

## 介護保険制度下のケアマネジメントとレリヴァンス

小坂啓史

### 目次

1. はじめに
2. ケアマネジメントと介護保険制度
  - 2-1. ケアマネジメントの定義と機能
  - 2-2. ケアマネジメント過程と介護保険制度
3. 介護保険制度下のケアマネジメントへの批判的論点
  - 3-1. 介護保険制度に関する批判的論点
  - 3-2. 要介護認定に関する批判的論点
4. 介護保険制度下のケアマネジメントとレリヴァンス
  - 4-1. A. シュッツのレリヴァンス概念
  - 4-2. 介護保険制度批判とレリヴァンス
5. むすびにかえて——まとめと考察

[参考文献]

### 1. はじめに

介護保険法が施行された2000年以降、同法は2005年、2011年に制度上の大きな改正が行われ、2006年、2012年にそれぞれの改正法が全面施行されてきた。政策側のこのような修正以上に、運営上の問題点の指摘やその改革の提言、さらにはこの制度そのものが有する限界や、内包する矛盾点に関する議論に至るものまで、これまで多くの分析・研究や批判・見解が提出されてきた（伊藤2001；相野谷他2001；金子2004；沖藤2010；結城2011；など）。それらの中には、介護保険の制度－運用上の「要」として位置づけられうる役割を果たす、ケアマネジメントに関するさまざまな問題点の指摘が含まれている。このことは、利用者の側に立った上での支障についての指摘にとどまらず、同制度のマネジメント・システムそのものにおいて根本的な矛盾撞着が内包されているのではないかと、いう可能性さえも示唆しうる。

本稿は、介護保険制度に関する上記のような諸議論について概観し、その上で同制度のとくに運用面におけるマネジャリズム（行き過ぎた管理統制が行われるマネジメント主義）性の指摘に関して考察していくこととする。そこで、まずはこれまで論じられてきたケアマネジメントのあり方と、介護保険制度下におけるその機能的側面の内容と実施過程について検証していく。次に、介護保険制度そのものやケアマネジメントの中核を担う過程への現状批判の諸論点を概観した上で、現象学的社会学者であるA. シュッツによるレリヴァンスの概念を手掛かりとしながら、この状況を考察し論じていくこととしたい。

## 2. ケアマネジメントと介護保険制度

本章ではまず、ケアマネジメントの定義に関する議論をみていき、その中心的な機能について確認する。またその上で、ケアマネジメントの過程におけるその位置づけを考察し、介護保険制度との関連についてみていくこととしたい。

### 2-1. ケアマネジメントの定義と機能

ケアマネジメントとは、元々は「アメリカにおいて、1960年代に起こった精神障害者や知的障害者の脱施設化運動に端を発し、施設ケアから在宅・地域ケアへ生活支援サービスの提供の場が移行するなかで、地域で暮らすために必要なサービスを統合し、継続的に援助を行うための手法として、1970年代なかばにケースマネジメントとして確立された」（秋元ほか編 2003: 95）とされる。その後イギリスにおいて、1990年成立の「国民保健サービス及びコミュニティケア法」（National Health Services and Community Care Act）の中でケアマネジメントの語が明文化され、その実施が同法の核の一つとして位置づけられた（1993年度から実施され、1995年制定の全国的指針に基づき、自治体社会サービス部が高齢者や障害者を対象に実施）。

日本では、在宅介護支援センターがケースマネジメント実施機関であるとの見方が、創設当初から研究者間において存在していたが、実際に1994年の「在宅介護支援センター運営事業要綱」改正により「個別処遇計画の策定（ケースマネジメント）」が、その事業内容の一部を示すものとして導入された（副田 1997: 90）。また同年、「21世紀福祉ビジョン」における高齢者介護のあり方について検討を行った、学識経験者を委員とする「高齢者介護・自立支援システム研究会」による報告書『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』がまとめられているが、この中においては、

介護サービスに関係する人数が多く、しかもその職種が多岐にわたっている上に、それぞれ異なる組織に属していること……こうした問題を克服していくためには、ケア担当者が利用者側の立場に立って、本人や家族のニーズを的確に把握し、その結果を踏まえ「ケアチーム」を構成する関係者が一緒になって、ケアの基本方針である「ケアプラン」を策定し、実

行していくシステム，すなわち「ケアマネジメント」を確立することが重要である。（高齢者介護・自立支援システム研究会 1995: 26）

と，ケアマネジメントの語とその概略が明記され制度上の位置づけがなされている。その後1997年に成立，2000年に施行された「介護保険法」に基づく公的介護保険制度においてもケアマネジメントが導入，介護支援専門員（ケアマネージャー）がその主要な役割を果たすものとして制度化され今日に至っている。

