

# 「高齢化と介護ビジネス」

経済学部第2経済学科4年

藤井信幸ゼミナール所属

2210040136

佐々木 陽

## 要旨

少子高齢化と介護ビジネスは実に密接な関係をもっている。すなわち、少子高齢化が進行するほど介護ビジネス市場は潤っていくのである。そして皮肉なことに現在では右肩あがりの市場として介護ビジネスは注目を集めている。介護市場規模をみても 2000 年度次では 4 兆 3000 億円だったのが約 3 年後の 2010 年には 6 兆円になると見込まれている。先のコムスン問題にしても世の中の関心を一身に集めており、世間は介護にとっても興味と不安を抱いていることが分かる。

私も大学生活において障害者自立支援施設での生活補助や各種ボランティアを通じて、まだまだ超高齢社会に向けて準備不足であるように感じた。さらに問題はその現場の人手不足や給与問題、周辺住民の理解の低さである。現場では一人で何人もの障害者や老人を見なくてはならず、常に目を配らなくてはならない状況でいつ事故がおきてもおかしくない。加えて、福祉業界は給与が他の業界より低いために男性の担い手不足であることも問題である。そして、周辺住民の介護に対する関心のなさが施設の運営難に拍車をかけているのもまた問題であると感じた。以上のことから私は介護に対して興味をもち、兼ねてから施設運営に関心があったために今回介護ビジネスについて執筆するに至った。

本文の構成は 4 章構成であり、1 章では高齢化と介護の密接な結びつきについて高齢化のデータを用いながら検討した。

第 2 章では介護保険制度について論じた。また、その過程では介護保険制度が成立するまでの歴史についても言及してどのような概念で介護保険制度が成立したのか明らかにした。

第 3 章では介護保険制度のもと、介護サービスの種類や介護ビジネスが各民間事業者によってどのように運営されているかについて論じた。その中にはいくつかの企業を事例にして、介護ビジネスの問題点などを浮き彫りにしている。

第 4 章では医療と介護ビジネスの連携と今後の介護ビジネスのあり方について検討した。医療と介護についてはその連携が難しいと言われているが、現在では連携がとれてきつつあることを本章で説明した。その中では公的機関の介護ビジネスにも触れている。

以上が本論の要旨である。

## 目次

序文

第1章 高齢化と介護の実情 . . . pp. 5～10

第1節 日本の高齢化の実情と介護サービスの派生

第2章 日本の介護制度とサービス . . . pp. 11～17

第1節 介護制度の歴史

第2節 介護保険制度の仕組み

第3節 介護保険制度の課題

第3章 介護ビジネス市場の形成 . . . pp. 18～23

第1節 介護サービスと介護予防サービス

第2節 介護ビジネス市場の現状と介護報酬

第3節 民間事業者の介護ビジネス市場への参入

第4章 今後の展開 . . . pp. 24～30

第1節 医療と介護の連携

第2節 介護ビジネスの今後

終論

## 序文

「少子高齢化」という言葉はもう何度耳にしたか分からない。高齢化の推移を示す資料としては国立社会保障・人口問題研究所が提供する人口ピラミッドの予測モデルが私達には馴染み深いですが、それはあくまでも中位推計での予測にすぎない。言わば楽観的予測を私達は真実と信じさせられている。なぜなら 2000 年以降の将来の出生率データ(図表 1)を見ても分かる通り、中位推計の数値は実際の数値と比べて明らかに過大推計しており下方修正を余儀なくされている。これはデータの一部を切り取った結果に過ぎないが、将来も下方修正していく可能性は高いといえる。下方修正するといってもそれにより弊害も生じることを覚悟しなければならない。

公的年金を例にとると、「保険料や給付の水準、積立金の規模は推計人口に基づいて設定している。少子化で現役世代の割合が予想より小さくなると、保険料の引き上げや給付額の削減などが必要になる。」という事態が懸念されている。保険料の負担義務を 20 歳以上にまで引き下げる案も出ている。高齢化の高まりとともに 2000 年にスタートした介護保険制度だが、まだまだ若い制度とあって問題も多い。よって第 1 章ではこの高齢化現象と介護の密接な関連性について論じる。

第 2 章ではこの介護保険制度について論じていく。同制度のスタートと同じくして最近では民間介護事業者コムスンの介護請求等の不正問題など高齢化に比例して世間の福祉への関心も高まってきている。私はもともと福祉系のサークルに所属しており、コムスンが東京都などから度々業務改善勧告を受けていたのを知っていた為に特に驚きはしなかったが業界を代表する企業だけに残念でならなかった。

また、介護事業はこの先日本の高齢化とともに間違いなく需要が跳ね上がることが予想されている。厚生労働省によると、介護市場規模が 2000 年度次では 4 兆 3000 億円だったが約 3 年後の 2010 年には 6 兆円になると見込まれており、その成長性から民間事業者も次々と独自のサービスを売りに参入してきている。コムスンの不正問題はその矢先の出来事である。この介護ビジネスの現状や問題点は第 3 章で論じていく。

第 4 章では医療と介護ビジネスの連携と今後の介護ビジネスのあり方について論じていく。医療と介護についてはその連携が難しいと言われていているが、現在では連携がとれてきつつあることを本章で説明していく。その過程では公的機関の介護ビジネスにも触れる。

## 第1章 高齢化と介護の実情

### 第1節 日本の高齢化の実情と介護の派生

まず老年人口および老年人口比率の推移のグラフを図示して日本の高齢化の動きを明らかにしておく。一般に65歳以上の高齢者が占める割合が7%以上を「高齢化社会」、14%以上を「高齢社会」と呼んでいる。日本は1970年に7%に到達しており、1994年には14%に到達するなど既に「高齢社会」である。

また図表2を見ると、2010年には、22.5%に達すると予測されており、国民の5人に1人は老人であるという社会がすぐそこまで迫っている。100人に20人以上が65歳以上の高齢者であるといえはますます危機感を抱かすにはいられない。さらに2050年には35.7%と約3人に1人が65歳以上の高齢者になると予測されている。しかも、驚くべきはその高齢者比率の多さでなく高齢化のスピードにある。

図表3は世界各国65歳以上の高齢者比率の推移を示したものである。図表3から分かるように元々日本は1950年の段階では高齢化はあまり進んでおらず、フランスやアメリカなどの欧米諸国の方が比率は高かった。それが2000年になると欧米諸国を抜いて図表3の国々の中では高齢化が最も進んでいる国となっている。勿論、日本以外の各国も高齢化は進んでいるのだが、あまりにも日本の高齢化するスピードが速いのである。2050年にかけてもそのスピードは衰えず、2000年から日本を遥かに凌ぐスピードで高齢化する韓国とともに世界でも有数の高齢国家となることはまず間違いない。

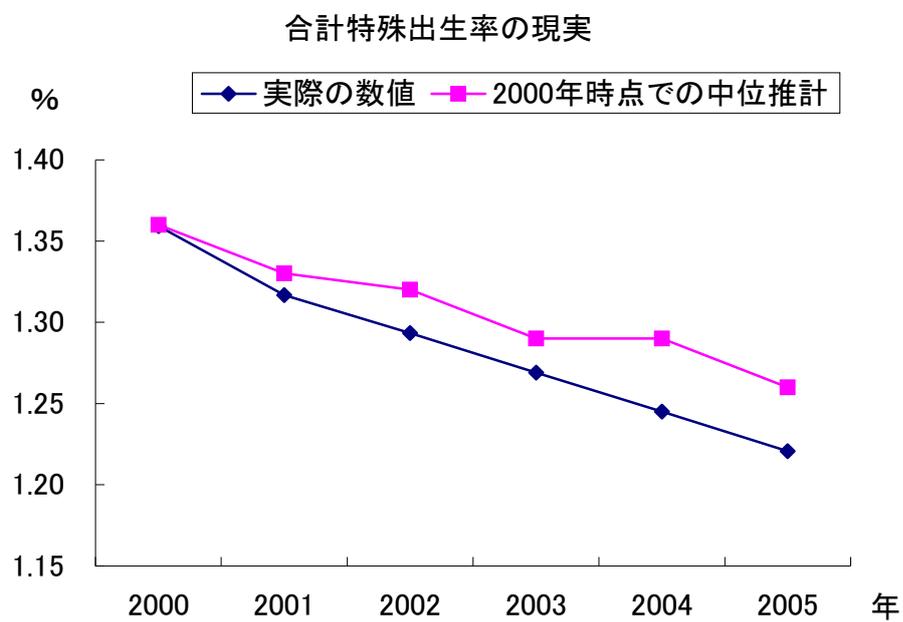
図表4は各地区の人口の多い上位3都府県および北海道と沖縄県の高齢化率の推移を示している。2004年の時点では高齢化率の高い地区は急速に過疎化が進行している東北地区や四国地区や中国地区であり、政令指定都市が置かれていない地区を中心に高齢化していることが分かる。逆に高齢化の進行が最も遅いと推移されているのは沖縄県であり、東京都、神奈川県といった関東地区の都市が続く。介護施設およびサービスは都会であればあるほど充実していることを考えればなんとも皮肉な結果と言える。また、注目したいのは2025年に平均して高齢化率が30%であるということ。日本全国どこへ行っても10人に3人以上は65歳の高齢者ということになるのである。考えただけでも恐ろしい。

