

介護保険制度下における介護支援専門員の 位置づけと政策的課題

筒井 孝子（国立保健医療科学院 福祉サービス部）
東野 定律（静岡県立大学 経営情報学部）

2011年には、介護保険法の改正が、また2012年には診療・介護報酬の同時改定が予定され、今後は、人口の高齢化のピークを迎える2025年に向けて、介護保険制度の大きな変革が予定されている。

介護支援専門員（ケアマネジャー）は介護保険法の実施と同時に生まれ、10年が経過し、総計約50万人の有資格者が存在している。日本において、このような短期間に専門職が確立したことは、ほとんどなく、この職種についての実態は十分に明らかにされている状況にはない。

介護保険制度の大きな変革を迎える中、介護支援専門員が、今後、どのような役割を担うべきかについては明確に示されておらず、今日、まさに、その存在意義が問われている。

そこで本稿では、第一に、2000年の介護保険制度の実施に際して、新たに介護支援専門員が担うこととなったケアマネジメントおよびケアプランが政策に取り上げられた経緯を明らかにし、第二に、これまで、介護支援専門員がどのような業務を行ってきたか、第三に、利用者から、いかなる評価を得てきたかを示し、さらに、これらの結果を基に、これからの介護保険制度における介護支援専門員の位置づけについて、3つのシナリオを示し、これに伴う介護支援専門員の在り方および、その養成方法に関する政策的な課題について述べた。

1. はじめに

介護保険制度は、施行から10年を経て、いまや国民生活になくてはならない制度として定着し、400万人近い人々が介護保険サービスを利用している。提供されるサービスの総額は7.3兆円となった。これは、防衛費のほぼ1.5倍である。

しかし、これだけの財源でも要介護高齢者における介護をささえることは不十分であるとの批判が繰り返しなされてきた。とりわけ昨今の、要介護認定システムを廃止するという意見は、現行要介護認定システムにおいて判定される要介護度が低いために十分な介護サービスが供給されず、生活が維持できないということのようである。要介護認定は、1994年から、多くの社会実験を経て、日本ではじめて成立したシステムであり、諸外国からの注目度も高いシステムである^{1), 2)}。このシステムを廃止した場合において、現時点で提示されている代替案は、「保険者を加えた新たなサー

ビス担当者会議において、介護サービスの決定を行う」というものである³⁾。

その際に重要な役割を担うと想定されているのが、介護支援専門員（ケアマネジャー）である。しかし、介護支援専門員が、現状において中立・公正な認定を担保できる職種としてのスキルを持ち、現行の要介護認定に代わる社会的責任を担うことができるのか。また、仮に、介護支援専門員が認定及びサービスの支給に係る一定の権限を持ち得たときに、家族の持つニーズと、専門職として判定を行ったサービス量の調整を果たすべく、家族の説得を行うような義務までを権能として持たせうるのか等の内容については、詳細な検討がなされていない。より効果的な介護保険サービスの開発や効率的なサービス提供体制の確立、制度の持続可能な財源の確保といった大きな課題が山積している中で2011年には介護保険法改正が予想され、また2012年には診療・介護報酬の同時改定が予定されている。そのような中で、介護支援専

専門員の役割とは何か、そもそも介護支援専門員は、どのようにして生まれ、どのような機能を求められ、実際、どのような業務を行い、利用者からいかなる評価を得ているのか等を改めて検討する必要があると考えた。

そこで本稿では、ケアマネジメントおよびケアプランが制度政策上に取り上げられた経緯を示し、現在の介護保険制度における介護支援専門員の位置づけを明確にし、今後のケアマネジャー養成に関する課題について述べることを目的とした。

2. 介護保険制度に介護支援専門員が導入された背景

介護保険制度にケアマネジメントというシステムが導入されることが公にされた文書は、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」においてであろう。この文書には、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つの基本理念の下に、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）の手順については、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が示された⁴⁾。

