

「アジア健康構想」実現に向けた
高齢者介護の国際競争力に関する基礎調査
報告書

平成 29 年 3 月

目次

第1章 アジア健康構想の必要性	1
1 アジア健康構想の必要性	1
2 本調査の目的	2
第2章 アジア各国の高齢化等の状況	3
1 人口	3
2 経済	5
3 在留邦人数	7
4 公的介護福祉制度の概況	8
(1) 日本	8
(2) アジア各国・地域	11
第3章 日本式介護の特長	13
1 日本式介護の形成の流れ	13
(1) 制度確立のため工夫と努力を重ねた導入期	13
(2) 地域包括ケアシステムの構築と「自立支援」の強化	14
(3) 日本式介護の発展につながった4つの課題	15
2 日本式介護を特徴づける5つのモデルの設定	17
(1) 5つのモデル類型	17
(2) アンケート実施法人・事業所の概要	18
(3) アンケート結果にみる日本式介護モデル事業所の意識	23
(4) アンケート結果の総括	27
(5) 日本式介護モデルの自立支援に資する程度	28
2 日本式介護の海外展開の意義・役割	30
(1) 総論としての意義・役割	30
(2) 5つのモデルごとの意義・役割	34
第4章 日本式介護のアジアでの価値	37
1 中国	37
(1) 介護サービス・制度の概況	37
(2) 5つの日本式介護モデルの状況	42
(3) 日本式介護の「自立支援」の優位性	46
(4) 中国の政策課題とその解決に向けた移出パッケージ	47
2 韓国	50
(1) 介護サービス・制度の概況	50
(2) 5つの日本式介護モデルの状況	55

(3) 日本式介護の「自立支援」の優位性	57
(4) 日本式介護の韓国での価値	58
3 マレーシア	60
(1) 介護サービス・制度の概況	60
(2) 5つの日本式介護モデルの状況	61
(3) 日本式介護の「自立支援」の優位性	63
(4) 日本式介護のマレーシアでの価値	64
4 タイ	66
(1) 介護サービス・制度の概況	66
(2) 5つの日本式介護モデルの状況	68
(3) 日本式介護の「自立支援」の優位性	69
(4) 日本式介護のタイでの価値	70
第5章 現地拠点の設立・運営を支援する施策例	72
1 対象4か国の介護事業所の設置・運営に関する財政支援の状況	72
2 現地拠点の設立・運営にあたっての参入障壁と対応	74
3 5つの日本式介護モデルごとの支援施策例	77
参考資料	79
1 「『アジアに広めたい日本の介護』に関するアンケート」結果概要	79
2 調査票	88
3 参照文献の一覧	92

第1章 アジア健康構想の必要性

1 アジア健康構想の必要性

我が国が人口減少時代を迎え、高齢者介護市場もやがて縮小に向かうと想定される一方で、高齢化が急速に進むアジア各国では、介護サービスのニーズが急速に高まることが予想されるとともに、日本の高齢化対策や民間介護事業者等の進出に対する関心も高まっている。

こうした中、健康・医療戦略推進本部では、平成 28 年 7 月、高齢化という変化に対応し、人々が健康に立脚した各々の人生を送ることができる社会的・経済的に活力ある健康長寿社会をアジア地域全体として実現することを目指す「アジア健康構想に向けた基本方針」を決定した。

日本では、アジア各国に先立ち、昭和 36 年に医療分野の国民皆保険制度を達成し、その後、平成 12 年に介護保険制度を導入し、現在は、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進している。一方、多くのアジア地域では基礎的な医療サービスを提供する仕組みが確立する前に高齢化社会を迎えることが見込まれることから、日本が経験したような順序ではなく、当初から医療と介護を一体的に捉えた地域包括ケアシステムの構築に向けた道筋を描く必要がある。

すでに 50 以上の介護事業者等がアジア地域への展開を始めており、アジア地域の福祉や産業の振興に一定の貢献をするだけでなく、そこでの経験が国内での介護事業のさらなる発展につながることも期待される。

「アジア健康構想」は、日本が、アジア地域の急速な高齢化を踏まえた新しいアジア社会を創ることに貢献しつつ、日本自身がより良い高齢化社会を創るために不可欠の人材や広い市場を得る「新しいアジアを創るアプローチ」である。

各々の国・地域が持つ伝統または文化と地域包括ケアシステムに代表される日本の経験、実績または技術の組合せが新しいアイデアや質の高いサービスを生み、それがアジア地域で市場を得て、中長期的にアジア地域全体で最適な試みの組合せと結果の好循環が生み出されるよう、日本が国際的なルールメイキングを主導していくことが期待される。

2 本調査の目的

すでに一部の介護事業者がアジア進出を開始しているところであるが、アジア地域では家庭外や家族以外が行う介護サービスの認知度が低く、文化も異なる国で日本の介護サービスの優位性を正確に伝えることが困難であり、各種の行政当局が介護サービスに不案内なため、必要な手続きの完了時期に予見性がない等、様々な課題が生じている。

また、日本の高齢者介護への関心の段階も様々で、日本と同様に高齢化が進み、具体的な対応に関心のある国・地域もあれば、自国の高齢化には時間があるが、介護等高齢者関連サービスに携わる人材の育成と送り出しに関心のある国もある。

こうした課題を克服するためには、進出事業者が個々に課題に対応するのではなく、「アジア健康構想」の理念のもと、官民連携で我が国が一丸となって国際展開を推進することが重要である。

『アジア健康構想』実現に向けた高齢者介護の国際競争力に関する基礎調査は、介護分野におけるアジア各国の互恵的なパートナーシップの構築と、産業・人材の好循環の実現を目指す「アジア健康構想」の実現に向け、調査対象国における高齢者介護サービスの有無や内容、品質を整理し、我が国の介護サービスの優位点や調査対象国に導入すべき価値、調査対象国のニーズに合致するサービスの概形を検討することを通じて、近い将来の需要を可視化・具体化するとともに、我が国の貢献策を総合的に検討するために実施する。

「アジア健康構想に向けた基本方針」の骨格

■基本的考え方■

- (1) 推進の方法：具体的な契機のある民間事業への支援から手がけつつ、日本の経験に基づく制度設計を提案。
- (2) 推進の時間軸：当初5年間は民間事業者等のアジア地域進出支援による介護サービスの認知向上に努め、以降は5年程度の単位でPDCAサイクルを回す。

■政府間協力■

- (1) 協力の枠組み整備：地域包括ケアシステムの構築等を支援するため、高齢化対策を包摂した政府間の協力覚書作成。
- (2) 具体的協力：制度に関する経験・知見の共有、必要な資格等のアジア地域での普及・整合等の推進。
- (3) 調査等促進：国際機関と連携した学術的な研究等を促進。
- (4) 人材育成と還流の促進：日本への留学生を増やし、海外展開しようとする企業とのマッチングの実施。

■民間事業への支援■

- (1) 協議会の設置：共通の課題等を検討し、具体的な対応を行うための官民連携のプラットフォームを設立。
- (2) 事業資金調達支援等：独立行政法人国際協力機構（JICA）、クールジャパン機構等の活用促進による介護関連海外事業等への資金調達の円滑化。
- (3) 事業の組成等支援：独立行政法人日本貿易振興機構（JETRO）によるオフィス機能の提供等の海外展開支援策のパッケージ提供により事業の組成等を支援。

第2章 アジア各国の高齢化等の状況

本調査の基礎として、アジアの各国・地域の高齢化や介護サービス・制度等の概況を整理する。

1 人口

国連の人口推計によると、アジアの18の国・地域の高齢者人口（65歳以上）は、2015年の約3.0億人から2030年には約5.2億人に増え、多くの国・地域でこの15年間に2倍前後の増加が予測されている。特に、中国では1億人以上の増加が見込まれるほか、インドで5,000万人以上、インドネシアで1,000万人以上、韓国やベトナム、タイ、バングラディシュで500万人以上の増加が見込まれる。一方、我が国は、台湾とともに、この15年間で人口が減少する数少ない国で、高齢者人口もこの間は増加するが、やがて減少に転じることが予想されている。

アジア各国の高齢者人口の増加は、介護など高齢化対策の重要性が増すことと同時に、介護ビジネスの市場が拡大することを意味する。

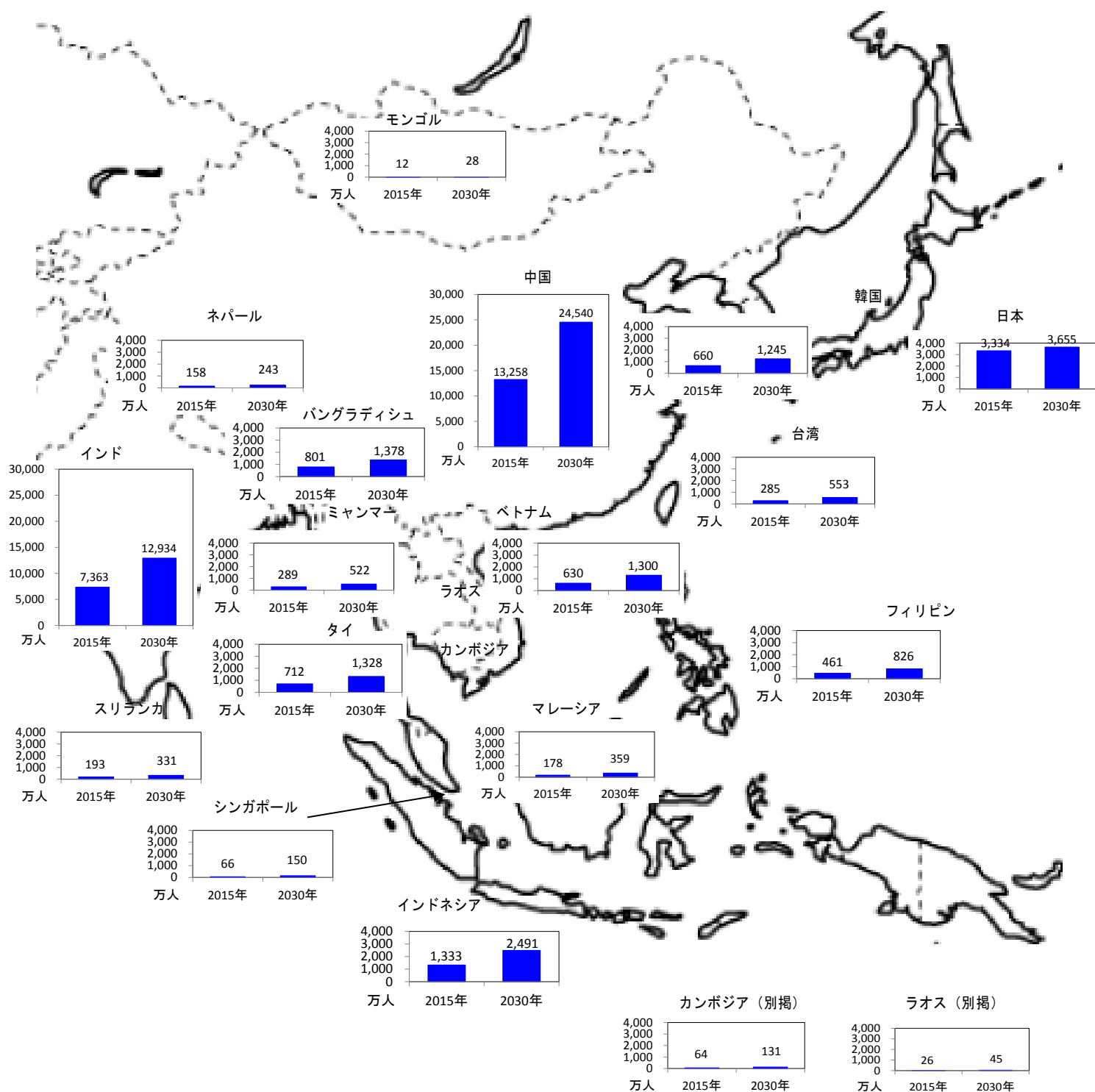
アジア各国・地域の高齢者人口の見通し

	2015 年			2030 年			高齢者人口の伸び率
	人口 (万人)	高齢者人口 (万人)	高齢化率	人口 (万人)	高齢者人口 (万人)	高齢化率	
日本	12,657	3,334	26.3%	12,013	3,655	30.4%	110%
中国(香港・マカオ含む)	138,393	13,258	9.6%	142,422	24,540	17.2%	185%
韓国	5,029	660	13.1%	5,252	1,245	23.7%	189%
台湾	2,338	285	12.2%	2,312	553	23.9%	194%
フィリピン	10,070	461	4.6%	12,358	826	6.7%	179%
ベトナム	9,345	630	6.7%	10,522	1,300	12.4%	206%
マレーシア	3,033	178	5.9%	3,611	359	9.9%	202%
シンガポール	560	66	11.7%	642	150	23.3%	229%
インドネシア	25,756	1,333	5.2%	29,548	2,491	8.4%	187%
タイ	6,796	712	10.5%	6,825	1,328	19.5%	187%
ミャンマー	5,390	289	5.4%	6,024	522	8.7%	181%
カンボジア	1,558	64	4.1%	1,899	131	6.9%	204%
ラオス	680	26	3.8%	849	45	5.3%	173%
インド	131,105	7,363	5.6%	152,766	12,934	8.5%	176%
バングラディシュ	16,100	801	5.0%	18,646	1,378	7.4%	172%
スリランカ	2,072	193	9.3%	2,154	331	15.4%	172%
モンゴル	296	12	4.1%	352	28	7.9%	231%
ネパール	2,851	158	5.5%	3,310	243	7.3%	154%
合計	374,029	29,821	8.0%	411,503	52,058	12.7%	175%
合計(日本を除く)	361,372	26,487	7.3%	399,490	48,403	12.1%	183%

資料：国連「World Population Prospects: The 2015 Revision」をもとに作成。

※朝鮮民主主義人民共和国、ブルネイ、東ティモール、ブータン、モルディブ、太平洋諸島諸国、ロシアは除く。

アジア各国・地域の高齢者人口の増加のイメージ



2 経済

国による最新のアジア各国のGDP（国内総生産）長期見通しである「世界経済の潮流 2010 年 I」によると、アジアの主要各国・地域は、中国を筆頭に軒並み高い経済成長率を維持し、2030 年の GDP は中国で 4,000 兆円を超え、日本の 7 倍強になるものと予測され、日本が現在のような低成長を続ければ、インドも 600 兆円強と日本を抜くものと予測される。

OECD加盟国やキー・パートナー国、オブザーバー参加国を中心とした表の先進・中興 10 か国・地域の 2014 年の GDP は 2,476 兆円で、その 5 分の 1 以上を日本が占めるが、2030 年には 6,462 兆円と 3 倍に達するものの、日本のシェアは 10 分の 1 以下に低下すると予測される。

我が国が持続可能な成長を維持し続けるためには、成長するアジア市場への進出は不可欠で、介護福祉分野も例外とは言えない。

一方、アジア各国・地域の立場からは、労働力増加率が人口増加率を上回る人口ボーナス期が短期間に終了することで、豊かにならないうちに老いる「未富先老」が迫っており、当面の経済成長を楽観視してられない状況にある。

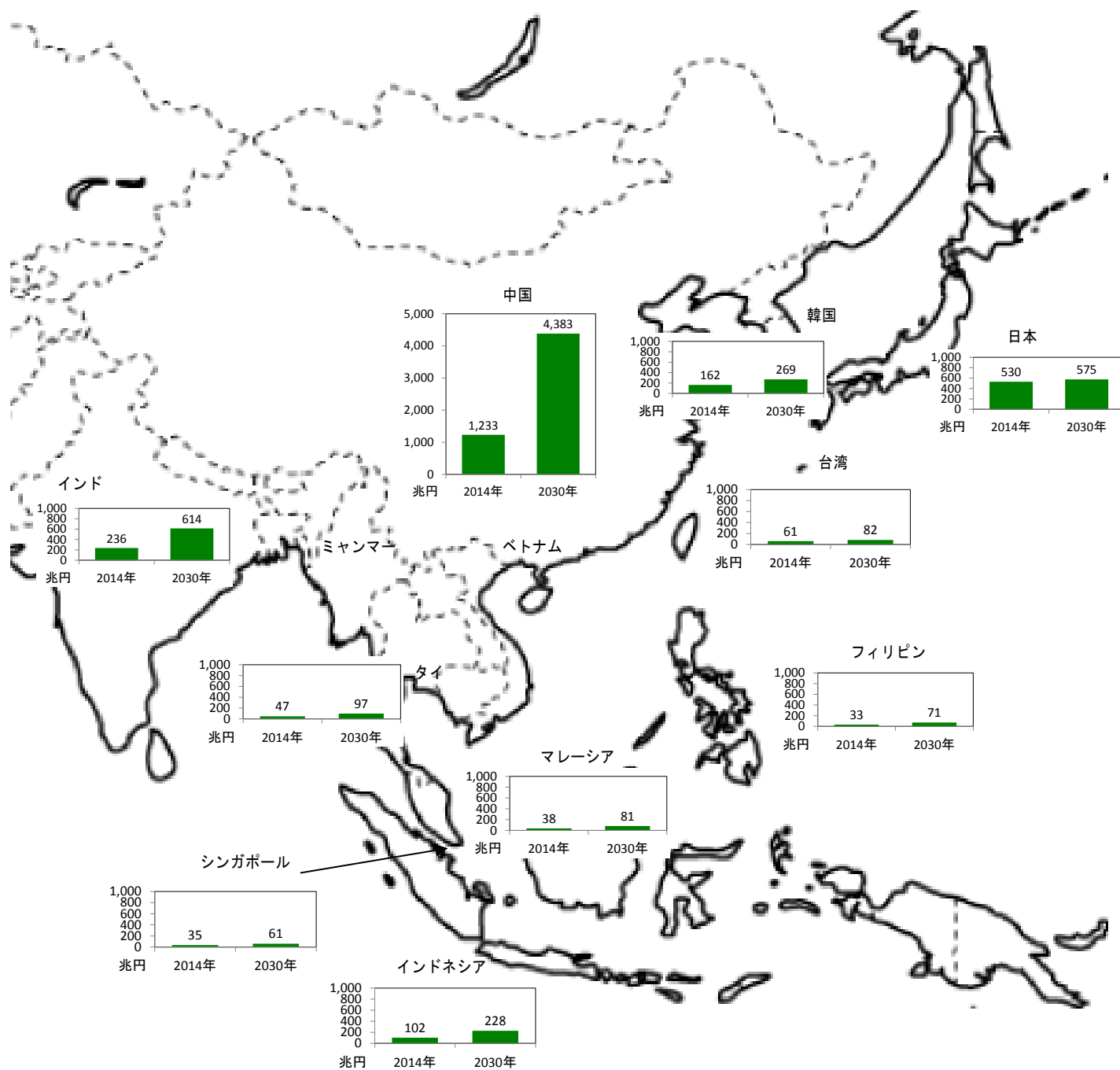
アジア主要各国・地域の GDP の見通し

	2014 年の GDP (兆円)	2030 年の GDP (兆円)	2010 年代 の成長率	2020 年代 の成長率	期間内の 成長率
日本	530	575	0.7%	0.4%	109%
中国(香港・マカオを含む)	1,233	4,383	—	—	356%
中国(香港を除く)	1,200	4,327	9.1%	7.9%	361%
香港	33	57	3.9%	3.0%	169%
韓国	162	269	3.9%	2.8%	166%
台湾	61	82	2.2%	1.7%	135%
フィリピン	33	71	5.0%	5.0%	218%
マレーシア	38	81	5.2%	4.8%	217%
シンガポール	35	61	4.6%	2.7%	171%
インドネシア	102	228	5.7%	4.8%	223%
タイ	47	97	4.9%	4.6%	209%
インド	236	614	6.9%	5.7%	260%
合計	2,476	6,462	—	—	261%
合計(日本を除く)	1,947	5,887	—	—	302%

資料：2014 年の GDP 実績値は、世界銀行「World Development Indicators」の名目 GDP を 1 ドル 115 円で換算。これに内閣府「世界経済の潮流 2010 年 I」の経済成長率の予測値を毎年単純に乗じて 2030 年の GDP 想定値を算出した。したがって、物価や為替レート、政情・政策などの変動要因は一切考慮していない。

※「世界経済の潮流 2010 年 I」で予測値が公表されている国・地域のみを対象とした。

アジア各国・地域の国内総生産（GDP）の増加のイメージ

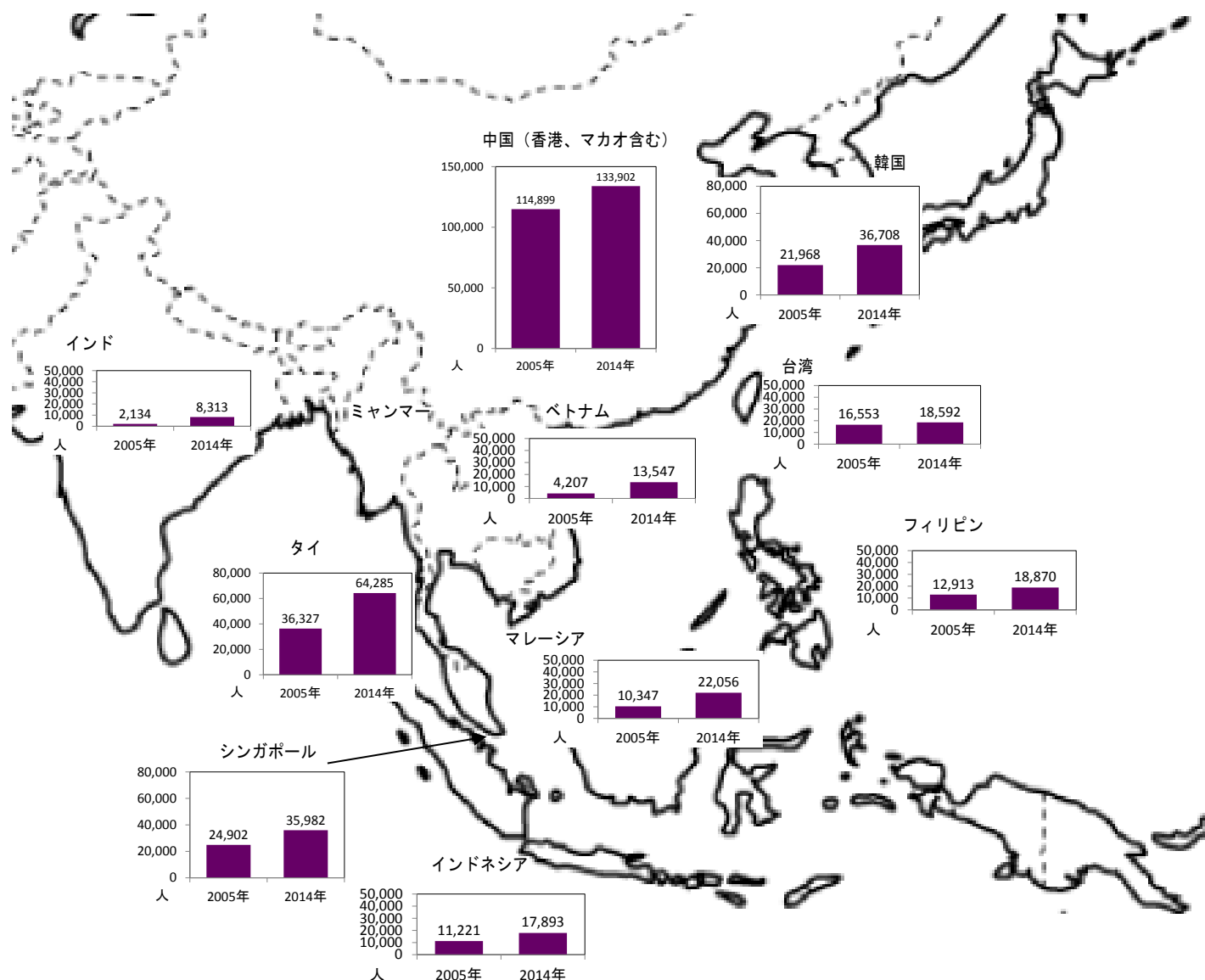


3 在留邦人数

法務省「在留外国人統計」によると、アジア主要各国・地域の 2014 年末の在留邦人は、中国が 13 万人、タイが 6.4 万人、韓国が 3.7 万人、シンガポールが 3.6 万人などとなっており、いずれも 10 年前と比較して大幅に増加している。これらの大半は、政府関係者やメーカー、金融、土木・建設などの日本法人、外資系企業等で働く邦人とその家族で、あとは留学生や退職移住者などであるが、アメリカ合衆国（40 万人）、イギリス・フランス・ドイツ（あわせて 14 万人）、オーストラリア（8 万人）などと比べて多くはない。

また、介護分野で活躍する日本法人、邦人は、後述の通り、ほとんどいない状況であり、アジアの高齢化と経済成長の流れの中で、介護分野による邦人のアジア進出により、アジアの介護の発展と我が国の活力の維持を果たすことが期待される。

アジア各国・地域の在留邦人数



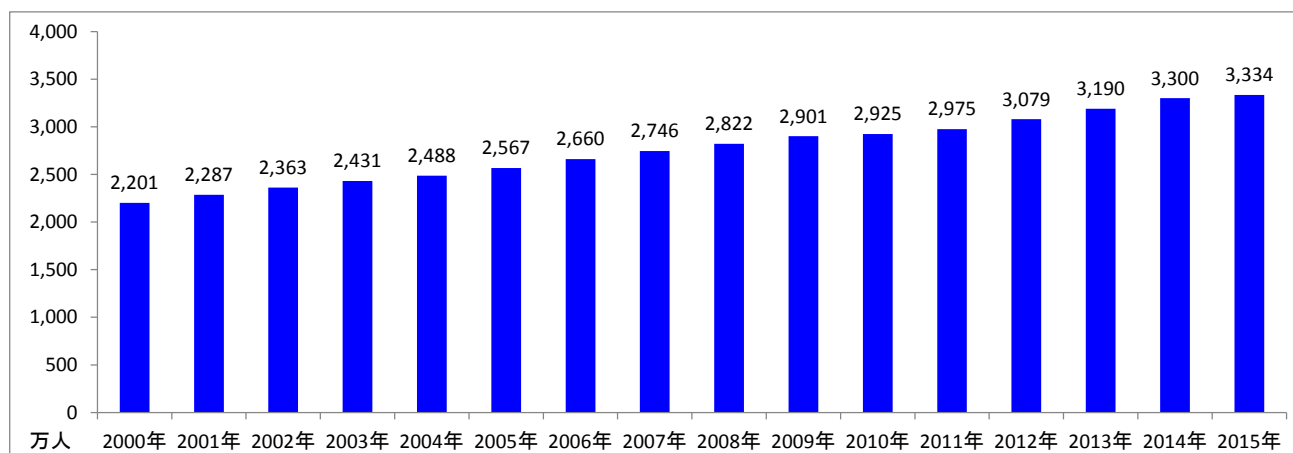
資料：法務省「在留外国人統計」をもとに作成。

4 公的介護福祉制度の概況

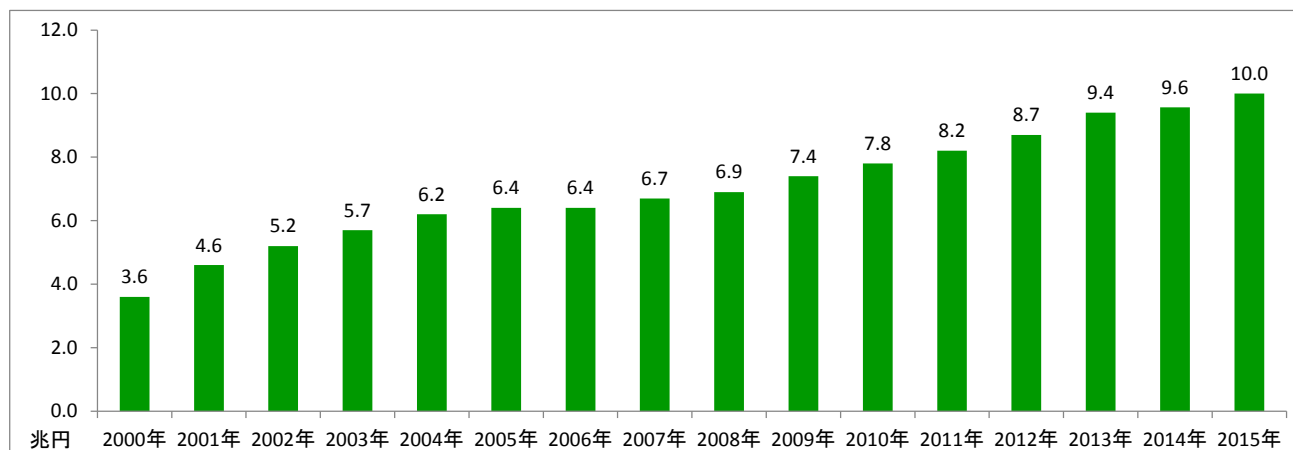
(1) 日本

我が国では、平成 12 年（2000 年）に介護保険制度を導入し、指定認可や基準省令でサービスの質を担保しつつ営利企業など他業種からの参入を促進し、高齢者介護ニーズに対応すると同時に、介護ビジネスの市場も開拓してきた。介護保険制度発足当初から平成 27 年（2015 年）までの 15 年間に、高齢者人口の伸びが 1.5 倍であるのに対し、介護給付費の伸びは 2.7 倍に達している。介護サービスを活用した療養生活の質（QOL）の向上と家族介護者の負担の軽減、就労継続へのシフトが進んだことが容易に想像される。

我が国の高齢者人口の推移



介護給付費（総費用）の推移



我が国の介護保険サービスメニューは、数度の制度改正を経て、以下の表のように細分されている。大きくは在宅者にサービスを提供する「居宅サービス」と入所施設に分かれ、「在宅3本柱」と呼ばれた訪問介護、通所介護・通所リハビリテーション、短期入所、介護保険3施設である介護老人福祉施設（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を中心に発展してきた。

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護療養型医療施設などは、医療保険制度による類似のサービスと相互補完関係になっている。

また、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等は「居住系サービス」として「居宅」の区分に位置づけられ、施設の中で行われる特定施設入居者生活介護サービスを介護給付の対象としている。認知症対応型共同生活介護（グループホーム）も同様である。

