

# 高齢者福祉の国際比較と中国养老事業の課題

ー中国、日本、アメリカを中心にー

文責 盟友商事株式会社 張 亜紅、祐川尚素

## 目次

I. 高齢者を取り巻く環境.....	2
1. 人口規模と高齢化のスピード .....	2
(1) 社会の高齢化.....	2
(2) 各国の人口推移.....	2
(3) 各国の高齢化率と倍化年数.....	4
2. 経済発展と高齢化.....	5
(1) 人口ボーナスと人口オーナス.....	5
(2) 各国の人口ボーナス及びオーナス期.....	5
(3) 中国の人口動態特性の比較整理.....	7
II 养老事業の市場環境.....	9
1. シルバービジネスの市場規模 .....	9
(1) シルバービジネスとは.....	9
(2) シルバービジネスの市場規模.....	9
(3) 养老事業の市場規模.....	10
2. マーケティングの重要性 .....	11
3. 商圏内の要介護高齢者数の出現率 .....	11
(1) 商圏設定.....	11
(2) 要介護高齢者数と出現率.....	12
4. 高齢者世帯の状況.....	14
5. 高齢者の居住状況.....	15
(1) 日本の高齢者の居住状況.....	16
(2) 美国の高齢者の居住状況.....	16
(3) 中国の高齢者の居住状況.....	17
(4) 高齢者の住み替え需要 .....	17
6. 高齢者の所得階層.....	18
(1) 中国、日本、美国の高齢者所得比較.....	18
(2) 一般的な养老施設の潜在顧客数.....	19
(3) 高級養老施設の潜在顧客数.....	19
III. 日本、美国の高齢者福祉制度 .....	20
1. 日本の高齢者福祉制度 .....	20
(1) 高齢者福祉政策の流れ.....	20
(2) 介護保険制度の概要.....	21
(3) 介護保険で利用できる主なサービス種別.....	23
(4) 日本の养老施設の人材 .....	25
(5) 日本の高齢者福祉政策の新しい動向.....	26

2. 美国の高齢者福祉制度概要 .....	26
(1) 美国福祉政策の特性.....	26
(2) 美国の高齢者福祉制度 .....	27
(3) 保険制度ーメディケア及びメディケイドー .....	27
(4) 高齢者福祉服务.....	28
(5) 美国の養老施設の人材 .....	31
IV. 中国高齢福祉サービスの現状と課題.....	31
1. 中国の高齢者福祉制度 .....	31
(1) 中国の高齢者福祉政策動向 .....	31
(2) 中国の養老施設種別.....	32
2. 中国养老事業の課題 .....	34
(1) 不足している養老施設の供給量 .....	34
(2) 不足している高齢者在宅介護事業.....	35
(3) 老人能力評価の標準化と介護計画作成の必要性 .....	35
(4) 养老事業の人材問題.....	38
V. 中国高齢者福祉の課題と解決の方向性.....	39
1. 課題整理 .....	39
2. 課題解決の方向性.....	39
3. 中国の养老施設事業モデルの検討.....	40
(1) 中国版 CCRC の課題 .....	40
(2) 养老施設モデルの要件.....	41
(3) 管理単位の設定.....	41
(4) 护理員の配置標準.....	41
(5) 合理的な費用体系の構築.....	43
(6) 予算統制 .....	44
引用文献.....	45

# I. 高齢者を取り巻く環境

## 1. 人口規模と高齢化のスピード

### (1) 社会の高齢化

社会の高齢化<sup>1</sup>はその社会の高齢者政策に大きな影響を及ぼす。高齢化が高まると言うことは総人口に占める高齢者の割合が増加すると言うことであり、生産人口の比率が低下すると言うことでもある。よって、当該社会の活力、産業活動に影響を与えると同時に、医療費、介護費等の社会保障費用の上昇を招き、国家財政等々にも大きな影響を与える。

また、高齢化の進展と共に高齢者の慢性疾患患者が増えて医療保険制度等の持続性が問題となったり、障害高齢者や痴呆高齢者が多く出現するようになってきたりする。特に医療が進歩すれば、脳梗塞、脳卒中、心臓病等の急性疾患での死亡率は低下するが、これらの疾患で完治することは希で、障害を持ったまま生活する障害高齢者が増加していくので介護問題が深刻化してくる。このように高齢化した社会では、高齢者の医療、介護問題が社会問題化してくるのである。

但し、社会の高齢化は否定的な側面しかないのではなく、社会の高齢化は成熟社会<sup>2</sup>という言葉に代表されるように、経済成長中心の社会から安定的で落ち着いた社会への転換の契機となるという肯定的なとらえ方もあることを忘れてはならない。

### (2) 各国の人口推移

日本、美国、中国の総人口の推移を Figure1 に示す。日本の人口は 2010 年の 127,300 千人をピークに減少していく。美国の人口は微増ながらも 2100 年まで増加し続けると予測されている。

中国の人口増加率は 1970 年の 4.5% で低減し、2035 年以降は人口減少となることが予測されている (Figure2 参照)。中国は 2030 年 1,453,000 千人をピークに減少すると推定されている。<sup>※3</sup>

中国の総人口は圧倒的に大きい。2010 年現在、日本の 10.4 倍、美国の 4.4 倍もの規模を誇っている。また、中国の高齢者人口は 2010 年現在で 113,545 千人であるが、2060 年には 368,545 千人と約 3.2 倍にも増加すると予測されている。この高齢者人口 (Figure3 参照) も他国に比して圧倒的と言える。

中国の総人口及び高齢人口のこの圧倒的な量は中国の高齢者福祉にとって非常に大きな課題と言える。

<sup>1</sup> 高齢化という言葉で言う高齢者は本章では基本的に 65 歳以上である。また、高齢化率とは 65 歳以上の高齢人口を総人口で除したもの。

<sup>2</sup> 成熟社会は、イギリスのガボールの著した「成熟社会」(1972)からの転用語で、一種の未来社会についてのビジョン。成熟社会とはひたすら量的拡大のみを追い求める経済成長やそれに支えられた大量消費社会のかわりに、高水準の物質文明と共存しつつも、精神的な豊かさや生活の質の向上を最優先させるような、平和で自由な社会を意味している。ガボールは 1971 年にノーベル物理学賞を受賞した高名な物理学者。

引用：<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/ss/ssa/ksk/sssf/forum/H23forum1sankou2.pdf> 2014.05.02

<sup>3</sup> World Population Prospects: The 2012 Revision United Nations Department of Economic and Social Affairs 中位推計値を参照

Figure 1

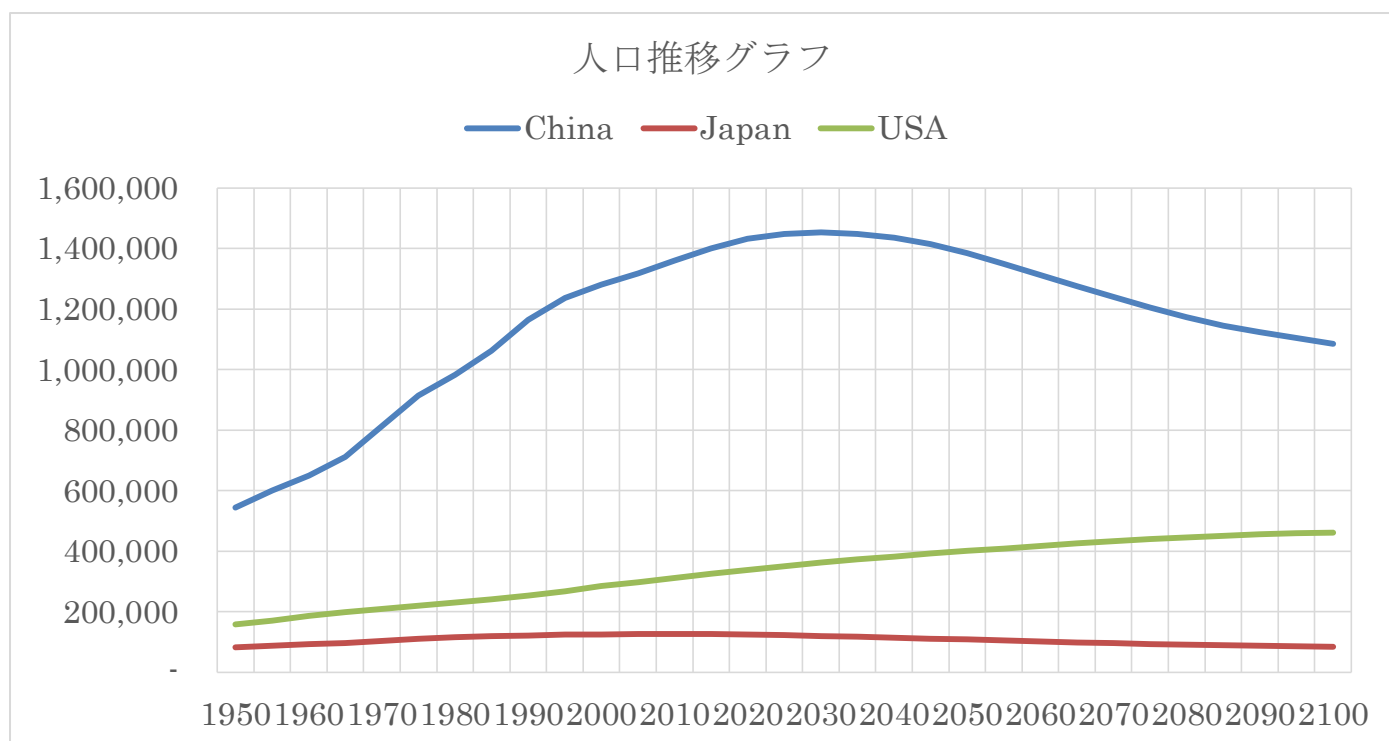


Figure 2

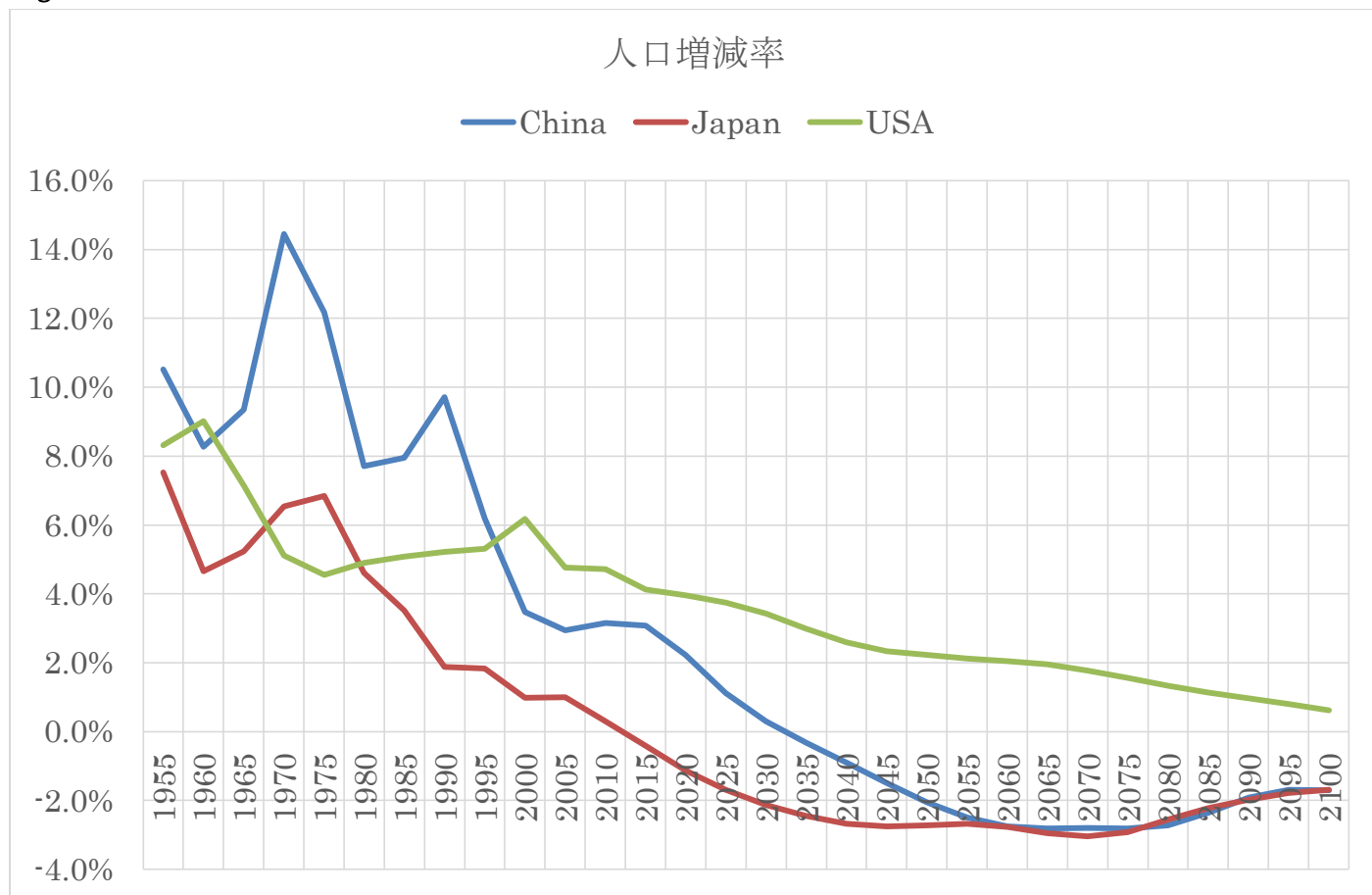
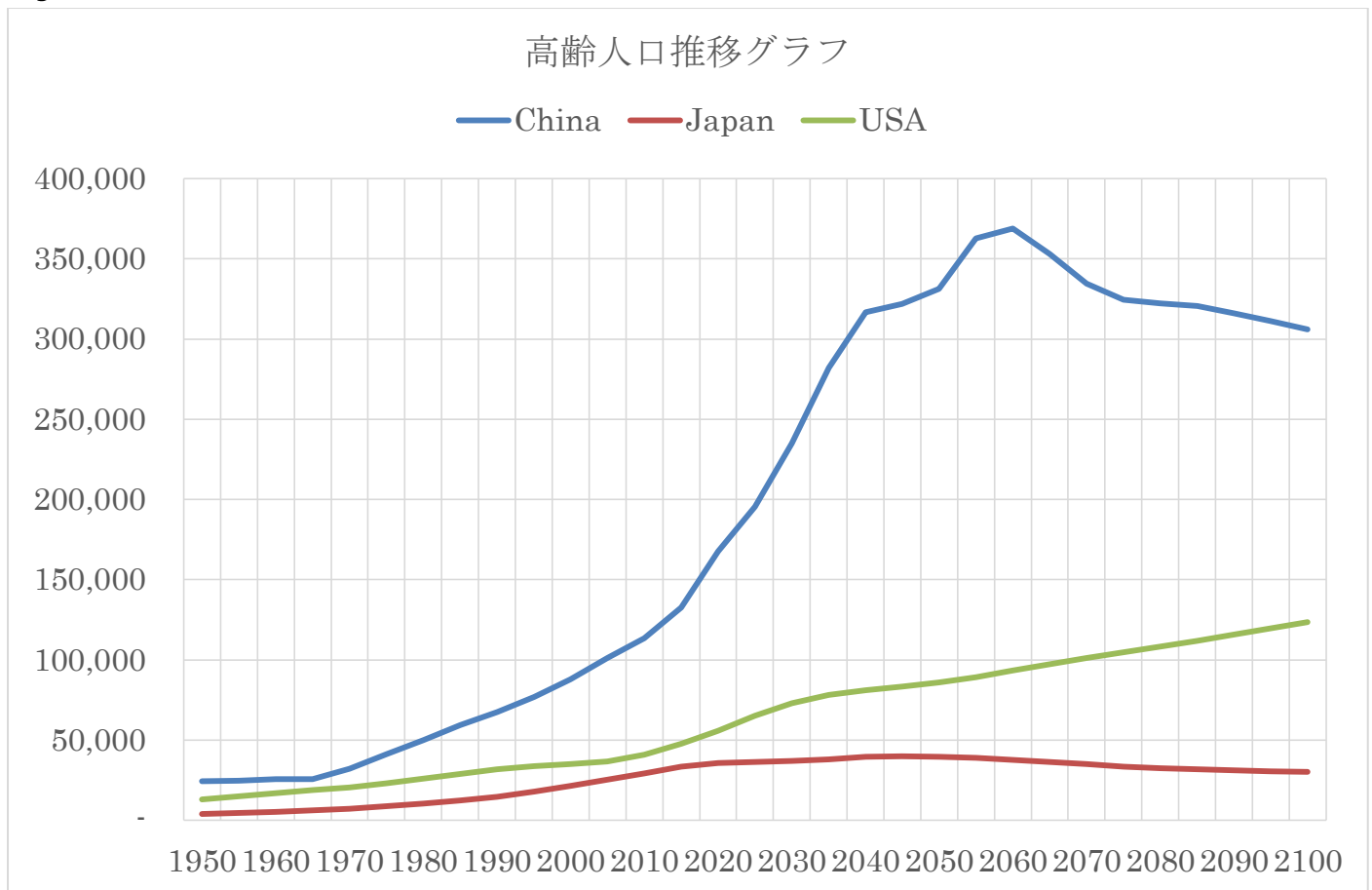


Figure 3



※World Population Prospects: The 2012 Revision を基に筆者作成

### (3) 各国の高齢化率と倍化年数

#### ① 日本の高齢化

日本は1970年に高齢化社会<sup>4</sup>となり1995年には高齢社会<sup>5</sup>となり、2007年に超高齢社会<sup>6</sup>となった。高齢化社会から高齢社会に到るまでの倍化年数<sup>7</sup>は24年となっている。「高齢化社会から高齢社会になるまでの期間をみると、フランスが115年、スウェーデンが85年、英国が47年という中で、日本は24年という比較的短い期間で高齢社会となっている。」[経済産業省(日本), 2014]

日本の高齢化のスピードは欧米各国に比べると比較的速い速度で高齢化を遂げている。また、2010年現在の高齢化は23%にも上り、世界最高の超高齢社会となっている。

#### ② 美国の高齢化

2010年段階で美国の高齢人口は47,692千人で高齢化率は13.1%となっている。

美国は1944年から高齢化社会に入っており、2013年には高齢社会を迎えた。倍化年数は69年である。美国はアジアの国々に比べて、高齢化の進展は遅い。しかし、美国では2010年代にはベビーブーマー世代<sup>8</sup>が高齢期を迎え急激に高齢化が進むと予測されている。

#### ③ 中国の高齢化

中国は2000年に高齢化率が約7%となり、中国社会は高齢化社会となった。また、中国は2025年頃には高齢

<sup>4</sup> 高齢化社会 Ageing Society とは 65 歳以上の高齢人口が全人口の 7%以上 14%未満の社会。

<sup>5</sup> 高齢社会 Aged Society とは高齢化率 14%以上 21%未満の社会。

<sup>6</sup> 超高齢社会 Ultra Aged Society とは高齢化率 21%以上の社会。

<sup>7</sup> 高齢化社会 (7%) から高齢社会 (14%) になる期間を倍化年数と言う。

<sup>8</sup> baby boomer generation とは 1946 年から 1959 年に生まれた世代のこと。

化率 14%程度となると思われる。<sup>※9</sup> この推定では中国の倍化年数は 25 年となり、日本の倍化年数と殆ど同じである。倍化年数は、その他のアジア諸国についてみると、シンガポールで 17 年、韓国で 18 年、タイで 22 年などとなっており欧米諸国の倍化年数よりかなり短期間となっており、アジア諸国は欧米諸国と異なり、急激な高齢化に直面していると言える。【経済産業省（日本）, 2014】

