大東文化大学紀要42号

「要介護認定」：その可視，不可視の構図

川　床　靖　子

"The Long-Term Care Needs Certification"：the ecology of visible and invisible design

Yasuko Kawatoko

はじめに

2000年４月から日本で始まった介護保険制度は当初から様々な問題が指摘されていたが，施行４年目を迎えて，介護の現場にはこの制度の根本的な見直しを求める声が充満している．この制度は，「在宅重視」「自立支援」の理念を掲げ，高齢者の介護を家族だけの手に委ねてきたこれまでのしくみから介護を社会全体で支えるしくみへ転換する，いわゆる「介護の社会化」の名目で制定されたものである．「介護の社会化」は，新聞，テレビの報道で家族介護，特に，「老老介護」の悲惨な現状を知らされてきた私たちに，この保険の導入によって高齢者の暮らしが少しでも不安のないものになるのではないかという期待を抱かせるものだった．しかし，実際に介護保険制度が始まると，短時日のうちに，介護を必要とする高齢者やその家族，現場の介護・医療スタッフ，介護サービスを提供する事業者から，この制度の矛盾を指摘する声や運用に関する不安と不満の声が湧き上がった．後で詳しく見るように，制度の事実上の担い手とされる"ケアマネージャー"たちでさえ，この制度は「介護を必要とする高齢者やその家族を支えるしくみにはなっていない」と，しくみ自体に疑問を投げかけている．そして，制度の担い手であるがゆえに彼らは要介護高齢者や家族との狭間で苦悩している．「介護の社会化」とは一体何なのだろうか．或いは，「介護の社会化」は何を見えなくしているのだろうか．

この論文は，介護保険制度が高齢化社会をどのようにデザインしようとしているのか，制度の根幹をなすといわれるテクノロジー，「要介護認定」の分析を通して介護保険制度の本質を探ろうとするものである．

1．「要介護認定」というテクノロジー

介護保険制度の具体的な内容や仕組みは複雑でわかりにくい．保険料を払っている国民の大多数や介護保険の給付対象者である高齢者にとって理解困難なシステムである．分かりにくさの象

表1　要介護度のランク

要支援	8分野を合計した要介護認定等基準時間が32分未満であって ・要介護認定基準等時間が25分以上または ・間接生活介助，機能訓練関連行為の2分野の要介護認定等基準時間の合計が10分以上
要介護1	8分野を合計した要介護認定等基準時間が32分以上50分未満
要介護2	8分野を合計した要介護認定等基準時間が50分以上70分未満
要介護3	8分野を合計した要介護認定等基準時間が70分以上90分未満
要介護4	8分野を合計した要介護認定等基準時間が90分以上110分未満
要介護5	8分野を合計した要介護認定等基準時間が110分以上

注：8分野とは，食事，排泄，移動，清潔保持，間接生活介助，問題行動関連介助，機能訓練関連行為，医療関連行為である。

徴が「要介護認定」といわれるものである．高齢者が保険の給付による介護サービスを受けるには，まず，保険給付を受ける資格があるかどうか（介護を必要とする心身状況であるか否か），そしてどの程度のサービスを必要とするのか（介護度）を算出する「要介護認定」を申請し，調査員による認定のための聞き取り調査を受けて要介護度を判定してもらう必要がある．「要介護認定」を申請して調査をうけても判定が「要支援，要介護1，2，3，4，5」のいずれかにランクされなければ，つまり，「自立」と判定されれば，その人がどんなに高齢であっても保険給付によるサービスを受けることはできない．介護の必要ありと認められた高齢者はその要介護度ごとに決められている支給限度額の範囲内でサービスを受けることができる．その際にもサービスは無料ではない．要介護高齢者がサービスを受けて支払う金額は各サービス料金の10%である．

要介護度は認定を申請した高齢者の介護に要する時間を推計し，その時間を要介護認定等基準時間に照らし合わせて決められる．例えば，'要支援'の認定基準は基準時間が25分以上32分未満，'要介護1'の認定基準は基準時間が32分以上50分未満等々とランクがあがる毎に20分ずつ多くなり，'要介護5'は110分以上と規定されている（表1）．各介護度の基準時間を設定する際にリソースになったのが「1分間タイムスタディ・データ」であるといわれている．これは全国の優良高齢者施設に入所している約3400人（2003年4月から使用されている改訂版ソフトでは4478人）に対して，48時間にわたり，1分ごとに，どのような介護サービスが行われたかを調査して得られたデータである．このデータをもとに主に統計学の専門家が統計上の高齢者モデルを作成している．「樹形モデル」(図1)と呼ばれるその高齢者モデルに各高齢者の訪問調査結果を当てはめることによってその高齢者の理論上の要介護時間が推定されるのである．樹形モデルは食事，排泄，移動，清潔保持，間接生活介助，問題行動関連行為，機能訓練関連行為，医療関連行為の8分野（2003年版）で作られている．各高齢者への訪問調査では調査員によって79項目の心身状況が調べられる（表2）．このようにして，要介護認定は推定された各高齢者の要介護時間と認定等基準時間を比較対照する形で要介護度を判定するという構造になっている．

