

**平成30年度国際ヘルスケア拠点構築促進事業  
タイにおける高齢者地域包括ケア拠点構築プロジェクト**

**報告書**

**平成 31 年 2 月**

**タイ国高齢者地域包括ケア連携コンソーシアム  
(代表団体:エフビー介護サービス株式会社)**

**平成30年度国際ヘルスケア拠点構築促進事業  
タイにおける高齢者地域包括ケア拠点構築プロジェクト**

**報告書**

**目次**

第1章 実施概要.....	1
1-1. 背景と目的.....	1
(1) 背景.....	1
(2) 目的.....	2
1-2. 実施体制と事業スキーム.....	4
(1) 実施体制.....	4
(2) 事業スキーム.....	7
1-3. 実施計画.....	8
第2章 現地介護市場と課題.....	9
2-1. タイの高齢者の現状.....	9
(1) タイの高齢化社会.....	9
(2) タイの高齢化社会の課題.....	11
(3) タイの高齢者の所得.....	17
(4) タイの高齢者の生活様式の変化.....	17
(5) タイ在住の外国人高齢者.....	18
(6) タイにおける介護サービスの需要.....	19
第3章 事業実施内容.....	20
3-1. 調査（拠点設立のための必要事項調査）.....	20
(1) タイの公的保障制度.....	20
(2) タイの公的年金制度.....	21
(3) タイの高齢者施策.....	22
(4) 介護制度.....	23
(5) タイにおける競合状況.....	24
(6) タイの高齢者介護事業市場分析結果.....	28
(7) タイ国内の現状（高齢者入所施設の区分）.....	29
(8) 良建築設計事務所による調査結果および提言.....	31
(9) 食材適合調査.....	36
3-2. 実証（リハビリセラピストによる理学療法評価およびプログラムの提案、教育）..	41
(1) 目的.....	41

(2) 実施概要.....	41
(3) 実施内容.....	42
(4) 実施成果から得た今後への検討.....	50
(5) タイにおけるリハビリ事業状況.....	52
(6) リハビリテーション専門職に関わる状況.....	55
(7) 理学療法サービス提供状況.....	56
3-3. シンポジウム開催（地域包括協議）.....	60
(1) シンポジウム内容.....	60
(2) シンポジウムアンケート調査結果.....	63
(3) ワークショップ開催（前回評価から追加実施）.....	74
(4) シンポジウム開催による成果.....	75
第4章 まとめ.....	77
4-1. 事業成果.....	77
4-2. 課題.....	77
(1) 教育.....	77
(2) 介護人材の確保と人材育成.....	78
(3) タイの外国人事業法規制.....	78
(4) 福祉用具の輸出入.....	78
(5) 為替リスク.....	78
(6) 意思決定のスピード感と業務のスピード感のギャップ.....	78
4-3. 今後の展開.....	79
(1) 介護市場の開拓.....	79
(2) エフビー介護サービスの事業展開の可能性.....	79
(3) シミュレーション収支計画1～5カ年.....	81
(4) 地域包括ケア連携をテーマとしたコンソーシアムの活用.....	82
(5) 日本の介護ビジネスの波及効果.....	83
(6) コンソーシアムにおけるタイ人ターゲット所得層.....	83
(7) 今後の事業化スケジュール.....	84
最後に.....	85

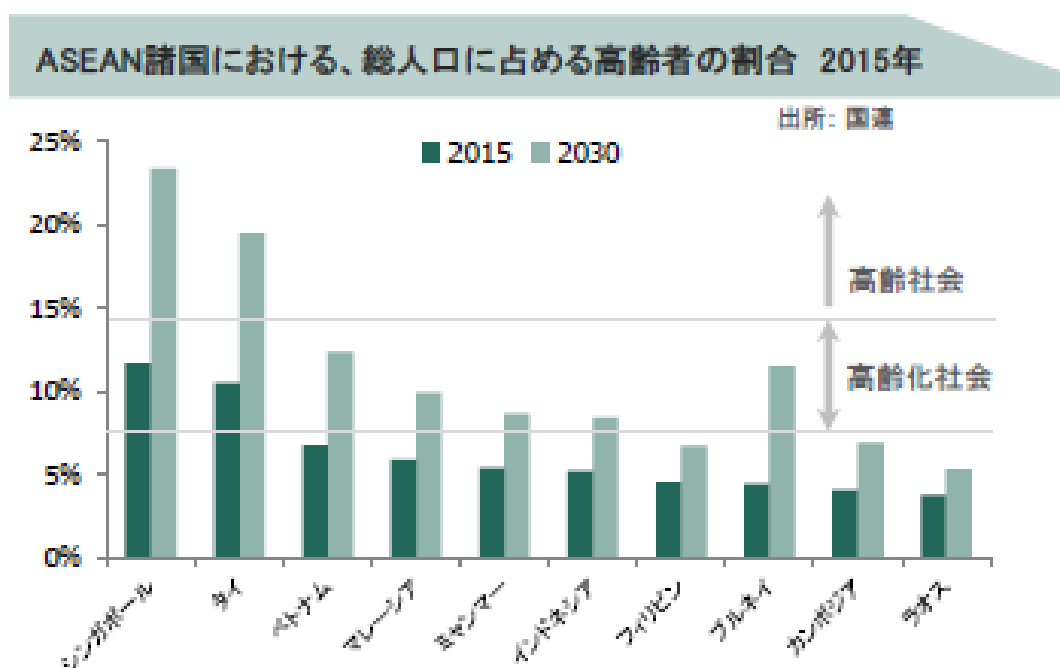
## 第1章 実施概要

### 1-1. 背景と目的

#### (1)背景

現在アジア地域では、日本、中国、シンガポール、タイで高齢化が進んでいる。2018年現在、65歳以上の人口は、日本が約28%、中国が約17%、シンガポールが約19%、タイが約12%。タイは現在高齢化社会となっているが、2030年には高齢社会となり、2050年までに超高齢化社会となることが予想される<sup>1</sup>。高齢化の状況でみるとタイと中国は同程度のスピードで進んでおり、ともに2030年に超高齢化社会に到達するとみられている。タイはアジア地域の中でも高齢化が進んでいるため、高齢者関連事業は高い成長可能性を秘める。

図表 1 ASEAN 諸国における、総人口に占める高齢者の割合



出所) コンソーシアム作成

<sup>1</sup> 総人口に占める65歳以上の老年人口（高齢者人口）の割合（65歳以上の人口÷総人口×100）により区分される。7%～14%が高齢化社会、14%～21%が高齢社会、21%以上が超高齢化社会。日本は、2018年9月内閣府高齢白書によると28.1%で超高齢化社会に該当する。タイは2018年5月国家経済社会開発庁の統計によると、9%が65歳以上で高齢化社会に該当される。なお、60歳以上の人口の場合、全体の17%を超過する。

タイでは高齢化が進む一方、高齢者や障がい者に対する理学療法やリハビリテーション、福祉用具の不足・不良、人材や技術の不足が著しい。現地では、文化的背景から高齢者・障がい者ケアを家族介護や地域互助で対応しているが、近年は、高齢化の進展や共働き等の家族形態の変化等により従来の方法では対応しきれず、独居や認知症等の高齢者介護が社会的な課題となっているほか、一部高所得者層を除けば自立支援への理解が不十分であるため、本来社会復帰できるケースであっても寝たきり状態となっており、介護サービスの質向上や、よりきめ細やかな多岐に渡った介護サービスの提供が急務の状況にある。

介護保険制度が無いタイにおいて、日系介護事業者が単独で介護施設開設運営、福祉用具販売、介護人材育成を事業化し、採算性を確保していくために、高所得者層のみを対象として一時的に利益を生む可能性は考えられるが、継続的に安定運営し現地に貢献していくには、高所得層に限定しない対応を検討していく必要があり、そのためには、タイにおける法制度や介護サービス運営に関する条件を調査し、地域包括連携による自立支援効果を実証することが必要である。

これまで、代表団体であるエフビー介護サービス株式会社は、タイ国内での介護サービス事業化を目指し、バンコクおよび他地域にて独自の調査を行うとともに、パートナーと成り得る病院・施設・企業および省庁を訪問し連携に向けて協議してきた。

この度、コンソーシアムを形成し事業拠点を構築することにより、日系高齢者ケア事業者とタイの病院、現地事業者、タイ政府等との連携を強化し、各コストを軽減しリスクを共有しながら高所得者層に限定しないサービス提供を行うことにより、地域包括ケアサービスを確立し、介護施設開設運営事業、福祉用具事業、介護人材育成事業等を展開していくことを目指す。

## **(2)目的**

### **ア. 将来の事業目的**

タイにおける連携に向けた協議を通じ代表団体と基本合意書を締結した Navamin9 病院を中核病院（拠点）としてリハビリ型多機能介護施設を開設し、施設介護、通所介護、訪問介護、ショートステイを提供する。合わせて、バンコク都の協力を得てヘルスポランティア（「徳」を積むために、地方政府から若干の手当を受け取り、日本でいう民生委員や保健師の業務を行っている）との連携を強化し、地域包括ケア体制を構築することでタイの高齢化対策へ貢献することを想定している。

### **イ. 本年度の実施目標**

リハビリ型多機能介護施設の開設に向けて、コンソーシアムが考える多機能型介護施設が、現状のバンコクの介護市場にどのようにマッチするかを検証する。具体的には、タイの独自文化・宗教・思想（リハビリの不実施、認知症への理解不十分）への対応や、質の良い

介護サービス・用具を使用する費用負担余地等を検証しつつ、日本の知見・経験と技術を共有し、介護サービスの重要性認識の浸透を図る。

実施目標としては、①調査（拠点設立のための必要事項調査）、②実証（リハビリセラピストによる理学療法評価およびプログラムの提案、教育）、③シンポジウム開催（地域包括協議）の3項目を実施し、拠点化の準備を進める。

## 1-2. 実施体制と事業スキーム

### (1) 実施体制

本事業に臨むコンソーシアムの業務分担と実施体制は以下の通りである。

図表 2 業務分担表

関係事業者		事前協議	調査	実証 (リハビリ)	シンポジウム開催①	中間進捗協議	シンポジウム開催②	最終現地調査評価会	報告書作成
コン ソ ー シ ア ム	エフビー介護サービス株式会社	◎	○	○	◎	◎	◎	◎	◎
	石井会 (ISHII AND Partners)	委託	○	○	◎	○	○	○	
	良建築設計事務所	委託	○	○			○		○
	Apta Advisory	委託	○	◎			○		○
	ルルパ株式会社	委託	○	○			○		○
Navamin9 病院	協力団体	○		○	○	○	○	○	
バンコク都健康協議会	協力団体	○			○	○	○	○	
佐久市役所・佐久大学	協力団体				○		○		
佐久平福祉会	協力団体		○						○
タイ国ブラバ大学	協力団体				○		○		
SAKURA JAPANESE Language School (日本語通 訳・翻訳)	協力団体	○	○	○	○	○	○	○	
ABIDECK Co.,Ltd(現地車両費)	協力団体	○	○	○	○	○	○	○	

〔凡例〕 ◎：主担当、○：担当

出所) コンソーシアム作成

図表 3 関係事業者詳細

関係事業者		実施内容・役割	
コンソーシアム	代表団体	エフビー介護サービス株式会社	代表団体。日本の介護サービスの提供に向けた介護施設開設、訪問介護事業、福祉用具事業等の拠点設立実証。
	委託先	石井会 Ishii and Partners	代表団体連携先。タイでの理学療法クリニック実績を活かした日本のリハビリサービスの提供。リハビリセラピストの派遣、教育の実証。
	委託先	(有)良建築設計事務所	日本の介護提供施設の設計支援
	委託先	Apta Advisory	拠点設立コンサル <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者数、プライス、職員数、入居者属性等の調査支援</li> <li>・（顧客分析）ターゲット客層となる高齢者実態調査支援</li> <li>・（市場分析）タイ高齢者市場調査支援</li> <li>・（反証分析）テストマーケティングを通じた計画内容の精度分析調査支援</li> <li>・想定サービス価格の需要調査支援</li> <li>・ターゲット客層へのヒアリング調査支援</li> <li>・（産業分析）高齢者事業の産業分析調査支援</li> <li>・（産業構造分析）日本と医療介護の仕組みが異なる中での産業構造調査支援</li> <li>・（将来予測・財務分析）調査に基づいた需要予測から財務モデル作成支援</li> <li>・（財務モデル）コスト計算を含め、将来予測を行い財務モデル作成支援</li> <li>・法制度調査支援</li> <li>・事業後の調査支援</li> </ul>
	委託先	ルルパ株式会社	代表団体グループ会社。介護施設開設後の高齢者向け食事提供に向けた地産地消による管理栄養食の調査。レシピの作成。
協力団体	Navamin9 病院	代表団体連携先。拠点設立連携先。介護サービス提供対象者の紹介、介護サービス調査実証地の提供先	

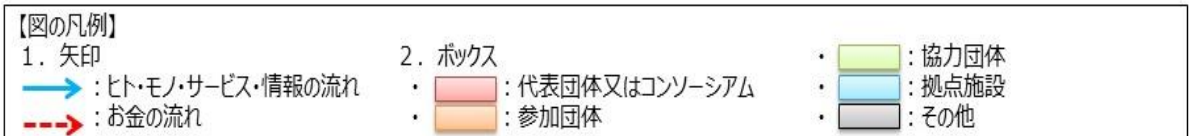
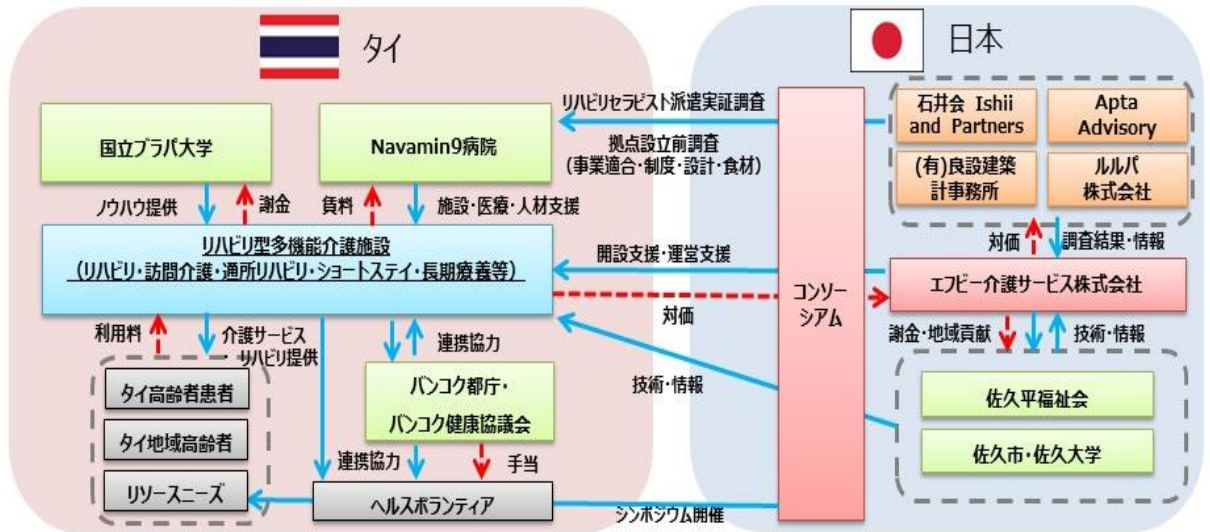


	<p>バンコク都健康協議会 バンコク都庁 Nursing Research and Service System Development Section</p>	<p>バンコク都における地域包括ケアの体制構築支援。 ヘルスボランティアの招集、教育</p>
	<p>佐久平福祉会</p>	<p>日本国内における介護老人保健施設、特別養護老人ホームの運営ノウハウの技術移管支援</p>
<p>事業構築・実施に係るコンソーシアム外連携・協力団体</p>	<p>タイ国立ブラパ大学、佐久市役所、佐久大学、SAKURA JAPANESE Language School、ABIDECK Co.,Ltd</p>	<p>タイ国内における高齢者介護への技術支援助言、地域ブランドの地域包括ケア体制構築へ向けた助言支援、通訳・翻訳や現地車両手配等</p>

出所) コンソーシアム作成

(2)事業スキーム

図表 4 事業スキーム図



出所) コンソーシアム作成

### 1-3. 実施計画

図表 5 実施スケジュールと実施項目概要

実施項目	平成 30 年									平成 31 年					
	10 月			11 月			12 月			1 月			2 月		
	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬
<b>① 調査</b>	・拠点設立に向け、現地に則した事前調査を実施。														
拠点設立前調査（11月～1月）															
介護事業適合化調査（12月）															
福祉用具事業適合化調査（12月）															
タイ食材適合化調査（12月）															
現地介護施設設計調査（11・1月）															
調査進捗報告・検証・完了報告															
<b>② 実証</b>	・3カ月間で12回程度のリハビリセラピストの派遣。 ・タイ人高齢者5名程度のリハビリ効果を実証。														
リハビリ実証															
月末評価															
最終評価															
リハビリ教育															
<b>③ シンポジウム開催</b>	・3カ月間で2回程度のシンポジウムを開催。 ・ケア手法を教育、ケアの成果を評価し継続ケアを行う。														
事前協議・準備①（参加者募集・講師派遣・資料準備）															
第1回シンポジウム開催															
シンポジウム評価会①															
事前協議・準備②（参加者募集・講師派遣・資料準備）															
第2回シンポジウム開催															
シンポジウム評価会②															

出所) コンソーシアム作成

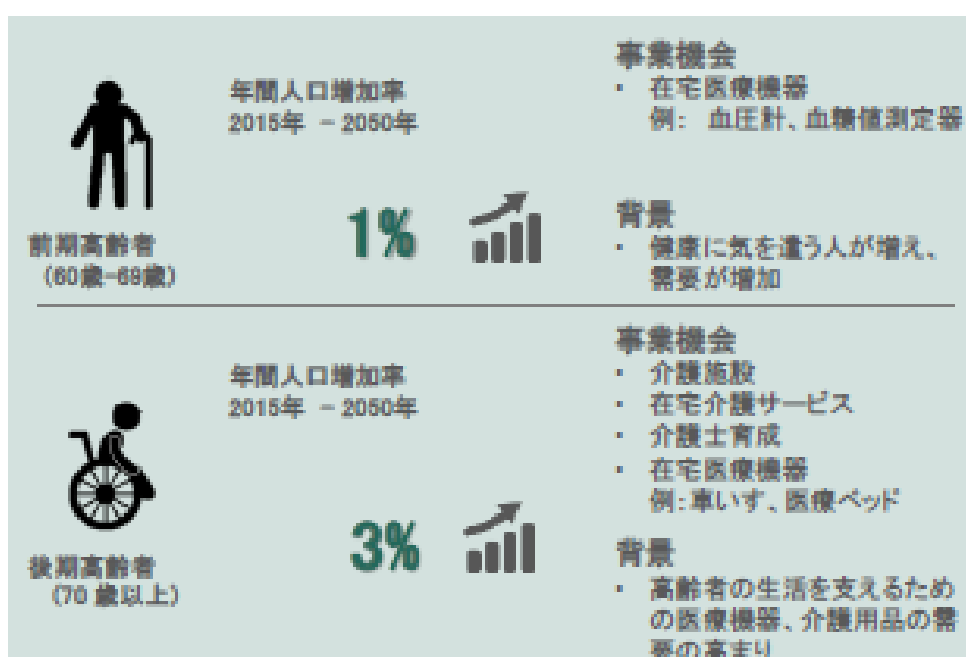
## 第2章 現地介護市場と課題

### 2-1. タイの高齢者の現状

#### (1) タイの高齢化社会

タイは、高齢化社会の入り口に立っており、2018年現在、65歳以上の人口は約810万人であるが65歳～75歳が約502万人で65歳以上の人口の62%を占める。このため、自立高齢者向けの商品需要が高く、将来的には要介護高齢者向けの商品や介護サービスへのニーズが高まると考えられる。

