厚生労働省　平成29年度生活困窮者就労準備支援事業費等補助金
社会福祉推進事業

# 外国人介護人材の適切な受入に資する
# 海外での介護サービス等の実態等に関する
# 調査研究事業

平成 30 年 3 月

インテリジェンスバリューコーポレーション株式会社

# 外国人介護人材の適切な受入に資する
# 海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業

＜目次＞

## Ⅰ．本編

序章　調査目的 ..... 1

第１章　実施概要 ..... 2
　１．検討会 ..... 2
　２．ワーキング・グループ ..... 3
　３．文献調査 ..... 4
　４．現地調査（ヒアリング調査） ..... 4
　５．介護の基本的考え方を解説する「ポイント集」の作成 ..... 6

第２章　アジア諸国における高齢者ケアの状況（文献調査・現地調査結果の要約） ... 7
　１．調査結果 ..... 7
　２．国別一覧表 ..... 29

第３章　日本における介護のあゆみとその実践（ポイント集） ..... 33
　１．日本における介護のあゆみとその実践（ポイント集日本語版） ..... 35
　２．Historical Development and Practice of Long-Term Care in Japan
（ポイント集英語版） ..... 79

## Ⅱ．資料編

資料１．文献調査記録 ..... 131
資料２．現地調査記録 ..... 265

# Ⅰ.　本　編

## 序章　調査目的

平成 29 年 11 月 1 日に「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律」（平成 28 年法律第 89 号）が施行され、外国人技能実習制度の対象職種に介護職種が追加された。

技能実習制度には「同等業務従事経験等の要件（職歴要件）」や、「帰国後に日本で修得した技能等を生かせる業務に就く予定があること（復職要件）」が規定されている。しかし、アジア諸国における共通する「介護」の概念はなく、高齢者ケアの捉え方やそれに従事する人材の位置づけ、スキル、育成状況にはばらつきがある。

そのため、今後、介護職種で技能実習生を円滑に受け入れていくためには、技能実習生として来日する外国人が、来日する前にどのような職業に従事し、介護やそれに類似するサービスについてどのような教育を受けてきたのか、また技能実習終了後、母国でどのような活躍の場があるのか、等を把握しておく必要がある。

また、技能実習制度を通じた介護分野における我が国の国際貢献の実効性を高めるためには、上記のようなアジア諸国の状況を考慮しながら、日本の介護に対する考え方やサービス提供において必要となる技術や知識を再整理して示すことが有効であると考えられる。

以上を踏まえ、本事業では、以下を実施した。

（１）検討会の開催
（２）ワーキング・グループの開催
（３）文献調査・現地調査
（４）介護の基本的考え方を解説する「ポイント集」の作成

# 第１章　実施概要

## １．検討会

### （１）検討会の設置

文献調査、現地調査の実施及び本事業の成果物の一つとして作成した介護の基本的考え方を解説する「ポイント集」（以下、「ポイント集」という。）の構成・内容等について方針を検討し、とりまとめるため、有識者からなる検討会を開催した。

＜検討会委員＞

| 氏名 | 所属 | 備考 |
|---|---|---|
| 藤村 博之 | 法政大学経営大学院 イノベーション・マネジメント研究科 教授 | 座長 |
| 天野 ゆかり | 静岡県立大学短期大学部社会福祉学科介護福祉専攻 講師 | |
| 田中 文隆 | みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部雇用政策チーム福祉・労働課長 | |
| 中村 信太郎 | 独立行政法人国際協力機構（ジャイカ）国際協力専門員（社会保障担当） | |

（敬称略、委員は五十音順）

＜事務局＞

インテリジェンスバリューコーポレーション株式会社
みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部

### （２）開催概要

検討会は計３回開催した。開催概要は以下の通りである。

＜検討会の開催概要＞

| 回数 | 開催日時 | 主な議題 |
|---|---|---|
| 第１回 | 2017 年８月４日（金）<br>9:30～11:30 | ・ 事業実施概要について<br>・ アジア諸国における高齢者ケアに関するご報告<br>・ 「ポイント集」作成について（意見交換）<br>・ 文献調査・現地調査について |
| 第２回 | 2017 年 12 月４日（月）<br>13:00～15:00 | ・ 文献調査・現地調査結果報告<br>・ 「ポイント集」について<br>・ 報告書について |
| 第３回 | 2018 年２月 26 日（月）<br>10:00～12:00 | ・ 「ポイント集」について<br>・ 報告書について |

## ２．ワーキング・グループ

### （１）ワーキング・グループの設置

ポイント集の内容をより具体的に検討することなどを目的として、有識者・実務家によるワーキング・グループ（以下、「ＷＧ」という。）を別途開催した。

＜ＷＧ委員＞

| 氏名 | 所属 | 備考 |
|---|---|---|
| 天野 ゆかり | 静岡県立大学短期大学部社会福祉学科介護福祉専攻 講師 | 座長 |
| 梅本 旬子 | 社会福祉法人こうほうえん ヘルスケアタウンむかいはら | |
| 國谷 昇平 | 特定非営利活動法人 Rehab-Care for ASIA 代表理事<br>元青年海外協力隊 作業療法士 | |
| 久保田 トミ子 | 久保田 トミ子　広島国際大学 医療福祉学部長 | アドバイザー |
| 比留間 洋一 | 星城大学 リハビリテーション学部 准教授 | |

（敬称略、委員・アドバイザーは五十音順）

＜事務局＞

インテリジェンスバリューコーポレーション株式会社
みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部

### （２）開催概要

ＷＧは計４回開催した。開催概要は以下の通りである。

＜ＷＧの開催概要＞

| 回数 | 開催日時 | 主な議題 |
|---|---|---|
| 第１回 | 2017 年８月 24 日（木）<br>16:00～18:00 | ・ 事業実施概要について<br>・ アジア諸国における高齢者ケアに関するご報告<br>・ ポイント集について<br>・ 文献調査・現地調査について |
| 第２回 | 2017 年 11 月７日（月）<br>15:00～17:00 | ・ 現地調査結果報告<br>・ ポイント集について |
| 第３回 | 2018 年１月 30 日（火）<br>13:00～15:00 | ・ ポイント集について |
| 第４回 | 2018 年１月 30 日（火）<br>15:00～17:00 | ・ ポイント集について |

## ３．文献調査

### （１）調査の概要

アジア諸国における介護等の実態と、それらサービスの担い手の要請や育成の実態について、文献調査及び現地調査を通じて把握した。また、ポイント集の作成にあたり、国内の介護人材育成の考え方や養成研修（主に介護職員初任者研修）の方法等についても文献調査を行った。

### （２）調査対象国

モンゴル、ミャンマー、ベトナム、フィリピン、カンボジア、ネパール、インドネシア、タイ、中国、日本

### （３）調査項目

- アジア諸国の介護等の状況に関するもの（日本以外の９ヶ国）
  - 高齢者を取り巻く状況について
  - 介護に対する各国の意識や取組について
  - 高齢者向けサービスの現状について
  - 介護を担う人材と、その教育・育成について
  - その他（日本への介護人材送り出し状況等）
- 日本の介護人材育成に関するもの（※）
  - 「介護職員初任者研修」の概要、科目等
  - 各科目の知識、技術習得において前提となる大切な考え方
  - 各科目で習得すべき知識・技術

  ※日本については、ポイント集作成の参考資料とする目的で実施したため、調査結果のとりまとめを行っていない。

## ４．現地調査（ヒアリング調査）

### （１）調査の概要

文献調査を実施した国の中から、文献調査において十分な情報を得ることが難しく、高齢化の進展等により介護等の専門職養成に対するニーズがあると考えられる国、技能実習制度の運用において我が国への候補生の送り出しが多く見込まれる国等を対象として、現地ヒアリング調査を実施した。

### （２）調査対象国

モンゴル、ミャンマー、ベトナム

（３）訪問先及び訪問日時

| 国 | 機関名 | 訪問日 |
|---|---|---|
| モンゴル | 労働・社会保障省 | 2017 年 9 月 19 日（火） |
| | 国家ジェロントロジーセンター | |
| | バチカン協会テレザ高齢者ケアセンター | 2017 年 9 月 20 日（水） |
| | バトゲレルト・イレードゥイ NGO | |
| ミャンマー | シーザーイェック（See Zar Yeik） | 2017 年 10 月 9 日（月） |
| | デイケアセンター（Day Care Center for the Aged） | |
| | ヤンゴン社会福祉局 | |
| | 社会福祉・救済復興省 | 2017 年 10 月 10 日（火） |
| | 保険・スポーツ省 | |
| ベトナム | 保健省人口・家族計画化総局 | 2017 年 10 月 12 日（木） |
| | Bach Nien Thien Duc 介護センター | |
| | 中央老年病院 | |
| | ベトナム高齢者協会（Viet Nam Association of the Elderly:VAE） | 2017 年 10 月 13 日（金） |

（４）調査項目

- 以下の５項目については、文献調査で十分に情報収集ができなかった内容等について、ポイントを絞って聴取した。
  - 高齢者を取り巻く状況について
  - 介護に対する各国の意識や取組について
  - 高齢者向けサービスの現状について
  - 介護を担う人材と、その教育・育成について
  - その他（日本への介護人材送り出し状況等）
- さらに、現地調査では特に、上記５項目それぞれについて把握することに注力した。
  - 現在どのような課題を抱えているか
  - 今後どのように変化することが見込まれるか
  - 変化に応じて、どのような課題が生じることが見込まれるか
  - 課題解決に向けて何が必要か
  - そのために具体的にどのようなことを目指しているか（日本に対する要望を含む）
- また、日本への介護職の技能実習生送り出しについて、自国の介護人材育成の側面において期待していることや懸念していることについても可能な範囲で聞き取った。

## ５．介護の基本的考え方を解説する「ポイント集」の作成

### （１）実施概要

今後アジア諸国において介護の専門性が広く理解され、自国の介護人材育成に関わる制度設計等が進められる環境整備の一助として活用されるよう、介護の普遍的な考え方等を解説したポイント集を作成した。

本資料は各国の言語に翻訳されることも想定し、日本語版とともに英語版を作成した。

### （２）ポイント集の構成

作成目的を踏まえ、本資料の構成を以下の通りとした。

本文は、介護の普遍的な考え方を「対象者一人ひとりののライフコースを尊重した介護」「自立を支援する介護」「社会とのつながりをつくり、人生を豊かにする介護」の３つの観点から解説することとした。また、取組の変遷や具体例など、介護政策の立案や介護の実践に資すると思われる参考情報を、コラムとして掲載した。

| 項目 | 内容 |
|---|---|
| はじめに | 当該資料の目的と活用方策について |
| １．日本における介護の基本的な考え方とあゆみ | |
| （１）日本における介護の基本的な考え方 | 生活支援（その人らしい暮らしを実現する支援）としての「介護」の目的について。 |
| （２）日本における介護のあゆみ | 高齢者福祉施策と介護人材育成の取組の変遷と現状について |
| ２．いきいきとした高齢者の生活を支援する | |
| （１）高齢者の生活の流れ | 介護サービスを利用しながら生活する高齢者の一日の流れについて |
| （２）生きがいを持った暮らしを支える介護の実践<br>①移動<br>②食事<br>③排泄<br>④身じたく<br>⑤清潔の保持 | それぞれの生活場面における、生活支援（その人らしい暮らしを実現する支援）としての介護のあり方について |
| 参考文献 | |
| 委員一覧 | |

## 第２章　アジア諸国における高齢者ケアの状況（文献調査・現地調査結果の要約）

### １．調査結果

### （１）　モンゴル

#### １）高齢者の状況

| | |
|---|---|
| 人口 | 2016 年：約 312.0（万人） |
| 高齢化率（65 歳以上） | 2016 年：3.76% |
| 平均寿命 | 2016 年：69.57 歳 |
| 合計特殊出生率 | 2016 年：1.6 |

現状、総人口の６割以上が 35 歳以下の若者であり、高齢化に対する課題意識はそれほど強くない。一方で、モンゴル国家統計局の公表データでは、2040 年には高齢化率が 11.03%に上昇するとされており、長期的には他の国々と同様に高齢化が進むことが予想される。

高齢者の生活状況についていうと、近年、地方から都市への流入人口が急激に増えていることに伴い、ウランバートルの高齢者人口が増加している。ウランバートル市内の世帯数も年々増加しているが、その一方で一世帯あたりの構成員数数は徐々に減少している。なかでも、一人暮らしの高齢者の増加が指摘されており、今後対応が求められる課題の一つとなる可能性がある。

#### ２）高齢者関連施策の状況について

**ｱ.　高齢者福祉施策**

高齢者の社会保障については、「高齢者法」及び「社会福祉法」に定められている。2017 年改正の高齢者法では、高齢者に対する「情報提供」「アドバイス」「巡回サービス」「デイサービス」「ボランティアサービス」「一日診療、看護サービス」「介護サービス」「食料補助」「DV からの保護」についての規定が設けられた。

高齢者の生活向上を目的としたプロジェクトには、「健康な加齢、高齢者の健康」国家プロジェクトがある。同プロジェクトでは、長寿を促す経済環境整備・高齢者の健康増進と疾病予防・高齢者の社会参加・包括的な医療サービス展開を課題として挙げたうえで、それぞれの課題に対する 2017 年までの目標と達成水準を明示し、実現に向けた取組が行われている。

**ｲ.　社会保障施策**

モンゴルの社会保険は公的保険と任意保険に分かれている。

公的保険は基本的には公務員や雇用労働者等が加入するものであるが、その１つである医療保険については、すべての国民に加入が義務付けられている。また、個人経営の牧民、自営業者については、公的保険に加入させるための条件、規則を法律で定めることができるとされている。

任意保険は自営業者、農牧民、フリーランサー、学生、無職等、公務員や雇用労働者等以外の国民のためのものとしている。収入をもとに算出された掛け金を支払い、条件を満たした際には年金、給付金等を受けることができる仕組みとなっている。

高齢者の所得保障については、2016 年 12 月より、65 歳以上の高齢者に対して年に 2 回、「長寿祝い」と呼ばれる高齢者給付金が支給されているほか、福祉サービス、福祉用品、公共サービス等を利用する際の優遇措置も設けられている。

### ３）高齢者ケアサービスの提供状況

#### ｱ.　施設型の専門サービス

モンゴルには、国立の高齢者ケア施設が全国で１ヶ所、地方レベルのケア施設（障がい者施設も含む）が７ヶ所、NGO が運営している障害者介護施設が２ヶ所、国際組織が運営している高齢者ケア施設が２ヶ所設置されているのみである。この他、ウブルハンガイ県に地元住民と公務員の寄付による施設が建設中であるとの情報もみられるが、全体としてその数は極めて少ない。施設の利用対象者は基本的に身寄りのない高齢者であるが、実際には中年以下の精神病患者、知的障害者等が多く入居している。

施設型サービス提供においては、資産形態や経営・運営、組織構成、提供サービスの具体的内容、衛生状態、業務の評価システム等についての国家規格（高齢者介護業務の一般要件）が定められており、これら要件に該当する施設を介護施設として認可している。同規格では、介護施設が行うべき業務を「寝たきりの利用者に対する介護・看護」のほか、「必要に応じてリハビリ、一次医療」、「食事、衣服、身の回りの備品の支給」、「心理カウンセリング」、「その他（警備、洗濯、通信）」としている。

#### ｲ.　通所型の専門サービス

国から認可された高齢者向けの温泉療養所が全国に計 12 ヶ所ある。高齢者同士の交流の場として、時間を楽しく過ごしてもらうことを主な目的とした施設であるが、医師や看護師を配置しており、交流を主とした傍らで簡単なリハビリテーションや血圧検査、薬の処方、マッサージが提供されている。高齢者法では、高齢者がこれら施設の利用証を割引価格で取得できることを定めている。

2017 年の改正高齢者法では新たにシニアハウスと呼ばれる通所施設の設立も規定された。高齢者の健康維持と自立的な生活、社会参加促進を目的とした、高齢者向けにレクリエーションや健康に関する情報を提供する施設であり、健康な高齢者を対象としている。

#### ｳ.　訪問型の専門サービス

ホロー（街）と呼ばれる行政区単位で、医師（ヘルスケアセンターの医師と国家ジェロントロジーセンターの医師を含む）、保健師等により組成された専門グループが家庭訪問の活動を行っている。同グループが認定した要介護度４、５の人の自宅を週２回訪問し、ケアを提供している。ケアの対象となる高齢者はゲルに住む貧困層が主であり、マッサージ、リハビリ、衛生管理、医療、介護など包括的なサービス提供が行われている。

### ４）高齢者ケアを担う人材の状況

#### ｱ.　高齢者ケアの担い手

高齢者の介護を担うのは家族であるという意識は根強く、子どもが親を施設に入れるのは恥ずべきことだという認識がある。一方で、都心部では核家族世帯、単身世帯が増え、高齢者・障害者が介護を受けられないまま取り残される傾向がみられ始めている。

#### ｲ.　社会福祉士

先述の「高齢者介護業務の一般要件」は介護施設の職員構成についても定めており、入居者 30 名につき社会福祉士１名という規定がある。社会福祉士とは大学（学士課程以上）で当該分野の専門課程を修了し、社会福祉の技能研修に参加し、免許を取得した者とされている。

#### ｳ.　看護師

看護師養成は 1929 年より開始されている。現在、看護系大学には２年、４年間の養成課程が設置されており、1998 年からは国立モンゴル医科大学（同国唯一の医科系大学）において、同国唯一の大学院教育も始まっている。

看護師資格は、2001 年に国家資格化された。国家資格化と同時に看護師の更新研修も始まり、５年

に１度の受講が義務付けられている。

**ｴ.　保健師**

「高齢者介護業務の一般要件」では、入居者 30 名につき保健師も１名配置する規定がある。施設に勤務する保健師は、マッサージ、リハビリ、衛生管理、医療、介護など包括的なサービスを提供する。また、ホローのヘルスケアセンター所属の保健師については、専門グループのメンバーとして訪問ケアを担う。保健師の要件については、本調査では情報が得られていない。

**ｵ.　介護施設職員**

保健省の付属機関である国家ジェロントロジーセンターにおいて、高齢者の家族やホローの高齢者協会のボランティア希望者向けの研修は行われているが、介護サービスに従事する人材の養成は行われていない。介護施設には医師・看護師・社会福祉士・保健師等が在籍するが、主に高齢者介護に従事しているのは専門の教育を受けていない無資格の人材である。

医療保険・社会保険庁は、３～５年ごとに、介護施設の職員を対象とした３日間の技能研修を実施している。2015 年に実施した研修では、昨今の介護施設のあり方、利用者の権利、リハビリ支援、各種介護サービスに関する法令等に関する知識を学び、情報交換が行われた。また、労働・社会保障省がサービス提供に関するガイドラインを作成し、同資料にもとづく研修を開催したり各施設に配布する取組も実施されているとの情報も得られている。

## （２）　ミャンマー

### １）高齢者の状況

| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年：約 53.9（百万人） |
| 高齢化率（65 歳以上） | 2015 年：5.4% |
| 平均寿命 | 2015 年：66.6 歳（健康寿命は 59.2 歳） |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年：2.25 |

米国国勢調査局 International Database では、ミャンマーにおける 2017 年の人口に占める 65 歳以上の人口の割合は 5.5%であるが、2050 年にはその割合は 16.1%となるとの予測である。

HelpAge International は「The Situation of Older Persons in Myanmar」(2012)において、60 歳以上の高齢者の約 75%が３人以上の子どもを持っているとしつつも、今後は出生率の低下・未婚率の増加により、高齢者一人あたりの子どもの数が減少していくと予測している。同レポートでは高齢者の経済活動にも言及しており、60 歳以上の高齢の６割以上が、農業に従事していると述べている。なお、地域別に傾向をみると、都市部に住む高齢者については自営業を営む割合が最も高くなっている。

### ２）高齢者関連施策の状況について

**ｱ.　高齢者福祉施策**

2014 年に承認された「高齢者に関する国家計画５ヵ年計画」には、高齢者の所得保障、健康・ヘルスケア、家庭・生活環境、介護・支援、教育・アドボカシー等に関する内容が含まれている。また、同年の「国家社会保障戦略」には、高齢者に特化した項目が設けられており、社会的年金（Social pensions）と高齢者自助グループ（Older Person Self -Help Groups：OPSHGs）という２つのフラッグシッププログラムが盛り込まれているほか、高齢者に対する社会保障に関連したリスクや脆弱性を防ぎ、適切に対応していくための諸取組の推進についても示されている。

2016 年には高齢者に関する法律「Law Relating to Older Persons」が可決された。2017 年には同法施行に向けた関連規制などの策定作業が進められている。

### ｲ. 社会保障施策

2014 年、先述の「国家社会保障戦略」において社会的年金（Social Pension）がフラッグシッププログラムのひとつとして掲げられた。当時の資料に、同プログラムは 2015 年開始予定であり、65 歳以上の高齢者は毎月 25,000 ミャンマー チャット（MMK）を受給するとの記載がみられたが、本調査では実際の運用状況についての情報は得られなかった。なお、高齢者に現金を支給する高齢者に対する社会的年金補助（The Social Pension Assistance for the Older Persons）プログラムは、90 歳以上の全高齢者を対象に、2015 年～2016 年度から実施されている。

## ３）高齢者ケアサービスの提供状況

### ｱ. 施設型の専門サービス

社会団体や宗教団体が設立したケアホーム Homes for the Aged には、2,000 名を超える高齢者が入居している。同ケアホームでは、地域や人種を問わず、社会的な問題に直面している 60 歳以上の高齢者がケアを受けている。社会福祉・救済再復興省（Ministry of Social Welfare, Relief and Resettlement：MSWRR）傘下の社会福祉局（Department of Social Welfare：DSW）では、これらのケアホームについて、施設のレベルに応じた認定を行ったうえで、運営費等の支援を行っている。

そのほかに、医療ニーズの高い高齢者を受け入れる施設が国内に 2 ヶ所、主に寄付金をもとに運営されている。

### ｲ. 通所型の専門サービス

MSWRR は 2013 年、100%公的資金で、高齢者向けデイケアケアセンターを設置した。利用対象は 70 歳以上の高齢者であり、ソーシャルケア、ヘルスケア、アクティブエイジングの促進、レクリエーション活動、生涯学習活動、健康年齢のための栄養提供などを行っている。

### ｳ. 訪問型の専門サービス

Myanmar Maternal and Child Welfare Association（MMCWA）と呼ばれる NGO が、無料の治療やアイケア、歯科ケア、白内障の手術、身体運動のデモンストレーション、経済的・物質的支援や寺院へのグループ訪問などの社会活動を実施し、高齢者が活動的な生活を送れるよう支援している。また、医師により結成された非営利団体 Support Group for Elderly Doctors（SGED）が、一人暮らしの高齢者等約 600 名を対象に活動を展開している。

### ｴ. コミュニティ・ケア

2014 年、先述の「国家社会保障戦略」において高齢者自助グループ（Older Person Self -Help Groups：OPSHG）がフラッグシッププログラムのひとつとして掲げられた。OPSHG では、自宅で生活する元気な高齢者が近隣の高齢者宅を訪問し、高齢者同士でコミュニケーションを図ることを通じて、高齢者の孤立を防いでいる。

## ４）高齢者ケアを担う人材の状況

### ｱ. 高齢者ケアの担い手

伝統的に高齢者のケアは宗教や文化と強く結びついており、高貴なものとされてきた。大家族制の下で異なる世代が同居するなかで、家族が高齢者のケアを担い、高齢者は家族の助言者や地域の指導者として貢献するという役割がある。しかし、少子化や若い世代の都市への流入や就労、急激な都市化などにより、これまで家族が担ってきた高齢者ケアを代替する政策イニシアチブが必要となってきている。

### ｲ. 看護師

ミャンマーの看護基礎教育は、大学（4 年間）と看護学校（3 年間）で提供されており、専門教育の

科目（コース）に「Elderly Care Course」「Mental Health Nursing Course」が含まれている。

看護師資格は卒業試験に合格することで取得でき、２年ごとの更新が必要となる。職位は「Trained Nurse（登録看護師）」、「Staff Nurse（スタッフナース）」、「Sister（病棟管理者）」「Matron（看護部長）」の４種類にわかれている。

ｳ. ナースエイド

民間のトレーニング機関が多く存在する。約半年の教育課程を修了すれば認定されるが、その教育カリキュラムや教材は統一化されていない。質の水準や資格認定基準にばらつきがみられることから、保健・スポーツ省による現任者向けの研修等の取組が行われている。

ｴ. ケアギバー

ケアギバーは、主に公立病院にて、高齢者ケアに携わることを期待して作られる新たな資格である。MSWRR が中心となり、労働省も必要に応じて関わりながら、ケアギバーの育成カリキュラムを策定している。研修内容はミャンマーの看護師教育の内容を参考としており、社会福祉省は、医科大学や看護大学の講師を、ケアギバー育成研修の講師として派遣している。従来の育成過程では、高卒資格がなくても、同研修を受講することが可能であったが、今後は高卒資格を必須とすることも検討している。

なお、MSWRR が中心となって構築中の資格制度とは異なる取組として、先述のデイケアセンターでは、DSW と HelpAge International Myanmar が協力して独自にカリキュラムを開発し、ケアギバーの研修を行っている。これまでに 4 回の研修が実施され、115 名が受講した。同研修カリキュラムは、HelpAge International が策定した高齢者ケアを担う人材育成のためのカリキュラムを参考に、有識者により整備されたものである。科目には高齢者のメンタルケア等も含まれる。トレーニング期間２ヶ月ののうち、72 時間は実際に高齢者と触れ合う実習形式を採っている。

ｵ. インフォーマルサービスの提供主体

OPSHG は全てボランティアにより活動している。地域の元気な高齢者を中心としており、コミュニティリーダー（村長や村長が任命した者）がボランティアの管理を担う。地区に配置されているケースマネージャーが OPSHG でケアに従事する者に対して、高齢者に対する接し方等を伝える取組は行われているようであるが、当該ボランティアに対する研修プログラムは整備されていない。

なお、MSWRR 傘下の社会福祉トレーニングスクール（Social Welfare Training School）は、介護ボランティア向けに短期の講習を開いている。4 週間の講習を受けた者には Voluntary Social Welfare Officer の修了証（Certificate）が与えられる。1 年に 1 度、20 名の受講生の募集が行われる。

## （３） ベトナム

### １）高齢者の状況

| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年：約 93.4（百万人） |
| 高齢化率（65 歳以上） | 2015 年：6.7% |
| 平均寿命 | 2015 年：76.0 歳（健康寿命は 66.6 歳） |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年：1.96 |

米国国勢調査局 International Database では、ベトナムにおける 2017 年の人口に占める 65 歳以上の人口の割合は 6.1%、2050 年には 20.7%。倍化年数は 17 年と、高齢化が急激に進む予測である。

HelpAge International の報告によると、高齢者の７割弱が農村部で生活しており、その家庭が貧困状態にある割合も２割強となっている。高齢者の４割が健康保険カード（後述）を保有していないとの

記述もみられる。なお、2011 年の高齢化調査結果では、高齢者の約７割が子どもと同居しているものの、地方では子ども世代が都市部や海外に出稼ぎに行くなどの状況により、一人暮らしや夫婦のみの世帯が増加しているといった実態が明らかになっている。

## ２）高齢者関連施策の状況について

### ｱ. 高齢者福祉施策

ベトナムにおける主な高齢者関連法・政策として、「首相指示（Directive No. 59-CT/TW、1995 年 9 月 27 日)」、「高齢者に関する法令（Ordinance on the Elderly、No. 23/2000/PL-UBTVQH10 、2000 年 4 月 28 日)」、「高齢者法（Law on Elderly、2010 年 7 月 1 日施行)」、「高齢者国家活動計画 2012-2020 に関する首相指示（National Programme of Action for the Elderly 2012-2020、Decision No. 1781/QD-TT)」、「Intergenerational Self-Help Club（ISHC）モデルの 2016-2020 年における全国普及プロジェクト承認に関する首相指示（Decision 1533 Approving the Project on the Replication of the Intergenerational Self-help Club Model in the 2016-2020 period)」、「高齢者健康ケアプロジェクト 2017-2025 年」等がある。

2010 年施行の高齢者法は、ベトナムにおける高齢者対策について包括的に規定した法律であり、高齢者の権利と義務、高齢者ケアに関する家族や国・社会の責務、高齢者の社会参加及びベトナム高齢者協会（Vietnam Association of the Elderly：VAE）の役割などについて定めている。

2012 年に公表された「高齢者国家活動計画 2012-2020 に関する首相指示（National Programme of Action for the Elderly 2012-2020、Decision No. 1781/QD-TT)」は「高齢者の文化・社会・教育・経済・政治活動への参加促進や義務と権利の実行、心身の健康確保、生活の質の向上」を目標に掲げ、関連省庁の役割等についても規定している。

2016 年公表の「Intergenerational Self-Help Club （ISHC）モデルの 2016-2020 年における全国普及プロジェクト承認に関する首相指示（Decision 1533 - Approving the Project on the Replication of the Intergenerational Self-help Club Model in the 2016-2020 period)」では、ISHC モデルの普及に向けた目標を定めている。ISHC モデルについては、後述する。

保健省が 2016 年 12 月に認可した「高齢者健康ケアプロジェクト 2017-2025 年」は、「人口高齢化期に適応する高齢者健康ケアのニーズに応え、高齢者国家行動計画、人口・リプロダクティブヘルス戦略、国民の健康を保護・ケア・向上させる国家戦略の実施に寄与する」ことを目指し、健康サービスへのアクセシビリティ向上、医療ニーズへの対応等の４つの主要目標を掲げて取り組んでいる。なお、同プロジェクト内に病院内での「高齢者健康ケア人材の養成」に関する記載がみられるが、プロジェクトの対象となる人材や養成プログラムの内容等の詳細については未定であり、今後の検討事項だという。

### ｲ. 社会保障施策

健康保険制度は、自営業者及び農業従事者、子どもや高齢者等も対象としているが、加入率は７割程度とされる。高齢者については、公立病院での医療費が完全無料又は一部のみの負担となる健康保険カードが支給されている。

高齢者の所得保障としては、老齢年金（労働者、公務員等は強制加入、自営業者、農業従事者等は任意加入）のほか、年金を受け取っていない 90 歳以上の高齢者を対象とした老齢福祉手当、一定の年齢に達した高齢者に対して一時的に支給する長寿祝い、公共交通機関及び公的文化施設の利用割引等がある。また、自立能力がなく、コミュニティでのケアを受けられない不遇な状況に置かれ、手当金の支給対象となっている高齢者については、Social Assistance Center（社会保護施設）に入居することができる仕組みも設けられている。

### ３）高齢者ケアサービスの提供状況

#### ｱ. 施設型の専門サービス

施設型サービスとして、公共の社会保護施設と民間の有料老人ホームがある。前者は、主に社会的弱者全般のための生活施設であるが、高齢者を専門に扱う施設もあり、身寄りのない高齢者及び戦争功労者とその家族は無料で利用できる。全国に 432 施設あり、うち 35 が高齢者のための介護施設となっている。医療等がある施設では、医療行為にも対応する。後者は比較的裕福な高齢者を対象とした施設であり、国内で 10 施設程度と報告されている。

#### ｲ. コミュニティ・ケア

先述の「高齢者国家活動計画 2012-2020」等では、在宅ケアをベトナムに適した高齢者ケアサービスモデルとして提唱しており、その要として期待されているのが ISHC（世代間自助クラブ; Intergenerational Self Help Club）である。2016 年 8 月の首相指示では、ISHC モデルと同様の仕組みを 2016-2020 年にかけて全国に普及させることを承認する旨を発表している。2017 年時点で全土に 1,450 クラブが設立されている。

各村の ISHC は 5～60 名程度のメンバーから成り、健康体操や健康診断などの健康維持活動に加え、メンバー同士の経済活動の支援、在宅での介護が困難な家庭での家事や買い物、介護などの支援等も行う。

さらに、保健省主導の取組として、コミュニティで在宅高齢者のケアを担うボランティアグループの養成も行われている。各地域にある保健省人口・家族計画化総局の支局・センター職員が、定年後の医療人材等をボランティアとして採用し、ボランティアグループを組織している。現在、300 程度の村に同グループが組織されており、地域住民の健康管理を担っている。

### ４）高齢者ケアを担う人材の状況

#### ｱ. 高齢者ケアの担い手

高齢者の介護は家族が行うものという認識が強く残るベトナムにおいて、介護施設等の家族以外のサービスに頼る高齢者は少数派である。しかし、労働者の都市部への流入や、若年層の生活様式の変化に伴って、特に、都市部での施設利用者は増加傾向にあり、高齢化が急速に進むベトナムにおいて、同様の傾向は今後も続くと考えられる。政府も国内の高齢者介護施設やサービスは少ないと認識しており、今後、その増設を支援したいと考えている。既に、農村地帯では若年層が都市部に流出し、介護の担い手がいないといった状況もみられ始めている。

高齢者介護施設では、主に看護師が介護やケアを担当するほか、Ho Ly（護理）と呼ばれる人材がその他の身の回りの支援を担う。

#### ｲ. 看護師

看護師資格は、大学・専門学校等の看護師養成課程（２～４年）を修了し、医療機関における 9 ヶ月の卒後臨床研修を経ることで取得できる。

#### ｳ. Ho Ly

Ho Ly の業務は排泄支援から掃除、雑務と多岐にわたるが、高度な知識や技能を要する人材であるという認識はまだ広がっていない。このため、個々の人材の教育レベルは中等教育修了程度であることが多く、特別な訓練を義務付けている施設も少ないことに加え、待遇も決して良いものではなく、肉体労働の多い過酷な労働環境もあって、離職率は高い。

なお、こうしたなかでも、近年、専門的な知識や技能を身に着けた高齢者介護人材が必要であるという認識が徐々に広がりつつある。中央老年学病院（Central Gerontology Hospital）、国立老年学研究所（National Institute of Gerontology）、ベトナム婦人同盟（Vietnam Women Union）、ベトナム

赤十字同盟（Vietnam Red Cross Association）等の組織により、高齢者向け介護人材を対象としたトレーニングを実施する動きのほか、Ho Ly の研修ガイドラインの制定や、介護人材の育成活用を目指すパイロットプログラムの実施などが民間の非政府組織などを中心に進められているとの情報もみられる。

ｴ. インフォーマルサービスの提供主体

ISHC メンバーはその 7 割が 55 歳以上で、かつ全体の 7 割が女性とされる。少人数ではあるものの、より若い世代や資金提供する富裕層も含まれる。

保健省主導のボランティアグループ養成については、先述の通り定年後の医療人材等をボランティアとして活用している。保健省が作成したトレーニング資料をもとに、保健省人口・家族計画化総局の支局・センター職員がトレーニングを行っている。

## （４） フィリピン

### １）高齢者の状況

| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年：約 100.7（百万人） |
| 高齢化率（65 歳以上） | 2015 年：4.6% |
| 平均寿命 | 2015 年：68.5 歳（健康寿命は 61.1 歳） |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年：3.04 |

米国国勢調査局 International Database では、フィリピンにおける 2017 年の人口に占める 65 歳以上の人口の割合は 4.5%、2050 年には 9.7%となるとの予測である。

少し古い統計結果となるが、2000 年に Department of Social Welfare and Development が公表したレポートでは、全ての高齢者のうち約半数以上が就業中であるものの、就業者の約４割が第一時産業に従事しており、全体の 1/3 の高齢者が貧困家庭で暮らしているという実態が報告されている。

### ２）高齢者関連施策の状況について

**ｱ. 高齢者福祉施策**

フィリピンの高齢者政策の基盤となる法律は、「拡大高齢者法（Expanded Senior Citizens Act、2010 年)」である。また、「高齢者のためのフィリピン行動計画」として 5 ヵ年計画が策定されている。

「高齢者のためのフィリピン行動計画（The Philippine Plan of Action for Senior Citizens：PPASC）2011-2016」は、2006-2010 年計画からの継続事業に加えて、高齢者が直面する新たな課題に対する対応についての戦略とメカニズムの強化を目指した内容になっている。「マドリッド国際行動計画（Madrid International Plan of Action on Ageing 2002)」と「マカオ行動計画（Macau Plan of Action on Ageing in 1999)」の達成に向けて「高齢者向けケアプログラムの開発」や「地域主体のアプローチ確保」等の４つの目標を掲げ、「高齢者と開発」「高齢での健康促進」「支援の確保」の 3 項目を優先事項としている。

**ｲ. 社会保障施策**

主な公的年金制度として、社会保障機構（Social Security System：SSS）運営の民間企業等で勤務する者を対象とした制度と、公務員保険機構（Government Service Insurance System：GSIS）運営の公務員を対象とした制度がある。

公的健康保険制度は 1995 年に創設された。給付は現物給付方式であり、医療費のうち、傷病の程度や医療施設のレベルに基づいて定められた一定額が運営機関であるフィリピン健康保険公社（Philippine Health Insurance Corporation:フィルヘルス）より医師又は病院に償還払いされ、同

額を超える部分については患者の自己負担となる。2011 年 9 月からは包括支払い方式が導入され、特定の疾病や特定の手術・治療に対しては、入院室料・給食費、医薬品費、医療材料費、医師の技術料も含め、予め定められた一定の金額（ケースレート）がフィルヘルスから償還されている。高齢者に関しては、拡大高齢者法において「医療費無料」「ワクチン投与無料」「葬儀、埋葬サービス」「社会保障支援」が保障されている。

また、貧困状態にある高齢者（対象年齢 77 歳以上）に対して日常生活や医療サービスに必要となる費用を補填するため、月額 500 ペソの手当金を支給する Social Pension for Indigent Senior Citizens も整備されている。

### ３）高齢者ケアサービスの提供状況

#### ｱ. 施設型の専門サービス

社会福祉開発省（Department of Social Welfare and Development：DSWD）が提供する施設型サービスとして、「Residential Care Services（RCS）」がある。身寄りのない高齢者を対象とし、24 時間体制で介護サービスが提供されている。

民間事業者が運営する高齢者介護施設（Assisted living facilities）の数は 2016 年９月時点で国内 25 ヶ所、ベッド数 250 床とされており、施設型サービスの普及は進んでいないと考えられる。

#### ｲ. 通所型の専門サービス

各自治体と DSWD、Federation of Senior Citizens Association of the Philippines（FSCAP）の連携により、高齢者センターと呼ばれる施設の整備が進められている。高齢者センターは、フィリピン高齢者センターに関する法（Senior Citizens Center Act of the Philippines、RA No. 7876、フィリピンのすべての市町村に高齢者センターを設立する法律）にもとづく施設であり、レクリエーション、教育、健康及び社交プログラムが提供されている。

#### ｳ. コミュニティ・ケア

DSWD が所管するコミュニティベースの支援プログラムとして、Home Care Support Service がある。同プログラムは、在宅の高齢者の日常生活の支援、ボランティア及び家族に対する介護のトレーニング、高齢者への介護機器の提供、コミュニティベースのリハビリ活動等を行うものである。具体的にはホスピス・ケアの提供、身寄りのない高齢者を対象とした短期の家族ケア提供等がおこなわれている。

また、DSWD 所管のサービスとして個人、関連団体、（人材）仲介組織や健康な高齢者が、ボランティアとして貧困状態にある高齢者を対象としたプログラムやサービスの実施にあたる Volunteer Resource Service（VRS）も提供されており、在宅／施設入居の高齢者の訪問活動、外出支援、世代間交流活動等が行われている。

### ４）高齢者ケアを担う人材の状況

#### ｱ. 高齢者ケアの担い手

高齢者は、伝統的な三世代家族のもとで、経済的、社会的、身体的なサポートを自分の子どもや同居親族に依存してきた。現在でも、従来からの家族によるケアが広く実施されており、身体的なケアは家族または同居親族のみが行うものとの認識が一般的なようである。

#### ｲ. 看護師

看護師養成については、大学（学士）の教育が主とされており、個別大学のカリキュラムのなかには、老年看護学が含まれているところもある。

看護師資格は国家資格化されており、３年ごとに更新が必要となっている。

ｳ. ケアギバー

フィリピン労働雇用省（Department of Labor and Employment）傘下の政府機関、Technical Education and Skills Development Authority（TESDA)は、高齢者介護や小児ケアの提供を目指す者のために、介護プロフェッショナル認定資格及び介護プロフェッショナル教育を行う機関の認定制度を用意している。TESDA の認定を受けた教育機関が提供する短期のトレーニングプログラム（Caregiving NC II）にもとづく最短 760 時間のコース受講の後、能力評価の試験に合格すればケアギバーの資格を習得できる。このコースは TESDA の認定を受けた複数の教育機関で受講することが可能とされており、高齢者の介護、栄養管理や衛生面の管理について学ぶほか、海外での就労を希望する介護士のために受け入れ国に対応した外国語や文化の講習を含むカリキュラムも組まれている。資格認定にあたって求められるコア技能には、乳幼児、子ども、高齢者、障害者のケアだけではなく、掃除や洗濯、食事等の家事援助が含まれている。なお、認定制度の規則については、Technical Education and Skills Development Authority（TESDA)「Traning Regulations: Caregivng NC II」に整理されている。

ｴ. インフォーマルサービスの提供主体

Home Care Support Service において身寄りのない高齢者を対象とした家族ケア提供を担っているのは、DSWD の認可を受けたフォスター・ファミリーである（本調査では認可基準等についての情報は得られていない)。また、介護者へのサポート・サービスは自治体承認のボランティア（団体）により提供されている（承認にあたっての基準等についての情報は得られていない)。

Volunteer Resource Service（VRS）は個人、関連団体、(人材）仲介組織、元気な高齢者がその活動を主導する。外出支援の実施にあたっては National Service Training Program（NSTP）を履修する学生に対して、DSWD がオリエンテーションや基本的なトレーニングを提供している。なお、コミュニティベースで行われているその他の活動を担う人材（ボランティア）の要件等について、本調査では情報が得られていない。

ボランティア等に対する育成については、「第一次高齢者のためのフィリピン行動計画 1999-2004」において、高齢者のための近隣サポート・サービス（Neighbourhood Support Services for Older Person）の試験的な導入が実施され、地域ボランティアの開発、地域の寝たきりの高齢者を援助するための介護サービス提供者、介護人、地域ボランティアを対象としたトレーニング、試験導入のピアカウンセリングが実施された。

さらに、上述の Senior Citizens Center は、高齢者に社会福祉サービスを提供するための中心組織としての役割を担っており、その活動の一環として高齢者ケアを提供するボランティアの斡旋やトレーニングも行われている。また、Home Care Support Service においても家族・親族に対するケアやトレーニングの提供、介護者へのサポート・サービス（高齢者の対処法、介護疲れの回避等に関する教育の提供）提供等が行われている。

## （５） カンボジア

### １）高齢者の状況

| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年：約 15.6（百万人） |
| 高齢化率（65 歳以上） | 2015 年：4.1% |
| 平均寿命 | 2015 年：68.7 歳（健康寿命は 58.9 歳） |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年：2.70 |

米国国勢調査局 International Database では、カンボジアにおける 2017 年の人口に占める 65 歳以

上の人口の割合は4.3%であるが、2050年にはその割合は11.7%となるとの予測である。

高齢者の生活状況については、農村部で暮らす高齢者の割合が約８割と圧倒的に多く、うち３人以上の子どもを持つ者の割合は約75%となっている。それら子どもと同居する割合が７割強、孫と同居の割合も５割弱と、多くの高齢者が家族と暮らす実態が窺える。一方で、農村に暮らす高齢者（及びその家庭）の約半数が貧困状態にあるとの報告もみられる。

## ２）高齢者関連施策の状況について

### ｱ. 高齢者福祉施策

カンボジア政府は、高齢者及び障害者の健康改善、人材トレーニングの提供、健康教育を通じた健康な高齢者と障害者の奨励、コミュニティの高齢者に対する特別ケアの提供を盛り込んだ「National Policy on the Health Care for Elderly and Disabled People（NPHCED）」を1999年に発表している。また2003年には、「福祉と社会参加」「ヘルスケア」「人材」「収入と市場」「社会参加」「高齢化に関する研究及び政策普及に向けた高齢者の政策参加」等盛り込んだ高齢者に特化した国家政策「National Policy for the Elderly（NPE)」を導入した。同政策については、見直しに向け国連人口基金（UN Population Fund：UNFPA）による技術面・資金面での支援のもとで草案作成が進められてきたが、2017年8月25日の閣議で、新たな政策「National Policy on Ageing 2017-2030」が承認された。

その他、高齢者関連の主な政策として、「National Health Care Policy and Strategy for Older People 2016」及び「National Social Protection Policy Framework 2016-2025」も発表されている。

### ｲ. 社会保障施策

社会問題・退役軍人・青少年更正省（Ministry of Social Affairs, Veterans, and Youth Rehabilitation:MoSVY)は1987年より退役軍人と公務員の退職者を対象とした年金基金政策(Policy on Pension Fund）に基づき、社会保障基金（National Social Security Fund for Civil Servants and National Fund for Veterans）を公務員及び退役軍人に提供してきた。同基金に医療保険は含まれていなかったが、公務員に対する医療保険（Health Insurance for Civil Servant）が2017年に承認された。

民間企業とその社員向けの拠出型の年金スキーム（contributory Pension Schemes）には、基礎医療保険（basic health insurances system）及び労働者災害補償保険（working accident system）の提供と退職年金が含まれている。Older People’s Associations（OPA、後述）のメンバーとなっている高齢者も、拠出型年金スキームが利用できる。

さらに、高齢者に対しては、プライマリーヘルスケアサービスを無償で受けられるように、看護補助金政策（nursing subsidy policy）を設けている。

## ３）高齢者ケアサービスの提供状況

### ｱ. 施設型サービス

MoSVYは、民間セクター（民間企業や銀行、テレビ放送局）と連携し、ホームレスの高齢者等に対して、食料や衣服、住宅の建築資材の提供、医療福祉サービスの提供、自然災害時の支援などを行っている。本調査では、同支援の枠組みにおいて高齢者向けメンタルヘルスセンターや高齢者向け施設等の設置が実現しているという情報が得られているが、サービスの詳しい内容等については把握できなかった。

### ｲ. コミュニティ・ケア

カンボジア政府は、高齢者の社会的･経済的健康を促進するため、国民が全国各地でOlder People’s

Association（OPA）と呼ばれるコミュニティベースの団体の設立を推奨している。OPA は、高齢者や地域に対するインフォーマルな社会保護の機能を提供し、持続可能な地域開発の取り組みによって高齢者とその世帯は生活や健康状態を向上させることを目指しており、高齢者のセーフティネットと認識されている。2016 年までに、全国で 394 の OPA が設立されている。

OPA の設立はこれまで HelpAge が主導してきた経緯がある。HelpAge Cambodia は、韓国-ASEAN 協力関係（ROK-ASEAN Cooperation）と HelpAge Korea の支援の下、日常生活の活動に苦労したり、慢性疾患に悩まされたりしている一人暮らしの貧しい高齢者を対象とした在宅ケアパイロットプログラムをマルチフェーズで実施してきた。2013 年にはそれまでの在宅ケアプロジェクトの成功を踏まえて高齢者向けの包括的なコミュニティベースサービスの提供を開始しており、2 年間のパイロットプロジェクトでは、NGO や政府パートナーと協力して、OPA、無償のホームケアボランティア及び農村ヘルスサポートグループ（Village Health Support Group：VHSG）から募集された有償のケアアシスタントを連携させ、包括的なサービス、トレーニング、技術監督を提供した。サービスには、在宅ケアサービス（有償／無償）、ヘルスサービス、生活支援サービス、ケース・マネジメントが含まれる。

その他の高齢者向けインフォーマルサービスとして、カンボジア赤十字社（Cambodian Red Cross：CRC）が身寄りのない高齢者等を対象として取り組む医療サービス提供や災害対応等の活動や、パゴダ（Pagoda）が OPA の連携組織である Older People Association Coalition の支援を受けて高齢者に提供する、交流や精神的サポート、掃除や料理などの家事の手伝い、食事や入浴、病院、寺院、買い物などの身の回りの世話などのサービスのほか、National University of Management で学ぶ学生と、その他のカンボジア国内の大学生が結成したグループ YES Team が主催する高齢者と若者の交流活動 Elder Garden Project をはじめとした、大学生によるボランティア活動などがある。

### 4）高齢者ケアを担う人材の状況

#### ｱ. 高齢者ケアの担い手

法的・文化的背景の中、高齢者は成人になった子どもやその他の親戚と同居しており、高齢者ケアは家族が行うことが一般的である。

#### ｲ. 看護師

看護師資格は、指定のカリキュラムを実施している大学や専門学校を卒業し、国家試験に合格することで取得できる。

#### ｳ. インフォーマルサービスの提供主体

OPA では、ボランティアのほか有償のケアアシスタントが支援を担っており、彼らに対するトレーニングも提供されている。トレーニングの提供主体は、HelpAge Cambodia のほか、Transcultural Psychosocial Organization（TPO、地域集団を対象とするメンタル・ヘルス・サービス行う NPO）、保健省（Ministry of Health）の Provincial Heath Department 等であり、トレーニング項目のなかには、老年看護のほか、老化の理解や社会的ケア、高齢者のケース・マネジメントに関するタイトル等もみられるが、ボランティア、ケアアシスタント共に具体的な担当業務についての情報は本調査では得られていない。なお、ケアアシスタントについては、そのトレーニング項目に検温やバイタルチェック・血糖値の測定、緩和ケア、リハビリ、非感染性疾患に関する内容も含まれており、より専門的な知識・技術を有する人材が活動に従事している可能性が高いが、文献ではケアアシスタントの要件等についての特段の記載はみられなかった。

## （６） ネパール

### １）高齢者の状況

| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年：約 28.5（百万人） |
| 高齢化率（65 歳以上） | 2015 年：5.5% |
| 平均寿命 | 2015 年：69.2 歳（健康寿命は 61.1 歳） |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年：2.32 |

米国国勢調査局 International Database では、ネパールにおける 2017 年の人口に占める 65 歳以上の人口の割合は 5.2%であるが、2050 年にはその割合は 14.7%となるとの予測である。

高齢者の生活状況についていうと、85%が農村部に暮らしており、農業のほか、子どもの世話、家畜の世話、手工芸などに従事し経済活動を行っているとの報告がみられる。また、80%の高齢者が子どもと生活している。家族構成については、1991 年は一世帯の構成人数が平均 5.6 人であったが、都市化の進展や人口構成の変化により、2004 年には 4.1 人に減少している。

### ２）高齢者関連施策の状況について

#### ｱ. 高齢者福祉施策

ネパールにおける主な高齢者関連法として、「高齢者法（Senior Citizen Act、2006 年）と高齢者規則（Senior Citizens Regulations、2008 年）」がある。2006 年の高齢者法では、高齢者の保護の確保を目的とした高齢者福祉基金（Senior Citizens Welfare Fund）の設立を定めるほか、政府認可のケアセンター、デイケアセンターの設置運営、中央・地方レベルでの高齢者福祉委員会（Senior Citizens Welfare Committee）の設立について規定している。また、高齢者の公共サービス等利用における優遇措置についても定めている。2008 年の高齢者規制には、高齢者法の効果的な実施のためのガイドラインとして高齢者向け政策等の実施方法に関する詳細な情報を盛り込むとともに、老齢ホーム（Old Age Homes）、デイケアセンター（Day Care Centres）、老人センター（Geriatric Centres）の設立と運営に必要な手続きを示している。

その他、高齢者関連政策としては、「高齢者政策と運営方針（The Senior Citizens Policy and Working Policy、2002 年）」、「高齢者のための医療導入ガイドライン（Health Care Implementation Guidelines for Older People、2005 年）」、「高齢者に対する国家行動計画（National Action Plan for Senior citizens、2006 年）」等がある。

#### ｲ. 社会保障施策

高齢者を対象とした所得保障として、70 歳以上のすべての国民（カースト制度の外側に置かれてきた不可触民 Dalit や Karnali 県出身者は 60 歳以上）に月 NRS500 を支給する制度がある。

現状国民皆保険制度は整備されていないが、2013 年の国民健康保険政策（National Health Insurance Policy）及び 2014 年の国民保険政策（National Health Policy）において、ユニバーサルヘルスケア制度確立が重点項目に掲げられた。2015 年 2 月には社会保健安全開発委員会（Social Health Security Development Committee）を結成し、取組を進めている。高齢者向けの医療保険制度についてはこれまでに、無拠出型の高齢者医療サービスプログラム（Senior Citizens Treatment Service Program2004）、高齢者医療サービスプログラム（Senior Citizens Treatment Service Program）、高齢者向け長期介護保険等の政策が発表されている。

### ３）高齢者ケアサービスの提供状況

#### ｱ. 施設型の専門サービス

「ネパール高齢者実態報告書（2010)」では、老人ホームとして政府に登録されているのは約 70 ヶ所で、設立運営主体は政府系が 1 ヶ所以外は、個人、NGO、ボランティア、民間団体と多様な主体となっているとの報告がなされている。利用対象者についての記載はみられなかったが、他文献において自立した高齢者が多いとの指摘がみられた。

#### ｲ. 通所型の専門サービス

デイケアセンターは主にボランティアグループ、地域の相互扶助団体・組織、宗教関係者などの非営利組織や団体によって設立・運営されている。小規模で、大半が寄付や支援によって運営され、無料で利用できる。利用者同士の交流のほか、宗教講話やお祈り等によるスピリチュアルな時間の共有、福祉・医療サービス等提供等がおこなわれている。

その他に、2008 年の高齢者規制において、老人センター（Geriatric Centres）の設立と運営に必要な手続きが示されているが、同センターが提供するサービス等の詳細については情報が得られていない。

### ４）高齢者ケアを担う人材の状況

#### ｱ. 高齢者ケアの担い手

伝統的な家族制度において、高齢者のケアは息子（家族）が担うものとされているが、ネパールの大家族制度が崩れている状況下で、息子が両親のケアを道徳的義務というよりは重荷と感じるようになり、家族による高齢者のケアは期待できなくなっている。

#### ｲ. 看護師

看護師資格は、看護大学または看護学校での看護基礎教育修了後に国家試験に合格することで取得できる。

#### ｳ. ケアギバー及びボランティア

３）で挙げたような専門サービスについて、それぞれどの人材がどのような業務を担っているかといった点についての情報は得られていないが、ケアギバーやボランティアに対する教育は行われており、以下にその内容を整理する。

女性・児童・社会福祉省（Ministry of Women, Children and Social Welfare：MoWCSW）は、National Senior Citizens’Federation （NASCIF)と連携して、毎年、5 ヶ所の開発地域（five development regions）の異なるロケーションで、高齢者向け事業に係る組織の介護者（caregivers)、運営スタッフ（administrative staff)、ボランティア向けのトレーニングを実施している 。

保健人口省（Ministry of Heath and Popultion：MoHP）は 2010 年から、地域レベル（district level）の医療保健業務従事者（health worker）向けに毎年実施されているトレーニングプログラムにおいて、高齢者関連のセッションを組み込んでいる。また、MoHP は、高齢者介護に関する地域レベルのトレーニングをより効果的なものにするため、トレーニングマニュアルも準備している。

## （７） インドネシア

### １）高齢者の状況

| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年：約 258.1（百万人） |
| 高齢化率<br>（65 歳以上） | 2015 年：5.1% |
| 平均寿命 | 2015 年：69.1 歳（健康寿命は 62.2 歳） |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年：2.50 |

米国国勢調査局 International Database では、インドネシアにおける 2017 年の人口に占める 65 歳以上の人口の割合は 7.0%であるが、2050 年にはその割合は 27.4%となるとの予測である。

高齢者の生活状況をみると、現在は三世代同居が最も多いものの、相対的には年齢層の低い高齢者において家族（二世帯同居）または夫婦のみで暮らす割合が高くなっている。今後は、高齢化に伴って世帯構成人数が減少していくことが推測される。

## ２）高齢者関連施策の状況について

### ｱ. 高齢者福祉施策

「高齢者福祉法」には、経済状況等に関わらず 60 歳以上の全ての高齢者を対象として福祉施策を展開していくことが明記されている。1998 年の法改正により、コミュニティを起点とした支援を拡充する方針も加えられた。同法を基盤とし、具体的な方策を示すものとして各省庁から「No.60/2008 Guidance of Regional Commission for Older Persons Establishment」、「No.79/2014 Geriatric Health Care in Hospital」、「No.67/2015 Implementation of Elderly Health Care in PHC」、「No.25/2016 National Action Plan for Elderly Health 2016-2019」等の通知が発出されている。

### ｲ. 社会保障施策

近年まで全国民を対象とした社会保障制度は整備されていなかったが、2002 年の憲法改正において全国民の社会的経済的保障が基本的権利として定められたことにより、2004 年に「国家社会保障制度に関する 2004 年法律第 40 号」(SJSN 法: National Social Security System Law)が公布された。その後、2011 年には同法を実施するための社会保障実施機関（BPJS: Social Security and Administrating Bodies)についての法が成立し、所管部門の設置を経て 2014 年に医療保険制度(SJSN（Sistem Jaminan Sosial Nasional）Health)、2015 年には労働者向けの総合的な労働社会保障制度が実施されている。現在の制度は、労災補償、死亡保障、年金保障（老齢年金、障害年金、寡婦・寡夫年金、遺族年金）及び老齢保障から成り立っている。

うち、高齢者の所得保障制度となるのが老齢年金、老齢保障である。老齢年金は老齢年齢（56 歳）到達後に毎月一定額を支給するものであり、国勢機関及び民間労働者を対象としている。外国人については加入義務がない。老齢保障は労働者の収入手段が途絶えた際にその生活を支える目的で一時金を支給するものであり、国勢機関以外の事業者の下で働く労働者及び非賃金受領者（事業者、雇用関係以外の労働者等)、６ヶ月以上インドネシアで働く外国人を対象としている。

医療保険（SJSN）は全国民（６ヶ月以上インドネシアで働く外国人を含む）を対象としており、加入者は原則無料で医療サービスを受けることができる。保険料は職種によって異なるほか、非賃金労働者及び非労働者は利用を希望する病室のグレードに合わせて保険料を選択できる仕組みもある。病気や怪我の治療のみならず、健康診断や予防接種等の一次予防についても保険適用範囲とされている。

## ３）高齢者ケアサービスの提供状況

### ｱ. 施設型、通所型、訪問型の専門サービス

高齢者ケアサービスとして提供されているものには、入所型のサービスのほか、デイサービス、医療が併用されるサービス、訪問サービス、ショートステイが含まれる。施設の利用は収入に応じた負担が求められ、収入のない高齢者は無料だが、身寄りがなくても経済的に余裕のある高齢者等は応分の負担が求められる。一般社団法人外国人看護師・介護福祉士支援協議会が実施した第１回インドネシア看護学校視察ツアーの報告によると、2010 年時点で、入所型の高齢者福祉施設は 278 施設あり、うち国（社会省、Ministry of Social Affairs: MoSA）管轄の施設が２施設、地方政府管轄のものが

70 施設、民間事業者が運営するものが 206 施設とされている。施設では、シェルター、健康維持及びレクリエーションや宗教行事などの社会活動を実施している。

**ｲ. コミュニティ・ケア**

コミュニティベースの支援として、高齢者向け地域の出張検診(Posyandu)、ディケアサービス(Pusaka)などがある。

Posyandu は、保健省所掌の、県や市が運営する保健所（Puskesmas）と連携して実施される定期的な保健活動である。もともとは母子保健を目的に実施されていたが、1994 年から高齢者に向けた社会福祉活動「「Posyandu Lansia」が開始された。カデル（Kader）とよばれるボランティアが主体となり、健康維持に対する啓発や高齢者自宅訪問を行っている。

Pusaka では、無料で食事や基本的な医療サービス、手工芸や体操などのレクリエーションの機会、宗教活動などを提供している。個人又は団体等誰でも設立が可能であるが、主に地域の女性により運営されている。

### ４）高齢者ケアを担う人材の状況

**ｱ. 高齢者ケアの担い手**

インドネシアでは、都市部においても家族の絆が強く残っており、現在も高齢者ケアのほとんどは家族や親族を中心に友人や隣人などのボランティアに任されている。ケアギバーについての公的な資格制度は存在せず、高齢者福祉施設等で介護に従事しているのは、医師や看護師以外はほとんどが無資格の周辺住民である。

**ｲ. 看護師**

2014 年施行の看護師法にもとづき、看護職は職業教育課程３年及び４年修了者（Ｄ３、Ｄ４）、学士（Ｓ１）、修士（Ｓ２）、博士（Ｓ３）で、１年半～２年間のインターンシップを経て正看護師として認定されている。近年保健省は看護師の教育水準の向上に向けた各種施策に積極的に取り組んでおり、看護師を含む全ての保健人材はインドネシア看護師協会（PPNI）が開始した自治体ごとの看護コンピテンシー試験に合格することが義務付けられているほか、合格証の５年ごとの更新も規定されており、更新にあたっては継続教育への参加による 25 単位の取得を定めている。

**ｳ. ケアギバー**

ケアギバーに対するトレーニングカリキュラムとして標準化されたものはなく、各省や関係機関がそれぞれにトレーニングプログラムを提供してきた。2014 年時点の MoSA の報告資料において、労働移住省によってカリキュラムの標準化も進められているとの記載がみられるが、本調査では当該カリキュラムに関する情報は得られなかった。

財団等の関連団体が独自に行うトレーニングも存在する。Cita Sehat が実施するケアギバートレーニングは、高齢者の配偶者や子ども、近隣住民などを対象としたもので、計 20 時間のカリキュラムとなっている。

**ｴ. インフォーマルサービスの提供主体**

Posyandu で活躍しているのが、カデル（Kader）とよばれる有償のボランティアである。主婦や PKK と呼ばれる全国組織の婦人会メンバーが中心であり、栄養や妊婦・子どもの健康、家族計画、予防接種、下痢など健康に関する基礎的な事項を１週間のトレーニングを通じて学んだ後に、活動に従事する。活動開始後は地域の保健所スタッフによる OJT 指導、SV が行われている。

Pusaka もまた、ボランティアの女性を中心として展開されている。ヘルスケアサービスを提供するスタッフは基本的に無給であるが、報酬の代わりとして食事を提供しているところや、交通費の一部を支給するところもある。

なお、MoSA では、身寄りのない高齢者をケアするボランティアを対象としたガイドライン（2006 年）、NGO や福祉団体などの実施事業者のためのガイドライン（2009 年）、ホームケアハンドブック、実践ガイドライン（2011 年）など、ケアの水準の維持と向上に向けたガイドライン作成を順次進めている。実践ガイドラインは老化に伴う心身の変化や、介護の基本的考え方、高齢者の状態に応じた介護の留意点等について解説している。

## （８） タイ

### １）高齢者の状況

| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年：約 68.0（百万人） |
| 高齢化率（65 歳以上） | 2015 年：10.5% |
| 平均寿命 | 2015 年：74.9 歳（健康寿命は 66.8 歳） |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年：1.53 |

米国国勢調査局 International Database では、タイにおける 2017 年の人口に占める 65 歳以上の人口の割合は 10.6%であるが、今後、高齢者層の割合が増加し、2050 年にはその割合は 27.4%となるとの予測である。

少子・高齢化が進展するなかで、高齢単身・高齢夫婦世帯も増加しつつある。2015 年高齢者状況年鑑によれば、高齢単身の占める割合は 2002 年の 6%から 2014 年には 9%、高齢夫婦世帯の占める割合は 2002 年の 16%から 2014 年には 19% となっている。また、014 年に実施されたタイにおける高齢者調査(Survey of Elderly in Thailand) によれば、高齢者の 34.3%が貧困線以下の状況にあると判明している。

### ２）高齢者関連施策の状況について

#### ｱ. 高齢者福祉施策

2017 年４月６日に公布された新憲法には、高齢化社会に備えるための長期計画策定、高齢者福祉改革推進、高齢者の知的資本の活用、介護サービスの充実に関する内容が明記されている。

高齢者に特化した施策としては、「高齢社会対策」や「高齢者長期アクションプラン」がある。2016 年 11 月に閣議決定された「高齢社会対策」では、厚生年金制度の導入や高齢者を雇用する企業への優遇措置、高齢者住宅施設の建設案、自宅を保有している高齢者の借入について計画が示されているほか、2009 年に改定された 2002 年から 2021 年の「第 2 期高齢者長期アクションプラン」では、高齢者の健康生活の促進をめざした 20 年包括的戦略プランの政策を 2002 年の国連マドリッド国際行動計画に即して「高齢者と開発」、「高齢に到るまでの健康と福祉の増進」、「望ましい、支援できる環境の整備」の３分野としており、「高齢期の所得保障」「健康増進や社会参加等の促進」「社会的保護の充実」「関連システムと人材の整備」「政策の検証・施策の実施」の５つの実行プランを実施中である。

#### ｲ. 社会保障施策

医療保険制度としては、公務員向けの医療給付制度、民間被用者向けの社会保障制度のほか、すべての国民を対象とする国民医療保障（Universal Coverage：UC）があり、登録されている公立病院を治療内容や入院期間等に関わらず自己負担 30 バーツで利用することができる。

所得保障を支える仕組みは①税方式（公務員や軍人の年金制度や公務員以外の全ての高齢者を対象とする老齢福祉手当）、②社会保険方式（民間被用者を対象とする老齢給付）、③貯蓄型（公務員が矯正加入の政府年金基金と雇用者と被用者の合意に基づき設立される企業年金）の３つに分類される。また、自営業者（農民、商人、タクシードライバー、日雇い労働者等）を対象とする「国民貯蓄基金」が 2015 年から開始されている。

### 3）高齢者ケアサービスの提供状況

#### ｱ. 施設型の専門サービス

行政管轄の高齢者社会福祉開発センター(Social Welfare Development Center for Older Persons)は、社会開発・人間の安全保障省（Ministry of Social Development and Human Security：MSDHS）管轄が全国に 12 施設、自治体（郡）管轄が 13 施設設置されているが、救済施設としての位置付けが強い。

民間の Nursing Home 等は国内に多く存在し、保健省の所掌であるが、事業実施にあたってのライセンス交付等は行われていない。医療行為が伴わなければ、ホテルやサービスアパートメントとして介護施設の運営が可能とされているため、正確な施設数は把握されていないが、高齢者介護施設と名乗るものはバンコク市内だけでも 100 軒以上存在する。

介護サービスに特色をもつ民間病院もあり、高齢者専門病床を有する病院のほか、病院経営とともに高齢者専用サービスアパートメント、医療付き老人ホームを運営する事業者もみられる。

そのほか、高齢者向けコンドミニアム・プロジェクトであるサワンカニウェイド（Sawangkanives)、アユタヤの大型都市型高齢者施設ウェルネスシティーなど、民間が中心となった高齢者サポートプログラムも多数みられる。

#### ｲ. 通所型の専門サービス

国内 19 ヵ所に設置している高齢者社会サービスセンターでは、在宅高齢者向けにデイサービス、理学療法、余暇活動などを提供している。民間のデイサービスも僅かながら存在するものの、都市部では交通渋滞が参入の障壁となっている。

#### ｳ. 訪問型の専門サービス

訪問型サービスでは現状、住み込みや通いのメイドサービスが大部分を占める。そのほか、要介護レベルが高く支払い能力がある家庭の高齢者向けには、住み込み介護士や必要に応じて医師や看護師を派遣するサービスが民間事業者により提供されている。

#### ｴ. コミュニティ・ケア

全国 12,000 以上の Tumbon に高齢者クラブが組織されており、高齢者同士の互助を中心とした活動が行われている。また、近年は地域の高齢者が授業や遠足等の活動に参加できる「高齢者学校」の取組もみられる。

コミュニティレベルでの在宅高齢者向け活動として、「アナマイ」と呼ばれる地区の保健所に所属する保健ボランティアや高齢者ボランティアが高齢者宅を訪問し、健康指導や基礎的な介護を提供する取組が行われている。病院が地域のアナマイと連携を図り、看護師や PT、OT が保健所職員らとともに患者宅を訪問する活動も行われている（Family care team: FCT)。

### 4）高齢者ケアを担う人材の状況

#### ｱ. 高齢者ケアの担い手

介護の主な担い手は家族であり、コミュニティにおいては家族・近隣住民、ボランティア等が地域の高齢者を支えている。民間の施設サービスや訪問介護サービスは、看護師、ナースエイドによって行われている。

#### ｲ. 看護師

看護師は、病院、介護施設のほか、アナマイにも常駐しており、高齢者の自宅を訪問するなど地域医療においても重要な役割を担っている。免許は５年毎の更新制で、更新には 50 時間の現任教育が必要とされている。タイ看護・助産評議会（Thailand Nursing & Midwifery Council）が看護教育カ

リキュラム、看護の免許制度、更新制度等を決定しており、国家試験は7領域（成人・老年、小児、母性、地域、精神、産科、看護倫理・看護に関する法律）から出題される。

**ｳ. ナースエイド**

病院や介護施設で高齢者のケアを担う。また、個人契約により住み込み又は通いでサービスを提供する。養成校での半年間の教育で資格を得ることができるが、カリキュラムの内容はほぼ座学であり、実習が不足していることから、修了後に個人契約で在宅サービスを行う場合など、介護に関する知識や技術を修得しないままでケアが提供されているケースもみられる。

**ｴ. 介護士**

介護士の公的資格は存在しないが、民間の介護サービス提供を念頭に置いた介護士養成の取組が多数みられる。保健省では 2009 年に 420 時間の介護人材養成カリキュラムを策定している。ボランティア経験者については 420 時間のカリキュラムのうち専門的な 70 時間の研修（高齢者介護法、緊急時の対応、薬の与え方等）の後、介護提供者としての認定が受けられる 。

同様に、教育省でも 420 時間のカリキュラムが策定されているが、20 年以上前に設けられたものであり、内容は現状に適合していないとの指摘もある。一方で、新規教育機関設立時には教育省が承認を出すこととなっているため、同省のカリキュラムが採用されるケースが多い。

**ｵ. インフォーマルサービスの提供主体**

アナマイに所属する保健ボランティアは、月に 600 バーツの報酬を得て地域住民の健康づくりを中心に活動している。高齢者の自宅を訪問し、健康状態の観察（バイタルチェック）や介護者を含めた療養生活への助言も行う。当該コミュニティ内住む者のなかから選出され、基礎的なトレーニングを受けた後に地域の健康関連部局職員より任命され、その後再び 7 日間の健康に関するトレーニングをヘルスセンターで受けることになっている。より専門的な内容については、採用後に地域（郡レベル）の病院で 15 日間のトレーニングも提供されている。活動開始後は、定期的な会合への参加を通じて専門知識を継続的に修得する。

そのほか、社会開発・人間安全保障省の高齢者のためのエンパワーメント局（OPP/The Bureau of Empowerment for Older）が 2003 年より行っている取組として、高齢者ボランティアを活用したプログラムがある。社会開発・人間安全保障省による 18 時間のトレーニングを受けた地域住民から採用され、在宅高齢者の食事介助や運動、服薬補助等の支援を行っている。報酬はなく、保健ボランティアと兼務する者も多い。

**ｶ. 家事労働者**

ミャンマー、ラオス、カンボジア出身の外国人労働者が従事している。看護師などの有資格者によるサービスも存在するが、2005 年に Foundation for Child Development（FCD）と Thammasat University が 2005 年に行った調査結果では、従事者の大半が特別な訓練等を行わず派遣されているという報告がみられる。

## （９） 中国

### １）高齢者の状況

| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年：1,376（百万人） |
| 高齢化率（65 歳以上） | 2015 年：9.6% |
| 平均寿命 | 2015 年：76.1 歳（健康寿命は 68.5 歳） |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年：1.55 |

