

訪問介護事業所の現状と課題

―鍵となる事業所規模の拡大に向けて―

調査部 副主任研究員 岡元 真希子

目 次

1. はじめに
2. 訪問介護事業所の現状
 - (1) 在宅要介護者と訪問介護サービス
 - (2) 事業所の現状
 - (3) 事業所の小規模化
3. 小規模化の背景と課題
 - (1) 小規模化の背景
 - (2) 事業所の小規模化が引き起こす課題
4. 解決に向けた具体策
 - (1) 事業所規模の拡大の方向性と目安
 - (2) 供給サイドとして検討すべき事項
 - (3) 需要サイドとして視野に入れるべき事項
5. おわりに

要 約

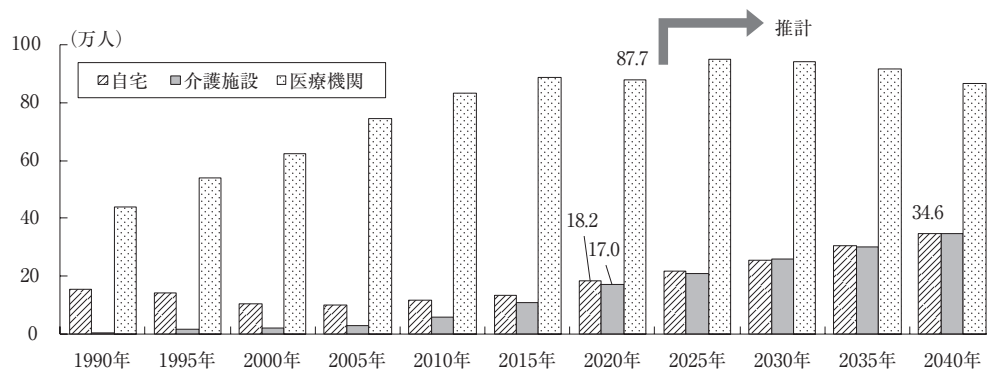
1. 自宅で最期を迎える高齢者は2040年には現在の2倍の約35万人に増加すると見込まれ、在宅介護サービスの需要はさらに高まると予想される。要介護高齢者の在宅生活を支える訪問介護サービスの事業所ならびに従事者は2000年の介護保険制度創設当初と比べて約3倍に増加したものの、いまだに小規模な事業所が大半を占める。背景には、参入障壁の低さと、訪問介護サービスが持つ個性という二つの要因がある。
2. 事業所の小規模化は、調整コストの増大とマネジメント機能の低下をもたらす。利用者が一つの事業所でニーズを満たしきれず複数の事業所を併用せざるをえない場合に、連絡調整の負担が生じている。小規模事業所にとって、能力評価に基づく適切な処遇や研修、自然災害や感染症などのリスクへの対策、虐待やハラスメントの防止など、マネジメント業務の負担は大きく、ICTの導入や業務効率化も遅れている。これらの背景の下、小規模事業所では従業員の離職率が高く、事業の持続性に問題を抱えている。
3. 訪問介護事業所が単体で安定的に事業を持続していくうえで、利用者数90人、月商350万円が目安とされる。現状では利用者100人以上の事業所は全体の3.8%にとどまる。単純に利用者90人当たり1事業所と仮定すると、適正な事業所総数は約11,500と算出され、その場合に一事業所当たりの従事者数は48人、うち常勤17人、非常勤31人となる。他の事業所の併設として副次的に訪問介護を提供している事業所を除いた訪問介護事業所は現在全国に約2万カ所とみられ、事業所の集約・統合が必要となる。
4. 事業所の集約・統合にあたって、供給サイドについては、都道府県が事業所に対して指定申請時に業務継続計画（BCP）の提出を求めるなど、安定して経営ができるか否かを開業前に検討することを促すべきだろう。指定前に都道府県が市町村と協議する機会を増やし、サービス提供体制や介護資源の配置を考慮したうえで指定をすべきである。既存事業所に対しては、他事業所との連携を評価することや、再委託の対象範囲を拡大することによって、実質的な経営規模の拡大を促すことが考えられる。
一方、需要サイドについては、需給バランスや情報の非対称性を踏まえると、利用者の選択による事業所の淘汰・集約は期待しづらい。ただし訪問介護の少なからぬ部分がサービス付き高齢者住宅の入居者に提供されているとみられ、利用者が事業所の近くに集住することは事業所の規模拡大に寄与すると考えられる。今後さらに生産年齢人口が減少しサービス供給の制約が厳しくなるなか、利用者が住み慣れた地域の範囲内で、事業所からほど近い場所に住み替えることも現実的な選択肢として考えていく必要がある。
5. 公的介護保険制度の創設により、家族に代わって社会全体が介護を担う「介護の社会化」が進んだが、今後、供給不足により必要なサービスを利用できない状況が発生した場合には、逆戻りの状態に陥りかねない。親の介護を理由に早期に労働市場から離脱することは、生産年齢人口が減少していくわが国にとって大きな損失となる。少ない人員で効果的・効率的にサービスを提供するためには、事業所が安定的に経営できる規模にまで集約されることが重要である。

1. はじめに

わが国の65歳以上の高齢者人口は2040年に3,920万人でピークを迎えると推計されている。医療機関や介護施設の利用状況を踏まえると、2040年に自宅で最期を迎える高齢者は現在の約2倍の35万人弱に上ると予想される（図表1）。生涯未婚率の高まりを受け、50歳以上で子がない人は2020年時点で800万人を超え、今後も増加する見通しである（図表2）。生活に手助けが必要なものの、親族による支援を期待できない高齢者にとって、訪問介護サービスは自宅での生活を支える要となる。

しかし訪問介護事業所は大半が小規模であり、危機管理や業務効率化などへの対応が難しいことや、人材管理の面などで多くの課題を抱えている。本稿では、これらの課題を克服し、訪問介護を必要とする高齢者へのサービス提供を保障するための方策を検討する。

（図表1）65歳以上の死亡場所



（資料）厚生労働省『人口動態統計』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口（平成29年推計）』を基に日本総合研究所推計

（図表2）子がない人の割合（50歳以上、2020年）

	50歳以上人口			子がない割合（仮定）（注1）			子がない人（推計）		
		男性	女性		男性	女性		男性	女性
全体	58,940,328	27,080,160	31,860,168	13.6%	16.2%	11.4%	8,005,456	4,376,817	3,628,639
未婚	5,665,271	3,379,681	2,285,590	99.4%	99.8%	98.8%	5,631,171	3,373,269	2,257,902
有配偶	39,916,076	20,561,453	19,354,623	3.2%	3.2%	3.2%	1,277,314	657,967	619,348
死別	9,319,092	1,605,657	7,713,436	3.7%	3.7%	3.7%	341,511	58,842	282,670
離別	4,039,889	1,533,369	2,506,519	18.7%	18.7%	18.7%	755,459	286,740	468,719

〔離別ケース2〕 離別した子あり男性のうち、半数が子と断絶していると仮定した場合の増加分（注2）							623,315
--	--	--	--	--	--	--	---------

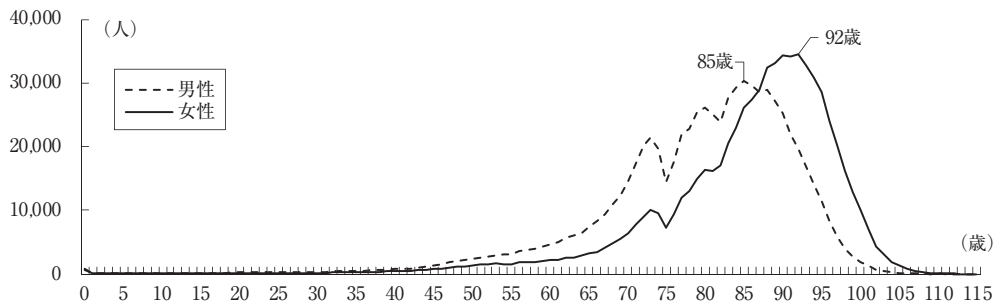
（資料）総務省統計局『国勢調査』、厚生労働省『人口動態統計』、国立社会保障・人口問題研究所『出生動向調査』を基に日本総合研究所推計
（注1）未婚者のうち子がいる割合は「20歳未満の子がいる母子世帯・父子世帯数」のうち母・父が未婚の人数÷15～59歳の未婚者数と仮定した。有配偶者のうち子がない人の割合は、1982～2002年の出生動向調査における完結出生児数が0である夫婦の割合の平均値とした。死別者の割合は有配偶者よりも0.48%減じた。これは49歳までに出産が完了すると仮定し、15～49歳における死別者÷有配偶者に基づく。離別者のうち子がいる割合は2000～2019年の同居期間別離婚件数の構成比の平均値と、第15回出生動向調査による結婚持続期間別子ども数に基づき算出した。
（注2）離別者のうち男性は子と断絶してしまう場合も多いため参考値として算出した。

