

介護支援専門員の専門性と受験資格要件

横 山 孝 子

はじめに

高齢者が要介護状態になっても、尊厳をもって自立した生活を送れるよう介護を社会全体で支える制度、つまり介護の社会化を初めて謳った法として創設された介護保険制度（1997年12月1日制定、2000年4月から実施）では、“高齢者の自立支援”を基本理念に掲げ、ケアマネジメントが導入された。これは、高齢者の状態を適切に把握し自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものである。

その役割を担う「介護支援専門員」を同時に創設し、居宅介護支援事業者と介護保険施設に配置が義務づけられた（介護保険法、第81条）。そして、介護保険制度の円滑な実施のためには短期間に4万人を超える相当数の介護支援専門員の養成を行う必要があるとして、以下の対策を講じていくことが提示された。

「介護支援専門員としての養成対象範囲の検討に当たっては、保健・医療・福祉の専門性を尊重しつつ、現に、要援護高齢者などに関する自立支援の実務に習熟し、意欲と能力のある人材を幅広く求める観点から、実務研修の前提となる試験の対象職種はできる限り幅広く認めることとする一方、試験により、介護保険制度、要介護認定、介護支援サービス（ケアマネジメント）の理念・方法などの基本的な知識を確認するとともに、実践的な実務研修を通して、高い資質を確保することを基本方針とする。その上で、介護支援専門員の養成後においても、継続的な現任研修の実施や居宅介護支援事業者に

関する情報の提供や利用者の選択の自由を確保することを通じて、より質の高い介護支援専門員が育成されるよう十分な施策を講じていく¹⁾と。

このような方針の下に介護支援専門員を養成しスタートした介護保険法であるが、制度創設5年後（2005年4月）の見直しに向けてクローズアップされてきたのは、「アセスメントなど当然行われるべき業務が必ずしも行われていない、サービスの質に関する苦情が多い」²⁾、「介護支援専門員が適切なアセスメントによってニーズを抽出することなく、利用者の願望や希望を鵜呑みにした“御用聞きプラン”の作成がなされている」³⁾等、介護支援専門員のアセスメント不足である。これらの背景には、介護支援専門員1人当たりの担当件数が多いことや地域におけるサービス担当者会議の不徹底、介護支援専門員の所属の9割が併設する事業所で占めること等により、介護支援専門員の業務多忙や支援困難ケースの抱え込みを招き、その結果不適正なケアプランや多職種連携の不十分さが指摘されている⁴⁾。

介護保険制度の円滑な実施のためにケアマネジメントを導入し、その担い手である介護支援専門員のより質の高い育成をめざして、多様な職種から人材を募り、実務研修の前提となる基本的知識を問い、実践的な実務研修を行う、さらに現任研修の実施等をおかげスタートした介護保険制度であるが、アセスメント不足によるケアサービスの質が今日大きな課題となっている。そもそもアセスメントとは、ケアマネジメント過程の第一段階に位置しケアプラン策定時の基本的な考え方を示すという役割をもつ。そのため、アセスメントがしっかりとできたかどうか問われることとなり、ケアサービスの質に大きく影響を及ぼし、「介護保険制度の成否は有効適切な計画が作成実施されるかどうかによる」⁵⁾という意味で重要視される。

そこで、介護保険法の制定に伴い創設した介護支援専門員の養成対象職種を、保健・医療・福祉の専門性を尊重しつつできる限り幅広く認めて資格化された介護支援専門員が、アセスメントを行ううえで求められる専門性とは何かを問う必要性から、本稿では介護支援専門員（ケアマネジャー）の受験資格要件のみに焦点をあて検討する。

I. 介護の社会化とその法的根拠

1. 「介護」の生成と変遷

わが国において、「介護」という用語が使用されるようになったのは、明治中期（1900年頃）からである⁶⁾。今日、使用されている「介護」は、戦後、重度心身障害児への対応の一環として使われ始めた⁷⁾が、社会福祉施設における人的サービスの内容を意味するものとして法的に規定された最初の契機は「老人福祉施策の推進に関する意見」⁸⁾である。本格的な導入は1987年の「社会福祉士及び介護福祉士法」の制定以来である。

「介護」は、一般的に世話、介助、介抱、保護、支援等の意味に使われる場合が多く、語源的には「介」は助ける、あいだに入るを意味し、一方「護」はまもる、助ける、かばうを意味する。このように、「介護」の内容は広範で多岐に及んでいる。狭い意味では、要介護者に対して提供される食事、排泄、清拭、衣服の着脱、安楽な体位の確保、移動動作の介助、睡眠の世話等を指して用いる。広義の意味では、生活機能が低下したり不全になった時に本人のみならず周囲の人々がそれを支え、世話をして生活支援を行い可能な限り自立した生活ができるようにする一連の活動を指して、介護福祉という概念で捉える。

換言すると、身体機能を中心に生命体の維持を指したレベルから、生活機能に視点をあて日常生活の維持レベルへ、そして社会生活の維持レベルへと広がりを見せている。その結果、今日では身体的、精神的な障害のために日常生活の自立援助を必要とする人々へ向けられた、より質の高い自立をめざした生活支援活動の総体であると広く定義されるようになった。

本稿では、就労生活のレベルまでは含まない社会生活の維持を想定し、論を進めることにする。

2. 介護保険制度創設の背景

介護という営為が時代と共に変化し発展してきた背景には、述べるまでもなく人口の高齢化の急速な進展、医療の高度化、生活条件の改善・向上の結

果、長寿化がいつそう進んだことがあげられる。長寿化の進行により後期高齢者が増え、個人差があるとはいえ心身機能の低下、疾病や障害に罹患する人々の急増現象が顕著となり、寝たきり老人や認知症老人の多発を招き、いわゆる要介護状態に陥る可能性のある人々が急増している。こうした状況の中、個人生活を取り巻く環境条件も変化しており、工業化や都市化現象及び核家族化の進行、女性の社会的進出などによって、家族が従来担ってきた機能が外部化し、家族の介護機能は著しく低下してきた。そして今日、伝統的な家庭内の女性による家族介護では対応不可能な状態となっている。

このような社会状況に即応する形で、1963年の老人福祉法制度により老人福祉施設としての老人ホームが設置され、現行の養護老人ホーム、特別養護老人ホームへと新しい対策がとられてきた。現行老人ホームの源流は、1929年（昭和4年）の救護法に規定された救護施設としての“養老院”にあり、現行生活保護法（1950年）においては保護施設中の“養老施設”として位置づけられ老人福祉法制定により現行の体系が成立した。1989年から「高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略」（ゴールドプラン）が展開され、介護問題は個人や家族の問題ではなく、新しい社会問題として国民的課題として位置づけられるようになった。そして、家族機能の足りない部分や機能を外部から補完し、支援をする家族介護支援型の対策を国が打ち出すことになった。

