

いわゆるグループホームによる対応が各地でとられるようになってきているが、大牟田市では、地域で認知症高齢者を支える試みが行われている。大牟田市のヒアリング調査報告に詳しく記されているように、大牟田市では 2002（平成 14）年に地域住民や介護家族を対象に「痴呆性高齢者に係る意識・実態調査」を行い、認知症をめぐる地域の実態を把握する一方、同じ年に人材育成・研修事業として「痴呆ケア人材育成プログラム」を実施し、2 年間計画で痴呆コーディネーター養成講座を開催した。また、痴呆ケアに関する広報・啓発事業にも力を入れ、認知症高齢者に対する否定的なイメージを払拭させることに努めた。

こうした準備活動を経て、2004（平成 16）年から「痴呆発症早期発見・緊急サポートシステム事業」と「地域交流拠点創造事業」に取り組んだ。痴呆ケアサポートチームは、デンマークの地域高齢者精神医療班がモデルで、大牟田市医師会臨床痴呆研究会と痴呆研究会が連携して行った事業である。サポートチームは、痴呆コーディネーターを中心に医師、看護師、社会福祉士、ケアマネジャー等、1 チーム 7～8 人で構成され、地域で支え合うシステムについての試みが行われている。従来はもっぱら医師中心であったが、他職種の人々が連携し、地域の中で支え合う試みは、今後の方向として注目される。

また、佐久市では、GPS を使った痴呆性徘徊高齢者家族支援サービス事業、痴呆性徘徊高齢者安全服貸出事業などを行っている。徘徊による行方不明者が年々増えていることに対応しようとするもので、不明者が出た場合には、家族からケアマネジャーに一報が入る。次に市に連絡が入り、さらに区長から消防団、警察に捜査依頼が出されるようになっている。また、佐久市では認知症に対して音楽療法も積極的に取り入れられている。

④地域の高齢者への声かけ・見守り

地域内の高齢者への声かけ・見守りは、各地においてさまざまな形で行われている。足立区では、在宅介護支援センターと専門相談協力員である民生委員を中心にあんしん協力機関とあんしん協力員を組織化し、「安心ネットワーク」を構築している。そこでは、あんしん協力機関から援助を必要とする一人暮らし

し等の高齢者の情報が入ると、専門相談協力員と地域の支援センター職員が連携して対応を検討するものである。現在見守りをしている高齢者は 257 名（一人暮らし高齢者の 0.87%）となっているが、今後増大していくことが見込まれている。

佐久市では、郵便局や地元新聞社に協力依頼を行って、郵便や新聞を配達する際に声かけや様子をみてもらうなど、さまざまな機関との連携をはかって、一人一人の状況把握と変化に対応できるようにしている。

⑤地域包括支援センター

2004（平成 16）年 9 月および 11 月の厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」では、「地域包括ケアシステム」が取り上げられ、「地域包括支援センター」（仮称）の創設が述べられている。その内容については、2 章で述べられているので、ここでは省略するが、厚生労働省が従来の在宅介護支援センターの発展形態として地域包括支援センターを位置づけ、今後はこれを中心に地域包括ケアの推進に当たることを示している。

地域包括ケアシステムが、従来の介護保険の枠を超えた連携とネットワークの構築を企図していることに対応して、地域包括支援センターも介護保険を越えるサービスのマネジメントを行うことを意図している。このことは従来のケアマネジメントの枠を超えた領域でのマネジメントであり、そこで決定的に重要な役割を担うことになるのが、ケアマネジャーである。

特に介護と医療の連携が重要になっていくだけに、ケアマネジャーと医師との連携がますます重要になってくる。ケアマネジャーの独立性を確保し、専門職としての技能・知識を高め、総合的な視点から包括ケアを推進していく能力を高めることが必要である。

