

介護事業者のディスクロージャーに関する一考察

澤 村 孝 夫

An Approach about Disclosure of the Care Business Company

Takao SAWAMURA

Abstract

This study examines directions about activities of the Care Business Company that designated as the care office. After The Care Insurance Code was introduced in April.2000, many senior citizens (over the age of 65) used this system. About five years later, it seems that the growing number of elderly people (the baby-boomer) used this system than ever. Therefore, the burden of care insurance gets heavy more and more from the present. At the same time, they bring the lack of the care employee.

In April 2006, the Ministry of Health, Labor and Welfare revised this system (addition to care prevention and carried out a cut of 2.4% in the whole care service) to evade care service burden. But, by the revision of The Care Insurance System, it didn't come to dissolve them.

As we think about care insurance system, it is important to combine two branches: social (care business company) and family (old-age and its family), to exchange care information mutually.

I think that it is necessary for senior citizens and its family, the Care Business Company the following points,

- (1) to introduce cash service (cash payment) in The Care Insurance system (to dissolve benefit between care business company and family care)
- (2) to control care employees all over (to exchange care employee between care business companies)
- (3) to construct care information system between all of care business company (to check care level of old -age).

キーワード

介護保険制度、高齢者、介護事業者、介護報酬、介護不正請求

I はじめに

我が国の人口の5.3%、約700万人を超えるといわれる戦後生まれの団塊世代の人達（1947年～1949年までに生まれた第一次ベビーブームの世代）は2007年以降、次々と定年の時期を迎え、やがてその人達は7、8年後に前期高齢者、さらには後期高齢者となっていく（注1）。すなわち団塊世代の人達は要介護の世代へと変容していくことになる。

この巨大な団塊世代の人達は、いつまでも健常者として生活し続けることは不可能である。年を重ねるに

従って様々な治療を受けるために病院に通う機会が増えるとともに、いずれは特別養護老人ホーム、老人保健施設、さらには居宅介護サービス等を利用した生活を余儀なくせざるを得なくなる。高齢者世代の人達が健常者により近い生活を継続していくためには、高齢者を受け入れるための介護施設や介護事業者による介護サービス等の充実だけでなく、その生活を支えるために必要となる年金（国民年金や厚生年金等）や医療保険（健康保険、介護保険）等の制度が十分に整備されていない。

しかし昨今、特別養護老人ホームを運営する社会福祉法人や民間の介護事業者による介護報酬の不正請求や不正受給が発生し、それを起因として介護事業者の指定を打ち切れ、高齢者等に不安を招いている(注)。また将来の生活資金の源泉である年金においても、年金受給資格の曖昧さ、納付記録の不備及び不払いを起因とした年金制度の脆弱さないし不透明さ引き起こし、高齢者の生活基盤の危うさを助長している。

団塊の世代を問わず、高齢者となっていく場合には充実した介護施設等及び安心した介護サービスが受けられる社会福祉制度、生活資金のバックボーンとなる年金制度、精神的ないし肉体的な部分を支える医療制度の連携が極めて重要である。この3つの制度なくして高齢者の安心した生活が保障されないことになる。

本稿では、この3つの制度のうち、高齢者の日常生活を実質的に支える立場のある介護施設や介護サービスの提供者、いわゆる介護事業者における経営管理・運営及びそのディスクロージャーに視点を置きながら、今後の介護事業者の方向性を考察することにする。

II 社会福祉事業と介護事業者

高齢者が加齢によって介護が必要となった場合には、介護認定の程度(要支援1ないし2あるいは要介護1から5)によって介護施設(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、さらに有料老人ホームないしグループホームなどを経営している民間型特定施設など)で生活援助を受けるか、あるいは居宅サービス(訪問介護、デイケア、ショートステイや施設サービスなど)によって介護サービスを受けながら健常者と同じような生活を維持していかなければならない(注3)。従って、介護を依頼する側は、介護事業者が健全な福祉事業を運営しているか否か、充実した介護施設や介護スタッフによって高齢者をケアできる体制が整えられているか否か、また気配りのある質的な介護サービスが安心して継続的に受けられるか否か、といった福祉情報をいろいろな情報媒体を使って検索することが重要になるとともに、(公的)介護保険法といった法的な整備の変化や介護サービスの多様化など福祉環境の変化にも注意を払う事が必要になる。