「介護」という営みは、私的・個人的レベルから他人が介護活動に参加、介入するという新しい介護の形態、つまり介護の社会化を進めざるを得ない状況となってきた。ここでいう介護の社会化とは、専門家である第三者が介護活動をサービスとして実践することを指す。そこに関わる介護者は、系統的な教育と専門的な技術・技能及び職業的倫理と価値観を保有し、資格を有する専門家である。その意味での介護の専門家は、1987年の「社会福祉士及び介護福祉士法」によって、資格制度が創設された。特に、介護福祉士資格は「介護」を単に家族の問題としてだけではなく、上述したように社会にとって構造的な対応を迫られる緊急課題として位置づけ、超高齢化社会における介護の担い手を確保することの社会的必要性から必然性をもって生まれた国

家資格である。

3. 介護保障の法的根拠

介護保険法が1997（平成9）年に成立したということは、同法第1条の目的規定に「加齢に伴って生ずる」という表現が明記されているように、要介護状態は、疾病・失業・老齢などと並ぶ要保障事故として、「要介護」（「要支援」含む）というニーズを医療や福祉から切り離して法制度上に位置づけられるに至ったと解される。さらに、その保険給付について第2条4項において、「保険給付の内容及び水準は、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」としている。

介護保険法が公布されたこの時期は、1995年の『社会保障体制の再構築に関する勧告』が出され、社会保障システム自体の見直しが進行していた。

通称、『95年勧告』の序文では、「わが国の社会保障体制は、一部の分野を除き、制度的には先進諸国に比べ遜色のないものとなっている。初期のわが国社会保障制度は、国民を貧困から守り、心身に障害をもつ等生活に不利な事情にあった人々を救済することを主たる目的としてきた。しかし、今日の社会保障体制は、すべての人々の生活に多面的にかかわり、その給付はもはや生活の最低限度ではなく、その時々を文化的・社会的水準を基準と考えるものとなっている」⁹⁾と述べている。さらに「社会保障の理念と原則」の中で、「心身に障害をもつ人、高齢となって家庭的あるいは社会的介護を必要とする人々に対する生存権の保障は、従来ともすると最低限の措置にとどまった。今後は、人間の尊厳の理念に立つ社会保障の体系の中に明確に位置づけられ、対応が講じられなければならない」¹⁰⁾と指摘している。

我が国の老人福祉制度は、人口の高齢化の進展や家族扶養の変化等により高齢化が社会問題として認知されたこと、老人福祉施策の体系化が求められ立法化への政治的な運動が盛り上がってきたこと等によって、1963(昭和38)年に老人福祉法が制定（同年7月11日公布、8月1日施行）されたことには

じまる。その基本的理念（第2条）は「老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする」と謳っている。しかし、制定当時より「老人福祉」という概念は、必ずしも自明のものではなく、老人福祉法の内容として何を盛り込むかについては多くの議論があり、最終的に所得保障、医療、労働、住宅等は別体系の制度として、事実上は措置制度としてのサービス実施を中心とする性格のものとして立法化されるに至った。

その後、老人医療問題を契機に高齢者の医療費負担を軽減するために、1973（昭和48）年から「老人医療費支給制度」（昭和47年6月27日）が導入され、老人福祉の法制度に大きな変革をもたらした。さらに10年を経て、老人医療は老人保健法の制定（昭和58年8月17日）によって老人福祉法から分離された。老人保健法の基本的理念は、「国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療に要する費用を公平に負担するものとする」である。

介護問題が社会的に問題になり始めたのは、1968（昭和43）年の「寝たきり老人実態」（全国社会福祉協議会全国民生児童委員協議会）の報告以来であるが、当時は社会的支援の必要には結びつかなかった。1980～90年代には高齢者に対する福祉ニーズの増大に伴い施策の充実が急務となり、1989（平成元）年の高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）の策定、1994年の新ゴールドプランの策定、1995（平成7）年には高齢社会対策基本法も制定され、21世紀の超高齢社会を見定めた要援護高齢者への福祉サービスの計画的な整備が開始された。高齢社会に対する法政策の基本的枠組みは高齢社会対策基本法で定められ、その基本理念（第2条）として、「国民が生涯にわたって就業その他の多様な社会的活動に参加する機会が確保される公正で活力ある社会、社会を構成する重要な一員として尊重され、地域社会が自立と連帯の精神に立脚して形成される社会、健やかで充実した生活を営むことができる豊かな社会」の3つをあげている。これに基づく指針により、1997（平

成 9) 年12月に介護保険法が成立し、約 2 年間の準備期間をおき2000年 4 月から制度が実施されるに至ったのである。

介護保険法の基本法である社会福祉法は、平成12年の法改正により社会福祉事業法(1951、昭和26年社会福祉の基本法として生まれた)から変更されたものである。この背景には、戦前の前近代的な社会福祉—福祉とは上から下に与えられる施しのものである—の観念を破って、新しい社会福祉の理念を掲げようと平成 9 年にスタートした社会福祉構造改革がある。改正のポイントは 3 点あり、第 1 に措置制度から利用制度への変更、第 2 に利用者の尊厳の具体化、第 3 に地域福祉という観点から改められ、社会福祉の基盤法として社会福祉の全分野に共通する基本的事項を謳っている。その社会福祉法では、目的理念を 4 つの基本原理に具体化して細かく定めている¹¹⁾。それは第 1 に、福祉サービスの質は、個人の尊厳の保持、自立の支援として良質かつ適切なものでなければならないこと(第 3 条)、第 2 に、地域福祉を推進すること、すなわち福祉サービスを必要とする者が、地域社会の一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるべきこと(第 4 条)、第 3 に、サービス提供にあたっては、利用者の意向を尊重し、関連するサービスとの有機的な連携を図り、ニーズに即した総合的な提供を行うこと(第 5 条)、第 4 に、福祉サービスの提供体制を確保することは、国と地方公共団体の責務であること(第 6 条)である。

社会福祉構造改革の中心人物であった炭谷氏(元厚生省社会・援護局長)は、「社会福祉で今日最も大切な基本理念の 1 つは、個人の尊厳である。憲法第13条に掲げられているが、一人ひとりが一人の人間として尊重され、プライドをもって自己実現を図っていくことである。これは個人としての自立ということにも連結する。人間としてその人らしく自立することは、個人の尊厳を保持することと同じ視点である。この自立を支援することが、社会福祉の機能である」¹²⁾と主張する。