第2章 地域包括ケアの担い手とケアマネジメント・ネットワークの構築

1 〈ケアの包括性〉のゆらぎとケアマネジメント

（1）介護保険制度以前の高齢者ケア — 家庭内老親扶養モデル —

よく知られているように、2000年4月に施行された介護保険制度の目的は、主に女性による家族介護者の介護負担の軽減や要介護高齢者の在宅生活の継続のために、要介護高齢者の介護を家族（私的領域）だけではなく社会全体（公的領域）で支える〈介護の社会化〉を実現することにあった。同居する“身内の女性”の無償のケアワークによる家族介護や、行政処分（措置）の一環として実施された施設収容（介護）が中心であった頃とは異なり、介護保険制度によるケアサービス供給システムの浸透は、同時に「介護の社会問題化過程」¹が新しい局面を迎えたことを意味している。

平均寿命が比較的短かった高度経済成長以前は、²病気になった高齢者の多くは自然治癒力に頼りながら自宅療養によって回復を待ち、それでは対応できない場合は比較的短期間に亡くなっていた。³その後、1960年代に高度経済成長を迎え、人々のライフスタイルが大きく変わり、1961年に国民皆保険が達成され、それと共に疾病構造が感染症を中心とするものから成人病や慢性疾患を中心とするものへと大きく移行し、慢性病を患いながら生き続ける高齢者が次第に増加してきたのである。それは同時に、慢性病を抱えながら通院し、伸長した高齢期を生きる高齢者の医療・生活保障が、新たな社会問題としてクローズアップされることをも意味していた。1970年代の老人医療費無料化や1980年代の国民年金制度の改正は、そうした新しい社会問題を解決するために整備された施策の1つであった。

しかし、高度経済成長から1980年代前半はこうした高齢者の生活形態が大き

く転換した時期であるにもかかわらず、高齢者のケアは基本的には家事領域に包含されうる老親扶養の問題として、あいかわらず“身内の女性”によって家族内で処理されてきたのである。介護保険制度以前に制度化されていた「(社会福祉)施設における援助」は、「病気がちで身よりのない老人など健全な社会生活を営むうえで何らかの障害がある者を収容援護する」(『厚生白書』1969年)ことが目的であり、老人家庭奉仕員の派遣もまた「被保護老人」の要援護者に対する援助として、公的扶助の現物給付に近い位置づけをもって実施されていたに過ぎない⁴。そのため、介護保険制度以前のいわゆる措置時代の高齢者の生活スタイルは、慢性病の治療行為を通院という形で専門職(医師)に任せながら、基本的には家族の者のケアを受けて在宅で生活するのが基本モデルであり(①家族内老親扶養モデル)、いわゆる老人ホームなどの施設入所は、日常生活に援護を必要とする者(被保護老人)に対する行政処分(措置)を経て“収容”という形で行なわれ(②施設収容生活モデル)、在宅で生活する高齢者への家庭奉仕員の派遣も非課税世帯等に限定されたサービスに他ならず(③高齢者生活保護モデル)、②や③の行政処分対象にはならないが、家族内老親扶養によるケアが破綻した事例が社会的入院を余儀なくされ(④社会的入院モデル)、1980年代後半には、老人医療費の高騰と相まって新たな社会問題となってきたのである。

こうした措置時代の高齢者生活スタイルのパターンの背景には、高齢者の生活スタイルのあるべき“理想型”を「家族内老親扶養モデル」におく社会的な規範性が強く埋め込まれていたため、それ以外の選択肢をとる場合には、高齢者もその家族も社会的なスティグマを感じるものが強く、「家族内老親扶養モデル」の維持は多くの人に支持されると共に、人々の行動を導き規制するヘゲモニーとして強く機能していたといえる。

(2) 家庭内老親扶養モデルから〈介護の社会化〉へ⁵

—〈ケアの包括性〉のゆらぎ—

1989年に厚生省(当時)が策定した「高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略(ゴ

ールドプラン)」は、デイサービスやショートステイの整備、ホームヘルパーの養成といった在宅介護サービスの供給充実化の方向性を強く打ち出したもので、そこにはこれまでの高齢者を対象とする政策理念の大きな転換が認められる。その後、95年度にゴールドプランを見直す形で新ゴールドプランが策定されて、急速に進む高齢化に対応するために高齢者介護に関係する施設が各地につくられ、ケアワークに携わる労働者が大量に需要され、在宅介護をサポートするリソースがヒトとモノの双方で蓄積されることになり、そうしたリソースの蓄積を待って、2000年4月には介護保険制度が導入されることになった。

