

# 「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

## 【結果の概要】

平成29年3月



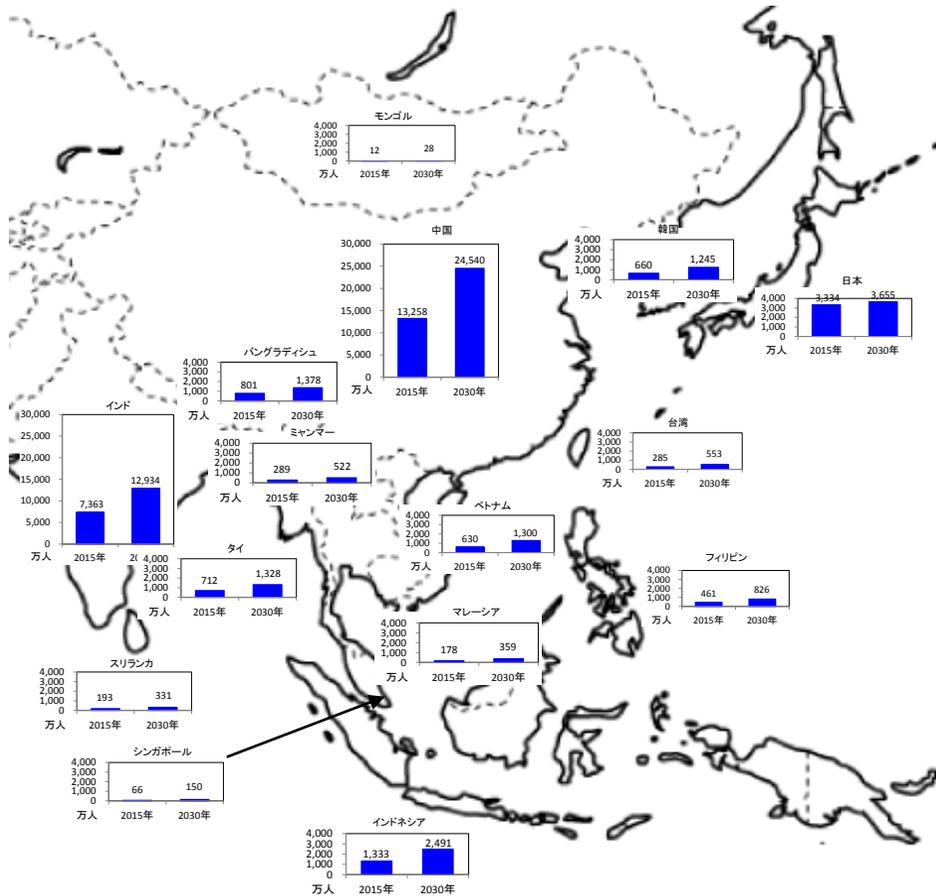
株式会社ウエルビー

# アジア各国の高齢化等の状況

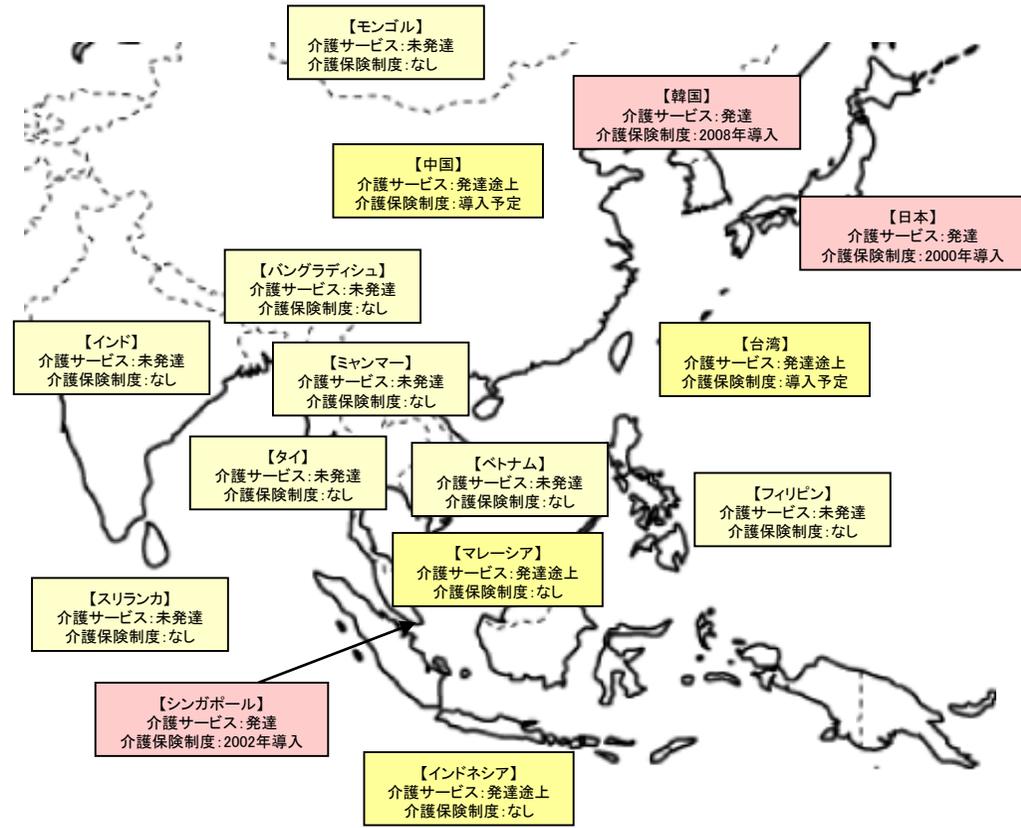
◆アジア各国の高齢者人口は今後15年間に、急速に増加。

◆しかし、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はごく限られている。

アジア各国・地域の高齢者人口の増加のイメージ



アジア各国・地域の公的介護保障制度の導入状況・介護サービスの発達度



※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。

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

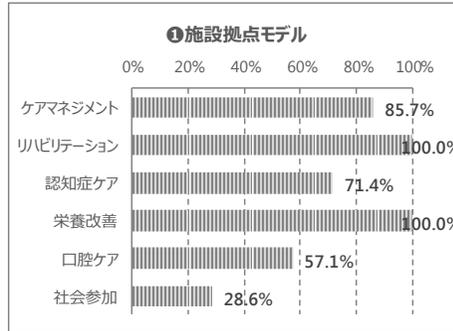
