

介護保険制度における「ケアマネジメント」に関する考察

—介護保険制度における権利に関する考察(2)—

見 平 隆

I はじめに

介護保険制度を構成する柱の一つにケアマネジメント (care-management) があるが、法令上は「居宅介護支援」として定義づけられている。

ケアマネジメントは、我が国において急速に定着してきた用語で、この間、いくつかの定義が試みられているが、1990年にイギリスにおいて「国民保健サービス及びコミュニティケア法 (National Health Service and Community Care Act) (日本では一般に「コミュニティケア法」と略される)」(1993年施行)が制定され、1991年にイギリス保健省が示した「Department of Health」で初めて公式に使われたといえる。ケアマネジメントという用語が使われるようになった過程や背景については、「ケアマネジメント」(J. Orme & B. Glastonbury, 1993)に書かれているが、ケアマネジメントという用語が使われることになったこと自体を重要として、「コミュニティでケアを確保するために必要な仕事には、個々のケース、クライアント、人の処理だけではなく、多様な社会資源から提供される広範な活動とサービスのとりまとめも含まれることが認められたからである。」とし、「マネジメントの対象はソーシャルワーカーの個々のクライアントへの訪問頻度やその内容ではなくて、ケアのパッケージなのである。そのパッケージは、個々

人がコミュニティでの生活を継続していく上で必要なものすべてを含んでいる。」¹⁾として、人々が地域社会で継続した生活を営むうえで必要なものとしている。

介護保険法(平成9年法律第123号)においては、「保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減または悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して」(法第2条第2項)、「被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して」(同第3項)、「内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」(同第4項)という給付に関する条件を基に、同法第7条で居宅介護支援をはじめ介護予防支援を定義づけ、居宅サービス計画等の作成や施設サービス計画の作成、介護予防サービス計画の作成を規定している。そして、厚生労働省老健局長通知「介護支援専門員実務研修受講試験の実施について」(平成18年5月22日老発第0522001号)などにおいて、介護支援サービス(居宅介護支援サービス及び施設介護支援サービス)や介護予防支援サービスをケアマネジメントと同義語として扱うなどしている。

介護保険制度にケアマネジメントを導入することを示したのは、高齢者介護・自立支援システム研究会が1994（平成6）年12月に発表した「新たな高齢者介護システムの構築」においてであるが、そこでは、①高齢者の自立支援、②高齢者が自らの意志に基づき、③自立した質の高い生活を送ることができる、とした3つの基本理念のもとに、①サービスの選択、②サービスの一元化、③ケアマネジメント（介護支援サービスによる介護サービス計画の策定・実行）の確立、④社会保険方式の導入、の4点が具体的に提案された。また、ケアマネジメント（介護支援サービス）の手順について、①課題分析の実施、②サービスニーズの把握、③サービス担当者会議の運営、④サービス提供方針の検討、⑤介護サービス計画の作成、⑥サービス提供に対する評価と再課題分析、と6段階からなるマネジメントサイクルを示した。

ケアマネジメントのプロセスについては、イギリス保健省（社会サービス監査庁）とスコットランド庁（ソーシャルワークサービスグループ）が、ステージ1（情報公開）→ステージ2（アセスメント水準の決定）→ステージ3（ニーズアセスメント）→ステージ4（ケアプランの作成）→ステージ5（ケアプランの実行）→ステージ6（モニタリング）→ステージ7（再検討）と7つのステージを示していた。²⁾ ケアマネジメントはコミュニティケアを具体化するためのシステムとして機能することが求められていた。これは、コミュニティケア法の展開にともない具体化されていったが、施設ケアからコミュニティケアへの方針は、既に1957年に精神障害者及び知的障害者に関する勧告の中で示され、1958年には高齢者に関するケアにおいても居宅サービスへの転換が既に示されている。その後、1970年代、1980年代の委員会報

告に基きコミュニティケア政策が進められていたことによるが、コミュニティケア法成立に見られるコミュニティケア改革によるケアマネジメントの制度化は、それまでのコミュニティにおける、コミュニティによるケアサポートから、福祉サービスの市場化や福祉多元主義などに基づいた行政機構の構造改革の縦糸となっていたといえるだろう。

高齢者介護・自立支援システム研究会の「新たな高齢者介護システムの構築」報告を受ける形で、「高齢者保健福祉推進10か年戦略の見直し（新ゴールドプラン）」（1994（平成6）年12月18日大蔵・厚生・自治3大臣合意）では、「在宅介護支援センターの総合相談・ケアマネジメント機能の強化を図る」とし、「より効率的で国民誰もがスムーズに利用できる介護サービスの実現を図る観点から、新しい公的介護システムの創設を含めた総合的な高齢者介護対策の検討を進める」とした。新ゴールドプランでは、「当面（平成11年度末まで）の整備目標」の他、「今後取り組むべき高齢者サービス基盤の整備」の基本理念として、①利用者本位・自立支援、②普遍主義、③総合的サービスの提供、④地域主義、の4つをあげ、在宅ケアを基本に、保健・医療・福祉を横断して多様なニーズに応えることのできる効率的・総合的サービスを提供することを謳った。

翌1995年、社会保障制度審議会勧告では「自立と連帯」を打ち出し、さらに、老人保健福祉審議会最終報告（1996（平成8）年4月）では、①要介護者等に対する社会的支援、②高齢者自身による選択、③在宅介護の重視、④予防・リハビリテーションの重視、⑤総合的、一体的、効率的なサービスの提供、⑥市民の幅広い参加と民間活力の活用、⑦社会連帯による支えあい、⑧安定的かつ効率的な事業運営

と地域性の配慮，を示し，高齢者に対する新介護システムの必要性と介護支援サービス（ケアマネジメント）の導入を推し進めた。そして，2000年4月の介護保険法施行に向けて1999年から介護支援サービス（ケアマネジメント）が始まり，介護支援専門員（いわゆるケアマネジャー）の養成が進められる中で，定義や展開についての多くの議論がされ，日本におけるケアマネジメントの理論や方法が整理されていった。

また，介護保険制度によって切り開かれた「措置から契約へ」の基礎構造改革は障害者福祉制度においても障害者ケアマネジメントとしてすすめられていった。

ケアマネジメントの定義については，日本においてもこれまで多く論じられてきたが，介護保険制度などにおいてケアマネジメントがどのように展開されることを求められているのか，制度における役割と機能も含めて，主体者であるはずの個人の権利がどのように位置づけられているのかについて考察したい。

II 介護保険制度の構成とケアマネジメントの位置づけ

1 コミュニティケアとケアマネジメント

イギリスの1980年代に，知的障害者の施設ケアや医療機関退院後の精神障害者に対するケアのあり方，高齢者の施設ケアにおける問題，在宅サービスと施設サービスの間の連続性の問題が取り上げられるようになった。それまでもコミュニティケアのあり方について議論がされてきたが，1988年2月ロイ・グリフィス卿による「コミュニティケア：行動計画（Community Care: Agenda for Action）」（いわゆる「グリフィス報告」）が提出され，1988年11月に政府は