ケアマネジメントの一般的な定義そのものについては，「統一的な定義が国際的にみても未だ確立されていないのが現状」（金子 2004: 5）であり，「制度上の位置づけなどは国によって様々であるが，それぞれの国で共通してみられるケアマネジメント導入の背景には，利用者の地域生活をいかに実現するか，そのためには長期にわたる個別的，包括的，かつ多様なニーズに根ざしたサービスを，複数のサービス提供機関，そして他職種によって提供されざるを得ない現実が急速に広まってきたこと」（金子 2004: 5）があるとされる。つまり諸サービスをマネジメントしていく必要性が高まった社会状況が先にあり，概念定義そのものは現在研究者間での考察段階にある，ということになるだろう。

それらの試みのいくつかをみてみよう。まず多くの著書で引用されることが多い白澤政和による定義では，ケアマネジメントを「対象者の社会生活上での複数のニーズを充足させるため適切な社会資源と結びつける手続きの総体」（白澤 1992: 11）であるとしている。また岡田進一によるものでは，やや詳細に「利用者や家族が納得できる地域生活を営むことができるように，さまざまな配慮（利用者の身体的ケアに対する配慮，利用者や家族に対する心理的な配慮，利用者，家族，利用者が住む地域住民のモチ味や強みに関する配慮，利用者と家族との関係についての配慮，家族介護に対する配慮，利用者と地域とのつながりに関する配慮など）を行い，地域における社会資源（近隣，友人，民生委員，ボランティア，介護保険でのサービス提供者，他の医療・保健・福祉サービス提供者，年金制度など）をうまく活用しながら，利用者と家族の生活を支えていくための実践活動」（岡田 2011: 20）と定義されている。金子努は，日本における研究者等のいくつかの定義を参照した上，「病気や障害を抱えた利用者が在宅で生活する上で必要となる様々なサービスを適切に提供していく一連の過程という点」（金子 2004: 6-7）が共通しているとし，ケアマネジメントを「変動的で個性の高い多様なニーズを抱えた利用者が，長期間にわたって地域社会で自立した生活を営めるよう，そのニーズに適した多様な社会資源を結びつける一連の支援プログラム」（金子 2004: 7）といった本質論的な定義付けの試みを行っている。これらのケアマネジメントの定義では，手続き上においてどのような点に強調点が置かれているかに注目するならば，まずは利用者への配慮とニーズに基づくという立場をとるものであること，そして社会資源を各種適切に組み合わせた支援活動の計画と実践である，ということを示すことができるだろう。

ケアマネジメントの機能としては，白澤によれば「要援護者の生活状況を把握し，それをもと

に生活していくうえで困るニーズを導き出す」(白澤 2000: 142) アセスメント機能, さらに「アセスメント機能で明らかになった要援護者のニーズと社会資源が結びつくよう計画をし, 実施すること」(白澤 2000: 142) である調整機能が中核的なものであるとする. さらに「こうしたケアマネージャーの機能がいかに発揮できたかの効果を測定する機能」(白澤 2000: 142) の効果測定機能についてもこれらに付随するものとして示されている. この機能に関しては, 「要援護者自身の顧客満足感 (customer satisfaction)」(白澤 2000: 142-143) に基づく効果測定と, 「財源なりコスト面でのものであり, ……ケアマネジメントを実施することによって, その前後でサービス・コストがいかに変化したかをとらえることになる. ……社会保障全体にいかに影響を及ぼしていくかの議論につながっていく」(白澤 2000: 143) ものがあるとされる.

以上から, ケアマネジメントはアセスメント機能, 調整機能を中核機能とする, 利用者への配慮とニーズに基づく, 社会資源を適切に組み合わせた支援計画・実践であるとされている, とまとめることが可能であろう.

## 2-2. ケアマネジメント過程と介護保険制度

では, 以上のように捉えられうるケアマネジメントが実施されていく過程については, どのように捉えられているのであろうか. この点について橋本泰子によれば, 次のような流れで整理できるとされている.

- (1) 受付 (申し出または通報による援助の受付)
- (2) スクリーニングのための調査
- (3) スクリーニング (ケアマネジメントによる援助が適切かどうかの判断過程)
- (4) 情報の収集 (ニーズを明らかにしケアプラン作成のため情報を収集)
- (5) ①アセスメントの実施  
②援助計画 (ケアプラン) の作成
- (6) ①チームによるアセスメントの実施  
②チームによる援助計画 (ケアプラン) の作成
- (7) ①サービス実施機関におけるサービスの実施計画作成  
②サービスの実施 (クライアントが効果的, 適切に利用できるよう援助)
- (8) モニタリング (サービス実施状況の見守り)
- (9) 事後評価
- (10) (A)再アセスメントと援助計画の作成  
(B)援助の終了

※ (橋本 2000: 53-56) より筆者作成.