介護保険制度では、事業運営を公的な管理のもとに置きながらも、一定の条件を満たした指定事業者を高齢者介護のサービス供給市場に参入させることで介護サービス市場を準市場として設定し（介護サービス供給システムの創出）、要介護認定を受けた65歳以上の第一号被保険者全員に対して、それぞれの人が必要とする介護サービスを「居宅サービス計画」の作成を通じてケア・パッケージ化し、全国一律の値段で提供する（介護サービス需要システムの創出）ことを通じて〈介護の社会化〉が実施されることになったのである⁶。

「措置制度から契約制度へ」と言われる、介護保険制度によってもたらされた高齢者のケアをめぐる政策理念の変容は、〈ケアの包括性〉にも大きな転換をもたらすことになった。

家族内老親扶養モデルを基本とする措置時代は、高齢者の生活は基本的に継続性と閉鎖性をもった家族内部で営まれており、医療サービスを家庭外の専門的なサービス供給者（医師）に頼るほかは、ケアの大半は家族内部で供給されており自己完結していた。施設収容生活モデルや高齢者生活保護モデルは、家族内老親扶養モデルの外延に位置するものであり、行政の責任のもとで家族扶養による生活保障を得られない人に対して行なわれる一部の例外的なサービスに他ならなかった。その意味では、原則的には高齢者ケアは家族内部で閉じられており（自己完結）、高齢者の生活をトータルにとらえる〈ケアの包括性〉が改めて社会問題となることはなかったのである。

介護サービスのリソースを分節化（専門分化）して提供し、その利用の一般

〈ケアの包括性〉をめぐる論点の転換

措置時代	○市町村（行政）が、当該地域の住民の福祉に一定の責任を持つ。 ○市町村（行政）は、地域住民の福祉ニーズを幅広くトータルに把握し、どのような福祉ニーズが必要かを評価し、自ら／委託で当該サービスを提供する。 ○制度上では、「家族」による閉じられたケアが基本であり、市町村（行政）によるケアサービスの提供は例外的な措置に他ならず、〈ケアの包括性〉が社会問題視されることはなかった。	「家族」と「行政」による 〈ケアの包括性〉の一義的保障
契約時代 （介護保険以降）	○市町村（行政）は、一義的にサービス提供を義務づけられた主体ではない。 ○ケアサービスを提供する主体が複数となり、利用者にはサービスの選択と契約が必要となる。 ○ケアサービスの選択と契約において「ケアマネジメント」という考え方が「居宅サービス計画」という方式で導入され、その仕事を専任する専門職として介護支援専門員（ケアマネジャー）がつくられる。 ○ケアワークが家族成員以外の専門家によって提供されることが一般化する。 ○要介護者のケアのトータリティが、家族成員によるものとそれ以外のもの、介護保険制度によるサービスとそれ以外のサービス等に分断されることになり、〈ケアの包括性〉が新たな社会問題となる。	① 介護サービス利用の一般化 ② サービス供給の分化（多元化） ③ 「家族」内部への専門家の進出による〈ケアの包括性〉のゆらぎ ↓ ケアマネジメントによる 〈ケアの再包括〉

化をはかる介護保険制度によって、これまで家族内部で閉じられていた高齢者ケアの一部は、家族内部から引き出され、社会の中で対応することが可能になった。実際には、個別の専門家（ケアワーカー）が利用者宅に出向いてサービスを提供することになるのであるが、こうしたひとりの要介護高齢者に対するケアの担い手の多元化は、家族成員以外の担い手が高齢者の日常生活に入り込むことが一般化することを意味している。ケアを必要とする高齢者の日常生活をみる限り、その生活は継続性と一貫性をもつ連続的な行為のトータリティをもち、その一つひとつは細かく分節することが困難なものである（要介護高齢者の日常の連続性）。介護保険制度は、そういった要介護高齢者の日常生活のトータリティを、「ケア・ニーズ」によって分節化し、時間と専門性を基軸にケアを家族成員と家族成員外の専門家によって分担（分断）することで、社会的に取り扱い可能な「ケア・パッケージ」を作り出したのである（ケアワーカーのサポートの分断性）。介護保険制度以降、それまでの自己完結的な家族内老親扶養モデルが〈介護の社会化〉によって揺さぶりを受け、それが〈ケアの包括性〉

