

地域包括ケアシステムの担い手と ケアマネジメント・ネットワークの構築†

——ケアマネジメントの系譜と〈ケアの包括性〉のゆらぎ——

井上信宏‡

1. はじめに ——介護保険制度以前の高齢者ケア：家族内老親扶養モデル——

よく知られているように、2000年4月に施行された介護保険制度の目的は、主に女性による家族介護者の介護負担の軽減や要介護高齢者の在宅生活の継続のために、要介護高齢者の介護を家族（私的領域）だけではなく社会全体（公的領域）で支える〈介護の社会化〉を実現することにあった。同居する“身内の女性”の無償のケアワークによる家族介護や、行政処分（措置）の一環として実施された施設収容（介護）が中心であった頃とは異なり、介護保険制度によるケアサービス供給システムの制度化と浸透は、同時に「介護の社会問題化過程」¹が新しい局面を迎えたことを意味している。

平均寿命が比較的短かった高度経済成長以前は²、病気になった高齢者の多くは自然治癒力に頼りながら自宅療養によって回復を待ち、それで対応できない場合は比較的短期間に亡くなっていた³。その後、1960年代に高度経済成長を迎え、人々のライフスタイルが大きく変わり、

1961年に国民皆保険が制度化され、それと共に疾病構造が感染症を中心とするものから成人病や慢性疾患を中心とするものへと大きく移行し、慢性病を患いながら伸長した高齢期を生きる高齢者の医療・生活保障が新たな社会問題としてクローズアップされることになるのは、高齢化率が7%を越えた1970年以降のことであった。いわゆる「福祉元年」（1973年）の老人医療費無料化⁴、年金の賃金・物価スライド制の導入や1980年代の国民年金制度の改正⁵は、そうした新しい社会問題を解決するために整備された施策のひとつであった。

しかし、高度経済成長から1980年代前半は、こうした高齢者の生活形態が大きく転換した時期であるにもかかわらず、高齢者のケアは基本的には家事領域に包含されうる老親扶養の問題として、あいかわらず“身内の女性”によって家族内で処理されてきたのである⁶。介護保険制度以前に制度化⁷されていた「(社会福祉) 施

† 本稿は、地域包括ケアシステム調査研究委員会(2005)『地域包括ケアにおける在宅ケア体制確立のための連携体制のあり方等に関する研究報告書』(平成17年3月、社団法人生活福祉研究機構)の「地域包括ケアの担い手とケアマネジメント・ネットワークの構築」(同報告書、第1部・第2章、井上信宏執筆)をもとに、大幅な加筆修正を加えたものである。

本稿のもととなった上記報告書の作成においては、委員長の土田武史氏(早稲田大学)をはじめとする委員会参加者から数多くの有益なコメントを戴いた。ここに記して感謝の意を表したい。もちろん残された誤りは著者の責任である。

‡ 信州大学経済学部(〒390-8621 長野県松本市旭3-1-1), E-Mail: inoue@econ.shinshu-u.ac.jp, URL: <http://www.digital-agera.com/homepage/>

1 春日キスヨ(2001)『介護問題の社会学』岩波書

店。

2 1950年の平均寿命は、男58.0歳、女61.5歳であったが、高度経済成長末の1973年には、男70.7歳、女76.0歳にまで伸びていた。

3 新村拓(1992)『ホスピスと老人介護の歴史』、法政大学出版局。特に同書「第3部 現代医療の歴史と課題」が詳しい。

4 政府は1973年に70歳以上の医療費を無料化し、1983年に老人保健法の制定時に再有料化した。

5 1986年には基礎年金(国民年金)が導入され、1989年には国民年金にも二階部分(国民年金基金)の創設と20歳以上の学生の強制加入が決まった(いずれも実施は1991年)。

6 高齢者のケアに対する家族の対応のなかで「老親扶養」の意識が比較的弱くなるのは、1980年代半ば以降のことである。〔春日(2001)前掲書、第1章〕

設における援助」は、「病気がちで身よりのない老人など健全な社会生活を営むうえで何らかの障害がある者を収容⁸⁾援護する⁹⁾」ことが目的であり、老人家庭奉仕員⁹⁾の派遣もまた「被保護老人」の要援護者に対する援助として、公的扶助の現物給付に近い位置づけをもって実施されていたに過ぎない。そのため、介護保険制度以前のいわゆる措置時代の高齢者の生活スタイルは、慢性病の治療行為を通院という形で医師という専門職に任せながらも、基本的には同居・別居の家族のケアを受けて在宅で生活するのが基本モデルであり（①家族内老親扶養モデル）、いわゆる老人ホームなどの施設入所は、日常生活に援護を必要とする者（被保護老人）に対する行政処分（措置）を経て“収容”という形で行なわれ（②施設収容生活モデル）、在宅で生活する高齢者への老人家庭奉仕員の派遣も非課税世帯等に限定されたサービスに他なら

ず（③高齢者生活保護モデル）、②や③の行政処分対象にはならないが、家族内老親扶養によるケアが破綻した事例が社会的入院を余儀なくされ（④社会的入院モデル）、1980年代後半には、老人医療費の高騰と相まって新たな社会問題となってきたのである。

こうした高度経済成長から1980年代前半の高齢者生活スタイルのパターンの背景¹⁰⁾には、高齢者の生活スタイルのあるべき“理想型”を「家族内老親扶養モデル」におく社会的な規範性が強く埋め込まれていたため、それ以外の選択肢をとる場合には、高齢者もその家族も社会的なスティグマを感じる事が強く、「家族内老親扶養モデル」の維持は多くの人に支持されると共に、人々の行動を導き規制するイデオロギーとして強く機能していたといえる。

7 『厚生白書』にみる在宅介護労働の構築過程については、森川美絵（1999）「在宅介護労働の制度化過程：初期（1970年～80年代前半）における領域設定と行為者属性の連関をめぐって」、『大原社会問題研究所雑誌』（No.486；1999年5月；23-39）法政大学大原社会問題研究所、が詳しい。

8 厚生省（当時）（1969）『厚生白書』。

9 老人家庭奉仕員派遣制度は、1962年に全国制度化され、1970年代前半まで毎年増員が図られた。その後、増員抑制がみであったが、1982年には「家庭奉仕員派遣事業充実強化」のために派遣要綱の改定が行われ、派遣対象要件から低所得要件が削除され、日常生活に支障がある概ね65歳以上の者がいる家庭で、その家族が老人の介護を行えないような状況がある場合に派遣されることになり、派遣回数も週2回以上という要件が削除され、原則1日4時間、週6日、週当たり18時間（のべ）を上限としてサービス量を調整することとされ、家庭奉仕員が急増されることになった。〔森川（1999）前掲論文〕

10 「家族内老親扶養モデル」がイデオロギーとして機能するためには社会環境のあり方にも注意を払う必要がある。本稿が焦点をあてる時期の社会環境の変化については、山田昌弘氏のいささかチャレンジングな題名を持つ「男に高齢者介護はできない？」という小論で比較的分かりやすくまとめられている〔山田昌弘（1999）『家族のリストラチャリング：21世紀の夫婦・親子はどう生き残るか』新曜社、所収〕。同論では、高度成長期の介護

は、①平均寿命が短く医療水準も相対的に低いために要介護高齢者の出現頻度が低く、②高度成長によるサラリーマンの夫と専業主婦の妻という家族形態が増加し、介護労働力として既婚女性が期待でき、③専業主婦の一日の活動時間に占める家事労働時間がもともと長いために、当時の介護が加わっても大きな負担増とは感じることがなかった、④高度成長で生活水準が上昇していたので、介護負担を重いと感じる感覚が薄められ、⑤きょうだい数が比較的多く、一人当たりの負担が少なくてすんだために、介護負担が現在ほど問題にならず家族で介護が可能となり、高度成長の終焉とともに、これらの“好条件”が全て失われたために家族介護が不可能となったとされている。初出がいわゆる総合雑誌ということもあってか論証の薄いところもあるが、同時代を生きてきたふつうの人たちが無理なく同意できる指摘である。

11 介護保険制度の導入によって〈介護の社会化〉が実現したものの、在宅介護における主たる介護者が女性であるというケアワークをめぐるジェンダー不平等の問題は未だに残存しており、従来の家族内老親扶養モデルを大きく転換することになっていないと指摘する研究は多い〔例えば、春日（2001）前掲書〕。そればかりか、〈介護の社会化〉によって大量に需要されたケアワーカーの大半は女性である。「家族内老親扶養モデル」は家族基盤の弱体化と〈介護の社会化〉によって変容をきたすことになるが、依然としてケアワークをめぐるジェンダー不平等は解決されていない。

2. 〈ケアの包括性〉のゆらぎとケアマネジメントの〈ねじれ〉

(1) 家族内老親扶養モデルから〈介護の社会化¹¹⁾〉へ — 〈ケアの包括性〉のゆらぎ —

家族内老親扶養モデルを支える社会環境の変化と家族基盤の弱体化に対して、「家族基盤の充実」を唱えて「日本型福祉社会」が1980年代はじめに議論されたが¹²⁾、加速度的な高齢化と高齢者世帯の増加は不可避免的に高齢者ケアの問題を顕在化することになった。

こうした社会状況の変化に対して、1989年に厚生省(当時)が策定した「高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略」(ゴールドプラン)は、デイサービスやショートステイの整備、ホームヘルパー¹³⁾の養成といった在宅介護サービスの供給充実化とその一般化の方向性を強く打ち出したもので、そこにはこれまでの高齢者を対象とする政策理念の大きな転換が認められる。その後、95年度にゴールドプランを見直す形で新ゴールドプランが策定され、急速に進む高齢化に対応するために高齢者介護に関連する施設が各地につくられ、ケアワーカーの需要が軒並み高まることになった。

1990年代のゴールドプランならびに新ゴールドプランといった厚生省の施策展開によって、1970年代半ばに転換した在宅福祉を中心とする政策理念を前提としながら、高齢者向けの在宅介護をサポートするリソースがヒトとモノの双方で蓄積されることになり、そうしたリソースの蓄積を待って、2000年4月には介護保険制度が導入されるのである。

介護保険制度では、事業運営を公的な管理の

もとに置きながらも、一定の条件を満たした指定事業者を高齢者介護のサービス供給市場に参入させることで介護サービス市場を準市場として設定し(介護サービス供給システムの創出)、要介護認定を受けた65歳以上の第一号被保険者全員に対して、それぞれの人が必要とする介護サービスを、「居宅サービス計画」(ケアプラン)の作成を通じてケア・パッケージ化し、全国一律の値段で提供する(介護サービス需要システムの創出)ことによって〈介護の社会化〉が実施されることになったのである¹⁴⁾。

「措置制度から契約制度へ」といわれる介護保険制度によってもたらされた高齢者のケアをめぐる政策理念の変容は、〈ケアの包括性〉にも大きな転換をもたらすことになった。家族内老親扶養モデルを基本とする措置時代は、高齢者の生活は基本的に継続性と閉鎖性をもった家族内部で営まれており、医療サービスを家族外の専門的なサービス供給者(医師)に頼るほかは、ケアの大半は家族内部で供給されており自己完結していた。施設収容生活モデルや高齢者生活保護モデルは、家族内老親扶養モデルの外延に位置するものであり、家族扶養による生活保障を得られない人に対して、行政の責任のもとで行なわれる一部の例外的なサービス(行政処分)に他ならなかった。その意味では、原則的には高齢者ケアは家族内部で閉じられており(自己完結)、高齢者の生活をトータルにとらえる〈ケアの包括性〉が改めて社会問題となることはなかったのである。