図表 6 タイの人口増加率と事業機会



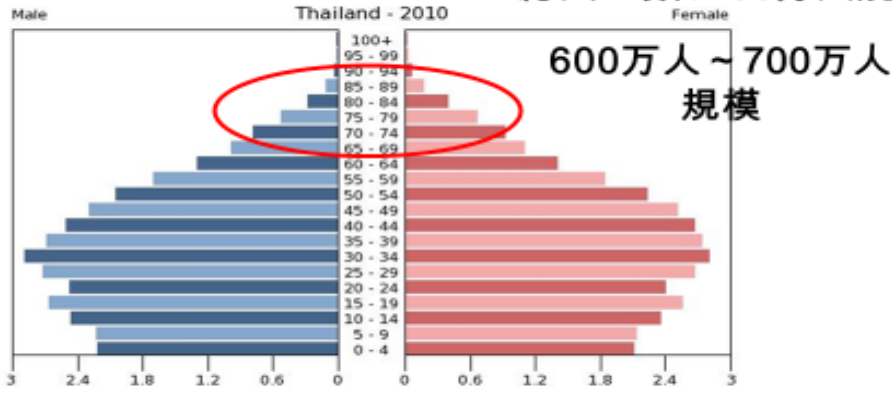
出所) コンソーシアム作成

図表 7 年齢層別タイの高齢者分布

タイの高齢化事情・障害者・介護者事情

タイの人口構成

総人口数6700万人規模



Population (in millions)

65歳以上の高齢者は約614万人と人口の8.9%を占めており、東南アジア地域の開発途上国の中(シンガポールを除く)で最も高齢化が進んでいる(2010年)タイでは2001年に高齢者が7%以上を占める「高齢化社会」に突入したが、2024年は同割合が14%以上となる「高齢社会」となると推計されている。2050年には高齢者が25%を突破する見込みになっている。

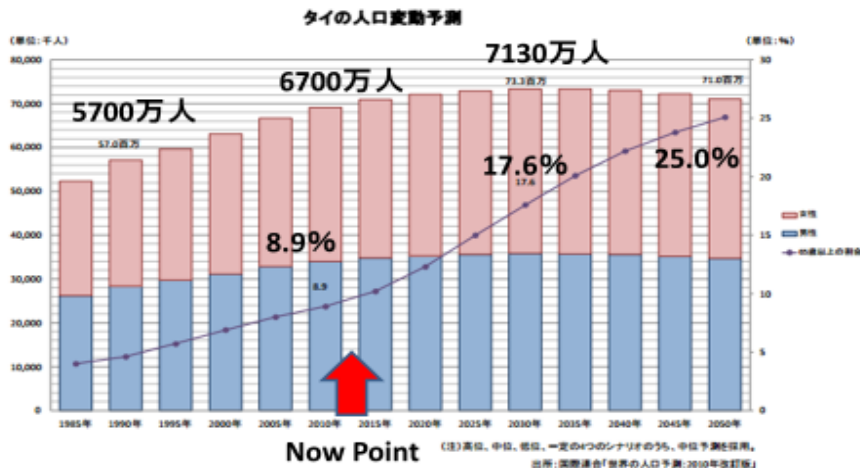
出所) 国連「世界人口統計」

図表 8 年齢層別タイの自立/要介護高齢者割合

タイの高齢化事情・障害者・介護者事情

タイの人口構成

●2030年までは人口は増加の見通し。65才以上人口の割合は右肩上がりで増加する。



出所) 国連「世界の人口予測」

## (2)タイの高齢化社会の課題

タイ国家統計局人口統計によると、タイ国の総人口は2018年現在約6,841万人で、うち65歳以上の高齢者は約810万人と総人口の約12%を占めており、2030年には25%以上に達すると予想され急速に高齢化が進行している。タイでは、主に娘や息子による家族介護が一般的であり、所得格差もあるが日本のような施設介護、介護事業者による介護サービス提供はごく一部の高齢者だけが利用しているに過ぎない。昨今のタイにおける高齢化社会の課題は以下の通りである。

### ア. 地域のケア格差

地方部ではコミュニティや家族の結束が強いため、在宅ケアが主流となっている。高齢者に対する社会福祉施策は、税を財源として実施されているが、給付水準も低く、財源の不足や給付基準の曖昧さからサービスが行き渡っていないという指摘も多い。

都市部では女性の社会進出、少子化や未婚率、離婚率の上昇、高齢者と子供との同居率の低下等により家族介護が難しい状態となり、要介護高齢者の増加が社会問題となりつつある。介護レベルも日本同様に自立支援が確立しているとは言い難い。要介護高齢者のニーズと実際に提供されている介護のギャップが存在しており、サービスの公平性等の観点から大きな課題となっている。

図表 9 タイの在宅ケア



出所) コンソーシアム撮影

## イ. 医療面の格差

医療面は、医療費の公的支出増や、急速な高齢化などを背景に、医療財政の持続性や保健医療サービスの充実および制度の運営管理の改善が課題となっている。

公的病院と民間病院の格差もある。UC（国民医療保障制度）に加入している国民は基本的に公的病院を自己負担30THB（約100円）で受診可能だが、公的病院通院者は満員状態で長時間の待機時間を強いられることも多い。

民間病院は病床数・サービスの質ともに公的病院を上回り、待機時間も短い。その為多くの富裕層は公的病院を忌避し、民間医療保険を使用し民間病院を受診している状況にある。

図表 10 混雑するタイの病院



出所) コンソーシアム撮影

## ウ. 福祉機材、技術、機材の不足による「寝たきり高齢者」の増加

タイ国内では、医師、看護師、リハビリ人材・介護人材、技術、施設、福祉用具等が不足していることも大きな課題となっている。特に急性期病院を退院後、十分なリハビリが行われていないまま退院するケースが多く、入院中に十分なリハビリを行えば自立できる可能性があった方を寝たきり状態とさせ介護負担を膨大化させていることも否めない。

高齢者や障害者に対する理学療法やリハビリテーションの実態は福祉用具、介護人材の数・技術、介護施設の不足等が著しく介護サービスの技術向上が必要とされる。しかし、タイ国民の意識は、宗教的、文化的に「介護は家族がするもの」という意識が強く、施設等への入所はよしとしない価値観が優勢である。富裕層はメイド等を雇うことにより不十分ながら介護の担い手としているが、国全体として家族やボランティア等による介護は統一的なものではない。

図表 11 タイの低所得者層高齢者のご自宅



出所) コンソーシアム撮影

## エ. 文化、宗教的背景、輪廻思想

人が何度も転生し、また動物なども含めた生類に生まれ変わるということの輪廻転生思想から、現生は修行であり現在苦しんでいれば来世では幸せであることを望み、現在の苦しみや認知症の原因は前世での報いであるとする声を多く聞く。

また現在幸福であれば徳を積めば来世も幸福になれる等、このような背景から苦しみが伴うリハビリ、延命治療等を行わない傾向がある。そのため「自立支援」が浸透していくまでは時間を要することが懸念される。同様に、施設介護が根付いていくまで時間を要する。

図表 12 僧侶への崇拝と上座部仏教



出所) コンソーシアム撮影



## オ. 年間平均気温と住居

年間平均気温 30 度を超える環境において、日中、リハビリのため好んで外出する高齢者は少ない。住環境は農村部では高床式住居が多く見られ、都市部や中間所得者層以上の高齢者の住居はコンクリートによる床が多い。バリアフリー、手すり設置等の対策が施されている住居は高所得者層を除けば僅かな家庭だけに限られている。床面への転倒を回避するためベッドでの生活が長期となり「寝たきり」となり自立支援への障壁となっている。

図表 13 高温下で遊ぶタイの子供達



出所) コンソーシアム撮影

## カ. 認知症への理解が不十分

介護について認識が低い為、認知症を増長している課題がある。認知症専門医が少なく認知症は精神疾患に分類されており、アリセプト等の認知症専門薬等も普及していない。また文化的背景から、「認知症」は前世での報いであり、人前に出ると他人へ憑依してしまう恐れがあるので自宅の奥に閉じ込めておくという対応が見られる。富裕層の認知症高齢者がいる家庭では複数のメイド、医師、看護師を直接雇うこと等により認知症による周辺症状に対応している富裕層家庭もみられる。認知症への課題も大いに山積している。

図表 14 タイの「認知症高齢者」の隔離状況



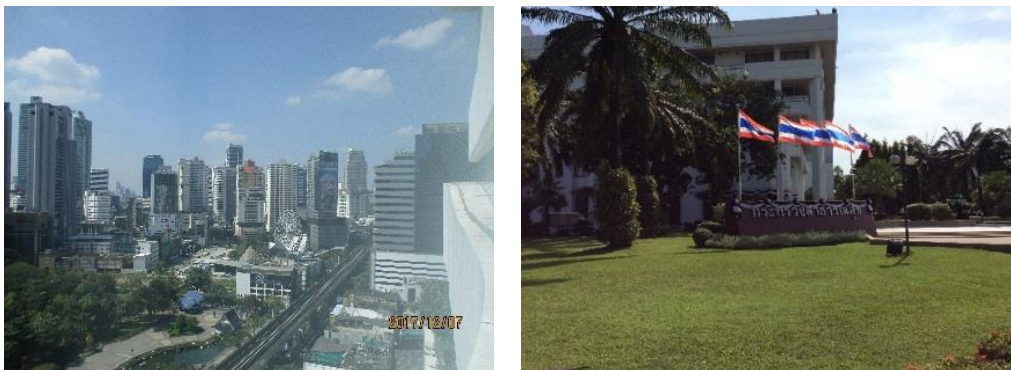
出所) コンソーシアム撮影

### キ. 首都バンコクの高齢化問題

首都バンコクにおいて、現在の人口は2017年タイ国家統計局人口統計によると875万人。バンコク都 Nursing Research and Service System Development Sectionによると、このうち60歳以上の高齢者は約100,000人であり、内「寝たきり高齢者」は約10,000人に達するとの見解。

この状況に、バンコク都は緊急措置として300THB/人の補助金を出し介護実習生を募り約3,000人を養成したが「寝たきり高齢者」を支えられるだけの人数ではない。教育期間も僅か80時間と不十分な状態である。民間病院の中には、富裕層、外国人を対象として高齢者のCCRC（医療・介護が必要な時には継続的なケアを受けることができるような地域づくり）をバンコク市内、チェンマイ市内に展開しようとする動きがあるが、タイの高齢者全体を対象としたものではない。

図表 15 圏域人口約1千万人以上の首都バンコク市と保健省



出所) コンソーシアム撮影

タイ国では、自国の高齢化へ対応していくため各省庁は様々な取り組みを始めている。これまでの主な取り組みは、保健省（MOPH）によるデイケアのモデル実施、医療機関によるリハビリテーション活動等。社会開発・人間安全保障省（MSDHS）は、高齢者ボランティアの養成、高齢者福祉開発センターの設置等が挙げられる。また、国家経済社会開発庁もバンコクにある大学の附属病院とともに高齢者介護のモデル事業を実施したところである。

財務省も、より広い観点から高齢化の財政的インパクトに関する調査を行っている。タイ社会の急速な高齢化は、老人医療・介護施設の急激な増加、看護師不足、これまで介護を担ってきたコミュニティの構成人員の老齢化等、「寝たきり高齢者」を増加させてしまっている状況にある。

また、WHOによる主要なプライマリ・ヘルス・ケアを実現するための医療従事者数の最低ラインは、医師数と看護師数の合計が人口 10,000 人あたり 23 人以上（＝人口 1,000 人あたり 2.3 人以上）であるが、タイの医師数は人口 1,000 人あたり 0.39 人、看護師数は人口 1,000 人あたり 2.08 人で、医療従事者数の最低ラインには達しているものの、医師数は世界平均 1,000 人あたり 1.3 人に及ばない。また地域間の医師の偏在の問題も残っている。これらの課題を解決していくためにも日本の高齢者事業者が持つ知見を有効活用することが必要である。

図表 16 バンコク都庁にてバンコク市健康協議会と連携に合意



出所) コンソーシアム撮影

### (3)タイの高齢者の所得

タイでは、60歳以降も働き続ける場合が多いが、老年中期および老年後期は、子どもや近親者から仕送りを受けていることが多い。このため、介護商品、介護サービスの購入にあたっては、高齢者本人のみならず子どもや近親者の意見が反映されることになる。

図表 17 タイ高齢者の所得と所得区分

タイ高齢者の所得（2015年度：タイ国家統計局）60歳以上の人口：1,061万人					
前期高齢者（60歳～69歳）			後期高齢者（70歳以上）		
順位	高齢者の所得	全体割合	順位	高齢者の所得	全体割合
1	稼働所得	50%	1	家族からの仕送り	53%
2	家族からの仕送り	34%	2	年金、社会保険、政府手当	28%
3	年金、社会保険、 政府手当	13%	3	稼働所得	14%
4	財産所得	4%	4	財産所得	4%

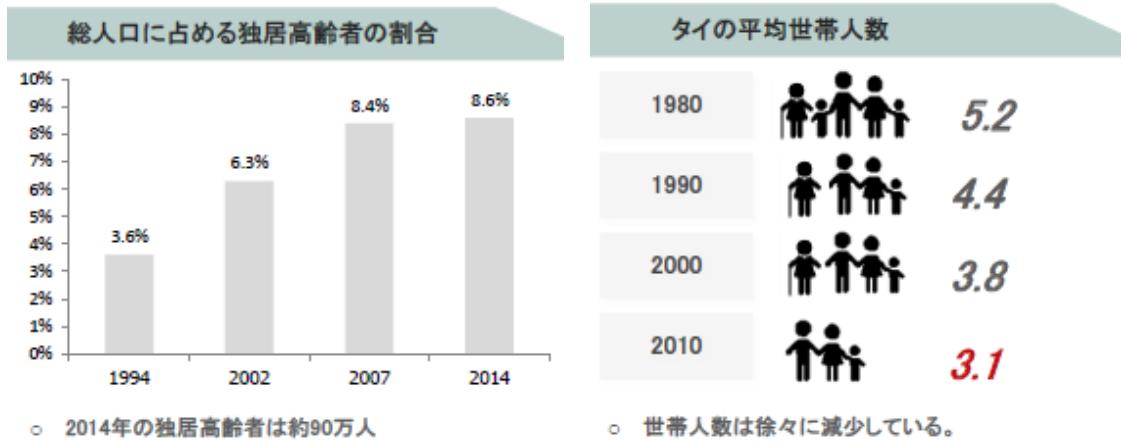
所得区分	年間所得（タイ THB）	年間所得（日本円≒1タイ THB3.5円）
富裕層	500,000 タイ THB 以上	175 万円以上
上位中間層	300,000～500,000 タイ THB	105 万円～175 万円
下位中間層	100,000～300,000 タイ THB	35 万円～105 万円
低所得者層	100,000 タイ—THB 以下	35 万円以下

出所) コンソーシアム作成

### (4)タイの高齢者の生活様式の変化

都市化の進展に伴う生活様式の変化により、タイでも核家族化が進んでいる。このため、独居高齢者が増加しており、ここに高齢者介護事業の参入機会がある。

図表 18 タイの平均世帯人数と総人口に占める独居高齢者の割合



出所) コンソーシアム作成

(5)タイ在住の外国人高齢者

2014年にタイでロングステイビザを取得した外国人高齢者(50歳以上)は58,000人で、2016年は68,300人へ増加しており、2014年から比較すると9%の増加傾向にある。定年後にタイでロングステイする外国人が急増していることから、タイにおける介護ビジネスでは、タイ人高齢者だけでなく外国人高齢者も顧客対象とすることも考えられる。

図表 19 タイの外国人高齢者の実情

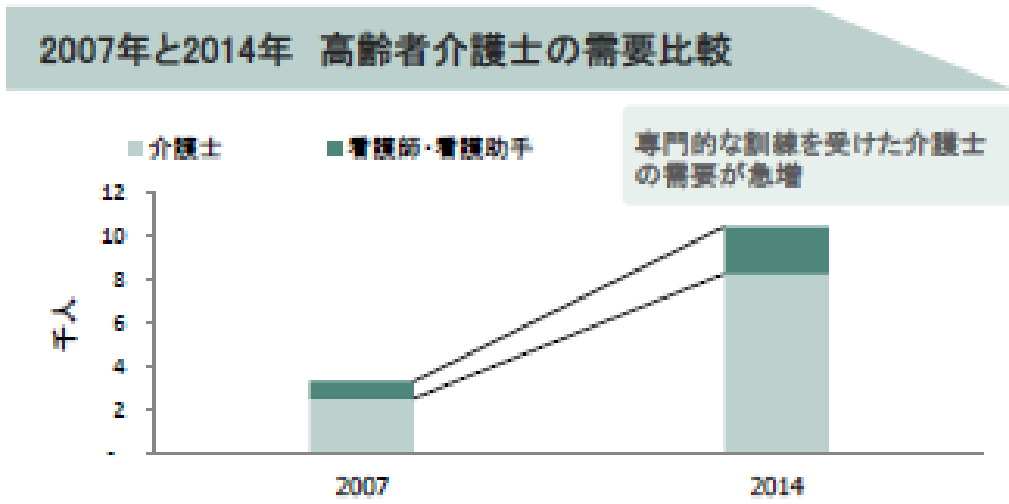


出所) コンソーシアム作成

**(6)タイにおける介護サービスの需要**

タイの急速な高齢化により、看護師・介護士の需要が急拡大している。このことが専門介護サービスの事業好機を示唆している。

**図表 20 介護サービス従業者数比較 (2007年 VS 2014年)**



出所) コンソーシアム作成

**図表 21 専門介護サービスの事業機会**



出所) コンソーシアム作成

## 第3章 事業実施内容

### 3-1. 調査(拠点設立のための必要事項調査)

現地需要を踏まえた介護サービスの提供内容等を具体的に検討するため、現地の法制度や市場等の調査を拠点設立に先駆けて実施した。

コンソーシアムメンバーの Apta Advisory 社は、タイにおける合弁会社設立や福祉用具販売に向けた法制度調査、市場調査・顧客分析・ターゲット客層となる高齢者実態調査、テストマーケティングを通じた計画内容の精度分析調査、ターゲット客層へのヒアリング調査、コスト計算を含め、将来予測、財務モデル作成、事業後の追加調査を実施した。

良建築設計事務所は、Navamin9 病院に開設予定である多機能介護施設の改装設計への助言を行った。

ルルパ株式会社は、介護施設開設後の高齢者向け食事提供のため、Navamin9 病院の病院食を提供する厨房に対し管理栄養士の聞き取り調査と、地産地消のレシピ作成のための現地市場食材調査を行った。

図表 22 拠点連携先の Navamin9 病院



出所) コンソーシアム撮影

#### (1) タイの公的保障制度

タイの公的医療保障制度は、対象者別に3つある。公務員のための「公務員医療給付制度 (Civil Servant Medical Benefits Scheme : CSMBS)」、民間被用者が加入する「社会保険制度 (Social Security Scheme : SSS)」、これらの制度が適用されない自営業者などを対象とする「国民医療保障制度 (Universal Coverage Scheme : UCS)」の3制度である。これらにより制度上は全ての国民が公的医療保障の対象となっている。ただし、国民医療保障制度は任意加入であるため、公的医療保障制度を必要としない富裕層などの未加入者が存在している。

なお、本章執筆にあたっては、タイ政府関係省庁・機関のウェブサイトやヒアリングから得た情報に加え、厚生労働省「東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向—第6節・タイ王国(2)社会保障施策(2016年海外情勢報告)」と経済産業省「医療国際展開カントリーレポート・タイ編(2016年3月)」を主に参考とした。

## **ア. 公務員医療給付制度**

加入者は公的医療機関を受診可。退職後も適用され保障は手厚く、外来は上限なし。

## **イ. 社会保険制度**

加入者は公的医療機関、民間医療機関どちらでも受診できるが、事前登録が必要となる。出産時(別途、出産給付あり)を除き、一定の限度額を超えるまでは受診時の自己負担はない。社会保険制度の保険料は月額1,500バーツを上限に、賃金の10%を労使折半(各々5%)で負担する。この10%のうち3%分が傷病、出産、障害および死亡の保障に充てられている(残り6%分が老齢給付および児童手当、1%分が失業の保障)。また、政府も被用者賃金の2.75%(傷病、出産、障害および死亡1.5%、老齢および児童手当1%、失業0.25%)を追加拠出している。

## **ウ. 国民医療保障制度**

公務員の医療給付や民間被用者の社会保険制度が適用されない自営業者などを対象に2002年に全面施行された。加入者数は約4,800万人で国民の約4分の3に達する。国民医療保障制度に加入する際は、事前に保健センターで受診する医療機関を登録することとされており、受診できる医療機関はほとんどが国公立病院である。

1回の外来や入院につき30バーツの自己負担注額を徴収しているため、「30バーツ医療」の通称で知られる。保険適用となる疾病・治療法は包括的で、心臓切開手術や化学療法といった費用のかかる治療も保険適用となっており、政策的な配慮からエイズ患者の治療などにも給付対象が拡大されている。また、定期的な健康診断など、疾病予防のための活動も給付対象にされている。

