／小松源助監訳『高齢者エンパワーメントの基礎』相川書房（1997）
- (37) D・Arnold. J・E・Lubben. "A Day in the Life of a Case Manager" Generations Vol.12. No5. Fall. (1998)
- (38) 福富昌城「公的介護保険下におけるケアマネジメントとアドボカシー—介護支援専門員はアドボカシー機能を果たせるか—」澤田健次郎編『社会福祉方法論の新展開』中央法規（1998）pp159-173
- (39) 西村正広「社会福祉人材養成とケアマネジャー養成の課題」日本福祉大学社会福祉学会編『真の公的介護保障をめざして』あけび書房（1998）pp224-244
- (40) 『新版社会福祉事業辞典』ミネルヴァ書房（1977）
- (41) 吉沢英子「スーパービジョン」『社会福祉援助技術各論（社会福祉士養成講座⑨）』中央法規（1998）pp97-104
- (42) 窪田暁子「福祉実践におけるスーパービジョンの課題」『月刊福祉』8月号 全国社会福祉協議会（1997）pp15-17
- (43) 黒川昭登『スーパービジョンの理論と実際』岩崎学術出版社（1992）p202
- (44) 渡辺孝雄『在宅ケアの基礎と実践』ミクス（1998）p157
- (45) 田中明『企業福祉論』北大路書房（1996）

“Importance of Community Work Function in Care-management Practice”

OWADA Takesi

The essence of care-management and the duty of care managers are to support home care with making full use of the social resources beyond the limited scope covered by the care-management in Care-insurance. Thus it is essential that care-management need to functions as an adjuster and an advocate develop social resources, and make. practical structures and a system of care-management in order to form net-works for supporting the community.