介護サービスのリソースを分節化(専門分化)

12 自由民主党(1979)『日本型福祉社会』(自由民主党研修叢書8)自由民主党広報委員会出版局。「日本型福祉社会」への批判は、井上信宏(2001)「戦後日本の労働市場政策の展開とジェンダー」〔竹中恵美子(編)『労働とジェンダー』(叢書 現代の経済・社会とジェンダー、第2巻)明石書店、所収)、大沢真理(1993)『企業中心社会を超えて：現代日本を〈ジェンダー〉で読む』時事通信社、に詳しい。

13 ゴールドプランでは、1990年～99年までの10年

間でヘルパーの数を約3万人から10万人に増員することが策定された。これに合わせて家庭奉仕員派遣事業は廃止され、「ホームヘルプサービス事業」が新たに設定された。

14 民間介護事業の効率的・安定的推進のための調査研究委員会(2002)『民間介護事業の効率的・安定的推進のための調査研究報告書：事業経営と在宅介護労働力問題』(平成14年3月)、生活福祉研究機構。

表1 〈ケアの包括性〉をめぐる論点の転換

措置時代	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村（行政）が、当該地域の住民の福祉に一定の責任を持つ。 ・市町村（行政）は、地域住民の福祉ニーズを幅広くトータルに把握し、どのような福祉ニーズが必要かを評価し、自ら／委託で当該サービスを提供する。 ・制度上では、「家族」による閉じられたケア（家族内老親扶養モデル）が基本であり、市町村（行政）によるケアサービスの提供は例外的な措置に他ならず、〈ケアの包括性〉が社会問題視されることはなかった。 	<p>「家族」と「行政」による 〈ケアの包括性〉の一義的保障</p>
契約時代（介護保険以降）	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村（行政）は、一義的にサービス提供を義務づけられた主体ではない。 ・ケアサービスを提供する主体が複数となり、利用者にはサービスの選択と契約が必要となる。 ・ケアサービスの選択と契約において、「ケアマネジメント」という考え方が「居宅介護支援／居宅サービス計画」という方式で導入され、その仕事を専担する専門職として介護支援専門員（ケアマネジャー）が創設される。 ・家族成員以外の専門家によるケアワークの提供が一般化する。 ・要介護者のケアのトータリティが、家族成員によるものとそれ以外のもの、介護保険制度によるサービスとそれ以外のサービス等に分断されることになり、要介護者の視点からの〈ケアの包括性〉が新たな社会問題となる。 	<p>①介護サービス利用の一般化 ②サービス供給の分化（多元化） ③「家族」内部への専門家の進出による〈ケアの包括性〉のゆらぎ</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>ケアマネジメントによる 〈ケアの再包括〉</p> </div>

して提供し、その利用の一般化をはかる介護保険制度によって、これまで家族内部で閉じられていた高齢者ケアの一部は、家族内部から引き出され、社会の中で対応することが可能になった。〈介護の社会化〉といわれるこうした施策は、実際には個別の専門家（ケアワーカー）が利用者宅に向いてサービスを提供することになるのであるが、これはひとりの要介護高齢者に対するケアの担い手の多元化であり、家族成員以外の担い手が高齢者の日常生活に入り込むことが一般化することを意味している。ケアを必要とする高齢者の日常生活をみる限り、その生活は継続性と一貫性をもつ連続的な行為のトータリティをもち、その一つひとつは細かく分節することが困難なものである（要介護高齢者の日常の連続性）。介護保険制度は、そういった要介護高齢者の日常生活のトータリティを、「ケア・ニーズ」によって分節化し、時間と専門性を基軸にケア一般を家族成員と家族成員外の専門家によって分担（分断）することで、社会的に取り扱い可能な「ケア・パッケージ」を作り出したのである（ケアワーカーのサポート

の分断性）。介護保険制度以降、それまでの自己完結的な家族内老親扶養モデルが〈介護の社会化〉によって揺さぶりを受け、それが〈ケアの包括性〉のゆらぎを顕在化することで、〈ケアの包括性〉が改めて社会問題として指摘されるようになった所以である。

(2) 1990年代の在宅介護支援センターに期待されたケアマネジメント機能

こうした〈ケアの包括性〉のゆらぎを最小限にして、要介護高齢者やその家族のニーズに最適のサービスを調整＝マネジメントする必要性は、1987年に市区町村毎に「高齢者サービス調整チーム」が創設されたおりに、すでに行政サイドにおいても認識されていた。但し同施策が検討されていた1986年の段階では、いわゆる公的サービスと民間サービスを含めて「対象者に最も近いサービス提供者である市町村の行政展開のなかで、福祉・保健・医療等の総合的・一元的推進を図ることが不可欠である」という考え方でサービスの総合調整を行うシステ

ムの構築の必要性が唱えられていたにすぎず¹⁵、ニーズの分節化とケア・パッケージのマネジメントといった〈ケアの再包括〉の視点よりは、サービス供給の調整という側面の方が強調されていたといつてよい。

そもそも「ケースマネジメント」や「ケアマネジメント」といわれる「生活援助システム」は、「要介護者やその家族がもつ生活課題（ニーズ）と社会資源を結びつけることで在宅生活を支援すること¹⁶」が目的であり、このシステム自体は、これまで社会保険制度を基盤とする介護保険とは独立して整備されてきたものである¹⁷。アメリカやカナダ、イギリスやオーストラリアなどは、介護保険制度が整備されていないが、ケアマネジメントシステムが機能しているし¹⁸、日本に先行して介護保険制度を整備したドイツでは、ケアマネジメントシステムは制度化されていない。

日本でも、1989年の「ゴールドプラン」によって、「在宅の寝たきり老人等の介護者に対し、在宅介護に関する総合的な相談に応じ、在宅の寝たきり老人等及びその介護者の介護等に関するニーズに対応した各種の保険・福祉サービスが総合的に受けられるように市町村等関係行政機関、サービス実施機関等との連絡調整等の便宜を供与し、もって地域の要介護老人およびその家族の福祉の向上を図る¹⁹」ために、中学校区毎に在宅介護支援センターの整備を行なうことが決まったときには、その具体的な機能としては、生活援助システムとしてのケースマ

ネジメント（ケアマネジメント）が考えられていたのである²⁰。

在宅生活をおくる要介護高齢者に対して、個別の生活課題（ニーズ）や援助目標に対応した介護サービスが効果的に得られるように、さまざまな介護サービス供給主体がそれぞれの専門性に応じて提供する保健・医療・福祉にわたる各種サービスを、一体的かつ効率的にパッケージ化する作業は容易なものではない。〈ケアの包括性〉という観点から考えると、制度的にも異なったサービス体系をもち、それぞれの中で専門職としての自律性をもちながら個別に提供される“多分野、多職種のサービス”を、一人ひとりの要介護高齢者ごとにパッケージ化するためには、当該地域の保健・医療・福祉のサービス状況（社会資源）を正確に知っているばかりか、要介護者とその家族の生活全般の状況を総合的に把握して、生活全般にわたる解決すべき課題（ニーズ）を的確に分節化し、それぞれに対して必要とされるケアをパッケージ化する必要がある²¹。

「ゴールドプラン」によって1990年度から導入された在宅介護支援センターは、1994年に老人福祉法第20条7の2において「老人介護支援センター」として法的な根拠をもつに至り、地域のケースマネジメント機関としての事業が実践されることになっていたのであるが、実際には、在宅福祉サービスは原則として申請主義をとっており、在宅の要介護高齢者を抱えた家族が気軽に利用できるシステムではなかつ

15 法政大学大原社会問題研究所（編）（1988）『日本労働年鑑』（第58集：1988年版），労働旬報社，pp.473-475。1987年度の予算措置で認められた「高齢者サービス総合調整推進事業」のなかのひとつが市町村レベルにおける「高齢者サービス調整チーム」の設置であった。

16 介護支援専門員テキスト編集委員会（編）（2003）『改訂 介護支援専門員 基本テキスト』（第2巻 介護支援サービスと介護サービス），（財）長寿社会開発センター。

17 白澤政和（1992）『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，では、ケースマネジメントを「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」（p.11）と位置づけている。

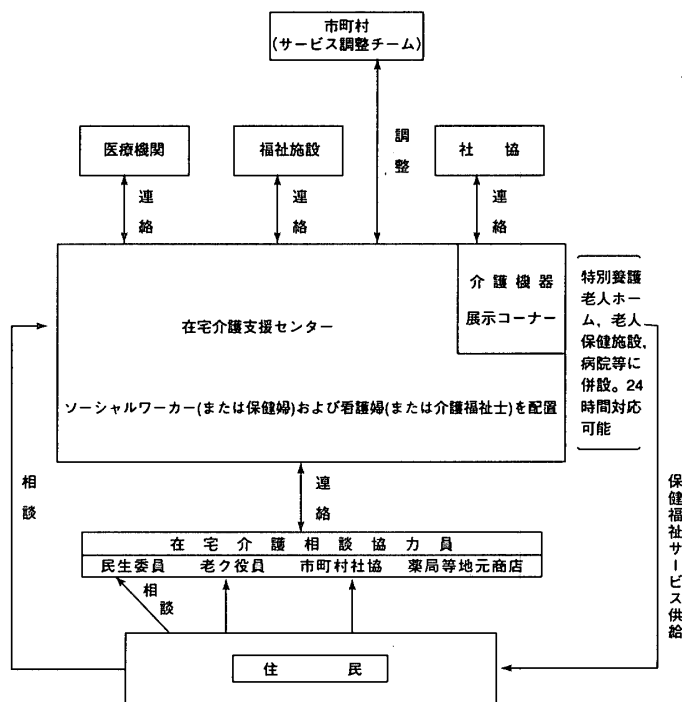
18 白澤（1992）前掲書，第8章。

19 全国在宅介護支援センター協議会（編）（1994）『在宅介護支援センター運営要綱』，p.1より。

20 白澤（1992）前掲書，第9章，および，地域ケアマネジメント推進のための調査研究委員会（2004）『地域ケアマネジメント推進・定着のための調査研究報告書』（平成16年3月）生活福祉研究機構，第1部，第2章を参照のこと。

21 白澤（1992）前掲書，第6章参照。

図1 設置当初の在宅介護支援センターのシステム



白澤政和 (1992) 『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規, p.171より。
 (原典：シルバー新報編集部 (編) (1992) 『在宅介護支援センターハンドブック'92』, 環境新聞社, p.11)

たといってよい。

(3) 「居宅介護支援」と「ケアマネジメント」の〈ねじれ〉

2000年に導入された介護保険制度は、保険リスクに対応する基金の管理と提供サービスの一元的管理（給付管理）に加えて、ケアマネジメント機能の一部を「居宅介護支援」として制度の中に組み込み、それ担当する専門職として「介護支援専門員」（ケアマネジャー）を創設することによって、一人ひとりに必要とされる在宅介護のケアプランを作成し、ケア・パッケージのモデルまで呈示するシステムを新たに制度化した。介護保険制度と居宅介護支援という原理が異なる制度²²を同じ法律の中に組み込んだことが、日本の介護保険制度の最大の特徴と言