先のケアマネジメントにおける手続き上の強調点に基づき, 上記の過程においてその中心的な

機能を果たす部分は、(3)のスクリーニング、(5)、(6)のアセスメントとケアプランの作成、さらに(9)の事後評価が関連すると考えられる。スクリーニングとアセスメント、事後評価については、当然利用者への配慮を踏まえつつ、そのニーズに関する情報を収集し分析すべきとされるであろうし、また多様な社会資源を結びつける支援の計画・実践がケアプランに基づいて行われると考えられる。また、これらが先の3つのケアマネジメント機能（白澤 2000: 142-143）にいかに関連するかについては、アセスメント機能はスクリーニングや文字通りアセスメントに、また調整機能はアセスメントとケアプランの作成、効果測定機能は事後評価に主として担われるといえるだろう。

実際の介護保険制度下においては、サービス利用者（被保険者）は、要介護状態あるいは要支援状態になった場合に保険給付が行われるわけであるが、給付手続きにおいてケアマネジメントに大きく関わる過程として、要介護認定の手続きと介護サービス計画（ケアプラン）の作成の二つに大きく分かれることとなる（石田 2005: 200）。周知のように、利用者は市町村の窓口で認定申請を行うと、市区町村職員または市区町村より委託を受けたケアマネージャーなどが調査員となる訪問調査で一次判定（コンピュータ判定）が行われ、この結果と医師の意見書により介護認定審査会によって二次判定が行われる。これら一連の流れが要介護認定であり、この認定結果に基づき（その多くがケアマネージャーによって）ケアプランが作成されることとなる（要介護度・要支援状態の区分については、2006年実施の改正介護保険法により要支援が2段階（要支援1・2）となり、要介護1から5までのケアプランとは異なる、介護予防ケアプランが作成されることとなっている）。ケアプランはサービス提供のための計画であって、被保険者の心身・家族の状態、ニーズ、居住環境、専門家の意見に基づき、居宅介護支援事業者所属の介護支援専門員（ケアマネージャー）が作成、また施設サービスの場合は、介護保険施設のケアマネージャーが作成することとなる。これら二つの過程において、まず要介護認定については、明らかにスクリーニングとしての位置づけをもっており、ケアプランの作成は、先に述べたように調整機能を担うと考えられよう。従って、現行の介護保険制度下におけるケアマネジメント過程において中核的な機能を果たす部分は、とくに要介護認定とそれに伴うケアプラン作成の局面であるということができののだが、しかし一方でこれらについては、これまでさまざまな批判・検討がなされてきている。そこで次章では、そうした議論の諸論点についてみていき、考察していきたい。

### 3. 介護保険制度下のケアマネジメントへの批判的論点

前章までで、介護保険制度下のケアマネジメントにおける中核的機能が、要介護認定とケアプラン作成の二局面によって果たされる部分が大きいということを導出した。本章ではこれらのうちとくに、制度そのもの、そして主に要介護認定に焦点をあてた批判的議論を中心に、その代表的なものの内容についてみていきたい。

### 3-1. 介護保険制度に関する批判的論点

制度そのものに対する論点として、まず真田是によると、介護保険法は国民側からの介護要求の拡大に応えるために、それまでの措置制度ではなく社会保険による対応とすることで公費負担を軽減する、というねらいをもっているため、国民に新たな大きな負担を求めざるを得ない（真田 2001: 43）と指摘されている。また、供給主体と利用者との間が契約関係となったことで、「苦情や相談が民事の問題としてケアマネージャーや事業体に押し付けられ、公的責任の撤退がこのような形でも行われてきている」こと、この方向が行きつく先は「利用者は生存権の権利主体ではなく『消費者』になって『契約』に任される姿」（真田 2001: 44）であるのではないかとしている。さらに利用者側にとっては、「介護度のみで認定するということは生活実態を切り捨ててしまう……生活実態を切り捨てるということは、低所得をはじめとした深刻な生活問題を抱えていればいるほど介護保険の利用ができにくくなる」（真田 2001: 44-45）と指摘する。

