

バイタルセンサーやIoTを活用したクラウドシステムを有効活用していくためには、ユーザー側の管理体制の構築や教育なども必要とされる。そのため、従来のモノとして福祉用具の購入・レンタルではなく、ソリューションの導入という意識が販売側にも、購入側にも求められる。

## センサー導入で失敗するケース



### 販売者のサポート不足

メーカーや販売会社が物品として販売してしまい、十分なサポートやサービスが提供されない

### 運用設計・体制が構築されない

導入目的や要件定義、実務での利用方法、運用方法などが、決められずに機器のみ購入されてしまう

### 高機能すぎて使いこなせない

機能が多岐にわたり複雑すぎる。またデータの活用や分析ができる人材がない

### 問題発生時の対応

誤検知や誤報に振り回されたり、問題が発生時に、多岐にわたる原因の切り分けや対策が取れない

## センサーシステム導入の重要なポイント

- ・ 導入目的や要件に合った製品の選定
- ・ システムを組み込んだ業務の再構築
- ・ システムの運用ルールの構築
- ・ ユーザーへの教育と活用の定着化
- ・ センサーデータの管理・活用・分析
- ・ システムの運用実務



導入サポートはランニング費用が必要となるが、利用者が支払うランニングコストが普及促進の足かせになっているという事実もある。

このような問題の解決の為に、保険適用の範囲を、物品の購入代金だけでなく、サービス(通信費・サポート費など)も一体の製品として考慮されることが必要と考える。

# 参考:令和3年度介護報酬改定の概要

## 令和3年度介護報酬改定の概要

新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で「感染症や災害への対応力強化」を図るとともに、団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止の取組の推進」、「介護人材の確保・介護現場の革新」、「制度の安定性・持続可能性の確保」を図る。

改定率: +0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05% (令和3年9月末までの間)

### 1. 感染症や災害への対応力強化

※各事項は主なもの

■感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

#### ○日頃からの備えと業務継続に向けた取組の推進

・感染症対策の強化 ・業務継続に向けた取組の強化 ・災害への地域と連携した対応の強化 ・通所介護等の事業所規模別の報酬等に関する対応

### 2. 地域包括ケアシステムの推進

■住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

#### ○認知症への対応力向上に向けた取組の推進

・認知症専門ケア加算の訪問サービスへの拡充 ・無資格者への認知症介護基礎研修受講義務づけ

#### ○看取りへの対応の充実

・ガイドラインの取組推進 ・施設等における評価の充実

#### ○医療と介護の連携の推進

・老健施設の医療ニーズへの対応強化  
・長期入院患者の介護医療院での受入れ推進

#### ○在宅サービス、介護保険施設や高齢者住まいの機能・対応強化

・訪問看護や訪問入浴の充実 ・緊急時の宿泊対応の充実 ・個室ユニットの定員上限の明確化

#### ○ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

・事務の効率化による通減制の緩和 ・医療機関との情報連携強化 ・介護予防支援の充実

#### ○地域の特性に応じたサービスの確保

・過疎地域等への対応 (地方分権提案)

### 4. 介護人材の確保・介護現場の革新

■喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

#### ○介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進

・特定処遇改善加算の介護職員間の配分ルールの柔軟化による取得促進  
・職員の離職防止・定着に資する取組の推進  
・サービス提供体制強化加算における介護福祉士が多い職場の評価の充実

#### ○テクノロジーの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進

・見守り機器を導入した場合の夜間における人員配置の緩和  
・会議や多職種連携におけるICTの活用  
・特養の併設の場合の兼務等の緩和 ・3ユニットの認知症GHの夜勤職員体制の緩和

#### ○業務負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

・署名・押印の見直し ・電磁的記録による保存等 ・運営規程の掲示の柔軟化

### 3. 自立支援・重度化防止の取組の推進

■制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

#### ○リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化

・計画作成や多職種間会議でのリハ、口腔、栄養専門職の関与の明確化  
・リハビリテーションマネジメントの強化 ・退院退所直後のリハの充実  
・通所介護や特養等における外部のリハ専門職等との連携による介護の推進  
・通所介護における機能訓練や入浴介助の取組の強化  
・介護保険施設や通所介護等における口腔衛生の管理や栄養マネジメントの強化