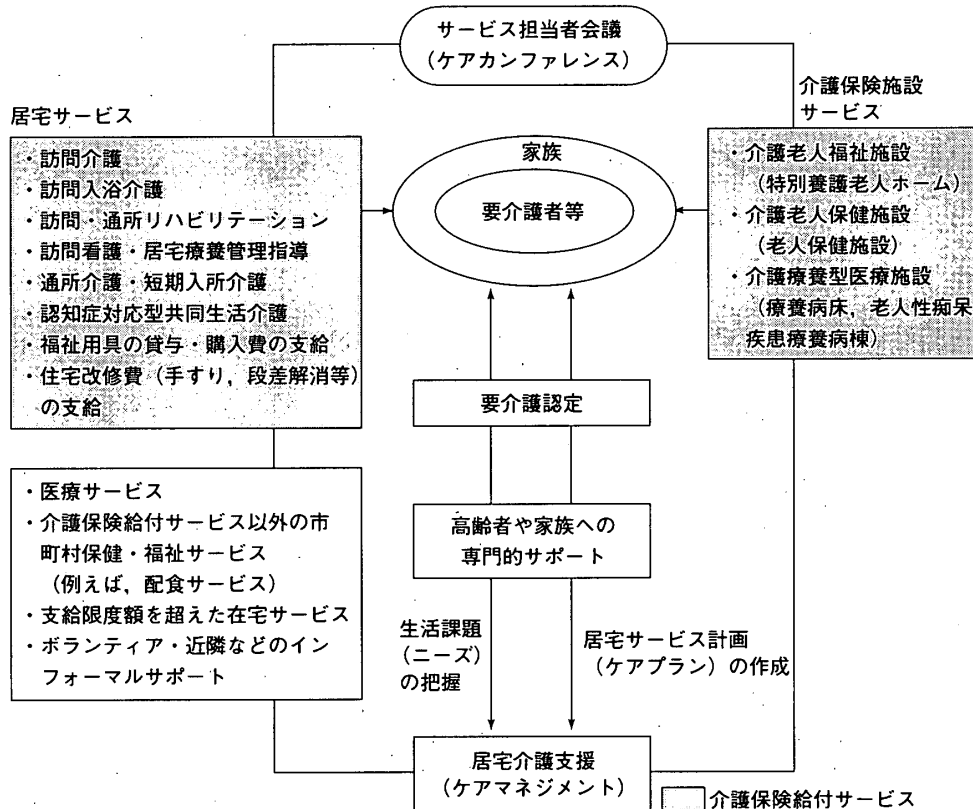
えるだろう。

介護保険制度によって制度化された「居宅介護支援」では、介護支援専門員（ケアマネジャー）が、要介護高齢者やその家族が地域生活を送るうえでの生活課題（ニーズ）と社会資源を結びつけることによって、介護保険制度が不可避的にもつ〈ケアの包括性〉のゆらぎを最小限に抑え、要介護高齢者やその家族の日常生活のトータリティを損なうことなく〈ケアの再包括〉を実現することが期待されているのである。そのため、一般には「居宅介護支援」と「ケアマネジメント」は同じ意味をもつものとして扱われることが多いが、その両者は厳密には重ならない。そして、両者が厳密には重ならず、〈ねじれ〉の関係にあるという事実が、〈ケアの包括性〉をめぐるケアマネジャーの職務のゆらぎに直接繋がっているのである²³。

22 「介護保険制度」は社会保険原理に基づく社会的なリスク分散のシステムであるが、「居宅介護支援」は生活援助システムの一機能に他ならず、理論的には介護保険制度とは必ずしも結びつくものではない。

23 地域ケアマネジメント推進のための調査研究委員会 (2004) 前掲書, 「第3部 ケアマネジャーの位置づけと機能」に、現場のケアマネジャーが抱える問題がまとめられている。

図2 「居宅介護支援」と「ケアマネジメント」の関係



介護支援専門員テキスト編集委員会（編）（2003）『改訂 介護支援専門員 基本テキスト』（第2巻 介護支援サービスと介護サービス），p.47より。

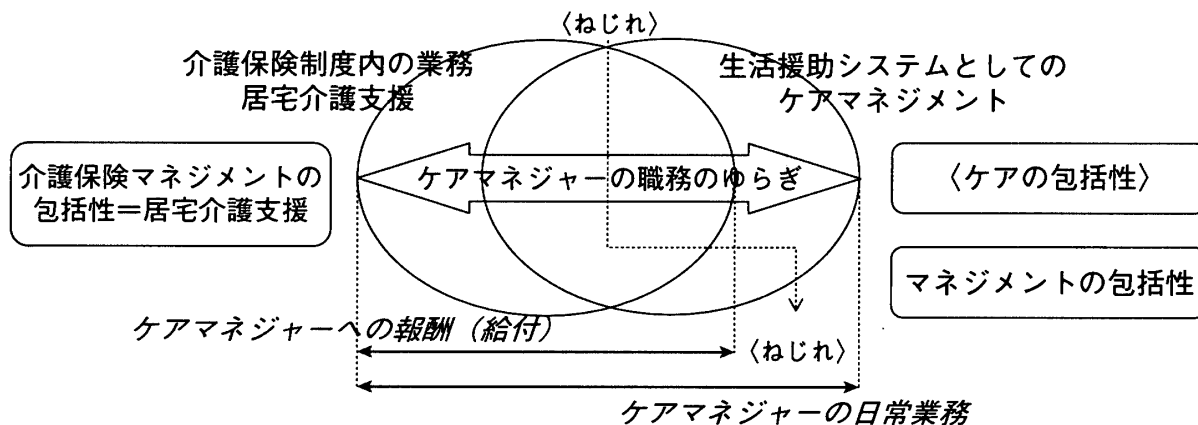
図2に示されるように、介護保険制度が包摂する領域（介護保険給付サービス）は、いわゆる「居宅サービス」と「介護保険施設サービス」に限定されている。介護保険制度によって制度化された「居宅介護支援」では、まずは何よりも「介護保険給付サービス」におけるマネジメントを行うことが、ケアマネジャーに求められているのである（介護保険マネジメントの包括性）。それは、介護保険法にも明記されており、同法の第79条2では、介護支援専門員（ケアマネジャー）は、「要介護者等からの相談に応

じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じた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、居宅サービス事業所を行う者、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政令で定める者」と定義されている。同法第7条の5（居宅サービスの定義）、第7条の20（施設サービスの定義）と併せて読めば²⁴、ケアマネジャーが担うべき業務は介護保険制度のもとで機能するケアマネジメント

24 「この法律において「居宅サービス」とは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護及び福祉用具貸与をいい、「居宅サービス事業」とは居宅サービスを行う事業をいう。」（介護保険法 第7条5）、「この法律において「施

設サービス」とは、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス及び介護療養型施設サービスをいい、「施設サービス計画」とは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、又は介護療養型医療施設に入所しているよう介護者について、これらの施設が提供するサービスの内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画をいう。」（介護保険法 第7条20）

図3 「居宅介護支援」と「ケアマネジメント」の間でゆらぐケアマネジャーの職務



に限定され、当該サービスの外延は介護保険サービスということになるだろう。

しかしそれは、概念上の規定に他ならず、実際ケアマネジャーが地域の現場で行なっているケアマネジメントは、明らかに介護保険サービスの外延を越えている。居宅サービスや介護保険施設サービスだけでは、要介護高齢者等のニーズに応えることができないのは明らかである。特に今後、介護老人保健施設から在宅介護への流れがクリティカル・パス等の整備によって増加し、ターミナルケアまで射程にいれた在宅介護が求められるようになると、ケアマネジメントにおいて医療サービスの調整を必要とするケースが格段に増加し、介護と医療の連携の必要性がこれまで以上に高まることが予想されている。しかし、ケアマネジャーが扱う医療サービスは、制度上では訪問看護サービスあるいは一部の介護保険施設サービスに限定されており、ケアマネジャーが医療サービスの全てをマネジメントする立場にいるわけではない。こうした、医療サービスと介護サービスの連携という在宅ケアの最も根幹に位置するサービスのコ

ーディネートでさえ、介護保険制度によって位置づけられるケアマネジャーの立場の相対的弱さと相まって、うまく機能していないところが多いのが実情である²⁵。

このような制度上の限界があるにもかかわらず、すでにケアマネジメントの現場では、介護保険制度内の業務にとどまらず、「生活援助システムとしてのケアマネジメント」という本来の考え方のもとで活動を行うケアマネジャーが増えてきている²⁶。ケアマネジャーの多くが参照する『介護支援専門員基本テキスト』では、介護支援専門員の仕事を「要介護者等やその家族と共同して、要介護者等が在宅生活をしていくうえでの生活課題（ニーズ）を明らかにし、これらのニーズに合致する社会資源と結びつけることで、要介護者等の生活の質を高め、自立を支援すること」としており²⁷、これを文字通りうけとることになれば、ケアマネジャーが行なうケアマネジメントでは、現行の介護保険制度の外延（居宅介護支援）を遥かに越える調整が期待されているのである。

25 地域における民間介護事業推進のための調査研究委員会（2003）『地域における民間介護事業推進のための調査研究報告書：介護保険のサービス運営における組織と人のネットワーク』生活福祉研究機構，を参照。

26 地域ケアマネジメント推進のための調査研究委員

会（2004）前掲書，第2部，第2章の兵庫県伊丹市の事例分析を参照。

27 介護支援専門員テキスト編集委員会（編）（2003）前掲書，「第2巻 介護支援サービスと介護サービス」。

(4) 〈ケアの包括性〉のゆらぎとケアマネジメン
トの〈ねじれ〉を調整するケアマネジ
ャーという主体

ゴールドプランに牽引された1990年代の高
齢者介護において、生活援助システムとしての
ケアマネジメンを実践する機能が期待されて
いたのは在宅介護支援センターであった²⁸。
1990年代の半ば、介護保険制度の策定のため
のブレインストーミングの段階では、在宅介護
支援センター協議会が会員向けの会報において
「在宅介護支援センターはケアマネジメンの中
核機関たりうると考えている²⁹」と主張する
ほどであった。

しかし、2000年に導入された介護保険制度
では、介護保険給付サービスに関わる部分が
「居宅介護支援」として、生活支援システムと
してのケアマネジメンから分節化され、当該
部分の専担者として介護支援専門員（ケアマネ
ジャー）が制度化されることになった。その結
果、在宅介護支援センターは、地域唯一のケア
マネジメン機関ではなくなったばかりか、介
護保険の給付対象であるケアプラン作成をめ
ぐって同一地域の居宅介護支援事業所と競合関
係に置かれることになったのである³⁰。

介護保険制度以降、ケアマネジャーによる
「居宅介護支援」を“ケアマネジメン”と見
なす認識が強まり、介護認定と要介護度を基
盤とする介護保険給付が結びついたケア・ニ
ーズ（有効需要を伴う限りでのニーズ）という指標

を通じて、いったん利用者の日常生活のトータ
リティを分節化した上で各種サービスをパッケ
ージ化することで〈ケアの再包括〉を行なうプ
ロセスがケアマネジメンとして理解されるよ
うになったのである。しかしながら、介護保険
制度によって、いかにケアマネジメンが限定
的に再措定されたとしても、ケアプランの作成
においては、利用者の日常生活のトータリティ、
すなわち〈ケアの包括性〉を設定することが欠
かせない。“利用者の自宅”という在宅介護の
現場に赴き、利用者とその家族を目の前にお
いてケアプランを作成することになれば、ケア
マネジャーは利用者の日常生活のトータリティを
考慮しながら、〈ケアの包括性〉を設定するこ
とを余儀なくされるのである。