この高齢者介護・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、「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」とされ、「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」と示された。

そして、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が必要との指摘がなされた。

翌1995年、社会保障制度審議会勧告では「自立と連帯」が打ち出され、さらに、老人保健福祉審議会最終報告（1996（平成8）年4月）で、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が示され、高齢者に対する新介護システムの必要性和介護支援サービス（ケアマネジメント）の導入を推し進めることとなった。

2000（平成12）年4月の介護保険法施行に向け、1999（平成11）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なされ、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くはずであった。

だが、介護保険制度における介護支援専門員（ケアマネジャー）は、当時の制度立案過程においては、利用者の利便性を図ることを目的とし、ケアプランを作成し、サービスが提供されやすい環境を整備するといった職能を制度上に位置づけたものにすぎない。また介護保険法の条文上では、ケアマネジメントやケアプランという用語は使われてはいない。またとくにケアマネジメントについては、給付決定権を持たない、介護支援専門員がマネジメントができると考えた政策担当者はいなかったのではないかと推察される。

すなわち、政策担当者らが、こういった介護支援専門員の成立を検討していた際に、いわゆる公

務員型のイギリスのケアマネジャーの機能をわが国の介護保険制度下でも想定していたかどうかについての資料は、十分に残されておらず、不明である。

3. 介護支援専門員の業務内容及びモラルの実態に関して

1) 業務実態

これまで介護支援専門員の業務内容は、いくつかの調査によって示されている。例えば、業務時間配分や行動パターンに格差が生じる要因を分析するという目的で実施された介護支援業務の「質」の評価を行った過去の調査研究では、①介護支援業務の管理体制等は不十分、②運営基準を遵守している居宅介護支援事業者はわずか、③居宅サービス計画作成時の質確保のための現場での取組みも不十分、④管理体制等の導入、質確保のための現場での取組みは営利法人、医療法人と大手事業者において積極的に進められている、⑤法人種類と付設サービスの形態で介護支援専門員の特性が類型化できる、⑥管理体制の導入は、現場での質の確保に向けた取組みに影響を与えている、⑦質の確保に向けた現場での取組みの実施は、ケアプランに対する満足度の向上や短期目標の達成につながっている、⑧利用者の不満解消のためには利用者との接触の拡大が必要といった結果が示されていた⁶⁾。

また、この分析結果の考察としては、介護支援専門員の介護支援業務の質確保の取り組みは、介護サービス計画に対する満足度の向上や短期目標の達成につながっているものの、事業者ごとにその取り組みは、ばらつきがあることや運営基準順守の不徹底や管理体制の不十分さが指摘されていた⁶⁾。

2) モラルに関する問題

次に、介護支援専門員のモラルの問題については、所属する事業所が介護報酬を不正に受け取り、保険者である市町村に加算金を含めて返還を求められるといった不正請求問題をはじめ、マスコミ

にも多くとりあげられている^{7)~9)}。このような不正請求の摘発の多さだけでなく、介護サービスの提供が必ずしも利用者の自立支援につながっていないという事例や、介護保険施設による認定申請の代行や認定調査が利用者の意思に反している場合など、制度の趣旨から見て不適切な事例の報告は少なくない^{10), 11)}。

ケアマネジメントシステムを持っている国は少ないが、これを公的にシステム化している国の場合、たとえば、イギリスでは、ケアマネジャーは公務員である。提供者側の民間の介護支援専門員に給付基準を決定し、さらにはマネジメント機能を持たせる国はほとんどない。なぜなら、介護支援専門員に中立、公正な立場を求めることは、相当に難しいことは、容易に想定できるからである。

これについては、神奈川県介護支援専門員協会が行った実態調査¹²⁾によると、約10人に1人が「管理者等からサービス種類や事業所の選定にあたり、指示などある」と回答しており、介護サービス計画作成時に介護事業所から公平・中立に反する不適切な指示が存在することが明らかにされている。この結果は、中立性・公平性を担保することがいかに困難であるかを示す結果といえよう。

