

# 地域包括システムにおける業務管理体制の機能および課題

金 善 英

## 1. はじめに

筆者の研究は、社会保険としての介護保険給付の在り方を制度と実態との関係の追及を主なテーマとし、地域包括ケアシステムにより医療と介護の統合を始めている平成 30（2018）年度は大きな転換期とみてサービスごとの変遷（介護報酬体系の変遷）をまとめていることに加え、介護報酬改正ではなく提供体制における改正であった「業務管理体制」について検討することも必要であり、介護保険給付において提供者に関する本格的な研究を多面的に行い、社会保険の役割と機能の研究に貢献することに繋がりたいと思う。

介護保険制度は、「社会的介護」を実現する目的で平成 12（2000）年 4 月から始めた制度で、社会福祉サービス（現物給付）提供に必要な基本保険料および利用時本人負担費用を 40 歳以上の皆から拠出する社会保険である。

医者および医療関係者の医療行為を報酬で算定し、医療スキルに基づく現物給付でサービスを提供する医療保険と比較する場合、介護サービスは、被保険者が医療機関で医療サービスを受けることができるとは違って、「被保険者」だけではサービス利用ができず、要介護度認定審査を受け、要介護度が認定された後、指定介護事業所と契約を結び、被保険者としてサービス利用が可能となる。

症状にどのような手当てを必要なのかを即判断する医療の提供者スキルは一定の専門性が保障されているが、人の手助けを必要とする度合いが提供者ではなく保険者の決定でサービスは利用でき、提供側の専門性は医療従事者とは違う仕組みである。

疾患の治療を主な目的で発症前の生活に向けての工程として医療保険がサービスを提供することとは違う介護保険は「加齢に伴う手助け」と提供目的を示し、慢性疾患と位置付け、現状維持ができるサービス提供を促している。

したがって、医療機関や医者は患者との関係でサービス利用と提供が完結することとは違って、介護サービスは、複数のサービス提供事業所と利用者、提供事業所を束ねるケアマネージャーと利用者の二重関係を基本とし、事業所要件等により利用料が違うことを事前に説明をうけ、同意をし、契約を結び、さらに月次予定を協議し、日々の予定が確定された後からサービス利用が開始される。

これらの違いにより、介護サービスは、諸要件（事業所認可基準、人員配置、資格配置、事業主体の形態等の運営基準）を届出た認定事業所だけがサービス提供する。しかし、サービスを提供する人材は必ずしも同一なサービスが提供されているとは言い切れない。

それを証明していることとみて良い実態として、3年ごとのサービス供給量増減を調整する介護報酬改正時、加算と減算の適用基準が変動していて、変動ポイントは資格や資格保有者数および人員配置基準等においているからである。

発足して20年にならない期間で、すでに10回以上の改正を行った介護保険制度は、毎回の改正では、人員配置基準の変更は必ず軸になっていることをみても、未だに提供側の質は安定していないこととみて良いのではなかろうかと思う。

本来、介護サービスは利用者本人のニーズだけを満足させることでスタートしたが、社会的介護を目指す分、家族のニーズも反映されるようになってきていて、在宅および施設サービスを利用する介護サービスは、生活動作に手助けが必要になった場合の身体的介護（直接ケア：排泄、食事、入浴、移動）を自宅でうける訪問型と自宅以外で受ける通所型や施設型で構成している。

本人への身体的介護以外と分類できる生活上に必要な介護（間接ケア：福祉用具利用、家事等、出かけ、訓練等、泊まり）も介護保険給付で提供していることが「介護給付の普遍化」に格差を生み、さらに専門性を論じる時の利用者本位の捉え方まで様々な主観が介入できる「ケア」特有の性質は、介護給付の在り方において重要なキーであるに違いない。

上記のような性質でも社会保険給付としての質管理の在り方に様々な課題を抱えていることに加え、地域包括ケアシステムという体制で「生活に必要なケア」を「地域における必要なケア」へ転換をしているため、地域的ニーズに対応するサービス提供体系で全国一律の給付を枝分けしているのである。

介護サービスの給付における変遷を論じるなか、地域包括ケアシステムの法制以前と以後で大きく訪問型サービス（訪問介護、訪問看護）とその他サービスと分けることができる。地域包括ケアシステムでの訪問型サービス以外は、利用率による費用増減と加算等の介入で改正をする変遷であるが、訪問型サービスでは、利用制限とも言える利用不可の介入を骨子とする改正変遷をしている。

指定介護事業所の許認可と改正時の介護報酬コントロールで給付調整をしていた介護保険制度は、提供サービスの不正防止機能として業務管理制度を導入することで給付の適正化を取り上げるようになってきているため、訪問型サービスの変遷を考察する前に、地域包括ケアシステムに基づく給付を考察することは重要であろうと思われる。

とりわけ、地域包括ケアシステムは、提供側の専門性が医療と介護、保健および福祉を統合するシステムであり、医師および医療職を除き各分野のサービス提供者はサービス決定および権限のばらつきや専門性における評価と基準が不明確で事業所努力に委ねている職種で構成してサービス提供をすることが実態で、提供責任やリスク管理なども含めて、給付の適正化はどのような仕組みで実施していくのか深く検討しなければならない。

介護保険法における業務管理体制とは、保険事業において法令遵守を自主的に行うことを目的とし、指定居宅介護事業所を対象とし、その事業所は不当不正な保険給付請求をしないため、自らの管理体制を明確にすること、日常的な業務管理により行うことを促す制度である。