## 2. 経済発展と高齢化

### （１）人口ボーナスと人口オーナス

先に、中国を含めアジア諸国は急激な社会の高齢化を迎えていると紹介した。問題は、この急激な高齢化と経済発展とのバランスである。中国では未富先老と言われているが、多くのアジア諸国<sup>10</sup>では経済的な豊かさを手に入れる前に、高齢化社会に突入してしまうことが大きな問題となっている。

社会の高齢化の問題は高齢人口だけの問題ではなく、生産年齢人口<sup>11</sup>や従属人口<sup>12</sup>、総人口等のバランス等の問題が複雑に絡み合った問題である。

国の人口構成は様々に変遷していくことが知られているが、人口動態と経済問題とを結びつけた概念に人口ボーナス<sup>13</sup>及び人口オーナス<sup>14</sup>という概念がある。人口ボーナスとは多産多死社会から少産少子社会へ変わる過程で現れる過程であり、子供と老人、つまり従属人口が少なく、生産年齢人口が多い状態で、豊富な労働力で高度の経済成長が可能な時期を言う。この人口ボーナスは、開発途上国にとっては、先進国にキャッチ・アップするための機会を与えるものであると同時に、後にやってくる高齢化社会に対する準備期間であるともいえる。

一方、人口オーナスとは、一国の人口構成で、高齢人口が急増する一方、生産年齢人口が減少し、少子化で生産年齢人口の補充はできず、財政、経済成長の重荷となった状態を意味する。【Goo 辞書, 2014】

人口ボーナス期の開始時期は、従属人口比率が低下を開始する時期であり、人口ボーナス期が終わる時期は、従属人口比率が上昇に転換する直前の時期、と定義できる。【白井さゆり, 2012】

### （２）各国の人口ボーナス及びオーナス期

以下に中国、日本、美国の従属人口比率の増減推移を示す。先ほどの人口ボーナスの定義を適用すれば、日本の人口ボーナス期は 1990 年に集結しているし美国も 2005 年には集結しているように見える。そして、中国の人口ボース期は 1970 年に始まり 2010 年に終結し 2015 年から人口オーナス期に入ると思われる。ちなみに、アジア諸国では中国と同様にタイ、台湾も 2010 年に人口ボーナス期を終了するとみられ、韓国、香港は 2010 年に人口ボーナス期を終了している。東アジアの国々の多くが今後人口オーナス期に入っていくと考えられ、その中に中国も含まれている。

Table 1

従属人口比率	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025
China	3.2%	1.7%	1.1%	-0.5%	-0.2%	-3.6%	-4.0%	-1.4%	-0.4%	-2.2%	-4.3%	-1.7%	1.1%	2.3%	0.9%
Japan	-1.5%	-2.9%	-3.8%	-0.9%	1.1%	0.4%	-0.8%	-1.6%	0.2%	1.4%	1.8%	2.6%	3.1%	1.9%	0.8%
USA	3.1%	1.6%	-0.3%	-1.7%	-2.4%	-1.7%	-0.3%	0.6%	0.3%	-0.7%	-0.9%	0.0%	1.2%	1.6%	1.9%

※World Population Prospects: The 2012 Revision を基に筆者作成

<sup>9</sup> World Population Prospects: The 2012 Revision United Nations Department of Economic and Social Affairs 中位推計値を参照し高齢化率を算定

<sup>10</sup> アジア諸国：シンガポール、日本、韓国を除く。

<sup>11</sup> 生産年齢人口とは 15 歳以上 64 歳以下の人口。

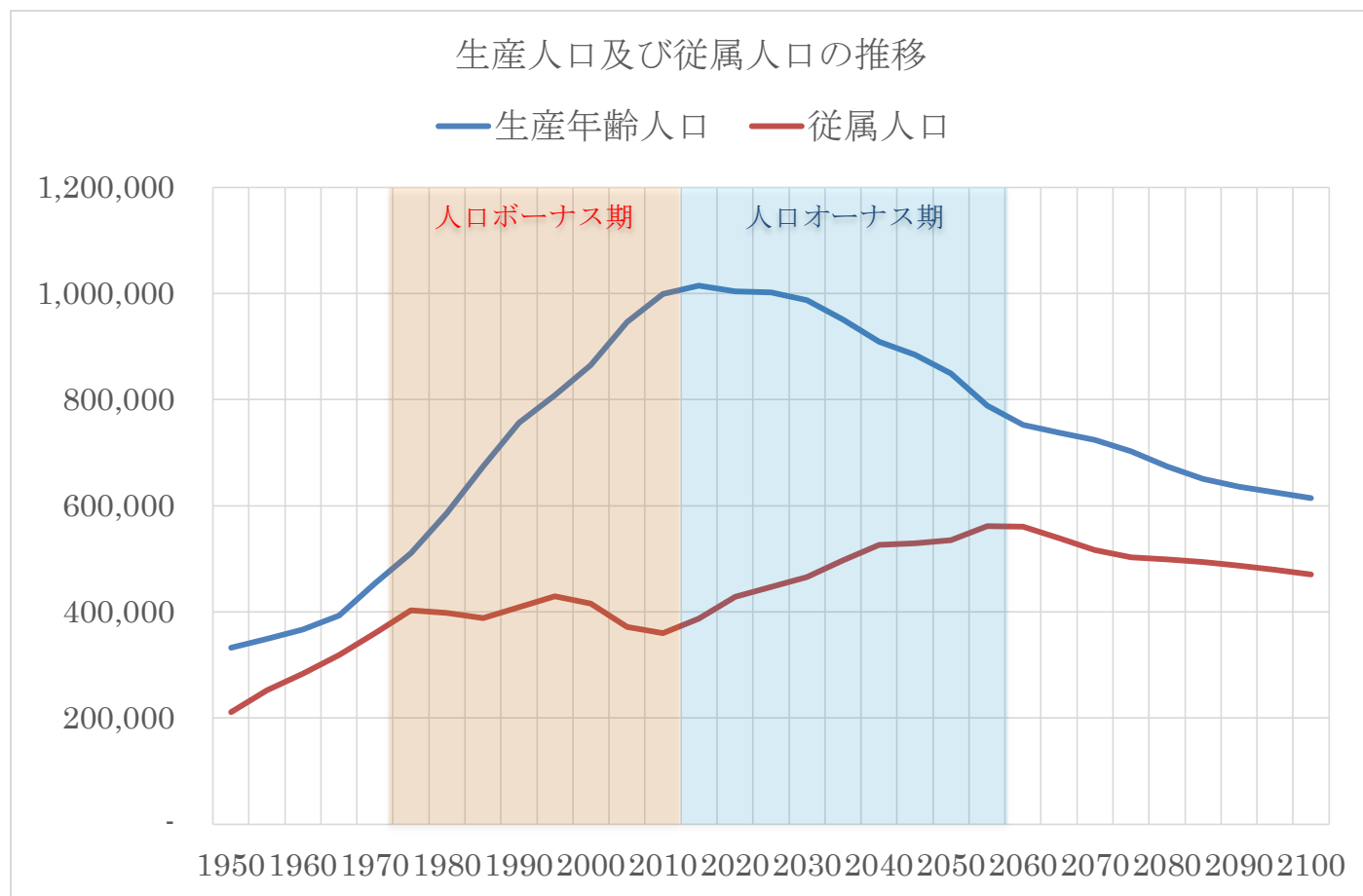
<sup>12</sup> 従属人口とは 0 歳から 14 歳までの幼少人口に 65 歳以上の高齢人口を加えた人口

<sup>13</sup> 人口ボーナス英文では demographic dividend。「人口学的配当」とも訳されることがある。

<sup>14</sup> 人口オーナス オーナス (onus) は重荷・負担の意。

上記の中国の人口ボーナス期等を生産年齢人口及び従属人口の推移グラフに示すと以下のグラフとなる。

Figure 4

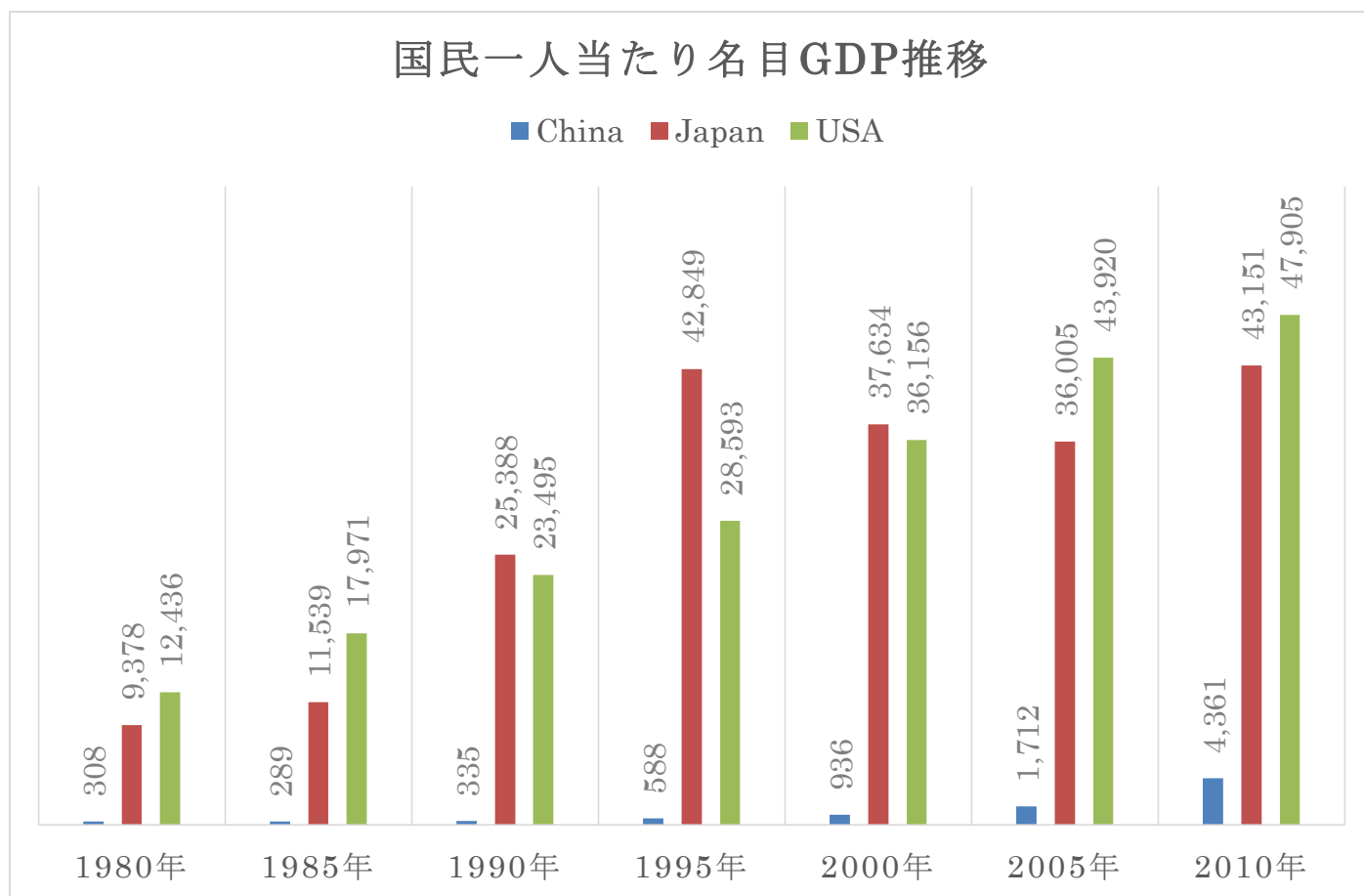


※World Population Prospects: The 2012 Revision を基に筆者作成

ここで、国民一人当たりの名目 GDP<sup>15</sup>の推移を以下に示す。これをみると、日本が人口ボーナス期を終了する1995年の一人当たりの名目 GDP は約 25,000 ドルで、中国が人口ボーナス期を終える 2010 年の国民一人当たり名目 GDP は 4,361 ドルである。中国は名目 GDP が 1 万ドルにも達しない段階で人口ボーナス期を終え、人口オーナスの局面に入ってしまうことが分かる。まさしく、未富先老と言われる所以である。

<sup>15</sup> GDP Gross Domestic Product:国内総生産とは、国内の生産活動による商品・サービスの産出額から原材料などの中間投入額を控除した付加価値の総額。名目 GDP は、当年の市場価格により算出したもの。

Figure 5



※ World Population Prospects: The 2012 Revision の人口と名目 GDP データ [(株) FREELABO, 2014]を基に筆者作成。

### (3) 中国の人口動態特性の比較整理

下表は高齢者対策に影響を及ぼす、高齢化率、高齢人口者数の量、高齢化の進展速度、人口オーナスの4要素について、中国、日本、美国を比較整理したものである。

Table 2

国名	高齢化率	高齢者人口量	高齢化速度(倍化年数)	人口オーナスの影響
China	小	大	大	中
Japan	大	小	大	大
USA	中	中	小	小

日本は倍化年数が24年と比較的、高齢化速度が速かった。そして、高齢化率で言えば既に超高齢社会に達している。また、人口オーナス期に入って久しく、日本経済もこの人口オーナスに伴い低迷を続けている。

美国は比較的ゆっくりと高齢化の過程を歩んでいる。高齢人口も日本の1.4倍程度に止まっている。さらに、人口オーナス期を迎えたと言っても、美国の生産年齢

人口は伸び続けると推測されている (Figure6 参照)。よって、美国は今のところ、人口オーナスに影響はさほど考慮する必要は無いと思われる。

中国は日本、美国に比べると高齢化率はまだ低いものの、高齢人口数は圧倒的なものであり、高齢化の速度も日本と変わらない。また、中国はこれから人口オーナスの影響が本格化してくると想定される。ここに中国の今後の高齢者対策の困難性があると思われる。中国の高齢化の特徴を以下にまとめる。

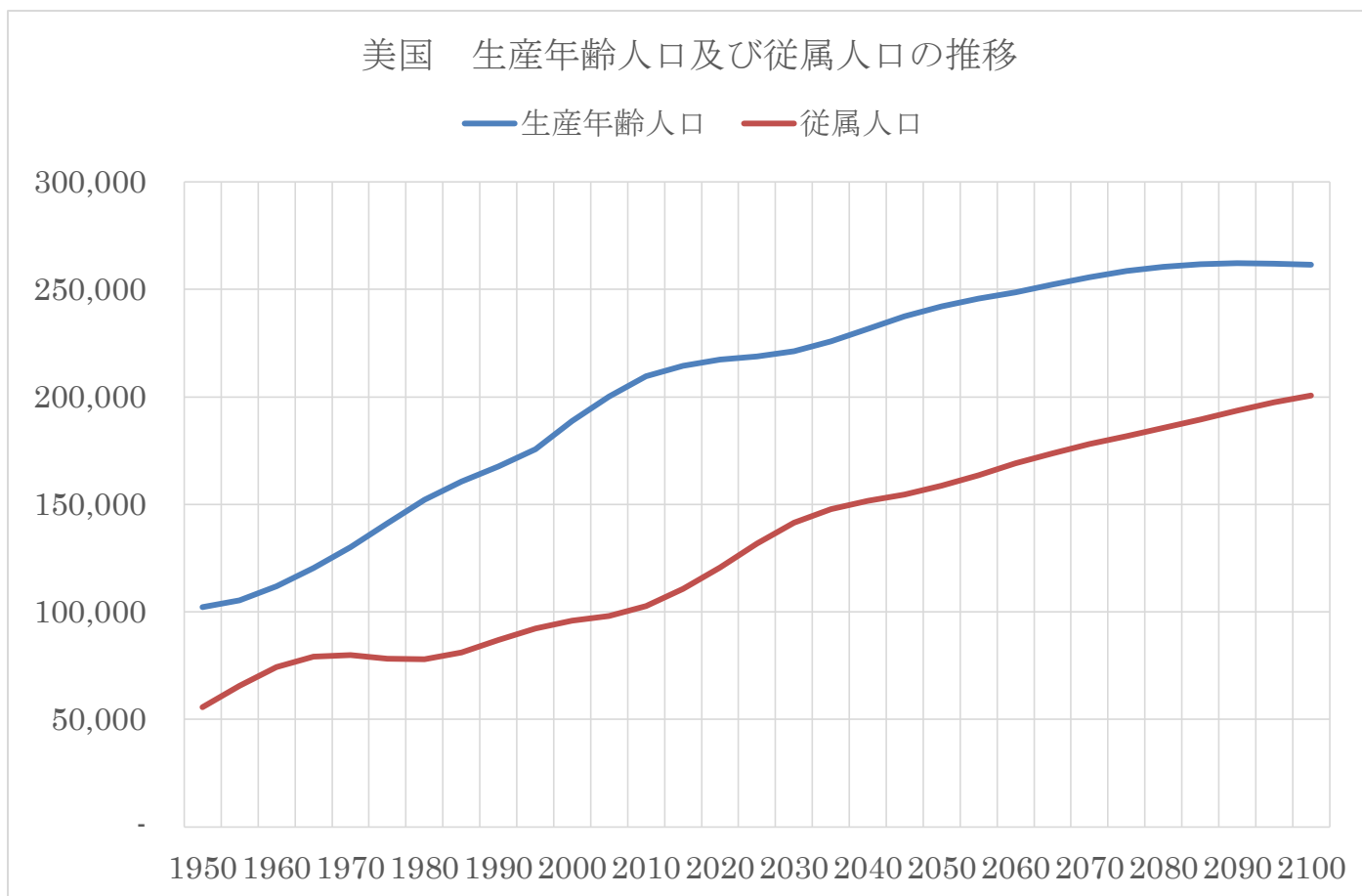
- ・ 高齢者の絶対数の多さ
- ・ 高齢化の進展速度が速い
- ・ 未富先老 (低い経済レベルにおける高齢化の進展)



上記の他に、以下の様に農村と都市との人口的格差や経済発展の格差等や東西地域の格差が大きい等指摘されている。

「中国での都市化の進展により、農村の若年労働者が大量に都市に流入し、その結果、農村の高齢化のスピードは都市よりも速く、農村は深刻な高齢化問題に直面している。」「経済の発展状況により高齢化に差が出ている。全体をみると、北京市、重慶市など直轄市、江蘇省、四川省、山東省など経済的発展地域の高齢化が高く、青海省、チベット自治区など経済基盤が弱い地域は相対的に高齢化が低い。」【日本貿易振機構, 2013 年】

Figure 6



## Ⅱ 养老事業の市場環境

### 1. シルバービジネスの市場規模

#### (1) シルバービジネスとは

シルバーサービスとは、「民間部門により、利用者が高齢者であることを意識して、提供されるサービス及び商品である。」[厚生労働省, 1991年]と定義されている。日本の厚生労働省はシルバーサービスをサービスのみならず、商品、物財も含めて定義している。このシルバーサービスには、介護サービスの他に福祉用具のレンタルや販売、金融、保険商品、住宅リフォーム等の住宅関連、旅行やスポーツ、健康、娯楽、出版関連等のサービス及び商品等々が含まれる。