「Caring for People」を発表した。それに基づき制定されたコミュニティケア法の主要な内容は，①地方自治体を実施責任としたケアマネジメントのシステム導入，②サービス供給主体の多様化（民間およびボランタリーセクターからサービスを購入），③地方自治体によるコミュニティ計画の策定，である。地方分権，地方への財源移譲などの問題もあり1993年から施行されたが，ケアマネジメントのシステム導入とそれを担うケアマネジャーの役割は，コミュニティケアの中心的な働きを担うものとされた。

1980年代のイギリスにおいては，在宅福祉サービスや施設福祉サービスは一定の水準に達していたが，当時，世界的に広がっていったノーマライゼーションの理念，WHO（世界保健機関）の提案していたウェルビーイングから見れば十分とはいえなかった。また，イギリス経済の減速は社会保障費に大きな影響をおよぼしていた。そのような背景の中でのコミュニティケア改革には，企業経営の手法であるジェネラル・マネジャーによる管理運営を取り入れた社会福祉サービス管理運営が不可欠と考えられた。

コミュニティケア法の目的はコミュニティケアの推進にあり，人々がコミュニティにおいて自立し尊厳ある生活を営むことを可能にすることであった。具体的には，在宅ケア，デイケアやレスパイトケアをすすめること，介護者の援助を優先し，費用対効果を保証する新たな財政構造のもとでボランタリーセクターなどからサービスの購入をすすめることであり，その基礎としてニーズ主導アセスメントのケアマネジメントシステムをすすめることになった。それは，どのようなサービス資源がありどのように提供するかという前に，サービスを必要とするであろう個人のニーズを把握することである。

また、コミュニティのサービス基盤の整備をはじめとして、サービス提供方法などをコミュニティの行政、ボランティアセクターやサービスを必要とする個人、介護者などの合意を得なければコミュニティのサービスニーズに応えた実施展開が行われないため、サービスの品質保証のための方法の具体化や費用対効果を高めることでもあり、コミュニティケア計画の策定は必要なものであった。

ケアマネジメントの展開は、委託された予算で担当したケアマネジャーが責任を持って必要なサービスを購入するため、サービス決定のためのアセスメントやモニタリング、レビューが不可欠となる。そこで、①介護者に必要な援助を含めたサービスを必要とする個人の状況をアセスメントする、②アセスメントにより明らかになったニーズを満たすためにサービス利用者、介護者（家族等）や関係する機関（行政組織やその他の機関）の同意を得てケアプランを策定し、ケアパッケージを提供（購入）する、③サービス提供（購入）状況を継続観察（モニタリング）しながら再検討・再点検（レビュー）を必要に応じて実施する、というケアマネジメントの過程が整理されていった。アセスメントあたっては、個人の日常生活自立度や社会生活関与度、健康安全度にくわえ、自己決定の自由度について、自立生活へのリスクの状態に応じて4段階で受給資格を判断することが求められ、サービス決定にあたってはコミュニティの資源を勘案し、効率的に費用対効果を高めることが求められていた。ケアプランは個人のニーズに対応しながらも介護者（家族等）の意向も考慮されたもので、介護者（家族等）から提供されるサービスを含む利用可能な資源を組み込んだパッケージを表すものとされた。

ケアマネジメントのシステムとプロセスを円

滑に展開するために設置されたケアマネジャーはソーシャルワーカーと役割が異なるものであった。人々にとってソーシャルワーカーは公的扶助を担当するという認識があるが、コミュニティケア法施行後も直接的なサービス提供である公的扶助を担当している。一方、ケアマネジャーはソーシャルワーカーとしての専門性を有した者であるが、直接的なサービス提供者ではなく、ケアプランを実行するために必要なサービスをフォーマルセクターやボランティアセクターから購入する役割を担っていた。現在は、州（カウンティ）によって行政組織に相違はあるものの、市町地域を担当するケアマネジャーや高齢者・障害者担当ケアマネジャー、児童担当ケアマネジャーと職務を分担しているが、公的扶助担当とは別となっていて、それぞれが予算の委託を受けていたりする。また、実施状況についてはケアマネジャーの統括者から示された方針についての確認や報告などもあり、システムの要として役割を果たしている。

しかし、ケアマネジャーがニーズに基づくケアプラン作成と展開をすすめるうえで財源が無尽蔵にあるわけではなく、また、資源の有限性や介護者（家族）の意向もある中で、コミュニティケアの理念と現実のケアプランとの間にたったディレンマを生む現状がある。そのため、ケアマネジャーの職務はややもすると選択できるケアプランが限定される恐れやクライアントの意思に添わない結果を生じさせる恐れを指摘できる。

イギリスにおける先例は日本においても想定できるものであり、むしろ、資源の状況や市場化の問題をはじめ、サービスコストと費用対効果、自治体格差（財政力や行政力などの他、住民意識など）などから考えるならば、介護保険制度の財政的運営だけでなくケアマネジメント

のあり方も大きな課題があることを示唆している。介護保険制度とともにすすめられた「地方分権」は集権的な関係を再生産しており、「日本型コミュニティケア」の実現については改めて考えなければならないだろう。

ところで、コミュニティケアは個人の自立とコミュニティにおける連帯を基礎とするものであるが、「自立能力を持たない」とされてきた人々の生活・生存に対する恣意的な介入を正当化する近代社会の諸制度の線上にあることは否めない。介入や干渉をどの程度の範囲にとどめておくのか、あるいは、どこまで介入するのかという問題がつかまっている。近代の民主主義は各個人の相違を認めるという前提にあるが、それは、「自立」という視点から判断されているものであろう。コミュニティケア改革により展開されたケアマネジメントは、「自立能力を持たない」とされてきた人々をコミュニティの成員として認め、コミュニティ（自宅などを拠点とする）における活動を保証していくためのシステムとプロセスとして理解したいと思うが、コミュニティケア改革以前の時代において追求されたコミュニティケアとその具現化するための方法は、コミュニティケア改革をととして資源の効率的配分による費用対効果を高めるシステムとプロセスに傾斜していったと考えることができる。

2 介護支援サービスの展開

ケアマネジメントは、介護支援サービスとして日本の介護保険制度に組み込まれたが、ケアマネジメントは居宅生活を支援する方法であり、施設介護サービスにあってはケアマネジメントとはいえないとの意見があった。介護保険制度は施設介護サービスを保険給付の対象としながらも、「施設から在宅へ」を掲げてきてお

り、アメリカなどで展開されてきたケースマネジメントは病院から退院（施設から退所）した人々に対する援助の技法として理解されてきたし、イギリスにおいてもコミュニティケア改革で施設から在宅へと展開するシステムとしてケアマネジメントがすすめられてきたことから、当然のことといえた。

しかし、イギリスにおいてはケアマネジメントでのケアプランに盛り込むべき内容として、①居宅生活を継続するサービス利用者のための援助、②シェルタード・ハウジングなどのより適切な住居への転居、③親戚や友人宅などへの転居、④施設やナーシングホームへの入所、⑤病院での入院療養、などがあげられており、コミュニティケア改革が求められた背景にも在宅サービスと施設サービスの連続性がいわれていたことや、施設やナーシングホームもコミュニティの資源でありコミュニティの一部であることを考えると、施設サービスにおいてはケアマネジメントとはいえないと日本でことさらに定義づける必要もないであろう。むしろ、日本では「施設」のあり方がコミュニティの中であって別の社会を造っているなど閉鎖的であったことを問題とすべきであろう。

