

高齢者に対するケアマネジメントと介護保険制度

北 村 育 子

要 約

介護保険制度に関する議論はこれまで、様々なところで様々な角度から行われてきたが、ケアマネジメントは、その中核として注目されてきた。しかしながら、介護保険制度とケアマネジメントは別個のものである。何らかの援助を必要とする高齢者のケアマネジメントのなかに、介護保険給付品目が社会資源の主要な一部として包摂されるに過ぎないことが認識されなければならない。ケアマネジメントがそのアプローチの本来の機能を介護保険制度のもとで十分に発揮することができれば、介護保険制度によって高齢者介護サービスは、量とともに質の確保も可能となる。また、介護ニーズに止まることなく、高齢者の包括的なニーズを捉え、真のケアマネジメントとして機能することができる。そうでなければ、介護保険制度の下でのケアマネジメントは、介護保険限りのケアマネジメントとなる。これを避けるためには、介護保険制度に関わるすべての機関がそれぞれの責任を果たすことが必要である。

はじめに

わが国の高齢者福祉への対応は、1963年の老人福祉法の制定に始まり、以後、1973年の老人医療費無料化の実施、1982年の老人保健法の制定、1989年のゴールドプランの策定、1995年の高齢社会対策基本法の制定、という経過を経てきた。そして、1997年12月に介護保険法が公布され、2000年に施行されることとなった。介護保険法によって、高齢者福祉の大きな要素である

介護に関する問題に対するサービスの充実が期待できる。

村川(1998)によれば、介護保健法成立の意義は次のように整理される⁽¹⁾。

1. 高齢者介護サービスの量的・質的充実

介護保険制度は、市町村老人保健福祉計画における高齢者ニーズ調査による要介護等高齢者（寝たきり・痴呆・虚弱）に対応する介護サービスの総量確保に止まらず、痴呆性高齢者用グループホームや地域リハビリテーションといった、サービスメニューの新設・普及によって、制度のなかに質の高いケアを位置づけようとしていること。

2. 高齢者介護サービスの量的充足を可能とするサービス供給体制作り（介護サービスの基盤整備）の明確化

新ゴールドプラン実現等という国の政策上の責任、市町村・都道府県の老人保健福祉計画の達成責任を前提としつつ、市町村レベルの介護保険事業計画および都道府県レベルの介護保険支援計画が作成されることになり、サービスの供給体制が明確に示されていること。

3. 利用者本位のサービス提供の実現への前進と国民の権利意識の涵養

介護保険制度が、社会保険方式の導入によって40歳以上の国民に介護保険料という費用負担を求めていることにより、被保険者＝国民は当然、必要に応じて保険給付の適用を強く期待することになること。そして、税負担に対する反対給付としての保健福祉サービスに関して国民の権利が存在しなかったわけではないものの、税方式と対比すると、保険料方式においては納入された財源の使途が特定され、高齢者介護サービス以外に使用されることはなく、介護保険事業計画の作成や老人保健福祉計画の改定への住民参加の促進によって、利用者本位のサービス提供の実現への前進がはかられること。

4. 選択・契約の重視

従来の措置制度から、要介護認定の手続きを経るとしても、在宅ケア・施設ケア共に、利用者によるサービスや施設の選択（利用者の意志）が最大限尊重される仕組みとなることが予定されること。また、介護サービス

の基盤整備と相俟って、選択の幅が広がることが期待されること。

5. 財源＝負担＝供給の明確化と今後の展開への期待

介護保険制度において財源＝負担が明確化されたことにより、今後、保険福祉サービスをめぐる保険料負担・税負担のあり方やその具体的な負担水準（給付内容）が問われていくことになり、従来、行政や専門家の間での議論に終始しがちであったこの種の問題に対して、より開かれた議論が要請されること。国民の負担が、快適なサービスの保障および家族の介護負担の軽減に費やされることが明示されることによって、国民の合意に基づいて、適正な負担による良質の福祉サービスが提供されるシステムが組み込まれるようになり、制度が公正かつ公平に運用されることが期待されること。

6. 保険給付の範囲と限界および関連制度によるそれらの補完

介護保険制度だけでは問題解決が図られない部面やケースがあることを認識し、介護保険給付以外に、生活支援サービスを含めて生活条件や環境の整備をはかることを通じて生活の質を高めること。具体的には、食事サービスや移送サービスをはじめ、介護保険制度が当初から給付を予定していないサービスメニューの充足について、地域・自治体レベルでいかにカバーしていくのかが問われていること。