のゆらぎを顕在化することで、〈ケアの包括性〉が改めて社会問題として指摘されるようになったのである。

（３）ケアマネジメント機能の一部を「居宅介護支援」として

制度化した介護保険制度

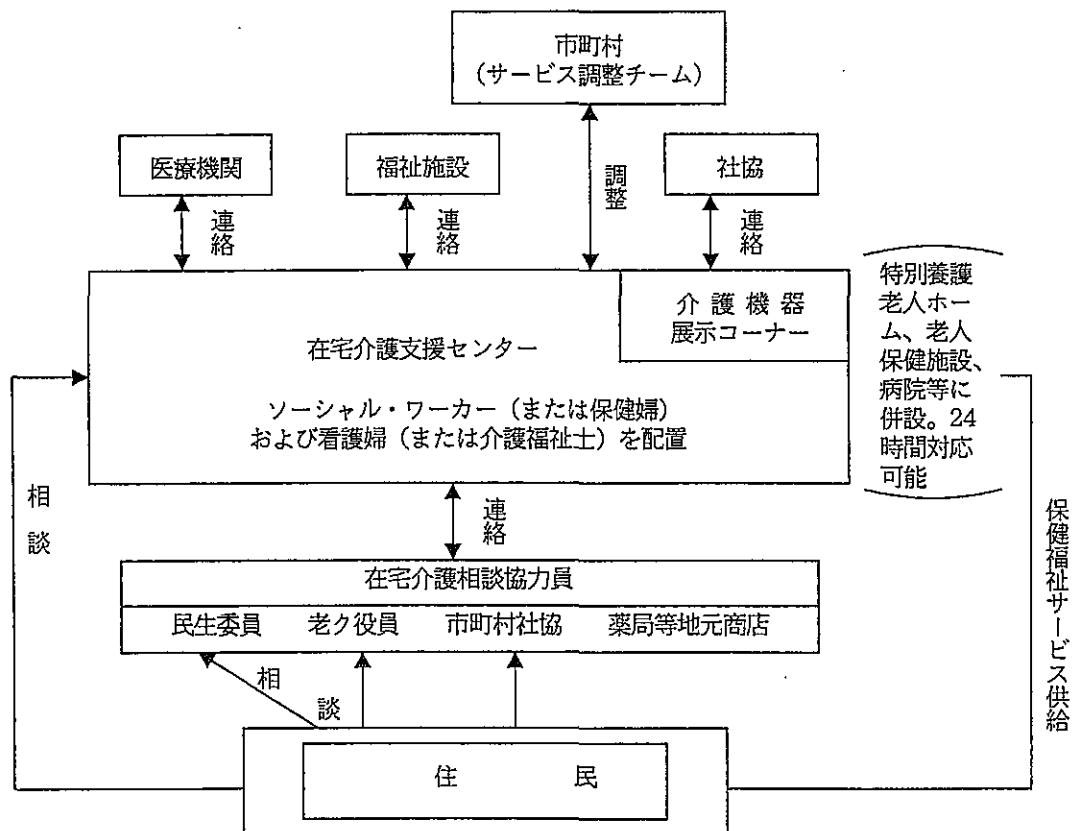
こうした〈ケアの包括性〉のゆらぎを最小限にして、要介護高齢者やその家族のニーズに最適のケア・パッケージを調整（マネジメント）する必要性は、1987年に市区町村毎に「高齢者サービス調整チーム」の設置が創設されたおりに、すでに行政サイドにおいても認識されていた。

そもそも「ケースマネジメント」や「ケアマネジメント」といわれるシステムは、「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」が目的であり、このシステム自体は、これまで社会保険制度を基盤とする介護保険とは独立して整備されてきた生活援助システムである⁸。白澤（1992）が明らかにしたように、アメリカやカナダ、イギリスやオーストラリアなどは、介護保険制度が整備されていないが、ケアマネジメントシステムが機能しているし、日本に先行して介護保険制度を整備したドイツでは、ケアマネジメントシステムは準備されていない。