また、大野勇夫によると、介護保険による措置制度から契約制度への転換は、社会福祉制度の危機のみならず、社会福祉援助の危機でもある（大野 2001: 87-88）と位置づけられている。それは「社会福祉は措置制度のもとにおいて、対象者の生活格差に着目しこれを埋める社会的な責務を負ってきた。社会福祉援助もそのための実践をしてきた。…ところが介護保険のもとでは、給付は要介護認定の度合いが同じであれば同じ量しか給付しない。個人の生活条件の違いを考慮しない。それが保険原則であるといわれる。かくて介護保険の実施により社会福祉援助の柔軟性は否定されてしまった」（大野 2001: 88）ということである。ケアマネジメントの導入についても、「政策的に導入されたケアマネジメントは、国民の利便のためというより公的な介護費用の縮減およびそのシステムの運用に資するものとして期待される」（大野 2001: 89）ものとし、ケアマネージャーも介護保険の給付管理の業務を主に背負うこととなり、これに追われている（大野 2001: 89）としている。また、重要な指摘として「介護問題は生存権を保障する制度政策的な課題であると同時に、生存権を具体的に実現する個別的な対応が求められる」（大野 2001: 93）とした上で、この方策として「介護にかかわる生活問題をリアルにとらえた相談、すなわち生活相談の実践が求められる。……それは個別相談で終わることではなく、あわせて制度政策の実情を具体的に把握し、これを批判し社会的な運動とも結合するものでなければならない」（大野 2001: 93）とする。しかしながら前述のとおり、給付管理に忙殺されるケアマネージャーにとっては、それが困難な状況となっているということである。

### 3-2. 要介護認定に関する批判的論点

要介護認定に関しては、第二章で述べたように、これがスクリーニング過程に相当する部分であることから、システム上ケアプラン作成の前提となり基盤となるものであること、さらに利用者にとっても給付を受けるにあたり、利用できるサービスの上限を決定するものであることから、介護保険制度下におけるケアマネジメントの実施過程上、もっとも重要な最初の局面であるといえる。しかしながら、この局面に対しては介護保険法が施行されて間もない段階から、既に

疑問点の提出がなされてきた。

まず伊藤周平による検討では、要介護認定を「介護保険の給付を決める制度の核心ともいうべき」（伊藤 2001: 97）ものとした上で、問題点を三つ挙げている。まず第一は「申請の問題」であり、これは「申請自体は任意で強制することはできず、しかも、現状では、地域に十分な情報や相談のネットワークが存在しているとはいいがたい」（伊藤 2001: 97）こと、第二に「認定調査の問題」であり、「調査員がよほどの経験と力量をもっている人でないと、認定調査は表面的なもので終わってしまう」（伊藤 2001: 98）ことや、時間帯によって状態が変化するような高齢者において、わずか一時間足らずの心身状況のみに着目した表面的な調査で判定することへの問題（伊藤 2001: 99）などを挙げている。第三には、「コンピュータによる一次判定そのものに致命的な欠陥があるため、公平な認定が期待できないという問題」を挙げている。そもそも要介護認定等基準時間（要介護度を決定する基準）の基礎となっているデータが、住居環境がバリアフリーで専門的な職員の介護を受けられる施設入所者を対象に得られたもので、これを例えば在宅の高齢者にあてはめているという無理があること（伊藤 2001: 100）、そして基準時間を決めるチャートとして使用される樹形図の中に、自立度が高い人が基準時間が長くなり、自立度が低い人が基準時間が短くなる逆転現象が起きている箇所がある（伊藤 2001: 101）など、認定ソフトの問題もあるとしている。さらに、こうした要介護認定の結果に基づき、サービスの打ち切り等も生じうる仕組みが制度化された理由としては、介護保険の給付費を抑制するためである（伊藤 2001: 115）としている（伊藤はこの後近年に至るまで、介護保険制度に対するさまざまな批判的検討に基づく指摘を続けている）。

近年でも、要介護認定に関する批判的議論は続いており、例えば結城康博は「結果しだいでサービスの利用可能な内容に差異が生じるため、支給限度額まで利用している高齢者にとっては更新時に介護度が軽く認定されると在宅生活に大きな影響が生じることとなる」（結城 2011: 133）とし、利用者の中にはとりあえず重度に判定されたほうが良いと考える人もいると指摘する（結城 2011: 134）。また、先に伊藤によっても指摘されていた初期の要介護認定ソフトの問題に関し、厚生労働省は2002年に調査員や地域による認定結果の「バラツキ」を克服するためという理由で、日常状況が把握しやすい質問項目を新たに盛り込み、さらに2009年の再改定では認定基準が厳しくなったため、状況に変化がないにもかかわらず軽度化したと判断される高齢者が増え、要介護認定の指標や尺度について信頼性が揺らいだとしている（結城 2011: 134）。結城によれば、利用者側の不便性や事務的非効率化の是正よりも「公正性」等の問題を重視し、厳格な判定のための「要介護認定適正化事業」の策定を推し進めており、このような厚生労働省のスタンスは現在でも変わらぬまま保たれていると指摘している（結城 2011: 134）。

ノンフィクション作家の沖藤典子もこの間の再改定の問題において詳細に述べているが、2009年4月2日の参議院厚生労働委員会で提出された厚生労働省内部資料の「要介護認定平成21年度制度改革案」において、介護給付の適正化によって200～300億円の介護給付費の縮減効果があることが記されていることについて述べ（沖藤 2010: 179）、要介護認定を軽度傾斜することに