# 日本式介護の特長

- ◆今日の日本の介護事業所を、その事業形態や沿革、ケアの特長などから、5つのモデル類型に分けることができる。
- ◆このモデルにあてはまる51事業所へのアンケート調査では、自法人の自立支援の取り組みについて、8割以上の法人がアジア各国でも評価されると考えるという回答を得た。

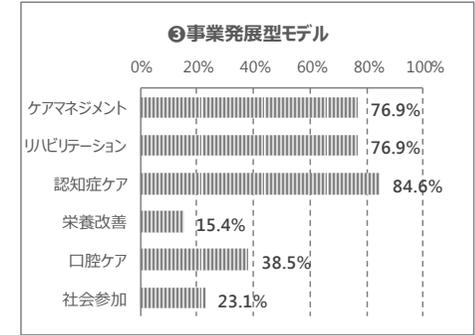
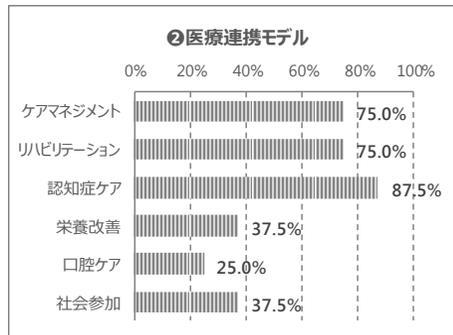
## 日本式介護サービス・事業所の5つのモデル類型

名称	定義
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
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
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
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活用した展開
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