4. 介護支援専門員の職能としての連携の実態とモニタリングに関して

1) 連携活動能力

介護支援専門員は、介護サービス計画を作成し、これらが確実に提供されるよう介護サービス提供機関と連絡調整を行い、利用者の状態についてのモニタリングを行うことが主な業務となる。実際に介護支援専門員が他の職種と比べて、どのような連絡調整等の連携活動を行っているかについて、参考となる調査結果については、筆者らが平成20年に行った全国の地域包括支援センター職員（回収率37.6%、1,495センター、5,870名分のデータ）を対象として実施された調査結果がある¹³⁾。この調査における連携活動評価得点について、職種別に見てみると、介護支援専門員（主任介護支援専門員）の得点は、25.11点であり、センター職員

全体の平均得点、23.58点（SD±5.21）より高く、連絡調整をよく行っていることがわかった¹⁴⁾。

また、他の専門職種と比較しても、社会福祉士は23.95点、保健師（看護師）は23.98点と、若干介護支援専門員が高い傾向が示され、他職種より連携活動能力が高いことが明らかになっている。

しかしながら、これについては、年齢による影響が大きいたことが予想され、たとえば区分別の連携活動得点の平均値を見ても、50歳代以上の24.49点（SD±5.44）が最も高く、次いで40歳代の23.72点（SD±5.10）、30歳代の23.09点（SD±5.08）で年齢が高いほうが得点は有意に高くなる傾向を持っており、介護支援専門員の平均年齢が他の専門職種よりも有意に高かったことが要因としてはあげられよう¹⁵⁾。

2) モニタリング機能

介護保険施設等に所属する現場の職員を介護支援専門員の基礎資格として認めた理由としては、介護サービスの利用者のモニタリング機能を十分に発揮させるためであった。政府は、あえてリスクであることを認識しながらも、選択せざるをえなかったシステムともいえる。前述したように介護保険制度は、利用者がサービスを容易に受給できること、その際の利便性の向上を目指した。このために介護支援専門員の資格の門戸を大きく広げ、これらもまた共助システムとしての介護保険制度に取り込んできたのである。

そして、この介護サービス提供のために、もっとも重要な業務がモニタリングであることは、言うまでもない。しかし、当初から、国が最も重要と考えてきたモニタリング機能は、十分に機能していない。例えば、「サービス担当者会議は行われているか」という質問に対し、介護支援専門員の6割が「担当者会議は開いていない」と回答し、モニタリングシステムを機能させるにも、その基盤がないことが明らかにされている¹⁶⁾。

5. 介護支援専門員の資格と研修システムをめぐる課題

介護支援専門員は、医療・保健・福祉分野における新たな資格という認識が広まり、すでに総計約50万人の有資格者人口を示している。直近のデータでは、平成21年度も全国で33,119人が新たに介護支援専門員の資格を取得した。

この介護支援専門員という資格認定は、保健・医療・福祉の各種専門職及び実務経験を有する者の中から養成するという考え方に基づいており、あらかじめ定められた資格と実務経験の要件を満たした場合、実務研修を受講するための試験を受けることができるとされている。そして、この試験に合格した上で、3日間の研修を2回受講することによって、資格が認定されるが、基本的には、5年ないし10年の実務経験を要求しているため、新卒や転職の際に事前に獲得することは、一般に困難な資格であるが、まず、ここでいう基礎となる資格とは、次にあげる1.から3.に該当する者であり、かつそれぞれの条件に応じて求められる実務経験期間を満たした者となっている。

まず「1. 次にあげる資格取得者（実務経験5年以上）」については、医師、歯科医師、薬剤師、保健婦・士、助産婦、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、栄養士（管理栄養士を含む。）、義肢装具士、言語聴覚士、歯科衛生士、視能訓練士、柔道整復師、精神保健福祉士」と定められている¹⁶⁾。

