

平成26年度 医療機器・サービス国際化推進事業
(海外展開の事業性評価に向けた実証調査事業)

**認知症介護サービス(グループホーム、小規模多機能型施設、
訪問介護)等の海外展開に関する実証調査事業
報告書**

平成27年2月

**日本式介護サービスで世界中の高齢者が豊かな生活を
実感できる社会を築くコンソーシアム**

**認知症介護サービス(グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護)等の海外展開に関する
実証調査事業 報告書**

目 次

はじめに	2
第1章 シンガポール、マレーシア、中国における認知症介護サービス（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）等の市場規模.....	9
1-1. シンガポール市場規模調査.....	9
1-2. マレーシア市場規模調査.....	30
1-3. 中国市場規模調査.....	51
1-4. シンガポール、マレーシア、中国におけるインターネット市場規模調査.....	61
第2章 シンガポール、マレーシア、中国（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）介護サービスの実態調査.....	70
2-1. シンガポール介護サービスの実態調査.....	70
2-2. マレーシア介護サービスの実態調査.....	75
2-3. 中国介護サービスの実態調査.....	80
第3章 シンガポール、マレーシア、中国（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）介護サービスの事業展開可能性調査.....	85
3-1. シンガポール介護サービスの事業展開可能性調査.....	85
3-2. マレーシア介護サービスの事業展開可能性調査.....	97
3-3. 中国介護サービスの事業展開可能性調査.....	106
第4章 シンガポール、マレーシア、中国における介護事業関連制度等.....	118
4-1. シンガポールにおける介護事業関連制度等.....	118
4-2. マレーシアにおける介護事業関連制度等.....	144
4-3. 中国における介護事業関連制度等.....	164
第5章 シンガポール、マレーシア、中国における認知症介護サービス（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）の需要調査（実証調査）.....	176
5-1. シンガポール、マレーシアにおける需要調査（実証調査）.....	176
5-2. 中国における需要調査（実証調査）.....	190
第6章 中国対象エリアにおける認知症介護の普及・啓発.....	205
6-1. 実施セミナーの概要.....	205
第7章 本調査を通じてのまとめ（考察）.....	208
7-1. シンガポールの事業環境に関する考察.....	208
7-2. マレーシアの事業環境に関する考察.....	210
7-3. 中国の事業環境に関する考察.....	213
7-4. 今後の事業展開.....	215
おわりに	222

はじめに

本事業は、シンガポール、マレーシア、中国における認知症介護サービス（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）等を展開するための実証調査を行ったものである。本事業の背景、目的、調査内容・調査手法を記す。

（1）本事業の背景

日本では、2000 年より介護保険制度が実施され、2007 年には「超高齢社会」¹を迎え介護を必要とする人の数は増え続けており、介護サービス事業や各種の介護サービスが開発され提供されているが、中でも認知症介護に対する関心は日増しに高まってきている。2012 年に、厚生労働省は「認知症施策推進の5か年計画」²を公表し、認知症に対するサービスの充実に向けた施策を検討している。

認知症の最大の危険因子は加齢によるもので、65 から 69 歳での有病率は 1.5%であるのに対し、以後 5 歳ごとに倍に増加し、85 歳では 27%に達するとされ、現時点で、日本の 65 歳以上の高齢者における有病率は 8 から 10%程度と推定されている。

今後の認知症を有する高齢者人口の推移は高齢者人口の増加とともに、2010 年の 200 万人程度から 2020 年には 325 万人まで増加するとされている。認知症とは、高齢者の脳の老化に伴う総称であり、原因としてはアルツハイマー病が最も多いとされているが、様々な疾患が認知症の原因となる。

特に、中枢神経系に病巣をもつ次の疾患が代表的で、ピック病など前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症、脳血管性認知症、可逆性認知症、スピロヘータ、HIV ウイルス、プリオンなどによる感染症が認知症で分類されている。

認知症介護は、多岐にわたる疾患が原因となることから、それぞれの疾患に対応した知識と技術が求められるが、日本の認知症介護は世界でトップクラスのサービスであることから、今後、アジア圏の高齢化に伴い急増する認知症患者に対し、そのノウハウを国際的に展開しやすい分野の一つであると考えられる。

一方、シンガポール、マレーシア等の ASEAN および中国における医療福祉関係者や政府関係者から日本式介護、とりわけ認知症介護サービス（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）等に対する視察や連携の要望が多く寄せられており、日本式介護の導入への意欲は強いが、日本の介護保険制度のような仕組み的な考え方は非常に遅れていることや、介護を担う専門職の技術レベルには、ほとんど達していない状況であると言える。

よって、シンガポール、マレーシア、中国（以下、対象国）において、「知識・技術を有する認知症介護ができる人材」を輩出するための教育体制を構築することが必要である。

（2）本事業の目的

本事業では、認知症介護サービス（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）等を対象国において事業展開することにより、「知識・技術を有する認知症介護ができる人材」を輩出お

¹ 65 歳以上の人口が総人口に占める割合が 21%を超えた社会

² 認知症施策検討プロジェクトチームが、平成 24 年 6 月 18 日にとりまとめた「今後の認知症施策の方向性について」や、同年 8 月 24 日に公表した認知症高齢者数の将来推計などに基づいて策定されたものである

よび、各国の高齢者が生活を実感できる社会を築く、そのビジネスモデル実現のため実証調査を行うことを目的とする。

また、対象国において将来的に認知症介護サービス（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）等が展開先となり得るか、また、各国における有力な地域について見定めるため、現地の医療福祉機関を中心に、認知症介護分野について調査するとともに他国の医療福祉機関や介護関連事業者の進出動向や、認知症介護サービス（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）等を現地で提供する際の制度上の課題について、ビジネスモデルの検討を行う。

上記目的を達成するために、本事業においては、以下の3点を柱として、現地において実証調査を実施する。

- ① 認知症患者数の検証：市場規模
- ② 認知症介護サービス（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）等のニーズの検証：需要
- ③ 講演会・セミナー等の開催による人材教育：短期的な質の確保

具体的には、各国の医療機関（経営者等）、政府機関にインタビュー形式で調査を実施し、認知症介護サービス（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）等を展開するための情報（市場規模、ニーズ、進出地域等）を収集する。

次に、自社職員および現地職員、委託先調査会社による現地情報収集を行い、認知症介護に関する現状を把握するとともに、国内では文献調査を実施し情報収集する。

また、日本人の介護職員等を現地に派遣し、医療機関、行政機関、大学の協力のもと入院、外来患者や、高齢者と同居する家族（在宅介護を行っている世帯）を対象に家庭訪問を行い認知症介護サービス（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）等を提供し、アンケートを実施することによって現地の認知症介護に対するニーズを捉えるとともに、講演会・セミナー等を開催し、人材教育を実施し短期的な質を確保する。

上記を実施後に認知症型施設サービス（グループホーム、小規模多機能型施設）や訪問介護事業所の設立に向けて、建設地・対象者・ニーズ等について検討する判断材料となる情報を得るため、現地の医療機関、政府機関、介護事業所を訪問し経営者等にインタビュー調査を実施する。現地調査を予定する地域は、シンガポール市、クアラルンプール市（マレーシア）および、長寧区、虹口区、嘉定区、浦東新区の各1街道（社区）とする。

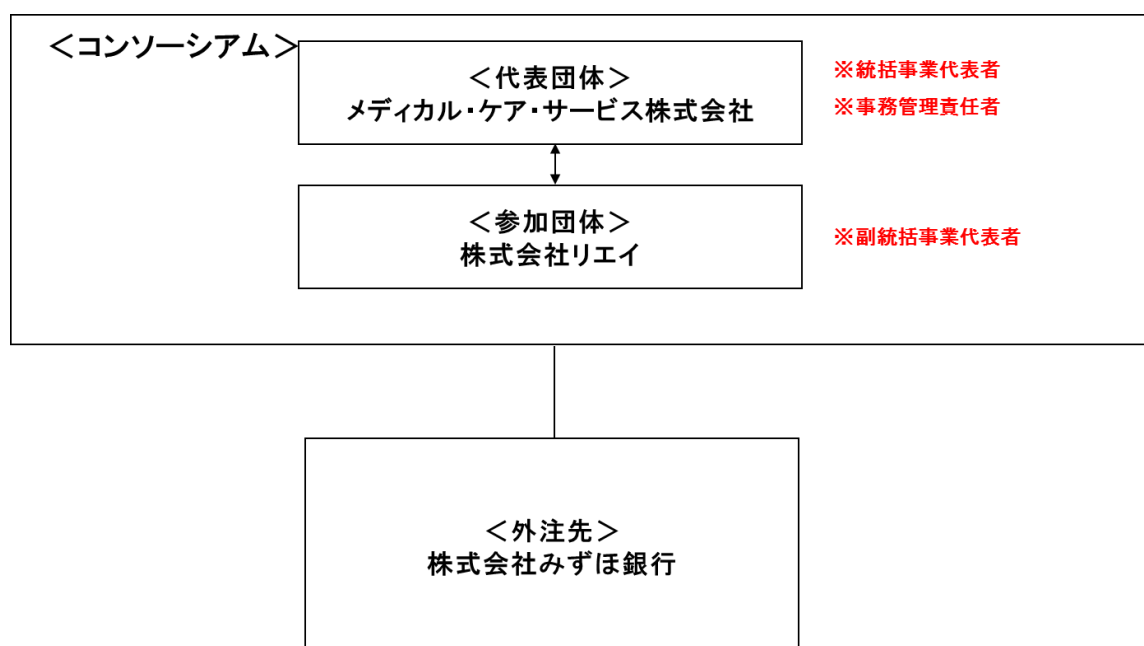
- 上海市：上海礼愛企業管理諮詢有限公司、上海家利来家政服務有限公司、上海銀康老年公寓、上海同泰家庭服務有限公司
- シンガポール：(Health Management International Ltd)
- マレーシア：(HSC HEALTHCARE SDN BHD)

3. 事業内容（平成27年2月までに実施する事項の詳細）

(1) 実施体制

乙は以下の業務を自ら実施すると同時に、組成するコンソーシアムの参加者および外部協力団体（外注先含む）に対して以下の業務を再委託または外注し、モデル事業全体を取りまとめる。なお状況に応じて相互に協力し全体として本事業を進める。

乙が組成するコンソーシアムの実施体制は以下のとおりである。



関係事業者			(1) 市場規模調査	(2) 実態調査 介護サービス	(3) 認知症介護 サービスの 可能性調査 展開	(4) 介護事業 関連 制度等の 調査	(5) 需要調査 (実証調査)	(6) 普及・啓蒙 活動	(7) 報告書 作成
コンソーシアム	メディカル・ケア・サービス株式会社		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	株式会社リエイ	再委託	○	○	○	○	○	○	○
外注先:株式会社みずほ銀行			○	○	○				
外注先:調査会社				○					

(2) 実施内容

以下の通り、実証調査を行う。尚、調査エリアはシンガポール市、クアラルンプール市（マレーシア）および、長寧区、虹口区、嘉定区、浦东新区の各1街道（社区）とする。

- ① シンガポール、マレーシア、中国における認知症介護サービス（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）等の市場規模

<目的>

対象国の行政機関、研究機関等の統計調査により、認知症患者の規模を把握する市場マクロ調査を実施する。

尚、本調査の外注先は、過去の類似調査の実績を有しており、本件においても滞りなく遂行は可能である。

<成果>

人口推移（地域別、年齢別）、認知症患者規模推移を把握できる。

<調査方法>

政府統計データや研究機関のレポートの二次資料を収集・整理する机上調査による情報収集。

- ② シンガポール、マレーシア、中国における認知症介護サービス（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）等の実態調査

<目的>

対象国の該当エリアにおいて65歳以上の高齢者が住む一般家庭および個別推薦家庭・病院4機関程度（中国2機関程度、シンガポール1機関程度、マレーシア1機関程度を予定）、介護施設4施設程度（中国2機関程度、シンガポール1機関程度、マレーシア1機関程度を予定）の利用者に対し、紙媒体等のアンケートによる認知症実態調査を実施する。尚、外注先はみずほ銀行となるが、当該エリアにおける過去の類似調査の実績を有しており、本件においても滞りなく遂行は可能である。

また、対象国の40代、50代の子供世代を対象に認知症実態調査をインターネット調査として併せて実施する。これにより、広域且つ、幅広い年齢層から実態を把握できる。

<成果>

- ・有効サンプル数：紙媒体等のアンケート調査およびインターネットアンケート調査それぞれにおいて高齢者が住む一般家庭および病院、介護施設の利用者500名程度を予定（各国別サンプル数は、中国400名程度、シンガポール50名程度マレーシア50名程度）
- ・特定エリアにおける認知症高齢者の実態、規模を把握できる。

<調査方法>

- ・対象国において、65歳以上の高齢者が住む一般家庭および個別推薦家庭に加え、病院・介護施設それぞれ4施設程度（中国2機関程度、シンガポール1機関程度、マレーシア1機関程度を予定）の利用者に対し、認知症を認定するアンケート項目（40項目程度）による一般家庭および病院、介護施設の利用者の家族を対象にアンケートを実施する。
- ・対象国において、インターネットを活用し、40代、50代の子供世代を対象に認知症実態調査を実施する。

③ シンガポール、マレーシア、中国における認知症介護サービス（グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護）等の事業展開の可能性調査

<目的>

上記②と合わせて、訪問可能家庭および個別推薦家庭を対象に家庭訪問調査等によるヒヤリングを実施し、認知症高齢者介護の実態・ニーズを把握する。

尚、外注先はみずほ銀行となるが、過去の類似調査の実績を有しており、本件においても滞りなく遂行は可能である。

<成果>

サンプル数：30世帯程度を予定（中国20世帯程度、シンガポール5世帯程度、マレーシア5世帯程度）認知症高齢者介護の実態・ニーズおよび、必要とされるサービスの実態が把握できる。

<調査方法>

- ・中国においては、家庭訪問によるヒヤリング調査を実施。
- ・シンガポール、マレーシアにおいては、それぞれ1.5時間程度で在宅介護、施設介護検討中とされる高齢者の家族を3グループに分け、グループディスカッションを実施し、そのうち訪問可能家庭および個別推薦家庭を対象に家庭訪問調査を実施する。

④ シンガポール、マレーシア、中国における介護事業関連制度等の調査

<目的>

対象国の行政機関、医療機関、介護施設等に対しヒヤリングおよび、文献調査により制度を把握する。

<成果>

対象国における介護事業関連制度の現状および、今後の取組状況等を把握できる。

<調査方法>

対象国の行政機関4機関程度（中国2機関程度、シンガポール1機関程度、マレーシ

ア 1 機関程度を予定)、医療機関 4 機関程度(中国 2 機関程度、シンガポール 1 機関程度、マレーシア 1 機関程度を予定)、介護施設 4 施設程度(中国 2 機関程度、シンガポール 1 機関程度、マレーシア 1 機関程度を予定)に対するヒヤリングおよび、文献による情報収集。

⑤ シンガポール、マレーシア、中国における認知症介護サービス(グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護)等の需要調査(実証調査)

<目的>

実証フィールドとして確保できている医療機関、介護施設等の認知症患者および上記②介護サービスの実態調査、③認知症介護サービス等の事業展開の可能性調査を実施した一般家庭に対し、認知症介護サービス(施設型、在宅型)の提供を 1 週間程度の予定で実施し、家族等から意見を収集する。

<成果>

- ・ サンプル数： 20 名程度を予定(中国 10 名程度、シンガポール 5 名程度、マレーシア 5 名程度)
- ・ 認知症介護サービス(グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護)等のニーズ・需要が把握できるため、必要なサービスの実態と、需要の高い地域、必要とされるサービスの時間、価格帯を把握できる。

<調査方法>

認知症患者に対し、在宅介護の場合は訪問介護を実施し、病院、介護施設等の利用者には、対象国パートナーの施設等や、対象国の医療機関、介護施設等の一部を半月程度、賃借し日本からの介護専門職員等がサービス提供を実施する。

中国においては、パートナーである上海同泰家庭服务有限公司、上海家利来家政服务有限公司の設備等(車両、福祉用品)を半月程度、賃借し訪問介護サービスを提供する。また、上海礼愛企業管理諮詢有限公司、上海銀康老年公寓の施設の一部(居室)および設備等(ベット、車両、入浴設備、福祉用品)を半月程度、賃借し施設サービスを提供する。

シンガポールにおいては、パートナー医療機関である Health Management International Ltd および、パートナー紹介である介護施設等の施設の一部(居室)および設備等(ベット、車両、入浴設備、福祉用品)を半月程度、賃借し訪問介護サービスおよび、施設サービスを提供する。

マレーシアにおいては、パートナー医療機関である HSC HEALTHCARE SDN BHD および、パートナー紹介先である介護施設等の施設の一部(居室)および設備等(ベット、車両、入浴設備、福祉用品)を半月程度、賃借し訪問介護サービスおよび、施設サービスを提供する。

上記の対象国における認知症介護サービスは、1 週間程度の経過を検証し、認知症の原因となる疾患や分類を分析する。

⑥ 中国対象エリアにおける認知症介護の普及・啓発

<目的>

対象国において介護に従事する専門職員に対し、認知症介護の事業展開の普及促進を図る。

<成果>

認知症介護を啓発することで、普及促進および、介護人材教育等の新たなビジネス展開の可能性も評価できる。

<調査方法>

中国では、既に介護分野での進出を行っており、行政機関および、医療機関、介護関連機関との一定の関係構築ができているため、本事業における普及・啓発活動においても地域の介護の担い手育成という観点で成果が期待できると考え、普及・啓蒙活動を実施する。なお、シンガポールとマレーシアについては、まだ普及・啓発活動を行うフェーズではないと考え、本事業では中国でのみ実施することとする。

普及・啓蒙活動の対象は、行政機関 2 機関程度、医療機関 2 機関程度、介護施設 2 施設程度、また、医療、介護従事者を対象に 50 名規模のセミナー等を開催し、①～⑤の実証調査内容の報告、発表を共有し、今後、課題となる現地人材の育成に向けた足がかりとしていきたい。

セミナー等の内容については、以下のとおり計画している。

日時（仮）：2015 年 1 月 14 日（土）、2 月 7 日（土）

テーマ（仮）：上海の高齢化における認知症の現状と課題、認知症の正しい最新知識の啓発

参加対象（仮）：行政機関 2 機関程度、医療機関 2 機関程度、介護施設 2 施設程度、また、医療、

介護従事者を対象に 50 名規模

場所（仮）：上海社会科学院ホール

構成（仮）：

1. 主催者挨拶
2. 来賓者挨拶
3. 基調講演

認知症とは・・・昭和大学教授

日本における認知症介護事情・・・社団法人 認知症高齢者研究所 代表理事

今後の中国における認知症介護への取組み・・・上海市民政局

4. 本実証調査報告

中国における認知症患者の実態と必要なサービス

・・・メディカル・ケア・サービス株式会社、株式会社リエイ

⑦ 本調査を通じてのまとめ（考察）

⑧ 報告書作成

上記①～⑦の実施結果を報告書として取りまとめる。

第1章 シンガポール、マレーシア、中国における認知症介護サービス(グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護)等の市場規模

1-1. シンガポール市場規模調査

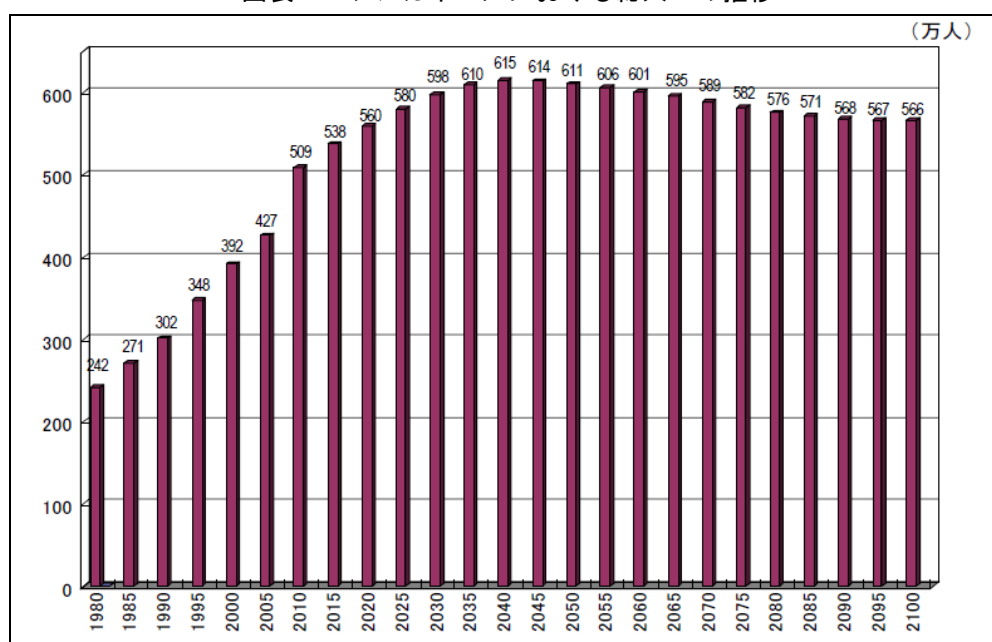
$S\$1 = 86.66 \text{ 円}$ (2015年2月1日)

1) シンガポール人口

2013年6月現在で539万9200人となっており、増加率は1.6%となっている。

国連が2011年5月に発表した「World Population Prospects The 2010 Revision」によれば、シンガポールにおける総人口は、2040年をピークに減少していくと予想されている。

図表・1 シンガポールにおける総人口の推移



注：国際連合人口部による各掲載年の7月1日現在の推計人口（1980～2010年）および将来推計人口（2010～2050年）の中位推計値。

資料出所：「World Population Prospects The 2012 Revision」より作成

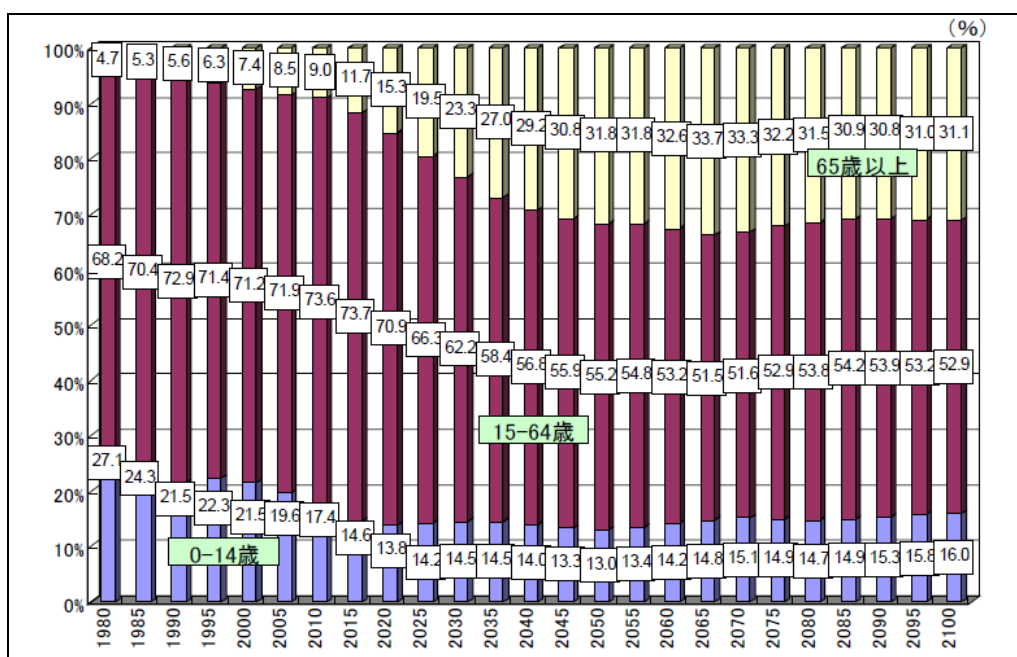
2) シンガポール高齢者人口

①人口構成の推移

シンガポールでは、2000年に高齢化率7%となり、高齢化社会へと移行している。シンガポール統計局の2011年の数字では、総人口のうちシンガポール居住者は378万9300人で、65歳以上の高齢者人口は35万2600人となり、高齢化率9.3%となっている。2010年の高齢化率は9.0%であり、上昇を続けている。

シンガポールでは、出生率低下が顕著であり、合計特殊出生率は、2011年には1.2%となっており、日本、韓国を下回る数字となっている。そのため、2015年以降急速に高齢化率が高まり、国連の「World Population Prospects The 2010 Revision」によれば、2030年には高齢社会へと移行し、2065年には高齢化率が33.7%にまで上昇すると推計されている。

図表・2 シンガポールにおける人口構成の推移



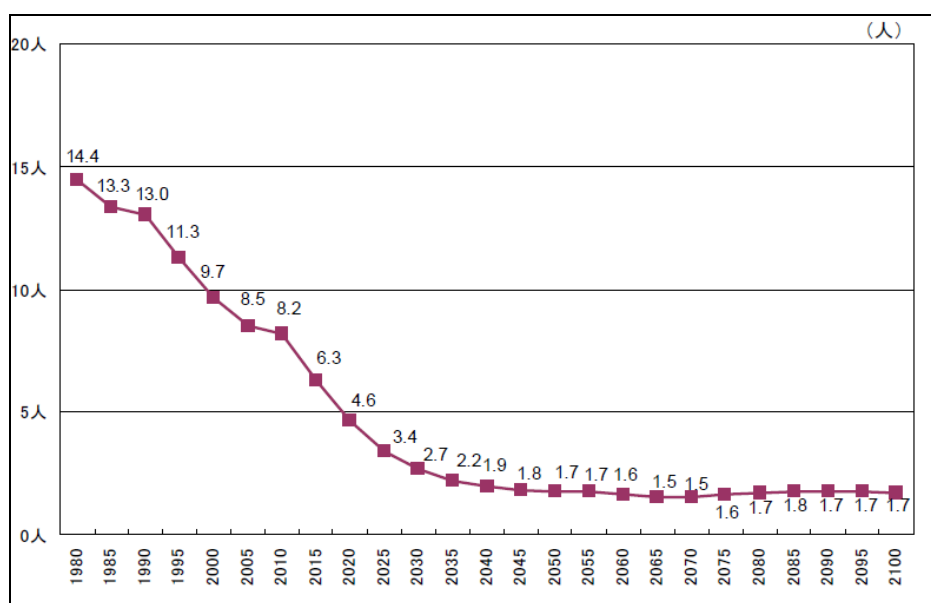
注：国際連合人口部による各掲載年の7月1日現在の推計人口（1980～2010 年）および将来推計人口（2010～2050 年）の中位推計値。

資料出所：「World Population Prospects The 2010 Revision」より作成

②高齢世代人口と生産年齢人口の比率

シンガポール統計局の2011年の数字では、1人の高齢者を約7.9人の現役世代で支えているが、その数値は急激に低下し、国連の「World Population Prospects The 2010 Revision」によれば、2040年には1人の高齢者を1.9人の現役世代で支えるという構造になると推計されている。

図表・3 シンガポールにおける高齢世代人口と生産年齢人口の比率



注：国際連合人口部による各掲載年の7月1日現在の推計人口（1980～2010 年）および将来推計人口（2010～2050 年）の中位推計値。

資料出所：「World Population Prospects The 2010 Revision」

出所：高齢化の進展とスマートエイジングに関する調査研究報告書-世代を超えて
住みよいまち「スマートエイジングシティ」の構築:2012年3月株式会社国際社会経済研究所

③高齢人口の家族構成

シンガポールにおける 65 歳以上の高齢者の 5 割以上が配偶者と生活しており、約 3 割が働いている子どもと同居している。また、配偶者はいなく子どもと同居している高齢者も約 3 割となっている。一方、約 1 割が独居生活をしていることが分かる。

次に性別では、男性の方が、女性の約 2 倍以上配偶者と生活しており、女性の方が、男性の約 4 倍が、配偶者はなく子供と同居しており、女性の方が長生きしていることが分かる。

図表・4 シンガポールにおける 65 歳以上高齢者の同居状況

図表 3 シンガポールにおける 65 歳以上高齢者の同居状況

生活状況	2010 年			2010 年			2000 年		
	人数			%			%		
	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女
合計	344,069	151,541	192,528	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
配偶者と生活	189,595	116,491	73,103	55.1	76.9	38.0	50.4	73.7	32.0
子どもなし	66,841	39,403	27,437	19.4	26.0	14.3	13.9	19.7	9.3
働いている子どもと一緒に	109,733	68,608	41,125	31.9	45.3	21.4	33.1	48.9	20.7
働いていない子どもと一緒に	13,021	8,480	4,541	3.8	5.6	2.4	3.4	5.1	2.0
子どもと生活で配偶者なし	106,752	18,281	88,471	31.0	12.1	46.0	37.2	15.2	54.7
働いている子どもと一緒に	93,517	16,410	77,107	27.2	10.8	40.0	33.2	13.7	48.6
働いていない子どもと一緒に	13,235	1,871	11,365	3.8	1.2	5.9	4.1	1.5	6.1
配偶者とも子どもとも暮らしていない	47,722	16,769	30,953	13.9	11.1	16.1	12.3	11.1	13.3
独居	28,086	9,559	18,527	8.2	6.3	9.6	6.6	5.8	7.3
他の高齢者と同居	4,408	1,946	2,461	1.3	1.3	1.3	1.2	1.5	1.0
その他	15,228	5,263	9,965	4.4	3.5	5.2	4.2	3.8	5.0

(出所) 人口センサス 2000, 2010 より筆者作成。

<http://www.singstat.gov.sg/pubn/popn/c2010sr1/excel/t23-28b.xls>

<http://www.singstat.gov.sg/pubn/popn/c2000sr1/excel/t32-37.xls>

[出所：シンガポールにおける高齢者福祉と施設介護，浜島清史]

④介護施設居住者の比率

シンガポールでは、公営・民間を問わず、介護施設に入居する高齢者の比率は2012年で約2.5%と極めて低い、それでも2003年の6,000人から2012年には1万人へと増えている。

介護施設居住者の比率が低い理由として、①シンガポールは建国以来、政策により持ち家を奨励したことで、持ち家率が高く、老後の住居の心配がないこと、②病気でない家族を介護施設に入居させることに社会的な抵抗があること、③外国人の住込メイドを雇って身の回りの世話をしてもらうことができること、などが挙げられる。

[出所：ジェトロ シンガポールにおける医療・社会福祉サービスに関する調査報告書。1月2014年]

図表・5 介護施設居住者の比率

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
合計	9,031	9,278	9,521	9,755	9,904	10,016	10,410
男性	4,071	4,218	4,468	4,603	4,765	4,848	5,130
女性	4,960	5,060	5,053	5,152	5,139	5,168	5,280
公営福祉ホーム	1,006	1,065	1,108	1,173	1,189	1,221	1,147
男性	774	830	865	923	938	963	885
女性	232	235	243	250	251	258	262
公営高齢者用賃貸住宅	673	695	700	670	697	689	698
男性	298	315	325	330	343	341	354
女性	375	380	375	340	354	348	344
ボランティア団体運営の介護付老人ホーム	4,869	4,829	4,974	5,033	4,979	4,978	5,295
男性	2,029	2,009	2,145	2,173	2,142	2,155	2,386
女性	2,840	2,820	2,829	2,860	2,837	2,823	2,909
民間介護付老人ホーム	2,483	2,689	2,739	2,879	3,039	3,128	3,270
男性	970	1,064	1,133	1,177	1,342	1,389	1,505
女性	1,513	1,625	1,606	1,702	1,697	1,739	1,765

Source : Government Welfare Homes and Sheltered Housing/Community Homes
 - Ministry of Social and Family Development (with effect from Nov 2012)
 - Ministry of Community Development, Youth and Sports (prior to Nov 2012)
 Voluntary Nursing Homes and Commercial Nursing Homes - Ministry of Health

1 Data include only those aged 60 years and above.

[出所 : Yearbook of Statistics Singapore, 2014]

⑤高齢者ケアのための別収入源

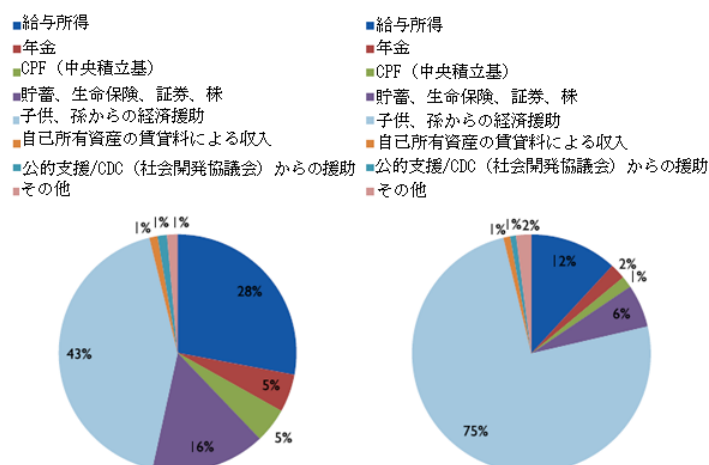
低所得の男性高齢者や45歳以上の女性の相当数にとって、高齢者介護に対する別収入源があるということは大変有益である。子供のいる高齢者の中で、子供又は孫からの経済援助は、男性の43%と女性の75%の最初の収入源である。

男性高齢者の28%と女性高齢者の12%の主な収入源は仕事である。

図表・6 高齢者の収入源

男性高齢者収入源

女性高齢者収入源



Notes: For Graph 5-7, n = 2,257. For Graph 5-8, n = 2,743
 Source: MCYS SIHLS 2009

CPF（中央積立基金）が高齢者の経済援助の役割を担っているのは男性高齢者のわずか5%と女性高齢者の2%にすぎない。

自己所有物件等による資産からの収入は、男性高齢者も女性高齢者の収入源のそれぞれ、ごく僅かな1%にすぎない。また女性高齢者にとって、夫からの経済援助は1%未満と報告されている。

CDC（社会開発協議会）からの公的扶助と短期経済援助がカバーするのは全高齢者に対する経済支援の1%以下である。

2009年のSIHLS調査によれば、高齢者の中でも特に女性に対する主な収入サポートは、成人子女と孫である。しかしながら子供のいない高齢者の5%はこれに含まれない。

⑥高齢者の支出内訳

図表・7 高齢者の支出の内訳

図表 29 高齢者の支出の内訳 (2011 年、男性と女性との比較、年代別)

	55 歳以上全般	性別		年代層		
		男性	女性	55-64 歳	65-74 歳	75 歳-
食費	26.4	25.0	26.5	25.1	26.3	27.3
公共料金	20.8	20.6	20.1	20.1	20.2	21.3
交通費	18.9	17.6	19.2	17.9	19.7	18.3
医療費	15.9	14.2	16.8	13.9	17.1	19.1
娯楽費	5.8	6.0	5.3	5.7	6.0	5.1
衣料・履物	4.9	4.2	5.8	5.7	4.5	3.5
住宅ローン	2.1	2.5	1.6	2.7	1.1	0.9
家賃	2.0	2.2	1.8	1.8	2.1	2.5
配偶者への援助	1.1	2.1	0.1	1.2	1.2	0.5
自動車ローン	1.0	1.8	0.3	1.4	0.7	0.2
子供への援助	1.0	1.4	0.6	1.5	0.2	0.1
子供の教育費	1.0	1.5	0.5	1.5	0.3	0.1
両親への援助	0.6	0.5	0.6	0.9	0.1	0.1
孫への援助	0.4	0.2	0.5	0.3	0.4	0.6
孫の教育費	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：社会家族開発省 (MSF) The National Survey of Senior Citizens 2011

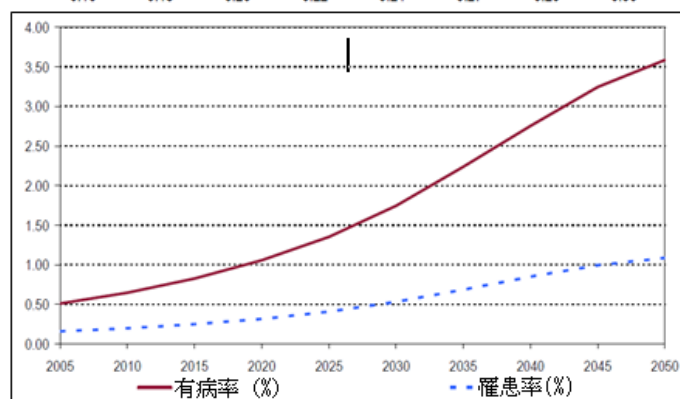
3) 認知症の動向

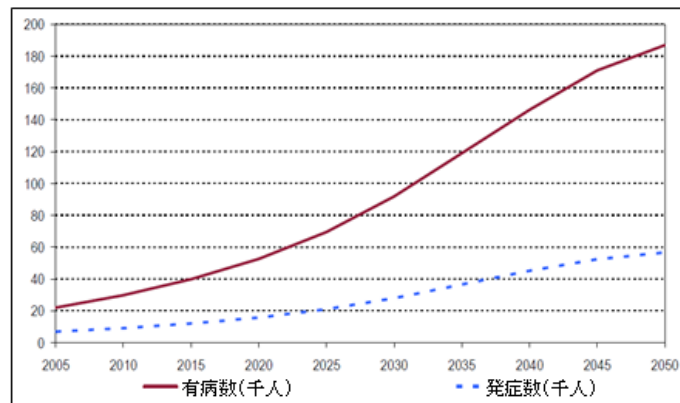
①認知症の現状

A. 認知症の推移

図表・8 シンガポールの認知症の推移

シンガポール	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
人口(千人)	4,326	4,591	4,816	4,986	5,144	5,264	5,321	5,312	5,269	5,214
有病数(千人)	22	30	40	53	69	92	119	146	171	187
発症数(千人)	7	9	12	16	21	28	36	45	52	57
有病率(%)	0.51	0.65	0.83	1.06	1.35	1.75	2.24	2.75	3.24	3.58
罹患率(%)	0.16	0.20	0.25	0.32	0.41	0.53	0.69	0.85	0.99	1.09
人口比(%)	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	0.11	0.11
有病比(%)	0.16	0.18	0.20	0.22	0.24	0.27	0.29	0.30	0.30	0.29
罹患比(%)	0.16	0.18	0.20	0.22	0.24	0.27	0.29	0.30	0.30	0.29





2004年、ナーシング・ホームに居住する6492人を対象にシンガポールで保健省(MOH)が行った非公式の調査によると、26.4%が認知症であり、8.6%が認知症の可能性がある（認知症予備群）と診断されたという結果が得られた。

[出所 : Dementia In The Asia pacific Region: The epidemic Is He, Asia Pacific members of Alzheimer' s disease international, 21 SEPTEMBER 2006]

シンガポールの高齢化が進み、認知症患者数が増えることが予想される。現在 60 歳以上の高齢者には約 2 万 8 千人の認知症患者がおり、予測によると 2030 年までに二倍以上の 8 万人になるといわれている。したがって、ヘルスケア専門家（特に地域ケア・プロバイダーとパートナー）は認知症治療の動向に関して最新知識を持つことが肝要である。

[出所 : Speech by Minister for Health, Mr Gan Kim Yong, at the 3rd Singapore International Neurocognitive Symposium, 5 April 2013]

②アジア太平洋地域の認知症の現状

A. 認知症人口の推移（アジア太平洋地域）

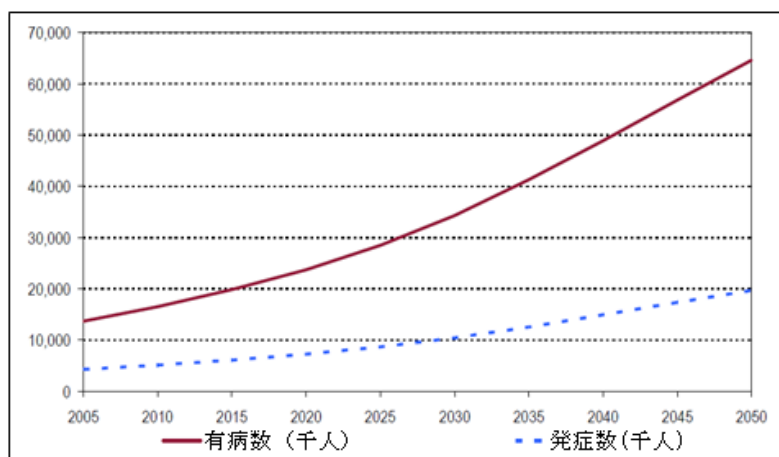
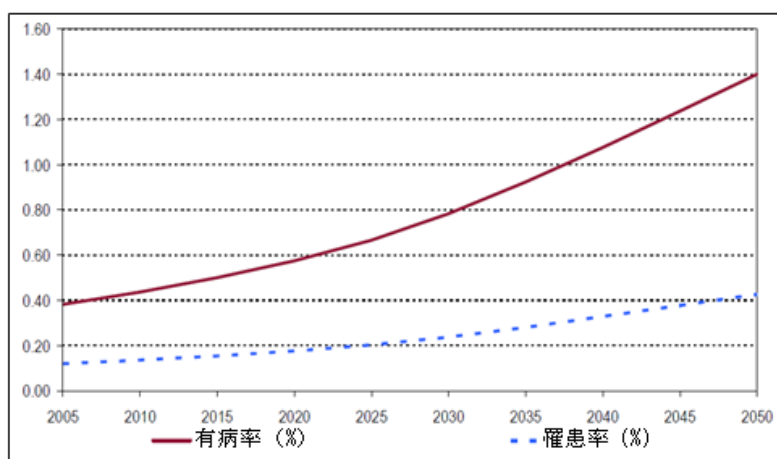
[出所 : Dementia In The Asia pacific Region: The epidemic Is He, Asia pacific members of Alzheimer' s disease international, 21 SEPTEMBER 2006]

- 認知症有病数（千人）とは特定年、当該国において認知症患者総数であり、それは有病率の（年齢層と性によって区分された）マトリックスに人口の（年齢層と性によって区分された）マトリックスを掛け合わせたものをベースにして見積もられたものである。
- 認知症発生数（千人）とは特定年、当該国において新たな認知症患者総数であり、それは罹患率の（年齢層と性によって区分された）マトリックスに人口の（年齢層と性によって区分された）マトリックスを掛け合わせたものをベースにして見積もられたものである
- 認知症有病率は特定年、当該国において見積もられた認知症有病数であり、当該国人口の割合として表示される。
- 認知症罹患率は特定年、当該国において見積もられた認知症発生数であり、当該国人口の

割合として表示される。

図表・9 全アジア太平洋地域の認知症の推移

Total Asia Pacific Region										
全アジア太平洋地域	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
人口：千人	3,583,521	3,775,813	3,961,862	4,130,296	4,271,585	4,384,326	4,473,322	4,544,051	4,593,400	4,618,051
有病数（千人）	13,704	16,496	19,843	23,727	28,476	34,311	41,301	48,904	56,820	64,642
発症数（千人）	4,282	5,123	6,106	7,262	8,663	10,427	12,549	14,920	17,341	19,687
有病率（％）	0.38	0.44	0.50	0.57	0.67	0.78	0.92	1.08	1.24	1.40
罹患率（％）	0.12	0.14	0.15	0.18	0.20	0.24	0.28	0.33	0.38	0.43
人口比（％）	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
有病比（％）	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
罹患比（％）	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

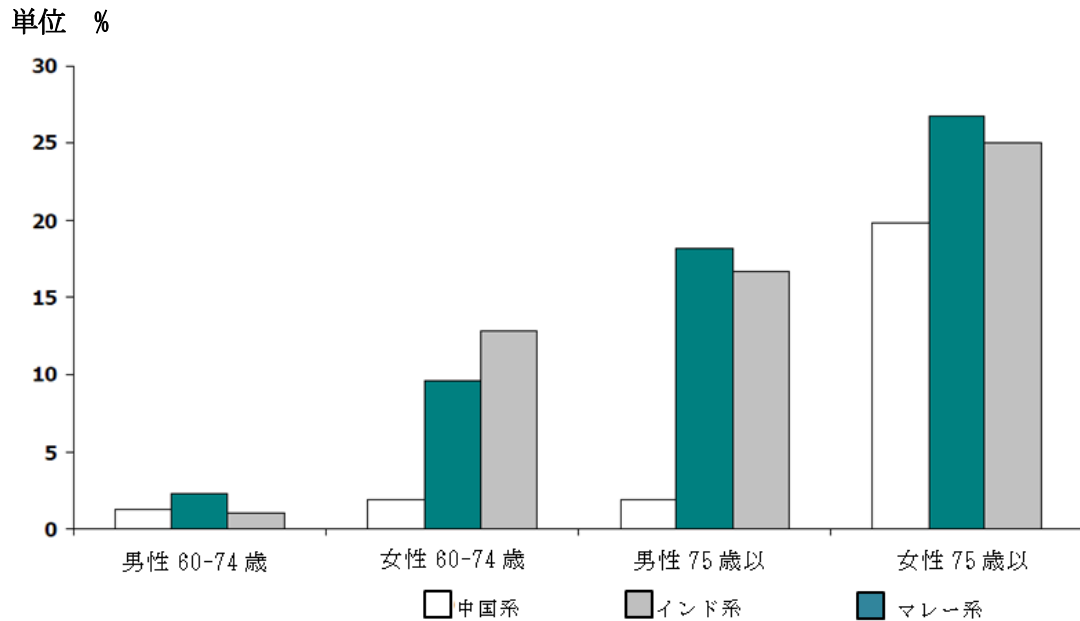


B 人種(民族) ごとの認知症人口

シンガポールでの性別・年齢別認知症罹患率は、女性 75 歳以上において急激に高まる。さらに、人種別に罹患率に違いがあり、マレー系の罹患率が高いことがうかがえる。

図表・12 シンガポールでの認知症罹患率

シンガポールでの認知症発生数



[出所: Primary prevention of Dementia: Research findings from the Singapore Longitudinal Ageing Studies, Tze Pin Ng 2009]

③認知症専門施設数、ベッド数

A. 認知症サービス事業者数（施設系、訪問系）

- 認知症デイケア・センター：14 施設
- 認知症専門ワード付ナーシング・ホーム：5 施設
- 在宅系ケア：2 施設
- 認知症トレーニング：6 施設

[出所: Centre for Seniors]

B. 高齢者福祉施設数

図表・10 シンガポールの高齢者福祉施設数

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ナーシング・ホーム数	61	61	63	60	62	64	64	66
ベッド数	8,982	9,208	9,384	9,116	9,263	9,442	9,493	10,652

入居数	3,359	3,399	3,711	3,700	3,822	3,549	3,230	na
認知症デイケア数	6	6	7	9	9	9	10	na
参加数	35,276	38,785	48,033	52,321	63,462	61,207	66,404	na
リハビリデイセンター数 /デイケア・センター数	28	29	28	28	28	29	38	na
参加数	208,255	223,262	235,229	191,857	199,853	185,020	349,810	na
訪問看護サービス提供数	13	13	12	12	11	11	11	na
訪問看護	41,083	39,899	45,511	47,269	35,104	35,104	39,709	na
訪問医療サービス提供数	11	11	10	10	8	8	8	na
訪問医療	2,195	2,124	2,435	2,252	2,141	2,403	2,294	na

[出所 : Minister Of Health, Singapore Health Facts statistics, 1 Apr 2014]

④医療・社会福祉サービス産業市場の動向

A. 医療・社会福祉サービス産業における現状と課題

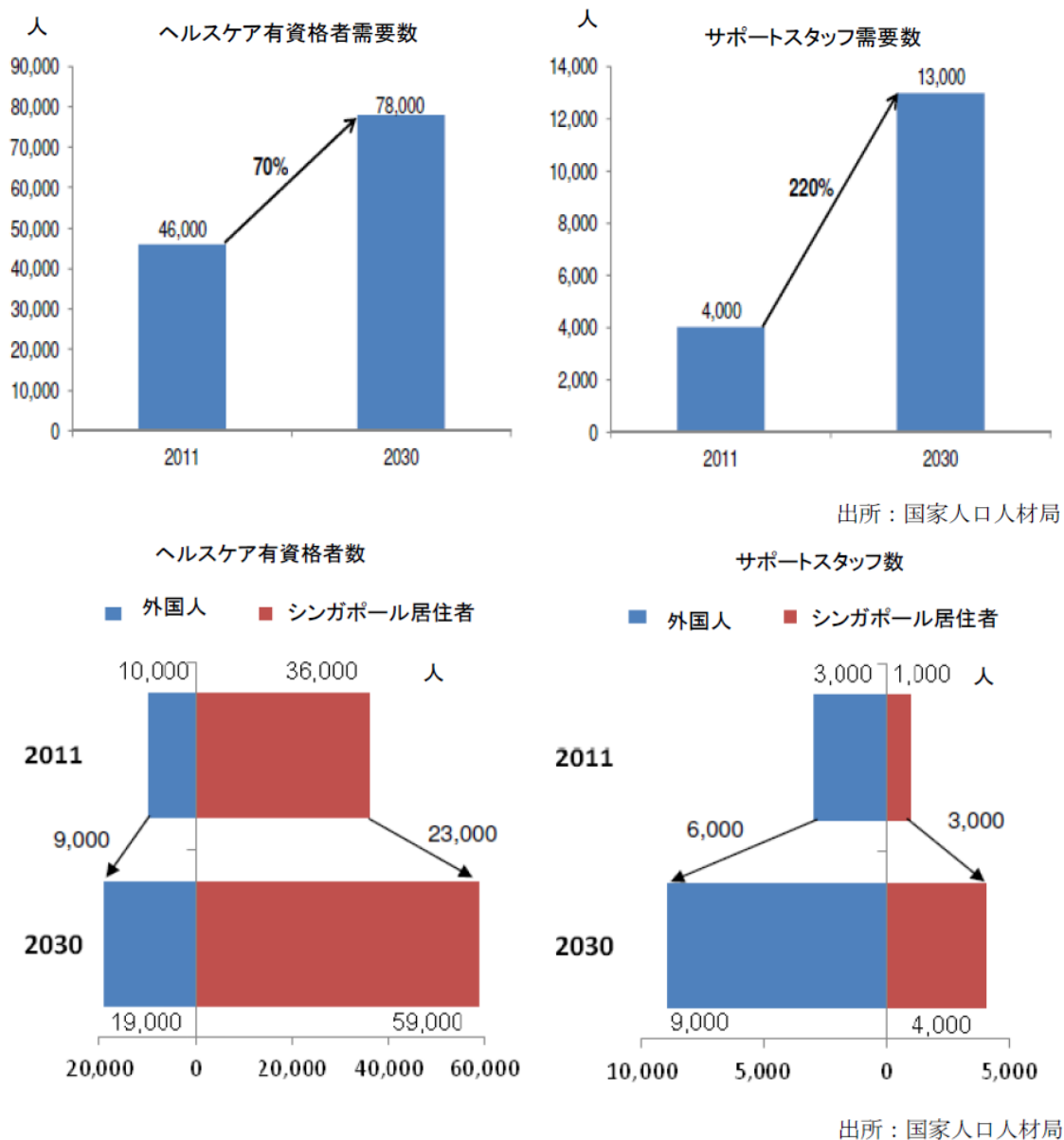
a. 人材

医療介護分野の職種はシンガポール人の中では人気が低く、慢性的に人材不足の問題を抱えているが、高齢化に伴い、医療介護分野における人材の需要は増加の一途をたどる。

2012年11月に国家人口人材局(National Population and Talent Division : NPTD)が発表したレポートによると、医療も併せたヘルスケア分野における必要な人材の数は、2011年の5万人から2030年には9万1,000人に増える。NPTDは増加する4万1,000人のうち3万2,000人が看護師などのプロフェッショナルで、9,000人がサポートスタッフと試算している。方針では増加分の多くはシンガポール在住者(シンガポール国民+永住権保持者)で賄うとしているが、それだけでは足りず、外国人の受け入れは不可欠だとしている。NPTDの試算では、2030年までの有資格者増加数3万2,000人のうち9,000人、サポートスタッフ増加数9,000人のうち6,000人は外国人になると試算している。

需要増に対応するため、政府は人材育成や生産性の向上などに力を入れていくとしている。

図表・11シンガポールのヘルスケア業界人材需要見込み
ヘルスケア業界人材需要見込み



一方、介護施設では、人材不足は既に現時点で最大の課題となっており、外国人スタッフに依存している。外国人スタッフの多くはミャンマー人やフィリピン人であり、母国で看護師の資格を持っている人が多い。母国での看護師の有資格者は、シンガポールの看護師の試験に合格するとシンガポールでも看護師として働くことができる。

運営事業者から挙げられる課題は、以下の点である。

- 人材不足：シンガポール人で介護事業に従事する人は少なく、外国人に頼っている。
- コミュニケーション：看護師の多くはミャンマーやフィリピン人。シンガポール人の高齢者の中には英語は不得手で中国語や中国語の方言（福建語や広東語）を話す人も多い。看護師の中には中国語の方言を話せるように勉強している人もいるがそれほどやさしいことではない。また、ミャンマー人などは英語もそれほど得意ではない。

また、人材以外の課題としては以下の点が挙げた。

- スペース不足：老人ホーム入居希望者は多いが、その需要にこたえるためにベッド数を増やすには、スペースが足りない。
- 高いオペレーションコスト：人件費、土地代、その他諸々のコストがシンガポールでは高い。そのため、価格設定も高くせざるを得ない。ジョホールバルの老人ホームに比べて、シンガポールの老人ホームの料金は2倍になる。

[出所：ジェトロ シンガポールにおける医療・社会福祉サービスに関する調査報告書。2014年1月]

<介護人材紹介企業情報（国内人材、海外人材）>

介護人材紹介会社の手数料：

1 回限りのセットアップ料金 S\$1,800（約 15.6 万円）、すべて込、別途料金無

介護人材紹介会社のサービス内容：

- 労働許可申請書、保険料
- シンガポール労働省の保険・セキュリティ・ボンド
- シンガポール労働局 SIP(Settling in programme)参加手配
- 健康診断
- 労働許可発行前のケアスタッフの食事・住居
- 家庭での介護に関する相談
- ケアスタッフの就労期間中の品質管理フォローアップのための電話
- ケアスタッフのアンドロイド・タブレット（患者健康状態モニター用）
- ケアスタッフの制服

[出所：ACTIVE GLOBAL SPECIALISED CAREGIVERS PTE LTD]

<http://activeglobalcaregiver.sg/>

<介護スタッフの平均所得（国内人材、海外人材）>

ケアスタッフの月給：

- S\$600 - S\$1,000（約 5.2 万円 - 8.6 万円）経験および業務内容により異なる
- S\$265/月から S\$120/月（約 2.3 万円 - 10,400 円）まで毎月の課税コストを下げる事が可能。
- 有資格者は AIC による外国人労働者（FDW）補助金申請が可能。これにより更に S\$120/月（約 10,400 円）利益があるので、課税コストは事実上全くかからないことになる。
- フィリピンとインドネシアのメイドには、月額平均 S\$450～S\$500（約 3.9 万円 - 4.3 万円）が支払われる

[出所：Active Global Specialised Caregivers Pte Ltd, Aseana HR Consultants]

傾向：

2030 年までに、シンガポールでは一人の高齢者に対し 2.1 人の成人労働者の比率となり、政府は 90 万人の高齢者を見据えている。そして高齢者人口がそのピークとなると、シンガポールの産業は壊滅的な人的資源問題に潜在的に直面する。

シンガポール保健省は高齢者人口がより膨らむにつれ、なんらかの病気を持つ患者の割合が増えることを認識している。そうすると当然、病院は高齢者にフィルターを通し、地域コミュニティ病院向けの方と、地域コミュニティ病院からナーシング・ホームまでの方に区分すると、Green Avenue ナーシング・ホームのヘッド看護師は言う。

現在、NTUC Eldercare および Touch Community Services は、その組織に何千人ものケア・ワーカーを加える準備をしている。双方とも、ナーシング・ホームでの介護より家での介護を強調した。

「シンガポールのナーシング・ホームでは、より多くの外国人労働者が本当に必要とされている。」「彼らの仕事は、ごく一般的で、肉体的にきつい仕事である。」

「ナーシング・ホームの労働環境は病院と異なる。病院では高齢者ケア・ワーカーに専門性を持たせるため、様々な表彰と豊富なキャリアアップの機会を与えることが可能であるが、ナーシング・ホームでは毎日が同じ作業の繰り返しである。ケア・ワーカーのキャリアアップは大きな問題である。」

「我々シンガポール人は、このレベルの仕事にまで降りるつもりがあるか？」と、ヘッド看護師は問う。

比較的高齢なケアスタッフとアシスタント・セラピストのための講座を開催する CSM Academy によると、外国人労働者がこの介護業界で稼ぐ収入は月 2 千ドル以下である。

地域住民の間で、高齢者ケア・ワーカーに対する若干の偏見があると、更にヘッド看護師は言う。

「シンガポール人の中にはケア・ワーカーのことを jade hands と呼び、ナーシング・ホームで行われる食事介助から掃除に至るまでの仕事を自分のすることではないと考えている。」

[出所：The Independent Singapore , March 28th, 2014]

<http://theindependent.sg/blog/2014/03/28/nursing-home-staffs-face-bleak-future/>

B. 顧客ニーズ

顧客ニーズについて運営事業者に聞いたところ、特別なサービスや新しいサービスへの需要

があるという意見はなかった。

ただ、介護サービスに対する需要は確実に伸びているという。ボランティア団体の介護付き老人ホームの場合、入居希望者の全てを受け入れることができず、待ち時間は6 カ月から8 カ月に上ることもあるという。民間の介護付き老人ホームの場合は、コストも高いため、ボランティア団体の介護付き老人ホームほど需要は高くなく「すぐには入れない」というほどのことはないが、稼働率は高く、一部の施設では、95%以上の稼働率が続いている。コストの低いジョホールバルの介護付き老人ホームの人気も高まっている。

また、デイケア・センターについても、セントルーク・デイケア・センターやNTUC エルダードケアのデイケア・センターなどでは、参加待ちが増加している。

2013 年11 月10 日のChannel News Asia によると、デイケア・センターの稼働率は平均84%。場所によっては50日待ちのセンターもあるという。しかし、人気の高いデイケア・センターはボランティア団体が運営しており、資金的な制約から、需要に併せて新たにセンターを設立することは容易ではない。一方、民間のデイケア・センターは、前述のように介護付き老人ホームが併設しているところが多いが、価格も高いことから人気はそれほどなく、デイケア・センターサービスの打ち切りを考えているところもある。

在宅介護については、介護付き老人ホームのベッド数の不足や民間介護付き老人ホームのコスト高を考えると、需要の伸びが予想される。

2013 年11 月10 日のChannel News Asia によると、在宅介護利用者は2011 年の5,600 人から2012 年には7,000 人へと25%増加した。これはデイケア・センターの利用者増(2011 年2,800 人、2012 年3,000 人)を大きく上回る。しかし、民間の在宅介護(イーコン・メディケアで1 回120 S\$から(約10,400円))の利用料は多くの家庭にとって負担であり、ボランティア団体の在宅介護に人気集中している。また、現行のデイケア・センターや在宅介護のサービスには、需要と供給のミスマッチという問題もある。デイケア・センターに高齢者を預けたい家族は日中働いているが、デイケア・センターの終了時間が早く、職場から戻って迎えに行けないため、仕事をやめてケアをせざるを得ない、といったケースがニュースなどで報道されている。

[出所：ジェトロ シンガポールにおける医療・社会福祉サービスに関する調査報告書。1月2014年]

C. 現地で開発している現地企業・事業者および外資企業・事業者情報

a. シンガポールアルツハイマー病協会(ADA)の概要

シンガポールアルツハイマー病協会 The Alzheimer's Disease Association (ADA) も、高齢者介護を行う非営利団体のひとつであり、1990 年に設立されたNGO である。アルツハイマー病協会は、各国にそれぞれ協会が設立されており、日本にも「公益社団法人認知症の人と家族の会 (Alzheimer's Association Japan)」が設立されている。

高齢化に伴い介護を必要とする人々が増え、認知症やアルツハイマー病患者の介護に関するサービスが必要になっている。ADA では、認知症やアルツハイマー病患者の介護に特化して介護サービスを提供する団体である。組織構成としては、組織の意思決定機関としてマネジメントコミッティがあり、最大14 名のメンバーがいる。彼らはすべてボランティアで毎年選挙により選出される。そのほかに、スタッフ55 名がおり、活動を手伝ってくれるボランティアが300 名となっている。スタッフは、9 名の看護、5 名のソーシャルワーカー、3名の作業療法、2 名の理学療法、そのほかに、センターマネージャー、プログラム管理者、看護補助、療法補

助、健康管理係、事務アシスタント、運転手などの職種がある。

財政では、デイケア・センター等の利用者から支払われる料金が全体の40%を占めており保健省MOHからの助成金は35%、アルツハイマー病協会からの助成金が3%、国家福祉協議会National Council of Social Service (NCSS)からの助成金9%、その他の寄付などが13%となっている。支出においては、2011年の運営コストは260万S\$（約2.25億円）となっている。

b. ADAの目的

ADAの目的は、認知症等に対する認知度と社会からの容認を向上させ、予防や統合ケアをシンガポールにおいて推進していくことにある。そのために、高品質のケアとサポートを提供し、調査研究や教育、認知症患者への介入や予防のためのトレーニングを推進し、認知症患者やその家族の声を伝えていくことも実施している。

c. ADAの役割

第一に、認知症やアルツハイマー病患者の介護に関して、社会に対して問題提起していく役割がある。ADAが設立される1990年以前は、アルツハイマー病患者の介護をしてくれるデイケア・センターは存在しなかった。ADAでは、社会のニーズに合わせて、プロジェクトを起こしていく。

第二に、認知症やアルツハイマー病患者に対する介護サービス提供者としての役割である。高齢者向けのデイケア・センターを運営している団体はあるが、認知症やアルツハイマー病患者を対象としているセンターは、ADAが運営しているものだけである。政府に対しても、NGOとして積極的に提言している。

第三に、介護をしている家族や外国人メイドに対するトレーニング実施の役割である。シンガポールでは、外国人メイドを雇用し、介護が必要な高齢者をみている家族も多く、家族からの要望があれば、外国人メイドに対しても教育を行っている。

第四に、関係機関と協力して、一般市民に対する認知症やアルツハイマー病に対する啓蒙を実施している。毎年9月には、「アルツハイマーDAY」というイベントも実施している。

第五に、利用者中心の介護の推進がある。ADAの創立者であるトム・キッドウッド氏は、「個人にあったケアをしなくてはいけない」と語っており、そのためのトレーニングや方法を考えていくことが重要であると提言している。

d. 認知症デイケア・センター New Horizon Centres

ADAは、4つの認知症患者向けのデイケア・センター「Horizon Center」を運営しており、医師、作業療法士、理学療法士、看護師などの専門家がチームで対応している。

デイケア・センター利用の条件は、認知症やそれに関連する疾患の診断を受けており、症状が安定していること、感染性疾患に罹患していないこと、破壊行動や管理しがたい行動がないこと、などがある。

利用者がデイケア・センターを利用する場合には、S\$40の利用料を支払うことになる。所得が低い人が利用する場合には、保健省MOHから助成金がでており、所得に応じて20%から最大50%の料金減免が行われる。料金減免の対象となる利用者がある場合は、デイケア・センターから保健省MOHに申請をだし、減免された利用料は直接ADAに支払される。

デイケア・センターの利用料は、シンガポールにおける社会保障制度CPFの口座から一部利

用することもできる。利用者は、サービス開始時に身体機能、認知機能、社会的機能は慎重にアセスメントされ、個人ごとにケアプランが作成される。ケアプランにそって、グループで行うエクササイズやゲーム、個人で行うゲーム、回想、趣味、外出や旅行などが実施されることになる。

家族に参画してもらうことは重要で、家族に対しての日常的なフィードバックも実施されている。介護者に対しては、Caregiver Support Center への参加を奨励しており、認知症患者の介護に関する情報共有を行っている。デイケア・センターから5Km 以内に住んでいる利用者には、送迎サポートも提供している。

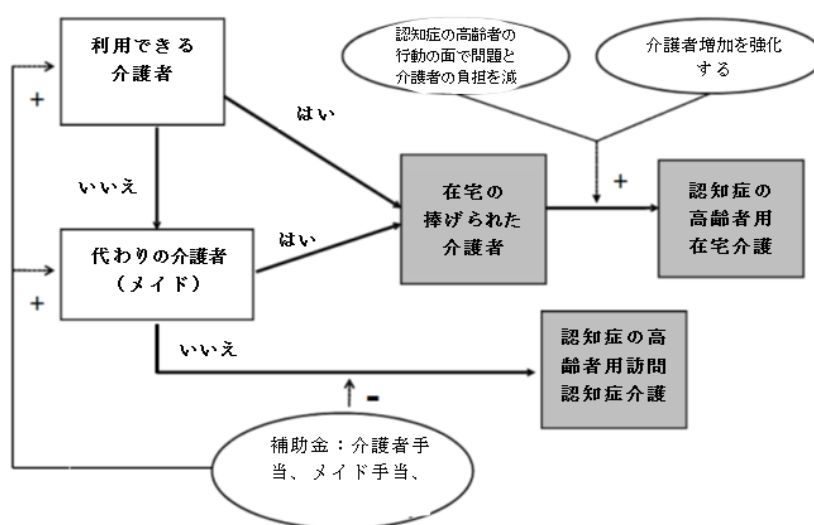
[出所：高齢化の進展とスマートエイジングに関する調査研究報告書-世代を超えて住みよいまち「スマートエイジングシティ」の構築;2012 年3月 株式会社国際社会経済研究所]

D. 家族で認知症介護

➤ 現在

60 余のナーシング・ホームで合計で 7000 床以上（要介護者を入れると 9000 以上）認知症患者の殆どは自宅の家族によって介護されるが約 70%と推測される。

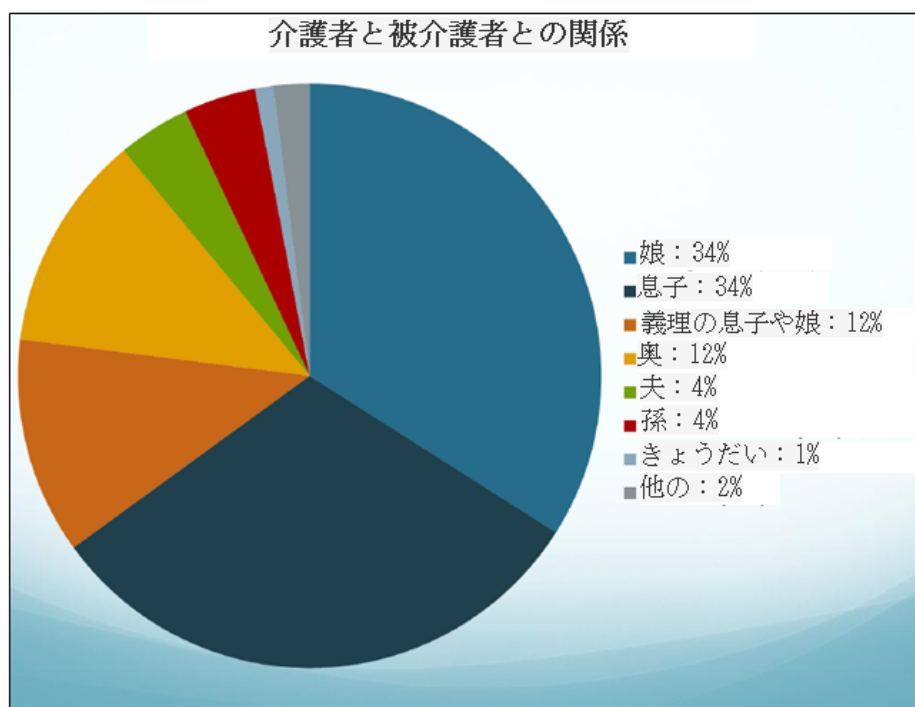
家族介護者が認知症を発症した愛する家族を施設に入れることを選んだ理由、シンガポールの展望については、以下のとおりである。



[出所：Singapore Survey on Informal Caregiving, MCYS]

また、ADA が行った調査では、対象者 272 名の約 60%が認知症サービスを利用していない。

図表・12 家族の介護者の性別：60%女性、40%男性



[出所 : Dr Philip YapGeriatric Centre, Khoo Teck Puat Hospital
Alzheimer' s Disease Association of Singapore]

E. 介護付き老人ホーム

保健省では、免許を取得している介護付き老人ホームのリストを公表していないが、統合ケア庁が運営する高齢者向けサービスのウェブサイト(Singapore SilverPages)から検索したところ、36 カ所の民間、29 カ所のボランティア団体の介護付き老人ホームがあった。

民間介護付き老人ホーム:36	
1	Econ Medicare Centre (Braddell Road)
2	Econ Medicare Centre (Chai Chee)
3	Econ Medicare Centre (Recreation Road)
4	Econ Medicare Centre (Upper East Coast Road)
5	Econ Medicare Centre (Yio Chu Kang)
6	Econ Nursing Home (Buangkok)
7	Econ Nursing Home (Sunnyville)
8	Green Avenue Home For The Elderly
9	Orange Valley Nursing Home (Bukit Merah)
10	Orange Valley Nursing Home (Changi)
11	Orange Valley Nursing Home (Clementi)
12	Orange Valley Nursing Home (Marsiling)
13	Orange Valley Nursing Home (Simei)
14	Orange Valley Nursing Home (Thomson)
15	Pacific Healthcare Nursing Home Ii
16	Pacific Healthcare Nursing Home Pte. Ltd.