介護保険法第8条第21項で「この法律において「居宅介護支援」とは、居宅要介護者が第41条第1項に規定する指定居宅サービス又は特例居宅介護サービス費に係る居宅サービス若しくはこれに相当するサービス、第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス又は特例地域密着型介護サービス費に係る地域密着型サービス若しくはこれに相当するサービス及びその他の居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービス（以下この項において「指定居宅サービス等」という。）の適切な利用等を行うことができるよう、

当該居宅要介護者の依頼を受けて、その心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要介護者及びその家族の希望等を勘案し、利用する指定居宅サービス等の種類及び内容、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（以下この項、第115条の38第1項第5号及び別表において「居宅サービス計画」という。）を作成するとともに、当該居宅サービス計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう、第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者、第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者その他の者との連絡調整その他の便宜の提供を行い、並びに当該居宅要介護者が地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設への入所を要する場合には、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うことをいい、「居宅介護支援事業」とは、居宅介護支援を行う事業をいう。」としていたり、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第38号）（平成18年9月8日厚生労働省令第156号改正）において退院退所にあたって居宅生活に円滑に移行できるようあらかじめ居宅サービス計画を作成することなどを規定しているなど、自立生活の維持継続やサービスの連続性を確保するうえで重要な内容を規定している。

同条第23項では、「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要介護者について、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。」とし、同条第24項では「この

法律において「介護老人福祉施設」とは、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム（入所定員が30人以上であるものに限る。以下この項において同じ。）であって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設をいい、「介護福祉施設サービス」とは、介護老人福祉施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をいう。」としており、また、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第39号）（平成18年3月31日厚生労働省令第79号改正）において担当介護支援専門員の責務として、入所者の退所にあたっては居宅サービス計画作成の協力について規定しているなど、「施設から在宅へ」の連続性を確保することに触れている。介護老人保健施設や介護療養型医療施設の規定においても連続性は触れられており、サービスの連続性における入退所の「境界線」の問題が現状では存在するものの、コミュニティケアにおけるケアマネジメントを介護保険制度において具現化しようとしているとするならば、ケアマネジメントは居宅生活に限定したものとみることとはできないと理解できる。

ところで、ケアマネジメントについては介護保険法の中ではサービス計画の策定について規定しており、国は「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年12月12日 老企第29号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（平成18年3月31日老振発第0331008号改正）により「居宅サービス

計画書標準様式及び記載要領」,「施設サービス計画書標準様式及び記載要領」,「介護サービス計画書の様式について」および「課題分析標準項目について」を示し,「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第13条で具体的取扱方針を定め,ケアマネジメントの展開について手順等の標準化を図っている。具体的取扱方針には,「利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき,利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して,当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し,利用者及びその家族の生活に対する意向,総合的な援助の方針,生活全般の解決すべき課題,提供されるサービスの目標及びその達成時期,サービスの種類,内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない」(第8号)として,イギリスのコミュニティケア法と同様に,まず,ニーズ主導のアセスメントがある。そのうえで資源やサービス利用にあたっての意向などを勘案してケアプランを作成しケアパッケージを提供するという基本が示されている。ケアマネジメントの展開について定説があるわけではないが,介護サービス計画に介護保険制度の運営に必要な内容を盛り込んでいるかは重要である。結果として要介護状態の改善につながるかどうかは制度の維持に影響を及ぼすが,そのプロセスは担当する介護支援専門員(ケアマネジャー)の技術や能力に左右されやすいものだからである。イギリスのコミュニティケア法においてもニーズ主導のアセスメントはケアマネジメントの展開に重要な位置を占めていることが明らかになっており,制度運営の方針を確固とする必

要があった。もっとも,アセスメントからニーズを導き出したり,目標の設定方法,ニーズに対応するサービスの特定など専ら技術を必要とする手法部分については,規程ではなく,国による「介護支援専門員実務研修指導者研修」で提案するなどしている。

また,「その有する能力,既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし,利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない」(第5号),「居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し,文書により利用者の同意を得なければならない」(第10号)との規定もあり,介護保険法や関係する政省令,通知とともに「自立支援」と「自己決定」を強調しているが,そこに,「自立した日常生活」についての共同体的価値意識の確認は示されていない。そのため,この「自立」を巡っては介護支援専門員(ケアマネジャー)をはじめとする介護サービス関係者だけでなく,介護を必要とする人々や介護者(家族等)にとって,いまだ理解の一致をみていない。ただ,居宅介護支援は選択するサービスの一つにしか過ぎないことが,介護を必要とする人々の自己決定に委ねられるととらえることができるのか,それとも行政として責任ある関与を制限しているのととらえるのか,そのいずれでもあるのかは実際の運営の中に見ることができよう。

なお,イギリスのボランタリーセクターを意識するかのように「当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう」(第4号)という規定もあるが,このことは,サービス供給主体の多様化をいっているだけでなく,コ

コミュニティの再構築を意味するものと理解できる。かつての自助・共助を基礎とした「日本型社会」が崩壊したことで公助への依存が高まったが、社会保障の基礎構造を変換しなければならなかったことを考えるならば、新たな共助型社会をコミュニティに構築することが必要であろう。

3 介護支援サービスのプロセス

介護支援サービスのプロセスは、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」や「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」などの具体的取扱方針に手順として記載されている。イギリス保健省のプロセスにそって日本の介護保険制度で示されているケアマネジメントのプロセスをみると、ステージ1（情報公開）にあたる内容やステージ2（アセスメント水準の決定）にあたる内容は、介護保険制度利用の入り口であり、要介護認定等と対応するものとみることができる。日本では要介護認定等と介護支援サービスが分離されているが、本来であればリスクのレベルの判断はニーズ主導アセスメントの前提となるものであるし、リスクのレベルに応じて生活ニーズを把握するためのアセスメントが行われるということがケアマネジメントのシステムであろう。

ステージ3（ニーズアセスメント）は、現在日本でいわれるところのアセスメントであり、「解決すべき課題の把握」としている。アセスメントにあたっては要介護者等の居宅を訪問し、本人および家族（介護者等）に面接して行うこととし、その内容は「適切な方法により」有する能力や環境などを評価して問題点を明らかにし、自立支援する上で解決すべき課題を把握することとしている。その際、面接の趣旨を

十分に説明して理解を得なければならないとしている。

ステージ4（ケアプランの作成）はプランニングの段階で、居宅サービス計画原案（ケアプラン）の作成とサービス担当者会議およびケアプランの同意に対応する。本人の希望とアセスメントの結果に基づいたうえで家族の希望と地域におけるサービス提供体制を勘案して適切なサービスの組合せについて検討することとしている。本人と家族の生活に対する意向や総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標およびその達成時期、サービスの種類、内容および利用料、サービス提供上の留意事項等を記載した居宅サービス計画原案を作成する。ここで注目しておきたいことは、取扱方針上ではまず本人の希望とアセスメント結果に基づくことが第一義である。本人が主体者であることが前提であることはややもすると薄れがちになり、家族（介護者）の意向が中心となってすすめられることが多く、介護支援専門員研修においても、本人と家族の意向が異なった場合の扱いについて「中立性」を強調した説明がなされることが多い。ニーズ主導アセスメントに加えて、実際の展開では行にくいことであっても主体者である本人の意向を第一義としていることは、理念としてだけでなく本人の権利性を明確にしたものであるといえる。

