

日本のケアマネジメント展開の課題

—英米との比較をとおした今後の展望の考察—

河野高志

要旨 日本のケアマネジメントは従来、制度・政策に組み込まれ、法律の施行と改正によって発展し、また展開されてきた。しかし一方では、利用者の生活を支援するうえで十分なケアマネジメント実践が行われていないという問題が指摘されてきた。その背景にはケアマネジメントとソーシャルワークの乖離という状況がある。この状況は、利用者の生活に寄りそったケアマネジメントの実践方法の未発展や、そこにかかわるソーシャルワーカーの不足という事態を引き起こしてきたのである。

そこで本稿では、こうした問題を解決する糸口を見出すため、ソーシャルワークとケアマネジメントの先進国であるアメリカとイギリスとの比較から、日本のケアマネジメントの問題を明らかにし、それをソーシャルワークとの関係から考察した。そして、その考察をふまえてソーシャルワーカーを活用したケアマネジメント展開の試案を提示し、実現への課題を整理した。

キーワード ソーシャルワーク、ケースマネジメント、ケアマネジメント、ソーシャルワーカーの養成・教育、政策から実践への転換

はじめに

ケアマネジメントが日本に紹介されてから、およそ四半世紀が経過した。その当初、ケアマネジメントは実践・政策の両側面から研究されていた。しかし、2000年の介護保険法施行のあと、ケアマネジメント研究は介護保険制度の研究と化した。それは、2000年以降のケアマネジメント研究の大半が高齢者分野であることに表れている（河野 2012a：22）。また、介護保険

関連業務の多忙さなどから効果的な利用者支援ができなくなっているというケアマネジャーの実践上の問題に対し、「担当件数の制限」や「モニタリング記録提出の義務化」「特定事業所集中減算の導入」「サービス担当者会議の義務化」などといった法改正に解決の議論が集中してきたことをみてもわかる。そして、このようにして繰り返し行われてきた法改正は、これまで以上にケアマネジャーの業務量を増加させた。さらに、ケアマネジャーの業務を法律で義務化す

ることにより、ケアマネジャー以外の社会福祉専門職がケアマネジメントに関与しにくい状況を作り出すことになった。すなわち、ケアマネジャーの負担がかなり重くなっているのである。このようにみると、法改正によるケアマネジメントの改善にむけた取り組みは限界にきていると考えられる。

そもそもケアマネジメントを制度化すること自体は、サービス利用の基準と手続きを明確化する点や、費用管理を可能にする点でメリットがある。しかし、それだけがケアマネジメントだと考えるならば、ケアマネジメントの概念を矮小化して社会福祉の現場に導入することになる。それはつまり、多くの専門職や関係者が協力して地域のサービスを利用者の生活状況やニーズにあわせて調整し、柔軟に提供するというケアマネジメント本来の実践が失われることを意味している。そして現に、日本のケアマネジメントは、利用者の生活にあわせて必要なサービスや資源を調整して柔軟に提供する支援方法としての特徴が影を潜め、制度上のサービスを利用するための決められた事務手続きになっているのである。つまり、ケアマネジメントが介護保険関連業務としてのみ理解されている状況なのである。

そこで本稿では、日本のケアマネジメントを利用者の生活支援に役立つ実践方法として再考するため、実践と政策の両方の特徴をあわせもったケアマネジメントの展開方法を検討していきたい。そのため、まずは日本のケアマネジメントの現状と問題を明らかにし、そのうえでケアマネジメント先進国であるアメリカとイギリスとの比較から今後の日本のケアマネジメント展開に対する示唆を得たい。そして最後に、日本で制度のみにとどまらないケアマネジメン

ト方法を展開するための課題を検討していきたい。

1. 日本のケアマネジメントの現状と問題

(1) ケアマネジメントの導入から発展の経緯

ケアマネジメントは1980年代後半に、日本へ導入された。その背景には、1980年代における日本の高齢者福祉の状況があった（坂本・谷 2001：158）。当時日本では、家族形態が核家族化し、家族による介護が困難になりはじめていた。そして、高齢化社会にともない高齢者の人口比の割合が上昇して介護ニーズが社会的に増大するなかで、新たな介護システムの模索が喫緊の課題となっていたのである。そこでは、高齢者の介護ニーズにあわせて必要なサービスを適切かつ確実に提供する方法の検討や、激増する介護ニーズに対応するためサービスを無駄なく効率的に組み合わせる提供体制の構築が急務となった。

そこで、ケアマネジメント先進国であるアメリカとイギリスの方法が注目された。歴史的にアメリカやイギリスは1950年代以降、精神病院や入所施設の拡大による福祉関連費用の増大やノーマライゼーション理念の普及をうけて、施設ケアから地域ケアへ移行する方針に転換していった。しかし、地域ケアへ移行した当初、地域の機関によるサービスが利用者のニーズにあわせて適切に提供されることは少なかった。なぜなら、地域のサービス提供機関の連携と協働の不足や、サービスにかかる国家と地方自治体の予算管理の機能不全があったからである。これらの問題に対してアメリカでは、連邦政府を中心に政策的な資金提供を行い、ケースマネジメントを活用した地域支援プログラムを発展さ

せていった。一方、イギリスでは、ケアマネジメントを地方自治体によるサービスと予算の管理・提供システムとして政策的に機能させた。そのためアメリカのケースマネジメントは、政策的な資金提供を背景としながらも、利用者のニーズとサービスや資源をつなぎあわせるという実践内容の点で発展し、イギリスのケアマネジメントは、サービスと予算の管理・提供システムの制度化という政策展開によって確立していったと考えられる。このようなアメリカ的な実践面の特徴とイギリス的な政策面の特徴は、効果的かつ効率的にサービスを提供することに役立つと考えられた。それゆえ、日本の介護システムの中心的な構成要素としてケアマネジメントを取り入れてきたのである。

日本への導入後は、デイサービスセンターでの相談機能の強化に関わるケアマネジメント事例の研究（奥西 1991）や川崎市の「高齢者ふれあい窓口（高齢者保健・医療・福祉相談窓口）」を中心とした多様な専門職とインフォーマルサービスが連携したケアマネジメントシステムの研究（市川 1996）、さらに児童虐待ソーシャルワークにおけるケアマネジメントの研究（寺本 2000）などのように、ケアマネジメントの実践的側面と政策的側面の両面に注目した研究がなされていた。また、1994年の高齢者介護・自立支援システム研究会の報告書で介護保険の創設が提起され、日本の政策用語としてはじめてケアマネジメントが用いられるようになった（菊池 1996：34）。