ボランティア介護付き老人ホーム: 29	
1	All Saints Home - Hougang
2	All Saints Home - Tampines
3	Apex Harmony Lodge
4	Bethany Methodist Nursing Home
5	Bright Hill Evergreen Home
6	Bright Vision Hospital
7	GRACE LODGE
8	Jamiyah Nursing Home
9	Ju Eng Home For Senior Citizens
10	Kwong Wai Shiu Hospital
11	Ling Kwang Home For Senior Citizens
12	Lions Home For The Elders (Bedok)
13	Lions Home For The Elders (Toa Payoh)
14	Man Fut Tong Nursing Home
15	Moral Home For The Aged Sick
16	Ren Ci Hospital (Moulmein)

17 Sunlove Home	17 Singapore Christian Home
18 Surya Home	18 Society For The Aged Sick
19 The Lentor Residence	19 Sree Narayana Mission (Singapore)
United Medicare (Elizabeth Dr) Pte.	
20 Ltd.	20 Sree Narayana Mission Home
21 United Medicare Centre	21 St Andrew's Nursing Home
22 Econ Medicare Centre (Choa Chu Kang)	22 St Joseph's Home
23 Good Shepherd Loft	23 St Theresa's Home
	Sunshine Welfare Action Mission
24 Greenview Nursing Home	24 (Swami)
25 Irene Nursing Home	25 Tai Pei Old People's Home
26 Lc Nursing Home	26 Peacehaven Nursing Home
27 Lee Ah Mooi Old Age Home	27 Thian Leng Old Folks' Home
28 Min Chong Comfort Home	28 Thong Teck Home For Senior Citizens
Moonlight Home For The Aged &	
29 Handicapped	29 Villa Francis Home For The Aged
Nightingale Nursing Centre (Braddell	
30 Road)	
31 Our Lady Of Lourdes Nursing Home Pte Ltd	
32 Paeon Nursing Home	
33 Serene Nursing Home	
34 Soo's Nursing Home	
35 Spring Valley Homecare	
36 Windsor Convalescent Home	

出所 : Silverpages

F. デイケアサービス

統合ケア庁が運営する高齢者向けサービスのウェブサイト (Singapore SilverPages) から抽出したデイケア・センターには次のタイプがある。それぞれの数は以下のとおりで、ボランティア団体による運営が多い。民間事業者でデイサービスを専門に行っているところは少なく、多くは介護付き老人ホームとの併設となっている。

図表・13 デイサービス施設タイプ別数

図表 48 デイサービス施設タイプ別数

施設のタイプ	ボランティア団体	民間
デイリハビリテーションセンター	40	5
認知症デイケアセンター	11	0
ホスピスデイケア	2	0
精神科デイケアセンター	6 (これに加えて政府病院の Institute of Mental Health がある)	0
ソーシャルデイケアサービス	34	11
シニアアクティビティーセンター	41	1

e centre]

出所 : Singapore SilverPages <https://www.silverpages.sg/content.aspx?id=650&Title=About Us>

➤ 入所条件 :

下記を満たしている方

- ご家族が認知症と診断された方
- 暴力や破壊的な行動の問題のない方

- 申請方法：

ご家族がご利用されている、下記のような施設からの紹介状が必要

 - 救急病院
 - 地域病院
 - 総合病院
 - 個人クリニック
- 料金概算（公的補助金適用テスト前）：交通費別で月額 S\$ 700 to S\$ 950
- 補助金適用：

ご家族がシンガポール市民か、永住権を有することが申請の条件。補助金のご家族の収入により異なる。

 - メディファンド (Medifund) も利用可

生活困窮者の医療費を補助するための政府拠出による基金
2012年4月以降。一部のボランティア福祉組織 (VWO) のみ

 - エルダーシールド (ElderShield) も利用可

（長期介護が必要とされる障害者に対して財政的保護をする保険制度）
現金支払いのみ
- 補助金支払額：

ご家族の収入により異なる。補助金の上限は

 - シンガポール市民は80%まで、永住者は55%まで

G. 訪問介護サービス

- ホームメディカル：

寝たきり、あるいは介護が必要な家族を自宅で世話している場合に、医師、看護師、ソーシャルワーカーが訪問するサービス。体調をチェックしたり、食事のデリバリーやホームケアサービスや、補助金の申請（該当する場合のみ）のコーディネーションを行う。
- 在宅介護（ホームナースィング）：

寝たきり、あるいは介護が必要な家族を自宅で世話している場合に、創傷包帯、注射、栄養チューブの取替え、排泄用カテーテル、血圧や血糖値のチェック、介護者へのトレーニングなどを行う。
- 在宅セラピー：

要介護者が自宅から出られない、外部のデイケア・センターやリハビリテーション施設に行くことができない場合、在宅で理学療法 (physiotherapy)、作業療法 (Occupational Therapy)、言語療法 (Speech Therapy) を受けることができる。
- 在宅ホスピスケア：

自宅で療養している末期患者の容態が数週間あるいは数カ月の間に悪化することが予想される場合に依頼する在宅ケア。提供されるサービスは苦痛緩和治療、心理社会的サポート (Psychosocial support)、在宅介護担当者へのトレーニングなど。
- シニアホームケア：

自宅で暮らす高齢者の介護担当者の負担を軽減するためのサービス。食事のデリバリーサービス、（高齢者が病院などへ出かける場合の）外出エスコート、自宅の掃除、投薬リマインドサービスなど様々なサービスを依頼できる。

【出所：ジェトロ シンガポールにおける医療・

H. 介護機器・用品

➤ 国内の主な製造者と販売者のリスト

在宅介護機器・用品	
ADS Healthcare Products Blk 354 Clementi Ave 2 #01-189 Singapore 120354 www.adshealthcareproducts.com	在宅介護機器・用品,車いすリース,介護ベッドリース, 酸素濃縮機およびシリ ンダー,車いす販売, 看護ベッド, 室内用トイレ, 歩行自助具, 介護用オムツ, 床ずれ防止, 介護食,その他レンタル、修理、導入にかかるサービス。
Alexandra Hospital Pharmacy 378 Alexandra Rd Singapore 159964 URL: www.alexhosp.com.sg	在宅介護機器・用品, 車いす販売, 室内用トイレ, 歩行自助具, 看護用品, お しめ, 栄養補給機,ネブライザー。
Assisted Living Pte Ltd 11 Jalan Tan Tock Seng Tan Tock Seng Hospital #01-08 Singapore 308433 http://www.pinangmedical.com. my/about.php	在宅介護機器・用品: 車いすリース利用可能. 車いす販売, ベッド, 室内用ト イレ, 歩行自助具, 看護用品, おしめ, 栄養補給機. 車いす価格: SGD 250~800 車いすレンタル価格: SGD 20~80 / 1 週間 (約 1,733~7,000 円) SGD 40~280 / 4 週間 (約 3,466~24,264)
DNR Wheels 21 Kim Keat Rd #01-03 ColorScan Building Singapore 328805 URL: www.dnrwheels.com/	在宅介護機器・用品: 車いすリース利用可能. 車いす販売, 介護ベッド, 室内 用トイレ, 歩行自助具, 看護用品, おしめ, 栄養補給機, 酸素濃縮装置・シリ ンダー, たん吸入器、ネブライザー。
Heng Heng Medicals Pte Ltd Blk 45 Holland Drive #01-357 Singapore 270045 URL: www.henghengmedicals.com	自動車いす, シニアカー, 自立型トイレ・浴槽, 歩行自助具, オムツ, 床ずれ 防止, 健康管理. その他レンタル、修理、導入にかかるサービス。
Home and Rehab Patients Care Pte Ltd Blk 86 Marine Parade Central #04-310 Singapore 440086 URL: www.homerehabcare.com/	在宅介護機器・用品. 車いす販売, 介護用ベッド, 室内用トイレ, 歩行自助具, あしめ、その他消耗品
Hospeco Blk 52 Chin Swee Rd #02-59 Singapore 160052	在宅介護機器・用品: 車いすレンタル,介護用ベッド,室内用トイレ利用可能. 車いす販売,, 歩行自助具, 看護用品, おしめ、栄養補給機。
Lifeline Corporation Pte Ltd 85 Playfair Rd #06-02 Tong Yuan Industrial Building URL: www.lifelinecorp.com.my	在宅介護機器・用品: 車いす レンタル, ベッド, 寝室用 便器, 酸素濃 縮器, 車いす販 売, 歩行器,オムツ Lifeline が Singapore General 病院、Renci Community 病院、Tan Tock Seng 病院で 3 小売ス ペースを運営 Lifeline の製品 はほとんど LIFELINE ブラン ド付き OEM 製品。 おーす とらるオーストラリア、香港、ベトナム、インドネシア、ブルネイ、マレー シア、タイへ輸出。
NHC Health Resources 55 Ubi Ave 1 #08-05 / 06 Singapore 408935 URL: www.ntuhealth.com.sg	在宅介護機器・用品. 車いす販売, ベッド, 寝室用便 器, 歩行器
Nurses Shop Civic Healthcare 1 Kampong Bahru Rd (Outside SGH) Singapore 169339	在宅介護機器・用品: Loan of beds, oxygen concentrators and cylinders available. 車いす販売, beds, commodes, 歩行器 aids & diapers.
Pharmex Healthcare (Kaki Bukit) 4 Kaki Bukit Ave 1 #02-04 Singapore 417939 www.medicalsupplies.com.sg	在宅介護機器・用品: オムツ, リハビリ製品, 酸素濃縮 器,噴霧器, 救急箱, 栄 養, 注射器と針
Regards Homecare 298B Upper Paya Lebar Rd Tai Keng Shopping Centre Singapore 534931	在宅介護機器・用品: 車椅子リース, ベッド, 寝室用便 器。
Sincere International Marketing	在宅介護機器・用品: 車いすレンタル, ベッド, 酸素濃縮 器,, 噴霧器. 車い

126 Joo Seng Rd #07-06 Goldpine Industrial Building Singapore 368355	す販売, ベッド, 寝室用便 器, 歩行器, オムツ, 栄養, 酸素濃縮 器, 噴霧器
Teng Chiang Holdings Pte Ltd 50, Serangoon North Ave 4 #04-14 First Centre Singapore 555856	運動装置, 車椅子, シャワーカート, 看護関連製品, 理学療法関連製品, リ区 レーション関連製品.
Trident Pharm Pte Ltd 12 Little Rd #05-02 Lian Cheong Building Singapore 535986	在宅介護機器・用品: 車いすレンタル, ベッド, 酸素濃縮 器噴霧器. 車いす 販売, ベッド, 寝室用 便器, 歩行器 オムツ, 栄養
Yeap Medical Supplies Pte Ltd Blk 4 Kaki Bukit Ave 1 #02-04 Singapore 417939 URL: www.medicalsupplies.com.sg	在宅介護機器・用品. オムツ, 医療消耗品, リハビリ製品, 酸素濃縮 器, 噴霧 器, , 救急箱, 栄養, 注射器と針

➤ 外国の主な製造者

車椅子: Karma (台湾), Soma (タイ) 等

オムツ: Abena (デンマーク), Lille Healthcare (フランス), Unicharm (日本) 等

I. 病院 (ボランティア団体)

前出のシンガポールにおける中長期ケア (ILTC: Intermediate & Long Term Care) の項でも触れたが、中長期ケアが必要な患者向けの病院は、地域病院 (Community Hospital) である。重病で高度な治療や手術が必要な場合は、Acute Hospital と呼ばれる高度医療病院 (シンガポール総合病院、シンガポール大学病院、その他私立病院など) で入院し治療を受けるが、集中的な治療が必要なくなった後、自宅での療養が難しい場合は、患者の容態により、地域病院や介護付き老人ホームにはいることになる。高度医療では先進治療に特化し、その後の回復時は別の施設に任せることで、高度医療病院の負荷を下げている。

地域病院と呼ばれる回復時患者のための病院は、政府系あるいはボランティア団体が運営する病院のみとなっている。

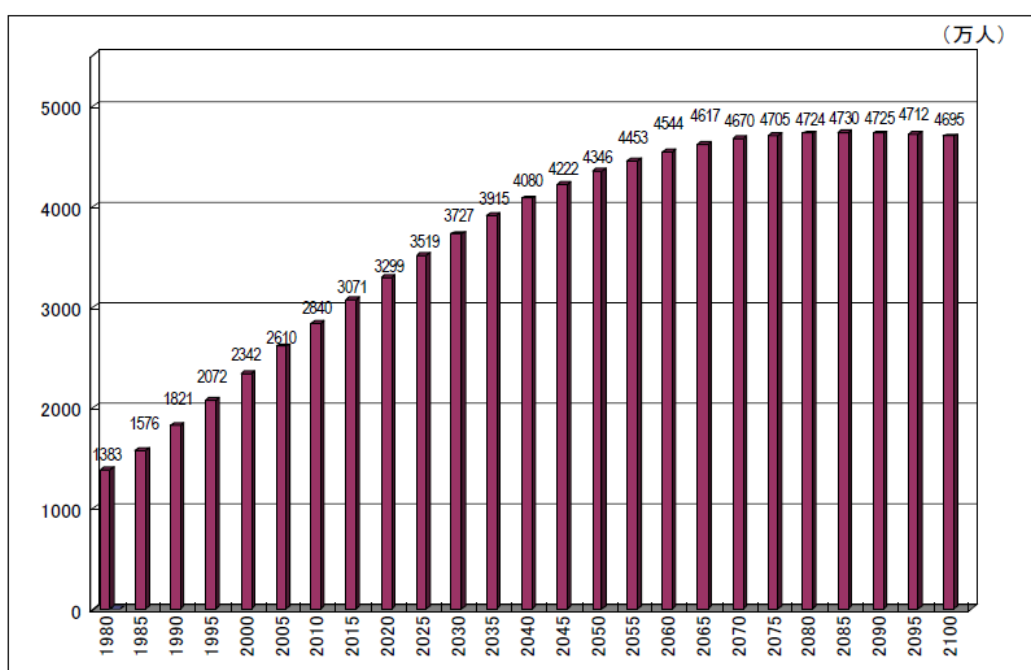
1-2. マレーシア市場規模調査

1 RM = 32.26 円(2015 年 2 月 1 日)

1) マレーシア人口

マレーシア統計局によれば、2010 年12 月末のマレーシア総人口は、2,840 万人で、前年同期の2,807 万人と比べて1%の人口増となっている。国連の「World Population Prospects The 2010 Revision」によれば、マレーシアの人口は今後も順調に伸び、2070 年頃までは緩やかに増加を続け、2070 年ごろから横ばい傾向となり、4700 万人台で推移するものと見られている。タイが2030 年頃、インドネシアが2055 年ころから人口減少が始まるのに比べ、総人口がピーク時からさほど変化がないというのは、アセアン諸国の中でも珍しい傾向といえる。

図表・1 マレーシアにおける総人口の推移



注：国際連合人口部による各掲載年の7 月1 日現在の推計人口（1980～2010 年）および将来推計人口（2010～2050 年）の中位推計値。

2) マレーシア高齢者人口

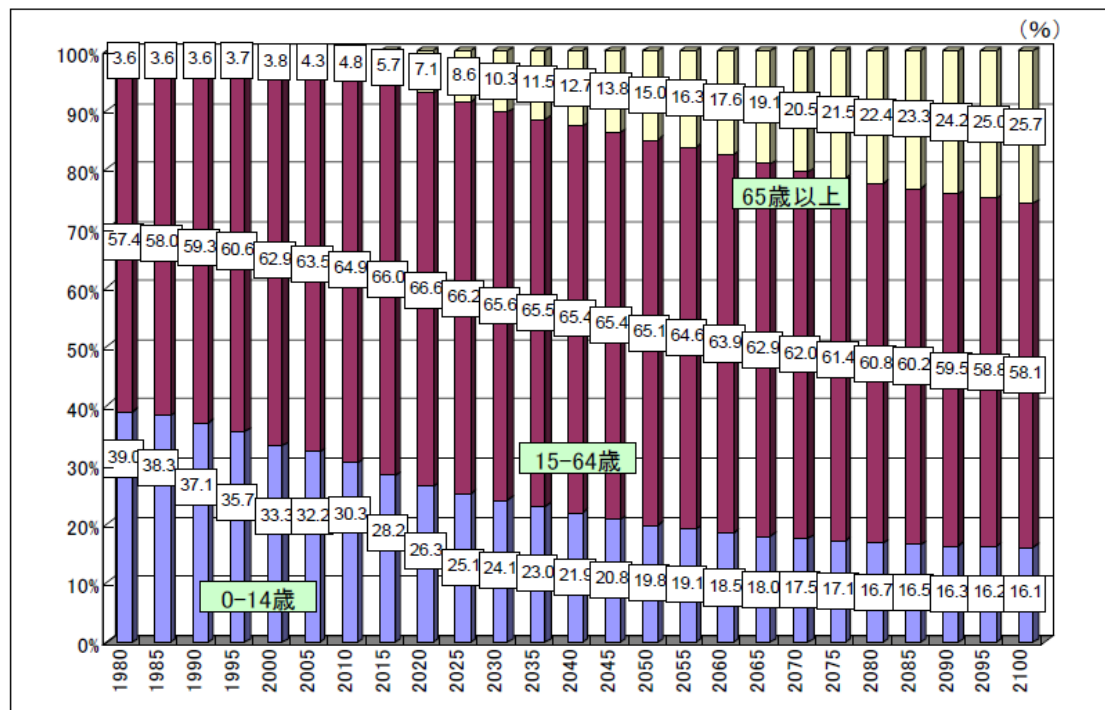
①人口構成の推移

マレーシア統計局によれば、2010 年12 月末現在の65 歳以上人口は、136 万人で、総人口に占める割合は4.8%と、高齢化社会の判断基準である7%にはまだ達していない。国連の「World Population Prospects The 2010 Revision」によれば、65 歳以上人口が7%台に達するのは2020 年、14%台に達するのは2045 年～2050 年の間と予想されている。

しかし、アセアン諸国の中でも平均寿命の伸びが高いマレーシアにおいては、高齢者の人口増加が懸念される。また、女性の社会進出が大きく進展している同国においては、出生率（特殊合計出生率）が、1995年には3.4% あったものが、2007 年には2.2% に落ちており、2015 年には2.05% まで下がると予想されている。日本の1.37% に比べてまだまだ大きいものの、少子

化の進展も懸念される。

図表・2 マレーシアにおける人口構成の推移



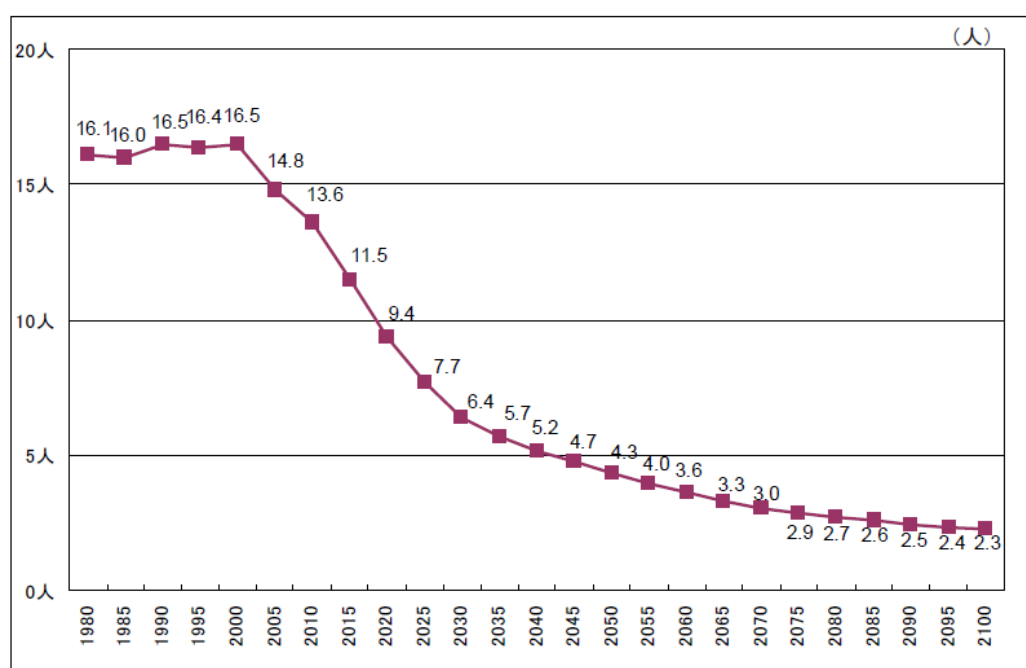
注：国際連合人口部による各掲載年の7月1日現在の推計人口（1980～2010年）および将来推計人口（2010～2050年）の中位推計値。

マレーシア統計局の2010年の数値では、1人の高齢者を14.3人の現役世代で支えている。国連の「World Population Prospects The 2010 Revision」によれば、高齢社会に突入する2050年には4.3人となり、その後も緩やかに減少すると推測されている。

②高齢世代人口と生産年齢人口の比率

マレーシアは、図表・3のように、高齢者1人に対する生産年齢人口が、2000年の16.5人から、2025年までにはほぼ半分の7.7人となると予想されている。

図表・3 マレーシアにおける高齢世代人口1人に対する生産年齢人口数



注：国際連合人口部による各掲載年の7月1日現在の推計人口（1980～2010年）および将来推計人口（2010～2050年）の中位推計値。

〔出所：高齢化の進展とスマートエイジングに関する調査研究報告書-世代を超えて住みよいまち「スマートエイジングシティ」の構築;2012年3月 株式会社国際社会経済研究所〕

③高齢人口の家族構成

マレーシアでは、従来から三世代が一緒に住む大家族が一般的であったが、都市化と小家族化が進展している。若者の多くはよりよい経済的機会を求めてクアラルンプールやペナン等の都市へ移り住み、村や小都市部に高齢者が残されることが多くなっている。大家族の減少は世代間の交流や助け合い、幼児や高齢者の世話などに影響を及ぼしていると言われており、従来家族内で対応してきた介護・生活支援等は、今後様々なサービスとして市場形成・拡大していくと見込まれる。

〔出所：ジェトロ マレーシアにおける医療・社会福祉サービスに関する調査報告書。1月2014年〕

住居形態別	頻度	%
一人暮らし	175	9.31
配偶者と同居	155	15.53
子供と同居	1341	71.33
他人と同居	72	3.83
合計	1880	100

doi:10.1371/journal.pone.0043125.t001

多段階層化されたサンプリングによって選ばれたのは高齢者合計1880人である。回答者の平均年齢と標準偏差は、それぞれ69.79歳で、平均年齢中央値は69歳、年齢幅は60歳からの112歳

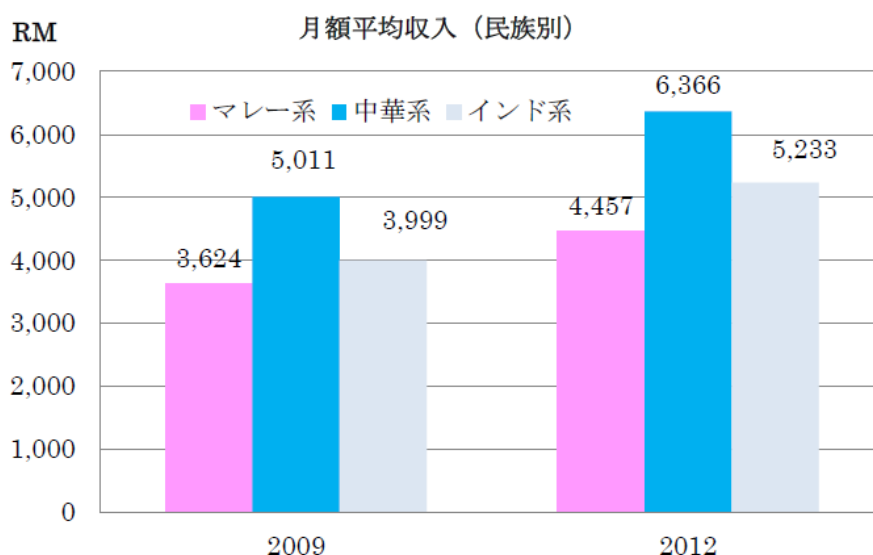
まで範囲である。回答者の大多数（76%）は高齢者（60～74歳）の若年グループであり、高齢者の中で最高齢グループ（84歳）は回答者のわずか3.7%である。

回答者のおよそ75.60%は自分自身を「マレー人でBumiputera（地元民）」と呼び、一方24.4%が「非マレー系」（中国系マレー人とインド系マレー人）と述べた。また回答者の52.6%は女性、47.3%は男性であった。回答者の約56%はインタビュー時、既婚であった。回答者の37%は正規の学校教育を受けていなかった。個人所得と世帯収入の平均は、それぞれRM564（約1.8万円）とRM1398の（約4.5万円）であった。

[出所: *Living Arrangement and Life Satisfaction in Older Malaysians: The Mediating Role of Social Support Function, 2012*]

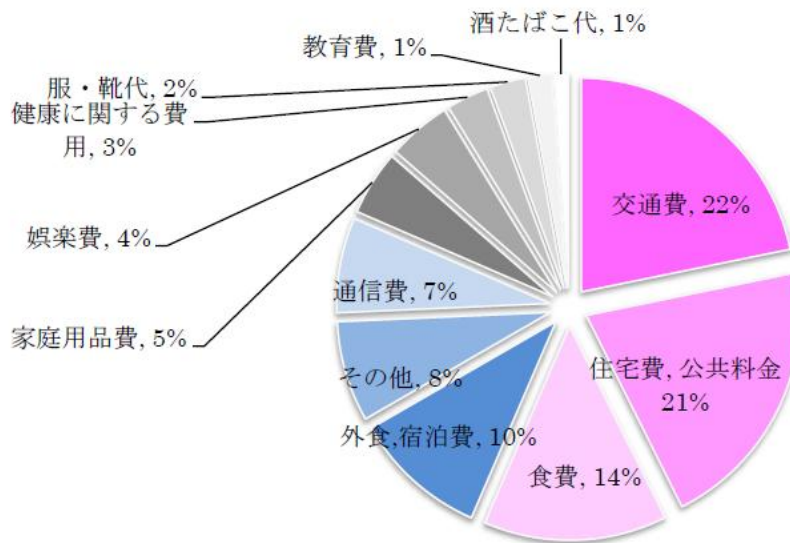
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0043125>

④高齢人口の収入内訳



（出所：マレーシア統計局「Findings of the Household Income Survey (HIS) 2012」）

家庭月額支出内訳



(出所:「Consumer Lifestyles in Malaysia」Euromonitor International)

[出所: ジェトロ マレーシアにおける医療・社会福祉サービスに関する調査報告書。1月2014年]

3) 認知症の動向

①認知症の現状

マレーシアではこれまで認知症の発症研究がほとんどされていない。セランゴールで行われた60歳以上のマレー人のコミュニティ調査(223名対象)で、24%が認知能力が損なわれることが明らかになった。

別の調査(522名対象)で60歳以上のクアラルンプールのマレー人都市コミュニティのにおける認知症罹患率が6%であることが明らかとなった。

マレーシア高齢者(60歳以上、2980名対象)の大規模なコミュニティ研究では、器質性精神障害(認知症を含む)の罹患率が14.4%という結果が得られた。マレーシア政府系の住宅の住んでいる人々の間での調査では、認知症の可能性の罹患率は36.5%と、より高い数字が出ている。

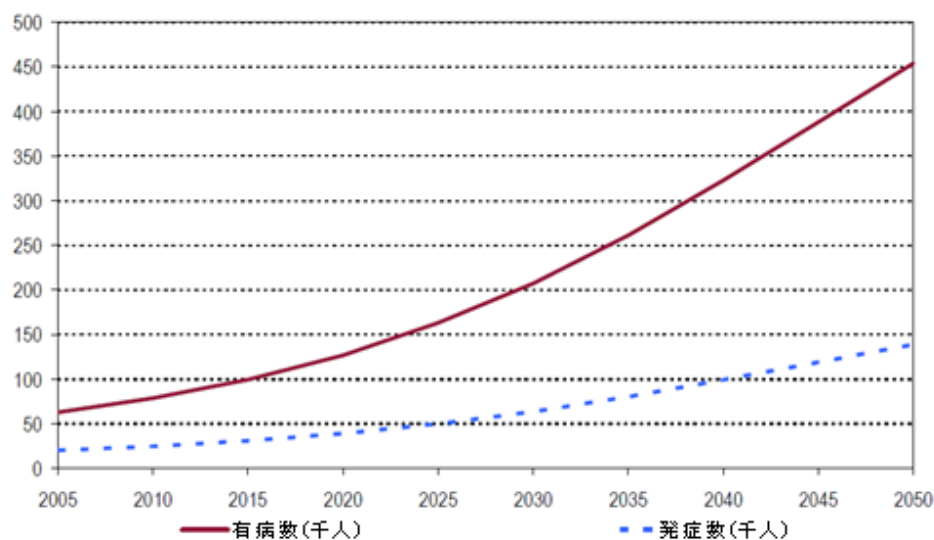
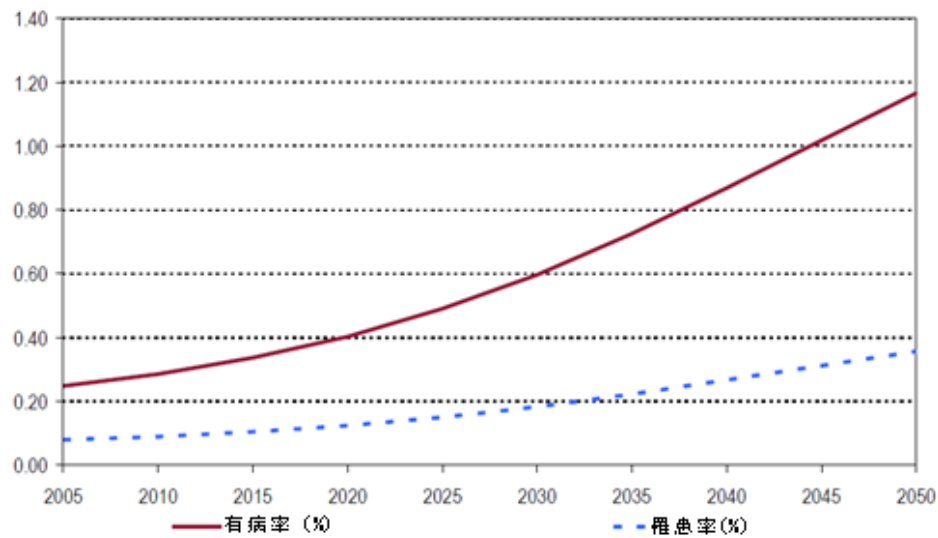
[出所: Clinical practice guidelines, Management of Dementia, 2009]

➤ 認知症の推移(統計)

図表・4 マレーシアの認知症の推移

Malaysia

マレーシア	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
人口(千人)	25,347	27,532	29,557	31,472	33,221	34,725	36,038	37,182	38,144	38,926
有病数(千人)	63	79	100	127	163	207	261	323	388	454
発症数(千人)	20	25	31	39	50	64	80	99	119	139
有病率(%)	0.25	0.29	0.34	0.40	0.49	0.60	0.73	0.87	1.02	1.17
罹患率(%)	0.08	0.09	0.10	0.12	0.15	0.18	0.22	0.27	0.31	0.36
人口比(%)	0.71	0.73	0.75	0.76	0.78	0.79	0.81	0.82	0.83	0.84
有病比(%)	0.46	0.48	0.50	0.53	0.57	0.60	0.63	0.66	0.68	0.70
罹患比(%)	0.47	0.48	0.51	0.54	0.58	0.61	0.64	0.67	0.69	0.70



[出所: Dementia In The Asia pacific Region: The epidemic Is He, Asia Pacific members of Alzheimer' s disease international, 21 September 2006]

世界の国々と足並みを合わせるようにマレーシアでも、高齢者人口比は急速に増加している。

マレーシアの 60 歳以上の高齢者は 1998 年 6.2%であったが、2004 年には 6.5%へと上昇した。
マレーシア高齢者（60 歳以上）人口の予測は、2010 年に 8.3%、2020 年に 11.3%である。

[出所：Proportion of Dementia and its Associated Factors Among Elderly Patients
Attending Outpatient Clinics of Universiti Sains Malaysia Hospital, 2009]

②アジア太平洋地域 の認知症の現状

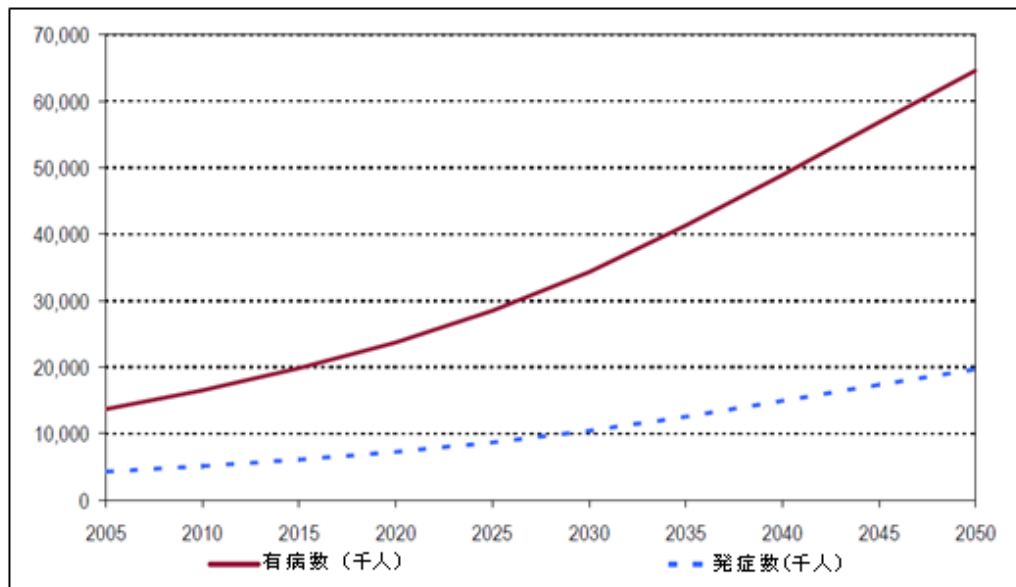
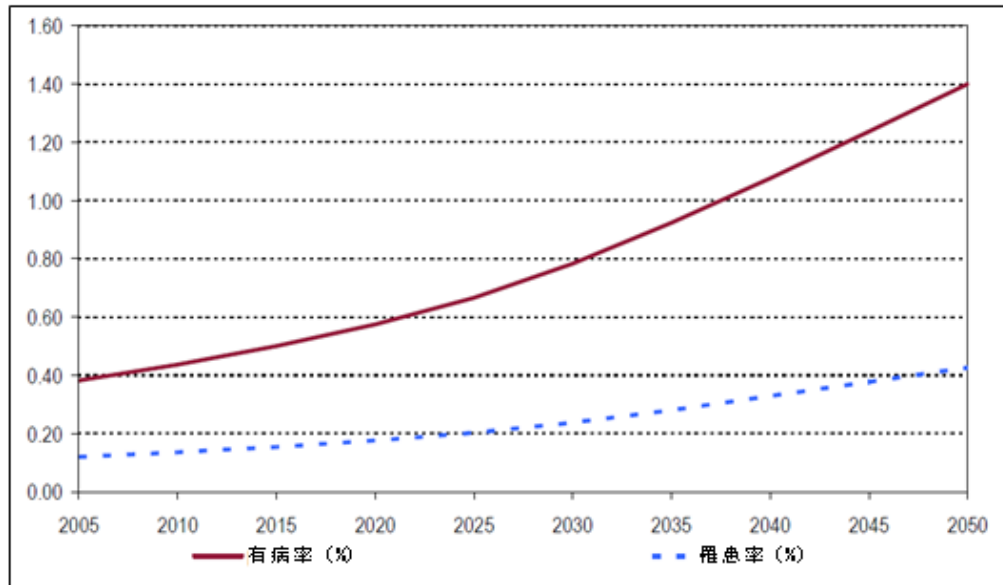
A. 認知症人口の推移（アジア太平洋地域）

- 認知症有病数（千人）とは特定年、当該国において認知症患者総数であり、それは有病率の（年齢層と性によって区分された）マトリックスに人口の（年齢層と性によって区分された）マトリックスを掛け合わせたものをベースにして見積もられたものである。
- 認知症発生数（千人）とは特定年、当該国において新たな認知症患者総数であり、それは罹患率の（年齢層と性によって区分された）マトリックスに人口の（年齢層と性によって区分された）マトリックスを掛け合わせたものをベースにして見積もられたものである
- 認知症有病率は特定年、当該国において見積もられた認知症有病数であり、当該国人口の割合として表示される。
- 認知症罹患率は特定年、当該国において見積もられた認知症発生数であり、当該国人口の割合として表示される。

図表・5 アジア太平洋地域 の認知症の推移

Total Asia Pacific Region

全アジア太平洋地域	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
人口 (千人)	3,583,521	3,775,813	3,961,862	4,130,296	4,271,585	4,384,326	4,473,322	4,544,051	4,593,400	4,618,051
有病数 (千人)	13,704	16,496	19,843	23,727	28,476	34,311	41,301	48,904	56,820	64,642
発症数 (千人)	4,282	5,123	6,106	7,262	8,663	10,427	12,549	14,920	17,341	19,687
有病率 (%)	0.38	0.44	0.50	0.57	0.67	0.78	0.92	1.08	1.24	1.40
罹患率 (%)	0.12	0.14	0.15	0.18	0.20	0.24	0.28	0.33	0.38	0.43
人口比 (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
有病比 (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
罹患比 (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00



[出所 : Dementia In The Asia pacific Region: The epidemic Is He, Asia Pacific members of Alzheimer' s disease international, 21 SEPTEMBER 2006]

図表・6人種(民族)ごとの認知症人口

Variable/category	Total n	Cases n	Preva- lence, %	95% CI
Age				
60-69	1,519	145	9.5	8.2-11.1
70-79	1,049	179	17.1	14.9-19.5
80+	350	92	26.3	21.9-31.1
Sex				
Male	1,456	128	8.8	7.4-10.4
Female	1,469	290	19.7	17.8-21.8
Education				
No formal education	1,309	316	24.1	21.9-26.5
Primary	1,291	88	6.8	5.6-8.3
Secondary/tertiary	281	7	2.5	1.2-5.1
Ethnicity				
Malay	1,725	256	14.8	13.2-16.6
Bumiputera	320	103	32.2	27.3-37.5
Chinese	700	44	6.3	4.7-8.3
Indian	139	8	5.8	2.9-10.9
Other	41	7	17.1	8.5-31.3
Place of residence				
Rural	1,290	240	18.6	16.6-20.8
Urban	1,635	178	10.9	9.4-12.5
Marital status				
Married	1,630	167	10.2	8.9-11.8
Unmarried	1,290	250	19.4	17.3-21.6
Employment				
Employed	1,639	73	4.5	3.6-5.6
Unemployed	951	298	31.3	28.5-34.3
Hypertension				
Yes	892	126	14.1	12.0-16.6
No	1,887	284	15.1	13.5-16.7
Stroke				
Yes	49	13	26.5	16.2-40.3
No	2,729	397	14.5	13.3-15.9
Self-rated health				
Very poor	108	36	33.3	25.2-42.7
Poor	948	182	19.2	16.8-21.8
Good	1,481	178	12.0	10.5-13.8
Very good	239	12	5.0	2.9-8.6

B. 人種(民族)ごとの認知症人口

本調査において平均年齢70.5歳 (SD = 7.22) で、1503人の女性と1477人の男性からなる合計2980人のコミュニティに居住するマレーシア人高齢者からサンプルは構成された。認知症の全体的な罹患率は、14.3% (表) であった。80歳以上は26.3%まで、罹患率は年齢層ごとに明らかに増加している傾向を示し、それは10年ごとに二倍となり、60-69歳の年齢層で9.5%、80歳以上の年齢層では26.3%となった。

認知症に関連する多変量モデルでの重要な独立変数には高齢 (認知症の確率は70-79歳では60-69歳の高齢者の1.5倍、そして80歳以上ではおよそ2倍) と性別 (女性は男性の1.5倍) が含まれる。

正規の教育を受けていないグループと比較すると、初等レベル教育を受けたグループは、認知症になる可能性が72%に低下し、また高等教育を受けたグループは認知症になる可能性が86%に低下することと関係していた。マレー系とその他地元民 (Bumiputeras) は、中国系と比較して認知症にかかる高い可能性を報告した。マレー系と他の人種集団は中国系に比べ、認知症にかかる可能性が2倍あり、そしてその他地元民 (Bumiputeras) は5倍あると報告された。その他の人種は、マレー系よりわずかに高い可能性が報告された。

出所 : Sociodemographic Risk Factors and Correlates of Dementia in Older Malaysians, Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 2010]

④ 知症専門施設数

認知症は高齢者の最も大変な病気の一つとされてきた。人口高齢化により認知症対策がますます重要になると予測されている。マレーシア高齢者のケアマネジメントはまだ開発中であるが、現在、マレーシア政府は認知症高齢者に対するケアを改善するために注力している。認知症患者と介護を行うケアスタッフの、双方の利益のために様々なサービスとインセンティブが導入されてきた。しかしエンドユーザーがこういったサービスを利用しないと、せっかくの利益も意味のないこととなる。

したがって重要なことは、一般市民とヘルスケア・プロバイダーの認知症に対する意識を高め、認知症に関する知識を増やす努力が必要ということである。これは適切なトレーニングを看護婦、医師、老人病医などのヘルスケア・プロバイダーに提供することによって達成可能である。

更に病気、症状の進行、利用できるサービスと他の資源について理解を促すため、患者とケアスタッフのコミュニケーションも重要となる。

政府と民間の部門も、ヘルシーエイジング (健康的な加齢) を促進するために責任を共有す

る必要がある。

[出所 : Dementia in Malaysia: issues and challenges,
ASEAN Journal of Psychiatry, Vol. 12 (1) Jan- June 2011: 95-101]

A. 認知症サービス事業者数、ベット数（施設系、訪問系）

- 民間介護付き老人ホーム：15施設、364 ベット
- マレーシア アルツハイマー病財団（ADFM）：2施設
- デイケア・センター：1箇所

[出所 : Ministry of Health Malaysia, Health facts 2013]

B. 高齢者福祉施設数

マレーシアにはナーシング・ホーム（Nursing Home）とケアセンター（Care Center）の2種類のケア施設が存在する。前者のナーシング・ホームは保健省が管轄しており、Nursing（看護）を行う場である。

後者のケアセンターは、特に医療資格保有者の人員基準を定めていない施設で、女性家族社会開発省が管轄している。高齢者ケアのみならず、障害者や4歳以上の小児へのケアを含んでいる。（3歳以下の小児へのケアは、別途「Child Care Center 法」で規定）。

また、ケアセンターは、居住型ケアセンター（Residential Care Center）と、デイケア・センター（Day Care Center）からなっている。居住型ケアセンターは、ケアセンター法において「4名以上の利用者がケアを受ける居住型施設」と定義されている。

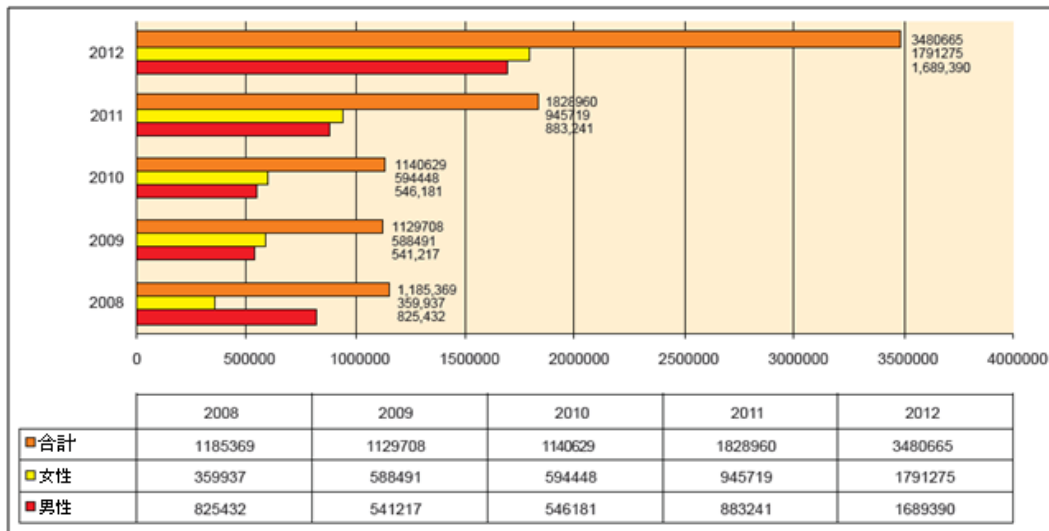
図表・7 「Nursing Home」と「Care Center」の比較

	Nursing Home	Care Center
管轄省庁	保健省	女性家族社会開発省
申請者	医師のみ	一般人可
根拠法	・ 民間医療施設とサービス法 1998 ・ 民間医療施設とサービス規則 2006	・ ケアセンター法 1993 年 ・ 老人ホーム（オールドパーソンズホーム）管理規則 1983 年
人員基準	常勤医療資格保有者 1 名 （利用者との対比なし）	利用者 18 名に対してスタッフ（資格要件なし）1 名
スタッフ勤務時間	医師の 9～17 時常勤勤務必須	規制なし
利用者への医療行為対応	施設内で実施	医療行為禁止。病院へ搬送

[出所 : ジェトロ マレーシアにおける医療・社会福祉サービスに関する調査報告書。1月2014年]

C. 高齢者の病院の利用数

図表・8 高齢者の病院の利用数



[出所 : Ministry of Health Malaysia, Annual report 2012]

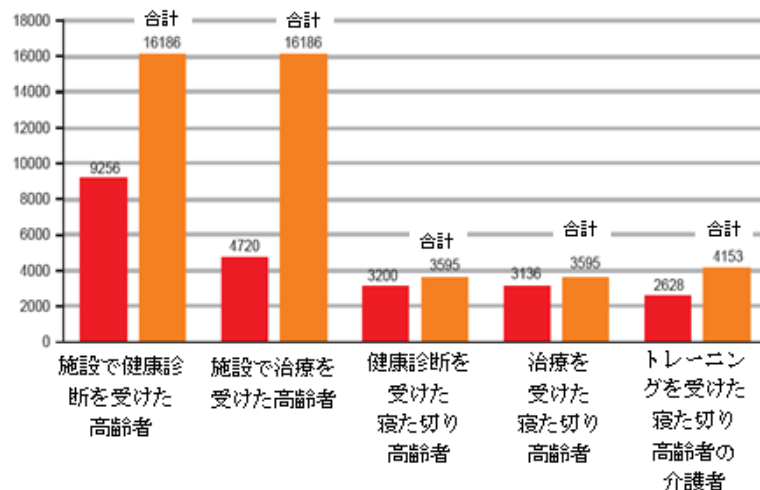
2012 年 12 月までに、約 2 万 4 千人の初期ヘルスケア・レベルの医療関係者は高齢者健康管理のためのトレーニングを受け、そして、関連機関、NGO、ボランティア団体、その他の代理人からの約 2 万千人の医療関係者と介護者は高齢者ケアのために訓練された。

国家ブルーオーシャン戦略 (NBOS) Malaysia Family Care は政府主導により高齢者、障害者と未婚の母親に提供する全体的でバランスのとれたサービスのことである。高齢者に対して提供されるサービスは、施設居住か自宅で寝たきりの高齢者に対して、スクリーニング検診と適切なアドバイス処置、また自宅で寝たきり高齢者のケアスタッフに対するトレーニング等である。

2012 年 12 月まで、このプログラムの業績は、以下の図と表にて示される。

図表・9 高齢者の利用数

プログラムの業績：高齢者の利用数



[出所 : Ministry of Health Malaysia, Annual report 2012]

図表・10 高齢者の業績

PERCENTAGE ACHIEVEMENTS FOR NBOS7-1MALAYSIA FAMILY CARE FOR THE ELDERLY

	施設で健康 診断を受けた 高齢者	施設で治療を 受けた高齢者	健康診断を 受けた 寝た切り高齢者	治療を受けた 寝た切り高齢者	トレーニングを 受けた寝た切り 高齢者の介護者
業績 (%)	57.2	29.2	89.0	87.2	63.3

Source: Family Health Development Division, MoH

[出所: Ministry of Health Malaysia, Annual report 2012]

④医療・社会福祉サービス産業市場の動向

A. 医療・社会福祉サービス産業における現状と課題

a. サービス内容

➤ 認識と偏見:

マレーシアで認知症に対処することで主要な問題とチャレンジは、認知症に対する認識と偏見である。病気に関する認識と偏見は、人々がその病気にどう反応するかを決める重要な要因である。認知症の一般認識に関して、マレーシアなどのアジア諸国の大部分の人々は治療の必要な特定の状態ではなく、通常の老化の一部として、認知症自体を認める。

研究に参加した介護者の 73%は、認知症の徴候を認識せず、これらを老化の通常の徴候と誤解した。この結果を受けて、介護者が医療専門職に対して医療的診断を求めるのに、およそ 6～16 ヶ月の時間を要した。

病気発見の遅れは、その後の生活の質の低さにつながり、過度のストレスと家族に対する緊張を誘発する可能性がある。

これに加えて、この社会の認識不足と偏見は認知症患者と関係者が医学および社会福祉サービスを求めること自体を阻害し、どのようなサービスを利用できるか知らないで、ケアにかかる時間関与とケアの費用の問題で自分たちには適切ではないと判断する者もいる。

偏見は認知症への反応を決定する上で重要な役割を演ずるもう一つの問題である。偏見と無知こそが、人々が社会的支援を求めるのを妨げた 2 つの大きな問題であることを、老化と認知症に対する人々の認識を調査したラ・フォンテーヌ (La Fontaine J, Understanding dementia amongst people in minority ethnic and cultural groups, 2007) の研究からの調査結果により明らかとなった。

これは更に家族に認知症患者がいると彼ら自身のコミュニティで他人から非難されることがあると介護者が認めたマッケンジーの研究によっても確認された。この結果を受けて、介護者にとって友人または他の家族との社会的な繋がり損失があるといえる。

➤ サービス:

今日、認知症と介護者と高齢者の支援に様々な地域保健とサポート・サービスが利用できる。マレーシアではこれらのサービスはマレーシアの社会福祉省の管轄下となる。社会福祉省が提供するサービスは、健康管理、ガイダンス、カウンセリング、レクリエーション、宗教教育と福祉サービスを含む。この文脈では福祉サービスは主に家族がなく一人暮らしの方、貧困者のための財政援助と制度的なケアを意味する。

高齢者エイドという計画の下で、60 歳以上で社会福祉省に登録されている方は毎月 RM200 (約 6.5 千円) の手当を与えられ、さらに整形器具や眼鏡の購入、または国内旅行する際などに割引サービスが付与される。

社会福祉省は身寄りのない高齢者の宿泊する 13 か所のホームと地域コミュニティに住む高齢者のための 15 か所のデイケア・センターを管理している。いくつかの NGO 団体も高齢者サービス提供に関与している。

2000 年 5 月時点で、3,218 数の NGO 団体が福祉に関係しており、その大部分の団体が高齢者に必要なサポート提供に関与していると報告された。

これに加えて、NGO が経営する 157 か所の保護施設とシェルターが建設され、異なる社会的状況の人々からサービスへの増えつつある需要に対応している。

更に、健康や社会的に問題のある人々を援助するために、又は社会的機能と生活の質で最も高いと思われるレベルを維持するために、コミュニティ・サポート・サービスが導入された。

マレーシアで最も一般的なタイプのコミュニティ・サポート・サービスは、ホスピス・マレーシアとデイケア・センターにより提供される在宅での緩和ケアである。緩和ケアチームは在宅患者を訪問する苦痛緩和専門医、看護、薬剤、臨床心理と作業療法病院とナーシング・ホームから構成される。一方デイケア・センターは家庭の介護者が仕事に行く間、一人残される高齢者のケアを提供する。

デイケア・センターで提供される活動には、レクリエーション、スポーツ、リハビリテーション、宗教教育と技術能力開発が含まれる。

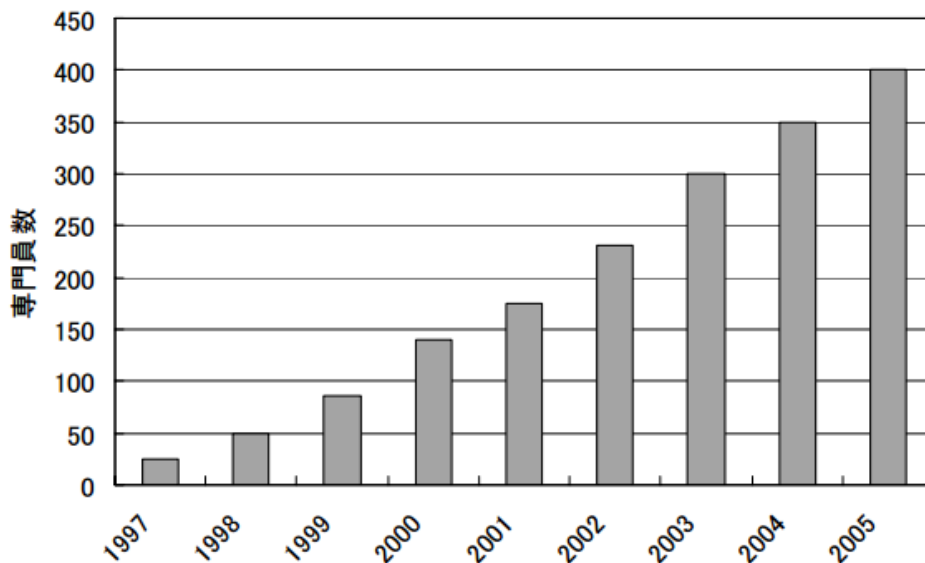
[出所 : Dementia In Malaysia: Issues And Challenges, ASEAN Journal of Psychiatry 2011]

b. 人材

2012 年 12 月までに、約 2 万 4 千人の初期ヘルスケア・レベルの医療関係者は高齢者健康管理のためのトレーニングを受け、そして、関連機関、NGO、ボランティア団体、その他の代理人からの約 2 万千人の医療関係者と介護者は高齢者ケアのために訓練された。

[出所 : Ministry of Health Malaysia, Annual report 2012]

図表・11 介護施設における専門員数



[出所：マレーシアにおける高齢者福祉、神波 2006]

B. 顧客ニーズ

マレーシアには要介護施設、ナーシング・ホーム、居住介護施設、デイケア・センターまたは在宅ケアがある。様々な文献によると、高齢者の殆どが自分自身の家に住むことを好み、また介護者の殆どは自宅でのケアの提供を好むという。高齢者のケアは子供たちの責任として見られ、在宅ケア自体を好む傾向のある文化的な伝統も背景にある。

マレーシアでは、認知症の家族親戚を居住介護施設又はナーシング・ホームに置くことは、責任放棄として、そしてまた宗教的な義務に対して反するとみなされる。

しかし、認知症の家族を介護することは、重荷と苦悩のもとである。居住介護施設又はナーシング・ホームへ移すのは通常、介護者が認知症患者の状態に対処することがもはやできない時のみである。

それでもそれは家族にとって容易な選択ではない、また否定的な感情をナーシング・ホームに持っている場合、決定はより難しいものとなる。

ナーシング・ホームの品質に関する一般の認識の研究において、回答者の 52%が「まあまあ」か「ひどい」との品質に関しての見方が報告された。

その上、入居後の変化に関する否定的な結果が数件の研究で報告されており、それによるとうつ病や孤独感・疎外感の増長、機能的能力の減少等がみられた。

また、健康に関する生活の質（HRQoL）が居住介護施設とナーシング・ホームにおいて調査されたことはあるが、現在までナーシング・ホームと在宅ケアにおいて認知症患者の HRQoL の比較を報告したものは存在しない。こういった理由から認知症患者をナーシング・ホームに入居させることが、彼らの HRQoL に影響を与えたかどうかは不明なままである。

[出所：Quality of life in dementia patients: nursing home versus home care, 2011]

C. 現地で開発している現地企業・事業者および外資企業・事業者情報

a. マレーシア アルツハイマー病財団（ADFM）の介護サービス

マレーシア アルツハイマー病財団 (ADFM) は、1997 年にNPO 法人として設立され、認知症患者に対するケアとして、2 つのデイケア・センターと1 つの介護施設を運営している。

ADFM 設立のきっかけは、ロータリークラブのボランティア活動である。ロータリークラブでは、毎年テーマを決めて寄付やボランティア活動を行うが、1995年から1997年のテーマが認知症で、それをきっかけに3 名のロータリークラブ会員によりADFM が作られた。

現在は、ロータリークラブとの関係はほとんどなくなっている。JAPAN クラブの婦人部からはボランティアがきており、利用者と一緒に、ゲームをしたり折紙を折ったりしている。

運営の資金は、寄付金、施設利用料、グリーティングカードの販売などでまかなっている。政府からの補助金が入っていない。マレーシア国内では、シンガポールとの国境の町であるジョホールバルにも「Johor Bahru' s Alzheimer' s Disease Foundation (JOBADA) が設立され、協力関係にある。

b. マレーシアにおける認知症

マレーシアにおける認知症と診断されている患者が約 2 万人、また医師の診断を受けていないが、認知症に罹っていると思われる患者を含めると約6 万人に達すると見られている。

また、アルツハイマーを含む認知症患者は、今後も増加の傾向にあり、2020年には約4万人、2050年には約14万人に達するものと推定されている。

〔出所：高齢化の進展とスマートエイジングに関する調査研究報告書-世代を超えて住みよいまち「スマートエイジングシティ」の構築:2012 年3月 株式会社国際社会経済研究所〕

認知症の専門医は、まだ数としては少ないが、マレーシア国内でも徐々に増えてきており、大学病院などに在籍している。

認知症の疑いのある患者は、ロコミ等でこのような専門医にたどりつくことが多い。

ADFM でも、認知症専門医のリストを作成しており、必要があれば紹介をする。現在、リストには約10名の認知症専門医が掲載されており、公立病院の医師もいれば、私立病院の医師もいる。

マレーシアでは、公立病院は非常に安い料金で診療を受けることができるが、予約が立て込んでおり診療を受けることができるまで3~6ヶ月程度かかっている。簡易な診断である「認知症アセスメント」は、認知症専門医だけでなく、一般の病院でも受けることはできる。

一般の人々の間では、まだ認知症の認知度は低い。地方では、高齢者が物忘れするのは加齢による自然なことであると気にしない。

しかし、認知症は早期発見してケアすることが、その後のHRQoL につながる。

一般に対する教育活動も重要である。

保健省の大臣がスピーチの中で、糖尿病や高血圧といった慢性疾患への対応の必要性を言及しており、マレーシアでも試みが始まったばかりである。認知症は重要な疾患であるが、まだ数が少ないため、世の中の関心は前述の慢性疾患ほどではない。

しかし、糖尿病、高血圧が血管性認知症やアルツハイマー病の危険因子であることが明らかになっており、関連性は高い。

c. デイケア・センター

2つあるデイケア・センターのうち、クアラルンプールにあるデイケア・センター (Seputeh

Alzheimer' s Care Center Kuala Lumpur) は、2002年に開所したが、現在、建物の賃貸契約の終了により休止の手続きを行っているところである。クアラルンプールから車で30分程度のプタリン地区にあるデイケア・センター (PetalingJaya Alzheimer' s Care Center, Selangor) は、2008年に開所し、現在もサービスを提供している。

デイケア・センターは、月曜日～金曜日の午前8時から午後5時までオープンしており、患者の送迎は原則として患者の家族が行うこととなっている。送迎サービスについては、運営コストが高くまだ提供できていない。タクシーの呼び出し等の対応はしている。

デイケア・センターの使用料金は、1日当たり40RM (約1.3千円) で、昼食ならびに2 回のティータイムにてお茶菓子などが提供される。なお、低所得層の患者には、料金を半額にしているケースもあるが、利用者のほとんどが中間所得層である。

ADFM のデイケア・センターの利用条件は、認知症の専門医により診断があり、その医師からの紹介状があることである。デイケア・センターの利用者は、医師にかかっている患者であるので、薬でコントロールされている。暴力行為や徘徊、奇声といった問題行動をおこす利用者はいない。

認知症以外の疾患を持つ利用者は受け入れていない。以前、母親は認知症で、父親が脳卒中で麻痺があり、2人ともデイケア・センターに通所させたいという依頼があったが、断った。キャパシティの問題があり、すべての疾患は受け入れることができないためである。入所にあたっては、個人に合わせたケアを行うため、ADFM でもアセスメントを行っている。アセスメントの内容は、時計の文字盤に数字と長針・短針を書かせる「時計描画テスト (CDT, clock drawing test)」など一般的なものである。スコアによって認知症の状況をレベル分けし、個人ケアプログラムを与える。プログラムは、歩行訓練、ボールを使ったゲーム、色の認識を行う訓練、カードや麻雀などのゲーム、記憶力を高める訓練、合唱の練習などがある。

デイケア・センターは治療機関ではないため、医師は常駐しておらず、看護師が患者のケアを行っている。

Petaling Jaya のセンターでは、4人の患者に対して1人の介護者がケアを行っている。同センターに通っている患者の数は現在23名 (最171大30名まで受け入れ可能) で、8名のスタッフが働いている。このスタッフはボランティアではなく、賃金が支払われている。認知症の利用者に応対するスタッフは、看護師資格などよりも、経験が重要である。スタッフ以外にも、医療系の学生がボランティアで参加したりする。利用者は、毎日来所する人もいれば、週2、3回という人もおり、通所回数はばらつきがある。平均して1日14～15名の利用者が来ている。通所回数の多い少ないは、送迎できる家族等がいるかということが大きなポイントとなっている。毎日来所したいと本人は思っているが、デイケア・センターまで送迎する人がいないなどで、週に数回という人もいる。但し、週に2回は必ず来所してもらうようにはしている。

このデイケア・センターの利用者の多くが中華系であり、マレー系の利用者はいない。マレー系の利用者がない理由に食事の問題がある。ムスリムであるマレー系は、ハラルフードしか口にできないが、センターで提供される食事はハラルフードでないためである。また、マレー系の場合は家族でケアすることが多く、このようなデイケア・センターには入所させることは少ない。

デイケア・センター：15 施設

- Day Care Centre Cheras Baru, Kuala Lumpur.
- Day Care Centre Kulim, Kedah.
- Day Care Centre Tanjung Malim, Perak.
- Day Care Centre Jenjarom, Selangor.
- Day Care Centre Seremban, Negeri Sembilan.
- Day Care Centre Melaka.
- Day Care Centre Muar, Johor.
- Day Care Centre Kluang, Johor.
- Day Care Centre Pekan, Pahang.
- Day Care Centre Raub, Pahang.
- Day Care Centre Bentong, Pahang.
- Day Care Centre Marang, Terengganu.
- Day Care Centre Besut, Terengganu.
- Day Care Centre Sandakan, Sabah.
- Day Care Centre Miri, Sarawak.

d. 介護施設ホームケア・センター

介護施設となる Dementia Homecare Center, Telok Panglima Selangor は、クアラルンプールから車で1 時間程度の郊外にあり、緑が豊かな閑静な場所に2011年4月に開設されている。認知症患者を受け入れる介護施設は、マレーシア国内ではここだけである。

もともとのオーナーが一般的な高齢者の介護施設を運営していたが、経営がうまくいかず、ADFMで運営してもらえないかという依頼があったため、古くなっていた施設のトイレなどをリフォームし、オーナーから月額1 リンギットの賃料で建物を借りている。建物の賃料は安い、敷地内の植栽の管理費として別途月額2500リンギットが支払っている、10年間の賃貸契約となっている。ホームケア・センターには、現在10名（男性2名、女性8名）の認知症患者の利用者が生活している。認知症の症状が重く、介護できる子どもがいない利用者がほとんどである。

ホームケア・センターは最大25名収容できるが、クアラルンプールから1 時間という郊外にあるため、入居者集めに苦戦している。スタッフは、2名の利用者に対して1名の看護師が配置されており、現在10名が8時－20時と20時－8時の2シフト24 時間体制で介護をおこなっている。

スタッフの内訳は、看護師（Senior Nurse）1名、准看護師（Junior Nurse）6名、作業療法士（Occupational Therapist : OT）1名、清掃担当1名、料理担当1 名となっている利用者は中国系であるが、スタッフはマレー系がほとんどである。高172歳の中国系の住民は英語もマレー語も話すことができない。

コミュニケーションは、ボディランゲージでなんとか交流しているという。施設の2階がスタッフの部屋となっており、宿泊できる。運営コストを下げるため、スタッフは看護学校を卒業したばかりの若い人材を採用しているが、介護の仕事は負担が重く、賃金は安い、人材確保が非常に大変である。ホームケア・センターのスタッフも、クアラルンプール市内で病院での職が見つかり、すぐに辞めていってしまっており、人材不足が大きな課題である。

家族とは、入居の際に契約書を結ぶ。契約書には、家族の訪問回数についての義務が記載されており、1ヶ月に1 度は必ず訪問しなければならないとしている。ホームケア・センターで

は、利用者の精神的なケアにはファミリーサポートも重要であると考えており、「お金を払っているのだから面倒をみろ」といった考えを持つ家族ではよいケアはできないと考えている。訪問義務を果たさなかった場合は、退所してもらうことになる。マレーシア国内の介護施設で、家族の訪問義務を契約書に記載しているところは、ここのほかにおそらくはないとのことである。

利用料は、食事込みで部屋タイプによって異なる。

エアコンなしのドミトリタイプ（最大6名）が月額1,800 RM（約5.8万円）、エアコン付き3人部屋が月額2300 RM（約7.4万円）、エアコン付き2人部屋が月額2600 RM（約8.4万円）となる。

バスルームは、各部屋についており、夕食後、看護師が交代で入浴させる。女性の入浴には女性スタッフが、男性の入浴には男性スタッフがあたる。利用者は、認知症はあるが、運動機能には問題がないため、通常のバスルームが利用できており、スタッフの腰痛問題などはまだ発生していない。

昼は、デイケア・センターでも実施している認知症のためのゲームや訓練（フラッシュカードによる記憶訓練、ビンゴ、パズル、マージャンなど）を行っている。入居者のスケジュールは、起床6時から就寝20時まできちんときまっており、朝食後は敷地内を散歩したり、体操をしたりもする。食事は、高血圧や糖尿病などの疾患を合併している利用者には、それに合わせた食事が提供される。嚥下の問題がある利用者には、フードプロセッサーでミキシングした食事がだされる。個人の食事メニューは、看護師がチェックしている。夜は、30分ごとに、スタッフが交代で巡回し、徘徊していないか、オムツをはずしていないかなどをチェックする。施設の外周部には監視カメラを配置し、道路に面したゲートは鍵がかかっている。敷地内には監視カメラはない。

ホームケア・センターには、利用者の家族が寄贈したコンピュータがある。インターネット接続されていて、スカイプが利用できるよう、家族が設定して帰った。利用者の子どもたちは、イギリスとオーストラリアに住んでいるため、スカイプにて面会している。173ホームケア・センターに医師は常駐していないが、定期的に大学病院の医師が訪問するシステムを取っている。デイケア・センターに通所していたが、認知症の症状が重くなってきたため、ホームケア・センターに移ってきた利用者もあり、デイケア・センターとホームケア・センターがうまく連携されている。

【出所：高齢化の進展とスマートエイジングに関する調査研究報告書-世代を超えて住みよいまち「スマートエイジングシティ」の構築:2012 年3月 株式会社国際社会経済研究所】

e. 家族で認知症介護

マレーシアでのチョウ氏らの研究(2003)によると、マレーシアで認知症患者の70人の介護者の社会的なサポートと家族にとっての重荷を調査した。彼らは、患者と介護者実態の人口統計学を含んだZarit介護負担感尺度を用いた。マレー系やインド系と比較した場合、中国系の介護者がより高い数値の重荷を持ったことを成績は示し、その重荷は双方の人種集団と文化に深い関係があることが判明した。大方の予想通り、大部分の介護者は認知症患者の娘である。

36%の介護者はメイドまたは民間の看護婦から援助を受けているにもかかわらず、それらは介護者の重荷を軽減することはなかった。

面白いことに、家族の別メンバーによる一時的なサポートは、それがケアする責任を共有し、一時的に主な介護者を安心させることに繋がり、それにより、介護者が感じる重荷を低減させ

ることが分かった。

本研究は、マレーシアの中心部で、56人の非公式の在宅介護者からの回答を得たものである。

介護者は男性が18人であったのに対し、38人は女性であり、予想通り男性より女性介護者が多かった。全体として、中国系の介護者は、マレー系、インド系、その他の人種と比較してより多く本研究に参加しており、パーセンテージでみると中国系が53.5%、マレー系が32.1%、インド系が12.5%と、その他が1.8%であった。大部分の介護者は全てのサンプルの34.1%を占める31～40才の間の年齢であり、それに続き41-50才の年齢の28.7%の介護者が続いた。

本研究結果によると大部分の介護者が職を有しており、仕事と家族の間を行ったり来たりという状態であった。大部分の介護者は高齢者患者の娘であり年齢で30～50歳の就労世代であった。

これ故、介護者のこのグループは、高齢者ケアにおいて外国人メイドと他の兄弟の支援に大きく頼る傾向があった。更にホームヘルプとホーム・ナーシングケアが他と比較してより大きな反応を受けたという、コミュニティ・サポートの選び方（好み）も結果がでた。他方、結婚していない子供たちは、高齢者両親に非公式な介護を提供している。全体として、本研究に参加する非公式の在宅治療を受けているのは38人の女性と18人の男性の高齢者である。

非公式介護を受ける30.36%の高齢者は71-75才の年齢層である。大部分の高齢者は、慢性疾患（例えば高血圧、糖尿病、脳卒中と他の病気）の複合症状に悩まされている。娘の介護者は合計39.3%で最も多数のグループであり、高齢者（表3参照）の息子がそれに続く。同時に、介護者として義理の娘の伝統的な役割が、次第に小さくなっていると分かってきた。これらの非公式の介護者も、彼らの兄弟（39.3%）とメイド（26.8%）から援助と支援を受けている。

56人の介護者の内、介護者の33.9%だけは、高齢者が年をとるにつれ自分の欲求について話したと答えた。高齢者たちは自分達だけで自分の家に住むか、自分の子供たちと一緒に暮らしたいという願望について話した。

また、残りの66.1%は高齢者が望むことを話していないグループであるが、自分自身の家と子供たちの家は高齢者の好みであると見受けられる。現在の生活状況としては、大部分の高齢者が介護者と住んでいることを示した。大部分の男性高齢者は、自分の配偶者と一緒に暮らしており、女性高齢者は反対に介護者と暮らす割合が大きい。これらは女性高齢者が男性高齢者に比べ、より長い平均寿命であることや、女性の役割そのものが女性介護者をつくることを示している。

以下の表は、介護者の月収と高齢者に対する毎月の費用を示す。通常、在宅介護者の多くが高齢者介護にかかる費用はRM1,000未満（約3.2万円）。

図表・12介護世帯の月収と固定者に対する費用

パネルA：介護世帯の月収 (MYR)	人数	率
3,000 以下	23	41.1
3001 - 6000	14	25.0
6001 - 10000	11	19.6
10001 - 15000	5	8.9
15001 - 20000	2	3.6
20,000 以上	1	1.8
パネルB：高齢者用の月の費用 (MYR)	人数	率
1,000 以下	31	55.4
1001 - 2000	19	33.9
2001 - 5000	6	10.7
合計	56	100.0

高齢者介護を容易にするコミュニティ・サポート・サービスの好みを示すよう回答者は質問された。介護者によって所望されるコミュニティ・サポートの選択がホームヘルプ・ケア（全グループの57.1%）とホーム・ナースング・サービス（全グループの46.4%）であることを、調査結果は示した。介護者がまだ労働人口で活発である31～50歳の間に位置し、サンドイッチ世代と分類されることから、これは理解できる内容である。

[出所：The formal and informal long-term caregiving for the Elderly 2013]

f. 介護付き老人ホーム

NGOは政府が国で高齢者の社会的必要を満たすのを援助することで、相補的役割を果たす。地域の登録データに基づいて、2000年5月時点で登録されているのは30,907のNGOである。その内3,218数は福祉関連であった。大多数のNGOは、困っている高齢者に、施設介護と保護を提供する。

図表・13施設の種類の施設数

施設の種類の施設数	施設数	ベッド数	入居者数	2003年のステータス
非営利団体老人ホーム	80	1,788	823	年間の補助金：180万MYR
補助金をうけるボランティア介護付き老人ホーム	12	-	751	年間の補助金：97,6万MYR
民間介護付き老人ホーム	45	na.	na.	Registered Under Care Centre Act 1993
ボランティア介護付き老人	20	na.	na.	Registered Under Care Centre Act 1993

[出所：Social welfare policies and services for the elderly: a country report (Malaysia), 2007]

g. 介護福祉機器・用品

➤ 外国の主な製造者

Invacare（アメリカ）、Sammons Preston（アメリカ）、NRS（イギリス）、Winslow（イギリス）、Vulker（ドイツ）、Bremed Ltd（イタリア）、Unicharm（日本）等

➤ 主な製造・販売者

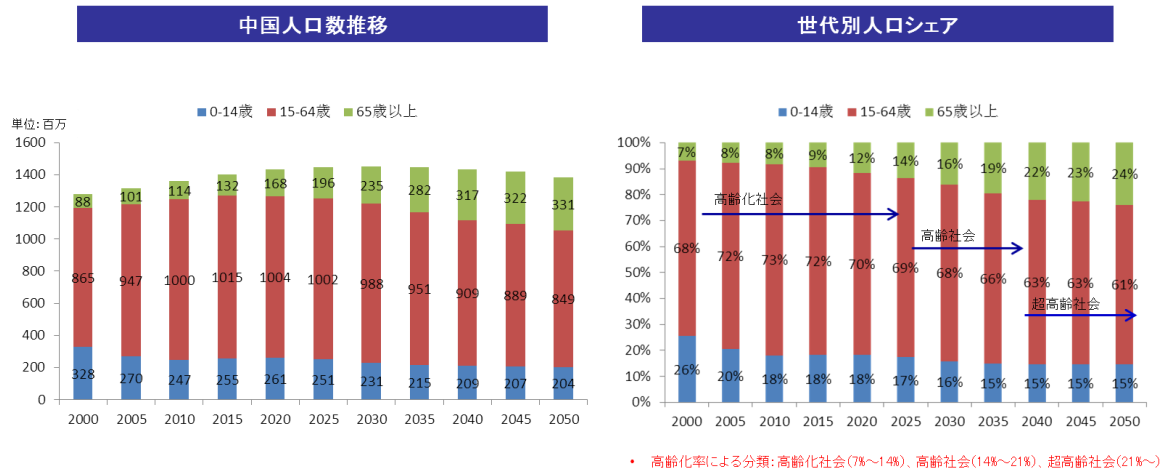
Lifeline Innovators Sdn. Bhd. ： 在宅介護用具（車椅子、ベッド等） www.lifeline.com.my

1-3. 中国市場規模調査

1) 中国人口

①中国人口の推移と世代別人口推移

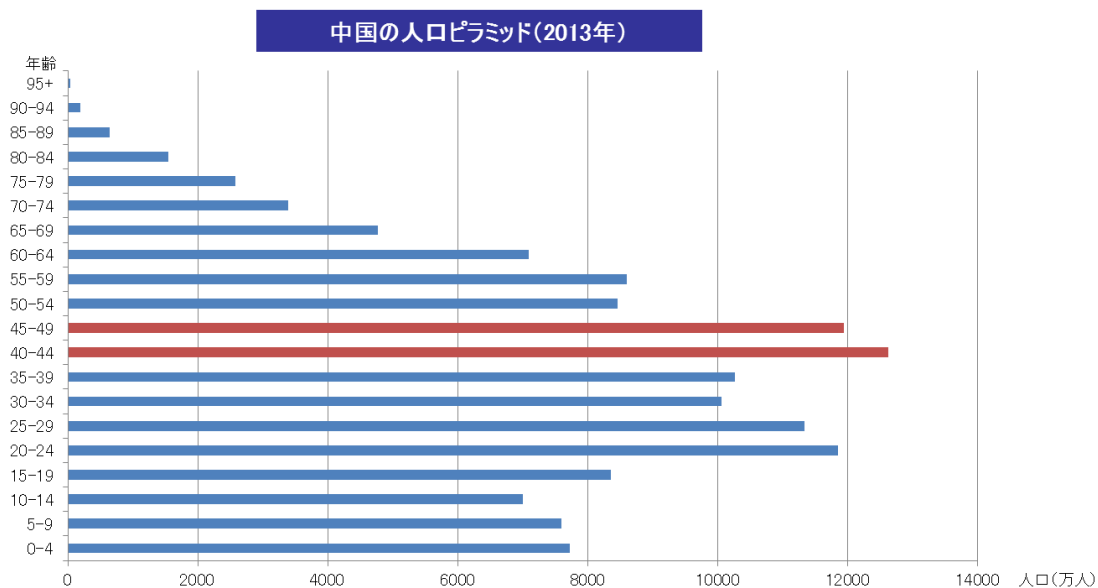
- 中国全体人口は2030年に向け成長ピークに達した後、減少に転じるものの、高齢者人口は継続的に増える予想
- 2040年には65歳以上の人口は3億人を超え、全体人口の約20%を超過することが推測される
- 中国は既に2001年頃に高齢化社会に入っており、予測では2025年前後に高齢社会、2040年頃には超高齢社会に達する見込み



出所: UN, World Population Prospects: The 2012 Revision より MHCN 中国アドバイザー一部作成

②中国人口のピラミッド

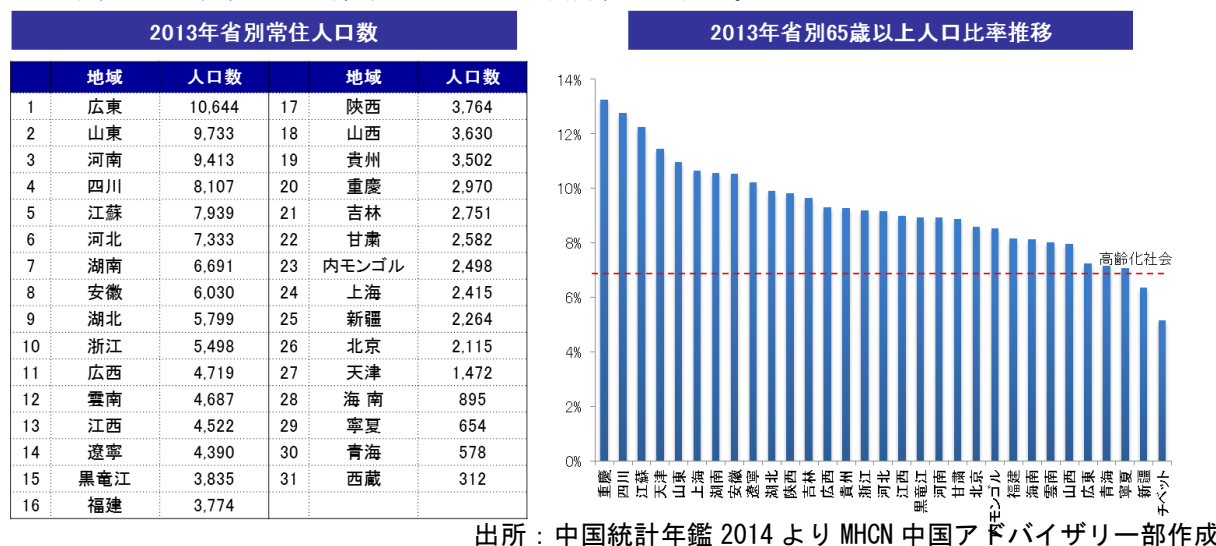
- 中国では一人っ子政策により1979年以降生まれである30代および団塊ジュニア世代である20歳以下の人口が急激に減少
- 一方、一人っ子政策が導入される前のベビーブーム世代の40-50歳の人口は2億人を超えており、この層が高齢に達し始める2033年に中国は「高齢社会」のピークに達することが予想されている



出所: 中国統計年鑑 2014 より MHCN 中国アドバイザー一部作成

③エリア別人口推移

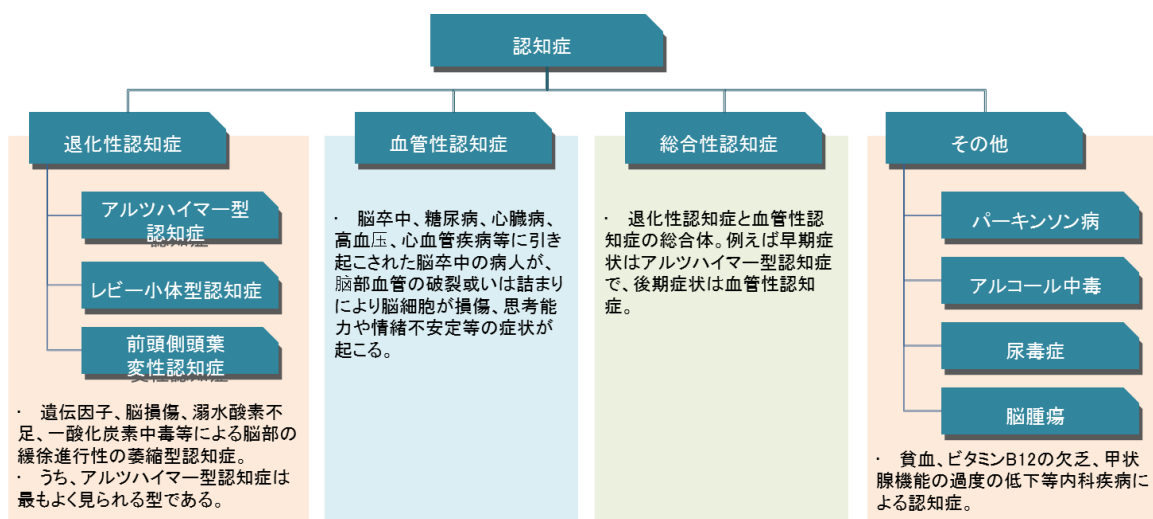
- 省別にみると一位である広東省の常住人口は1億を超えており、上位5省は四川省を除き、沿海エリアに集中
- 天津、上海などの直轄市 および 江蘇省、山東省などの経済発展地域の高齢者人口の割合が高い
- 一方、寧夏、新疆、チベットなど経済基盤が脆弱な地域は相対的に高齢者人口の割合が低い。広東省は若い労働人口が集中しているため高齢化率は低い。



2) 中国認知症患者の規模推測

A. 中国における認知症の定義

中国では、認知症を 1) 退化性認知症、2) 血管性認知症、3) 総合性認知症、4) その他、に分け定義している。最もよく見られるアルツハイマー型認知症は 1) 退化性認知症に分類される。



出所：中国老年保健協会老人痴呆及び関連疾病専門委員会へのヒヤリングより MHCN 中国アドバイザー一部作成

B. 中国認知症患者の総数（推測）

- 中国衛生局の発表によると、2012年に60歳以上の老人性認知症の発生率は4.16%、全国の認知症

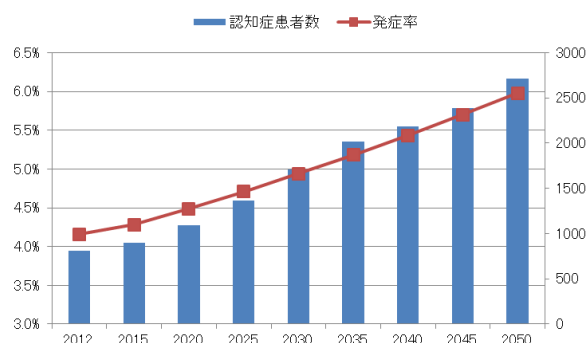
高齢者の数は約 807 万との推測

- 国連人口データをベースとした場合、2050 年の 60 歳以上の認知症患者数は 2,717 万人に達すると想定される

➤

		2012年	2020年(E)
人口数 (万人)	総人口数	135,404	143,287
	うち:60歳以上	19,390	24,243
	59歳以下	116,014	119,044
発症率 (%)	60歳以上	4.16%	4.49%
	59歳以下	0.15%	0.16%
認知症患者 数 (万人)	60歳以上	807	1,088
	59歳以下	174	190
	合計	981	1,278

60歳以上認知症患者数推移



(出所) 専門家のヒアリング及び公開情報によりMHCN中国アドバイザー部作成

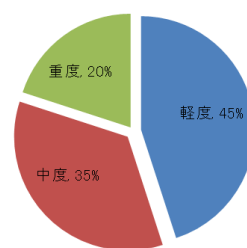
出所：専門家のヒアリング及び公開情報より MHCN 中国アドバイザー部作成

C. 認知症患者の原因別比率（推測）

- 中国の認知症発症の主要原因はアルツハイマー型と言われており、全体の 60%を占め、約 589 万人に達する
- また、中国では受診率が低いいため認知症の早期発見が困難で、現状把握されている患者数では約 5 割以上が中・重度認知症と推測される

	種類	2012年
患者数 (万人)	認知症	981
	うち:アルツハイマー型認知症	589
	血管性認知症	98
	混合型認知症	147
	その他	147
患者数比率 (%)	アルツハイマー型認知症	60%
	血管性認知症	10%
	混合型認知症	15%
	その他	15%

アルツハイマー型認知症患者数構成



- 軽度患者の症状は近い記憶障害、計算能力、判断能力の低下、人格の変化等。
- 中度患者は自立生活ができず、症状は日増しに重症化していく記憶障害、物忘れ、妄想が頻繁になり、自分の誕生日を忘れる等昔の記憶も損なわれ、言語機能も損なわれていく。
- 重度とは記憶力、思考力、その他認知機能が著しく損なわれ、患者の活動が日増しに低下し、徐々に行動力、言語能力までも失われていき、寝たきり、失禁状態にある。

(出所) 専門家のヒアリングによりMHCN中国アドバイザー部作成

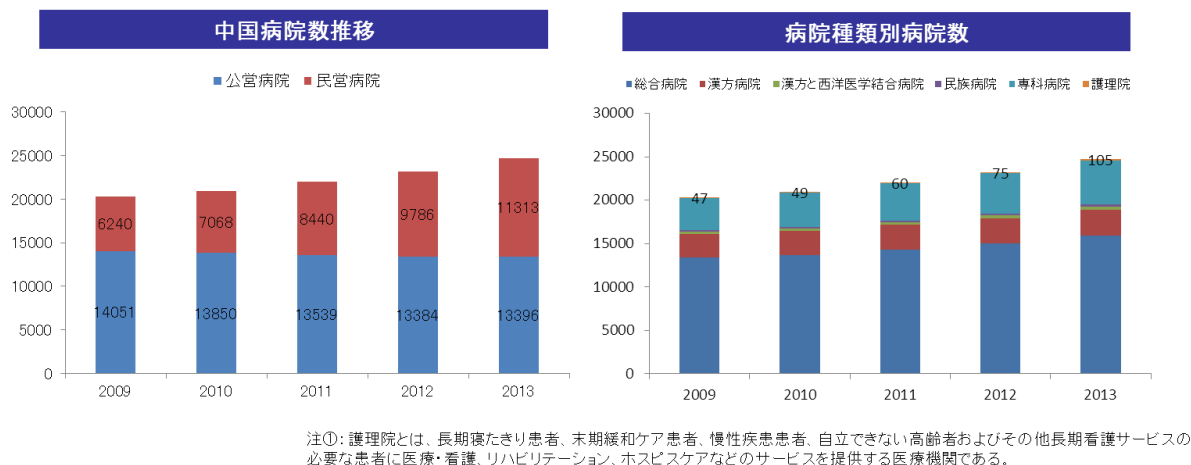
出所：専門家のヒアリングより MHCN 中国アドバイザー部作成

3) 中国における病院のベッド総数

①中国病院数推移

- 2009 年からの医療改革の推進により、外資を含む民間資本による医療市場への参入が推奨され、「民営病院」が増加中

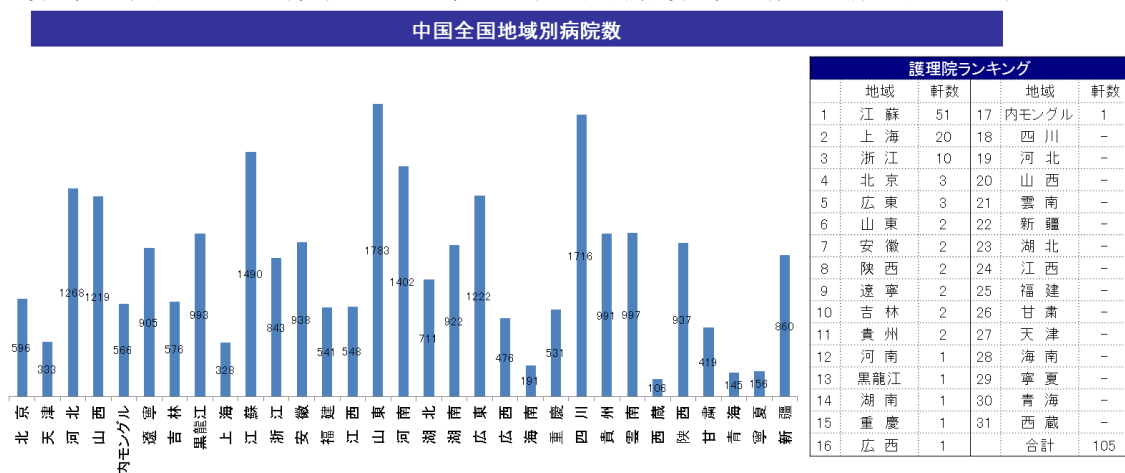
- 2013 年、中国の病院数は 24,709 施設、前年と比べて 1,539 施設の増加
- また、病院を種類別にみると、介護施設である護理院が前年と比べて 40%増加したものの、施設数は僅か 105 施設のみで、全体の病院数の 1%にも満たない状況。
- うち、民営の護理院は 63 施設、全体の 6 割を占める。全体の稼働率は 78.1%の状況



