

タイトル	地域ケアにおけるケアマネジメントの発展：英日比較の視点から
著者	伊藤，淑子
引用	北海学園大学学園論集，124：1-21
発行日	2005-06-25

地域ケアにおけるケアマネジメントの発展

—— 英日比較の視点から ——

伊 藤 淑 子

2000年4月に施行された介護保険は、従来の日本の社会保障のあり方に大きな変更をせまるものであった。財源確保の方法が税方式から保険方式に変更されたばかりでなく、サービス供給体制も、「措置」から「契約」へと転換した。

この転換の過程で、従来は存在しなかったケアマネージャーという新たな職種が誕生した*1。ケアマネージャーは、所定の職種において、5年以上の実務経験を持つ者が、都道府県で行われる介護支援専門員実務研修受講試験に合格し、さらに研修を受講した後にえられる資格である。1998年から2004年までに7回の試験が行われ、計341,671人のケアマネージャーが誕生した。

しかし、日本のケアマネジメントが十分に機能するためには、多くの課題があることも指摘されている。介護保険は2005年に見直しの時期を迎えたが、ケアマネジメントの見直しも、改革案に含まれた。見直しに先立ち、2004年11月に「介護支援専門員の生涯研修体系のあり方に関する研究委員会」の中間報告書が出された。同報告書は、ケアマネジメントの現状について「広く定着した」という評価を与える一方で、①ケアマネジメントの基本プロセスが不十分である、②サービス担当者会議が十分に機能していない、③主治医などとの連携が不十分、④継続的なケアが確保されていない、⑤公正・中立性が保たれない、という5点の限界を指摘している。特に1点目の基本プロセスに関しては、①アセスメントが十分ではなく、利用者の状態像が十分把握できていない、②カンファレンスが十分ではないために、統一した認識が保たれない、③モニタリングが実施されず、漫然とサービス利用を続けている傾向がある、といった3点の問題が提出されている*2。

これらの問題認識は、ケアマネージャー自身によっても共有されている。2003年に全国介護支援専門員連絡会が行った調査(調査対象数3,543、回答数1,871、回収率52.8%)においては、訪問、サービス担当者会議などの業務を、マネージャーら自身は重要視しているにも拘わらず、十分に実施できない状況が表現されている*3。

ケアマネジメントは、日本固有の業務ではなく、1970年代のアメリカで誕生したものである。その後、1987年にオーストラリア、1990年にはイギリスにおいて、コミュニティ・ケアに関する法整備とともに、導入がはかられた。

日本では、1980年代の後半以降、アメリカあるいはイギリスの動向が紹介されるようになってい

る。その時点でケアマネジメントは分断されがちなサービスを統合するものであり、結果として不要な施設入所が減少するために、サービス費用の抑制が期待しうると説明された。日本でも2000年4月よりケアマネジメントが実施された背景には、同様の期待があったからにはほかならないが、前述した報告書あるいは調査の結果をみると、必ずしも、その期待に応じた機能を果たすには至っていない状況が理解される。

日本は、20年以上にわたり、諸外国のケアマネジメントを観察し情報をえる機会を持ってきた。でありながら、なぜ日本のケアマネジメントは、期待通りの機能を果たせていないのであろうか。

他方、日本より10年早い1990年に、サッチャー政権下のコミュニティ・ケア改革と共に導入されたイギリスのケアマネジメントは、コミュニティ・ケアの中により定着し、機能していると考えられる。本論ではこの点に着目し、日本とイギリスのケアマネジメントについて、共通点と相違点の検討を行う。具体的にはまず、イギリスのケアマネジメントに焦点をあて、導入の背景となった状況、導入の経過、現状と論点を明確にする。次に日本のケアマネジメントにおいても、同様の検討を試みる。さらに両国の比較を行い、それぞれの特徴を明らかにする中から、日本にとっての発展課題を検討していきたい。なお、ケアマネジメントの機能については、諸文献において重要視されているアセスメントとの関連に特に注目しながら、検討を加える。

1 イギリスのケアマネジメントとアセスメント

1) 背景となった状況

イギリスでケアマネジメントが導入されたのは、第3期サッチャー政権下であった。1979年に政権についた彼女の政策目標の中で、社会サービスにかかわる費用の抑制は、高い優先順位を示していた。

サッチャー改革は、同時期に同様の政策を施行したアメリカのレーガン改革、日本の中曽根改革と、同列で論じられることが多い。しかし、これらの改革は、その理念を共有していたにも拘わらず、各国の固有の状況下で進行し、必ずしも同様の展開をしていない。福祉抑制政策を開始した時点で、すでに十分に抑制が合意となっていたアメリカ、日本とは異なり、第二次世界大戦後の福祉国家志向の中で、より普遍主義的なサービス供給を当然のこととして受け止めていたイギリスでの改革において、サッチャー首相は、時に妥協をせまられた^{*4}。

他の領域と同様に、サッチャーの福祉改革の方向はサービスに要する公的支出の抑制と、サービス供給機関の民営化に向けられた。第1に着手した保健、医療、福祉、教育にかかわる予算の削減は、従来の政策に大きな影響を与えた。この影響はその後のブレア政権下においても十分な回復をみせておらず、従来のイギリスの福祉国家は、結果として大きく変貌をとげたといえる^{*5}。

しかし、第2に指摘されるのは、サッチャーが意図したような、保健・医療・福祉サービスを民間部門に全面的に委ねるといったラディカルな基本的枠組みの変更は、実現できなかったという点である。

第3に、この結果として、選択された妥協的解決は、特にサービス供給体制の効率化をはかるものであり、部分的には政策技術の洗練が見受けられたという点に注目する必要がある。この状況が、イギリスのケアマネジメント誕生の背景となっている点は看過しえない。

2) ケアマネジメント導入の経過

第二次世界大戦後のイギリスは、アメリカとも日本とも異なる独自のサービス供給体制を形成してきた。入院医療は、国民保健サービスの存在により、税方式による供給がなされていた。また、地域医療は国民保健サービスから自立した存在である一般医 (general physician) が担当していた。福祉サービスについては、地方政府内の各部署が、相談とサービスを提供した。

この体制は、1970年代に見直し期を迎えている。1970年代には、入院医療と地域医療、地域内の保健師らがより連携して業務にあたることを可能にするような、組織改革がなされている。福祉サービスについては、社会サービス部 (Social Service Department 以下 SSDs) が設置され、児童、障がい者、高齢者という全世代にわたる住民を対象とする相談とサービスの供給母体となった。医療と福祉部門の連携はまだ大きな課題ではあったが、連携を可能にする組織編成および施策が着手されていた。

他方では、いくつかの地域において、さらに先進的なサービス供給方法の有効性を試す実証研究が開始されていた。代表的な例は1977年から開始されたケント方式と呼ばれた試みである。研究は、ケント大学対人サービス研究所 (Personal Social Service Research Unit) と周辺地方政府の SSDs の協力により、周到に計画された。具体的には、条件が類似している2地域が選択され、地域内に居住する高齢者の中からそれぞれ利用者グループを構成した。両グループの要介護度が一致するようにメンバーが選択され、最終的には116名の統制群、92名の実験群が確定した。統制群には従来通りの援助を、実験群にはケアマネージャーによるより集中的な援助を提供し、1年後に費用効果の分析も含む、効果測定を行った。ケアマネージャーには当初は未経験者があてられたが、十分に役割が果たせなかったため、後に有資格のソーシャルワーカーに交代している*6。この後、イギリスのケアマネジメントは、一部に看護師が参入したものの、主に SSDs のソーシャルワーカーの機能の一部となった。