よる介護切りという政府の方針が明確になったとし、適正な介護認定のためというのは表向きの名目に過ぎないとしている（沖藤 2010: 180-181）。

以上より、制度成立初期から現在に至る批判的議論において、ほぼ共通すると考えられる論点は、そもそもの政策目標として公費節減、あるいは介護給付費縮減があるのではないかという指摘である。まず制度の導入に関しては、措置制度から契約制度あるいは社会保険制度への移行そのものが、公費節減とそれに資する制度運用のためではないかということ、また運用面については、生活実態全体の把握の上での認定がし難いという当初からの指摘のみならず、加えて近年における要介護認定の判定がますます厳格なものへと推し進められつつあるという実態に対する批判的検討がなされていた。これは確かに、給付費縮減を目的とした場合に合致する方向性であると考えられうる。要介護認定が、介護保険制度下でのケアマネジメントにおいて中核的機能の一局面を担うことは先に考察したが、これによりサービス利用限度額の上限が決定してしまうことにより、制度的にもケアプラン作成にその基盤的影響を及ぼすことになる。

では次に、このケアプランの作成という局面も含めた、介護保険制度におけるケアマネジメントの中核的機能そのものに対し、A. シュッツによるレリヴァンスの概念を手掛かりに考察を深めていくこととしたい。ここでシュッツの議論について参照することに関しては、彼がベルクソンの哲学や現象学に影響を受けた上で、間主観的な生活世界やライフ・プランなどに注目、日常生活世界への意味世界としての理解がなされ、人びとの生活基盤ともいえる「自明性」に照射された疑問に基づくレリヴァンスの概念を提出したこと、そしてこれこそが、多くの要介護高齢者の日常生活を支えるものと謳われてきた介護保険制度に基づく、「自明性」の問題点を浮かび上がらせるものであると考えられるからである。

#### 4. 介護保険制度下のケアマネジメントとレリヴァンス

前章では要介護認定の過程を中心に、これまでのいくつかの批判的議論の内容について概観し若干の考察を行った。本章では、主に要介護認定とそれに基づくケアプラン作成といった介護保険制度の中核的な機能を担う部分について、レリヴァンス概念を参照し考察していきたい。

##### 4-1. A. シュッツのレリヴァンス概念

レリヴァンスの概念は、シュッツによる現象学的社会学において重要な位置を与えられているが「その理解は非常に困難」（江原 1981: 54）とされる。レリヴァンスとは「人間が世界からある対象またはその側面を選びとり、その選びとられた部分によって世界像を構成することに、関連している」（江原 1981: 61）のであるが、シュッツ自身、論じている視点が一樣ではないため、さまざまなレベルでの疑問点が見出されうるのである。そこでここでは、さしあたりシュッツ自身が述べているレリヴァンスの概念の内容について確認し、それからその内容を構成する三つのレリヴァンスが、介護保険制度下におけるケアマネジメントのあり方のどのような場面でどのよ



うに関連してくるかについて、述べていくこととしたい。

シュッツが提示するレリヴァンス概念には、まずは先に述べたように三つのものがある（これらの他にも、以下の三つを横断する賦課的レリヴァンスと内在的レリヴァンスとが挙げられるが、ここでは省略する）。まず第一には、トピック的レリヴァンスと呼ばれるものがある。これは「非問題的な親近性から成る構造化されていない領野のただなかで何らかのものがそれによって問題的なものとして構成される——そしてそれとともに、その領野が主題と地平とに構造化される——そうしたレリヴァンスの形式」（Schutz 1970 = 1996: 60）とされる。これは「疑問の余地もなく疑問視されてもいないただ単に自明視されているだけの親近性という背景から、その対象を分離すること」（Schutz 1970 = 1996: 61）である。つまり、「我々の思考や経験において知られないままに働いている選択作用があることを呈示」（江原 1981: 56）することであり、「何故ある主題が選ばれたのか。我々はなぜある対象に注意を向けたのか」（江原 1981: 56）という作用のことである。またその際には、主観が主題に注目するというだけでなく、「主題とは、いうまでもなくつねに或るひとつの領野のうちに在る主題であり、いずれの主題もつねにそれ特有の地平を伴っている」（Schutz 1970 = 1996: 65）ということが重要である。