介護サービスを提供する事業所（法人単位）は具体的に規程で示したうえ、所要の内容を管轄行政機関に届出<sup>1</sup>で提出・申告する制度である。

---

<sup>1</sup> 平成二一・三・三〇 事務連絡 各都道府県・各指定都市・各中核市介護保険担当部（局）

この法律は「国が業務管理体制に係る監督権者である介護サービス事業者が運営する指定事業所等において指定等取消し相当事案が発覚した場合は、速やかに当室業務管理係あて報告願うとともに、併せて権限行使の要請<sup>2</sup>をする」ことと、特別検査時も同様の発覚があった場合、その報告を求める<sup>3</sup>ことにより、不正を摘発することができる。

本来社会福祉事業としてサービスを提供していた高齢者介護は、職権をもつ措置制度の批判に基づき、対立概念の利用者権利や選択を先頭にして介護保険制度は創設したため、保険費用管理の保険者機能に基づいた提供サービスの質管理は制度の不備として長年補完を重ねてきていた経緯がある。

このような背景から生み出された業務管理体制は、第百六十九回通常国家で介護保険法および老人福祉法の一部改正する法律として業務管理体制が成立した<sup>4</sup>ことにより、介護保険制度発足時から明らかに不備と取り扱われた課題のうち、保険給付の適正化に向け、法律化した方策が始まったことである。

本論文では、業務管理体制で示している介護給付の管理体制について検討することに留め、営利法人を除いて、社会保険の性格に沿う公的サービスを提供する社会福祉法人の介護労働や社会保険としての介護サービスの質評価（社会福祉法人および介護職員等の質評価）について論じることに繋げるようにし、介護サービスを公共財の社会資源として管理する仕組みや社会保険事業の提供側の在り方についての研究を今後の課題とする。

## 2. 指定介護事業所の業務管理体制整備について

介護保険制度の指定介護事業所が届出を出した業務管理体制とは、会社法に置き換えて説明をしていて、株式会社の代表取締役として理事長の任務を示し、法人運営の責任を持つ理事が執行責任を取ることを前提とし、法人が運営している各事業に管理者や推進者を事業の運営責任者と位置付けている（別紙\_業務管理体制と諸制度との関係参照）。

介護事業を正しく管理する管理者は、推進者の指導監督に従い、法令を遵守する。推進者は管理者が適切に法令を遵守することができるよう、すべきことを提示し、実施することを管理監督および指導をすることとする。介護保険におけるサービス提供の質は、利用者選択によって選別されるが、提供したサービスは、適切な実施をする管理者とその指導や監督を行う推進者が行った日々の業務において法人として責任者が管理、指導等により不当不正を防ぐことと

---

宛 厚生労働省老健局総務課介護保険指導室、「業務管理体制の整備に伴う届出業務に関する事務処理等について」参照。

<sup>2</sup> 平成二一・六・二四 老指発〇六二四〇〇一 各都道府県・各指定都市・各中核市介護保険施設等指導監査担当課（室）長宛 厚生労働省老健局総務課介護保険指導室長通知、「介護保険法第十五条の三十三第三項に基づく厚生労働大臣等に対する業務管理体制に係る報告等の権限行使の要請及び同法第九十七条第二項に基づく業務管理体制確認検査実施結果の報告について」参照。

<sup>3</sup> 介護保険法第九十七条第二項参照。

<sup>4</sup> 平成二一・三・三〇 老発〇三三〇七七 各都道府県知事・各指定都市市長・各中核市市長宛 厚生労働省老健局長通知、「介護サービス事業者に係る業務管理体制の監督について」参照。

している。

介護保険制度における不当不正とは、まず、指定介護事業所が提供職員配置基準に基づき、提供するサービスが適切な設備基準に基づいて提供するため、諸申請による指定認可事項に不一致が生じた場合を不当不正と言う。また、指定介護事業所は、利用契約時、運営規程と重要事項説明書をもって提供義務と責任について利用者に説明、同意を得て、契約を交わし、サービス内容を事前に明確にしている。提供サービスがこれらの説明と一致しない場合を不当不正という。最後に、居宅サービス計画書（居宅介護支援事業所の居宅介護支援員が作成するケアプラン：利用目的、利用期間、利用サービスの利用頻度、所定単位計算合計等の利用票と提供票で保険給付費用と保険外費用を記載し、利用前、毎月の利用者確認を行うもの）に基づき、各介護事業所の介護計画書で提供前にそのサービスを明確にし、提供サービスがこれらと相違があったまま保険請求を行った場合を不当不正という。これらの不当不正は、関連記録の検証により不当と判断し費用返却や諸訂正の指導をうけるか、不正と判断し費用返却だけでなく事業所廃止の行政処分をうけるかが決まる。

介護保険制度は、事業所からの費用請求に応じて支払ったうえ、実地指導等で検査をする際発覚した時、発覚月を含めて過去2年間分の提供状況を点検し、遡って返還を要求する方法で不当不正を摘発している。

すべての事業所が同一法律で指導監督について適用されているものの、摘発される場合とそうでない場合が生じていることは現状であり、全数調査を計画的に実施する目的で業務管理体制を届出してもらい、それに基づき実地指導等を実施することに加えて、事業所は自ら、上記の三つの不一致が生じないよう、業務管理体制で維持管理をし、法令遵守をすべきことを、介護保険法の基本法として明確にしている。

措置制度として提供していた社会福祉事業を給付サービスに置き換えた介護保険制度は、制度の創設時から現在まで制度補完をし続けているなか、保険請求における評価機能が理念的、倫理的な抽象の公正であり、利用制限と抑制になりがちな制度上の欠点は、健全な財政を維持する観点では欠点とも言えない。

