

介護保険制度の歩み

—その1 概要と現状—

金 善 英

1. はじめに

平成27年4月から始まる第6期介護保険事業(支援)計画が今年2月6日公表され、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築を基本的方向とすることが明確になった¹。

平成12年4月からスタートした介護保険制度は、要介護状態という新たな概念を生み出し、介護が必要な人にも家族の手助けなしで自立した生活を営むことができ、いつでも「必要な介護」を受けることができるようにすることを目指して創設された。

ここでいう「必要な介護」とは、食事・排泄・入浴・移動といういわゆる4大介助が特別養護老人ホーム入所により受けられた当時の社会事情を前提に構想されている。介護保険は社会保険制度である。4大介助が特別養護老人ホームの入所者だけではなく、在宅の人にも提供されること、そして65歳以上の人ならば、誰もが高齢になり、心身の状態において介護を必要とする状態に陥るリスクを等しく有している、というのがこの制度の基本的な考え方であった。本論文では、こうした基本的な考え方が15年の変遷の中でどのように維持され、また修正されてきたのかを検討していくこととしたい。

制度発足5年が経過した平成17年度からは当初の想定より介護給付サービスを利用する人が多くなったことから、介護保険財政維持を大きな問題と取り上げ、平成18年度からは、要介護状態になることは介護保険財政を圧迫することとし、要介護状態ではなく、要支援状態というさらなる概念が打ち上げられ、介護予防給付を新設するようになった。

介護予防給付サービスは、身体の運動機能を向上させることだけでなく、家事などの経験がない高齢者に生活訓練を行い、短期間の訓練で自立するように制度は促したが、実情としては認知症の診断がない軽度の要介護者が多く介護予防給付サービスを利用することになり、未だに介護予防給付サービスは、訓練のみのサービスでは成り立たなく、サービスを提供する側への規制が強くなり、利用者に適切なサービスは提供されているとは言えない状況である。

そのうえ、地域ケアシステムという新たな概念が出て、生活支援は介護保険に反すると長年指導を受けていた介護現場をはじめ、誰もがさまざまな改定と利用条件、提供条件が変化するなか、当事者も理解するには限界があるまで介護保険制度は複雑になり、今は制度の問題なのか、個人の問題なのか、提供側の問題なのか、サービスの質の問題なのか、立場によって主張が違ってきて、問題解決の道筋が立たない。このような状況は、制度が理解できないことを問題にするまでに至り、提供基準を守るためには資格者が常に足りないうえ、介護職を志願する

¹ 社会保険審議会介護給付費分科会、「平成27年度介護報酬改定の概要(案)」第119回資料1-1参照、平成27年2月6日

若い人が激減するなか、介護領域は氷河期ともいえる状況であり、そこから抜け出す道が見えず求人追われる状況にまで至っている。

これらの現状はどれほど共有できているか疑問であり、今だからこそ介護保険制度について徹底して理解し、現状を共有することは極めて重要だと思われる。とりわけ現在の介護保険制度は、社会保険としてどのように「介護リスク」のコントロールをしているのか、これからの介護保険制度は「介護リスク」をどのようにコントロールすべきか政策としての検証は今後続く社会保障制度のあり方にまで深く関係する。

本論文では、介護保険制度の概要と現状を理解する目的で介護保険給付サービスの特徴と今までの介護報酬改定の要旨をまとめ、それをスタートとし、介護保険制度のあり方に関する研究を深める。

この研究は、現在の当事者である高齢者とサービス提供者だけでなく、誰もが当事者として関心をもって、総体的に理解しやすい制度作りになるよう、その材料になることとしたい。

制度発足から長い年月が減ったとは言えない初期的な政策目標を費用コントロールであったことは、いずれ質コントロールを政策目標にする時期を見据え、サービスごとの変遷を考察し、制度のあり方を導きやすくすることとする。

そのためには、各サービスの種類をいくつかに集約することが必要であり、本論文の続きとしては、居宅介護支援をはじめ、通所系サービス、訪問系サービス、地域密着型サービスの整理をし、入所系サービスについて考察をする。平成27年度から始まる地域支援事業は、発足の背景も含めて一つの部門として整理し、そのほか変遷を考察する部門の整理を通し介護保険制度と利用実態の乖離や、その乖離を縮めるためには何が必要かを整理し、社会保険としての介護保険制度のあり方について考察することを目的とする。