2000年4月にスタートした(公的)介護保険法は、高齢者等が認定された要介護度に応じて、しかも自分の

心身の状況に合った介護サービスを自らの選択によって低額の料金(使ったサービスの10%を自己負担する)で受けることができる制度である(注4)。

従来、福祉サービスは高齢者が居住している市区町村に介護の依頼をし、その依頼に基づいて利用者を施設等に割り当てるといような方法で実施していた。従って、利用者のニーズにあった福祉サービスを受けることがなかなか難しい状況にあった。介護保険法は、社会福祉制度ないしそれに内包している介護システムを、(1)行政処分による措置委託方式(国や自治体による措置的な介護支援)から利用者が自由に選択できるような契約方式(介護保険制度や支援費制度)へ、(2)市町村などの行政や社会福祉法人などの公益団体による公的サービスから営利を目的とした株式会社等やNPO法人(Non-Profit Organization;非営利組織または非営利団体。1998年3月、民法34条の特別法である「特定非営利活動促進法(以下、「NPO法」とする。))によって設立された法人である。現在、保健、医療または福祉の増進を図る活動など、17分野の活動が認められている。)による民間介護サービスへ、(3)公的介護施設によるサービス(生活介護サービス中心とした介護老人福祉施設、リハビリを中心とした介護老人保健施設など)から居宅サービス(ホームヘルプ、生活介護、ケアホームなど)へ、(4)介護費用の公的負担(介護保険)から自己負担(一部負担あるいは民間版の介護保険の創設による補填)へ、とシフトすることによって介護利用者のニーズに合った介護サービスを自らの意思で選択して受けられるようにした。すなわち介護サービスの分野に営利法人の参入を認めることによって多様な介護サービスの提供を促し、利用者はその幅広い介護サービスの中から自分に適した方法を選択できる体制に転換した。従って、福祉サービスは「公」としての事業ではなく、介護保険制度に支えられながら、しかも市場原理を重視した「私」の福祉サービス事業へと変容したことになる。

介護事業者は、介護保険給付に応じた介護サービスの提供だけでなく、それぞれの高齢者に見合った介護保険給付以外のいろいろな介護サービスの提供が可能となり、また介護サービスの工夫力や質という点において多様なサービスの提供が同時に求められることになる。多くの団塊世代の人たちの高齢化は介護サービ

スの一層の多様化が不可欠になる。

介護利用者が介護認定の程度に応じて介護サービスを自由に選択して契約をしようとする場合には、介護サービスを提供する事業者の経営方針ないしそれに基づいた介護サービスの種類、内容、介護スタッフ等の人的なサポート体制など介護事業に関する適切な経営情報の開示が必要になる。

現在、介護サービスを提供する事業者には各自治体、法人格を有している社会福祉法人、NPO法人、医療法人、株式会社等（株式会社、有限会社、合同会社（LLC：Limited Liability Company）、合資会社、合名会社）があり、介護保険法上の指定業者（介護保険サービス事業者）になるためにはそうした法人格が必要とされている（ただし、個人による経営が認められている病院、診療所により行われる居宅介護療養管理指導、訪問介護、訪問リハビリテーション、短期入所療養介護及び薬局により行われる居宅管理指導については法人格を有しなくても介護保険サービス事業者として認められる。また、介護サービス事業者はサービスの事業所ごと、種類ごとに都道府県知事の指定を受けることが必要になる。）。

従来、介護サービスの提供者は、国、各自治体（措置的な介護支援）及び社会福祉法人であった。特に社会福祉法人は、地域の福祉政策実現に寄与するために良質なサービスを継続して提供することを理念・目的とした事業体であり、介護保険制度が始まるまでの約50年間、福祉事業を支えてきた（民法34条に規定する公益法人であるとともに、社会福祉法第1条の目的実現のために設立された法人でもある。）。その設立及び認可（厚生労働大臣所管や都道府県知事所管）は、法人の運営組織、運営財産（基本財産や運用財産）、事業の範囲等（社会福祉法第2条では、社会福祉法人が行う主たる事業を第1種社会福祉事業、第2種社会福祉事業として区分している。またその主たる事業以外にも従たる事業、すなわち社会福祉に関連した公益事業及び収益事業の活動も容認している。）について厳しい規制のもとで設立・運営されている。2000年4月の介護保険制度のスタート以降、社会福祉法人の設立（厚生労働大臣所管、都道府県知事所管）は高齢化社会の進展によって着実に増加している（注5）。

また、NPO法人も社会福祉法人と同様、設立要件

（法人の設立は、許可ではなく認証という形式をとっている。）や事業活動の範囲について厳しい規制をクリアして設立・運営をしている。しかし活動範囲が厳しく制限されているにもかかわらず市民のニーズ、サービスの担い手の多様化とともに地域社会に根ざした公益法人として注目されている（NPO法第46条では、「公益法人等とみなす」ことになっているが、法人税法別表第二では記載されていない。）。特に「保健、医療又は福祉の増進を図る活動」を目的として設立しているNPO法人は、介護保険制度導入以降著しく増加している。社会福祉法人と同様、社会福祉活動の一翼を担っていると同時に、地域に根差した活動を展開している（注6）。

医療法人（病院、診療所、特別医療法人）においても設立の要件や許認可等に厳しい条件が付され、またその事業活動にも規制を加えられ、さらには医療法人の行う介護事業活動にも一定の制限をしている（注7）。

社会福祉法人、NPO法人、医療法人はともに公益法人であるところから、民間の介護事業者よりも安心した介護サービスの提供者、すなわち介護事業者として信頼されている。特に社会福祉法人においては、社会福祉施設に一定の資格を有する施設長及び管理者を置いてしっかりと日常の福祉業務を管理しており、NPO法人でも介護サービスの提供者と高齢者との間の十分な意思の疎通がとれた介護サービスを、さらに医療法人においても一定の資格のある管理者を置き、常駐している医師の庇護のもと高齢者が安心して医療と介護の両方のサービスが受けられるようにしている。

一方、営利を追求する法人形態、すなわち株式会社等が介護保険上の指定業者（介護保険指定事業者）として都道府県知事の許可を受けた場合には、高齢者等に対して介護保険制度を利用した介護サービスが提供できるようにしている。いわゆる株式会社等という組織を使った介護ビジネスの展開である（民間の事業者は福祉系サービスと居宅介護支援事業に関わるサービスを提供することができる。）。