米国国勢調査局 International Database によると、中国における 2017 年の人口に占める 65 歳以上

の人口の割合は 10.8%であるが、今後、高齢者層の割合が増加し、2050 年にはその割合は 26.7%となるとの予測である。

高齢者の生活状況についていうと、都市部と地方における高齢化率の推移に特徴がみられる。従来、都市人口全体に占める高齢者の割合が高い傾向にあったのが、2005 年頃に逆転し、農村地帯の方が高くなった。2010 年意向は農村部の人口に占める高齢者の割合は増加し続けている一方で、都市人口に占める高齢者の割合は減少している。なお、家族構成については、高齢者世帯の大部分は核家族（夫婦又はどちらか片方とその未婚の子ども）または直系家族（夫婦又はどちらか片方と既婚の子ども一人（孫がいる場合も含む））である。なかでも近年は、核家族が増え、直系家族が減る傾向にある。

### ２）高齢者関連施策の状況について

#### ｱ. 高齢者福祉施策

2016 年 3 月に公表された「中華人民共和国国民経済と社会発展第十三次五ヶ年計画要綱」に基づき、2017 年 2 月には高齢者の養老サービスシステム構築に焦点をあてた「中国十三五高齢事業発展及び養老体系建設計画」が公表された。同計画は「在宅養老」の推奨、養老施設における介護機能の強化、「医養結合」の推進、公的介護保険制度の構築について明示している。

その他にも、養老産業をヘルスケア関連の重点産業として位置付けた「健康中国 2030」やビッグデータ等の活用による健康養老サービスのスマート化を推進する「スマート健康養老産業発展行動計画（2017-2020 年）」など、養老産業の発展に関する計画が公表されているほか、近年は中央政府・地方政府から養老関連の新たな計画や意見書が多数発表されている。

#### ｲ. 社会保障施策

医療保険制度は、「都市労働者基本医療保険」、「都市住民基本医療保険」、「新型農村合作医療制度」の３つの基本医療保険制度を柱に、公的扶助制度である「医療救助制度」と、基本医療保険だけでは賄いきれない医療費支払いを支援する「大病保険」で補完する体制となっている 。これに加え、雇用主や個人が自主的に加入する民間の保険プランも存在する。

介護保険については、2016 年７月に中国人力資源・社会保障部が「長期介護保険制度試行展開の指導意見」において、高齢化社会に対応するための対策の一つとして公的介護保険制度を構築する旨を公表した。制度構築に向けて一部の都市で試験的に実施を始め、その後の状況をみながら十三五高齢者事業計画（2016～2020 年）までに各地域の状況に応じた制度を設計し、各拠点での実施状況を踏まえて全国での制度導入を目指すこととしている。これを受け、上海市では 2017 年１月より、上海版介護保険「長期照護保険制度」が実施されている。

### ３）高齢者ケアサービスの提供状況

#### ｱ. 施設型の専門サービス

「高齢者社会福祉施設基本規範」では、中国における高齢者福祉施設は「養老院／老人院（Homes for the Aged)」、「老年公寓（Hostels for the Elderly)」、「護老院（Homes for the Device-aided for Elderly)」、「養護院 (Nursing Homes)」、「敬老院 (Homes for the Elderly in the Rural Areas)」、「老年社会福利院 (Social Welfare Institutes for the Aged)」、「託老所 (Nursery for the Elderly)」、「老年人服務中心（Center of Service for the Elderly)」、「老年護理医院（Nursing Hospital for the Aged)」の９分類とされている。それぞれに利用対象（元気高齢者、要介護者、「三無者」、「五保戸」等）と呼ばれるや提供サービス（介護サービスのほか、医療サービス、リハビリ、看取り等）が異なり、運営形態も公設公営、公設民営、民設民営にわかれる。

なお、中国民政省の報告によると、介護施設のベッド数は 2015 年には全国で 669 万床に達してい

る。

**ｲ. 訪問型の専門サービス**

地方政府の出資・補助により、社区サービスセンターが登録されたホームヘルパーや介護従業員を家庭に派遣し、排泄、食事、掃除や洗濯など日常生活上の世話、病院の付き添い等を行うサービスが提供されている。ただし利用者は身寄りのない高齢者、障害のある高齢者等であり、救済的な位置付けのサービスと考えられる。

民間企業が提供する在宅介護、訪問介護サービスは、主に家政サービス業者を中心に行われている。サービス内容は清掃、排泄、食事、その他日常生活上の世話などで、サービス料は比較的に高く、高所得者を対象としたものといえる。

**ｳ. 社会参加を促す活動**

高齢者の社会参加や生涯学習、趣味娯楽の場と位置付けられるものとして、老年大学・老年学校がある。政府が運営するもので、料理、写真、絵画、ダンス、PC 等の生涯学習の機会が提供されており、全国の都心部から農村まで普及している。また、高齢者が集い様々な活動に参画する場として、中国政府は省地級各都市に設備・機能を完備した総合的高齢者活動センターの建設、県級都市に高齢者文化活動センター、郷級行政区に高齢者活動ステーション、末端組織の村民委員会に高齢者活動ルームの設置を推進している。

### 4）高齢者ケアを担う人材の状況

**ｱ. 高齢者ケアの担い手**

「高齢者者社会福祉施設基本規範」には、高齢者福祉施設職員についての規定がある。同規定では、特に老人介護サービス施設の要件として、「サービス対象が満足し、原則として本規範に規定されたサービス項目（「食事」「ケア」「リハビリ」「心理」）を提供できる数を要していなければならない」とするほか、専門資格や専門技術サービスを有していない職員についての研修受講についても定めている。

在宅サービスを提供するホームヘルパーや介護従業員については、地域住民を雇用してサービスを提供する地域もあるが、最近では民間の家政会社と契約しサービスを委託する地域が増えている 。

社区養老については、政策レベルでは多様なボランティア活動及び高齢者互助活動の展開すること、様々な人を高齢者向けサービスに動員することが提起されているが、これらが誰を主体とするかということや、その者らの動員方法、提供の方式等については明らかにされていない。

**ｲ. 養老護理員**

養老護理員は、「養老護理員国家職業標準」において、「養老護理員を高齢者の生活に対する世話、ケアをする者」と定義されている。介護施設や高齢者の自宅訪問により介護サービスを提供する人材であり、その養成は、短期大学、職業技術高校、短期養成、現場経験の４つのルートで行われている。養老護理員の資格は、「初級」、「中級」、「高級」、「技師」の４段階にわかれており、資格獲得（昇級）に際し、初級であれば少なくとも 180 時間以上、中級であれば 150 時間以上、高級であれば 120 時間以上、技師であれば 90 時間以上の研修時間を要する。

**ｳ. 家政服務員**

家政服務員は、高齢者向けのサービスとして高齢者の外出同行・日常介護サービスを提供するほか、清掃・家事などの家政サービス、産婦や新生児の介護、児童の教育サポート、ペット養育など幅広い対象者向けサービスを提供するものとされているが、実態としては家政服務員従事者のうち約 75%が高齢者介護に従事している。同人材の資格は初級・中級・高級の三段階にわかれており 、それぞれの段階に応じて教育内容や研修時間が定められている。国家職業技能検定を受験するための講義として、

高齢者の世話は必修科目であり、試験においても必要科目とされている。

### Ⅰ. インフォーマルサービスの提供主体

全国で「金暉助老」という高齢者向けサービスのボランティア活動が展開されている。青少年や地域の人々を組織し、高齢者に生活介護、医療保健、法律援助など総合的なサービスを提供している。

## ２．国別一覧表

<table>
<tr><th rowspan="2">国<br>（高齢化率[1]）</th><th colspan="3">高齢者ケアサービス</th><th colspan="3">ケアの担い手</th></tr>
<tr><th colspan="2">種類</th><th>運営主体・利用料</th><th>担い手</th><th>仕事内容</th><th>育成状況</th></tr>
<tr><td rowspan="4">モンゴル<br>（3.76%）</td><td>施設型</td><td>高齢者施設</td><td>国が運営する施設が１施設、地方政府が運営する施設が７施設、NGO 等の民間団体が運営する施設が４施設。<br>いずれの施設も、身寄りのない高齢者や貧困層の高齢者が対象。<br>利用料は不明。</td><td>・看護師<br>・保健師<br>・社会福祉士<br>・介護スタッフ（無資格）</td><td rowspan="3">＜看護師＞<br>・医療行為の提供。<br><br>＜社会福祉士＞<br>・健康維持や生活能力向上に向けたプランの作成。<br><br>＜介護スタッフ＞<br>・生活全般のサポート。<br><br>＜保健師＞<br>・マッサージ、リハビリ、衛生管理、医療、介護など包括的にサービスを提供するほか、高齢者の要介護認定（５区分）と認定にもとづいた訪問ケアを実施。</td><td rowspan="3">＜看護師＞<br>・看護系大学には２年間、４年間の養成課程を設置。国立モンゴル医科大学では、同国唯一の大学院教育も実施。<br>・看護師資格は、国家資格として認められており、資格保有者は５年に１度の更新研修受講が義務付けられている。<br><br>＜社会福祉士＞<br>・大学で専門課程を修了すると、社会福祉士資格が認定される。<br><br>＜介護スタッフ＞<br>・社会保険庁主催の研修あり。<br>・その他、サービス提供方法に関するガイドランを労働・社会保障省で作成し、全施設に対して配布。施設長向けには同ガイドラインの内容についての研修も実施。<br><br>＜保健師＞<br>・文献では特段の記載なし。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">訪問型</td><td>－</td><td>ホローと呼ばれる行政単位で実施されている訪問事業。<br>要介護度[2]４（自力で生活することが出来ず、治癒の見込みが少ない状態）・５（重度の末期がん患者）の者の自宅を訪問。<br>利用料は不明。</td><td>・医師（高齢者専門医を含む）<br>・保健師</td></tr>
<tr><td rowspan="2">通所型</td><td>療養所</td><td>労働・社会保障省が認定した民間の療養所が国内に 20 施設。<br>高齢者は、年間 10 日まで、優待価格で利用が可能。<br>利用対象者・利用料等の詳細は不明。</td><td>・看護師</td></tr>
<tr><td>シニアハウス</td><td>利用対象者は健康な高齢者。<br>改正高齢者法（2017 年）で新たに規定された施設であり、サービス内容等についての情報は得られていない。</td><td>－</td><td>－</td><td>－</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ミャンマー<br>（5.4%）</td><td>施設型</td><td>老人ホーム</td><td>国営や民営、寺院等、運営主体は多様。<br>民営であっても、寄付金で運営されていることが多く、基本的には利用料は無料。<br>身寄りのない高齢者や貧困層の高齢者が対象。</td><td rowspan="2">・看護師<br>・ナースエイド<br>・ケアギバー<br>・施設勤務の無資格者<br>・ボランティア</td><td rowspan="2">＜看護師＞<br>病院や老人ホーム、デイケアセンター等で、高齢者を含む患者に対して医療行為を行う。<br><br>＜ナースエイド＞<br>・看護師の助手として医療行為を補助。<br><br>＜ケアギバー＞<br>・老人ホームやデイケアセンター等で高齢者ケアに携わることを期待。<br><br>＜施設勤務の無資格者＞<br>・老人ホーム等で、掃除、洗濯等を担当。<br><br>＜ボランティア＞<br>・施設の掃除や洗濯等に従事。</td><td rowspan="3">＜看護師＞<br>・大学（４年制）、看護学校（３年制）、婦人科専門教育機関での教育を修了すると、看護師資格が認定される。国家試験はない。<br><br>＜ナースエイド＞<br>・民間のトレーニング機関が多く存在。約半年の教育課程を修了すれば認定される。教育カリキュラムや教材は統一されていない。<br><br>＜ケアギバー＞<br>【保健省】<br>・今後「ナースエイド」を「ケアギバー」と名称を変更し、育成カリキュラムの標準化、「technical advocational training course」として編成することを検討。<br>【デイケアセンター主催の研修】<br>・チェンマイ大学のケアギバー育成プログラムを参考に策定。９ヶ月～１年程度の研修を受講すると資格が認められる。<br><br>＜施設勤務の無資格者＞<br>・統一の育成カリキュラム等はなし。<br><br>＜ボランティア＞<br>・元医療職従事者や元気な高齢者が担っている。教育プログラム等の将来的な導入を検討中（詳細は未定）。</td></tr>
<tr><td>通所型</td><td>デイケアセンター</td><td>ヤンゴンに１ヶ所のみ。<br>国営だが、寄付金で運営されている。利用料は無料。<br>身寄りのない高齢者や貧困層の高齢者が対象。</td></tr>
<tr><td>コミュニティ</td><td>コミュニティごとの自助グループ（Older People Self Help Group）</td><td>－</td><td>・ボランティア</td><td>＜ボランティア＞<br>・コミュニティごとに村長等が指名。高齢者等の自宅にて爪切りや洗髪、見回りを行う。</td></tr>
</table>

[1] 2015 年（モンゴルのみ 2016 年）時点における、全人口に占める 65 歳以上の高齢者の割合。以下全て同じ。
[2] 要介護度の認定は、ホロー単位でヘルスケアセンター医師、保健師、ジェントロジーセンター専門医等からなる専門グループが行っている。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ベトナム（6.54%） | 施設型 | 社会保護施設 | 公営。入居対象は戦争功労者、身寄りのない高齢者、障害者、孤児等。<br>身寄りのない高齢者等は基本的に無料だが、有料の場合も。<br>全国に 432 施設あり、うち 35 施設は高齢者向けの介護施設。 | ・看護師<br>・中級看護師<br>・Ho Ly[3]<br>・無資格者 | ＜看護師＞<br>・病院や老人ホーム、デイケアセンター等で、高齢者を含む患者に対して医療行為を行う。<br><br>＜中級看護師＞<br>・社会保護施設等で高齢者ケアを行う。<br><br>＜Ho Ly・無資格者＞<br>・社会保護施設や、老人ホーム等で、掃除、洗濯等の日常生活支援を担当。在宅介護サービスを提供する者もいる。詳細は不明。<br><br>＜ボランティア＞<br>・村の自宅を訪問し、住民（高齢者に限らない）とコミュニケーションを取る。 | ＜看護師＞<br>・ベトナムにおける看護師資格は、大学・専門学校等の看護師養成課程（2～4 年）を修了し、医療機関における 9 ヶ月の卒後臨床研修を経ることで取得が可能。<br><br>＜Ho Ly＞<br>・中等教育修了程度であり、現時点で就職後の実地訓練以外では専門的な訓練なし。Ho Ly を対象とした研修ガイドラインを最近策定との情報もみられるが詳細は不明。<br><br>＜無資格者＞<br>・統一の育成カリキュラム等はなし。<br><br>＜ボランティア＞<br>・元医療職従事者やその他住民（主に女性）。ベトナム高齢者協会が統率する世代間自助クラブ（全国に 1450）では、ボランティアメンバーに対し協会から情報提供が行われることもあるが、研修等はない。保健省主導で推進するボランティアグループでは、村ごとに配置している保健省の下部組織のスタッフが採用・育成を行う。 |
| | | 有料老人ホーム | 民営。富裕層向けが多く、有料。<br>ハノイに 8 箇所、ホーチミンに 1 箇所、ゲアン省に 1 箇所。 | | | |
| | コミュニティ | 世代間自助クラブ（Intergenerational Self Help Club; ISHC） | 地域のゆるやかな自助組織だが、ベトナム高齢者協会（VAE）が指揮。<br>2017 時点で全土に 1,450 クラブが設立。 | ・ボランティア | | |
| | | ボランティアグループ | 保健省主導により推進。<br>300 程度の村で組織。 | | | |
| フィリピン（4.6%） | 施設型 | Assisted living facilities | 民間事業者による運営。<br>国内で 25 ヶ所（2016 年 9 月時点）、250 床。<br>利用料については文献に記載なし。 | ・ケアギバー（高齢者センターでケアに従事する人材の実態については情報が得られなかった） | 労働雇用省傘下の政府機関 TESDA が認定する資格保有者を指す。乳幼児、子ども、高齢者、障害者のケア、掃除や洗濯、食事等の家事援助に従事する。 | TESDA の認定を受けた教育機関が提供する短期のトレーニングプログラム（Caregiving NC II）受講の後、能力評価の試験に合格することで認定。高齢者の介護、栄養管理や衛生面の管理について学ぶ。 |
| | | Residential Care Services（RCS） | 運営主体は社会福祉開発省（Department of Social Welfare and Development ：DSWD）。<br>身寄りのない高齢者が対象。<br>利用料については文献に記載なし。 | | | |
| | 通所型 | 高齢者センター | 自治体が主体となって整備。<br>利用者や利用料については文献に記載なし。 | | | |
| | コミュニティ | Home Care Support Service | 社会福祉開発省（Department of Social Welfare and Development ：DSWD）が主体。<br>在宅の高齢者及びその家族を対象として実施。 | ・ボランティア | コミュニティ内で実施される支援プログラムや、在宅の高齢者（個人およびグループ）やその家族に対して提供される社会福祉・開発活動などに従事。 | 高齢者センターが実施する活動の一環として高齢者ケアを提供するボランティアの斡旋やトレーニングも行われているほか、Home Care Support Service においても家族・親族に対するケアやトレーニングの提供、介護者へのサポート・サービス（高齢者の対処法、介護疲れの回避等に関する教育の提供）提供等を実施。 |
| | | Volunteer Resource Service（VRS） | 個人、関連団体、人材仲介組織、元気高齢者等が主体。<br>在宅・施設入居の高齢者を対象としたもののほか、健康な高齢者が主体となって実施する世代間交流活動も含まれる。 | | | |
| カンボジア（4.1%） | 施設型 | 高齢者向け施設 | 社会問題・退役軍人・青少年更正省（Ministry of Social Affairs, Veterans, and Youth Rehabilitation：MoSVY）が民間セクターと連携して実施している支援の枠組み内で設立。<br>同支援はホームレスの高齢者等を対象としたものであるものの、施設の利用者・利用料については文献に特段の記載なし。 | 文献に特段の記載なし。 | — | — |
| | コミュニティ | OPA | 全国で 394 の団体が活動を展開（2016 年時点）。 | ・ボランティア<br>・ケアアシスタント | ＜ボランティア＞<br>・トレーニング項目には老年看護、老化の理解や社会的ケア、高齢者のケースマネジメントに関するタイトル等もみられるが、具体的な担当業務についての情報は得られていない。<br>＜ケアアシスタント＞<br>・トレーニング項目には上記ボランティアと同様の項目に加えて検温やバイタルチェック・血糖値の測定、緩和ケア、リハビリ、非感染性疾患に関する内容も含まれているが、具体的な担当業務についての情報は得られてない。 | HelpAge Cambodia のほか、Transcultural Psychosocial Organization（TPO、地域集団を対象とするメンタル・ヘルス・サービス行う NPO）、保健省（Ministry of Health）の Provincial Heath Department 等が主体となってトレーニングを実施。トレーニング項目については左の通りであるが、期間等については文献に記載なし。 |

[3] ベトナムでは、無資格で、施設の清掃や高齢者の身の回りの世話を行うスタッフを「Ho Ly」と呼ぶ。しかしながら、Ho Ly と他の無資格者との詳細な違いは不明。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | その他 | 赤十字 | カンボジア赤十字社（Cambodian Red Cross：CRC）が運営。<br>身寄りのない高齢者や自然災害の被害者が対象。 | ・スタッフ<br>・ Red Cross Volunteer<br>・ Red Cross Youth | 身寄りのない高齢者や自然災害などの被害者の生活水準の改善に係る各種活動を実施。 | 文献では特段の記載なし。 |
| | | Elder Garden Project | National University of Management で学ぶ学生と、その他のカンボジア国内の大学生が結成したグループ YES Team が主催。 | ・学生ボランティア | 世代間交流活動を実施。 | 文献では特段の記載なし。 |
| | | コミュニティセンター | パゴダが OPA の連携組織である Older People Association Coalition の支援を受けて活動。 | ・ボランティア | 地域の長がボランティアを選び、地域において、交流や精神的サポート、掃除や料理などの家事の手伝い、食事や入浴、病院、寺院、買い物などの身の回りの世話などのサービスを高齢者に提供。 | 文献では特段の記載なし。 |
| ネパール（5.5%） | 施設型 | 老齢ホーム（Old Age Homes）、 | 政府や個人、団体が運営／実施。<br>利用可能な対象者や利用料等の詳細は不明だが、自立した高齢者の利用が多いとの指摘もみられる。 | 介護者（caregivers）<br>運営スタッフ（administrative staff）<br>ボランティア | 文献では特段の記載なし。 | 女性・児童・社会福祉省（Ministry of Women, Children and Social Welfare：MoWCSW）は、毎年、5ヶ所の開発地域（five development regions）の異なるロケーションで、高齢者向け事業に係る組織の介護者（caregivers）、運営スタッフ（administrative staff）、ボランティア向けのトレーニングを実施。<br>保健人口省（Ministry of Heath and Popultion：MoHP）は、地域レベル（district level）の医療保健業務従事者（health worker）向けに毎年実施されているトレーニングプログラムにおいて、高齢者関連のセッションを組み込んでいる。<br>MoHP は、高齢者介護に関する地域レベルのトレーニングをより効果的なものにするため、トレーニングマニュアルも準備。 |
| | 通所型 | デイケアセンター（Day Care Centres） | ボランティアグループ、非営利組織・団体による運営の無料サービス。<br>利用対象者は不明。 | | | |
| | 不明 | 老人センター（Geriatric Centres） | 文献では特段の記載なし。 | | | |
| インドネシア（5.2%） | 施設型・通所型・訪問型 | 高齢者施設 | 国（社会省）運営２施設、地方政府運営 70 施設、民間運営 206 施設（2010 年時点）。<br>利用可能な対象者や利用料等については文献に特段の記載なし。 | ・看護師<br>・無資格のケアギバー | ＜看護師＞<br>・食事介助、要介護度の高い者の移動等。<br><br>＜ケアギバー＞<br>・排泄や入浴の介助も含む高齢者ケア全般。 | ＜看護師＞<br>・2014 年に国家資格化。職業教育課程３年及び４年修了者、学士、修士、博士で、インターンシップを経験し、コンピテンシー試験合格により認定。５年ごとの更新制（更新時に単位取得要）。<br><br>＜ケアギバー＞<br>・社会省、保健省、労働移住省、Indonesia n Training Center on Aging(ITCOA)などがそれぞれ独自にトレーニングプログラムを提供。民間による独自のトレーニングプログラムも存在するが、カリキュラムの標準化は図られていない。<br><br>＜Kader＞<br>・健康管理等に関する１週間のトレーニングを受講した後に採用。活動開始後は地域の保健所スタッフによる OJT 指導、SV もあり。<br><br>＜ボランティア＞<br>・社会省、保健省、労働移住省、Indonesia n Training Center on Aging(ITCOA)などがそれぞれ独自にトレーニングプログラムを提供。民間による独自のトレーニングプログラムも存在するが、カリキュラムの標準化は図られていない。<br>・社会省がホームケアのガイドラインを策定し、配布。 |
| | コミュニティ | コミュニティベースの高齢者向け社会福祉活動（Posyandu Lansia） | 国内全土で約 86,000 の活動が展開。 | ・ボランティア（Kader） | ＜Kader＞<br>・訪問ケア。<br>・地域住民の健康維持に向けた啓発活動。 | |
| | | コミュニティレベルでのデイケアサービス（Pusaka） | 個人、非営利団体、企業、コミュニティなど様々な主体により運営。BK3S の認可による助成の仕組みもあり。 | ・ボランティア | 食事の提供、医療サービス、レクリーション等。 | |
| タイ（10.5%） | 施設型 | 高齢者施設 | 社会開発・人間の安全保障省運営 12 施設、自治体（郡）運営 13 施設。<br>利用料は有料。 | ・看護師<br>・ナースエイド<br>・介護士 | ＜看護師＞<br>・病院や高齢者施設、デイケアセンター等で、高齢者に対して医療行為を含むケアを提供する。<br><br>＜ナースエイド＞<br>・上記看護師と同様。<br><br>＜介護士＞<br>・高齢者施設等で高齢者の介護全般を担当する。 | ＜看護師＞<br>公立・私立の看護大学で、タイ看護協議会が制定したカリキュラムに基づいて教育が行われている。看護師免許は５年ごとの更新制であり、更新時には現任教育の受講が求められる。<br><br>＜ナースエイド＞<br>・養成校での半年館の教育を受けることにより資格取得が可能。カリキュラム内容はほぼ座学。<br><br>＜介護士＞<br>・養成校が多数存在。保健省・教育省でそれぞれ 420 時間のカリキュラムを策定しており、これらのカリキュラムに基づいて教育が行われている。 |
| | | 医療機関での高齢者向けサービス | 民間の大手医療機関が運営。<br>利用料は有料。 | | | |
| | 訪問型 | 在宅サービス | 民間企業が運営。<br>利用料は高額なことが多く、富裕層向け。 | | | |
| | 通所型 | ― | 行政管轄の高齢者社会サービスセンターが提供。<br>民間事業者によるサービス事例も少数あり。 | | | |
| | その他 | 高齢者サポートプログラム | 民間事業者が中心となって指揮。 | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | コミュニティ | ― | 地区の保健所を拠点として展開。 | ・保健ボランティア<br>・高齢者ボランティア | ＜保健ボランティア＞<br>地域住民の健康づくりを中心に活動。高齢者の自宅を訪問し、バイタルチェックや生活アドバイスも行う。<br><br>＜高齢者ボランティア＞<br>在宅高齢者の見守り、食事介助、エクササイズ、服薬補助などを行う。 | ＜保健ボランティア＞<br>・７日間の訓練を受けた後に活動開始。活動開始後に、郡レベルの病院、県の関連部局、国等による専門分野のトレーニングも提供されている。<br><br>＜高齢者ボランティア＞<br>・社会開発・人間安全保障省による 18 時間のトレーニングを受けた後に採用。 |
| 中国<br>（9.6%） | 施設型 | 養老院、護老院、老年社会福利院等（規定上では９種類） | 公設公営、公設民営、民設民営の３種類。2015 年時点で高齢者施設のベッド数は 669 万床。 | ・養老護理員<br>・家政服務員 | ＜養老護理員＞<br>高齢者の生活に対する世話、ケアを担う。 | ＜養老護理員＞<br>・資格は、「初級」「中級」「高級」「技師」の４つのレベルにわけられている。養老護理員国家職業資格トレーニング教程にもとづくそれぞれの教育時間･内容の教育を受けた後に試験に合格すると、資格証明書を得られる。<br><br>＜家政服務員＞<br>・初級・中級・高級の三段階に分かれており 、それぞれの段階に応じた教育を経て、受験が可能。高齢者の世話は国家職業技能検定受験のために受講が必要な科目であり、試験科目の１つでもある。 |
| | 訪問型 | 社区サービスセンター、 | 地方政府が出資。<br>利用料は１時間あたり 10～15 元程度。 | | | |
| | | 在宅介護、訪問介護サービス、住み込みサービス | 民間企業が提供（主に家政サービス業者が運営）。<br>利用料は比較的高額で富裕層向け。 | | | |

# 第３章　日本における介護のあゆみとその実践（ポイント集）

## １．日本における介護のあゆみとその実践（ポイント集日本語版）

# 日本における介護のあゆみとその実践
## ～その人らしい生活を実現するために～

2018 年3月

## はじめに

世界の高齢化は急速に進行しており、2050 年には世界の 60 歳以上の人口が 20 億人に達すると言われています。特にアジア諸国の中には、日本が過去に経験したのと同等かそれ以上の速さで高齢社会を迎える国もあると予測されています。それに伴って高齢者の介護ニーズも増加し、介護は決して特別のことでも、限られた地域や人を対象とするものでもなく、多くの人にとって身近に必要なものとなっていくでしょう。国連では 2002 年、「高齢化に関するマドリッド国際行動計画」が採択され、2015 年にはＡＳＥＡＮ加盟国により「高齢化に関するクアラルンプール宣言」が採択されました。これらを通じ、高齢者の尊厳の尊重、一人ひとりのニーズやライフコースアプローチにもとづいた支援、高齢者の社会参加の促進など、政策的対応の原則が明らかにされ、それぞれの国で取組が始まっています。

日本では、他のアジア諸国よりも早く、1970 年以降から、急速に高齢化が進行していきました。また、産業構造の変化により国民の生活環境や家族構成も急速に変化し、家族だけで介護に当たることが難しいなど、多様な社会環境に応じた介護ニーズへの対応の必要性等が生じるなかで、高齢者の介護を、個人や家族の単位ではなく、社会全体で支えるしくみが求められるようになりました。

そのような状況の中、日本政府は、公的な介護サービス提供のための制度整備に向けた諸施策・制度の推進とともに、介護に従事する人材の確保・育成に取り組んでいきました。2000 年の介護保険制度創設以降、日本の高齢者介護サービスは、量・質ともに飛躍的に拡大していきます。介護保険制度が施行された 2000 年には 55 万人しかいなかった介護人材は、2013 年には 171 万人と、13 年間で 116 万人も増加しています[4]。介護保険制度の運用と併行して、介護サービスに従事する人材の教育体系も整備し、時代の社会ニーズ対応した教育内容の見直しを図っています。

今後、アジア地域の多くの国が急速な高齢化に直面していくと予測されています。中国、韓国、シンガポール、タイ、ベトナムの高齢化率は現在既に７％を超えて高齢化社会に突入しおり、今後は 2025 年までにマレーシアやミャンマーも同様の状況となる見通しです。また、高齢化社会から高齢社会になるまでの推定期間（倍化年数）が日本よりも短い国も見られ 、今後アジア地域では、非常に速いスピードで高齢化が進展していくことが予測されます。

本書は、今日本で活躍している介護職が、どのような知識と技術を備え、どのような考え方にもとづいて高齢者の介護を行っているのかということについて、高齢者に係る制度的な変遷も交えながらご紹介しています。日本において、介護とは、その人らしい生活を実現するための支援と考えられており、介護の理念に対する理解と専門的技術・知識を有する人材によるサービス提供が求められています。

本書に書かれた内容は、日本の文化や生活習慣、時代に応じた社会情勢等を踏まえ発展してきた日本の経験です。アジア諸国においては、各国の文化や風習、政策等を考慮すると、これからの介護や介護人材のあり方を考えていくにあたり、各国の状況には沿わない内容もあるかもしれません。しかし、国連やＡＳＥＡＮ加盟国によって明らかにされた政策的対応の原則は普遍的なものであり、本書で示しているのは、日本の介護でそれら普遍的な原則がどのように現実化されてきたかです。したがって、今後本格的な

[4] 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」より

高齢化対応が求められるアジア諸国にも、本書は大いに参考になると私たちは信じています。

本書は、政策立案者に対しては、介護政策や人材養成の基本的な考え方、具体的なアプローチを考える際のヒント集に、すでに介護にかかわっている専門職の方々には、介護サービスの基本的な考え方、サービス提供に当たっての留意点を再確認する参考に、家族やボランティアの皆さんには、家族や身近な高齢者をケアする際の具体的なヒント集になるでしょう。私たちが本書の公表を通じて望むのは、今後高齢化を迎えるアジア諸国において、高齢者が、介護が必要な状態になっても、その人らしい生活を継続していける環境が整備され、高齢者やその家族を含めた全ての人が、介護に関わる負担や不安を抱えることなく、安心して生活できる社会づくりが進んでいくことです。私たちは、本書に記載した「その人らしい生活を実現する介護」のポイントを参考に、介護の考え方が理解され、介護人材育成に繋がることを期待しています。そのために、アジア諸国で高齢者介護に関わる多くの方々に、本書をご活用いただきたいと思っています。

外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業
検討会・ワーキンググループ

## 【高齢化の進む社会で、今どのような状況が起こっているか？】

高齢化が急速に進展するなかで、家族だけで介護にあたることが難しい状況が生まれています。

以下はその一例です。日本で暮らす佐藤さん一家は、要介護度の高い母親の介護に励んでいましたが、適切な介助の方法がわからず、心身共に大きな負担を感じています。

①

佐藤さんと同居する高齢の母親が、ある日脳梗塞で倒れ、入院しました。

②

比較的体調が安定したため退院しましたが、左半身に麻痺が残っています。

③

現在は、自宅で佐藤さんの妻が介護をしながら暮らしていますが、うまいやり方がわからず、日々悪戦苦闘しています。

④

佐藤さんの妻の精神的負担は重く、腰痛にも悩んでいるようです。今後、長期にわたって家族だけで介護をおこなっていくことには限界を感じています。

## 【日本の高齢者の生活の場と介護】

日本では、高齢者の生活の場として以下のようなものが用意されています。そこでは、家族のほか、介護職員、生活相談員、地域ボランティアなど、様々な人材が介護に従事しています。

上で紹介した佐藤さん一家も、家族の生活状況や希望に応じて、様々なサービスを選択することが可能です。

**自 宅**

在宅で、家族や地域ボランティアによる援助・見守りのもと、生活します。バリアフリー対応が整った住宅環境の整備も視野に入れながら、地域全体で高齢者の生活を支援します。要介護度や家族の状況、本人の希望等に応じて、訪問介護サービス、デイサービス、ショートステイを活用します。また、「通い」「訪問」「泊まり」のサービスを組み合わせた、小規模多機能型の事業所も利用できます。

**施 設**

要介護の認定を受けた方が入居できる施設、医療ケアと介護が一体的に提供される施設、諸事情により自宅で生活することが困難な方が入居できる施設、認知症の方が利用できる施設など、目的や提供するサービスの違い等によって様々な施設があります。

目次


## １．日本における介護の基本的な考え方とあゆみ

（１）日本における介護の基本的な考え方 ..... 5

介護の基本的な考え方 ..... 5

コラム１「医療」「看護」と「介護」

専門的な介護に求められるアプローチとは何か ..... 6

コラム２日本の認知症ケア～認知症を取り巻くケアの変遷～

コラム３身体拘束ゼロに向けた取組

（２）日本における介護のあゆみ ..... 11

介護の社会化 ..... 11

コラム４介護人材養成の取組

日本の介護サービスの仕組み ..... 16

コラム５日本の介護保険制度と従来の制度の違い

コラム６各国のコミュニティ・ケア

## ２．いきいきとした高齢者の生活を支援する

（１）高齢者の生活の流れ ..... 21

（２）生きがいを持った暮らしを支える介護の実践 ..... 24

①移動 ..... 24

コラム７なぜ「寝たきり」ではいけないの？

コラム８やってみよう～ボディメカニクスを活用した介護～

コラム９持ちあげない介護～No Lifting Policy～

②食事 ..... 30

コラム 10 高齢者が自力で食事をするための工夫～介護食と福祉用具～

③排泄 ..... 34

コラム 11 自立支援と日本における「おむつ論争」

④身じたく ..... 37

⑤清潔の保持 ..... 39

コラム 12 日本における「入浴」文化

参考文献 ..... 41

委員一覧 ..... 42

# １．日本における介護の基本的な考え方とあゆみ

日本では、高齢化の進展とともに国民の生活環境も大きく変化していく中で、多様な社会のニーズに対応した介護の制度を構築しつつ、介護の基本的な仕組みと、介護を行うにあたって大切にすべき視点・考え方が醸成されています。

本章ではまず、「（１）日本における介護の基本的な考え方」として、日本における「介護」の概念と、介護の専門性について解説しています。そして、より多くの人々が介護サービスを利用できる環境づくりに向けた日本の取組について、歴史的な変遷も交えながら「（２）日本における介護のあゆみ」で整理しています。

## （１）日本における介護の基本的な考え方

### 介護の基本的な考え方

そもそも「介護」とは何でしょうか。アジア諸国における共通する「介護」の概念はなく、各国によってその捉え方は様々です。例えば、病人に対する食事や排泄、清潔の保持等の療養生活上の世話は、看護の中でも扱われますし、家事援助の一部と捉えられている国もあります。

本項では、日本における介護の考え方について説明をします。この内容が、今後高齢化を迎えるアジア諸国において、介護職の業務内容や社会的な位置づけを考えるうえでの参考になれば幸いです。

◇生活支援としての介護の目的とは

日本では、介護を生活を成立させるための支援として位置付けています。人の生活には、「身体的活動（動く）」、「精神的活動（考える）」、「社会的活動（関わる）」といった多様な側面があり、それらが統合されて一人ひとりの生活が営まれています。心が動き（動機づけがあって）、身体が動いて、他者とのつながりがあってこそ、その人らしいいきいきとした生活ができるということです。逆にいうと、これらの側面のうちどれか一部でも欠けてしまうと、その人らしい生活の継続は難しくなってしまいます。そのような状態は、他人からは何一つ不自由のない暮らしのように見えるかもしれませんが、本人にとっては自分らしい生活とはいえません[5]。

生活支援を行うにあたっては、「社会とのつながりや社会の中での役割をもちながら、いきいきと活動することを支援する」という視点が求められます。

[5] 国際医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉・マネジメント学科（2017）「福祉教科書 介護福祉士 完全合格テキスト 2017 年版」p.170.より

≪コラム１≫

**「医療」「看護」と「介護」**

Ｆ．ナイチンゲール（1820～1910）は、その著書『Notes on Nursing』（1860）で、看護の原点と基本的原理を「看護とは、新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静かさ、などを 適切に整え、食事内容を適切に選択し 適切に与えること ― こういったことのすべてを、患者の生命力の消耗を最小にするように整えること、を意味すべきである」と述べています。これは、「医療」「看護」「介護」すなわち「ケア」のすべてに共通して大切にすべき視点といえます。つまり、医療も看護も介護も、その根底にある原理は同じということです。

かつての日本において、介護が必要な高齢者の「ケア」を担っていたのは看護人材でした。病院で、介護と看護が一体的に提供されていたということです。しかし、長寿化・高齢化が急速に進展し、日常生活の援助が必要な全ての高齢者の世話を看護人材や病院内だけで引き受けていくことは難しくなっていきました。そこで、治療を伴わない日常生活の援助に特化した「ケア」として、介護の概念が整理され、その専門職が求められるようになっていったのです。

日本における介護とは、主に日々の生活で他者の助けを必要としている高齢者や障害を持っている方に対して、必要な援助を届けることです。つまり、介護とは対象者の“生活の場”を舞台として展開される支援であるということは、介護の特徴の一つといえるでしょう。

## 専門的な介護に求められるアプローチとは何か

現在、日本では、介護は、対象者の生活の質の向上を図るものであり、専門的な知識・技術と倫理性からなる実践と捉えられています。本項では、介護の専門性について解説します。

### ◇介護者に求められる人権意識

介護が必要な人々は、他者とは違った特別な存在というわけではありません。他の人々と同じように、現在まで思い思いに人生を送ってきており、現在も人間として当たり前に生活を営んでいます。ただ、現在は加齢や障害等の様々な事情により、他者の支援を必要とする状態にあるというだけです。

人はどのような状況で生きていようと、その一人ひとりがかけがえのない存在です。無用な人は一人もおらず、誰もが個人として尊重されなければなりません。たとえ他者の支援を必要としても、権利の主体としての存在は、何ら変わるものではありません。介護の考え方、あり方を考えていくうえでは、まずはこのことを理解しておくことが重要になります。

### ◇介護の専門性

日本では、介護を専門性の求められる業として、「食事、清潔の保持、排泄等の介護も含めた生活全般について、観察やコミュニケーションなどから情報収集して、それらを統合・分析し、高齢者の生活にどのような生活のしづらさとニーズがあるのかを理解したうえで、自立（※）やＱＯＬの向上を目指した方法を見出していくこと」といわれています。そのためには介護に関する様々な専門的知識や技術の習得が必要ですし、医療や保健などの他職種との連携も求められます。

人生の最期に近い時期にどのようなケアを受け、人生を全うするかということは、ケアをうける側の立場に立って考えるとき、きわめて重要な意味をもちます。それだけに、介護を担う人材には、上記のような専門性の前提として、責任感と倫理感を伴う資質も求められるということは、言うまでもありません。　※本書で示す高齢者の「自立」については、次の項目で説明しています。

◇専門的な介護の視点

【対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護】

社会的な存在である人間は、生まれてから死ぬまでのライフコースの中で、就学、就職、結婚、出産など、様々な段階を経て人生を歩んでいきます。しかし、その個々の人生のあり方は、配偶者や子の有無、健康状態、経済状態等により、実に多様です。

対象者である高齢者は、長い人生を歩んできた一人の人間です。長年にわたって培ったその人なりの生活習慣や生活環境が、現在の心身の状態に様々な影響を与えています。そして、本人にとっては、介護を必要とする現在の暮らしも人生の一コマです。そうした高齢者の方々に介護（生活支援）を提供するということは、その人の人生の歴史や生活習慣、つまりライフコースに足を踏み入れることでもあります。長年一緒に暮らしてきた家族であれば、対象者のライフコースに馴染んだかたちで介護を行うことができるのでしょうが、第三者である他人が介護を行う場合、そのような視点は疎かにされがちです。介護者は、このことを十分に理解し、目の前にいるその人がどういう歴史のなかで生きてきたかという観点から、介護のあり方を考えていく必要があります。

介護を生活支援として捉え、対象者のライフコースを尊重した支援を目指すには、対象者の心身の状況を適切に理解することが必要になります。その際、表面にみえている対象者の状態だけにとらわれて対応していてはうまくいきません。介護者は、対象者との信頼関係を構築しながら、その人の生育歴・生活習慣等についての情報収集を行い、個々の価値観にもとづく生活のありようを適切に理解していくことが重要になります。そして、介護者の側から対象者の状況を捉えるだけでなく、目の前にある現象の奥にある、その人の「生活のしづらさ」について、対象者の目線に立って理解することが求められます。そこから、「生活のしづらさ」に対応するために必要な介護を判断し、選択していくというプロセスにつながっていきます。

対象者の心身の状況を、対象者本人の目線から理解していくことから、その人らしい暮らしを支える介護の実践がスタートしていきます。そこから実践までのプロセスには、豊かなコミュニケーション能力、人間の尊厳に対する理解と、社会のしくみや人間のこころとからだのしくみ等に関する専門的知識に基づく判断が求められます。ここに、介護の専門性があります。

【自立を支援する介護】

日本では、要介護状態になってもできるだけ自立し、社会とのつながりを保ちながら、意欲を持って生活できることを重視した介護を提供することが、その人らしい暮らしを支える介護であるとされています。そのため、対象者の残された日常生活動作能力の維持活用を図るとともに、自分の生活を自らの意思で選択し、実践できるよう支援し、可能な限り介護を必要とする状態になってもこれまでの生活を続けることを可能にすること[6]を、介護の基本に据えています。

[6] 介護対策検討会（1989）「介護対策検討会報告書」より

自立を支援する日本の介護は、ＡＤＬ（Activities of Daily Living, 日常生活動作）の向上とともに、ＱＯＬ（Quality Of Life, 生活の質）の向上を重視しています。例えば、「つらい思いをして自力でできたとしても、それだけで日々が過ぎていく生活よりは、自分の意思で人の手を借り、仕事や社会参加をして充実した生活を送るほうが、より自立的な生活である[7]」という認識のもとで介護を行っているということです。このような支援を行っていくうえでは、まず対象者本人が行おうとする意欲を高めるという視点が重要です。一人ひとりの心身の状況を見極め判断したうえで、根拠にもとづいた支援や環境づくりを行います。介護を担う人材には、個々の対象者がこれまで生きてきた歴史をふまえ、その気持ちに寄り添うなかで、一人ひとりが「今必要とする」生活支援を考えていく姿勢が求められています。

【社会とのつながりをつくり、人生を豊かにする介護】

その人らしい生活の支援という視点で介護を捉えると、高齢者の社会参加という側面から支援を考えていくことも重要になります。

高齢化が進む状況において、安心で活力ある豊かな社会を築いていくうえでは、高齢者が社会に参加し社会を支える担い手になることは極めて重要な意味を持ちます。社会活動に参加し活躍し続けることは、高齢者の健康や生きがいにも寄与し、介護状態の予防につながることも期待されます。介護者は、身近な地域の中で高齢者の社会参加機会を充実させていくことにより、高齢者と社会とのつながりをつくり、彼らの人生を豊かにしていく創意工夫が望まれます[8]。

社会参加は、一人ひとりの生活リズムや希望を尊重しながら、対象者自身の自己決定にもとづく参加であるということが重要になります。そのような支援を行うにあたっては、本人の望む生活に目を向け、どうすれば実現できるかをともに考え、実践を支えるという視点が大切です。

◇根拠にもとづく介護の実践

過去には、介護の現場では、試行錯誤をくり返しながら、熟練した技や感受性、洞察力を得て経験を重ね、それが介護の方法として先輩から後輩へと語り継がれてきました。それぞれの施設において経験の蓄積がなされていましたが、必ずしも体系化されたものではありませんでした。

しかし、幅広いニーズをもった利用者への介護は、経験の蓄積や伝承だけで担っていくことはできません。一つひとつの介護行為は、知識や技術、倫理が統合化されたものである必要があります。日本では、こうした根拠にもとづいた介護の実践を積み重ねていくことが、介護の専門性の確立へとつながっていくと考えられています[9]。

現在、日本では、根拠にもとづく介護を提供していくため、「事前の評価（情報収集～課題の明確化）→計画の立案→実施→事後の評価（達成度の確認～今後の方針検討）」の４段階で介護のプロセスを踏みながら、対象者の生活を支えています。また、対象者の生活を総合的にとらえるという観点から、介護職だけでなく、異なる専門性をもつ多職種が連携してチームを組み、様々な角度から支援することを重視しています。

---

[7] 黒澤貞夫、石橋真二、是枝祥子、上原千寿子、白井孝子編（2017）「介護職員初任者研修テキスト１介護のしごとの基礎」,pp.66

[8] 東京大学高齢社会総合研究機構（2014）「高齢者の社会参加の実態とニーズを踏まえた社会参加促進策の開発と社会参加効果の実証に関する調査研究事業報告書（平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分））」

[9] 黒澤貞夫、石橋真二、是枝祥子、上原千寿子、白井孝子編（2017）「介護職員初任者研修テキスト２ 自立に向けた介護の実際」,p.6

≪コラム２≫

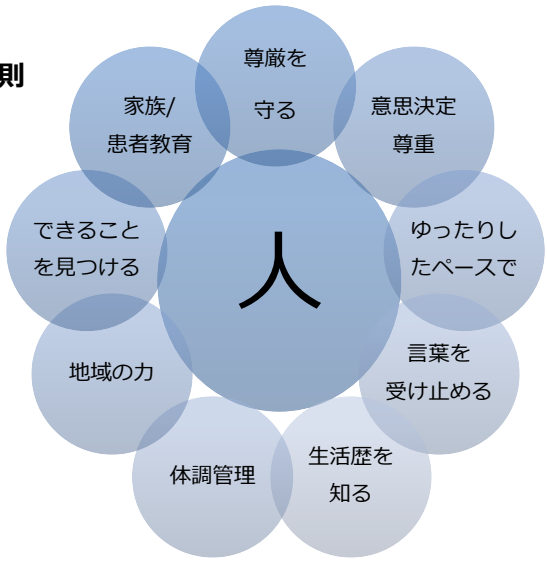
## 日本の認知症ケア
## ～認知症を取り巻くケアの変遷～

高齢化が進む国において、認知症への対応は共通の課題です。高齢化が急速に進む日本では、同時に認知症の患者が急増しています。今日の日本の高齢者ケアを考えるうえで、認知症ケアはより重要な位置を占めています。

日本の認知症ケアの歴史的変遷は、1970 年代に遡ります。その頃は、家族が認知症の人を在宅でケアすることが困難になると精神疾患として対応され、精神科の病院に入院することが多かったといわれています。しかし、1980 年代半ばに入ると、認知症の人を介護する家族の介護負担に関する調査や、介護される側である認知症の人の実態調査などが行われるようになりました。また、問題意識にもとづいて介護の方法を考えようとする施設も徐々に増え、認知症によって起こる様々な行動・心理症状（BPSD）を丁寧に観察してその背景にアプローチする介護、その人の生活歴に目を向けた介護が行われ始めました。

1990 年代に入ってからは、家族の介護負担への対応として、デイサービスやショートステイの活用が行われるようになっていきました。さらに 2000 年代に入ると介護保険制度が始まり、介護者や医療従事者の視点ではなく、本人の視点に立った介護の重要性が認識されるようになりました。その一つの例が「パーソン・センタード・ケア」と呼ばれる英国のトム・キットウッドが提唱した考え方です。これは、認知症をもつ人を一人の“人”として尊重し，その人の視点や立場に立って理解し，ケアを行おうとする考え方です。個別性を理解し、その人にあった支援を行っていくためには、以下のようなことを常に心に留めておく必要があります。

**認知症ケアの原則**




（執筆者：國谷 昇平）

参考文献：
日本認知症ケア学会編（2013）「認知症ケアの実際〈1〉総論（認知症ケア標準テキスト）」日本認知症ケア学会

≪コラム３≫

## 身体拘束ゼロに向けた取り組み

冊子「身体拘束ゼロの手引」

「虐待」は、その人の人権を侵害する行為であり、絶対にあってはなりません。一方で、高齢者に対して自分が虐待など行うはずはない、また、していないと思っていても、誰もが陥りやすいのが身体拘束です。

日本の介護の現場では、介護者の都合を優先させた結果として、対象者の手足をベッドにくくりつけて動けなくする、行動を落ち着かせるために薬を服用させる、中から開けられない居室等に隔離するといった身体拘束という事態が起きていました。介護者の都合を優先させることが日常化しているところでは、拘束は一つの介護方法として行われてきたのです。

しかし、このような状態を当然のこととして見過ごしていると、高齢者の人権を守ることはできません。その人らしい生活を実現するという、介護の目的も見失われてしまいます。そのような状況下では、介護の質の向上は望めません。

日本では、2000 年施行の介護保険法において身体拘束が原則禁止され、ここから身体拘束の廃止に向けた積極的な取組が始まりました。2001 年には厚生労働省が設置した分科会において「身体拘束ゼロへの手引き」が作成され、現場の関係者に配布されました。この手引では、身体拘束とみなされる具体的行為として「縛る」「薬を過剰に服用させる」「隔離する」等を挙げたうえで、身体拘束ゼロに向けた工夫事例等について紹介しています。

参考文献：
黒澤貞夫、石橋真二、是枝祥子、上原千寿子、白井孝子編（2017）「介護職員初任者研修テキスト１ 介護のしごとの基礎」中央法規

## （2）日本における介護のあゆみ

### 介護の社会化

高齢者やその家族を含めた全ての人が、介護に関わる負担や不安を抱えることなく、安心して生活できる社会づくりを進めていくためには、必要な時に自らの意思で介護サービスを利用できるような環境づくりとともに、専門性のある介護を提供できる人材の育成が必要です。

日本では、高齢化が社会の課題として重要視されてきた 1970 年ごろから、介護ニーズの増大に対応するための取組が行われてきました。そして、その都度新たに直面する課題にも向き合い、対応しながら、2000 年の介護保険制度創設に至りました。その後は、介護サービスを利用できる人の数も、介護を提供するサービスの種類と従事者の数も、飛躍的に拡大していきました。

本項では、介護保険制度創設を中心とした介護に関する施策の変遷について解説しています。日本の経験の共有が、各国の高齢者を取り巻く制度や介護人材の育つ環境づくりに向けた参考情報になれば幸いです。

#### ◇高齢者福祉政策の始まり

1945 年の第二次世界大戦終了後間もない時期、日本の高齢者福祉施策は、ごく一部の低所得者層を対象とした、救済的な意味合いの強いものでした。当時の日本では、多世代同居が一般的であり、高齢者の世話は家族の仕事と考えられていました。

しかし、高齢者数の増加に加え、国民の生活も大きく変化していきました。日本の産業構造は、農林漁業中心の構造から製造業の拡大、サービス業の拡大へと続き、家族従業者や自営業者の割合が低下して高齢者の就業機会が減少していきました。また都市化が進行し、働く世代の人口が大都市に集中する中で、一人暮らし・夫婦のみの高齢者世帯が増加しました。そうした状況を受け、1963 年の老人福祉法制定により、日本で初めて、経済的な状況にかかわらず介護を必要とする高齢者を養護する施設が、制度的に登場しました。ここから、日本における本格的な介護対策が始まっていきます。

#### ◇介護ニーズの増大と福祉制度の限界

老人福祉法が施行されたものの、介護を必要とする高齢者の数に比べて施設の数が不足していたことや、所得調査を受けたうえで世帯収入に応じた利用者負担が求められるなど、一般の人にとって必ずしも利用しやすいものではなかったこともあり、実際の施設の利用者は低所得者等が優先されるという状況が続いていました。

こうした中、高齢化は急速に進展し、1960 年には 5.7％であった高齢化率は、1980 年には 9.1％、1990 年には 12.0％となり、介護ニーズはますます増大していきます。さらに、平均寿命が延びたことによる介護期間の長期化・重度化、社会構造の変化（大都市で就職し、結婚する人の増加など）や思想の変化（個人としての生活を大切にする意識の強化など）による核家族化の進行、介護する家族自身の高齢化など、介護を担ってきた家族をめぐる状況も変化し、従来の高齢者福祉制度による対応には限界が出てきました。

そこで、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとしての介護保険制度を創設することとし、2000

年に介護保険法が施行されました。

◇人材養成の仕組みの整備

介護ニーズが顕在化するなかで、1970 年代ごろから、在宅介護、施設介護に従事する人材に対する講習会や研修等が開催されるようになりましたが、公的な資格制度等はありませんでした。当時、日本には、介護に限らず社会福祉に関する国家資格が存在していませんでした。そのため、1980 年代半ばごろから、資格制度の確立が課題として指摘されるようになりました。

また、当時、少子高齢化が急速に進むとともに人々の生活形態や経済状況が変化するなかで、高齢者や障害者の福祉ニーズの幅が広がり、多様かつ高度なニーズに対応できる人材の確保と資質の向上が求められるようになっていきました。併せて、高齢者産業の急速な拡大に伴って、サービスの倫理と質を担保する専門職の必要性も議論されるようになりました。こうした状況を受け、1987 年、介護の国家資格の誕生へと至ります。国家資格化の翌年には介護福祉士養成教育（２年課程）が開始されました。また、1991 年には、ホームヘルパー（在宅介護支援員）の組織的な養成も開始されました。

介護人材育成のあり方については、時代の流れに沿ったものとなるよう現在も定期的に見直しが図られているところですが（コラム４参照）、国家資格化は、介護の知識や技術の基準を形成する契機であったといえます。

◇家族によるケアから社会全体での支え合いへ

介護保険制度が創設されるまで、高齢者に対する介護サービスは、一部は行政側が必要と認めた者に対して提供するサービス（措置にもとづくサービス）として行われ、また、一部は医療の枠組みの中で行われてきました。しかし、従来の措置による対応では、行政機関によってサービスの利用対象者や内容が決定され、利用者が自らの意思によってサービスを選択することはできませんでした。行政予算にもとづいてサービスの利用対象者や内容が決定される状況下では、民間企業の介護サービス市場参入も難しく、介護サービスの飛躍的な拡充は期待し難い面もありました。他方、疾病の治療を目的とする医療の枠組みの中での対応には、ケアの在り方や日常的な生活に対する配慮などの面で限界がありました。このため、当時存在する制度の延長ではなく、思い切った改革に取り組むことが不可欠となりました。

こうした中で、日本の介護保険制度は、高齢者の介護を一部の限られた人々の問題としてとらえるのではなく、社会全体に関わる問題としてとらえながら、国民皆で高齢者やその家族を支えるための仕組みとして創設されました。

## 図表１：日本における高齢者福祉・高齢者医療政策の経緯

| 年代 | 指標 | 主な出来事 | 補足事項等 |
|---|---|---|---|
| 1960 年代<br>高齢者福祉政策の始まり | 高齢化率：<br>5.7%<br>平均寿命：<br>男性 65.32 歳<br>女性 70.19 歳<br>（1960） | 1962 年　訪問介護事業の創設<br>**1963 年　老人福祉法制定**<br>◆老人福祉施設の創設、<br>訪問介護の法制化<br>1969 年　全国社会福祉協議会の「家庭内ねたきり老人実態調査」結果公表<br>⇒70 歳以上**寝たきり高齢者の数（20 万人、約５%）やその生活実態の深刻さが明らかに。** | ✓「介護」という言葉が法律内に盛り込まれる。<br>✓低所得者に対する保護施策を超え、加齢に伴う一般的な介護ニーズを制度の対象として位置づけ。<br>✧ 福祉施設と医療機関の費用負担の格差や手続きの違いなどから入院を選択する問題（社会的入院）が深刻化し，老人医療費が増大。<br>✧ 治療を目的とする病院では，スタッフや生活環境の面で，介護を要する者が長期に療養する場としての体制が不十分という問題も顕在化。 |
| 1970 年代<br>老人医療費の増大 | 高齢化率：<br>7.1%<br>平均寿命：<br>男性 69.31 歳<br>女性 74.66 歳<br>（1970） | 1971 年　社会福祉施設緊急整備５ヶ年計画策定<br>◆高齢者福祉の拡充と量的整備への取組推進<br>1971 年　**家庭奉仕員（今日のホームヘルパー）全国中央研修**開催<br>1972 年　老人家庭奉仕員事業運営要綱策定<br>**1973 年　高齢者の医療費無料化**<br>✧ この頃より、住み慣れた地域の中での生活を支援する観点から、在宅福祉が重要であるとの認識が高まり、その充実が図られていく。<br>1978 年　**ショートステイ事業の創設**<br>1979 年　**デイサービス事業の創設** | ショートステイ<br>短期的に（数日～1 週間程度）施設へ入所し、日常生活の介護や機能訓練などの介護を受けながら施設での生活を送ることのできるサービス。<br>デイサービス<br>利用者が施設に通って、入浴、排せつ、食事などの介護その他の日常生活上の世話や機能訓練を受けられるサービス。 |
| 1980 年代<br>社会的入院や寝たきり高齢者の社会的問題化 | 高齢化率：<br>9.1%<br>平均寿命：<br>男性 73.35 歳<br>女性 78.76 歳<br>（1980） | 1982 年　老人保健法の制定<br>◆高齢者医療費の一定額負担の導入など<br>1982 年　老人家庭奉仕員事業運営要綱改訂<br>◆家庭奉仕員採用時研修を規定<br>1983 年　**特例許可老人病院**制の設置<br>✧ 病院での医療サービスにおいても、長期の療養にふさわしい環境と人員を備えた病床群を制度化し、看護、介護を必要とする高齢者等への対応が図られるようになる。<br>1987 年　老人保健法改正（**老人保健施設の創設**）<br>✧ 医療と福祉が連携した総合的なサービスの提供が求められるようになり、創設へと至る。<br>1989 年　消費税の創設<br>高齢者保健福祉推進 10 ヵ年戦略（**ゴールドプラン）の策定** | 特例許可老人病院<br>高齢者を多く入院させており、医師や看護師数が基準より少ないことを認められた医療機関。代わりに介護職員を一定数配置。<br>老人保健施設<br>病状の安定した寝たきり老人などに対し、医学的管理のもと看護、介護、リハビリなどを行い在宅復帰を目指す施設。<br>ゴールドプラン：<br>✓消費税導入の趣旨を踏まえた、高齢者の保健福祉分野における公共サービスの基盤整備が目標。 |

| 年代 | 指標 | 主な出来事 | 補足事項等 |
|---|---|---|---|
| 1990 年代<br>ゴールドプランの推進<br>介護保険制度の導入準備 | 高齢化率：<br>12.0%<br>平均寿命：<br>男性 75.92 歳<br>女性 81.90 歳（1990） | **1991 年　ホームヘルパー養成事業実施**<br>1992 年　老人保健法改正（老人訪問看護制度創設）<br>1994 年　厚生省による介護保険制度の検討開始<br>**新ゴールドプラン策定**<br>**1997 年**　消費税の引き上げ（3%→5%）<br>**介護保険法成立** | ✓「老人家庭奉仕員」から「ホームヘルパー」という名称に。<br>新ゴールドプラン：<br>✓ゴールドプランの整備目標引き上げ。 |
| 2000 年代<br>介護保険制度の実施 | 高齢化率：<br>17.3%<br>平均寿命：<br>男性 77.72 歳<br>女性 84.60 歳（2000） | **2000 年　介護保険法施行** | |

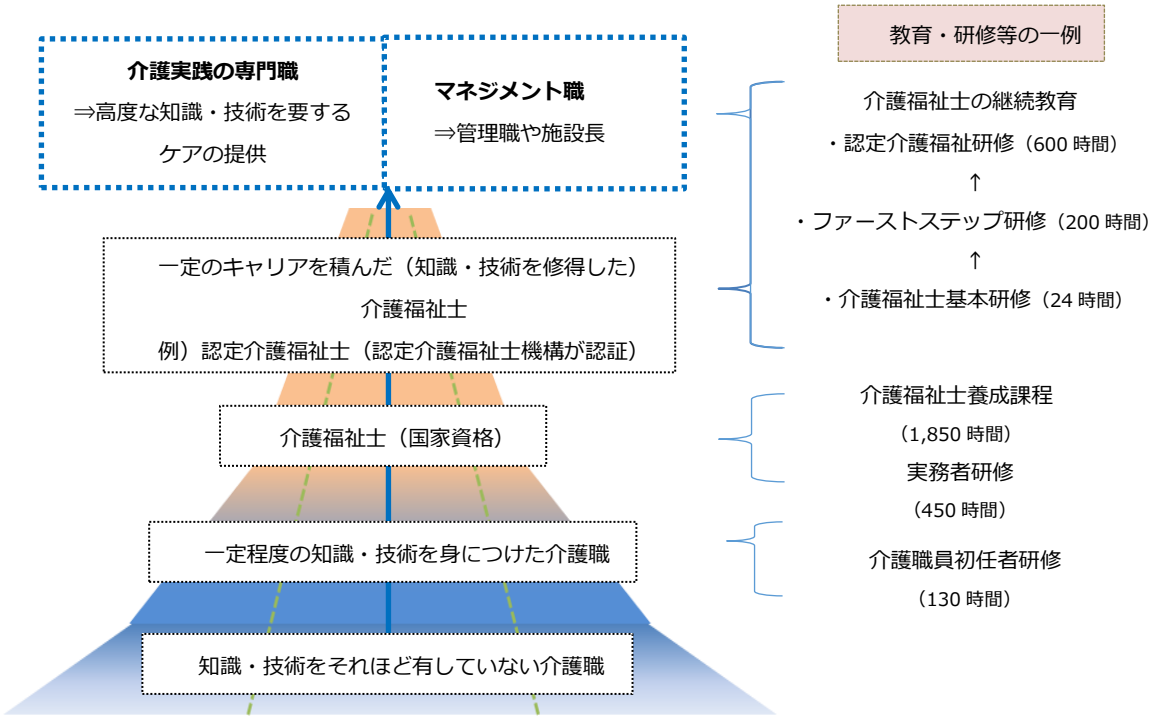
出所：「平成 28 年版 厚生労働白書」など各種資料をもとに作成

≪コラム４≫

## 介護人材養成の取組

日本では、高齢化の進展に伴う要介護者の増加や介護サービスの確立等にともない、多様化する介護ニーズに対応できるような介護人材育成の取組を行ってきました。1987 年には、介護の専門的能力を有する人材を養成、確保するため、国家資格として介護福祉士制度が創設されました。これまでは、専門性のある介護福祉士と知識や技術をそれほど有していない介護職が同様の業務に従事していましたが、近年は、介護現場の実態を踏まえた各層の介護人材に求められる機能や必要な能力を整理し、各層に必要な研修等の開発を行い、介護人材のキャリアパスが示されています。

**日本の介護人材のキャリアパス**




また、介護福祉士資格には、大学や専門学校、福祉系高校等で必要な知識、技術を修得した後、国家試験に合格して資格を取得する方法の他に、３年以上の介護等の業務に関する実務経験及び実務者研修において必要な知識、技術の修得を経た後に、国家試験に合格して資格を取得する方法があります。

介護福祉士資格を取得した後にも、それぞれのキャリア設計に応じた更なる資質向上の機会を得られるよう、マネジメント能力向上のための研修、認知症ケアなどに対応できる能力や多職種協働に必要となる能力の向上のための研修等、継続教育が行われています。

## 日本の介護サービスの仕組み

◇日本の介護保険制度

日本では 2000 年に「介護保険法」が施行され、介護保険制度が開始されました。

介護保険制度は、国民全員が 40 歳になった月から加入して保険料を支払い、介護が必要なときに認定を受けて、必要な介護サービスを保険による費用補助を受けながら契約に基づいて利用する制度です。

介護保険制度は相互扶助の理念の下で作られた制度ですが、その財源の 50%は公費（＝税金）であり、残りの 50%を保険料で賄っています。

介護保険サービスは、65 歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64 歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができます。介護保険が適用されるサービスを利用したときの利用者負担は、原則介護サービスの提供に要する費用の１割です[10]。

【介護保険が適用されるサービス】 [11]

- ✧ 自宅で利用するサービス（訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーションなど）
- ✧ 自宅で生活しながら利用するサービス（通所介護、通所リハビリ、ショートステイなど）
- ✧ 生活環境を整えるためのサービス（福祉用具貸与、住宅改修、特定福祉用具販売など）
- ✧ 生活の場を自宅から移して利用するサービス（老人福祉施設、老人保健施設など）
- ✧ 介護予防のためのサービス
- ✧ 計画をつくるサービス（利用者が適切なサービスを利用できるように、利用者の依頼を受けて、専門人材がケアプランを立てたり、連絡調整をしたりするサービス）

介護保険制度が開始され、介護サービス利用は急速に拡大していきました。制度開始後４年でサービス利用者数は２倍を超え、介護保険制度は、老後の安心を支える仕組みとして急速に普及していきました。

---

[10] 一定の所得を越えた場合は２割負担になります。食費、居住費は自己負担です。また、在宅でサービスを利用する場合、要介護度食費、居住費は自己負担です。また、要介護認定ごとに定められている１ヶ月に利用できるサービスの上限額（支給限度額）を超えた部分の利用料は、全額自己負担になります。

[11] サービスの種類は独立行政法人 福祉医療機構の WAM NET より引用。
（http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/handbook/service/）。

≪コラム５≫

## 日本の介護保険制度と従来の制度の違い

介護保険制度は、介護サービス不足の解消、家族の負担軽減、公平な給付・負担、国の財政安定を目的として開始されました。介護保険制度が開始されたことにより、介護が必要な高齢者とその家族は、自らの選択により、多様な主体から保健医療サービスや福祉サービスを総合的に受けられるようになりました。また、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用したことにより、社会全体で高齢者を支える制度として、定着していきました。なお、現在韓国で運用中の介護保険制度も、日本やドイツ等と同様に、社会保険方式が採られています。

| 従前の制度 | 介護保険制度 |
|---|---|
| ①行政窓口に申請し，市町村がサービスを決定（措置制度）。 | 利用者が自らサービスの種類や事業者を選んで利用。<br>・高齢者の介護ニーズに着目したサービス提供<br>・権利にもとづくサービス選択・享受 |
| ②医療と福祉に別々に申込。 | 介護サービスの利用計画（ケアプラン）を作って，医療・福祉のサービスを総合的に利用。<br>・一人ひとりにふさわしいサービス総合的かつ効率的，継続的に享受 |
| ③市町村や公的な団体（社会福祉協議会など）中心のサービスの提供。 | 民間企業，ＮＰＯなど多様な事業者によるサービスの提供。<br>・サービス供給量の増加と質の向上<br>・人材育成の活性化 |
| ④中高所得者にとって利用者負担が重く，利用しにくい。 | 所得にかかわらず，１割の利用者負担（2015 年以降、一定の所得を越えた場合は 2 割負担）。<br>・利用者負担の不均衡是正 |

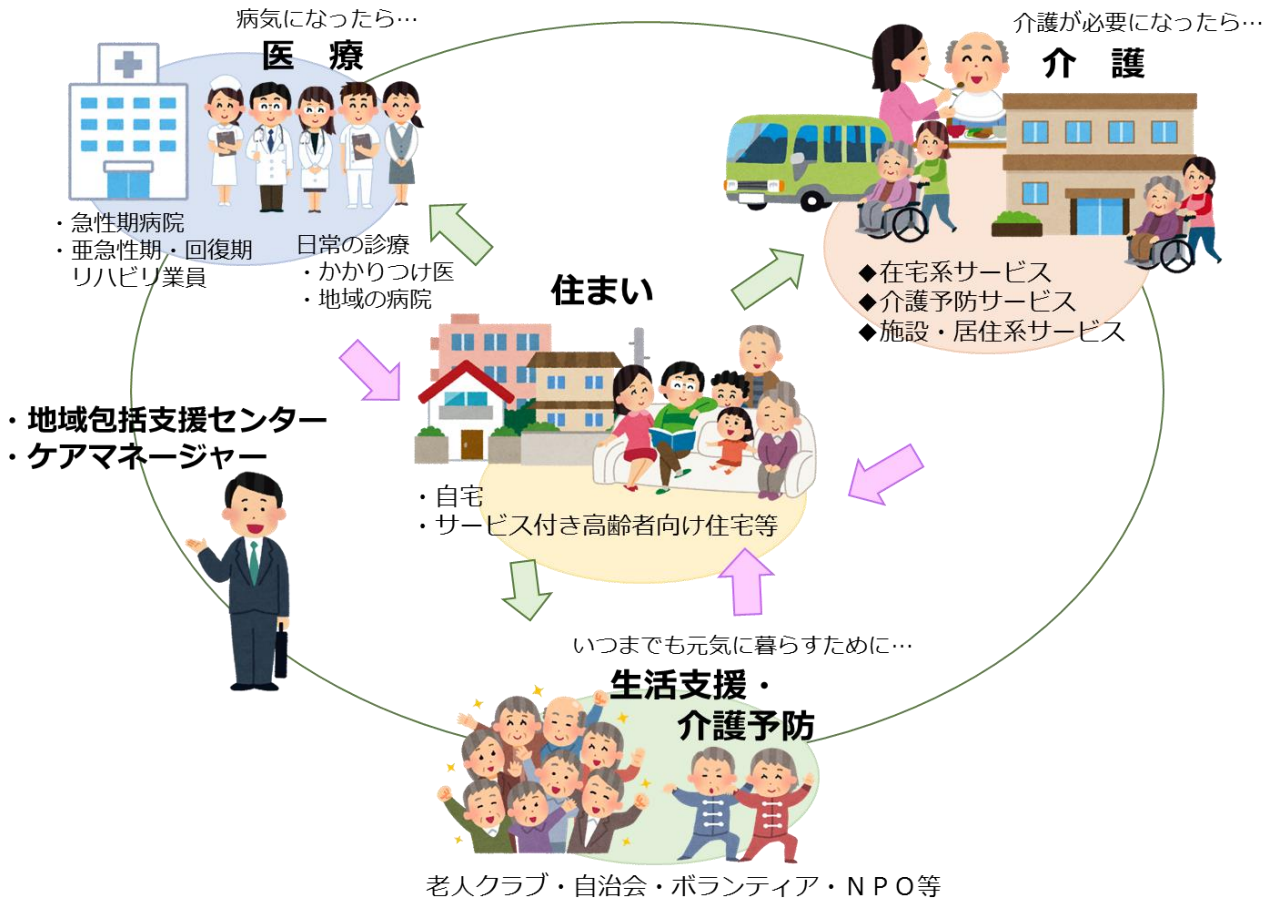
資料：厚生労働省老健局総務課（2015）「公的介護保険制度の現状と今後の役割 平成 27 年度」をもとに作成

