

介護ビジネス研究(I)

森 宮 勝 子

はじめに

平成12年4月の介護保険制度導入により、行政は従来のようにサービスを提供する主体ではなくなり、多様な事業者が各利用者に対応し、契約に基づいてサービスを提供することになり、多様な介護サービス市場が登場した。介護サービス市場においては、利用者が事業者を選択して契約を結び、当事者として介護サービスを利用することになる。このように介護サービス市場においては、利用者が自ら好ましい、よりよいサービスを選択することを通じて事業者間の競争が生じ、その結果として提供されるサービスの質の向上や事業の効率化が進むことが期待されている。

介護サービスを担う事業主体は、従来は市町村の委託がなければ事業の展開が難しかったが、今後は、一定の条件を満たせば都道府県による指定を受けて参入することができる。それにより、多様な主体の参入とそれに伴う基盤の充実と選択の幅が拡大される。特に、福祉系を中心
に在宅介護サービス事業については、原則として法人格があればよく、事業主体による参入規制はないことから、公的主体や社会福祉法人だけでなく、医療法人、民間企業、農協、生協、特定非営利法人といった多様な主体の参入も予想される。また、地域のボランティア団体のような法人格を持たない事業主体についても、人員や設備について一定の要件を満たせば、市町村の判断により在宅介護サービスについての保険給付の対象として認められる。また、利用者は、サービスを提供する事業者のみならず、ケアプランを作成する居宅介護支援事業者（ケア
マネジャー）についても、ニーズに適切に答应てくれる者を選択することができるようになったのである。本稿では、まず、介護サービス市場の特色を明らかにした後、その規模と範囲について考察する。介護ビジネスにより提供されるサービスは、居宅サービス事業と施設サービス事業に二分されるが、紙幅の制約上、居宅サービス事業の中でも訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅管理療養指導、通所介護、通所リハビリテーションの7つの領域を中心に研究することにする。

第1章 介護サービス市場の規模と範囲

第1節 介護サービス市場の特色

介護サービス市場の特色としてあげられるのは、第1に、この市場が常に一定規模のサービ

ス需要を支えるだけの財源が確保されていることである。介護保険制度では、実際に利用された介護サービスの費用を保険から給付し、現金での給付を行わないため、保険給付額の全てが介護サービスに消費される。保険給付額に自己負担額を加えた総費用は、平成12年度で4.3兆円が見込まれており、介護保険による介護サービス市場に限定しても大規模な市場が出現したといえる。また、高齢化の進行に伴ない、今後、要介護の高齢者は急速に増加することが予想され、介護サービス市場の規模も急速に拡大していくものと思われる。⁽²⁾

第2の特色としては、介護サービスの柔軟性があげられる。すなわち、利用者が個々にサービスを利用する際、標準的な水準を上回る多様で幅広いニーズに対応できるように、介護保険によるサービスと保険給付外のサービスを自由に組合せることができる。したがって、利用者が費用を負担すれば、介護保険によるサービスの量を上回るサービスや配食サービスなど保険の対象とならないサービスを保険給付の他に事業者から受けることができる。また、事業者は、都道府県に届け出て、上限価格から割引いた価格でサービスを提供することもできる。

第2節 介護サービス市場の規模

高齢化の進展に伴ない、介護を必要とする高齢者が急速に増えることが見込まれている。要支援もしくは要介護を必要とする高齢者は、平成12年には280万人、平成37年には520万人に達すると予測されている。⁽³⁾旧厚生省は、介護保険制度による介護費用の見通し、すなわち介護サービス市場の規模を平成12年度4.2兆円、平成17年度5.5兆円、平成22年度6.9兆円と予測している。⁽⁴⁾

これに対して、ニッセイ基礎研究所の介護サービス市場の将来推計によると、平成12年時点は8.4兆円、2010年には、2000年の約30%増の11.3兆円となり、2030年には20兆円を超えている（図表1参照）。厚生省の推計値とかなり乖離しているが、その理由として、①施設介護、在宅介護とも本推計では介護アメニティ部分を含んでいること、②介護市場の全貌を把握するため要介護高齢者の生活費も介護費用の中に含まれていること、③さらに在宅サービスにはサービスや家族介護評価額を含めている等によるとしている。旧厚生省とニッセイ基礎研究所の介護サービス市場の将来予測値における乖離は、旧厚生省が介護保険の適用される介護費用に限定して予測値を設定しているのに対して、ニッセイ基礎研究所は、介護費用が多様な構成費目からなっていることに起因しているといえる。⁽⁵⁾現段階では、正確な将来の介護サービス市場の規模を予測することは難しいが、介護保険制度が施行され、要支援者数及び要介護者数と要介護度を把握できるようになったため、旧厚生省の予測値はかなり信頼できるものといえよう。

第3節 介護サービス市場の範囲

介護サービス市場は、介護に関連したあらゆるサービスより構成されるが、本稿では、介護保険制度により提供されるサービスに限定して、介護サービス市場を把握し、それらの介護サ

図表1 介護市場の将来推計

(単位:億円)

			2000年	2010年	2020年	2030年	2040年	2050年
在 宅	ヘルパー	寝たきり	12,000	21,400	38,100	39,900	41,700	40,500
		痴呆性	1,200	2,200	3,900	4,100	4,400	4,300
		虚弱	17,200	30,800	55,000	56,700	58,400	56,700
	家族介護費	寝たきり	7,400	—	—	—	—	—
		痴呆性	700	—	—	—	—	—
		虚弱	10,700	—	—	—	—	—
サービス		2,100	2,700	3,400	3,500	3,700	3,600	
施 設	老人保健施設	寝たきり	1,200	2,000	3,300	3,400	3,600	3,500
		痴呆性	900	1,500	2,400	2,500	2,700	2,600
		虚弱	700	1,500	3,400	3,400	3,500	3,400
	特別養護老人ホーム	寝たきり	6,200	10,000	16,200	16,900	17,700	17,200
		痴呆性	1,500	2,400	3,900	4,100	4,300	4,200
		虚弱	2,500	5,500	12,100	12,500	12,900	12,500
	有料老人ホーム	寝たきり	100	200	300	300	300	300
		痴呆性	300	500	800	800	900	900
		虚弱	200	500	1,200	1,200	1,200	1,200
	療養型病床群	寝たきり	19,500	31,500	50,900	53,200	55,700	54,200
		痴呆性	—	—	—	—	—	—
		虚弱	—	—	—	—	—	—
在 宅 計			51,300	57,100	100,400	104,200	108,200	105,100
施 設 計			33,100	55,600	94,500	98,300	102,800	100,000
総 計			84,400	112,700	194,900	202,500	211,000	205,100

(注) 家族介護は2000年以降外部サービスを利用するとした。

出典:『ニッセイ基礎研究所レポート』平成10年5月号。

サービスを提供する介護ビジネスを考察することにする。介護保険制度により要介護者等に提供されるサービスは、在宅サービスと施設サービスとに二分されている(図表2参照)。このうち在宅サービスの中心は居宅サービスであるため、本稿では、まず、居宅サービス事業を中心に詳細に検討することにする。