業務管理体制という法律は、抽象の公正さを明確な公正さに改善する方法とは言えず、介護保険制度において不当不正は発生することとみているのではないかと思われる。なぜならば、不当不正を発生させない仕組みではなく、発生した時、その責任を負うべき対象者を明確にする仕組みで、法人が自ら不当不正な保険給付請求やサービス提供をしないよう努力することに留まっている。

この法律の発足のきっかけは、介護事業所と居宅介護支援事業所の談合により利用していなくても保険請求で収益が得られたことが発覚したこと<sup>5</sup>であり、費用請求は介護事業所と居宅

---

<sup>5</sup> 国保連は国都道府県および市区町村からの被保険者の保険料と被保険者の利用料を管理している。居宅サービスを例として説明すると、介護保険申請構造としては、指定介護事業所から国保連に請求データを送り、居宅介護支援事業所から送られた請求データ、被保険者関連情報を突き合わせ、一致した場合国保連から当該事業所（指定介護事業所と居宅介護支援事業所）へ請求額を支払う。大阪市であった不正事件とは、居宅介護支援事業所と訪問介護事業所が併設で、居宅介護支援事業所の管理者が夫、訪問介護事業所の管理者およびホームヘルパーが妻で、一人暮らしの要介護度5の利用者にサービス提供をせず、架空請求を数か月間行ったことが摘発された事件。利用票と提供票、居宅サービス計画書、介護計画書に利用者同意署名捺印が強調されたきっかけとなったことでもある。

介護支援事業所に任せて保険者等の介入がないまま、サービス提供内容についての評価方法に制度欠陥があることを認めたものである。

普遍的なサービスで要介護度ごとサービス利用限度を設けているにもかかわらず、利用サービス種類や利用頻度等は、当該者のニーズによりバラつきがある。さらに同要介護度であっても、訪問介護の利用頻度について利用者間のばらつきが生じるのは、なぜなのかを裏付ける保険給付管理方法が整備されていない。

要するに、介護保険制度は、発足して5年ほどですでに様々な実態から制度欠陥が浮かび上がってきている。その一つとして、民間参入を促していたことは問題でないが、利潤を生む企業の使命において介護保険事業は、入所サービスのみ収支が安定することと、入所サービスのサービス提供者を育成することにつながる訪問介護事業部門にのみ企業が偏って参入する結果となった。そのなか、株式会社の介護保険報酬不正請求事件を契機に、利用中の利用者と就労者を保護するため、運営主体を交代させる目的でこの業務管理体制は提案され、発足した制度である。

指定介護事業所は業務管理体制の届出を厚生労働省や都道府県および各市区町村に提出し、法人単位で業務管理体制規程を定めることで、自己管理の義務を法令化した。

この体制では事業所数に注目する必要がある。高齢者介護を社会福祉法人に特化していた時代ではサービス種別を第1種、第2種、第3種と区分して入所事業とその他事業、金銭支援事業区分で、特別会計で管理した社会福祉事業法から、介護保険制度で入所施設等既存は施設サービス、新設サービスは居宅サービスが加わり、ここまでは措置制度の仕組みが何ら中の形ではめ込むことができたのであった。

しかし、予防給付の新設で指定事業所の新たな区分を図って、居宅介護支援事業所では予防給付管理を禁じ、地域包括支援センターが専任、給付管理もサービス提供も既存と分離することでスタートをした。問題は、要支援と要介護1の被保険者を要支援1と要支援2と区分を変えただけの結果で、利用していたサービスは変わりがないなか、要介護度区分のみ制限がかかったことで、一回性もしくは介護給付サービスに移行しないよう、サービス利用を誘導した介護予防給付は利用終了後の受け皿となる事業基盤構築に失敗が生じ、平成18(2006)年4月1日改正日から原則を崩し、既存の事業所が併設で提供することになった。

制度上、予防給付は給付制限の妥当性の検証の必要性により臨時的な政策の性格が強かったが、政策意図と実態のギャップにより、変形した維持は避けられなかった一例が業務管理体制における事業所数で現れた。平成30年3月31日づけで予防給付は廃止した。制度設計の不備を臨時対応したことにすぎない当初の政策意図を平成18年度予防給付発足時では隠されていたことも明確になったのである。

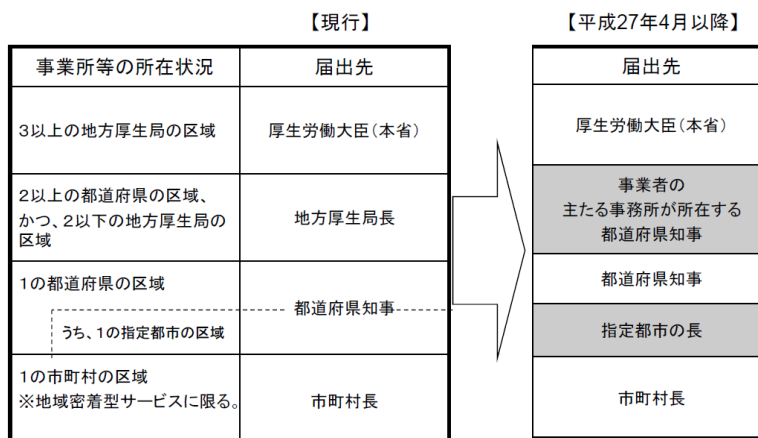
業務管理体制における事業所数とは、ある社会福祉法人の通所介護事業所が特別養護老人ホームの併設で通所介護サービスを提供していて、改正に伴い予防通所介護サービスも提供している場合、事業所数は3つとなる。さらに、特別養護老人ホームが短期入所サービスも併設で提供していると、事業所数は4つとなる。