要するに、シルバーサービスとは高齢者を対象として物質的財貨やサービスを商品として生産、販売する事業全般を意味する。また、シルバービジネスとは上記のシルバーサービスに係る産業である。よって、シルバービジネスとは高齢者の様々な需要に対応したかなり幅広い産業とすることができる。

#### (2) シルバービジネスの市場規模

上記のシルバービジネスとはかなり幅広い定義となっており、このシルバービジネスの事業規模を把握するのは非常に困難である。日本においてシルバービジネスの市場規模算定方法は高齢者の資産を基に推定する方法<sup>16</sup>や高齢者の家計消費支出<sup>17</sup>を基礎に推定する方法<sup>18</sup>などがある。日本では高齢世帯の家計消費額を基礎とすれば、2005年 3.6兆円、2010年 4.2兆円、2015年 4.5兆円と推定されている。これに対して資産を基礎にした試算では 900兆円(56兆円)にも上る。このように何を基礎とするかでシルバービジネスの市場規模は異なってくる。

美国のシルバービジネスの市場規模に関しては確かなところは分からない。そもそも、シルバービジネスとは和製英語《silver+business》であり、美国において明確な概念は見当たらない。

中国高齢者の消費需要は 2010年に 1兆円を超え、2050年前後には 5兆円に達するという。[人民網日本語版, 2011年] また、大和総研によると、中国のシルバー産業の潜在市場規模は 2009年には約 1兆円と推計される。[大和総研, 2010] さらに、別のデータでは、介護関連ビジネスに医薬や生命保険、観光、レジャー等を含めたシルバービジネス全体の市場規模は 2005年で 4,000億元<sup>19</sup>、2010年<sup>20</sup>に 1兆 4,000億元、2020年には 4兆 3,000億元に達するとされている。これらの市場規模算定はどのような方法によって算出されたかは不明である。

結局のところ、中国、日本、美国のシルバービジネスの市場規模について統一した計算方法で算定するのは、なかなか困難である。ここでは、日本の 2010年のシルバービジネスの市場規模 4.2兆円を基礎に、各国の高齢人口比及び一人当たりの名目 GDP 比を用いて、中国、美国のシルバービジネスの市場規模を算定した結果を、Table1 に示す。

<sup>16</sup> (株)ユニホーシルバー事業部の『シルバー産業は何兆円になるのでしょうか?』

<http://www.uniho.co.jp/jigyo/silver/1-5.html>によると、1999年の 60歳以上の高齢者の平均的資産額は約 5,830万円(3,640千円)であり、60歳以上の世帯数 1,553万世帯を乗じると約 900兆円(56兆円)にもなるという。

<sup>17</sup> 消費支出とは、国民が生活するうえで、必要となる家計の支出のこと。税や社会保険料以外の食糧費、住居費、光熱費、被服費、教育費、教養娯楽費、交通通信費、保健医療費など生活を維持するために必要な支出が消費支出に入る。

<sup>18</sup> 『シルバーサービス振興ビジョン』(社団法人シルバーサービス振興会 2008年 3月)は家計消費に占める 60歳以上高齢者消費割合と消費額を推計している。

<sup>19</sup> 中国老齡事業發展基金會長 李宝库

<sup>20</sup> 2010年・2020年推計値：中国全国高齢者事業委員会弁公室(2007.1)

Table 3

国名	2010 年 高齢人口 (千人)	人口 計数 ①	名目 1 人当 たり名目 (RMB)GDP	名目 1 人当 たり GDP 計数 ②	③=①×②	2010 年の日本 の市場規模 ④	推定市場規模 ③×④
China	113,545	3.88	4,421 元	0.10	0.4	—	1.7 兆元
Japan	29,243	1.00	43,014 元	1.00	1.0	4.2 兆元	4.2 兆元
USA	40,794	1.40	46,900 元	1.09	1.5	—	6.4 兆元

シルバービジネスの市場規模は高齢者人口の増加によって拡大して行く。シルバーサービス産業などといわなくても、すべての産業やビジネスは、高齢者を顧客として考慮せざるを得なくなる、あるいは極端に言えば、そうしなければ成り立たなくなる、といっても過言ではない。換言すれば、全ての産業やビジネスがシルバー産業化するのが高齢社会と言える。

また、「中国のシルバー産業の市場規模は 2009 年には約 1 兆元と推計されるのに対して、実際の商品・サービスの供給はわずか 1,500 億元に過ぎない。」「この大幅な需給ギャップの背景には、シルバー産業に対する社会の認識不足、シルバー産業における人材不足、脆弱な政策支援、シルバー産業の市場化の遅れなどがある。」[張曙光, 2010 年]との指摘がある。この指摘は重要である。高齢者の所得や消費を基にシルバー産業の市場規模を算定したとしても、それは、あくまでも潜在需要<sup>21</sup>であり、潜在的市場規模と言うことができる。

実際には高齢者の需要に合わせた商品、サービスの開発及び提供が潜在需要に追いつかなければ潜在需要が顕在化することはないということである。中国のシルバービジネスに関しては潜在需要を顕在需要化させるための、仕組み、工夫が必要である。

例えば、中国の介護用品市場では消費者の介護知識が低いために需要喚起ができず、潜在需要が顕在化していない。全ての养老施設等で介護用品の展示を行ったり、介護用品の選定及び使用方法を啓発する人材養成を行ったりする必要がある。このような取組がなければ介護用品市場は顕在化してこない。

### (3) 养老事業の市場規模

ここで言う养老事業とは、要介護高齢者を対象とした養老施設、在宅介護サービス事業等の介護サービス事業を意味する。公的介護保険制度が導入されている日本においては、この养老事業は介護保険事業と同義である。日本に於いてこの市場規模は 2000 年 2,400 億元だったものが 2010 年には 5,200 億元と 10 年間で約 2.2 倍となっている。[厚生労働省, 2014]

美国の养老市場規模は「2010 年に要介護老人 508 万人。131 万人が施設入所、378 万人が地域で暮らしていたと言う。その介護費用は 3,420 億ドル (2.28 兆元)」[新井光吉, 2013]と巨大な市場となっている。

中国の养老市場規模については正確な情報がみあたらなかった。养老市場といっても中国、日本、美国では、内容的には大きな差異があり、単純に比較はできない。しかし、巨大な人口、日本人口に匹敵するだけの高齢人口を擁する中国の养老市場が巨大な市場であることは間違いない。

いずれにしても、シルバービジネス及び养老事業は高齢者の増大に伴い確実な成長が見込まれている産業領域である。このようなシルバー産業への新規参入は今後もますます活発化していくことであろう。もちろん新規参入事業者がこの産業について不慣れであるのは当然である。だからこそ、慎重且つ適切なマーケティングが重要となるのである。

<sup>21</sup> 潜在需要とは経営学用語の一つ。消費者がある商品やサービスを欲していると思われ、そしてそれを購入できるだけの所得があるというものの、未だに様々な事柄を要因として現実社会での需要となっていないような需要のことを言う。反意語に顕在需要というものが存在する。

## 2. マーケティング<sup>22</sup>の重要性

中国のシルバービジネス市場に於いて潜在需要は大きいものの、社会の認識不足や人材不足、脆弱な政策支援等により顕在化できないでいるとの指摘があるが、養老施設事業に於いても同様のことが言える。潜在需要と実際の顕在需要にズレが生じているのである。

公営、民間を含めて北京市の高齢者施設全体の入所率は 61.2% だと言う。【日本貿易振機構, 2013 年】これは、日本と比べれば非常に低い入所率である。日本の介護保険施設<sup>23</sup>は満床に近い入所率であり、有料老人ホーム<sup>24</sup>でも平均の入所率は 85.1%<sup>25</sup>である【社団法人全国有料老人ホーム協会, 2013 年】。

問題は、養老施設への高い需要があるにも関わらず、現実の養老施設の稼働率が良くないということにある。これは、まさしく消費者需要と提供する養老施設サービスにズレがあるということである。実際に中国の養老施設には高齢者のニーズ<sup>26</sup>、状態を無視した施設設計<sup>27</sup>やサービス内容及び料金設定となっている事例が散見される。これは、中国においては養老施設開発時にマーケティングを十分せずに開発してしまうことが多いからと推察できる。今後、中国に於ける養老事業の発展に必要なのは開発側の視点ではなく、利用者側の視点に立った養老事業の開発、運営である。そのためには、マーケティングの要素が非常に重要である。以下に養老事業にとってマーケティング要素の基礎的な点について明確にしたい。

## 3. 商圏内の要介護高齢者数の出現率

### (1) 商圏設定

養老施設開設に当たっては、まず、商圏を設定し、その商圏内の要介護高齢者がどの程度、存在しているかぐらひは把握すべきである。ここで言う商圏とは養老施設の入所者となる可能性のある人々が住んでいる「地域的な広がり」のこと。つまり、潜在的消費者の地域的な広がりである。

商圏は通常、距離圏で示されるが、地理的条件や競合施設の状況などによってその範囲は大きな影響を受ける。この商圏について整理したものが下表である。

Table 4

商圏区分	対応商品	消費者行動	時間距離	道路距離	対応養老事業
第 1 次商圏	最寄品 商圏	お客様がほぼ毎日来店 する可能性のある範囲	徒歩で 10～15 分 程度の距離	1.0 km	送迎サービスのない老人 デイサービス等
第 2 次商圏	中間品 商圏	週単位で来店する範囲	自転車 10～15 分程度の距離	2.5 km	
第 3 次商圏	専門品 商圏	月単位で来店する範囲	電車やクルマで 30～40 分圏	7.5 km	送迎サービスのある老人 デイサービス及び養

<sup>22</sup> マーケティング: marketing とは、企業や非営利組織が行うあらゆる活動のうち、顧客が真に求める商品やサービスを作り、その情報を届け、顧客がその商品を効果的に得られるようにする活動。

<sup>23</sup> 介護保険施設とは介護保険サービスとして入所できる「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」の 3 種類の施設

<sup>24</sup> 有料老人ホームとは老人福祉法第 29 条に規定された高齢者向けの生活施設。介護保険の適用の有無、介護サービスの内容に応じて、「介護付き」「住宅型」「健康型」の 3 つのタイプの有料老人ホームに分けられる。

<sup>25</sup> 『2013 年度制度改正後の有料老人ホームに関する実態調査及び契約等に関する調査研究報告書』社団法人全国有料老人ホーム協会（2013 年 3 月）

<sup>26</sup> ニーズ《needs》: 社会福祉援助においては人間が社会生活を営むために欠くことのできない基本条件を持っていない状態の時、ニーズを持っていると判断する。このため、利用者のニーズを把握することが援助において最も重要なことであり、利用者のニーズ把握が援助の成否に関わる。

<sup>27</sup> 養老施設は少なくとも無障害とする必要があるが、この条件を満たしていない施設も多い。

					老施設
--	--	--	--	--	-----

※注1 『日本リサーチセンター[商業立地 1] 商圏(1)』 <http://www.nrc.co.jp/marketing/07-14.html> を基に筆者作成

※注2 道路距離は徒歩 4 km/時間、自転車は 10 km/時間、自動車は信号待ち等を考慮し市街地の移動平均速度を 15 km/時間で計算した。当然、郊外地等の立地の場合は車の平均速度を高く設定することが必要である。一般的な移動平均速度は次の公式で求めることが多い。移動平均速度＝（制限速度＋10 km）÷2

※注3 注2の速度は、『移動に要する時間の求め方の目安（自動車で移動する場合）』以下 URL 参照。

参照サイト [http://deztec.jp/design/10/05/03\\_life.html](http://deztec.jp/design/10/05/03_life.html)

老人デイサービスの商圏は送迎サービスがある場合と無い場合とでは異なる。健康老人を対象とした場合の商圏は道路距離 1 km 圏内とかなり狭くなってしまうと推定される。また、要介護高齢者であれば、送迎サービスが無ければ老人デイサービスを利用することは困難である。よって、要介護高齢者には送迎サービスを提供することが必要なのだが、その場合でも座位保持の時間を 30 分以内に設定した方が良い。よって、時間距離 30 分圏内、道路距離 7.5 km 圏が商圏となるであろう。

養老施設の商圏は老人デイサービスと同様、車輻の時間距離で約 30 分、道路距離で約 7.5 km 程度と推定される。この第 3 次商圏、専門品商圏とは、普通に車を有する消費者にとって、普通の生活、消費行動をとっていれば養老施設の存在を知り得る地理的範囲と言える。

この商圏をより広いものとするためには、当該養老事業をブランド<sup>28</sup>化し他事業との差異を明確にし、消費者、顧客に支持される必要がある。

商圏を設定した後は、商圏の特性を分析することが肝要である。以下の様な情報を整理し、商圏の特性や目標顧客層を明確にする事が一般的である。

- ① 商圏人口等；人口、高齢化率、高齢人口等の年齢別人口や高齢者世帯数及び空き巣世帯数等の世帯数とその伸び率、世帯人員、昼間人口と夜間人口の差等は商圏の規模を評価するときの基本となる指標である。
- ② 要介護高齢者数：これは、高齢者の介護需要の基本的情報である。
- ③ 商圏内目標顧客特性；養老施設にとって獲得したい入所対象者の具体的なイメージを明確にすることが大切である。獲得したい入所者を目標顧客層と呼ぶ。この想定された目標顧客層向けの顧客サービス内容及びサービスの価格水準を検討することとなる。具体的には、要介護状態、世帯構成、所得水準、クルマ保有(複数保有)の有無等を勘案して目標顧客層を検討することとなる。
- ④ 商圏内の競合他社施設：商圏内の養老施設数、定員数、価格帯、特徴等を調査し、自社養老施設のポジショニング<sup>29</sup>を明確にする。

## （２）要介護高齢者数と出現率

養老市場の基本的要素、需要は、要介護高齢者の介護ニーズである。換言すれば、高齢化社会の大きな問題の一つは介護問題である。高齢人口の一定割合は確実に要介護状態となる。ここで言う要介護状態とは「身体または精神上の障害により入浴・排泄・食事など日常生活の基本的な動作について継続して介護を必要とする・・・」状態のことである。【朝日新聞デジタル, 2014】

日本においては上記の「継続して介護を必要とする」といった場合、6 ヶ月以上の期間を想定している。

<sup>28</sup> ブランド化；branding とは、自社の商品やサービスを競合企業と比べてより優れた価値あるものとし、他社と明確に区別すること。ブランドは消費者、顧客の関心領域において圧倒的な価値的優位を確立しているものであり、またその顧客の期待を常に裏切らないことを約束する製品や企業の象徴のことを指す。

<sup>29</sup> ポジショニング《positioning》とは、目標顧客の心の中に独自の位置（position）を占めるために、企業が自社のサービスのイメージをデザインすることを指す。ポジショニングは自社を他社と差別化するために行なうもの。

### ① 日本の要介護高齢者数及び出現率

日本では介護保険制度<sup>30</sup>が 2000 年から施行されている。ここで言う要介護高齢者とは高齢者の中で、介護認定<sup>31</sup>を受けて要支援以上に該当された者を言う。2009 年段階でこの要介護者は 469.6 万人となっており、高齢人口に占める割合は 16.2%である。[内閣府 Cabinet Office、Government of Japan, 2014]

### ② 美国の要介護高齢者数及び出現率

美国の要介護高齢者は、「2010 年にアメリカの要介護老人 508 万人（全高齢者の 13%）は 131 万人が施設に入所し、378 万人が地域で暮らしていた。」[新井光吉, 2013]と言う。

### ③ 中国の要介護者数及び出現率

中国では、着衣、就寝・起床、入浴、室内移動の 6 項目のうち一つでもできない高齢者を「失能老人」と言い、6 項目全ての項目ができるものの困難を感じる高齢者を「半失能老人」と言う。

全国老齡工作委员会弁公室の実施した『全国都市・農村高齢者生活能力喪失状況研究』によると、中国の要介護高齢者は高齢人口の約 18.1%、4 千万人にも昇ると推計されている。また、2010 年時点と比較すると約 700 万人も増加していることが分かる (Table3 参照)。

Table 5

		2010 年時点	2015 年予測	2015 年予測 出現率
高 齢 者 数		17,800 万人	22,100 万人	
自立に問題がある 高齢者	自立生活能力喪失者	1,100 万人	1,200 万人	5.4%
	自立生活能力一部喪失者	2,200 万人	2,800 万人	12.7%
計		3,300 万人	4,000 万人	18.1%

中国の养老施設開発者の介護需要の重要性の認識は乏しいと思われる。筆者の経験では、中国における养老施設開発コンサルティングの際に、多くのクライアントは要介護高齢者の状態像がイメージできずにいる。ないしは、介護サービスを避けようとする傾向がある。この結果、障害高齢者のニーズ、状態を無視した設計、服务体系、料金体系となってしまう事例が多いと思う。養老施設は最低でも无障碍設計であらねばならないし、服务体系や費用体系も消費者、顧客<sup>32</sup>に納得させられるものでなければならないが、この基礎的な事柄ができていない養老施設も散見される。

养老施設開設に当たっては、前述のように、商圈を設定し、その商圈内の要介護高齢者がどの程度存在しているかぐらいは把握すべきである。例え詳細な資料が乏しくても商圈内の高齢人口に先ほど紹介した要介護高齢者の出現率を乗ずると、要介護高齢人口の推定値が算出できる。この推定した商圈内の要介護高齢者から商圈内の既存養老施設の定員合計を減ずると新養老施設への潜在顧客数が把握できる。最低でもこの程度の潜在顧客数を把握すべきである。以上を整理すると以下の公式になる。

$$\text{潜在顧客数} = \text{商圈内高齢人口} \times \text{要介護者出現率 (18.5\%)} - \text{商圈内既存養老施設定員数}$$

<sup>30</sup> 介護保険：Long-Term Care Insurance 介護保険法の英文訳は以下の URL 参照

<http://eiyaaku.hounavi.jp/taiyaku/h09a12301.php>

<sup>31</sup> 介護保険を利用するためには市町村の認定を受けなければならない。この認定のことを要介護認定 (Insured Person qualifies) という。

<sup>32</sup> 护理事業に於いては消費者と顧客を分けて考察することが必要である。ここで言う消費者とは护理サービスを直接消費する高齢者を意味し、顧客とは护理サービスの購入決定に関与する家族等を意味する。护理事業に於いてはこの消費者と顧客と利害が一致しないという場合もあり得る。例えば高齢者は養老施設に入所したくないが、家族は自分の親等である高齢者が養老施設に入って欲しい等というような利益相反の事例がある。

#### ④ 各国の要介護高齢者出現率比較

各国の要介護者の出現率を比較すると下表のとおりとなる。中国の要介護高齢者の出現率は日本及び美国よりも高くなっている。しかし、要介護者と判定する能力評価方法は各国で異なるのでこれらの数値は参考に過ぎない。いずれにしても、言えることは中国の高齢人口の約 18.5%程度は要介護者であるということであり、中国社会にとって高齢者の介護問題が重大な社会問題であるとともに、重要な社会的ニーズであるということである。

**Table 6**

国名	調査年	高齢化率	要介護出現率
China	2010 年	8.4%	18.5%
Japan	2009 年	22.7% <sup>33</sup>	16.2%
USA	2010 年	13.1%	13.0%

#### 4. 高齢者世帯の状況

高齢者世帯の状況は养老事業市場にとって大きな要因となる。三世代同居等であれば、家族介護力<sup>34</sup>が高いと判断できる。しかし、高齢夫婦世帯、単独世帯等となると家族介護力は小さく限定的となってしまうからである。

