

介護保険のサービス運営における組織と人のネットワーク[†]

— 長野県松本市におけるコミュニティ・ケアワークの実践と課題[†] —

Welfare Designing (2)

井上 信 宏*

Welfare Designing におけるコミュニティ・ケアワークの研究課題とその方法

介護保険制度をめぐる制度的与件

2000年4月に施行された介護保険制度は、介護サービスの供給主体として民間の営利事業者を組み込んだことにその特徴の一つがある。以前の公的な福祉サービスが、公益性の高い組織や非営利事業者によって供給されていたことを考えると、日本の社会保障制度改革の中で介護保険制度が画期的な制度改革であったことがうかがい知れるところである。こうした新しい試みに踏み出すことになった背景には、少子・高齢化の進展という一般的状況のなかで社会の高齢化維持コストの高騰問題が顕在化してきたことを前提に、民間の営利事業者を積極的に介護サービスの供給主体に組み込むことによって、市場競争を通じて個別サービスの効率的な運営とサービスの質の向上を図り、いわゆる民間独自の経営努力によって新しい福祉サービスの開発を行ない、「もって国民の保健医療の向上および福祉の増進を図ること」（介護保険法 第1条）がある。

しかしながら、こうした期待とは裏腹に、民間営利事業者が「良質なサービスを安定して供給で

† 質的社会調査は、調査者のもつ主観性、被調査者のもつ主観性、調査者と被調査者によって共犯的に構築される主観性の3つの主観性から自由になり得ない。そのため、社会調査を行なう者は、この制約条件に鋭い問題意識を持ちながら、方法的な反省を積み重ねる必要がある。「調査者が研究対象に対してなんらかの影響を与えること」、すなわち、「侵略 (intrusion) を最小限に抑えようと努力すること、にもかかわらず、調査が能動的な認識活動である以上、必然的に生じてしまう『侵略』を認識」した上で、「些末なまでの技法と細部をゆるがせにしない厳密性」のもとで調査を実施する。それをもとにまとめた報告書については、「一つの作品としての〈独立性〉」を持つものとして広く社会に流通させ、社会の批判を浴びること—こうした社会調査をめぐる認識を早くから言明されていたのは下田平裕身先生であり〔下田平裕身ほか(1989)『労働調査論：フィールドから学ぶ』、日本労働協会〕、先生は2006年春に信州大学経済学部を定年退職される。労働調査の厳しさと面白さを語る先生の本を読んで社会調査の世界を知った僕は、ここ信州の地で、本当に全くの偶然から研究と教育の両面において、先生とご一緒させていただき幸運を得た。社団法人生活福祉研究機構の介護保険に関わる一連の調査研究に僕を誘ってくださったのも下田平先生であり、2001年度、2002年度の調査は、先生と一緒に聴取調査を実施した。2002年度の調査は、聴取調査だけではなく、作品の作り込みのために双方の研究室で幾度か議論を行ない、最終報告書の執筆まで共同作業を行なった。この研究の過程でまとめられた一編が、このモノグラフである。この作品を下田平裕身先生に献じると共に、先生に深い敬愛と感謝の気持ちを捧げたい。

‡ このモノグラフは、地域における民間介護事業推進のための調査研究委員会（編）(2003)『地域における民間介護事業推進のための調査研究報告書：介護保険のサービス運営における組織と人のネットワーク』（社団法人生活福祉研究機構、下田平裕身委員長）のために実施した聴取調査およびその際に収集した資料を主なデータとし、それ以外に筆者が別途実施した調査結果を反映させながら、2003年3月から5月にかけて執筆したものである。その一部は同報告書に反映されているが、このモノグラフ自体は未公開であった。今回の公刊にあたって、再調査を実施し、一部に改訂を行なっている（2005年8月～10月）。それぞれの聴取調査に惜しみなく協力くださった松本市の現場の皆さんに、改めて深い感謝の意を表する限りである。

* 信州大学経済学部（〒390-8621 長野県松本市旭3-1-1）、E-Mail: inoue@econ.shinshu-u.ac.jp, URL: <http://www.digital-agera.com/homepage/>

きるような事業体集団（「健全な業界」）の形成の方向に向かっているとは言い難い」という評価が、現場が抱える具体的な問題点と共に指摘される場面も次第に見受けられるようになってきた¹。

介護保険制度は、①民間の営利事業者の参入を認めることによって市場原理をその制度内部に組み込むことになるものの、実際にはその〈市場〉と事業運営のあり方は、介護保険法によって公的な管理下に置かれており、その意味で「準市場」という制約条件を持っていること²、②そこで取り扱われる商品が高齢者に対する〈介護サービス〉という公共性の高い、特殊性性格³を持っていること、③そして第二点から派生的に生じることであるが、特に在宅介護サービスの場合、個別のサービスを供給するケアワーカーが、サービスの利用者宅を基点（結節点）として、所属機関を超えた専門職種とのネットワークによってサービスの提供（＝サービスの生産と消費）を行なうことになっているため、これまで雇い主の指揮命令権を通じて維持されてきたサービスの管理が困難であること、といった要因に強く規定されている。

こうした介護保険制度をめぐる制度的与件のなかで、経営的には市場競争原理に立脚する民間介護事業者がどのような形で当該システムに組み入れられ、機能しているのか。そこにはどのような問題があるのか、そしてそれらの問題をどのように改善していく必要があるのかについて、実態に即して明らかにする必要性が高まってきた。また同時に、この作業は、具体的なコミュニティレベル（市町村単位あるいは生活圏域）での介護保険制度の運営実態に即して考える必要がある。なぜならば、それぞれのコミュニティは、介護保険制度の運営において、それぞれの特殊性や固有性（制約条件）を前提として、それらと対峙しながらコミュニティ固有の福祉課題の解決に乗り出しているからである。Welfare Designing が、いくつかの具体的な市町村（介護保険者）を選定し、相互比較を行ないながら地域の持つ固有性と地域横断的な問題を整理し、それぞれのコミュニティ・ケアワークのあり方を描写＝構築するという研究方法を採用する所以である。

介護保険制度の運営に関わる公的組織と民間組織の連携＝ネットワーク

具体的なコミュニティにおける介護保険制度の運営のあり方を考える上では、まずはそれぞれの地域の介護保険サービスの供給状況を明らかにしておくことが必要となる⁴。各種のサービスがどのような供給主体によってどのように提供されているのか。介護保険サービス市場において、どのような主体がリーダーシップを持っているかといったことには、コミュニティの歴史と共に蓄積された〈社会経験〉や社会資源の偏在が強く関係しているためである⁵。

1 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（編）（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），社団法人生活福祉研究機構。

2 駒村康平（2004）「疑似市場論」，渋谷博史・平岡公一（編著）『福祉の市場化を見る眼：資本主義メカニズムとの整合性』（講座・福祉社会11），ミネルヴァ書房，では，政府が直接現物給付を行なってきた分野（教育や医療，福祉等）において，近年導入されつつある〈市場〉を「疑似市場」と位置づけている。

3 〈介護サービス〉の特殊性性格を列挙するならば，①〈介護サービス〉がケアワーカーが利用者を対象に，個人対個人の関係で行なわれること，②〈介護サービス〉が利用者の住宅で行なわれること，③〈介護サービス〉の形態や内容が標準化されても，不定形な部分が多く存在すること，④〈介護サービス〉の質の測定が難しいこと，⑤〈介護サービス〉の需要の発生が多様で変動的であること，⑥〈介護サービス〉の需給市場が一定の閉じた地域空間で完結すること，⑦〈介護サービス〉が個人的な消費でありながら公共性の高いものであること，がある。

4 モノグラフの元となった調査研究報告書〔地域における民間介護事業推進のための調査研究委員会（編）（2003）『地域における民間介護事業推進のための調査研究報告書：介護保険のサービス運営における組織と人のネットワーク』，社団法人生活福祉研究機構〕では，当該箇所の分析ならびに執筆を下田平裕身氏が担当された（第2章）。

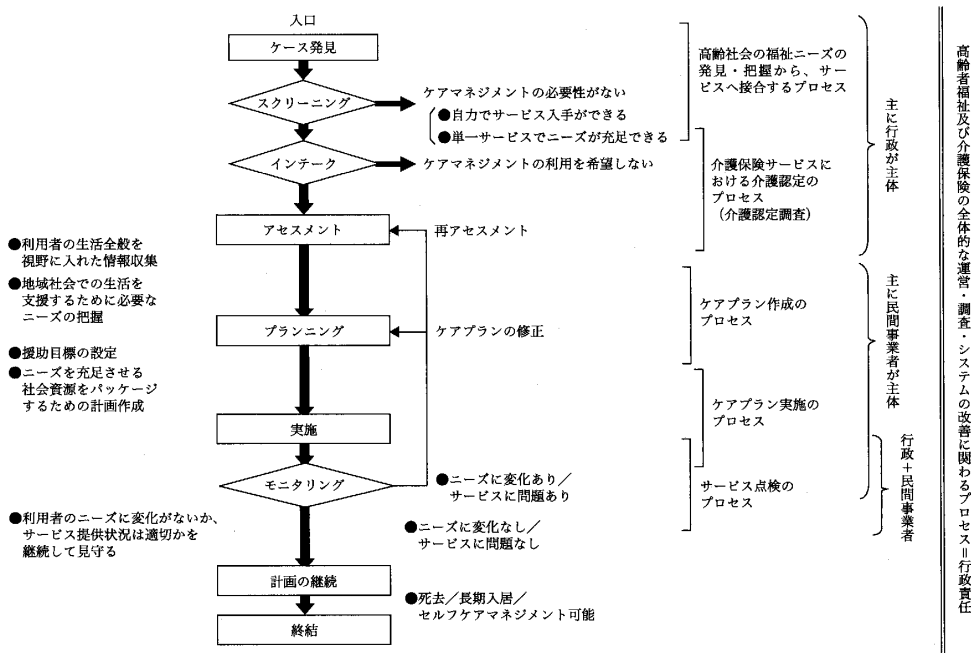
5 井上信宏（2005）「地域包括ケアシステムの担い手とケアマネジメント・ネットワークの構築：ケアマネジメントの系譜と〈ケアの包括性〉のゆらぎ」，『信州大学経済学論集』第53号，を参照のこと。

こうした介護保険サービス〈市場〉の地域的特徴をふまえた上で、それぞれのコミュニティにおける介護保険制度の運営システムの実態を全体的に把握し、コミュニティ・ケアをめぐる実践過程を詳述する作業を通じて、介護保険制度の運営に関わる公的な組織と民間組織の連携＝ネットワーキングのあり方を明らかにすることになる。コミュニティ、すなわち「地域とは、ア priori に設定されるものではなく、固有名を持つ人々が特定の課題の解決をはかる意識的な共同作業を通じて、その当事者たちによって選り直された『生活圏域』であり、それは多層的な構造をなしている⁶⁾」と考えるものにとって、この研究方法は、コミュニティ・ケアワークの部分を担当し、それぞれの組織と人材が当該コミュニティで期待されている役割をどのように果たしているのか/いないのか、果たしていないとすればその原因がどこにあるのか、また、組織と人材がどのように具体的に連携し合っているか(ネットワーキング)に注目しながら、コミュニティの姿を描く＝構築する(Designing)ことにほかならない。この場合、組織および人材の連携については、システム図として明示されるフォーマルな側面だけではなく、日常的な活動に埋め込まれたインフォーマル・ネットワーキングを描き込む必要がある。

高齢者福祉／介護保険の運営システムの構造

コミュニティにおける介護保険制度の運営の目的は、地域の高齢者の福祉ニーズに対応して、適切な高齢者福祉／介護保険サービスの供給を行なうことにある。そのなかでは、ケアマネジメントの各プロセスを通じて〈有効需要〉化されたニーズをめぐる需給システムの構造が問題となる。このシステムは、まずはなによりも「準市場」として組織され、介護保険法に代表される制度の規制

ケアマネジメントの過程からみた高齢者福祉／介護保険の運営システムの構造⁷⁾



6 井上信宏 (2005)「小地域福祉拠点を中心とする市民参加型の地域福祉協働システムと地域福祉のネットワークを推進する兵庫県伊丹市の経験：Welfare Designing (1)」、『信州大学経済学論集』第53号。

7 福富昌城 (2002)「ケースマネジメント」、黒木保博・山辺朗子・倉石哲也(編著)『福祉キーワードシリーズ ソーシャルワーク』中央法規出版、の図をもとに、井上が大幅に加筆して作成した。

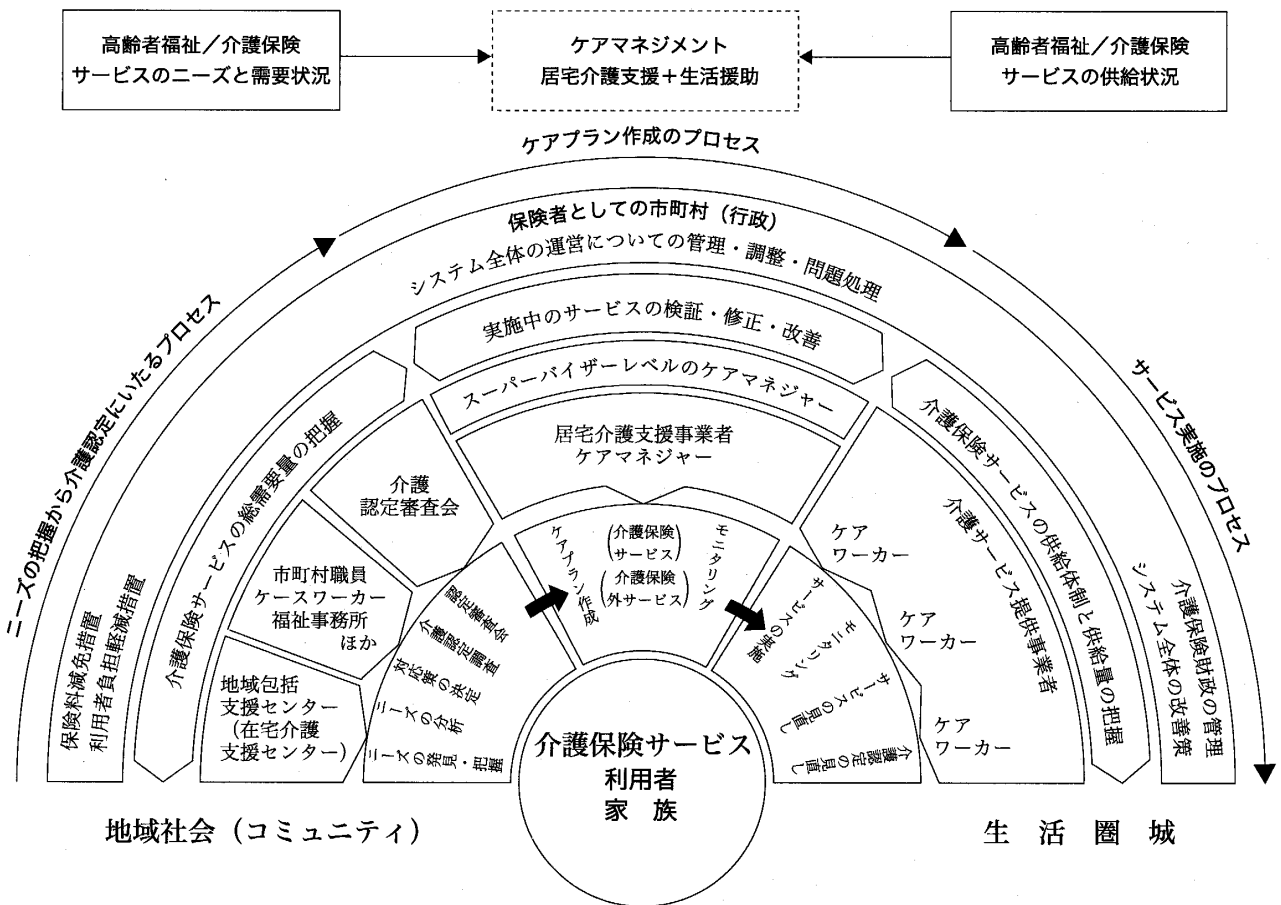
下にある。またそれは、介護保険ならびに高齢者福祉に関わる公私の組織とそれらの連関によって構成されており、それぞれの組織は、サブシステムとして自律的な存在でもある。システムを構築する各組織には、それぞれ役割を分担する人材（専門職種、ケアワーカー）が所属しており、彼らの日常的な活動を通じて交わされるフォーマル／インフォーマルな情報と、それらの交換によって構築されるネットワークがシステム図の背後に描かれることになる。

こうした高齢者福祉／介護保険の運営システムを、より具体的な援助プロセスとその担い手に具体的に分解すると「介護保険の運営システムと各プロセスにおける担い手」（下図）に見られる全体像を描き出すことができる。Welfare Designing におけるコミュニティ・ケアワークの研究課題は、こうした全体像を視野に入れながら、それぞれのプロセスごとに分節化されたサブシステムに対応する形で作り出されている。

「コミュニティ・ケアワークの研究課題と調査項目」（次ページ）の「I. 行政によるコミュニティ・ケアシステム全体の運営のあり方」、「II. 現場のコーディネーターとしてのケアマネジャーのあり方」、「III. サービス供給事業者の状況」、「IV. コミュニティ・ケアシステムの運営におけるネットワーク」は、下図のそれぞれのプロセスにおいてコアとなる研究課題であり、さらに分節化される研究課題と調査項目に従って、私たちはコミュニティの当事者に面接による聴取調査を実施した。

Welfare Designing において、コミュニティ・ケアワークのあり方を描写する＝構築する場合に何よりも注目したのは、高齢者福祉／介護保険サービスの運営システムにおいて働く人たちである。

介護保険の運営システムと各プロセスにおける担い手



コミュニティ・ケアワークの研究課題と調査項目⁸

I. 行政によるコミュニティ・ケアシステム全体の運営のあり方

1) 高齢者の全体的な福祉サービス行政と介護保険行政の関係
① 高齢者福祉に関わる行政の編成 (担当部課, 福祉事務所など)
② 高齢者福祉と介護保険に関わる相談窓口 (ワンストップ型, 多層的な構造など)
③ 高齢者福祉全体の政策理念の形成 (コミュニティの独自性など)
2) 介護保険行政における役割分担と担当編成
① 要介護認定調査と審査の体制 (調査員-行政職員-認定審査会の関係)
② サービス供給体制の点検・方針
③ 介護保険運営システムの各段階で生じる問題の処理体制 (苦情処理など)
④ 介護保険の全体的な方向, 改善方向を考える体制 (問題やノウハウの共有など)
3) 高齢者のニーズの把握とその分析・対応のあり方
① 高齢者の持つニーズの発見・把握の体制 (生活圏域における窓口, 住民情報の収集)
② 在宅介護支援センターの現状とその役割 (包括的な支援を行なうリーダーシップの有無)
③ ニーズの分析とその対応策 (サービスへの接合の決定プロセス)
④ ニーズを持つ高齢者のデータベースと関係者の利用のあり方
4) 介護保険財政の管理と政策立案
① 介護サービスの需給量の把握とその管理
② 全般的な財政の方針
③ 保険料の設定, 負担軽減の措置 (保険料減免制度, 自己負担軽減制度など)

II. 現場のコーディネーターとしてのケアマネジャーのあり方

1) ケアマネジャーの日常業務の実態と労働条件
① ケアマネジャーへの就職動機, 前職経験, 仕事に対する意識
② 雇用形態/ケアマネジャーと雇い主との関係 (指揮命令と専門職としての独立性)
③ ケアマネジャーとしての仕事の自立度 (兼業問題など)
2) ケアプランの作成とモニタリングをめぐる問題
① ケアプランの作成件数 (担当数)
② ケアプラン作成過程における利用者 (本人, 家族, 介護者) との関係
③ ケアプラン作成における供給事業者の選択の仕方 (事業者についての情報の広がりや深さ)
④ ケアプランの実施状況と問題点のチェック, その改善や調整 (供給事業者, 現場スタッフ, 利用者とその家族などとの接触)
⑤ 問題や困難のあるケースについての処理の仕方 (アドバイスや協力のネットワーク)
3) ケアマネジャーの技術の向上ならびに経験の共有化に関わる問題
① ケアプランの適切性の評価
② 担当ケースのケアプランの分析とその成果 (ADLの回復など) の蓄積とノウハウの活用
③ ケアマネジャーらのグループによる事例研究とその成果の蓄積 (専門職種としての自律化)
④ ケアマネジャーの組織化の状況 (組織化できている場合は, その活動内容や目的)

III. サービス供給事業者の状況

1) コミュニティ内外のサービス供給事業者の編成の特徴
① 介護サービス供給事業者の状況 (地域的偏在など)
② 事業主体の特性 (提供サービスの種類や特徴)
③ 地域カバー範囲, ケースの特性に合わせた供給者の分業/役割分担の有無や地域の競争状態
2) ケアワーカーの職務内容
① ケアワーカーへの就職動機, 職業/人生経験, ジェンダー
② 雇用形態と労働条件, 労務管理方法
③ 担当ケースをめぐる情報の流れと相談体制, 利用者苦情への対応
④ ケアワークの能力開発の可能性と経験の共有化状況
3) 事業者のサービス管理
① 提供サービスの点検と質の維持のための方策
② ケアワーカーの募集方法とその養成
4) 事業者間の連携や組織化の状況
① 事業者の連携の実態
② 事業者組織の活動状況

IV. コミュニティ・ケアシステムの運営におけるネットワーク

1) 利用者をめぐる情報の管理や運営のあり方
① サービス利用者の情報についてのデータ管理のあり方
② 個々の利用者についての情報の総合的な把握の程度
③ 行政-在宅介護支援センター-ケアマネジャー-事業者-現場スタッフ-ケースワーカーなど関係者が保有する利用者情報の管理と交換の制約
④ 利用者をめぐる事業所を超えた相談体制の有無 (在宅介護支援センターなど)
2) 問題を孕むケースへの対応
① 利用者からの苦情や相談の状況とその処理の仕方
② 困難ケースの掘り起こし (ケースワーク業務について)
③ 困難ケースの地域ごとの実態と相違
④ 関係者同士の協働で解決するシステムとそのコーディネート
3) 専門職同士のネットワークの構築
① 所属を超えた専門職同士のネットワークの存在
② 専門職同士の能力開発の場の存在
③ 専門職同士の担当ケースをめぐる情報交換の場の設定 (地域ケア会議, 担当者会議など)
④ インフォーマルネットワークの存在

8 地域における民間介護事業推進のための調査研究委員会 (編) (2003) 『地域における民間介護事業推進のための調査研究報告書: 介護保険のサービス運営における組織と人のネットワーク』, 社団法人生活福祉研究機構, の第1章の図 (pp.11-12) に大幅に加筆修正を加えたものである。

なかんづく、現場の市場調整を一手に引き受けた上で、利用者の生活の質の向上という異質の価値基準を調整する職務として創設された「居宅介護支援専門員」＝ケアマネジャー、これまでのサービス提供とは大きく異なる〈介護サービス〉を提供するホームヘルパー、そしてこれまでとりあげられることが少なかった介護認定調査員といった人たちに注目しながら、彼らの専門職労働者としての社会的な位置づけと、彼らの自律的なネットワークの姿を詳述するように心がけている。また同時に、コミュニティ・ケアシステムが、こうした専門職とコミュニティ住民の相補的なネットワークによって構築されているということにも注目する必要がある。