これらが、介護保険制度の果たす大きな意義であることは確かであり（六番目の項目は、介護保険制度の意義ではなく課題であるが）、介護保険制度によって介護サービスの量は、確実に充実していくであろう。しかし、この制度によって直ちに介護サービスの質、さらには高齢者の生活の質の向上を保障するシステムが整ったとは言い難いのではないだろうか。新しいサービスメニューが提供されること、選択の幅が広がることとサービスの質が高まることは別の問題であるし、国民の権利意識がいかに高まったとしても、国民の側でサービスの質の善し悪しを判断したり証明したりすることは容易なことではない。また、住民の実質的な参加が、本当に確保できるのだろうか。ここでは、介護保険制度に関する議論の段階から注目されてきた高齢者に対

するケアマネジメントについて、そこに関わる諸機関がその責任をどのようにして果たすべきか、介護保険制度に基づいて考察する。

介護保険制度へのケアマネジメント導入の背景

介護保険制度に関する議論はこれまで、様々なところで様々な角度から行われてきたが、ケアマネジメント⁽²⁾は、その中核として注目されてきた。ケアマネジメントが、ソーシャルワークとどのような関係にあるのか、ケアマネジメントがソーシャルワークの一部なのかどうかは明確になっていないが、ここでは、ケアマネジメントがソーシャルワークの一つのアプローチであるとしておく。ケアマネジメントは、英国においても米国においても用いられているが、このアプローチが導入された背景はそれぞれに異なる。

英国では⁽³⁾、1948年以來、国民保険法、国民保健サービス（NHS）法、国民扶助法に基づき、所得保障は年金保険によって、保健医療サービスは国営の医療サービスであるNHSによって、施設福祉サービスおよび在宅福祉サービスは自治体によって提供されてきた。しかし、保健医療サービスにおいても福祉サービスにおいても、在宅サービスはきわめて限定されていた。

施設から在宅へという脱施設化の動きはまず、精神保健の領域で始まり、その後高齢者にも広がっていった。1971年に自治体に高齢者福祉、障害者福祉、児童福祉を統合した社会福祉部が作られ、ソーシャルワーカーを中心に自治体が高齢者ケアを推進する体制が整備され、在宅福祉サービスも行われるようになったが、高齢者ケアにおける社会福祉部とNHSとの分担の問題、母子家庭の増加や虐待の顕在化に伴う児童福祉問題と高齢者在宅福祉サービス需要の増大とのあいだの財源争いなどが生じた。この間、長期入院の抑制が進む一方で1980年から民間老人ホームへの入居費用が社会保障基金から支払われるようになり、民間老人ホームの数が飛躍的に増加したが、1988年のグリフィス報告を経て1990年に「NHSおよびコミュニティケア法」が制定され（1993年から実施）、民間老人ホームの入所費用支払いのための財源がそれまでの社会保障基金から自治体に移され、自治体から施設に支払われる

ようになった。この自治体予算は、人口比によって算出されるため、老人ホームへの無制限な入所は、自治体の財源を圧迫することになり、施設福祉サービスと在宅福祉サービスのバランスが各自治体で模索されることになった。このコミュニティケア改革法の中核となったのが、ケアマネジメントの概念であり、これによって、①アセスメントに基づいたサービスの最も効果的で効率的な組み合わせをパッケージとして提供すること、②サービスの提供をめぐる国民保健サービスと自治体の社会福祉部との連携（福祉・保健・医療の連携、統合を目指す取り組み）、③自治体による民間サービスの積極的な購入と競争による効率化（サービスの購入と提供の分離）などが行われた。

米国では、ケアマネジメントを英国のように、高齢者介護サービスに引きつけて、社会福祉サービス体系のなかの不可欠の要素として取り入れているわけではない。アメリカにおいてケアマネジメントが導入されることになった経過をみると、最大の要因は精神障害者の脱施設化、そして福祉サービスの充実・発展と社会の高齢化である。

精神障害者のための施設や病院の劣悪さには早くから関心が寄せられ、1930年代にはすでに在宅による地域でのケアという概念も導入されていた。1950年代末から60年代初めには、進んだ考え方をする病院が、そのような在宅ケアのプログラムを活用し始めた。しかし、適切な指導を続けながら病院を出て地域で生活をするという考え方は、ゴフマンのアサイラムに象徴されるようなトータルインスティテューションの欠陥のみを強調する考え方と混同され、脱施設化政策となって大量の精神障害者を何のサポートもないまま在宅生活に送り出すこととなった。これが、60年代に社会サービスが充実・発展し、細分化されたサービスが様々な機関から提供されるようになったこととも重なって、ケアマネジメント導入の最も大きな要因となった。この脱施設化の背景には、個人に対する法の適正手続きや、個人が最も拘束や制約の少ない環境で生活することを保障するといった考え方があることは確かであるが、それと共に、施設より在宅の方が費用がかからないという理由がある。このため次第に、在宅とは言っても、病院の代わりになるより費用の安

い生活中心の施設が新たに設立されることとなり、現在では、脱施設化は脱病院化にすぎず、精神障害者は医療サービスの必要性に応じて病院と病院外の施設を往復するという現象も起きている。