4. 介護保険制度における自立支援

そういった動きの中で制定に至った介護保険法の目的(第1条)は、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が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(後略)」を掲げている。この文言から、介護保険法は加齢に伴う要介護状態にある者を対象に、能力に応じて自立した生活を営むことができるように給付することを示している。ここでいう要介護状態とは、「身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要する状態であって、その介護の必要程度に応じて厚生省令で定める区分のいずれかに該当するもの」(第7条1項)をいう。換言すると、介護保険法では日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、その有する能力に応じ自立できるよう支援することを謳っていると解される。「自立」という概念が用いられてはいるが、介護保険法では「日常生活における基本的な動作」という限定が記されている。自立の意味内容を考えると、身体的自立のみでなく介護を必要とする人が社会から排除されることなく自己の意思により社会の中で生活するという、精神的自立、社会的自立の実現が不可欠となる。

一般に、自立支援とは、従来の身体を清潔に保ち、食事や入浴等の面倒をみるといった“世話”にとどまるのではなく、高齢者が地域社会の一員として自分の生活を楽しむことができるような、自立した生活の実現を積極的に支援することを理念とする。ここでいう自立支援は、決して“依存を少なくして自立して生きること”だけを目標としているのではない。「他者に依存することを前提とした新しい自立観であり、どのように生活していきたいかを決定し、そのためにはどれだけ他者の援助が必要であるのか、またその援助をどのような方法や技術で提供して欲しいのかなどを自分で決定し、自分自身で生活をマネジメントする」¹³⁾生活ができることを目標としている。このよ

うな視点で、実態としての介護保険サービスをみると、生活の質を問題とするより生活が成り立つための具体的な援助計画が作成される現状にある。これは日常生活の在り様が、生活の質の向上あるいは主体的なその人らしい生活づくりというよりも、生活を継続する上での身辺介護に特化した介護サービスに視点がおかれている¹⁴⁾。その理由を小笠原らは、「＜その有する能力に応じ自立した日常生活＞（同法第1条目的）と書き込まれたために、“心身の機能に応じた自立”と理解されているきらいがある」¹⁵⁾と述べる。

時実氏は生活の定義について次のように説いている。脳生理学的に適応行動・創造的行動の統制として、「ヒトだけが到達することのできる高次の客観視の能力は、『他人から自己を区別する』ことが基本であり、このことによってさまざまな社会的行動が生み出される。したがって、成熟した大脳機能をもつ成人は、身体的自己と人格的自己を統合して、自己概念を形成する。このことによって、はじめてヒトは自己と世界を区別しつつ、自己と世界の統合性、あるいは調和について認識できるのである」¹⁶⁾と。このような高次の大脳機能—他人から自己を区別する機能—を有するがゆえに、人は自己と外界とのあり様如何で影響を受ける生活において、自尊感情を揺さぶられることになる。そういった意味をもつ生活の構造について、渡邊氏は「人間の生活は①生理的側面、②家事的側面、③家政的側面、④文化的側面、⑤社会的側面、⑥生産的側面という多様な側面を有している。生活の質を決定するには単に生理的側面だけでなく、上記の多様な側面を統合して判定すべきである」とし、「今日のわが国において介護サービスが対象とする生活部面は上記の①②③の側面である」と言い、続けて「生物としての人間の生活はまず生理的側面が保障されていなければならないが、生理的側面だけが保障されてもそれだけでは『真』の意味で生きていることにはならない」¹⁷⁾と指摘する。

先に炭谷氏が述べていたように、人間としてその人らしく自立することは個人の尊厳を保持することと同じ視点であり、自立の概念は、扶助や援助を必要としない状態を意味する概念から、人々が自己の生活について主体的に決定し、生活の主体者としての生活状態を意味する概念に大きく転換してい

る。弱者救済型から弱者援護型社会保障へ、さらに新しいパラタイムである自立支援型社会保障に変革ということを背景に創設された介護保険制度では、その運用において、被保険者がサービスを選択できるシステムを取り入れてはいるが、広い意味でのケアに関わる専門職等関係者の意識が変わらなければ従来のサービスになってしまうことも危惧される。福祉サービスの利用者像をどういう人々と考えるか、が社会福祉法の目的理念と密接に関連していると、河野氏は述べる¹⁸⁾。そして「生活障害のある人々は、歩行・排泄等の日常生活能力が減退していても、生活の主体性を喪失しているわけではなく、むしろその人らしい生き方（人格の自由な発展）を社会的諸条件のなかで阻害されている人々であるという考え方に立てば、社会福祉法の目的は、行政庁の一方的な決定による保護と隔離ではなくて、生活の自立を支援すると同時に、援助に際して、本人の自己決定を尊重することでなければならない¹⁹⁾」と論じている。

介護保険制度下の自立支援は、前述したように要介護者を生活の主体者として支援するよりも、生活が成り立つための日常生活動作を主とした身体的支援にとどまっていると考えられる。

II. 介護保険法における介護保障の担い手「介護支援専門員」

1. 介護支援専門員とは

介護保険法第79条の2において、介護支援専門員とは「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状況等に応じ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。

では、ここに謳われている「専門的知識及び技術」とは、何をいうのだろうか。

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53)、第2条の

「介護支援専門員実務研修受講試験」においては、介護支援専門員の業務に関し、基礎的知識及び技能を有することを確認することを目的として、①介護保険制度に関する基礎的知識 ②要介護認定及び要支援認定に関する基礎的知識及び技能 ③居宅サービス計画及び施設サービス計画に関する基礎的知識及び技能 ④保健医療サービス及び福祉サービスに関する基礎的知識及び技能、が掲げられている。介護保険法においては、介護支援専門員の専門的知識及び技術を“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”内容を求めているのに対し、介護支援専門員に関する省令では、“基礎的知識及び技能を有することを確認する”ことを目的に“介護保険制度、要介護認定、居宅および施設サービス計画に関する基礎的知識及び技能”というように、介護保険制度及び制度上の技術に限定した基礎的知識・技能を指しており、それは専門的知識及び技術の一部に過ぎないとみなされる。さらに、介護支援専門員養成研修事業の実施について（平成11年4月2日、厚生省老人保健福祉局長通知）の介護支援専門員養成研修事業実施要綱をみると、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業務と位置づけたうえで、32時間の研修内容を次のように提示している。

①都道府県内情勢・介護支援専門員の基本姿勢 ②要介護認定等基準及び認定調査手法Ⅰ ③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、居宅サービス計画等の作成、給付管理業務） ④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） ⑤要介護認定等認定調査実習及び実習報告書の提出 ⑥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 ⑦要介護認定等基準及び認定調査手法Ⅱ ⑧課題分析・居宅サービス計画等作成演習Ⅱ ⑨意見交換。