#### ○介護サービスの質の評価と科学的介護の取組の推進

・CHASE・VISIT情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進  
・ADL維持等加算の拡充

#### ○寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

・施設での日中生活支援の評価 ・褥瘡マネジメント、排せつ支援の強化

### 5. 制度の安定性・持続可能性の確保

■必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

#### ○評価の適正化・重点化

・区分支給限度基準額の計算方法の一部見直し ・訪問看護のリハの評価・提供回数等の見直し  
・長期間利用の介護予防リハの評価の見直し ・居宅療養管理指導の居住場所に応じた評価の見直し  
・介護療養型医療施設の基本報酬の見直し ・介護職員処遇改善加算(IV)(V)の廃止  
・生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証

#### ○報酬体系の簡素化

・月額報酬化(療養通所介護) ・加算の整理統合(リハ、口腔、栄養等)

### 6. その他の事項

・介護保険施設におけるリスクマネジメントの強化  
・高齢者虐待防止の推進 ・基準費用額(食費)の見直し

・基本報酬の見直し



# 参考:介護施設においてICT活用が推進されている

## 介護現場革新の取組における横展開のイメージ (案) ①横展開に係る地域医療介護総合確保基金による支援策

- 介護現場の生産性向上に係る取組の全国への普及・展開に当たっては、各地域の実情や地域資源が異なることを踏まえると、都道府県等が主体となって取組むことが重要であることから、令和2年度に地域医療介護総合確保基金のメニュー事業を拡充することとしている。

### 【地域医療介護総合確保基金のメニュー事業】

令和2年度予算案 (国費、括弧内は公費)  
施設整備分: 467億円 (701億円)  
介護人材分: 82億円 (124億円)

#### ①「地域のモデル施設の育成」に係る支援

##### 【業務改善支援事業 (人材分)】

- 都道府県等が開催する「介護現場革新会議」において介護現場の生産性向上に必要と認められる取組に要する経費の補助
  - ・介護現場革新会議の設置に伴う必要な経費
  - ・介護事業所の取組に必要な経費 (1/2補助 (上限500万円))
 例) 業務コンサルタント等によるコンサル経費から介護ロボットやICT (インカム等) の導入費用など

拡充

#### ②全国の介護事業所に対する支援

##### 業務分析・業務改善支援

##### 【業務改善支援事業 (人材分) (再掲)】

- 生産性向上ガイドラインに基づき業務改善に取り組む介護事業所に対するコンサル経費の補助 (1/2補助 (上限30万円))

##### テクノロジーの活用支援

##### 【介護ロボットの導入支援事業 (人材分)】

- ①補助上限額: 1機器あたり上限30万円 (1/2補助)  
※補助限度台数は利用定員の2割まで。
- ②見守りセンサーの導入に伴う通信環境整備に係る経費 (Wi-Fi工事、インカム) の補助  
補助上限額: 1事業所あたり上限150万円 (1/2補助)

拡充

##### 【ICTの導入支援事業 (人材分)】

- 補助上限額: 事業所規模に応じて設定 (職員10人未満: 50万円 ~ 職員31人以上: 130万円)  
※事業主負担は都道府県が設定

拡充

##### 【介護施設等の大規模修繕の際にあわせて行うロボット・センサー・ICTの導入支援 (整備分)】

- 補助上限額: 1定員あたり42万円 (特養、老健、認知症GH、介護付きホームの例)

新規

##### 介護の魅力発信 (人材確保)

##### 【業務改善支援事業 (人材分) (再掲)】

- 都道府県等が開催する「介護現場革新会議」において介護現場の生産性向上に必要と認められる取組に要する経費の補助
  - ・都道府県等が取組む介護の魅力発信や職員の定着支援等に要する必要な経費
 例) 介護の魅力をまとめたパンフレットを作成し、関係団体等と連携して学校現場や地域住民に配布