出所：中国衛生及び計画生育委員会の統計データより MHCN 中国アドバイザー部作成

②エリア別病院数推移

- 山東省、四川省、江蘇省は病院の数が多い地域である
- 護理院が長江デルタに集中しており、そのうち江蘇省護理院の数は全体の約 50%を占める

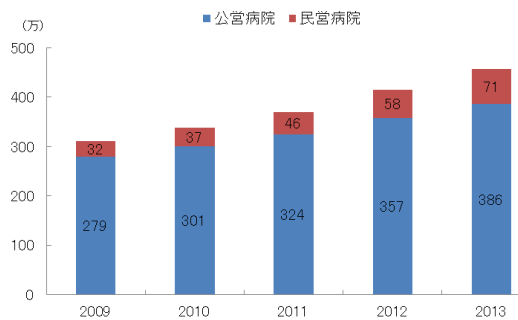


出所：中国衛生及び計画生育委員会の統計データより MHCN 中国アドバイザー部作成

③中国病院ベッド数推移

- 2013 年、中国の病院ベッド数は 457 万床で、公営病院のベッド数が圧倒的に多い
- また、各省の病院ベッド数をみると、全体的に増加しているものの人口 1,000 人当たりの平均ベッド数は 3.4 床と未だ低い基準にある

公営病院と民営病院ベッド数の推移



省別病院ベッド数推移

省	2011年	2012年	2013年	省	2011年	2012年	2013年
山東	280,385	322,007	342,104	広西	95,752	107,350	118,475
河南	239,793	274,540	306,546	福建	89,947	102,011	114,849
広東	246,050	272,873	294,219	江西	87,184	103,184	114,782
四川	211,524	257,333	289,242	新疆	97,436	103,074	107,897
江蘇	221,674	255,853	286,183	吉林	94,636	100,183	106,342
河北	187,504	203,324	220,423	重慶	74,827	86,140	99,056
湖南	168,428	188,127	215,039	北京	87,596	92,610	96,558
湖北	152,062	173,784	200,220	上海	87,548	90,151	94,722
遼寧	171,032	185,573	197,453	内モンゴル	72,871	82,244	91,604
浙江	162,905	180,722	197,096	甘肅	66,661	76,444	84,511
安徽	140,997	157,827	171,508	天津	40,787	44,798	49,071
雲南	126,318	143,528	156,074	寧夏	22,037	23,937	27,076
黒龍江	129,449	141,239	151,349	海南	21,367	22,943	24,555
陝西	114,339	126,889	142,093	青海	18,586	20,654	23,580
山西	110,741	119,856	128,294	チベット	6,314	5,385	7,262
貴州	78,368	96,903	120,418				

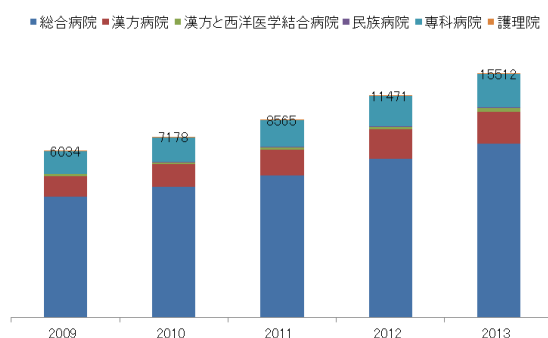
(出所) 中国衛生及び計画生育委員会の統計データによりMHCN中国アドバイザー部作成

出所：中国衛生及び計画生育委員会の統計データより MHCN 中国アドバイザー部作成

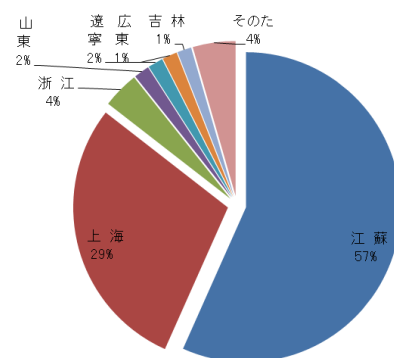
④ 護理院ベッド数推移

- 護理院のベッド数は年々増加しており、2013年には1.5万床に達したが、高齢者人口からみると全体数が足りない状況
- また、エリア別にみると、施設が江蘇省・上海市に集中しており、合計は約1.3万床に達し、全体の86%を占める

病院類型別ベッド数の推移



2013年省別護理院ベッド数の構成



(出所) 中国衛生及び計画生育委員会の統計データによりMHCN中国アドバイザー部作成

出所：中国衛生及び計画生育委員会の統計データより MHCN 中国アドバイザー部作成

4) 中国養老施設の現状

① 中国養老施設構成

中国民政部のデータによると、各種養老施設の数 は 42,475 箇所であり、資本別にみると、民営機構と公立機構に分けられその割合はそれぞれ 45%と 55%である。

そのうち、外資養老機構はわずか 100 社前後である。

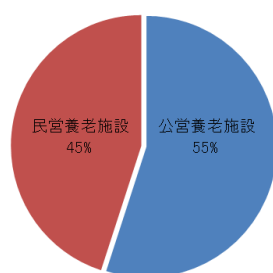
また、運営方式でみると、非営利性と営利性に分けられる。

非営利性の養老機構が全体の 90%を占めるなか、営利性養老機構は主にハイエンド市場に集中している

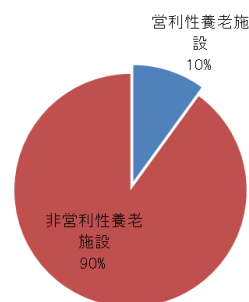
近年、中国政府は、養老サービス産業の健全的な発展を促進しており、2014年11月には「外国投資者が中国にて営利性養老機構を設立し養老サービスに従事することを奨励する公告」を公布し、外国

企業が営利性養老機構を設立し、高齢者産業に参入することを奨励する方針。

資本別養老施設の構成



運営方式別養老施設の構成



(出所) 中国中国老齡委よりMHCN中国アドバイザー部作成

出所：中国中国老齡委より MHCN 中国アドバイザー部作成

②中国養老施設の現状

A. 政府による補助金、税制優遇等

非営利性養老施設は、政府による補助金や企業所得税の優遇を受けられるケースが多く、例として北京では建設時に1ベット当たり最高25,000元、加えて開設後ひと月に1ベット当たり100～500元の補助金を受けられるケースもある。更に、非営利性、営利性に拘わらず営業税の減免に加え関連行政事業料金が免除されるケースもある。

分類	非営利性	営利性
目的	営利を目的としない	営利を主な目的とする
企業所得税の優遇	あり	なし
政府補助金	あり ※（北京）【建設】最高25,000元/ベット、【運営】100-500元/ベット/月	なし
利益の配当	不可（分支機構の設立不可）	可
施設利用料	政府指導価格	自由に価格設定
土地※	割り当ての土地が多い	払い下げの商業用/住宅用土地がメイン
登記	民政局登記、形態は“民弁非営利企業”	工商局登記
税收	営業税の減免、関連行政事業料金の免除あり	
エネルギー費用	水道、電気、ガス、暖房は民間用価格が適用される	
保険	養老総合責任保険及び雇主責任保険、政府が80%を負担	

※ これまでは「養老施設の専用土地」という概念がないため、商業用若しくは住宅用の土地が使用されてきたものの、中国高齢者問題の深刻化につれ、養老施設が更に不足することが注目され、現在、政府は「養老施設の専用土地」を設けることを検討中。

※ 「養老施設の専用土地」：不動産所有権：50年、分割不可、販売不可、土地用途の変更不可。

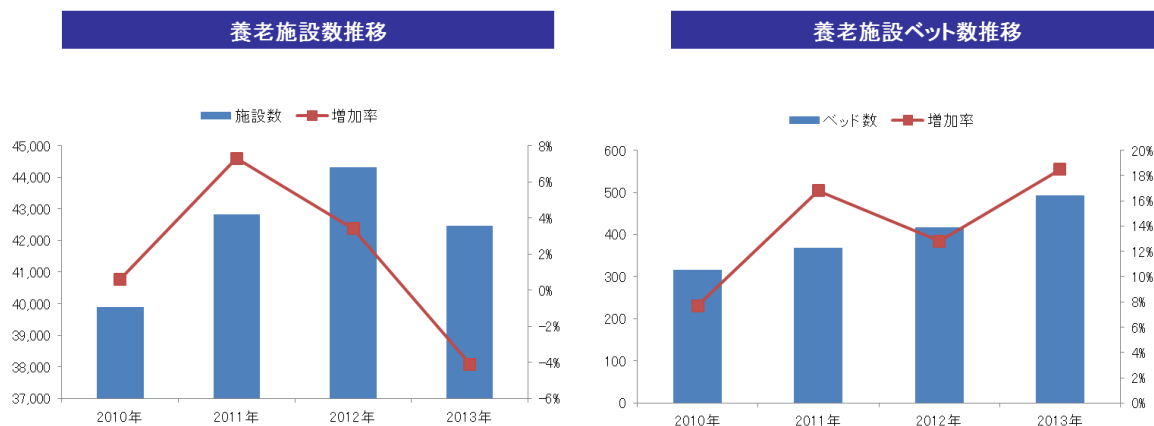
(出所) HP等公開情報よりMHCN中国アドバイザー部作成

出所：HP 等公開情報より MHCN 中国アドバイザー部作成

B. 養老施設規模推移

- 2013年には中国養老産業の統廃合が進み、一部農村部の養老施設の閉鎖により前年に比べ施設数が減少したものの、ベッド数からみると、前年比18.5%増の493.7万床となり、依然として増加傾向

- 現在の中国では、在宅養老・介護が主流であり、養老施設の利用は未だ主流ではない。今後は、急速的な人口高齢化および一人っ子政策による若年人口の減少により、施設での養老・介護が拡大していくものと見込まれる



(出所) 民政統計年鑑2014によりMHCN中国アドバイザー部作成

出所：民政統計年鑑 2014 より MHCN 中国アドバイザー部作成

C. 省別養老施設規模

- 65歳以上高齢者人口をベースとした場合、全国平均高齢者1,000人当たりのベッド数は約32.6床である
- 北京、上海、浙江省、江蘇省など経済発展地域は全国平均値を超えている

省市	ベッド数(床)	高齢者人口(千人)	人口1000人当たりの老人施設ベッド数(床/千人)
北京	117,241	1,822	64.3
浙江	278,418	5,078	54.8
チベット	7,935	162	49.0
安徽	278,191	6,376	43.6
上海	111,780	2,580	43.3
江蘇	399,449	9,769	40.9
江西	164,988	4,088	40.4
湖北	230,007	5,768	39.9
遼寧	175,482	4,502	39.0
山東	392,457	10,732	36.6
内モンゴル	76,193	2,144	35.5
河南	298,631	8,437	35.4
四川	351,798	10,384	33.9
合計	4,296,261	131,724	平均値 32.6
青海	13,243	415	31.9
重慶	124,270	3,950	31.5

省市	ベッド数(床)	高齢者人口(千人)	人口1000人当たりの老人施設ベッド数(床/千人)
河北	208,782	6,748	30.9
黒龍江	105,738	3,443	30.7
新疆	44,331	1,448	30.6
天津	49,516	1,693	29.2
吉林	74,575	2,668	28.0
陝西	93,164	3,714	25.1
福建	77,282	3,116	24.8
山西	67,419	2,905	23.2
湖南	164,064	7,101	23.1
海南	14,715	732	20.1
広東	154,317	7,742	19.9
寧夏	8,907	465	19.2
貴州	62,044	3,263	19.0
雲南	61,130	3,770	16.2
甘肅	36,646	2,305	15.9
広西	53,548	4,404	12.2

注：65歳老人人口は2013年全国人口変動サンプル調査データからの推算

(出所) 民政統計年鑑2014、中国統計年鑑2014によりMHCN中国アドバイザー部作成

出所：民政統計年鑑 2014、中国統計年鑑 2014 より MHCN 中国アドバイザー部作成

5) 中国高齢者認知症介護市場のマクロ環境

中国では、高齢者人口、認知症発症率の増加が見込まれるなか、養老施設や福祉施設は絶対的に不足しており、且つ、認知症に対する認識度合も低い状況にある。かかる状況下、政府主導による専門施設の拡充、認知症知識の普及が急務の状況にあり、外国企業による養老サービス事業参入も奨励されている。中国高齢者認知症介護市場のマクロ環境については、以下のとおりである。

シルバー市場拡大	施設供給不足	認知症知識普及の必要性
・ 2013年、60歳以上の人口は2億人を突破し、今後も急速に高齢化が進み、中国における高齢者の割合は更に拡大する見込み ・ また、生活習慣病や「空巢家庭」の比率増加などの社会問題による認知症発症率も増加する傾向	・ 高齢化問題の解決に向け中国政府主導により、養老施設や福祉施設の施設数は増加するものの、60歳以上高齢者、65歳以上高齢者の1,000人当たりの平均ベッド数は、それぞれ24.4床、32.6床に留まり、国際平均基準である50床には未だ達していない状況	・ アンケート調査の結果では、大半の調査対象者の高齢者認知症に関する早期発見・治療の重要性及び認知症介護サービスを提供できる機構に対する認識度が低い状況 ・ 今後認知症に係る知識の普及を強化することにより、認知症に対する認識度を高めることが期待される

高齢者介護は中国政府が解決すべき主要課題であり、今後政府政策の後押しにより認知症介護サービスの需要が更に拡大するものと想定される

「空巢家庭」とは、子供が仕事や独立等でいなくなり、老人だけ残される家庭を指す。

出所：MHCN 中国アドバイザー一部まとめ

6) 中国高齢者認知症介護市場の現状

中国では、認知症の初期段階の症状では自然老化と誤認をされるケースが多く、早期発見・治療が出来ていない現状がみられる。また、認知症に係る専門的な情報を収集することが難しい状況もうかがえた。

認知症の特徴	専門性の不足
・ 認知症の初期段階では自然老化の状況と誤認されているケースが多く、早期発見・治療が出来ていないという現状がある ・ 他の病気で受診し、認知症が発見されるケースが多い ・ 受診率が低い	・ 家族訪問の結果では、調査対象者の高齢者介護に係る関連政策・法律及び介護の知識にバラつきがあり、多くの対象者が認知症に関する情報の入手ルートが分からない状況 ・ インターネット、周りの友人・同僚及び医者から認知症介護情報を得ることが主要な手段であり、専門介護施設、相談窓口がない現状

認知症への認識が低いものの、発見後は積極的に対応し介護機構・認知症に関する介護助言を求める傾向にある

出所：MHCN 中国アドバイザー一部まとめ

7) 中国高齢者認知症介護の実態

中国では家族による介護が主流であり 1) 認知症の症状に則した適切なケアが受けられていないケース、2) 介護する家族の精神的、体力的負担が大きいケース、が多く認知症介護を専門とする施設、サービスに対するニーズが高い。

認知症介護の現状	現状における悩み	養老介護に対する変化
・ 家族による介護が主流 ・ 高齢者の生活を世話をするものの、認知症の症状に対するケアがない現状 ・ 介護する家族の負担が重いうえ、患者である老人は妥当なケアが受けられていない現状	・ 介護する家族の精神的、体力的な限界 ・ 普通の生活が出来ない現状 ・ 認知症患者を受け入れてくれる施設がない ・ 介護サービス利用料金が高い	・ 「四二一問題」により、中国特有の「フィードバック型」の養老介護構造が変化する場合 ・ 多くの調査対象者が自分の老後には施設を利用したいとの意向あり ・ 今後、中国では施設介護需要が増える傾向

認知症介護の専門性、施設利用の便利性が求められており、サービス利用料金が妥当であれば、サービスに対する需要が十分にあるものと推測される

「四二一問題」とは、1人子政策で原因で、直近の若者が、その親(2人)、祖父母(4人)を介護することを指す。
「フィードバック型」とは親が子供を養育し、やがて親が高齢になったときには、子供は必ず親を扶養する家族観を指す。

出所：MHCN 中国アドバイザー一部まとめ

8) 日系認知症介護サービスの利用可能性

中国では、日本式サービスの良さや、先進技術に対する良いイメージが浸透しており、中国にはまだないビジネスモデルであるグループホーム、複合サービスに対する関心が高い。一方、コストパフォーマンスに対する意識も高い。

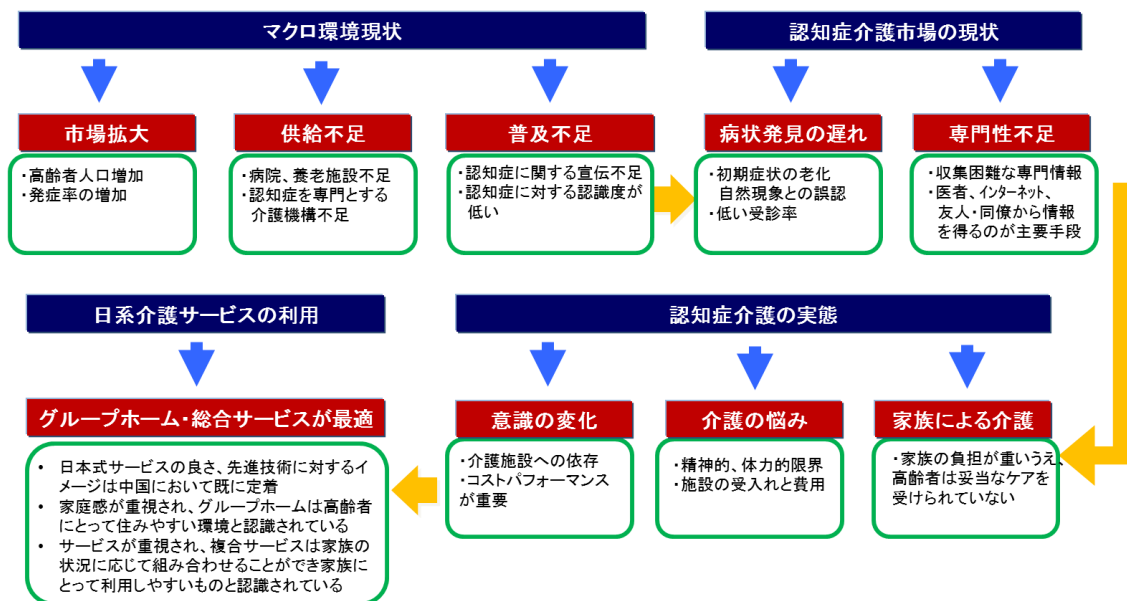
日系介護サービスのイメージ	介護サービスに対する考え
・ 家庭訪問の結果では、9割以上の調査対象者が日本式サービスの良さや、先進技術に対する良いイメージを持っており、日本式サービスを受ける興味があると回答している ・ 但し、利用料金を気にする家庭が多く、コストパフォーマンスが重視されている	・ 多くの調査対象者が中国にないグループホーム、複合サービスに最も興味を示している ・ グループホームは家庭的な雰囲気が溢れるイメージがあり、高齢者にとって住みやすい環境と感じられている ・ 複合サービスは多様なサービスを組み合わせることができ、家族にとっては利用しやすいものと捉えられている

日本品質の良さは中国消費者に浸透しており
コストパフォーマンスが妥当であれば、グループホーム、
複合サービスが中国に受け入れられやすいものと推測される

出所：MHCN 中国アドバイザー一部まとめ

9) まとめ

本章で見てきたように、中国は、高齢者人口の増加に伴い認知症発症率の増加も見込まれる状況にあり、認知症に対する社会的認知度を高めると共に専門的施設の拡充が急務の状況である。かかる状況下、中国政府は、外国企業が営利性養老機構を設立し、高齢者産業に参入することを奨励する方針であり、認知症介護を専門とする施設、サービスに対する日系事業者への期待も大きい。中国における日本式サービスに対する評価は既に高く、価格設定が課題になるものの、グループホームや複合サービスに対する需要は大きいものと推測される。



Base=全ヒアリング対象者、N=31

出所：外部調査会社提供資料より MHCN 中国アドバイザリー一部作成

1-4. シンガポール、マレーシア、中国におけるインターネット市場規模調査

➤ 前提

この度の実証調査に際し、1-3. 中国市場規模調査の他、より幅広い地域から情報を収集する目的でインターネットによる調査を実施した。

➤ 中国のインターネット事情

「中国における 2013 年末時点のインターネット利用者は 6 億 1800 万人、総人口に対するインターネット利用者率は 45.8%。地域別では北京市の普及率が最も高く、利用者数は 1556 万（人口の 75.2%）、続いて上海市が 1683 万人（70.7%）。インターネットを利用するデバイスは、デスクトップ PC 利用者が全体の 69.7%、ノート PC が 44.1%、スマートフォンや携帯電話が 81.0% で PC は減少、携帯電話が伸びた」（出典：中国ネットワークインフォメーションセンター（CNNIC）発表 2013 年末における中国のインターネット利用状況をまとめた「第 33 次中国互換網発展状況統計報告」より）と、中国は世界最大のネット普及大国になっている。

また、㈱リエイの中国上海子会社「上海礼愛企業管理諮詢有限公司」（2012 年設立）が運営する老人ホーム「上海礼愛頤養院」への入居者経路を分析したところ、約 90%以上が「ネットによる検索で同養院を知った」ことが判明した。

以上 2 点より「ネットを経由した認知症調査を実施する土壌がある」と判断した。

➤ 為替

各エリアにおける為替は下記にて算出した。

- 上海市：1 元=18 円
- シンガポール：1SG\$=84 円
- マレーシア：1MR=33 円

➤ 対象者

対象となる 65 歳以上を祖父母に持つ「孫」を主な対象とし、調査を実施した。

1) 調査概要

今回の対象エリア「上海市、シンガポール、マレーシア」において、下記の対象者数に対し、総質問数 29 問、その中で「認知症症状と思われる状況・状態設問は 24 問」を設定した。結果は、それぞれ下記、表・のとおり 65 歳以上の人数は、上海市で 1,287 名（30.6%）、シンガポールで 197 名（11.7%）、マレーシアで 461 名（27.5%）となった。

図表・1 対象エリアの対象者数

	上海市	シンガポール	マレーシア
調査期間	2014年9月9～14日の6日間		
回答者数	1,050名	420名	419名
65歳以上、ご存命の祖父母 総人数(%)	1,287名 (30.6%)	197名 (11.7%)	461名 (27.5%)
同じエリアに住んでいる祖父母 (存命中の%)	1,190名 (92.5%)	174名 (88.3%)	355名 (77%)
一緒に住んでいる、もしくは 親戚と住んでいる(存命中の%)	863名 (67%)	142名 (72%)	247名 (53.6%)
一緒に住んでいなくても、年 に5回以上会っている人数 (回答者数の%)	729名 (69%)	83名 (19.8%)	118名 (28.2%)

2) 判断基準

各エリアの祖父母に関し、下記 24 設問により状況、症状が見られるか否かを複数回答可とし、判断基準は、メディカル・ケア・サービス(株)、(株)リエイおよび外部の有識者（臨床医、医学部教授）により協議した結果、「1 が軽度、2 が中度、3 が重度」とした。

なお、本判断基準には 3 の重度判定がないが、「複数の症状が重なることで重度判定になる」と考え、本調査では判断していない。

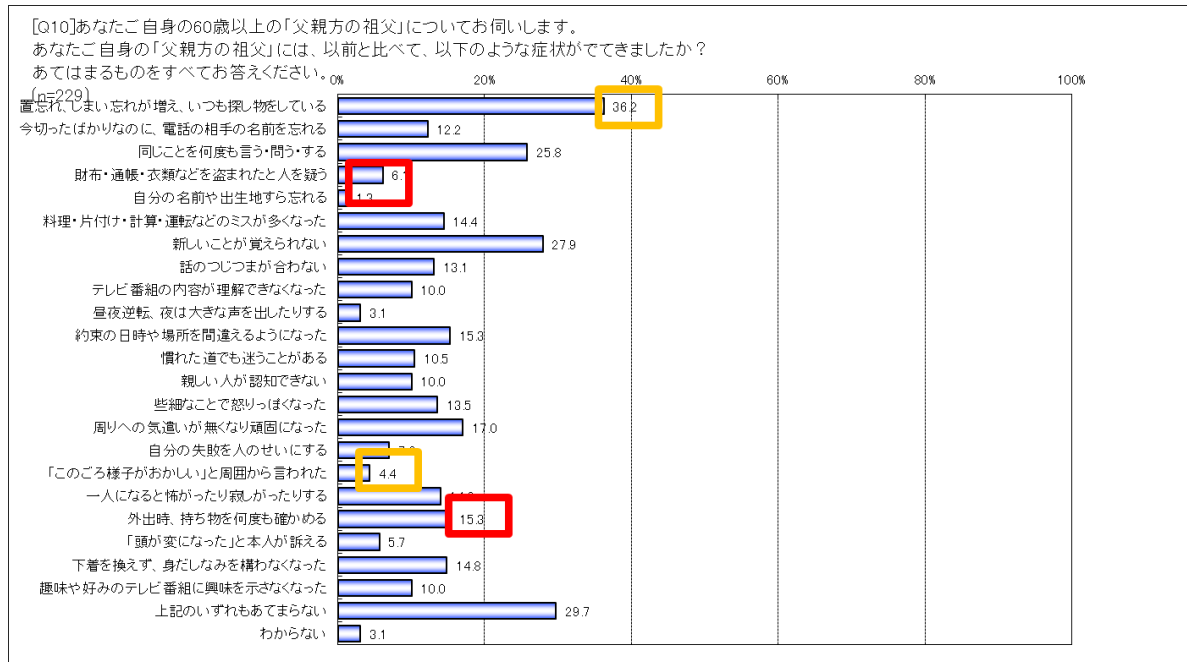
図表・2 認知症状の判断基準

1 置忘れ、しまい忘れが増え、いつも探し物をしている	1
2 今切ったばかりなのに、電話の相手の名前を忘れる	1
3 同じことを何度も言う・問う・する	1
4 財布・通帳・衣類などを盗まれたと人を疑う	2
5 自分の名前や出生地すら忘れる	2
6 料理・片付け・計算・運転などのミスが多くなった	1
7 新しいことが覚えられない	1
8 話のつじつまが合わない	2
9 テレビ番組の内容が理解できなくなった	2
10 昼夜逆転、夜は大きな声を出したりする	2
11 約束の日時や場所を間違えるようになった	2
12 慣れた道でも迷うことがある	2
13 親しい人が認知できない	2
14 些細なことで怒りっぽくなった	1
15 周りへの気遣いが無くなり頑固になった	1
16 自分の失敗を人のせいにする	1
17 「このごろ様子がおかしい」と周囲から言われた	1
18 一人になると怖がったり寂しがったりする	1
19 外出時、持ち物を何度も確かめる	1
20 「頭が変になった」と本人が訴える	1
21 下着を換えず、身だしなみを構わなくなった	2
22 趣味や好みのテレビ番組に興味を示さなくなった	2
23 上記のいずれもあてまらない	
24 わからない	

3) 回答事例（父の父の場合）

24 項目の質問に関し、下記の通り「重度の最低値%と最高値%（赤枠）」「軽度の最低値%と最高値%（黄枠）」をとりまとめた。

図表・3 回答事例



4) 調査結果①

前項の軽度、中度の判定から、下記の通り「最低値%」「最高値%」を一覧とした表が下記である。

図表・4 調査結果①

軽度	上海市		シンガポール		マレーシア	
	最低値	最高値	最低値	最高値	最低値	最高値
父の父	4.4%	36.2%	5.3%	31.6%	20%	62%
父の母	2.5%	30.9%	4.3%	27.7%	14.3%	42.9%
母の父	2.1%	23.6%	8%	32%	15.7%	49%
母の母	3.0%	24.3%	3.6%	35.7%	12.4%	44.3%
平均	3%	28.8%	5.3%	31.8%	16.3%	49.6%

中度	上海市		シンガポール		マレーシア	
	最低値	最高値	最低値	最高値	最低値	最高値
父の父	1.3%	15.3%	5.3%	26.3%	12%	40%
父の母	2.5%	11%	4.3%	17%	11.4%	35.7%
母の父	2.9%	16.1%	4%	20%	13.7%	45.1%
母の母	1.8%	12.8%	5.4%	17.9%	10.3%	26.8%
平均	2.1%	13.8%	4.8%	20.3%	11.9%	36.9%

①調査結果①からの考察

上記の表・調査結果①から下記特徴がわかった。

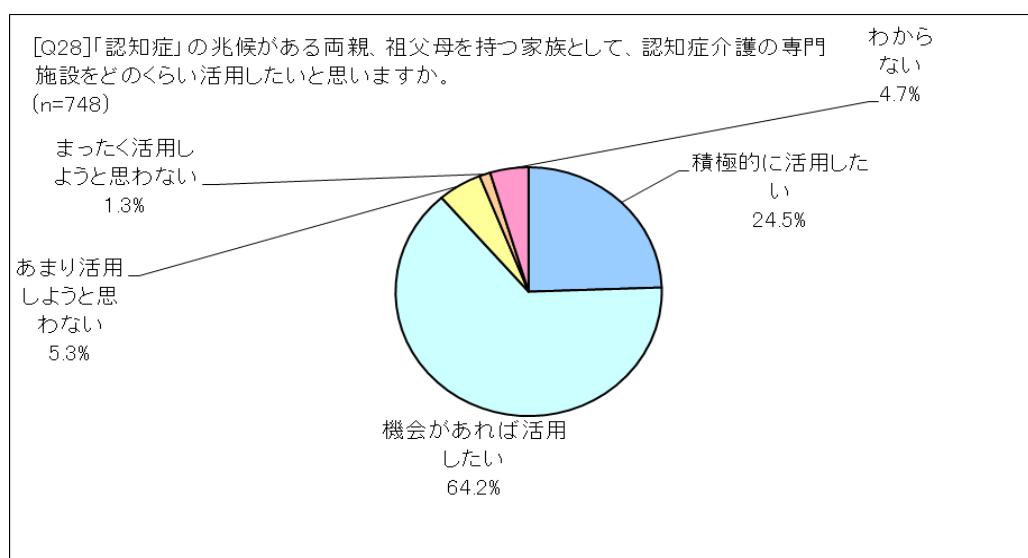
- 男性（父の父、母の父）が女性（父の母、母の母）よりも認知症傾向にある
- 2）エリアで結果が大きくばらつく。中度最高平均値が「上海 13.8%<シンガポール 20.3%<

マレーシア 36.9%」と、マレーシアは上海の約 3 倍も差が有る（軽度最低平均値に至っては 5 倍の差が有る）

②認知症介護の専門施設の活用

「認知症介護の専門施設をどのくらい活用したいと思いますか？」に対し、下記表のような回答となった。

図表・5・認知症介護の専門施設の活用



5) 調査結果②

下記表は、4) 調査結果①の結果から、「積極的に活用したいと考える割合」を一覧にした。

図表・6・認知症介護の専門施設の活用したいと考える割合

上海市	シンガポール	マレーシア
24.5%	20.4%	29.1%

①調査結果②からの考察（認知症介護施設推計市場規模）

上海市は、65 歳以上人口 245.3 万人（2012 年） $\times$ 13.8%=33.9 万人が中度の最大推計値となり、「認知症施設を積極的に活用したい=24.5%」であったため、33.9 万人 $\times$ 24.5%=8.3 万人を入居者最大推計値と仮定する。それに対し、月額 5,000 元（約 9 万円）を月額入居費とした場合、9 万円 $\times$ 8.3 万人 $\times$ 12 か月=896 億円が認知症介護施設市場規模（最大推計）となる。

シンガポールは、65 歳以上人口 35 万人 $\times$ 20.3%=7.1 万人が中度の最大推計値となり、「認知症施設を積極的に活用したい=20.4%」であったため、7.1 万人 $\times$ 20.4%=1.4 万人を入居者最大推計値と仮定する。それに対し、月額 1,800SG\$（約 15 万円）を月額入居費とした場合、15 万円 $\times$ 1.4 万人 $\times$ 12 か月=252 億円が認知症介護施設市場規模（最大推計）となる。

マレーシアは、65 歳以上人口 136 万人 $\times$ 36.9%=50.2 万人が中度の最大推計値となり、「認知症施設を積極的に活用したい=29.1%」であったため、50.2 万人 $\times$ 29.1%=14.6 万人を入居者最大推計値と仮定する。それに対し、月額 3,000MR（約 10 万円）を月額入居費とした場合、10

万円×14.6万人×12か月=1,752億円が認知症介護施設市場規模（最大推計）となる。

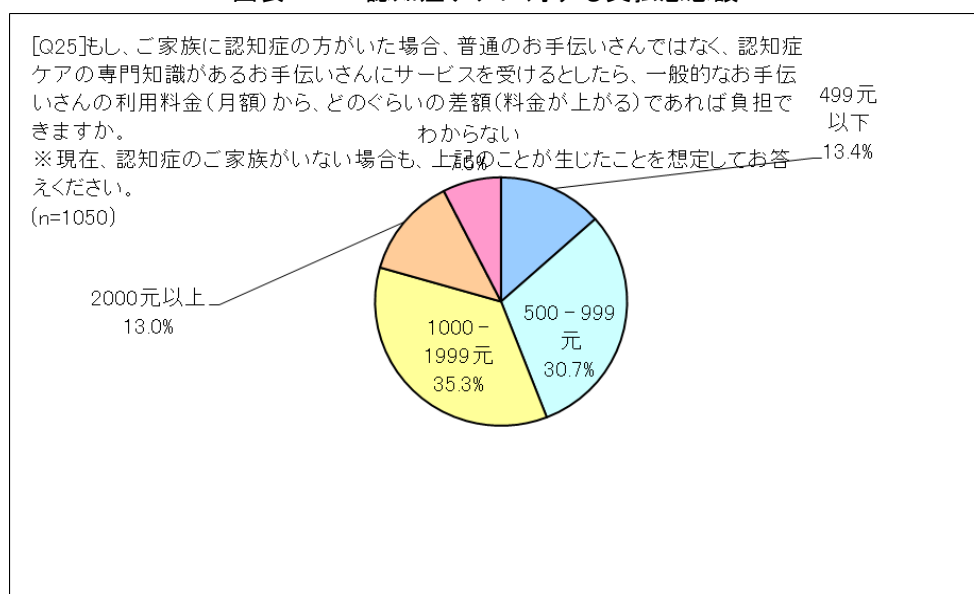
図表・7・認知症介護施設市場規模（最大推計）

	上海市	シンガポール	マレーシア
認知症介護施設 市場規模(最大推計)	896億円	252億円	1,752億円

②認知症ケアに対する支払意思額

「認知症ケアの専門知識があるお手伝いさんに、月額どの位の差額負担できますか？」に対し、下記表のとりの回答となった。

図表・8・認知症ケアに対する支払意思額



また、下記は、「差額負担額」の一覧である。なお、試算方法は、(最小値×回答数+中間値×回答数+最大値×回答数)÷総回答数とした。

図表・9 差額負担額

上海市	シンガポール	マレーシア
1,176元 (2.1万円)	420SG\$ (3.5万円)	930MR (3万円)

6) 5) 調査結果②からの考察

上海市は、調査結果②の「認知症施設を積極的に活用したい=24.5%」以外が訪問介護を活用する最大推計値と仮定し、33.9万人-8.3万人=25.6万人で、2.1万円×25.6万人×12か月=645億円が（既にある訪問介護市場にプラスされる）認知症ケア知識のある訪問介護施設市場規模（最大推計）となる。

シンガポールは、調査結果②の「認知症施設を積極的に活用したい=20.4%」以外が訪問介護を活用する最大推計値と仮定し、7.1万人-1.4万人=5.7万人で、3.5万円×5.7万人×12か月

=239 億円が（既にある訪問介護市場にプラスされる）認知症ケア知識のある訪問介護施設市場規模（最大推計）となる。

マレーシアは、調査結果②の「認知症施設を積極的に活用したい=29.1%」以外が訪問介護を活用する最大推計値と仮定し、50.2 万人-14.6 万人=35.6 万人。3 万円×35.6 万人×12 か月=1,282 億円が（既にある訪問介護市場にプラスされる）認知症ケア知識のある訪問介護施設市場規模（最大推計）となる。

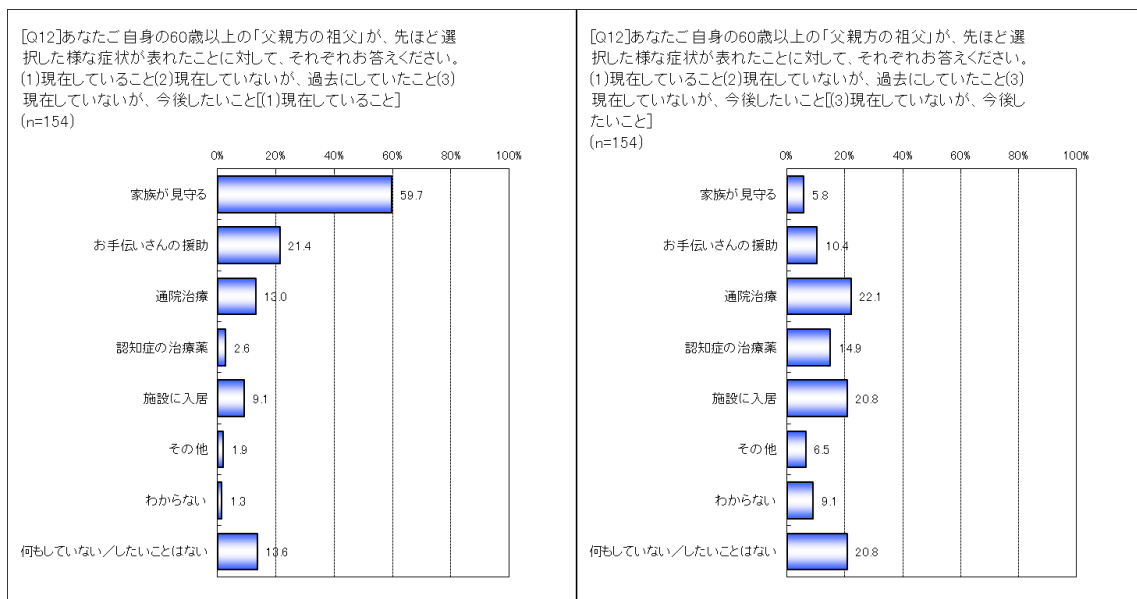
図表・10・認知症ケア知識のある訪問介護推計市場規模

	上海市	シンガポール	マレーシア
認知症ケア知識のある訪問介護施設市場規模(最大推計)	645億円	239億円	1,282億円

7) 現在の介護方法と今後の介護方法

「(認知症) 症状が表われた時に、現在していること、今後したいこと」に対し、下記表のとりの回答となった。

図表・11 現在の介護方法と今後の介護方法



また、地域別の結果は、下記、表・のとおりである。

図表・12 上海市の結果

今していること	父父	父母	母父	母母
家族見守り	59.7%	63.7%	57.4%	55.4%
お手伝いさん	21.4%	14.2%	20.6%	15.2%
通院治療	13%	9.8%	12.1%	9.8%
認知症の治療薬	2.6%	3.4%	4.3%	6%
施設入居	9.1%	7.8%	9.2%	9.8%
何もしていない/ たいことはない	13.6%	13.7%	11.3%	16.8%
今後したいこと	父父	父母	母父	母母
家族見守り	5.8%	2.9%	4.3%	6%
お手伝いさん	10.4%	14.2%	15.6%	12%
通院治療	22.1%	19.6%	20.6%	13%
認知症の治療薬	14.9%	13.7%	19.1%	14.7%
施設入居	20.8%	15.2%	18.4%	11.3%
何もしていない/ たいことはない	20.8%	30.4%	22%	29.3%

図表・13 シンガポールの結果

今していること	父父	父母	母父	母母
家族見守り	63.6%	48.4%	36.4%	61.3%
お手伝いさん	18.2%	29%	54.5%	29%
通院治療	45.5%	32.3%	18.2%	25.8%
認知症の治療薬	27.3%	16.1%	18.2%	16.1%
施設入居	9.1%	6.5%	18.2%	3.2%
何もしていない/ たいことはない	0%	16.1%	0%	6.5%
今後したいこと	父父	父母	母父	母母
家族見守り	0%	0%	27.3%	6.5%
お手伝いさん	18.2%	16.1%	0%	6.5%
通院治療	18.2%	9.7%	18.2%	9.7%
認知症の治療薬	9.1%	3.2%	9.1%	12.9%
施設入居	18.2%	12.9%	18.2%	22.6%
何もしていない/ たいことはない	18.2%	38.7%	0%	29%

図表・14 マレーシアの結果

今していること	父父	父母	母父	母母
家族見守り	70.5%	73.6%	60%	71.4%
お手伝いさん	38.6%	28.3%	26.7%	18.2%
通院治療	11.4%	18.9%	17.8%	14.3%
認知症の治療薬	11.4%	11.3%	11.1%	10.4%
施設入居	11.4%	7.5%	2.2%	3.9%
何もしていない/したいことはない	0%	1.9%	2.2%	3.9%
今後したいこと	父父	父母	母父	母母
家族見守り	4.5%	1.9%	6.7%	6.5%
お手伝いさん	9.1%	13.2%	6.7%	13%
通院治療	29.5%	30.2%	13.3%	16.9%
認知症の治療薬	22.7%	9.4%	24.4%	15.6%
施設入居	18.2%	17%	26.7%	14.3%
何もしていない/したいことはない	4.5%	11.3%	11.1%	14.3%

8) 7) 現在の介護方法と今後の介護方法からの考察

上海市は、「今していること」は祖父母の認知症対応に関し「家族による見守り」「お手伝いさんによる対応」がほぼ8割を占めている。

「今後したいこと」に関しては、「家族による見守り」が激減しており、これは、日本と同様に「家族による介護の限界」を示していると考えられる。一方、「通院治療」「認知症の治療薬」「施設に入居」の選択が増えている。「専門的な介護対応」を望んでいると考えられる。他方、「何もしたいことはない」を選択も増えており、「認知症への対処に関し、諦めに似た状況」とも捉えることができる。

シンガポールは、「今していること」は上海市と同じく「家族による見守り」「お手伝いさんによる対応」が占める割合が多く、医療関係が先進的であることもあり「通院治療」「認知症の治療薬」が選択されている。

「今後したいこと」に関しては、「施設に入居」を選択する方々が増えている。他方、上海市の結果と同様、「何もしたいことはない」を選択も増えており、「認知症への対処に関し、諦めに似た状況」とも捉えることができる。

マレーシアは、「今していること」は上海市と同じく「家族による見守り」「お手伝いさんによる対応」が占める割合が多い。

「今後したいこと」に関しては、「通院治療」「認知症の治療薬」「施設に入居」を選択が増えている。上海市同様、「専門的な介護対応」を望んでいると考えられる。他方、「何もしたいことはない」を選択も増えており、「認知症への対処に関し、諦めに似た状況」とも捉えることができる。

9) まとめ

調査対象エリアで、結果にばらつきがあるものの、認知症中度最高平均値が「上海市 13.8%、シンガポール 20.3%、マレーシア 36.9%」と、各エリアとも65歳以上の二桁台パーセンテージ

が認知症と推計される。

また、認知症専門介護施設を「積極的に利用したい」割合は、対象エリアにおいて 20%台という結果となっており、それぞれ最大施設市場規模が「上海市 896 億円、シンガポール 252 億円、マレーシア 1,752 億円」という結果であった。

また、認知症ケア知識のある訪問介護推計市場規模に関しても「上海市 645 億円、シンガポール 239 億円、マレーシア 1,282 億円」という結果であった。

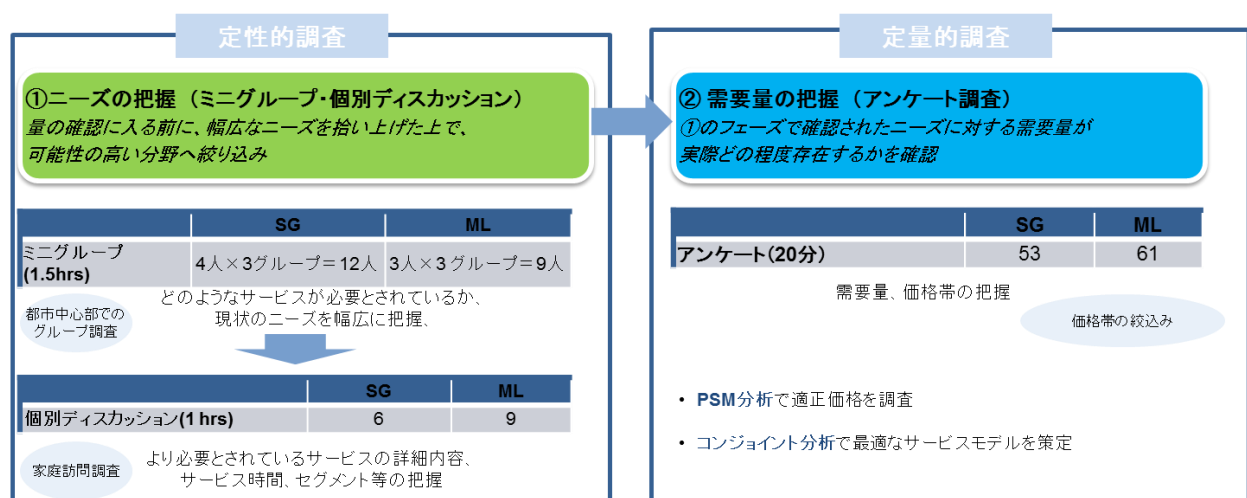
これらの施設および、認知症ケア知識のある訪問介護への要望は、各地域における 7) 現在の介護方法と今後の介護方法の結果からも、選択可能性が高いと考えられる。

第2章 シンガポール、マレーシア、中国(グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護) 介護サービスの実態調査

2-1. シンガポール介護サービスの実態調査

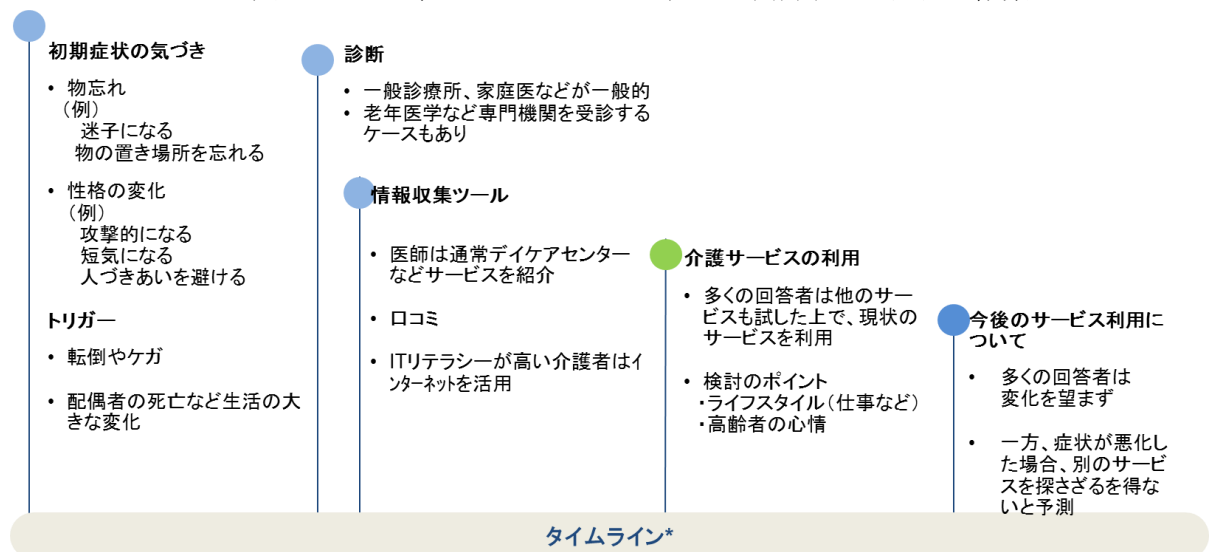
本調査は、シンガポールにおいて認知症介護サービス（居住系サービス、通所介護、訪問介護）等のニーズおよび需要の検証のため、主にどのようなサービスが必要されているか、現状のニーズ把握、より必要とされているサービスの詳細内容、サービス時間、種類等について、中高所得層で、認知症として診断された高齢者の家族または主要な介護提供者 3 グループ合計 12 人、個別で 6 人を対象に、90 分程度のグループディスカッション方式により実施した。

なお、実施計画においては、対象者を個別推薦家庭のほか、病院 1 機関程度、介護施設 1 施設程度の利用者としていたが、外部調査会社と協議の上、最も有効な方法として認知症として診断された高齢者の家族または主要な介護提供者に実施した。



1) 認知症のサービス利用のタイムラインイメージ

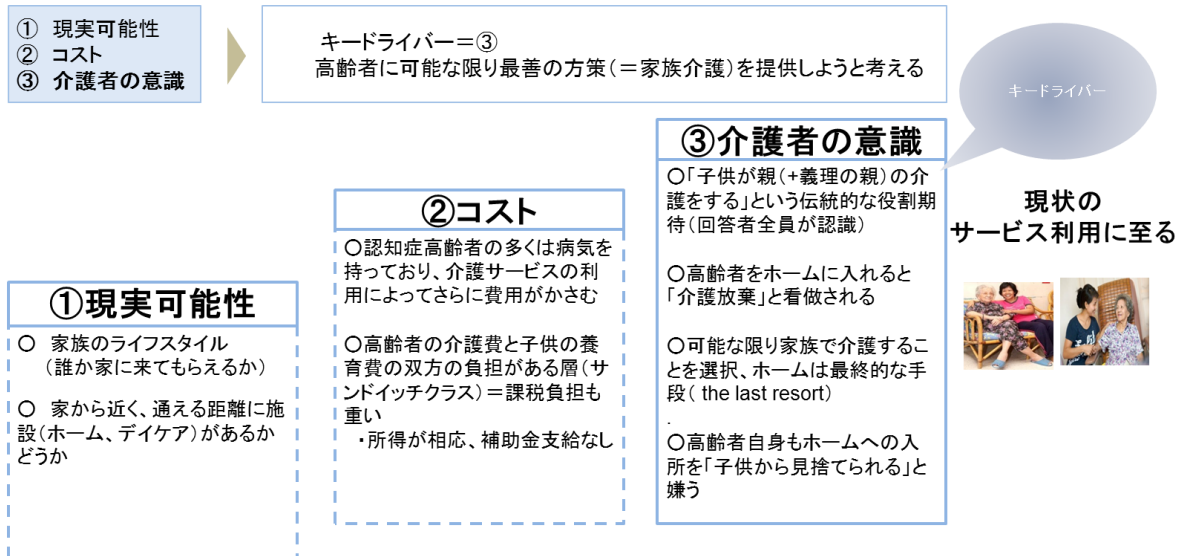
- ✓ 医師や専門家の判断を仰ぐ前に、まずは知人や親族に相談
- ✓ サービスの利用決定には、ライフスタイルと認知症高齢者への配慮が勘案される



* 期間は数カ月～1年程度

2) サービス利用を決定する三要素

サービス利用を決定する三要素については、以下のとおりである。



3) 既存の介護サービスに対する認識

- ✓ 各種サービスのうち、「デイケア」に対するニーズが最も高い
- ✓ 住込メイドが最も現実的、家族介護は広く一般的であるが、症状が悪化した場合には限界
- ✓ 居住系サービス(ホーム)は、「最終手段」と看做されている

居住系サービス	▲サービスの質を懸念しており、できる限り訪問し、チェックすることを望んでいるが、実際には難しい ▲ニュースなどの風評も懸念事項・・・虐待、負弱なメンテナンス、スタッフの配置が手薄 ▲認知症を受け入れない施設もあり ▲伝統的な介護に対する義務意識が強い(親を見捨てることはできない/施設入所は最終手段)
デイケア	ニーズが高い: ○日中、親を一人にさせておかなくて住む ○日中預りによる家族負担減+帰宅後の家族との触れ合いができるバランス感が好ましい ○特に認知症に特化していなくても、専門的なケアを提供してくれる事業所を評価
住込メイド	もっとも現実的なサービス ○家族・高齢者ともライフスタイルの変化が小さい ○高齢者が1対1のケアを望む場合に有効 ○メイドのケアの様子を常にチェックできる ○家族の介護負担を軽減 ▲メイドの負担は多大であり、ストレス過剰にならないか不安 ✓メイドは高齢者ケアの経験があれば可と回答しているが、特に認知症ケアの経験は求めている ✓「家族以外の人を住ませることへの不安ではあるが、ホームに親を送ることよりは良い」とする声もあり
家族介護	✓「子供である自分の義務」と認識して介護を親(もしくは義理の親)に提供 ✓現実的には困難も認識しており、症状が悪化した場合は選択肢を検討するとの回答あり

4) 既存の介護サービスに対する課題

- ✓ デイケア : 立地(利便性)に難があるケースや、親が利用に消極的な場合など
- ✓ 住込メイド : 人材確保
- ✓ 家族介護 : 家族の精神的、肉体的、感情的な負担

居住系サービス	✓伝統的な介護に対する義務意識 ✓親世代は入所に消極的
デイケア	✓高齢者自身が利用に消極的なケースもあり ✓立地(利便性が低い、遠い) ✓サービス提供時間(通常の勤務時間を考慮して対応)
住込メイド	✓年齢、経験など人的資質が肝要 ✓メイド用のスペースの確保 ✓メイドが自分の精神的、肉体的な負担をコントロールできる力量が必要 ✓他人を住まわせたくない
家族介護	✓家族の精神的、肉体的、感情的な負担 ✓家族間で介護者のスケジュール調整を続ける負担

5) 認知症に特化したサービスコンセプトに対する評価と課題

- ✓ 「認知症に特化した介護サービス」のコンセプトについて Pros/Cons を調査
- ✓ 家族介護が前提ではあるが、各種アクティビティなど専門的なサービスは評価
- ✓ 居住系サービスについては、「家族介護放棄施設」という偏見が強く、コスト高も懸念

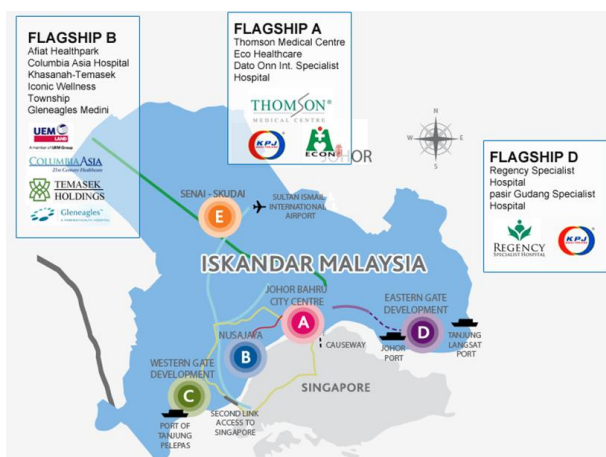
	Pros	Cons
居住系サービス	✓認知症ケアに特化したサービス ✓徘徊防止等の安全な環境 ✓症状進行を遅らせる各種アクティビティ	✓「介護放棄施設」という偏見・先入観が強い ✓ コスト ✓個室の事故等に対する不安
デイケア	✓日中預りによる家族負担減+帰宅後の家族との触れ合いができるバランス感の緩和 ✓「親を捨てた」「家族に捨てられた」という意識の緩和 ✓症状進行を遅らせる各種アクティビティ	✓社会との繋がりを求めない高齢者には不向き
住込メイド	✓ライフスタイルへの影響が小さい ✓高齢者が1対1のケアを望む場合に有効 ✓自宅でサービスが提供される安心感	✓サービスの質はメイド次第 ✓第三者と共同生活をする不安、居住スペースの問題
訪問介護	✓症状の進行に応じて柔軟な利用が可能 ✓家族やメイドが技術を習得	✓サービスに対する認知度・理解が低い

6) 認知症ケアサービスの利用に対する潜在的な課題



7) ジョホールバルでの介護施設の展開状況

- ✓ シンガポール市内から約1時間で行けるジョホールバルでは、シンガポール市内に比べて1/2以下の価格でサービスを受けることが可能
- ✓ 現状、再開発も進んでおり、注目されている



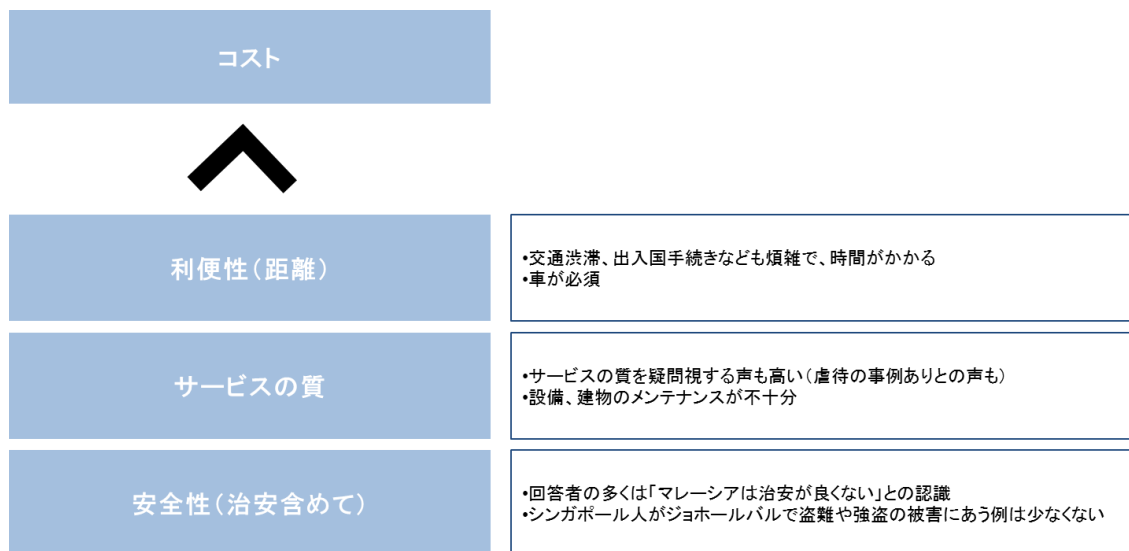
【イスカダル計画】

- ・シンガポールとマレーシアの良好な関係を背景に、シンガポール政府はマレーシアの当該地区への進出企業をサポート
- ・割安な住居を求める国民の興味も相応
- ・2025年には、シンガポールと併せて1,000万人規模のシンガポール経済圏が誕生する可能性あり
- ・イスカダル計画では、病院などヘルスケア事業者も誘致

(出所) <http://www.iskandarmalaysia.com.my/healthcare>

8) ジョホールバルでのサービスについて

- ✓ しかしながら、シニア世代にとってはジョホールバルに対する抵抗感が高く、「捨てられる」意識が強く持たれる可能性
- ✓ サービスの品質や治安なども課題となっている



9) 日本のサービスに対する意識

○：日本のサービス・商品に対する印象は概ね良い

▲：サービスの質とスタッフの語学力（英語、中国語も話せない高齢者も存在）が課題



* 貴社の施設サービスのデモテープを見せ、「日本の施設であるかどう思ったか？」と質問し、回答者に発言させたもの

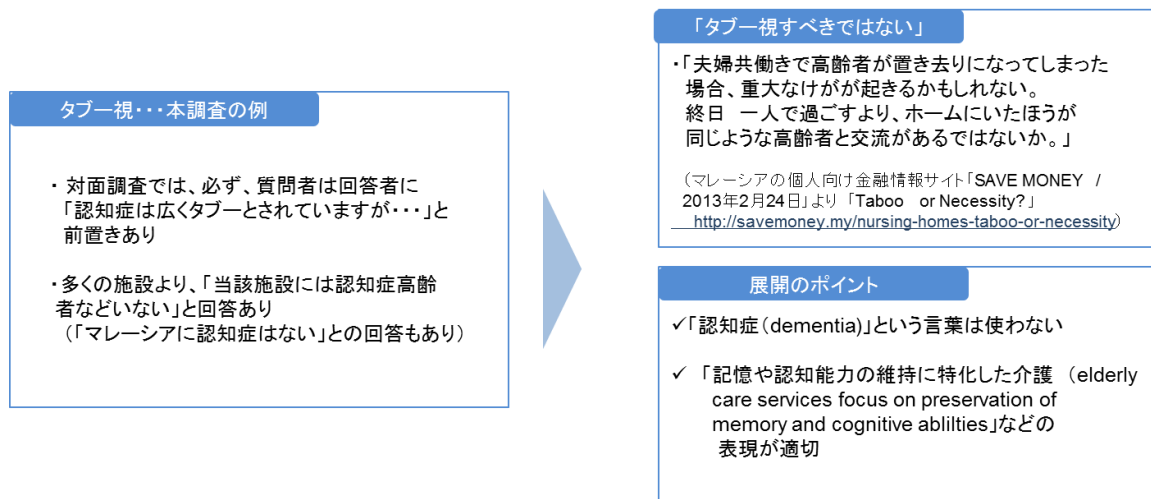
2-2. マレーシア介護サービスの実態調査

本調査は、シンガポールにおいて認知症介護サービス（居住系サービス、通所介護、訪問介護）等のニーズおよび需要の検証のため、主にどのようなサービスが必要されているか、現状のニーズ把握、より必要とされているサービスの詳細内容、サービス時間、種類等について、中高所得層で、認知症として診断された高齢者の家族または主要な介護提供者 3 グループ合計 9 人、個別で 9 人を対象に、90 分程度のグループディスカッション方式により実施した。

なお、実施計画においては、対象者を個別推薦家庭のほか、病院 1 機関程度、介護施設 1 施設程度の利用者としていたが、外部調査会社と協議の上、最も有効な方法として認知症として診断された高齢者の家族または主要な介護提供者に実施した。

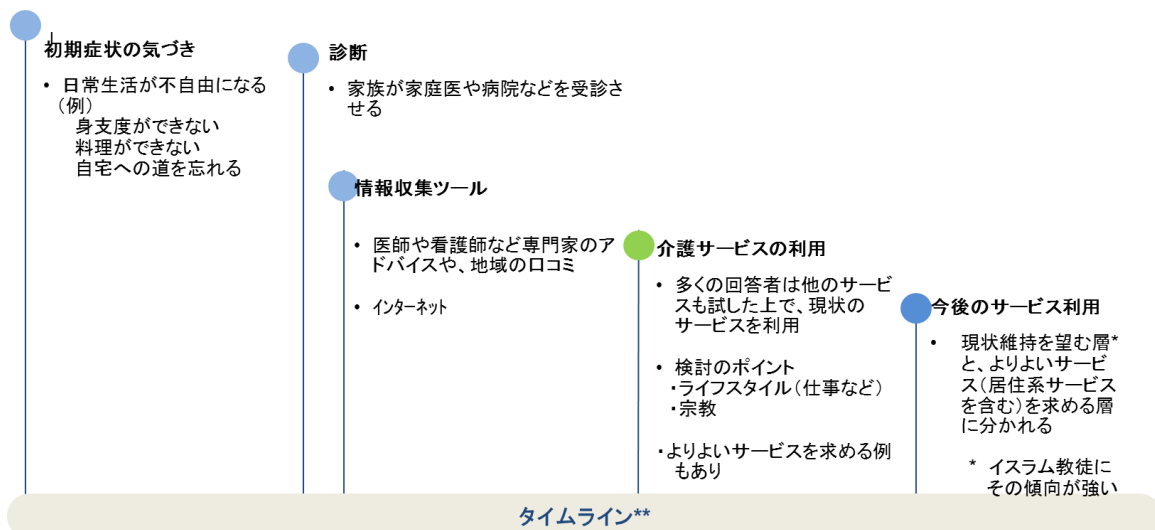
1) 認知症サービスに対する社会認識

- ✓ マレーシアでは認知症が広く「タブー」視されている
- ✓ 高齢化の進展とともにサービスニーズは強まっており、「認識を改めるべき」との声も高まっているが、当面は、「認知症（dementia）」という言葉を使わない方が無難



2) 認知症のサービス利用のタイムラインイメージ

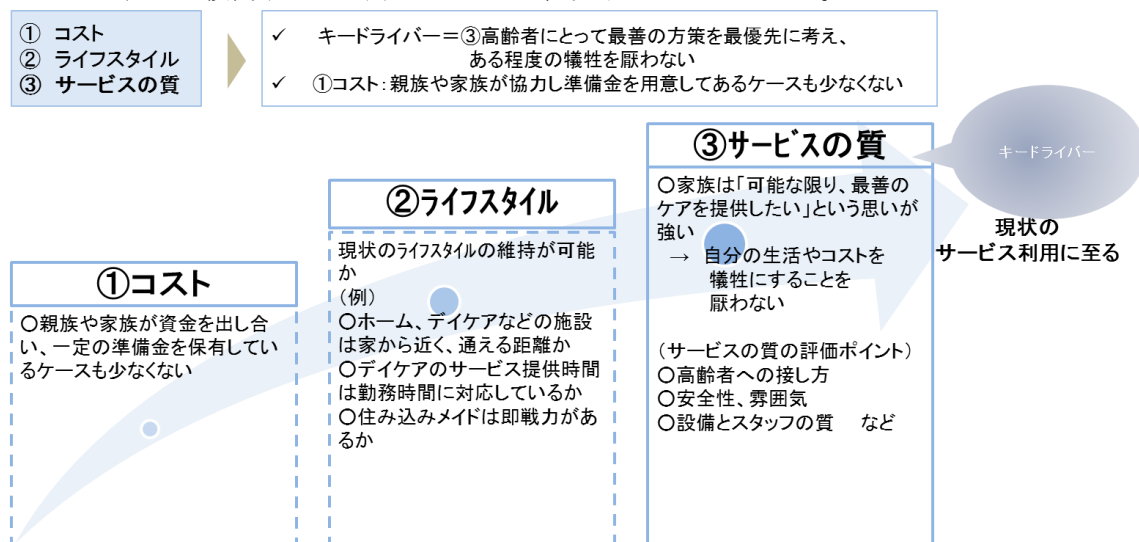
- ✓ 現状の生活状況や認知症高齢者の心情などを配慮し、利用するサービスを決定する
- ✓ 1年以上かけても利用しているサービスに満足できないケースもある



** 期間は数カ月～1年程度

3) サービス利用を検討する三要素

サービス利用を検討する三要素については、以下のとおりである。



4) 既存の介護サービスに対する認識

- ✓ 居住系サービス、デイケアともに認知症介護には不向きと認識され、住込メイドへの評価は二分
- ✓ 家族介護が一般的であり、特にイスラム教徒は宗教的かつ文化的に介護を義務と考えている

居住系サービス	▲ 信頼性が低い ▲ 認知症高齢者には不適と看做す意見もあり ▲ 伝統的な介護に対する義務意識が強い(施設入所＝介護放棄) ▲ イスラム教徒は宗教的背景から、家族・親戚で介護に当たることを義務と考えている
デイケア	○ 施設系サービスとしてまず利用を考えるメニュー ▲ 設備やスタッフの力量からみて、認知症高齢者には不適と看做す意見もあり ✓ 送迎サービスの有無、立地なども肝要
住込メイド	✓ 住み込みメイドへの見方は賛否両論 ○ 高齢者が日中一人にならない × メイドと高齢者のみになるのは不安 ▲ メイドは家族同様には介護に当たれないと考える声もあり ▲ 住み込みで認知症のケアに当たるストレスは多大であり、進んで職業とする人材が居るか疑問
家族介護	○ 家族こそが介護に耐えられるのであって、最善の方策 ○ 介護される親が安心し、愛されて介護される ○ 特に、イスラム教徒にとっては高齢者の介護は宗教的・文化的な義務＝外部サービスは最終手段

5) 既存の介護サービスに対する課題

- ✓ 居住系サービス（ホーム）をタブーとする層がある
- ✓ 家族介護も限界あり

居住系サービス	✓ 親族の施設送りをタブーとする層あり ✓ 親世代は入所に消極的
デイケア	✓ 立地(利便性が低い、遠い) ✓ サービス提供時間(通常の勤務時間とのアンマッチ)
住込メイド	✓ メイドが認知症高齢者をみることに消極的 ✓ メイドの力量・・・高齢者一般とは異なり、絶えず見守りが必要で、対応スキルも必要
家族介護	✓ 家族の精神的、肉体的、感情的な負担 ✓ 限界的な状況、「もっとも良い介護」に対する理解の不足

6) 認知症に特化したサービスコンセプトに対する評価

認知症に特化したサービスコンセプトに対する評価については、以下のとおりである。

	Pros	Cons
居住系サービス	✓認知症ケアに特化したサービスで安心感あり ✓食事、医療、アクティビティの提供 ✓24時間のモニタリング ✓少人数でアットホームな雰囲気	✓認知症高齢者は不適とする見方が強い
デイケア	✓日中預りによる家族負担減＋帰宅後の家族との触れ合いができるバランス感 ✓「親を捨てた」「家族に捨てられた」という意識の緩和 ✓症状進行を遅らせる各種アクティビティ	✓コスト ✓デイケアまでの移動（交通渋滞もあり）
住込メイド	✓在宅介護の支援 ✓高齢者が1対1のケアを望む場合に有効	✓コスト ✓メイドとの相性、（混合文化のため宗教や言語の違いが大きい） ✓メイドの居住スペース
訪問介護	✓必要に応じてサービスを利用できる ✓家族がケアの仕方を学ぶことができる ✓高齢者に合わせたサービスを選択できる	✓サービス提供者が変わると、一貫性が担保できない

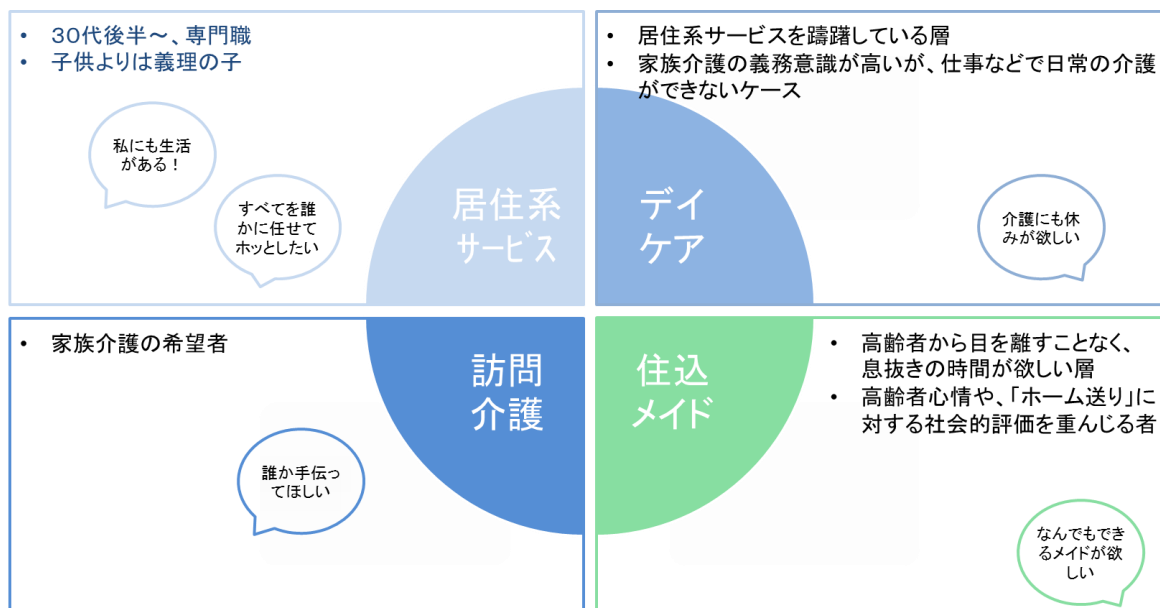
7) 認知症ケアサービスの利用に対する潜在的な課題

認知症ケアサービスの利用に対する潜在的な課題については、以下のとおりである。



8) 想定ターゲット

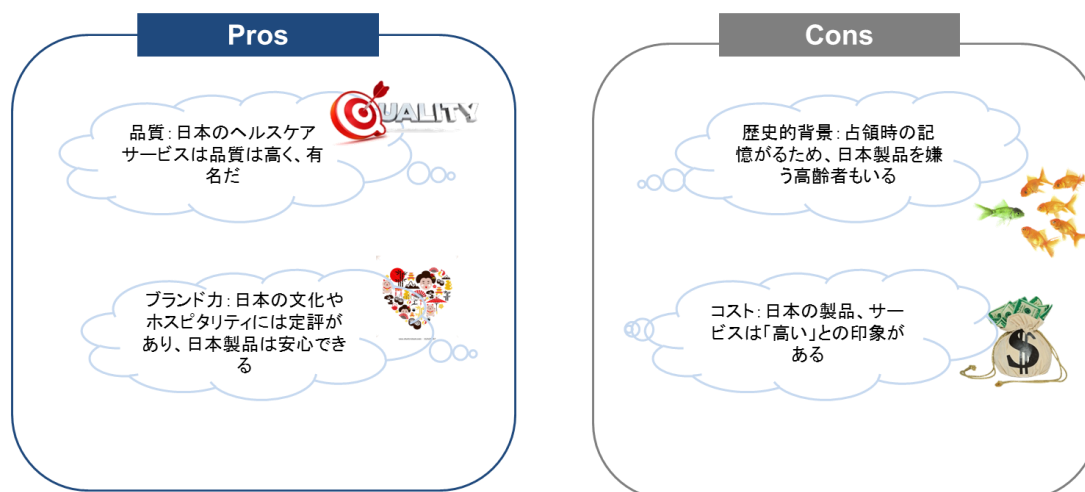
想定ターゲットについては、以下のとおりである。



9) 日本のサービスに対する意識

- ✓ 日本のサービス・商品に対する印象は概ね良く、品質には一定の評価あり
- ✓ 日本企業の提供するサービスコストの高さや、文化的背景に対し消極的な見方もある

日本の施設サービスに対するヒアリング* (抜粋)



* 貴社の施設サービスのデモテープを見せ、「日本の施設であるかどう思ったか？」と質問し、回答者に発言させたもの

2-3. 中国介護サービスの実態調査

本調査は、中国（上海市・特定社区4区³）において、認知症介護サービス（居住系サービス、通所介護、訪問介護）等のニーズおよび需要の検証のため、主にサービスが必要とされる時間、価格帯の把握等について、中高所得層で、認知症として診断された高齢者の家族または主要な介護提供者を対象に、60分程度の街頭アンケート方式により実施したものである。

街頭アンケート

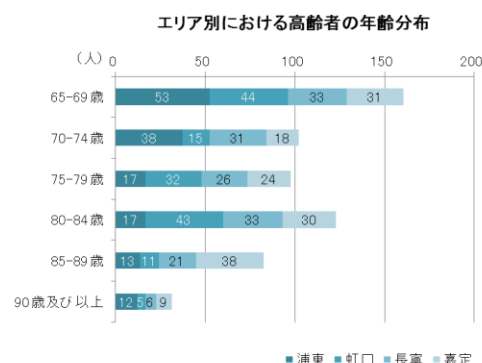


1) 街頭アンケート

①調査対象者の概況

上海市の浦東新区、虹口区、長寧区、嘉定区の4社区において、家族の中に65歳以上の高齢者がいる方を対象に街頭アンケートを実施。各社区150名（男性75人、女性75人）に対しアンケートを実施したところ、高齢者の年齢分布は、65～69歳が161名（26.8%）、70～74歳が102名（17.0%）、75～79歳が99名（16.5%）、80～84歳が123名（20.5%）、85～89歳が83名（13.8%）、90歳以上が32名（5.3%）。調査対象者の概況については、以下のとおりである。

高齢者年齢	65-69歳	70-79歳	80-89歳	90歳以上	合計
浦東新区	53人	55人	30人	12人	150人
虹口区	44人	47人	54人	5人	150人
長寧区	33人	57人	54人	6人	150人
嘉定区	31人	42人	68人	9人	150人



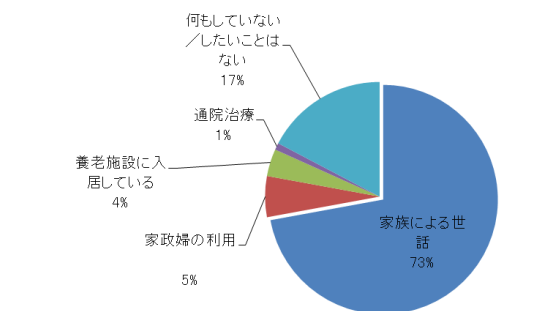
調査対象者性別	男性	女性	合計
浦東新区	75人	75人	150人
虹口区	75人	75人	150人
長寧区	75人	75人	150人
嘉定区	75人	75人	150人

Base=全ヒアリング対象者、N=600

②調査対象者が現在利用しているサービス

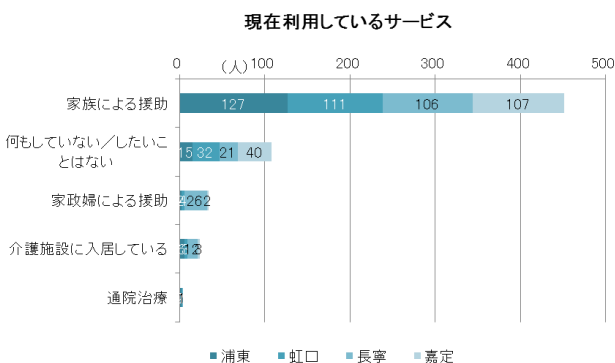
³長寧区・虹口区・嘉定区・浦東新区の社区

調査対象者が高齢者向けに現在利用しているサービスは 1)家族による世話：73%、2)家政婦の利用：5%、3)養老施設入居：4%、4)通院治療：1%、5)何もしていない：17%、であり、家族による介護が主流である。