従来、介護サービス事業は、各自治体や社会福祉法人の独占事業であった。介護保険制度の制定及び増加する団塊世代の高齢化の進展によって介護サービス事業を各自治体、社会福祉法人、医療法人だけでなく営利法人である株式会社等にも開放することにより、いわゆる公益法人の資金的・人的負担の軽減を図り、ま

た介護サービス事業に対するコスト意識を高め、さらには多様な介護サービスの創出の役割を求めている。営利法人による介護サービス事業は介護予防サービス、居宅介護サービス、有料老人ホーム、グループホーム等の分野で展開されており、今やその役割は甚大となっている（注8）。従って、介護サービスを受けようとする高齢者は、株式会社等が提供している介護サービスの種類、程度（質）、スタッフ、施設設備などに関する介護情報を十分に吟味し、自分に合った介護サービスを選択することが必要になる。

利益優先、効率性を核とした介護ビジネスへの転換は、経営基盤、特に財務基盤の脆弱さから介護保険の不正請求を生起し、またそれを起因として介護保険の返還を求められ、結果的に介護事業所の認可を取り消されるケースが数多く見られるようになってきている（注8）。

特に2006年4月の改正介護保険法施行と介護報酬の改定によるサービスの利用制限（軽度者がサービス時間の短縮や利用回数の制限を受けている）による影響は訪問事業所の収益の根幹である介護報酬に大きな打撃を与えている。この改正は訪問介護や通所介護などの在宅サービスを中心として介護サービスを提供している株式会社等だけでなく、特別養護老人ホーム、老人保健施設、有料老人ホームなどを経営している社会福祉法人、医療法人に至るすべての事業者にも大きな影響を与えている。

社会福祉法人から株式会社等に至るまで、都道府県等が介護サービスを提供する事業者を認可しても、それぞれの事業者の収入の柱は公共料金という性格をもっている介護報酬（事業者がサービスの対価として受け取る価格）である。従って、介護報酬のマイナスの改正はすべての介護事業者にとって大きな痛手となっている。その結果が大手の介護事業者であったコムスンや社会福祉法人同胞互助会などによる介護保険の不正請求として現れている。介護事業者は高齢者等の日常生活を支える「杖」にならなければならない。従って、介護報酬のマイナス、介護保険の不正請求などによって介護事業者が廃業等になった場合にはその「杖」を失いたくさんの高齢者等が路頭に迷うことになる。すべての介護事業者が介護ビジネスの信頼を損なうことなく継続することが大事になる（注9）。介護サー

ビスを利用する高齢者等は経営状況ないし介護サービスを適切にディスクロージしている介護事業者を様々な角度から情報収集することによって信頼性・安全性・継続性をベースにして介護サービスの契約をすることが不可欠になる。

Ⅲ 経営成果と介護報酬

高齢者等が安心した介護サービスを享受するためには、その提供者である介護事業者が一定の経営成果を上げながら健全な介護事業を実践していることが望まれる。

介護事業経営の成果は、介護事業者によって開示された事業報告書等、特に「計算書類」ないし「財務諸表」によって認識され（注10）、また介護事業者における経営管理の有用性の判断資料として利用することができる。

介護事業者である社会福祉法人は、経営成果の資料として、「毎会計年度終了後2月以内に事業報告書、財産目録、貸借対照表及び収支計算書を作成しなければならない（社会福祉法第44条2項。）」とし、また「社会福祉法人会計基準（以下「法人会計基準」とする。このルールは2000年4月1日から適用すること）」では、以下の各計算書類の作成・提出を求めている（「法人会計基準第6条」）。

- (1) 資金収支計算書及びこれに付属する資金収支内訳表（営利法人が作成するキャッシュフロー計算書に相当するもの）
- (2) 事業活動収支計算書及びこれに付属する事業活動収支内訳表（営利法人が作成する損益計算書に相当するもの）
- (3) 貸借対照表
- (4) 財産目録

地域密着型のNPO法人においても、経営状況を開示するために、「毎事業年度の初めの3か月以内に・・・前事業年度の事業報告書、財産目録、貸借対照表及び収支計算書（以下、事業報告書等という。）・・・を作成し、これらを翌事業年度の末日までの間、主たる事務所に備え置かなければならない（NPO法 第28条）」と規定をし、また事業報告書等を所轄官庁（内閣府）に提出及び公開しなければならないとしている（NPO法 第29条の1項、2項）。

また、医療法人（みなし指定介護事業者）も、単に医業だけでなく居宅療養管理指導、訪問介護、訪問リハビリテーションなど介護保険が適用される事業を併用しながら幅広く活動を展開している。こうした医療法人の事業活動は、「病院会計準則（以下、「準則と呼ぶ」）」（医発第0819001号、2004年8月19日）」に従った作成された計算書類によっての知ることができる。

この「準則」によって作成される計算書類は、「貸借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書及び付属明細表とする（第5、財務諸表の範囲）」と規定しており、社会福祉法人やNPO法人と同様、経営状況を開示するための計算書類の作成を義務づけている。従って、公益法人とされる社会福祉法人、NPO法人、そして医療法人は、貸借対照表や損益計算書等の「計算書類」の作成によって財政状態や経営成績が開示され、財務の安全性という視点から介護事業者としての信頼性・安全性・継続性を介護サービスの利用者アピールし、また経営管理者は経営体質の改善や介護事業の経営戦略の判断資料として利用することができる。介護利用者あるいは介護利用者を支えている関係者は、介護事業者による財務的側面、主にキャッシュフローが充実しているか否かを十分把握しておくこと必要がある。特に社会福祉法人、NPO法人、医療法人は、介護利用者にとって依然として「公」と見られている部分が大であり、またこれらの介護事業者等が停止・廃業ないし倒産という事態を引き起こさないという先入観があると同時に、いつでも高齢者等を受け入れるという安心感を持っている。