日本でも、1989年の「ゴールドプラン」によって、「在宅の寝たきり老人等の介護者に対し、在宅介護に関する総合的な相談に応じ、在宅の寝たきり老人等及びその介護者の介護等に関するニーズに対応した各種の保険・福祉サービスが総合的に受けられるように市町村等関係行政機関、サービス実施機関等との連絡調整等の便宜を供与し、もって地域の要介護老人およびその家族の福祉の向上を図る」⁹ために、中学校区毎に在宅介護支援センターの整備を行なうことが決まったときには、その具体的な機能としては、生活援助システムとしてのケースマネジメント（ケアマネジメント）が考えられていたのである¹⁰。

在宅生活をおくる要介護高齢者に対して、個別の生活課題（ニーズ）や援助目標に対応した介護サービスが効果的に得られるように、さまざまな介護サービス供給主体がそれぞれの専門性に応じて提供する保健・医療・福祉にわたる

設置当初の在宅介護支援センターのシステム



シルバー新報編集部（編）（1992）「在宅介護支援センターハンドブック'92」、環境新聞社、11 ページより

さまざまなサービスを、一体的かつ効率的にパッケージ化する作業は容易なものではない。〈ケアの包括性〉という観点から考えると、制度的にも異なったサービス体系をもち、それぞれの中で専門職としての自律性をもちながら個別に提供される“多分野、多職種のサービス”を、一人ひとりの要介護高齢者ごとに「パッケージ化」するためには、当該地域の保健・医療・福祉のサービス状況（社会資源）を正確に知っているのみならず、要介護者とその家族の生活全般の状況を総合的に把握して、生活全般にわたる解決すべき課題（ニード）を的確に分節化し、それぞれに対して必要とされるケアをパッケージ化する必要がある。1990年代に「ゴールドプラン」によって導入された在宅介護支援センターは、1994年に老人福祉法第20条7の2において「老人介護支援センター」として法的な根拠をもつに至り、地域のケースマネジメント機関としての事業が実践されることになっていたのである。

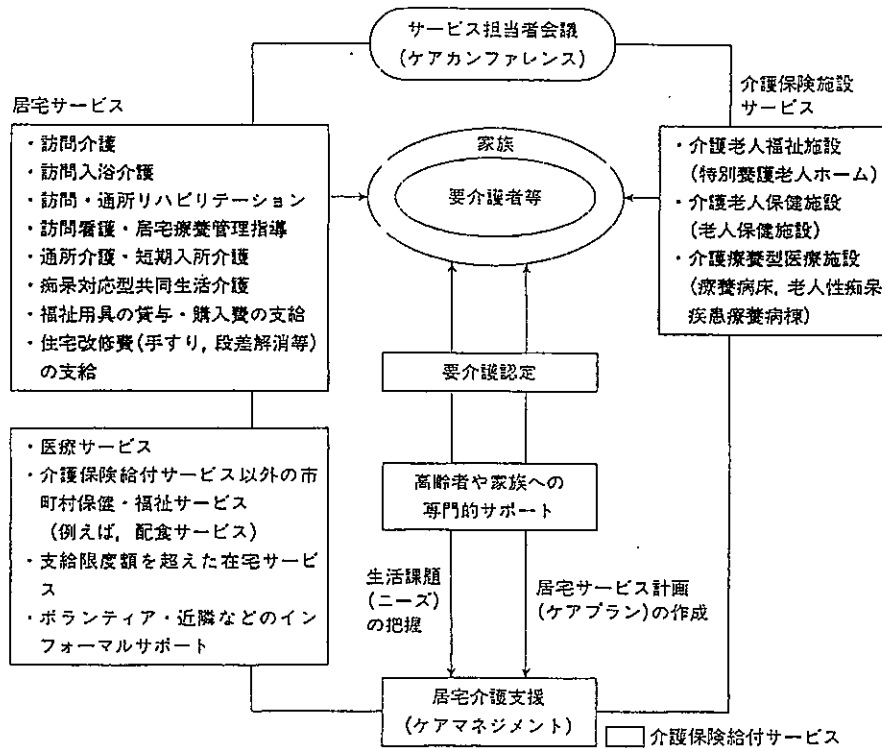
2000年に導入された介護保険制度は、保険リスクに対応する基金の管理と提供サービスの一元的管理（給付管理）に加えて、ケアマネジメント機能の一部を「居宅介護支援」として制度の中に組み込み、それを担当する専門職として「介護支援専門員（ケアマネジャー）」を創設することによって、一人ひとりに必要とされる在宅介護のケアプランを作成し、ケア・パッケージのモデルまで呈示するシステムを作ったのである。介護保険制度と居宅介護支援という原理が異なる制度を同じ制度の中に組み込んだことが、日本の介護保険制度の最大の特徴と言えるだろう。