要介護認定の一次判定は厚生労働省が作成したコンピュータ・ソフトを用いて行われる．訪問

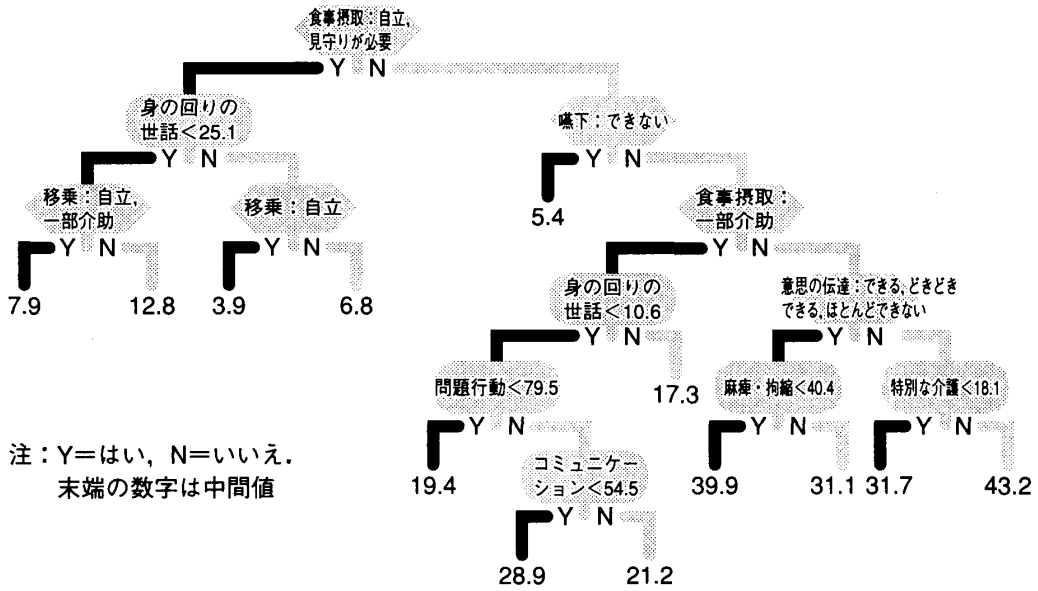

図1　食事摂取分野の樹形モデル

表2　訪問調査のチェック内容（79項目の一部）

認定調査（基本調査）入力画面　2003年4月改訂版
それぞれの項目の指示にしたがって入力し，終了したら「判定」ボタンをクリックして下さい。
介護認定審査会資料と同一のフォーマットで一次判定の結果を表示します。

1-1　麻痺の有無について，あてはまるものすべてにチェックをつけてください。（複数回答可）
☑ない　□左上肢　□右上肢　☑左下肢　□右下肢　□その他

1-2　拘縮（関節の動く範囲の制限）の有無について，あてはまるものすべてにチェックをつけてください。（複数回答可）
□ない　□肩関節　□肘関節　□股関節　□膝関節　☑足関節　□その他

2-1　寝返りについて，あてはまるものに一つだけチェックをつけてください。
◉できる　○つかまれば可　○できない

2-2　起きあがりについて，あてはまるものに一つだけチェックをつけてください。
○できる　◉つかまれば可　○できない

2-3　両足がついた状態での座位保持について，あてはまるものに一つだけチェックをつけてください。
○できる　◉自分で支えれば可　○支えが必要　○できない

2-4　両足での立位保持について，あてはまるものに一つだけチェックをつけてください。
○できる　◉支えが必要　○できない

2-5　歩行について，あてはまるものに一つだけチェックをつけてください。
○できる　◉つかまれば可　○できない

2-6　移乗について，あてはまるものに一つだけチェックをつけてください。
○自立　○見守り等　◉一部介助　○全介助

2-7　移動について，あてはまるものに一つだけチェックをつけてください。
○自立　○見守り等　◉一部介助　○全介助

調査でチェックされた79の基本調査項目（認定調査項目）のスコアと統計的処理によって設定された中間評価項目の得点をもとに樹形モデルの枝葉をたどるとそれぞれの終点に数字がでる．この数字が要介護認定等基準時間のもとになっている．そして，8樹形モデルの基準時間の合計が何分であるかによって要介護度が決まる．表2のような認定調査入力画面がインターネットで公

表３　Ｔさんの一次判定結果と要介護認定等基準時間

一次判定結果　：　要介護4

要介護認定等基準時間　：　96.7分

食事	排泄	移動	清潔保持	間接ケア	問題行動	機能訓練	医療関連
3.1分	26.3分	23.8分	16.5分	13.3分	0.1分	5分	8.6分

中間評価項目得点表

開されている．ちなみに，表２は今年91歳のＴさんに関する訪問調査のチェック内容（79項目）をインターネット上で認定審査会資料と同一のフォーマット上に入力したものである．入力が終わると，たちどころに要介護認定等基準時間が表示され（表３），‘要介護４’というＴさんの一次判定結果が出てくる．表３では，Ｔさんの要介護認定等基準時間は96.7分と表示されている．この数値は食事，排泄，移動など高齢者の心身状況に関する８つの樹形モデルの基準時間を合計したものである．Ｔさんの場合，食事については3.1分の介護が必要であり，移動に関しては23.8分の介護時間が必要であると認定されている．そして，８つの樹形モデルからの数値の合計，96.7分を認定等基準時間（表１）に照らし合わせると‘要介護４’のランクに当てはまる．