##### ① 日本の高齢者世帯状況<sup>35</sup>

日本では 2011 年現在、高齢者世帯数は 1,942 万世帯であり、全世帯 (4,668 万世帯) の 41.6%を占めている。三世代世帯は高齢世帯の 15.4%で 1980 年段階の 50%から大きく減少してきている。また、高齢者世帯の中で高齢者夫婦世帯は 30%、単独世帯は 24.2%となっている。近年の日本に於いて、家族介護力は低下し続けてきている。

##### ② 美国の高齢者世帯状況

『A Profile of Older Americans<sup>36</sup> 2013』によれば美国の高齢者世帯の状況は下表のとおりとなっている。美国は子供との同居が少なく単独世帯と高齢者夫婦世帯を合わせた高齢者のみの世帯が 85%にもなっており、日本や中国よりも家族介護力は低いと言える。

**Table 7**

	全体	男性	女性
配偶者と同居	57%	71%	45%
単独世帯	28%	19%	35%
その他	10%	10%	20%

##### ③ 中国の高齢者世帯状況

「中国社会科学院が発表した 2013 年版『社会青書』によると、高齢者がいるすべての家庭のうち、老夫婦のみ、または高齢者一人で暮らしている世帯の比率は、2000 年には 22%だったが、2010 年には 31%まで 9 ポイント跳ね上がった。このうち独居老人の比率は 11%から 16%に上昇した。」 [日本経済新聞社, 2012]と言う。

<sup>33</sup> 日本の 2009 年の高齢化率は『平成 21 年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況』（内閣府）  
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2010/gaiyou/pdf/1s1s.pdf> 参照

<sup>34</sup> 家族介護力とは要介護高齢者の家族が当該高齢者を介護する力であり、健康な家族人数や家族の居住が同居か否かとか、仕事の有無等でこの家庭介護力が決まることが多い。

<sup>35</sup> 内閣府 Cabinet Office、Government of Japan. (2014 年 5 月 3 日). 『平成 25 年版高齢社会白書』 参照  
先: 第 1 章第 2 節 1: [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/gaiyou/s1\\_2\\_1.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/gaiyou/s1_2_1.html)

<sup>36</sup> U.S. Department of Health and Human Services :  
[http://www.aoa.gov/Aging\\_Statistics/Profile/2013/docs/2013\\_Profile.pdf](http://www.aoa.gov/Aging_Statistics/Profile/2013/docs/2013_Profile.pdf)

「児孫繞膝（子や孫たちが膝にまわりつく）とか四世同堂（四世代同居）というのが、かつては中国のお年寄りにとって理想の老後のモデルだった。しかし、絶え間ない社会の発展につれて、こうした理想はすでに実現困難になっている。」[張春俠, 2003]という。中国でも、高齢者一人世帯が増加しており、子供が仕事や独立等でいなくなり老人だけが残される世帯を「空巢家庭」という様だが、この空巢家庭が急増しているという（Table6 参照）。养老事業にとって、この空巢家庭の高齢者が重要な顧客層となることは間違いない。

**Table 8 「空巢家庭」比率の変化**

地域別	2000 年	2006 年	2010 年
都市部	42.0%	49.7%	54.0%
農村部	37.9%	38.3%	45.6%

※全国老齡工作委员会弁公室『2006 年高齢者人口調査』、『2010 年中国高齢者人口状況調査』参照

#### ④ 空巢世帯の各国比較

高齢者夫婦世帯及び高齢者一人世帯を空巢家庭とすると、各国の空巢家庭率は Table7 のとおりである。

美国の空巢家庭率は非常に高い比率となっている。これは美国人の自立志向を表しているのではないだろうか。中日を比較すると中国の方が高齢化率は低いのに日本と中国の空巢家庭の比率はおおよそ同程度となっている。中国の空巢家庭比率は高齢化率に比べて比較的高いと言える。空巢家庭比率の上昇は家庭介護力の低下という結果につながる。中国の家庭介護力は今後も低下していくと推定され、益々、介護問題が社会問題化していくことであろう。养老护理事業の観点から言えば、益々、养老护理事業の需要が高まることは確実である。

商圈の魅力、可能性を探るときには、商圈内の空巢家庭総数の把握は不可欠であろう。商圈内の具体的な空巢家庭数が不明の場合は、便宜的に以下の公式で推定値を算定すると良い。

$$\text{商圈内空巢家庭} = \text{商圈内高齢者世帯数} \times \text{空巢家庭比率 (54\%)}$$

**Table 9**

国名	調査年	高齢化率	空巢家庭比率
China	2010 年	8.4%	54%
Japan	2011 年	23.3% <sup>37</sup>	54.2%
USA	2013 年	13.1% (2010)	85%

## 5. 高齢者の居住状況

养老事業、特に養老施設事業にとって高齢者の居住状況は非常に大きな要素となる。养老施設は住宅需要への対応という側面も有するからである。高齢者が住宅を自己所有する割合が多いと言うことは、第一に不動産資産

<sup>37</sup> 『H24 年高齢者白書』（内閣府 2012 年） 参照

[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/gaiyou/s1\\_1\\_1.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/gaiyou/s1_1_1.html)



を有している高齢者が多いということ。第二に、住み替えの必要性が低いということである

高齢者に不動産資産を有する人が多いということは、リバースモーゲージ<sup>38</sup>を利用した高級养老施設への入所をしやすいという側面がある。

反対に自宅があることで、住み替えという要素の強い养老施設への入所への障壁となるという側面もある。高齢者の住み替え需要は養老施設事業にとって大きな要因である。住み替え需要が大きいのであれば養老施設への入所も容易と思われるからである。

### （１）日本の高齢者の居住状況

総務省の 2008 年住宅・土地統計調査結果によると、日本の主世帯<sup>39</sup>の持ち家率は 61.1%、となっているが、高齢者のいる主世帯の持ち家率は 83.4%となっており、持ち家率は世帯全体よりも 22.3 ポイント高くなっている。また高齢者のいる主世帯の詳細をみると、高齢者のいる夫婦主世帯の持ち家率は 86.1%、高齢者のいる其の他の主世帯の持ち家率は 90.4%と高水準であるが、高齢単身主世帯は 64.8%と低くなっている。

Table 10

	主世帯	高齢者のいる主世帯	高齢者単身主世帯	高齢者のいる夫婦主世帯	高齢者のいる其の他の主世帯
自己所有	61.1%	83.4%	64.8%	86.1%	90.4%
公営借家	6.1%	6.3%	12.8%	6.2%	3.3%
民間借家	27.0%	9.6%	21.2%	7.1%	5.6%
給与住宅	2.8%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%

※ 『平成 20 年住宅・土地統計調査』の解説を基に筆者作成

参照 総務省統計局 [http://www.stat.go.jp/data/jyutaku/2008/nihon/7\\_1.htm](http://www.stat.go.jp/data/jyutaku/2008/nihon/7_1.htm)

### （２）美国の高齢者の居住状況

2010 年度『第 7 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果』<sup>40</sup>（内閣府）によると、美国の高齢者の持ち家率は 78.7%、賃貸が 19.7%となっている。美国は日本及び中国に比べて持ち家率が比較的低いと思われる。詳細は Table9 を参照。

Table 11

		2010 年調査	再掲
自己所有	一戸建て	66.3%	78.7%
	集合住宅	10.4%	
	高齢者専用集合住宅	2.0%	

<sup>38</sup> リバースモーゲージ:Reverse mortgage 自宅を担保にした年金制度の一種。自宅を担保にして銀行などの金融機関から借金をし、その借金を毎月の年金という形で受け取る。年月と共に借入残高が増えていき、残高に対する利息も未払いのまま残高に複利的に加算される。契約満期または契約者死亡時のどちらか早い時期に一括返済しなければならない。[Wikipedia]

<sup>39</sup> 総務省の住宅・土地統計調査においては、1 住宅に 1 世帯が住んでいる場合はその世帯を「主世帯」とし、1 住宅に 2 世帯以上住んでいる場合には、そのうちの主な世帯（家の持ち主や借り主の世帯など）を「主世帯」とし、他の世帯を「同居世帯」としている。

<sup>40</sup> 『第 7 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果』については、以下の URL を参照。

<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h22/kiso/zentai/>

<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h22/kiso/zentai/pdf/2-6.pdf>

賃 貸	公 共	一戸建て	0.9%	2.6%	19.7%
		集合住宅	1.7%		
	民 間	一戸建て	4.4%	10.6%	
		集合住宅	6.2%		
	高齢者専用集合住宅		6.5%	6.5%	
	その他一戸建て住宅			1.1%	
その他集合住宅			0.5%		

※『第7回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果』（内閣府）調査結果の概要（6）住宅・生活環境参照し筆者作成。

### （3）中国の高齢者の居住状況

中国の高齢者は自宅所有者が多い。下表によると、都市部では子供所有を含めて個人所有率は90.5%、農村部では97.7%にも達している。農村部では子供所有の住宅に住む高齢者が都市部に比べて多いが、これは、農村部では「四世同堂」という価値観があり、都市部よりも子供と暮らしたいという意向が強いからだと言う。【日本貿易振機構, 2013年】また、中国の持ち家率は日本とほぼ同じで、美国よりも高くなっている。

**Table 12 高齢者居住状況**

居住状況	都市部	農村部
自宅所有	75.7%	71.2%
子供所有	14.8%	26.5%
賃貸（政府）	4.9%	0.2%
賃貸（民間）	1.6%	0.4%
その他	3.0%	1.8%

※ 全国老齡工作委员会弁公室『2010年中国高齢者人口状況調査』

### （4）高齢者の住み替え需要

先述したように、高齢者の住み替え需要は養老施設、特に健康な高齢者向けの養老施設の需要に直結する。健康な高齢者が養老施設に入所する場合のニーズは住居の住み替えと類似している。より良い環境、より良い住宅環境への住み替えという要素が強いと推定されるからである。

但し、マンション購入と養老施設の入所の違いは、所有権の有無にある。マンション等では分譲方式であり、自分の資産とすることが可能である。

しかし、養老施設の殆どは分譲方式ではなく、利用権方式<sup>41</sup>である。よって、不動産の魅力で養老施設に入所する、住み替えるということは起こらない。あくまでも、将来の介護や安心をもとめて入所、住み替えるのである。

さて、実際に高齢者の住み替えはどうなっているのだろうか。日本の場合、1999年以前に入所した者、つまり、1999年以前に住み替えた者が82.6%で2000年以降の入所割合が17%となっている。これに対し、美国では2000年以降の入所割合が35%と非常に高くなっている。

また、美国では2005年以降の入所者、すなわち過去5年以内に住み替わったものが19.3%[内閣府, 2010]を占めており、住み替え需要が高いことを示している。

以上の日本と美国の状況を整理したものがTable11である。簡単に言えば美国の住み替え需要は日本の2倍にもなっており、美国にはかなり高い住み替え需要があると推定できる。

残念ながら、中国の住み替え需要に関する資料を見つけることができなかったが、持ち家率がほぼ日本と同じ

<sup>41</sup> 利用権方式において入所者は、居室及び共用施設や提供される各種サービスの終身にわたる利用権を取得するが、居室などの所有権を取得することはない。

であることを考えれば、日本と同様の傾向を示すのではないと思われる。つまり、中国では美国ほどの住み替え需要は無いと思われる。

視点を変えれば、高齢者の住み替え需要は大きくないということは在宅福祉サービスの充実が急務であるということ。また、养老施設事業の視点からすれば、住み替え需要よりも介護需要を重視するべきであるということである。つまり、介護サービスのない高級で立派な养老施設は、住み替え需要の低い中国においては成立しづらいと言える。特に、中国で注目されている美国の养老事業モデルである CCRC<sup>42</sup>は元気な高齢者から要介護高齢者まで対応する施設であるが、中国でこのモデルを採用した場合、健康老人の入所は限定的、少ないと推定される。中国における CCRC 開発において CCRC モデルを標榜しながらも健康老人のみを対象とした施設を想定してしまっている事例が散見される。そもそも、これでは美国の CCRC とは別物である。中国版 CCRC の事業計画においては介護需要の高さと、住み替え需要の低さを考慮し、健康老人と要介護老人の想定比率設定は、要介護高齢者の比率を高めに見積もっておくことが肝要である。最低でも、健康老人と要介護高齢者を半々程度に見積もっておく必要があると思われる。

**Table 13**

国名	1999 年以前の 住み替え	2000 年以降の 住み替え
Japan	82.6%	17.0%
USA	66.2%	35.0%

※『第 7 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果』（内閣府）Ⅱ．住宅の入所時期を参照し筆者作成。

## 6. 高齢者の所得階層

### （１）中国、日本、美国の高齢者所得比較

养老事業にとって高齢者及びその家族の所得、サービス費用等の負担能力を示すもので非常に重要である。各国の高齢者の年間所得を比較してみると下表のとおりとなる。介護保険制度がある日本以外の中国及び美国では高齢者自身の年間所得で养老施設の入所費用を賄うことは困難に思える。

<sup>42</sup> CCRC とは Continuing Care Retirement Community の略である。老後、まだ健康な間に入所し、人生最期の時までを過ごす高齢者のための生活共同体/養老施設のこと。そこでは老化の進行に伴って必要となる種々のサービスを、受け続けることができる。当然介護が必要となれば介護サービスも受けられる。

Table 14

国名	高齢者の年間所得(RMB)	养老施設入所経費
日本	118,850	重度介護施設の年間費用総額は約 219,300 元 自己負担は介護保険で 1 割負担となり、22,000 元
美国	100,514	重度介護施設の年間費用総額は約 300,000 元 100 日までは保険適応。101 日以降は全額自己負担となるので年間の実質自己負担は約 225,000 元
中国	16,301	重度介護施設例: $4,000 \times 12 \text{ ヶ月} = 48,000 \text{ 元}$

※注 1 日本のデータは 2011 年の調査。『高齢社会白書』（内閣府 H26 年）参照

※注 2 美国のデータは 2008 年のもので、『アメリカの認知症ケア動向 I アメリカの高齢者の生活情況』（認知症介護研究研修センター）参照 同センターのサイトは次を参照 <http://www.dcnnet.gr.jp/>

※注 3 中国のデータは 2011 年のもので、都市部住民のデータ。『中国に於ける高齢者介護サービスの現状と課題』（石田路子著 城西国際大学）参照

※注 4 日本の重度介護施設の入所経費算定は入所者の要介護度 5、介護老人福祉施設への入所を前提として積算

※注 5 美国の重度介護施設の入所経費算定は Nursing Home、1 日の入院費 137 \$ として積算

前述のとおり、中国及び美国では高齢者のみの自己負担で养老施設費用を負担することは困難である。よって、中国では政府の運営援助金を受けられない民間営利企業による养老施設では、平均的な所得階層を対象とした养老事業は困難で有り、ある程度の所得階層を目標顧客とせざるを得ないのが実情である。また、入居者本人のみならず、その家族からの支援が养老施設入所には必要と言える。

## （２）一般的な养老施設の潜在顧客数

下表は、2009 年度の都市部の住民一世帯あたりの可処分所得及び消費支出の金額を比較したものである。この表の最高所得世帯の可処分所得は 117,533 元である。この程度の可処分所得があれば月 4,000 元、年間 48,000 元程度の养老施設費用の支払いは何とか可能であろう。

であるならば一般的な民間养老施設の潜在顧客数は所得階層を考慮すると以下の公式から算定される。

养老施設潜在顧客数 = (商圏内高齢人口 × 要介護者出現率 18.5% × 最高所得世帯割合 10%) - 商圏内競合施設定員数

Table 15

所得ランク	割合	可処分所得 ①	消費支出 ②	③=①-②
最高所得世帯	10%	117,533	72,800	44,733
高所得世帯	10%	74,089	50,279	23,810
中等上位所得世帯	20%	56,959	40,553	16,406
中等所得世帯	20%	43,736	32,120	11,616
中等下位所得世帯	20%	34,180	26,566	7,614
低所得世帯	10%	26,247	21,780	4,467
最低所得世帯	10%	17,283	16,123	1,160

※ 出典は『中国統計年鑑 2010 年』

## （３）高級养老施設の潜在顧客数

中国に於ける富裕層の定義は年収 200 万元以上、投資可能な資産が 1,000 万元以上ある者だという。

[Wikipedia, 2014] このような富裕層は実は、高級养老施設の潜在顧客とはなり得ない。何故ならば、このような富裕層は親等が要介護になっても医師や看護師等を雇用できるであろうし、基本は自宅での介護と言うことになるだろう。もちろん、分譲型の養老施設ならば投資対象として検討はすることはあるだろうが。

高級养老施設の目標顧客は医師や看護師等を雇用してまで経費をかけて親の介護をすることには躊躇するが、親を高級養老施設に入所させて面子を保つことは容易な所得階層と推測される。例えば、高級養老施設の月額費用が1万円、年間12万円として、年収45万円以上の年収があれば养老施設介護に係る比率は27%（12万円÷45万円）以下となり負担感は低くなると思われる。

世帯年収が45万円から70万円以下の所得層は全世帯の2%程度と言われている。[内閣府 経済社会総合研究所, 2011 年] この数値を用いて富裕層対象の高級养老施設の潜在顧客数を推定する公式は以下のとおりとなる。この公式は商圈内に他の競合高級养老施設は存在していないという条件である。

$$\text{高級养老施設潜在顧客者数} = (\text{商圈内高齢人口} \times \text{要介護者出現率 } 18.5\% \times \text{所得世帯割合 } 2\%)$$

### III. 日本、美国の高齢者福祉制度

#### 1. 日本の高齢者福祉制度

##### (1) 高齢者福祉政策の流れ

以下に日本の高齢者福祉政策の経緯を整理する。

Table 16

年代	高齢化率	特 徴	主な政策
----	------	-----	------

1960 年代	5.7%	高齢者福祉政策の始まり	1963 年 老人福祉法 <sup>43</sup> 制定 ・特別養護老人ホーム創設 ・ホームヘルプ事業法制化
1970 年代	7.1%	老人医療費の増大	1973 年 老人医療費無料化 1978 年 ショートステイ事業開始 1979 年 デイサービス事業開始
1980 年代	9.1%	社会的入院や寝たきり 老人が社会的問題化	1982 年 老人保健法 <sup>44</sup> の制定（老人医療費の一定額負担の導入） 1989 年 ゴールドプラン（Gold plan） <sup>45</sup> の策定 ・施設緊急整備と在宅福祉の推進
1990 年代前半	12.0% (1990)	ゴールドプランの推進	1994 年 新ゴールドプラン策定 ・在宅介護の充実
1990 年代後半	14.5% (1995)	介護保険制度の導入準備	1997 年 介護保険法成立
2000 年代	17.3%	介護保険制度の実施	2000 年 介護保険法施行
2010 年代	23.0%	地域化・包括化（定額化）	・地域密着型サービス事業 <sup>46</sup> の展開 ・費用の包括化推進（定額化）

※『公的介護保険制度の現状と今後の役割』2013 年（厚生労働省老健局総務課）を参照し筆者が加筆し作成。

ここで、中国と日本の政策動向を簡単に比較してみる。中国の高齢化率は 2010 年 8.4%、2015 年の中位推計で 9.5%<sup>47</sup>となっている。これは日本の 1980 年代とほぼ同じ程度である。日本はこの時期ゴールドプラン（Gold plan）を策定し在宅福祉の推進及び介護サービスの提供量を拡大しようとしていた。現在の中国も、同様に在宅介護サービスの拡充及び介護サービス提供量の拡大に努めている。中国の政策がこの時期の日本と違うのは既存養老施設の活用である。