（４）「居宅介護支援」と「ケアマネジメント」のねじれ

介護保険制度によって制度化された「居宅介護支援」では、介護支援専門員（ケアマネジャー）が、要介護高齢者やその家族が地域生活を送るうえでの生活課題（ニーズ）と社会資源とを結びつけることを通じて、介護保険制度が不可避免的にもつ〈ケアの包括性〉のゆらぎを最小限に抑え、要介護高齢者やその家族の日常生活のトータリティを損なうことなく〈ケアの再包括〉を実現することが期待されているのである。そのため、一般には「居宅介護支援」と「ケアマネジメント」は同じ意味をもつものとして扱われることが多いが、その両者は厳密には重ならない。そして、両者のねじれの関係は、〈ケアの包括性〉をめぐるケアマネジャーの職務のゆらぎに直接繋がっているのである。¹¹

次頁図に示されるように、介護保険制度が包摂する領域（介護保険給付サービス）は、いわゆる「居宅サービス」と「介護保険施設サービス」に限定されている。介護保険制度によって制度化された「居宅介護支援」では、まずは何よりも「介護保険給付サービス」におけるマネジメントを行うことが、ケアマネジャーに求められているのである（介護保険マネジメントの包括性）。それは、介護保険法にも明記されており、同法の第79条2では、介護支援専門員（ケアマネジャー）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の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、居宅サービス事業所を行う者、介護保険施設等との連絡調整等を行う者であ

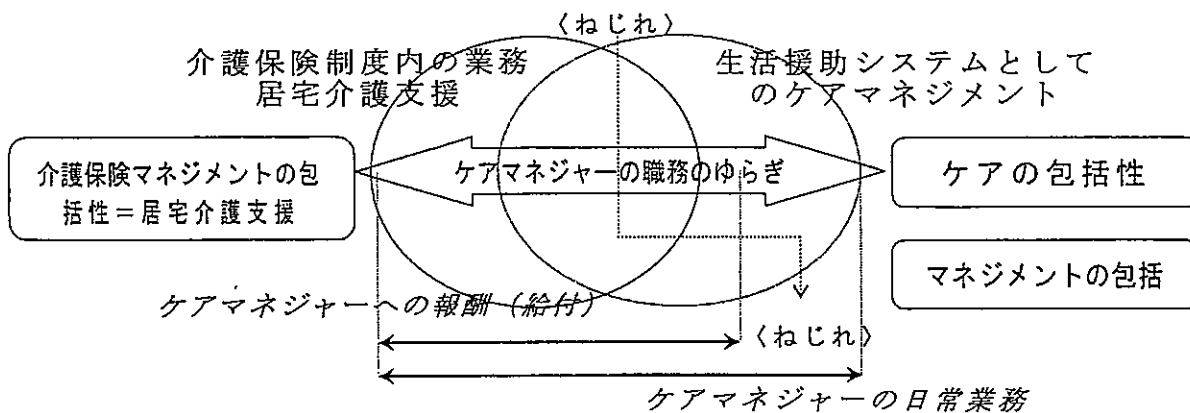
「居宅介護支援」と「ケアマネジメント」の関係



介護支援専門員テキスト編集委員会(編)(2003)『改訂 介護支援専門員 基本テキスト』(第2巻 介護支援サービスと介護サービス)、47頁より

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。同法第7条の5(居宅サービスの定義)、第7条の20(施設サービスの定義)と併せて読めば、介護支援専門員(ケアマネジャー)が担うべき業務は介護保険制度のもとで機能するケアマネジメントに限定され、当該サービスの外延は介護保険サービスということになるだろう。