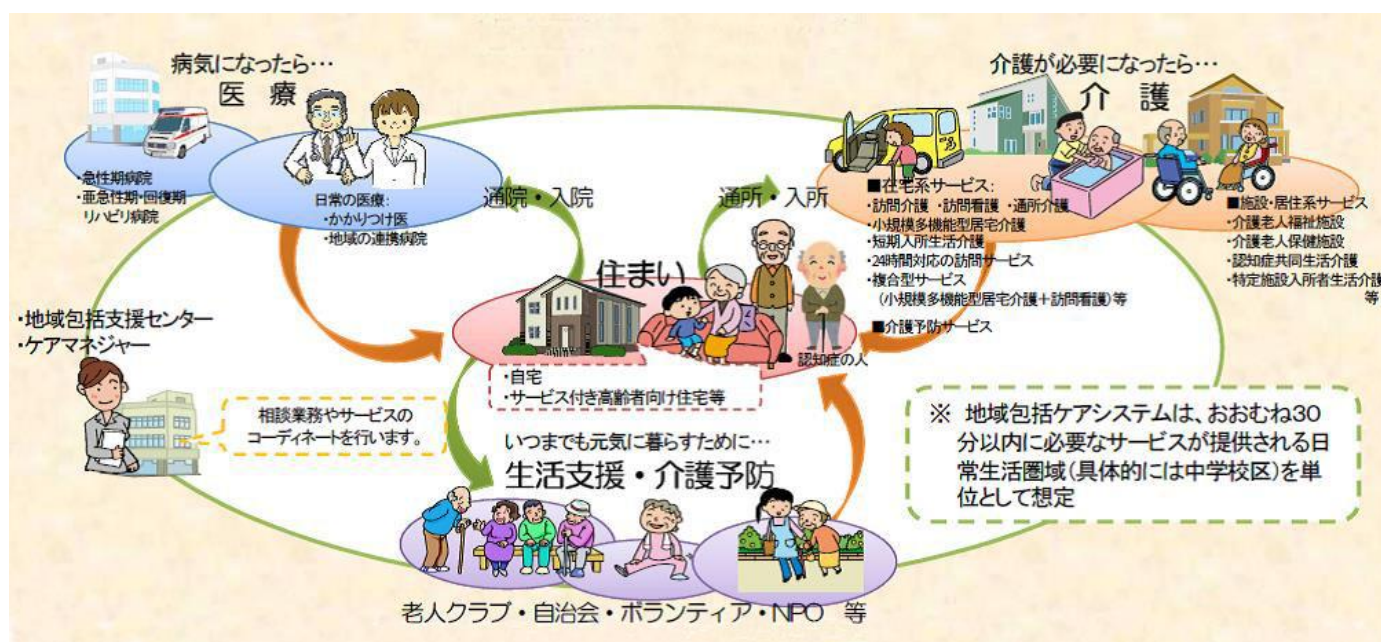
平成18年に、保険者である市区町村が事業所指定権限を持つ「地域密着型サービス」が導入されたことも特徴で、訪問・通所・短期入所を組み合わせる小規模多機能型居宅介護などが位置づけられている。また、同時期から、「地域包括ケアシステム」を目指して、人口2万人程度を目安に日常生活圏域を設定して「地域包括支援センター」を設置し、介護予防、見守り、総合相談など包括的な支援を行う取り組みを進めている。

介護保険サービスの種類

		地域密着型サービス以外	地域密着型サービス
居宅サービス	訪問系	訪問介護※	夜間対応型訪問介護
		訪問入浴介護	
		訪問看護※	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
		訪問リハビリテーション※	
		居宅療養管理指導	
	通所系	通所介護※	地域密着型通所介護
		通所リハビリテーション※	認知症対応型通所介護
	短期入所	短期入所生活介護※	
		短期入所療養介護※	
	福祉用具	福祉用具貸与※	
		特定福祉用具購入費	
	住宅改修	住宅改修費※	
	ケアプラン作成	介護予防支援・居宅介護支援※	
施設サービス	居住系	特定施設入居者生活介護※	地域密着型特定施設入居者生活介護
			認知症対応型共同生活介護※
	多機能系		小規模多機能型居宅介護※
			看護・小規模多機能型居宅介護
	福祉系	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)※	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	医療系	介護老人保健施設※	
		介護療養型老人保健施設	
		介護療養型医療施設※	

※は主要なサービス。

「地域包括ケアシステム」のイメージ図



資料:厚生労働省

高齢者の生活課題は様々であり、支援サービスは介護保険サービスにとどまらない。むしろ、介護保険制度導入以前からある市区町村社会福祉協議会や各種ボランティア、NPO等による有償・無償のサービスの豊富さが我が国の高齢者支援の特徴であり、食事の宅配、タクシーなど各種サービス業も、高齢者を重要な顧客として発展してきた。疾病の予防・健康維持増進のためには、市区町村・医療保険者の保健部門が健診・相談・訪問等の事業を無償または低廉な価格で長年実施しており、高水準・全国一律の地域医療制度とともに、健康長寿に大きな役割を果たしている。

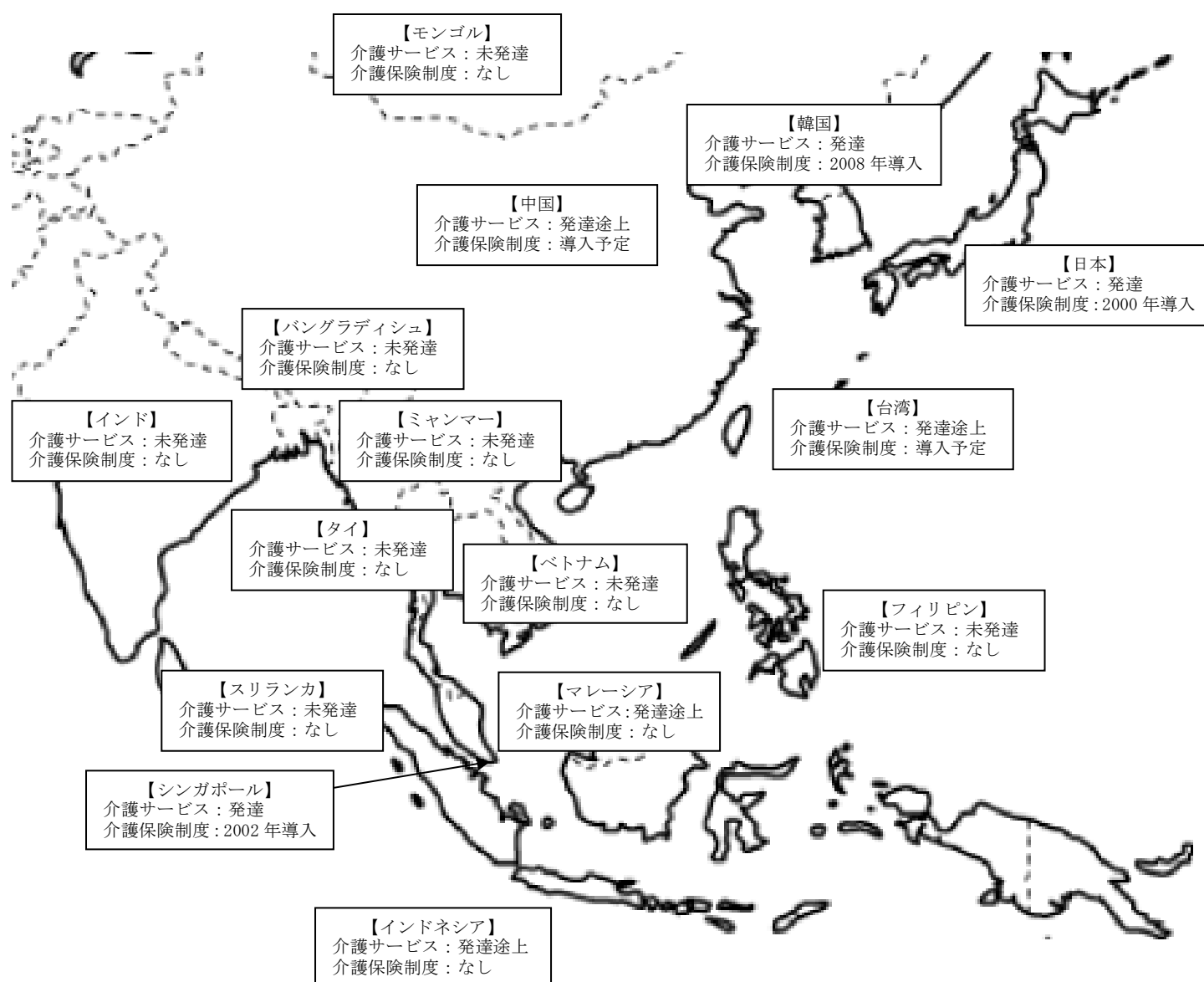
我が国の高齢者支援サービスの区分

	サービス区分	着眼するサービス目的	サービス例	主な担い手
A	介護保険居宅サービス	在宅要介護者の自立支援	訪問介護、通所介護等	社会福祉法人、医療法人、株式会社等
B	介護保険施設・居住系サービス	中重度要介護者の住まいの確保と自立支援	介護老人福祉施設、有料老人ホーム等	
C	介護保険制度での要介護者以外への居宅サービス	地域包括ケア力を高めるための介護予防・日常生活支援	配食、ゴミ出し、移送、見守り、サロン・介護予防活動などの通いの場等	市区町村社会福祉協議会、ボランティア、社会福祉法人等
D	介護保険制度外の公的居宅サービス			
E	介護保険制度外の公的施設サービス	低所得等の高齢者の住まいの確保	養護老人ホーム等	社会福祉法人
F	一般的なサービス業	高齢者を対象としたサービス業の提供	配食、タクシー、介護保険非適用の老人ホーム等	株式会社等
G	通院・在宅医療サービス	治療・療養	外来や訪問による診療・看護・リハビリ等	医療法人
H	入院医療サービス	入院による治療・療養	医療療養病床等	医療法人

(2) アジア各国・地域

1960年代に高度経済成長を成し遂げ、1990年代に高齢化問題に直面した我が国の介護保険制度は、先行するドイツの介護保険やオランダ、スウェーデン、イギリスの類似の制度を参考に導入された。アジア各国・地域では、シンガポールで2002年に、韓国で2008年に介護保険制度が導入されたほか、台湾で2019年、中国で2020年を目標に制度化が進められているが、アジア各国・地域では富裕層を対象としたメイドや介護付きの民間老人ホームと、困窮要介護高齢者等を福祉的に救済するための公的老人ホームが比較的普及しているのみで、公的サービスで中間所得層を含む高齢者ケア全体を担う体制が整った国・地域はごく限られている。

アジア各国・地域の公的介護保障制度の導入状況



※ここで言う「介護サービス」とは、要介護高齢者に対する身体介護サービスのことで、発達度は要介護高齢者人口に対する普及度のこと。

本報告書で日本との比較分析を行う中国・韓国・マレーシア・タイの4か国の公的介護保障制度・サービスの概略は以下の通りである。いずれの国でも、介護サービスの種類は一定程度あるが量は十分でなく、訪問型サービスではメイドがすでに普及しているため介護技術の高度化が、通所型サービスでは要介護者への専門的な通所支援が、居住系サービスでは医療・介護の体制が十分に整った施設の充実が課題となっている。

中国・韓国・マレーシア・タイの介護保障制度・サービスの状況

	中国	韓国	マレーシア	タイ
介護保険制度	◆なし。青島市等で試行中。中央政府は全国化を目指している。	◆あり（老人長期療養保険）。ただし介護報酬は日本の3～8割程度。	◆なし	◆なし
公的訪問支援サービス	◆泊まり込み型の家政サービス員、訪問介護サービスの護理員などが資格職となっている。 ◆社区での低所得者への家庭訪問サービスもある。	◆老人長期療養保険で訪問療養（訪問介護）、訪問入浴、訪問看護が提供されている。 ◆等級外（認定外）者に市郡区による家事・看病ヘルパー派遣もある。	◆住み込み・派遣のメイドサービスが普及している。 ◆国営や国補助によりNGOがホームヘルプサービスを実施。 ◆富裕層対象のモバイル看護サービスもある。	◆住み込み・派遣のメイドサービスが普及している。 ◆日系企業による住込み介護士や必要に応じて医師や看護師を派遣するサービスもある。 ◆ヘルスケアセンターのボランティア医療チームによる自宅訪問検診や高齢者ケアに関するアドバイスなどがある。
公的通所サービス	◆託老所で低廉な価格でデイサービスやショートステイが提供されている。 ◆社区ごとに地域密着型介護施設を増やす動きがある。	◆老人長期療養保険で昼・夜間保護（デイケア）、短期保護（ショート）が提供されている。 ◆老人総合福祉館・社会福祉館での等級外（認定外）者向けの入浴サービス等もある。	◆老人ホームが運営するデイケアセンターで低廉な価格でデイサービスが提供されている。 ◆ヘルスセンター、アクティビティセンター、保健所などで高齢者のクラブ活動が展開されている。	◆お寺の協力を得てエルダリークラブと呼ばれる無料のデイケアセンターが開設されている。
公的居住系サービス	◆生活困窮者を主な対象とした養老院、敬老院などがあり、要介護者も入所するが、介護サービスや医療は「外付け」であることが多い。 ◆近年、民需により専門的な介護や医療を含む病院、入所施設が増えているがまだ少ない。	◆老人長期療養保険で老人療養施設、老人療養共同生活家庭（グループホーム）が提供されている。 ◆生活困窮者支援中心の養老施設から医療を含む要介護者入所施設に転換しつつある。 ◆有料療養施設（日本の有料老人ホーム）の存在が法的に不明確。	◆ケアセンター法によって登録されたケアセンターと民間保健医療施設サービス法によって登録されたナーシングホームのほか、登録されていない施設もある。 ◆現地の大手医療法人がナーシングホームや高齢者住宅に参入している。 ◆高所得層・外国人向けの高級な老人ホームもある。	◆生活困窮者支援中心の老人ホームのほか、医療付きのナーシングホームが非営利的に運営されている。 ◆医療（介護）なし老人ホームとして無届けで運営される民間老人ホームもある。 ◆高所得層・外国人向けの高級な老人ホームもある。

第3章 日本式介護の特長

続いて、第3章では、日本式介護を育てた介護保険制度の歩みを振り返るとともに、現在我が国において高齢者介護サービスを提供している事業所・施設を対象に実施したアンケート（「アジアに広めたい日本の介護」に関するアンケート調査）の結果から、日本式介護の特長について定義づけし、分類、整理する。併せて、日本式介護の海外展開の意義の論点整理を行う。

1 日本式介護の形成の流れ

日本の高齢者介護は2000年にスタートした介護保険制度との関係性の中で発展・成熟してきた経緯がある。事業所・施設のサービス提供のあり方は、制度内での活動が中心とならざるを得ない状況下で、少なからず、「制度の持続可能性」の観点から、形式・内容の両面で影響を受けてきた。

そこで、日本式介護の海外展開の可能性を考えるための前提として、国内での介護サービスの発展・成熟の大まかな流れ・状況について整理し、直面している今日的な課題を確認する。

（1）制度確立のため工夫と努力を重ねた導入期

介護保険制度は、従来の老人保健（医療）と老人福祉の枠組みで提供されていた高齢者介護を独自の仕組みとして再編したことから、円滑な制度移行・定着に重点が置かれた。「制度あってサービスなし」との批判を回避するため、サービスの量的整備の要請が強く、医療保険のような法人格要件は撤廃され、民間事業者の参入が当初より認められた。多くの営利法人が高齢者介護サービスの供給者として参画したこと、工夫や技術向上を重ねたことは、日本の高齢者介護サービスの発展に大きく寄与したと言える。

さらに、介護保険制度は単なる大数の法則に基づいた負担と給付の仕組みにとどまらず、将来の要介護高齢者の増加にも対応できるよう、①客観的な基準によって介護が必要とされた人にサービスを提供する「要介護認定」、②個々の利用者に応じた適切な（無駄のない）サービスを提供する「給付管理」の仕組みが導入された。こうした社会保険制度としての介護保険をマネジメントする2つの仕組みは、高齢者介護（サービス事業者・施設）を、制度内において公的なリードの下で発展させた側面と、制度外において様々な制約を越えた工夫と努力を引き出した側面を持っている。

介護サービスの海外展開を検討するとき、基本原則・根本原理の中で移行・定着していくこと、時々々のニーズや状況に応じて柔軟に対応していくことの両面が必要であ

ることは、日本の介護保険制度導入期から大いに学ぶ点がある。

（２）地域包括ケアシステムの構築と「自立支援」の強化

そのようにスタートした高齢者介護・介護保険制度は、導入期の試行錯誤とその後の社会への浸透の期間を経て、「制度の持続可能性の確立」の要請から次のステージに進むことになる。そこでは、施設介護を中心に、それまでの時期を在宅介護でつなぐ、という従来の高齢者介護のスタイルから、介護サービス以外の様々な資源を含めて高齢者の生活を支える「地域包括ケアシステム」の考え方がクローズアップされ、強力に推し進められた。

地域包括ケアシステムの名の下で介護保険制度は、施設から在宅への政策誘導が一層強くなり、事業所・施設によるサービス提供も、「多職種連携」や「高齢者住宅などの多様な住まい＋在宅サービス」の方向性を持つようになる。制度のリードによってもたらされたサービス提供の潮流は、今日の日本式介護の強みへと徐々に発展していくことになる。

また、介護保険法第一条では、「自立支援」を介護保険の目的として規定している。この具現化を図るため、また、保険財政の逼迫の懸念から、「要介護状態に陥らないこと」、「要介護状態が重度化しないこと」を目指す「介護予防」の取り組みも 2015 年前後から重点的に推進された。導入から 10 年以上の時を経て、介護予防の考え方は国民に身近なものとして定着し、それを担うサービス事業所・施設の取り組み、ノウハウ、工夫・努力も、今日の日本式介護の重要な要素となっている。

もっとも、高齢者は、自然体で、加齢に伴い要介護状態に陥ること・重度化することに照らせば、予防＝自立化・状態改善ではなく、状態が悪化していく中であっても、現有能力を活用しつつ、高齢者本人や介護者の視点に立ち、生活の質や心身の状態の維持に努めることこそが、日本式介護の特長である「自立支援」である。

介護保険法第一条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（３）日本式介護の発展につながった４つの課題

2003年に、厚生労働省の私的諮問機関である高齢者介護研究会が、「2015年の高齢者介護～高齢者の介護を支えるケアの確立について～」と題する報告書を取りまとめた。この報告書は、のちの地域包括ケアシステム構築の理論的支柱となり、10年以上にわたって、介護事業所・施設の事業運営に大きな影響を与えてきた。

この報告書の中では、制度を取り巻く環境として、①認知症の人の増加、②都市部を中心とした独居高齢者の増加、③介護に併せて医療のニーズが高まるとされる後期高齢者の増加、④少子高齢化や経済状況に起因する介護人材の不足、の４つの課題が示されているが、今日、振り返った時に、この課題への対応過程そのものが、日本式介護の発展に大きくつながったことに改めて気づかされる。

① 認知症高齢者の増加

認知症については、病気そのものの症状（いわゆる中核症状；記憶障害や実行機能障害など）のほか、生活状況やケア等の影響を受けて発生する行動・心理症状（いわゆるBPSD；暴言・暴行、介護への抵抗など）といった特徴があり、家族による場合はもちろん、トレーニングを受けていない専門職にとって、対応の難しさが課題とされる。認知症を患う高齢者の一層の増加が見込まれる中、専門職の教育、サービス内容の充実・進化などが期待される。

認知症高齢者本人のみならず家族を含め、生活維持・向上を支援する自立支援型のサービスが強く求められており、今日の日本のサービス事業所・施設の認知症ケアについての問題意識は高く、取り組みは日々強化されている。

② 都市部を中心とした独居高齢者の増加

報告書では、一定程度の家族介護を前提とする制度構造にある中で、都市部を中心に独居の高齢者が増えていくことが課題とされている。このことは、直結するサービス供給量の問題以外にも、身体的介護以外の生活支援サービス（食事宅配、買い物支援、ゴミ出しなど）の充実が必要であることを意味する。

介護保険サービスが、ともすると身体的介護サービスに重点を置く流れにある一方で、特有のニーズがある独居高齢者が増加することは、日本のサービス事業所・施設が他に先んじて直面している大きな課題であり、生活を含めた自立支援について工夫・努力が続けられている。

③ 介護に併せて医療のニーズが高まるとされる後期高齢者の増加

人口構造の変化に伴い、75 歳以上の高齢者が増加することが予測されている。統計的に、医療保険の利用頻度が高まることが示されており、介護を必要とする高齢者のニーズも、医療との関係を重視しなければならない。

介護から医療へ、医療から介護へとといった連続的なケース、医療と介護が同時進行するケースなど、サービス事業所・施設は医療機関・医療専門職との連携なしに介護サービスを提供することが、もはやできない状況にある。

今日では、社会的なニーズとして顕在化している状況にあつて、サービス事業所・施設は必然的に医療・介護の連携の必要性を体感し実践しており、日本式介護の大きな特長になっている。

④ 少子高齢化や経済状況に起因する介護人材の不足

圧倒的な介護サービスニーズの増加とともに、少子化の影響、経済状況の影響等を受け、深刻な介護人材不足の状態にある。もちろん、現実的には、人件費に充てられる財源の不足をはじめ、利用者の重度化による現場の負担感の増大、働き手世代の自身の親の介護の必要性など、複合的な原因によってサービスの担い手が減少している。

そのような困難の中で、地域住民を巻き込んだコミュニティによる介護、法人やサービス事業所・施設の枠を超えたチームケア、I C Tなど新しい技術を用いた次世代的介護など、人材不足に対応するための工夫がサービスの革新を生み、結果的に日本式介護の発展に作用した側面があると言える。

このように、介護保険制度施行まもない時期に提起された4つの課題は、高齢者介護先進国の我が国が、アジア各国に先駆けて体感してきたものであるが、サービス事業者・施設のそれらへの対応の経験が、そのまま日本式介護の強みとして置き換えられるといっても過言ではない。

2 日本式介護を特徴づける5つのモデルの設定

(1) 5つのモデル類型

今日の日本式介護サービス・事業所を、その事業形態や沿革、ケアの特長などから、5つの典型的なモデルに分けることができる。それぞれの事業所は事業開始時期にかかわらず、介護保険制度をはじめとする介護施策の影響を受けながらサービスを継続させている中で、対象とする高齢者の状態像の変化に応じ、また、法人や地域の特性やインフラを活かして、提供するサービスに特長（強み）を持つに至っている。

もちろん、1つの法人・事業所が複数のモデルにあてはまることもあるが、論点を明快にするため、それぞれ独立したモデルと考える。

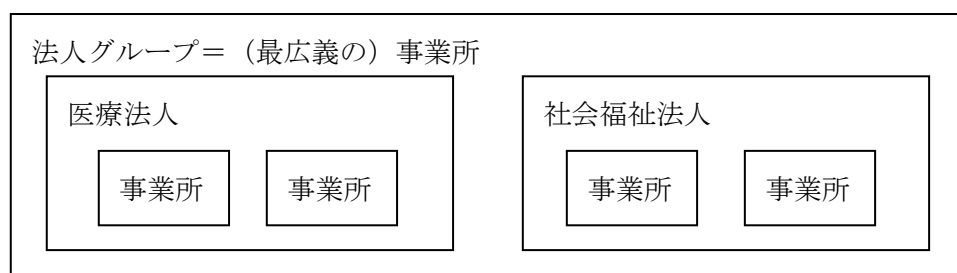
日本式介護サービス・事業所の5つのモデル類型

名称	定義
①施設拠点モデル	拠点となる介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設等の施設サービスを中心に、在宅サービスを含めた総合展開
②医療連携モデル	医療機関と密接に連携しながら、ケアニーズ・医療ニーズにきめ細かく対応
③事業発展型モデル	住宅関係、生活支援機器メーカー等の事業から派生・発展したサービス提供
④社会参加モデル	介護サービスに加え、他の社会資源や地域の仕組みを利活用した展開
⑤エビデンスベースのサービス強化モデル	認知症ケアやリハビリ、口腔ケア等について強化・差別化されたサービス提供

以下、本事業内で実施した日本の介護サービス事業所・施設を対象に実施したアンケート結果等も用いて、それぞれのモデルについて考察していく。

なお、介護サービス事業所・施設は、1法人1事業所のところもあれば、1法人複数事業所、さらには下記の例のように複数の法人が法人グループを形成している例もあり、最広義には、その法人グループを「事業所」と呼称する。また、介護保険施設も「事業所」であるが、慣例上、「施設」という呼称が定着しており、本報告書では必要に応じて「事業所・施設」と併記している。

「事業所」と「法人」の呼称の関係の例



(2) アンケート実施法人・事業所の概要

アンケートにおいて回答を得た 51 法人（法人グループは便宜上 1 法人と扱う）を 5 つのモデルにあてはめると次の通りである。

① 施設拠点モデル

「施設拠点モデル」は、戦後の我が国の施設福祉を担ってきた歴史を有し、施設を拠点に複数のサービスを展開し、数百人から千人規模の職員を擁する「大規模多機能型」の法人が該当する。ただし、医療法人も同様の特徴があり、その場合は「医療連携モデル」に優先的に分類する。51 法人のうち、これらに該当するのは以下の 10 法人である。

アンケートの対象とした法人の概要

番号	法人の概要
A1	キリスト教会の保育所事業を母体に昭和 50 年代から特別養護老人ホームを運営。300 人以上の職員を擁する拠点で多様な介護サービスを展開。
A2	昭和 40 年代設置の養護老人ホーム、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を母体に障害者施設も含め多機能展開。
A3	昭和 50 年代の特別養護老人ホーム設置を皮切りに、在宅介護の自主事業、行政受託事業を幅広く展開。
A4	昭和 60 年代に特別養護老人ホームを設置し、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)8か所、地域包括支援センター5か所を運営する大規模社会福祉法人。
A5	昭和 60 年代に特別養護老人ホームを設置。回復期リハビリテーション病院も運営しており、高齢者介護、医療、障害、保育サービスを総合的に行う。
A6	昭和 30 年代の障害者施設事業から発展。現在、施設数 80、利用者 3,000 人、職員 2,200 人、ボランティア 1 万人を擁する。
A7	昭和 50 年代事業開始。介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)4、介護老人保健施設1、養護老人ホーム1、グループホーム1を持つ社会福祉法人。
A8	平成 12 年に介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を開設した比較的新しい社会福祉法人だが、前身組織が昭和 60 年代から有料老人ホームを運営。
A9	昭和 40 年代設置の養護老人ホーム、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を母体に県外にも進出。障害者施設、保育所など幅広く手がける。
A10	昭和 50 年代の特別養護老人ホーム設置後、保育事業を含め、多施設展開。地方の法人だが東京で介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)や定期巡回・随時対応サービスも運営する。

② 医療連携モデル

「医療連携モデル」は、慢性期療養、リハビリなどの面で、医療と介護を 1 つの法人または資本関係がある法人どうしが連携してサービスを提供する法人であり、その多くは、「施設拠点モデル」と類似の歴史性、施設拠点性、大規模多機能性を有する。ただし、社会福祉法人中心の「施設拠点モデル」と異なり、「医療連携モデル」は、1 人または少人数の医師が運営する診療所を中心とした展開も可能であり、在宅医療を中心にそうした展開を図っているケースもこのモデルに分類される。51 法人のうち、これらに該当するのは以下の 9 法人である。

アンケートの対象とした法人の概要

番号	法人の概要
B1	3つの病院を運営する医療法人がグループ法人を設置し、昭和 50 年代から特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等の事業を広域展開。
B2	一般病床 19 床の診療所を中心に、医療法人が訪問看護・訪問リハビリテーション、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)など介護サービスを展開。
B3	平成 13 年に介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)を開設した比較的新しい社会福祉法人だが、医療連携による看取りケアなど、質の高い個別ケアに取り組む。
B4	3つの病院、8つの診療所を運営する医療法人が介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)、在宅介護事業を展開。
B5	昭和 30 年代創設の8つの病院を持つ医療法人グループの社会福祉法人。大都市部の2市の介護を先導する。
B6	48 床の病院を中心に、デイケア、小規模多機能型居宅介護の介護サービスを提供する医療法人。関連会社では 24 時間対応型の訪問介護を実施。
B7	平成2年の老人病院開設以来、全国 17 都道府県に医療、介護の事業所を設立・運営する大規模医療法人グループ。
B8	診療所と連携しながら、在宅療養支援、地域リハビリテーションを推進する法人グループ。
B9	訪問看護と訪問介護の連携で看取りまでの質の高いサービス提供を目指す介護事業所。

③ 事業発展型モデル

「事業発展型モデル」は、住宅、生活支援機器など、異業種の法人が介護事業に参入した法人で、そのほとんどは営利企業の参入規制が撤廃された介護保険制度導入後に参入しているが、介護保険制度施行前から介護サービスを実施し、施行後に法人の特徴を生かして発展したケースも含まれる。51 法人のうち、これらに該当するのは以下の 14 法人である。

アンケートの対象とした法人の概要

番号	法人の概要
C1	情報システム分野等も手がける法人が自立支援型の通所介護事業を展開。
C2	タクシー業界からの参入。24 時間対応のオペレーションセンター機能を活かし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスなどを展開。
C3	不動産業を母体に介護事業に進出。認知症対応型共同生活介護(グループホーム)の最大手。海外進出も開始。
C4	金融業を母体に介護事業に進出。有料老人ホームや高齢者向け賃貸住宅を全国展開。
C5	主力となる医療事務処理サービスに加え、現在では訪問介護事業の我が国最大手。
C6	福利厚生施設運営の本業を生かし、有料老人ホームや在宅介護事業等を全国展開。
C7	家電や住宅設備の大手企業の子会社。福祉用具のほか、有料老人ホーム等も有する。
C8	小売販売業から介護事業に進出。福祉用具、訪問介護、有料老人ホーム等を展開。海外進出も開始。
C9	不動産業を母体に在宅・施設の介護事業に進出。中国で介護職員と管理栄養士を育成する専門学校を設置。

C10	環境衛生管理業から介護事業に参入し、フランチャイズ形式で訪問介護事業等を全国展開。
C11	建設事業から介護分野に進出。小規模かつ地域密着型のケア付き高齢者住宅の普及を目指す。
C12	昭和 60 年代に訪問入浴事業を開始。施設介護事業にも進出後、大手訪問介護事業者からの承継、中国・インドネシアへの進出など業務を拡大。
C13	大手ハウスメーカーの子会社として、有料老人ホームや通所介護を展開。
C14	学習塾・出版事業から介護分野に進出し、サービス付き高齢者向け住宅や在宅介護事業を運営。

④ 社会参加モデル

「社会参加モデル」は、介護サービスに加え、他の社会資源や地域の仕組みを活用した展開を進める法人である。「社会参加」はどの法人も多かれ少なかれ実施しているため、新聞やテレビ、介護業界の書籍・雑誌等で「社会参加」に関する先駆的な事例として採り上げられたことのある法人を選定して調査の対象とした。51 法人のうち、これらに該当するのは以下の 8 法人である。