◇地域包括ケアシステムの構築

日本では、世界的に類をみないスピードで高齢化が進んでいます。介護保険制度創設以降、介護サービス市場は急速に拡大していきましたが、ニーズの増大には追いつかず、介護サービスの供給不足は依然として社会問題となっています。特に、2025 年には、日本においてベビーブームが起きた 1947 年～1949 年に生まれた世代が 75 歳以上となり、高齢化のピークを迎えることから、認知症高齢者への対応を含め介護ニーズが大幅に増大することが見込まれます。一方で、高齢者の自分らしい暮らしの継続という視点に立つと、介護が必要な状態になっても自宅で家族や親しい人とともに暮らしたいという願いに改めて向き合い、介護・医療のあり方を見つめなおそうという考え方が広がってきています。

そのようななか、今の日本で目指されているのが「地域包括ケアシステム」の構築です。これは、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を包括的に提供するための仕組みづくりです。

**図表２：地域包括ケアシステムの姿**




出所：地域包括ケア研究会 三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング（2013）「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書」

≪コラム６≫

## 各国のコミュニティ・ケア

地域で高齢者を支えるための仕組みづくりは、アジア諸国でも既に始まっています。

【タイのコミュニティ・ケアの取組事例】

保健ボランティア（Health Volunteer）の活動：

全土で約 110 万人の「保健ボランティア」と呼ばれる有償ボランティアがいます。彼らは保健所に配置され、地域の障害者・高齢者の状況を把握しながら、地域住民の社会参加や健康づくりを中心に活動しています。活動の一環として、高齢者の自宅を訪問し、健康状態の観察（バイタルチェック）や介護者を含めた療養生活への助言等も行っています。

保健ボランティアによる自宅訪問

Family care team による自宅訪問

Family Care Team による高齢者の自宅訪問：

2015 年から本格的に全国で始まった Family Care Team（FCT）がタイ全土で 1 万 5000 組以上活動しています。FCT は、保健ボランティアのうち選ばれた人たちをケアギバーとして養成し、近隣病院の医師やスタッフらとチームで地域の高齢者宅を回りながら、健康サービスにアクセスできない高齢者や寝たきりの高齢者に身体面・精神面の双方から必要なケアを提供しています。

高齢者学校：

介護予防を目的とした「高齢者学校」が各地につくられています。高齢者学校は、地域の 50 歳以上の方を対象としており、通常の学校と同じように授業や朝礼があったり、遠足に行ったりもします。授業では、簡単な計算のほか、スマートフォンや SNS の使い方について学んだりもしています。

高齢者学校の様子

（執筆者：國谷 昇平）

【ベトナムのコミュニティ・ケアの取組事例】

世代間自助クラブの活動：

クラブの女性メンバーによる健康体操

ベトナムでは、高齢者の各種クラブ（同好会）の設立・活動が推進されており、なかでも「世代間自助クラブ」の普及が重要な目標となっています。ベトナム高齢者協会によると、2006 年に 60 クラブでスタートした世代間自助クラブの数は、2015 年には 12 省 1,000 クラブにまで増加しました。

基本的に、「世代間自助クラブ」は、1～2 つの村コミュニティに対して 1 クラブ設立されます。メンバー（約 50～60 人）の 7 割が 55 歳以上で、かつ全体の 7 割が女性です。少人数ですが、より若い世代や資金提供する富裕層も含まれます。活動は月に 1 回で、健康体操や健康診断などの健康維持に加え、クラブの基金からお金を貸出してメンバーの経済活動の支援をしたり、在宅での介護が困難な家庭での家事や買い物、介護等の支援も行なったりしています。以前筆者が実際に参加した会合では、（少人数の元気な世代や富裕層ではなく）自分の家でも介護などの課題を抱えた当事者である高齢者の女性たちが活動の中心となっていました。

（執筆者：比留間 洋一）

【インドネシアのコミュニティ・ケアの取組事例】

高齢者を対象とした社会福祉活動「Posyandu Lansia」：

Kader による高齢者のバイタルチェック

インドネシアでは、一次医療を担う保健所（Puskesmas）を拠点とし、コミュニティベースで Posyandu と呼ばれる定期的な保健活動が行われています。当初は乳幼児検診や予防接種等の母子保健を目的として行われていた活動でしたが、1990 年代からは、高齢者を対象とした社会福祉活動「Posyandu Lansia」も展開されています。

Posyandu Lansia で活躍しているのが、Kader とよばれるボランティアです。Kader の担い手は、主に地域に住む女性たちです。彼女たちは、少額の報酬のもと、現地の看護師らとともに定期的な保健活動や健康維持に対する啓発運動を行ったりしています。

（執筆者：國谷 昇平）

## ２．いきいきとした高齢者の生活を支援する

### （１）高齢者の生活の流れ

高齢者もそうでない人も、朝起床して夜就寝するという１日の生活の流れは基本的には同じです。ただし、高齢者は加齢や病気、障害等により、介護者からの介護を受けなくてはならない場面が出てきます。日本の介護者は、加齢や病気、障害等に伴う高齢者の心身の変化を理解し、高齢者一人ひとりの状態を日々つぶさに観察しながら、１日の生活を支援しています。

ここでは、日本の山間部に住む山田さんの事例をご紹介します。高齢の山田さんは、都心に住む息子と離れて妻と２人暮らしをしていましたが、突然倒れ、介護が必要な状況になってしまいます。その後山田さんは高齢者施設に入所することになりました。

①

山田さんの息子は、仕事のため地方に住む親と離れ、東京で家族とともに暮らしています。

②

ある日、山田さんは自宅で突然倒れ、介護を必要とする状態になりました。

③

しかし、家族や親戚は皆離れて暮らしており、高齢の妻一人で介護を担うことは難しい状況です。

④

息子が自治体の窓口に相談した後、山田さんは要介護認定を受けて介護施設を利用することになりました。

次頁からは、高齢者施設で暮らす山田さんの１日の流れをご紹介します。ここで示す介護の様子はあくまで一例にすぎませんが、高齢者の生活の流れをイメージしながら「（２）生きがいを持った暮らしを支える介護の実践」を読むことで、日本の介護で大切にされている考え方をよりご理解頂けると思います。

＜高齢者施設で暮らす山田さんの１日＞

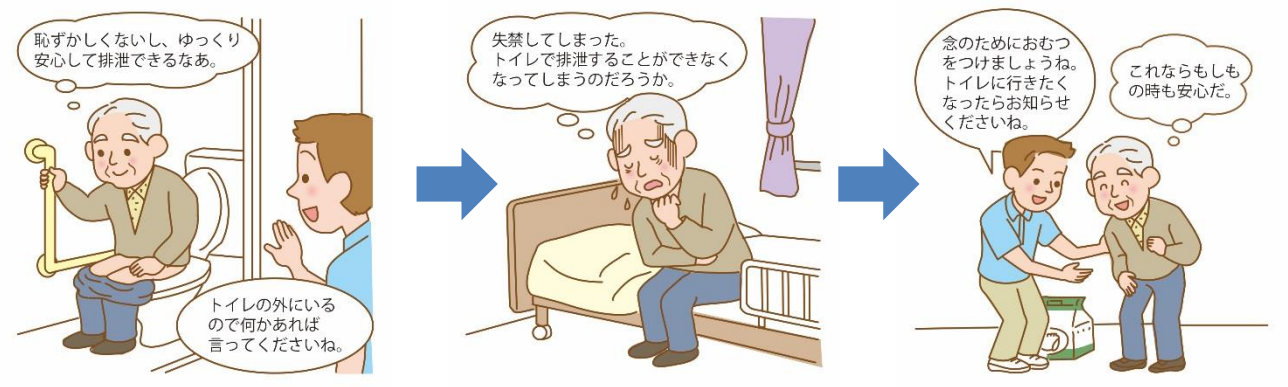
§身じたく　⇒37 頁

§移動　⇒24 頁

§食事　⇒30 頁

§レクリエーション

§排泄　⇒34 頁




§清潔の保持　⇒39 頁

§就寝

## （2）生きがいを持った暮らしを支える介護の実践

ここからは、「移動」「食事」「排泄」「身じたく」「清潔の保持」の５つの生活場面ごとに、高齢者が生きがいを持った暮らしを送るための介護を行う上で大切にしたい考え方をご紹介します。

ここでは、この考え方を、日本の介護が重視している「対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護」「自立を支援する介護」「社会とのつながりをつくり、人生を豊かにする介護」という３つの観点から説明しています。

### ①　移動

**ポイント**

- ✧　移動はその人らしい快適な生活を支えるために必要不可欠な手段である。
- ✧　その人の持つ能力を十分に活用する。
- ✧　高齢者が快適かつ安全で楽しく過ごすことができるように外出を支援する。

#### 「移動の介護」を行う際に大切にしたい考え方

人が一日の生活を送るうえでの基本的な行為として、食事や排泄、衣服の着脱、清潔の保持があります（これらの介護については後ほどご紹介します）。これらの行為は居間や食堂、トイレ、シャワールーム等様々な場所で行われるものです。日常生活における行為を最もふさわしい場所で行うためには、移動が必要です。

【対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護】

◇快適な生活を支えるうえでの基本的な支援

日本では、加齢や障害等により自力での移動が困難な場合にも、高齢者が可能な限り日常生活を最もふさわしい場所で送ることを重視して、移動の支援を行っています。それにより、身体が思うように動かない高齢者であっても、自分の行きたい場所に行くことができます。食事は食堂のテーブルで椅子に座って食べる方がおいしく感じられるでしょうし、周りの人とのつながりを感じられる、楽しい時間になります。ベッドから立ち上がってトイレを利用できればおむつよりも快適に過ごせますし、さらにトイレまで移動できれば、誰にも気をつかうことなく落ち着いて用を足すことができます。たとえ高齢者が自力での移動が困難になった場合であっても、これらの行為をベッドの上ではなく適切な場所で行うことは、その人らしい快適な生活を支える上で必要不可欠なことだと考えています。

✎日常生活を最もふさわしい場所で過ごすことが、メリハリのある生き生きとした生活につながります。

◇心身の機能の維持

人間は、寝たきり状態が続くと、骨や筋肉の萎縮等によって、ますます動くことが困難になっていきます。また、外部からの刺激が少ないと、精神機能も低下してしまいます（コラム７参照）。

移動は、姿勢を変える動きを伴うため、筋力や関節の可動域を維持する運動につながります。また、重力に抵抗した姿勢をとることは、骨を丈夫に保つことにもつながります。精神面では、移動を通じて外に出たり他者と交流することにより、物事に対する関心や何かをやろうとする意欲が高まります。

移動はまさに、人が自分らしく生活していくうえで必要な心身の機能を維持するための運動の一部といえます。

≪コラム７≫

**なぜ「寝たきり」ではいけないの？**

介護を学ぶ学生に「対象者の残された日常生活動作能力の維持活用」について説明すると、以下のような質問がありました。寝たきりがなぜ良くないのか、人権という側面だけでなく、高齢者のからだとこころのしくみという側面からも考えてみます。

「自立を支援する」と言っても、身体が思うように動かない高齢者の方々に動いてもらうなんて、かわいそうな気がします。
高齢者を寝かせたきりにしておくことって、悪いことなのですか？

確かに高齢者にとっては、動かずに寝ているのが楽だと思うんだけど、寝ているだけによる悪影響も考えないといけないよね。

例えば、全身の筋力の低下、床ずれの発症、関節の可動域が制限させることが考えられるね。認知症になりやすくなる可能性もある。そうすると、介護者側が介護するのが大変になってしまうよね。

それに、高齢者の QOL という視点も重要だね。ベッドの上で天井だけを見つめていると元気がなくなってしまうかもしれないし、人との交流という社会参加が阻害されてしまう。寝たきりで起きれなくなってしまう場合もあるんだよ。

なるほど！
だから起き上がって活動することで、寝たきりが予防できて、高齢者の QOL の向上にもつながるんですね。
そのことは、介護する私たちの負担が減るということにもなりますね！

（執筆者：國谷 昇平）

◇その人らしい生活を実現するための「移動」

人は、他者との交流を求め、集団のなかで役割を果たし、創造的な活動へと自らの欲求を実現させています。この欲求が生活の範囲を維持・拡大していく源であり、移動の一つの動機ともいえます。

高齢者が自分の意思で行きたいと思う場所を決め、そこに行くことで生きる意欲をさらに高めるという視点が、生活支援としての移動の介護を考えるうえで必要なことといえます。

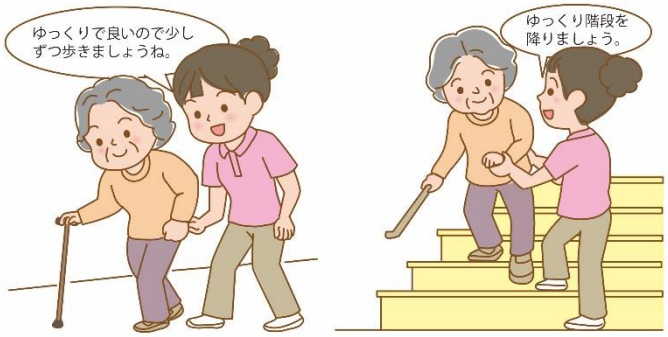
【自立を支援する介護】

◇保有能力の活用

移動の介護が必要な人は、麻痺や関節の拘縮を伴っていることが多いものです。移動の介護を行うにあたっては、高齢者の麻痺の程度や関節可動域等を確認したうえで、その人に応じた介護方法を検討し、提供する必要があり、そのためのからだのしくみに関する基本的な知識を押さえておく必要があります。

さらに、日本では、自立支援の観点から、高齢者ができる行為まで介護する必要はなく、その人が保有能力を十分に活用しながら介護を行う必要があると考えられています。介護者は、人間の生活行動の基本となっている頭・肘・手足・体幹の自然な動きや使い方を理解し、その自然なはたらきを助けるために、必要に応じてリハビリの専門職と協力したり運動力学等を応用しながら介護を行うこととされています。

✎高齢者の自立を促しながらも、いざという時には身体を支えられるよう、近くで援助します。




◇高齢者・介護者にとって負担の少ない介護

生活において必要な心身の機能の維持が図られるように、介護者は、できるだけ高齢者の身体を起こし、体位を変えるようにしています。

高齢者の体位を変換する際には、高齢者が心身ともにリラックスして心地よい状態を保てるよう、クッションなどを用いて姿勢の安定と苦痛・疲労の軽減に配慮します。また、歩行を介助する際には、高齢者の歩行時の症状等も念頭におきながら、いざというときにはすぐに高齢者の身体を支えることができる距離を保ち、高齢者に安心感を与える援助を心がけます。高齢者が全介助を要する場合においても、利用者のもっている力を活用しながら援助を行っていきます。

また、移動の介助を円滑に行うためには、高齢者の負担はもちろん、介護者自身の負担も軽減させる必要があります。その基礎となる考え方が、神経系・骨格系、・関節系・筋系の相互関係である「ボディメカニクス」に基づいた介護です。具体的には、介護者と高齢者双方の重心を近づけたり、「てこの原理」を利用すること、介護者の重心移動を利用して高齢者を動かすこと等が挙げられます。コラム８も参考にしてみてください。

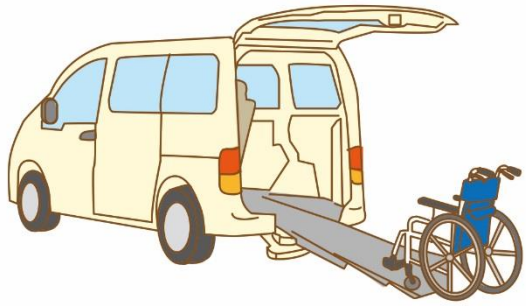
【社会とのつながりをつくり、人生を豊かにする介護】

◇外出の支援

高齢者や障害のある人が住みなれた地域でその人らしい暮らしを続けていくためには、移動の介護とともに環境の整備も重要になります。外出の際には、高齢者が快適かつ安全で楽しく過ごすことができるように、目的地までの移動環境等の確認、健康状態のチェック、上着や着替えの準備、移動中の安全性と快適さの確認等、様々な場面を考慮しながらきめ細やかに確認、準備しておく必要があります。高齢者の状況に応じて、車椅子や杖、歩行器等の福祉用具を準備することも有効でしょう。また、地域の友人・知人の協力を得たり、ボランティアを活用したりしながら、高齢者の円滑な社会生活を支援することも望まれます。

✎外出を支援することは、高齢者のいきいきとした暮らしの実現につながります

✎日本では、高齢者の外出を支援するための送迎サービスが提供されています



≪コラム８≫

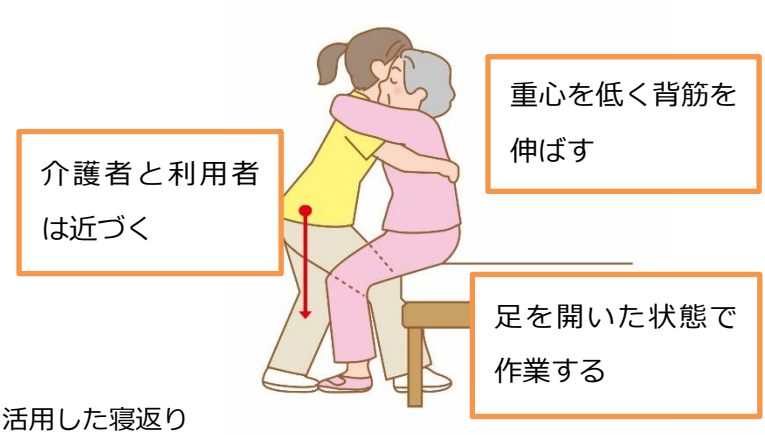
## やってみよう
## ～ボディメカニクスを活用した介助～

ボディメカニクス(Body Mechanics)は、人間の動作・姿勢に関わる身体各部位に力学原点を応用した動作、姿勢保持のための技術です。介護でのボディメカニクスは「力学原理を活用して、最小の労力で介護する技術」と言えます。介護者は、ボディメカニクスを学ぶことにより、利用者と介護者の双方の負担を減らすことができます。

1．　利用者を小さくまとめる
2．　介護者の両足幅を広くとる
3．　介護者の重心を低く、背中を伸ばす
4．　介護者と利用者は近づく
5．　利用者を動かす範囲はできる限り少なくする
6．　体位変換時にてこの原理を利用する

【具体例】

1．ボディメカニクスを利用した重度者の移乗動作介助例




2．てこの原理を活用した寝返り

患者の腕を組み、膝を立てる　　かかとを殿部付近に近づける　　小さな力で回転（側臥位）にさせる

（執筆者：國谷 昇平）

参考文献：
小川 鑛一他（2016）「介護のためのボディメカニクス」東京電機大学出版局

≪コラム９≫

## 持ち上げない介護
## ～No Lifting Policy～

介護現場では、高齢者の移乗、移動、排泄、入浴、食事などの介助のくり返しにより、介護職員に高い確率で腰痛が発生していて、深刻な問題となっています。そこで、腰痛対策の実施に向け、福祉用具（リフトやスランディングシート・ボード）などの活用（持ち上げない介護）が推奨されるようになりました。介助者が、移乗・入浴・排泄介助などで高齢者を抱え上げることは、介護者の腰部に多大な負担がかかります。さらに、高齢者にとっても、力ずくで抱え上げられることで体の緊張が高まったり、痛みや不安を生じさせたりするだけでなく、転倒や落下などのリスクも伴います。高齢者が座位保持できる場合は、スライディングボードやシートを活用して車いす等に移乗してもらいます。座位保持が困難な場合は、リフトを活用し、人力による抱え上げはできるだけ行わないようにします。

しかし、日本では依然として「福祉用具を使うなんて物を運んでいるみたいで温かみがない」とか「道具を使うのは面倒。人力で介助したほうが早い」と思っている人が多くいます。また、そもそも職場に必要な福祉用具が配備されていないこともあります。介護職が専門職として、その経験を活かし長く働き続けるためには、自分自身の健康管理も重要です。高齢者の安全性や快適性を確保するためには、介護者自身もまた安全で快適でなければなりません。

オーストラリアでは、1998 年にオーストラリア看護連盟ビクトリア支部が看護師の業務に関して「押さない・引かない・持ち上げない・ねじらない・運ばない」との方針を打ち出し、「No Lifting Policy」を採択、定義づけしました。その後、腰痛対策の効果が実証され、オーストラリア全土に広がり、今では、リフトを使用しない人は「知識がない人」とみなされるまでになっています[1]。日本では、まだ「持ち上げない介護」の取組は十分とはいませんが、今後はさらに発展し、浸透していくことになるでしょう。

出所：中央労働災害防止協会教育推進部「改訂「職場における腰痛予防対策指針」に添った社会福祉施設における介護・看護労働者の腰痛予防の進め方～リスクアセスメントの考え方を踏まえて～」，p21

（執筆者：天野 ゆかり）

参考文献：
保田淳子（2016）「ノーリフト　持ち上げない看護、抱えない介護」クリエイツかもがわ

## ②　食事

**ポイント**

- ✧　高齢者一人ひとりの食生活を尊重する。
- ✧　食形態を工夫し、福祉用具を活用しながら、可能な限り自分の力で食事を摂れるよう支援する。
- ✧　楽しい食事の時間の提供を通じた豊かな生活の実現を目指す。

### 「食事の介護」を行う際に大切にしたい考え方

食事は、生命を維持する上で必要不可欠な行為です。それに加えて、私たちは美味しいものを食べると、楽しく満たされた気持ちになったり、ある特定の食べ物を食べると思い出が想起されることもあります。反対に、満足に食事が食べられないと、心身に支障をきたします。このように、食事は私たちの日常生活におけるＱＯＬに影響を与える行為なのです。

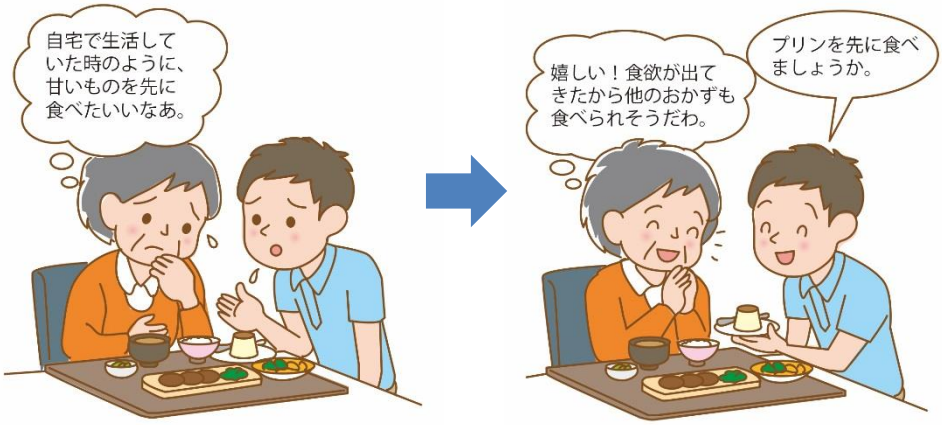
【対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護】

◇本人の食生活を尊重した食事の介護

食事では、生活のなかで長年にわたってつちかってきた、その人なりの食文化や嗜好があります。そのため日本では、高齢者一人ひとりの食事にまつわる思い出や歴史を理解し、希望する食生活を尊重した介護を提供することが高齢者のＱＯＬ向上につながると考えています。

そのような介護を行うために、衛生管理の徹底はもちろんのこと、栄養管理を行うスタッフや調理スタッフ、看護師等と介護者とが連携しながら、個々の心身の状態に適した調理方法や食形態を選択し、その人が必要とする介護とともに提供していくことを重視しています。また、配膳した食事の内容を説明したり、使用している食材やその調理法を伝えることで、高齢者が自身の食べる献立について関心を持ち、主体的に食事を摂れるよう支援しています。

✎本人の食文化や食生活を可能な限り尊重した食事の介助をおこないます。



【自立を支援する介護】

◇自力での食事を支援する

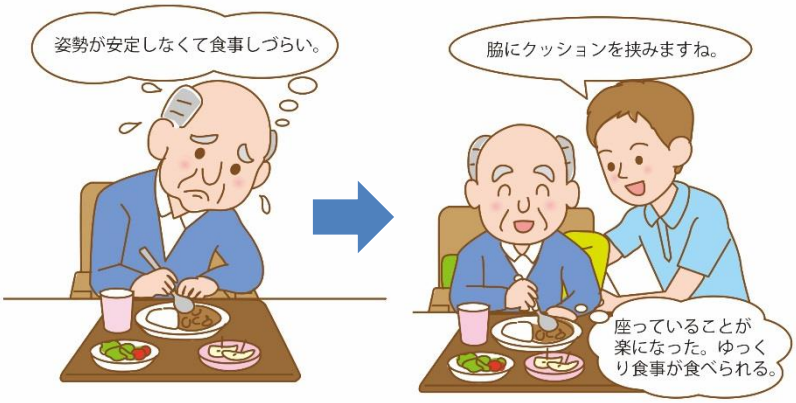
食事は、身体の機能をいくつも連動させて行うため、自力で食事を摂ることによりそれらの機能を維持し、日常生活動作の向上が期待できます。そのため、日本では高齢者の身体の状況や障害の程度を適切に把握した上で、可能な限り、自分の力で食事を摂れるよう支援することが大切だと考えられています。

高齢者の中には、麻痺や拘縮等の障害によって、食事に適した姿勢を保つことができなかったり、食べる動作がしづらい人もいます。そのために、介護者は、食事の際の姿勢の保持や食事の用具、高齢者の嚥下能力に応じた食事の提供等といった観点に着目しながら介護を行っています。特に嚥下能力が低下した場合、窒息の恐れがあるため、食事姿勢を確認し 介護者は高齢者がしっかりと食材を飲み込めているか、むせていることはないかを確認しています。

また、嚥下能力が低下した場合も、すぐには経管栄養（チューブやカテーテル等を用いて胃や腸に栄養を直接注入すること）は行いません。既に述べたように、食事を口から摂ることは自立を促すだけではなく、高齢者の生きがいにもつながります。そのため、食材をやわらかく煮込んだり、ピューレ状にするなどの工夫を行いながら、可能な限り口から食材を摂り入れられるよう工夫しています。

例えば、福祉用具やクッション等を活用して正しい姿勢を保つことで、誤嚥を防ぐとともに、余計な力を使わずに自力で食事をすることができるようになります。また、高齢者は握力が弱まっているので、最小限の力で食事を摂れるようにスプーンやフォーク等を活用することも、自力での食事を支援する上で有効です。（コラム 10 参照）

✎姿勢を正すといった工夫をするだけでも、
自力での食事が可能になります。




【社会とのつながりをつくり、人生を豊かにする介護】

◇豊かな食事の時間の提供

自分で食事を摂れるということは、食事の時間を楽しむことにもつながります。自分で食べる場合と、誰かに食べさせてもらうのとでは、同じものを食べても味わいが違うでしょう。また、一人で黙々と食事をするのではなく、家族や介護者、高齢者同士等で会話を楽しみながら食事をすることは、高齢者にとっての生きる喜びや楽しみにつながります。豊かな食事の時間の提供は、自分らしい生活の実現につながります。

高齢者施設等に入居し、介護者が食事を提供したり食事の介護を行う際には、ただベッドの上で食事を与えるのではなく、食堂に移動してもらい、楽しい食事の時間を過ごせる環境を作ることが重要です。また、そのような施設に入居していない場合であっても、地域の高齢者同士で一緒に食事を摂れるような機会を提供することも、自分らしい生活の実現のためには重要です。

◇豊かな食事の時間の提供につながる口腔ケア

食事をした後、私たちは歯を磨くなどして、口腔内を清潔に保とうとします。口腔内は、細菌が繁殖しやすい温度・湿度・栄養が揃っています。特に高齢者になると全身の免疫機能が低下するため、歯を磨いたり、義歯を清掃することなどを通して口腔内を清潔に保つことは、高齢者の健康維持のために大切なことです。

また、口腔内を清潔に保つことで、高齢者の味覚がはっきりします。食材の味がわかればわかるほど、高齢者にとって食事の時間は楽しいものになります。つまり、口腔ケアを介助することは、高齢者に対して豊かな食事の時間を提供することにつながるのです。

≪コラム 10≫

**高齢者が自力で食事をするための工夫　～介護食と福祉用具～**

「人生の最期まで、食事を楽しみたい」－これは私たちに共通する願いではないでしょうか？高齢者になると、加齢や疾病、障害、認知症など様々な理由で、今までのように自分の力で食事をすることが困難になってきます。しかし、そのような理由があっても、環境（食卓、姿勢の調整、食器など）や食形態、調理方法、介助方法の工夫などで、自分の力で食事をしてもらうことも可能となります。

例えば、咀嚼や嚥下機能が低下している場合には、食材を軟らかく調理したり、食べやすい大きさにするなどの工夫が必要になります。しかし、ただ料理を刻んだり、ミキサーにかけるだけでは、食事としての楽しさもおいしさも感じられません。細かくなった食材が口の中で広がったり、喉に貼りついたりして、誤嚥のリスクを高めることもあります。

日本では、食材の色彩、食感、風味、匂い、温度などをできるだけ損なわないような調理の工夫がされています。下の写真は、ある老人ホームで提供された食事です。すべて同じ食材から作ったメニューです。①は通常の食事です。②はソフト食といって、舌や歯ぐきでつぶせるような硬さにしています。食材ごとミキサーにかけてから増粘剤を加えて再形成します。③はゼリー食といって、嚥下が困難な方でもスムーズに飲み込みやすいよう滑らかに仕上げています。特殊なゼラチンを使用しているため、冷たい料理だけでなく温かい料理も作ることができます。このように高齢になっても、その人の能力にあわせて、料理がおいしく、安全に食べられるよう様々な工夫がされています。

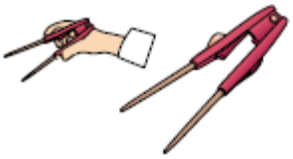
①　普通食

②ソフト食

③ゼリー食

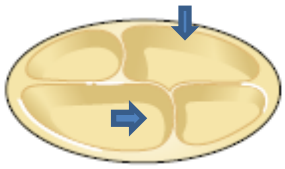
また、自分の力で食事をするためには、食器から口に運ぶまでの動作（摂食）ができなくてはなりません。日本人は、お茶碗と箸を使う文化がありますが、上肢や手指に麻痺や拘縮などがあれば、これらを使用するのは難しくなります。そこで、その人の能力に合わせた様々な自助具を活用することで、自力で食事をしてもらう工夫をします。①のグリップ付箸では、箸がピンセットのようになっていて、持ち手がついているの

で、食べ物を挟みやすくなっています。②はグリップを太くすることで、握力が落ちても握りやすくなります。先の部分の曲り角度を自由に調整できるので、手首がうまく動かなくても、口に運びやすくなっています。③は皿の仕切りの一部に「反り」があるので、スプーンをそこにひっかけることで食事がすくいやすくなります。また、皿の裏側にシリコンテープがついているため、テーブルに置いても滑りにくくなっています。



①グリップ付箸

②曲げて使えるスプーン・フォーク



③仕切り皿

資料：岡田英志、小嶋壽一、自助具の選び方、利用のための基礎知識、
https://www.hcr.or.jp/cms/wp-content/uploads/howto_2017_3_3.pdf

このように、自助具を活用することはその人の自立を支援します。しかし、様々な自助具から何を選択すべきかについて、適切なアセスメントが重要になってきます。

（執筆者：天野ゆかり）

## ③　排泄

**ポイント**

- ✧　排泄の支援は高齢者の健康管理につながる。
- ✧　高齢者の羞恥心に配慮しながら、安心してゆっくりと排泄できるよう排泄を支援する。
- ✧　高齢者の心身の状況や障害の程度に応じて、自力で排泄ができるように支援する。

### 「排泄」の介護を行う際に大切にしたい考え方

排泄とは、生命を維持し、健康な生活を送るための基本的な行為であると同時に、本人の心身の健康状態を表すバロメーターでもあります。

日本では排泄の介護を、排泄物で汚れたおむつや衣類を交換するだけの行為ではなく、高齢者の健康管理を支援するための行為として捉えています。そのため、介護者は、高齢者の排泄頻度を把握したうえで排泄の介護を行います。さらに、日本では排泄物の観察も欠かしません。例えば、尿に血液が混ざっていないか、変なにおいがしないか、便の硬さは適切か、といったことを観察し、その結果を記録しているのです。そして何か異常が見られた場合には、必要に応じて看護師や医師等と連携しながらその原因を探り、状況改善に努めています。

【対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護】

◇排泄の介護はデリケートな部分の介護

排泄とは、きわめてプライベートな行為です。そのため、排泄行為を他人に依存しなければならないということが、高齢者にとってどれほど精神的なストレスになるのかを理解した上で、高齢者の羞恥心にも配慮しながら、安心してゆっくりと排泄できるよう介助することが重要です。また、排泄のタイミングは高齢者の生活リズムや生活習慣によって、一人ひとり異なります。介護者は、その点も気にかけながら、一人ひとりの生活を尊重した介助を行うことが求められます。

【自立を支援する介護】

◇自力での排泄を支援する

排泄は人間が生きていく上で必要不可欠な行為です。同時に、排泄行為は他の生活動作と異なり、１日に何度も行う行為であるため、排泄行為の自立が高齢者のＱＯＬに大きく影響します。また、既に述べたように、排泄行為はプライベートな行為でもあるため、日本では高齢者の心身の状況や障害の程度に応じて、自力で排泄ができるように支援することが重要だと考えています。

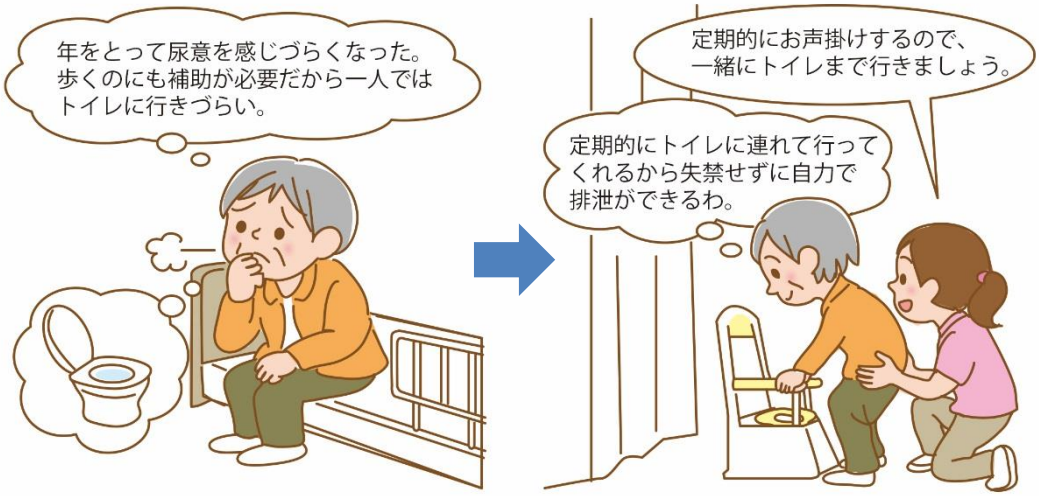
高齢者の状態にあわせた排泄支援の方法は、その人に尿意・便意の自覚があるか、移動が可能か、排泄時の衣服の着脱ができるか、姿勢を保持できるかなどを看護師、理学療法士等の他職種と相談しながら総合的にアセスメントして判断します。

例えば、尿意・便意があり、座位が保持できれば基本的にトイレを使用し、できるだけ座位で行うことを促します。移動できない場合であっても、ポータブルトイレ等の排泄関連用具の活用を段階的に検討します。また、必要以上に下剤を多用せず、高齢者の尿意・便意を大切にしながら自然な排便ができるよ

うに配慮します。便秘気味であれば、日常の食事の水分量を見直したり、リハビリの時間を工夫したり、腹部のマッサージを行ったりします。

排泄の介護を行っていくなかで、高齢者も時には失禁してしまったりすることもあるでしょう。しかしながら、一度失禁したからといって、すぐにおむつに切り替えることは、本人の尊厳を傷つけることに繋がる恐れがあります。また、おむつへの切替が引き金となり、高齢者が身体を動かす気力を失ってしまい、筋・骨が萎縮してしまう可能性もあります。おむつは夜間のみ使用する、おむつを着用していてもトイレに行くことを促すなど、高齢者の状況をよく観察して段階的な使用を検討することが重要です。おむつを活用する場合には、本人の体型や尿量に応じておむつの種類を変えることが、安心して気持ちよく排泄できる環境の整備のために重要です。

✎排泄は人間の尊厳を保つ上で重要な行為であるため、自立支援を重視します。



≪コラム 11≫

## 自立支援と日本における「おむつ論争」

かつての日本の介護現場における排泄支援は、高齢者はベッド上でおむつを使用し、こちらが決めた時間以外には交換されないといった「定時交換」によるものがすべてでした。特に、夜間は便や尿でおむつが汚れていたとしても、ほとんど交換されることはありませんでした。おむつをつけている高齢者は、「おむつが濡れっぱなしでも声をあげずに耐えている」[1)] という状況でした。

このような介護者主導の支援に疑問をもった実践現場より、高齢者からおむつ交換の訴えがあればすぐに交換するという「随時交換」の取り組みが行われるようになりました。この結果、陰部の清潔が保持されたり、「随時交換」することで体位交換が行われ、「床ずれ」がなくなったといわれています。

「随時交換」の取り組みが進められていくなかで、排泄支援に対する根本的な意見も出されるようになりました。それは、「定時交換」か「随時交換」か、ではなく、「おむつ」や「おむつをつける」ことそのものが、高齢者の尊厳を軽視したことにならないか、「おむつ外し」を目指していく必要があるのではないか、というものでした。実際、「おむつ外し」が行われた施設では、「食べる」「寝る」の場所の区別を合わせて行い、結果として、高齢者の身体機能の向上や主体性の増加など、生活の質的向上に寄与したといわれています[2)]。

他方、「おむつ外し」そのものは重要な取り組みではあるものの、「何が何でもおむつを外す」ことは、利用者にとって苦痛になることもある、という問題提起もなされ、排泄支援に関する活発な議論が展開されていきました。

排泄に関するこのような議論は、介護の本質にも通じるものであり、それが積み重ねられていくたびに、利用者の自立的な生活を主体においた支援の実現に近づくようになっていきました。今もなお、わが国における排泄支援の更なる改善の取り組みは、継続されており、さらに高齢者の自立的な生活に近づいていくものと思われます。

（執筆者：梅本旬子）

参考文献：
１）社会福祉法人任運社「おむつは『命』だ」(ホームと家族を結ぶミニコミ紙　終わりよければ)　（http://ninun.or.jp/uploads/6おむつは「命」だ.pdf）（平成 30 年 1 月 10 日アクセス）
２）川角真弓（2010）「生活援助技術の提供形態を視点とした高齢者介護の質に関する考察 1963 年～1989 年」（名古屋経営短期大学紀要 51）,pp.157-170.

## ④　身じたく

**ポイント**

- ✧　社会とのつながりが、身じたくを整える意欲を引き出す。
- ✧　自分らしくいきいきと生活を送るという側面から、身じたくの介護を考える。
- ✧　高齢者の状況に応じて可能な限り自力で身じたくを整えられるよう支援する。

### 「身じたく」の介護を行う際に大切にしたい考え方

私たちは普段何気なく衣服を着用し身じたくを整えていますが、その行為は、危険物等から身を守る、体温を調節する、清潔を保つなど、生活を送るうえで重要な役割を果たしています。

しかし、身じたくを整えるという行為が果たす役割はこれだけではありません。私たちは、他者とかかわるとき、その場にあった洋服を着たり、顔を洗って髪を整える、化粧をする、ひげを剃るなどします。つまり私たちは社会とかかわるからこそ、身じたくを整えようとするのです。言い換えると、社会とかかわる機会が少なくなればなるほど、身じたくを整える意欲もなくなってしまいます。

加齢や病気等で介護が必要になると、身体機能に制限が生まれること等から、高齢者は身じたくを整えることへの関心が薄れ、「したいけれどもできない、人に頼めない」という気持ちが生じます。

✎人は他者や社会と関わるときに
身じたくを整えます。

介護が必要になっても、自分らしくいきいきと生活を送ることができるように、日本では、高齢者に身じたくに対する関心を持ち続けてもらえるよう支援しています。

【対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護】

◇季節や気温に配慮しながら、好きな衣服を着る

日本では、高齢者の好みを尊重し、本人が着たいと思った服を着せたり髪型や化粧、髭を整えたりすることが身じたくの介護の出発点だと考えられています。ただし、特に衣服については、本人が望んでいるからといって何でも着せて良いということではありません。高齢者は暑さや寒さに対する感覚が鈍くなり、自力での体温調整が難しくなります。季節やその日の気温、高齢者施設や自宅の室温に応じて、衣服の素材や着る枚数を調整することは、高齢者の健康の維持につながります。ですので、介護者は例えば気温が高い時は吸水性、気温が低い時は保温性に優れた衣服を提案します。また、高齢者の身体への負担とともに、経済的負担に配慮することも重要です。

◇高齢者のそれまでの生活習慣を尊重した身じたくを支援

髪、ひげの手入れや化粧は、他者に対して清潔感のある印象を与えることはもちろん、本人の気分転換にもつながるものです。しかし、たとえば、「短い（長い）髪型にしたい」「ひげを伸ばしたい（短いままにしたい）」「化粧を毎日したい」等、好みや手入れの方法は人によって様々です。

そのため、日本では、介護者が高齢者に対して、「毎日ひげを剃る」「毎日化粧をする」と一律に対応するのではなく、高齢者の生活習慣や希望を可能な限り尊重して、身じたくを支援することが必要だと考えられています。

【自立を支援する介護】

◇高齢者の気持ちに配慮しながら、自力で身じたくを整えられるよう支援する

自力で衣服を着脱するなどの身じたくを整えることは、残存機能を向上させることにつながります。例えば右片麻痺の方であれば左手を使用し右側の袖を通してもらうなど、できるところは自力で身じたくを整えてもらえるよう支援します。

✎残存機能向上のために、できる部分は自分で衣服を着脱してもらいます。

また、高齢者の中には、身じたくを整える際に介護を受けることに対して羞恥心を感じる者もいます。本人の尊厳の維持のためにも、自力で身じたくを整えることは重要なのです。

日本では、身じたくの際は、居室のドアやカーテンを閉めたり、バスタオル等を体にかけ、肌の露出を最小限に抑えるなど、高齢者の羞恥心にも気を配るようにしています。

介護の際には、まず他の高齢者等から見られないように、居室のドアを閉めたり居室内のカーテンを閉めることが重要です。その上で、自力で着脱できる高齢者については、時間がかかっても極力自力で着脱を行えるよう支援しています。着脱行為の一部ができない場合はできない部分のみを介護し、残りは自身での着脱を促しています。麻痺や拘縮があっても着脱しやすい衣類の工夫（素材、形、大きなボタンやマジックテープの活用など）も必要です。

【社会とのつながりをつくり、人生を豊かにする介護】

◇身じたくを通じた生活意欲の向上

私たち人間は、外出したり、誰かと会う時等、社会と何らかの接点を持つ場合に身じたくを整えます。身じたくが整っていると、精神的満足感が得られ、社会性や生活意欲が高まります。そして、社会生活をより快適かつ円滑に営めるようになります。

介護者は、高齢者が身じたくを整えることに楽しみを見出してもらえるように、高齢者がどのような服装／髪型／化粧等が好きなのかを把握することが求められます。同時に、高齢者に対して外に出ることや人との交流をもつこと等に関心をもってもらうよう働きかけ、社会参加を促します。そうしたなかで目的に合わせた身じたくを考えることにより、生活に対する意欲や楽しみがより一層高まっていくことが期待されます。

## ⑤　清潔の保持

**ポイント**

- ✧　身体面のリスクにも気を配りながら、清潔の保持が対象者の精神面・身体面に与える効果を重視した介護を行う。
- ✧　遠慮や羞恥心等の高齢者の気持ちに寄り添いながら、自力での清潔の保持を支援する。
- ✧　清潔の保持が、社会との接点を維持することにもつながる。

### 「清潔の保持」に向けた介護を行う際に大切にしたい考え方

シャワーや清拭等を通じて身体を清潔にするのは、多くの人間が望むことでしょう。清潔を保持することで、細菌感染等の予防につながることはもちろん、血液やリンパの循環を促進したり、疲労回復や心身のリラックスにつながることが期待されます。また、高齢者は代謝が低下したり、関節の可動域が制限されていますが、シャワー等で代謝が活発になると楽に身体を動かせるようになることもあります。介護者は、シャワーや清拭時に高齢者の肌の状態（褥瘡等はないか）や筋肉の状態も確認を行い、異常があれば看護師や医師に相談する必要があります。

なお、特にシャワー等では転倒や、暖かい居室から寒い脱衣所や浴室への移動に伴う温度差によってもたらされる急激な血圧の変動（ヒートショック）のリスクがあるということには留意が必要です。介護者は、高齢者のバイタルサイン（体温、呼吸、脈拍、血圧）を把握し、そのようなリスクに気を配りながら介助する必要があります。

【対象者一人ひとりのライフコースを尊重した介護】

◇高齢者一人ひとりの心身の状況にあわせたきめ細やかな介助

清潔の保持には精神面・身体面で様々な効果があります。そのため、介護者は、高齢者一人ひとりの身体の状況と本人の希望に応じてきめ細やかに介助することが求められます。

清潔を保つ方法は、国や地域によって様々です。例えば日本では、毎日湯船につかる入浴するという習慣があり、多くの日本人は入浴の時間を楽しみにしています。入浴の介助は、上で述べたような転倒のリスクがあり、また、介助者にとっても身体的な負担は小さくありません。それでも、日本では高齢者の生活文化を可能な限り尊重して介護することを重視しているため、入浴の介助を行っています。日本の入浴文化については、コラム 12 をご覧ください。

高齢者の清潔の保持を支援するにあたっては、このように、個人の生活習慣や文化を理解し、それらを大切にした上で介助を行うことが重要だと考えています。

【自立を支援する介護】

◇高齢者の状況に応じて自力で清潔の保持ができるよう支援する

高齢者によっては、遠慮や羞恥心から、衣服の交換や入浴、清拭等を拒否する人もいます。しかしなが

ら清潔の保持は、上で説明したような様々な効果があり、残存機能の維持・向上にもつながるものです。そのため、介護者は高齢者の気持ちに寄り添いながら、可能な限り自力で清潔の保持ができるよう支援しています。

例えば自力で洗髪したり体を拭ける場合には、極力高齢者本人に任せ、介護者は高齢者の手の届かない部位のみ洗ったり拭いたりします。また、自力でそのようなことが出来ない場合であっても、座った状態で手浴・足浴をおこなうことも十分自立支援につながります。

✎高齢者の身体状況に合わせて清潔を保持します。手足を拭くだけても、残存機能の維持・向上につながります。

【社会とのつながりをつくり、人生を豊かにする介護】

◇身体の清潔の保持が社会との接点になる

清潔を保持することは、自分に対して精神的な満足感をもたらすだけではなく、周囲の人に対しても良い印象を与え、人間関係の円滑化につながります。

しかし、介護が必要になったとき、気兼ねや遠慮から身体の清潔の保持に気を配らなくなる高齢者もいます。そのことがきっかけとなり外出が制限されたり、いきいきとした生活を送る上での障害になる恐れがあります。介護者は、単に衛生面から高齢者の清潔を保つのではなく、高齢者が社会とのつながりを保ち、自分らしい生活を送れるように、清潔の保持を支援することが大切です。

たとえば、高齢者自身が清潔の保持に対して積極的になれるよう、好みの香りのシャンプーや石鹸を用意したり、入浴中、清拭中に介護者が積極的に高齢者に声掛けを行うことが重要です。また、身体を清潔にした状態で外出を促したりすることも必要だと考えています。

≪コラム 12≫

### 日本における「入浴」文化

歴史的に見れば、入浴が「国民文化」となったのは、戦後以降です[1)]。すなわち現在の高齢者の多くは、家庭に湯船があり、ほぼ毎日入浴する生活習慣をもつようになった世代です。

日本の介護には、入浴は単に身体を清潔に保つためだけの行為ではないとの見方があります。この場合、最も重要なことは、コミュニケーションとしての入浴という視点でしょう。たとえば、幼い子どもと父親（ないし母親）も、入浴中には、スキンシップを含めて普段とは異なるコミュニケーションが生まれます。

この他にも、入浴には様々な効能があります。たとえば、養生です。温泉療法というリハビリがあり、関節が痛い方には入浴時に関節を動かすよう伝えることもあります。また、「気持ちよかった」と、身も心もリラックスできる癒しの効能があります。さらに、儀礼的な効能もあります。外で人と会う前や、外出して帰ってきた後の入浴、あるいはハレの日（冠婚葬祭や年中行事など）に身体を清らかにするための入浴には、「うち」と「そと」、日常と非日常とを分節化する象徴的な意味があります[2)]。

（執筆者：比留間　洋一）

参考文献：
1)新谷尚紀、波平恵美子、湯川洋司編著（2003）「暮らしの中の民俗学１― 一日 ―」吉川弘文館
2) Joy Hendry（1986）「Becoming Japanese」University of Hawaii Press, pp.156-157

## 参考文献等


- Joy Hendry（1986）「Becoming Japanese」University of Hawaii Press
- 小川 鑛一他（2016）「介護のためのボディメカニクス」東京電機大学出版局
- 川角真弓（2010）「生活援助技術の提供形態を視点とした高齢者介護の質に関する考察 1963 年～1989 年」（名古屋経営短期大学紀要 51）
- 黒澤貞夫・石橋真二・是枝祥子・上原千寿子・白井孝子編（2017）「介護職員初任者研修テキスト１　介護の仕事の基礎」中央法規
- 黒澤貞夫・石橋真二・是枝祥子・上原千寿子・白井孝子編（2017）「介護職員初任者研修テキスト２　自立に向けた介護の実際」中央法規
- 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」
- 厚生労働省（2001）「平成 12 年版厚生白書」
- 厚生労働省（2012）「平成 23 年版厚生労働白書」
- 厚生労働省（2017）「平成 28 年版厚生労働白書」
- 厚生労働省老健局総務課（2015）「公的介護保険制度の現状と今後の役割 平成 27 年度」
- 国際医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉・マネジメント学科（2017）「福祉教科書 介護福祉士 完全合格テキスト 2017 年版」翔泳社
- 新谷尚紀、波平恵美子、湯川洋司編著（2003）「暮らしの中の民俗学１― 一日 ―」吉川弘文館
- 地域包括ケア研究会 三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング（2013）「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書（平成２４年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分））」
- 東京大学高齢社会総合研究機構（2014）「高齢者の社会参加の実態とニーズを踏まえた社会参加促進策の開発と社会参加効果の実証に関する調査研究事業報告書（平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分））」
- 日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会報告（1987）「社会福祉におけるケアワーカー（介護職員）の専門性と資格制度について（意見）」
- 日本認知症ケア学会編（2013）「認知症ケアの実際〈１〉総論（認知症ケア標準テキスト）」日本認知症ケア学会
- 保田淳子（2016）「ノーリフト　持ち上げない看護、抱えない介護」クリエイツかもがわ

- 岡田英志、小嶋壽一、自助具の選び方、利用のための基礎知識
  https://www.hcr.or.jp/cms/wp-content/uploads/howto_2017_3_3.pdf（平成 30 年 2 月 20 日アクセス）
- 公益社団法人日本介護福祉士会ＨＰ
  http://www.jaccw.or.jp/fukushishi/senmon.php（平成 30 年 2 月 20 日アクセス）
- 社会福祉法人任運社「おむつは『命』だ」（ホームと家族を結ぶミニコミ紙　終わりよければ）
  http://ninun.or.jp/uploads/6 おむつは「命」だ.pdf（平成 30 年 1 月 10 日アクセス）
- 独立行政法人 福祉医療機構「ＷＡＭ ＮＥＴ」
  http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/handbook/service/ （平成 30 年 2 月 20 日アクセス）

外国人介護人材の適切な受入に資する
海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業
検討会・ワーキンググループ委員一覧（敬称略）

【検討会】

＜座長＞

| | |
|---|---|
| 藤村 博之 | 法政大学経営大学院 イノベーション・マネジメント研究科 教授 |

＜委員＞（五十音順）

| | |
|---|---|
| 天野 ゆかり | 静岡県立大学短期大学部社会福祉学科介護福祉専攻 講師 |
| 田中 文隆 | みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部<br>雇用政策チーム　福祉労働課長 |
| 中村 信太郎 | 独立行政法人　国際協力機構（ジャイカ）国際協力専門員（社会保障担当） |

【ワーキンググループ】

＜座長＞

| | |
|---|---|
| 天野 ゆかり | 静岡県立大学短期大学部社会福祉学科介護福祉専攻 講師 |

＜アドバイザー＞

| | |
|---|---|
| 久保田 トミ子 | 広島国際大学 医療福祉学部長 |

＜委員＞（五十音順）

| | |
|---|---|
| 梅本 旬子 | 社会福祉法人こうほうえん ヘルスケアタウンむかいはら |
| 國谷 昇平 | 特定非営利活動法人 Rehab-Care for ASIA 代表理事<br>元青年海外協力隊 作業療法士 |
| 比留間 洋一 | 星城大学 リハビリテーション学部 准教授 |

【事務局】

インテリジェンスバリューコーポレーション株式会社
みずほ情報総研株式会社

２．Historical Development and Practice of Long-Term Care in Japan
（ポイント集英語版）

# Historical Development and Practice of Long-Term Care in Japan

## - Helping Elderly People Live Their Own Lives -

**March 2018**

## Introduction

The aging of the world's population is progressing rapidly. It is said that by 2050, the total population of people over 60 years old will reach 2 billion. It is predicted that some countries in Asia will become aged societies at a rate equal to or higher than that of Japan in the past. In such countries, the need for elderly long-term care will also increase accordingly. Long-term care is not only meant for limited people in limited regions, but it is relevant to many people. In 2002, the "Madrid International Plan of Action on Ageing," was adopted in the United Nations and in 2015, ASEAN member states also adopted the "Kuala Lumpur Declaration on Ageing" through which policy principles such as respecting the dignity of elderly people, taking life-course approaches in responding to their individual needs, promotion of elderly social participation, and likewise efforts have been commenced in each country.

In Japan, rapid aging of the population has taken place since the 1970s, earlier than other Asian countries. In addition, living environment and family structure underwent rapid change due to alterations in industrial structure. This made it difficult for many families to provide long-term care to their elderly families members on their own. In order to respond to long-term care needs arising from such diverse social environments, it was necessary to develop mechanisms to support elderly long-term care at society level as a whole, rather than at individual or family levels.

Under these circumstances, the Japanese government implemented various policies to establish a public system providing long-term care service, and made effort to secure and train personnel to provide long-term care. Since the establishment of the Long-Term Care Insurance Scheme in 2000, Japanese elderly long-term care services have expanded rapidly, both in terms of quantity and quality. The number of professional caregivers, which was only 550 thousand when the Long-Term Care Insurance Scheme was established in 2000, grew to 1.71 million people in 2013, or a 1.16 million increase within 13 years. While managing the Long-Term Care Insurance Scheme, training organizations for long-term care service providers are being established simultaneously. Training contents have been reviewed for relevancy to current social needs.

Going forward, it is predicted that many countries in Asia will also face rapid aging. China, South Korea, Singapore, Thailand, and Vietnam are already facing aging societies with aging rates exceeding 7%, and Malaysia and Myanmar are expected to be in similar positions by 2025. There are other countries in which the estimated period of time between aging society and aged society (number of years taken to double) is shorter than that of Japan, so that it is expected that aging of society will progress extremely quickly in the Asian region from now on.

This publication introduces knowledge and techniques currently used in Japanese long-term care related professions, the fundamental thinking behind elderly long-term care, as well as historical development concerning elderly care. In Japan, long-term care is considered to be a form of support to enable elderly people to live their lives as they choose, which requires provision of service by well trained professionals with an understanding of the principles of long-term care, specialized skills and knowledge.

The contents of this publication describe the experience of Japan, as it developed based on Japanese culture, lifestyles, and social conditions changing over time. For other Asian countries considering ideal long-term care and personnel, some parts the Japanese experience may not be relevant. Hence, each country should take into account its own culture, customs, policies, etc. However, the principles underlying the policies adopted by the United Nations and ASEAN member states are universal, and what is introduced here is how these universal principles have been actualized in Japanese long-term care. Therefore, we believe that this document will serve as great reference for people in Asian countries that face full-scale aging in the future.

This document contains suggestions for policy makers about fundamental approaches to long-term care policy and human resources development, and tips for considering concrete approaches. For professionals already involved with long-term care, this document may help to reconfirm the basic thinking about long-term care service and points to keep in mind when providing services. For families and volunteers, this may serve as a hint in supporting elderly family members and neighbors. In publishing this basic guide, the authors hope to contribute to the ongoing creation of stable society in Asian countries facing aging populations, societies providing environments to support elderly people in continuing to live their own individual lives even when in long-term care, and societies in which all people, including elderly people and their family members, will not be burdened by long-term care and anxiety. The authors also hope that, an understanding of the approach to long-term care based on reference to the basic guide to "Support Enabling People to Live Their Own Lives" described here can be reflected in training of long-term care personnel. For these reasons, we hope this publication will be useful to many people involved with elderly long-term care in countries throughout Asia.

2017 Foreign Long-Term Care Personnel Survey and Research Project
Investigative Meeting and Working Group

**[What kinds of situations do aging societies currently face?]**

As aging progresses rapidly, there are many situations in which families alone are unable to provide elderly people with care.

Here is one example.

The Sato family who live in Japan tried hard to provide Mr. Sato's mother with the high degree of long-term care necessary, however, without knowledge of how to best support her, they are left with feelings of great mental and physical stress.

1.

One day, Mr. Sato's elderly mother who lived with him had a stroke and was hospitalized.

2.

Although she was discharged from the hospital after her condition stabilized, the left half of her body remains paralyzed.

3.

Mr. Sato's wife provides his mother's care at home, but she doesn't know how to do it well, and struggles every day.

4.

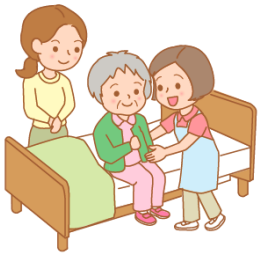
Mr. Sato's wife bears a great mental burden and she is suffering from lower back pain.
She feels she has reached her limit providing care by herself over the long term.

**[Place of Living and Long-Term Care for Elderly People in Japan]**

In Japan, the following services are provided at the home of elderly people. This way, various people besides family are involved in providing long-term care at home, including professional caregivers, social workers, community volunteers, etc. The Sato family introduced above can also select various services to meet their family's needs and wishes.

**Home**

At home, elderly people can continue their daily lives with the support and attentive observation of family members and community volunteers. By preparing homes and facilities with "barrier-free" accessibility, elderly lifestyles are supported by communities as a whole. Home-visit care services, daycare services, temporary care at residential care facilities, etc. can be selected according to the care recipient's degree of need, family condition, and preference, etc. There are also small multifunctional facilities that can be used to combine home-visit, and in-facility services.



**Facilities**

There are a variety of facilities to meet different care objectives and service needs, such as residential facilities for elderly people with certified long-term care needs, facilities which provide integrated medical and long-term care, residential facilities for those whose circumstances make it difficult to live at home, people with dementia, etc.

## Table of Contents

**1. Basic Approach and Historical Development of Long-Term Care in Japan**

(1) Basic Approach to Long-Term Care in Japan ..... 6

Basic Approach to Long-Term Care ..... 6

Column1 “Medicine,” “Nursing,” and “Long-Term Care”

Approach Required for Professional Long-Term Care ..... 8

Column2 Dementia Care in Japan -Transitions in Care Surrounding Dementia-

Column3 Initiatives for Achieving “Zero Physical Restraint”

(2) The Historical Development of Long-Term Care in Japan ..... 13

Socialization of Long-Term Care ..... 13

Column4 Initiatives in Human Resource Development on Long-term Care

Mechanism of Long-Term Care Service Provision in Japan ..... 19

Column5 Differences between the Japanese Long-Term Care Insurance System and Previous Systems

Column6 Community Care of Each Country

**2. Support of Elderly People’s Active Daily Lives**

(1) Elderly People’s Daily Routine ..... 24

(2) Practice of Long-Term Care to Support Living with Motivation ..... 27

1) Mobility ..... 27

Column7 Why “Bedridden” is not Favorable

Column8 Let’s Give It a Try -Support Using Body Mechanics-

Column9 Long-Term Care without Lifting -No Lifting Policy-

2) Eating ..... 33

Column10 Ways to Encourage Elderly People to Eat with Minimal Assistance -Elderly Care Meals and Assistive Products-

3) Toileting ..... 33

Column11 Supporting Independence and Japan’s “Diaper Controversy”

4) Dressing ..... 41

5) Hygiene ..... 44

Column12 Japanese “Bathing” Culture

References ..... 47

List of Committee Members ..... 48

# 1. Basic Approach and Historical Development of Long-Term Care in Japan

As people's living environment changes dramatically due to continued aging of the population, Japanese have been investigating and implementing countermeasures, and confronting a variety of social issues. Through trial and error, they have searched to define an ideal for Japanese elderly care, and establish institutional structures for long-term care, as well as values and approaches to be respected when administering long-term care.

This chapter addresses: (1) Basic Approach to Long-Term Care in Japan, based on an overview of "KAIGO" (long-term care) in Japan, and explanation of the specialization of long-term care; (2) The Historical Development of Long-Term Care in Japan, including Japanese initiatives aimed at creating an environment in which many more people have access to long-term care, as well as historical transitions in care.

## (1) Basic Approach to Long-Term Care in Japan

### Basic Approach to Long-Term Care

To begin with, what is meant by "long-term care"? There is no single definition shared across all countries in Asia. For example, assistance with activities of daily living such as eating, toileting, and hygiene is considered nursing in some countries, yet considered a part of housekeeping in others.

This section provides an overview of Japanese "KAIGO". We hope that it will serve as reference when considering the content and social roles of long-term care related professions in other Asian countries facing aging populations.

In this document, the term "KAIGO" is replaced by the more familiar terms "long-term care" and "elderly care" as appropriate, however, please understand that both "long-term care" and "elderly care" refer to the Japanese concept and practice of "KAIGO."

#### The Objective of Long-Term Care is to Support Daily Life

In Japan, long-term care is positioned as assistance in arranging daily life. Every person's daily life has various aspects such as "physical activity (moving)," "mental activity (thinking)," and "social activity (involvement)," and each person leads a daily life with these aspects integrated. When the mind moves (has motivation), the body responds with movement, and connections are made with other people, then each person can pursue an individual and active way of living. Conversely, if even one of these aspects (physical, mental, social, etc.) is neglected, it becomes difficult to continue his or her way of living. No matter how convenient it may seem from others, it is not the life he or she would like to live.

When providing support of daily life, it is necessary to consider the perspective of providing "assistance with maintaining an active lifestyle, including connections with and roles within society."

<Column 1>

## “Medicine,” “Nursing,” and “Long-Term Care”

F. Nightingale (1820-1910), in her book “Notes on Nursing” (1860), describes the origins and basic principles of nursing, writing that nursing “ought to signify the proper use of fresh air, light, warmth, cleanliness, quiet, and the proper selection and administration of diet – all at the least expense of vital power to the patient.” It may be said that this opinion is valued by practitioners of “medicine,” “nursing,” “long-term care” and all kinds of care alike. In short, “medicine,” “nursing,” and “long-term care” share the same underlying principle.

Previously in Japan, it was nurses who were responsible for providing care to elderly people in need. This meant that long-term care (or elderly care) and nursing were provided together at the hospital. However, as overall longevity and size of aging population increased, it became difficult for nursing staff and hospitals to provide care to all the elderly people in need of support in their daily lives. As a result, the concept of long-term care was established as specialized “care” for those in need of daily life assistance without medical treatment, and demand for this profession emerged.

Long-term care in Japan is primarily concerned with providing the necessary assistance to elderly and disabled people who require help from others in their daily lives. It may be said that one distinct feature of long-term care is that assistance is provided on the stage of the recipient’s “place of daily life.”

## Approach Required for Professional Long-Term Care

Today, long-term care is considered a practice based on specialized knowledge, technique, and ethics, which can affect the quality of life of the care recipient. The expertise of long-term care is explained in this section.

### Human Rights Awareness

Those people in need of long-term care are no different from other people. Like other people, they have lived their lives as they liked, and naturally, they are continuing with their daily lives just like any other human being would. The only difference is that they currently live in a state that requires the support of others, due to any of a variety of circumstances, including aging and disability.

No matter what circumstances people live in, each and every one is an irreplaceable existence. Each person should be respected as an individual. Even if one should need the support of another, one's existence as a holder of rights does not change. Understanding this principle is a necessary approach to long-term care.

### Long-Term Care Expertise

In Japan, long-term care is considered work requiring expertise. Through means such as observation and communication, information is gathered on daily life in its entirety, including eating, toileting, hygiene, and required care. Such information is consolidated and analyzed in order to identify and understand the difficulties and care needs among elderly people's daily lives, all in pursuit of independence* and improvement of QOL (quality of life). For this purpose, it is necessary to acquire a variety of specialized knowledge and skills related to long-term care, as well as cooperate with related fields such as medicine and healthcare to maintain various aspects of the care service environment.

There is great meaning to standing in the shoes of a care recipient to consider what kind of care should be received to fulfill one's life near its end. It should go without saying that caregivers responsible for long-term care require, in addition to the expertise described above, a sense of responsibility and ethics.

*The meaning of elderly "independence" is described in the following section.

### The Perspective of Professional Long-Term Care

#### [Long-Term Care that Respects Each Recipient's Course of Life]

Humans are social beings who pass through various stages such as entering school, employment, marriage, and childbirth as they walk through their course of life between birth and death. Individual ways of life are truly diverse, based on the presence or absence of a partner and children, health condition, economic condition, etc.

The elderly people who are care recipients are each humans who have walked far in life. The lifestyle and living environment each person has fostered over many years influence his or her current mental and physical states in various ways. For the care recipient, the present way of living in need of long-term care is also one part of his or her life. Providing support of such elderly people's daily lives (long-term care)

is also about walking into each of their life histories and lifestyles, or in short, about entering their course of life. When the caregiver is a family member who has lived with the care recipient for many years, it is likely that he or she can provide care based on familiarity with the recipient's course of life. However, when the caregiver is a third party, he or she may tend to neglect consideration from the point of view of the recipient's course of life. Caregivers must clearly understand this potential shortcoming, and consider how to best provide care to the person in front of them, from the viewpoint of the history the recipient has lived through.

To understand long-term care as a form of support of daily life and seek to provide care that respects the course of life of the recipient, it is necessary to accurately understand the recipient's mental and physical condition. This cannot be achieved well if one only considers what can be seen on the surface of the recipient's condition.

Caregivers should gather information about the recipient's early years and lifestyle while building a trusting relationship, and try to accurately understand daily life as based on his or her individual values. Then, it is also necessary to understand the care recipient's condition, not only from the perspective of the caregiver, but also from the perspective of the recipient, in order to understand the difficulties in daily life that may not be immediately noticeable. At this point, the process of selecting necessary and appropriate measures to address the recipient's "difficulties in daily life" can commence.

Understanding the care recipient's mental and physical condition from the perspective of the recipient themselves is the start of practicing long-term care which supports individual ways of living. The process from this point through to implementation requires strong communication skills, an understanding of human dignity, and expertise regarding social, mental and physical structures, etc. Here lies the expertise of long-term care.

**[Long-Term Care for Support of Independence]**

In Japan it is believed that long-term care which supports each individual's way of living is one which emphasizes independence, connection to society, and ambition towards life, to the extent possible despite the recipient's need for care.

Therefore, at the foundation of long-term care is the caregiver's desire to make possible the continuation of the recipient's daily life, despite his or her need for care. This is achieved by allowing the recipient to choose his way of life by his or her own will, and supporting implementation of these choices, while maintaining the recipient's remaining ability to conduct his or her daily life.

In the context of Japanese long-term care, "independence" is used to refer to improvement of QOL (Quality of Life), not only the improvement of ADL (Activities of Daily Living).

For example, long-term care should be provided based on the understanding that "care recipients may be able to live more independently if they actively choose to accept support, which could enable them to work or participate in society, instead of spending all day struggling to do everything on their own."

When it comes to providing long-term care which supports the recipient's independence, it is important

to consider care from the perspective of increasing the recipient's own motivation. Identification of support to be provided and creation of an appropriate environment should be based on assessment of each care recipient's mental and physical condition. Caregivers should consider "current needs" in support of daily life based on individual care recipient's personal history and an understanding of the recipient's feelings.

**[Long-Term Care for Enriching Life through Creation of Connection with Society]**

When long-term care is considered from the perspective of supporting each individual's way of life, it is also important to consider the aspect of support concerned with elderly people's participation in society.

In the context of an aging society, it is extremely meaningful that the elderly people participate in and become responsible for supporting society, in order to build a secure, dynamic, and affluent society. Furthermore, participating and playing an active role in society are expected to contribute to elderly people's health and motivation to live, as well as prevent the need for long-term care. Caregivers are expected to be creative to enrich elderly care recipients' lives by creating connections with society, based on realizing opportunities for social participation in familiar areas.

When considering social participation, it is important to let the care recipient decide for him- or herself, and to respect individual daily rhythms and aspirations. In providing such support, it is also important to focus on the recipient's ideal lifestyle, consider together how to make it a reality, and support its achievement.

### Implementation of Evidence-based Long-Term Care

In the past, the approach to long-term care was defined through repeated trial and error, and layered experience based on skilled technique, sensitivity, and insight were passed from senior practitioners to junior practitioners at the work place. Although experience was accumulated at individual facilities, it was not always made systematic.

However, long-term care that meets a wide range of recipient needs cannot ride on the accumulation of experience and tradition alone. This means that every act of long-term must integrate knowledge, technique, and ethics. In Japan, it is believed that, by accumulating practice in long-term care based on such a foundation, expertise can be developed.

Currently in Japan, evidence-based long-term care is provided by applying a four-staged process to support the care recipient's daily life: "Initial Assessment (information collection ~ identification of key issues) → Care Plan → Implementation → Evaluation (confirmation of effectiveness ~ plan modification)." Furthermore, when the recipient's daily life is considered as a whole, it is important to provide support not only from long-term care professionals, but also from a collaborative team of professionals with various expertise, in order to support the recipient's daily life from various angles.

<Column 2>

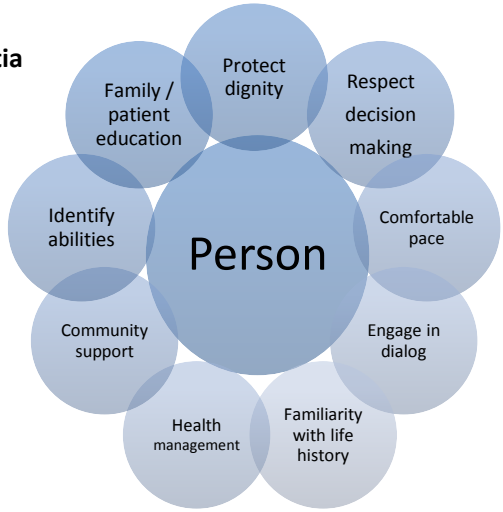
## Dementia Care in Japan
## ～Transitions in Care Surrounding Dementia～

Coping with dementia is a common issue in countries facing aging populations. In Japan, where the aging population is progressing rapidly, the number of patients with dementia is simultaneously increasing rapidly. When considering elderly care in Japan, dementia care holds an increasingly important position.

