

介護保険制度における行政と介護現場の専門家の 役割分担に関する実証的考察

——訪問介護における保険者とケアマネージャーの
「交渉のコスト」に注目して——

角 能

本稿はケアマネージャーおよび市区町村・都道府県の介護保険担当職員へのインタビューデータをもとに、訪問介護という事例を通じて、「財源の配分を行なう保険者・自治体と介護現場で介護負担の配分を行なうケアマネージャーとがどのような相互作用を行い、その結果行政と介護現場でどのような役割分担が生じているのか」を考察した。結論は以下の通りである。

現在は「介護の個別具体性・領域横断性」や「財源の制約」から、「ケアマネージャーがケアプランの作成・実行を通じて介護現場を通じた資源配分の第一の責任者となり、それを保険者が介護現場には加わずに事後的にチェックする」という役割分担が行われている。その結果行政機関とケアマネージャーの間での交渉のコストが大きくなり、介護現場でのケアマネージャーの実践が制約されている。以上より「財源の制約」「介護の個別具体性や領域横断性」「交渉のコスト」のトリレンマに近い状況が生じている。

1 はじめに——問題関心

現代日本においては少子高齢化や三世帯同居の減少、配偶者による「老老介護」が急激に進行している。そのような中で増加しているのが、家族以外の外部の専門家による介護サービスの利用である。他方で、「長期間利用の介護報酬抑制」に見られるように、近年の介護保険制度改革では結果的に再度家族の介護負担を増加させるような動きも見られる。また財政赤字に起因する人的・金銭的資源の制約の中で介護における資源配分という点で保険者の役割は大きくなっている。だが利用者宅で提供されるため介護のプライバシー性が強く保険者にとって利用実態を把握する際に困難を伴うのも訪問介護である。そのため介護の資源配分における「行政と

介護現場の認識のズレ」が浮上しやすいのも訪問介護であろう。このような認識のズレは現場と行政の交渉に際して大きなコストになりうる。

さらに「施設介護」から「在宅介護」重視の政策動向も見られるが、「訪問介護利用者」において特に外部の専門家による介護の社会化と家族介護の併存が顕著である。このような状況下で在宅介護現場で家族も含めた介護負担の配分を行いつつ保険者である行政機関とも相互作用を行い、「行政」と「介護現場のメンバー」の双方とつながりを持つのがケアマネージャーである。よって社会全体での介護の資源配分の問題を考える上でケアマネージャーの実践を踏まえることは大きな意義を持つ。

以上の意義を踏まえて本稿では、介護保険制度改革下で保険者がどのように財源の配分を行

いケアマネジャーがどのように在宅介護現場でサービスの配分を行っているのか、その過程で両者がどのように相互作用を行い、その際にどのような交渉のコストが発生し、その結果どのような介護現場と行政の役割分担ができているのか、をインタビューデータに基づいて考察する。本稿におけるインタビューは2011年7月~12月にかけて首都圏の居宅介護支援事業所や在宅介護支援センター勤務の介護支援専門員（＝ケアマネジャー。以降ケアマネジャーと表記）そしてケアマネジャーの担当する利用者の居住している都道府県・市区町村役所（保険者）の職員を対象に行った。（表1・2参照）つまり相互に同一の空間を共有する、財源の配分の役割を担う「保険者」、介護現場においてサービスの配分の役割を担う「ケアマネジャー」という2つの介護の資源配分の担い手データをとしている。また本稿は行政が一方的に介護現場を左右するという観点ではなく、行政と介護現場の交渉という相互作用およびそれに伴って発生する時間的精神的コストである「交渉コスト」に注目するためインタビューデータを用いた分析が適している。なお今回調査を行ったケアマネジャーの所属する事業所は次の通りである。居宅介護支援事業所は病院併設が1ヶ所、訪問介護事業所併設はNPO法人2ヶ所、有限会社1ヶ所、株式会社2ヶ所の6ヶ所である。そして市区町村からの委託を請け負う在宅介護支援センターは社会福祉法人2ヶ所で、合計8ヶ所である。

具体的なインタビュー内容は以下の通りである。まず「訪問介護現場」の資源配分の担い手であるケアマネジャーに対しては事業所を訪問して13名を対象にインタビューを行った。（性別は男性5名・女性8名）。他方で保険者である市区町村役所や都道府県の介護保険担当職員に

関しては1都道府県、同都道府県内のA-Fの6市区町村の計10名に対して直接役所を訪問してインタビューを行った¹。インタビュー内容としては、ケアマネジャーへのインタビューに関しては、「①介護保険制度に対する意見」、「②行政とのやりとりに関する経験、意見」、「③家族との役割分担、専門職同士の役割分担に対する経験、意見」について半構造化された形でインタビュー調査を行った。保険者である市区町村役所や都道府県職員に対するインタビュー調査は「①生活援助の適用範囲をはじめケアプランを通じたケアマネジャーとの交渉」「②訪問介護現場および財政の課題」「③介護保険計画作成過程で参考にするデータ」について半構造化された形でインタビュー調査を行った。なお本稿で繰り返し言及する「行政指導などを通じたケアプランに対する保険者・行政担当職員のチェックの頻度」は保険者によって異なるが、すべて抽出方式で行われるので現場のケアマネジャーにとっては抜き打ちチェックの要素が強い。

結論を先取りすると保険者とケアマネジャーの役割分担は、大半が「まずケアマネジャーがケアプランの作成・実行を通じて介護現場を通じた資源配分の第一の責任者となり、それを事後的に保険者が訪問介護現場である利用者宅には行かずにチェックする」という現状である。そのため介護保険の保険者である市区町村と交渉に当たるケアマネジャーにおいて、「保険者との交渉に時間が割かれるため現場での介護のマネジメントに時間を割けないこと」が指摘されている。そして保険者とケアマネジャーの間では介護の「領域横断性」「個別具体性」という認識はある程度共有しているものの、訪問「介護現場を通じた資源配分」の責任者であるケアマネジャーが「保険者が介護現場を通じた資源配分に参加することによる現場での資

表1：在宅介護の専門家・ケアマネージャー（13名）へのインタビューデータ

利用者A・B・D 自治体 有限会社	利用者B・D 自治体 株式会社	利用者B 自治体 医療法人	利用者C 自治体 NPO法人	利用者E 自治体			利用者F 自治体 NPO法人
事業所A1	事業所B1	事業所B2	事業所C	事業所E1	社会福祉法人 在宅介護支援 センターE2	社会福祉法人 在宅介護支援 センターE3	事業所F
ケアマネージャー A1(女性)	ケアマネージャー B1(男性)	ケアマネージャー B2(女性)	ケアマネージャー C(女性)	ケアマネージャー E11(女性)	ケアマネージャー E2(女性)	ケアマネージャー E3(男性)	ケアマネージャー F(男性)
ケアマネージャー A2(女性)				ケアマネージャー E12(男性)			
ケアマネージャー A3(男性)				ケアマネージャー E13(女性)			
ケアマネジメント 事務員(女性)							

表2：自治体介護保険担当職員（10名）へのインタビューデータ

都道府県担当職員	A市区町村	B市区町村	C市区町村	D市区町村	E市区町村	F市区町村
職員1	職員A	職員B	職員C1	職員D1	職員E	職員F
職員2			職員C1	職員D2		