アンケートの対象とした法人の概要

番号	法人の概要
D1	小規模多機能居宅介護事業や認知症対応型共同生活介護(グループホーム)事業を運営する株式会社。高齢者の持つ力を活かして社会貢献につなげるモデルの構築を目指す。
D2	昭和 60 年代に特別養護老人ホームを開設した社会福祉法人。子どもから高齢者までが集う交流スペースを設置し地域活性化を目指す。
D3	訪問介護、介護タクシーを行う株式会社。タクシー業を生かし、「家から 1 歩外へ出る」をサポートし、社会参加につなげている。
D4	農山村の資源を活用して地域住民をまきこんだ若年認知症者支援に取り組む一般社団法人。
D5	UR 団地内の一室で「生活リハビリ型」の小規模多機能型居宅介護事業を進める株式会社。
D6	民家改修型の小規模多機能型居宅介護事業所2か所と認知症カフェを運営するNPO 法人。
D7	1980 年代のコーポラティブ住宅運動を沿革とする株式会社。地域福祉の拠点機能を発揮する高齢者住宅を展開。
D8	訪問看護・小規模多機能などに取り組む有限会社。関連NPO法人とともに、社会的包摂(インクルージョン)の実現を多機能で目指す。

⑤ エビデンスベースのサービス強化モデル

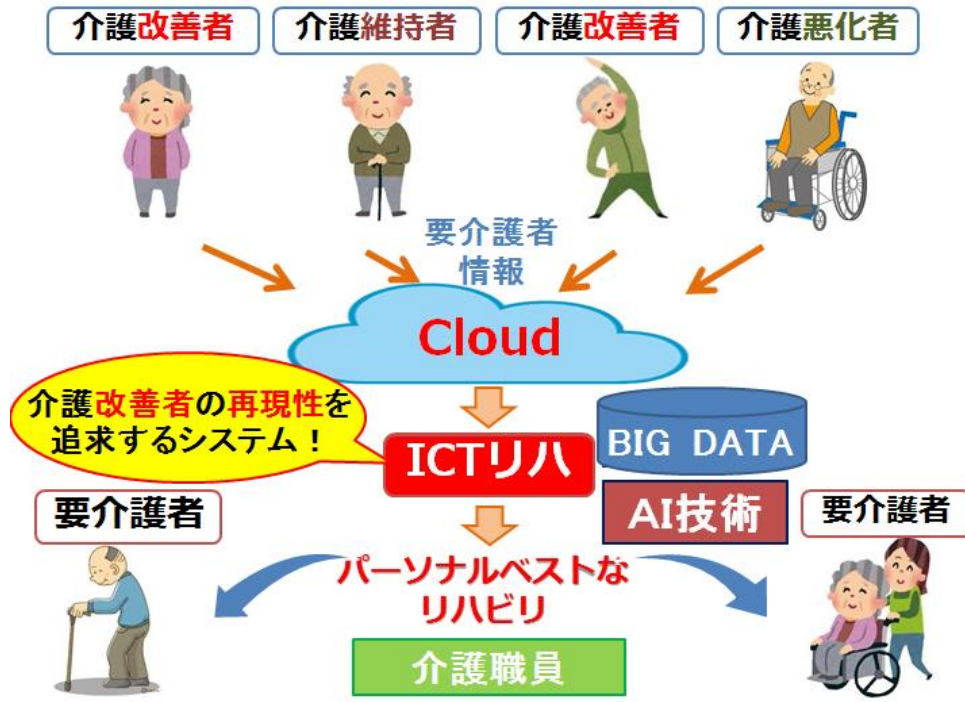
「エビデンスベースのサービス強化モデル」は、医療技術や介護技術、事業所運営技術に関するエビデンスをもとに、強化・差別化されたサービスを提供する法人である。「エビデンス」の幅が広い一方で、近代的介護の歴史そのものが浅いため、その概念は抽象的にならざるを得ないが、新聞やテレビ、介護業界の書籍・雑誌等で、ケアの内容・手法に関する先駆的な事例として採り上げられたことのある法人を選定して調査の対象とした。ただし、「社会参加モデル」にも該当するものは、そちらを優先している。51 法人のうち、これらに該当するのは以下の 10 法人である。

アンケートの対象とした法人の概要

番号	法人の概要
E1	平成 23 年設立の比較的新しい通所介護事業所を運営する株式会社。現有機能を活かす介助、潜在意識・潜在能力に働きかけられるサポートを目指す。
E2	リハビリ型の通所介護を運営する株式会社。医療機関・大学と連携し、利用者に合わせたオーダーメイドのプランニングで機能向上を図る。
E3	従業員 1,200 人の医療法人グループの関連社会福祉法人で介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）と養護老人ホームを運営。おむつ使用ゼロ・水分摂取などの取り組みを進める。
E4	平成5年設立の在宅介護事業大手。社員数 5,000 人以上。ICT 活用による現場の業務改善に注力。
E5	訪問介護、通所介護等のほか介護保険外でさまざまな予防・健康増進事業を展開。「ICT リハビリ」の実証実験にも着手。
E6	「自己選択・自己決定」型の通所介護など生活リハビリに重点をおく介護事業を展開する社会福祉法人。
E7	訪問介護、訪問看護などの介護サービスのほか、介護事業のコンサルティングや職員研修等を手がける株式会社。
E8	平成8年設立の有限会社。訪問介護と、パワーリハビリやスポーツゲームを採り入れたフィットネスジム型の通所介護に取り組む。
E9	入所機能がなく通所介護と保育園のみの社会福祉法人。在宅生活継続を目指す自立支援型ケアに取り組む。
E10	昭和 60 年代の訪問介護開始を皮切りに、在宅介護事業の全国展開を図った介護業界大手企業。「服薬支援ロボ」など最先端の技術導入に取り組む。

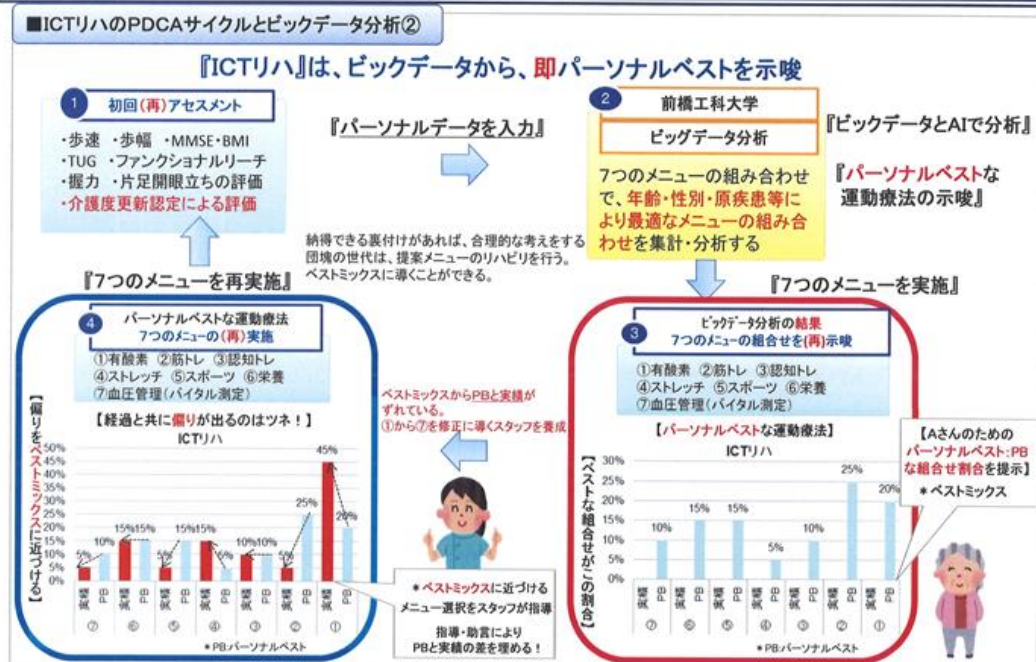
「エビデンスベースのサービス強化モデル」の事例

株式会社エムダブルエス日高（高崎市）では、PDCAサイクルのもとICTを活用しパーソナルベストのリハビリに導く通所介護を実践している。
（平成28年度経済産業省健康寿命延伸産業創出推進事業採択）



【事業の概要】

【具体的な事業内容】



16

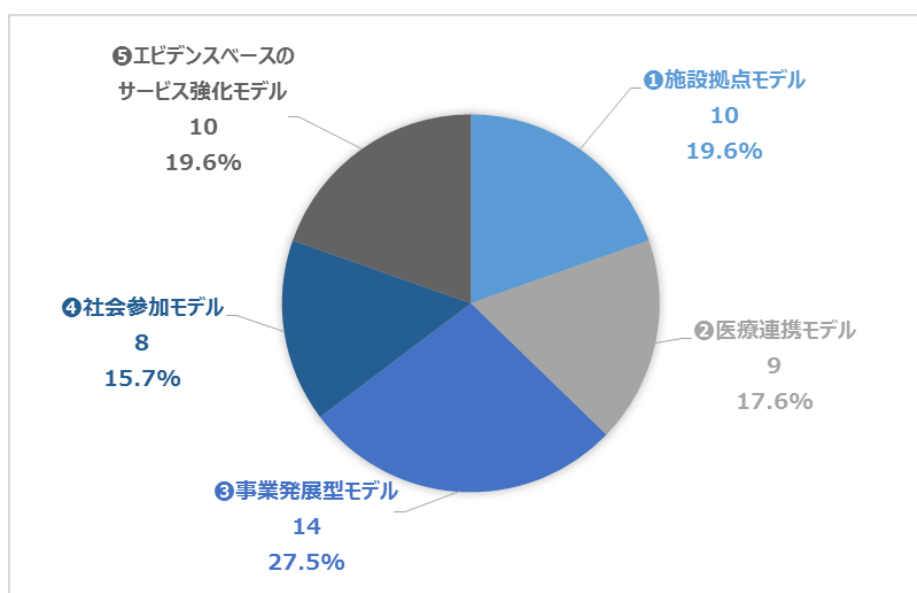
(3) アンケート結果にみる日本式介護モデル事業所の意識

今回実施したアンケートのうち、これらの5つのモデルに分類されるサービス事業者・施設別に、「2 海外展開について」、「3 日本式介護の強みについて」の2設問に着目して現状を整理する。

なお、アンケート調査全体結果(単純集計)については、参考資料に整理している。

① モデル分類ごとの回答割合

回答のあった51事業所・施設について、5つのモデル分類をみると、①施設拠点モデルが10事業所(19.6%)、②医療連携モデルが9事業所(17.6%)、③事業発展型モデルが14事業所(27.5%)、④社会参加モデルが8事業所(15.7%)、⑤エビデンスベースのサービス強化モデルが10事業所(19.6%)という状況であった。



② 海外展開について（問 5-1）

海外での介護サービス事業の実施について、「実施している」6事業所のうち、モデル分類別では、**③事業発展型モデル**が5事業所（35.7%）、**①施設拠点モデル**が1事業所（10.0%）、他の**②**、**④**、**⑤**のモデルは0であった。「過去に実施したことがある」2事業所は、いずれも**③事業発展型モデル**であった。

	実施している	過去に実施したことがある	実施したことはない	合計
①施設拠点モデル	1	0	9	10
%	10.0%	0.0%	90.0%	100.0%
②医療連携モデル	0	0	9	9
%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
③事業発展型モデル	5	2	7	14
%	35.7%	14.3%	50.0%	100.0%
④社会参加モデル	0	0	8	8
%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
⑤エビデンスモデル	0	0	10	10
%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
計	6	2	43	51
%	11.8%	3.9%	84.3%	100.0%

③ 海外進出ないし拡大について（問 5-2）

海外での介護サービス事業の実施について、「積極的に考えている」は全体では41.2%であり、モデル分類別にみると、**③事業発展型モデル**では78.6%と8割弱を占め、**④社会参加モデル**では37.5%、**⑤エビデンスベースのサービス強化モデル**では30.0%であった。他方、**①**、**②**、**④**で半数の事業所で「あまり考えていない」となった。

	積極的に考えている	あまり考えていない	分からない	合計
①施設拠点モデル	2	5	3	10
%	20.0%	50.0%	30.0%	100.0%
②医療連携モデル	2	5	2	9
%	22.2%	55.6%	22.2%	100.0%
③事業発展型モデル	11	1	2	14
%	78.6%	7.1%	14.3%	100.0%
④社会参加モデル	3	4	1	8
%	37.5%	50.0%	12.5%	100.0%
⑤エビデンスモデル	3	4	3	10
%	30.0%	40.0%	30.0%	100.0%
計	21	19	11	51
%	41.2%	37.3%	21.6%	100.0%

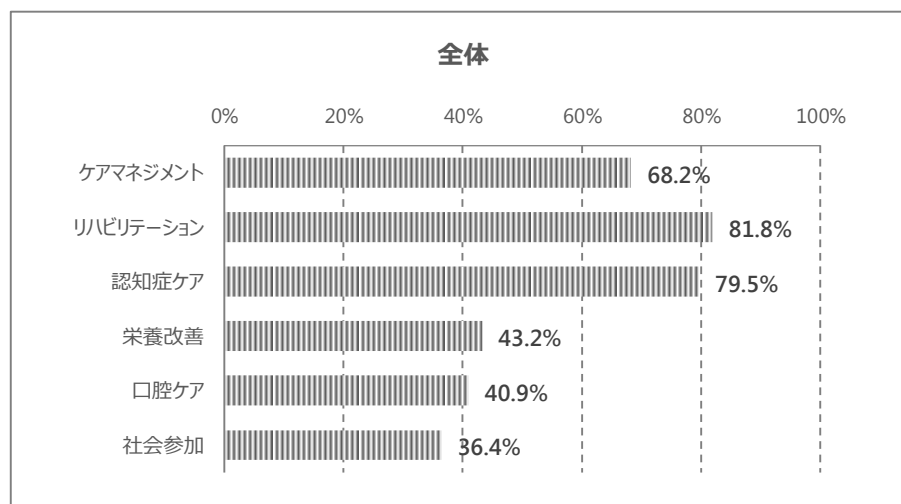
④ 日本式介護の強み（アジア各国での評価）について（問6）

サービス事業所・施設で行っている自立支援の取り組みがアジア各国で評価されると思うかについて、「評価されると思う」は全体では 86.3%であり、モデル分類別にみると、**①施設拠点モデル**を除く**②医療連携モデル～⑤エビデンスベースのサービス強化モデル**で9割前後を占めた。他方、「評価されないと思う」は**⑤**で1事業所あった以外は他のモデルでは0事業所であった。

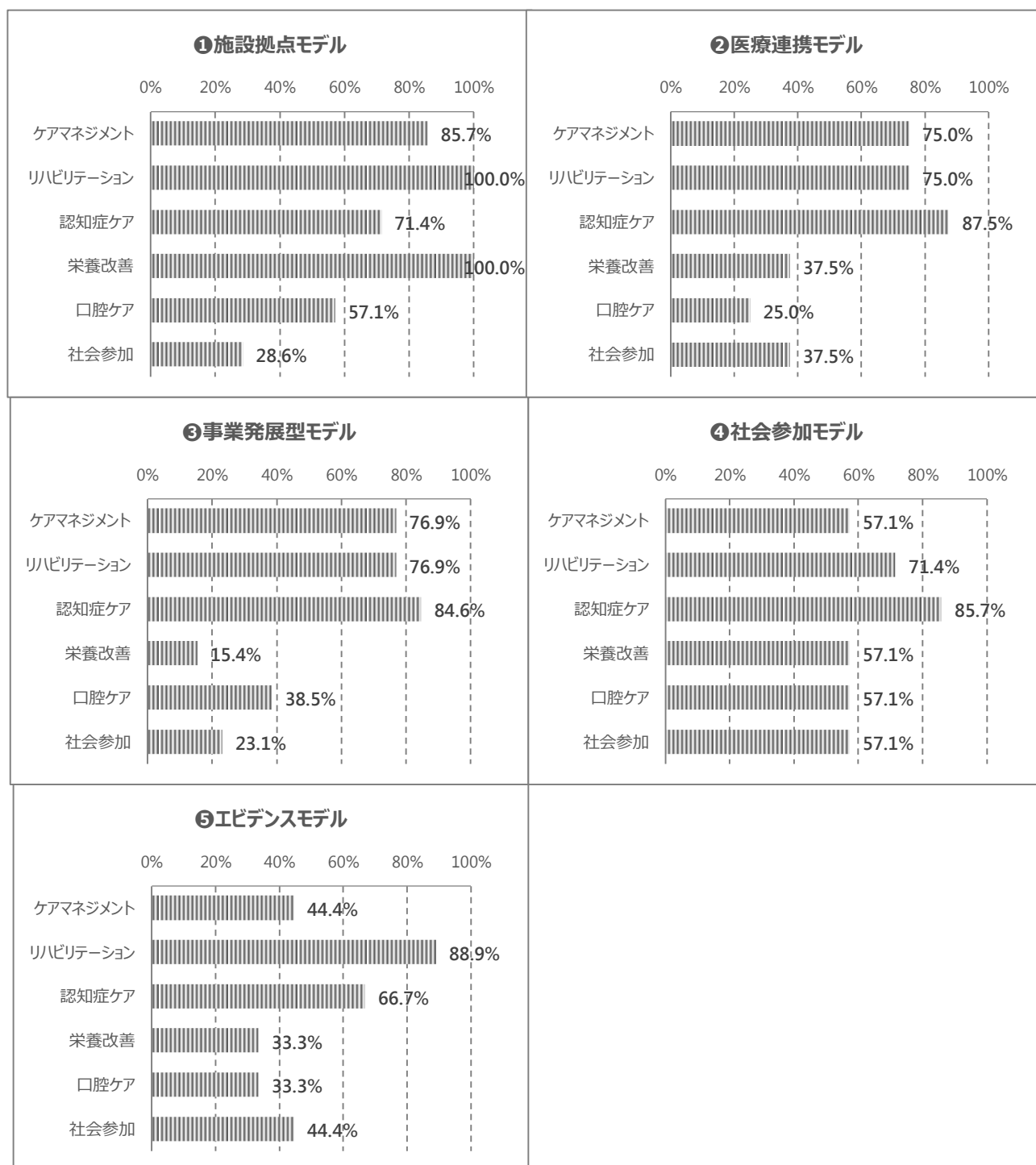
	評価される と思う	評価されない と思う	分からない	合計
①施設拠点モデル	7	0	3	10
%	70.0%	0.0%	30.0%	100.0%
②医療連携モデル	8	0	1	9
%	88.9%	0.0%	11.1%	100.0%
③事業発展型モデル	13	0	1	14
%	92.9%	0.0%	7.1%	100.0%
④社会参加モデル	7	0	1	8
%	87.5%	0.0%	12.5%	100.0%
⑤エビデンスモデル	9	1	0	10
%	90.0%	10.0%	0.0%	100.0%
計	44	1	6	51
%	86.3%	2.0%	11.8%	100.0%

⑤ 評価される日本式介護の強み（アジア各国での評価）について（問 6-1）

問6で「評価されると思う」と回答した 44 事業所・施設について、具体的にそれぞれの行うどの部分が評価されると思うかをみると、「リハビリテーション」が 81.8%と最も多く、次いで、「認知症ケア」79.5%、「ケアマネジメント」68.2%の順であった。他方、「栄養改善」、「口腔ケア」、「社会参加」はいずれも4割前後にとどまっていた。



さらにモデル分類別にみると、①施設拠点モデルでは施設の充実したスタッフ配置を背景に「リハビリテーション」、「栄養改善」の自己評価が高く、②医療連携モデルでは「認知症ケア」が高い一方で「口腔ケア」が低い、③事業発展型モデルでは「ケアマネジメント」、「リハビリテーション」、「認知症ケア」に比して「栄養改善」、「社会参加」が低い、④社会参加モデルでは、「社会参加」が他のモデルに比べて高い、⑤エビデンスベースのサービス強化モデルでは「リハビリテーション」、「認知症ケア」が高いといった特徴がみられた。



(4) アンケート結果の総括

これらの結果から、5つのモデル分類別の現状およびアジア各国等への海外進出・展開については、以下のように整理することができる。

アンケート結果の総括

- 海外進出の現状は、施設ケアや医療連携といった介護保険制度内の中核的な高齢者介護を担うスタイルを中心とするサービス事業所・施設では割合が低く、制度外領域も含めて事業展開しているような営利法人を中心とする他事業からの展開している場合に多い傾向がみられた。
- 今後の海外展開の意向では、全体的に「積極的に」捉えられているものの、やはり、現状の延長線上として、事業展開型モデルのサービス事業所・施設において特にその傾向が強くみられた。
- 現在の自法人の自立支援の取り組みは、アジア各国を中心に海外でも評価される水準・内容であると考えており、5つのモデルに応じてそれぞれに「強み」とする領域・分野は傾向が異なっていた。

(5) 日本式介護モデルの自立支援に資する程度

アンケート結果から、多くの事業所が、自法人の自立支援の取り組みがアジア各国で評価されると考えているということが分かった。

そこで、「1 身体機能（ADL）の維持・回復・低下防止」「2 生活機能（IADL）の維持・向上」「3 介護予防・健康づくりの促進」「4 認知症の予防・重度化予防」の4つの自立支援の領域に対し、5つの日本式介護モデルが、それぞれ、どの程度資する効果があるかを、以下の通り整理する。

5つの日本式介護モデルの自立支援に資する程度

	自立支援の領域			
	身体機能の維持・回復・低下防止	生活機能の維持・向上	介護予防・健康づくりの促進	認知症の予防・重度化予防
①施設拠点モデル	○	◎	○	○
②医療連携モデル	◎	○	○	◎
③事業発展型モデル	○	○	○	○
④社会参加モデル	○	◎	◎	○
⑤エビデンスベースのサービス強化モデル	◎	○	◎	◎

「1 身体機能（ADL）の維持・回復・低下防止」は、②医療連携モデルと、⑤エビデンスベースのサービス強化モデルで特に程度が高い。②医療連携モデルは、アジア各国では制度化されていない通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを通じて、充実したスタッフ体制のもと、専門的なリハビリテーションを行っている。また、⑤エビデンスベースのサービス強化モデルの事業所が最も得意とするのは、エビデンスを活用したリハビリテーションである。なお、①施設拠点モデル、③事業発展型モデル、④社会参加モデルの事業所においても「1 身体機能の維持・回復・低下防止」の取り組みは基本サービスや加算サービスに組み込まれて当然行われており、自立支援に一定の効果を得ているのは言うまでもない。

「2 生活機能（IADL）の維持・向上」にむけた取り組みも、いずれのモデルの事業所でも実施されているが、とりわけ、①施設拠点モデル、④社会参加モデルで程度が高い。④社会参加モデルの事業所は、その特長である社会参加を積極的に採り入れた介護を通じて、おのずと利用者の生活機能の維持・向上が図られている。また、①施設拠点モデルの事業所は、事業所の長い歴史の中で、地域連携のための市町村補助事業や、障害者支援施設や保育所、在宅介護支援センターの併設など、多様な

形態のサービスを自ら経験してきており、利用者の生活機能の維持・向上を図るための総合力はどのモデルよりも秀でていると言える。

「3 介護予防・健康づくりの促進」は、④社会参加モデル、⑤エビデンスベースのサービス強化モデルの事業所が得意とする。④社会参加モデルの事業所は、その特長である社会参加を積極的に採り入れた介護を通じて、おのずと利用者の介護予防・健康づくりの促進が図られている。⑤エビデンスベースのサービス強化モデルの事業所が得意とするパワーリハビリ等は、中重度者の身体機能の維持・回復・低下防止だけでなく、軽度者・認定外高齢者の介護予防・健康づくりにも大きな効果を発揮している。もちろん、他のモデルも、介護予防・健康づくりの促進の取り組みを行い、自立支援に一定の効果を得ているのは言うまでもない。

「4 認知症の予防・重度化予防」は、「1 身体機能の維持・回復・低下防止」と同様に、②医療連携モデルと、⑤エビデンスベースのサービス強化モデルで特に程度が高い。認知症ケアは、高度な医学的知識の上に、ソーシャルワークの専門技術が必要とし、これらのモデルの事業所の多くは、それを兼ね備えている。ただし、①～⑤のいずれのモデルの事業所にも認知症対応型共同生活介護が含まれるなど、日本の介護事業所は制度としての介護保険サービスの中で、認知症ケアによる自立支援を内包している。

2 日本式介護の海外展開の意義・役割

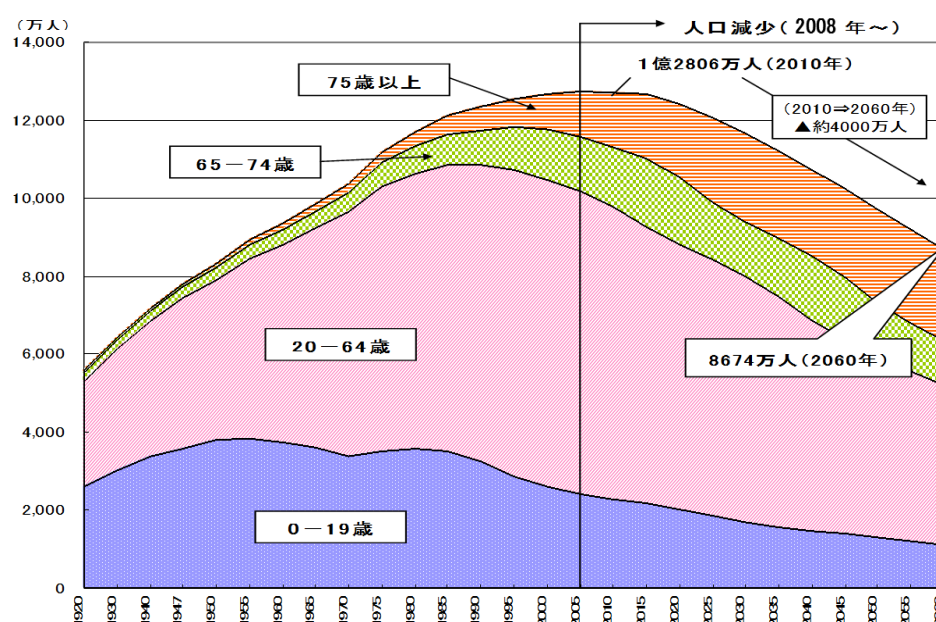
(1) 総論としての意義・役割

① 人口減少時代の法人の持続的運営の確保

我が国のサービス事業所・施設にとって、人口問題は深刻な問題である。

当面は、高齢者人口の増加に伴い国内における介護サービス需要の拡大は見込まれるものの（特に都市近郊部）、いずれは人口減少局面下で事業を営んでいかなければならない。常態化している介護人材確保の問題や、いずれ直面することになる利用者減少のリスクは、今後の経営を左右する大きな課題である。

日本の年齢階層別人口の推移と推計（1920～2060年）

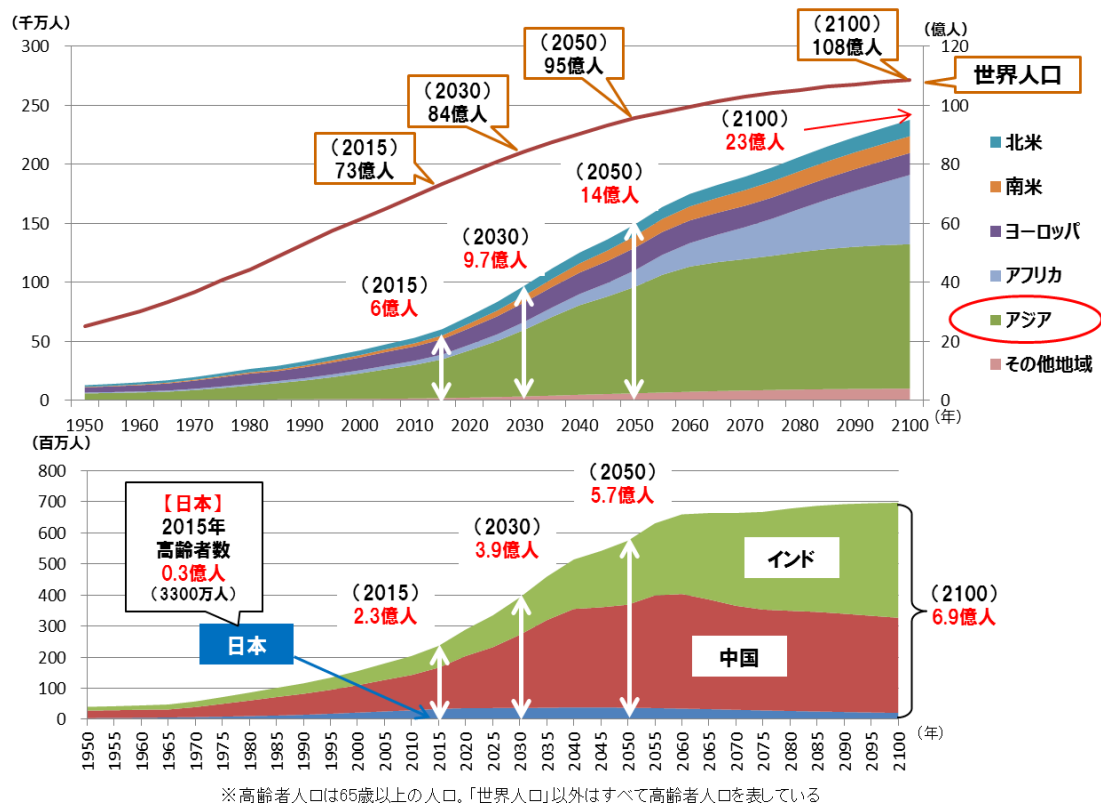


資料：総務省統計局『国勢調査報告』および国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』（平成24年1月推計）[出生中位(死亡中位)推計値による。各年10月1日現在。1947～70年は沖縄県を含まない。総数は年齢不詳を含む。]

改めて世界の高齢者人口に目を転じれば、世界各国の高齢者人口の増加は目を見張るところがある。日本の高齢者人口が約3,300万人である中（2015年時点）、例えば2030年の世界の高齢者人口は9.7億人と推計される。人口＝市場と捉えると、約30倍の高齢者市場が将来待ち構えているということになる。

その中心となるのがアジアである。各事業所・施設のみならず、介護業界、ひいては日本経済の持続的な発展のために、市場規模という視点からグローバル化の意義は再認される。

世界人口及び地域別高齢者人口の推移と推計（1950～2100 年）



資料: 国連「World Population Prospects: The 2012 Revision」より作成（ただし日本は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計」（平成 24 年 1 月推計）、出生・死亡中位推計値）

② アジアの先進国としての役割の発揮

日本からアジア、そして世界への展開が期待される一方で、同時に、日本は各国から寄せられる期待に応えていく役割（使命）を併せ持っていることを自覚しなければならない。

日本は高齢化最先進国であり、介護先進国である。かつて日本が当時、高齢化先進国であった欧州各国の姿を見てきたように、アジアをはじめ世界の国々が、日本の高齢化への対応を注視している。日本が介護先進国の見本として如何にその姿を提示できるか、また高齢化及び介護問題に直面する各国の未来の社会づくりにいかに貢献できるか、日本の積極的かつ主体的な態度と行動に期待が寄せられている。日本がアジアをはじめ世界の国々に対し、今後も確実にイニシアティブを取り続けることができるのは、高齢化への対応策であり、介護への対応策である。各国からの要請・期待に応えられる準備が急がれている。