1年後には、自宅に留まっていた割合が、実験群の高齢者では66%であったのに対し、統制群では45%にすぎず、また死亡率についても、実験群が有意に低かったという結果が出された*7。さらに、実験群の高齢者は、統制群と比較して、1カ月あたりのコストは抑制されたにも拘わらず、「意欲」「人生への満足」「社会的活動」が高まった一方で、「抑うつ」と「ケアレベルの改善の必要性」は、低下したことが報告された*8。このことにより、ケアマネージャーの職務は、必要なサービス内容を決定すると共に、地方政府内に存在するサービスを購入する役割も与えられることになった。これらの実証研究において、ケアマネジメント方式の費用効果が供給者と購入者の分離のもとに実証されたことが、その後の政策決定に大きな影響を与えるものとなった。

サッチャーは当初、病院や老人ホームの民営化を強硬に進め、一方では社会福祉サービス部をはじめとする行政部門の機能を制限しようと試みた。しかしコミュニティ・ケア改革についての諮問を受けて1986年に組織されたグリフィス委員会は、1988年2月に提出した報告書「コミュニティ・ケア：行動のための指針」において、政府が「積極的な行動」をとるよう求めた。具体的には、財政責任を中央政府に、マネジメント責任を地方政府に課すことを勧告した。

この勧告は、政府にとっては好ましいものではなく、1年以上も棚上げにされている。サッチャー批判が高まる中で、最終的に保健大臣が方針を受け入れることを表明したのは、1989年7月であった。報告書を受けてさらに1989年11月、政府白書「人々のためのケア：今後10年およびそれ以降のコミュニティ・ケア」が刊行され、1990年に「国民保健サービス及びコミュニティ・ケア法」制定につながっていった*9。ケアマネジメントは、地方政府のマネジメント責任を果たすべく改革の一部としての導入がはかられ、一定の経過期間を経た後に、1993年には全地方政府において実施されることとなった。

3) 導入以降の状況と論点

1990年のコミュニティ・ケア改革は、地方政府に3つの大きな課題をもたらした。1点目は、新たにケアマネジメントという業務を創設することである。ここでの主要な課題は、アセスメントの方法を確立することにあった。2点目に、従来の供給者とは明確に分離された購入者としての機能を取り入れることがあった。3点目は、福祉に限らず、保健・医療も含んだより効果的な連携を可能にすることであった*10。

ケアマネジメントは1993年にすべての地方政府に取り入れられた。しかしそれは、引き続き議論の始まりの時期でもあった。とりわけ議論の焦点となったのは、アセスメントであった。アセスメントは、専門職の理論の中核となるものであり、アセスメントの質が職種の専門性を示すといっても、過言ではない。ケアマネジメントとアセスメントに関する研究は、改革直後より、社会サービス監査局 (Social Service Inspectorate, 以下 SSI) および各大学の研究者によって、引き続いて行われた。とりわけ SSI は改革後の年次報告を作成し続け、その結果は保健省 (Dept. of Health) から刊行されている。

1993年度報告においては、アセスメント方式について、5カ所の SSDs を対象にして行った調査結果が報告されている。この調査の主要な結論は、新たなコミュニティ・ケア改革は成功のうち導入されはしたものの、アセスメントの方式や手順は過度に複雑で、時間を要するという点であった。情報収集という点でいえば、内容も質もともに多様であり、信頼性も妥当性も欠如していた。さらに、すべての利用者に共通して使用されている一般的な方式は、特別なサービス利用グループのニーズを明らかにするためには、適していないことがわかった*11。その後の SSI 調査は、焦点を変えて行われたが、ケアマネジメント、供給者・購入者分離、予算の委譲、それらを可能にする組織編成などについては、地方政府ごとの差が大きいことが、毎年報告されてい

る。

こうした調査を重ねた結果、SSIの6年目の報告において、ケアマネジメントの明確な類型化がなされた。ここで「行政型」「調整型」「集中型」というケアマネジメントの、3類型が提示されている。「行政型」は、最も責任が軽いタイプであり、情報と助言を提供する。「調整型」は、比較的難易度の低い多数のサービスを取り扱う。「集中型」は、前二者とは異なり、資格を持つケアマネージャーが、より複雑で変化の多い少数の人々に対して、専門性の高い援助を行うというものである^{*12}。当初、ケント州での実験的プログラムを行ったチャリスは、その後も一貫して調査に携わっており、1997年のSSI調査で示された3類型の中の「集中型」ケアマネジメントが普及されるべきであると主張しているが、実態は必ずしもそうはなっていない^{*13}。

以上のような課題を残しつつも、ケアマネジメント導入の効果は、明らかにされつつある。2000年にケント大学に1年間滞在し、イギリスの医療制度とコミュニティ・ケアについての研究を行った近藤は、法施行以降の変化を、①イングランド全体について、ナーシングホーム入居率が減少した、②施設入所費用のコントロールが可能になった、③公的財源による長期療養ケアの利用時に、ニーズのアセスメントがなされるようになった、④介護者のニーズが理解されるようになった、⑤従来に比較して、濃厚な在宅ケアが可能になったこと、の5点に整理している^{*14}。

以上のことから、ケアマネジメントがイギリスのSSDs内に明らかに定着しているだけでなく、在宅サービスの質の向上と施設入所率の低下という効果をもたらしていること、しかしながら実践の質においてはSSDs間の格差が大きく、全体の向上が課題として残されている状況が、理解される。

2 日本のケアマネジメントとアセスメント

1) 背景となった状況

第二次大戦後から福祉国家建設を目指したイギリスとは大きく異なり、日本では措置制度という特有の制度のもとで、入所、在宅サービスのいずれもが、きわめて限定的に行われるという時期が長期に続いていた。相談援助は行政部門の事務職が担当していたが、対応も恣意的になりがちで明確な基準を欠いていた。1969年に開始された高齢者へのホームヘルプサービスも、当初は低所得高齢者に限定され、所得制限が撤廃されたのは、1982年であった。一方では1970年代から、先駆的な医療機関や福祉施設などを母胎にした在宅サービスが始められているが、あくまでも先駆的なレベルにとどまっていた。

需要に対する高齢者へのサービス供給量が確保されない中、1973年の老人医療費の無料化にも影響されて、要介護高齢者はいわゆる老人病院へと吸収されていった。老人病院という施設は要介護高齢者の生活の場としては適しておらず、結果として生活の質は高まらないまま、他方では医療費を上昇させる一要因となっていった。一方ではとどまらないサービス需要の増加、他方では医療費の上昇という状況の中で、従来の施策がゆるやかではあるが変化を見せ始めたのは、1990

年代に近づく頃であった。

最初の変化は、1989年の高齢者保健福祉推進十か年戦略(通称ゴールドプラン)の策定である。この策定により、主要な高齢者福祉サービスの目標値が設定されたが、これは従来の抽象的になりがちなサービス計画の限界を超えるものであった。中でも、全国に1万カ所の在宅介護支援センターの設置が定められたことは、高齢者に限定されてはいたものの、従来の相談援助の体制を大きく改革する試みであった。在宅介護支援センターは、市町村、医療法人、社会福祉法人などにより設置され、社会福祉士または保健師、看護師または介護福祉士を各1名ずつ配置し、情報提供や相談などを行うものとされた。