この他に、「2. 法令等に基づいて相談・援助業務に従事する者を配置することとされている施設や事業において当該業務に従事する者（実務経験5年以上）」(1) 施設等に配置とされている相談援助業務に従事する者、(2) 法律に定められた相談援助業務に従事する者、(3) 相談援助業務に従事する者であって、社会福祉主事任用資格または訪問介護員（ホームヘルパー）養成研修二級課程に相当する研修を修了した者、(4) その他（施設長等）があり¹⁷⁾、さらに「3. 介護等の業務に従事する者」として、社会福祉主事任用資格または訪問介護員（ホームヘルパー）養成研修二級課程に相当する研修を修了した者は実務経験5年以上、これ以外は、実務経験10年以上と定め

られている¹⁸⁾。

厚生労働省老健局振興課人材研修係による報道資料等によると、先に述べた基礎となる資格について、ここ10年で変化がみられ、介護保険制度施行直後は介護支援専門員実務研修受講者の基礎資格の半数以上が看護師等の医療職が占めていたが、2006（平成18）年の受講者の内訳では、次第に医療職（看護師）から福祉職（介護福祉士等）に移行しているとされている。介護支援専門員として、ケアマネジメント業務を実施するにあたっては、どのような基礎資格であろうが、介護支援専門員実務研修受講試験に合格後、共通の研修を受講し、都道府県の登録を受ければすぐに業務の開始が許されることとなる。

だが、識者からは「介護支援専門員の対象範囲に取り上げられている教育研修の内容と時間数には非常に格差があるのが現状である。医師、看護師、ホームヘルパー、施設職員、といったあらゆるものが含まれているが、その専門性が確保されているかどうか問題である。介護支援専門員を登用するという段階における教育、養成、資格については、介護専門員の名に恥じないような水準を確保することが第一ではないか¹⁹⁾」という意見や、「利用者が最初に接する職種は介護支援専門員であるから、どういう方かで、利用者側からいったら介護保険の印象を左右するものである。急に4万人の養成するのが大変だから間口を広げるということは結構だが、もっといろいろ配慮をしていただきたい。利用者、高齢者の人権教育、人権に関する感覚、守秘義務も含めて、繰り返しやらなければいけない。合格者へのかかなり密度の高い講習、研修をしていただきたい¹⁹⁾」との意見が制度発足時から出され、いわば介護支援専門員という資格認定の容易さへの懸念と、これを原因とする質の保持への危惧がなされてきた。

このため介護支援専門員の研修体系について、2001（平成13）年3月に出された「介護支援専門員現任研修・専門研修のあり方研究委員会報告書⁵⁾」には、これらの問題について、後述のような内容が示されている。

実務研修の課題として①実務研修では受講者の

温度差が大きかった。モチベーション（態度、理解度等）が違う、②研修者の中には、研修内容を十分に消化できなかった者も多いのではないか、③実務研修の内容では、「在宅とは」「生活とは」「介護者の理解、負担感」「利用者の思い」などをもう少し含めるべきである、④実務研修の評価をきちんと行うべきとの報告がされたが、「当報告書ではしかし、本委員会で議論された問題のうち、いくつかは『実務研修』においても検討を要するものがあると思料されたが、ここでは、登録以降の『現任養成』に視点をおいているため、取り扱わないこととする。ただし、『実務研修』自体は、当然に『現任研修』の前提となるべく、最初の介護支援専門員養成の一過程であることから、『現任研修』のあり方を踏まえ、見直しが必要なのではないか、という意見もあったことを記しておく。」とされ、具体的な実務研修内容の提言などは行われなかったものの、研修体制の貧弱さについても問題提起がなされている。