Historical development in dementia care in Japan dates back to the 1970s. It is said that, at that time, it was often the case that a person suffering from dementia was treated as a patient with a mental disorder and hospitalized in a psychiatric hospital, when it became difficult for family members to provide care at home. In the mid-1980s, however, a variety of surveys was conducted, including surveys among family members of people with dementia regarding the burden of providing care at home, and surveys among people with dementia receiving care regarding their actual conditions. In addition, the number of institutions that devised care methods based on identification of patients' key challenges gradually increased. These institutions began to provide care which addressed the patient's background, as seen through careful observation of the various behavioral and psychological symptoms caused by dementia (BPSD), as well as focused on the patient's personal history.

Since the beginning of the 1990s, day service and short stay began to be used as a way of relieving the burden of care on families. In addition, in the early 2000s, the Long-Term Care Insurance Scheme was introduced, and the importance of understanding the need for care from the perspective of the recipient, rather than those of caregivers' health care providers, was recognized. One example is the concept called "Person-centered Care" which was advocated by Thomas Kitwood from the UK. This philosophy respects a person with dementia as an individual "person," and provides care based on an understanding of the patient's own perspective and situation. In order to provide a patient with appropriate support based on an understanding of his or her individuality, it is important to maintain continuous consciousness of the following principles:

**Principles of Dementia Care**




（Author: Shohei Kuniya）

<Column 3>

## Initiatives for Achieving “Zero Physical Restraint”

When providing support of daily life, “abuse” of the recipient is in violation of his or her human rights, and therefore absolutely unacceptable. On the other hand, physical restraint is something that anybody is prone to doing, without any intention to abuse, and without recognizing that it is a form of abuse.

In Japan, there have been incidents in which a caregiver has bound the care recipient’s arms and legs to the bed to prevent the recipient from moving, has administered medication to calm the care recipient’s behavior, and has isolated the care recipient in a room which cannot be opened from the inside, as a result of prioritizing the caregiver’s own convenience in the place of care. In places where prioritization of the caregiver’s convenience is routine, restraint has come to be used as a form of care.

However, if this situation is let pass as natural, human rights of elderly people cannot be protected. Realizing individual ways of life, the true objective of long-term care, is lost sight of. Under these circumstances, improvement of the quality of long-term care cannot be expected.

In Japan, physical restraint was prohibited by the Long-Term Care Insurance Act enforced in 2000, and from this time forward, proactive efforts were initiated to abolish physical restraint. In 2001, the “Guidebook for Zero Physical Restraint” was produced by a subcommittee established by the Ministry of Health, Labour and Welfare, and distributed to people affiliated with caregiving. In this guide, specific acts considered to be physical restraint are cited, such as “binding,” “excessive mediation,” “isolation,” etc. and introduces examples of ways to achieve “zero physical restraint.”

## (2) The Historical Development of Long-Term Care in Japan

### Socialization of Long-Term Care

In order to make progress building a society in which all people, including elderly people and their families, can live in peace and without burden or anxiety caused by long-term care, it is necessary to provide an environment in which long-term care services can be used when needed and at the recipient's own will, as well as train personnel who can provide long-term care with expertise.

In Japan, efforts have been made to cope with the growing need for long-term care since approximately 1960, when the aging of the population began to be regarded as a serious social issue. New challenges were met each time they arose, culminating in the establishment of the Long-Term Care Insurance Scheme in 2000. Since then, the number of people able to use long-term care services, as well as the range of services available has increased rapidly.

In this section, the historical development of long-term care related policies will be explained, focusing on the establishment of the Long-Term Care Insurance Scheme. We hope that by sharing the Japanese experience it will serve as reference for each country developing its own policies to support elderly people and providing an environment for training long-term care professionals.

#### Origins of Elderly Welfare Policy

In the period immediately following the end of the Second World War, Japanese elderly welfare policy was based on the residual welfare model, targeting only a small proportion of low-income groups. At that time in Japan, it was common for multi-generations to live together, and elderly care was considered a part of the family's work.

However, in addition to an increase in the number of elderly people, the people's way of living also changed dramatically. The core of Japanese industrial structure changed from agriculture, forestry, and fishing, to manufacturing, then service industries, so that the proportion of family businesses and self-employed decreased, and opportunities for elderly employment declined. With the progress of urbanization, the population of the working generation concentrated in major cities, so that the number of single elderly and elderly couple households increased. It was under these circumstances that, with the 1963 enactment of the Act on Social Welfare Services for the Elderly, facilities were institutionalized for the first time in Japan to support elderly people in need of care regardless of their economic condition. Japan's full-scale long-term care measures originate from this point on.

### Increase in Long-Term Care Needs, and Limitations of the Welfare System

Although the Act of Social Welfare Services for the Elderly was enacted, the number of facilities was insufficient compared to the number of elderly people in need of care, and the care recipient was required to bear a portion of the cost based household income determined by an income assessment, etc. For such reasons, the system was not always easy to use for the general public, so actual usage continued to reflect a prioritization of low-income population, etc.

In these circumstances, aging of the population progressed rapidly and the ratio of older persons aged 65 years and over in the total population increased from 5.7% in 1960, to 9.1% in 1980, and 12.0% in 1990, with the demand for long-term care increasing accordingly. In addition, response to long-term care needs based on traditional elderly social welfare systems reached its limit for multiple reasons, including increased duration and severity of long-term care due to lengthening life spans, changes in social structure (young population's large scale migration to major cities for employment opportunities and marriage), increasing nuclear families (consisting of two parents and one or more children) due to changes in thinking (increased desire to prioritize individual lifestyles, etc.), aging of family caregivers themselves, and changes in the circumstances of families providing elderly care.

It was at this point that the Long-Term Care Insurance Scheme was established as a mechanism to support elderly care as a society as a whole, and the Long-Term Care Insurance Act was enacted in 2000.

### Development of Personnel Training Systems

As the demand for long-term care emerged from around the 1970s, workshops and training, etc. were held for people involved in long-term care at home and at facilities. However, no specific certification system etc. existed. At that time in Japan, no certification system existed for social welfare as a whole, much less for long-term care. For this reason, the establishment of certification system has been identified as an objective since the middle of the 1980s.

At the same time, ensuring that personnel that can handle diverse and high level needs, as well as improvement of the qualification of these personnel became necessary to meet the expansion of elderly and disabled people's social welfare needs, due to changes in living styles and economic conditions, which accompanied the declining birthrate and aging population. The need for professionals who could ensure service ethics and quality, in light of the rapid expansion of elderly people related services, also became a point of discussion. As a result of these circumstances, the national certification for care workers was born in 1987. In the next year, a certified care worker training course (two year course) was started. In 1991, organized training of Home Helpers was also started.

Although the system for training of care personnel is reviewed regularly to maintain relevancy with current trends (see Column 4), it is said that the creation of a national certification served as opportunity to formulate standards of long-term care knowledge and skills.

### From Family Care to Social Support

Until the Long-Term Care Insurance Scheme was established, elderly long-term care services were partially provided to those admitted by government officials (services based on administrative measures), as well as to those within a medical framework. However, management by conventional measures meant that care services were assigned by the government to care recipients admitted by the government, and therefore recipients could not select services by their own will. Since selection of recipients and care service contents was based on government budgets, it was difficult for private companies to enter the long-term care service market, and, as a result, it was difficult to expect rapid expansion of long-term care service offerings. Meanwhile, there were limitations to managing long-term care in the framework of healthcare aimed at treating diseases, especially in terms of care provision and living environment for elderly persons in the hospital. For this reason, it became essential to work for drastic reform, rather than simple extension, of the system at the time.

With this background, the Japanese Long-Term Care Insurance Scheme was established as a mechanism by which all citizens support elderly people and their families, since elderly long-term care is not an issue for a selection of people, but rather an issue affecting society as a whole.

**Figure 1: History of Elderly Welfare and Elderly Medical Policy in Japan**

| Period | Indices | Main Events | Supplementary Items |
|---|---|---|---|
| **1960s**<br>Beginning of Welfare Policies for the Elderly People | Aging Ratio: 5.7%<br>Average Life Expectancy:<br>Male:<br>65.32 years<br>Female:<br>70.19 years<br>(1960) | **1962**<br>Home-visit Care program initiated.<br>**1963**<br>Act on Social Welfare Services for the Elderly<br>◆ Establishment of elderly welfare facilities<br>◆ Legislation of Home Helper Care<br>**1969**<br>Announcement of Results of "Survey of Condition of Elderly People Bedridden in the Home" at the National Social Welfare Conference.<br>⇒The number of bedridden elderly people over 70 years old (200 thousand people, approx. 5%), and the severity of their living conditions were made public. | ✓ The term "long-term care" is included in the law.<br>✓ Positioning of general needs associated with aging as object of care system, exceeding care measures for low income earners.<br><br>✧ Serious issue of "Social Hospitalization" emerge whereby patients extend their stays without medical reason due to disparity in user fees between welfare institutions and hospitals, coupled with hassles in application procedures. Medical expenses for elderly people increase as a result.<br>✧ There was also an issue with hospitals designed to provide medical treatment, where systems were inadequate in terms of staffing and living environment to provide long-term treatment to people in need of care. |
| **1970s**<br>Increase in Elderly Medical Expenses | Aging Ratio: 7.1%<br>Average Life Expectancy:<br>Male:<br>69.31 years<br>Female:<br>74.66 years<br>(1970) | **1971**<br>Formulation of five year plan for emergency establishment of social welfare facilities<br>◆ Promotion of initiatives to expand and quantitatively develop elderly welfare<br>**1971**<br>Holding of nationwide centralized training of Home Consultants (current Home Helpers)<br>**1972**<br>Formulation of guidelines for operation of home help program<br>**1973**<br>Free healthcare for elderly people<br><br>**1978**<br>Establishment of short stay program<br>**1979**<br>Establishment of day services program | **Short Stay**<br>A service which enables care recipients short-term (approx. several days to one week) admission to stay at a facility, while receiving long-term care in daily life and care for functional training.<br><br>**Day Service**<br>A service which enables users to visit facilities for support of bathing, excretion, meals, etc. and other daily life activities and functional training. |
| **1980s**<br>Emergence of Social Issue of "Social Hospitalization" and "Bedridden Elderly people" | Aging Ratio: 9.1%<br>Average Life Expectancy:<br>Male:<br>73.35 years<br>Female:<br>78.76 years<br>(1980) | **1982**<br>Act on Elderly Health<br>◆ Introduction of fixed co-payments for elderly medical expenses, etc.<br>**1982**<br>Revision of guidelines for operation of home help program<br>◆ Regulation on introduction training for home helpers | |

✧ Around this time, increased awareness of the importance of home-based services, considered from the perspective of providing daily life support in the context of a familiar living area, led to its improvement.

| Period | Indices | Main Events | Supplementary Items |
|---|---|---|---|
| ✧ Even with medical services at hospitals, groups of beds were systematically institutionalized to provide the environment and staffing suitable for long-term recuperation, to be able to respond to the needs of elderly people and other care recipients in need of nursing and long-term<br><br>✧ A demand for provision of comprehensive and integrated medical and welfare services led to establishment of such services. | | **1983**<br>Establishment of special licensed geriatric hospital system<br><br>**1987**<br>Amendment to the Act on Elderly Health (establishment of geriatric health facilities)<br>**1989**<br>Introduction of consumption tax<br>Formulation of the Gold Plan(Ten year strategy for the promotion of health and welfare for elderly people) | **Special licensed geriatric hospital**<br>Medical institutions which admit many elderly people, and are licensed to operate with less than standard number of doctors and nurses. In exchange, a fixed number of professional care providers are deployed.<br>**Geriatric Health Facility**<br>Facilities which provide medically controlled nursing, care, rehabilitation, etc. for bedridden elderly people with stable medical conditions, with the goal of the patient's return to home.<br>**Gold Plan**<br>Plan to improve infrastructure for public services in the field of elderly health and welfare, based on the introduction of consumption tax. |
| **1990s**<br>Promotion of the Gold Plan<br>Preparation for Introduction of Long-Term Care Insurance Scheme | Aging Ratio: 12.0%<br>Average Life Expectancy:<br>Male:<br>75.92 years<br>Female 81.90 years<br>(1990) | **1991**<br>Establishment of organized home helper training program<br>**1992** Amendment of the Elderly Health Law (Establishment of Elderly Home Nursing System)<br>**1994**<br>Discussion on Long-term Care Insurance Scheme began in the Ministry of Health and Welfare<br>Formulation of the New Gold Plan<br>**1997**<br>Increase in consumption tax (3% to 5%)<br>Establishment of Long-Term Care Insurance Act | **New Gold Plan:**<br>Service goal of the Gold Plan is raised. |
| **2000s**<br>Implementation of Long-Term Care Insurance Scheme | Aging Ratio: 17.3%<br>Average Life Expectancy:<br>Male 77.72 years<br>Female 84.60 years<br>(2000) | **2000**<br>Enforcement of Long-Term Care Insurance Act | |

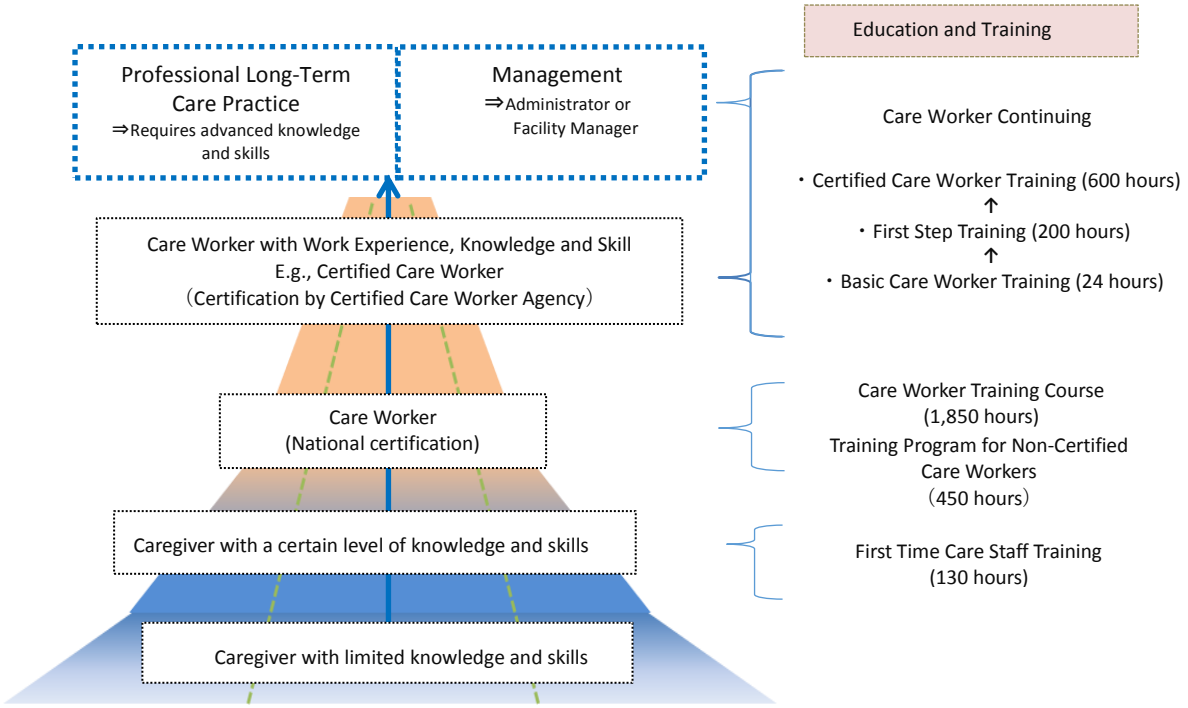
Source: Various materials including "Annual Health, Labour and Welfare Report 2016 "

<Column 4>

## Initiatives in Human Resource Development on Long-term Care

In Japan, initiatives have been taken to train personnel that can meet diverse care needs as the number of elderly people in need of long-term care as well as number of long-term care services have increased due to the progress of aging. In 1987, a national certification system for care workers was established in order to train and ensure a supply of personnel with professional long-term care skills. Until this time, professional care workers and those without as much knowledge and skill were engaged in the same work, however, recently, the condition at each caregiving site have been identified and necessary care worker functions and ability organized according to level, and caregivers provided the necessary practice and development for their career paths, as shown below.

**Japanese Care Worker Career Path**




Certification can be received by passing the national exam following acquisition of necessary knowledge and skills at universities, vocational schools, high schools specializing in welfare, etc. and can also be received by passing the national exam following acquisition of necessary knowledge and skills through three years or more of working experience and on-the-job training in long-term care related work.

Even after receiving certification, continued education is provided to give opportunities for improvement of qualities relevant for each career path, in topics such as training for improvement of management skills, training for the skills and ability to collaborate with other professionals to provide care for people with dementia, etc.

### Japanese Long-Term Care Insurance Scheme

The "Long-Term Care Insurance Act" was enforced in 2000, initiating the Long-Term Care Insurance Scheme in Japan. All citizens are expected to join the scheme the month they turn 40 years old and pay an insurance premium. When long-term care is necessary and authorized, the insured can receive care services from service providers and benefits based on this public insurance contract.

The long-term care insurance system is one based on the principle of mutual aid, such that the source of funds is 50% public (from tax), and the remaining 50% financed by insurance premiums.

Long-term care services can be received by people over 65 years old, when in need of support or care regardless of the cause. For people between 40 and 64 years old, services are available when in need of support or care due to illnesses associated with aging such as terminal cancer and rheumatoid arthritis, etc. Generally, the user fee is set at 10% of cost needed for care services[12].

【Services covered by long-term care insurance】

- ✧ In-home services (home-visit care, home-visit nursing, home-visit rehabilitation etc.)
- ✧ Services used while living at home (daycare, out-patient rehabilitation, temporary nursing at residential facilities etc.)
- ✧ Services to improve the living environment (rental or purchasing of welfare equipment, housing renovation, etc.)
- ✧ Residential services (elderly welfare facilities, elderly health facilities, etc.)
- ✧ Preventive care services
- ✧ Care management services (professionally provided care plans, liaison and coordination, in response to the users' requests, so that user may receive appropriate care services)

Utilization of long-term care services rapidly expanded following the introduction of the long-term care insurance scheme. The number of users more than doubled in the first 4 years, and recognition of the long-term care insurance scheme as a mechanism supporting elderly security spread quickly.

[12] User fee is set at 20% for those whose income exceeds a certain level. Food and living expenses are not covered by the insurance, even if services are used at home. There are limits to services one can receive per month (ceilings to insurance benefit) depending on each level of care needed. Costs that exceed those limits must be paid out of one's pocket.

<Column 5>

## Differences between the Long-Term Care Insurance Scheme and Previous Systems

The Long-Term Care Insurance Scheme was introduced with the objectives of increasing care services, reducing the burden on care recipients' families, ensuring equitable benefit and contribution, and reinforcing fiscal stability of the government. Thanks to this scheme, elderly people in need of long-term care and their families are able to select and receive integrated healthcare, medical, and welfare services provided by diverse sources. Furthermore, due to the adoption of a social insurance system with clear relationship between contribution and benefit, the Long-Term Care Insurance Scheme was established as a system supporting elderly people in society as a whole. In addition, the long-term care insurance scheme currently adopted in the Republic of Korea, is also a form of social insurance like that of Japan and Germany.

| Previous Systems | The Long-Term Care Insurance Scheme |
|---|---|
| ① Municipal government assigned services based on user's application. | Users can select the type of services and service providers themselves.<br>・Provision of services focused on elderly long-term care needs<br>・Selection and receipt of services based on user's rights |
| ② Separate applications were required for each service of the medical and welfare systems. | By making use of plans of care service (Care Plan), integrated medical and welfare services can be utilized.<br>・Care recipients receive ongoing, comprehensive, and efficient service appropriate for each individual. |
| ③ Services were provided mainly by municipal governments and other public organizations (e.g. Social Welfare Council). | Services are provided by various organizations including private companies and NPOs.<br>・Service supply increase and quality improvement<br>・Stimulation of personnel development |
| ④ User fee was a heavy burden for the middle/upper income group, which kept them from applying for services. | Regardless of income, user fee is set as 10% (20% for persons with income above certain level, after August 2015) of the service cost.<br>・Correction of imbalance in burden for user |

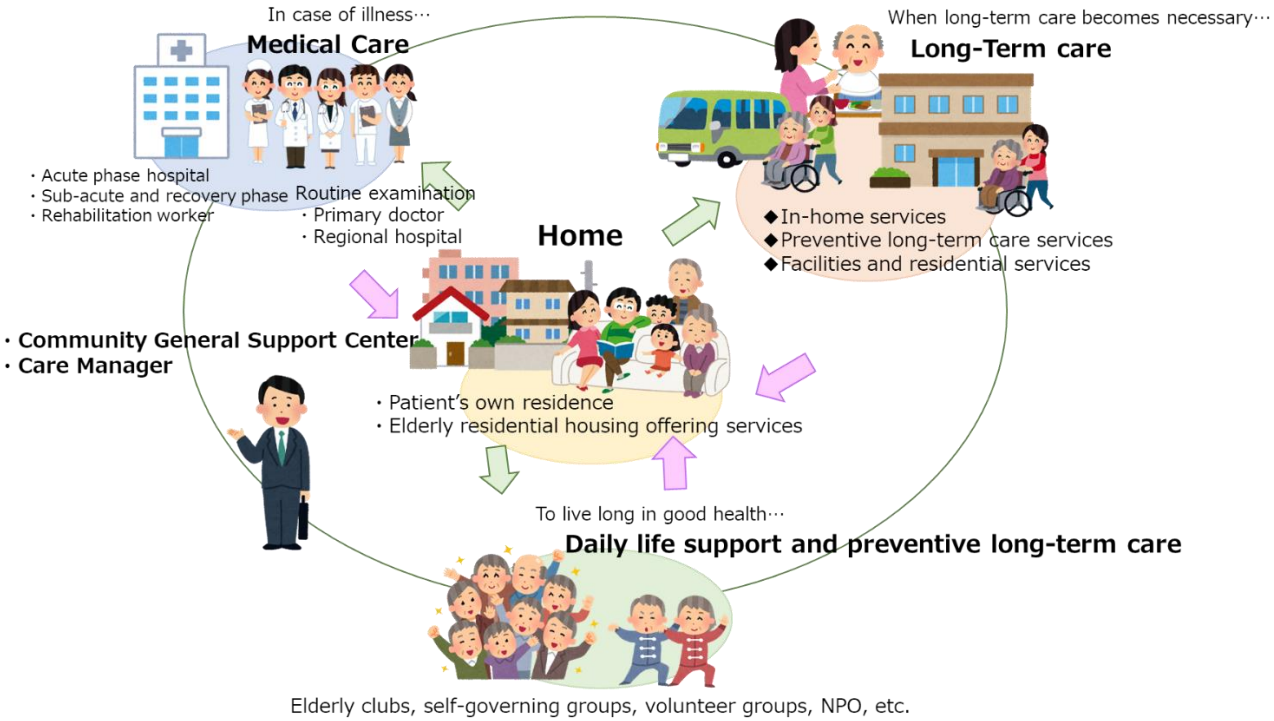
Source: General Affairs Division, Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health, Labour and Welfare (2015)"Present state and future role of public long-term care insurance system 2016"

### Creation of a Community-based Integrated Care System

The Japanese population is aging at a speed unprecedented in the world. Since the establishment of the Long-Term Care Insurance Scheme, the long-term care service market has expanded rapidly. However, it cannot keep up with the increase in needs, and short supply of long-term care services continues to be a social issue. In particular, in 2025, the age of the generation born during the Japanese baby boom between 1947 and 1949 will exceed 75 years old representing the peak of the aging population, so it is expected that need for long-term care, including for elderly people with dementia, will increase drastically. On the other hand, more and more people are reconsidering how long-term care and medical services should be provided, in deliberate response to the desire to continue living at home with family and close friends even if one needs long-term care, as considered from the perspective of elderly people who would like to continue their individual way of life.

In such circumstances, Japan currently seeks to create a "Community-based Integrated Care System." This system provides housing, medical care, long-term care, prevention, and daily life support so that elderly people can continue to live their own lives as long as possible in familiar surroundings.

**Figure 2 : Community-based Integrated Care System Model**




Source: Comprehensive Community Care Research Group Mitsubishi UFJ Research & Consulting (2013) "Investigative research report on sustainable Long-Term Care Insurance System and Community-Based Integrated Care System"

<Column 6>

## Community Care of Each Country

The formation of structures to support regional elderly people has already begun in countries across Asia.

### 【Case Study: Community Care in Thailand】

**"Health Volunteer" Activities：**

There are approximately 1.1 million paid "Health Volunteers" in the country. Based in health centers, they focus on social participation and health promotion of local residents, based on an understanding of disabled and elderly people in the region. As one part of their activities, they visit elderly people's homes to observe their health condition (by checking vital statistics), as well as provide advice on lifestyle with medical treatment, including those of caregivers.

Health Volunteers visiting an elderly person's home

**"Family Care Team" Elderly Home Visits:**

"Family Care Team" (FCT) was officially launched nationwide in 2015 and now has more than 15 thousand teams located throughout Thailand. FCT provides training for selected health volunteers as caregivers who visit homes of elderly people in the region as a team including doctors and staff from nearby hospitals, providing necessary physical and mental care to elderly people who do not have access to health service or are bedridden.

A Family Care Team visiting a home

**"Schools for Elderly people":**

"Schools for Elderly People" for preventative long-term care have been made in various places throughout the country. At these schools, regional elderly people over 50 years old participate in activities like those of normal schools, such as attending lessons and morning meetings, and going on field trips. Lessons are taught on subjects including basic calculation, as well as using smartphones and SNS.

Scenes from a School for Elderly People

（Author: Shohei Kuniya）

【Case Study: Community Care in Vietnam】

**"Intergenerational Self-Help Club" Activities:**

In Vietnam, the establishment and activities of various clubs for elderly people have been promoted in Vietnam, and, in particular, the spread of "Intergenerational Self-Help Clubs" has been set as an important goal. According to the Vietnamese National Association of the Elderly, the number of Intergenerational Self-Help Clubs increased from 60 at the start in 2006, to one thousand across 12 provinces in 2015.

Health exercises with female Club members

In general, one club is established for every village community or two. About 70% of members (roughly 50 to 60 people) are over 55 years old, and 70% of all members are women. Although the numbers are small, there are some members who are from younger generations, as well as wealthy members who provide funding. Activities are held once a month, and in addition to activities such as physical exercise for health and health checkups, the club lends money from its funds to support members' economic activities, or support families burdened by providing long-term care at home by doing housework, shopping, or care-related activities. At one club meeting the author participated in, it was elderly women facing challenges providing long-term care at home (rather than the few younger generation or wealthy members) who were at the center of activity.

（Author: Yoichi Hiruma）

【Case Study: Community Care in Indonesia】

**Social Welfare Activities for Elderly People "Posyandu Lansia":**

A Kader checking an elderly person's vital statistics

In Indonesia, periodic health related activities called "Posyandu" are conducted on a community basis at primary medical care health centers called "Puskesmas." Posyandu were originally conducted for maternal and child health including activities such as infant checkups and vaccinations, however, since the 1990s, activities for elderly people, called "Posyandu Lansia," are also being developed.

The people who support Posyand Lansia activies are volunteers called "Kader." Kader are primarily women living in the region. Receiving only a modest compensation, they conduct periodic health activities and health maintenance along with local nurses.

（Author: Shohei Kuniya）

## 2. Support of Elderly People's Active Daily Lives

### (1) Elderly People's Daily Routine

The daily routine of elderly people is basically no different from that of other people: they get up in the morning and go to bed at night. However, for elderly people, there are times during the day when they must receive care from a caregiver, due to aging, illness, disability, etc. Caregivers in Japan support elderly people's daily lives by first understanding changes in elderly people's mental and physical conditions due to aging, illness, disability, etc. and closely observing each person's state on a daily basis.

Let us introduce Mr. Yamada, who lives in the mountains of Japan, as an example. Elderly Mr. Yamada lived with his wife away from his son who lives in the city, but, one day, Mr. Yamada collapsed and is now in need of long-term care. Mr. Yamada was admitted to an elderly facility.

1.

Young Mr. Yamada works and lives with his family in Tokyo, far from his parents in the mountains.

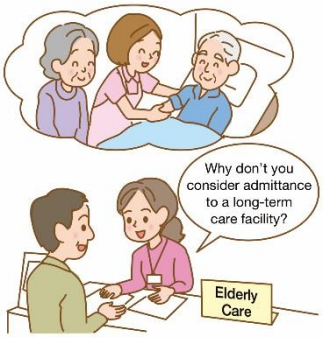
2.

One day, his elderly father suddenly collapsed and needed long-term care.

3.

However, most direct family members and relatives live far away, and his elderly mother was not able to provide care alone.

4.

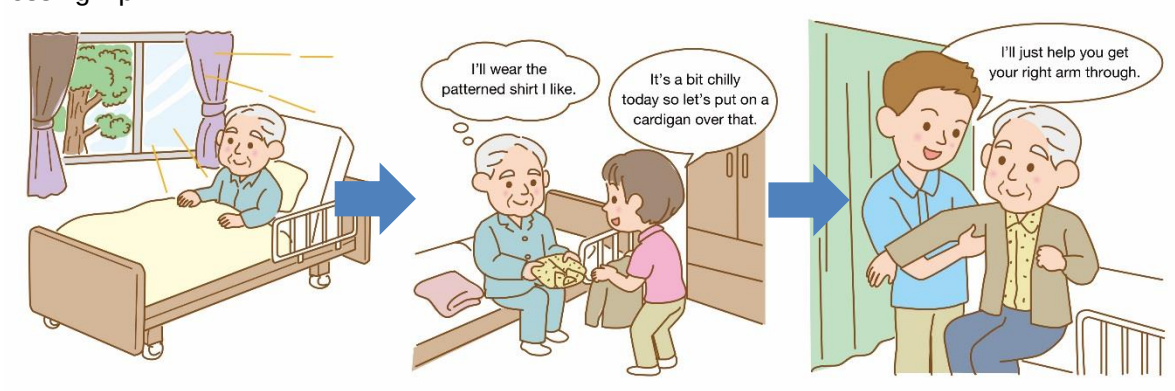



After consulting with local authorities, Mr. Yamada's father was certified for long-term care, and moved into a elderly facility.

In the next section, we will describe a day in Mr. Yamada's life at the elderly facility. The care described here is just one example, however we believe that, by reading the section "(2) Practice of Long-Term Care (elderly care) to Support Living with Motivation," while being mindful of the daily activity flow of elderly care recipients, you will better understand what is considered important in Japanese long-term care.

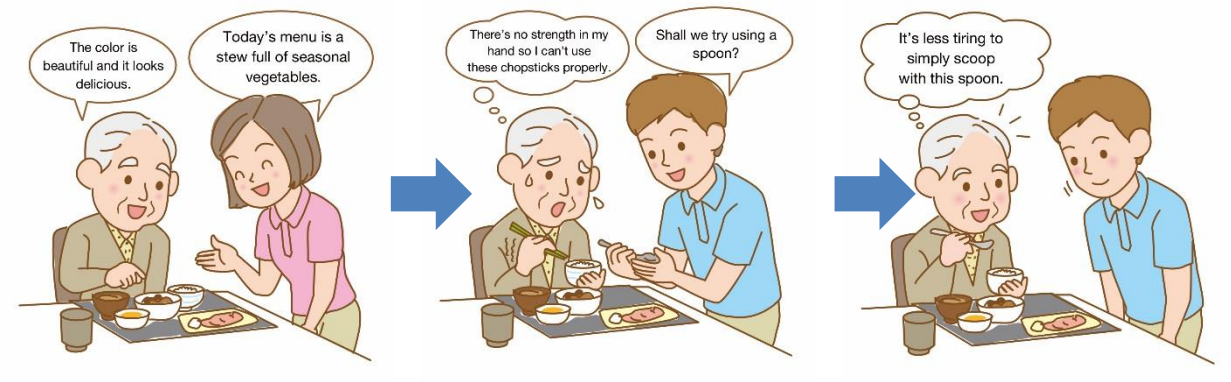
<A Day in Mr. Yamada's life at the Elderly Facility>

§Dressing p.41



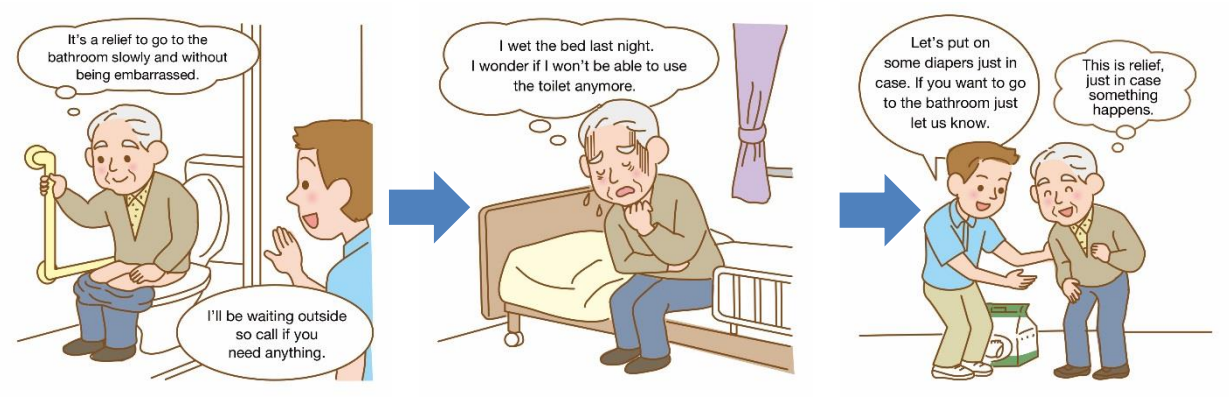

§Mobility p.27

§Eating p.33

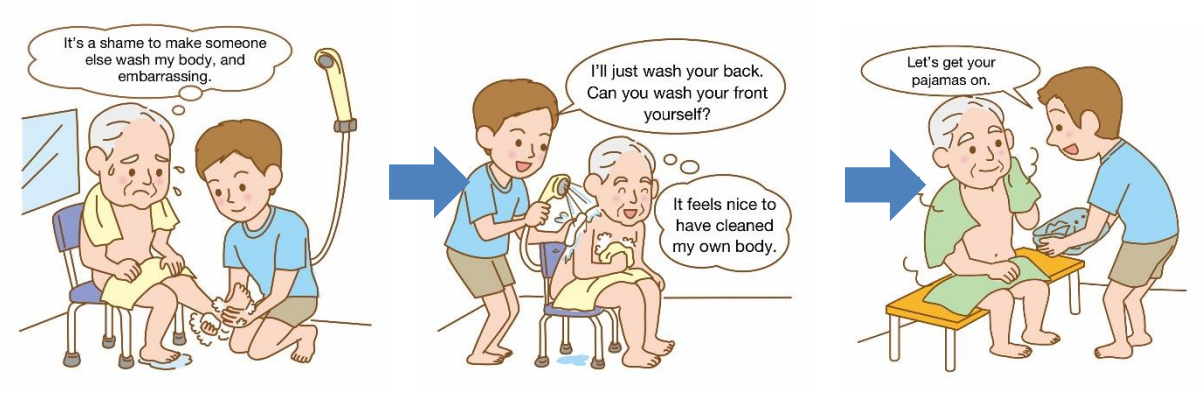



§Recreation

§Toileting　p.38




§Hygiene　p.44




§Bedtime

### (2) Practice of Long-Term Care (Elderly Care) to Support Living with Motivation

In this section we will introduce important approaches to providing long-term care to support elderly people's living with motivation, for each of the five scenarios of "mobility," "eating," "toileting," "hygiene," and "dressing." Approaches will be described from thee ideals held as important to Japanese elderly care: "care that respects each recipient's course of life," "care for support of independence," and "care for enriching life through creation of connection with society."

## 1) Mobility

**Key Points**

- ✧ Mobility is an essential means for supporting individual ways of life in comfort.
- ✧ Care recipients' own abilities should be made full use of.
- ✧ Provide support so that elderly people can enjoy going out in comfort and safety.

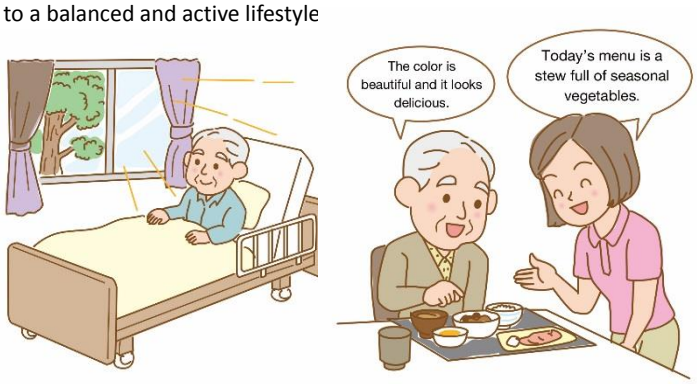
**Important Approaches to "Mobility Care and Support"**

Eating, toileting, dressing, and hygiene (these will be addressed later) are activities fundamental to every person's daily life. These acts take place in various locations, such as the living room, dining room, bathroom, shower, etc. In order to conduct each activity in the most appropriate location, mobility is necessary.

**[Care that Respects Each Recipient's Course of Life]**

**Basic Support of a Comfortable Daily Life**

✎ Conducting daily life activities in the most appropriate places leads to a balanced and active lifestyle




In Japan, support of mobility is provided because it is considered important that elderly people conduct daily life activities in the most appropriate locations, to the greatest extent possible, even if they have difficulty with mobility due to aging or disability, etc. With support, even elderly people whose bodies don't move the way they want to, can still go where they want to go. Meals, for example, seem to taste better when they are eaten while sitting in a chair at the table in the dining room, as well as become a time to enjoy connections with other people. If one is able to get out of bed to use the toilet by oneself, it is more comfortable than wearing a diaper, and one can go to the bathroom quietly without concerning anyone else. We believe that being able to conduct activities such as eating and toileting in appropriate locations rather than in bed, even if an elderly person is no longer mobile by him- or herself, is absolutely necessary to support comfortable individual ways of living.

### Maintenance of Mental and Physical Functionality

Humans have increasing difficulty moving when they remain bedridden for a long time, due to bone and muscle atrophy. With insufficient outside stimulation, mental function also decreases (see Column 7). Because mobility involves posture-adjusting movements, it is a form of exercise that maintains muscular strength and joint flexibility. Furthermore, standing and other postures that resist gravity, also work to maintain bone strength. On the mental side, using mobility to go out and meet other people stimulates one's curiosity and motivation.

For these reasons, mobility is considered one part of exercise to maintain the mental and physical functionality necessary to live individual ways of life.

<Column 7>

**Why "Bedridden" is not Favorable**

When explaining the theme of "preservation and utilization of the care recipient's existing mobility to support their activities of daily living" to students studying long-term care, I was asked the following question. I would like to consider why being bedridden is not favorable, from the perspective of human rights, as well as from the perspective of elderly physical and mental structures.

Even if we aim to "support independence," I feel sorry trying to make elderly people, whose bodies don't move freely, move their bodies. Is it so bad to keep elderly people lying down in bed?

I suppose that for elderly people, staying in bed without moving is easier, however, we must also think of the negative influence of just lying down.

For example, issues like decrease in overall muscular strength, appearance of bedsores, and restricted mobility of joints, come to mind. It is also more likely to lead to dementia. These issues make providing long-term care even more difficult for the caregiver.

Besides, consideration of elderly QOL is also important. Lying in bed looking up at the ceiling may cause low spirits, and inhibit social participation such as interaction with other people. There are even cases where bedridden patients become unable to get up.

I see! By getting up and being active, elderly people can avoid becoming bedridden, leading to an improvement in QOL. This means that our burden as caregivers will be reduced!

(Author: Shohei Kuniya)

### “Mobility” to Achieve Individual Ways of Life

Human beings desire to interact with other people, play roles within groups, and pursue creative activity. These desires maintain and expand the scope of daily life, and are said to be one incentive for mobility.

It can be said that the consideration of long-term care for mobility, as part of support of daily life, is necessary from the point of view of further raising elderly people’s desire to live, by being able to go where one wants and decides to go.

### [Care for Support of Independence]

### Utilizing Existing Abilities

People who need long-term care of mobility often have paralysis or joint contracture. When providing long-term care for mobility, it is necessary to have basic knowledge of the structure of the human body, in order to first confirm the elderly care recipient’s degree of paralysis, joint contracture, etc. then to consider and provide the long-term care methods best suited to that care recipient.

✎Even while encouraging elderly people’s independence, stand closely so as to be able to support the elderly person’s body in case of emergency.

Furthermore, it is believed in Japan that from the standpoint of encouraging independence of elderly people, long-term care should not deprive care recipients the opportunity to do what they are capable of doing, rather to preserve and fully utilize the care recipient’s existing abilities. Caregivers provide care by understanding the natural movement and usage of the head, elbows, arms and legs, and torso which are the basis of mobility in daily living, and work with rehabilitation professionals and sports therapists to assist with natural movement.

### Long-Term Care with Minimal Burden for Elderly People and Caregivers Alike

In order to maintain the mental and physical functionality necessary for daily living, caregivers try to get elderly people up and change their posture as much as possible.

When changing an elderly person’s posture, consideration is given to maintaining the elderly person’s relaxed and comfortable mental and physical state by using cushions, etc. to stabilize posture and reduce pain and fatigue. When assisting walking, caregivers should keep in mind the elderly person’s symptoms, etc. while walking, maintain a distance so that they can quickly support the elderly person’s body if necessary, and try to provide support which puts the elderly person at ease. Even in the case in which an elderly person needs full support, it is provided while using the recipient’s existing strength.

In addition, in order to provide smooth support of mobility, it is necessary to minimize the burden on the elderly person, as well as on the caregivers themselves. The basic approach to long-term care is “body mechanics,” which is the interaction between the nervous, skeletal, joint, and muscular systems. For

example, by aligning the center of gravities of caregiver and elderly person and using the “principle of leverage” the caregiver can move the elderly person just by moving his or her own center of gravity. Please refer to Column 8.

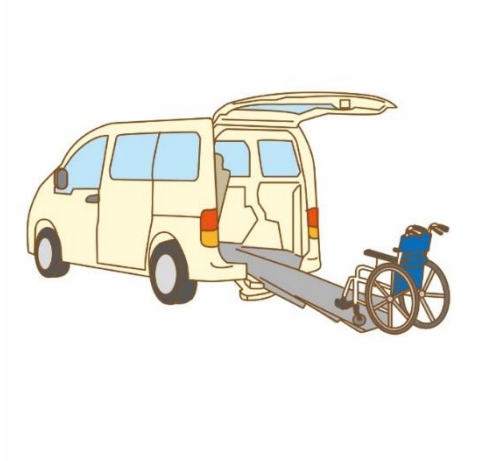
**[Care for Enriching Life through Creation of Connection with Society]**

**Support of Going Out**

In order for elderly and disabled people to continue their individual daily lives in regions they are familiar with, it is important to work on improving the environment as well as to provide long-term care support for mobility. When going out, in order for elderly people to be able to enjoy themselves in comfort and safety, it is necessary to make detailed confirmation and preparation for various possible situations, such as confirmation of the travel environment etc. between home and the destination, checking of health condition, preparation of layers and change of clothing, confirmation of safety and comfort during travel, etc. Depending on the elderly person’s condition, it may also be appropriate to prepare assistive products such as wheel chairs, canes, and walkers. It is also encouraged to facilitate elderly people’s social interaction by seeking the cooperation of local friends and acquaintances as well as volunteers.

✎Support of going out helps elderly people achieve active lifestyles.

✎Japanese chauffer service to support elderly people’s going out.



<Column 8>

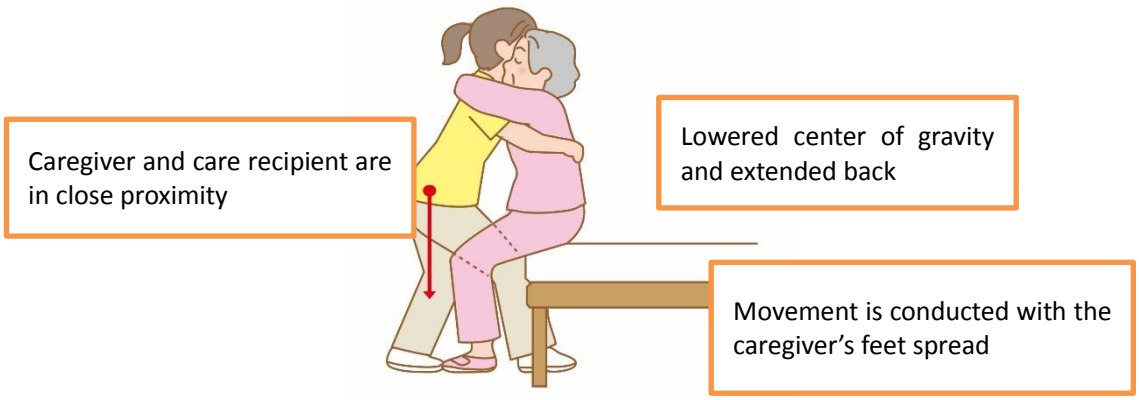
## Let's Give It a Try
## -Support Using Body Mechanics-

Body Mechanics is the technique for maintaining movement and posture by using the mechanical origin of each part of the human body related to movement and posture. In the context of long-term care, Body Mechanics can be described as "a technique that makes use of principles of mechanics to provide long-term care with minimal physical effort." Caregivers' knowledge of Body Mechanics can reduce the physical burden on both the caregiver and care recipient.

1. The care recipient's limbs are folded towards the torso (to the extent possible).
2. The caregiver stands with legs wide apart
3. The caregiver stands with lowered center of gravity and extended back
4. The caregiver and care recipient are in close proximity
5. Limit the range of the care recipient's movement as much as possible
6. Use these principles when changing care recipients' posture

【Specific Examples】

1. Care support transferring a care recipient with very limited mobility using Body Mechanics




2. Care support turning a bedridden care recipient using the principle of leverage

1. Align the care recipient's arms and stand knees
2. Place heels close to buttocks
3. Rotate (to side-lying position) using gentle force

(Author: Shohei Kuniya)

<Column 9>

## Long-Term Care Without Lifting
## -No Lifting Policy-

The high occurrence rate of lower back pain among caregivers, due to repetitive support of elderly transfer, mobility, toileting, bathing, and eating, is a serious issue at the site of long-term care. For this reason, the use of assistive products (lifts, sliding sheets and boards, etc.) ("no lifting long-term care) has come to be recommended as a measure against lower back pain. For the caregiver, holding an elderly person during transfer, bathing, toileting, etc. is a source of heavy burden on the hips. In addition, for the elderly care recipient, being held not only increases physical tension, pain, and mental unease, but also increases the risk of falling and dropping. If an elderly person can maintain a sitting position, a sliding board or sheet etc. can be used to transfer them to wheelchair. For elderly people who cannot maintain a sitting position, a lift can be used to minimize lifting by human strength as much as possible.

In Japan, however, there are still many people who think, "using assistive products makes lifting a person seem like lifting an object and lacks human warmth," or "it's a nuisance to have to use tools," etc. There are also many people who think that "using human strength is faster." There are also cases in which the necessary assistive products are not available at the site of long-term care in the first place. For a professional long-term caregiver, taking care of one's own health is requisite for making use of one's experience by continuing to work. Caregivers must be safe and comfortable in order to ensure the safety and comfort of their elderly care recipients.

In Australia, the Victorian Branch of the Australian Nursing Federation drafted a policy in 1998 which specified "no pushing, no pulling, no lifting, no twisting, no carrying" in nursing, which was adopted and defined as the "No Lifting Policy." Following this, a positive effect on decreasing lower-back pain was demonstrated, adherence to the policy spread throughout Australia, and now, people who do not use assistive lifts are even considered "unknowledgeable. In Japan, efforts towards realizing "long-term care without lifting" are currently insufficient, but will likely develop and become adopted in the future.

Mobile Lift

Sliding Board

Slide Sheet

(Author: Yukari Amano)

## 2) Eating

**Key Points**

- ✧ Respect the eating habits of each elderly person.
- ✧ Provide support, such as cutting food so that it is more edible, and using assistive products, so that elderly people can eat autonomously as much as possible.
- ✧ Aim to achieve a vibrant daily life by providing enjoyable mealtimes.

### Important Approaches to "Long-term Care and Support of Eating"

Eating is an activity essential to maintaining life. In addition, eating delicious foods brings joy, and eating specific foods sometimes triggers memories. On the other hand, dissatisfaction with meals negatively affects mental and physical conditions. In this way, eating is an act that directly affects daily QOL.

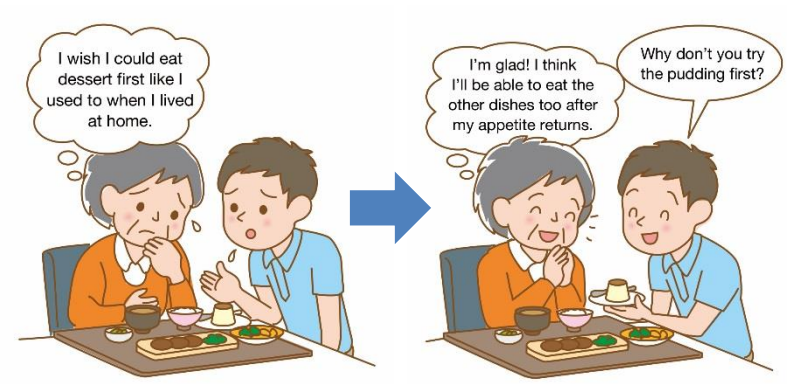
**[Care that Respects Each Recipient's Course of Life]**

**Long-Term Care Which Respects the Care Recipient's Eating Habits**

Eating reflects individual food cultures and preferences, which have been cultivated over many years of a person's life. For this reason, in Japan, it is believed that understanding the memories and history associated with each elderly person's eating habits, and providing long-term care which respects preferred eating habits, will improve elderly QOL.

In order to provide such long-term care of eating, it is important to work as a team including specialists in nutrition management and food preparation, nurses, long-term caregivers, etc. to first select the cooking methods and serving formats most appropriate for each person's mental and physical conditions, then provide foods prepared under completely sanitary conditions, in accordance with long-term care. In addition, explaining the contents of the menu provided, including the ingredients and cooking methods used to prepare it, encourages elderly people to be interested in and eat the meal proactively.

✎Support of eating that respects each person's food culture and eating habits as much



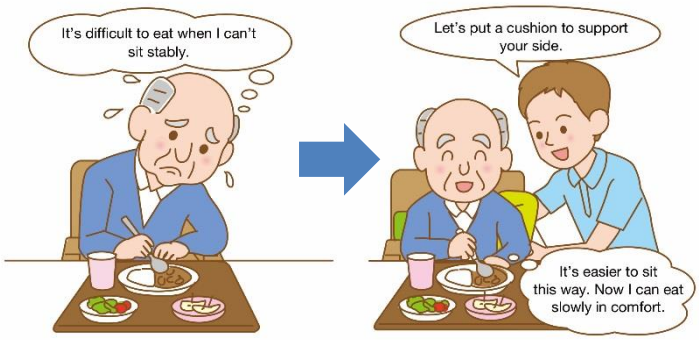
**[Care for Support of Independence]**

**Support Autonomous Eating**

Since eating requires the coordination of several physical functions, autonomous eating requires maintenance of each of these functions, and also serves to improve movement in daily life. Therefore, in Japan, it is considered important to clearly understand elderly people's physical condition and degree of disability in order to provide support of autonomous eating, to the extent possible.

Among elderly people, some are unable to maintain the posture required for eating, due to paralysis or contracture, etc. and others face difficulty with the required movement. For these elderly people, caregivers provide long-term care with attention to issues such as maintaining posture while eating, tools helpful for eating, and provision of meals appropriate for each elderly person's swallowing ability, etc. Since there is a risk of suffocation, especially in the case that an elderly person's swallowing ability is decreased, the caregiver must confirm eating posture, and whether the elderly person is swallowing properly without choking.

✎Autonomous eating is possible by simply maintaining correct posture




Even in the case that swallowing ability is decreased, tube feeding (nutrition directly injected into the stomach or intestine using a tube or catheter, etc.) will not be used immediately. As mentioned earlier, eating by mouth promotes not only independence but also elderly people's motivation to live. For this reason, eating by mouth is encouraged as much as possible, and supported by using techniques such as boiling ingredients until soft, pureeing, etc.

In addition, it is possible to prevent aspiration and support autonomous eating without using extensive strength by using assistive products, cushions, etc. to support proper eating posture（Please refer to column10）.

**[Care for Enriching Life through Creation of Connection with Society]**

**Providing Enjoyable Mealtimes**

Autonomous eating (by one's own power) is related to enjoyment of mealtimes. Even if one eats the same food, the flavor is perceived differently if is eaten by oneself or fed by someone else. In addition, eating while enjoying conversation with family, caregivers, other elderly people, etc. rather than eating in silence, leads to elderly people's pleasure in and enjoyment of life. Providing enjoyable mealtimes leads to achievement of individual ways of life.

When an elderly person is admitted to an elderly facility, etc. and meals and eating support are provided by a caregiver, it is important not to provide meals in bed, but rather move the elderly person to the dining room and create an environment which promotes enjoyment of mealtimes. Even in the case of elderly

people not living in such a facility, it is important to provide opportunities for people in the community to eat together in order to achieve individual ways of life.

### Oral Care that Enables Enjoyable Mealtimes

All people brush their teeth etc. after meals in order to keep the inside of the mouth clean. The inside of the mouth combines the temperature, humidity, and nutrition ideal for harboring bacteria. Because elderly people's overall immunity decreases with age, keeping the inside of the mouth clean by brushing teeth and cleaning dentures is especially important for maintaining their overall health.

In addition, keeping the inside of the mouth clean heightens elderly people's sense of taste. The better an elderly person can taste individual ingredients, the more enjoyable mealtimes become. In other words, support of oral care is related to providing enjoyable mealtimes.

<Column 10>

## Ways to Encourage Elderly People to Eat with Minimal Assistance
## -Elderly Care Meals and Assistive Products-

Is not the desire to "enjoy meals through the end of life" something common to all of us? Unfortunately, when one is elderly, it becomes difficult to eat autonomously, as was possible in the past, for various reasons such as ageing, illness, disability, dementia, etc. However, it is possible to continue to eat autonomously, even under such conditions, by adjusting the environment (table, posture adjustment, tableware, etc.), cutting food into edible sizes, selecting appropriate cooking methods, and support solutions, etc.

For example, in the case that chewing and swallowing abilities are decreased, use of techniques such as softening and cutting ingredients into edible sizes is necessary. However, making food edible by cutting and mixing alone does not make mealtime enjoyable or delicious. Furthermore, food which has been cut into too small pieces will break apart in the mouth, get stuck in the throat, and increase the risk of aspiration.

Japanese cooking relies on methods of preparation designed to minimize ingredients' loss of color, texture, flavor, smell and temperature. The pictures below show three meals provided by a Japanese retirement home. All meals are made from the same ingredients. The first is a "normal meal." The second is a "soft meal," which means it is firm yet can be chewed with the tongue and gums. The ingredients have been pureed in a mixer, then combined with a thickener to recreate form. The third is a "jelly meal," which has been made smooth so it can be swallowed easily even by those who have difficulty swallowing. The special gelatin can be used to make hot dishes as well as cold dishes. In this way, various techniques are used so that elderly people can safely enjoy delicious meals in accordance with each person's abilities.

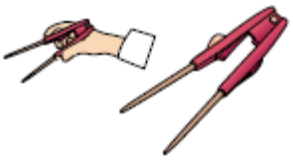
Normal Meal

Soft Meal

Jelly Meal

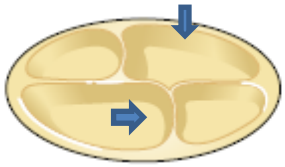
In addition, in order to eat autonomously (feed oneself), one must be able to make the movement to carry food from dish to mouth. Japanese food culture is based on the use of bowls and chopsticks, but if elderly people suffer from paralysis or contracture of arms or fingers, it is difficult to use standard tableware. In such cases, various self-help tools selected according to the user's abilities can be used to support elderly people to eat autonomously. The Chopsticks with Grip, shown in illustration Number ① below, are like large tweezers with grips, making them easy to use to grasp food. The Bendable Spoon and Fork, shown in illustration Number ②, have a large grip so they can be held even by elderly people

with little gripping power. Since the tips can be freely adjusted by bending, even those with limited wrist movement can use them to carry food to the mouth. The Partition Plate shown in illustration Number 3, has curved partitions making it easier to use a spoon to scoop food. It also has silicon tape on the bottom so that it doesn't slip around when placed on the table.



Chopsticks with Grip

Bendable Spoon and Fork



Partition Plate

In this way, using such self-help tools for eating can support elderly people's independence. Making an accurate assessment to select the most appropriate tool from the various tools available becomes very important.

(Author: Yukari Amano)

## 3) Toileting

**Key Points**

- ✧ Support with toileting is related to elderly people's health management.
- ✧ Support toileting with consideration for elderly people's sense of shame, so that it can be completed slowly and at ease.
- ✧ Support elderly people so they can do toileting autonomously, according to their mental and physical conditions, and degree of disability, if any.

### Important Approaches to "Care and Support of Toileting"

Toileting is an activity fundamental to maintaining life and healthy daily living, as well as a barometer of a person's mental and physical health conditions.

In Japan, care and support of toileting is not perceived as simply the act of changing diapers and clothing soiled by excrement, but rather as an act which supports elderly people's health management. Support of toileting is provided based on the caregiver's understanding of an elderly person's frequency of toileting. Furthermore, in Japan, observation of excrement cannot be omitted. For example, excrement is observed to see if there is no blood in the urine, that there is no unusual smell, and that stool is an appropriate consistency, then these observations are recorded. If any abnormality is observed, the cause is identified with the cooperation of nurses and doctors, if necessary, and efforts made to improve the situation.

**[Care that Respects Each Recipient's Course of Life]**

**Care for Toileting is a Sensitive Part of Long-Term Care**

Toileting is a very private act. For this reason, it is important to provide support so that elderly people can use the toilet slowly and at ease, by understanding how much stress elderly people experience by having to rely on others to use the toilet, with consideration for their sense of shame. In addition, the timing of toileting varies by person, according to daily life rhythms and lifestyle. Caregivers must provide support with respect to timing, as well as with respect for each individual lifestyle.

**[Care for Support of Independence]**

**Support of Autonomous Toileting**

Toileting is an act essential for human life. At the same time, toileting is an act which is repeated many times a day, unlike other daily life behaviors, so autonomy in toileting has a large impact on elderly people's QOL. In addition, as mentioned earlier, since toileting is a private act, in Japan it is considered important to support elderly people's autonomous toileting, to the extent possible according to mental and physical conditions, and degree of disability, if any.

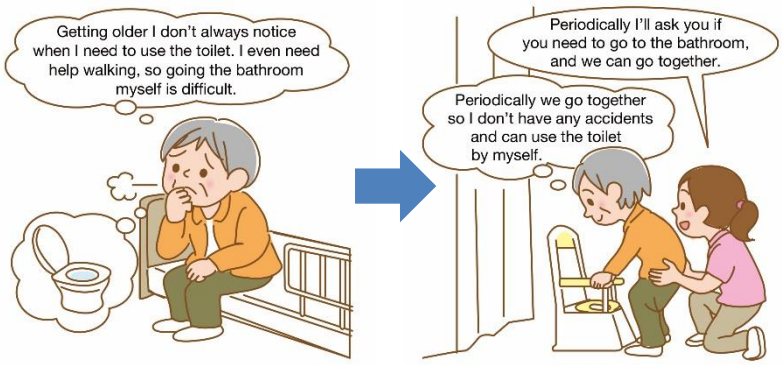
Deciding how to provide toileting support which is appropriate for each elderly person's condition requires consulting with other specialists such as nurses and physical therapists, etc. to make an assessment about

various issues, such as whether the person is conscious of the need to urinate or make a bowel movement, can move to the toilet, can undress oneself to use the toilet, can maintain posture on the toilet, etc.

For example, if an elderly person is aware of the need to use the toilet and can maintain a sitting position, he or she is encouraged to use the toilet sitting, if possible. Even if the elderly person is not mobile, the use of toileting related tools such as portable toilets is gradually being introduced. In addition, it is considered best to respect an elderly person's need to urinate or make a bowel movement, and support natural defecation without the use of laxatives as much as possible. If an elderly person is experiencing constipation, measures will be taken such as reviewing the overall water content of daily meals, utilization of rehabilitation time, and abdomen massage.

When providing toileting support, elderly people may experience incontinence upon occasion. However, recommending the use of diapers immediately after a single experience of incontinence runs the risk of hurting the elderly person's dignity. In addition, switching to diapers may be a trigger, causing elderly people to lose the energy to move their bodies, possibly causing atrophy of muscle and bone. It is important to carefully observe elderly people's condition, and consider gradual use of diapers, such as using diapers only at night at first, and encouraging them to use the toilet even when wearing diapers. In the case that diapers are used, selecting the type of diaper according to the wearer's body physique and urine volume is important for maintaining an environment suited for toileting in comfort and ease.

✎Support of independence is important since toileting is an act important for maintaining human dignity.



<Column 11>

## Supporting Independence and Japan's "Diaper Controversy"

Previously, support of toileting in Japanese long-term care facilities was entirely conducted by "regular changing," by which elderly people wore diapers in bed which were not changed until scheduled changing times. The diaper was hardly changed even when it was soiled by urine or excrement, especially at night. The situation was such that elderly people would "not complain even when suffering from wet diapers."

Long-term care facilities that questioned such caregiver-centric support began to practice "on-demand changing," by which diapers are changed immediately upon request by the elderly. As a result of "on-demand changing," sanitation of the genital area was maintained, and bedsores eliminated due to change of posture.

Fundamental questions have been raised about toileting support in the process of promoting practice of "on-demand changing." These questions do not address the choice between "regular changing" and "on-demand changing", but instead suggest that the "usage of diapers" or "the act of making care recipients wear diapers" in itself could show disrespect for the dignity of elderly people. Furthermore, they suggest that "removal of the need to use diapers" should be the ultimate goal of care. In reality, elderly people in facilities that seek to "remove the need to use diapers," and that make a distinction between the place for "eating" and the place for "sleeping," show resulting improvements in quality of life such as improvements in physical functionality and increase in initiative, etc.

On the other hand, the opinion that, although efforts to "remove the need to use diapers" are important, making everything about diaper removal is in itself a source of suffering for diaper users, and this has opened lively debate regarding support of toileting.

Controversy about toileting is related to the essence of long-term care, and continued discussion has brought support of care recipients' independent daily life closer to actualization. Even now, efforts continue to further improve toileting support in Japan, and it is believed we can come even closer to achieving elderly people's independent daily life.

(Author: Junko Umemoto)

## 4) Dressing

**Key Points**

- ✧ Connections with society motivate proper dressing.
- ✧ Consider support of dressing from the perspective of achieving active individual ways of living.
- ✧ Support elderly people to dress themselves to the extent possible according to each person's ability.

### Important Approaches to "Care and Support of Dressing"

People put on clothes and get dressed without much thought, however this act fulfills several important roles in their daily lives, such as protection from hazards etc. adjusting body temperature, maintaining cleanliness, etc.

However, these are not the only roles played by dressing. When people interact with each other they dress appropriately for the occasion, wash their faces, arrange their hair, wear makeup, shave their facial hair, etc. In other words, it is because we interact with society that we dress properly. Conversely, as opportunities to interact decrease, the desire to dress properly also disappears.

Elderly people's interest in dressing fades, and when they begin to experience limitations of physical functionality, etc. when long-term care becomes necessary due to aging or illness, they are prone to thinking, "I want to get dressed but can't do it by myself and can't ask for help."

In Japan, we support elderly people so that they can continue to be interested in dressing properly, as part of achieving active individual ways of living, despite the need for long-term care.

**[Care that Respects Each Recipient's Course of Life]**

**Wearing Clothes with Respect for Season, Temperature and Individual Taste**

✎People dress properly when interacting with other people and society

In Japan, showing respect for elderly people's preferences, and preparing the clothing, hairstyle, makeup, facial hair style they select themselves is considered the starting point of dressing support. However, an elderly person cannot be dressed in anything he or she desires, especially when it comes to clothing. Elderly people become less sensitive to cold and heat, making it difficult for them to adjust their body temperature on their own. Adjusting clothing according to the season, the daily temperature, room temperature of the elderly person's facility or home, clothing material, clothing layers, etc. is part of elderly people's health maintenance. For example, clothing high in absorption should be proposed when it is hot, and clothing high in heat retention should be proposed when the temperature is low. It is also considered important to consider the economic burden in addition to the physical burden on the elderly.

### Support Dressing with Respect for Elderly People's Past Lifestyle Habits

Grooming of the hair and facial hair, and wearing makeup not only gives other people a clean impression but is also a source of refreshment for the elderly people themselves. However, preferences and ways of preparation vary according to the individual, so that there are some who think, for example, "I want to keep my hair short (or long)," "I want to grow my beard (or want to keep it short)," "I want to wear makeup every day," etc.

For this reason, in Japan, it is considered necessary for caregivers to support dressing with respect for the elderly people's lifestyle and desires as much as possible, rather than uniformly instruct to "shave every day," or "wear makeup every day," etc.

### [Care for Support of Independence]

### Support Elderly People's Autonomous Dressing with Respect for Their Feelings

Elderly people's autonomous dressing by putting on their own clothes etc. leads to improvement of remaining functionality. For example, if an elderly person is paralyzed on the right side, a caregiver will support him or her to get dressed by using the left hand to pull the right through the sleeve, etc.

In addition, there are some elderly people who feel ashamed to receive dressing support. For such people, allowing them to dress themselves is critical for maintaining their sense of dignity.

✎Clothing is removed autonomously as much as possible in order to improve remaining functionality

In Japan, caregivers give full consideration to an elderly person's sense of shame while dressing, by closing doors and curtains, covering the body with towels, etc. in order to minimize skin exposure.

When providing care and support of dressing, it is important that doors and curtains are closed to prevent the care recipient from being seen by other elderly, etc. For elderly people who can undress themselves, support is provided for autonomous undressing to the extent possible, even if it takes times. If elderly people are unable to undress some parts on their own, support is provided for this part alone, and for the remainder they are encouraged to undress themselves. In the case an elderly person suffers from paralysis or contracture, it is necessary to provide clothing (materials, shapes, use of large buttons or hook and pile fasteners, etc.) which are easy to remove.

**[Care for Enriching Life through Creation of Connection with Society]**

**Increase Motivation towards Living through Dressing**

Human beings dress properly when we have some kind of contact with society such as going out, meeting other people, etc. By dressing properly, one gains a sense of mental satisfaction, increased sociability and motivation to live. As a result, social life can be conducted in comfort and harmony.

Caregivers are required to understand what kind of clothing, hairstyle, makeup, etc. elderly people prefer, in order to help them discover the pleasure of getting dressed properly. At the same time, caregivers encourage elderly people's social participation by promoting interest in going out and interacting with other people, etc. By thinking together about the appropriate dress for each occasion, elderly people experience motivation towards and enjoyment of living.

## 5) Hygiene

**Key Points**

- ✧ Provide long-term care which places importance on the care recipient's mental and physical benefits of maintaining hygiene, while being aware of the physical risks.
- ✧ Support elderly people to maintain hygiene by themselves, while being sensitive to their feelings of modesty, shame, etc.
- ✧ Maintaining hygiene is related to maintaining connection with society.

### Important Approaches to Care and Support of "Hygiene Maintenance"

Most humans desire to clean their bodies by showering or sponge bathing. Maintaining cleanliness not only prevents bacterial infections, but also promotes blood and lymph circulation, and leads to recovery from fatigue, and mental and physical relaxation. Elderly people experience decreased metabolism and restriction in joint movement, however, metabolism is invigorated by showering, and joints may also become easier to move. When showering or sponge bathing, caregivers should check the elderly person's skin condition (for bedsores, etc.) and muscle condition, and consult a nurse or doctor if any abnormalities are found.

However, it is important to note that there are risks that accompany showering, such as falling, and extreme fluctuations in blood pressure (heat shock) caused by temperature differences moving between warm rooms and cold dressing rooms and showers. Caregivers must be aware of elderly people's vital signs (body temperature, breathing, pulse, blood pressure) and provide support while paying attention to possible risks.

**[Care that Respects Each Recipient's Course of Life]**

**Attentive to Detail Support in Line with Each Elderly Person's Mental and Physical Conditions**

Maintaining cleanliness has various effects on mental and physical aspects of the elderly person. For this reason, caregivers should provide attentive support based on each individual's physical conditions and desires.

Methods of maintaining cleanliness vary according to country and region. In Japan, for example, there is a custom of bathing in a bathtub every day, and many Japanese look forward to daily bath time. Bathing in a bathtub has many risks such as those described above, and the physical demand on the caregiver is not insignificant. Even so, support of bathing in a bathtub is provided as part of the Japanese emphasis on care that respects the elderly person's lifestyle as much as possible. Regarding bathing culture, please refer to Column 12.

In order to best support elderly people's maintenance of cleanliness, it is considered important to understand each individual's lifestyle habits and culture, and respect them while providing care.

**[Care for Support of Independence]**

**Support Elderly People's Own Hygiene Maintenance According to Their Condition**

✎ Maintain cleanliness according to the elderly person's physical condition. Even wiping the arms and legs leads to maintenance and improvement of remaining functionality.

Some elderly people refuse to have their clothing changed or bodies bathed or wiped, due to modesty or shame. However, maintaining cleanliness has the various benefits described above, and also leads to maintenance and improvement of remaining functionality. For this reason, caregivers stay attuned to elderly people's feelings, and support them to maintain cleanliness to the extent possible by themselves.

For example, when elderly people wash their hair or wipe their bodies by themselves, these acts should be left up to the individual as much as possible, with the caregiver washing and wiping only areas the elderly person cannot reach by themselves. In addition, even if elderly people cannot conduct such acts themselves, even sitting and washing their own hands and feet supports their independence.

**[Care for Enriching Life through Creation of Connection with Society]**

**Maintaining Physical Hygiene Becomes a Point of Contact with Society**

Maintaining cleanliness not only brings a sense of mental satisfaction, but also gives surrounding people a good impression, which facilitates smooth human relations.

However, when long-term care becomes necessary, some elderly people pay less attention to maintaining cleanliness of their bodies due to a sense of reserve or modesty. This may become a trigger leading to limited outings, and hindering pursuit of an active lifestyle. Caregivers do not clean elderly people simply for the sake of hygiene, but also to support elderly people's maintenance of connection with society and individual lifestyles.

For example, it is important that caregivers encourage elderly people to proactively maintain cleanliness themselves, by preparing shampoo and soap in a scent the elderly person likes, or holding conversation with the elderly person while bathing. In addition, it is considered necessary to encourage cleaning the body before going out as a matter of course.

<Column 12>

## Japanese “Bathing” Culture

Historically, it was after the war that bathing become “national culture.” In other words, many of the current elderly generation had a bathtub in their homes and a lifestyle which involved bathing nearly every day.

In Japanese long-term care, there is the opinion that bathing is not just an act required for maintaining physical cleanliness. From this perspective, the most important thing about bathing is its role in communication. For example, for young children and their fathers (or mothers), bathing provides the opportunity for a different kind of communication, including “skinship” (an English inspired Japanese term meaning bonding through physical contact.)