ついで1990年には老人福祉法など社会福祉八法が改正され、その結果、従来は都道府県と市町村に分割されていた福祉サービス供給の責任が、市町村へと一元化されている。

しかしながら、策定直後のバブル崩壊以降の景気低迷による税収の減少のために、ゴールドプランの目標達成は危ぶまれる事態となった。ここで生じた安定的な財源確保の必要性から、介護保険制度の検討が始められた。当初は厚生省(当時)内で私的に行われた検討は、1994年、事務次官を本部長とする高齢者介護対策本部が設置されたことにより、公的な位置づけをえた。1994年12月には、高齢者介護・自立支援システム研究会が「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」を提言している。これは介護保険制度の青写真を提示したものであり、「ケアマネジメントの確立」はすでに、その重要な構成要素として、提言に含まれていた。

2) ケアマネジメント導入の経過

(1) 介護保険以前の時期

日本で、福祉、医療系の研究者らによる海外のケアマネジメントに関する報告がなされはじめたのは、1980年代の後半であった。福祉領域では白澤政和が1988年に、北米におけるケアマネジメントの動向と概要を報告している^{*15}。白沢はこの後もケアマネジメントの導入について積極的な役割をとり続け、1992年に著した「ケースマネージメントの理論と実際—生活を与える援助システム—」は、このテーマに関する総論書として、評価を受けた^{*16}。保健医療領域では1989年に前田信雄がアメリカのカリフォルニア州のオンロック、コネチカット州のトリアージュなど、先行的な事例を紹介している^{*17}。

同時期に、イギリスのケアマネジメントについての情報も、コミュニティ・ケア改革の動向と共にもたらされている。1989年には改革の必要性を示唆した「コミュニティ・ケア：行動のための指針」(グリフィス委員会報告)が、1991年には改革の具体的な方向性を示した「英国コミュニティ・ケア白書」の日本語訳が、相次いで出版された。また同じ1991年には、チャリスとデイヴィスによるケントにおける研究報告書「地域におけるケースマネージメント」が訳出されている。

海外の報告は、日本の研究者および援助者たちから大きな関心をもって迎えられた。1989年の在宅介護支援センターの設置に続いて、1991年には訪問看護ステーションが制度化されるなど、

日本においても、徐々に在宅サービスの充実はすすんでいった。在宅サービスに関わる機関間、職種間の連携の必要性が強調される中、1987年には、市町村による「高齢者サービス調整チーム事業」が開始されている。この事業が多くの市町村で行われ、一定の成果をみせた結果、連携を強化しサービスを統合することの必要性は、さらに強く認識されることとなった。1998年からは、各市町村に高齢者サービス調整チームの役割を果たす基幹型在宅介護支援センターを1カ所設置することが定められ、在宅介護支援センターとサービスチームの機能がリンクされている。

同時に、連携の困難さも、共通の認識となっていった。市町村における保健・医療・福祉の連携に関する1996年の全国調査においては、回答があった市町村の96%において、高齢者サービス調整チームが開催されていたことが明らかになった。しかし、開催の頻度について「年11回以上」が47.6%、「年10回以下」は26.7%、「不定期」が、26.7%という結果が示された*18。また、運営上の問題について第1位となった回答は「医師会とのかかわり方が難しい」（51.2%）であり、とりわけ保健・福祉と医療の連携が困難である状況がうかがわれる*19。

(2) ケアマネジメントをめぐる国内の議論

海外のケアマネジメントの報告に大きな関心と期待が集まったのは、こうした状況の中で深まった問題意識と、示されたケアマネジメントの機能が合致したためと思われる。しかしこれらの報告は、日本の援助者に大きな示唆を与えたと同時に、一定の混乱を与えたことも否定できない。その混乱は、この時期のケアマネジメントに関する多くの論述にみられる特徴から、生じたと思われる。その特徴は、以下の様に要約されよう。

1点目はケアマネジメントの定義のあいまいさである。ケアマネジメントとは、誰が（主体）、どのように（方法）行うのかという点については、十分に明らかにされなかった。主体についても、方法についても、最初に議論の対象となったのが、ケアマネジメントと社会福祉援助技術としてすでに存在していたソーシャルワークとの区別である。この点について白沢は1992年の著書の第1章第3節を「ケースマネジメントとソーシャルワークの関係」にあて、説明を試みている。ここでは主にアメリカのソーシャルワーカーによるケアマネジメントへの関心について述べられており、彼らの中に、「要援助者への心理的なカウンセリング援助をしながらケースマネジメント機能を果たしていくべきだとする」立場と、「対象者と適切な社会資源を連結することを強調し、ニードとしてのカウンセリング機能は別の機関に送致する」という相反する2つの立場があることが示される。白沢によると両者の間には「ソーシャルワークへのケースマネジメントの位置づけに、意見の対立がみられる」ということであるが、それぞれの立場が、ケアマネジメントをどう位置づけているのかは、具体的に述べられていない。さらに、アメリカにおけるこのような対立があることと、日本におけるケアマネジメントの導入可能性の関連には、全くふれられていない*20。

他方で、1991年に全国社会福祉協議会が刊行した「ケースマネジメント——ニーズとサービ

「ス」を結ぶ新しい支援システム」において前田大作は「ケースマネジメントというのは、虚弱・障害老人など複雑なニーズをもち、かつ精神的もしくは身体的ハンディキャップのため、現代社会の高度に専門分化した各種のサービスや、民間団体、友人、隣人などの支援を、自分自身では適切に活用できない人を対象とし、そのような人が、常にニーズにもっとも合致したサービスを受け、また民間団体、友人、隣人などから、可能な限りの支援を受けているようにするために行われる、一連の援助の措置、もしくはサービスのネットワーク内で行われる、相互協力活動のことを意味する」と、詳しい説明を試みている^{*21}。この説明によると、ケアマネジメントは、特定の個人が行う業務ではなく、チーム実践という意味で理解される。実際、ある時期までは、多くの市町村においてもたれた高齢者サービス調整チーム内でのカンファレンスをケアマネジメントと理解した例も多くみられた。

このようにあいまいさを含む中、ケアマネジメントについての叙述について必ず見受けられた説明が、「ニーズの発見」→「アセスメント」→「プランニング」→「実施」→「モニタリング」であった。これらはケアマネジメント概念に一定の説明を行ったが、たとえばケアマネジメントのアセスメントに用いられる固有の知識と技術は何か、といった具体的な検討は欠いたままであった。

2点目の特徴として、とりわけ海外の動向が紹介される場合に、その背景となるサービスの現状と切り離されて、実践概念だけが紹介されがちであった点があげられる。アメリカにおいてもイギリスにおいても、ケアマネージャーとは、その国の社会サービスにおける諸施策に規定されながら、最前線で業務にあたる人々であり、政策決定に関与する立場にはない。また、いずれの国においても、保健・医療・福祉に関わる職種は多様であり、職種間にヒエラルキーが存在している。ケアマネージャーは、必ずしもその最高位に位置しているわけではなく、職種間の意見を調整できる特別の権限を付与されていることもない。したがって、ケアマネジメントの業務の質は、その国のサービスの質と、雇用される機関の状況に大きく左右されることは、当初から明らかであった。しかしケアマネジメントは、このような背景とは切り離されて、「分断されたサービスを個々の必要にあわせて統合する」ことを可能にしうる、従来には存在しなかった斬新な実践技術として紹介されたのである。