しかし，一日96.7分の介護を必要とするＴさんとは一体どのような心身状態のお年寄りなのだろうか．そして，実際どのような介護を必要としているのだろうか．食事に3.1分の介護が必要と認定されているが，日に３度の食事を摂るとして一回当たり１分の介護ということになるが，それはどのような介助がイメージされているのだろうか．要介護認定の基礎になっている要介護時間からはＴさんの姿も，Ｔさんをとりまく状況も，Ｔさんに必要なサービスは何かといったことも何一つ見えてこない．

２．「タイムスタディ」は何を不可視にしているか

前述の通り，「要介護認定」は食事，排泄，移動など介護の内容別にどのくらいの介護時間が施設の高齢者に提供されたかという“時間”情報を基本に統計的なモデルをつくり，訪問調査で得られた各高齢者の心身状況に最も近いモデルのデータを探し出してそのデータから各高齢者の認定等基準時間を推定するという構造になっている．“時間”データだけで構成された“架空”の高齢者モデルに，79項目の心身状況チェックから作られた当該高齢者（虚）像を照合させて，その虚像に最も近い架空モデルを探し，そのモデルの時間データから当該高齢者の認定等基準時間を

算出するという，まるで，ウソにウソを重ねたような，虚と虚を重ねて虚を作りだすような構造なのである．統計的手法とはそういうものだと言われればそれまでだが，このようなタイムスタディからのデータを統計手法にのせていじくりまわし，わけのわからない数値を客観的で合理的であるかのような説明を加えて出してくるといったやり方は，介護活動の本質，或いは，介護をめぐる人々の実践を見えなくする．介護活動とは，ある特定の生活環境，生活歴，そして，心身状況をもつ高齢者と，ある介護経験，技術，スキルをもつ介護者がインタラクションを通して協同で達成する実践のはずである．いかなる実践でも人々は常にある状況との関係のなかで行為を生み出していく．平均的，或いは，典型的な“高齢者（モデル）”や“介護者（モデル）”などというものは存在し得ない．介護のあり方は常に当事者間に固有のものである．

「1分間タイムスタディ」をもとに要介護認定における一次判定方式の統計モデルを作成した研究グループ（関　他　2000）は「実態調査データから求められた統計的な推定方式が，介護保険制度での基準として採用されたことは，データに基づいた客観的で合理的な議論を政策決定のプロセスに導入するという意味で，画期的なやり方であったと考えられる」と自画自賛している．しかし，「1分間タイムスタディ」のどこが“実態”調査なのか．「1分間タイムスタディ」は，ある特定の状況，コンテキストのもとでの一連の介護活動を1分間という時間で細切れに切り取り，それを記述・分類することによって，意図的か否かはともかく，逆に介護の“実態”を不可視にしてしまった調査ではなかったか．

Star（1999）らは，様々な種類のワークを例に，仕事における可視性，不可視性の機能について議論している．その中でアイオワ大学のナースグループがナースの仕事の全てを可視化しようとして看護的介入を克明に記録し，それらをカテゴリー化した事例を紹介している．看護士や看護研究者のネットワークを通して集められ，カテゴライズされた看護的介入の種類は300を超えた．それら看護的介入の記録は出版され，さらに幾つかの情報システムでデータベース化されているという．Star らは，ナースグループによるこの活動について，看護士の日々のルーティン・ワークに深く埋め込まれ，不可視だった看護介入という仕事が記述・分類され医療記録になったことによって，誰の目にも明らかになり看護のリソースとして使用可能になったと分析する．Star らは記述・分類されたもの（representation）は可視的であり，そうでないものは不可視だという，可視―不可視の二分法的議論をこの論文で行っている．

しかし，表象は可視，そうでないものは不可視だと単純に言えるのだろうか．表象されたもの，この場合の看護的介入の記録は，ナースグループによるルーティン・ワークの掘り起こしという一連の活動のコンテキストにおいて，これらナースや関係者にとって看護的介入の可視化を促すリソースの一つになりうることは確かである．また，データベース化されたこの看護的介入の記録は他のナースや看護関係者が自らの実践において様々なリソースと共に使用するとき，ナースの仕事を可視的にする一つのリソースとなりうるであろう．しかし，表象されたものが，全て，何かを可視的にするとは限らない．また，表象されたものが誰にとっても同じように何かを可視

的にするとは限らない．あくまでも，表象されたものは実践のなかで他のリソースと共に用いられるときに何かを可視的にする可能性があるということである．Ueno & Kawatoko（2003）によるコピー機の修理技術者の調査では，修理マニュアルをデータベース化してもそれだけでは現場の修理技術者には殆ど役に立たないことが明らかにされた．そのデータベースにアクセスしてもそれだけでは目前のトラブルの原因や修理方法を可視的にはしない．‘トラブル’は，そのマシンが置かれている状況，どんなカスタマーがどのような使い方をするのかといった様々な要因のインタラクションによって生じるからである．修理マニュアルのデータベースは，状況からの様々な手がかりや技術情報等のリソースと共に用いられるとき，‘トラブル’を，或いは，‘修理方法’を可視的にする一つのリソースになりうるのである．このようなことから，問題なのは，むしろ，表象されたものが別のコンテキスト，別のコミュニティで用いられるときに，異なるリソースやネットワークのもとで異なる解釈を生みだし，何かを逆に不可視にする可能性があるということである．