上記のような議論を踏まえ、2003（平成15）年度に実務研修及び現任研修のカリキュラムの一部改正が行われた。実務研修については、特にアセスメントの重要性の認識・自立支援の考え方に沿った介護サービス計画の作成・適切なサービスの活用・モニタリングの実施等のケアマネジメントの各過程における基本技術の修得に重点化した研修内容が盛り込まれたが、介護支援専門員の専門性の確立および質の向上の必要性については、既に多くの先行研究^{20), 21)}によって指摘がなされているところである。

今日の介護支援専門員研修に関わる指針となっているのは、2006（平成18）年3月に報告された「介護支援専門員の生涯研修のあり方に関する研究委員会最終報告書²²⁾」である。同報告書の中では、介護支援専門員がケアマネジメントを実践する上での課題として①基本プロセスが不十分、②ケアカンファレンスが不十分、③主治医をはじめとした他職種連携が不十分、④継続的なケアマネジメントが十分でない、⑤公正・中立性に課題がある、とされた。このような課題を踏まえ、介護支援専門員の質の向上を目的とした生涯学習とし

て介護支援サービス（ケアマネジメント）の再構築が求められ、新たな研修形態・内容、資格更新性や研修の義務化などの提言が行われた。

さらに、この最終報告書をうけて、2006（平成18）年4月の介護保険法改正では、介護支援専門員資格の更新性の導入、居宅介護支援事業所における介護支援専門員の一人当たりの担当上限数が35名となり、また地域包括支援センターの設置による介護予防支援事業の実施等など、新たな介護支援専門員の役割が求められることになった。

一方、研修では、最終報告書で示された内容に基づき、2006（平成18）年度からは、新たな現任者研修などのカリキュラムの下で研修が実施され

ている。実務研修についても介護保険制度設立時には、介護支援専門員の主たる業務を「認定調査」、「介護支援サービス」、「給付管理」の3業務と位置づけた研修内容としており、研修時間も32時間の研修内容と提示していたが、この改正によって研修時間44時間と具体的なケアマネジメントの実践に即した研修内容がもりこまれた（表1）。

しかしながら、先行研究によると、現行の基礎資格に関わらず共通的に行われている実務研修では、研修終了時点での介護支援専門員のもつ『倫理』『知識・技術』『技術・技能』には、基礎資格毎によって違いが生じているとの指摘があり、現行の研修内容では一定の専門性の確保は困難であ

表1 介護支援専門員実務研修における変更点

	平成11年	平成16年改正
研修の基本的考え方	介護支援専門員の主たる業務は、「認定調査」「居宅サービス計画等」、「介護支援サービス」、「給付管理」の3業務。このため、当該実務研修においては、要介護認定等の基本的な考え方及び認定調査の方法、各課題分析から給付管理業務に至るまでの一連の介護支援サービスと事務手続きを修得させることとする。	介護支援専門員実務研修の内容は、利用者の自立支援を図るために、アセスメントの重要性を認識し、居宅サービス計画、施設サービス計画及び介護予防サービス計画の作成、サービスの利用、モニタリングの実施等のいわゆる「ケアマネジメント」の過程に沿った各段階で必要な視点や手法を修得できるものでなければならない。
研修内容	都道府県内情勢・介護支援専門員の基本姿勢	介護支援専門員の理念と介護支援専門員
	要介護認定等基準及び認定調査手法	要介護認定等の基礎
	課題分析・居宅サービス計画等作成手法説明（課題分析標準項目、課題分析手法、居宅サービス計画書等の作成、給付管理業務）	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術・受付及び相談と契約
	課題分析・居宅サービス計画等作成演習Ⅰ（課題分析演習、居宅サービス計画演習）	アセスメント、ニーズの把握の方法
	要介護認定等認定調査実習及び実習報告書の提出	居宅サービス計画等の作成 実習オリエンテーション 介護支援サービスの基礎技術に関する演習
	課題分析・居宅サービス計画等作成実習及び実習報告書の提出	アセスメント、居宅サービス計画等作成演習
	要介護認定等基準及び認定調査手法Ⅱ	モニタリングの方法 地域包括支援センターの概要
	課題分析・居宅サービス計画等作成演習Ⅱ	介護予防支援
		介護支援サービスの展開技術 相談面接技術の理解
		チームアプローチ演習
研修時間	32時間	意見交換・講評
		44時間

出典）永杉憲弘・鬼崎信好・本郷秀和、介護支援専門員実務研修の研修効果意識と課題—基礎資格からみたケアマネジメント研修効果意識の違い—福岡県立大学人間社会学部紀要 2007；16（1）：123－141.