同通知が示しているように、これらの研修内容は「一連の介護支援サービスと事務手続を修得させる」ことが主目的であり、まさにその達成に向けた手法の伝達とみなすことができる。通知ではさらに、「認定調査」は「地域住

民にとっては介護保険制度との最初の接点となり、介護支援専門員の質如何により要介護認定等への信頼が左右されるとともに介護保険制度の円滑な実施に大きく影響する」としている。また、「各種サービスの提供者との間におけるサービス利用調整等においても介護支援専門員の力量が問われることとなる」と自覚を促している。

しかし、同通知が求めるような介護支援専門員の質、力量が、上記の研修内容で果たして確保できるのだろうか。それは、介護支援専門員の受験資格要件が多岐の職種にわたることから既に生じる疑問でもある。この問いの下に、次では介護支援専門員の受験資格要件とその教育背景に焦点を当て検討する。

2. 介護支援専門員の受験資格要件とその教育背景

介護支援専門員に関する省令、第1条において、介護支援専門員の受験資格要件が示されている。その職種は大別すると、①医療職（医師・歯科医師・薬剤師・保健師・助産師・看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士・視機能訓練士・義肢装具士・歯科衛生士・言語聴覚士・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師）、②福祉職（社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士）、③栄養士、である。これらは、医療職で大半を占めるが、当然ながら医療職であっても、その教育背景には教育機関や修業年限、教育内容等に種々の違いがある。

受験資格要件の大半を占める医療職の専門領域を、各法の目的や業務あるいは任務として謳われた内容から読み取ると、以下の通りである。

医師（昭和23年医師法）、歯科医師（昭和23年歯科医師法）、薬剤師（昭和35年薬剤師法）については、「・・・をもって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保する」（下線、筆者）と謳われてはいるが、各国家試験科目では解剖学、生理学、病理学、薬学といった内容に終始している。それらは人体との関連が強く、人間の生活や人生というイメージとは重なり難いだろう。

また、保健師・助産師・看護師・准看護師は看護職（昭和23年保健師助産師看護師法）として括ると、「・・・をもって、医療及び公衆衛生の普及向上を図る」ことを目的に、「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助」を業とする者をさしている。その国家試験科目は、人体の構造と機能、疾病の成り立ちと回復の促進、社会保障制度と生活者の健康をはじめ、小児・成人・老年看護学等、人の一生を主軸にした構成内容である。看護職においては、社会一般に周知されているように人々の生活に対する関わりを、文言上からも見出すことができる。

続けて、理学療法士・作業療法士（昭和40年理学療法士及び作業療法士法）・視機能訓練士（昭和45年視機能訓練士法）・義肢装具士（昭和62年義肢装具士法）・言語聴覚士（平成9年言語聴覚士法）では、「・・・をもって、医療の普及及び向上に寄与する」としている。これまでにみてきた医師、歯科医師、薬剤師、看護職においては、「医療」だけでなく「医療及び公衆衛生の普及及び向上を図る」もしくは「・・・確保する」と謳われていたが、ここでは「医療・・・に寄与する」である。守備範囲が医療領域に限定され、目的も二次的なレベルで示されており、試験科目は解剖学及び生理学を基本に、特定の人体機能に焦点をおいたものになっている。但し、理学療法士と作業療法士については、「身体に障害のある者に対し、主としてその基本的能力の回復を図る」や「身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図る」を直接的な業務として示しており、視機能訓練士・義肢装具士・言語聴覚士に比べ、より広範な人体機能を指していることが読み取れる。ちなみに、医師、歯科医師、薬剤師、看護職等の各法律に謳われた「公衆衛生」とは、「個人個人の生命尊重という基本理念に立ち、共同社会の責任において組織立ったシステムとして実施を図る特性をもつだけに、人間の生活とそれを取り巻く環境の全般にわたる」とされる。その内容は、「人々の健康増進、疾病予防、医療、社会復帰及び人類の健康と生存に関する環境の諸問題、生活の水準や質の保障、さらに健康社会を形成する社会制度等を包括する」と位置づけられている。これらから、人体機能を主眼

に捉えた個体レベルの場合と異なり、社会の一員としての個人とその環境という多様な側面からの専門的な役割を期待されていると解される。

ここまでに取り上げた医療職以上に、狭い人体の構造や生理機能に留まると解釈されるものに、歯科衛生士（昭和23年歯科衛生士法）・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師（昭和22年あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律）・柔道整復師（昭和45年柔道整復師法）があげられる。

一方、栄養士（昭和22年栄養士法）は、「都道府県知事の免許を受けて、栄養の指導に従事することを業とする者」と定められている。中でも管理栄養士については、「厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導、個人の身体の状態、栄養状態等に応じた高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導」である。食という視点からの身体の状態把握、食を介しての生活への関わりと考えられるが、身体的側面の自立度を判定することを目的とした人体機能全般の把握が可能であるかは疑問である。

以上、介護支援専門員の受験資格要件職種の依拠する法律上の文言から、それらの専門領域の概要を対比した。介護保険法の制定に伴い、居宅介護支援事業者と介護保険施設に配置が義務づけられた（人員配置上の基準としての位置づけ）介護支援専門員の役割は、「要介護者等が自立した日常生活を営む」ためのケアマネジメントである。これは、高齢者の状態を適切に把握し自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものである。介護支援専門員は、要介護者を一個の個人として身体的、精神的、社会的側面から把握し、介護を必要としながらも一人の人間としてその人らしく自立した生活が送れるよう支援していくことが求められている。それは述べるまでもなく、他者の“生活”に密接に関わることであり、要介護者の生活者としての主体性を喚起することである。そこには、人間を人体や個体のレベルではなく、“人間として観る”という最も基本的な能力が不可欠であろう。また、要介護者の生活に関わる介護者自

身も人間としての生活を営んでいる一人であり、互いにとって“生活”とは、あまりにも日常的であるために捉え難く、かつ個別的なものと言える。介護支援専門員には、高齢者の状態を適切に把握し自立生活を支援するためのケアマネジメントが課されており、人間の理解及び人間としての尊厳ある生活を理解する、見極める専門的な能力が求められる。利用者のマイナス面だけを見て、それを補うというだけのケアプランではなく、マイナス面を補うことで利用者がどんな生活を目指すのか、言い換えると、日常生活動作の支援を通して利用者の生活の質が高まることに繋がるケアマネジメントを求められている。

このような考えに立つと、現在の厚生省令で定める要件、第1号の資格における歯科衛生士・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師あるいは栄養士については、介護支援専門員の役割を果たす上での限界が予測される。

