

第1章

ケアマネジメントの考え方

I. ケアマネジメントの起源と変遷

ケアマネジメント (Care Management) という用語は、イギリスで用いられ、主に高齢者に対する地域ケアに対して行うケアの調整を示していた。当初は、イギリスにおいてもアメリカと同様に、ケースマネジメント (Case Management) という用語が用いられていたが、地域ケアを前提としたことから、最終的にケアマネジメントになったとされている (UK Department of Health, 1989)。ケアマネジメントとケースマネジメントは、厳密に言えば異なる概念であるとの考え方もあるが、共通する部分が多いと判断し、ここでは区別せずに議論していくこととする (表記を統一するために「ケアマネジメント」と表記するが、議論の内容を明確にするために、一部「ケースマネジメント」と表記する)。

ケアマネジメントの必要性の指摘は、1960年代のアメリカにおいて、貧困との戦い政策 (War on Poverty) でなされた。その政策において、社会福祉関連のサービスなどが断片的な運用 (縦割り行政的な運用) であるため、対象者が適切にサービスを利用できないと指摘された。その指摘を受けて、1970年代の初頭、アメリカ保健教育福祉省 (US Department of Health, Education and Welfare) が管轄するサービスの統合化プログラム (Service Integration) が開始され、その統合化プログラムで重要なワンストップサービスとして、ケアマネジメントが導入されることとなった (Intagliata, 1982)。現在、文献で確認できる範囲では、これが全世界におけるケアマネジメントの起源であると考えられる。当時のアメリカでは、精神保健および精神障害者領域 (「障害」は「障がい」とも表記されるが、以下、一般的な「障害」という表記で統一する) で、脱施設化運動 (Deinstitutionalization) が活発となったが、精神障害者が地域で生活していくには不十分な社会資源の状況にあり、また、地域におけるサービスを調整していく機能も存在しなかった。そのため、地域におけるサービス調整機能として、ケアマネジメントが注目されることとなった。

その後すぐに、医療財政運営局 (US Health Care Financing Administration) が要援護高齢者を対象とした長期ケアに関するプロジェクトを開始し、

そのプロジェクトの重要な要素としてケアマネジメントが加えられ、またそれを通じてケアマネジメントの重要性が認識された。1970年代の後半に入ると、国立精神保健研究所（US National Institute of Mental Health）が、19州の精神障害者を対象とした地域支援プログラム・プロジェクトを開始し、地域支援における中核機能としてケアマネジメントを位置づけた。このプロジェクトにおいてケアマネジメントが地域支援の中核機能として重要視されはじめ、連邦政府においてもケアマネジメントに関する法的整備がなされた。1980年代半ばまでには、36州が精神障害者に対する地域支援プログラムでケアマネジメントを行うことを義務づける法整備を行った。その後アメリカでは、知的障害者、エイズ患者、低所得者、児童虐待、家族支援などに対象が拡大され、さまざまなケアマネジメントがなされることとなった。

アメリカにおけるケアマネジメントに関する議論は、一貫してケースマネジメントとしての議論であった。一方イギリスでは、一時期を除き、一貫してケアマネジメントとしての議論であった。ケアマネジメントの内容やプロセスなどについてはアメリカが発祥であるが、用語としてのケアマネジメントの発祥はイギリスである。アメリカでのケアマネジメントの議論が、主に精神障害者に対する地域支援（Community Supports）であったのに対して、イギリスでは高齢者を中心とした地域ケアに対するケアマネジメントが議論の対象となった。1988年、グリフィス卿（Sir Griffiths）は、「地域ケア改革を実現するための指針」（Community Care Agenda for Action）に関する報告書を発表し、地域ケアにおけるケアマネジメント機能の重要性を述べた。この報告書で、はじめてイギリスでのケアマネジメントの議論が本格的になされ、地域ケアにおける国と地方の役割についての考え方が示された。また、地域ケアにおけるサービス提供のあり方について、国は、すみやかにケアマネジメント・システムを導入すべきであり、地方公共団体は、それぞれの社会サービス局（Social Services Departments）を中心として、地域ケアを提供するためのシステム構築に着手すべきであると提言している。