日本では多くの在宅介護事業、特に老人デイサービス事業やショートステイ事業等を既存の養老施設運営法人<sup>48</sup>に委託運営させる方法を取り、既存法人、既存施設の有効活用を図った。中国に於いても介護サービス等のノウハウを有している既存法人、既存施設の活用が必要だと思われる。

## （２）介護保険制度の概要

日本の高齢者福祉制度の最大の特徴は、2000 年に導入された介護保険制度である。この制度の概要を紹介する。日本の养老事業視察の際には、ある程度、この日本の介護保険制度については、最低でも以下の事項を理解しておく必要がある。

<sup>43</sup> 老人福祉法は老人福祉に係る基本的な法律。老人の福祉と社会参加のための国、地方公共団体等の責務を規定するとともに、老人福祉施設の監督・助成、ホームヘルパーの派遣など、老人福祉の措置に関する具体的な施策を規定している。〔朝日新聞社, 2014〕

<sup>44</sup> 老人保健法は高齢者の健康の保持や医療の確保を図るために、疾病の予防、治療、機能訓練などの保健事業を総合的に実施し、国民保健の向上、老人福祉の増進を図ることを目的として制定された法律。2008 年に改正法の施行により法律名も老人保健法から「高齢者の医療の確保に関する法律」に改称。

<sup>45</sup> 「高齢者保健福祉推進十か年戦略」の通称。厚生省・大蔵省・自治省の三省合意によって 1989 年 12 月に策定された。在宅福祉・施設福祉などの事業について十か年の目標とその水準を示したもの。

<sup>46</sup> 地域密着型サービス事業とは高齢者が要介護や要支援状態となっても可能な限り、住み慣れた自宅や地域での生活を継続できるようにするためのサービスで、市町村が指導監督する。

<sup>47</sup> World Population Prospects: The 2012 Revision United Nations Department of Economic and Social Affairs 中位推計値を参照し高齢化率を算定

<sup>48</sup> この時期の日本の養老施設を設置運営することができる法人は社会福祉法人という政府から承認された公益法人のみである。日本ではこの社会福祉法人が养老事業の主な担い手となっている。

i 保険者及び被保険者

保険者は市町村、特別区<sup>49</sup>。

被保険者は第1号被保険者 65 歳以上の高齢者と第2号被保険者 40 歳以上 64 歳未満に分かれる。

ii 財源

税金 50%（市町村<sup>50</sup>12.5%、都道府県<sup>51</sup>12.5%、国 25.0%）

保険料 50%（高齢者 21%、40 歳以上 64 歳以下の労働者 29%）

- ・介護保険料は市町村毎に異なるが、2012 年以降の高齢者が負担する毎月の介護保険料の全国平均は 4,972 円となる [日本共産党, 2012]。
- ・40 歳以上 64 歳未満の介護保険料は給与の 1.55%で会社が 50%負担する。 [厚生労働省, 2014]

iii 保険利用の流れ

- ・市町村市役所に要介護認定<sup>52</sup>を申請 → 市町村が認定調査 → 主治医の意見書 → 介護認定審査会で審議 → 介護度認定 → ケアプランの作成<sup>53</sup> → サービスの利用 → 更新認定（認定の有効期限は原則 1 年間、最長 2 年間、最短 3 ヶ月間）

iv 費用負担

- ・利用者は利用料の 1 割を負担。保険者は残りの 9 割を支払う。

v 利用限度額

- ・介護保険で在宅介護サービスを利用する場合は、要介護度に応じて利用限度額（月額）が設定されている。（Table15 の在宅月額限度額を参照）
- ・施設サービスについては別途、要介護度別に報酬、費用等が定められている。
- ・介護保険のサービス費用は日本政府が定めており、公定価格となっている。

Table 17 月額利用限度額（2014 年 4 月 1 日）と状態像

区分	在宅月額限度額(RMB)	状態像の概要
要支援1	3,060 円	ADLは問題ないがIADLは一部支援が必要な状態。
要支援2	6,406 円	立ち上がりや歩行などの身体的な動作で不安な状態がある状態。
要介護1	10,209 円	立ち上がりや歩行などの身体的な動作で不安な状態があり部分的な介護が必要な状態。
要介護2	11,998 円	歩行や起き上がりなど起居移動がひとりでできない状態で部分的な介護が必要な状態。

<sup>49</sup> 特別区とは東京大都市地域の基礎自治体。具体的には特別区とは東京 23 区（千代田区、台東区等）のことを指す。

<sup>50</sup> 市町村とは地方公共団体である市・町・村の総称。日本の基礎的地方公共団体。市は人口 5 万人以上、町は人口 5 千人以上、それ以下の一番小さい単位として村がある。

<sup>51</sup> 都道府県とは日本の広域普通地方公共団体である「都」、「道」、「府」、「県」の総称。現在では、都が東京都の 1、道が北海道の 1、府が京都府および大阪府の 2、県が 43 で、「1 都 1 道 2 府 43 県」。総数は「47 都道府県」。市町村とともに普通地方公共団体の一種で、包括的地方公共団体、広域的地方公共団体ともいう。

<sup>52</sup> 要介護認定とは被保険者が介護を要する状態であることを保険者である市町村が認定すること。また、被保険者の介護を必要とする度合いとして、最も軽度の要支援 1 から最も重度の要介護 5 まで、7 段階の介護度が設けられている（Table15 参照）。

<sup>53</sup> 介護保険制度で要介護認定を受けた場合、本人の希望や必要性和利用限度額や回数に基づいて作成される介護サービスの計画。自分でも作成できるが、依頼すれば介護支援専門員が無料で作成する。

要介護3	16,472 円	ADL及びIADLが著しく低下しており、食事、排泄、着替えいずれも一部介助が必要で、理解能力の低下、問題行動が見られる。
要介護4	18,842 円	介護なしには日常生活を営むことが困難となる状態。重度な認知症があり、食事、排泄、着替えのいずれも全介助が必要な状態。
要介護5	22,058 円	寝たきりの状態で、食事、排泄、着替えのいずれも全介助。意志の伝達が困難。

※ 1 円を 0.061163 円で計算

### (3) 介護保険で利用できる主なサービス種別

i 在宅福祉サービス；高齢者在宅介護サービスの目的は要介護高齢者の介護だけでなく、その家族の介護負担の軽減も大きな目的の一つとして捉えられている。

#### 【在宅介護サービス3本柱】

高齢者の在宅介護サービスの主要な事業は Home help 事業（訪問介護事業）、Day service 事業（通所介護事業）、Short stay 事業（短期入所事業）であり、この3つの事業は在宅サービス3本柱と言われている。

Table 18 在宅サービス3本柱

事業名称	サービス内容
訪問介護事業（Home help）事業	訪問介護員（Home helper）が居宅を訪問して、入浴、排泄、食事等の介護等、日常生活上の世話、掃除、洗濯、通院等のための乗車又は降車の介助等を行う（通院等のための乗車又は降車の介助のみのサービスは認められない）。
通所介護事業（Day service）事業	通所介護中心（Day Service Center）送迎サービス、健康チェック、入浴、食事、リハビリ等の日常生活上の世話、機能訓練を行う。また、認知症専門の通所介護もある。
短期入所生活介護事業（Short stay）	要介護者等が老人短期入所施設等（多くの場合は養老施設に併設されている）に短期間入所（宿泊）し、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練を行う。

Table 19 その他の在宅介護保険サービス

事業名称	サービス内容
訪問入浴介護事業	看護職員1名と介護職員2名が居宅を訪問し、浴槽を家に持ち込んで入浴の介護を行う。
訪問看護事業	医師の指示に基づき看護職員が自宅療養している人を定期的に訪問し、健康チェックや療養の世話・助言などを行う。
訪問リハビリテーション	医師の指示により理学療法士 <sup>54</sup> や作業療法士 <sup>55</sup> 、言語聴覚士 <sup>56</sup> 等が居宅を訪問して、

<sup>54</sup> 理学療法士 Physical Therapist、略して PT と表記。国家資格。身体に障害のある者に対し、治療体操その他の運動、電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を用いて主としてその基本的動作能力の回復を図る専門職種。

<sup>55</sup> 作業療法士 Occupational Therapist、略称：OT。国家資格。患者の主体的な生活の獲得を図るため、家事な



ヨン事業	理学療法、作業療法、言語療法その他の必要なリハビリテーションを行う。
通所リハビリテーション（Day care center）事業	要介護認定者等が介護老人保健施設、病院、診療所等に通い、要介護認定者等に理学療法、作業療法、その他必要なリハビリテーションを行う。
福祉用具貸与事業	福祉用具専門相談員を有し、厚生労働大臣が定める福祉用具（介護用ベッド、車椅子等）の貸与を行う。
居宅介護支援事業	介護支援専門員（Care Manager）が居宅サービス計画（Care plan）を作成し、それに基づき介護サービスの提供が確保されるように各介護サービス事業所との連絡調整を行う。
小規模多機能居宅介護事業	通所介護、訪問介護、短期入所を一体的に利用できる。 また、利用料が包括的定額料金なので、介護度別に月額利用が定額になっている。

## ii 主な養老施設サービス

以下に主な養老施設の種別を紹介する。日本においては養老施設には老人福祉法上の名称と、介護保険法上の名称の二つがあり煩雑である。日本の養老施設視察の際は留意する必要がある。

**Table 20**

介護保険法上の名称	老人福祉法上の名称	利用対象及びサービス内容
介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム	心身の障害で在宅生活が困難な高齢者の日常生活を介護する施設である。営利企業は設置運営できない。
介護老人保健施設		在宅への復帰を目標に心身の機能回復訓練をする施設である。営利企業は設置運営できない。
介護療養型医療施設		主に療養上の医療を必要とする方のための施設で、病状が安定期にあり、長期間にわたる療養や介護が必要な方を入所対象。営利企業は設置運営できない。
認知症対応型共同生活介護		認知症専門の入所施設。20名程度の小規模の施設が多い。
特定施設入所者生活介護	有料老人ホーム	高齢者向けの生活施設。介護保険の適用の有無、介護サービスの内容に応じて、「介護付き」「住宅型」「健康型」の3つのタイプの有料老人ホームに分けられるが介護保険の対象となるためには特定施設入所者生活介護の指定が必要。
	ケアハウス	食事を作るのが困難な虚弱な60歳以上高齢者のための入所施設。軽費老人ホームC型とも呼ばれている。
	軽費老人ホーム	健康で、自立した生活ができる人が入所対象。食事付きのA型と食事無しのB型がある。
	養護老人ホーム	常時介護の必要はないが、心身および経済的な理由などから居宅における生活が困難な65歳以上の高齢者を養護するための施設。
	サービス付高齢者住宅	国土交通省及び厚生労働省が共同管轄する。

どの日常生活活動や手芸・工芸・絵画・園芸といった作業活動を用いて諸機能の回復・維持・開発を促す専門職。  
<sup>56</sup> 言語聴覚士：Speech-Language-Hearing Therapist 略称：ST。国家資格。音声・言語・聴覚・嚥下機能に障害のある人に対して、検査・訓練などを行う専門職。

#### （４）日本の养老施設の人材

##### ① 養老施設の職種

日本の养老施設における職種を整理すると下表のとおりとなる。日本と中国が特に異なるのは日本では相談系職員の役割と地位が重視にされていることである。相談系職員は大学卒業のソーシャルワーカー<sup>57</sup>が多い。この相談系職員が入所者の入退所管理、护理计划策定の大きな責務を担っているのである。また、この相談系職員が施設長になることも多い。それだけこの職種は重要視されている。これは、相談系職員が多く職種間の連携の中心であること、入所者の护理计划策定が重要視されていることが背景としてある。

**Table 21**

職種/役職	役割	必要資格
施設長	养老施設の運営管理	社会福祉主事等
事務員/事務長	財務、人事労務、庶務	
医師	治療及び健康管理、常駐している施設は少ない	医師、歯科医師、精神科医師
介護職員		介護福祉士、実務研修修了、介護職員初任研修修了
看護職員	医療処置、職員及び入所者の健康管理	看護師、准看護師
相談系職員	入退所管理、老人能力評価実施、护理计划作成、職種間連携等	社会福祉士、社会福祉主事、介護支援専門員
機能訓練指導員	康复计划作成、康复训练	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師等
栄養士	入所者の栄養管理、献立作成	栄養士、管理栄養士
調理員	調理、配膳	調理師
運転士	車輛運転及び車輛管理	自動車運転免許

##### ② 介護福祉士制度

日本には介護服业务を担当する介護職員の国家資格である介護福祉士制度がある。以下に、日本の介護福祉士等の資格概要を Table20 に示す。介護福祉士の資格取得には専門学校 2 年程度の研修が必要である。また、介護実務を経験しながら、介護職員初任者研修及び実務者研修を受講し介護福祉士の国家試験を受験し合格すれば介護福祉士を取得できるコースもある。

**Table 22**

資格名称	概 要 等	研修時間数
介護福祉士	国家資格。1987 年成立。毎年 1 期の国家試験がある。専門学校、短期大学等で学習できる。	1800 時間
実務者研修修了	护理の実務 3 年以上及び実務者研修を修了すると介護福祉士の受験資格が得られる。	450 時間
介護職員初任者研修修了	介護職員初任者研修とは初めて介護にたずさわろうとする人が最初に取りうる資格。	130 時間

<sup>57</sup> ソーシャルワーカー《social worker》：生活する上で困っている人々や、生活に不安を抱えている人々、社会的に疎外されている人々に対して、総合的かつ包括的な援助を提供する専門職の総称。また、それらの背景にある、社会や生活環境等を改善する専門職の総称。主に社会福祉事業等に従事し、社会福祉学を基に社会福祉援助技術を用いて社会的に支援を必要とする人々とその環境に働きかけを行うとともに必要な社会福祉のサービスを開発・運営する役割を持つ。

### ③ 業務の外注化

中国の养老施設では、厨房業務、洗濯業務、清掃業務、警備業務、保守業務等、最も中心的な業務である介護業務以外の業務も自前で行うことが多い。このため、中国の养老施設は組織規模が大きくなる傾向がある。つまり、間接部門、間接経費の比率が高くなってしまいう傾向にあると言える。

日本では経済のサービス化<sup>58</sup>が進展し、中核業務である介護業務以外の業務を外注化することが多い。介護業務以外の業務を外注化し、業務の効率化、経費の削減を図るとともに、介護業務に集中できる組織作りをしている。今後、中国に於いても経済のサービス化が進展し、养老施設に於いても日本と同様に介護以外の業務を外注化する傾向が強まっていくと予測される。視点を変えれば、既存の养老施設を運営している企業が厨房業務や清掃業務等の受託ビジネスを展開するチャンスがあるということでもある。

### （５）日本の高齢者福祉政策の新しい動向

#### i サービスの複合化

1990 年代の在宅サービス事業推進の時期から在宅介護サービス事業は養老施設への併設が多かった。そのため、日本の養老施設のほとんどは短期入所事業、通所介護事業、訪問介護事業等の複数のサービス機能を持つようになっている。民間の営利企業でも、顧客の囲い込みのために、短期入所事業、通所介護事業、訪問介護事業、居宅介護支援事業等の機能を併せ持つ施設の設置運営に力を入れてきている。介護保険財政が厳しくなる中、そして、総合的な介護サービスのニーズが高まる中、近年、更なるサービスの複合化が推進されてきている。

2008 年から開始された小規模多機能居宅介護事業は通所介護サービス、短期入所サービス、訪問介護サービスを併せ持つ複合サービス中心の性格を有する事業である。また、この小規模多機能居宅介護事業に訪問看護事業を付加する複合型サービスも誕生している。さらに、2012 年より開始された定期巡回・随時対応訪問介護看護事業<sup>59</sup>は訪問介護サービスと訪問看護サービスを包括的に提供する事業となっている。

中国に於いても、この介護サービスの複合化は政策的に効率的、効果的だと思われる。

#### ii 料金の包括的定額化

介護保険制度の維持のために介護サービスの報酬単価は公定価格となっている。介護保険財政が厳しくなる中で、介護報酬の最近の傾向は、在宅介護サービスに於いても、小規模多機能居宅介護事業や定期巡回・随時対応訪問介護看護事業に代表されるように包括的定額料金制度も取り入れられるようになってきている。この包括的定額料金制においては、サービスの需給は利用者と事業者の交渉等に委ねられており、事業の効率化、経費削減が期待されている。これは、後に紹介する米国の PACE と同様の考え方となっている。

## 2. 米国の高齢者福祉制度概要

### （１）米国福祉政策の特性

マイケル・ムーア<sup>60</sup>監督のドキュメンタリー映画「SiCKO」<sup>61</sup>において多くの米国人は、国民皆保険制度はソビエト型<sup>62</sup>のような社会主義であるとして、国民皆保険に対してアレルギーと恐怖を感じていると描写

<sup>58</sup> 経済のサービス化とは産業構造においてサービス業の比率が高くなっていくこと。経済社会が高度化、成熟化すると、第三次産業の分野が拡大することはよく知られているが、サービス経済化もその延長線上にある。

<sup>59</sup> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業とは、入浴や食事等の介助で 1 日複数回訪問介護員が訪問する事に加え、看護職員も必要に応じて訪問する。困った時に 24 時間 365 日いつでも連絡が取れる通報コミュニケーション装置により緊急時にはすぐに介護職員が駆けつける体制を取っている。

<sup>60</sup> Michael Francis Moore 米国のジャーナリスト、ドキュメンタリー映画監督

<sup>61</sup> SiCKO とは俗語で凶人、変人などの意味。

<sup>62</sup> ソビエト 旧ソビエト社会主義共和国連邦

している。それ故なのかは判然としないが、美国は普遍的医療制度の無い、唯一の先進国である。

民間の医療保険に入れない人がおよそ 5000 万人いると言われ、貧困層でなくても、過去のわずかな疾患を緻密に探査され保険への加入を拒否されたり、保険金の支払いを拒否されたりする人が多いという。

しかし、オバマ大統領<sup>63</sup>が医療保険制度改革を内政の最重要政策として掲げ、国民皆保険制度<sup>64</sup>の導入を図るための医療保険改革法案を 2010 年 3 月に成立させ、2014 年の完全実施を目指していた。

しかし、住民から保険料を強制的に徴収することや 2014 年までに保険加入を義務づけないとメディケア給付を打ち切るとした点について各州が反発し 26 州が連邦政府を訴えた。2011 年 1 月、フロリダ州では法律に対して違憲判決が出される結果となり、保険制度の実効性が疑問視されるようになっている。

[Wikipedia, 2014]

美国では、伝統的に福祉政策は行政主導によるコントロールはせず、市場メカニズムに任せ、公費による政策は低所得者層に対して行う最低限のものに抑えられてきた。また、行政ではなく、教会やコミュニティのボランティア団体が高齢者福祉を担ってきたという歴史もある。このような事情で先進国にもかわらず普遍的医療制度が無いという状況になっていると考えられる。

上記のように美国の高齢者福祉は介護的側面よりも医療的側面が強いと言える。

## (2) 美国の高齢者福祉制度

美国は 1944 年には高齢化社会に入っており、1950 年頃には介護が社会問題化し議会でも高齢化問題に関心が集まってきていたという。美国の主な高齢者福祉に係る法律として、1965 年制定の高齢アメリカ人法 (The Older American Act : 以下「OAA」と略) がある。この法律によって、連邦政府は 60 歳以上のすべての高齢者を対象にソーシャルサービス<sup>65</sup>を行ない、厚生省管轄の高齢化対策庁が、高齢者に対する広範なサービスに対して補助金を支給するようになった。[溝田弘美, 1999] 最近では、予算が頭打ちのため、低所得すれすれの所得層が OAA のサービスの優先的対象となっている。