2. 介護保険給付サービスの特徴とその変遷

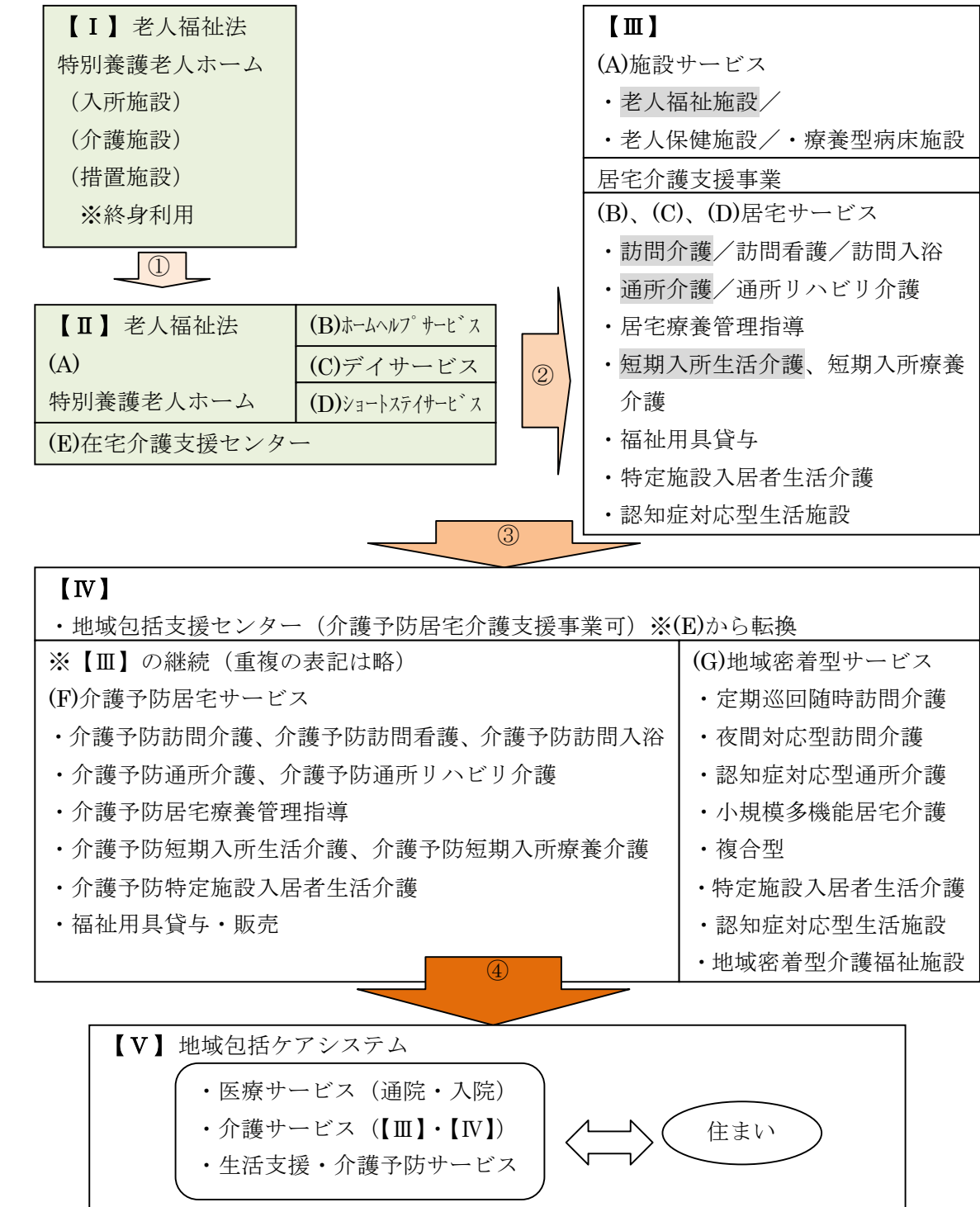
介護保険制度は、社会福祉法と老人福祉法で建てられた特別養護老人ホームの24時間の介護にかかる時間と、利用者一人当たりの行政措置費用をベースにして制度が設計された。

制度設計の根幹になるサービスごとの報酬構成は、重度、中度、軽度という利用者の状態ごと、1日にかかる4大介助（食事介助、排泄介助、入浴介助、移動介助）を測定した時間で成り立っている。介助に必要な時間を、4大介助の1回実施にかかる時間を平均30分未満とみて、それを一つの目途とし、その基本仕組みを代表する訪問介護サービスと、2時間ごと介助にかかる手間の時間を一つの目途とする通所介護サービスと、1日を通してかかる手間で算定する短期入所サービスで、介護保険制度実施前の高齢者在宅サービスが骨組みであり、そのほかの居宅サービスを加え²、1ヶ月の利用の組み合わせで、各要介護度別の支給限度単位内で