背景と切り離されたことから、さらに3点目の問題が生じた。それは、各国のケアマネジメントがほとんど区別なく報じられたという点である。アメリカ、イギリス、オーストラリアなどの国々の高齢者に対するサービス供給、およびケアマネージャーが業務にあたる組織的条件は、大きく異なっている。それらの相違を慎重に観察するといった手順は、ほとんどとられることがなかった。

こうした中で、日本へのケアマネジメントの適用可能性を論じようとした動きも一部に見受けられる。中谷は、ケーンらがアメリカで行った全米13カ所、14例のモデル事業の効果に関する研究を紹介しながら、①費用の削減および身体・精神機能面の改善といった効果は認めがたい一方

で、生活の質の向上には好ましい影響を与えたと思われること、②インフォーマルケアの影響については、ばらつきはあるが、増加したと考えることを報告している。そして、日本への導入にあたっては、①アメリカでは、ケアマネージャーが、利用者の代弁より機関のゲイトキーパーとなりがちな状況が派生していること、②米日の民間サービスに量的・質的差異が存在すること、③日本ではケアマネジメントを担う人材が養成されていない現状があることに留意し、日本独自の制度形成の必要を提案している*22。

橋本は日本においてもケアマネジメントが必要であるとし、ソーシャルワークに加えて保健・医療面の理解が必要となるので、保健・医療系の職種に拡大してもよいのではないかと、述べている。さらに導入に伴う課題として、①社会資源の整備、②地域における援助とサポートのシステムづくり、③専門職の意識革命をあげた*23。

伊藤は、アメリカのケアマネジメントの実例を紹介しながら、ケアマネジメントをシステムと実践に分けて理解する必要があると、システムが形成されない中で、実践のみが効果をあげることを期待しえないことを指摘している。さらに、日本におけるソーシャルワークが未発展な状況下において、ケアマネジメントに過度の期待を抱きながら導入をはかることに、警鐘をならした*24。

これらの論文に共通した問題意識は、2点あると考えられる。1点は、ケアマネジメントは、背景となる制度あるいはシステムの充実と共に議論される必要があり、実践概念のみを取り出して議論することには、限界があるという考え方である。2点目に、ケアマネジメントを担う人材が日本では質、量共に十分養成されていない状況についての危惧である。しかし、その後これらの議論が十分に発展しないまま、ケアマネジメントは介護保険の制度化に伴い、新たな職種として日本にも導入されることになる。

(3) 介護保険の準備過程とケアマネジメント

介護保険の基本的な構造が最初に示されたのは、1994年12月に報告された「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」においてであった。この後の制度化の速度は非常に速く、3年度の1997年12月に、介護保険法は成立している。ケアマネジメントに関する具体的な政策決定のレベルでは、誰が（主体）、どのように（方法）行うのかという2つの論点を明確にすることが、課題となった。この時点で使用しうる日本型ケアマネジメントモデルは、先行研究において明確にされてこなかった。

「誰が行うのか」という点について結論が出されたのは、1998年4月であった。介護保険の準備期に出された諸文書において、ケアマネージャーは地域におけるサービス供給のコーディネーターとして位置づけられたために、多くの職種が関心を示した。結果的には、20に及ぶ保健・医療・福祉に関わる資格保持者および、相談援助・介護等に従事してきた人々が、対象とされた。

「どのように行うのか」という方法の検討は、さらに早期から着手されている。1996年には「高齢者介護サービス体制整備支援事業」が開始され、要介護認定のシュミレーションが開始されて

いる。1997年度の「高齢者介護サービス体制整備支援事業」においては、全国64地域でケアマネジメントが試行された。ここでは、各地域ごとに10名以上の調査対象者が選択され、介護認定審査員がアセスメントを行い、さらにサービス担当者会議を開催した上で、ケア計画が作成されている。1998年には第1回の介護支援専門員実務研修受講試験が行われた。

実務研修においてはアセスメント(課題分析)の必要性が強調され、そのために使用する数種類のアセスメント方式(ツール)が準備されていた。研修の主要な目的は、各方式の使用法を理解することにあった。参加者たちは、この実務研修の内容に不満と困惑を感じたようである。当時の状況について白澤は1999年に行った講演の中で「介護支援専門員(ケアマネージャー)を大工さんにたとえてみると、本来は家の作り方を学ばなければならないのに、鉋の選び方を研修している。その意味では、どの鉋を使うか、どのアセスメント票を使うかは学んできたが、どうすれば利用者にとって最適なケアプランを利用者と一緒につくれるのかのケアマネジメント(介護支援サービス)そのものについては、ほとんど学んでいない」と批判している^{*25}。

厚生官僚として介護保険の政策過程を内部から見ていた増田は「介護保険制度に取り入れられたケアプラン(介護サービス計画)作成等のケアマネジメント方式は、一部の医療・福祉関係者がアメリカの事例等を参考に行っていた先駆的な研究・実践活動を踏まえて、厚生省の実務担当者が介護保険制度の中で積極的に組み込もうとしたものであり、官庁主導型で政策がつくりあげられた一例といえる」と、その実際を具体的に表現している^{*26}。

ここでいわれる「先駆的な研究」とは、1995年からアメリカのナーシングホームで公費による入所者を対象に使用が義務づけられた「最小情報セット入所者アセスメントプロトコル(Minimum Data Set-Resident Assessment Protocols, 以下MDS-Raps)」の開発から始まった試みを意味している。

MDS-Rapsは、アメリカのナーシングホームのサービスが劣悪であるという批判に応じて、連邦政府が研究者に開発を委託したものである。その名称が示すとおり、ナーシングホームの入居者に対して、最低限必要と思われる心身に関する項目の評価を定めたものであった。さらにその後、14カ国に及ぶ諸国の保健・医療・福祉に関わる研究者が関わる研究組織であるinterRAI委員会において「最小情報セット在宅版(Minimum Data Set-Home Care 以下MDS-HC)」が、開発されている^{*27}。

実際に実務研修で紹介されたのは、MDS-HCのみでなく、訪問看護財団、社会福祉士会、介護福祉士会などから提出された方式を含む5つのアセスメント方式である。しかし1998年度の高齢者介護サービス体制整備支援事業の都道府県担当者会議においては、MDS-HCが施設と在宅のいずれにも有効であることが説明され「これからは在宅と施設の境界をなくし、一貫性のある継続的なケアが求められるので、MDS-HCによる統一的なケアプラン策定方式の確立が望まれているといえよう」と明記されるなど、明らかにMDS-HCの使用を主眼においた「官庁主導」があったことが理解される^{*28}。

こうした経過を経て、きわめて強くアセスメント方式に依存したまま、日本のケアマネジメントはスタートすることになった。しかし、結果的に日本のケアマネジメントは十分な質的發展を遂げていないことは、冒頭の「介護支援専門員の生涯研修体系のあり方に関する研究委員会」報告にも示された通りである。

（4）MDS-HC の問題点

MDS-HC の導入が十分な効果をあげなかった要因としては、以下の点が指摘されよう。第1に、MDS-Raps 自体の評価が十分定まらない時点において、その効果を信頼したことである。MDS-Raps, MDS-HC のいずれも開発にあたっては、信頼性と妥当性が確認されたとの報告がなされている。しかし真の効果は、それが取り入れられた後に、実際にその国のサービスに改善がみられたかという面から評価されるべきではないか。