このような介護事業所数を数えて20か所以上100か所以下の事業所を運営する法人は、都道府県が管理管轄の届出先となる一方、事業所個数とは関係なく事業所所在地が複数の都道府県である場合は厚生労働省が管理管轄となり届出先が変わる。また、事業所数が20か所未満は、市区町村が管理管轄となることと地域密着型サービス提供事業所は、事業所数と関係な

く市区町村（保険者）が届出先で、複数の都道府県でサービス提供をしている法人であっても、20以上100以下の事業所運営の法人も、地域密着型サービス提供事業所を一部運営する場合、該当事業所は市区町村にも届出を出し、管理管轄が厚生労働省と市区町村か、都道府県と市区町村かの二重の管理を受けることとなる。

以下の図1は、制度発足時の基本骨格は変わらなく、地域包括ケアシステム発足という新たな法の整備により変更があった平成27年度業務管理体制の届出先についての図である。

図1\_業務管理体制届出先の変更<sup>6</sup>



※ この法改正による届出先の変更に伴い、対象となる介護サービス事業者から改めて届出書の提出は必要ありません。

平成30年度本格実施の地域包括ケアシステムは、市区町村が主体となった総合支援事業があり、業務管理体制による管理監督は届出先からの実施は維持するうえ、市区町村による管理監督を主軸とすることになってきている。改正による実施には混戦がしばらく続くみこみである。

法令遵守という当たり前の定義で業務管理体制をさらに促す介護保険制度の姿には、サービス提供側の実態を再度直視する必要がある。すべての事業所がそうだとは言えないが、介護保険制度の創設で、優位法律となり、社会福祉法の社会事業法も改正されたことは一般常識としてどれほど常識化されているか疑問がある。

さらに、社会福祉事業を長年携わっていた実務者であればあるのど、制度変遷によるすべきことの変化は実感を感じないまま、「困った人を助ける精神」で事業提供をしているため、個人の気持ちと慣れが優先となったサービス提供ともいえる。結果、制度と実態はつながっていないことで業務管理体制という法律が立ち上がったとも言えるのではないかと思われる。

### 3. 地域包括システムにおける業務管理体制

<sup>6</sup> 厚生労働省老健局総務課介護保険指導室、「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」（平成26年法律第51号）により介護保険法（平成9年法律第123号）の一部が改正され、平成27年4月1日から介護保険法第115条の32に基づく介護サービス事業者の業務管理体制の整備に関する届出書の届出先の変更（抜粋）。

指定介護事業所は平成 27 (2015) 年度介護保険改正とともに、地域包括システムの総合支援事業を行う事業所となり、みなし事業所であった。しかし、平成 30 (2018) 年度介護保険改正で要支援者の介護予防給付事業を総合支援事業の一種に置き換えられたため、みなし事業所ではなく総合支援事業を提供する事業所となった。

総合支援事業は保険者ごとの実施で内容等はそれぞれの保険者で相違があるが、第 1 号事業という予防給付から置き換えられた事業は全国同様の事業であり、指定介護事業所が提供することもできるし、指定介護事業所でなくても認可を受けた法人はサービス提供ができる。

しかし、第 1 号事業（介護予防給付の移行事業）を提供する場合、職員配置基準および設備基準は指定介護事業所の基準を適用することであり、指定介護事業所基準が適用されることで、介護保険事業として位置づけられているのである。

このような融合をし、社会的支援が必要な人の「医療、保健、介護、障害者支援、子育て支援」を介護保険の保険者である区市町村単位でサービス提供をする「地域包括システム」は、サービス提供主体は医療保険提供事業所か介護保険提供事業所かとなり、縦割りのサービス提供ではなく、利用者を軸にしてその生活に必要なサービス提供をすることである（別紙\_業務管理体制と諸制度との関係参照）。

「地域包括システム」は、介護保険制度の改正編成とともに、3 年ごと定義が移り変わり、平成 30 (2018) 年度からの定義や法律は、医療保険と介護保険同時改正に伴う一本化したサービス体制を目指すことで、本格的なスタートをし、在宅医療と生活支援を組み合わせるサービス提供を描いている制度である。

とりわけ、費用拡大による給付抑制策として要支援者の介護予防給付創設を平成 18 (2006) 年度から実施が始まり、平成 30 年 3 月 31 日をもって介護予防給付は廃止となった。当該者が存在しているため完全廃止までは至っていないが、法律上では廃止となり、各保険者権限で地域密着型サービスや地域包括支援センターによる給付管理をもって適応されている。医療保険適用の在宅医療関係では要支援者への福祉用具適用と訪問看護適用に介護保険給付利用と自費利用を併用しているため、医療を必要とする要支援者への支援に限り予防給付適用が残っているとみることができる。

介護保険給付として「要支援者」に必要な介護とは矛盾することであるが、実態として要介護度は「介護が必要な度合に限らない」ことを表していることでもある。

平成 22 (2010) 年度ごろでは、「自助、公助、共助」という言葉をキャッチフレーズにし「地域ケア」「後援支援」「住み慣れた地域・安心・安全・認知症防止・介護予防」など、高齢期に向けてだれもがあつたら良いと思われることを取り上げてはいるが、実践可能性よりは理想論に近い制度理念を年度ごと取り上げていた。