	利用者数
家族による世話	451人
家政婦の利用	34人
老人ホームに入居している	24人
通院治療	4人
何もしていない／したいことはない	108人

地区別	浦東	虹口	長寧	嘉定
家族による世話	127人	111人	106人	107人
家政婦の利用	2人	4人	26人	2人
老人ホームに入居している	6人	3人	12人	3人
通院治療	2人	1人	1人	-
何もしていない／したいことはない	15人	32人	21人	40人



Base=全ヒアリング対象者、N=600

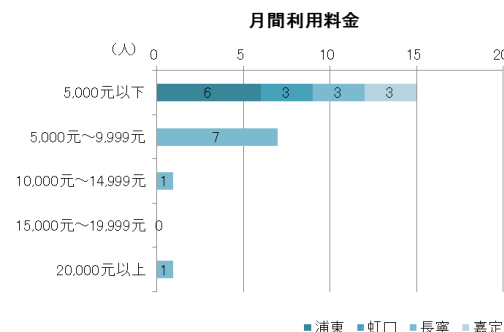
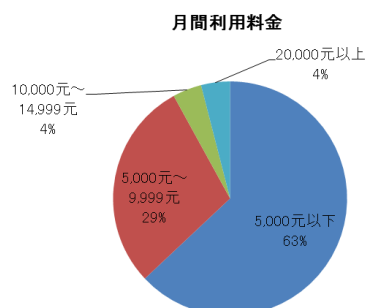
③養老施設に入居している調査対象の月間利用料金

養老施設に入居している場合の月間利用料金は 1)5,000 元以下：62.5%、2)5,000～9,999 元：29.2%、3)10,000～14,999 元：4.2%、15,000～19,999 元：0.0%、20,000 元以上：4.2%、であり、5,000 元以下が主流である。

【為替レート：1元=19.47円（2014年12月31日）】

	利用者数
5,000元以下	15人
5,000元～9,999元	7人
10,000元～14,999元	1人
15,000元～19,999元	-
20,000元以上	1人
合計	24人

地区別	浦東	虹口	長寧	嘉定
5,000元以下	6人	3人	3人	3人
5,000元～9,999元	-	-	7人	-
10,000元～14,999元	-	-	1人	-
15,000元～19,999元	-	-	-	-
20,000元以上	-	-	1人	-
合計	6人	3人	12人	3人

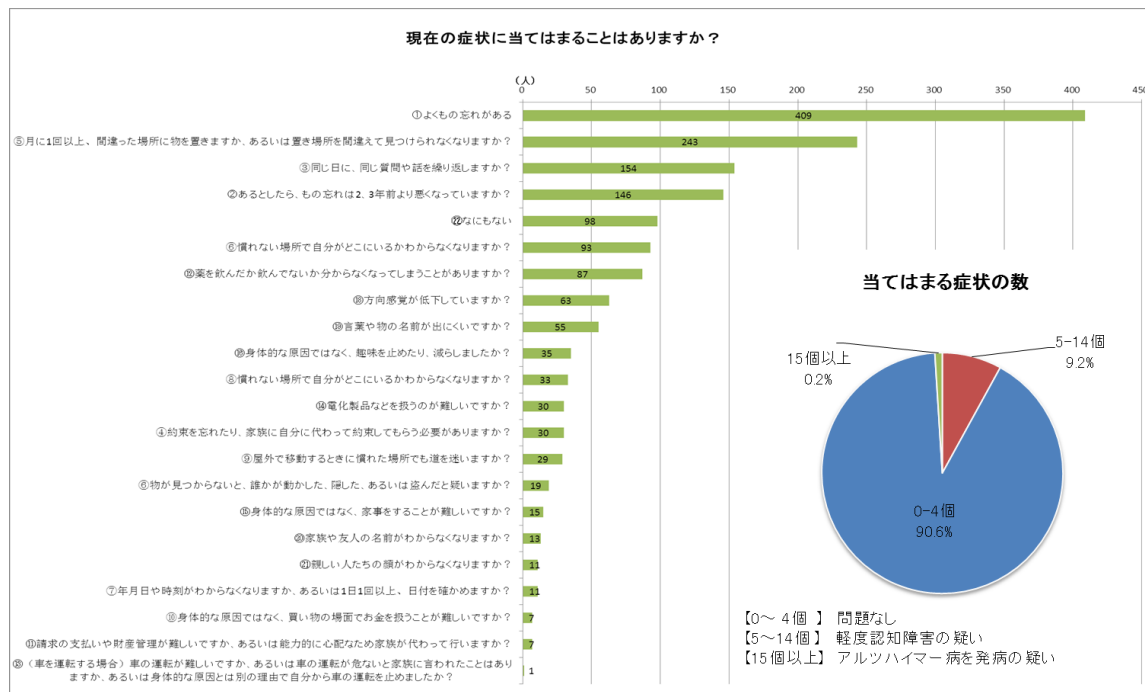


※「2013年上海市国民経済和社会発展統計公報」によると、上海都市部60歳以上の高齢者の月平均収入は2,779元である。

Base=全ヒアリング対象者、N=600

④調査対象者の現在の症状

認知症チェックに係る質問項目に対しては、0~4 個の該当項目数の回答者は 544 名（90.7%）であり「問題なし」とされる一方、55 名（9.2%）が「軽度認知障害の疑い」とされる 5~14 個の該当項目数、1 名（0.2%）が「アルツハイマー病を発病の疑い」とされる 15 個以上の該当項目数であった。



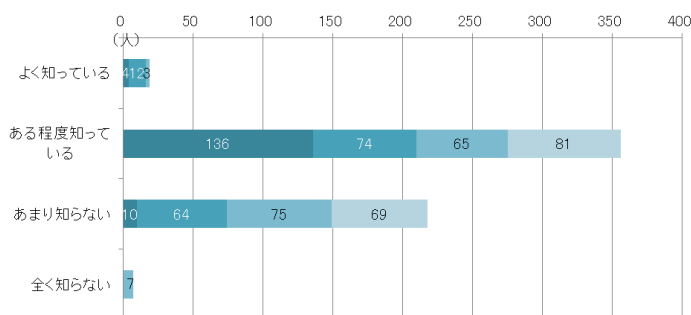
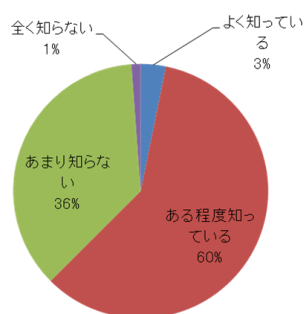
Base=全ヒアリング対象者，N=600

⑤認知症に対する認識度

認知症に対する認識度調査では、1)ある程度知っている：356 人（59.3%）、2)あまり知らない：218 人（36.3%）、3)よく知っている：19 人（3.2%）、4)全く知らない：7 人（1.2%）の回答数であり、認識度が高いとはいえない状況である。

	調査対象者数
よく知っている	19人
ある程度知っている	356人
あまり知らない	218人
全く知らない	7人
合計	600人

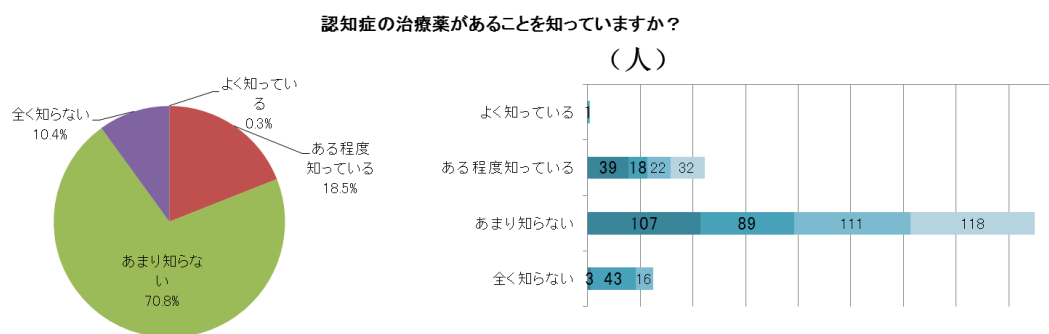
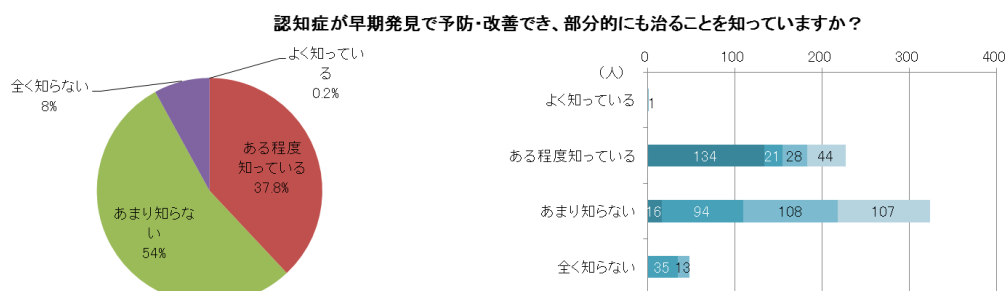
地区別	浦東	虹口	長寧	嘉定
よく知っている	4人	12人	3人	-
ある程度知っている	136人	74人	65人	81人
あまり知らない	10人	64人	75人	69人
全く知らない	-	0人	7人	-
合計	150人	150人	150人	150人



Base=全ヒアリング対象者，N=600

⑥認知症治療に対する認識度

認知症治療に対する認識度調査における「認知症が早期発見で予防・改善でき、部分的にも治ることを知っていますか？」の質問項目に対しては、1)ある程度知っている：227人（37.8%）、2)あまり知らない：324人（54.0%）、3)全く知らない：48人（8.0%）、4)よく知っている：1人（0.2%）の回答数であり、認識度は低い状況である。次に「認知症の治療薬があることを知っていますか？」の質問項目に対しては、1)あまり知らない：425人（70.8%）、2)ある程度知っている：111人（18.5%）、3)全く知らない：62人（10.3%）、4)よく知っている：2人（0.3%）の回答数であり、認識度は非常に低い状況である。

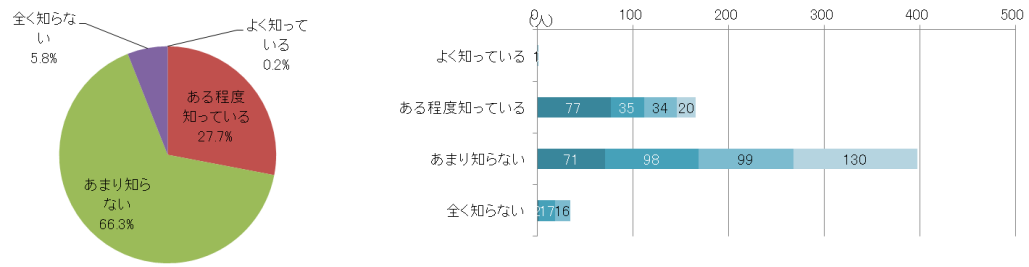


Base=全ヒアリング対象者、N=600

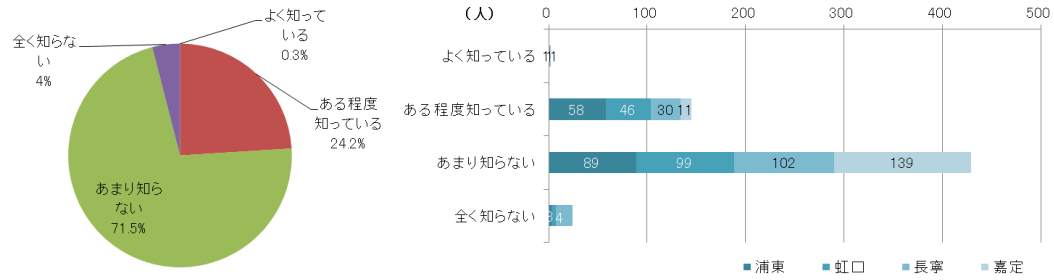
⑦認知症介護に対する認識度

認知症介護に対する認識度調査における「認知症の専門介護入居施設があることを知っていますか？」の質問項目に対しては、1)ある程度知っている：166人（27.7%）、2)あまり知らない：398人（66.3%）、3)全く知らない：35人（5.8%）、4)よく知っている：1人（0.2%）の回答数であり、「認知症の訪問介護サービスがあることを知っていますか？」の質問項目に対しては、1)あまり知らない：429人（71.5%）、2)ある程度知っている：145人（24.2%）、3)全く知らない：24人（4.0%）、4)よく知っている：2人（0.3%）の回答数であり、認識度は高くない状況である。

認知症の専門介護入居施設があることを知っていますか？



認知症の訪問介護サービスがあることを知っていますか？



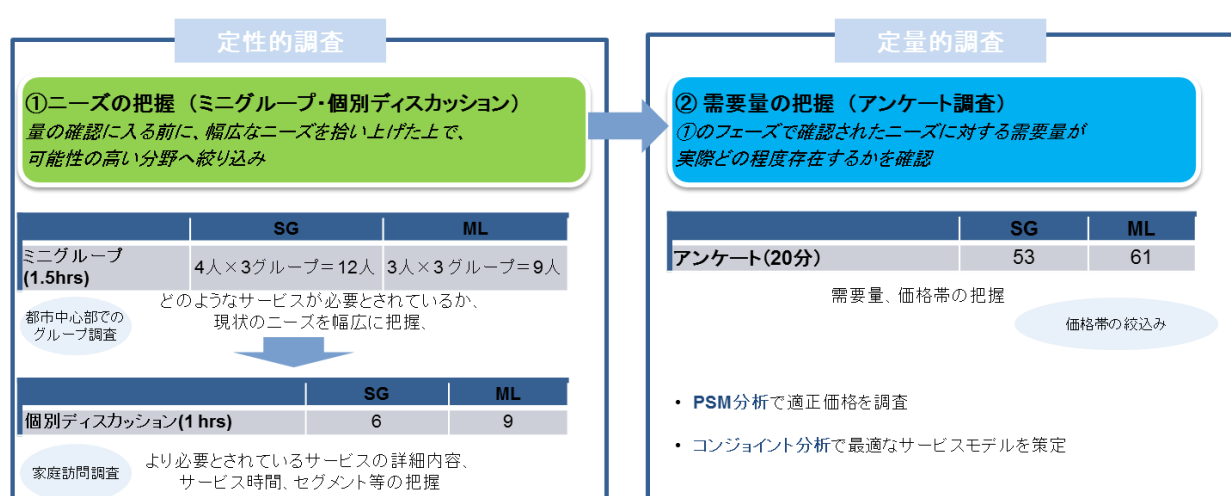
Base=全ヒアリング対象者，N=600

第3章 シンガポール、マレーシア、中国(グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護) 介護サービスの事業展開可能性調査

3-1. シンガポール介護サービスの事業展開可能性調査

本調査は、2-1. シンガポール介護サービスの実態調査で確認したニーズに対する需要が実際のどの程度存在するかを確認するため、認知症介護サービス（居住系サービス、通所介護、訪問介護）等のニーズおよび需要の検証を目的に、主にサービスが必要とされる時間、価格帯の把握等について、中高所得層で、認知症として診断された高齢者の家族または主要な介護提供者 53 人を対象に、20 分程度のアンケート方式により実施したものである。

なお、実施計画においては、対象者を個別推薦家庭のほか、病院 1 機関程度、介護施設 1 施設程度の利用者としていたが、外部調査会社と協議の上、最も有効な方法として認知症として診断された高齢者の家族または主要な介護提供者に実施した。



個別ディスカッション



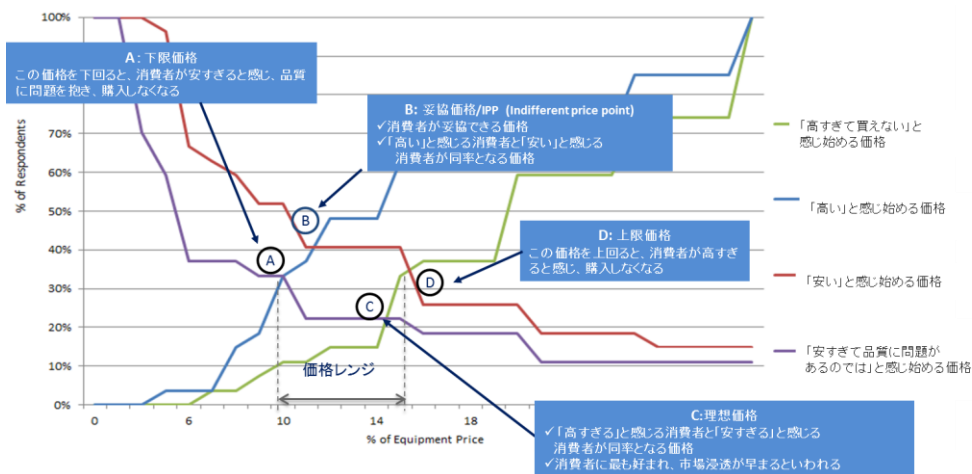
グループディスカッション



また、PSM 分析により価格感度測定、コンジョイント分析で消費者にとって重要視されている属性（要素）を調査した。

➤ PSM (Price Sensitivity Measurement、価格感度測定) 分析

- ✓ 消費者の価格感度を調査し、「下限価格（下図A）」、「妥協価格/IPP(同B)」、「理想価格（同C）」、「上限価格（同D）」を算定
- ✓ 当該調査では、上4つの価格を調査し、下限価格～上限価格を価格レンジとする



➤ 最適モデルはコンジョイント分析で調査

✓ コンジョイント分析

新商品開発などで、消費者にとって重要視されている属性（要素）を選び、相対的重要度を算定

➤ 本調査におけるコンジョイント分析

- ✓ 自宅外サービスは 12 ケース、在宅サービスについて 8 ケースの二者択一のシナリオを設定
- ✓ それぞれをカードに記載、回答者に選択させる
- ✓ 回答結果を分析し、相対的重要度と各属性の有効性を算出

カード(抜粋)

自宅外サービス

	OPTION A	OPTION B	NONE OF THESE
Daily Hours	8am-6pm	8am-6pm	
Weekly Duration	7 days a week	7 days a week	
Distance to travel	30 min	20 min	
Monthly Cost	RM\$500	RM\$500	
Staff/Patient ratio	1 Staff: 1 Patient	1 Staff: >10 patients	
Shared/Private room	Ward/room of 2	Private Room	
Events/Activities	Domestic / Entertainment /	Dementia specific	
Staff Training	General Trained caregiver	Professional nurse	
Which one of these two options, if any, would you be likely to choose?	☐	☐	☐

NOTE:

- Domestic - Tasks such as bathing, feeding, cleaning up after patient, toilet assistance
- Entertainment - Activities such as playing games (Mahjong, Chess, word games) and socializing/shopping, dining, music
- Dementia specific - Individual care plan assessment and memory reviews, touch therapy

在宅サービス

	OPTION A	OPTION B	NONE OF THESE
Daily Hours	8am-6pm	2-3 hours	
Weekly Duration	5 work week days only	7 days a week	
Monthly Cost	RM\$3000	RM\$3000	
Events/Activities	Domestic / Entertainment /	Dementia specific	
Staff Training	General Trained caregiver	Domestic Maid/Helper	
Which one of these two options, if any, would you be likely to choose?	☐	☐	☐

NOTE:

- Domestic - Tasks such as bathing, feeding, cleaning up after patient, toilet assistance
- Entertainment - Activities such as playing games (Mahjong, Chess, word games) and socializing/shopping, dining, music
- Dementia specific - Individual care plan assessment and memory reviews, touch therapy

➤ 主な用語と定義

主な用語と定義については、以下のとおりである。

自宅外サービス	居住系サービス	日本の老人ホームに該当 高齢者を住ませ、食事や日常生活の介護を提供するサービス
	デイケア	日本の通所介護に該当 高齢者を日中の一定時間預かり、介護を提供するサービス
在宅サービス	住込メイド	高齢者の自宅にメイドを住ませ、介護等を提供するサービス
	訪問介護	高齢者の自宅に介護職員などを派遣し、介護を提供するサービス

1) 調査方法と回答者の概要

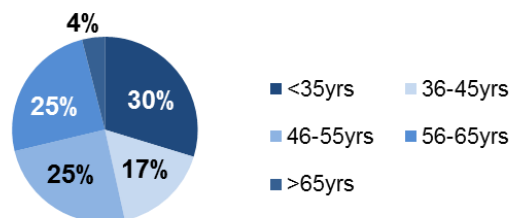
■調査方法 : 20 分の個別面談

■回答者 : 認知症高齢者の家族、又は主な介護者 53 人

■回答者の属性 :

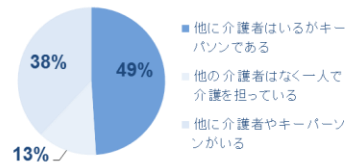
- ほぼ 50%が「主要な介護者」
- 75%以上はアップーミドル以上（S\$5,000 以上の所得）
- 平均可処分比率＝47%
- 92%は介護の 3 割以上を提供
- 90%近くが親の介護費用を支払い

年齢構成

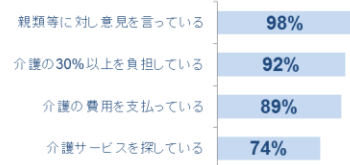


サービスの利用状況	
自宅外サービス (居住系サービス もしくは デイケア)	25
自宅内サービス (住込メイド、訪問介護)	28
Total	53

■他の介護者の有無

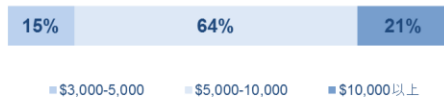


■介護のかかり方



■収入(家計所得/月)

2/3 はアンパードル (\$5,000-10,000未満)
1/5 は富裕層 (\$10,000以上)



■可処分所得比率

平均47%

S1. Are you currently caring for a family member diagnosed with dementia?
S2. In what aspect are you involved in the caregiving? [Select all those that applies] 33
S6. What is your monthly household income (include everyone living in the house)
S7. What proportion of your income, would you say is disposable? Base: n=53

2) 現状利用しているサービスの価格と利用状況 (注 複数利用あり)

- ✓ 住込メイドが半数、次いで居住系サービス (ホーム)
- ✓ 価格帯: 住込メイド: \$600-1,000/月、居住系サービス: \$1,350/月 (\$1,000 未満が 50%、\$2,000 以上は 20%)

居住系サービス(ホーム)

デイケア

住込メイド

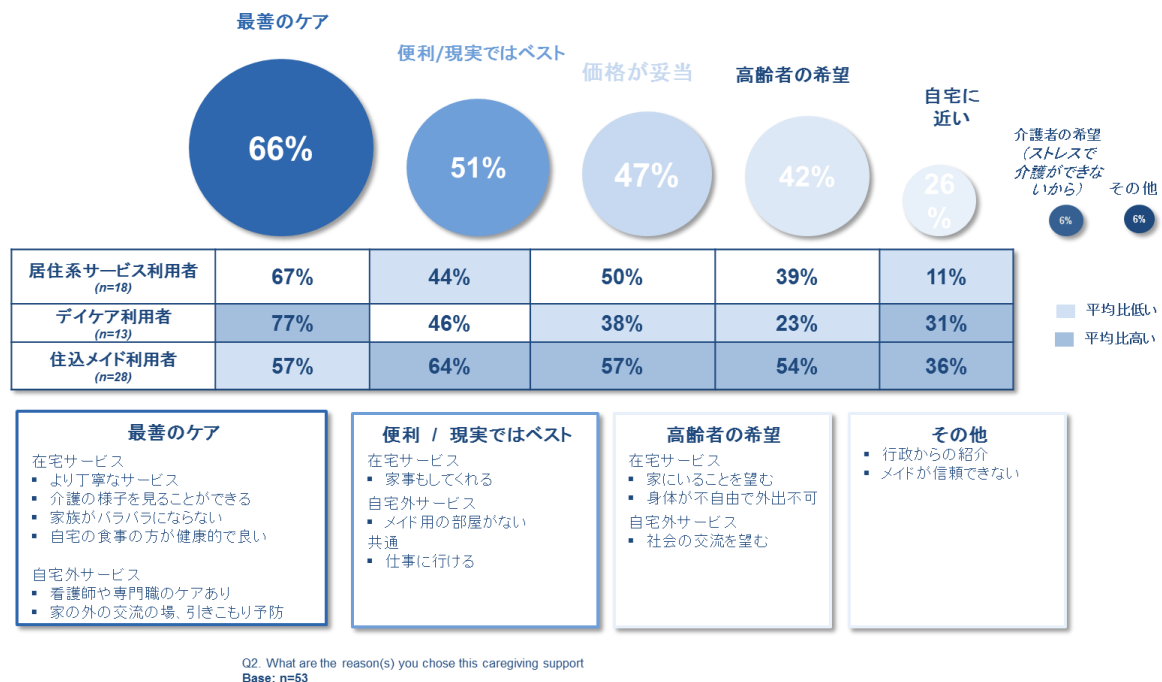
訪問介護



Q1. What is the main caregiving support that you use when looking the dementia patient? caregiving?
S4. What percentage of the maid's duties would be caring for the elderly patient? Q5. What is your current frequency of usage? Base: n=53
Q4. Can you tell us the approximate price you are paying for the current option of 34

3) サービス利用の決め手

サービス利用の決め手については、以下のとおりである。



4) サービスの満足度

①居住系サービス (n=18)

居住系サービスの満足度については、以下のとおりである。

	満足度	サービスの概要	傾向
アクティビティ	78% 22%	61% 医学的サービス ¹¹ リハビリ、1 往診 33% レクリエーション 5 x トランプや球技、2 ダンスや歌、2 TV、1 折紙 22% 運動、公園の散歩など	○ リハビリ+他サービス × リハビリのみ
設備	67% 33%	83% 共用スペース レクリエーションルームや応接室 67% 屋外スペース 庭など 50% トイレなど 7 トイレ、3 キッチン 39% トレーニングルーム	○ 複数装備 × 1〜2種類のみ
食事	78% 22%	44% 特別メニュー可 利用者や家族の要望に対応可 28% 通常のみ、22% 糖尿病対応、11% 消化しやすい食事	○ 特別食、糖尿病対応 × 通常食のみ
人員配置	29% 57% 14%	平均 8:1 33% 3-4:1、17% 7-9:1、17% 10:1以下	○ 3〜6:1以上 × 10:1以下
有資格者の配置	9% 55% 36%	28% 看護師、22% 熟練した介護職員、11% 一般の介護職員、6% 医師、リハビリスタッフ、介護職員の全ての配置	○ 熟練者 × 不慣れ
自宅からの距離	46% 54%	平均 23分 5-45 分の範囲; 大半は20:30分	○ 5〜20分 × 30分以上
面会時間	31% 69%	50% Daily 7-8am から 9-10pmが一般的 28%夜間; 17%午前中; 11% 昼食時、11% 制限なし	満足度と相関性なし
居室	7% 67% 27%	80% 個室 20% 多床室	○ 広くて妥当な価格

Q3a. What is included in the service package that the patient is currently receiving?

Q3b. What is the level of satisfaction for each of the services – with 1 being not satisfied at all and 7 being very satisfied
Base: n=18

②デイケア (n=14)

デイケアの満足度については、以下のとおりである。

	満足度	サービスの概要	傾向
アクティビティ		85% レクリエーション 7x ゲーム (マージャン、積木、トランプなど)、1x 外出 46% 医療サービス リハビリ 31% 体操・運動	○ リハビリ+ 他のサービス × リハビリのみ
設備		70% トイレなど トイレ、キッチン 50% 共用スペース カラオケ、テレビ 40% 屋外スペース (庭など)、30% 体育館、 ; 20% 病室、20% マッサージルーム	○ ニーズに応じて多様なサービス を提供できる場合
食事		73% 通常のみ 18% 消化しやすいなど 配慮した食事、9% '特別'、18% 糖尿病食	○ 選択制+ 栄養バランス
人員配置		平均 7:1 86% 5-6:1 14% 10:1	× 16:2-3
有資格者の配置		21% 通常の介護職員 、14% 看護師、 7% 理学療法士	相関性なし
自宅からの距離		平均 23 分 10-60分の範囲、概ね15-30分 程度	○ 15-30分 × 30分以上
送迎		64% 送迎サービスあり	相関性なし

③住込メイド (n=28)

住込メイドの満足度については、以下のとおりである。

	満足度	サービスの概要	傾向
アクティビティ		82% 軽い運動 散歩など 54% 娯楽 ゲーム、おしゃべり、音楽鑑賞 36% 家事支援 29% 医学的ケア、日常生活支援 体調確認、薬 湯の入浴、リハビリ、買い物	○ 軽い運動 × 娯楽
カウンセリング		54% 提供	相関性なし
スタッフの資格		25% 通常の介護職員 14% 高齢者ケアの経験/研修あり 11% 応急救置 7% 看護師 7% 理学療法士 4% メイド	相関性なし
食事		35% 通常 (例 1比3食事+ おやつ) 25% 特別食(高齢者の嗜好等に対応) 21% 消化しやすい食事 14% 栄養に配慮した食事(減塩など) 11% 糖尿病対応	○ 特別食+ 消化しやすい食事 × 通常の食事

④訪問介護 (n=4, 要留意)

訪問介護の満足度については、以下のとおりである。

	満足度	サービスの概要	傾向
依頼内容	50% 50%	50% 医学的管理 体調管理、リハビリ 50% 運動 散歩 25% 家事 25% メイドへのアドバイス	相関性なし
カウンセリング	67% 33%	75% あり	相関性なし
スタッフの資格	100%	50% 看護師 25% は「経験豊富」との記載あり	○ 経験豊富
食事	50% 50%	25% 食事のアドバイス 25% 経鼻栄養	相関性なし

5) 利用サービスについて

①「満足」と思う要因

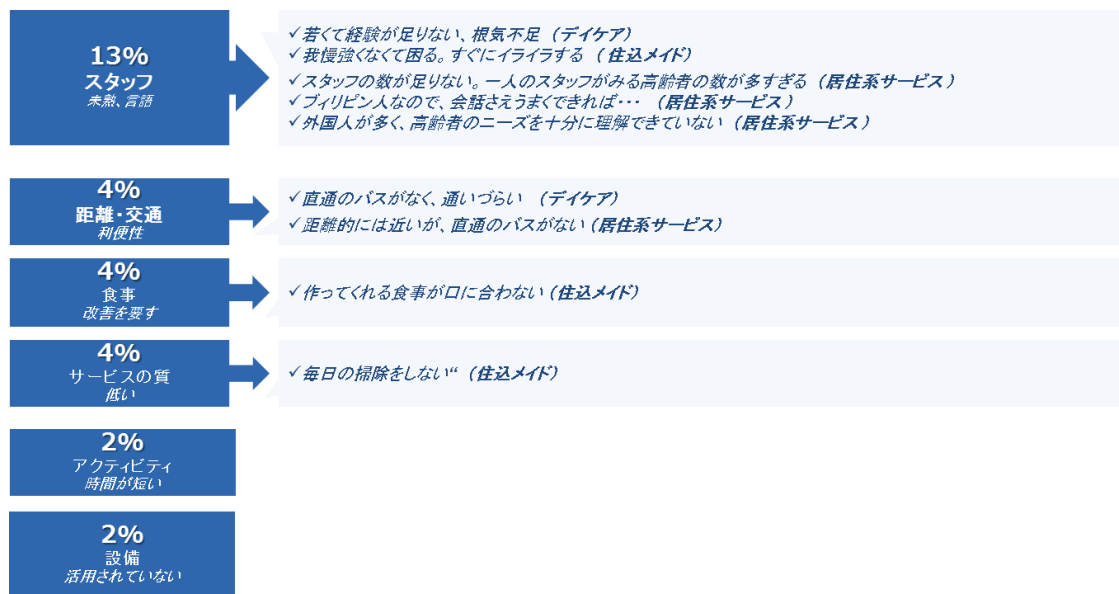
利用サービスについて「満足」と思う要因については、以下のとおりである。

42% サービス内容	✓(利用者は)満足している様子。スタッフは改善した点を挙げてくれた。(デイケア) ✓(利用者の)希望に良く応えてくれている。大変な仕事であるが、笑顔を絶やさない。高齢者の彼女の世話になれており、家族の一員となっている。(住込メイド) ✓1年以上入居しているが、明らかに状態は改善している。(居住系サービス)
38% 食事 栄養の配慮、メニューの選択、適当な量	✓食事を選ぶことが可能。栄養バランスも良く、分量も適切(デイケア) ✓食事の好みを理解し、食べたくなるようなメニュー。栄養バランスもよく、残さず食べ残さない(住込メイド) ✓ホームで調理されている。バラエティがあり、利用者の多様な好みに対応。残さず食べる。(居住系サービス)
30% スタッフ 経験、知識、人柄など	✓スタッフが明るく親切、楽しみにしている。スタッフも手厚く配置されておりサービスが行き届いている。(デイケア) ✓良く教育されておりサービスに自信を持っている。(訪問介護)
23% 距離・交通手段 利便性	✓送迎サービスがあり便利(デイケア) ✓家の近所にある(居住系サービス)
19% 設備 維持管理、	✓ いろいろな設備があり、多様な高齢者に対応できる(デイケア) ✓ 設備が充実していて、病院とは違って家庭的(居住系サービス)
19% 面会時間	✓訪問しやすい時間帯で、遅れても他の人の迷惑にならないければ面会可能。柔軟に対応(居住系サービス)
15% アクティビティ	✓散歩や「家族の日」など、日々多様なメニューが提供されており、飽きない(デイケア)

Q3c. Why is this so? Base n=53

②「不満」と思う要因

利用サービスについて「不満」と思う要因については、以下のとおりである。

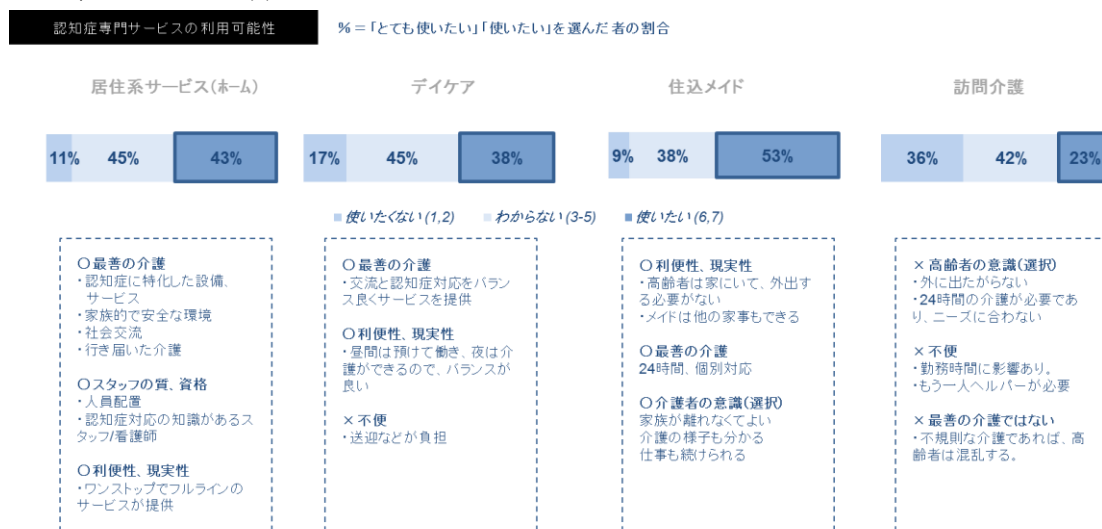


Q3c. Why is this so? Base: n=53

6) 認知症特化サービスについて

①利用可能性

- ✓ 認知症専門サービスの利用可能性：住込メイドが最も高く (53%)、次いで居住系サービス、デイケアの順



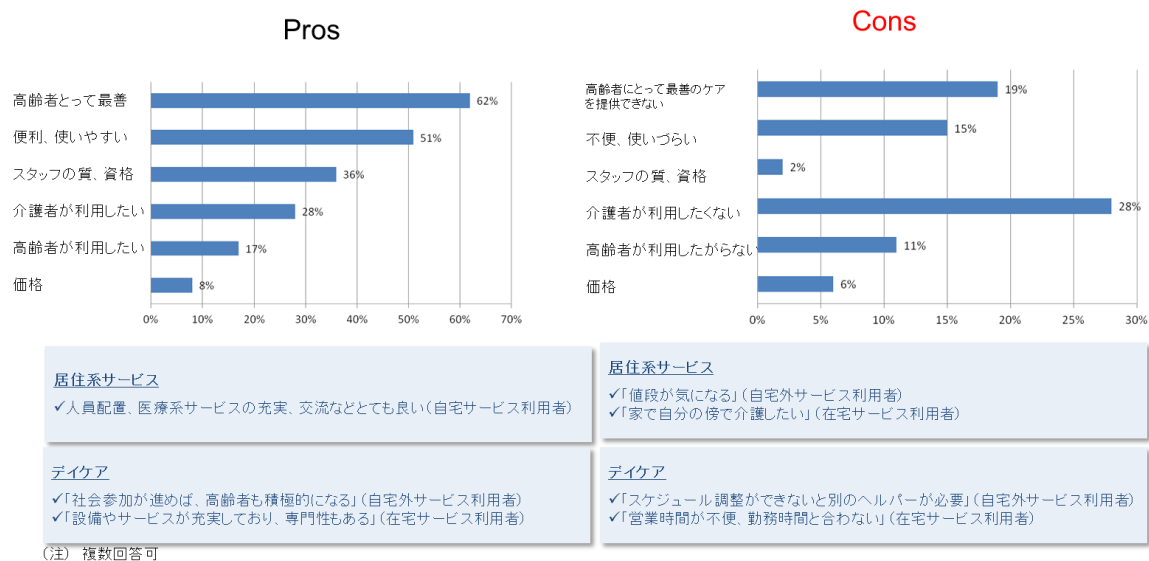
Q7a. With reference to the concepts you have seen, what is your likelihood of using each of the services? (1 being "Not likely at all" and 7 being "Very likely")

Q7b. Why is this so? Base: n=53

②認知症特化サービスの評価 (Pros +Cons)

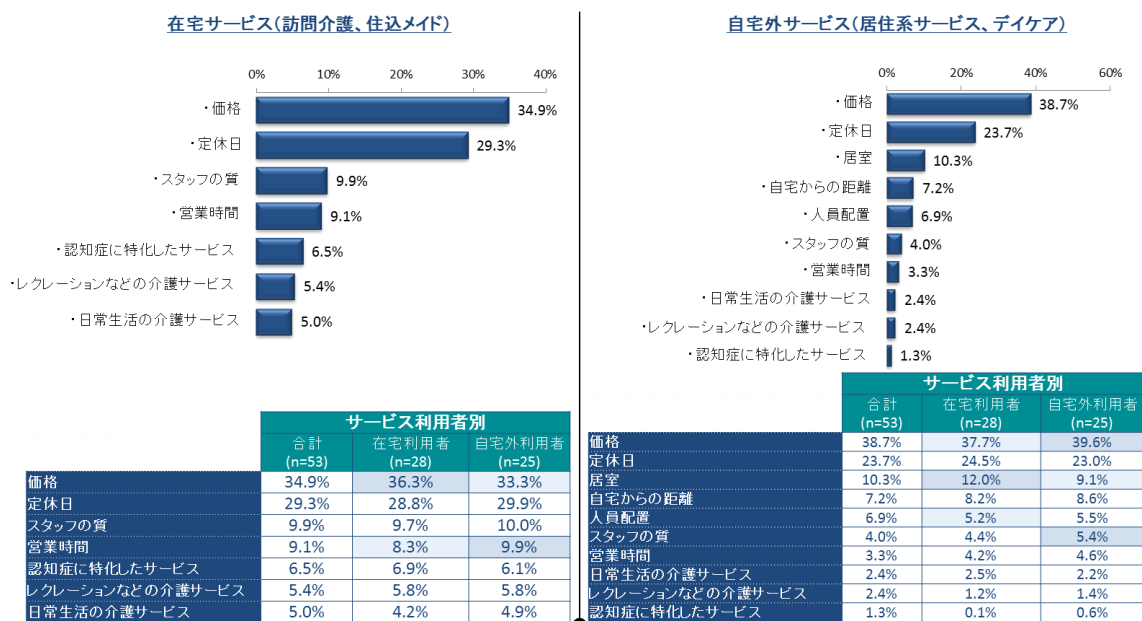
○：62%が高齢者にとって「最善のサービスである」と評価

▲：「家族で介護したい」など、28%の介護者が利用に消極的



③サービス利用に影響を与える要素

サービス利用に影響を与える要素については、以下のとおりである。



7) PSM 分析

①価格レンジについて

価格レンジについてについては、以下のとおりである。

Concept	IPP価格 (価格レンジ: 下限価格~上限価格)		
	全体平均 (n=53)	在宅サービス③'、④ 利用者 (n=28)	自宅外サービス①、 ①'、②利用者 (n=25)
①居住系サービス SG	\$1,000/月 \$800-\$1,470	\$1,150/月 \$850-\$1,500	\$950/月 \$700-\$1,400
①'居住系サービス JB	\$740/月 \$500-\$970	\$730/月 \$500-\$900	\$770/月 \$500-\$920
②デイケア	\$52/日 \$33-\$62	\$57/Day \$33-\$64	\$47/Day \$32-\$58
③住込メイド	\$670/月 \$490-\$810	\$730/月 \$580-\$890	\$560/月 \$405-\$725
④訪問介護	\$25/時間 \$15.50-\$34.50	\$26/時間 \$13-\$39	\$25/時間 \$15.50-\$32.50

居住系サービス利用者
(n=11)
IPP: 925
価格レンジ \$850 - 1,150

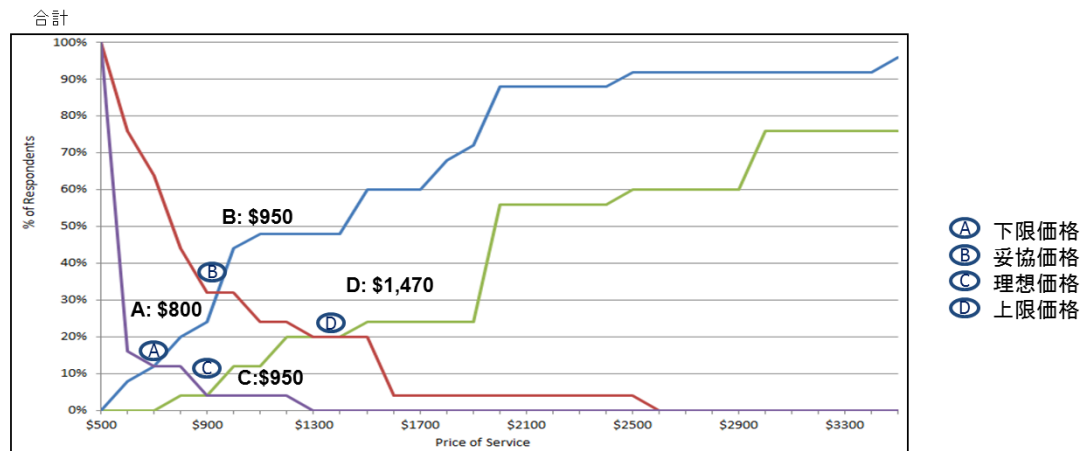
デイケアサービス利用者
(n=14)
IPP: \$975
価格レンジ: \$700 - \$1,500

Q8. With reference to the concepts you have seen, please can you tell us what you think is an acceptable price for each one? I am going to read out 4 price points for you to think about before I ask you to give me a price for each one:
Base: n=53

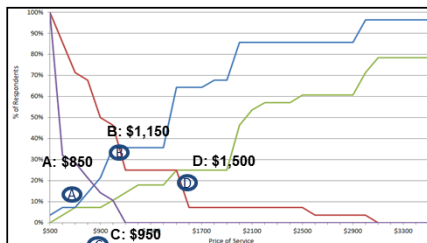
②PSM チャート

A. 居住系サービス (シンガポール)

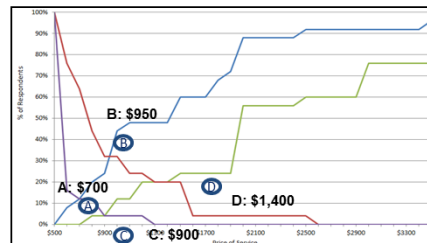
- ✓ IPP : S\$1,000/月
- ✓ 価格レンジ : S\$800-S\$1,470



在宅サービス利用者

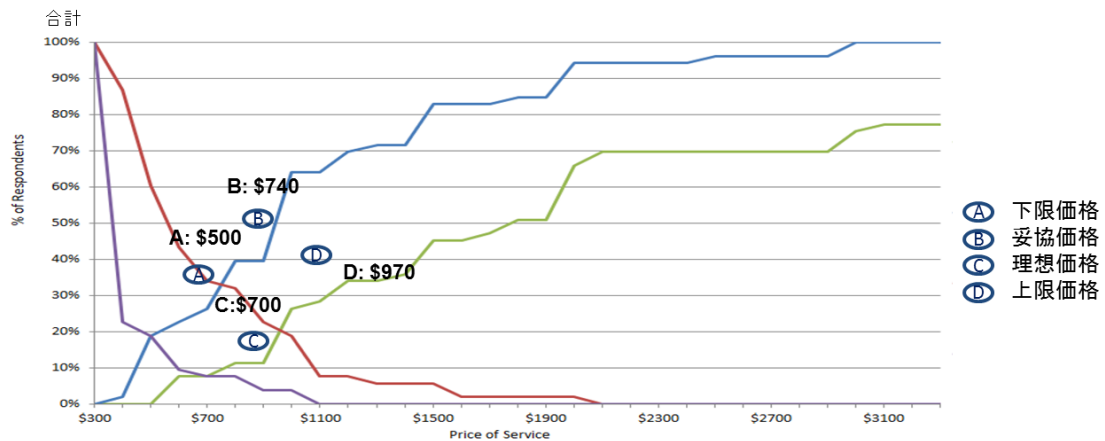


自宅外サービス利用者

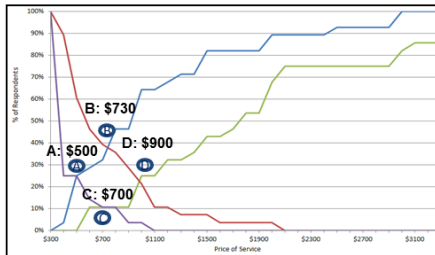


B. 居住系サービス (ジョホールバル)

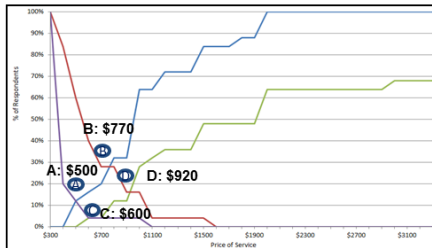
- ✓ IPP : S\$740/月
- ✓ 通所介護 : 価格レンジは S\$500-S\$970



在宅サービス利用者

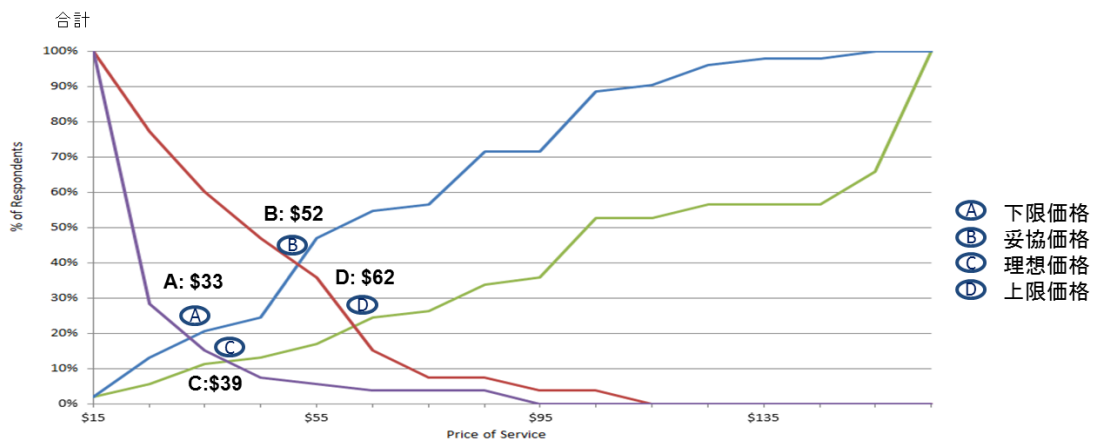


自宅外サービス利用者

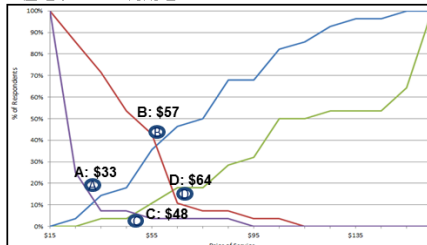


C. デイケア

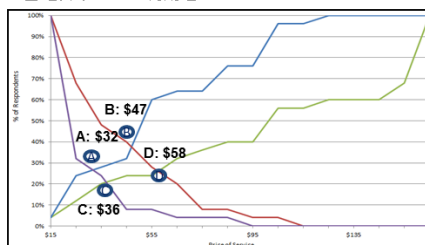
- ✓ IPP : S\$52 /日
- ✓ 価格レンジ: S\$33-S\$62



在宅サービス利用者

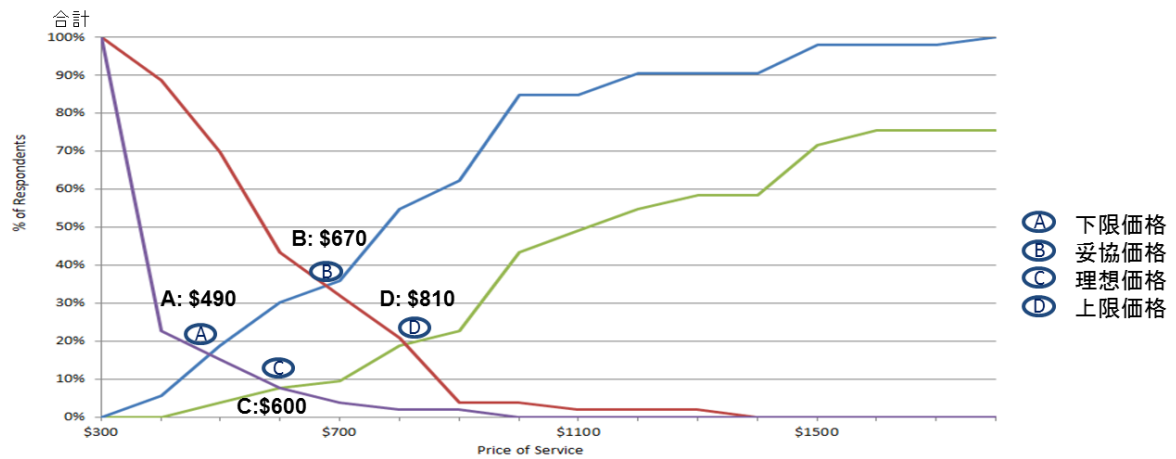


自宅外サービス利用者

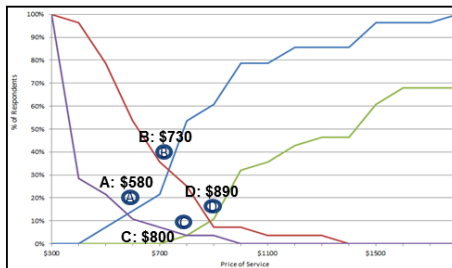


D. 住込メイド

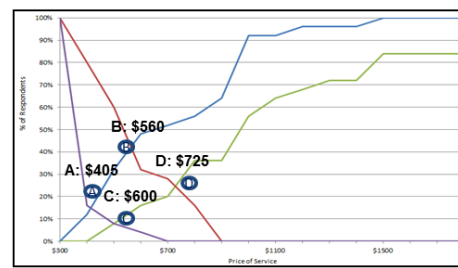
- ✓ IPP : S\$670 /月
- ✓ 価格レンジ: S\$490-S\$810



在宅サービス利用者

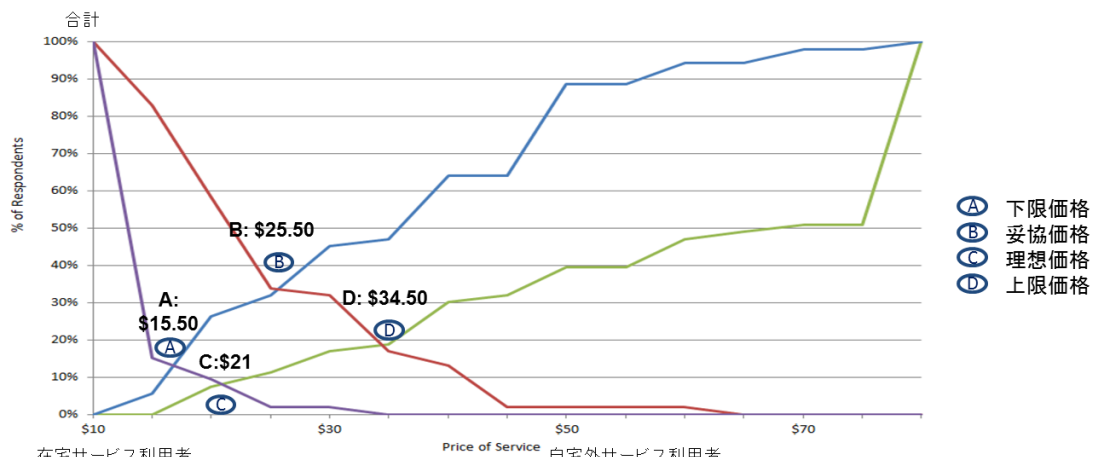


自宅外サービス利用者

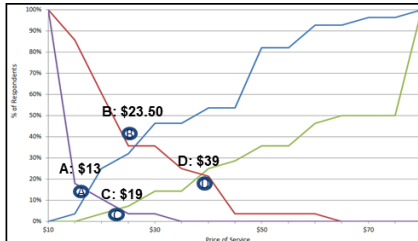


E. 訪問介護

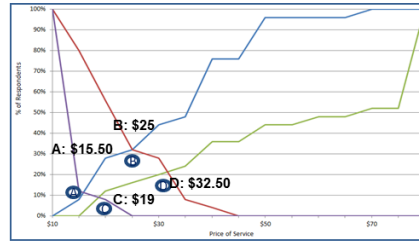
- ✓ IPP : S\$25.5 /時間
- ✓ 価格レンジ : S\$15.5~34.50



在宅サービス利用者



自宅外サービス利用者



3-2. マレーシア介護サービスの事業展開可能性調査

本調査は、2-2. マレーシア介護サービスの実態調査で確認したニーズに対する需要が実際の程度存在するかを確認するため、認知症介護サービス（居住系サービス、通所介護、訪問介護）等のニーズおよび需要の検証を目的に、主にサービスが必要とされる時間、価格帯の把握等について、中高所得層で、認知症として診断された高齢者の家族または主要な介護提供者 61 人を対象に、20 分程度のアンケート方式により実施したものである。

なお、実施計画においては、対象者を個別推薦家庭のほか、病院 1 機関程度、介護施設 1 施設程度の利用者としていたが、外部調査会社と協議の上、最も有効な方法として認知症として診断された高齢者の家族または主要な介護提供者に実施した。

1) 調査方法と回答者の概要

- 調査方法 : 20 分の個別面談
- 回答者 : 認知症高齢者の家族又は主な介護者 61 人
- 回答者の属性：
 - ✓ ほぼ 90%が「他に介護者がいる」
 - ✓ 95%以上はアッパーミドル以上（MYR5,000 以上の所得）
 - ✓ 平均可処分比率≒50%
 - ✓ 95%は介護費用を負担
 - ✓ 80%近くが発言権あり

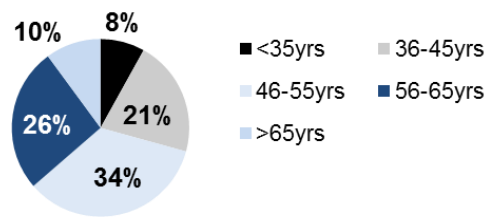
個別ディスカッション



グループディスカッション

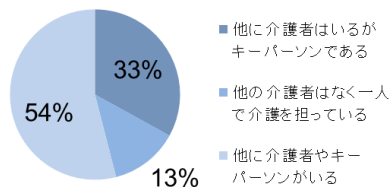


年齢構成

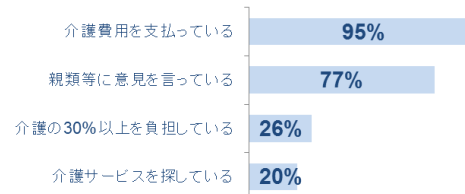


サービスの利用状況	Malaysia
あり (居住系サービス、デイケア、住込メイド、訪問介護)	33
なし (現在は外部サービスを利用せず介護を提供)	28
合計	61

■他の介護者の有無

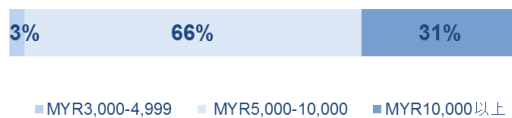


■介護のかかり方



■収入(家計所得/月)

2/3 はアッパーミドル (MYR5,000-10,000)
1/3弱は富裕層 (MYR10,000以上)



■可処分所得比率

平均49.9%

S1. Are you currently caring for a family member diagnosed with dementia?
S2. In what aspect are you involved in the caregiving? [Select all those that applies]
S6. What is your monthly household income (include everyone living in the house) 63

S7. What proportion of your income, would you say is disposable?
Base: n=61

2) サービスの価格と利用状況

- ✓ 半数は外部サービスの利用なく、利用サービスは住込メイドとその他居住系サービスに分かれる)
- ✓ 価格：住込メイド：MYR960/月、デイケア：MYR50/日、居住系サービス：MYR1,900以上/月

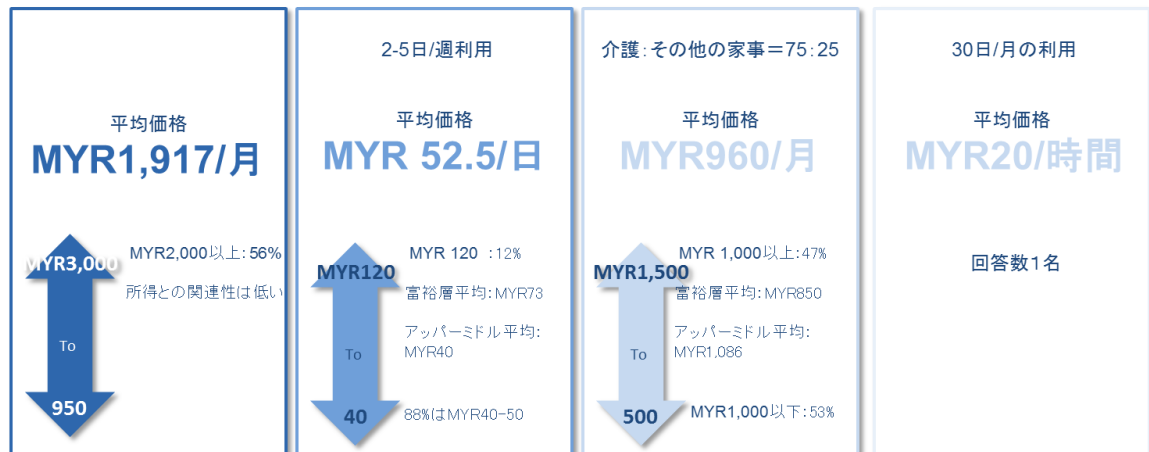
居住系サービス

デイケア

住込メイド

訪問介護

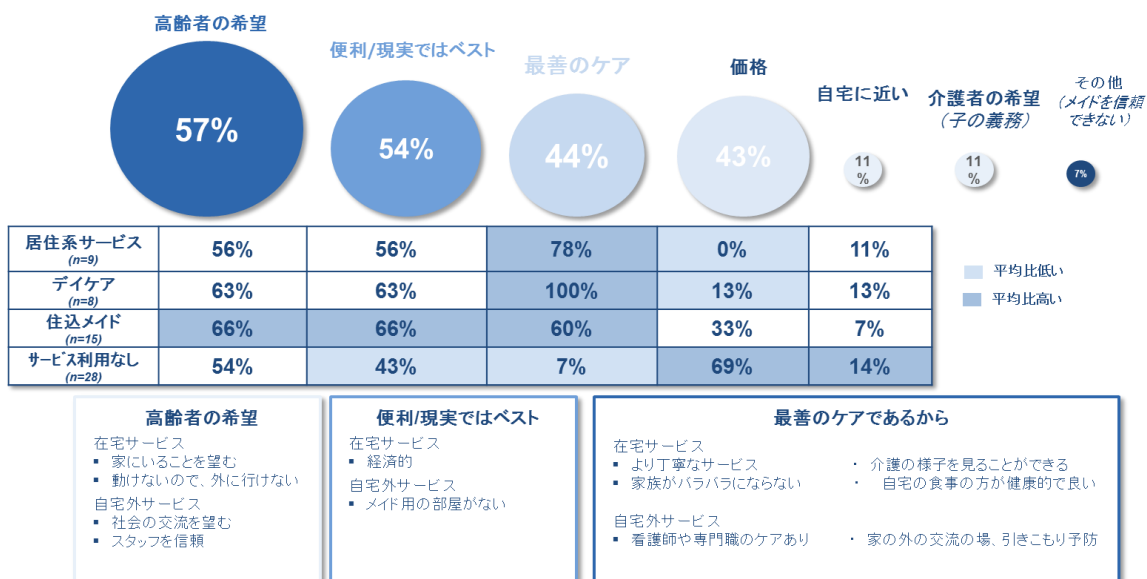
サービス利用なし



Q1. What is the main caregiving support that you use when looking the dementia patient? Q5. What is your current frequency of usage? Base: n=61
 S4. What percentage of the maid's duties would be caring for the elderly patient?
 Q4. Can you tell us the approximate price you are paying for the current option of caregiving? Base: n=64

3) サービス利用の決め手

- ✓ 高齢者の希望を第一に考慮する一方、価格要因も大きい
- ✓ 居住性サービスやデイケアが「最善のケア」として選ばれる一方、住込メイドも現実的な選択肢として考えられている
- ✓ サービスの未利用者は、コスト要因と自らの意識をその理由としている

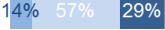
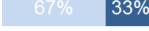
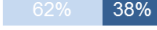
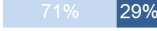
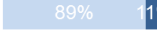


Q2. What are the reason(s) you chose this caregiving support
 Base: n=53

4) サービスの満足度

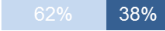
①居住系サービス (n=9)

居住系サービスの満足度については、以下のとおりである。

	満足度	サービスの概要	傾向
アクティビティ		56% レクリエーション 5tランブやゲーム、テレビ、ダンスや歌 22% 運動 軽い体操や散歩など 22% 医学的サービス リハビリや健康管理 22% 日常の介護 食事や入浴	○ 多様なサービス、認知症対応のサービス × 毎日提供されない、少ない
設備		56% 屋外の設備 庭 44% 共有スペース 多目的スペース 11% 運動器具 マットレス	○ 多様な設備、家族からの要望への対応 × 必要最低限
食事		44% 通常食 22% ‘特別対応’ (経管栄養や個別対応); 11 栄養がある 11% 消化しやすい食事	○ 豊富なメニュー × 通常食
人員配置		平均 4:1 43% 2:1, 43% 3-5-1; 14% 7:1	○ 3~1:1 × 5-7:1
有資格者の配置		33% 看護師, 33% 介護士 22% メイド 11% 医師, 11% リハビリ職員	○ 看護師、リハビリ職員、医師の全て
自宅からの距離		平均 23 分 概ね5分～1時間 太宗は10-20 分	○ 5-15 分 × 20分以上
面会時間		75% 終日 概ね午前8-10 - 午後8pm 25% 24/7 もしくは柔軟に	満足度との相関性はなし
居室		66% 3-4人の多床室 33% 6人の多床室	○ 3-4 人の多床室、もしくは少なくとも広めの多床室

②デイケア (n=8)

デイケアの満足度については、以下のとおりである。

アクティビティ		88% レクリエーション ゲーム、クイズ、図画工作、外出、歌やダンス 50% 運動 サイクリング 13% 医療サービス リハビリ 13% 宗教関連	○ 多様な活動で飽きない × スタッフ不足、場所が狭い
設備		63% レクリエーションスペース 屋寝用の部屋 63% 屋外 庭 25% 浴室 13% 体育室	○ 家庭的雰囲気 × 屋外スペースが狭い
食事		63% 通常食 25% 特別食もしくは高齢者向けのケータリング、13% 消化しやすい食事	○ 栄養のバランスがとれた食事
人員配置		平均1:4 57% 2-3:1; 29% 4-5,:1 14% 「人手不足」	配置と満足度に相関関係はない。 人材の質やスタッフへの信頼感が考慮されている
有資格者の配置		75% 看護師 , 13% 介護職員, 13% リハビリ職員	満足度に相関性なし
自宅からの距離		平均 26 分 概ね5-60 分 太宗は 10-40 分	○ 5-15分 × 30分以上
交通機関		13% 1人のみ	満足度に相関性なし

③住込メイド (n=28)

住込メイドの満足度については、以下のとおりである。

アクティビティ	67% 33%	66% 医療系サービス 服薬管理、マッサージ、通院 介助 53% 日常の介護 入浴、排泄、食事の介助 47% 運動 庭や家の周りの散歩 33% レクリエーション おしゃべり、ゲーム、テレビ、音楽、歌、ダンス、 読書、園芸 7% 家事	○ メイドが指示に従う、経験があり、継続している場合
カウンセリング		0%	n/a
スタッフの資格	75% 25%	60% なし 20% リハビリ、マッサージ 13% メイド、家政婦 7% 漢方の研修	明確な関係はなし
食事	73% 27%	40% 通常食 22% 糖尿病対応 13% ‘好みや希望に応じた特別食’ 13% 栄養ある(低タンパク質がないなど) 7% 消化しやすい食事 7% ベジタリアン	○ 特別食、消化しやすい食事 × 通常の食事

5) 利用サービスについて 「満足」と思う要因

利用サービスについて「満足」と思う要因は、以下のとおりである。

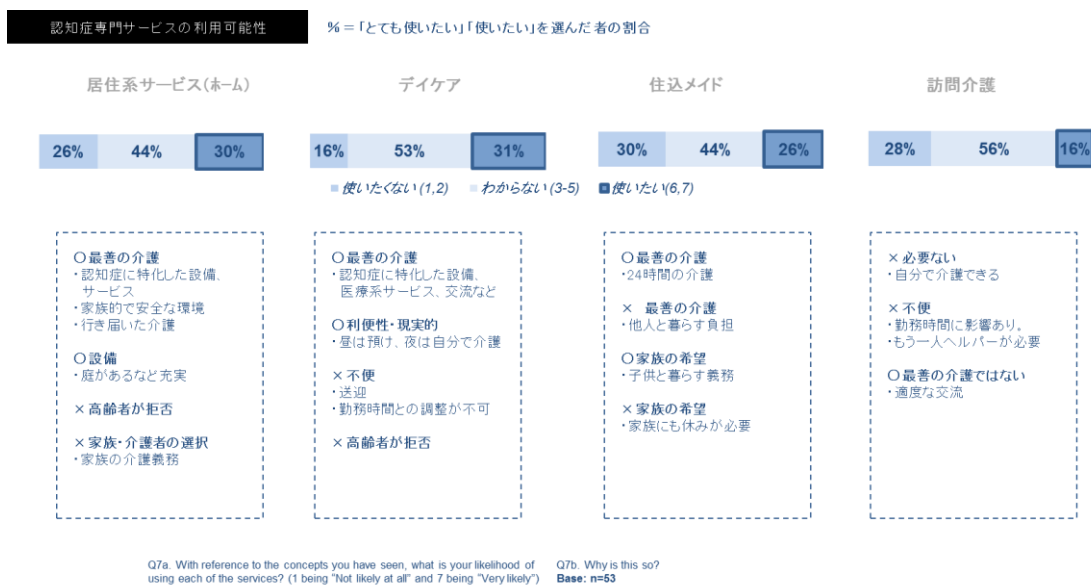
36% サービスの質 行き届いている 快癒	✓ 20年も一緒に暮らしており、自分の家族同様に愛情をこめて介護してくれている(住込メイド)
16% 食事 栄養バランス、 メニューの選択、十分な量	✓ 糖尿病で透析治療を行っているが、いつも減塩など特別食を用意してくれる(住込メイド) ✓ 時間をかけて調理し、飲み込みやすく消化しやすい食事を用意している(住込メイド)
16% 人員配置 経験あり、親切、研修が十分	✓ スタッフ、リハビリ職員などは、個別のニーズに応じ介護を提供している(居住系サービス) ✓ 高齢者のケアの経験が豊富(住込メイド) ✓ それぞれの入居者に応じたケアが提供されている(居住系サービス)
13% 距離、送迎 便利	✓ 送ってくれることもあり、便利(通所介護) ✓ 家に近いので、送迎が可能(通所介護)
9% 面会時間 柔軟で長い	✓ いつでも面会できるので便利(居住系サービス)
8% 設備 広さなど多様	✓ 自宅からは遠いが、広々としている、暮らしやすいのがポイント(居住系サービス)
8% サービス 多様、飽きない	✓ 認知症向けの特別なサービスもある(居住系サービス)

Q3c. Why is this so? Base n=61

6) 認知症特化サービスについて

①利用可能性

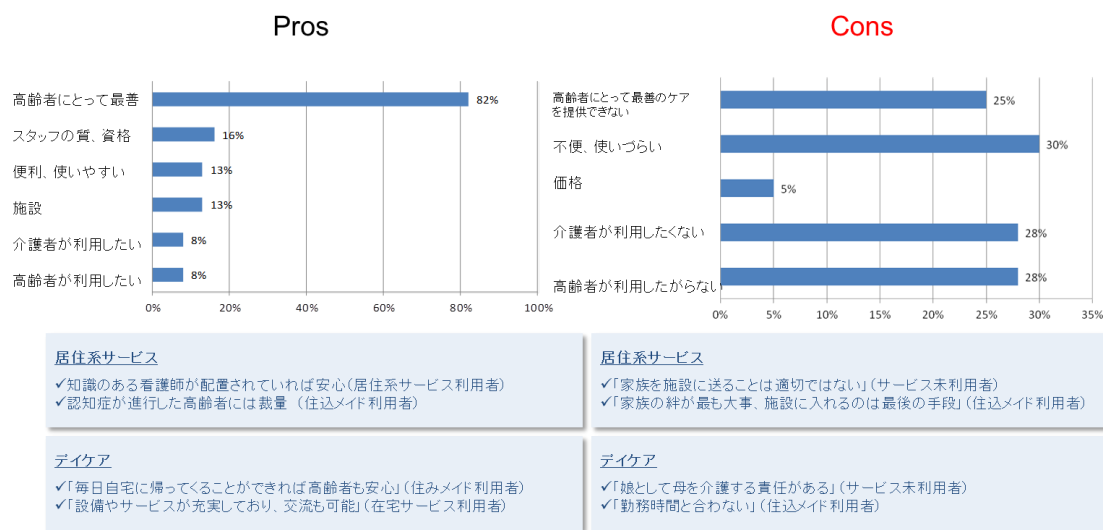
- ✓ 認知症専門サービスの利用可能性：デイケアや居住系ホームの利用可能性が最も高いが、高齢者が使いたがらないケースもある
- ✓ 住込メイドは利便性が高いが、住まわせる場所がなかったり、メイドのスキルも課題



②認知症特化サービスの評価 (Pros +Cons)

○：82%は高齢者にとって「最善のサービスである」と評価

▲：30%が利便性を懸念、介護者と高齢者も利用に消極的であり、シンガポールに比べ利用に慎重



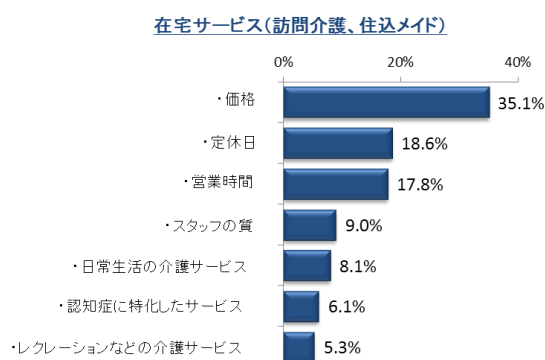
(注) 複数回答可

Q7b. Why is this so?
Base: n=53

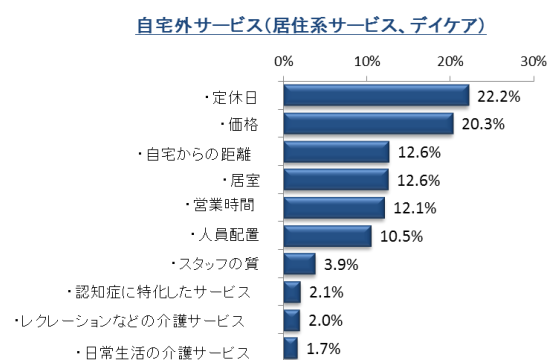
③サービス利用に影響を与える要素

A. 在宅サービスと自宅外サービス

在宅サービスと自宅外サービスの利用に影響を与える要素について、以下のとおりである。



	サービス利用者別		
	合計 (n=61)	利用者 (n=33)	未利用者 (n=28)
価格	35.1%	28.3%	41.5%
定休日	18.6%	24.1%	13.2%
営業時間	17.8%	9.6%	26.0%
スタッフの質	9.0%	10.6%	7.5%
日常生活の介護サービス	8.1%	12.4%	3.7%
レクリエーションなどの介護サービス	6.1%	5.6%	5.0%
認知症に特化したサービス	5.3%	9.4%	2.7%



	サービス利用者別		
	合計 (n=61)	利用者 (n=33)	未利用者 (n=28)
定休日	22.2%	31.8%	12.6%
価格	20.3%	19.0%	21.6%
自宅からの距離	12.6%	11.0%	14.3%
居室	12.6%	11.0%	14.2%
営業時間	12.1%	11.8%	12.4%
人員配置	10.5%	7.9%	13.2%
スタッフの質	3.9%	3.8%	4.0%
認知症に特化したサービス	2.1%	0.5%	3.6%
レクリエーションなどの介護サービス	2.0%	0.8%	3.1%
日常生活の介護サービス	1.7%	2.4%	1.1%

7) PSM 分析

①価格レンジについて

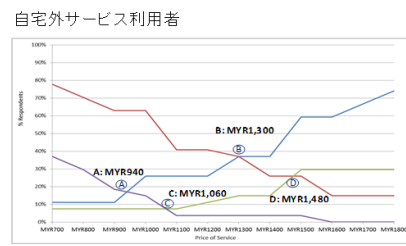
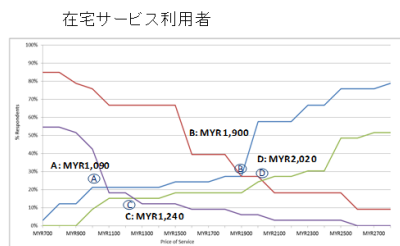
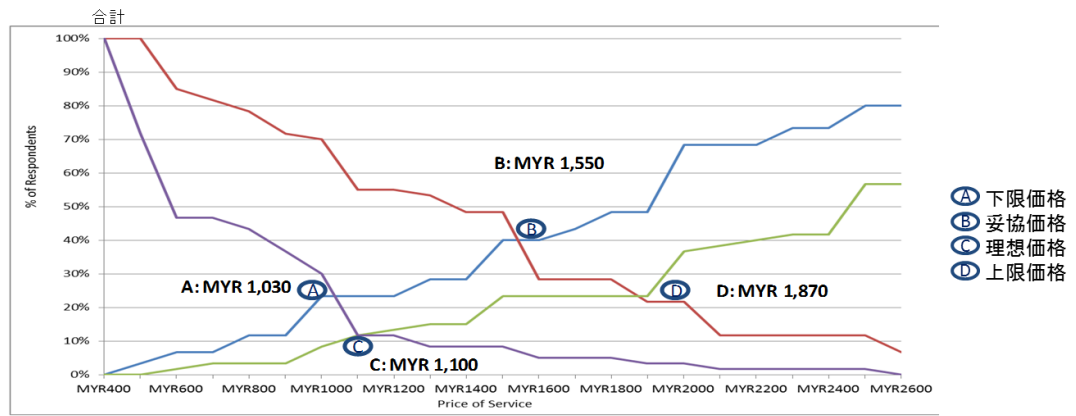
価格レンジについては、以下のとおりである。

Concept	IPP価格 (価格レンジ: 下限価格～上限価格)		
	全体平均 (n=61)	サービス利用者 (n=33)	サービス未利用者 (n=28)
①居住系サービス	MYR1,550/月 MYR1,030-MYR1,870	MYR1,900/月 MYR1,090-MYR2,020	MYR1,300/月 MYR940-MYR1,480
②デイケア	MYR68/日 MYR51-MYR83	MYR65/Day MYR53-MYR75	MYR73/Day MYR48-MYR96
③住込メイド	MYR1,080/月 MYR915-MYR1,440	MYR1,240/月 MYR970-MYR1,500	MYR1,000/月 MYR780-MYR1,185
④訪問介護	MYR25/時間 MYR28-MYR55	MYR26/時間 MYR27-MYR51	MYR25/時間 MYR40-MYR82

②PSM チャート

A. 居住系サービス

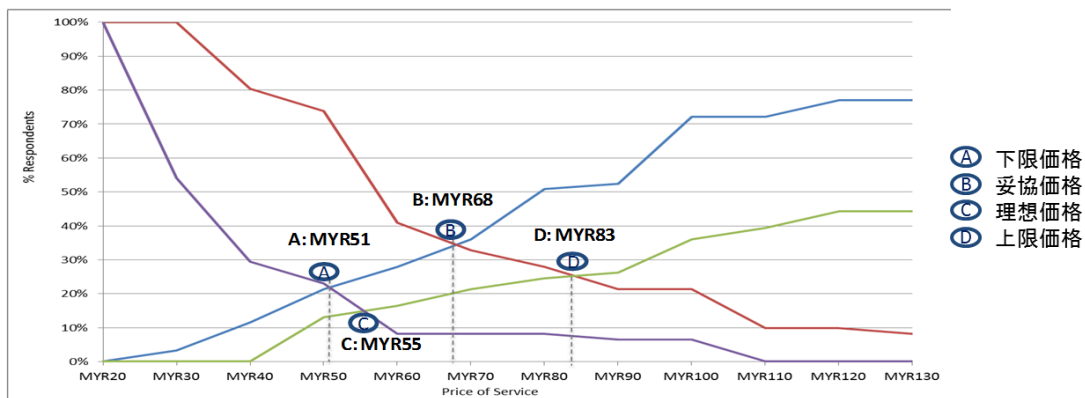
- ✓ IPP : MYR1,550/月
- ✓ 価格レンジ : MYR1,030-MYR1,870