2001年にアメリカの高齢者福祉の現状を詳細に観察した斉藤の報告によると、1995年のMDS-Raps 導入以降のアメリカのナースィングホームのサービスに、著名な改善はみられていない。アメリカ厚生省が公表した監査結果2001年の報告においては、入居者に「介護の不備による健康上の実害、または緊急の危機」が発見されたホームは、21.3%であった。逆に何の問題もなかったホームの割合は11.3%とされている*29。斉藤はこの原因を介護職員の「量的な不足」と「質的な不足」の両面によるものと説明している。量的な不足とは、日本と比較しても極端に低い介護職員の配置を意味している。「質的な不足」は、職員の低賃金、高い転職率、訓練の不足を意味している。「非白人、非婚（あるいは離婚経験者）で18歳以下の子供がいる女性」が平均的な老人ホームの介護職員像である。こうした基本的な条件を改善することなく、虐待に対する刑事訴追を強化するなど「規制」によって改善をはかろうとするのがアメリカの政策の現状であると、斉藤は指摘している*30。

このような経過をみると、MDS-Raps も、おそらくそうした「規制」の一環として1995年に導入された経緯がうかがわれるものの、1997年あるいは98年の時点で十分な効果が立証されていたとは考えにくい。日本の介護保険の導入に際して、MDS-HC の使用を決定した時点で、このようなアメリカの状況が客観的に評価されていたのかは、きわめて疑わしいといえよう。

第2に、入所施設のサービスの質と在宅サービスの質には大きな差異があり、同様の評価方法の適用可能性には疑問が残るにも拘わらず、部分的な修正を加えたうえで、適用したという点である。入所サービスは、入所者が時間、空間、人間関係を共有するという、きわめて限定的な環境のもとに行われるために、アセスメントを行うべき項目やケア計画をたてるための選択肢の特定は、比較的容易である。他方で、在宅サービスの場合には、利用者のすべてが固有の時間、空間、人間関係のもとに生活を営んでいるのであり、選択肢の特定は非常に困難であることを認識する必要があったかと思われる。情報や選択肢が無限になる場合には、専門的思考がアセスメントとケア計画の基本となる。ガイドラインやマニュアル、チェックリストは、補助的に使用され

る可能性は十分にあるが、専門的思考の代替は困難であると思われる。

第3に、これらのアセスメント方式を使用する主体が、すでに獲得している知識と技術の差が、十分に配慮されなかった点あげられる。MDS-Rapsは、前述したように何らの専門的な教育・訓練は受けていないアメリカのナーシングホームのスタッフに、最低限必要な観察を求めたものである。他方で、保健・医療・福祉に関連した資格の保持を前提としている日本のケアマネージャーは、養成課程においてすでに、それぞれの職種独自の知識と技術を獲得し、臨床場面で適用する訓練を受けている。これらの専門職にとって、思考を代替するアセスメント様式を使用する意味は見だしにくい。

以上のような点が十分に考慮されることなく、MDS-HCが過度の期待と共に導入されたことによって生じた最大の問題は、当然行われるべき日本のケアマネジメント技術の形成に向けた努力が迂回させられたという事実であろう。ケアマネジメントは、複数の専門職により担当されることになったが、それぞれが従来培ってきた知識、技術、実践能力をどのように修正して適用すべきか、あるいは新たに付加すべきかという検討に、早期に着手するべきであった。アセスメント方式の過大評価は、そのような検討の開始を遅らせる結果となった。ケアマネジメント導入後5年間の「官庁主導」型政策は、ケアマネジメントの発展をうながしたというよりは、阻害したという面は否定できないのである。

3) 現状と論点

ケアマネジメントに期待された重要な役割は、在宅サービスの充実により、不必要な施設入所を減少させることにあった。実際に結果はどうであったろうか。朝日新聞社が2002年12月に実施した全国調査によると、特別養護老人ホーム待機者は全国23万人であり、介護保険試行前の1998年に厚生省が行った調査と比較すると、待機者は約5倍となったと報じた^{*31}。急増の要因に関しては、ケアマネジメントの不足のみが要因となっているとは考えにくく、慎重に分析する必要があるものの、介護保険とケアマネジメントの開始により、施設入所希望が、劇的に増加してしまったことは否定できない事実である。

ケアマネジメントのもう1つの期待は、きめの細かいサービス供給による、高齢者や介護者の満足度の向上であった。近藤は国内2カ所の地域において、介護保険導入前後の心理的な負担を比較した報告において、「一部の層においてわずかに改善したが、介護保険の効果とは断定できない」という結論を出している。心理的負担感の評価には、「主観的幸福感」「高齢者抑うつスケール」「介護負担感スケール」の3種類が用いられた。結果的には、「介護負担感」については、わずかに有意の改善がみられたものの、抑うつ、介護負担感には改善はみられなかった。近藤は、これらの結果から、①介護者支援の必要性、②困難例に対する重点的な支援、③政策インパクトのモニタリングの必要性を提言している^{*32}。これらから、見る限り、介護保険とケアマネジメントの導入の効果は、現状では十分認められない。

厚生労働省は2004年12月に「介護保険制度改革の全体像—持続可能な介護保険制度の構築」を発表した。ここではケアマネジメントの質を向上させるための当面の施策として、包括的・継続的ケアマネジメントの強化のために、地域包括支援センター（仮称）を創設すること、ケアマネージャーの資質と専門性の向上のために主任ケアマネージャー（仮称）を設置すること、独立性・中立性の確保のための基準件数の見直し、およびマネジメントとサービスの分離をはかることなどを提言している。この提言は、現行のサービスの慎重な見直しのうえに行われており、介護保険の実施と共に見られた混乱状況の中で見失われてきた論点を、一定程度整理することが期待される。

さらに期待が持たれるのは、各地域で出てきた自発的な動きである。一例として富山市において制度施行時から実施された「富山市ケアプラン指導研修事業」があげられる。具体的には、医師、看護師、社会福祉士、介護福祉士、理学療法士、作業療法士などで構成されるチームを構成し、1事業所から1例の事例の提出を求めるというものである。アセスメントとケアプランの様式は、独自のものを使用し、さらに所定の自己評価表も添付して提出された内容を、各委員が詳細にチェックした後、チームの会議を開催し、チームの合意となったコメントをつけて戻すという手順がとられる。チェックは1度のみでなく、継続的に行われ、再提出にあたっては、主治医訪問、利用者のモニタリング、サービス担当者会議を持つことが求められる。この過程では巡回指導もなされ、またここで指導の中で発見された課題が、研修に生かされる^{*33}。この試みは、「官庁主導」に依存することなく、ケアマネージャーに対する指導システムを自立的に形成していったという点で注目に値しよう。

富山市のような事業化に至らなくても、独自のアセスメント方式を作成するなどの試みは、日本各地でなされている。前述した厚生労働省の見直し案も、このような国内の先行例の評価に基づき、慎重な普遍化の方法を模索することにより、現実的な意味を持つことが期待されよう。