図表2 在宅・施設サービスの種類
(在宅サービス)

サービスの種類		サービス内容の定義
訪問介護 【ホームヘルプサービス】		居宅で介護福祉士等からうける、入浴・排せつ・食事等の介護 その他の日常生活上の世話

居 宅 サ ー ビ ス	訪問入浴介護	居宅で、浴槽を提供されてうける入浴の介護
	訪問看護	基準に適合する居宅要介護者等が、居宅で看護婦等からうける、療養上の世話と診療の補助
	訪問リハビリテーション	基準に適合する居宅要介護者等が、居宅でうける、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるための理学療法・作業療法等のリハビリテーション
	居宅療養管理指導 【医師等による管理・指導】	病院・診療所・薬局の医師・歯科医師・薬剤師等からうける療養上の管理と指導
	通所介護 【デイサービス】	老人デイサービスセンター等の施設に通ってうける入浴・食事の提供（これに伴う介護を含む）その他の日常生活上の世話と機能訓練
	通所リハビリテーション 【医療機関でのデイケア】	基準に適合する居宅要介護者等が介護老人保健施設、病院・診療所でうける、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるための理学療法・作業療法等のリハビリテーション
	短期入所生活介護 【ショートステイ】	特別養護老人ホーム等の施設や老人短期入所施設への短期入所でうける、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話と機能訓練
	短期入所療養介護 【ショートステイ】	基準に適合する居宅要介護者等が介護老人保健施設・介護療養型医療施設等への短期入所でうける、看護、医学的管理下の介護と機能訓練等の必要な医療と日常生活上の世話
	痴呆対応型共同生活介護 【痴呆性老人グループホーム】	比較的安定した状態にある痴呆の要介護者が、共同生活を営む住居でうける、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話と機能訓練
	特定施設入所者生活介護 【有料老人ホーム等】	有料老人ホーム等に入所する要介護者等が、サービス内容・担当者等を定めた計画により施設でうける、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話
	福祉用具貸与	日常生活上の便宜を図る用具や機能訓練のための用具で、日常生活の自立を助けるもの（厚生大臣が定めるもの）の貸与
	【特定福祉用具の購入】 居宅介護福祉用具購入費等	福祉用具のうち、貸与になじまない入浴や排せつのための用具（厚生大臣が定めるもの）の購入費の支給
	【住宅改修】 居宅介護住宅改修費等	手すりの取付け等の、小規模の一定種類（厚生大臣が定めるもの）の住宅改修費用の支給
	居宅介護支援 居宅介護サービス計画費／ 居宅支援サービス計画費	在宅サービス等を適切に利用できるように、心身の状況・環境・本人や家族の希望等をうけ利用するサービスの種類・内容等の計画を作成し、サービス提供確保のため事業者等と連絡調整等を行うとともに、介護保険施設入所が必要な場合は施設への紹介等を行う

(施設サービス)

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	医療保険適用の療養型病床群
	介 護 保 険			医療保険
対象者	常時介護が必要で在宅生活が困難な要介護者	病状安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリテーションや看護・介護を必要とする要介護者	病状が安定している長期療養患者であって、カテーテルを装着している等の常時医学的管理が必要な要介護者 (右に該当する者を除く)	病状が安定している長期療養患者のうち、 ・密度の高い医学的管理や積極的なリハビリテーションを必要とする者 ・40歳未満の者および40～65歳未満の特定疾病以外の者
介護保険施設に係る指定基準	居室(1人当たり10.65㎡以上) 医務室 機能回復訓練室 食堂 浴室 等 廊下幅 片廊下1.8m 以上 両廊下2.7m 以上	療養室(1人当たり8㎡以上) 診察室 機能訓練室 談話室 食堂 浴室 等 廊下幅 片廊下1.8m 以上 両廊下2.7m 以上	病室(1人当たり6.4㎡以上) 機能訓練室 談話室 浴室 食堂 等 廊下幅 片廊下1.8m 以上 両廊下2.7m 以上	病室(1人当たり6.4㎡以上) 機能訓練室 談話室 浴室 食堂 等 廊下幅 片廊下1.8m 以上 両廊下2.7m 以上
※人員基準については100人当たり	医師(非常勤可) 1人 看護婦 3人 介護職員 31人 介護支援専門員 1人 その他 生活相談員 等	医師(常勤) 1人 看護婦 9人 介護職員 25人 理学療法士 1人 又は作業療法士 介護支援専門員 1人 その他 支援相談員 等	医師 3人 看護婦 17人 介護職員 17人 介護支援専門員 1人 その他 薬剤師・栄養士 等	医師 3人 看護婦 17人 介護職員 17人 その他 薬剤師・栄養士 等

出典：『平成12年版 厚生白書』124頁。

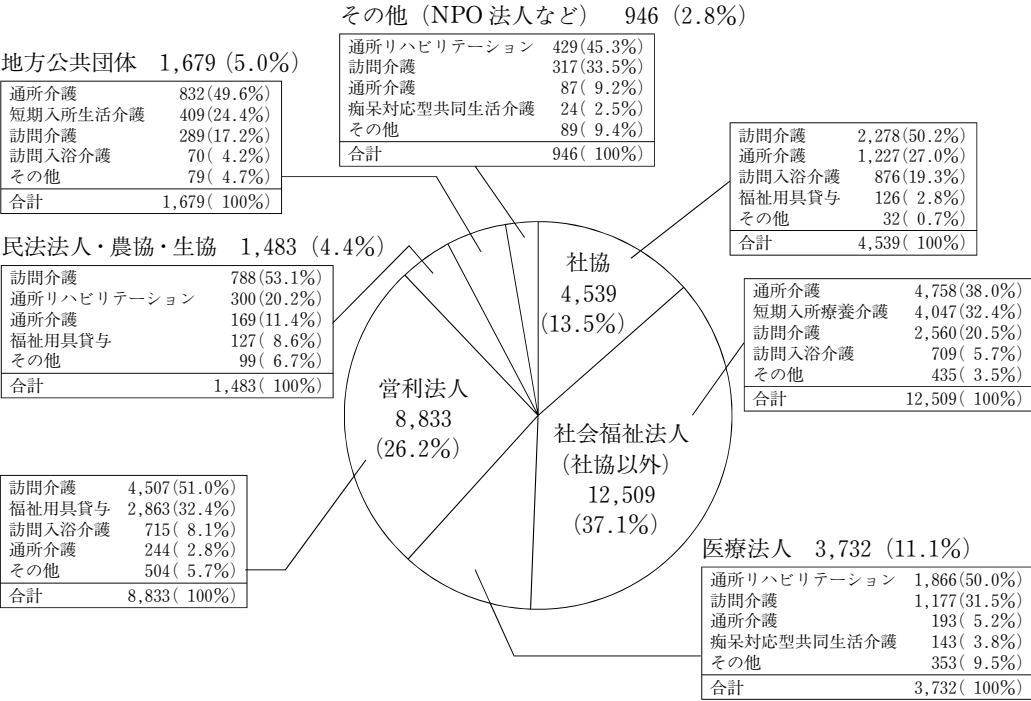
第2章 居宅サービス事業

第1節 居宅サービス事業の内容

介護保険法によれば「居宅サービス」とは、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護及び福祉用具貸与をいい、「居宅サービス事業」とは、居宅サービスを行なう事業をいう。