一方、介護保険制度導入後介護事業者として営利法人、いわゆる株式会社等に認可されて訪問介護、有料老人ホームなどを経営して介護サービス事業を実践している場合にも、その活動状況を開示するために必要な計算書類の作成が求められている。

「会社法」435条では、経営状況開示のための計算書類として、(1) 貸借対照表、(2) 損益計算書、(3) 株主資本等変動計算書、(4) 個別注記表、の各書類と事業報告書及び付属明細書の作成を義務付けている。また、介護サービス事業を幅広く展開している営利法人、いわゆる公開企業及び公開を目指している企業では、「金融商品取引法（証券取引法を改正し、2008年4月施行）」第5条及び「財務諸表等の用語、様式及び作成に関す

る規則」第1条のルールに従って、(1) 貸借対照表、(2) 損益計算書、(3) 株主資本等変動計算書、(4) キャッシュフロー計算書、(5) 付属明細表、の各計算書類の提出を求めている。

民間の介護事業者は、いわゆる公益法人よりも熾烈な競争関係の中で介護サービス事業を展開をしている。特に介護利用者と1対1（Face to Face）で対応し、また居宅介護事業所の中でたくさん利用されている訪問介護事業所ではそれが顕著になっている。しかし、現在の介護事業者は①利用者の減少、②サービス時間の細分化、③ホームヘルパー（訪問介護員）の求人難、という3つの大きな問題に直面している（注11）。

民間の介護サービス事業者の経営が行き詰まった場合、特に参入制限が緩やかな訪問系の介護サービス事業所は脆弱な財務基盤の企業が多いために介護サービスのコスト高という側面からキャッシュフローの欠如を招き、またそれをカバーするために介護報酬を不正に請求するケースが多くなることが予想される。

概して、介護事業者の収入は公益法人、営利法人を問わず、居宅介護支援等の介護料収入、利用者等利用料収入、介護福祉施設介護料収入、そして介護保険外の多様な介護サービスの提供（介護用品や介護器具等の販売）による収入から成っており、大部分の介護事業者は介護料収入に依存した経営、すなわち<30分以上1時間未満>の訪問看護サービス（身体介護）ならば4,020円というように介護保険で決められた価格を前提にした経営を実践している。いわゆる公定価格に依存した事業経営である。

2000年4月の介護保険制度導入後、介護報酬は2003年にマイナス2.3%、2006年にマイナス2.4%とこれまで2回の改定が行われた（3年毎に改定される予定になっている。）。

2003年4月における介護保険制度の改定は、主に在宅介護の重視と自立支援であった。この趣旨に従って居宅介護支援の報酬の引き上げ、訪問介護区分の見直し、リハビリ機能の強化している。この見直しによって介護報酬は在宅介護サービスで平均0.1%の引き上げ、施設サービスで平均4.0%の引き下げ、介護報酬全体で2.3%の引き下げをおこない在宅介護を支援して利用者の自立支援を促し、要介護度の上昇を予防・軽減できるように介護報酬の体系にした。

2006年4月の改定では、要介護度2～5の中重度認定者の在宅支援、介護予防、リハビリの推進等である(2005年6月に改正介護保険法成立、10月に施設給付見直し、介護給付改定、2006年4月に保険料改定)。その内容は介護予防サービスの導入(介護給付の基準となる認定区分を予防給付と介護給付に区分し、さらに前者を要支援1、要支援2、後者を要介護1～5に区分した)、地域密着型サービスの導入(2005年度改正で導入)、在宅復帰支援機能の強化、地域包括支援センターの設置(市町村が地域介護の中心として介護だけでなく医療や財産管理など様々な問題を解決するために設置した。その役割は、①高齢者やその家族からの相談業務を行う、②介護予防、保健師を中心とした心身状態の判断、③ケアマネージャの支援、センターに配置し認知症高齢者のケアプランや金銭管理など)である。この見直しによって介護報酬は在宅サービス平均で1%の引き下げ(在宅軽度平均で5%の引き下げ、在宅重度平均で4%の引き上げ)、施設サービスで平均4%の引き下げ、介護報酬全体で2.4%の引き下げを実施している(注12)。

介護保険制度の改定は介護サービスのシステムを、①施設介護から在宅介護、②介護給付から予防給付、③地域密着型介護サービス、へと転換をすることによって要介護者の抑制と介護給付費の増大に歯止めをかけている。一方、介護事業者は予防給付等の創設によって介護報酬の単価が減少し、それが介護事業収入の減少となり、結果としてキャッシュフローのマイナスによって財政状態及び経営成績を歪め、また多くの介護事業者がその減収分を補てんするために介護報酬を不正に請求している(注13)。従って、マイナスの介護報酬の改定は介護職員の人件費の抑制と介護サービスの低下を招くとともに高齢者等から敬遠され、やがては倒産の危機に直面し介護難民を生起する原因ともなる。今後さらなる介護報酬のマイナス改定は介護事業者にとって死活問題である。従って、規模の経済性を考慮した介護事業者の一定エリア内での再編が必要不可欠になると思われる。