2. 訪問介護事業所の現状

(1) 在宅要介護者と訪問介護サービス

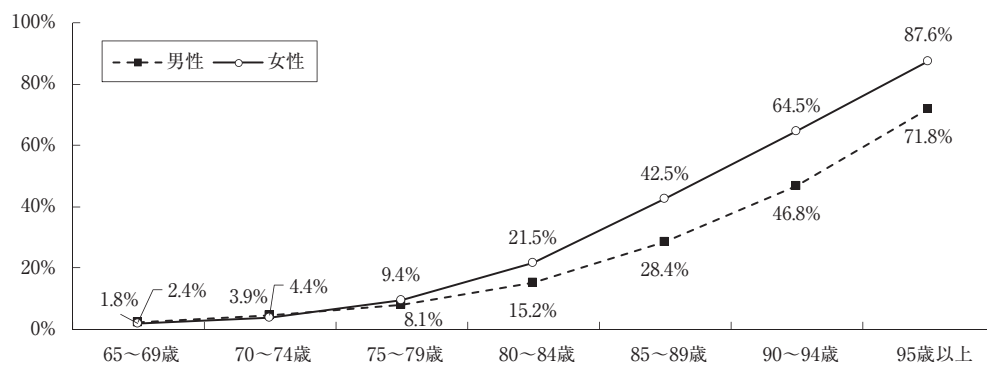
2021年度に介護保険のサービスを受給した要介護者は547万人であり、施設に入所している131万人を除いた416万人が在宅要介護高齢者である（注1）。このうち、13.6%は別居の親族が、12.1%は介護サービス事業者が主たる介護者となっている（注2）。2021年に亡くなった人の年齢として最も多いのは女性の場合92歳であるが、90～94歳の女性の64.5%、95歳以上の87.6%が介護サービスを受給している（図表3、4）。寿命が長く男性よりも一人暮らしになる確率が高い女性にとって、介護サービスは最期の生活を支える拠り所であるといえる。

（図表3）男女別・年齢別死亡数（2021年）



（資料）厚生労働省『令和3年人口動態統計』

（図表4）人口に占める介護保険サービス受給者数の割合（2021年）



（資料）厚生労働省『令和3年度 介護給付費等実態統計の概況（令和3年5月審査分～令和4年4月審査分）』

介護保険サービスのなかで訪問介護の受給者は148万人に上り、独居者にとってはもちろんのこと、同居家族がいる場合でも高齢者が在宅生活を継続するうえで重要なサービスである。訪問介護は「要介護者であって、居宅において介護を受けるものについて、その者の居宅において介護福祉士その他政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話」（介護保険法第8条第2項）を提供するもので、具体的には、利用者の身体に直接接触して行われる「身体介護」のほかに、調理・

洗濯・掃除など利用者が日常生活を営むことを支援する「生活援助」、通院等のための乗車・降車ならびにそれに前後する移動介助を行う「通院等乗降介助」が含まれる。それぞれについて、提供にかかる時間、提供される時間帯、訪問する介護員の人数などによって介護報酬の点数が定められている。

訪問介護は全国の3万5千の事業所の53万人の従事者によって提供されている。公的介護保険制度が創設された2000年時点での事業所数は1万弱、従事者は18万人であったことを踏まえると、20年あまりで介護の担い手が広がり、社会全体で介護を担っていくことに大きく貢献したといえる。一方で、地域によっては利用者の増加を上回るペースで事業所が増加した結果、事業所が小規模化し、利用者と従事者の確保に課題を抱えている。以下では、訪問介護事業所を取り巻く現状と背景要因を整理する。

(2) 事業所の現状

A. 現在の状況

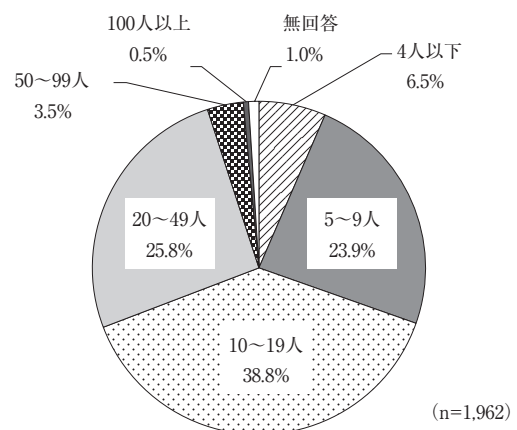
介護保険の訪問介護を提供する事業所は2020年時点で全国35,075カ所、従事者数は532,502人である（注3）。従事者が10～19人の事業所が38.8%と最も多くなっているが、従事者が9人以下の事業所も30.4%を占める（図表5）。従事者のうち、非常勤職員が331,891人、他の事業を兼務している常勤職員が100,922人である。常勤換算（注4）した職員数は256,470人、一事業所当たりの常勤換算職員数は平均7人となる。

一方、利用者数は115万人であり、一事業所当たり平均32.9人である（注5）。分布をみると、利用者数が9人以下の事業所が14.5%を占める（図表6）。利用者の密度が高ければホームヘルパーの移動効率が高くなり、事業所ごとの利用者数の増加に寄与すると考えられるが、東京都、神奈川県、埼玉県など後期高齢者の人口密度が高い地域では、利用者数が多い事業所が絶対数としては多いものの、必ずしも事業所の規模が大きいというわけではない（図表7）。

B. 訪問介護を取り巻く環境の変化

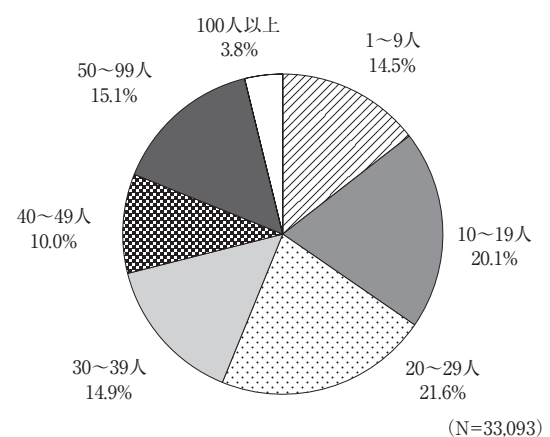
訪問介護事業所（予防訪問介護を含む）一事業所当たりの常勤換算職員数は2005年時点では11.2人であったが、2020年には7.2人へと減少している（図表8）。この間にわが国の人口は減少に転じ、15

（図表5）訪問介護一事業所当たりの介護サービス従事者数



（資料）公益財団法人介護労働安定センター『令和3年度 介護労働実態調査』を基に日本総合研究所作成

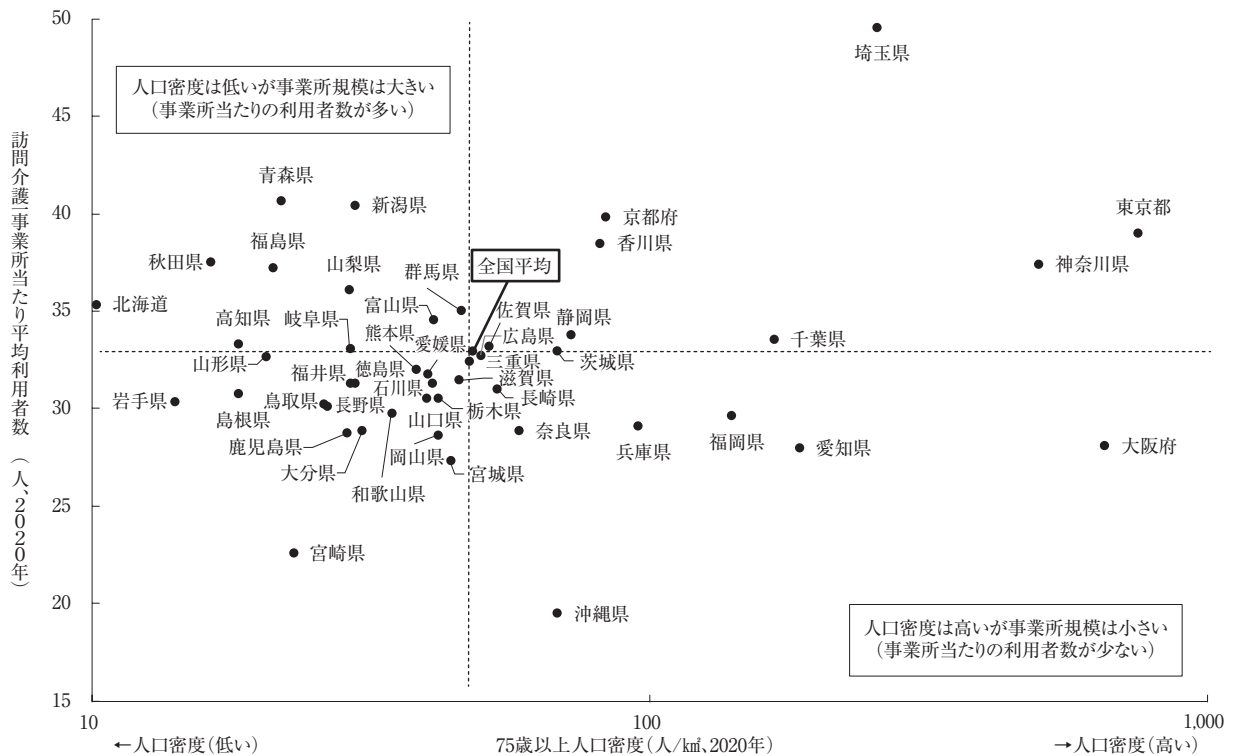
（図表6）訪問介護一事業所当たりの利用者数



（資料）厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』（令和2年）を基に日本総合研究所作成

（注）利用者が0人の事業所は除いた。

(図表7) 訪問介護事業所 一事業所当たりの利用者数と75歳以上人口密度



(資料) 厚生労働省『令和2年介護サービス施設・事業所調査』、総務省統計局『令和2年国勢調査』を基に日本総合研究所作成

(注) 人口密度(横軸)は対数軸にて作成している。

～64歳人口は同時期にその1割にあたる900万人が減少し、ホームヘルパーの有効求人倍率が大きく上昇するなど、担い手不足が深刻化した(図表9)。

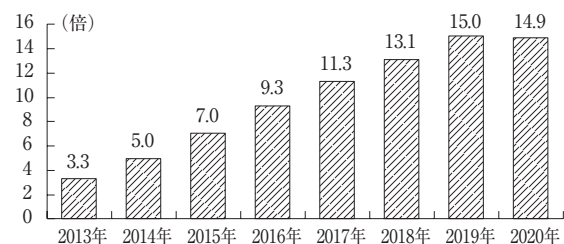
一方、専門職に限らない多様な担い手が要支援者の生活を支えることを目指し、2015年に介護保険法が改正され、要支援1・2の利用者に対する予防訪問介護が介護保険給付の対象の外に位置付けられた(詳細は補論参照)。この制度改正により訪問介護事業所の利用者数が減ったが、事業所数はほとんど減らなかった(図表10)。