1. 高齢者の福祉ニーズの把握と介護保険サービスへの接合⁹

(1) 松本市の概況と高齢者福祉の特徴

在宅サービスの利用者が多い松本市

長野県松本市は、長野県の中央、標高約600mの松本平を中心に、東西21.9km、南北19.5km、面積約266km²の都市である。新宿から中央本線特急で約2時間30分の松本市には、北アルプス・上高地や安曇野への玄関口として、一年を通して数多くの観光客が訪れる。

松本市は人口20万9,505人、人口密度が約790人/km²、65歳以上の高齢者人口が40,479人、

高齢化率は19.3%である。松本市の高齢化率は、全国平均の18.5%より若干高く、長野県の平均22.4%よりも低い。しかし、1990年の高齢化率13.9%と比較すると、最近10年で高齢化が急速に進んでいる姿が松本市でも確認できる。男性の平均寿命が78.9歳（全国1位）、女性が85.3歳（全国3位）という“長寿・長野県”の姿は、松本市の高齢者人口に占める75歳以上の後期高齢者割合が、2000年に43.0%、10年後の2009年には前期高齢者を上回る推計値が出されていることから概観できるところである¹⁰。

松本市の高齢者人口の予測¹¹

(単位：人)	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年
総人口	209,505	211,498	212,153	212,747	213,270	213,717
高齢者人口	40,479	41,564	42,203	43,202	44,145	45,314
前期高齢者	—	22,069	21,929	22,151	22,352	22,842
後期高齢者	—	19,495	20,274	21,051	21,793	22,472
高齢化率 (%)	19.3	19.7	19.9	20.3	20.7	21.2
40～60歳人口	—	66,390	66,891	67,108	66,937	67,166

(注) 2002年のみ実測値。2003年以降は推計値。

9 本節は、2003年1月6日に信州大学経済学部内で行なった松本市介護認定係のN氏への聴取調査、同年2月22日に松本市役所内で行なった介護認定係長のT氏、介護給付係長のF氏、介護給付係のM氏およびI氏への聴取調査、その際に収集した資料、松本市ホームページ (<http://www.city.matsumoto.nagano.jp/www-cbox/>) を元に行っている(被調査者の肩書きは当時)。モノグラフの作成において、追加的に聴取調査を実施している。調査者は、下田平裕身、井上信宏であり、主に井上が聴取を行なった。

10 国立社会保障・人口問題研究所の「都道府県別将

来推計人口(平成14年3月推計)をもとにして計算した場合、2015年の全国の65歳以上人口(3,277万人)に対する75歳以上人口(1,574万人)の割合は48%となっている。これは、長野県がいわゆる過疎化と共に高齢化を迎えたために、比較的早い段階で後期高齢者の割合が増加し、その後は高齢化の伸び率が緩慢になっていく姿を表している。

11 『安心・いきいきプラン松本(改訂版・案)』(第2期介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画、平成15年度～平成19年度)、平成15年2月、松本市(以下、『第2期介護保険事業計画』と表記)をもとに井上が作成。

介護保険の認定者数・認定者割合・受給実人数・受給率(松本市)¹²

(年/月)	00/04	00/10	01/04	01/10	02/04	02/09
認定者数(人)	4,152	4,586	4,714	5,091	5,489	5,891
認定者割合(%)	10.8	11.8	12.0	12.8	13.6	14.5
受給実人数(サービス利用者)	3,170	3,729	3,874	4,274	4,601	4,821
居室サービス(人)	2,287	2,669	2,819	3,189	3,392	3,559
施設サービス(人)	883	1,060	1,055	1,085	1,209	1,262
受給率(%)	76.3	81.3	82.2	84.0	83.8	81.8

(注)「認定者数」…2号被保険者を含む各月末認定者数
「認定者割合」…認定者数÷1号被保険者数
「受給率」…受給実人数÷認定者数

松本市の介護保険における「要支援・要介護認定者」は、2002年9月末現在、5,891人で、これは高齢者の14.5%が何らかの介護認定を受けていることを表している。認定者数は増加傾向にあり、2002年9月には、介護保険直後の認定者の1.42倍となっている。これは、高齢者数の増加と介護保険制度の認知が拡大したことに加え、各所で介護を必要とする人たちの掘り起こしが進んだ結果と考えられる。この間、受給実人数も3,170人(2000年4月)から4,821人(2002年9月)へと1.52倍に増加している。『第2期介護保険事業計画』では、2007年には認定者数7,484人、認定者割合16.5%と、今後も一定の増加傾向が続くものと推計している。松本市の介護保険の利用状況の特徴として挙げられるのは、在宅でのサービス利用者が多いことである。2002年10月のデータ¹³によると、利用者数割合で在宅サービス利用者73.8%、施設サービス利用者が26.2%となっている。その一方で費用割合では施設サービスの方が高く56.2%である。サービス利用者一人あたりにかかる月額費用は、在宅サービスの平均9.2万円に対して、施設サービスは33.1万円となっている。

高齢者福祉の相談窓口の開設

松本市の社会福祉を統括するのは健康福祉部

である。健康福祉部は、部全体を統括する福祉計画課、生活保護と障害者を担当する福祉課、児童全般の児童課、介護課(以上4課は福祉事務所を兼ねる)、国民健康保険・介護保険の保険料を担当する保険課、保健師を中心に予防衛生等を担当する健康課、松風園(養護老人ホーム)に分かれており、高齢者福祉は主に介護課が担当する。介護課は、介護給付係(12名、うち2名は『第2期介護保険事業計画』を作成するために福祉計画課から配置された1年限定の臨時増員)、介護福祉係(23名、うち正規職員19名。基幹型在宅介護支援センターを兼務)、生きがい係(4名、うち嘱託職員1名)に分かれている。このほかに協力団体として、松本市社会福祉協議会、松本市福祉公社が健康福祉部と密接な連携をとりながら、松本市の地域福祉に関わっている。

高齢者福祉関連の窓口が介護課に集約されたのは、2002年4月である。それまで福祉計画課にあった「生きがい係」を介護課に移すことで、保険料等の一部専門的な部署を除いて、高齢者窓口は介護課に一本化されたのである。基幹型在宅介護支援センターを兼ねる介護課には、保健師資格を持った職員も配置されており、直接窓口に来た市民の相談にも対応可能である。

12 『第2期介護保険事業計画』をもとに井上が作成。
13 2002年9月に請求された国保連審査資料(内部資

料)をもとに計算。

(2) 松本市におけるコミュニティ・ケアの政策理念

『第2期介護保険事業計画』にみる

松本市の高齢者福祉の特徴

2000年3月にとりまとめられた『第1期介護保険事業計画』（2000～2004年度）は、福祉計画課が、高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画の双方のとりまとめを担当した。『第2期介護保険事業計画』は、介護課がとりまとめの担当となり、前回の事業計画の担当であったM氏とI氏が1年限定で福祉計画課から介護給付係に移り、他の部署と連携を取りながら、介護保険事業計画と高齢者保健福祉計画を取りまとめた。

『第2期介護保険事業計画』の策定にあたっては、2002年10月に要介護認定を受けている市民全員（5,347名）を対象とした「松本市高齢者等実態調査」（調査票回収率77.4%）を実施して、介護サービスの利用状況や利用希望を把握した上で、公募市民6名を含む介護保険・高齢者福祉専門会議が中心となって原案を作成した。この間、2002年2月から9回の「松本市健康福祉21市民会議」を開催し、そこで草案等を語りながら策定作業が進められた。この専門会議と市民会議には、介護課から7名、福祉計画課から4名、健康課から2名、保険課から2名の合計15名の職員が関わった。

松本市では、「高齢者の保険、福祉及び介護に関する総合的な計画」を策定するため、高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画を一体として計画作りを進めてきた。『第2期介護保険事業計画』は、介護保険事業に加えて、介護保険対象外の保健福祉施策と生きがい作りや社会参

加といったトータルな高齢者福祉計画として取りまとめられている。実際に計画策定にあたったM氏は、計画の注目点を次のように語った。

高齢化の問題は日本全国で共通したのですが、松本市の場合、70歳以上の高齢者の介護保険認定率が非常に高いこと、そのためか、認定される要介護度もまた平均よりも若干高いことが特徴です。だから、今回の介護保険事業計画では「介護予防に力を入れた施策」が必要だという結論に至りました。これが今回の計画の第一の特徴です。

次に注目したのは、高齢単身世帯の増加です。松本市の場合、高齢者のいる世帯の占める割合は長野県平均と比較して低いのですが、高齢単身世帯の割合は著しく高いのです¹⁴。もちろん、高齢夫婦世帯も増加傾向にあります。こういった方々に介護が必要となった場合、どうしても施設介護を希望されるケースが多くなります。何らかのサポートがあれば在宅で生活可能な場合でも、「サポートが見つからない、不安がある」ということで施設への入所を希望される方は増加傾向にあります。こういったケースに注目して、できる限り在宅で安心して生活できるようなサポートを充実させることが、第二の特徴です。具体的には、食・住に関するサポートを強化します。例えば、ケアハウスのような安心できる住まいの提供、配食サービスの充実などを考えています。

第三の特徴は、「介護者支援」を厚くしたことです。「松本市高齢者等実態調査」で明らかになったのですが、施設に長期の入所・入院をして介護を受けることを希望する人の割合が3割近くになっています。2000年の調査では8.8%でしたから急増しています。松本市でも施設の需要は高いんですね。この背景には何かあるかという、「介護者負担増」なんです。特に、金銭的負担よりも精神的負担を感じていらっしゃる介護者は、全体の半分以上を越えるんです¹⁵。施設入所希望

14 『国勢調査』（2000年）によると、松本市の高齢者世帯は25,953世帯、全体に占める割合は32.1%である（長野県は315,495世帯、41.7%である）。このうち高齢単身世帯を取り出すと、松本市は4,677世帯、高齢者人口比12.2%で、長野県の45,549世帯、9.6%よりも高い。

15 「平成13年度松本市高齢者等実態調査結果報告」（コピー版）によると、介護者が金銭的負担を感じ

る割合は34%（「すごく負担」8%、「かなり負担」26%）、身体的負担を感じる割合は49%（「すごく負担」11%、「かなり負担」38%）、精神的負担を感じる割合は59%（「すごく負担」16%、「かなり負担」43%）となっている。また、主な介護者の78.1%が女性で、主な介護者の52%以上が60歳以上（65歳以上は約40%）であり、松本市では、介護者の女性化に加えて高齢化が進んでいることがわかる。

が増加する背景の一つに、介護者負担があるというのは間違いだと思います。ですから、市では介護者支援を積極的に行なうように計画を策定しました。〔M氏〕

『第2期介護保険事業計画』において松本市が推進する介護予防、ケアハウスなど高齢者向け住宅の整備といった施策は、いずれも今後、在宅介護推進の要と考えられているものである。高齢化と共に過疎化が進展し、暗黙のうちに想定されていた“主たる介護者”としての家族が離散した結果、高齢者世帯が急増してくれば、在宅介護を支える基盤が脆弱化することになる。こうした「高齢者家族モデル」の増加を想定した介護保険事業の推進は、今後必要度が高まることが予想される。そうしたなかで、介護予防を推進することによって要介護期を先延べにし、ケアハウスなどを充実させることで施設入所を先延べにする松本市の施策計画は、「高齢者家族モデル」を先取りするものと評価できるであろう。他方、従来の介護保険制度が暗黙のうちに想定していた「家族同居モデル」についても、特に介護者に対する支援を厚くすることで公的な支援を行なおうとするのが松本市の特徴である。そもそも家族介護者に対する支援は、介護保険制定時の議論から、これまで国の施策として積極的に推進されてこなかった領域である。

介護者支援の推進

要介護者からみた同居の主な介護者の続柄は、“息子の妻”である「子供の配偶者」の32.3%を筆頭に、「配偶者(妻)」25.8%、「子(娘)」18.0%と、全体の7割以上が「女性が主たる介護者」となっており、「男性が主たる介護者」となるのは、「配偶者(夫)」の12.1%、「子(息子)」11.1%、「子の配偶者(娘の夫)」の0.7%に過ぎない¹⁶。日本で介護保険法が制定

された背景には、それまで女性親族を中心に介護が私的に処理され(家族内老親扶養モデル)、その枠から外れた貧困層に限定し、行政処分として実施してきた介護サービスの供給(施設収容生活モデル、高齢者生活保護モデル)を抜本的に見直す必要があるとの認識がある¹⁷。しかし、1980年代のノーマライゼーションの理念を経由して制定された在宅介護を中心とする現行の介護保険法は、その理念において、同居あるいは近隣に住む親族を「主たる介護者」に位置づけており、在宅介護支援という名目で介護サービスが提供される市場は成立したものの、それまで“私的に介護を担っていた女性親族”というカテゴリーは、ケアマネジメントの作成において、「主たる介護者」として明記されることで強化されこそすれ、そのジェンダー不均等は大きく変わることはなかったのである。

ドイツの介護保険法(1995年施行)では、職業としてではなく週14時間以上在宅介護に従事するものを“介護者”と規定した上で労働災害保険等の社会保険資格を付与した上で、介護保険から介護手当が支給されており(現金給付)、有償労働として社会的に承認されている。もちろんこうした背景には、介護保険で保証される介護サービスの内容に限界があり、自己負担を行わない限りは十分な介護サービスを受けられないという現状や、ホームヘルパー等の人材養成が不十分なため、現物給付への一本化が行ない得ないという状況があるが、介護手当が制度化されることによって、“介護者”が介護労働を担う者として、社会的に認知する制度が用意されていることは注目し得る¹⁸。日本ではここまで積極的に介護者の社会的地位を保障するまでに至っていない。ましてや、ジェンダーに関わりなく、誰もが介護というケアワークとの両立を可能とするような「労働組織の再編成」が社会的に実現されてもない¹⁹。

16 『国民生活基礎調査』(平成13年), 厚生労働省。

17 井上信宏(2005)「地域包括ケアシステムの担い手とケアマネジメント・ネットワークの構築: ケアマネジメントの系譜と〈ケアの包括性〉のゆらぎ」、『信州大学経済学論集』第53号を参照。

18 町田隆男・井上信宏(2001)「欧州の介護福祉と能力開発」, 介護職研究会(編)『介護職の能力開発に関する総合的研究』, 生活経済政策研究所, pp.147-202を参照。

高齢者介護手当の支給²²

	手当年額	対象者	予算規模
要介護度 5	200,000円	269人	(939名) 1億4,392万円
要介護度 4	180,000円	289人	
要介護度 3	100,000円	380人	
要介護度 2	100,000円	1人	

※但し「要介護度 2」の支給対象は重度認知症に限定される。

「主たる介護者」をめぐる問題は、彼女らが高齢者介護の不払い労働に従事させられていることだけに留まらない。老親扶養の延長に位置づけられる介護は、一部サービスの供給が社会化されているとしても、「主たる介護者」の不払い労働が社会化されることはないし、彼女らの多くは介護に関わる問題を「家族の問題」か「自分で解決すべき問題」として認識することが多く、介護不安を抱えたままに老親扶養を継続している可能性が高い。

こうした状況を踏まえて松本市は、『第 2 期介護保険事業計画』において介護者支援を積極的に推し進めることになった。特に、介護者が抱える孤立感や不安といった「精神的負担」の解消を図るために、これまでの介護者の交流会に加え、介護のノウハウを取りまとめた「介護マニュアル」を作成したり、介護者自身の健康管理の必要性を鑑みて、健康診断を受けやすい環境作りが施策に組み込まれている。しかしながら、家族介護者をめぐるサポートの展開は、一筋縄ではいかない。

介護者の健康を維持し、介護しやすい環境を作り出すというのは、全体的な方針は立てられても、それをどのように具体的な施策にできるかということでは、まだきちんと詰められてはいません。…特に、精神的な負担に対するサポートといっても、どういったことが可能なのか…、この点は難しいところですね。市役

所でしょっちゅう出かけていって声をかけるということもいかないもので、もっと地域福祉に絡めて、介護者に対して気をつけるようにしなければいけないという感じですね。〔M氏〕

介護に関わらずケアワーク一般は、家族という閉鎖空間で行なわれる行為であり、かつケアを受ける主体の固有性にその内容が大きく規定される。そのため、介護者支援もどのような対応が最も効果的な支援なのかが十分に捕捉されていないというのが実情である。

そのため、今回の計画策定において、松本市で具体的に施策化されたものは、「移送サービス」と「高齢者介護手当」である。移送サービスは、重度の介護を要し、通常の車両への乗車が困難な人が、入院や入所で寝台タクシーを利用する必要がある場合に一定額の補助を行なうものである（但し、所得制限がある）。

高齢者介護手当は、1年以上前から介護をしている同居の家族またはそれに準じる介護者に対して、被介護者の要介護度に応じた手当を支給するものである。介護者の要件は、松本市内に居住して、毎日実際に介護を担当していれば支払対象となる²⁰。高齢者介護手当の支給は、各市町村の独自事業として措置時代から継続して実施するところは少なくないが、その金額や所得制限（市民税非課税世帯）の有無で地域格差²¹が見受けられるサービスである。松本市の

19 久場嬉子 (2002) 「ジェンダーと「経済学批判」」、久場嬉子 (編) 『経済学とジェンダー』 (叢書 現代の経済・社会とジェンダー, 第 1 巻) 明石書店, 所収。

20 松本市では、1年間の間に180日以上在宅で介護にあたっていけば、介護者に支給される。

21 中井清美 (2003) 『介護保健：地域格差を考える』 (岩波新書 820), 岩波書店。

要介護認定調査の実施状況(松本市)²⁴

	2000年度	2001年度
職員による直営調査	6,989件(99.7%)	9,929件(99.3%)
外部委託による調査	21件(0.3%)	65件(0.7%)

場合は、所得制限を設けず、要介護度によって支給金額を設定しているところに特徴がある。

(3) 高齢者の福祉ニーズの把握とケースワーク

高齢者の福祉ニーズの把握

——市の直営で実施される認定調査

松本市では、県外のケースを除いて認定調査は市の直営であり(99%以上)、市の職員である認定調査員が調査希望者の自宅に出向いて認定調査を実施している。2002年9月現在、調査員19名、そのうち12名が地区担当のケースワーカーを兼務している。

要介護認定の「申請」から「要介護認定」までの流れは、全国どこも同じ手順で作業が進められる。しかし、コンピュータ処理が可能なフォーマットに全国统一されている一次判定用調査票、訪問調査時の特記事項、かかりつけ医の意見書のそれぞれの場面で、調査や資料作成においてブレ(誤差)が生じる可能性がある。一次判定用調査票は、調査員が利用希望者やその家族へインタビューを行ないながら作成されるが、身体状況をチェックし、その結果を調査票に記入するのは調査員である。特に、二次判定で参照される特記事項は、調査員が利用希望者の状態をどこまで書き込むか/書き込まないのかで、調査員相互のブレが生じやすいところである。医師の意見書もまた、記入する医師や利用希望者との関係が意見書に反映される可能性が高い。さらに、認定調査の各段階で収集されたそれぞれのデータは、介護認定審査会で二次判定に利用されるが、二次判定では、一次判定に活かしきれない個別の問題を特記事項と意見

書から汲み取って、最終的な介護認定を決することになる。そのため、認定調査の段階で、調査のブレを極力避ける方策が必要となる。

松本市は、近隣の19市町村とともに「松本広域連合」を作って介護認定審査会を実施している²³。認定審査の過程で生じるブレは、松本広域連合のなかでも指摘されている。

認定審査の過程で生じるブレをはかるバロメーターは、広域審査会から市町村への問い合わせがどれだけあるかです。広域連合の中でもっとも問い合わせが少ないのが松本市です。審査会で1ケースごとにチェックをしていくと、それぞれの書類を突き合わせて矛盾があるようなことがよくあるんです。「麻痺があるのに、身体機能に影響がない」などのような、普通ありえない状況が書類上で現れるんです。そういった場合には、もう一度、市町村へ問い合わせることになります。〔T氏〕

そのブレを極力押さえるために、松本市はどのような対策をしているのであろうか。

松本市と他の市町村の違いは、調査結果を審査会に提出するまでの過程にあります。松本市以外の市町村は、現場からあがってきた書類をそのまま審査会に提出しています。松本市は、認定調査員がまとめた結果をトータルコーディネート役の保健師が二次・三次のチェックを行なってから一次審査を行なって、調査結果を審査会に提出しています。〔T氏〕

松本市のように、いくつかの段階でチェックをかけることができれば、認定審査もスムーズにいく可能性が高い。もちろん、多くの町村の場合、そういった事前チェックを行なうだけの人員の余裕がないということも考慮される必要

22 『第2期介護保険事業計画』と聴取調査をもとに作成。

23 2003年2月現在。

24 『第2期介護保険事業計画』より。

があるだろう。しかし、問題はチェックシステムだけにあるのではない。認定調査の直営／委託の違いもまた、認定審査結果にブレを産み出す可能性を持っている。

松本市では、公正、中立な認定調査を行なうために、長野県内でもいち早く市直営で認定調査を実施することを表明して、19名の認定調査員を配置しているんです。他の町村によっては、直営以外に委託も多いんじゃないでしょうか。私も見ていて思ったのですが、ケアマネに委託して調査してもらおうと、その結果は微妙に調査員と視点がずれることがあり得るんですね。
〔T氏〕

認定調査を市の直営で行ない、上がってきた調査票に対して二重三重のチェックをかけるスタイル以外に、松本市は、“介護”と“福祉”をストリートレベル²⁵（現場）で融合させる独自の対応をとっている。松本市では、介護福祉係長の強い指導のもとで、認定調査員に地区担当のケースワーク業務を兼務させて現場の勘所を感得させることで、訪問調査時に調査票に記入する「特記事項」の内容を注意深くコントロールしているのである。

高齢者個人の生活が連想できる情報の収集 —認定調査における「特記事項」の位置づけ

介護保険の利用希望者が利用申請を行ない、初めて自宅を訪れる専門家が「認定調査員」である。認定調査員は、申請があった家庭を訪ねて、本人に面接しながら79項目の調査票をチェックするとともに、「特記事項」という自由記述欄に介護状況や家庭環境を記録する。その後、コンピュータによる一次審査を経て、医師の意見書等を集約して認定審査会による二次判定を行なうことになる。このプロセスの中でT氏は「特記事項」のもつ意味を次のように解釈した。

結局、「審査会」は書類だけで最終認定を行なうわ

けです。ですから、「書類や出されたデータだけで、どこまで利用者の状態を把握できるのか」という問題が常につきまといます。集約されたデータからどれだけ本人の姿が“連想”できるかという問題です。連想する必要があるのはなにも本人だけではありません。在宅では、家族状況や介護者の姿、住居状況など、いろいろと連想を働かせる必要があります。そういったことが連想できるような資料でないと、本当の意味で審査会に伝わりませんし、そうすると、審査会で正しい認定結果を決めることができません。審査会のメンバーは、本人を直接見ていないわけですから…