このことはまた、アジアをはじめとする世界の国々への貢献につながることであろう。高齢化は世界共通のグローバルな事象であり、介護の問題はグローバルな共通課題である。その課題の解決に向けて取り組んできた日本式介護は、高齢者本人及びその家族の不安・負担を軽減し、最期までその人らしい生活を支援

する質の高いものである。そのことを具体化する日本のサービス及び技術は、国を越えて高齢者及びその家族に安心と豊かさをもたらすと考えられる。

“日本式介護を導入すれば、高齢者と家族の笑顔が増える”

このような自信を胸に、日本はさらなる努力を重ねつつ、自信を確信に変えるべく世界に貢献し続けていく必要がある。

③ アジアでの質の高い介護人材の確保

我が国では、これまで、E P A（経済連携協定）により、インドネシア、フィリピン、ベトナムから約 4,000 人の外国人看護師・介護福祉士候補者を受け入れ、医療機関や介護事業所で従事し、帰国後の本国の医療・介護技術の発展につながることが期待される一方、600 人以上が日本の国家試験に合格し、継続的な労働力としての道も拓けている。我が国の介護人材の確保とアジア各国・地域の介護の発展は、今後も互恵的に進めることが不可欠である。

日本の場合、教育訓練プログラムを修了した人材がケアサービスを行う。介護の理念及び技術を習得した専門人材が、高齢者及び家族の視点を尊重しながら、自立支援や現存機能の活用の視点に立ち、身体拘束をしない等の「尊厳を守るケア」を行っている。これに対してアジア諸国では、介護に対する概念がまだまだ曖昧であり、主要な介護人材も、農村部や海外から出稼ぎに来た家事労働者が多いとされている。その介護の知識も経験も少ないこうした人々が家事労働の延長として高齢者に接しているため、事故の発生を含めたケアの質の課題がある。

ケアの質はすなわち人材の質とも言えるだけに、日本の介護人材育成のシステムをアジア各国・地域に普及していくことが求められている。

④ 国際化対応によるケアの現場のさらなるステップアップ

日本の介護は、これまで、財源が十分に確保された介護保険制度、民需活用の政策誘導などの追い風をもとに発展してきた。日本式介護の強みは様々にあるが、ケアの現場では、「理念の共有」と「連携・協働」の成果が大きい。

2017 年現在、全国の各地域では、ケアが必要な高齢者及びその家族を支えるために、介護保険制度を軸としながら、多様な主体が保険内外で多様なサービスを提供している。介護保険制度導入以降、どうすれば地域の高齢者及びその家族を支えていけるか、家族と事業所・施設、医療と介護、専門職同士など、異なる立場の者が互いにより良い関係を築き上げた結果、今の充実したサービス供給体制が構築された。その形は一樣ではなく、地域によって様々な特徴と強みを有している。

こうした日本の高齢者ケアの現場の質を今後も確保し、さらなるステップアップを図るためには、国際化の視点は避けて通れない。

外国人看護師・介護士受け入れ問題のみならず、サービス利用者にも外国人は増えている。海外在住の日本人の高齢者は、日本・日本人による質の高いケアを求めている。職員や利用者に外国人を含むケアの現場で、「理念の共有」と「連携・協働」によるチームケアを一層推進していくことは、近い将来、どの現場にも必要となる。このとき、人レベルでは留学等による、組織レベルでは海外進出による、海外でのケアの経験が、日本本国でのケアに活かされ、サービス利用者、ひいては国民に還元される。

(2) 5つのモデルごとの意義・役割

次に、5つの日本式介護モデルについて、海外展開の意義・役割を整理する。

① 施設拠点モデル

＜拠点となる介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設等の施設サービスを中心に、在宅サービスを含めた総合展開＞

施設拠点モデルは、日本のこれまでの介護を支えてきた中核的なモデルである。このモデルをリードするのは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等を運営する社会福祉法人である。

従来は施設サービスを中心として、施設内のサービスの利用で完結する形態が主であったが、近年は住民団体や自治体、民間事業者と積極的に連携しながら、官民協働で在宅を含めて当該地域全体の福祉をカバーする取り組みが数多く見られる。また、理学療法士・作業療法士・歯科衛生士を配置しての機能訓練、口腔ケア指導を施す中で、自立支援に向けた積極的な取り組みも進められている。さらには、介護の領域だけにとどまらず、障害者支援、保育、医療などを含めて総合的なサービス提供を進めているところも多い。

最大の強みは、福祉の専門家集団が主体となっていることであり、それにより施設内外でより質の高いケアを長期に継続的に提供できることで、自然体で重度化していく高齢者とその家族の内面を含めた生活の質（QOL）の向上に大きく貢献しているモデルと言える。

施設拠点モデルの法人は、その「総合百貨店」的な専門性から、海外進出が日本とアジア各国・地域の双方から期待されるが、このモデルをリードする社会福祉法人は、一般的には、もともとの設立目的が日本の特定の地域の住民の福祉の向上であり、海外展開は想定されていないケースが多いという課題がある。しかし、このモデルの法人の中にも、時代の変化に対応し、海外展開を考える法人は少なくない。

② 医療連携モデル

＜医療機関との連携を中心に、ケアニーズ・医療ニーズに対応＞

医療連携モデルは、病院・診療所や介護老人保健施設、薬局などの医療関係機関が密接に連携しながら総合的な事業を展開しているモデルである。このモデルをリードするのは、介護老人保健施設等を運営する医療法人であるが、医療連携さえ確保されていれば、医療法人に限らない。

今後ますます後期高齢者の数が増加していくなか医療ニーズは増大していく。また地域包括ケアシステムの中核をなす「在宅医療」を地域で展開していくには、医療の主体的な関わりは不可欠である。

在宅医療をより実効的に進めるには、地域の中の医師グループの協力体制の構築、医療・看護・リハビリ・介護の連携、また多職種間で情報を共有できるツールや、関係者が顔を合わせられる機会、ルールづくりが重要である。

すでにこうしたネットワークが構築されている地域も存在するが、“在宅中心”の医療とケアの提供を全国に整備していくには、このモデルの充実とさらなる進化が期待されるところである。

医療連携モデルの法人は、アジア各国・地域で軒並み課題となっている医療・介護連携を強化するため、また、今後の大きな課題である認知症ケアの向上のため、アジア各国・地域に進出していくことが期待される。社会福祉法人と同様に、公益性、非営利性、地域性を重んじる医療の世界では、海外展開を考える法人は多いわけではない。

③ 事業発展型モデル

<住宅関係、生活支援機器メーカー等の事業から派生・発展したサービス提供>

事業発展型モデルの最大の特徴は、主体の多くが民間企業ということである。民間企業の力を介護・福祉の領域に導いた日本の介護保険制度が産み出した価値あるモデルと言える。

超高齢化する日本の未来において、高齢者及びその家族の生活を支え続けていくには、自助・互助・共助・公助だけでは限界があり、民間企業の力が必要である。このことは日本のみならず、「高負担・高福祉国家」である国々でもおしなべて要請されている。

民間企業が介護・福祉領域に参入することは、介護の量的需要に応えるだけでなく、介護ロボット、福祉用具、軽労化技術、ICTによる見守り技術などの開発・導入によって、介護される側、する側に多大な恩恵をもたらしている。

また、サービス付高齢者向け住宅をはじめ、住まいのあり方も積極的な見直しと改善が図られてきている。

事業発展型モデルの法人は、営利法人が多く、海外展開には最も積極的であり、アジア健康構想の初期の主要な担い手となると考えられる。

④ 社会参加モデル

<介護サービスに加え、他の社会資源や地域の仕組みを利活用した展開>

社会参加モデルは、地域包括ケアの要素が組み込まれた多様なサービスを提供するモデルである。サービスの多くが行政（自治体）の強い関与のもと展開されている。

地域包括ケアシステムが目指すように、高齢者の生活を支えていくには、医療や介護のニーズだけにとどまらず、予防・生活支援・住まい等まで幅広いニーズに对应していく必要がある。そのためには、地域の関係者・機関（地域包括支援センター、社会福祉協議会、民生児童委員、NPO・ボランティア団体、社会福祉法人など）が連携した形で総合力（地域力）を発揮することが求められる。また自治体が進める地域支援事業や地域支え合い体制整備事業等とも連携することも必要である。

社会参加は、社区を中心としたコミュニティケアを推進しようとしている中国をはじめ、アジア各国・地域の高齢者ケアの重要要素であり、日本の社会参加モデルの各種取り組みは、遅れて高齢化を迎えるアジア各国・地域にとって、示唆に富むものであることは間違いない。一方で、日本以上に各国・地域では非営利性を前提に高齢者の社会参加が進められており、各国・地域の公的なバックアップが欠かせないと言える。

⑤ エビデンスベースのサービス強化モデル

＜認知症ケアやリハビリ、口腔ケア等について強化・差別化されたサービス提供＞

エビデンスベースのサービス強化モデルは、認知症ケアやリハビリ、口腔ケア等の特定のエビデンスに裏付けられた介護技術を導入し、差別化を図ったモデルであり、保険外のサービスも多く含まれる。

ロコモティブ・シンドロームやフレイル対策を中心とした予防・健康増進だったり、日本的な社会的アプローチによる認知症のケアや予防、特殊機器を活用したリハビリなど、各事業者がICTを駆使し、独自の技術やプログラムを開発してサービスを提供している。

エビデンスベースのサービス強化モデルは、それぞれ単体で商業化が図られるものも多く、それぞれが有効な海外展開のコンテンツになる。一方で、日本の介護保険制度のもとで日本人に通用したサービス・ビジネスモデルがそのまま海外で通用するわけではなく、現地のニーズに沿うようにカスタマイズしていくことが欠かせない。そのため、海外進出が軌道に乗るまで、その投資に対する支援が他のモデル以上に重要な鍵となる。

第4章 日本式介護のアジアでの価値

日本の介護サービス・制度は、国内のすべての高齢者を対象に、自立支援を目指し、高品質かつ比較的廉価で、安全・安心に提供されるところに特長がある。介護福祉分野は、かつてはアジアの多くの国・地域と同様に、社会的地位が低く、介護技術も西洋の先進国と比べて低い水準にとどまっていたが、とりわけ介護保険制度導入以降、各事業所や一人ひとりの従事者、行政の努力と創意・工夫により、今日のシステムの構築に成功した。

本章では、こうした日本式介護がアジア各国に存在するかを明らかにした上で、その普及にあたっての課題、現地で求められるサービスパッケージ等を明らかにする。

なお、これらの検討は、中国・韓国・マレーシア・タイの4か国を対象とする（各国を比較する上で、介護料金などは、1人当たりGDPが、中国は日本の3割弱程度、韓国は8割程度、マレーシアは3割程度、タイは2割弱程度であることを念頭にとわりやすい）。

1 中国

（1）介護サービス・制度の概況

中国の高齢者介護は、日本と比べ、サービスの量・質ともに十分ではなく、政府が日本式介護を参考に、財源の許す範囲で急速に発展を促している状況にある。

改革開放を掲げる中国では、約10年前から、高齢者介護についても、従来からの困窮高齢者への公的な福祉措置としての位置づけから、民間投資を促し、量と質の拡充を図る政策への転換を進めている。

また、国土が広く発展状況に地域差がある中国では、まず地方政府がパイロット事業を実施し、中央政府がその経験を総括した上で、原則的な政策的枠組みを公布する流れが基本にある。



中国の高齢者介護福祉施設の従来からの区分は、次の「高齢者社会福祉施設基本規範」をもとにした表の通りである。医療福祉の総合拠点である老年社会福利院もあるが数は限られ、日本の養護老人ホームのようなイメージの養老院・敬老院、デイサービスセンターである託老所、日本の老人福祉センターよりサービスの幅が広い老年人服務中心（高齢者サービスセンター）が中国の高齢者介護福祉施設の根幹である。1,000床規模の養老院も存在するなど、規模については日本よりスケールが大きい。

中国の高齢者介護福祉施設の区分

	区分	名称	内容	日本の類似サービス
1	入所型	老年社会福利院 (Social Welfare Institution for the Aged)	国からの出資により、“三無老人”(労働能力なし、収入なし、扶養者なし)、自理老人(自立老人)、介助老人、介護老人が無事に晩年を送ることができるよう設置、管理されている高齢者福祉サービス施設。日常生活を送ることができ、文化娯楽設備、リハビリ訓練設備、医療保健設備等いくつかのサービス設備を有する。入所の際に、医師が要介護度を判定し、要介護の場合は、入所者が直接介護職員を雇用し、給料等の費用を全て負担するという形態(北京市第一社会福利院の例)。	病院に介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)・介護老人保健施設・介護付有料老人ホーム・地域包括支援センター等を併設した巨大医療福祉拠点のイメージ
2		養老院(または老人院) (Home for the Aged)	自理老人の受け入れ専門または自理老人、介助老人、介護老人が無事に晩年を送ることができるよう設置された高齢者福祉サービス施設。日常生活を送ることができ、文化娯楽設備、リハビリ訓練設備、医療保健設備等いくつかのサービス設備を有する。	養護老人ホーム・介護付有料老人ホーム
3		老年公寓 (Hostels for Elderly)	高齢者がまとまって居住するための、高齢者の身体能力、心理状態の特徴に符合したマンション式高齢者住宅。飲食設備完備、清潔な空間、文化娯楽設備、医療保健設備等いくつかのサービス設備を有する。	サービス付高齢者住宅
4		護老院 (Homes for the Device-aided Elderly)	介助老人が無事に晩年を送ることができるよう設置された高齢者福祉サービス施設。日常生活を送ることができ、文化娯楽設備、リハビリ訓練設備、医療保健設備等いくつかのサービス設備を有する。	軽費老人ホーム
5		護養院 (Nursing Homes)	介護老人が無事に晩年を送ることができるよう設置された高齢者福祉サービス施設。日常生活を送ることができ、文化娯楽設備、リハビリ訓練設備、医療保健設備等いくつかのサービス設備を有する。	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)・介護老人保健施設
6		敬老院 (Homes for the Elderly in the Rural Areas)	農村郷(鎮)、村に設置された“三無老人”、“五保老人”(五保とは食品、衣服、住宅、医療、葬儀のことで、これを扶助する生活保護老人のこと)の生活の面倒をみるとともに高齢者が無事に晩年を送ることができるよう設置された高齢者福祉サービス施設。日常生活を送ることができ、文化娯楽設備、リハビリ訓練設備、医療保健設備等いくつかの設備を有する。	養護老人ホーム
7		老年護理医院 (Nursing Hospital for the Aged)	『高齢者社会福祉施設基本規範』に定義はないが、最近では、一般的に「老年護理医院」と呼ばれる施設もできている。医療、介護、生活上のケアを含めるシステムのサービス機能を持つ高齢者介護病院で、家庭内で介護を受けられない高齢者が治療を受け、最期を看取ってもらえる施設である。	療養型医療施設や病院併設型入所施設
8	通所型	託老所 (Nursery for the Elderly)	短期で高齢者を預けるサービスを行う社区高齢者福祉サービス場所。日常生活を送ることができ、文化娯楽設備、リハビリ訓練設備、医療保健設備等いくつかのサービス設備を有する。日托(デイサービス)、全托(宿泊)、臨時托(タイムサービス)に分かれる。	通所介護・通所リハビリテーション、短期入所
9		老年人服務中心 (Service Center for the Aged)	高齢者のために各種総合的な社区サービスを提供する場所。文化娯楽設備、リハビリ訓練設備、医療保健設備等いくつかまたはある1つのサービスを有し、サービスを各家庭に届ける。	老人福祉センター、市区町村保健(福祉)センター

資料：中国政府「高齢者社会福祉施設基本規範(Standards of Social Welfare Institution for the Elderly)」、(財)自治体国際化協会北京事務所「中国における高齢者福祉 Clair Report No. 338 (June 23, 2009)」、独立行政法人国際協力機構(JICA)中華人民共和国事務所「『高齢者社会福祉施設基本規範』、『障害者社会福祉施設基本規範』、『児童社会福祉施設基本規範』業種規格の承認発布に関する民政部の通知(和文仮訳)」をもとに作成。

近年、中国では、次の表の通り、高齢者介護サービスの拡大を図る政策誘導を積極的に実施している。

日本でも、老人福祉法で施設を、介護保険法で事業者やサービスを位置づけているが、「高齢者社会福祉施設基本規範」に位置づけた施設の概念に上乗せして今日的な「養老機構（senior care organization）」という概念を採り入れ、民間資本の参入促進、小規模・地域密着の誘導を図るとともに、2013年には外資100%での介護施設設立も可能とした。

近年の中国の高齢者介護サービス改革関連の法令の動向

時期	名称	内容
2011 年	老齡事業發展 12 期五カ年計画・社会養老サービスシステム構築計画（2011～2015 年）	在宅を基礎に、社区を拠り所とし、養老機構によるサポートを特徴とする高齢者養老サービス体系を確立する方針を打ち出すとともに、高齢者 1,000 人当たり養老ベット数 30 床などの目標を設定。
2013 年 7 月	養老機構設立許可弁法・養老機構管理弁法 （養老機構：高齢者のために介護、食事、リハビリテーション、看護、医療保健などの総合的サービスを提供する組織）	ベット数 10 床以上（小規模・地域密着の誘導）。外国の組織や個人が単独資本で開設する養老機構や外国資本が中国の組織や個人と合資・合作の形で設立する養老機構等は、所在地の省レベル人民政府の民政部门等によって開設許可を実施。
2013 年 9 月	養老サービス業の發展を加速することに関する国务院の若干の意見	用地の優先取得、建設・運営費補助、税制優遇などの拡大。
2015 年 2 月	民間資本の養老サービス産業への参加奨励に関する実施意見	社区でのデイサービスなどに対する民間参入の促進や「医養結合（医療と介護の連携）」のための養老施設への医療保険の指定やリハビリへの医療保険給付、介護型養老施設への補助金や税制優遇措置など。
2016 年 6 月	国务院による介護保険制度のパイロット地区の指定 （2020 年までに全国の市での導入完了を目指す）	国务院が全国 15 都市を介護保険制度のパイロット地区として発表。15 都市は、青島市、長春市、南通市、蘇州市、承德市、チチハル市、上海市、寧波市、安慶市、上饒市、荊門市、広州市、重慶市、成都市、石河子市。吉林省、山東省は別途、国家試行拠点の重点省に指定。
2016 年 12 月	高齢者介護サービス市場の全面的開放と介護サービスの質的向上に関する若干の意見	営利性介護施設の設立手続きの簡素化など。

※養老機構設立許可弁法に関する独立行政法人国際協力機構（JICA）仮訳、西川昌登「中国における高齢化の現状と展開に当たっての留意点等」（在中国日本国大使館経済部一等書記官。介護サービス等の国際展開に関する調査研究事業プラットフォーム会合（2015 年 8 月 5 日）資料）などをもとに作成。

2012 年 7 月から、山東省青島市が全国に先駆け介護保険制度（長期医療看護保険制度）を導入し、吉林省長春市（2015 年 5 月）、江蘇省南通市（2016 年 1 月）などが続いている。

青島市の制度は、高齢者だけでなく、長期入院者や障害者の長期療養も対象としているが、対象サービスは単なる医療看護であり、医療看護と生活ケアを含めた包括的な「長期介護」とは言えず、財源も十分ではないため、医療給付の補完的な制度にとどまっている。

青島市の介護保険制度（長期医療看護保険制度）の実施状況

区分	内容	備考
対象	高齢者だけでなく、長期入院者や障害者の長期療養も対象。	実際の利用の 95% 以上は高齢者。
サービス実施場所	10 の二級・三級病院（専護）、33 の医療資格を持つ老人介護施設（老護）、283 の医療保険指定地域密着型医療機関（家護）に対し長期医療看護保険業務を承認。	
利用人数	長期医療看護保険基金を受けている入院・入所者は 16,000 人で、このうち「専護」が 500 人余り、「老護」が 2,000 人余りで、その他は「家護」。	このうち 98% 以上は民営施設のサービスを受けている。
財源規模	独立行政法人国際協力機構（JICA）の 2014 年 6 月作成の報告書に「すでに保険基金から 2 億元（≒1,500 万円）が支出された」とある。	人口 700 万人、60 歳以上人口 140 万人の市として十分に確保されているとは言えない。

資料：独立行政法人国際協力機構（JICA）「中華人民共和国 高齢化問題に関する情報収集・確認調査 最終報告書」（2014 年 6 月）をもとに作成。

そのような青島市であっても、中国国内では上海市や北京市などとともに、高齢者介護サービスが質・量ともに最も高い水準にある。同規模の西安市と比較すると、入所施設のベッド数は数倍にのぼる。また、青島市は、2006 年に国内で最も早く「地域密着型介護互助地点」を設立するなど、「社区」（コミュニティ）ごとの地域密着型在宅サービスの拠点整備も進んでいる。

青島市の介護施設の状況

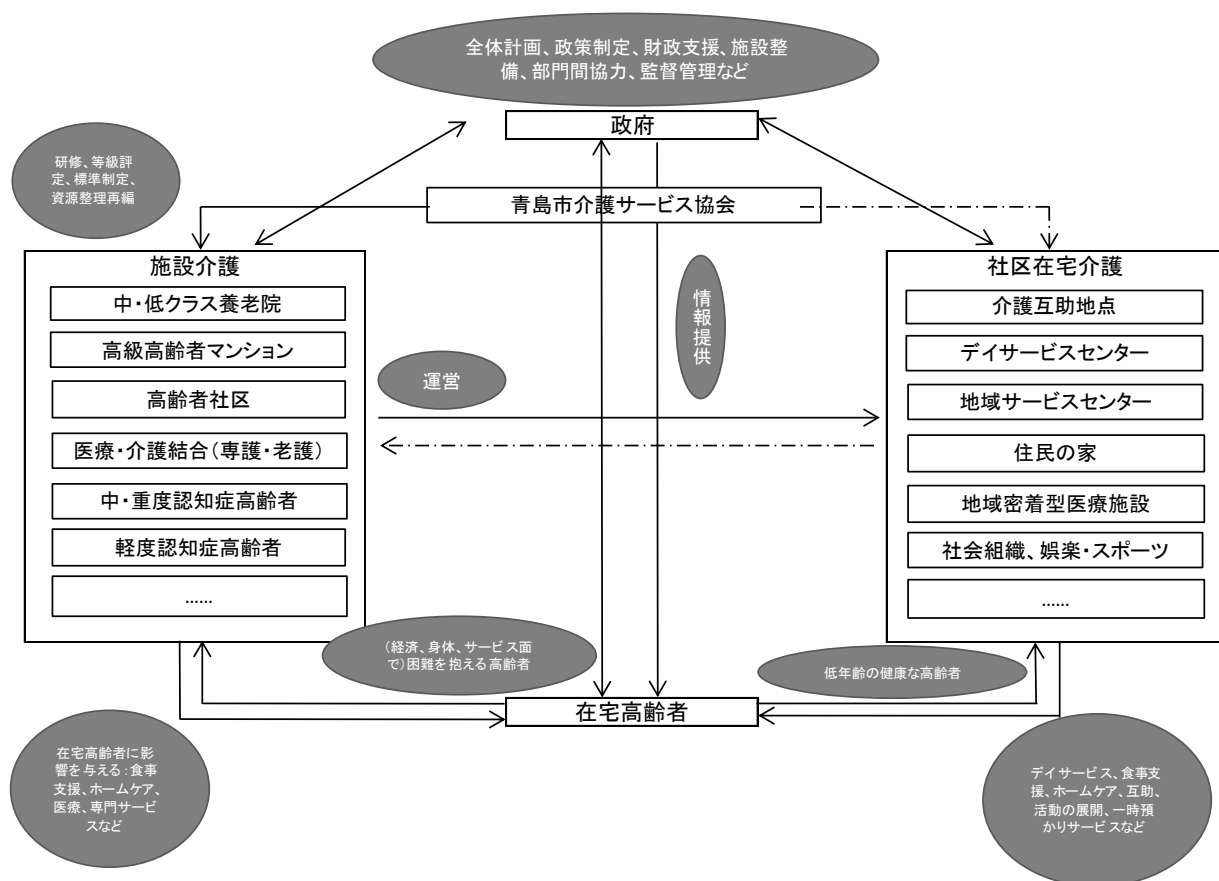
項目	状況	備考
60 歳以上の高齢者人口	138 万 7,800 人（2013 年）	西安市は 125 万 8,600 人（2009 年）
老人介護施設	252 施設、3 万 6,000 床	西安市は 63 施設、6,816 床
民間投資により設立した老人介護施設	139 施設（55%）、ベッド数は 2 万 500 床（57%）	西安市は 34 施設（54%）、入居者 2,927 人（入居者の 75%）
デイケアセンター（地域密着型高齢者デイケアセンター）	451 施設、利用者 1 万 8,000 人 大部分は区（村）、街道が整備し運営	
障害者支援と給食のサービス機能のある地域密着型デイケアセンター	78 施設。3,000 人余りが同サービスを利用	
地域の介護互助地点	2,110 か所。活動参加者 1 万人超	

資料：独立行政法人国際協力機構（JICA）「中華人民共和国 高齢化問題に関する情報収集・確認調査 最終報告書」（2014 年 6 月）をもとに作成。

中国では、社会主義時代は、「単位」と呼ばれる国有企業が、「社区」（コミュニティ）ごとに、従業員とその家族のための小中学校、病院、養老院などを運営し、生活共同体として機能していたが、改革開放後は、国有企業の福利厚生事業が区人民政府の出先機関である街道弁事処などに移管された。

街道弁事処には、日本の地方自治体下の「行政区」に近い自治組織であるが有償職員がいる社区居民委員会があり、こうした組織・人材を生かして社区ごとの地域密着型在宅サービスを、さらには地域福祉を強化していくことが課題となっている。日本にも昭和 30 年代から市区町村社会福祉協議会が地域福祉組織として、また在宅介護サービス事業所として発展してきた歴史があり、そこで培われた経験・知見の活用も期待される。

青島市の介護サービスの全体像



資料：独立行政法人国際協力機構（JICA）「中華人民共和国 高齢化問題に関する情報収集・確認調査 最終報告書」（2014 年 6 月）

(2) 5つの日本式介護モデルの状況

中国の介護サービスを日本式介護の5つのモデルにあてはめると以下の通りである。

施設拠点モデルとしては、大規模な社会福祉院や養老院などが各地にあり、介護や医療のサービスが「外付け」で提供されるところが多い。サービスの質はまちまちで、量的にも巨大な需要を満たしてはいない。

医療連携モデルに該当する施設はあり、韓国と比べると、医療と介護の制度的な隔たりは少ない。高度な緩和ケア、認知症ケアを提供する護理院なども存在するが、絶対数は少ない。

事業発展型モデルは、大規模な養老不動産事業が急速に展開されており、外資も参入している。

社会参加モデルは、社区を単位としたコミュニティケアの素地に、地域密着型在宅介護拠点づくりの政策誘導が急速に進んでいる状況である。

エビデンスベースのサービス強化モデルは、青島市の「老人介護施設格付け活動」など優れた事例があるが、中国全体に普及を図る運動や政策誘導には至っていない。

以下に、日本の法人が進出を検討する際に参考となるよう、サービスの内容や標準的な代金等の詳細な事例を記載する。なお、料金は、要介護者の入所の場合で、安価な公立が月2～3万円程度、民間立が月5～12万円程度で、どのモデルにも言えることだが、いまだ中間所得層に手が届く範囲ではない。

中国における5つの日本式介護モデルの状況

項目	区分	内容（事例等）	備考
有無・ 内容・ 品質・ 公的補助 の概形	施設拠点モデル	◆青島福彩養老院（青島福祉宝くじ介護院）は青島市初の5つ星クラス老人介護施設。市級公営老人介護施設として、青島福祉宝くじ介護院の設備はハード、ソフトともに非常に整い、同介護院は生活自立のできない高齢者及び中低所得の高齢者グループの入居受け入れを比較的重視している。	【101】
		◆成都市の民間介護施設の例では、サービスは単一的で、主に簡単な介護、即ち主に衛生面や飲食の世話であり、特殊な医療・介護は行わない。	【101】
	医療連携モデル	◆上海市の徐匯区第一福利院では、院内に医療部門が設けられ、医療保険を受けられ、ささいな病気や怪我は外出せずに治療できる。また、上海の老人介護施設は通常、所在する地域の衛生サービスセンターと連動しており、高齢者の診療、薬品の送達のために衛生サービスセンターから医者が来る仕組みとなっている。	【101】
		◆青島市にも「康楽（広昌）老年愛心護理院（康楽（広昌）高齢者愛心看護院）」のような専門の高齢者ターミナルケア施設がある。同院は2003年に設立した、民営の高齢者ターミナルケア施設で、すでに1,200人を超える高齢者にサービスを提供し、800人余りを看取った一方、200人余りの高齢者を回復させた。200人余りが入所。同看護院の院長は2007年に「感動を与えた青島の人物ベストテ	【101】

項目	区分	内容（事例等）	備考
		ン」に選ばれた。 ◆杭州市の杭州市立社会福利中心（入居者数 810 人）は医師、看護師ら医療スタッフが 14 人常駐しており、万一のバックアップ体制も万全。その一方で約 130 人いる介護スタッフの 8 割は地方からの住み込みに頼らざるを得ず、資格も問わない。	【102】
	事業発展型モデル	◆北京市東城区に 2011 年に開設された最初の在宅介護センターは、米国系で日本法人もあるライトアットホームが運営。同社は、その後、北京市に 4 か所、武漢市、長春市、上海市、杭州市、成都市に各 1 か所開設している。 ◆上海市の親和源による高齢者向け高級マンションは東京ドーム 2 個分の敷地に 12 の居住棟のほか、病院やスパを備える。約 1,300 人が生活する。 ◆米国企業では高齢者住宅や医療機関運営のコロンビア・パシフィック・マネジメントが中国の不動産会社などと、北京など 3 か所でシニア住宅を開業。	【101】 【103】 【103】
	社会参加モデル	◆青島市は 2006 年、国内で最も早く「地域密着型介護互助地点」を設立した。市内の 15 m ² 以上の住宅が申請。近くに住む高齢者が自由意志で当該住宅を訪ねてお茶を飲みながらおしゃべりをしたり、レクリエーション活動をしたりできる。「政府が支持し、地域が中心となり、社会が参加し、民間が運営する」モデルを採用して活動を繰り返し、毎月 100 元の補助が支給されている。 ◆青島市にはすでに 451 か所の地域密着型高齢者デイケアセンターが整備された。大部分は区（村）、街道が整備し運営している。経費と人手、専門スタッフが不足しているため、多くの地域密着型デイケアセンターは機能も比較的単一で、主にレクリエーションなどのサービスを提供し、短期の委託介護、リハビリ・介護などのサービスを提供するのは難しい。統計によると、恒常的に活動を展開し、サービスを提供している高齢者数が 1 日平均 40 人以上のところは 40%しかない。地域密着型デイケアセンターの高齢者向け食堂で食事をとる高齢者は必ずしも多くなく、78 か所の当該食堂のうち、1 日の受益者が 10 人未満のところは 52 か所であった。食事をとる高齢者が少なく、徴収費が低いため、多くの高齢者向け食堂は運営が苦しい。 ◆青島市に 2013 年に設立した公設民営の「記憶護理日間照料中心（記憶看護デイケアセンター）」は、軽度認知症高齢者に日帰り介護サービスを専門に提供。専門のソーシャルワーカー 3 人、介護員 1 人、調理師 1 人がおり、20 人を受け入れ。デイサービスと同時に地域の認知症リスク者の掘り起こしや、日本の認知症サポーターのような「健康大使」の委嘱などを実施。 ◆上海市楊浦区平涼街道には 3 か所のデイケア施設があり、100 人余りの高齢者がサービスを利用。送迎、入浴、理容、足の手入れなどのサービスが提供され、ボランティアが歌を唄ったり、高齢者同士も九子局遊びや中国独楽を楽しんだりしている。また、平涼街道には高齢者向けに食事提供を行う場所が 2 か所あり、1 日平均 500～600 人分の昼、夕食を用意している。食事提供場所の食事料金は 9 円で、うち 2 元は政府の補助金、7 元は利用者が負担する。この価格は市場価格を顕著に下回っている。	【101】 【101】 【101】 【101】