(図表8) (予防) 訪問介護一事業所当たりの常勤換算職員数



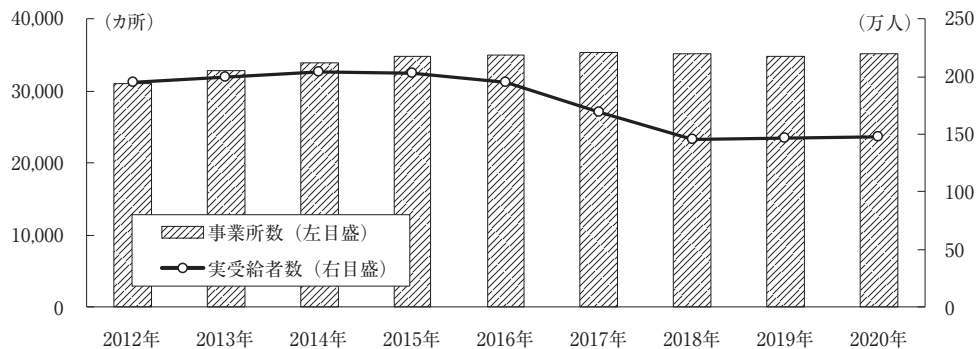
(資料) 厚生労働省『介護事業経営実態調査』を基に日本総合研究所作成

(図表9) ホームヘルパーの有効求人倍率



(資料) 厚生労働省社会保障審議会 介護保険部会(令和4年8月25日)の参考資料1の「訪問介護職」

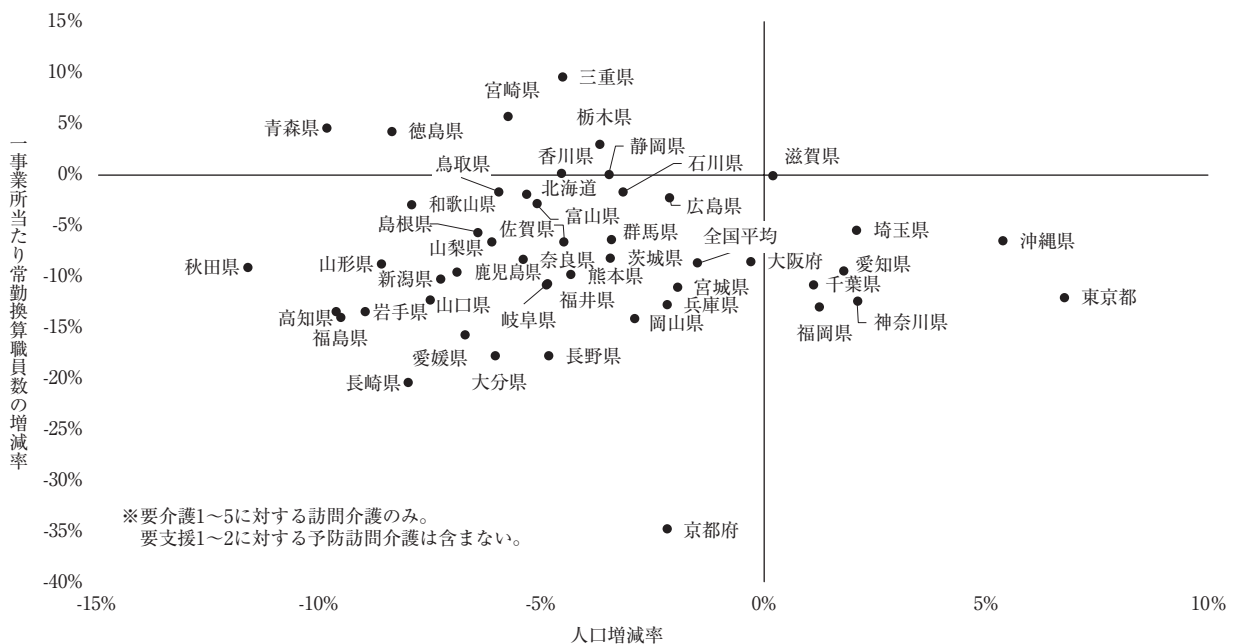
(図表10) 訪問介護・予防訪問介護の実受給者数と事業所数



(資料) 厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』『介護給付費実態調査』を基に日本総合研究所作成

ちなみに、制度改正の影響を除外するため、要介護1～5の利用者に対する訪問介護のみを対象に、2010年と2020年の一事業所当たりの常勤換算職員数を比較すると、全国平均で8.7%、多くの都道府県において10%以上職員が減っており、制度改正だけが一事業所当たりの常勤換算職員数の減少を招いているわけではない(図表11)。このうち、首都圏などを除く大半の道府県で人口が減少に転じており、生産年齢人口の減少によって介護事業所の規模が縮小している可能性が考えられるが、人口が増加しているにもかかわらず事業所の職員規模が縮小している東京都や沖縄県、あるいは人口が減少しているにもかかわらず事業所の職員規模が拡大している青森県や徳島県などもあり、人口増減だけでは事業所規模の変化を説明できない。

(図表11) 訪問介護一事業所当たりの常勤換算職員数 2010年から2020年の変化率



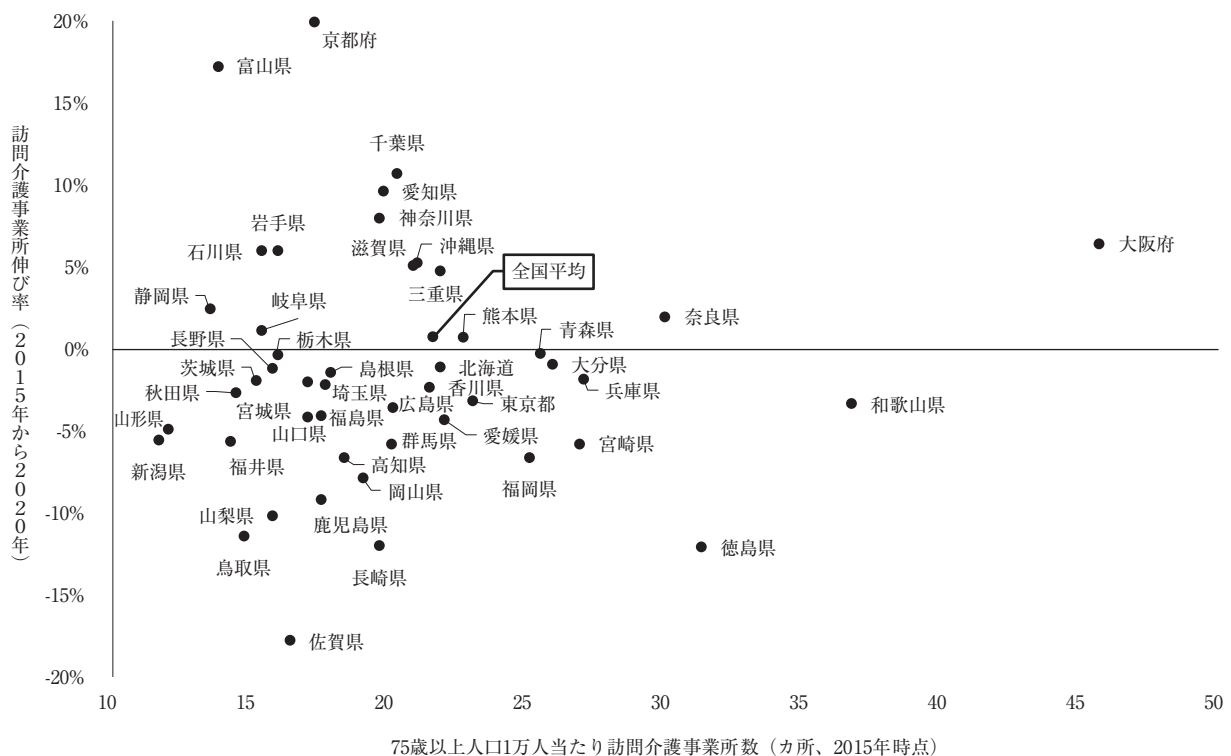
(資料) 厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』、総務省統計局『国勢調査』を基に日本総合研究所作成

(3) 事業所の小規模化

A. 訪問介護事業所の増加

ここまで見てきたように、介護保険サービスの普及にもかかわらず訪問介護事業所は小規模で、趨勢的にも縮小傾向にある。この背景として、制度改正による利用者の減少という要因もあるものの、それ以上に事業所数の増加の影響が大きい。地域によってその動きは異なるが、2015年から2020年にかけて事業所数が減少した都道府県は32、増加したのは15である。訪問介護事業所の密度が全国平均を下回る京都府や富山県において増加したほか、全国平均を上回る大阪府や奈良県でも増加している（図表12）。