² そのほかの居宅サービスとは、福祉用具と有料老人ホームがあり、上記の基本骨格から派生したものではなく、介護保険制度法案の最終段階で参入が決まった経緯がある。福祉用具は、スタート時から全国共通の利用単位をもってなく、現在は仕入れ金額と提供金額の差をどれほどまで認めるかなどの調整が始まっている。高齢化社会に向け福祉用具関連産業の活性化と有料老人ホームの倒産により特別養護老人ホームの利用が余儀なくされる事態から、有料老人ホ

利用するものが居宅サービスである。

図1. 介護給付サービス基本構成と変遷



ームなどを特定施設入居者生活介護という居宅サービスと位置付けた。施設サービスに老人保健施設と入院施設が入ったことと同様、慢性疾患の患者へのリハビリサービスも居宅サービスに参入されることで、介護保険制度はスタートをし、平成27年度の報酬改定でも基本骨格は変わっていない。しかし、サービス種類の追加は3年ごとの改定時、継続していて、平成30年度からも変更されることはすでに予告されている。

これらの給付サービスは、「介助にかかる手間」を時間ごとの単位で示したサービス種類、サービスコードで管理され、毎月利用するサービスの種類や頻度で、その単位を合計し、要介護度別の支給限度内に収めるものである。必要なサービスを利用できるように事業所を紹介することが居宅介護支援事業所の居宅介護支援員の役割であり、その業務を給付管理という。

利用者が負担する利用サービス合計の1割負担は、給付サービスのみで、給付管理の費用においての利用者負担額は生じない。また、各要介護度別限度額が決まっている定額制なので、サービスの基本単位は高くなると利用回数が減ることになる。限度額を超えた分は利用者が全額負担となる。

これまでの介護給付サービス変遷は、図1でまとめたよう、介護保険制度の給付のベースになっていた【Ⅰ】の特別養護老人ホームから、制度発足準備期間のインフラ拡大を目標としていわばゴールドプランや新ゴールドプランによる10年ほどの期間、【Ⅱ】のように、特養の介護員が訪問するホームヘルプ事業、特養の空間を区切り日中のみ通えるデイサービス、開いている部屋に1週間ほど泊まるショートステイという併設事業を提供するようになり、保険だけでは支援が足りないだろうと想定し、「在宅介護支援センター」を設置し、相談員経歴が長い人を中心にして利用者の自宅の様子や、3つの併設事業だけでは間に合わない相談などを受けるようにしていた。

【Ⅱ】の骨格が後に介護保険制度の給付サービスの骨組みになり、【Ⅲ】のように、居宅サービス（B、C、D）、施設サービス（A）、居宅介護支援事業の構成で介護保険法が決まった。

介護保険の給付は、行政措置で提供していた特別養護老人ホームの一人当たりの費用から算出した「介護にかかる手間の人件費」である。人件費以外の費用は介護報酬の収入のなかから賄うことであるが、介護報酬の収入は人件費を賄う規模であり事業継続においては費用設定が位置づけられていない。介護保険法の創設により老人福祉法と社会福祉法も一部改正になり、施設および職員配置基準に関する部分を介護保険法に置き換え、現在も「特別養護老人ホームの施設運営基準」に準じ継続しているため、介護保険制度の発足時から近年までの間、補助金や設置者からの委託費等で建物維持費等を賄っていたが、年々その費用は削減され、費用負担をする保険者はなくなってきている。

その変わり、諸費用を居住に必要な費用として利用者に負担してもらう方向は、【Ⅲ】の基本骨格の継続と【Ⅳ】の各サービスの追加が生じた平成18年度からの介護予防給付の創設により具体的な動きになり施設サービスから食費と居住費は在宅と同様、個人負担に転換し、部屋も個室を基準とするようになり、確実に介護する人の費用のみと明確になった。

もう一つの特徴は、基本サービスと資格や専門職配置基準を利用サービスごと算定する仕組みであり、利用者は事業所の契約に基づいてサービスを利用する。サービスの質においても、その費用が利用者の負担により成り立つ関係を持つ。