拡充

①都道府県等版「介護現場革新会議」の開催

②地域のモデル施設の育成



- 「介護現場革新会議」の具体的役割
- 地域の課題 (人材不足等) や資源の把握
  - 地域の課題の解決に向けた対応方針の策定
    - ・業務効率化に関する事業整備
    - ・業務効率化に取り組むモデル施設の育成
    - ・業務効率化の取組の好事例の収集・普及
    - ・介護人材の育成
    - ・介護業界のイメージ改善 等

③モデル施設を通じた他の介護事業所への取組の伝播



## 業務効率化

実施したサービス内容や利用者の状態を紙媒体にメモし、Excelやシステムに入力するケースが散見。ICT化により、スマートフォンやタブレットで記録システムへ入力すれば、訪問サービスの職員は業務後に直接自宅に帰宅することも可能。また、見守りシステムを導入し、利用者の呼吸数、心拍数や眠りの深さ、状態変化を可視化すれば、夜間見回りの回数の低減や、介護職員の負担軽減も可能

## 情報連携

介護施設と病院、訪問介護事業所などの情報連携において紙媒体だと郵送やFAX送信など情報共有のプロセスが煩雑になる。ICT化を進めて関係者が同じ情報を閲覧できるプラットフォームを導入すれば、患者・利用者の情報をリアルタイムに共有可能

## サービス品質向上

医療・介護業界では、関係各所に患者・利用者の情報が蓄積されている。関連するデータと組み合わせることで分析すれば、多方面で質の向上につなげられる。データ転送が可能な体温計や血圧計、体重計を使えば、訪問サービスで職員が訪問している以外の時間でも利用者の情報を得ることができる。蓄積したデータを分析できる新しい技術も進化してきているため、データを活用した科学的根拠に基づく介護が実現できる体制を構築できる



## 記録業務

スマートフォンやタブレットで入力できる記録システムを導入することで、訪問介護スタッフは訪問先から記録できる。訪問の合間の空き時間も活用でき、事業所に戻って記録をする必要がなくなる。介護施設の場合も、ケアを行いながら、食事や排泄の状況、バイタルが記録可能。これまで記録業務にかかっていた時間を大幅に短縮することができる。

## 見守り業務

利用者のベッドの下や壁にセンサーを取り付けることで、利用者の状態変化や心拍数、呼吸数、居室の状態を可視化できる。心拍数や呼吸数に異常があったときや、利用者が起き上がろうとするなどの状態変化があったときにアラートが鳴る機能もあるため、介護職員の数が少なくなる夜間にも効率的な見守りが実現できる。

## 排泄予測

排泄介助のタイミングは利用者それぞれ異なるため、予測が難しいのが課題。排泄予測ができるデバイスを活用すれば、事前に排泄を促す声かけができ、利用者のQOL向上にも寄与することができる。

## 情報共有

訪問介護事業所では、介護職員が1人で訪問するので、外出先から事業所へ連絡したり、情報共有が必要になったりする場面がある。介護職員同士でコミュニケーションが取れるシステムを使えば、情報共有や連絡がしやすくなる。訪問介護事業所以外でも、こうしたシステムを導入すれば、単に情報共有のためだけに行う会議や申し送りは不要になる。

## 稼働率向上

BIツールなどの導入により、介護施設の売上や居室稼働率を予測したり、コストを管理したりすることが可能。書類作成や確認の時間を減らし、施設全体の生産性アップにもつながる。

## イギリス

イギリスにおいて高齢者介護の責任は、特に1970年代半ば以降、高齢者介護の負担を国が担わず、家族の負担が高まる結果になったという。また、民間の高額な介護サービスを利用できる経済状況にない中産階級の人々は、介護の問題を家族で解決しようとする傾向にある。配偶者介護の場合など、男性介護者も増えてきてはいるが、家族介護の主な担い手は未だ、女性である。一方で、イギリスでも女性の就業率は高まり、1971年の53%から2013年には67%となり、女性の3分の2が就業している。こうした背景もあり、イギリスでは、働きながら介護をする働く介護者の増加を懸念し、国や介護者支援団体、企業等が彼らへの支援を始めている。