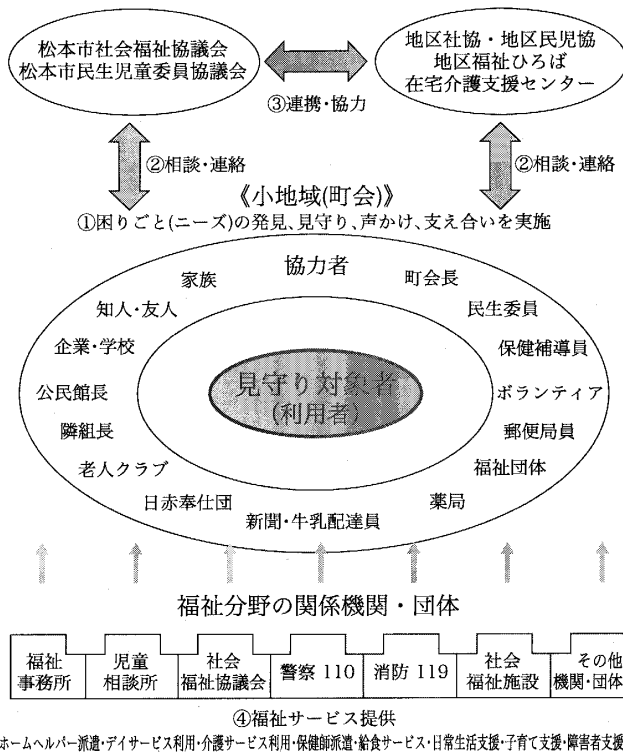
だから私は、「特記事項」を利用して、一次判定や医師の意見書とともに、できるだけ利用者のトータルな姿が連想できるようなデータを収集するように、調査員に強く指示を出しました。認定調査の基本的な考え方は、本人状態のチェックだけなんです。家族や介護者については調査項目が用意されていない。ですから、調査票から抜け落ちたこれらの情報を中心に、家族の状況、住居の状況、主たる介護者は誰なのか…、それらの情報を必ず入れろと指導しています。そういった細かなことまで国は指示していませんが、それがあつたのとないのとでは大きな違いになります。

介護保険サービスは、在宅介護の一部を提供するに過ぎないんです。生活の大部分はそれまでの日常生活がそのまま継続しているのですから、家族のことや介護者のこと、近隣のサポートやご近所関係が情報として大切になるんです。そういった“本人を取り巻く情報”がないと、（判定は）実際には無理です。他の町村ではここまで細かな指示を出していないでしょう。（特記事項が）書かれていても本人の状況だけだと思います。松本市であれば、例えば独居老人であれば、近くの誰がサポートしているのかまでヒヤリングして書き込ませています。近隣関係が旨くいつているのかどうか、軽易なゴミ出しのようなことは隣近所でサポートできているかどうか、雪かきなどはどうか…私は、そういった情報も大切だと思うのです。

全国共通の「認定調査票（概況調査）」の調査項目は、心身の状態や認知症の場合の問題行動のチェックを中心に作られており、基本的には利用希望者の身体機能の調査に限定されている

25 リブスキー、マイケル（田尾雅夫／北小路信郷訳）（1986）『行政サービスのディレンマ：ストリート・レベルの官僚制』木鐸社。

松本市が描く見守り安心ネットワーク図²⁶



る。家族状況については、「調査対象者の主訴、家族状況、調査対象者の居住環境、日常的に使用する機器・器械の有無等」と一括して「特記すべき事項を記入してください」と自由記述欄が用意されているに過ぎない。特記事項をめぐるT氏の解釈は、こうしたフォーマットから読み取れる利用者情報の遺漏をできる限り少なくすることで、認定調査の精度を高める指示へと繋がっている。

高齢者福祉の一部として介護保険を位置づける松本市のやり方を丁寧に続けることによって、介護保険利用者の情報が介護課に集約される。それらは認定審査会に提出される資料を作成するためにデータベース化される。しかし、松本市の独自性はここに留まらない。認定調査員を地区担当のケースワーカーと位置づけることで、集約されたデータをもとにケースワークを実施しているのである。

**認定調査とケースワークを兼務する
認定調査員**

松本市では、19名の認定調査員のうち12名が

地区担当のケースワーク業務を兼務している。松本市のケースワーカーは、介護保険施行以降も、措置時代と同じように個別ケースの台帳管理を行なっているのである。台帳管理の対象は介護保険の利用者全員ではないが、認定調査員＝ケースワーカーが認定調査の過程で必要性を感じれば、介護保険の利用申請に留まらず、その他の福祉サービスの利用を市民に促すことも可能となる。認定調査の過程で掘り起こされた“福祉対象者”については、新たに台帳管理の対象に加えられ、介護保険に留まらない高齢者福祉全般のサービス管理を調査員であるケースワーカーが担うことになる。こうした介護と福祉の連繋がスムーズに行われるように設計された松本市のやり方について、T氏は次のように言う。

介護保険がスタートして、「措置」から「契約」へという話しがよく言われます。もう措置の時代は終わった、だから役所に責任はないというところも少ないでしょう。でも、私はそうじゃないと思うんですよ。介護保険だけを見るんじゃなくて、高齢者福祉

というトータルな視点から見ると、やはり高齢者福祉の最終的な責任を負うのは行政だと思うんです。

それゆえ、介護保険によって新たに必要とされた認定調査員も、高齢者福祉というトータルな視点からサービス提供を行なうストリートレベルの行政職員として位置づけられ、地区担当制を導入し、ケースワーク業務を兼務させることで実質的な仕事内容を担えるだけの権限を制度上与えているのである。しかし、こういった動きは他の地区ではあまり見られないことである。

実は、介護保険がスタートして、ケースワーカーを減らしている市町村が圧倒的に多いのです。N市も半分以下にしていますし、S市も3分の1以下にしています。高齢者は今後増えるわけですから、ケースワーク業務は増えると思いますが…。だから、松本市では逆に増やしています。地区担当制も入れた高齢者担当のケースワーカー（12名）のほかに、障害者担当、生活保護担当と、ケースワーカーはそれぞれ別々にいます。それぞれ別の業務を兼務していますが、ケースワーカーがきちんと台帳管理して行政として見守りを行なうということには変わりありません。〔T氏〕

このように、介護保険施行の初発から、利用者宅を回り、現場を直接見聞きする訪問調査員＝ケースワーカーを最大限に活用しながら、介護保険に限定することなく高齢者福祉の掘り起こしを行ない、「見守り対象者（利用者）」をサポートすることが松本市の高齢者福祉の現場の職務として認識されていたのである。介護保険の入り口にいるような人が見つければ、市内13ヶ所に設置された在宅介護支援センターが対応し、そのうち困難ケースについては高齢者担当のケースワーカーに加えて、地区担当の保健師が対応する。また、松本市内の29地区に置かれた「地区社会福祉協議会」、同地区ごとに置かれた「民生委員・児童委員協議会」、市内26ヶ所に設置された「福祉ひろば」など、生活に問題が生じている高齢者を「見守る」ネットワ

ークが多層的に用意されているのである。

さまざまな窓口を通じて集約された台帳データは、市役所で一括管理され、守秘義務を担った市役所職員、民生委員、社会福祉協議会等が同じデータを管理し、日々の業務に役立てている。

介護保険移行直前に行なった台帳整備

介護保険制度に移行後も高齢者担当のケースワーカーを設置して個別ケースの台帳管理を続けている松本市の方法は、措置から介護保険への移行期にその基礎が作られた。T氏によると、松本市では、介護保険制度への移行の3年前から対象者の掘り起こしと制度の丁寧な宣伝を始めたという。

—介護保険への移行はスムーズに行われましたか？

こちらが思っていたよりもスムーズに移行したというのが偽らざる気持ちですね。もっと混乱するかなと思いましたが…。スムーズな移行のために、松本市は周到に準備しましたよ。

—どのような準備を行ないましたか？

措置制度というのはお上に任せていればよかったんですが、介護保険は自分で制度を理解して、自分が選択して、自分で契約しなくちゃならない。その上、自己責任が発生するわけですね。その新しい制度のスタンスを（市民が）きちんと理解しているかどうかが大変なんです。その理解を得られるまでが大変だろう、それが混乱の要因となるだろうと思っていました。そのあたりが割とフォローアップできたというのが、混乱がなかった要因だと思いますね。具体的には、（介護保険スタートの）3年前から対象者の掘り起こしと丁寧な宣伝を始めたんです。

当時、措置制度の対象者は、いわゆる「福祉系サービス」のみの利用者なんですよ。「医療系サービス」の利用者は全くデータがありませんでした。ですから、市役所が基本的に把握できる対象は福祉系の対象者だけだったんです。そこで、ちょうど私の上にいる保健師さんと一緒に、医療系サービスの受給者を全員あらいだして、新たにその人たちについても、措置対象者と同様に台帳を作成して一元的に管理することにしま

した。

当時、福祉系の対象者が台帳ベースで2,000件、新たに加わった医療系の対象者が2,000件、合計4,000件が、新たに介護保険の対象者となるだろうと予測がつけられるようになったのです。一番最初の介護保険認定者数が4,000名ちょっとですから、ほぼ事前に台帳を作成した人が介護認定されたんだということがわかります。ですから、台帳管理が完了した段階で、個別にフォローアップできていたものですから、あまり困難がなかったんだらうと思います。

一台帳管理とフォローアップが決め手であったわけですね。

そうです。台帳管理するために新たに台帳を作った人も、以前からの人も、台帳に記載する情報に齟齬がないか、一件一件まわって、それぞれが受けているサービスの内容を確認しました。そのために一軒一軒回ったときに、介護保険制度の説明をしていったんです。その説明は、ケースワーカー、健康課職員、訪問看護、民生委員…と、関連する人たち総出で回りましたよ。説明会もだいぶやりました。

こうやって振り返ってみると、新しい制度にすっと入っていったけど、それ以前に手間暇かかっていますね。だから逆に、掘り起こしが進みすぎちゃいましたか…。2002年9月の実績で言うと、介護保険の利用率でいくと、高齢者人口一人当たりの利用率は長野県17市のうち2位、施設の入所率は1位ですね。

(4) 生活圏域における多層的なコミュニティ・ケアのネットワークング

「見守りあんしんネットワーク」による 隠れた福祉ニーズの掘り起こし

福祉サービスの供給体制が整備されても、そのサービスへのアクセスが困難であれば機能しない。2000年に社会福祉事業法が改正されて「社会福祉法」に変わったときに、「地域にお

ける社会福祉の推進」が法律の目的に書き込まれ、市町村を単位とする地域づくりの具体的な目標に福祉コミュニティの実現が組み込まれることになった。前述のような松本市の地域福祉ネットワークシステムもこうした全国的な流れの中で充実化されてきたものであるが²⁷、いわゆる“システム図”が描けることとそれが実際に機能していることは同値ではない。鳥瞰図が描けても、それが機能不全に陥らないようにワークさせるためには、システムのどこに力点を置くのかをはっきりさせる必要がある。その力点の置き場所は、地域の固有性に強く規定されており、日頃から現場を観ている職員の経験知に頼るところが大きい。介護保険の導入前から高齢者福祉の経験を重ねてきたT氏は、問題ケースの早期発見の重要性を強調する。

…現場が抱える問題は、そういった人（見守りが必要な人）のデータ管理やネットワークをどう作るかということではなくて、そういった人をどうやって発見するのかということなんです。正直いって、家の中で何が起きているのかは、外からは分からないのです。だから、ネットワークが機能するかどうかは、そういったケースを発見することができるか否かにかかっているんですよ。社会的に対応が必要とされるケースはどこにでもあるんです、町や村でも。ただ、普通は目を蔽っているんです、行政が。ですから、そういった困難ケースをいかに早く発見して、その情報を共有して、フォローアップできるかどうかなんです。手おくれになったら、これはもうどうしようもないんですよ、ケース対応というのはね。

生活における基本ニーズを自らの力で充たすことが困難な人を掘り起こし、個別にケース対応することが、福祉サービスのネットワークを活かすために必要だというT氏の指摘は鋭い論点を含んでいる。自らがおかれた状態を外に向かって語ることすらできない存在を、文字どおり掘り起こしていくことは、これまで「民生委員」が担う仕事のひとつとされていた。

(松本市の場合) 今でも民生委員が見つげ出すケー

27 もちろんこうした福祉コミュニティの実現は、社会福祉法の制定以前から続けられていた。全国社会福祉協議会(編)(1984)『地域福祉計画：理論と方法』全国社会福祉協議会、などが嚆矢である。

松本市への介護保険相談件数²⁹

相談窓口		相談件数	
		2000年度	2001年度
介護保険相談員		23,738件	17,013件
介護保険派遣相談員		244件	326件
在宅介護支援センター		13,062件	22,730件
在宅介護支援センター相談協力員		31件	222件
介護110番	相談	248件	106件
	苦情	36件	61件

が多いのは事実です。でも、それは数の上でということ。市民のなかには「民生委員だから嫌だ」という人が多いです。ですから、民生委員だけに任せていたのではだめなんです。民生委員だけではなく、いろいろなネットワークを作り上げて、あらゆるところからそういった困難ケースを探し出す回路を創り出す必要があるのです。それくらいに、困難ケースの発見というのは難しいのです。〔T氏〕

その意味では、松本市の「見守り安心ネットワーク」は、困難ケースを発見するためのネットワークとしても機能することが期待されている。また、松本市の29地区に配置された民生委員を活用するため、市役所と民生委員は毎月定例会を設け、地域ごとのケースカンファレンスを実施している。このケースカンファレンスを通じて上がってくるケースは、市役所だけではなく他の民生委員とも情報を共有しながら、具体的なケースワークに繋げる対応が行われることになる。このミーティングでは、平均して1地区あたり4～5ケースの掘り起こしが進められており、対応が長期に及ぶケースは、そのうち1～2ケース程度である。家族関係が関わる問題と精神性疾患に関係するケースが、長期に及ぶ困難ケースとなりがちであることは、松本市の例でも変わらない。

困難ケースの典型が、身内に放置されているケース

ですね。同居でも起こります、このケースは。そうすると見え難いですよ。それから、今一番困っているのは、精神系の問題を抱えるケースが増えてきていることなんです。特に、主たる介護者が精神疾患という例が増えてきています。だから、介護できていないんです。それが一番問題ですね。〔T氏〕

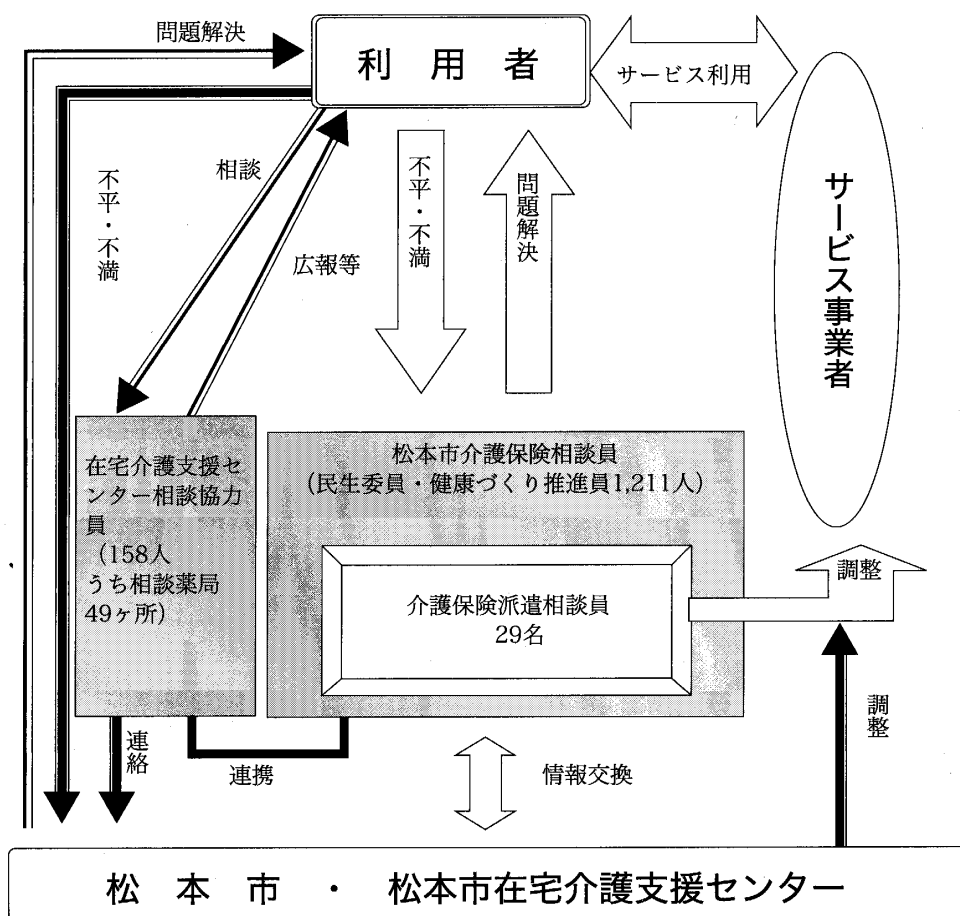
個別のケース対応が福祉の基本である。ここでは、一般論で対応しきれないケースに対して、それぞれの福祉ニーズを抽出し、個別に対応することが期待される。そのため、ケースの掘り起こしが進めばすすむほど、対応すべきケースが可視化されることで、行政責任が問われることになる。しかも現場では個別対応が必要とされているため、業務量が急激に増加することになる。しかし、ケースの掘り起こしと個別対応は、生活の質を保障する行政責任だけではなく人権の視点からも必要度が高い福祉サービスの一つであることは間違いない。いわゆる「申請主義」という手続き上の決まりだけでは処理できない、現代社会の福祉問題や貧困問題²⁸がそこにあるためだ。

松本市の福祉ひろばと地区社協を中心にネットワークされた「見守り安心ネットワーク」は、不可視化されがちな困難ケースを生活圏域で対応するために、行政と市民生活の間に設定された、多層性をもった中間的コミュニティ

28 例えば、岩田正美・西澤晃彦（編著）（2005）『貧困と社会的排除：福祉社会を蝕むもの』（講座・福祉

社社会9）ミネルヴァ書房、の各論文を参照。
29 『第2期介護保険事業計画』より。

松本市の相談・苦情処理のネットワーク³⁰



ィの一つとして理解することが可能である。

市民を巻き込んだ相談・苦情の ネットワークング

介護保険の準備段階で問題とされていたことは、「措置時代の利用者が新しい介護保険に滞りなく移行できるか」ということであった。というのは、要介護度に応じてホームヘルプサービスの内容がケアプランで厳格に決められた上、それらのサービスは基本的に1時間を基本単位に提供されることになるため、措置時代のように長時間にわたるケアが保障されるわけではないし、ヘルパーもまた場合によっては入れ替わる可能性が高くなるからである。その上、介護保険制度への移行に伴って、費用の1割の利用者負担が必要となり、その意味では措置時代の

サービスとは大きく異なることが予想された。

そのため松本市では、1999年9月に約1,000名規模(02年現在、1,211名)になる民生児童委員と保健指導員に「松本市介護保険相談員」を委嘱し、措置対象者の自宅を訪れて、新しい制度の周知と利用の仕方を説明し、それぞれの地域で新しい制度を周知徹底させるための活動を行なった経緯がある。そして、介護保険制度が始まってからは、介護保険に関する苦情申し立て窓口として介護保険相談員が活用されている。松本市内の29地区に設置された介護保険相談員は松本市の独自事業である。さらに、国の事業としてその中から29名の介護保険派遣相談員を選定し、それぞれ担当地区の施設を定期的に訪問して、相談業務を行なっている。介護保険初年度は、介護保険相談員への相談件数が多いが、2年目以降は本格的に機能することになった在宅介護支援センターが引き受ける相談が

30 「介護保険の実施状況とサービス事業者の動向」(コピー版、内部資料)より。

介護110番への相談状況³¹

	2000年度	2001年度
制度に関すること	41件	48件
サービスに関すること	131件	67件
保険料に関すること	17件	0件
ケアマネに関すること	12件	6件
制度外に関すること	83件	45件
(合計)	284件	166件

介護110番への苦情³²

	2000年度	2001年度
ヘルパーに関すること	9件	10件
通所サービスに関すること	8件	11件
ショートステイに関すること	1件	8件
施設サービスに関すること	1件	7件
ケアマネに関すること	6件	12件
介護認定に関すること	1件	4件
その他	10件	15件
(合計)	36件	67件

多くなっている。ここからもうかがえるように、制度の変わり目で生じる相談を、介護保険相談員のように生活圏域に密着した市民が引き受けたことが、松本市が介護保険制度に「スムーズに移行した」ことを支えているのである。

2年目以降に相談業務を引き受けることになる市内13ヶ所の在宅介護支援センターは、町内会から推薦を受けた158名の在宅介護支援センター相談協力員とともに、その後も介護保険利用者の相談に応じたり、制度の広報等にあたっている。特に、2000年度から基幹型在宅介護支援センターに「介護110番」を設置し、24時間体制で専門職員が電話対応にしている。

こうした松本市の福祉ネットワークは、システム図を概観する限りは複雑に見えるが、実際の業務内容はそれぞれ厳密に役割分担がなされ

ているわけではなく、むしろ、地域を多層的に捕捉するいくつものネットワークが、市民の福祉問題をチェックするという同じ業務を行なっているのである。地域の福祉ニーズを掘り起こし、課題を抱えた家族が目の前のネットワークを通じて相談を行なう——こうした機能は、T氏が「市役所の窓口がそこここにあるようなものです」というように、高齢者福祉に関する市民の意見をすぐに吸い上げることができるように市民の日常生活の中に埋め込まれた多層的なシステムなのである。

市民は、相談であれ苦情であれ、一番近くのこれら相談員や在宅介護支援センターや福祉ひろばに出かけて行って話しをすれば、そこで解決できるものは地域で処理し、それでは解決できないものや困難な事例が見つければ、そのま

31 「介護保険の実施状況とサービス事業者の動向」(コピー版、内部資料)と聴取調査より井上が作成。

32 「介護保険の実施状況とサービス事業者の動向」(コピー版、内部資料)と聴取調査より井上が作成。

ま市役所の介護課にケースが集約されるようになっているのであり、先の「見守り安心ネットワーク」の機能と大きく変わらないのである。そして、これらの委嘱者は、その多くが生活圏域を仕事領域に持つ自営業者であったり、町内会の仕事を担当する人であったり、それぞれの地域で日常生活を送っている人たちであり、日常生活のどこかで聞かれる地域高齢者に関する情報などに留意しつつ、問題ケースの発見に努めている。

このような窓口を通じて集約された相談・苦情を見ると、介護保険スタート直後は苦情よりも制度の説明を求める相談が多く、2年目になると制度説明を求める相談が減り、サービス内容に対する苦情が増えていることがわかる。苦情内容は、施設よりも在宅関係のサービスに対する苦情が比較的多い。その背景には、ヘルパー業務の特殊性がある。

今のところ（入浴などヘルパー業務以外の）訪問サービスに対する苦情も、訪問看護の苦情はほとんどありません。ヘルパーに対する苦情がほとんどです。これには利用者の意識の違いが大きく影響していると思われまます。看護は医療専門職、ヘルパーはお手伝いさんという意識がまだ利用者に残っていますね。

もう一つ考慮することは、ヘルパーの仕事の仕方ですね。利用者の家に出向いて、密室の中で介護が行なわれる。あくまでも“利用者のなか”で仕事が行なわれます。ですから、その前提として信頼関係が双方に出来上がっていないと、苦情に即、繋がるんです。信頼関係がないと全てが気に入らなくなる…〔T氏〕