高齢者に関しても同じようなことが言える。1970年代から連邦保健医療財政局によっていくつかのケアマネジメントモデル事業が行われたが、これらは、老人ホームでの施設ケアから在宅ケアに移行することによって、費用の抑制をねらったものであった。その後も、いくつかのモデル事業が地方レベルで行われた。1981年からは、在宅ケアサービスにメディケイドの財源を使うことができるようになったことから、公的な在宅サービス事業が行われるようになったが、これも、老人ホームにおける施設ケアにかかる費用を抑制し、在宅ケアに切り換えようとするものであった。このような状況を経て、ケアマネジメントの手法が広く用いられるようになった。このほかにも、離婚や未婚による単親家庭の増加、ノーマライゼーション理念の浸透などを背景に、身体障害者や知的障害者、児童、またH I V感染者やエイズ患者、そして医療費の抑制 (managed care) など多くの分野でケアマネジメントが用いられている。

このように、英国では、高齢者介護サービスの提供においてケアマネジメントをサービス提供システムの要素として組み込んでいるのに対し、米国では、ケアマネジメントがソーシャルワークのアプローチの一つとして、個々のサービス分野において必要に応じて広く用いられている。そしてわが国では、高齢社会における介護ニーズにいかに対応するかという議論とともに、介護保険制度の不可欠の要素として、ケアマネジメントが導入されることとなった。英国の状況が、我が国にとって先例・モデルとなったわけであるが、施設から在宅へという流れの背景にあるものを考えると、ケアマネジメント導入にあたって、米国の例にも学ぶものがある。

公的な用語としてケースマネジメントがわが国で最初に使われたのは、在宅介護支援センター実施要綱の1994年改正においてである。それによると、在宅介護支援センターの職員は、「個別処遇計画の策定(ケースマネージメン

ト)等の技術に関し自己研鑽に努めるものとする」となっており、在宅介護支援センターがケースマネジメント機関として位置づけられた。そしてケアマネジメントが初めて登場するのが、同年12月に厚生省の高齢者介護・自立支援システム研究会が出した『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』と題する報告書においてであり、介護保険とケアマネジメントの導入が提唱された。

ケースマネジメントでなくケアマネジメントが使われたのは、イギリスでの動向にあわせたことと、ケースよりもケアの方が暖かみを語感として持っているためであるとされている⁽⁴⁾。ここで、福祉システムを根本的に転換する介護保険と、それとあわせて登場したケアマネジメントに関心が集まった。その結果、介護保険とケアマネジメントが一体のものとして捉えられることとなったのである。しかし、介護保険制度を導入しているドイツは、ケアマネジメントの仕組みを取り入れていない。また英国や米国では、援助のアプローチとしてケアマネジメントが行われているが、公的な介護保険制度は存在しない。介護保険制度とケアマネジメントは別個のものであり、何らかの援助を必要とする高齢者のケアマネジメントのなかに介護保険給付品目が社会資源の主要な一部として包摂されるに過ぎないことを認識しなければならない⁽⁵⁾。そこで、ケアマネジメントは高齢者福祉サービスの提供に適した方法であると言われるが、介護保険制度においてその本来の機能を十分に果たし、高齢者の包括的なニーズに応えることができるのかどうかを検討することが必要となる。

高齢者福祉サービスとケアマネジメント

高齢者に対するケアマネジメントとは、高齢者の本来持っている力量を引き出し、維持し、向上させるために、高齢者自身が活用できるすべてのサービスおよび援助を調整することによって自立と生活の質を高める、ケアマネジャーと高齢者との協同の取り組みである。またこれによって、サービスの統合性、利用のしやすさ、提供に係る責任、ケアの継続性、等の達成をめざ

す⁽⁶⁾。

では、どうしてケアマネジメントが高齢者介護サービスの提供に適した方法であるのか。米国においてケアマネジメントが導入されるようになった要因は次のとおりである⁽⁷⁾：①サービスの提供における脱施設化の影響；②地域におけるサービスの分散化；③何らかの重大な障害のために社会的機能をうまく果たすことのできない人々も在宅生活を営むようになってきたこと；④サービスが統合されていないこと；⑤個々人が社会生活をうまく送っていくうえで社会的サポートおよび社会的ネットワークが不可欠であることが広く認識されるようになったこと；⑥サービスを提供していくうえでの費用と効果の関連性が重要視されるようになったこと。