その結果、要介護高齢者とその家族に最も近
いところでケアプランを作成する現場のケアマ
ネジャーが、要介護高齢者の生活形態の変化と
家族機能の変容によって不可避免的に生み出され
た〈ケアの包括性〉のゆらぎと、介護保険制度
によるケアマネジメンと居宅介護支援の分断
による〈ケアの再包括〉の双方を実践する主体
として位置づけられることになってしまってい
るのである。

しかし、ケアマネジメンをめぐる系譜のな
かで生じてしまった制度の〈ねじれ〉を、ケア
マネジャーに引き受けさせることはこれ以上不
可能である。すでにケアマネジャーの激務化の
問題は、ケアワーカーの「燃え尽き症候群（パ
ーンアウト）」と共に社会問題化しつつあるが³¹、

28 次ページの表2を参照のこと。

29 全国在宅介護支援センター協議会（編）（1995）
『ネットワーク』（会報，Vol.16）。

30 それまで人件費補助方式による国庫補助金によ
って運営されていた在宅介護支援センターは、介
護保険制度導入に伴う運営費の見直しを受けて、居
宅サービス計画費を差し引かれた基本事業費のみ
が事業費補助として交付されるだけになり、居宅
介護支援事業を積極的に行わない限りは以前と同
水準の事業費を確保することができなくなった。
こうした介護保険制度による在宅介護支援セン
ターの運営環境の変化についての詳細は、藤原苗
（2000）「在宅介護支援センターのケアマネジメン

ト実践：介護保険の影響による変化と課題」、関西
学院大学社会学部『社会学部紀要』第88号（2000
年10月），p.51，および、地域ケアマネジメン推
進のための調査研究委員会（2004）前掲書，を参
照のこと。

31 田尾雅夫・久保真人（1996）『バーンアウトの理
論と実際：心理学的アプローチ』誠信書房。本書
は主に看護師を対象とするものであるが、地域ケ
アマネジメン推進のための調査研究委員会
（2004）前掲書，第3部からは、先進的な地域包
括ケアシステムが実施されている自治体ほどケアマ
ネジャーの激務化が著しい姿が確認できる。

表2 ケアマネジメントの系譜（暫定）——ケアマネジメントの理念／^{ハブ}中核機関・機能／ケアマネジャー——

年月	資料名等	ケアマネジメントをめぐる考え(理念)	^{ハブ} 中核機関・機能について (在宅介護支援センター等)	ケアマネジャーについて
1989年12月	高齢者保健福祉推進十カ年戦略（ゴールドプラン） [厚生省]	<ul style="list-style-type: none"> ○要介護者ならびに介護者のニーズに対応した各種の保健・福祉サービスを総合的に受けられるように市町村等関係行政機関、サービス実施機関等との連絡調整を在宅介護支援センターが行なう。 ○利用者のニーズに対応した包括的ケアマネジメント機関 	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅介護支援センターを中学校区に1カ所（合計1万カ所）整備予定 	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅介護支援センター職員を2名とし、ソーシャルワーカー、看護師、保健師、介護福祉士の異職種を組み合わせることを考える。
1994年12月 新ゴールドプラン発表の直前	高齢者介護・自立支援システム研究会（報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」） [厚生省]	<ul style="list-style-type: none"> ○介護保険制度の仕組みを作る：「高齢者の自立支援」を明記し、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確立、④社会保険方式の導入、を論点として提示する。 ○「ケアマネジメント」のあり方の基礎に言及。 	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅介護支援センターだけでは不十分だという認識はあったが、現存する在宅介護支援センターの位置づけについての言及はない。 ○「ケアプラン作成機関」を創設することが明記される。 	<ul style="list-style-type: none"> ○居宅介護支援事業所につながる論点が提示されることで、ケアマネジメントの専門職が必要となることが示唆される。
1995年11月	「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」に対する意見表明 [全国在宅介護支援センター協議会]		<p>「在宅介護支援センターは、福祉や保健、医療の専門職を持ち、また相談機能、調整機能をその本旨としていることから『新たな高齢者介護システム』において、在宅介護支援センターはケアマネジメントの中核機関たりうると考えている。」</p>	
2000年1月	全国厚生関係部局長会議（資料） [厚生省]	<ul style="list-style-type: none"> ○介護サービスの利用調整（ケアマネジメント）業務の重要性に言及。 ○市町村が「地域ケア会議」を推進することが記される。 	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅介護支援センター運営事業を「総合的な機能」として位置づける 1. 居宅介護支援事業者の指定を積極的に受ける 2. 要介護認定の訪問調査を実施 3. 介護保険外業務（保健福祉サービスの申請代行、介護サービス適正実施指導事業、グループリビング等）を行う ○基幹型在宅介護支援センターを地域ケアの中核と位置づける。 	
2000年4月	介護保険法施行	<ul style="list-style-type: none"> ○「居宅介護支援」「居宅サービス計画」という新しいカテゴリーのケアマネジメントが創設される。 ○「市町村介護保険事業計画」を3年毎に5年を一期とする計画を定める。 	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅介護支援センターについては大きな変更はなかった（予算上の変更はあり）。 	<ul style="list-style-type: none"> ○居宅介護支援を行なう専門職として、新たに「居宅介護支援専門員」（ケアマネジャー）を創設した。
2000年6月	社会福祉法制定	<ul style="list-style-type: none"> ○「地域における社会福祉」を目的に明記した（地域福祉の推進）。 	<ul style="list-style-type: none"> ○「市町村地域福祉計画」、「都道府県地域福祉計画」を策定する。（107条、108条は2003年4月施行） 	
2002年3月	介護保険適用サービス分野における競争状況に関する調査について [公正取引委員会]		<ul style="list-style-type: none"> ○在宅介護支援センターを市町村から請負っている理由は「利用者獲得に繋がるため」という回答が60%を超えている。 	
2003年5月	これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方に関する検討委員会（中間報告） [全国在宅介護支援センター協議会]	<ul style="list-style-type: none"> ○地域型在宅介護支援センター独自で「担当地域ケア会議」の設置、介護予防サービスのコーディネーション、要援護高齢者の発見と支援・保護の体制強化、認知症高齢者への対応、インフォーマルサポートの育成 ○担当地域全体の高齢者を対象とした業務の拡大をはかる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅介護支援センターは、市町村行政の代替機能を担っているという認識（高い公益性） 1. 居宅介護支援事業者への指導・支援 2. 介護予防サービスのコーディネート 3. 要援護高齢者の発見と支援・保護 ○ケアニーズを持つ高齢者への総合相談システム、苦情処理、第三者評価機能的取り組み、を行なう地域ケアシステムの中核に位置づける。 	<ul style="list-style-type: none"> ○基幹型センターの配置職員の資質の維持・向上を図る。

年月	資料名等	ケアマネジメントをめぐる考え(理念)	中核機関/機能について (在宅介護支援センター等)	ケアマネジャーについて
2003年6月	2015年の高齢者介護(報告書) [厚生労働省]	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険制度の枠組みだけでは高齢者の暮らしをトータルに支えることができない。 新しいケアモデルの確立(認知症高齢者ケア) <p style="text-align: center;">↓</p> <p>「地域包括ケアシステム」の確立</p> <ul style="list-style-type: none"> 多分野との連携(多職種協働/住民参加) ケアマネジメントの質の向上 介護保険以外のサービスも含めた様々なサービスのコーディネートを行なう体制の強化 	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険の補完を含めてサービスのコーディネートを行なう在宅介護支援センター等の機関が必要(→そうした機関として在宅介護支援センターを位置づけるためにその機能を強化することが必要)。 在宅介護支援センターと居宅介護支援事業所が区分しにくいことを指摘。 <p style="text-align: center;">↓</p> 役割の再検討と機能の強化を論じる	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジメントの適切な実施と質の向上 <ul style="list-style-type: none"> ケアマネジメントの標準化 困難事例等への支援 ケアマネジャーの中立・公正の確保 様々なサービスのコーディネート 小規模多機能サービス拠点とターミナルケア
2004年7月	介護保険制度の見直しに関する意見 [社会保障審議会, 介護保険部会]	<ul style="list-style-type: none"> 「体系的な見直しが必要な『ケアマネジメント』」 <ol style="list-style-type: none"> ケアマネジメントの「途半ば」という認識 ケアマネの多忙状況の認識 サービスモデルの転換(3パターン) <ol style="list-style-type: none"> 介護+予防モデル 身体ケア+認知症ケアモデル 家族同居モデル+独居モデル 介護予防システムを実現するための統一的なケアマネジメント 包括的・継続的なマネジメントの強化 地域を支える基盤づくりと普遍的なシステムの確立 	<p style="text-align: center;">ケアマネジメント機関の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 二重指定制度の導入, など <p style="text-align: center;">「地域包括支援センター」</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅介護支援センターの中に「役不足のところ」があることを指摘 介護予防マネジメント 介護以外のサービス支援等を含む体制 責任主体は「市町村」, 地域に開かれたものを作る 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネの多忙状況の認識 <ol style="list-style-type: none"> 介護サービス以外のサービスをケアマネが対応している 処遇困難ケースを抱え込んでいる ケアマネの専門性の確立と研修・資格制度の見直し 介護職員全体の資格要件の見直し
2004年9月	全国介護保険課長会議(資料) [厚生労働省]	<ul style="list-style-type: none"> 地域密着型サービスの提供 ケアマネジメント体系の見直し 包括的・継続的なマネジメントの強化 <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">「地域包括支援センター」</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「地域包括支援センター」のコンセプトを呈示 <ol style="list-style-type: none"> ①総合的な相談窓口機能, ②介護予防マネジメント, ③包括的・継続的なマネジメント, を三つの柱とする 責任主体を市町村とし, 様々な主体に委託可能とする 生活圏域という新しいコンセプトの設定 在宅介護支援センターとの連続性は, 市町村で検討すること 配置する職種(社会福祉士/保健師/スーパーバイザー的ケアマネジャー) 在宅介護支援センターの評価の必要性 (在宅介護支援センターはマネジメントの役割を果たしていない) 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅介護支援センターよりは, ケアマネジャーが包括的な対応を行なっているという指摘 <ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援事業所の併設問題 ケアマネの激務問題 ケアマネジメントの公平・公正の確保 介護支援専門員の専門性の確立 →ケアマネジャーの生涯研修体系 ケアマネジャーの責任の明確化
2004年11月	全国介護保険課長会議(資料) [厚生労働省]	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジメントの徹底(①包括的・継続的なマネジメント, ②ケアマネジメントの公正・中立の確立) 「地域包括ケア」の確立(ケアマネと主治医の連携の強化) 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターの創設 地域包括支援センターのイメージ図の提示 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーの資質・専門性の向上 <ol style="list-style-type: none"> ①研修の義務化・体系化 ②二重指定制の導入 ③資格の更新制の導入 ④主任ケアマネジャーの創設 ケアマネジャー標準担当件数の見直し マネジメントとサービスの分離

本表は筆者作成(但し未完)

(注) この系譜は作成途上のもので、当該期間の関係する資料を全て網羅しているものではない。その意味では、数多くの遺漏があると思われるが、今後の研究で精度を高めていきたい。

組織に所属しながらも他に相談する相手とその時間がないことから、個別ケースの問題を抱え込んでしまいがちなケアマネジャーへのサポートを含めて、生活援助支援としてのケアマネジメントの担い手としてケアマネジャーをどのように位置づけるのかを考えることが喫緊の課題といえるだろう。