国民医療保障制度は社会保険ではなく、税を財源とする制度である。国民医療保障事務局から各医療機関に対して当該医療機関が対象としている登録者(患者)1人当たり年間予算に患者数を掛け合わせた額を限度とした予算制が採用されている。2018年の予算は一人当たり3,197.32バーツで、2015年の2,895.09バーツから10.4%増加している。

## **(2)タイの公的年金制度**

公的年金制度として、政府に勤務する公務員には政府年金および政府年金基金(GPF)があり、民間被用者には社会保険制度(SSS)の老齢給付がある。農民、自営業者、無業



者については、これまで公的年金制度はなく、税を財源とした老齢福祉手当が給付されてきた。しかし、給付水準が充分でないため、2015年から新たに貯蓄型の国民貯蓄基金（NSF）が開始されている。

## **ア. 政府年金**

1951年に成立した政府年金法（前身の制度は1902年から）に基づき、政府に勤務する公務員を強制加入の対象とする。確定給付型の無拠出年金として実施されていたが、政府年金基金の設立（1997年3月）に伴い、政府年金への残留、政府年金基金への移行（拠出型・無拠出型）を選択できるようになっている。

## **イ. 政府年金基金**

1996年に成立した政府年金基金法に基づき、政府年金基金の設立以後に政府に勤務する公務員となった者を強制加入の対象とし、その前に政府に勤務する公務員となった者を任意加入の対象とする。原則として労使（公務員および政府）の拠出により実施されており、確定拠出型の退職一時金の給付等が行われる仕組みとなっている。

## **ウ. 社会保険制度老齢給付**

社会保険制度（SSS）のうち、老齢給付が民間被用者向けの公的年金制度に相当する。確定給付型・報酬比例型の給付が行われる仕組みとなっている。

## **エ. 老齢福祉手当**

公務員であった者を除く60歳以上の高齢者を対象に、年齢に応じて月額600～1,000バーツが給付される。主に農民、自営業者、無業者を対象とした制度。2009年4月から実施。

## **オ. 国民貯蓄基金**

2015年8月から開始。政府年金基金、民間企業の社会保険制度に加入していない自営業者（農民、商人、タクシードライバー、日雇い労働者等）や無業者、15歳から60歳までの約3,000万人が対象となる。加入者は年間50バーツ以上13,200バーツ以下で積立を行う。政府は、15～30歳には年間600バーツ以内で、加入者の積立金に対して50%を拠出、30～50歳には960バーツ以内で80%を拠出、50歳以上には1,200バーツ以内で同100%を拠出することとなっている。

## **(3) タイの高齢者施策**

高齢者支援は主に家族とコミュニティが担っているが、タイ政府は2016年11月の閣議決定にて、具体的な高齢社会対策として以下の4指針を示した。ただし、以下のうち高齢者

施設整備以外の3つの指針については、2018年3月現在、実行されていない。

#### **ア. 高齢者雇用支援**

60歳以上の労働者で給付が15,000バーツを超えない労働者を雇用している場合、企業に対し賃金の200%を控除対象と認める税優遇措置。

#### **イ. 高齢者施設整備**

チョンブリ県、ナコーンナヨック県、チェンマイ県、チェンライ県の国有地を活用した、住宅、医療施設、娯楽施設等からなる「シニア・コンプレックス」の開発。

#### **ウ. リバースモーゲージ**

自宅を担保にした老後資金の融資。

#### **エ. 退職金積立基金(PVD)義務化**

現在民間企業で任意加入としている退職金積立基金（PVD、企業年金）を、従業員数100人以上の企業から順次義務化している。

### **(4)介護制度**

タイには公的な介護保障の仕組みはない。介護は基本的に家族を中心にコミュニティが担っている（コミュニティケア）。在宅介護は病院や保健センターの看護師、政府が養成する健康ボランティアおよび高齢者ボランティア等のボランティア介護者、家族が行い、地域で支え合っている。

#### **ア. 介護士**

タイの高齢者介護の現場で働く介護士はナースエイド（NA）と呼ばれる。ナースエイドは准看護師（アシスタントナース）や看護師（ナース）とは違い、国家資格ではなく、専門学校の修了証書をもっている者と一般に認定されている。2011年の私立医療機関に勤務するナースエイドは1万8,286人<sup>2</sup>である。

#### **イ. ケア・ワーカー**

タイ保健省は地方における要介護高齢者の10%にあたる10万人の介護を目標に、地域レベルでの介護人材の養成に乗り出している。保健省は介護にあたる人材として、ケア・マネージャー（Care manager）とケア・ギバー（Care Giver）の育成プログラムを策定。

---

<sup>2</sup> The 2012 Private Hospital Survey より

2016年までにケアマネジャー3,802名、ケア・ギバー2万7,696名を育成した<sup>3</sup>（ケア・ギバー1名につき、高齢者7名から10名が割り当てられ、ケアマネジャー1名がケア・ギバー4名から5名を管理するシステムである。

## **(5)タイにおける競合状況**

### **ア. バンコクにおける介護施設マーケット概要**

前述の通り、近年タイにおける高齢化が進んでおり、老人ホームを含む高齢者向けの住宅やサービスに対する需要は高まってきている。現在、バンコクには約50の介護施設

(Nursing Home) があり、その多くが2000年以降に設立されている。今後もタイの高齢化が進むとともに、都市化によりバンコクの人口が増えることが予想され、バンコクにおける介護施設の数も増加すると推察される。

タイは日本と違い、介護施設に対して公的資金が投入されることが少なく、基本的には自由競争となる。従って、事業運営を成功させている介護施設もあれば、事業運営に苦戦している介護施設もある。下図は、バンコクにある主要な介護施設のうち、12施設の位置と概要をまとめたものである。

---

<sup>3</sup> The 2012 Private Hospital Survey より

図表 23 バンコク市内主要 12 介護施設の位置




出所) コンソーシアム作成

当地図から、主要介護施設の立地は分散されており、バンコクにおいて特に入居者が集中する地域はないことがうかがえる。ただし、バンコクの主要鉄道の沿線上には上記12の介護施設がないことから、利用者は立地の利便性よりも料金を重視しており、経営の観点からは施設の賃料を抑えることが成功する要因の一つであると考えられる。Navamin9病院の立地は決してバンコクを中心部にはないものの、介護施設の立地としては許容範囲内と考えられる。

図表 24 バンコク主要 12 介護施設の料金分析

Name	Est. Revenue 2017 (THB Mn)	# Beds	Occupancy Rate	Avg. Price / Month (THB)
Ditsara	70.50	192	92%	34,429
Bangkok Rehabilitation Center	48.96	80	85%	60,000
Golden Life	29.17	130	85%	22,333
Chersery	27.70	27	90%	90,000
Golden Year	25.92	60	80%	45,000
Living Well	18.79	60	90%	30,000
Duangjai	14.71	60	95%	21,500
GoodCare	13.66	46	99%	25,000
AEC Healthy Center	5.88	20	70%	35,000
Riei	5.10	20	50%	42,500
Harmony	4.80	20	100%	20,000
Master Senior	4.32	20	100%	18,000

 Source: Solidiance Research & Analysis

出所) コンソーシアム作成

月々の利用料金は施設によって様々で、高額上位は月額90,000バーツ（Chersery Nursing Home）、安価であれば月額18,000バーツ（Master Senior Nursing Home）と約5倍の開きがある。もちろん、料金に応じて施設の品質水準が大きく異なってくる。日本では施設基準等により規制されるため、基本的に品質や料金に、ここまで大きな違いが出てこない。

また、バンコクにおける介護施設の稼働率は高いところが多いが、AEC Healthy Centerの稼働率が70%、日系事業者が運営している介護施設（Riei Nursing Home）の稼働率が50%と他に比べて低い。これは、当該施設の品質水準に比して、料金設定が高いことに加え、他のローカル介護施設のように利用者の紹介を受けるチャンネルが少ないことが主たる要因と推察される。

#### イ. 本事業における介護施設のポジショニング

本事業における介護施設は、月額利用料が25,000～30,000バーツで上記の表の中ではミドルからアッパーレンジのターゲットを想定している。従って、ハイエンドを目指すような施設・設備への大掛かりな投資は必要とならないが、比較的綺麗で清潔感があり、内装

を整え、且つ大衆向けの介護施設とは明確な差別化ができる仕組みが必要となる。

図表 25 バンコク主要 12 介護施設の特徴

Name	Staff: Residents Ratio	Key Value Proposition / Unique Service Offerings
Ditsara	1:2.4	比較的低価格を維持しながら高度なリハビリテーション技術を提供します。
Bangkok Rehabilitation Center	1:3	Asia Nursing Homeのグループ。最近オープンし評判は良。
Golden Life	1:2.8	タイのナーシングホーム業界の先駆者のひとつ。
Chersery	1:3	最先端の医療でハイエンドユーザーがターゲット
Golden Year	1:3	病院の財政的および運営上の支援を受けている唯一の施設
Living Well	1:3	2年連続で業界のベストプラクティス賞を受賞
Duangjai	1:2	理学療法／音楽療法に重点をおく
GoodCare	1:3	基本的なサービスを提供しているが医師によって所有され、その家族によって運営されている中規模のナーシングホーム
AEC Healthy Center	1:2	エクササイズエリアがある唯一のナーシングホーム
Riei	1:3	日系法人所有、管理する唯一の老人ホーム
Harmony	1:3	需要が高いため、2019年半ばにもう1つの支店を開く計画（現在100%の稼働率）
Master Senior	1:2	マインドフルサービスを提供するナーシングホーム 経験豊富な元看護師によって所有および運営

出所) コンソーシアム作成

基本的に全ての施設が理学療法サービスを提供しており、一部の施設は作業療法サービスまで提供している。高い単価を設定することに成功している介護施設は、リハビリを主体とした医療サービスの設備をしっかりと整えている。逆に利用者に対するスタッフが多くても、単価の改善には繋がっていない。バンコクの介護施設においては、スタッフ数よりも施設・設備を整えることが重要であることが伺える。

本事業における介護施設は、利用者に対して日系の事業者による理学療法サービスの提供が想定されているため、しっかりと設備を整えれば、施設としての特徴をつけることは可能であり、月額利用料として25,000～30,000バーツの単価を設定することは可能と思われる。また、Navamin9病院と連携することにより潜在的な利用者の紹介を受け、稼働率を高めることができる。加えて、病院と一体となって運営することにより、介護施設単体では対応しきれない疾患や症状に対応することができる点も、他の介護施設との差別化に繋がる。

## ウ. 本事業における介護施設の戦略

本事業における介護施設は、バンコクにおけるミドルからアップレンジのターゲット層を狙い、日系事業者によるリハビリサービスの提供と、Navamin9病院との医療連携を特徴として集客を行っていく。バンコクにある既存の介護施設のサービス水準と単価を鑑みるに、当該構想に無理はないと考えられる。但し、以下2点については留意が必要となる。

- ① バンコクにある既存の介護施設であるAEC Healthy CenterとRiei Nursing Homeはミドルからアップレンジのターゲット層を狙っているが、稼働率が比較的低い。これは施設・設備の品質がターゲットを考慮した水準に届かないことが主因と推察される。従って、本事業では施設・設備の設計を十分に行うことが重要と考えられる。
- ② Navamin9病院と医療連携を行い、利用者の紹介等を受けるビジネスモデルであるため、本事業における介護施設はハイエンド向けとなるのは難しい（Navamin9病院はタイの富裕層が通う病院ではない）。しかし、エフビー介護サービスや石井会といった日系事業者が参画するため、ローカル企業よりはコストが大きくなる。従って、ある程度の事業規模を持たないと、採算は確保できないと予想される。

## (6)タイの高齢者介護事業市場分析結果

日本の高齢者支援サービスを以下のモデルに区分し、タイにおける市場分析をした。

50か所の介護関連施設を訪問し調査した結果、全体を5つのモデルに分けることにより、市場の形態をより明確に把握できることが分かった。各モデルの利点を取り入れながら地域連携を図る新しいモデル構築の可能性が見えてきた。

図表 26 タイ介護事業分析

区分	事例
施設拠点モデル	国・地方自治体・民間企業・NGOによるナーシングホーム等 介護施設の平均的な入居料 15,000～25,000THB/年 最近では、10,000THB/月 以下の施設も増加しており夫婦共働き の中間層の方々でもこのような施設を利用することが可能となりつ つある。公立で設立された高齢者施設の入居順位では、貧困、独居、 家族との不仲の順だった。ただし重い認知症を患っている高齢者に 対しては鉄格子がある別室に入居させている施設もあった。介護、 自立支援とは程遠くエアコンは不完備で劣悪な環境に隔離されてい る施設もあった。
医療連携モデル	民間病院の介護サービスは、部屋代と食事代込で 31,000THB/月以

	<p>上となっており、更におむつ代や薬代は別。あくまで富裕層向けである。現在タイ政府内で協議中ではあるが、専門医師が認知症と診断された患者は医療保険対象となるとのことだった。エフビー介護サービス株式会社はミンブリの Navamin9 病院と連携しフロアを賃貸した介護施設開設に向け F/S を重ねている。</p>
事業発展型モデル	<p>国内の病院大手が高齢者専用の病棟を開設。</p> <p>欧州、北欧の不動産企業は、長期ロングステイ向けにタイの不動産業者と連携し「CCRC Continuing Care Retirement Community」 「継続的なケア付きの高齢者の共同体」を手掛けている。</p> <p>30,000THB/月以上の料金で高齢者の介護予防を目的としているが、実際には整備区画に介護施設がある住宅街を形成し資産価値を上昇させ機会を見計らって売りに出すような不動産ビジネスが行われている。タイ国内の不動産業者から商談希望が多いのは上記からであり、介護予防目的とは乖離している。土地価格が高騰してきたところで売りに出すという不動産業の戦略として高齢者ビジネスが関わっている。</p>
社会参加モデル	<p>自治体には、民生委員と訪問介護士を兼務する「ヘルスポランティア」がおり在宅の訪問介護を担っている。基本は無料である。高齢者の中には生活費が不十分な方もいてヘルスポランティアが食事を提供しているケースもある。</p>
サービス強化モデル	<p>バンコクヘルスセンターでは試験的な取り組みとして、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が開始されている。アメリカ等への留学経験があるタイ人医師や看護師が経営者となり派遣型住み込み介護(看護)を実施(平均料金 28,000THB/月)。また富裕層によっては病院と連携し派遣料金(50,000THB/月)を支払い、看護師を住み込ませ、看取りを行うケースも稀にあるとのこと。住み込み介護士派遣例としてはバンコク市内 GRACE 社を事例とした。住み込み介護士の派遣料金 22,000THB/月、介護士への支払い 18,000THB/月、営業利益は 4,000THB/月(18.18%)、介護士は宿泊部屋、食事が与えられる。ニーズが多く安定的に顧客が増加している状況とのことであった。</p>

出所) コンソーシアム作成

### (7)タイ国内の現状(高齢者入所施設の区分)

タイ国内の高齢者入所施設を、内閣官房健康・医療戦略室アジア健康構想資料の枠組み



を基本に、以下のとおり区分した。

図表 27 高齢者入所施設区分

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
低所得者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	特別養護老人ホーム
<p>国・地方自治体・民間企業・NGO によるナーシングホーム等            公費で設立された高齢者施設は基本無償であり、約 3,000 人の高齢者が 20 か所の施設に入居している。入居条件は、貧困、独居、家族との不仲で居場所が無い方が優先される。施設内で重い認知症を患っている高齢者に対しては鉄格子がある別室に入居させている施設もあり、介護、自立支援とは程遠く、エアコンは不完備で灼熱の劣悪な環境に隔離されている施設もあった。最近では、入居費用 10,000THB/月以下の施設も増加しており、夫婦共働きの間所得者層の家庭でも、上記料金の施設を利用することが可能となりつつある。</p>		
医療を必要とする高齢者向け施設 (Nursing Home)	120 か所程度	特別養護老人ホーム・介護老人保健施設
<p>民間病院の介護サービスは、部屋代と食事代込で 31,000THB/月以上となっており、更におむつ代や薬代は別。あくまで富裕層向けである。現在タイ政府内で協議中ではあるが、専門医師が認知症と診断された患者は医療保険対象となるとのことだった。エフビー介護サービス株式会社はバンコク都ミンブリ区の Navamin9 病院と連携し地域包括ケア連携、介護施設開設に向け基本合意書を調印した。</p>		
医療を必要としない老人ホーム (保健省への届け出不要)	施設数不明	住宅型有料老人ホーム・宅老所
<p>保健省への届出は不要のため実数は不明。訪問介護（住み込み介護）事業者が訪問介護を実施していく中で、信頼を得た家族から入院費より安い費用（平均約 20,000THB/月）で住宅を居室に改修し運営している宅老所あり。</p>		
富裕層向け高額療養病院	少数	病院併設療養病床
<p>国内の病院大手が高齢者専用の病棟を開設運営している。</p>		
富裕層・外国人向け介護付コンドミニアム	施設数不明	サービス付き高齢者向け住宅・CCRC
<p>欧州、北欧の不動産企業は、長期ロングステイ向けにタイの不動産業者と連携し「CCRC Continuing Care Retirement Community」「継続的なケア付きの高齢者の共同体」を手掛けている。月 30,000THB 以上の料金で高齢者の介護予防を目的としているが、実際には整備区画に介護施設がある住宅街を形成し資産価値を上昇させ機会を見</p>		

計らって売りに出すような不動産ビジネスが行われている。タイ国内の不動産業者から商談希望が多いのは上記からであり、介護予防目的とは乖離している。

ホスピス（寺）	施設数 不明	宅老所等
低所得者層や身寄りの無い高齢者が稀にお寺を駆け込み寺的に使用する事例あり。チェンマイ、チェンライのような気温的にバンコク周辺より過ごしやすい地域のお寺では富裕層を対象に療養、瞑想、祈禱向けの施設がある。		

出所) コンソーシアム作成

**(8)良建築設計事務所による調査結果および提言**

**ア. 実証先医療施設の現地調査**

バンコク郊外の中規模私立総合病院（実証既存施設）Navamin9 は、核となる総合病院と、地域に分散されているクリニック 13 箇所から形成されている。総合病院は 245 床を持ち一般的な総合診療を行っている。その他にも 180 床の地域病院と、工業団地内にクリニックを合わせて運営し、総病床数は約 450 床である。

注目されるのは、地域に分散されている 13 箇所のクリニックである。本体の総合病院を囲むように半径 18Km の範囲にサテライト的な位置にあり、事業所内には医師、看護師、薬剤師、相談員、ケアギバー（介護職員）を配置している。クリニックの役割は、総合病院と直接連携をとり、受診、入院、退院後の在宅サポートと、身近な診療機能および医療相談機能により地域に密着した医療施設と言える。

この地域は工業地帯であり多くの製造業が立ち並び、その周囲には商店街や一般の低層住宅が囲んでいる。生産人口が多いが年々高齢化が進み低所得の住民も多く、実証病院の患者も高齢者が徐々に増し、中には認知症の高齢者も見られる。認知症の患者は内科を受診するが、日本の心療内科的な専門医が非常勤で対応している。

図表 28 新拠点と Navamin9 病院連携による収益構造



出所) コンソーシアム作成

一般的に認知症の高齢者は自宅で暮らしている。中所得以上の世帯は、介護職を自宅で雇い対応している事例もあるが、低所得者の在宅では日中独居の生活が中心となり、衛生環境や介護環境に課題がある事例が多い。低所得者層は全体の 40% を占め、最低限の医療保険しか適用にならない。その他は工業団地が多いことから社会保険に加入している中所得者層と高所得者層が 60% を占めている。