IV 介護事業者と内部統制

公益あるいは民間を問わず、介護事業者が高齢者等に安心して介護サービスを提供するためには経営安定

のために必要不可欠とされるキャッシュフローの維持と介護利用者に信頼されるような介護事業所(法人)経営のための機関、すなわち法人の意思を決定する機関、業務を執行する機関及び業務や会計を監査する機関、いわゆる企業統治(Corporate governance)の要と業務執行のチェックシステム並びに介護事業所を開設するために必要とされる基準(開設基準)、すなわち管理者、専門相談員、介護支援専門員、介護職員などの人員基準や建物、備品、居住面積、介護室や機能訓練室などの設備基準等のルールを遵守することが求められ、経営者には常に企業倫理(business Ethics)に基づくコンプライアンス(Compliance:法令順守)と説明責任(Accountability)を果たしていくことが求められる(注14)。

介護事業は、いわゆる高齢者等という「弱者」を対象とするビジネスであり、しかも「命」といつも向かい合っているという点で一般の事業経営とは異なっている。従って、介護事業者が廃止・倒産などによって途中で中断しないようにするためにはしっかりした経営管理システムの構築が不可欠となる。

従来、社会福祉事業の中心的な役割を果たしてきたのは社会福祉法人である。これからの社会福祉事業も社会福祉法人が「公益性」という立場から民間の介護事業経営者の「手本」あるいは「指導的な役割」を果たすことが必要とされる。税制上も法人税や住民税などに優遇措置が認められており、また事業の運営にあたって補助金の助成を受けているケースもみられる。従って、民間の介護事業者が倒産等の事態を引き起こした場合には、いち早く介護難民を回避するために手を差し伸べなければならない立場にもある。

社会福祉法人の行う社会福祉事業は、主に「第一種社会福祉事業(養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームなど老人福祉法に規定する施設を営む事業など)」、「第二種社会福祉事業(老人福祉法に規定する老人居宅介護等事業、老人デイサービス事業、老人短期入所事業、グループホームなどの事業や老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、老人福祉センター、老人介護支援センターなどの施設)」が行われており、これ以外にも「公益事業(社会福祉と関連する公益を目的とする事業)」や「収益事業(収益を社会福祉事業又は公益事業の経営に充当することを目的

とする事業)」の活動が認められている（社会福祉法第2条、第26条）。しかし、公益性を大きく逸脱した社会福祉事業は認められてはいない。この社会福祉法人の事業経営は理事（3人以上）、監事（1人以上）の経営管理者によって運営されている（社会福祉法36条）。また、経営管理者の中には社会福祉事業に精通している者や地域の福祉関係者を加え地域に密着した福祉サービス（介護保険制度は地域単位の高齢者等に介護サービスを提供することを目指している）を提供できる体制を整えている。また老人福祉法で規定する養護老人ホームや特別養護老人ホームでは一定の資格を有する施設長を専任し実質上の経営、すなわち日常業務の管理・運営を任せている（老人福祉法15条、養護老人ホームの設備及び運営に関する基準第15条、特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について第1、一般事項、1、基本事項の4、軽費老人ホームの設備及び運営について第1総則2）。従って、施設長の社会福祉に関する知識や能力如何によって介護サービスの質に格差が生じる可能性がある。さらに要介護者に対して施設及び通所で医学的管理や看護・介護サービスを提供している介護老人保険施設でも都道府県知事の承認を受けた医師が施設等の管理しており（介護保険法第95条）、介護療養型医療施設においても臨床研修終了医師に医療施設の管理を任せている（医療法第10条）。

しかし、介護保険制度導入後、社会福祉法人にも民間企業と同じような事業戦略やコスト意識のある経営が求められるにも関わらず、依然として社会福祉事業に精通していない経営者、コンプライアンスやアカウントビリティが欠如している経営者が法人を経営している場合が多く見られる。こうした社会福祉法人の存在は経営者と介護従事者との間の介護サービスに関するコミュニケーション不足、介護利用者の不信感、そして介護報酬の不正請求などの温床になっている。

社会福祉法人と同様、「公益性・地域密着型」で介護サービス等を提供しているNPO法人も社会福祉事業の開設基準に従って理事（3人以上）、監事（1人以上）によってコスト感覚を意識した業務の執行が行われている（NPO法第15条）。

社会福祉及び介護サービスをメインとして経営している営利企業、いわゆる株式会社等では有料老人ホーム（2006年の老人福祉改正により入居者数の要件が廃止

されている。）、軽費老人ホーム（地方公共団体や社会福祉法人が設置・運営することが原則であるが、2003年から設置・運営に関してPFI方式（Private Finance Initiativeによる株式会社の参入が認められた。）などの施設運営や居宅サービス事業を中心として介護事業を展開しており、経営の規模、施設の種類、サービスの種類等によって企業統治のシステムないし経営管理システムを異にしている。特に有料老人ホームでは厳しい設置基準をクリアして運営されている。料金収入は入居金と月額利用料からなっており、その大きさは<経営の規模>、<介護型、自立型、住居型>、<要介護度>、<サービスの種類>、<施設数・居室数>などの特徴を加味しながら考慮している（注15）。