では、どのような経緯で介護支援専門員の受験資格要件は決定されたのだろうか。

介護支援専門員の対象は、老人保健福祉審議会報告（平成8年4月22日）により、「医師、歯科医師、薬剤師、保健師、・・・介護福祉士などの保健・医療・福祉の専門職のうち、一定の実務経験を有し、所要の研修を修了したもの」とされた。更に、高齢者ケアサービス体制整備検討委員会報告（平成9年5月30日）においては、「一定の実務経験については、保健福祉医療の各分野で合計5年以上の実務経験を有するほか、介護保険制度の円滑な実施のためには相当数の介護支援専門員（ケアマネジャー）の養成が必要なことから、（審議会報告による）保健・医療・福祉の専門職以外についても、現在、高齢者介護の現場で活躍している者で介護保険制度の実施後ケアマネジメントを実施する能力のある者については、幅広く対象者とするなど制度の運用については弾力的に行う必要がある」として、制度施行段階で円滑に介護サービスが提供されるよう短期間に4万人を超える相当数の養成を行う必要がある旨が示された。

以上のような基本方針に基づき、介護支援専門員の養成対象の範囲は、「要介護者の自立を支援するための相談・援助業務又は介護サービス（これに関連する保健・医療・福祉サービスを含む）であって人に対する直接的な援助である業務に原則として5年以上従事した経験のある者」という結論に至っている。そのために、利用者個人の尊厳ある生活を支援することを役割とするには、限界が予測される職種も含まれることになったのである。

この予測について、次では介護保険法における介護支援専門員の専門性に照らし検討する。

Ⅲ. 介護支援専門員の専門性と受験資格要件

1. 介護サービスとケアマネジメント導入の意義

介護保険制度の基盤となる考え方を示した高齢者介護・自立支援システム研究会の報告書では、「高齢者の個別性を尊重」し、「全人的な評価」に基づいて、「サービス・パッケージ」を提供していく。この基本的な考え方は、サービス関係者が1つの「ケアチーム」となって、個々の高齢者の状況に応じて必要なメンバーが随時参加し得るような柔軟なものでなければならない。そのためにはケアマネジメントを確立することが重要であると説明している²⁰⁾。

介護保険制度では、要介護・要支援と認定された者は、その給付（サービス）を利用するための手順を踏むことになる。この過程で、利用者の自立支援に資するよう総合的、計画的にサービス利用を援助するのが介護支援専門員であり、このサービス利用を援助することがケアマネジメント業務である。介護保険制度にケアマネジメントの考え方と方法が導入された理由を、小笠原らは次のように説明する。

「介護保険制度の要介護認定は、まさに介護を必要とする程度を客観的に判定するものであって、要介護者・要支援者ごとのサービスニーズに着目して保険給付をしようとするものではない。要介護認定においては、介護を必要とする心身の機能（問題行動を含む）に着目するものであって、各人の生活

の状況にほとんど着目していない。すなわち、個人ごとの介護環境（介護力の状態、支援態勢、家屋構造、経済状況など）や本人の意思などに留意してはいない。こうした無機質な一律的給付を、個人のニーズに応じて効果的に、適切に活用するシステムに組み替えるために導入されたのがケアマネジメントの方法である。ケアマネジメントの方法を活用したことによって、社会保険の一律的給付を、ニーズに応じた個別的なサービス利用、すなわち利用者の意思を尊重する福祉的なサービス利用に性格替えしたといえよう。また、サービスを提供する専門職等のチームが、無駄や混乱なく、利用者の意向を尊重しながら、統一された方針と計画、そして役割を分担し合うシステムとして導入したのである²¹⁾と。

では、介護保険制度下の一律的給付を、個人のニーズに応じて効果的に、適切に活用するシステムに組み替えるために導入されたケアマネジメントとは、一体どういうものなのだろうか。

ケアマネジメントの定義を、介護支援専門員テキストの内容で確認すると「要援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²²⁾、あるいは「自立した日常生活を営むうえで、複合的な生活の課題をもつ人に対して、保健、医療及び福祉の分野にまたがるさまざまなサービスを効果的に組み合わせ、利用する（提供する）ことにより、生活の目標の実現を図ること²³⁾と説明されている。ここでは、ケアマネジメントの目的レベルを表現していると解釈できる。副田氏は、ケアマネジメントを利用者指向モデルとシステム指向モデルの2つに分ける考え方を提示している²⁴⁾。利用者指向モデルとは、包括的なアセスメントを行い、利用者の全体的なニーズを把握し、総合的なサービスの調整と提供、必要なサービス（社会資源）の開発、利用者の権利擁護、サービスの質の評価などを行うケアマネジメントモデルである。他方、システム指向モデルとは、ニード基準を設定し、その基準に対応した利用資格とサービスの予算枠を設け、サービス予算の執行権をケアマネジャーに委ね、予算枠内でサービスを提供するモデルをいい、介護保険制度におけるケアマネジメントは、システム指向モ

デルに類似したものになっている²⁵⁾。

この2つのモデルの違いは、介護保険制度におけるケアプラン作成では、システム指向モデルという要支援、要介護の判定に基づいて決められた予算枠を前提にプランが作成され、一般的なケアマネジメントモデルでは、利用者の総合的なニーズアセスメントに基づいてケアプランが作成されるという、ケアマネジメントのあり方そのものに大きな影響を与えている²⁶⁾。それは、ケアマネジメントの役割を担うケアマネジャーが利用者指向モデルにおいては利用者のニーズに焦点を当て利用者の権利代弁・擁護の役割の重要性を認識して、主にサービスの調整仲介役、ケアプランの作成者、その実行者、交渉役として機能することを求められるのに対して、システム指向モデルではサービスの仲介や権利代弁の役割も行うが、サービス供給にかかる費用の削減や費用効率を高めることを目指してサービスの購入及び利用中止の権限をもち、供給する諸サービスを調整し管理するという門番的役割を果たすことにより責任をもつことを意味する²⁷⁾。しかし、いずれもケアマネジメントである限りアセスメント能力が求められることに違いはない。

介護の社会化を謳い、要介護者の自立支援を理念に掲げ創設された介護保険制度の下で注目を集めた介護支援専門員であるが、任務としてのケアマネジメントがシステム指向モデルであることに鑑みれば、その受験資格要件が多様な職種に広がっていることや介護支援専門員養成研修事業内容が、前述したように一連の介護支援サービスと事務手続き等の手法の伝達に終始していることもうなずけるところである。介護保険制度下では、要支援、要介護の判定に基づいて決められた予算枠を前提にケアプランが作成されるだけでなく、サービスの種類においても使用できるものは限られており、その範囲でサービスを組み合わせたケアプラン作成にならざるを得ない現状にある。このような現状にあるケアマネジメントであるがゆえに、その第一段階において介護支援専門員が行う利用者固有のニーズを明らかにするというアセスメントの重要性がさらに問われることになろう。