また、サービス担当者会議はその規定からケアプラン原案に位置付けた居宅サービス等の担当者を召集して行う会議として理解され、介護を必要とする本人の状況等に関する情報を担当者と共有する場であり、居宅サービス計画原案の内容について専門的な見地から担当者の意見を求める場として考えられていた。しかし、生活していく主体者は本人であること、本人の情

報を本人が知らないままやりとりされることの問題などが指摘され、本人および家族同席のケアカンファレンスとして実施するように介護支援専門員研修では指導されている。実際にサービス担当者会議が通常に開催されるには、本人自身が自らの生活に対して自律性をもつことが求められるし、それを促し支える環境が必要となる。また、介護支援専門員(ケアマネジャー)をはじめとする介護サービス関係者が、本人の「自己決定能力」について深い理解を必要とするであろう。

取扱方針上はサービス担当者会議での検討を終えて、ケアプラン原案に位置付けた居宅サービス等について保険給付の対象となるかどうかを区分した上で居宅サービス計画原案の内容について本人または家族に説明して、文書により利用者の同意を得ることになっている。前述したように、当初は主体者であるはずの本人がケアプランに関して客体となっていたが、現在でも「自己決定能力」ということだけでなく、介護支援専門員(ケアマネジャー)の「専門性」の枠に入ることができない存在として排除されていることも多い。このことは制度上の問題ではなく、介護支援専門員(ケアマネジャー)の認識、あり方にあると考える。

ステージ5(ケアプランの実行)はイギリスにおいてはケアマネジャーが直接担当する部分ではなく、購入したサービスが提供される段階である。介護保険制度ではケアプランに基づいて介護サービス担当者やケアプランに位置づけられた者によりサービスが提供される。そこで、介護支援専門員(ケアマネジャー)は作成した居宅サービス計画を本人および介護サービス担当者に交付する。

ステージ6(モニタリング)は本来ならば介護サービスの給付管理にあたる部分であるが、

ケアプラン実施状況の把握(継続的なアセスメントを含む)をモニタリングとして規定している。実施状況の把握や居宅サービス担当者等との連絡調整はモニタリングにあたるが、アセスメントやケアプランの変更にあたる段階は、ステージ7(再検討)のレビューに対応する。この間の改正により、少なくとも1か月に1回は居宅訪問して面接し、結果を記録することとしている。

これらの各段階が適切に実施されることにより「自立した日常生活」の維持改善がすすめられるが、限られた財源の中での費用対効果を高めていくためには、制度上の制限も必要となる。その一つに、短期入所生活介護または短期入所療養介護(ショートステイ)の利用がある。ケアプランに位置付ける場合には特に必要と認められる場合を除いてショートステイを利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならないとしている。これはショートステイを繰り返すことで事実上の施設入所とすることを防ぐ意味があるが、ショートステイの利用については介護保険制度初期と比較すると制限がずいぶん緩和されている。また、福祉用具の貸与や購入についてはケアプランに福祉用具の必要な理由を記載のうえ必要に応じて随時サービス担当者会議を開催して継続した福祉用具貸与の必要性について検証することとしている。廃用症候群の予防などを意図したのものであるが、安易な福祉用具利用を制限する側面もあることがみえる。

イギリスでは1996年に「コミュニティケア(直接給付: Direct Payments)法」が施行され、本人の判断、自己決定に委ねられる給付範囲が広がったことを考えるならば、日本での制限は問題とみることもできるが、そもそもケアプランにおける自由度を考えるならば、日本の

自立に対する意識の醸成も考慮に入れなければならないだろう。

これらのプロセスを展開するうえで、介護支援専門員（ケアマネジャー）の基本姿勢も規定している。サービスの提供方法などについて理解しやすいように説明を行うことや、自立した日常生活の支援を効果的に行うため継続的かつ計画的にサービス利用が行われるようにすることなどが求められている。これらのことは個人の権利を擁護するというよりも、効果的効率的なサービス利用提供関係を築くうえで必要なこととしてとらえることができる。

介護保険制度においてケアマネジメントというシステムとプロセスがなぜ必要なのだろうか。コミュニティの中でその成員としての役割を果たすためには自立と自己決定が求められる。自立と自己決定に対するコミュニティの共同体的価値は必ずしも普遍的ではなく、その時代と社会に対応して価値が認識され、共有される。個人の自由な選択の範囲を超えて支配されることに対して自立が対置されてきたが、自己決定はその自立を支えるものである。新自由主義的理解のもとでは身体的自立と経済的自立は目的化され、自立の条件は「自立能力」をもつことであり、一方でそれらの「能力」をもたないとみなされる人々には他者による介入か排除が正当化される。そのためには「自立能力」を維持向上させる機会と自立の機会が提供されることになる。介護を介在して考えるならば、介護を必要とする個人は身体的「自立能力」（精神的も含めて）をもたないとされる側になることになるが、社会は自立を求めることになる。それは「自立能力」を求めることであり、自らの生活への参加や社会規範への適応が社会的期待として求められることになる。そこで期待される「自立能力」に一定の負荷を与える介入が

正当化される。また、「自己決定能力」から自ら決定できない領域については他者がその決定を示唆したり引き受けたりすることが正当化される価値があることから、コミュニティにおける成員としての参加を求めるコミュニティケアでは、身体的「自立能力」に介入するうえで適切なシステムと手法が準備されなければならないだろう。

Ⅲ 介護保険制度におけるケアマネジメントの課題

1 介護保険制度における介護予防とそのシステム

2005年の介護保険法改正により、介護保険制度は「予防重視型システム」へと転換した。予防重視型システムの内容は「予防給付」と「地域支援事業」に区分されるが、介護予防を運動機能向上や栄養改善、口腔機能向上など個々の要素だけでなく、高齢者全般を対象にして心身の活動水準を維持させるという、それまでの要介護者個人の選択に基づいた介護支援専門員（ケアマネジャー）を接点とする個人生活への介入から、さらに歩をすすめるというものであった。この改正の基本方針は、要介護高齢者の変化に対応した日本型コミュニティケア改革であり、「制度の持続可能性（給付の効率化・重点化）」、「明るく活力ある超高齢社会の構築（予防重視型システムへの転換）」、「社会保障の総合化（効率的かつ効果的な社会保障制度体系へ）」の3点を基本的視点とした。これは2015年の将来展望により「介護保険制度改革」と位置づけられた。2015年は「ベビーブーム世代（団塊の世代）」が高齢期に到達し、2025年には後期高齢期を迎えることに対応するものであり、対応の方向性を「介護」モデルから「介