居宅サービスについては、法人格をもち、かつ、厚生省令で規定されている人員基準及び設備基準に合致していれば、「指定居宅サービス事業者」として都道府県知事より指定を受けるこ

図表 3 主体別に見た居宅サービス指定件数 (2000（平成12）年4月1日現在)



資料：厚生省老人保健福祉局調べ
(注) 指定居宅サービス事業所の指定件数の中には「みなし指定」を受けた事業所は入っていない。
出典：『平成12年版 厚生白書』138頁。

とができる(図表 3 参照)。したがって、社会福祉法人のみならず、株式会社等の民間事業者及び生活協同組合や農業協同組合も、在宅サービス分野に参画できるようになり、競争原理の導入により運営の効率化が期待できる。

指定は、サービスの種類ごとに、かつ、事業所ごとに受ける必要がある。すなわち、訪問看護と訪問介護の両方を行なう事業者は、この2つの指定を受ける必要がある。また、同一法人が2つ以上の事務所を設けて事業を行なう場合には、それぞれの事業所が指定を受ける必要がある。⁽⁶⁾

本稿では紙幅の制約上、12の居宅サービス事業のうちから、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーションの7事業を中心に以下考察していくことにする。

第 2 節 訪問介護

1. 意義

訪問介護とは、介護福祉士等が要介護者等の自宅を訪問し、入浴・排泄・食事等の介護、調

理・洗濯・掃除等の家事，生活等に関する相談・助言等の日常生活に必要な世話を行なうものである。訪問介護事業の申請者は，法人で老人福祉法の老人居宅介護等事業の届出が必要である。人員基準では，常勤換算で2.5人以上の訪問介護員等がおり，そのうち一定以上のレベルにあるサービス提供責任者が常勤でいること等が規定されている。運営基準では，訪問介護に固有の事項として訪問介護計画の作成，同居家族に対するサービスの提供の禁止，利用者の病状急変時等の主治医への連絡などの必要な措置等が規定されている⁽⁷⁾。

訪問介護は，身体介護と家事援助とに分かれている。身体介護とは，利用者の身体に直接接触して行なう介助等と日常生活に必要な機能向上のための介助・専門的な援助をいう。家事援助とは，日常生活に支障が生じないように行なわれる調理・洗濯・掃除等をいい，要介護者がひとり暮らし，または同居家族が障害・疾病のため，これらの家事を行なうことが困難な場合に限り，そのサービスの提供が行なわれることになっている⁽⁸⁾。

訪問介護のサービス提供方法には滞在型と巡回型の2つがある。滞在型は，利用者の家庭に一定時間滞在してサービスの提供に当たるもので，調理，衣類の洗濯，住居等の掃除，整理整頓，生活必需品の買い物，関係機関等との連絡その他必要な「家事援助」が中心となる。それに対して，巡回型は，複数の家庭を巡回しながら必要なサービスを提供するもので，食事の介護，排泄の介護，衣類着脱の介護，入浴の介護，身体の清拭，洗髪その他の必要な身体の介護などの「身体介護」が中心となる⁽⁹⁾。

2. 現況

訪問介護の利用状況を厚生省の「介護サービス世帯調査」により，平成12年5月時点でみると，全体では24.5%が利用しており，世帯構造別にみると単独世帯の利用率が高く63.0%となっており，夫婦のみの世帯は30.5%。三世帯家族の世帯は最も低く10.0%となっている⁽¹⁰⁾。

平成12年4月の介護保険施行により，訪問介護事業には多くの新規事業者が参入したが，当初は，長年にわたり公的福祉サービスを提供してきた社会福祉協議会ならびに社会福祉法人がマーケットを占有し，コムスンやニチイ学館のような一部の全国展開を指向した企業は，指定事業所の閉鎖や人員整理を余儀なくされた。もっとも，規模の急拡大を避け，地域に密着しながらサービスを提供する事業者が安定的に収益を上げている例も多く，決して採算ラインに乗らない事業ではないことも示されている⁽¹¹⁾。

訪問介護が採算に乗りにくいのは，これまで主流だった施設型の介護が1人の職員で複数の高齢者を世話できるのに対して，訪問介護では高齢者宅への移動が必要なうえ，基本的に1対1のサービスになるからである。すなわち，訪問介護の採算性は，サービス提供単価と1日の訪問回数，それにヘルパーの人件費に依存する。

第1に，サービス提供単価であるが，訪問介護サービスの報酬単価は以下のようになっている(図表4参照)。訪問介護サービスの3種類のうち，報酬単価の低い家事援助の割合が高くなる傾向がみられる。ニチイ学館の公表しているデータをみても，3種類の比率は，平成12年9月実績で，身体介護25%，複合型29%，家事援助型46%となっている⁽¹²⁾。また，要介護度別に訪

図表 4 訪問介護費

		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
身体介護 中心型	30分未満	210単位					
	30分以上 1 時間未満	402単位					
	1 時間以上 1 時間30分未満	584単位					
	それ以上30分ごと	219単位					
家事援助 中心型	30分以上 1 時間未満	153単位					
	1 時間以上 1 時間30分未満	222単位					
	それ以上30分ごと	83単位					
複合型	30分以上 1 時間未満	278単位					
	1 時間以上 1 時間30分未満	403単位					
	それ以上30分ごと	151単位					

※訪問介護員 3 級が行った場合…上表の95%算定（家事援助中心型を除く）、夜間加算・早朝加算…上表の25%加算、深夜加算…上表の50%加算、特別地域訪問介護加算…上表の15%加算
出典：『事業別・分野別 介護・福祉ビジネス参入・事業化マニュアル』81頁。

問介護の利用状況をみると、要介護 1 が34%と最も多く、次いで要支援が20%、要介護 2 が17%となっており、介護度の低い介護認定者の利用が多いことが指摘できる。⁽¹³⁾

第 2 に、1 日の訪問回数であるが、人家のまばらな過疎地域では、訪問回数の低下が避けられず、民間企業の進出は難しくなる。結局、どれだけ高齢者人口の密集した地域を営業エリアとして確保できるかが、訪問介護事業の成功のカギとなる。さらに、採算確保の手法として訪問介護だけではなく、訪問看護、訪問入浴など幅広いサービスを手がけることも、多くの事業者により行なわれている。⁽¹⁴⁾第 3 に、ヘルパーの人件費であるが、訪問介護の採算性を考慮する上で非常に重要な要因である。平成12年度のシルバーサービス振興会の調査研究によると、訪問介護の運営経費に占める人件費率は、60%以上80%未満が調査対象785社中40%、次いで80%以上が35%と非常に高いことが示されている。訪問介護の場合、利用者とサービス提供者が相対してサービスが実施されるため、利用者が増加すればスタッフ数も増える。そのため、売上が増加しても、それに伴って人件費も増え、運営経費に占める人件費の比率は高いまま推移することになる。要するに、多くの利用者を獲得すればするほど利益が上がるというスケールメリットが働かないのである。したがって、ヘルパーをどのような形態で確保するかが、重要となる。ヘルパーの形態には、①社員ヘルパー（常勤）、②パートヘルパー（連続する短い時間または特定の曜日に働く）、③契約ヘルパー（契約期間を決めて、常勤でフルタイム働く）、④登録ヘルパー（勤務表などに基づいて、働いて欲しい時に働いてもらう）の 4 種類がある。常勤となるのは、①と③で、その他は非常勤として扱われる。