次では、介護保険制度に導入されたケアマネジメントシステムにより、高

高齢者の自立支援を担う介護支援専門員の専門性について検討する。

2. 介護支援専門員の専門性としてのアセスメント

ここでは、まず介護保険制度の創設により導入されたケアマネジメントの定義を確認する。次に、介護保険制度下に示されたケアマネジメントの手順に沿い、そこに求められる基本的能力について考察する。その上で、介護支援専門員の専門性とは何かを検討する。

1) ケアマネジメントの定義

本来、ケアマネジメントとは「政策主体が諸サービスを効率的、効果的に供給していくためのサービス供給機関を連結するシステムと、そのシステムのもとで実践者がサービスを統合的に供給していく実践アプローチとを模索するなかで生み出されてきた」²⁸⁾ものである。

介護保険制度におけるケアマネジメントの定義を改めて確認すると、「個々の要介護者の心身の状況等に合致したケアを総合的かつ効率的に提供する仕組み」と説明している。一般的には、ケアマネジメントとは要介護者と社会資源を結びつけることによって、要介護者の地域社会での生活を支援していくことである²⁹⁾。一方、菊地氏は高齢者分野における研究の成果と介護支援専門員実務研修で平成15年度からアセスメント手法の説明がなくなり、ケアマネジメントのプロセスに沿った内容が重視されるようになった経緯から、「ケアマネジメントとは、人権、生活そして健康に関わる複合的なニーズをもつ利用者とその家族が生活を主体的に営めるように、アセスメントによってニーズを明らかにしたうえで、さまざまな社会資源をケアプランに基づいて提供しモニタリングを行うことによって、継続的で一貫性のあるニーズ充足を図る専門的な支援の方法」³⁰⁾であると定義している。

ケアマネジメントの定義を確認したうえで、老人福祉法制研究会³¹⁾の提示するケアマネジメントの手順にそってケアマネジャーに求められる基本的能力について考える。

2) ケアマネジメントの手順と基本的能力 (①～④は筆者の見解)

(1) 高齢者の生活状況を把握。生活上の課題を分析〔アセスメント〕

- ①援助専門職としての倫理観 ②対人関係能力 ③高齢者を生活の主体者として把握する能力 ④問題解決技法に則ったアセスメント能力

(2) 総合的な援助方針、目標を設定するとともに、上記の(1)に応じた介護サービス等を組み合わせる〔プランニング〕。

- ①自立支援の考え方 ②利用者の自己選択・意思決定のあり方
③問題解決技法に則ったプランニング

(3) 上記(1)及び(2)について、ケアカンファレンス等により支援にかかわる専門職間で検証・調整し、認識を共有〔多職種協働〕する。

- ①ケアマネジメント能力 ②パートナーシップ

(4) サービスを実施するとともに、サービス等の実施状況や要介護高齢者の状況の変化等を把握〔モニタリング〕し、ケアの内容等の再評価・改善を図る。

- ①介護実践能力 ②モニタリング能力 ③アセスメント能力

以上、ケアマネジメントの段階別にその役割を果たす上で基本的な介護支援専門員の能力として考えられる内容を列举した。

ケアマネジメントの手順は、その第1段階がアセスメントである。前出の菊地は、アセスメントに関して次のように論じている。「A. 情報を収集し整理する過程、B. 収集した情報を判断してニーズを把握する過程、の2つがあるが、5方式（これまでに開発されたアセスメント票）を含めて現在開発されているアセスメント票は情報を収集し整理する過程を標準化したものであり、収集した情報を判断してニーズを把握する過程を標準化したものではない。そのため、もしツールとしてのアセスメント票を適切に使用できたとしても、収集した情報を適切に判断する専門性がなければ、アセスメントもプランの作成もできない」³²⁾と。菊地が指摘するように、アセスメントを“情報収集”と位置づけるところに、福祉分野と保健医療分野におけるアセスメ

ントの差異が生じているのではないか。保健医療分野においては、問題解決技法を基盤に“情報収集”を第1段階におき、第2段階に“アセスメント”というふうに、情報収集とアセスメントの作業内容が区別されている。いずれにしても、アセスメントによって、高齢者の状態像を総合的・客観的に判断し、ケアの指針及び目標が決定されることになり、すべてはここから始まることになる。その意味で、介護保険制度の中核を担う介護支援専門員のアセスメント能力には非常に大きな役割が課せられている。なぜなら、アセスメントはケアプラン作成の根拠となるものであり、ケアマネジャーの専門性の中核ともいえる重要なものだからである³³⁾。

しかし、その効果（ケアマネジメントの導入）は必ずしも発揮されておらず、高齢者のニーズに合致しないサービスが提供されている事例の報告が見受けられる。例えば、生活上の課題の分析を十分に実施せず、高齢者の希望のみを聴取してサービスを組み立てる。または、サービスの実施状況や利用者の要介護状態の変化等を把握せず、漫然とサービス利用を続けさせる等である。

次では、ケアマネジャーの専門性として位置づけられるアセスメントと介護支援専門員の受験資格要件について考察する。

3) 介護支援専門員の受験資格要件とアセスメント

ケアマネジャーが専門職であれば何らかの専門的判断を行っている。たとえばソーシャルワークにおけるアセスメントは「クライアント・システムの問題に対して、ソーシャルワーカーとクライアントや関係者たちが可能な限り必要かつ適切な情報収集を行い、その情報に基づき生活問題状況の理解と援助計画や実践過程に必要な資源や方法の提供を目指して専門的判断を行う認識過程」³⁴⁾であり、収集した情報を基にして専門的判断を行っている。専門的判断である以上、収集した情報を基にした情報分析を行っており、それはケアマネジャーも同様である。しかし、そのことはケアマネジャーがアセスメントにおいてどのような情報を、どのような基準で判断する専門職なのかという問題を提起する。端的に言えば、ケアマネジャーとは何を判断する専

専門職なのかということである。

ケアマネジメントにおけるアセスメントを、菊地は「利用者や家族が生活を主体的に営めるように、人権、生活そして健康にかかわる複合的なニーズを明らかにする目的で行われる、ケアマネジャーと専門職のチームによる専門的な知識・技術・態度に基づいた情報収集および情報分析」³⁵⁾と定義する。そして、アセスメントにおけるケアマネジャーの専門性を「①客観的事実の判断と主観的事実の判断、個別の判断と総合的な判断」³⁶⁾という枠組みで提示している。客観的事実とは、「アセスメントを行うケアマネジャーや専門職などによって客観的に把握できる事実」として、利用者本人の心身の障害、その時点でもっている能力・できること、社会参加の実態や社会参加を妨げる社会環境、利用しているサービス、家族介護者の健康状態や介護内容・介護能力、居住環境等をあげている。それに対して、主観的事実とは「利用者本人や家族が主観的に感じている事実」で基本的には当事者から語られなければ把握することができないとする。そして、客観的事実と主観的事実は相互に影響し合うものとも述べる。