①脱施設化に関しては、まず念頭に浮かぶのが精神障害者（知的障害者を含む。）の脱施設化政策であるが、脱施設化は精神障害者に特定されるものではなく、高齢者にもあてはまる⁽⁸⁾。すなわち、特に痴呆の高齢者を精神科に入院させるということが珍しくなく、また老人ホームといっても、その老人ホームは単に社会的批判をかわすために精神病院から老人ホームに看板をかけ替えただけという場合も多く、これらの人々を地域で在宅サービスを利用しつつケアすることにより、生活の質を向上させることが必要とされた。②施設においては、生活に必要な全てのサービスがそこで提供されるのに対して、地域においては、サービスの提供機関はあちらこちらに分散しており、それらの機関を調整し、サービスの統合を図るメカニズムがほとんど存在しなかった。③施設から在宅へという流れにおいて、より多くの高齢者が地域で生活するようになったが、身体的・精神的に何らかの障害を持つ高齢者が地域で生活するためには、収入、友人や近隣とのつながり、移動の手段などさまざまな条件を確保しなければならない。また、地域で生活するということは、その地域に住む個々人が、地域の一員としてのそれぞれの役割を果たすことを意味する。高齢者が、所属する地域の一員として自らをその地域社会に統合することができるような条件を整えるためにも、異なった機関から提供される複数のサービスが必要に応じて動員されなければならない。④在宅

サービスは、サービスの種類ごとに提供されているだけでなく、障害者や老人といった制度上のカテゴリーごとに編成されている。したがって、ある特定の種類の問題や疾患を持つか、あるいはある特定の集団（障害者、老人など）にあてはまらなければ、必要なサービスを得ることが困難である。あるニーズを持つ高齢者が、そのニーズを満たすサービスを提供する機関が高齢者を対象としていないためにサービスを受けることができないということが起こり得る。縦割りのサービス体系においては、利用者はその所属するカテゴリーの枠内においてのみ捉えられ、カテゴリーの枠を越えてそのニーズが総合的に捉えられるようにはなっていない⁽⁹⁾。⑤ニーズは専門的なサービスによってのみ満たされるものではなく、地域で生活を維持する高齢者は、相当量の援助を家族、親族、友人、知人、隣人から受けている（インフォーマルサポート）。それらは、家事援助や介護だけでなく、精神的支えであり、また社会の一員として機能していくために必要なあらゆることに及ぶ。このようなサポートの有無は、高齢者の身体的・精神的健康、そして地域での生活の質を左右する。制度化されたサービスの提供システムにおいては、このような高齢者個人のインフォーマルネットワークを基礎とする援助を組み入れるメカニズムがない。⑥サービスの提供とそれに必要な費用との関係で、サービスの効果を最大にすることが必要とされる。そのためには、サービス内容と利用者との最適の組み合わせ、および制度化されたサービス（フォーマルなサービス）とインフォーマルサポートとの最適な組み合わせが必要となる。

このような一連の要因に関しては、わが国における高齢者の社会的入院、高齢者在宅サービスがゴールドプラン策定以後に各地域で整備されてきたにもかかわらず、広報・周知の不足によって需要と供給とがうまくかみ合わなかったこと、在宅介護支援センターが各地域に作られたとはいえ、相談員がサービスの調整を行うことができるようにするためのメカニズムが不十分であること、コミュニティの可能性が強調されながらインフォーマルネットワークとフォーマルなサービス提供システムとを調整できていないこと、等

においても類似したものをみることができるとは。したがって、わが国の高齢者福祉にケアマネジメントを有効なアプローチとして導入することには十分な理由があるといえる。そして何よりも高齢者は、疾病や事故等をきっかけとして心身の機能の低下や障害を抱え込み、いったんそのような状態になると、継続した状態の把握と適切な対応なしには、状態を維持することさえ困難となり、自立が損なわれていく。すなわち、保健・医療ニーズと生活ニーズが複雑に絡まり合っていること、そしてケアの継続が不可欠であることが高齢者の特徴であるが、それに対して現状では、徐々に充実されてきた高齢者のためのサービスメニューが必要とする人々にうまく届かず、潜在的な利用者のニーズ方が、実際の利用者のニーズよりも大きかったり、とりえず相談に現れた人にその時点で利用可能なサービスを斡旋するに止まっている、という状況がみられる。したがって、介護保険制度によって一層のサービスの量的充実が図られることになれば、保険料負担に応えるためにも、利用者サービスとが適切に結びつけられ、ケアの継続性が確保されるようにしなければならない。

問題は、ケアマネジメントが介護保険制度導入後の高齢者福祉において有効なアプローチであるとして、介護保険制度のもとで十分に機能するのかどうかということである。現在でも建前上は、在宅介護在宅介護支援センターの相談員がケアマネジメントを行うことになっている。しかしながら福祉事務所の中心とした措置制度においては、福祉事務所の職員でない者がケアマネジメントを行うことは實際上非常に困難であり、相談員は、サービスの利用希望者を福祉事務所へと誘導する案内人にすぎない場合が多い。介護保険制度においてこのような状況がなくなるとすれば、高齢者介護サービスは、ケアマネジメントというアプローチを通じて、量とともに質の確保が図られる可能性が出てくる。またケアマネジメント自体も、介護ニーズに止まることなく、高齢者の包括的なニーズを捉え、真のケアマネジメントとして機能するであろう。しかしケアマネジメントが介護保険制度の下でもサービスの振り分けのみをその内容とするなら、介護保険ケアマネジメントは、介護サー