In addition to this, bathing has various benefits. For example, bathing is recuperative. There is a form of rehabilitation called “hot-spring therapy” by which people with joint pain are recommended to move their joints during bathing. In addition, the experience that something “felt good” has healing benefits for both body and mind. Finally, bathing also has ceremonial benefits. Bathing before going out to meet people, upon returning home from meeting people, or on days of distinguished occasions (important family ceremonies, annual events, etc.) serves to make a symbolic distinction between “inside the home” and “outside the home,” between everyday activities and special events.

(Author: Yoichi Hiruma)

## References


- Joy Hendry(1986)「Becoming Japanese」University of Hawaii Press
- 小川 鑛一他(2016)「介護のためのボディメカニクス」東京電機大学出版局
- 川角真弓(2010)「生活援助技術の提供形態を視点とした高齢者介護の質に関する考察 1963 年～1989 年」(名古屋経営短期大学紀要 51)
- 黒澤貞夫・石橋真二・是枝祥子・上原千寿子・白井孝子編(2017)「介護職員初任者研修テキスト１　介護の仕事の基礎」中央法規
- 黒澤貞夫・石橋真二・是枝祥子・上原千寿子・白井孝子編(2017)「介護職員初任者研修テキスト２　自立に向けた介護の実際」中央法規
- 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」
- 厚生労働省(2001)「平成 12 年版厚生白書」
- 厚生労働省(2012)「平成 23 年版厚生労働白書」
- 厚生労働省(2017)「平成 28 年版厚生労働白書」
- 厚生労働省老健局総務課(2015)「公的介護保険制度の現状と今後の役割 平成 27 年度」
- 国際医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉・マネジメント学科(2017)「福祉教科書 介護福祉士 完全合格テキスト 2017 年版」翔泳社
- 新谷尚紀、波平恵美子、湯川洋司編著(2003)「暮らしの中の民俗学１― 一日 ―」吉川弘文館
- 地域包括ケア研究会 三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング(2013)「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書(平成２４年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分))」
- 東京大学高齢社会総合研究機構(2014)「高齢者の社会参加の実態とニーズを踏まえた社会参加促進策の開発と社会参加効果の実証に関する調査研究事業報告書(平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分))」
- 日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会報告(1987)「社会福祉におけるケアワーカー(介護職員)の専門性と資格制度について(意見)」
- 日本認知症ケア学会編(2013)「認知症ケアの実際〈１〉総論(認知症ケア標準テキスト)」日本認知症ケア学会
- 保田淳子(2016)「ノーリフト　持ち上げない看護、抱えない介護」クリエイツかもがわ

- 岡田英志、小嶋壽一、自助具の選び方、利用のための基礎知識 https://www.hcr.or.jp/cms/wp-content/uploads/howto_2017_3_3.pdf (Information accessed February 20, 2018. Link in Japanese only)
- 公益社団法人日本介護福祉士会ＨＰ http://www.jaccw.or.jp/fukushishi/senmon.php (Information accessed February 20, 2018. Link in Japanese only)
- 社会福祉法人任運社「おむつは『命』だ」(ホームと家族を結ぶミニコミ紙　終わりよければ) http://ninun.or.jp/uploads/6 おむつは「命」だ.pdf(Information accessed January 10, 2018. Link in Japanese only)
- 独立行政法人 福祉医療機構「WAM NET」http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/handbook/service/ (Information accessed February 20, 2018. Link in Japanese only)

## Foreign Long-Term Care Personnel Survey and Research Project
## Investigative Meeting and Working Group Member List

### [Investigative Meeting]

<Chair>

Hiroyuki Fujimura, Professor, Hosei Business School of Innovation Management, Hosei Universit

<Members>

Yukari Amano, Assistant Professor,Division of Care Welfare, Department of Social Welfare, University of Shizuoka, Junior College

Fumitaka Tanaka, Employment Policy Team, Social Policy Consulting Division, Mizuho Information & Research Institute, Inc.

Shintaro Nakamura, Senior Advisor on Social Security, Japan International Cooperation Agency (JICA)

### [Working Group]

<Chair>

Yukari Amano, Assistant Professor,Division of Care Welfare, Department of Social Welfare, University of Shizuoka, Junior College

<Advisors>

Tomiko Kubota, Dean, Faculty of Health and Welfare, Hiroshima International University

<Members>

Junko Umemoto, Mukaihara Healthcare Town, Kohoen (national welfare foundation)

Shohei Kuniya, Chairman, Rehab-Care for ASIA (specified non-profit organization), Former Japan Overseas

Cooperation Volunteer at Japan International Cooperation Agency (JICA), Occupational Therapist

Yoichi Hiruma, Associate Professor, Department of Rehabilitation, Seijoh University

### [Production Team]

Intelligence Value Corporation

Mizuho Information & Research Institute, Inc.

# Ⅱ.　資　料　編

## 資料１　文献調査記録

### Ⅰ．モンゴル

#### １．高齢者を取り巻く状況について

#### １）基本情報

| | |
|---|---|
| 人口[1] | 2016 年:3,119,935 人 |
| 高齢化率(65 歳以上) | 2016 年:3.76% |
| 平均寿命 | 2016 年:69.57 歳(男性:65.58 歳、女性:75.1 歳) |
| 合計特殊出生率 | 2016 年:1.6 人 |

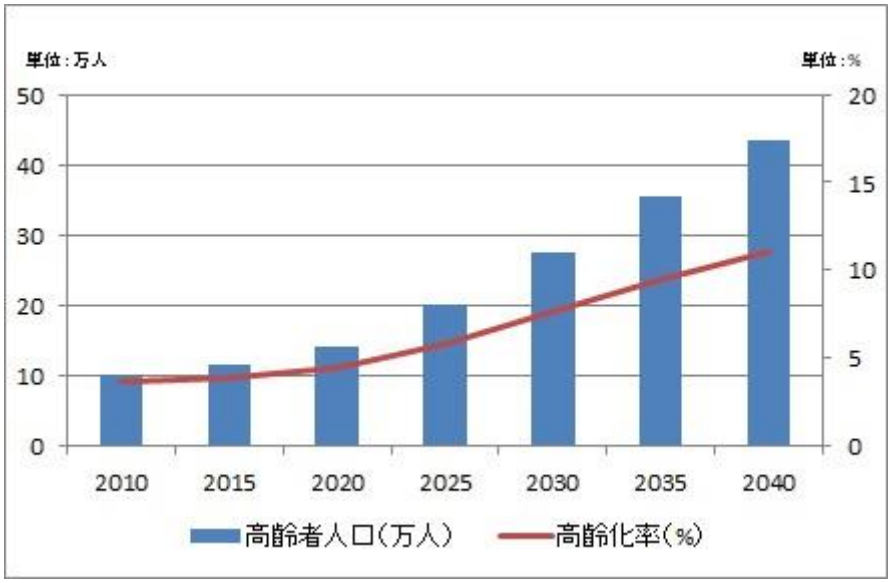
#### ２）人口構成と高齢化率の変化

モンゴルの法律[2]では男性は 60 歳以上、女性は 55 歳以上が高齢者と定義されている。ただし、本調査では男女の年齢に区別は付けず[3]、60 歳以上、65 歳以上等で分類して男女のデータを扱った。

モンゴルの国家統計局のデータによれば、2016 年末のモンゴルの総人口は 3,119,935 人で、60 歳以上が総人口に占める割合は 6.13%であり、高齢化率、つまり 65 歳以上が総人口に占める割合で見るとわずか 3.76%にしか過ぎない。

モンゴルの総人口の 64.67%を占めるのは 35 歳以下の若者であり、若い人口が非常に多い国だと言える。

図表 I-1 2010～2040 年モンゴル高齢者人口の推移



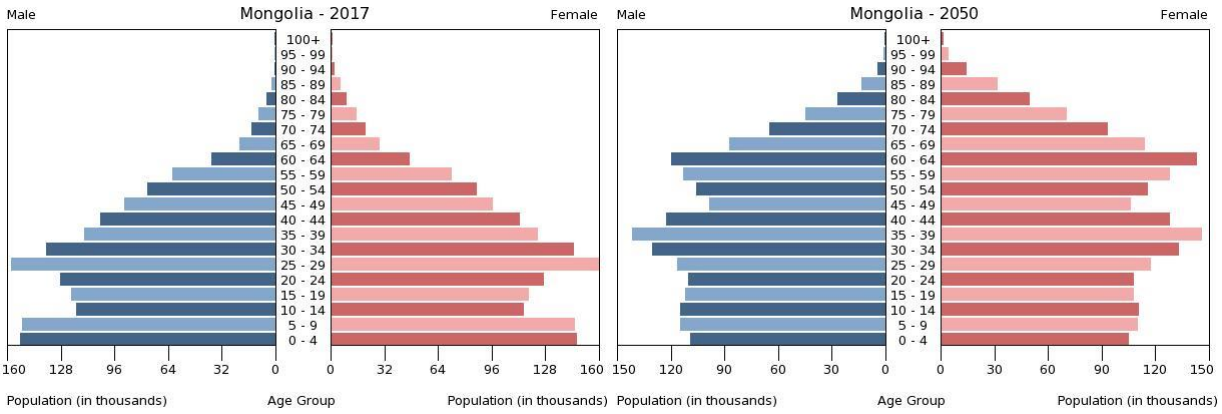

出所:モンゴル国家統計局のデータをもとに作成[4]

しかしながら、長期的にはモンゴルも他の国々と同様に高齢化が進むことが予想されている。モンゴルの国家統計局が作成した将来の人口予想のうち、出生率の低下が中程度と仮定した場合のデータに基づくと、2040 年には 65 歳以上の人口は 433,974 人となり、高齢化率が 11.03%に達することになる。

[1] http://www.1212.mn/
[2] モンゴル国社会福祉法第 3.1 項による定義。他の関連法においても準拠されている。
[3] 入手可能な元のデータが、男性 60 歳以上、女性 55 歳以上で統計をとっている場合もある。
[4] http://www.1212.mn/

国際連合(United Nations: UN)の「World Population Prospects: The 2015 Revision」データベース[5]によれば、モンゴルの老年従属人口指数(Elderly-dependency ratio、15～64 歳の国民 100 名に対する 65 歳人口率)では、2015 年の 5.8%から 2050 年には 19.6%になると予想されている。

図表 I-2 モンゴルの人口ピラミッド(2017 年、2050 年)




出所:米国国勢調査局 International Database

モンゴルの人口構成の変化について俯瞰すると、2016 年の統計結果ではモンゴルの人口は 3,119,935 人で、前年より 62,157 人すなわち 2.03%増加している。出生者数はモンゴル国全体で 79,920 人である。

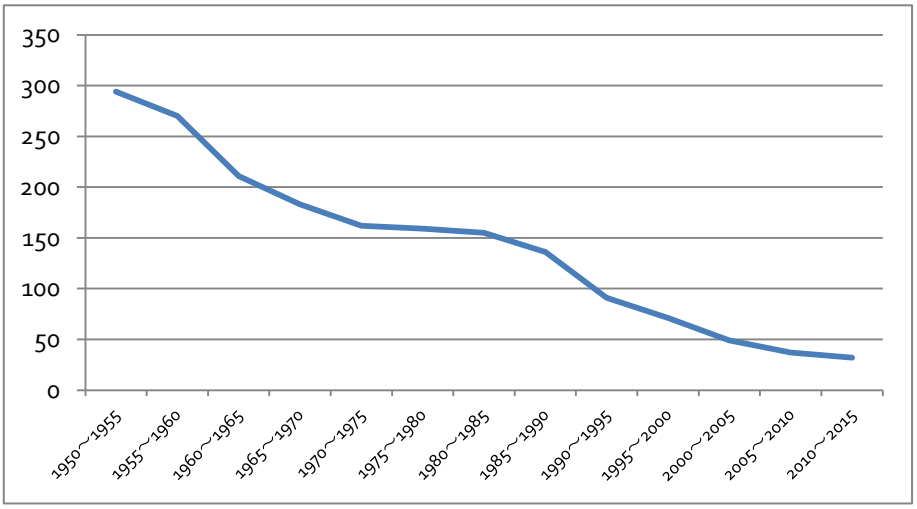
なお、平均寿命は、2016 年の時点で男性 65.58 歳、女性 75.1 歳で、男女平均では 69.57 歳である。モンゴルの平均寿命は年々延び続けており、それと同時に乳幼児死亡率は年々低下している。

図表 I-3 モンゴルの平均寿命の推移

出所:モンゴル国家統計局のデータをもとに作成

[5] http://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/

図表 I-4 モンゴルの乳幼児死亡率（千人当たり）



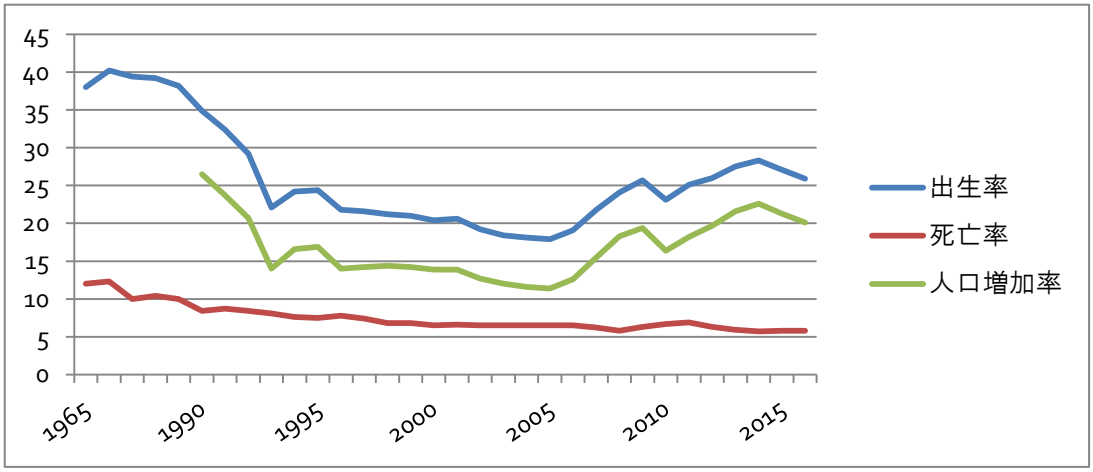

出所：モンゴル国家統計局のデータをもとに作成

なお、人口増加率は出生率にほぼ連動している。死亡率については、僅かに減少傾向にあるものの、近年ではほぼ横ばい状態である。

これらのことから、モンゴルの平均寿命の延びや人口増加は、全体的な高齢化や死亡率の低下によってもたらされたものではなく、主に乳幼児死亡率の低下や出生率の上昇によるものだと言える。

ただし、近年上昇を続けてきた出生率も 2014 年以降は減速しており、今後もモンゴルの都市化、近代化が進めば、いずれは出生率が減少に転じていくことが予想される。死亡率についても、モンゴルの医療技術にはまだまだ伸びしろがあり、医療技術が発達していけばさらに低下する可能性がある。つまり、長期的に見ると高齢化率は徐々に上昇していくので、モンゴルのような国も高齢化問題と無縁ではない。

図表 I-5 モンゴルの出生率、死亡率、人口増加率




出所：モンゴル国家統計局のデータをもとに作成

### ３）生活状況

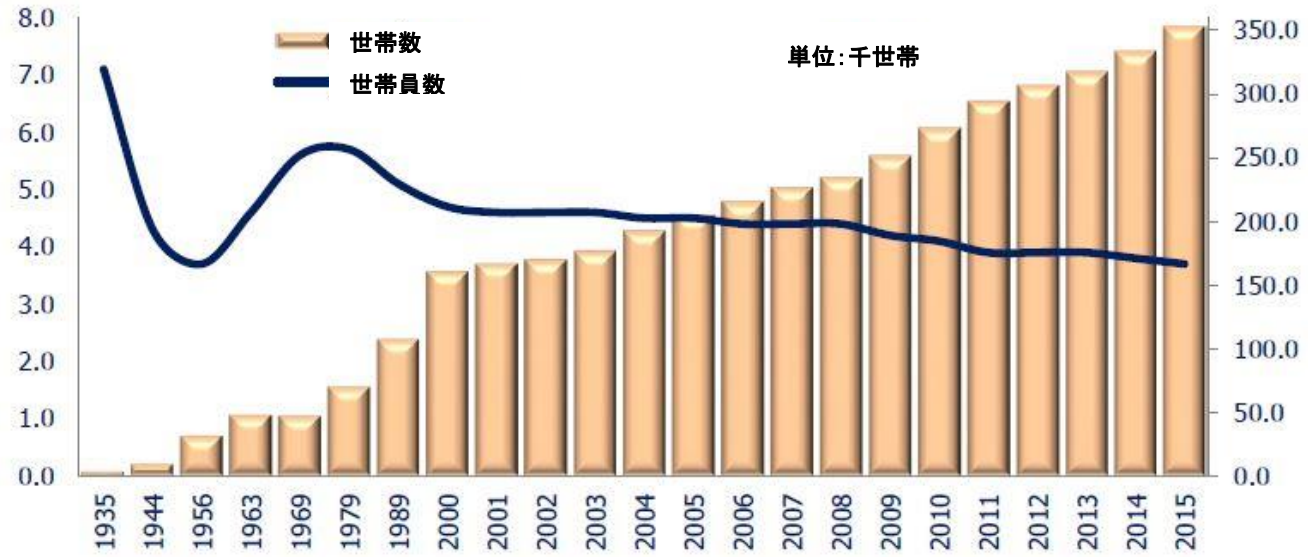
＜家族構成＞

近年、地方から都市に流入する人口が増えているのに伴って、ウランバートルの高齢者人口が急激に増加して

いる[6]。世帯数についても年々増加しているが、その一方で、一世帯あたりの人数を示す世帯員数は年を追うごとに徐々に減少している。平均世帯員数は、1990 年初には 5.1 人だったが、それ以降減少を続け、2000 年には平均世帯員数が 4.6 人、2008 年には 4.4 人、2014 年には 3.7 人になった。総世帯数のうち、18 歳未満の子供が 4 人以上いる世帯は 3.4%すなわち 11,860 世帯である。

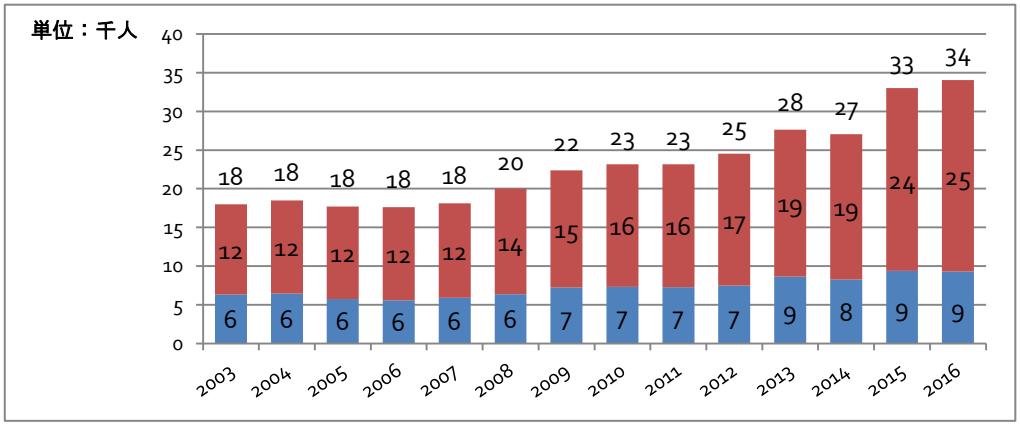
これらのことから、モンゴルでは都心部で核家族世帯、単身世帯が増加しつつあると言える。

図表 I-6 ウランバートルの世帯数および世帯人数の平均の推移




2016 年の時点で、一人暮らしをしている高齢者のうち男性は 9,294 人(27.3%)、女性は 24,766 人(72.7%)である。一人暮らしの高齢者数は、年々増加している。

図表 I-7 一人暮らしの高齢者数

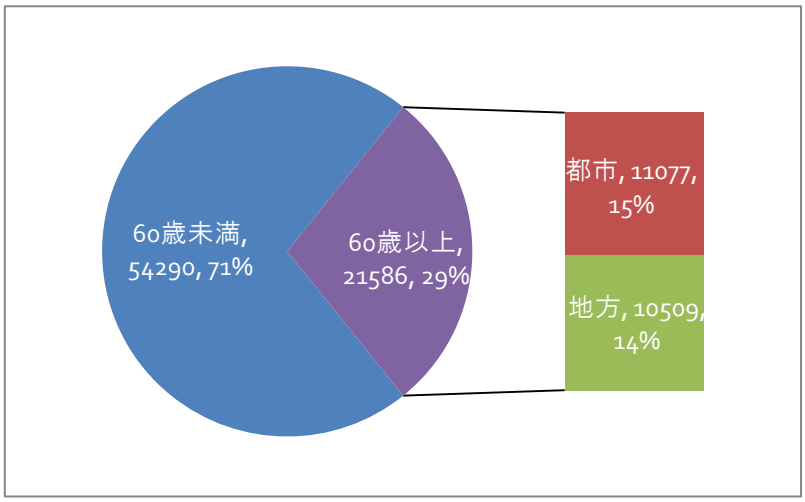



出所:国家統計局のデータをもとに作成[7]

なお、モンゴル全体で、15 歳以上で一人暮らしをしている人は 75,876 人だが、そのうち 60 歳以上は 21,586 人で、28.4%を占めている。60 歳以上で一人暮らしをする人のうち、都市部が 51.3%、地方が 48.7%を占めている。なお、各年代の合計では、一人暮らしをしている人のうち都市部が 44.3%、地方が 55.6%を占めている。つまり、都市部で一人暮らしをする高齢者の割合は、他の年代と比べて多いと言える。

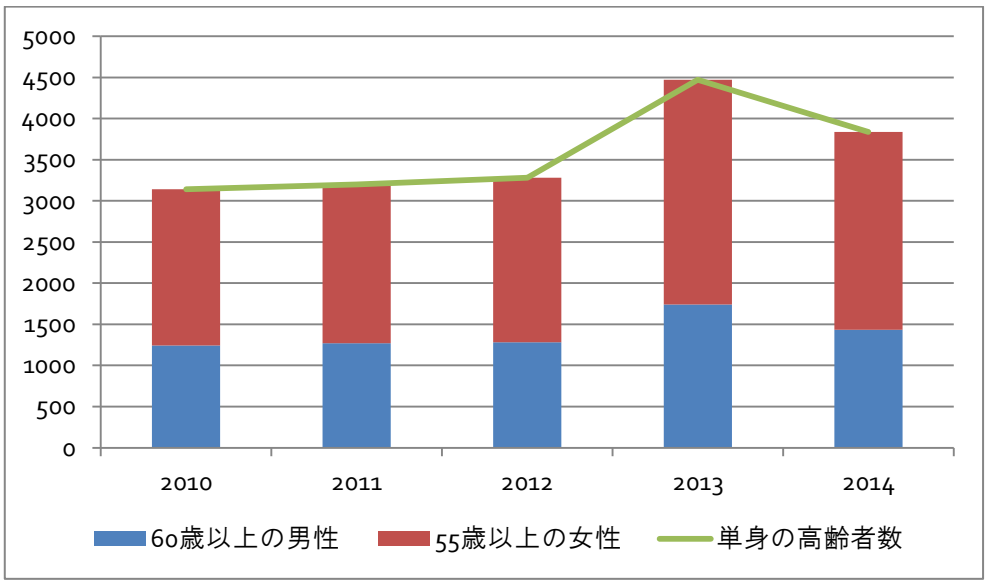
[6] http://www.ahmad.mn/?p=3666
[7] http://www.1212.mn/

図表 I-8 一人暮らしの高齢者および都市と地方の割合




また、ウランバートルにおいて一人暮らしをする高齢者の数は、2014 年には前年より減少したものの、全体的に増加傾向にある。人口流入に伴って高齢者の数も増えれば、ウランバートルで一人暮らしをする高齢者の数はますます増加することが予想される。

図表 I-9 ウランバートルで一人暮らしをする高齢者数と男女別内訳




＜経済状況＞

モンゴルでは高齢者の貧困は深刻な問題である。モンゴル国内の 35.2%は貧困世帯だが、うち1割強は 60 歳以上が世帯主の世帯が占めている。年金制度が整備される前の社会主義時代に就労年齢だった人のなかには、年金制度に組み込まれないために十分な年金を受け取れていない人もいる。また、年金を受け取っても、失業している子供のためにお金を使ってしまったり、失業中または重病を患っている家族を扶養する等に出費がかさむケースも多く、十分な生活を送れていない高齢者も少なくない[8]。

[8] http://www.ahmad.mn/?p=3666

モンゴル銀行によると、年金生活者の 54.8%は借金を抱えている(2013 年 11 月現在)。年金を前借りした場合、月利 1.5%、年利 18%と高率である。

### ４）健康状態

70 歳以上の高齢者には高血圧の人が多く、血液循環器系の疾患を持つ人もかなり存在する。しかし、発病しても金銭的な事情で治療を受けられるとは限らない。受診した人のうち、1/3 の人は入院も可能だが、1/3 は金銭的な事情で治療を受けることができないという。

## ２．介護に対する各国の意識や取組について

### １）関係省庁・組織等

モンゴルで社会福祉を管轄するのは労働・社会保障省であり、保健医療を管轄するのは保健省である。それぞれについて、社会福祉方面の業務を担当する下位組織を挙げ、特に高齢者介護に関係する業務内容を示した。

図表 I-10 モンゴル政府における主な社会福祉関連管轄部門

| 組織名 | 下位組織 | 業務内容等 |
|---|---|---|
| 労働・社会保障省[9] | 社会福祉政策調整庁 | 社会福祉関係の法案の策定、関連規定の制定、社会福祉関係の国際条約の草案作成 |
| | 労働政策調整庁 | 就労、人材育成関係の法案の策定、関連規定の制定、就労支援計画の策定 |
| | 医療保険・社会保険庁[10] | 医療保険・社会保険事業 |
| | 労働福祉サービス庁[11] | 各種社会福祉事業(高齢者向けを含む)、生活水準の調査、国内外での労働斡旋 |
| | 労働・社会保障研究所[12] | 社会保障関係の基礎研究、調査、長期計画、短期計画の策定 |
| 保健省[13] | 国家社会保健センター | 各保健センターを管轄し、看護介護サービスの施策等を担当 |
| | 医療支援庁 | 医療機関の認定、医療支援、看護の質の向上等 |

出所:各省庁のホームページ掲載内容をもとに作成

### ２）関連法令・施策等

#### ア. 高齢者法改正

高齢者に関する社会保障については、「高齢者法[14]」および「社会福祉法[15]」によって定められている。

高齢者法は、2017 年 1 月 26 日に改正された。この改正によって、高齢者に対する「情報提供」「アドバイス」「巡回サービス」「デイサービス」「ボランティアサービス」「一日診療、看護サービス」「介護サービス」「食料補助」「DV か

[9] http://www.mlsp.gov.mn/
[10] http://www.ndaatgal.mn/
[11] http://hudulmur-halamj.gov.mn/
[12] http://rilsp.gov.mn/
[13] http://www.mohs.mn/home
[14] http://legalinfo.mn/law/details/12453?lawid=12453
[15] http://www.legalinfo.mn/law/details/393

らの保護」が新たに義務付けられるようになった。

さらに、特に介護に関する内容として、以下の条項が設けられている。

> 7.2.3.　高齢者に対する家の掃除、水汲み、薪の準備、食料の買い出し、洗濯等の支援を行い、介護、看護が必要になった場合には巡回サービスとして提供する。
> 7.2.4.　高齢者の食事の世話、トレーニングを行うサービスは、デイケア、短期宿泊等の形態で提供する。
> 7.2.5.　高齢者の支援に興味を持つ個人または団体によるボランティアによる活動を実施させる。
> 7.2.6.　重症、常時要介護・看護の高齢者は、郡や町の家族医院から、デイサービスによる診療、看護を行うセンターに移転させることができる。
> 7.2.7.　自律した生活が不可能な高齢者は、社会福祉法第 19 条に示した介護サービスを受けることができる。

### ｲ.　「健康な加齢、高齢者の健康」国家プロジェクト

2013 年 12 月の総理大臣令によって定められた。2030 年までの長期プロジェクトで、高齢者の生活を向上させることを主な目的としている[16]。モンゴルの国家予算、国際組織からの支援、保健支援基金の予算によって賄われる。

同プロジェクトの具体的な課題と達成尺度は、以下の通り。

**図表 I-11「健康な加齢、高齢者の健康」国家プロジェクトの課題と尺度**

| No. | 達成尺度 | 現状（2013 年現在） | 2017 年までの目標 |
|---|---|---|---|
| 課題 1. 住民の長寿を促すような社会、経済的な環境を整える。 | | | |
| 1 | 高齢者に優しい組織、企業、地域、区の数 | 高齢者に優しい組織、企業、地域、区は未認定。 | 高齢者に優しい組織、企業、地域、区を認定する。 |
| 2 | 公的機関、企業は高齢者の長寿を促す活動を定期的に実施する。 | 公的機関、企業によって活動状況にばらつきがある。 | 公的機関、企業は高齢者の長寿を促す活動のための施設を建設し、定期的に活動を実施する。 |
| 課題 2. 高齢者の健康を促し、疾病を予防する。 | | | |
| 1 | 栄養失調に陥るリスクがある高齢者の割合 | 31% | 従来より 20%減少させる。 |
| 2 | 栄養失調の高齢者の割合 | 3.1% | 従来より 30%減少させる。 |
| 3 | 運動不足、肥満の高齢者の割合 | 17.4% | 従来より 30%減少させる。 |
| 4 | 認知機能の低下 | 認知機能の低下率 16.1% | 認知機能の低下率を従来より 20%減少させる。 |
| 課題 3. 高齢者の発達、保護、積極的な社会参加を促す。 | | | |
| 1 | 高齢者の就労率 | 8.3% | 15%に引き上げる。 |
| 2 | 年金支給開始年齢前の研修、開始後の研修 | 未実施 | 3 プログラム |
| 3 | 年金支給開始の高齢者向けの | 未設立 | 1 か所 |

[16] http://www.mohs.mn/uploads/files/e5abf79708ddc9476f5cc6b151ef4aa9.pdf

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 研修センター（Third age institute） | | |
| 課題 4. 高齢者に必要な包括的な医療サービスを展開する。 | | | |
| 1 | 高齢者医療専門の人員数 | 高齢者医療専門の医師が 6 名勤務している。第二次医療の高齢者向け看護に精通した看護師はまだいない。初期医療の高齢者向け看護の数次研修に参加した看護師の割合は 0.2%である。 | 高齢者医療専門の医師の数を 15 名に増員する。第二次医療の高齢者看護にも精通し、当該分野で勤務可能な看護師の割合を全体の 50%に増やす[17]。初期医療の高齢者向け看護の数次研修に参加する看護師の割合を 10%にまで増加させる。 |
| 2 | 医療機関のうち高齢者向け医療を実施可能な組織の数 | 1 センター<br>16 棟 | 1 センター<br>21 棟以上 |
| 3 | 訪問看護を受けた高齢者の数 | 1.4% | 20%まで増加させる。 |

### ｳ. その他の高齢者施策

モンゴルで行われている高齢者に関する施策は、高齢者に対する社会福祉サービスおよび援助、優遇サービス、高齢者施設または高齢者向け療養所の運営等である。

このうち、優遇サービスとしては、具体的に以下のようなものがある。

- ✓ 義手、義足、耳手術および眼科手術の材料費、車椅子、義歯の購入作製費の給付
- ✓ 年に一度、休暇療養施設の利用証を割引価格で交付
- ✓ 身寄りのない高齢者の住宅費、暖房設備のない住宅に居住する場合は燃料（薪）購入費の給付
- ✓ 埋葬費に関する社会保健が適用にならない場合、死亡時にそれに相当する埋葬費を給付
- ✓ 首都または県中心地の市内公共交通機関（タクシーを除く）の無料利用
- ✓ 年金支給額は生活最低水準、労働者の最低賃金に見合う額とする。
- ✓ 治療目的で遠隔地からウランバートルを訪れる際の交通費給付

また、保健省のホームページには、「高齢者の権利、労働状況、社会保障の保証」をテーマとした会議の際の保健省副大臣による演説内容[18]（高齢者の保健に関する国の方針、現在実施している事業活動、課題、今後の取り組み）が掲載されている。同副大臣によると、最近の 10 年間でモンゴル人の平均寿命は 5～6 歳延びている。それに伴って、高齢者の健康、社会保障の充実、収入源の確保、生活環境の向上が求められている。高齢者支援活動に国や民間が積極的に関与し、ホスピス、在宅医療のための看護センターを設立し、リハビリ治療を促進する。また、高齢者を対象とした健康教育を積極的に行い、高齢者医療を専門とする医師などの人材を増やして、高齢者の健康増進に努めたい考えだという[19]。

[17] 分母についての情報が得られなかった。
[18] 会議名と開催年次等についての情報は得られていない。
[19] http://www.mohs.mn/news/1600

### ３）社会保障

#### ｱ. 社会保険

図表 I-12 社会保険手帳

モンゴルの社会保険制度に関しては、「社会保険法[20]」および「社会福祉法[21]」によって定められている。

モンゴルの社会保険は、主に以下の 5 つの保険からなる。

- 年金保険
- 給付金保険
- 医療保険
- 労災保険
- 失業保険

社会保険は、被保険者および雇用者の支払う掛け金、国の予算からなる社会保険基金を財源としている。2016 年には 1 兆 8757 億トゥグルク（約 893 億円）が基金に集められ、1 兆 7862 億トゥグルク（約 851 億円）が支出された。年金、給付金の支払いを受けたのは 27 万 7 千人で、総支給額は 1548 億トゥグルク（約 74 億円）である[22]。

なお、医療保険制度については、特に「医療保険法[23]」及び「医療保険ガイドライン[24]」にて詳細が定められている。

【参考：公的保険と任意保険】

モンゴルの社会保険は公的保険と任意保険に分かれている。公務員や雇用労働者等は、公的保険に加入する。社会保険法第 4 条 5 項によれば、個人経営の牧民、自営業者については、公的保険に加入させるための条件、規則を法律で定めることができるという。

ただし、医療保険については、モンゴル国民は怪我や病気による思わぬ出費に備えて、すべて公的保険に加入が義務付けられている。医療保険は、被保険者及び雇用者の支払う掛け金、国の予算からなる医療保険基金によって賄われている。

任意保険は、自営業者、農牧民、フリーランサー、学生、無職等、公務員や雇用労働者等以外の国民のためのものである。収入をもとに算出された掛け金を支払って、条件を満たした際には年金、給付金、労災保険の給付を受けることができる[25]。任意保険の運営は、認可を受けた民間企業が行っている。公的保険に加入している人でも、公的保険の対象以外の支援、サービスを受けることを目的として、任意保険に加入することができる。

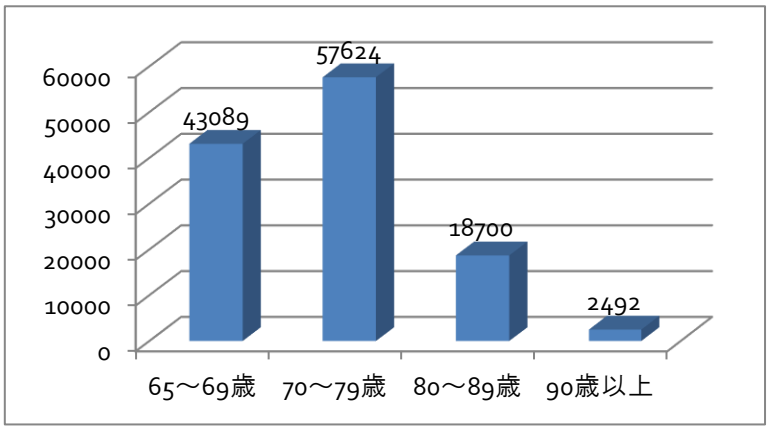
#### ｲ. 所得保障

2016 年 12 月より、65 歳以上の高齢者に対して年に 2 回、すなわちモンゴルの旧正月が祝われる 2 月頃（毎年日時は変わる）、夏の革命記念日およびナーダムの時期に合わせて「長寿祝い」高齢者給付金が支給されることになった。支給金額は、65～69 歳は 5 万トゥグルグ、70～79 歳は 8 万トゥグルク、80～89 歳は 15 万トウグルク、90 歳以上は 25 万トゥグルクである。

---

[20] http://www.legalinfo.mn/law/details/390
[21] http://www.legalinfo.mn/law/details/393
[22] 国家統計局のデータによる。
[23] http://www.legalinfo.mn/law/details/10922
[24] http://metuf.mn/home/media/ervvl-mendiin-daatgaliin-tuxai.pdf
[25] http://www.ndaatgal.mn/60

図表 I-13「長寿祝い」受給対象者




### ４）その他

#### 7. 施策の実施状況

**＜社会福祉プログラムの評価調査＞**

2015 年に人口開発社会保障省が世界銀行の資金援助を受けて、同省による各種社会福祉プログラムに関する評価調査を実施した[26]。世界銀行によると、モンゴルには優れた社会福祉制度があり、社会的弱者に対する手厚い保護がある一方で、社会福祉の予算のうち 28%は本当に保護が必要ではない裕福な人々に向けられてしまっているなど、改善すべき点もあるという[27]。

各種社会福祉プログラムのうち、高齢者を対象としたものについては、以下のような報告がなされている。

- 年金受給年齢の高齢者のうち 70%は、社会保険の年金の他に、少なくとも 1 つ以上の福祉プログラムの対象となっており、年に平均して 33 万 1 千トゥグリグ相当の利益を享受している。
- 支援、優遇サービスのうち 76%は、同時に複数のプログラムの対象となる高齢者に向けられている。
- こうした重複を避けるためには、それぞれの要素を含んだ総合的なプログラムが求められる。

**＜優遇サービスの実施状況＞**

モンゴルの法律（モニタリング実施当時は「高齢者社会保障法」）には、高齢者に対する優遇サービスとして「義手、義足、耳手術および眼科手術の材料費、車椅子、義歯の購入作製費の給付」が定められているが、その実施状況についてのモニタリング調査が、NGO 健康長寿基金によって実施され、2010 年に報告書[28]が公開された。調査は 2008 年 11 月から 2009 年 5 月にかけて、ウランバートル市でも特に人口が多いバヤンズルフ区、チンゲルテイ区において行われた。

報告書によると、高齢者向けの社会保障の課題については様々な議論が行われているが、実例を挙げた具体的な調査、評価、モニタリングはそれまで実施されてこなかったという。

高齢者に対する優遇サービスについては、行政側からの情報提供が不足しており、ニーズ調査も不十分であるため、本当に必要とする住民に十分にサービスが行き渡っていない状態にある。しかし、最近になって区の福祉担当職員が 2 名に増員されたので、今後はニーズ調査を実施することが可能になり、こうした問題は解消されるだろうとのことである。

また、医学技術の進歩にともなって、使用される義肢類の種類や型番が変更になったり、インフレにともなう値段

[26] http://www.zasag.mn/m/mpdsw/view/10907
[27] http://forum.parliament.mn/medias/a7b0a69d-4b8a-4729-a40e-c87469be3525.pdf
[28] https://www.forum.mn/forum_topics/Monitoring/2008/15_Ahmad%20nastnii%20halamjiin%20uilchilgee.pdf

の上昇によって、優遇サービスが適用できなかったり、給付金の額では購入費用を賄いきれないなど、制度が実態に即していない面があるといった課題も挙げられている。

## ３．高齢者向けサービスの現状について

### １）高齢者ケアサービス

#### ア．高齢者向けサービスの提供状況

＜施設サービス＞

国家規格として、「高齢者介護業務の一般要件[29]」が定められており、介護施設の組織、業務内容等について認可、評価を行う際の基準となっている。同規格では主に、介護施設の資産形態、経営および運営、組織構成、介護業務の認可、介護サービスの具体内容、その他の業務（入居者の衣食、寝具等）、衛生状態（換気、水回り、間取り、調度品等）、業務の評価システムなどの要件が決められている。

介護施設が行うべき業務としては、以下のように定められている。

- ✓ 必要に応じてリハビリ、一次医療
- ✓ 寝たきりの利用者に対する介護、看護
- ✓ 食事、衣服、身の回り品の支給
- ✓ 心理カウンセリング
- ✓ その他（警備、洗濯、通信）

また、介護施設の職員構成については以下のように定められている。ただし、介護の現場で働きたい人材は少なく、地方の介護施設では条件を満たしていない施設もある。職員の負担は非常に重いことから、離職率は高く、人材も集まり難い。特に用務作業員（サポートスタッフ）の業務の負担は重い[30]。

- ✓ 施設長、経理、会計、技師、リハビリ医　各 1 名
- ✓ 入居者 50 名につき心理カウンセラー　1 名
- ✓ 入居者 30 名につき社会福祉士、保健師　各 1 名
- ✓ 各介護施設の用務作業員　4 名以上
- ✓ 入居者 30 人につき調理師、調理補佐　各 1 名
- ✓ 入居者 50 人につき補助作業員　1 名
- ✓ 各介護施設の警備員　4 名
- ✓ 利用者 25 人以下の場合は契約医師でもよい
- ✓ 必要に応じて入居者の送迎用の運転手

モンゴルには、国立の高齢者ケア施設は全国で 1 か所しかなく、地方レベルのケア施設（障害者施設も含む）も 7 か所あるのみである。その他、NGO が運営している障害者介護施設が 2 か所、国際組織が運営している高齢者ケア施設が 2 か所ある。この他、ウブルハンガイ県ズーンバヤン・オラーン郡にも、地元住民と公務員の寄付による施設が建設中である[31]。

高齢者向けの施設を利用するのは主に身寄りのないお年寄りで、モンゴルでは子供が自分の親を施設に入れるというのは非常に稀である。自分で世話をせずに親を施設に入れるのは非常に恥ずべきことだという認識がある。また、周りからも親を施設に入れると悪く言われるという。施設への入居条件は、①身寄りがないこと、②世話をする

---

[29] https://www.estandard.gov.mn/file.php?sid=2273　2016 年に改訂された。

[30] 「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」モンゴル労働・社会保障省ヒアリング調査に基づく

[31] 2017 年 9 月 21 日付モンゴル通信

子供がいないこと、③自力で生活できないこと、であり、家族がいる高齢者は基本的に入居できない[32]。

また、高齢者向けの施設といっても、実際には中年以下の精神病患者、知的障害者等が数多く入居しており、主に医師、看護師等が介護を行っているというのが現状である。つまり、高齢者ケアと障害者ケアと医療の分化が明確になされていない状態にある。

**図表 I-14 モンゴルの高齢者ケア施設**

| No. | 介護施設名 | 業務内容 | 入居者数 | 職員数 | 財源 | 年予算<br>(トゥグリグ) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 国家高齢者センター | 国家規模の高齢者介護 | 129 | 80 | 国家予算 | 16 億 |
| 2 | ホブド県介護施設 | 障害者リハビリセンター | 23 | 13 | 地方予算 | 2 億 1 千万 |
| 3 | バヤンホンゴル県介護施設 | 中部地域高齢者介護者施設 | 11 | 6 | 地方予算 | 7 千 920 万 |
| 4 | ドルノド県介護施設 | 東部地域高齢者介護施設 | 22 | 7 | 国家予算 | 1 億 2 線 740 万 |
| 5 | バヤンウルギー県介護施設 | 高齢者介護施設 | 15 | 7 | 地方予算 | 8 千 600 万 |
| 6 | ドルノド県介護施設 | ゴビ地域高齢者介護施設 | 21 | 15 | 国家予算 | 1 億 5 千 250 万 |
| 7 | フブスゴル県介護施設 | ハンガイ地域高齢者介護施設 | 55 | 27 | 地方予算 | 3 億 4 千 750 万 |
| 8 | ウブス県介護施設 | 西部地域高齢者介護施設 | 20 | 14 | 国家予算 | 1 億 6 千 20 万 |
| 9 | NGO バトゲレルト・イレードゥイ介護施設 | 障害者介護施設 | 34 | 8 | 国家予算(一部) | 7 千万 |
| 10 | NGO アチラルト・フーフドード介護施設 | 障害者介護施設 | 20 | 6 | 国家予算(一部) | 6 千万 |
| 11 | バチカン宗教テレサ 1・高齢者介護施設(ヤルマグ) | 高齢者介護サービス(男性) | 20 | 10 | 国際機関 | — |
| 12 | バチカン宗教テレサ 2・高齢者介護施設(ダリ・エヘ) | 高齢者介護サービス(女性) | 15 | 8 | 国際機関 | — |
| **合計** | | **12** | **385** | **201** | | **29 億** |

[32] 「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」モンゴル労働・社会保障省ヒアリング調査に基づく

【事例:国家高齢者センター】

1924 年にチョイバルサン総督の発案でモンゴル初の老人ホームが建設されることになった。当初はウランバートル市のマハン・ドブという場所に建設されて1925 年に開所した。1957 年以降、ヘンティ県のツェンヘルマンダル郡に移転し、さらに 1967 年以降はトゥブ県のバトスンベル郡に移転した。2013 年までは「介護施設」という名称だったが、2013 年 3 月に人口開発・社会保障省令が発布され、「国家高齢者介護発展センター」という名称になった。さらに 2014 年以降から大規模な国家予算のもとで施設の拡張が行われ、2017 年 6 月に完成した。拡張工事後は、利用者の状態別に専用施設が設置されており、施設名も「国家高齢者センター」に改称されている。同施設では、社会福祉法に基づいて活動を行っている。

図表 I-15 国家高齢者センターの外観

同施設は、130～150 人を収容することができる。現在の入居者は約 120 人(2014 年現在)で、そのうち 60%が男性利用者である。入居者の中には、入居 41 年目になる人もいる(2013 年現在)。

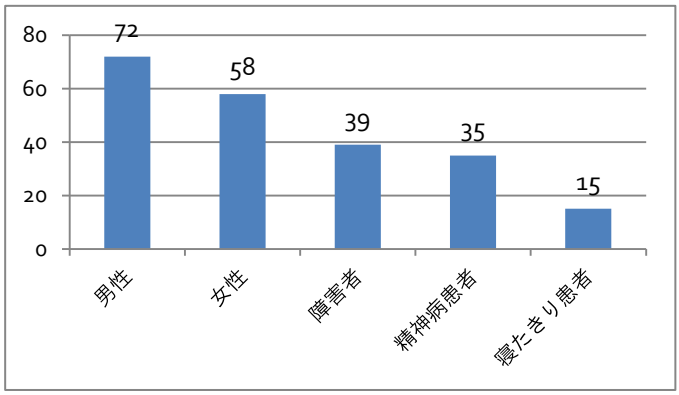
職員数は約 50 名で、そのうち社会福祉士 2 人、契約職員 8 人、経理事務 10 人、病院職員 20 人、調理士 7 人等である。

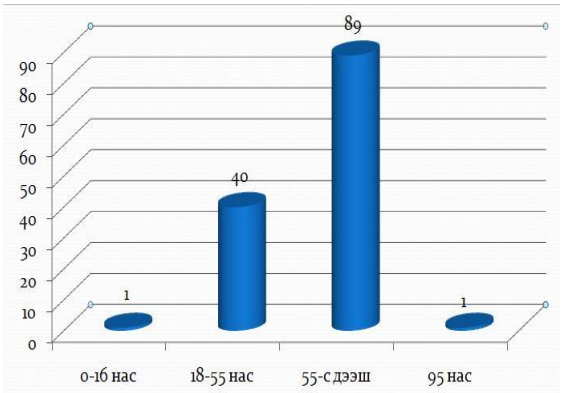
医師(医師 1 人、准医師 2 人)、看護師(4 人)が在籍しているが、保健省ではなくて労働福祉省の管轄であるため、制度的に補助を受けにくい等の課題がある。

法律では、身寄りのない 55 歳以上の女性、60 以上の男性が入居できると定められているが、40 歳以下の人も 20 人入居している。利用者のうち 45%が精神疾患を患っていたり、知的障碍者である。22 人が要常時介護である。入居している高齢者は、身寄りがなく、他に世話をする人がいない人がほとんどである。また、最近はガン患者の入居も増えてきた。

国家予算から年間 5 億トゥグリクを割り当てられており、その用途としては、食費 1 億トゥグリク、被服費 1600 万トゥグリク、医薬品類 500 万トゥグリクが支出されている。以前は、十分な予算の割り当てがなく、高齢者年金のうち 30%を本人に渡して、残り 70%を徴収して運営費に充てていたが、制度改革以降は、本人に 70%を渡して、残り 30%を徴収するようになった。しかし、この 30%も主に本人のために使用される。

図表 I-16 バトスンベル郡老人ホームの入居者内訳



また、現在は国立の高齢者介護施設が 1 か所しかないが、4 つの地域に分けて介護施設を整備する[33]。中部地域用の施設は、現在の施設から 800m の距離に建設予定である[34]。

建物の拡張だけでなく、近代的な設備も導入する予定である。日本からも支援の機器が届けられた。60 種類の物資を入れた荷物が 2 セット搬入された。

図表 I-17 日本の支援で導入された機器

＜通所サービス＞

高齢者向けとして国から認可された温泉療養所が全国に計 12 か所ある[35]。モンゴルの「高齢者法」には、高齢者ならば認可を受けた温泉療養地の利用証を割引価格で取得できることが定められている。療養所は、高齢者同士の交流の場として、時間を楽しく過ごしてもらうことを主な目的とした施設であるが、医師や看護師を配置しており、交流を主とした傍らで簡単なリハビリテーションや血圧検査、薬の処方、マッサージが提供されるという形態になっている。その他、2017 年現在で営業中の休暇施設、療養所として 80 か所が挙げられている[36]。

また、シニアハウスと呼ばれる通所施設も存在する。高齢者の健康維持と自立的な生活、社会参加促進を目的とした、高齢者向けにレクリエーションや健康に関する情報を提供する施設であり、健康な高齢者を対象としている[37]。

＜訪問サービス＞[38]

専門グループによる家庭訪問のサービスがある。要介護度4（病気を患って自力で生活することが出来ず、治癒の見込みが少ない状態）・5（重度の末期がん患者）の人の自宅を同グループで週 2 回訪問し、ケアを提供している。グループはホロー（街）単位で組成され、ホローのヘルスケアセンターに属する医師、保健師、ジェロントロジーセンターの専門医が含まれる。要介護度の認定も、同グループが行う。マッサージ、リハビリ、衛生管理、医療、介護等包括的にサービス提供を担う。訪問ケアの対象となる高齢者はゲルに住む貧困層が主であり、彼は衛生管理の不十分な環境下で生活しているため、衛生管理も求められる。モンゴルは行政上、21 のアイマク（県）と首都（ウランバートル）に分かれ、アイマクはさらにソム（郡）に、ソムはバグ（郷）に、首都はドゥーレグ（区）に、ドゥーレグはホロー（街）にそれぞれ区分される。1ホローに 15,000～16,000 世帯が居住している。

図表 I-18 モンゴルの高齢者向けに認可された温泉療養地

| No. | 療養所名 | 認可期間 | 認可時期 |
|---|---|---|---|
| 1 | バヤンホンゴル県シャルガルゾート温泉療養所 | 4 年 | 2014 年 7 月 1 日 |
| 2 | フブスゴル県ガルト・ハローン・オス温泉療養所 | 4 年 | 2013 年 9 月 13 日 |
| 3 | ウブルハンガイ県フジルト温泉療養所 | 3 年 | 2013 年 11 月 1 日 |

33 モンゴルのニュースサイト “ikon” の 2014 年 1 月 20 日付記事に、S.エルデネ人口開発社会福祉大臣（当時）の発言として紹介されています。2014 年当時の計画なので、現在はすでに工事が完了しているものや、計画が変更になったものも含まれている可能性がある。また、国立の施設を新規に建設するのではなく、既存の地方レベルの施設を国レベルに格上げした可能性も考えられる。

34 http://www.ikon.mn/n/3ha

35労働社会保障省 HP、保健省 HP、現地ヒアリング調査で把握した施設数の情報に差異がみられる。それぞれの温泉療養所がどの省の管轄かについては、情報が得られていない。

36 モンゴル労働社会保障省労働福祉サービス庁のホームページによる。なお、モンゴル保健省のホームページには認可を受けた温泉療養所、療養所の一覧が掲載されており、地方で 25 か所、ウランバートル市内には 29 か所あるとされているが、管轄組織、高齢者向けか否かなどの明確な区分は記されていない。

37 「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」労働・社会保障省ヒアリング調査に基づく

38 「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」モンゴル国家ジェントロジーセンターヒアリング調査に基づく

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | トゥブ県ウブンジャンチブラン温泉療養所 | 3 年 | 2016 年 12 月 31 日 |
| 5 | トゥブ県アルジャンチブラン温泉療養所 | 3 年 | 2016 年 12 月 31 日 |
| 6 | トゥブ県ザドガイツァガーン温泉療養所 | 3 年 | 2016 年 12 月 31 日 |
| 7 | オルギル温泉療養所 | 5 年 | 2013 年 3 月 13 日 |
| 8 | ボルガン県ホルジ温泉療養所 | 3 年 | 2015 年 9 月 28 日 |
| 9 | ドルノゴビ県ハルザンウール温泉療養所 | 4 年 | 2016 年 1 月 2 日 |
| 10 | チンギス・ゴルバン・ノール | 4 年 | 2015 年 7 月 8 日 |
| 11 | ウブルハンガイ県セムジト・ホジルト温泉療養所 | 3 年 | 2017 年 3 月 1 日 |
| 12 | ウブルハンガイ県エリマホジルト温泉療養所 | 3 年 | 2017 年 4 月 8 日 |

### ｲ. 高齢者ケアサービスの課題

モンゴル国においては、これまで同居する家族や近隣に居住する親族による介護が機能していたが、首都ウランバートルが大都市化するにつれ都心部での核家族世帯、単身世帯が増え、高齢者・障害者が介護を受けられないまま取り残される傾向が出始めている。また、従来では親族による介護が一般的であったため、高齢者・障害者の生活支援システムや専門家による介護サービスも未発達な状態にある。

## ４．高齢者ケアを担う人材とその教育・育成について

### １）高齢者介護施設の職員

介護に従事する専門職は基本的に養成されていない。介護施設には、医大を卒業した医師、看護婦などが在籍しているが、介護現場の担い手は専門外の人たちである。モンゴル全体で介護施設に勤務する職員数は 327 人で、そのうち 50%が介護職員、看護師等である。

社会保険庁は、2015 年 6 月 22 日～25 日にかけて、複合介護施設の職員を対象とした技能研修を実施した[39]。研修には、課長、社会保障人口開発部長、介護分野の社会福祉士、医師、研修企画担当者が参加した。研修では、昨今の介護センターのあり方、利用者の権利、介護施設によるリハビリ支援、各種介護サービスに関する法規に関する知識を学び、情報交換が行われた。高齢者介護発展センター（現在の名称は国家高齢者センター）の活動状況についての紹介等も行われた[40]。

図表 I-19 介護施設の職員向け研修の参加証

### ２）社会福祉士

モンゴルにはまだ介護福祉士という職業は存在しないが、社会福祉士に相当する職業がある。モンゴルの「社会福祉法」によれば、社会福祉士とは当該分野を専攻して大学（学士課程以上）を卒業し、社会福祉の技能研修に参加し、免許を取得した者と定められている。免許の交付は、非常任の委員会によって行われ、委員会を構成するのは社会福祉関連の各協会、大学、政府の関連機関の代表者たちである。社会福祉士に関する職業倫理の規定もあり、社会福祉士はこれに従わなければならない。

社会福祉士の活動範囲は広く、司法機関（服役者を対象とするソーシャルワーカー）、医療機関（社会保健師）、

39 本研修の開催頻度等については不明。また、4 日間のカリキュラムについても情報が得られなかった。
40 http://dornod.hudulmur-halamj.gov.mn/index.php?r=site%2Fviewcontent&id=171

教育機関（学校ソーシャルワーカー）、社会福祉分野（地方行政組織に勤務）などである[41]。このうち、社会保健師については、モンゴルではつい数年前まで保健師という職業が未分化で、社会福祉士の一部と捉えられていたことによる。現在では、モンゴル国立医療科学大学に保健師を養成する専攻科が設けられている。

「社会福祉法」の定めによれば、社会福祉士の役割は、各世帯および住民の生活状況の調査および評価、年金、給付金関連業務、生活向上のための支援、情報提供、社会福祉関連の施策の実施などである。

### ３）看護師[42]

モンゴルにおける看護師養成は 1929 年より開始されている。現在、看護系大学には2年（日本の准看護師に相当）、4年間の養成課程が設置されており、1998 年からは国立モンゴル医科大学（同国唯一の医科系大学）で、同国唯一の大学院教育も始まっている。また、看護師資格は、2001 年に国家資格化された。国家資格化と同時に看護師の更新研修も始まり、5年に1度の受講が義務付けられている。

モンゴルの看護教育においては、日本のように法律等で定められた修得単位数はない。以下は、国立モンゴル医科大学の看護学科（4年間）で修得する単位数である。実習単位数は9単位と少ない[43]。

**図表 I-20 国立モンゴル医科大学看護学科の修得端におよび単位数**

| 分野 | モンゴル国立医科大学 | 単位数 |
|---|---|---|
| 基礎科目<br>（基礎分野） | コミュニケーション論 | 1 |
| | 英語1 | 4 |
| | 英語2 | 2 |
| | 情報処理、情報システム | 2 |
| | 体育 | 2 |
| | 物理学 | 2 |
| | 医学科学 | 2 |
| | モンゴル歴史 | 2 |
| | 生物 | 2 |
| | 生化学 | 2 |
| | 薬理学 | 4 |
| | Theory of esthetics | 1 |
| | 疫学 | 2 |
| | 栄養学 | 2 |
| 専門基礎科目<br>（専門基礎分野） | 生体形態学 | 4 |
| | 生体生理学 | 3 |
| | 病理生理学・病理解剖学 | 5 |
| | 基礎看護学 | 3 |
| | 看護技術 | 4 |
| | 微生物学 | 2 |
| | 心理学 | 2 |
| | 医療遺伝学 | 2 |
| | 統計学 | 2 |
| | 診断学 | 3 |
| | 看護過程 | 3 |
| | 看護研究 | 2 |
| | Clinical decision making in nursing | 2 |
| | 教育学 | 2 |
| | 公衆衛生看護学1 | 4 |
| | 伝統医療 | 2 |
| | 病院見学実習 | 2 |
| 専門科目<br>（専門分野 I 及び専 | Women and newborn nursing 1, 2 | 各2 |
| | Child and adolescent | 各3 |

[41] http://www.arawt.mn/content/read/124141.htm 2013 年のモンゴルの社会福祉士に対するインタビュー記事より。

[42]鈴木岸子、ゲレルツォクト・アリウンバヤル、ダシニャム・ソロンゴ「モンゴル国の看護教育の現状と課題報告」（2014 年）

[43] 日本の看護師免許の取得にかかわる卒業必修単位数は、実習 23 単位

| | | |
|---|---|---|
| 門分野Ⅱ） | 公衆衛生看護学2（在学看護、家族看護含む）<br>成人看護学1<br>成人看護学2<br>看護管理・リーダーシップ<br>救急医療<br>老年看護学<br>慢性期および緩和ケア<br>精神看護学<br>領域実習1、2<br>卒業前実習 | 4<br>8<br>12<br>2<br>2<br>2<br>2<br>2<br>各2<br>3 |

出所：鈴木岸子、ゲレルツォクト・アリウンバヤル、ダシニャム・ソロンゴ「モンゴル国の看護教育の現状と課題報告」（2014 年）

## ５．その他

### １）日本への介護人材送り出しを踏まえた動向

#### ｱ. モンゴルの福祉関係者による静岡視察

2015 年 11 月に静岡・モンゴル親善協会がモンゴルの福祉関係者らを招いて静岡市清水区の特別養護老人ホーム「有度の里」を視察し、意見交換が行われた[44]。同協会ではモンゴルからの研修生を受け入れ、介護業界の人手不足解消にもつなげたい考えだという。

#### ｲ. 福岡でのモンゴルの介護人材の受け入れ

介護に携わる外国人技能実習生の確保を目指し、一般社団法人九州・アジアビジネス連携協議会（福岡市）等は、受け入れ窓口である監理団体の九州支部を福岡市に設立する準備を進めている。これまで少なかったモンゴル人を主に受け入れ、福岡県内の 2 か所に「訓練センター」を設ける計画だ。

協議会によると、農業や建設関係の職種で既にモンゴルから受け入れている監理団体「国際教育協会」（東京）の九州支部を協議会内に設立。実習生は訓練センターで必要な実践教育を受けた後、介護現場で働く。実習中も訓練センターは悩み相談等に応じる。国が今後示すとみられる介護職の監理団体の要件を受け、九州支部や訓練センターを設立する計画である。

既にモンゴル政府系の送り出し機関から候補者の経歴書が協議会に届いており、大卒で医師の資格を持つなど優秀な人材が含まれているという。また協議会には福岡県内や中国地方にある約 20 の介護施設から実習生約 100 人の受け入れ希望が寄せられている[45]。

### ２）各国の支援

#### ｱ. 日本の年金制度の導入

モンゴルでは公務員や会社員等は年金に加入することになっているが、遊牧民は任意加入である。都市化によって定住する人が増え、遊牧民の数は減少傾向にあるとはいえ、約 300 万人の国民のうち約 28 万人と 1 割を占めている。モンゴル政府が懸念しているのは、将来、無年金の遊牧民が増え、貧富の差が拡大することだ。そのため、日本の「国民皆年金制度」のノウハウをモンゴルに「輸出」するプロジェクトが進んでいる。

2016 年 5 月に始まったプロジェクトでは、国際協力機構（JICA）と厚生労働省、日本年金機構が職員を派遣し、2020 年 3 月までの間に制度の整備や職員の実務能力の向上を目指している。

#### ｲ. モンゴル介護人材育成プロジェクト

[44] http://www.sankei.com/region/news/151104/rgn1511040045-n1.html
[45] http://qbiz.jp/article/105889/1/

JICA の草の根協力支援型プロジェクトの一環として、2016 年度から国立高齢者介護開発センターの職員に介護技術指導を行うプロジェクトが開始された。北海道にある㈱エムリンクを母体とする NPO 法人「ワークフェア」が日本の実施機関で、カウンターパートはモンゴルの国立高齢者介護開発センターである。同プロジェクトによる活動内容は以下の通り。

国立高齢者介護開発センター向けに介護技術のマニュアルを作成する。

モンゴル国の福祉行政関係者を対象に、“ノーマライゼーション”の理念とそれに基づく生活支援システムや介護サービスについて啓蒙活動を行う。

ウランバートルの一般市民を対象に、専門家による介護サービスについて紹介するセミナーを開催する。

### ｳ. UCRCA による”モンゴルプロジェクト”

アジア都市コミュニティー研究センター（UCRCA）は、以前より、大量の介護福祉士の必要性を視野に置きながら、モンゴルからの介護福祉士の導入の可能性を探ってきた。同時に、介護福祉士の職業としての特性と機能役割の確立と権利の確立について、社会的な議論が必要とされると考えてきた。

以上

## II. ミャンマー

### １．高齢者を取り巻く状況について

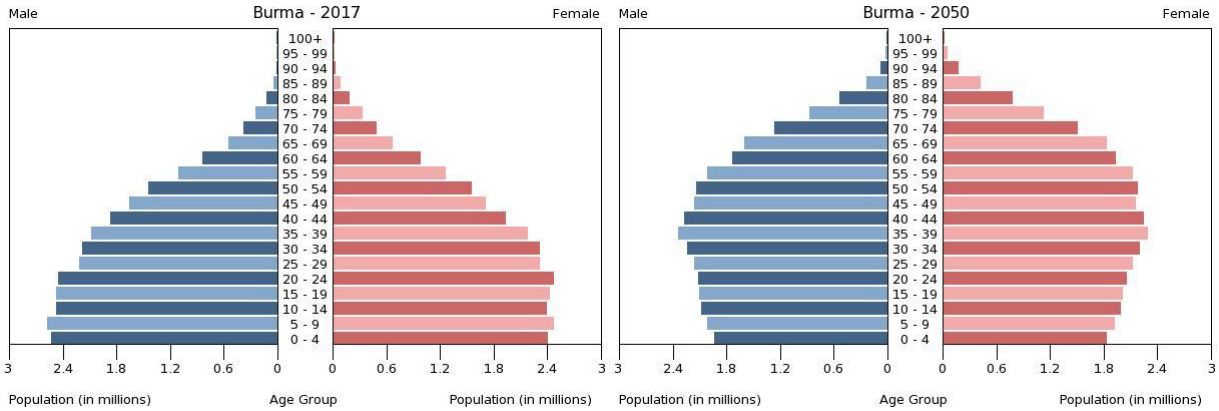
#### １）基本情報[46]

| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年:約 53.9(百万人) |
| 高齢化率<br>(65 歳以上) | 2015 年:5.4% |
| 平均寿命 | 2015 年:66.6 歳(健康寿命は 59.2 歳) |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年:2.25 |

#### ２）人口構成と高齢化率の変化

ミャンマーにおける 2017 年の人口に占める 65 歳以上の人口の割合は 5.5%であるが、2050 年にはその割合は 16.1%となることが予想されている(米国国勢調査局 International Database)。なお、United Nations World Population Prospects : The 2015 Revision によると、2023 年に高齢化社会に突入し、2054 年に高齢社会へ移行するとの予測である(倍化年数 31 年)。

図表 II-1 人口ピラミッド




出所:米国国勢調査局 International Database[47]

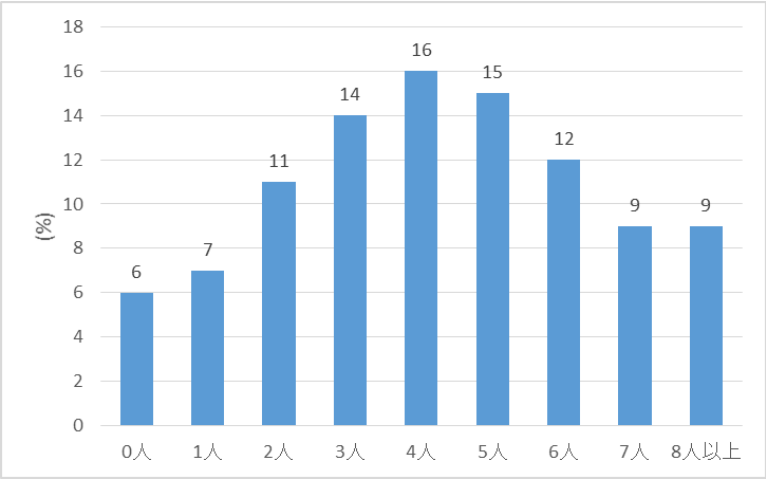
#### ３）生活状況

＜家族構成＞

HelpAge International "The Situation of Older Persons in Myanmar"(2012)によると、60 歳以上の高齢者の約 75%が3人以上の子どもを持っていることがわかる。しかし、今後は出生率の低下・未婚率の増加により、高齢者一人あたりの子どもの数は減少していくことが予測されている[48]。

[46] United Nations World Population Prospects : The 2015 Revision, WHO World Health Statistics 2016
[47] https://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php
[48] HelpAge International "The Situation of Older Persons in Myanmar"(2012),p.12

図表 II-2 60 歳以上の高齢者1人あたりの子どもの数




出所:HelpAge International "The Situation of Older Persons in Myanmar"(2012),p.15

＜職業＞

HelpAge International "The Situation of Older Persons in Myanmar"(2012)によると、60 歳以上の高齢者が従事していた主な職業は、農業が最も多くなっている(農家と農業労働者を合わせて約 60%)。ただし、居住地域別に傾向をみた場合、都市部に住む高齢者は自営業を営む者の割合が約 34%と最も高くなっている。

図表 II-3 60 歳以上の高齢者が主に従事していた職業

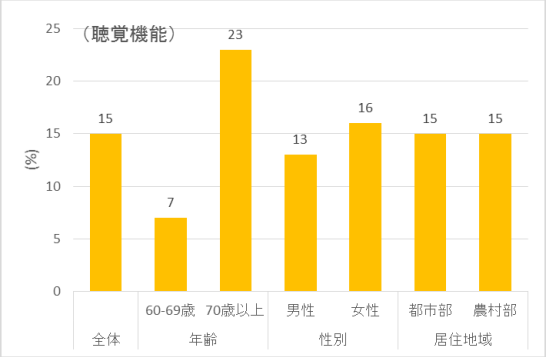
| | 合計 | 年齢 | | 性別 | | 居住地域 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 60-69歳 | 70歳以上 | 男性 | 女性 | 都市部 | 農村部 |
| 農家(畜産農家を含む) | 52.3 | 49.2 | 55.5 | 57.0 | 48.4 | 20.8 | 65.2 |
| 農業労働者 | 6.6 | 7.2 | 5.9 | 5.5 | 57.5 | 2.0 | 8.4 |
| 農業以外の労働者 | 10.2 | 11.8 | 8.6 | 9.7 | 10.6 | 12.1 | 9.5 |
| 自営業者 | 18.3 | 18.1 | 18.5 | 8.1 | 26.9 | 33.8 | 12.0 |
| 会社員(公務員を含む) | 9.9 | 11.0 | 8.8 | 16.8 | 4.2 | 25.7 | 3.4 |
| その他 | 2.7 | 2.6 | 2.7 | 2.9 | 2.4 | 5.7 | 1.4 |
| 計 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

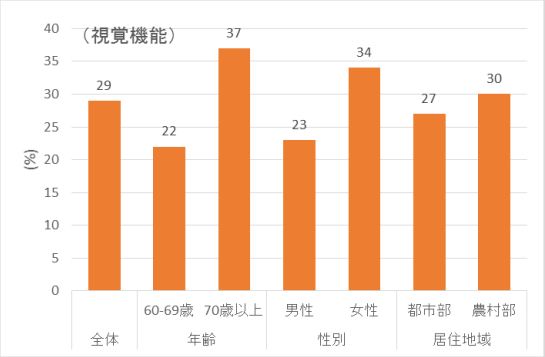
出所:HelpAge International "The Situation of Older Persons in Myanmar"(2012),p.25

### 4) 健康状態

HelpAge International "The Situation of Older Persons in Myanmar"(2012)によると、60 歳以上の高齢者の 15%が聴覚機能に、約 30%が視覚機能に問題を感じている。また、健康状態については、関節通やめまいの症状を訴える高齢者が多い。

図表 II-4 身体機能に不自由さを感じている 60 歳以上の高齢者の割合




出所：HelpAge International "The Situation of Older Persons in Myanmar"(2012),p.94

図表 II-5 直近1ヵ月の健康状態についての自己評価（60 歳以上）

(%)

| | 合計 | 年齢 | | 性別 | | 居住地域 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 60-69歳 | 70歳以上 | 男性 | 女性 | 都市部 | 農村部 |
| 関節痛 | 44 | 42 | 46 | 39 | 48 | 44 | 44 |
| めまい | 40 | 39 | 41 | 31 | 46 | 41 | 39 |
| 脱力感 | 29 | 24 | 33 | 25 | 32 | 27 | 29 |
| 咳 | 26 | 24 | 28 | 28 | 24 | 25 | 27 |
| 頭痛 | 22 | 23 | 22 | 17 | 26 | 21 | 23 |
| 背痛又は股関節痛 | 19 | 17 | 21 | 18 | 20 | 17 | 20 |
| 呼吸障害 | 15 | 14 | 16 | 14 | 15 | 16 | 14 |
| 熱 | 14 | 13 | 15 | 13 | 15 | 13 | 14 |
| 便秘 | 13 | 10 | 16 | 12 | 14 | 15 | 12 |
| 胸の痛み | 10 | 10 | 10 | 9 | 11 | 11 | 10 |
| 腹痛 | 8 | 8 | 9 | 8 | 9 | 8 | 9 |
| 肩の痛み | 8 | 8 | 8 | 7 | 9 | 8 | 9 |
| 膀胱の調節不能 | 5 | 4 | 7 | 5 | 6 | 7 | 5 |
| 手の震え | 5 | 3 | 7 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 下痢 | 5 | 4 | 6 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| 嘔吐 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| 腸制御の喪失 | 3 | 1 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| 皮膚トラブル | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 |