そして、このような流れをうけて成立した、ケアマネジメントを屋台骨とする介護保険法は、「これまで家族内で対処すべきとされていた介護に市民権を得させ、介護を支えるサービス量を増加させるといった貢献」によって、ア

メリカなどの諸外国から注目を集めるようになった（渡部 2002：2）。さらにその後、法改正や介護報酬改定を行い、現在では高齢者福祉の中核的制度に成長した。また、こうした成果は障害者福祉分野にも波及し、ケアマネジメントの本格化に影響を与えた。障害者福祉分野では、1995年の日本障害者リハビリテーション協会による「障害者に係る介護サービス等の提供の方法及び評価に関する検討会」からケアマネジメントの検討を始め、1996年の市町村障害者生活支援事業や障害児（者）地域療育等支援事業によるケアマネジメントの実施、2003年からの障害者ケアマネジメント体制支援事業によるケアマネジメント従事者研修の開始、2006年の障害者自立支援法へのケアマネジメント体制の位置づけと相談支援従事者研修の充実、などの政策展開につながっている。さらにこの流れは、2013年4月施行の障害者総合支援法でも進展していく予定である。

(2) 制度に位置づけられたケアマネジメント展開の問題

このように政策的側面から発展してきた日本のケアマネジメントは、岡本祐三によると「誰でも気軽に利用できる福祉サービスを提供し、措置制度の欠陥（所得調査、家族調査など）をなくして、利用者本人の自主的な選択を保証し、かつ自立支援のために専門職の責任ある援助の手法（インフォームド・コンセント）を制度的に確立しようとする」（岡本 2009：121）ものといわれている。具体的には、高齢者なら要介護認定、障害者なら障害程度区分認定を受け、その結果に応じたサービス利用が認められる。そして、ケアマネジャーや障害者ケアマネジメント従事者がアセスメントやケアプラン作

成を行いながら、利用者によるサービスの選択や利用を支援するシステムになっている。しかし、こうした理念とは裏腹に、利用者支援に関するケアマネジメント方法に多くの問題が起きている。

たとえば馬場純子は、ケアマネジャーの業務について、①アセスメントにおいて利用者と地域・近隣との関係を情報収集しているケアマネジャーは26%しかいない、②ケアプラン作成でインフォーマルケアを反映しているケアマネジャーは10%しかいない、③サービス担当者会議をほとんど実施していないケアマネジャーが49.3%いる、④モニタリングやケアプランの見直しが十分行われていない、⑤ボランティアやインフォーマルケアといった社会資源があまり把握できていない、という問題を指摘したうえで、ケアマネジャーの業務が現在のニーズに対するサービスの組み合わせになりがちで、本来のケアマネジメントが行われていないと主張している（馬場 2003：75-81）。また和気純子も、保険外資源の活用や連携、権利擁護、地域の社会資源開発といったケアマネジメントの本来的かつ重要な要素がほとんど達成されていないことを強調している（和気 2004：37）。さらに伊藤幸子は、ケアマネジャーが給付管理業務に傾倒しやすくなっている業務体系を問題視し、介護保険制度の構造を見直す必要性を提起している（伊藤 2005：42）。

これらの問題に対して国は、2003年の介護報酬改定時にケアマネジャー一人当たりの担当件数の上限を50件に設定し、月1回のモニタリングや3カ月に1回のアセスメントを義務化した。そして2006年の法改正では、地域包括支援センターを設立して要支援の高齢者をケアマネジャーの業務から切り離し、業務範囲を要介護

の高齢者に焦点化した。また同年の介護報酬改定では、担当件数の上限が35件に減らされ、新規・区分変更時を含めてサービス担当者会議の実施を義務化した。さらに特定事業所集中減算を導入し、自事業所サービスの独占的提供に歯止めをかけ、多様なサービスの提供を促進してきた。加えて、ケアマネジャー資格の5年ごとの更新制も導入し、研修強化に努めてきた。このような取り組みによって、ケアマネジメントの問題を解消し、利用者支援の効果を高めようとしてきたのである。

しかし馬場によると、こうした法改正の一方で、ケアマネジャーの月あたりの総業務時間は177.6時間(2005年)から217.6時間(2009年)に増加している。また、2005年から2009年の間で、「本人との相談」や「サービス担当者会議」「モニタリング」「記録」などの業務にかかる時間数は増加しているものの、「関係機関等との相談や調整」「アセスメントと課題分析」「ケアプランの作成」にかかる時間数と総業務時間に占める割合はともに減少している（馬場 2012：108-9）。すなわち、法改正によって義務化や強化された項目は業務時間が増加している一方で、それ以外の業務を従来どおり維持する時間とエネルギーがケアマネジャーに残っておらず、法改正によってケアマネジメントが向上しているとはいえない状況なのである。

他方、障害者福祉分野ではこうした取り組みがまだ本格化していないため、同様の考察はできない。しかし、障害者総合支援法のもと2015年3月以降、ケアマネジメントによるサービス利用を完全実施する予定である。これについては、先行する介護保険制度をモデルとする以上、ケアマネジメントに関して同じような問題が起こると容易に想像できるだろう。さらに障

害者福祉分野では、高齢者以上に自らの意思表示が困難で、かつ生活状況に変化の多い障害者がサービス利用者の多くを占める。そのため、利用者の生活状況に寄りそったケアマネジメントが展開できなければ、介護保険制度以上の問題を抱えることになると予測できるのである。

(3) 日本のケアマネジメントの問題

これまでの経緯から、日本ではケアマネジメントの問題への対応において、法改正やケアマネジャーに対する研修の強化によって解決を図ろうとしてきたことがわかる。しかし、複雑かつ多様な状況に身を置く利用者の、生活支援のなかで起こる問題を解決するためには、実践方法の見直しが不可欠であり、制度の改正やケアマネジャーの研修強化だけでは不十分である。

具体的にケアマネジャーは、①医師、②歯科医師、③薬剤師、④保健師、⑤助産師、⑥看護師・准看護師、⑦理学療法士、⑧作業療法士、⑨社会福祉士、⑩介護福祉士、⑪視能訓練士、⑫義肢装具士、⑬歯科衛生士、⑭言語聴覚士、⑮あん摩マッサージ指圧師、⑯はり師、⑰きゅう師、⑱柔道整復師、⑲栄養士（管理栄養士を含む）、⑳精神保健福祉士、に加えて相談援助業務従事者や介護等業務従事者という多種多様な資格や職種をもとにした実務上の資格であり、実務経験に加えて試験と研修を終えれば取得できる。しかし、試験と研修で習得することは大部分が介護保険制度の運用に関するものであり、生活支援すなわちソーシャルワークに関する専門性がほとんどないと言わざるを得ない。また、2012年にケアマネジャー資格を取得した者が保有する資格等は、介護福祉士66.4%、相談援助業務従事者・介護等業務従事者13.9%、社会福祉士9.9%、看護師・准看護師