大規模に有料老人ホームなどの介護事業を展開しているような会社（公開会社：自社の株式を自由に売買できる会社：株式譲渡無制限会社）では、主に多数の取締役や監査役によって介護事業が行われ（取締役、監査役、委員会設置会社の組み合わせによって39種類のタイプの会社設立が可能である。）、会社情報（介護情報）や財務情報に関わるたくさんの情報を利害関係者にオープンに公開している。介護利用者はその情報を自由に検索し経営活動の状況を常に把握することが必要になる。

また、公開会社には金融証券取引法（第24条4の4）に従って経営者に内部統制報告書（Internal Control report）の作成を義務付け（2008年4月1日以降の開始する事業年度から適用）、開示情報に対して最終責任を負わせることとしている。一方、会社法では、公開会社あるいは閉鎖会社（自社の株式を自由に売買できない会社）を問わず、法令等の遵守を中心とした全社的な内部統制の整備を求めているとともに（会社法第362条4項6、会社法施行規則100条1項）、介護施設経営や居宅サービスなどの介護事業経営に必要な開設基準、すなわち人員基準や設置基準などの各基準を遵守しながら介護利用者のニーズ及び信頼性に応えることとしている。しかし、昨今の有料老人ホームなどは自治体に特定施設の設置に関する届出をしていないケースや自治体自身がその存在を把握していない事例が数多く発生している。

介護事業者に対する信頼性は、経営管理システムや内部統制、監査体制だけでなく、外部からのチェック

システム（外部からの管理指導）によっても確保されている。

東京都では2003年4月から、専門的かつ客観的な立場からサービスの内容や質、事業の経営や組織マネジメントの力等を評価するために利用者評価、事業評価の2つの側面から福祉サービス第三者評価を実施し、その内容を公開している。

法人の規模や種類を問わず、介護事業者の形式的（設立要件と経営組織、開設基準）なルールの遵守、それに従ったきめ細かな業務執行、そして第三者機関による介護事業者の評価は介護利用者及びそれらをサポートする家族や介護従事者にとって介護事業者・介護サービスを選択するための判断基準として極めて有用である。

V おわりに

介護保険制度は世代とともに変貌していくものである。団塊の世代の高齢化は変貌の大きな要因になっている。

介護保険制度導入時には、高齢者等は原則1割の利用者負担によって介護サービスを自分の要介護度に応じて社会福祉法人や民間の事業者を選択して利用してきた。また、利用者の増加に対応して民間の介護事業者数及び介護従事者も拡大してきた。

この右肩上がりの増加、拡大傾向は自ずと介護保険制度を大きく歪める要因となり、一転して介護報酬の抑制のためにマイナスの介護報酬の改定、要支援の創設（介護予防）、要介護度の認定者の抑制、介護施設の総量規制等の施策をしながら在宅介護へとシフトさせている。この過程で介護事業者は経営管理ないし内部統制の緩みから介護報酬の不正請求及びそれを起因として指定業者の取り消しを生起させてきた。

現在の介護保険制度は介護利用者が第三者である介護事業者と介護サービスを契約した場合に1割負担で利用できる制度である。従って、家族が在宅で介護した場合には介護保険制度が利用できないようなアンバランスな仕組みに成っている。団塊の世代が要介護世代へと進展する過程で介護保険制度の在り方を「介護は看取りではなく生活の継続」という視点で段階的に転換していくことが必要になる。

その転換の第一は、「生活の継続」という視点に立つ

た介護保険制度の適用である。

在宅介護への転換の過程で第三者による介護（介護施設や介護事業所）と家族介護との間の便益を共有するために現金給付を可能にすることが必要である。

第二は、介護従事者の一括管理システムを構築すること。

介護事業者は、介護従事者をそれぞれの法人が常勤、非常勤という形態で雇用している。従って、介護利用者がたくさん利用している介護事業所では介護従事者が不足する場合があります、また介護時間あるいは介護時間帯のミスマッチが生じるケースがあるために地域別に介護従事者の相互交換できる「場」が必要である。

第三に、社会福祉法人、医療法人、民間の介護事業者との間の情報交換システムを構築すること（介護コストに視点を置いた介護事業者間の結合に向けて）。

介護利用者が介護施設や介護事業所を利用する場合には、介護利用者の介護経歴等に関する情報を一元化することが必要である。特に介護事業所が倒産、廃業という事態が生じた場合には介護利用者の生活が瞬時に奪われ介護難民化する恐れがあるため常に情報を共有化しておく必要がある。

団塊世代の高齢化の波は、そして要介護の波はすぐそこに迫っている。

注1) 老人保健法では65歳から、老人保健法では70歳以上を高齢者と定義している。また、政府の統計資料では、65歳以上74歳未満を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者と定義している。

注2) 2000年4月の介護保険制度導入後、介護保険の不正請求等によって介護事業所の指定の取り消しが後を絶たない（日本経済新聞2007年6月18日「介護保険・自治体チェック不十分」）。

注3) (1) 【介護認定区分の種類とその概要及び利用限度額（介護保険法第7条43条、55条）】

<要介護度>	<心身の状態>	<利用限度額（月）>
要支援1	家事等の日常生活の支援する状態	4,970単位
要支援2	家事等の日常生活能力が低下している状態	10,400
要介護1	家事、金銭感覚などがより低下している状態	16,580
要介護2	歩行や入浴等が不安定、また理解力が低下している	19,480
要介護3	歩行、食事が困難、全面的な介護が必要な状態	26,750
要介護4	自力で歩行・食事が困難、認知症で理解力困難	30,600
要介護5	生活全般について全面的な介護が必要な状態	35,840