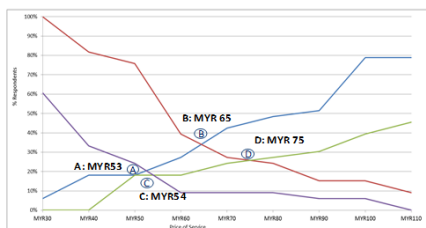
B. デイケア

- ✓ IPP : MYR68/月
- ✓ 通所介護 : 価格レンジは MYR51-MYR83

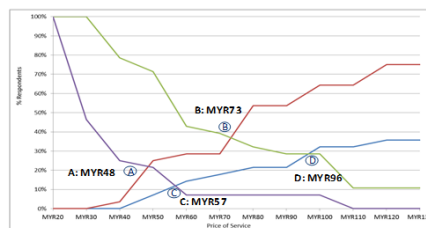
合計



在宅サービス利用者

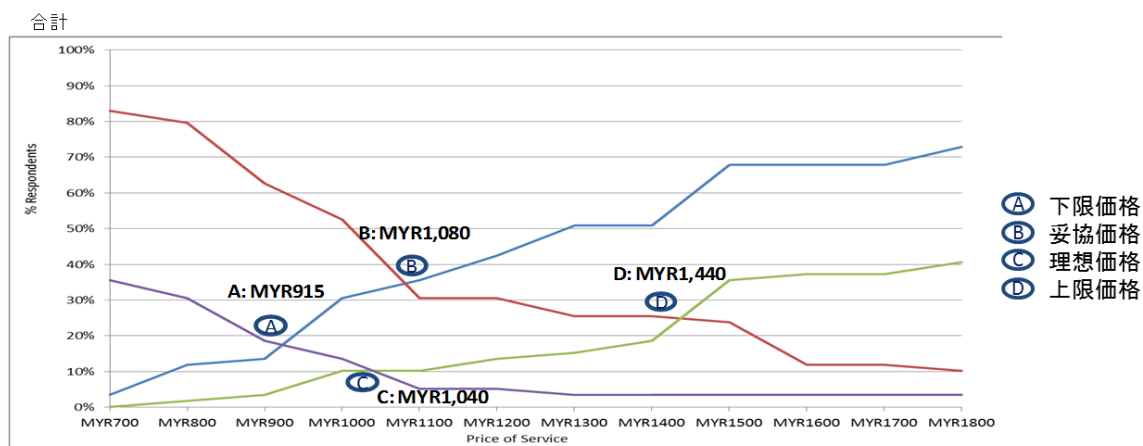


自宅外サービス利用者

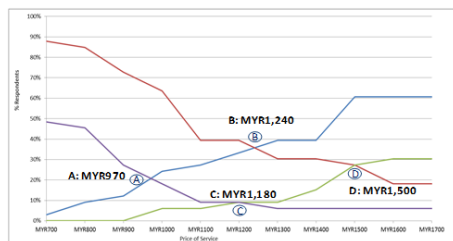


C. 住込メイド

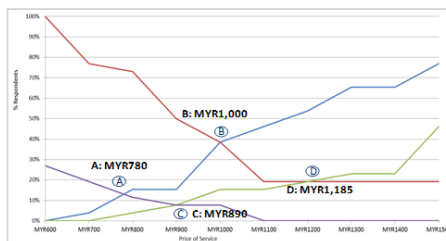
- ✓ IPP : MYR1,080 /月
- ✓ 価格レンジ : MYR915-MYR1,440



在宅サービス利用者

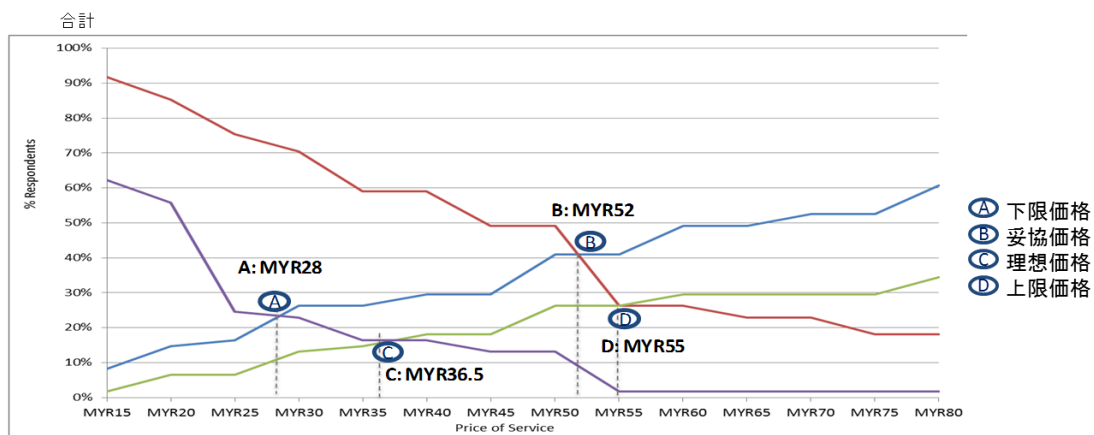


自宅外サービス利用者

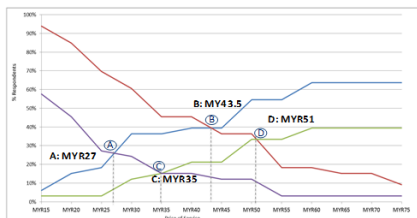


D. 訪問介護

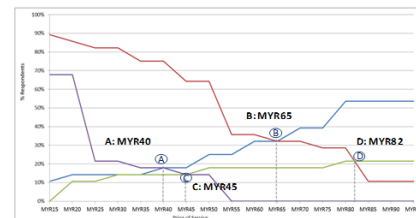
- ✓ IPP : MYR52 /時間
- ✓ 価格レンジ : MYR28~55



在宅サービス利用者



自宅外サービス利用者



3-3. 中国介護サービスの事業展開可能性調査

本調査は、中国（上海市・特定社区4区⁴）において、2-3. 中国介護サービスの実態調査を行った対象者より、認知症介護サービス（居住系サービス、通所介護、訪問介護）等のニーズおよび需要の検証のため、主にどのようなサービスが必要されているか、現状のニーズ把握、より必要とされているサービスの詳細内容、サービス時間、種類等について、中高所得層で、認知症として診断された高齢者の家族または主要な介護提供者を対象に、入居施設又は、家庭訪問により60分程度のヒヤリング方式により行い、合わせて認知症高齢者の精神機能障害を詳細に行動観察から把握するため、HDS-R/MENFIS 調査を実施した。

なお、実施計画においては、対象者を個別推薦家庭のほか、病院2機関程度、介護施設2施設程度の利用者としていたが、外部調査会社と協議の上、最も有効な方法として認知症として診断された高齢者の家族または主要な介護提供者に実施した。

個別ヒヤリング（家族+本人）



個別ヒヤリング（本人）



1) 家庭訪問インタビュー

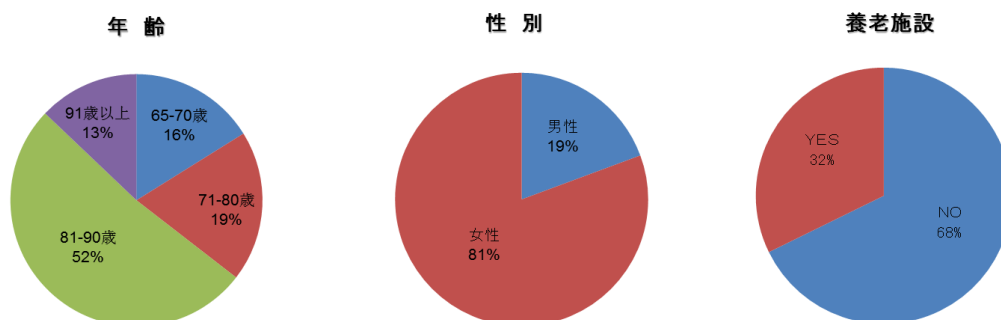
①調査対象者の概況

上海市の浦東新区、虹口区、長寧区、嘉定区の4社区における街頭アンケート調査のなかで認知症と推測される高齢者がいた家庭31世帯を訪問しインタビューを実施。調査対象家庭の高齢者の男女比率は、男性：6名（19.4%）、女性：25名（86.6%）、年齢分布は、65～70歳が5名（16.1%）、71～80歳が6名（19.4%）、81～90歳が16名（51.6%）、91歳以上が4名（12.9%）。

⁴長寧区・虹口区・嘉定区・浦東新区の社区

高齢者年齢	65-70歳	71-80歳	81-90歳	91歳以上	合計
浦東新区	5人	3人	6人	-	14人
虹口区	-	1人	6人	3人	10人
長寧区	-	1人	1人	1人	3人
嘉定区	-	1人	3人	-	4人

調査対象者性別	男性	女性	合計
浦東新区	4人	10人	14人
虹口区	1人	9人	10人
長寧区	1人	2人	3人
嘉定区	-	4人	4人

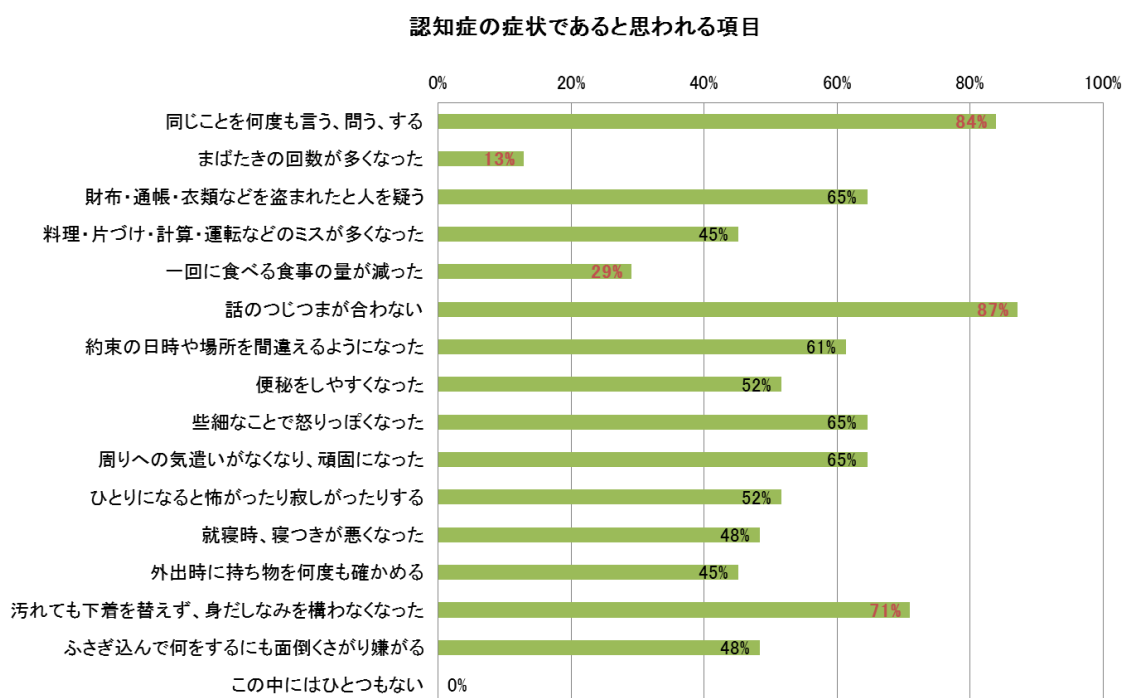


Base=全ヒアリング対象者, N=31

(出所) 外部調査会社提供資料によりMHON中国アドバイザリー部作成

②認知症の症状に関する認識

認知症の典型的な症状に対する認識度を測る調査では、対象調査家庭の認識度合の高さが確認された。

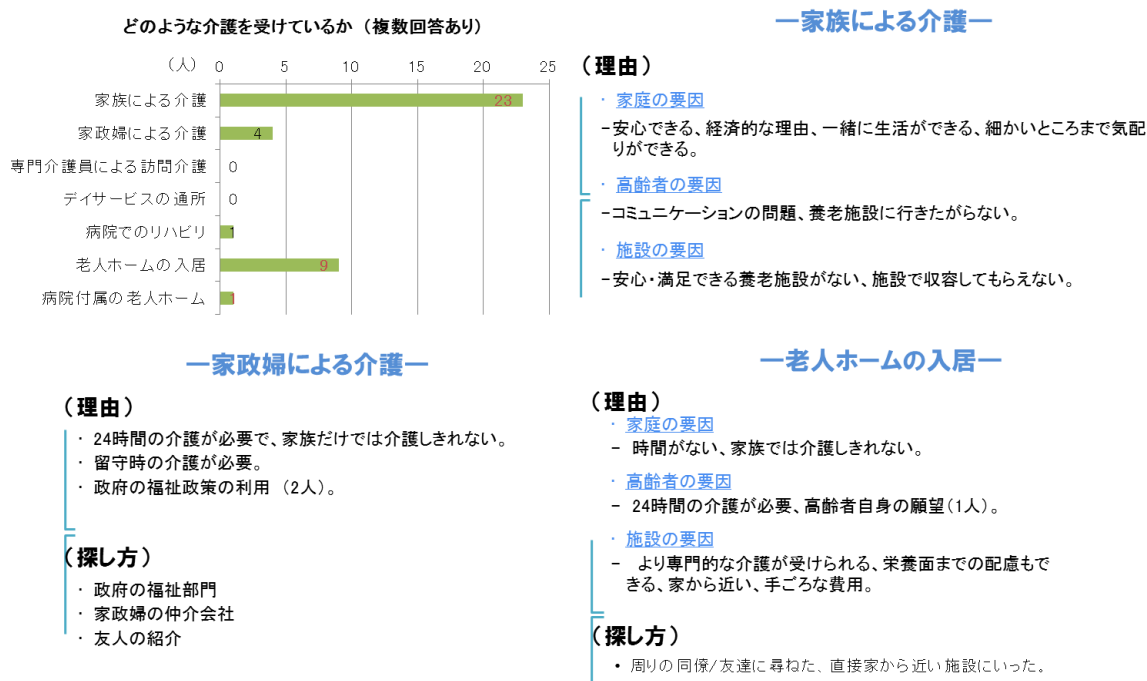


Base=全ヒアリング対象者, N=31

③介護方法を選択した理由&探し方

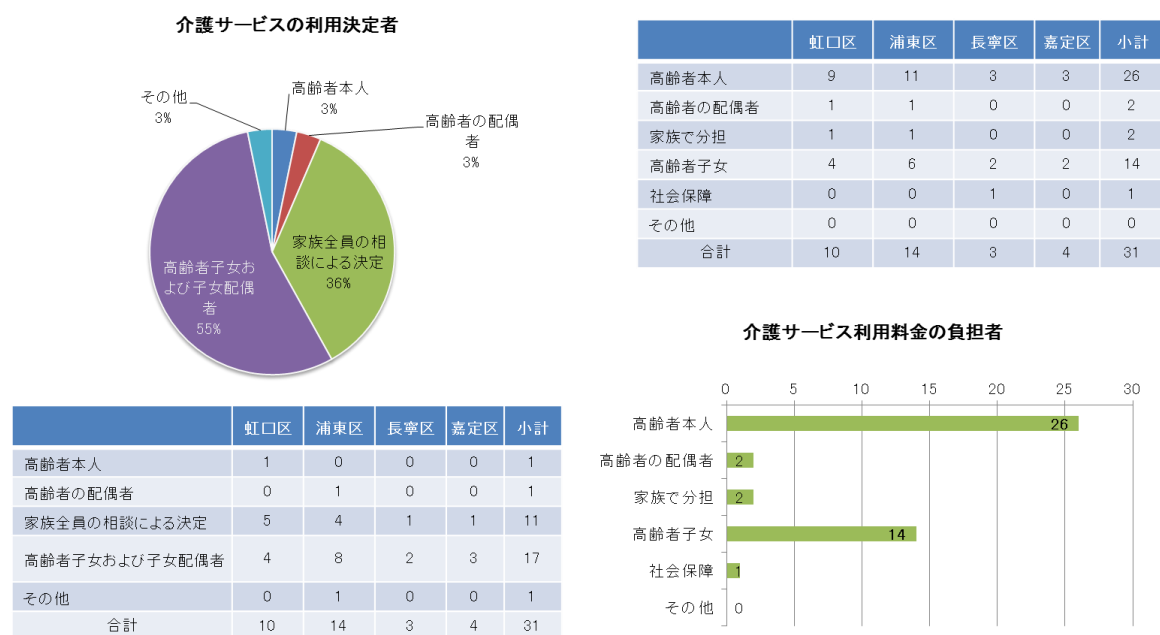
調査対象家庭 31 世帯のうち、21 世帯が「家族による介護」、9 世帯が「老人ホームへの入居」、4 世帯が「家政婦による介護」、1 世帯は「病院付属の老人ホーム」を利用している状況であつ

た（複数回答あり）。それぞれの介護方法の選択理由は、認知症の症状の度合による他、経済的な理由も選択要因として挙げられていた。探し方については、政府の福祉部門の活用の他、同僚、友人からの紹介のケースも多くみられた。



④介護サービスの利用について

現在利用する介護サービスの利用決定者に係る質問については 1)高齢者子女および子女配偶者：17 世帯（55%）、2)家族全員の相談による決定：11 世帯（36%）であり、高齢者の配偶者、高齢者本人、その他のケースはそれぞれ 1 世帯（3%）であった。



⑤介護問題の解決状況

現在利用する介護サービスを利用することで困っていたことは解決できたか、に係る質問項

目に対しては、施設（「病院」、「老人ホーム」）を利用する世帯が「解決できた」とする回答が多い一方、「家族による介護」、「家政婦による介護」を利用する世帯では「解決できていない」とする回答も多くみられた。

— 家政婦による介護 —

困ったこと	人数
全て解決できた	0
一部解決できた	1
なんともいえない	1
基本的には解決できていない	0
まったく解決できていない	2

— 家族による介護 —

困ったこと	人数
全て解決できた	1
一部解決できた	5
なんともいえない	3
基本的には解決できていない	8
まったく解決できていない	4

— 病院でのリハビリ —

困ったこと	人数
全て解決できた	0
一部解決できた	1
なんともいえない	0
基本的には解決できていない	0
まったく解決できていない	0

— 老人ホームの入居 —

困ったこと	人数
全て解決できた	2
一部解決できた	5
なんともいえない	1
基本的には解決できていない	0
まったく解決できていない	1

Base=全ヒアリング対象者, N=31

⑥介護に困っていること&想定される有効な解決手段

困っていることに係る質問項目（自由回答）については「全日介護（自由がない）」他、介護を担う家族の負担がうかがえる回答が多くみられた。有効な解決手段に係る質問項目（自由回答）に対しては、施設および専門サービス利用や政府補助金等の経済的サポートを挙げる回答が多くみられた。

介護を行うに当たり、現在困っていること



Base=全ヒアリング対象者, N=31

< 家族による介護 > 現在最も困っていること

- 家族が精神的、体力的についていけない。 9人
- 家族自身の生活に影響を及ぼしている。 6人
- 高齢者を収容してくれる施設がない。 5人
- 24時間高齢者から目が離せない。 3人
- 高齢者の失禁、病気の繰り返し。 2人
- 高齢者とコミュニケーションをとるのが難しい、高齢者が病院に行きたがらない。 2人

※ 上記の結果は、インタビュー全体から抽出したものである。

【想定される有効な解決手段】

— 家政婦による介護 —

- 老人ホームへの入居
- 政府の援助を受ける
- 医療保険の改善
- 薬品宅配サービスの実施

— 老人ホームの入居 —

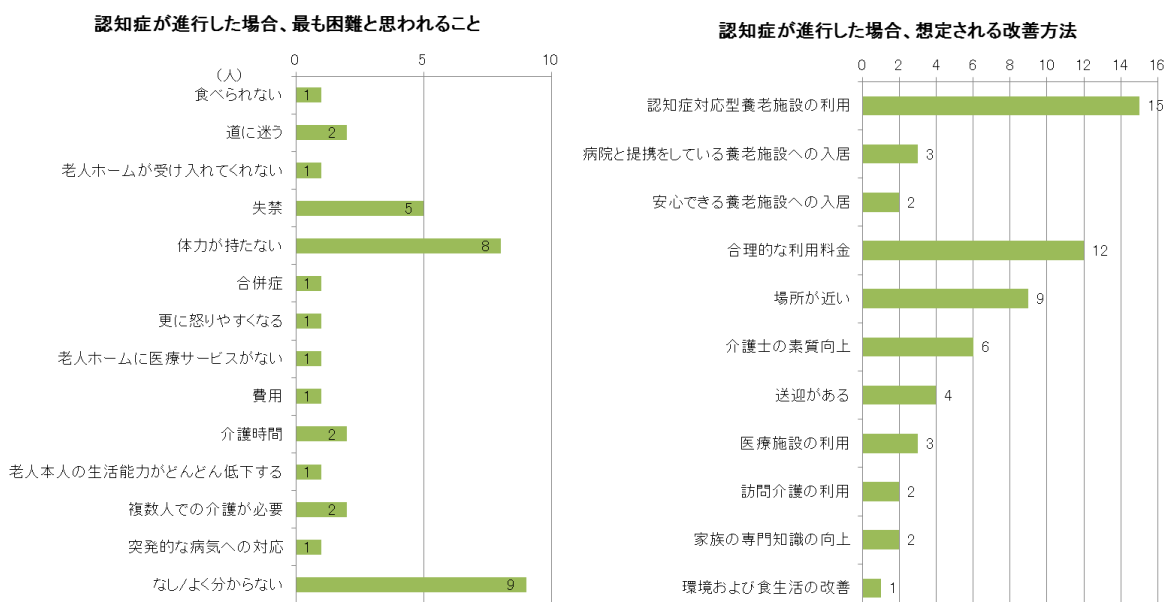
- 現状維持
- 介護士の素質向上
- 医師による簡単治療

— 家族による介護 —

- 老人ホームへの入居
- 第三者の介護サービスの利用
- 自分と家族で更に改善を図る
- 医療保険の改善
- 薬品宅配サービスの実施
- 政府の援助を受ける
- 車いすの購入

⑦認知症が進行した場合、想定される改善方法

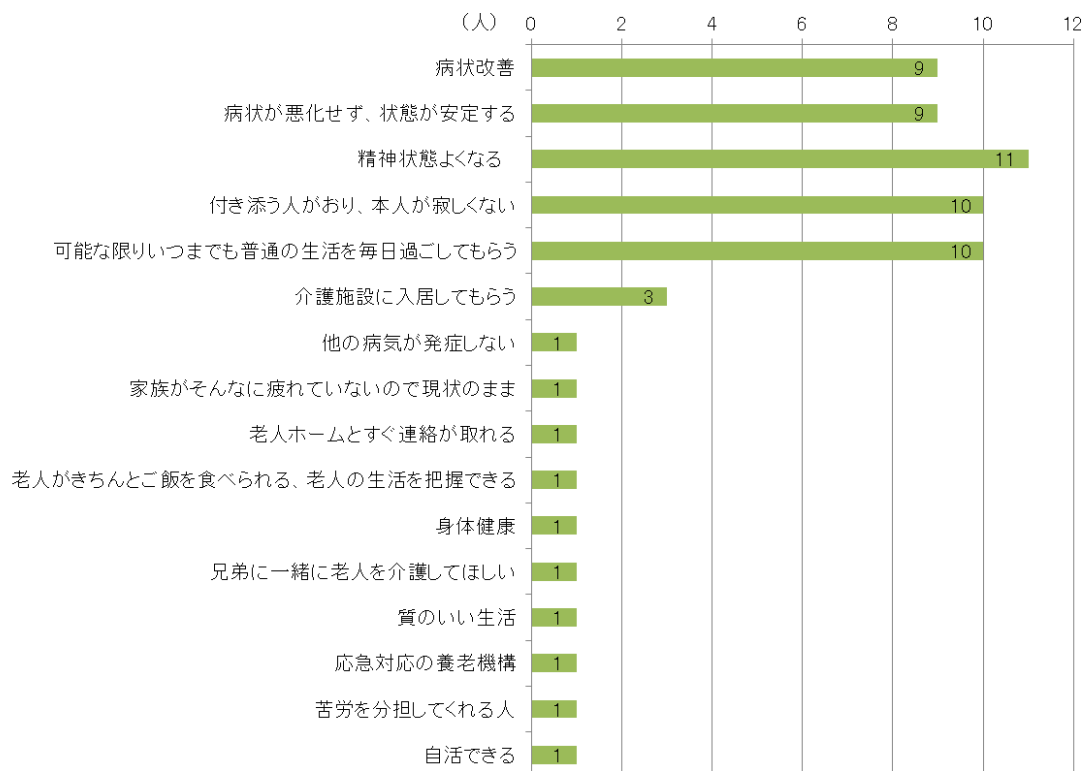
認知症が進行した場合、介護を担う家族の負担が増加することを心配する回答が多く、想定される改善方法として「認知症対応型養老施設の利用」を挙げる回答が多くみられ、「合理的な利用料金」も重要事項として挙げられていた。



Base=全ヒアリング対象者、N=31

⑧親の介護が目指す最高の状態

介護を担う家族が考える親の介護としての最高の状態に係る質問項目に対しては、精神状態の良化、付き添いがあり本人が寂しくない状況、普通の生活、病状改善、状態の安定化等、認知症高齢者を思いやる回答が多く挙げられていた。

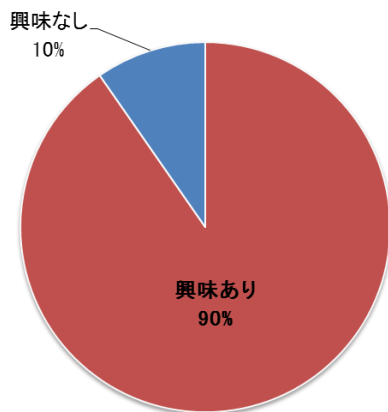


Base=全ヒアリング対象者, N=31

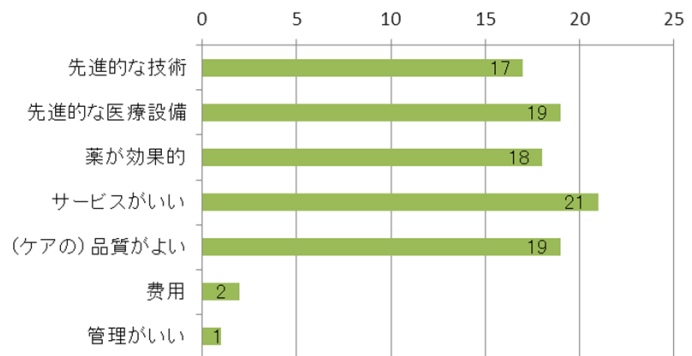
⑨日本介護サービスへの関心

日本介護事業者が中国で介護サービスを実施することに興味はあるか、の質問項目に対しては 28 世帯 (90%) が「興味あり」と回答しており、興味がある点については「サービスがよい」、「先進的な医療設備」、「(ケアの) 品質がよい」、「薬が効果的」、「先進的な技術」等、日本式介護サービスについての高い期待、信頼が見て取れた。

日本介護事業者が中国で介護サービスを実施することに興味はあるか



どんなところに興味があるか



＜興味なしの理由＞

- 高齢者は年齢が高く、移動することが難しく、家族は家族による介護以外の他の方法は適さないと考えている。
- 現在の介護方法で満足している（病院でのリハビリ）。

Base=全ヒアリング対象者, N=31

⑩日本式4つの介護サービスへの関心

- **訪問介護**：介護教育を受けた者が自宅を訪問し、介護サービスを提供する。
- **デイサービス**：介護サービスを受ける本人が日中のみ施設に出向き、一般的な介護サービスの他にレクリエーションやリハビリテーションを受ける。
- **グループホーム**：少人数の入居型施設サービスで、入居者は全て認知症患者の高齢者。在宅で実施していたことを可能な限り継続してできるようにサービスを提供する。
- **複合サービス**：訪問介護とデイサービスの複合を基本とし、必要な時にグループホームを利用する。

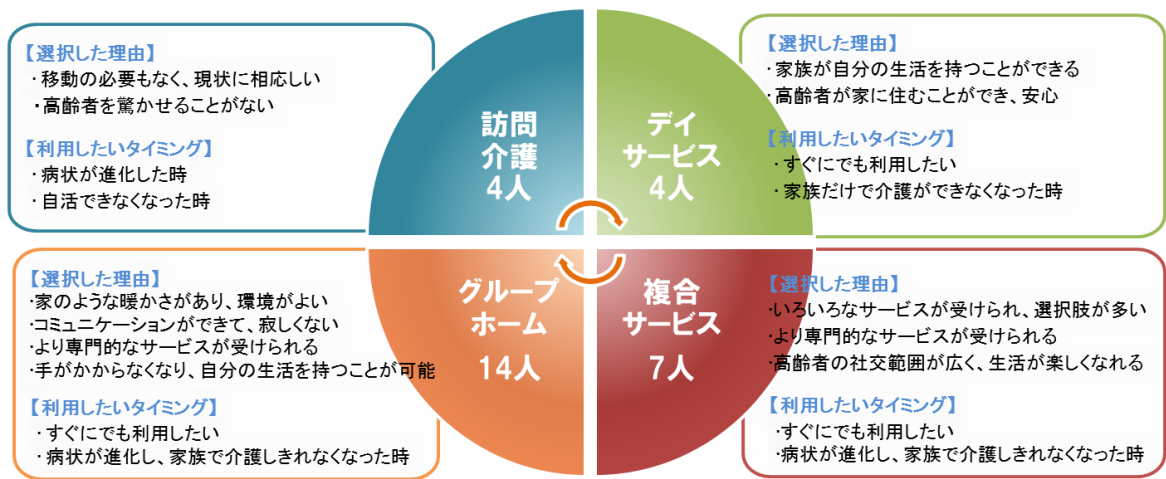
サービス	サービスに対する興味の程度				
	非常に興味がある	やや興味がある	普通	あまり興味がない	全く興味がない
訪問介護	28%	23%	26%	13%	10%
デイサービス	32%	19%	13%	13%	23%
グループホーム	39%	29%	16%	10%	6%
複合サービス	29%	39%	19%	0%	13%

Base=全ヒアリング対象者, N=31

⑪最も魅力的なサービス

日本式介護サービスについて、それぞれのサービスを前項の通り定義し、興味があるサービスについての質問及び利用したいタイミングについてヒヤリングを実施。

中国には未だないビジネスモデルであるグループホーム、複合サービスには高い関心が寄せられ、家族による介護が主流である中国において、家庭的な環境のなか専門的なサービスを受けられる内容が評価されている。



発病年数別に見た最も魅力的なサービス

(単位: 年)



【訪問介護を好む人】 その発病年数が短い(2年)か、すでに長年患っている(6、7年)人に集中している。

【デイケアサービスを好む人】 その発病年数が2-4年の間に集中している。

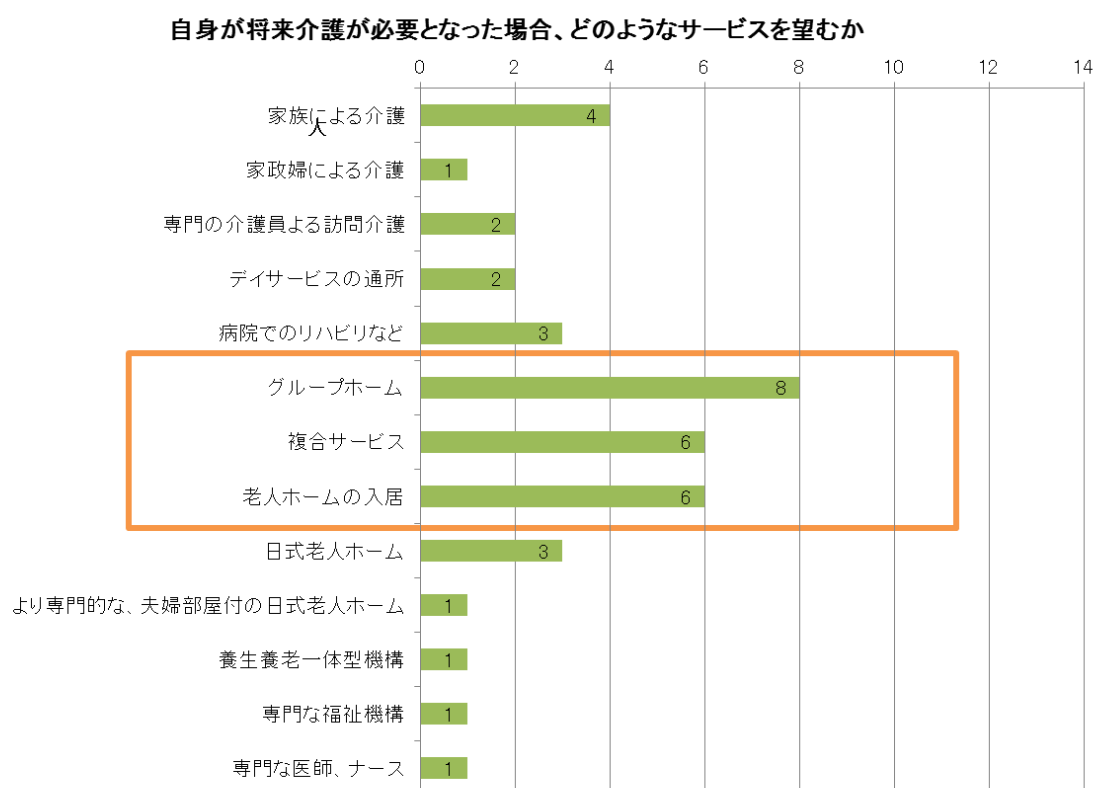
【グループホームを好む人】 その発病年数の長さに関係なく、ほぼ各段階に分散しており、もっとも幅広く関心をもたれているサービスである。

【複合サービスを好む人】 主に初期段階(2年以内)に集中している。

Base=全ヒアリング対象者, N=31

⑫自分が望む介護サービス

介護を担う家族自身が将来介護が必要となった場合に望む介護サービスに係る質問項目に対しては「グループホーム」、「複合サービス」、「老人ホームへの入居」等施設サービスを望む回答が多い結果となった。



Base=全ヒアリング対象者、N=31

2) HDS-R/MENFIS 調査票によるデータ報告書

①調査目的

本調査は、認知症高齢者の精神機能障害を詳細に行動観察から把握する事を目的とする。

②調査方法

HDS-R 調査の進行時間に合わせて、5～10 分程度で観察し、MENFIS 調査票を用いて評価した。

A. 調査期間

2014 年 11 月 3 日から同年 11 月 9 日までの 7 日間

B. 調査対象

上海市内在宅および施設に入居している高齢者

※施設入居者 10 名

C. 調査対象者人数

31 名（男性：11 名；女性：20 名）

D. 調査内容

MENFIS 調査票による 13 項目で、それぞれ 0～6 の 7 段階で評価する。調査項目に記載の

状態に該当する点をチェックする。点数は高いほど、状態は重たい。

MENFIS 調査票は、認知症の人の精神機能障害評価であり、【認知機能障害】【動機づけ機能障害】【感情機能障害】の3つの側面から評価するものである。

E. 評価方法

点数が高いほど高度認知症（重度）傾向を示唆する。認知症/非認知症の鑑別点は設定されていないが、目安として以下の点数が評価点として有用と考えられている。

0 = 非認知症 1～2 = 軽度認知症 3 = 中度認知症 4～5 = やや高度認知症

6 = 非常に高度認知症

③調査結果

A. 属性

表1に示したように、対象者31名の中、1名は施設側から拒否を受け、対象者は30名となった。

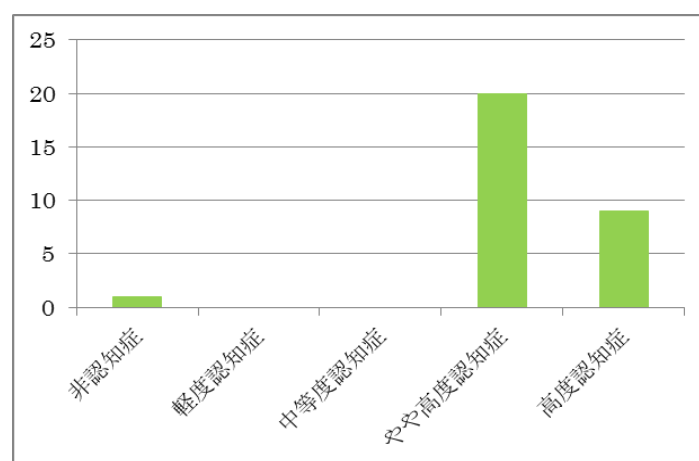
男性は37%の11名で、女性の方が多く63%の19名である。平均年齢は82歳（69歳から102歳）であり、男性より女性の平均年齢は高く84歳である。

表1 対象者の属性

	男性	女性	合計
人数（名）	11（37%）	19（63%）	30（100%）
平均年齢（歳）	80（69～92）	84（69～102）	82（69～102）

B. HDS-R 調査の得点

対象者30名のHDS-Rの結果としては、高度認知症9名、やや高度認知症20名、非認知症1名であった。



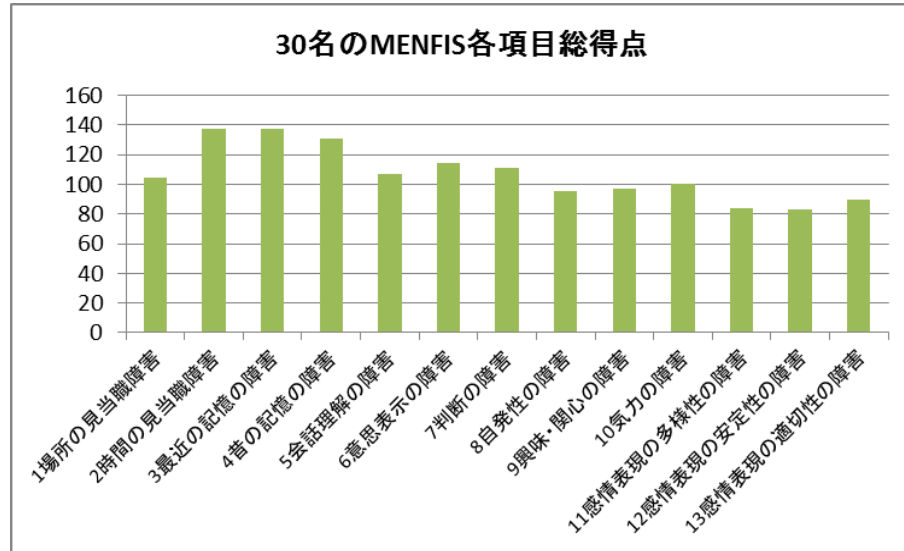
以下は、対象者30名個別のHDS-Rの結果である。

設問	性別	対象年齢	1 で お の 誤 差 は 正 解 か ？ （2年 ま	2 何 れ 1 日 点 ず つ か ？ （2年 ま	3 不 正 解 か ？ （2年 ま	4 よ く と の 設 問 で お い て く だ さ い 。	5 だ も さ い 。	6 の み も さ い 。	7 言 っ て み て く だ さ い 。	8 あ っ た か ら 5 つ の 品 物 を 見 せ ま う 。	9 だ け 多 く 言 っ て く だ さ い 。	合計	評価
Aさん	女	82	0	0	2	0	0	1	0	2	0	5.0	やや高度
Bさん	男	85	1	0	2	3	1	2	0	3	2	14.0	やや高度
Cさん	男	85	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	高度
Dさん	女	102	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	高度
Eさん	女	92	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	高度
Fさん	女	84	1	0	1	3	0	0	0	0	0	5.0	やや高度
Gさん	男	92	1	0	1	3	0	0	0	0	0	5.0	やや高度
Hさん	女	85	1	0	2	3	0	0	0	2	1	9.0	やや高度
Iさん	男	76	1	0	2	0	0	0	0	3	0	6.0	やや高度
Jさん	女	87	1	4	1	3	1	0	6	4	5	25.0	非認知症
Kさん	女	83	1	0	1	0	0	0	1	2	0	5.0	やや高度
Lさん	男	74	0	0	2	2	0	0	2	0	0	6.0	やや高度
Mさん	女	90	0	0	2	2	0	0	0	2	1	7.0	やや高度
Nさん	男	69	1	0	2	3	0	1	1	1	0	9.0	やや高度
Oさん	女	69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	高度
Pさん	女	69	0	0	2	3	0	0	2	0	0	7.0	やや高度
Qさん	女	87	1	0	2	0	1	0	1	3	4	12.0	やや高度
Rさん	女	90	1	0	2	3	0	1	2	2	2	13.0	やや高度
Sさん	女	82	1	0	2	1	0	0	0	1	0	5.0	やや高度
Tさん	男	74	1	1	2	1	0	0	0	0	0	5.0	やや高度
Uさん	女	99	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1.0	高度
Vさん	男	80	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1.0	高度
Wさん	女	70	1	0	0	3	0	0	0	0	0	4.0	高度
Xさん	男	90	0	0	2	0	0	0	0	3	0	5.0	やや高度
Yさん	女	90	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1.0	高度
Zさん	女	83	1	1	1	3	0	0	0	0	0	6.0	やや高度
aさん	女	73	0	0	1	3	1	0	0	1	0	6.0	やや高度
bさん	女	75	1	1	1	3	2	2	1	2	0	13.0	やや高度
cさん	男	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	高度
dさん	男	82	1	1	2	3	0	0	2	2	0	11.0	やや高度
非認知症:24.3点／軽度認知症:19.1点／ 中等度認知症:15.4点／ やや高度認知症:10.7点／ 高度認知症: 4.0点													

C. MENFIS の得点

対象者 30 名の MENFIS の各項目総得点から見ると、各項目の平均得点は 106.92 点、その中、「2 時間見当識障害」と「3 最近の記憶の障害」の二つ項目の得点は高く、137 点であった。次に「4 昔の記憶障害」項目が 131 点、「6 意思表示の障害」項目は 114 点、「7 判断の障害」項目は 111 点、「5 会話理解の障害」項目は 107 点、「1 場所の見当識障害」項目は 104 点であり、7 項目とも認知機能障害は高いと推定する。

30 名の高齢者の中で、低い点数は「12 感情表現の安定性の障害」項目が 83 点で、「11 感情表現の多様性の障害」項目が 84 点であった。



第4章 シンガポール、マレーシア、中国における介護事業関連制度等

4-1. シンガポールにおける介護事業関連制度等

S\$1 = 86.66 円(2015 年 2 月 1 日)

本調査は、文献による二次情報および現地関係者へのヒヤリングより実施したものである。

なお、現地関係者は、以下のとおりである。

- Health Management International Ltd (医療機関)
- SUNSHINE WELFARE ACTION MISSION (ナーシング・ホーム)
- ジェトロ・シンガポール事務所
- 外国人医療健康関連職員専門人材派遣会社A社
- 外国人医療健康関連職員専門人材派遣会社B社

1) 社会福祉関連の政策動向および法制度

[出所：ジェトロ シンガポールにおける医療・社会福祉サービスに関する調査報告書。2014 年 1 月]

①政府関連管轄部門紹介

A. 高齢化に関する関係省庁連絡会議

高齢化に関する関係省庁連絡会議（MCA）は、高齢化に対応した政策の必要性から 2007 年 3 月に首相府の下に組織された。高齢化に関わる課題解決のための省庁横断的な組織で、「Successful Ageing for Singapore」達成のためのハイレベルの議論を行う。首相府の大臣が議長をつとめ、関係省庁の大臣クラスがメンバーである。社会開発・青年・スポーツ省 Ministry of Community Development, Youth and Sports (MCYS、現、社会家族開発省) が事務局となっている。

世界保健機構 WHO の「Aging in the Place」にならい、家庭や地域で高齢者を介護する体制の構築を検討しており、関係省庁と連携し、高齢者を身体的、経済的にサポートしていくことを目指している。

B. 社会家族開発省

社会家族開発省 (MSF) は、社会開発・青年・スポーツ省 (MCYS : Ministry of Community Development, Youth and Sports) から 2012 年 11 月に分割再編されて生まれた新たな省で、の任務を、「法定機関やボランティアの福祉組織 (VWO : Voluntary Welfare Organization) と共に国民全ての生活に手を差し伸べ、それにほんの少し力を添えることにある」としている。この任務を達成するため、住民がお互いの世話をし合う地域社会を育成する努力をしている。また、地域社会をより健全なものにするため、その構成単位である家庭が、家族を育て世話をする能力を高められる環境を提供する政策を行っている。

Ministry of Social and Family Development

住所 : 512 Thomson Rd #11-00 MSF Building Singapore 298136

Tel : +65 6355-5000

Fax : +65 6353-6695

Website : www.msf.gov.sg

C. 保健省

保健省（MOH）は、健康・医療・介護に関わる政策を立案する政府機関である。医療・介護関連施設を運営する事業者は保健省から免許を取得しなければならない。医師や看護師など医療従事者も保健省の監督の下、各専門機関に登録しなければならない。高齢者の健康・医療・介護に関わる機関や非営利団体に対して、その事業について助成金を出したり、関係機関と共同でモデル事業を実施したりもする。

保健省（MOH）は 2013 年 8 月 30 日、同国最大規模となる統合医療複合施設「ヘルス・シティ・ノビナ」の開発マスタープランを発表した。計画では、シンガポール中心部ノビナ地区にある 17 ヘクタールの土地に医療、研究、教育施設が建設される。完成は 2030 年の予定。これらの施設が完成すると周辺地域の医療関連施設の総床面積は、現在の 25 万平方メートルから 60 万平方メートルに拡張される。開発は、保健省、タントクセン病院、公立病院運営機関ナショナル・ヘルスケア・グループ（NHG）が共同で実施。新たに、国立感染症センター、タントクセン病院の新病棟を含む五つの新施設が建設される。新施設で患者が病院から地域に戻ることを促進するために中期ケア、リハビリなどに重点が置かれる。

Ministry Of Health

住所：16 College Road, Singapore 169854

Tel：+65 6325-9220

Fax：+65 6224-1677

Website：www.moh.gov.sg

D. 保健省ホールディングス

保健省ホールディングス（MOHH）は、保健省（MOH）の下に位置づけられる政府系企業である。全額政府出資で、財務省（MOF：Ministry of Finance）がすべての株式を持っている。MOH が決定した健康・医療・介護に関わる政策を実施する組織で、約 200 名の職員が働いている。政府出資ではあるが、企業であるため、職員の身分は公務員ではない。MOHH の活動のための資金は、実施するプログラムに対して財務省（MOF）から助成 33 金がつく形で担保されている。MOHH は、ナショナル・ヘルスケア・グループ（NHG）とシンガポール・ヘルス・サービスーズ（シングヘルス）、コミュニティ病院など公立病院を所有しており、医者や看護師、療法士といった人材を病院に送り込んでいる。シンガポールでは、介護施設は主として非営利団体が運営しており、MOHH は介護施設を所有していない。

MOHH は、公立病院と私立病院、診療所の間で患者のデータを統合する情報システムを整備する計画を進めており、新システムの導入によって、全国の患者の情報を統合し、不要に検査を繰り返さないようにすることなどで治療の効率化を図る。

MOH Holdings Pte Ltd

住所：25 HarbourFront Centre Singapore 099253

Tel：+65 6622-0980

Fax：+65 6720-0980

Website：www.mohh.com.sg

E. 人民協会

人民協会（PA）は、民族の融和と社会的結合を促進することを目指すとともに、地域住民と政府との連帯を強めていく組織としてシンガポール独立前の 1960 年に設立された。そもそもシンガポールの与党である PAP が、地域活動を行う拠点として設置した組織で、人民協会法（People's Association Act Chapter 227）に基づき設置された機関である。現在は社会家族開発省（MSF）管轄下の法定機関となっている。

草の根組織（Grassroots Organization）を育成する主導的役割も担っており、同協会は教育、社交、文化、スポーツ、レクリエーションやその他様々なコミュニティ活動を通じ、結束力のある活動的で文化的な国づくりの推進を目的として、地域レベルの活動の中心的役割を果たしている。人民協会と連携を取りながら活動している草の根組織は、1,800 団体存在し、その運営は人民協会に任命されたボランティアが行っている。

People's Association

住所：9 King George's Avenue, Singapore 208581

Tel：+65 6344-8222

Website：www.pa.gov.sg

F. 国家社会福祉審議会

1958 年に設立された社会家族開発省（MSF）傘下の法定機関で、心身にハンディキャップを負った人や保護の必要な高齢者、児童の扶助などシンガポールの福祉ボランティア活動の中心的役割を果たしている。NCSS が所管する福祉政策の多くは、福祉ボランティア 34 団体（VWO：Voluntary Welfare Organization）によって実施されており、NCSS は、これら VWO の活動の調整機関としての役割を果たすほか、「コミュニティ・チェスト（Community Chest）」募金を通じて資金を調達し、ボランティア団体への補助金供与や社会サービス研修所（SSTI：Social Service Training Institute）の下で VWO に対する研修を提供している。

同審議会は、「すべての個人はその能力や環境にかかわらず、可能性を最大限生かし、社会において威厳を持って生きるに値する」との考え方を基本理念としている。この理念に基づき、審議会は、ボランティアの福祉団体や民間企業、地域や政府と協力して、効率的かつ効果的な社会福祉政策を実行するとともに、ボランティア活動の奨励を行っている。2013 年 10 月現在、418 のボランティア団体が NCSS に会員として加盟している。ボランティア団体は、児童、青少年、心身障害者、高齢者福祉などを行うものから、特定の民族や宗派の者のみを対象にしたものまで多岐にわたっている。

National Council of Social Service

住所：170 Ghim Moh Road #01-02 Singapore 279621

Tel：+65 6210-2500

Fax：+65 6468-1012

Website：www.ncss.org.sg

G. 慈善福祉委員会

免税対象となる募金を受け取ることができる公共団体（IPC：Institutions of a Public

Character) 資格を持った団体を監督する機関として 2006 年 9 月に発足した。公共団体は 2013 年 10 月時点で、同国に 2,145 団体ある。これら IPC 団体は、2011 年に調達した S\$ 8 億 9,600 万 (約 776.4 億円) を上回る S\$10 億 (約 866.6 億円) の募金を 2012 年に集めた。所管は社会福祉関連が社会家族開発省 (MSF)、教育関連が教育省 (MOE)、健康関連が保健省 (MOH)、コミュニティ関連が人民協会 (PA)、スポーツ関連がシンガポール・スポーツ協議会 (SSC) となる。COC は 2011 年 6 月、外部監査が必要な公共団体の収入 (支出) 基準を S\$ 25 万から S\$ 50 万 (約 2166.5 万円 ~ 4333 万円) に引き上げ、これを下回る団体は外部監査を免除するようにした。

The Commissioner of Charities

住所 : 140 Hill Street, Level 2 Singapore 179369

Tel: +65 6337 6597

Fax: +65 6336 5124

Website : www.charities.gov.sg

H. 統合ケア庁

統合ケア庁 (AIC) は、シンガポールにおける高齢者への統合的な中長期ケアサービスセクターの拡充のため、保健省傘下の MOH ホールディングス (MOHH) 下に設立された政府系企業として 2009 年に設置された。MOHH 同様に、全額政府出資で株式は財務省が保有しており、運営資金はプロジェクトベースで政府から助成される。

AIC は、適切なヘルスケアサービスの利用を患者とその家族に助言、指導する主要機関であり、介護における重要なパートナーとして、プライマリケアと介護部門の成長と発展をサポートするための積極的な役割を果たしている。また、介護に関わる関係機関を連携させ、統合化されたシームレスなサービス (中長期ケアにおいて従来分断されていた各種サービスを統合して、患者にとってもっとも適切な処方・介護サービス) の提供を目的としている。

Agency for Integrated Care

住所 : No. 5 Maxwell Road, MND Complex, Singapore 069110

Tel : +65 6603-6800

Fax : +65 6820-0728

Website : www.aic.sg

I. 第三世代評議会

アクティブ・エイジングを促進する政府の政策に沿って、第三世代評議会 (C3A) が 2007 年に設立された。C3A は、アクティブ・エイジングを支援するパイロットプロジェクトのための資金を提供し、イベントや展示会を通じて、高齢化に関する国民の教育に資することを目的とする。具体的には、C3A はアクティブ・エイジング・カーニバル (Active Aging Carnival) の開催やアクティブエイジ賞 (Active Agers Awards) の授与などを通じて、普及啓蒙を行っている。また、Active Ageing Capability Fund によりアクティブ・エイジングのための教育プログラムの提供も行っている。

Council for Third Age

住所：9 Bishan Place #10-01 Singapore 579837

Tel：+65 6358-0333

Fax：+65 6258-7603

Website：www.c3a.org.sg

J. 健康増進局

保健省傘下の法定機関で、国民の健康増進を目的に、糖尿病や高血圧症などの慢性疾患対策、喫煙規制強化、優良食品プログラム促進、食品広告に関するガイドライン作成、栄養士や運動セラピストの助言を受けられる健康ライフスタイル・センターの設置などを担当する。

Health Promotion Board

住所：3 Second Hospital Avenue, Singapore 168937

Tel：+65 6435-3500

Fax：+65 6438-3848

Website：www.hpb.gov.sg

K. 情報通信開発庁

情報通信開発庁（IDA）は、情報通信技術省（MICA）傘下の法定機関で、シンガポールの情報通信を所管する政府機関として 1999 年 12 月に設立された。経済成長の主要な原動力として ICT クラスタを形成し、経済・社会開発のための ICT の推進を目的として、シンガポールの ICT ロードマップ設計、主要インフラ整備計画策定、人材開発、セキュリティおよび技術開発等を行っている。

IDA は、2006 年 3 月にシンガポールの国家 ICT マスタープランである「iN2015」を発表した。「Silver Infocomm Initiative (SII)」という高齢者・障害者等に対するデジタルデバイド・プロジェクトも、このビジョンをもとに実施されており、ICT を活用したアクティブシニア育成の役割を担っている。

IDA が実施している高齢者の IT 利用支援策では、高齢者向け IT 研修施設「シルバー情報通信ジャンクション」が 12 カ所に設置されているほか、インターネット利用環境を提供する「シルバー・インフォコム・ホットスポット」が 100 カ所設置される。同ジャンクションでは、パソコン利用の基本やインターネットの利用方法、デジタル写真の管理などの手ほどきを、1 時間当たり S\$ 2～6（約 173～520 円）の受講料で提供する。また研修修了者のパソコン購入に対する補助も提供する。

Infocomm Development Authority

住所：10 Pasir Panjang Road Singapore 117438

Tel：+65 6211-0888

Fax：+65 6211-2222

Website: www.ida.gov.sg

②政庁方針

A. シンガポールの福祉政策全体の概要

シンガポールの福祉政策は、①自助 (individual responsibility)、②地域互助 (community support)、③政府による間接的援助 (Government subsidies help to keep basic healthcare affordable) の3つの原則に基づいて実施されている。まず、基本として老後の生活や医療は国民の自助により行われることを目指している（「自助の原則」）。しかし、何らかの理由により自活ができず援助が必要な人たちは、家庭や地域社会を中心とした福祉ボランティア団体による互助により救済することとしている（「互助の原則」）。このため政府は、家庭や地域社会の結束を奨励するとともに、ボランティア団体の育成や組織化を行っている。

また、自助、互助では救済できない場合には、政府が救済の手を差し伸べることになるが、この場合においても、政府は困窮者に対し直接資金等の補助を行うことをなるべく避け、ボランティア団体等に対し必要な財源的援助等を行うことにより、間接的に困窮者を援助することを原則としている（「間接的援助の原則」）。なお、シンガポール政府が行う直接的援助は皆無ではなく、生活困窮者に対する生活保護スキームもある。

a. 自助努力のための政策

「自助努力」の象徴として、中央積立基金（CPF）制度がある。全てのシンガポール国民（Citizen）および永住権保持者（Singapore Permanent Residents）に加入が義務付けられた強制貯蓄制度であり、年金、教育費、介護保険、生命保険、医療費、不動産購入あるいは株式投資等に使用することが可能な多目的社会保障制度である。

b. 地域互助

高齢者が社会から取り残されないよう、地域社会で高齢者を支えるネットワークづくりが推進されているほか、高齢者を抱える家庭に対しても援助を行っている。また、高齢者活動センター（Senior Activity Centres : SACs）の設置、話し相手になるサービス、食事の提供、相談、デイ・ケア施設の提供などが行われている。53 カ所の高齢者活動センターが公団住宅 HDB フラット内に設置されており、高齢者の活動や各種相談、カウンセリングの拠点となっている。

c. 間接的援助

以下、⑥の補助金制度を参照

d. 直接的援助（生活保護（Public Assistance Scheme））

高齢や病気、身体障害などの理由で働くことができず、また子供も月額 S\$ 1,700（約 14.7 万円）の低所得層に属し、両親を扶養できない立場にある生活困窮者を対象に、生活保護制度が設けられている。家族規模に応じて月額 S\$ 450（約 3.9 万円）（単身者）から S\$ 1,180（約 10.2 万円）（4 人家族以上）の現金給付が受けられるほか、無料の医療サービスや教育費の補助等の制度がある。また、生活困窮者を収容し、社会復帰を目指す「福祉ホーム（Welfare Homes）」が運営されており、国内に 10 カ所設置されている。この生活保護は社会家族開発省（MSF）の管轄となる。

B. シンガポールにおける認知症ケアに対する政庁の方針

シンガポールにおける高齢者ケアは中長期ケア（ILTC : Intermediate & Long Term Care）と呼ばれているが、これは、大きく施設サービス（Residential Services）とコミュニティサー

ビスに分けられる。施設サービスは、地域病院（Community Hospital）、ホスピス（Inpatient Hospices）、介護付き老人ホーム（Nursing Homes）となり、コミュニティサービスは、デイケア・サービス、リハビリサービス（Day Care/Rehab）、在宅ケア（Home Care）となる。一般的に、病院は料金がいため、介護が必要な高齢者は、地域病院で3～6カ月、介護付き老人ホームで6カ月～1年、ホスピスに6カ月というような経過を辿ることが多い。高齢者が増加していく中で、施設による介護は十分ではなく、自宅での介護は重要になってきている。

高齢者を中心に、医療と介護をみていくと、現在は、一次医療、二次医療と専門医療、中長期の介護が統合化されておらず、バラバラの状態である。一次医療では、80%が民間診療所、20%が公立診療所を受診する。二次医療では、80%が公立病院、20%が民間病院を受診する。中長期介護では、80%がボランティアによる福祉（地域病院、介護付き老人ホーム、ホスピス、デイケア・サービス、リハビリサービス、在宅ケア）で対応しているが、中核となる機関の間で、スムーズな出入りができていない。現在は、一つ一つ段階を踏んで、医療機関や介護機関に当たらなくてはならず時間もかかる。切れ目なく医療・介護を受けられるようにする「統合ケア（Integrated Care）」が必要になる。こうしたことから、政府は統合ケア庁を2009年に設置し、医療機関や介護施設の拡充などを通じて、高度医療から回復時のリハビリなどまで提供する地域病院、病院での治療は必要がなくなってもケアが必要な場合の介護施設といった、段階別に必要なケアを十分に提供できる仕組みづくりに取り組んでいる。

C. 高齢化対策の政策の例

a. 家族との同居推進政策

高齢者の家族間によるケアを維持するため、政府は多世代の同居を推奨しており、同居世帯には、所得税の控除などのインセンティブを与えるなど、同居を推奨する仕組みを構築している。また、子供が成人して結婚後に新居として公団住宅を親の住居の近くに購入する際には、政府から補助金が支給される制度が設けられている。

b. 住環境の整備（バリアフリー化）

1995年から、社会開発・青年・スポーツ省とHDB住宅を管理する住宅開発庁（HDB：Housing & Development Board）の共同事業として、HDBに居住する高齢者の住環境を改善（手摺の設置、段差の解消等）する事業が行われている。また、HDBの各ブロックには、高齢者活動センター（SAC：Senior Activity Center）を設立し、高齢者宅の定期訪問やリクリエーションの提供など高齢者の生活を支援している。

c. シルバーコミュニティ実証実験プログラム

高齢化の課題に対処するため、革新的で実用的なソリューションを活用することが重要である。その取り組みの一つが、2008年1月に社会開発・青年・スポーツ省（MCYS）により創設された「シルバーコミュニティ実証実験プログラム（SCTBP：Silver Community Test Bed Programme）」である。プログラムでは、高齢者にとって実用的な商品・サービスの実証実験を行う企業に助成金が提供されている。シンガポールで設立された会社であれば、外資企業も申請の対象となる。最初の2回のSCTBP助成金は「在宅医療モニタリングシステム」と「優れたデザイン製品」の開発に焦点が宛てられ、助成事業募集の公募が実施された。この2回の助成事業募集で12件、S\$ 300万（2.6億円）が支援された。このプログラムは共同資金拠出が原則と

なるため、プロジェクト実施母体も資金を拠出することになる。

政府の資金拠出は、プロジェクト総額の 30%から 80%で、残りはプロジェクト実施企業が負担する。(どのようなプロジェクトが 30%で、どのようなプロジェクトが 80%かは、明示されていない。) 実証実験は公団住宅で実施して、住民の意見を聞くもの。助成金の上限は第 1 回、第 2 回公募の際には 1 社あたり S\$ 30 万 (約 2600 万円)であった。2010 年 7 月には助成総額が 2 年間で S\$ 1,000 万 (86.6 億円)に引き上げられ、第 3 回公募が実施された。この公募では「活力あるコミュニティに向けてのヘルスケア製品」というテーマで「在宅介護および地域ベースの介護」「慢性疾患管理」「統合ケア」に関する製品開発を目指す企業が募集された。なお、第 3 回目公募からは、条件や助成率や額などは公開されておらず、関心のある企業は MCYS に問い合わせることとなっている。

d. 保健省による介護付き老人ホーム助成制度

保健省は 2009 年 5 月、高齢化対策の一環として地域病院、高齢者介護施設、ホスピス、在宅介護サービスなどの拡充を進めると表明した。2030 年には 65 歳以上の高齢者が 90 万人に増え、11 万 3000 人の高齢者が介護を要するとの想定の下、2020 年までに介護付き老人ホームの受け入れ能力を 2011 年の 9,000 床から 1 万 5,600 床へ引き上げることとしている。病院の受け入れ能力は 2020 年までに 4,100 床増床し、そのうち 1,900 床は地域病院に当てる。その一環として、イーシュンに「イーシュン地域病院」とジュロンに「ジュロン地域病院」の 2 カ所の地域病院を 2015 年までに完成させる予定だ。この計画に基づき、保健省は 2009 年 6 月、高齢者介護施設 3 施設との間で、これら 3 施設の建物の建て替え、拡張工事を公費で行うことについて覚書 (MOU) を締結した。保健省は建て替え費用として 1 施設当たり S\$ 2,500 万 (約 21.6 億円)を提供、施設は国が建設・所有し、民間ケア施設に施設をリースする方式 (BOL 方式) が採用された。覚書は「ブライトヒル・エバークグリーンホーム」「シンガポール・クリスチャンホーム」「ビラ・フランシスホーム」と結ばれ、2013 年には建て替え、拡張工事が完了する予定である。

さらに、保健省は 2011 年 4 月、シンガポール取引所 (SGX) 上場の地元医療運営会社チャイナ・ヘルスケアの子会社イーコン・メディケア・センターに、中央部イオチューカン地区に新設する介護付き老人ホームの運営業務を委託した。イーコンが運営する介護付き老人ホームは今回受託分を含め 8 施設となる。今回の介護付き老人ホームの運営業務委託は、保健省が進めている民間企業・団体との提携を通じて、費用対効果が高い介護付き老人ホームの運営を目指す試験的事業の一環となっている。

③関連法令

A. 両親扶養法

1995 年に制定され、60 歳以上の自活できない両親の扶養をその子供に義務付けるものである。1996 年 6 月には、子供に対し扶養の強制を図る裁定機関として「家族扶養裁判所」が設置された。子どもが高齢の両親を扶養する能力があるにもかかわらず扶養しない場合、その両親の申し立てにより同裁判所が扶養にかかる審議を行う。裁判所がその子どもが扶養可能と判断した場合、裁判所の命令として扶養の義務を負うことになる。

さらに同法は 2010 年に改訂され、親と子供が調停を通して紛争を解決するうえで、より積極的な役割を果たすための両親扶養委員会 (Commissioner for the Maintenance of Parents)

が設置された。その結果、2011年には約40%が調停により解決され、裁判所に提出された訴案件数は2010年の183件から、2011年の110件に減少した。

B. 民間病院・診療所法

私立病院、診療所、臨床検査施設、医療施設の管理、免許付与、立入検査等を規定する法律。保健省（MOH）の所管となる。

C. 医療高齢者介護対制度法—認知症

高齢者や低所得者に対するセーフティーネットを提供するために医療給付基金（メディファンド、エルダーケアファンド）の設置と補助金拠出を規定している。

D. 中央積立基金 法

以下、④-A. の CPF 制度全般について規定している。

E. 定年再雇用法

定年再雇用法は2012年の法改正により、法定定年が65歳に引き上げられた。またこの法を通じて現在雇用されている者の法定定年は徐々に67歳までさらに引き上げられる。

F. 慈善法

慈善福祉団体の登録義務や免税対象となる募金を受け取ることができる公共団体（IPC：Institutions of a Public Character）資格等について規定している。

G. 医療従事登録法

医師など医療従事者を監督する機関を設置し、これらの医療従事者の登録・監督を行い、違反行為者に業務停止などの処分を課す業務などを担わせる権限等が規定されている。

シンガポール医療評議会（SMC：Singapore Medical Council）が医師の総合的な監督・登録機関として、スペシャリスト認定局（SAB：Specialists Accreditation Board）が専門医の監督・登録機関として、家庭医認定局（FPAB：Family Physicians Accreditation Board）が家庭医の監督・登録機関として指名されている。

シンガポールでは高齢化と外国人患者の流入に伴い医師が不足しており、保健省は海外で資格を得た医師1000人を受け入れる方針を2010年1月に発表し、医療登録法の改定を実施した。

H. 看護師助産婦法

看護師、助産婦の登録を規定している法律。看護師、助産婦はシンガポール看護師庁（Singapore Nursing Board）に登録し、活動免許（practicing certificate）を取得する必要がある。シンガポール看護師庁では看護師育成教育コースの認証も行っている。看護師には、看護師（Registered Nurse）と准看護師（Enrolled Nurse）の2つのカテゴリーがあり、大卒、ポリテクニク卒は看護師、技術専門学校（Institute of Technical Education）卒の場合は准看護師に登録申請を行う。

シンガポールには日本の介護福祉士の制度はなく、介護付き老人ホームの入居者のケアは看護師が行う。他にも、歯科医の監督・登録を規定する歯科医登録法（Dental Registration Act,

Chapter 76)、薬剤師の監督・登録を規定する薬剤師登録法 (Pharmacists Registration Act, Chapter 230)、検眼医・眼鏡師の監督・登録を規定する検眼医眼鏡師法 (Optometrists and Opticians Act, Chapter 213A)、伝統中国漢方医の監督・登録を規定する伝統中国漢方医法 (Traditional Chinese Medicine Act, Chapter 333A) がある。

④医療保険制度

シンガポールの医療保険制度は、中央積立基金 (CPF) 制度といわれる強制的な社会保障貯蓄制度の中のメディセーブ (医療費支払い用口座) を軸として、多くの部分を国民の「自助努力」に負っている。政府は、メディセーブやそれを補完するメディシールドといった医療保障制度を整備しているが、保障内容や保障金額には様々な制限があり、日本の国民皆保険制度とは大きく異なるものとなっている。そもそも、医療費の原資となる CPF が国民の強制貯蓄制度であるため、政府の負担にはならず、政府支出の抑制につながっている。ただ、現実的には、国民は収入に応じて民間の医療保険に加入するケースが多く、国民の医療格差は大きいと言える。

A. 中央積立基金 (CPF) 制度の概要

1953 年 12 月、中央積立基金令 (Central Provident Fund Ordinance) が制定され、シンガポールがまだイギリスの植民地であった 1955 年 7 月 1 日に CPF 制度が発足した。この制度は、全てのシンガポール国民および永住権取得者を対象とする強制的な社会保障貯蓄制度で、日本の社会保険で採用されている「賦課方式」でなく、「完全積立方式」を採用しており、拠出金は政府が定める一定の拠出率に従って拠出され、被雇用者自身の CPF 口座に貯まっていくものである (図表 33)。社会保険方式ではないため、積立口座にある金額が利用限度となるが、定年後の経済的な保障の他、住宅・医療・大学ローンの支払いなどにも利用が可能で、総合的な社会保障制度として機能している。

図表・1 CPF 加入者数と基金総額の推移

図表 33 CPF 加入者数と基金総額の推移

年	加入者 (千人)	拠出額 (百万 S ドル)	基金残高 (百万 S ドル)
2003 年	2,978	15,870	103,540
2004 年	3,018	15,320	111,874
2005 年	3,049	16,105	119,787
2006 年	3,100	16,547	125,804
2007 年	3,163	18,185	136,587
2008 年	3,234	20,294	151,307
2009 年	3,291	20,125	166,804
2010 年	3,343	21,992	185,887
2011 年	3,376	24,628	207,545
2012 年	3,419	26,048	230,157

出所：中央積立基金庁 2012 年年次報告書

CPF を所管する中央積立基金庁（CPF Board）は、人的資源省（MOM : Ministry of Manpower）傘下の法定機関である。CPF は、全てのシンガポール国民および永住権取得者で、国内で働く者が対象である。

また、国民が外国船籍の船舶等に勤務する場合も対象となる。現在、これらの者のうち、月収 S\$ 500（約 4.3 万円）を超える被雇用者、月収 S\$ 50（約 4.4 千円）を超える被雇用者を抱える雇用主、および年収 S\$ 6,000（約 52 万円）を超える自営業者に CPF の拠出義務がある。

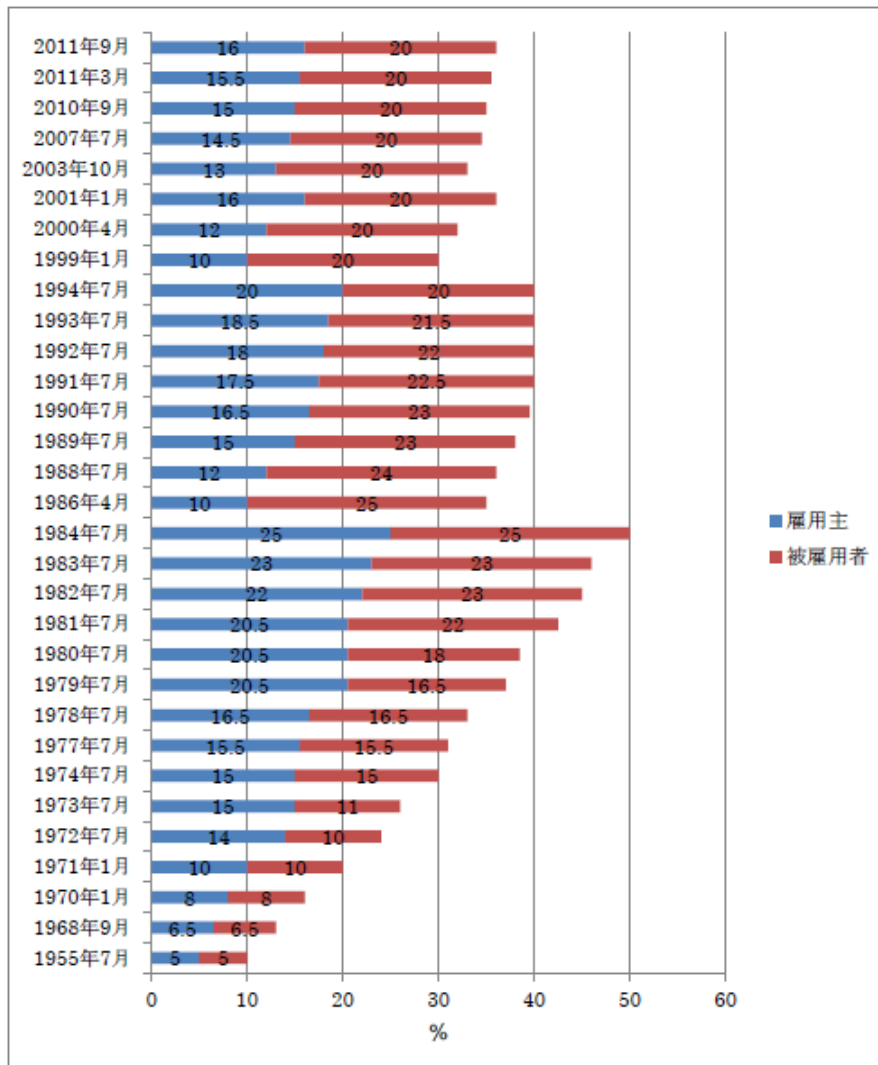
制度発足当時は、雇用主と被雇用者がそれぞれ給与の 5% ずつ、計 10% を拠出するものであったが、拠出率は、不況時に雇用主の負担を減らすため、雇用主拠出率を大幅に削減するなど、これまで社会情勢の変動に応じ、何度も見直されてきた。2013 年 10 月現在の拠出率は、例えば、月収が S\$ 1,500（約 13 万円）以上で 50 歳以下の場合は、雇用主が給与の 16%、被雇用者が給与の 20% であり、給与額の 36% が被雇用者自身の CPF 口座に貯まっていくことになる（図表 36）。ただし、月額給与の S\$ 5,000（約 43.3 万円）を超える部分は CPF 個人口座の積み立て対象外となるため、S\$ 6,000（約 52 万円）の月額給与をもらっている人は、S\$ 5,000（約 43.3 万円）の 20% である S\$ 1,000（約 8.6 万円）と雇用主負担 16% の S\$ 800（約 7 万円）の合計 S\$ 1,800（約 15.8 万円）が CPF 個人口座に積み立てる額の最高額となる。

また、年齢や収入によって拠出率は異なり、高齢者の継続雇用を容易にするための措置として、51 歳以上では、拠出率が引き下げられている。現在の年齢別の拠出率は以下のとおりである（図表 34）。なお、月収が S\$ 1,500（約 13 万円）に満たない場合にも異なった拠出率が適用されている。

公務員も CPF に加入する義務があるが、退職年金（一定の条件を満たした者が任意で加入できる）の支給対象であるか否かで拠出率は異なり、対象である場合、拠出率は軽減されている。自営業者については、医療費の支払いに利用されるメディセーブ分を拠出する義務がある。

CPF 個人口座の積立金には利息がつき、2003 年 1 月以降現在（2013 年 10 月）までの利息は、普通口座 2.5%、特別口座 4%、メディセーブ口座 4% となっており、一般的な銀行預金の利率に比べて非常に高い利率が設定されている。なお、この積立金および利子収入は、ともに非課税である。積み立てられた拠出金は、加入者が 55 歳になれば、最低維持残高を残して引き出すことが出来る。また、55 歳以前でも、特定の利用目的に限っては引き出すことが許されており、利用目的にしたがって、拠出金は以下の三種類の口座に分けて積み立てられている。引き出し目的の多くは住宅購入であるが、株式や投資信託の購入等の投資目的でも、政府の認可した対象であれば引出し可能となっている。

図表・2 CPF 拠出率の主な変動



註：拠出率は月収 1,500 ドル以上で 50 歳以下の場合

出所：中央積立基金庁ウェブサイト³⁵

図表・3 年齢別 CPF 拠出率

図表 35 年齢別 CPF 拠出率（2013 年 10 月現在）

年齢	拠出率			積立配分率*		
	雇用主	被雇用者	合計	普通口座	特別口座	メデ・イセプ ³⁶
35 歳以下	16%	20%	36%	23%	6%	7%
36 歳以上 45 歳以下	16%	20%	36%	21%	7%	8%
46 歳以上 50 歳以下	16%	20%	36%	19%	8%	9%
51 歳以上 55 歳以下	14%	18.5%	32.5%	13.5%	9.5%	9.5%
56 歳以上 60 歳以下	10.5%	13%	23.5%	12%	2%	9.5%
61 歳以上 65 歳以下	7%	7.5%	14.5%	3.5%	1.5%	9.5%
66 歳以上	6.5%	5%	11.5%	1%	1%	9.5%

註*: 月収 1,500 ドル以上のケース。月収 1,500 ドル未満の被雇用者の拠出率は、別途定められており、

一般の拠出率より低くなっている。

出所：中央積立基金庁ウェブサイト³⁶

a. 普通口座 (Ordinary)

普通口座の積立金は、住宅購入、政府が認可した対象への投資、保険、教育費および両親の CPF 口座に上乗せするために引き出すことができる。住宅購入や投資のために CPF の普通口座から支払った金額は、売却した時点で普通口座に戻さなければならない。

b. メディセーブ (Medisave、医療費支払い用口座)

1984 年に導入された医療費支払いのための口座で、これは、加入者やその扶養家族の入院費や特定の外来診療費用などの医療費用のために引き出すことができるが、一般外来診療や外来処方箋には適用されない。具体的には、糖尿病や高血圧、脳卒中といった慢性疾患や、予防接種、MRI スキャン、CT スキャン、透析治療、放射線治療、化学療法などの外来診療への適用が可能となっている。

医療費の支払いについて、メディセーブを利用するものは NRIC 番号を病院に提示する。家族の医療費を支払う場合は患者との関係を証明する書類を提示しなければならない。メディセーブ口座の積立額が最低必要積立額（2013 年 10 月現在 S\$ 4 万 5,500 (約 395 万円)) に達していれば、余剰分は普通口座に積み立てられる。メディセーブの名義人が死亡した場合の積立残高は相続人に非課税で移譲される。メディセーブの利点としては、積立金に対して 4% の高い利息が付されることと積立金の家族への適用が可能な点にあると言える。また、保険ではないので、個人が健康であることで医療費として消費しない残高は、その個人の資産として残る仕組みになっていることにある。

c. 特別口座 (Special)

これは、老後の生活資金または不慮の事態に備え留保され、55 歳到達時に年金給付のために新たに設けられる退職口座 (Retirement Account) に移管され、65 歳以降の年金給付に充当される。CPF 加入者は、55 歳到達時点で CPF を引き出すことができるが、その際、CPF 口座に最低維持残高は残しておかなければならない。これは、55 歳で全額を引き出してその後の生活費がなくなることを防ぐためである。CPF 口座に残した最低維持残高は退職口座あるいは CPF 制度加盟銀行に預け、65 歳から毎月生活費として口座の金額がなくなるまで受け取るか、CPF が認可した年金保険を購入して保険金を受け取るか、いずれかの方法を選ぶことができる。