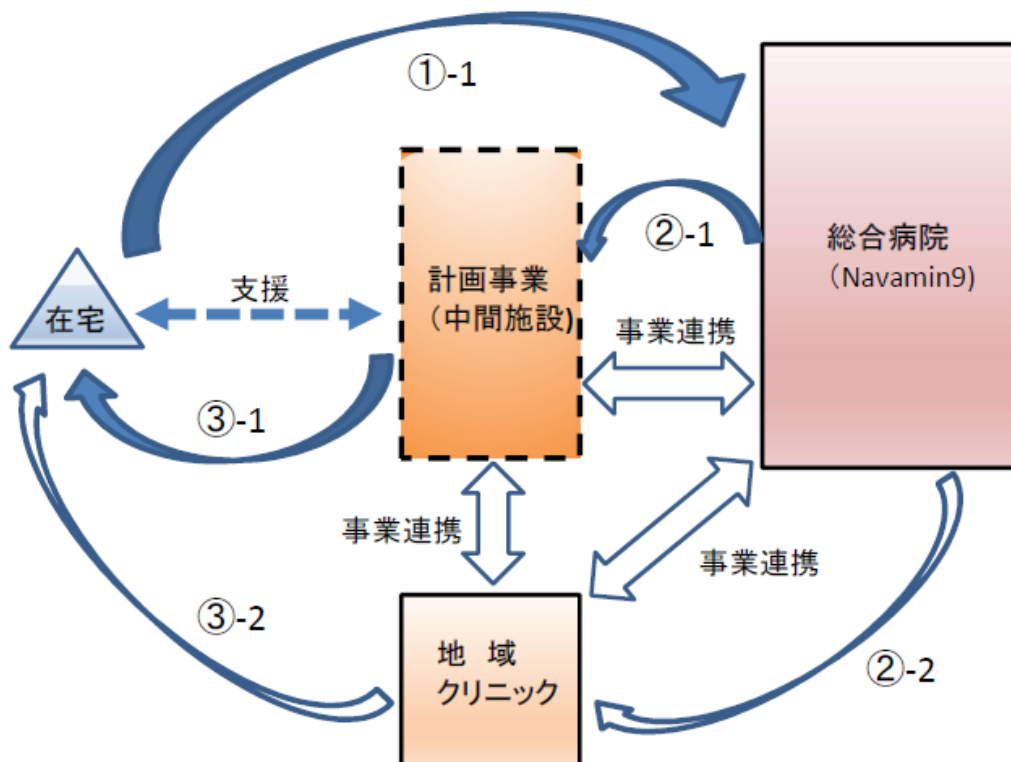
### イ. 計画事業構想の把握

当初、タイにおける既存病院を核としたヘルスケア拠点整備の構想として、Navamin9 病院の既存病棟 7 階フロアを介護施設として改装し拠点化する計画で推進してきたが、事業期間中に当病院からの要望を受け、改装コスト等を考慮し、新規増設病棟での拠点化へと変更した。

新規集客の優位性を確保すべく、隣接する敷地を活用した、病院と在宅介護の間の、機能訓練、リハビリテーション、介護教室、相談機能を持つ日本の老人保健施設のような拠点とすることとした。新規計画では、地域に分散されているクリニックとも密接な連携を持ち、点のサービスから線・面のサービスを提供することにより、医療と介護のサービスを連動させ、切れ目のないサービスの提供がなされると共に、宿泊機能（入院機能）を併せ持ち在宅

介護者のレスパイト機能も兼ね揃えた事業計画も考えられている。

図表 29 Navamin9 病院との連携図

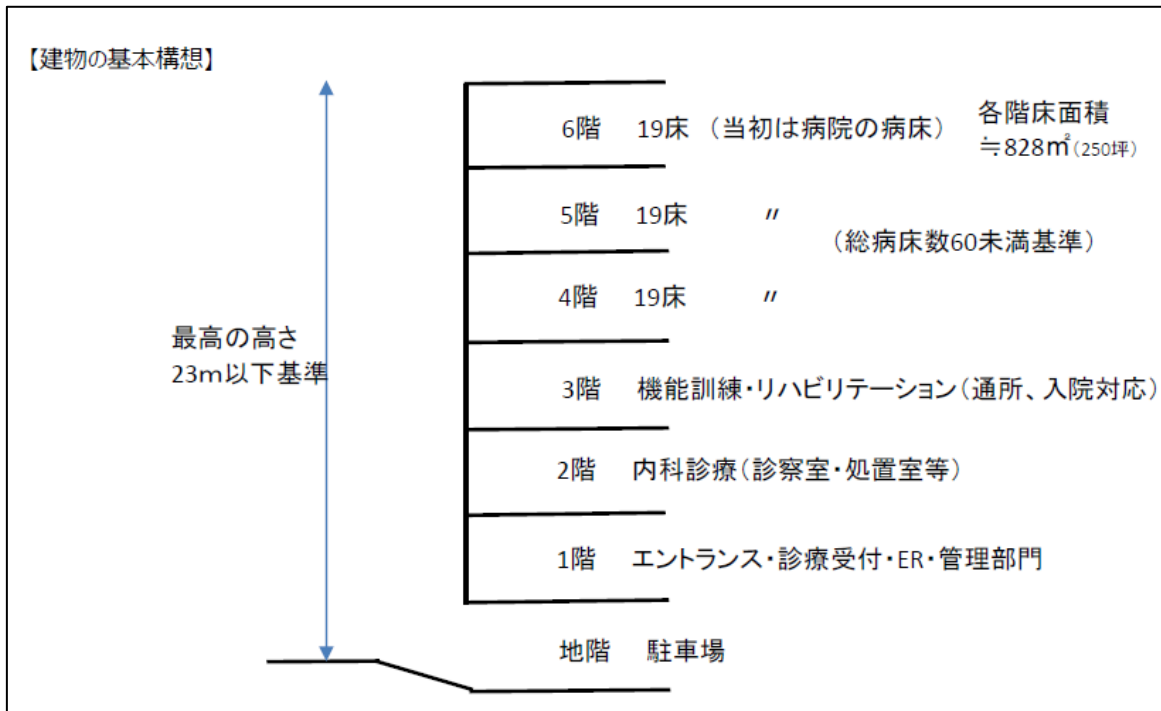


- ①-1 受診    ②-1 病院から中間施設へ    ③-1 中間施設から在宅へ  
②-2 病院から地域クリニックへ    ③-2 地域クリニックから在宅へ

出所) コンソーシアム作成

Navamin9 病院では、建物の基本構想の策定から始めている。タイには日本の老人ホーム施設基準のようなものがないので、当初は内科診療を中心とした病院計画を考えている。建物基準としては、総病床数が 60 床未満であること、建物の最高の高さが 23m 以下とすること、既存病院とは明確に分離すること、などの規制および基準がある。これらを総合すると、地下 1 階、地上 6 階の建物計画が最大となり、各階床面性が 828 m<sup>2</sup> 程度、総床面積約 5,600 m<sup>2</sup> の建物計画となる。基本構想の敷地面積は約 2,200 m<sup>2</sup> (36m×62m) である。

図表 30 建物の基本構想



出所) コンソーシアム作成

図表 31 介護施設建設予定地



出所) コンソーシアム作成

## ウ. 計画事業の基本構想

既存病院と計画事業の役割を明確にする。計画事業は病院と在宅の中間にあり、在宅での生活を可能にする身体機能の改善や維持を目的とする。また、在宅での暮らしを支援する機能を持ち、専門的な介護技術の提供と OT・PT をはじめとする専門医療リハビリを提供すると共に、入院機能（入居機能）を活かし、在宅支援と家族介護のレスパイトにも対応できる計画としたい。

3 階では地域から通う通所サービスと入院患者双方のリハビリテーションとアクティビティを提供し、先進的な訓練機器を配置して、健康に対する意識向上や機能訓練を楽しみながらできる工夫を計画する。

地域の高齢化に伴い、認知症の高齢者が増加している。認知症の理解と初期対応の重要性を認識し、計画内に認知症高齢者に対し、専門的なケア技術を整備するため、日本の認知症ケアおよび対応技能の定着を目指す。

## エ. 建物建設の実態把握

タイでの建設工事は好調で、特にバンコク中心部の高層ビル化および商業施設の建設が多く見られる。構造は鉄筋コンクリート造が主流で、ミャンマー、ベトナムなどの近隣諸国から安い労働力が供給されること、資材が豊富であることも大きく影響している。日本と異なり地震国ではないためか、高層建築でも構造的には簡素である。機械設備については、温暖な気候であるため、空調設備に重点を置いた計画である。(EHP<sup>4</sup>)

病院の建設相談役からの情報では、建築コスト面は 80,000 円～100,000 円/m<sup>2</sup>との見解があったが、用途や設備内容等により差が生じるとの事。病院の用途を考慮すると、日本円で 150,000 円/m<sup>2</sup>程度が妥当である（日本の建設コストの約 1/2 程度に相当する）。

建設コスト配分では躯体費が抑えられ、内外装や設備工事、機器類のウエイトが高い。高齢者の介護は、その国毎の特色はあるが世界的な課題である。特にアジアでの高齢者介護環境の遅れが著しい。さらに、認知症高齢者の増加に伴い、病としての捉え方に人間としての尊厳の在り方が加わり、複雑な介護環境となっている。

## オ. 建物建設の今後の展望

現在タイでは認知症診療は内科と精神科の両面に対応しているが、症状が深くなってくると精神疾患としての治療が主となり、1980 年頃まで続いた日本の隔離対応施設が認知症高齢者の居場所となっている。これらの高齢者に対し、普通の暮らしの中で介護することにより認知症状の進行を遅らせ、日本の認知症高齢者グループホームやユニットケア的な環境を整え、少人数での暮らしの中で、ケアサービスが受けられる環境を整える必要がある。そして、プライバシーを確保し、ノーマライゼーションの観点から、誰にでも優しい住環境の提供が基本となり、特に個室対応や排泄環境、心身の衛生面での配慮が可能な環境整備を整える必要がある。

今後は介護技術の専門性の定着を図り、介護職員のスキルアップおよび地位向上と合わせ住環境や介護環境を整え、ハードとソフトが調和した介護環境の提供が課題となる。

## (9) 食材適合調査

### ア. 調査目的

タイで施設介護事業を進めていく上では、介護予防、自立支援の観点から、リハビリ等の運機能の維持向上に加え、栄養改善の取組も重要であると考えた。更にタイにおける主な死

---

<sup>4</sup> EHP (Electric Heat Pump) とは電気モーターヒートポンプの略称で、多くの業務用エアコンに採用されている空調方式。駆動に電動機を使い、エネルギー効率に優れた「ヒートポンプ技術」を使った空調方式のこと。

亡要因の内訳は、「新生物（癌、白血病等）」、「心血管疾患」が全体の 50%以上を占め<sup>5</sup>、このうち「心疾患」の割合は、虚血性心疾患 10%と脳血管疾患 8%を占めている。

特に血管疾病の要因には、食生活や生活環境、運動量が関係しており。タイでは糖分、カロリーが高い食生活と、熱帯環境下による運動量の低さ等が原因と考えられた。このため、今後の事業展開を見据え提携先の Navamin9 病院調理室、管理栄養士との情報交換会を経て、厨房、調理方法、調理材料、具材を調査し、調達先、生鮮食料市場を調査し栄養改善へ向けた提言を行った。

## イ. 調査内容

Navamin9 病院調理室では、約 400 床の入院患者様へ対し入院食（日本同様に朝、昼、夕食）を提供している。エフビー介護サービスにおける日本の介護施設とタイの Navamin9 病院における入院患者提供食について、Navamin9 病院管理栄養士と厨房関係者にヒアリング調査を実施し比較。付随してタイ国内食材から食材適合調査を行った。これらの調査結果を分析することにより、栄養改善提言への手がかりを得た。





図表 32 エフビー介護サービス介護施設と Navamin9 病院の提供食の比較

<p>食材適合調査 Navamin9 病院厨房にて</p> 	<p>日本 ルルパ株式会社 介護施設へ提供</p>  	<p>タイ Navamin9 病院 入院患者へ提供</p>  
<p>厨房状況</p>	<p>日本の厨房状況とほぼ同等レベルである。</p>	

<sup>5</sup> Institute of Health Metrics and Evaluation Global Burden of Disease Study 2016 タイ統計資料



食事例（朝食）		
食事例（昼食）		
食事例（夕食）		
カロリー摂取基準値	1,600 カロリー/日	1,800 カロリー/日
	タイ側の方が高めに設定	
塩分摂取基準値	8g/日	2g/日
	タイ側の方が低く設定	
たんぱく質摂取基準値	60g/日	50g/日
	タイ側の方が低く設定	
脂質摂取基準値	40g/日	65g/日
	タイ側に方が高めに設定	
炭水化物摂取基準値（糖分）	240 g/日	300 g/日
	タイ側の方が高く設定され糖分摂取は高い	
対象者への献立基準	年齢・身体活動レベル・身体状況等を把握し、人員構成表を作成し献立を立案、食事提供している。	タイ食品法 1979 年 保健省告示番号 293 号(2005 年)施行により「タイにおける 1 日当たりの栄養摂取推奨量（6 歳以上）（RDI）」を基準に栄養量を算出し献立を立案、食事提供をしている。

<p>栄養目標量の設定</p>	<p>人員構成表または「日本人の食事摂取基準」を参考に、個人または施設全体の栄養目標量を算出し作成。</p> <p>日本での一般的な食品構成は、ご飯（主食）、主菜、副菜（2品）、汁物の一汁三菜が基本スタイル。</p> 	<p>ご飯（主食）、主菜（1品）、スープ、果物が基本スタイル。</p> <p>食品成分表の存在が不明なため、各々の食材の栄養成分が不透明。</p> 
<p>食材調達（地産地消）</p>  	<p>各介護施設厨房の栄養士が、ヘッドオフィス管理栄養士の立案した献立表に則り日本国内の地元提携業社へ発注依頼。必要分と経営分析をマネジメントし施設農園からの収穫量をふまえて食材調達。</p> <p>日本で立案できる献立材料は、生鮮食品市場を調査し、タイにおいても十分調達できることが判明。価格に関しては輸入品以外の食材は日本より 25%～30%安価であり、特に鶏肉に関しては日本の 50%以下の価格で購入可能。</p>	<p>病院管理栄養士が、タイ国内提携事業者へ必要分を発注依頼。香辛料は近郊の市場にて購入。</p>

出所) コンソーシアム作成

ウ. 調査結果からの提言

1日の提供食についてカロリー摂取基準値、塩分摂取基準値、たんぱく質摂取基準値、脂質摂取基準値、炭水化物摂取基準値（糖分）の比較を行ったところ、以下、図表の通り、カロリー摂取基準値は、エフビー介護サービス介護施設が1,600カロリーを基準値にしているのに対し、Navamin9病院では、1,800カロリーを基準値にしている。しかし塩分摂取基準値は、エフビー介護サービス介護施設が8gに対し、Navamin9病院は2gと

低い。炭水化物摂取基準値に至っては、エフビー介護サービス介護施設が 240 g に対し、Navamin9 病院は 300 g としていた。

これらの比較分析から判明したことは、特に炭水化物摂取（糖分）について摂取量が多いことである。特に糖尿病患者の方に対しての糖分摂取量が多いため、タイでの施設開設後は運動量を増加させ炭水化物摂取を制限し糖分摂取を抑えていく食事摂取を提言し、事業開始時に役立てていく。

## エ. モデル献立の作成

調査により、食事摂取量に相違点が多かったが、日本の管理栄養士（金井雅恵氏）より日本ベースの献立を立案し、Navamin9 病院へ提案し健康改善に役立たせたいという提案があった。タイの今後への具体的な提案として、単に和食を推奨するのではなく、タイでの食材の地産地消をベースに、日本の栄養摂取を基準としたタイ人高齢者（患者様）に適した 7 日分の献立を立案した。今回の調査では食事の実証、効果、調査まで至ることはできなかったが、今後の課題としたい。

図表 33 タイ高齢者向け日本ノウハウを取り入れた健康食献立（3～7 日分）

	日	月	火
	7	8	9
朝食	粥(豚) マンゴー 牛乳	粥(鶏) パイナップル 牛乳	粥(えび) ローズアップル 牛乳
昼食	カオマンガイ 大根のスイートチリ漬け 春雨スープ バナナ	ご飯 鮭のカレーソース ほうれん草サラダ 卵スープ パパイヤ	ガパオライス なすの揚げ漬け 胡瓜のスープ すいか
夕食	ご飯 具たくさんオムレツ 豚挽肉とレモンガラスのサラダ あさりスープ	パッタイ ザボンサラダ 牛肉のスープ	ご飯 魚とセロリの炒め物 豚肉のスライスサラダ かにのスープ
3時	さつま芋の生姜シロップ煮	カノムカイ(カステラ)	バナナのココナツミルク煮
	エネルギー 1594kcal 蛋白質 71.6g 脂質 41.1g 炭水化物 226g 食塩 7.8g	エネルギー 1599kcal 蛋白質 89.7g 脂質 57g 炭水化物 176g 食塩 7.8g	エネルギー 1607kcal 蛋白質 83.7g 脂質 51.3g 炭水化物 194.3g 食塩 7.8g

水	木	金	土
10	11	12	13
ご飯 カイチャオ(オムレツ) バナナ 牛乳	粥(卵) ライチ 牛乳	粥(豚挽肉) ザボン 牛乳	ご飯 ココナツミルクの目玉焼き パパイヤ 牛乳
ご飯 魚のすり身揚げ たけのこ入りサラダ シーフードスープ マンゴー	タイ焼きそば 青パパイヤサラダ 鶏肉のスープ グアバ	ご飯 グリーンカレー 春雨サラダ パイナップル	ご飯 豚肉の生姜炒め トムヤムクン ローズアップル
ご飯 鶏肉のスイートチリ炒め きのこサラダ 空心菜スープ	ご飯 なすと豚肉の炒め物 イカのピリ辛サラダ 魚団子スープ	ご飯 白身魚の梅ソース蒸し 鶏ひき肉のスパイシーサラダ きのこスープ	かにチャーハン パクチー餃子 キャベツスープ
じゃが芋のおやき	黒米ぜんざい	バナナのスイート春巻	カオトムマツ(蒸しもち)
エネルギー 1612kcal 蛋白質 67.4g 脂質 39.3g 炭水化物 246.9g 食塩 8g	エネルギー 1615kcal 蛋白質 72.7g 脂質 51.7g 炭水化物 211.2g 食塩 7.9g	エネルギー 1618kcal 蛋白質 66.2g 脂質 60g 炭水化物 199.3g 食塩 8g	エネルギー 1606kcal 蛋白質 66.5g 脂質 45g 炭水化物 228.5g 食塩 7.1g

出所) コンソーシアム作成

### 3-2. 実証(リハビリセラピストによる理学療法評価およびプログラムの提案、教育)

約3カ月間にわたり、石井会からリハビリセラピストを Navamin9 病院へ週1回程度派遣し、病院から提供を受けたリハビリルームにおいて、回復期にありリハビリを必要とする高齢者患者に対してリハビリ実践調査を行った。

#### (1)目的

本事業におけるリハビリ型多機能介護施設開設へ向け、タイ国における理学療法サービスの現状を調査すると共に、実証事業として Navamin9 病院セラピストに対する教育を実施し、サービス内容の変化を確認することで、事業展開する際の課題やその対策等を明らかにすると共に、以降の活動へ繋げていくことを目的とした。

#### (2)実施概要

Navamin9 病院に入院中のリハビリを必要とする高齢者患者に対して、継続的に理学療法評価・問題点の抽出・治療プログラムの立案を行い、3カ月間のADL変化およびリハビ

リ効果について検証する予定であったが、以下の理由と、Navamin9 病院の状況を加味した上で実施内容を変更した。

#### ア. 実施内容変更理由

- ① リハビリを必要とする高齢患者を Navamin9 病院で 5 名ほど抽出する予定でいたが、該当者が少ないという理由で、継続介入可能な患者は抽出されず、外来患者のみの見学しか許可されなかった。
- ② 日本人理学療法士によるリハビリサービス自体は医療行為であり、タイでは法律上、実施することはできない。評価・コンサルテーションについては可能であるが、Navamin9 病院がコンプライアンス上、認められないとのことにより、同病院職員以外が触れることを調査後半まで認められなかった。
- ③ Navamin9 病院の理学療法士も資格取得後年数経過しているスタッフが多く、配慮する必要がある、検証ではなく見学という立場をとる必要性があった。

#### イ. 調査期間

2018 年 11 月 14 日～2019 年 1 月 30 日（週 1 回程度）

#### ウ. 実施内容変更による調査方法

- ① 派遣時、3 名から 4 名の患者に対する Navamin9 病院理学療法士による治療を見学
- ② 見学終了後、ケースについてディスカッションを実施
- ③ 月に 1 度石井会による勉強会を実施、Navamin9 病院理学療法士へ提案
- ④ ケースカンファレンス・勉強会に対する Navamin9 病院理学療法士の受容性および実施サービスの変化点を確認。

#### (3)実施内容

全 10 日間にわたり、Navamin9 病院理学療法士が実施する 26 症例のリハビリ実施状況について確認した。最終 2 日間のみ石井会理学療法士の意見の元、評価、治療を実施した。