【Ⅴ】でいう「地域包括ケアシステム」は、地域包括支援センターが各保険者ごと設置義務だけでなく、包括ケアを実現する概念で、保険者が主体になってサービス提供基盤を構築しなければならなくなった。介護保険給付サービスは、全国一律のサービス種類であるにも関わらず、サービス提供は地域間のばらつきを認めることになった。この地域包括ケアシステムを構成する、医療サービス、介護サービス、生活支援および予防サービスは、高齢者に必要なすべてのものを意味していて、「介護サービス」は介護保険給付サービスを示すことである。

事業所体制加算をはじめ、基本サービス以外の選択サービスの場合は、一回利用ごと加算サ

ービスで追加され、計画書に基づく実施の部分も加算が算定されるようになっている。

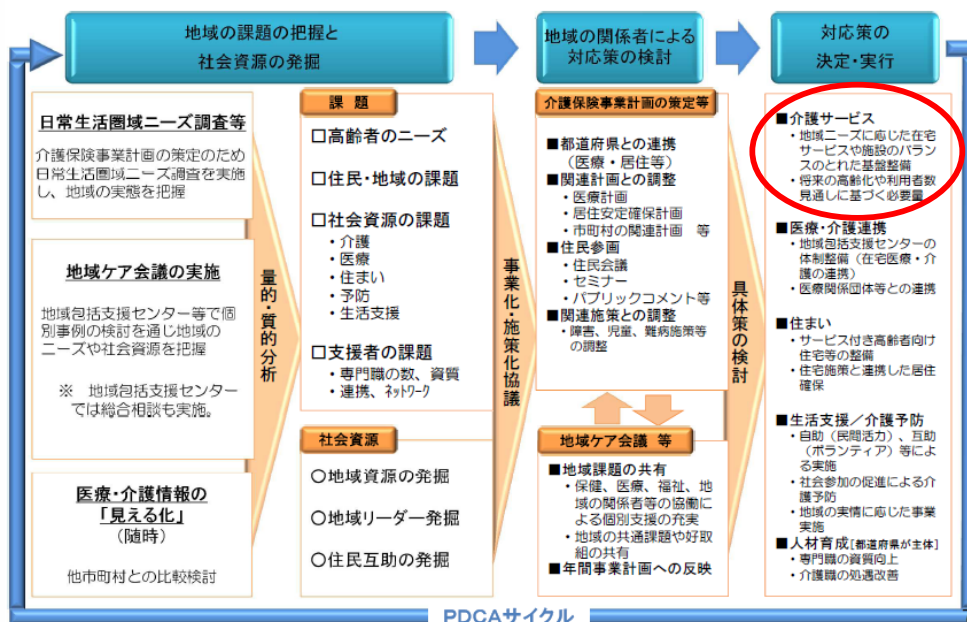
現在は、介護職処遇改善加算という介護職の低い賃金をサービス提供事業所が改善することを目的とし、補助金で始まったものが、現在はサービスごと適用率をおき、利用単位に乗じる金額を介護職に支給するもので、保険財源から介護職処遇改善加算額を支払っているため、サービス利用者が直接負担はしていないように見えるが、被保険者が払っている基本保険料から賄っているが、今後介護報酬に含むことを前提と実施している。

介護保険制度は利用者がサービスを選択し、その負担は利用者を持つという給付の仕組みにそって、【V】の構造に変化し、平成27年度から実施はスタートするが、平成29年度まで各保険者は基盤を整えることになり、本格的な実施は平成30年度からになるもので、介護保険制度のなかに、地域住民のボランティア活動、非営利活動という第3セクターの社会資源も含む保険財政運用になるのである。

「地域包括ケアシステム」を構成する一つとしての介護保険給付サービスというのは、下記の図2のように、介護サービスと医療・介護連携、住まいや生活支援・介護予防、人材育成と区分けしている。ここで言う医療・介護連携は、医療保険と介護保険の併用利用等に関する部分で、慢性疾患の長期療養に関するすべての領域の部分の部分を指している。

生活支援・介護予防においては、地域支援事業として、介護予防給付の費用と同様な費用で新たに構築するもので、訪問系・通所系という区分で住民が参加し、介護を受けることが目的ではない予防事業として展開していくものであり、介護保険財政のなかからその費用は賄うことになり、全国一律の介護保険サービスから地域ごとのサービスに変わり、介護保険制度の創設時にあった自治体ごとの横だしサービス、上乘せサービスとはまた別であろうと思われる。

図2³ 地域包括ケアシステムにおける介護給付サービスの位置づけ
市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)