その場合、一方では居宅介護支援事業所と競合関係におかれることで介護保険事業者のひと

つに位置づけられながらも、介護保険を含む高齢者福祉の総合相談窓口や高齢者実態把握等の公共性の高い業務を遂行することによって、高齢者の在宅介護において地域ケアマネジメントの中核のひとつとなることが期待されている在宅介護支援センターの公共性の高い機能と制度上の矛盾の見直しが合わせて必要であるということはいうまでもない。

3. ケアマネジメントの系譜にみる「地域包括ケアシステム」

——「地域包括支援センター」の役割とケアマネジメントの再編——

(1) ケアマネジメントの系譜とそこから導出される「地域包括ケアシステム」

1989年の「ゴールドプラン」、2000年の介護保険制度といった、要介護高齢者の在宅介護支援制度の拡充は、要介護高齢者とその家族への在宅介護の支援メニューを格段に増やすことになった。そうしたメニューの拡張によって、一人ひとりの要介護高齢者に対して、地域に存在する社会資源や基本的なサービスメニューを組み合わせ、最も効率的なケア・パッケージをつくるという「サービスの結節点」において、要介護高齢者の日常生活のトータリティを保障するようにマネジメントを行ない、〈ケアの再包括〉を実現する仕事＝ケアマネジメントの重要性が改めて明らかになってきたのである。

在宅介護支援センターや介護支援専門員（ケアマネジャー）は、そうしたケアマネジメントを実際に行なう現場のキーマンとして制度化されたシステムである。しかし、その制度化の過程において、前節で述べたような職務内容をめぐるねじれが生じてしまい、それが現場のケアマネジャーの職務のゆらぎとして顕在化してきたのである。

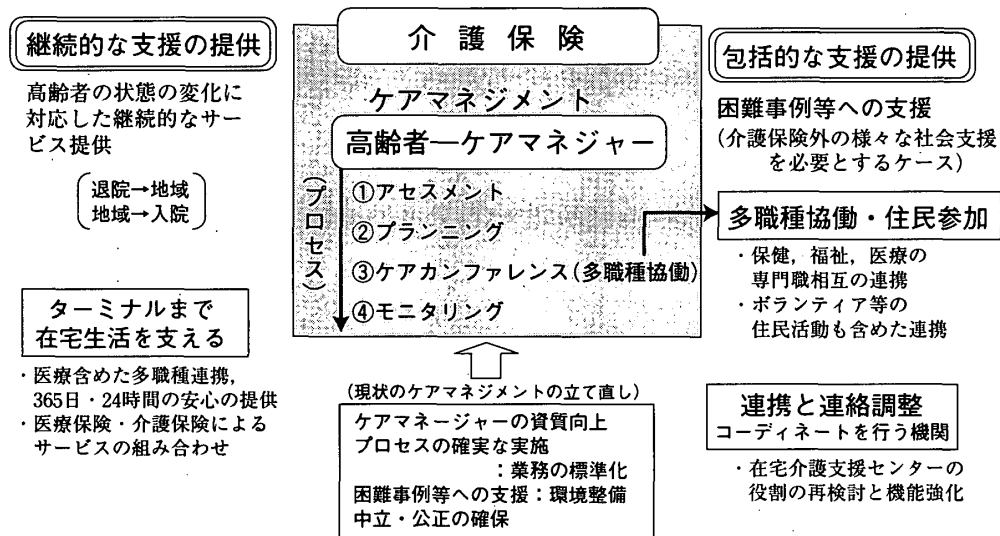
表2は、1989年に策定された「ゴールドプラン」以降、ケアマネジメントの理念やそれを推進する地域の^{ハブ}中核機関とその機能、現場でケアマネジメントを推進するプロフェッション

（在宅介護支援センター職員やケアマネジャー等の専門職）の制度的な見直しと総括がとりあげられた厚生労働省等の報告書や法律、あるいは実務者レベルの全国会議資料をもとにして、そうした言説のなかでそれぞれの論点がどのように扱われてきたのか、その系譜を整理したものである。

〈ケアの包括性〉をめぐる問題が社会問題として認識されるためには、家族内老親扶養モデルの限界が顕在化し、それとともに〈介護の社会化〉の必要性が高まることが必要であった。1980年代半ばには、ケアマネジメントの理念とその基本コンセプトが日本に紹介され、スキームのプロトタイプが1990年の「ゴールドプラン」によって「在宅介護支援センター」として具現化されることになった。表2からも分かるように、前節で明らかとなった〈ケアの包括性〉のゆらぎとケアマネジメントのねじれは、介護保険制度以前に制度化された「ケアマネジメント」の理念と介護保険制度によって創出された「居宅介護支援」の〈ねじれ〉として顕在化することとなり、2003年以降、2005年度の介護保険制度の見直しに向けた作業のなかで社会問題視されてきた論点であることが分かる。

こうしたなかで2005年度の介護保険制度の見直しを前に、1947年から49年生まれの「団塊の世代」が65歳以上になる2015年に照準を合わせて高齢者介護や地域福祉のあり方をまと

図4 地域包括ケアシステムとケアマネジメント



高齢者介護研究会 (2003) 『2015年の高齢者介護』(報告書), 厚生労働省HPより

めた『2015年の高齢者介護³²⁾』では、「介護保険の介護サービスやケアマネジメントが適切に行われたとしても、そのみでは、高齢者の生活を支えきれぬものではない」し、「様々な社会的支援を必要とする人」については「ケアマネジャーだけで問題を解決しようとしても難しいこと」があり、「介護以外の問題にも対応しながら、介護サービスを提供するには、介護保険サービスを中核としつつ、保健・医療・福祉の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケアを提供することが必要である」として、在宅介護支援センターやケアマネジャーを含む、「地域包括ケアシステム」の考え方が新たに呈示されている。

同報告書の「地域包括ケアシステム」では、介護保険制度において、ケアマネジャーが行う「ケアマネジメントが必ずしも十分にその効果を発揮していない」という認識に立って、「ケアマネジャー自身の資質の向上」をはかりながら、「ケアマネジメントに必要なプロセスの標準化」を実施し、「介護以外に生活上の問題を抱える高齢者のケースや困難事例への支援な

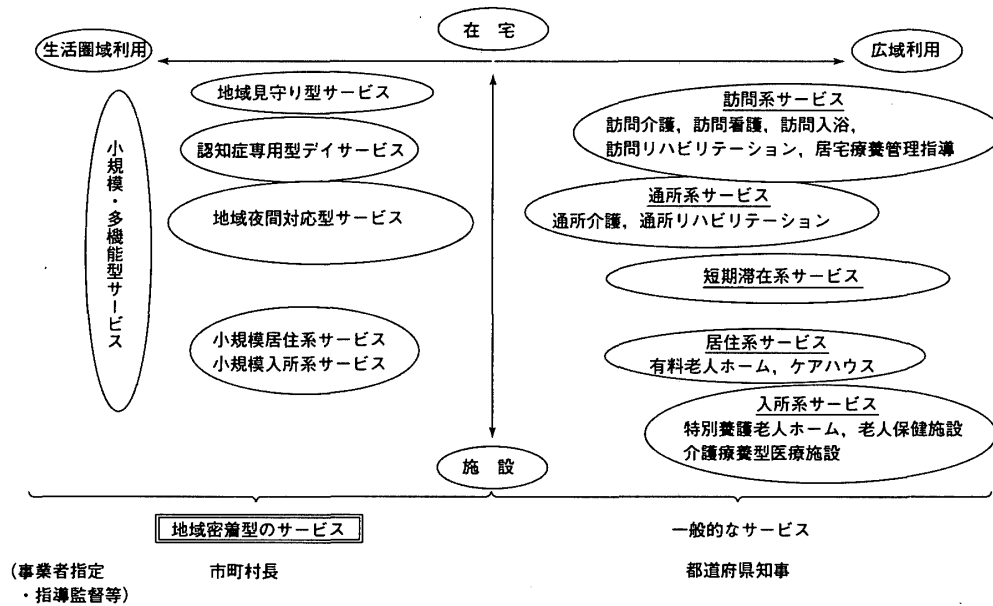
ど、ケアマネジャーが本来果たすべき機能を十分に発揮できる環境整備」を推進し、「ケアマネジャーの中立・公正の確保」を行うことが必要であると論じられている。また、「各種のサービスや住民が連携してケアを提供するよう、関係者の連絡調整を行い、サービスのコーディネートを行う」ために「在宅介護支援センター等の機関が必要となる」と指摘し、「重度の慢性疾患があって同時に要介護度も高いといった重医療・重介護の高齢者の場合であっても、医療を含めた他職種連携による地域包括ケアが提供されるような地域では、医療保険や介護保険を合わせながら、ターミナルケアまで在宅生活を支えることを目標にした地域包括ケアシステムの構築の必要性を説いている。

同報告書における地域包括ケアの考え方は、居宅介護支援という介護保険制度内の業務(ケアマネジメント)のみでは要介護高齢者のケアの全てをカバーすることができないという認識のうえで、「他職種協働・住民参加」を通じて地域で包括的な生活支援システムとしてのケアマネジメントを行なう必要性を改めて指摘しているのである。特に、これまであまり重視され

32 高齢者介護研究会 (2003) 『2015年の高齢者介護：高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて』

(2003年6月)は、<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>による。

図5 地域密着型サービスの創設



社会保障審議会介護保険部会 (2004) 「介護保険制度見直しに関する意見」より

てこなかった、医療と介護の連携の必要性が強調されているところが特徴的である。

(2) 「介護保険制度の見直しに関する意見」
(2004年7月30日)³³

介護保険法の附則第2条で、「法律の施行後5年を目途としてその全般に関して検討が加えられ、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講ぜられるべき」とされる2005年の介護保険制度全般の見直しに先立ってまとめられた社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」では、『2015年の高齢者介護』で指摘された地域包括ケアシステムとケアマネジメントの見直しが、さらに具体的な形で論じられている。なかでも注目すべきは、介護保険制度が初期のころサービスモデルの基本としていた、高齢者が要介護状態に陥った以降のケアに重点をおいた「介護」モデルから

「介護+予防」モデルへの転換の必要性を指摘していることである³⁴。

それに直接関係する介護予防サービスの拡充においては、「(現行の介護保険制度を中心とするシステムの)各制度・事業は統一的な体系とはなっておらず、対象者に空白や重複があるほか、サービスの整合性も確保されていない」うえに、「現在のマネジメントの内容やプロセスも、介護予防にふさわしいものとは言い難い」と指摘し、「利用者にとって最適な『サービスパッケージ』を他職種協働・連携により総合的に『設計』し、提供する」ケアマネジメントに「体系的な見直しが必要」であり、今後は「統一的なマネジメントシステム」の確立が重要な課題となるとまとめている。

また、これまでの介護保険制度が用意してきた一般的なサービスに加えて、「サービス利用が主として市町村の圏域内にとどまるような『地域密着型サービス』」が必要であり、上図の

33 社会保障審議会介護保険部会。同意見書は <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s07305.html> を参照。

34 同意見書では他に、「身体ケア」モデルの「身体

ケア+痴呆ケア」モデルへの、「家族同居」モデルから「家族同居+独居」モデルへの、サービスモデルの転換の必要性を指摘している。

ようなサービスを含めて、「医療と介護の包括的・継続的なマネジメント」を行なうこと、特に公平・公正の確保と包括的・継続的なマネジメントの強化の必要性、ケアマネジャーの専門性の確立ならびにケアマネジメント機関の見直しが具体的に指摘されている。