（図表12）訪問介護事業所数の伸び率



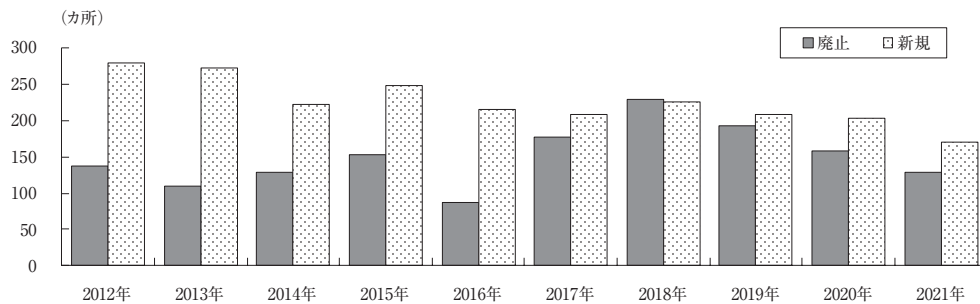
（資料）厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』を基に日本総合研究所作成

B. 訪問介護事業所の新規指定と廃止

介護保険の訪問介護事業所として指定を受けるためには、人員基準・設備基準・運営基準を満たしている必要があるが、都道府県への指定申請書類に不備がなく受理されれば開設が認められ、新規事業者にとって参入が比較的容易な制度設計となっている。事業を開始してから都道府県等が指導・監査を行い、介護保険の指定事業所としての基準を満たしていない事業所には改善を求め、改善されない場合には指定が取り消される。2020年度には全国で19の訪問介護事業所が指定取消処分を受けた（注6）。

行政処分により指定廃止となる事業所は全体の0.1%にも満たないが、経営上の判断や人員確保が困難などの理由により自主的に廃止の届出をして、閉鎖する事業所の数は多い。例えば東京都の指定訪問介護事業所は現在2,932カ所あるが、2021年までの10年間に1,501カ所が廃止となっている（図表13）。埼玉

(図表13) 東京都における訪問介護事業所の新規指定と廃止数



(資料) 東京都福祉保健局 介護サービス情報「廃止・取消事業所一覧」「事業者の新規指定一覧」を基に日本総合研究所作成

(注) 2015年以降は八王子市の事業所は含まない(中核市移行による権限移譲のため)。

県は現在の1,248カ所に対し2020年までの5年間で263カ所、沖縄県は現在の349カ所に対し2021年までの6年間で116カ所が廃止となっている(注7)。

図表10のように毎年の調査結果を見ると、2017年以降事業所数はほぼ横ばいであるものの、継続的に運営されている事業所によって安定的にサービスが提供されているわけではなく、多数の事業所が新規参入し、また撤退しているのが実態であるといえる。

(注1) 2021年5月審査分から2022年4月審査分における介護サービスの年間実受給者数。介護予防サービスは含まない。厚生労働省『令和3年度 介護給付費等実態統計の概況』による。

(注2) 2019年、厚生労働省『国民生活基礎調査』。

(注3) 厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』2020年。

(注4) 職員の勤務時間数を常勤職員の所定労働時間で割ることにより、常勤職員数に換算する方法。例えば、常勤職員の労働時間を週5日・1日8時間勤務と定める事業所において、週3日・1日4時間勤務の非常勤職員は常勤換算0.3人(12時間÷40時間)となる。非常勤職員だけでなく、他の事業を兼務している常勤職員についても同様に計算する。

(注5) 厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』による2020年9月の利用者数。

(注6) 厚生労働省総務課介護保険指導室『全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料』2022年3月。

(注7) いずれも事業所数は2022年10月現在、厚生労働省「介護事業所・生活関連情報検索」サイトによる。廃止事業所数は東京都保健福祉局、埼玉県福祉部、沖縄県子ども生活福祉部ウェブサイトによる。

3. 小規模化の背景と課題

(1) 小規模化の背景

介護保険制度の創設によって訪問介護事業所は約3倍に増加した。従事者数、利用者数ともに大きく増加したが、依然として小規模の事業所が多い背景として二つの要因を挙げることができる。

A. 参入障壁の低さ

第1は参入障壁の低さである。訪問介護事業所は初期の設備投資負担が小さく、相談室や鍵付書庫などが備えられた事務所と少数の従業員を確保して書類を整えれば、指定を受けて事業を開始することが可能である。東京都、大阪市、滋賀県などでは指定前研修の受講が義務付けられているものの、介護保険の事業者として理解しておくべき事項の説明を受けるもので、研修が指定申請のハードルとなるもの

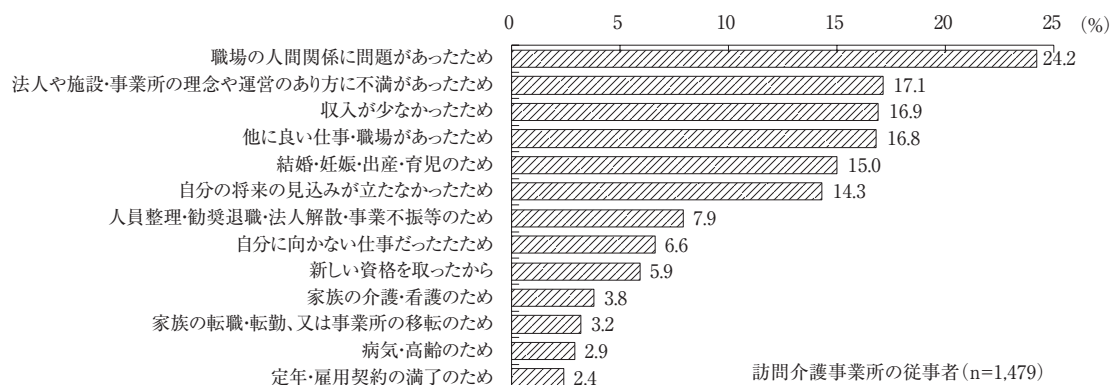
ではない。大きな初期投資が必要な施設や通所系のサービスにおいて、地域における競合状況を見極め、採算に見合う集客が見込めるか否かを検討することが一般的であるのとは対照的である。施設や通所系サービスは利用者が確保できなくても固定費が発生するが、登録型のホームヘルパーについては利用者がいない場合にはシフトが入らず、賃金が発生しないというビジネスモデルも参入障壁を下げる要因となっている。

B. サービスの個別性

もう一つの要因は、個別の対応が求められるという訪問介護サービスの性質である。まず環境面に着目すると、通所・入所系サービスの場合は事業者が介護用ベッドや浴槽などの福祉用具や、職員の動線を決めることができるのに対し、訪問介護を提供する利用者宅の設備や構造はそれぞれ異なるため、個別の対応が求められる。次に介護技術や手順の面については、通所・入所系サービスであれば同じ場所でサービスを提供する先輩・同僚からアドバイスを受けたり、互いに見て学ぶ機会が得やすいが、訪問介護は職員が個別に訪問してサービスを提供するため、先輩・同僚のやり方を見る機会は少ない。訪問介護計画書には、例えばトイレでの排せつ介助であれば「トイレまでの安全確認→声かけ・説明→トイレへの移動の見守り→脱衣→排便・排尿→後始末→着衣→利用者の清潔介助→居室への移動→ヘルパー自身の清潔動作」などの手順が記載されるものの、技術や手際には個人差があることが指摘されている。

経験年数を重ねた職員間における基本的な介護技術について、「かなりばらつきが見られる」「少しばらつきが見られる」と認識している訪問介護事業所は62.2%に上り、新人とベテランの間だけでなく、ベテラン同士でもスキルの差がある（注8）。利用者サイドでも、21.9%が「ヘルパーによって介護の仕方にばらつきがある」ことに不満を感じている（注9）。利用者の不満抑制に向け、事業所は申し送りや研修を通じて、どの職員がシフトに入っても同水準のサービスを提供することを目指すことが多い。しかし、最善の方法についての合意形成が難しいことに加え、現場でその通りに実践されているか否かを確認することは難しい。自分の方法が最善であると考えている職員に変更を求めることや平均的な水準に統一しようとすることは、従業員の不満につながる。介護関係の仕事の経験があり、現在訪問介護事業所で働いている人のうち、前職を「職場の人間関係に問題があったため」離職した人が24.2%、「法人や施設・事業所の理念や運営のあり方に不満があったため」離職した人は17.1%に上る（図表14）。これらの不満

（図表14）前職を離職した理由



（資料）介護労働安定センター「令和3年度介護労働実態調査」労働者調査

のなかには、業務のやり方や方針が合わないという理由も含まれるだろう。

このように、個別対応が求められ、標準化が難しいというサービスの性質が、共感できる少数の職員による小規模事業所の運営につながり、規模拡大の阻害要因の一つとなっていると考えられる。

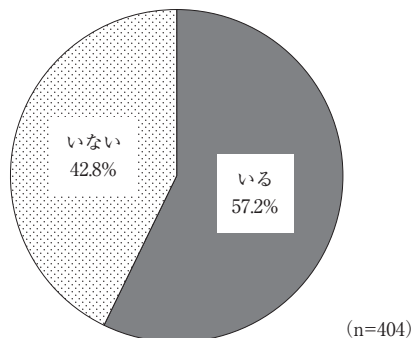
(2) 事業所の小規模化が引き起こす課題

A. 調整コストの増大

事業所規模が小さいことは、どのような課題を引き起こすのだろうか。まず、複数事業所の併用による調整コストの増大が挙げられる。一人の利用者のすべての訪問介護ニーズを1カ所の事業所で満たせない場合、利用者は複数事業所のサービスを利用することになる。複数の事業所を利用している利用者が1名以上いる訪問介護事業所は全体の57.2%に上る（図表15）。厚生労働省の「介護サービス情報公表システム」ウェブサイトによると、訪問介護事業所の約9割は「空きなし」であり、新規受け入れが可能であっても利用者一人分というところも多い（図表16）。依頼を受けても必要な回数のすべてのサービスを提供できるだけの人員がいない事業所も多いと考えられる。