理念からさまざまな変貌をしてきた地域包括システムは、「予防」をリスク管理とみて保険給付としてきたにもかかわらず、提供主体を住民やボランティアという非専門の人的資源による費用削減を強く謳っていて、さまざまな反論や反発を引き起こしていた。

8 年近く、毎年の表現が変わり、課題が取り上げられ、医療保険改正と介護保険改正が同時に行われる平成 30 (2018) 年度がその着地となった現在、医療保険改正を骨子とすることが「地域ケアシステム」であり、施設医療から在宅医療に中心をおいた時の諸制度のつなぎをどのようにするかという問題が一連の政策変更の動機となっていたことが明らかになった。

よって、「自助、公助、共助」ということは、診療報酬体系で出来高払い算定ではない定額

払いの保健医療と介護を医療保険外（自助、公助、共助）という概念で諸制度との連携を取り図ったものと解釈することもできる。

地域包括システムの本質を経過で見るのではなく現時点だけをみた場合は、「住んでいる地域ごとのトータルケアをワンストップサービスする」ことをいう。この本質からスタートするには社会保障制度の骨格が縦割りとなっていたため、統合の方法を模索しなければならなくなり、一本化するための手順を踏んでいたことだとすると、制度間の隔たりを認め、医療保険と介護保険、障害者支援をトータルケア目的とする「地域包括ケアシステム」は、さらなる課題を現場や利用者に決定させることである。

医療が必要であるが、病院での生活ではなく自宅での生活に必要なサービスを利用することで理想的なサービスが提供される。生活ニーズを優先することにより、指定介護事業所のサービス提供をうけて状態を維持、向上することで良いが、介護保険財政でその費用を適用するか、医療保険財政でその費用を適用するかを線引きすることであり、医療行為と線引きしたことによる弊害は改善できるきっかけではあるが、リスクを負うことは医療保険事業所より介護保険事業所が大きいのか、利用者にそのリスクが反映されないようにすると、介護職員も医療行為の教育が基本となり、「介助」や「ケアワーカー」の純機能はどのように育成していくのか危惧する。

さらに、業務管理体制の適用が他の法人とサービス提供を共同となった場合、管理者や推進者は利用者權益を守ることになるのか否かも問われるうえ、介護保険法が優位となっているため、医療や障害、子育て事業所においても適用が拡大されることになることは、医者という職種の決定権は処置や疾病を特定することにあり、その決定にもとづき日常の計画を立てる介護事業所の管理者や推進者および責任者（理事・理事長）のサービス提供責任とは何かを考えなければならない。

専門分野としての課題もありながら、住民が当事者として必要なサービスを提供することも指定介護事業所運営となった地域包括システムは、利用者權益を守るため「法令遵守」を指定介護事業所に限ることだとすると、指定介護事業所が提供するサービスとは社会的に信頼されているのか否かを考察しなければならないことではなかろうか。

#### 4. 業務管理体制の課題

介護保険制度は、第一に、利用者の選択によりサービスの質を決める制度意図で発足されている。しかし、利用者選択と言いながら、過去制度欠陥として行政措置きにより利用制限を改善する概念で取り入れている。提供者の育成、質管理については、配置基準や資格者割合による加算適用で、利用すればするほど利用者負担が増えるうえ、限度額制限にも影響が及ぶため、頻度を減らすなど給付抑制にも繋がる。頻度を減らすことも増やすこともできる介護サービスであれば、介護サービスは要介護者の生活維持においてどのような役割で機能しているか検討しなければならない。

契約通りの提供か否かを管理する業務管理体制では、利用者選択ができる多様なサービス提供をすることが前提で、利用者ごとの異なるサービス提供をしながら、普遍的サービスであるべき社会保険給付サービスを提供することで、利用者ニーズと保険請求が一致するように高い



プランスキルを求めているのである。

給付限度額内の調整は保険財政と密接であり、制度設計では要介護度別の限度額はそれぞれの要介護度が必要なサービスは充分であるとしているが、実態では限度額まで使わないニーズもあり、限度額を超える利用ニーズもある。業務管理体制上での管理者は利用目的にそって、契約通りのサービス提供をしたかどうか問われていて、提供サービスによる介護リスク管理を促す制度ではない。

利用者や家族が当事者としてサービス選択や決定をますます強要されるうえ、提供者の専門性はケアスキルだけを言うことであり、プランニングスキルを言うのではない。介護サービスにおける必要性の客観性が欠如するのであれば、社会保険と言ってよいのかが問われなければならない。

第二に、資格所持の職員配置を基準とし提供サービスの質を確保することと、利用者数に応じた職員配置を算出方式に必要なケアの快適さをコントロールする制度意図で制度改正を重ねてきている。資格制を問題視することではないが、利用者ニーズと利用者満足は同じものと理解している資格者が大勢いる現状で、サービス提供責任とは利用者満足だけに目を置く傾向が強い。これらの弊害は利用者選別や計画書軽視等の現象を引き起こし、業務管理体制の観点から指導管理をすることは非現実的な現象を引き起こす。

第三に、離職率が高い業界と位置付けキャリアパスを明確にし、職場育成を確実にすることや介護処遇改善加算を適用させ、法人持ち出しの賃金改善を取り組むようにし、賃金改善を利用料に課す制度改正である。利用者の利益をサービス提供側が守ることは社会福祉事業であろう社会保険であろう対人サービスの基本である。