ここまで様々な角度から日本の高齢化について考察してきたが、皮肉なことにこの「高齢社会」の到来は加速すればするほど介護業界にとっては追い風となる。高齢になればなるほど、体の機能は衰えて人的介護が必要になるからである。その現象は人間にとって必然といえるだけに時期を遅らせること、即ち予防策が現状では最善の策といえる。老化を

遅らせるだけでなく、家族の介護負担や保険給付の抑制にもつながり、様々なメリットも期待できる。介護予防は2005年の介護保険制度見直しの際に注目され、介護予防サービスという形でビジネス化されている。

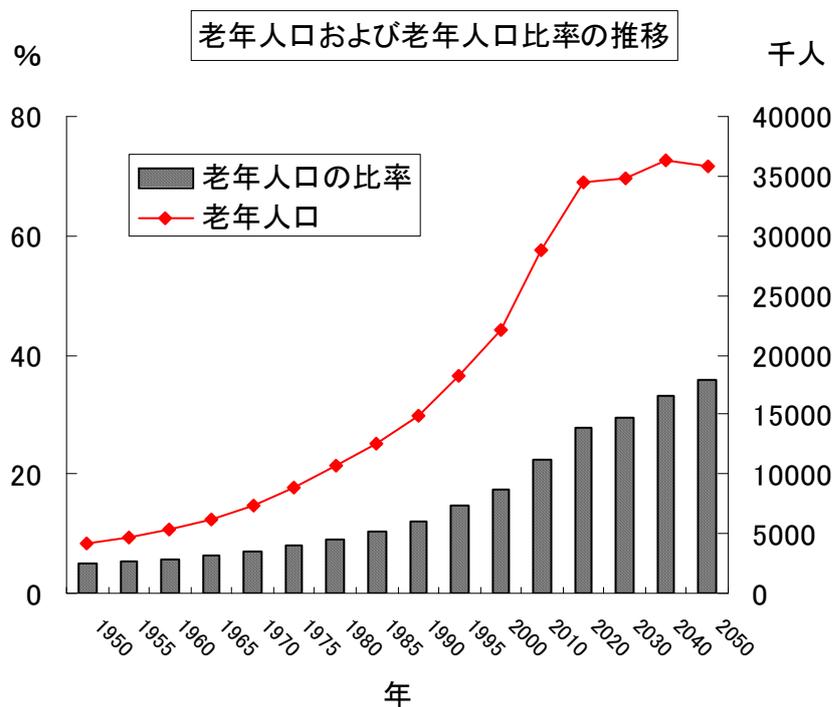
また、高齢者とひとくくりにしても適切な介護サービスの程度は様々である。高齢化の加速により従来の政府の主導による「措置」では適切な介護サービスを提供するには限界がきたのである。介護ビジネスの目玉である介護サービスの選択を可能にしたのが後に触れる介護保険制度であり、それに乗じる形で積極的に参入してきた民間の介護業者なのである。その介護サービスは軽度のレベルのサービスから重度のレベルのサービスまで様々用意されているが、その種類や内容についての詳細については第3章で述べることにする。

図表1 合計特殊出生率の現実



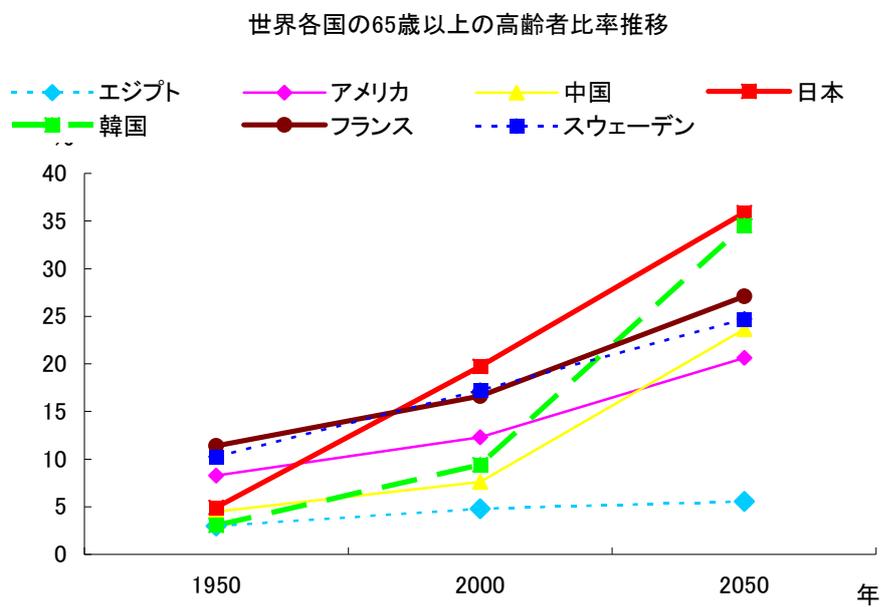
出典) 国立社会保障・人口問題研究所 平成14年1月推計。

図表2 老年人口および老年人口比率の推移



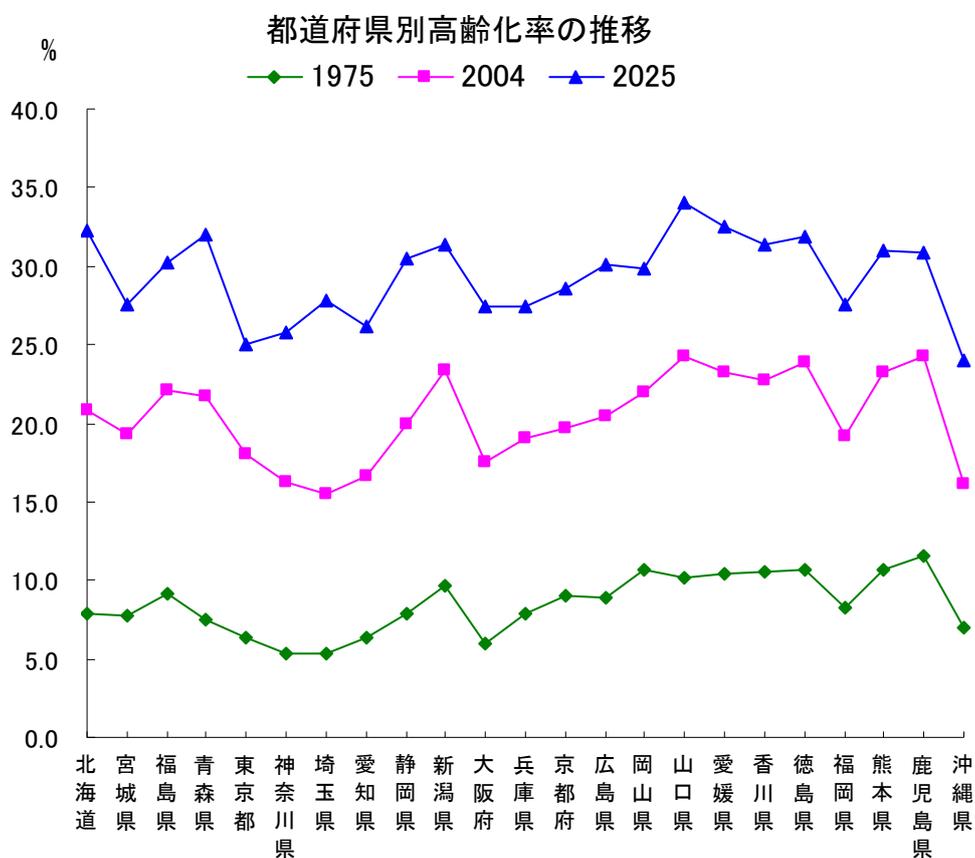
出典) 総務庁統計局『国勢調査』, 国立社会保険・人口問題研究所『日本の将来推計人口』。

図表 3 世界各国の 65 歳以上の高齢者比率推移



出典) 国立国会図書館・人口問題研究所、『人口統計資料集』(2007年版)。

図表4 都道府県別高齢化率の推移



出典) ウィキペディア「道府県の人口一覧」 <http://ja.wikipedia.org/wiki/%E9%83%BD%E9%81%93%E5%BA%9C%E7%9C%8C%E3%81%AE%E4%BA%BA%E5%8F%A3%E4%B8%80%E8%A6%A7>.