「護+予防」モデルへ、「身体ケア」モデルから「身体ケア+認知症ケア」モデル（2004年の全国介護保険担当課長会議のときは「痴呆ケア」としていたが、その後法改正には「認知症ケア」と変更された。）に、「家族同居」モデルから「同居+独居」モデルへとしたが、制度改正の全体像においては、財源確保と費用対効果を高めながらも支出抑制を可能にする集権的管理を強化するものと理解することが妥当な内容とみることができる。

「予防重視型システムの確立」として、①新予防給付の創設、②地域支援事業の創設、の2点を掲げ、軽度者の状態像を踏まえてそれまでの予防給付（要支援者に対する給付）の対象者、サービス内容、ケアマネジメント体制を見直し、地域包括支援センターが担当するとした。また、「要支援・要介護になるおそれのある高齢者」を対象にした介護予防事業を介護保険制度に位置づけることとしたことに、新たな介護保険制度がはらんでいる危険性と課題が見えているだろう。

新予防給付は保険給付と要介護状態区分の見直しをする基礎となるもので、それまで、要介護度が低い場合の予防と介護の線引きが曖昧であったものを明確にしていこうと理解されている面があるが、本来個人の生活の中においては介護と予防は相互に関係しあうものであり、要介護度が高くなるにつれて予防が生活の中に占める部分が小さくなるというものではないであろう。ここで考えなければならぬのは、介護保険制度における介護と予防という用語はあくまでも制度を構成している用語の一つとして理解する必要があり、とくに、「要支援」と対になっている制度上の「予防給付」の対象者の範囲と内容の見直しをするうえで要介護度を引き下げるということを予防として理解することが

必要ではないだろうか。

地域支援事業は地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化するという目標があり、政令で定める介護給付費の3.0%以内を上限とした事業費（財源構成は国、都道府県、市町村、保険料）により3点の事業を展開するとした。①地域の高齢者のうち要支援・要介護になるリスクの高い高齢者を対象に運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上、閉じこもり予防・支援、うつ予防・支援などを実施するものとした介護予防事業、②総合相談や権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業、介護予防ケアマネジメント事業の包括的支援事業、③介護給付費等費用適正化事業、家族介護支援事業など市町村の任意事業、である。

介護保険の要介護・要支援認定者数は2000年度を100としたときに2004年度の指数は159となっており、そのうち要支援および要介護1に該当する認定者数は、要支援で2000年度を100としたときに2004年度指数は189、要介護1は189となり、要介護2以上の指数平均136に比して極めて高い伸びとなっている。³⁾ 要介護度別の原因は、要介護度が高くなるにつれて脳血管疾患や認知症の構成比率が高くなっているが、反対に高齢による衰弱や関節疾患の比率は低くなっている。このことは、高齢による心身機能の衰えが生活行為の不活発化につながり「廃用」状態となることで心身機能のさらなる低下を引き起こすことを考えるならば、将来の要介護者の増加を予想させることになる。また、自助によるセルフケアの意欲が低下することも想定されることから介護の総量をさらに上昇させ、結果として財源の圧迫を生じさせることになる。介護保険制度は制限ある資源の中で効率的な費用対効果を生み出し財源への圧迫を増加させないことが前提にあるため、財源の圧

迫に直接つながることへの個人レベルへの対応とコミュニティレベルの対応、自治体レベルの対応を求めたものである。

介護予防の事業、サービスの主な対象者と個人レベルでの目標を簡単にまとめると、①予防給付は要支援1および要支援2と認定された人が介護予防マネジメントの対象者となり、要支援状態の改善や重度化予防を図る。②地域支援事業（介護予防特定高齢者施策）は要介護認定で非該当（自立）になった人などを要支援・要介護状態となるおそれがある高齢者（特定高齢者と規定される）として介護予防マネジメントの対象者となり、生活機能低下の早期発見・早期対応を図る。③地域支援事業（介護予防一般高齢者施策）は全ての高齢者が対象者となり、生活機能の維持・向上（活動性の維持・向上）を図ることになる。介護予防サービスの基本的な機能を見ると、介護予防通所介護や介護予防通所リハビリテーションの場合は、共通的な機能として生活行為の向上を支援することであり、選択的な機能として個別の状況に応じた支援、例えば運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上などがある。介護予防訪問介護の場合には、サービス利用者が自力で困難な行為を行うときや家族、地域などの支援を必要とするときにサービス利用者ができる生活行為を増やすなどを求めている。このことは、他者が個人の行為の「可能性」を判断して具体的行為を実行するよう求めるといふ、個人の意志に対置される問題を含んでいるだろう。

ところで、地域支援事業は「介護給付等に要する費用の適正化のための事業」が市町村の半ば義務化となって都道府県を通じてすすめられている。要介護認定の適正化（平準化）、ケアプランチェック、介護報酬請求チェックなど、いわば入口チェックと出口チェックを強化して

いる。

そして、「新たなサービス体系の確立」として①地域密着型サービスの創設、②居住系サービスの充実、③地域包括ケア体制の整備、④中重度者の支援強化、医療と介護の連携・機能分担、の4点を掲げた。地域密着型サービスは「住み慣れた地域での生活の継続」を確保することの一つとして考えられており、市町村が地域の実情に応じて指定し指導・監督するもので、設置されている市町村の住民のみがサービス利用可能（設置されている市町村の同意を得たうえで他の市町村がしているればその市町村の住民も利用可能）という、小学校区や中学校区などの日常生活圏域を単位として設定する新たなサービスであり、コミュニティケアを展開するサービス体系のように見えるが、市町村のコミュニティケアに対する方針が明確で積極的に展開する施策がとられなければ、実際のサービス展開は困難なものである。また、地域の理解や市町村間の格差も考えると小規模の市町村ではコストと採算、財源から考えても困難であり、コミュニティの成員の移動を生み出すことにもなり、かえって市町村での展開が行われないうことになるおそれがある。また、新たな介護サービス体系は「介護予防」を前提としながら政策的に給付配分を行い、サービス利用を誘導しようとするものである。

小規模多機能型居宅介護も改正介護保険制度による新たなサービスの一つとして登場し、要介護の中重度を対象として、「地域に開かれた透明な運営、サービス水準・職員の資質の確保」を図るための運営推進会議を設置して運営することになっている。居住型施設に併設した訪問と通所、宿泊の利点を組み込んだサービスを特徴としてコミュニティケアを具現化しようとするものとみることもできるが、小さな地域

単位での自己完結型サービスを意図しているとのみることができ、その場合には、やはり市町村の方針が積極的でなければ、かえって責任ある運営に結びつかないことになる。

また、地域包括ケア体制はその名のとおりコミュニティケアを具現化しようとするものであるはずであるが、その拠点となる地域包括支援センターがどのように運営されるかで「包括的かつ継続的なサービス体制」を構築できるかどうか分かれてくる。市町村が地域包括支援センター運営協議会の事務局となって地域包括ケアを推進することになっているが、地域包括支援センターの運営主体は市町村だけでなくそれまで在宅介護支援センターを運営していた法人などに委託することができる。そのため、市町村がコミュニティケアを理解しその実現をすすめようとしなければ、コスト削減のために委託が行われ、国が規定した事業を行うだけの存在となってしまうだけでなく、かえって、国が意図した事業すら適切に実施展開することができなくなるだろう。コミュニティケアを展開するうえで必要なことは行政から委託を受けたサービス機関がどのように活動するかではなく、フォーマルな機関である行政が何を担当し、ノンフォーマルな機関・団体が何を担当し、コミュニティの成員がインフォーマルな部分をどのように担当するかという、システムを機能させる視点である。それが、行政が有している保健、医療、福祉の人的資源を含めた本来の行政サービスとしての資源を有効に働かせなければ、適切な費用対効果すら望めないだろう。