この最低維持残高は、退職後 20 年間の老後の生活を支える最低額の資金を計算している。2003 年に決定した 10 年間分の最低維持残高もインフレ上昇に伴い毎年補正額が出され、2013 年 7 月 1 日からは S\$ 14 万 8,000 (約 1,282 万円) となっている (図表 36)。インフレ補正済の最低維持残高が口座に残っていれば、65 歳からおよそ 20 年間毎月現金給付を受けることができる。55 歳時点で HDB フラットの購入などで補正額に満たない金額しか残っていない者もあり、その場合は HDB フラットを担保として拋出することになる。

図表・4 最低維持残高の推移

図表 36 最低維持残高の推移

55 歳到達時	最低維持残高 (S ドル) (2003 年当時の計算金額)	最低維持残高 (S ドル) (インフレ補正済み金額)
2003 年 7 月 1 日	80,000	80,000
2004 年 7 月 1 日	84,000	84,500
2005 年 7 月 1 日	88,000	90,000
2006 年 7 月 1 日	92,000	94,600
2007 年 7 月 1 日	96,000	99,600
2008 年 7 月 1 日	100,000	106,000
2009 年 7 月 1 日	104,000	117,000
2010 年 7 月 1 日	108,000	123,000
2011 年 7 月 1 日	112,000	131,000
2012 年 7 月 1 日	113,000	139,000
2013 年 7 月 1 日	115,000	148,000

出所：中央積立基金庁ウェブサイト³⁸

出所：中央積立基金庁ウェブサイト

しかしながら、低賃金の労働者や専業主婦となっている人々は、積み立てた金額が最低維持残高以下になることもありうる。その場合には、家族による扶養が必要となってくる。積立金不足や20年間で積立金を取り崩してしまった時には、無収入の高齢者が生まれることになるので、シンガポールでは2009年より高齢者終身所得制度「CPF ライフ」という新制度を開始している。これは、退職口座の積立金で年金保険に加入することで、終身で年金が支給されるというものである。

2013年1月1日以前に加入した場合は、年金の月額受給額が低い（反面、死亡時の保険受取人への贈与額が高い）順に LIFE Basic、LIFE Balanced、LIFE Plus、LIFE Income の4つのプランから選択することができたが、それ以降は、LIFE Basic と LIFE Standard の2つの選択肢となっている。Life Standard は受給額が高い代わりに死亡時の受取人への贈与額が低く、LIFE Basic は受給額が若干低い、死亡時の受取人への贈与額が高い設定となっている。退職口座の残額の総額が保険の掛け金となり、受給額は退職口座の残額、即ち支払い掛け金総額により異なる。CPF のウェブサイトにて、個々人のデータを入力して受給額を試算できるインタラクティブサイトがある。2013年11月現在に50歳の人が、退職口座の残額が55歳時に S\$ 14万8,000（約1,282万円）であると仮定した場合、毎月の受給額は女性で S\$ 1,056～1,174（約9.1万～10.2万円）、男性で S\$ 1,160～1,286（約10万～11.1万円）と試算された。

B. メディセーブを補完する医療保険制度

CPF 口座の一つであるメディセーブで対応できない高額な医療費が必要になった時のために備える医療保険制度として、メディシールド（Medishield）、インカムシールド・プラス（Incomeshield Plus）保険がある。医療口座の積立金では、外来診療での医療費、出産と不妊治療、歯科、美容整形外科関連にも適用されず、全額自己負担となる。CPF は貯蓄であるため、口座残額以上の利用はできない。そのため、多くの CPF 加入者は、「メディシールド」、「インカムシールド・プラス」といった医療保険にも加入することになる。しかし、これら医療保険にも支払上限額、支払期間、支払上限年齢、免責金額があり、日本のような高額医療に対しては上

限度以上の自己負担はないといった仕組みにはなっていない。

その他、民間保険会社が運営する保険も各種あり、契約件数は近年増加の傾向にある。CPF 加入者は保険料を自分のメディセーブ口座から支払うことも出来る。

a. メディシールド (Medishield)

メディシールドは 1990 年に導入された公的医療保険制度で、メディセーブの積立ではカバーできない公立病院における長期の入院治療や高額検査、抗がん剤治療など一部の外来診療に適用できる。メディセーブ同様、通常の外来診療は適用外である。メディセーブ口座保有者は、自発的に加入を辞退しない限り、自動的に加入することとなる。

メディシールドは中央積立基金庁が運営しているが、メディシールドの代わりに中央積立基金庁が認可する民間保険会社の医療保険プログラムに加入することもできる。2013 年 10 月現在、中央積立基金庁が認可したメディシールド代替プラン(Medisave-Approved Integrated Shield Plan)をオファーしている保険会社は、AIA、アビバ、グレートイースタン、NTUC インカム、プルデンシャルの 5 社がある。代替プランの中にはよりレベルの高い病室にも適用できるプランや、特約付与したものなど、多数のプランが保険会社から提供されている。2013 年 11 月現在、保健省のウェブサイトで紹介されているプランは以下のとおりである。保健省 (MOH) は 2007 年に、20 歳以下の国民にもメディシールドへの加入を義務付ける方針を示し、2007 年 12 月から段階的に実施し、2014 年以内に完了する計画である。親がシンガポール人または永住権所有者で、2007 年 12 月以降に生まれた新生児は出生時点でメディシールドへの加入が義務付けとなる。保険料は年間 S\$ 30 (約 2.6 千円) で、親が子供の加入開始時から 1 カ月以内に異議をとなえない限り自動的に加入が継続される。

また、2012 年 7 月にメディシールドの制度見直しが行われ、①年間限度額の S\$ 5 万 から S\$ 7 万 (約 433 万～606.6 万円) への引き上げ、②生涯限度額の S\$ 20 万 から S\$ 30 万 (約 1733 万～2600 万円) への引き上げ、③救急での短期入院のカバー、④精神科入院のカバー、⑤適用年齢の 90 歳まで拡大、が打ち出された。それに伴い、保険料は調整されることになるが、大半の契約者にとって保険料の増加は月額 S\$ 10 (約 867 円) 未満にとどまる。高齢化、個人の医療への関心の増大、医療の高度化による医療費の増大、年率約 3%の医療費インフレなどから、近年支払い請求総数と平均支払額が増加の一途をたどり、見直しの理由となっている。

さらに、2013 年 8 月 18 日、リー・シェンロン首相は独立記念日集会で演説し、「メディシールド」を全国民が加入する「メディシールド・ライフ」に改変する計画を発表した。メディシールドは、現在約 92%の国民が加入しているが、新制度では適用年齢を撤廃し、一生涯保障とする。持病がある人なども加入できるようになる。首相は保険料の増加額には触れなかったが、保健省が今後、国民との協議の場で意見交換し新保険制度の詳細を詰めていく。また、保険料の支払いが難しい人に対しては、補助金を給付することを約束した。

このようにシンガポールでは社会情勢の変化に応じて適宜制度が見直されており、しかも一般市民の声を集めて制度見直しに反映させている。

⑤介護保険制度

シンガポールの介護保険制度は、シンガポールで進む高齢化を背景に 2002 年に創設され、シンガポール人および永住権保有者は 40 歳を超えた時点で自動的に加入することになる。2007 年から、「エルダーシールド 400 (Eldersshield 400)」に拡充された。月額保険料は収入に関係なく一律である。前者は S\$ 300 (約 2.6 万円) を最大 60 カ月、後者は S\$ 400 (3.5 万円) を最大

72 カ月に渡って受給し、介護サービスの支払いに充当することができる。

さらに高い保障を求める加入者に対しては、「エルダーシールド・サプリメント (ElderShield Supplements)」という介護保険も用意されている。エルダーシールド (ElderShield42) 2002 年 9 月に導入されたエルダーシールドは政府が民間に委託した準公的保険であり、メディセーブ口座を持つ 40 歳以上のシンガポール人および永住権保有者が対象となる。自発的にエルダーシールド加入を辞退しない限り、40 歳になると自動的に加入し、保険料は 65 歳までメディセーブ口座から支払われる。

重度の障害で基本的な日常行為（食事・入浴・歩行・着替え・寝起き・トイレ）のうち 3 項目以上を補助なしで行うことができなくなった時に最長 5 年・月額 S\$ 300 (約 2.6 万円) を受け取ることができる。2007 年にエルダーシールドの仕組みの改訂が実施され、2007 年 9 月より最長 6 年、月額 S\$ 400 (3.5 万円) に保障が拡充された。2007 年 9 月以降にエルダーシールドに加入した加入者は、「Elder Shield 400」が適用されている。保障内容は、在宅介護サービス、リハビリ費用、医療費、家計費、介護付き老人ホームの入所料などとなっている。政府系保険会社の NTUC インカム、地場民間保険会社のグレートイースタン保険、英保険大手アビバの 3 社が運営・販売会社となっている。

⑤ 助金制度

医療費の支払いは、政府補助金、各種保険、個人の貯蓄の組み合わせで行われている。シンガポールでは先進国と同様に、年々増加する医療費に頭を痛めているが、他国に比べうまく公共支出（政府補助金）を抑えることに成功しているといえる。

世界保健機関 (WHO) によると、シンガポールでは医療の年間総支出に占める公共支出の割合がおおよそ 3 割強で、他の先進国の半分程度にすぎない。これは、医療システム、中でも病院システムと前述の CPF 制度という強制的な社会保障貯蓄制度によるところが大きい。

病院システムについては、例えば公立病院に入院する際に、政府補助金割合と自己負担額の異なる複数の病棟クラスの中から、患者が自由に利用するクラスを選択できる。これによって、効率よく低所得者にも医療を提供することが可能となっている。また、公立病院が医療技術と料金の基準を示すことによって、民間病院の医療費抑制にも役立っている。このように政府は、「自助」「互助」「政府の間接的援助」の原則を基に、全ての国民が本的な医療を受けられるよう、負担のバランスを調整する機能を担っている。医療費補助を必要とする低所得者には、政府はその手助けをするという位置付けになっており、健康や医療費に対する国民一人一人の責任を促進することで、医療費の公共支出を抑えることに成功している。

政府の医療費補助では、患者世帯の一人当たり平均所得が補助決定の基準となっている。また、退職者や専業主婦、子供など収入のない患者については、住んでいる住宅の年間評価額が考慮される。2008 年 1 月に導入された医療費補助に関する所得審査制度について、保健省は①すべての患者が入院病棟の種類を選べ、収入の多い患者も補助対象病棟を選べる、②所得審査は簡素で、客観的基準を用いるなどの方針を表明した。さらに「所得審査の導入は退職者など無職者に敏感な問題だが、支払能力の有無にかかわらず、全患者が治療を受けられるべきだ。実施に関しては柔軟に対応する」としている。

参考まで、現行の中長期ケア (ILTC : Intermediate Long-Term Care) のための政府補助率は次のとおりとなっている。政府は 2012 年初めに医療費の政府支出を今後 5 年で倍増させ、S\$ 40 億から S\$ 80 億 (約 3466.4 億～6932.8 億円) にする方針を発表した。2020 年までに公立

病院のベッド数を 30%増加、地域病院では 2 倍に増やすほか、2013 年中に医療保険制度の大幅な見直しを行い、医療費の中で政府の負担割合を増やす予定である。この制度見直しの背景には、治療と医薬品の進歩、高度な手術の普及、高齢化による国民の負担の増加がある。医療費補助に関して、政府は複数の基金を設立しているが、その代表的なものが保健省（MOH）により運用されている「医療給付基金（MEF）」である。

A. 医療給付基金

医療給付基金（MEF）は低所得者層向けの「メディファンド」と 65 歳以上の高齢者向け「メディファンド・シルバー」から成る。2013 年 11 月 24 日現在の保健省ウェブサイトによると、「医療給付基金」を利用できる公立病院および医療機関（PH/Is : Public Hospitals and Institutions）が 16 カ所（全て公的機関）、中長期医療施設（ILTC : Intermediate and Longterm Care）が 72 カ所（うち民間は 23 カ所）ある。2011 年度（2011 年 4 月～2012 年 3 月）に基金より割り当てられた補助金拠出額は総額 S\$ 8,430 万（約 73 億円）（前年比 4.6%増）であり、そのうち 85%は公立病院および医療機関、15%は中長期医療施設向けとなっているが、実際に利用された補助金利用額は S\$ 9,080 万（約 78.7 億円）（前年比 16%増）、うち S\$ 2,400 万（約 20.8 億円）が高齢者向けのメディファンド・シルバーへの支出だった。また、医療給付基金の補助を受けた人数は 51 万 8,000 人（前年比 7.8%増）に上った。

a. メディファンド（Medifund）

1993 年 4 月に保健省が創設した生活困窮者に対する医療費補助を目的とした基金で、セーフティーネットとしての位置づけである。公立病院の医療費の支払いにおける補助であり、メディセーブ、メディシールドに加入できない、あるいは残高が残っていない貧困層向けに適用される。2001 年 4 月からは、病院での治療だけでなく、ボランティア団体が運営するステップダウン施設にもメディファンドの利用が認められるようになった。また、2008 年 4 月よりリハビリや在宅治療などの中長期医療（ILTC）の患者にもメディファンドの補助が適用されるようになった。設立当初の基金は S\$ 2 億（173.3 億円）だったが、政府予算の剰余金から毎年積み増しされて、2012 年 3 月末時点で基金は S\$ 17 億（約 1473.2 億円）まで拡大している。メディファンドの運用利益をメディファンド利用対象施設に補助金として給付し、各施設はその補助金で生活困窮者に医療サービスを提供する。メディファンド利用対象施設にはメディファンド委員会が設置され、補助申請者から対象者の選定し、補助率を決定する。1 人あたりの補助率や補助金額は決まっておらず、申請者の状況によってケース・バイ・ケースで定めている。

b. メディファンド・シルバー（Medifund Silver）

65 歳以上の高齢の生活困窮者に対する医療費補助を目的として、2007 年 11 月にエルダーケア・ファンドという基金が S\$ 5 億（約 433.3 億円）でメディファンドから分離して設置された。2012 年 3 月末時点で基金は S\$ 7.4 億（約 641.3 億円）まで拡大している。エルダーケア・ファンドで賄う高齢者向けの医療費補助プログラムは、メディファンド・シルバーと呼ばれている。メディファンドと同様、エルダーケア・ファンドの運用利益をメディファンド・シルバー利用対象施設に補助金として給付し、各施設はその補助金で生活困窮者に医療サービスを提供する。メディファンド・シルバー利用対象施設にはメディファンド委員会が設置され、補助申請者から対象者の選定し、補助率を決定する。1 人あたりの補助率や補助金額は決まっておらず、申請者の

状況によってケース・バイ・ケースで定めている。

B. 高齢者（認知症）身体障害支援制度

エルダーシールドに加入できないシンガポール人の低額所得者が対象となる介護支援制度。基本的な日常行為（食事・入浴・歩行・着替え・寝起き・トイレ）のうち 3 項目以上が行えない状態にあること、②2002 年 9 月 30 日時点で 70 歳以上、あるいは 2002 年 9 月 30 日時点で 40 歳以上であり基本的な日常行為のうち 3 項目以上が行えない状態にあること、③一人当たりの世帯所得が S\$ 2,600 (22.5 万円) 以下、あるいは所得がなく居住する住宅の年間価値が 1 万 S\$ 3,000 (28 万円)以下である人が対象となる。保険ではなく政府からの補助金であり、補助金額は図表 43 のとおり。補助金が支払われる期間は最大 72 カ月までとなる。本制度は政府系保険会社の NTUC インカムの運営となっている。補助金を受けるには、NTUC インカムの所定の申請用紙に記入し、NTUC インカムが指定する医療機関で査定を受け、査定書と申請用紙を NTUC インカムに提出する必要がある。

C. 薬剤補助基金

2010 年に設立された高額薬剤の費用を補助する基金。標準薬剤リストに記載された薬剤の購入にあたっては最大 90%まで補填される。高齢者（認知症）モビリティ・イネイブル基金統合ケア庁（AIC : Agency for Integrated Care）が基金の運営を管轄する。2013 年 7 月 1 日より基金の総額が S\$ 1,000 万（約 8.6 億円）より 5,000 万（約 43.3 億円）に拡大され、高齢者が歩行可能で自立した生活が維持できるよう、包括的な支援を提供できるようになった。本基金により、60 歳以上のシンガポール人高齢者で有資格者は、福祉機器、在宅介護・医療での消耗品の購入や介護タクシーの利用料に対して、最大 90%までの補助が支給される。

D. 高齢者（認知症）モビリティ・イネイブル基金

統合ケア庁（AIC : Agency for Integrated Care）が基金の運営を管轄する。2013 年 7 月 1 日より基金の総額が S\$ 1,000 万（約 8.6 億円）より 5,000 万（約 43.3 億円）に拡大され、高齢者が歩行可能で自立した生活が維持できるよう、包括的な支援を提供できるようになった。本基金により、60 歳以上のシンガポール人高齢者で有資格者は、福祉機器、在宅介護・医療での消耗品の購入や介護タクシーの利用料に対して、最大 90%までの補助が支給される。

E. 外国人家事労働者補助

軽度の介護を要する高齢者や障害者の世話をするために外国人家事労働者を雇用する家族を支援する制度。有資格者は月間 S\$ 120（約 1 万円）の補助金を受けることができる。統合ケア庁（AIC : Agency for Integrated Care）が補助金の運営を管轄しており、雇用される外国人家事労働者は雇用確定後、AIC 認定の研修コースに参加し研修が終了した時点で、補助金の申請をすることができる。研修費用は雇用主が負担する。

F. 地域健康支援制度

保健省（MOH）が地域の診療所と提携し、メディセーブではカバーされていなかった外来の一般急性疾患や「慢性疾患管理プログラム（CDMP : Chronic Disease Management Programme）」対象の慢性疾患、歯科治療について、医療費の一部を低・中所得者層の支援を目

的に補助している。補助額は一般外来疾患で診察毎に S\$ 18.5 (約 1.6 千円)、慢性疾患で S\$ 80 (約 7 千円)、歯科治療で S\$ 256.5 (約 2.2 万円) が上限となっている。現在は 40 歳以上のシンガポール人、あるいは年齢に関係なく基本的な日常行為のうち 1 項目以上が行えない状態にあること、世帯構成人員一人当たりの平均所得 S\$ 1,500 (約 13 万円) 以下、あるいは住んでいる住宅の年間評価額が S\$ 1 万 3,000 (約 112.6 万円) 以下であることを受給資格条件としているが、制度見直しで 2014 年 1 月 1 日より、所得基準・対象年齢を緩和したほか、助成対象の検査・診療内容が拡充される。

制度見直しでは、所得基準が S\$ 1,500 (約 13 万円) から S\$ 1,800 (約 15.8 万円) に引き上げられ、対象年齢も全ての年齢を対象とする。住んでいる住宅の年間評価額も上限が S\$ 2 万 1,000 (約 182 万円) に引き上げられる。さらに、CHAS カード保有者を対象に、糖尿病や子宮頸がんなど新たに 6 症状の検査費用を全額負担。慢性疾患管理プログラム (CDMP) には、パーキンソン病など 5 疾患を追加する。外来患者が同 5 疾患の治療を受ける際は、CPF 医療口座メディセーブが利用できる。

この見直しで本制度の補助対象人口は現行の 50 万人強から、大幅に増加する見通しで、国民の約半数が国内 800 カ所の民間医療施設で利用できるようになる。保健省では本制度の受給資格条件を満たすより多くの国民に CHAS カードを取得するよう呼び掛けており、独自のポータルサイト (www.chas.sg) を設けている。

2) 開業事業関連制度等

①日本製の介護福祉機器と介護福祉用品の導入に関する法制度

A. 法規制全般

[出所：ジェトロ シンガポールにおける医療機器法規制とシステム。2010 年 9 月]

シンガポールでは、医療機器は Health Products Act によって規制されている。Health Products Act は 2007 年 2 月に国会で可決された。同法の施行を管轄するのは、保健省傘下の健康科学庁(Health Sciences Authority : HSA)である。HSA の組織図は以下のとおりで、このうち医療機器を担当しているのは Health Products Regulation Group である。

医療機器の製造業者、輸入業者、卸売り業者は Health Products Act 1、その細則 2 および、HSA が制定した規制手引き(Regulatory Guidance 3)に定められた規制に従う必要がある。

Health Products Act は 2008 年 11 月より段階的に導入が進められている。また、Health Products Act 施行に先立ち、2002 年からは「任意製品登録制度」(Voluntary Product Registration Scheme : VPRS) が導入されていた。VPRS は、企業が取り扱う医療機器を政府に登録することを推奨するものではあるが、法的には義務ではなかった。Health Products Act が制定される 2007 年 2 月まで、シンガポールには医療機器の製造、輸入、販売、使用に関する規制は存在しなかったのである。

また、Health Products Act は、医療機器と化粧品について定めたものであるが、本レポートの主題は医療機器であるため、Health Products Act に定められた医療機器に関する内容について概説する。

尚、医療機器の中でも放射線を発する機器 (X 線機器、医療用超音波機器、MRI、医療用レーザー機器など) については別途、次の法律が制定されている。

➤ Radiation Protection Act

- Radiation Protection (Ionising Radiation) Radiation Regulations
- Radiation Protection (Non-ionising Radiation) Regulations

Radiation Protection Act でライセンスを取得している製品は、2011 年 7 月 31 日までは Health Products Act の製品登録(後述)から免除されているが、2011 年 8 月 1 日以降は、Health Products Act に基づく製品登録が必要となる。

B. シンガポールにおける医療機器の定義

[出所：ジェトロ シンガポールにおける医療機器法規制とシステム。2010 年 9 月]

Health Products Act では、医療機器は次のように定義されている。

「医療機器」とは、器具、装置、用具、機械、取り付け具、インプラント、インビトロ試薬または、キャリブレーター、ソフトウェア、材料、その他類似または関連する物品であり、単独または併用使用を問わず、以下に示す特定目的のうち 1 項目以上でヒトに使用することを目的として製造業者によって定められている製品をいう。

- 疾患の診断、予防、モニタリング、治療又は症状緩和
- 損傷の診断、モニタリング、治療、症状緩和又は補正
- 解剖又は生理学的過程の調査、代替、修正又はサポート
- 生命サポート又は生命維持
- 妊娠コントロール
- 医療機器の殺菌、または 人体由来の標本のインビトロ検査法による医療または診断の目的のための情報を提供するほか、薬理的、免疫学的又は代謝的方法によって人体内又は人体表面に主要な作用は及ぼさないが、所定の目的を補助すること。

C. シンガポールにおける医療機器のリスククラス分類

医療機器は EU および医療機器規制国際整合化会議(Global Harmonization Task Force : GHTF)のカテゴリーに則り、当該医療機器のリスクの高さに応じて、下記のとおり分類される。

図表・5 医療機器登録分類

表 2 医療機器登録分類

医療機器リスク分類	リスクレベル	医療機器の例
クラス A	低リスク	手術用開創器、舌圧子
クラス B	低—中リスク	皮下注射針、吸引装置
クラス C	中—高リスク	肺換気装置、骨固定板
クラス D	高リスク	心臓弁、埋め込み型の除細動器

出典：GN-13-R1 Guidance on the Risk Classification of General Medical Devices, HSA

リスクの高さは侵襲性 9 の度合い[invasive]、身体に埋め込まれるものかどうか[implantable]、能動性（電源など人体が発する以外のエネルギーを必要とするか）[active]、医薬品や生物製剤が含まれているかなどにより定められる。

D. 福祉器具の件

[出所：ジェトロ シンガポールにおける医療機器法規制とシステム。2010 年 9 月]

医療機器をシンガポールで生産するにあたっては、生産者、福祉器具の輸入業者、卸売り業者はそれぞれ免許を取得する必要がある。また、取り扱い製品それぞれについて、製品登録を行う必要がある。

[出典：HSA ウェブサイトより作成]

a. クラス A の登録免除製品リスト

HSA はクラス A 医療機器のうち、絆創膏、氷嚢、ベッド、病人用便器などについて、当該製品の目的に沿った用途に使われる場合、製品登録を免除している。製品登録が免除された品目のリストは、HSA のガイダンス GN-22 Guidance to the List of Medical Devices Exempted from Product Registration に掲載されている。

[出典：HSA ウェブサイトより作成，2014 年 5 月の最終版クラス A の登録免除製品リスト]

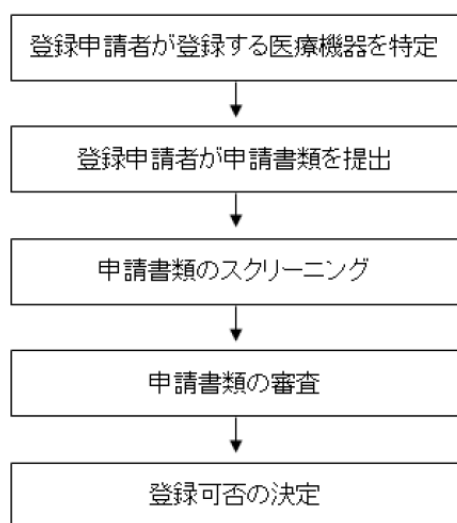
図表・6 クラス A の登録免除製品リスト

製品	リスクルール	HS コード
病院述ベッド，マニュアル	Rule 4	9402 9010
病院述ベッド、電動	Rule 12	9402 9010
車椅子(マニュアル)	Rule 4	8713 1000
車椅子(電動)	Rule 12	8713 9000
患者さんのリフト (電動)：	Rule 12	8713 9000
患者さんのリフト	Rule 4	8713 9000
ストレッチャー	Rule 4	8713 9000
歩行補助用品	Rule 4	6602 0000

b. クラス A の製品登録の流れ

クラス A の製品登録の流れについては、以下のとおりである。

図表・7 クラス A の製品登録の流れ



出典：GN-15-R3 Guidance on Medical Device Product Registration, HSA

クラス A の製品登録については、ASEAN CSDT 形式に従う必要はない。申請に必要な書類は次のとおり。

- 英語版、オリジナルカラーの次のもののコピー
 - ・医療機器の表示ラベルとパッケージング
 - ・取り扱い説明書
 - ・患者向け情報書
 - ・プロモーション資料（カタログ、パンフレットなどを含む）
- 滅菌医療機器の場合、滅菌確認書
- 測定機能がついた医療機器の場合、医療機器計測証明書あるいはその同等のもの
- 電気を利用する(active)医療機器の場合、IEC60601 などの電気安全基準の証明書

E. 生産、輸入、販売に必要な条件

[出典：HSA ウェブサイトより作成，GN-22:2014 年 5 月の最終版クラス A の登録免除製品リスト]

➤ 医療機器取扱業者に対する義務と責任

製品登録は免除されたとしても、これらの医療機器取扱業者（製造会社、輸入又は卸供給者）を法規のもと法的義務および債務から免責されることを意味するものではない。

それゆえ、医療機器取扱業者は出荷記録、苦情記録、有害事象報告を保管し、シンガポール医療機器市場安全是正処置局（FSCA）に通知しなければならない。

また、医療機器製造業者と輸入業者は、登録を免除されたクラス A 医療機器が本来意図された目的のために安全、品質、効果の条件を満たすことを保証しなければならない。

製品登録を免除されたクラス A 医療機器であっても、それらを取り扱う業者（すなわち輸入業者、卸売業者、製造業者）はシンガポール保健科学庁（HSA：Health Sciences Authority）によって医療機器取扱業としての免許申請が要求される。

[出所：ジェトロ シンガポールにおける医療機器法規制とシステム。2010 年 9 月]

Health Products Act により、シンガポールで医療機器を生産、輸入、卸売を行う場合、事業者は HSA から免許を取得する必要があることを定めている。免許取得の申請は 2008 年 11 月 1 日から開始され、2010 年 8 月 1 日から免許を取得した事業者以外は、生産、輸入、卸売を行うことができなくなった。

生産者は、自社で生産する製品の卸売については、別途、卸売業者免許を取得する必要はないが、それ以外の製品を卸売する場合は卸売業者の免許が必要となる。

免許取得に必要な資格要件は、生産者の場合、医療機器の品質保証のための国際標準規格である ISO13485 を取得していること、輸入業者および卸売業者の場合は、HSA が定めた Good Distribution Practice for Medical Devices in Singapore (GDPMDS)あるいは ISO13485 の取得である。生産者が ISO13485 を使って輸入・卸売りの免許を取得する場合には ISO13485 認証に倉庫と流通に関する項目が含まれていなくてはならない。

図表・8 事業者免許の条件

生産者ライセンス	輸入業者ライセンス	卸売業者ライセンス
ISO13485 (医療機器最終製品について)	GDPMDS あるいは 保管及び流通の条項を含む ISO13485 認証（国内生産者の場合）	GDPMDS あるいは 保管及び流通の条項を含む ISO13485 認証（国内生産者の場合）
生産品目に製品登録免除されるクラス A 医療機器がある場合、そのリスト	輸入品目に製品登録免除されるクラス A 医療機器がある場合、そのリスト	
註：GDPMDS は、再輸出のために輸入される場合と治療以外の用途のために輸入される場合は必要ではない。 認可書の代替として、宣誓書を提出することもできる。宣誓書の書式は HSA のウェブサイトからダウンロード可能		

出典：HSA ウェブサイト “Briefing on GDPMDS (Secondary Assembly) for industry members 2 July 2010”

出所：HSA ウェブサイト

Health Products Act では、シンガポールで生産、輸入、卸売を行う医療機器を HSA に登録することを義務付けている。製品登録の受付は 2008 年 11 月 1 日から開始し、未登録製品の生産・輸入・卸売りの禁止措置は 2010 年 8 月より段階的に導入されている。製品登録は毎年更新する。

生産者は、自社で生産する製品の卸売については、別途、卸売業者免許を取得する必要はないが、それ以外の製品を卸売する場合は卸売業者の免許が必要となる。

免許取得に必要な資格要件は、生産者の場合、医療機器の品質保証のための国際標準規格である ISO13485 を取得していること、輸入業者および卸売業者の場合は、HSA が定めた Good Distribution Practice for Medical Devices in Singapore (GDPMDS)あるいは ISO 13485 の取得である。生産者が ISO 13485 を使って輸入・卸売りの免許を取得する場合には ISO 13485 認証に倉庫と流通に関する項目が含まれていなくてはならない。

F. 関税の件

クラス A の滅菌医療機器は、製品登録から免除される。MDB 管理下の HS コードに基づき製品登録免除されたクラス A 医療機器は、製品コード HSAMD00200 で申告されるものとする。

TradeNet®管理下で、製品が別の管理組織によって管理される場合は、取扱業者は上位管理組織の要求事項に従った税関申告をするべきものである。

②介護職員の入出国に関する法制度

A. 日本人

[出所：外国人医療健康関連職員専門人材派遣会社A社と面談、2014 年 12 月]

シンガポール保健省(MOH)は介護施設で就労可能な国籍を制限しており、日本国籍は承認されていないので日本人はシンガポールの介護施設で介護スタッフとして、ワークパーミット(WP)を付与された状態での就労はできない。

そのため日本人の就労には雇用許可書/エンプロイメントパス(EP)の申請が必要となる。ただし雇用許可書でできる仕事は経営者や施設長やシニア教育とトレーニングマネージャや教育コンサルタント等に限定される。

➤ 査定基準は以下の要件

- ・ S\$ 3,300 (約 28.6 万円) 以上の月給が必要、外国人雇用税免除の優遇措置あり
- ・ EP が付与されると、教育・資格・職歴等においてシンガポールでの評価が上がる

[出所：人材派遣会社と面談、2014 年 8 月]

図表・9 ビザの種類と査定基準

ビザ種類		査定基準 1	査定基準 2	査定基準 3
EP (Employment Permit)	P1	月収 S\$ 8,000~ (約 69.3 万円)	管理職・専門職集	良質な大学卒業者、職務経験年数
	P2	月収 S\$ 4,500~ (約 39 万円)	管理職・専門職集	良質な大学卒業者、職務経験年数
	Q1	月収 S\$ 3,300~ (約 28.6 万円)	良質な大学卒業者	[大学新卒者] 月収 S\$ 3,300 以上で学歴条件をより厳格化 [職務経験者] 関連経験・経験に応じたより高い月収
S-pass (採用枠制限有)		月収 S\$ 2,200~ (約 19 万円)	大卒・短大・専門大 管理職・専門職・技術職など、技術・関連経験根数重視 LEVY (外国人雇用税) の納付義務あり	

B. 外国人

[出所：高齢化の進展とスマートエイジングに関する調査研究報告書。2012 年 3 月]

シンガポール・マレーシアでは、日本における「介護福祉士」、「ケアマネージャー」、「ヘルパー」のいった介護専門職はいない。基本的に介護の担い手は家族であるが、共働きが多く、女性の就業率は高いそのため、シンガポールでは、インドネシア・マレーシア・フィリピンとい

った外国人メイドを雇用している家庭が多い。マレーシアでもインドネシア・フィリピンからの外国人メイドが多くおり、高齢者の介護は外国人メイドが行っているのが実態である。

デイケア・センターや介護施設などでは、専門職として、看護師、作業療法士、理学療法士といった人々が介護を担っており、日本の状況と大きく異なる。

[出所：外国人医療健康関連職員専門人材派遣会社A社と面談、2014年12月]

a. シンガポールにおいて介護施設で就労可能な国籍の介護職員

[出所追記労働省のホームページ]

- フィリピン
- ミャンマー
- スリランカ
- インドネシア
- マレーシア（看護師の資格が認められてある）
- インド
- 中国
- ベトナム人やカンボジア人は就労不可

[出所：外国人医療健康関連職員専門人材派遣会社B社と面談、2014年12月]

シンガポールにおいて介護施設が人材派遣サービスを利用する場合、紹介料は施設側に請求されず、紹介を受けた外国人労働者へ請求される（2か月分の給与、住宅手当を含む）のが通例である。

b. 介護施設が外国人人材派遣サービスを利用する場合の手順

- 介護施設から人材派遣会社に依頼
- 人材派遣会社から介護施設付近の関連会社を通じて、又は直接求職者とコンタクトをとり、履歴書入手
- 例として派遣社員が10名必要場合、派遣会社で履歴書スクリーニング後約20名分の資料が施設に提案され、施設側でSKYPE面接が必要か否か判断する
- 内定者が出た場合、下記2点の情報をAgency for Integrated Care (AIC)に提出する必要あり
- 求職者の職歴、学歴、資格の写しなど
- 施設スタッフに関する情報（現地人/外国人/永住者の割合）等
- AICから各施設の外国人スタッフ制限枠人数が示される（QUOTA）
- 本件処理の日数は一般的に約2週間
- 採用が決まった場合、AICに採用許可を申請
- 採用された外国人はAICからの許可書類を添付しVISA申請行う
- 外国人スタッフの往路航空券は自己負担、スタッフ退職時に復路は施設が負担

c. シンガポール介護施設での外国人労働者の採用基準および在留条件

- 健全な身体および精神状態

- 雇用主の希望年齢
- 6 ヶ月ごとの外国人労働者の健康診断と妊娠検査の義務付け
- 妊娠と診断された外国人労働者の強制送還

d. 外国人労働者に対する介護施設の義務

- 契約違反による強制送還時においても帰国用航空券の負担
- 契約更新時の往復航空券を負担
- 介護スタッフ総数における現地人の割合は最低 20%（将来 25%へ移行）
- 食事と宿泊施設の提供、生活環境の監視・管理
- 外国人労働者保険：2 年間一人当たり：約 S\$ 350（約 3 万円）
- 外国人労働者の雇用税負担：未習熟作業者（ワークパーミット：労働許可証）の場合、一人当たり S\$ 420 /月（約 3.6 万円）
- 外国人労働者スキルが高いほど外国人雇用税は低減

[出所：自治体国際化協会 医療制度と医療ツーリズムに見るシンガポールの戦略。2014 年 4 月]

看護師不足は打破できていないため、現在シンガポール政府は当面の解決策として外国籍の看護師を特にフィリピンから多く受け入れている。現在、外国人であってもシンガポール看護局（SNB: Singapore Nursing Board）が定めた基準を満たせば、シンガポールの看護師免許を容易に取得することができる仕組となっている。

シンガポールは英語圏である上、多言語（英語、中国語、マレー語、タミール語の 4 公用語）、多文化（中国系 75%、マレー系 14%、インド系 8%）国家であり、外国人も非常に多い（居住人口 531 万人のうち、永住外国人 53 万人、定住外国人 149 万人。以上 2012 年発表値）。こうした背景もあり、日本と比較してもはるかに外国人の看護師を受け入れやすい土壌である。

また、シンガポール政府は、グローバル市場における流動的な看護師の人材確保のため、中国およびミャンマー出身の学生を対象に看護師訓練専門学校進学者のための奨学金給付制度を実施している。これは、シンガポール国内の看護師訓練専門学校を 3 年間で卒業した後、6 年間シンガポールの医療機関で看護師として就労することを条件として希望学生に対し奨学金を給付するものである。

4-2. マレーシアにおける介護事業関連制度等

1 RM = 32.26 円 (2015 年 2 月 1 日)

本調査は、文献による二次情報および現地関係者へのヒヤリングより実施したも尾である。
なお、現地関係者は、以下のとおりである。

- HSC HEAL THCARE SDN BHD (医療機関)
- NEW LEGEND (ナーシング・ホーム)

1) 医療・社会福祉関連の政策動向

[出所：ジェトロ マレーシアにおける医療・社会福祉サービスに関する調査報告書。2014 年 1 月]

①所轄省庁

医療・福祉関係を所轄するのは①保健省と②女性家族社会開発省の 2 つである。概して言えば、医療保障・公衆衛生施策を①保健省が、社会福祉施策を②女性家族社会開発省が所轄している。

図表・1 関係局・機関と役割等

関係局・機関	業務内容・役割	URL
①保健省 (Ministry of Health)	マレーシアの医療、公衆衛生の向上および増進を図ることを任務としている。医療政策の立案、医療機関設立の許認可、医療、食品衛生の管理、傘下機関 (Malaysia Medical Council) による医療従事者資格の発行、公衆衛生の啓蒙活動等を行っている。 公立病院 65 院、公立診療所 184 カ所、ナーシングホーム 2 施設を傘下に持つ。	http://www.moh.gov.my/
②女性家族社会開発省 (Ministry of Women, Family and Community)	マレーシアの社会福祉の向上および増進を図ることを任務としている。女性の社会進出支援、高齢者・子供・障害者支援のための政策立案、民間ケアセンター・民間デイケアサービス・民間訪問介護・看護事業所設立の登録制度、各機関の運営監督を行っている。 居住型ケアセンター9 施設・デイケアセンター22 カ所を傘下に持つ。	http://www.kpw.km.gov.my/
社会福祉局 (Department of Social Welfare)	女性家族社会開発省の下に位置付けられ、女性家族社会開発省管轄の社会福祉関連サービス・事業所設立に関して、当局が申請受付からライセンス許可までを行っている。	http://www.jkm.gov.my/

②政府方針

マレーシア政府の「2020 年までの先進国入り」に向けた方針を示しているのが、1991 年 2 月 28 日、マハティール首相 (当時) が打ち出した「ビジョン 2020」である。ただしこの段階では医療・社会福祉サービスを成長産業として打ち出そうという意図は見られない。本ビジョンで示した 9 つの柱のうちの 1 つでは、「思いやりのある社会と気遣いの文化。社会が個人を尊重し、かつ国家や個人ではなく強靱な家族制度を中心に福祉が営まれる」とあり、家族で福祉を営んでいくべきであるとの国家方針が垣間見える。特にイスラム教徒であるマレー系民族を中心に、

家族が自宅で親・高齢者の世話をすべきという風習が色濃く残っている。

2010 年 10 月、ナジブ首相はマレーシア政府の経済政策の基本戦略となる「経済変革プログラム」(ETP: Economic Transformation Program) を発表した。その中で今後高所得を生み出す可能性の高い 12 の主要経済分野を NKEA (National Key Economic Area) として掲げており、その 1 つとしてヘルスケアを特定した。この経済変革プログラムは、民間部門によって主導され、政府はその促進役を果たすとうたっている。例えば、プログラムによる投資の 92% は民間部門によって行われ、政府資金は民間部門の参加のための呼び水として活用することとなっている。

12 の主要経済分野では、合計 131 の具体的なプロジェクト EPP (Entry Points Project) を選定している。そのうち医療に関連するのは以下の 13 項目である。

図表・2 医療サービスに関連する EPP

項目	内容
1. 外国人労働者向け民間保険の義務付け	外国人労働者に民間の医療保険 (年間保険料 RM120) に加入させることで、国立・公立病院で医療を受けられるようにする計画
2. 臨床研究発展のための支援システムの創出	臨床研究発展のために法人を設立し、国公立・民間病院が協力し合い、臨床研究を行っていく計画
3. 輸出増加のためのマレーシア国内ジェネリック医薬品製造	マレーシア国内の製薬会社がジェネリック医薬品を製造・輸出することを促進させる計画
4. 医療ツーリズムの再活性化	マレーシア医療観光協会 (MHTC) を中心とし、医療ツーリズムサービスをワンストップ化させ、同市場を拡大する計画
5. 連携した診断サービスの創出	診断サービス (DSN: Diagnostic Services Nexus) 分野で国公立・民間病院が協力しあい遠隔画像診断システムの利用を推進させ、放射線画像診断をスピードアップさせる計画。推進母体となる民間コンソーシアムの Diagnostic Services Nexus Sdn Bhd を設立。
6. 国際的レベルのヘルスケア・バイオを有する健康都市開発	UMHM (University of Malaya Health Metropolis) を、医療教育、医療研究と臨床ケア開発のハブにする計画
7. マレーシアの体外診断薬産業レベル向上	Mediven (Medical Innovation Ventures Sdn Bhd) による体外診断薬産業レベルを向上させる計画
8. マレーシアの次世代単回使用医療器材 (Single Use Device) 分野における地位構築	Vigilenz Medical Devices Sdn Bhd による次世代単回使用医療器材マーケットの拡大のために研究・開発を行う計画。
9. 高価値医療機器受託製造のためのハブ化	Medical Devices Corporation Sdn Bhd と Straits Orthopedics Sdn Bhd による高価値医療機器受託製造の仕組みを作る計画
10. マレーシアの臨床治療機器の地位確立	整形外科用インプラントの製造を通じた臨床治療機器地位の向上に関する計画。
11. 医療機器サプライチェーンの編成	ペナン州 Bukit Minyak における医療機器サプライチェーン編成のための製造施設の建設投資に関する計画
12. 医療機器改修のハブ化	医療機器協会 (MDA) と共に、医療機器の購入・修理に関

加えて、女性家族社会開発省は高齢者がより生活しやすい環境を作る「高齢者のための国家保健政策 (The National Health Policy For Older Person)」を 1995 年 10 月に発表した。同方針では、高齢者が健康的な生活を送れるよう、モニタリングや健康プログラム等の開発を目的に、法・インフラを整備することを宣言している。

また、医療サービスに関連する EPP にもあるように、政府は外国からの患者受入れ (医療ツーリズム) に力を入れている。政府は 2020 年までに年間 190 万人の外国人患者を受け入れ、RM 96 億 (約 3097 億円) の収入を得ることを目標に掲げている。2009 年 12 月、保健省は医療ツーリズムを振興する機関として「マレーシア医療観光協会 (MHTC)」を設立し、日本を含む海外で積極的な宣伝活動を行っている。MHTC の統計によると 2011 年の外国人患者 (在留外

国人含む) は 2010 年と比べ 47%増えて 58 万 3,000 人に達している。収入額で見た患者の国籍は 1 位インドネシア人 RM 3 億 2,530 万 (約 105 億円)、2 位インド人 RM 1,340 万 (約 4.3 億円)、3 位オーストラリア人 RM 1,250 万 (約 4 億円)、4 位日本人 RM 1,110 万 (約 3.6 億円) となっており、マレーシアにとってインドネシア人が大きなターゲットとなっている。

医療ツーリズムに適した医療機関として MHTC に承認されると、投資減税などの政策支援を受けることができ、2013 年 10 月時点で 72 施設が承認されている。JCI (Joint Commission International) または MSQH (Malaysian Society for Quality in Health) による病院認証の有無、外国人患者の受け入れ態勢、実績等が審査されている。

尚、2012 年発表のマレーシア首相府・業績管理・実施局 (PEMANDU=Performance Management & Delivery Unit) 年次報告によると、同局が調査した結果、高齢者介護に関してビジネス機会があり、以下の計画を今後進めていくとしている。ただしこれらが実現するかどうかは現時点では定かではない。

③医療・介護保険制度

マレーシアには国による医療保険制度が存在しない。しかしながら、国立・公立病院では収入のほとんどが国からの補助金で賄われており、診療費 RM 1 (約 32 円)、入院費 1 日 RM 3 (約 93 円) 等非常に安価に医療を受けることができる。

一方、民間病院は比較的高額であり、基本的には中間層や富裕層または外国人が利用している。日本のように診療報酬点数表に基づいて計算されるような診療報酬の仕組みはなく、自由診療の形になっており、患者は全額負担となる。また民間病院の医師は自由に診療費等を決定できる。ただし政府は民間病院が請求できる金額の上限を設定しており、過度に高額な請求を行わないように規制している。

図表・3 マレーシアの医療における患者支払額の例 (一部抜粋)

医療費	医療費の種類	料金 (RM)		
		公立 (マレーシア人)	公立 (外国人)	私立
相談料	一般医	1	15	10 ~ 125
	専門医 (初診)	無料 ~ 30	60	60 ~ 180
	専門医 (再診)	5	60	35 ~ 90
治療費	内科	無料 ~ 10	15 ~ 200	55 ~ 6,145
	産婦人科	10 ~ 800	500 ~ 1,000	420 ~ 2,090
	放射線画像診断科	1 ~ 600	15 ~ 200	40 ~ 2,000
	放射線治療	2 ~ 500	2,000 ~ 3,000	100 ~ 5,000
手術費	心臓手術	2 ~ 600	7,500 ~ 24,000	1,170 ~ 6,145
	他の手術	2 ~ 600	N/A	275 ~ 6,145

尚、政府は国民皆保険制度である「1Care 計画」の導入を長年検討しているが、実現するかどうかは現時点では不明である。国による医療保険制度が存在しないため、民間病院を利用する際、多くの中間層・富裕層は民間の医療保険を利用している。年間約 RM 1,000 の支払い (約 3.2 万円) で手術・入院に対して年 RM 6 万 (約 193.5 万円) まで補償されるものが一般的である。また企業が福利厚生の一貫として社員 (またはその家族を含む) に付与しているケースもあり、大企業のほとんどが導入しているとみられる。

また、マレーシアには国による介護保険制度も存在しない。なお、45～70歳の加入年齢指定で在宅介護なども含め、80歳まで利用することができる高齢者向け保険を販売している民間保険会社が存在する。

④その他の関連制度

このほか、政府の措置制度として、RM 1（約 32 円）で簡易な診療が可能な「1 マレーシアクリニック」を全国 184 カ所設置している。一般医（GP）だけがあり、朝 10 時から夜 10 時まで開院している。外国人は RM 15 支払う（約 484 円）必要がある。

また、マレーシアにおいて特徴的な政府施策に「MM2H（マレーシア・マイ・セカンドホーム・プログラム）」がある。本プログラムは、政府が外国人を誘致するために行っており、対象者はマレーシアにおいて一定額以上の定期預金を預けることにより最長 10 年までの滞在を許可される海外ロングステイ向けビザ制度である。特に 50 歳以上の外国人が申請しやすい条件になっており、将来的に本プログラムを通じてマレーシアに長期滞在する高齢者の医療・介護ニーズが高まる可能性も考えられる。2012 年 11 月時点で 1 万 9,488 人がビザを取得している。

図表・4 MM2H（マレーシア・マイ・セカンドホーム・プログラム）の概要

内容	マレーシアと国交がある外国人が申請できる 10 年の長期滞在ビザ。 ・年齢制限なし ・10 年後も移民局から認められれば更新も可能。 ・永住はできない。また永住権の獲得もできない。 ・配偶者と 21 歳未満の未婚の子供、60 歳以上の両親を同行させることが可能。
申請条件	<50 歳未満> ・最低 RM50 万以上の財産証明と月額 RM1 万以上の収入証明 ・RM30 万をマレーシアの金融機関に定期預金する必要（2 年目以降医療費、家の購入、同行した子供の教育費目的に RM15 万を引き出すことが可能） <50 歳以上> ・最低 RM35 万以上の財産証明と月額 RM1 万以上の収入証明または年金証明 ・RM15 万をマレーシアの金融機関に定期預金する必要（2 年目以降は医療費、家の購入、同行した子供の教育費目的に RM5 万を引き出すことが可能）
その他	・個人で所有している車を 1 台無税でマレーシアへ持ち込める。 ・専門技術を持っている 50 歳以上の方は週 20 時間以内に限り就労可。

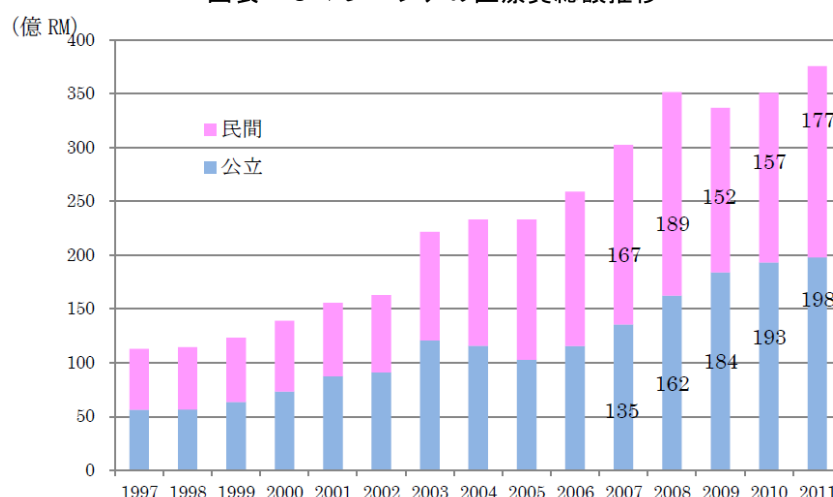
2) 医療サービス市場の動向と制度

[出所：ジェトロ マレーシアにおける医療・社会福祉サービスに関する調査報告書。2014 年 1 月]

①市場

国の経済成長と高齢者の増加と共に、政府・民間系とも医療サービス市場は拡大している。

図表・5 マレーシアの医療費総額推移



現在、医療費の約半分が政府の一般財源で賄われているが、財政赤字もあり、国の医療費負担をどのように軽減していくかが政府の大きな課題となっている。また、安価な費用で医療を受けることができる国立・公立病院は患者の列で溢れ、待ち時間が長いこと等が問題となっている。高価だが待ち時間が少ない民間病院とは対照的であり、富裕層のみ質の良い医療サービスが受けられる現状に、不公平感を感じている市民もいる。

保健省管轄の病院における死因の上位は、2011 年時点で循環器系疾患(25.4%)、呼吸器疾患(18.5%)、特定感染症(17.8%)、悪性腫瘍(11.9%)、外傷等(5.4%)となっている。特に近年糖尿病や高血圧と診断される国民が増え、30 歳以上の 14.9%が糖尿病、42.6%が高血圧になっている。

また、肥満率 (BMI 30 以上) は 16.3%となっており、東南アジアで最も高い水準にある。このため、保健省は、ラジオ・テレビの CM 等を利用し国民への食および生活に関する啓蒙活動を積極的に行っている。

2013 年現在、マレーシアには病院が 348 施設ある。前述したように公立病院・民間病院で利用者は異なり、富裕層は民間病院へ行く傾向にある。

図表・6 病院数の推移

年度	公立病院数 (保健省管轄)	公立病院数 (その他)	民間病院数	全病院数	前年比 (+/-)
2008	130	7	209	346	--
2009	130	8	209	347	1
2010	131	8	217	356	9
2012	132	8	220	360	4
2013	132	7	209	348	-12

マレーシアはかつて英国の統治下にあったため、英国の影響を強く受けた医療制度となっている。例えば、民間病院では医師が個々に病院側と契約し、病院内に個人のクリニックを構えている。各クリニックのスタッフは、医師が直接雇用しており、運営や治療方針もその医師の自由裁量に委ねられている。一方で病院側でも、専属の医師を雇用しない代わりに常時、緊急医と看護師を待機させて緊急時に備えている。入院時のベッド、看護、食事等は病院に属するので、患

者は民間病院に入院した場合、看護料金、部屋代、薬代、食費、手術室・分娩室の使用料等は病院から、診察料・治療費等は担当医師から別々に請求されることになる。

②法制度

A. 民間医療施設とサービス法 1998

(Private Healthcare Facilities and Services Act 1998 [Act 586])

本法令は民間医療施設・関連サービスの整備を目的に作られたものであり、主な内容は下記のとおりである。

- ・開設する際の形態は個人事業主または企業であること
- ・開設する際、少なくとも 1 名マレーシアの医師免許を持った者を登録すること
- ・マレーシアの医師免許を持った医師 1 名を含む 2 名以上の職員を在籍させること
- ・施設開設候補地は保健省による審査を経て決定すること
(審査員には医師が含まれている)
- ・施設開設に当たり保健省審査員からは以下の項目等を審査される。
 - 医療機関・関連サービスの性質について
 - 申請エリア内の医療関連施設数（過剰な開設となっていないか）
 - 申請エリア住民の現在の医療関連施設ニーズ
 - 申請エリア住民の将来の医療関連施設ニーズ
- ・ライセンス取得後、施設等運営する際はコピー等を目立つところに貼っておくこと
- ・無認可で運営した場合、経営陣等に対しては RM 30 万（約 967 万円）以下の罰金または 6 年以下の懲役もしくはその両方が科せられる。

B. 民間医療施設とサービス規則 2006

(Rules of Private Healthcare Facilities and Services 2006)

本規則は、「民間医療施設とサービス法 1998」に属する規則であり、民間医療施設全般に関する基準とともに、病院・リハビリテーション施設・ナーシング・ホーム等それぞれのサービス形態で追加的な規則を定めている。民間医療施設全般、病院、リハビリテーション施設についての主な内容は以下のとおりである。

<民間医療施設全般に関する規則（一部抜粋）>

- ・政府からの承認を得て運営すること
- ・組織計画を作成し、組織図を含め施設の目立つところに掲示すること
- ・施設で働く医療従事者は、マレーシアの医療従事者免許を所有すること
- ・利用者が入院する場合は事前に必要事項の説明を行うこと
- ・利用者が治療・手術をする場合は、治療・手術前後に相談・説明の対応を行うこと
- ・医師を常駐させること
- ・施設運営方針を明文化すること<病院に関する規則（一部抜粋）>
- ・病院は過度の煙や悪臭等のない場所に開設すること
- ・大部屋で患者が 13 歳以上の場合、異性同士を同じ病室に宿泊させないこと
- ・12 歳以下は小児科病室に宿泊させること
- ・病室内のトイレと病床数の比率は 1：4 以上とすること
- ・病室内の入浴施設と患者数の比率は 1：4 以上とすること

- ・入浴施設内には手すり、ナース・コール・システム、車椅子で動けるスペースを設けること
- ・看護師職員 1 名が患者 2 名以上を担当するように勤務シフトを組むこと<リハビリテーション施設に関する規則（一部抜粋）>
- ・入院患者、外来患者が容易に移動できる場所に開設すること
- ・リハビリテーション設備は病室の近くに設置すること
- ・混雑していない場所に開設すること
- ・待合室、車椅子格納場所、受付、患者専用トイレ・ロッカー・入浴施設、病室、清掃用具室、子供向けの遊び場を作ること
- ・リハビリテーションを提供する職員は医療資格取得者または経験がある者であること
- ・理学療法施設と作業療法施設は近くに開設すること

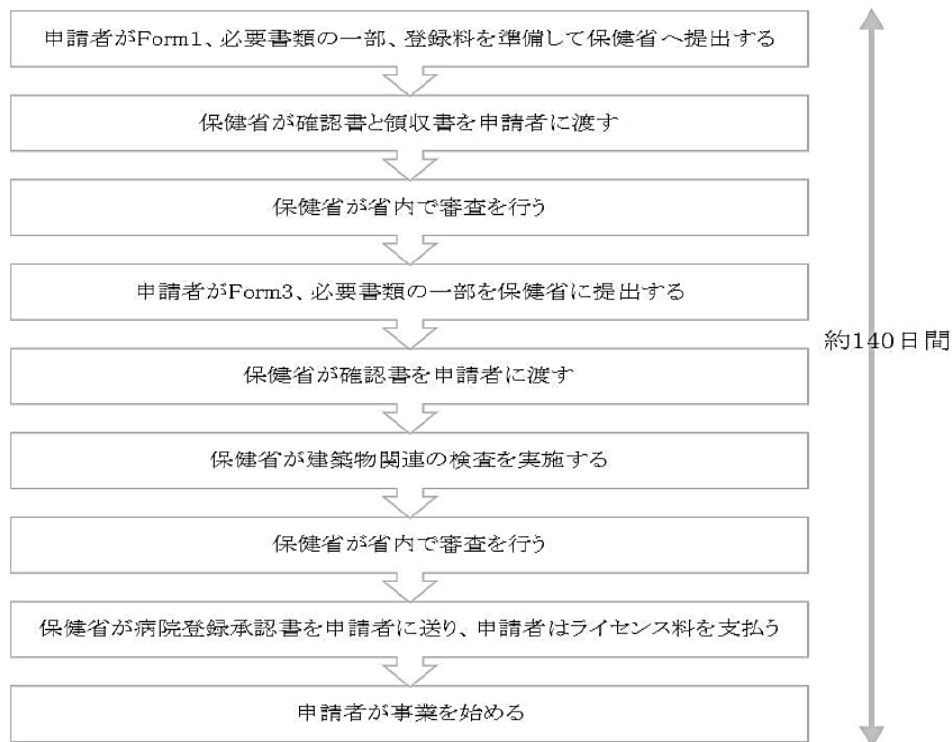
③申請手続

病院、リハビリテーション施設開設に関する許認可制度と必要な手続きは主に以下のとおりである。

図表・7 病院、リハビリテーション施設開設に関する許認可制度と必要な手続き

所轄官庁	保健省
関連法令	民間医療施設とサービス法 1998[法 586] (Private Healthcare Facilities and Services Act 1998 [Act 586]) 民間医療施設とサービス規則 2006 (Rules of Private Healthcare Facilities and Services 2006)
資本規制	内資・外資に関わらず、100%出資で設立可能。ただし、外国人が外資 100%で病院を設立したい時は、その人がマレーシアの医師免許を持っていることが条件。外国人が提携（株のシェア）により病院を設立したい場合は、提携先にマレーシアの医師免許を持った人が必要。
ライセンス	病院を設立するには、「病院登録承認書」が必要である
申請方法	直接各自治体の保健省管轄の州健康課へ行き、必要書類の提出と登録料の支払いを行う
必要書類	病院登録申請書 (Form 1, Form 3)、定款、委任状、財務諸表 身分証の写し、資格証の写し、医師免許写し 火災安全証明、建物建築証明、臨床廃棄物処理契約書 等 その他必要なものがあれば求められることがある
必要書類提出先	マレーシア各州の健康課
登録料	RM1, 500～4, 000 （病床数によって料金が変わる）
ライセンス料	RM4, 750～11, 500 （病床数によって料金が変わる）

図表・8 ライセンス取得までの主な流れ



④外資規制

政府は2009年、2012年と、続けて医療部門で外資規制緩和を実施している。従って現時点では医療分野で外資に対する規制は残されていない。しかしながら、本市場での外資の参入事例は少なく、またマレーシアでは許認可の多くが担当者の判断に依存することがあるため、事前に担当省庁と念入りに調整を行うことが大切である。

図表・9 100%外資保有が可能となった医療サービス

時期	分野	所轄官庁
2009年	獣医サービス	保健省
2012年	民間病院	
	専門医クリニック	
	歯科専門医クリニック	

⑥ 資格制度

医療従事者はそれぞれ国家資格制度に従い資格を取得する。医師、理学療法士、看護師はそれぞれ医学部、看護学校等を卒業することで資格を得ることができるのに対し、薬剤師のみ大学卒業とは別に、マレーシア薬剤協会の国家試験に合格する必要がある。

また、医師・薬剤師には国公立病院での一定期間の勤務が義務付けられている（医師は3年、薬剤師は2年）。近年、大学医学部、看護学校設立ラッシュにより医師、看護師数が急速に増えている。特に看護師は人材の過剰供給状態にあり、新卒の看護師の就職難が社会的に問題になっている。

図表・10 医師、理学療法士、看護師資格保有人数

	資格保有人数	対人口
医師	3 万 8, 718	1:758
歯科医	4, 558	1:6, 436
薬剤師	9, 652	1:3, 039
理学療法士	1, 041 (国公立勤務者のみ)	N/A
看護師	8 万 4, 968	1:345

また、医療従事者資格を発行している MMA (Malaysia Medical Council) は、海外での 3 年以上の臨床経験（指定医学部での学位取得をしている場合 2 年以上）等を条件に、外国人がマレーシア以外で取得した資格を活かしてマレーシアで医師・理学療法士として働くことを許可している。看護師に関しても、27 才以上、英語が堪能であること、看護師養成学校卒業後 3 年以上の臨床現場経験があること等を条件に外国人の勤務を許可している。ただし、薬剤師に関しては、外国人の登録は配偶者がマレーシア人の場合を除き許可をしていない。

また、保健省へ問合せたところ、昨今マレーシアでは医療人材過剰状態にあるため、現時点（2013 年 10 月）では日本の医療従事者資格保有者のマレーシアでの勤務許可は出す予定はないとの回答であった。

尚、マレーシアでは 1 名の日本人医師がマレーシア政府から医師免許を得て勤務している。ただしその免許も「日本人患者のみを診察できる」という限定的な条件が付いている。

3) 社会福祉サービス市場の動向と制度

〔出所：ジェトロ マレーシアにおける医療・社会福祉サービスに関する調査報告書。2014 年 1 月〕

①市場

社会福祉サービスに関しては、特にイスラム教徒であるマレー系を中心に、家庭内で介護する文化もあり、また家政婦を雇っている家庭も多く、いまだ産業としては未発達な状況である。

しかし、核家族化や高齢者の増加を見越して施設・在宅で介護を行う事業者も現れてきており、今後の拡大が期待される。今後の大きな課題としては、ワーカーの確保である。現在ほとんどの介護サービスでは、ワーカー（日本でいう訪問介護士や施設介護士）はインドネシアやフィリピン等の外国人を雇用しているが、政府による最低賃金制度の導入や外国人労働者受入れを制限する政策も影響し、ワーカー確保が今後難しくなることを懸念する声も存在する。

A. 施設型サービス

マレーシアにはナーシング・ホーム (Nursing Home) とケアセンター (Care Center) の 2 種類のケア施設が存在する。前者のナーシング・ホームは保健省が管轄しており、Nursing (看護) を行う場である。後者のケアセンターは、特に医療資格保有者の人員基準を定めていない施設で、女性家族社会開発省が管轄している。高齢者ケアのみならず、障害者や 4 歳以上の小児へのケアを含んでいる (3 歳以下の小児へのケアは、別途「Child Care Center 法」で規定)。

また、ケアセンターは、居住型ケアセンター (Residential Care Center) と、②で説明するデイケア・センター (Day Care Center) からなっている。居住型ケアセンターは、ケアセンター法

において「4名以上の利用者がケアを受ける居住型施設」と定義されている。

図表・11 「Nursing Home」と「Care Center」の比較

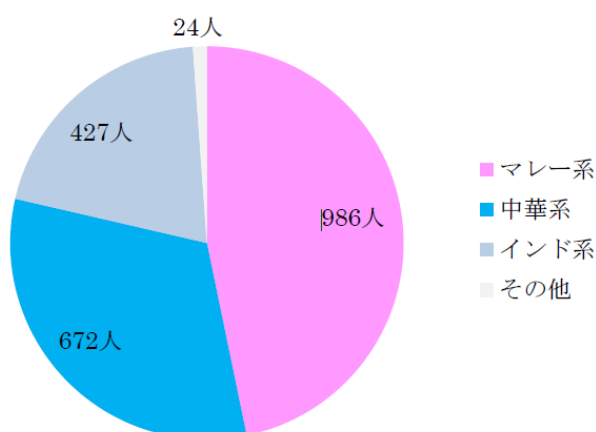
	Nursing Home	Care Center
管轄省庁	保健省	女性家族社会開発省
申請者	医師のみ	一般人可
根拠法	・民間医療施設とサービス法 1998 ・民間医療施設とサービス規則 2006	・ケアセンター法 1993 年 ・老人ホーム（オールドパーソンズホーム）管理規則 1983 年
人員基準	常勤医療資格保有者 1 名（利用者との対比なし）	利用者 18 名に対してスタッフ（資格要件なし）1 名
スタッフ勤務時間	医師の 9～17 時常勤勤務必須	規制なし
利用者への医療行為対応	施設内で実施	医療行為禁止。病院へ搬送

ただし、2.（2）で前述したとおり、マレーシア首相府・業績管理・実施局によると、現在 2 つの省で管轄しているナーシング・ホームとケアセンターを、保健省がまとめて管轄する計画が政府内で検討されている。

2013 年現在、政府が直接運営をしている施設は 11 カ所あり、うち保健省管轄のナーシング・ホームは 2 カ所で、女性家族社会開発省管轄のうち居住型ケアセンターは 9 カ所存在する。

また、民間企業が政府に登録して運営している施設は 148 カ所あり、うち 15 カ所がナーシング・ホーム、133 カ所が居住型ケアセンターである。なお、NGO 法人が運営している施設は 46 カ所存在するが、全て女性家族社会開発省管轄の居住型ケアセンターに含まれる。保健省管轄のナーシング・ホームが少ない理由は、医療資格保有者（医師または看護師）の人員基準など、ケアセンターより厳しい規則があるからと見られる。

図表・12 民族別、政府系ケアセンター入居者数



B. デイケア・センター (Day Care Center)

デイケア・センターとは、ケアセンター法において、「4名以上の利用者が 1 日 3 時間以上、週 3 日以上ケアを受ける施設」と定義されている。上述のとおり、女性家族社会開発省が管轄しており、開設には政府への登録が必要である。

2013 年現在、政府が直接運営をしているデイケア・センターは 22 カ所ある。また民間企業が政府に登録して運営を行っているデイケア・センターは 20 カ所あり、そのうち 10 カ所は NGO 法人が運営している。また、デイケア・センターを単独で運営する事業者以外に、居住型ケアセンターにデイケア・センターを併設してサービスを提供している事業者も多く存在する。

なお、2012 年、女性家族社会開発省は NGO 法人が運営するデイケア・サービスに対して RM 200 万の補助金（約 6452 万円）を提供したが、一時的なものか今後も継続されるかは不明。

C. 訪問介護・看護サービス

日本で言う在宅において身体・生活介助をする訪問介護、バイタルチェックや医療行為をする訪問看護、理学療法等によるリハビリテーションをする訪問リハビリを単独で行う企業が数社確認されている。なお、訪問介護・看護サービスに関する事業所数や法令関連の詳細データは政府から公表されていない。

D. その他

日本のように高齢者向けにリハビリテーションのみを提供する施設は確認できなかった。リハビリテーションに重点を置いている病院が障害者、スポーツ選手向けにリハビリテーションサービスを提供しているところが多い。

高齢者に特化した介護食品等は薬剤師を含め複数インタビューを行ったが、該当するような商品は存在しないとの回答だった。また高齢者向け別荘およびマンション等もまだ存在はしていないが、KPJ 等の大手病院グループが設立計画を発表している。

②法制度

A. 民間医療施設とサービス法 1998、民間医療施設とサービス規則 2006

本法令は、医療機関が提供する医療サービスのみならず、看護師等が提供するナースینگ・ホームにも適用される。

＜ナースینگ・ホームに関する規則（一部抜粋）＞

- ・個室の場合は 9 m²以上、部屋の壁の長さは 3m 以上。相部屋の場合はベッド当たり 2m×3m の床面積をとること。ベッド同士の距離は 1.5m 以上があること
- ・24 時間の介護・看護ができるように、看護師・ケアスタッフを雇用すること
- ・医師より許可を得た利用者のみを受け入れること
- ・入居者は医師から治療を受けること
- ・医師はナースینگ・ホームの医療レベルの品質を常に維持・管理すること

B. ケアセンター法 1993 年 (Care centre Act 1993)

本法令は、女性家族社会開発省管轄のケアセンター（居住型ケアセンターおよびデイケア・サービス）の運営に関する規則等を定めたものである。主に遵守すべきこととしては、

- ・施設内スタッフと入居者の比率を 1:18 に保つこと（入居者が病人の場合は 1:4）、
- ・施設内スタッフは 18 歳以上であること
- ・敷地面積は 1 人当たりの入居者に対して 3 m²以上を保つこと
- ・事業所運営の記録をとり続けること
- ・衛生管理と安全管理を行うこと

- ・各種自治体や消防所等からの運営許可を得ること

等があり、事業開始から事業所登録までに 6 カ月の猶予を設けている。未登録の事業者や本法令に違反した事業者には、ケアセンターの登録の抹消や 2 年以下の懲役または RM 1 万（約 32,2 万円）以下の罰金もしくはその両方を科せられる等罰則がある。

C. 老人ホーム（オールドパーソンズホーム）管理規則 1983 年

(Rules for the Management of Old Persons Homes 1983)

本規則は、女性家族社会開発省管轄のケアセンター（居住型ケアセンターおよびデイケア・サービスのうち、高齢者向けにサービスを行っている事業所のための運営指針である。利用者にサービス利用前に遺言を書いてもらうこと、利用者の外出ルール、死亡した際の対応方法等を定めている。

D. その他

今回の調査では訪問介護・看護に関する法令や規則の存在を確認することはできなかったが、社会福祉局に問い合わせたところ、ケアセンターと同様に以下の(3)の手続きにて登録を行うことを推奨するとのコメントがあった。

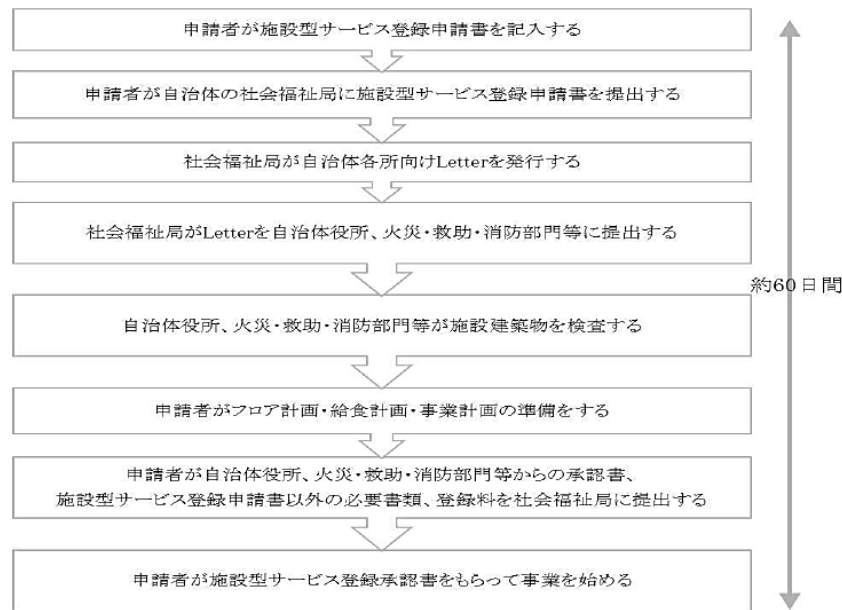
③申請手続

保健省管轄のナースィング・ホームの許認可の手続きは医師のみが認められているため、今回の調査では詳細な申請方法を政府から提供してもらうことはできなかった。女性家族社会開発省管轄のケアセンターに必要な主な登録制度と手続きは以下のとおりである。

図表・13 保健省管轄のナースィング・ホームの許認可の手続き

所轄官庁	女性家族社会開発省 社会福祉局（各地域の社会福祉局が担当している）
関連法令	・ケアセンター法 1993 年 (Care centre Act 1993) ・老人ホーム（オールドパーソンズホーム）管理規則 1983 年 (Rules for the Management of Old Persons Homes 1983)
資本規制	内資・外資に関わらず、100%出資で設立可能
ライセンス	「ケアセンター登録承認書」が必要
申請方法	直接各自治体の地域社会福祉局事務所へ行き、必要書類の提出と登録料の支払いを行う
必要書類	ケアセンター登録申請書 (Form P. (U) (A) 248) 会社登記所 (Companies Commission of Malaysia) からの会社登記証明 ネズミチフス菌予防接種カード写し ケアセンターサービス規則 スタッフリスト (名前、IC、役職、資格、経験、訓練歴、入社予定日) 等 その他必要なものがあれば求められることがある
必要書類提出先	地域社会福祉事務所（※（参考）に事務所一覧を添付）
登録料	RM50
ライセンス料	なし

図表・14 登録制度と手続き



④外資規制

医療サービスと同様に、2009年に社会福祉サービスの外資規制緩和が実施されている。従って現時点では社会福祉サービスで外資規制は残されていないと思われる。

しかしながら、本調査では、訪問介護・看護に関する外資規制の情報を得られなかった。また本市場での外資の参入事例は少なく、またマレーシアでは許認可の判断が担当者に依存することがあるため、事前に担当省庁と念入りに調整することが大切である。

図表・15 100%外資保有が可能となった社会福祉サービス

自由化時期	分野	所轄官庁
2009年	居住型施設を通して老人および障害者へ提供される福祉サービス	女性社会家族開発省 社会福祉局
	居住型施設を通して子供へ提供される福祉サービス	
	障害者へのデイケアサービスを含めた子供デイケアサービス	
	障害者のための社会復帰リハビリテーション	

⑤資格制度

日本でいう介護関連の資格としては、理学療法士があるが、ヘルスケア系の資格は全て保健省の所管となっている。介護自体に関する資格は本調査では確認されなかった。

⑥2014年12月現在でのマレーシア社会福祉制度改定動向

「マレーシア医療・介護産業におけるビジネス機会」セミナーおよび個別ミーティング 2014年12月でのヒヤリング]

マレーシア投資開発庁 (MIDA) によると、現在マレーシア政府は医療・健康・介護に関する包括的な法律改正の国会審議を進めており、前述のナーシング・ホームとケアセンター（居住型ケアセンターおよびデイケア・センター）の管轄省庁がそれぞれ保健省、女性家族社会開発省と分かれていたものを保健省管轄に統合する予定とのことある。これによりこれまで病院と同等の認可基準であったナーシング・ホームを介護施設として適切な条件下でのものへの改定し、同時にケアセンターに関しても国際的な基準との整合性を考慮し、入居者利用者の利便を図る。

具体的には政府の取り組みは下記の作業が行われている模様で、その内容は 2015 年中旬に発表される見込みであるとのこと。

- 高齢者のための国家保険政策 2008 年 (National Health Policy for Older Person 2008) の改定
- 民間医療施設とサービス法 1996 年と附則 2006 年 (Private Healthcare Facilities and Services Act 1996, Act 586 & Regulations 2006) の改定
- ケアセンター法 1993 年と附則 1994 (Care Center Act 1993, Act 506 & Regulations 1994) の改定
- 老人ホーム管理規則 1983 年 (Rules for the Management of Old Persons Homes 1983) 改定
- 高齢者フィジカルプランニングガイドライン (Physical Planning for Elderly) 制定
- 国家スキル標準 (NOSS =National Occupational Skills Standard) 改定

2014 年 10 月 21 日 (火) から 10 月 23 日 (木) の 3 日間、第 12 回 ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合を開催致され「高齢化する社会に対応するしなやかなコミュニティを育む」をテーマとして、ASEAN10 ヶ国の保健、社会福祉、労働政策の各分野の担当行政官および中国、協力機関からの参加を得て活発な議論を行い、各国における今後の取組についての提言を確認した。マレーシアは前述の医療・健康・介護分野の様々な改革案の骨子を発表した。

[出所：第 12 回 ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合 結果概要ホームページ]

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064122.html>

マレーシアは高齢者に優しい都市と地域と題し、本ガイドライン改定の目的を高齢者住宅の問題解決と高齢者施設支援、高齢者ソーシャルプログラム支援等と説明した。

またガイドライン改定の原則として下記を挙げている。

1. 調和、相互関係、イメージ
 - ・レイアウト：コンパクトで多目的、統合性を旨とする
 - ・継ぎ目のない一体型の開発
 - ・ユニバーサル・デザインによる建築
2. 実用的、且つユーザーフレンドリーであること
 - ・身体能力に負荷をかけず、誰にでも理解しやすいこと
3. ロケーション
 - ・公共移動手段と歩道のネットワークで繋がり、アクセスしやすいこと
4. 安全性と快適さ
 - ・災害リスクと安全性要素を考慮すること（環境設計を通じての防犯）

まず、これらの原則を基に改定される高齢者施設、即ち地域居住住宅（Aging-in-Place Housing）、リタイアメント・ビレッジ（Retirement Village）、ケアセンター（Care Centers）の3区分を、改定前的高齢者施設と比較する意味で表に付した。

図表・16 マレーシア従来型高齢者施設区分

名称	ナーシング・ホーム (Nursing Home)	ケアセンター (Care Centers)	
		居住系ケアセンター (Residential Care Center)	デイケア・センター (Day Care Center)
管轄省庁	健康省	女性家族社会開発省	
医療行為対応	あり	なし	

図表・17 マレーシア法改正以降高齢者施設区分

名称	地域居住住宅 (Aging-in-Place Housing)		居住系ケアセンター (Residential Care Center)		ケアセンター (Care Centers)	
	新規地域居住住宅 (New Aging-in-Place Housing)	改修型地域居住住宅 (Retrofit Aging-in-Place Housing)	自立型リタイアメント・ビレッジ (Active Retirement Village)	介護付リタイアメント・ビレッジ (Retirement Village with Special Care)	居住系ケアセンター (Residential Care Center)	デイケア・センター (Day Care Center)
管轄省庁	健康省					
介護度	全て		健常	低 中 高	低 中 高	全て
医療行為対応	検討中		検討中		検討中	

それでは、それぞれの施設区分の概要と要件を順に説明する。

A. 地域居住住宅 (AGING-IN-PLACE HOUSING)

*aging in place の place は家ではなく地域を指す。すなわち自宅での継続居住ではなく、地域での継続居住を意味する。

地域居住住宅開発 (新規 / 改装)