## (3) 保険制度ーメディケア及びメディケイドー

美国には公的介護保険制度は存在しない。美国では医療の範疇に入る介護 (メディケア) と貧困者対象の介護 (メディケイド) を除けば、介護サービスは家族介護と自己負担によって賄われている。[新井光吉, 2013] いずれにしても、美国では 1965 年に成立したメディケア法 (Medicare·Title XVIII of Social Security Act) 及びメディケイド法 (Medicaid·Title XIX of Social Security Act) があり一定の役割を果たしている。

### i メディケア: Medicare

メディケアは連邦政府の公的医療保障制度であり、65 歳以上の公的年金受給者や身体障害者等を対象としている。高齢者の加入率は 2009 年段階で 93.2%となっている。メディケアの提供内容は、民間事業者が提供するプランを含めて、A~D の 4 つのプランがある。[認知症介護研究・研修センター]

Medicare Part A は急性期医療費、及び高度看護施設<sup>66</sup>におけるケア (最大 100 日)、終末ケア<sup>67</sup>、在宅ケア等の利用料を給付する。Part B は補足的医療保険であり、医師の診察料、外来診療、精密検査等の費用の 80%を補償する。Part C はメディケアの認可を受けた民間保険会社が販売するもので、「メディケア・アドバンテージプラン Medicare Advantage Plan」と言う、入院や外来診療の保障範囲を広げるプラン。Part D

<sup>63</sup> Barack Hussein Obama II 第 44 代アメリカ合衆国大統領

<sup>64</sup> オバマケアとも呼ばれている

<sup>65</sup> ソーシャルサービス social service 社会福祉事業の意味

<sup>66</sup> 高度看護施設 Skilled nursing facility SNF と略される。

<sup>67</sup> 終末ケア hospice care

は処方箋薬の費用を保障するプラン。〔澤田如, 2012〕

## ii メディケイド: Medicaid

メディケイドは、施設ケアや在宅ケアなどのサービスを提供するが、ミーンズテスト<sup>68</sup>を実施した上で、一定の要件を満たした低所得者を給付の対象とした制度である。メディケイドは連邦制度が定めた基本的な給付メニューや受給要件などの一定の指針に基づき各州政府が実際の受給基準や給付内容を定めている。

よって、各州によってメディケアの内容に相違がある。〔澤田如, 2012〕 一般的なメディケイドの基本給付には、入院サービス・外来サービス・医師の診療・生化学検査・X 線検査、高度看護施設（SNF）でのケア及び在宅ケアなどがある。

いずれにしても、メディケイドは低所得者が対象なので、高齢者であっても所得や資産がある限り給付の対象とはならず、介護費用を負担するために資産を使い尽くして自己負担ができなくなった場合に初めて、メディケイドの対象となる。

## （４）高齢者包括ケアプログラム（Program of All-inclusive Care for the Elderly, 以下「PACE」と略）

メディケアやメディケイドが、マネージドケア<sup>69</sup>の提供主体に対してあらかじめ定額の報酬を前払いし、当該運営主体は要介護高齢者が必要とするサービスを包括的に提供する護理計画を作成し、報酬を財源としてサービスを自ら、または委託して高齢者に提供するというものである。

この PACE ではメディケアでは通常は給付対象とならない生活支援的なサービスの提供が可能となるとともに、運営主体が一元化されることから、サービス間の連携が円滑となる。さらに、運営主体は限られた財源の中で効率的なサービス提供に努めることが期待できる。

この PACE の原型は 1971 年にサンフランシスコ市チャイナタウンで誕生したオンロック（On Lok<sup>70</sup>）といわれる。重度要介護者のみを集めながら包括ケアによって在宅生活の継続を可能にし、費用抑制と QOL<sup>71</sup>維持を両立させてきた PACE が大きな注目を集めている。日本の小規模多機能居宅介護事業等もこの PACE でもそうだが、このような包括的なサービス、包括的な報酬の支払い等が美国の新しい高齢者福祉制度の動向と言える。

## （４）高齢者福祉サービス

美国においても在宅福祉サービスと养老施設サービスに分類される。以下にサービス種別等を紹介する。

### i 在宅福祉サービス

Table 23

事業名称	サービス内容
デイケア Adult Day	認知症及び障害高齢者に対して、送迎サービス、健康・栄養相談、健康チェック、社会

<sup>68</sup> ミーンズテスト: means test とは、国民が政府に対し、社会保障制度による給付を申請した際に、申請者が要件を満たすかどうか判断するため行政側が行う資力調査のこと。調査は申請者の収入、資産、またはその両方を対象にして行われ、通常は収入・資産が一定水準を下回ることが受給の要件となる。申請者を含む世帯について要件を満たすかどうかを調査することも多い。

<sup>69</sup> マネージドケア managed care 元来 1980 年代以降に医療の分野において普及してきた医療の質を確保しながら、不必要な医療コストを抑制することを目的とする手法。

<sup>70</sup> On Lok は「安楽」の中国語読みの音を英語で表記したもの。On Lok=安楽という名前は「最期まで安心して楽しい人生をまっとうしてほしい!」という事業の創設者の願いがこめられたもので、中国語が使われたのは、On Lok が中国からの移民一世の多く暮らす地域で始まったからである。〔西村由美子〕

<sup>71</sup> QOL 《quality of life》、生活の質と訳され、人間らしく、満足して生活しているかを評価する概念。

Service	的支援、食事等を提供する。予防や社会化を目的とする社会模型と治療とリハビリを目的とする医療模型とに分類される。 [wikipedia, 2014]デイケアの 74%は、専門的看護施設 (SNF) やメディカルセンターといった施設の付属施設となっている。[認知症介護研究・研修センター]また、デイケアは州の監督下に州ごとの差が大きいとされている。 [新井光吉, 2013]
在宅看護・在宅介助 (Home health care / Home care)	在宅看護 (Home health care) は病院退院後の回復期にある成人及び高齢者等への支援サービスで、看護師、理学療法士、作業療法士等の専門家によって提供される。在宅介護 (Home care) は入浴、食事介助、食事準備、掃除等の日常生活を維持するためのサービス提供を行う。多くの場合、家族や本人から直接費用が支払われている。 [wikipedia, 2014]
配食サービス (Meals on wheels)	ひとり暮らしや、寝たきりなどの体の不自由な高齢者に対して、食事の宅配を行うサービス。多くの場合、非営利団体や行政機関が運営している。
レスパイトケア (Respite Care)	介護者に一時的な休息、息抜きの機会を与えるために、要介護者を計画的もしくは緊急的に介護者に代わって世話するサービス。 [三富紀敬, 2009]レスパイトケアには自宅 (In-Home) で提供するものと施設 (Out-of-Home) にて提供するものの2種類がある。 [wikipedia, 2014]
ホスピス・緩和ケア (Hospice and Palliative Care)	ホスピス・緩和ケアは、癌などの末期患者を対象として、痛みの緩和や精神面などの支援を行うものである。アメリカホスピス協会(National Hospice Organization NHO)によると、2005 年では、4,100 のホスピスプログラムが存在し、120 万人の患者がケアを受けている。患者の多くは、在宅でホスピス・緩和ケアを受けているが、約 2 割はナースィングホームやアシステッド・リビングなどの施設でケアを受けている。 [認知症介護研究・研修センター]

## ii 主な養老施設サービス

美国主な養老施設を下表のとおり整理する。

**Table 24**

施設区分	施設種別	対象者及びサービス内容
サポート付き住宅 <sup>72</sup> (supportive housing)	セクション 202 住宅 (Sec202)	セクション 202 住宅は連邦政府唯一の高齢者専用住宅で住宅・都市開発省の管理下にある。入所資格は、62 歳以上、年収が該当地域の住民の年収の中央値の半分以下であること。規模は、全米、6,200 カ所、25 万戸。キッチン・バス付きのワンベッドルームのアパート形式が普通で

<sup>72</sup> サポート付き住宅 一般的に、食事、送迎、家事、身体ケアなどのサービスがついた集合住宅のことをさすが、明確な定義はなく、全国的にその実態が把握しにくいのが現状と言われている。 [洋子, 2008]

		あり、段差なしの床、手すりなど、基本的な安全面での配慮がされている。
	住居型／家族型ケアホーム (Residential/Family Care Home) ケアホーム	従来からの施設で、入所者数が、5-6 人以上が住居型、それ以下の場合は、家族型とされる。従来のケアホームは、2-4 人部屋、バス・トイレの共同使用が普通であり、住居とはいいいがたい生活環境のところが多かった。現在、個室の有無、サービス提供の仕方によって、ケアホームと AL を区別している州もあるが、生活環境やサービスは従来のケアホームのままであっても、AL に含める州もある。入所者は低所得者が多いが、ケアホームの入所自体にメディケイドは使えない。 [洋子, 2008]
	アシステッド・リビング (assisted living ;AL と略)	今日でも、明確な AL の定義は確立されていない。また、州によっては、AL の理念に当てはまらない古い形式の集合住宅も AL とするなど、混乱が続いている。 [洋子, 2008] 一般論として、AL は NH と在宅ケアの中間に位置する施設。AL は NH のように 24 時間体制の介護を必要としないが、自立して生活できない要介護者に対して身体介護や服薬管理、基本的生活支援（食事・洗濯・掃除等）を提供する介助付き住宅。 [新井光吉, 2013] 年間の平均的費用は 196 千元程度。
	CCRC (Continuing Care Retirement Communities)	CCRC は 1970 年代の中頃に誕生。現在の CCRC 入所者総数は全米で 75 万人と推定されている。CCRC は特に富裕層に人気がある。広い敷地に、住宅や各種施設が点在するキャンパス型から、市街地に位置するビル型まで、CCRC の形態は様々であるが、自立の高齢者用の住宅から、後述の AL、ナーシングホームまで、継続的なケア体制が整っている点で共通している。レストラン、ハウスキーピング、ガーデニングなど日常生活支援のサービスも充実し、社交や趣味、文化的行事への参加の機会も数多く用意されている。メディケア及びメディケイドの対象外 <sup>73</sup> 。費用は入所金約 230 万元から 250 万元程度。年間の費用は 48 千元から 257 千元までと幅広い。
ナーシングホーム (Nursing Home;NH と略)	高度看護施設 (Skilled Nursing Facility:SNF)	SNF は回復期の患者に看護やリハビリ、栄養補給、注射などの医療サービスも提供している。NH の年間入所費用は非常に高額で個室だと、年間約 557 千元にもなる。低所得者はメディケイドの適用を受ける。また、限定的であるが <sup>74</sup> 、メディケアの適用を受けることができる。
	保護型介護施設 (Custodial Care Facilities)	回復期や慢性疾患の個人のために、長期的に提供する非医療的サービス及び身体介護を 24 時間体制で提供。
	中間介護施設 (Intermediate Care Facilities:ICF)	中間介護施設は、24 時間体制のケアは必要ではないが、ある程度の介護を必要とする者に介護やリハビリ等を提供する。また、入所者の 9 割以上が 65 歳以上の高齢者で、一定の日数制限内で入所費の一部がメディケアから支払われる。

上記にナーシングホームを始めとする养老施設を紹介したが、これらの介護サービス事業の監督は各州が担当し、各々に基準やサービス範囲等を定めている。よって、上記はあくまで一般的な姿でしかない。

<sup>73</sup> アメリカの認知症ケア動向Ⅳ「アメリカの介護サービス」 p 4 参照

<sup>74</sup> メディケアは最初の 20 日間は全額支給されるが、その後 100 日までは 1 日当たり 137.50 ドルの自己負担が必要。101 日目以降は全額自己負担となる。

このように、美国においては地方自治が強く、各州の独自の方策を生み出す一方、地域間のサービス格差の原因ともなっている。

#### （５）美国の養老施設の人材

美国の養老施設における職種を整理すると下表のとおりとなる。美国の養老施設は医療的要素が強く、看護師が中心となっており、この看護師の補助としての認定看護助手が配置されている。护理計画の作成も看護師がMDS<sup>75</sup>実施の責任者となることになっている。

美国と日本との違いは活動部職員の配置である。日本の場合は相談系職員がこの活動の企画実施に当たることが多いが、美国では専門の部署として配置している。中国の養老施設でも美国同様、活動部に職員を配置していることが多い。

職種/役職	役割	必要資格又は条件
医師	治療及び健康管理、医師は常駐していない。入所者は自分の主治医の診察を受ける。	医師
介護職員	介護業務	認定看護助手(certified nurse aide CAN と略) 各州で認定
看護職員	医療処置、職員及び入所者の健康管理、老人能力評価（MDS）の実施	看護師（registered nurse RN と略）、准看護師（licensed practical nurse LPN と略）
Social service 職員	入所者の身体的、精神的、心理的福利を維持する福祉サービスを提供	4 年生大学で心理学、social work 等の学士号取得者
活動部職員 Activity Department staff	利用者の文化活動、健康活動、趣味活動等の企画実施	レクリエーション専門家
栄養士	入所者の栄養管理、給食管理	登録栄養士（registered dietitian）

## IV. 中国高齢福祉サービスの現状と課題

### 1. 中国の高齢者福祉制度

#### （１）中国の高齢者福祉政策動向

全国老齡工作委员会弁公室によると、今後中国政府の主要任務としては、在宅養老、社区養老、施設養老の 3 つのカテゴリーで構成される中国の社会養老サービス体系の構築を主軸に、「90-7-3 方式」<sup>76</sup>という目標を実現することであるという。〔日本貿易振機構, 2013 年〕

##### ① 在宅養老

サービスは基本的に訪問サービス形式とし、家政服务、リハビリ、医療、介護、精神的ケアサービス等提供する。対象者別

<sup>75</sup> MDS とは Minimum Data Set の略。ナースিংホームに義務づけられている老人能力評価。

<sup>76</sup> 「90-7-3 方式」各社区（コミュニティ）に高齢者サービスセンターを設置し、介護従業員の技能訓練などを進めるなど、2015 年には、「高齢者の 90%が在宅で、7%がコミュニティ施設で、3%が養老施設で老後生活を送る」という目標の実現を目指す。〔日本貿易振機構, 2013 年〕



には以下の様なサービスを想定している。

- ・自立高齢者：家政サービス、高齢者食堂、法律相談など
- ・要介護の高齢者：家政、医療、補助具配置、食事配送、バリアフリー改造工事、安全確認など
- ・経済的発展地域：在宅養老の高齢者に補助金を支給

## ② 社区養老

デイサービスと在宅養老支援を中心サービスとする。

都市部：コミュニティサービスセンターを増設、助け合いや共同参加を促進

農村部：敬老院をベースに、デイサービスや短期介護サービスを提供、段階的にコミュニティサービスセンターへ移行。高齢者のみの家庭に対し、食事配送、短期介護サービスなどを提供。

## ③ 施設養老

养老施設の建設を中心とする

日常介護：バリアフリー環境、専門設備などを導入

リハビリ：関連機材や作業環境を整備

緊急救援：疾病など突発的な状況への対処、施設内に医療所の設立を奨励。

事業目標：2015 年末までに、1,000 人の高齢者に 30 床、計 340 万床を新設、既存の 30%を改造、基本的なサービス体制を構築完了。

中国における高齢者福祉政策は、中央政府等基本的な政策を策定し、地方政府がその財政事情に合わせて独自の施策を策定実施するという形で進行してきた。換言すれば、全国統一的な標準化が進んでいないとも言える。この点は美国と類似している。

また、政策的に民間参入が推奨されて来っており、高齢者福祉領域が市場化されつつあると言って良い。

高齢者福祉には、在宅福祉と養老施設とに二分されるが、中国の在宅福祉は、養老施設に比べて進展が遅いように思われる。ショートステイは中国ではほとんど見られず、ホームヘルプサービスとデイサービスは沿海地域の一部の都市部でしか実施されていないという。〔鄭小華，2009〕

上海では 2014 年介護対応のデイサービスセンターが開業した。今後期待が持てるが、送迎サービスがない。要介護高齢者の利用をどの様に促進していくかが問われている。

## （２）中国の養老施設種別

中国の養老施設の種別は下表のとおりである。

Table 25

施設種類	対象者	サービス
高齢者社会福利院 (Social Welfare Institution for the Aged)	三無老人 <sup>77</sup> 、自立高齢者、介助高齢者 <sup>78</sup> 、介護高齢者 <sup>79</sup>	日常生活支援、レクリエーション、リハビリ、医療保健等
養老院 (老人院) (Homes for the Aged)	自立高齢者、介助高齢者、介護高齢者	日常生活支援、レクリエーション、リハビリ、医療保健等
老年公寓 (Hostels)	自立高齢者	日常生活支援、レクリエーション、リハビリ、

<sup>77</sup> 三無老人とは労働能力無し、生活収入源無し、法定扶養者無しの老人。

<sup>78</sup> 介助老人とは日常生活を行うために、手すり、杖、車椅子、昇降機等の設備を必要とする高齢者

<sup>79</sup> 介護老人とは日常生活を行うために、人からの介護を必要とする高齢者。

for the Elderly)		医療保健等
護老院 (Homes for the Device-aided Elderly)	介助高齢者	日常生活支援、レクリエーション、リハビリ、医療保健等
護養院 (Nursing Homes)	介護高齢者	日常生活支援、レクリエーション、リハビリ、医療保健等
敬老院 (Homes for the Elderly in the Rural Areas)	農村部の三無老人、五保 <sup>80</sup> 老人、その他の高齢者	日常生活支援、レクリエーション、リハビリ、医療保健等
托老所 (Nursery for the Elderly)	都市部の社区における全ての高齢者	日常生活支援、レクリエーション、リハビリ、医療保健等
高齢者サービスセンター (Center of Service for the Elderly)	都市部の社区における全ての高齢者	レクリエーション、リハビリ、医療保健、訪問服务等

※出典『中国の高齢者福祉入所施設のあり方に関する研究』徐榮著（同志社大学大学院研究科）

上記表を再整理すると次表 Table24 となる。これをみると、要介護高齢者専用の養老施設が無いことが分かる。また、要介護高齢者が入所可能な養老施設は高齢者社会福祉院、養老院（老人院）、托老所の3種別しかない。

中国の養老施設は自理老人から介護老人まで対応している養老施設種別が多いのである。この様に自立高齢者から要介護高齢者まで幅広い入所者を受け入れるというのは美国の CCRC と類似している。中国で美国の CCRC を養老事業モデルと捉える風潮があるのもこの辺の事情があるからであろう。しかし、既述のとおり、中国の住み替え需要は美国の住み替え需要ほど高くはないということを理解しておく必要がある。

結局、中国の養老施設には介護需要に対応した介護専門施設が無く、介護サービスへの正面からの取組が少ないと言える。

Table 26

施設種類	対象者				サービス内容
	自理	介助	介護	三無五保	
高齢者社会福祉院 (Social Welfare Institution for the Aged)	○	○	●		日常生活支援、レクリエーション、リハビリ、医療保健等
養老院（老人院）(Homes for the Aged)	○	○	●		日常生活支援、レクリエーション、リハビリ、医療保健等
老年公寓 (Hostels for the Elderly)	○				日常生活支援、レクリエーション、リハビリ、医療保健等
護老院 (Homes for the Device-aided Elderly)		○			日常生活支援、レクリエーション、リハビリ、医療保健等
護養院 (Nursing Homes)		○			日常生活支援、レクリエーション、リハビリ、医療保健等