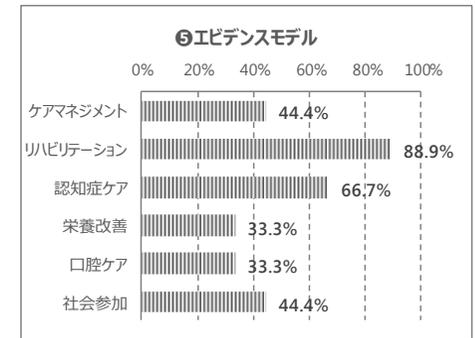
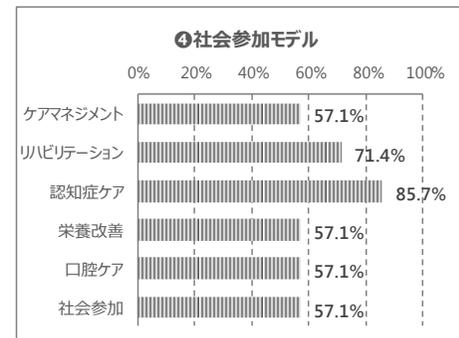
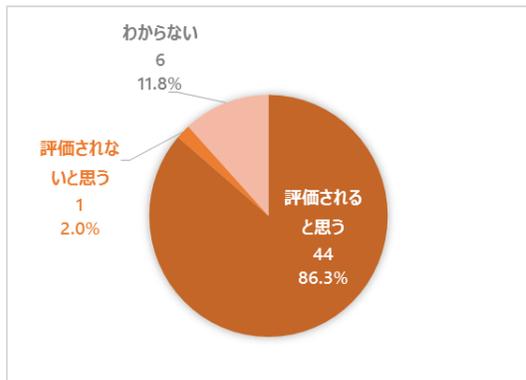
## アジアで評価されると思う自法人の自立支援の内容 (モデル類型ごとのクロス集計結果)



◆アジアで評価されると  
思う自法人の自立支援  
の取り組みの内容は、  
5つのモデル類型ごと  
に傾向が異なっていた。



自法人で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るか



# 日本式介護のアジアでの価値 ①中国



- ◆中国にも、日本のものに相当する高齢者施設・サービスはあるが、一部の施設を除き、質・量とも十分でない。
- ◆このため、近年、日本をお手本に、政府による近代化政策がとられ、外資参入も奨励されている。

## 中国の高齢者介護福祉施設の区分

	名称	日本の類似サービス
入所	老年社会福利院	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
	養老院(又は老人院)	養護老人ホーム・介護付有料老人ホーム
	老年公寓	サービス付高齢者住宅
	護老院	軽費老人ホーム
	護養院	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
	敬老院	養護老人ホーム
	老年護理医院	療養型医療施設や病院併設型入所施設
	託老所	通所介護・通所リハビリテーション、短期入所
通所	老年人服務中心	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」などをもとに作成。

## 政府による近代化政策の流れ

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	社区(コミュニティ)重視。 養老ベット数の増床。
2013年7月	養老機構設立許可弁法・ 養老機構管理弁法	小規模・地域密着の誘導。 外国資本による施設整備の誘導。
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通知	用地の優先取得、建設・運営費用補助、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通知	施設補助金や税制優遇措置など。
2016年6月	国務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めざす)	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通知	営利性介護施設の設立手続きの簡素化など。

- ◆「自立支援」は、「身体機能の維持・回復・低下防止」や「認知症の予防・重度化予防」を中心に、中国でも優位性があると考えられる。

## 日本式介護モデルの中国での優位性

自立支援の領域	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れば、優位

- ◆中国では、「従来型養老施設への介護機能の導入」や「大規模施設の高品質経営」、「人材育成とケアマネジメントのしくみの確立」、「地域密着型在宅介護の展開」が政策課題であり、その解決に向けた、日本式介護の移出パッケージの例は、以下の通りである。