図表 34 理学療法実施状況結果

	性別	年齢	疾患名	主訴	情報収集および評価内容	治療内容
11 月 14 日	男	30 代	腰椎椎間板 ヘルニア	30 分以上の在 継続困難	問診 体幹自動運動評価 疼痛・痺れ評価 SLR 評価	腰部ストレッチ 腰椎牽引 温熱療法

						自主訓練指導
	女	40代	肩関節周囲炎	疼痛により結帯動作困難	問診 肩関節の関節可動域評価	温熱療法 超音波 関節可動域訓練 自主訓練指導
	男	40代	手背腱炎	疼痛と筋力発揮不良にてバイク走行困難	問診 手関節可動域評価	手関節可動域訓練 前腕筋ストレッチ アイシング
11月20日	男	42	腰椎椎間板ヘルニア	45分以上の座位保持継続困難	問診 体幹自動運動評価 疼痛・痺れ評価 SLR評価	温熱療法 超音波 腰椎牽引 自主訓練指導
	男	20代	ベル麻痺	左顔面の運動神経麻痺	顔面筋動き、筋力評価	低周波治療 顔面筋筋力強化 温熱療法 セルフマッサージ指導 自主筋力訓練指導
	男	49	左肩蜂窩織炎	左上肢自動運動不可	炎症部位評価 左上肢関節可動域評価 左上肢筋力強化 疼痛、誘発動作評価	関節可動域訓練 自主訓練指導
	女	54	左肩関節周囲炎	疼痛により結帯動作困難	炎症部位評価 疼痛、誘発動作評価 肩関節可動域評価	超音波 関節可動域訓練 温熱療法 自主訓練指導
	女	21	左脛骨骨折	歩行困難	評価なし	健側・患側筋力

						強化 歩行器歩行訓練 階段昇降訓練 自主訓練指導
11 月 28 日	男	20 代	ベル麻痺 (2回目)	左顔面の運動 神経麻痺	問診	低周波治療 表情筋自動介 助運動
	女	42	頸椎症	頸部・左上肢の 痺れと疼痛	問診	超音波(頸部) 温熱療法 頸部牽引
	女	35	ベル麻痺 (2回目)	右顔面の運動 障害	問診	低周波治療 表情筋自動介 助運動
12 月 4 日	男	50	変形性腰痛 症	左下肢痛・背部 痛・右足部の痺 れ	問診 体幹自動運動評価 疼痛・痺れ評価 SLR評価	超音波(腰部) 温熱療法 腰椎牽引 自主訓練指導
	女	50 代	右肩関節周 囲炎	疼痛により結 髪・結帯動作困 難	肩関節可動域評価	温熱療法 関節可動域訓 練 超音波
12 月 18 日	男	42	右肩関節周 囲炎	右肩関節運動 時痛	肩関節可動域評価	温熱療法 関節可動域訓 練
	男	62	脳梗塞	左片麻痺	評価なし	非麻痺側筋力 強化訓練(重錘 使用) 座位保持訓練 立ち上がり訓 練
	女	50 代	頸椎症	右手指痺れ	整形外科テスト(Jackson Test, CompressionTest)	超音波 頸椎牽引 自主訓練指導

12月26日	女	50代	右肩関節周囲炎	右肩関節の運動時痛・特に結帯動作	肩関節可動域評価	温熱療法 関節可動域訓練 関節モビライゼーション 超音波
	男	40代	左手関節脱臼	手関節から末梢部、浮腫と関節可動域制限により日常生活動作困難	疼痛評価	アイシング 手指・手関節可動域訓練
	女	35歳	ベル麻痺(3回目)	右閉眼困難	評価なし	低周波治療 表情筋自動介助運動
1月9日	男	30代	頸椎症	長時間座位にてデスクワークに支障あり	整形外科テスト (Jackson Test, Compression Test) 徒手筋力評価	超音波 頸椎牽引 自主訓練指導
	女	40代	右上腕骨骨折	右上肢筋発揮しにくさにより結髪動作、調理動作困難	肩関節可動域評価	温熱療法 関節可動域訓練 超音波 自主訓練指導
1月16日	男	40代	腰椎椎間板ヘルニア	腰痛と左殿部から全足趾にかけての下肢外側痺れ	問診 体幹自動運動評価 疼痛・痺れ評価 SLR 評価	超音波 (腰部) 温熱療法 腰椎牽引 自主訓練指導
1月22日	男	34	腰椎椎間板ヘルニア	腰痛、左下肢痛・左下肢痺れ	問診、画像確認 感覚検査、反射検査 体幹自動運動評価 疼痛・痺れ評価 整形外科テスト (5種類) 姿勢動作 動作評価 ※石井会理学療法士による	超音波 (腰部) 温熱療法 腰椎牽引 自主訓練指導 ※ Navamin9 病院理学療法士による



	男	22	ベル麻痺	右顔面神経麻痺	問診	低周波治療 表情筋自動介助運動
1月30日	女	50代	右膝前十字靭帯断裂(保存)	階段昇降、躑躅動作困難	整形外科テスト(7種類) 疼痛評価 関節可動域評価 徒手筋力検査 姿勢評価 動作評価 ※石井会理学療法士による	軟部組織モビライゼーション 単筋毎のダイレクトストレッチ 閉鎖運動連鎖荷重位訓練 自主訓練指導 ※石井会理学療法士による
	男	40	左中手骨骨折(第1・2・3)、左示指・環指基節骨骨折術後	左手での把持動作困難	画像確認 炎症評価 疼痛・痺れ評価 関節可動域評価 関節副運動評価 動作評価 ※石井会理学療法士による	前腕筋ストレッチ 関節モビライゼーション スキンローリング 自動介助での把握動作訓練 自主訓練指導 ※石井会理学療法士による

出所) コンソーシアム作成

## ア. 実施結果による課題

Navamin9 病院の理学療法実施状況を確認したところ、以下の課題がみられた。

- ① 介入時、日本の医療と異なり医学的検査状況を確認しないことが多く、画像についてもすぐに確認できない状況にないため画像情報を確認せず介入していることが多い。
- ② 問診内容は痛みに対するものがほとんどであるが、現病歴や既往歴、生活習慣などはあまり詳しく確認していない可能性が高い。
- ③ 医師の診断名に基づき、指示内容を忠実に実施している。

- ④ 医師や看護師の他職種との情報共有がなされておらず、チームでの取り組みはなされていない。
- ⑤ 検査・測定・評価にかける時間を十分にとることができず、十分な病態推測ができていないように感じる。また、時間をかけられない為か検査・測定方法が標準的な方法でないことが多い。
- ⑥ 評価実施数が不十分かつ手技も曖昧で、正確に実施できていない。
- ⑦ 初回時以降、詳細な検査・測定・評価を行わず、毎回同一治療プログラムを実施していることが多い。
- ⑧ 評価結果に基づいた治療プログラムの立案がされていない。
- ⑨ 医師の指示内容によるところが多いが、物理療法に大半の時間を費やし、理学療法士による徒手的なアプローチや運動療法に重きが置かれていない。
- ⑩ 超音波を好む傾向があり、痛みに対しては部位・範囲を問わず実施する傾向が強い。
- ⑪ 患者個人に合わせるのではなく、治療プログラムか疾患名に基づき決定され、画一的な印象を受ける。

#### イ. 理学療法評価およびプログラムの提案、教育

事業化に向けタイ人理学療法士への教育・指導をする必要があるが、経験を積んだ理学療法士の受容性に懸念もあり、教育・指導を行うというスタンスではなく、共に切磋するという意味合いを持たせるため、勉強会の実施とケースカンファレンスによる方法をとった。

##### ① 教育の方法

- ・ 週 1 回の派遣時、3 名から 4 名の患者に対する Navamin9 病院理学療法士による治療を見学し、見学終了後、ケースカンファレンスを実施
- ・ 月に 1 度程度、石井会による勉強会を実施
- ・ シンポジウム開催時に講師による Navamin9 病院理学療法士による講習会を実施
- ・ ケースカンファレンス・勉強会に対する Navamin9 病院理学療法士の受容性および実施サービスの変化点を確認する。

##### ② ケースカンファレンスの状況

見学を行った患者について Navamin9 病院理学療法士から症例の現病歴・実施した検査測定内容・問題点・治療プログラム・目標設定について発表してもらい、石井会の理学療法士からの意見・評価および治療プログラム提案を行い、それらについて議論を行う形式とした。

経験年数を重ねている理学療法士も多いため、断定的にこうするべきという発言は控え、あくまでも一意見であるという伝え方を行うよう細心の注意を払い臨んだ。

調査前半は「(実際に実施していない内容でも) 普段は行っている」「すべきなのはわかっているが時間がなくてできない」「医師の指示を変更することができないので実施できない」などの意見が多くみられた。しかし、調査後半では「石井会ならばどのようにするか」「行ったほうが良い検査・測定・評価はあるか」「治療方法の具体的な方法を教えてほしい」といったポジティブな意見がみられるようになった。

また、前回のカンファレンスで提案した内容を実施している様子などもみられ、現状に対する改善意欲と教育に対する受容性がみられた。後半では積極的にメモを取り、積極的な議論が行われるようになった。

図表 35 ケースカンファレンスの様子 (Navamin9 病院にて)



出所) コンソーシアム撮影

### ③ リハビリ勉強会内容

Navamin9 病院の理学療法士リハビリサービス見学・ケースカンファレンスの対象患者において外来かつ整形外科疾患が多く見受けられたため、勉強会の実施内容は整形外科に係わるものを中心とし、評価の重要性を伝えるべく以下の内容で行った。

図表 36 リハビリ勉強会実施内容

日付	内容	参加人数
2018/11/14	理学療法評価の重要性	6 人
2018/11/28	整形テスト法 (Special Test) 腰部	5 人
2018/12/18	整形テスト法 (Special Test) 頸部	5 人
2018/12/26	整形テスト法 (Special Test) 仙腸関節	4 人
2019/1/9	整形外科術後リスク管理について	5 人

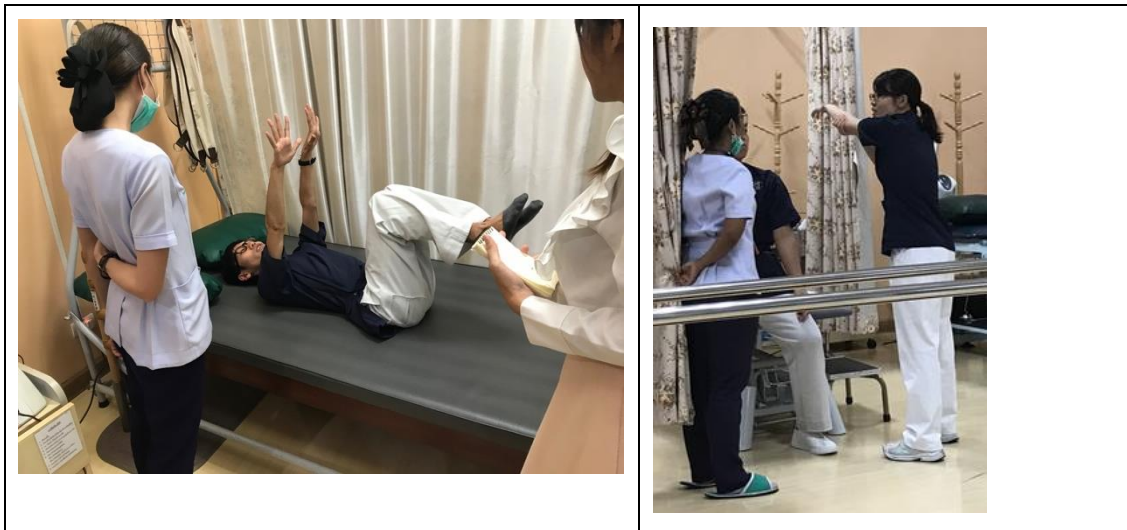
出所) コンソーシアム作成

図表 37 リハビリ勉強会参考資料

<p><b>Orthopedic Tests [Lumber]</b></p> <p>28/Nov/2018 At Navamin9 Hospital</p>	<p>Flow chart of Lumber orthopaedic test</p>	<p>Lumber Fracture</p>								
<p><b>Spinal Percussion</b></p> <p>[Examination] 1)The patient bends forward 2)Knock to Spinous process and muscle</p> <p>[Positive] Local pain: Lumber Fracture Radicular pain: Lumber Fracture(Radiculopathy) Intervertebral disc injury(Radiculopathy)</p>	<p>Lumber and Sacroiliac Injury</p>	<p><b>Goldthwaith's Test</b></p> <p>[Examination] Patient supine, examiner slowly raises the patient's affected leg with one hand while palpation motion at the lumbar spine with the other hand.</p> <p>[Positive] 1)Pain before lumbar spine motion is felt(0° ~35° ): Sacroiliac joint (ligamentous sprain, arthritis). 2)Pain beginning when lumbar spine motion is felt(35° ~70° ): Lumbosacral pathology (sprain/strain, possible disc syndrome). 3)Pain after lumbar spine motion is felt(70° ~): Lumber facet joints</p>								
<p><b>Goldthwaith's Test</b></p>	<p><b>Supported Forward Bending Test (P315)</b></p> <p>[Examination] 1)Patient stands as the test is done. 2)The patient bends forward from the hip her back becomes a horizontal plane. (knee ext.) 3)The examiner hold patient's sacrum and ilium one more bend forward.</p> <p>[Positive] pain both bend: problem of Lumber pain no hold ilium: problem of Sacroiliac joint</p>	<p><b>Nachlas Test</b></p> <p>[Examination] Examiner flexes knee in attempt to touch patient's heel to ipsilateral buttock.</p> <p>[Positive] Local lower back pain: Local lumbar spine or sacroiliac joint injury. Local knee pain: Knee injury (ligamentous, meniscal, tendon injury). Radicular pain: Anterior thigh radicular symptoms can be caused by femoral nerve pathology.</p> <p>[Note] Motion of test stretches the femoral nerve &amp; may cause radicular symptoms.</p>								
<p><b>Nachlas Test</b></p>	<p><b>Lumber nerve root and sciatic nerve irritation / compression test</b></p>	<p><b>Straight Leg Raising Test(SLR)</b></p> <p>[Examination] Patient supine, examiner places one hand under patient's ankle &amp; other hand over patient's knee (to insure knee stays extended during action). Examiner then proceeds to passively elevate the straight leg.</p> <p>[Positive] Radicular leg pain: Nerve root compression, intervertebral disc herniation, piriformis entrapment Lower back pain: Sacroiliac/lumbar sprain/strain</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Degrees of Flexion</th> <th>Tissue Involved</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0° to 35°</td> <td>Extradural involvement</td> </tr> <tr> <td>35° to 70°</td> <td>Disc/nerve root involvement</td> </tr> <tr> <td>Above 70°</td> <td>Sacroiliac/lumbar joint pain.</td> </tr> </tbody> </table>	Degrees of Flexion	Tissue Involved	0° to 35°	Extradural involvement	35° to 70°	Disc/nerve root involvement	Above 70°	Sacroiliac/lumbar joint pain.
Degrees of Flexion	Tissue Involved									
0° to 35°	Extradural involvement									
35° to 70°	Disc/nerve root involvement									
Above 70°	Sacroiliac/lumbar joint pain.									
<p><b>Straight Leg Raising Test(SLR)</b></p>	<p><b>Lasegue's Test</b></p> <p>[Examination] Patient supine hip and knee flexion Next knee extension</p> <p>[Positive] Leg pain : Radiculopathy Increased resistance : Hamstring tightness/contracture</p> <p>Test is essentially the same as performing a supine Straight Leg Raise as the angle at the hip is ultimately the same, thus resulting in the same stretch of the sciatic nerve.</p>	<p><b>Lasegue's Test</b></p>								

出所) コンソーシアム作成

図表 38 Navamin9 病院理学療法士への技術指導の様子 (Navamin9 病院リハビリ室にて)



出所) コンソーシアム撮影

#### ウ. シンポジウム講師による講習会

内容: 「理学療法士が行う自立支援アプローチの実際」

「理学療法士が介入する具体的な排泄ケアアプローチ」

講師: 斉藤秀之氏、岩田研二氏

対象: Navami9 病院理学療法士 7 名

図表 39 PT 向け研修会の様子 (Navamin9 病院にて)



出所) コンソーシアム撮影

#### (4)実施成果から得た今後への検討

- ① 差別化のポイントについての検討

調査より、タイにおける理学療法は、情報収集、理学療法評価に基づいた目標・治療プログラム立案、論理的な根拠に基づいた実施、チーム医療としての取り組みに不十分さがみられた。現地リハビリテーションサービスと差別化を図るポイントとして「評価に基づく理学療法」が第一にあげられる。理学療法評価を十分に実施するためには必然的に情報収集は必要になり、十分な理学療法評価は、論理的な根拠に基づいた理学療法に繋がる。対症療法になりがちな現状改善の第一歩として、現地理学療法士に「理学療法評価の重要性」を理解させ、知識と技術を高めることが課題である。

また、物理療法に偏りがちな実施ではなく、根本的な障害原因の改善を目指すことで差別化に繋がる。根本的な障害原因の改善には生活習慣や姿勢、動作の改善が必要であり、運動指導や運動療法が重要である。

合わせて現地理学療法士を教育していく必要があるが、しかし現状のタイにおけるリハビリテーション専門職の人数は、日本における 25 年ほど前と同様に不足している（日本もかつては理学療法士が十分に患者に関われない状況であった）。バンコク都内の富裕層向けの病院では、十分にリハビリテーション専門職を雇用できる現状があるが、地域の病院では十分な雇用が難しい。リハビリ助手の雇用も視野に入れ、運動療法の方法を指示し、量的なリハビリテーションを確保するなど、今後の検討課題としていく。

## ② 教育について

今後事業を進めていくにあたり、現地理学療法士の教育が最も重要な課題となるが、タイにおける理学療法士の希少性と、国立を中心とし 4 年生大学を卒業していることから学識地位が高く、プライドも高いため教育をするというスタンスは望ましくない。今回の調査期間中にも、開始当初は石井会理学療法士からの発言を受け入れられない状況も見られた。

しかしながら、決めつけた発言方法ではなく、一意見として伝えることで、受容する場面も見られるようになり、積極的に意見を求める機会が増えてきた。ケースカンファレンスを繰り返すことにより、双方の相違点を気づかせることで、教育もスムーズに行われるように期待するところだが、教育方法については、今後引き続き検討していく必要がある。

## ③ リハビリテーションの料金設定について

タイ国内におけるリハビリテーションの価格は、1 回あたり実施時間 40 分～60 分でクリニックでは 600～1,200 バーツ程度、富裕層向けの私立病院で 2,000～4,000 バーツ程度である。高齢者向けの地域包括ケアを進めていくにあたり、リハビリテーションの実施が必須であると考えるが、頻回な実施が必要となるために、クリニックや病院と同じ価格の設定でサービスを提供すると、利用者の負担は多大になり、必要性が理解されたとしても、リハビリテーションを提供できない可能性がある。入居料金の基本料金に含めるなど、事業化に向け、リハビリテーション費用についても協議していく必要がある。

### (5)タイにおけるリハビリ事業状況

日本の診療報酬制度では、疾患別にリハビリテーション料が規定されており、20分1単位として料金が設定されており、診療報酬制度内において病院格差はなく同額である。実施単位数により料金変動し、実施したリハビリ内容による変動はない(その為、理学療法士が評価に基づき、患者にとって必要な治療を選択し実施することが可能である)。物理療法も理学療法治療における選択肢の一つとして実施する。物理療法のみを実施する場合には、リハビリテーション料とは別の消炎鎮痛処置として料金設定されており、何種類物理療法を実施しても同額の35点である。

一方、タイでは公的病院以外が自由診療である為、リハビリテーション料金は各病院・クリニック毎に自由に設定し、同一金額ではない。治療内容毎に料金設定されており、実施した治療内容を積算して料金が請求される。3~4種類の治療を実施しているケースが多く、部位数や使用機器によって変動するが、患者は一般向けのクリニックでは600~1,200バーツ程度、富裕層向けの私立病院では2,000~4,000バーツ程度支払っている。

図表 40 疾患別リハビリテーション点数表

20分1単位	脳血管疾患	運動器	廃用症候群	心大血管	呼吸器
施設基準Ⅰ	245点	185点	180点	205点	175点
	維持期リハ (※1)	維持期リハ (※1)	維持期リハ (※1)		
	147点	111点	108点		
施設基準Ⅱ	200点	170点	146点	125点	85点
	維持期リハ (※1) 120	維持期リハ (※1) 102	維持期リハ (※1) 88		
	点	点	点		
施設基準Ⅲ	100点	85点	77点	-	-
	維持期リハ (※1) 60	維持期リハ (※1) 51	維持期リハ (※1) 46		
	点	点	点		