出所：HelpAge International "The Situation of Older Persons in Myanmar"(2012),p.93

## ２．介護に対する各国の意識や取組について

### １）関係省庁・組織等

ミャンマーにおける高齢者政策を担うのは、社会福祉・救済再復興省（Ministry of Social Welfare, Relief and Resettlement：MSWRR[49]）傘下の社会福祉局（Department of Social Welfare：DSW）であり[50]、DSW は、高齢者を含む国民への社会福祉サービスを管轄する主要省庁である。

DSW における高齢者向け施策として、コミュニティにおける 老人ホーム（Home for the Aged）に対する技術面および資金面でのサポートを提供している。さらに DSW は 2013 年、高齢者向けデイケアセンター「Day Care Center for the Aged」を設立した。一方、コミュニティにおけるプログラムでは、Help Aged International (HAI)と協力して、コミュニティにおける高齢者の自助グループ「Older Person Self -Help Groups （OPSHGs）」を推進している[51]。

[49] http://www.mswrr.gov.mm/index.php/main/home
[50] UN ESCAP "Ageing in Asia and the Pacific: Country Profiles" March 8, 2017
http://www.unescap.org/sites/default/files/SDD%20Ageing%20Fact%20Sheets%20v8-1-E.pdf p.64.
[51] Daw Khin Thuza, Assistant Director, Department of Social Welfare, Ministry of Social Welfare, Relief and Resettlement "The Best Practices and Successful Experiences for Achieving Community Involvement in Community-based Treatment in Myanmar"

OPSHG では、自宅で生活する元気な高齢者が近隣の高齢者宅を訪問し、高齢者同士でコミュニケーションを取ることを通じて、高齢者の孤立を防いでいる。同局では、それらグループの認可を行っている。OPSHG に参加しているのは、その地区に在住の「元気な高齢者」であり、活動は全てボランティアである。ボランティアはコミュニティリーダー（村長や村長が任命した者）が指名したり、管理している。4つの地区に配置しているケースマネージャーが、OPSHG で高齢者ケアを行っている者を訪問し、高齢者に対する接し方等を伝えることがある。しかしながら、当該ボランティアに対する研修プログラムは整備していない[52]。

### ２）関係法令・施策等

ミャンマー政府による近年の主な高齢者関連法・政策の取り組みには以下が含まれる[53]。

- 2014 年：高齢者に関する国家計画 5 か年計画「National Plan on Ageing（又は National Action Plan on Ageing[54]）」の承認
- 2014 年：国家社会保障戦略計画「National Social Protection Strategic Plan（NSPSP）」の承認
- 2016 年：高齢者に関する法律「Law Relating to Older Persons[55]」の可決[56]
- 2017 年：2016 年法施行に向けた関連規制などの策定作業
  - 高齢者政策に関する 20 か年計画（20-year National Policy on Ageing）の草案作成
  - 2014 年に承認された高齢者に関する国家計画 5 か年計画の評価および新たな 5 か年計画に向けた準備

2014 年に承認された「高齢者に関する国家計画 5 ヵ年計画」には、所得保障、健康・ヘルスケア、自然災害・その他緊急時における対応、社会福祉、家庭・生活環境、介護・支援、教育・アドボカシー、（関連政策・プログラムの）実施体制、モニタリング・評価、高齢者政策およびサービス提供に係る部局・地方レベルの行政職員のキャパシティ強化、高齢者に関するデータ処理・情報システムの開発が含まれている[57]。

また、同 2014 年の「国家社会保障戦略計画」では、高齢者に特化した項目が設けられている[58]。同計画では、高齢者に対する社会的保護の目的として、①高齢者の所得保障を確保し、②高齢者のニーズに応えるべく、高齢者に権限を与え、③高齢者に対して、保健サービスへのアクセスを保証することとしている。その上で、社会的年金（Social pensions）と高齢者自助グループ（Older Person Self -Help Groups：OPSHGs）という 2 つのフラッグシッププログラム（flagship programs）を盛り込んだ（後述）。また、高齢者に対する社会保障に関連したリスクや脆弱性を防ぎ、適切に対応していくため、プログラムやサービスを継続的に強化し、下記の取り組みなどを進めていくとしている。

a　老人ホーム（Homes for the Aged）は最終的な選択肢と考え、家族やコミュニティベースのケアに重点を置いたプログラム

---

http://210.246.159.139/probation_en/index.php/2015-10-13-02-01-55?download=30:the-best-practices-and-successful-experiences-for-achieving-community-involvement-in-community-based-treatment-in-myanmar　page 4

52「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」ミャンマー社会福祉局ヒアリング調査に基づく

53 http://myanmar.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/4L_older_population.pdf　page 100；http://www.unescap.org/sites/default/files/8.%20MIPAA%20Focal%20Point%20Presentation%20%28Myanmar%29.pdf　p. 2

54 http://www.unescap.org/sites/default/files/8.%20MIPAA%20Focal%20Point%20Presentation%20%28Myanmar%29.pdf　p. 2

55 http://www.unescap.org/sites/default/files/8.%20MIPAA%20Focal%20Point%20Presentation%20%28Myanmar%29.pdf　p. 2

56 Myanmar Times 紙の 2017 年 2 月 10 日付けの記事は同法が 2016 年 12 月 30 日付けで議会で可決されたと報じている（The Union parliament passed the Ageing Law on December 30, 2016.）。（https://www.mmtimes.com/national-news/nay-pyi-taw/24906-by-laws-in-the-works-to-protect-elders.html）

57 http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf　p. 96

58 The Republic of the Union of Myanmar “Myanmar National Social Protection Strategic Plan” December 2014, p. 64-66

b　医療費を賄うことができない高齢者を支援するプログラム
c　社会的、経済的苦難に直面している高齢者のための栄養プログラム
d　年齢、技能、職能レベルにあった職業紹介プログラム
e　高齢者の社会参加や地域社会に特有の伝統的・文化的側面に焦点を当てたプログラム
f　災害危機管理（disaster risk management：DRM）プログラムにおいて、高齢者を優先的に対応すべき集団として考え、このグループを DRM プロセスに介在させるようにする

この他、ミャンマー保健省（Ministry of Health：MOH）が管轄する国家保健計画（National Health Plan：NHP）では、1993 年～1996 年の計画[59]の中で、高齢者の医療を、コミュニティ・ヘルス・ケア・プログラム（Community Health Care programme）のサブプログラムとした。1996 年～2000 年の計画でも、高齢者への医療は盛り込まれ、プライマリー・ヘルス・ケアでは不可欠なものとなっている。プロジェクトの実施地区では、プライマリ・ヘルス・ケアを通して、自立歩行可能な高齢者の少なくとも 20％に対して老人病診療サービスを提供することを目標としている。また、家族や医療ボランティア、NGO などを通して在宅の老人病ケアを提供することも推奨している。医療従事者、医療ボランティア、家族介護者などへの研修プログラムも実施プログラムに含まれている。プログラムの中心には、農村の健康センターでの水曜老人クリニックの設立があり、また、地域での高齢化の課題についての啓発活動、都市・農村部での高齢者の状況についての調査活動なども含まれている[60]。現在、国家保健計画（NHP）は 2017 年～2021 年の計画に基づき、各種プログラムが継続的に実施されている[61]。

### ３）社会保障

ミャンマーでは、これまで一部例外を除き国民全体に対する公的医療保険制度を含む社会保障制度はなかった[62]。また、社会保障法に基づく保険給付については、一般保険給付と労災保険給付だったが、2012 年社会保障法改正により、失業保険給付、老齢年金などの新たな規定が設けられたものの、すべての規定がすぐ制度化されたわけではなく、段階的に進めれれてきた[63]。

こうした中、老齢年金制度開発が進められてきた。具体的には 2014 年の NSPSP において、社会的年金（Social Pension）プログラムがフラッグシッププログラムのひとつとして掲げられた。2015 年開始予定の同プログラムは、高齢者に対して現金給付（cash benefit）を行う。65 歳以上の高齢者は毎月 25,000 ミャンマー チャット（MMK）を受給する。同プログラムは、約 350 万人の高齢者を対象とし、完全導入段階での総経費は GDP 比 1.39％程度が見込まれている[64]。

なお、高齢者に現金を支給する高齢者に対する社会的年金補助（The Social Pension Assistance for the Older Persons）プログラムについては、90 歳以上の全高齢者を対象に、2015 年～2016 年度から実施されている。支給金額と受け取った高齢者数は次の通り[65]。

- 2015 年～2016 年度：18,000 MMK ／人（全対象者）・2 万 2560 名

---

59 http://mohs.gov.mm/ckfinder/connector?command=Proxy&lang=en&type=Main&currentFolder=%2FNHP%2F&hash=a6a1c319429b7abc0a8e21dc137ab33930842cf5&fileName=Myanmar%20National%20Health%20Plan%20(2017-2021).pdf, 2016（計画概要の英語版）
60 http://www.searo.who.int/publications/journals/regional_health_forum/media/2012/rhf2012v16n1p23.pdf, pp.25-26 (PDF pp.3-4)
61 Regional Seminar on Long-term Care for Elderly Persons June 7-9, 2017 Bangkok, Thailand, Country Presentation- Myanmar p.21
62 http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/17/dl/t5-06.pdf
63 http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/17/dl/t5-06.pdf
64 http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=50377　page 64
65 Regional Seminar on Long-term Care for Elderly Persons June 7-9, 2017 Bangkok, Thailand, Country Presentation- Myanmar p.7, p.20

- 2016 年～2017 年度：15,000 MMK /人（90 歳～100 歳未満）・2 万 3580 名、20,000 MMK /人（100 歳以上）・1135 名
- 2017 年～2018 年度：毎月 10,000 MMK /人（全対象者）

## ３．高齢者向けサービスの現状について

### １）高齢者ケアサービス

#### 7. 高齢者ケアサービスの提供状況

ミャンマーにおける主な高齢者ケアサービスとして、老人ホーム（Homes for the Aged）、ASEAN 韓国高齢者のための在宅介護プロジェクト（ROK-ASEAN Home Care for Older People Project）、高齢者の自助グループ（Older People Self Help Groups：OPSHGs）、高齢者のための地域開発（Rural Development on Ageing）、デイケアセンター（Day Care Center for Aged）、See Zar Yeik がある[66]。

図表 II-6 ミャンマーにおける主な高齢者ケアサービス

| | |
|---|---|
| 老人ホーム（Homes for the Aged） | ・社会団体や宗教団体が設立した 71 のケアホーム、Homes for the Aged がミャンマー国内にあり、2,300 名の高齢者が入居している[67]。<br>・同ケアホームでは、地域や人種を問わず、社会的な問題に直面している 60 歳以上の高齢者がケアを受けている。<br>・DSW は、これらのケアホームについて、施設 のレベルに応じて認定を行い、食料費や住居費、職員の給料等に対して支援を行っている。認定を受けたケアホームは、国内で 58 か所あり、すべてのケアホームには運営委員会が組織され、高齢者に対し、食料や居住スペース、ヘルスケアを高齢者が提供されている。 |
| ASEAN 韓国高齢者のための在宅介護プロジェクト（ROK-ASEAN Home Care for Older People Project）[68] | ・国際 NGO や政府機関との連携で導入され、ミャンマーでは 2004 年に開始された。これは、韓国やその他 ASEAN 諸国の在宅ケアをモデルとしており、主な目的は、貧困者および身寄りのない高齢者の健康や社会的な状況を向上させ、生活を改善させることである。<br>・ケアモデルはボランティア主義に基づき、在宅ケアを通して、研修を受けたボランティアスタッフが身寄りのない高齢者をケアする活動を実施している。<br>・パイロットプロジェクトのフェーズ I（2004 年～2006 年）は、ヤンゴン（Yangon）地区の 2 つの自治体の 60 名の高齢者に対して、DSW の監督の下で National YMCA[69]が実施し、費用対効果が大きく有益であったと評価が高かった。<br>・フェーズ II（2006 年～2009 年）は、7 州の 25 の自治体で、地元の NGO によって、562 名の高齢者に対して実施された。<br>・フェーズ III（2009 年～2012 年）は、8 州 154 自治体で 1 万 6,919 名の高齢者に対し |

[66] http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Myammar_CountryReport.pdf page 2
[67] この数値は 2014 年 10 月の資料発表当時で最新のデータと考えられる（http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Myammar_CountryReport.pdf）。なお、「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」ミャンマー社会福祉局ヒアリング調査では、Home for the Aged は 82 戸と回答されている。
[68] http://www.unescap.org/sites/default/files/Item%206%20Home%20%26%20Community%20Care%20in%20ASEAN.pdf, 2014（HelpAge によるプロジェクトのサマリー）
[69] YMCA Myanmar：http://www.ymca.int/where-we-work/ymca-members-profiles/asia-and-pacific/ymca-myanmar/（団体の英語ウェブサイト）

| | |
|---|---|
| | て、1万 6,614 名のボランティアが参加して実施された[70]。 |
| 高齢者の自助グループ（Older People Self Help Groups：OPSHGs[71]） | ・ OPSHGs プロジェクトは在宅ケアプロジェクトの一環として、HelpAge International[72]が DSW と連携し、コミュニティベースの高齢者自助グループを整備してきた。2014 年の NSPSP において、フラッグシッププログラムのひとつとして掲げらている[73]。<br>・ 主な目的は、高齢者とその家族の生活向上であり、2009 年から 2102 年のトライアルでは、2 つの地域 30 の村に住む 1,000 人を超える高齢者が参加した。主に農業や畜産、漁業、小規模事業といった生計手段、所得獲得のための事業、医療サービスなどのプログラムに取り組んだ。高齢者の医療プログラムでは、高齢者とその家族に対する毎月の訪問医療や、伝染病や疾患予防に関する啓発活動、地元自治体の医療スタッフ人材育成などが実施された[74]。<br>・ その後、プロジェクトの実施が拡大され、マンダレー（Mandalay）地域の 18 の村、エーヤワディー（Ayeyawaddy）地域の 43 の村、ヤンゴンのダゴン（Dagon）にある 2 つの区で 2 万人が参加している[75]。 |
| 高齢者のための地域開発（Rural Development on Ageing） | ・ 2011 年から 3 年間にわたって、国際的な NGO である HelpAge International や Network Activities Group、YWCA、Golden Plan、Leprosy Mission International が Rural Development on Aging（RDA）が、公正・包括的生活アプローチによる経済的弱者の削減を目的として、ミャンマーの乾燥地域（Dry Zone）の 30 村・2 万世帯以上（高齢者とその家族）を対象に実施された。<br>・ こうした取り組みには、Livelihoods and Food Security Trust Fund（LIFT[76]）の資金が活用され、民主的に選ばれた委員で構成される Village Development Committee（VDC）によって運営され、コミュニティが主導的役割を担った。<br>・ 実施された主な内容は次のとおり。[77]。<br>• 高齢者がいる世帯に対する生活支援（物資・現金）<br>• 在宅ケア（ソーシャルケア）や医療ケアのボランティア活動<br>• 所得を生むベンチャー活動<br>• 災害リスクの軽減<br>• 地域の人材開発（家畜や小規模事業の研修、農業技術研修）<br>• 水道や衛生状態の改善 |
| 高齢者向けデイケアセンター（Day Care | ・ MSWRR は 2013 年、100%公的資金[78]で、高齢者向けデイケアケアセンターを設置し、高齢者ケアサービスを提供している。<br>・ 70 歳以上で社会的なケアを必要としている高齢者にサービスを提供することに加え、そ |

[70] http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Myammar_CountryReport.pdf, p.3
http://www.searo.who.int/publications/journals/regional_health_forum/media/2012/rhf2012v16n1p23.pdf, p.27 (PDF p.5)
[71] http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2014/01/Social-and-Economic-Empowerment-of-Older-Persons-in-Myanmar-through-Older-People-Self-Help-Groups.pdf, 2014（HelpAge によるプロジェクトのサマリー）
[72] HelpAge International Myanmar：http://www.helpage.org/tags/myanmar/（HelpAge International の英語ウェブサイト）
[73] The Republic of the Union of Myanmar "Myanmar National Social Protection Strategic Plan" December 2014, p. 65
[74] http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Myammar_CountryReport.pdf, p.3-4
[75] http://www.mhlw.go.jp/english/policy/affairs/asean/dl/12th_sum_01-04.pdf, p.11
[76] https://www.lift-fund.org/；諸外国の資金拠出により 2009 年にミャンマーに設立された貧困農村支援ファンド。ミャンマーの貧困農村で支援を実行する NGO 等に対して資金援助を行う。現在の活動資金は、欧州委員会、オーストラリア、デンマーク、フランス、アイルランド、イタリア、ルクセンブルグ、オランダ、ニュージーランド、スイス、スウェーデン、英国、米国の各国政府より拠出されている。
[77] http://www.mhlw.go.jp/english/policy/affairs/asean/dl/12th_sum_01-04.pdf, p.12
Regional Seminar on Long-term Care for Elderly Persons June 7-9, 2017 Bangkok, Thailand, Country Presentation- Myanmar p.17
[78] http://www.unescap.org/sites/default/files/SDD%20Ageing%20Fact%20Sheets%20v8-1-E.pdf

| | |
|---|---|
| Center for Aged) | の他のボランティア団体にとってモデルとなることができることも目的としている。現在、約290 名の利用者がいる[79]。<br>・ 高齢者向けデイケアセンターは施設ケアで、ソーシャルケア、ヘルスケア、アクティブエイジングの促進、レクリエーション活動、生涯学習活動、健康年齢のための栄養提供などを行っている。<br>・ 2015 年 9 月よりケアギバーのトレーニングを同施設で開始している[80]。 |
| See Zar Yeik[81] | ・ 介助が必要な高齢者や医療的ニーズの高い高齢者を受け入れる施設(2010 年設立)。なお、2017 年 10 月現在、病気の高齢者を受入れる施設は同施設を含め国内に 2 か所しか存在しない(もう 1 箇所はネトピーが 2016 年に設立)。<br>・ 利用者の要件:70 歳以上、病気などを患い、自力で生活ができない人、身寄りのない人(ただし、状況に応じて柔軟に対応しているとのこと)<br>・ シーザーイェックとは「twilight villa」を意味する。<br>・ 運営費用:主に寄付金。<br>・ 利用者:2017 年 10 月現在、123 名(うち男性:34 名)。 |

出所:https://www.dsw.gov.mm/en/content/elderly-care-services 及び
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Myammar_CountryReport.pdf 他を基に作成

その他、ミャンマーにおける高齢者を対象とした活動として、次のような団体が実施している[82]。

- Myanmar Maternal and Child Welfare Association(MMCWA[83])は、1998 年以来、無料の治療やアイケア、歯科ケア、白内障の手術、身体運動のデモンストレーション、経済的・物質的支援や寺院へのグループ訪問などの社会活動を実施し、高齢者を活動的な生活を送れるよう支援している NGO。
- Support Group for Elderly Doctors(SGED[84])は、医師により結成され、70 歳以上の高齢者を経済面、社会面、サービス面から支援することを目標として、デイケアセンターの開発や在宅の理学療法ケアプロジェクトの準備をはじめ、調査プログラムや学術的トレーニングプログラム、ニュースレターの発行など、現在、独居高齢者をはじめ 617 名を対象に活動を展開している非営利団体。

### イ. 高齢者ケアサービスの課題

2014 年 10 月 21～23 日に日本で開催された第 12 回 ASEAN・日本ケア社会に関するハイレベル会合(The 12th ASEAN & Japan High Level Officials Meeting on Care Societies)のミャンマー関係者によるプレゼンテーション「ミャンマーにおけるコミュニティの潜在性を活かした高齢者のためのヘルスケアと健康なライフスタイル(Health Care & Healthy life style for the Elderly by utilizing the Potential of community in Myanmar)」において、次のような課題が言及されている[85]。

- 国の高齢者ヘルスケアプログラム(National elderly health care programme)が未実施

[79] http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Myammar_CountryReport.pdf, p.3-4
[80] 「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」Day Care Center for Aged ヒアリング調査に基づく
[81] 同上
[82] http://www.searo.who.int/publications/journals/regional_health_forum/media/2012/rhf2012v16n1p23.pdf, p.27 (PDF p.5)
[83] http://www.mmcwa-myanmar.org/
[84] https://www.facebook.com/pg/Support-Group-For-Elderly-Doctors-Myanmar-174070265950761/about/
[85] http://www.mhlw.go.jp/english/policy/affairs/asean/dl/12th_sum_01-04.pdf, p.17

- 活動的で健康的な高齢者という(active and healthy aging)考えへの認知度が低い
- 老年医学(Gediatric Medicine)の強化が必要
- ケアを受けている高齢者は 8 千万人超に留まっており、ケアを必要とする高齢者ニーズに対応できていない
- ホームの数を増やし、サービスの拡大が必要
- コミュニティ・ベースの高齢者ケアの専門家の増員
- 高齢者の雇用が政策となっていない
- 持続的な高齢者ヘルスケア活動のための継続的支援が重要

また、MOH の高齢者向けヘルスケア・プログラム(Healthcare for the Elderly Programme)のプログラムマネージャーである Myint Han 博士[86]は、次のように指摘している。「世界の高齢化とミャンマーの高齢化の課題についての啓発プログラムを継続的に実施することが必要である。啓発メッセージは、健康寿命を延ばす生活習慣に焦点を当てるべきで、健康増進と健康とアクティブエイジングに向けた予防アプローチが重要である。高齢で健康であるには生産的な生活を送り身体および精神の健康を維持することが必要であることから、雇用機会の創出戦略が重要である。また、所得の機会または経験の共有によって、高齢者の社会参加が促進される[87]。」

## ４．高齢者ケアを担う人材とその教育・育成について

### １）高齢者ケアの主な担い手

ミャンマーでは、日常生活でケアを受けたり、病気や怪我の際にケアを受ける高齢者の半数は、その娘がケアを担っている。老夫婦の場合、妻が夫のケアをしている場合が多いが、その逆の例は少ない。孫がケアの担い手になっている例はさらに少ないが、二次的な支援を提供するという重要な役割を担っている。こうした世代間の支援は互恵的な面がある。高齢者が家族から支援を受ける一方で、同居世帯に対して大きな貢献をしている。子供と同居している高齢者の半数は、同居世帯に対して経済的支援をしており、その額は、3 分の 1 の世帯で家計の半分またはそれ以上にのぼっている。また、同居する高齢者が家事などを担うことで、子供もその恩恵を受けている[88]。

また、ミャンマーでは、伝統的に高齢者のケアは宗教や文化と強く結びついており、高貴なものとされてきた。大家族制の下で、異なる世代が同居し、その家族構成から高齢者のケアを家族が担い、高齢者は家族の助言者や地域の指導者として貢献するという役割がある。しかし、少子化や若い世代の都市への流入や就労、急激な都市化などにより、その伝統的な家族制度が崩れ始めている。高齢者に敬意を払うミャンマーの伝統は核家族化が広がるにつれ、都市部、農村部問わず、変化しはじめ、家族が担ってきた高齢者ケアを代替する政策イニシアチブが必要となっている。各種調査から、ケアを提供する人が高齢者施設への入居よりも在宅ケアを好んでいるということも分かってきており、高齢者ケアについて伝統的な家族ケアを維持したいという傾向が見られる。一方で、住居訪問や声かけ活動のほか、外来ケア、入院ケア、長期リハビリサービス等の総合的な高齢者サービスも求められているという結果もでてきている[89]。

### ２）専門サービスの提供主体[90]

---

[86] 同氏略歴：http://myanmar-conferences-exhibitions-workshops.myanmarinvestmentbusiness.com/Experts-1/speakers-1/professor-dr-myint-han-director-general-department-of-food-and-drug-administration-myanmar-fda-yangon-nay-pyi-taw-ministry-of-health-govornment-of-myanmar-university-of-medicine/

[87] http://www.searo.who.int/publications/journals/regional_health_forum/media/2012/rhf2012v16n1p23.pdf, p.28 (PDF p.6)

[88] http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/The%20Situation%20of%20Older%20Persons%20in%20Myanmar%20(English)%20Summary.pdf, p.6

[89] http://www.searo.who.int/publications/journals/regional_health_forum/media/2012/rhf2012v16n1p23.pdf, p.24 (PDF p.2)

[90] 政府主導の人材育成に係る取り組みについて、参考情報として掲載する。

2014 年の高齢者に関する国家計画（Plan of Action on Ageing 2014）では、医療従事者やソーシャルワーカーを対象とした医療介護、および高齢者介護に関する教育・トレーニングの支援や促進のほか、医療サービスの需要に従って、医療従事者やソーシャルワーカーを対象とした教育トレーニングプログラムを提供できるよう、医療従事者やソーシャルワーカーの需要測定などを目指している[91]。

### ｱ. 看護師[92]

ミャンマーの看護基礎教育は、大学（4 年間）と看護学校（3 年間）で提供されている。看護師資格は卒業試験に合格することで取得できるが、2年ごとの更新が必要となる。

看護師の職位は、「Trained Nurse（登録看護師）」、Trained Nurse として最低 3 年以上勤めた看護師が昇進して得られる職位の「Staff Nurse（スタッフナース）」、「Sister（病棟管理者）」「Matron（看護部長）」の4種類にわかれている。Staff Nurse は、Trained Nurse より責任は重いが、給与水準は変わらない。また、Sister は、Trained Nurse として 5 年以上の経験のもとに就ける職位であるが、職位の数が限られているため、実際には 20 年以上のベテランの看護師が当該職位に就いている。

### ｲ. 保健・スポーツ省によるケアギバーの育成[93]

ケアギバーは、主に公立病院にて、高齢者ケアに携わることを期待して作られる新たな資格である。現在、社会福祉省を中心として、ケアギバーの育成カリキュラム[94]の策定に乗り出した。労働省や同省も必要に応じて、カリキュラム策定に関わった。研修内容はミャンマーの看護師教育の内容を参考としている（詳細は後述）。将来的には、「technical advocational training course」に統合することを計画している[95]。また、同省では、医科大学や看護大学の講師を、ケアギバー育成研修の講師として派遣している。

従来の育成過程では、高卒資格がなくても、同研修を受講することが可能であったが、今後は高卒資格を必須とすることも検討している。

ミャンマーの看護師養成の専門教育の科目（コース）には「Elderly Care Course」「Mental Health Nursing Course」が含まれている。ケアギバーの研修で学ぶ内容はこれらのコースの内容とほぼ同じである。このカリキュラムの策定にあたっては、WHO 等も参考にしているというが、詳細は不明とのことだった。

### ｳ. Day Care Center でのケアギバーの育成[96]

デイ・ケア・センター（Day Care Center）では、DSW と HelpAge International Myanmar が協力してカリキュラムを開発し、ケアギバーの研修を 2015 年に開始した。これまでに 4 回の研修が実施され、115 名が受講した[97]。この研修は、タイの NGO「HelpAge International[98]」が策定した高齢者ケアを担う人材育成のためのカリキュラムを参考にしつつも、チェンマイ大学教授のケイティ・チョー氏とともに整備した。科目の一例は以下の通りである。

- ✧ 心理学
- ✧ 西洋医学
- ✧ ヨガ・太極拳（褥瘡予防）
- ✧ 漢方
- ✧ 高齢者とのコミュニケーションの取り方

---

91 http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf
92 https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/update/ugoki/icnugoki13.html
93 「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」ミャンマー保健・スポーツ省ヒアリング調査に基づく
94 デイケアセンターで実施しているケアギバー（詳細は後述。）とは別の資格である。
95 資格統合にあたって日本の介護事業者の支援を受けている。
96 「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」Day Care Center for Aged ヒアリング調査に基づく
97 Regional Seminar on Long-term Care for Elderly Persons June 7-9, 2017 Bangkok, Thailand, Country Presentation- Myanmar p.19；回数は資料発表時点で入手可能な最新情報と考えられる。
98 世界の貧困高齢者の QOL 向上を目指して活動しているタイの NGO。

✧ 高齢者のメンタルケア

✧ 高齢者ケアの方法（体位交換やおむつの交換等）

上記プログラムの講師は、医師や看護師、ヤンゴン大学教授（心理学や東洋医学の専門家等）の他に、フリーランスの専門コンサルタントやミャンマー赤十字社のスタッフ、関連省庁のスタッフが務めている。

2ヶ月のトレーニングのうち、72 時間は実際に高齢者と触れ合う実習形式を採っている。高齢者とのコミュニケーションを学ぶ際には、同施設にて実習を行うことが多い。おむつの交換の実習は、医療的ケアが必要な高齢者を対象とした老人ホーム「See Zar Yeik」にて実習を行っている。

### ３）インフォーマルサービスの提供主体

高齢化行動計画 2014 は、全国民が活力のある高齢化の準備ができるよう、全ての年代を対象としたフォーマル教育、およびインフォーマル教育といった生涯学習の提供を目指している。この行動計画の他に、ヘルプエイジ（HelpAge International）は社会福祉局と共同で、高齢化関連のトレーニングと認識を向上させるための説明会をプロエーヤワディ地方域、マンダレー市、ヤンゴン地方域といったプロジェクト導入地域で実施した[99]。

また、介護ボランティアと運営者は、MSWRR 傘下でヤンゴンにある社会福祉トレーニングスクール（Social Welfare Training School）でトレーニングを受ける[100]。このうち、介護ボランティア向けでは、社会福祉トレーニングスクールは、短期の講習を開いている。4 週間の講習を受けた者には Voluntary Social Welfare Officer の修了証（Certificate）が与えられる。1 年に 1 度、20 名の受講生の募集が行われる[101]。

## ５．その他

### １）日本への介護人材送り出し状況

下記は、関連性の見られる記事からの抜粋である。

参考記事：

- 学研ホールディングス傘下の学研ココファンは、ミャンマーや中国、フィリピンなどから 2020 年までに 120 名の研修生を受け入れ、介護施設やデイサービスへ配置する計画をしている。同社は、2017 年、ミャンマーにケア施設を開設し、今後、介護需要の拡大が見込まれるアジア市場での事業拡大の足掛かりとするとともに、将来的には、研修を終えた東南アジアの帰国者がスタッフとして従事することを期待している[102]。
- ヤンゴンで行われた技能実習生の面談で、長崎県から来た社会福祉法人関係者は、女性 12 人を面接し、5 人に「合格点」をつけた。いずれも地元の日系企業ジェイサットコンサルティング（JSAT）が育成した介護労働者の卵だ。2025 年、日本の介護現場は 38 万人の人材不足に陥るといわれる。国民の平均年齢が 27.9 歳と若く、仏教の教えで高齢者の世話を「功徳」と考えるミャンマーは、有望な人材供給国だ。15 年から介護人材育成事業を手掛けるJSATには、日本各地の施設から続々と採用の相談がくる。[103]

### ２）各国の支援

国際機関等によるミャンマーにおける高齢者政策支援プログラムについて、各組織の地域別主要プロジェクトに関

[99] http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf
[100] http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf
[101] https://www.dsw.gov.mm/en/training-on-social-welfare-training-school ; https://www.dsw.gov.mm/en/grants/grants-aids-voluntary-organizations
[102] https://asia.nikkei.com/Business/Trends/Japan-s-senior-care-providers-seek-more-foreign-trainees https://asia.nikkei.com/Business/Companies/Japanese-company-readies-nursing-care-expansion-into-Myanmar
[103] https://www.nishinippon.co.jp/feature/new_immigration_age/article/316448/

するウェブサイトなどから主な実施状況を確認した結果は次の通り[104]。

図表 II-7 国際機関・諸外国等による主な支援状況の概況

| 国際機関 | 概況 |
|---|---|
| 世界銀行<br>（World Bank） | 高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できず[105]。 |
| 欧州連合<br>（EU） | EU をはじめ主に欧州の各国が参加する LIFT プログラムは農村部への食糧供給の改善と経済的支援を行っており、栄養状態の改善の対象には高齢者も含まれている[106]。 |
| アジア開発銀行<br>（Asian Development Bank：ADB） | ADB によるミャンマーへの支援はインフラ開発と労働者のスキルアップに重点が行われているが、農村部の開発という点で高齢者向けの取り組みが行われている可能性がある[107]。 |
| 国連開発計画<br>ミャンマー事務所<br>（UNDP in Myanmar） | Human Development Initiative に基づいてコミュニティレベル、個人レベルでの生活環境改善の支援が行われているが、高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できず[108]。 |
| 世界保健機関<br>（WHO） | 感染症対策や治療システム確立のための支援が実施されているが、高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できず[109]。 |
| 国際連合人口基金<br>（UNFPA） | 高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できず[110]。 |
| UN ウィメン<br>（UN Women） | 高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できず[111]。 |
| 米国国際開発庁<br>（USAID） | 困窮するコミュニティへの健康状態の改善と経済的な支援が行われているが、高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できず[112]。 |
| オーストラリア国際開発庁<br>（AusAID） | ヤンゴンのオーストラリア大使館による The Direct Aid Program（DAP）[113]は貧困の激しい地域に生活のための物資や経済的な支援を行っており、その対象には高齢者も含まれている[114]。 |
| ドイツ国際協力公社<br>（GIZ） | 農村部のインフラ開発や食料の支援が行われているが、高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できず[115]。 |
| 独立行政法人　国際開発機構<br>（JICA） | 高齢者のみを対象としたプロジェクトは特定できないが、JICA のミャンマーへの支援は農村部の開発、ヘルスケア、インフラ建設に重点が置かれ、多くのプロジェクトは高齢者を支援の対象に含んでいる[116]。 |

104 なお、リソースの都合から、各組織のデータベースなどを使った詳細調査は実施していない。
105 http://www.worldbank.org/en/country/myanmar/overview#2
106 https://www.lift-fund.org/
107 https://www.adb.org/countries/myanmar/strategy
108 http://www.mm.undp.org/content/myanmar/en/home/operations/about_undp.html
109 http://www.searo.who.int/myanmar/areas/en/
110 http://myanmar.unfpa.org/en/country-programme
111 http://asiapacific.unwomen.org/en/countries/myanmar
112 https://www.usaid.gov/burma
113 http://dfat.gov.au/people-to-people/direct-aid-program/Pages/direct-aid-program.aspx
114 http://myanmar.embassy.gov.au/rang/cooperation.html
115 https://www.giz.de/en/worldwide/11988.html
116 https://www.jica.go.jp/myanmar/english/index.html

| | |
|---|---|
| HelpAge International | HelpAge はミャンマーにおいて現地の団体と協力して高齢者の在宅ケアのためのボランティアや親族のトレーニング、高齢者のコミュニティグループの設立、緊急時の高齢者とその家族の支援を行ってきた。高齢者のための国家行動計画の作成にも協力している[117]。 |

出所：各機関ウェブサイトを基に作成

以上

[117] http://www.helpage.org/tags/myanmar/

# III.　ベトナム

## １．高齢者を取り巻く状況について

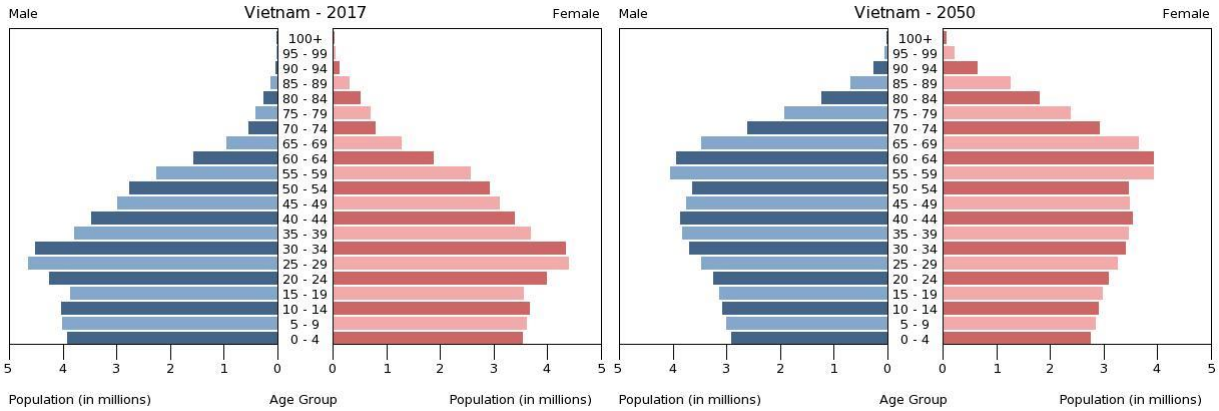
### １）基本情報[118]

| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年:約 93.4(百万人) |
| 高齢化率<br>(65 歳以上) | 2015 年:6.7% |
| 平均寿命 | 2015 年:76.0 歳(健康寿命は 66.6 歳) |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年:1.96 |

### ２）人口構成と高齢化率の変化

米国国勢調査局(International Database)では、ベトナムにおける 2017 年の人口に占める 65 歳以上の人口の割合は 6.1%、2050 年には 20.7%と予測している。なお、United Nations World Population Prospects : The 2015 Revision によると、2017 年に高齢化社会に突入し、2034 年に高齢社会、2050 年には超高齢社会へへ移行するとの予測であり、高齢化のスピートは非常に早い(倍化年数 17 年)。

図表 III-1 人口ピラミッド




出所:米国国勢調査局 International Database[119]

### ３）生活状況

HelpAge International が公表する、ベトナムの高齢者の生活状況に関連する統計結果(2014 年時点)[120]は以下の通り。農村部で暮らす高齢者の割合が7割弱となっている。

また、HelpAge の"Aging population in Vietnam"では、2014 年時点において、貧困家庭に暮らす高齢者の割合は 22.3%と報告している。

図表 III-2 高齢者の生活状況

| | |
|---|---|
| 高齢者人口(60 歳以上) | 9,462,236 人 |
| 生産年齢人口に対する<br>60 歳以上高齢者の割合 | 9.3% |
| 農村部に住む高齢者人口 | 6,431,422 人 |
| 都市部に住む高齢者人口 | 3,030,814 人 |

ベトナム高齢化調査(VNAS 2011 年)によると、高齢者の 7 割程度は子どもと同居している。地方村落部は子ど

118 United Nations World Population Prospects : The 2015 Revision, WHO World Health Statistics 2016
119 https://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php
120 HelpAgeHP: Aging population in Vietnam (http://ageingasia.org/ageing-population-vietnam/)

も世代が都市部や外国に出稼ぎに行くなどして独居や高齢者のみの世帯が増加している[121]。

### ４）健康状態[122]

VNAS が 2011 年に実施した調査によると、高齢者の半数以上が自身の健康状態を「良くない」又は「とても良くない」と評価しており、身体面のケアに加えて精神面へのケアも求めている。高齢者の約4割が健康保険カードを保有していないとの報告もある。

## ２．介護に対する各国の意識や取組について

### １）関係省庁・組織等

ベトナムにおける高齢者政策の中心的組織はベトナム高齢化委員会（Viet Nam National Committee of Ageing：VNCA[123]）である[124]。VNCA は高齢者の介護や役割に関する取り組みを主導および調整するにあたり、首相を補佐する政府機関である。VNCA が主に補佐を担当する分野は以下の通り[125]。

- 首相による介護に関するガイドライン、政策、プログラムおよび計画の策定や、高齢者の役割促進に関する取り組みを補佐する
- 高齢者の介護に関する国の法律や政策の施行に係る省庁、政府機関、地方自治体による活動の指導、監督、検査、および評価について、首相を補佐する
- ベトナム共産党の高齢者政策および国の法規制の施行にあたり、関連情報を広め、国民に働きかけるため、首相が各省庁、関連業界、地方自治体、関連団体組織間の調整を図ることを補佐する
- 高齢者に関する国際協力活動の動向を追い、活動実施状況や高齢者の役割推進に関して、首相に定期的に報告する。

VNCA に在籍するメンバー一覧は以下の通り[126]。

- **委員長：**副首相
- **副委員長：**労働・傷病兵・社会省大臣（Minister of Labour, Invalids and Social Affairs）
- **副委員長：**ベトナム高齢者協会長（Leader of the Vietnam Association of the Elderly：VAE）
- **委員：**内務省副大臣（Deputy Minister of Home Affairs） / 計画・投資省副大臣（Deputy Minister of Planning and Investment） / 財務省副大臣（Deputy Minister of Finance） / 保健省副大臣（Deputy Minister of Health） / 教育・訓練省副大臣（Deputy Minister of Education and Training） / 文化・情報省副大臣（Deputy Minister of Culture and Information） / フィジカルトレーニング・スポーツ委員会副委員長（Deputy Chairman of the Committee for Physical Training and Sports） / 司法省副大臣（Deputy Minister of Justice） / 農業農村開発副大臣（Deputy Minister of Agriculture and Rural Development） / 人口・家族・児童委員会副委員長（Deputy Chairman of the Committee for Population, Family and Children） / 少数民族委員会副委員長（Deputy Chairman of the Committee for Ethnic Minorities）
- **中央組合からの代表参加者：**ベトナム祖国戦線中央委員会幹部代表（Standing Presidium of the Central Committee of Vietnam Fatherland Front） / ベトナム女性同盟中央委員会副委員長（Vice Chairman of

121 独立行政法人国際協力機構「ベトナム国介護福祉機器製造販売事業に関する基礎調査業務完了報告書」（2017 年）、p.10.
122 HelpAgeHP: Aging population in Vietnam（http://ageingasia.org/ageing-population-vietnam/）
123 http://vnca.molisa.gov.vn/?lang=2
124 http://www.unescap.org/sites/default/files/SDD%20Ageing%20Fact%20Sheets%20v8-1-E.pdf
125 http://vnca.molisa.gov.vn/?page=news&do=browse&category_id=153
126 http://vnca.molisa.gov.vn/?page=news&do=browse&category_id=153

Central Committee of Vietnam Women's Union) / ベトナム労働者同盟副同盟長(Vice President of the Vietnam Confederation of Labor) / ベトナム退役軍人同盟副同盟長(Vice President of Vietnam Veterans) / ベトナム農業事業者同盟副同盟長(Vice Chairman of Vietnam Farmers' Association) / ホーチミン共産党青年部中央書記代表(Central Secretariat of Communist Youth Union of Ho Chi Minh) / ベトナム調査奨励協会代表(Vietnam Study Encouragement Society)

国レベルでの取り組みを総括する VNCA に、代表者が委員として参加する関係省庁のうち、特に以下の省庁については、高齢者に特化した役割を担っている。

- **労働・傷病兵・社会省(Ministry of Labour, Invalid and Social Affairs:MOLISA)**[127]:ベトナム政府の社会保障分野の取り組みを担うMOLISAは、高齢者保護についても担当する[128]。具体的には、高齢者保護に関連する政策や法制度の策定や、政策実施状況のモニタリングも行う。
- **保健省(Ministry of Health:MOH)**[129]:ベトナム政府の保健分野の取り組みを担う MOH では、高齢者の疾病予防や診療サービスに関する政策の策定も行う[130]。また、これら政策の実施状況のモニタリングも行っている。

また、ベトナム高齢者協会(Vietnam Association of the Elderly:VAE)[131]も、ベトナムの高齢者政策において重要な位置づけを持っている。VAE は 1995 年に設置され、後述の 2009 年成立の高齢者法にその役割が定められている[132]。ベトナム全土の行政組織にその支部を置き[133]、各地方自治体にある労働・傷病兵・社会局(Department of Labour, Invalid and Social Affairs:DOLISA)と協力して、高齢者名簿の作成などの高齢者の実態調査に加え、高齢者の役割向上に向けた取り組みや高齢者ケアへの支援などを実施している。ベトナムの高齢者の 9 割が会員として所属するといわれる。

### ２）関係法令・施策等

ベトナムにおける主な高齢者関連法・政策は次の通り[134]。

- **1946 年憲法**[135]14 条で「高齢または働けない市民は支援を受ける必要がある」と定め、その後、1959 年憲法 32 条では「高齢、病気、障害の状態にある市民を支援し、社会保険、健康保険、社会的救済を拡大する」と規定した。また、1992 年憲法 64 条では、「子供は両親や祖父母を敬い、世話をする責任がある」としているが、同時に同 87 条では「高齢者は、政府や社会が責任を持って支援を提供するべき人口グループの 1 つである」と定めている。

---

127 http://www.molisa.gov.vn/vi/Pages/Trangchu.aspx
128 三木博文ほか「ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性」(2015) https://www.n-koei.co.jp/rd/thesis/pdf/201503/forum23_007.pdf
129 http://moh.gov.vn/sites/en-us/pages/home.aspx
130 三木博文ほか「ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性」(2015) https://www.n-koei.co.jp/rd/thesis/pdf/201503/forum23_007.pdf
131 http://www.hoinguoicaotuoi.vn/
132 三木博文ほか「ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性」(2015) https://www.n-koei.co.jp/rd/thesis/pdf/201503/forum23_007.pdf
133 「中央委員会、省(市)(省と市を合わせて 63 協会)、県(700 協会)、村(1 万 1,000 協会)にそれぞれ協会組織が存在」する。JICA, MURC「アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査【各国編】_02」(2012)
134 http://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report_ENG_FINAL_27.07.pdf, pp.40-41 (PDF pp.44-45) その他関連政府議定などに関する情報:http://ageingasia.org/ageing-population-vietnam/
135 http://www.constitutionnet.org/sites/default/files/tranlation_of_vietnams_new_constitution_enuk_2.pdf, Unofficial Translation (2013 年憲法の非公式英語訳)

- **首相指示**（Directive [136]No. 59-CT/TW、1995 年 9 月 27 日）では、「高齢者は、ベトナムの子供を産み育て、教育してきた貢献について感謝されなければならない。大部分の高齢者は、国を作り上げ、守ってきたことから、高齢者を物質的、精神的側面でケアすることは共産党、政府、社会全体の責務である」と言及した。また、政府に対し、高齢者ケア、特に障害のある高齢者、住居のない高齢者、身寄りのない高齢者を優先した予算配分を勧奨している。
- **高齢者に関する法令**（Ordinance on the Elderly、No. 23/2000/PL-UBTVQH10[137]、2000 年 4 月 28 日）では、1992 年憲法と第 10 国会の 6 回目の審議で決定した事項で定めた高齢者に対する計画をより具体的にすることを命令した。ここでは、高齢者の権利や社会の責任とともに高齢者の役割も明示されている。
- **高齢者法**（Law on Elderly[138]、2009 年 11 月 23 日制定、2010 年 7 月 1 日施行）は、ベトナムにおける高齢者対策について包括的に規定した法律である。高齢者の権利と義務、高齢者ケアに関する家族や国・社会の責務、高齢者の社会参加およびベトナム高齢者協会（Vietnam Association of the Elderly：VAE）の役割などについて定めている[139]。また、「家族が第一義的に高齢者の世話を行うこと、個人は高齢者を尊敬し手助けを行うこと」と書かれている[140]。同法の素案は、2000 年に出された高齢者に関する法令（Ordinance on the Elderly、No. 23/2000/PL-UBTVQH10[141]）に基づき、労働・傷病兵・社会省（Ministry of Labour, Invalid and Social Affairs：MOLISA）と VAE などが共同で作成した[142]。
- **高齢者国家活動計画 2012-2020 に関する首相指示**（National Programme of Action for the Elderly 2012-2020、Decision No. 1781/QD-TT[143]）は 2012 年に制定された[144]。同計画は、「高齢者の文化・社会・教育・経済・政治活動への参加促進や義務と権利の実行、心身の健康確保、生活の質の向上」を目標に掲げている[145]。同計画により、関連省庁の役割などが規定されている。
- **Intergenerational Self-Help Club（ISHC）モデルの 2016-2020 年における全国普及プロジェクト承認に関する首相指示**（Decision 1533 - Approving the Project on the Replication of the Intergenerational Self-help Club Model in the 2016-2020 period[146]）が 2016 年 8 月付けで発表された[147]。この発表により、ISHC モデル（後述）の普及に向けた目標が定められ、予算が配分され、導入に向けた関係者の責任が明確化されることになった[148]。
- **高齢者健康ケアプロジェクト 2017-2025 年**について、保健省は 2016 年 12 月 30 日付で認可した。今後、保健省人口・家族計画化総局の傘下に、高齢者ケアを所管する新しい機関（高齢者健康ケアセンター）が設置される予定[149]。同プロジェクトでは、「人口高齢化期に適応する高齢者健康ケアのニーズに応え、高齢者国家行動計画、人口・リプロダクティブヘルス戦略、国民の健康を保護・ケア・向上させる国家戦略の実施に寄与する」ことを目指している。具体的目標は下表の通り。なお、本プロジェクトは保健省主導の下、同省内各部局

---

136 Directive, Ordinance, Decree などの日本語訳は次の資料を参照：http://www.ndl.go.jp/jp/diet/publication/legis/231/023110.pdf
137 https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/57288/62299/F2023399736/VNM57288.pdf, 2000（本文の英語版）
138 http://ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=84194&p_country=VNM&p_count=532, 2009（法律本文の英語版）
139三木博文ほか「ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性」（2015）https://www.n-koei.co.jp/rd/thesis/pdf/201503/forum23_007.pdf 他
140JICA「ベトナム国　社会保障分野情報収集・確認調査　ファイナルレポート」（2014）（比留間洋一「ベトナム高齢者法の特徴とその背景ー政府との比較を中心にー」（2016 年 9 月）にて引用）
141 https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/57288/62299/F2023399736/VNM57288.pdf, 2000（本文の英語版）
142 比留間洋一「ベトナム高齢者法の特徴とその背景ー政府との比較を中心にー」（国際関係・比較文化研究（静岡県立大学国際関係学部）第 15 巻第 1 号（2016 年 9 月）抜刷）
143 http://vietnamlawmagazine.vn/decision-no-1781-qd-ttg-national-action-program-on-the-elderly-2548.html
144 http://www.unescap.org/sites/default/files/SDD%20Ageing%20Fact%20Sheets%20v8-1-E.pdf
145三木博文ほか「ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性」（2015）https://www.n-koei.co.jp/rd/thesis/pdf/201503/forum23_007.pdf
146 http://ageingasia.org/wp-content/uploads/2016/09/Decision1533.pdf
147 http://ageingasia.org/vietnam-plan-to-expand-intergenerational-self-help-club-model-nationwide/
148 https://ageingasia.org/vietnam-plan-to-expand-intergenerational-self-help-club-model-nationwide/
149 「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」ベトナム保健省人口・家族計画化総局ヒアリング調査に基づく

や他省庁と連携して、2017～2025 年の期間内に可能な限り早く完遂させる意向だが、各取組の具体的な実行期限等は未定である[150]。

- ✧ 本プロジェクト内に「高齢者健康ケア人材の養成」との記載が見られる。これは、現在ベトナム国内の一部の病院設置されている高齢者ケアを専門的に行う診療科を今後各地の病院に広げ、そこで高齢者ケア人材を養成していくことを意味している。ただし、プロジェクトの対象となる人材や養成プログラムの内容等の詳細については未定であり、今後の検討事項とのこと[151]。

**図表 III-3 高齢者健康ケアプロジェクト 2017-2025 年の主要目標**

| 目標 | 2025 年までに達成を目指す指標 |
|---|---|
| a)社会全体が高齢者健康ケアに参加するよう、意識を向上させ、協調的な社会環境と運動をつくりだす。 | ・ 各級の党執行委員、政権、各種委員会・部門・団体の指導者の 100%が、人口高齢化、高齢者健康ケアの実態、ニーズに関する情報を提供され、高齢者健康ケアに関する指針、計画文書を発行する。<br>・ 高齢者あるいは高齢者を直接ケアする身内の者 100%が、人口高齢化、高齢者の健康ケアの権利、高齢者健康ケアの知識に関する情報を知っている。 |
| b)自分で健康をケアする知識、技能を向上させることを基礎として高齢者の健康を向上させ、高齢者のプライマリー健康ケアサービスへのアクセスビリティを高める。 | ・ 高齢者の 80%が、自分でケアする能力をもち、健康セルフケアの知識と技術を提供される。<br>・ 高齢者の 80%が、最低年 1 回は定期健康診断を受け、健康を継続的に管理する書類をもつ。 |
| c) 絶えざる質の向上、適切な費用と方法(医療施設や在宅など)で高齢者の診療ニーズを十分満たす。 | ・ 高齢者の 90%が、病気の際、健康ケアサービスにアクセスできる。<br>・ 中央と省レベル(小児専門病院は除く)の病院 100%が、高齢者である患者を治療するために、老年科を設置あるいはいくつかのベッドを確保する。中央直轄都市に、新しい老年病院を設立することを推奨する。<br>・ 高齢者の 100%が、医療保険証をもつ。 |
| d)在宅、コミュニティ、集団的健康ケア施設における高齢者のロングターム健康ケアのニーズへの対応を絶えず充実化する。 | ・ 自分でケアできない高齢者の 100%が、家族とコミュニティから健康ケアを受ける。<br>・ 身寄りのない独り身で、自分でケアできず、自宅に支えてくれる人がおらず、支払い能力のない高齢者が、集団的健康ケア施設でケアを受けられる数を、2016 年と比べ最低 2 倍に高める。 |

出所:2016 年 12 月 30 日付保健省決定第 7618/2016/QĐ-BYT「2017-2025 期高齢者健康ケアプロジェクト認可決定」(星城大学 比留間洋一氏 仮訳)を基に作成

### ３）社会保障

#### 7. 医療保険

ベトナムの健康保険制度は、健康保険法(Health Insurance Law、25/2008/QH12、2009 年 7 月 1 日施行)及び健康保険法(46/2014/QH13、2015 年 1 月 1 施行)に基づき、国が運営している。国民皆保険を目指し、企業に雇用される労働者だけではなく、自営業者および農業従事者、子供や高齢者等も対象としているが、加入率は7割程度とされる[152]。

特に高齢者については、政府議定(Decree 95/CP[153]、1994 年 8 月)により、高齢者は公立病院での医療費完全無料、または部分的に一部負担となる健康保険カードが支給された。さらに、高齢者に関する法令(2000 年 4 月)によって、独居で支援や所得のない高齢者のみが医療費無料となり、2002 年 3 月の政府議定(Decree No. 30/2002/ NĐ-CP)を通じて、100 歳以上の高齢者に 5 万 VND(ベトナムドン)分又は賦課方式による医療費無料の健康保険が適用されることとなった。その他、幾度かの更新を経て、2008 年 11 月に成立した健康保険法では、

150 同上
151 同上
152厚生労働省「2016 海外情勢報告_社会保障施策 (ベトナム)」
153 https://luatminhkhue.vn/en/decree/decree-no-95-2013-nd-cp-dated-august-22--2013-of-the-government-on-penalties-of-administrative-violations-in-labor--social-insurance-and-overseas-manpower-supply-by-contract.aspx, 2013 (本文の英語版)

高齢者を含む社会的弱者層を優先する法が制定されることになった[154]。なお、JICA, MURC「アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査【各国編】_02」(2012)によれば、「36 万 3 千人の高齢者に健康保険カードが配布されており、90 歳以上の 67%を占める 9 万 1 千人は自己負担額が免除されている[155]」。

### イ. 所得保障

1960 年代から、政府は社会保険制度、特に年金の導入に取り組み、高齢により退職した労働者を保護してきた。40 年以上の運営の過程で、年金制度は幾度の改正を経て、その時々の社会経済変化に適応し、助成制度から拠出制度へ移行してきた。現在、この制度の根拠となるのが社会保障法(Social Insurance Law[156]、2007 年 1 月施行)で、その加入者の権利と義務を保証するために、SI 導入に当たっては政府議定(Decree No. 68/2007/ NĐ-CP、2007 年 4 月)、支給金額の調整のための政府議定(Decree No. 184/2007/NĐ-CP[157]、2007 年 12 月)、拠出額を決める民間部門の労働者の給与基準の調整のための政府議定(Decree No. 83/2008/NĐ-CP、2008 年 7 月)等を発表している[158]。その後、2014 年 11 月に法律改正が行われ(58/2014/QH13)、2016 年 1 月 1 日から一部施行が始まっている[159]。

**図表 III-4 ベトナムの社会保障制度**

| 制度 | 概要 |
|---|---|
| 老齢年金 | • 老齢年金は社会保険制度に組み込まれている。<br>• ベトナムの社会保険は強制加入と任意加入に分けられる。<br>➢ 強制加入対象者:3 か月以上の雇用契約を締結した労働者、公務員、 軍・公安の職員、雇用契約に基づき海外で従事する労働者など(2018 年 1 月から、1 か月以上 3 か月未満の短期契約の労働者、外国人労働者も対象となった)。給付対象は、原則、男性 60 歳以上、 女性 55 歳以上で、保険料拠出期間が 20 年を超える場合(ただし、一定要件を満たした場合 15 年)。<br>➢ 任意加入対象者:自営業者および農業従事者など。給付対象は、原則、男性 60 歳以上、女性 55 歳以上で、保険料拠出期間が 20 年を超える場合(ただし、給付対象:原則、男性 60 歳以上、 女性 55 歳以上で、保険料拠出期間が 20 年を超える場合(ただし、15 年間社会保険料を納付した場合、退職前の平均給与月額の 45%が受給でき、納付期間に応じ加算される。最大 75%)。 |
| 老齢福祉手当 | • 老齢福祉制度は 2000 年 3 月設置、2002 年より 老齢福祉手当支給開始。<br>• 対象:年金を受け取っていない 90 歳以上の高齢者。<br>• 受給開始年齢や支給額は社会状況、 生活状況などを踏まえ段階的に見直しあり |
| その他のサービス | • 長寿祝い:一定の年齢の高齢者に対する贈答・祝金<br>➢ 90 歳の高齢者には省人民委員長、100 歳の高齢者には国家主席から 金品の贈答 |

154 http://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report_ENG_FINAL_27.07.pdf, p.45 (PDF p.49)
155 JICA, MURC「アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査【各国編】_02」(2012)
156 http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=99775&p_country=VNM&p_count=3, 2014(法律本文の英語版)
157 http://vbpl.vn/gialai/Pages/vbpqen-toanvan.aspx?ItemID=3090, 2007(本文、英語版はサマリーのみ)
158 http://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report_ENG_FINAL_27.07.pdf, pp.42-43 (PDF pp.46-47)
159 厚生労働省「2016 海外情勢報告_社会保障施策(ベトナム)」

| | |
|---|---|
| | ➢ 70、75、80、85、95、100 歳の高齢者：省人民委員長から祝金の支給<br>• 公共交通機関および公的文化施設の利用割引：60 歳以上の高齢者に対して、船、列車、飛行機などの交通機関の利用料の少なくとも 15%、文化遺産、美術館、観光施設などへの入場料の少なくとも 20% の割引がある |

出所：三木博文ほか「ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性」（2015）および
厚生労働省「2016 海外情勢報告_社会保障施策（ベトナム）」を基に作成

上記に加え、自立能力がなく、コミュニティでのケアを受けられない不遇な状況に置かれ、手当金の支給対象となっている高齢者については、Social Assistance Center（社会保護施設）に入居することができる[160]。

図表 III-5 Social Assistance Center（社会保護施設）の光景

出所：JICA[161]

### ３．高齢者向けサービスの現状について

### １）高齢者ケアサービス

### １．高齢者ケアサービスの提供状況

ベトナムにおいては、前述の高齢者法にも規定があるように、高齢者のケアは基本的には家族や扶養義務を負う者の役割として認識されている。実際に、現在、ベトナムの高齢者の内、約 7 割が家族と一緒に生活している。こうした中、ベトナム赤十字協会本部直属の高齢者支援研究センターは、前述の「高齢者国家活動計画 2012-2020」等を通して、在宅ケアをベトナムに適したモデルとして提唱している[162]。その要として期待されているのが、コミュニティベースで高齢者に対して包括的サービスを提供するISHC（世代間自助クラブ; Intergenerational Self Help Club）である。

各村の ISHC は 5～60 名程度のメンバーから成り、健康体操や健康診断などの健康維持活動に加え、クラブの基金からお金を貸出してメンバーの経済活動の支援をしたり、在宅での介護が困難な家庭での家事や買い物、介護などの支援等も行う[163]。メンバーの 7 割が 55 歳以上で、かつ全体の 7 割が女性とされる。少人数ではあるものの、より若い世代や資金提供する富裕層も含まれる。

---

160 Regional Seminar on Long-term Care for Elderly Persons June 7-9, 2017 Bangkok, Thailand, Country Presentation- Vietnam p.8
161 Regional Seminar on Long-term Care for Elderly Persons June 7-9, 2017 Bangkok, Thailand, Country Presentation- Vietnam
162 天野ゆかり ほか「老施協総研 平成 27 年度調査研究助成「技能実習制度によるベトナム人介護人材の戦略的受入に関する基礎研究」（2016）；天野ゆかり 第 1 回 外国人介護人材等に関する調査研究事業検討会 資料「ベトナムにおける高齢者ケアの現状」（2017）
163 比留間洋一「ベトナムのコミュニティケアの取組事例」（外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業報告書）

前述の通り、政府は高齢者国家活動計画 2012-2020 を通じて、ISHC パイロットプログラムを進め、2016 年 8 月 2 日には ISHC モデルと同じ仕組みを 2016～2020 年にかけて全国に普及させることを承認する首相指示を発表している。2017 年時点でベトナム全土 12 省に 1,450 クラブが設立されており、2050 年までに 50 省 5,000 クラブに拡大することが目標とされている。

また、ISHC とは別の政府（保健省）主導の取組として、コミュニティで在宅高齢者のケアを担うボランティアグループの養成が行われている。保健省人口・家族計画化総局では各地域に支局・センターがあり、各村に同局傘下の職員が配置されている。これらの職員が定年後の医療人材等をボランティアとして採用し、ボランティアグループを組織している。2011 年より 300 程度の村にこのようなボランティアグループが組織されており、地域住民の健康管理を担っているが、この取組を高齢者ケアに特化した取組として発展させ、さらに全国に普及させることが「2017-2025 年高齢者健康ケアプロジェクト」に記述されている[164]。

一方、特に近年では、都市部を中心に、高齢者の介護施設を利用する者も増えつつある[165]。ベトナムの高齢者施設を大きく分けると、公共の社会保護施設と民間の有料老人ホームがある。前者は、主に社会的弱者全般のための生活施設であるが、高齢者を専門に扱う施設もあり、身寄りのない高齢者および戦争功労者とその家族は無料で利用できる（それ以外は料金を支払えば利用できる場合もある）。

**図表 III-6 ベトナムの高齢者用介護施設の種類**

| | 社会保護施設 | 民間有料老人ホーム |
|---|---|---|
| 入居対象 | 戦争功労者、身寄りのない高齢者、障害者、孤児など | 比較的裕福な高齢者 |
| 施設数 | 全国に 432 施設 35 の高齢者のための介護施設を含む | ハノイ 8 か所、<br>ホーチミン 1 か所、<br>ゲアン省 1 か所 |
| 申請・許可 | 省の労働・傷病兵・社会局 | 省の労働・傷病兵・社会局 |
| 利用料 | 無料<br>（有料で希望者へのサービスを提供している施設もある） | 有料<br>250 ～ 650 米ドル/月 |
| 医療サービス | 医療棟がある施設は一部の医療行為が可能。重症化の場合は病院へ搬送。 | 許可を得ている施設もあるが、一般的には病院へ搬送。 |
| 人材[166] | 中級看護師、Ho Ly | 中級看護師、Ho Ly |

出所：三木博文ほか「ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性」（2015）[167]を基に作成
（※本文の表記にあわせるため、筆者により一部原典の表記を変更）

### ２）高齢者ケアサービスの課題とニーズ

前述のように、高齢者の介護は家族が行うものという認識が強く残るベトナムにおいて、介護施設等の家族以外

164 「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」ベトナム保健省人口・家族計画化総局ヒアリング調査に基づく
165 三木博文ほか「ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性」（2015）https://www.n-koei.co.jp/rd/thesis/pdf/201503/forum23_007.pdf
166 介護やケアを中級看護師が担当し、それ以外の日常生活の支援を Ho Ly と呼ばれる中等教育修了程度の人材が行う。
167 https://www.n-koei.co.jp/rd/thesis/pdf/201503/forum23_007.pdf

のサービスに頼る高齢者は少数派である。介護者の多くは子ども、特に女性であるとのデータもある[168]。しかし、労働者の都市部への流入や、若年層の生活様式の変化に伴い、特に、都市部での施設利用者は増加傾向にある[169]。高齢化が急速に進むベトナムにおいて、この傾向は今後も続くと考えられる[170]。ベトナム政府も国内の高齢者介護施設やサービスは少ないと認識しており、今後、その増設を支援したいと考えている[171]。既に、農村地帯では若年層が都市部に流出し、介護の担い手がいないといった状況も見られ始めている。

サービスの提供方法としては、公共および民間の病院や介護施設を通したケアか、メイド等を雇った在宅ケアが一般的である。なお、日本の例を参考にデイケアサービスの導入の試みも実施されている[172]が、ベトナムの都市部は渋滞が多いなど交通事情が悪く、送迎が難しいため浸透しないという声も聞かれる[173]。その他、サービス提供の課題としては、専門的な知識や経験を備えた人材不足が挙げられる[174]。また、政府による民間介護施設に対する経済的支援が不十分であるため、事業拡大や安価でのサービス提供が難しい現状もある[175]。

こうした背景から、今後は施設利用者の数も増えると予想されるほか、政府主導の取り組みとしては、特に農村部における各コミュニティーベースのボランティアチームによる在宅ケアの拡大が見込まれている[176]。

## ４．介護を担う人材とその教育・育成について

### １）高齢者ケアの主な担い手

ベトナムにおいては、伝統的に、介護は家族が担うものという考え方が浸透しており、地方では特にこの傾向が強いといえる[177]。しかし、近年、特に都市部において高齢者介護施設に入居する高齢者が増えているという。こうした施設では、主に看護師が介護やケアを担当する他、Ho Ly（護理）と呼ばれる人材がその他の身の回りの支援を担う[178][179]。ベトナムにおける看護師資格は、大学・専門学校等の看護師養成課程（2～4 年）を修了し、医療機関における 9 ヶ月の卒後臨床研修を経ることで取得できる[180]。

なお、Ho Ly の業務は排泄支援から掃除、雑務と多岐にわたるが、これまで家族が担ってきた役割であることから、高度な知識や技能を要する人材であるという認識はまだ広がっていない[181]。このため、個々の人材の教育レベルは中等教育修了程度であることが多く、特別な訓練を義務付けている施設も少ない。また、「だれでもできる職業」という認識が強いせいか、待遇も決して良いものではなく、肉体労働の多い過酷な労働環境もあって、離職率も高

---

168 「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」ベトナム高齢者協会ヒアリング調査に基づく

169 三木博文 ほか「ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性」（2015）https://www.n-koei.co.jp/rd/thesis/pdf/201503/forum23_007.pdf

170 ジェトロ・ハノイ事務所「ベトナム教育産業への進出可能性調査」（2015 年 3 月）

171 「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」ベトナム保健省人口・家族計画化総局およびベトナム高齢者協会へのヒアリング調査に基づく

172 「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」ベトナム保健省人口・家族計画化総局ヒアリング調査に基づく

173 「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」ベトナム高齢者協会ヒアリング調査に基づく

174 「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」中央老年病院ヒアリング調査に基づく

175「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」ベトナム高齢者協会および中央老年病院ヒアリング調査に基づく

176 「外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業」ベトナム保健省人口・家族計画化総局ヒアリング調査に基づく

177 三木博文 ほか「ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性」（2015）https://www.n-koei.co.jp/rd/thesis/pdf/201503/forum23_007.pdf

178 :天野ゆかり ほか「老施協総研 平成 27 年度調査研究助成「技能実習制度によるベトナム人介護人材の戦略的受入に関する基礎研究」（2016）；天野ゆかり 第 1 回 外国人介護人材等に関する調査研究事業検討会 資料「ベトナムにおける高齢者ケアの現状」（2017）

179 有料老人ホームである Bach Nien Tien Duc 介護センターでも、無資格で清掃や身の回りの世話を行うスタッフを雇用しているが、同センターでは Ho Ly という呼称は使わないとのことだった（Bach Nien Tien Duc 介護センターヒアリング記録）

180 https://www.jica.go.jp/project/vietnam/038/outline/index.html

181 三木博文 ほか「ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性」（2015）https://www.n-koei.co.jp/rd/thesis/pdf/201503/forum23_007.pdf

い。

こうした中でも、近年、ベトナムでも専門的な知識や技能を身に着けた高齢者介護人材が必要であるという認識が徐々に広がりつつある[182]。現状の介護人材の教育・訓練の提供主体は以下の通り。

### ２）専門サービスの提供主体

高齢者向け介護人材を対象とした主なトレーニングを実施している組織は次のとおり[183]。

- 中央老年学病院（Central Gerontology Hospital）：医療従事者への短期間トレーニング実施
- 国立老年学研究所（National Institute of Gerontology）：高齢化と健康に関する調査機関
- ベトナム婦人同盟（Vietnam Women Union）：高齢者を介護するための地域とスキルに関するトレーナーを対象としたセミナーとトレーニングを実施
- ベトナム赤十字同盟（Vietnam Red Cross Association）：地域の高齢者介護のための調整ネットワークを設立

### ３）インフォーマルサービスの提供主体

インフォーマルサービスとして、上述のようにコミュニティベース ISHC を政府も後押しする政策が進められている。また、特に前述の Ho Ly の育成に関連して、徐々に、高齢者介護を担う専門職の確立の必要性が認識され始めており、Ho Ly の研修ガイドラインの制定や、介護人材の育成活用を目指すパイロットプログラムの実施などが、民間の非政府組織などを中心に進められているとの情報もみられる[184]。

## ５．その他

### １）日本への介護人材送り出し状況

日・ベトナム経済連携協定の制定によって、介護福祉士の候補者がベトナムから日本に渡るなかで、ベトナムの看護学校関係者の間では、将来的にはベトナムでも日本と同様の資格を設立すべきとする声も聞かれるようになったとの報告もある[185]。

**参考：**

**経済連携協定**

日・ベトナム経済連携協定（2009 年 10 月 1 日発効）に沿って、2012 年 4 月 18 日に、日本によるベトナムの看護師・介護福祉士候補者の受入れの基本的な枠組みを定める法的拘束力を有する文書への署名・交換が両国間で完了し、その文書が同年 6 月 17 日に発効し、2014 年度からベトナム人看護師・介護福祉士候補者の受入れが開始された。既存のインドネシアやフィリピンからの受入れと比べて特徴的な点は、日本語能力試験 N3（日常的な場面で使われる日本語をある程度理解することができるレベル）を候補者の入国要件として課していることである。（ただし、第1陣の受入れから5年後に見直しを行い、改めて、日本語要件（さらに高いレベルとするかどうかなど）について日本側が判断することになっている）2016 年 9 月現在の累計で、看護師候補者として 53 名、介護福祉士候補者として 417 名（2014 年：117 名、2015 年：138 名、2016 年：162 名[186]）が受け入れられている[187]。

---

182 三木博文 ほか「ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性」（2015）https://www.n-koei.co.jp/rd/thesis/pdf/201503/forum23_007.pdf
183 http://www.unescap.org/sites/default/files/SDD%20Ageing%20Fact%20Sheets%20v8-1-E.pdf
184 三木博文 ほか「ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性」（2015）https://www.n-koei.co.jp/rd/thesis/pdf/201503/forum23_007.pdf
185 三木博文 ほか「ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性」（2015）https://www.n-koei.co.jp/rd/thesis/pdf/201503/forum23_007.pdf
186天野ゆかり 「第１回 外国人介護人材等に関する調査研究事業検討会：ベトナムにおける高齢者ケアの現状」（2017.8.4）
187 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000049737.html