## 第2章 日本の介護制度とサービス

### 第1節 介護制度の歴史

日本の介護制度の始まりは1963年の老人福祉法の成立である。目的は「老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対して、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もつて老人の福祉を図ること」<sup>1</sup>とされている。制定された時代背景には少子高齢化の影響が強く、家族制度の変化や核家族化による家族の老親扶養能力の急激な低下などが挙げられる。老人に対する生活保障が不安定となったために、従来の公的扶助による政府のその場凌ぎの対応では賄いきれなくなったのである。同制度の施行は決して早いものとは言えず、むしろ他の福祉施策に比べると著しく遅い施行といえる。加えてこの制度がターゲットにしたのは形式の上では万人だが実は低所得層である。よって特別養護老人ホームの入所は緊急度が高くかつ低所得の高齢者とされた。これは当時の介護施設の供給が介護を必要とする高齢者の需要に追いついていなかったからである。

それから10年後の1973年には年金制度の不確実性を補う形で老人医療費支給制度が制定され、老人医療費の自己負担の無料化が実現した。しかし、これが当時の老人福祉介護施設の不足という問題を露呈するのである。介護される為に病院へ通院するまたは入院する「病院のサロン化」<sup>2</sup>という社会問題が起こったのだ。介護専門の施設がなければそれに最も擬似している病院へという考えは誰もが考え得ることだ。これは政府が高齢者の介護施設に対する需要の高さの目測を誤った結果によるものと言える。そして、老人医療費の急増による財政圧迫を打開するために生まれたのが1982年の老人保健法である。この老人保健法は「国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もつて国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ることを目的として制定された法律である」<sup>3</sup>とされている。この法律により、老人医療費の自己負担の無料化は撤廃され、国民が公平に一定額の医療費を負担することとなったのである。

また、本格的な高齢社会の訪れを目前にした1989年には積極的に高齢者社会に対応し、

---

<sup>1</sup> ウィキペディア「老人福祉法」：<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E8%80%81%E4%BA%BA%E7%A6%8F%E7%A5%89%E6%B3%95>.

<sup>2</sup> 駒村康平[2006],p.202

<sup>3</sup> ウィキペディア「老人保健法」：<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E8%80%81%E4%BA%BA%E4%BF%9D%E5%81%A5%E6%96%BD%E8%A8%AD>.

各種の施設サービスの整備を図ろうとする計画であるゴールドプランが制定される。これは高齢者保健福祉推進 10 ヶ年戦略とも呼び、具体的な内容は以下の通り。「市町村における在宅福祉対策の緊急実施、施設の緊急整備が図られ、特別養護老人ホーム・デイサービス・ショートステイなどの施設の緊急整備、ホームヘルパーの養成などによる在宅福祉の推進」<sup>4</sup>。このゴールドプランの特長としては「従来の役所にはなかった思い切った発想に基づいた戦略である」<sup>5</sup>と述べられており、それまでの老人保健制度の延長線上のものではないという意図が分かる。さらに、「この戦略では、保健福祉の実施主体を市町村としており、市町村が担うべき保健及び福祉施策の実施権限と責任は、従来大幅に拡大された」<sup>6</sup>。とされていて国は地方に負担逃れしたとも捉えられるが、これで国の福祉サービスを担う比重は格段に減ったと言える。

翌年には都道府県及び市町村毎に「老人保健福祉計画」を策定することが定められ、1994年の新ゴールドプランがそれを反映したものである。この新ゴールドプランは「2000年4月の介護保険制度の導入で生じる新たな需要に対応するため、新ゴールドプランの柱は在宅介護の充実に重点を置き、ヘルパーの数17万人の確保、訪問看護ステーションを5,000箇所設置するなどを目標とした」<sup>7</sup>。ということから、この新ゴールドプランは新しい目的の元に作られたものではなく、ゴールドプランの延長線上にある制度であることが分かる。また、それはネーミングからも容易に推測できる。

そして、1999年からは高齢者保健福祉計画を名称とするゴールドプラン21が新ゴールドプランに代わってスタートする。この制度も目新しいものではなく、「介護サービス基盤の整備と生活支援対策等を車の両輪として実施する」<sup>8</sup>とされていることから、新ゴールドプランからの路線変更はないことが分かる。

---

<sup>4</sup> 柏市インターネット男女共同参画推進センター:[http://danjo.city.kashiwa.lg.jp/gakushu/u/gender\\_terms/terms/gold.htm](http://danjo.city.kashiwa.lg.jp/gakushu/u/gender_terms/terms/gold.htm).

<sup>5</sup> セミナーJMC:<http://www.jmcnet.co.jp/nagayama/gold.html>.

<sup>6</sup> セミナーJMC:<http://www.jmcnet.co.jp/nagayama/gold.html>.

<sup>7</sup> 柏市インターネット男女共同参画推進センター:[http://danjo.city.kashiwa.lg.jp/gakushu/u/gender\\_terms/terms/gold.htm](http://danjo.city.kashiwa.lg.jp/gakushu/u/gender_terms/terms/gold.htm).

<sup>8</sup> 日本ケアワーク研究会:<http://www.kaigo.gr.jp/goldplan/goldplan21.htm>.

## 第2節 介護保険制度の仕組み

介護保険制度とは「社会の高齢化に対応し、日本で2000年度から介護保険法により設けられた社会保険制度」<sup>9</sup>と定義されている。

はじめに介護保険制度が生まれた背景とその必要性について考察する。その一番の要因としては一般に日本の世界的にも異常なスピードでの高齢化(図表3参照)が指摘され、さらには介護サービスや施設、ヘルパーの需要に対しての圧倒的な供給の不足問題も最近に始まったことではなく、介護保険制度以前の制度であるゴールドプランなどでも散々課題にされてきたことである。前者は介護予防の浸透や国民の意識改革によって、後者は将来的に財源の増加によって打開できる日が到来するかもしれないが、現状からするとそれはどちらも不確定要素でしかないと言える。このような意識改革にも財源にも頼れない状況で、最後に政府が用意したカードが介護保険といえる。よって、今回の介護保険制度の生まれた背景としては、従来の課題に引き続き取り組んでいくことに加えて、介護保険によってさらに高齢者に対しての介護サービスを充実させていく為の制度整備だと捉えることができる。

また、CACという社会人大学のホームページでは介護保険制度が生まれた背景についてこう述べている。「介護の問題は、もはや誰もが避けて通れないものとして、国民一人ひとりが考えなくてはいけないことになってきたのです。老いて介護が必要になったときに、安心して介護を受けられる、そして介護をする人の負担を少しでも軽くしようといったニーズから生まれたのが、介護保険制度です。高齢化社会において、介護の社会化を進めるために必要な制度として制定されたのです」<sup>10</sup>。このように、誰もが老いた時に避けては通れないものが介護であり介護保険制度なのである。

介護保険制度の根底にある介護保険の仕組みは「保険料と公費を財源に、自力で日常生活を送ることが困難で、介護が必要な状態(要介護状態)にある高齢者や虚弱老人に対し、介護サービス、寝たきりの予防や自立の支援につながるよう、必要なサービスを提供する仕組み」<sup>11</sup>とされており、介護保険とは介護サービスを受ける為の手段と捉えることができる。それが制度として整備されたものが介護保険制度である。

介護保険制度を支える財源については図表5から分かる通り半分を保険料でまかない、

<sup>9</sup>ウィキペディア「介護保険制度」:<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E5%88%B6%E5%BA%A6>.