(2) 介護療養型医療施設は、制度上は「療養病床」というベッドを有する医療機関である。「療養病床」には、「介護保険適用」と「医療保険適用」の2種類があり、在宅介護が難しい

者が利用するケースが多い。しかし厚労省は2011年度末にこの施設の「療養型」を廃止し、それを老人保健施設に移行する方針である。

- (3) 有料老人ホームには、下記のような3タイプがある。
- 有料老人ホームは、営利法人などが高齢者を入居させて日常生活のサービスを提供する施設である（老人福祉法26条。法人種類別の参入制限はない）。
- ①自立型（健康型）・・・高齢者・健常者を対象にした施設で、介護が必要になった場合には契約を解除して退去しなければならない。
- ②介護付型・・・施設側が都道府県によって「特定施設入居者生活介護（特定施設）」という指定の認可を受けると入居者は「特養」などと同じように介護保険を使って要介護度別に入居者に介護サービスを提供することができる。
- ③住宅型・・・居住、食事、夜間の見守りなどをサービスする施設、介護が必要になった場合には入居者ごとに作成されるケアプランによって、外部のサービスを利用する。
- * 有料老人ホームの急増によって介護保険費用を抑制するために都道府県が策定する事業計画で決められた有料老人ホームの定員数を上回った場合には新設の有料老人ホーム認めないというような総量規制がある（2014年度の施設整備計画）。
- (4) ケアハウス（軽費老人ホーム）・・・低額の料金が家庭環境、住宅事情により居宅において生活することが困難な高齢者に生活上必要なサービスを提供する老人ホームである。都道府県から「特定施設入居者生活介護」の指定を受けると介護保険を適用することができる（法人種類別の参入制限はない）。
- (5) グループホーム・・・2006年度の介護保険制度の改正によって地域密着型サービスとして位置づけられた小規模多機能型居宅介護施設であり、主に認知症高齢者を対象にした施設である。また、利用者は原則として自分の住む市区町村の施設を利用することになっている（法人種類別の参入制限はない）。

注4) 2000年4月の介護保険制度導入時における介護サービスは（サービスの指定・監督はいずれも都道府県の所管とされていた。）、在宅を中心とした14種類の居宅サービス、居宅介護支援サービス（ケアプラン作成など）、3種類の施設サービス（介護保険施設等）の18種類でスタートした。

一方、ドイツでは1995年4月から制度化された介護保険（Pflege-Versicherung）による介護サービスが実施されている。日本の介護保険制度はこのドイツの介護保険制度がたたき台になっている。

ドイツ介護保険では、最低6カ月継続的に日常生活活動に介助を必要としている要介護者を対象としている。また介護保険の要介護の認定は通常3段階に区分して実施されている（日本ケアワーク研究会<http://www.kaigo.go.jp>、ドイツ連邦保健省）。

注5) (1) 社会福祉法人の設立等の認可は、厚生労働大臣（事業が2以上の都道府県かつ2以上の地方厚生局管轄区域にまたがる場合）若しくは地方厚生局長（事業が2以上の都道府県かつ1地方厚生局管轄区域内の場合）、都道府県知事または指定都市市長若しくは中核市長が行う。2005年3月31日現在の社会福祉法人数は、厚生労働大臣所管で181、都道府県知事所管で18,642存在している。（2006年版厚生白書、455頁）

社会福祉法人の設立要件については、社会福祉法31条、2000年12月1日「社会福祉法人の認可について（社会福祉法人審査基準）」を参照。

(2) 社会福祉法人の福祉施設の管理については、厚生労働省令及び旧厚生省令、1972年「社会福祉法人の経営する社会福祉施設の長について（局長通知）」に規定する適格者でなければならない。

①<特別養護老人ホームの施設長の資格要件（基準省令第5条1項）>

- * 社会福祉主事の要件を満たす者
- * 社会福祉事業に2年以上従事した者
- * 社会福祉施設長の資格認定講習会を受講したもの

②<介護老人保健施設の管理者の資格要件（介護保険法第95条）>

介護老人保険施設の開設者は、都道府県知事の承認を受けた医師に当該介護老人保健施設を管理させなければならない。

③<介護療養型医療施設の管理者の資格要件（医療法第10条）>

病院又は診療所の開設者は、その病院又は診療所が医療をなすものである場合は臨床研修終了医師にこれを管理させなければならない。

(3) 「社会福祉法人監査厳格に」日本経済新聞2007年3月10日。社会福祉法人の増加によって介護サービスの低下や不正経理が発生する恐れがあることから厚労省は事業報告書や財務諸表を徹底的に厳しく指導するという事としている。

(4) 「放漫経営、人材不足が招く特養のサービスの質低下」週刊ダイヤモンド、ダイヤモンド社、2007年11月10日、38～39頁。特養（特別養護老人ホーム）の運営が唯一認められているのは社会福祉法人である。特養のよしあしは、理事長や施設長の理念や人物によってかなり左右される。また、施設長の能力にはばらつきがあり、それがサービスの質の格差を生んでいる。

注6) NPO法第2条別表では17分野の活動が認められている（特定非営利活動促進法参照）。

「内閣府NPOホームページwww.npo-homepage.go.jp」

2004年7月31日現在で15,331法人、2007年7月31日現在では32,089法人である。この間約2倍強の増加を示している。また、保険・医療又は福祉の増進を図る活動を定款に記載して設立している法人は18,554法人もある。