源配分責任の分有」、そしてそのことによる「行政の介護現場への理解」を期待し「自らの現場での介護役割への専念」および「家族の介護負担の緩和」を実践しようとしているのに対して、保険者である市区町村役所は「介護保険の財源の制約下で給付の抑制」と「ケアマネージャーの現場での資源配分責任」、さらにはそれに基づいた「家族の役割遂行責任」を求めそのようなマクロな資源配分を実践している。つまり、介護現場への参加に関しても「財源を意識して現場のそれぞれの介護の担い手に一定の介護負担を求める」保険者・行政と「介護負担の円滑な遂行のために現場のそれぞれの介護の担い手の介護負担の緩和を求める」ケアマネージャーという形で、異なった意味付けがされている。

よって「財源の制約の中での利用者の増加への対応」・「介護という営みにおける領域横断性や個別具体性への対応」・「現場と保険者である行政機関の間の交渉のコストの削減による現場に関わる時間の確保」の3点のトリレンマに近い状況が、本稿の保険者とケアマネージャーの相互作用においては見られた。以上の点を踏まえて、次章では先行研究について検討する。

2 先行研究の再検討

以上のような問題関心に対して先行研究はどのような状況にあるのだろうか。先行研究では、本稿の分析視角である、垂直的な次元の異なる「行政と介護現場の相互作用」およびその際に発生するコストである「交渉コスト」を看過していた。以下に詳述する。

まず高齢者介護政策に着目した社会政策研究は「社会政策の決定過程・起源」に着目したものと「社会政策の効果」に着目したものの双方が見られた。(Hicks and Andersen 2005) 本稿は「社会政策の効果」に着目するので「社会政策の効果」に着目した先行研究をここでは検討する。「社会政策の効果」に注目した先行研究は、社会政策そのものに焦点を当ててそれがどのような機能を持つのかを内在的に考察する研究が多く見られたが、近年高齢者介護政策という社会政策が現場でどのように運用されているのか、を実証的に考察する先行研究も増えてきた。たとえば、介護保険制度が家族介護の実態に与える影響や逆に家族介護の状況による介護保険制度への対応の仕方の相違に着目した先行

研究(藤崎 2002:高橋ほか 2010:林 2010など)が近年多く見られるようになってきている。さらに介護サービスを提供する組織の設置形態ごとのどのように介護実践への影響が異なるのか、を実証的に考察した先行研究(齊藤 2007:松川ほか 2009など)が一定程度見られる。これらの先行研究は「制度や組織の形態から直接政策の運用のされ方や組織の効果を導くのではなく、丹念な意識調査や実態調査に基づいてどのように現場で運用されているのかを検討している点」で非常に示唆に富む。他方で量的研究においては、レジーム論をはじめとして「政府部門、家族部門、民間部門」の介護負担の配分に関する実証研究が蓄積されてきている。これらの研究においては公的部門の「サービス供給の担い手の1部門としての水平的な役割」と「社会全体のマクロな資源配分を担う垂直的な役割」の双方に着目し有意義な理論的観点を提起している。(Andersen 1999=2000: Sarasa 2008 など)

しかしながら上記の先行研究においては、社会政策の担い手である行政と介護現場の相互作用を実証的に考察する、という側面が希薄である。家族や個別の専門家が介護を遂行する「介護現場を通じた資源配分」に対してマクロな資源配分を担うという政府部門の役割は「現場にとって所与のもので現場の実践を細部に渡って一方通行で規制するもの」とは限らない。なぜなら後述するように、ケアマネージャーは保険者と「介護現場を通じた資源配分」について交渉しており、相対的にマクロな資源配分の役割を担う保険者、政府部門は必ずしも介護現場にとって所与のものとはいえない。他方で先行研究は相対的にマクロな資源配分の役割を担う政府部門の役割を所与のものとする傾向が見られた。そのため本稿の分析視角である「交渉コスト」の実態を十分に捉えきれないものとなっている。次に先行研究での理論的枠組

みを再検討しつつ本稿の分析視角である「交渉コスト」に関して述べる。

3 理論的枠組の再検討および分析視角

本稿ではまず1点目として、マクロそしてミクロな「訪問介護の資源配分」という垂直的な観点の水準を示す概念として、「行政を通じた資源配分」と「介護現場を通じた資源配分」という2つの理論的枠組を設定する。いずれも個別の担い手よりも相互作用の場の構造に着目した考察を行うため「~を通じた」という表現を用いる。次に2点目として、1点目の垂直的な水準の異なる行政と介護現場の相互作用に注目し、その相互作用にかかる時間的精神的コストがどのように「介護現場を通じた資源配分」の裁量を制約するのか、という点から「交渉コスト」という分析視角を設定する。(したがって「取引費用」とは異なる概念である。)

まず1点目の垂直的な水準の異なる2つの資源配分の内の「行政を通じた資源配分」とは主に公的介護保険制度の保険者である市区町村による金銭的な財源の配分を指す。このような「行政を通じた資源配分」は次の「介護現場を通じた資源配分」に比べて相対的にマクロな次元の現象である点に特徴がある。次に「介護現場を通じた資源配分」とは、本稿ではケアマネージャーによる個別の介護現場における人および物の資源配分を指す。前者の「行政を通じた資源配分」に比べて相対的にミクロな次元の現象である。このような垂直的な水準の異なる「ケアにおける役割分担」を理論化したものとして Daly, Mary and Jane, Lewis(2000) による「ケアにおけるマクロな役割分担」と「ケアにおけるミクロな資源配分」という概念や坂田(2003)による「財源の割当」と「サービスの

割当」という概念がある。これらの概念は高齢者介護というケアにおける、「制度」を通じたマクロな要素と「個別の現場」でのミクロな要素のリンクを再考する上で非常に貴重な視座を提供している。いずれもそれぞれ「ケアのマクロな役割分担」「財源の割当」は「社会全体での、セクター間の資源配分」、「ケアにおけるミクロな資源配分」「サービスの割当」は「個別の現場における個別の多様な担い手の間でのケア負担の配分」と定義されている。本稿の「行政を通じた資源配分」や「介護現場を通じた資源配分」もこれらの概念と同様の定義で使用する。しかしこれらの概念のみでは「垂直的な水準の異なる2つのケアにおける資源配分」の概念が相互にどのようにつながるのかがわかりづらい。

介護保険制度誕生以降、介護サービスは「行政が利用者にサービスを割り当てる」措置制度から「利用者に選択の自由が認められ主に民間の事業所と利用者が直接契約する」契約制度に変化している。しかしながら同時に、訪問介護における「行政を通じたマクロな資源配分」と「介護現場を通じたミクロな資源配分」のつながりが措置制度の時代と比べて見えづらくなっている。介護保険給付適正化事業、指導をはじめ個別のケアプランに保険者・行政が介入しケアマネージャーと相互作用を行っている事例もあるがこの場合も行政は非常時を除き現場で訪問介護に関わっていない。そこで「行政を通じた資源配分」と「介護現場を通じた資源配分」がどのようにつながるのか、の実証的な考察が必要である。

2点目の「交渉コスト」という概念はどのような意義を持つのだろうか。訪問介護における「どこからどこまでが介護の範疇に入りどこから先が介護の範疇に入らないか、を先験的に決められない」という領域横断的な性質は異なった担い手同士の相互作用、連携を必要と