8.9%、精神保健福祉士1.5%であり（厚生労働省調べ）、さらに2011年時点で居宅介護支援事業所のケアマネジャーのうちソーシャルワークの資格である社会福祉士資格保有者は11.0%、精神保健福祉士資格保有者は1.6%しかいない（株式会社三菱総合研究所：2012）。このことから、ソーシャルワークを専門的基盤にもたない者がケアマネジャーの大部分を占めていることがわかる。

この状況の背景には、日本のケアマネジメントがソーシャルワークと意を異にする独自の手法として介護保険制度下の役割業務に特化してきたことがある（井上 2005：54-7）。このことは、費用抑制を可能にする利用者のスクリーニングや効率的なサービス分配というケアマネジメントの政策面の特徴のみを発展させ、利用者のニーズに柔軟な対応をみせるフォーマル・インフォーマルサービスの調整や提供という実践面の特徴を失わせることになった。これに関して太田義弘は、日本のケアマネジメントを、「ソーシャルワークに固有な生活支援という視野や発想（中略）を欠落した実践レパトリーの便宜的な活用」と指摘し（太田・小榮住 2006：3）、ソーシャルワークから乖離したものになっていると述べている。それゆえ、ソーシャルワークとしてケアマネジメントを展開する方法が発展してこなかったのである。

すなわち日本のケアマネジメントの問題は、制度の設計や改善というよりも、むしろソーシャルワークとケアマネジメントの乖離という根本的な問題であると考えられる。換言すると、日本のケアマネジメントは政策的な発展を遂げたものの、ソーシャルワーク実践としてケアマネジメントを展開する方法の未発展やその担い手であるソーシャルワーカーの不在という

問題によって、利用者の生活支援に十分な効果をもたらせずにいるのである。

2. アメリカとイギリスのケアマネジメント展開との比較

(1) アメリカのケースマネジメントとマネジドケアとの関係

ケアマネジメントとソーシャルワークの乖離という問題は、日本だけのものではない。日本がモデルとしたケアマネジメント先進国のアメリカやイギリスでも、同様の問題は起きている。そのため、この両国におけるケアマネジメントの問題への対処方法が、日本のケアマネジメントの問題解決に示唆を与えるだろうと思われる。そこで次に、アメリカとイギリスのケアマネジメント展開やそのなかで起こった問題への対処方法を、特にソーシャルワークの展開に注目してみたい。

先に述べたように、ケアマネジメントはノーマライゼーション理念の具体化や脱施設化への対応として、アメリカの政策的プロジェクトのなかでケースマネジメントとして登場したのがはじまりである。その意味では、歴史的にも制度・政策といったマクロ・レベルからの議論が盛んであった。そして、ケースマネジメントはその成果が認められ、数多くの連邦法に組み込まれ法制化されていった(副田 2008: 86-7)。なかでも、マネジドケアはその代表的なものである。

マネジドケアについて先行研究をみると、Summers, N.は、急増する保健医療ケアの費用を抑制するために開発された財政上のシステムであると述べている(Summers 2009: 57)。具体的には、保険会社の医療保険に加入し、保

健医療サービスが必要になったときに保険会社へサービス受給を申請するシステムで、管理型医療制度と呼ばれている。マネジドケアは、いまやアメリカの保健医療システムと同義であり、そこにケースマネジメントが内包されている(Gursanskyら 2003: 39)。

このマネジドケアにおけるケースマネジメントの役割は、人々の保健医療サービスの選択や利用を管理し、できるだけ低コストでケアをパッケージ化して提供することである。そのため、ここでのケースマネジメントは、ケアの利用資格や基準にもとづいたスクリーニングを行ってケア費用を決定し、その予算内で利用者に必要なケアを提供して効果をモニタリングすることを指すのである。こうしたケースマネジメントには、ケースマネジャーの活動指針となる要綱や意思決定のフローチャートがあるものの、それらは利用者のパーソナリティや生活環境といった個別の違いを考慮して作成されていないのが現状である(Summers 2009: 58)。つまり、マネジドケアにおけるケースマネジメントは、利用者支援よりも費用や資源の管理によるシステム維持に主眼がある。このようにアメリカでは、保健医療システムを財政的に維持するための戦略としてマネジドケアが開発され、それを運用する方法としてケースマネジメントを政策に位置づけてきたのである。

そして、このようなマネジドケアのシステムでは、目先の費用抑制を重視する民間保険会社の利益優先の経営方針によって利用者が必要なサービスを利用できないという問題が起きた。他方、システム全体でみると、入院医療費の抑制が逆に外来医療費の増大を招くなど、保健医療サービスにかかる費用全体の削減というマネジドケア制度の目的は十分果たせずにい

た。そこで、このように制度がうまく機能しないため、マネジドケアでは近年、アウトリーチによる利用者の早期発見をケースマネジャーに求める傾向がみられるようになってきた (Summers 2009 : 58)。なぜならそれは、ケースマネジャーが利用者より多く接触することによって、早期のサービス利用を促し、生活の危機的状況を未然に防ぐことができるからである。これは、疾病管理 Disease Management というケアの継続性を重視した考えに関連している (Powellら 2010 : 14)。つまり、疾病の自然経過を念頭に置くことで予防教育から早期介入を可能にし、効果的かつ効率的な保健医療サービスを提供できるようケースマネジメント方法を改良したのである。この方法は、家庭医、入院中の医師、外来の医師などと保健医療サービスの提供者が変わっても、一人のケースマネジャーが利用者と継続的にかかわることで利用者の生活状況にあわせたケアの継続性を確保できるのである。ただし、このケースマネジメント方法についてもアメリカの場合、民間保険会社による自由競争市場であるため、比較的ケースマネジメントの効果が表れやすく、費用対効果の見込める喘息などの疾病に対象が偏るという問題はある。

このようにマネジドケア制度の問題を解決するためケースマネジャーには特に、利用者の利益を見守り、ケアに関わる多様な関係者の調整を行い、利用者にとっての唯一で専門的な窓口となることに重点を置くことが求められている。これらの実践に重点を置くケースマネジャーは、臨床ケースマネジャーと呼ばれる。主に心理療法家かソーシャルワーカーがこれを担っているが、前者は後者のように自らの通常の臨床実践としてケースマネジメントを捉えて