さらには、前述した「介護予防」を基軸とした事業展開を地域包括ケアとしてすすめることは、特定の法人による介護予防ケアマネジメントをはじめとした事業の独占化を行政が積極的に保護することに他ならない。それは、かつて

の措置制度のもとでサービスを選択できなかった問題以上に、個人の権利に関して深刻な問題を生じることになる。

2 介護予防支援サービスの機能がもたらすもの

改正された介護保険制度において介護予防ケアマネジメントは「本人ができることはできる限り本人が行う」ことを基本に、個人の生活機能（世界保健機関（WHO）総会で採択された「国際生活機能分類」（International Classification of Functioning, Disability and Health）（略称：ICF）における生活機能）の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活をイメージできるように具体的な日常生活における行為について目標を明確にして、セルフケアやサービスを適切に利用する計画を作成し、達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う一連の過程であり、生活機能低下を来すハイリスクな状態にある高齢者を発見するという役割を担っている。そして、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（平成18年3月14日厚生労働省令第37号）第30条の「指定介護予防支援の具体的取扱方針」では、介護予防ケアプランには運動および移動、家庭生活を含む日常生活して把握された総合的な課題に基づいて、利用者のセルフケア、家族の支援やインフォーマルサービス、介護保険サービスまたは地域支援事業の内容などを盛り込むことが求められている。

介護保険法第8条第18項では、「介護予防支援」を地域包括支援センターの職員が担当し、厚生労働省令で定める事項を定めた「介護予防サービス計画」を作成する。

ここで注目しなければならないのは、介護予防ケアプランに係る様式と考え方についてである。それまでのケアプランに係る介護サービス計画書はⅡ-2で前述しているが、通知では「なお、当該様式及び項目は介護サービス計画の適切な作成等を担保すべく標準例として提示するものであり、当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨のものではない旨、念のため申し添える。」となっており、「(別紙4) 課題分析標準項目について」において「個別の課題分析手法について、「本標準課題分析項目」を具備することをもって、それに代えることとするものである」としていても、課題を介護支援専門員(ケアマネジャー)の個人的な考え方や手法によって行われるのではなく客観的に抽出するための手法として合理的に認められた項目であった。ところが、「介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について」(平成18年3月31日老振発第0331009号 厚生労働省老健局振興課長通知)において、「なお、当該様式は介護予防サービス・支援計画書の適切な作成等を担保するための標準様式例であり、その内容については介護予防ケアマネジメントに当たっての必要最低限の内容として提示するものである。そのため、当該様式に記載する情報を基本としつつ、新たな様式や項目の追加、紙面の構成や紙面の大きさを変更するなど創意工夫を行うことは差し支えない旨、念のため申し添える。」としており、その強制力はきわめて強いものとなっている。それは、介護予防そのものが個人レベルで判断されるものではなく、国の政策レベルで判断されるものとみることができる。

そもそも、介護保険制度が構築される際、要介護度ごとの区分支給限度基準額の決定にあたり、算定基礎となる「標準的なサービス利用の組み合わせ」が示されたことを思い起こすと、

介護保険制度におけるサービス利用そのものが政策レベルで判断されているとみることもできるが、少なくともケアマネジメントによるケアプランの中で保険給付限度はあるもののサービスは自由選択し購入できるとの前提があった。

「介護予防支援業務に係る関連様式例及び記入要領」の「利用者基本情報」の「介護予防に関する事項」では、「今までの生活」や「現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)」を記載する。「現在の生活状況」には、本人と介護者・家族の「1日の生活・すごし方」と時間、「趣味・楽しみ・特技」,「友人・地域との関係」を記載する。「趣味・楽しみ・特技」では以前取り組んでいた趣味などもヒアリングして記載することとし、「友人・地域との関係」では交流頻度や方法、内容を記載することとしている。このような内容は、これまではアセスメントの中で把握することがあったとしても、それは客観的に課題を抽出する基本情報として取り上げてはいなかった。ケアマネジメントのあり方として目標志向(指向)を明確にする中で確認していくものと研修等で示してきたものであった。さらに、この様式には「地域包括支援センターが行う事業の実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係するものに提示することに同意します。」と本人が署名押印する欄が設けられている。この主語は本人であり個人情報の第三者提供を承認するかのようにみえるが、情報を操作する行為の主体者は地域包括支援センターで

あり、本人の所有を離れていくうえで操作された情報を本人が確認して同意することはできない。また、地域包括支援センターの事業は政策的に変動するものであることから、将来の変動に対しても承認せざるを得ないというものである。

「介護予防サービス・支援計画書」には「アセスメント領域と現在の状況」として「運動・移動について」、「日常生活（家庭生活）について」、「社会参加，対人関係・コミュニケーションについて」、「健康管理について」の記載欄があり、それぞれ「本人・家族の意欲・意向」、「領域における課題（背景・原因）」、「総合的課題」、「課題に対する目標と具体策の提案」、「具体策についての意向 本人・家族」を具体的に記載することになっている。その上の支援計画では「本人等のセルフケアや家族の支援，インフォーマルサービス」を明記して、「本来行うべき支援ができない場合」として「妥当な支援の実施に向けた方針」を記載し、本人の署名押印を求める様式となっている。本人とのヒアリングの結果記載するものであり、本人が同意しなければ計画書としては実効がないものであるとするが、「介護サービス計画書」が客観性を求めているのに対して、「介護予防サービス・支援計画書」きわめて主観的あり、地域包括支援センター職員の考え方や力量に対応した判断に恣意的に誘導しようとするものと受け取れるものである。手法として展開されるケアマネジメントは本人の意思（意志）を確認しながらアセスメントするケアマネジャーがどのように課題を把握し、課題への対応をどのように判断するかということのうえに本人が確認して同意することになるのであるから、どの程度恣意的であるかということになるかもしれないが、地域包括支援センターが政策的に課題を遂行する機

関であるならば、誘導される方向は「本人の意向」ではなく市町村の意向に他ならなく、場合によっては地域包括支援センター職員の主観的、一方的意向に支配されるおそれがある。

さらに、「介護予防サービス・支援評価表」はモニタリングとレビューを様式として規定したものであるが、そこでは、「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」と「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」、「今後の方針」、「地域包括支援センター意見」を記載する。「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」には目標が達成されなかったことについて本人や家族の認識を確認して原因を記載することとしている。目標設定の妥当性について本人の認識を確認することは、目標設定が本人の選択に依拠していることであり、その責任は本人にあるとすることに他ならない。確かに、本人が同意の上で介護予防ケアプランは展開されるのであり、本人が同意しなければ介護予防サービスすら利用できないのであるからして、本人が自ら決定したことについてどのように認識しているかも含めて把握するというは成り立つであろうが、選択にあたってどのような情報のもとでなされたのか、また、目標達成できなかった原因を判断するための情報がどのように提供されるかということが明らかにならなければ、本人の認識すら不的確なものになるだろう。そもそも、客観性の積み上げでアセスメントされていくのではなく主観的、恣意的な意向の積み上げも含まれたアセスメントにより構成された介護予防ケアプランであれば、本人に責任を求める比重が高くなるであろう。