3 社会保障審議会介護保険部会（第46回）資料3、平成25年8月28日、7頁抜粋、介護給付サービスの印（赤丸）追記。

要するに、介護保険制度の給付サービスは、人が人をケアすることにかかる費用で、資格が確実にあり提供条件を満たしている場合は介護サービスとして提供される。サービスの質は、有資格者や事業所体制の条件に応じて金額に差をつけることで質の高低を表すという構造である。

当然、高い質を求めるのであれば、利用者は高く負担をすることであるが、介護保険制度は、支給限度額内でサービスを利用するため、サービスの単位が高くなる場合は、1ヶ月内の利用頻度を減らすことで保険利用が可能になり、頻度を減らさなければ支給限度額を超える分は、全額利用者負担になることである。

現状だけでみると、介護保険制度の給付サービスは、社会保険制度の一般的原則の応能負担ではなく、応益負担を原則としていると言える。

3. 今までの介護報酬改定の要旨

平成27年4月からは、第6期介護支援計画期に入り、3年ごとの介護報酬の改定は5回、制度見直し2回、その他業務管理体制や消費税改正に伴う改正が2回など、平成18年以後は、毎年と言っていいほど、制度の改正が続いていたのである。

これだけの改正が行われたのは、介護報酬に関する改正が原則3年ごと行われることで避けられないものでもあるが、消費税率の増加により各要介護度別利用限度額も改定される改定もあった。

平成18年度以後は、一部改正も頻繁にあったため、正確な回数は、今後の事業別分析時に明記することにするが、大きな改定の時期をまずまとめておく。

第一に、第1期介護保険事業計画（平成12年度～平成14年度：2000年4月1日～2003年3月31日）の改定要旨をまとめると、介護保険制度をスタートしてから、要介護認定有効期間が6ヶ月で全国一律年2回更新は事務量として無理があることが分かり、要介護認定有効期間の原則を崩したり、短期入所生活費用が支給限度額計算時外れていたことで、日数制限をすることになったり、制度発足の混沌が目立った時期であった。

第二に、第2期介護保険事業計画（平成15年度～平成17年度：2003年4月1日～2006年3月31日）の改定要旨は、以下の内容である。2年間の実施から次の保険料を見込み、介護報酬改定を行う仕組みであるため、この時期は早くも財政破綻論が出ていて、早くも「新たな課題への対応⁴」が示された。

その内容は、大きく「介護予防サービス」と「痴呆ケア」に注目し、高齢者の状態像を3つに分け⁵、予防と自己管理を中心としながら、脳疾患なども含み、その状態に陥らないことを

⁴ 社会保障審議会介護保険部会、『介護保険制度の見直しに関する意見』、2004年7月30日、19-27頁

⁵ 同上書、29頁抜粋引用

対象となる高齢者状態像－3つのモデル－

① 「脳卒中モデル」：脳卒中や骨折等を原因疾患とし、急性に生活機能が低下するタイプ。要介護3以上の中重度者に多い

② 「廃用症候群モデル」：廃用症候群（生活の不活発さによって生じる心身機能の低下）や変形性骨関節症などのように徐々に生活機能が低下するタイプ。要支援、要介護1等の

強調した時期であった。

第三に、第3期介護保険事業（支援）計画（平成18年度～平成20年度：2006年4月1日～2009年3月31日）においては計画名称も「支援」が加わるようになっていることから分かるように、この時期は、新たな区分の要支援1と要支援2が新設され、介護予防給付サービスを開始した。

介護予防給付サービスの開始により、福祉用具においては、要支援1と2の被保険者に貸与を認める品目と認めない品目の区分が始まり、計画書記載と定期的なモニタリングが義務付けられた。訪問介護は長い時間の利用は単位が減り、「30分未満」と「30分以上1時間未満」と「1時間以上1時間30分未満」の三つが基本サービスになった。

通所系は、送迎を加算から基本サービスに含むなど、費用を抑制する方向であり、機能訓練のプログラムや計画実施に関する強化が目立つようになった。施設系は、食事と居住の費用を保険外に分離し、利用者全額負担になり、総体的に費用を押さえる方向が強かった。

第四に、第4期介護保険事業（支援）計画（平成21年度～平成23年度：2009年4月1日～2012年3月31日）の時期は、地方分権改革の第一弾として、「義務付け・枠付け」という諸制度間の適用範囲の見直しと条例制定権の拡大、国と地方の協議の場の法制化、今後の地方分権改革の推進体制についての所要の取組を推進する⁶ことになった。