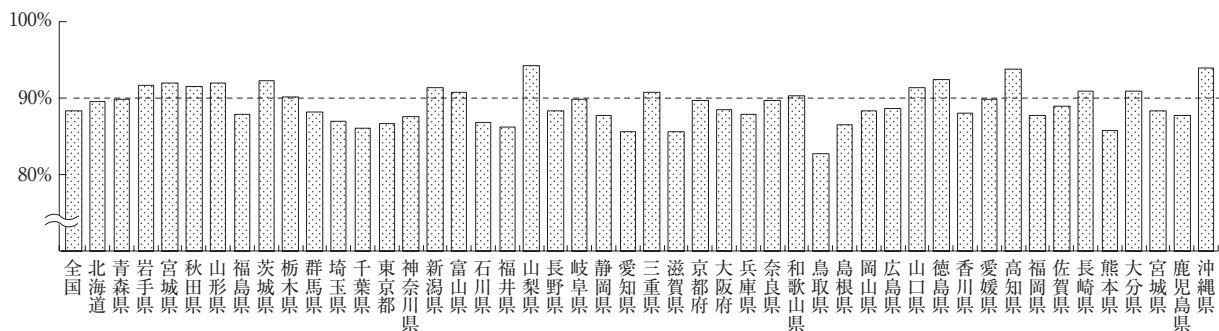
利用者にとっては、利用契約の締結先が少なく、事業所内で情報共有されたうえでサービスが提供さ

（図表15）複数の訪問介護事業所を利用している利用者の有無



（資料）浜銀総研 [2022b]『訪問介護事業のサービス提供体制の見直しに関する調査研究事業調査結果報告書』2022年3月
（注）無回答を除いた構成比。

（図表16）新規受け入れが難しい訪問介護事業所の割合



（資料）厚生労働省「介護サービス情報公表システム」ウェブサイト（2022年10月24～25日アクセス）を基に日本総合研究所作成
（注）訪問介護事業所総数から「空きあり/受け入れ可能」に該当する訪問介護事業所数を引いた事業所の割合。

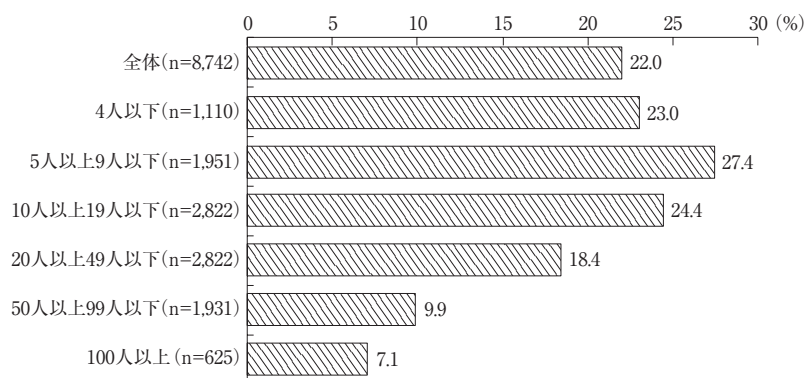
れる方が利用しやすい。ケアプランを作成してサービスの手配をするケアマネジャーにとっても、依頼先が1カ所のほうが連絡や事務負担は少ない。このように、小規模の事業所が多数存在することによって、調整コストが増大しているといえる。

B. マネジメント機能の充実と業務効率化

次に、事業所規模にかかわらず求められるマネジメント機能は、小規模事業所にとって負担が重くなりやすいという課題がある。訪問介護事業所は、利用者に対して質の高いサービスを安定的に提供するため、そのバックヤードで実施すべきさまざまなマネジメント業務を抱えている。職員に対する能力評価に基づく適切な処遇、人材育成や研修によるモチベーションの維持向上に加え、自然災害や感染症に備えた事業継続計画（BCP）の策定と運用、高齢者の虐待防止、利用者とホームヘルパーの間、あるいは事業所内のハラスメントの防止など、制度上定められたものだけでも多岐にわたる。これらの業務の多くは事業所規模にかかわらず生じるため、人員規模が小さい事業所にとって相対的に負担が重くなりやすい。

さらに、ICTを用いた業務効率化、蓄積したデータの分析など、サービスの質を高めていくための取り組みも重要であるが、小規模事業所では規模のメリットが働かないため着手しづらい。介護事業所では、利用者情報の管理、サービス提供記録の管理・介護報酬の請求、職員間や他事業所との利用者情報の共有、あるいは一般事業所と同様の給与計算・勤怠管理・報告・連絡・相談などにICTが活用されているが、規模の小さい事業所では導入している割合が低い（図表17）。

（図表17）事業所規模別 ICT機器活用を行っていない事業所の割合



（資料）介護労働安定センター『令和3年度介護労働実態調査』

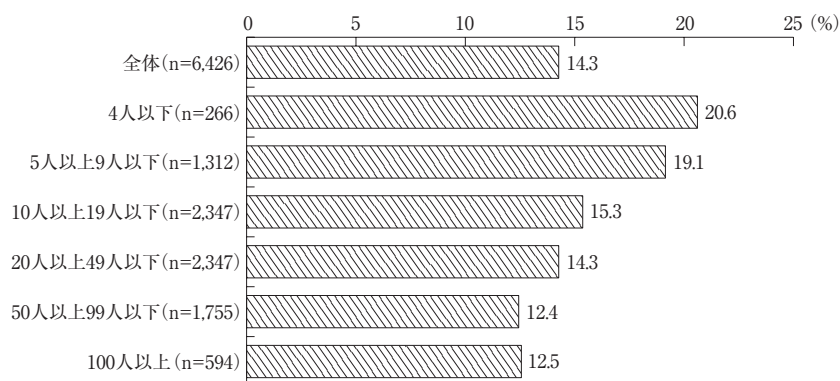
（注）訪問介護以外のサービス種別も含む。

C. 従事者の定着と経営の見通し

3点目として、小規模の事業所は人員が定着しにくいという課題がある。訪問介護事業所にとって従事者は最大の経営資源といえるが、小規模な事業所ほど離職率が高く、なかでも従業員9人以下の事業所では離職率が約2割に上る（図表18）。ホームヘルパーの有効求人倍率は約15倍に上り、欠員が生じたときの人員の補充は容易でない。採用や人材育成に充てられる余力が乏しい事業所にとって、離職率の高さ

は運営基準を満たせずに事業所を閉鎖せざるを得ない理由にもなる。

(図表18) 事業所規模別の離職率



(資料) 介護労働安定センター『令和3年度介護労働実態調査』

(注) すべてのサービス種別。

(注8) シルバーサービス振興会 [2022]『介護事業者（介護職）の現場での課題対応力強化に向けた調査研究事業報告書』。

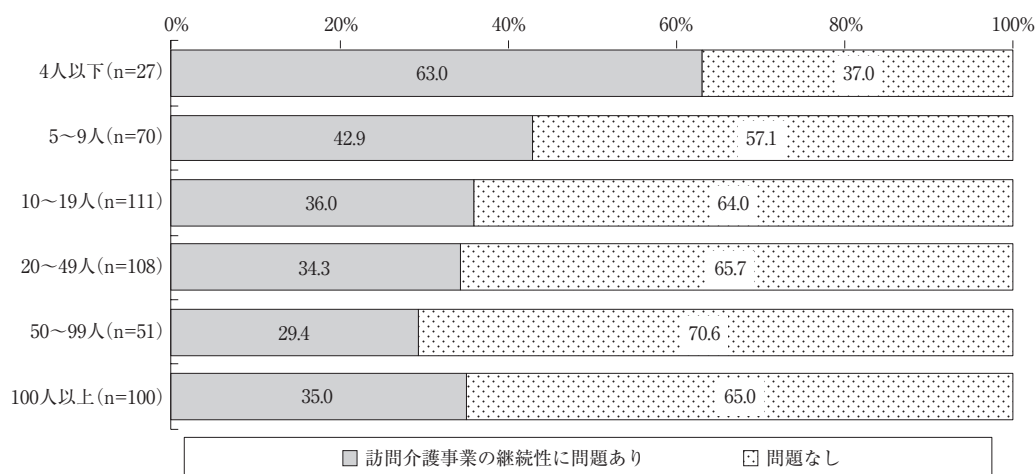
(注9) 日本政策金融公庫総合研究所 [2016]『訪問介護・通所介護に関するアンケート結果』。