一般的に、常勤が多いほどサービスの質は高くなるといわれている。しかし、人件費という面から見ると、非常勤を多く雇用したほうが安くなる。事業を展開する上で経営者に要求され

ることは、サービスの質とコストを考慮して、常勤と非常勤の人数のバランスをとることである。たとえば、事業を開始したばかりで利用者が少ない小規模事業者であれば、サービス実施から介護報酬の請求事務、利用者の1割負担金の徴収まで、広範な業務を全職員で分担して行なうことが求められるので、全職員を常勤で雇用することが妥当となる。しかし、事業がある程度の規模に成長したら、常勤人件費の増加による固定費率の上昇を回避するために、非常勤の有効な活用を図ることが不可欠となる。⁽¹⁵⁾ 効率的な集客という視点からは、自治体、医療機関、施設との連携の重要性が指摘される。すなわち、要介護者が訪問介護のサービス利用を必要とする時、その相談に対応するのは、自治体（保険福祉センター等）、医療機関（メディカルソーシャルワーカー、ケアマネジャー）、自治体（保険福祉センター等）である。したがって、これらの機関との連携を図ることは、集客にとり必要不可欠といえる。⁽¹⁶⁾ 介護保険制度の施行は、医療法人にとっても、介護分野に事業を広げるビジネスチャンスとなった。医療法人が、訪問介護、通所介護、痴呆性老人グループホームといった福祉系在宅サービスに取り組むのは珍しくなくなった。⁽¹⁷⁾

シルバーサービス振興会による民間介護サービス事業者を対象とした経営実態調査の結果によると、訪問介護サービスを提供している事業者の4分の3が資本金1000万円以下で、2000年度の収支予測をみると、「黒字になると予定」と回答した事業所が26.1%に止まったのに対して、「赤字になると予定」と答えたのは46.2%にも上った。しかし、2000年度と比較して2001年度の収支予測は改善すると見ている事業者は多い。その要因は、2000年の実績が月を追うごとに好転していることにあると考えられる。2000年4・9・11月における訪問介護の平均利用者数と平均売上高をみると、4月ではそれぞれ37.0人・234万5千円であったのが、9月には56.7人・350万1千円、11月には63.8人・394万3千円となっている。介護保険制度が定着しつつある中、民間事業者にもチャンスが出てきたといえよう。⁽¹⁸⁾ 平成13年4月に厚生労働省が発表した「平成12年 介護サービス施設・事業所調査結果速報」によると、訪問介護の事業所数は、13,138（平成12年10月1日現在指定を受けたもの）で、1事業所当たりの利用実人員数は44人（平成12年9月中）となっている。⁽¹⁹⁾ 訪問介護の事業所数を都道府県別にみると、東京1,120、大阪957、神奈川642、北海道588、福岡584という順位になっており、東京、神奈川、千葉500、埼玉495の首都圏で2,757と約20%を占めている。

民間の訪問介護サービス事業が、現在直面しているのが、介護ヘルパー確保の問題である。ヘルパー不足の発生原因は、民間業者が提示する非常勤という条件に、有資格者が魅力を感じないからである。時給こそ1,500円と一般的なパートより高いが、時給が支払われない移動時間を含めると効率が悪く、フルに働いても月15万円程度である。介護サービスの仕事量は、日によって大きく変動し、常勤ヘルパーでこれに対応しようとすると、人件費が重荷となる。採算だけを考えると、常勤と非常勤との比率は、2対8が適当といわれている。⁽²⁰⁾ 介護ヘルパーの不足は、マクロレベルでみると有資格者の絶対数の不足に起因するものであるともいえる。ゴールドプラン21によりホームヘルパーの人数は、平成11年の17万人から平成16年には35万人と増

大されているが、急激に増大する要介護者のニーズを充足するには程遠い人数といえる。例えば、介護の先進国であるデンマークでは、24時間対応の在宅サービスに従事しているホームヘルパーは、3万2千人いるといわれている。これは、人口10万人当たりフルタイム換算で615人のホームヘルパーがいることを意味し、同じ基準を日本に当てはめると77万人のホームヘルパーが必要になる。少なく見積もっても、50万人規模のホームヘルパーの養成計画が望ましいといえる。⁽²¹⁾

日経流通新聞の「2001年版 サービス業総合調査」によると、在宅介護・在宅入浴サービスの対前年度比伸び率は、107.7%と高率である。ニチイ学館とコムスンが他を大きく引き離し、両社とも一気に拠点を増やして大幅増収となった(図表5参照)。当初は、前述のように赤字続きで事業存続が危ぶまれた時期もあったが、拠点削減などで軌道に乗りつつある。

図表5 在宅介護・在宅入浴サービス

順位	社名	本社	2000年度 部門売上高 (百万円)	前年度 比伸び 率(%)	決算 月
1	ニチイ学館	東京	17,085	210.4	3
2	コムスン	東京	12,098	1703.0	6
3	日本福祉サービス	東京	4,775	43.3	3
4	やさしい手	東京	3,886	53.1	6
5	アサヒサンクリーン	東京	3,700	32.1	12
6	ツクイ	神奈川	2,973	39.5	8
7	アースサポート	東京	2,500	86.6	6
8	ジャパンケアサービス	東京	2,008	75.2	3
9	大起エンゼルヘルプ	東京	1,787	4.0	12
10	アイタック	神奈川	1,702	3.3	3
11	京浜ライフサービス	東京	1,426	29.2	12
12	日本介護センター（日介センター）	東京	930	33.4	3
13	福祉の里	愛知	797	10.4	5
14	ヘルシーサービス	千葉	615	60.6	8
15	ダスキンヘルスケア	東京	544	21.7	3
16	ベスト・ケア（北東京支援センター）	東京	540	15.9	3
17	日本ビコー	千葉	405	13.4	6
18	愛和	東京	402	▲4.3	3
19	日本ロングライフ	大阪	394	29.2	10
20	コスモホームヘルプサービス	大阪	337	418.5	3
21	相模ゴム工業	神奈川	288	20.5	3
22	アイケアサービス	静岡	229	—	3
23	シニアコスモス	東京	202	348.9	3
24	リボン	新潟	195	137.8	3
25	ティー・シー・エス（トータルケアサービス）	神奈川	191	13.0	7
26	セイフティサービス	兵庫	182	133.3	12
27	伊豆介護センター	静岡	180	275.0	12
28	北栄（アレック北栄）	新潟	175	27.7	12