出所) コンソーシアム作成

図表 41 タイ国内リハビリ料金比較表（単位：バーツ）

治療内容	公立 病院 A	公立 病院 B	私立 病院 C	地域 PT クリニック	富裕層向 け PT クリニック
牽引	70	120	350		
超音波	60	120	400	200	200
超短波	70	120	300		
極超短波		120			
干渉波・低周波	60	120	350	200	
レーザー	60	120	400		
メドマー（20分以内）		120			
メドマー（20分以上）		250			300 (30分)
パラフィン浴	80	100	250		
ホットパック	60	60	400	150	
クライオセラピー		120			
指圧・マッサージ	80	120	250		
モビライゼーション	80	150	400		
運動療法	130	150	400	300	
渦流浴	130	200			
固定テーピング	50	90			
キネシオテーピング		15(5cm)			
自主トレーニング指導	100	150	350		
脳性麻痺治療 1	100	300			
脳性麻痺治療 2		500			
片麻痺治療 脊髄損傷治療		300			
PT 評価			350		
コールドパック		60	350		
TENS			400	200	
エルゴメーター トレッドミル	80		350		400
他動運動/ストレッチ	80		350	100	



				(1 箇所)	
バランス訓練			300	300	400
歩行訓練			450		
起立台			350		
呼吸訓練	100		500		
ADL 訓練					500
手指機能訓練					700 (40 分)
口腔運動					400
嚥下訓練					700
認知運動療法					700
感覚刺激					700 (30 分)
言語訓練					400 (30 分)
グループ訓練					800

出所) コンソーシアム作成

図表 42 Muangtong Physical Therapy Clinic のリハビリ料金例

Neuro		Ortho	
治療内容	値段(THB)	治療内容	値段(THB)
ADLtraining	100/200/300	EBO(整形疾患に対する自転車訓練)	200
EBN(中枢疾患に対する自転車訓練)	200	ExsO(整形疾患に対する運動療法)	300
ES(電気療法)	200	GTF(小児整形疾患)	200
ESP(刺激ポイントへの電気療法)	300	HaC(Hot pack and Cold pack)	200
ExsB(バランス訓練)	100	IF(電気療法による痛み軽減)	150
ExsN(中枢疾患に対する運動療法)	300	UltraSound	200
Passive ROM	200	UltraSound combine ES	100
Active ROM	300	DEEP(ツボのマッサージ)	300
Advance ROM	400	MobilizationSpine	300
SiBT(座位訓練)	300	MobilizationAnkle	300
StBT(立ち上がり訓練)	300	MobilizationKnee	300
GT(歩行訓練)	300	MobilizationElbow	300
Hot Pack	50	MobilizationWrist	300
Hot Pack/1sheet	200	MobilizationFinger	300
Cold Pack	50	TM(腰部/頸部の牽引)	350
		SB(腰部ストレッチ)	200
		SUE(上肢ストレッチ)	200
		SLE(下肢ストレッチ)	200
		SN(頸部ストレッチ)	200
		MSS(測定と指導のサポート)	100

Neuro		Ortho	
治療内容	値段(THB)	治療内容	値段(THB)
ADLtraining	100/200/300	EBO(整形疾患に対する自転車訓練)	200
EBN(中枢疾患に対する自転車訓練)	200	ExsO(整形疾患に対する運動療法)	300
ES(電気療法)	200	GTF(小児整形疾患)	200
ESP(刺激ポイントへの電気療法)	300	HaC(Hot pack and Cold pack)	200
ExsB(バランス訓練)	100	IF(電気療法による痛み軽減)	150
ExsN(中枢疾患に対する運動療法)	300	UltraSound	200
Passive ROM	200	UltraSound combine ES	100
Active ROM	300	DEEP(ツボのマッサージ)	300
Advance ROM	400	MobilizationSpine	300
SiBT(座位訓練)	300	MobilizationAnkle	300
StBT(立ち上がり訓練)	300	MobilizationKnee	300
GT(歩行訓練)	300	MobilizationElbow	300
Hot Pack	50	MobilizationWrist	300
Hot Pack/1sheet	200	MobilizationFinger	300
Cold Pack	50	TM(腰部/頸部の牽引)	350
		SB(腰部ストレッチ)	200
		SUE(上肢ストレッチ)	200
		SLE(下肢ストレッチ)	200
		SN(頸部ストレッチ)	200
		MSS(測定と指導のサポート)	100

出所) コンソーシアム作成



## (6)リハビリテーション専門職に関わる状況

タイにおけるリハビリテーション専門職の育成は1963年から始まり、2018年時点で、理学療法士の養成校は16校、作業療法士の養成校は2校、言語聴覚士の養成校が1校である。人数を日本と比較すると圧倒的に少なく、さらに実際に臨床で実務している人数はもっと少なく、日本の25年程前と同等である。絶対的人数が少ないため、リハビリテーション専門職の多くが、都市部私立病院に集中している。

4年制の大学を卒業したリハビリテーション専門職の新卒の給与は、公立病院で働く場合、12,000～18,000バーツ程度で、1年間1,000バーツ程度の昇給が一般的である。私立病院では20,000～30,000バーツ程度で、1年間1,000～2,000バーツ程度の昇給がある。

理学療法士は5年ごとの免許更新が義務付けられており、研修会への参加、学会発表、論文の執筆、学生指導などによって単位取得を行うことが必要となる。(岩田研二:タイの理学療法。PTジャーナル・第49巻第4号・2015年4月)

図表 43 タイと日本のリハビリ専門職数比較（2018年11月国家試験合格者数）

	 タイ	 日本
PT（理学療法士）	12,431※1	161,476 ※4
OT（作業療法士）	1,274※2	89,717※5
ST（言語聴覚士）	367※3	31,233※6

出所) コンソーシアム作成

※1 Physical Therapy Council、※2 OT Dept, Chiang Mai Univ.

※3 Sanatorium and Art of Healthing Division, Department of Health Service Support

※4 日本理学療法士協会、※5 日本作業療法士協会、※6 日本言語聴覚士協会

図表 44 タイと日本のリハビリ専門職養成校比較

	 タイ	 日本
PT（理学療法士）	16校※1	262校※2
OT（作業療法士）	2校※1	188校※3
ST（言語聴覚士）	1校※1	81校※4

出所) コンソーシアム作成

※1 岩田研二：タイの理学療法。PTジャーナル・第49巻第4号・2015年4月

※2 日本理学療法士協会、※3 日本作業療法士協会、※4 日本言語聴覚士協会

## (7) 理学療法サービス提供状況

### ア. 理学療法サービス提供状況調査対象の病院概要

#### ① Navamin9 病院

タイ国バンコク市東部ミンブリー地区の私立総合病院 Navamin9 病院は 400 床、14 のクリニックを保有している。JCI を取得しており地域の中核病院として機能している。

#### ② Navamin9 病院におけるリハビリサービス

- ・リハビリ対象疾患

主な対象疾患は入院については脳卒中、整形外科的術後が主で、外来は腰痛症や腰痛椎間板ヘルニア、頸椎症、肩関節周囲炎などの整形外科疾患が多く、一部脳卒中後遺症の患者である。入院患者の殆どは急性期の患者であり、入院患者はベッドサイドにて行うことが多い。

### ③ リハビリ提供体制

本院では10名の理学療法士と1名の事務職がおり、リハビリテーション科の医師や作業療法士はいない。理学療法士は4年生大学を卒業した国家資格取得者である。療法士責任者は10年以上の経験を有し、中堅6年～8年の療法士が4名、2年以内の新人が5名所属している。月曜日から土曜日まで常に6名から7名の理学療法士が出勤している。

### ④ リハビリ設備・機器

本院には約150㎡の理学療法室があり、治療用ベッド（6台うち2台は昇降式）、チルトテーブル、平行棒、姿勢鏡、訓練用階段、肩輪転機、低周波・干渉波複合電気治療器、牽引機、超音波、超短波、拡散型圧力治療器などが整備されている。診察室も同理学療法室内にある。

### ④ リハビリの実施体制

本院では、患者1人あたり1回のリハビリ実施時間は30分間程度であり、疾患や症状による大きな変更はない。入院患者には毎日実施している。1日あたり20名程度の患者に30分リハビリを実施するために日本であれば2名～3名の理学療法士がいれば十分対応である。本院では、1日あたり6名の理学療法士が勤務しているが、時間がないため30分で治療は終わらせるようにしている。

図表 45 Navamin9 病院リハビリ概要

リハビリ概要	
PT 数	10 人（常時 6 人出勤）
OT 数	0 人
ST 数	0 人
面積	約 150 ㎡
患者数/日	20 人/日（入院 10 人、外来 10 人程度）
機器	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 電動昇降式ベッド 2 台</li> <li>・ 治療用ベッド 4 台</li> <li>・ ホットパック、ハイドロコレーターバス</li> <li>・ 低周波・干渉波複合電気治療器</li> <li>・ 牽引機</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・超音波、超短波</li> <li>・拡散型圧力波治療器（ショックウェーブ）</li> <li>・平行棒、肩輪転機</li> </ul>
一患者あたり治療時間	30分

出所) コンソーシアム作成

図表 46 Navamin9 病院リハビリ室



Navamin9 リハビリ室

Navamin9 リハビリ室

出所) コンソーシアム撮影

図表 47 Navamin9 病院リハビリ機器



低周波・干渉波複合電気治療機器

超音波



牽引機



拡散型圧力波



極超短波



肩輪転機とオーバーヘッドテーブル

出所) コンソーシアム撮影

### 3-3. シンポジウム開催(地域包括協議)

#### (1)シンポジウム内容

代表団体が主催者となり、地域包括連携を目指したシンポジウムを開催した。

開催日については、2018年12月12日、2019年1月9日の計2回とし、1回目は、Navamin9病院、バンコク都に協力を依頼し、Navamin9病院の医療関係者、患者家族、バンコク都のヘルスボランティア、政府関係者を主な対象とし開催した。

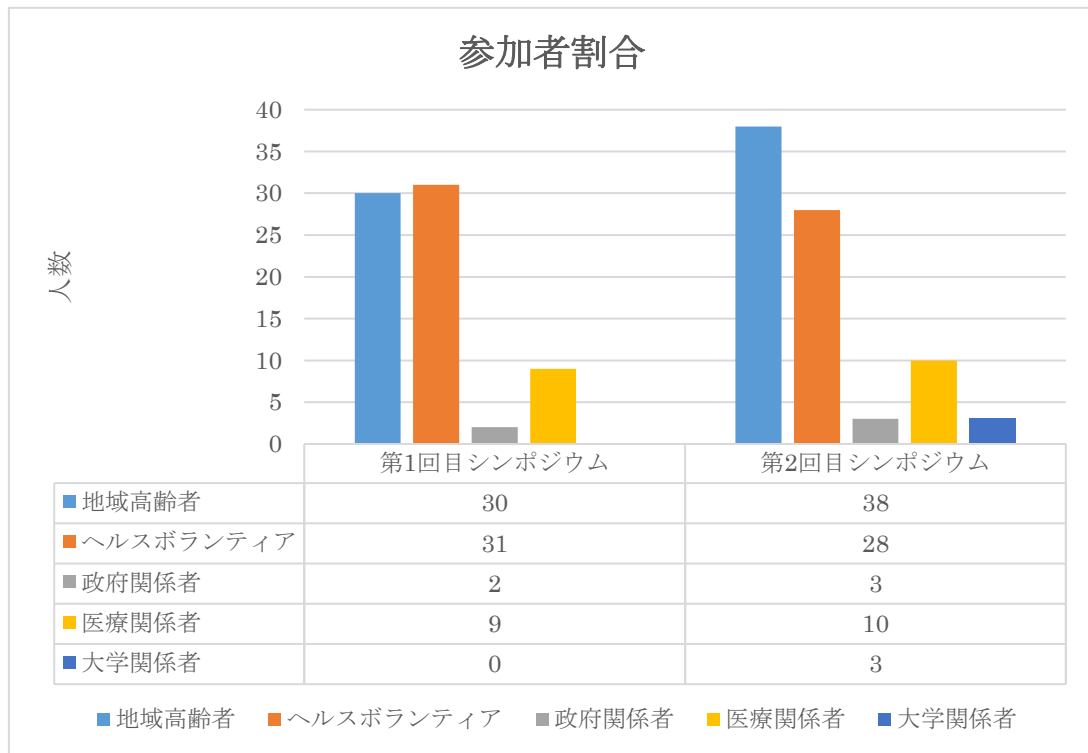
2回目は1回目シンポジウムの状況、ニーズ等を分析し協議の上、国立ブラパ大学講堂にて、Navamin9病院医療関係者、ヘルスボランティア、地域住民(高齢者)を対象として講義方式の他に地域包括連携をテーマとしてワークショップ形式を取り入れ開催した。

図表 48 シンポジウム開催時写真



出所) コンソーシアム作成

図表 49 シンポジウム参加者割合



出所) コンソーシアム作成

講師として、タイ国立ブラパ大学老年看護学部教授であり、サンスク町でタイでは初めてと考えられる地域包括ケア連携体制を構築中で、町役場・ブラパ大学病院・ヘルスボランティアと連携しているポアンチャイ教授と、佐久大学で国際看護学を専門とし、ポアンチャイ教授との協力研究と JICA 草の根協力事業を通じて長野県佐久市の地域包括連携ノウハウをタイへ融合化している東田吉子教授、石井病院から推薦された講師 2 名（斉藤秀之氏（日本理学療法協会常勤理事で、リハビリ職の育成・教育に注力している）、岩田研二氏（青年海外協力隊の理学療法士として活動し、医療職向けにタイ医療・福祉現場の紹介を行っている））を招き、自立支援、地域福祉、認知症対応等について講演し、タイ人参加者の理解を深めた。

図表 50 シンポジウム発表内容

タイの方々に向けた日本の介護のシンポジウム発表内容	
◆介護方針	個別ケア・認知症ケア・地域ケア・看取りケアを重点においた介護
◆入浴面	タイでは日本と同様に浴槽に浸かるという習慣は無いが、重介護者用浴槽は設置。希望や体調に合わせ時間、回数を調



	整、介助スタッフは適材適所にて対応。
◆食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ タイの利用者様の生活習慣等を尊重した食事の提供。</li> <li>・ 食卓に彩を添えて、季節を味覚にて感じていただくことを留意。</li> <li>・ 糖分の多いタイの食事を鑑み必要な栄養素を取り入れ、塩分、糖分、脂質を考慮し、利用者が食べたい順番で食べるという選択性を尊重。配膳、片付け、調理の部分でも利用者が一緒に調理ができるよう工夫し、手を出してもらえるような体制をとる。利用者は、調理の楽しみと毎日やってきた生活・家事経験を活かしていただくことができる。</li> </ul>
◆排泄面	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 排泄は人間の尊厳に係るため、1日10回のオムツ交換より、オムツを外すことをスタッフ全体で対応していく。排便のメカニズムは時と場所、重力が必要なため生理的な状況に併せ支援。</li> <li>・ できる限り自立歩行でトイレへ行けるよう、機能訓練を心がける。</li> </ul>
◆個人の趣味・嗜好への支援	<p>個々の趣味・嗜好を理解しリハビリ行動とは別に、本人が望む趣味活動を理解し、生きがいを持って日々生活できるようサポート。利用者には、それぞれの生い立ちや長い人生の中で築かれてきた性格・家庭環境・人間関係があり、個別の趣味活動や楽しみがある。また、個々の身体能力や精神機能について差異がある。このことを職員へ十分理解させ個々の価値観を尊重し暮らしを支援する。</p>
◆外出機会の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 可能な限り本人の希望に沿う外出支援になるよう、家族にも協力を求め実施。</li> <li>・ 身体機能低下に伴い外出を好まない方などに声掛けを行い、適宜車椅子を利用し、近辺商業モールへの外出に向け、身体に負担がかからぬよう支援する。</li> <li>・ 季節ごとの年間行事への積極的な参加を促し外出の機会を確保する。</li> </ul>
◆機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の持っている残存機能の活用を支える。</li> <li>・ 孫や子供と遊びたい、美味しいものを食べたい、カラオケをしたい等の〇〇をしたいという実現を支え、専門スタッフによる特別なリハビリ行動、訓練を日々の生</li> </ul>

	<p>活の中に取り入れ(生活リハビリ)、継続できるようサポートする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 慣れ親しんだ地域、家族に囲まれた環境に沿った日常の作業実現をサポート。</li> </ul>
◆褥瘡発生予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門職・医師の指導の元、医学の基礎知識に基づき褥瘡予防に取り組む。</li> <li>・ 定期的な体位交換を行い身体、寝具等の保清。</li> <li>・ 栄養状態を良好に改善、保持。</li> <li>・ 褥瘡予防と共に感染症予防をはかる。</li> <li>・ 定期的な環境整備、入浴、シャワー浴、清拭等により身体を保清。</li> </ul>

出所) コンソーシアム作成

## (2)シンポジウムアンケート調査結果

### ア. 第1回タイ国高齢者地域包括ケア連携コンソーシアム地域シンポジウム (2018/12/12)

図表 51 シンポジウム プログラム内容

<p>第1回目シンポジウム プログラム</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 開会挨拶 (Navamin9 病院 プラジャック院長)</li> <li>2. プレゼンテーションセッション <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 日本の自立支援と地域包括連携について…齊藤秀之氏 (日本理学療法協会常勤理事) 休憩 簡単なリハビリ体操 (Navamin9 病院 PT)</li> <li>(2) 自立支援と失禁予防体操 …岩田研二氏 (元青年海外協力隊の理学療法士)</li> </ol> </li> <li>3. 質疑応答</li> <li>4. アンケート記入</li> <li>5. 閉会挨拶 (エフビー介護サービス株式会社 臼田隆洋)</li> </ol>
---

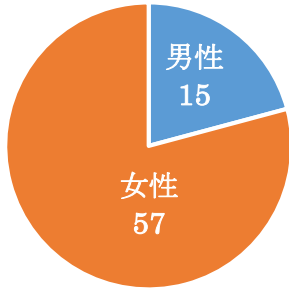
出所) コンソーシアム作成

### (ア)アンケート結果の考察

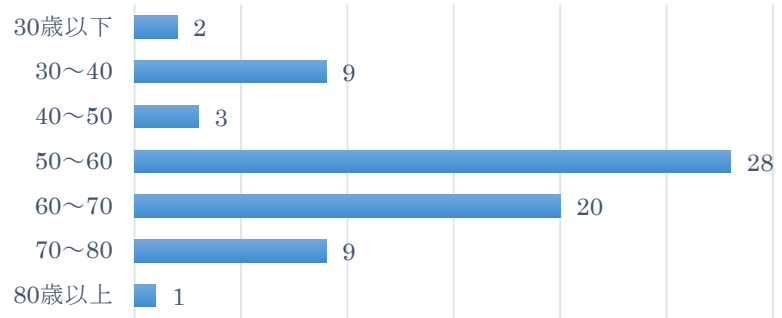
Navamin9 病院と当地域において日本人の専門家によるシンポジウムは初開催であった。上記の結果、アンケート回答数は 72 件。調査結果は下記のとおりである。