## 移出パッケージ例

- ①施設拠点モデルの施設介護サービス+在宅介護サービス
- ②多様な住まい+在宅介護サービス+医療サービス
- ③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
- ④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

# 日本式介護のアジアでの価値 ②韓国



- ◆韓国は、日本と同様に、老人福祉法等で位置づけた非営利性の高い高齢者施設制度の上に、介護保険制度を構築した。
- ◆非営利性による質の担保や財政上の理由により、介護報酬は日本の3～8割程度と低く、そのため、日本ほど、高品質ケアへの投資が行われていない状況にある。
- ◆医療との連携にも課題を残している。

## 韓国の高齢者介護福祉施設の区分

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 (介護保険対象)	老人療養施設	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
	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	グループホーム
老人専門病院 (2011年の法改正で医療制度へ移行)		医療療養病床・介護療養病床

※軽費・有料の区分はすでに制度上はなくなっているが、日本との比較のため従来の名称で作表した。

## 韓国の介護保険の報酬単価

区分	名称	介護報酬単価	日本の介護報酬単価
在宅給付	訪問療養(訪問介護)	60分1,600円程度	身体介護60分4,000円程度、生活援助45分2,000円程度
	訪問入浴	1回7,000円程度	1回12,000円程度
	訪問看護	30分未満で3,000円程度	30分未満で4,000円程度
	昼・夜間保護(デイケア)	6～8時間で要介護度により2,500～3,300円程度	通所介護は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
	短期保護(ショートケア)	要介護度により3,500～4,300円程度	要介護度により4,000～10,000円程度
施設給付	老人療養施設・老人療養共同生活家庭	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で要介護度により167,000～395,000円程度

- ◆「自立支援」は、「身体機能の維持・回復・低下防止」を中心に、韓国でも優位性があると考えられる。

## 日本式介護モデルの韓国での優位性

自立支援の領域	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れば、優位

- ◆韓国では、「医療と介護の連携強化」や「身体介護・リハビリ・入浴介護のエビデンスの向上」、「事業所経営の質の向上」が政策課題であり、その解決に向けた、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。

## 移出パッケージ例

- ①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
- ②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
- ③公設介護福祉施設の受託(サービス種別は不問)

# 日本式介護のアジアでの価値 ③マレーシア



- ◆マレーシアの高齢者入所施設は「医療付き」のナーシングホームと「医療なし」のケアセンターに大別され、「医療付き」は、現地の医師免許を持つ医師による医療行為が必要。しかし、規制緩和の方向にある。
- ◆富裕層向けの介護サービスは一部にあるが、全高齢者を対象とした介護サービスは質・量とも不十分。
- ◆中華系・マレー系・インド系でコミュニティが分化しており、参入にはそれぞれへの対応が必要。

## 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	「医療付き」の登録入所施設（ナーシングホーム）	20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
2	「医療なし」の登録入所施設（ケアセンター）	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	国営の貧困高齢者向け施設	11か所程度	養護老人ホーム
4	登録されていない高齢者施設	700か所程度	—

※ナーシングホームの法制度は2006年に改正されており、それまでのナーシングホームのうち、ケアセンターに再定義された施設もある。

資料：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。

## マレーシアの高齢者介護事業所・施設の例

施設名	サービス内容	利用者の特性	言語
A入所施設	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
B入所施設	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
C入所施設	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
D通所介護事業所（入所も可）	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
E訪問介護事業所	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

- ◆「自立支援」は、「身体機能の維持・回復・低下防止」や「認知症の予防・重度化予防」を中心に、マレーシアでも優位性があると考えられる。

## 日本式介護モデルのマレーシアでの優位性

自立支援の領域	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

- ◆マレーシアでは、「中間所得層向けの医療アクセス可能な入所機能の強化」や「自立支援型ケアプランの作成と実践」が政策課題であり、その解決に向けた、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。

## 移出パッケージ例

- ①ナーシングホーム＋サブとなる小規模多機能施設（拠点）
- ②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