4. 解決に向けた具体策

(1) 事業所規模の拡大の方向性と目安

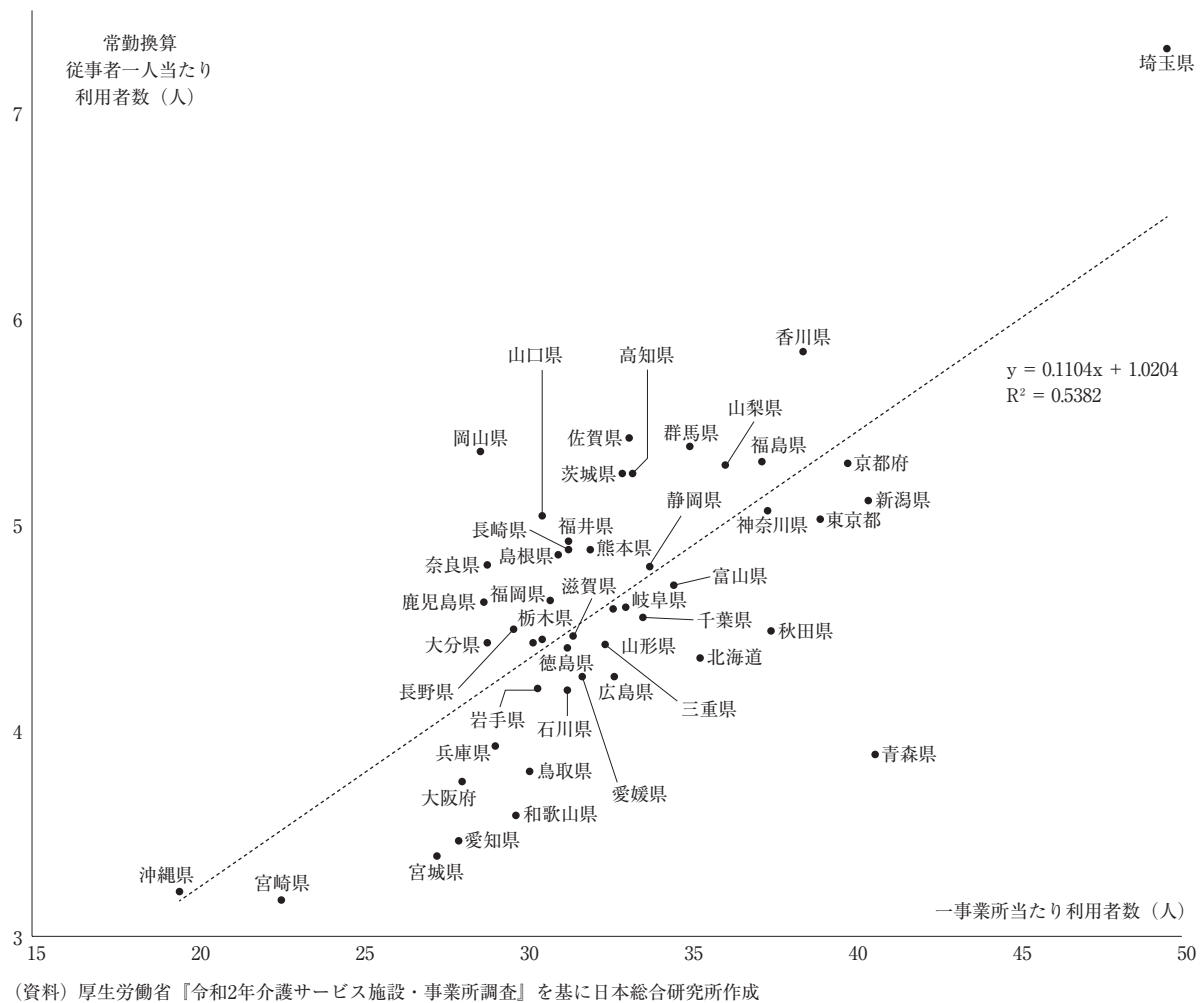
規模が小さい事業所では利用者・ケアマネジャーにとっての調整コストが増大するうえ、事業者にとってはマネジメント機能の負荷が大きく、人材が定着しないなど、事業の継続性に課題がある事業所が多い。その結果、小規模事業所ほど、事業の継続性に対して問題を抱えている（図表19）。また、利用者規模の大きい事業所では職員一人当たりの利用者数が多い傾向があるため、サービス提供体制の確保という視点から、介護資源の有効活用のためには事業所の規模の確保が重要であるといえる（図表20）。

(図表19) 事業所規模別にみた訪問介護事業の継続性に関する問題の有無



(資料) 浜銀総合研究所 [2022a]『都市部、離島・中山間地域におけるサービスの在り方に係る調査研究事業』

(図表20) 一事業所当たり利用者数と従事者一人当たり利用者数



訪問介護事業所が安定的に事業を継続していくためには、介護報酬や給与水準によって変動するものの、1カ月当たりの利用者数90人、月商350万円が一つの目安とされる（注10）。現状では、1事業所当たりの利用者数が100人以上の事業所は全体の3.8%、50～99人の事業所は15.1%であり、目安となる規模を上回る事業所はごく一部にとどまる（図表21）。

2022年5月現在の訪問介護の受給者数は103万人であり、単純に利用者90人につき1事業所と仮定すると、11,500事業所が適正水準と算出される（図表22）。この場合に、現在の総従事者数を前提とすれば、1事業所当たりの従事者数は48人、うち常勤専従9人、常勤兼務8人、非常勤31人という構成になる。

ただし、訪問介護事業所のすべてについて上記の目安にあてはめる必要があるわけではない。全国約35,000の訪問介護事業所のうち、半数弱は他の介護保険サービスや、タクシーなどの民間サービスを主たる事業としている事業所であり、副次的に訪問介護を提供しているとみられる（注11）。これを除いた約2万の事業所について、規模拡大によって、規模の小ささに起因する諸課題を解消し、ホームヘルパーのサービス提供効率を上げていくべきである。

利用者が50人以上の訪問介護事業所の割合

75歳以上人口1万人当たり訪問介護事業所数(カ所)

全国平均

都道府県	75歳以上人口1万人当たり訪問介護事業所数(カ所)	利用者が50人以上の訪問介護事業所の割合
東京都	20.5	30.5
京都府	19.5	31.0
山梨県	13.5	27.5
埼玉県	14.5	26.0
新潟県	11.5	24.5
神奈川県	16.5	24.0
千葉県	18.5	23.5
富山県	14.5	23.0
福島県	15.5	21.5
群馬県	16.5	20.5
滋賀県	19.5	21.0
北海道	20.0	20.5
青森県	23.5	22.0
秋田県	12.5	20.0
長崎県	14.5	19.5
茨城県	11.5	18.5
栃木県	13.5	18.5
高知県	16.5	18.5
広島県	17.5	18.0
愛媛県	20.5	17.5
兵庫県	23.5	18.0
和歌山県	33.0	17.5
三重県	21.5	17.0
愛知県	18.5	16.5
山形県	11.5	15.5
長野県	14.5	15.0
静岡県	11.5	17.5
福井県	12.5	16.5
岐阜県	14.5	16.5
山口県	16.5	15.0
宮城県	15.5	14.5
島根県	17.5	15.0
佐賀県	13.5	13.5
石川県	14.5	12.5
徳島県	26.5	16.0
奈良県	25.5	15.5
熊本県	22.5	16.0
福岡県	21.5	14.5
香川県	19.5	14.5
大分県	24.0	13.0
宮崎県	24.0	5.5
沖縄県	20.5	5.0
鹿児島県	16.5	11.0
岡山県	15.5	9.5
鳥取県	12.5	8.5
大阪府	40.5	14.0

(注) 利用者0人の事業所は分母に含まない。

(カ所)

□主たる事業が訪問介護の事業所数（2016年）

■一事業所当たり利用者90人と仮定した場合の事業所数

地域	主たる事業が訪問介護の事業所数（2016年）（カ所）	一事業所当たり利用者90人と仮定した場合の事業所数（カ所）
北海道	700	550
青森県	250	200
岩手県	200	150
宮城県	300	150
秋田県	150	100
山形県	150	100
福島県	250	200
茨城県	200	150
栃木県	150	100
群馬県	200	150
埼玉県	750	450
千葉県	700	400
東京都	1950	1300
神奈川県	1150	750
新潟県	250	200
富山県	100	100
石川県	100	100
福井県	100	100
山梨県	100	100
長野県	250	200
岐阜県	200	150
静岡県	350	250
愛知県	800	550
三重県	200	150
滋賀県	200	150
京都府	300	300
大阪府	2200	1450
兵庫県	900	550
奈良県	250	200
和歌山県	200	150
鳥取県	50	50
島根県	50	50
岡山県	250	200
広島県	450	250
山口県	200	150
徳島県	150	100
香川県	200	150
高知県	200	100
福岡県	800	450
佐賀県	100	100
長崎県	150	100
熊本県	250	200
大分県	200	150
鹿児島県	150	100
沖縄県	150	100

110 JRIレビュー 2023 Vol.2, No.105

等が市町村と積極的に協議していくこと、既存事業所の規模拡大を支援することが考えられる。

A. 新規指定事業所への働きかけ

近年、閉鎖する事業所の数と新規に指定を受ける事業所の数とが相殺され、事業所数はほぼ横ばいとなっているが、事業者が新規開設に慎重になれば事業所数は絞り込まれると考えられる。具体的には、新規指定申請の際に、開業後に安定した経営ができることの裏付けとなる書類の作成・提出を追加的に求めることによって、運営体制をより慎重に検討する機会を提供すべきである。例えば業務継続計画(BCP)の提出を義務付けたり、必須とはいわないまでも事業計画書の作成を提案するなどの方法が考えられる。

BCPは2021年の介護報酬改定によって、すべての介護サービス事業所に作成が義務付けられた。2024年3月末までの経過措置であるが、指定申請時に前倒しでの提出を求めたり、素案の提示を求めることが考えられる。BCPは、感染症や自然災害が発生した場合であっても、介護サービスを安定的・継続的に提供するための計画である。感染症や災害により稼働できる職員が不足した場合には、法人内の他部署、提携する他の事業所などを通じた人員確保が必要になるが、BCPを作成することによって、現状の人員規模で安定的にサービスを提供しうるのか、管理者が危機管理の意識や能力を有するかを確認する機会にもなる。小規模事業所でもBCP作成がきっかけとなって連携先の事業所を見つけられれば、危機発生時に限らず日常的な人材育成などで協力できる可能性も高まる。