するが、この連携自体がコストを要しそのことが自らの介護実践を制約する可能性が考えられる。従来このようなことは「保健医療福祉の連携」や「治療医学から生活支援重視へ」という水平的な次元で、つまり本稿の「介護現場を通じた資源配分」において論じられてきた（猪飼2011など）。だが、このような相互作用におけるコストは「行政を通じた資源配分」のような垂直的な次元においても発生しうるものである。特に「財政支出と購買の分離」によって、ケアマネジメントによる「介護現場を通じた資源配分」の担い手の中心が民間の居宅介護支援事業所となり、他方で公的部門である行政が「行政を通じた資源配分」の担い手の中心となる状況では、2つの資源配分の担い手がそれぞれ民間部門、公的部門と分離しており、両者が交渉する必要が生じそれに伴って時間的精神的コストが発生する。この両者の相互作用を通じてどのようなコストが発生し、またそのことがどのように「介護現場を通じた資源配分」に影響を及ぼすのか、を考察することが必要になる。このような観点から本稿では「交渉コスト」という枠組みを用いる。

以上の枠組みに基づいて、相対的にミクロな資源配分である「介護現場を通じた資源配分」の役割を担うケアマネージャーと相対的にマクロな「行政を通じた資源配分」の役割を担う保険者である行政とはどのような相互作用を行いそこにどのような「交渉コスト」が発生しているのか、に着目した考察を行う。具体的には以下第4章では、在宅介護事業のケアマネージャーと保険者・行政の担当職員の両者がどのように介護保険制度改革や訪問介護の現状をとらえ相互作用・役割分担を行っているのか、そしてそのような現状認識に基づいてどのような在宅介護の現場と保険者の役割分担を期待して

いるのか、を考察する。第5章では財源という観点からこのような「今後の期待する役割分担」の両者のズレの原因を考察する。最後に第6章ではまとめと今後の課題を述べる。

なお本稿は訪問介護現場と行政の役割分担を考える題材として、在宅介護のケアマネージャーと保険者の間での実践の相違点に注目するため、ケアマネージャー内の共通性、保険者内の共通性を取り上げて両者の相違を分析する、という手法を採る。

4 在宅介護現場と保険者の役割分担

——ケアマネージャーと保険者へのインタビュー結果の比較

本章ではまず「ケアマネージャーが相対的にマクロな資源配分の役割を担う保険者との交渉の介護現場への影響をどのように認識しているのか」を考察する。次に「ケアマネージャーが今後どのような保険者と介護現場の役割分担を期待しているのか」を考察する。この両者は同一の次元の現象ではない。「同じように現状を認識し評価していても今後の期待する役割に関しては異なる」(Went,et 2010)という多様な結びつきの可能性が想定される。最後に3点目として保険者・行政の担当職員がケアマネージャーとの役割分担をどのように認識し実践しているのか、を考察し、介護現場の資源配分の担い手であるケアマネージャーの認識や実践との比較を試みる。

4-1 ケアマネージャー側の認識と実践・期待(「介護現場を通じた資源配分」の担い手の視点・実践——ケアマネージャーにとっての「交渉コスト」

まずケアマネージャーの認識として以下のようなことが言及されている。

1点目としては、「利用者の生活の個別具体性、領域横断性」に関する言及が見られる。

ヘルパーさんの仕事内容もいわゆる身体的なことはちょっと増えているかもしれないけれど、でもそれは結果的には病院の入院期間を短くして在宅にもってきてそうすると看護職が忙しくなるから看護職が今までやってたのをヘルパーさんに押し付けてるっていう、ところてん式に仕事に移行してるだけだという風に思う(中略)。身体の方にヘルパーさんが移行していて家事の方のいわゆる生活については手薄になってるかなど。だけど実際に人間が家で生きて行くっていうのは生活の部分も医療の部分も身体的なことも含めて両方なくちゃいけないのにもどうも偏ってる、バランスがない、ということですね。両方ないとまずいでしょ、だって生活していくんだから。(A事業所:ケアマネージャーA1)

同じ利用者さんの要介護度でも家の環境も違えば家族の介護する環境もその人その人で違うわけですから、がちがちの基準入れちゃったらじゃあこれしかできませんよとかなったらやっぱり生活できなくなっちゃいますよね。(B1事業所:ケアマネージャー)

在宅介護というのを考えた時に、どこからどこまでってことはなかなか線を引ける問題では本質的にはなくて、その方の生活全部なんですよ。それからその方の生活というのもAさんの生活とBさんの生活とCさんの生活とまったく違うわけですよ。個別性がものすごく高いわけですよ、置かれてる環境が全然違うわけですね。(中略)制

度からはみ出る部分とか当てはまらない部分がどうやったって出るわけですよ。それをどういう風に運用していくのか、解釈していくのかっていうやり取りが重要なんです。(F 事業所: ケアマネージャー)

従来は介護保険からの給付範囲の適用の減少に伴う問題として論じられてきたが、単なる給付の抑制だけでなく「領域横断的な視座からの利用者の状態の把握の必要性」がケアマネージャーから指摘されている点に特徴がある。この点は先行研究（佐橋 2006: 森 2008: 森川 2010 など）においても指摘されてきた点であるが、実際に「介護現場を通じた資源配分」の専門家であるケアマネージャーからもこのような認識がもたれている。

2 点目としては、介護保険制度によってケアマネージャーという「介護現場を通じた資源配分」の責任者を「財源の配分の担い手であり保険者である市区町村役所」から切り離したことによって、介護現場と保険者の交渉のコストが大きくなりケアマネージャーが介護現場に関わる時間が減少していることが言及されている。「ケアマネージャーが保険者との交渉に時間を割かれること」は先行研究においても言及されてきた。(藤崎 2009 など)。だがこれらの先行研究においては、介護保険給付適正化事業などの「介護保険からの給付抑制のための介護現場に対する規制強化」という文脈で論じられてきた。(笹谷 2008: 井上 2011 など)しかしながら、本稿の事例からは単なる給付水準の多寡という「給付国家」、規制の強弱という「規制国家」の観点(武川 2007)のみではなく、保険者という「相対的にマクロな資源配分の担い手」とケアマネージャーという「相対的にミクロな介護現場を通じた資源配分の担い手」が分離してい

ることに起因する問題として、以下のように介護現場の責任者であるケアマネージャーから把握されている点に特徴がある。

(同居家族がいる場合の生活援助に関して) ケースバイケースで窓口で担当する人によっては返答が違ったりあいまいな返事もある。『最終的にはケアマネさんが判断してください』みたいな所も結構あるので、それが大変だなって思う所。(B1 事業所: ケアマネージャー)

(ケアマネージャーは行政と現場の間の) 板挟みです(中略) B 自治体の場合 2 年に 1 度必ず指導検査に入ってくるのでそこで全部検査されるので『紙に残ってないと』っていうのがあるので事務処理作業はすごく多い。(B2 事業所: ケアマネージャー)

どんどん事務量の仕事が増えちゃって利用者さんに向き合う時間が少なくなってケアプラン作ったり報告書作ったり『みんな報告出せ』って、そういう事務量が増えていっているというのは、それは確実ですね。(C 事業所: ケアマネージャー)