項目	区分	内容（事例等）	備考
	エビデンスベースのサービス強化モデル	◆青島市では20か所の老人介護施設がISO9001認証を受けている。このほか、青島市は2013年に「老人介護施設格付け活動」を展開した。格付けの結果は今のところ老人介護施設への政府補助標準に反映していないが、市民はいろいろなルートで結果を調べられるようになっており、市民が老人介護施設を選ぶ際の依りどころとなっている。 ◆青島市の中度・重度認知症高齢者を対象とした専門の看護施設「12349 期颐居家养老服务センター（12349 百歳在宅介護サービスセンター）」の介護員の専門化レベルはかなり高く、全員、看護師証、職業資格証を持つ全科の看護師である。同センターの責任者は日本で10年間、認知症や要介護の高齢者を看護したことがあり、数千人の認知症高齢者の看護例を蓄積した豊富な経験を持つ。入所に際し、本人の「人生のリュックサック」を開けることで、一人ひとりに合った看護計画を徐々に作り、生活の世話、知能訓練、運動能力の訓練と情緒面の管理などを通じて生活自立能力増強に取り組んでいる。また、市内の多くの医療機関と提携し、軽度認知障害の非薬物療法を探索している。 ◆上海市徐匯区康健街道では、街道弁事処が家事代行サービス業者と契約を締結し、家事代行サービス員200人余りが高齢者に家事代行サービスを提供。高齢者の生活機能障害の程度と家庭の経済的状況を具体的に評価して利用補助金を支出。補助対象外のサービス対象者は市場価格。	【101】 【101】 【101】
主要な運営主体	施設拠点モデル	地方政府・企業（医療機関を含む）	
	医療連携モデル		
	事業発展型モデル	不動産会社等（外資もみられる）	
	社会参加モデル	地方政府（区（村）、街道）・企業（医療機関を含む）	
	エビデンスベースのサービス強化モデル	地方政府・企業（医療機関を含む）	
標準的な代金 1 元 ≒16 円	施設拠点モデル	◆公営老人介護施設は政府投入がかなり多く、ハード施設が良く、スタッフの配置に優れ、料金が相対的に低い。	【101】
		◆一般的にいて、生活自立可能型の高齢者の介護施設の料金は1人あたり月700～1,000元、一部要介護型は同900～1,500元、要介護型は1,000元以上、要特殊介護型は1,500元以上で、実際には介護施設の立地先やサービス内容によって変動する。	【101】
		◆上海市の徐匯区第一福利院の例では、入居する高齢者が支払う料金はベッド代、介護料、食費。ベッド代は2人部屋の場合は1人あたり毎月1,000元、4人部屋の場合は500元。介護料は1999年に立案された基準に従っており、1級介護は480元、2級介護は300元、3級介護は150元。専門介護は協議価格で、通常は1,000元前後。食費は1人あたり毎月350元。	【101】
		◆上海市の平均的な施設である虹橋敬老院の例では入居費は月350～450元、食費月240元。	【102】
		◆青島福彩養老院（青島福祉宝くじ介護院）は、食費月600元、介助費用月100元か200元、介護費用月600元か、800元、1,000元。附属の隆徳路高齢者マンションはベッド代月900～2,000元、鎮江路高齢者マンションは600～1,400元。	【101】
		◆西安市では、農村部の「五保」対象高齢者を専ら受け入れる敬老院や福利院は料金を徴収せず、国家財政から支払われる。	【101】
		◆大連市の介護施設では、料金基準も異なり、一般に保障	【101】

項目	区分	内容（事例等）	備考
		型、標準型、快適型の3段階に分かれ、国営施設の料金基準はそれぞれおよそ 650～850 元、550～650 元、500～550 元である。民営の料金基準はそれぞれ 750～1,600 元、650～1,200 元、500～950 元程度と異なり、現段階ではまとまった収益を上げるまでには至っていない。特別な介護が必要な高齢者だと、料金は 3,000 元程度となる。 ◆成都市の民営の非営利老人介護施設の園縁老年アパートでは、部屋代がデラックスルーム月 3,000 元、スタンダードルーム 1,500 元。 ◆成都市の汪家拐社区老人センターは 1 級介護が月 1,710 元、2 級介護 1,890 元、3 級介護 2,070 元。3 級介護の高齢者に所定外の介護費用が発生した場合は別途加算。	【101】 【101】
	医療連携モデル	◆杭州市の杭州市立社会福利中心。毎月の費用は食費込で健常な人は 1,200 元、要介護者で約 1,600 元。 ◆青島市の長期医療看護保険の精算費は、「専護」が 1 日 170 元（二級病院）、同 200 元（三級病院）。「老護」と「家護」は 1 日 60 元。 ◆青島市の中度・重度認知症の専門看護施設「12349 期颐居家养老服务センター（12349 百歳在宅介護サービスセンター）」の訪問看護は 1 時間 60 元、長期委託介護（デイケア）は月 5,000 元。 ◆青島市の高齢者ターミナルケア施設「康楽（広昌）老年愛心護理院」は、ベッド代と看護費は平均 1,700 元。	【102】 【101】 【101】 【101】
	事業発展型モデル	◆上海市の親和源による高齢者向け高級マンションは、最大 118 万元の入居権のほか、年 30,000～70,000 元かかる。	【103】
	社会参加モデル	◆青島市の公設民営の李滄区永清路街道永清苑社区「記憶護理日間照料中心（記憶看護デイケアセンター）」は 1 月の利用料 1,500 元。 ◆上海市で 9 か所のデイサービス施設を受託する上海伙聚家养老服务社が運営する源竹老年人日間服務中心は介護スタッフ 3 人で定員 17 人の施設。利用料は月 200 円で食事代 1 食 8 元（1 日 3 食可能）。入浴が 2 週間に 1 回可能で無料。	【101】 【106】
	エビデンスベースのサービス強化モデル	◆「癒しの介護展開」「癒食同源」をモットーに認知症ケアや地域密着ケアに定評がある日本の株式会社リエイが 2012 年に独資で設置した北京市の北京礼愛老年看護服務中心は定員 10 床、スタッフ 12 人の小規模多機能ホームで、月額平均利用料金 8,000 元程度。2013 年に合弁で上海市に設置した介護施設である上海礼愛企業管理諮詢有限公司は 93 人入居、スタッフ 50 人で 4,500 元程度。	【145】

※備考欄の【 】は巻末の参考文献の番号を示す。

（３）日本式介護の「自立支援」の優位性

日本式介護の特長である「自立支援」が、中国で優位性を発揮できるか、の論点は、以下の通り整理できる。

日本式介護モデルの「自立支援」の優位性

自立支援の領域	日本式介護の優位性
①身体機能の維持・回復・低下防止	一部の先端施設を除き、優位
②生活機能の維持・向上	優位性は少ない
③介護予防・健康づくりの促進	優位性はあるがその発揮は難しい
④認知症の予防・重度化予防	医師との連携が図れば、優位

「１ 身体機能の維持・回復・低下防止」については、ケアマネジメントの精緻さ、理学療法士・作業療法士・管理栄養士・歯科衛生士などの配置の有無や配置人数、専門技術、リハビリ機器の活用状況など、多様な面で日本式介護は優位性を発揮できると言える。ただし、中国にも日本に負けない水準の事業所は存在する。

「２ 生活機能の維持・向上」については、食事の支度、洗濯、電子機器の操作といった生活機能の多くは、その国の固有の慣習があり、日本でのノウハウが簡単に生かせるものとは考えにくい。したがって、この領域の自立支援を売りに中国に進出することはリスクがあると考えられる。

「３ 介護予防・健康づくりの促進」については、介護予防ケアマネジメントや運動プログラム、栄養ケアマネジメント等の精緻さ、保健師、健康運動指導士、管理栄養士など専門職の関与の状況、健康機器・ＩＣＴ技術の活用状況など、多様な面で日本式介護に優位性はあるが、中国では、日本よりコミュニティベースの取り組みが発達しており、介護事業所が進出して優位性をただちに発揮できるとは考えにくい。

「４ 認知症の予防・重度化予防」については、認知症対応型事業所の普及度から、日本式介護は大いに優位性があると言えるが、認知症の予防やケアには医師との連携が欠かせないことから、その点の担保は必要である。

（４）中国の政策課題とその解決に向けた移出パッケージ

困窮高齢者への福祉措置から、高齢者全体の自立支援を目指し介護保険サービスを発展させてきた日本式介護のノウハウや資本は、まさにその過程を歩もうとしている中国には、それそのものに大きな価値・需要があるが、とりわけ、以下の視点での移出が期待されると考えられる。

政策課題１ 従来型養老施設への介護機能の導入

中国の従来型の養老施設には、介護の必要がない状態の高齢者を主の対象とし、医療機能だけでなく、介護機能さえないところが少なくない。また、介護機能があっても総じて脆弱である。また、社会的入院の解消も社会問題となりつつあり、地域密着型在宅介護へのシフトを政策誘導している。

日本には、例えば、養護老人ホーム・軽費老人ホーム等で、介護機能を外付けあるいは内部化して要介護者の増加に対応してきた歴史や、社会的入院の解消のために医療法人が在宅や居住系の介護サービスを拡大してきた歴史があり、こうした経験が、中国での従来型施設の要介護者対応に生かせると考えられる。

こうした政策課題の解決に向けた、日本式介護サービスの移出パッケージの例は、以下の通りである。

政策課題１の解決に向けた、日本式介護サービスのパッケージ例

施設拠点モデルの施設介護サービス＋在宅介護サービス

※サービスパッケージはあくまで例であり、そのほかのパッケージや単体サービスの移出もありうる（以下同じ）。

政策課題２ 大規模施設の高品質経営

2030 年の中国の高齢者数 2 億 5,000 万人の 3 %が入所施設を利用すれば、その数は 750 万人になり、1,000 床クラスの巨大老人ホームが 7,500 施設必要という計算になる。

この施設整備と近代的な運営には、土木建設先進国であり、医療介護先進国である日本のノウハウや資本が欠かせない。とりわけ、日本には、従業員が 1,000 人を超える介護関連法人がたくさんあり、こうした事業発展投資への余力があると考えられる法人を中心に、ケアや施設経営に熟達した職員を一定の規模・期間で派遣することが期待される。

こうした政策課題の解決に向けた、日本式介護サービスの移出パッケージの例は、以下の通りである。

政策課題２の解決に向けた、日本式介護サービスのパッケージ例

多様な住まい＋在宅介護サービス＋医療サービス

政策課題３ 人材育成とケアマネジメントの仕組みの確立

中国にも施設介護の養老護理員、訪問介護の家政服務員といった認定資格制度があり、中国政府も国家職業基準を作りその普及を図っている。しかし、一般的な介護サービスでは資格要件はなく、介護従事者の地位・待遇は低い。

これから介護需要が増大し、介護の質の向上が要請される中国では、日本での一人ひとりの利用者に寄り添ったケアマネジメントに基づく高品質なケアの仕組みや人材育成の過程から学ぶものは多い。

こうした政策課題の解決に向けた、日本式介護サービスの移出パッケージの例は、以下の通りである。

政策課題３の解決に向けた、日本式介護サービスのパッケージ例

居宅介護支援事業＋事業所設立・運営コンサルティング＋人材育成

政策課題4 地域密着型在宅介護の展開

中国では、社区のサービス拠点を単位とする地域密着型在宅介護を全国に普及させることを政策誘導している。

認知症ケア、在宅での終末期ケア、介護予防などを軸に日常生活圏域ごとの地域包括ケアを目指し、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）や小規模多機能型居宅介護などの地域密着型介護保険サービスや、市区町村社会福祉協議会等による小地域福祉活動などを展開してきた日本は、1億3,000万人を対象に全国一円でそれを実現してきたことから、中国が参考とするモデルとして優れている。

こうした政策課題の解決に向けた、日本式介護サービスの移出パッケージの例は、以下の通りである。

政策課題4の解決に向けた、日本式介護サービスのパッケージ例

社区サービスセンター事業の受託＋地域密着型在宅・施設サービス

2 韓国

(1) 介護サービス・制度の概況

韓国も日本や中国と同様に、老人福祉法のもと、家族介護をあてにできない高齢者や生活困窮者を福祉的に措置する老人ホームが伝統的にあり、2008年に老人長期療養保険法の仕組みを上乗せして、要介護高齢者への介護サービス需要に対応している。

施設としては、日本の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）・介護老人保健施設に相当する老人療養施設、養護老人ホームに相当する養老施設、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）に相当する老人療養共同生活家庭などがあり、施設で受ける介護サービスには介護報酬が支払われるが、報酬単価は要介護度により 90,000～146,000 円程度と日本よりかなり低い。

一方、在宅サービスでは、訪問療養（訪問介護）、訪問入浴、訪問看護、昼・夜間保護（デイケア）、短期保護（ショートケア）、福祉用具貸与・購入が老人長期療養保険制度上のサービスとなっており、日本よりメニューは少なく、個々の介護報酬は日本の3～8割程度である。



老人長期療養保険は国民健康保険公団（日本の国民健康保険中央会に相当。日本の介護保険の保険者は市区町村）が運営し、サービス利用時の自己負担割合が在宅が15%、施設が20%と高く、要介護認定率も2015年で6.8%（日本は18.2%）と低く、同年の財政支出はGDP比0.28%（日本は1.87%）と、日本ほど市場化が進んでいない状況にある。

韓国の高齢者介護福祉施設の概要

区分	名称	日本の類似サービス
老人住居福祉施設	養老施設	養護老人ホーム
	軽費養老施設	軽費老人ホーム
	有料養老施設	有料老人ホーム
	老人共同生活家庭	グループリビング
	老人福祉住宅	生活支援ハウス
	有料老人福祉住宅	高齢者住宅
老人医療福祉施設 （老人長期療養保険制度）	老人療養施設	特別養護老人ホーム・老人保健施設
	軽費老人療養施設	軽費老人ホームの介護保険指定特定施設
	有料老人療養施設	介護付き有料老人ホーム
	老人療養共同生活家庭	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
老人専門病院（2011年の老人福祉法改正で医療制度へ移行）		医療療養病床・介護療養病床

※朴保善「日・韓の有料老人ホームの比較に関する一考察」（四天王寺大学大学院研究論集 2013 年）などをもとに作成。なお、同資料によると「2007 年 8 月一部改正により無料・実費（軽費）・有料施設の名称を無くし、養老施設・老人療養施設と統一させ」ているが、日本との比較のため従来の名称で作表した。有料老人ホームの法的位置づけのあいまいさは依然残っている。

韓国の介護保険（老人長期療養保険）のサービス内容

	区分	名称	内容	日本の類似サービス
1	在宅給付	訪問療養	長期療養要員が受給者の家庭等を訪問して、身体活動及び家事活動等を支援する。 介護報酬単価は 60 分 1,600 円程度。	訪問介護 （介護報酬単価は身体介護 60 分 4,000 円程度、生活援助 45 分 2,000 円程度）
2		訪問入浴	長期療養要員が入浴設備を取り揃えた装備を利用して、受給者の家庭等を訪問し、入浴を行う。 介護報酬単価は車両利用で 1 回 7,000 円程度。	訪問入浴介護 （介護報酬単価は 1 回 12,000 円程度）
3		訪問看護	長期療養要員である看護師等が医師及び歯科医師の指示書によって、受給者の家庭等を訪問して、看護、診療の補助、療養上の相談等を提供する。 介護報酬単価は 30 分未満で 3,000 円程度。	訪問看護 （介護報酬単価は 30 分未満で 4,000 円程度）
4		昼・夜間保護（デイケア）	受給者を一日の中で一定時間の間に、長期療養機関（介護施設）に保護して、身体活動支援及び機能回復訓練等を提供する。 介護報酬単価は 6～8 時間で要介護度により 2,500～3,300 円程度。	通所介護・通所リハビリテーション （通所介護の介護報酬単価は 7～9 時間で要介護度により 6,000～12,000 円程度。通所リハビリテーションは 6～8 時間で 7,000～13,000 円程度）
5		短期保護（ショートケア）	受給者を保健福祉家族部令が定める範囲中で、一定期間に長期療養機関に保護して、身体活動支援及び機能回復訓練等を提供する。 介護報酬単価は要介護度により 3,500～4,300 円程度。	短期入所生活介護・短期入所療養介護 （介護報酬単価は要介護度により 4,000～10,000 円程度）
6		その他の在宅給付	受給者の日常生活・身体活動の支援に必要な用具を提供するとか、家庭へ訪問してリハビリに関する支援等を提供する。	福祉用具貸与・購入費支給
7	施設給付	老人療養施設・老人療養共同生活家庭	長期療養機関が運営する、老人福祉法第 34 条の規定による老人医療福祉施設（老人専門病院は除く）等に長期間に入所させて、身体活動支援及び心身機能の維持・向上のための教育・訓練等を提供する。 介護報酬単価は要介護度により 90,000～146,000 円程度。	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）・介護老人保健施設・認知症対応型共同生活介護（グループホーム） （介護報酬単価は要介護度により 167,000～395,000 円程度）

資料：韓国「老人長期療養保険法」第 22 条（長期療養給付の種類）、山路憲夫「韓国『老人長期療養保険』と日本の介護保険との比較」（白梅学園大学・短期大学紀要 2009）、孫珉潁「施行 4 年目を迎える韓国介護保険～その現状と課題～」(佛教大学大学院社会福祉学研究科篇社会学研究科篇 2012) をもとに作成。

※韓国では、自己負担額は在宅給付が 15%、施設給付が 20%で、食材費、理・美容料などは本人負担。ただし、低所得層への軽減・免除措置がある。

※介護報酬単価は基本報酬のみで加算は表記していない。

老人長期療養保険施行前後の施設数の比較

種類	施設	2010		2009		2008		2007		2006	
		施設数	入所定員	施設数	入所定員	施設数	入所定員	施設数	入所定員	施設数	入所定員
合計		69,237	163,136	66,854	130,421	63,919	112,064	60,788	150,548	59,117	119,498
老人住居福祉施設	小計	397	17,270	360	14,353	347	17,342	398	16,579	366	16,074
	養老施設	300	11,906	285	11,561	306	11,520	384	13,014	351	12,509
	老人共同生活家庭	75	618	56	438	21	177				
	有料老人福祉住宅	22	4,746	19	2,354	20	5,645	14	3,565	15	3,565
老人医療福祉施設	小計	3,852	131,074	2,712	99,350	1,832	81,262	1,186	61,406	898	52,628
	老人療養施設	2,429	107,506	1,642	82,271	1,332	66,715	1,114	51,310	815	40,589
	老人療養共同家庭施設	1,346	11,361	1,009	8,504	422	3,500				
	老人専門病院	77	12,207	61	8,575	78	11,047	72	10,096	83	12,039
老人余暇福祉施設	小計	62,469		61,065		59,422		57,777		56,789	
	老人福祉館	259		237		228		211		183	
	敬老党	60,737		59,543		57,930		56,480		55,504	
	老人教室	1,464		1,280		1,260		1,082		1,099	
	老人休養所	9		5		4		4		3	
在宅老人福祉施設	小計	2,496	14,792	2,696	16,718	2,298	13,460	1,408	72,563	1,045	50,796
	訪問療養施設	1,118		1,228		1,111		767	62,736	523	42,832
	昼・夜間保護サービス	786	14,086	714	12,768	621	10,627	504	8,109	409	6,557
	短期保護サービス	67	706	288	3,950	217	2,833	137	1,718	113	1,407
	訪問入浴サービス	525		466		349					
老人保護専門機関	老人保護専門機関	23		21		20		19		19	

資料：河 浩湊「韓国における小規模高齢者施設モデルに関する基礎的研究」（2015 年6月）（出典は 2011 年韓国保健福祉部「老人福祉施設現況」）

2013 年現在の釜山市の老人昼・夜間保護施設（デイケア施設）の一覧は次の通りである。全 74 施設あり、日本の老人福祉センターや市区町村保健福祉センターに相当する老人福祉館や社会福祉館で社会福祉法人が運営する形態が目立ち、日本のような介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等への併設型は少ない。また、運営主体は社会福祉法人が大半で会社組織は2社のみである。定員に対する利用人数は事業所ごとに差が大きく、利用者ゼロの事業所もある。日本と違い、学校法人が参入しているのが特徴的だが、医療法人の参入はない。これは医療法により医療法人は病院のみの設置しか認められていなかったためだが、平成 25 年 12 月、「第 4 次投資活性化対策」により医療法人が株式会社の子会社を設立できる規制緩和が行われたところである。

釜山市の老人昼夜間保護施設の一覧

番号	事業所名	場所	設置 申告日	運営主体	定員	従業員 数	利用 人数
1	ノートルダム老人福祉センター(中区社会福祉館内)	中区	2007.1.15	社会福祉法人【ロサリオカリタス】	15人	4人	11人
2	中区在宅老人支援サービスセンター(中区老人福祉館内)	中区	2007.1.15	社会福祉法人【ロサリオカリタス】	16人	7人	16人
3	西区老人昼間保護センター(西区総合社会福祉館内)	西区	1996.1.10	社会福祉法人【ロサリオカリタス】	15人	5人	12人
4	インチャン西区在宅老人福祉センター	西区	2012.3.23	個人	15人	5人	0人
5	孝子ソン老人福祉センター(東区老人福祉館内)	東区	2003.03.27	社会福祉法人【青光】	14人	5人	14人
6	新韓シルバホーム	影島区	2013.3.26	個人	不明	不明	0人
7	ヘウオン影島区老人福祉センター(影島区老人福祉館内)	影島区	2005.10.26	社会福祉法人【ヘウオン】	14人	5人	13人
8	ピョンアンセサン老人療養在宅センター	影島区	2013.3.26	個人	9人	5人	0人
9	青島老人在宅福祉センター(療養院内)	影島区	2008.8.05	社会福祉法人【誠実院】	9人	4人	4人
10	チョンハク幸せな老人在宅センター(療養院内)	影島区	2012.5.22	社会福祉法人【チョンハク】	8人	4人	0人
11	ウチ老人福祉センター(ウチ総合社会福祉館内)	影島区	1999.3.19	社会福祉法人【南光社会福祉会】	18人	5人	16人
12	影島区老人福祉センター(影島区総合社会福祉館内)	影島区	2001.4.23	社会福祉法人【好山社会福祉会】	21人	10人	13人
13	ダサラン長期療養機関(ダサラン福祉センター内)	影島区	2009.3.9	社会福祉法人【ダサラン】	15人	7人	13人
14	グンザンディ老人福祉センター(グンザンディ老人福祉センター内)	影島区	2009.7.23	社会福祉法人【グンザンディ老人福祉センター】	29人	7人	19人
15	ソンボオルシン昼間保護センター(ソンボオルシン総合社会福祉館内)	真区	2008.6.19	学校法人【東義大学校】	17人	6人	16人
16	楊亭在宅老人福祉センター(楊亭在宅老人福祉センター内)	真区	2008.6.9	社会福祉法人【ブルグット】	14人	7人	14人
17	ソマン老人福祉センター(ソマン老人福祉センター内)	真区	2009.4.29	社会福祉法人【常緑院】	9人	3人	8人
18	ソマリム在宅老人福祉センター(ソマリム在宅療養センター内)	真区	2009.4.17	社会福祉法人【ソマリム在宅療養センター】	12人	7人	10人
19	セロム老人福祉センター(セロム老人福祉センター内)	真区	2008.5.23	社会福祉法人【セロム老人福祉センター】	9人	8人	7人
20	釜山女子大学老人福祉センター(認知症予防再活センター内)	真区	2011.12.29	学校法人【釜山女子大学】	28人	9人	28人
21	ヒモニ老人福祉センター(安楽老人福祉センター内)	東来区	2009.4.23	社会福祉法人【ヒモニ老人福祉センター】	9人	3人	5人
22	オンスリ福祉センター(オンスリ福祉センター内)	東来区	2010.11.24	社団法人【オンスリ】	6人	6人	5人
23	安心老人総合福祉センター(安心老人総合福祉センター内)	東来区	2010.2.1	社会福祉法人【ヌティナム】	30人	7人	29人
24	ソンジ老人療養在宅センター(ソンジ老人療養院内)	東来区	2009.12.14	社会福祉法人【ソンジ老人療養院在宅センター】	9人	4人	9人
25	東来昼間老人福祉センター(東来総合社会福祉館内)	東来区	2012.3.2	社会福祉法人【ヤントク社会文化院】	22人	6人	18人
26	東来区老人福祉館老人福祉センター(老人福祉館内)	東来区	2008.11.7	学校法人【バクヨン学院】	22人	6人	22人
27	ジゲル老人昼間保護施設(南区総合社会福祉館内)	南区	2006.7.1	学校法人【ハンソン学院】	9人	3人	9人
28	ヨン湖総合社会福祉館附設 ヨン湖昼間長期療養センター	南区	2000.2.18	社会福祉法人【ブルグット】	9人	3人	9人
29	南区老人福祉館附設 南区老人昼間保護センター	南区	2010.6.17	学校法人【東名大学】	14人	4人	12人
30	グセグン福祉センター(グセグン福祉センター内)	南区	2012.4.3	社会福祉法人【グセグン福祉センター】	14人	10人	7人
31	ウェアン昼間保護センター(ウェアン総合社会福祉館内)	北区	2005.3.29	社会福祉法人【インチョン社会事業財団】	13人	6人	11人
32	青緑小規模療養施設(青緑シルバーセンター内)	北区	2008.5.21	社会福祉法人【青緑福祉財団】	10人	5人	10人
33	ジャンソンシルバーパール昼間保護センター(シルバーパール老人福祉館内)	北区	2000.1.15	社団法人【ジャンソン総合福祉共同体】	42人	16人	28人
34	社会福祉法人ソムムン(ソムムンシルバーセンター内)	北区	2008.10.2	社会福祉法人【ソムムン】	7人	2人	0人
35	ボグンザリ老人昼間保護センター(ウェアン総合社会福祉館内)	北区	2005.3.23	社会福祉法人【梵魚寺】	14人	7人	11人
36	ロデム在宅老人支援センター(ロデム老人療養院内)	北区	2008.4.24	社会福祉法人【ロデム福祉財団】	30人	10人	25人
37	海雲臺昼間老人福祉センター(海雲臺総合社会福祉館内)	海雲臺区	2004.3.30	社会福祉法人【インチョン社会事業財団】	14人	6人	14人
38	ジャンサン在宅老人福祉老人センター(ジャンサン老人福祉館内)	海雲臺区	2012.6.1	社会福祉法人【アラン福祉財団】	17人	5人	17人
39	ヨンジン老人福祉センター(ジャンサン老人福祉館内)	海雲臺区	1995.3.2	社会福祉法人【ヨンジン福祉財団】	36人	8人	32人
40	オジンセム昼間老人福祉センター(オジンセム老人総合福祉館内)	海雲臺区	2008.6.18	社会福祉法人【インチョン社会事業財団】	28人	8人	25人
41	安心老人療養施設(安心老人総合福祉センター内)	海雲臺区	2008.7.10	社会福祉法人【ヌティナム】	9人	4人	4人
42	安心老人健康センター海雲臺(安心老人健康センター内)	海雲臺区	2011.10.4	社団法人【安心生活】	5人	3人	2人
43	平和老人健康センター(平和老人健康センター内)	沙下区	2008.10.7	社会福祉法人【平和老人健康センター】	9人	4人	3人
44	オンマウム老人福祉センター(沙下区総合社会福祉センター内)	沙下区	2011.5.27	社会福祉法人【オンマウム】	9人	5人	6人
45	新平センタム昼間老人保護センター(センタムファミリタウン内)	沙下区	2011.8.1	社会福祉法人【新平センタム昼間老人保護センター】	25人	7人	1人
46	沙下中央老人福祉センター(沙下中央福祉館内)	沙下区	2008.5.13	社会福祉法人【バルグンゼン】	26人	13人	26人
47	沙下サランチェ老人福祉館	沙下区	2011.4.1	社会福祉法人【飢饉対策】	9人	3人	8人
48	ツソン昼間老人福祉センター(ツソン総合社会福祉館内)	沙下区	2008.5.21	社会福祉法人【ヌルギンマウム】	14人	7人	11人
49	ネウォン福祉センター(ネウォン福祉センター内)	沙下区	2008.5.28	社会福祉法人【ネウォン】	9人	3人	8人
50	ラファエル老人デイケアセンター(ラファエル老人デイケアセンター内)	金井区	2013.5.27	社会福祉法人【ラファエル福祉財団】	40人	5人	13人
51	ハッピーケア福祉センター(ハッピーケア福祉センター内)	金井区	2013.3.27	社会福祉法人【ハッピーケア】	9人	4人	5人
52	愛光在宅老人福祉センター(愛光デイケアセンター内)	金井区	1995.12.30	社会福祉法人【愛光院】	20人	6人	19人
53	シンハン老人昼間保護センター(シンハン福祉センター内)	金井区	2009.2.24	社会福祉法人【シンハン】	8人	6人	3人
54	ブゴク長期療養支援センター(ブゴク長期療養支援センター内)	金井区	2011.7.01	社会福祉法人【ブゴク長期療養支援センター】	14人	6人	13人
55	南光在宅老人支援サービスセンター(南光社会福祉館内)	金井区	1995.2.28	社会福祉法人【南光社会福祉会】	50人	9人	35人
56	金井区在宅老人福祉機関(金井区社会福祉館内)	金井区	2000.3.18	社会福祉法人【ボムオ】	13人	4人	7人
57	ラクドン在宅老人療養センター(ラクドン総合社会福祉館内)	江西区	2008.6.18	社会福祉法人【ジンガク福祉財団】	15人	6人	14人
58	幸せな福祉センター(幸せな教会内)	蓮堤区	2008.7.31	個人	13人	6人	0人
59	ヨンファ院小規模療養施設(ヨンファ院 療養院)	蓮堤区	2008.6.26	社会福祉法人【ボムオ】	9人	3人	5人
60	蓮堤孝村昼間保護センター(蓮堤孝村福祉センター)	蓮堤区	2013.5.31	有限会社【蓮堤孝村】	5人	2人	4人
61	蓮堤老人昼間保護センター(蓮堤総合社会福祉館内)	蓮堤区	2008.5.20	NGO【ワールドビジョン】	12人	4人	12人
62	釜山市老人総合福祉館在宅長期療養機関(釜山市老人総合福祉館内)	蓮堤区	2008.5.21	社会福祉法人【ハンソカトリック財団】	20人	6人	19人
63	ナムチョン在宅老人支援サービスセンター(ナムチョン福祉センター内)	水営区	2008.5.23	社団法人【人口保健福祉協会】	20人	6人	19人
64	水営老人福祉センター(水営老人福祉館内)	水営区	2009.1.16	社会福祉法人【ブルグット】	9人	5人	7人
65	美しい同行老人昼間保護センター(美しい同行老人福祉館内)	沙上区	2010.7.12	財団法人【美しい同行】	8人	3人	8人
66	沙上区在宅老人支援サービスセンター(沙上区総合社会福祉館内)	沙上区	2004.4.8	宗教団体【大韓聖公会】	24人	8人	24人
67	ダヌリム老人昼間保護センター(沙上区老人福祉館ダヌリムセンター内)	沙上区	2012.6.1	学校法人【東西大学校】	9人	6人	9人
68	幸せなオルシンの家 在宅老人福祉センター(幸せなオルシン福祉館内)	機長郡	2012.6.1	社会福祉法人【幸せなオルシンの家】	9人	2人	2人
69	ジョンガン老人福祉センター(ジョンガン老人福祉館内)	機長郡	2009.3.13	社会福祉法人【青光】	20人	6人	16人
70	シルロ老人福祉センター(シルロ老人福祉センター内)	機長郡	2009.5.18	株式会社【ハンビグロバル】	9人	5人	3人
71	ソナム老人福祉センター(ソナム老人福祉館内)	機長郡	2008.5.27	社会福祉法人【ソナム会】	9人	4人	7人
72	ノブルピチ在宅センター(ノブルピチ在宅センター内)	機長郡	2009.3.4	社会福祉法人【ノブルピチ在宅センター】	9人	2人	2人
73	機長老人福祉センター(機長郡老人福祉館内)	機長郡	2009.4.21	社会福祉法人【ソウンセサン】	4人	3人	3人
74	機長郡在宅老人福祉センター(機長郡老人福祉館内)	機長郡	2011.12.20	社会福祉法人【飢饉対策】	14人	5人	8人