業務管理体制においては、指定介護事業所のサービス提供体制による人員配置から発生する費用負担を利用者に正しく説明し、求められるサービスを提供することに徹底できるよう、管理者自ら認識を高め、それを職員（提供個人個人）に周知させる義務と責任、推進者は管理者に指導監督の義務と責任、責任者は推進者が管理者に同様の指導監督をすることである。

また、届出は順次の更新をすべき条件と年度に提出してよい更新をしても良い条件が混在するほど提供者の入れ替わりを認めている体制で、資格者であれば保障されるサービスと信じた所であるが、利用料が下がらないよう、補充を目的とした雇用も生じてしまっている実態である。

いかにも「介護の代価」管理に焦点を当てているのかが見えていて、買う売るという市場原理で公的サービスの存続が委ねられて良いのか危惧である。

措置制度での運営性質が変わらず、介護保険に移ったかも知れないと思われる。むしろ措置制度（介護保険法創設前）では、社会福祉協議会という団体をおき、行政と社会福祉法人の間で、利用者權益に必要な客観的な支援を目的とした中立的機能を図っていた。社会福祉協議会の課題もないことではないが、功績と取り上げて良いことは、職員教育や実態調査などに力を入れ質向上の取り組みがあったことである。都道府県ごとの設置や市区町村単位の設置まで行政組織と同様の単位で設置されたため、行政措置が必要なニーズが多くて多様な人口密度の高い大都市等と、日常生活の汎用にさほど差がない地方小規模都市等との差は考慮されないまま制度運営をした結果、生活保護費の格差や対象選定の問題など、税金の無駄遣いという批判を受けることになったことも事実であった。

このような背景を踏まえ、官製下での介護労働は、介護保険制度に切り替わった社会事情を

念頭にして、営利ではない社会福祉法人でありながら、経営の観点で事業を展開しなければならなくなった介護労働の現状は十分な研究が行われていない。

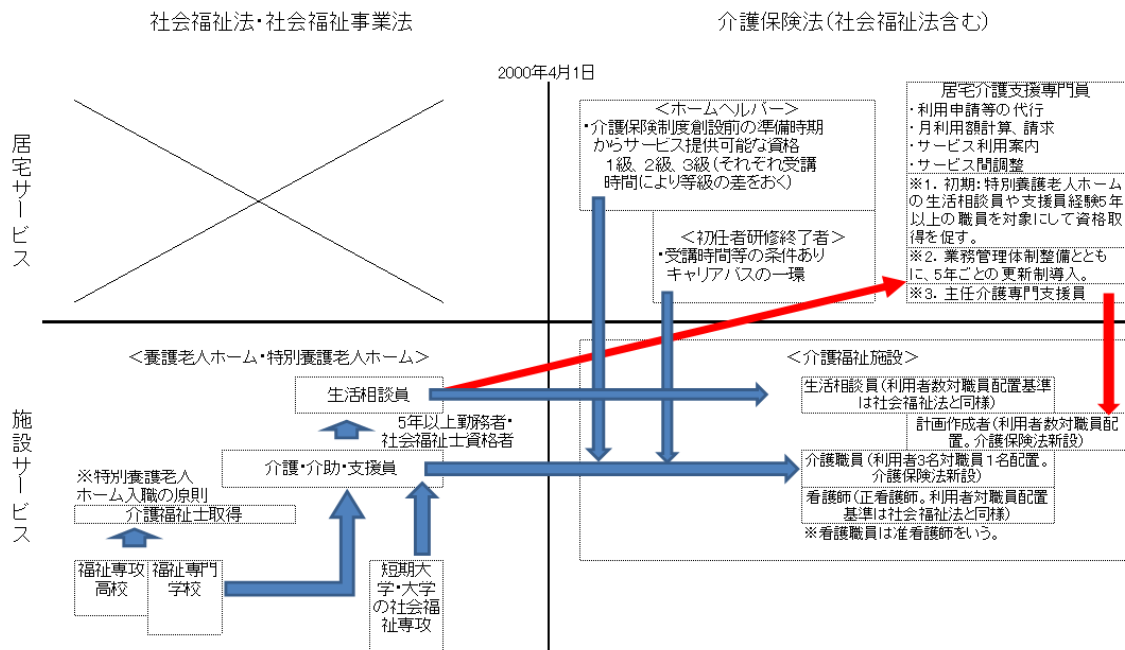
介護保険法のなかで創設された業務管理体制は、地域包括ケアシステムへ拡大している実態では、まだ浸透していない現状に加え、提供主体が複数の協力体制を求めているシステムのなかで、リスク管理を事後管理にすることが事前管理をすることより何が良いのか疑問が残る。事後管理でもできることにメリットがあることを現状だとすると、利用者權益を図るサービス提供側の倫理的な欠如が著しくなることであり、根本の対策が講じなければならない課題を水面下においたまま制度の機能と評価を論じること自体に無理が生じる。

介護保険制度における義務と権利は費用の負担とサービス選択の自己責任となっているが、公的サービスの構築や提供、利用においてそのバランスは言うまでもなく目に見える形で実態と制度のギャップを縮める努力が常に必要である。

とくに、介護保険制度の場合、高齢者の増加と少子化や経済の低迷等により、今後費用拡大は避けられないと社会的問題である。それらの根本的な解決のため、消費税の増税により社会保障費用を普遍的負担にまで広めようとするを目の前にしている。このような状況のなかでは重要なキーワードになる「義務と権利」は、権利の具体的な提示により義務を果たすことは同然のことという社会的同意が得られやすいことに違いない。