同じ(利用者の) A さんに関わってくれた(行政の) 地区担当の人がいたとしても地区担当と一緒に関わってくれる人が指導(ケアプランのチェック)に来るわけではないので、関わってくれた人でない指導の人が来れば全然それは(利用者、現場のことは)わからないですよ。(E1 事業所: ケアマネージャー E11)

実際に(自分が)担当してる所の場合だと、もし何かあれば口頭で、まあもちろんケア

プラン持って行って、それであまり通じないようであれば『まあ一緒に関わっていただけますか』という形では（行政に）相談はできるんですね、E自治体の場合は。ただ（他の自治体と）一緒だなと思うのは、指導に関して書面だけでは全部表現はできない。（書面では行政に現状が伝わらない。）（E1事業所：ケアマネージャー E12）

（同居家族がいる場合の生活援助の適用に関して）市区町村も都道府県もだめだとは言わないんですよ。判定はしないんですよ。『ケアマネージャーが判断してください』っていうのが答えなんですよ。ところがケアマネージャーが（ケアプランに何か生活援助サービスを適用すると）認めたその結果に対しては『なぜお前が認めたのか？』と、さんざん追求するんです。つまり役所というのは『駄目だ』とは言わないけれども『いい』とも言わないんですよ。こちらが（ケアプランに入れて）いいと判断したものに対しては、ものすごい厳しい言い方をするんですよ。（ケアプランに入れては）駄目だと（ケアマネージャーが）言ったものに対しては、『あなた（ケアマネージャー）が駄目だと認めたんだから駄目なんですよ』ってそれ以上追及はしないんですよ。そういう所に私たちははさまっちゃってるんですよ。そうすると家族なり利用者本人からすると『どうして私の所はサービスを使えないのか』ともんもんとする訳ですよ。担当ケアマネとして認めたんだけど、そうすると大変なことになったりして責任を問われた時にどうしようって思った時に『ごめんなさいね、一応こういうこともあるので我慢してくださいね』ってこん

なような話になりがちなわけですよ。『いいですよ、私が奥さんの責任持ちますから、何があっても私が責任とりますから』って、そう簡単に言えないじゃないですか。（F事業所：ケアマネージャー）

結局そのことに対して何があってもちゃんと説明できて『これが正当だと認められますよ』という手続きがものすごい煩雑だし負担になりますよね。時間的な負担感ももちろんありますけれども精神的なプレッシャーですよ。『もしそれを認めようとした時にはそういうややこしい事が降りかかるよ』というプレッシャーがかかっているんですよ。（F事業所：ケアマネージャー）

そこで、上記の2点の現状認識から在宅介護事業のケアマネージャーはどのような「保険者と在宅介護現場の役割分担」を期待しているのか、を考察する。インタビューデータを見るとケアマネージャーは、「保険者である基礎的自治体がケアマネジメントに相当する業務に部分的に加わり『介護現場を通じた資源配分』にも加わること」を期待している、ように読める。

私は『役所がケアマネージャーやればいい』と思ってるんです。現場見たら、そうせざるを得ないと思うんですけど。今は（保険者である役所にとっては）よそのケアマネージャーさんだから（役所に）見えるように（ケアプランや書類を）書いとかないといけないの。『現場行けば一目瞭然なんだけど』と思いますけどね。民間にケアマネージャーさんやったこと自体が問題だと思いますよ。（中略）（役所がケアマネージャーをやれば、現場が役所に報告する）書面

が少なくなる、無駄なことがなくなると思
います。(役所との交渉は)ものすごい労力
使うのよ。(中略)その間にこっちで利用者
さんが具合が悪くなってるのにこっち行け
なかつたりするんだから。(中略)役所の人
間が(現場に)行ってそこでちゃんと見れ
ばいいんですよ、この人(利用者)に本当
に(その介護サービスが)必要なか必要じゃ
ないのか。(A事業所:ケアマネージャー A1)

(ケアプランという)紙(の情報)だけで
判断してほしくないっていうのはあります
よね、現場をきちっと見て紙には書き切れ
ないことを、できれば一緒に来てもらって、
こういう家なんだからしょうがないとか現
実はこうなってるとか、きちっと把握して
もらえば一番いいと思いますけどね。(中
略)日々私たちの仕事はケアプランを作る
ことだけではなくて相談援助に費やして
るとか、この前も訪問行って家族とのお話に
一時間半かかったりというお宅もあったり
とか、『そういった所が評価されないって所
はどうか?』ということは日々感じてま
すね。形に残らない精神的な負担とかは結
構大きいので。後ご家族もいろいろなので。
(B2事業所:ケアマネージャー)

(ケアプラン作成に際して重視すること
は)同居の家族がいらっしゃるのであれば、
同居の家族の方の介護負担の軽減、あとは
同居の家族の方がいかに疲れないでいかに
要介護の方と一緒に長く家で暮らせるか。
もし要介護状態で自立がとても難しいよう
な状況であれば家族の方との方が同じ家
にいられるように介護負担軽減であったり
ストレスから少しでも楽にできるような何

かはないかな、という所ですね。(E1事業
所:ケアマネージャー E11)

換言すれば、ケアマネージャーは「保険者で
ある基礎的自治体がケアマネジメントに相当す
る業務・『介護現場を通じた資源配分』に参加
すること」が、「『行政を通じた資源配分』とい
う相対的にマクロな次元の資源配分」と「『介
護現場を通じた資源配分』という相対的にミク
ロな次元の資源配分」の乖離を埋めることにつ
ながる、と認識している。

では、このようなケアマネージャーの期待す
る「参加」を行政の側はどのようなものとして
受け止め認識しているのだろうか。

4-2 保険者・行政側の認識・実践・期待(財 源の配分の担い手の視点・実践)——行政にと っての「交渉コスト」

ここでは保険者である自治体の担当職員の認
識について考察する。

まず1点目として、介護という営みの「個別
具体性、領域横断性」、そしてそれゆえ「介護現
場を通じた資源配分」の第一の責任者はケアマ
ネージャーである、という認識がなされている。
そしてそのための政策として「まず介護現場を
通じた資源配分においてケアマネージャーが第
一の責任者となり、それを事後的に保険者がチ
ェックする」という役割分担が実践されている。

(同居家族がいる場合の)生活援助の(介
護保険給付の)適用範囲は明確に決めてい
るものはないんですね。(中略)生活援助っ
てすごくグレーゾーンっていうか幅広い所
があつてね、利用者さんには何でもできる
家政婦さんみたいな形で使っちゃっている
人もいますよね。ただそれは保険で見

るべきなのか、という所もありますので、それを見るのはやはりケアマネさんなんです。(中略) ケアマネさんがあまり迷うような所は保険者として個別に判断しているという所はあります。基本的には同居の家族がやれるのか、やれないのかって所で判断ですよ。(中略) 同居がいて自分の洗濯だとか食事だとか作れるのに何で介護の人の分が作れないの、とかそういう所ですよ。(中略) 一緒に作るものであればその人の分もやっ
てあげればいいわけであって、そこを判断してもらおうというかケアマネさんには状況をよく見てもらう。(A 自治体職員)