資料:河 浩湊「韓国における小規模高齢者施設モデルに関する基礎的研究」(2015年6月)(2013年現在)

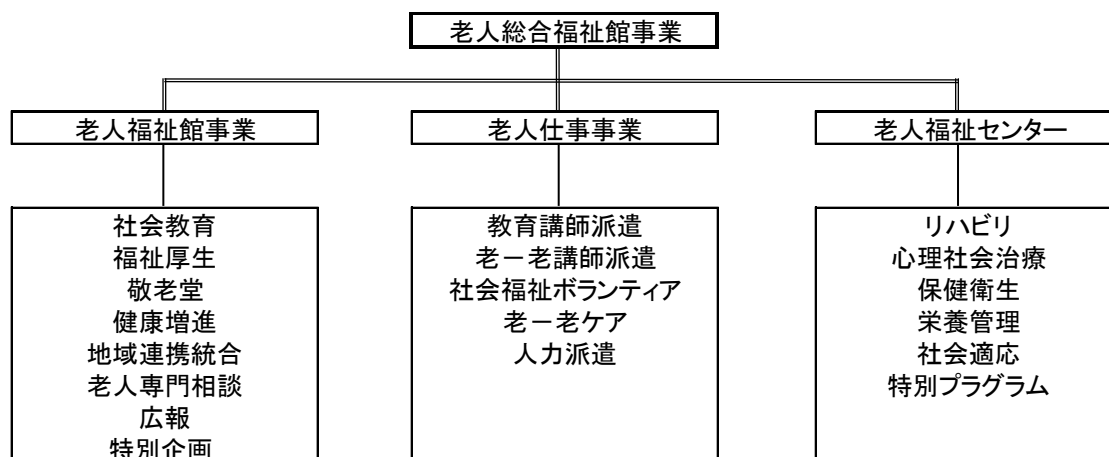
また、老人福祉館や社会福祉館では、日本と同様に、要介護認定外の高齢者への介護予防や生きがいをづくりを行う事業を推進している。

老人福祉館・社会福祉館の概要

〔等級外 A 型、B 型に対する老人総合福祉館、社会福祉館の連携指針〕

対象者	事業	サービス
等級外 A 型、B 型に該当する者	・老人総合福祉館 ・社会福祉館	・入浴サービス ・機能回復支援サービス （物理治療、作業治療、リハビリ、ADL 訓練など） ・健康増進支援サービス
	・保健所（訪問健康管理）	・優先的に事業対象で選定
	・保健所（認知症早期検診）	・認知症早期検診 （事業対象で優先権付与）
等級外 C 型に該当する者	・老人総合福祉館 ・社会福祉館	・健康増進支援サービス （健康体操、老人健康運動など）
		・情緒生活支援 （高齢者問題、福祉相談など）
		・社会参与支援 （高齢者のボランティア事業）

〔ウオンジュ老人総合福祉館の主要事業〕



資料：金 賢植、李 恩兒、原田和弘、中村好男「介護予防の観点から見た韓国の介護保険制度の実施状況」（早稲田大学大学院スポーツ科学研究科ほか。スポーツ科学研究,2009 年）

(2) 5つの日本式介護モデルの状況

韓国の介護サービスを日本式介護の5つのモデルにあてはめると以下の通りである。

施設拠点モデル・医療連携モデルは、日本の社会福祉法人や医療法人のような「大規模多機能型」は稀で、介護保険施行前の日本のイメージに近い。

事業発展型モデルは、国内の株式会社や外資も参入しているものの限定的である。

社会参加モデルは、伝統的なコミュニティケアの基盤の上に、老人福祉館や社会福祉館での介護予防事業等が推進されている。

エビデンスベースのサービス強化モデルについては、日本のケアプランの仕組みが導入されている。身体介護やリハビリに関する介護報酬が低い状況下で、自立支援を目指すサービス強化は十分ではない。

韓国における5つの日本式介護モデルの状況

項目	区分	内容（事例等）	備考
有無・ 内容・ 品質・ 公的補助 の概形	施設拠点モデル	◆社会福祉法人が施設拠点モデルを展開するが、拠点は老人ホームよりむしろ公的保健福祉センター。 ◆韓国の場合、入浴施設などが完備されていない通所介護事業所が多く、日本のデイサービスで行っているような入浴サービスが可能な事業所は、ソウル市内にも一部しかないのが現状で、リフト付きの送迎車両がない事業所も多数。	
	医療連携モデル	◆日本のような医療法人が介護事業所を展開するようなケースはなかった（規制緩和によりこれから増えてくると考えられる）。 ◆全国 5,000 か所の民間看病人養成・斡旋団体が「看病人」を会員として募集し、病院や療養施設、一般家庭などの需要者との個別供給契約を締結させる形態が普及している。家庭で活動している場合は、住み込みも多い。	【111】 【111】
	事業発展型モデル	◆アメリカとカナダの会社が、フランチャイズで訪問介護を展開。日本企業も一部進出。	【142】
	社会参加モデル	◆老人福祉館や社会福祉館で介護予防等を推進	【113】
	エビデンスベースのサービス強化モデル	◆日本を参考に導入した老人長期療養保険制度そのものにケアマネジメントが導入されている。事業所のケアマネジャーではなく、保険者である公団がケアプランを作成するが、それとは別に利用者が最も多く利用しているサービス事業所が他の事業所のサービスを含め調整する現状が多い。 ◆訪問介護の介護報酬は、身体介護と生活援助で同額。訪問介護の範囲において、情緒支援サービスという分類で、話し相手、激励及び慰労、生活相談、意思疎通の助けなどのサービスにも介護報酬を算定。 ◆2016 年から、70 人以上収容の全国の介護施設を対象に、医師や介護施設そして看護師間の遠隔医療モデル事業を実施。	【111】
主要な 運営主体	施設拠点モデル	社会福祉法人	
	医療連携モデル	医療法人	
	事業発展型モデル	株式会社・学校法人等	
	社会参加モデル	社会福祉法人	
	エビデンスベースのサービス強化モデル	社会福祉法人・医療法人・株式会社等	

項目	区分	内容（事例等）	備考
標準的な代金 1 ヶ月 ≒0.1 円	施設拠点モデル	◆老人長期療養保険制度で 20%を利用者が負担する施設サービスの利用料は約 300,000 ヶ月。これに食費実費負担約 240,000 ヶ月を合わせた約 540,000 ヶ月程度を実質的に負担する。低所得者である医療給付受給者は利用料半額軽減。 ◆在宅給付は、訪問療養の例で介護報酬が訪問療養で 60 分 16,000 ヶ月程度、利用者負担割合が 15%なので利用者負担 2,400 ヶ月程度。	【111】
	医療連携モデル		
	事業発展型モデル		
	社会参加モデル		
	エビデンスベースのサービス強化モデル		

※備考欄の【 】は巻末の参考文献の番号を示す。

（３）日本式介護の「自立支援」の優位性

日本式介護の特長である「自立支援」が、韓国で優位性を発揮できるか、の論点は、以下の通り整理できる。

日本式介護モデルの「自立支援」の優位性

自立支援の領域	日本式介護の優位性
①身体機能の維持・回復・低下防止	優位
②生活機能の維持・向上	優位性はある程度発揮可能
③介護予防・健康づくりの促進	優位性はある程度発揮可能
④認知症の予防・重度化予防	医師との連携が図れば、優位

「１ 身体機能の維持・回復・低下防止」については、介護報酬上の評価（加算など）や、専門職の配置人数・技術、リハビリ機器の活用状況など、多様な面で日本式介護は優位性を発揮できると言える。ただし、介護サービスが発達した韓国は、中国ほどにはこの部分の優位性は発揮できないと考えられる。

「２ 生活機能の維持・向上」については、食事の支度、洗濯、電子機器の操作といった生活機能の多くは、その国の固有の慣習があり、日本でのノウハウが簡単に生かせるものとは考えにくい。しかし、すでに福祉機器では、日本製が一定のシェアを占めており、ある程度、優位性を発揮することは可能と考えられる。

「３ 介護予防・健康づくりの促進」については、老人長期療養保険等級外の公的サービスのほか、民間のフィットネスジムなども発達しており、中国と異なり、すでに市場はあると言えるため、それらとの差別化を図りながら優位性を発揮することがある程度可能と考えられる。

「４ 認知症の予防・重度化予防」については、韓国では、認知症対応型事業所が急速に普及しつつある状況で、先んじる日本式介護は大いに優位性があると言えるが、中国と同様に、医師との連携は担保する必要はある。

（４）日本式介護の韓国での価値

日本をモデルに介護保険制度（老人長期療養保険）を導入している韓国では、その老人長期療養保険の抱える課題の解決につながるような日本式介護の移入に価値・需要がある。とりわけ、以下の視点での移出が期待されると考えられる。

政策課題１ 医療と介護の連携強化

セーフティネットとしての機能を守るため、韓国では日本と同様に長らく医療や介護への営利企業への参入を規制してきた。また、韓国では日本以上に医療分野と介護分野の垣根は高く、要医療・要介護の高齢者の需要に十分対応できない側面がみられる。

近年、日本と同様に、医療法人の他分野への参入が可能となるとともに、日本法人の韓国での医療対応可能な介護事業所の開設も可能であるため、日本での医療付き介護サービス提供経験のある法人の進出が期待される。

こうした政策課題の解決に向けた、日本式介護サービスの移出パッケージの例は、以下の通りである。

政策課題１の解決に向けた、日本式介護サービスのパッケージ例

医療機能のある入所施設＋訪問看護・訪問リハビリテーション

政策課題２ 身体介護・リハビリ・入浴介護のエビデンスの向上

日本では、介護保険制度導入と同時に営利企業の事業参入を解禁し、介護報酬によって自由市場化は抑制しつつ、競争によりケアの質の向上を促進してきた。このため、「エビデンスベースのサービス向上モデル」のようなサービスが豊富に存在する。

一方、韓国では、介護報酬が低く設定されており、非営利性が貫かれているが、身体介護と生活援助で報酬に差を設けないなど、介護技術の向上につながる社会投資が日本ほど行えていない。１人あたりGDPが日本の８割にまで経済発展した韓国が、今後、日本のような「中負担・中福祉」を達成するために、身体介護・リハビリ・入浴介護など日本式介護が誇るエビデンスを活かすことが期待される。

こうした政策課題の解決に向けた、日本式介護サービスの移出パッケージの例は、以下の通りである。

政策課題 2 の解決に向けた、日本式介護サービスのパッケージ例

エビデンスベースのサービス向上モデルの通所介護・訪問介護

政策課題 3 事業所経営の質の向上

韓国でも、老人長期療養保険導入にあわせ、日本のホームヘルパー養成制度をモデルにして「療養保養士」の資格制度、施設配置の最低基準制度を設け、介護人材の質の向上を図っている。また、ケアマネジメントは保険公団で行い介護報酬化はしない制度となったが、現場レベルでのケアマネジメントやサービス調整を行い、事業所のノウハウ獲得につながっている。

類似した介護保険制度下で、その実施主体である事業所の経営の質を向上させ、制度の安定的発展を図るため、日本の介護関連法人のノウハウ・資本の活用が期待される。

こうした政策課題の解決に向けた、日本式介護サービスの移出パッケージの例は、以下の通りである。

政策課題 3 の解決に向けた、日本式介護サービスのパッケージ例

公設介護福祉施設の受託（サービス種別は不問）

3 マレーシア

(1) 介護サービス・制度の概況

マレーシアの老人ホームは、「医療付き」のナーシングホームと、「医療なし」のケアセンター・貧困高齢者向け施設に大別され、それぞれ所管官庁が異なり、登録施設数はナーシングホームで 20 か所程度、ケアセンター・貧困高齢者向け施設で 200 か所程度と少ない。マレーシアは民間病院が発達しており、ナーシングホームの運営にはマレーシア最大手病院の KPJ 傘下の「Jeta Garden」なども参入しているが、マレーシアの医療はまだ急性期医療中心で、高齢者の長期療養の受け皿は限られ、病気になっても在宅で過ごさざるを得ない高齢者が多い。



一方、ケアセンターにも民間事業者が参入しているが、個人経営レベルの小規模なものが多い。ケアセンターでも、状態が悪化した入居者に対して介護や医療サービスを提供するケースがあり、ライセンスと実際の運営に乖離が生じている。

マレーシアの高齢者入所施設の区分

	名称	施設数	日本の類似サービス
1	民間保健医療施設サービス法によって登録された介護施設 (Nursing Home)	全国 20 か所程度	特別養護老人ホーム・老人保健施設
2	ケアセンター法によって登録された高齢者施設 (Old Folks Home)	全国で 200 か所程度	軽費老人ホーム・有料老人ホーム・高齢者住宅
3	女性・家族・地域社会開発省が設置・運営している貧困高齢者向け施設	全国で 11 か所程度	養護老人ホーム

資料：厚生労働省国際課「国際的な Active Aging（活動的な高齢化）における日本の貢献に関する検討会報告書」（2014 年 3 月）、独立行政法人国際協力機構（JICA）「マレーシア 高齢化に係る情報収集・確認調査最終報告書」（2014 年 2 月）などをもとに作成。
※ケアセンター法登録の 200 か所には、2006 年以前の旧法でナーシングホームに登録されていた施設を含む。このほか、登録されていない（届出されていない）施設も 700 施設以上あると考えられる。

こうした状況から、マレーシア保健省では、2017 年にも、高齢者向けの施設の認可をナーシングホームの所管官庁である保健省に一元化し、高齢者ケア、居住環境の基準を定める新たな高齢者ヘルスケア法（Private Aged Care Facilities & Services Bill）の制定を目指している。

また、マレーシアでは、「親の面倒は子ども、同居の家族が担う」といった意識が強い上、家事を代行するメイドが発達しており、訪問介護、通所介護などの在宅介護サービスの普及も限定的である。訪問介護については、住民ボランティアが担うものが主流であるほか、一部、富裕層を対象とした訪問診療・訪問看護がある。通所介護は自立度の高い高齢者が日中の余暇活動や学習活動を行うアクティビティセンター等や、入所施設併設のデイケアセンターが主流である。

(2) 5つの日本式介護モデルの状況

マレーシアの介護サービスを日本式介護の5つのモデルにあてはめると以下の通りである。

マレーシアで医療連携モデルに該当するものはナーシングホームであり、施設拠点モデルも小規模なケアセンターよりナーシングホームに近い。ナーシングホームやケアセンターの平均的な代金は月3～7万円で、先進国の技術も導入され質も比較的高いが、1人あたりGDPが日本の3分の1程度であることから、中間所得層の利用は難しい状況にある。

事業発展型モデルとしては、中華系、欧米系、マレー系の各資本が参入し、顧客のターゲットもそれぞれ棲み分ける傾向にある。2012年より外国資本による診療所開設が規制緩和され、医療分野の外国資本が徐々に参入しつつある。

社会参加モデルは低廉なコミュニティケアが中心である。

エビデンスベースのサービス強化モデルは、ICTの活用の事例がある。

マレーシアにおける5つの日本式介護モデルの状況

項目	区分	内容（事例等）	備考
有無・ 内容・ 品質・ 公的補助 の概形	施設拠点モデル	◆ナーシングホーム	
	医療連携モデル		
	事業発展型モデル	◆国内の病院大手や国内外の企業が参入。 ◆日本人医師による診療所（ひばりクリニック）がデイケアを実施。	
	社会参加モデル	◆アクティビティセンター（全国22か所）での日中余暇活動や学習活動、健康チェック、保健所を拠点とした高齢者クラブ活動での健康チェックやマッサージ、余暇活動など。 ◆住民ボランティアによる居宅ケアであるホームヘルプ・サービスは、手段的日常生活動作（IADL）支援から身体介護までの訪問介護を国が試行的に実施（利用者は全国で1,400人程度）。	【143】 【143】
	エビデンスベースのサービス強化モデル	◆富裕層を対象としたモバイル看護サービスなど。	
主要な 運営主体	施設拠点モデル	◆国内医療法人・民間企業・NGO	
	医療連携モデル	◆国内医療法人・民間企業	
	事業発展型モデル	◆国内医療法人・民間企業・外国資本	
	社会参加モデル	◆NGO、ボランティアなど	
	エビデンスベースのサービス強化モデル	◆国内医療法人・民間企業・外国資本	
標準的 な代金 1リンギット ≒25円	施設拠点モデル	◆Pusat Jagaan En Yuan の施設利用料は軽度高齢者で月1,350リンギット。	【122】
	医療連携モデル	◆IHM Sunshine Home の施設利用料は1人部屋で月2,800リンギット、2人部屋で月2,300リンギット。	【122】
	事業発展型モデル	◆4つの介護施設を運営するDe Luxe Retirement Homes のデイケアは1日60リンギット。	【122】
	社会参加モデル	◆Pusat Jagaan Warga Tna Mercy のデイケア（終日可能）利用料は1日60リンギットまたは月750リンギット。	【122】
	エビデンスベースのサービス強化モデル	◆Nurse At Home の訪問看護は1時間85リンギット。訪問介護は10時間200リンギット。	【122】

※備考欄の【 】は巻末の参考文献の番号を示す。

マレーシアの高齢者介護サービスの事例

施設名	施設の概要	サービス内容	利用者の特性	言語
Pusat Jagaan En Yuan	2005 年設置の入所施設。30 室。介護スタッフ 11 名。	入所。軽い運動、趣味活動の支援。往診。	中華系マレーシア人	北京語、広東語、英語
R Jagaan Dan Rawatan Orang Tua Al-Ikhlas	入所施設。入居者 20 名。スタッフ 5 名。創業者は看護師。	入所。往診。	マレー系マレーシア人とイスラム教徒	マレー語
IHM Sunshine Home	入所施設。19 室。看護師の管理者 1 名。	入所。医師による週 1 回の健康チェック。術後の看護や理学療法を提供。	中華系マレーシア人	北京語、広東語、英語
Pusat Jagaan Warga Tna Mercy	1997 年設置のデイケア施設。	長期・短期介護サービス（施設型可能）。脳卒中リハビリ、緩和ケア、訪問介護・看護、レクリエーション等。	中華系マレーシア人	北京語、広東語、英語
Nurse At Home	地域の病院と連携し、訪問介護・看護を提供。術後や理学療法を必要とする患者が主な対象。	訪問介護・看護。病院内のプライベート看護、栄養管理。	マレー系マレーシア人、インド系マレーシア人	マレー語

資料：独立行政法人日本貿易振興機構（JETRO）クアラルンプール事務所「マレーシアにおける医療・社会福祉サービスに関する調査報告書」（2014 年 1 月）をもとに作成。

（３）日本式介護の「自立支援」の優位性

日本式介護の特長である「自立支援」が、マレーシアで優位性を発揮できるか、の論点は、以下の通り整理できる。

日本式介護モデルの「自立支援」の優位性

自立支援の領域	日本式介護の優位性
①身体機能の維持・回復・低下防止	優位
②生活機能の維持・向上	優位性は少ない
③介護予防・健康づくりの促進	優位性はあるがその発揮は難しい
④認知症の予防・重度化予防	医師との連携が図れば、優位

「１ 身体機能の維持・回復・低下防止」については、ケアマネジメントの精緻さ、理学療法士をはじめとする専門職の配置状況、リハビリ機器の活用状況など、多様な面で日本式介護は優位性を発揮できると言える。

「２ 生活機能の維持・向上」については、食事の支度、洗濯、電子機器の操作といった生活機能の多くは、その国の固有の慣習があり、ことマレーシアについては、中華系・マレー系・インド系と民族も多様である中で、日本でのノウハウが簡単に生かせるものとは考えにくい。

「３ 介護予防・健康づくりの促進」については、介護予防ケアマネジメントや運動プログラム、栄養ケアマネジメント等の精緻さ、専門職の関与の状況、健康機器・ＩＣＴ技術の活用状況など、多様な面で日本式介護に優位性はあるが、市場が発達しておらず、介護事業所が進出して優位性をただちに発揮できるとは考えにくい。

「４ 認知症の予防・重度化予防」については、認知症対応型介護事業所が未発達で、医療施設も急性期病床中心のマレーシアにあっては、日本式介護は大いに優位性があると言えるが、中国・韓国と同様に、医師との連携は担保する必要はある。

（４）日本式介護のマレーシアでの価値

マレーシアでは、高齢化と中間所得層の拡大により、高所得層と生活困窮者への介護から国民が広く受けられる介護への転換・発展を図る必要があるが、その際、同じアジアの先進国、高齢化を先に経験した国として、日本式介護の移入に価値・需要がある。とりわけ、以下の視点での移出が期待されると考えられる。

政策課題１ 中間所得層向けの医療アクセス可能な入所機能の強化

マレーシアでは、高所得層向けには医療アクセス可能な入所施設や訪問診療・訪問介護看護、メイドサービスが発達しているが、市場が育っていないことや、最近までナーシングホームに外資が参入できなかったことから、中間所得層向けの介護サービスは質・量ともに十分でない。

規制緩和により、日本の法人の参入は可能となっており、認知症ケア、在宅での終末期ケアなどで医療と介護が連携したケアのエビデンスを重ねてきた社会福祉法人や株式会社のグループホームや小規模多機能ホーム、ユニット型介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）のような日本式介護のノウハウの移入が期待される。

こうした政策課題の解決に向けた、日本式介護サービスの移出パッケージの例は、以下の通りである。

政策課題１の解決に向けた、日本式介護サービスのパッケージ例

ナーシングホーム＋サブとなる小規模多機能施設（拠点）

政策課題２ 自立支援型ケアプランの作成と実践

マレーシア社会は、低廉な公立医療機関や公的救済施設をセーフティネットとしつつ、欧米や華僑のノウハウ・資本を導入してサービス業を発展させてきた。全国民を対象とした公的医療保険もなく、民間医療保険が発達するなど、社会保障は米国型に近い。

社会的介護の質の向上を図るには、ケアマネジメントの普及が重要だが、それも個々の事業所に委ねられている。

日本のように、制度としてケアマネジメントの全国化を図るのは難しいが、自立支援型ケアプランの作成と実践が内包化された日本の個々の介護事業所が進出し、メイドサービス等と置き換わる、あるいはメイドやナースエイドの業務に浸透させること

により、その普及が図られることが期待される。

こうした政策課題の解決に向けた、日本式介護サービスの移出パッケージの例は、以下の通りである。

政策課題 2 の解決に向けた、日本式介護サービスのパッケージ例

通所介護または入所＋（公的支援のもとでの）居宅介護支援のコンサルティングや研修事業

4 タイ

(1) 介護サービス・制度の概況

タイの老人ホームは、生活困窮者向けの公立高齢者介護施設が 20 か所程度、日本の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）や介護老人保健施設に相当するナーシングホームが 120 か所程度あり、あとは富裕層向けのロングステイホスピタルや介護付きコンドミニアム、お寺が運営するホスピスがある。

ナーシングホームには民間事業者も参入しているが、主要な運営主体は赤十字やカトリックなど非営利団体で、政府等の支援はなく、登録制度はあるが未登録でも運営でき、どの省庁も一元的には施設数等の把握をしていない。

一方、在宅介護についても、お寺による無料のデイケアセンター（エルダリークラブ）や、ヘルスケアセンター所属の 3 万人を超えるボランティア医療チームによる自宅訪問検診や高齢者ケアに関するアドバイスなど、低廉な公的サービスが普及しており、家族介護を支える実態がある。また、マレーシア同様、家事を代行するメイドも発達している。近年は、徐々に病院のデイケアや在宅要介護者への訪問診療・訪問看護・リハビリなどのサービスが開設されてきているとともに、国でも独立行政法人国際協力機構（JICA）の支援等を受けながら、デイケアのモデル事業（タンボン介護プログラム～基準を満たしたタンボン（自治体）を認証し国の予算を支給）等を推進している。



タイの高齢者入所施設の区分

	名称	施設数	日本の類似サービス
1	低所得で身寄りのない高齢者を対象にした公立高齢者介護施設	20 か所程度	養護老人ホーム
2	医療を必要とする高齢者向け施設であるナーシングホーム（Nursing Home）	120 か所程度	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）・介護老人保健施設
3	医療を必要としない老人ホーム（保健省への届け必要なし）	施設数不明（少数）	住宅型有料老人ホーム・グループリビング
4	多くが民間病院の運営によるものであり、富裕層向けの高額な利用料の施設である療養病院（Long-Stay Hospital）	少数	病院併設型の有料老人ホーム
5	富裕層・外国人向けの介護付きコンドミニアム	施設数不明（少数）	サービス付き高齢者向け住宅
6	ホスピス（寺）	施設数不明	入院機能のある在宅療養支援診療所

資料：厚生労働省国際課「国際的な Active Aging（活動的な高齢化）における日本の貢献に関する検討会報告書」（2014 年 3 月）、兵庫県立大学政策科学研究所 車井浩子・金子勝規「タイの高齢者介護と医療に関する考察」（2011 年 12 月）などをもとに作成。

タイの公立高齢者介護施設の状況

国立（社会開発・人間安全保障省）の高齢者介護施設

名前	所在県	高齢者 ベッド数
Baan Taksin Social Welfare Development Center for Older Persons	Yala	80
Baan Thammapakorn Social Welfare Development Center for Older Persons (Chiangmai)	Chiangmai	133
Baan Bangkae Social Welfare Development Center for Older Persons	Bangkok	250
Baan Banglamung Social Welfare Development Center for Older Persons	Chonburi	260
Baan Buriram Social Welfare Development Center for Older Persons	Buriram	100
Baan Phuket Social Welfare Development Center for Older Persons	Phuket	90
Watsanawet Social Welfare Development Center for Older Persons	Phra Nakhon Si Ayutthaya	200
Nakhon Panom Social Welfare Development Center for Older Persons	Nakhon Panom	80
Lampang Social Welfare Development Center for Oldery Persons	Lampang	90
Pathumthani Social Welfare Development Center for Older Persons	Pathumthani	65
合計		1,348

地方自治体の高齢者介護施設

名前	所在県	高齢者 ベッド数
Baan Chantaburi Elderly Home	Chanthaburi	60
Chalerm Rajakumari Elderly Home (In patronage of Luangpor Lamyai)	Nakornpathom	60
Chalerm rajakumarr Elderly Home (In patronage of Luangpor Pein)	Karnjanaburi	120
Nakhon Pathom Elderly Home	Nakornpathom	80
Thammapakorn (Phok Klang) Elderly Home	Nakorn Rachasima	150
Thammapakorn (Wat Muang) Elderly Home	Nakorn Rachasima	130
Baan Bangkhae 2 Elderly Home	Bangkok	140
Baan Lopburi Elderly Home	Lopburi	120
Baan Sri Trang Elderly Home	Trang	100
Baan Au Thong-Panangtak Elderly Home	Chumporn	80
Baan Mahasarakam Elderly Home	Mahasarakarm	100
合計		1,140

出所：Ministry of Social Development and Human Security（ベッド数は各施設への聞き取り調査）。

資料：独立行政法人日本貿易振興機構（JETRO）「介護事業進出に関する制度・規制（タイ）」（2015年3月）

タイの民間高齢者介護施設の事例

バンコク北部にあるこの介護施設は、もともと民間病院であった施設を再利用して、5～10人ぐらいのお手伝いを雇って事業を開始した。この介護施設を運営・管理しているのは医師であり、昼間はバンコク市内にある有名病院に勤務している。毎日夕方5時から8時まで介護施設で入居者の健康状態を確認している。この施設も登録上は医療クリニックとなっている。

施設は5階建てで、1階に受付と外来があり、2階にリハビリ施設、3階から上が生活スペースとなる。複数の大部屋があり、男女別に分かれている。大部屋に病院と同じベッドが何台も置かれており、一見すると病院の病室のようである。12時間交代で、12～13人のナースエイドと看護師1人が勤務している。

同医師によれば、最近の若い看護助手は我慢が足りずにすぐにやめてしまうことも多く、そのたびに提携しているナースエイドを要請する学校から欠員を補充している。また、そうした学校の実習生の受入も行っている。

現在15人の高齢者が入居しており、そのうち2人は日本人である。この介護施設を運営する医師が日本の大学の医学部を卒業しており日本語も堪能であることから、タイに在住する日本人の受入れも行っている。これまでも4～5人の日本人がこの施設で最期の時を迎えている。