第二には解釈的レリヴァンスというものがある。これについては「現前している対象と比較され得る——斉一性をもった類型としての以前の経験が…彼が新たな一連の知覚を解釈することによってレリヴァンスをもっている」（Schutz 1970 = 1996: 71）とし、そのようなものを指し示している。つまり、トピック的レリヴァンスによって選択された主題に合った解釈に関わるものであるが、「知識の貯えから対象の知覚の解釈にレリヴァントな諸類型を選択するとともに、その類型の諸特性が解釈にレリヴァントであるか否かを判断する」（江原 1981: 56）ものである。またこの解釈的レリヴァンスは二つの段階をもち、「最初の推測は再認の受動的綜合に由来するものであり、それゆえたしかにいかなる意志の特徴もすべて欠いている。対象はいわば自動的に（すなわち受動的綜合によって）、かつて典型的に経験されたあれこれの対象『と同様』『と類似』『のような類型』であると知覚される」（Schutz 1970 = 1996: 77）という段階である。第二の段階としては、「述語的で意志的なものが関与する」（宇都宮 2002: 84）とされ、「解釈のもっともらしさや可能な同意の検討、その解釈の『重さ』の確認を問題視する懐疑、[解釈の]正当化や廃棄など、これらはすべて意志的な活動にその起源を」（Schutz 1970 = 1996: 78）もっているとする。

第三に、動機的レリヴァンスがある。これは「どの選択肢が迎えられるべきかを決断すること」（Schutz 1970 = 1996: 82）に関連し、「動機的に適合的な主題化や解釈の選択が行なわれる」（江原 1981: 56）こととされる。また、「個々人の孤立した諸経験に関してさえも、ただ至高の企図（あるいは行為者がその実際の瞬間に至高の企図と考えるもの）を選択することだけが内在的な動機的レリヴァンスをもっている。そうした選択だけが自分自身の意志的作用から生じてくる」（Schutz 1970 = 1996: 89）としている。

シュッツは以上の三つのレリヴァンスの関係については、次のように述べている。

このような「三つの」レリヴァンス間の相互関係は、或る型のレリヴァンスが「まず」確立され、「ついで」別の型のレリヴァンスが確立され、「その後」最後のレリヴァンスの型が確立されるといったように年代記的に考えられるべきではない。これら三つの型のレリヴァンスはすべて具体的には、切り離すことができないものとして、あるいは少なくとも分割できない統一体として体験されるのであり、それらを体験から切り離して三つの型に区分するのは、それらの構成的起源を分析したその結果なのである。(Schutz 1970 = 1996: 109)

また、「三つのレリヴァンス体系とは、ひと組の現象の三つの側面であるにすぎない」(Schutz 1970 = 1996: 113)とも述べ、トピック的レリヴァンスから解釈的レリヴァンスへ、また解釈的レリヴァンスから動機的レリヴァンスへ、さらにこれらの過程の逆も含む循環的な関係についても示している(Schutz 1970 = 1996: 113)。以上がシュッツのレリヴァンス概念のおおまかな見取り図である。

#### 4-2. 介護保険制度批判とレリヴァンス

では次に、シュッツによる以上のレリヴァンス概念の観点から、介護保険制度下のケアマネジメントの現況について、前章の批判的論点と関連付けながら考察していくこととしたい。

前章で確認したように、公費節減あるいは介護給付費縮減が前提となって介護保険制度が運用されているとなると、利用者の側においては当然サービスをなるべく利用させないような方向へ、運用上の改変や圧力がかかることが予期できよう。前章での批判的議論の内容は、実際にそのようなことが行われてきているという指摘もあった。利用者は(多くがケアマネージャーを介し)サービス提供者である事業者を選択し契約を結ぶことになるが、要介護認定段階においてその上限が抑えられるため、実際のケアプラン作成時における選択肢が、あらかじめ可能な限りの狭小な幅に設定されることに繋がる。これに介護保険認定の事業者数の地域間格差の問題が重なることになれば、利用者側はサービスの選択幅に関して二重に圧縮されうる事態も想定される。

そもそも介護保険制度創設の基本理念においては、措置制度における行政機関のサービス決定による弊害、つまり「本人の意思が反映されない面や施設間に競争原理が働かない、所得調査や応能負担などの問題点」(是枝 1996 → 2001: 110)を改善するため、「サービスへの参入を民間事業者にも開放し、高齢者自身がサービスを選択し、競争原理を働かせながらサービスの質の向上を図り、サービスを利用する高齢者も自ら保険料を負担し、福祉サービスも保健医療サービスも同様の利用手続きとし、利用者が選択するという権利性を明確にした、利用者中心の制度」(是枝 1996 → 2001: 110)であるとされている。しかし前章のような論点を踏まえるなら、現状としては利用者中心というよりシステムあるいは制度中心のものであるとして捉えられよう。こうした理念と現状とされる諸点との矛盾状態に関しては、利用者としての立場にある人びとにとってのレリヴァンスの問題を重ね合わせて考察することが可能であると考えられる。前節でもみてきたように、レリヴァンス論とは「我々の行為や判断に含まれる『選択の問題』を考察」