り、均質化した介護支援専門員の確保には研修体系、研修内容の見直しが必要であると述べられている²³⁾。

今後、介護支援専門員を本来の意味での専門職とし、ニーズアセスメントやモニタリング機能を有することを期待するのであれば、高いモラルと技術を有するための実務家向けの実践的な研修プログラムの充実が求められることになるだろう。しかし、このような研修に見合う報酬が用意されていないことや、このプログラムを実行できる機関についての検討はなされていないというのが現状である。

6. おわりに

これまで述べてきた介護支援専門員を巡る諸問題に対する政策的な方向性についての選択肢は、3つに集約されるだろう。

第一は、介護支援専門員を介護保険サービスの給付管理者として位置づけ、給付管理者としての知識と技術をOJTで強化するという選択である。介護保険制度導入に当たっては、利用者のサービス給付を円滑に行うため、介護給付に関する管理業務があまりに煩雑であることから、これを代行する職種として介護支援専門員を想定したという経緯がある。当時も現在においても公平性と中立性の担保のために、この業務を自治体が行うにはコストが高すぎる。本来的には、一部の先進国が行っているように利用者自身がこういったプランの作成や、管理も行うという選択肢はあっただろうが、当時の措置されていた要介護高齢者やその家族の実態からは、到底、本人にこれを行うことを要請するのは困難と判断されたものと考えられる。しかし、介護支援専門員に給付管理機能だけを担わせるのであれば、現在、存在している約50万人の介護支援専門員に対するOJTの仕組みを整備し、これを強化するという施策で十分である。ただし、この選択をした場合には、中立性や公正性を担保するためのシステムを別に構築しなければならない。

第二は、漸次、給付管理業務の簡素化を図り、

要介護高齢者自身が容易に給付管理ができる仕組みへの変更をするという選択である。これは、イギリスで実施されているself careの推進²⁴⁾や、現在、我が国において広がりつつある「マイケアプラン」運動と文脈を同じくすることであり、これはつまり「自分のことを自分で決める」という素朴な自立と自己決定を推進し、個々人がコミュニティの成員として合意する市民としての意識を醸成する可能性を有することとなる。この場合、介護支援専門員は、自分では給付管理ができないと判断した高齢者や介護者に対してのみ、給付管理を代行することになる。このため、より質の高い介護支援専門員だけが市場に残るという市場原理が働く可能性がある。あるいは、地域包括支援センターがこういった高齢者の支援をするという仕組みを整備するといった方策も考えられる。いわゆる給付管理サービス機能をセンターに付加するだけであることから、利用者は、このサービスを購入するか否かを選択すればよいことになる。

第三は、本来の意味でのケアマネジメントを行う人材としてのケアマネジャーの育成をするということである。ケアマネジメントは、地域包括ケアの基盤の整備やサービス提供方法、地域包括ケア圏域内の行政、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てからの圏域内のサービスニーズに応えた実施展開に際して、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ための地域包括ケア計画が策定されなければならない。したがって、この場合のケアマネジャーは、計画策定、その遂行、管理といった地域包括ケア圏域の運営に関する知識や技術を具備した人材として位置づけられなければならないものとする。おそらく、地域包括支援センターに配備されている主任介護支援専門員はその発足にあたって、日本の地域包括ケアにおけるケアマネジメントを実現できる人材として意図されたものと推察される。