<sup>80</sup> 五保とは、農村の生活保護世帯。身寄りのない高齢者等就労不能又は就労困難で収入源のない者に対し、五保（食品、衣服、住宅、医療、葬儀）を補助する制度。【日本貿易振興機構, 2013 年】

敬老院 (Homes for the Elderly in the Rural Areas)				○	日常生活支援、レクリエーション、リハビリ、医療保健等
托老所 (Nursery for the Elderly)	○	○	●		日常生活支援、レクリエーション、リハビリ、医療保健等
高齢者サービスセンター (Center of Service for the Elderly)	○	○	○		レクリエーション、リハビリ、医療保健、訪問服务等

## 2. 中国养老事業の課題

### (1) 不足している養老施設の供給量

中国、日本、美国の高齢者住宅又は养老施設等の供給率を比較すると下表のようになる。中国の要介護者向けの供給率は 1.59%となっており非常に低い (Table25 参照)。日本の半分以下、美国の約五分の一程度である。中国の高齢者施設の供給量はかなり不足していると言える。また、「90-7-3 方式」を実現したとしても高齢人口の 3%であり、日本の 4.4%には満たない。中国の养老施設は日本、美国とくらべて量的に不足している。

また、中国の养老事業で最も大きな問題点は、介護専門の养老施設という種別が無いため、既存の养老施設に介護ノウハウの蓄積が少ないということである。もちろん、個々の職員には介護の経験や知識は蓄積されている。しかし、組織として、施設として介護の経験や知識が共有化され蓄積されていないというのが現状である。中国の課題は养老施設数の不足のみならず、ノウハウの不足ということも重大な問題となっている。

ようやく、各地で介護に特化した養老施設が産声を上げ始めたというのが現状である。今後、介護需要に対応できる养老施設種別の整理及び介護専門養老施設の供給量を増加させていくことと、介護ノウハウの蓄積を図って行くことが重要課題である。

**Table 27 高齢者住宅供給率（中国、日本、美国等の比較）**

国名	調査年	高齢者人口 (高齢化率)	高齢者住宅の供給率		備 考
			要介護者向け	自立者向け	
China	2010 年	11,354 万人 (8.4%)	1.59%		農村部 32,140 ヶ所、都市部 5,616 ヶ所 [日本貿易振機構, 2013 年]
Japan	2010 年	2,944 万人 (23.1%)	4.4%	0.7%	[高齢者住宅経営者連絡協議会, 2010 年]※
USA	2007 年	3,790 万人 (12.6%)	9.5%	Independent living 等多数	アメリカは、ナーシングホーム 6.6% (国勢調査局調べ)。この他にアシステッド・リビングが 2.9%と推測されることから、全体では 9.5%。
Sweden	2008 年	145 万人 (15.7%)	6.5%	シニア住宅 0.8%	
Denmark	2007 年	546 万人 (15.4%)	11.4%	非営利団体による高齢者住宅の供給多数	

※ 日本の高齢者住宅経営者連絡協議会が『高齢者住宅の在り方に関する提言書』P16 資料：(株)タムラプランニング&オペレーティングに中国のデータを筆者が挿入。また、2010 年の中国の高齢者人口は World Population Prospects: The 2012 Revision 参照

## （２）不足している高齢者在宅介護事業

中国の高齢者在宅介護事業については、柱となるべき訪問介護事業、老人デイサービス事業、ショートステイ事業等の供給量が不足していると推測される。特に、要介護高齢者向けのサービスが質と量が不足している。介護用品についても、その種類が少ない。介護用品の選択方法及び使用方法の啓発事業も今後重要となる。

在宅介護事業についても、今後、経験と知識を蓄積できるような運営が求められている。

## （３）老人能力評価の標準化と介護計画作成の必要性

中国の养老事業の重要な課題の一つに、顧客及び顧客の家族が納得できる要介護認定のための老人能力評価<sup>81</sup>を構築することが上げられる。また、介護の専門性を発揮するために個々の利用者の护理計画<sup>82</sup>を作成し、計画的な护理サービス提供を行うことも重要である。

この介護計画策定は介護ノウハウの蓄積のため、チームケア<sup>83</sup>のためにも必要である。中国の既存養老施設に介護に関するノウハウが蓄積されていないのはこの介護計画作成ができていないからである。

中国で養老施設の入所に当たって実施されている老人能力評価は介護量<sup>84</sup>予測を大きな目的としている。しかし、本来であればこの老人能力評価の結果を基に入所者一人一人の課題を抽出し、課題解決を検討し、护理計画

<sup>81</sup> 老人能力評価として中国国家老人能力評価が開発中。また、上海市においても要介護度を判定するための老人能力評価が開発されている。

<sup>82</sup> 护理計画とは利用者の課題を明確にし、介護内容、方法、頻度、提供時間、提供する担当者等に係る計画。

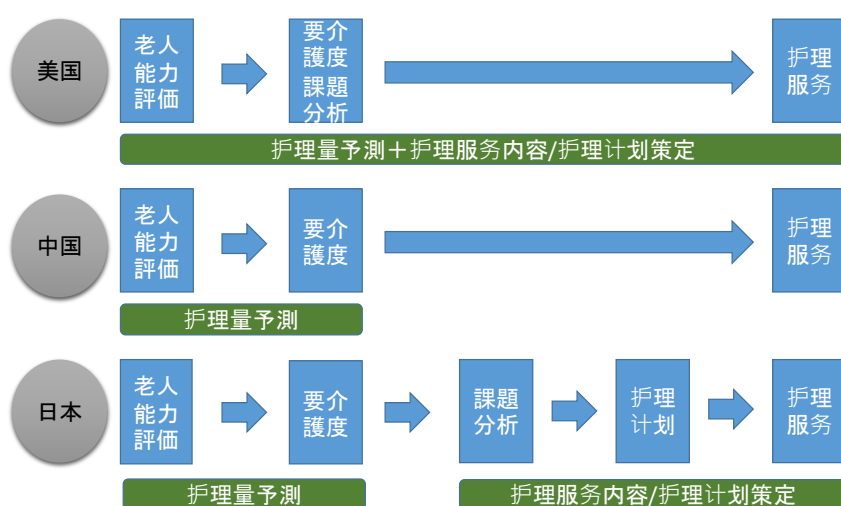
<sup>83</sup> チームケア《team care》とは、医師、看護師、保健師、社会福祉士及び介護福祉士、理学療法士、作業療法士、ホームヘルパーなど様々な専門職、関係者がチームで対象者のケアにあたること。

<sup>84</sup> 介護量とは、ある特定の高齢者の介護がどの程度、手間暇のかかる、時間がかかるかという量を表す概念で、重度介護、中度介護、軽度介護とか特級、1 級等の級で表す。

を策定することが必要なのである。要するに、老人能力評価を介護量推定のためだけではなく、利用者の課題分析の手段として活用することが肝要なのである。しかし、実情は、この介護量判定から自動的に介護服务内容が決定される仕組み<sup>85</sup>になっていて入所者一人一人に护理计划を作成していない养老施設が多い。例えば、重度介護と判定されれば全てのサービスを利用できる。中等度であれば、排泄等のサービスを利用できないとか、要介護度によって提供するサービスが自動的に決められているのである。

日本に於いて介護計画は介護保険給付の条件となっている。つまり、介護計画が無いような素人の介護は介護保険の対象とならないのである。美国に於いても介護計画は義務づけられている。美国に於いては、MDS（Minimum Data Set）を実施し介護量の判定に結び付けるとともに課題を検討し介護計画を作成しているのである。中国、日本、美国の老人能力評価及び护理计划の関係を整理すると以下の図となる。中国に於いても入所者一人一人に対して护理计划を策定することがチームケア確立とノウハウ蓄積のために非常に重要である。

図 1



<sup>85</sup> Table26 は上海市の等級別服务内容の整理例である。

Table 28

服务/等級		服務內容
基础护理服务		早晨督促老人漱口，洗脸，洗手，梳头。晚上督促老人洗脸，洗手，洗脚，洗会阴部
		督促老人定期剪指（趾）甲，理发剃须，更换衣裤
		安排老人洗澡，每周一至两次。夏季气候炎热时。每日洗澡，并督促，帮助老人每日擦洗
		为老人整理床铺，翻晒被褥。
		每日清洗床上用品（床单，枕套。枕巾，被套）一次，保持床单单位清洁。
		鼓励老人到食堂用餐
		组织老人参加院内的各种康复活动
用餐	二级护理	鼓励并帮助老人到食堂用餐
早晨	二级护理	早晨督促老人漱口，洗脸，洗手，梳头。晚上督促老人洗脸，洗手，洗脚，洗会阴部
	一级护理	早晨为老人漱口，洗脸，洗手，梳头。晚上为老人洗脸，洗手，洗脚，洗会阴部
	专户	早晨老人漱口，洗脸，洗手，梳头。晚上为老人洗脸，洗手，洗脚，洗会阴部
餐具	二级护理	餐具和茶杯严格消毒，老人的毛巾，面盆做到经常清洗，便器用后及时倾倒并定时消毒
	一级护理	餐具和茶具严格消毒，老人的毛巾，面盆做到经常清洗，便器用后倾倒并定时消毒
	专户	餐具和茶具严格消毒，老人的毛巾，面盆做到经常清洗，便器用后倾倒并定时消毒
喂水，喂药	一级护理	饭菜，茶水供应到床边，按时喂饭，喂水，喂药。
	专户	饭菜，茶水供应到床边，按时喂饭，喂水，喂药。
口腔护理	一级护理	口腔护理清洁无异味，皮肤护理无褥疮
	专户	口腔护理清洁无异味，皮肤护理无褥疮.对长期卧床而不能自主翻身的老人，定时翻身，变换卧位，检查皮肤受压情况，防止褥疮发生
整理床铺	二级护理	为老人整理床铺，翻晒被褥
	一级护理	老人整理床铺，翻晒被褥
	专户	老人整理床铺，翻晒被褥
康复	二级护理	组织老人参加院内的各种康复活动
	一级护理	为老人开展针对性个体康复活动
	专户	为老人开展针对性个体康复活动
巡视	一级护理	对痴呆老人根据情况定时巡视，防止随意外出或发生意外
	专户	对痴呆老人根据情况定时巡视，防止随意外出或发生意外
坠床	一级护理	对易发生坠床。座椅意外的老人，应提供床栏，座椅加绳托等护理器具，确保安全
	专户	对易发生坠床。座椅意外的老人，应提供床栏，座椅加绳托等护理器具，确保安全
洗澡	二级护理	帮助老人洗澡或擦身，每周一至两次。夏季气候炎热时，每日洗澡或擦身，并帮助老人每日擦洗
	一级护理	为老人洗澡，每周一至两次。夏季气候炎热时。每日洗澡或擦身，并为老人每日擦洗
	专户	为老人洗澡或擦身，，每周一至两次。夏季气候炎热时。每日洗澡或擦身，并为老人每日擦洗
搀扶行走不便的老人上厕所	二级护理	搀扶行走不便的老人上厕所。防止摔倒。
	一级护理	搀扶行走不便的老人上厕所。防止摔倒。
	专户	搀扶行走不便的老人上厕所。防止摔倒。
清洗	二级护理	每周清洗内衣一次（夏季每日清洗），每周洗涤外衣一次
	一级护理	每周洗涤内衣一次（夏季每日清洗），每周洗涤外衣一次。必要时及时更换
定期剪指	二级护理	督促老人定期剪指（趾）甲，理发剃须
	一级护理	经常为老人定期剪指（趾）甲，理发剃须
	专户	经常为老人定期剪指（趾）甲，理发剃须
户外活动	一级护理	视天气情况情况，每天带老人到户外活动或接受光照1至2小时
	专户	视天气情况情况，每天带老人到户外活动或接受光照1至2小时
清洗床上用品	二级护理	每半个月清洗床上用品（床单，枕套。枕巾，被套）一次，保持床单单位清洁。
	一级护理	每周清洗床上用品（床单，枕套。枕巾，被套）一次，必要时及时更换。被褥，气垫。被单保持清洁。平整，干燥柔软
专户		替工4小时专门护理，确保各项目治疗护理措施的落实
		被褥，气垫，被单保持清洁，平整，干燥，柔软，无碎屑
		做好老人大小便护理。对大小便失禁或卧床不起的老人，做到勤检看，勤换尿布，秦擦洗下身，勤更换衣被，保持老人清洁，无异味
		细心观察并掌握老人饮食，起居及思想情绪，精神状态等情况
		对换病老人严密观察病情变化，制定针对性护理措施，并做好纪录，防止并发症的发生

#### （４） 养老事業の人材問題

##### ① 护理人材

現在、中国の介護従事者は約 30 万人、資格認定者は 10 万人以下となっている（民政部社会福利・慈善事業促進司、2011 年統計）。また、『中国高齢事業発展報告（2013）』によると、2020 年には都市部の介護型養老施設の従業員数が 21 万人、在宅介護サービス従業員数が 81 万人に達すると言う。しかし、政府関係者によると「ほとんどの介護従業員は専門知識がなく、家事支援しかできない」のが実態であると言う。【日本貿易振機構、2013 年】

2000 年に中国人力資源・社会保障部は「家政服務員国家職業基準」「養老護理員国家職業基準」を制定し、資格制度を実施している。護理員の専門研修、研修修了の認定は今後の介護サービス品質向上には不可欠である。また、日本でも美国でも同じであるが、護理員の給与水準は全産業の平均的給与より低い水準となっている。また、護理員の離職率<sup>86</sup>も各国で高いことから、護理員の労働環境の改善も離職率の低下及び優秀な人材を得るために必要なことである。また、人事考課制度<sup>87</sup>やキャリアパス制度<sup>88</sup>等の有効な人事制度の構築及び定着も必要な施策である。今後、各养老事業及び养老施設でこれらの制度構築及び運用が必要となってくるであろう。

##### ② ソーシャルワーカー

美国及び日本の養老施設には役割には相違があるもののソーシャルワーカーの配置が義務づけられている。しかし、中国の養老施設では活動部があって、余暇活動等に携わる職員の配置はあるが、ソーシャルワーカーを配置している施設は少ない。今後、中国に於いても、护理计划作成及び施設の管理面での業務を行うために大学出身のソーシャルワーカーの配置は必須と思われる。

##### ③ 管理者<sup>89</sup>

「養老サービスを統括する老齡委員会の管理職のほとんどは他業種から移転してきて、施設にかかる経営マネジメントの訓練を受けておらず、高齢者介護の経験もなく専門知識もないなかで、現場では模索しながら試行錯誤を繰り返しているのが現状である。」と言う。【日本貿易振機構、2013 年】

中国の养老施設の管理者に対しての教育研修制度の確立、また、コンサルティングサービスの育成等が求められている。筆者の経験では中国の養老施設の管理者はコンサルタントに教育機能を強く求める傾向がある。視点を換えれば、コンサルタントから教えて貰って、それで終わりとなってしまいうということである。結局、コンサルティングを行っても、当該養老施設の組織や制度、护理サービスの品質等に何ら変化、進歩が見られないということがある。コンサルタントは先生ではない。例えて言うならば、コンサルタントは既製服の作り方を教えるのではなく、その人の個性や好みに会ってなおかつ、時間、場所、目的に合わせた衣服を顧客と相談しながら作り上げるのがその役割である。

日本に於いては教育機能も当然求められるが、それは中間管理職や現場職員からの要望であることが多く、管理者はコンサルタントに人事制度の構築、教育制度の構築、予算統制制度の導入等を求めることが多い。よって日本でのコンサルティングは施設の管理者又はその部下と一緒に制度等の構築に向けて共同作業を行い、実際に

<sup>86</sup> 各国の離職率；2007 年、美国の認定看護助手 CAN の離職率は 65.6% [澤田如, 2012]。2010 年、日本の介護職員の離職率は 17.8% [財団法人介護労働安全センター, 2010 年]

<sup>87</sup> 人事考課制度とは、設定された基準に基づいて、従業員一人ひとりを公正・公平に評価する制度で、「査定の側面」と「育成の側面」の 2 つの視点がある。考課の結果は昇給、昇進、昇格、異動などの処遇や能力開発に反映させる重要な役割を担っている。

<sup>88</sup> キャリアパス《Career path》とは、企業の人材育成制度の中でどのような職務にどのような立場で就くか、またそこに到達するためにどのような経験を積みどのような技術を身につけるか、といった道筋のことを言う。簡単に言えば、企業の中での異動や昇進の道筋。

<sup>89</sup> ここで言う管理者とは、养老施設の院長や副院長又は会社本部の养老事業部長等を指す。

制度を構築、維持管理することが多いのである。

中国に於いても、コンサルタントのより有効な活用方法を定着させることが求められている。

## V. 中国高齢者福祉の課題と解決の方向性

### 1. 課題整理

ここで、中国の高齢者福祉の課題を整理し、課題検討の方向性について検討する。

領域	中国の課題	課題検討の方向性
高齢者を取り巻く環境	① 中国の高齢人口の圧倒的な量への対応が困難	中国社会は急激に高齢化している。しかも、高齢人口は日本や美国と比較しての圧倒的な量となっているし未富先老という独自の課題もある。この課題故に、中国の高齢者政策は即効性と効率性を重視する必要があると思われる。
	② 急激な高齢化が進展する	
	③ 人口オーナス期への突入と未富先老	
养老事業の市場環境	④ 15%超の要介護者の出現率	高齢化問題の大きな介護需要への対応と言える。特に空巢家庭の増加により家庭介護力の低下が想定されるなか、在宅福祉サービスの充実が緊急の課題と言える。また、日本、美国に比べると養老施設の不足も深刻であり、高い持ち家率や住み替え需要の動向を勘案すると、介護需要に対応した養老施設の充実が重要と思われる。既存の養老施設に在宅福祉サービスを実施させるような政策誘導が必要である。
	⑤ 高い空巢家庭率による家庭介護力の低下	
	⑥ 高い持ち家率と住み替え需要の低さ	
中国高齢福祉サービスの現状と課題	⑦ 養老施設数の不足	中央又は地方政府が統一した老人能力評価を作成するとともに、評価者の研修も必要。また、護理計画の作成を养老事業者に義務づける必要がある。
	⑧ 老人能力評価の標準化と護理計画の作成が不徹底	
	⑨ 護理人材の安定的確保と育成	
	⑩ ソーシャルワーカーの配置	
	⑪ 管理者の経営手法の標準化	

### 2. 課題解決の方向性

#### ① 養老施設サービスの複合化、複合養老施設化

中国の高齢者福祉の課題検討の方向性では「即効性」と「効率性」が重要と指摘した。この即効性と効率性を実現するためのヒントを美国と日本の高齢者福祉制度の中に見つけることができる。

日本では、殆どの養老施設がデイサービス、ショートステイ、ホームヘルプ事業等の在宅サービスを行っている。既存の養老施設の有効活用は即効性、効率性を確保できる施策と言える。

また、美国においても先に紹介した高齢者包括ケアプログラム「PACE」に見られるようにサービスを複合的、包



括的に提供する事例も参考になる。さらに、複合的、包括的なサービス提供には老人能力評価と、それに続く护理計画の策定がノウハウの蓄積及び専門性の確保にとって必須であるということを十分に理解する必要がある。