大きな改定は、介護従事者処遇改善に関するサービス共通の見直しがあり、介護職員処遇改

軽度者に多い。

③ 「痴呆モデル」：上記に属さない。痴呆などを原因疾患とする要介護者のタイプ。

⁶ 厚生労働省老健局総務課、『介護保険最新情報 Vol.126』、平成21年12月25日、1頁参考。地域分権改革推進委員会の地方分権改革推進計画（平成21年12月15日閣議決定）の関連資料参照（地方分権改革推進法（平成18年法律第111号）第8条第1項に基づき）。同資料7頁抜粋。

第1 義務付け・枠付けの見直しと条例制定権の拡大
地方分権改革推進委員会の第3次勧告（略）・・・

「1 施設・公物設置管理の基準の見直し」において（略）①従うべき基準（略）：条例の内容を直接的に拘束する、必ず適合しなければならない基準であり、当該基準に従う範囲内で地域の実情に応じた内容を定める条例は許容されるものの、異なる内容を定めることは許されないもの。②標準：法令の「標準」を通常よるべき基準としつつ、合理的な理由がある範囲内で、地域の実情に応じた「標準」と異なる内容を定めることが許容されるもの。③参酌すべき基準：地方自治体が十分参酌した結果としてのことであれば、地域の実情に応じて、異なる内容を定めることが容認されるもの。

1) 平成19年5月30日、「地方分権改革推進にあたっての基本的な考え方」

－地方が主役の国づくり

2) 平成19年11月16日、地方分権改革推進委員会「中間的な取りまとめ（概要）」

3) 平成20年5月28日、地方分権改革推進委員会第1次勧告（概要）

～生活者の視点に立つ「地方政府」の確立～

4) 平成20年8月1日、国の出先機関の見直しに関する中間報告（概要）

5) 平成20年12月8日、地方分権改革推進委員会第2次勧告（概要）

6) 平成21年6月5日、義務付け・枠付けの見直しに係る第3次勧告に向けた中間報告（概要）

7) 平成21年10月7日、地方分権改革推進委員会第3次勧告（概要）

8) 平成21年11月9日、地方分権改革推進委員会第4次勧告（概要）

～自治財政権の強化による「地方政府」の実現へ～

善加算の創設と地域区分⁷を5区分から7区分に変更し、適用地域と上乗せ割合を見直すことである。

介護報酬に直接関係をもったことではないが、居宅サービス計画に地域包括支援センターの参加、連携することが強調され、居宅介護支援事業所の体制加算に深く関係を持つようになった。また、地域包括支援センターの機能について30分以内に駆けつけられる距離を「日常生活圏域⁸」と定義し、その圏域内で、医療・保健・福祉サービスが連携することをより強調した。

施設サービスについては、費用負担の格差を減らすことなどは継続して改正に盛り込まれてはいるが、施設サービスの利用ニーズや待機者解消には直接手立てを立ててではなく、サービスケア付き住宅などの新設、小規模多機能居宅サービスの利用低迷による事業所の成り立ちへの限界、地域密着型サービスの利用促進など、制度そのものが低迷した時期でもあった。

第五に、第5期介護保険事業（支援）計画（平成24年度～平成26年度：2012年4月1日～2015年3月31日）では、訪問系も通所系も、基本サービスと加算サービスの分離および要件の強化は続いていて、特に提供時間について大きく変化があり、長年訪問介護の基本提供時間30分が、20分未満に変わったほか、通所系は延長サービスと言って、最大10時間までサービス提供が可能になり、職員体制も常勤換算方式に変わり、他の事業に支障がない範囲で兼務を可とし、実務時間管理が強化された。

今まで地域密着型サービスなど事業区分にはあったものの、実施しない保険者も多かったのが、次の改定に向けての動きがあった。この時期に、消費税増税が実施され、平成26年4月に介護報酬増額改定と、それに伴う支給限度額増額改正が行われた。

この計画期では、地域包括ケアシステムの構築を推進することと、平成23年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴い、介護サービス、診療報酬との同時改正に伴う医療と介護の機能分化・連携を強化することと、内閣府が提示している「社会保障・税一元改革成案」に伴う介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化に向けて、必要な措置を講じるとの基本認識⁹を明確にした。

ここまで要旨を検討し、介護報酬は単位を増額し支給限度額内利用による量の抑制とも繋がる傾向や基本サービスと加算サービスに分離して選択肢を多くするような取り組みはあった。