これらの主任介護支援専門員は、他職種連携とありわけ、地域における在宅ケアのマネジメントを行うためのスキルが求められる。しかしながら、サービス担当者会議における医療職との連携の不

足²⁵⁾や、終末期におけるケアマネジメントにおいて課題がある²⁶⁾との指摘もなされており、今後こうした業務を達成できることができるような人材育成のためのOJTによる研修システムを整備する必要があるだろう。

今後、どのような選択がなされるかについては不明であるが、現行の介護支援専門員が行うケアマネジメントには種々の課題があり、これが介護保険制度の根幹を揺るがすような事態にならないよう、今後の政策的な選択がなされることが求められる。

【参考文献】

永杉憲弘・鬼崎信好・本郷秀和. 介護支援専門員実務研修の研修効果意識と課題—基礎資格からみたケアマネジメント研修効果意識の違い—福岡県立大学人間社会学部紀要 2007; 16 (1) : 123—141.

見平隆. 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) —名古屋学院大学論集 社会科学篇2009; 45 (3) : 63—82.

佐橋克彦. 「準市場」の介護・障害者福祉サービスへの適用. 季刊社会保障研究 2008; 44 (1) : 30-40.

山内康弘. 訪問介護費と事業所密度. 医療と社会2004;14 (2) :103—117.

【引用文献】

- 1) Martin Karlsson . International Comparison of Long-Term Care Arrangements. 26 April 2004, Les Mayhew, Robert Plumb, Ben Rickayzen
- 2) Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten - Überarbeitete, korrigierte Fassung -Bielefeld, 23. März 2007
- 3) 介護保険を持続・発展させる1000万人の輪 (2010). 介護保険を持続・発展させる1000万人の輪の提言—誰もが安心して暮らせる制度を目

指して—.

<http://1000-man-wa.net/teigen/img/teigen.pdf> (2010年7月27日アクセス)

- 4) 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 (1995). 新たな高齢者介護システムの確立について—老人保健福祉審議会中間報告. ぎょうせい: 255-256.
- 5) 財団法人長寿開発センター (2001). 平成12年度老人保健健康増進等事業費補助金「介護支援専門員現任研修・専門研修のあり方研究委員会報告書」.
- 6) 医療経済研究機構 (2001). 平成13年度老人保健健康増進等事業費補助金「介護支援専門員の業務評価に関する研究」報告書
- 7) 読売新聞 (2009). 介護支援専門員登録取り消し 事業所にも 計画未作成で 県処分=石川 2009.12.11記事
- 8) 読売新聞 (2008). 津の介護報酬不正受給 県、556万円返還命令へ=三重2008.12.23記事
- 9) 読売新聞 (2008). 基準違反の介護支援専門員 県が登録取り消す=三重2008.10.15記事
- 10) 池田省三 (2005). 介護ビジネスパワーアップ講座 ケアマネジャーの問題点 (2) 重度認定者の生活を支えるには不十分なケアプラン. Nikkei healthcare、21 (192) : 107-112
- 11) 池田省三 (2010). 介護保険の認定およびサービス利用状況について. 第4回要介護認定の見直しに係る検証・検討会委員提出資料 (2010年1月15日) http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/dl/s_0115-9_j.pdf
- 12) 神奈川県介護支援専門員協会 (2007). 平成18年度施設介護支援専門員実態調査.
- 13) 筒井孝子 (2009). 地域包括支援センターにおける取組みと連携に関する調査. 老人保健事業推進費等補助金「地域包括支援センターの評価に関する研究」平成20年度研究報告書: P 81-141
- 14) 筒井孝子・大冢賀政昭・東野定律・高橋紘士 (2009). 全国の地域包括支援センターの専門職における連携活動の実態. 第57回日本社会福祉学会全国大会; 東京; 2009.10.10-11.同報告要