一律に同居家族がいるから生活援助はできないよ、という判断はいたしません。介護保険そのものが、公助共助自助、まずは自分でできることはご自分で、自分でできないことは家族や地域の方で、それからそれでもできないことは公共の公助という形で自助共助公助という3段階を経てやっていく中で、同居家族がいれば当然ですね、共助の部分が独居の方より大きくなるのは当然のことであって、ですからご家族でできることはご家族に担っていただくと。個別の事情に応じて共助の幅をケアマネージャーさんと一緒にマネジメントするという考え方に則っていくという風に判断しております。ケアマネージャーさんの位置づけができれば、という風にお答えしています。自治体として追認をするかしないか、ということになります。(B 自治体職員)

年に1度前期と後期に分けて(行政によるケアプランチェックという決められたものはございますが、このようなケース(同

居家族がいる場合の生活援助)に関してはその都度その都度ケアプランをチェックするということはありません。やはり(ケアプランのチェックに際しては)ケアマネージャーさんの適切なアセスメント『なんで家族がいるのにできないのか』そういう根拠、保険者にちゃんと説明できるような根拠を私どもは聞きますよね。(C 自治体職員:C1)

C自治体の方では生活援助に対する考え方として、ケアマネージャーさんの方で適切なアセスメントをしていただいてこの方(利用者)には洗濯が必要掃除が必要調理が必要という風にアセスメントの結果が出ましたら、まあそれをもとにサービス担当者会議をしていただいて決定をしていい、とこちらの方から常々申し上げているんですね。どうしても判断に迷うようなものがございますらこちらにご相談くださいというスタンスをとらせていただいているんです。(中略)なぜ(同居家族が生活援助を)やらないのか、なぜできないのかという所を(ケアマネージャーに)具体的にアセスメントをしていただいてその理由によって判断していただいている部分があるんですけど、それは本当にやむをえないなということであれば生活援助を使ってもらってますし、ちょっと介護保険の適用にはならないんじゃないかという部分は自費でサービスを利用してもらっているんで、ケアマネージャーさんの適切なアセスメントにかかっているという所でしょうかね。(C 自治体職員:C2)

保険者なので要は事業所へ行ってケアプラン見せてもらって『この人にこのケアプランいるんですか』とか指導の中でケアプ

ラン見るんですね。(D 自治体職員 :D1)

次に2点目として「介護保険事業計画」作成に際しては、「個別の利用者」よりもマクロデータを参考にすることが言及されている。上記のような保険者と介護現場の役割分担の実現のための計画として市区町村「介護保険事業計画」は重要な位置づけを持つ。

(「介護保険事業計画は個別の利用者の実態に基づくのか」という筆者の質問に対して)

利用者別というよりはですねそれぞれのサービス別という感じですね、見積もり方としては。訪問介護サービスの傾向性ですとか、一番最初作る時は根幹は高齢者がこれからむこう3年間でどれぐらい増えていくのか、それからその中で要介護高齢者がどれぐらい増えていくのか、これが土台だという風に見ています、まずはそれをいろんな情報からたとえば人口動態の推計であるとかこれまでの認定の出現率であるとか。正直なところですね今のB自治体の状況ですと、これまでの推計をそのまま載せていくと膨大な給付額になって思っていた以上に給付が伸びるという形になりますね。ここで推計したのに対して介護予防事業介護予防日常生活総合事業そこらへんを組み合わせることによっていかに要介護要支援に転ぶ人を抑制できるかという抑制の見込みをそこに加味し要介護要支援の高齢者数を推計する。そこからどれぐらいのサービス利用があるのか、という形で積んでいく。(中略) 今までの利用回数等のデータを見ながら推計をしていく、(中略) 実際のところは現実にぴたっとはまるものではないとは

思いますが。(B 自治体職員)

施設は建てた分の数だけですからその中にどれぐらいの要介護度の人が入ってくるか、という推計だけになるんですが基本的には施設の場合かなりの順番待ちがあるとですね優先順位の高い順から入ってきますしおのずと要介護度は高くなるわけです。ですからそれで推計していった残った方は在宅で生活していくことになるわけですから在宅でどれぐらいのサービスを使いながら生活していくというのが推計です。(B 自治体職員)

人口のデータ・認定者数などのデータを、国から与えられたワークシートに当てはめていく(形で推計し作成している。)(F 自治体職員)

つまり保険者の側では「社会全体で、多様なセクターの間でどのように介護の負担を配分するのか」という観点は強く認識されているものの、「個別の介護現場において個別の家族成員と個別の看護師やヘルパーのような専門家の間でどのように介護負担を配分していくのか」という「介護現場を通じた資源配分」を踏まえることが困難になっている。対照的に「介護現場を通じた資源配分」の責任者であるケアマネジャーは「個別の利用者」「個別の介護現場」を強く意識し「個別の介護現場において個別の家族成員と個別の看護師やヘルパーのような専門家の間でどのように介護負担を配分していくのか」という「介護現場を通じた資源配分」を強く認識している。

また3点目として、上記のケアマネジャーから今後の期待する役割として言及されていた「保険者である市区町村のケアマネジメントに相当する業務への参加、『介護現場を通じた資源配分』への参加」に関しては、「非常時を

除き保険者・行政機関は訪問介護現場には行っていない」ことが言及されている。

訪問系の場合は訪問するお宅の方に行くか、
というわけではないです。(都道府県職員 1)

(訪問介護の現場には) なかなか行かない
ですね。よっぽどちょっとチェックに行く
とかそういう時ぐらいですかねえ。まあ
見学は見学で相手に断らなくちゃいけない
ですからねえ。何しに来たんだっていう話
になりますからねえ。(A 自治体職員)

ご利用者さんの自宅への訪問は基本的には
保険者としてはほとんどないですね。苦
情があったりサービスの提供に疑義が生じ
ていて事業所への実地指導なり助言等で状
況がつかめていない状況で行かせていただ
くときはありますが、逆に疑義が固まって
ない段階で利用者さんのお宅をお伺いする
と利用者様に不安を与えてしまうという事
もございますし事業者様の営業を妨害する
ということにもなってしまいますので、基
本的には利用者さんのお宅に訪問するとい
うことはほとんどないです。(B 自治体職員)

(訪問介護の現場に行くということは) な
いですね。そういうので私の係に上がって
くるとしたら事故とか苦情とかで上がって
くる。(D 自治体職員 :D2)

訪問介護の現場には行ってないというか、
行くことができてないですね。(F 自治体職員)

本稿での保険者間での給付の範囲は格差があ
る。しかしながら後述する E 自治体を除き「訪

問介護の現場を通じた資源配分の責任のケアマ
ネージャーへの委任」と「それに対する事後規
制チェックという行政の役割」という点は保険
者間で共通の認識であった。

以上より、「同居家族がいる場合の生活援助
をはじめ介護が領域横断的・個別具体的であ
る」という認識についてはある程度保険者とケ
アマネージャーの間で共有され、そのため事前
に明確な基準で線引きすることが困難であるこ
ともある程度共有されている。しかしながら、
両者の「今後の期待する役割分担」においては
相違も見られる。まず保険者である市区町村役
所が「領域横断的な介護」における家族の一定
の協力を相対的に強く前提としているのに対し
て、ケアマネージャーは家族介護者の負担の緩和
を求めている点に相違が見られる。さらに、
保険者は「介護現場を通じた資源配分」の責任
の比重をケアマネージャーに求めているのに対
して、「介護現場を通じた資源配分」の責任者
であるケアマネージャーは保険者にもこのよう
な責任への参加を期待し訪問介護現場およびそ
こにおけるケアマネージャーの役割の現状への
理解を求めている、という点で相違が見られる。
つまり保険者は、介護という営みが「領域横断
的」「個別具体的」であるからこそ事前に介護
保険からの給付範囲に明確な基準を設けず「介
護現場を通じた資源配分」の担い手であるケア
マネージャーに最初に資源配分の是非を判断さ
せる、そしてその適切性を事後的に保険者が検
証する、という役割分担を期待し実践している。