29	大和福祉産業	神奈川	172	29.3	2
30	河村福祉サービス	山 口	166	18.6	7
31	民間救急サービス	山 形	161	15.0	6
32	スルガケアサービス	静 岡	144	278.9	8
33	太平エンジニアリング（太平ヘルスケア）	東 京	135	62.7	3
34	アート	東 京	133	44.6	3
35	コベルコパーソネル	兵 庫	132	22.2	3
36	アール・オー・エス西日本	大 阪	125	38.9	9
37	三井ヘルスサービス	北海道	116	24.7	9
38	エヌ介護サービス	新 潟	104	62.5	3
39	シルバージャパン	兵 庫	103	71.7	5
40	入浴サービス	大 阪	102	30.8	3
41	シルバーサービス	京 都	85	51.8	2
42	医療福祉研究所ヘイセイ	岡 山	80	90.5	3
43	セコム上信越	新 潟	79	58.0	3
44	アユーラウェルフェア	大 阪	67	34.0	3
45	ケアファクトリー	茨 城	60	140.0	6
46	ハートフルハウス	愛 知	56	194.7	3
47	トータルケアセンター	千 葉	55	77.4	9
48	日本基準寝具	広 島	49	58.1	9
49	長崎病協	長 崎	43	▲6.5	6
50	山梨スイートケア	山 梨	42	16.7	10
51	岐阜ケアサポートセンター	岐 阜	35	218.2	4
52	リカバリー	東 京	32	0.0	8
53	日本ケアシステム	三 重	7	600.0	9

出典：日経流通新聞 平成13年10月11日付

第3節 訪問入浴介護

1. 意義

訪問入浴介護とは、要介護者等の自宅を入浴車等で訪問し、浴槽を家庭に持ち込んで入浴の介護を行ない、利用者の身体の清潔保持と心身機能の維持等を図るものである。1回の訪問につき、看護職員1人と介護職員2人で行なう。ただし、利用者の身体状況から支障を生ずるおそれがないと認められる場合には、主治医の意見を確認したうえで、介護職員3人によるサービスの提供も可能である⁽²²⁾。入浴は排泄に次いで、介護負担の大きなもので、寝たきりの高齢者が何年も入浴できないでいることが問題になったことから、昭和50年頃から徐々に取り組む市町村が増えてきた、当初は特別養護老人ホームや社会福祉協議会に委託する例が多かったが、民間事業者が参入し始めると企業への委託が増えていったのである。民間入浴サービスを行なう事業者の組織として「全国入浴福祉事業協議会」がある⁽²³⁾。

訪問入浴介護は、老人福祉上の「社会福祉事業」ではなく、事業規制はない。行政指導を行なうに当たって「民間事業者による在宅介護サービス及び在宅入浴サービスのガイドラインについて」が定められており、これをもとに介護保険上の指定基準は定められている。介護保険

制度のもとで訪問入浴介護事業を行なう場合は、この指定基準を満たしていることが必要である。⁽²⁴⁾

2. 現況

訪問入浴介護については、介護保険導入直前まで訪問入浴サービスが他のサービスに比べて単価が割高（1回当たりの訪問入浴介護費は12,500円で、利用者の負担はその1割の1,250円）なため、区分支給限度額管理の下で優先度が低くなるため、その市場規模が縮小するという予想もあった。しかし、実際には利用者のニーズが強く好調なスタートを切ることができた。ケアプラン作成が本格化してくると、自治体サービスの上限だった月2～3回に上乗せを希望する利用者が続出した。特に、要介護4及び5の利用者は、毎週1回（月4回）以上の利用を希望するケースが多く、また、要介護度が比較的軽い高齢者も継続を希望する場合が多い。⁽²⁵⁾

介護保険が実施された平成12年4月以降の数ヶ月は、既存の入浴車両とスタッフがフル稼働しても、需要の急増に対応しきれなかった。また、介護保険導入への移行で、入浴車及びサービス提供チームの稼働率が低下した。すなわち、措置制度下で、自治体から受託したサービスでは、巡回ルートを事業者側で設定し、各利用者宅の訪問時間をそれに合わせてコントロールすることができた。しかし、4月以降、措置から契約への移行により、個々の利用者からの時間帯などの希望が出始めると、事業者にとって効率の良い巡回ルートは組みにくくなった。多様なニーズが顕在化し、事業者主導だった措置の時代より巡回の効率は低下し、入浴車1台あるいはサービス提供1チーム当たりの効率性は低下した。⁽²⁶⁾

厚生労働省の「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」によると、平成12年10月現在の訪問入浴介護の施設数は、全国で2,790にのぼり、地域別では神奈川県が最も多く、次いで、福岡106、大阪105、愛知100となっている。1事業所当たりの利用実人員数は平成12年9月中で27名となっている。事業主体の内訳をみると、社会福祉法人が34%、営利法人が30%を占め、両事業所とも増加傾向を示している。要介護度別に利用状況をみると、要介護認定5が最も高く49%、次いで要介護4が29%と、この2つで、約80%を占めている。⁽²⁷⁾今後高齢化の進展とともに、要介護度の高い高齢者の増大が予測されるため、訪問入浴サービスは、高額な介護サービスではあるが、需要増加が期待される領域であり、事業者のサービス提供における効率化が望まれるところである。

第4節 訪問看護

1. 意義

訪問看護とは、訪問看護ステーションや病院・診療所の看護婦等が、自宅を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行なうものである。対象者は、病状が安定期にあり訪問看護が必要と、主治医が認めた要介護者等である。サービスは、主治医との密接な連携と訪問看護計画にもとづき、療養生活を支援し、心身機能の維持回復を図るように提供される。サービスの提供は、看護婦、看護師の他、保健婦、保健士、准看護婦、准看護師、理学療法士、作業療法士

が担当する。申請者は法人であるが、病院・診療所の場合は法人格が不要である。⁽²⁸⁾訪問看護は、平成3年の老人保険法の改正により創設され、「指定老人看護事業」として訪問看護ステーションを拠点として提供されてきた。その段階ではステーションの設置は地方公共団体・医療法人・社会福祉法人等に限られ、株式会社等の民間事業者は排除されていた。したがって、訪問看護サービスの主体は、病院や診療所、または看護婦が起こした看護会社等によって設けられた訪問看護ステーションが中心となってきた。平成11年の規制緩和により、訪問看護ステーションは民間企業による事業展開が可能となり、介護保険下での地域福祉・地域医療の拠点として注目⁽²⁹⁾されている。