要介護認定の介護ランクを作るために用いられた「１分間タイムスタディ」のデータは，前述の通り，1994年に全国社会福祉協議会が介護の方法論を確立する目的で全国の特別養護老人ホームや介護力強化病院に入所している高齢者を対象に，１分おきに，どのような介護を受けているのかを調査して得られたものである．あくまでも，施設という環境で暮らす高齢者に対する，施設のスタッフによる介護サービスのデータなのである．このデータ（表象されたもの）が要介護認定の介護ランクを作るという全く別の目的とコンテキストのもとで，介護とは直接関わりのない統計学の専門家のコミュニティによって用いられている．このとき，もとのタイムスタディ・データは在宅，施設を含めて様々な環境に暮らす高齢者の生活実態，及び，どのような介護サービスが求められているのかという介護サービスの内容と質に関する情報を全て不可視化するものとして機能している．アクター・ネットワーク理論を敷延するならば，このタイムスタディ・データは要介護認定の介護ランクづくりのネットワークと同盟関係を結んだとき，高齢者の“実態”を不可視化するアクターとして機能したということになるだろう．

先の研究グループは「１分間タイムスタディ」のデータをもとに統計モデルを作成し，それが「政策決定のプロセスに導入」されたことを“画期的”なことだと述べているが，それは誤解である．官民を問わず，政策決定のプロセスで“科学的”統計モデルを採用し，結果的には失敗している事例は数多い．例えば，一昔前にテーラー主義的管理工学の手法を生産管理や経営の原理にして破綻した産業界における数々の事例は要介護認定の場合とよく似ている．もともとタイムスタディは，20世紀初頭，アメリカで自動車の大量生産が始まろうとしていた頃，生産工程と労働者を管理する目的でテーラーによって考案された方法である．テーラーは炭坑労働の効率化と労働者の‘作業標準’を設定するために，‘模範的炭坑夫’の毎秒ごとの掘削動作を詳細に記述して基本データを作ったと言われる．これが“科学的”管理工学のもとなのである．後にヘンリー・フォードがこのテーラー主義的管理工学の手法を取り入れて‘フォード生産方式’を作り上げた．

この生産方式は一時アメリカの産業界を凌駕したが，1970年代には‘生産効率の悪さ，生産物の質の悪さ，労働者の技能低下と労働意欲の低下‘をもたらす生産方式として破綻する（川床 2001）．科学的，客観的，或いは，合理性の名の下に，“時間”という軸だけで人の行為や活動を測ろうとし，結果的には人々の活動の実態を見えなくしてしまう“非科学性”がこのシステムを破綻させたのである．

3．「要介護認定」は逆に何を可視的にしているか

91歳のＴさんは，この夏，４泊５日のショートステイを体験した．普段，Ｔさんの世話をして日常生活を支えているのは87歳の妻Ｍさんだ．江戸っ子気質で気丈なＭさんではあるが，長年膝を痛めており，押し車を支えに３度の食事の買い出しに歩く姿は痛々しい．体格の良いＴさんを支えようとして二人でころんでしまうときなど，つくづく情けなくなるとこぼしている．そんな状況を見て，ケアマネージャーがＭさんにもたまに息抜きをさせてあげようと提案して，今回のＴさんのショートステイが実現した．ショートステイを終えて自宅に戻ったＴさんの様子を見て，家の人は少なからず驚いたそうだ．Ｔさんの歩行が以前にも増しておぼつかなくなっていたからだ．Ｔさんにはいわゆる痴呆の症状は見られない．機知に富んだ受け答えでケアマネージャーやヘルパーさんを喜ばせたりする．最も弱っているのが足で，家の中はＴさんの行動範囲に沿って手すりやつかまるための家具がところ狭しと配置されている．それらにつかまりながら，Ｔさんは，トイレ，食堂，居間，玄関へと自分で歩いて行く．ところが，ショートステイから戻った日，Ｔさんはトイレにさえひとりで歩いていくことができなかった．ショートステイの４日間，移動の際にはスタッフが車椅子を押して連れて行ってくれるという生活を送っていたため，足がさらに弱ってしまったのだ．Ｔさん担当のケアマネージャーによれば，ショートステイの後，足が弱ったという苦情が家族からよく寄せられるそうだ．どの施設でも介護スタッフの人数が足りないため，介助をすれば歩ける人に対しても時間をかけて歩行の手助けをしている余裕がなく，車椅子に乗せて移動させたほうが楽で効率的なのでそのようにしてしまうのだという．Ｔさん自身も日頃から歩くのが“きつい，きつい”と言っていたので，その４日間は喜んで車椅子生活を送ってしまったのだろう．幸いなことに，その後まもなく，Ｔさんは歩くことのカン（？）を取り戻したようで，再び，手すりや家具につかまって家の中を移動しているそうだ．