<sup>10</sup>CACホームページ:<http://www.kentei.com/cac/index.html>.

<sup>11</sup>駒村康平[2006],p205.

もう半分を公費でまかなう形となっている。ちなみに被1号保険者とは65歳以上の保険加入者のことであり、被2号保険者とは40歳以上65歳未満の医療保険加入者のことである。各保険料の算出方法は図表6の通りである。ちなみに被2号保険者については、保険料負担開始を20歳以上に引き下げようという動きが出ているが私は賛成だ。介護保険料を負担しながら、財源不足により介護サービスをうけることができないなどということは起きてはならない。

しかし、介護保険の給付は上記の保険料だけを納めるだけでは受けることはできない。そこで必要となるのが介護認定審査会による要支援認定である。この要支援認定は本当に介護を受ける必要な状態にあるかというチェックであり、6段階のレベルに区分されている。下から要支援、要介護1とあり、要介護5まで用意されている。レベルが大きくなっていくほど、介護サービスの負担も大きくなるために保険給付金も比例して大きくなる。

### 第3節 介護保険制度の課題

現在、介護保険制度が直面している深刻な問題の一つは特養ホームの不足である。例えば、2007年8月19日付の『日経新聞』は「特養には入居を待つ待機者が約三十八万人いるといわれる。特養の入居者は現在約三十八万人なので、ほぼ同じ数の待機者がいる計算だ。中には三カ月程度で入居する人もいれば、三―五年間ぐらい待つ人もいる。特に埼玉、千葉、東京などの首都圏では圧倒的に施設の数が不足している」<sup>12</sup>と報じている。現状は特養ホームの入所待ちが38万人ほどいる事実が示すように、まだまだあらゆる介護施設が不足している状況なのである。このような状況を一刻も早く改善して介護する家族などの負担を軽くすることで、老老介護から発生する悲惨な事件をなくさなければいけないのである。

介護保険制度のスタートにより逆に迷惑を被った例もある。同じく日経新聞によれば「東京都内に住む浦辺アヤさん（仮名、70）は従来の福祉制度を使い、無料で週二回、一回三時間のホームヘルプを受けていたが、介護保険導入後は一割負担に。月に約四千元だが、少しでも出費を抑えたいと考え、一回当たり二時間に抑えた。それだとヘルパーは食事を作るのが精いっぱい。結局、家計を支える娘がアヤさんの部屋の掃除なども引き受けることになった」<sup>13</sup>と、家計が苦しい家庭にとっては介護サービスの1割負担が重すぎる事情が窺われる。サービスは充実しても支払うお金に余裕がないという状況が生まれては、同制度が存在する意味がない

また、疑問に思うのが前節で述べた要支援認定の認定基準である。要支援認定は当然人の手で行われるが、そこに私情は入らないのか。基本的に認定調査は市町村の職員が行うが、「実際には、市町村の調査担当職員の不足により、居宅介護支援事業者または介護保険施設に認定調査を委託することも多い」<sup>14</sup>という。職員が私情をはさむ可能性はないかもしれないが、居宅介護支援事業者はどうであろう。顧客に有利な判定をしないと限らない。また、もし認定調査対象者が痴呆や重い病気を患っていたらどうであろう。そこに細かな判定基準が存在しない為にまだまだ甘い認定基準と言わざるをえない。道路交通法のようにある程度の基準を設定してあとは譲り合いという風にはいかない。結局はその調査だけ

---

<sup>12</sup> 「最期はどこで (3) 介護施設——「求める生活」に応じ選択。」、『日本経済新聞』, 2007年8月19日。

<sup>13</sup> 「介護保険はスタートしたが...—難しい家族の心のケア、かえって負担増も」、『日本経済新聞』, 2000年6月25日。

<sup>14</sup> ウィキペディア「要介護認定」:<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E8%A6%81%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E8%AA%8D%E5%AE%9A>.

で決まるわけではないので何とも言えないが、より公平さを追求してほしいものである。

さらに要介護認定の申請方法が本人および家族または依頼を受けた居宅介護支援事業者などによる自己申告制であることに疑問符がつく。つまり申請がなければ介護保険の給付は受けられないことになる。何を言いたいのかというと、家庭の事情や病状により身動きが取れない高齢者が存在することも考慮しなければならないということである。中にはまだお世話になる必要はないと自己解決している高齢者もいる。自己申告制によるサービスの適応はどう考えても無理がある。

また、同制度をよく認知していない家族や高齢者に至っては悪徳商法を展開するには格好の餌食となる。実際に佐賀県で起きた介護保険に関する詐欺事件が以下の記事である。

「佐賀県武雄市北方町の無職女性（85）が六日までに、介護保険の手続き代として現金をだまし取られたと武雄署に届けた。同署は詐欺容疑などで調べている。調べによると、五日午後七時半ごろ、女性の家を五十歳ぐらいの女が訪問。介護保険の手続きにお金がかかると言って現金七千二百円をだまし取った。さらに女性が支払いのために机の上に出していた現金八万円入り封筒を持ち去ったという」<sup>15</sup>。同様のケースとして高齢者を狙った振り込め詐欺が挙げられることから、これを地域の講習会や回覧版などの予防策で防ごうということでは二の舞になる可能性が高い。

ではインターネットによる要支援認定を始めればどうかと思うところだが、総務省によると2002年での70歳以上のインターネットが利用できる機器保有率が22.3%ということであり大変低いことが分かる。よって、インターネットでの自己申告というオプションは頼ることができない。では、どうすれば要介護認定が公平に行われるようになるか考えると、結局は行政の行脚に委ねるしかないと考えざるを得ない。それも特別な商用カーならぬ巡回カーを作るなどするオリジナルなものが求められる。またはICチップを内蔵した専用カードを配布した上で巡回するのも手である。ICチップにより偽造は不可能となる。いずれにせよ自己申告制以外のオプションは防犯という面から見ても欲しいところである。

---

<sup>15</sup> 「介護保険手続き装い現金詐取、佐賀、85歳女性被害」、『日本経済新聞』、2007年6月7日。

図表 5 介護保険事業の財源構成

第 1 号被保険者 (19%)	
第 2 号被保険者 (31%)	
公費 (50%)	
国	25.0%
都道府県	12.5%
市町村	12.5%
国の調整交付金	5%

出典) 豊島区 HP, 介護保険事業の財源構成。

図表 6 第 1 号、第 2 号被保険者の保険料

区分	対象者	負担具合	対象者見込数
第 1 段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税かつ老齢福祉年金受給者	基準額×0.5	約 32%
第 2 段階	市町村民税世帯非課税	基準額×0.75	約 34%
第 3 段階	市町村民税本人非課税	基準額×1.0	約 39%
第 4 段階	市町村民税本人課税 (被保険者本人の合計所得金額が 250 万円未満)	基準額×1.25	約 13%
第 5 段階	市町村民税本人課税 (被保険者本人の合計所得金額が 250 万円以上)	基準額×1.5	約 12%

医療保険	算定方法	負担	平均的な保険料の試算額
医療保険組合	標準報酬額×保険料率	事業主が半額負担	3960 円×0.5=1980 円
政府管掌健康保険	標準報酬額×保険料率	事業主が半額負担	3000 円×0.5=1500 円
国民健康保険	各市町村で決定	国が半額負担	2600 円×0.5=1300 円

出典) 駒村康平, [2006], 『福祉の総合政策』, 創成社, 209 ページ, 表 15-5。

駒村康平, [2006], 『福祉の総合政策』, 創成社, 209 ページ, 表 15-6。

厚生省 『平成 12 年厚生白書』。

### 第3章 介護ビジネス市場の形成

#### 第1節 介護サービスと介護予防サービス

前章では介護保険制度を検証したが、この章では同制度により選択可能となった様々な介護サービスを検証していきたい。図表7には介護サービスの代表的なものを掲げたが、これをみると介護サービスは大きく2種類に分類することができる。在宅介護サービスと施設介護サービスである。前者はヘルパーの訪問介護によって、後者は特別養護老人ホームなどの介護施設によりそれぞれサービスを受けることができる。さらに在宅介護サービスの中には通所介護によるサービスも含まれる。最近ではこれらの介護サービスの他に、介護予防サービスという新たなサービスもこれに加わった。介護保険制度は5年毎に見直しがされることになっており、介護予防は1回目の改正である平成18年4月の制度改正で生まれたのである。この介護予防サービスは要介護認定で「要支援」、「要介護1」、「要介護2」の軽度のレベルの方が対象であり、サービス給付抑制が目的である。財源が不足していて且つ公費が期待できない今の日本の状態では、マイナスの効果が出ようとも「介護予防」という保険給付を抑える策を取らざるを得ないのである。しかし、介護予防策の浸透不足は感じられざるを得ない。私の祖母も70代であるが、祖母の友人を含めて「予防とはいっても何をすればいいかわからないし、意識してやっても続かない」という。ここで注意したいのが「続かない」ということだ。時間や身体的弊害からそもそも不可能な高齢者もいるし、急激に行ったとしても大半は続かないと考えられる。よってまだまだ問題は多いサービスと言える。これらのことを踏まえてまず始めに在宅介護サービスと施設介護サービスについて検証していきたい。