2. 現況

介護保険の施行当初、訪問看護の延べ訪問回数は減少傾向を示した。これは、区分支給限度額の制約を考慮して、ケアマネジャー及び利用者が訪問看護の報酬の約2分の1という低料金の訪問介護を優先的にケアプランに組み込んだためといわれている。日本訪問看護振興財団により実施された「訪問看護ステーションにおける介護保険導入1ヶ月の運営調査」によると、調査対象の15箇所のステーションのうち7箇所が「収入減」となっており、1人当たりの訪問回数の減少とともに、1回の訪問時間自体が短くなったことで、平均利用額が低下し、事業所全体の収入も減少⁽³⁰⁾している。これは、介護保険により利用者の1割負担が導入されたことにより、サービス利用が手控えられたことに起因している。特に、平均利用額の低下は、サービス1回当たりの単価が低下したことによる。すなわち、訪問看護には、サービス提供時間で30分未満（利用者負担425円）、30分以上1時間未満（同830円）、1時間以上1時間30分未満（同1198円）の3つの形態がある。利用者が最も長い1時間以上1時間30分未満を選んでくれば単価は上がるが、1198円（通常地域の訪問看護ステーションの場合）という自己負担のため、これを望む利用者は少ない。一般に、30分から1時間が多く、場合によっては30分未満もある。30分から1時間でも利用者負担は830円で、以前の250円に比べるとかなり高い。訪問介護の身体介護と比較しても割高であるため、利用者は回数を減らすことになる。このため、訪問看護ステーションは、実利用者数は同じでも、訪問件数、収入を大きく減らしたところが多くなった⁽³¹⁾のである。厚生労働省の「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」によると、平成12年10月現在の訪問看護の事業所数は、全国で4,994となっており、地域別では東京が423で最も多く、次いで、大阪353、神奈川238、兵庫224、福岡210、愛知201等となっている。1事業所当たりの利用実人員数は12年9月中で35人となっている。

訪問看護は、利用者の病状・場面などのケースごとに医療保険と介護保険のいずれかが適用される。原則として、日常的な看護業務が介護保険の対象となる一方、容体急変時への処置などは医療保険から給付される。訪問看護は、経費の8割以上を人件費が占める労働集約的サービスであることから、コストダウンを図るために、人件費の削減が求められるが、非常勤への切り替えにも信頼度の点で限界がある。⁽³²⁾しかしながら、訪問看護は、前述の訪問介護や訪問入浴と比較すると、スタッフ1人当たりの報酬単価が最も高く、収益率が良く、食事時間帯に依

頼が集中することなく、比較的巡回しやすいサービスであるとも言われている。⁽³³⁾

第5節 訪問リハビリテーション

1. 意義

訪問リハビリテーションとは、病院・診療所の理学療法士・作業療法士が、要介護者等の自宅を訪問して、心身機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるため、理学療法・作業療法等の必要なリハビリテーションを行なうものである。対象者は、病状が安定期にあり、在宅で診療にもとづき実施される計画的な医学的管理下でのリハビリテーションが必要と、主治医が認めた要介護者等である。サービスは、医師の指示と訪問リハビリテーション計画にもとづき、利用者の要介護状態等の軽減・悪化の防止に資するように行なわれる。申請者は病院・診療所で、法人格は不要で保険医療機関であれば、指定があったとみなされる。人員基準では、訪問リハビリテーション担当の理学療法士・作業療法士がいることが規定されている。⁽³⁴⁾

従来、訪問リハビリテーションは、保健所や病院・診療所・訪問看護ステーションなどで行なわれてきたが、介護保険では病院と診療所に限って「指定事業者」となることを認めている。なお、現状では営利法人は参入できない。

2. 現況

急性期を乗り越え、所定の医療的処置を受けた患者にとり、次のテーマは、慢性的な身体機能の低下を前提としていかに生活をして行くか、特に在宅で生活する場合はさまざまな介護支援サービスを利用しながらも、残存機能をフルに活用していかにリハビリテーションを居宅において継続していくかである。訪問リハビリテーションは、訪問介護や訪問看護等、他の様々な在宅サービスとの総合的な関連性の中で、それぞれの患者の状況に応じたケアプラン・ケアミックスの一環として提供されることが極めて重要となる。⁽³⁵⁾ 訪問リハビリテーションの利用者負担は、1回当たり550円となっている。

第6節 居宅療養管理指導

1. 意義

居宅療養管理指導とは、病院・診療所・薬局の医師・歯科医師・薬剤師等が、療養上の管理及び指導（厚生労働省令で定めるもの）を行なうものである。すなわち、通院が困難な要介護者等の自宅を訪問し、心身の状況や環境等を把握して、それに基づき療養上の管理および指導を行なうものである。居宅療養管理指導のサービス内容に応じて、病院・診療所の医師・歯科医師・薬剤師や薬局の薬剤師の他、病院・診療所の歯科衛生士と管理栄養士が担当する。なお、歯科衛生士が行なうサービスに相当するサービスを保健婦・保健士・看護婦・看護師・准看護婦・准看護師が行なうこともできる。申請者は、病院・診療所・薬局で、法人格は不要である。保険医療機関・保険薬局の指定は、居宅療養管理指導事業者の指定とみなされる。また、法施行時の保険医療機関・保険薬局は居宅療養管理指導事業者の指定があったとみなされる。人員

基準として、病院・診療所では医師・歯科医師やサービス内容に応じた適当数の薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士がいること、薬局では薬剤師がいることが定められている⁽³⁶⁾。

2. 内容

居宅栄養管理指導の内容としては、以下のものがある⁽³⁷⁾。

①訪問医療・訪問診療

医師が、自宅療養中の患者の居宅を訪問し、バイタルサイン（体温、脈拍、血圧などの生きていることを示す兆候）をはじめとする身体状況のチェック（1回当たりの利用者負担額940円）と共に、在宅環境の改善や介護者への介護教育（同510円）などを総合的に行なう。

②訪問歯科診療・訪問歯科衛生指導

歯科医師や歯科衛生士が、咀嚼機能、嚥下機能の低下から口腔内に問題を抱えやすい在宅療養者宅を訪問し、歯科治療（同940円）とともに口腔ケアを行ない（同500円）、食事指導を含めて利用者の総合的な口腔管理を行なう。

③訪問薬剤管理指導

さまざまな種類の薬を服用する在宅療養者を薬剤師が訪問し、医師等の指示に基づく処方薬の保管管理状況、服薬状況等のチェック・指導を行なうと共に、重複投薬などに伴う問題点を医師にフィードバックする（同550円）。

④訪問栄養管理指導

通院困難な患者や在宅療養中の患者などを管理栄養士が訪問し、医師の指導に基づいて栄養・食事指導を行なう。患者の実際の栄養状況・食事の状況を確認したうえで、食環境の改善を図る。高齢に伴う嚥下機能の低下や入れ歯等の状況になっても家族と共においしい食生活を送れるようにするためのメニュー提案を含め、在宅高齢者の快適な食生活を総合的に支援するものである（同530円）。

第7節 通所介護

1. 意義

通所介護とは、要介護者等が老人デイサービスセンター等に通い、入浴・食事の提供とその介護、生活等についての相談・助言、健康状態の確認等の日常生活の世話機能訓練を受けるものである。サービスは、利用者の心身機能の維持とともに、社会的孤立感の解消や家族の身体的・精神的負担の軽減を目的とし、施設で作成する機能訓練等の目標やサービス内容等を定めた通所介護計画にもとづき行なわれる。とくに、痴呆性老人については、その特性に応じたサービスを提供することになっている。介護や日常生活の世話は、看護職員・介護職員や生活相談員が、機能訓練は、機能訓練指導員が中心となって担当する⁽³⁸⁾。