いない。そのため、ソーシャルワーカーが臨床ケースマネジャーになることが適切といわれている (Cohen 2003 : 39)。

さらに、マネジドケアでは保険会社を通さないうり限り保健医療サービスを利用することができない。つまり臨床ケースマネジャーとなるソーシャルワーカーには、保険会社の利益追求の方針にそってケースマネジメントを展開することではなく、保険会社と交渉して、利用者の利益を重視する視点から十分かつ適切なサービスを確保し調整して提供することが要求されているのである。このように、マネジドケアという政策の枠組みだけでは保険会社の営利活動の影響を受けて十分に利用者の生活支援ができないため、その状況を改善するためにアウトリーチやソーシャルワーカーによるケースマネジメント実践が必要とされているのである。

(2) イギリスにおけるケアマネジメント展開の発展

他方イギリスでは、サービスや資源の調整方法として発展したアメリカのケースマネジメント概念を導入して、1974年にケント大学ソーシャルサービス研究所が政府委託のプロジェクトを開始し、PSSRU (Personal Social Service Research Unit) 方式のケアマネジメントを実践・検証してきた。その主な特徴は、以下のとおりである (Challisら=1991)。

- ① ソーシャルワーカーにケアマネジメントの責任を全面的にもたせたこと
- ② 施設入所の可能性が高い25~30人の高齢者を担当ケース数としたこと
- ③ 直接支援にあたるソーシャルワーカーが予算執行権限をもつこと
- ④ 一般的な高齢者領域のソーシャルワー

カーよりも高度な訓練と経験をもつソーシャルワーカーを確保したこと

- ⑤ 1 ケースへの出費をレジデンシャル・ケアにかかる費用の3分の2に設定したこと

このプロジェクトではケアマネジメントの成果として、施設入所者数の抑制、生活への満足度の高さ、ケアの質の確保、高齢者の身体的能力の維持、介護者のストレスの軽減、といった実践面の効果とともに、費用対効果の向上が証明された。このなかでケント大学のプロジェクトが強調したのは実践面の効果であり、費用対効果の向上は実践面の効果の副次的なものと考えていた (Payne=1998:114)。しかし、このプロジェクトと同様のアメリカの研究では費用対効果の向上が証明されず、むしろ実践面の効果である生活の質の向上が明らかになっている (中谷 1989)。そのため、このケント大学のプロジェクトはイギリス政府の意向に偏った研究であるという批判を受けることになった (永田 1997:97)。なぜなら当時のイギリス政府は、生活の質の向上に加えて費用対効果も期待できるという研究成果を得ることで、1985年のソーシャルワーク指導部の組織改革と社会サービス監査庁の創設を行ったからである。そこには、政府主導のもとケアマネジメントによって費用抑制と資源管理を全国的に推進・監査していくという意図があったのである。

こうした背景のもとイギリスでは、1990年に国民保健サービスおよびコミュニティケア法が施行された。そしてそこでは、国家の役割を独占的なサービス提供から民間サービスの開発と促進およびその質の管理に転換していった。これにともない、行政機関内でもサービス購入者としてのソーシャルワーカー (=ケアマネジャー) を設置することで、サービスの提供と

購入が分離されたのである。このようにイギリスでは、利用者の選択肢の拡大を目指した民間サービスの活用という名目のもと、地方自治体ソーシャルワーカーの責任をケアマネジメントによる予算と資源の管理に焦点化し、実際的なサービス提供を行う専門的なソーシャルワーク実践を自治体の責務から切り離していったのである。これによって、PSSRU方式 (熟練したソーシャルワーカーによる柔軟なサービス調整をとおした集中的な介入) のようなケアマネジメントを展開する自治体は、1993年以降なくなったのである (副田 2008:94)。この経緯には、イギリス政府が費用抑制という政策目標のためにケアマネジメントの手法を利用したという実態をみてとることができる。また、専門的なソーシャルワーク実践を排し、予算と資源の管理に自治体の業務を焦点化したことから、ケアマネジメントを「行政サービスにおける脱専門職化の戦略」 (副田 2008:94) として用いたことも理解できる。

しかしその後、国民保健サービスおよびコミュニティケア法にもとづく地方自治体管轄のケアマネジメントと、保健省管轄の地域精神保健チームによるケアマネジメントの二つが混乱をきたすようになる。なぜなら、この二つの公的なケアマネジメントは連携がとられておらず、また専門的な対人支援を展開していなかったからである。具体的に、連携の問題に関しては、二つの制度の谷間に落ち、ケアを受けられない人がいたことを意味している。また専門的な対人支援については、精神障害のある人や複雑かつ頻繁に変化するニーズをもつ人に対して、単にサービスを仲介するだけの管理的なケアマネジメントでは効果が表れなかったことが大きな問題となった。特に、複雑多様なニーズ

をもつ人に対しては、治療的支援的なケアマネジメントの導入やソーシャルワーク技術の展開が必要であると現場のソーシャルワーカーから指摘されたのである（三品 2008：19）。

そこでバーミンガム市では先駆的に、精神障害のある人へのケアマネジメントにおいて、専門的かつ積極的な介入を可能にするためケアマネジメント方法の見直しと有資格ソーシャルワーカーの採用を進めた。具体的には、PCT（Primary Care Mental Health Team）、AOT（Assertive Outreach Team）、HTT（Home Treatment Team）、RRT（Rehabilitation & Recovery Team）という地域ケアを担当する四つのチームをつくり、アウトリーチ・初期のケア・在宅ケア・リハビリについて専門分化した方法をとっている。そして、そこに国家資格をもつソーシャルワーカーを採用してケアマネジメントを行っているのである（三品 2008：20-5）。このようにイギリスでも、管理的なケアマネジメントシステムの問題を実践面の改善によって解決しようとする動きが必要とされているのである。

(3) 両国との比較にみる日本のケアマネジメントの問題

これまでアメリカとイギリスにおけるケアマネジメントの発展や、そこでの政策面の問題とその解決を目指す実践面の取り組みをみてきた。その経緯から、それぞれの国が予算やサービス・資源の管理や抑制を目的として、ケアマネジメントを組み込んだ政策を展開していることがわかる。そして、管理的な制度・政策がもたらした問題を解決しようとするうえで、制度そのものの改正よりむしろ、ケアマネジメント実践を向上させてきたことが両国の特徴といえ