ビスの量的充実に対応することはできても、その質の充実および高齢者の包括的ニーズの充足に寄与することはできず、真のケアマネジメントとはなり得ない。

介護保険制度におけるケアマネジメントシステム

介護保険制度におけるケアマネジメントは、おおよそ次のとおりである。

目的 要介護状態となって介護，機能訓練，看護，および医療を必要とする高齢者等に，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よう，必要な保健医療サービスおよび福祉サービスを給付し，国民の保健医療の向上と福祉の増進を図る。

対象（要介護者等）

身体上または精神上の障害があるために，入浴，排せつ，食事等の日常生活における基本的な動作の全部または一部について，一定の期間にわたり継続して，常時介護を要すると見込まれる状態にある高齢者等およびそのような状態になる恐れのある高齢者等。

ケアマネジメントの内容

1. 要介護者等からの相談に応じる。
2. 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また施設サービスを利用できるようにする（仲介，斡旋）。
 - ①心身の状況，その置かれている環境，要介護者等およびその家族の希望等を勘案し（アセスメント），
 - ②利用するサービス等の種類および内容，そのサービスを担当する者，その他の計画を作成する（プランニング，ケアプランの作成）。
3. ①計画に基づくサービスの提供が確保されるよう，市町村，居宅サービス事業を行う者，施設等との連絡調整（調整，コーディネート），
 - ②その他の便宜の提供を行い，
 - ③要介護者等が施設への入所を要する場合には，特別養護老人ホーム，老人保健施設，療養型病床群等への紹介（仲介，斡旋），

④その他の便宜を提供する。

居宅サービス

訪問介護，訪問入浴，訪問看護，訪問および通所リハビリテーション，医師等による療養管理指導，デイサービス，ショートステイ，痴呆高齢者のためのグループホーム，福祉用具貸与。

施設サービス

特別養護老人ホーム，老人保健施設，療養型病床群等において提供されるサービス。

ケアマネジャーの資質

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および技術を有すること。

ケアマネジメントのモデルと介護保険制度

ケアマネジメントは普通，①クライアントを発見し，つながりを持つこと，②ニーズのアセスメント，③サービス計画，④適切なサービスの確保，⑤サービスの提供と利用を保障するためのモニタリング，という五つの基本的な機能を持つ⁽¹⁰⁾。ケアマネジメントモデルのいくつかは，これらの他にも機能を付け加えている。モニタリングと評価 (evaluation) を区別しているものもある⁽¹¹⁾。また，弁護・代弁機能 (advocacy) を付け加えている例は多い。実践の枠組みに関しては，治療的な介入を行うことをケアマネジャーの責任であるとするモデル，クライアントとの関係が協力的アプローチであることを強調するモデル，クライアントとの協力関係をサービス提供システムやクライアントを取り巻く環境の変革に関連づけるモデル，等がある。

介護保険制度では，①～④がケアマネジャーの行うべきこととされているが，①～④以外のすべてが，「その他の便宜の提供」に含まれるのだろうか。①～⑤は，ケアマネジメントの基本的機能であって，どの一つが欠けてもケアマネジメントではなくなる。

サービスの提供と利用を保障するためのモニタリングに関して，いくつか

の検討すべき点がある。モニタリングとは、計画がどれだけうまく実行されているかを判断するものであり、サービスの提供と並行して行われる。モニタリングによって、サービス提供が計画どおりに順調に運んでいるかどうか、サービス提供者がそれぞれの責任を果たしているかどうか、サービスがクライアントのニーズに合っているかどうか、クライアントに予定どおりの効果をもたらしているか、等が検討される。そして最終的には、その計画がクライアントにとって意義のあるものであったかどうか、その計画が達成されたことによって、クライアントにどのような変化がもたらされたか、具体的には、クライアントの生活の質が向上したか、クライアントが本来持つ力量や機能を維持・向上させることができたか、等を評価する。

モニタリングと評価はもちろん、ケアマネジメントの目的を達成するために行われる。ケアマネジメントの目的とは、サービスの提供と利用を保障することではなく、計画によって設定された個々の目標（クライアント自身の変化につながるもの）を達成することであり、サービスの提供が行われただけでは不十分である。モニタリングと評価は、ケアマネジメント過程に欠かせないものであり、これが介護保険制度の下においても実施されない限り、ケアマネジメントが行われたとは言えない。