## ドイツ

1970年代から1990年代にかけて施設入所者への社会扶助が膨れ上がり、国が財政難に陥ったことなどを背景に、1994年に介護保険法が制定された。また、2008年には在宅介護優先の強化を目指す「介護保険発展法」が制定されるとともに、家族介護者の負担軽減を目的として「介護時間法」が施行、続いて介護時間の制度をさらに拡充した「家族介護時間法」が2012年に施行された。さらに、2014年から2016年にかけて家族介護の支援強化を含む介護保険改革が段階的に進められ、2015年施行の「介護と仕事の両立を改善する法律」により、介護時間及び家族介護時間の制度に改善が加えられた。また、要介護者の対象拡大、保険料の引き上げ、地域介護サービスの充実などが進められた。

## オーストラリア

オーストラリアでは、1950年代から1980年代前半にかけて施設重視の施策がとられていたが、膨らんでいく支出の抑制が課題となり、1980年代中頃には在宅ケア・地域ケア重視の政策へと転換した。1985年には、高齢者ケア改革戦略(Aged Care Reform Strategy)がスタートし、「在宅ケア及びコミュニティケア法」が制定され、施設入所の適正化を目的とした専門家チームによるアセスメント(Aged Care Assessment Team; ACATs)や、連邦政府が6割の財政負担を行い州が実施主体となる地域在宅ケア制度(Home and Community Care; HACC)が創設された。これらは現在にも引き継がれ、オーストラリアの特徴として広く知られている

資料シリーズNo.186『ヨーロッパの育児・介護休業制度』第4章イギリスにおける仕事と介護の両立支援  
[https://www.jil.go.jp/institute/siryu/2017/documents/186\\_04.pdf](https://www.jil.go.jp/institute/siryu/2017/documents/186_04.pdf)

家族介護者支援に関する諸外国の施策と社会全体で要介護者とその家族を支える方策に関する研究事業  
[https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2020/04/koukai\\_200424\\_7.pdf](https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2020/04/koukai_200424_7.pdf)

## スウェーデン

1950年以前の高齢者ケアは、老人ホームに強制的に入居させられるケースも多かったが、徐々に施設介護から在宅介護へと転換され、1992年のエーデル改革により、在宅介護中心の動きがより加速したことから、家族介護者支援の必要性が高まった。2009年に施行された改正社会サービス法では「社会委員会は、長期の病気を患っているかまたは高齢である近しい人を介護しているか、または障害のある近しい人を支援している人たちの負担を軽減するために、支援を行わなければならない」とされ、家族介護者支援がコミュン(市町村に相当)に義務付けられた。スウェーデンでは、高齢者の暮らしについては、公的サービスで支えるべきとの考え方が比較的強い。

## デンマーク

デンマークでは1988年以降、高齢者施設(プライエム)の新規建設を禁止し、その代替として高齢者住宅の建設を推し進めた。財政の逼迫と高齢化の進展を背景に、次代の高齢者福祉のあり方を模索した高齢者政策委員会の「高齢者は介護の対象ではなく、生活の主体である」という提言を実践したものである。実際には「住まいとケアの分離」理論にのっとり、地域に公営賃貸住宅としての高齢者住宅と24時間在宅ケアを整備し、尊厳のある自立生活をしながらも虚弱化のニーズに合わせて在宅ケアを利用しながら、最期まで地域で暮らせる地域居住(Ageing in place)を実現している。

## アメリカ

アメリカは高齢者介護に関して公的な介護保障制度は存在しない。医療に関しても公的な医療保障制度は高齢者や障害者、困窮者を対象とするものに限定されている。このような事情から、アメリカにおいて公的に保障される介護サービスは、医療の範疇に入る一部のサービスが限定された公的な医療保障制度(メディケア)から提供される場合に限られ、家族介護や自己負担といった私的な負担のウエートが日本以上に高い。