## ② 費用の包括化

日本においても美国においても国の財政的問題が国家的な課題となっている中、高齢者福祉においても支出の抑制、効率化が重要課題となっている。このような中で、先に紹介したように、日本においては、在宅护理サービスにおいても、徐々にではあるが、包括的定額料金制度<sup>90</sup>が取り入れられるようになってきている。また先に紹介した美国の高齢者包括ケアプログラム「PACE」も定額の報酬となっており、運営主体は限られた財源の中で効率的なサービス提供に努めることが期待されており、事業の効率化を図ろうとしている。この手法は中国に於いても有効であると思われる。

## 3. 中国の养老施設事業モデルの検討

### (1) 中国版 CCRC の課題

先に紹介したが、中国では養老施設は不足している。しかし、入所率が低い養老施設もある（北京市の高齢者施設全体の入所率は 61.2%だと言う。【日本貿易振機構，2013 年】）。「高齢者福祉施設の需要が満たされていないと同時に、施設の利用率も低いという矛盾が現れているのだと考察される。」【徐栄】と言う。市場のニーズと養老施設のサービスがミスマッチしている可能性がある。

近年は美国の CCRC (Continuing Care Retirement Communities)をモデルとした富裕層を対象とした高級養老施設が多くなってきている。筆者の中国での約 7 年間の経験でも CCRC をモデルとした養老施設開設の問い合わせが多かった。幾つかの事例に共通しているのは顧客のターゲットを介護高齢者ではなく、富裕層の自理高齢者においているということである。それゆえ、高級養老施設は設計面でも无障碍への配慮が欠けている事例が散見される。また、高級を標榜するからには、施設への過剰投資となり、その結果、高額な料金設定とならざるを得ない。

全国老齡工作委员会弁公室『民間養老サービス機関の基本状況調査』によると、施設入所を決めた要因を Table27 にまとめている。「子供が世話できなくなった。」及び「子供に迷惑をかけたくない」という要因は介護に関連した介護需要を表している。この二つの項目で 60%を占めている。要するに、養老施設入所の最大要因は介護需要であるということである。

Table 29

理由	割合
子供が世話できなくなった	44%
自宅より施設の方がよい	39%
子供に迷惑をかけたくない	16%
その他	1%

また、施設を選ぶ要素については下表のようになっている。費用という要素が施設を選ぶ時の最大要因となっていることが分かる (Table28 参照)。

Table 30

理由	割合
----	----

<sup>90</sup> 包括的定額料金制度とはサービスの利用回数等にかかわらず一定額を支払うと言う制度で、日本では小規模多機能居宅介護事業及び定期巡回随時対応訪問介護看護事業がその例である。

費用	50%
サービス	24%
居住環境	18%
所在地（自宅や子供に近い）	8%

要介護高齢者ではなく、自立高齢者のパラダイス<sup>91</sup>を夢観て設置された高級 CCRC は上記の施設入所要因にも施設選択要因にも合致しない。このような、CCRC、高級养老施設の需要が全くないとは言えないが、入所者を十分獲得するまでには、ある程度の期間が必要となる。入所者を十分獲得できない期間の運転資金を十分考慮して施設設置運営計画を策定することが肝要である。

筆者としては、CCRC であっても、介護需要へ対応し、在宅服も提供できる複合サービスを提供ができ、入所者が納得しやすい費用設定がなされている施設が望ましいと考えている。

## （２）养老施設モデルの要件

筆者の考える中国养老施設のモデルの要件を以下に示す。重要なのは都市部の中所得層の介護需要に対応した介護専門の养老施設モデルを作り上げることである。たとえ、CCRC であっても、介護サービス専門のフロアや区域は必要となる。最も専門性が求められるこの介護専門养老施設の運営模式を確立することが中国の养老施設模式の基本となるべきである。

Table 31

マーケティング要素	立地	目標顧客の介護度	目標顧客の所得層	費用設定	施設規模	サービス
モデル 养老施設	都市部	介助高齢者 介護高齢者	中間所得層 以上	中間所得層が支払可能な範囲	中規模 定員 100 名程度	介護サービスセンター 在宅介護サービスを含む

## （３）管理単位の設定

介護サービスにおいて介護員は入所者の介護に係る老人能力評価結果や介護計画内容等々多くの情報を把握している必要がある。一般的に、一人の介護員が 100 人以上の入所者の情報を把握することは困難である。より質の高い介護サービスを提供するためには適切な規模の管理単位を設定することが不可欠である。よって、养老施設の運営管理計画の策定に当たっては、管理単位を明確にすることが肝要である。この管理単位とは、介護業務を適切かつ効率的に管理するための適切な範囲、区域であり、一定の区域、一定規模の入所者数を前提とした職員配置がなされ、他の管理単位とは比較的自立して運営管理する事ができる単位である。

筆者は、この管理単位は、夜勤体制を考えると入所者 30 人から 50 人程度が良いと思う。この規模であれば、介護員はサービス提供する全ての入居者の老人能力評価結果や介護計画等の情報を把握することが可能であり、きめ細かなサービス提供が可能となる。また、この入所者数であると一定の介護員数を前提とするのでチームでの介護も可能であり、介護員としての専門性の成長も期待できる。

## （４）介護員の配置標準

### ① 介護員配置標準例

入所者の能力等級により介護員の標準配置が決められている。日本では中央政府がこの標準配置を定めており、米国では各州で定めている。以下に上海市の介護員の標準配置を紹介する。Table30 は職員の雇用標準であり、

<sup>91</sup> パラダイス《Paradise》とは英語で楽園・天国の意味

Table31 は時間帯別の実際の配置標準である。この配置はほぼ日本と同程度と言える。日本では要介護高齢者に対して 1 : 3 であり、比較的健康な高齢者に対しては 1 : 10 となっている。

**Table 32**

等級内容	上海市	
	标准配置	平均
自理	5 ～ 10	7.50
半自理	3.5 ～ 5.0	4.25
不能自理	2.5 ～ 3.5	3.00
完全不能自理和痴呆老人	1.5 ～ 2.5	2.00

**Table 33**

护理等级	時間帯	上海市
能力完好 0 級	6:00 ～ 18:00	40
	18:00 ～ 6:00	80
轻度失能 1 級	6:00 ～ 18:00	20
	18:00 ～ 6:00	40
中度失能 2 級	6:00 ～ 18:00	20
	18:00 ～ 6:00	40
重度失能 3 級	6:00 ～ 18:00	8
	18:00 ～ 6:00	16

## ② 管理単位の护理員配置模式例

以下の条件で先述の管理単位の护理員の配置数を算定する。

- ・管理単位の入所者数 50 人
- ・护理員の月間休日数を 9 日とする。
- ・施設の护理員配置標準、护理員夜間配置標準、入所者の能力等級構成は Table32 に示す。

**Table 34**

等級	护理員 配置标准 ①	护理員夜間 配置標準 ②	入所者の能力 等級構成比 ③	入居者数 ④=50×③	护理員必要 雇用数（人） ⑤=④÷①	夜間配置 护理員数 ⑥=⑤÷②
自理	10	80	10.0%	5	0.5	0.06
轻度失能	4	40	20.0%	10	2.5	0.25
中度失能	3	40	40.0%	20	6.7	0.50
重度失能	2	16	30.0%	15	7.5	0.94
計			100.0%	50	18.0	2.00

上記の条件を前提とすると、护理員の必要な雇用数は 18 人、夜間の护理員配置は 2 人となる。つまり、50 名規模の管理単位では、护理員は 18 人必要で夜間の配置は 2 人必要ということになる。また、18 人の护理員を採用したとすると、日勤帯の配置数は以下の様に算定することができる（Table33 参照）。結局、入所者 50 人の管理単位では 18 名の护理職員が必要で、夜間帯は 2 人の配置で、日勤帯は 8.6 人の配置となる。

**Table 35**

項目	数値	算定方法等
----	----	-------

护理員数	18	…①
月日数	30	…②
月間休日数	9	…③
劳动日数	21	…④=②－③
月間延べ劳动日数	378	…⑤=①×④
夜勤勤務数	2	…⑥
月間延べ夜勤数	120	…⑦=②×⑥×2 ※夜勤を2日勤務とする
月間延べ日勤可能数	258	…⑧=⑤－⑦
日勤帯勤務数	8.6	…⑨=⑧÷②

以上から明らかなように、必要な护理員数は、入所者の数や入所者の能力等級によって変化する。この変化する必要故知員数に如何に対応するかが、养老施設の立ち上げ時には重要な経営課題となる。

### （５）合理的な費用体系の構築

养老施設の成功の第一歩は費用設定にある。顧客にとって納得できる価格設定、つまり、ある程度の説明可能な価格設定が求められている。

#### ① 費用とその根拠支出例

养老施設の経営は運営に係る費用を入所者から徴収して初めて成り立つものである。以下に入所者から徴収しなければならない費用とその根拠となる支出等を示す。

**Table 36**

費用徴収項目		対応勘定科目
室料		建築費、修繕費、建築費支払い利息等
管理費	基本サービス費	管理人権費（护理員以外の人件費）、管理事務費
	建物等管理費	光熱水費、建物維持費
餐饮費		食材料費、厨房人件費、厨房水道光熱費等
护理費		护理員人件費
医療費		护士人件費

#### ② 室料の算定公式例

养老施設の室料は以下の公式で算定する。

$$\text{房租} = \text{利益率} \times \frac{(\text{建築物・設備費用}) + (\text{建築物修理维护費用})}{\text{房间数} \cdot \text{房间面积}}$$

#### ③ 护理費算定例

护理費は护理員の人件費を基に算定する。よって、护理費の算定は护理員の平均人件費及び配置標準と連動することになる。护理費算定の考え方の基本は以下の公式で示すことができる。

$$\text{护理費} = \text{护理員人件費} \times \text{付加価値率（目標利益率）} \times \text{入所者1人当たりの护理職員数}$$

护理員の配置標準を Table32 と同様とし、付加価値率を 3 とした場合の护理費の算定例を Table35 に示す。

Table 37

等級	护理員 配置標準 ①	入所者 1 人当たりの护 理員数 ②=1÷②	平均护理員人件費 (月額 RMB) ③	付加価値率 ④	护理費基礎 数值 ⑤=③×④	护理費 (RMB) ⑥=④×②
自理	10	0.10	4,000	3	12,000	1,200
轻度失能	4	0.25				3,000
中度失能	3	0.33				4,000
重度失能	2	0.50				6,000

上記表を見れば明らかなが、重度失能の护理費は自理の护理費の 5 倍なければならない。何故ならば、护理職員の配置標準が重度失能は自理の 5 倍だからである。ところが、養老施設の中には重度失能の护理費が自理の 5 倍にも満たない事例が散見される。この様な場合、養老施設は重度失能を受け入れれば受け入れるほど損をしてしまう。この様なことが決して無いようにしなければならない。

#### (6) 予算統制

中国の養老施設経営で残念に思うのは、予算統制制度が確立していないということである。予算とは、ある一定の期間（例えば 1 年間や半年間など）の収入及び支出についての見積又は計画のことである。一般的には中期利益計画（通常 3～5 年分）を立案し、それに基づく年度予算を策定し、さらに年度予算を月次に分解した月次予算をも策定する。この月次の予実差異の原因は毎月の取締役会に報告され、取締役会では差異の原因に応じた対応策を検討することになる。予算策定から予算と実績の管理までの一連のフローが予算統制であり、上場審査上、予算統制は重点的審査項目となっている。

養老事業会社が業績目標を達成するためには、現状を踏まえた予算計画を立てる必要がある。

中国では、この予算統制体制が未確立の養老施設、養老事業が散見される。护理服务にとって护理计划在基本であるのと同様、経営者にとってはこの予算統制が経営の基本となるべきである。予算統制の無い経営は計画的経営とは言えない。この月次予算と実績の差異を把握・分析し、その分析結果に基づいて適時適切に差異縮小のための具体的対応策を判断し実行することが経営者の大きな責務と言える。

この予算統制制度を養老事業に導入、確立できれば、中国の養老事業経営は格段の進歩を見せるであろう。

## 引用文献

認知症介護研究・研修センター . (日付不明). アメリカの認知症ケア動向Ⅲ(アメリカの医療保障制度).

(株) FREELABO. (2014 年 5 月 3 日). 世界のネタ帳. 参照先: 世界のネタ帳: <http://ecodb.net/>

(株)ユニホーシルバービジネス事業部. (2005 年 8 月 31 日). シルバー産業は何兆円でしょうか? 参照先: シルバー事業の基礎科目: <http://www.uniho.co.jp/jigyo/silver/1-5.html>

Goo 辞書. (2014 年 5 月 5 日). 参照先: <http://dictionary.goo.ne.jp/leaf/jn2/114054/m0u/>

wikipedia. (2014 年 5 月 9 日). Adult daycare center. 参照先: WIKIPEDIA: [http://en.wikipedia.org/wiki/Adult\\_daycare\\_center](http://en.wikipedia.org/wiki/Adult_daycare_center)

wikipedia. (2014 年 5 月 9 日). Respite care. 参照先: WIKIPEDIA: [http://en.wikipedia.org/wiki/Respite\\_care](http://en.wikipedia.org/wiki/Respite_care)

Wikipedia. (2014 年 5 月 8 日). 医療保険制度改革. 参照先: Wikipedia: <http://ja.wikipedia.org/wiki/>

Wikipedia. (2014 年 7 月 9 日). 中国人富裕層. 参照先: Wpidea: <http://ja.wikipedia.org/>

Wikipedia. (日付不明). リバースモーゲージ. Wikipedia. 参照日: 2014 年 5 月 8 日, 参照先: <http://ja.wikipedia.org/wiki/%E3%83%AA%E3%83%90%E3%83%BC%E3%82%B9%E3%83%A2%E3%83%BC%E3%82%B2%E3%83%83%E3%82%B8>

wikipwdia. (2014 年 5 月 9 日). Home care. 参照先: WIKIPADIA: [http://en.wikipedia.org/wiki/Home\\_care](http://en.wikipedia.org/wiki/Home_care)

ニッスイ. (2014 年 5 月 2 日). ニッスイアカデミー. 参照先: ニッスイアカデミー: <http://www.nissui.co.jp/academy/market/06/>

経済産業省 (日本). (2014 年 5 月 2 日). アジア「内需」とともに成長する我が国、持続的成長実現に向けたアジア・太平洋の枠組み. 参照先: 経済産業省: <http://www.meti.go.jp/report/tsuhaku2010/2010honbun/html/i2510000.html>

公益財団法人大阪市都市型産業振興センター. (2014 年 5 月 7 日). 日系企業の中国進出が相次ぐシルバービジネス. 参照先: おおさかトップラナー Club: <http://www.osaka-toprunner.jp/business/2012/business07.html>

厚生労働省. (1991 年). 1991 年厚生白書. 厚生労働省.

厚生労働省. (2014 年 5 月 8 日). 介護保険の保険料 (第 2 号被保険者). 参照先: 厚生労働省: [http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi\\_04.html](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi_04.html)

厚生労働省. (2014 年 5 月 7 日). 厚生労働省. 参照先: 介護費用と保険料の推移: <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi.html>

溝田弘美. (1999). アメリカの高齢者政策におけるアドヴォカシーの役割. 政策科学.

高齢者終縁経営者連絡協議会. (2010 年). 高齢者住宅の在り方に関する提言. 高齢者終縁経営者連絡協議会.

高齢者住宅経営者連絡協議会. (2010 年). 高齢者住宅の在り方に関する提言. 高齢者住宅経営者連絡協議会.

財団法人介護労働安全センター. (2010 年). 平成 22 年度介護労働実態調査. 財団法人介護労働安全センター.

三富紀敬. (2009). 介護保障と介護者支援. 静岡大学経済研究.

社団法人全国有料老人ホーム協会. (2013 年). 平成 24 年度制度改正後の有料老人ホームに関する実態調査及び契約等に関する調査研究報告書. 社団法人全国有料老人ホーム協会. 参照先: [http://www.yurokyo.or.jp/investigate/pdf/report\\_h24\\_01.pdf](http://www.yurokyo.or.jp/investigate/pdf/report_h24_01.pdf)

徐榮. (日付不明). 中国の高齢者福祉入所施設のあり方に関する研究. 同志社大学大学院社会学研究科.

新井光吉. (2013). アメリカの介護者支援—PACE による地域包括ケア拡大の可能性—. 海外社会保障研究.

人民網日本語版. (2011 年). 中国のシルバー産業規模、1 兆円を突破. 参照先: <http://j.people.com.cn/94476/7631673.html>

西村由美子. (日付不明). On Lok から PACE へアメリカの草の根が生んだ要介護高齢者ケア・プログラム. 国際長寿センター. 参照先: <http://www.ilc-japan.org/>

大和総研. (2010 年 11 月 12 日). 大和総研アジアインサイト. 参照先: 大和総研:  
[http://www.dir.co.jp/consulting/asian\\_insight/101112.html](http://www.dir.co.jp/consulting/asian_insight/101112.html)

張曉光. (2010 年). 中国の高齢化とシルバー産業の始動. 大和総研上海諮問有限公司.

張 春 俠 . (2003 年 2 月 ). 高 齡 化 社 会 を 迎 え て . 参 照 先 : 人 民 中 国 :  
<http://www.peoplechina.com.cn/maindoc/html/teji/200302/teji.htm>

朝日新聞デジタル. (2014 年 5 月 2 日). 大字泉. 参照先: Hotbank.jp: <http://kotobank.jp/word/>

朝日新聞社. (2014 年 5 月 8 日). kotobank.jp. 参照先: kotobank.jp: <http://kotobank.jp/>

鄭小華. (2009). 中国都市部における高齢者介護サービスに関する研究. 大阪府立大学.

内閣府. (2010). 第 7 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果. 内閣府.

内閣府 Cabinet Office、Government of Japan. (2014 年 5 月 3 日). 平成 24 年版高齢社会白書. 参照先: 第 1  
 章第 2 節 3 (2): [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/s1\\_2\\_3\\_02.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/s1_2_3_02.html)

内閣府 経済社会総合研究所. (2011 年). M&A 事情調査研究会報告書. 内閣府 経済社会総合研究所. 参照先:  
 経済社会総合研究所.

日本共産党. (2012 年 4 月 2 日). 介護保険料 19.5% 増. 参照先: しんぶん赤旗:  
[http://www.jcp.or.jp/akahata/aik12/2012-04-02/2012040201\\_04\\_1.html](http://www.jcp.or.jp/akahata/aik12/2012-04-02/2012040201_04_1.html)

日本経済新聞社. (2012 年 12 月 19 日). 中国、独居の高齢者急増 10 年で比率 11%から 16%に. 参照先: 日本  
 経済新聞 web 刊: [http://www.nikkei.com/article/DGXNASGM1907D\\_Z11C12A2FF2000/](http://www.nikkei.com/article/DGXNASGM1907D_Z11C12A2FF2000/)

日本貿易振興機構. (2013 年). 中国高齢者産業調査報告書. 日本貿易振興機構.

認知症介護研究・研修センター. (日付不明). アメリカの認知症ケア動向IVアメリカの介護サービス. 認知症介護  
 研究・研修センター. 参照先: <http://www.dcnnet.gr.jp/>

白井さゆり. (2012 年 5 月 5 日). 少子高齢化を迎えるアジア地域と我が国の金融経済情勢. 日本銀行. 参照先: 日  
 本銀行.

洋子クルーム. (2008). アメリカの高齢者住宅とケアの実情-海外社会保障研究-. 国立社会保障・人口問題研究所.  
 参照先: <http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/18879307.pdf>

澤田如. (2012). アメリカ高齢者ケアの光と陰. 大学教育出版.