ではこのような実践に関して、保険者からは
何が課題とみなされているのだろうか。

(行政と利用者の) 間に民間の事業者さん
をかませるということで、行政と利用者は
関係ではつながっていないんですよ。自治

体と利用者さんの間にはお金を給付しているという以外にはつながりがまったくない。それが利用者の増加も相まって関係性の薄さを生んでしまった。(中略)自治体の方にも誰を措置したというAさんBさんという一人別の意識が今ありません。保険給付というのは今は国保連を通じて一括して月に何億というお金を出していくわけなので、そのお金を1人1人に対して給付をしている、市区町村が1人1人に対して介護保険を提供しているという感覚が関係性の中では希薄なので行政と利用者さんの間には線が繋がっていない。(中略)それを事業所に割り振ってる、そして事業所に対してさえ自治体はお金を支払っているという意識はあまりないんですね。(B自治体職員)

本人(=ケアプランをチェックする自治体職員)は直に(現場を)見てないので、『じゃあ(そのケアプランが)絶対間違いか』って言い切れない場合もありますよね。ケアマネージャーさんが『私これ必要だと思うんです』って言われた時に『え、本当にこの人にこれいるの?』って(ケアプランをチェックする自治体職員が)言っても『これこれ、こうだ』って(ケアマネージャーから)言われたら、どこまでそれが反駁できるかどうか、わからないじゃないですか。だからそのへんは指導というより話し合いで『じゃあこうしたらいいよね』という形でするしかないですよ。ケアマネージャーさんの資質の向上、要するにケアプラン作るスキルの向上っていうのも必要だと思うんですよね。(D自治体職員:D1)

実際訪問介護の現場っていうのはこちら

の方には声としてはあまり届いて来ないですし、逆にそういうのをあまり知らないっていうのが課題。(D自治体職員:D2)

ここでもケアマネージャと同様に、サービスや物の「介護現場を通じた資源配分」と財源の配分の役割を担う「行政を通じた資源配分」の乖離という制約が指摘されている。

以上より「保険者・行政」と「介護現場」をつなぐ上で必要な「個別の介護現場相互の資源配分」という観点から保険者も、「介護現場を通じた資源配分」の中心的役割を担うケアマネージャーも踏まえることが困難になっている。またケアマネージャーの指摘と同様に「民間部門に介護や居宅介護支援サービスを行わせ、行政機関は介護現場にはほとんど参加せず介護保険からの給付を通じた財源の配分と事後的にケアプランのチェックを行うのみになったため、このような側面を意識することが困難になったこと」も指摘されている。

だが「現状における課題の認識」に関しては共通性が見られながら、「今後の期待する役割分担」に関しては、「ケアマネージャーに第一の責任を求める」保険者と「保険者に介護現場を通じた資源配分への参加による責任の分有を求める」ケアマネージャーとの間でズレが見られる。加えるに財源の配分の担い手である保険者・行政が訪問介護現場に加わらないことが、ますます行政の「介護現場を通じた資源配分」に参加する際の権威性・混乱を増加させ抵抗をより強くしている可能性がある。では、なぜこのような期待する役割分担のズレが見られ、また保険者は「介護現場を通じた資源配分」に参加しないのだろうか?次章において検討する。

5 保険者とケアマネジャーの『期待する役割分担』のズレ——「財源」の観点——

以上において、「現状認識」と「今後の期待する役割分担」という視座から「保険者とケアマネジャーの役割分担」の考察を行った。大半のケースにおいて「ケアマネジャーがまず介護現場を通じた資源配分の責任者としてケアプランの作成・遂行を行いそれを事後的に保険者・行政がチェックする」という現状である。

このような現状に対して、まず現状認識に関しては、「保険者とケアマネジメントの機能の担い手の分離」によって、財源の配分を行う保険者が訪問介護現場の実態を把握しにくくなっている点がケアマネジャーと保険者の側の共通の認識になっている。しかしながら、このような「保険者とケアマネジメントの機能の分離」のため、保険者は「社会全体で、多様なセクター間の資源配分」という情報に着目する一方で、ケアマネジャーが目指す「個別の介護現場における個別の介護の担い手の間の負担の配分」という情報には非常時を除いて注目しておらず、この点で現状認識にズレが見られる。

次に「今後の期待する役割分担」としては次のようなズレが見られる。ケアマネジャーは「保険者がケアマネジメントに相当する業務に加わり介護現場を通じた資源配分に加わる」ことにより、「介護現場を通じた資源配分」の担い手は相対的にマクロな財源の配分の役割を担う保険者・行政との交渉に時間を割かなくても済むようになり、他の在宅介護の専門家や利用者、家族介護者との相互作用という本来の役割に時間を割くことができるようになる。以上のような役割分担を期待している。他方で保険者はあくまでもケアマネジャーに「介護現場を通じた資源配分」の第一の責

任を求め、それを保険者、行政が事後的にチェックするというスタイルを実践し求めている。

ではなぜこのような「現状認識」および「今後の期待する役割分担」におけるズレが生じたのだろうか。ここには「財源」の制約という問題が絡んでいる。この様な状況での「財源の制約」という問題で重要なのは「第三者の視点から客観的に財源の確保が可能かどうか」という点ではない。むしろ現行の介護保険制度における「公費からの投入割合が50%・残り50%が保険料」という制約や他の行政組織との関連において「実際に自治体の介護部門が使用できる財源が制約されている」という点での「財源の制約」が問題なのである。そしてこの「財源の制約」は介護保険サービスを利用しない被保険者の保険料の負担、そのような被保険者との合意という問題と結びつく。つまり保険者である行政サイドは「在宅介護の専門家」や「家族介護者」のように「在宅介護の場」に参加している者だけでなく保険料を拠出しながら介護保険サービスを利用しない負担者との資源配分も行う必要がある。それは保険者である市区町村職員の次のような言及からも読み取れる。

（B自治体での介護保険からの相対的に広範囲に渡る給付は）ご家族様から見ればとてもありがたいことと評されるのかもしれないんですが、一方ではやはりそれがお手伝いさんと何が違うのだとか、まあお手伝いさんは自分で全部お金を払っているからやらせているからいいんですけど、介護保険というのはやはり9割分を何も使っていないじゃない住民の方に負担を求めてやっている制度ですからそこに何らかの根拠目標その効果というものが立証されなければ今度使っていない8割の方にご理解の

頂けないものになってしまうんじゃないかなど。特にうちの保険料は高いもんですからそういう住民からのお叱りは大変よく受けます。だからこそそういう範囲を絞るつもりはないんですけど、ケアマネージャーさんがいかに細かくアセスメントをしてその人に真に必要なか、ということにかかっていますので。(B自治体職員)