また、介護保険においてケアマネジャーは、「適切な居宅サービスまた施設サービスを利用できるようにする」となっているが、居宅サービスおよび施設サービスが、先に列挙した一連のサービスに限られるとすれば、先に介護保険制度の課題として指摘されているように、介護保険制度だけでは問題解決が図られない部面やケースがあることが認識されなければならない。先の指摘では、生活条件や環境の整備をはかることを通じて生活の質を高めること、介護保険制度が当初から給付を予定していないサービスメニューを充足することがあげられており、その責任は、地域・自治体レベルで担っていかなければならないとされている。

ケアマネジメントにおける責任

それでは、地域・自治体には何が求められるのであろうか。介護保険制度では、要介護の高齢者に提供されるサービスを整備する責任は市町村にある。市町村は、自らが直接提供するサービスだけでなく、社会福祉法人、医療法人、社会福祉協議会といった従来から社会福祉のサービスを担ってきた非営利組織、農業協同組合や生活協同組合その他の住民参加型と言われる非営利組織、シルバービジネスと呼ばれる民間の営利組織などを含めたすべてのサービスの内容を検討し、サービスを提供する基盤を整備しなければならない。上乘せ、横出しと言われるものをも含めて、サービスメニューの充足に関しては、自治体が責任を負わなければならないことは確かである。介護保険制度によれば、高齢者介護のために必要な財源とそのため保険料は、市町村が国の意向に関係なく自らの議会で決定できる。そして、これに見合う額（保険料の約5倍⁽¹²⁾）の財源が自動的に市町村に措置される。したがって、保険料の算出の仕方によっては、市町村の財源に大きな差が生ずる可能性がある。この意味で、介護保険制度の下での高齢者介護サービスの量的な充実の責任は、市町村にある。

しかしながら、ニーズは個々人によって全く異なるものであり、個々のニーズの数だけサービスメニューを作ることなど不可能であり、介護保険制度の目的である「保健医療の向上と福祉の増進」は、別の手だてによって補われなければならない。介護保険制度の下においては、高齢者介護サービスの質的な充実の責任は、ケアマネジャー、そしてサービス提供者によって担われることとなる（ただし、そのための条件整備は当然、行政によって行われるべきである。）。

なかでもケアマネジャーの責任は大きく、ケアマネジャーはケアマネジメントにおいてクライアントに対して責任を負う唯一の人物であるとされる。サービス提供に責任を持ち、クライアントを援助するケアマネジャーを置くということは、サービスを提供するシステム自体を責任のとれる状態にすることであり、クライアントが即座に利用できるサービスがない場合において

も、他の機関や個人にその責任を転嫁することのできない人物を置くということである⁽¹³⁾。ケアマネジメントの実施がクライアントに何の変化ももたらさないとするれば、その責任はケアマネジャーにある。ケアマネジャーが責任を負わない場合、あるいは負うことができないような場合、クライアントは、自分のニーズが充足されていないと感じても、ケアマネジャーの実質的な援助が期待できないため、個々のサービス提供者に自ら対峙しなければならない。そうすることが介入の一部である場合はともかく、そうでない場合には、ケアマネジャーと呼ばれる人はもはやケアマネジャーでなく、ケアマネジメントと呼ばれるものは、ケアマネジメントではない。このケアマネジャーが最終的な責任を負うことができるかどうかということに関して、ケアマネジメントのモデルは次のように整理される⁽¹⁴⁾。

	クライアント主導モデル	サービス提供者主導モデル
基本的なクライアント認識	何をすればよいか、どうすればよいかを自ら知っている主体としてのクライアント	ケアマネジャーによって知られ、働きかけられる対象としてのクライアント
ケアマネジャーはクライアントの何をみるか	明確にすべき、また伸ばしていくべきクライアントの潜在的な「ストレングス」 ⁽¹⁵⁾ をみる	明確にすべき問題と、対処されるべき病理をみる
ケアマネジャーは何を追求するか	積極的なクライアントの参加を求め、問題点を規定し、方向づける	ケアマネジャーに対する従順さとケアマネジャーの提示するサービス計画への承認を求める
ニーズアセスメントは	クライアント自身の方向づけ、計画、目標設定から直接に導き出される	サービス提供者の設定した定義と望まれる成果から導き出される
サービスへのつなげ方	資源は、コミュニティ全体であり、インフォーマルなネットワークの重要性を強調する	既存のサービス提供者に送致し、フォーマルなシステムを利用する

モニタリング	計画の方向性にしたがって、クライアントとケアマネジャーがその過程を相互に評価する	介入計画が計画どおりに運んでいるかを確認する
評価	自立の程度が高まっているか、社会関係はどのように変化したか、自信はついたか、インフォーマルネットワークの関与は増えたか	消費されたサービスが増えたか、施設入所や入院日数が減っているか、従順さが増したか
焦点	目標達成のために必要なクライアントの潜在的なストレングスとそれを妨げる障害を明確にすること、インフォーマルネットワークを構築すること、臨床的な判断や屈辱からクライアントを解放すること、各サービスシステムがクライアントにとってプラスに作用するか否かを評価すること	問題を明確化すること、送致すること、介入計画へのクライアントの承諾を確認すること、常に次回の面接日を決め、クライアントの行動や社会生活を送るために必要な機能、家族関係に注意を払い続けること