しかし、高齢者介護を媒体として地域福祉や地域保健制度まで統合した現時点で、社会保障制度として介護力や提供側の力量と育成等は、法人単位の管理では間に合わない。教育機関も大幅の改善をしなければならない。

図2\_高齢者福祉・介護サービスにおける主な介護・介助関連従事者形成図



そのため、介護保険制度におけるサービス提供の質評価（社会福祉法人および介護職員等の質評価）について、上記の図2で示したよう、介護保険制度が始まる前の社会福祉事業の提供体制から考察をしなければならない。

行政措置によってサービスを決定していた社会福祉事業は、社会保障制度において社会福祉

法人を担い手で位置づけたうえ、執行させたことであり、福祉事務所の職権で処遇が決められたので提供サービスの質や妥当性においてはニーズとして取り上げた対象に必ず対応をした「結果の平等」の実現を重視し、対立する概念ではないにも関わらず、機会の平等は対立した概極めて考慮されなかった制度性格が問題であったことを介護保険制度という実現できなかった

配置職員の人件費は、利用者当たりの処置費で算定されていたことが、介護保険給付の介護報酬に「介護にかかる手間」の時間換算だったことも指摘しておく。その結果が、加算実施をもって「質の向上」と定義し、介護職員処遇改善に費用を出すことへ発展し、利用者の選択は費用負担の上下により質の上下だという論理で制度設計をし、業務管理体制は前述で「質の評価」ができないことを自覚した制度補完策であることも看過してはならない。

とりわけ、介護職員の専門性は、資格取得中の技術はケースバイケースの対人サービスにおいては接することができる基礎的な保証に過ぎず、多くのケースに携わることができたところで計画的支援は可能となるのである。

このような特性を生かすことも含めて、特別養護老人ホームは介護福祉士の所持者を職員とすることを原則とし、3年間の勤務期間を研修と見なし、資格取得の方法として実務経験も認める理由でもあったことが、再就職の場や、無資格者が努められる職場という社会的位置づけが現状であることは否定できない。

以上の三つは、介護サービスを業務とする事業所の業務管理としてきちんと公論していく必要があるのではないかと思うが、介護保険制度上の業務管理体制という制度がその役割を果たすことができることは現在においては期待できないのではないかと思われる。

これらの課題を取り扱われていないのに、介護サービスを提供する事業は高齢者だけでなく児童や婦人および障がい者まで、広い範囲に提供をする地域包括ケアシステムでの業務管理体制は今までより課題が多様になってくるのではないかと思う。

地域という枠で制度が完結することは、ますます保険者によるサービス提供計画とサービス提供評価がセットになることを言っていることかもしれない。そうなると、保険者も自己評価で公的サービスを管理していくのか、これも利用者（市民）の評価で公的サービスを管理することで、ますます社会保険の給付のあり方はどのように検討されていくのか疑問を抱く。

## 5. おわりに

平成30年度から各保険者の実施義務となった地域包括システムは、大きく二つの統合で、社会保障としての医療と保健と介護の統合と、社会保障の被保険者の統合とまとめることができる。統合であるからこそ生じる「制度間の隔たり、被保険者間の利益の格差、サービス提供主体間の質的格差」という課題は当然のことであろう。

これらの統合は、業務管理体制というものはなぜ出現したのか、社会保険として発足した介護保険制度において法令遵守をさらに謳っていることはなぜなのか、生活の質を普遍的サービスではどのような管理が可能なのか、生活を支える対人サービスの提供基準や質の測り方はいかなる手段で可能であるのかという疑問につながり、本格的な検討を促す時期になり、介護保険制度が社会的介護や高齢者生活の質の向上を支えるようになるか否かを考察する重要な時

期となったと思う。

介護保険制度の創設と共に、都道府県保健福祉計画と市区町村保健福祉計画が創設され、同時に障がい者支援費制度も発足された。養護施設（児童福祉・高齢者福祉）においては福祉事務所の機能が残っていて、措置制度下の職権が執行されている。

平成18（2006）年度の予防給付創設時、特定入所生活施設として外部サービス利用時は介護保険給付適用が認められ、ケアハウスや有料老人ホームと養護老人ホームまで適用が拡大された。養護老人ホームへの適用を明確にすることや地方自治法の改正にともない、従うべき法律（国）、標準とすべき法律（都道府県）、参酌すべき法律（市区町村）と法改正があり、介護保険法は国の従うべき法律として、給付サービス費用および基本設備、人員配置基準等は標準とすべき法律で都道府県条例適用となり、総合支援事業および地域密着型給付サービスは参酌すべき法律として市区町村条例適用となった。

そこで介護福祉施設と位置付けられた特別養護老人ホームは、平成12（2000）年度介護保険制度発足時は使われない名称だったが、平成18年度からの都道府県条例、市区町村条例では特別養護老人ホームと法律で使用を認め、具体的な諸通知は社会福祉法を継続する中で再整備されている。

親族中心の経営体制法人が多い社会福祉法人は、歴史上やむを得ない特徴に過ぎないかも知れない。新社会福祉法人法で「親族数」や「理事長の義務」「理事会」「内部統制」を明記し、理事選出において理事会ではなく評議員会で権限を与えるなど、親族体制を維持する目的が強い事業所の管理層の構成が、サービスの質維持に妨げの要因とみるようにまで現状の課題として制度改正が行われたとすると、社会福祉法人の役目に限界が出ていることも事実で、公的サービスを提供するものとして社会的に改善を促す時代であることであり、介護サービスを提供する主力団体がそうであることは、大きな課題で取り上げ検討していかなければならないことだと思う。