- 旨集, p 612-613.
- 15) 読売新聞 (2004). ケアマネの6割、担当者会議開かず／全国連絡協調査2004.03.09記事
 - 16) 厚生省 (1998). 介護支援専門員に関する省令平成10年4月10日 厚生省令第53号)
 - 17) 厚生省 (1998). 介護支援専門員実務研修受講試験事業実施要綱 (別紙1) の1、2、3、4 (「介護支援専門員養成事業の実施について」老発第438号厚生省老人保健福祉局長通知 平成10年6月19日
 - 18) 厚生省 (1998). 介護支援専門員実務研修受講試験事業実施要綱 4-(2)-ア-(ア) (4)、4-(2)-イ-(ア) (「介護支援専門員養成事業の実施について」老発第438号厚生省老人保健福祉局長通知 平成10年6月19日
 - 19) 厚生省 (1998). 医療保険福祉審議会 第3回老人保健福祉部会議事要旨 平成10年1月20日開催
 - 20) 沖田裕子・岡本玲子・村岡枝理子 (2002). 介護支援専門員の質改善のためのケアマネジメント過程の検討. 日本在宅ケア学会誌、5: 54-61.
 - 21) 馬場純子 (2005). 介護支援専門員の質的向上の方策等に関する調査研究.
 - 22) 財団法人長寿開発センター (2005). 平成17年度老人保健健康増進等事業費補助金「介護支援専門員現任研修・専門研修のあり方研究委員会報告書」.
 - 23) 永杉憲弘・鬼崎信好・本郷秀和 (2007). 介護支援専門員実務研修の研修効果意識と課題—基礎資格からみたケアマネジメント研修効果意識の違い—福岡県立大学人間社会学部紀要、16 (1) : 123-141.
 - 24) 松繁卓哉・筒井孝子 (2009). イギリスの地域包括ケアにおけるSelf Care. 保健医療科学、58 (2) : 90-93.
 - 25) 瀬戸恒彦 (2006). サービス担当者会議における尾道市と神奈川県と比較および平成17年度調査結果と18年度調査結果の比較. 厚生労働科学研究費補助金 (長寿科学総合研究事業) 平成18年度分担研究報告書: 267-329.
 - 26) 内田陽子・中谷久恵・島内節 (2009). エンド・オブ・ライフケアニーズと在宅ケアマネジメントの実践. Kitakanto Med J、59: 337-344.

The role of Care Managers under the Long-term Care Insurance System, and Related Policy Issues

Takako Tsutsui

Chief, Department of Social Services and Public Health, National Institute of Public Health

Sadanori Higashino

Lecturer, School of Management and Information, University of Shizuoka

The designation of "Care Manager" was created in the year 2000, when the Long-term Care Insurance Law was enforced. Ten years later, there are a total of roughly 500,000 certified Care Managers. In Japan, for a specialized position like this to be established and to proliferate in such a short time is almost unprecedented, and the conditions surrounding this position have yet to be made sufficiently clear.

In 2011, however, the Long-term Care Insurance Law itself will be amended, and amendments to both medical treatments and long-term care compensation are scheduled for 2012. Under these circumstances, and with a view toward 2025, when the senior population in Japan is expected to peak, the structure of the Long-term Care Insurance System is scheduled to undergo a transition to a system of community-based comprehensive care. In the midst of these structural changes, the role to be played by Care Managers has not yet been clarified, and the very meaning of this position is being brought into question.

The purpose of this paper is: (1) To present the background to the adoption of care management and care plans, which became the responsibility of Care Managers, as part of policies when the Long-term Care Insurance System was implemented in 2000; (2) to clarify the types of operations undertaken by Care Managers over the past ten years; and (3) to clarify users' response to the activities of Care Managers.

Based on the results of the above investigations, we have presented three scenarios regarding the role of Care Managers in the Long-term Care Insurance System of the future, and discussed the ideal form of Care Managers in each of these scenarios, along with policy issues related to the methods of the job training system required to achieve those ideals.