事業計画書については作成を義務付けることは難しいものの、事業計画について検討を促すことは保険者機能の発揮という点から可能と考えられる。自己資金で開業する場合には事業計画書が必要になる場面が少なく、市場環境を十分把握せず、また顧客獲得策などをさほど検討せずとも開業できる。しかし高齢者人口が減少に転じている地域、事業者間の競争が激しい地域では、利用者の確保に苦戦し、事業の継続性に問題を抱えている事業所も少なくない。事業所を閉鎖するか否かの判断は事業者に委ねられているが、国・地方公共団体には、被保険者が住み慣れた地域で日常生活を営むことができるようサービス提供体制を確保する責務がある(介護保険法第5条)。社会保険の給付としてサービスが提供されること、利用者が高齢でサービスの選択や契約の負担が大きくなりがちなことなどを踏まえると、経営が安定した事業所にホームヘルパーが所属してサービスを提供することが望ましい。そのためにも、指定申請のタイミングで経営者や事業所の責任者が安定して事業を運営する見通しがあるか、そのためには何が必要かを考えるきっかけを提供することは保険者としての責務を果たすことにもつながるだろう。

前述したように東京都、大阪市、滋賀県などでは指定前研修の受講を義務付けているほか、指定申請に関する手引き等を作成している自治体も多い。制度や手続き、法令遵守や労務管理、サービスの第三者評価や情報公開など、介護保険事業者として理解しておくべきことを確認するだけでなく、日常生活圏域ごとの将来推計人口やサービス需給の見通し、地域が抱えている課題などの情報を提供したり、事業計画の検討に資する情報を提示するなど、事業者が考えるきっかけを提供することも一案である。

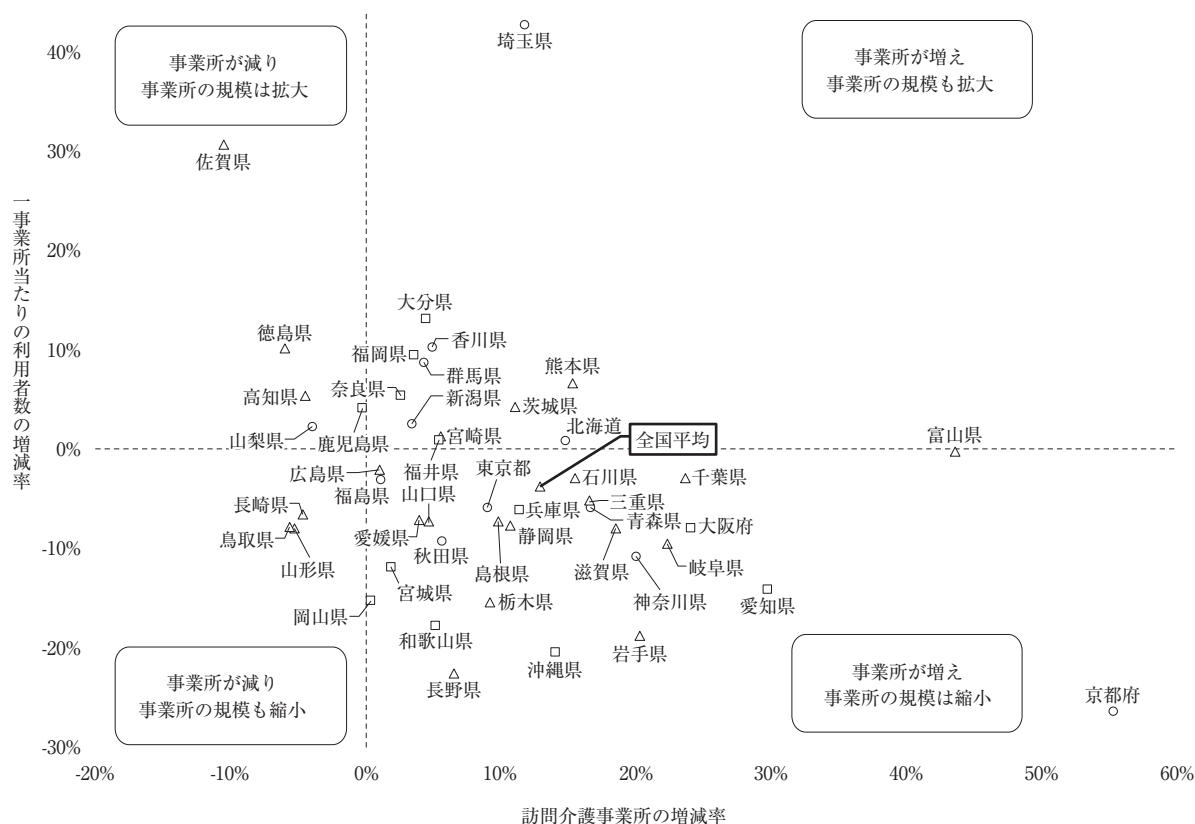
B. 都道府県と市町村等との協議

訪問介護事業所の指定権限を有するのは都道府県知事であるが、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスは市町村長が指定す

る。地域密着型サービスの普及を進めるため、訪問介護事業所の指定に際し、都道府県と市町村が協議する仕組みがある。具体的には、訪問介護事業所の開設予定地域において地域密着型サービスが見込みに達している、あるいは当該事業所を開設することによって介護保険事業計画の達成に支障が生じそうな場合、市町村は都道府県に協議を求めることができる。都道府県は市町村からの意見や協議の結果に基づき、条件付きの指定や、指定をしないことができる（介護保険法第70条10項、11項）。

現在、新規指定にあたっての都道府県と市町村の協議は地域密着型サービスの充足に関連する場合に限られているが、今後は、当該地域に訪問介護事業所を新規開設することによるサービス提供体制に与える影響を考慮していく段階にあるといえる。すなわち、全国的には、2012年から2020年の間に事業所は13%増え、一事業所当たりの訪問介護の利用者（予防訪問介護は含まない）は3.7%減少した。この数値には、訪問介護が主たる事業である事業所とそれ以外の事業所が含まれることや、一つの都道府県のなかでも事業所が密な地域と疎な地域とが混在することに留意が必要であるものの、一事業所当たりの平均利用者数が以前から少ない傾向にあり（図表23で□印）、事業所の増加と事業所規模の縮小が起きている（図表23で右下の象限）地域においては、サービス提供体制の確保と介護保険事業計画の達成という観点から、新規事業所の指定についてより慎重に検討することも視野に入れていく必要がある。

（図表23）訪問介護事業所数と一事業所当たりの平均利用者数の増減（2012年→2020年）



（資料）厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』を基に日本総合研究所作成

（注）2011年以前は調査方法が異なるため、増減率の算出対象期間を2012年から2020年とした。予防訪問介護は含まない。

C. 事業規模拡大に向けてのインセンティブならびに支援策

事業所の実質的な規模拡大に向けて、採り得る方策としては、事業所間の連携の促進や再委託の対象範囲の拡大が考えられる。

事業所間の連携については、すでに居宅介護支援事業所は介護報酬の特定事業所加算の算定にあたって、他の法人との共同事例検討会、研修会等に参加することが条件の一つとなっている。訪問介護事業所についても、他事業所との連携を介護報酬算定の評価対象とすることで、近隣事業所との接点を増やし、一事業所では負荷が大きい人材育成を共同で行うことが考えられる。人材育成に加え、複数の訪問介護事業所を併用する利用者について事業所間での情報共有の必要性が生じているため、介護記録のソフトウェアを共通化することで情報共有を円滑にするといった形での連携を評価することも考えられる。

一方、再委託については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護では、業務の一部を他の事業所に委託することが認められている。例えば青森県八戸市にある事業所では、12の訪問介護事業所と契約し、訪問エリアの端にあたる地域の利用者について、一部のサービス提供を委託することによって移動時間のロスを減らし、広いエリアでも効率的なサービス提供ができる体制を実現している(注12)。利用者への説明や事業所間・従事者間での情報共有などが大前提であるが、訪問介護事業所においても人員の確保がますます困難になることが予想されるなか、今後は訪問介護事業所間の再委託を認めることによって効率的に訪問できるホームヘルパーと利用者をマッチングさせることも検討していくべきだろう。