る。

その具体的な取り組みの一つは、ケアマネジメント方法の転換である。制度に位置づけられたケアマネジメントの宿命は、サービスの管理と費用抑制にある。しかし、それだけでは利用者には十分な支援を提供できないという問題が発生する。そのとき、これまでの管理的な方針でなく、利用者には十分かつ必要なサービスや資源を提供しようとする利用者の利益優先のケアマネジメント方法に転換することは、利用者の生活支援の向上を可能にしてきた。そして、もう一つの取り組みは、専門的实践を可能にするソーシャルワーカーの活用である。アメリカとイギリスでは、ケアマネジメント方法を利用者の生活に寄りそったものに転換しようとするとき、ソーシャルワーカーを活用してきた。それは、ソーシャルワーカーが対人支援を中心とする生活支援方法の全般に高度な専門性を有する職種であり、ケアマネジメントを効果的に展開するために欠かせない専門職だからである。そしてアメリカとイギリスでは、これら二つの取り組みを車の両輪のように機能させることによって、制度・政策の管理的な構造が引き起こす問題に実践面から対応してきたのである。

こうしたアメリカやイギリスの取り組みを日本の現状と比較してみると、どちらの要素も日本では展開されていないことがわかる。まずケアマネジメント方法の転換について日本では、担当件数の制限やアセスメント、モニタリング、サービス担当者会議の義務化というような個々の実践要素について、介護保険制度の規定を変更している。しかし、このやり方で実践を変えようとするのは、逆に介護保険制度に則ってケアマネジメントをさせるという姿勢が強調され、根本的な実践の改善にならない。こ

れについては、ケアマネジメント導入当初のイギリスでも同様のことが起きており、Payne, M.も以下のように指摘している (Payne = 1998 : 114)。

アメリカ式モデルとケントモデルでは、ソーシャルワークのカウンセリング、治療それに人間関係の側面を重視する。しかし、保健省指針の、かなり管理的色彩の強いなかでは、これは軽視されている。にもかかわらず、もしケアマネジメントがうまく行くためには、それこそが基本であることを指摘してきた。

ここでは、政府がサービス提供を管理的なシステムにし、それにそってケアマネジメントを展開するよう指示しておきながら、効果的な利用者支援における管理的でないケアマネジメントの重要性を強調することを批判している。つまり、管理的なシステムに忠実であることをケアマネジャーに要求しながら、同時に管理的でない手法によって利用者支援の効果も最大限にあげるよう要求する姿勢を問題視しているのである。日本のケアマネジメントも、ケアマネジャーの活動を制度で細かく規定して負担を重くしておきながら、利用者支援の効果がケアマネジャー個々の実践面の努力にかかっているという点では、このような制度と実践の関係性にかかわる問題をもっているといえる。

また、ソーシャルワーカーの活用については、アメリカやイギリスの専門職養成と日本の専門職養成の違いという大きな問題がある。アメリカやイギリスでは、膨大な実習を中心としたソーシャルワーカー養成課程があり、高い基準で専門職養成を行ってきた (河野 2010 : 12-4)。一方日本では、伝統的に政策論が強く (太

田 1992 : 39-40)、ソーシャルワークが普及してきたのは最近のことである。そのためソーシャルワーカー養成も、新たなカリキュラムで社会福祉士や精神保健福祉士の養成課程を再構築している最中であるが、実践力という点ではアメリカやイギリスに大きく後れをとっているといわざるを得ない。こうした状況により、専門的なソーシャルワーク実践を基盤としたケアマネジメントが展開できる人材の不足という問題が起きているのである。すなわち、日本のケアマネジメントの問題は、①ソーシャルワーク実践としてのケアマネジメント方法が未発展であること、②ソーシャルワーク実践としてのケアマネジメントを展開できるソーシャルワーカーが少ないこと、の2点に特徴づけられるのである。

3. 日本における今後のケアマネジメント展開の検討

(1) ソーシャルワークの方法としてのケアマネジメント

アメリカやイギリスとの比較から、日本のケアマネジメントには方法の未発展とその担い手の不足という問題があることがわかった。これは、ソーシャルワークとケアマネジメントの乖離という日本の現状から浮かび上がる問題そのものである。そこで、この二つの問題に取り組み、日本のケアマネジメント方法を再考していくためのビジョンを検討していきたい。具体的には、ケアマネジメントをソーシャルワークの方法として考えていくための議論である。

まず、ソーシャルワーク実践としてのケアマネジメント方法を確立するうえで欠かせないことは、ソーシャルワークの方法論の概念に位置

づけながらケアマネジメントを検討することである。ソーシャルワーク方法論について日本で最も詳細に分析・考察している太田によると、それらは以下のように整理されている（太田1992：7-13）。

- ① 方法論…社会福祉事象の認識からはじまり、目標の設定から対応策へと系統立った専門的かつ科学的な実践を可能にする手順や過程、原則などを明確にすることであり、社会福祉目標の合理的達成を目指した一連の方法としての実践理論や枠組みを構成すること
- ② 方法…課題を遂行し目標を達成するために、いかに支援し、どのように目的や計画を立て、手段をいかに講じるかという活動を意味し、系統立った課題解決を見出す活動から構成されていることから、問題の克服と課題の達成を目標に、特殊な状況に対応した活動を展開する過程のこと
- ③ 技術…利用者との支援関係を構成することによって、ソーシャルワークの価値と、利用者の特殊な状況についての知識にもとづき、心理社会的な積極的支援活動を提供する過程を展開していくソーシャルワーカーの専門的能力のこと
- ④ 技法…人間関係のなかで、それぞれの参加者が目標を遂行するために用いるさまざまな特殊な行為のうちの一つであり、目標達成へ

の技術のもつ特質を具体的に構成する手順のこと

ここでいう方法論とは、利用者支援の目標の設定から支援過程の進め方の検討、利用者中心や自己決定といった原則、利用者の利益を優先する倫理観などを含めたソーシャルワーカーの実践上の枠組みを意味している。つまりこれは、ソーシャルワーカーが方法論という生活支援の専門的枠組みにもとづいて方法や技術、技法を活用しなければならないという方針を示している。そして方法とは、問題解決に向けた実践活動の過程であり、具体的にはケースワークやグループワーク、コミュニティ・オーガニゼーション、アドミニストレーション、ネットワークングなどのアプローチを指している。ここには、知識にもとづく状況認識や行動判断を意味する技術や、実際の支援の行動である技法が含まれている。すなわちソーシャルワークとは、方法論にもとづき、技術や技法を包含した方法を活用しながら利用者の生活を支援する専門的な実践活動であり、この体系に位置づけることでケアマネジメントをソーシャルワーク実践として展開することが可能になるのである。