汎用性2世帯住宅フロアプラン

対応：夫婦のみ＋両親、家族＋両親、両親＋成人子供

高齢者介護施設の内外装デザインは、誰にでも優しいユニバーサル・デザインの特徴を踏ま

える必要がある：

- ・ バリアフリー；
- ・ 滑り止め加工フローリング；
- ・ 手摺りの設置（特にシャワーとトイレそれぞれに）；
- ・ 適切な高さのスイッチとドアの取っ手の配置；
- ・ 適切な高さのキャビネット・ドアの取っ手、キッチンとシンク；
- ・ 適切な動作空間と適切なドア幅；
- ・ 適切な照度の照明のついた階段と吹き抜け；
- ・ 滑り止め加工のトイレ；
- ・ 家具と器材は適切に設置され、けがの原因とならないこと；
- ・ 非常用アラーム装置；
- ・ 住居およびケアセンタービル外の段差スロープ又は縁石の用意；

B. 居住系ケアセンター（Residential Care Center）特定ガイドライン

居住系ケアセンター（Residential Care Center）特定ガイドラインについては、以下のとおりである。

図表・18 居住系ケアセンター（Residential Care Center）特定ガイドライン

	項目	要件
1	土地広さ（ミニマム）	1.0- 5.0 エーカー
2	活動エリア	一人当たり 3.0 平米
3	ロケーション	・ 災害危険区域から離れていること ・ 現存道路網および公共交通手段施設（駅・バス停等）から近いこと ・ 現存医療施設（政府系、プライベート病院）から 10 km 以内 ・ 特別地区（入札エリア、土壌汚染等による遊閑地）を含む
4	土地用途	公共施設用途 - 高齢者向け複合居住施設 商業用途 - 高齢者向け複合居住施設
5	安全性	・ 警備されていること ・ 各住居毎 / 部屋毎 / 地域ブロック毎 / 宿泊施設毎のインターコム ・ そのインターコムは施設内クリニック又は近隣クリニックおよび警備室ともリンクしていること

C. デイケア・センター（Day Care Center）特定ガイドライン

デイケア・センター（Day Care Center）特定ガイドラインについては、以下のとおりである。

図表・19 デイケア・センター（Day Care Center）特定ガイドライン

	項目	要件
1	土地広さ（ミニマム）	0.7- 1.0 エーカー
2	活動エリア	一人当たり 3.0 平米
3	ロケーション	・ 災害危険区域から離れていること ・ 現存道路網および公共交通手段施設（駅・バス停等）から近いこと ・ 現存医療施設（政府系、プライベート病院）から 10 km 以内 ・ 特別地区（入札エリア、土壌汚染等による遊閑地）を含む
4	土地用途	公共施設用途 - 高齢者向けデイケア・センター 商業用途 - 高齢者向けデイケア・センター

5	安全性	・警備されていること
6	活動	・宗教活動 ・手工芸 ・文化活動と芸術 ・地域共同体サービス ・食品と料理 ・ガーデニング ・その他

D. 自立型リタイアメント・ビレッジ (Active Retirement Village) 特定ガイドライン

自立型リタイアメント・ビレッジ (Active Retirement Village) 特定ガイドラインについては、以下のとおりである。

図表・20 自立型リタイアメント・ビレッジ (Active Retirement Village) 特定ガイドライン

	項目	要件	
1.	土地広さ (ミニマム)	1.0- 5.0 エーカー	
2.	ロケーション	・ 災害危険区域から離れていること ・ 現存道路網および公共交通手段施設から近いこと ・ 特別地区（入札エリア、土壌汚染等による遊閑地）を含む	
3	土地用途：住宅 (ミニマム)	バンガロー	348.4 平米
		セミディタッチト	241.5 平米
		テラス	72.2 平米
		クラスター	152.8 平米
		ストラータ	・ マンション：65.0 平米 ・ ワンルーム：54.3 平米
	土地用途：商業（ミニマム）	サービス付アパート	51.1 平米
		ワンルーム	54.3 平米
		S O H O	41.8 平米
4	安全性	・ 門扉で閉じられ、警備されていること ・ 安全警備事務所に直接繋がるインターコムのシステム	

E. 介護付リタイアメント・ビレッジ (Retirement Village with Special Care) 特定ガイドライン

介護付リタイアメント・ビレッジ (Retirement Village with Special Care) 特定ガイドラインについては、以下のとおりである。

＊現存医療施設（政府系、プライベート病院）から 10 km 以内のみが自立型リタイアメント・ビレッジと異なる。

図表・21 介護付リタイアメント・ビレッジ (Retirement Village with Special Care) 特定ガイドライン

	項目	要件	
1.	土地広さ（ミニマム）	1.0- 5.0 エーカー	
2.	ロケーション	・ 災害危険区域から離れていること ・ 現存道路網および公共交通手段施設から近いこと ・ <u>現存医療施設（政府系、プライベート病院）から 10 km以内 *</u> ・ 特別地区（入札エリア、土壌汚染等による遊閑地）を含む	
3	土地用途：住宅（ミニマム）	バンガロー	348.4 平米
		セミディタッチト	241.5 平米
		テラス	72.2 平米

		クラスター	152.8 平米
		ストラータ	・ マンション : 65.0 平米 ・ ワンルーム : 54.3 平米
	土地用途: 商業(ミニマム)	サービス付アパート	51.1 平米
		ワンルーム	54.3 平米
		S O H O	41.8 平米
4	安全性	・ 門扉で閉じられ、警備されていること ・ 安全警備事務所に直接繋がるインターコムシステム	

＜用語解説＝土地付戸建種類＞

- ・ バンガロー (Bungalow、通常の一軒家) =ディタッチト (分離されている) ハウス
- ・ セミディタッチトハウス (Semi-Detached House、二軒が壁を隔て繋がっているタイプ)
- ・ テラスハウス (Terrace House、2 階～4 階建て、長屋タイプ)
- ・ クラスターハウス (Cluster House、敷地内に複数の戸建住宅があり、更に共有施設がある)
- ・ ストラータ (Strata、低層専有部分)
- ・ S O H O (Small Office/Home Office、小規模事務所)

4) 開業事業関連制度等

①日本製の介護福祉機器と介護福祉用品の導入に関する法制度

[出所：ジェトロ マレーシアの輸入手続きガイドブック。-医療機器・部品- 2011 年 3 月]

A. 医療機器

関税番号	名称
9402	医療用、手術用、歯科用、獣医用の備品（例えば手術台、検査台、機構付きベッドおよび歯科用椅子）、その他これに類する椅子で、回転し、傾斜し、かつ上下するための機構を有するもの並びにこれらの部分品

B.輸入ライセンス / 輸入許可

マレーシアへの輸入には、輸入禁止の物品や輸入ライセンス (IL) を必要とする物品もある。輸入が禁止されている物品、または輸入ライセンスが必要な物品については、「マレーシア貿易分類および関税令 2010 年 Malaysian Trade Classification and Customs Duties Order 2010」で確認できる。本報告書の調査対象となっている関税番号の物品に関しては、マレーシアでは輸入禁止品目として挙げられていないので、輸入可能である。

C. 関税

関税、すなわち輸入関税、物品税、売上税は、通常物品の輸入時に課税される。物品がマレーシアに持ち込まれる際、適用される関税を払わなければならない。売上税は、輸入製品の輸入関税、物品税も含めた価額に対し、課されるので留意されたい。

マレーシアに輸入される物品に適用される関税の詳細については、「マレーシア貿易分類および関税令 2010 年 : Malaysian Trade Classification and Customs Duties Order 2010」で確認できる。

D. 医療機器の任意登録

マレーシアの保健省(Ministry of Health)は「医療機器」(“medical devices”)を疾病、傷害の診断、予防、監視、処置のヘルスケアに使用される、医薬品を除く全ての製品と定義してい

る。医療機器には、救急車、工具などの一般的な作業工具、または一般目的のラボ用器具は含まない。

➤ 平成 25 年度

新興国マクロヘルスデータ、規制・制度に関する調査—国別詳細版—規制法

近年まで医療機器に関わる規制は存在せず、2012 年に医療機器法 2012 (2013 年 7 月より施行) が制定された。医療機器に関する法律 (Act 737)、医療機器監督機関に関する法律 (Act 738) にはグローバルスタンダードが適応されている。リスク区分に応じた医療機器登録が義務付けられ、販売者には販売先の管理および有害事象報告を含めたポストマーケットサーベイが必要となる。

監督機関は Medical Device Authority (2013 年秋には設立) である。機器の調達は保健省が一貫して責任を持っており、機器に適した管理を委ねられている。しかしながら民間企業が用いる機器はその管理外におかれている。適合性評価を行う機関 (CAB) は未だ登録完了していないものも含めると 10 機関となっている。

リスク分類 医療機器はリスクに応じて A (低・届出制) ~D (高・認可制) の 4 つのクラスに分類され、これらのクラスは GHTF (Global Harmonization Task Force) のそれと一致する。

a. クラス分類による提出資料の違い

(1). クラス A

➤ 滅菌器具

・ ISO 13485

・ プロセスバリデーション

➤ 測定器具

(2). プロセスバリデーション

➤ その他 A クラス医療機器

・ 申請書文書

・ 適合宣言文書 (DoC)

・ QMS 適合証明書

・ 簡略 CSDT (技術要旨文書)

[出所 : Medical Device Authority, Circular letter No.3 Year 2014

Exemption of medical device from registration requirements 2014 年 5 月]

2014 年 5 月、マレーシア政府は下記 4 種類の医療機器・福祉機器に対する規制を緩和し、該当製品の登録を免除

➤ アクティブ・デバイス (電気、放射線、磁気、熱・圧力・エコーなどを用いる医療機器) でないもの、無菌状態の必要性のないもの、測定機能のないもので、クラス A の製品は低リスク医療機器・福祉機器と見做され、登録を免除となる。

医療機器法の付記 1 に表記される低リスク機器

➤ 医療従事者専用オーダーメイド医療機器・福祉機器

➤ 非常時、或いは従来の処置不全時に使用されるヘルスケア従事者用機器

➤ 臨床評価用機器、デモ用機器、教育用機器

* ベッド、車椅子等の製品は低リスク福祉機器と判断された場合の輸入に関して製品登録免除

E. 医療機器局 (Medical Device Bureau: MDB)

MDB は、医療機器法の下、マレーシアの医療機器市場における医療機器および産業界の規制・管理を行う責務を担うことになる。医療機器産業の規制に関する MDB の目的は以下の通りである。

- 公衆の保健衛生・安全を守る。
- 利用可能な新技術がタイムリーに患者に使用されることを確保する。
- 医療機器関連の商業取引および産業界の支援を行う。

MDB は、医療機器および医療機器の製造者、輸入者、販売者、輸出者の規制管理およびライセンスシステムを通じて上記目的を達成することとしている。公衆の保健衛生・安全を守るため、MDB は、高品質で、安全かつ効果的な医療機器のみがマレーシア市場に出回るようにするものである。

MDB は、マレーシアにおける医療機器使用に関するリスク、安全性を見極め、医療機器の厳正な審査を行う。MDB は医療機器産業界の業者、消費者、患者に対し、医療機器分野における特定の課題や新しい発見などについて情報を提供する。医療機器法施行の際には、MDB の中心的役割は以下の通りとなる。

- 医療機器の登録
- 製造者、輸入者、販売者、輸出者へのライセンス発行
- 施設（事業所）の検査
- 市場に既に出回っている医療機器の監視
- 医療機器の操作・使用、処分にに関する監視
- ラボテストの実施
- 新法律・規格の草案作成

F. 輸入者、販売者、代理人

「医療機器の物流に関する規格」(“Good Distribution Practice for Medical Devices” : GDPMD)の要件は、医療機器の輸入者、販売者および外国医療機器メーカーのマレーシア代理人に適用される。

GDPMD は現在まだ草案作成の段階であるが、追って、医療機器サプライチェーンにおける事業を行う事業所により確立され、保持されるべき品質管理システムの要件を具体化するベースとなるものである。

GDPMD の認証は、MDB により登録およびライセンスを受けた検査機関(“Conformity Assessment Body” : CAB) により行われることになる。

②介護職員の入出国に関する法制度

[出所：高齢化の進展とスマートエイジングに関する調査研究報告書。2012 年 3 月]

マレーシアでは、日本における「介護福祉士」、「ケアマネージャー」、「ヘルパー」のいった介護専門職はいない。基本的に介護の担い手は家族であるが、共働きが多く、女性の就業率は

高いそのため、シンガポールでは、インドネシア・マレーシア・フィリピンといった外国人メイドを雇用している家庭が多い。マレーシアでもインドネシア・フィリピンからの外国人メイドが多くおり、高齢者の介護は外国人メイドが行っているのが実態である。

デイケア・センターや介護施設などでは、専門職として、看護師、作業療法士、理学療法士といった人々が介護を担っており、日本の状況と大きく異なる。

[出所：経済産業省 新興国マクロヘルスデータ 規制・制度に関する調査 2013 年]

➤ 外国人医師規制

- ・ マレーシアで医療行為を行うには MMC (Malaysian Medical Council) への登録が必要である。
- ・ 外国人医師は認定校(2011 年 11 月現在 375 校)を卒業し medical degree を持っていれば、公立医療機関で働くことができる。(加えて specialist qualifications (専門医資格)を持っていれば民間医療機関での勤務も可能)。
一般医の日本人医師は、「日本人患者のみを対象とする」という条件下では民間医療機関で勤務することができる。
- ・ 認定校以外を卒業した一般医は MMC の qualification の基準に合格する必要がある、合格後も(少なくとも最初の数年は)公立医療機関でしか働くことができない。
- ・ 外国人医師は雇用主に直接応募し、雇用主が MMC に登録、免許申請を行う。加えて雇用主は雇用パス (Employment Pass) 申請を行う必要がある。現在マレーシアで働いている日本人医師もいるが、日本人医師による開業は難しいとされている。

4-3. 中国における介護事業関連制度等

本調査は、文献による二次情報および現地関係者へのヒヤリングより実施したも尾である。
なお、現地関係者は、以下のとおりである。

- 上海礼愛企業管理諮詢
- 上海楊思医院
- ジェトロ・上海事務所

1) 主要介護福祉機器&用品の市場発展状況

①中国シルバー産業概況

- 予測によると急速な高齢化と都市化により、中国シルバー産業の潜在的な消費力は 2014 年の約 4 億元から 2050 年には約 106 億元まで成長すると言われている。
- 上記消費力が GDP に占める割合は 2014 年では 8%に満たないが、2050 年では 33%前後に達すると見られる

出所 「中国老齡産業発展報告(2014)」(社会科学文献出版社)より MHCN 中国アドバイザリー一部作成

A. 介護福祉機器&用品の分類

現在、中国国内の介護福祉機器(高齢認知症患者の補助用品)には明確な分類基準がない。
用途別にはおおよそ、歩行補助用品、入浴関連用品、排せつ関連用品、介護用ベッドおよび関連用品、その他に分類できる。

B. 介護サービスにおける介護レベルの分類

中国では 2001 年に発布の『高齢者社会福祉機関基本規範』に基づき、高齢者の介護レベル別に基準を設けている。当該規定によると、老人ホーム内の高齢者の介護レベルを老人の自立生活能力および需要に基づき三段階に分けている。

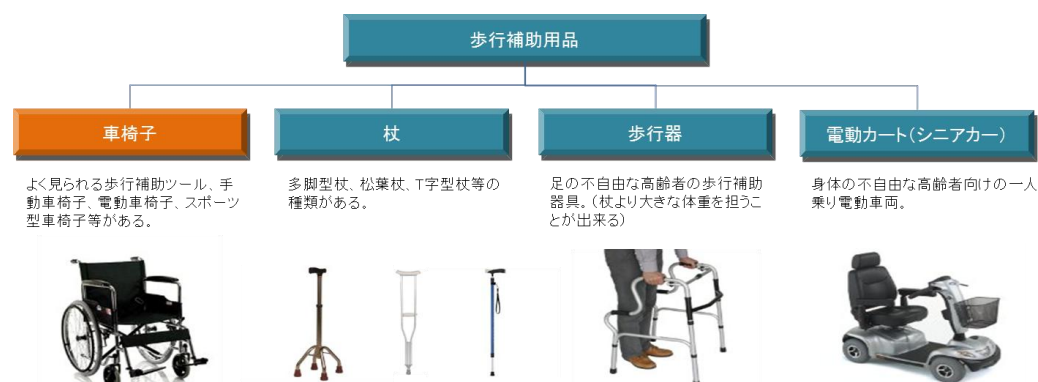
種類	自立老人	介助老人(半自立老人)	介護老人
定義	・ 日常生活は完全に自立でき、他人の手助けを必要としない高齢者。	・ 日常生活を手すり、杖、車椅子、エレベーター等に便り、施設の助けを必要とする高齢者。	・ 日常生活を他人の介護に頼っている高齢者。
主要介護内容	・ ベッドメイク、洗髪、爪きり等。	・ ベッドメイク、洗髪、爪きりの他、トイレでの排泄の手助け等。	・ ベッドメイク、洗髪、爪きり、トイレでの排泄の手助けの他、食事、洗顔、うがい、屋外活動のサポート等。(車椅子、杖等)

□ ヒアリングによると、事実上、大部分の老人ホームは入所している高齢者が必要とする介護レベルにより、専門介護、一級介護、二級介護、三級介護等、老人ホーム内部で制定した基準で分けているケースも多い。

(出所)『中国老齡産業発展報告(2014)』社会科学文献出版社及び、中国老齡産業協会老人用品専門委員会の専門家へのヒアリングによりMHON中国アドバイザー部作成

出所 「中国老齡産業発展報告(2014)」社会科学文献出版社および、中国老齡産業協会老人用品専門委員会の専門家へのヒアリングにより作成

②車椅子



- ・ 車椅子は歩行補助用品の一種であるが、早期には主に障害者がリハビリ補助として使用していた。世界的な人口の高齢化に伴い、車椅子は徐々に高齢認知症患者の外出時の補助器具としても有力な存在となった。現在、車椅子はすでに高齢者の健康産業の中でも重要な位置を占めている。
- ・ 車椅子の種類は手動車椅子、電動車椅子等があるが、多様化の傾向にある。高齢認知症患者は主に介護者により介護されるため、高齢認知症患者にとっては手動車椅子が依然として最も需要がある介護用品である。
- ・ 用途の変化により、車椅子の種類も多様化している。たとえば、室内用の軽量型車椅子(アルミ合金や小型車輪を採用)、外出用の簡便車椅子(折り畳み式)、排せつの補助が必要な高齢者向けの便座付車椅子等がある。
- ・ 人口の高齢化により、中国の車椅子産業も発展し、予測によると、現在中国には約 200 社あまりの車椅子メーカーがあり、生産能力は 250 万台を超える。国内で生産している車椅子

子のうち、80%～90%が手動車椅子で、中低グレードの車椅子が主である。

③介護ベッド



- 介護ベッドは当初普通の鋼鉄製のベッドを指し、病人がベッドから落ちるのを防止するために両サイドに布団等のものを置いていたが、その後両側に柵やガードを設置し、病人の転落問題を解決することが出来た。病人のニーズをもとに、介護ベッドは徐々に改良され、機械式、電動式等の種類が登場した。現在は機械式介護ベッドが最も普及している介護ベッドのタイプである。
- 高齢人口の増加と人々の生活レベルの向上に伴い、介護ベッドは医療機関や老人ホームで用いられるだけでなく、徐々に一般家庭でも利用されてきた。現在介護ベッドの用途により、家庭用介護ベッド、電動介護ベッド、多機能介護ベッドに分けられ、高齢認知症患者が使用している介護ベッドは主に家庭用介護ベッドである。家庭用介護ベッドの国内メーカーは多く、価格も一般家庭で用いられやすい価格となっている。電動介護ベッドと多機能介護ベッドの用途はさらに幅広く、機能が整っている。しかし、関連技術は主に外国ブランドが発展しており、その技術はまだ中国国内に普及していないことから、電動介護ベッドと多機能介護ベッドの価格は比較的高い。価格が高いということから、電動介護ベッドと多機能介護ベッドはまだ中国国内の高齢認知症患者には受け入れられていない。

④介護浴槽

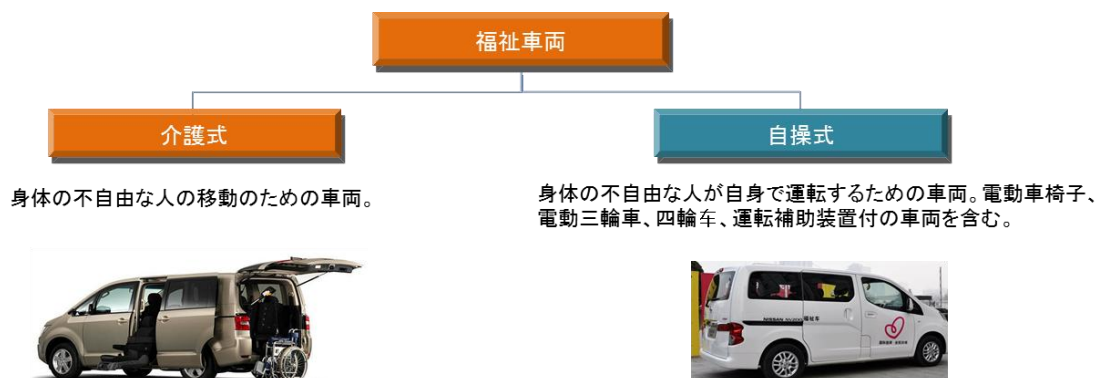


- 高齢認知症患者用の入浴補助用品の種類は多く、たとえば入浴椅子、入浴ベッド、入浴リフト、寝たまま入浴可能な介護浴槽等がある。現在、中国国内の高齢認知症患者によく使

用されている入浴補助用品の大部分は、入浴器具製品であり、機械製品の利用は非常に少ない。入浴器具製品は、例えば、入浴椅子・寝たまま入浴可能な介護浴槽などの使用には介護者の手伝いが必要で、介護者への依存度がやや高い。入浴器具製品は価格が安いので、普及し易いが、機器製品は価格が高いため、普及しにくい。

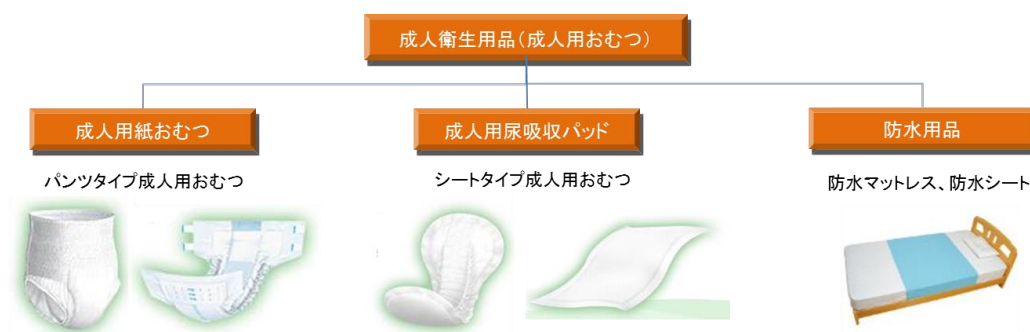
- ヒヤリングによると、機械浴槽は入浴補助用品の中でも新興製品であり、シルバー産業の成長により中国に導入された。現在、わずか少数の外国ブランドが機械浴槽製品を提供することができ、価格は高い。このため、機械浴槽の国内での普及率は低く、一般家庭で購入することは非常に少ない。わずか少数の高級老人ホーム、リハビリ施設がこの設備を導入している。

⑤福祉車両



- 福祉車両は日本から導入された概念であるが、中国における発展は他国にはるかに遅れをとっている。自操式福祉車両は主に障害者が使用するのに適しているが、中国公安部の規定により、“双下肢に障害がある者が車両を運転することを禁止する”とある為、自操式福祉車両は中国での運転は許されていない。よって、中国国内で福祉車両と言えば介護式福祉車両である。
- 中国のシルバー産業の成長により、ここ2年で国内の多くの車に福祉車両が登場した。しかし当初から福祉車両として製造された既製車はなく、これらの福祉車両はすべて既存の車種をベースに製造した注文車両又は改造車両である。注文車両は自動車メーカーが標準車両を少し改造した後出荷販売される福祉車両である。改造車両とは第三者の工場で特定の車種をベースに改造或いは相応の設備を搭載した後使用する福祉車両である。
- 国内で福祉車両を購入する対象は主に医療機関、老人ホームで、一般家庭が購入することは非常に少ない。このほかヒヤリングによると、現在上海・北京等都市のタクシー会社が少量の車両を購入し、臨時のレンタルを実施している。

⑥その他（成人衛生用品）



- 成人用オムツの使用対象は身体が不自由、寝たきり、失禁の高齢者或いは成人である。先進国が高齢化社会に突入するに伴い、成人用オムツは先進国で注目され、急速に普及した。しかし、個々の意識（大人がオムツをつけることへの抵抗感）、価格等の影響により、成人用オムツは中国市場で完全には浸透出来ていない。ヒヤリングによると、現在、成人用オムツは農村市場と二三級都市での浸透率は依然として非常に低く、一級都市での成人用オムツの浸透率はやや高いが、依然として先進国とは大きな差がある。
- 過去数年、多くの高齢者が成人用オムツに対して抵抗があったが、ここ数年は多くの高齢者および介護者の意識の変化により、高齢者、特に高齢認知症患者の成人用オムツの依存が高まった。また、中国社会の高齢化が進むに伴い、成人用オムツ市場の需要量も徐々に増加している。このため、中国政府も成人用オムツの国家基準（GB/T28004）を公布した。
- 生産企業について、早期は中国生産企業が国外ブランドのOEM生産を行うのが主であったが、市場規模の拡大に伴い、多くの企業が自社ブランドを出すようになった。正式な統計ではないが、現在中国の成人用オムツメーカーは100社を超えているとされている。

⑦用品別動向概況

表・用品別動向概況

用品	動向概況	主要企業動向
車椅子	- 車椅子は外資ブランドの進出が早かった分野で、中国国内で車椅子を取り扱っている外資ブランドは多い。ただし直近2年では、新規進出した外資ブランドは少ない。 - 大部分の企業が直近2年での新製品や新技術を発表。	- MIKI: 2013年、中国で多数の新モデルの車椅子を発売。うち、種類豊富なカラー車椅子は注目を集めた。 - 美利馳: 2013年、スポーツタイプの車椅子や介護型車椅子等新製品を開発し、日本市場の開拓を開始。 - 衛美恒: 2012年、電動車椅子等新しい製品を発売し、中国市場で重点的に広めた。 - 松永福利: 2013年、車椅子、入浴椅子、歩行器、担架、杖、ベッド等各種製品の更なる研究を進めた。 - 英科: 2013年、鎮江に工場を拡大し、生産規模を増強。
介護用ベッド	- 介護用ベッドは外資ブランドが少ない分野で、直近2年で新規進出した企業も少ない。 - 一部すでに進出済み企業は中国シルバー産業に注目開始。	- 施樂輝: 2013年、工場の第二期拡大プロジェクトが完了し、3～5年以内に蘇州工場は施樂輝グループの世界最大の生産基地の一つとなる。 - 八樂夢: 2014年北京国際高齢産業博覧会に参加。
介護浴槽	進出外資ブランドは少ない。大部分の製品は輸入品で、国内の各種高齢者用品の展示会を通じて福祉製品を宣伝している。	日本OG Giken、安究: 2014年中国福祉博覧会へ参加。
福祉車両	- 日系自動車メーカーのみがこの福祉車両分野に参入している。 - 現在、製品は依然として中国に導入段階で、まだ市場は形成されていない。	- トヨタ中国: 2013年、上海市民政局と理賓(北京)企業管理諮詢有限公司に無償で合計5台のアルフォード及びハイエース福祉車を提供すると発表。今後一年半で、北京と上海のテスト地点で、福祉施設のデイケアサービスを受ける人の送迎等に用いられる。これにより福祉車両の中国における実用性とニーズを検証する。 - 鄭州日産: 2012年、研究開発した福祉車両である帥客(Sucoe)とNV200の2モデルを発表し、2013年に予約を受ける。
成人用おむつ	成人用おむつは外資ブランドの進出が早かった分野である。過去、これらブランドは女性向け生理用品の生産が主で、ここ2年、シルバー産業が注目されるに伴い、成人用おむつ製品の開発と生産規模の拡大を行うようになった。	- 得伴: 2014年、北京で“軽便随行 活力悦舞”をテーマにしたイベントを行い、フルリニューアルしたパンツタイプの成人用おむつ“得伴軽便パンツ”を発売。 - ユニチャーム: 2013年、天津に新たに3ヶ所工場を開業し、中国の生産規模を強化。

⑦市場シェア

- 各介護福祉機器等の市場シェアについては、明確な統計はない。各専門家へのヒヤリング情報によると以下のように推測される。

表・各介護福祉機器等の市場シェア

車椅子	2013年、中国車椅子業界市場規模は約110億元、販売量は約312万台。2014年、市場規模は133億元、販売量は約350万台である。今後数年間、中国車椅子市場規模の成長率は10%を維持する見込みである。 - 現在、中国車椅子業界の主要ブランドは江蘇魚躍、上海互邦、広東仏山、江蘇凱洋、日本三貴であり、この5社で市場全体の約20%を占める。
介護ベッド	- 中国高齢産業協会高齢用品専門委員会の推定によると、2013年家庭用介護ベッドの市場規模は約25億元、市場の年成長率は40%を超える見込みである。 - 中資系企業は主に家庭用介護ベッド、外資系企業は主に電動介護ベッドを取り扱う。電動介護ベッドは価格が高いため普及率が低い。現在、中国国内の主要ブランドは浙江永輝、上海助邦、北京京首等である。
福祉車両	- 中国高齢産業協会高齢用品専門委員会の推定によると、福祉車の市場規模は年間千台で約3～4億元。ヒヤリングによると、国家部門からの優遇政策がなければ、現在の企業の宣伝等だけでは業界全体はなかなか発展しない。 - 現在の福祉車は主に改造車。主要企業は豊田、宇通等である。
介護浴槽	- 機械浴槽は入浴補助用品の一つで、現在市場規模が小さい。中国高齢産業協会高齢用品専門委員会によると、現在入浴補助用品の市場規模は約40億元。今後高齢化の加速化に伴い、入浴補助用品市場の成長率は40%に達する見込みである。それにより、より多くの製品が市場に入ってくるが、機械浴槽は価格が高いため受け入れられにくく、市場占有率は約5%と推定される。 - 中国高齢産業協会高齢用品専門委員会の専門家の予測によると、今後の入浴補助用品市場の主要製品は入浴チェア、バリアフリー浴槽で、これらの製品は主に中資系企業が生産している。
成人用オムツ	2013年、中国成人用オムツの市場規模は約30億元。近年、高齢化の加速化及び老人の消費観の変化のため市場規模成長率は年35%以上を維持している。 - 現在、中国成人用オムツ市場は主に中国国内ブランドで、外資系ブランドは市場への進出期間がまだ短いため、市場占有率が低い。2013年成人用オムツ企業トップ10の福建恒安、天津衛十字、杭州橋資、天津小護士、上海全日美、義烏安柔、北京倍舒特、上海必有福、順德新感覺、仏山穩得福は市場の約50%を占める。

2) 主要介護福祉機器&用品の外資系企業リストおよび動向

①企業リストおよび主要企業の概要

業界専門家へのヒヤリング情報によると、中国車椅子市場の約20%を占める5社のうち、1社は(株)三貴工業所であり（他4社は中資系）、当社は上海に工場を有し、上海・北京・大連・広州の4都市に営業所も有する。

車椅子 外資企業リスト

No.	企業名称	設立	ブランド	国	対象製品	住所	生産
1	奥托博克(中国)工業有限公司	1993年	Bttobock	ドイツ	車椅子	北京市朝陽区酒仙橋路10号恒通商務園B36棟	輸入・国内生産共に有り。
2	龍蜚(蘇州)康復器材有限公司	1995年	龍蜚	台湾	車椅子	江蘇省蘇州市吳中区経済開発区楓津路2号	国内生産
3	格羅貝爾輪椅車(上海)有限公司	1998年	格羅貝爾	アメリカ	車椅子	上海市松江区九亭鎮田富路318号	国内生産
4	高日鑫五金製品(深圳)有限公司	2000年	高日鑫	台湾	車椅子	広東省深圳市龍崗区平湖街道補城坳社区嘉湖路5号	国内生産
5	松永福利器具製造(上海)有限公司	2001年	松永福利	日本	車椅子	上海市金山区亭林工業南区 林盛路328号	国内生産
6	漳州立泰医療康復器材有限公司	2001年	立泰	日本	車椅子	福建省廈門市集美北区東林路1111-1115号	国内生産
7	安維車件(廈門)有限公司	2001年	Netti	ノルウェー	車椅子	福建省廈門市海滄新陽工業区翁角路289号海滄科創中心3号楼1-2層	輸入・国内生産共に有り。
8	三貴康復器材(上海)有限公司	2002年	MIKI	日本	車椅子	上海嘉定工業区洪德路1155号	輸入・国内生産共に有り。
9	廈門聯科工業有限公司	2003年	聯科	アメリカ	車椅子	福建省廈門市海滄区後祥西路1号	国内生産
10	英科(鎮江)機械有限公司	2004年	英科	アメリカ	車椅子	江蘇省鎮江市新区大港煙墩山路77号	国内生産
11	英維康康復器械(蘇州)有限公司	2004年	英維康	アメリカ	車椅子	江蘇省蘇州市唯亭鎮唯西路5号	輸入・国内生産共に有り。

No.	企業名称	設立	ブランド	国	対象製品	住所	生産
12	衛美恒(蘇州)医療器械有限公司	2005年	衛美恒	ベルギー	車椅子、介護用ベッド	江蘇省蘇州工業園区興浦路80号	輸入・国内生産共に有り。
13	美利馳医療器械(蘇州)有限公司	2005年	美利馳	台湾	車椅子	江蘇省太倉市城廂鎮南園西路29号	輸入・国内生産共に有り
14	常州中進医療器材有限公司	2006年	NISSIN/ ZHONGJIN	日本	車椅子	江蘇省常州市武進經濟開發区祥雲路2号	輸入・国内生産共に有り
15	丹陽真輝康復設備有限公司	2007年	真輝	日本	車椅子	江蘇省丹陽市新橋鎮金橋工業園	国内生産
16	瑞森医療設備(上海)有限公司	2012年	瑞森	アメリカ	車椅子	上海市徐匯区斜土路2601号6号楼102部位241室	国内生産
17	上海杰開楊医療器械有限公司	2006年	KARMA	ドイツ	車椅子	上海市閔行区馬橋鎮中輝路60号9号楼	輸入
18	PDG Product Design Group Inc	/	PDG	カナダ	車椅子	/	輸入
19	OFF CARR S.R.L	/	OFF CARR	イタリア	車椅子	/	輸入
20	Progeo	/	Progeo	イタリア	車椅子	/	輸入
21	VASSILLI S.R.L	/	VASSILLI	イタリア	車椅子	/	輸入
22	スウェーデン博動電動輪椅公司	/	博動	スウェーデン	車椅子	/	輸入

出所：HP 等公開情報および中国老齡産業協会、老人用品専門委員会の専門家へのヒヤリングより MHCN 中国アドバイザー一部作成

表・主要企業概要

企業概要	会社名	三貴康復器材(上海)有限公司 (No. 8)
	所在地	上海市嘉定工業区興業路1255号1棟A区
	設立	2002年7月
	株主	株式会社三貴工業所
	企業形態	有限責任会社(外商独資)
	資本金	565万米ドル
	従業員	400
	工場	18,000平方メートル
	主要業務	車椅子の製造、販売
	売上高	N.A
主な沿革	✓2002年、三貴康復器材(上海)有限公司設立 ✓2004年、ISO9001 認証取得 ✓2006年、ISO13485 認証取得 ✓2009年、新工場に移転 ✓同年、中国国内販売部門として三貴康復器材銷售(上海)有限公司設立 ✓2012年、自動車椅子開発部門として三貴科学(上海)有限公司設立	
	  	
	超軽量車椅子 運動型車椅子 經典車椅子	
企業概要	会社名	衛美恒(蘇州)医療器械有限公司 (No. 12)
	所在地	蘇州工業園区興浦路80号
	設立	2005年6月
	株主	VERMEIREN N.V.
	企業形態	有限責任会社(外商独資)
	資本金	250万米ドル
	従業員	N.A
	工場	8,000+14,000平方メートル
	主要業務	車椅子等医療器械の製造、販売
	売上高	N.A
主な沿革	✓2005年6月、当社を設立、世界三つ目の生産拠点、アジア及び太平洋地域における販売ルートを構築 ✓2005年11月、生産開始 ✓中国身体障害者協会創立の「中途の家」に参加、背髄損傷委員会顧問を担当	
	  	
	自動車椅子 手動車椅子 快適車椅子	
製品		

出所：HP 等公開情報より MHCN 中国アドバイザー一部作成

②企業リスト

業界専門家へのヒヤリングによると、介護ベッド市場の年成長率は 40%を超える見込みであるなか、中資系企業が主に家庭用介護ベッドを、外資系企業は高価格の電動介護ベッドを取り扱っている。パラマウントベッド(株)は、上海事務所他、無錫に現地法人を有している。

介護浴槽の市場規模は未だ小さく、大半は輸入製品である。福祉車両については、日本のトヨタ自動車、日産自動車の2社が参入している。

介護ベッド/介護浴槽/福祉車両 外資企業リスト

No.	企業名称	設立	ブランド	国	対象製品	住所	生産
23	施樂輝医用産品(蘇州)公司	1994年	施樂輝	イギリス	介護用ベッド	江蘇省蘇州工業園区綜合保税區西區吳巷路12号	輸入・国内生産共に有り
24	濟南奧都紐斯医療器械有限公司	2001年	奥都	フランス	介護用ベッド	山東省濟南市濟陽縣崔寨鎮国道220線西側	国内生産
25	八楽夢床業(中国)有限公司	2004年	パラマウント 八楽夢	日本	介護用ベッド	上海市肇嘉浜路789号 均瑶国際広場9B-1	国内生産
26	英国世道有限公司	/	SIDHIL	イギリス	介護用ベッド	/	輸入・国内生産共に有り
27	Platz Co., Ltd	/	Platz	日本	介護用ベッド	/	輸入
28	安究(上海)医療設備有限公司	2008年	ARJO	スウェーデン	介護浴槽	婁山関路555号長房国際広場7楼	輸入
29	日本オージー技研	/	OG	日本	介護浴槽	/	輸入
30	酒井医療株式会社	/	哈伯特浴槽	日本	介護浴槽	/	輸入
31	豊田汽車(中国)投資有限公司	/	トヨタ	日本	福祉車両	北京市朝陽区呼家楼京広中心25層	国内生産改造
32	鄭州日産汽車有限公司	/	ニッサン	日本	福祉車両	河南省鄭州市經濟技術開發区第八大街369号	国内生産改造
33	TOYOTA AUTO BODY Co., Ltd.		トヨタ	日本	福祉車両	/	輸入

出所：HP 等公開情報および中国老齡産業協会、老人用品専門委員会の専門家へのヒヤリングより MHCN 中国アドバイザー一部作成

表・主要企業概要

企業概要	会社名	八楽夢床業(中国)有限公司(No.25)
	所在地	無錫国家高新技术産業開發区新梅路A-105
	設立	2004年3月
	株主	パラマウントベッド
	企業形態	有限責任会社(外商独資)
	資本金	800万米ドル
	従業員	160
	工場	58,000平方メートル
	主要業務	医療・福祉用ベッドの製造、販売
	売上高	N.A
主な沿革	✓2001年、上海事務所を設立し、中国における販売ルートを構築 ✓2004年、無錫に当社を設立 ✓2005年、製造工場が稼働し、中国現地生産を実現。中国全土以外に日本やヨーロッパ向け製品も製造 ✓同年、上海に分公司を設立、中国全土の販売を管理し、各地の代理店を活用しながら全国展開 ✓2006年、ISO13485認証取得	
	 介護用電動ベッド (輸入)  病室用電動ベッド (輸入)  介護用電動ベッド (輸入)	
企業概要	会社名	嘉興世道進出口有限公司(No.26)
	所在地	嘉興市南湖区鳳橋鎮鳳余公路南側
	設立	2010年10月
	株主	趙雲、張秀如
	企業形態	私営有限責任会社
	資本金	50万人民元
	従業員	N.A
	工場	30,000平方メートル(嘉興威諾五金製造の工場)
	主要業務	医療・福祉用ベッドの販売
	売上高	N.A
主な沿革	✓2006年、嘉興威諾五金製造有限公司設立(医療機器製造) ✓2008年、嘉興威諾五金製造有限公司はイギリスの医療介護設備会社SIDHILと合作し、製品開発及び生産(OEM)を行い、ヨーロッパへ販売 ✓2010年、嘉興威諾五金製造有限公司はSIDHILと合作し、嘉興世道進出口有限公司を設立SIDHILのアジア総代理商として運営	
	 基礎型電動ベッド  経典型電動ベッド  豪華型電動ベッド	
製品		

出所：HP 等公開情報より MHCN 中国アドバイザー一部作成

図表・主要企業概要

企業概要	会社名	豊田汽車(中国)投資有限公司 (No. 31)
	所在地	北京市朝陽区中海広場
	設立	2001年7月
	株主	豊田汽車株式会社
	企業形態	有限責任会社(外商独資)
	資本金	1.8億米ドル
	従業員	733
	工場	—
	主要業務	豊田汽車中国での投資活動 中国語、マスコミ、社会団体との連絡
	売上高	N.A
主な沿革	✓1964年、中国と交流活動を開始 ✓1981年、福祉車両の研究開発を開始 ✓1995年、天津で車部品会社を設立、技術援助を開始 ✓2000年、天津豊田汽車有限公司(現天津一汽豊田汽車有限公司)を設立、中国事業を全面展開 ✓2013年、中国市場に福祉車を実験的に導入	
		
企業概要	会社名	安究(上海)医療設備貿易有限公司 (No. 12)
	所在地	上海市長寧区臨虹路128弄3号4階
	設立	2008年1月
	株主	ArjoHuntleigh International AB
	企業形態	有限責任会社(外商独資)
	資本金	35万米ドル
	従業員	N.A
	工場	—
	主要業務	医療器械の販売
	売上高	N.A
主な沿革	NA	
製品		
	共同入浴システム	
	個室入浴システム	
	衛生移乗用リフト	

出所：HP 等公開情報より MHCN 中国アドバイザー一部作成

③企業リスト

成人用オムツについては、外資ブランドの進出が早かった分野であるなか、市場の約 50%は、中資系トップ企業 10 社が占有する状況である。

成人用オムツ 外資企業リスト

No.	企業名称	設立	ブランド	国	対象製品	住所	生産
34	全日美実業(上海)有限公司	1993年	包大人	台湾	成人用おむつ	上海市松江区民益路7号	国内生産
35	東莞嘉米軟嬰兒護理用品有限公司	1993年	百寿康	香港	成人用おむつ	広東省東莞市茶山鎮卢边村委会工業区九梅嶺	国内生産
36	上海金佰利紙業有限公司	1994年	Depend / 得伴	アメリカ	成人用おむつ	上海市松江区金沙灘139号	国内生産
37	美佳爽(福建)衛生用品有限公司	1998年	TRANSCEND / 強臣	フィリピン	成人用おむつ	福建省石獅市石獅南環城路砂坑双龍新村怡和工業大厦	国内生産
38	中天集团(中国)有限公司	2000年	Coaicom / 可愛康	香港	成人用おむつ	福建泉州市南安市洪濑鎮中天工業園	国内生産
39	杭州僑資紙業有限公司	2001年	可靠	日本	成人用おむつ	浙江省杭州市蘭錦工業開發区108号	国内生産
40	憂妮佳生活用品(中国)有限公司	2001年	Lifree / 楽互宜	日本	成人用おむつ	上海市漕盈路2801	国内生産
41	愛生雅(中国)投資有限公司	2006年	TENA / 添寧	スウェーデン	成人用おむつ	上海市徐匯区汾陽路3号1幢5層	国内生産
42	保赫曼(上海)貿易有限公司	1998年	Molicare Premium / 妙力	ドイツ	成人用おむつ	上海市復興中路1号申能國際大厦702室	輸入
43	阿蓓納(上海)貿易有限公司	2011年	Abena FROM / 雅保	デンマーク	成人用おむつ	上海市静安区威海路511号1203室	輸入
44	HREE RUNNERS 株式会社	/	THREE RUNNERS / 仕理蘭	日本	成人用おむつ	/	輸入
45	日本ライブリー株式会社	/	Livdry / 麗富案	日本	成人用おむつ	/	輸入
46	美国億博股份有限公司(青島安陽進出口有限公司)	/	PROSPERO / 昂優	アメリカ	成人用おむつ	山東省青島市長江中路230号國貿大厦16樓	輸入

出所：HP 等公開情報および中国老齡産業協会、老人用品専門委員会の専門家へのヒヤリングより MHCN 中国アドバイザー一部作成

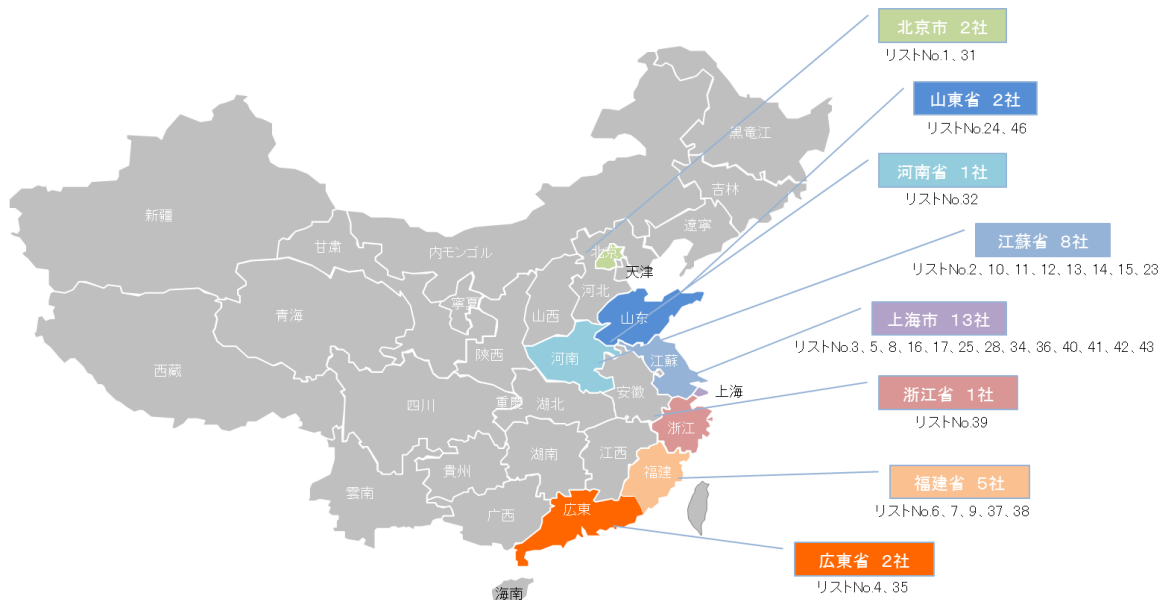
表・主要企業概要

企業概要	会社名	尤妮佳生活用品(中国)有限公司(No.40)
	所在地	上海市青浦区漕盈路2801号
	設立	2001年11月
	株主	伊藤商事株式会社/尤妮佳(中国)投資有限公司
	企業形態	有限責任会社(中外合資)
	資本金	117,127,468米ドル
	従業員	N.A
	工場	N.A
	主要業務	ベビーケア、フェミニケア、ヘルスケア、ペットケア関連製品の製造、販売
	売上高	N.A
主な沿革	✓1995年、上海に合併会社設立 ✓1997年、中国フェミニケア事業を展開 ✓2000年、中国ベビーケア事業を展開 ✓2001年、当社設立、中国事業を拡大 ✓2006年、中国現地法人にCSR室を設立 ✓2009年、中国ヘルスケア事業を展開 ✓2010年、中国ペットケア事業を展開 ✓2011年、中国に投資性会社設立	
	  	
	パンツタイプ テープ止めタイプ 尿とりパット	
企業概要	会社名	上海金佰利紙業有限公司(No.36)
	所在地	上海市松江區金沙灘139号
	設立	1994年12月
	株主	金佰利全球有限公司/上海造紙有限公司/金佰利(中国)有限公司
	企業形態	有限責任会社(中外合資)
	資本金	2000万米ドル
	従業員	N.A
	工場	N.A
	主要業務	ベビーケア、フェミニケア等紙関連製品製造、加工
	売上高	N.A
主な沿革	✓1994年、当社を設立、中国市場に参入 ✓1996年、中国紙製品事業を展開(Kleenex) ✓1997年、中国ベビーケア事業を展開(Huggies 赤ちゃん用紙おむつ) ✓2002年、中国のフェミニケア事業を展開 ✓2008年、成人介護製品を中国で発売(Depend 成人用紙おむつ)	
	  	
製品		

④中国拠点分布図

前述の外資系企業リストの中国現地法人の本社所在地を示す中国拠点分布図は以下の通り。
上海市の13社を筆頭に沿海地域に広く分布している。

表・中国拠点分布図



※本地図は、上述外資系企業リストにある会社で、かつ中国現地法人の本社所在地を示しております。

3) 外商投資養老機構設立に関する最近の政策・法規

従来外資独資による養老機構設立は不可であったところ、2013年6月28日に施行された養老機構設立許可弁法（民政部令第48条）により外資独資による養老機構設立が可能になっている。

表・外商投資養老機構設立に関する最近の政策・法規

名称	公布	主要内容
養老機構設立許可弁法(民政部令第48号)	2013年6月28日	・企業もしくは自然人が養老機構を設立する際の、設立許可の申請、受理、審査、決定、及び監督検査にかかわる規定 ・外資が独資でも養老機構を設立可能であることを明記(第10条)
養老機構管理弁法(民政部令第49号)	2013年6月28日	・「養老機構設立許可弁法」により設立された養老機構の管理にかかわる規定 ・養老機構のサービス内容、内部管理等について明記
養老サービス業発展の加速に関する若干意見(国発[2013]35号)	2013年9月	「国外資本による養老サービス業への投資を奨励する」という一文を盛り込む。(第2条第3項)
外商投資による営利性養老機構の設立に関連する事項についての公告(商務部・民政部公告2014年第81号)	2014年11月24日	・外国投資家が独資、あるいは合併、合作で営利性養老機構を設立することを奨励する(第1条) ・外国投資家が養老機構の規模化、チェーン化経営を進展させ、優良な養老機構ブランドを開発することを奨励(第8条) ・外商投資営利性養老機構は内資と同等の税收等の優遇政策および行政事業性費用徴収の減免政策を享受(第9条)
「外商投資産業指導目録」意見募集稿	2014年11月	・「養老機構」を新たに「奨励類」に追加 (現行の「外商投資産業指導目録(2011年改訂)」には「養老機構」の記載がなく、外資参入を奨励も制限もしない「許可類」としていた。)

4) 外商養老機構設立手続き

外資による養老機構設立の手続き、条件は以下の通り。商務部門における外商投資企業に係る認可取得に続き、工商行政部門における登記手続きに加え、民政部門による養老機構設立に係る許可認可を取得する必要がある。

表・外商養老機構設立手続き



5) 中国高齢者養老・介護における推進計画

「第12次5ヵ年計画」(2011~2015年)では、老齡事業の観点に関する事項: 1. 高齢者の社

会保障制度の整備、2. 高齢者向けの医療・衛生・保健事業の推進、3. 在宅介護への支援政策健全化、4. 高齢者の介護・福祉サービスの発展、が謳われており、政府主導にて民間・外資も活用した形態での養老サービスの益々の発展が期待される。

中国高齢者養老・介護における推進計画

名称	公布	主要内容(一部抜粋)
中国老齡事業の発展に関する「十二五」計画(国発(2011)第28号)	2011年9月10日	「十二五」年計画の主要内容 1. 高齢者の社会保障制度を整備 2. 高齢者向けの医療・衛生・保健事業を推進 ① 高齢者疾病病院、護理院、高齢リハビリ病院及び総合病院における高齢診療科の建設を推進 ② 高齢者疾病の早期発見、早期診断、早期治療を推進 ③ 高齢者保健事業を発展させ、高齢者認知障害、うつ病等の精神疾患の早期認識率を40%に到達させる 3. 在宅介護への支援政策を健全化 4. 高齢者の介護・福祉サービスを発展 ① 在宅高齢者介護サービスを重点的に発展させること ② コミュニティ(社区)の介護サービスを発展させること ③ 機構の養老サービスを発展させ、各種養老施設の建設を推進し、「十二五」期間内において、養老施設のベッド数を342万床増加する ④ 介護リハビリサービスを優先的に発展すること ⑤ 養老サービス産業関連行政規制の完備

※「十二五」=「十二次五ヶ年計画」
中国政府が発表する2011年～2015年までの事業発展計画

第5章 シンガポール、マレーシア、中国における認知症介護サービス(グループホーム、小規模多機能型施設、訪問介護)の需要調査(実証調査)

5-1. シンガポール、マレーシアにおける需要調査(実証調査)

日本の認知症介護は、高度に発達した手法のみならず、空間まで含めて認知症患者に対する最適な介護を提供する。例えば、介護を実施する建物から考えられており、介護職員と認知症高齢者がコミュニケーションを図れる居間の広さや、廊下の幅、手すりの高さ、家具の配置、導線、素材などきめ細かく造られている。そして、日本の認知症介護の特徴のひとつに、対象者個人が有する世界観を理解し尊厳を守ることがある。弊社では、全ての高齢者に対し世界観を理解し尊厳を守るための行動を徹底している。

つまり、一人ひとり異なる症状に合わせて、気使いや心づかいをしてグループホームのような家庭的な環境を整えている。そして、日本では認知症高齢者の増加に伴い、様々なケアの理論や技法が広まり今日では、多種多様なケア方法が存在するが、長年認知症介護を専門的に実践してきた日本式介護全般として、前述のとおり空間や個人の尊厳に配慮し、認知症緩和ケアの一つであるタクティール®ケアの手法を用い、その日本式認知症介護の有用性を実証することとした。

①□タクティール®ケアについて

タクティールはラテン語の『タクティリス (Takgilis)』に由来する言葉で、『触れる』という意味があり、施術者の手で対象者の背部や手部・足部を『柔らかく包みこむようにゆっくり触れる』ケアである。一定の圧力・速度・手順で、背部は衣服の上から、手部と足部はオーガニックオイルを塗布し直接皮膚に触れる。施術時間は背部 10 分、手部と足部は各 20 分を要する。

発祥はスウェーデンで、1960 年代に未熟児医療から始まり、1996 年には認知症緩和ケア教育専門機関「王立財団法人シルヴィアホーム」が認知症ケアの実践的な方法として初めて導入し、90 年代後半に各地に広まった。日本には 2005 年に認知症高齢者への緩和ケアの一手法として、効果・手技が紹介され、安心感や穏やかさをもたらす作用や睡眠の改善、痛みの緩和、ケアを受けた人と行った人の絆が深まる効果が期待できるということで、医療・介護関係者の注目度は高まり、現在では、病院・介護施設など国内 100 か所以上で導入されている（タクティール®ケア普及を考える会、2008）。また、認知症の症状の緩和やコミュニケーションツールとして、タクティールケアを導入している高齢者介護施設も増えている。（Ardebey, 2003）

タクティールケア効果の検証においては、入院中の認知症高齢患者の睡眠導入の改善事例（田端、2008）、介護老人保健施設での認知症高齢者の活動意欲や意志表示の改善事例（稲野、2009）、訪問看護での不穏状態の改善や疼痛緩和とともに患者・家族との信頼関係が構築できた事例（木本、2009）や認知症疾患病棟における高齢患者の知的機能や感情機能の維持および攻撃性が改善されたとの比較研究報告（Suzuki, Tatsumi, Otsuka, Kikuchi, and Mizuta, 2010）などがある。タクティールケアは、認知症の症状の緩和だけでなく非言語的コミュニケーションとしても有効であり、更にはその施術者に対しても効果があると述べている。

メディカル・ケア・サービスが運営する介護施設では 2008 年からタクティールケアを導入し、認知症による周辺症状の改善、施設入居によるリロケーションダメージの緩和、安定した睡眠の確保など、多くの効果を得ている。特に家庭的な環境を有する認知症グループホームではその効果が顕著に見られ、タクティールケアを導入することで認知症を起因とする不特定多数の症状の改善に寄与し、高い評価を有している。

タクティールケアは、一定の圧力や速度、定められた手順で触れることを習得し質を維持す

る必要はあるが、指圧やリフレクソロジーなどと違い、特定のツボや筋肉を意識する必要はないことから、解剖生理学的な知識や特別な同遇、熟練した技術がなくても施術可能である。専門職のみならず、介護や看護に携わる人に普及できる手法として、被施術者と施術者がお互いに対等・平等であることが認識でき、肯定的接触により、満足感、安心感が得られることは、信頼関係を築く上で重要だと考えられる。

②実証調査方法

A. 実証調査概要

平成 26 年 11 月 24 日～平成 26 年 12 月 17 日に、メディカル・ケア・サービス社員 6 人（そのうち、タクティールケア施術者 4 人）が、シンガポール・マレーシア（クアラルンプール）において、高齢者介護施設および一般家庭の高齢者にてタクティールケアの施術を中心としながら、空間まで含めた日本式介護のトータルなサービスを提供し、情報収集した。調査記録は調査期間におけるタイムスタディ（24 時間連続における 1 時間ごとの感情・気分の変化、睡眠状況、食事摂取量、排便状況、対象者毎の改善が期待される項目のチェック）とタクティールケア施術記録（施術日時、施術部位、実施場所、対象者の施術前・中・後の様態および発言内容）である。一般家庭の対象者の調査は、タクティールケアの実施期間中と実施前後の様子について、家族および介護者からの聞き取りを中心に実施した。

施術部位は対象者の希望により、その都度背部・手部・足部の施術部位から選択し、1 人当たり 1 日 1 回以上、連続 4 日間実施した。介護施設の対象者は、居室・リビングフロア・センサリルームで、一般家庭の対象者は自宅か通所先のデイサービスで実施した。

また、タクティールケアを実施していない間は、施術者は全期間を通し対象者と会話をする等の関わり合いを持った。各施設における本調査の状況は以下の通りである。

a. シンガポール

実施施設：ナーシング・ホーム

施設名：SUNSHINE WELFARE ACTION MISSION（以下、SWAMI と略する）

施術対象：ナーシング・ホーム内認知症棟入居者 10 人（男性 4 人・女性 6 人）の高齢者

実施期間：平成 26 年 11 月 26 日～12 月 5 日における 10 日間

3 日間の事前観察、4 日間のケア実施と観察、3 日間の事後観察

SWAMI



b. マレーシア（クアラルンプール）

実施施設：Assisted Living

施設名：NEW LEGEND

施術対象：当該施設入居者 8 人（男性 3 人・女性 5 人）の高齢者

実施期間：平成 26 年 12 月 9 日～12 月 16 日における 8 日間

2 日間の事前観察・4 日間のケア実施と観察・2 日間の事後観察

NEW LEGEND



実施施設：認知症デイサービスおよび対象者の自宅

施設名：Alzheimer's Disease Foundation Dayservice（以下 ADD とする）

施術対象：当該施設利用者 6 人（男性 1 人・女性 5 人）と他男性 1 人（自宅で実施）

実施期間：平成 26 年 12 月 8 日～12 月 12 日における 5 日

1 日間の観察、聞き取り調査・4 日間のケア実施と観察

ADD



B. 分析方法

SWAMI と NewLegend では、【事前観察・施術前と事後観察】は施術者による観察および聞き取りのタイムスタディと実践記録を電子テキスト化したものである。ADD および在宅では、【施術前】は初日の聞き取りおよび毎回施術前の観察結果とし、【施術後】は毎回施術後の観察とした。

分析方法として、タイムスタディのデータ集計・分析をはじめ、実践記録に記載された施術前・中・後の施術対象者の様態や発言の内容を電子テキスト化した。また、先行研究に使用されたタクティールケアによる反応のカテゴリー表を参考にし、各施設ごとの日本式介護実施効果を分析および考察を行う。実践記録分析の結果、対象者の反応として、『感想』・『表情』・『気分』・『信頼関係』・『身体認識』・『血行促進』・『蠕動運動』・『口渇』・『夜間の睡眠』・『活動』の 10 カテゴリーが生成された。(図 1 参照)

表・1 シンガポール、マレーシアにおけるタクティールケアによる反応

図 1 タクティールケアによる反応 カテゴリー一覧表

カテゴリー	客観的事実	シンガポール			マレーシア			ディケア・在宅		
		事前観察	実施期間中	事後観察	事前観察	実施期間中	事後観察	施術前	実施期間中	施術後
感想	「温かい」					2			7	4
	「なぜそんなに手が温かいの」							1	1	5
	「気持ち良い」「とても良い」		8	1		14			8	13
	「リラックスできました」		2			3				5
	「タッチケアが好きです」		1			4			4	2
	「タッチケアをまたやって」					2				2
	「眠くなってきた」		1			3			5	
	「今日は良く眠れそう」					1				2
	「痛みが楽になった」					1				3
	「また来てね」		4				1			8
	「とても親切で幸せ」「なぜそんなに優しいの」					5		1	3	3
表情	無表情	1			4	1		7	1	1
	不安そう・悲しそう	1					1	2		
	陰しい	4				1		2		
	笑顔	9	27	27	12	27	12	9	9	20
	うっとり					1			1	5
気分	叱る	1	1				1	1		
	独語	3	3	3				7	1	1
	家や居室に帰りたいと言う	3	2	3			1	3		
	泣く	1								
	キョロキョロ周囲を見る	3				1		5	2	
	身体を動かす	3						5	1	
	家族を探す				1	1		3	1	
	外に出たがる	1	1				1	3		
	動き回る	3	1		1	1	1	1		
	自分の椅子やベットに戻る	3	2	1						1
	椅子に静かに座る	1	3	1				3	2	1
	静かに過ごす	1	1	5		3	2	2		
信頼関係	目を閉じる		3						8	
	他者やスタッフと話す	4	3	4	9	11	6	10	4	17
	聞き取れない言葉を発する		5	3			0	5		1
	自分や家族の事を話す	4	4	1	3	5	2	3	4	10
	施術者へ頼み事をする	1	3	4	1	5	2	2		3
	施術者を氣遣う発言	1	3	6	1	8	4	7	3	10
	感謝の言葉	1	6	5	1	25	1	4	2	17
	施術者に同意を求める		1	1				1	7	4
	施術者を見つめる		1	3		4		1	14	2
	施術者の手を握る		3	8		6	1	9	7	5
	施術者に触れる		1	4		3		4		5
	施術者に抱きつく		2					2		6
身体認識	施術者にキスをする		1	1		4	1			2
	手足をじっと見る		9			9	1		11	
	指をひっぱる		2	1						1
	手を見せる		1					3	1	9
	タクティールの動きを再現する			1		1		2		5
血行	筋肉の緊張が緩む		4			3			9	9
	手足が温かくなる		2			4			5	12
	施行後、顔色が良くなる			1						4
蠕動運動	排ガス					4				
口喝	自ら水を飲む		3						1	15
夜間の睡眠	施行後は寝つきが良い									4
	施行後はぐっすり眠れる		2			1				4
活動	新聞や本を読む		2	1						2
	レクに積極的に参加する	1	3	4	1	2	9	4	1	9
	草花をジッと見る		1	1						

注:図1の集計データは、調査期間中被施術者を観察し、表出した客観的な事実をカテゴリーによって、表出ある場合の集計したものである。

以下、各施設の調査結果分析する際に、カテゴリーは『 』、客観的事実は【 】、発言は「 」、
 < >がその他の観察記録として示し説明する。

C. 倫理的配慮

本実証調査は、シンガポールおよびクアラルンプールの調査施設の管理者・職員・入居高齢者・利用者およびその家族の承諾を得て行った。

施術対象者およびその家族に（海外で調査を行われたため、現地職員および利用者家族の翻訳を通じて）口頭および書面で、実践記録を研究目的で使用し、海外における認知症ケアサービスの需要調査などで公に広報すること、匿名性を確保することなどを説明し、同意書の署名をもって同意を得た。また、聞き取りおよび実践記録を各施設ごとに専用のファイルに保管し、分析する際にデータの電子化および記号化などによって個人情報の保護に留意した。

③. 結果

A. シンガポール・SWAMI

a. 調査対象施設および被施術者概要

施術対象者の選定は、職員によるランダム抽出となっており、対象者本人とその家族の同意を得て、本調査の説明会および職員へのケアの体験セミナーが行われた。本調査を実施した認知症棟には52人の高齢者（男27人 女25人）が入居されており、男女の行動エリアが分けられ、宗教上の問題もあり、女性入居者への介護は同性介護職により実施されていた。

入居者のうち70%が中華系、残りはマレーシア系とインド系の方であり、入居者間および職員とのコミュニケーションは英語・中国語・マレー語・タミル語・方言（福建語・広東語）などの多言語が使われていた。一方、看護師は80%以上がフィリピンやミャンマー等外国からの職員で、英語での対応がメインであった。その他の言語は特定の職員が対応している場面もあったが、それ以外は英語による簡単な会話のみが多く見受けられた。

職員による実際のケアにおいては、日常生活の維持・向上よりも安全面や合理性を重視されていた。具体的には、施術対象者を含めた多くの入居者は、安全上の理由から、夜間帯のみならず、日中も椅子、車椅子やベット上で拘束帯を使用し行動を制限されていた。また、ほぼ全員がオムツを着用しており、尿意および便意の能力の有無に関わらず、オムツは定時交換のみとなっていた。

b. 実証調査分析結果

➤ 日本式介護を受けての『感想』

施術者の手から伝わる温もりや優しさを、心地良いとする反応と捉えられる【気持ちいい・とても良い】・【温かい】という主観的で快の表現が圧倒的に多かった。また、【日本式介護が好きです】・【また来てね】と、再度の実施を求めているとも捉えられる声が5人から聞かれた。

➤ 『表情』の変化

『表情』を観察し続けた結果、事前調査で多く観察された【無表情・不安そう・悲しそう・陰しい】表情が減少し、施術者にのみならず、職員、家族および他の利用者に対する【笑顔】が多く見られるようになった。

➤ 『気分』の変化

タイムスタディの結果から、10人中6人に【起床時の気分】の平均点増加が施術期間中から調査終了時まで見られた。一方、実践記録の結果から、【キョロキョロ周囲を見る】・【身体を動かす】・【家族を探す】・【動き回る】・【外に出たがる】といった気分が落ち着かないがための行動と捉えられた回数が施術中および施術後に減った一方、【椅子に静かに座る】・【静かに過ごす】等の落ち着いて過ごされる回数の増加が見られた。

また、職員および施術対象者の家族から、施術直後および施術期間中に、「普段の生活での落ち着きおよび攻撃性の低下が見られた」とのフィードバックがあった。

更には、調査 9 日目に施術者 10 人中（+2 人対象外施術を受けた方）1 人に夜間の拘束帯の使用中止と 2 人に夜間の拘束帯の使用時間の短縮という結果を得られた。

➤ 『信頼関係』

施術中から後には、施術対象者が【自分や家族のことを話す】・【感謝の言葉】・【施術者に同意を求める】のみならず、視線で施術者を探したり手招きをしたり、【施術者へ頼み事をする】・【施術者を気遣う発言】・【施術者に抱きつく】・【施術者にキスをする】など、施術者に積極的に関わろうとする姿が多く観察され、「とても親切で幸せ」「なぜそんなに優しいの」等の発言も聞かれた。

職員および家族からは、「声かけの反応が良くなった」・「言葉を発する回数が増えた」・「他利用者との関係が良好になった」・「笑顔が多くなった」とのフィードバックがあった。

施術者との関係のみならず、職員や他入居者との良好関係も構築することができた結果であった。

➤ 『身体認識』

施術対象者自ら【指をひっぱる】・施術者や他者に【ケアの動きを再現する】などの行動が見られた。また、施術中、【手足をじっと見る】・＜笑顔でうなずきながら施術者に同意を求める＞の行動も多く見られた。

➤ 身体機能の向上『血行』・『蠕動運動』・『食欲』・『口渇』

『血行』では、施術対象者が施術中から手足をはじめ、肩などの【筋肉の緊張が緩む】ことによって、姿勢が緩んだり、施術後尿意を訴えたりする姿が見られた。『蠕動運動』については、タイムスタディにより、10 人中 4 人にケア実施期間中に排便回数の増加が見られた。また、食欲では 10 人中 2 に食事量の増加が見られ、そのうち 1 人については、元来、食欲不振で普段から食事介助時に拒否をすることが多かったが、わずかながら積極的に飲食を楽しむ回数の増加も見られた。『口渇』においては、施術直後に自ら水を飲み、結果的に 1 日の飲水量が増えた方が 3 人いた。

➤ 『夜間の睡眠』

SWAMI での調査結果のうち、良い結果が得られたものの 1 つに、『夜間の睡眠』改善が挙げられる。施術期間中から夜間覚醒回数の減少および覚醒時の反応の変化も読み取れた（図 2 参照）。事前観察および聞き取り情報によると、多床室（11 人一室）のため、同室者が夜間に覚醒すると、他入居者へ悪影響を与えることが多かったが、施術期間中およびその後は良質な睡眠時間が増えた結果、10 人中 5 人に夜間の覚醒がなくなり、残りの対象者においては、覚醒時に叫んだり・大声で訴える回数が減り、職員に笑顔で反応したり静かに再入眠した。また、4 人は施術前よりスムーズに入眠でき、普段より良質かつ継続的な睡眠が見られ、すなわち、10 人（+施術対象外 2 人）中 9 人に、タクティールケアによる良質な睡眠を提供できる可能性が示唆された。

しかし、残り 1 人の対象者は普段から昼夜逆転傾向であったため、＜ケアの最中に眠ってしまい、そのまま日中長い睡眠を取った＞結果、夜に大きな声を出したりとの反応もあった。ただし、施術前と比較すると睡眠障害による気分の変化がやや緩やかになったと介護職員からのフィードバックがあった。

➤ 『活動』

『活動』では、施術中から後にかけて、【新聞や本を読む】・【レクリエーションに積極的に参加する】・【草花をじっと見る】に増加が見られた。

B. マレーシア（クアラルンプール）

a. 調査対象施設および施術対象者概要

施術対象者の選定は、職員によるランダム抽出となっており、本調査の説明会が行われた。本調査を実施した New Legend には 23 人の高齢者が入居されており、日本のグループホームに近い家庭的な環境であった。

入居者は、インド系と中華系とマレーシア系である。看護・介護職は全員がフィリピン人であり、コミュニケーションは英語で行われていた。居室は個室と二人部屋、利用者は自由にリビング・居室・トイレなどを行き来している。リビングにて入居者と職員がリラックスして過ごし、コミュニケーションを取っている姿が多く見られた。介護度が高く、終日ベッド上で過ごされている入居者は居室内で過ごすことが多く、職員とコミュニケーションを取る機会は食事、排泄、清潔の際が主であった。

b. 実証調査分析結果

➤ 日本式介護を受けての『感想』

施術者の手から伝わる温もりや優しさを、心地良いとする反応と捉えられる【気持ちいい・とてもいい】・【温かい】・【リラックスできた】という主観的で快の表現が圧倒的に多かった。また、「どんなオイルを使われているの?」「マッサージと違うね」とタクティールケアに対する興味を示した方もおり、【好きです】・【また来てね】と、再度の実施を求めているとも捉えられる声が 3 人から聞かれた。また、【痛みが楽になった】【眠くなってきた】との発言もあった。

➤ 『表情』の変化

施術期間中『笑顔』を見せる回数が増加した。

➤ 『気分』

施術対象者 8 人中 1 人に、施術期間中から後に気分平均点の増加が見られた。その他の施術対象者については、元来、落ち着いて過ごされている方が多かったこともあり、その他の顕著な変化は見られなかった。

➤ 『信頼関係』

施術対象者が【自分や家族のことを話す】・【感謝の言葉】・【施術者に同意を求める】のみならず、【施術者へ頼み事をする】・【施術者を気遣う発言】・【施術者に抱きつく】・【施術者にキスをする】などの、施術者に積極的に関わろうとする姿が多く観察された。

➤ 身体『認識』

ケア施術中、【手足をじっと見る】行動が多く見られた。

➤ 身体機能の向上『血行』・『蠕動運動』・『口喝』・『食欲』

『血行』では、施術対象者が施術中から手足をはじめ、肩などの【筋肉の緊張が緩む】ことによって、姿勢が緩んだり、施術後尿意を訴えたりする姿が見られた。左手に屈曲拘縮が見られていた施術対象者においては、施術中から後に、手が温かく柔らかくなり、伸展性を高め緊張緩和ができたといえる。『蠕動運動』においては、終日ベッド上で過ごされていた方が、施術中排ガスが複数回、観察された。また、食欲では、タイムスタディより、8 人中 3 人に施術期間中から後に食事量の増加が見られ、『口喝』においては、施術直後に自ら水を飲み、結果的に 1 日の飲水量が増えた方もいた。

➤ 『夜間の睡眠』

8 人中 1 人に日中の覚醒時間の増加が見られた。また、調査 5 日目に施設における最大のイ

ベント（クリスマスパーティー）が開催され、夜遅くまで来訪者と祝ったりしていたことから、施術対象者の中にはやや興奮気味な方が数人おられ、施術対象者 8 人中 1 人に夜間不眠、3 人に軽微な昼夜逆転の反応が現れた。しかし、翌日のタクティールケアの施術により、日中に良好な仮眠が観察された。

➤ 『活動』

『活動』では、施術中から後につけ、【レクリエーションに積極的に参加する】に増加が見られ、8 人中 1 人に、施術中に、＜リビングに出て他者と会話する＞回数の増加が見られた。

C. マレーシア（クアラルンプール）・アルツハイマーデーサービスと在宅

a. 調査対象施設および施術対象者概要

Alzheimer's Disease Day service（以下 ADD とする）は、60 歳以上のアルツハイマー病患者が利用できるデイサービスである。本調査時点の登録利用者数は 46 人、一日平均利用者数は 20 から 25 人となっている。デイサービスの利用者は全員アルツハイマー病の患者であり、記憶障害や性格の急変等の対応に家族が困っていたことから、ADD への通所を始めたとの声が多かった。利用者は介護者の送迎により来所し、食事・排泄誘導・日中の活動（体操・回想ゲーム・歌など）の介護サービスを受けることができる。デイサービス利用中の身体介護は利用者個人が契約をしているメイドにより行われ、日中活動およびサービス利用中の見守り等は施設の看護・介護職員が行っていた。職員、メイド、家族、ボランティア同士の交流や勉強会が多く行われていることでメイド・家族・ボランティアの協力を自然に得ることが出来ると説明があった。利用者は 60 歳から 74 歳の前期高齢者が多く、事前に施設職員が作成した日中活動プログラムに全員参加のルールとなっている。全員が参加することが重視しているように集団介護が主であり、活動への拒否や活動時＜家に帰りたい＞・＜大声で騒ぐ＞等の訴えがあっても、個別で対応することはなかった。

b. 実証調査分析結果

➤ 日本式介護の『感想』

施術者の手から伝わる温もりや優しさを、心地良いとする反応と捉えられる【気持ちいい・とてもいい】・【温かい】・【リラックスできた】という主観的で快の表現が圧倒的に多かった。また、【好きです】・【また来てね】と、再度の実施を求めているとも捉えられる声が 4 人から、【痛みが楽になった】が 1 人から聞かれた。

実証調査終了した後にも 8 人中 3 人から「またやってほしい」とのフィードバックがあった。

➤ 『表情』の変化

施術初日および 2 日目に見られていた【無表情・不安そう・悲しそう・陰しい】表情が減少し、施術者のみならず、職員・家族・他利用者に対する【笑顔】が多く見られるようになった。

また、初日および 2 日目に施術する際には、女性対象者の夫から「久しぶりに妻の笑顔が見えて癒される」と感激の声が聞かれ、3 人の家族から「手技を教えてほしい」との発言も聞かれ、タクティールケアを高く評価するフィードバックを受けた。

➤ 『気分』の変化

施術前は、【独語】・【家や居室に帰りたい】・【キョロキョロ周囲を見る】・【家族を探す】・【外に出たがる】などの言動が多く見られていた。特に、初日の施術では、施術者 6 人に不安や緊張が見られたものの、いずれも施術開始 5～6 分を経つと落ち着き、職員から、「普段より緊張や不

安が緩和された」とフィードバックがあった。

また、職員および家族からの聞き取りで、いつもはデイサービスに通うことに強い拒否を示したり、「仕事に遅れる」・「子供が留守だから早く帰りたい」・「年寄じゃないからこんなところ来るものか」との発言が聞かれていた3人が、施術期間中は落ち着いて過ごされていた。その他、「普段よりリラックスしているように見えた」・「家にいる間、ケアを受ける前より怒りや不安が減ったと感じる」との発言も家族から聞かれた。

➤ 『信頼関係』

施術中から後には、被施術者が【自分や家族のことを話す】・【感謝の言葉】・【施術者に同意を求める】のみならず、【施術者へ頼み事をする】・【施術者を気遣う発言】・【施術者に抱きつく】・【施術者にキスをする】などの、施術者に積極的に関わろうとする姿が多く観察され、「とても親切で幸せ」・「なぜそんなに優しいの」等の発言も聞かれた。

➤ 『身体認識』

【手足をじっと見る】・＜笑顔でうなずきながら施術者に同意を求める＞の行動が多く見られた。また、2日目の施術者の声かけに対しては、施術対象者自ら施術者の手に【ケアの動きを再現する】行動も見られた。

➤ 身体機能の向上『血行』・『蠕動運動』・『食欲』・『口渇』

『血行』では、施術対象者が施術中から手足をはじめ、肩などの【筋肉の緊張が緩む】ことによって、姿勢が緩んだり、施術後尿意を訴えたりする姿が見られた。また、【手足が温くなる】・【施術後、顔色がよくなる】ことも施術者により観察された。

『蠕動運動』食欲においては、有意な結果が見られなかったものの、施術期間中から後には『口渇』で自ら水を飲み、排泄回数も施術前と比較するとやや増えていた。

➤ 『夜間の睡眠』

施術対象者から【施術後は寝つきが良い】・【施術後はぐっすり眠れる】との発言があった。その他、「より良い睡眠が取れたようだ」との発言も家族から聞かれた。

➤ 『活動』

施術中から後にかけて、【レクリエーションに積極的に参加する】に増加が見られた。特にデイサービス利用中に常時大声で祈っていた1人とレクリエーションに強く拒否を見せていた1人が、施術直後のレクリエーションに初めて積極的に参加する姿が見られたと職員からフィードバックがあった。

④考察

タイムスタディおよび実践記録の内容分析から生成された『感想』・『表情』・『気分』・『信頼関係』・『身体認識』・『血行促進』・『蠕動運動』・『口渇』・『夜間の睡眠』・『活動』の10カテゴリーをもとに、対象国の介護施設における日本式介護の効果を考察する。