ちなみに，「ケアマネージャー」というのは，介護サービスの利用計画であるケアプランを作成し，サービス利用のために必要な諸手続きや手配をする介護支援専門員のことである．介護サービスを実際に受けるには，要介護認定の申請をして認定結果が出たら，その要介護度の保険給付限度額の範囲内でどのようなサービスを利用すべきか計画を立てる．そして，そのプランを保険給付者である市町村に提出する．個人がケアプランを作成して提出することもできるが，殆どの場合，ケアマネージャーが各要介護高齢者のプランづくりと提出業務を行っている．

ところで，Ｔさんのショートステイ体験記のように，介護の現場では介護保険制度が掲げる高

齢者の「自立支援」の理念とは逆のことが起きている．モノにつかまりながらなんとか1人で歩いてトイレに行くことの出来た人を車椅子に一日中乗せることによって全く歩けない状態にしてしまう，或いは，いちいちトイレに行くのを介助するのが大変なのでオムツを付けさせてトイレの習慣を無くさせ，同時に，歩くこともできなくしてしまうということが起きている．要介護認定では，オムツを付けて寝たきりの人のほうが介助を受けてトイレまで歩いて行く人より高い要介護度にランクされる．また，高齢者を寝かせきりにしておく方が介護報酬も高くなるし，スタッフの負担も少ない．このような状況下で「自立支援」が促進されるわけがない．介護の現場でこのようなことが起きるのは，「要介護認定」の制度化そのものに原因がある．さらに，要介護認定が高齢者本人の生活環境を全く考慮しないで，訪問調査当日の本人の心身状況（79項目）だけを基準に要介護度を判定するという大きな欠陥をもつしくみであることにも原因がある．

介護保険制度成立のいきさつからこの制度の内容および欠陥にいたるまで詳細に検証している伊藤（2001）によると，介護保険法では，被保険者の「心身の状況，その置かれている環境その他」を調査して要介護認定を行うという文言があり，法令上は高齢者の生活環境を考慮する規定になっているという．それにもかかわらず，実際には，高齢者の調査当日の心身状況だけで判定することになったのはなぜだろうか．それは明らかに介護費（保険給付）を抑制するためである．仮に個々の高齢者の生活環境を考慮するとなれば，同じような心身状態の高齢者でも環境の違いによって介護サービスの内容や量に大きな差が生じる可能性が高い．高齢者が高齢者を支えている家庭環境の場合，或いは，身体的自立度が高くても精神的援助を必要としている高齢者の場合など，それぞれのケースに応じたサービスの提供が求められるだろう．こうした個々の状況をカバーするとなると介護費はふくらむ．そこで，要介護認定の基準を高齢者本人の心身状態だけに限定し，要介護度ごとに保険給付の支給限度額を決めて，介護費の増大を抑えたのである．同時に，介護保険の給付の対象を身体介護と簡単な家事援助に限定することで，他のサービスを諦めさせるか，利用者の全額自己負担にさせて介護費を抑えている．

大阪府内のケアマネージャー552人へのアンケート調査（「ケアマネージャー609人の証言」2001）によると，約33%の人が「利用料や自己負担が高く，利用者・家族の生活状況にあったプランが立てられない」という悩みを抱いている．ケアマネージャーたちは次のように訴える．「利用料負担が大きいため受けたいサービスを受けられないケースが増えている．保険制度自体を見直してもらいたい．」「本当に必要なサービスを提供するには負担金の軽減をする必要がある．低所得層では介護負担の増または放置されているケースが増えている．保険料の徴収が始まりさらに利用しにくくなっている．」「介護保険料に対する不満が大きいことをケアマネージャーに言ってこられる利用者が多いのでつらい．」「利用者の一割負担がしんどい．いつまで生きるかわからないから，貯金をつぶしていくのにかなり不安感あり．利用料の減免制度は絶対必要．」「要支援の痴呆症状が重い人の介護保険でのサービス利用に制限があり支えきれない．」「家族介護力が実際なければ在宅生活は現状では困難．もっとサービス内容を高齢者の実情に即して運用できるよ

うにすべきだ.」等々．このアンケート調査からは，サービス利用料の10%負担や，各介護度に設定されている支給限度額の問題，それに伴う利用内容の制限や実態に合わないサービス提供の問題などが浮き彫りにされている．また，介護保険の制度上の欠陥ゆえに高齢者が必要なサービスを受けられない状況，そして，制度の問題と利用者との板挟みになって苦悩するケアマネージャーの姿が見えてくる．

今後，日本では高齢者の人口に占める割合が急増する．高齢者人口が増えれば増えるほど重度の介護を必要とする高齢者の数も増加するであろう．そのとき，厚生労働省は，再び，統計的マジックを使って高齢者を各要介護度に分散させるのだろうか．或いは，認定基準を厳しくして「自立」や「要支援」者を増やし，介護保険の給付者を減らして介護費を抑制するのだろうか．先に挙げたケアマネージャーによる問題点の指摘からも明らかなように,「要介護認定」というテクノロジー（アーティファクト）は，介護を必要とする高齢者と介護保険制度の欠陥との間で苦悩するケアマネージャーにとって，介護費抑制を至上命題とする国の政策意図を可視的にするリソースとして機能している．勿論,「要介護認定」は単独で介護費抑制の政策意図を可視化しているわけではなく，マネージャーたちのケアマネジメントという実践のなかで，他の様々なリソースと並置（juxtaposition）されることによって，政策意図を可視化しているのではあるが.