公設公営にするということが、この今の介護保険制度の広がりの中で大きかった政府を民間にできることは民間でという形で、今どんどん政府を小さくすることで財政負担を抑えてくる傾向の中でそれは現実的ではない、という話なんですね。E自治体などではですね自分達で居宅介護支援事業所の指定もとって自分達の所でケアマネージャーサービスを抱えてケアプランを作りサービス事業所に撒いているということをやっているんですけど、うちの自治体ではそういうことはしておりませんが。現場がたくさんでも仮に公設公営ということであれば指揮命令系統がそこに発生するんですよ、自治体から現場に対してですね。区の縦のラインに則って情報が命令としていくんですね。しかしですね、相手が事業所であれば介護保険法に則っている部分においては自治体に指導の権限がございますが、それは指揮命令系統ではないのである部分において指導するだけなんですね。運営自体はそれぞれの事業所の中でご自由に、言うなれば制度の中でご自由にやってくださいと。そこに自治体が制度の中でやってることに対して口をはさむことは許されてないことですので。万が一公設公営にすれば今よりそれを交渉と表するなら交渉にかか

る経費とか負担は減るとは思います。指揮命令系統に則って人事管理上全部つながりますので。(B自治体職員)

さらに、居宅介護支援業務を担う事業のうち80%以上が在宅介護支援事業センターのケアマネージャーによって担われているE自治体職員から実際に財源の問題が指摘されている。つまりこのE自治体ではケアマネジメント業務の80%以上が「行政による在宅介護支援センターへの業務委託」を通じて保険者が「介護現場を通じた資源配分」にかなり加わり、上記のケアマネージャーやB自治体職員の言及に見られた「保険者である行政によるケアマネジメント」に近い形で行われている。だが下記のように財源の問題が指摘されている。

これから高齢化率が上がって(在宅介護サービスの)量が増えるので今のままのやり方で追いついていくのかという問題ですね。(中略)民間の(居宅介護支援)事業所にできることは民間にやってもらうという事も考えています。在宅介護支援センターの場合は相談業務のような介護報酬がとれない部分も一定程度予算財源の手当てを自治体が出していかないといけない。しかしそれは限界があっても今ギリギリの所でやっていてこのままだと一般財源から手当てを出さなくなるとですね。(中略)民間の事業所をどう育成していくか、ということも(課題として)ありますね。(E自治体職員)

在宅介護支援センターに聞けば、どこにどのようなサービスが必要で今使われているか、さらにモニタリングの必要性もある程度わかります。ケアプランを持っている

わけですから。しかし、どこまで（在宅介護支援センターが居宅介護支援業務を）担ってれば捕捉できるのか、50%程度担ってれば捕捉できるのか。（E 自治体職員）

またこのように「保険者が『介護現場を通じた資源配分』にもかなり参加し相対的に「交渉コスト」の少ないE自治体の在宅介護支援センターのケアマネージャーからは、他の自治体と比べて「交渉コスト」が少ないことが指摘されつつも、近年の変化としては「給付の抑制」や「相互依存・連携が強い、交渉コストが少ないがゆえに行政が動けないと現場も含めた他の担い手も動けなくなり、1つのセクターの逆機能がすべてのセクターに波及してしまうこと」の問題性が指摘されている。このようなことは、「財源の厳しさゆえの給付のチェックの厳しさ、行政側の財政支出の決断の困難」という形で上記の財源の問題を少なからず反映しているように思われる。

（自治体の）高齢福祉課としての住民をサポートするような体制がとれてるのもいまE自治体なんですけど、それは実際（保険者が）ケアマネジメントにも関わっているからだと思うんですね。（中略）手間暇がかからない一番確実な答え『保険者がいいと言ったからこれでやります』YES・NOの判断は非常にしやすいです。（中略）（他方で同居家族がいる場合の生活援助の場合も）こわくてケアマネージャーは入れられないわけですよ。10人聞いて10人が必要だと言うものじゃないと（ケアプランに）入れられてないのが、在宅介護支援センターのケアマネとてそうだと思います今は。（在宅介護支援センターE2: ケアマネージャー）

（E自治体の）訪問（介護）システムでよくなったなって思うのは、すぐ行政につながる形がとれててそのへんのルートが、まあすんわりではないですけど、他市他区より対応がしやすいのかなと。逆にちょっと大変だなと思うのは、行政が動かないことで先に進まない話ってやっぱり多々あるんですよ。我々の思いとしては今動いてほしい、でも行政としては今動けないし動くべきでない、って意見が離れてしまう。『こっちで勝手に動いてしまえばいい所もあったのかな』って後から考えると結構あるんですけど。（行政とケアマネージャーが）深くつながってるがゆえにうまくいかなケースっていうのが出てきてはいるんで。（在宅介護支援センターE3: ケアマネージャー）

ここからもう1つ、今後の可能性が読み取れる。それは、このE自治体の在宅介護支援センター以外の事例において「今後の期待する役割」としてケアマネージャーから求められていた「保険者・行政の訪問介護現場への参加、介護現場を通じた資源配分への参加」は必ずしも、ケアマネージャーの意向に沿った「介護現場を通じた資源配分」になるとは限らない、ということである。つまり訪問介護現場への「参加」ということに対する意味づけが財源の配分の役割を担う行政と介護現場とで異なる、ということである。上記の在宅介護支援センターの事例のように「保険者が介護現場を通じた資源配分にも相対的に多く参加した」場合は、財源の制約も伴って「行政の決断の遅れが現場のすべての担い手に波及する」「行政が財源の制約を意識して介護現場に加わったにも関わらず、ケアマネージャーはじめ現場の介護の担い手の意向に反して介護保険からの適用範囲、ケアプランへの適用を抑制する」可能性は十分に考えられる。

以上より「財源の制約の中での利用者増加への対応」・「介護という営みにおける領域横断性や個別具体性への対応」・「現場と保険者である行政機関の間の交渉コストの削減による現場に関わる時間の確保」の3点がトリレンマに近い状況にあるといえよう。「介護という営みにおける領域横断性や個別具体性」を考慮すると「事前に保険者である行政機関が明確な適用範囲の基準を定めること（このような方法なら「交渉コスト」は抑制可能だが、介護現場の「個別具体性」「領域横断性」に対応できない。先行研究はこのような論じ方をする傾向が強かった。）」は困難である。そのような中で利用者のアクセスの平等や十分な供給量を確保しつつ介護現場と行政機関の交渉コストを削減しようと思えば「行政機関が介護現場を通じた資源配分に参加する」ことが必要であるが、このようなことは財源の制約と利用者の増加を踏まえると困難である。逆に現在の「ケアマネージャーが現場で第一の資源配分の責任者としてケアプランを作成し、それを行政が事後的にチェックする」という方法では、財政コストをある程度抑えつつ領域横断性や個別具体性の問題にも対応可能であるが、その結果として介護現場と行政の交渉コストが大きくなっている。

6 まとめの考察と今後の課題

以上より「民間の居宅介護支援事業所によるケアマネジメントと基礎的自治体による財源配分」という多くの事例における「介護現場においてまずケアマネージャーを中心とした人的物的資源の配分を行い保険者である行政機関がそれを事後的にチェックする」という現行の形態の場合は、「現場と保険者である行政機関の間の交渉コスト」が大きくなる。このようなトリレンマを緩和するための着地点をどこに見出す