T氏が語るように、ケアワークにおけるサービスを提供する者とそれを受ける者との「信頼関係」は、ケアワークの内容とそれを受ける者の生活の質を強く規定することになる。そしてその信頼関係を作り上げる能力は、決して“人間関係一般の問題”に解消できるものではなく、それこそが「感情労働」を担うケアワークの本

質的な労働内容なのであり³³、職場経験を積み重ねて行くなかで蓄積される能力なのである。その上、苦情が集中する訪問介護ヘルパーは、その多くが登録ヘルパーでいわゆる直行直帰の勤務形態をとっていることが多く、介護保険制度により時間単位でサービスが提供されるので、「信頼関係」を構築するには今まで以上に高い能力がヘルパーに求められることになりかねない。市役所の部内資料³⁴によると、2000年度の訪問介護に対する苦情としては「ヘルパーの対応が不親切」「利用のたびにヘルパーが変わり介護者の負担が大きい」、通所介護に対するものとしては「施設職員の対応が不親切」といった苦情が多く、2001年度は、訪問介護では「介護技術が雑」「ヘルパーの対応に納得がいかない」といったことが苦情として多かったようである。

福祉サービスの質を向上させる 利用者満足度調査

登録ヘルパーのなかにも、経験を積み、業務を積み上げるなかで一定程度の技能の向上が見られる人も少なくない。しかし、直行直帰という現在の雇用形態と、ケアワークの現場に直接事業者が出かけてヘルパーの働きぶりをチェックするということが行なわれることがなければ、ヘルパーの問題点の一部は「苦情」という形態をとって可視化されデータとして積み上げられても、個々のヘルパーに積みあがった「技能」は可視化されず、それらをヘルパー内の共有知として職場で積み上げていく可能性は非常に限られたものに過ぎない。「苦情」がそのままヘルパーの勤務評価に繋がり、ヘルパーの仕事を見直す契機として捉えられることは少ない。ヘルパーが経験によって積み上げてきた技能を正當に評価し、それらを可視化し、ヘルパー内で共有する作業を行なうことで、ヘルパーのサービスの質を向上させ、苦情の発生を未然に防ぐ

33 ホックシールド, A.R. (石川准・室伏亜希訳) (1983=2000) 『管理される心：感情が商品になるとき』世界思想社。

34 介護110番, 一般電話, 市役所窓口での苦情を部内でまとめたデータを参照した。

ことができる「働き方」をとることができるようになる。そうした作業は、介護保険サービスの質を担保するための社会的基準を構築することにも繋がる。

T氏は、介護技術の向上とサービスの質の維持を制度として可視化する必要性と、その手続きについて次のように語っている。

ヘルパーなどそれぞれの介護サービスの質は少しずつであれ向上しているはずですよ。というか、向上している人はいらっしゃるはずなんです。おむつ交換でも、Aさんは15分、Bさんは20分、Cさんは35分という形でバラバラになるような違いが出ているはずですよ。しかし、今の制度では、そういった違いを無視して、行為と介護時間が画一的に単価に結びついています。そして、そういった違いを前提にしながら、利用者は同じコストを支払ってサービスを購入しているんですね。だから、利用者から文句が出て来ても致し方ないでしょう。つまり、「あるサービスにかかる、標準的な方法とコストの基準」が社会的に存在していないこと、事業者や行政が、そういった基準作りをのりだそうとしていないことに問題があるのではないのでしょうか。今注目されているのは、苦情の方です。これはこれで必要ですよ。しかし同時に、文句を言った者への対処だけではなく、いいサービスとは何かをきちんと標準化する必要があると思います。

これは事業者だけでは不可能ですよ。例えば、そういった水準を基準として、保険給付に差を付けるなどのような方法を行政側がとることで、業界全体の質の向上を図る必要があると思います。

そのために必要なのは、現在の利用者の満足度調査ではないのでしょうか。標準的介護がない以上、今の段階でやるべきは、利用者の満足度調査です。そこから挙がってくる問題点を事業者が受けて、サービス内容の改善を図る。満足度の高いサービス内容について、行政がデータを集約して、提供サービスの標準化を図る。そういった作業が必要です。

その意味では、今注目されている「第三者評価機関による提供サービスの評価」については疑問を感じないではいられません。サービスを評価する必要があるのでしょうか？ 評価すべきは、利用者の状況に適し

たサービスが提供されているかどうかでしょう。サービスというものを評価項目で計ることになると、「褥瘡予防のため、ベッドから起こすようにしている」ということについて、○か×で判定されるわけです。でも違うでしょう。利用者はそれぞれ違った状況下にあります。ですから、サービス提供には必ず幅があって、画一的にどのサービスをするかというのでは決して介護はできないんです。ヘルパーにしても、介護に携わる人たちの能力とは、そういった個別性に対する「対応能力」に他ならないはずですよ。評価すべきはそこなんです。ですから、無数のチェック項目を作り上げて、それをチェックして「提供サービスの評価」が可能だと考えている第三者評価機関の発想こそが問題だと思います。積み上げられたサービスの基準がない以上、今できることは、現場の声に耳を傾けるより他ないんです。それが、満足度調査に他ならないんです。そうでないと、第三者評価とその評価項目が、一人歩きしてしまうという事態を避けられません。

介護保険制度のサービス内容を第三者が評価することが問題なのではない。ケアワークの標準的な方法や基準ができていない、すなわち評価基準が構築されていない現段階で、サービス内容の評価を直接行なうことはできないのではないかという当然のことをT氏は指摘しているのである。サービス内容を直接評価することができない以上、利用者が現在のサービス内容に満足しているかどうか、満足していないとすれば、どこに問題があるのかを調査すること（満足度調査）が有効ではないかと提言するのである。そうした作業を行なうことで、ケアワークの内容を標準化し、満足度が高いサービスを評価することで“社会的なケア像”が標準化されるのではないだろうか。

ケアワークに携わる専門家のフォーマル／インフォーマルなネットワーク

介護予防・生活支援の観点から、介護保険外のサービス提供が必要な高齢者を対象に、効果的な介護予防・生活支援サービスの総合調整や地域ケアの総合調整を行なうための「地域ケア

会議」が、松本市では毎月1回のペースで開催されている。主に介護保険の入り口にいる人を対象とする地域ケア会議では、地域型在宅介護支援センターが中心となってそれぞれケースを持ちより、個別にカンファレンスを行なっている。

地域ケア会議とは別に、介護保険事業者連絡協議会が中心となって、2ヶ月に1回のペースで、各回半日程度の時間をかけ、グループ討論によるケースカンファレンスを中心としたケアマネジャーの研修会が開かれている。そこでは、参加したケアマネジャーが担当している困難ケースを中心にケース検討が行われている。松本市には、2002年4月現在、36ヶ所の居宅介護支援事業所が119名のケアマネジャーを抱えてサービスを提供している（2000年4月には、31ヶ所、88名のケアマネジャーであった）。研修会にはその大半のケアマネジャーが参加している。

このように、介護の現場で働く専門家が、実際に自分が担当しているケースを持ちよって開催するケースカンファレンスは、地域の具体的な介護サービスの質の向上とその水準の平準化を結果としてもたらすことになる。特に、介護保険によって新たに制度化されたケアマネジャーの技能向上には、日々の業務の積み重ねとケースカンファレンスが欠かせない。

認定調査員と同様に、ケアマネもまた、介護保険に関わらず高齢者福祉の全体像が見えていないとだめだと思いますよ。特にケアマネの場合は、実際に利用者の状況を踏まえて、細かなケアプランを作成することになるわけですから、ある意味で“全人格的な人”にケアマネになって欲しいですね。利用者とも、その家族ともコミュニケーションをとって、的確にプランを作る必要があります。そのためには、介護保険外のサービスの利用について正しい情報を持ち合わせていなければならない。「うちは介護保険だけです」というのは簡単ですが、そういった人が的確なケアプランを作れるのかどうか…〔T氏〕

35 2002年度から松本市にもケアマネジメントリーダー制度が導入され、ケアマネジャーからの相談業務やケアマネジャー研修を担うことが予定されている。

しかし、現段階では、ケアマネジャーにリーダー格の人材が育ってはいないが、ケアマネジャーが自ら研修会を開くまでには至っていない。それは能力不足という意味ではなく、居宅介護支援業務以外の仕事を兼務するケアマネジャーが多いうえに、2002年9月の要介護認定者5,891名を松本市のケアマネジャー数119名で除したケアマネジャー1人あたりの平均担当ケース数49.5人が表わしているように、日々の業務が忙しいためである。しかしリーダー格のケアマネジャーの多くは、ケース検討会を頻繁に開催することを望んでいるし、時間が許す限りそうした研修には参加したいという希望を持っている³⁵。

ケアマネは、特に医者やヘルパーといった異業種との情報交換を望んでいますよ。それは、リスク管理のためでもあります。異常や事故に対する対応は、自分が経験していなくても、ケースカンファレンスを通して、そのノウハウが共有されます。また、異業種との連繋は、ケアプランを作るときに、その仕事内容を実際に知っているのとしないのでは大きな差となってしまいます。介護保険直前に、市役所が音頭をとってケアマネ研修を8回くらい開きましたが、その時私が言ったことは「とりあえず、現場を見て下さい。在宅がどんな現実か、通所がどんなところか分からずにプランは立てられません」ということです。（保険者としては）つまり、提供サービスをプランするなら、時間をかけてサービスを自分の目で確かめてくださいと言いたかったのです。こういったことが巡って、ケアマネのサービスの質の向上に繋がるのです。〔T氏〕

こういった研修やカンファレンスを通して、ケアマネジャーも、その他の専門職も、ケアワークを担当する専門家同士のネットワークを形成し、そのネットワークを利用しながら、日々の業務に必要な情報を入手するのである。またすでに松本市では、29の行政地区に対応するように、地区社会福祉協議会、民生委員、認定調査員などが割り当てられ、地域で困難ケースが発生したときには、即座に“ミニ・ケア会議”が開けるような環境が用意されており、実

際、福祉ひろば等を利用して、関係するケアマネジャー、保健師、ケースワーカー、民生委員といったソーシャルワーカーらが日常的に集まって会議が開催されることが比較的多い。そういった経験知を共有する作業を続けることで、地域で発生したケースを生活圏域で分業して、その地域で対応できるシステムが少しずつ形作られてくるのである。

福祉の生命線を保つ地域ネットワークと福祉の動脈を担う行政の責任

これまでみてきたように、松本市は、日常生活の基盤となる生活圏域である“小地域（町会）”を基点として各種の高齢者福祉サービスの拠点を配置し、在宅介護支援センターや福祉ひろば、見守り安心ネットワークといったシステムを、住民を巻き込んで構築しながら、生活圏域で在宅介護を担うシステムを作り出してきたことに特徴があるといえる。

こういった地域の中の人たちには「それほど難しく考える必要はありません」と言っています。制度も細かく勉強する必要などないんです。何か問題が見つかった、相談されたら、そのままそっくり市役所に連絡をくれればいい、それだけなんです。その他に、ご近所のちょっとした噂ですね、これに気を付けて欲しいんです。「あそこのおばあちゃん、最近姿を見ないん

だけど…」というような。そして、そういったことを市役所に連絡して欲しいんです。そうすれば後は、地域の担当者がそのご家庭に出向くんです。相談に答えるのです、専門家が。そういった、地域の人たちによる“声かけ”で、福祉の生命線が保てるんだと思うんです。

こうした考え方は、いわゆる村落共同体の相互扶助とは異なる。地域の福祉課題を掘り起こし、それを行政に伝達するまでを担うのが地域住民の“声かけ”と“見守り”であって、福祉サービスの提供という点では、その全てを地域の相互扶助に負わせるわけにはいかないのである。

やっぱり、人間の体ではないですが、動脈にあたる部分は、行政がやらないとだめですよ。毛細血管は、地域ネットワークとの中で機能する民生委員とかそういったものが担当して、そこから血流を流していかないとだめですよ。そういった毛細血管に血液を流し込む太い血管を、きちんと行政が握っておく必要があるんです。最終的には、人々が納得できる形で「行政処分」をすることができる権限を行政が担うことです。その上で、地域ネットワークと、専門職の分業が行われなければならないのです。そうでないと、ある特定の人に全ての仕事が集中することになってしまいますから。〔T氏〕

2. 介護保険事業者と公共性のジレンマ ——松本市福祉公社の場合³⁶

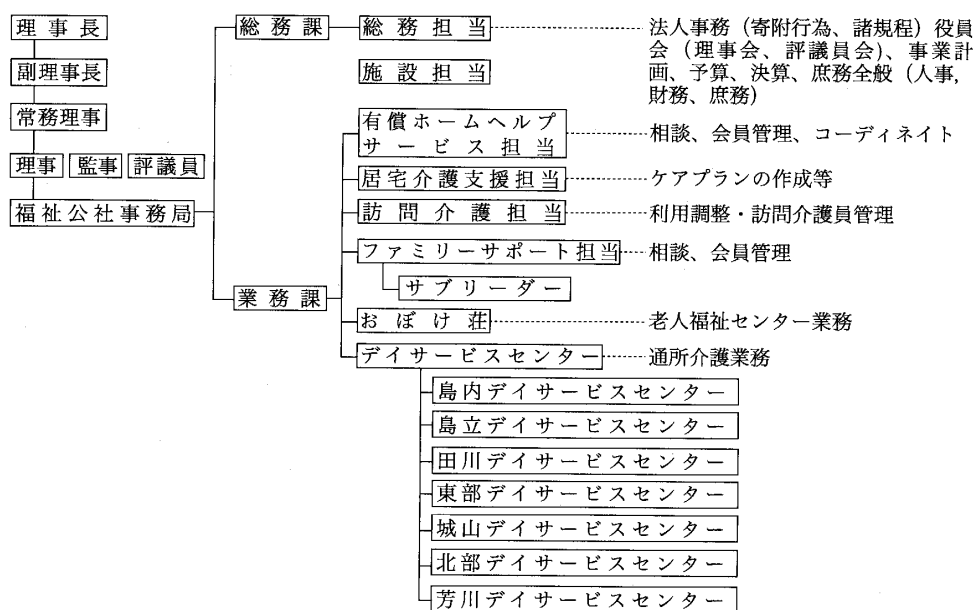
公共性の高い松本市福祉公社

松本市福祉公社は、「超高齢化への対応」と「在宅福祉の充実」を目標として、松本市から1億円の全額出資を得て、1995年3月に設立さ

れた「財団法人」である。2003年2月現在、理事16名、評議員17名、監事2名、職員103名からなっており、「自主事業」として：①有償ホームヘルプサービス（会員制による家事援助・

36 本節は、2001年11月9日に松本市福祉公社内で行なった聴取調査と2003年2月22日に松本市福祉公社内で行なった聴取調査、その際に収集した資料、松本市ホームページ（http://www.city.matsumoto.nagano.jp/www_cbox/）を元にして行っている。2001年11月の被調査者は、松本市福祉公社業務課係長のS氏、2003年2月の被調査者は、松本市福祉公社業務課長Y氏と松本市介護認定係長のT氏が一部同席し

た（被調査者の肩書きは当時）。調査者は、2001年11月調査は井上信宏、2003年2月調査は下田平裕身と井上信宏が実施し、主に井上が聴取を行なった。なお、2001年11月調査は、介護職研究会（編）（2002）『介護事業の人事・給与管理と経営状況Ⅰ：事例調査を中心として』社団法人生活経済政策研究所（部内資料）に、ケースレコードを収録した。

松本市福祉公社の組織図³⁷

身体介護等のサービスの実施および研修・普及・調査・研究事業), ②訪問介護事業(介護保険制度に伴う家事援助・身体介護等の援助), ③居宅介護支援事業(介護保険制度に伴うケアプラン作成及び連絡調整), 「市からの受託事業」として: ①通所介護事業(市内7ヶ所のデイサービスセンターの管理運営, 介護保険制度に伴う送迎・給食・入浴等のサービス), ②生きがい活動支援通所事業(デイサービスセンターの定員に余裕が生じたときに利用できるサービス), ③軽度生活援助事業(高齢者の軽易な日常生活上の援助), ④老人福祉センター「おぼけ荘」管理事業(入浴・各種創作講座の開催), ⑤ファミリーサポートセンター事業(依頼会員, 協力会員の橋渡し・研修会・交流会の開催), ⑥北部複合施設管理事業, ⑦福祉ひろば管理事業, を行っている。

福祉公社の設立の背景は, 松本市の高齢者福祉政策と大きく関わっている。1994年に, 松本市においてデイサービスセンターをはじめとする高齢者介護のための施設建設の準備がなされるなかで, 施設の管理運営を同市の社会福祉協議会に委託する計画を立てていたが, 既に社協

の受託事業は手いっぱいの状態であり, 新しくできるデイサービスの管理を行なうだけの余裕がなかった。コスト削減の観点から, 業務委託の受託機関として, 松本市の全額出資のもとで, 当時注目を浴びつつあった「福祉公社」の設置に踏み切ったのである。

松本市が直営でデイサービスセンターを設けるのではなく, 福祉公社に業務委託するスタイルをとった背景には, 人件費コストの切り下げがある。2003年4月現在, 103名の職員は, 常務理事兼務の事務局長1名, 総務課5名, 業務課18名(以上事務局), おぼけ荘5名, デイサービスセンター74名である。業務課の18名は, 課長1名(保健師), 有償ホームヘルプサービス担当5名, ケアマネジャー5名, ファミリーサポートセンター3名, 事務員2名, 看護師1名, 管理栄養士1名である。このうち, 市役所の正規職員の俸給表が適用される職員は極力押しさえられており, 大半の職員は, 正規職員の次にランクされる「嘱託職員」として採用されている。嘱託職員は月額15万3,000円の定額職務給であり, 手当のいくつかはカットされ, 昇給もない。嘱託職員の下には, 臨時職員(日給: 常勤職と同じ労働時間), パート職員(時間給: 短時間労働者)が多数いる。

37 『平成14年度 社会福祉制度のあらまし』No.34, 松本市より。

松本市福祉公社が管理する7ヶ所のデイサービスセンターの概要³⁸

島内デイサービスセンター	定員25名（一般単独型）※	職員8名+送迎1名	2002年度決算 (収入) 385,300千円 (支出) 368,690千円 [収益 16,610千円]
城山デイサービスセンター	定員35名（内認知症10名）	職員16名+送迎1名	
北部デイサービスセンター	定員25名（内認知症10名）	職員13名+送迎1名	2003年度予算 (収入) 364,440千円 (支出) 364,440千円
東部デイサービスセンター	定員25名（一般単独型）	職員8名+送迎1名	
田川デイサービスセンター	定員25名（一般単独型）※	職員8名+送迎1名	
島立デイサービスセンター	定員35名（内認知症10名）※	職員13名+送迎1名	
芳川デイサービスセンター	定員25名（一般単独型）※	職員8名+送迎1名	

注：※印は、福祉ひろばを併設しているセンターである。「送迎1名」はシルバー人材センターから派遣の運転手である。

聴取調査を行なったY氏は、市役所の健康課から人事交流で派遣されており、保健師資格を持っている。Y氏は、1995～97年にかけてこの福祉公社を設立する際に、市役所で公社の事業内容、なかでも訪問指導業務の立ち上げに参加した経験があり、その後しばらくは公社への委託業務に関する仕事を担当していた。Y氏は、2年前に福祉公社のサービス全般を管理する業務課長として赴任した。福祉公社では、管理職クラスは松本市からの派遣職員であり比較的短いスパンで交替している。

稼働率の高いデイサービスセンター

“日帰り介護”，“通所サービス”といわれる「デイサービスセンター」は、食事や入浴、レクリエーションなどのサービスが利用できる通所型の介護サービスを提供している。福祉公社が管理している7ヶ所にはデイケア（医師の指示と通所リハビリテーション計画に基づいて機能回復訓練を受けるところ）は併設されていない。営業時間は午前7時から午後7時まで、土曜日と年末年始を除く毎日営業している。現在、松本市内にはデイサービスセンターが24ヶ所設置されており、福祉公社が管理している7ヶ所は、松本市のデイサービス利用者の43%を占める規模である。

それぞれのセンターは、利用者の定員によって職員数が定められている。センター長は嘱託職員、生活相談員と看護師が共に1名ずつ正規職員である。介護職員は嘱託と臨時が半々の規模である。デイサービスセンターの職員の離職率は、以前は非常に高かったが、ここ1年くらいで離職者が少なくなりつつあり、「(民間の仕事が大変だと言って)民間に移った人が再び公社に帰ってきています」(Y氏)といった状況にある。その他、福祉ひろばを併設しているセンターを中心に、ボランティア・実習等を受け入れており、2001年度のボランティアは2,225名に及び、音楽などを中心とするレクリエーションや雑巾縫いなどに至るさまざまな仕事を支えている。

2002年4～12月の7ヶ所のデイサービスセンターの稼働率は、平均で72.3%（一般73.6%，認知症62.7%）である。若干低く感じるかもしれないが、設置基準の改正に伴って定員を増員したために80%を下回る数字になっているに過ぎない。設置基準の改正に応じて各センターの職員定員を減員しないために定員数を上げ、運用は旧定員で行っているという経緯が公社にはある。旧定員で稼働率を計算すると平均86.9%となる。公社の試算によると、デイサービスセンターでは、稼働率が旧定員で80%を超えれば収支バランスが赤字にならないので、十分黒字となるのである³⁹。こうした黒字が経常される背景には、施設管理等の一般管理費の一部を市

38 「松本市福祉公社のご案内」(リーフレット)、「平成15年度 事業計画及び収支予算」(松本市福祉公社、部内資料)、および聴取調査から作成。

が負担しているため、今のような黒字が計上される状態が続けば、「軽微な施設管理や修繕については、公社負担ということも予想されま

す⁴⁰」(Y氏)。
 デイサービスセンターの稼働率はここ数年上昇傾向にあったが、これがそのままデイサービス事業の拡大を意味するわけではない。Y氏は次のように分析する。

デイスサービスの収益が黒字なのは、稼働率がいいからだと思います。ここ数年、稼働率が上がっています。だからといって喜んではいられません。昨年度、新規利用者が30%近く下がっています。一昨年に比べて38.7%の下落です。これはセンターによって差がありますが、北部などは62.7%も落ち込んでいます。この背景には、他事業所の進出があります。

—他の事業所が増えてきていますか。

はい、増えてきています。福祉公社がデイスサービスを始めた頃は、完全な供給不足でした。それが、去年あたりから、少し供給過剰気味ですね。どんどん民間が入ってきますし、道を挟んで両側にデイスサービスなんて状況も出てきています。民間の場合は、デイスサービスが、デイケアと併設という形で作られているんです。公社はデイケアは提供していませんから。

ですから、サービス供給者が増えて、利用者もバラけているんですよ。今後もデイは増加傾向にありますから…。新規利用が急激に落ち込んでいる背景には、こういった他の事業者の進出が考えられます。

そういったなかでも、公社が黒字となった理由は、一人当たりの回数が増えてきているのと介護度が少し上がっていることが考えられます。だから、収支としては増加傾向にあるんですね。しかし、これは、利用者の年齢が上がっていることを意味するわけですから、今後は少し気になるところですね。