デンマークの高齢者住宅とケア政策  
<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/18879306.pdf>

アメリカにおける長期介護をめぐる動向  
[http://www.ilcjournal.org/chojuGIJ/pdf/03\\_02.pdf](http://www.ilcjournal.org/chojuGIJ/pdf/03_02.pdf)

## 在宅ケアを中心とした介護制度

今後は介護施設を削減し、在宅ケアを推進または継続してゆく方針を打ち出している国が主流です。老後は施設に頼りきりになるのではなく、自宅で自分らしく生き生き生活することを目標とします。そのためには高齢者向けの住宅を整備し、そこで訪問介護サービスを展開するといった制度が必要になるでしょう。在宅介護を支援する国の制度の充実とともに、介護の負担が女性だけに偏らないための工夫が必要なようです。

## 介護予防への取り組み

介護職員がすべてのことを支援してしまうと、要介護度が進むと言われています。これからは過剰な介護サービスを改め、高齢者の今ある能力を生かすように行動を促すことが大切です。そのために役立つのが介護予防の取り組みです。介護予防は症状の悪化を防いだり、回復を目指すことができ、自立支援を促すためにとっても有効です。介護予防は施設に入居している高齢者が在宅を目指すためにも、非常に有意義な対策となるでしょう。

## オランダのヘルスケア提供の仕組み

オランダの医療の水準は高く、欧州地域対象の調査では、長い間1位を維持しており、ヘルスケア関連費用のGDP比も欧州地域で最も高くなっています。かかりつけ医制度が導入されており、「家庭医」がプライマリケアとしての地域医療を担っています。

医療・介護は保険制度で運営されていますが、日本と異なり、民間の保険会社が国の規制を受けて定められた水準の保険を提供する仕組みをとっています。また、日本のように健康保険と介護保険という区分ではなく、大きくは短期か長期で区分されており、介護サービスの多くは「長期療養サービス保険WLZ(\*1)」のもとで非営利の看護・介護組織を中心に提供されていますが、リハビリなどの医療行為は健康保険ZVW(\*2)で、家事援助は自治体による社会支援法WMO2015(\*3)でと、複数の関係者が関与する形となっています。

オランダでも、施設から在宅へという方向性は明確であり、介護が必要な方々の多くは在宅サービスを受けています。施設に入居するのは、要介護度がかなり高くなってからになります。

\* 1 …Wet langdurige zorg

\* 2 …Zorgverzekeringswet

\* 3 …Wet maatschappelijke ondersteuning

## 高品質な在宅看護・介護を低コストで可能にするBuurtzorg

在宅看護・介護で積極的にICTを活用しているのが、在宅看護・介護組織「Buurtzorg」です。Buurtzorgの特徴は、看護師・介護士等の専門職が地域ごとに少人数の独立チームを組み、セルフマネジメントで活動することにあります。これにより、地域の実情にあったケアを、専門職が自立的に行うことができ、利用者・従業員双方の満足度も高いサービス提供が可能になっています。

このような活動を支えるのが社内サイト「Buurtzorg ポータル」です。スタッフは各自が持つタブレットからこのサイトにアクセスするだけで、ケア提供スケジュールやケア内容の管理、関連法律の変更、新しいメンバーの参加など財団内での情報共有、人材教育等のすべての活動における支援・管理ができる仕組みとなっています。基本的にクリックしていけば作業が完了するシンプルな構造で、ICTが得意でないスタッフにも「使いやすい」と好評です。さらに、活動がすべてデータ化されるため、看護・介護サービス提供の効果分析も簡単にでき、サービスの品質向上に利用されています。効率的な管理が可能なシステムによりクライアントあたりのコストは、他の事業者に比べて半分以下となっており、低コストでありながらよりよいケアの提供につながっています。