かが今後の介護保険制度の大きな課題である。アクセスの平等が求められる介護という領域において公的財政出動は一定程度不可欠であるが、他方で財源の制約があるため保険者と現場の交渉は何かしかの形で伴わざるを得ない。そしてこの「交渉コスト」は介護現場だけでなく保険者である行政機関にとっても当てはまる。それは「訪問介護の現場の実態を把握することの難しさ」という点で保険者にとって介護現場との交渉に際しての負担となっている。このような現状に対する具体的な解決策として「介護現場と行政の交渉コストの大きさ」およびそのことによる「介護現場での資源配分に専門家が十分に時間を割けない」という現状を介護保険サービスを利用していない被保険者や納税者、行政の他の部門のスタッフにも伝え、行政職員が介護現場を訪問し介護現場を通じた資源配分に加わることに伴う財政負担の増加に同意してもらうことがまず考えられる。とはいえ交渉コストを完全になくすことは困難であり行政職員が介護現場に参加する時間にも制約があることから、ケアプランのチェックを行う介護保険職員に当該地区の利用者をケアマネージャーやヘルパーなどの専門家として担当した経験を持つ者を採用する割合を増やすことや「相談業務を担う老人福祉課」と「介護保険の給付担当課」の連携強化なども次善の解決策として考えられよう。（上記のようにケアマネージャーからもこの両部門の連携不足が指摘されている。）

最後に本稿の課題を以下に3点述べる。1点目として、本稿では訪問介護を対象として個別具体的な事例に基づいた「行政とケアマネージャーの役割分担」の考察を行ったので、施設介護も含めた異なった組織形態や異なった地域の在宅介護関連の事業所および当該事業所のサービスを利用している家族介護者へのインタビュー

一調査も行い、その結果との比較に基づいた考察が今後の課題となろう。特にケアマネジャーは家族介護者の意向も踏まえて介護現場を通じた資源配分を行っており、また家族介護者自身もこのような「行政とケアマネジャーの交渉コスト」の影響を受けているため、家族介護者というアクターを加えた考察は不可欠である。2点目はケアマネジャーは各事業所内の介護スタッフの一部である。しかしながらヘルパーや看護師も含めた他の在宅介護の専門家同士さらにはケアマネジャー同士でも意識や実践にずれが見られることは先行研究等で指摘されている所であり、他の在宅介護の専門家との相互作用も踏まえた考察を行うことも今後の重要な課題であろう。最後に3点目として、本稿は保険者である市区町村と介護現場という相対的なマクロ・ミクロリンクを試みたが、実際には厚生労働省はじめ国の機関による規制も大きく保険者以上にマクロな資源配分を行っている。その点で保険者である市区町村と介護現場

の関係は、国というアクターも加えた場合には国がマクロな資源配分の担い手となり「メゾ-ミクロ」の関係にすぎなくなる。今後はこのような機関も考慮した「マクロ-メゾ-ミクロ」リンクを行うことも課題である。

注

¹本稿では、在宅介護の専門家同士の相互作用、ケアマネジャーの役割の固有性に関する考察は行っていない。この点は本稿の限界でもある。本稿はあくまでも「在宅介護の現場」と「保険者」の相互作用を、介護現場での最終的な資源配分の責任の担い手となっているケアマネジャーと財源の配分の責任の担い手である行政担当職員の視点から分析する、というスタンスを採った。

²引用文は意味が通りにくい場合は適宜筆者が○内にその意味を記述し補充した。またプライバシーに抵触する部分はアルファベットで置き換えるなどした。

文献

- Esping-Andersen, Gosta, 1999, *Social Foundations of Post Industrial Economies*, Oxford University Press (=2000, 渡辺 雅男・渡辺景子訳『ポスト工業化経済の社会的基礎 市場・福祉国家・家族の政治経済学』桜井書店)
- Daly, Mary and Jane, Lewis, 2000, The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states, *British Journal of Sociology*, 51(2) :281-298
- Hicks Alexander and Esping-Andersen, Gosta, 2005, "Comparative and Historical Studies of Public Policy and the Welfare State", Janoski, Thomas, Robert, R. Alford, Alexander M. Hicks and Midred A. Shuwartz. (Ed), *Handbook of Political Sociology*, Cambridge University Press, :509-524
- Sarasa Sabastian, 2008, "Do Welfare Benefit Affect Women's Choice of Adult Care Giving?" *European Sociological Review* 24(1) :37-51
- Went, Claus, Jurgen Kaul, Monika, Mischke and Michaela, Pfeifer, 2010, "How Do Europeans Perceive Their Healthcare System? Patterns of Satisfaction and Preference State Involvement in the Field of Healthcare". *European Sociological Review*, 26(2) :177-192
- 藤崎宏子, 2002, 「介護保険制度の導入と家族介護」『高齢化と少子社会』金子勇編 ミネルヴァ書房 :191-222

- .2009,「介護保険制度と介護の『社会化』と『再家族化』」『福祉社会学研究』6:41-62
- 林葉子,2010,『夫婦間介護における適応過程』日本評論社:109-133
- 猪飼周平,「地域包括ケアの社会理論」『社会政策学会誌』第2巻3号:21-38
- 松川誠一・久場嬉子・清水洋行・藤原千沙・矢澤澄子・吉村治子,2009,「ケアサービスの準市場化はケア労働者に何をもたらしたのか」『社会政策研究』9:223-241
- 森詩恵,2008,『現代日本の介護保険改革』法律文化社
- 森川美絵,2010,「介護政策におけるジェンダー」『社会政策のなかのジェンダー』木本喜美子・大森真紀・室住眞麻子編 明石書店:180-204
- 齊藤暁子,2007,「ホームヘルプの事業所間比較 ヘルパーによる利用者への対処に注目して」『ケアとサポートの社会学』三井さよ・鈴木智之編 法政大学出版会:183-214
- 佐橋克彦,2006,『福祉サービスの準市場化 - 保育・介護・支援費制度の比較から -』ミネルヴァ書房
- 坂田周一,2003,『社会福祉における資源配分の研究』立教大学出版会
- 笹谷春美,2008,「ケアサービスのシステムと当事者主権」『ニーズ中心の福祉社会へ 当事者主権の次世代福祉戦略』上野千鶴子・中西正司編 医学書院:40-69
- 高橋龍太郎・須田木綿子編集代表・日米 LTCI 研究会編著,2010,『在宅介護における高齢者と家族 都市と地方の比較分析』ミネルヴァ書房
- 武川正吾,2007,『連帯と承認 グローバル化と個人化の中の福祉国家』東京大学出版会:6-16

(かど よく、日本大学研究員、yokuirou@tbj.t-com.ne.jp)

(査読者 金成垣、萩原久美子)

Experimental Study on Role Sharing between Public administrations and Professional carers on elderly-care field on public long-term care insurance, focusing on interactions between public administrative officers and care managers.

KADO, Yoku

This paper analyzes how the public administrations, insurers, distributing financial resources of public long-term care insurance and the care managers, distributing human and physical resources, interact each other and divide their responsibilities, based on interview data for them. The conclusions are as follows.

The carer managers are in charge of distributing resources on individual elderly-care fields, the insurers check them ex-post, not going off to individual elderly-care field, because of constraints of financial resources and endemism of individual elderly-care. As a result, the burden of interactions between care managers and public administrations is increasing. So, the trilemma between constraints of financial resources, endemism of elderly-care and decreasing cost of interaction between them comes about.