黒字分については、これまで借入れしていた運転資金の返済に充てている。しかし、運転資金に加えて営繕費用の全てを賄えるまでには至

っていない。

介護保険の“狭間”をうめる 有償ホームヘルプ

松本市福祉公社の自主事業である「有償ホームヘルプ」は、「生活や介護の援助を受けたい人とそれを協力できる人が会員となって、会員同士がお互いに助けあえる事業」と位置づけられている。利用料は、生活援助が1時間800円、身体介護が1時間900円であり、2003年度の事業規模は1,400万円(02年度決算で約1,350万円)を計画している。

介護保険の対象外であるこのサービスの利用者は、介護保険に該当しない場合や、介護保険を使って補完的にホームヘルプサービスを利用する場合が主である。具体的なサービス内容としては、家事援助や見守りといった比較的長時間のサービスの利用が多い。なかでも何らかの理由で介護保険の利用を躊躇している人や、障害を持つ人で公的なサービスの不足分として利用する人が比較的多いという。しかし、介護保険のスタート前後では、扱うサービス量が減少している。

(松本市では)「介護保険を使えばいいんだ」という意識が市民の間に拡大しています。以前は、介護保険プランを作って、少しサービスが足りないという場合などに利用されていました。そういった場合は、ケアマネから連絡があることもありました。しかし、最近ではケアマネからの依頼が減っています。この理由は、訪問介護サービス事業者が徐々に松本市内で増加してきたことと、サービス内容が多様化したことに原因があると思います。これまで多かったのは、民間事業者が休業となっている土曜日・日曜日に有償ホームヘルプを使う例です。しかし、本年度(2002年度)はこれがめっきり減少してきました。これは、土日も訪問を行なう業者が増えたためだと思います。あとは、介護保険で家事援助の単価切り上げが計画されているということもあって、業者がそれを請負うようになってきたこともあると思われます。〔T氏〕

ホームヘルプのニーズの中でも、有償ホーム

39 2002年度決算では1,600万円以上の利益が上がっている。

40 すでにその一部は福祉公社の負担となっている。

ヘルプは、いわゆる制度化されたホームヘルプの残余を担当することが広く期待されている。措置から介護保険への転換によって、介護保険が対象とするホームヘルプが制度化されると、それにあてはまらないニーズを充たすセクターとして有償ホームヘルプが利用されるようになる。障害者の場合もまた同様であり、支援費制度がスタートすれば、その残余とされるニーズが有償ホームヘルプを求めることになると思われる。

一般的に見れば、制度ができればどんどん有償ホームヘルプの市場が小さくなります。しかし、決してそれはなりません。有償ホームヘルプは、そういった制度の“狭間”を埋めているんです、実は。介護保険の狭間、障害者介助の狭間、子育て支援の狭間…そういったところを埋めているのが有償ホームヘルプなんです。ですから、それぞれの制度の対象が拡大したり、制度が整備されると、有償が相対的に少なくなるのです。実は、今年のホームヘルプの利用サービスは「雪かき」でした。高齢者の場合、雪かきは大変な重労働でしょう。それでも介護保険対象ではありませんよね。しかし、やらないといけない…。そういったなかで有償ホームヘルプをご利用くださったのでしよう。〔Y氏〕

有償ホームヘルプのヘルパーは、年に2回開かれる「協力会員の登録時研修」を受講しなければならない。「協力会員」といわれるヘルパーは、公的な資格を持つ必要はないが、登録時研修を受けることが必須条件である。協力会員数（登録ベース）は2002年12月末現在で423名、利用会員数（登録ベース）が479名、同12月現在の実働ヘルパーは55名、実利用者は74件であった。実働ヘルパーには時給が支払われる。その額は利用料と同じである。事務経費や管理部門の人件費については、市から補助を受けている（約240万円相当）ので、利用料がそのままヘルパーの人件費となるのである。利用者も協力会員も松本市内に散らばっているため、できる限り近い人を派遣するようにしている。

家事援助が多い訪問介護と

多くの困難ケースを抱える居宅介護支援

福祉公社の訪問介護事業は、2003年度に3,237万円規模の予算を立てている（02年度の決算をみると、収入3,327万円、支出2,899万円となっている）。

訪問介護の担当職員は、介護福祉士4名、看護師3名、ヘルパー1級1名、2級48名、3級11名の67名である。このうち業務のコーディネートを担当するもの（4～5名）以外は、時間給支払いの「日々雇用」である。2003年度現在、家事援助は1,100円、身体介護が1,250円の時間給額であり、これらは介護時間で測られ、これ以外に交通費が支給される。ヘルパーの離職率はそれほど高くない。

2002年12月段階の利用者は76ケースである。福祉公社の訪問介護の特徴は、利用時間ベースでも、利用者ベースでも、家事援助のそれが松本市で一番高いことにある。利用者ベース（2002年4～12月）でみれば、福祉公社の訪問介護の実に68.6%が家事援助である。松本市の平均23.7%と比べて、福祉公社の家事援助の需要が非常に高いことが見てとれる。この状態について、T氏は次のように分析する。

割に合わない仕事は、結局、“こっち”に来てしまいますよね。松本市ならば、この福祉公社と社協です。だから、他の事業者がやらないようなものをやらざるを得ない…。そこに存在意義があるわけです。

居宅介護支援は、正規職員3名、嘱託職員1名、パートタイム2名（2003年度）を擁し、北部福祉複合施設（事務局）でサービス提供を行っている。正規職員のケアマネジャーは一人平均60～70ケースを担当しており、嘱託兼務が35ケース、パートが25～30ケースをそれぞれ担当している。兼務者は、居宅介護支援と有償ホームヘルプのコーディネートとの兼務である。

福祉公社が受けるケアプランの特徴は、いわゆる困難ケースが比較的多いことにある。しかし、困難ケースのケアプラン作成も、基本的には他職種が出入りしている事務所でプランニン

松本市介護保険事業者連絡協議会の概要⁴¹

概 要	
設 立	平成12年6月23日
事 務 局	松本市福祉公社
組 織	松本市介護保険事業者連絡協議会（53法人，173事業所で構成）
	専 門 部 会
	居宅介護支援専門部会（H12年度～）
	訪問介護部会（H14年度～）
	通所介護部会（H14年度～）
	施設介護部会（H14年度～）
主な事業	【平成13年度】
13年4月	介護支援専門部会幹事会
13年5月	介護保険事業者説明会
13年6月	第1回介護支援専門研修会・連絡調整会議（参加者 56名） 講義「松本市における介護保険初年度の総括と高齢者保健福祉計画の概要」 講師 松本市福祉計画課長
13年7月	第2回介護支援専門員研修会・連絡調整会議（参加者 41名） グループワークによる制度検討，情報交換
13年10月	第3回介護支援専門員研修会・連絡調整会議（参加者 65名） 講義「ケアマネジメントと訪問介護のかかわり」 講師 長野県松本地方事務所厚生課課長補佐
13年12月	介護保険事業者研修会（参加者 205名） 公演「生かされて 生かして 生きる」 講師 無量寺住職 青山俊董
	第4回介護支援専門員研修会・連絡調整会議（参加者 33名） 制度検討，グループワークによる事例検討，情報交換
14年3月	松本市介護保険事業者連絡協議会（居宅支援専門部会）が集約した「要望事項等について」を厚生労働省老人保健局振興課長あて具申
	第5回介護支援専門員研修会・連絡調整会議（参加者 51名） 新規施設の説明会（ハーモニー，サングリーン藤ヶ原，山望苑，アイリスケアセンター筑摩） グループワークによる新年度の事業計画，情報交換，交流会

グしながら，ディスカッションをすることができるので解決が早いという。デイセンターの空き情報やヘルパーとの連絡も同じ事務所内で行うことができるため，最新の情報を得ることが容易なのである。こういったインフォーマルなディスカッション以外にも，必要に応じて「ケアマネジャ

ー全体会議」が開催されている。

（フォーマル，インフォーマルに）情報が流れ，日常的に相談ができるようになった背景には，職員の入れ替わりが大きく関係していると思います。特に，去年あたりから変わってきたようです。以前は，措置時代を知っている職員が多かったんです。実は，そういった古くからのベテランの“意識”を変えるのは正直

41 「第2期介護保険事業計画」より。

言って大変でした。それが、ここ1年くらいで逆転して、むしろ介護保険以降にこの仕事に就くようになった人が増えました。そうすると、情報の流れだけではなく、サービスの調整なども、比較的スムーズにできるようになりました。〔T氏〕

コーディネーターとしての役割

2000年6月に設立された松本市介護保険事業者連絡協議会は、2002年度末現在53法人、173事業所の規模で、松本市福祉公社が事務局をとりまとめている。1法人あたり年会費3,000円のほか、連絡協議会は市から一部補助金を受け、前ページの「概要」にまとめたような年間活動を行っている。松本市の場合、事業者連絡協議会が専門部会を設立して活動を進めるようになったのは、居宅介護支援（2000年）以外は、2002年からで比較的遅い。その分、事業者連絡協議会の活動もケアマネジャー関係以外のイベントはそれほど盛んとは言えない。

事業者連絡協議会の事務局を引き受けていることから分かるように、松本市福祉公社は公共性の高い位置にあり、松本市全体の介護保険サービスのコーディネーターとしての役割を期待されることが多い。しかしながら、Y氏自身はコーディネート役という公共性の高い仕事と介護保険の一事業者としての業務を二重に背負うことについて、ジレンマを感じているようである。

これはあくまでも私自身の考えですが、こういった地域のコーディネーター役をするというのと、民間と同様に介護保険事業を展開するということが、そして、それ以外に有償ホームヘルプのようなものを一緒にや

るのはちょっと無理があると思います。それぞれの姿勢が違うと思うんですね。職員の管理も大変なんです。それぞれのサービスの基本にある姿勢の問題から考えますと…。特に、市場全体をコーディネートするということが、介護保険事業をするというのは、ある意味相反することになりかねません。

—「姿勢の違い」とは具体的にどのような違いですか？

「利益を考える」「収支を考えながら行動する」ということです。介護保険によって介護市場ができました。収支を考えるということは、そういった流れの中では前向きの考えになります。“自分達の給料を稼がなきゃならないんだ”という意識は大切です。そのためにもいいサービスをしようという考えも出てくるでしょう。積極的になりますよね、仕事も。でも、他方でそういったものとは違うサービスの提供もする。そうすると、どうしても組織全体が分断されてしまうんです。しかし、職員のなかには双方を兼務するものも出てくる…そういった中で、お互いがお互いを違う世界のように見るのです。福祉公社も、社協も、そういった見方が知らない間に内部で広がっているのではないのでしょうか？

—市場全体のコーディネートもまた「姿勢の違い」が関係します。

コーディネートも、そういった役目を果たすのであれば、やはり、市場とは距離をおいた位置にすることが大切でしょう。介護保険から離れて、第三者的に仕事をするということですね。それが理想です。でも、実はそういったコーディネートは、実際に介護保険サービスを提供していないと、そこで何が問題になっているのか見えないんです。ですから、正直言って、ジレンマがありますよね。

3. 在宅介護現場のケアワーカーの技能と経験

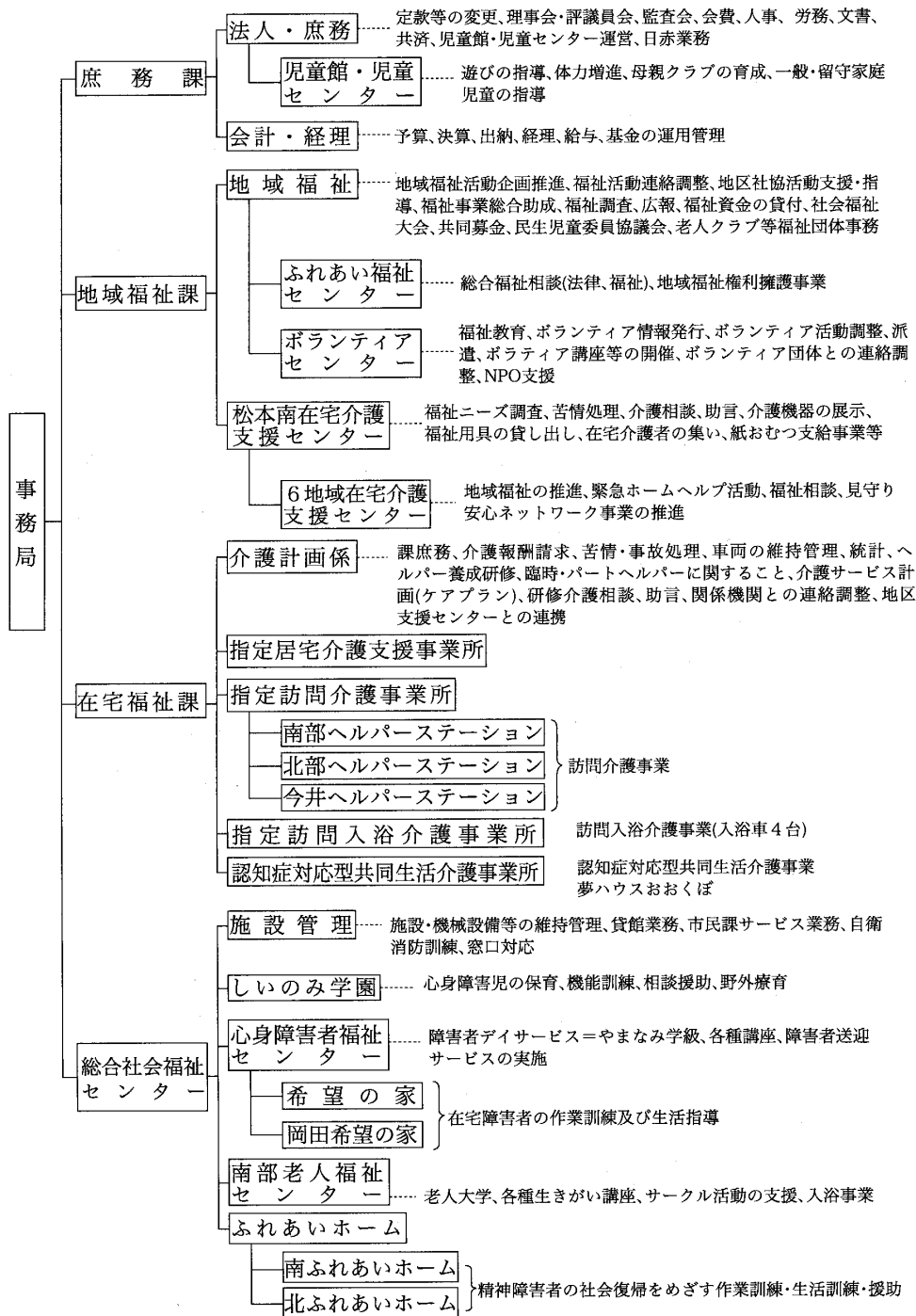
——ベテランヘルパーの語りから探るヘルパーの技能とその共有化⁴²

(1) ベテランヘルパーを抱える松本市社会福祉協議会のすがた

松本市社会福祉協議会のすがた

1952年に設立された松本市福祉協議会は、会長以下19名の役員と33名の評議員、193名の一般職員を抱える。一般職員は、常務理事（1名、事務局長と課長を兼務）を筆頭に、事務局次長

松本市社会福祉協議会の組織図



2名(課長兼務, うち市からの派遣1名), 庶務課60名, 地域福祉課14名, 在宅福祉課93名(市からの派遣1名), 総合社会福祉センター

23名(市民課との併任2名)となっている。松本市社会福祉協議会は、29地区の地区社会福祉協議会、379町会の分会社会福祉協議会を持ち、

42 本節は、2003年2月22日に松本市福祉公社内で行なった聴取調査、その際に収集した資料、松本市社会福祉協議会ホームページ (<http://www.avis.ne.jp/~syakyoum/>) を元としている。被調査者は、松本市社会福祉協議会北部センター係長N氏、同南

部センター(サービス提供責任者)S氏。調査には松本市介護認定係長T氏が同席した(被調査者の肩書きは当時)。モノグラフの作成において、追加的に聴取調査を実施している。調査者は、下田平裕身、井上信宏であり、主に井上が聴取を行なった。

特に29地区社会福祉協議会は、同地区ごとに設置された松本市民生委員・児童委員協議会（委員定数426名）と連繋をとりながら仕事を進めている。

子供から高齢者にいたる社会福祉事業を展開する社会福祉協議会であるが、松本市のそれは、①居宅介護支援事業、②訪問介護事業、③訪問入浴介護事業、④認知症対応型共同生活介護事業、⑤介護支援専門員養成、⑥介護保険への総合的対応、⑦訪問介護員養成研修（2級ヘルパー）の実施を、介護保険関連事業として展開している。

私たちは、介護保険制度以前から松本市社会福祉協議会でヘルパーとして勤務経験があるN氏（北部センター、係長：女性）、S氏（南部センター、サービス提供責任者：女性）の両名に聴取調査を実施した。

N氏とS氏が働くヘルパーステーションの状況と仕事

「“昭和”に入ったヘルパーで、今でも現役でヘルパーをやっている者は私しかいませんね、やだね」と笑うN氏は、ホームヘルパーが「家庭奉仕員」といわれていた1985（昭和60）年に松本市社会福祉協議会の職員に採用され、現在までヘルパーを続けているベテランである。現在、北部ヘルパーステーションの係長職（サービス提供責任者）にあり、ケアマネジャーの資格も有している。ここにいたるまでに、N氏は、島内地区福祉ひろばに併設された在宅介護支援センターでケース対応業務を担当した経験がある。N氏は、現場でのヘルパー業務に加えて、50名余りのヘルパーのコーディネート業務、サービス提供責任者としての各種契約の締結を主たる仕事として行っており、それ以外に、管理職として業務管理の書類作成等の事務仕事が課せられている。

現在、北部ヘルパーステーションには19名の

常勤職員⁴³（正規職員、嘱託職員〔月給制〕、臨時職員〔日給月給制〕）に加えて、社会福祉協議会が主催する「2級ヘルパー講座」の受講生の中からリクルートした登録ヘルパーが30名いる。こうしたヘルパーのサービス利用者は、介護保険対象者が164名、統合失調症や障害者の自立支援といったいわゆる措置対象者が37名である。

登録ヘルパーの利用者については、週に複数回のサービスを利用する人については、いずれかの利用時に必ず1日は常勤職員が担当するようにし、利用者からのフィードバックを受けることができるシフトを組んでいる。また、登録ヘルパーのみに任せている利用者については、月に1回はN氏のようなベテランヘルパーが出向き、サービス内容について話しをしたり、介護状況がどうなっているのかチェックするようにしている。利用者がヘルパーの頻繁な交替を望まない場合は、経験を積んだ登録ヘルパーをあてがい、ローテーションを組まないで1年間は同じヘルパーに出張ってもらうような配慮をしている。

登録ヘルパーは月1回の業務報告のために事務所に訪れることになっており、業務報告時に担当している利用者の状況について職員と情報交換を行なうことになる。また、利用者の状況が急変したときには、ヘルパーが事務所に直接連絡を入れて対応を協議するように定められている。また、さまざまな問題を抱えたケースについては、サービス提供責任者が、利用者とヘルパーの双方に頻繁にチェックを入れるように心がけている。

1995年からヘルパーの経験があるS氏は、社会福祉協議会の職員として採用されて以降、1～2年のスパンで松本市内の施設をいくつか担当し、入浴車で巡回入浴の経験まで積んで、2002年の4月から南部ヘルパーステーションでサービス提供責任者として働いている。現在、南部ヘルパーステーションは、正規・嘱託・臨時という「常勤職員」18名、登録ヘルパー30名を抱え、199名の介護保険対象者、41名の措置

43 介護保険以前は、全て正規職員がサービス提供まで行っていた。嘱託職員、臨時職員の雇用管理が導入されたのは、介護保険以降のことである。

対象者（うち12名は統合失調症）にサービスを提供している。

(2) 措置時代から介護保険への移行に伴う

ヘルパーの仕事の変化

ヘルパーの仕事の変化

ベテランヘルパーの目から見て、いわゆる「家庭奉仕員」といわれていた措置時代と大きく変わったところは、利用者一人に対するヘルパーの入れ替わりが頻繁になったこと、サービスにおける時間的余裕がなくなったこと、そして、身体介護が導入されたことだと二人は語る。

—17年近くヘルパーをやってきて、その仕事内容は大きく変わりましたか？

ずいぶん変わりましたね、ヘルパーの仕事も、私たちをとりまく環境も…

私が社協に入ったころは、一人のご利用者さんに担当者がつくつと、最低1年間は担当者の変更なしで介護するという働き方をしていました。今のように、ヘルパーの交替が頻繁に行われないうことですね。当時の仕事は、今でいう「家事援助型」がほとんどで、「身体介護型」はありませんでした。ですから、サービス提供の仕方も比較的ゆっくりしていましたよ。午前中1軒、午後1軒のペースですね。最初から仕事と時間が決められていませんでしたから、必要に応じて滞在時間もかわりました。

そういった仕事の仕方が大きく変わるの、平成元年(1989)年の「ゴールドプラン」がきっかけです。ゴールドプランに基づいて、私たちも今でいう「身体介護型」のサービスをするようになりました。それに合わせて、職員も19~20名ほど増員されました。利用者に対してヘルパーがめまぐるしく入れ替わるようになったのは、ちょうどそのあたりからですかね。サービスの提供の仕方がかわったちょうどその頃は、「昔は一人の人が1年にわたってきてくれたのに、最近はずぐに人が変わる…」という苦情をいただくようになりました。その苦情を受けて、私たちも、ヘルパーの交替時期を半年だとか3ヶ月というように変えてみましたが、「身体介護型」が入ってくるとそうも言ってい

られなくなりました。

ですから、社協として大きな転換点を迎えたのは、一つはゴールドプランで、もう一つが介護保険ということになります。〔N氏〕

ヘルパーの意識の切り替え/利用者の意識の切り替えの必要性

S氏は、「措置から介護保険に変わって、利用者の意識の切り替えが必要だといわれますが、実はヘルパー自身の切り替えが何よりも必要です」と強調する。ベテランヘルパーの中にありがちな“してやっている”という意識、あるいは“ヘルパーを上にも置くような考え方”をベテランヘルパーからいかに払拭するかが、在宅介護を一般化する際のポイントである。他方、利用者の意識も同様に“してもらっている”という意識を切り替える必要があるという。

—「ヘルパー自身の切り替え」が必要ですか？

そうですね。最近ヘルパーになった方は問題ありません。やっぱり、措置時代からずっと仕事をされているヘルパーの方は、いまだにその時代のやり方が断ち切れないことが多いですね。もちろん、利用者さんの中にも、措置時代と同じような意識の方もいらっしゃいますが、ヘルパーの場合は、利用者からの苦情という形で目に見えますから、特に対策を考えなくてはなりません。端的に言えば「(措置時代と同じように)してやっている」という意識でしょうか。こういったヘルパーを上にも置くような考え方は、利用者さんにすぐに伝わります。そういったことが少しでも伝わると、利用者さんは「あれも駄目、これも駄目」となってしまいます。

—そういった苦情は、Sさんに直接あがってきますか？

もちろんです。でも、できるかぎり苦情をいただく方が、私たちとしても何をしなくてはならないのか、利用者さんが何を望んでいるのかが分かりますから。実は、利用者さんのなかには、別の意味で措置時代の考えを引きずっている方もいらっしゃいます。「(嫌な仕事をヘルパーさんに)してもらっている」という意識といえますが、ヘルパーに悪いことをお願いしてい