(江原 1981: 56) するものであり、レリヴァンスは「この場合『選択』とは、単に意識化された選択のみを指すのではない。我々の知覚自体、すでに選択と判断を含んでいる」(江原 1981: 56) という事態を示すものである。我われにとって、主題や解釈、動機に関わる知識が常識として共有されているのであれば、まさにそれに基づくレリヴァンス・システムによって相互主観的理解が可能となる。ということは結局、そうしたレリヴァンス・システムにまで政策実施システムの目的を浸透させるならば、これは利用者側の立場をいわば「制度内在化」していくといった機能をもつということであろう。介護をめぐる地平において何を主題とするかという側面(トピック的レリヴァンス)、さらにその選択された主題に対して、これが何であるかという解釈が選択される側面(解釈的レリヴァンス)、動機的に適合的な主題化と解釈選択がなされる側面(動機的レリヴァンス)のいずれに関しても、制度的意図の上に選択がなされうることも考えられるだろう。ケアマネジメントにおけるアセスメント機能、調整機能、効果測定機能が、第3章で批判的な論点として提示されたような意図をもってなされているとすれば、介護保険制度下における要介護認定とケアプラン作成という中核的機能を果たすものも同様の働きを遂行することになる。利用者の側においては、一方で自由な意志の下、被介護者や介護者のライフスタイルに沿った介護サービスを選択できるとされつつ、他方、その選択肢そのものが操作不可能な上さらに所与であり「地平」であるなら、まさにそのようなものとして知覚され、解釈され、動機付けがなされていくとも考えられる。差し迫った現前の生活問題にさらされている人びとにとって、サービス選択をマネジメントされている事態は、客観的に把握する要因も機会も管理されているという事態に繋がらう。介護保険制度におけるケアマネジメントは、そうしたかたちで我われの知覚領域にさえ侵入するマネジャリアリズムと化してしまう可能性が高まっていると考えられるのではないだろうか。

## 5. むすびにかえて——まとめと考察

本章では、これまでの本稿での内容についてまとめ、さらに考察しうる課題について若干触れていくこととしたい。

本稿ではまずケアマネジメントの導入経緯と定義に関する議論を概観した。元々アメリカにおいてケースマネジメントとして確立されたものが、イギリスにおいてケアマネジメントの語によって、制度の核の一つとされてきた。日本では1994年に「高齢者介護・自立支援システム研究会」等により制度上の位置づけがなされ、1997年に成立した介護保険制度に導入された。定義としては国際的にも確立されていないが、日本におけるそのいくつかの試みを参照した上で、ケアマネジメントはアセスメント機能、調整機能を中核機能とする、利用者への配慮とニーズに基づく、社会資源を適切に組み合わせた支援計画・実践であるとみなすことができた。

次にケアマネジメントの過程についてみていき、その中心的機能を果たす部分として、スクリーニング、アセスメントとケアプラン作成、事後評価を挙げることができた。また、介護保険

制度下においては、要介護認定の手続きと介護サービス計画の作成に相当すると考えられた。

以上のようにケアマネジメントと介護保険制度との繋がりを確認した後、介護保険制度に向けてられている批判的論点についてみていった。論点は介護保険の制度そのものに対するもの、そして要介護認定に関するものに分けられた。前者においては、社会保険方式であることそのものが公費負担の軽減をねらいとしているものであり、利用者の要介護度に基づくサービス提供は、生活実態を切り捨ててしまっていること、また援助実践としての生活相談が求められるということが指摘された。後者については主に認定調査の段階、とくにコンピュータによる一次判定をめぐる当初からの欠陥と、その後の認定基準の厳格化に対するものであった。とくにこの厳格化については、介護給付費の縮減効果をねらったものではないかという指摘も含まれる。結局、両者の批判的議論の論点は、公費節減とそれに資する制度運用をめぐる問題であることが示された。

次に、以上のように論じられてきた介護保険制度について、シュッツのレリヴァンス概念を手掛かりとして考察が行われた。レリヴァンス概念にはトピック的レリヴァンス、解釈的レリヴァンス、動機的レリヴァンスの三つがあるが、これはそれぞれが世界から対象を選択し、その選択した部分によって世界像を構成することに関連している。このようなレリヴァンス概念の観点から介護保険制度批判について検証すると、我われはそもそもレリヴァンス・システムによって相互主観的理解が開かれていること、そして政策実施システムの目的がそこへ浸透させられうるなら、利用者の側を制度の内側に取り込んでしまうような事態が起こることになり、ケアマネジメントのマネジャリアリズム化が進展していくという可能性が現れることについて示した。