**外国人技能実習制度**

日本政府が、外国人技能実習制度の下で、2017 年 11 月から介護分野でベトナムの技能実習生の受け入れを開始する。介護を学びたい外国人が日本に来やすいよう、日本語教育の環境整備から受け入れ先の選定まできめ細かにサポートし、母国の語学学校では、日本政府が授業の内容などを調べて認証する制度をつくり、来日準備がしやすい環境を整える。日本国内では、実習生の受け入れに必要な協同組合に加盟した受け入れ先を認証し、外国人が日本の指定機関に申し出れば、自分で探さなくても適切な受け入れ先を紹介する仕組みをつくる。高齢化が急速に進む新興国の人材育成を支援するとともに、国内で不足する介護人材の確保にも道をひらく[188]。

### ２）各国（国際機関など）の支援

国際機関等によるベトナムにおける高齢者政策支援プログラムについて、各組織の地域別主要プロジェクトに関するウェブサイトなどから主な実施状況を確認した結果は次の通り。

**図表 III-7 主な国際機関・諸外国等による支援状況**

| 国際機関 | 政策・プログラム実施状況 |
|---|---|
| 世界銀行<br>（World Bank） | 世界銀行のベトナムへの支援は民間セクターの活性化による雇用拡大に焦点が置かれており、高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できず[189]。 |
| 欧州連合<br>（EU） | EU によるベトナムへの人道支援は主に自然災害からの復興と対策に重点を置いている。ベトナム赤十字社などの現地の団体と協力して復興支援の活動を行っており、保護の対象には子供や高齢者も含まれる[190]。 |
| アジア開発銀行<br>（Asian Development Bank） | 農村部の貧困の改善は ADB のベトナム支援の要の一つとされている。特に高齢者としたプログラムは特定できなかったが、農村部の住民の支援の対象には高齢者が含まれていると推測できる[191]。 |
| 国連開発計画<br>ベトナム事務所<br>（UNDP in Vietnam） | ベトナムにおける UNDP の活動は経済成長と人道支援、持続可能な開発を両立させることを目標としており、人道支援の対象は女性や子供、高齢者が中心とされている[192]。 |
| 世界保健機関<br>（WHO） | 高齢者のみを対象としたプログラムは特定できなかった。なお、感染症、生活習慣病の予防や栄養状態の改善が主な課題としている[193]。 |
| 国際連合人口基金<br>（UNFPA） | 高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できなかった[194]。 |
| UN ウィメン<br>（UN Women） | 高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できなかった[195]。 |
| 米国国際開発庁 | 高齢者のみを対象としたプログラムは特定できなかったが、感染症 |

188 http://www.nikkei.com/article/DGXLASFS12H7O_T10C17A6MM0000/
189 http://www.worldbank.org/en/country/vietnam/overview#2
190 https://eeas.europa.eu/delegations/vietnam/1897/vietnam-and-eu_en
191 https://www.adb.org/countries/viet-nam/strategy
192 http://www.vn.undp.org/content/vietnam/en/home/ourwork/overview.html
193 http://www.wpro.who.int/vietnam/about/en/
194 http://vietnam.unfpa.org/en/node/15059
195 http://asiapacific.unwomen.org/en/countries/vietnam

| | |
|---|---|
| （USAID） | の予防、災害復興等の人道支援は先ず女性、子供、高齢者、障碍者やエスニックマイノリティへの支援が優先されることになっている[196]。 |
| オーストラリア国際開発庁（AusAID） | 高齢者のみを対象としたプログラムへ現時点では特定できなかった[197]。 |
| ドイツ国際協力公社（GIZ） | 高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できなかった[198]。 |
| 独立行政法人　国際協力機構（JICA） | 高齢者のみを対象としたプロジェクトは現時点では特定できなかったが、経済成長を通じた社会的に弱い立場にある人々への支援や公正なガバナンスの設置が優先課題とされている[199]。 |
| HelpAge International | HelpAge のベトナムにおける活動では、高齢者に配慮した開発政策とプログラムの作成と履行を支援している。また、上述の ISHC の取り組みなどに深く関っている[200]。 |

出所：各団体ウェブサイト情報を基に作成

以上

196 https://www.usaid.gov/vietnam/our-work
197 http://dfat.gov.au/geo/vietnam/development-assistance/Pages/development-assistance-in-vietnam.aspx
198 https://www.giz.de/en/worldwide/357.html
199 https://www.jica.go.jp/vietnam/english/index.html
200 http://www.helpage.org/where-we-work/east-asia/vietnam/

## Ⅳ. フィリピン

### １．高齢者を取り巻く状況について

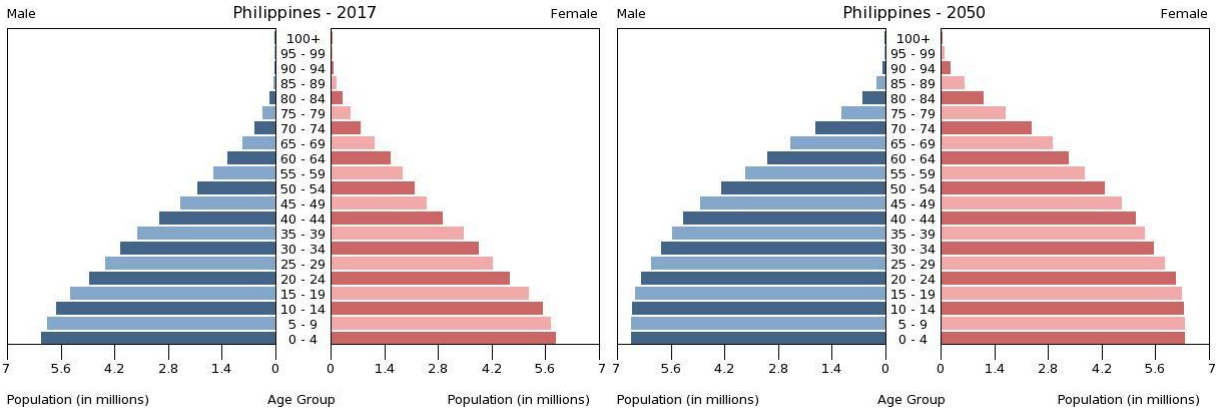
#### １）基本情報[201]

| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年:約 100.7(百万人) |
| 高齢化率<br>(65 歳以上) | 2015 年:4.6% |
| 平均寿命 | 2015 年:68.5 歳(健康寿命は 61.1 歳) |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年:3.04 |

#### ２）人口構成と高齢化率の変化

フィリピンにおける 2017 年の人口に占める 65 歳以上の人口の割合は 4.5%、2050 年には 9.7%となることが予想されている(米国国勢調査局 International Database)。なお、United Nations World Population Prospects : The 2015 Revision によると、2032 年に高齢化社会に突入し、2071 年に高齢社会へ移行するとの予測であり、高齢化の進展は他のアジア諸国に比べると遅い(倍化年数 39 年)。

図表 Ⅳ-1 人口ピラミッド




出所:米国国勢調査局 International Database[202]

#### ３）生活状況[203]

Department of Social Welfare and Development は 2000 年時点において、約1／3(31.4%)の高齢者が貧困家庭で暮らしていると公表している。その後、2012 年に保健省が発表した内容によると、貧困家庭に暮らす高齢者の数は 130 万人とされている。

また、上述の 2000 年時点のレポートによると、約半数以上(57.1%)の高齢者が就業中であり、その構成を男女別にみると男性 64.3%、女性 37.4%となっている。就業者の約4割が農業、林業などの第一次産業に従事している。

#### ４）健康状態

HelpAge International が公表するレポートによると、フィリピンでは、高齢者は免疫力の低下に伴って進行性の疾患や感染症に苦しんでおり、高齢化の進展とともにヘルスケアサービスの需要が高まっている。高齢者の死亡要因として最も多いのが感染症とされている一方で、視力障害や歩行能力・咀嚼能力・聴力の低下、骨粗しょう症や失禁も高齢者の抱える健康上の問題として挙げられている。

---

201 United Nations World Population Prospects : The 2015 Revision, WHO World Health Statistics 2016
202 https://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php
203 HelpAgeHP: Aging population in Philippines (http://ageingasia.org/ageing-population-philippines /)

## ２．介護に対する各国の意識や取組について

### １）関係省庁・組織等

フィリピン高齢者政策に係る国家レベルの政府機関が連携・監督するため国家調整監督委員会（National Coordinating and Monitoring Board：NCMB）が設けられている。同委員会は下記の機能を担う[204]。

- 関連政府機関及びステークホルダーと連携して、高齢者のための国家行動計画（National Plan of Action for Senior Citizens）を策定する
- 関連法を効果的に一貫性をもって施行するため、その施行状況を効率的に監視・報告するシステムを構築する
- 高齢者に関連して新たに生じている懸念事項に対処できるようにするため、効率的かつイノベーティブなアプローチや手法を開発する
- 拡大高齢者法（Expanded Senior Citizens Act、2010 年、Republic Act: RA No. 9994）および関連法規に基づき各責任官庁が実施するプログラムおよびプロジェクト間の連携を図る
- 拡大高齢者法に基づき、全国で行われる情報提供・教育キャンペーンといった複数の啓蒙活動の実施について連携を図る
- 高齢者自身の参加や貢献度を最大化していくために各地で実施されるオリエンテーション、トレーニング、その他キャパシティビルディング活動について監視する
- 実行計画の実施と評価を実施し、政策・プログラム開発の優れた事例や（それ以外の事例などとの）格差について研究し、文書化する
- リソースを提供し、技術的な連携を図るため、国内、域内、海外とのネットワークを積極的に確立する
- 大統領府、議会、関連政府機関、地方自治体向けに年次報告書を準備する

NCMB 議長は、国レベルの高齢者政策で中心的役割を担う社会福祉開発省（Department of Social Welfare and Development ：DSWD）の長官がつとめている。NCMB には、その他の関連政府機関代表および高齢者のための活動に携わり、政府認定を受けた 5 つ非政府組織の代表が参加している[205]。

この他、地域レベルの組織もある。高齢者のためのフィリピン行動計画に関する省庁横断型機関間委員会（Inter-Agency Committee on Philippine Plan of Action for Senior Citizens：PPASC）は、高齢者のための行動計画を策定している。また、すべての都市および地方自治体には高齢者事務局（Office for Senior Citizens Affairs：OSCA）があり、関連法や規則の狙いに沿って毎年実施プログラムを策定し、その監視を担当する。OSCA はまた、高齢者が必要とする利用可能なサービスの一覧を作成したり、高齢者リストの管理およびリストの四半期毎の更新をしたり、高齢者の身分証明書を発行したりしており、高齢者のための一般的な情報・連絡センターとしての役割を果たしている[206]。

### ２）関連法令・規則等

フィリピンの高齢者政策の基盤となる法律は、拡大高齢者法（Expanded Senior Citizens Act、2010 年）である。また、高齢者のためのフィリピン行動計画として 5 ヵ年計画が出されている[207]。

---

[204] https://social.un.org/ageing-working-group/documents/sixth/Philippines.pdf
[205] http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf
[206] http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf
[207] http://www.unescap.org/sites/default/files/SDD%20Ageing%20Fact%20Sheets%20v8-1-E.pdf

- **拡大高齢者法（Expanded senior Citizens Act、2010 年）：** 2003 年に発表された高齢者法（Senior Citizens Act、2003 年）に基づく。高齢者の権利、高齢者の社会的な役割、家族による介護、医療と介護、社会保障、同法案の施行に関する詳細な調整、および健康保険や年金予算等各担当省庁の予算に関するモニタリングを規定している。同法案で規定された取り組みの実施に係る費用は、中央政府機関の個々の予算に組み込まれている[208]。
- **第一次高齢者のためのフィリピン行動計画 1999-2004（1st Philippine Plan of Action on Ageing 1999 - 2004：PPAA）：** 高齢者とその家族、地域に関する 1999 年～2004 年の高齢者に対する行動計画をとりまとめたもの。高齢者とその家族、高齢者の社会的地位、健康と栄養、住宅・交通・構築環境、所得保障（生活費と雇用）、社会サービスと地域、社会人教育と高齢者教育、高齢者と市場、高齢者のための近隣サポートサービス（Neighbourhood Support Services for Older Persons：NSSOP）、高齢者のための集合住宅、高齢者用消費者福祉デスク、リテラシー、敬老の日、世代を超えたプログラム、年金受給者の日、地域に根差したヘルスプログラム、居住介護トレーニング、UP フィリピン総合病院における高齢者病棟と高齢者医療機関、フィリピン敬老ウィーク等を取り決めている[209]。
- **高齢者のための国家行動計画 2006 - 2010（2006-2010 National Action Plan on Senior Citizens：NAPSC）：** PPAA と比較し、様々な取り組みだけでなく、実施された取り組みに対する評価や、高齢者に関するデータ収集といった内容が追加されている。NAPSC では、高齢者と開発、医療の進歩と福祉、支援する環境を保障、地域主体による法律と政策の実施、高齢者に関するデータ（性別、地域別）、高齢者人口が社会に与えるインパクトに対する理解と高齢化社会への準備、サービスインフラの開発、社会福祉サービス、高齢者に関するデータバンクの構築と調査の強化などを取り決めている[210]。

高齢者のためのフィリピン行動計画（The Philippine Plan of Action for Senior Citizens：PPASC[211]） 2011-2016 は、2006～2010 年計画からの継続事業に加えて、高齢者が直面する新たな課題に対する対応についての戦略とメカニズムを強化を目指した内容になっている。マドリッド国際行動計画（Madrid International Plan of Action on Ageing 2002）とマカオ行動計画（Macau Plan of Action on Ageing in 1999）の達成に向けて、次の目標を掲げている[212]。

- フィリピンの家族ネットワークを活用した高齢者のための包括的で各世代が関与するケアプログラムの開発
- 男女差別なく、高齢者がリーダーシップを効果的に発揮し、地域の意思決定に関与するための地域主体のアプローチ確保
- 地域で疾病予防に取り組み、医療サービスを適切な費用でタイムリーに受診できるような社会を構築することにより、活力のある高齢化を保障
- 住宅や交通を含む包括的なプログラムや政策を策定し、高齢者を保護できる環境を構築

また、以下 3 項目を優先事項として掲げている。

---

[208] http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf
[209] http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf
[210] http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf
[211] 資料によって、英語表記は厳密に同じではない。2006－2010 年計画は「National Action Plan on Senior Citizens（NAPSC）」と書かれた資料（UNFPA & HelpAge）を参照しているが、2011-2016 年計画は「The Philippine Plan of Action for Senior Citizens」と記載されていた（フィリピン政府資料）。しかし、いずれも 5 ヵ年計画で、タイトルから継続した計画と判断して差し支えないものと推測される。
[212] http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Philippines_CountryReport.pdf, pp.2-3

- 高齢者と開発：高齢者の孤立や虐待を回避するための戦略・解決方法として、特に、高齢者の課題を開発（政策）の重点テーマとして検討し、社会的保護と安全を確保し、教育およびキャパシティビルディングを行い、雇用や生活を維持し、活動的な老後を実現することを目指す
- 高齢での健康促進：活動的な老後のため、高齢者に対して品質の高い医療や栄養に配慮したケアを提供
- 支援の確保：高齢者ケアにおいて家族の役割を強化するとともに、ケアセンターやコミュニティベースのプログラムも代替手段として盛り込む形で、高齢者政策や法制化を進め、高齢者のために予算を配分し、家族や介護者の人材開発の機会を提供し、コミュニティや高齢者の入居施設の強化、拡大高齢者法遵守などを目指す。

### ３）社会保障

主な公的年金制度には、民間企業等で勤務する者を対象とした年金制度と公務員を対象とした年金制度がある。前者は、社会保障機構（Social Security System：SSS）、後者は公務員保険機構（Government Service Insurance System：GSIS）が運営している。SSS は政府管轄下の機関であり、退職年金、死亡年金、障害年金といった年金給付サービスのほか、加入者に対し、傷病等による休業給付サービス、GSIS と共通の労災補償プログラム、生活資金、教育資金等に対する貸付サービスも提供している。財源は、労使双方の負担による社会保険料（Social Security/Insurance Contributions）と投資、貸付等の資産運用の収益から成り立っている[213]。

公的健康保険制度は、1995 年 2 月、前述の SSS、GSIS 両制度のうち健康保険部分（メディケイド）を統合し設立された。この制度を運営しているのは、フィリピン健康保険公社（Philippine Health Insurance Corporation:フィルヘルス）であり、一元的に国民健康保険プログラム（National Health Insurance Program：NHIP）を実施し、全国民を公的健康保険でカバーすることを目指している。フィルヘルスも SSS や GSIS 同様、政府管轄下の機関となっている。財源は、労使双方の負担による社会保険料、投資活動による資産運用に加え、公的支出（保健省[214]及び地方自治体）から成り立っている。また、2012 年に成立した Sin Tax Law（悪行税法）による酒・たばこ税の税率の改定により増加した税収の一部も貧困層の NHIP の保険料に充てられている。給付は現物給付方式であり、医療費のうち、傷病の程度や医療施設のレベルに基づいて定められた一定額がフィルヘルスより医師又は病院に償還払いされ、同額を超える部分については患者の自己負担となる。2011 年 9 月からは包括支払い方式が導入され、特定の疾病や特定の手術・治療に対しては、入院室料・給食費、医薬品費、医療材料費、医師の技術料も含め、予め定められた一定の金額（ケースレート）がフィルヘルスから償還されている[215]。

特に高齢者に関しては、拡大高齢者法（Expanded Senior Citizens Act、2010 年）では以下の権利を保障している[216]。

- 医療費無料（例：医療・歯科治療費、診断検査、臨床検査）
- ワクチン投与無料
- 葬儀、埋葬サービス
- 社会保障支援、特に食料、薬剤、および経済ショック、災害、災難により被害を受けた住居の修繕

また、貧困状態にある高齢者に対して日常生活や医療サービスに必要となる費用を補填するため、月額 500 ペ

213 http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/17/dl/t5-08.pdf, p.416 (PDF p.1)
214 Department of Health (DOH)
215 http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/17/dl/t5-08.pdf, p.418 (PDF p.3)
216 http://www.unescap.org/sites/default/files/SDD%20Ageing%20Fact%20Sheets%20v8-1-E.pdf

ソの手当金を支給する Social Pension for Indigent Senior Citizens が整備されている。Social Pension Program for Senior Citizens は、病気や怪我、農業の不作等による所得の喪失や失業から貧しい高齢者を保護するための制度で、政府による弱者の社会保護義務を実施するもので、拡大高齢者法を根拠とする。2011 年、対象となる年齢は 77 歳以上で、恩恵を受けた高齢者数は 12 万 2,678 名で、支給総額は 4 億 9,564 万 6,000 ペソ余りにのぼった[217]。

## ３．高齢者向けサービスの現状について

### １）高齢者ケアサービス

#### 7. 高齢者ケアサービスの提供状況

DSWD が提供する高齢者プログラムには、技術支援、研修、プログラム開発、官民の老人ホームを運営する福祉団体の許認可などがある。主なプログラムは以下の通り[218]。

図表 IV-2 DSWD が提供する高齢者支援プログラム

| プログラム | 概要 |
|---|---|
| Residential Care Services（RCS） | 身寄りのない高齢者に対して介護を 24 時間体制で提供する施設。提供されるサービスは、ソーシャルサービス、健康・医療サービス、スキル研修、グループ活動、食事サービス、家族生活/団体生活サービス、精神サービス、介護機器の提供などがある。DSWD 傘下の入居施設（所在地）は、Golden Acres（Quezon City）、Haven for the Elderly（Tanay, Rizal）、Home for the Elderly（Zamboanga City）、Home for the Aged（Tagum City）である。 |
| Community-Based Services for Senior Citizens and their Families | コミュニティ内で実施される支援プログラムや在宅の高齢者（個人およびグループ）やその家族に対して提供される社会福祉・開発活動等が含まれる。主な取り組みは次の通り。<br>• 60 歳以上の高齢者に対して、高齢者の社会政治・経済活動への参加や意識向上の機会を提供できるような、既存の高齢者団体（Senior Citizens Association）の強化を図る。<br>• フィリピン高齢者センターに関する法（Senior Citizens Center Act of the Philippines、RA No. 7876、フィリピンのすべての市町村に高齢者センターを設立する法律）は、高齢者が必要とする施設（高齢者センター）にアクセスできる権利を高齢者に認めている。同法に規定された高齢者センターでは、リクリエーション、教育、健康および社交プログラムが提供されている。施設の整備は、各自治体と DSWD、Federation of Senior Citizens Association of the Philippines（FSCAP）の連携で進められている。 |
| Home Care Support Service | 在宅の高齢者向けに、高齢者の日常生活の支援、ボランティアおよび家族に対する介護のトレーニング、高齢者への介護機器の提供、コミュニティベースのリハビリ活動実施などが行われている。具体的なサービスは次の通り。<br>• **ホスピス・ケア・サービス（Hospice Care Service）**：ホスピス・ケアを提供する<br>• **養護施設（Foster Home）**：身寄りのない高齢者などに短期の家族ケアを提供する。DSWD の認可を受けたフォスター・ファミリーがサービスを提供し、費用は DSWD が助成する。<br>• **家族／親族ケア（Family/Kinship Care）**：家族や親族が高齢者をケアしている場合について、介護を担当することになる家族への介護トレーニングを提供したり、介護者が介護疲れを起こさないようにするためコミュニティ・サポート・システムを構築し、高齢者の施設 |

[217] http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Philippines_CountryReport.pdf, pp.6-9
[218] http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Philippines_CountryReport.pdf, pp.6-9

| | |
|---|---|
| | 入所を回避したりといった取り組みが含まれる。<br>• **介護者へのサポート・サービス（Support Services for Caregivers）：** 介護者に対してケアや高齢者の対処法、介護疲れの回避についてキャパシティ・ビルディングや継続的な教育を提供する。同サービスを提供するボランティア（団体）に対して、自治体の承認により、助成金や手当金が支給されている。 |
| Volunteer Resource Service（VRS） | 個人、関連団体、（人材）仲介組織や健康な高齢者が、ボランティアとして、自らのスキルや能力などを活用して、貧困にある高齢者を対象としたプログラムやサービスの実施にあたる。<br>• **フレンドリー・ビジター・サービス（Friendly Visitor Service）：**個人や高齢者団体のメンバー、その他の団体のボランティアなどが、在宅／施設入居の高齢者を訪問し、交流、支援などを行う。<br>• **ボランティア・コンパニオン・サービス（Volunteer Companion Service）：**通院や教会での礼拝、買い物等の外出に付き添うボランティアの取り組みを促進する。National Service Training Program（NSTP[219]）を履修する学生に対して、DSWD がオリエンテーションや基本的なトレーニングを提供する。<br>• **世代間交流サービス（Inter-Generational Service）：**高齢者と若年者の交流の機会を通して、お互いの理解を深めるための取り組みが行われている。自治体と高齢者事務局（OSCA）が学校と覚書を交わし、高齢者のボランティアが、特定のテーマの授業等に関してアドバイスを提供したり、勉強が遅れている生徒の指導を行ったりしている。 |
| Assistance to Individuals in Crisis Situations（AICS） | 危機に瀕した個人や家族に対して、医療や移動、埋葬、紹介、カウンセリングなどの様々な支援の提供を、DSWD の特別組織である危機介入班（Crisis Intervention Unit：CIU）が行う。CIU は各地域事務所に設置されている。2011 年には、年間で 9,602 名が支援を受けた。 |

出所：http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Philippines_CountryReport.pdf を基に作成

こうした国レベルでの高齢者向けサービスの提供に加え、地域レベルでの取り組みとして、上述の PPASC の 3 つの戦略の下で、高齢者に優しい街・コミュニティ「Age-Friendly Cities and Communities」を作るイニシアチブが進められている。高齢者にとって生活しやすい基準や機能の策定をして、高齢者が生産的で活動的な生活を送りながら、権利や福祉を保護することができるよう、自治体とコミュニティがイニシアチブを採っている。例えば、マカティ市（Makati City）は、世界保健機関（World Health Organization: WHO）の高齢者に優しい都市（Age-friendly City Criteria[220]）の基準を満たしているとして、フィリピン退職庁（Philippine Retirement Authority：PRA）から退職後・老後に優しい都市（Most Retirement-and Ageing-Friendly City）として指定を受けている。同市では、高齢者に総合的な健康サービスとして、定期相談、臨床検査、歯科検診、入院費の助成、障害者や寝たきりの高齢者のホスピスケアや訪問診療などが提供され、高齢者福祉プログラム（Elderly Welfare Program）では、福祉相談、食料支援、公共サービス、松葉杖や車いすなどの医療サポート機器の紹介や提供などが実施されなどしている。その他、この指定を受けている市町村には、カバッドバラン市（Cabadbaran City）、ケソン市（Quezon City）、パシッグ市（Pasig

[219] なお、原典では「National Student Trainingn Program」と記載されているが、略称および文脈から、「National Service Trainingn Program」を指すものと判断した。なお、フィリピンでは、National Service Training Program (NSTP) Act of 2001（RA 9163、http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=64420）に基づき、「National Service Training Program（NSTP）が大学の必修科目となっている。NSTP は、国家に貢献する市民の育成を目標に掲げ，①Reserve Officers　Training Corps (ROTC)，② LiteracyTraining Service (LTS)，③ Civic Welfare Training Service (CWTS)の 3 つのプログラムから成っている。＜中略＞CWTS は様々な分野の社会貢献活動を通じて，学生自らが心身及び倫理，知的領域を含む社会的成長を遂げることを目的としている（出所：澤山利広「国際協力サービスラーニングによるグローカル人材の育成と多文化共生社会づくり」（2016）https://opac.tenri-u.ac.jp/opac/repository/metadata/3845/AGR001303.pdf）」。

[220] http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_material/en/

City)、マリキナ市(Marikina City)などがある[221]。

### イ. 高齢者ケアサービスの課題とニーズ

フィリピンにおける高齢化の課題について、近年になってやっと社会の関心を集めるようになってきた。2014 年 10 月に東京で開催された ASEAN 諸国および日本の高齢者政策に係る政府高官による会合「12th ASEAN and Japan High Level Officials' Meeting on Caring Societies」にあわせて作成された、フィリピンのカントリーレポートでは、次の課題が指摘されている[222]。

- **高齢期の保障**:高齢者の貧困が問題となっている。現在の年金システムについて考察、評価が必要になっている。政府は老人ホームや高齢者センターなどの福祉サービスを実施して、高齢者の窮状の改善に取り組んでいるものの、その恩恵は一部の高齢者にしか届いていないのが現状である。
- **家庭や施設内で高齢者に対する虐待**:身体的暴力や心理的虐待、経済的な搾取、無視などの形で、高齢者の虐待が起きている。
- **高齢者の健康状態**:加齢により慢性病や衰弱、機能低下に対する抵抗力が弱くなる結果、身体障害や合併症を進行させるリスクが高くなる。医療の現場で高齢者に対する差別的な扱いが発生している。老年医学の専門医師や高齢者と接する専門トレーニングを受けたスタッフが不足し、高齢者のニーズに関する知識が追い付いていないことが原因と考えられる。
- **高齢化の経済的影響**:高齢者の増加による生産性の低下が課題となる。高齢者の多様なニーズに対応する取り組みや総合的な政策が必要となっている。

なお、フィリピンの市場ニーズに関連して、ドイツ企業が所有し、フィリピンで高齢者介護施設を運営している民間企業 Rain Tree Care Services & Senior Residences は、フィリピンで今後進行する高齢化の予想を踏まえ、それに備えて、2022 年までに老人ホームに 1 万個室を建設した場合、フィリピンの高齢者介護産業は、同国経済に対し、年間 96 億ペソ規模の貢献をすることになるとの予測を発表したと、フィリピンのビジネス誌「Malaya Business Insight」が 2016 年 9 月 6 日付で報じた[223]。同記事は、フィリピンでは、高齢者介護施設を運営する民間事業者は 10 社で、介護施設(assisted living facilities)数は 25 箇所、ベッド数は 250 床にとどまっていると伝えている。Rain Tree Care Services & Senior Residences は、フィリピン国内の高齢者に加え、欧米から退職後フィリピンで暮らす移民も市場を押し上げる要素と考えている。

## 4. 介護を担う人材とその教育・育成について

### 1) 高齢者ケアの主な担い手

他の発展途上国同様に、フィリピンも高齢者に対する公的資金による組織的なサポートが十分ではない。高齢者は、伝統的な三世代家族のもとで、経済的、社会的、身体的なサポートを自分の子供や同居親族に依存してきた。一般に子供が、高齢となった両親に対して経済的保障をしてきた。現在でも、従来からの家族によるケアが広く実施されており、身体的なケアは家族または同居親族のみが行うものと、広く一般には認識されている。しかし、子供が就職のため都市部に移った場合は、高齢の両親が自宅に取り残されてしまう可能性が生じている[224]。

なお、フィリピンの看護師養成については、大学(学士)の教育が主とされている。フィリピン大学など個別大学

[221] http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Philippines_CountryReport.pdf, p.9
[222] http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Philippines_CountryReport.pdf, pp.1-2
[223] http://www.malaya.com.ph/business-news/business/seniors%E2%80%99care-industry-hit-p96b-%E2%80%9922
[224] http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Philippines_CountryReport.pdf, p.1

のカリキュラムのなかには、老年看護学も含まれているところもあるが、全ての大学で老年看護学の専攻が必須とされていはいない。看護師資格は国家資格化されており、3年ごとに更新が必要となっている[225]。

### ２）専門サービスの提供主体

フィリピン政府の高齢者関連の法律・行動計画では、人材トレーニングに関する項目も盛り込まれている[226]。

- 拡大高齢者法（SCA2003/2010）は以下のサービス提供を保障している。
  - ✓ 地域の医療従事者を対象とした高齢者介護トレーニング
  - ✓ 高齢者介護、老年学、高齢者医療の必要性に関する調査研究の実施
  - ✓ 老年学、家族医療、家庭の価値、営業学に関するセミナーや講義、シンポジウムの開催
- 高齢者のための国家行動計画 2006 - 2010（2006-2010 National Action Plan on Senior Citizens）は既存の医療サービス提供者および既存施設の許可申請、認証評価基準の強化と共に、質の高い介護サービスの基準強化に注力している。具体的には以下の取り組みを指す。
  - ✓ 老年学トレーニングのカリキュラムやコースの体系化
  - ✓ 全ての介護訓練学校は生徒に対し、カリキュラムの一環として、地域でのトレーニングと地域の高齢者に対する介護の実地トレーニングを提供することを義務化
- 第一回高齢者のためのフィリピン行動計画 1999 - 2004（1st Philippine Plan of Action on Ageing 1999 - 2004）は以下の取り組みに言及している。
  - ✓ 老年学、家族医療、家庭の価値、営業学に関するセミナーや講義、シンポジウムの開催
  - ✓ 介護と体力に関するトレーニングの提供
  - ✓ 高齢化委員会と、老年学を含む様々な医療プログラムの研究を行う国立センターとして慢性疾患国立衛生研究所（Generative Disease national Insitute of Health）の設置

フィリピン労働雇用省（Department of Labor and Employment）傘下の政府機関、Technical Education and Skills Development Authority (TESDA)は、介護プロフェッショナル認定資格および、介護プロフェッショナル教育を行う機関の認定制度を用意している。ケアギバーの資格は、基礎技能、共通技能、コア技能から構成され、コア技能は乳幼児、子ども、高齢者、障害者のケアだけではなく、掃除や洗濯、食事等の家事援助が含まれている[227]。なお、これらの認定制度の規則は、Technical Education and Skills Development Authority（TESDA）「Traning Regulations: Caregivng NC II[228]」に整理されている。

- Caregiving NC II[229]：高齢者介護士や小児ケアを目指す者のために TESDA の認定を受けた教育機関が提供する短期のトレーニングプログラム。最短で 760 時間のクラスの後、能力評価の試験に合格すればケアギバーとして勤務できる資格を習得できる。日本とフィリピン間の経済連携協定（Japan-Philippines Economic Partnership Agreement）に基づいて日本で就労を希望する介護士（caregivers）についても、TESDA 認定を受けていることが要件のひとつとされている[230]。

---

[225] https://mediva.co.jp/service/MHLW2015kaigai-e.pdf
[226] http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf
[227] 大森弘子、安里和晃、山崎イチ子「フィリピン総合福祉施設の現状と社会福祉実習教育」（2013 年）
[228] www.tesda.gov.ph/Downloadables/TR%20Caregiving%20NC%20II%20(Rev).doc
[229] http://www.tesdaonline.info/2015/06/tesda--caregiving-nc-ii-course-info.html；
http://www.tesda.gov.ph/uploads/File/PHILIPPINE%20TVET%20QUALIFICATION%20AND%20CERTIFICATON%20SYSTEM.pdf
[230] http://www.tesda.gov.ph/News/Details/1419

- TESDA Accredited Schools[231]：TESDA は Caregiving NC II の取得のために短期講習の受講と試験による資格の取得を定めている。この短期講習は TESDA の認定を受けた複数の教育機関で受講することが可能とされており、高齢者の介護、栄養管理や衛生面の管理について学ぶ。また、こうしたコースでは海外での就労を希望する介護士のために受け入れ国に対応した外国語や文化の講習を含むカリキュラムも組まれている。TESDA により Caregiving NC II プログラムの承認を受けた教育機関はフィリピン全土で 150 を超えるとされる[232]。

【参考：Caregivng NC II を構成するコンピタンシー要素】

| UNIT CODE | BASIC COMPETENCIES |
|---|---|
| 500311105 | Participate in workplace communication |
| 500311106 | Work in a team environment |
| 500311107 | Practice career professionalism |
| 500311108 | Practice occupational health and safety procedures |

| UNIT CODE | COMMON COMPETENCIES |
|---|---|
| HCS323201 | Implement and monitor infection control policies and procedures |
| HCS323202 | Respond effectively to difficult/challenging behavior |
| HCS323203 | Apply basic first aid |
| HCS323204 | Maintain high standard of patient services |

| UNIT CODE | CORE COMPETENCIES |
|---|---|
| HCS323301 | Provide care and support to infants/toddlers |
| HCS323302 | Provide care and support to children |
| HCS323303 | Foster social, intellectual, creative and emotional development of children |
| HCS323304 | Foster the physical development of children |
| **HCS323305** | **Provide care and support to elderly** |
| HCS323306 | Provide care and support to people with special needs |
| HCS323307 | Maintain healthy and safe environment |
| HCS323308 | Respond to emergency |
| HCS323309 | Clean living room, dining room, bedrooms, toilet and bathroom |
| HCS323310 | Wash and iron clothes, linen and fabric |
| HCS323311 | Prepare hot and cold meals |

出所：Technical Education and Skills Development Authority "Traning Regulations: Caregivng NC II[233]"（※太字は高齢者に特化したコンピタンシーを指す。筆者による編集）

【参考：Caregivng NC II：HCS323305－Provide care and support to elderly】

| ELEMENT | PERFORMANCE CRITERIA<br>*Italicized terms* are elaborated in the Range of Variables |
|---|---|
| 1. Establish and maintain an appropriate relationship with the elderly | 1.1 Self introduction by the caregiver to the elderly client is done based on established procedures.<br>1.2 Appropriate attitudes such as confidentiality, privacy, courtesy and respect are adhered to and demonstrated towards the elderly based on established procedures.<br>1.3 The elderly's own interest, *rights*, freedom and decision-making are supported and respected based on established procedures. |

[231] http://www.tesda.gov.ph/About/TESDA/67 ; http://www.tesdaonline.info/2015/06/tesda--caregiving-nc-ii-course-info.html ; http://www.tesda.gov.ph/About/TESDA/26
[232] http://www.tesda.gov.ph/About/TESDA/67
[233] www.tesda.gov.ph/Downloadables/TR%20Caregiving%20NC%20II%20(Rev).doc

| | | |
|---|---|---|
| | | 1.4 *Short interpersonal exchanges* with the elderly in establishing, developing and maintaining rapport are encouraged. |
| 2. Provide appropriate support to the elderly | | 2.1 All support is provided to the elderly in accordance with the *elderly's needs,* rights, self determination and *individual differences.*<br>2.2 The elderly is encouraged and supported to participate in ceremonial, cultural, educational, recreational, religious, social, and spiritual activities as appropriately planned.<br>2.3 *Assistance* is provided at all times in order to maintain a safe and healthy environment, including minimizing physical dangers and risk of infections based on established procedures.<br>2.1 Proper response to situations of risks to health and safety is provided and maintained based on established procedures. |
| 3. Provide assistance with elderly's personal care needs | | 3.1 Personal preferences are identified in consultation with the elderly and a plan for execution is mapped out based on established procedures.<br>3.2 The elderly is supported and encouraged in exercising their rights and *personal preferences* without compromising their safety and those of others and in accordance with established procedures.<br>3.3 Short interpersonal exchanges, clarifying meaning and maintaining interaction to identify the elderly's preferences are conducted based on established procedures.<br>3.4 Time is scheduled to effectively listen to the elderly's preferences to *maximize his/her well being.* |
| 4. Provide assistance with the elderly's personal care needs | | 4.1 The *elderly's personal care needs* (aids to daily living) are identified and assistance provided.<br>4.2 Specific concerns and difficulties in meeting some personal care needs are identified, clarified and modified with the elderly in order to effectively address such concerns and problem needs.<br>4.1 *Assistive devices* for providing assistance for the elderly are identified and used as appropriate.<br>4.2 Organizational policies and practices for *reporting* are followed as appropriate.<br>4.3 The elderly's self esteem and confidence are enhanced.<br>4.4 Provisions for interaction between the elderly and the community are researched and developed.<br>4.5 Developmental and progressing personal care needs are identified, acknowledged and provided for as appropriate.<br>4.6 Empathy is demonstrated in supporting and caring for the elderly's feelings of grief and loss. |

出所：Technical Education and Skills Development Authority "Traning Regulations: Caregivng NC II[234]"

### ３）インフォーマルサービスの提供主体

第一次高齢者のためのフィリピン行動計画 1999 - 2004 は、高齢者のための近隣サポートサービス（Neighbourhood Support Services for Older Person）の試験的な導入を発表した。その試験導入では、地域ボランティアの開発、地域の寝たきりの高齢者を援助するための介護サービス提供者、介護人、地域ボランティアを対象としたトレーニング、COSE[235]による試験導入のピアカウンセリングが実施された。

DSWD 傘下の Senior Citizens Center（上述）は、高齢者に社会福祉サービスを提供するための中心組織としての役割を担っている。この活動の一環として高齢者ケアを提供するボランティアの斡旋やトレーニングも含まれている[236]。

[234] www.tesda.gov.ph/Downloadables/TR%20Caregiving%20NC%20II%20(Rev).doc
[235] Coalition of Services of the Elderly, Inc. フィリピンの高齢者の健康と生活をサポートする非政府組織。
[236] http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Philippines_CountryReport.pdf
http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2013/12/The-Filipino-Senior-Citizens-Centre.pdf

## ５．その他

### １）日本への介護人材送り出し状況

看護師・介護福祉士候補者の受入れを含む日本・フィリピン経済連携協定は 2006 年 9 月 9 日に両国首脳によって署名され、2008 年 12 月 11 日に発効した。この協定には、病院又は介護施設で就労・研修 を行って看護師・介護福祉士試験に合格して看護師・介護福祉士資格の取得を目指すコース（就労コース）に加えて、介護福祉士養成施設で就学し介護福祉士資格の取得を目指すコース（就学コース）が設けられている（就学コースは 2011 年度以降、募集中止）。2016 年度までの 8 年間で、看護師候補者および介護福祉士候補者合計で 1,633 名の受け入れ実績となった[237]。（2016 年 10 月までの 9 年間で、フィリピンの他、インドネシア、ベトナムを含み、合計 2,777 名が、この制度に参加した[238]）

### ２）各国の支援

国際機関等によるフィリピンにおける高齢者政策支援プログラムについて、各組織の地域別主要プロジェクトに関するウェブサイトなどから主な実施状況を確認した結果は次の通り[239]。

図表 IV-3 国際機関・諸外国等による主な支援状況の概況

| 国際機関 | 概況 |
|---|---|
| 世界銀行<br>（World Bank） | 世界銀行のフィリピンにおける活動の柱の一つに貧困に苦しむコミュニティへの社会的な支援が含まれている。特に子供や高齢者といった社会的な保護が必要となるグループに対して、健康状態の改善や教育の向上のための支援を行っている[240]。 |
| 欧州連合<br>（EU） | 高齢者のみを対象としたプログラムは特定できなかった。なお、EU のフィリピンへの開発援助は人道的支援、紛争後の平和構築、自然災害からの復興のための資金が提供されている[241]。 |
| アジア開発銀行<br>（Asian Development Bank：ADB） | ADB のフィリピンへの支援はインフラ開発と雇用の創出のための民間セクターからの投資拡大に重点が置かれており、高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できなかった。 |
| 国連開発計画<br>フィリピン事務所<br>（UNDP in Philippines） | UNDP のフィリピンでの活動は紛争後の平和構築のための人道支援が中心になっている。とりわけ女性、子供、高齢者等の保護に力を入れている[242]。 |
| 世界保健機関<br>（WHO） | 高齢者のみを対象としたプログラムは特定できなかった。WHO はフィリピンにおいて感染症、自然災害に起因する負傷や疾患、気候変動にともなう疾患、食の安全、母子の健康と栄養の向上、生活習慣病の予防に重点を置いて活動している[243]。 |
| 国際連合人口基金<br>（UNFPA） | 高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できなかった[244]。 |

237 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000025247.html
238 https://asia.nikkei.com/Business/Trends/Japan-s-senior-care-providers-seek-more-foreign-trainees
239 なお、リソースの都合から、各組織のデータベースなどを使った詳細調査は実施していない。
240 http://www.worldbank.org/en/country/philippines/overview#2
241 https://eeas.europa.eu/delegations/philippines/1694/philippines-and-eu_en
242 http://www.ph.undp.org/content/philippines/en/home/ourwork/overview.html
243 http://www.wpro.who.int/philippines/areas/en/
244 http://philippines.unfpa.org/en/about-unfpa-philippines

| | |
|---|---|
| UN ウィメン<br>（UN Women） | 高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できなかった[245]。 |
| 米国国際開発庁<br>（USAID） | 母子の健康の改善、結核の予防、教育の普及、自然災害への対処に重点が置かれており、高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できなかった[246]。 |
| オーストラリア国際開発庁<br>（AusAID） | AusAID の Philippines Social Protection イニシアティブは社会保障制度の確立のためにフィリピン政府を支援しており、高齢者も含む貧困層や社会的に弱い立場にある人々の保護に特に重点を置いている[247]。 |
| ドイツ国際協力公社<br>（GIZ） | 高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できなかったが、人道的支援には農業の保護、都市インフラ、雇用、教育機関における健康状態の向上が含まれている[248]。 |
| 独立行政法人　国際協力機構<br>（JICA） | 高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できなかった[249]。 |
| HelpAge International | 台風をはじめとする自然災害における高齢者対策や復興支援における高齢者支援の他、高齢者のための社会保障制度の確立のためのロビー活動などを展開している[250]。 |

出所：各機関ウェブサイトを基に作成

以上

245 http://asiapacific.unwomen.org/en/countries/philippines/about-un-women-philippines
246 https://www.usaid.gov/philippines/our-work
247 http://dfat.gov.au/geo/philippines/development-assistance/Pages/development-assistance-in-philippines.aspx
248 https://www.giz.de/en/worldwide/376.html；フィリピンのビジネス誌 Malaya Business Insight の 2016 年 9 月 6 日付けの報道「Seniors'care industry to hit P9.6B by '22（http://www.malaya.com.ph/business-news/business/seniors%E2%80%99care-industry-hit-p96b-%E2%80%9922）」において、ドイツ政府は、ドイツの老齢教育モデル（geriatric education model）に則ったトレーニングプログラムをフィリピンの看護婦向けに整備し、また、フィリピンの医療教育システムに高齢者向けカリキュラムを導入するための官民パートナーシップ（PPP）プロジェクトに資金を提供することを決めたと伝えている。しかし、GIZ をはじめとする政府機関の資料からは、事実関係を確認できなかったため、同表には含めていない。
249 https://www.jica.go.jp/philippine/english/index.html
250 http://www.helpage.org/tags/philippines/

# V. カンボジア

## １．高齢者を取り巻く状況について

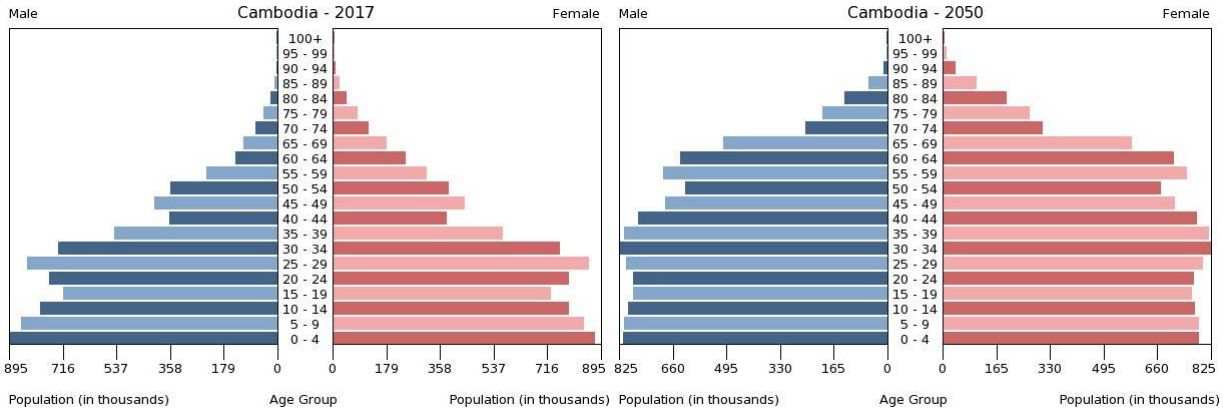
### １）基本情報[251]

| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年:約 15.6(百万人) |
| 高齢化率<br>(65 歳以上) | 2015 年:4.1% |
| 平均寿命 | 2015 年:68.7 歳(健康寿命は 58.9 歳) |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年:2.70 |

### ２）人口構成と高齢化率の変化

カンボジアにおける 2017 年の人口に占める 65 歳以上の人口の割合は 4.3%であるが、2050 年にはその割合は 11.7%となることが予想されている(米国国勢調査局 International Database)。なお、United Nations World Population Prospects : The 2015 Revision によると、2031 年に高齢化社会に突入し、2054 年に高齢社会へ移行するとの予測である(倍化年数 23 年)。

図表 V-1 人口ピラミッド




出所:米国国勢調査局 International Database[252]

カンボジアにおける高齢層の男女別人口構成のゆがみには、ポル・ポト政権下での一般国民の大量虐殺の影響がみられる。2012 年の調査結果によると、60 歳以上の高齢者の男女別構成比は 69:100、80 歳以上の高齢者では 61:100 となっており、他国と比べても女性の割合の多さが顕著である[253]。

### ３）生活状況

HelpAge International が公表する、カンボジアの高齢者の生活状況に関連する統計結果(2012 年時点)[254]は以下の通り。農村部で暮らす高齢者の割合が約 83%と圧倒的に多い。また、約半数が貧困状態にある。

---

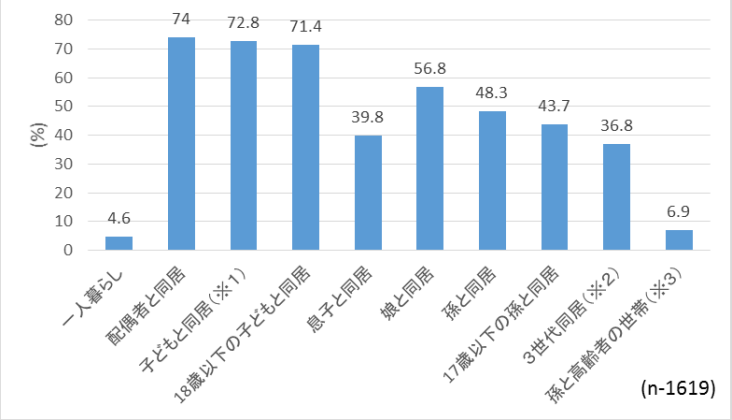
[251] United Nations World Population Prospects : The 2015 Revision, WHO World Health Statistics 2016
[252] https://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php
[253] National Institute of Statistics (2012). Demographics of population aging in Cambodia. 本記述は HelpAge の HP を参照(http://ageingasia.org/ageing-population-cambodia/)
[254] HelpAgeHP: Aging population in Cambodia (http://ageingasia.org/ageing-population-cambodia /)

図表 V-2 高齢者の生活状況

| | |
|---|---|
| 高齢者人口(60 歳以上) | 951,000 |
| 生産年齢人口に対する<br>60 歳以上高齢者の割合 | 10.6% |
| 貧困状態にある高齢者人口 | 454,000 |
| 農村部に住む高齢者人口 | 791,000 |
| 都市部に住む高齢者人口 | 198,000 |

農村部に暮らす高齢者の家族構成をみると、子どもと同居の割合が7割強、孫と同居の割合も5割弱となっている。

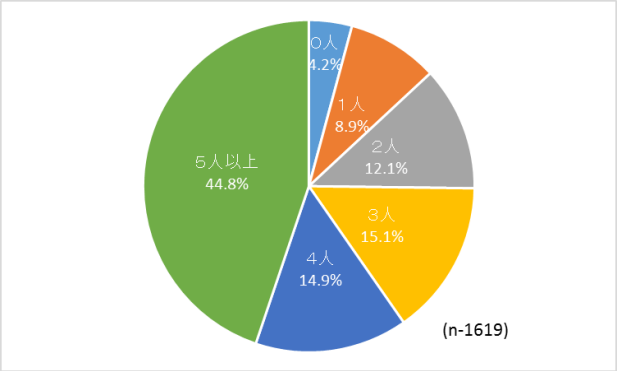
図表 V-3 農村部に暮らす高齢者の家族構成(2012 年)[255]




出所:Ministry of Planning "Ageing and migration in Cambodia"(2013), p.16

農村部に暮らす高齢者のうち、3人以上の子どもを持つ者の割合は約 75%となっている。

図表 V-4 農村部に暮らす高齢者一人あたりの子どもの数(2012 年)[256]



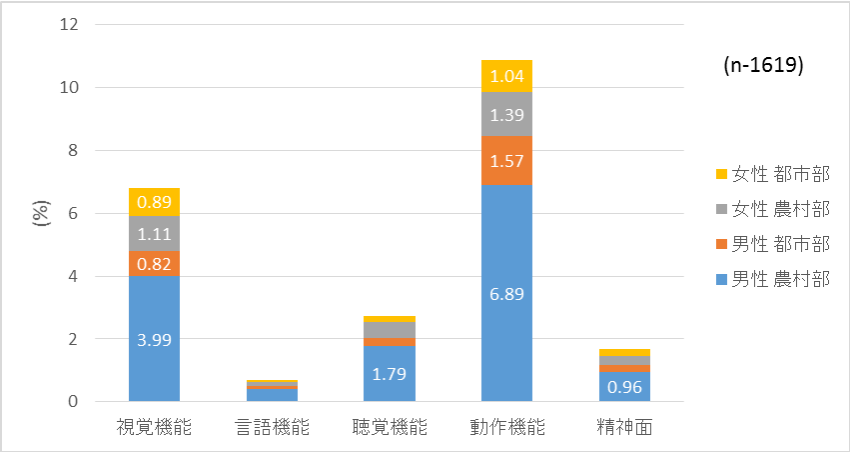

出所:Ministry of Planning "Ageing and migration in Cambodia"(2013), p.16

### 4) 健康状態

2008 年に報告された高齢者の健康状態についての統計結果[257]をみると、居住地域別では都市部よりも農村部に住む高齢者の方が身体機能の不自由さを感じる割合が高いことがわかる。視覚機能、聴覚機能、動作機能、精神面については、特に農村部に住む男性の状態が、他の層と比べて良くないことが明らかである。

[255] Ministry of Planning "Ageing and migration in Cambodia"(2013), p.16
[256] Ministry of Planning "Ageing and migration in Cambodia"(2013), p.16
[257] NIS, MOP Cambodia"Demographics of Population Ageing in Cambodia, 2012"(2012),p.21

図表 V-5 身体機能に不自由さを感じる高齢者の割合(60 歳以上)




出所:NIS, MOP Cambodia"Demographics of Population Ageing in Cambodia, 2012"(2012),p.21

## 2. 介護に対する各国の意識や取組について

### 1) 関係省庁・組織等

Cambodian National Committee for Elderly(CNCE)は 1999 年に設立された、省庁間の連携・調整を促進するための組織(interministerial body)である。関連政策の実施、高齢化対策として慎重を期する政策やフレームワークの普及、開発および推進、政策実施状況などのモニタリングおよび評価を行っている。また、International Day for the Older People の精神を支え、賞賛する役割も担っている。現在、国レベルで 16 の政府機関、関連組織および非政府組織(NGO)と、準国家レベル(sub-national level)で 25 の地方自治体が CNCE のメンバーになっている[258]。

高齢者政策を実施する主な政府機関としては、社会問題・退役軍人・青少年更正省 Ministry of Social Affairs, Veterans, and Youth Rehabilitation:MoSVY)、保健省(Ministry of Health:MOH)、労働職業訓練省(Ministry of Labour, Vocational Training:MoLVT[259])などが含まれる[260]。このうち、MoSVY は、高齢者への基本的なサービスの提供と保護を管轄し、高齢者問題に取り組む内外の連携機関からの情報収集を担っている。しかし、必要な情報やマンパワー、施設・設備が不足しており、効果的な対応が難しいという課題を抱えているとされる[261]。一方、MOH が高齢化対策に取り組み、重要な政策やイニシアチブの策定を支援している。MOH は、全国民に対して医療の提供と健康増進を政策に掲げ、医療スタッフや既存の医療施設を通して、国際機関や国家機関と連携しながら、治療・入院によるケアや、予防や健康促進を提供している。なお、こうした政策に沿って、MOH は、国立大学病院 Khmer-Soviet Friendship Hospital に老人医療ケアセンターを 2015 年までに整備する予定と 2014 年資料に記載されている[262]。

### 2) 関連法令・施策等

カンボジアの高齢者政策は、同国の憲法 72 条に定められた「国民の健康のため、疾病予防と治療が十分に考慮されるべきである。貧困状態にある市民は、公立の病院、診療所、助産院において無料で診療を受けることができるべきである。国は農村地域において診療所と助産院を設置するべき」を法的根拠と考えていることが、カンボジ

258 http://www.unescap.org/sites/default/files/3.%20MIPAA%20Focal%20Point%20Presentation%20%28Cambodia%29.pdf
259 (MoLVT) is in charge for social security for employees in the formal sector including work injury, health care and in the near future pension
260 http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf page 42
261 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Cambodia_CountryReport.pdf p.3
262 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Cambodia_CountryReport.pdf p.3

ア政府発表資料から伺える[263]。

カンボジア政府はこれまでに複数の関連政策・通達などを発表している。具体的には、カンボジア政府は National Policy on the Health Care for Elderly and Disabled People (NPHCED) を 1999 年に発表しており、高齢者および障害者の健康改善、人材トレーニングの提供、健康教育を通じた健康な高齢者と障害者の奨励、コミュニティの高齢者に対する特別ケアの提供を盛り込んだ[264]。

また 2003 年、高齢者に特化した国家政策「National Policy for the Elderly (NPE)」を導入した。同政策には、福祉と社会参加(Welfare and Social Participation)、ヘルスケア(Health care)、人材(Human resources)、収入と市場(Income and market)、社会参加(Participation)、高齢化に関する研究および政策普及に向けた高齢者の政策参加(Research into ageing and involvement of older people to inform policy)などが盛り込まれた[265]。同政策は見直しが進められ、国連人口基金(UN Population Fund:UNFPA)による技術面・資金面での支援を受けながら、計画省(Ministry of Planning)および MoSVY を中心に新たな政策の草案作成が進められてきた[266]。なお、内閣は 2017 年 8 月 25 日の閣議で、この新たな政策「National Policy on Ageing 2017-2030」を承認した[267]。

この他、高齢者関連の主な政策として、National Health Care Policy and Strategy for Older People 2016[268]および National Social Protection Policy Framework 2016-2025[269]も発表されている[270]。

### 3) 社会保障

カンボジアは 1987 年、退役軍人と公務員の退職者を対象とした年金基金政策として Policy on Pension Fund を導入、同政策に基づき MoSVY は社会保障基金「National Social Security Fund for Civil Servants and National Fund for Veterans」を公務員および退役軍人に提供してきた。当初、医療保険は含まれていなかったが、公務員に対する医療保険(Health Insurance for Civil Servant)は 2017 年に承認され、計 50 万人の公務員が対象となる[271]。

一方、民間企業とその社員向けには拠出型の年金スキーム(contributory Pension Schemes)を設けている。同スキームでは、基礎医療保険(basic health insurances system)および労働者災害補償保険(working accident system)の提供と退職年金が含まれている。さらに、Older People's Associations(OPA、後述)のメンバーとなっている高齢者に対しても、拠出型年金スキームが利用できる。なお、高齢者に対して、老齢手当(old age allowance)のような非拠出型年金スキームは提供していないが、高齢者がプライマリーヘルスケアサービスを無償で受けられるように、看護補助金政策(nursing subsidy policy)を設けている[272]。

---

263 カンボジア政府発表の英語資料では、高齢者政策関連法・政策の冒頭に憲法について最初に言及されており、これが高齢者政策の法的根拠の基本となっていることが伺える(例:
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Cambodia_CountryReport.pdf ; http://aging-asia.info/sites/default/files/presentations/s2p4-cambodia.pdf ;
http://www.unescap.org/sites/default/files/3.%20MIPAA%20Focal%20Point%20Presentation%20%28Cambodia%29.pdf)

264 http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf page 42

265 http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf page 42

266 https://executiveboard.unfpa.org/downloadDoc.unfpa?fileName=Annex%2002%20Country%20results%20and%20case%20studies%20to%20illustrate%20the%20theory%20of%20change.pdf~16-33-2017-15-33-23-720

267 http://www.akp.gov.kh/?p=108562 ; 2017 年 9 月 1 日現在、全文(http://cambodia.unfpa.org/en/publications/national-policy-ageing-2017-2030)はクメール語のみ公開されている。

268 英語版:
http://helpagecambodia.org/en/public/source/resource/National%20Health%20Care%20Policy%20and%20Strategy%20for%20Older%20People/National%20Health%20Care%20Policy%20and%20Strategy%20for%20Older%20People_English.pdf ; 関連記事:
https://www.cambodiadaily.com/morenews/government-launches-new-policy-on-health-care-for-the-elderly-125172/

269 http://www.akp.gov.kh/?p=106491

270 http://aging-asia.info/sites/default/files/presentations/s2p4-cambodia.pdf

271 http://www.unescap.org/sites/default/files/3.%20MIPAA%20Focal%20Point%20Presentation%20%28Cambodia%29.pdf

272 http://www.unescap.org/sites/default/files/3.%20MIPAA%20Focal%20Point%20Presentation%20%28Cambodia%29.pdf

## ３．高齢者向けサービスの現状について

### １）高齢者ケアサービス[273]

#### 7. 高齢者ケアサービスの提供状況

カンボジアの憲法 47 条には、「親は自らの子供が良い市民となるために養育・教育する義務がある。子供は、クメール文化に従い、老齢の親の面倒をよく見る義務を負う」と記されている。このような法的・文化的背景の中、高齢者は成人になった子供やその他の親戚と同居しており、高齢者ケアは家族が行うことが一般的である[274]。

しかし、カンボジアにおいても、他の発展途上国同様、若年層が地方から都市部に移住する傾向が強まり、高齢者ケアの担い手も家族だけで対応することが今後難しくなることが予想されている。こうした中、コミュニティを中心としたアプローチを政府が支援する動きが見られる。Older People's Association（OPA）は、コミュニティベースの団体で、高齢者等地域のボランティアによって運営され、各地域の行政機関の承認を受けている[275]。カンボジア政府は、高齢者の社会的・経済的健康を促進するため、国民が全国各地で OPA を各コミュニティに設立することを強く推奨している。OPA への公的サポートは、国から地方自治体レベルまで幅広く、その支援内容には、設立資金助成、管理運営トレーニングの提供、技術サポートなどが含まれる[276]。OPA は、高齢者や地域に対するインフォーマルな社会保護の機能を提供し、持続可能な地域開発の取り組みによって高齢者とその世帯は生活や健康状態を向上させることを目指しており、高齢者のセーフティネットと認識されている。60％以上のボランティアが女性で、年齢は 55 歳以上である[277]。

カンボジアにおける OPA 設立は、HelpAge が主導してきた。2003 年 4 月～2012 年にかけ、HelpAge Cambodia は、韓国-ASEAN 協力関係（ROK-ASEAN Cooperation）と HelpAge Korea[278]の支援の下、日常生活の活動（ADL）に苦労したり、慢性疾患に悩まされたりしている 1 人暮らしの貧しい高齢者を対象とした在宅ケアパイロットプログラムをマルチフェーズで実施してきた。韓国の成功に基づき採用されたこのモデルは、ASEAN 加盟 10 ヶ国・地域でも採用された実績があった。同モデルでは、各コミュニティに設置された OPA の場を活用して、コミュニティメンバーの中で、ケアが必要な人と、訓練を受けた無償のボランティア・ホームケアスタッフの両者を特定している。そのほか、この在宅ケアモデルには、村落を拠点とした診療、スクリーニング、基本的な健康教育を普及させるための、ヘルスキャンプのようなプライマリケア指向（primary care-oriented）の要素も含まれている[279]。

カンボジア政府は HelpAge Cambodia による OPA プロジェクトの実施に対して、フィードバックを行うとともに、国内外のステークホルダーに対して、この取り組みを紹介してきた。MoSVY は在宅介護に関するガイドライン「National Guidelines on the Establishment and Management of Older People's Associations and Home-Based Care for Older People[280]」への支持を表明している[281]。また、カンボジア政府は 2013 年 12 月には、高齢者のための地域密着型在宅ケアの実行可能な形態として、OPA モデルの全国普及を公式に支援をすると発表している[282]。

---

273 カンボジアにおいて、医療・保険人材等が提供する専門サービスの概要などについて、政府発表資料などからは現時点では特定できていない。現在、政府も後押しする中心的な取り組みはコミュニティーベースのアプローチであるため、下記はそれを中心に整理している。

274 http://aging-asia.info/sites/default/files/presentations/s2p4-cambodia.pdf

275 http://helpagecambodia.org/en/display/content/3_5

276 http://aging-asia.info/sites/default/files/presentations/s2p4-cambodia.pdf

277 http://helpagecambodia.org/en/display/content/3_5

278 http://www.unescap.org/sites/default/files/Item%206%20Home%20%26%20Community%20Care%20in%20ASEAN.pdf

279 http://ageingasia.org/wp-content/uploads/2015/08/Manual_Community-Based-Service-for-Older-People.pdf

280 http://helpagecambodia.org/en/public/source/resource/National%20Guidelines%20on%20the%20Establishment%20and%20Management%20of%20Older%20Peoples%20Associations%20and%20Home%20Based%20Care%20for%20Older%20People_EN.pdf

281 http://ageingasia.org/ageing-population-cambodia/

282 http://ageingasia.org/wp-content/uploads/2015/08/Manual_Community-Based-Service-for-Older-People.pdf

参考：HelpAge Cambodia

HelpAge Cambodia は OPA の取り組みを通じて、カンボジアにおいて 20 年に亘る活動実績がある。活動地域は、Battambang、Banteay Meanchey、Siem Reap の北西部 3 県である。現在、MoSVY、MOH、女性問題省（Ministry of Women's Affairs）、地域開発省（Ministry of Rural Development）などの政府機関やその他関連機関と連携を図っている[283]。

**図表 V-6：HelpAge の活動地域（HelpAge Cambodia age helps のマーク）**

出所：HelpAge Combodia[284]

HelpAge Cambodia は 2013 年、これまでの在宅ケアプロジェクトの成功を踏まえ、HelpAge Korea および韓国-ASEAN 協力関係と協力し、高齢者向けの包括的なコミュニティベースサービスを提供しはじめた。2 年間のパイロットプロジェクトでは、NGO や政府パートナーと協力して、OPA、無償のホームケアボランティアおよび農村ヘルスサポートグループ（Village Health Support Group：VHSG）から募集された有償のケアアシスタント（care assistant）を連携させ、包括的なサービス、トレーニング、技術監督を提供した。サービスには、在宅ケアサービス（有償／無償）、ヘルスサービス、生活支援サービス、ケースマネージメントが含まれる。こうしたパイロットプロジェクトの評価では、コミュニティーを基盤としたモデルの数多くの有用性が確認されている[285]。

HelpAge Cambodia ウェブサイトによれば、これまで HelpAge Cambodia およびそのパートナーが設立に係った OPA は 156 拠点となっており、さらにその拡大、展開に取り組んでいる[286]。

また、カンボジア政府も、全国規模で OPA を普及させる方針を示している。カンボジアでは、地域住民のニーズに対応する狙いで地方行政単位であるコミューンおよびサンカット（Commune/Sangkat[287]）の分権化政策を 2002 年から進めてきた。カンボジア政府はこの行政単位を中心とした OPA 設立・強化を目指している。2016 年までに、カンボジア全国で 394 の OPA が設立された。政府は引き続き、カンボジア全土のすべてのコミューンおよびサンカッ

283 http://helpagecambodia.org/en/display/content/2_1
284 http://helpagecambodia.org/en/display/content/2_1
285 http://ageingasia.org/ageing-population-cambodia/
286 http://helpagecambodia.org/en/display/content/3_5（2017 年 9 月 1 日アクセス）
287 https://www.mlit.go.jp/kokudokeikaku/international/spw/general/cambodia/index.html

トにおいて OPA が設立されるよう支援を行っている[288]。

その他、カンボジアで実施されている高齢者対策の主な地域・ボランティアサービスは次の通り[289]。

**図表 V-7 カンボジアで実施されている高齢者対策の主な地域・ボランティアサービス**

| | |
|---|---|
| National Committee for Disaster Management (NCDM) | ・ 災害などの困難な状況に置かれている避難者に対して生活支援を行っている NCDM は、特に高齢者や子供の保護に力を入れている。健康面での支援や、快適な生活環境、水や衛生、医療、教育などといった、基本ニーズへのアクセスを提供している避難キャンプのマネジメントについても、関係政府機関やステークホルダーなどと連携しながら取り組んでいる。 |
| カンボジア赤十字社(Cambodian Red Cross:CRC) | ・ CRC は、カンボジアで最大の人道機関で、1955 年に設立され、弱者に対する人道サービスを提供する公的機関の補助団体としてカンボジア政府に認められている。CRC は、身寄りのない高齢者や自然災害などの被害者の生活水準の改善に積極的に取り組んでおり、医療サービスの提供の他、赤十字の基本的原則と人道的価値観(Fundamental Principles and Humanitarian Values[290])や災害対応と準備(Disaster Response and Preparedness)の普及活動をはじめとする、様々な取り組みを全国で展開し、高齢者や子供の貧困の削減にも寄与している。<br>・ 現在、CRC では、合計 12 万 6,318 名のスタッフが全国 24 の支部に配置され、その他、5,700 名の Red Cross Volunteer や 5,300 名の Red Cross Youth が、サービスの提供やプログラムの実施に関与している。 |
| コミュニティセンター | ・ カンボジアでは伝統的に、パゴダ(Pagoda)は市民が精神的な素養と教育を身に付ける場所の 1 つとされてきた。高齢者はこうしたパゴダで開かれる公式的な村の祭事、結婚式、葬儀、子供の命名式などによく参加している。現在、カンボジアの地方にはこのようなパゴダが約 4,600 ある。<br>・ カンボジア北西部では、OPA の連携組織である Older People Association Coalition の支援を受けて、地域の長がボランティアを選び、地域において、交流や精神的サポート、掃除や料理などの家事の手伝い、食事や入浴、病院、寺院、買い物等の身の回りの世話などのサービスを高齢者に提供している。 |
| 民間セクター | ・ 民間セクターでは、高齢者やホームレスの高齢者に対して、食料や衣服、住宅の建築資材の提供、医療福祉サービスの提供、自然災害時の支援などを行っている。MoSVY は、民間企業や銀行、テレビ放送局と連携して、必要な資材や資金を集める活動をプノンペン(Phnom Penh)やコンポンスプー(Kampong Spue)、コンポンチャム(Kampong Cham)、プレアヴィヒア(Prah Vihea)、バンテイメンチェイ(Banteay Meanchey)で実施している。<br>・ 具体的には、ある米国の投資家からの支援で高齢者向けメンタルヘルスセンターを設立した。また、Bayon Foundation の会長で Bayon Radio and TV stations の社長 Lok Chumteav Hun Mana 氏の支援をうけ、Goddess House Programme[291]を立ち上げ、多くの高齢者向け施設を設置した。 |
| 大学生による活 | ・ National University of Management で学ぶ学生と、その他のカンボジア国内の大学生が結 |

288 http://aging-asia.info/sites/default/files/presentations/s2p4-cambodia.pdf
289 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Cambodia_CountryReport.pdf p.4-6
290 http://www.ifrc.org/fundamental-principles
291 http://www.apda.jp/pdf/p02_report/2013_Meeting_minutes_E.pdf p. 91-92

| | |
|---|---|
| 動 | 成したグループの YES Team は、高齢者に笑顔を取り戻すための活動 Elder Garden Project を 2014 年に開始した。これは、プノンペンの高齢者を集め、若者とゲームを一緒にしたり、高齢者のこれまでの経験を若者に語ったりといった世代間の交流を図るとともに、家にいることの多い高齢者の間の交流も促進することを狙った活動である。企業やマイクロファイナンスの支援を受けている。<br>・ このほか、同活動に参加している学生が、プノンペンの都会に住む高齢者と地方に住む高齢者の両方を訪ね、多くの会話と通じて、高齢者と若者の関係を築き、理解を深めようとする活動も行っている。 |

出所：http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Cambodia_CountryReport.pdf を基に作成

### イ. 高齢者ケアサービスの課題[292]

カンボジアには、高齢者を対象とした国の保障制度がなく、健康問題も慢性疾患や精神衛生、非伝染性疾患が多い。また、高齢者の多くは（健康維持などに関する）知識が限られている上、伝統的な考え方を重んじており、労働に従事することはかなり少なく、家事や仏事が活動の大半を占める状況にある（そのため、新しい知識を取り入れる機会なども限られる）。さらに、高齢者は視力や聴力が弱かったり、移動に困難を抱えているために、地域開発活動や、地域コミュニティの人々に自らの経験や課題などについて考えを共有するような機会に参加することができない場合も多い。特に農村地域では、教育水準が低く、衛生・健康に関する知識に欠ける高齢者が多い状況にある。こうした状況の改善を図るべく、政府として包括的で広範囲をカバーする高齢者政策などを計画・実施したくとも、財源を確保することができないため、MoSVY は ASEAN 地域から、高齢者政策に対する考え方や技術的な支援を受けることは有益との考えを 2012 年 10 月に日本で開催された ASEAN 及び日本の政府高官会合（The 12th ASEAN & Japan High Level Officials Meeting on Caring Societies and Human Resource Development “Social Participation and Contribution of Elderly”）資料の中で言及している[293]。