図表8は、在宅介護サービス・施設介護サービスの利用者数と保険給付額を表したものである。これをみると利用者数、保険給付額ともに在宅介護サービスの方が多いことが分かる。利用者数が多い要因としては、「家に居ながらにして介護サービスを受けることができる」ということや「重度介護者でなければ在宅介護サービスで十分事足りる」ということが考えられる。一方、施設介護サービスは利用者数こそ少ないものの、保険給付額が在宅介護サービスと大差がない。これは一人当たりにかかる費用が施設介護サービスの方が高いことを示す。依然よりは幾分施設介護サービスの保険給付額が下がっているのは2005年の介護保険制度改正により光熱費や食費などの生活費が自己負担になったことが影響している。

しかしながら、施設維持費や防犯対策などあらゆる面で快適さを追求しなければならぬ

いためにあまり減額できていないのが現状である。これに対して在宅介護サービスでは利用者が負担するために保険給付額は利用者数の割に安く抑えることができる。つまり、施設介護サービスの利用者数が増加するとその分保険給付額は跳ね上がり、政府の財源は圧迫される。さらに特養ホームの入所待機者も増えてしまう。先の介護保険制度改正により介護予防サービスが開始されたのも施設介護サービス利用者数を抑えるためでもあることを強調しておく。

## 第2節 介護ビジネス市場の現状と介護報酬

厚生労働省によると、介護ビジネス市場規模が2000年度次では4兆3000億円だったが、役3年後の2010年には6兆円になると見込まれており、財源不足の心配は絶えない状態である。市場が拡大すればするほど、ライン整備やサービスの充実等などに財源も増加しなければならないのである。また、先のコムスン問題も介護ビジネス市場にとっては大きな打撃である故に言及しなければならない。

コムスは、日本で初めて24時間365日体制の老人介護サービスを作り、1992年に厚生省の「24時間巡回介護モデル企業」<sup>16</sup>として指定を受けている企業である。その後、福岡からも補助事業指定を受け全国展開していき1996年に東京本部が開設して、1998年に宮城県と共同して「過疎地域在宅福祉サービス推進事業」<sup>17</sup>のモデル企業となっている。ここで注目したいのがモデル企業というキーワードである。正に介護ビジネス市場を牽引してきた企業に他ならないのがコムスンなのである。そのコムスンが不正を働いてしまった。規模も大きいし全国的にも認知度は業界トップクラスのコムスは順風満帆に見えたが、「介護報酬」に苦しんでいたのである。本節ではまず多くの民間事業者を苦しめる介護報酬について考察していきたい。

介護報酬とは「介護サービスは、要介護状態に応じて、利用できるサービス費用の上限(支給限度額)が決められています。介護サービスを利用したときの利用者負担は、原則としてサービス費用の1割です(利用料は直接サービス事業者に支払います)。ただし、上限の範囲を超えてサービスを利用した場合は、超えた部分の費用は利用者の全額負担となります。なお、介護報酬は3年ごとに見直しされる」<sup>18</sup>という仕組みである。補足すると、この介護報酬は介護保険から各介護事業者に支払われるものであり介護事業を展開する上で一番の収入となるものである。なぜならそこから運営費やヘルパーの給料を支払うことになるからである。よって、この介護報酬の額が少なければ少ないほどサービスの質が落ちるだけでなく、サービスそのものが供給できなくなる恐れがある。介護福祉士という国家資格を保有するにも関わらずヘルパーの給料の低いというのもこの介護報酬の少なさが影響して

---

<sup>16</sup>ウィキペディア「コムスン」：<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%82%B3%E3%83%A0%3%82%B9%E3%83%B3>.

<sup>17</sup>ウィキペディア「コムスン」：<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%82%B3%E3%83%A0%E3%82%B9%E3%83%B3>.

<sup>18</sup>寝屋川市HP「介護報酬の基本的な仕組み」：<http://www.city.neyagawa.osaka.jp/kourei/kaigo-system.htm#remuneration>.

いるのである。つまり、介護報酬は事業者にとって重要な収入源であり、運営の生命線と言っても過言ではない。

しかし、現実をみると介護報酬の額は下がっている。図表9は2003年に行われた介護報酬の改定でのサービス毎の介護報酬増減額を表したものである。これをみると、施設介護サービスにおいて減額が行われていることが分かる。前節でも述べた、先の介護保険法改正により施設介護サービスにおいて食費や光熱費などの生活費を利用者負担にした理由がここで分かる。施設費のやりくりで苦しんでいるところにさらに介護報酬の減額などという事態は避けて然るべきであり、介護ビジネスはサービスの質ありきということを忘れてはならない。そのサービスの質を保証するのは政府であり、これ以上介護報酬額を減らすべきではない。

これに対して在宅介護サービスの介護報酬額は微増している。しかし、ワタミが在宅介護事業に手を伸ばさないように在宅介護サービスはヘルパーの管理や充実した移動手段等の外部費が求められるために採算面で厳しい状態とみていいだろう。また、在宅介護は他人を自分の家の中に招き入れなくてはならないためにそこで抵抗感を示す人も多いと聞く。実際に私の友人の家でもセキュリティの不安はあるとのことで、通所介護の形を取る人が多いと言う。まだまだ需要が伸びていくには問題がある分、今回の在宅介護サービスについての介護報酬の引き上げは民間事業者にとっては大して魅力的に映らないであろう。

### 第3節 民間事業者の介護ビジネス市場への参入

現在、介護ビジネス市場には様々な分野でサービスを提供する民間事業者で溢れている。在宅介護サービスではニチイ学館やベネッセコーポレーション、トイレタリー関連のユニチャーム、食品関連の明治乳業やキューピー、緊急通報サービス関連のセコム、住宅関連のINAXとサービスごとに分けると以上のように分類することができる。業界でも代表的な企業を並べたが多岐に渡る企業が介護ビジネス市場に関心を持ち、参入しているのが分かる。

しかしまだ始まったばかりの若いビジネス市場だけに現実はその上手いかないようである。例えば2001年4月6日付の『日経新聞』では「仙台市内で訪問入浴サービスを展開しているアサヒサンクリーン（東京）。東北支店の塩田峰秋支店長は困惑の表情を浮かべる。市町村による介護サービスに比べて介護保険では利用者が業者を選択できる。訪問時間を指定して来たり、運営にも細かく注文したりする。訪問入浴車を十二台から十六台に増やして対応している。保険請求事務など膨大な書類も処理しなければならず、結局、事務処理専門の職員を採用せざるを得なくなり事務経費も二割増えたという。今年一月には福島県郡山市にも営業所を開設したが、介護サービスを手掛けている社会福祉協議会や地場企業との競合は激しく、利用者はまだ十人に満たない」<sup>19</sup>と報じている。この記事から読み取れるように、介護保険導入の特色である利用者が事業者を選択できるシステムがさらに運営を難しくさせている。介護保険導入前までは、政府からの指定先として黙っていてもサービスの需要はあったのであろう。しかし、介護保険導入後はもはやサービスが充実している業者だけが生き残るという利用者主導型の市場となってしまったのである。よって同業他社よりも良い条件でサービスを打ち出さなくてはならない上に、広報などの運営コストもかかる。コストを賭けたから利用者が付くとも限らないので、従来よりも積極的な売り込みが必要不可欠となっている。以上のように介護ビジネス市場全体では右肩上がりであっても、介護保険制度の導入は民間事業者を少なからず苦しくしてしまったといってい