「居宅介護支援」と「ケアマネジメント」の間でゆらぐケアマネジャーの職務



しかしそれは、概念上の規定に他ならず、実際ケアマネジャーが地域の現場で行なっているケアマネジメントは、明らかに介護保険サービスの外延を越えている。居宅サービスや介護保険施設サービスだけでは、要介護高齢者等のニーズに応えることができないのは明らかである。特に今後、介護老人保健施設から在宅介護への流れがクリティカル・パス等の整備によって増加し、ターミナルケアまで射程にいった在宅介護が求められるようになると、ケアマネジメントにおいて医療サービスの調整を必要とするケースが格段に増加し、介護と医療の連携の必要性は、今後高まることが予想されている。こうした、医療サービスと介護サービスの連携という、在宅ケアの最も根幹に位置するサービスのコーディネートでさえ、介護保険制度によって位置づけられるケアマネジャーの立場の相対的弱さと相まって、うまく機能していないところが多い（本報告書Ⅱ、Ⅲの事例研究参照）。

このような制度上の限界があるにもかかわらず、すでにケアマネジメントの現場では、介護保険制度内の業務にとどまらず、「生活援助システムとしてのケアマネジメント」という本来の考え方のもとで活動を行うケアマネジャーが増えてきている。ケアマネジャーの多くが手にする『介護支援専門員基本テキスト』（改訂版・第2巻）では、介護支援専門員の仕事を「要介護者等やその家族と共同して、要介護者等が在宅生活をしていくうえでの生活課題（ニーズ）を明らかにし、これらのニーズに合致する社会資源と結びつけることで、要介護者等の生活の質を高め、自立を支援すること」としており、特に、地域包括ケアシステムを視野に入れた際のケアマネジャーが行なうケアマネジメントでは、現行の介護保険制度の外延を遥かに越える調整が期待されているのである。

- 1 春日キスヨ（2001）『介護問題の社会学』、岩波書店。
- 2 1950年の平均寿命は、男58.0歳、女61.5歳であったが、高度経済成長末の1973年には、男70.7歳、女76.0歳にまで伸びていた。
- 3 新村拓（1992）『ホスピスと老人介護の歴史』、法政大学出版局。
- 4 『厚生白書』にみる在宅介護労働の構築過程については、森川美絵（1999）「在宅介護労働の制度化過程：初期（1970年代～80年代前半）における領域設定と行為者属性の連関をめぐって」、『大原社会問題研究所雑誌』（No.486；1999年5月；23-39）法政大学大原社会問題研究所、にまとめられている。
- 5 介護保険制度の導入によって（介護の社会化）が実現したものの、在宅介護における主たる介護者が女性であるというケアワークをめぐるジェンダー不平等の問題は未だに残存し

ており、従来の家庭内老親扶養モデルを大きく転換することになっていないと指摘する研究は多いが（例えば、春日（2001）前掲書）、〈ケアの包括性〉を考察対象とする本節ではこれ以上この問題には触れないことにする。

- 6 民間介護事業の効率的・安定的推進のための調査研究委員会（2002）『民間介護事業の効率的・安定的推進のための調査研究報告書：事業経営と在宅介護労働力問題』（平成14年3月）、生活福祉研究機構。
- 7 介護支援専門員テキスト編集委員会（編）（2003）『改訂 介護支援専門員 基本テキスト（第2巻 介護支援サービスと介護サービス）』（財）長寿社会開発センター。
- 8 白澤政和（1992）『ケースマネジメントの理論と実際：生活を支える援助システム』中央法規、では「ケースマネジメントを、「対象者の社会生活上での複数のニーズを充足させるため適切な社会資源と結びつける手続きの総体」と位置づけている（同書11頁）。
- 9 全国在宅介護支援センター協議会（編）（1994）『在宅介護支援センター運営要綱』、1頁。
- 10 1994年には、老人福祉法第20条の7において、在宅介護支援センターは「老人介護支援センター」として法的な根拠をもつに至る。
- 11 地域ケアマネジメント推進のための調査研究委員会（2004）『地域ケアマネジメント推進・定着のための調査研究報告書』（平成16年3月）生活福祉研究機構、の「第3部 ケアマネジャーの位置づけと機能」に、現場のケアマネジャーが抱える問題がまとめられている。