こうした地域密着型サービスと合わせて、サービスの質の確保・向上のなかで「ケアマネジメントの体系的見直し」を論じる同意見書では、ケアマネジメントのあり方が「介護給付のマネジメント」と「介護予防マネジメント」に分節されて論じられている。前者を従来のケアマネジャーの業務として位置づけ、「包括的・継続的なマネジメントを強化」し、「報酬についても、在宅と施設、医療と介護の連携を評価する方向で見直しを行なう」必要がある、そのためには「ケアマネジャー1人当たりの標準担当件数などの基準の見直しを行なうとともに、独立性を高める方向での報酬の見直し」が必要であるとしている。後者においては「市町村を主体とした『介護予防マネジメント』の確立が必要」とされ、現行の要支援・要介護1といった軽度者の状態の改善・悪化防止をはかる「新・介護給付」と合わせて実施することが期待されている。

同意見書では、「総合的な介護予防システムの確立」や「ケアマネジメントの体系的な見直し」の実施において、「地域における総合的なマネジメントを担う機関」として、新たに「地域包括支援センター（仮称）」の設置が謳われている。ここでは「①地域の高齢者の実態把握や、虐待への対応など権利擁護を含む『総合的な相談窓口機能』、②『新・予防給付』のマネジメントを含む『介護予防マネジメント』、③介

護サービスのみならず、介護以外の様々な生活支援を含む『包括的・継続的なマネジメント』という3つの基本機能」が指摘されている³⁵。

(3) 「地域包括支援センター」のイメージ

「介護保険制度見直しに関する意見」で初めて明らかとなった「地域包括支援センター（仮称）」のイメージは、厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料³⁶」（2004年9月14日および11月10日）によって具体的な姿を見せることになる。

2004年9月14日の「全国介護保険担当課長会議資料」では、明確に「現行の在宅介護支援センターは、高齢者の生活全体を地域において包括的・継続的に支えるためのマネジメントの役割を十分に果たしているとはいえない状況にある」として、「包括的・継続的に支えるためのマネジメントの体制を再構築し、体制の強化を図る観点から」、「地域包括支援センター（仮称）」の創設が説かれている。先の「介護保険制度の見直しに関する意見」（介護保険部会）では既存の在宅介護支援センターと地域包括支援センターの位置づけは明確ではなかったが、地域包括支援センターの責任主体を市町村とし、既存の在宅介護支援センターからの移行については、「各市町村において検討されるべきもの」と記されながらも、今後は、在宅介護支援センターを発展させたものとして地域包括支援センターを位置づけ、これを中心に市町村単位で地域包括ケアシステムを構築することが本省レベルでは期待されているのである。

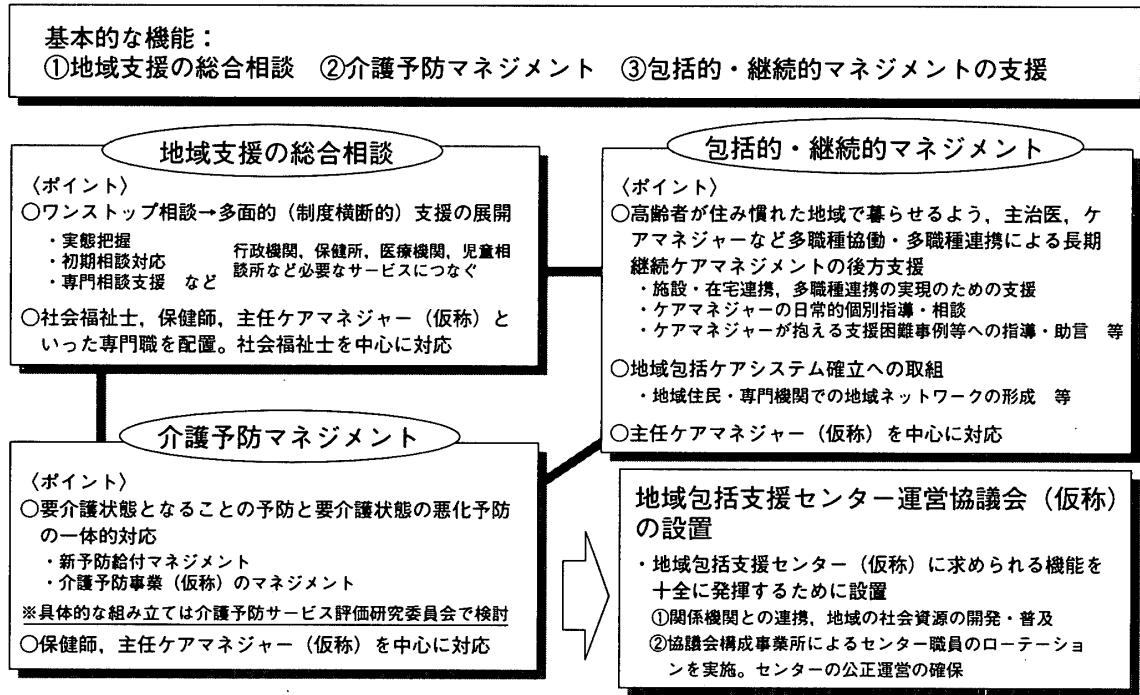
地域包括支援センターは、「支援困難事例等を抱えるケアマネジャーに対する相談・支援や

35 社会保障審議会介護保険部会の検討では、既存の在宅介護支援センターと「地域包括支援センター（仮称）」との関係については、「こうした『地域包括支援センター（仮称）』機能を担う機関を検討する場合、現行の在宅介護支援センターの位置づけをどのように考えるかという問題が生じるが、現行の在宅介護支援センターの中には、その立地や力量の面でこうした役割をゆだねるには十分でな

いところも存在する」ので、「今後の在宅介護支援センターの再編や統廃合、居宅介護支援事業所との役割分担の明確化などをはかりつつ、市町村を責任主体とし、『地域に開かれた』センターとして十分機能できるような運営の在り方について検討する必要がある」という指摘にとどまっている。

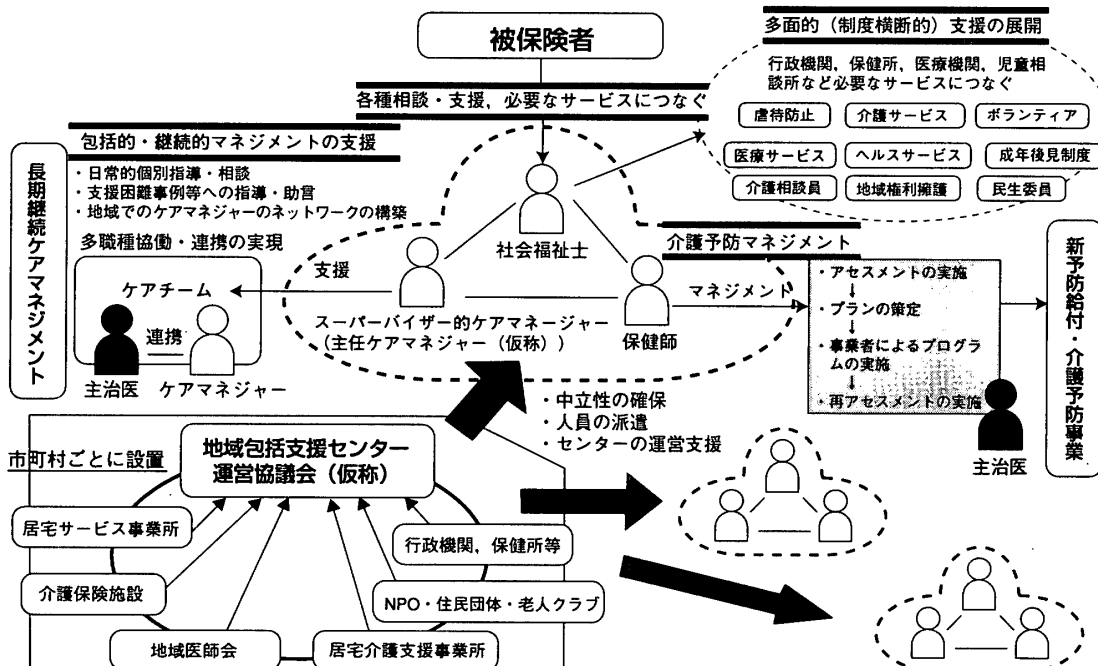
36 同資料はWAM-NET (<http://www.wam.go.jp/>)や厚生労働省のホームページで入手可能である。

図6 地域包括支援センターの3つの基本機能



厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」（2004年11月10日）より

図7 地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ



厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」（2004年11月10日）より

スーパーバイザー的な役割、高齢者に対する情報提供、地域における総合的なマネジメントを実施・調整等を行う役割を担うこと」が想定されており、具体的な機能として「総合的な相談窓口機能」、「介護予防マネジメント」、「包括的・継続的マネジメント（マネジメントの統括）」の3つの基本機能が考えられている（図6参照）。また、「社会福祉士、保健師、スーパーバイザー的ケアマネジャーの保健・医療・福祉に携わる専門職種を必置とすべき」とし、総合的な相談窓口機能を社会福祉士が、介護予防マネジメントを保健師が、包括的・継続的マネジメントをスーパーバイザー的ケアマネジャーがそれぞれ担当することが想定されている。

(4) 地域包括支援センターのイメージに組み込まれた基本コンセプト

在宅介護支援センターやケアマネジャーといった従来のシステムを見直す形で厚生労働省が新たに打ち出した「地域包括支援センター」構想には、介護保険制度を越えるサービスのマネジメントをスムーズに行ない、それぞれの地域において多職種協働・連携を行なうシステムをつくっていくという基本的なコンセプトが埋め込まれている。

前節で詳述したように、生活支援システムとしてのケアマネジメントと居宅介護支援の〈ねじれ〉は、介護と医療の分断、介護保険給付サービスとそれ以外のサービスといった制度上のねじれを起因に、現場のケアマネジャーの職務のゆらぎとケアマネジメントのねじれを生み出していた。地域包括支援センターは、こうしたねじれを解消するために、制度横断的な支援の展開を行なうことで、いわゆる専門と制度の縦割によってバラバラに供給されていた社会資源

を総括して扱うフィールドを創り出し、多職種協働・連携を通じて、ケアマネジメントのネットワークを作り上げることが期待されているのである。

厚生労働省が考える「地域包括支援センターのイメージ」（図7参照）に、異なる教育的背景をもつ3つの専門職を必置とし、それぞれに3つの基本機能を担わせることにしたセンターの人員構成は、かつて異職種による包括的なアセスメントを実施し、包括的なサービス調整を企図した、介護保険制度導入以前の在宅介護支援センターの方法を発展的に採用したものといえる。制度横断的な支援の展開と包括的・継続的マネジメントの支援という考え方は、介護保険制度導入以前と比較して、格段にサービスメニューが増えた今日こそ必要なものであり、そうした制度を越えた社会資源のマネジメントには、異職種の専門家同士がそれぞれの視点から助言や直接的指導をお互に行なうことが必要となる。

もちろん、これまで議論してきたいくつかの論点は、本稿が指摘する〈ケアの包括性〉のゆらぎとケアマネジメントの〈ねじれ〉を直接解決できるようなたぐいのものではない。しかしながら、それぞれの報告書や資料が呈示するタブローの中には、理念として〈ケアの包括性〉のゆらぎやケアマネジメントの〈ねじれ〉から生じる問題の解決を目指すトピックが包摂されていると考えることができる。