1989年、国の保健省（UK Department of Health）により「1989年版白書；人々へのケアリング」（1989 White Paper Caring for People）が発行され、国で導入するケアマネジメントのあり方が記述された。白書に記述され

たケアにおける主な目標は、①ノーマライゼーションを基調とした支援、②自立・自律を促進するようなケア提供、③効率的で効果的なサービスの運用、④サービス利用者の視点の尊重などであった。そして、その目標を達成する重要な方法のひとつとしてケアマネジメントが挙げられ、ケアマネジャーには、適切なニーズアセスメントのスキルの習得、適切なケアの調整などが求められた。1989年の白書でのケアマネジメントの骨子に基づいて、1990年に成立した国民保健サービスおよび地域ケア法（1990 NHS and Community Care Act）では、ケアマネジメントが高齢者のための地域ケアに導入されたのである。国民保健サービスおよび地域ケア法、グリフィス卿による報告書、1989年版の白書は、わが国におけるケアマネジメントの考え方や介護保険制度におけるサービス提供のあり方に大きな影響を与えていると筆者は考えている。

個人的な見解ではあるが、なぜアメリカではケースマネジメントで、イギリスではケアマネジメントとなったのか理由を説明しておきたい。アメリカにおいては、精神障害者に対する地域支援システム（Community Support System；CSS）のなかにケースマネジメントが位置づけられ、地域における個別支援とサービス調整がケースマネジメントに求められた。さらに、ケースマネジメントに求められたことは、精神障害者の地域生活を支援することであり、地域でのケアを調整することではなかった。また、社会福祉における個別支援の方法であるケースワークという表現もすでに存在し、一般的に、ケースという表現を用いることがアメリカ社会で合意されていたと考えられる。そのためアメリカにおいては、ケアマネジメントではなくケースマネジメントという表現が一般的になったと考えられる。ケアではなくケースという表現になったもうひとつの理由としては、1980年代のアメリカの政治状況に関連している可能性があると考えられる。その当時のアメリカは、小さな政府を主張する共和党的あるいは保守的な考え方が社会の根底にあり、個人主義が徹底していた。地域ケアには、「社会」あるいは「集合主義」を意味するような内容を含んでいるため、そのような内容の表現は避けたいとの社会意識が働き、ケアマネジメントという表現が採用されなかった可能性もあるともいえる。

一方、イギリスにおいては、福祉改革という状況のなかで、地域ケアの議論が活発になされた。1990年当時の政権は保守党政権であったが、地域ケアという表現は受容された。財政緊縮を考慮していた国が地域ケアを認めた背景に、家族、友人、ボランティアなどのインフォーマルケア提供者を、地域ケアの主なケア提供者とすることで、公的なケア費用の削減や圧縮を見込むことができると考えたことが挙げられる（Parker & Bradely, 2010）。また、高齢者を中心とするケアの議論が地域ケアの中心であったため、ケアマネジメントという表現がイギリスでは採用され、定着するに至ったと考えられる。