4．コントロールの物象化としての「給付管理票」

介護保険制度が始まる前，ニュースなどで“ケアマネージャー”というそれまで馴染みのなかった単語を耳にするたびに，そのことばの意味合いから，私は高齢者の生活がこれからは‘理不尽’ではないものに変わるような気がして明るい気持ちになった．敬老の日が近づくとテレビに映し出されるお年寄りたち，皆，つまらなそうな無表情な顔で“むすんでひらいて”を若い介護士さんの指導で歌っている．そのような光景を見ると，介護する側のイマジネーションの貧困さ，おざなりな介護のあり方にいつも腹立たしい思いを抱いていた．お年寄りたちのそれまでの長い年月，様々な人生が，すべて“幼児がえり”というカテゴリーに括られて平準化されてしまっている．そんな‘理不尽’なことがあってよいものだろうか，というわけで，私は“ケアマネージャー”という介護支援をマネジメントする専門家の登場に大きな期待感を持ったのである．

介護保険制度は，曖昧な部分や整備されてない部分を多く残しながらも2000年４月にとりあえずスタートした．当初，ケアマネージャーの多くは，順次，制度の内容が整備されていくのだろうと理解していたようだ.「ケアマネージャー609人の証言」(既出）によると，介護保険のスタート前，ケアマネージャーが思い描いていた仕事のイメージは,「利用者やその家族と向き合い，相互の信頼関係に基づいた相談のプロセスを軸としてケアマネジメントを行う」ことであったという．ところが現実はどうであるか．膨大な事務的業務，特に，保険の給付管理業務，並びに，それまで行政でなされていた仕事がケアマネージャーに押し寄せ，本来のアセスメントや相談活動を通じたケアプラン作成の仕事に時間を回すことが出来ないという状況が起きている.「ケアマ

表4　Tさんに関するケアプラン

認(定)済・申請中　　平成15年 8月分　サービス利用票（兼居宅サービス計画）　　居宅介護支援事業者→利用者

保険者番号	041012	保険者名		居宅介護支援事業者事業所名 担当者名	在宅介護支援センター 電話番号	作成年月日	平成 15年07月24日
被保険者番号	0000003122	フリガナ 被保険者氏名	様	保険者確認印		届出年月日	平成　年　月　日
生年月日	(明)・大・昭 45 年3月2日	性別	(男)・女	要介護状態区分	要支援 1 2 3 (4) 5		
				変更後 要介護状態区分 変更日	要支援 1 2 3 4 5 平成　年　月　日		

区分支給限度基準額	限度額適用期間	前月までの短期入所利用日数	利用者確認
30600 単位/月	平成 15 年 4月から 平成 16 年 3月まで	0 日	

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者事業所名	日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計回数
			曜日	金	土	(日)	月	火	水	木	金	土	(日)	月	火	水	木	金	土	(日)	月	火	水	木	金	土	(日)	月	火	水	木	金	土	(日)	
10:00～17:59	通所リハビリⅢ3重度	老人保健施設	予定	1			1	1		1	1			1	1		1	1			1	1									1	1			13
			実績																																
	通所リハビリ食事加算	老人保健施設	予定	1			1	1		1	1			1	1		1	1			1	1									1	1			13
			実績																																
	通所リハビリ送迎加算	老人保健施設	予定	2			2	2		2	2			2	2		2	2			2	2									2	2			26
			実績																																
	通所リハビリ入浴介助加算	老人保健施設	予定	1			1	1		1	1			1	1		1	1			1	1									1	1			13
			実績																																
	特殊寝台貸与	介護用品部　営業所	予定																																1
			実績																																
	老健短期Ⅰ4・リハ	介護老人保健施設	予定																					1	1	1	1	1	1						6
			実績																																
			予定																																

ネージャーは何でも屋的で，責任範囲も不明確だ」「施行後自治体は責任をケアマネに押しつけている．措置時代の福祉事務所の役割を存続させるべきだ」「介護保険が始まってからプラン作成や給付管理等でも仕事が多すぎるのに，行政がいままで行ってきた業務をケアマネにふってきて，一番大切なアセスメントの時間がとれなくなってきている」と，ケアマネージャーの業務内容が当初の予想とはかけ離れている実態が明らかにされている．

このような状況のなかで，ケアマネージャーにとって物理的にも精神的にも最も負担が大きいのが保険の“給付管理業務”である．これは，被保険者（要介護高齢者）への保険給付の支払い限度額がどこまでかを管理し「給付管理票」を作成して保険給付者である市町村（実際には委託を受けた国保連）に送付する仕事である．介護保険制度では要介護認定で決められた保険の支給限度額を超えて利用したサービスについては保険が効かず，全額自己負担となるため，支給限度額の管理が必要なのである．表4は91歳のTさんに関する2003年8月のケアプランの写しである．この表では，要介護度4に区分されているTさんは，その区分に割り当てられている保険給付の限度額，毎月30600円までサービスを利用できることが示されている．この30600円というのは被保険者であるTさん本人の負担分である．前にも述べた通り，要介護者は介護サービス料金の10%を負担することになっている．従って，要介護度4の人に対する保険対象のサービス費用の限度総額は306000円ということになる．表4によると，Tさんへのサービス利用計画（ケアプラン）は，平均週に3回の通所リハビリ（デイケアセンターへ通うこと），そこでの食事，センターへのバスによる送迎が中心で，その他，特殊ベッドのレンタルと6日間のショートステイが組み込まれている．表5はTさんに関する支給限度管理の計算表，すなわち，「給付管理票」に当たるものである．この表を見ると，保険給付全体の限度額の他に，サービスの種類ごとに支給限度額が決められていることがわかる．Tさんの場合，通所リハビリ，特殊ベッドのレンタル，ショートステイの3種類のサービスを利用しているが，それぞれ限度額の90%以内におさめられている．