るというような意識ですね。こういった方もいらっしゃるんです。私たちにとっては、こういった方、言いたいことがあっても言えないような状況にある方々へのフォローが難しいですし、大切なのです。〔以上、S氏〕

サービスの変化に対する「苦情」に対応する新たな仕事の工夫—「マニュアル」による情報の共有化

「家庭奉仕員といわれていた時代と大きく変わったところは、利用者一人に対するヘルパーの入れ替わりが頻繁になったことだ」というN氏らは、そういった「苦情」をできる限りなくすために、提供するサービスの内容について可能な限り標準化するとともに、介護に必要とされる基本的な情報をできる限りヘルパー間で共有することができるような方法を編み出した。N氏らはそれを「マニュアル」と称しているが、これは、提供サービスを画一的に行うようにする統一規格＝マニュアルとは異なり、利用者個人に関する情報を丁寧に記録し、それをヘルパーが共有するという、個性性の高い「マニュアル」である。

とりあえず、そういった苦情（すぐにヘルパーが交替するという苦情）が出始めたころ、それへの対応策として「マニュアル」をしっかりと作るようにしました。これは、ご利用者の個別の情報を丁寧に書き記したノートなんです。調味料がどこにあるとか、利用者の嗜好とかですね。そういったものをきちんと書き出しました。それから、ヘルパーが入って何をするかという手順表ですね。これを個別に作成することで、誰が入ってもすぐにそれをみれば何をするのが分かるようになりました。利用者さんの不信感というのは、こういったちょっとしたことから始まるんですね。家庭奉仕員のときはマニュアルなんて必要なかったんです。1年間も通いますから、何がどこにあるか、何をすべきかなんてすぐに覚えますし… そんなことくらい、ちょっと訊けばいいじゃないかと思われるかもしれませんが、ご利用者はそういったところにごく敏感なんです。考えてみれば、その方の日常生活をサポートするわけですから、いちいち訊かれたんじゃ、堪

たものじゃない。そればかりか、いつも不安を抱えてサービスを受けることになりかねませんし、その分、不満もたまりがちになります。ですから、そういった日常のちょっとしたことにも気を配る必要があるんです。

今でもマニュアルは継続して書き換えていますよ。まずは手順表ですね、それから部屋の見取り図、お宅に向う場合の道順も書かれていますし。その人にどのようなサービスを提供するのが（マニュアルには）記載されています。それに加えて、個別のデータを書き込んでいます。伺ったヘルパーが気になることや連絡すべきことなども書き加えますし、利用者の状態が変われば、手順は変わりますから、「〇月×日から、サービス内容が変わりました」となどというメモも書き込みます。

振り返ってみて、こういったヘルパー業務をきちんと見直す必要が出てきたのは、ゴールドプランがやっぱり一つの境ですね。あれでヘルパーの数が増えて、身体介護が出てきて、出入りするヘルパーの数が増えて、利用者情報の共有が大切だという意識が高まりました。それが、マニュアルの必要性に注目したきっかけですね。〔N氏〕

苦情処理と苦情を未然に防ぐための配慮

介護保険制度への移行と共に、苦情に対する対応や処理の仕方も、次第に体系化されてきた。また、苦情のデータを積み上げていくなかで、苦情を未然に防ぐための配慮もある程度マニュアル化されてくる。そのなかでも特に重要なものは、利用者に応じて〈相性〉を考えたヘルパーを事前に割り当てることである。

— どのような内容の苦情が多いですか？

やはり“人”に関することですね。ヘルパーって仕事は、こっちの意識が利用者传到るんですよ。ですから、さきほど言ったような「(嫌な仕事を) やってあげる」という居丈高な意識が消えないときは、相手にそういった意識が伝わりますからね。そういった姿勢を含めて、ヘルパーさんと利用者さんの“相性”に関わる問題が一番苦情で多いですね。〔S氏〕

— 苦情に対しては、どのような対応をされますか？

苦情がきたら、まずは責任者が対応することになります。もちろん、ケアマネに集まった苦情も、こちらに連絡があればすぐに対応します。苦情に対する対応の基本は、早めの対応です。直接伺ってお話を聞くようにしていますし、それが無理な場合は、電話一本でもすぐに入れておきます。

私たちも、(ヘルパーと利用者の)相性が合わないとか苦情に繋がるということが経験的に分かっていますから、実際にサービス提供のプランを作る際に初回訪問してしっかりとお話をさせていただきながらご利用者さんの希望を聞くなかで、こちらのヘルパーの誰に担当してもらうのがいいかを考えるようにしています。常勤ヘルパーは毎日事務所に顔をのぞかせますから、その人柄やサービスについてある程度の情報を持っています。直行直帰の登録ヘルパーについては月1回しか事務所に来ませんから、別にその人のサービスを見る機会を設けたりしながら、その人柄を把握するようにしています。そういった利用者情報とヘルパー情報をもとにして、誰を派遣するか、そのローテーションを決める必要があるのです。ローテーションについては、あまり人を替えられないケースについては最低3人のローテーション、そうでない場合は、5人くらいのローテーションを目標にしています。〔S氏〕

苦情を回避するためには、利用者だけではなく、御家族の方、特に介護者の方とのコミュニケーションが大切なんです。そういった回路からご利用者さんのことが分かることは少なくないです。〔N氏〕

(3) ヘルパーという仕事における〈技能〉と〈経験〉

利用者とヘルパーの〈相性〉という現場の語りと〈経験〉

ヘルパーは、主任ヘルパーなど一部の職種を除いてその多くは特別な資格が必要ではなく、

採用時の初任者研修が義務づけられているだけである。介護保険が適用されるヘルパーの場合には、介護福祉士かあるいはホームヘルパー養成研修を経た1～3級のヘルパーしか訪問介護に携わることができないが⁴⁴、サービス提供責任者クラスの1級以外のホームヘルパー資格は、養成コースも期間が短く、実務体験を経ないで取得可能なものもあり、専門性の観点から問題視されている。

しかし、現場のヘルパー間では、ケース検討会に代表されるヘルパー同士の研究会や技術講習が実施されている例も少なくない。特にベテランヘルパーを抱える事業所では、新人クラスのヘルパーが、日頃の活動での問題点や悩みを直接ベテランヘルパーに質問できる機会もあり、いくつかの事業所ではそのような機会を制度的に用意している。

ヘルパーの仕事は、誰が担当しても同じサービスが提供されるわけではなく、その意味では、統一されたマニュアルが用意されていれば誰でもできるサービスではない⁴⁵。“誰が、どのようにサービスを提供するか”が強くサービスの質を決めるのがケアワークである。先のベテランヘルパーが口を揃えて言う「利用者との相性」という語りは、“誰が”という個々のヘルパーが築き上げた経験からなる「その人らしさ」と、“どのようにサービス提供をするか”という「利用者の個性／ニーズとの適合性」が強くケアの内容を規定する事実を指摘しているのではないだろうか。それは齊一的に評価しにくいものであり、サービス提供が行われる個々の現場でのみ確認できる類のものではないだろうか。長年ケースを経験してきたベテランヘルパーが直観的に感得し、日頃の仕事の中で共有しているもの、しかし簡単に言語化し得ないものを、ベテランヘルパーたちは「利用者と

44 「介護保険法施行令」(平成10年政令第412号)第3条。

45 下田平裕身・井上信宏(2002)「民間介護事業の経営と在宅介護労働の特徴」,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(編)『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)』,社団法人生活福祉研究機構(第2章,pp.12-25)。

の相性」という形で私たちに伝えているのである。N氏とS氏の聴取調査の中でも、次のようなエピソードが話題になっている。

—いずれのベテランヘルパーも「利用者との相性」が大切だと指摘されます。

そうですね。ヘルパーの仕事が成功するかどうかが、気に入ってもらえるかどうかは、そういったものが大きく関係するんですよ。じゃあその「相性」ってのは何かって言われても、そうやすやすと言葉では語るができないものとかいいようがないんですね。もちろん技術もしかり、人あたりの良さもしかり。こういった技術を高めるためには、どうしても自分自身の人間の質を高めて、ご利用者さんに気に入ってもらえるようにするしかないんですね。〔S氏〕

これは、簡単に新米ヘルパーさんに伝えられるような類のものではないですが、利用者さんが何を考えているのかなということは、割と分かるような感じがしますね。言葉じゃなくて。もちろん、一言二言いっただけで分かることもありますし。どんなことを嫌がっているのかなとか。これは、長い経験の中で、自然に身についたものともいえますか…〔N氏〕

言葉では言えないけれども、長年の経験で身につけた何か…そういったものがあると思います。ご利用者だけではなく、若手のヘルパーの人なども向かい合っていて話しをしているときに、相手の考えていることが以前よりは分かるようになったかなという感じがするんですよ。〔S氏〕

これらを簡単に「経験」といっていいのかわかりませんが、私たちに分かりますが、それでも“経験がものいう”としかいいようのない場合というのは、少なくともないんです。私の場合、よく保健師の人と話しをしますが、彼らが言うには、「あまり日頃面接していない私たち（保健師）が行ってもあまり利用者は話してくれないけれども、いつも行っているヘルパーに同行してもらおうと、利用者も心を開いてよくしゃべってくれる」らしいのです。そのときに言われるのが「どうすれば、そんなに話してくれる関係になることができるのか」ということなのです。これは簡単に伝えることはできないし、一言で言うこともできない（笑）。や

はり、長年のお付き合いの中で作ってきた関係だとか、長年ヘルパーをやってくる中で身につけたものというか…そうとしかいいようないものですね。〔N氏〕

ヘルパーという仕事の向き／不向き

「利用者との相性」は、〈経験〉という語りの中で扱われるだけではない。シフトを作成する管理職クラスのベテランヘルパーの多くは、ヘルパーという仕事には、人によって向き／不向きがあるという。

—ヘルパーに向き／不向きはありますか？

あります、やっぱり。接している態度とか、私たちに対する言葉づかいとかですね。あとは、お掃除の仕方一つ見ても分かります。そういった意味では、家事型の仕事の仕方を見ると、向き不向きがよく分かりますね。ヘルパーってのは、与えられた仕事をするだけじゃだめなんですよ。仕事をしながら、上手に利用者や介護者に声掛けをする必要があるんです。そこまで気を回せるかですよ。それができる人はヘルパー向きですよ。これは、一緒に同行訪問をするとよく分かります。特に、どの仕事ができないとか、なにが悪いってことじゃなくて、持っている雰囲気なんですね。〔N氏〕

また、喋るだけでもだめなんですよ（笑）。“聴き上手”っていうのも大切なんですよ。こちらの意見だけではなく、相手のお話も聴くということが大切なんです。そういった姿勢がある人は、ヘルパーに向いているかなと思いますね。だから、社協が開く（2級ヘルパーの）研修に来ていただいたときに、講師をしながら参加者の皆さんを見極めさせていただいて、第一印象だとか、同行訪問させていただいたときの雰囲気とかを見て、採用を決めるようにしています。あとは、ヘルパー仲間との関係ですね、これも大切です（笑）。〔S氏〕

N氏が指摘する「与えられた仕事をするだけじゃだめ」で、「仕事をしながら、上手に利用者や介護者（家族）に声掛けをする」ような「気を回せるか」という点は、対人援助職としてのケアワーカーに必要な能力とされている。

これこそがいわゆる「感情労働⁴⁶」の基本であるが、感情労働を含めたヘルパーの仕事能力は、経験をそれほど積んでいない段階で高い能力が認められる人がいたり、逆に経験を積んでも能力が上がらない人がいることが現場から指摘されていることから、同じ職務経験でも個人的なばらつきが大きいことが確認されている。経験を積むだけでは解決し得ない、ヘルパーという職務とそれを遂行するヘルパー自身との関係が「向き／不向き」という語りに込められているのである⁴⁷。

(4) 現場のヘルパーの技能を高めるための〈経験〉の共有化

〈経験〉とその言語化を通じて蓄積される技能

ヘルパーの仕事が、「利用者との相性」や「向き／不向き」に強く規定されるものであったとしても、それだけで十分なサービスが提供できるわけではない。N氏は「介護の能力は、(仕事をするなかで) どんどんあがってきます。テキパキと仕事をこなすことができるようになってきます」という。また、そういった介護の仕事能力が、個別の経験にだけ任せていたのでは伸びないことも強調する。

ヘルパーの研修会は、定期的ではありませんが開いています。実技や全体的な研修といったものが、年に1回程度開かれます。

そういった形での研修会以外に、常勤のヘルパーに

ついては、日常的にグループを作って、ディスカッションしながら介護のノウハウを先輩から教えてもらっています。「班会」といっていますが、何人かのグループに分かれていて、昼休みとか就業後の時間などに、お互いに介護のやり方を話していますよ。ベテランが新人に伝えたいことがあれば、班会を使って教えます。対応が難しいようなケースなども、時間があればお互いに話して、どんなところが難しいのか、きちんと伝えていきます。仕事のローテーションの関係から、全員が一堂に会してなんてことはできませんから、そういった隙間の時間を使った班会は、非常に大切なんです。〔N氏〕

班会は大切です。事例で問題があったり、困難ケースにあたった場合は、班会で対応しています。班会を通して、みんなが理解や情報を共有します。班会は昼の時間帯に行ないませんが、場合によると、そこで食事介助に出ている人もいますから、どうしても全員が集まるということは難しいですね。ですから、会議という形ではありませんが、5～6人が集まると、そういった利用者さんに関する話しをしたりしています。〔S氏〕

班会は特別に班長がいるわけではなく、わたしたちも現場に出ていますから、私たちがその中に入って会議を仕切っていくという感じになっています。ですから、必要に応じて「ちょっと集まって…」ってな感じで声をかけて、会議を開いています。実習みたいな感じでもありますよ。介助に自信がなければ、畳の部屋でどうすればいいのか、ベテランが教えていますから。〔N氏〕

46 ホックシールド, A.R. (石川准/室伏亜希訳) (1983=2000) 『管理される心：感情が商品になるとき』世界思想社。

47 ヘルパー業務のジェンダー分割もまた向き／不向きで語られることが多い。「利用者さんの方で、男性に来てもらいたくないと言われることはよくあります。正直言って、そういわれるとちょっと切ないですよ。うちにも男性ヘルパーはいますけど…」〔N氏〕、「ちょっと前に、男性ヘルパーに挑戦してもらったんですが、やはり駄目でした。排泄介助などでも、いくら認知症の方でもどうしても恥じらいというのがあって、拒否されちゃうんですね…」〔S氏〕、「利用者さんが男性でも、駄目なときはだ

めですね。“タッチ”の仕方が違うんですね。あとは、そういった介助の際の声かけの違いですね。男性(の利用者)は、女性のヘルパーを好みますね。気分的なものかと思いますが。例えば、老老世帯に出かけて行った場合、(利用者である)奥さんが何も言わなくても、旦那さんの方が『男のヘルパーが夜中に来ると心配だ』ということで、男性ヘルパーが拒否されることがあります。そういった点では、施設よりも在宅ですよ、性の問題が出るのは…」〔N氏〕。N氏の下で働く7名の男性ヘルパーは、現在、入浴介助とグループホーム、事務職として働いている。

経験を共有するインフォーマルネットワーク
 日常的なヘルパー同士の交流の大切さ
 こういった班会の存在に留まらず、ベテランヘルパーが身近にいてヘルパー同士のコミュニケーションがうまく機能している場合、あるいは、日々の仕事の前後で立ち寄ることができる場所に他職種の専門家がいる場合などは、ヘルパーの日常的な職務経験を通じて介護の平準化と技能の向上が見られる⁴⁸。いわゆる直行直帰型の登録型ヘルパーの問題点は、日頃の業務の中で、自分の仕事能力をメタ化し、仲間と共有し合える場所が皆無に近いことにある。時間単価で労働条件が切り下げられた上に、このように能力開発の側面でも劣位におかれる登録型ヘルパーは、こうした循環の中で低賃金職種的位置を固定化される可能性が高い。また、登録型ヘルパーと常勤型ヘルパーの仕事が、互いに入れ替え可能なものと理解されれば、常勤型から登録型への転換は今以上に進められることになりかねない。

すでに述べたように、ヘルパーの仕事能力には「感情労働」といわれる働き方が大きく関わっている。利用者に対する気遣いは、その背後でヘルパー自らの感情をコントロールしながら達成されるものであり、それはヘルパーに大きなストレスを生じさせる原因となっている。その上、ヘルパーの仕事が、利用者の生活の場（家）で行なわれるものであるため、家族内で暗黙のうちに構築された人間関係と調整を付けながら行なわれる必要があり、利用者に対する気遣いにおいては、施設内で求められるそれとは異なる高い水準で自らの感情をコントロールする必要がある⁴⁹。登録型ヘルパーの場合は、こうした感情労働で生じるストレス・コントロールが、全て個人の責任領域に押し込められて

しまう可能性が格段に高いのである。ヘルパーの健康管理を含む仕事上で抱えた問題や感情的な落ち込みを、ヘルパー同士で癒すことは、この仕事を長く続けるためにはどうしても必要になる⁵⁰。

今現在、忙しすぎて空き時間がないという状態が続いています。1人平均して1日5～6件を6時間強で廻ります。(身体)介護型だと、もう少し多めに廻ります。若い人たちは疲れもすぐにとれますが、私のような年寄りだと疲れが取れないんですね(笑)。うちの場合、60歳が定年ですが、やはりヘルパーの主力は、40～50歳代ですよ。体力的には少し辛いですが、経験の違いヘルパーが一つ所にたまっていると、いろいろな相談にのれますから、そういった意味ではいいですね。私のように、比較的事務所に詰めていることが多い者は、ヘルパーの顔色を見て、どういった状態かなと考えることはあります。ちょっとヘルパーが悩んでいる様子だと「方向転換してみようか…」などということもできますし、それはこれまでもしてきました。

実は、ヘルパーも利用者と同じで、いろいろと喋ってくれる人はいいいんですよ(笑)。「今日はこんなことがあった」、「利用者こんなこといわれちゃったんだよね」とか。言わないヘルパーもいますから、そういった時は、こちらが声掛けをするようにしています。「何かあった?」とかこちらが言えば、向こうも話してくれますから。ヘルパーの健康もお互いに気を配っていますよ。「今日、調子悪いの?」、「具合が悪いのに無理していない?」という感じで… そういったちょっとしたことが、ヘルパーが仕事をしていく上では大切なんですよね。〔N氏〕

こうした日常的なヘルパー同士の声かけがストレス・コントロールには欠かせない。また、日頃の業務で疲れやストレスを溜めがちになる場面において交わされる、職員同士の声かけの

48 井上信宏(2001)「介護職員の能力開発」, 介護職研究会(編)『介護職の能力開発に関する総合的研究』社団法人生活経済政策研究所(第2章, pp.112-146)を参照。

49 ホックシールドの前掲著のほかに、スミス, P. (1992=2000) (武井麻子・前田泰樹訳)『感情労働としての看護』ゆみる出版, がこのテーマを扱って

いる。また、ケアワークの特殊性を的確にまとめた論文として、Himmelweit, S. (1999) *Caring labor. Annals of the American Academy of Political and Social Science* No.561 を参照。

50 介護職研究会(1997)『介護職の疲労感と総合的要因』, 雇用促進事業団・社団法人平和経済計画会議, を参照。

機会は、ちょっとした接遇の仕方やコツといったものが、ベテランヘルパーから若い世代に日常的に受け継がれる場としても機能している。

腰痛はヘルパーみんな持っていますね。ですから、腰を痛めない介助の仕方を先輩から教えてもらうこともあります。〔S氏〕

電話の対応なども、私が横で聞いていて「ちょっとおかしいな?」と思ったら、すぐに指摘しますよ。〔N氏〕

ヘルパーの〈経験〉は、介護の現場だけではなく、こうした職場環境やベテランヘルパーとの会話や情報のやり取りを通じて蓄積されるものであり、こうして高められた技能が積み増しされて「利用者との相性」に結びつくようになるのである。

これからのヘルパー業務 — 医療行為と介護

ベテランヘルパーのN氏とS氏は、最後にヘルパー業務と医療行為の問題を指摘した。「介護の質を上げるためには、何が必要か」——これは、ベテランヘルパーらが所属を超えて集まった場合に交わす会話で最も多く語られるテーマである。

どうやったら介護の質を上げることができるかという事は、私たちがよく話すことです。家事援助だけに注目すると、あたかも、やりくり上手のおばさんタイプの、なあなあ仕事で介護だと思われがちですが、やはりきちんと自分達の仕事の質を高めるために何が必要かを考えないと駄目だと思います。その一つが、医療行為と介護との関係なんです。〔N氏〕

特に、医療行為については、N氏、S氏ともに、今までの経験を踏まえて次のように語ってくれた。

介護と医療行為とは、私達も頭を悩ませるところです。これはあくまでも個人の意見ですが、経管栄養は医療行為じゃないと思うんですよね。あれは食事介助だと思います。経管が詰まっても、生死に関係ないんですよね。管が所定の位置まで入っていないと、食

事物が肺に入って問題ですが、それさえしっかり確認していれば大丈夫だと思うんです。あとは、座薬ですね。これも今は医療行為です。しかし、障害者やお年寄りでは手が届かない方もいるわけですよ。そうした方にヘルパーが手を添えて、座薬を入れるというのは認められてもいいんじゃないかと思います。もう少し私たちヘルパーがそういったことをしてもいいんじゃないかと思うんです。私たちの中にも介護福祉士の資格を持っているものもいますし、しっかりした研修を受けてもいます。そういった研修の受講状況とかを考えて、ヘルパーに医療行為の一部を介助させるような、もう少し柔軟な対応が今後は必要だと思います。実際、家族にとってみれば、そういったところが一番困っているところなんですよ。素人がやると時間もかかりますし、仕事を持っている人だと余計に大変になります。〔N氏〕

介護福祉士の資格を持つ人たちの間でも、会合のたびにそういった医療行為をどこまでヘルパーがすべきなのかということが問題になります。ある地域では、家族の承諾のもとで、医者の指示を受けていくつかの行為を行なっているところもあります。そこでは、事前に医療行為の何を介助するのか、書面で契約して行なっています。もちろん、そういった契約をしていますが、何かあったときには、私たちヘルパーの立場は弱いと思いますが…。でも、いろいろと勉強してきたものとしては、例えば、介護福祉士の有資格者であれば、どこまでの行為ならよいといった形で、資格や講習の受講を前提に、医療とのサービスの境界を考え直すべきでしょう。細かくいえば、点眼だって、湿布貼りだって、これは医療行為だといわれればそうですからね。でもそういったことは、生活のなかで当たり前の行為として行っているわけです。あるいは、高齢者で痰を吸引する必要がある人もいます。その方の家で、たまたまヘルパーがいて利用者が苦しんでいても、医療行為だからだめだといわれ、そのための技術も身につけていなければ、ヘルパーは目の前で苦しんでいる姿を見るだけという奇妙なことが起こるんですよ。それだって、看護婦さんに連絡して、担当者が来るまで待っているというよりも、さっさとサポートしてあげるほうがいいわけですから…。そういった切実なことが実