いだろう。

しかし、順調に業績を伸ばしている民間事業者も存在する。例としては居酒屋チェーン店を全国展開するワタミグループが挙げられる。一般的にはワタミグループは居酒屋というイメージが強いが介護事業にも力を入れており、子会社である「ワタミの介護株式会社」

---

<sup>19</sup> 「介護保険2年目の課題（下）業者間競争一段と激化——求められるコスト軽減。」『日本経済新聞』,2001年4月6日。

においてレスト・ヴィラという介護付き有料老人ホームを運営している。ホームページ内でも介護について以下のように述べている。「介護は、自立支援、リハビリ、残存能力の活用、自己決定の尊重が基本です。ワタミの介護は、「生きる喜びを食卓から取り戻し、長生きがご褒美と感じられる暮らし」、「毎日をお元気に、長く、健やかに過ごしいただけるホーム」を目指します<sup>20</sup>。老後なら特にも生活する上で食の楽しみはかせない。長く生きていく為の健康管理において重要な役割をするのも食である。そこに目を付けたワタミの有料老人ホームは評判もよく、「他社に比べおいしいと評判の食事が強みで、入居率は90%を超える。〇七年三月期の介護事業の経常利益率は約一四%で居酒屋を中心とした外食事業（四%）を上回る<sup>21</sup>と介護事業での成長性が報じられている。実際に数字の面でも成果が出ている。図表9をみてもらえば分かる通り2006年は数字を落としているが、2007年の経常利益はそれまでの30億円台から一気に41億円へと一気に数字を伸ばしている。この他にも介護福祉士の国家資格取得を支援するワタミ介護学院という独自の専門学校を開設しており、介護サービスへの強い関心と意欲が伺える。

まとめると、民間事業者の成功へのキーワードは余裕のある資金力とあまり手広くサービスを営まないことであると捉えることができる。資金力という面に関しては圧倒的に大企業が有利な状況である。ヘルパーも十分に揃えることができ、利用者の民間事業者選択に大きな影響を与える広報も大々的に行うことができる。また、地域密着というスタイルも大事だが介護サービスは全国に需要がある。システムも全国统一されていれば信頼感も得ることができ広報の手段となる。手広くサービスを営まない方が良いというのは、専門性に特化することで介護サービスの質を高めて他社との差をつけるためである。前述したワタミもその戦略をとった民間事業者の一つである。実際にワタミは技術や収入面の問題から訪問介護は行わず、有料老人ホームでの施設サービスで介護サービスを行っている。そこには勿論、ワタミの自慢とする食事を提供できるというのもあり、他社との違いを出すオリジナリティを生かすことも重要なのである。特に中小規模の民間事業者は競争力がなければ、他社にはないサービスを打ち出すことが必須となる。

---

<sup>20</sup>ワタミの介護株式会社「ワタミの介護について」：<http://www.restvilla.co.jp/>.

<sup>21</sup>「「介護のワタミ」視野に」、『日経金融新聞』,2007年7月5日。

## 第4章 今後の展開

### 第1節 医療と介護の連携

医療と介護の連携はこの先、超高齢社会に突入することでその必要性は大きい。その医療と介護の連携が先の介護報酬の改定によりとれてきている。2006年付の読売新聞によると「通所介護サービスでも、「療養通所介護」を創設。難病や末期がんなど、介護だけでなく医療も必要とする利用者へ、医療機関などと連携してサービスを提供した場合、1日1万～1万5000円を支払う」<sup>22</sup>と報じている。介護報酬の改定は施設介護サービスなどで減額となったがこのように医療との連携という面で報酬価格が設定されたことは好ましいことである。その上、これにより医療との連携した在宅医療サービスも増加することが予想でき、更に利用者にとってサービスの選択肢が広がっていくことが望まれる。また、最近では公明党の福島豊氏は2007年11月2日の衆院厚生労働委員会で「後期高齢者医療制度のスタートにあたり、在宅医療を進めていく上で、介護サポートも同時に考えなければならない」<sup>23</sup>と答えたと公明新聞にて報じている。

この後期高齢者医療制度は2008年4月からスタートする制度だが医療や介護業界に追い風かというところではない。その仕組みだが「後期高齢者（75歳以上）は現在加入している国保や健保を脱退させられ、後期高齢者だけの独立保険に組み入れられます。現行制度との大きな違いは、家族に扶養されている人を含めすべての後期高齢者が保険料の負担を求められ、大多数が「年金天引き」で保険料を徴収されるようになることです（「天引き」対象は年金が月1万5000円以上）」<sup>24</sup>というものである。ここで注意したいのがすべての後期高齢者が保険料を負担が義務付けられていることである。従来では給与所得者の家族に扶養されている後期高齢者は保険料を負担しなくてよいことになっているが、同制度のスタートにより保険料を負担する義務が発生する。その負担の大きさは以下の通り。

「政府が示している平均的厚生老齢年金受給者の場合の保険料は、月額6,200円で、年間74,400円の負担増となり、2ヵ月ごとに介護保険料と合わせて2万円以上が年金から天引きされていく」。<sup>25</sup>激減緩和措置として2年間は半額という温情措置があるとはいえこの対象となる後期高齢者は今までどおりの生活水準を保てなくなる可能性があり、扶養者の

<sup>22</sup> 「新介護報酬、医療と連携を強化」、『読売新聞』,2006年1月27日。

<sup>23</sup> 「医療と介護の連携必要」、『公明新聞』,2007年11月4日。

<sup>24</sup> 「後期高齢者医療制度とは?」、『赤旗しんぶん』,2007年3月17日。

<sup>25</sup> 全国保険医団体連合会HP「後期高齢者医療制度のねらい」：<http://hodanren.doc-net.or.jp/iryoukankei/seisaku-kaisetu/070228kourei.html>.

家に居づらくなる後期高齢者も出ると予想される。さらに介護ビジネスに携わっている民間事業者にも負の影響がでるのも必至であろう。特に在宅介護サービスは扶養する家族の負担を軽減するのがねらいのひとつだけに、同制度によって費用節約のために利用を自粛する利用者も増えそうである。しかし、そうなると家族の負担が軽減でなく増加することになり、利用者の経済的・精神的負担も増える。政府は2年間保険料を半額にすることで対応しているが、今は収入に見合わない極端なインフレ時代でありガソリン代の1円単位の上昇でも家計が痛い世の中である。政府に対しては告知不足と見通しの甘さは指摘せざるを得ない。

また、同制度にはもう一つ問題があり「保険料を「年金天引き」ではなく「現金で納める」人（政府の試算では2割と見込まれている）にとっては、保険料を滞納すれば「保険証」から「資格証明書」に切り替えられ、「保険証」を取り上げられる。さらに、特別な事情なしに納付期限から1年6ヶ月間保険料を滞納すれば、保険給付の一時差し止めの制裁措置もある。」<sup>26</sup>という経済的に困窮している人達へ厳しい制裁が待っている。高齢者には保険証を取り上げという措置はこれまでになく、財源の確保に政府が本腰を入れたと見るべきである。

よって、福島豊氏の言うように介護ビジネスも同制度に応じたものとしていく必要がある。国は利用者に後期高齢者に容赦ない制度を押し付けたが、介護事業者は常に利用者の側から考えて支えていかななくてはならない。利用者はコスト以上のサービスを今まで以上に要求してくるだろう。その為によりサービスの質を向上させて信頼関係を築くことが今後は介護事業者に求められる。

---

<sup>26</sup>全国保険医団体連合会HP「後期高齢者医療制度のねらい」：<http://hodanren.doc-net.or.jp/iryoukankei/seisaku-kaisetu/070228kourei.html>.