表5　Tさんに関する支給限度管理の計算表

サービス利用票別表

作成年月日　平成15年07月24日 木曜日
平成15年08月分　利用者：　　様

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引適用後 率%	割引適用後 単位数	回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額（保険対象分）	給付率(%)	保険給付額	利用者負担（保険対象分）	利用者負担（全額負担分）
老人保健施設	0455180034	通所リハビリⅢ３重度	163431	972			13	12636										
老人保健施設	0455180034	通所リハビリ食事加算	165100	39			13	507										
老人保健施設	0455180034	通所リハビリ送迎加算	165200	47			26	1222										
老人保健施設	0455180034	通所リハビリ入浴介助加算	165301	44			13	572										
老人保健施設	0455180034	通所リハビリ合計						(14937)				14937	10.12	151162	90	136045	15117	
介護用品部　営業所	0475300299	特殊寝台貸与	171003					2200				2200	10.00	22000	90	19800	2200	
介護老人保健施設	0455180034	老健短期１４・リハ	221143	1169			6	7014				7014	10.12	70981	90	63882	7099	
			区分支給限度基準額（単位）		30600		合計	24151				24151		244143		219727	24416	

Tさんの場合のように，ケアマネージャーは介護度別に設定された支給限度総額とサービスの種類別に決められた支給限度額という二重の限度額マトリックスから各要介護高齢者のサービス利用がはみ出さないようにケアプランを作成し，サービス利用の支給限度額を管理している．ちなみに，ケアマネージャーの数は全国で５万人余り，各ケアマネージャーはひとりで大体50人から80人の要介護高齢者を受け持っているとみられる．

伊藤によると，介護保険の実施直前に，当時の厚生省の担当者が「ケアマネージャーの最も重要な仕事は，ケアプランの作成ではなく，給付管理票の作成にある」(P.177)と明言し，ケアマネージャーを集めて給付管理の研修を行ったという．その担当者のことば通り，ケアマネージャーは給付管理業務に忙殺されることになる．「給付管理業務を切り離して欲しい．一番時間がとられる」「給付管理に時間がかかりすぎて，ケアプラン作成など本来のマネージャーとしての仕事ができない」とケアマネージャーは口々に訴える．一方で，「プランを立てるだけでは収入にならない．給付管理以外にも手当がついてもいいと思う」「ケアプラン料が安すぎる」「ケアプランの報酬が仕事の量に比べて低すぎる」「給付管理に至らない入退院や利用待機の調整をはかっても居宅支援費用がないため活動に必要な費用の出所がない」という仕事内容とその報酬に関する苦情も多い．ケアマネージャーたちのこうした発言から分かるように，ケアマネージャーへの報酬は給付管理業務に対する支払いというニュアンスが強いようである．従って，ケアマネージャーは給付管理票を作成しなければ，収入にならないのである．まさに，「給付管理業務をケアマネージャーに担わせるために，ケアマネジメントが制度化された」(伊藤 P.176) と見なされるようなしくみなのである．

ケアマネージャーが作成しなければならない「給付管理票」は，フーコー(1977)の言う‘normative structure’(規範構造）の一種と考えられるだろう．フーコーは，近代を，君主の身体によるコントロールから非人格化されたものによるコントロールへ移行した時代であり，権力関係やコントロールはもはや直接見えるものではなくなり，かつ，遍在化したと言う．法律は近代の‘normative structure’を代表するものである．例えば，近代においては，直接，誰かが誰かを罰し支配するのではなく，非人格化されたものである法律が被告の身体をコントロールするというように，支配者や権力関係はどこかに姿を隠している．しかし，姿が見えないからといってコン

トロールがなくなったわけではなく，むしろ，至るところで人々をコントロールしている．かくして，法律とは，コントロールや権力関係の非人格化，客観化，或いは，物象化とみなすことができるのである．Wenger（1990）は，保険会社の管理サイドによる保険請求処理係へのコントロールが‘COB シート’（保険請求処理のワークシート）を通してなされていることを示した上で，‘COB シート’を‘normative structure’の一種，近代的分業システムにおけるコントロールの物象化であるという議論をしている．同様の議論を，Alder（1998）はフランス革命前後の兵器製造現場におけるゲージをとりあげて，川床（2003）はコピー機の修理サービスの現場に導入されたモバイル・セルフディスパッチシステム（ケイタイを用いた自主派遣システム）をとりあげて行っている．