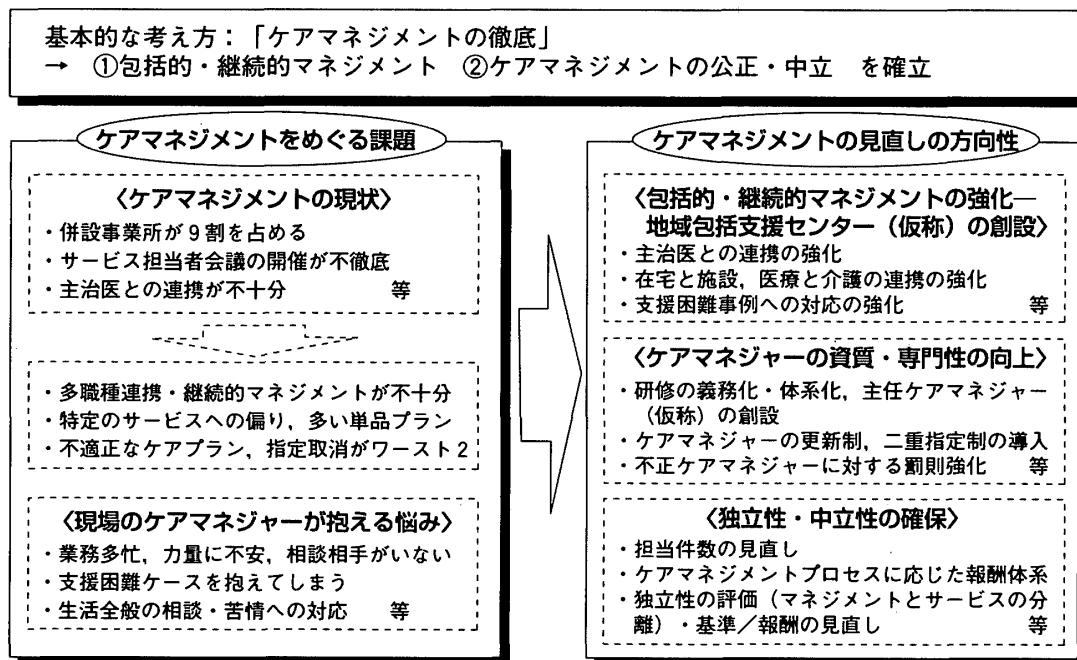
そうしたスキームの具体的な地域への適用においては、さまざまな地域固有の問題と地域の社会資源の偏在という制約条件を考慮しながらタブローの現実化を行なうことが必要となる。特に、ケアマネジメントの現場を担う専門家の果たす役割については、もう少し丁寧な議論が必要となるだろう。

4. 地域包括ケアシステムの担い手としてのケアマネジャー

(1) 地域包括ケアシステムの担い手としてのケアマネジャー

前節でまとめたような地域包括支援センターのスキームの実現は、不可避免的にケアマネジメ

図8 ケアマネジメントの見直しの全体像



厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」（2004年11月10日）より

ント全体の見直しと、ケアマネジャーの仕事のありかたの再構築を要請する。

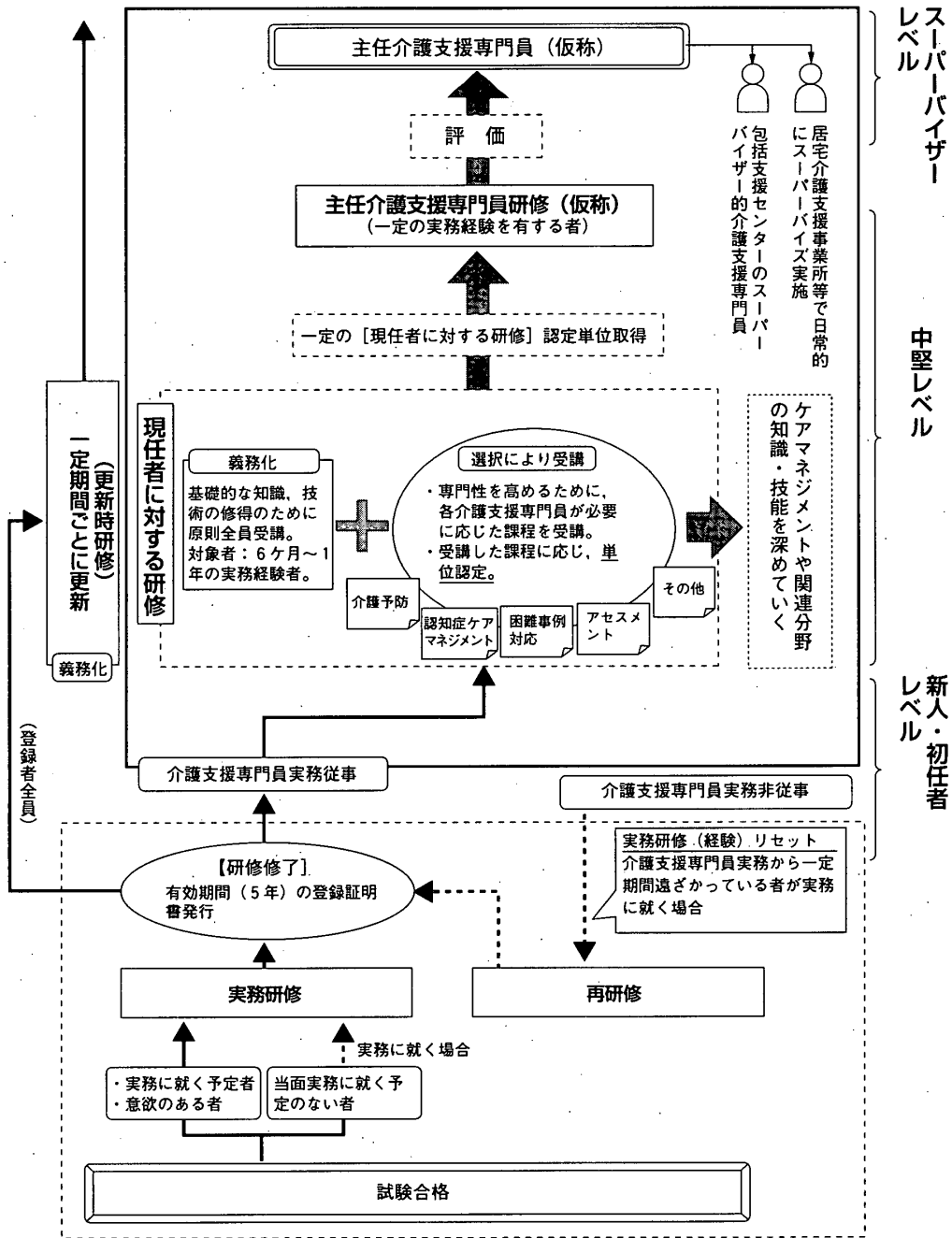
図8は、2005年度の介護保険制度の見直しに向けて、厚生労働省が呈示するケアマネジメントの見直しの全体像である。図6にもあったように、地域包括支援センターの3つの基本機能のうち、もっとも現場で期待される機能は、主に現場のケアマネジャーへの支援をその内容とする「包括的・継続的なマネジメントの支援」である。高齢者が住み慣れた地域で最期まで暮らせるようにするためには、ターミナルケアまで含んだ在宅介護を推進し、長期継続的ケアマネジメントを実践する必要がある。そして、それを実践するためには、なによりも主治医とケアマネジャーがケアチームを作って密接な連携を保ちながら在宅支援を実施することが欠かせない。もちろん今までもそうした必要性はあったのだが、いわゆる要介護認定審査等で「主治医の意見書」という形で情報の一部が提供される他は、日常的に主治医との連携を密にとること

ができるシステムは介護保険制度に組み込まれておらず、制度の分断から介護と医療の連繋がスムーズにとれていたとは言いがたい。介護と医療の連繋の強化は、今後の在宅介護の要となるだけでなく、これまで現場で働いてきたケアマネジャーらの悲願といっても過言ではない³⁷。

「多職種協働・連繋の実現」を現場で行なうためには、地域包括支援センターが主導的かつ中立的な立場でケアマネジャーと主治医との日頃のネットワークの構築に乗り出すことに加えて、現場のケアマネジャーの資質と専門性の向上が欠かせないことになる。地域包括センターが創設されたとしても、現場においてケアマネジメントを進める主体として期待されているのは、個別のケースを担当するケアマネジャーに他ならない。そうした現場のケアマネジャーが、生活支援システムとしてのケアマネジメントの推進主体として社会的な承認を獲得するためには、今以上にケアマネジャーの独立性を確保し、専門職としての研鑽を積むことで、専門職種としての知見を積み増し、それをケアマネジャー間で共有の知として高める作業を進め、自らの

37 地域における民間介護事業推進のための調査研究委員会（2003）前掲書、を参照。

図9 介護支援専門員（ケアマネジャー）の資格・研修体系



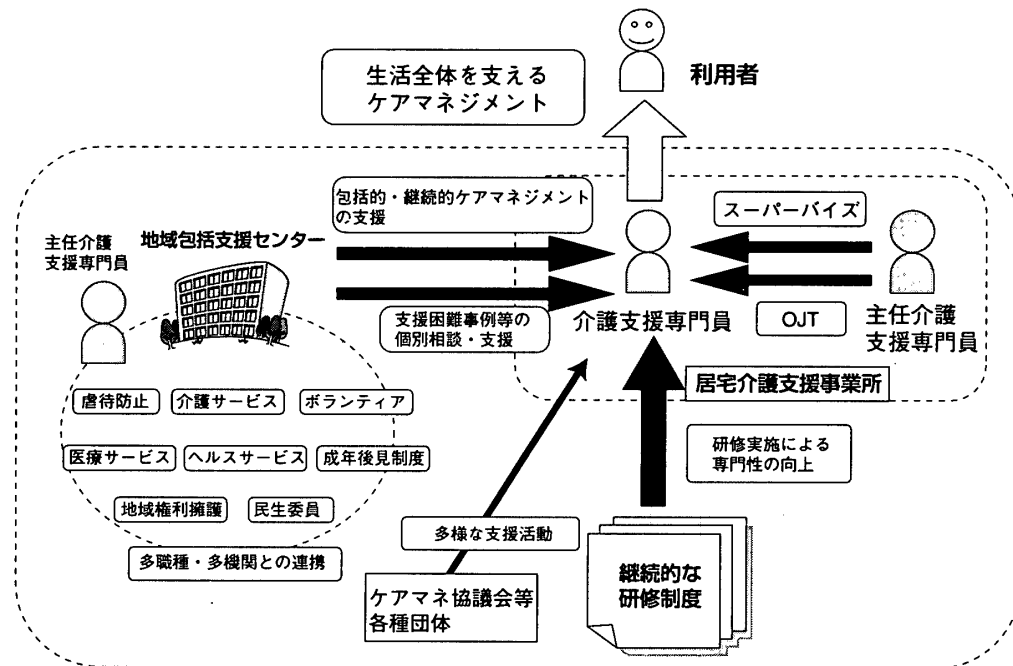
介護支援専門員の生涯研修体系のあり方に関する研究委員会の中間報告より
（報告では、本図は「案」として掲載されている）

職種が社会的に専門性を有するものとして位置づけられるような取り組みをはかっていくことが必要であるし、社会的にもそうなることが期待されているのである。

(2) ケアマネジメント・ネットワークとケアマネジャーの階層化

地域包括支援センターをつくることによって、在宅介護支援センター業務と居宅介護支援に分離していたケアマネジメントを統一し、そ

図10 ケアマネジャーを支える仕組み ——ケアマネジメント・ネットワークの再構築——



厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」(2004年11月10日)より

それぞれの専門性と制度によって提供される様々なサービスを同じ組上に取り上げ、包括的にマネジメントする機能を実現すると共に、ケアマネジャーの階層化を行なって、地域包括ケアシステムの担い手としてケアマネジャーを再度位置づけなおす2005年の介護保険制度改革には、地域包括ケアシステムの諸機能をケアマネジメント・ネットワークとして再構築するというもう1つの基本的なコンセプトが埋め込まれている。