2 2005年度介護保険制度改革にみるケアマネジメントの再編

―地域包括ケアシステムの機能と「地域包括支援センター」の役割

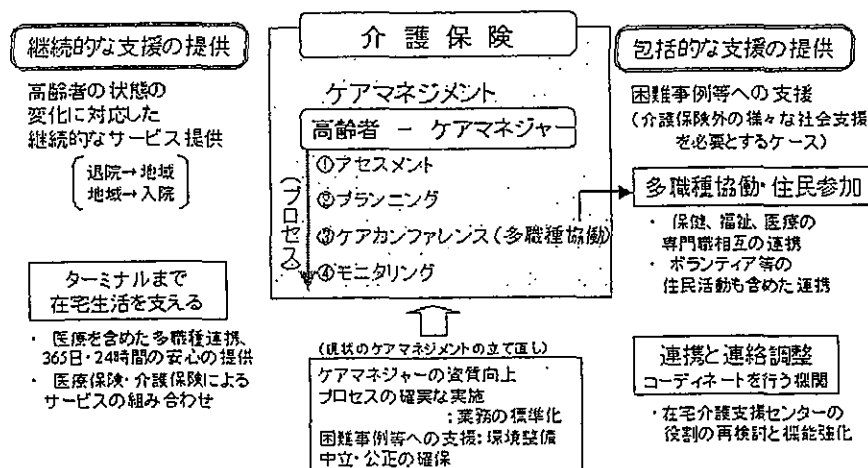
（1）地域包括ケアシステムとケアマネジメント

1989年の「ゴールドプラン」、2000年の介護保険制度といった、要介護高齢者の在宅介護支援制度の拡充は、要介護高齢者とその家族への支援メニューを格段に増やすことになった。そうした高齢者介護メニューの拡張によって、一人ひとりの要介護高齢者に対して、地域に存在する社会資源や基本的なサービスメニューを組み合わせ、最も効率的なケア・パッケージをつくるというサービスの結節点において、要介護高齢者の日常生活のトータリティを保障するようにマネジメントを行ない、〈ケアの再包括〉を実現する仕事＝ケアマネジメントの重要性が改めて明らかになってきたのである。

在宅介護支援センターや介護支援専門員（ケアマネジャー）は、そうしたケアマネジメントを実際に行なう現場のキーマンとして制度化されたシステムである。しかし、その制度化の過程において、職務内容をめぐるねじれが生じてしまい、それが現場のケアマネジャーの職務のゆらぎとして顕在化してきたのである。

こうしたなかで2005年度の介護保険制度の見直しを前に、いわゆる「団塊の

地域包括ケアシステムとケアマネジメント



高齢者介護研究会 (2003) 『2015 年の高齢者介護：高齢者の尊厳を支えるケアの確立について』(報告書)、厚生労働省 HP より

世代 (1947～49 年生まれ)」が 65 歳以上になる 2015 年に照準を合わせて高齢者介護や地域福祉のあり方をまとめた『2015 年の高齢者介護』¹²⁾ (2003 年 6 月) でも、「介護保険の介護サービスやケアマネジメントが適切に行われたとしても、そのみでは、高齢者の生活を支えきれものではない」し、「様々な社会的支援を必要とする人」については「ケアマネジャーだけで問題を解決しようとしても難しいこと」があり、「介護以外の問題にも対応しながら、介護サービスを提供するには、介護保険サービスを中核としつつ、保健・医療・福祉の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケアを提供することが必要である」として、在宅介護支援センターやケアマネジャーを含む、「地域包括ケアシステム」の考え方を新たに呈示している。

同報告書の「地域包括ケアシステム」では、介護保険制度において、ケアマネジャーが行う「ケアマネジメントが必ずしも十分にその効果を発揮していない」という認識に立って、「ケアマネジャー自身の資質の向上」をはかりながら、「ケアマネジメントに必要なプロセスの標準化」、「介護以外に生活上の問題を抱える高齢者のケースや困難事例への支援など、ケアマネジャーが本来果たすべき機能を十分に発揮できる環境整備」、「ケアマネジャーの中立・公正の確保」