図表 52 第1回シンポジウムアンケート結果

Q1. 性別を教えてください



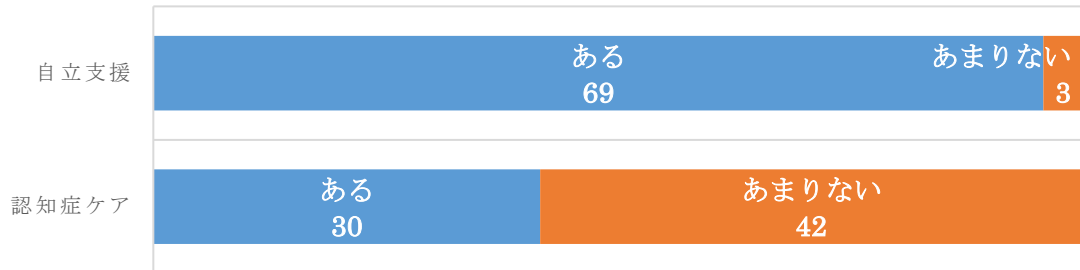
年齢を教えてください



Q2. 本日のシンポジウムはどうでしたか？



Q3. 本日のテーマに関心はありますか？



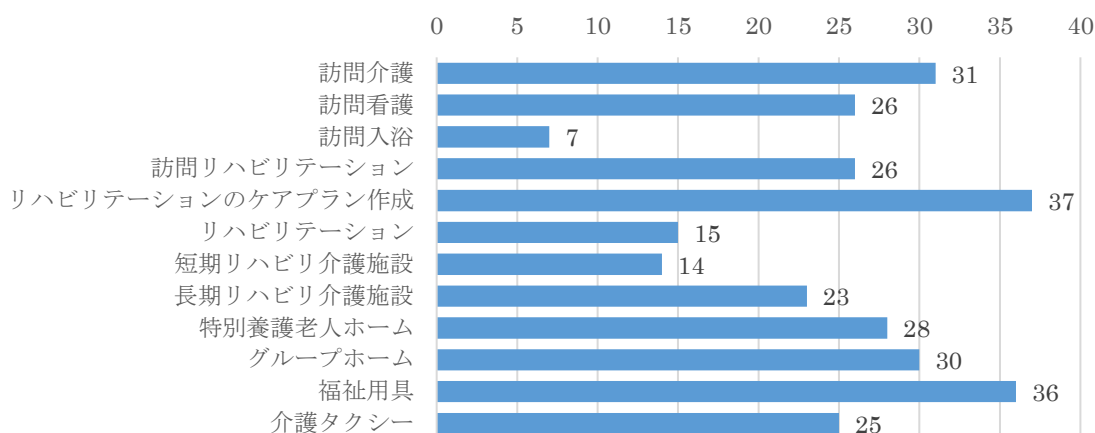
Q4. 老後に不安はありますか？



何に不安を感じますか？



Q5. 日本では介護保険でいろいろなサービスが受けられます。  
あなたが受けられるとしたらどのサービスを受けたいですか？



出所) コンソーシアム作成

- ・ 参加者のうち 79%は女性で、平均年齢は 56.9 歳だった。
- ・ 参加者の職業別の感想は、「良くなかった」という方が 1 名いた以外は、99%がシンポジウム開催について「良かった」・「満足した」といった感想であり、シンポジウム開催はタイ人には関心があると言える。「良くなかった」と回答された 1 名に関しては、100%完全に理解ができなかったためとの理由であった。
- ・ テーマとなった自立支援には、96%が関心を抱いていた。認知症ケアに関しては 42%と関心が多いとはいい難かった。
- ・ 老後の不安について、「不安でない」と感じている参加者が 46%いた。
- ・ 不安を感じる内容については、68%が健康についてで、次いで 18%が生活費と回答。14%は認知症を患うことに不安を感じているという結果だった。
- ・ 日本で行われている介護サービスを例に、老後希望する介護サービスを複数回答可で確認した。1 番多かったのがリハビリテーションのケアプラン作成であった。デイケアについては 0 回答でタイにおけるデイケアの概念が無いのではないかとこの疑問が発生した。

## (イ)参加者の意見

図表 53 参加者からの声



出所) コンソーシアム撮影

今回のシンポジウム開催により、参加者から以下の意見を得た。

- ・ 日本の介護事業者が間に入って、病院、地域、政府と連携し地域に在住する高齢者を支えてほしい（この意見は、正に地域包括ケア連携の必要性を示唆する住民の声だった）。
- ・ シンポジウムは、排尿、排便機能を衰えさせないために筋力低下を実践する体操もあり大変有意義であった。
- ・ より良い老後のために自分でも気を付けていかなければならないことを学べた。
- ・ 病院でなく自分で回復することができることを初めて知った。
- ・ 大変有意義な会であった。日本のような介護保険制度の確立は、現段階では無いが、Navamin9 病院が現在実施している訪問診療活動のようにユニークで地域に貢献した内容の活動で、政府が認可すれば補助金申請することが可能（地方政府関係者）。

#### (ウ)アンケート結果についての協議

前記、回答結果、参加者の意見をふまえ Navamin9 病院と事後協議した。以下に協議内容を記す。

図表 54 第1回シンポジウム事後協議



出所) コンソーシアム撮影

- ・ タイでは、地域包括ケア連携は皆無に等しい。個人と病院、個人と地域、個人と地方政府との関係はあるが、包括的な連携による支援体制は確立されていない。そのため日本の事業者が進出しノウハウを教示し連携協力してもらえることにより高齢者個人を地域全体で支援可能な体制を構築できるのではないか。
- ・ そしてタイの場合は、病院、地域、地方政府が連携できているとは言えないが、日本の事業者が連携することにより、今まで、連携領域では無かった機関と連携協力することが可能となる。
- ・ (アンケート結果について、) タイ人にとって認知症について理解度は低く、認知症と診断する医師も多くない。精神病、もしくはオカルト的に霊による祟り等ということで捉えているのではないか。また実際に認知症を患った高齢者と同居している家族は、恥として捉え、人前には出さず外出の機会を無くしている状況を作っている。理解を得られれば、認知症の進行への対応が可能であるが、現状は認知度が低い。
- ・ (老後の不安を感じていないという回答が46%あった件について、) 仏教、文化が影響している。仏教を信仰しているため、仮に臨終に近づいても極楽に召され、輪廻転生により生まれ変わる楽しみがあるとの教えが影響しているため老後に不安を感じてない回答が多かったのではないか。
- ・ (デイケアが0回答だったことについて、) タイにおいてデイケアが認識されていないのではないか。

これらの見解により、後日、実際に高齢者宅を訪問し聞き取り調査を行い、次回のシンポジウムへ反映させることとした。

#### (エ)アンケート結果に基づく現地在宅訪問調査

アンケート結果の自立支援、認知症、どのようなケアが望まれるかについて Navamin9 病院の訪問診療に同行し、5件のタイ人高齢者宅および介護施設を訪問しヒアリング調査を実施した。

図表 55 事後協議の在宅ヒアリング調査

<p>84 歳女性</p> 	身体状況	自立しているが転倒ケースが増加してきている。以前は食堂の切り盛りと主婦をしていた。
	家族・経済状況	日中独居、夕食時のみに近所に住む家族が同席。家族が介護支援、経済的支援をしている。
	本人の希望	難聴を何とかしたい。外出はしたくない。最近物忘れが多くなってきている。これからの希望は孫たちとゆっくり余生を過ごしたい。
	家族が望むケア	転倒、排泄の失敗が増えてきた。今後の介護負担を考えるとメイドを雇いたいが高額であり、朝・昼・夜等の定期的な訪問介護のサービスがあればお願いしたいと希望された。 1 日 500 パーツの出費は可能。 ※500 パーツ≒1,750 円
<p>73 歳男性</p> 	身体状況	自立している。膝・腰に若干の痛みあり 以前は 30 数年バス運転手をしていた。
	家族・経済状況	息子夫婦と同居。息子夫婦は昼間仕事をしている。年金暮らし。訪問時は家族不在
	本人の希望	今は健康である。しかし日中が暇すぎで時間を持って余している。外に出て畑もたまにはやるが暑すぎで冷房の効いた自宅にこもりがちになってしまう。元気なのに時間がもったいないと感じている。可能なら昼食、送迎付きで 1 日趣味に没頭でき、多少運動もできる場所があれば通いたい。1 回 200 パーツ位の出費は可能。 ※200 パーツ≒700 円
	身体状況	自立している。以前は、大工で、老後 70 代で自宅を 1 人で建築した。
	家族・経済状況	嫁、息子との 3 人暮らし。年金、息子の支援。息子さんはエンジニア
	本人の希望	早く、嫁、孫の顔が見たい。

<p>86 歳男性</p> 	<p>家族が望む ケア</p>	<p>このまま、ゆっくりと余生を送っていききたい。早く自分も結婚し、両親の面倒は、お嫁さんと一緒にみていこうと考えている。自宅では転倒等を心配している。特に施設や介護サービスを受けることは考えていない。</p>
<p>70 代 日本人男性</p> 	<p>身体状況</p>	<p>右半身不随 認知症</p>
	<p>家族・経済 状況</p>	<p>タイ人の奥様の支援と本人貯金、お子様はおられない。元は製造業の駐在員だったが現在介護施設入居中。</p>
	<p>本人の希望</p>	<p>認知症を患い記憶障害のため同じ言語を繰り返すのみでヒアリングを断念。</p>
	<p>家族が望む ケア</p>	<p>家族の奥様は殆ど施設には来訪されない。施設としては家族からの希望が無いいため、特にリハビリの実施や、認知症への薬品投与はしていない。</p>
<p>89 歳男性</p> 	<p>身体状況</p>	<p>自立、元職は東北地方で農業。バンコクに来てからは、廃品回収業、寺の清掃業務をしてきた。</p>
	<p>家族・経済 状況</p>	<p>奥様を数年前に亡くし、お子様はおられない。現在独居で政府の高齢者手当と週に数日、寺の清掃を手伝って若干の給金を得て生活費に充てている状況。</p>
	<p>本人の希望</p>	<p>このままお寺を手伝っているので天国にいつ行っても良い。早く亡くなった妻に会いたい。</p>

出所) コンソーシアム作成

以上 5 件の高齢者を訪問し、訪問介護事業、通所介護事業のニーズがあることが判明した。しかし、健常な高齢者は勤労意欲があり、リハビリや認知症についての関心は殆ど皆無に等しいことが判明した。

また施設入居していた高齢者は日本人であったが、家族からは金銭援助はあるものの家族との交流は殆どない状況。右半身不随であったため、認知症の中でも脳血管性認知症の可能性は高い。しかし認知症についての正しい理解度が低いため、認知症を進行させてしまっている可能性が高い。脳血管性認知症は、アルツハイマー型認知症等の他の認知症と



違い、リハビリや対応の仕方、投薬等で進行を弱めることができるが、既に進行してしまっている状況だった。認知症への正しい理解も必要であることが判明した。

## イ. 第 2 回タイ国高齢者地域包括ケア連携コンソーシアム地域シンポジウム (2019/1/9)

図表 56 第 2 回 シンポジウム プログラム内容

第 2 回目シンポジウム プログラム
1. 開会挨拶 (エフビー介護サービス株式会社 専務取締役 岩崎貴巳)
2. プレゼンテーションセッション
(1) 日本の介護施設と自立支援について
…岩崎貴巳 (エフビー介護サービス株式会社 専務取締役)
(2) タイの地域包括連携
…ポアンチャイ=ジュルメイト 氏 (ブラパ大学看護学部学部長教授)
休憩
簡単なリハビリ体操…土屋ラタナ (エフビー介護サービス株式会社)
(3) 地域包括連携とタイヘルスボランティアについて
…東田吉子 氏 (佐久大学看護学部教授)
3. ワークショップ
司会進行…ポアンチャイ=ジュルメイト 氏 (ブラパ大学看護学部学部長教授)
事例発表…スベディー 氏 (Navamin9 病院副院長)
4. 質疑応答
5. アンケート記入
6. 閉会挨拶 (エフビー介護サービス株式会社 臼田隆洋)

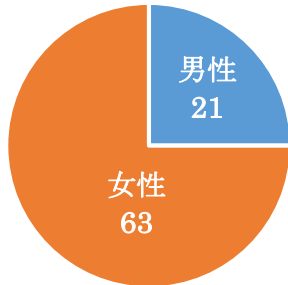
出所) コンソーシアム作成

### (ア)アンケート結果の考察

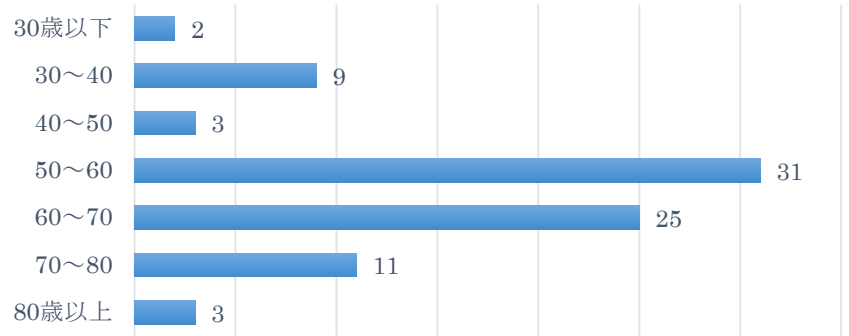
アンケート回答数は 84 件。調査結果は、下記のとおりである。

図表 57 第2回シンポジウムアンケート結果

Q1. 性別を教えてください



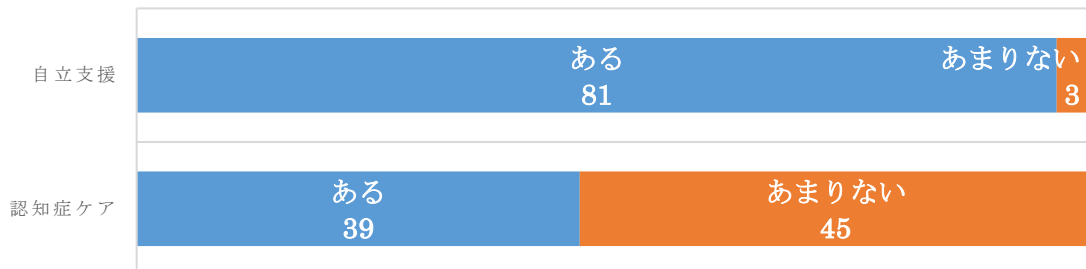
年齢を教えてください



Q2. 本日のシンポジウムはどうでしたか？



Q3. 本日のテーマに関心はありますか？



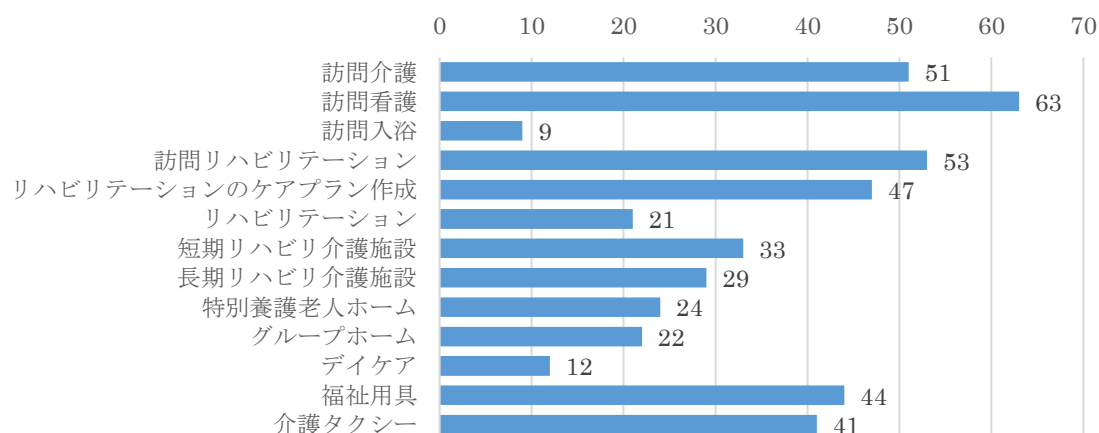
Q4. 老後に不安はありますか？



何に不安を感じますか？



Q5. 日本では介護保険でいろいろなサービスが受けられます。  
あなたが受けられるとしたらどのサービスを受けたいですか？



出所) コンソーシアム作成

- ・ 参加者のうち 75%は女性の方で、平均年齢は 57.7 歳だった。
- ・ 2 回目シンポジウム開催についての感想は、前シンポジウム同様に「良くなかった」という回答が 1 件あった以外は、99%がシンポジウム開催について「良かった」・「満足した」といった感想で、シンポジウム開催はタイ人には関心があると言える。また、「良くなかった」という 1 件については、難聴の為よく聞き取れなかったことが理由であった。次回実施時は補聴器等の準備も配慮していきたい。
- ・ テーマとなった自立支援には 96%が関心を抱いていた。認知症ケアに関しては、詳しく説明したこともあり前回の 42%から 46%へ関心度が増加した。
- ・ 老後の不安について、「不安でない」が 45%で前回より若干の低下傾向でシンポジウムの開催効果も考えられる。
- ・ 不安に感じる内容については、52%が健康についてで、次いで 35%が生活費と回答し、13%は認知症を患うことに不安を感じているという結果で、前回シンポジウム時と同様な回答割合だった。
- ・ 日本において行われている介護サービスを例に、老後希望する介護サービスについて複数回答可で確認したところ、最も多く希望されたサービスは訪問看護であった。デイケアについては、詳しい説明も加えたこともあり、12 件の「希望する」という回答を得た。

### (イ)参加者からの意見

図表 58 参加者からの福祉用具の提案（提案された用具を使用する東田教授）



出所) コンソーシアム撮影

- ・ 日本の事業者と協力して福祉用具を製造したい。写真は 100 パーツ位の材料費でハンドメイドにより、握力低下防止の為の福祉用具である。
- ・ 仮に介護施設を行っていただけるのならば、リハビリをして体が良くなったら自宅に戻らせてほしい。終の棲家でなくリハビリ中心であれば入居したいし、家族や近所も親不孝とは思わないだろう。
- ・ 日本へある程度の期間、療養に行く事は可能だろうか。特にタイの気温が暑くなる 4 月 5 月は日本が大変良い気候であり、療養可能ならビサの範囲で療養したい。
- ・ 認知症とは、精神の病でなく、脳内の細胞が死んでしまう病であることが分かった。対応の仕方や投薬治療により進行を遅くさせることができるということは初めて知った。

#### (ウ)アンケート結果およびシンポジウムについての事後協議

- ・ デイケアサービスの必要があることが改めて判明した。
- ・ 講師の佐久大学東田教授が以前にタイで行った歩行安定機による調査から、タイ人は日本人より転倒リスクが高いことが提言された。タイ人の体幹は、日本人に比べ安定しておらず、特に歩行の際、タイ人は肩揺れ幅が大きく、歩行も緩やかである。この要因として、外気温が障壁となり幼年期から外出等の歩行量が関係してくると考えられるとのことであった。よってリハビリは必ず取り入れていくよう助言を得た。
- ・ ポアンチャイ教授からは、タイ国政府の今後の可能性として、近年中に、認知症診断に関し、医師が認知症と診断された患者の医療費について医療保険が適用となることを政府へ政策提言し、次回の選挙後には法案として成立する可能性が高いとの助言を

得た。

- ・ヘルスボランティアからは、在宅訪問を行うことから、リハビリ教育をしてほしいという要望が寄せられた。特に高齢者宅を訪問している際に、家族から感謝されるが、一方で「医療の知識も無いのに余計なことは言わないでほしい」というクレームを受けたことがあり、そのため専門的な技術や知識を身に付けるために教育の場が欲しいという希望を受けた。

### (3)ワークショップ開催(前回評価から追加実施)

第1回目シンポジウムの評価を活かして、第2回目においては、具体的なニーズを抽出するために、講義だけでなく座談会形式でワークショップを実施した。講師のポアンチャイ教授と東田吉子教授が司会者となり、参加者へ60代以上と60代以下の年代別にグループを作り、テーマを3問投げかけ生の声をヒアリングしニーズを確認した。

図表 59 ワークショップテーマと参加者の回答

ワークショップテーマ	
	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施日 2019年1月9日</li> <li>・挙手による方法だったが、年収50万パーツ以上の方はいなかった。中間所得者層以下の方々が対象となった。</li> </ul>	
1	健康を意識して日頃取り組んでいることはありますか？
60代以上の回答	<ul style="list-style-type: none"> <li>・朝、夕に寺の広場に集まり20分間の健康体操をやっている。</li> <li>・農業をやっているので畑に出ることが健康の秘訣になっている。</li> <li>・お茶にシュガースティックをいれないようにした。</li> <li>・自家製のハーブ飲料を飲んでいる。</li> </ul>
60代以下の方の回答	<ul style="list-style-type: none"> <li>・朝、夕に公園をウォーキング（ジョギング）を1時間程している。</li> <li>・休みの日の朝、自転車サイクリングを30分程している。</li> <li>・外は暑いので自宅ベッドで腹筋体操等をやっている。</li> </ul>
2	老後に対して金銭的な備えはしていますか？
60代以上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・蓄えは無い、政府からの手当と近所からの支援</li> </ul>