また、地域包括支援センター職員が「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」を記載するうえで本人や家族の意見を含めて評価することになっているが、職員が自省的に点検しなけ

れば、第三者として評論するにとどまるおそれがある。職員に対する主任介護支援専門員研修などによって担保されると考えるには、介護予防支援サービスそのもののシステムの強化と内容の見直しが必要であろう。「今後の方針」についても専門的観点を踏まえて記載することとしているが、客観性が担保されていないままでは地域包括支援センター職員の能力に左右されるにすぎない。「地域包括支援センター意見」はさらに評論的となり、市町村の政策意向に基づく管理的側面が強調されることになるだろう。

3 介護支援および介護予防支援における個人の選択の自由

介護予防についての考え方は、高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（発生予防）と要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする（維持・改善）ことが介護保険制度の基本にあったが、介護保険法改正による「介護予防」が制度上明確に位置づけられることによって、介護保険制度で謳われてきた自立と自己決定に大きな揺らぎをみることができた。法改正は要支援や要介護の人の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行う地域包括ケア体制づくりをめざすとしていたが、介護保険制度は制度創設以前は認められていなかった「介護サービス選択の自由」がある一定の制限はともなうものの原則的には保証されたことになったことを考えるならば、サービス選択の自由は大幅に制限される内容となった。介護保険制度にあってはケアマネジメントも購入する一つのサービスであったが、それは、措置制度のときのようにサービスの供給決定を行政処分として行い、サービスの供給も行政行為として行うのではなく、サービス供給を自由化したこ

とにともない必然的にサービスの組み合わせも含めた調整も自由化されるということであったし、行政がケアマネジメントの内容に対して責任を負えるものではないという側面もあったからである。イギリスのコミュニティケア法は1996年にケアマネジメント対象者のサービス選択の自由を保証する直接給付（Direct Payments）を認めたが、それは給付決定及びサービス内容の決定は州の社会サービス担当部局が行うものであったことから、コミュニティケアの理念と新自由主義的視点から考えるならば、利用限度額一定の制約はあったとしても選択の自由は重要であったからである。

日本では介護予防支援が政策的に進められるため、介護予防支援を担当する機関は地域包括支援センターとなったが、その地域包括支援センターは必ずしも市町村直営ではなく、むしろ、多くは法人に委託されている。地域包括支援センターは中学校区または小学校区というように一定の圏域ごとに設置されるため、介護予防支援を受けようとする個人は市町村が指定する地域包括支援センターに選択の余地なく組み込まれることになった。介護予防ケアマネジメントは指定介護予防支援と一体的に行わなければならないことから、自分の住所地を管轄する地域包括支援センターが市町村直営であったとしても法人委託されたものであったとしても住所地を管轄すると市町村が決定した地域包括支援センター以外の選択はできない。居宅介護支援のケアマネジメントであれば、自分の住所地を管轄するという指定は一切されず、自分が納得できるように介護支援事業所を自由に選択し契約することができるし、同一事業所内の介護支援専門員の中から自分の担当者を選ぶことも可能である。事業所の選択も介護支援専門員の選択も自由であることが介護保険制度の基本

であったはずである。地域包括支援センターに配置された職員は社会福祉士、保健師等および主任介護支援専門員の3職種に示される専門性のある職員ということになっており、それぞれの役割が分化されているために担当職員すら自由に選択することはできない。さらに、介護予防事業のサービス提供事業者は市町村から委託を受けた事業者とされており、介護予防事業のサービス提供と予防給付のサービス提供が連続的に行われるならば、「利用者自身によるサービスの選択」を規定していても選択の自由が制約されるおそれがある。

要介護認定で非該当（自立）と認定された場合、特定高齢者としてハイリスクであることが認められれば、自分の意思（意志）の有無にかかわらず介護予防事業の対象者として組み込まれてしまう。介護予防事業は個人の人生（自律した生活）への介入を正当化するものであり、それを拒否するならばコミュニティの成員として否定されることにつながるおそれを有している。それはハイリスクの後に続く可能性が高い要支援状態または要介護状態に対する「自己責任」への圧力となりうるだろう。かつての措置制度ではあくまでも行政の責任として対応を余儀なくされていた行政にとって、本人の自己決定による責任の所在を個人の責任に求める口実になるだろう。

一方、Ⅲ-1で前述した介護予防をすすめるための地域密着型サービスの利用についても選択の自由が著しく制限されることになる。市町村の施策、方針に直接左右されるこのサービスは、介護保険事業計画によって必要整備量を定めることになっているし、指定自体も市町村が行うため、市町村が設置を誘致した場合には特定の事業者の保護を実質的に行うことになってしまい、地域の実情にあった対応が必ずしも保

証されないおそれが生じてくるなど、サービスの選択の自由が制限されることになる。地域密着型サービスの利点はコミュニティケアの推進にあたって日常生活圏域で日常生活の線上で無理なくサービスを利用することで自立生活を営むことを支えることが可能であることなのだが、必要整備量の確保としてサービス参入を制限することになれば、自己決定を基礎とする契約利用制度は実質的に形骸化することになる。

介護保険制度は市町村という生活単位のコミュニティに近い行政を実施主体にすることで、イギリスのボランティアセクターの活用にもみられるように個人の自律生活に一定の範囲で介入することを可能にしながら自立した生活を営めるようにするコミュニティケアの展開を可能にするものであるが、改正された制度のもとでは過度な介入により有限の資源と財源を再分配しようとするのが強く表れており、介入を拒めばコミュニティからの排除や離脱を余儀なくされ自律性を損なう側面がみえている。介護予防ケアプランでは本人の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援することや「利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮する」ことを求め、そのための動機付けを行うことを制度上求められている。はたして、強制された選択も動機となりうるのであろうか。

IV おわりに

介護保険制度の2005年改正は、国の中央集権的改革のもとに市町村のコミュニティケアについての理解や方針の実態を浮かび上がらせた。経済成長が以前のように見込まれない現在、有限の財源の中で急激に増大する被保険者

にどのように資源を分配するかを考えるならば、給付対象者の条件を変更することや個人に対する給付限度額を抑制することでより多くの対象者へ給付が可能になるようにすることは当然のことであろう。また、「利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう」にして選択できる範囲を狭くすることや自己の選択により給付の縮小を主体的に選択せざるを得ないように誘導することも当然のことであるかもしれない。被保険者の急増は余裕をもって制度の成熟をはぐくむことができない状況にあるということと一つの制度の中で異なる対応をとることになったと理解したとしても、なお、制度の根幹であり、社会保障制度の基礎構造に関わる自己決定を制限する自律性への過度の介入は、今後の日本の社会保障の先行きを暗示するものであると考える。