人員基準と設備基準については、以下のようになっている⁽³⁹⁾。

〈人員基準〉

①生活指導員、介護職員、看護職員各1名ずつを専従とし、生活指導員又は介護職員のうち1

名以上を常勤とすること。

②定員が15名を超える場合には、定員5名又はその端数を増すごとに介護職員を1名増加させること。

③ただし、定員が10名以下の場合には生活指導員1名及び介護職員又は看護職員のいずれか1名を専従とし、かつ、これらの職員のうち1名以上を常勤とすること。

④常勤の管理者を1名置くこと。ただし、常勤の生活指導員、介護・看護職員との兼務可。

〈設備基準〉

①食堂

②機能訓練室

- ・食堂と機能訓練室を合計した面積が1人当たり3 m²以上あること。
- ・食堂と機能訓練室は兼用可。
- ・サービスを提供する際には所定の面積を占有可能であること。

③静養室

④相談室

- ・遮蔽物を設置するなど会話内容が漏洩しない配慮をすること。

⑤事務室

⑥その他必要な設備

- ・相互のサービス提供に支障がない場合は他の施設等の利用も差し支えない。

通所介護は、要介護者本人への介護サービスの提供だけでなく、家族介護人の心身の負担を軽減する効果が期待される重要なサービスである。まず、要介護者本人にとっては、定期的な外出とセンターでのコミュニケーションの機会が得られる。入浴介護やリハビリテーションの指導を受けるだけでなく、レクリエーションを通じて、身体と精神のリフレッシュができる。また、介護する家族介護人にとっても、介護から解放される貴重な時間であり、買い物などの家庭の仕事をこなしたり、自らの趣味の時間に費やしたりすることで、人生を充実させる一端になることが期待されている。通所介護の事業形態としては、以下のようなパターンが考えられる。⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾

①病院・診療所によるサービス提供

病院内に通所介護を設け、既存の医療活動の延長として行なう。

②在宅サービスの延長としてサービスを提供

訪問介護とともに通所介護等の複数の福祉サービスを提供する。

③民間企業や民間団体がサービスを提供

民間企業が寮などの遊休施設を活用して、通所介護を始めたり、ボランティア団体などが商店街の空き店舗や企業の遊休施設を借り受けて、サービスを提供する。

2. 現況

通所介護は、訪問介護と短期入所と並び、福祉系在宅サービスの3本柱の1つといわれてき

たが、通所介護は、多額の初期投資を必要とするため、営利法人の積極的参入は数社に限定されており、多くの企業は介護保険導入後間もないため模様眺めの状況である。他方、既存の社会福祉法人は、利用者ならびに定員共に増加傾向にある。しかし、措置制度の時代に手厚い補助金のもとに運営が行なわれていた大都市圏の社会福祉法人では、補助金の廃止への対応のため質の確保と収益性のバランスに苦戦している状況である。

訪問介護と比較すると、営利法人の参入は進んでおらず、社会福祉法人が約4分の3を占める状況が介護保険施行後も続いている。社会福祉法人のように営利法人や医療法人は、整備費補助が得られないため初期投資のリスク軽減の措置が得られない限り、営利法人の参入は進展しないだろうといわれている。⁽⁴²⁾ 通所介護の問題点として指摘されるのは、稼働率の引き上げの限界性である。すなわち、利用日直前のキャンセルは恒常化しており、利用者の定員を確保しようとするれば、定員の2～3割増の予約を取る必要がある。しかし、介護報酬の算定上、利用者数が定員を超過すると全員の算定額が100分の70に減額されてしまうため、過剰な予約確保にもリスクが伴うのである。また、補助金の廃止により東京都の事業者に見られるように、入浴介助が重い負担となっていることにも問題がある。介護保険施行前は、東京都の通所介護事業は寝たきり者が対象で、通所入浴に対して1回当たり8,930円の補助金を支給していた。しかし、介護保険施行後は、介護保険事業は廃止となり、介護保険の通所介護サービスに一本化され、軽度の要介護者も利用できるようになり、利用者が増大し、経費及び人件費の増加の対応

図表6 通所介護費

		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単独型	3時間以上4時間未満	332単位	383単位		514単位		
	4時間以上6時間未満	474単位	547単位		734単位		
	6時間以上8時間未満	664単位	766単位		1,028単位		
併設型	3時間以上4時間未満	280単位	331単位		462単位		
	4時間以上6時間未満	400単位	473単位		660単位		
	6時間以上8時間未満	560単位	662単位		924単位		
痴呆専用 単独型	3時間以上4時間未満	443単位	511単位		687単位		
	4時間以上6時間未満	633単位	730単位		981単位		
	6時間以上8時間未満	886単位	1,022単位		1,373単位		
痴呆専用 併設型	3時間以上4時間未満	373単位	441単位		616単位		
	4時間以上6時間未満	533単位	630単位		880単位		
	6時間以上8時間未満	746単位	882単位		1,232単位		

※食事加算…1日・39単位加算、送迎加算…片道・44単位加算、入浴介助加算…1日・39単位加算、特別入浴介助加算…1日・60単位加算

出典：『事業別・分野別 介護・福祉ビジネス参入・事業化マニュアル』82頁。

⁽⁴³⁾に追われている。通所介護費の詳細は図表 6 に示されている。

平成12年10月現在の通所介護の事業所数は、8,198であり、県別にみると、東京が467で最も多く、次いで大阪407、北海道375、神奈川370、愛知315等となっている。なお、9月中の1事業所当たりの利用実人員数は72人となっている。通所介護の利用者を要介護度別にみると、要介護1が32%で最も多く、次いで要介護2の21%、要支援の18%等となっており、比較的⁽⁴⁴⁾要介護度の低い高齢者により利用されている。

第8節 通所リハビリテーション

1. 意義

通所リハビリテーションとは、介護老人保健施設や病院・診療所に通い、心身機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるための理学療法・作業療法等の必要なりハビリテーションを受けるものである。対象者は、病状が安定期にあり、上記施設で診療に基づき実施される計画的な医学的管理下でのリハビリテーションが必要と主治医が認めた要介護者等である。サービスは、医師の指示とリハビリテーションの目標・サービスの内容等を定めた通所リハビリテーション計画にもとづき行なわれる。特に痴呆性老人については、その特性に応じたサービスを提供することになっている。申請者は、介護老人保健施設、病院、診療所である。ただし、介護老人保健施設については、開設許可があれば指定があったとみなされ、病院・診療所については法人である必要はない。

厚生労働省では、通所リハビリテーションの目的を「痴呆等の精神障害を有する患者または脳血管障害等に起因する運動障害を有する患者の心身機能の回復及び維持」としている。今後高齢化が進むにつれて後期高齢者の割合が高まり、通所リハビリテーションのニーズは高まる⁽⁴⁵⁾ことが確実視されている。

2. 現況

病院・診療所が行なう通所リハビリテーション施設は、全国に平成12年10月現在で2,950あり、都道府県別に見ると福岡が257で最も多く、次いで鹿児島197、大阪162、岡山142、広島138、兵庫128、熊本102、京都100と圧倒的に関西以西が多くなっている。1事業所当たりの平成12年9月中の利用実人員数は50人となっている。