また、このソーシャルワークの方法について Bartlett, H. M. (=2009：75-80) や太田 (1992：7-10) は、個々の方法の集まりをソーシャルワーク・レパートリーと呼んで整理している。特に Bartlett, H.M.によると、ソーシャルワーク・レパートリーはソーシャルワークの価値や知識にもとづいて実践で展開され、その実践のフィードバックによってソーシャルワークの価値や知識の体系が蓄積されるという循環構造をもつ。このようなレパートリーは、目的に対する手段であって、その目的が価値という観

点から明示され、状況が知識の活用をとおして正確に理解されるときのみ、実践の行為がソーシャルワークとしての意味をもつのである(Bartlett =2009:80-3)。このことは、レバートリーが、ソーシャルワークの価値や知識にもとづいたうえで展開する支援方法としての位置づけであることを強調している。

このように考えると、ケアマネジメントをソーシャルワークの方法に位置づけることによって、ソーシャルワークの方法論という枠組みのなかで、価値や知識というソーシャルワーク実践の基盤にもとづいた展開が可能になるといえる。そのため、ソーシャルワークの体系に位置づけたケアマネジメント方法を研究していくことが、日本のケアマネジメント方法を発展させる一助になると考えられる^(註1)。

(2) ケアマネジメントを担う専門的人材の養成

次に、これまで検討してきたようにソーシャルワークの方法としてケアマネジメントを展開していくためには、それを実践するソーシャルワーカーの存在が不可欠になる。現在ケアマネジャーの大半を占めるのは、介護福祉士や相談援助業務従事者、介護等業務従事者、看護師・准看護師であるため、その確保は急務といえるだろう。そこで、ケアマネジメントを担うソーシャルワーカーの確保について、①実践現場で働くソーシャルワーカーの教育と活用、②現在ケアマネジャーであるソーシャルワーカー以外の職種の教育と活用、③ソーシャルワーカー養成課程の発展、という3点から検討してみたい。①と②は既存の人材の活用であり、③は今後の担い手の養成という意味である。

まず、①実践現場で働くソーシャルワーカーの教育と活用は、現在、制度に位置づけられた

ケアマネジメントにかかわっていないソーシャルワーカーを活かす視点である。これについては、ソーシャルワーカーが個々にスキルアップして日々の実践のなかでケアマネジメント方法を改善・向上させていくことが重要である。そのことが、介護保険制度にとらわれない、ソーシャルワークとしてのケアマネジメント方法の普及をすすめる地道で確実な取り組みであると考えている。これに関連して具体的な一つの手段を示すと、認定社会福祉士制度の利用がケアマネジメントにおけるソーシャルワーカー活用の可能性を高めるかもしれないと考えている。

認定社会福祉士制度とは、2007年の「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議」において示された社会福祉士の^{上級認定資格}の仕組みである。具体的には、この附帯決議をうけて、2008年度から2010年度にかけて社団法人日本社会福祉士会が専門社会福祉士研究委員会や専門社会福祉士認定制度準備委員会を設置して認定制度の枠組みを検討し、それをふまえて2011年10月30日に認定社会福祉士認証・認定機構が設立されたことによりスタートした制度である。これにより誕生した認定社会福祉士とさらにその^{上級資格}である認定^{上級}社会福祉士は、高度な専門知識と熟練あるいは卓越した技術を用いて個別の支援から地域福祉の推進、人材養成、管理運営などを行うソーシャルワークの高度専門職として位置づけられた。

この認定社会福祉士になるために必要となるのが、認定社会福祉士認証・認定機構から認証された研修の受講である。この研修における、認定社会福祉士の分野専門科目のひとつである「理論・アプローチ別科目」や認定^{上級}社会福祉士の共通専門科目である「理論系科目Ⅱ」の

内容には、ケアマネジメントが含まれる。すなわち、ここでソーシャルワーク実践としてのケアマネジメント方法を教えることで、専門性の高い社会福祉士にソーシャルワーク実践としてのケアマネジメントを教育する機会ができる。これにより、高度専門職がソーシャルワーク実践としてケアマネジメントを展開する可能性が高まると考えられるのである。なお、この研修の認証は大学院の講義も対象となるため、ソーシャルワーク系大学院の参入があれば比較的容易に実現できる提案である。実際、すでに参入している大学院もある。

次に、②現在ケアマネジャーであるソーシャルワーカー以外の職種の教育と活用であるが、これについてはすでに拙稿（河野 2010：14）で現職のケアマネジャーに対して、

- 1) ソーシャルワークに関する研修への参加
- 2) ソーシャルワークのスーパーバイザーを招聘した事例研究会の開催
- 3) 事例提供を通じたソーシャルワーク研究への協力（共同研究を含む）
- 4) ソーシャルワーク系大学院への進学（研究生、科目等履修生を含む）

を提案している。これらの取り組みによって、ソーシャルワークの専門性を高める努力をしていくことが重要と考えている。

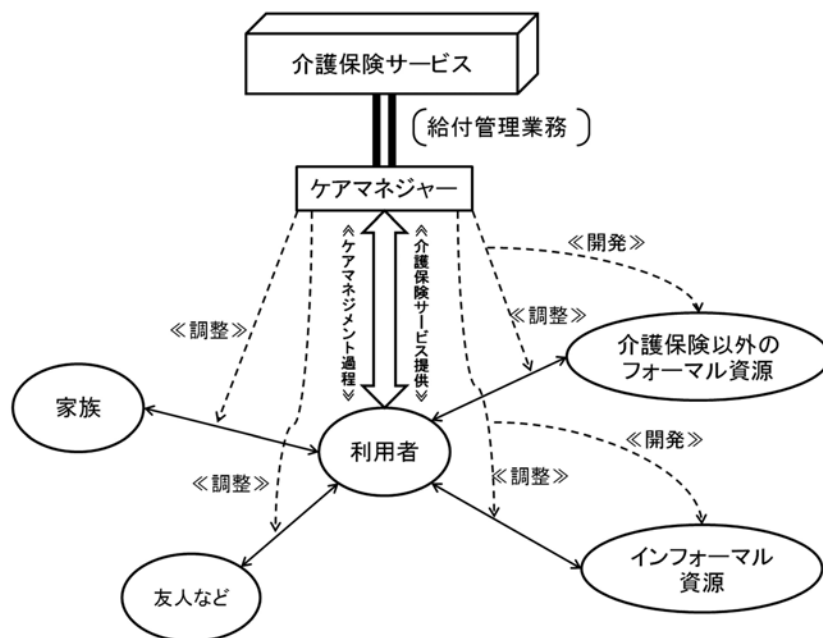
最後に、③ソーシャルワーカー養成課程の発展は、大学等における専門職養成課程をさらに発展させることを指す。社会福祉士については、2009年度から新カリキュラムが開始され、科目の細分化や演習時間の増加が実施されている。また、精神保健福祉士の養成課程では、2012年度から新カリキュラムが開始され、実習・演習時間の増加や科目の細分化も行っている。これらの取り組みによって日本のソーシャ