クライアント主導モデルにおいては、ケアマネジャーはケアマネジメントにおける最終的な責任者となることができるが、介護保険制度におけるケアマネジャーがクライアント主導のケアマネジメントを行うためには、いくつかの条件が整わなければならない。

まず、介護保険法に示されるケアマネジャーの資質「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および技術を有すること」が、実際に確保されなければならない。そのためには、かなりきめの細かい研修制度が必要である。ソーシャルワークにスーパービジョンは欠かせないが、何らのシステムもなく「専門的知識および技術」を持ち続けることは困難である。

次に、社会資源がある程度整っていなければならない。サービスの利用に結びつけることとその継続的な確保が、ケアマネジメントの枠組みの中で大きな位置を占めるものである⁽¹⁶⁾とすれば、少なくとも一定の量のサービスが

必要である。また、サービスの量的確保は市町村がその責任を負うとして、その質も確保されなければならない。介護保険法によれば、サービス提供者は、「その提供するサービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることによって、常にサービスを受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めなければならない」とされているが、措置・委託制度のもとで公的なサービスの提供を受託してきた社会福祉法人等にとって、サービスの質の評価は、老人福祉法にも規定はされているものの、全くと言っていいほど未経験の分野である。サービスの質の評価が必要であるという考え方は、サービスが何らかの効果を生み出さなければならないという考え方から出てくる。当然のことながら、何らの効果も利益ももたらさないようなサービスは修正されるか廃止されなければならない。しかしこれまで、施設サービスとともに、デイサービス、ホームヘルプ等いくつかの在宅サービスが実施されてきたが、これらのサービスの提供者は、それらの受託に影響のない、サービスの効果や質には積極的に取り組んでこなかった。関心はがあったが方法がわからなかった、と言う方が正しいかもしれない。重要なことは、サービスの質の評価が、クライアント主導モデルに従って行わなければならないということである。すなわち、サービスがどれだけクライアントに供給されたかということではなく、そのサービスを利用することによって、どれだけ自立が促進され、生活の質が高められたかということが、目に見えるかたちで示されなければならない。

第三は、クライアントに対する最終的な責任者となることができるような力（権限）を、ケアマネジャーに与えることである。サービスがニーズを完全に充足できない場合、ケアマネジャーは、その隙間を埋めることができなければならない⁽¹⁷⁾。現在、在宅介護支援センターがケアマネジメント機関として位置づけられているが、そこでの相談員は、援助の責務を感じながら、資源およびシステムの限界に相対して矛盾を感じている⁽¹⁸⁾。在宅介護支援センターの多くはサービス提供機関に併設されているが、現在の措置制度の下において相談員は、自らが公の代理人なのかクライアントの代弁者なのかと

いうアイデンティティの確立に困難を感じているであろう。しかし、介護保険制度の下においてもそれが軽減されないとすれば問題である。

サービスがニーズを充足できないというとき、三つの場合が考えられる。一つは、サービス提供者の努力によって調整のできる程度である場合、二つ目は、サービスプログラム自体の組み替えを必要としたり、別の種類のサービスを必要とする場合、三つ目は、個々のサービス提供機関レベルではなく、ケアマネジャーをも含めたサービス提供システムが不完全な場合である。いずれの場合も、その状況を解決できなければ、ケアマネジメントは提供者主導となり、クライアント主導のケアマネジメントは失敗に終わる。在宅介護支援センターの多くがサービス提供機関に併設されている状況においては、自らの所属する組織の提供するサービスに対してしかケアマネジャーとしての責任を果たすことができない、ということになる。クライアントに対する最終的な責任者であるケアマネジャーが、自らの所属する組織以外の組織のサービスに関して、その条件を柔軟にしたり、新しいサービスプログラムを開発したり、クライアントを取り巻くサービス供給システムに介入できるだけの力を付与されることが望まれる。それが困難であれば、ケアマネジャーをサポートする何らかの方策が必要である。ここで、ケアマネジャーの所属するケアマネジメント機関や最終的には行政が、どれだけの責任を果たすことができるのかが問われる。またケアマネジャーは、社会資源の一つとしてのインフォーマルネットワークの形成に取り組まなくてはならないが、フォーマルなサービスとインフォーマルなサービスとは相互に関係し合うものであり、インフォーマルなサービスのみで対応できる場合は少ない。この点からも、ケアマネジャーがフォーマルなサービスに対する影響力を持っていることが必要である。