通所リハビリテーションの利用状況を要介護度別にみると、要介護1が36%と最も多く、次いで⁽⁴⁶⁾要介護2が22%、要支援が17%と要介護度の比較的軽い利用者多い。介護保険導入による利用者の1割負担と区分支給限度基準額の上限設定という2つの要因は、要介護者等のサービスの利用を抑制することになり、通所リハビリテーションは、その影響を大きく受けた。すなわち、登録者数自体は減少してはいたとも、1人当たりの利用回数が、区分支給限度基準額を考慮して減少したのである。介護保険導入前、デイ・ケアは、基本的に週3回まで実施でき、重度の痴呆性老人の場合は、毎日実施することも可能であった。しかし、介護保険制度では、訪問通所系のサービス総額が区分支給限度基準額の範囲内におさまるようにしなければならず、

図表7 通所リハビリテーション費

		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
病院・診療所	3時間以上4時間未満	331単位	387単位		532単位		
	4時間以上6時間未満	490単位	575単位		789単位		
	6時間以上8時間未満	661単位	774単位		1,063単位		
老人保健施設	3時間以上4時間未満	324単位	379単位		521単位		
	4時間以上6時間未満	463単位	542単位		744単位		
	6時間以上8時間未満	648単位	758単位		1,041単位		

※食事加算…1日・39単位加算，送迎加算…片道・44単位加算，入浴介助加算…1日・39単位加算，特別入浴介助加算…1日・60単位加算

出典：前掲書，同頁。

要介護度が低く，限度額の少ない人を中心に，利用回数を減らすケースが増えたのである。利用が減った事業所は，規模が大きかったり，利用者1人当たりの回数が多いなど，介護保険導入前からデイケアに積極的だったところが多いといわれている⁽⁴⁷⁾。また，通所リハビリテーションの介護報酬の設定にも問題がある。その介護報酬は，要介護度が重く，サービス提供時間が長くなるほど高くなる仕組みになっている(図表7参照)。しかし，利用者負担との兼ね合いから⁽⁴⁸⁾，真中の「4～6時間」が多くなり，大半の施設では収入が低下してしまった。

おわりに

介護保険制度が施行されてから1年半経過した。今年の10月からは制度導入を円滑にするという政治的配慮から実施されていた介護保険料の軽減措置もなくなり本来の金額の徴収が始まっている。介護保険制度の導入により，介護サービスは行政の措置から利用者と業者との契約に基づき実施されるように変化した。当初，新制度導入時には不可避免的に発生する介護事業者の乱立と撤退等様々な問題が発生したが，混乱も次第におさまり介護事業者自身がサービス向上に努力する動向も見られるようになってきた。これからがサービス業の一環としての本領発揮が求められることになる。

本稿においては，紙幅の制約から介護サービスのうちの居宅サービスの7つの事業分野に限定して考察を試みたが，次稿では，今回対象とすることのできなかった短期入所生活介護，短期入所療養介護，痴呆対応型共同生活介護(痴呆性老人グループホーム)，特定施設入所者生活介護，福祉用具貸与等の事業分野について論究してみたい。

(注)

- (1) 厚生省監修『平成12年版 厚生白書』ぎょうせい 平成12年 138頁。
- (2) 前掲書 139頁。

- (3) 厚生省監修 『平成10年版 厚生白書』 ぎょうせい 平成10年 234頁。
- (4) 前掲書 241頁。
- (5) 岸田宏治 「急成長する高齢者介護市場の推計」『ニッセイ基礎研究所 REPORT』平成10年 5月号。
- (6) 山崎泰彦編 『介護保険制度・ゴールドプラン 2』 東京法令出版 平成12年 61～62頁。
- (7) 社会保険研究所 『介護保険制度の解説 平成13年 1月版』 社会保険研究所 平成13年 62頁。
- (8) 前掲書 63頁。
- (9) 大内俊一 『事業別・分野別 介護・福祉ビジネス参入・事業化マニュアル』 アーバンプロデュース 平成12年 155頁。
- (10) 「介護サービス世帯調査の概要」 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/setai00/kekka-1.html>。
- (11) 『詳報介護ビジネスガイド 2001』 日経 PB 平成12年 22頁。
- (12) 前掲書 28頁。
- (13) 「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/setai00/kekka-1.html>。
- (14) 「日経ビジネス」 平成11年 5月10日号 116頁。
- (15) 「日経ヘルスケア21」 平成13年 9月号 25～26頁。
- (16) 鈴木文昭 「在宅福祉サービス市場のカギをにぎるホームヘルプサービス業」 日本能率協会総合研究所 『市場予測レポート 3 パーソナルサービス編』 平成11年 195頁。
- (17) 「日経ヘルスケア21」 平成13年 4月号 22頁。
- (18) 「日経シニアビジネス」 平成13年 5月7日号 4～5頁。
- (19) 「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」 前掲アドレス。
- (20) 日経流通新聞 平成13年 3月22日付。
- (21) 上條俊昭 『急成長するヘルスケア・マーケット』 東洋経済新報社 平成11年 48～49頁。
- (22) 『介護保険制度の解説 平成13年 1月版』 64頁。
- (23) シニアライフプロ編 『高齢者の暮らしを支えるシルバービジネス』 ミネルヴァ書房 平成10年 15頁。
- (24) 『事業別・分野別 介護・福祉ビジネス参入・事業化マニュアル』 184頁。
- (25) 『詳報介護保険ビジネスガイド 2001』 31頁。
- (26) 前掲書 32頁。
- (27) 「介護サービス世帯調査の概要」 前掲アドレス。
- (28) 『介護保険制度の解説 平成13年 1月版』 65頁。
- (29) 『事業別・分野別 介護・福祉ビジネス参入・事業化マニュアル』 197頁。
- (30) 『詳報介護ビジネスガイド 2001』 34頁。
- (31) 「日経ヘルスケア21」 平成13年 4月号 25頁。
- (32) 前掲書 37～38頁。
- (33) 「日経ヘルスケア21」 平成13年 9月号 27頁。
- (34) 『介護保険制度の解説 平成13年 1月版』 66頁。
- (35) 『事業別・分野別 介護・福祉ビジネス参入・事業化マニュアル』 2頁。
- (36) 『介護保険制度の解説 平成13年 1月版』 67頁。
- (37) 『事業別・分野別 介護・福祉ビジネス参入・事業化マニュアル』 241～242頁。
- (38) 『介護保険制度の解説 平成13年 1月版』 70頁。
- (39) 介護保険研究会 会計人グループ編 『介護保険と病医院経営』 ぎょうせい 平成12年 303～304頁。

- (40) 『事業別・分野別 介護・福祉ビジネス参入・事業化マニュアル』 269頁。
- (41) 前掲書 270頁。
- (42) 『詳報介護保険ビジネスガイド 2001』 40頁。
- (43) 前掲書 41～42頁。
- (44) 「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」 前掲アドレス。
- (45) 『事業別・分野別 介護・福祉ビジネス参入・事業化マニュアル』 292頁。
- (46) 「平成12年介護サービス施設・事業所調査結果速報」 前掲アドレス。
- (47) 「日経ヘルスケア」 平成12年7月号 32頁。
- (48) 「日経ヘルスケア21」 平成13年4月号 28頁。