介護保険法，並びに，要介護認定などその法律を実際に運用するためにつくられている様々な規則は，言うまでもなくフーコーの言う‘normative structure’であり，高齢者福祉という分野で国民をコントロールするアーティファクトとして機能している．なかでも「給付管理票」には多重のコントロールが埋め込まれている．前にも述べた通り，介護保険制度では要介護認定と共に保険給付の支給限度額を管理することがどうしても必要なのである．それは介護保険制度の目的が介護費の抑制にあるからである．そこで，ケアマネージャーたちの意向に反して，「ケアマネージャーの最も重要な仕事は，ケアプランの作成ではなく，給付管理票の作成にある」（伊藤 P.177）として，ケアマネージャーに給付管理業務を担わせ，高齢者によるサービス利用を直接コントロールさせている．厚生労働省は「給付管理票」を媒体にして介護費抑制の方向に高齢者をコントロールすると共に，その路線を忠実に実行させる方向でケアマネージャーをコントロールしている．「給付管理票」は，まさに，厚生労働省による被保険者（要介護高齢者），並びに，ケアマネージャーへのコントロールの非人格化，客観化，物象化されたものである．言い方を換えれば，厚生労働省は「給付管理票」という非人格化されたものによって要介護高齢者が受ける介護サービスの内容，即ち，高齢者の生活をコントロールすると共に，「給付管理票」という道具を用いてケアマネージャーにそのコントロールを指示しているのである．このようにして，「給付管理票」には多重のコントロールが埋め込まれている．

ケアマネージャーは介護を必要とする高齢者やその家族と直接関かわりを持つ立場にある．要介護度，介護サービスの内容，サービス利用の費用等々に関する利用者からの苦情や訴えがケアマネージャーに集中する．前述の通り，ケアマネージャー自身，矛盾だらけの要介護認定や納得のいかない要介護度の判定について，或いは，支給限度の枠のために必要なサービスを提供できないことについて悩みを抱いている．ケアマネージャーは高齢者の実情を最もよく知るからこそ介護保険の不都合さがよく見えるのである．しかも，その不都合な制度を給付管理業務というかたちで自ら施行せざるを得ない立場にいる．また，給付管理業務を行なわなければケアマネージャーとしての報酬は殆ど得られない．このようなディレンマのなかで，給付管理業務，具体的には給付管理票の作成は，ケアマネージャーにとって，物理的のみならず精神的葛藤の大きな要

因になっていることは想像に難くない．

おわりに

介護保険制度の実際を，主に「要介護認定」というテクノロジーが何を可視化し，何を不可視にしているかというという観点から見てきた．あらためて，介護保険制度，そして，その根幹である要介護認定の不可解さ，不都合さを認識させられる．「介護の社会化」の裏には，高齢者福祉への公費支出の削減と「介護の商品化」が隠されている．つまり，これまで税金で負担してきた高齢者福祉の費用の半分を新たな国民の保険料負担に置き換えることで福祉への公費支出を削減する，介護サービスの利用にあたっては「要介護認定」というゲートを設けて保険料の給付を抑制する，ケアマネージャーを給付抑制のためのゲートキーパーにする，そして，実際のサービスは介護報酬の支払いを見込んで参入する介護ビジネスに委ね，公的サービスを縮小するということだったのである．これが介護保険制度導入の本当のねらいなのである．

本来，国の施策の中心であるべき社会福祉制度を社会保険制度にすりかえて，公費負担の面でも施策の面でも国が手を引こうとするやり方は世界にも例がないと言われている．介護保険制度は「社会保険方式から，より普遍的なサービスの現物給付方式へという国際的な社会保障の流れから見ても逆行している」(伊藤 P.218)．厚生労働省は，当初から介護保険制度を5年ごとに見直すことを計画し，現在作業を進めているようであるが，高齢者福祉の抜本的改革のためには，介護保険制度のような社会保険方式をやめて全てのサービスを税金で賄う公費方式へ変換することが是非とも必要である．

参考文献

Alder, K. 1998. Making Things the Same：Representation, Tolerance and the End of the Ancien Regime in France. *Social Studies of Science* 28/4, 499–545

よりよい介護をめざすケアマネージャーの会　2001．ケアマネージャー609人の証言　介護保険を変えよう　桐書房

フーコー，M. 1977．監獄の誕生　田村俶訳　新潮社

伊藤周平　2001．介護保険を問いなおす　筑摩書房

川床靖子　2003．社会システムとしてのコピー機　日本認知科学会「教育環境のデザイン」研究分科会研究報告　Vol.9 No.2

川床靖子　2001．空間・技術・分業システムの再編成としての標準化　状況のインタフェース　上野直樹編著　140–165　金子書房

関庸一，筒井孝子，宮野尚哉　2000．要介護認定一次判定方式の基礎になった統計モデルの妥当性　応用統計学，Vol.29, No.2, pp.101–110

Star, L. & Strauss, A. 1999. Layers of Silence, Arenas of Voice：The Ecology of Visible and Invisible Work. *Computer Supported Cooperative Work* 8：9–30

Ueno, N. & Kawatoko, Y. 2003. Technologies making space visible. Environment and Planning A. Vol.35, pages 1529–1545 Pion Limited London.

Wenger, E. 1990. Toward a theory of cultural transparency：*Elements of a social discourse of the visible and the invisible*. Doctorial dissertation, University of California, Irvine.