(3) 需要サイドとして視野に入れるべき事項

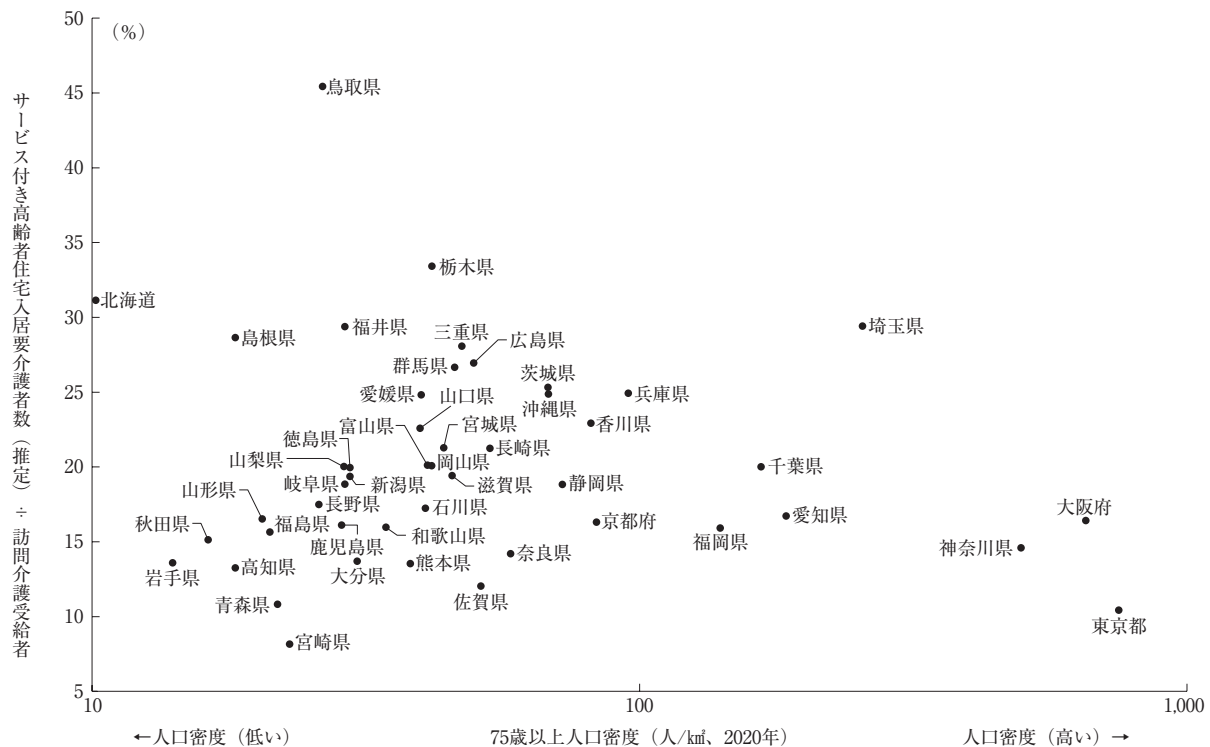
介護保険制度は多様なサービス提供主体の参入を認め、事業者間の適正な競争と利用者の適切な選択によりサービスの質を確保することを目指してきた。これを後押しするため、利用者による介護サービス事業者の適切な選択に資する「介護サービス情報の公表」が2006年から行われている。多くの利用者が質の高い事業所を選択すれば淘汰が起きるはずだが、実際には、利用者が事業所の情報を比較検討して選ぶことはほとんどない。前述したように約9割の訪問介護事業所は空きがなく、需給バランスを考えると、利用者の選択による事業所の淘汰・集約は難しいといえる。

ただし、現在すでに訪問介護の少なからぬ部分がサービス付き高齢者住宅で暮らす要介護高齢者に対して提供されているとみられる。訪問介護の受給者数とサービス付き高齢者住宅に入居する推定要介護者数を比較すると、鳥取県、栃木県、北海道では入居要介護者数が訪問介護受給者数の3割を超える。サービス付き高齢者住宅に入居する要介護者のすべてが訪問介護を利用するとは限らないものの、人口密度が低くホームヘルパーの移動の負担が大きい地域では、サービス付き高齢者住宅という形で集住した高齢者に対する訪問介護の割合が増えていると考えられる(図表24)。現状では県全体の平均事業所規模を押し上げるほどではないまでも、個別には事業所の規模拡大に寄与していると考えられる。

今後さらに生産年齢人口が減少し、サービス供給の見通しが厳しくなるなか、訪問介護が必要な人にとって手に届くものであり続けるためには、利用者が住み慣れた地域の範囲内で事業所からほど近い場所に移り住むことも視野に入れる必要がある。そのような利用者の行動が事業所の規模拡大につながり、少ない人員でより効率的にサービスを提供したり、電子化された介護記録の活用によってより効果の高

いサービスを提供することが期待できる。

(図表24) 訪問介護受給者総数に対するサービス付き高齢者住宅入居要介護者数の割合



(資料) 厚生労働省『介護保険事業状況報告(暫定) 令和4年7月分』(令和4年5月現物給付)、一般社団法人 高齢者住宅協会『サービス付き高齢者向け住宅の都道府県別登録状況(令和4年5月末時点)』、国土交通省「第5回サービス付き高齢者向け住宅に関する懇談会」配布資料(2020年12月24日資料1-2)を基に日本総合研究所作成

(注10) 全国介護事業者協議会(民介協)[2013]『生産性の高い訪問介護とは?』

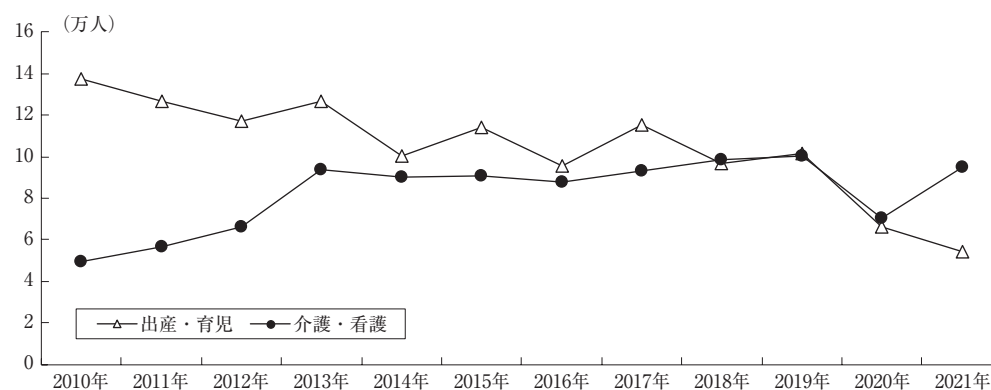
(注11) 総務省統計局『平成28年経済センサス』

(注12) 「訪問業務を一部委託 法人の枠越え連携 社会福祉法人同仲会(青森県八戸市)」週刊高齢者住宅新聞2021年12月2日。

5. おわりに

介護保険制度の創設により、介護従事者の数は大きく増加し、家族に代わって社会全体が介護を担う「介護の社会化」が進んだ。しかし今後、供給不足によって要介護者が介護サービスを利用できない状況が発生してしまえば、これまでの取り組みが実質的に逆戻りになってしまう。介護離職者数は10万人前後で推移しているが、出産・育児を理由とした離職者数を逆転した(図表25)。健康寿命は延伸しており、エイジレスに働ける社会の実現が目指されているが、親の介護を理由として早期に労働市場から離脱してしまうことは、わが国にとって大きな損失となる。生産年齢人口は減少傾向にあり、どの産業においても担い手を奪い合うような状況であるが、少ない人員で効果的・効率的に訪問介護サービスを提供するためには、安定的に経営ができる規模への事業所の集約が重要な鍵となるだろう。

(図表25) 理由別離職者数



(資料) 厚生労働省『雇用動向調査』を基に日本総合研究所作成

〔補論〕訪問介護に関連する制度改正

訪問介護は介護保険が創設された2000年から提供されているが、2006年からは要介護1～5の人が利用する「訪問介護」、要支援1・2の人が利用する「介護予防訪問介護」（以下、予防訪問介護）に区分された。このため、多くの訪問介護事業所は「予防訪問介護事業所」の指定も併せて受けることによって訪問介護と予防訪問介護の両方を提供してきた。

その後、2015年の介護保険法改正により、要支援1・2の利用者に対する予防訪問介護が介護保険給付の外に位置づけられ、自治体が実施する介護予防・日常生活総合事業（以下、総合事業）として提供されることとなった。総合事業への移行のタイミングは自治体により異なるが、2018年4月には全国で移行が完了した。総合事業では、多様な担い手により要支援者の生活を支えることを目指し、訪問介護事業所が提供する「従前の介護予防訪問介護相当のサービス」のほか、「従来より基準を緩和したサービス」、「住民主体によるサービス」などが提供されている。

制度改正前の訪問介護・予防訪問介護の受給者は204万人、うち要支援1・2の受給者が61万人と全体の約3割を占めていた。要支援者が保険給付外となったため受給者数は大きく減少し、2020年には148万人となった。ただし、訪問介護事業所の7割以上は総合事業の「従前の介護予防訪問介護相当のサービス」を提供しており、その利用者数は約30万人であることから、制度改正前の要支援の利用者の半数相当は訪問介護事業所が提供するサービスを継続利用していると考えられる。

(2022.11.21)

参考文献

- ・シルバーサービス振興会 [2022]. 『介護事業者（介護職）の現場での課題対応力強化に向けた調査研究事業報告書』
- ・全国介護事業者協議会（民介協）[2018]. 『中小規模の地域密着型在宅介護事業所における生産性向上に関する調査研究事業報告書』
- ・全国介護事業者協議会（民介協）[2013]. 『生産性の高い訪問介護とは？』
- ・日本政策金融公庫総合研究所 [2016]. 『訪問介護・通所介護に関するアンケート結果』

-
- ・ 浜銀総合研究所 [2022a].『都市部、離島・中山間地域におけるサービスの在り方に係る調査研究事業』
 - ・ 浜銀総合研究所[2022b].『訪問介護事業のサービス提供体制の見直しに関する調査研究事業調査報告書』
 - ・ 堀田聰子 [2008].『訪問介護員の定着・能力開発と雇用管理』 東京大学社会科学研究所
 - ・ 松原良子 [2001].「ホームヘルプサービスの標準化と介護保険対象外の利用者への支援」『日本老年医学会雑誌』 38巻2号
 - ・ 宮本教代 [2012].「わが国の訪問介護事業の変遷に関する一考察」『四天王寺大学大学院研究論集』 7号