おわりに

ケアマネジメントにおいて、クライアントをサービスに結びつけることが重要であることは確かであるとしても、それ以外の諸機能であるモニタリン

グ、ケアマネジメントの評価、サービス提供機関によるサービスの質の評価、そしてサービスとニーズの隙間を埋めること等に関する責任がうまく果たされなければ、クライアント主導のケアマネジメントは実現しないことを述べてきた。介護保険制度の下で提供者主導のケアマネジメントが主流となるなら、介護保険ケアマネジメントは真のケアマネジメントたりえないと言うべきである。米国においても、「ケアマネジメントは、既存のサービス提供システムを崩すものでないために広く受け入れられている」とさえ言われている⁽¹⁹⁾。つまり、ケアマネジャーが、次々とクライアントをサービス提供機関に供給する存在であるが故に、ケアマネジメントが支持されているというのである。市町村は、介護保険制度においてこうした傾向をなるべく避けるべく、行政としての責任を果たさなければならない。先に述べたように、介護保険制度をうまく利用すれば、現在の状況とは比較にならないサービスの量的な充実が可能となる。ただし、そのサービスを医療モデルとするのか生活モデルとするのか、焦点を利用者にあて、ケアマネジャーを中心として機能する福祉と保健・医療との新たな協力関係を構築するのか、それとも既存のサービス提供の枠組みに規定されるのか、等に関しては、その取り組みによって市町村間に相当な格差が生じてくるであろう。保険料の設定をはじめとする量的充実とともに、サービス提供システムに関して、市町村の見識が問われるところである。また、サービス提供者はサービスの質の評価の具体的方法を含め、サービスの向上を図ることによって、ケアマネジメント機関ならびにケアマネジャーは提供者主導に陥ることを防ぐことによって、各々の責任を果たすことが必要である。そしてケアマネジメントは、高齢者の自立を促進し、生活の質を向上させるために行われるものであって、介護保険制度はそのために貢献するものであることが忘れられてはならない。

注

- (1) 村川浩一(1998)「介護保険法の成立とサービス供給体制の戦略：老人保健福祉計画の達成状況と介護保険事業計画との関連を考える」『月刊総合ケア』8巻4号, 6-12頁。
- (2) ケースマネジメントと同義。英国においても, 元はケースマネジメント。米国ではケースマネジメント。しかし最近では, 米国の文献においても, 括弧付きでケアマネジメントと付け加えている例もある。したがってここではケアマネジメントに統一した。
- (3) 英国の事情については, 西村淳(1997)「ケアマネジメントを理解するために：世界の高齢者ケア政策とケアマネジメント」イギリス保健省原著, 白澤政和・広井良典・西村淳訳・著『ケアマネジャー実践ガイド』医学書院, 106-127頁参照。
- (4) 白澤政和(1996)「はじめに」白澤政和編『ケアマネジャー養成テキストブック』中央法規出版, i-iv頁。
- (5) 白澤, 前掲文。
- (6) Intagliata, J. (1982). Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management. *Schizophrenia Bulletin*, 8 (4), 655-672.
- (7) Moxley, D. P. (1989). *The practice of case management*. Newbury Park, CL: Sage Publications.
- (8) Segal, S. P. (1995). Deinstitutionalization. In *Encyclopedia of Social Work* (19th ed.) (pp.704-712). Washington, DC: National Association of Social Workers.
- (9) Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage.
- (10) Rose, S. M. & Moor, V. L. (1995). Case management. In *Encyclopedia of Social Work* (19th ed.) (pp. 335-340). Washington, DC: National Association of Social Workers.

- (11) Moxley, 前掲書。
- (12) 現時点では、介護保険財政規模において1号被保険者と2号被保険者との人口比が34:66とされているため、市町村負担分12.5%を差し引いた残り87.5%は、1号被保険者保険料17%の約5倍となる。したがって介護保険財政規模は、1号被保険者保険料の約6倍になる計算である。
- (13) Miller, G. (1983). Case management: The essential services. In C. J. Sanborn (Ed.), *Case Management in Mental Health Service* (pp. 3-16). New York: Haworth Press.
- (14) Rose & Moor, 前掲論文。
- (15) ストレングスについては、小松源助(1996)「ソーシャルワーク実践におけるストレングス視点の特質とその展開」『ソーシャルワーク研究』22巻1号, 46-55頁参照。
- (16) Rose, S. M. (1992). Introduction: Case management and social work practice: History and context In S. M. Rose (Ed.), *Case Management and Social Work Practice* (pp. v-x). New York: Longman.
- (17) Intagliata, 前掲論文。
- (18) 沖田佳代子(1997)「ケースマネジメントにおける倫理的ディレンマ：在宅介護支援センター相談員への面接から」『社会福祉研究』69号, 107-115頁。
- (19) Rose, 前掲論文。