わが国におけるケアマネジメントの起源についても、ここで簡単に述べておくこととする。現在、確認できるわが国におけるケアマネジメントに関する文献で、ケアマネジメントの起源となる記述を残しているものは、白澤政和による「老人に対するケース・マネジメント」に関する論文『大阪市社会福祉研究』（1985）と東京都社会福祉審議会による「東京都におけるこれからの社会福祉の総合的な展開について（中間報告）」（1984）であると考えられる。その後、さまざまなケアマネジメントに関する文献が出版され、国においても、ケアマネジメントに関する研究会が開催されることとなった。1990年に旧厚生省内に設けられた「高齢者在宅ケア・ケースマネジメント研究班」は、わが国におけるケアマネジメントのあり方を検討するための初めての国家プロジェクト的な研究会であり、その研究班は、最終的にケアマネジメントに関する主要内容とケアマネジメント・システムに関する方向性をまとめた報告書である『高齢者在宅ケア・ケースマネジメント研究班報告書』（財団法人長寿社会開発センター、1991）を発表した。当時は介護保険制度が開始される10年ほど前であり、この報告書では、高齢者に対する在宅ケアを支えるシステムづくりとケアマネジメントをになう機関の議論がなされている。そして、ケアマネジメントを行う在宅ケアの中核機関として、「在宅介護支援センター」の構想が打ち出されている。「在宅介護支援センター」は、1970年代のアメリカで議論がなされたさまざまな地域サービスの調整を行うワンストップサービス機関に近いものであり、地域での在宅ケアの中核的な存在として位置づけられた。その後、ケア・ケースマネジメントは、イギリスで用いられていたケアマネジメントという用語に統一された。

そして、介護保険制度においては、ケアマネジメントという用語は用いられず、同じ内容が居宅介護支援という用語となり、介護保険制度下での法整備がなされた。

ここで、筆者が考えるケアマネジメントの定義を述べておく。ケアマネジメントにおける重要な文献の著者であるモックスレイ (Moxley, 1989) は、ケアマネジメントにおいて、サービス利用者（原典では「クライアント」）の視点を尊重しながら、さまざまなサービスを調整し、利用者がさまざまな機会や利益を確保していけるように支援していくことが重要であると述べている。ケアマネジメントにおいては、だれの視点でサービス調整を行うのが重要な議論のひとつである。そして、ケアマネジメントには、サービス提供者（専門職）の視点と、サービス利用者（要援護高齢者／以下、サービス利用者およびサービス利用予定者としての要援護高齢者を「利用者」として統一表現する）の視点の2つの視点があるといわれている。ケアマネジメントが始まった初期の段階（アメリカにおける1970年代）においては、専門職の視点でケアマネジメントを行うことが重要視されていた。しかし、1980年代後半から、アメリカやイギリスにおいてストレングスやエンパワメントなどの議論が盛んになり、利用者や家族の視点を尊重していくことがケアマネジメントの重要な課題となり、現在に至っている。筆者としては、折衷的な立場をとり、両者の視点をバランスよく取り入れ、利用者や家族が納得できる生活を営むことができるように支援を行っていくことが、ケアマネジメントを行っていくうえでは重要になると考えている。

ケアマネジメントを文字どおりとらえると、一般的で単純な定義は、「ケアあるいは介護および医療サービス（ホームヘルプサービス、デイサービス、デイケア、訪問看護サービスなど）を利用者の生活ニーズに合わせて調整するための実践活動」とすることができる。しかし、わが国における熟練したケアマネジャーの実践活動を反映した定義とするためには、上記のような定義ではなく、ケアマネジメントの意味をとらえ直し、再定義することが望ましいと筆者は考えている。また、わが国でのケアマネジメントの内容が、用語発祥の地であるイギリスにおける原義から変化して、わが国で培われてきた内容になりつつあると筆者は感じている。そこで、わが国の熟練したケ

アマネジャーの実践活動を反映した内容とするためには、「ケアをマネジメントする」という原義ではなく、「ケア」と「マネジメント」を行うことがわが国におけるケアマネジメントではないかという結論に至った。