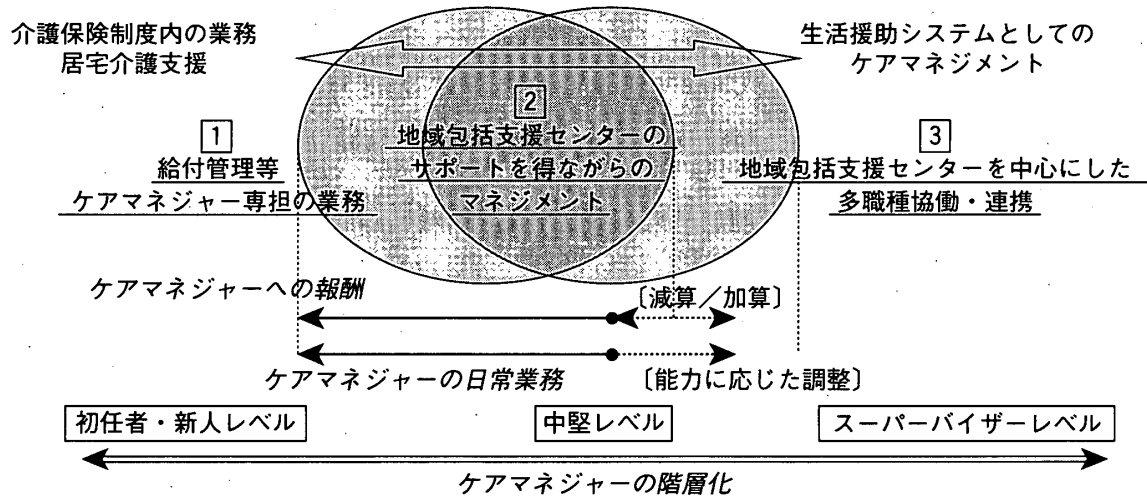
ここでいうケアマネジャーの階層化は、ケアマネジャーの生涯研修体系の整備によって差異化されるものである。図9にあるように、介護支援専門員の生涯研修体系のあり方に関する研究委員会(厚生労働省)でその方向性が検討されており、それによるとこれまでケアマネジャーとして同列にあったものを、①「初任者・新人レベル」、②現場経験と専門性を高める現任研修を経た「中堅レベル」、③さらに一定の実務経験を有し、「主任介護支援専門員研修(仮称)」を経た「スーパーバイザーレベル」にグレード分けし、5年毎の資格更新時に更新研修

を義務化するなどの計画と共に、ケアマネジャーの資質・専門性の向上を目的に導入が計画されている。

地域包括支援センターでは、こうした能力によって階層化されたケアマネジャー内部の協働もまた企図されているのであり、支援困難ケースなどでは、現場のケアマネジャーへの支援・指導という形で関わるスーパーバイザー的ケアマネジャーと現場のケアマネジャーが共同して1人の利用者のケアプランの作成に関わることがこの仕組みから読み取ることができる。これまでケアマネジャーが1人で抱え込むことが多かった支援困難ケースをケアマネジメント・ネットワークのもとで解決する道筋をつくり、地域包括支援センターというフィールドを介して、介護保険給付サービス外のサービス情報へのアクセスを可能とするこの新しいシステムは、前節で指摘したケアマネジメントに関わるさまざまなねじれを解消するシステムとして機能する可能性を内包している。

このように考えると、今回の介護保険制度改革の基本コンセプトの中に、地域包括支援セン

図11 ケアマネジメント・ネットワークの再構築



ターとケアマネジメントの見直しを実施することで、図10のような地域包括支援センターとケアマネジャーによるケアマネジメント・ネットワークの再構築が組み込まれていることが確認できる。これによって、〈ケアの包括性〉を保障する生活支援システムとしてのケアマネジメントは（図11参照）、①給付管理等ケアマネジャー専担の業務、②地域包括支援センターからのサポートを得ながらケアマネジャーが主に担当するマネジメント、③地域包括支援センターを中心にした多職種協働・連携によるマネジメントに大きく区分され、ケアマネジャーの能力に応じてマネジメントの担当領域を調整しながら、地域包括支援センターのスーパーバイザーレベルのケアマネジャーが現場をサポートするといったケアマネジメント・ネットワークとして再編されることが期待されており、介護保険以降のケアマネジメント制度が内包していた〈ケアの包括性〉のゆらぎを、階層化されたケアマネジャーと多職種との協働・連携によって対応することで〈ケアの再包括〉を実現するのが、ケアマネジメント・ネットワークということになる。

こうしたケアマネジメント・ネットワークを前提としても、利用者と直接コンタクトをとり、

個別のケアプランを作成する主体はあくまでも現場のケアマネジャーであり、ケアマネジャーをサポートするシステムは、基本的にはケアマネジャーに対するスーパーバイズに他ならない。ケアマネジメント・ネットワークは、生活援助システムとしてのケアマネジメントを複数の専門家が“協働”して行なうことが可能となるシステムとして考えられているが、利用者に対する責任の所在については、まだ十分な検討が加えられていない。あくまでも現場でケアマネジメントを担う主体は一人ひとりのケアマネジャーであり、ケアマネジメント・ネットワークができたからといって、利用者に対するケアマネジャーの責任が軽減するわけではない。

現場ケアマネジャーのこうした不安を徹底的に無くすためには、ケアマネジャーの自己研鑽を強調するだけではなく、彼らの日常業務を抜本的に見直し、担当ケース数の見直しと給付単価の見直しを行なうことが合わせて必要である³⁸。

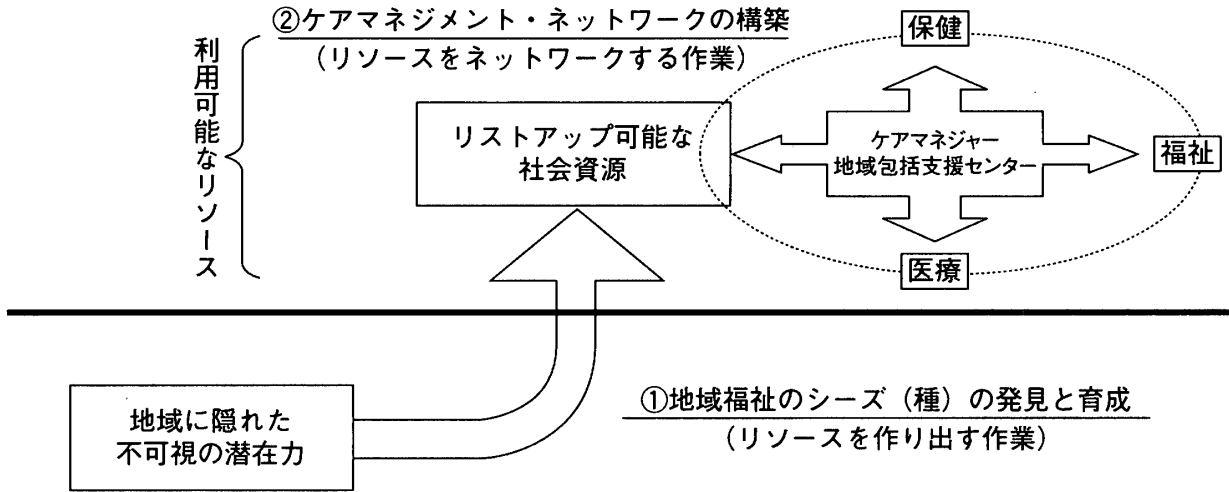
(3) 地域包括ケアシステムを地域にどのようにつくっていくか —一つの試案—

実際に地域包括支援センターを市町村で準備し、ケアマネジメント・ネットワークを構築す

38 現場のケアマネジャーからの問題提起と現場からの提言は、地域ケアマネジメント推進のための調

査研究委員会（2004）前掲書、に詳しい。

図12 地域包括支援センターの〈機能〉をどのように地域に創っていくか



るといふことになると、これは容易ではない。2004年9月の全国介護保険担当課長会議直後に、地域包括支援センターの青写真をもとにした各地での検討がスタートしているが、2005年3月末段階でも、これまで紹介した「青写真」以外に厚生労働省から具体的な情報は与えられていない上に、これまでの在宅介護支援センターをどのような形で発展させることで地域包括支援センターをつくるのかも姿が見えてこないというのが現場の実情である。

そればかりではない。厚生労働省が「イメージ案」として呈示する「地域包括支援センター」のスキームを通じて、介護保険制度によって生じた〈ケアの包括性〉のゆらぎをどこまで解消して、間断のない〈ケアの再包括〉が実現できるのかは、いわゆる地域性や社会資源の存在が地域毎に異なるためにスキームが描くように明瞭に解決されるとは限らない。

これまで紹介してきたような地域包括支援センターのスキームは、あくまでも1つの試案に他ならない。その上、作成されたスキーム自体は、矛盾なく完全に地域で閉じたシステムとして描かれており、理念的に完成されたタブロー以上のものではない。そうしたものを1つの「目標」として地域包括支援センターの青写真を描こうとしても、厚生労働省のイメージ案の引き写しのなかで、社会資源や人的資源の不足

を嘆くことになりかねない。

これから地域包括支援センターを地域に移植することを考える場合に活用すべきは、地域包括システムを自治体独自の力で作り上げた先行事例のプロセスから学ぶことである。

優れた先行事例は、①地域住民や地域の保健・福祉・医療がこれまで蓄えてきた潜在的な力を発見し、それを育成することを通じて、地域福祉で利用可能なリソースとしてリストアップする作業を進め、②そうした社会資源の蓄積と共に、可能な範囲からケアマネジメント・ネットワークを積み上げる作業を少しずつ続けてきた自治体が多い。自らの地域社会や行政がもっている制約条件の中で、使える社会資源をリストアップ（棚卸）することで、不足している領域や力の弱いテーマが見つければ、それを重点的に補填し、強い領域を中心にしてネットワークをくみ上げてきたというのが、これまでの先行事例のやり方である。実際に先行事例のフィールドリサーチを積み重ねると、内部に解決不能なまま放置されている問題はいくらかもあるし、システムの成功を説明できないような要素が数多く存在していることがわかる。ほんの小さなシーズも見逃さず、それを中心にシステムをくみ上げることで、以前よりも遥かに成功したシステムを作ったところは少なくない。

地域包括ケアシステムを地域に創っていく場

合は、まずはこうした先行事例の形成プロセスから学ぶことが必要であるだろう。そうした場合、むしろ“先行事例のシステム図”をあるべき完成形態として見るのではなく、そうしたシステムが、地域社会においてどのような役目をもたらしているのか、ケアマネジメント・ネットワークの中でどのような機能を果たしているのかに注目することが大切である。

地域包括ケアシステムに必要なことは、シス

テム自体の移植=コピーではない。むしろその機能こそが重要である。地域包括支援センターをどのようにして地域に創設するかという視点ではなく、むしろ、地域包括支援センターがもつ機能に近い、あるいはそれを代替することができるような機関や人が、当該地域のどこにあるのか、現在のシステムの棚卸しをすることでシーズの発見を行なうことがまずは必要である。