際に現場では起こっています。それも日常的に。そう
いったことは、ヘルパーがやってもいいんじゃないか
と思うんですよ。

ヘルパーもまた、医療行為についてきちんと勉強す
ることが必要です。だって、ヘルパーは日常にお宅
に伺っていますよね。そうであれば、何時どこで、利
用者さんが苦しむようなことに出会うか分からないん
ですよ。そのときに、それはヘルパーだから、知識を
持たないから何もしてあげられない…というのではな
く、きちんと必要に応じて助けてあげられる緊急時の
対応は、ちゃんと知っておく必要があると思います。
〔S氏〕

N氏やS氏の意見は、決して少数ではない。

また、お二人とも口を揃えて言うのは、医療行
為を無制限に拡大することではなく、しかるべき
資格や知識を持ったヘルパーに限定して、現
在では医療行為と見なされている業務の一部を、
ヘルパーが介助できるようにならないかという
ことである。介護と医療に境界を設けているの
は、サービス提供側であって利用者側ではな
い⁵¹。利用者が必要とするときに、しかるべき
介助／介護サービスが提供されるようにするた
めには、ヘルパー業務の課業分析だけではなく、
医療行為に関わる技術革新や、ヘルパーの技能
水準の向上などを前提とした介護と医療の境界
の見直しが必要である⁵²。

4. 介護保険サービスの中核的コーディネーターとしてのケアマネジャー ——松本市のケアマネジャーへのグループインタビューをもとにして⁵³

(1) 専門や経験を異にするケアマネジャーの実 情と職場や仕事の実態

松本市のケアマネジャーの姿

松本市内の居宅介護支援事業所数は、介護保
険スタート直後（2000年）の31事業所から2002
年には36事業所に増え、ケアマネジャーも88名
から119名に増加している。しかし、ケアマネ
ジャーのなかには、併設業務との兼務が多い上、
ケアマネジャー1人あたりの担当数が50ケース
を超えるものも少なくない。利用者の自宅まで
出向いてヒヤリングを行ない、個別にサービス
調整をしながらケアプランを組む、その上毎月

の給付管理も行なうという日常業務において、
十分なモニタリングを行ない得ない、モニタリン
グができたとしても、それによって次々と掘り
起こされる利用者のニーズをプランニングに十
分に反映できないままになってしまい、個々の
ケアマネジャーが問題を抱え込んでしまってい
る様子が各所で問題視されている⁵⁴。

私たちは、松本市の4つの異なる居宅介護支
援事業所に勤務するケアマネジャーにグループ
インタビューを行なった。4名のケアマネジャ
ーは、前職もそれぞれ異なり、さまざまな経験
を積まれた方々である。まずは、一人ずつ職場
やこれまでの経歴をかいつまんで紹介しよう。

51 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（編）『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）、社団法人生活福祉研
究機構。

52 医療行為とヘルパーのあり方は、厚生労働省が一
部の医療行為とされてきた日常生活における行為を
医療行為から除外することになり（2005年）、今後
大きく見直しされることとなった。

53 本節は、2003年2月22日に松本市福祉公社内で行
なった聴取調査、その際に収集した資料等を元にし
ている。被調査者は、松本市福祉公社のケアマネジ

ャーB氏、協同組合系Jの保健師・ケアマネジャー
のU氏、A病院併設居宅介護支援事業所の所長で、
薬剤師資格をもつケアマネジャーのM氏、有限会社
Yの所長でケアマネジャーのK氏。調査には松本市
介護認定係長T氏と松本市福祉公社業務課長Y氏が
一部同席した（被調査者の肩書きは当時）。調査者
は、井上信宏、下田平裕身であり、主に井上が聴取
を行なった。

54 大野勇夫・相野谷安孝・宇藤健司・片野一之・原
島清（編）（2003）『これでよいのかケアマネジメン
ト：実践現場からの提言』、大月書店、など。

短期大学の介護福祉学科を卒業し、介護福祉士の資格を持つB氏（女性）は、松本市福祉公社の居宅介護支援事業を担当するケアマネジャーである。これまで在宅ヘルパーやデイサービスのヘルパーとして経験を積んできたB氏であるが、デイサービスを担当していたときに「もっと家族の方とも接してみたい、そうすれば、もう少し利用者のケアの仕方も変わるのではないか」と思って、家族介護者との接触が比較的多いケアマネジャーの仕事を選んだという。

福祉公社には現在6名のケアマネジャーが所属している。その6名（正規職員3名、パート職員2名、兼務職員1名）は、看護師出身、社会福祉士出身、介護福祉士出身と前職はさまざまである。担当ケースは、正規職員はひとり60ケース強、パート職員25～30ケース、兼務職員30ケース強である。

前職関係の知識など、いろいろな情報を（同僚のケアマネジャーから）もらいやすいですし、事務所が一緒ですからお互いに相談しながら仕事ができます。ですから、この職場内部で解決できる可能性も高いですし、お互いに相談しながらプランを作ることができますから、そういった意味では非常に仕事がしやすいですね。〔B氏〕

四国にある女子大学の看護学科を卒業して保健師資格を持つU氏（女性）は、介護保険以前の老人保健法のもとで、在宅のための検診を中心に「訪問指導」をしていた経験を持つ。訪問介護・看護に興味を持っていたU氏は、介護保険がスタートした年にケアマネジャーの資格を取得し、協同組合系のJからのオファーを受けて今の職場にケアマネジャーとして就職することになった。現在、U氏はJの生活部ふれあい課に所属し、保健師とケアマネジャーという資格を活かしながら、福祉相談センターと指定訪問介護事業所の業務をこなしている。「仕事の7～8割が介護保険関係のもの、残りは健康診断や健康相談という仕事をしています」〔U氏〕。以前からU氏は「医療と福祉の接点を捕らえるのが介護保険である」という考えを持っており、

Jでは、U氏に加えて介護福祉士出身のケアマネジャーをもう一人採用したことで、「介護と看護が力を合わせてケアプランを作成していく」というU氏が理想とするシステムが構築されたばかりである。U氏の担当は25ケース、もう一人の専任ケアマネジャーが35ケースを担当している。

協同組合系のJということになると、これは全く民間事業者というわけではないんですね。母体が「協同組合」ですから、まずは組合員さんと地域住民へのサービスや福祉の提供という視点から仕事をしています。ですから、居宅介護支援事業所にしても、これからはこういったことも地域で積極的にやっていかなくてはならないという組合全体の方針をもとに立ち上げたんだろうと思います。

Jは最近、組合員さんの高齢化に注目しています。近頃ではサラリーマンを辞めたあとに農業を始められたという方も多いです。組合員さんの高齢化に加えて、地域住民の皆さんへの福祉の還元という点で、介護保険サービス以外にも、健康診断とか福祉大学といったイベントを行なっています。〔U氏〕

医療法人A病院併設のA居宅介護支援事業所の所長を務めるM氏（男性）は、薬剤師出身という経歴を持つ。松本市内には、薬局を開きながら居宅介護支援事業を手がける薬剤師は少なくない。しかし、ケアマネジャー業務のみで事業所に勤務する例は「めずらしいタイプです」とM氏自身は言う。これまでM氏は、北信地区の病院でケアマネジメントを含む、トータルな介護事業の立ち上げを手がけてきたという経験を持っている。その経験を買われて、2002年4月からA事業所に勤務するようになったのである。2003年2月現在、5名のスタッフでケアプランを作成しており、同年4月には1名増員し、6名体制となっている。訪問看護も手がけるA病院では、訪問担当の看護師5名、リハビリテーション担当が6名、そのうち5名を常勤スタッフでまかなっている。

A事業所は急性期病院の指定を受けたA病院併設で

すから、それに付随した特徴が出ていると思います。救命救急を経た患者さんが、短い間の入院で在宅に出てくるために、データ上も要介護度3～5という重度の方がかなりいらっしゃいます。松本市内の平均で要介護度3以下が60%くらいだと思いますが、A事業所はその逆で要介護度3～5が60%を占めています。

ケアマネ一人が抱えているケースも50ケース程度ですが、重度化している分、一人一人のケアは結構大変かと思います。ケアマネの出身は、福祉・看護系が多く、看護師出身は思ったように採用できません。全体的なニーズとして、今以上に看護との連携が必要な事業所ですから、看護師出身のケアマネ確保が必要になると思います。

事業所内の構成としては、急性期を終えた重度の方のご利用ということもあって、訪問看護ステーションを併設しています。その結果でしょうか、うちのケアプランは、平均して一人あたりのサービス利用数も多いという特徴が見られます。〔M氏〕

有限会社Yを仲間とたちあげたK氏（男性）は、柔道整復師の資格を持っている。もともと整骨院を開業していたK氏は、同じく柔道整復師の有資格者でケアマネジャー資格をとった3名とともに介護事業を併設し、介護保険直前の1999年に会社を設立、松本市からアドバイスをもらいながら活動を始めた。スタッフは、K氏とK氏のパートナー（妻）が常勤、それ以外に、自宅で整骨院を経営しながら、非常勤としてケアマネジャーをしている2名である。

有限会社Yは、居宅介護支援事業以外に福祉用具貸与も行っており、それには別途1名の担当者がついている。福祉用具の利用者は、現在120ケースである。

私は、柔道整復師として開業して15年くらいになります。その仕事のなかで、寝たきりのご老人に往診を頼まれたりしていました。そういった毎日の仕事の中で介護現場に出会うこともあり、見聞きしたりするうちに介護に入っていったという感じですね。また、私の祖母がパーキンソン病で10年近く寝たきりで、それを介護していた母親を手伝ったりする中から、介護への興味がわいたこともあります。現在は、福祉用具貸

与の事業所も併設していますが、元々の整骨院については、介護事業が大変忙しいこともあって、現在では休業しています。ですから、今は完全に介護事業だけの仕事をしています。準備段階から2年間はどちらの事業も並行して仕事をしてきたのですが、仕事が終わるのが夜中の0時や1時が当たり前の状態になったので、整骨院は閉めました。現在、4人で140～150ケースを担当しており、このうち常勤が1人あたり50～60ケースを担当しています。〔K氏〕

赤字を抱える居宅介護支援・利用者の拡大 ——併設施設を持たない場合

Jでは、居宅介護支援の利用者は組合員に限定されないが、ここに来て「利用者が伸び悩んでいる感じが否めない」。そのため、U氏自身も「ここに来て、きちんと営業をする必要がある」と考えざるを得ない状況になっている。

Jは組織が大きいですから、居宅介護支援が赤字でも何とか補填しながらやっていくことができます。実際、居宅は赤字です。でも、組織内部では突き上げがありますから…もう少し営業をかけて、ケースを廻してもらおうようにしないと、自分達の給料分すら入ってこないことになりかねませんから。〔U氏〕

介護保険施設を併設する居宅介護支援事業所にケアプランの作成を依頼する利用者の背景に、当該施設の利用希望があることはよく指摘されることである。Jはこうした施設を持たないが、ケアプランの作成を依頼する組合員の多くは、“仕事上でも付き合いが長いから”という理由でJを指名している。一方、組合員以外の利用者の場合、“自宅に近い”という理由を挙げる人が多数を占めている。その多くは、認定調査員から「近くだから」と紹介されてJの居宅介護支援を利用する人である。「高齢者世帯や一人暮らし世帯の場合、ご自宅から遠いところよりも近くのほうが、すぐに来てもらえるという安心があるんだと思います」〔U氏〕。

しかし、こうした“待ちの姿勢”だけでは、採算に合ったケース数を確保することは難しい。U氏が語るように、居宅介護支援事業への業務

拡大がJ全体の方針とはいえ、新たなケアマネジャーの増員を実施しているということからも、U氏自身は「収益が見込めなければ、組織内部から問題視されて仕事がしにくくなる」と考えている。そのため、居宅介護支援の収益性を今以上に上げる必要があり、U氏は、①現在の利用者を媒介とした“口コミ”を利用する、②同業他社に営業を拡大して利用者の紹介をお願いする、③広くJの介護保険事業を拡大するための広告戦略をとる、等の方法を考えている。

(2) ケアマネジャーの仕事条件と新規募集の困難

看護師資格を持つケアマネジャーの供給不足
急性期病院併設のA事業所は、比較的要介護度の高い利用者が医療関連サービスとともに利用するケースが多いため、看護師資格をもったケアマネジャーの増員を計画していた。しかし、ケアマネジャーの資格を持ちながら看護師をしている人の中に、看護師を辞めてケアマネジャーになることを希望する人は少ない。そのため、M氏もケアマネジャー募集には苦労したようである。なぜそのような事態が起こるのか。そこには、ケアマネジャーの資格要件とケアマネジャーをめぐる社会的な地位と収入に関する問題がある。

—A事業所では、看護師出身のケアマネジャーということにこだわりますか？

そうですね。やはり急性期病院から在宅へのソフトランディングを考える場合、どうしても医療的な知識が豊富なケアマネが対応する必要があると考えています。ですから、今回の増員はどうしても看護師の資格を有する、医療スタッフとチームを組むことができるようなケアマネが必要なんです。

うちでは、急性期で入院されて介護保険適用となるケースは少なくありません。そうすると、病院に入院しているときに介護保険の認定を受けて、ケアプランを作成するというケースが多いんですね。そうすると、医療現場に出入りしながら、利用者の現況を的確に押

さえてプランを作る必要があるんです。ですから、どうしても医療が分かるスタッフが欲しいんですね。

—看護師がケアマネジャーになりたがらない理由はどこにあるのでしょうか？

きわめて下世話な話になりますが、現状だと給与の差が大きいのです。ケアマネの一般的な年齢は30歳後半から40歳にかけてでしょうか。それくらいの年齢層の看護師のケアマネを募集しようとする、給与水準で言えば、夜勤をバリバリして病棟勤務をしている看護師と競合することになります。例えば、三交替制をきちんと行っているような病院看護師と比べると、ケアマネの給料は、約10万円くらい低い水準です。それくらいの看護師だと、家計を考えるとどうしてもケアマネは敬遠したがるんじゃないでしょうか。

あるいは、仮にそういった収入差があることを前提で、在宅の仕事を経験してみたいと思った看護師がいても、ケアマネとして働いて、再び病棟看護師として働くといった流れが完全に絶たれているんです。看護師としてのキャリアも寸断するし、病棟に帰ろうとしても帰るポストがない…そういった現状です。ですから、看護師資格を有するケアマネを募集しても、さまざまなことが足かせとなって、どうしても「ケアマネします」という人が発掘できない。

ケアマネの資格というものの位置が少しあやふやな感じがするんですよ。今、“資格”といいましたが、正しくは「研修修了者」なんですね。そういった意味では、専門的な位置づけだとは必ずしも言えないんですね。逆にそういった位置づけだからこそ、いろいろな業種から新規参入することができるんです。参入者を増やさなくてはならないときにはこれでよかったのかもしれないが、今、これでいいのか…

経営という点では、ケアマネだけの収支ということではなく、そのほかのサービスと合わせて収支が“黒”になるのであれば、それはあります。事業所全体で収益が上がっていれば、ケアマネに高い給料を払うこともできるのです。しかし、そういったことが見込めない場合、特に、居宅だけで事業所を起こしている場合はそういった訳にはいきませんでしょう。今回、ケアマネの報酬単価が条件付きで上がりますが、それだけに頼って居宅を続けていくのは、やはり無理があ

と思いますね。

一問題は、そういった収入格差や社会的地位の低さだけにあるのでしょうか？

拘束時間の問題があります。これは、実質的な拘束時間だけではなく、心理的な拘束の問題ですね。これは疲労とも関係します。ナースの場合、完全に交替制が成り立っています。休暇のときは全く患者さんのことを考えずに時間を過ごすことができます。しかし、ケアマネの場合はそうはいきません。抱えたケアプランのこと、途中で終わったサービス調整、利用者からのクレーム…、いずれも一人で対応することが普通のことになっています。そうすると、休みのときも仕事の携帯電話は手放せない、長期間にわたって休暇を取ることができないということになりかねません。

ナースの場合、チーム制がきちんとしているんですよ。そうであるからこそ、勤務中は激務だけど、それを外れば、全てのケースを完全に仲間任せられるんです。そういったケアマネとナースの間の仕事の違いが、ここに来て明らかになってきたんじゃないでしょうか。そのため、次第に医療職がケアマネに流れ難くなっているように思えますね。

一A事業所では、2003年の4月に、看護師出身のケアマネを採用することにしました。

今回は、A病院からの内部異動で看護師からA事業所に配置替えとなったのです。その際、問題になったのが給与です。看護師から介護になると大幅に給与がダウンしますから、今回は、ケアマネとして働くけれども、給与は看護師ベースにすることが条件となっています。

今後は、こうした問題が出てくることが予想されます。

私としては、看護師からのケアマネ、介護職からのケアマネの双方が大切だと思います。しかし、こういった給与の問題が後の処遇問題を生むことになるんじゃないかと、少し心配もしています。(以上M氏)

ケアマネジャーの仕事内容と賃金報酬体系の問題

日本在宅サービス事業者協会が2001年9月に取りまとめた「会員事業者の経営実態調査報告書(平成12年度)⁵⁵」によると、常勤ヘルパーの平均賃金は196,800円、常勤看護師247,700円、ケアマネジャー266,800円となっている。この限りでは、「常勤ヘルパー<常勤看護師<ケアマネジャー」という賃金格差が確認できる。しかし、常勤ヘルパーとケアマネジャーとの格差(7万円)と常勤看護師とケアマネジャーの格

在宅介護サービス事業者の平均賃金⁵⁶

	常勤	非常勤
管理者	292,600円	—
看護師	247,700円	109,000円
ケアマネジャー	266,800円	138,900円
介護ヘルパー	196,800円	73,700円

55 本調査は、日本在宅サービス事業者協会が、在宅サービスを提供している正会員事業者を対象に実施したものである。調査対象期間は2001年3月の1ヶ月間であり、記名・郵送アンケートで実施、171送付、うち有効回答数80(有効回収率46.8%)である。詳しくは、介護職研究会(編)(2002)『介護事業の人事・給与管理と経営状況Ⅰ：事例調査を中心として』、社団法人生活経済政策研究所を参照のこと。もちろん、データの制約があり、本稿ではこれ以上の分析はできないが、ヘルパーの“上がり”がケアマネジャーであるという意識は、介護職の中には根

強い。このことについては、下田平裕身・井上信宏(2002)「民間介護事業の経営と在宅介護労働の特徴」、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(編)『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)』、社団法人生活福祉研究機構(第2章, pp.12-25)、を参照のこと。

56 日本在宅サービス事業者協会が、居宅介護事業を実施している同協会の正会員事業者を対象に実施した「会員事業者の経営実態調査報告書(平成12年度)」をもとにした。

差（1万9,100円）には、大きな違いがある。病棟勤務や夜勤等の諸手当、現場管理者クラスの手当を考慮すると、後者の場合は逆転可能な格差でしかない。その上、M氏が指摘するような仕事上の拘束の問題を考慮すると、常勤看護師からケアマネジャーへの転職には大きな制約があるといえるだろう。M氏は「ケアマネの仕事内容と、報酬体系を抜本的に見直す必要が出てくるかもしれない」と指摘する。

高齢者医療費の切り下げ問題と在宅支援の充実が今以上にすすめば、看護職が今以上に在宅（看護）に流入してくることが予想される。急性期医療の運営も見直しが行われており、入院期間の短縮、在宅リハビリの拡大、在宅看護・介護の強化が現実のものとなりつつある。また、在宅化とノーマライゼーションの普遍化のなかで、在宅でのターミナルケアの動きが今後は高まってくることが予想される。こうした流れは、A事業所に限定されるものではない。

(3) ケアプランの作成依頼からプラン作成における事業者情報の不足

ケアプランの依頼／サービス調整

介護保険制度下では、サービスの購入先は複数化する可能性が高い。ケアプランの作成からサービスの供給が始まるまで、利用者はどのような判断基準でサービスの購入先を選ぶのだろうか。

まず、利用者の多くは、ケアプランの作成を依頼する居宅介護支援事業所を選ぶことになる。これは、利用者がどのような形で要介護認定を受けたかということが大きく関係する。例えば、U氏やK氏など、施設サービスを持たない居宅介護支援事業所の場合、事業所近隣の利用者がケアプランの作成を依頼するが多い。また、B氏の場合、「『あそこのデイを利用したい』という形で、具体的な希望をいわれることが多いです」と語るように、事業所併設のデイサービスの利用希望者がケアプランの依頼をする場合が少なくない。あるいはM氏が、「急性期医療

から自宅療養ということになって、病院に併設されたうちの事業所を指定されたり、入院時からサービスを受けるためにうちの事業所を利用される場合が多いです」というように、併設施設（病院）との連繋でケアプラン作成が依頼される場合もある。

サービス事業者の選定をめぐる問題

次に、ケアプランを作成する過程で、さまざまな情報をもとに、どのようなサービスをどこから購入するかを決める必要が出てくる。介護保険制度のもとでは、B氏やK氏が指摘するように「基本的にはご利用者さんやその家族がどの事業者を選ぶか決めます」ということになる。しかし、利用者の多くは、事業者を選択するための情報を十分に持ちあわせていない。そのため、ほとんどの場合は、利用者や家族とケアマネジャーが話し合いながら事業者を選択することになる。

介護保険が始まって3年たちましたが、利用者さんは介護保険の業者のことをあまりご存知ではありません。特に、家族で初めて介護保険を利用するといった場合、どのようなサービスがどのように提供されて、なにをどこまで利用できるかなんで、ほとんどご存知ありませんよね。〔U氏〕

「知らないからどこでもいいよ」とよく言われます。〔B氏〕

利用者とその家族とケアマネジャーが話し合いながら事業者を選択するという姿に偽りはない。しかし、その行為においてケアマネジャーの果たす役割は、決して利用者や家族と同じではない。むしろ、ケアマネジャーが利用者のニーズに合わせて具体的なサービスを決め、その担当事業所までプランニングするということが常態である。

「知らないから、どこでもいいよ」と言われた場合は、以前他のケースでお願いした業者さんから選びます。そういった中から、近場で紹介できるものについては、そこをお願いしています。そういったところは

サービス内容が分かっていますから、こちらでも安心です。また、必要に応じて、サービスの質を優先させて、遠くても質のいい事業所をお願いすることもあります。また、他のケアマネから情報をもらうこともあります。〔B氏〕

今まで3年間この仕事をしてきた経験から、どのサービスについては、どこの業者さんがいいかという情報はある程度つかんでいます。ですから、そういったことを踏まえて業者を紹介するようなことはありますよ。〔K氏〕

利用者が持っている業者情報の不確かさを指摘するU氏は、先の発言に続けて、次のように言う。

利用者さんはあまり業者のことを知らないです。もちろんケアマネも、全ての業者についての情報を事細かに押さえているわけではありません。それでも両者を比較すると、どちらかといえばケアマネの方が事業者のサービス内容についてよく知っているといえると思います。当たり前のことですが。

利用者さんの知識については、介護保険制度自体について、何もご存知ない方がいらっしゃいますから…利用したいサービスを先に言って、うちにケアプランの作成を依頼される方もいますが、非常に大雑把な依頼なんです。ね。「ベッドを貸してくれ」とか「デイに行きたい」という感じで、希望をバンって出してくるんです。例えば、施設であれば、どのようなサービスを受けたいのかということを知ると、はっきりといえない場合もあります。そういったことをいくつも見てくると、自分達が思っている以上に何も知らない人の方が多いのではないかと考えてしまいます。もちろん、同じ施設でも、それぞれで特徴があるということもご存知ないですね。