## 第2節 介護ビジネスの今後

この節では介護ビジネスの今後の展望を論じていくが、各サービス一つ一つについて言及するのは無理がある。よって、民間事業者以外の介護ビジネスと利用者が多い施設介護ビジネスについて事例を取り上げて論じていく。

ひとくくりに介護ビジネスといってもそれは前章で挙げたように、市場では各社様々なサービスを売りに参入している。施設や在宅でのサービスや入浴サービスを扱うビジネス、お弁当を配達する弁当配達サービスなどそのビジネスは幅広い。ありとあらゆるサービスを組み合わせることで生まれるシナジー効果も期待できるのがこの市場の特長である。基本的には高齢化の影響により市場規模は右肩上がり推移されていくことをここで強調しておく。急成長を遂げている状況とコムソンの失脚からまだ寡占企業などはないといっている。その分、まだまだ多くの企業に参入の余地がある、開かれた市場である。

また、介護ビジネスは民間事業者だけが行っているわけではない。最近では産学官プロジェクトという形で公的機関も意欲的に行っている。例えば仙台市は国境を越えて北欧のフィンランドと「フィンランド健康福祉センタープロジェクト」と題して産学官提携をしている。その概要は以下の通りである。「フィンランドと仙台市の行政、研究機関及び産業界の共同事業。仙台市が建設した建物にフィンランドの福祉関連企業が進出し、地元の企業、大学と共同でITを利用した健康福祉機器の研究・開発を行う。2005年3月に、ペッカリネン・フィンランド貿易産業大臣出席のもと、センターの開所式が行われた。同センターには、フィンランドの福祉に関するノウハウを取り入れた特別養護老人施設が併設されている」<sup>27</sup>。

このフィンランドという国は福祉機器が盛んであり、その技術を取り入れようとしているのが仙台市である。これにより福祉設備の発展が望め、サービスの幅が広がるのは市場によっても好材料である。実際にどういう技術かというリモコン一つあればインターネット上でショッピングを楽しめるというものである。そのサービスを開発している「産電サーブ」という企業は「昨年秋にフィンランドを訪れた高橋社長が驚いたのは、高齢者施設で食事や行動に選択の幅が広いこと。生活する上で、選択する楽しさをネット上で再現できないか——。同社は、家にいながら様々な店で買い物ができるのはもちろんのこと、

---

<sup>27</sup>外務省HP「フィンランド共和国」：<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/finland/data.html>

公共施設に設置したカメラの画像で外の様子が分かるようにするなど、高齢者の生活を多角的に支える」<sup>28</sup>というように利用者の観点に立ち、技術を取り入れている。利潤算出ありきではなく自国の介護サービスの発展と利用者の選択の幅を広げる役割を果たすといった産学官プロジェクトは今後の介護ビジネス市場を間違いなくリードしていくことだろう。

さらに、今後の介護ビジネスの展望として前節で述べたように後期高齢者医療制度が大きく影響してくると予測できる。家族が扶養していても保険料が発生するならばこれを機に特養ホームなどの施設介護サービスに切り替えようとする動きが出るであろう。これだけでも今後施設介護サービスの需要は伸びていくと言えるが、さらに施設介護サービスを扱うビジネスの需要が伸びると予測できる要因がある。それは、現在の高層ビル建設ラッシュにより、バブル期に使用されたマンションが空きビルと化していることである。無論供給超過ゆえに買い手もつかないので賃貸も安く借りることができる。中小事業者などは運転資金難の企業が多いためにこの空きビルを利用しない手はない。施設介護サービスについては特養ホームを中心に需要超過が起きている為に、使える所は使用するほど市場規模は増加していくのである。このような空きビルまたは古い民家を利用する事業をグループホーム事業と呼び、「特定非営利活動法人フェリスモンテ」という企業では「旭区の事務所「おたっしや館中宮」は3階建てのビルで、元々は空き工場でした。このビルを借りて、1階で通所介護、1階でグループハウス、3階でサークルや講座を開いています。」<sup>29</sup>とホームページ上で述べている通り空き工場を使っている。こうして空き家、空きビル、空き工場をなくすことは治安の向上や地域活性化にもつながり非常に望ましいことと言える。

---

<sup>28</sup>asahi.com「高齢者支援、産学官で研究」：[http://mytown.asahi.com/miyagi/news.php?k\\_id=04000189999990629](http://mytown.asahi.com/miyagi/news.php?k_id=04000189999990629).

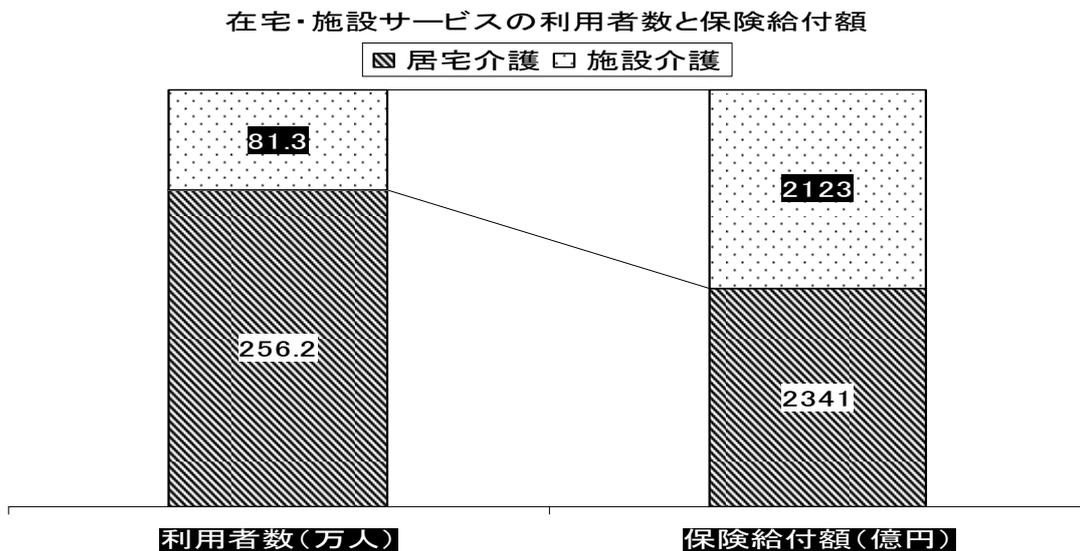
<sup>29</sup>住民参加型在宅福祉サービス団体全国連絡会HP「事例紹介」：<http://www3.shakyo.or.jp/cdvc/jusan/index.html>.

図表7 在宅介護サービスと施設介護サービスの種類

在宅介護サービス	施設介護サービス
訪問介護	介護老人福祉施設
訪問看護	介護老人保健施設
訪問リハビリテーション	介護療養型医療施設
訪問入浴介護	
居宅療養管理指導	
福祉用具貸与	
特定施設入居者生活介護	
通所介護	
通所リハビリテーション	

出典) 北海道胆振支庁HP「介護サービス一覧」：<http://www.iburi.pref.hokkaido.lg.jp/hf/tth/hokensyo/kaigohoken/kaigosa-bisu.htm>.

図表8 在宅・施設サービスの利用者数と保険給付額



出典) 厚生労働省「介護保険事業状況報告書(暫定), 平成19年5月。

図表 9 主な介護報酬の改定(2003)

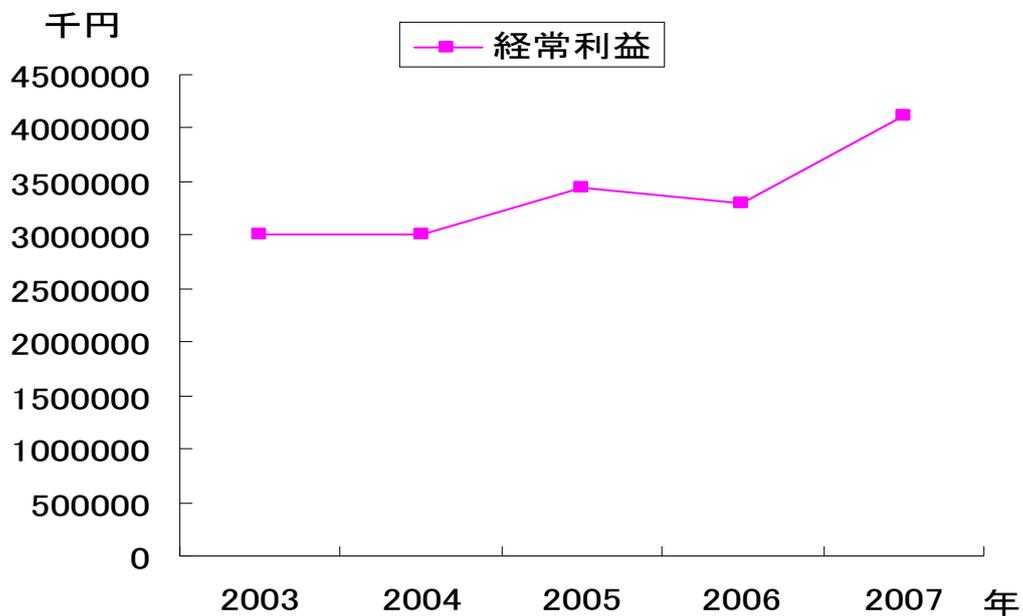
施設介護	増減額の変化	在宅介護	増減額の変化
特別養護老人ホームの入所		身体介護	
要介護 1	7960 円→6770 円	30 分未満で	2100 円→2310 円
要介護 3	8850 円→8180 円	1 時間未満で	4020 円→4020 円
要介護 5	9740 円→9590 円	生活援助	
通所介護		30 分以上 1 時間未満で	1530→2080 円
6 時間未満利用	4000 円→3440 円	1 時間以上で	2220→2910 円
要介護 1, 2	4730 円→4380 円		
要介護 3, 4, 5	6600 円→6450 円		
ショートステイ			
要介護	9140 円→7970 円		
要介護 1	9420 円→8410 円		
要介護 3	10310 円→9820 円		