3 英日比較が示唆するもの

これまで述べてきたイギリスと日本におけるケアマネジメント導入の経過には、共通点が見受けられる。両国は共に、高齢化が進展した他の国々同様、より低いコストでより満足度の高いサービス供給の開発にせまられた。そのために従来存在しなかった職種が誕生し、すでに形成されているサービス供給体制の中に定着することとなったが、それは非常に多くの課題を含んでいた。新たな職種には特有の知識、技術、価値の体系形成が必要になるが、それらは短期間で形成するものではない。保健・医療・福祉の領域にはすでに既成の職種が存在するが、これらの職種との関連を明確にしながら、役割を定めることも求められる。

また通常、新たな職種の開発にあたっては、モデル事業を行った上でえられた知見をもとに普遍化が試みられるが、こうした場合には、当初に行った実験的事業の質と全国に普遍化した質に大きな差がみられることは避けがたく、均質化をはかるための諸施策が、短期間に効果を持たな

い場合の方が多い。

この困難な課題に対して、イギリス、日本のいずれにおいても、様々な施策がとられてきた。しかしその過程は必ずしも一様ではない。両国の施策には、どのような相違が存在するのであろうか。この点を明らかにすることは、現在せまられている日本のケアマネジメントの見直しの一助となることが期待される。本章では、両者の相違について、背景となった状況、導入の経過のそれぞれについて検討を行い、日本にみられる特徴を明らかにする中から、課題を検討したい。

1) 背景となった状況

(1) 対人社会サービスの供給体制

ケアマネジメントの英日比較にあたり、最初に指摘すべき基本的な論点は、「対人社会サービス (Personal Social Services) という概念形成の有無であろう。対人社会サービスとは、児童、障がい者、高齢者に対する相談、在宅、入所サービスの総体を意味しており、イギリスのみならず多くの国々において、サービスの重要な部分として認識されている。イギリスにおいても、第二次世界大戦後の福祉国家建設の過程で、対人社会サービスが地方政府の重要な機能として位置づけられた。当初は日本と同様に、児童、障がい者、高齢者を担当する部局が独立して設けられていた。しかし1972年の再編成 (通称シーボーム再編成) により、従来地方政府内に分散していた部局を統合し、SSDsが創設された。

創設後においても、SSDsの運営には多様な課題が存在した。とりわけ援助対象集団により、サービスの質が異なる傾向があることは、当初から指摘されている。イギリスにおいては、とりわけ児童保護に対する関心が高く、高齢者へのサービスの重要性は軽視されがちであった。結果として、高齢者領域においては、訓練が不足しているソーシャルワーカーが、多くのケースを担当するという状況が生じ、それも高齢者に対するケアマネジメントが必要となった要因であると、チャリス自身が述べている^{*34}。このような状況はあったといえ、SSDsが存在し、サービス供給における不公平性が常に指摘されている中で、高齢者に対するサービスを向上させるという課題が明確になってきたことも看過しえないであろう^{*35}。

これに対して日本では、児童、障がい者、高齢者に対する入所および在宅サービスを、それぞれ限定された質と量で行ってきた。その中で、利用者のおかれた状況と利用者自身の希望を十分に理解し、必要なサービスをコーディネートしながら紹介するという相談機能の充実が、ほとんど重視されてこなかった。高齢者に関しては例外的に、在宅介護支援センターあるいは高齢者サービス調整チームなどを設置してきたが、これも場当たりの感が否めない。さらに、より低いコストでより満足度の高いサービスを供給するために、相談機能の充実が、さけられない課題となったために、再び高齢者に限ってケアマネジメントを導入した。しかしその時点で、一定の定着を示していた在宅介護支援センターや高齢者サービス調整チームとの関連づけは、ほとんど希薄なままであった。今回設置が検討されている地域包括支援センター (仮称) も、従来の施

策との関連が十分に保たれなかった場合には、屋上屋を重ねるにすぎない結果となろう。

日本においては、全世代の対象者に、相談援助を重要な核としながら、サービスを提供することを統括した対人社会サービスという概念は存在していない。この概念が形成されてこなかったことは、諸外国と比較した場合の日本の特徴として理解しうる。

こうした対人社会サービスに対する関心の希薄さは、サービス費用にも反映されている。介護保険試行前年の1999年、日本における対人社会サービスに相当する歳出予算は4兆2488億円であり、GDP(508.0兆円)の0.8%であった。うち高齢者サービスに関わるものは2兆8196億円で、GDPの0.56%、全対人社会サービスの66.3%となっている。介護保険制度が施行された2000年にはここに介護保険助成費が加わったが、対人社会サービスに相当する歳出予算はGDP(513.2兆円)の0.84%であり、著名な増加はみられていない。高齢者に対する歳出予算は3兆391億円、GDPの0.59%、全対人社会サービスの70.77%となった^{*36}。

同じ1999年のイングランドにおいては、1205億ポンドが対人社会サービスに支出されている。これは同年のイングランドのGDP(6600億ポンド)の1.8%にあたる。高齢者サービスに関わる支出は564億ポンドであり、GDPの0.85%、全対人社会サービス支出の46.84%であった^{*37}。

(2) 専門職としてのソーシャルワーカーの存在

イギリスにおいては、1962年の「保健婦およびソーシャルワーク(研修)法」の制定とともに、ソーシャルワーク資格が定められた。制度はその後数度の改正を重ね、現在ではDipSW(Diploma in Social Work)という資格がおかれ、資格保持のために必要な知識と技術が特定されている。また、1972年のシーボーム再編成を機に、資格取得後の教育の機会を保障する認定後研修(Post Qualifying Studies)も制度化された。さらに、これらの資格取得コースを認定、調整、規制するために、中央ソーシャルワーク教育研修協議会(Central Council for Education and Training in Social Work, 以下CCETSW)が設立された。これらの整備により、イギリスのソーシャルワーク養成は、基礎資格の上に、さらに専門性を培うことを可能にするような認定後研修という、重層的な構造を形成していくようになる^{*38}。なおCCETSWは2001年にソーシャルケア総合協議会(General Social Care Council)となり、ソーシャルワーカー以外の福祉系職種全体の教育・訓練も統括するようになっている。

欧米のソーシャルワーク教育は、実習を中心に構成される実践家養成の課程として発展をとげている。イギリスも例外ではなく、全課程のほぼ半分の時間は実習に費やされる^{*39}。実習受け入れ機関と教育機関の連携は密であり、受け入れ側で教育にあたる現任教員(Practice Teacher)の養成も、認定後研修により行われる。

一方日本においては、1987年に「社会福祉士および介護福祉士法」が制定され、社会福祉系の資格整備がされている。この整備は高齢化の進展を迎えた日本において、相談にあたる社会福祉士、ケアにあたる介護福祉士というマンパワーの充実を期したものと理解される。しかし実際に

ケアマネジャー資格の条件となる介護支援専門員実務研修受講試験が開始されてみると、合格者のなかで最も多数を占めたのが看護師、ついで介護福祉士という結果になった。第1回から第7回までの試験合格者における職種別内訳をみると、第1位が看護師36.7%、ついで介護福祉士の22.7%であるのに比較して、社会福祉士は3.3%であり、薬剤師、医師に続いて第7位となっている。