注7) 医療法人の営む医療事業は営利目的で行うことが禁止され

ており、また営利を目的に病院を開設する者には許可を与えないことができる。医療法人の業務は、病院、診療所、介護老人保健施設等の経営及びその付帯業務に限られている（医療法参照）。

注8)「介護事業者情報」www.wam.go.jp。

「どの介護保険サービスをどれだけの人が利用しているか—介護保険サービスの利用状況—」週刊東洋経済、東洋経済新報社、2008年12月6日、40～41頁。

介護保険の指定業者として指定されている事業者（株式会社等）は、介護保険法制定時に91,331の事業所があった。約7年後の2007年8月31日には、294,484の事業所にもなり、導入時の3倍強の増加を示している。すでに社会福祉事業は、単に公益サービスの提供というだけでなく企業ビジネスそのものとして進展しており、そこには従来にはなかった利益優先、効率性を核とした介護ビジネスが事業として定着してきたことを物語っていることになる。

介護保険法では、介護事業所は高齢者等に対して保健医療サービス、福祉サービスを提供することとし、そのサービスの種類を下記のように区分している。

<介護サービスの区分とその種類>

- (1) 指定居宅サービス（在宅の要介護者に対して介護サービスを提供すること）
 - ①訪問介護、②訪問入浴介護、③訪問看護
 - ④訪問リハビリテーション、⑤通所介護（デイサービス）
 - ⑥通所リハビリテーション（デイケア）
 - ⑦短期入所生活介護（ショートステイ）、⑧福祉用具貸与
- (2) 居宅介護支援事業所（介護保険の相談・助言、ケアプランの提案・作成等）
- (3) 地域密着型サービス
 - ①グループホーム、②認知症対応型通所介護、③小規模多機能型居宅介護
- (4) 介護保険施設（要介護者を入所させて介護サービスを提供）
 - ①指定介護老人福祉施設、②介護老人保健施設、③指定介護療養型医療施設

注9) (1)「財政至上主義が直撃！介護現場の厳しい現実」『総検証・日本の老後』週刊東洋経済、2008年8月2日特大号。

- (2)「介護報酬・不正請求、56億円、老健施設が最多」朝日新聞、2005年3月7日。
- (3)「コムスン退場」の影、朝日新聞、2007年7月5日。
- (4)「訪問介護の譲渡先決定」朝日新聞、2007年9月5日。

注10) 介護保険事業に係る会計制度

- (1) 社会福祉法人：「社会福祉法人会計基準（社援310号通知2000年2月17日）」
- (2) 社会福祉法人が以下の事業を実施している場合には
 - ①病院：病院会計準則（医発第824号）
 - ②介護老人保健施設：介護老人保険施設会計・経理準則（老発第378号）
 - ③訪問看護事業：指定訪問看護の事業の会計・経理準則（保

発86号）

④上記以外の介護保険事業（指導指針によることが望ましい）；指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針（老計第8号課長通知2000年3月10日、社援施49号老計第55号課長通知2000年12月19日、老発第0331004号課長通知2003年3月31日）。

*2007年7月6日付改正老計第8号において、指針の対象範囲に＜養護老人ホーム、軽費老人ホーム＞が追加された。社援49号・老計第55号通知により会計基準・指導指針の選択が可能となった。

注11)「職員を募集しても反応ゼロ、赤字で突然の事業所閉鎖」週刊東洋経済、東洋新報社、2008年12月6日、45頁。

注12)「大激変招いた06年報酬改定利用制限、人材確保に苦慮」週刊東洋経済、東洋経済新報社、2008年12月6日、p42～57。

下記の項目を利用する場合には、居住費あるいは滞在費（水道光熱費・部屋代）、食費（食材費・調理費）については、自己負担とした。

- (1) 介護老人福祉施設（特別療養老人ホーム）、
- (2) 介護老人保健施設（老人保健施設）、
- (3) 介護療養型医療施設（介護保険適用の療養施設）
 - * (1)～(3)については、居住費（水道光熱費・部屋代）
- (4) (1)～(3)の施設を利用するショートステイ（短期入所；一時的に施設に入所して介護サービスを受けること）
 - * 滞在費と食費
- (5) デイサービス（通所介護；デイサービスセンターなどの施設で入浴や食事、リハビリを受けること）
- (6) デイケア（通所リハビリテーション；介護老人保健施設などに通ってリハビリ受けること）
 - * 食費

注13)「介護報酬・不正請求、倍増56億円、03年度老健施設が最多」朝日新聞2005年3月7日

注14) 浜辺陽一郎『コンプライアンス経営の考え方』中央公論新社刊、2005年2月、p4。

注15)「有料老人ホーム終の住み家の探し方と評判」週刊ダイヤモンド、2007年11月10日、P42～65

<参考文献・資料>

- (1)『平成19年版・厚生労働白書』厚生労働省編。
- (2)『平成19年版・介護保険六法』介護保険法研究会監修。
- (2)『平成19年版社会福祉法人会計規則集』日本介護支援協会監修、宮内忍・宮内真木子編著、文出版企画。
- (3)『社会福祉法人監査の手引』監修：宮内忍・宮内真木子、社会福祉法人東京都社会福祉協議会、2007年7月。
- (4)『社会福祉法人会計の基礎から決算・介護事業編』宮内忍、宮内真木子著、厚有出版、2005年5月。
- (5)『新「会社法詳解」Corporation Law』中央経済社、2005年7月。