ルワーカー養成課程は、これまでよりも専門性を高めようとしてきている。しかし、アメリカは学部で最低400時間、大学院で1,120時間以上の実習を行い、イギリスも週2日の講義と並行しての週3日の実習を24週間課していることを鑑みると（河野 2010：12-3）、英米と日本のソーシャルワーカー養成に専門性や実践力の点で大きな差があることは否めない。そのため今後は、ソーシャルワーク先進国の教育水準を視野に入れつつ、日本独自のソーシャルワーカー養成課程を充実させていくことが重要である。なぜなら、ソーシャルワーク先進国のアメリカとイギリスからケアマネジメントを輸入してきた以上、ケアマネジメント実践に求められる専門性の水準は両国と同程度のはずだからである。また、日本の実情にあわせてケアマネジメントを展開していくためには、日本の生活文化や価値観、地域性、風習などの特徴に対応できるソーシャルワーカーを養成しなくてはならない。その意味で、日本独自のソーシャルワーカー養成課程を発展させ、構築していく必要があると考えられるのである。

(3) 日本のケアマネジメント展開の展望

これまで日本のケアマネジメントがもつ方法の未発展とソーシャルワーカーの不在という問題と、その解決への取り組みを述べてきた。そこで最後に、これらの取り組みによって日本のケアマネジメント展開がどのように変化し、向上していくのかということについて検討していきたい。

介護保険制度を例にとると、現在の日本のケアマネジメント展開は図1のようなシステムになっている。ここではケアマネジャーが、介護保険サービスの提供にかかる膨大な給付管理



(筆者作成)

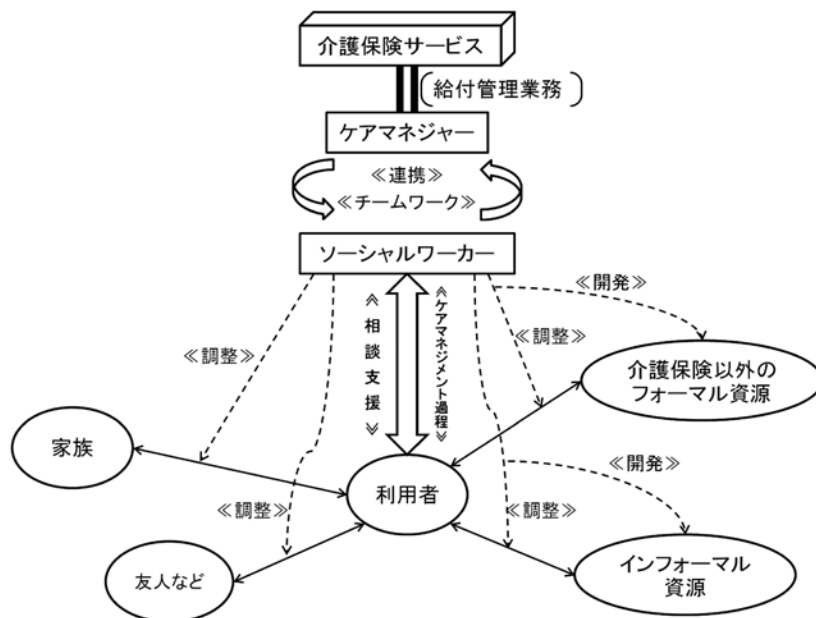
図1 現在のケアマネジメント展開のイメージ

業務を担いながら、家族関係の調整や地域のフォーマル・インフォーマルな資源の調整と活用などといった利用者の地域生活全般に関わる支援も行うという構図になっている。しかし、これではケアマネジャーの負担がかなり重くなり、すでに指摘してきたような問題が起こる。そこで、このような問題を、ソーシャルワーカーによるケアマネジメント実践の導入で解決しようとする、図2のようなシステムが考えられる^(注2)。

図2のシステムでは、ケアマネジャーとソーシャルワーカーの分業体制が可能になる。まず、ケアマネジャーは介護保険サービスの給付管理業務のみに特化して活動する。そして、利用者の生活状況を全体的に把握して家族や地域のサービス・資源との調整を図る役割は、ソーシャルワーカーが担う。ここでソーシャルワーカーが行うのは、制度に位置づけられた管理

的なケアマネジメントでなく、利用者の生活状況に寄りそったソーシャルワーク実践としてのケアマネジメントである。ソーシャルワーカーは、利用者にとって必要なサービスや支援を調整して提供するなかで、介護保険サービスが必要ときにはケアマネジャーに連絡してケアプラン作成を依頼する。つまり、ソーシャルワーカーが利用者の生活支援の中心となり、ケアマネジャーと連携しながら介護保険サービスやその他の支援を調整して提供するという構図である。

このようなシステムにすることで、ソーシャルワーク実践としてのケアマネジメントと制度に位置づけられた管理的なケアマネジメントが無理なく共存できる。また、給付管理業務に忙殺されるケアマネジャーだけでなく、生活全体をみながら相談支援を行うソーシャルワーカーがケアマネジメントを展開することで、より効



(筆者作成)

図2 ソーシャルワーカーを活用したケアマネジメント展開のイメージ

果的に生活問題の解決に取り組むことができるようになると考えられるのである。これにより、制度のみにとどまらない、利用者支援に役立つケアマネジメント展開が可能になるのである。

しかし、こうしたシステムに変えていくためには、①ケアマネジメント方法の開発と検証、②ソーシャルワーカーの教育・養成と採用、にかかわる多大な努力と費用が必要になる。具体的に、ソーシャルワーク実践としてのケアマネジメント方法の研究は現在それほど多くないため、諸外国も含めた先行研究をもとに、現場と研究者が協力して新たなケアマネジメント方法の構築を目指していかなければならない。また、ソーシャルワーカーの教育や養成については、ケアマネジメント方法の開発と並行しながら、大学教員を中心とした教育研究職が時間をかけて丁寧に行う必要がある。さらに、そうし

て教育・養成したソーシャルワーカーを実践現場で採用するには、相応の費用がかかる。その意味で、ほとんど費用をかけず既存の人材に実践の改善と効果の向上を期待する現場への丸投げとは違い、国や地方自治体、社会福祉関連施設・機関などの実践重視への運営方針の転換と財政面の努力が欠かせないだろう。