ケアマネジャーは客観的事実に対して、ニーズの原因や背景要因そして問題の解決方法を含めて、その専門性に基づいて判断する必要がある。そのためには、妥当性を検証された客観的な判断基準をもつことが必要とされる³⁷⁾。それは一般論という意味でその専門職に必要とされる専門的知識にあたる内容と考える。一方、主観的事実については「利用者や家族が生活を主体的に営めるようにするにはどのような対応が必要であるか、あるいは利用者や家族の人権、生活そして健康を守るにはどのような対応が必要であるかを、その内容に応じて判断しなければならない」³⁸⁾。ここで求められるのは、人間そのものの理解、人権の考え方、そして生活とは、健康とは等、思想や価値体系である。このように、アセスメントにおいては専門的知識に裏付けられた意図的な情報収集能力と、その情報を客観的な判断基準を用いて分析する能力とが求められる。

介護保険制度におけるケアマネジメントはシステム指向モデルであり、情

報収集については介護を必要とする心身機能に着目して客観的に要介護度の判定がなされることになる。この要介護認定という一律的給付を、個人のニーズに応じて効果的に適切に活用するためにケアマネジャーのアセスメント能力が問われることになる。アセスメントによって、利用者や家族が生活を主体的に営めるように人権、生活、健康に関わる複合的なニーズを見出すことにある。そのためには、ケアマネジャーが利用者本人の心身の障害、その時点でもっている能力・できること、社会参加の実態や社会参加を妨げる社会環境、利用しているサービス、家族介護者の健康状態や介護内容・介護能力、居住環境等の利用者の生活状態を、人権、生活、健康の観点から分析し利用者固有のニーズを明らかにすることを求められる。そこで、先に確認した介護支援専門員の受験資格要件とその教育背景に目をむけてみると(p.12)、その職種は大別すると、①医療職（医師・歯科医師・薬剤師・保健師・助産師・看護師・准看護師・理学療法士・作業療法士・視機能訓練士・義肢装具士・歯科衛生士・言語聴覚士・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師）、②福祉職（社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士）、③栄養士、であった。当然ながら、①の医療職はその資格によって教育背景の差異が大きく、理学療法士・作業療法士・視機能訓練士・義肢装具士・歯科衛生士・言語聴覚士・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師については、人体機能を主眼に捉えた個体レベルの内容に焦点がおかれていた。一方、医師・歯科医師・薬剤師については「国民の健康な生活を確保する」と各法の目的に謳われてはいたが、生活者としての人間の理解とは重なり難い。また厳密には准看護師についても、その教育課程で問題解決技法(看護過程の展開技術)の習得を課せられてはいない。③の栄養士については、食を介しての生活への関わりと解することができ、それは人間及び生活者についての理解を網羅しているとは捉え難い。

このようにみえてくると、上記に述べた職種においては人間の心理的側面や社会的側面の理解、そういう人間の人権や生活、健康といった観点からのアセスメントには自ずと限界があろう。それは、ケアマネジャーの能力の発揮

される方向が介護保険法の目的、「その有する能力に応じ自立した日常生活」であり、それは単に身辺介護を中心とした援助だけでなく、生活自体に視点を当て、活性化したその人らしい生活の支援である。そのような生活支援の考え方を示すことになるアセスメントの背景には、人間を身体的・心理的・社会的側面から理解するための知識をはじめ生活とは何か、自立とは、健康とは、人権とは何か、といった価値体系が必須と考えるからである。

介護保険法の制定に対する社会の動きが大きかっただけに、介護保険制度により新たに導入されたケアマネジメントの担い手、介護支援専門員に対する利用者や行政、サービス事業者等の期待が高い。それは、ケアマネジメントが自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものだからである。その意味で、ケアマネジャーの利用者固有のニーズを明らかにするアセスメント能力は介護保険法の要とも言い換えることができる。

IV. 介護支援専門員の専門性と今後の課題

介護保険制度下の介護支援専門員は、人員配置上の基準として施設長や生活指導員と同様の位置づけにあり、それは省令で定められた資格である。そして介護支援専門員養成研修事業の実施主体は、都道府県又は都道府県知事の指定した法人とされている。介護支援専門員養成研修事業においては、主たる業務を「認定調査」、「介護支援サービス」、「給付管理」と位置づけ、それらの手法・技術を中心に研修内容が構成されているが、ケアマネジメント本来の役割を果たすだけの能力、専門性が育成されているとは考え難い。

介護保険制度の中核となる供給システム、ケアマネジメントを担う介護支援専門員の養成に向けては、保健・医療・福祉の専門性を尊重しつつ幅広く人材を求める観点から多様な職種が対象とされてきた。そして、基本的な知識を試験により確認するとしている。しかし、これまで述べてきたように介護支援専門員の専門性を確立するという視座からみると、この段階で問われている基本的な知識(介護保険制度、要介護認定、介護支援サービスの理念・

方法等）と、ケアマネジメントの過程に沿った基本的能力そのものに大きな違いが生じている。先にケアマネジメントの手順と基本的能力を提示したが（p.20）、個々人の生活支援の考え方を示すアセスメントは、生活状況の把握と生活上の課題を分析するという作業でありケアマネジメントの第1段階に位置する。生活状況の把握をする段階から、既に利用者とケアマネジャーの関係は対等なパートナーシップに基づくものであり、介護支援専門員は要介護者に対して一人の人間としての尊厳といった理念をもっていなければならない。こうした尊厳という理念により、介護支援専門員が個々によって何を、どうすることが自立生活に成り得るのかを判断できる専門性をもって、要介護者の自己決定や自己選択を支援することになる。要介護者の自己決定や自己選択といった視点は、利用者の自立を支援することにつながる。自立とは身体的な日常生活動作での自立よりも広いと同時に、一人ひとりその内容が異なる概念である。ケアマネジャーは、利用者が一人の個性をもつ人間として主体的に生きる、つまり、その人らしく自らの意思に基づき社会の一員としての自立生活を実現できるようにという広範囲の自立をサポートすることに焦点をおいて、ケアマネジメントを展開することになる。そういうことを判断できるための教育背景とは、単にケアマネジメントの理論的・技術的な知識を習得することだけでなく、生活問題を有している人に対する価値観や見方を根付かせていくことが求められるのである³⁸⁾。その意味で、介護支援専門員の受験資格要件が多様な職種に広く認められていることは、それらの教育背景の差異によりケアマネジメントの役割を担う上での手法が先行し、供給する諸サービスを調整・管理するという遂行状態に陥ることも危惧される。このような職種間の格差を是正するためには、実践的な実務研修が功を奏すると期待したいところだが、研修内容は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が主目的であり、介護支援専門員の質、力量が確保できるとは考え難い。創設当時に掲げられた継続的な現任研修については、これまで実施されることはなく資格の更新性の導入が今後に予定されている現状である。