「ケア」と「マネジメント」を行うケアマネジメントとは、どのようなことなのかをここで説明したい。個人的な見解ではあるが、筆者は、ケアマネジメントにおけるケアを「介護」や「お世話」とは理解せずに、広義のケアと理解し、「気にかけること」「関心をはらうこと」「配慮すること」ととらえ、利用者や家族の生活を支えていくことに対するさまざまな配慮（利用者の身体的ケアに対する配慮、利用者や家族に対する心理的な配慮、利用者、家族、利用者が住む地域住民のモチ味や強みに関する配慮、利用者と家族との関係についての配慮、家族介護に対する配慮、利用者と地域とのつながりに関する配慮など）と理解する。また、ケアマネジメントにおけるマネジメントは、「管理すること」ではなく、「うまく対応すること」「うまく対処すること」「うまく活用すること」ととらえ、地域におけるさまざまな社会資源をうまく活用していくことと理解する。そして、筆者は、わが国におけるケアマネジメントを、「利用者や家族が納得できる地域生活を営むことができるように、さまざまな配慮（利用者の身体的ケアに対する配慮、利用者や家族に対する心理的な配慮、利用者、家族、利用者が住む地域住民のモチ味や強みに関する配慮、利用者と家族との関係についての配慮、家族介護に対する配慮、利用者と地域とのつながりに関する配慮など）を行い、地域における社会資源（近隣、友人、民生委員、ボランティア、介護保険でのサービス提供者、他の医療・保健・福祉サービス提供者、年金制度など）をうまく活用しながら、利用者と家族の生活を支えていくための実践活動」と定義することとした。

Ⅱ．ケアマネジメントモデルとケアマネジメント実践分析枠組

アメリカでは、精神障害者に対するケアマネジメントに関するさまざまなモデルが開発された。ここでは、ケアマネジメントの考え方を整理する意味で、4つの代表的なケアマネジメントモデルを紹介する。そして、4つの代

表的なモデルを紹介した後、筆者が考えるケアマネジメント実践を分析するための実践分析枠組（2基本軸と4類型）について紹介する。その分析枠組からみると、それぞれのケアマネジメントモデルがどの類型に分類されるのか、そして、分析枠組から浮き彫りにされる今後のケアマネジメント実践のあり方について若干の考察を行いたい。

1. ブローカーモデル (Broker Model)

ブローカーモデル（仲介型モデル）は、ケアマネジメントの基本形であり、原初的なモデルであるとされている。このモデルでのケアマネジメントの主な機能は、利用者のニーズと地域における資源を結びつけることであり、サービス機関間での調整により、利用者ニーズと社会資源との結びつけが可能であるとしている（Solomon, 1992）。非常に単純なモデルであることから、多くのケアマネジャーが実践しやすいモデルであると考えられる。初心者のケアマネジャーには、まずこのモデルを適切に実践できることが求められる。

2. リハビリテーションモデル (Rehabilitation Model)

リハビリテーションモデルは、ブローカーモデルに加えて、リハビリテーション的な視点を加えたモデルであり、環境調整を行いながら、利用者のさまざまな機能回復を目指していくモデルである（Anthony, Forbess & Cohen, 1993）。リハビリテーションモデルは、とくに精神障害者などを対象としたモデルであり、日常生活に関するスキルトレーニングなどを含む生活支援を行っていくことを目的としている。

3. ストレngthsモデル (Strengths Model)

ストレngthsモデルは、利用者の病理（Pathology）や欠点（Deficits）に焦点を当てるのではなく、利用者のもち味や強み（Strengths）に焦点を当て、そのもち味や強みから生活支援を進めていこうとするモデルである（Rapp & Goscha, 2006）。ストレngthsモデルでは、アセスメント、ケアプランの作成および修正、ケアプランの実施・モニタリングなどのあらゆる場面での利用者と専門職の協調関係を重視している。ラップとゴスチャ（Rapp &

Goscha, 2006) は、ストレングスモデルの考え方を次の 6 つにまとめている (一部、筆者が加筆・修正)。(1)人は、成長・変化していくものである、(2)焦点を当てるべき点は、利用者のもち味や強みであり、欠点ではない、(3)地域は、資源の宝庫である、(4)利用者は、ケアマネジメントにおける主人公である、(5)ケアマネジャーと利用者との関係づくりは重要であり、必要不可欠なものである、(6)ケアマネジメントのための実践現場は、地域社会である。

4. 集中型モデル (Intensive Model)