もちろん、イギリスのコミュニティケア法の展開にある前例は、資源の状況やサービスコスト、費用対効果・効率性、地域間格差などの問題を無視してはケアマネジメントを展開することはできないことを示唆しているが、直接給付への転換にみられるように、財政主導の政策決定では国民の合意を得ることができないという、コミュニティケアにみられる共同体的価値意識が自立と自己決定を支えている。また、直接給付はケアマネジメントの個人化をすすめ、サービス市場で個人の権利が行使されることに途を開くものである。日本において介護保険制度施行にともなって徐々にではあるが「マイケアプラン」運動が広がりを見せている。「自分のことを自分で決める」という素朴な発想は自立と自己決定を考えるだけでなく、個人一人ひとりがコミュニティの成員として合意するサービス自体をも創出することにつながっていく共同体的価値意識を醸成する可能性を有して

いる。そして、ケアマネジメントを職業的専有物として扱おうと介護支援専門員（ケアマネジャー）を資格として独占化を図ろうとする動きに対して、介護支援専門員（ケアマネジャー）をあくまでも役割としてとらえ、選択を強制しようとするものに対して自らの権利をコミュニティの成員として対置させることが可能となる。

一方、介護支援専門員（ケアマネジャー）を役割ととらえずに独占的資格を有する援助者として位置づけることを求めるものは、個人と資源の間においてプロバイダーとしての働きでは十分とせず、権威付けと固有の領域を確保拡大しようとするだろう。また、アイデンティティや学問的根拠を重視し、ケアマネジメントをソーシャルワークの中に位置づけようとするソーシャルワーカーにとっては、客観的資料の積み重ねによる展開や給付管理などはケアマネジメントが形式的なものに陥り「質の低下」を招くため、ソーシャルワークを基本とすることを求めようとするだろう。そこで、考えなければならないことは生活する主体者は誰であるかということである。個人の生活への介入は誰であればよいかということではなく、本人が選択したとしてもどの部分に対してどの程度までがコミュニティの成員に対する介入として認められるのかということであろう。

イギリスにおいてもそうであるが、個人とソーシャルワーカーの関係は変化してきている。個人に適切な情報が提供されよう自ら積極的関与がなされるならば、ソーシャルワーカーは情報に関しても主導的な立場ではなくなるし、前述したように自己決定がサービスに直接結びつくならば個人はサービス市場に能動的に関わることが可能になる。かつて措置制度であった日本のようにサービスの供給決定とサー

ビス市場を行政が独占し、本人は主体者としてではなく給付が行われていたのであれば、サービスは特別なものであり「専門職」の関与は不可欠であったかもしれない。ところが、サービスの市場化という資源の自由化はサービスを一般化するものとなり、「専門職」も独占的に関与することが減少するであろう。そうなれば、行政の政策方針に添った情報を独占的に提供する存在となるか、個人の主体的自立から自己決定を確保するために選択される存在となるかという、ソーシャルワーカー自身の選択もあり得るかもしれない。

介護保険制度の改正による自己決定の権利への介入について、「介護予防」を錦旗としてケアマネジメントの「専門性」を主張した介入を正当化しようとするならば、あらためて自立(自律)についてサービスを介在した個人の権利の行使が何を求めることになるのであろうか考えなければならないだろう。

引用文献

- 1) Joan Orme and Bryan Glastonbury, 日本社会福祉士会監訳, 杉本敏夫訳『ケアマネジメント』中央法規出版(1995年) p. 3 (原著: Joan Orme and Bryan Glastonbury, *Care Management Tasks and Workload*, MACMILLAN, 1993)
- 2) 前掲
- 3) 厚生労働省(老健局)「平成16年介護保険事業状況報告」

参考文献

厚生労働省(老健局)「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～資料1介護保険制度改革の全体像 資料2持続可能な介護保険制度の構築(参考資料) 資料3介護予防につ

- いてのQ&A 資料4参考資料」(2004年)
- 厚生労働省(老健局)「平成16年9月14日全国介護保険担当課長会議」(2004年)
- 厚生労働省(老健局)「平成17年4月12日全国介護保険担当課長会議」(2005年)
- 総理府社会保障制度審議会事務局編「社会保障の展開と将来」法研(2000年)
- 総理府社会保障制度審議会事務局編「社会保障制度審議会五十年の歩み」法研(2000年)
- 柴田嘉彦「日本の社会保障」新日本出版社(1998年)
- 小田兼三「コミュニティケアの社会福祉学—イギリスと日本の地域福祉」勁草書房(2002年)
- Barbara Meredith, 杉岡直人・吉原雅昭・平岡一八訳「コミュニティケアハンドブック—利用者主体の英国福祉サービスの展開」ミネルヴァ書房(1997年)
- 岩崎任宏「国のコミュニティケアと高齢者福祉」(財)自治体国際化協会会CLAIRRE-PORTNUMBER123 (September 27, 1996) (1996年)
- Norman Barry, 斎藤俊明・高橋和則・法貴良一・川久保文紀訳「福祉—政治哲学からのアプローチ」昭和堂(2004年)
- 武川正吾・塩野谷祐一編「先進諸国の社会保障—イギリス」東京大学出版会(1999年)
- 武川正吾「連帯と承認—グローバル化と個人化のなかの福祉国家」東京大学出版会(2007年)
- 古川孝順・副田あけみ・秋元美世編著「現代社会福祉の争点 下 社会福祉の利用と権利」中央法規(2003年)
- 介護支援専門員実務研修テキスト編集委員会編「改訂 介護支援専門員実務研修テキスト」(財)長寿社会開発センター(2006年)
- 介護支援専門員実務研修テキスト編集委員会編「三訂 介護支援専門員実務研修テキスト」(財)長寿社会開発センター(2007年)
- 介護支援専門員実務研修基本テキスト編集委員会編「四訂 介護支援専門員基本テキスト」(財)長寿社会開発センター(2007年)
- 秋本美世「社会保障法と自立—自立を論じることの意義—」社会保障法第22号7-14頁, 日本社会

- 保障学会，法律文化社（2007年）
- 橋本宏子「社会福祉サービス法と自立一個人と国家をつなぐ架橋の発見とその構築」『社会保障法』第22号15-27頁，日本社会保障学会，法律文化社（2007年）
- 伊東周平「福祉国家における権利と連帯の法社会学」『法社会学』50号19-30頁，日本法社会学会，有斐閣（1998年）
- 和田仁孝「構造変容と法・権利および連帯」『法社会学』50号56-64頁，日本法社会学会，有斐閣（1998年）
- 庄司洋子・木下康仁・武川正吾・藤村正之編「福祉社会事典」弘文堂（1999年）
- 棚瀬孝雄「権利の言説—共同体に生きる自由の法」勁草書房（2002年）
- Arno Baruzzi，河上倫逸・嶺秀樹訳「法哲学の根本問題—自由・法・公共の福祉」以文社（1998年）
- 宮原均・相川忠夫「憲法—人権編—」一橋出版（1993年）
- 伊東周平「福祉国家における権利と連帯の法社会学」『法社会学』50号19-30頁，日本法社会学会，有斐閣（1998年）
- 社会福祉法令研究会編「社会福祉法の解説」中央法規（2001年）
- 小田兼三監訳「英国コミュニティ・ケア白書」中央法規出版（1991年）