介護保険サービスの介護報酬は、毎日サービスを利用している被保険者に負担と深く関係するが、介護保険の被保険者全員は、基本保険料の負担と関係し、介護給付サービスの利用増は介護報酬改定と基本保険料の算定に影響を及ぼすものである。

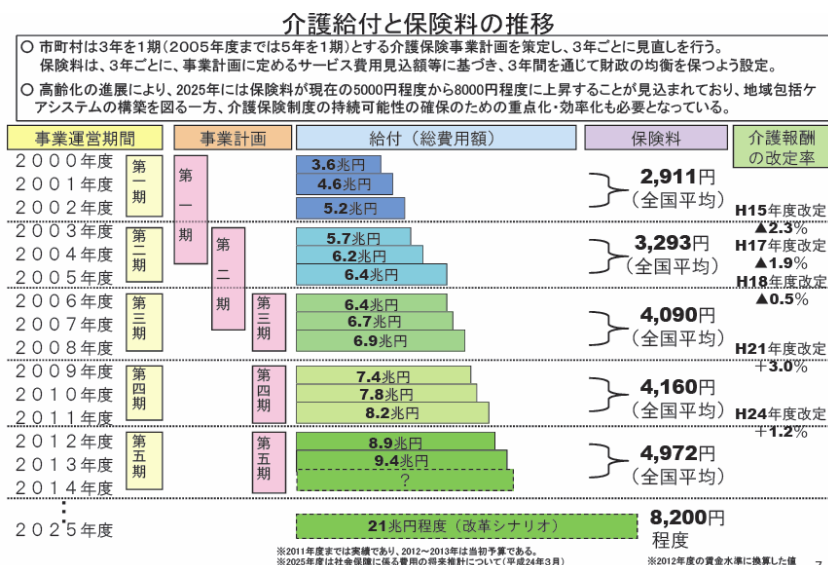
高齢者が増えることは、基本保険料が安くなると単純に思えるが、基本保険料は所得に応じて決まるため、第1号被保険者の所得による負担能力を明らかにすることと、基本保険料の内訳についての検証も整理しなければならないが、2025年の負担予測を示している下記図2は、高齢者が増えることにより基本保険料が膨らむ予測図であり、介護保険財政の破綻や制度改定の理由などでよく取り上げているものである。

7 介護報酬単位の計算において、単位合計を金額に換算する方法は、「単位合計×該当地域区分上乗せ割合」で小数点以下の端数は切り捨てた額が介護報酬金額になる。

8 厚生労働省、「平成22年度日常生活圏域ニーズ調査モデル事業（基本チェック項目検証・評価事業）」全国担当者会議議事次第_平成22年6月24日参照

9 社会保障審議会介護給付費部会、「平成24年介護報酬改定に関する審議報告」、平成23年12月7日、概要参照

図 2¹⁰. 「介護給付と保険料の推移」



現状からみると、増加する費用への対策は介護報酬の改定により調整されている。介護報酬は介護を担う介護職員の人件費で構成されていることであり、人件費の調整による保険財政安定政策は、介護関連事業の成り立ちに大きな矛盾を抱えていることであろう。

4. 終わりに

平成27年4月から始まる第6期介護保険事業(支援)計画は、平成30年度までの制度のあり方を決めていて、またこの第6期の実施結果により平成31年度からの介護保険制度はさらに変わることであろう。

平成27年度介護報酬改定に関する基本的な考え方は、2025年(平成37年)に向けて「地域包括ケアシステム」の構築を実現することとしている。サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築、介護人材確保対策の推進を掲げているが、介護報酬の改定率は、全体で▲2.27%と低くなっている。

詳細の単位をみると、加算の種類や単位は高くなっているものが多くなっていることは、利用者からの負担をあげて人件費を賄う図式で、保険財政の軽減を図ったこととみて良い。

介護保険制度は、そもそも不完全な制度としてスタートすることは発足当初から折り込み済みであり、制度の見直しは5年ごと、介護報酬の改定は3年ごとに行うことになっていた。