の方の回答	<ul style="list-style-type: none"> <li>・政府からの手当と息子夫婦と同居し支援を受けている。</li> <li>・元教師だったので年金が月に 10,000 バーツ (≒3 万 5 千円) 程入ってくるので生活には心配ない。</li> </ul>
60 代以下の方の回答	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族と同居できる時間を長く持てるように、貯金している。</li> <li>・老後にも年金活用できる保険に加入している。</li> <li>・独身なので安く入居できる介護施設があれば入りたい。</li> </ul>
3	両親、または自分が要介護状態になったら介護施設を利用しますか?
60 代以上の方の回答	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族に面倒をみてもらいたいので希望しない。</li> <li>・独り暮らしなので施設入所も最終選択としてはしょうがないが、住み慣れた自宅に 1 日に 1 回訪問してくれるようなサービスがあれば利用したい。</li> <li>・お金があれば看護師を雇う。</li> <li>・体が不自由な期間だけの入居なら利用する。</li> </ul>
60 代以下の方の回答	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の親を家から出すなんて考えられない。でも子供に介護負担をかけるのはかわいそうだ。</li> <li>・考えたことは無いが施設入居は親不孝な行為である。</li> <li>・介護施設入所は最後の選択だが、リハビリ等で回復が見込めるのであれば期間限定の入居はお願いしたい。</li> </ul>
60 歳以上の方限定の質問	
現在、昼間の時間はどんなことをやられて過ごしていますか?	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・朝夕は体操、昼間はヨガや瞑想をしている。</li> <li>・昼間やることがない。車もバイクも無いので外出するのは夕方昼間のみ、暑い時間はエアコンが効いた室内でテレビやニュースを見たり、昼寝をして過ごしている。送迎があれば趣味が行えるようなデイサービスに通ってみたい。</li> <li>・農業や自営業をやっている。</li> </ul>	

出所) コンソーシアム作成

#### (4)シンポジウム開催による成果

合計 2 回のシンポジウム開催を通じて以下の成果を得ることができた。

##### ア.「地域包括ケア」の先駆けとなった

2 回のシンポジウムを開催し、地域住民、医療関係者、地方政府関係者、地域ヘルスボランティア等が連携し、「自立支援」、「認知症への対応」、「健康」について、「老後」について、「両親や本人が要介護状態になったら」について等のテーマで共に考える機会をつくることができたことで、「地域包括ケア」の先駆けとなり、活発な意見が飛び交った。実施地域においては初の試みでもあり、包括ケアという観点では日本の事業者が必要であることが

判明した。

タイ国では、政府は完全な縦割り行政であり、病院も企業も個々の団体や財閥、グループ内の結束は強固だが、日本のような横の連携を強化し互いの長所を活かしていく包括連携が無い事も判明した。参加者からも、日本の事業者の継続的・積極的な参加、進出を求める意見を多く得た。今後も継続実施を検討していく。

#### **イ. 「自立支援」の浸透**

リハビリ（苦痛）が伴うため、浸透させていくには時間を要するが、日本の介護の原点は自立支援にあるため、苦痛という概念を取り払い、介護者が高齢者の視野に立って食事、排泄等の生活が行えるよう導いていく。生活リハビリ支援の重要性を今後の事業で活かしていく。家族との一緒に過ごせる時間を増加することを意識づける。

#### **ウ. シンポジウムの宣伝効果に期待**

日本の介護事業者によるシンポジウム等を開催することにより、多くのタイ人参加者の生の声を確認し、ニーズを掴み、かつ集客および宣伝効果があり、今後の営業活動に有益であることが判明した。

#### **エ. デイケアにニーズがあると判明**

これまで、訪問介護、施設介護事業にニーズがあると認識してきたが、デイケアサービスに需要があることが判明した。気温 30 度を越える環境下では外出が障壁となり、冷房の効いた室内にすることが多くなり閉じこもりがちになってしまう。手持無沙汰の生き方を危惧している高齢者も多く、送迎付きで、日中、趣味や、運動、コミュニケーションや交流を図れる場所を提供してくことにニーズがあることが判明した。

これにより、訪問、通所、施設介護を柱とした「リハビリ型多機能介護施設」開設が、タイ高齢化へ有効であることが判明した。

#### **オ. 地域包括ケア連携のキーマンを発掘**

タイは、政府と病院、民間が連携して高齢者を支援することは皆無であり、日本の事業者が参加することにより、横の連携構築が可能になることが判明した。また、ヘルスボランティア教育には政府側も関心があり、ユニークな提案であれば政府から若干の補助金予算が付けられる可能性もあるとのことであった。

#### **カ. 中間所得者層対象にもビジネスチャンスあり**

中間所得者層においても、夫婦共働きにより月間所得 5 万バーツ（≒175,000 円）を超える家庭が増加してきた。このうち、家族の高齢者の介護費 15,000 バーツ（52,500 円）を負

担できる家族を対象に、更に深掘り調査を行っていきたい。積算根拠は、1日500パーツ（≒1,750円）の訪問介護、施設介護料金設定であれば、タイ人介護士の人件費と粗利を算出できるためである。

## 第4章 まとめ

### 4-1. 事業成果

2020年開業を計画していた介護施設運営事業は、連携先の Navamin9 病院から新規病棟建設と合わせた合弁事業提案を受けたこと、および当病院のタイ上場企業への準備等の理由から、開業を2年後の2021年1月へ延期することになった。開業に向け、更なる深掘り調査と協議を実施していく。

一方で本事業において、タイでの事業成功へ向けた事業化準備を整えることができた。1社単独では長い期間と多大なコストを掛けなければならなかった事前調査期間を短縮し、連携先と信頼関係を構築することができ、更に地域でシンポジウムを開催したことで、地域包括ケア連携が可能であり、地域リソースを発掘し連携強化へ繋げていくことが有効であることが判明した。また、タイの高齢者事業、市場動向を把握できたことにより、高所得者層だけでなく中間層からも採算性があることが判明した。

ただし、後述する課題に対処し、現実的な解決策を遂行していかなければならないと考えている。介護施設開設までの期間により明確な計画を立てる必要も実感している。

事業化を加速化させるにあたり、コンソーシアム連携により初期投資を抑え早期収益体質を見込めること、集客、職員の確保が容易になること、利用者確保の為の営業コストを抑制できること、事業後の進展として日本への介護技能実習生派遣ルートの確立が可能になること、日本の介護現場の人材不足補完へ寄与しタイ、日本両国の高齢化へ貢献できることなど、大きな効果が期待できる。

本事業を契機に組織化されたコンソーシアムは、引き続き、日本発の介護モデルのブランド価値を確立/育成/浸透させるために継続し、ハードとソフトをパッケージ化した戦略的ビジネスモデルを確立していくものとする。

さらに、タイに介護拠点の構築を通じて日本の介護への信頼感を醸成し、「日本の介護モデル」を高齢者介護のデファクト・スタンダードと位置づけることで、国内で培ったノウハウやスキルを活用させて、タイ国市場を積極的に開拓していく所存である。

### 4-2. 課題

本事業を通じて、明らかになった日本の介護のアウトバウンド展開に関する課題は以下のとおりである。

#### (1)教育

日本の介護を強調すればするほどタイの介護を否定することになってしまう為、考えの



押しつけにならないことを配慮。一方的な指導ではなく、日、タイ双方の良い部分を活かしながら、日本の介護の技術移転をはかっていく。

## **(2)介護人材の確保と人材育成**

義理人情、給与額、忠誠心に関係なく退職者が多い。特に介護業務は社会的地位が高い職業ではないと認識される傾向にあるので、日系企業で就労できる魅力を引き出し、日本研修が可能等のインセンティブを設けモチベーション向上を図る。

## **(3)タイの外国人事業法規制**

介護事業にかかわる規制があり、製造業のように独資進出が不可能。そのため合弁会社を設立しなければならないため主導権を取った運営ができない。信頼できるパートナーを選定しなければならないため時間、コストを要す。Navamin9 病院と連携していく中でリスク対応にあたる。

## **(4)福祉用具の輸出入**

福祉用具は医療機器にあたり関税対象となる。また中古品の医療機器の輸入は禁止されており新製品の輸入となる。しかしエフビー介護サービス株式会社のような非製造会社が日本で安価に福祉用具を購入しタイへ輸出したとしても輸送コスト、関税コストを勘案すると採算性は皆無である。

その為、福祉用具の調達や輸出方法について、BOI、JETRO タイ事務所等の現地との連携も含め、検討し対応していく。

## **(5)為替リスク**

高齢者事業は、利益が高い事業ではない為、為替変動により経営が圧迫させることを留意しなければならない。リスクヘッジを含め、カシコン銀行、メインバンクの八十二銀行タイ駐在員事務所と相談しリスク回避していく。

## **(6)意思決定のスピード感と業務のスピード感のギャップ**

日本とタイの経営に関する意思決定のスピード感に相違点があり、双方の商習慣を理解しなければならない。タイでは事業開始の意志決定は経営者が承認すれば特に審議を行わずとも一機に事業進展していくが、日本の場合はリスクを潰し込み完全な計画と審議を行った上で提案していかなければならない。これは時間を要するが、日本では必ず行わなければならない商習慣でもある。

一方、業務遂行面に関しては、日本では完全な計画を策定した上で推進していくため適時計画的な推進ができる。これに対しタイでは全ての意志決定に都度経営者の判断を委ねる

為、遅延が生ずる。今回連携先、コンソーシアムは、商習慣の違いを双方が理解した上で推進しているためスピード感のギャップがない稀なケースであると考える。本事業で双方が共同作業を行い尊敬し合う時間が持てたことも大きな効果があった。

## **4-3. 今後の展開**

### **(1)介護市場の開拓**

日本における介護保険制度は、従来の保健（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・定着に重点がおかれた。「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、医療法人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、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てきたことが日本の高齢者介護サービスを発展させてきた。

タイにおいては、介護保険制度が成立することは、国家財政的に難しいと言われている。その為、日本と同様に保険報酬を得る事ができないため、全額自費負担を前提に、顧客対象は富裕層になってしまう。しかし我々の方針は利益追求を最小限度として、地域に未来永劫、愛される事業者としてサービス提供をしていくことが事業方針である。富裕層から得た利益は、地域のヘルスボランティアへの教育費へ還元をはかり、地域全体に根付いた介護・福祉サービス提供を行う。更に地方行政、中核病院等が連携し地域包括ケアシステムを構築することにより、タイ全体の高齢化対策へ貢献する。また、今回の調査により中間層を対象としたデイケアサービス、訪問介護サービスにも需要があり、ビジネスとして事業性があることが判明した。

これらの具体的な取り組みは、タイ国・日本国両国にとって有益であり、高齢者事業進出事業者にとってもタイ国に深く根差した活動ができ長期的に企業の実績に大きく寄与することになる。これが今回の調査で明らかになった「連携により期待される効果」であり、即ち、よりタイ国に深く根差した企業になるために、利益率の高い富裕層のみをターゲットとするのではなく、タイの精神文化・風習に則って、地域行政の協力を得てタイ全体層へ深く根差した高齢者事業を行う。

### **(2)エフビー介護サービスの事業展開の可能性**

本事業における調査活動、シンポジウム開催、実証調査を通じて、エフビー介護サービス株式会社の事業ノウハウを事業別に分析、現在計画中の「リハビリ型多機能介護施設」開設、事業化の妥当性について確認した。

図表 60 エフビー介護サービス事業ノウハウの適合分析

NO.	エフビー介護サービスが 手掛けている主な事業	可 能 性	課題・備考
1	訪問介護（看護）事業	◎	介護教育を充実させた住込介護、訪問介護にニーズ、採算性有。
2	福祉用具貸与事業	×	未返却、未払いとなるリスクが高いため貸与事業は難しい。
3	福祉用具販売事業	○	新しい福祉用具へのニーズは多々あるが日本からの輸入はコスト高になる。パートナーと連携し方策を検討したい。
4	訪問入浴事業	×	入浴文化がないことに課題があるが、今後断簡的検討したい。
5	住宅改修事業	◎	手すり設置等を安価で購入、販売、施工することにより事業化する。
6	通所リハビリ、介護事業 （デイサービス）	◎	日中、閉じこもりとなる高齢者が多いことが判明。他の事業と併設して実施したい。
7	認知症対応型通所事業	△	国民的に認知症理解が低く、専門医師が極めて少ない為ニーズに応えていくには時間を要す。段階的に、進めていきたい。
8	通所リハビリテーション 事業	◎	ニーズあるが、訪問リハビリテーションを1と併せて行いたい。
9	認知症対応型共同生活事業 （グループホーム）	◎	事業化を希望する。認知症を理解する医療関係者と連携し準備していききたい。
10	小規模多機能型居宅介護 事業	◎	ニーズがあり、訪問、宿泊（ショートステイ）・通所サービス、リハビリを一体化した事業を展開していききたい。 ⇒リハビリ型多機能介護施設開設へ
11	有料老人ホーム事業	○	住込介護を最優先とするが9の事業と関連して実施していききたい。
12	介護事業の経営コンサル タント事業	◎	現在準備中
13	在宅配食事業	△	今後段階的に検討

14	一般旅客自動車運送業(介護タクシー)	△	今後段階的に検討
15	農産物の生産、加工、販売(農福連携)	△	今後段階的に検討
16	人材派遣業	◎	1 と併用し準備進行中
17	介護者、介護管理育成のための研修、講習、教育業務	◎	日本へ技能実習を検討
18	家事代行サービス業務	◎	1. 16 と併用
19	清掃請負業	△	今後段階的に検討
20	介護福祉用具の修理、加工	○	3 と併用
◎可能性がありパートナーを選定中 ○可能性があり事業を検討中 △可能性があるが時期尚早 ×現段階では事業とする可能性なし			

出所) コンソーシアム作成

現在計画中の「リハビリ型多機能介護施設」開設、エフビー介護サービスが手掛けてきたノウハウに合致し、ニーズに適った事業と言える。これにより次項で収支計画シミュレーションを行った。

### (3)シミュレーション収支計画 1～5 力年

#### ア. 基礎データ

代表団体であるエフビー介護サービス株式会社は、本事業を経て連携先の Navamin9 病院と協議を重ねることができた。協議を通じタイ国内経済状況、施設建設基準を勘案した上で、「リハビリ型多機能介護施設」開設 2020 年度を初年度決算日として想定した収支計画シミュレーション表を作成した。今後連携先と F/S を実施していく中で、数値変動は考えられるが、現時点での調査情報による想定数値から試算した。

#### ① 施設内容：・リハビリ型多機能介護施設

訪問介護、住み込み介護、通所介護、短期療養、長期療養の施設介護事業を実施することを想定。

#### ② 施設規模

・38床 2フロア(1フロア19床)個室型、リハビリルーム1フロア

・ $828 \text{ m}^2 \times 3 \text{ フロア} = 2,484 \text{ m}^2$

#### ③ 総工事費(1パーツ3.5円で計算)

・ $1 \text{ m}^2 = 22,000 \text{ パーツ} \approx 80,000 \text{ 円}$  ・ $2,484 \text{ m}^2 \times 80,000 \text{ 円} = 1 \text{ 億 } 9,872 \text{ 万円}$

- ④ 人員体制（人件費支出計画）  
※非公開
- ⑤ 職員スケジュール  
※非公開
- ⑥ 支出（人件費以外の支出計画）  
※非公開
- ⑦ 収入計画  
※非公開
- ⑧ 人員体制  
※非公開
- ⑨ 収支計画  
※非公開

#### **（４）地域包括ケア連携をテーマとしたコンソーシアムの活用**

本事業を通し、日本の介護事業者とタイ民間病院を含む介護サービス、介護施設設計事業者およびタイ現地法人を持つ日系病院、タイ国立大学がコンソーシアムを組んだことは、介護事業のアウトバウンド展開に寄与したと考えられる。タイでの質の高い介護提供は喫緊の課題であることが十分確認でき、ウェルケアスピリットを持つ会社同士でタイの高齢者に貢献すべきとの信念、使命を強く感じた。

ただし、現段階では、代表団体等の介護事業者がタイへ進出していくには様々な課題がある。我々地方中小企業のブランド力は地元では確立しているが、タイ高齢者市場を独自に開拓することは時間的にも費用的にも制約がある。仮に介護事業を開始したとしても、一部高所得者層を対象とした事業の可能性はあるが、タイ高齢化全体層への貢献には繋がらない。故に地域からの信頼は得られ難く、高齢者事業はタイにおいても日本と同様に地域に根付いて地域に貢献、信頼されて事業が成立していくと考えられるため、「地域包括ケア」の構築は不可欠であり大規模な政府協力や制度提案が必要となる。

そのため、本コンソーシアムを活用して国家的なタイ高齢化問題へ取り組む事がどうしても必要である。コンソーシアムが積み上げてきた信用を元にプロジェクト推進できることが非常に大きな強みであり、コンソーシアムが保持する地域包括ケアのノウハウ移転はタイ行政にとっても有益であり、日本のタイに対する支援方針にも適うものであると考えられる。

また、本事業において、ニーズの確認やパートナー候補の発掘、制度の確認等はできたが、具体的な収益性等の確認までには、より深掘りした現地調査やビジネスモデルの収益性精査等が必要である。今後もコンソーシアムの協力を受けて、タイ行政と連携していくとともにビジネスの正確なフィージビリティを確認し、弊社の事業による開発効果の確認

を行っていく。

事業で得たコンソーシアムのノウハウは、活動継続に反映することで、今後の事業ミッションにも適うものであると考えられる。

今回培った連携効果を今後とも活かし事業化していくために、情報共有、協働営業、市場開拓、制度認知、外交折衝、人材教育、産官学医連携等のミッションを加速するための場として連携を強化していきたい。

#### **(5)日本の介護ビジネスの波及効果**

タイにおいて、ハードとソフトが有機的に一体化した介護モデルおよび現地の医療や教育とも連携したシームレスなサービス提供を実現させることは、日本の地域福祉の向上と産業創出にもつながる。日本発の介護ビジネスの規範や水準が、高齢化の著しいバンコクで受入れられれば、先行するデファクト・スタンダード（標準化）として認知され、このバンコクでの成功は広大なタイ市場への介護分野でのアウトバウンド展開にも発展させることができる。また、「(日本への) リバース・イノベーション」として移転・展開できるものとして考えている。

本コンソーシアムの取組みは、介護分野の拠点構築のスタートアップであるが、今後、日タイ双方にまたがる経済波及効果を生む可能性が十分あることを示唆しておきたい。

#### **(6)コンソーシアムにおけるタイ人ターゲット所得層**

タイにおいて各所得者層にベクトルを合わせ全体層から売上を得ることで採算性が見出せることを明らかにできた。タイでは日本同等の介護保険制度が存在しないため高齢者かその家族から自費で支払われるものが収入源となる。採算性を考えると高所得者層がターゲットとなるが、エフビー介護サービス株式会社はタイで末永く貢献していく企業になるために、弊社ノウハウによりタイ全体層へ十分な介護サービスを行き届かせることを想定している。

現在タイでは、富裕層と他の層との貧富の差は歴然であり、富裕層は非常に高額で手厚い介護サービス、医師、看護師を直接雇用等がみられるが、中所得者以下には安くて劣悪なサービスとなってしまう傾向がある。弊社は介護技術教育、介護施設開設、運営管理、タイ国内における地域包括連携ノウハウを活用していくことにより全体層へのニーズに応えられると考えられる。

地域自治体、中核病院と連携し「中間ケア」を提供する「地域包括ケア」を実現し、タイ独自の「互助」の精神を融合させ「ヘルスボランティア」を育成し訪問介護を行うことでタイ全体層へケアを行き届けさせたい。また介護事業者以外の日系企業とも連携し施設内でもリハビリの観点から利用者に無理が無く容易に製造できる製品の内職支援、手芸品

等の作成による物販についても検討していく。タイへ進出している長野県の製造業、輸出  
雑貨店、養蜂業者等との連携も摸索していく。

#### **(7)今後の事業化スケジュール**

※非公開

## 最後に

タイ国は、現在高齢化事業参入の絶好の好機である。本事業により、日系高齢者ケア事業者とタイの病院、現地事業者、タイ政府等との連携を強化しコンソーシアムとして活動できたことで、1社単独では長期間とコストをかけなければならなかった事前調査期間を短縮し、信頼関係を構築することができ、タイでの事業成功へ向け事業化準備を整えることができた。更に地域でシンポジウムを開催したことで地域包括ケア連携が可能であり、地域リソースを発掘し相互扶助のホスピタリティが躍動したことを実感した。

今後、明確になった課題に対応しながらタイでの事業を推進していくとともに、次の展開としてタイを拠点とした ASEAN 高齢化への貢献も考えられ、本事業を通じ、タイ、日本、双方の国々からのアジアの高齢化への貢献が期待でき、大変意義ある事業となった。



(様式 2)

二次利用未承諾リスト

報告書の題名：

タイにおける高齢者地域包括ケア拠点構築  
プロジェクト 報告書

---

代表団体名 エフビー介護サービス株式会社

---

頁	図表番号	タイトル
該当なし		