この介護施設の入居費用は食事込みで月額2万2,000バーツである。いわゆる素人が運営するような介護施設では食事付きで月額1万5,000バーツ程度、民間病院の介護サービスは、部屋代と食事代で3万1,000バーツ以上となっており、さらにおむつ代や薬代は別である。したがって、この介護施設の入居費用はちょうど中間の価格帯となっている。しかし、この金額で施設が利益を出すことは難しく、管理者である同医師はボランティアで働いている状態が続いている。

バンコク市内では一部の私立病院で介護サービスが行われているが、一般的なタイ国民は高齢者の介護は在宅で行うという観念が根強いとされる。バンコク都市圏以外の地域では、家族や地域住民間での固い結束力から、在宅介護という考え方はさらに強くなっている。

資料：兵庫県立大学政策科学研究所 車井浩子・金子勝規「タイの高齢者介護と医療に関する考察」（2011年12月）

(2) 5つの日本式介護モデルの状況

タイの介護サービスを日本式介護の5つのモデルにあてはめると以下の通りである。

施設拠点モデルや医療連携モデルとしては、前でみた施設区分のうち比較的普及しているナーシングホームがあげられる。平均的な代金は月3～9万円で、前記の日本留学経験のある医師が運営するような施設もあれば、素人運営の施設もあり、玉石混交である。

事業発展型モデルとしては、タイ国内の病院大手が2013年に医療付きの老人ホームを開設した（医療連携モデルの事例でもある）ほか、欧州や日本（リエイの有料老人ホーム・訪問介護）の企業が介護事業に参入している。

社会参加モデルとしては伝統的なコミュニティケアに加え、デイケアのモデル事業などが進行中である。

エビデンスベースのサービス強化モデルについては、各事業体それぞれが個々にエビデンスに基づき事業を推進しているだけで、日本の「自立支援型ケアマネジメント」のように全国化された体系的な取り組みはない。

タイにおける5つの日本式介護モデルの状況

項目	区分	内容（事例等）	備考
有無・ 内容・ 品質・ 公的補助 の概形	施設拠点モデル	◆ナーシングホームなど	
	医療連携モデル		
	事業発展型モデル	◆国内の病院大手や欧州や日本（リエイ）の企業が参入	
	社会参加モデル	◆JICAの支援を得たデイケアモデル事業など	【132】
	エビデンスベースのサービス強化モデル	◆例えばバンコクのヘルスケアセンターでは試験的取り組みとして、高齢者向け情報発信や敷地内リハビリ施設の設置、認知症予防庭園の設置といった活動を開始	【144】
主要な 運営主体	施設拠点モデル	◆国・地方自治体・民間企業・NGO	
	医療連携モデル	◆民間企業・NGO	
	事業発展型モデル	◆民間企業・外国資本	
	社会参加モデル	◆ボランティア	
	エビデンスベースのサービス強化モデル	◆留学経験のあるタイ人医師による運営や、欧州・日本の法人など	
標準的 な代金 1 パー ツ ≒ 3 円	施設拠点モデル	◆タイの介護施設の平均的な入居料は15,000～25,000 バーツ。最近では10,000 バーツ以下の施設も増えており、夫婦共働きの間層の人々もこのような施設を利用することが可能に成りつつある。	【131】
	医療連携モデル	◆いわゆる素人が運営するような介護施設では食事付きで月額15,000 バーツ程度、民間病院の介護サービスは、部屋代と食事代で31,000 バーツ以上となっており、さらにおむつ代や薬代は別。	【131】
	事業発展型モデル	◆介護付きコンドミニアムで部屋代月30,000 バーツ以上。介護料別。	【131】
	社会参加モデル	◆ボランティアによる無料の訪問・通所が定着。	
	エビデンスベースのサービス強化モデル	◆タイリエイ&エルダリーケア・リクルートメントの住込み介護・看護は月平均利用料金28,000 バーツ。	【145】

※備考欄の【 】は巻末の参考文献の番号を示す。

（３）日本式介護の「自立支援」の優位性

日本式介護の特長である「自立支援」が、タイで優位性を発揮できるか、の論点は、以下の通り整理できる。

日本式介護モデルの「自立支援」の優位性

自立支援の領域	日本式介護の優位性
①身体機能の維持・回復・低下防止	優位
②生活機能の維持・向上	優位性は少ないが発揮できる余地はある
③介護予防・健康づくりの促進	優位性はあるがその発揮は難しい
④認知症の予防・重度化予防	医師との連携が図れれば、優位

「１ 身体機能の維持・回復・低下防止」については、マレーシアと同様に、ケアマネジメントの精緻さ、理学療法士をはじめとする専門職の配置状況、リハビリ機器の活用状況など、多様な面で日本式介護は優位性を発揮できると言える。

「２ 生活機能の維持・向上」については、食事の支度、洗濯、電子機器の操作といった生活機能の多くは、その国の固有の慣習があり、日本でのノウハウが簡単に生かせるものとは考えにくい。ただし、タイ社会の文化は日本と親和性が高いこと、日本人の在住者が比較的多いこと、日本の工業製品が普及していることなどから、「２ 生活機能の維持・向上」に関する優位性を発揮した日本の事業所の進出は、他国以上に可能性はあると考えられる。

「３ 介護予防・健康づくりの促進」については、介護予防ケアマネジメントや運動プログラム、栄養ケアマネジメント等の精緻さ、専門職の関与の状況、健康機器・ＩＣＴ技術の活用状況など、多様な面で日本式介護に優位性はあるが、コミュニティベースの取り組みが普及する一方で市場が発達しておらず、介護事業所が進出して優位性をただちに発揮できるとは考えにくい。

「４ 認知症の予防・重度化予防」については、認知症ケアの技術が未発達なタイでは、日本式介護は大いに優位性があると言えるが、中国・韓国・マレーシアと同様に、医師との連携は担保する必要はある。

（４）日本式介護のタイでの価値

タイも、マレーシアと同様に、高齢化と中間所得層の拡大により、高所得層と生活困窮者への介護から国民が広く受けられる介護への転換・発展を図る必要があるが、その際、同じアジアの先進国、高齢化を先に経験した国として、日本式介護の移入に価値・需要がある。とりわけ、以下の視点での移出が期待されると考えられる。

政策課題１ 重度の要介護者、認知症の高齢者への政策の全国化

タイでは、限られた高所得層が介護サービスにアクセスできる状況にあるが、多くの要介護者のケアは家族に委ねられている現状がある。2013～2017年にかけて、独立行政法人国際協力機構（JICA）の「タイ王国要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト事業（L-TOP）」も進行しており、ケアマネジメント手法とサービスの開発や普及、人材の育成と介護技術の向上が徐々に図られる状況にある。

タイは、今後15年間で1人当たりGDPも高齢者人口もともに倍増することが予測され、「未富先老」が懸念される国の一つであり、広く国民が重度要介護者ケア、認知症ケアが受けられるよう、日本式介護のノウハウ・資本を活用していくことが期待される。

こうした政策課題の解決に向けた、日本式介護サービスの移出パッケージの例は、以下の通りである。

政策課題１の解決に向けた、日本式介護サービスのパッケージ例

（日本でかつて取り組んだ）50床入所施設＋在宅の拠点づくり

政策課題２ 介護を通じた日タイ連携の強化

タイには2014年現在、6万人以上の邦人が在住しており、その数は韓国やシンガポールの倍近い。タイにとって日本は最大の貿易額と投資額、援助額を持ち、多くの日本メーカーが進出し、ASEAN諸国への日本製品の輸出拠点になっている。また、タイ社会は米食、仏教、高度な識字率、多くの日本料理店の普及など、東南アジアの中では最も日本と親和性が高い。

こうした意味で、タイは、介護分野におけるアジア各国の相互互惠的なパートナーシップの構築と、産業・人材の好循環の実現を目指す「アジア健康構想」を推進する

鍵となる国であり、「公・公」による「タイ国・コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合型モデル形成プロジェクト（C－TOP）」、「タイ王国要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト事業（L－TOP）」に続き、「民・公」の連携による介護制度・サービスの開発を図っていく必要がある。

こうした政策課題の解決に向けた、日本式介護サービスの移出パッケージの例は、以下の通りである。

政策課題 2 の解決に向けた、日本式介護サービスのパッケージ例

公的介護福祉施設の受託＋日本式介護のエビデンスのタイでの検証

第5章 現地拠点の設立・運営を支援する施策例

第4章では、対象4か国の介護サービスの現状と、自立支援を目指す日本式介護モデルの対象4か国での優位性を整理するとともに、対象4か国の政策課題に対応するための移出パッケージ例を示した。この結果、対象4か国のいずれでも、日本式介護モデルの移入が現地で切望されることが明らかになった。

しかし、その一方で、1人当たりGDPが日本の2～8割の対象4か国で、日本の法人が手放しで参入するには、採算性の不安がある。

そこで、本章では、対象4か国の介護事業所の設置・運営に関する財政支援の状況を整理した上で、対象国のうち、中国とマレーシアについて、現地拠点の設立・運営にあたっての参入障壁や、現地拠点の設立・運営を支援する施策例を検討する。

1 対象4か国の介護事業所の設置・運営に関する財政支援の状況

我が国では、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）をはじめとする高齢者介護福祉施設・サービスの普及を図るため、介護保険施行前のいわゆる「措置時代」に、長らく、国・都道府県・市区町村が施設整備や運営に対する補助を行った歴史がある。

介護保険施行時の営利法人の参入規制撤廃により、施設整備に対する補助は下火となったが、「地域介護・福祉空間整備等交付金」に代表されるように、グループホームなど、新たな整備誘導を図っていく必要があるサービス施設については、積極的な整備補助が用意された。

また、介護保険制度は、利用者負担が原則1割で残りを税財源と介護保険料でまかなうため、事業所にとっては、利用者負担のおよそ9倍の介護報酬を運営に充てられる恵まれた仕組みとなっている。

一方、対象4か国では、韓国に利用者負担15～20%の長期療養保険制度が導入されているほかは、各国の非営利法人に対する運営補助、中国の一部の地方政府による営利法人を含めた運営費補助があるくらいで、基本的に、介護事業所の経営は市場原理のもとにある。

このため、現在では、中国、マレーシア、タイの介護ビジネスに参入する営利企業のターゲットは富裕層にほぼ限定されている状況である。

こうした状況下で日本の営利・非営利の事業所がこれらの国に進出していくためには、急速に拡大する富裕層マーケットを初期のターゲットとしつつ、各国政府と連携しながら、中間所得層向けのサービスを開発していくことが適切と考えられる。また、日本政府から各国政府に、中間所得層向けの公的介護保障制度の構築を働きかけることも期待される。

〔参考〕対象4か国の介護事業所の設置・運営に関する財政支援の状況

対象国	財政支援の状況	備考
日本	◆介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等の施設整備に関し、かつては国主体の、現在でも都道府県や市区町村主体の補助金がある。また、独立行政法人福祉医療機構等による低利の融資がある。 ◆運営に関しては、税と保険料、利用料による介護報酬が支給され、利用者は実際の運営費よりはるかに廉価でサービスを受けられる。	
中国	◆中央政府が2013年に「養老サービス業の発展を加速することに関する国务院の若干の意見」で用地の優先取得、建設・運営費用補助、税制優遇などの拡大の方向を通知。	【104】
	◆一部の地方政府が、民間介護事業所の新設に当たり、1ベッドあたり数千元～1万元程度の整備補助を行っている。	【105】
	◆運営に関しても、北京市では運営補助、上海市、天津市、重慶市では建物の賃貸料の補助などを行っている。	【144】
	◆しかし、これらはあくまで一部であり、全国の高齢者介護サービスは、低所得者向けの公設施設と、財政支援を受けていない市場原理に基づく富裕層向けに二分される。	
韓国	◆日本と同様に、韓国の社会福祉事業法により、国や地方自治体が、非営利法人を中心に施設整備費や運営費を補助する仕組みがある。 ◆長期療養保険制度の導入により、運営費は介護報酬で充てられ、利用者は実際の運営費よりはるかに廉価でサービスを受けられる。しかし、運営費補助制度が介護報酬制度に移行し、療養保護士の人件費を削減する介護施設が増えているといった指摘もある。	【114】
マレーシア	◆政府の高齢福祉施策はあくまで低所得者に向けたもので、高齢者全体をカバーするものではない。	【141】
	◆基準を満たすケアセンターには、国からの助成金があるため、それが登録のインセンティブになっている。しかし、未登録のケアセンターも多い。	【121】
	◆ナーシングホームには、政府からの助成は行われていない。	【121】
タイ	◆高齢者向けナーシングホームを運営するNGOに対する財政支援・税制控除を実施。	【132】
	◆2015年9月から、国民医療保障事務局は全国約100万人の要援護高齢者のため、6億バーツ（約20億円）の予算を確保し、パイロットプロジェクトとして、1年以内に100のタンボンにナーシングホームの建設を予定。	【141】

※備考欄の【 】は巻末の参考文献の番号を示す。

2 現地拠点の設立・運営にあたっての参入障壁と対応

以下においては、現地拠点の設立・運営を支援する施策例を中国、マレーシアの2か国について検討する。

前述の通り、中国、マレーシアともに、介護事業の民間誘導や外資規制緩和が進んでおり、介護事業所そのものの設立にあたっての参入障壁は解消しつつある。

現地拠点の設立にあたっての参入障壁

中国	マレーシア
◆2013年7月から、外資独資による会社設立も可能となった。 ◆2014年から、会社法改正により最低資本金制度が廃止。 ◆外資の介護福祉事業には、国内企業と同様の税務上の優遇措置等を適用。 ◆外資により設立する医療機関に対する制限は多く、実務的に、高齢者介護部門で許可を得るのは非常に難しい。	◆医療機能を持たない介護施設は外資参入可能。 ◆医療機能を持つ介護施設の外資参入規制の緩和が見込まれている。 ◆払込資本、ビジネスライセンスの取得、サービス税の登録など一定の規制がある。 ◆2011年から、マレーシア医療協会が認めた資格を有する外国人の医療専門従事者が、私立病院で勤務することが許可され、また診療所を外資が所有できるようになった。

資料：独立行政法人日本貿易振興機構（JETRO）「中国の主要サービス産業に対する投資関連規制等に関する調査」（2013年3月）、独立行政法人日本貿易振興機構（JETRO）ビジネス情報サービス課クアラルンプール事務所「マレーシアの介護制度に関する調査報告書」（2015年3月）などをもとに作成。

一方、事業所開設後、当該事業所で日本式介護の強みを活かしながら円滑に運営していくためには、医療との連携、公的支援を得るための政府・地方政府との折衝、資金調達、言葉や文化の違いなどの面での障壁は、ある程度の覚悟が必要と言える。

医療機能を確保するためには、医療機関を開設するか、地元医療機関と連携する必要があるが、こちらも介護同様、規制緩和が進んでおり、例えば、中国では、一部の地域で独資の医療機関設立が可能となっており、マレーシアでも当地の医師を雇用しての日本資本による医療機関設立や、日本の医師免許での日本人への医療行為がすでに可能となっている。しかし、日本の「医療連携モデル」の事業所が、日本と同等の水準のケアを実施するには、運営上の参入障壁があると言わざるを得ない。

公的支援を得るための政府・地方政府との折衝も、日本人の事業所職員では難しい場面が想定される。このため、政府等とのネットワークを持つ現地法人との合併による展開が有用と考えられる。また、マレーシアの場合は、特に、マレー人を優遇するブミプトラ政策のため、マレー系パートナーとの協働が有用なケースも想定される。

現地拠点の運営にあたっての参入障壁

中国	マレーシア
◆医療との連携については、日本の医療・看護スタッフの医療行為には制限があり、既存の外資系介護施設では、中国法人の病院と協定し、病院から医療・看護スタッフを派遣している。 ◆国家衛生・計画出産委員会と中国商務部の共同通知（2014年）により、北京市、上海市、江蘇省、福建省、広東省、海南省で独資の医療機関設立が可能となっている。 ◆税制面での優遇措置を受けるために、価格の設定等に規制がある。 ◆各地方政府のローカルルールに基づき、折衝の必要性がある。	◆医療との連携については、日本の医療・看護スタッフの医療行為には制限がある。また、規制緩和から日が浅く、医療と介護の連携に際し、制度の運用面での規制はある。 ◆ナースングホーム、ケアセンターとして登録することにより、監督官庁の規制を受ける。 ◆マレー人を優遇するブミプトラ政策が色濃く残り、事業推進に際してマレー系パートナーが必要となるケースがありうる。

資料：独立行政法人日本貿易振興機構（JETRO）「中国の主要サービス産業に対する投資関連規制等に関する調査」（2013年3月）、独立行政法人中小企業基盤整備機構「中小企業のための海外リスクマネジメントマニュアル」（2016年2月）などをもとに作成。

金融上の障壁・リスクとしては、第一に、現地法人が自身の信用力で現地金融機関から融資を受けることの困難さがあげられる。その一方で、現地からの外貨送金や海外からの資金調達の制限により、自由な資金移動が難しい場面も想定されうる。さらには、為替管理制度の変更、通貨の急落等の為替変動も考えられる。

こうしたリスクを軽減・回避し、安定した資金調達を行う方法としては、①日本の親法人の信用力をもとに現地の金融機関等にスタンドバイ・クレジット（信用保証状）を発行してもらう方法や、②ベンチャーキャピタルからの出資を受けたり、取引先に株式や社債を引き受けてもらい、現地の資本市場から直接資金を調達する方法、③国際協力銀行（JBIC）など、公的機関からの資金面の支援を受ける方法などが考えられる。こうした金融上の障壁・リスクを軽減・回避するための取り組みが円滑に進められるよう、お互いの政府でパートナーシップを強化することも期待される。

金融上の障壁・リスク

	中国	マレーシア
共通事項	◆現地法人が自身の信用力で現地金融機関から融資を受けることの困難さ。 ◆為替管理制度の変更、通貨の急落等の為替変動のリスクがある。	
個別事項	◆これまで外資は、総量規制や預貸率制限のため、中国の金融機関から融資が受けにくく、また、国外からの借入れについても、借入枠など当局による規制があったが、規制緩和の途上にある。 ◆税務の実務運用上のあいまいさがあるという意見がある。	◆外資系企業が国内金融機関から借入れを行う際、当局の許可が必要となる場合がある。また、一定の割合でマレーシアにて設立された金融機関からの借入義務がある。海外から外貨借入れを行う場合は、一定金額以上の場合、事前に管理当局の許可が必要である。 ◆マレーシアには支払手形が無く、銀行取引停止のシステムもない。このため、期日内に支払う習慣が浸透しておらず、支払いにルーズな側面がある。

資料：独立行政法人中小企業基盤整備機構「中小企業のための海外リスクマネジメントマニュアル」（2016年2月）などをもとに作成。

このほか、言葉の障壁や海外進出希望の事業者の経営体力などの課題ももちろんであるが、海外進出のための障壁や課題は、むしろ日本の介護事業所・施設の側にこそ強く存在していると言える。

第3章で述べたように、日本式介護は、我が国の社会とりわけ介護保険制度とともに発展、成長を遂げてきたものである。そのため、我が国とは歴史や社会、文化、風土の異なる海外での事業成功モデルがいまだ確立できていないと言えよう。

介護保険発足当時、「保険あってサービスなし」の懸念を払拭できた要因の一つに、在宅3本柱に位置づけられた訪問介護サービスの急速な普及、発展がある。その一因に、家政婦紹介所に対する介護保険事業参入促進策があったことは周知の事実である。

欧米諸国の訪問サービスが看護を源流としているのに対し、我が国は医療とは別のカテゴリーの介護に特化したサービスや職種を生み出したことが短期間でニーズを充足させることを可能にした要因である。そして、この事実は、日本式介護を海外で展開させるための有効な武器ともなれば、足かせともなるという相反する側面を有している。

例えば、マレーシアにおいては、メイドによる家事代行サービスが根付いているが、この事実を日本式介護の普及のメリットにするためには、我が国における経験を活かすことに加え、医療的な担保が欠けていたことに起因するデメリットの克服策についても、周到な手当てが欠かせないであろう。

単に、日本式の訪問介護サービスを現地のメイドに教育するのではなく、現在我が国で試みられている、訪問介護サービスと訪問看護サービスとの融合の形態である定期巡回・随時対応型訪問介護看護の要素や、このサービスが我が国において普及に困難を生じさせている要因を分析することなども重要である。

また、社会福祉法人という我が国固有の法人形態が介護サービスの有力な提供主体として貢献してきたという事実をどう活かしていくかという点についても同様のことが言えるであろう。

以上のような課題を勘案すると、日本式介護のアジア諸国での普及、定着、発展のためには、今後ますます、我が国における介護サービスの整理、研究を加速させることが欠かせないことが明らかである。

3 5つの日本式介護モデルごとの支援施策例

5つの日本式介護モデルごとの、現地拠点の設立・運営を支援する施策例は、以下の通りである。

(1) 施設拠点モデル

施設拠点モデルの事業所・施設への支援施策としては、非営利法人のアジア進出に対する公的なインセンティブが考えられる。施設拠点モデルの事業所・施設には、外国人介護人材や外国人留学生を受け入れたり、外国の大学等と共同研究を進めたりしているところも多いが、これをきっかけに、送り出し国との交流を深め、互恵的なパートナーシップを築こうという考えを持つ法人も少なくない。

このため、例えば、中国政府・マレーシア政府と日本政府が「非営利法人による民設民営」を前提としながら、日本の資本・ノウハウを体系的に現地の介護分野に投入する、といった手法が考えられる。

(2) 医療連携モデル

我が国では、すでに介護に先んじて、医療分野のアジア進出促進施策が展開されている。「健康・医療戦略」では、2020年頃までに、海外での日本の医療拠点を3か所から10か所程度に拡大し、2030年までに日本の医療技術・サービスの5兆円の海外市場規模を獲得することを目標に掲げている。

医療連携モデルの事業所・施設への支援施策は、日本の医療のアジア進出促進施策の上乗せ・横出し施策として考えるのが妥当である。アジアの医療には、ユニバーサルヘルスカバレッジを達成するという大きな目標がある。

日本の医療がアジアに進出し、医療・介護連携型介護事業所がアジアに普及するためには、日本の医師・看護師・リハ職がアジア進出に興味を持ち、実際の滞在・定住につながる事が欠かせない。このため、医療連携モデルへの支援施策は事業所・施設単位よりむしろ、医療専門職個々をターゲットにする方がよいと考えられる。

(3) 事業発展型モデル

事業発展型モデルの事業所・施設への支援施策としては、既に独立行政法人日本貿易振興機構（JETRO）をはじめ、大阪商工会議所、福岡県など一部の公的機関で実施している支援サービスが該当する。一般的なベンチャー支援として、海外情報の収集・相談・情報提供、セミナー・シンポジウムや刊行物の発行、視察旅行、アジア各国・地域ごとの海外展開現地支援プラットフォームなど、様々なサービスを実施するほか、介護事業展開に特化した内容のものもはじまっている。

今後は、日本式介護の海外進出の中心的存在である事業発展型モデルの事業所・施設をターゲットに、中国の特定の市（省）とのマッチング支援など、具体的な支援

策の展開が求められる。

（４）社会参加モデル

社会参加モデルの事業所・施設への支援施策は、海外に移出すべき社会参加モデルそのものの内容の確立から入るべきである。

社会参加モデルの重要性は論を待たない。しかし、就労からレクリエーションまで「社会参加」の幅は広すぎて、どこまで公的な財源でまかなうべきかも、国ごとに、時代ごとに大きく異なる。介護保険制度のある日本や韓国では、社会参加モデルとは、保険外の介護予防事業や一般保健福祉施策をイメージする。今の日本ではとりわけ「介護予防・日常生活支援総合事業」がクローズアップされている。

中国では、都市部で近年、政策誘導されている社区単位でのコミュニティケアをイメージする。マレーシアでは、民族によりコミュニティが分化しており、モデルのイメージがわかりづらいが、いずれにせよ、低廉で責任の所在のないコミュニティケアから、有償で洗練された公的サービスの全国化への転換を意味する。

現地拠点は、当面は、施設拠点モデル等に付随して設立・運営されると想定される。

（５）エビデンスベースのサービス強化モデル

エビデンスベースのサービス強化モデルは、日本の介護保険の財源の保障と、日本の経済的・文化的成熟下で確立されたものである。したがって、そのエビデンスがアジア各国・地域でそのまま通用するという確証はない。

このため、エビデンスベースのサービス強化モデルの事業所・施設への支援施策としては、そのエビデンスの現地での有用性の確認が第一である。

すでに現地には、日本への留学経験、日本での就業経験がある医療専門職による介護施設など、日本のエビデンスが活かされている事例が存在する。しかし、それはごく一部に限られ、前述の通り、アジア各国・地域の介護技術はまだ未熟である。

エビデンスの有用性の確認のためには、現地の政府・地方自治体や大学、事業所などと連携した研究事業や試行事業を継続的に行っていくことが有効であると考えられる。

参考資料

1 「『アジアに広めたい日本の介護』に関するアンケート」結果概要

1-1 実施概要

1-1-1 調査目的

アジア各国において急速に高まる高齢者介護ニーズに対して、日本の優れた介護技術・制度を広く普及させることを目指した枠組み構築や支援のあり方の検討の基礎となる状況把握のため、現在我が国において高齢者向けの介護サービスを提供している事業所・施設から、いわゆる日本式介護の海外展開も視野に入れたサービス内容・提供の現状や特長等を整理することを目的とする。

1-1-2 調査対象

91 法人（51 票回収）

（1つの法人が複数の事業所を運営しているため、法人あてで配布・回収）

1-1-3 調査方法

郵送アンケート

1-1-4 調査期間

平成 28 年 11 月 ～ 平成 29 年 1 月

1-1-5 主な調査項目

① 法人属性について

② 海外展開について

- ・海外での介護サービス事業の実施
- ・海外進出ないし拡大
- ・海外展開のための条件

③ 日本式介護の強みについて

- ・自立支援の取り組みのアジア各国での評価
- ・「ケアマネジメント」、「リハビリテーション」、「認知症ケア」、「栄養改善」、「口腔ケア」、「社会参加」の評価

④ ご意見

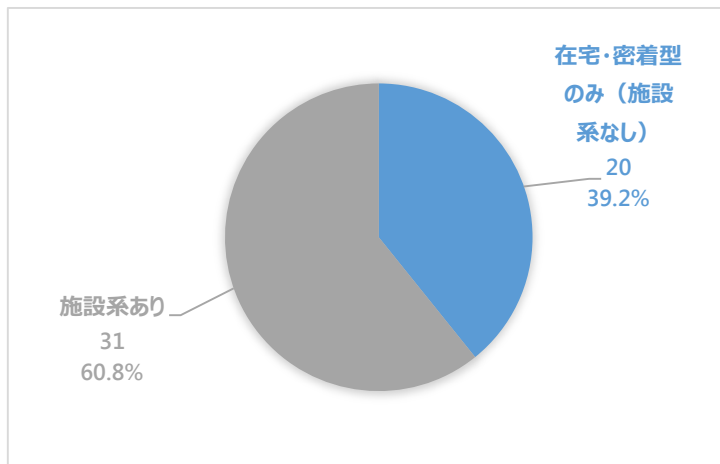
- ・アジアに進出・展開することについての意見

1-2 調査結果

1-2-1 法人属性

問1 現在提供している介護保険サービス等の高齢者支援サービス

回答のあった 51 事業所・施設について、提供しているサービス種類をみると、「在宅・地域密着型のみ（施設系なし）」が 20 事業所（39.2%）、「施設系あり（在宅等ある場合を含む）」が 31 事業所（60.8%）であった。



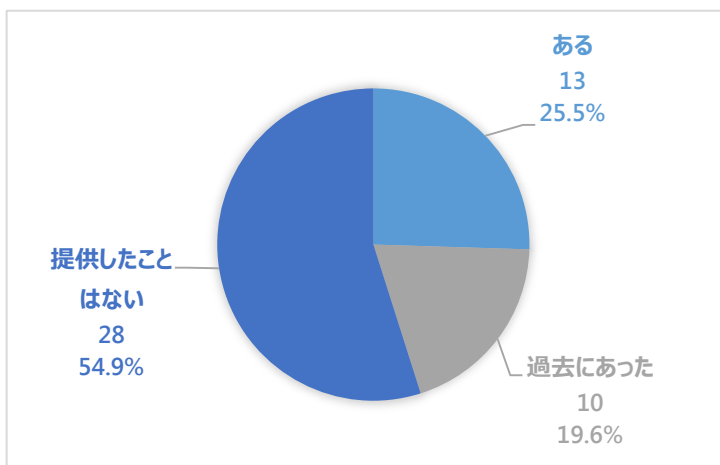
問2 事業所・施設に勤務するスタッフの合計人数

事業所・施設に勤務するスタッフ人数については、「～99 人」が 16 事業所（31.4%）、「100～999 人」が 19 事業所（37.3%）、「1,000 人以上」が 16 事業所（31.4%）であった。

問3 外国人利用者へのサービス提供実績

外国人利用者へのサービス提供実績は、「ある」が 13 事業所（25.5%）、「過去にあった」が 10 事業所（19.6%）、「提供したことはない」が 28 事業所（54.9%）であった。

提供実績ある場合の工夫点としては、言葉・コミュニケーションに関する「外国語の学習」、「絵カード、筆談」などの回答があった。



問4 外国人介護士または看護師の雇用実績

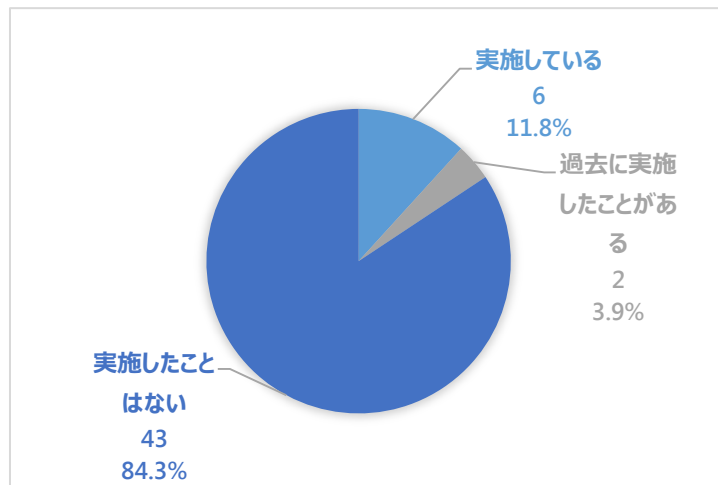
外国人介護士または看護師の雇用実績は、「ある（現在も）」が 22 事業所（43.1%）、「過去にあった」が 8 事業所（15.7%）、「雇用したことはない」が 20 事業所（39.2%）で、無回答が 1 事業所あった。