さらに介護支援専門員の専門性を確立するには、個々の資質を高めることと同時に専門性が発揮されやすい環境整備が求められる。そもそもケアマネジメントの導入にあたっては、ケアチームを構成するサービス関係者が有機的に連携し地域ケア体制の整備が目指されていたが、サービスを提供する担当者が共有する場であるケアカンファレンスの開催も十分に行われておらず、総合的に自立支援のためのサービス提供が行われているかは疑問である⁴⁰⁾。また、介護支援専門員の独立性や中立性を確保するために介護支援専門員の権威と権限を制度的に強化すること等も望まれる。

以上、介護支援専門員の専門性を確立するという意味から今後の課題を述べてきたが、介護保険施行後の高齢者介護の現状を踏まえ、ケアマネジメントの見直しが諮られている（平成18年4月施行）。それは、1）包括的・継続的ケアマネジメントの強化（地域包括支援センター（仮称）の創設）、2）ケアマネジャーの資質の向上（資格の更新性の導入等）、3）独立性・中立性の確保（1人当たり標準担当件数の見直し等）であり、事業所の情報開示の義務づけや人材育成等と併せ、ケアサービスの質の向上を目指すものである。

介護保険法は、人々の人生最後の発達課題である「統合感の獲得」⁴¹⁾に大きな影響を及ぼす制度であり、その中核を担う介護支援専門員の役割もまた同じ意味をもつことになる。人間としてその人らしく生きるという尊厳性を基本理念⁴²⁾に、介護支援専門員の専門性とは何か、またその専門性を確立するための制度はどのようであればよいのか等の検討を、さらに今後も続けることが急務であろう。

引用文献

- 1) 老人保健福祉審議会報告、1997年4月22日
- 2) 高齢者介護研究会報告書：『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—』法研、p.11、2003.
- 3) 篠田道子：「アセスメントとはなにか—看護・介護の分野から」『ケア

- マネジメント学』日本ケアマネジメント学会、p.33、2005.
- 4) 厚生労働省老健局総務課「介護保険制度改革について」「週刊 社会保障」法研、pp.98～101、2005.
 - 5) 河野正輝・佐藤進編：『介護保険法一権利としての介護保険に向けて』法律文化社、p.86、1999.
 - 6) 明治25年12月24日、陸軍省陸達第96号
 - 7) 昭和36年政令第405号、児童扶養手当法施行令
 - 8) 昭和37年12月5日、中央社会福祉審議会
 - 9) 社会保障制度審議会：「社会保障体制の再構築（勧告）—安心して暮らせる21世紀の社会を目指して—」『賃金と社会保障』労働旬報社、no.1159、pp.36～39、1995.
 - 10) 同上
 - 11) 河野正輝・増田雅暢・倉田聡編著：『社会福祉法入門』有斐閣、p.8、2004.
 - 12) 炭谷茂編著：『社会福祉基礎構造改革の視座～改革推進者たちの記録～』ぎょうせい、p.10、2003.
 - 13) 小笠原祐次・橋本泰子・浅野仁：『高齢者福祉＜新版＞』有斐閣、p.68、2004.
 - 14) 日本社会福祉学会関東部会：『介護保障と基盤整備—情報ネットワークと高齢者ケア・マネジメント—』恒星社厚生閣、p.60、2000.
 - 15) 前掲書（小笠原他）p.126
 - 16) 時実利彦：『人間であること』岩波書店、p.38、1978.
 - 17) 渡邊益男：『生活の構造的把握の理論—新しい生活構造論の構築をめざして—』川島書店、p.21、1996.
 - 18) 前掲書（河野他）pp.9～10、2004.
 - 19) 同上
 - 20) 高齢者介護・自立支援システム研究会『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』ぎょうせい、1996.

- 21) 前掲書（小笠原他）p.145
- 22) 白澤政和：「居宅介護支援の目的と内容」介護支援専門員テキスト編集委員会編『改訂介護支援専門員基本テキスト第2巻』長寿社会開発センター、pp.45～71、2003.
- 23) 見平隆：「ケアマネジメントの基本」介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編『介護支援専門員実務研修テキスト』長寿社会開発センター、pp.43～80、2003.
- 24) 副田あけみ：「ケアマネジメントが社会福祉実践に与える意味」『社会福祉研究』鉄道弘済会、pp.41～48、75号、1999.
- 25) 小澤温：「アセスメントの概念と方法」ケアマネジメント学会編集委員会『ケアマネジメント学』ケアマネジメント学会、pp. 5～11、第3号、2005.
- 26) 同上、p. 9
- 27) 副田あけみ：『在宅介護支援センターのケアマネジメント』中央法規、p.15、1998.
- 28) 同上、p. 5
- 29) 白澤政和・橋本泰子・竹内孝仁：『ケアマネジメント概論』中央法規、p. 2、2003.
- 30) 菊地和則：「アセスメントにおけるケアマネジャーの専門的判断とはなにか—高齢者分野における研究と経験からの一考察—」副田あけみ編『ケアマネジメント学』日本ケアマネジメント学会、No.3、pp.21～31、2005.
- 31) 老人福祉法制研究会編：『高齢者の尊厳を支える介護』法研、p.27～28、2003.
- 32) 同上
- 33) 前掲書（菊地）p.22
- 34) 同上、pp23～30
- 35) 同上

- 36) 同上
- 37) 同上
- 38) 同上
- 39) 前掲書（白澤政和他）p. 4
- 40) 前掲書（高齢者介護研究会報告書）p.37
- 41) Erikson, E.H.,（小此木啓吾訳編）『自我同一性』誠信書房、1979.
エリクソンは、老年期を成熟の極と考え、自我の統合がはかられていく時であると指摘した。つまり、自分自身と自分の生きてきたただ1つの人生を受け容れ、自分の人生は自分自身の責任であるという事実を受容することであると述べる。
- 42) 堀田力「尊厳を目標に置き介護保険の理念を高める」老人保健福祉法制研究会『高齢者の尊厳を支える介護』法研、p.414～415、2003.