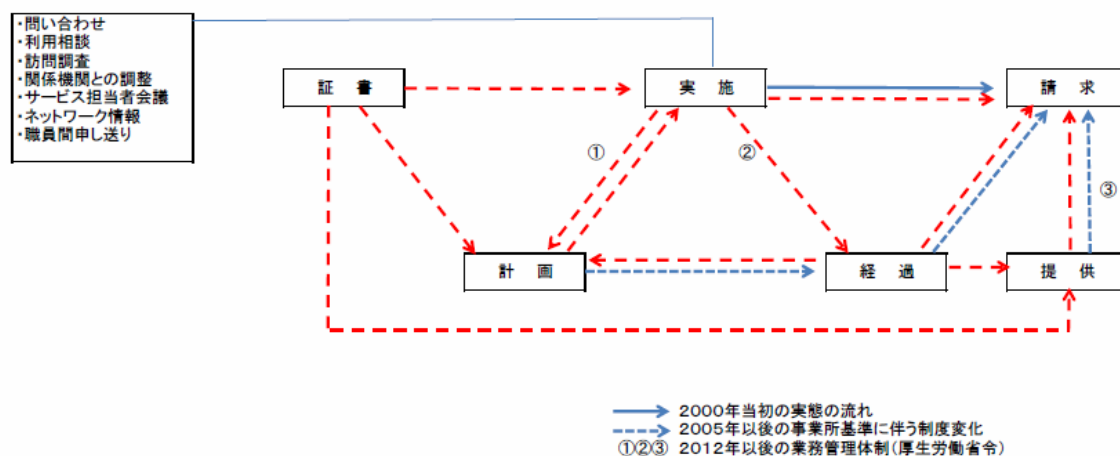
人口推移と、2年間の介護報酬の量を反映して、次期の介護報酬を決めることにし、制度発足時から、実際に必要なサービス量は測定されなかった。周辺の諸制度の変化とともに介護保険制度は変わり続けているが、社会保障制度において介護保険制度はどのような役割を果たすことが描かれているのか、当事者にとってはまだ理解できていない。

措置制度から契約制度に変わったことで、サービスを提供する側への規制は「業務管理体制」の届出制の新設により自主的管理を事業所(法人)側に強いている。しかし、介護報酬の請求

10 社会保障審議会介護保険部会(第53回)資料2、平成25年11月27日 7頁抜粋

基準についての変化と体制基準の遵守が間に合っていないことが実態であり、それを問題としている業務管理体制に関する基準は介護サービス提供における実地指導を都道府県と同様の方法で地方自治体が実施するよう、法制も整えてきている状況で、保険請求要件と対人サービス提供の流れを厳しく取り締まることだけは明確になっている。

図3. 介護サービス提供における実地指導のポイント¹¹



人の世話をすることは社会的に良いことと評価されるべきであるが、ある芸能人が犯罪を起こし、反省していることを表現する手段として介護職に就くことや、再就職先としてまずヘルパー2級の資格を取ってとりあえず介護現場に行くということを良く耳にする。こうした人々は償いたい気持ちや再挑戦したい気持ちをアピールするために、介護職に志願するのかもしれない。しかしこうした「美談」は、一生を専門の介護員として若い時から心を決めて、自分の体が人の気持ちを感じ取り、利用者が自分で出来ないことを羞恥心なく身を任せることができるまで極めている介護職軽視する結果をもたらすのではないだろうか。

すべては経営能力と市場競争に任せ、心身が弱く人の手助けが必要な人に真のケアが提供出来なくても介護現場に居座ることができる現場を養成することで良いのか、真剣に考えなければならぬ。

社会資源は、その社会の物差しでもある。日本社会の現状を考えれば、介護保険に必要な社会資源をさらに増強することに期待をかけるよりは、限りある社会資源をより公正により効率的に活用していくことが課題であるといえよう。

¹¹ 平成20年度から介護保険制度において、業務管理体制適用が開始され、保険者および業務管理体制の管理管轄を厚生労働省(二つの県以上に事業所を設置している法人、事業所数が100以上の法人)と都道府県(事業所数が20個以上、100未満の法人)、地方自治体(事業所数が20個以下、地域密着型サービス)と3つに分け、共通の監査基準で、事業所自らが提出した業務管理体制に基づき、サービス提供における実施状況を管理、監督することになった。いわゆる質の管理が始まったとみて良いが、保険事業として契約状況と契約実行の関係を管理、監督することにより、不正を防ぐことが本質になり、正しい質の管理を促進するところまでは至っていない。また、介護保険制度の改正により、業務管理体制の届出を提出することが義務づけられているにも関わらず、現在は、誘導に留まり全事業所が管理下に置かれているとは言えない。表の赤色の→は、介護保険制度の基準で明確になったサービス提供の根拠、実施状況、実施の評価のサイクルを表したものである。