## 複数事業者連携による24時間看護・介護「ケア・サークル」

オランダでも、24時間看護・介護のサービス提供は、コスト面や夜間スタッフの不足といった課題から社会実装が難しいサービスですが、ICTを活用して課題解決に取り組んでいるのがSlimmer Leven 2020cooperative(SL2020)です。

SL2020は、2012年3月に設立されたアイントフォーヘン・ブレインポルト地域の80組織(自治体、企業、医療機関、介護事業者等)によるeヘルス推進のための協同組合組織です。協同組合という形にしたのは、参加組織が「当事者」として活動に参加してもらうため、効果的で効率的なヘルスケアサービスを社会実装するために、組織の壁を越えた連携を可能にしています。ここでは、複数のプロジェクトが進行していますが、そのひとつに、地域内の特別養護老人ホーム、小規模介護住宅、生活支援や在宅介護の17組織が連携し、スマートホームによるリモートケアと夜間看護・介護を進める「ケアサークル」というプロジェクトがあります。

ケアサークルでは、地域共同モニタリングセンターを構築し、夜間看護・介護の部分で協働しています。夜間の利用者からのコールは、ここが集中して受け、さらに、コールした利用者の契約している事業者がそれぞれ対応するのではなく、利用者に最も近い場所にいるスタッフが検索され、派遣される仕組みです。これにより、各事業者が1台ずつ利用していた車を3台に減らしてコスト削減するだけでなく、365日24時間サービスが可能になりました。緊急時にはビデオコミュニケーションにより医師との会話もでき、サービスの質向上にも成功しています。

## 認知症患者のためのスマートハウス「Dementiehuis(認知症ハウス)」

最新の情報技術IoTを活用して、認知症患者の自宅での自立的な生活を支援しようという試みも始まっています。2016年10月、認知症ケアに40年以上の経験を持つ大手の看護・介護組織「Tangenborgh」が認知症患者のためのスマートハウスを開設しました。

北欧風の家具が配置された一軒家で、一見、普通の家にはしか見えませんが、ここに置かれている機器すべてがネットワークに接続されています。玄関ドアは、外側からは事前登録した人のみがスマートフォンで開錠できます。認知症の場合、水分補給を忘れて脱水症状になることがあるため、センサーのついた水差しは、飲んだ量や時間を記録するだけでなく、水分補給が不足している場合には、アラームでお知らせする機能がついています。服薬支援機器は、薬を飲む時間になると1回で飲む薬が1包で提供され、アラームで薬を飲むことに気づかせてくれます。薬が機器から取り出されなかった場合は、Tangenborghの本部に情報がいき、スタッフから電話が来ます。キッチンにはコンロの熱・湯気センサー、寝室には転倒防止センサーが設置されています。IoT化した機器からの情報は、本部のプラットフォームに集約、医療の情報とあわせて管理され、認知症患者の自立を支援することになります。今後は、認知症患者の方に実際に宿泊してもらい、使い勝手を含めて研究開発を進めていくそうです。



名称	株式会社Z-Works(ジーワークス)
所在地	〒161-0033 東京都新宿区下落合四丁目21番19号 目白LKビル7階 Tel: 03-5988-7401 Fax: 03-5988-7402
設立	2015年4月30日
創業者	高橋 達也 ・ 小川 誠
事業内容	<ul style="list-style-type: none"><li>・介護支援システム「ライブコネクト」の販売提供</li><li>・IoTデバイスの研究・開発</li><li>・クラウドを利用した行動翻訳エンジンの開発及び研究</li><li>・行動翻訳エンジンを搭載したプラットフォームの構築及び運用</li><li>・ヘルスケア業界向けソリューションに関わるシステムの開発及び販売</li><li>・人工知能(AI)全般に関する研究及び市場探求</li></ul>