社会福祉士が十分に社会的な要請に応えられない要因として、イギリスとは大きく異なる養成課程の現状が指摘される。社会福祉士の養成課程には、ごく限られた期間の実習が義務づけられたのみであり、実践家養成の条件を備えていない。また、資格取得レベルの教育と取得後の教育の構造化もはかられないために、指導者が育たない現状も指摘される。社会福祉士が、イギリスと同様にケアマネジメントのみならず、対人社会サービスを中心となって担うためには、全面的に実践家養成教育へと転換する努力が不可欠であると思われるが、現在、社会福祉士養成に携わっている養成校、教員の側から、そのような提言がなされる状況は、ほとんど皆無といってよい状況にある。

以上を要約すると、イギリスにおいては、地方政府内に、すべての世代にわたる地域住民に対する対人社会サービスの拠点としてSSDsが設置されていたこと、さらにSSDsで相談業務に従事するソーシャルワークの養成制度が、基礎資格レベル、卒後教育レベルの2層にわたり整備されていたことが理解できる。

日本においては、対人社会サービスという概念自体が成立せず、サービス供給に関わるマンパワー養成制度も十分に役割を果たしていない状況がうかがわれる。例外として、高齢者に対する相談体制のみが限定的にはあるが、整備されていた。1987年の、市町村による高齢者サービス調整チーム事業の創設、1989年のゴールドプラン策定時に定められた在宅介護支援センターの設置、1998年の基幹型在宅介護支援センターを新設し、さらにそれをサービス調整チームとリンクさせる試みなどがそれにあたると思われる。

2) ケアマネジメント導入の経過

イギリスにおいては1990年、日本においては2000年に、10年の差をおいてケアマネジメントが取り入れられた。しかし、その時点ですでに前述したような相違が両国に存在していた。さらに、ケアマネジメントの導入に至る政策決定の過程にも、相違があることを見過ごしてはならない。それらの相違は、以下の様に整理されよう。

(1) 政策決定の経過

政策決定の経過については、3点の検討が必要であると思われる。

1点目に、最も基本的なことから、ケアマネジメントの背景となった改革において、サービス供給の最終的な責任の所在が、どう認識されていたのかという点があげられる。この点について

では、イギリスにおいても日本においても関心の対象となり、議論が継続されてきた。ここにおいて、行政部門が直接的にサービス供給主体である必要はない、ということは、両国において共通の合意となっていた。

しかしイギリスでは、グリフィス委員会の報告書において、中央政府、地方政府の責任を明らかにした。それを受けて出された白書においては、その地域にとって最も望ましいサービスを購入する責任を、地方政府に委ねており、その責任を執行する機能がケアマネジメントとされた。

グリフィス委員会の委員長であるロイ・グリフィスは、スーパーマーケットチェーンの会長であり、1983年にサッチャー政権下の Secretary of State for Social Services の委託を受けて、NHS にマネジメント機能を取り入れる必要性を主張した報告書「NHS マネジメント調査」を出している。しかし1988年報告の方向性は、1983年報告とは必ずしも同様でなかった点は、注目に値する。1983年報告の結果、NHSは、独立行政法人にあたる NHS トラストに移行し、経営に責任を負うことになった。一方 SSDs は、継続して地方政府におかれることになった。この経過をみると、共に競争原理を導入しながらも、医療領域については意志決定を行政部門と切り離し、保健・福祉部門は行政部門に残すべきとしたグリフィスの判断が伺われる。

一方、日本においては、介護保険の施行を機に規制緩和がなされ、在宅サービスの供給主体は、従来の社会福祉法人から、営利企業あるいは NPO 法人のいずれもが参入できるようになった。しかし、その購入の決定は全面的に高齢者側に委ねられている。都道府県は監査は行うが、サービスの購入に関する意志決定は行わない。日本のケアマネージャーは、サービス供給組織に職員として雇用されており、その意味で中立的な判断は期待しにくい。この点において、イギリスと日本のケアマネジメントは、同じ名称を用いながらも、その基本的な機能を全く異にする結果となった。

2点目に注目すべき点は、ケアマネジメント実施を決定するまでの議論の公開である。この点について、イギリスにおいては伝統的に、委員会の招集→報告書の刊行→全国レベルでの議論→立法化という手法が確立している。

日本の政策決定に関してはこのような方法は確立しておらず、委員会報告は形式的には出されることはあっても、実際は行政担当部局の意向に応じて作成されることも少なくない。また、報告書の内容は抽象的な表現にとどまることも多く、報告書とその後なされた立法化の関連性が希薄な場合もある。そのような中で、介護保険制度の創設自体については、従来と比較すると、より活発な議論がかわされている。しかし、ケアマネジメントに関しては、一貫して「官庁主導」で経過したことも、増田の書いている通りである。

イギリスの実験を行った組織であるケント大学対人サービス研究所（Personal Social Service Research Unit）は、1976年に労働党内閣のもとで保健社会保障省の要請で作られた研究所である。研究は、当初から全面的に研究者の自発性により行われたものであり、効果も研究者自身により、厳密に評価されている。詳細な全経過は1986年に出版され、イギリス国内のみならず、国

外においても広く読まれた。グリフィス委員会報告が出されたのは、さらに2年後の1988年であり、ここでケント方式が支持されている。その後、全国の地方政府にケアマネジメントの施行が義務づけられた後も、要介護度のレベルの設定、認定の方法、ケアマネジメントの方法などは、各地方政府にまかされている。その結果、多くの課題は残されているものの、ナーシングホームの入居率の低下という、最も重要な課題が達成された。

一方、日本においては、ケアマネジメントのモデル事業は行われたものの、その時点ではすでに、詳細な手順が定められていた。日本でケアマネジメントを担う主体がすでに有している知識・技術・実践能力を十分に評価しないままに、様式に依存した研修が行われたために、多くのケアマネージャーが困惑したという結果は否定できない。制度開始後5年の時点においては、特別養護老人ホームの待機者は激増した一方で、介護者の心理的負担感の軽減は認められていない。これは、イギリスの実験において示された結果と、対照的である。

3点目の論点は、2点目とも関連するが、新たなサービスの開発にあたり、従来のサービスとの連続性が保たれたかどうかという点になろう。イギリスでは、1970年代に形成されたSSDsの存在とSSDsに人材を供給するべく作られたソーシャルワーク養成課程の延長上に、新たなシステムを作り上げた。

日本では、高齢者についてのみ形成されてきた、高齢者サービス調整チーム、在宅介護支援センターなどの制度との関連をほとんど持たないまま、ケアマネジメントが開始された。さらに制度開始5年後の見直しにおいて、地域包括支援センター（仮称）を創設などを中心としたいくつかの提言がなされている。これらの見直しにより、従来のサービス発展を継承する方向に戻るのか、さらに離れていくのかは、現在のところ判断しにくい状況にある。

結 語

ここまで、イギリスとの比較から認められる日本の特徴について、検討を加え、ケアマネジメント導入以前のサービス形成、および導入の経過のいずれについても、日本の側に存在する、制度的な未整備と政策決定過程の諸問題を明確にしてきた。

これらの検討から導き出される日本の課題は、2点に整理しうる。1点目は、仮に回り道であっても、対人社会サービス供給の基本的な体制を整備することである。2点目に、従来とは異なる政策決定のプロセスの形成があげられる。2点目の政策決定のプロセスについての日本の状況は、きわめて複雑な様相を呈しているために、安易な言及は許されないが、重要性は確認しておきたい。

1点目の対人社会サービス供給の基本的な体制の整備のためには、使用する用語は何であれ、対人社会サービスという概念を形成すること、サービスを行う組織を整備すること、さらにそれと並行して、従事するマンパワー養成の機能を強化することが、あげられる。イギリスのように相談部門を行政機関内に整備することについては、日本で合意をえることは困難であるとしても、