1-2-2 海外展開

問 5 海外での介護事業展開等

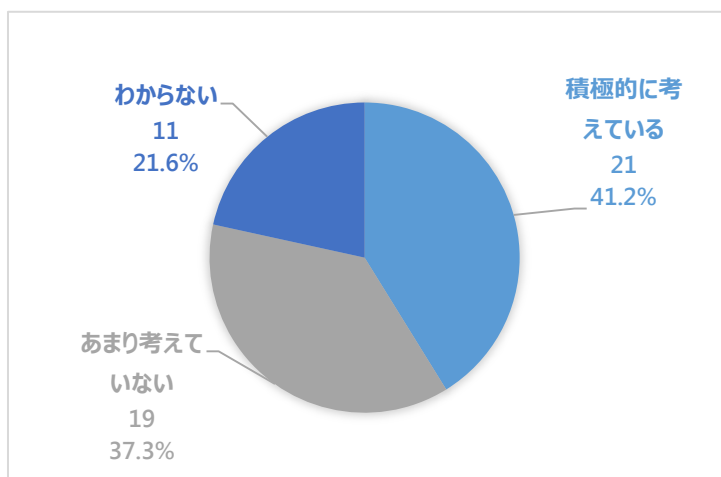
問 5-1 海外での介護サービス事業の実施

海外での事業実施については、「実施している」が6事業所（11.8%）、「過去に実施したことがある」が2事業所（3.9%）で、他方、「実施したことはない」が43事業所（84.3%）と8割を上回った。



問 5-2 海外進出ないし拡大

現状にかかわらず、介護進出ないし拡大の意向をみると、「積極的に考えている」が21事業所（41.2%）、「あまり考えていない」が19事業所（37.3%）、「わからない」が11事業所（21.6%）となっていた。



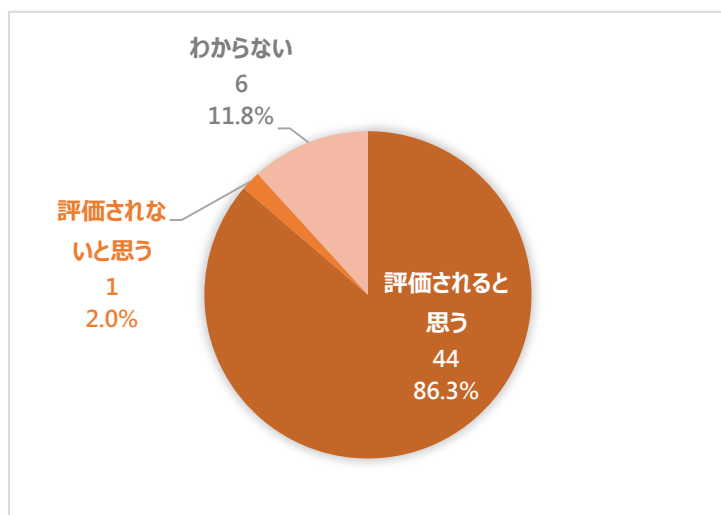
問 5-3 「2. あまり考えていない」と回答した場合、海外展開を進める条件

「あまり考えていない」とした19事業所が海外展開を進めるための条件としたのは、「自法人での国際人材の育成・確保」が57.9%、「事例の情報の収集・獲得」、「経済的支援」がともに47.4%という状況であった。

1-2-3 日本式介護の強み

問 6 自立支援の取り組みのアジア各国での評価

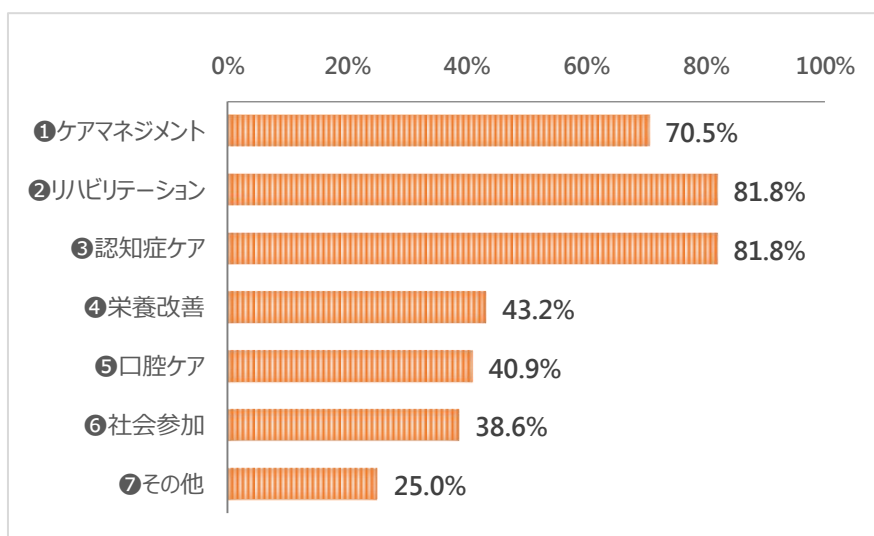
サービス事業所・施設が行っている自立支援の取り組み（サービス提供等）がアジア各国で評価されると思うかについて、「評価されると思う」が 44 事業所（86.3%）であった。「評価されないと思う」は 1 事業所にとどまっていた。



問 6-1 自法人が評価されると思われる点

前問で「評価されると思う」とした 44 事業所において、自法人が評価されると思う点をみると、「リハビリテーション」、「認知症ケア」が 81.8%と 8 割を超え、「ケアマネジメント」が 70.5%と続いた。「栄養改善」は 43.2%、「口腔ケア」は 40.9%、「社会参加」は 38.6%といずれも 4 割前後であった。

日本の介護保険制度・施策上、重視・強化されてきた部分（①～③）について、自らの“強み”であると考えている状況がみられた。



以降では、問6の回答内容にかかわらず、**①ケアマネジメント**、**②リハビリテーション**、**③認知症ケア**、**④栄養改善**、**⑤口腔ケア**、**⑥社会参加**のそれぞれの領域ごとに、評価されると考えるポイントをみると以下のように考えられる。

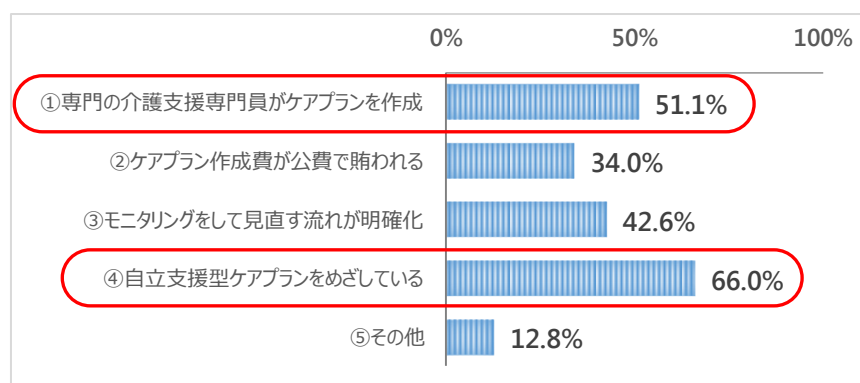
※各設問で「特にない」とした回答を除き、各選択肢の割合を示している。

◎“専門職によるサービス提供”、“サービスの質の向上に努めている”を自己評価の強みとしている点が、問7ケアマネジメント～問11口腔ケアまでを通じた共通点と言える。(実線枠)

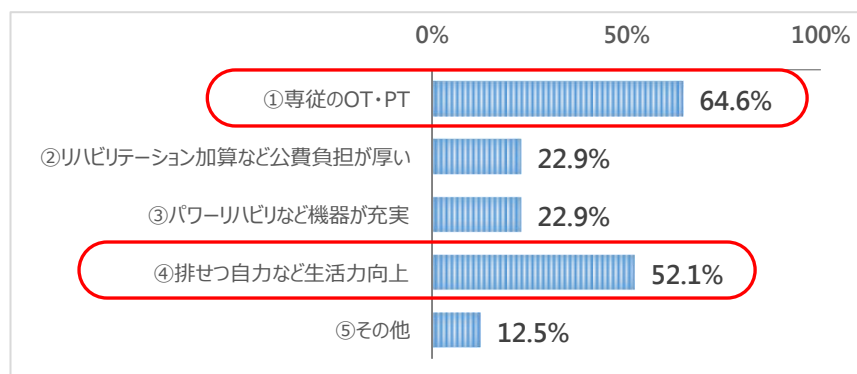
◎他方、“公費負担の手厚さ(安価な自己負担)”は制度・施策上のことであり、自法人の強みとはされていない。

◎日本の文化や住民・地域の特性を背景とする項目は、自己評価は高いものの、普遍的な強みと考えるかは別途検討が必要。(破線枠)

問7 **①ケアマネジメント** のアジア各国での評価 (「特にない」 n 4)

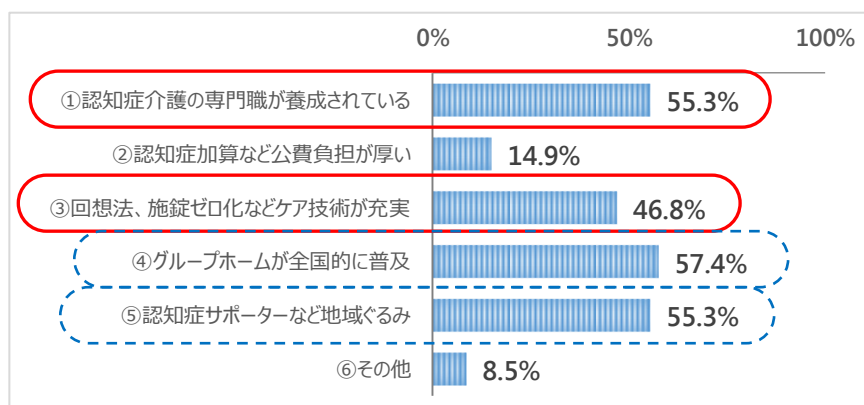


問8 **②リハビリテーション** のアジア各国での評価 (「特にない」 n 3)



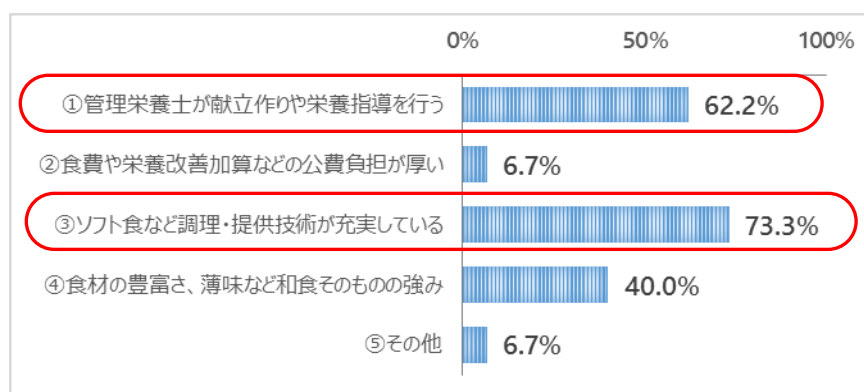
問 9 ③認知症ケア のアジア各国での評価

(「特にない」 n 4)



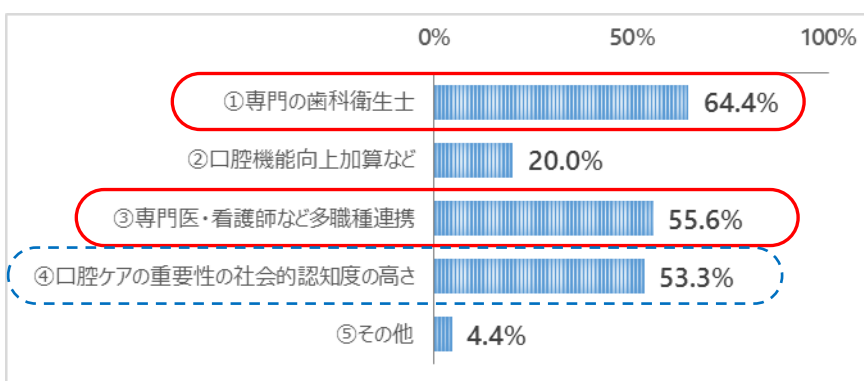
問 10 「栄養改善」のアジア各国での評価

(「特にない」 n 6)



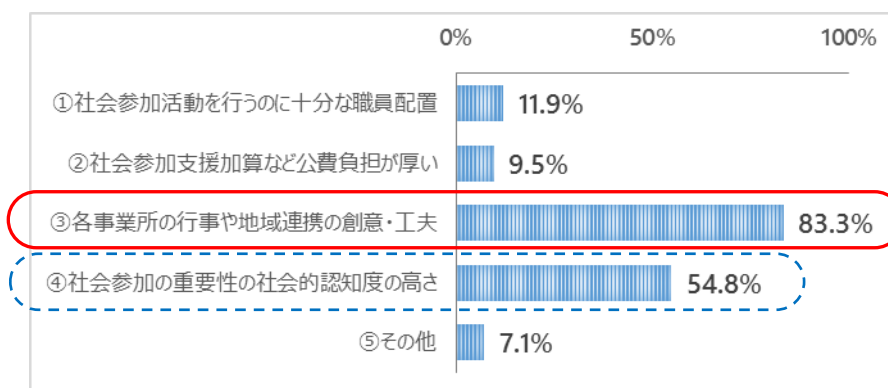
問 11 「口腔ケア」のアジア各国での評価

(「特にない」 n 6)



問 12 「社会参加」のアジア各国での評価

(「特にない」 n 9)



1-2-4 意見

問 13 アジア進出・展開についてのご意見

高齢者介護サービスのアジア進出・展開について、自法人（事業者・施設）のことに限らず、全体的な意見を得た。下記、全文掲載する。

※回答末尾数字は、①施設拠点モデル、②医療連携モデル、③事業発展型モデル、④社会参加モデル、⑤エビデンスベースのサービス強化モデルを示す。

1 アジア進出・展開への期待や、その手法に対する提案

- ◇ 世界に先駆けて超高齢社会に突入している日本で確立された介護サービスは、必ずや世界でイニシアティブを取ってグローバル展開ができる有力な産業分野であると考えています。日本モデルを優位にグローバル展開していくにあたり、我々のような中小ベンチャー企業も積極的に海外展開が狙えるような経済的資金援助・制度の設立がされていくことを期待しています。⑤
- ◇ 日本では医学モデルから生活モデルへの転換が介護現場では一般化されていますが、諸外国は欧米も含め、まだ医学モデルです。「利用者のせいにならない」「誰のための介護か」が明確になっている日本の認知症ケア、薬ではなく対応で認知症の方を穏やかにするケア技術は世界で高く評価されています。①
- ◇ 事業面以上に教育面での協力の方が有効ではないだろうか。①
- ◇ 日本の介護はアジアのなかで高いサービスであると認識されると思います。しかしそれは品質が高いというだけで、必ずしもその国の文化、風土に適するものではないと思います。ここをその国に沿ったものに変換できなければその国の文化や地域のコミュニティなどを壊しかねないと思います。④
- ◇ 従来の日本の方式では、アジア諸国にマッチしない気がする。公的負担が大きいため、縮小する中で考えていくこれからの日本方式モデルができれば、海外へ提供できるものになると考える。④
- ◇ 台湾等アジア諸国は、地域の中で助け合う風潮は歴史的に出来上がっている。日本以上に根強いものが育っている。食事、口腔（嚥下、咀嚼含む）ケアなら積極的に進出して良いと考える。④
- ◇ 従来、優れていると言われてきた日本的介護（寄り添う介護や手厚い介護）にとどまることなく、超高齢社会で進めるべきテクノロジーやIoTを過去からの知見に反映させて、QOLを改善するサービスの仕方を構築し、それを他国に用いることが必

要と考えている。当社では、その考え方に基づき、実践・推進中である。③

◇ アンケートにおいては、高齢者介護が想定されているようですが、アジアへのインパクトとしては、障害者ケアを伝える重要性が高いと考えています。実際の制度、社会における難しさは多いですが、アジアに対して、システムではなく価値を示すものではないでしょうか。①

◇ 現在、弊社も2013年に上海にてヘルパー養成学校を開校するなど進出・展開しております。より多くの日本企業が進出すれば相乗効果も出て良いと感じます。③

◇ 日本式介護は、制度やサービスの質では高い評価を得ることができると思います。アジアにおいても少子高齢化については避けられない問題であると考えます。積極的にアジア圏のバンコクやベトナムに進出していきたいと思います。③

◇ 現在、JICA プロジェクトでフィリピン国日本式介護システム導入事業基礎調査を推進しています。調査の中で、とても大きな期待と市場、ニーズを感じています。今後多くの企業が、アジアに進出・展開することで、人財、地域の大切さが、今以上に理解でき、それは我が国にとって必ずプラスに働くと考えます。⑤

◇ 法人が単独で海外展開を図るには、経済的リスクが大きく、手続きもたいへんである。現地法人との合併や複数法人による共同などのシステム作りや経済的補助など国としての積極的な支援が望まれる。②

◇ チームケアが介護である為、日本人リーダーが現地スタッフを指導していかなければならない。EPA や技能訓練などで日本の介護を経験したスタッフの役割が重要。これらの国際人材の確保が必須。①

◇ 個人的にですが、中国を中心に、タイ、インドネシア等進出、展開をして参りました。短期的な進出では、限界がある気がします。じっくりと相手の国と向き合う必要性があるかと思います。③

2 アジア進出・展開の課題や懸念

◇ 日本における「質の高い」という評価が曖昧であると思っています。また、社会性としての介護なのかビジネス視点での介護なのかによっても評価は分かれると思います。正直応えにくいというのが現状です。海外での評価よりも、日本人が「介護」をつかって幸せになっているのか？の検証の方が先だと思います。④

◇ 日本のケアの在り方をもう少し見直しをしてから、アジアに進出・展開することが

必要だと思います。成果を出している「認知症ケア事業所」は、まだまだ少ない状況だと感じます。また、社会参加に関しても、まだまだ社会＜地域＜近所と、周囲での活動が多いのではないのでしょうか？ 様々な角度から見直し、そこを改善していくことが先のように思っています。認知症ケアだけではなく、介護技術に関してもそうなのですが、まずは「接遇」から見直し、「誰にでもできる仕事」と言われることを無くした後に進出していかなければと思います。⑤

◇ 設備投資所要額、経済的支援、職員の雇用・教育・言葉の問題等を含め、海外の介護事情の情報が乏しいため、その展開については、将来ビジョンが持てない。②

◇ 施設設置や制度助言などはその国の雇用促進や社会保障全体の一助になるでしょうが、その国のこれまでと、これからをよく見据えて、極めて慎重に実施することが求められるのではないかと思います。④

◇ 問い全般に関して“アジアではどう評価されると思うか”という点は、そもそも介護保険がない国からどう見られているか私にはわからない。外からどう見られるかも大切だが、そもそも日本のケアのあり方をもっと確立していく必要を、アンケートに答えながら感じました。④

◇ 単なる日本式として輸出するのではなく、ナレッジとして、教育と併せて輸出すべきと考えます。いかに人間が手を出すか、ではなく、いかに人が手を出さないで行えるか、そのノウハウにつきと思うが、我が国はそもそも手厚い介護から抜け出せず、とても輸出にふさわしい自立支援ができているとは思えない。②

2 調査票

「アジアに広めたい日本の介護」に関するアンケート調査

1 法人属性について

問 1 貴法人が現在提供している介護保険サービス等の高齢者支援サービスについて、あてはまるもの全てに○を付けて下さい。地域密着型なども含めてお答えください。

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------|----------------|
| 1. 訪問系介護保険サービス（訪問介護・訪問看護等） | 2. 通所系介護保険サービス | | |
| 3. 短期入所 | 4. 福祉用具貸与 | 5. 住宅改修 | 6. 特定施設入居者生活介護 |
| 7. 認知症対応型共同生活介護 | 8. 介護老人福祉施設 | 9. 介護老人保健施設 | |
| 10. 介護療養型医療施設 | 11. 小規模多機能型居宅介護 | 12. 看護小規模多機能型居宅介護 | |
| 13. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 14. 夜間対応型訪問介護 | 15. 居宅介護支援 | |
| 16. 地域包括支援センターの受託 | 17. 地域支援事業の受託（介護予防事業・総合事業等） | | |
| 18. その他介護保険外サービスなど | 〔 〕 | | |

問 2 貴法人内の介護保険サービス事業所に勤務するスタッフの合計人数を回答して下さい。

※専従・兼務は区別せず、実人数で回答して下さい。（常勤換算等の処理は不要です）

※改めて確認することが大変な場合は、概数で回答して下さい。

全数		人
うち、医師（他法人との兼務を含む）		人
うち、看護職（看護師、准看護師）		人
うち、介護福祉士		人
うち、社会福祉士・精神保健福祉士・ケアマネジャー		人
うち、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士		人

問 3 外国人利用者へのサービス提供実績はありますか（日本語を話せる方も含みます）。

1. ある(現在も) 2. 過去にあった 3. 提供したことはない

→問 3-1 「1. ある(現在も)」、「2. 過去にあった」と回答した場合、工夫した点があれば、あてはまるもの全てに○を付けて下さい。

1. 外国人のための食事メニューを用意した 2. 職員が利用者のために外国語を学習した
3. 絵カード、筆談などコミュニケーションをとるための特別な工夫をした
4. ケアプラン作成など、重要な場面では通訳者を配置した
5. その他 〔 〕

問 4 外国人介護士または看護師の雇用実績はありますか。

1. ある(現在も) 2. 過去にあった 3. 雇用したことはない

2 海外展開について

問 5 貴法人として、アジア地域をはじめとする海外での介護事業展開等について、あてはまるものに○を付けて、またはご記入下さい。

問 5-1 海外での介護サービス事業の実施

1. 実施している(現在も) 2. 過去に実施したことがある 3. 実施したことはない

→ 「1. 実施している」、「2. 過去に実施したことがある」と回答した場合、ご回答下さい。

- ① 開始年 () 年 ~ () 年まで

- ⑩ 具体的な国・地域
- ⑪ 提供サービス

⑧ 提供サービス

問 5-2 貴法人において、海外進出ないし拡大についてどうお考えですか。あてはまるものに○を付けて下さい。

1. 積極的に考えている 2. あまり考えていない 3. 分からない

→ 問 5-3 「2. あまり考えていない」と回答した場合、どのような条件がそろえば、海外展開を前向きに進めることができると考えられますか。あてはまるもの全てに○を付けて下さい。

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 海外展開事例の情報の収集・獲得 | 2. 海外展開への経済的支援 |
| 3. 海外展開を阻害する現地の法規制の緩和 | 4. 現地調査への人的・経済的支援 |
| 5. 自法人での国際人材の育成・確保 | 6. 分からない |
| 7. その他 | |

7. その他

3 日本式介護の強みについて

問 6 我が国の介護事業所のアジア展開にあたっては、質の高い日本式介護の強みを、現地にある家政婦・ボランティアなどによるサービスと差別化することが重要と考えられます。日本式介護の強みとしては、「利用者の自立支援」があげられますが、貴法人で行っている自立支援の取り組みは、アジア各国（中国・韓国・東南アジアなど）でも評価されると思いますか。現実的な海外展開の想定がない場合も、仮定としてお答えください。

1. アジア各国でも評価されると思う 2. アジア各国では評価されないと思う 3. 分からない

→問 6-1 「1. アジア各国でも評価されると思う」と回答した場合、自法人が評価されると思われる点で、あてはまるもの全てに○を付けて下さい。

1. 利用者本位の「ケアマネジメント」
2. 残存機能の維持や再生を図る「リハビリテーション」
3. 人としての尊厳を大切にする「認知症ケア」
4. 基礎代謝力の維持を目指す「栄養改善」
5. 全身の健康につなげる「口腔ケア」
6. 社会的役割で老化を抑える「社会参加」
7. その他

すべての方にお聞きます。

問 7 日本の「ケアマネジメント」は、アジア各国でどういった点が評価されると思いますか。現実的に受けている評価が分からない場合も、仮定として、あてはまるもの全てに○を付けて下さい。

1. 専門の介護支援専門員がケアプランを作成する点
2. ケアプラン作成費が公費でまかなわれる点
3. モニタリングをして見直す流れが明確化されている点
4. 自立支援型ケアプランを目指している点
5. その他
6. 特にない

問 8 日本の介護事業所の「リハビリテーション」は、アジア各国でどういった点が評価されると思いますか。現実的に受けている評価が分からない場合も、仮定として、あてはまるもの全てに○を付けて下さい。

1. 専従のOT・PT等がケアを実施する点
2. リハビリテーション加算など公費負担が厚い点
3. パワーリハビリなど機器が充実している点
4. おむつ外しなど生活力向上を目指している点
5. その他
6. 特にない

問 9 日本の介護事業所の「認知症ケア」は、アジア各国でどういった点が評価されると思いますか。現実的に受けている評価が分からない場合も、仮定として、あてはまるもの全てに○を付けて下さい。

1. 認知症介護指導者など専門職が養成されている点
2. 認知症加算など公費負担が厚い点
3. 回想法、施設ゼロ化などケア技術が充実している点
4. グループホームが全国的に普及している点
5. 認知症サポーター、認知症初期集中支援チームなど地域ぐるみでケアを展開している点
6. その他
7. 特にない

問 10 日本の介護事業所の「栄養改善」は、アジア各国でどういった点が評価されると思いますか。
現実的に受けている評価が分からない場合も、仮定として、あてはまるもの全てに○を付けて下さい。

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. 管理栄養士が献立作りや栄養指導を行う点 | 2. 食費や栄養改善加算などの公費負担が厚い点 |
| 3. ソフト食など調理・提供技術が充実している点 | 4. 食材の豊富さ、薄味など和食そのものの強み |
| 5. その他 [| 6. 特にない |

問 11 日本の介護事業所の「口腔ケア」は、アジア各国でどういった点が評価されると思いますか。
現実的に受けている評価が分からない場合も、仮定として、あてはまるもの全てに○を付けて下さい。

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. 専門の歯科衛生士が個別にケアを行う点 | 2. 口腔機能向上加算など公費負担が厚い点 |
| 3. 歯科医・看護師など多職種連携で口腔管理を行う点 | 4. 口腔ケアの重要性の社会的認知度の高さ |
| 5. その他 [| 6. 特にない |

問 12 日本の介護事業所の「社会参加」は、アジア各国でどういった点が評価されると思いますか。
現実的に受けている評価が分からない場合も、仮定として、あてはまるもの全てに○を付けて下さい。

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. 社会参加活動を行うのに十分な職員配置がある点 | 2. 社会参加支援加算など公費負担が厚い点 |
| 3. 各介護事業所の行事や地域連携の創意・工夫 | 4. 社会参加の重要性の社会的認知度の高さ |
| 5. その他 [| 6. 特にない |

4 ご意見

問 13 日本の介護サービスがアジアに進出・展開することについて、ご意見があれば自由にご記入下さい。

3 参考文献の一覧

本報告書を作成するに当たり、以下の文献等（順不同）を参照した。

〔中国関連〕

- 【101】 独立行政法人国際協力機構（JICA）「中華人民共和国 高齢化問題に関する情報収集 確認調査 最終報告書」（2014 年 6 月）
- 【102】 坂内正「地方政府が運営する年金・介護制度」（株式会社日本医療企画 2008 年 7～9 月「世界の介護 中国編①」）
- 【103】 日本経済新聞「中国『養老ブーム』到来 高齢者施設が続々」（2016 年 4 月 1 日）
- 【104】 西川昌登「中国の社会保障の現状と 今後の動向について 一年金、医療、高齢者介護を中心に―」（在中国日本国大使館経済部・領事部一等書記官。2016 年 2 月 8 日）
- 【105】 福岡県上海事務所長 山口純平「中国の高齢化と介護ビジネスのチャンスについて」（2016 年 12 月）
- 【106】 独立行政法人日本貿易振興機構（JETRO）サービス産業部「中国高齢者サービス企業展開事例調査報告書」（2016 年 3 月）
- 【107】 株式会社大和総研 範健美「中国のシルバー産業の動きについて」（2014 年 5 月 HP）

〔韓国関連〕

- 【111】 朴仁淑「韓国における在宅介護サービスの現状と療養保護士養成の課題」（2011 年 9 月）
- 【112】 河浩湊「韓国における小規模高齢者施設モデルに関する基礎的研究」（2015 年 6 月）
- 【113】 金 賢植、李 恩兒、原田和弘、中村好男「介護予防の観点から見た韓国の介護保険制度の実施状況」（早稲田大学大学院スポーツ科学研究科ほか。スポーツ科学研究、2009 年）
- 【114】 金慧英、石川久展「韓国における療養保護士のバーンアウトの関連要因に関する研究～ソーシャルサポートとコントロール要因を中心に～」(関西学院大学「Human Welfare」第 6 巻第 1 号、2014 年)
- 【115】 児島克久「韓国・台湾の介護制度構築の現状と課題～日本の経験との比較～」(国立社会保障・人口問題研究所。第 10 回社会保障フォーラム（2014 年 9 月 14～15 日）資料

〔マレーシア関連〕

- 【121】 独立行政法人国際協力機構（JICA）「マレーシア 高齢化に係る情報収集・確認調査最終報告書」（2014 年 2 月）
- 【122】 独立行政法人日本貿易振興機構（JETRO）クアラルンプール事務所「マレーシアにおける医療・社会福祉サービスに関する調査報告書」（2014 年 1 月）
- 【123】 独立行政法人日本貿易振興機構（JETRO）ビジネス情報サービス課クアラルンプール事

務所「マレーシアの介護制度に関する調査報告書」(2015 年 3 月)

【124】 2016/10/17 (月) 共同通信グループ株式会社エヌ・エヌ・エー記事「マレーシア高齢者ヘルスケア法を整備へ、来年法案提出」

〔タイ関連〕

【131】 兵庫県立大学政策科学研究所 車井浩子・金子勝規「タイの高齢者介護と医療に関する考察」(2011 年 12 月)

【132】 独立行政法人国際協力機構 (JICA)「タイ王国要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト事業 (L-TOP) 詳細計画策定調査報告書」(2013 年 1 月)

〔複数国関連〕

【141】 厚生労働省「2015 年海外情勢報告」

【142】 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「介護サービス事業者の海外進出に関する調査研究事業報告書」(2013 年 3 月)

【143】 厚生労働省国際課「国際的な Active Aging (活動的な高齢化) における日本の貢献に関する検討会報告書」(2014 年 3 月)

【144】 みずほ銀行 産業調査部「アジアにおける介護関連サービス市場の状況および日系企業による進出可能性の考察」(2014 年 8 月)

【145】 みずほ情報総研株式会社「介護サービス事業者等の海外進出の促進に関する調査研究事業報告書」(2015 年 3 月)

【146】 みずほ情報総研株式会社「介護サービス事業者等の国際展開に関する調査研究事業報告書」(2016 年 3 月)

【147】 独立行政法人中小企業基盤整備機構「中小企業のための海外リスクマネジメントマニュアル」(2016 年 2 月)

平成 28 年度内閣官房 健康・医療戦略室委託事業

「アジア健康構想」実現に向けた
高齢者介護の国際競争力に関する基礎調査
報告書

平成 29 年 3 月
株式会社ウエルビー

〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町 9-18-104
電話：03-5428-5785 Eメール：info@well-be.net
ホームページ：http://well-be.net