A. 情緒の安定を促す日本式介護

日本式介護の象徴的な手技であるタクティールケアは、施術者の手による柔らかく包み込むようにゆっくり触れる皮膚への接触により脳下垂体後葉ホルモンの一種であるオキシトシンが分泌され、血液を介して身体中に広がることで、穏やかさと安心感をもたらし、さらには心地よさと人の手に身体を委ねている感覚を味わうことができるとされている。

今回の実証調査は、安全対策のために拘束ベルトを使用されていたり、トイレ誘導は行われずに定時のオムツ交換のみ、レクリエーションを長時間利用者全員に参加させるなど、日本とは

介護の実施状況が異なる中でのタクティールケアの施術であったが、会話や肌と肌との触れ合いによる安心感を得られる機会が増えた結果、普段と比較し、精神的にも身体的にも緊張が和らいだ状態となり、不安・痛みの軽減および情緒の安定に効果がみられた。タクティールケアによる情緒の安定および認知症の症状緩和が、海外の介護現場においても有効であることが示唆された。

B. コミュニケーションツールとしての日本式介護

日本式介護は、肯定的接触により相手の心身に触れることができ、身体的接触のみならず、心の接触により、一人の人間として認められていると感ずることができ一方、施術者に対する報告から、施術対象者・施術者の双方に相互作用しあうことで、施術者の身体的・精神的負担の減少効果もある（木本、2012）。

また、本調査においては、たとえ言葉が通じない方であっても、施術により、数日間という短期間の関わりにおいてもスムーズに信頼関係が築けることが証明され、この結果は、今後、海外において言語の異なる介護者が介護する際には、信頼関係をスムーズに構築するコミュニケーションツールとして、日本式介護は非常に有効であることが示唆された。

C. 身体認識を高め・身体機能の向上を促す日本式介護

施術中から後に、【気持ちいい】との発言、さらに＜触れてほしい＞とのジェスチャーなど、意識が自身および施術者の手指や足に向き、日本式介護に対する興味を示しながら、身体への認識が高まったことが確認できた。

施術直後に口渇や排泄を訴えたり、自ら水を飲み、トイレに行く、積極的に食事を摂るなどの行動回数の増加も見られた。さらに、食事量が増えた方もおられたことから、これらは、継続的に施術を通じて、血行促進による代謝の向上に加え、気分の安定がもたらした身体機能の向上とも考えられる。

D. 良好な睡眠を促す日本式介護

施術中にウトウトされたり、入眠された方が多く、睡眠導入効果が確認できた。また、本調査期間全体を通し、睡眠時間に大きな変化は見られなかったものの、施術中から後にかけて、【施術後は寝つきがよい】・【施術後はぐっすり眠れる】が観察されたり、本人から「眠くなってきた」・「今日は良く眠れそう」・「夕べは良く眠れた」などの発言もあった。職員より、＜夜間覚醒回数の減少＞・＜起床時の良好な気分の変化＞・＜夜間覚醒時、叫んだり訴えの回数が少なくなり、スムーズに再入眠することが増えた＞とのフィードバックがあった。

また、施術対象者の希望および施設のスケジュールの関係から、現地の昼寝時間帯（12時半から14時）に施術を行うことが多かったため、仮眠に最適な時間帯（午後1時～4時ごろが最適で、それ以降の時間は夜間の睡眠に悪影響を与えるといわれている）における施術により、仮眠による午後の活動性を高い水準に保ち、夜間の睡眠の質を高められた結果であった。また、今回実証調査を行った施設においては、日中に昼寝をしている場合、食事の時間以外は自ら起きるまでそのまま寝かせている状況が多く見られる中、施術により、より良質な日中の仮眠が取れたと言える。このことから、施術時間を考慮した上での導入が有効であると考えられ、高齢者の『活動』で見られた【レクに積極的に参加する】ことにも繋がっていると考えられる。

E. 活動性を高める日本式介護

施術終了とともに覚醒を促すことが仮眠後の活動を促進し、良質な睡眠を保障する意味で重要であると報告されたように、本調査を行った施設においては、施術後に覚醒し、また施術者とかかわりを持ったり覚醒していることにより、夜間の睡眠時間が保たれたり、日中の覚醒時間の増加が見られた。以上に述べたように、情緒の安定や睡眠の改善が、高齢者の【レクリエーショ

ンに積極的に参加する】、すなわち活動性を高めることにつながったのではないかと考える。

また、【レクリエーションに積極的に参加する】については、施術者と一緒での参加であり、施術者が日本で行われている個別ケアの対応も心がけた結果、施術対象者は普段より積極的に活動される様子が観察された。この結果は、言葉が不通な場合であっても、高齢者と信頼関係が築けたことによる結果とも言える。

⑤おわりに

日本の認知症介護の特徴のひとつに、対象者個人が有する世界観を理解し尊厳を守ることがある。調査期間中、メディカル・ケア・サービス社員は全ての高齢者に対し、世界観を理解し尊厳を守るための行動を徹底した。その結果、本調査実施先施設から、「施術者が丁寧な対応かつ笑顔で利用者に接する姿から、その大切さを学んだ」等といった評価を受けた。最終日には、施設職員がメディカル・ケア・サービス社員と同様に高齢者と会話をするたびに床に膝を付き視線を合わせて話し掛けるようになっていた。

職員や家族にケアを実施した際には、「とても温かく、リラックスが出来て眠くなった。」「施術者が去った後、その方が以前の状態に戻ってしまうのではと心配なので手技を教えて欲しい。」「歩きまわっている方へはどのように実施したら効果的なのか教えて欲しい。」等、日本式介護の効果を認め、実践に対して能動的な感想が多く聞かれた。

当初、私たちは認知症介護の理論や手法が未発達な土地では、専門的な手法や相手を気づかした行動は、一時的な興味は持たれても、深い関心を示したりその行為を取り入れようとするとはないだろうと思いついていたが、その認識は間違ったものであった。

日本式介護は施術者と施術対象者の双方の感性を豊かにし、お互いの世界観をより深く理解することが可能となる技法でもある。また、温かく包み込まれる行為は施術対象者にとっては自身が守られていると実感出来るものでもある。

日本式介護の特徴的な手技であるタクティールケアを介して短期間でより多くの効果を実証することが出来、通常の行動を含めて関係者から高い評価を受けることが出来たことは、長年認知症介護を専門的に実践してきたメディカル・ケア・サービスにとっても貴重な経験であり、認知症介護の専門性が未発達な地域においても、メディカル・ケア・サービスの取り組みならびに日本の認知症介護の特徴は、対象国の高齢者の今後の生活にとって良い影響を与えることが出来ると確信出来る機会となった。

また、今後、日本式介護を提供する上で、以下のとおり福祉機器・用品について日本との比較を行った。

① 車椅子

多くの高齢者が一日を車椅子で過ごしており、その車椅子も施設が用意した画一的な規格品。これと比べ日本は、ケアマネージャーが利用者の状態や生活の様子をアセスメントして、フィッティングした上で、レンタル・購入している。日本までの豊富なラインナップは用意出来なくとも、想定される状態に応じたラインナップを輸出することで、サービスの向上、職員の負担軽減につながる。

② 安全面

日本よりも少ないケアスタッフの配置により、高齢者を見守るには紐で縛る等の物理的な身体拘束しか方法が無いと考えているが、日本では少ない人員配置でも、センサーマットを使用するなど

安全面の対応をおこなっている。ナースコールと連動するセンサーマットの導入も有効だと思われるが、衣服等につけてグリップが外れるだけで音を出すなど簡易的なものでも、身体拘束以外に安全を確保できる。

③ レクリエーション

レクリエーションの内容のレベルが低く、そのノウハウを作業療法士も持っていない。日本の豊富なレクリエーションのノウハウや、それに伴う道具や、機材の輸出の有効性が考えられる。

④ 個人の尊厳

多床室が多く、パーテーションやカーテンなどの仕切りが無いいため、プライバシーが確保されていない。日本は個室化が進んでいるが、多床室に病院のような吊るしカーテンの取り付けや、パーテーションの輸出により、個室増設よりも安価でプライバシーに配慮できる。

⑤ 照明設備

夜間帯、利用者を身体拘束しているため、徘徊しない事が前提として考えられているため、フロアに照明が少なく、真っ暗になっている。日本では夜間帯でも足元の小さなライトなどが居室やフロアに整備されている施設が多く、安全面に配慮されている。今後、シンガポールでも高齢化の進展に伴い、夜間に必要に応じて自分で歩ける高齢者を想定し、照明設備の改修が必要と考える

⑥ トイレ

排泄時に利用者の状態において、介助があればトイレで排泄が出来る人、ポータブルトイレであれば排泄が出来る人、尿器等の用具があれば可能な人など、個別の状態に応じての排泄が可能だが、シンガポールではトイレか、オムツで排泄の二者択一に限られているため、今後、高齢化の進展に伴い、生活の質を求める声上がる中、日本式トイレの輸出は、有効であると考えられる。

⑦ 衛生面

衛生面にあまり配慮されておらず、感染症の対策と共に、施設での生活のどのシーンにおいても、消臭・消毒用品、関連する医薬部外品などの輸出がこれから果たす役割が大きい

⑧ 日本の認知症関連製品

現在、日本で使用されている認知症関連用品については、シンガポールでも認知症に対する関心は高いながらも、何ら検討されておらず、話しかけると、たくさんのバリエーションで話してくれる人形や、服薬時間になると光や音で知らせてくれる服薬管理ボックスなどの輸出が有効と考えられる。

⑨ オムツ

日本では、オムツ使用の人でもパットと併用していることもあり、シンガポールではパットの料金が安いという理由で導入がされていない。

これを、オムツを使用した場合と、パットを併用した場合の具体的な料金や、オムツのみを使用している場合の身体等への悪影響などの理解がすすめば、パットの輸出・導入が期待できる。

⑩ 手すり

日本では、温かみのある天然木タイプで、滑りにくく、握りやすいが、各国では手すりの材質はプラスチック製が多く、安全面においても配慮されていない。

特に、在宅では介護が必要になり、手すり等が無いために自宅の2階へ上がれなくなってしまったり、居住環境によって大きく行動が制限されてしまっているが、住宅改修の輸出により、在宅で生活している高齢者の市場に働きかけることが期待できる。

⑪ 護用入浴機器

日本では、入浴は体を清潔にし、血行を良くするとともにリハビリとストレス解消にも効果あり介護度の高い利用者でも安全に入浴ができるように、介護用入浴機器がある。

特に、職員の負担も軽減された仕様になっているため、非常に有効な手段として使われているが、職員は入浴機器の存在を知らないため、入浴の効果や良さは分からないが、介護用入浴機器の使用方法や、目的を伝達することができれば、利用者の衛生面、職員の負担の軽減の観点から、有効であると考ええる。

以上のことから、ソフトが未熟であると高機能なハードが整っていてもそれを活かすことが出来ない。逆も然り、ハードが不十分であると有するソフトを存分に発揮することが難しくなる。日本では認知症高齢者の増加に伴い、様々なケアの理論や技法が広まってきた。今日では多種多様なケア方法が存在するが、いずれもソフトとハードの双方が作用することでより高品質な認知症ケアの実践となることに違いない。

5-2. 中国における需要調査(実証調査)

5-1. シンガポール、マレーシアにおける需要調査(実証調査)と同様の手法で実施した。

A. 実証調査概要

平成27年1月12日～平成27年1月19日に、メディカル・ケア・サービス社員4人が、中国の上海において、高齢者介護施設および一般家庭の高齢者にてタクティールケアを施術し情報収集した。調査概要は調査記録は調査期間におけるタイムスタディ(24時間連続における1時間ごとの感情・気分の変化、睡眠状況、食事摂取量、排便状況、対象者毎の改善が期待される項目のチェック)と施術記録(施術日時、施術部位、実施場所、対象者の施術前・中・後の様態および発言内容)である。一般家庭の対象者の調査は、実施期間中と実施前後の様子について、家族および介護者からの聞き取りを中心に実施した。

施術部位は対象者の希望により、その都度背部・手部・足部の施術部位から選択し、1人当たり1日1回以上、連続4日間実施した。介護施設の対象者は、居室・リビングフロア・センサリルームで、一般家庭の対象者は自宅か通所先のデイサービスで実施した。

また、ケアを実施していない間は、施術者は全期間を通し対象者と会話をする等の関わり合いを持った。各施設における本調査の状況は以下の通りである。

●上海

実施施設： 養老院(有料老人ホーム)

施設名： 上海礼愛颐养院(以下「上海・礼愛」とする)

施術対象： 養老院内認知症棟入居者8人(男性3人・女性5人)の高齢者

実施期間： 平成27年1月12日～平成27年1月19日

2日間の事前観察、4日間のケア実施と観察、2日間の事後観察

実施施設： 対象者の自宅

施術対象： 在宅認知症高齢者4人(男性1人・女性3人)

実施期間： 平成27年1月12日～平成27年1月15日

聞き取り調査・4日間のケア実施と観察



B. 分析方法

分析方法として、タイムスタディのデータ集計・分析をはじめ、実践記録に記載された施術前・中・後の施術対象者の様態や発言の内容を電子テキスト化した。また、先行研究に使用されたタクティールケアによる反応のカテゴリー表を参考にし、各施設ごとのケア実施効果を分析および考察を行う。実践記録分析の結果、ケアの反応として、『感想』・『表情』・『気分』・『信頼関係』・『身体認識』・『血行促進』・『蠕動運動』・『口渇』・『食欲』・『夜間の睡眠』・『活動』の11カテゴリーが生成された。(図1参照)

以下、各施設の調査結果分析する際に、カテゴリーは『 』 客観的事実は【 】生データは「 」が言葉で < >がその他の観察記録として示し説明する。また、分析にあたって、【事前観察・施術期間中・事後観察】は施術者による観察および聞き取りの実践記録から電子テキスト化したものである。在宅では、【施術前】はケア初日の聞き取りとし、【施術期間中】はケア実施期間中の観察とした。

C. 倫理的配慮

本調査は、経済産業省平成26年度医療機器・サービス国際化推進事業のプロジェクトとして行われ、上海の調査施設の管理者・職員・被施術者およびその家族の承諾を得て行った。施術対象者およびその家族に口頭および書面で、実践記録を研究目的で使用し、海外における認知症介護サービスの需要調査などで公に広報すること、匿名性を確保することなどを説明し、同意書の署名をもって同意を得た。また、聞き取りおよび実践記録を各施設ごとに専用なファイルに保管し、分析する際にデータの電子化および記号化などによって個人情報の保護に留意した。

②. 結果

A. 中国（上海）・上海礼愛養老院

a. 調査対象施設および被施術者概要

被施術者の選定は、職員によるランダム抽出となっており、対象者本人とその家族の同意を得て、本調査の説明会および職員へのケアの体験セミナーが行われた。本調査を実施した認知症棟には21人の高齢者が入居されていた。

入居者のうち、上海近辺および地元出身者が90%以上を占めているが、介護者である子供が上海に住んでいることを理由に地方から来られている利用者もいた。利用者間および職員とのコミュニケーションには中国標準語が主に使われていたが、利用者の中には上海語や上海以外の方

言しか話せない方もおり、また、職員も同様の状況であることから、コミュニケーションが困難なケースも多々あった。

職員による実際のケアにおいては、日常生活の維持・向上よりも安全面や合理性を重視されていた。具体的には、施術対象者を含めた多くの入居者は、安全上の理由から、夜間帯のみならず、日中も椅子、車椅子やベッド上で拘束帯を使用し行動を制限されていた。終日ベッド上に臥位で過ごされている方も多かった。施設内を歩き回っていたり、外に出たいと訴えている方も少なくなかった。

クティール®ケア実施様子



図表・中国における施術状況

表1 <上海・礼愛 被施術者施術状況>

	年齢	性別	言語	主訴・疾患名	介護レベル	看護ケア (カルテより)	実施回数			
							背部	足部	手部	合計
1	70	女	中国語・上海語	認知症（記憶障害・物盗られ妄想・時々暴力的）・不穏・心臓病・糖尿病・時々失禁	2	見守り・声掛け・失禁時対応・転倒防止	0	2	10	12
2	84	女	中国語・上海語	認知症（記録障害、見当識障害）・糖尿病・高血圧・心臓病・呼吸器疾患・痛風・入居前転倒歴あり現在杖歩行・転倒時右股関節骨折	3	血糖値管理（定期測定）	0	3	7	10
3	81	女	中国語・上海語	認知症・乳がん（左乳房切除）・排尿困難、頻回な尿意の訴え	1	IN OUT バランス・トイレ誘導・転倒防止	0	1	7	8
4	85	男	中国語・上海語	心不全（現在症状なし）・糖尿病・骨粗鬆症で転倒歴あり（右股関節骨折）	2	見守り・声掛け・失禁時対応	0	0	8	8
5	74	男	中国語・上海語	認知症・糖尿病・脳梗塞・高血圧・痛風・呼吸器疾患・入居前栄養失調・入居前腰部の圧迫性骨折	1	全介助	0	5	3	8
6	63	男	中国語・上海語	認知症・高血圧・前列線肥大・肝一部切除	1	見守り・声掛け	2	1	6	9

			海語							
7	75	女	中国語・上海語	認知症（戸惑い・徘徊）・慢性気管支炎・糖尿病	2	転倒防止	6	0	6	12
8	91	女	中国語	認知症・心臓病	2	声掛けで本人拒否なら介助	9	1	5	15

b. 実証調査分析結果

➤ 日本式介護を受けての『感想』

施術者の手から伝わる温もりや優しさを、心地良いとする反応と捉えられる「気持ち良い」・「とても良い」・「温かい」・「眠くなってきた」という主観的で快の表現が圧倒的に多かった。また、「また来てね」・「またやって」・「＜受けたケアの話しをする＞」など、再度の実施を求めているとも捉えられる声や、「とても親切で幸せ」「なぜそんなに優しいの」「あなた達が好きです」と、信頼関係の構築による声も聞かれた。

➤ 『表情』の変化

『表情』を観察し続けた結果、事前調査で多く観察された【無表情】・【陰しい】・【不安そう】・【悲しそう】が減少し、【笑顔】が多く見られるようになった。その他、【うっとり】・【豊かになる】・【ゆるむ】・【生き生き】など、穏やかでリラックスした様子が見られる変化が見られた。

職員および被施術者の家族からは、施術直後および施術期間中に、「普段よりも笑顔や穏やかな表情が多く見られるようになった」、とのフィードバックがあった。

➤ 『気分』の変化

実践記録の結果から、【動き回る】・【外に出たがる】・【家族を探す】・【キョロキョロ周囲を見る】といった気分が落ち着かないがための行動と捉えられた回数が施術中および施術後に減った一方、【椅子に静かに座る】・【静かに過ごす】・【目を閉じる】・【うなずいて満足する】・【自分の椅子やベッドに戻る】等の落ち着いて過ごされる回数の増加が見られた。ケア実施後に涙ぐまれる方もいた。

タイムスタディの結果から、ケア実施期間中又は後に、8人中2人に「外に出たがる又は混乱」の回数に減少が見られた。

➤ 『信頼関係』

施術中から後には、施術対象者が、【施術者を気遣う発言】・【感謝の言葉】・【他者やスタッフと話す】・【聞き取れない言葉を発する】・【自分や家族のことを話す】・【施術者に同意を求める】・【口数が増える】・【施術者へ頼み事をする】のみならず、視線で施術者を探したり、【施術者に近づく、呼ぶ】・【施術者を見つめる】・【施術者の手を握る】・【施術者に触れる】・【施術者の手をさする】・【施術者に抱きつく】など、施術者に触れ、積極的に関わろうとする姿が多く観察された。

また、タイムスタディの結果から、ケア実施期間中又は後に、8人中2人に「他者との関わりを図ろうとする」、8人中1人に「自らの意思表示や言動」回数に増加が見られ、8人中2人に「他者への拒否的言動」又は「介助を拒否する」回数に減少が見られた。

更に、被施術者の家族から、「短期間で被施術者と施術者が親しくなったことに驚いた」、とのフィードバックがあり、長らく家族であってもスムーズに触れることが困難であった被施術者についても、信頼関係を築き始めることができた結果であった。

➤ 『身体認識』

施術中、【手足をじっと見る】・【手足の指を動かす】の行動も多く見られた。

また、被施術者自ら【手を見せる】・【指をひっぱる】・施術者に【受けたケアの動きを再現する】などの行動も見られた。

ケアを体験した家族から、「自分の手がこんなに大きいと思わなかった」との感想も聞かれた。

➤ **身体機能の向上『血行』・『口渇』・『食欲』・『蠕動運動』**

『血行』では、施術中から【手足が温くなる】により血行促進効果が見られ、手足をはじめ、肩などの【筋肉の緊張が緩む】ことによって、姿勢が緩む姿が見られた。『口渇』においては、施術直後に自ら水を飲む方が5人おられた。『食欲』においては、職員より、普段よりも施術直後におやつを食べたがる様子が伺えたとのフィードバックがあった。また、ご自身でトイレに行き排便された場合には、スタッフが排便を把握できない可能性もある状況の中での調査ではあったが、『蠕動運動』については、タイムスタディにより、ケア実施期間中又は後に、8人中6人に排便回数に増加が見られた。

➤ **『夜間の睡眠』**

職員より、普段と比較し、施術後は、【寝つきが良い】・【ぐっすり眠れる】とのフィードバックがあった。また、「寝つきが良くなった」「以前は夜間に覚醒した際、なかなか落ち着かずに寝付けなかった方が、トイレで覚醒した後にも、落ち着いてスムーズに再入眠されるようになった」、とのフィードバックもあった。

➤ **『活動』**

『活動』では、施術中から後にかけて、【レクリエーションに積極的に参加する】に増加が見られ、レクリエーション以外においても施術者に【歌う】などの姿を見せてくれるようになった。

B. 在宅

a. 調査対象施設および施術対象者概要

施術者対象者の選定は、地元 NPO 法人の協力の基、上海市認知症高齢者市場現状調査の対象者からランダム抽出し、居宅訪問によって、家族および施術対象者に説明が行われた。調査期間中、調査員が施術対象者の自宅を訪問し、聞き取りによる情報収集とケアが実施され、聞き取りによる情報収集および実践記録を用いて分析を行った。

図表・中国における在宅施術状況

表2 <上海・在宅 被施術者施術状況>

	年齢	性別	主訴・疾患名	実施回数			
				背部	足部	手部	合計
1	76	男	認知症（記憶障害・見当識障害）・高血圧・失禁あり	7	7	7	21
2	67	女	認知症	4	4	4	12
3	74	女	老年性認知症（記憶障害・暴力・暴言・うつ・不安・自傷行為あり）・高血圧	4	4	4	12
4	80	女	記憶障害	4	4	4	12

b. 実証調査分析結果

➤ 日本式介護を受けての『感想』

施術者の手から伝わる温もりや優しさを、心地良いとする反応と捉えられる、【温かい】・【眠くなってきた】という主観的で快の表現が圧倒的に多かった。また、【また来てね】と、再度の実施を求めているか信頼関係の構築と捉えられる声が聞かれた。

➤ 『表情』の変化

施術期間中【笑顔】を見せる回数が増加した。普段は無表情だが、施術中は目を大きく開け表情が明るかった。

➤ 『気分』

施術期間中、「あなたの手は柔らかい」との発言が聞かれたり、ウトウトされたり、気持ちよさそうであったり、機嫌が良かったり、気分が良いと捉えられる結果であった。

➤ 『信頼関係』

被施術者が【感謝の言葉】・【自分や家族のことを話す】・【口数が増える】のみならず、【施術者の手を握る】・【施術者に触れる】など、施術者に触れ、積極的に関わろうとする姿が多く観察された。

➤ 身体『認識』

施術中から後に、【手を見せる】行動が多く見られた。

➤ 身体機能の向上『血行』・『口渇』・『食欲』・『蠕動運動』

『血行』では、施術中から【手足が温かくなる】・【施術後顔色が良くなる】が見られ、血行促進効果が見られた。それ以外については、在宅においては変化は見られなかった。

➤ 『夜間の睡眠』

家族より、普段に比べ、【施術後はぐっすり眠れる】ようになった、「夜間覚醒の回数が減った」とのフィードバックがあった。

➤ その他

妻を友人と認識していた方が、ケア実施後、妻と認識したばかりでなく、妻の名前まで思い出し、呼ぶことが出来た。記憶障害の改善が見られたと考えられる結果であった。

③. 考察

タイムスタディおよび実践記録の内容分析から生成された『感想』・『表情』・『気分』・『信頼関係』・『身体認識』・『血行』・『蠕動運動』・『口渇』・『食欲』・『夜間の睡眠』・『活動』の11のカテゴリーをもとに、対象国におけるケアの効果を考察する。

A. 情緒の安定を促す日本式介護

日本式介護の特徴的な手技であるタクティールケアは、施術者の手による柔らかく包み込むようにゆっくり触れる皮膚への接触により脳下垂体後葉ホルモンの一種であるオキシトシンが分泌され、血液を介して身体中に広がることで、穏やかさと安心感をもたらし、さらには心地よさと人の手に身体を委ねている感覚を味わうことができるとされている。

今回の実証調査は、上海語や上海以外の方言しか話せない方もいらっしゃるなど、入居者間はもちろんのこと、職員および施術者とも言語コミュニケーションがスムーズではないという、日本とは介護の実施状況が異なる中でタクティールケアの施術であったが、肌と肌との触れ合いによる安心感を得られる機会が増えた結果、対象者は普段と比較する、精神的にも身体的にも緊張が和らいた状態となり、不安、痛みの軽減および情緒の安定に効果がみられた。また、タクティールケア以外でも、手、背中をさすり続けることで、笑顔で穏やかに落ち着いて過ごされていた方が多く、事前情報として伺っていた、暴力傾向、混乱などはほとんど見られなかった。

施術対象者の中に一定時間静止していることが困難な対象者がいた。施術者が手のタクティールケアを行うことは困難であったが、対象者が施術者の手をさすり続けることで、普段見られていた、表情が陰しくなる、外に出たがるといった言動はほとんど見られず、笑顔で穏やかに過ごす時間が増えていた。

言語を要さなくてもタクティールケアにより、情緒が安定し認知症状の緩和に有効であることが示唆された。

B. コミュニケーションツールとしての日本式介護

日本式介護は、肯定的接触により相手の心身に触れることができ、身体的接触のみならず、心の接触により、一人の人間として認められていると感ずることができ一方、施術者に対する報告から、施術対象者・施術者の双方に相互作用しあうことで、施術者の身体的・精神的負担の減少効果もある（木本、2012）。

対象者の中に、普段から介護者が近づくことや介助に拒否的な方がいらした。当初、施術者が近づくと、「あっちへ行行って」と拒否的で、触れることさえも困難であったが、徐々にコミュニケーションを取っていく中で、手や背中に触れることができ、施術者が近づいた際にも拒否的言動が聞かれなくなっていった。触れることによりお互いの心の距離が近づいた結果と考えられる。

また、本調査においては、たとえ言葉が通じない方であってもタクティールケアの施術により、数日間という短期間の関わりにおいてもスムーズに信頼関係が築けることが証明され、この結果は、今後、海外において言語の異なる介護者が介護する際には、信頼関係をスムーズに構築するコミュニケーションツールとして、日本式介護は非常に有効であることが示唆された。

C. 身体認識を高め・身体機能の向上を促す日本式介護

施術中から後に、【気持ちいい】との発言、更に、意識が自身および施術者の手指や足に向き、受けたケアの動きを再現するなど、興味を示しながら身体への認識が高まったことが確認できた。

施術直後に口渇を訴え、自ら水を飲んだり、積極的におやつを食べるなどの行動回数の増加も見られた。更には、排便回数が増えた方もおられたことから、これらは、継続的なタクティールケアの施術を通じて、血行促進による代謝の向上に加え、気分の安定および副交感神経優位がもたらした身体機能の向上とも考えられる。

D. 良好な睡眠を促す日本式介護

施術中にウトウトされたり、入眠された方が多く観察され、睡眠導入効果が確認できた。ま

た、実証調査期間全体を通し、睡眠時間に大きな変化は見られなかったものの、施術中から後にかけて、【施術後は寝つきがよい】・【施術後はぐっすり眠れる】が観察されたり、家族や職員から、「夜間覚醒回数が減少した」・「夜間覚醒時、穏やかになり、スムーズに再入眠することが増えた」、とのフィードバックがあった。

施術対象者の中に一定時間静止していることが困難な対象者がいたが、手をさすっているうちに対象者がウトウトされ入眠された。必ずしも完全なタクティールケアを行わなくとも、肌と肌との触れ合いにより、入眠への効果があると期待された。

更に、仮眠に最適な時間帯（午後 1 時～4 時ごろが最適で、それ以降の時間は夜間の睡眠に悪影響を与えるといわれている）における施術によって、仮眠による午後の活動性を高い水準に保ち、夜間の睡眠の質を高められた結果であった。また、今回実証調査を行った施設においては、日中に昼寝をしている場合、食事の時間以外は自ら起きるまでそのまま寝かせている状況が多く見られる中、施術により、より良質な日中仮眠が取れたと言える。このことから、施術時間を考慮した上での日本式介護の導入が有効であると考えられ、高齢者の『活動』で見られた【レクリエーションに積極的に参加する】ことにも繋がっていると考えられる。

E. 活動性を高める日本式介護

施術終了とともに覚醒を促すことが仮眠後の活動を促進し、良質な睡眠を保障する意味で重要であると報告されたように、今回の実証調査を行った施設においては、施術後に覚醒し、また施術者とかかわりを持ったり覚醒していることにより、夜間の睡眠時間が保たれたり、日中の覚醒時間の増加が見られた。以上に述べたように、日本式介護によってもたらされる情緒の安定や睡眠の改善が、高齢者の【レクリエーションに積極的に参加する】、すなわち活動性を高めることにつながったのではないかと考える。

また、【レクリエーションに積極的に参加する】については、施術者と一緒での参加であり、施術者が日本で行われている個別ケアの対応も心がけた結果、施術対象者は普段より積極的に活動される様子が観察された。この結果は、言葉が不通な場合であっても、高齢者と信頼関係が築けたことによる結果とも言える。

④おわりに

日本式介護の特徴的な手技であるタクティールケアをより効果的に行うためには、施術対象者の好みに応じた環境（音楽、香り、照明など）を準備し、施術対象者がリラックス出来る状態を作ることが望ましく、弊社が運営する認知症グループホームの環境はこれに応じることが可能であり、タクティールケアの効果をより高く発揮してきた。

今回調査が実施された施設の認知症棟は、居室は 6 名以上の多床室であり、共有スペースには仕切りがなく個人の好みに応じた環境を作ることが難しい構造であった。施設の構造も関係し、入居者の日中の活動は、居室で過ごす以外は共有スペースで行われる集団プログラムに参加するか、施設内を歩き回ることが多い状況であった。常に集団行動を強いられる環境は認知症高齢者にとっては過度なストレスを受ける環境であり、認知症状を進行させる最大の原因となるといっても過言ではない。

ケアの実施中に周囲の入居者の言動や職員等の作業音や大きな声が影響し、施術対象者がケアに集中出来ないことが多く見受けられた。また、ケアを受けている方に対し、職員が大きな声で「気持ちいいでしょう！」と話し掛けたり、背中を強く叩いたりすることがあり、施術対象者の意識が散乱してしまい、タクティールケアの本来の効果が発揮出来ないのではないかといった懸念があった。

このような環境下においても、前述した通り一定の効果を得ることが出来たのは、まさにタクティールケアそのものに効果があることを評価することが出来るものであり、本調査がメディカル・ケア・サービスのグループホームと同様の環境、もしくは施術対象者個々の好みに応じた環境の中で実施することが出来ていれば、より高い効果を証明出来たと考えられる。日本の認知症グループホームのような家庭的な環境下でタクティールケアを例とした専門的療法が適切に実施されれば、中国・上海においても認知症状の進行緩和や認知症による行動障害の改善が期待出来ることは容易に想像出来る。

また、福祉機器・用品について日本との比較は、シンガポール、マレーシアとほぼ同様であったが異なる点は、以下のとおりであった。

①衛生面

消毒用品が設置されているものの、職員、利用者の家族等が使用している様子を見受ける事はなかった。この消毒用品の効果を伝達できれば、有効なものとして普及できると考える。

②介護用入浴機器

1台の介護用入浴機器が設置されていたが、全く使用されておらず、理由を聞いたところ、以下の点が挙げられた。

- 入浴よりシャワーの方が、人員の手間をかからない。
- 電気代や水代の節約
- 入浴機器の操作方法が分からない。
- 利用者の身体の衛生面を配慮よりもお風呂場、浴槽の掃除は面倒だと考えている
- 入浴は体を清潔にし、血行を良くするとともに、リハビリとストレス解消にも効果あるが、使用してないことは入浴の効果や良さを知らない

以上のことから、使用方法や目的を伝達することができれば、利用者の衛生面、職員の負担の軽減の観点から有効であると考ええる。

この様に、ソフトが未熟であると高機能なハードが整っていてもそれを活かすことが出来ない。逆も然り、ハードが不十分であると有するソフトを存分に発揮することが難しくなる。日本では認知症高齢者の増加に伴い、様々なケアの理論や技法が広まってきた。今日では多種多様なケア方法が存在するが、いずれもソフトとハードの双方が作用することでより高品質な認知症ケアの実践となることに違いない。

（２）上海市内認知症高齢者の日本式介護実施状況について

①調査対象者概要

A. 調査①

訪問調査時間 : 2014年12月23日 午前中（9:30～11:00）

被介護者 : 76歳、男性

介護者 : 妻

<本人の症状>

大学卒業、エンジニア、血圧高い、18歳から抗高血圧薬を飲んでいる。

既往歴：12年前から、物忘れ、何件病院に行ったことがある。同済病院3年追跡測定した。

CTの画像は、光点があり、脳の萎縮があるため金美剛薬を飲み続けた。

昨年の秋ごろから症状は重たくなり、歯磨き、シャワーをしてないのに自分は、済んだと思
い込んでいる。

昼食後、家に帰りたいと訴える。(故郷：馬鞍山)。荷物を持って家を出て、外にいても方向
は分からなく、目的がなく、道もわからない。門の鍵をかける等の対応している。

家族のこと、奥さんのことがわからない。

奥さんを友人と思っている。

排泄ことは分からないため、よく失禁してしまう。

本人は、鍵のことは分からない。

怒りやすい。

朝と夜は少し落ち着く。

洗顔、歯磨きをしたくない、いつもご飯を食べたいと言っている。

午後から動き始め、荷物をまとめるため、「家はどこですか」と尋ねると「馬鞍山と答える」(若
い時、住んでいたところは馬鞍山)

毎日、奥さんはどこでも連れていく。

娘は、一人子供と二人暮らし、息子は障害者で、病院にいる。奥さんは一週間一回病院に行く。

<奥さん(介護者)の状態>

高血圧、頭痛、心臓病、悩む、興奮、心配、不安、毎日泣いている。

毎日、血圧や、頭痛などの薬を飲んでいる。

近所の人と付き合いがなく、夫の病状も知って欲しくない。

<要望>

ケアは事務所にしてもらう。

➤ ケア実施の状況

2015年1月12日～15日 4日間の午前中

- 第1回目：1月12日 9:00～10:00

手順：背中⇒手⇒足

表情は穏やか、帽子のことを分かっている。

家族（奥さん）：効果大きく見えない

- 第2回目：1月13日 9:00～10:00

手順：背中⇒手⇒足

家族の希望：夫は午後1時頃から、家に帰りたいと騒動が始まるので、午後もう一度やって欲しい。

本人は「貴女の手は柔らかい、温かい。」と言った。

本人の様子：表情安静、目が閉じ、眠り始めた。

- 第3回 1月13日 13:00～13:40

手はリラックスしている。

足のケアを始めると、眠り始めた。

家族からの情報：昨日、午後外出していないが、4時頃から家に帰りたいと騒動が始まった。晩御飯を終わってから、安定していた。
奥さんは、熟睡できた。

• 第4回目 1月14日 9:40～10:30

雨が降っていたため、娘さんが連れてきた。急いで歩いてきたので、汗がたくさん出ていた。
眠たい表情で施術を受け、娘と一緒に眠り始めた。

• 第5回目 1月14日 13:18～14:00

施術中、途中目が開いたり、閉じたりしていた。
施術が終わると、満面の笑顔を浮かべ“明日はまた来ます！”と言った。

• 第6回目 1月15日 9:05～10:00

足の施術中、「暖かい」と言った。
施術後は、自分で服、靴下、靴、帽子を整理していた。
今日の朝食の内容を言えた。

• 第7回目 1月15日 13:21～14:00

実施中、眠り始めた。
奥さんは、「自分のことを覚えてもらえないことで、いつも悲しい」と言っている。
そして、実施前、後で、聞くことにした。

➤ シーン

背中ケア前に、「貴方と一緒に来た人は誰ですか？」と本人に聞いた。
「友だちです」奥さんのことを分らない。
背中ケア後、隣の奥さんに向かって、
「彼女は誰ですか？」と聞いた。
「私の妻です」と答えた。
「名前を教えてくださいませんか？」
「覚えてないです」本人は奥さんのことは分かったが、名前は覚えていなかった。
手、足のケア実施後、自分で靴を履いて、服装を整理して、座った。
再度、聞いた。
「貴方は誰と一緒に帰りますか？」
「奥さんです」
「奥さんはどこにいますか？」
「あそこです」手で奥さんの方を指した。
「名前は？」
「〇〇〇」
「呼んでみて下さい」
「〇〇〇、来てください」と彼は大きい声で呼びました。

B. 調査②

訪問調査時間 : 2014 年 12 月 23 日 午後 (13:30~16:00)

被介護者 : 女性 (妻)、建築設計エンジニア、67 歳

介護者 : 男性 (夫)、67 歳、学校の先生

<本人の症状>

2004 年から物忘れが始まり、お母さんの看病に行くのに道が分からなくなった。銀行のお金を引き出すことができない。

発病の時、自分の名前を書けない。

1 年半前に、CT を病院で検査し、AD は、アルツハイマー、アリセプトを毎週処方され、三年服薬していた。

妻の母も認知症だった。

2011 年、お母さんを看病しながら、自分の病状が重たくなった。

夫は優しい、心かけて世話している。

2013 年 3 月から、家政婦を雇っている。

2013 年 12 月 14 日、夜中 2~3 時頃、トイレに行く時に、アルツハイマー薬を飲み続けたせいか、突然、癲癇 (てんかん) 症状を発症し、車椅子を使用している。

今はオムツを使用、できるだけ夜は、トイレに行かないようにしている。

現在、時々言葉が出るが、意味はわからない。

食事時間は 1~2 時間、時々 2~3 時間かかる。

<課題>

① 食事介助の時間がかかる

② 口腔ケア難しい、温塩水うがい

➤ ケア実施の状況

・ 第 1 回目 2015 年 1 月 12 日 10:30~11:30

足の施術中、眠り始めた。

・ 第 2 回目 1 月 13 日 10:30~11:30

普段は無表情だが、施術の中は目を大きく開けている。

昨日より表情は明るい。

音楽を流している携帯を触りながら、音楽に対して反応はある。

家族からの情報：睡眠は以前より、深く眠れている様子。

・ 第 3 回目 1 月 14 日 10:30~11:30

携帯を触りながら、遊んでいる。

時々、施術者の方をジッと見ている。

家族からの情報：夜睡眠は良好。

- 第4回目 1月15日 10:30～11:30

最初は手が冷たいが施術後は、あくびが出て、手は物を探しているよう。目線はずっと目の前の人をみている。

C. 調査③

訪問調査時間 : 2014年12月25日 午後(10:00～11:30)

被介護者 : 女性(妻)、74歳、高血圧、

介護者 : 男性(夫)

<本人の症状>

足の手術をしてから、人工関節を作った後、記憶障害、物忘れ、怒りやすい、うつ病、「死にたい」とよく口にする。

物を投げる。

夫がいない時、不安で、自傷行為をする。

ドア、窓を閉めているかどうか心配。

精神科医に老年性認知症を診断された。

現在、車いすを使用しており、ベッドで過ごすことが多い。

車椅子には手すりがない。

娘は、2人とも同じ建物に住んでいる。

➤ ケア実施の状況

第1回目 2015年1月12日 15:50～16:50

笑顔で、話してくれた。

背中での施術中は、終始、安静な状態で眠り始めた。

手と足の施術中は、よく話していた。

- 第2回目 1月13日 15:50～16:50

手順：背中⇒手⇒足

気持ちいいのか、“笑み”を浮かべていた。

- 第3回目 1月14日 15:45～16:40

ベッドで、施術することにした。

背中では眠そうにしていたが、手と足の時、終始、話をしていた。

- 第4回目 1月15日 16:10～16:50

終始、ご機嫌に話をしていた。

背中での施術中は、安静にしていたが、手、足の施術時は故郷の話、自分の子供頃のことについて良く話した。

<家族からの情報>

夜、夢で目が覚めることは数回あるが、ケアを実施後、一晩中で、2回程度になった。

D. 調査④

訪問調査時間 : 2014 年 12 月 25 日 午後 (13:30~16:00)

被介護者 : 女性、80 歳

介護者 : 息子

<本人の症状>

夫は元軍人で現在、入院中である。

息子と一緒に住んでおり、息子はお父さんの介護とお母さんの生活を世話している。

本人は、今日がいつか分からないが、計算は、“ $100-7=93$ ” など少しできる。

料理を作る意欲があるが作れない。

意思疎通ある程度できるが、話題はころころ変わる。

病院から認知症診断はない。

➤ ケア実施の状況

第 1 回目 2015 年 1 月 12 日 13:30~14:30

手順：背中⇒手⇒足

背中の施術は、ベットに横になっていた。

手と足の施術中は、眠り始めた。

- 第 2 回目 1 月 13 日 13:30~14:30

施術中は終始、昔話を話していた。

- 第 3 回目 1 月 14 日 13:30~14:30

背中の施術中は、安静にしていたが、手と足の施術中は、よく話し、息子さんとの会話が多かった。

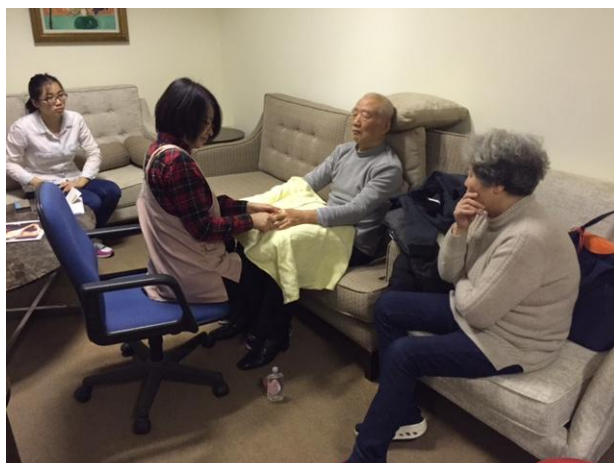
- 第 4 回目 1 月 15 日 14:25~15:00

終始、機嫌が良く、背中の施術中は、安静にしていたが、手と足の施術中は、よく話し、息子さんとの会話が多かった。

<家族からの情報>

夜、夢で目が覚める症状は続き、効果は明確に出なかった。

タクティール®ケア実施様子



第6章 中国対象エリアにおける認知症介護の普及・啓発

6-1. 実施セミナーの概要

1) 概要

①経緯

株式会社リエイおよび日本国内で認知症に向けるグループホーム 226 棟を運営しているメディカル・ケア・サービス株式会社は、上海市地域に向け高齢者の実態（想定市場規模）や、認知症（患者）を取り巻く環境の確認および必要と思われる介護サービスの把握を目的として調査を実施し、その結果を上海地域各関係者にフィードバックし、今後の事業展開の参考にしたとい考えセミナーを実施した。

②議題

“認知症高齢者の現状と今後の政策について”（討論会）

③開催日時

2015 年 1 月 29 日、9：00～18：00

④場所

上海社会科学联合会六楼群言厅 *淮海中路 622 弄 7 号

⑤主催

上海社会科学院

⑥企画

- 株式会社リエイ
- メディカル・ケア・サービス株式会社

⑦後援

- 日本国上海総領事館
- 日本貿易振興機構

⑧協力

- 上海市民政局
- 上海市衛生局
- 上海市浦南医院

⑨討論会のプログラム

- 8:30-9:00 受付
- 9:00-9:20 上海社科院、上海市衛計委員会、上海市民政局長各位より開催の挨拶
- 9:20-9:30 日本国上海総領事館領事、日本貿易振興機構代表、(株)リエイ代表取締役 椛澤社長より挨拶
- 9:30-10:10 メディカル・ケア・サービス(株)より上海市における高齢社会の認知症介護サービスについて実証調査報告書の発表
(調査実施先：メディカル・ケア・サービス(株)、(株)みずほ銀行、(株)リエイ)
- 10:10-10:30 (株)リエイより上海市における高齢者介護事態のネット調査発表
- 10:30-10:50 意見交換
- 10:50-11:20 お茶、撮影

- 11:20-12:20 “**老龄社会失能失智老人の长期照料：現状、趋势与应对政策**” 討論会

メンバー：上海社会科学院の左学金教授一行より 4 名

(株)リエイ海外事業開発部長田中克幸

(株)日本スウェーデン福祉研究所代表取締役中込敏明

- 12: 20-12:30 意見交換
➤ 12:30-13:30 ランチタイム
➤ 13:30-14:45 上海礼愛の施設へ移動時間
➤ 14:45-15:30 養老施設見学（上海礼愛）
➤ 15:30-16:15 認知症介護手法について講演（上海礼愛）
➤ 16:15-18:10 市内に戻る移動時間
➤ 18:10-18:30 閉会式挨拶
➤ 18:30-20:00 交流会

⑩参加者

上海社会科学院の研究員、養老事業関係者および医療関係者計 62 名

2) 主な質疑および応答内容

①質疑 1

質疑者：日本式介護とは何か？

回答者：日本式介護の柱として 3 点を論じた：

- (1). 被介護者の尊厳
- (2). 介護側の組織力
- (3). 衛生管理を含める安心と安全のサービスを提供すること

②質疑 2

質疑者：お金さえあれば十分なサービスを提供可能ではないか？

回答者：上海でも高級な養老院がたくさんあるのに入居率は 10～20%しか達していない。設備などのハード面をばかり追求しても一般の介護者に届かない事実である。

③質疑 3

質疑者：日本企業が上海で事業を展開すると値段の設定はどのくらい？

回答者：調査の結果を見ると、求められているサービスがバラバラなので収支を鑑み検討する。

④質疑 4

質疑者：衛材の認知症対応薬剤-アリセプトはどのくらい使っているか？割合は何パーセントか？

回答者：統計はないが、日本においては医者診断がなければ手に入らない。

3) ご参考

上海社会科学院



討論会



第7章 本調査を通じてのまとめ(考察)

7-1. シンガポールの事業環境に関する考察

1)市場規模

シンガポールの市場規模は、2015 年以降急速に高齢化率が高まり、2030 年には高齢社会へと移行し、2065 年には高齢化率が 33.7%にまで上昇し、認知症患者数も 2015 年の 52,000 人(有病、発症を含む) から 2050 年には 244,000 人程度にまで増加すると推計されている。また、インターネット調査の結果として、認知症対応型サービス(在宅、居宅合わせて)の最大施設市場規模は、491 億円と推計された。

2)認知症介護の実態および事業環境

シンガポールにおける認知症介護の実態は、家族を重んじる文化が強く家族介護が一般的であるが、現実の介護の現状に限界を感じている一面もある。外部サービスを利用する場合、求めるのは負荷の低減と「家族で介護する」という文化的背景からの慣習をできる限り維持することであり、「自宅の近くの通える距離にあるデイケア」を受容する傾向にある。

一方で、介護サービス利用については、価格を重視する傾向が強くなっている。各サービス別に受容価格帯を以下に示す。

- 居住系サービスの全体平均で S\$1,000/月(8.6 万円)であり、価格レンジは、S\$800~S\$1,470(6.9 万円~12.7 万円)で、隣国マレーシアの 60 分圏内の位置するジョホールバルについては、居住系サービスの全体平均で S\$740/月(6.4 万円)であり、価格レンジは S\$500~S\$970(4.3 万円~8.1 万円)であった。しかしながら、ジョホールバルに対する抵抗感は非常に強い。
- デイケアについては、全体平均で、S\$52/日(0.45 万円)であり、価格レンジは、S\$33~S\$62(0.28 万円~0.53 万円)であった。
- 住込メイドについては、全体平均で、S\$670/月(5.8 万円)であり、価格レンジは、S\$490~S\$810(2.6 万円~7 万円)であった。
- 訪問介護については、全体平均で、S\$25.5/時間(0.2 万円)であり、価格レンジは、S\$15.5~S\$34.50(0.13 万円~0.29 万円)であった。

支払の原資となる介護保険制度は、進展する高齢化を背景に、2002 年 9 月に「エルダーシールド」(ElderShield42)が導入され、シンガポール人および永住権保有者は 40 歳を超えた時点で自動的に加入することになった。エルダーシールド(ElderShield42)は政府が民間に委託した準公的保険であり、メディセーブ口座を持つ 40 歳以上のシンガポール人および永住権保有者が対象となる。自発的にエルダーシールド加入を辞退しない限り、40 歳になると自動的に加入し、保険料は 65 歳までメディセーブ口座から支払われる。重度の障害で基本的な日常行為(食事・入浴・歩行・着替え・寝起き・トイレ)のうち 3 項目以上を補助なしで行うことができなくなった時に最長 5 年(60 カ月)・月額 S\$ 300(約 2.6 万円)を受け取ることができる。

さらに、2007 年 9 月にエルダーシールドの仕組みの改訂が実施され、「エルダーシールド 400(Elder Shield 400)」として最長 6 年(72 カ月)、月額 S\$ 400(3.5 万円)に保障が拡充された。2007 年 9 月以降にエルダーシールドに加入した加入者は、エルダーシールド 400 が適用されている。保障内容は、在宅介護サービス、リハビリ費用、医療費、家計費、介護付き老人ホームの入所料などとなっている。政府系保険会社の NTUC インカム、地場民間保険会社のグレートイースタン保険、英保険大手アビバの 3 社が運営・販売会社となっている。

なお、高齢者ケアは中長期ケア（ILTC：Intermediate & Long Term Care）と呼ばれ、これは、大きく施設サービス（Residential Services）とコミュニティサービスに分けられる。施設サービスは、地域病院（Community Hospital）、ホスピス（Inpatient Hospices）、介護付き老人ホーム（Nursing Homes）となり、コミュニティサービスは、デイケア・サービス、リハビリサービス（Day Care/Rehab）、在宅ケア（Home Care）となる。

一般的に、病院は料金がいため、介護が必要な高齢者は、地域病院で3～6カ月、介護付き老人ホームで6カ月～1年、ホスピスに6カ月というような経過を辿ることが多い。高齢者が増加していく中で、施設による介護は十分ではなく、自宅での介護は重要になってきている。政府は統合ケア庁を2009年に設置し、医療機関や介護施設の拡充などを通じて、高度医療ら回復時のリハビリなどまで提供する地域病院、病院での治療は必要がなくなってもケアが必要な場合の介護施設といった、段階別に必要なケアを十分に提供できる仕組みづくりに取り組んでいる。

3)実証調査結果から得られた日本式介護の有用性と課題

実証に先駆けておこなった意識調査では、日本の商品・サービスについては良好なイメージを持っていることがわかった。特に、「家庭的な環境づくり」について魅力を感じていることがうかがえた。

タクティールケアを含む日本式介護の実証調査においては、実際の施術対象者の1名に夜間の拘束帯の使用中止、2名に夜間の拘束帯の使用時間の短縮、排便回数の増加、食事量の増加、睡眠の良質化という具体的効果が得られた。さらに、職員および施術対象者の家族から、「普段の生活での落ち着きおよび攻撃性の低下が見られた」「声かけの反応が良くなった」・「言葉を発する回数が増えた」・「他利用者との関係が良好になった」・「笑顔が多くなった」などのフィードバックを得られた。これは、現地の認知症介護、もしくは慣習として前提とされている家族介護と比較して、日本式介護はその効果を実感できる、ということであり、有用性を明らかにすることができたと考えられる。

なお、一方で、タクティールケアを含む日本式介護の特徴であるコミュニケーションについて、主に言語面で施術者と認知症患者の間での意思疎通には課題を残すこととなった。本格的に現地に日本式介護を根付かせるためには、現地の介護従事者への教育・育成が重要となることが示唆された。

以上のことから、日本式介護を受容する土壌は整いつつあると判断された。認知症専門サービスに対する支払意欲の引き上げを図るため、家族が頻繁に通いやすい住宅地において、多様なサービスをワンストップで提供する「多機能サービス」モデルが有効と結論づけ、日本の小規模多機能型居宅介護施設をモデルとした展開とし、家族介護からの移行、介護サービスの利用促進を図る。

7-2. マレーシアの事業環境に関する考察

1) 市場規模

マレーシアの市場規模は、2010 年 12 月末現在の 65 歳以上人口は、136 万人で、総人口に占める割合は 4.8%と、高齢化社会の判断基準である 7%にはまだ達していないが、65 歳以上人口が 7%台に達するのは 2020 年、14%台に達するのは 2045 年～2050 年の間と予想されており、認知症患者数も 2015 年 131,000 人（有病、発症を含む）から 2050 年には 593,000 人と推計されている。また、インターネット調査の結果として、認知症対応型サービス（在宅、居宅合わせて）の最大施設市場規模は、3,034 億円と推計された。

2) 認知症介護の実態および事業環境

認知症介護サービスの実態は、シンガポール同様に家族を重んじる文化により、家族介護が一般的とされているのであるが、マレーシアにおいて特徴的なのは、イスラム教徒は宗教的に介護を義務として考えられていることや、社会的認識として認知症が広くタブー視されていることである。結果的には、シンガポールよりも家族介護の前提は強いものであると考えられる。

しかしながら、現実の介護の現状に限界を感じている一面もあり、外部サービス利用の機運の高まりが示唆された。外部サービス利用に当たっては、いかに家族と同様のサービスを提供し、認知症患者の生活の質を維持できるか、が判断ポイントとなっている。親族の施設送りをタブーとする宗教的・文化的背景が存在することから、立地次第ではあるが、デイケアをより好む傾向がみられた。

一方で、サービス利用については、価格を重視しており、各サービス別の価格受容性は以下のとおりである。

- 居住系サービスの全体平均で MYR1,550/月（5 万円）であり、価格レンジは、MYR1,030～MYR1,870（3.3 万円～6 万円）であった。
- デイケアについては、全体平均で、MYR68 /日（0.21 万円）であり、価格レンジは、MYR51～MYR83（0.16 万円～0.26 万円）であった。
- 住込メイドについては、全体平均で、MYR1,080 /月（3.4 万円）であり、価格レンジは、MYR915～MYR1,440（2.9 万円～4.6 万円）であった。
- 訪問介護については、全体平均で、MYR52 /時間（0.16 万円）であり、価格レンジは、MYR28～MYR55（0.09 万円～0.17 万円）であった。

マレーシアにおいて医療・介護保険制度は存在しないが、国立・公立病院では収入のほとんどが国からの補助金で賄われており、診療費 RM 1（約 32 円）、入院費 1 日 RM 3（約 93 円）等非常に安価に医療を受けることができる。

一方、民間病院は比較的高額であり、基本的には中間層や富裕層または外国人が利用している。日本のように診療報酬点数表に基づいて計算されるような診療報酬の仕組みはなく、自由診療の形になっており、患者は全額負担となる。

また、介護施設等の新規開設においては、通例として、施設の竣工まで 2 年程度を要し、設備、人員配置を完全に行った上での申請し、許可までにおよそ 1 年程度を要するため、開設までに 3 年程度と人員確保のコスト負担が大きい点が課題である。

現地ヒヤリングの結果、マレーシア投資開発庁（MIDA）によると、現在マレーシア政府は医療・健康・介護に関する包括的な法律改正の国会審議を進めており、ナーシング・ホームとケアセンター（居住型ケアセンターおよびデイケア・センター）の管轄省庁がそれぞれ保健省、女性

家族社会開発省と分かれていたものを保健省管轄に統合する予定とされている。

これにより、これまで病院と同等の認可基準であったナーシング・ホームを介護施設として適切な条件下でのものへの改定し、同時にケアセンターに関しても国際的な基準との整合性を考慮し、入居者利用者の利便を図るとしているが、具体的には、2015 年中旬に発表される見込みである。

3)実証調査結果から得られた日本式介護の有用性および課題

実証調査に先駆けおこなわれた意識調査では、日本のサービス・製品についての高い評価が得られたが、歴史的背景から、日本式を嫌う高齢者も少なからず存在すること、さらに高価格であることを懸念とする声が挙がった。

実証調査においては、シンガポール同様に、職員および施術対象者の家族から、「普段の生活での落ち着きおよび攻撃性の低下が見られた」「声かけの反応が良くなった」・「言葉を発する回数が増えた」・「他利用者との関係が良好になった」・「笑顔が多くなった」などのフィードバックや、認知症患者本人の排便回数の増加、食事量の増加、睡眠の良質化など具体的な効果が見られた。

また、日本式介護については、マレーシアでは高品質というイメージとともにその有用性は広く認識されており、利用意向も高いが、「高価」との認識は一般化されており、その固定観念の払拭は必要である。

以上のことから、シンガポール同様に、認知症専門サービスに対する支払意欲の引き上げを図るため、家族が頻繁に通いやすい住宅地において、多様なサービスをワンストップで提供する「多機能サービス」モデルが有効と結論づけ、日本の小規模多機能型居宅介護施設をモデルとした展開とし、家族介護からの移行、外部サービスの利用促進を図る。

なお、実証調査の協力先である NEW LEGEND（ナーシングホーム）が、本実証調査で示された日本式介護の有用性を認め、今後同施設が展開を予定しているエリアにおいて、具体的に日本式介護を取り入れたいとの意向が示され、協議に入った。上記の事業展開方針と併せて同国での拠点設置をはかる。

7-3. 中国の事業環境に関する考察

1) 市場規模

中国の市場規模は、2040年には65歳以上の人口は3億人を超え、全体人口の約20%を超過することが推測され、今後、2025年前後に高齢社会、2040年頃には超高齢社会に達する見込みである。

認知症患者数も中国衛生局の発表によると、2012年に60歳以上の老人性認知症の発生率は4.16%で、全国の認知症高齢者の数は約807万との推測され、国連人口データをベースとした場合、2050年の60歳以上の認知症患者数は2,717万人に達すると想定される。

このように、高齢化問題の解決に向け中国政府主導で、養老施設や福祉施設の施設数は増加するものの、60歳以上高齢者、65歳以上高齢者の1,000人当たりの平均ベッド数は、それぞれ24.4床、32.6床に留まり、国際平均基準である50床には未だ達していない状況である。

また、インターネット調査の結果として、認知症対応型サービス（在宅、居宅合わせて）の最大施設市場規模は、1,541億円と推計した。

2) 認知症介護の実態および事業環境

認知症介護サービスの実態は、現在利用しているサービスについては、家族による世話が7割以上となり、施設等に入居している人は3割弱となっていることから、シンガポール・マレーシア同様に家族介護が一般的であることが明らかとなった。一方で家族介護者は課題を感じており（自由時間がない、体力的に厳しいなど）、その解決手法として施設入居が挙げられた。具体的なサービス体系は、同国には存在しない、「グループホーム」「複合サービス」に強い関心を示していた。

ただ、認知症自体への認知は高いものの、その治療法や専門施設の存在については認知は低く、認知症患者をケアする外部サービスへの普及啓発が必要となることが分かった。

なお、養老施設に入居している対象者の月額利用料金は、5,000元（9.6万円）以下が最も多くなっている。

日本式介護サービスへの関心は高く、サービスと品質、先進的な医療や技術を期待されているが、その中で、認知症対応型施設と、訪問介護、デイサービス、短期入居を合わせた、複合型サービスへの関心が高く、自宅に居るような暖かさや、専門的なサービスを受けられる、コミュニケーションが図れ親（認知症高齢者）が寂しくないなどを理由として、直ぐにでも利用したいと回答した。

介護保険制度関連では、介護サービスにおける介護レベルが分類されており、2001年に発布の『高齢者社会福祉機関基本規範』に基づき、高齢者の介護レベル別に基準を設けて、老人ホーム内の高齢者の介護レベルを老人の自立生活能力および需要に基づき自立老人、介護老人（半自立老人）、介護老人の三段階に分けられている。

2013年6月28日に養老機構設立許可弁法（民政部令第48号）が公布され、外資系企業が独資でも養老機構を設立可能となり、2014年11月24日には、外商投資による営利性養老機構の設立に関連する事項についての公告（商務部・民政部公告2014年第81号）が公布され、外国投資家が独資、あるいは合弁、合作で営利性養老機構を設立することおよび外国投資家が養老機構の規模化、チェーン化経営を進展させ、優良な養老機構ブランドを開発することを奨励し、外商投資営利性養老機構は内資と同等の税収等の優遇政策および行政事業性費用徴収の減免政策を享受できることとなり外国人および外資系企業に対する参入障壁が下がったと言える。

3)実証調査結果から得られた日本式介護の有用性および課題

実証調査においては、シンガポール、マレーシア同様に、タクティールケアを含む日本式介護が対象者に目に見える効果を与え、家族からも高い評価を得た。

また、中国においては、本事業において実施した上海市地域に向け高齢者の実態（想定市場規模）や、認知症（患者）を取り巻く環境の確認および必要と思われる介護サービスの把握について、その結果を上海地域各関係者にフィードバックし、今後の事業展開の参考とするため、セミナーを実施したが、その際の本調査の共有は、大変有意義なものと上海社会科学院をはじめ、上各関係者より、評価を頂いた。

特に、日本式介護とは何か、日本企業が上海で展開する場合のサービス価格について、日本式介護を提供する上で、外国人介護者に対する教育面について多くの質問が寄せられた。

セミナー終了後の懇親会では、具体的に、認知症ケアの教育や、共同で施設運営を行いたいと言った提案を受け、セミナーを実施したことによって、現地関係者と関係構築ができた。

以上のことから、認知症ケアの教育に関する事業や、日本式サービスの良さ、先進技術に対するイメージは中国において既に定着していることから、併設型認知症専門介護施設（病院・介護施設における一部のユニットを含む）および、より多くのサービスを重視していることから、一つの施設において、複数のサービスを受けることができる多機能型居宅介護施設の展開が有効であると結論付けた。

7-4. 今後の事業展開

1) 想定事業概要

本調査を通じて、上海市における“教育事業”、“認知症対応型複合施設サービス”、シンガポールにおいては、“小規模多機能モデル”、マレーシアにおいては“認知症対応型施設サービス”の実現可能性が高まった。

前章で記述したとおり、各国ともすでに認知症患者は一定規模存在し、介護問題は顕在化している。アジア太平洋地域では、共通する文化的背景から、介護は家族がおこなうものという前提が存在するが、我が国においてと同様に、介護者の負荷（身体的、精神的）が重くのしかかり、外部サービスの利用についても検討の俎上に上るようになっている。

ただ、家族介護の前提から、他人に介護を任せる（もしくは施設に送る）ことはタブー視され、広く社会に受け入れられているものではないこと、さらにそのようなタブー視する土壌から、介護を仕事として現地人が担うということへの抵抗感が強いことにより、介護が事業として成立しにくいという事情がある。特にASEAN諸国については、外部サービスを利用する場合であっても、介護は外国人メイドに委ねることが一般的である。

介護者となっている家族にとって、被介護者への介護は家族としての義務であり、家族サービスという位置づけで認識されている。つまり、もし外部サービスを活用するとなった場合、家族と同等のサービス品質を求めるということであり、その際の視点は被介護者の生活の質維持を最優先で考えることになる。

また、介護者自身の負荷軽減という意味でも、後ろめたさなく外部サービスを利用できれば、そのサービスの需要は大きいと考えられ、介護者である家族も関与できていることが重要なポイントである。

そのような各国の認知症介護をめぐる意識を鑑みると、「家族の目の前で適切なケアがなされる訪問介護」「自宅から近く、負荷なく通える通所介護・デイサービス」「被介護者同士の交流により生活の質が向上するグループホーム」などの受容性が高いと判断された。それらのサービスは、各国においては未発達であり、需要調査でも、コンセプトに大きな関心をもたれていた。その際は、被介護者との接し方を家族と同等にする必要がある。

また、日本の認知症介護の特徴のひとつに、被介護者個人が有する世界観を理解し尊厳を守るということがある。それはすなわち上述のとおり家族が求める「被介護者の生活の質維持・最優先」であり、日本式介護が備える基本思想がまさにニーズを満たすものであると考えられ、日本式介護の需要は非常に高いと想定されるに至った。

事業は、上述の3サービスを複合的に提供でき、さらに住宅地に近接する小規模な施設（＝小規模多機能施設）として展開することを指向する。サービスの根底には、タクティールケアをはじめとした日本式を思想を組み込み、地域から信頼される施設となることを目指すこととし、地域単位で進出し、ボトムアップで事業を拡大していく。

なお、日本式介護は、手法・ソフトのみで実現できるものではない。施設の構造や導線といったハード面、さらに介護機器・用具も含めたトータルなパッケージではじめて実現可能なものである。したがって、各国への進出においては、そのような他産業とのコラボレーションが必要になると考えられる。

また、事業展開として、施設・サービス提供というモデルのみではなく、日本式介護のソフトを提供することも可能である。すでに中国においては、介護がビジネスとして顕在化しつつあるが、需要に反して提供者側のノウハウが存在しないという課題が挙げられている。そのような現

地事業者・パートナーに対し、タクティールケアをはじめとした手法をソフトとして提供する「教育事業」も、事業モデルに組み込んでいくことを指向する。

図表・3 日本における小規模多機能型居宅介護施設



写真・1 上海礼愛における施術対象者とのコミュニケーションの様子



写真・2 日本におけるタクティールケア講習会の様子



2) 想定ビジネスモデル

シンガポール、マレーシア、中国において展開する想定モデルを下記に記す。

① シンガポールでの想定ビジネスモデル

日本式介護を受容する土壌は整いつつあると判断された。認知症専門サービスに対する支払意欲の引き上げを図るため、家族が頻繁に通いやすい住宅地において、多様なサービスをワンストップで提供する「多機能サービス」モデルが有効と結論づけ、日本の小規模多機能型居宅介護施設をモデルとした展開とし、家族介護からの移行、介護サービスの利用促進を図る。

但し、シンガポールは土地探しが難しく、既存施設運営者とのJVでの提案が主流になると思われるが、案件が非常に少ない状況である。具体的には、従来施設（病院・老人ホーム等）を改修し、認知症専門フロアを併設したナーシング・ホームや、認知症専門のデイサービス又は、小規模多機能型のビジネスモデルを想定しており、パートナーとなり得る事業者の探索が早期事業化のポイントと認識している。

サービス別の計画を以下に記す。シンガポールでは、2015年度中にパートナーの選定と既存施設の改修、2016年度からサービスを開始し、3年目となる2017年度に収益化を図る。

<2017年度の想定事業規模>

➤ 改修型の認知症専門ナーシング・ホーム

単価：S\$1,500（132,000円）/月

利用者：80名

売上：S\$1,440,000（12,672万円）/年

➤ 認知症専門のデイサービス

単価：S\$1,500（132,000円）/月

利用者平均数：30名

売上：S\$45,000（4,750万円）/年

➤ 小規模多機能型

単価：S\$1,500（132,000円）/月

利用者平均数：50名

売上：S\$900,000（7,920万円）/年

② マレーシアでの想定ビジネスモデル

シンガポール同様に、認知症専門サービスに対する支払意欲の引き上げを図るため、家族が頻繁に通いやすい住宅地において、多様なサービスをワンストップで提供する「多機能サービス」モデルが有効と結論づけ、日本の小規模多機能型居宅介護施設をモデルとした展開とし、家族介護からの移行、外部サービスの利用促進を図る。

なお、実証調査の協力先であるNEW LEGEND（ナーシング・ホーム）が、本実証調査で示された日本式介護の有用性を認め、今後同施設が展開を予定しているエリアにおいて、具体的に日本式介護を取り入れたいとの意向が示され、協議に入った。上記の事業展開方針と併せて同国での拠点設置をはかる。

サービス別の計画を以下に示す。上述のとおり、マレーシアではすでにパートナー候補が探索できており、2015 年度にはサービスを開始し、2 年目となる 2016 年度には収益化を図る。

<2016 年度の想定事業規模>

➤ 小規模多機能型

単価：MYR 1,360 (45,000 円) /月

利用者平均数：50 名

売上：MYR 816,000 (3,200 万円) /年

➤ NEW LEGEND (ナーシング・ホーム) とのプロジェクト

認知症専門フロア併設

建設地：KL 郊外

土地面積：3,000-4,000 平米

居室数：60 室

単価：MYR 5,500 (181,000 円) /月

*平均 (部屋のクラスや、介護度により異なり、入居率 90%)

売上：MYR 3,564,000 (1 億 1,000 万円) /年

③ 中国での想定モデル

認知症ケアの教育に関する事業や、日本式サービスの良さ、先進技術に対するイメージは中国において既に定着していることから、併設型認知症専門介護施設 (病院・介護施設における一部のユニットを含む) および、より多くのサービスを重視していることから、一つの施設において、複数のサービスを受けることができる多機能型居宅介護施設の展開が有効であると結論付けた。

サービス別の計画を以下に示す。中国においては、パートナーとなりうる事業者が多数存在し、さらに具体的なプロジェクトも動きつつあることから、2015 年度中には施設サービスを開始し、2 年後の 2016 年度には収益化を図る。

<2016 年度の想定事業規模>

➤ 日本式介護の教育に関する事業

上海市内で認知症介護教育を行う

受講者数：100 名

単価：250 元 (4,800 円) /月

売上：300,000 元 (580 万円) /年

➤ 併設型認知症専門介護施設 (上海市郊外におけるプロジェクト)

建設地：金山地区

居室数：370 室 (認知症専門 70 室)

単価：6,000 元 (115,200 円) /月

売上：2,664 万元 (5 億 1,000 万円) /年

➤ 小規模多機能型

売上：240 万元（4,600 万円）/年

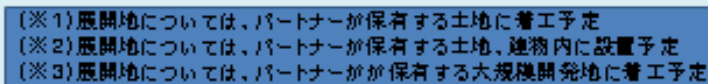
今後、日本の介護事業者が海外展開を進める上で、日本の認知症グループホームのような家庭的な環境下で、タクティールケアを例とした専門的療法が適切に実施されれば、各国においても認知症状の進行緩和や認知症による行動障害の改善が期待出来ることは容易に想像できる。

これまで、日本においては認知症高齢者の増加に伴い、様々なケア理論や技法が広まり、多種多様なケア方法が存在するが、それは、いずれもソフト面とハード面の双方が作用することでより高品質な認知症ケアが実現できている。

海外現地において施設や、教育事業を提供するにあたり、日本からの教育者、技術者と共に、日本の設計、設備、福祉機器・用具など製品も合わせて展開していくことが肝要である。

その際、パッケージ化する施設・製品の使用方法や、目的を伝えていかなければならないため、以下図表・1のスキームを検討している。

[illegible]

 中国

以上のことから、日本式介護をより成果のあるものとするために、図表・2のように日本の設計、設備、福祉機器・用具とケアのハード面とソフト面を一体として、日本式介護をインフラ等一体型輸出と位置づけ、進出していきたい。

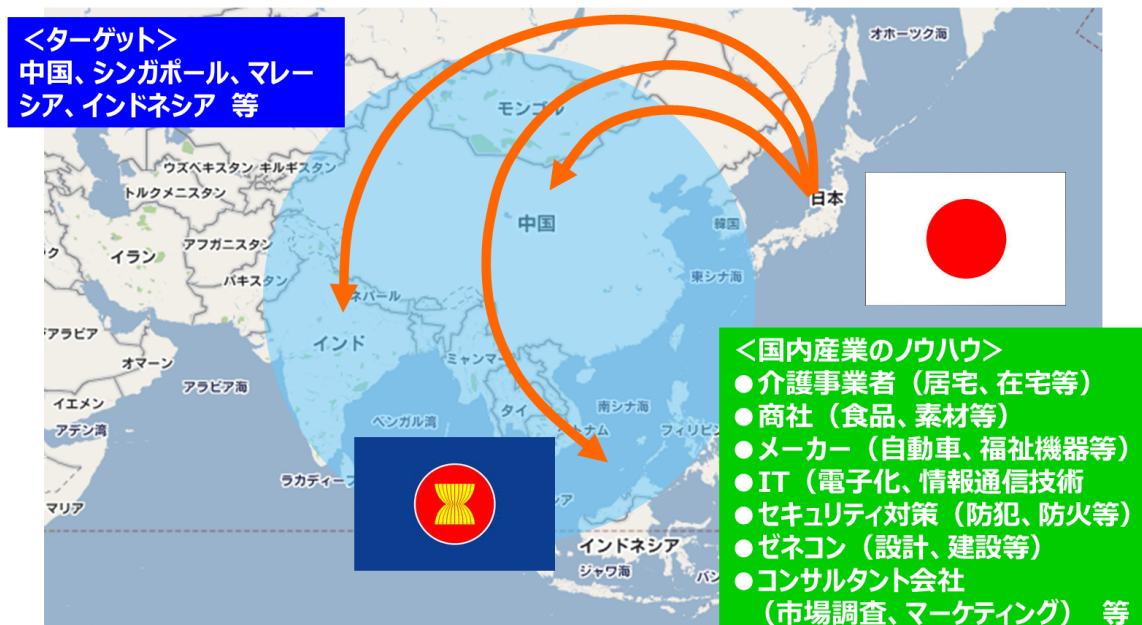
一方で課題としては、以下のとおりである。

- ✓ 家族介護への義務意識が高く、介護サービスの利用に概して消極的、特にマレーシアは、認知症及びホームや施設サービスが広くタブーとされている
- ✓ 両国とも認知症及び認知症対応のケア等への理解度が低く、専門的なサービスの必要性・ニーズを認識できないため、コンセプトとしては評価ができるが、可視化させることが必要
- ✓ 認知症に特化した専門サービスへの認識が低く、支払い意欲が低い
- ✓ 日本式介護とインフラ等一体型輸出のための設計、建設、福祉機器等の輸出および購入に対するリスクマネーの調達や、日本式介護のケア教育においては、一定期間、日本人専門家が対象国で教育を行うためコスト負担が増大する

なお、これらを踏まえ、対象国への展開は、既に施設利用者を見込める病院および介護施設を運営する企業を共同パートナーとして進めることとするが、日本式介護とインフラ等一体型輸出のための設計、建設、福祉機器等の輸出および購入に対するリスクマネーの調達や、日本式介護のケア教育においては、一定期間、日本人専門家が対象国で教育を行うためコスト負担が増大することから、日本政府他、関係機関と連携して検討していきたい。

図表・4 日本式介護とインフラ等一体型輸出

国内産業で培ったノウハウを活かし、“日本式介護サービス”として輸出



おわりに

1) 日本式介護サービス

本報告書は、日本の認知症介護サービスを海外展開するために実態把握と実証調査を行ったものである。この間、各国関係者より有意義な参考意見をいただいた中で、“日本式介護”とは何かとの疑問も呈された。

実際に、我が国は 2007 年に 65 歳以上の人口が総人口に占める割合が 21%を超え「超高齢社会」を迎え介護を必要とする人の数は増え続けていることを背景に介護サービス事業や各種の介護サービスが開発され提供されてきた。“日本式介護”とは、施設では食事や入浴などの時間を画一的に決めずに利用者ごとに設定できるようにするなどの利用者本位で考え、“思いやり”・“おもてなし”の文化・風習が根底にあるサービスである。さらに、これまでの運営経験や暗黙智の蓄積を知識化し、利用者の利便性を高める取り組みをしていることに特徴があるとしている。

しかしながら、この“思いやり”・“おもてなし”の文化・風習が我が国においても抽象的なものに過ぎない以上、それらを根底に持つサービスの価値を、諸外国に伝えることは困難である。日本式介護の諸外国への展開には、まずサービスの提供者側が、日本式とはなにか、根底にある文化・風習を理解しつつ、諸外国に説明できることが肝要である。

2) 日本文化の特徴

日本の文化の特長として、そのキーワードあるいは、シンボルと言われるものは、「雪月花」である。これは、日本人の生き方を示すもので、その季節ごとに自然を愛し溶け込み、そこで自然も含めた人間の連帯感、一体感を確認して生きている喜びを味わうものである。

この文化の底流には、ミクロネシア、ポリネシアからニューギニアにかけての南方海洋文化、その後、インドで生まれた仏教文化、中国の道教、儒教文化が流入し、19 世紀には西洋文明が、爆発的に入ってきたが、これらの様々な文化がほとんど奇跡的にうまく融合した。

また、日本では古くから自然をもっと深く神秘的なものと考えてきた背景がある。日本の文化を考えるうえで、この“自然”という言葉が非常に重要であり、「雪月花」はそのシンボリック存在であると考えするため、それぞれについて以下に記す。

- 「雪」：季節の移り変わり、時間の流れを表し、自然を決して固定的なものと考えず、テンポラリー（一時的）なもの、四季のように移り変わるものとして捉えている。
- 「月」：宇宙・コスモス、空間の広がりを表し、自然に荒々しく働いてはいるが、そこには必ずひとつの調和、秩序があると考えている。
- 「花」：時空に従って現れる存在現象の象徴、つまり自然であり、その自然を人間と対立したもの、あるいは征服すべき対象としてではなく、ともに生きる、あるいは感情を交わす、互いに愛情を持つ同じレベルのものとして考えている

つまり、自然に寄り添い、自然の法則に参加して生きてゆくという姿を採ることになり、働くということは、自然が物を造化する力に、人間がコミットする、参加することであり、その共同体の造り出す力にコミットすることに喜びを見出すという特殊性がある。

（出所：雪月花の心 栗田 勇 祥伝社新書より抜粋）

3) 本事業を通じて得られた成果と課題

現在、日本の介護事業者の海外展開については、既に十数社が、中国を中心に展開を始めている。

しかしながら、未だ中国における介護事業においては、需要はあるものの文化風習の不一致もあり日本の介護事業者の成功事例は確認できていないのが現状であった。この要因として、必要な介護サービスを具体的に見出すことが出来ずに、価格や施設のデザインでの差別化となり、一部の富裕層向けの高齢者住宅が介護として捉えられている現状があることは否めない。

上記2) 日本文化の特徴のように、日本文化の特殊性は、本実証調査を通じて、現地職員や家族から、タクティールケアの実施については受容的な感想が多く聞かれ、日本の施術者の心構えや姿勢などを真似て、利用者に話しかけている現場職員の姿が見られるなど、タクティールケアだけではなく、日本での介護場面における普段から心がけている、利用者を1人の人間として尊重し接する姿勢や態度が高く評価されたと考えられる。

今後、アジア圏における高齢化に伴い、認知症患者も急増すると予想されていることから、日本の特殊性を活かした介護サービスは、海外においても実現可能性が十分に期待できると考える。