以上、本稿の内容についてまとめてきたが、筆者の抱く懸念としての暫定的結論は、ケアマネジメントの導入そのものに対するというよりも、その導入目的と運用方法とによって、ケアという社会的相互行為をめぐる〈生〉の全体を、①介護サービスの提供側と被介護者を非対称に分割し、②提供側が統括可能なかたちにケアそのものを読み替えた上で、③それらから被介護者側が(括弧付きの)「選択」を行いサービスを受ける、というシステムに制度側が近づけているのではないかということである。介護サービスそのものをマネジメントするのではなく、それを受けたいとする側の生活機会を統制することは、人びとのための制度というよりもむしろ、制度のために人びとをいわば「枠づけ」していく、という方向を有することになる。これは換言すれば、社会福祉制度の役割を理念から遠ざけること、人びとの福祉の追求ではなく社会構造の維持を第一的な目的とすることに結びつくともいいうるだろう。

社会福祉の理念と社会構造の現実とは相互依存的な関係にあると捉えることもできようが、どちらを前提とするかによってその意味は大きく異なってくる。近年ではとくに、構造を相対化することについての再認識がなされる状況、またその重要性が増しつつあるといえる。これは例えば、単に人びとに排除されているという事態のみの指摘に留まらず、(多くの人びとによって自明視されてきた) 構造的な排除を示している「社会的排除」問題の現出によっても明らかであろう。社会福祉のサービスが日常生活を営む人びとのためのものであるならば、(人びとに対してではなく)制度をまさに「モニタリング」し、さらにその背後にある社会構造を相対化するこ

と、またオルタナティブなあり方を構想していくことの重要性を再認識することが肝要なのではないだろうか。

[付記] 本稿は、日本福祉大学 2011 年度課題研究費助成による研究成果の一部である。

[参考文献]

- 秋元美世・大島巖・芝野松次郎・藤村正之・森本佳樹・山縣文治編，2003，『現代社会福祉辞典』有斐閣。
- 江原由美子，1981，「シュツにおけるレリヴァンスの問題をめぐって」『社会学評論』127：54-69。
- 橋本泰子，2000，「総論（第2部）」白澤政和・橋本泰子・竹内孝仁監修『ケアマネジメント概論（ケアマネジメント講座①）』中央法規出版，52-56。
- 石田道彦，2005，「介護保険制度」増田雅暢・島田美喜編『健康支援と社会保障 社会福祉と社会保障（ナーシング・グラフィカ⑨）』メディカ出版，195-211。
- 伊藤周平，2001，『介護保険を問い直す』筑摩書房。
- 金子努，2004，『高齢者ケア改革とソーシャルワークⅡ ケアマネジメントの批判的検討とソーシャルワークの課題』久美。
- 是枝祥子，1996→2001，「介護保険制度とケアマネジメント」古川孝順・佐藤豊道編『介護福祉〔改訂版〕』有斐閣，109-122。
- 高齢者介護・自立支援システム研究会，1995，「新介護システムの基本理念 高齢者の自立支援」厚生省 高齢者介護対策本部事務局監修『新たな高齢者介護システムの構築を目指して 高齢者介護・自立支援システム研究会報告書』ぎょうせい。
- 大野勇夫，2001，「社会福祉援助の危機とケアマネジメントの隆盛」相野谷安孝・小川政亮・垣内国光・河合克義・真田是編『日本の福祉・論点と課題 介護保険の限界』大月書店，87-99。
- 岡田進，2011，『ケアマネジメント原論 高齢者と家族に対する相談支援の原理と実践方法』ワールドプランニング。
- 沖藤典子，2010，『介護保険は老いを守るか』岩波書店。
- 真田是，2001，「介護保険1年の総括 問題の深層と今後の課題」相野谷安孝・小川政亮・垣内国光・河合克義・真田是編『日本の福祉・論点と課題 介護保険の限界』大月書店，42-53。
- Schutz, A., 1970, Reflections on the Problem of Relevance, Yale University Press. (= 1996, 那須壽・浜日出夫・今井千恵・入江正勝訳『生活世界の構成 レリヴァンスの現象学』マルジュ社。)
- 白澤政和，1992，『ケースマネジメントの理論と実際 生活を支える援助システム』中央法規出版。
- ，2000，「総論（第4部）」白澤政和・橋本泰子・竹内孝仁監修『ケアマネジメント概論（ケアマネジメント講座①）』中央法規出版，142-144。
- 副田あけみ，1997，『在宅介護支援センターのケアマネジメント』中央法規出版。
- 宇都宮京子，2002，「価値とレリヴァンス」社会科学基礎論研究会編『社会学の根柢を問い直す（年報社会科学基礎論研究第1号）』ハーベスト社，76-94。
- 結城康博，2011，『日本の介護システム 政策決定過程と現場ニーズの分析』岩波書店。