集中型モデルは、重度精神障害者を支援するための包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment ; ACT) の考え方から出てきたモデルであり、重度精神障害者が地域で生活していけるように支援していくためのモデルである (Corrigan, Mueser, Bond, Drake & Solomon, 2008)。重度精神障害者の地域生活を支援していくために、サービス提供やケアマネジメントをチームで取り組んでいくことが重視され、また、緊急対応や 24 時間対応などを行うこともケアマネジメント業務のなかに含まれている。「集中」ということは、ケアマネジャーがブローカーモデルなどのケアマネジメントモデルよりも利用者により多くの注意をはらい、さまざまな配慮やサービスを行うことを意味している。また、そのようなケアマネジメントを行うために、ケアマネジャー 1 人あたりのケース数をかなり限定すること (アメリカ薬物依存・精神保健サービス局 ; US Substance Abuse and Mental Health Services Administration の基準によるとケアマネジャー 1 人あたりの月平均担当ケース数は 10 ケース程度) が前提となっている。

5. ケアマネジメント実践を分析するための実践分析枠組

これまで述べてきたケアマネジメントモデルを分析するための実践分析枠組をここで説明する。図 1-1 に示したように、この分析枠組には 2 つの基本軸と 4 つの類型が存在する。2 つの基本軸には、「利用者主導—専門職主導」の軸と「ニーズ優先アプローチ—サービス優先アプローチ」の軸がある。4 つの類型には、「パーソンセンタード (Parson-Centered / 利用者中心主義)」を基調とする「対等的利用者尊重型ケアマネジメント (Egalitarian-User-

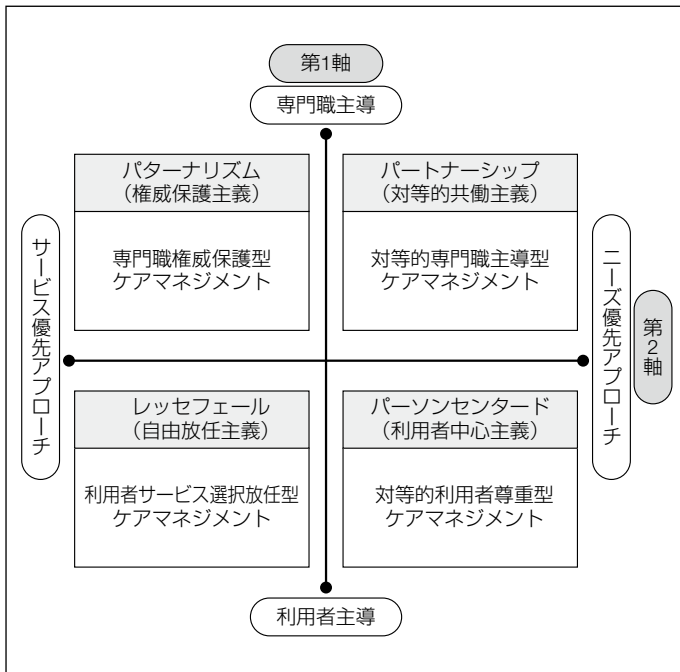


図1-1 ケアマネジメント実践分析枠組

Driven Care Management)」、[「パートナーシップ (Partnership／対等的共働主義)」を基調とする「対等的専門職主導型ケアマネジメント (Partnership-Professional-Driven Care Management)」、[「レッセフェール (Laissez Faire／自由放任主義)」を基調とする「利用者サービス選択放任型ケアマネジメント (Service-Selection-Laissez-Faire Care Management)」、[「パターナリズム (Paternalism)／権威保護主義」を基調とする「専門職権威保護型ケアマネジメント (Professional-Paternalism Care Management)』がある。

まず、2つの基本軸について説明する。2つの基本軸のうち第1番目の基本軸である縦軸は、「利用者主導—専門職主導」の軸である。この縦軸は、ケアマネジメント実践の根底にある考え方 (Perspective) を分析するための基本軸であり、だれが基本的にケアマネジメントでのサービス内容を決めて