ですから、私の場合、なるべく情報を提供するよう心がけています。相手が持っていない情報を提供することが、何よりも私たちの仕事の重要なところだと思うんです。そのなかで、ケアプランを考える。そういった情報を私たちが出した上で、最終的に選んでいただくのは、ご利用者さん自身だと考えてはどうでしょうか。そう考えると、自分が持っている情報がいつ

もこれでいいのか、正しいのかという迷いは拭い去れません。

うちの場合、ケアマネは私を入れて2名だけなんです。よね。その上、もうひとりのケアマネは今年入ったばかりでまだ十分に分かっていないんです。もうひとりのケアマネは私に訊けても、私はそれができない…そういった意味では、ちょっと辛いですよ。〔U氏〕

(4) サービス事業者による利用者情報の共有化とその困難

利用者情報の共有化の問題

介護保険では、利用者情報が十分に共有されていないことも問題として指摘されることが多い。複数のサービスを利用する場合、利用者は一人であるが、サービス提供者は複数となる。利用者情報の共有は、介護の質を高め、利用者の満足度を高めるためにも必要となる。場合によっては、利用者情報の不備で致命的なミスに繋がるようなケースも考えられる。そうになると、複数のサービスを提供している業者が強みを持つことになる。例えばM氏の場合、急性期病院を併設していることから、詳細な利用者情報をそのまま共有することができるので、ケアプランを作成するために必要となる情報収集のコストを最小限に省くことができる。

急性期医療から自宅療養、入院中からのケアプランの作成といった場合、うちの施設に（続けて）いるということは、利用者さんのことを押さえているという点でメリットは大きいです。医療と介護の連携はよく言われますが、そういった点では、もっと入院中からの情報が他の事業者さんとも共有できるしくみがあった方がいいんじゃないかと思います。たまたま、今うちでは、日常的に情報交換ができるようになっていますが、外部のサービスを利用していたりすると、そこから情報を得るには、時間がかかりますから。〔M氏〕

同一敷地内、同一業者内で、利用者情報を共有化しやすいというのは、想像に難くない。事務所を共有していればなおさらである。しかし、だからといって、いわゆる「まる抱え」が推奨

されることにはならない。問題は、利用者情報が十分に共有できない環境にある。

ケアプラン作成がうんと儲かって、抱え込みをすればするほど潤ってくるということになれば、いずれの事業所もケアマネ部門を作って、利用者を丸抱えした方がいいということになるでしょうか。でも私はそういった主旨のことを言っているのではないです。施設には限りがあります。在宅は利用者の数だけあります。施設から出て行かれる利用者さんは、松本市内に散らばります。ですから、できるだけ住まいに近いケアマネさんとのつながりを持った方がいいんですよ。その上、得意分野を持った事業所があるはずですし、地域的にもそういった特徴があります。そういったものから、ケアマネの助言を受けながらサービスを受けた方が、利用者にとってもいいんですよ。そのための利用者の情報の共有なんです。特に私は医療系に深く関わってきた経験があるので思うのですが、医療と介護の連繋は、今以上に必要になります。ですから、今の状態だと、どうしても医療と介護の溝が見えてしまうんですね。もっと双方の間で、情報を流し合うシステムが必要ですし、それを早期のうちにおく必要があると思います。〔M氏〕

IT ネットワークによる利用者情報の共有化の可能性とその限界

介護保険制度によって実現された〈介護の社会化〉は、認定調査員、医者、看護師、OT・PT、ケアマネジャー、ヘルパーコーディネーター、ヘルパー…と、一人の利用者に数多くの人が関わる〈ケアの分断〉をもたらすことになった。それに伴って、利用者情報も分断されて収集される。そのため、それらの情報は、必ずしも全ての事業者が共有できる状態にはない。ケース毎に作成されるケアプランも、事業所内部でデータ化されていても、他事業所と共有できるまでにオンライン化されていないし、そのためのデータのフォーマットすら統一化されていない。各処で収集された利用者情報が、十全

に活用できるまでにインフラが整っていないのが現状である⁵⁷。

問題は、そういったITネットワークの未整備状態にあるだけではない。在宅介護に関わる情報は、そういったITネットワークに載り難い類のものが多いのも事実である。

個別に訪問した記録だとか、結果記録をデータベース化しているような業者は、ほとんどないと思います。私も試してみましたが、非常にやりにくいですね。ですから、調査先では相変わらず手書きですし、そのデータを網羅的にデータ化することはありませんね。その後、業者間でのデータのやり取りは、あくまでも紙ベースの書類のやり取りですね。そういった一連のデータを電子媒体で共有化しているというのは、松本平だけではなく、全国的に見ても皆無だと思います。〔M氏〕

個別の情報が細かすぎるんです。それを一つ一つ言葉にするのは難しいんじゃないでしょうか。ですから、利用者さんのことは担当が一番よく知っているというところに落ち着くんですよ。それから、細かい情報のなかには、書類にかけないようなこともありますし…〔U氏〕

利用者情報の共有は必要である。しかし、ITネットワークを利用するには限界がある。そうなる⁵⁸と、利用者情報の共有は、IT以外のネットワークを利用して共有するしかない。

(5) ケアマネジャーの情報収集とフォーマル／インフォーマルなネットワーキング

ケアマネジャーの情報収集

ヘルパーが初めてサービス提供する際に、ケアマネジャーが同行訪問をすることは少なくない。また、ケアマネジャーが定期的に電話でフォローアップを入れること、利用者宅まで出向いてモニタリングを実施することもある。こういった一連のケアマネジャーの行動は、利用者情報の収集といった側面を強く持っており、アセスメント・再プランニングといったケアマネ

57 2005年4月から完全施行された個人情報保護法に關係して、利用者の個人情報をどのように扱うのかについては、今後慎重な検討が要される。

ジャーの次の仕事に繋がることになる。

このような情報収集の多くは利用者宅で行なわれ、利用者やその家族からの直接の声としてケアマネジャーに集まっている。これらの全てをITネットワークで共有することは、現実的ではない。

現場の空気といったようなものはあるんですよ。利用者さんやご家族の雰囲気というか、訪ねたときに分かるものとかですね。そういったものを常にモニタリングしないと、利用者さんのことはわかりかねます。〔K氏〕

担当者が顔を見合わせながら、場合によっては、利用者さんを交えてお話することでわかることもあります。〔U氏〕

いわゆる「ケースカンファレンス」もその一つである。松本市では、事業者連絡協議会の居宅介護支援部会が主催して開かれている。また、在宅介護支援センターの主催による「地域ケア会議」も、ケースカンファレンスの役目を果たすことがある。しかし、そういった場で取り上げられるケースは、ほとんどが困難ケースといわれるものであり、日常的に対応しているケースの全ての情報が取り扱われるわけではない。

事務所の席が近いですから、他のケアマネから利用者の情報をもったり、そこに出かけているヘルパーが事務所に帰ってくれば、個別の利用者のことは、そういったおりに聞いています。〔B氏〕

ITネットワークで扱える情報が限定されている限り、ケースの現場で交換される情報が重要性を持つ。ケアマネジャーの仕事は、サービス調整を行ない、ケアプランを作り、モニタリングを実施し、最終的な給付管理を行なわなければならない—こうなると、まじめなケアマネジャーであればあるほど、情報がそこに集中することになりかねない。こういった情報の流れとケアマネジャーという職種に期待されているものが、ケアマネジャーの抱え込みの職務状態を作り出している。忙しさの背景には、こうし

た情報の集まりかたに一因があるのではないかとM氏は次の点を繰り返して指摘する。

ケアマネは極めて「チーム制」が取り難い職種だと思います。実は、チーム制をとることができれば、他のメンバーに任せて自由になることができるんですよ。二人、三人とチームを組んで、いつも情報を共有するという作業をしていけば、一週間くらい休んでどこかに行くなんてことも可能となるでしょう。しかし、個別の情報が細かすぎるし、一対一の付き合いでしか動かせないような情報が大量にあって、その情報をもとにプランニングするという仕事なんですよ。そうになると、チームで情報を共有するのも困難であれば、同時に、それを一人で対応しているということになると、非常にストレスの溜まる仕事を抱えることになり兼ねないわけです。〔M氏〕

個別的でプライバシーを含んだ情報、その収集方法、これが、ケアマネジャー業務において人の代替を阻むのである。

結局担当者がご利用者の全てを把握しているというのが現状なんですよ。また、詳細な書類があったとしても、その書類を見ただけでは全ての状況が把握できるというわけではないんですよ。緊急事態の対応などは、担当者がいないと分からないということは多々ありますね。そうになると、とてもじゃないけど、長期の休暇を取るということは難しいんですよ。〔M氏〕

ケアマネジャー間のフォーマル／インフォーマルなネットワーク

ケアプランを作成しているときの問題や困難ケースへの対応も、ケアマネジャー間のフォーマル／インフォーマルなネットワークを介して行われる。

—ケアプランを作っていて不安になったり悩んだりするときはどうしますか？

そういったことはよくあります（笑）。秘密保持の原則があるので、やすやすと誰にでも相談できるというわけではないんですよ。ですから、自分の中で抱え込んでしまうことが多いと思います。

どうしてもというときは、名前を伏せて信頼できる

人に相談するという方法しかないですよ。私の場合は、ケアマネの有資格者で、信頼できる人。思いっきり県外の、学生時代の友達とかですよ。そういった人たちと電話で喋ったりします。もう、それしかないですよ。

でも、ほとんど人に話すことはありません。できる限り自分の中で処理するようにしていますね。だからつらいですね。〔U氏〕

U氏の場合、職場のケアマネはU氏以外、新人1人のみである。困難ケースといわれるものについては「市のケースワーカーさんをお願いします。そういったものについては、自分だけで抱え込まないようにしています」という。しかし、日常的に頻繁に起きる、プラン作成上の迷いや不安については、どうしてもU氏自身が抱え込まざるを得ない。

うちの場合もそれほど大きな組織ではありませんから、ケアマネが精神的に辛くなるようなケースがあれば、市の方に相談するようにしています。一人のご利用者さんに対して、ケアマネが交替して対応するようなローテーションもいまのところありませんので…。ケースワーカーさんと一緒になって問題ケースに対応することもあります。あんまり抱え込んで、自分達が潰れないようにすることがなによりも大切でしょうね。ケースワーカーを巻き込むようなケースは全体の1割程度でしょうか…。私どものような小さな事業所では、市にしょっちゅう電話をかけることになりますよ。〔K氏〕

一方、複数のケアマネジャーがいる事業所の場合は、日常的に起きる問題については、同僚と気軽に話すことで解決することが可能である。

それぞれジャンルが異なるケアマネが6人もいますから、うちの場合は、問題ケースや日頃の問題については、同僚と話し合ったり、相談に乗ってもらって処理することができます。〔B氏〕

うちでも問題ケースは、まずは担当のケアマネが対応します。それでもやはり限界がありますから、私のところに相談に来るか、他のスタッフに相談するかと

いう形でまずは対応しますよね。そして、対応困難な問題ケースについては、事業所抱え込みに陥らないように、ケースワーカーに電話を入れたりします。〔M氏〕

クレームへの対応

利用者の情報が、多方面からケアマネジャーに集約されるということは、利用者のクレームもまたケアマネジャーに集まることを意味する。そのクレームは、ケアマネジャーに対するものだけではなく、個別サービスに対するものも少なくない。

1年目はやはりクレームが多かったですね。私の場合、はじめは私一人だけで全く相談相手がいなかったです。一度、先生(担当医師)から叱られたこともありました。最近はそういったことはなくなりました。

Jでは、居宅以外に訪問介護もやっています。トラブルという点では、居宅よりも訪問介護の方がトラブルを抱えることが多いですね。うちのケアプランで、うちのヘルパーを使う場合は、職場でしょっちゅう顔を合わせますから、その時に現場の話しをしたり、ちょっとしたことなどはお互いに情報交換をすることができますのでクレームを事前に回避できます。しかし、別の業者のケアマネさんからの依頼でうちのヘルパーが行く場合などは、いろいろと問題があるみたいですね。特に、違う事業所のケアマネで、考え方ややり方が異なっている場合、トラブルが生じたりすることがあるようです。つい先日も、自宅に人がいないときに鍵を借り受けて家事援助をしてくれという依頼が来ました。Jでは、ご利用者が誰もいないのに家に入って仕事をするわけにはいかないといったのですが、先方のケアマネは「そんなこと言わないで、やってくれ」。そうすると、Jと先方のケアマネとの間で、お互いにクレームを付け合うような感じになりますよね。

それ以外のクレームとしては、やはり訪問介護に関係するものが多いです。特に、家事援助。「当初のプラン以外の仕事もしてくれ」と利用者から言われて、ヘルパーとトラブルになることがあります。そういった場合、ケアマネの私に対するクレームにすりかえられることもあります。例えば別の事業所のヘルパーが

介護に行ったときにプラン対象外の仕事も「ついできてくれ」といわれたとしますよね。そのときに「ケアマネがきちんと利用者に説明していないから、プラン外の仕事をするように利用者にいわれるのだ」ということで、先方のサービス提供責任者から、プランを作成した私にクレームがつく場合もあります。

こういったクレームは、電話連絡だけでプランを作ったり修正したりするケアマネさんに数多く発生しているように思えます。〔U氏〕

—そういったクレーム処理の連絡や調整は頻繁にあるのですか？

本当に、多いです。連絡がうまくとれないんですよ。特に、登録ヘルパーさんの場合、クレームが入ってきたら、先方のサービス提供責任者にまずは連絡を入れるんです。でも、サービス提供責任者のほとんどが、ヘルパーとしてケースを抱えているんです。だから、事務所に連絡を入れても連絡がつかない。これはしょっちゅうです。電話するたびにそうです。そうすると迅速な連絡が取れない、そうするとご利用さんのクレームがそのままに残される…といった悪循環が始まるんですよ。ですから、連絡作業というのは、かなりの時間を取られますし、思った以上にすんなりと連絡が取れることはありません。緊急時には本当に困りますよ。〔U氏〕

困難ケースといわれる事例のなかには、頻繁なクレームによって、個別業者がサービス提供を差し控えざるを得ないようなものも少なくない。

利用者の権利をないがしろにはいけないのはそのとおりですが、それでも、「それは違うでしょ」というようなクレームも少なくないですよ。一流ホテルでのサービスと同等のサービスをヘルパーに求めてみたり…なんてことは、よく直面する問題です。そこで考えなくてはならないことは、利用者のクレームの本質は何なのかということですね。それをきちんと確認して、その部分を、ヘルパーやサービス提供責任者の方ときちんと共有しておくということが必要です。それで対応できない場合は、市役所の担当職員や在宅介護支援センター、ケースワーカーの皆さんとも共有し

ておくということですね。そういったことが大切だと思います。そうじゃないと、利用者本人のフラストレーションの盛り上がり、そこらじゅうへ“負のエネルギー”に転化しちゃいます。クレームが、その周辺を引っ掻き回すほうに拡散しないように対応するのが必要です。仮にそういったことになると、それが巡り回って、ご利用者さんの不利益に繋がるということをもっと理解していただくようにする必要があります。こういった対処方法が、クレーム処理には必要だと思います。

もちろん、そういったクレームを、ただ押さえる、小さくまとめこむといったことをせよといっているではありません。そういったクレームの中にきちんと対応すべき問題が隠れている場合もありますから、それをきちんと捕捉して、複数の人と共有しておくことが必要なんだと思いますね。〔M氏〕

(6) ケアマネジャーの専門職としての自律化に向けて：技術や経験の伝授をいかに行なうか

専門職としてのケアマネジャーの自律性と技術の伝授

介護保険制度とともに新たに制度化されたケアマネジャーという専門職は、介護を必要とする人のニーズをくみとり、その人の個別的な状況に合わせて、介護サービスが利用できるように相談に応じ、必要なアドバイスを行ない、ケアプランを作成する／作成を援助するのが職務である。私たちのインタビューがそのいくつかを明らかにしているように、そのプランニングからアセスメントまでの各局面において、仕事をスムーズにすすめ、利用者のQOLを尊重し、ADLを高めるような支援を実現するためにはいくつものノウハウがある。こういったノウハウを蓄え、共有することができる専門的な知の体系を作ることができるか、それを伝授することができるかということに、専門職としてのケアマネジャーの自律性がかかっているのではないだろうか。

技術や経験の標準化と伝授の困難さ

リーダークラスのケアマネジャーには、これまでの業務経験を通じて、自分のコミュニティにおいて、さまざまなノウハウを蓄積してきたという強い自覚がある。そして一部では、そうして蓄積された技術や経験の標準化とそれらの共有化も意識されている。しかしそれは同時に、ケアマネジャーの日常業務をこなす技術と経験に、きわめて標準化が難しい問題があることを明らかにしている。

ご利用者さんに対するケアマネの職業倫理が確立できるかというのが、ノウハウの一つです。うちは小さな事業所ですから、ご利用者さんとの連絡やモニタリングというものはこまめに行っているつもりです。ですからこれまでクレームもなかったですし、問題もこれといって生じていません。私たちは、これまで必死で仕事をするなかで、クレームを回避するノウハウを創り出してきたという感じはするんですよね。そういった、利用者さんのことを第一に考えるというのが、何よりも大切です。

問題は、そういったものをどうやって次に伝えるかということですが、いま考えても「どうやってきたんだらう?」と思うくらいで、正直それを伝えるのは難しいですね(笑)。とりあえず「誠心誠意やる」ということを伝えるのが大切だという感じでしょうか。そういったことをやっていく中で、自分でノウハウを積み上げていくことが大切です。事前訪問が大切だとか、電話で話したことをきちんと確認を取るとか…そういった日々の仕事を積み上げること、それらを丁寧にメモして、必要な人にきちんと情報を伝えるということですね。そういったことをきちんとすることが何よりも大切なんですよ。(K氏)

ケアマネの仕事がスタンダードを築くことができるかということですね。そういった意味では、現在、介護保険の改定に伴って、厚生労働省の「課題分析標準項目」というものが言われていますが、現場ではあまり旨くいきっていません。これをきちんと実施することで、ケアマネの均質化をはかる必要があると思います。でも本当の問題は、ケアマネの仕事が、こういった形で標準化可能なのかということなんですよ。課題分析

標準項目の思想は、例えば、大学院を出て資格を持っている人でも、保健師資格を持っている人でも、ヘルパーからたたき上げで仕事をしてきた人でも、そのツールを使えば、あるサービスにおいては均質なサービスが提供できるのだということですよね。果たしてそれが、現実味を帯びたものなんでしょうか。実は、ケアマネの業務には、そういった標準化すらできないようなものがあるんじゃないか。そういった業務は、言葉にできないようなものではないのか——そんな感じがしてしまいます。

だからといって、質の向上とその均質化の道を止めてしまっただけではいけない。最低限の統一可能な部分は何かということを考え、その部分については、それをきちんと伝えるための教育方法を考える。そしてそれを、各事業所に最低限やらせる——これは必要です。そして、各事業所は均質化されたサービス以上のところで独自性を発揮することで、市場の中で利用者を選んでもらうようにするということが必要だと思います。

[M氏]

次世代のケアマネジャーの養成のために

ケアマネジャーの仕事は、これまで述べてきたように、経験や技能を伝えにくい性格を持つために、養成の方法も難しい面がある。現在の資格要件をみる限り、医療・福祉の専門職という前職での経験をふまえた上でのケアマネジャー資格という位置づけにあるので、それだけで十分に業務経験をふまえたように見えるが、前職経験だけではケアマネジャーとして立ち立てできるに足る知識が得られているわけではない。例えばU氏は、ストレスマネジメント、丁寧に現場を見ること、経験を積みその経験を通じて自分を磨くこと、介護保険の周辺にある制度を知ることなど、ケアマネジャーとして共通に身につけておくべきことを強調する。

必要なのは、ケアマネが疲れきってしまわないことです。私は、あまり誠心誠意、ご利用者さんのことを考えて…というふうにむしろ考えないようにしています。逆に、ご利用者さんのペースに巻き込まれないようにということを考えています。私が大切だと思うの

は、ケアマネのストレスマネジメントだと思うんですよ。それができないと、人のことはできないと思うんですね。

あとは、丁寧に現場を見ること。施設や在宅の現場に行き、何をしているのか、ちゃんと自分の目で見ることです。ケアマネは、今までいろいろな資格を経てこの仕事に就かれているわけですよね。そうすると、職業経験がバラバラなんです。介護職が前職だとしても、施設にいたのか在宅にいたのかで、経験は異なります。自分の経験していないサービスについては、素人と同じです。だいたい、利用者の自宅を訪問したくない人が、「今日からケアマネです、利用者のお宅に訪問して下さい」と言われたって、簡単にできるもんじゃない。パニックしちゃいますよ（笑）。そうすると、家族の言葉を鵜呑みにしちゃったり、冷静に考えなきゃならないことが、冷静に考えられない状態に陥ってしまいます。

そういったことを繰り返しながら、ケースをこなして、経験を積むことが必要ですね。その経験のなかからできてくる、なんていったらいいのか…「自分を磨く」というか、そんな感じのものです、これが必要なんです。相手は、複雑な家族関係を抱えているかもしれない、そんな中に入っていくんですから。そして、抱え込みすぎないことです。介護保険は、さまざまな

専門家が集まって、ケース対応するのが基本的な考え方です。必要に応じて専門家からの援助が得られる能力を身に付けることが遥かに大切です。そのためには、介護保険の周辺にある制度を知る必要があります。もしかすると、そのための教育機会も必要ですね。〔U氏〕

もう一つ忘れてならないのは、いかにいい人材が集まっているかということです。しかし、市場はそこまでサポートできるくらいになっていません。その上、ケアマネ自体がそこまで独自にお金を稼げる仕事になっていません。そういった環境の中で、いい人材を雇用しようとしても無理ですね。A事業所とB事業所でケアマネに払える給料なんてそんなに変わらないんですよ。それどころか、同じケースに対しては、ケアマネの保険料は一律同じです。世知辛いいいかたですが、いいケアマネを呼び込むには、お金が動かなきゃならないんです。そこが、保険制度の哀しさですね。他方で求められているのは競争原理でもあるわけです。ですから、ケアマネの世界にも競争原理を入れてこない、そして、競争原理が入りこむ余地を作っていない、いつまでたっても変わらないんじゃないかと思っています。〔M氏〕

（投稿受付 2005年10月17日）

松本市における地域包括支援センターの設置構想について

松本市は2005年4月1日に、四賀村、安曇村、奈川村、梓川村と合併し、2006年1月現在、総人口228,805人、総面積919km²（県内最大、東西52km、南北41km）となった。これに伴って、在宅介護支援センターは、合併前の4村にそれぞれ設置されていた4ヶ所が増え、17ヶ所（うち基幹型は2ヶ所）となっている。

一方、2006年4月からは「地域包括支援センター」が松本市でも導入されることが決まっている。松本市は、17ヶ所の在宅介護支援センターを全て廃止し、新たに3ヶ所の地域包括支援センターを直営で開設する計画を立てている。“入れもの”としてのセンターは3ヶ所であるが、2年後の委託を見越して、さらに5ヶ所分の職員の派遣を受入れ、2008年度には地域包括支援センターを市内8ヶ所に増設する計画まで策定している。

「福祉ひろば」における「町会福祉」の経験や、これまでの在宅介護支援センターの実績と反省点、それらをふまえた上での地域づくりの話は、本稿では十分に展開できなかったので別稿を用意したい。

（2005年1月27日追記）