世代と障がい内容をこえた相談・援助サービスの仕組みが整備されるような政策を立案することは、行政部門の責任として認識される必要がある。最も実現可能性が高いのは、高齢者に対する相談体制を、児童、障がい者にも拡大して適用していくことであろう。現在、高齢者に関して設置が検討されている「地域包括支援センター」が、対象を高齢者から全地域住民に拡大することが可能であれば、真の意味で地域における包括的な支援が実現しよう。

マンパワー養成の質を高める努力は、現在、社会福祉および介護福祉教育に関与している養成校の責任に帰せられる。現在のとりわけ社会福祉士という国家資格は、実践能力を保証していない。学部レベルの教育に、当面少なくとも介護福祉士養成課程と同様程度の実習教育を取り入れることは、急務である。さらに、より高度で専門的な実践教育を大学院レベルに整備し、教育の重層化を実現することも、同様に緊急かつ重要な課題である。これについては、日本社会福祉教育学校連盟などの組織において、早急に議論される必要があろう。この努力がなされない場合には、日本のソーシャルワークを看護師、保健師が担当する日は、早晩くる可能性がある*40。

本稿は、高齢者サービスにおけるケアマネジメントの検討を目的としているが、皮肉なことに一連の検討から明らかになったのは、児童、障がい者を置き去りにしたまま、高齢者に対するサービスのみを限定的に行っている、日本の現状であった。高齢者へのサービスをその一部として含みながら、総合的な施策としての対人社会サービスを整備する中でこそ、充実した高齢者サービスの実施も望めよう。それに向けての努力は、国、地方の行政部門と専門職に均等に課せられた、重い避けられない課題なのである。

- * 1 ケアマネジメント、ケアマネージャーという用語を使用しているのは、イギリスと日本であり、アメリカでは現在に至るまでケースマネジメント、ケースマネージャーが用いられている。日本においても、初期の文献においては、ケースマネジメントが使用されることが多かった。実際には、用語による意味の差はないが、本稿では日本の現状に従い、直接的な引用などを除いて、ケアマネジメントあるいはケアマネージャーに統一する。
- * 2 介護支援専門員の生涯研修体系のあり方に関する研究委員会『介護支援専門員の生涯研修体系のあり方に関する研究委員会中間報告書』長寿社会開発センター，2004，PP 5-7
- * 3 社会保障審議会介護保険部会資料『平成 15 年度全国介護支援専門員実態調査結果報告』（中間報告要旨），2004
- * 4 田端光美『イギリス地域福祉の形成と展開』有斐閣，2003，PP 149-150
- * 5 近藤克則『「医療費抑制の時代」を超えて』医学書院，2004，PP 57-110
- * 6 Challis, D & Davies, B., Case Management in Community Care, HMSO, 1986 窪田暁子，谷口政隆，田端光美訳『地域におけるケースマネジメント』光生館，1991，P 61
- * 7 Challis, D & Davies, B., 前掲書，PP 198-199
- * 8 Challis, D & Davies, B., 前掲書，PP 218-219, PP 276-279
- * 9 小田兼三『現代イギリス社会福祉研究——日本からみた理論・政策・実践と課題』川島書店，1993，PP 253-261
- * 10 Lewis, J., et al “The community Care Changes: Unresolved Tensions in Policy and Issues in Implementation” in *Journal of Social Policy*, Vol.24, No.1, 1995,

- *11 Challis, D., et al, "Care Management in Social and Primary Health Care: The Gateshead Community Care Scheme" PEERU, 2002, P 26
- *12 Challis, D., et al, Ibid, PP 39-41
- *13 Challis, D., et al, "Intensive Care-management at home: an alternative to institutional care?" in *Age and Ageing*, No.30, 2001
- *14 近藤克則, 前掲書, PP 145-146
- *15 白澤政和「地域福祉の推進とケース・マネジメントの実際」『社会福祉研究』第42号, 1988
- *16 白澤政和『ケースマネジメントの理論と実際——生活を支える援助システム』中央法規出版, 1992
- *17 前田信雄「米国における保健と福祉の連携事業(上・下)」『週間社会保障』No.1527, 1528, 1989
- *18 大山博ほか他『全国自治体保健・医療・福祉の連携のあり方に関する調査』法政大学多摩地域社会研究センター, 1997, P 49
- *19 大山博ほか, 前掲報告書, P 52
- *20 白澤政和, 前掲書, PP 19-23
- *21 ケースマネジメント研究委員会編『ケースマネジメント——ニーズとサービスを結ぶ新しい支援システム』全国社会福祉協議会, 1991, P 10
- *22 中谷陽明「老人福祉におけるケースマネジメント——米国での効果測定が意味するもの」『社会福祉研究』第46号, 1989
- *23 橋本泰子「在宅高齢者のためのケースマネジメント」『社会福祉研究』第51号, 1991
- *24 伊藤淑子「ケースマネジメントを問い直す」『社会福祉研究』第52号, 1992
- *25 白澤政和「介護保険制度におけるケアマネジメントの意義と課題」『月刊総合ケア』Vol.9, No.12, 1999, P 14
- *26 増田雅暢『介護保険見直しの争点——制作過程から見える今後の課題』法律文化社, 2003, P 14
- *27 厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室『平成10年度高齢者介護サービス体制整備支援事業, 都道府県担当者会議資料』1998, PP 211-216
- *28 厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室, 前掲資料, P 204
- *29 齊藤義彦『アメリカおきざりにされる高齢者福祉——貧困・虐待・安楽死』ミネルヴァ書房, 2004, PP 42-43
- *30 齊藤義彦, 前掲書, PP 57-58
- *31 朝日新聞 2003年2月5日朝刊
- *32 近藤克則「介護保険は介護者の負担を軽減したか——介護者の主観的幸福感・抑うつ・介護負担感へのインパクト」『社会保険旬報』No.2135, 2002
- *33 國光登志子編著, 富山市福祉保健部介護保険課企画『地域力を高める富山市赤ペン方式』年友企画, 2004, PP 15-25
- *34 Challis, D & Davies, B., 前掲書, PP 20-22
- *35 その後, SSDsは統合期を経て, 「児童部門」と「成人部門」に再び分化する方向にある。しかし, 現時点の分化と, 統合後に組織としての力量を蓄えたSSDsが, コミュニティ・ケア改革を担う主体であったという事実とは, 矛盾するものではない。
- *36 「平成12年版厚生白書」P 349, 日本では対人社会サービスという枠の経費別費目は存在しないため, 「社会福祉費」から対人社会サービスに非該当と思われる「児童扶養手当給付諸費」「特別児童扶養手当等給付諸費」を除いた額で計算した。また, 2000年度については, 「社会保険費」の「介護保険助成費」を加えた。
- *37 Dept. of Health "Personal Social Services expenditure and unit costs: England: 2000-2001" 2002
- *38 伊藤淑子, 前掲書, PP 201-203

地域ケアにおけるケアマネジメントの発展（伊藤淑子）

- *39 伊藤淑子「社会福祉と専門職」中村優一ほか編『世界の社会福祉第4巻：イギリス』1999, PP 204-207
- *40 伊藤淑子「日本におけるケアマネジメントの特徴——看護職の進出」『社会政策学会誌第12号』2004