# 日本式介護のアジアでの価値 ④タイ



- ◆タイもマレーシアと同様に、「医療付き」のナースィングホームと「医療なし」の老人ホームに大別される。
- ◆富裕層向けの施設やお寺が運営するホスピスなどもある。
- ◆全高齢者を対象とした介護サービスは質・量とも不十分な状況である。

## 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スィングホーム	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	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マム	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: 厚労省国際課「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)などをもとに作成。

## A 施設の例

- ◇バンコク北部にあるA施設は、運営・管理者が医師であり、昼間は有名病院に勤務し、毎日夕方5時から8時まで介護施設にいる。
- ◇施設は5階建てで、1階が診療所、2階がリハビリ施設、3階から上が生活スペース。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。
- ◇現在15人の高齢者が入居し、そのうち2人は日本人。この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け入れも行っている。
- ◇この介護施設の入居費用は食事込みで月額2万2000バーツ(1バーツ≒3円)。タイでは中間的な価格帯の施設だが、この金額で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。

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)

- ◆「自立支援」は、「身体機能の維持・回復・低下防止」や「認知症の予防・重度化予防」を中心に、タイでも優位性があると考えられる。

## 日本式介護モデルのタイでの優位性

自立支援の領域	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

- ◆タイでは、「重度の要介護者、認知症の高齢者への政策の全国化」や「介護を通じた日タイ連携の強化」が政策課題であり、その解決に向けた、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。

## 移出パッケージ例

- ①(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
- ②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

# 現地拠点の設立・運営にあたっての制度上の課題

- ◆各国に介護事業所の設置・運営に関する財政支援はあり、日本の法人も活用できるが、日本ほど恵まれた支援ではない。
- ◆中国・マレーシアでは医療機能のない介護施設の参入にはすでに外資独資に開放されている。医療についても規制改革が進んでいるが、運用面では難しい部分もある。

## 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

	財政支援の状況
中国	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆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。</li> <li>◆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。</li> <li>◆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、低所得者向けの公施設設と、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。</li> </ul>
韓国	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆日本と同様に、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しくみがある。</li> <li>◆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、経営が厳しいといった指摘もある。</li> </ul>
マレーシア	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆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。</li> <li>◆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。</li> <li>◆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。</li> </ul>
タイ	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆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。</li> <li>◆2015年9月から、国が約20億円の予算を確保し、パイロットプロジェクトとして、100のタンボン(自治体)にナーシングホームの建設を推進。</li> </ul>

## 中国とマレーシアでの介護事業所の参入や参入後の運営にあたっての規制等の状況

	参入時	運営時
中国	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆2013年から、外資独資による介護会社設立も可能となった。</li> <li>◆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。</li> <li>◆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にくい状況にある。</li> <li>◆2014年により、一部の市・省で外資独資の医療機関設立が解禁されている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆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。</li> <li>◆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。</li> <li>◆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。</li> </ul>
マレーシア	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆医療機能を持たない介護施設は外資参入可能。</li> <li>◆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ている。また診療所を外資が所有できるようになっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆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。</li> <li>◆ナーシングホーム、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。</li> <li>◆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。</li> </ul>

# 現地拠点の設立・運営を支援する施策例

## ◆5つの日本式介護モデルごとに支援施策を検討していくことが重要。

### 5つの日本式介護モデルごとの支援施策例

名称	施策例
施設拠点モデル	このモデルの中心的な担い手である社会福祉法人は、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。そこで、アジア進出に対しては一定の公的なインセンティブが有効と考えられる。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。
医療連携モデル	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・定住につながるものが欠かせない。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。
事業発展型モデル	事業発展型モデルの事業所・施設は、アンケートでも海外進出意欲が高く、日本式介護の海外進出の中心的な存在として期待される。このモデルへの支援施策としては、既に日本貿易振興機構(ジェトロ)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な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。
社会参加モデル	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。このため、支援施策は、海外に移出すべき社会参加モデルの内容の確立から入るべきである。
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、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、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など、そのエビデンスの現地での有用性の確認が第一である。