## Z-Worksの介護DX コンセプト

センサーによる単なる見守りではなく…

介護現場をデジタル化

可視化・数値化による

科学的介護の実現・職員の働き方改革へ



職員には、ひとにしかできない作業に専念して頂く  
すべてのひと（高齢者・職員・家族・介護事業経営者）の

QoL 向上を目指す

# ソラストグループ介護事業概要



会社名	株式会社ソラスト
代表者名	代表取締役社長 CEO 藤河 芳一
創業	1965年10月(設立:1968年10月)
資本金	5億9,500万円
従業員数	約3万人(女性比率 約90%)

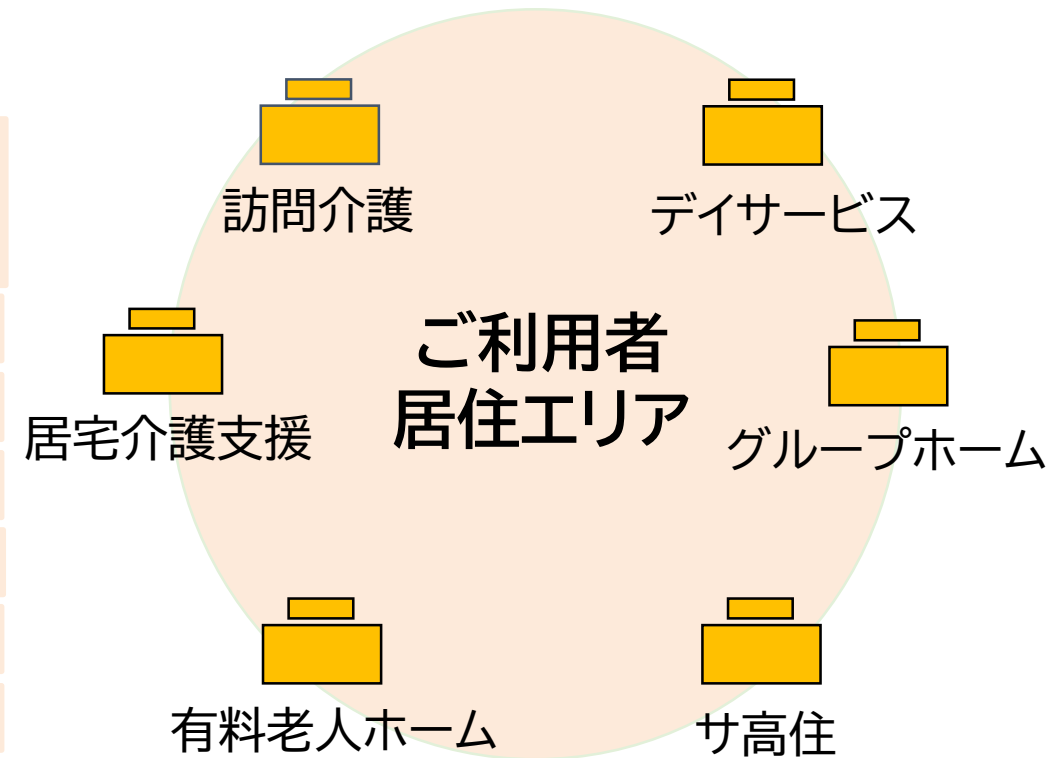
自立支援と地域トータルケアを理念に  
住み慣れた地域での暮らしをサポート

本社所在地 東京都港区港南1-7-18

医療関連受託事業  
介護事業  
保育事業  
教育事業

全国**650**事業所  
2021年12月現在

訪問介護	151
デイサービス	194
居宅介護支援	89
グループホーム	97
有料・サ高住*	47
その他**	72



## ソラストグループ介護事業企業一覧

株式会社住センター ベストケア株式会社	株式会社クリーンメイド 恵の会グループ
株式会社日本ケアリンク	日本エルダリーケアサービス
株式会社オールライフメイド なごやかケアリンク株式会社	株式会社ファイブシーズヘルスケア 株式会社プラス

\*有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅

\*\*ショートステイ、ケアハウス、訪問看護、小規模多機能型居宅介護、福祉用具貸与・販売、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等