注) 特別養護老人ホームの入所については 1 日あたりの値、その他はそれぞれ 1 時間あたりの値。

出典) 日本共産党HP: [http://www.jcp.or.jp/akahata/aik2/2003-01-24/09\\_AC001.html](http://www.jcp.or.jp/akahata/aik2/2003-01-24/09_AC001.html).

図表10 ワタミの経常利益の推移(第17期～第21期)

(株)ワタミの第17期～第21期における経常利益の推移



出典) (株)ワタミHP, 「有価証券報告書」: [http://ir.eol.co.jp/EIR/7522?task=download&download\\_category=yuho&id=1018034&a=b.pdf](http://ir.eol.co.jp/EIR/7522?task=download&download_category=yuho&id=1018034&a=b.pdf).

## 終論

まずこの卒業論文を執筆して驚いたことは介護ビジネス市場の成長と関連制度の変化のスピードである。まだまだ歴史が浅いビジネス市場とはいえ、利用者は時間関係なしに増加する一方である。また、団塊の世代が退職することも重なって介護保険制度の見直しも、もっと短い周期で行うことが求められると予想される。その準備として介護予防の徹底を打ち出した時期については、財源の確保を兼ねていいタイミングだと感じられる。

加えて医療との連携の更なる発展に期待したい。それにより介護予防の促進や痴呆対策などの効果が期待できる上に介護ビジネス市場の更なる活性化にもつながる。しかし、ここで注意したいのが業者による悪用である。どうしてもシステムがしっかり組まれていない状態ではそれにつけこんで不正に儲けようという業者が出てくるものである。要介護認定の際の防犯対策や詐欺対策とともにいっそうの注意と早期の対策が必要であるといえる。

急成長ビジネス市場としての真価が問われるのはこれからである。介護保険制度自体の成立も間もない上に高齢化もどんどん加速している。再度確認するが 2050 年には 3 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者という時代になる。その前に介護ビジネス市場も利用者により明確となるように寡占企業が増加するのが望ましいといえる。時代とともに金融業界などのように合併による業界再編が起こり、中小の民間介護事業者はさらに厳しくなるであろう。また、韓国も日本と世界でも有数の高齢国家となることが予測されている以上、ゆくゆくは、両国間で少子高齢化対策を講じる必要性はおおきい。

最後に、今後の望むべき展望だが第 4 章でも論じたとおり、海外との協力が必須となるであろう。海外のオーストラリアやスウェーデンといった福祉先進国からの技術転化および産学官プロジェクトなどにおいてのさらなる協力体制なくして、介護ビジネス市場の成長はありえないといえる。

## 参考文献

### <書籍・論文>

駒村康平[2006],『福祉の総合政策』,創成社。

和田光平[2005],「21世紀日本の少子化と人口動向」,大淵寛・兼清弘之編『少子化の社会  
経済学』,原書房, pp. 1-22。

山田正和[2006],『介護ビジネス業界の動向とからくりがよ〜くわかる本』,秀和システム。

下野恵子・大日康史・大津寛子[2003],『介護サービスの経済分析』,東洋経済新報社。

### <インターネット・ホームページ・統計>

国立社会保障・人口問題研究所 平成14年1月推計。

総務庁統計局『国勢調査』,国立社会保険・人口問題研究所『日本の将来推計人口』。

国立国会図書館・人口問題研究所、『人口統計資料集』(2007年版)。

厚生労働省「介護保険事業状況報告書(暫定),平成19年5月」。

ウィキペディア「道府県の人口一覧」<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E9%83%BD%E9%81%93%E5%BA%9C%E7%9C%8C%E3%81%AE%E4%BA%BA%E5%8F%A3%E4%B8%80%E8%A6%A7>.

ウィキペディア「老人福祉法」:<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E8%80%81%E4%BA%BA%E7%A6%8F%E7%A5%89%E6%B3%95>.

ウィキペディア「老人保健法」:<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E8%80%81%E4%BA%BA%E4%BF%9D%E5%81%A5%E6%96%BD%E8%A8%AD>.

ウィキペディア「要介護認定」:<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E8%A6%81%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E8%AA%8D%E5%AE%9A>.

ウィキペディア「コムスン」:<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%82%B3%E3%83%A0%E3%82%B9%E3%83%B3>.

柏市インターネット男女共同参画推進センターHP:[http://danjo.city.kashiwa.lg.jp/gakushuu/gender\\_terms/terms/gold.htm](http://danjo.city.kashiwa.lg.jp/gakushuu/gender_terms/terms/gold.htm).

セミナーJMC:<http://www.jmcnet.co.jp/nagayama/gold.html>.

柏市インターネット男女共同参画推進センターHP:[http://danjo.city.kashiwa.lg.jp/gakushuu/gender\\_terms/terms/gold.htm](http://danjo.city.kashiwa.lg.jp/gakushuu/gender_terms/terms/gold.htm).

日本ケアワーク研究会HP:<http://www.kaigo.gr.jp/goldplan/goldplan21.htm>.

CACHP: <http://www.kentei.com/cac/index.html>.

豊島区HP「介護保険事業の財源構成」: [http://www.city.toshima.tokyo.jp/kaigo/kaigo\\_1.html#03](http://www.city.toshima.tokyo.jp/kaigo/kaigo_1.html#03).

北海道胆振支庁HP「介護サービス一覧」: <http://www.iburi.pref.hokkaido.lg.jp/hf/tth/hokensyo/kaigohoken/kaigosa-bisu.htm>.

日本共産党HP:[http://www.jcp.or.jp/akahata/aik2/2003-01-24/09\\_AC001.html](http://www.jcp.or.jp/akahata/aik2/2003-01-24/09_AC001.html).

寝屋川市HP「介護報酬の基本的な仕組み」: <http://www.city.neyagawa.osaka.jp/kourei/kaigo-system.htm#remuneration>.

富士経済グループHP「分野別調査資料一覧」: <http://www.group.fuji-keizai.co.jp/b0008/page1037.html>.

ワタミの介護株式会社「ワタミの介護について」:<http://www.restvilla.co.jp/>.

全国保険医団体連合会HP「後期高齢者医療制度のねらい」: <http://hodanren.doc-net.or.jp/iryokankei/seisaku-kaisetu/070228kourei.html>.

外務省HP「フィンランド共和国」: <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/finland/data.htm>  
[1](#).

asahi.com「高齢者支援、産学官で研究」: [http://mytown.asahi.com/miyagi/news.php?k\\_id=04000189999990629](http://mytown.asahi.com/miyagi/news.php?k_id=04000189999990629).

#### <新聞記事>

「最期はどこで(3) 介護施設——「求める生活」に応じ選択。」『日本経済新聞』, 2007年8月19日。

「介護保険はスタートしたが...—難しい家族の心のケア、かえって負担増も」『日本経済新聞』, 2000年6月25日。

「介護保険手続き装い現金詐取、佐賀、85歳女性被害」『日本経済新聞』, 2007年6月7日。

「介護保険2年目の課題(下) 業者間競争一段と激化——求められるコスト軽減。」『日本経済新聞』, 2001年4月6日。

「新介護報酬、医療と連携を強化」, 『読売新聞』, 2006年1月27日。

「医療と介護の連携必要」, 『公明新聞』, 2007年11月4日。

「後期高齢者医療制度とは?」, 『赤旗しんぶん』, 2007年3月17日。