このように、今後、日本のケアマネジメントが現在のシステムを改良し、利用者支援にさらなる効果をあげるように発展していくためには、

- ① 方法の開発と検証に関わる現場と研究者の努力
- ② ソーシャルワーカーの教育と養成に関わる教育現場の努力
- ③ ソーシャルワーカーの採用と活用に関わる国や地方自治体、社会福祉関連施設・機関などの努力

という三つの大きな課題をクリアしていかなくてはならないと考えている。

おわりに

本稿で述べてきた今後の課題は、どれも一朝一夕にクリアできるものではない。しかし、それらについての議論をとおして、日本のケアマネジメントの改善について一定の効果と実現性が期待できるビジョンを提示できたのではないかと考えている。また、本稿ではケアマネジメントに焦点を絞って論じてきたが、その根底には日本の福祉のかじ取りの問題がある。これまでどおり制度・政策を策定することに終始するのか、それとも、制度・政策の活用を一つの選択肢としながら利用者の生活に寄りそってソーシャルワーク実践を展開できる専門職を育てていくのか、ということである。

人々の生活や価値観が複雑多様化する社会において、もはや制度・政策のみの社会福祉では十分な問題解決に及ばなくなってきている。そこには、人々の生活全体を理解し、人々とともに問題解決に向けて取り組むソーシャルワーカーの存在が不可欠なのである。このことを自覚し、今後もケアマネジメント方法の開発と検証に地道な努力をしつつ、微力ながらソーシャルワーカーの養成と教育に尽力していきたい。

注

(注1) この視点からケアマネジメント方法を検討した一例は、拙稿(河野 2012b)を参照されたい。

(注2) ここで示した図1と図2は、ケアマネジメントにソーシャルワーカーが関わる場合とそうでない場合のシステムの違いに焦点を当てているため、破線で示したケアマネジメント実践の内

容は簡略化して作成している。

〈参考・引用文献〉

- 市川一宏(1996)「痴呆性老人に対するケアマネジメントー保健医療福祉ネットワークを中心にー」『ソーシャルワーク研究』Vol.22 No.1 相川書房
- 伊藤幸子(2005)「介護支援専門員の業務に関する考察」『研究紀要』Vol.13 奈良佐保短期大学
- 井上深幸(2005)「ソーシャルワーク過程におけるケアマネジメントの役割機能ーモデル構築とその検証ー」『関西福祉大学研究紀要』第8号 関西福祉大学
- 太田義弘(1992)『ソーシャル・ワーク実践とエコシステム』誠信書房
- 太田義弘・小榮住まゆ子(2005)「高齢者に対する生活支援過程考察の意義ーケアマネジメントの実態調査を通じてー」『関西福祉科学大学紀要』第9号 関西福祉科学大学
- 岡本祐三(2009)『介護保険の歩み 自立をめざす介護への挑戦』ミネルヴァ書房
- 奥西栄介(1991)「デイサービスセンターにおけるケースマネジメント的アプローチ」『地域福祉研究』No.19 日本生命済生会
- 株式会社三菱総合研究所(2012)『居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査報告書』
- 菊池信子(1996)「ケアマネジメントと社会資源ー利用者側の資源活用ー」『ソーシャルワーク研究』Vol.22 No.1 相川書房
- 河野高志(2010)「海外のソーシャルワーク事情ー英米の比較からみる日本のケアマネジャーの課題ー」『月刊ケアマネジメント』Vol.21 No.12 環境新聞社
- 河野高志(2012a)『ソーシャルワークにおけるケアマネジメント方法の構築ー実践研究による方法の理論的検証ー』京都府立大学博士学位論文
- 河野高志(2012b)「ソーシャルワーク・レパトリー

- としてのケアマネジメントの意義 – レポートリー
比較からの考察 – 『京都府立大学学術報告・公共政
策』第4号 京都府立大学
- 坂本勉・谷勇男 (2001) 「介護保険施行後のケアマネジ
メント機能の現状と課題」『社会学部論集』第34号
佛教大学社会学部
- 副田あけみ (2008) 「ソーシャルワークのアイデンティ
ティ – ケアマネジメントの展開が及ぼした影響 –」
『人文学報；社会福祉学24』No.394 首都大学東京
- 寺本典子 (2000) 「ケースマネジメントによる児童虐待
ソーシャルワーク援助」『社会学部紀要』第85号 関
西学院大学社会学部研究会
- 永田あゆみ (1997) 『シリーズ地域福祉3 ケアマネジ
メントの日本的展開』雲母書房
- 中谷陽明 (1989) 「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 財団法人鉄道弘済会
- 馬場純子 (2003) 「介護支援専門員のケアマネジメント
業務の現状と課題 – 『介護支援専門員のケアマネ
ジメント業務に関する調査』より –」『人間福祉研究』
第5号 田園調布学園大学
- 三品桂子 (2008) 「ACTを日本に導入するための課題
– 英国から学ぶ –」『花園大学社会福祉学部研究紀要』
第16号 花園大学社会福祉学部
- 和気純子 (2004) 「介護支援専門員によるケアマネジメ
ント – 阻害要因の計量的分析 –」『人文学報 社会
福祉学』Vol.20 首都大学東京
- 渡部律子 (2002) 「介護保険施行後2年目の課題 – ケ
アマネジャーの役割に焦点を当てて –」『社会福祉研
究』第83号 財団法人鉄道弘済会
- Bartlett, H. M. (1970) *The Common Base of Social
Work Practice*, National Association of Social
Workers (=2009, 小松源助訳『社会福祉実践の共通
基盤』ミネルヴァ書房)
- Challis, D. and Davies, B. (1986) *Case Management
in Community Care*, Her Britannic Majesty's
Stationery Office (=1991, 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)
- Cohen, J. A. (2003) “Managed Care and the
Evolving Role of the Clinical Social Worker in
Mental Health”, *Social Work*, vol.48 No.1, NASW
- Gursansky, D., Harvey, J. and Kennedy, R. (2003)
*Case Management: Policy, Practice and Professional
Business*, Columbia University Press
- Payne, M. (1995) *Social Work and Community Care*,
Macmillan (=1998, 日本社会福祉士会監修, 杉本
敏夫・清水隆則監訳『地域福祉とケアマネジメント
– ソーシャルワーカーの新しい役割 –』筒井書房)
- Powell, S. K. and Tahan, H. A. (2010) *Case
Management: A Practical Guide for Education and
Practice 3rd ed.*, LWW
- Summers, N. (2009) *Fundamental of Case
Management Practice: Skills for the Human
Services: Third edition*, Brooks/Cole