社会福祉法人と特定する介護サービス提供体制に限らないが、根幹になっている社会福祉事業から介護事業への転換をして形成されている介護現場の人材管理と専門性により普遍的な社会資源の在り方は、現状での事業提供法人の執行主体の透明性等が問われていることで事業管理体制を中心とし、理事会の役割と理事の服務、さらに理事長の資質までを制度上で問うことをスタートにしている。利益を生産する一般企業と同様の介護サービスを提供している介護保険給付は、社会福祉法人も利益を経営の基本としている傾向もあり、運営における保護は利用者本位のサービス提供を約束する条件があつてのことを考えると、社会福祉法人のオーナーは、一般企業の倫理よりは重く、社会福祉法人は公益を守る実践をしなければならないことは、改めて社会的合意を得て、全般的な見直しや在り方を検討すべきではないかと思う。

介護サービスを中心として提供体系を構築するため介護保険法は優位法律で適用範囲が広い。このような制度統合の目的は、財政の健全化や費用削減を促すことであったとしても提供体系は、セイフティネットとしての機能や社会的介護を担う制度として位置づけられるか否かに直結することであり、ワンストップサービス提供を目指す地域包括ケアシステムのサービス決定や協議体の構築など、今後の課題を解決する人材育成等の機能が果たせるよう、業務管理体制の機能補完など、制度改正を重ねていくなかで貢献できるよう

以上、介護保険制度の介護は「社会的介護」を社会保険で実施することから、財政の適正化を今も改正の基本方針にしていることには変わりがないが、抛出問題のみ論じていた結果とし

て、費用拡大が利用ニーズの増加というよりは、サービス提供側に問題があるとのことで改正時は必ずプロバイダー改善仕組みを打ち出している。

不正請求と契約違反という言葉は、いかにも保険事業には悪として規制すべきことで同意が得られやすいかは言うまでもない。利用者の様態に合わせて計画を立て、実施をし、その代価を保険請求する介護サービスは、「利用者の様態に合わせ」を事後処理では契約違反に該当することが多い要素もあり、本当に「利用者の様態に合わせ」の実践をし、その代価をもらったら不正請求に該当することになる場合が存在する。

制度上の欠陥を言うことが目的ではなく、前項で述べたよう、「身体的介護」「生活維持に必要な介護」「地域で過ごすために必要な介護」と「介護」そのものの定義や提供方法において混在していることも実態であり、これらを踏まえて提供側の健全な構築は、公的資源の管理維持としてしなければならない政策課題ではないかと思う。

利益を生む企業倫理と価額決定を市場に任せる市場原理とでは、応益負担の保険制度で介護サービスを運営していくことになるのではないかと思う。そうであれば、提供者の育成、教育は社会的責任で介入することではなく提供側に委ねることで充分である。

応能負担の保険制度で介護サービスを運営するのであれば、負担の格差は所得再分配として社会合意を得る努力と、その合意を納得する給付（人材への信頼、提供サービスへの信頼）管理を徹底する仕組みに向け講じていくことは当然の取り組みではないかと思う。

一人の利用者が、医療や保健、福祉など、住み慣れた地域で、家族と一緒に、従前生活に近い状態を維持することができるよう、ワンストップケアを行うことは「地域包括ケアシステム」を利用者側で描いている姿だと言える。一方、社会保障制度上で描いている「地域包括ケアシステム」は、急性疾患で医療機関を利用した人が必須処置を受ける間は入院での生活をし、一定の安定が見込まれた時は、入院前の生活空間で、処置の病状維持ができるサービスに繋ぎ、日常生活における介護などの支援をうけるようにし、医療保険給付と介護保険給付の使い分けが明確になり、各市区町村の総合支援事業による保健福祉サービスで財政分担を目指していることで整理できる。

政策側、利用者側の整理はほぼ完成しているが、三者関係のもう一つである提供側の整理はやっと始まったばかりとしか言えない。本論文で「社会福祉法人」を集中して論じていることは、措置制度から介護保険へと変換している70年近く社会保障制度の実施主体として社会福祉法人を基本サービスでケアサービスは成り立ってきたためであり、無資格者でも職として接することが安易な分、提供の専門性についての課題は根深く潜んであるからである。

リスク管理が事後管理となると、再発防止機能が重視されたとしか言えないが、介護保険法上の業務管理体制は、再発防止機能を重視している制度とみて、その機能が正しく働くことには言うまでもなく期待している。しかし、介護給付の質管理や利用者選択の結果、社会的介護が生活の質を向上させることも管理する機能にまで至らない現状では、ワンストップケアの実現は普遍的なことにはならなく、サービス縮小や低下により、さらに抛出へ課題をもたらす悪循環になる可能性が高い。

介護の提供側の在り方、組織管理、人材育成への検討、議論、研究は、「社会資源」の在り方として扱われることは至急の課題であり、福祉の純機能である個人の努力で解決できない課題に社会が介入する力で、怠けて無能力による個人が解決しないではなく、昨日まで自力で解決できた人が今日からできなくなった何らかの原因が社会から発生したことなど、普遍的な福

社が議論の軸であれば、「人」の生活の質に介入する「人」の倫理や理念を問われて育成された人材は、質を表す実践ができているかどうか、自問自答をしながら、利用者囲みではなく、ニーズが常に達成できる資源をつなぐことに力を入れて、ケアが維持できる実践に努めていくことができるよう、本格的な研究に取り組み、より具体的な在り方の検討につながるための実態研究を続けていきたいと思い、ここで課題のみ述べて終わりとする。