その他、高齢者の健康に関して、カンボジアの高齢者は次のような課題を抱えており、今後、対応が必要とされるとの指摘も見られる[294]。

- 健康的な高齢期のための基本的な方法に関する知識が限定的（運動や栄養のバランスなど）
- ケアへのアクセス障壁（経済的、物理的距離、インフラ、社会的・文化的）
- 高齢者の健康問題を効果的に管理できる技術を持った医療従事者の不足
- 慢性疾患（糖尿病や高血圧など）の診断や治療ケアが確実に行われるプライマリケアレベルでの機材等の不足
- 高齢者の健康上の課題に関する信頼性の高いデータ（リスク要因や治療の効果など）の入手が困難

## ４．介護を担う人材とその教育・育成について

### １）高齢者ケアの主な担い手

上述のように、法的・文化的背景の中、高齢者は成人になった子供やその他の親戚と同居しており、高齢者ケアは家族が行うことが一般的である[295]。

なお、看護師資格については、指定のカリキュラムを実施している大学や専門学校を卒業し、国家試験に合格す

292 サービスに対する需給バランスや利用者ニーズに関する言及が見られない。代替案として、課題がニーズの発掘につながることも多いため、高齢者ケアを巡るカンボジアの課題について言及された資料に基づき、関連情報を記載した。
293 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Cambodia_CountryReport.pdf p.3
294 Regional Seminar on Long-term care for Elderly Persons, Country Presentation-Cambodia p.7
295 http://aging-asia.info/sites/default/files/presentations/s2p4-cambodia.pdf

ることで取得できる[296]。

### ２）専門サービスの提供主体[297]

NPHCED（1999 年）において、MOH がコミュニティにおいて高齢者ケアを担い、高齢者に必要な医薬を提供できる人材の技術トレーニングを提供すべきと規定している。また、高齢者のヘルスケアに関する知識をあらゆるレベルの医療スタッフに広めること、高等教育および University of Health Science のカレッジにおける基礎トレーニングプログラムに高齢者・障害者ケアプログラムを含めること、すべての開業医（medical practitioners）が高齢者・障害者向けケアの方法について訓練を続けること、スキルのあるトレイナーを海外の関連部門・組織で訓練させることなども含まれている[298]。

NPHCED には介護者に関する内容も言及されている。具体的には、政府、地域社会、国際機関、非政府組織および高齢者団体が関与する形で、適切な地域に高齢ケアサービスモデルを確立すること、障害者に定期的にケアを提供することにより、地域社会における高齢ケアサービスを改善すること、高齢者を支援・見守り、その状況をヘルスセンターに報告するために地域社会の参加を促すこと、高齢者や障害者のケア方法をコミューン内の人材に訓練するため、コミューン開発委員会（Commune Development Committee）と連携することなどが含まれている[299]。

### ３）インフォーマルサービスの提供主体

上述の OPA は、コミュニティベースの高齢者ケアを実施するため、ボランティアおよびケアアシスタントのトレーニングを提供している[300]。

**図表 V-8 ボランティア向けトレーニングと各トレーニング提供組織一覧**

| トレーニング項目 | トレーニング提供組織 |
|---|---|
| Ageing issues and ageing processes | HelpAge Cambodia |
| Community services mapping | HelpAge Cambodia |
| Orientation on the National Guidelines on Home Based Care | HelpAge Cambodia |
| Role of volunteer in home care and volunteer services | HelpAge Cambodia |
| Communicating with older people | Transcultural Psychosocial Organization[301] |
| Understanding of age-related diseases especially NCDs | Provincial Heath Department[302] |
| Understanding of basic geriatric nursing | Provincial Health Department |
| Basic health care for older people | Provincial Health Department |

296 https://www.jica.go.jp/project/cambodia/004/newsletter/pdf/newsletter_no19.pdf
297 高齢者ケアの専門職について、政府による認定などに関する情報はこれまでの文献調査から特定できていない。東北福祉大学　赤塚俊治「カンボジアにおける高齢者福祉に関する研究 -都市部と農村部でのアンケート調査からの考察-」東北福祉大学 『東北福祉大学研究紀要』第 41 巻(通巻 44 号)　2017 年 3 月 では、その概要で「カンボジアでは、社会福祉分野が未開発であるために、高齢者福祉に関する法整備は皆無状態にある。高齢者の生活に関する問題点や課題を解決する方策としては、社会福祉システムを確立させ、社会福祉制度の整備や専門機関の設立に伴う専門職の人材育成・養成は必要不可欠であることが調査結果から示唆された」と言及しており、専門職育成・養成のための公的整備はなされていない可能性も推測される。なお、下記に見るように、NPHCED において、人材育成に関する言及もみられるが、英語で得られる情報（国際機関の発表している報告書など）から、公式の介護人材資格の言及はなかった。
298 http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf
299 http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf
300 http://ageingasia.org/wp-content/uploads/2015/08/Manual_Community-Based-Service-for-Older-People.pdf
301地域集団を対象とするメンタル・ヘルス・サービス行う NPO
302 Ministry of Health Provincial Heath Department

| | |
|---|---|
| Importance of physical exercise | Provincial Health Department |
| Case management | HelpAge Cambodia; Royal University of Phnom Penh: Department of Social Work |

出所:HelpAge Cambodia "Cambodia's Approach to CommunityBased Services: A Practical Manual" July 2015[303]

**図表 V-9 ケアアシスタント向けトレーニングと各トレーニング提供組織一覧**

| トレーニング項目 | トレーニング提供組織 |
|---|---|
| Health Care for Older People | Provincial Health Department |
| First Aid for Older People | Provincial Health Department |
| Physical Exercises that are Safe for Older People | Provincial Health Department |
| How to measure body temperature, vital signs and glucose level | Provincial Health Department |
| Understand of Geriatric Nursing | Provincial Health Department |
| Palliative Care for the bed-ridden | Provincial Health Department |
| Rehabilitation for the bed-ridden | Provincial Health Department |
| Non-Communicable Diseases | Provincial Health Department |
| Social Care of Older People | |
| Ageing Issues and the Ageing Process | HelpAge Cambodia |
| Communicating with Older People | Transcultural Psychosocial Organization (TPO) |
| The National Guidelines on Home Based Care | HelpAge Cambodia |
| Community Mapping | HelpAge Cambodia |
| Counselling Skills | Transcultural Psychosocial Organization (TPO) |
| Case Management | HelpAge Cambodia; Royal University of Phnom Penh: Department of Social Work |

出所:HelpAge Cambodia "Cambodia's Approach to CommunityBased Services: A Practical Manual" July 2015[304]

## ５．その他

### １）各国の支援

国際機関等によるカンボジアにおける高齢者政策支援プログラムについて、各組織の地域別主要プロジェクトに関するウェブサイトなどから主な実施状況を確認した結果は次の通り[305]。

**図表 V-10 国際機関・諸外国等による主な支援状況の概況**

| 国際機関 | 概況 |
|---|---|
| 世界銀行<br>(World Bank) | 世銀によるカンボジアへの支援はガバナンス改革、持続可能な経済成長、民間セクターの開発、脳槽部の開発、天然資源の管理、医療及び教育サービスの普及拡大に重点が置かれており、高齢者のみ |

303 http://ageingasia.org/wp-content/uploads/2015/08/Manual_Community-Based-Service-for-Older-People.pdf
304 http://ageingasia.org/wp-content/uploads/2015/08/Manual_Community-Based-Service-for-Older-People.pdf
305 なお、リソースの都合から、各組織のデータベースなどを使った詳細調査は実施していない。

| | |
|---|---|
| | を対象としたプログラムは現時点では特定できず[306]。 |
| 欧州連合<br>（EU） | カンボジアの高齢者のみを対象としたプログラムは特定できなかったが、特に紛争後の復興支援として食糧、住居、医療サービス、水道、衛生設備の改善といった人道支援が行われている[307]。 |
| アジア開発銀行<br>（Asian Development Bank） | 高齢者のみを対象としたプログラムは特定できなかったが、持続可能な経済成長の支援を通じて、社会的に弱い立場にある人々へのセーフティネットを構築し、恒常的な貧困状態にある人々の保護を目指す[308]活動の対象に、高齢者が含まれる可能性あり。 |
| 国連開発計画<br>カンボジア事務所<br>（UNDP Cambodia） | UNDP のカンボジアへの支援は貧困からの脱却に重点が置かれており、カンボジア政府と協力してガバナンス改革を行っている。高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できない[309]。 |
| 世界保健機関<br>（WHO） | 高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できない。感染症の予防や新生児の保護の他、医療セクターの開発も主要な取り組みの一つとされている。社会保障制度の確立、医療人材の育成、情報技術や新薬の開発[310]などは高齢者向け医療にも還元されている可能性ありと推測される。 |
| 国際連合人口基金<br>（UNFPA） | 高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できず[311]。 |
| UN ウィメン<br>（UN Women） | 高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できず[312]。 |
| 米国国際開発庁<br>（USAID） | 高齢者のみを対象としたプログラムは現時点では特定できず。高齢者にも関係が予想される取組みとして、国民の健康状態の改善に向けた取り組みとして HIV の感染拡大の防止、結核の予防と治療、その他マラリアやインフルエンザといった感染症の予防と治療が行われている[313]。 |
| オーストラリア国際開発庁<br>（AusAID） | 医療アウトカムの向上はカンボジアへの支援の柱の一つとされている。医療の効率性を向上し、ヘルスケアのアウトカムを向上させるための支援は高齢者の医療にも還元されると予測できる[314]。 |
| ドイツ国際協力公社<br>（GIZ） | 農村部の開発と医療制度の発展が重要視されており、新生児から高齢者まで全ての世代をカバーする医療制度の構築のための支援が行われている[315]。 |
| 独立行政法人　国際協力機構<br>（JICA） | 高齢者のみを対象としたプログラムは無いが、農業の促進、インフラの改善、ヘルスケアと教育による社会発展の強化、行政改革によるガバナンスの強化等、多くのプログラムは高齢者も支援の対象に含 |

306 http://www.worldbank.org/en/country/cambodia/overview#2
307 https://eeas.europa.eu/delegations/cambodia/1006/cambodia-and-eu_en
308 https://www.adb.org/countries/cambodia/strategy
309 http://www.kh.undp.org/content/cambodia/en/home/ourwork/overview.html
310 http://www.wpro.who.int/entity/en/
311 http://cambodia.unfpa.org/en/node/15065
312 http://asiapacific.unwomen.org/en/countries/cambodia/about-un-women-in-cambodia
313 https://www.usaid.gov/cambodia/global-health
314 http://dfat.gov.au/geo/cambodia/development-assistance/Pages/development-assistance-in-cambodia.aspx
315 http://giz-cambodia.com/health/

| | |
|---|---|
| | んでいる[316]。 |
| HelpAge International | Sponsor a Grandparent スキームに基づいて自治体ベースでセルフケアを可能とする高齢者グループの設置、食料の共同管理、飲料水の確保、医療キャンプの運営、介護施設への支援や在宅ケアの提供を行っている[317]。 |

出所：各団体ウェブサイトを基に作成　　以上

[316] https://www.jica.go.jp/cambodia/english/index.html
[317] http://www.helpage.org/tags/cambodia/

## Ⅵ．ネパール

### １．高齢者を取り巻く状況について

#### １）基本情報[318]

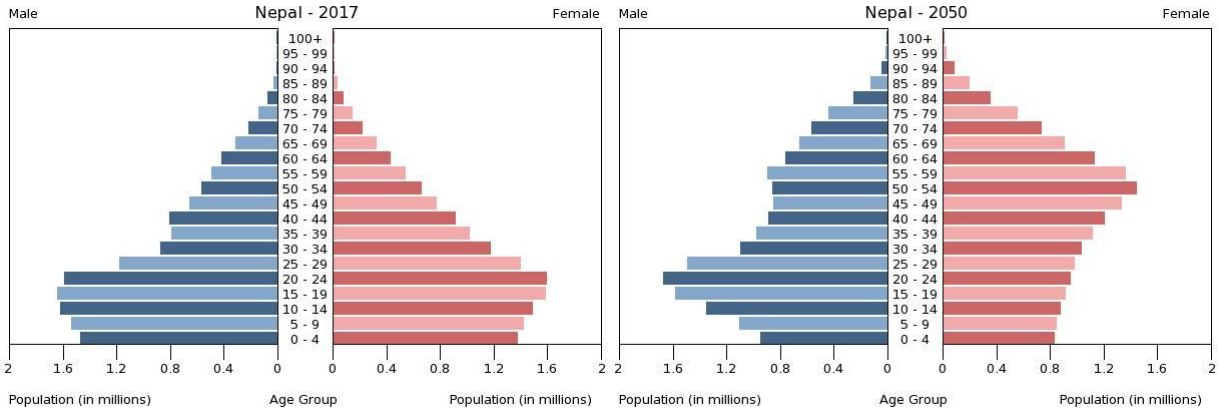
| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年:約 28.5(百万人) |
| 高齢化率<br>(65 歳以上) | 2015 年:5.5% |
| 平均寿命 | 2015 年:69.2 歳(健康寿命は 61.1 歳) |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年:2.32 |

#### ２）人口構成と高齢化率の変化

米国国勢調査局 International Database は、ネパールにおける 2017 年の人口に占める 65 歳以上の人口の割合は 5.2%であるが、2050 年にはその割合は 14.7%となると予想している。

なお、United Nations World Population Prospects : The 2015 Revision によると、2028 年に高齢化社会に突入し、2054 年に高齢社会へ移行するとの予測である(倍化年数 26 年)。

図表 Ⅵ-1 人口ピラミッド




出所:米国国勢調査局 International Database[319]

#### ３）生活状況

ネパールの高齢者の生活実態について、2010 年の"Status Report on Elderly People in Nepal on Health, Nutrition and Social Status Focusing on Research"(Government of Nepal Ministry of Health and Population, 2010)の報告をもとに整理する。

高齢者の 85%は農村部に暮らしている。65 歳の高齢者のうち 47.12%(男性:59.7%、女性:34.3%)は経済活動を行っており、農業のほか、子どもの世話、家畜の世話、手工芸などに従事している。

60 歳以上の高齢者のうち、男性 80%、女性 30%は既婚である。

ネパールでは依然として子どもが親の世話をするという考えが根強く、80%の高齢者が子どもと生活している。ただし、結婚した女性が実親と同居することは文化的にタブーとされており、娘と同居する高齢者はわずか 2.7%となっている。また、家族構成[320]をみると、1991 年は一世帯の構成人数が平均 5.6 人であったが、都市化の進展や人口構成の変化により、2004 年には 4.1 人に減少している。

---

318 United Nations World Population Prospects : The 2015 Revision, WHO World Health Statistics 2016
319 https://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php
320 家族構成についての記述は、中村律子「ネパールにおける 「Sewa の場」 と老人ホームの位置」(2011) p.128 より

## ２．介護に対する各国の意識や取組について

### １）関係省庁・組織等

ネパールでは、Senior Citizens Act 2006 に基づき、女性・児童・社会福祉大臣（Minister/Minister of State for Women, Children and Social Welfare）が議長となり、他の中央政府機関の代表が参加する Central Senior Citizens Welfare Committee が設立された[321]。同委員会の主な責務として、下記が含まれている。

- 高齢者の保護と社会保障に必要な政策、計画、プログラムを準備し、ネパール政府に提出する
- ネパール政府が承認した政策、計画、プログラムを実施・監視する
- 郡高齢者福祉委員会（District Senior Citizen Welfare Committee）から受け取った高齢者の記録を更新する
- 地区高齢者福祉委員会の活動を調整・監視する
- 全国に設立・運営されているケアセンター、デイサービスセンターおよび高齢者クラブや、高齢者政策に関連する協会・組織によって行われている取り組みを監視する
- 地方レベルでは、少なくとも 1 名の女性開発担当官（Women Development Officer）が各委員会内に任命されなければならない
- これらの委員会は、計画、監視、進捗、開発に対して相互に責任を負う。

また、大臣が上記 Central Senior Citizens Welfare Committee の議長を務めるネパールの女性・児童・社会福祉省（Ministry of Women, Children and Social Welfare：MoWCSW）が高齢化および高齢者関連政策実施の主管官庁である[322]。この他、保健人口省（Ministry of Heath and Popultion：MoHP）、地域開発省（Ministry of Local Development：MoLD）、内務省（Ministry of Home Affairs：MoHA）が関わっている。各政府機関の主な関連政策・プログラムは次のとおり[323]。

図表 VI-2 関係省庁による主な政策・プログラム

| 政府機関 | 政策・プログラム実施状況 |
|---|---|
| 女性・児童・社会福祉省（MoWCSW） | • 女性開発を管轄する各地区ごとの部署を通じて、非政府組織（NGO）や老齢ホームに資金援助を提供<br>• 国立高齢者連盟（National Senior Citizens Federation：NASCIF）を通して国内各地で高齢化問題に取り組む NGO スタッフへのトレーニングを実施<br>• 高齢化問題に取り組む省庁間の調整において中心的な役割<br>• 高齢者保護地区の設定<br>• 首都カトマンズのブリダシュラム社会福祉センター（Social Welfare Centre Briddhashram）の運営<br>• MoWCSW が発表した主な関連法令は以下の通り。<br>a) 2006 年 高齢者法（Senior Citizens Act 2006）<br>b) 2008 年 高齢者規則（Senior Citizens Regulations 2008） |

[321] http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf；同法に基づき、様々な地区レベルの高齢者福祉委員会（district-level senior citizens welfare committees）も設置されている。
[322] http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf
[323] http://ageingnepal.org/wp-content/uploads/2015/05/Fom-policy-to-development.pdf

| | |
|---|---|
| | c) 2004 年 高齢者健康治療プログラムに関する命令（Senior Citizens Health Treatment Programme Directive 2004） |
| 保健人口省<br>（MoHP） | • 2012 年 高齢者向け公共医療サービス実施に関する命令（Senior Citizens Health Sercice Implementation Directive - 2010）を発令<br>• 2013 年 高齢者向け病棟の設立と運営に関する命令（Establishment and Operation of Geriatric Wards Directive - 2013）を発令<br>• 高齢化に関する調査「Nepal Aging Survey」の調査ツールを整備<br>• 高齢者のための資料集（senior citizens source book）整備<br>• 高齢者の管理と介護のためのトレーニングを行う指導者向けガイドラインの策定<br>• 地域レベルで医療に携わるスタッフ向けの定期トレーニングにおいて、高齢者医療に特化した内容を統合<br>• 高齢者医療を以下の 5 つの病院で提供<br>a) ダーラン市 BP コイララ記念病院（BP Koirala Memorial Hospital of Dharan）<br>b) チトワン郡パラトプル癌病院（Bharatpur Cancer Hospital of Chitwan）<br>c) カスキ郡西部地区病院（Western Regional Hospital of Kaski）<br>d) カトマンズ市アーユルヴェーダ研修病院（Ayurvedic Teaching Hospital of Kathmandu）<br>e) ラリトプル郡パータン病院（Patan Hospital of Lalitpur）<br>• ネパール国高齢化に関する調査を作成 |
| 地域開発省<br>（MoLD） | • 生活保護プログラムを高齢者にも適用<br>• 地域開発委員会（District Development Committee）から少数民族の発展のために拠出されている予算の一部（全体の 10%）を高齢者の社会保障に転用することが認められている。ただし、現時点では高齢者を対象とした特定の政策やプログラムは策定されていない。 |
| 内務省<br>（MoHA） | • 提案されている危機管理法（Emergency Management Act）の中で、高齢者のための規定を策定<br>• 被災後計画（Post Disaster Plan）、国家疾病対応フレームワーク（National Disaster Response Framework）、自然災害への緊急対応に関する、南アジア地域協力連合（SAARC）での合意に高齢者に関する条項を挿入 |

出所：http://ageingnepal.org/wp-content/uploads/2015/05/Fom-policy-to-development.pdf 掲載表を翻訳

### ２）関連法令・施策等

ネパールにおける主な高齢者関連法としては、高齢者法（Senior Citizen Act、2006 年）と高齢者規則（Senior Citizens Regulations、2008 年）が制定されている[324]。2006 年の高齢者法では、高齢者は 60 歳以上と定義され、高

[324] http://www.unescap.org/sites/default/files/9.%20MIPAA%20Focal%20Point%20Presentation%20%28Nepal%29.pdf；2007 年の暫定ネパール憲法（The Interim Constitution of Nepal, 2007）は、すべての国民に尊厳ある生活、個人の自由の確保、思想・表現の自由、平

齢者の保護の確保を目的とした高齢者福祉基金（Senior Citizens Welfare Fund）の設立を定め、また、政府や個人、団体に対して政府が認可したサービスを提供するケアセンター、デイケアセンターの設置、運営を認め、中央・地方レベルでの高齢者福祉委員会（Senior Citizens Welfare Committee）の設立を定めている[325]。また、水道や電気、電話などの公共事業者には高齢者を優先し、公共交通機関は、バス等の車両の少なくとも 2 席を高齢者専用席とし、運賃を最低 50%割り引き、医療機関も、高齢者を優先し、かつ医療費を最低 50%割り引くこととされている。また、裁判においても、優先権と代理権が付与されている。

2008 年の高齢者規制は、高齢者法の効果的な実施のためのガイドラインを提供している。高齢者の社会経済的幸福と健康的な高齢化のための政策とプログラムの実施方法に関する詳細な情報が盛り込まれ、また、老齢ホーム（Old Age Homes）、デイケアセンター（Day Care Centres）、老人センター（Geriatric Centres）の設立と運営に必要な手続きについて説明している[326]。

その他、高齢者関連政策としては、高齢者政策と運営方針（The Senior Citizens Policy and Working Policy、2002 年）、高齢者のための医療導入ガイドライン（Health Care Implementation Guidelines for Older People、2005 年）、高齢者に対する国家行動計画（National Action Plan for Senior citizens、2006 年）等がある[327][328]。

また、国家計画・運営方針（National Plans and Working Policy）において 2007 年以降、高齢者政策もカバーされるようになっており、高齢者の知識・技能・経験の活用、高齢者の経済社会保障プログラムへのアクセシビリティ、経済・社会保障プログラムの促進と拡大、見捨られた高齢者、暴力の犠牲者及び障害や脆弱性のある市民のための特別プログラムなどに言及されている[329]。

### ３）社会保障

ネパールにおける社会保障の整備は限定的で、公的高齢者支援は公務員年金、高齢者手当、高齢者住宅に限られてきた。歴史的には、第1次世界大戦で英国軍への従軍から帰還した負傷兵に対する年間一時金の支給に始まった経緯があるが、それ以降、ほとんど進展が見られていない。1994 年 12 月に始まった高齢者を対象とした手当支給は、75 歳以上のすべての国民に月額 NRS100 の共通年金を支給するものである。この制度は、当初、1995 年に 6 ヵ月間、各開発地域の 5 地区で試行され、1996 年に全面実施された。地域開発省（MoLD）が管轄し、都市部においては区役所から、地方では Village Development Committee から支給される。1996 年、60 歳以上の未亡人と障害者に対する手当金が、それぞれ月額 NRS100 追加された。1999 年、高齢者手当金は、NRS100 から NRS150 に増額された。その後幾度かの増額を経て、現在では、対象年齢は 70 歳以上に改定され（カースト制度の外側に置かれてきた不可触民 Dalit や Karnali 県出身者は 60 歳以上）、月額もすべての高齢者に月額 NRS500 が支給されている[330]。

しかし、高齢者数の増加から国家財政の負担も増しており、手当金の予算は、年平均 0.75%増加している。危機に瀕している少数民族や障害者を対象とした社会福祉も含まれているが、下の図表が示すように、国家予算に占める社会保障費は、2007/08 年度の 0.6%から、2008/09 年度の 1.9%、2009/10 年度の 2.8%、2010/11 年度の 2.4%

---

和的な集会、結社などの基本的権利を認めている。高齢者については、高齢者や機会を奪われた女性、失業者への手当の支給を国に義務付けている点が、唯一高齢者に直接、言及している部分である（http://asd.org.np/wp-content/uploads/2015/03/age_structure_transition_and_senior_citizens_in_nepal0.pdf）。

325 http://asd.org.np/wp-content/uploads/2015/03/age_structure_transition_and_senior_citizens_in_nepal0.pdf

326 http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf

327 http://www.unescap.org/sites/default/files/9.%20MIPAA%20Focal%20Point%20Presentation%20%28Nepal%29.pdf ; http://www.searo.who.int/publications/journals/regional_health_forum/media/2012/rhf2012v16n1p12.pdf?ua=1

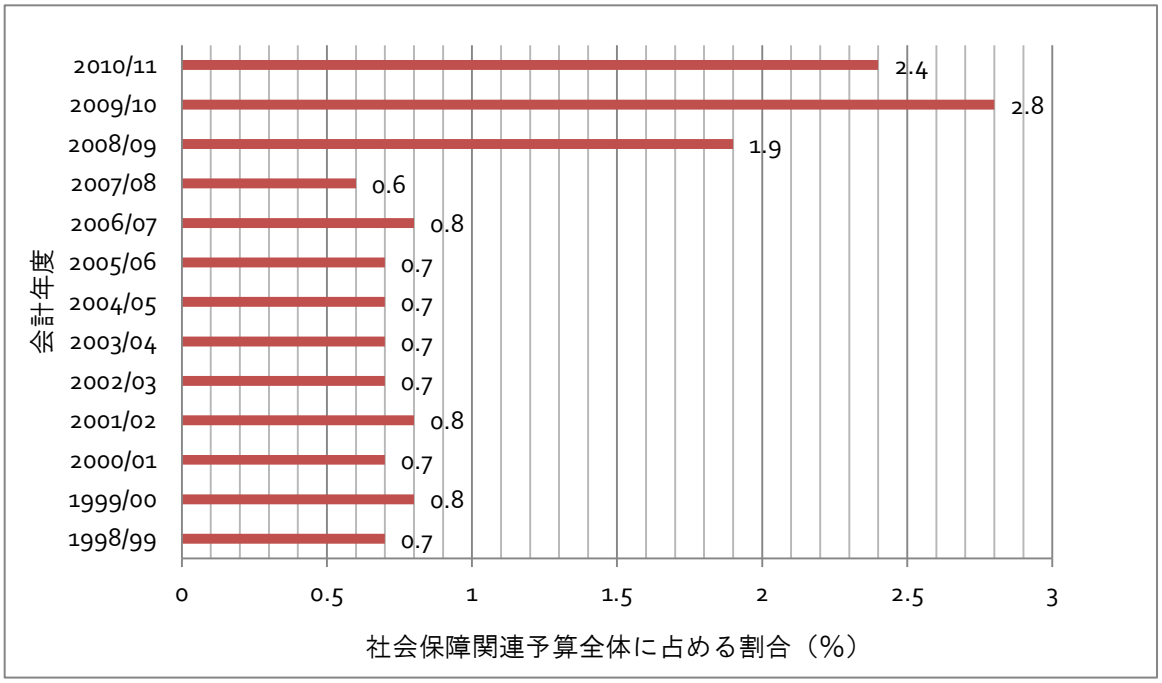
328 ただし、各政策の中身については英語情報では概要を特定できなかった（WHO の報告書でこれらの政策の名前を挙げているものはあるものの、それぞれに対する説明は記載されていない）。http://www.searo.who.int/publications/journals/regional_health_forum/media/2012/rhf2012v16n1p12.pdf）。

329 http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf

330 http://asd.org.np/wp-content/uploads/2015/03/age_structure_transition_and_senior_citizens_in_nepal0.pdf p.20-22

と増加している。特に 2009/10 年度の 2.8%は、公務員年金が占める 2.52%を超えた[331]。

図表 VI-3 国家予算に占める社会保障手当金の割合(%、1998/99 年度～2010/11 年度)




出所:National Planning Commission 2012 を基に翻訳(Alliance for Social Dialogue[332]転載)

ネパールには国民皆保険制度はない。しかし、ネパール政府は 2013 年の国民健康保険政策(National Health Insurance Policy)および 2014 年の国民保険政策(National Health Policy)において、ユニバーサルヘルスケア制度確立を重点項目に掲げた。社会保健安全開発委員会(Social Health Security Development Committee)を 2015 年 2 月に結成、取り組みを進めている[333]。

一方、高齢者向けの医療保険制度については、これまでにいくつかの政策が発表されてきた[334]。

図表 VI-4 ネパールにおける主な高齢者向け医療保険政策

| 政策 | 概要 |
|---|---|
| 高齢者医療サービスプログラム 2004 (Senior Citizens Treatment Service Program2004) | 2002 年に発表された高齢者政策と運営方針に基づき、政府の高齢化政策を実施するために設立された無拠出型の医療サービスプログラム。政策や実施ガイドラインは MoWCSW が 2004 年に策定しており、65 歳以上の国民を高齢者と定義づけている。MoWCSW の下、MoLD や MoHP といった関連省庁による高齢化委員会の立ち上げ、高齢者医療基金(Senior Citizens Treatment Fund)の設置などを規定している。 |
| 高齢者医療サービスプログラム(Senior Citizens Treatment | 2008 年より継続されている高齢者医療サービスプログラム。主なサービス内容は以下の通り。<br>・ 75 歳以上の高齢者には必須医薬品を無料提供(MoHP が費用を負担) |

331 http://asd.org.np/wp-content/uploads/2015/03/age_structure_transition_and_senior_citizens_in_nepal0.pdf p.20-22
332 http://asd.org.np/wp-content/uploads/2015/03/age_structure_transition_and_senior_citizens_in_nepal0.pdf
333 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546934/; Pratik Khanal "Nepal's quest for Universal Health Coverage" Aug 22, 2016 https://www.researchgate.net/publication/306373795_Nepal%27s_quest_for_Universal_Health_Coverage
334 http://ageingnepal.org/wp-content/uploads/2015/05/Fom-policy-to-development.pdf

| | |
|---|---|
| Service Program) | ・ 75 歳以上の高齢者に対し、国立腎臓センター(National Kidney center)での無料透析サービス<br>・ 社会保障プログラムの一環として、高齢者に対し眼鏡、杖、補聴器、傘を支給 |
| 高齢者向け長期介護保険 | 税収によって賄われている社会保険プログラム。家族による介護や未登録施設での介護サービスに対し、現金による助成金制度もある。2008 年に可決された高齢者向け長期介護保険法(Act on Long Term care insurance on the elderly)の下、2009 年に設立された。このプログラムの目的は、高齢者の生活水準を向上させると共に家族の負担を権限するための公共サービスを提供することである。施設内の介護だけでなく、在宅介護や家事支援も適用範囲に含まれる。 |

出所:http://ageingnepal.org/wp-content/uploads/2015/05/Fom-policy-to-development.pdf より該当箇所抜粋

## ３．高齢者向けサービスの現状について

### １）高齢者ケアサービス

#### ｱ. 高齢者ケアサービスの提供状況

高齢者法(Senior Citizens Act)は、家族による高齢者の世話を奨励しているが、ネパール政府としても、老人ホームや高齢者デイケアセンターの設置を支援して、また、個人や団体による民間運営の施設も存在する[335]。

「ネパール高齢者実態報告書(2010)」において、老人ホームとして政府に登録されているのは約 70 か所で、設立運営主体は政府系が 1 か所以外は、個人、NGO、ボランティア、民間団体と多様な主体となっているとの報告がなされている[336]。施設設備の整備が不十分であることや職員不足等から利用者に対する十分な対応が行われておらず、自立した高齢者が多いとの指摘もみられる。

デイケアセンターは主にボランティアグループ、地域の相互扶助団体・組織、宗教関係者などの非営利組織や団体によって設立・運営されている。規模も小規模で、大半が寄付や支援によって運営されている。それらのデイケアセンターでは高齢者の多くはそこを無料で利用している。利用者同士の交流のほか、宗教講話やお祈り等によるスピリチュアルな時間の共有、福祉・医療サービス等が行われている[337]。

#### ｲ. 高齢者ケアサービスの課題

ネパールにおいても個人の寿命が伸びる中、高齢者ケアによって、個人や地域への経済的負担も増えていることから、高齢者医療・ケアの効率化が新たな課題となっている。高齢化の進展により退職者の数が増え、生産人口の割合が低下し、扶養される高齢者の割合も高まっている。一方で、若い世代は、高収入や高学歴を求めて、農村から都市部や海外への人口移動が拡大している。こうした中で、高齢者は自らの土地を管理し、生活を営むことが難しくなっており、その結果、農業生産高が減少し、食料の確保にも問題が生じている。伝統的な大家族制度が崩壊し、家族が分散し、女性の役割が変化する中で、家族による高齢者のケアがますます困難になっている。こうした状況でも、高齢者は、自立や責任感、個性、感情を奪われないようにする必要があり、家族や地域から放棄されていると感じることがあってはならない。基本的要素が一つでも欠けることによって、高齢者の精神衛生に影響が及ぼし、その結果身体的、心理的な活動を阻害し、健康状態を悪化をさせてしまう恐れも懸念される[338]。

また、人口の年齢構成の変化とその影響(子供の教育、生産年齢層の雇用、医療、高齢者のケア等の社会的、

335 http://asd.org.np/wp-content/uploads/2015/03/age_structure_transition_and_senior_citizens_in_nepal0.pdf p.20-22
336 中村律子「ネパールにおける 「Sewa の場」 と老人ホームの位置」(2011)
337 中村律子「ネパール社会における「Sewa・コミュニティ」に関する一考察_デイケアセンターを利用する高齢者への質問紙調査から」(2012)
338 http://www.searo.who.int/publications/journals/regional_health_forum/media/2012/rhf2012v16n1p12.pdf?ua=1 p.14-15

経済的、政治的な影響）について総合的な理解の上、政策に反映させる必要があるが、ネパールでは、年齢構成の変化の重大性への認識はまだ高いとはいえず、高齢者人口の割合がさらに拡大する段階に入った場合に予想され得る課題を予見できていないという課題も指摘されている[339]。加えて、少数民族や地域特性（Tarai や Hills、Mountains）なども踏まえ、必要とされる政策・サービスについて、詳細な分析も必要となっている[340]。

## ４．介護を担う人材とその教育・育成について

### １）高齢者ケアの主な担い手

伝統的な家族制度において、高齢者のケアは息子（家族）が担うものとされているが、ネパールの大家族制度が崩れている状況下で、息子が両親のケアを道徳的義務というよりは重荷と感じるようになり、家族による高齢者のケアは期待できなくなっている[341]。

なお、ネパールで看護師になるには、看護大学または看護学校での看護基礎教育修了後に国家試験を受け、免許を取得する[342]。

### ２）専門サービスの提供主体

MoWCSW は、National Senior Citizens’ Federation (NASCIF)と連携して、毎年、5 か所の開発地域（five development regions）の異なるロケーションで、高齢者向け事業に係る組織の介護者（caregivers）、運営スタッフ（administrative staff）、ボランティア向けのトレーニングを実施している[343]。

MoHP は 2010 年から、地域レベル（district level）の医療保健業務従事者（health worker）向けに毎年実施されているトレーニングプログラムにおいて、高齢者関連のセッションを組み込んでいる。また、MoHP は、高齢者介護に関する地域レベルのトレーニングをより効果的なものにするため、トレーニングマニュアルも準備している[344]。

なお、ネパール保健省の傘下で看護師の認定や育成を専門に取り扱う組織として、Nepal Nursing Council[345]があり、ネパールにおける看護師資格の発行や登録されている看護師の情報管理、また看護師の業務を円滑化できるように政策提言を行っている。しかし、Nepal Nursing Council の公開情報からは介護士、介護福祉士、ケアギバー等の資格は本団体の活動には含まれていないことが推測される。

### ３）インフォーマルサービスの提供主体

2006 年高齢者法（Senior Citizens Act 2006）では、高齢者の健康維持や介護は家族の責任であると明記されている[346]。また、ネパールでは、伝統的に、高齢者の世話は、家族、特に子供の責任とされてきた。一方、家族の世話を受けられない高齢者については、何らかの政府の公的サポートを受けてきた。その多くは、老人ホームを住居としたり、上述のように月額 NRS500 の最低限の手当金を受給している。ネパールの社会保障は 70 歳以上の高齢者手当金に限定されており、平均寿命 68 歳の国で、70 歳以上の規定は比較的高い設定と言える。しかし、受給者は年々、増加しており、公務員年金受給者数を超えている。限定的ながら、社会保障費が国家財政の負担になってきており、今後も、人口の年齢構成の変化によって、その負担圧力は増すことが予想される。しかし、ネパールは資源に乏しく、現在の不安定な政治状況にエネルギー不足、開発途上にある製造業、大規模な失業などの経済発展を大きく妨げる国内問題がいくつかあることから、今後、高齢者を対象とした支援を拡充する可能性は低い。

---

339 http://asd.org.np/wp-content/uploads/2015/03/age_structure_transition_and_senior_citizens_in_nepal0.pdf p.25-26
340 http://asd.org.np/wp-content/uploads/2015/03/age_structure_transition_and_senior_citizens_in_nepal0.pdf p.25-26
341 http://www.searo.who.int/publications/journals/regional_health_forum/media/2012/rhf2012v16n1p12.pdf?ua=1 p.15
342 https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/update/ugoki/icnugoki13.html
343 http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf
344 http://ageingnepal.org/wp-content/uploads/2015/05/Fom-policy-to-development.pdf
345 http://www.nnc.org.np/#
346 http://www.refworld.org/pdfid/55c9e6664.pdf

加えて、人口の都市流入、核家族化の傾向が拡大が、高齢者の社会的疎外や貧困を助長する恐れがある[347]。

こうしたネパールの高齢化を取り巻く状況を踏まえると、政府による公的支援や伝統的な家族による支援に頼るだけではなく、インフォーマルな支援のメカニズムを充実させることが必要になっている。しかし、現行の高齢者法（Senior Citizens Act）では、高齢者のケアについて家族の役割を重視する一方、インフォーマルな支援は施策に取り込まれていない。高齢者支援の伝統的な価値観が失われる中、家族だけではなく、友人や社会も高齢者施策に取り込んだり、高齢者が自ら参加し、知識や経験を共有することを通じて、高齢者の尊厳を保てる環境作りを進め、家族や社会からの阻害を最小限にしたりすることも施策に考慮されるべきとの考えが見られる[348]。また、高齢者を福祉の受益者だけにするのではなく、開発への貢献者とするという視点も重要であるとの指摘もある[349]。

こうした中、ネパールの市民団体（civil society）は教育機関や関連する政府機関と連携して、学校教育のカリキュラムに高齢化関連の内容を組み込むための取り組みも行っている。2012 年、2013 年に実施された具体的な主な例は次のとおり[350]。

**図表 VI-5 教育セクターにおける取り組み**

| S.N. | 取組内容 | 実施機関 | 場所 | 開始年月 |
|---|---|---|---|---|
| 1. | 老年学専攻修士課程にアシスタンシップを採用 | KIST 大学（KIST Institution） | カトマンズ | 2012 年 1 月 30 日 |
| 2. | 老年学を高等学校（第 9 学年・第 10 学年）の履修科目に追加 | カリキュラム開発センター（Curriculum Development Center） | バクタプル | 2012 年 1 月 26 日 |
| 3. | 中等レベルの高齢化に関する履修科目の統合を決定（第 11 学年・第 12 学年） | 高等学校教育委員会（HSEB） | カトマンズ | 2013 年 2 月 |
| 4. | 社会学専攻修士課程の高齢化問題に関する授業のカリキュラムを統合 | トリブバン大学（Tribhuvan University） | カトマンズ | 2013 年 12 月 |
| 5. | 私立学校において、第 1 学年、第 4 学年、第 5 学年の教育課程に高齢化問題に関する科目を追加 | 私立学校同盟（PABSON） | カトマンズ | 2013 年 12 月 31 日 |

出所：http://ageingnepal.org/wp-content/uploads/2015/05/Fom-policy-to-development.pdf

また、ネパール国内における介護人材の不足を背景に、国際 NGO の Volunteer Initiative Nepal は介護ボランティアを募集している。ボランティアの介護の経験に応じて高齢者介護、健康管理、応急処置、衛生管理等の業務に携わる。ボランティアが介護の知識を現地の住民に普及することもこのプログラムに含まれている[351]。

347 http://asd.org.np/wp-content/uploads/2015/03/age_structure_transition_and_senior_citizens_in_nepal0.pdf p.22-23
348 http://asd.org.np/wp-content/uploads/2015/03/age_structure_transition_and_senior_citizens_in_nepal0.pdf p.22-23
349 http://asd.org.np/wp-content/uploads/2015/03/age_structure_transition_and_senior_citizens_in_nepal0.pdf p.22-23
350 http://ageingnepal.org/wp-content/uploads/2015/05/Fom-policy-to-development.pdf
351 https://www.volunteersinitiativenepal.org/public-health-program/care-for-the-elderly/

## ５．その他

### １）各国の支援

国際機関等によるネパールの主な高齢者政策支援プログラムの実施状況は次のとおり[352]。なお、JICA および HelpAge Ineternational については、各組織の地域別主要プロジェクトに関するウェブサイトを参照の上、主な実施状況を確認している[353]。

図表 VI-6 国際機関・諸外国等による主な支援状況の概況

| 国際機関 | 概況 |
|---|---|
| 世界銀行<br>（World Bank） | 高齢者だけを対象にした政策やプログラムは現時点ではなし |
| 欧州連合<br>（EU） | • 高齢化を対象にした政策やプログラムは現時点ではなし<br>• 対象国への政策は、EU 政策に従って決定されている |
| アジア開発銀行<br>（Asian Development Bank） | 高齢者だけを対象にした政策やプログラムは現時点ではなし |
| 国連開発計画<br>ネパール事務所<br>（UNDP Nepal） | 高齢者だけを対象にした政策やプログラムは現時点ではない。しかし高齢者は社会的弱者を対象にしたプログラムの受益者として含まれている。 |
| 世界保健機関<br>（WHO） | • 高齢者だけを対象にした政策やプログラムは現時点ではなし<br>• 政策レベルでは 2016 年以降に計画されている<br>• 更年期後の女性の健康問題に関する調査を 2014 年に実施する計画あり |
| 国際連合人口基金<br>（UNFPA） | • （支援プログラムを通じた）介入方法ではなく、（支援の必要性などを明確にするための）エビデンスの確立に重点を置く<br>• 2017 年までは高齢化を対象とした計画やプログラムはなし<br>• 過去の実績は以下の通り<br>a) 2010 年高齢化問題ワークショップ開催に向けて、ネパール高齢者センター（Geriatric Center Nepal）に助成金を提供<br>b) マルタでの高齢化問題に関するキャパシティビルディングのためのトレーニング参加者への財政支援を提供<br>c) カトマンズ南部に位置するファーピング（Pharping）で高齢者を対象とした医療、社会保障の必要性に関する評価（Health and Social Care Needs Assessment of Elderly）のパイロット調査を支援<br>d) ネパール国高齢化に関する調査（Nepal Ageing Survey: NAS）を支援 |
| UN ウィメン | 高齢者だけを対象にした政策やプログラムは現時点ではなし |

[352] http://ageingnepal.org/wp-content/uploads/2015/05/Fom-policy-to-development.pdf
[353] なお、リソースの都合から、各組織のデータベースなどを使った詳細調査は実施していない。

| | |
|---|---|
| (UN Women) | |
| 米国国際開発庁<br>(USAID) | 高齢者だけを対象にした政策やプログラムは現時点ではなし |
| オーストラリア国際開発庁<br>(AusAID) | • 高齢者だけを対象にした政策やプログラムは現時点ではなし<br>• 非営利目的で高齢者支援の活動に携わる個人、団体、コミュニティーグループなどに対して、一定の条件の下、フレキシブルで少額な助成金プログラムである Direct Aid Program(DAP)を提供することも可能。 |
| ドイツ国際協力公社<br>(GIZ) | 高齢者だけを対象にした政策やプログラムは現時点ではなし |
| 独立行政法人　国際協力機構<br>(JICA) | 高齢者のみを対象としたプログラムは公開情報から特定されなかったが、社会保障制度の確立に向けた支援や農村部の貧困への対処、医療サービス向上のための支援が行われている[354]。 |
| HelpAge International | HelpAge はネパールにおいて NEPAN と共同で Sponsor A Grandparent プログラムを進めている。このプログラムはネパールの高齢者の意見を集め、ネパールの憲法に高齢者の権利の保護と献金やヘルスケアサービスを充実させるように求める活動を展開している。この他、特に地震によって被災した高齢者への支援も重要な活動となっている[355]。 |

出所:http://ageingnepal.org/wp-content/uploads/2015/05/Fom-policy-to-development.pdf page 7-9

および JICA・HelpAge Ineternational ウェブサイト情報を基に作成

以上

[354] https://www.jica.go.jp/nepal/english/index.html
[355] http://www.helpage.org/tags/nepal/

# VII. インドネシア

## 1. 高齢者を取り巻く状況について

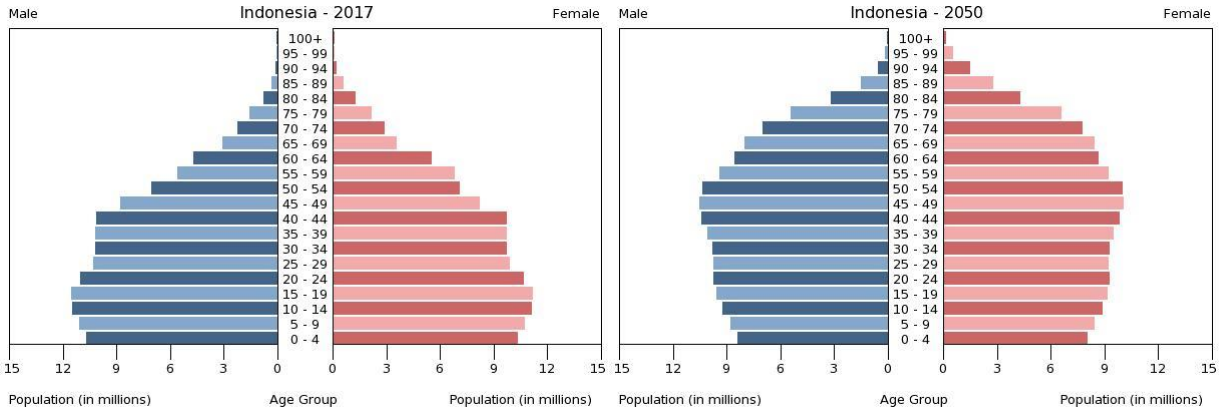
### １）基本情報[356]

| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年:約 257.6(百万人) |
| 高齢化率<br>(65 歳以上) | 2015 年:5.2% |
| 平均寿命 | 2015 年:69.1 歳(健康寿命は 62.2 歳) |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年:2.50 |

### ２）人口構成と高齢化率の変化

インドネシアにおける 2017 年の人口に占める 65 歳以上の人口の割合は 7.0%であるが、2050 年にはその割合は 27.4%となることが予想されている(米国国勢調査局 International Database)。なお、United Nations World Population Prospects : The 2015 Revision によると、2025 年に高齢化社会に突入し、2050 年に高齢社会へ移行するとの予測である(倍化年数 25 年)。

図表 VII-1 人口ピラミッド



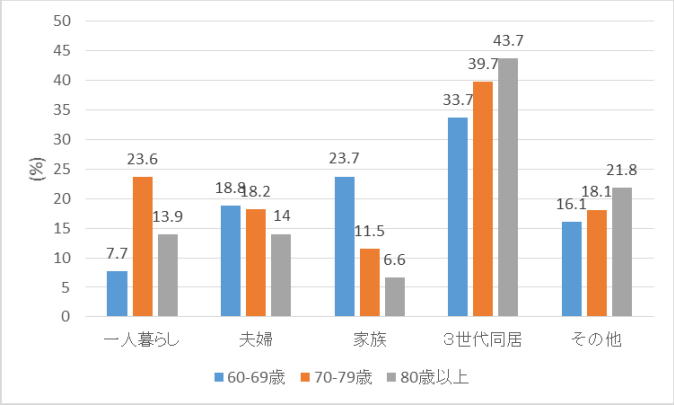

出所:米国国勢調査局 International Database[357]

### ３）生活状況

高齢者の生活状況として、三世代が同居している割合が最も高くなっている一方で、60～69 歳の層では、1家族で暮らす割合が他の年齢層より高い。また、若干ではあるが、夫婦のみの世帯も同様の傾向がみられる。今後は世帯構成人数が減少していくことが予測される。

[356] United Nations World Population Prospects : The 2015 Revision, WHO World Health Statistics 2016
[357] https://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php

図表 VII-2 家族との同居割合（年齢層別）

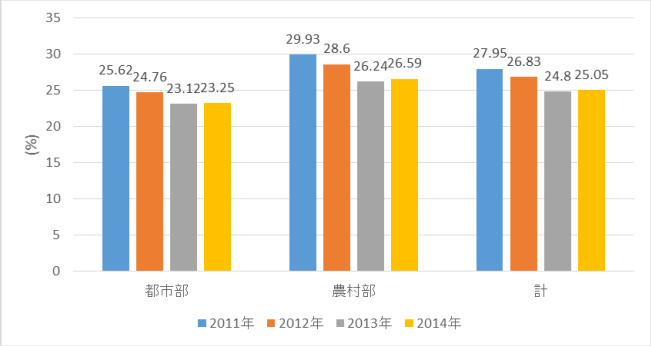



出所：Regional Seminar on Long Term Care Bangkok, 7-9 June 2017 Indonesia プレゼンテーション資料

## ４）健康状態

2014 年時点において、病気を患っている高齢者の割合は 25.05％である。過去4年間の推移をみると改善傾向は見られるものの、高齢者のうち4人に1人が何らかの疾患を抱えているということになる。具体的な症状として、55歳～74 歳の高齢者においては高血圧、75 歳以上の高齢者においては脳卒中の割合が高くなっている。

図表 VII-3 病気を患っている高齢者の割合（地域別）




出所：Regional Seminar on Long Term Care Bangkok, 7-9 June 2017 Indonesia プレゼンテーション資料

図表 VII-4 高齢者が抱える健康上の課題（年齢層別）

| 健康上の課題 | 年齢層別割合（%） | | |
|---|---|---|---|
| | 55-64 歳 | 65-74 歳 | 75 歳以上 |
| 高血圧 | 45.9 | 57.6 | 63.8 |
| 関節炎 | 45.0 | 51.9 | 54.8 |
| 脳卒中 | 33.0 | 46.1 | 67.0 |
| 慢性閉塞性肺疾患 | 5.6 | 8.6 | 9.4 |
| 糖尿病 | 5.5 | 4.8 | 3.5 |
| 冠動脈（性）心疾患、 | 2.8 | 3.6 | 3.2 |
| 腎臓結石 | 1.3 | 1.2 | 1.1 |
| 心不全 | 0.7 | 0.9 | 1.1 |
| 腎不全 | 0.5 | 0.5 | 0.6 |

出所：Regional Seminar on Long Term Care Bangkok, 7-9 June 2017 Indonesia プレゼンテーション資料

## ６．介護に対する各国の意識や取組について

### １）関係省庁・組織等

インドネシアにおける高齢者ケア関連の施策等に関係する省庁や組織として、以下がある。

| 名称 | 概要 |
|---|---|
| 国家社会保証審議会<br>National Social Security Council: DJSN | SJSN 法第 4 章に基づき設置された機関であり、社会保障に係る調査研究を実施すること、社会保障実施に係る政策提言を行うこと、社会保障予算に係る提言がその役割である。<br>DJSN は、大統領の直轄の機関であり、社会保障に係る調査研究、投資・財政、モニタリング・評価の委員会が設置されている。 |
| 国民福祉調整担当大臣府<br>Coordinating Ministry of People's Welfare: CMPW | 国民福祉調整省は、インドネシア政府における福祉及び貧困削減分野の政策立案と実施に係る各省間の調整を行う。複数の貧困対策プロジェクトが異なる省で実施されている現状に対し、縦割り行政による弊害を取り除き、調整・改善する役割を担う。<br>プロジェクトサイトの現状を把握・分析し、中立的な立場から助言を行う TNP2K（The National Team for the Acceleration of Poverty Reduction、国家貧困削減促進チーム）と異なり、国民福祉調整省は、日常業務にかかる調整を中心に、具体のプログラムをガイドラインに照らし合わせながら、モニタリングを行い、不正防止のための監督を行っている。<br>また、PNPM Mandiri（Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri、コミュニティ参加型の貧困削減プロジェクト)のの主管官庁として、プロジェクトの運営に直接関わっている。 |
| 社会省<br>Ministry of Social Affairs: MoSA | 女性、高齢者、ストリートチルドレン、障害者等の社会扶助・社会福祉に係る分野を所掌。ストリートチルドレン、生活困窮者、児童、障害者、高齢者等のための施設などを所管している（州政府が実施する場合もある）。<br>同省では国家が優先的に支援すべき対象者を「社会問題保有者」として分類し、それぞれに対して各種支援策が行われている。「社会問題保有者」とは、特定の障害、困難等により社会的機能を果たせず、十分かつ適切に生活ニーズを満たせない個人、家族及びコミュニティーを指す。高齢者については、貧困層で、教育レベルが低く、経済状況も芳しくない、身寄りのない高齢者を対象としている。 |
| 保健省<br>Ministry of Health: MOH | 医療分野を職掌し、公的医療保障の方針策定と実施の役割などを担っている。 |
| インドネシア老年学協会<br>Indonesian Gerontology Association : Pergeri | 1985 年に組織された高齢者向けの活動を行う非営利団体。コミュニティレベルの支援や、保健医療に係る支援の提供、各種調査などを実施している。 |
| 労働移住省<br>Ministry of Man Power &Transmigration | 労働行政を職掌とする。同省の訓練・生産性開発総局とは、自国の労働者の海外への送出しをとりまとめる窓口として、認定送出し機関に対する指導・監督も行っている。 |
| Indonesian Training Center on Ageing: ITCOA[358] | 国内の高齢化をふまえ、Yayasan Emong Lansia (YEL), インドネシアアルツハイマー協会及び Yayasan Karya Bhakti Ria Pembangunan (YKBRP)による主導のもとで設立。高齢者ケアに関わる全ての人の知識や技能の向上を目的とし、以下の分野についての訓練プログラムを提供する。<br>（対応分野）老年学、コミュニティーケア、ホームケア、リハビリテーション、高齢化に関わる施策、脆弱な高齢者に対するケア、高齢者に対するコミュニティサービスに関わるガイドライン、ケアの担い手に対する実践的指導、退職前の家計管理 |
| 国家家族計画調整委員会<br>BKKBN | ジャカルタ本部を中心に、州、県レベルまでそれぞれのオフィスを設け、政府機関、民間組織と連携をとりながら、家族計画プログラムを実施している機関。1970 年に政府の公式機関に、1972 年には大統領 |

[358] http://www.gerbanglansia.org/itcoa.htm

| | |
|---|---|
| | 直属の機関となった。 |
| インドネシア高齢者問題国家委員会<br>National Commission for Older Persons Indonesia | 2004 年設置。行政機関、自治体や各分野の専門家と協力しながら社会福祉に関する施策の検討を行う。所管は社会福祉に関する諸策の推進補助、高齢者福祉改善に向けた施策立案に向けた提言。 |

出所：独立行政法人国際協力機構（JICA）・三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社「アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書各国編」ほか各種資料をもとに作成

### ２）関連法令・施策等

インドネシアにおける高齢者関連施策の基盤となる法令が「高齢者福祉法」がある。同法では、働くことのできない者や十分な収入の得られない者のみならず、60 歳以上の全ての高齢者を対象として福祉施策を展開していくことが明らかにされている。また、1998 年改正の「高齢者福祉法 1998 年第 13 号」では、コミュニティ・ベースの支援を目指していくことが明らかにされている。

同法を基盤として、以下のような規則が示されている[359]。

**・高齢者福祉の促進の取組み実施に係る政府規則 2004 年第 43 号（Government of Indonesia decree No. 43/2004 on efforts to improve older persons' welfare）**[360]：高齢者福祉の改善に向けた取組の推進に向けて、宗教／信仰サービス、ヘルスケアサービス、雇用サービス、教育・訓練サービスなどの高齢者福祉施策の推進に向けた各種サービスの拡充、高齢者が暮らしやすい環境づくり、高齢者の社会保障や社会的利益について言及している。

**・インドネシア高齢者問題国家委員会のメンバーシップに係る大統領規則 2004 年第 52 号及び 2005 年第 93 号（Presidential decree No. 52/2004 and 93/M/2005 on membership of national commission for older persons）**[361]：高齢者福祉関連の諸施策を指揮する機関としてインドネシア高齢者問題国家委員会を組織することを定め、その体制と所管等について明らかにしている。

また、各省庁からは発出されている高齢者福祉関連の通知として、以下がある。

- No.60/2008 Guidance of Regional Commission for Older Persons Establishment
- No.79/2014 Geriatric Health Care in Hospital
- No.67/2015 Implementation of Elderly Health Care in PHC
- No.25/2016 National Action Plan for Elderly Health 2016-2019

### ３）社会保障[362]

インドネシアでは、近年まで全国民を対象とした社会保証制度は整備されておらず、労働者向けの社会保証制度（JAMSOSTEK）、貧困者向けの医療保険制度（JAMKESMAS）、公務員向けの医療保険（ASKES）、軍人・警察向けの医療保険（ASABRI）及び年金制度など、業種ごとに異なる組織が制度を運営していたが、1997 年の経済危機を契機にセーフティネットの充実化に取り組み始め、国民皆保険制度へ動き出した。そして、2002 年の憲法改正により全国民の社会的経済的保障が基本的権利として定められ、2004 年に「国家社会保障制度に関する 2004 年法律第 40 号」(SJSN 法: National Social Security System Law)が公布された。

その後、具体的な運用方法等の結論が得られず、長期にわたって同法は施行されていなかったが、2011年11月に本法律を実施するための社会保障実施機関（BPJS: Social Security and Administrating Bodies）についての法が成立し、施行の第一段階として2014年1月に労災補償、死亡保障、年金保障及び老齢保障の業務を担当する機

359 Regional Seminar on Long Term Care Bangkok, 7-9 June 2017 Indonesia プレゼンテーション資料より
360 UNFPA"Older Population in Indonesia: Trends, Issues and Policy Responses"(http://www.gerbanglansia.org/docs/1008/UNFPA%20onageing.pdf)p.35.
361 UNFPA"Older Population in Indonesia: Trends, Issues and Policy Responses"(http://www.gerbanglansia.org/docs/1008/UNFPA%20onageing.pdf)pp.35-36.
362 厚生労働省「2016 年 海外情勢報告」（2016）

関として「医療保険実施機関」(BPJS Health)が設置され、医療保険制度(SJSN(Sistem Jaminan Sosial Nasional) Health)が開始された。次いで労働実施機関(BPJS Employment)も設置され、2015年7 月1 日より新しい労働者向けの総合的な労働社会保障制度が実施されている。現在の制度は、労災補償、死亡保障、年金保障(老齢年金、障害年金、寡婦・寡夫年金、遺族年金)及び老齢保障から成り立っている。介護保険制度はない。

BPJS の業務は、加入者の登録、加入者や雇用主からの保険料の徴収、政府から保険料に対する公的補助の受入れ、社会保障基金の管理、社会保障加入者のデータの収集・管理・給付手続き、社会保障プログラムに関する情報提供などとなっている。

## 7. 所得保障

### ＜老齢年金＞

国政機関及び民間労働者が対象であり、外国人については加入義務がない。満期年齢は、2018 年までは 56 歳であるが、2019 年 1 月 1 日以降、57 歳となり、65 歳に達するまで、以降 3 年ごとに 1 年加算される。給付は、満期年齢に達し、180 か月相当、15 年以上の加入年数がある場合に支給される。

BPJS Employment のアニュアルレポートによると、被保険者数は、約 648 万人(2015 年 12 月末現在)となっている。

**図表 VII-5 老齢年金保障の概要**

| | | |
|---|---|---|
| 受給要件 | 支給対象 | 老齢満期年齢(56 歳)<br>※2019 年1月1日以降、老齢満期年齢は 57 歳となり、65 歳に達するまで、以降3年ごとに1年加算される。 |
| | 支給要件 | 老齢満期年齢に達し、180 カ月相当、15 年以上の加入年数がある場合に支給 |
| 給付の計算方法 | | 1)年金給付計算式(1%に加入年数を掛け、12 カ月で割り、加入年数貴官の年間賃金の加重平均値を掛け、12 で割ったもの)に基づき計算<br>2)以降、毎年については、前年の年金給付額に指数を掛けたもので計算 |
| 給付限度額 | | 年金給付額は、最低月額 30 万ルピアから最高月額 360 万ルピア(前年のインフレ率に基づき毎年調整) |

出所:厚生労働省「2016 年 海外情勢報告」

### ＜老齢保障制度＞

老齢年金が老齢年齢到達後に収入を与えることで、被保険者又は相続人が適正な生活レベルを維持することを目的としたものである一方、本制度は、労働者の収入手段が途絶えた際に、一時金の支給によって資金確保の確実性を与え、生活を支えることを意図したものである。積立制であり、労働者は 56 歳に達した時点等に給付を受ける権利が発生し、積み立てた保険料及びその利子が一時金として支給される。

国政機関以外の事業者の下で働く労働者及び非賃金受領者(事業者、雇用関係以外の労働者等)が対象であり、外国人は、6 か月以上インドネシアで働く者を対象とする。財源は雇用主及び労働者の負担となっており、給付は、老齢満期年齢に達し、180 か月相当、15 年以上の加入年数がある場合に支給されることを基本としているが、10 年以上の加入年数を有する場合、定年準備として一部を供与することができる(使用目的による限度あり)。また、仕事を辞めた場合(自主退職、解雇及びインドネシアを永久離国)は、年齢にかかわらず加入期間に応じて一時金として支給される。

BPJS Employment のアニュアルレポートによると、被保険者数は 1,760 万人(2015 年 9 月現在)とされている。

図表 VII-6 老齢保障制度の概要

| | | |
|---|---|---|
| 受給要件 | 支給対象 | 老齢満期年齢(56 歳)、恒久的全身障害、死亡時に支給<br>※「老齢満期年齢に達した」には、離職した被保険者が含まれる。離職した被保険者には、自主退職、解雇、インドネシアを永久に離国する者が含まれる。 |
| | 支給要件 | 10 年以上の加入年数を有する場合、定年準備として一部を専攻して受給することが可能(使用目的により老齢保障額の 30%あるいは 10%の限度あり) |
| 繰上(早期)支給制度 | | 仕事を辞めた際(自主退職、解雇及びインドネシアを離国)に引き出し可能 |
| 給付水準 | | 納付済みの保険料の積み立て分に運用益を足したものを給付 |

出所:厚生労働省「2016 年 海外情勢報告」

＜その他の所得保障＞

社会福祉政策として、社会省は試験的に、2006 年から高齢者向けの現金給付プログラム(JSLU : Social Cash Transfer for Elderly)を実施している。給付額は月額 30 万 IDR で、対象者は、70 歳以上の高齢者(60 歳以上である場合には、慢性疾患を有し、日常生活で他者の介助を必要とする者)であり、寝たきりで定収がなく、政府から継続的に公的扶助を受けている障害者ではない者で、かつデータベース上の PMT(Proxy Means Test、高齢者の生活基盤の脆弱さの判定を行う際の基準)の基準を満たす者とされている[363]。ただし、支給対象者のカバレッジは極めて低く、実態は 1,700 万人もの高齢者が該当するとみられる[364]一方で、世界銀行の JSLU、JSPACA、PKSA:Cash and in Kind Transfer for at Risk Youth, the Disabled, and Vulnerable Elderly(2012)ではカバレッジが 1.4%に留まることが指摘されている。

### ｲ. 医療保険（ＳＪＳＮ）

全国民(6ヶ月以上インドネシアで働く外国人を含む。)を対象としており、加入者は原則無料で医療サービスを受けることができる。保険料は職種によって異なるほか、非賃金労働者及び非労働者の場合は、利用を希望する病室のグレード[365]にあわせて保険料を選択できる仕組みとなっている。保険の適用範囲は下表の通りであり、治療のみならず健康促進、健康診断や予防接種等の一次予防についても診療報酬の適用となる[366]。制度開始時には国民皆保険制度を目指していたものの、2015 年 9 月時点での本保険制度への加入者数は 1.52 億人と6割に満たず、2019 年までに全国民にカバー率を広げることとされ、事実上の先送りがなされている。

図表 VII-7 SJSN の保険適用範囲一覧

| | | |
|---|---|---|
| 加入者全員に適用されるもの | 国防省職員、国軍、警察に左のサービスに加えて認められた特別なサービス | 中央・地方議長並びに副議長、国会議員、地方議会議員、会計検査院職員、司法委員会、憲法裁判所裁判官、最高裁判事、大臣、副大臣及び特定の官僚に左に加えて認められた特別なサービス |
| 保険適用:一次医療施設<br>・サービス提供にかかる事務費<br>・健康促進及び予防サービス<br>・診断、治療、医療コンサルタント<br>・専門領域でない医療行為 | 国防省職員<br>・健康促進及び予防プログラム<br>・定期健康診断(年1回)<br>・障害を負ったもののうち、リハビリプログラム参加のための障害度認定検査 | 保険適用項目<br>・一次医療施設における外来<br>・二次、三次医療施設における外来<br>・入院<br>・歯科、口腔治療 |

363 独立行政法人国際協力機構（JICA）・三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社「アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書各国編」Ⅱ-34.
364 International Labor Organization, Social Security Department の HP:
http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.viewScheme?p_lang=en&p_geoaid=360&p_scheme_id=3155
365 ＶＶＩＰ、ＶＩＰ、第１級～３旧にわかれており、本制度では第１級から３級の病室について給付が適用される。
366 藤波祐馬、五十嵐久美子「法律で見るインドネシアの新社会保障制度」（Journal of International Health Vol.30 No.2 2015）p.109.

| | | |
|---|---|---|
| ・医薬品及び消耗医薬品<br>・診断書のある輸血<br>・初期検査(ラボ)<br>・診断書のある入院 | ・リハビリテーション<br>・国防省新職員候補者の健康診断<br>・国防省職員研修中の健康診断 | ・妊娠及び出産<br>・医療機器<br>・健康診断(年1回、家族は不可)<br>・搬送費用及びメディカル・エヴァキュエーション<br><br>*入院は特急特別室の使用が認められる<br>*臓器移植、インプラント、先端医療なども認められている |
| 保険適用:二次医療施設<br>・サービス提供にかかる事務費<br>・専門医による診断、治療、医療コンサルタント<br>・手術を含む専門医による医療行為<br>・医薬品及び消耗医薬品<br>・処方箋に基づく精密検査<br>・リハビリテーション<br>・輸血<br>・事件に巻き込まれた結果必要となったサービス(DV、性被害等)<br>・保健施設で亡くなった遺体の措置<br>・入院費(一般病棟)<br>・入院費(集中治療室) | 国軍<br>1. 任務遂行に必要な保健サービス<br>・訓練における保健サービス<br>・任務中における保健サービス<br>・健康診断<br>・訓練や任務の結果必要になった保健サービス<br>・健康促進活動、予防、リハビリ<br>2. 任務遂行を補助する保健サービス<br>・任務遂行に必要な医療機器<br>・軍に所属する前の研修中における保健サービス | |
| 保険適用外<br>・正式なプロセスを経ていないもの(救急を除く)<br>・BPSJ に参加していない保健施設での受診(救急を除く)<br>・労働災害補償でカバーされている費用<br>・自動車保険等でカバーされている費用<br>・海外での受診<br>・審美等を目的としたもの<br>・不妊治療<br>・歯の矯正<br>・麻薬及びアルコールを原因とするもの<br>・故意のもの及び危険な趣味などを原因とするもの<br>・薬草等を含むその効果が科学的に証明されていないもの<br>・臨床試験で行われるもの<br>・コスメティック、乳幼児の食事、ミルク代<br>・殺虫剤、石鹸等通常の生活で感染症予防や清潔を保つためなどに必要な物品<br>・災害や異常事態の緊急時に行われる保健サービス<br>・その他、健康保険の趣旨にそぐわない保健サービス | 警察<br>1. 職員への保健サービス<br>2. 任務遂行を補助する保健サービス | |

出所:藤波祐馬、五十嵐久美子「法律で見るインドネシアの新社会保障制度」(Journal of International Health Vol.30 No.2 2015)p.109.

### 4) その他

また、同省では高齢者福祉施設(Panti Sosial Tresna Wredha: PSTW)への財政的な補助も行っている。補助額は高齢者1名につき 3,000IDR/日であるが、この金額は施設利用者の食費を賄う水準にはほど遠いとされており、一部の地域では地方政府が独自に全ての経費を補助するプログラムを実施しているところもある[367]。

## 7. 高齢者向けサービスの現状について

### 1) 医療サービス[368]

2015 年の病院数は総計 2,488 施設(ベッド数 309,146 床)。病院の設立別内訳は、公的病院(軍・警察病院、非営利病院含む)1,593 施設、私立病院 895 施設である。なお、2014 年は総計 2,406 施設(公的 1,599 施設、私立

367 藤波祐馬、五十嵐久美子「法律で見るインドネシアの新社会保障制度」(Journal of International Health Vol.30 No.2 2015) p.109.
368 厚生労働省「2016 年　海外情勢報告」

807 施設）であり、医療保険制度の開始とともに施設の整備も急速に進んでいる。

病院の機能に応じて、総合病院と専門病院に分かれているほか、A ～ D のクラスに分類されており、A クラスは多くの専門科を有し、高度な診療を行う病院、D クラスは総合診療科が中心の病院である。

担い手として、医師、歯科医師、薬剤師、助産師、看護師、栄養士、歯科衛生士、放射線技師、臨床検査技師、作業療法士等の職種がある。多くの職種は日本のような国家試験制度や免許制度はなく、大学や専門学校を卒業した時点で資格を取得したことになるが、2007 年からは医師国家試験を開始している。

また、県や市が運営する保健所（Puskesmas）は、初期医療の中心的役割を担っており、24 キロ四方圏内に地域の一次医療機関として配置され、住民に対する予防活動、健康教育、治療、分娩等を行っている。2015 年には全国に 9,754 施設（人口 10 万人当たり 3.82 施設）ある。Puskesmas はベッドを有する施設もあり、有床の保健所は 3,396 施設（全体の 34.8%）である。Puskesmas の下には、さらに 22,200 のサブセンター、5,800 の移動保健所が存在している。

地方分権が進展するなかでも、地方における医師をはじめとする主要な医療従事者の採用・配置は、MOH の管轄となっており、施設によって規模が異なるが、医療従事者として医師（1 施設当たり 1.71 人）、看護師（1 施設当たり 7.52 人）、助産師（1 施設当たり 8.13 人）等が配置されている。Puskesmas は、1 施設あたり 3 万人に医療サービスを提供する前提で整備されており、量的には基準を満たしているが、医療資源は偏在しており、地域間格差がある。

なお、インドネシアの医療は一般的に母子が中心で、高齢者に対する医療の需要は小さいと考えられているが、Puskesmas や村レベルの保健所（Poskesdes, Posyandu）では徐々に高齢化対応の取組も始まっている（Poyandu については後述）。

### ２）高齢者ケアサービス

#### 7. 高齢者ケアサービスの提供状況

インドネシアでは、都市部においても家族の絆が強く残っており、現在も高齢者ケアのほとんどは家族や親族が中心となっている。政府も、家族が高齢者を支援するべきものと捉えており、支援の優先順位は高くない。さらに、高齢者自身のなかにも、高齢者施設への入所に対しての抵抗感が根強く残っていることから、入所型の高齢者福祉施設の数は少ないうえ、多くの高齢者福祉施設は都市部に集中しており、地方の高齢者には、選択肢がないのが現状である[369]。

インドネシアにおける高齢者福祉は社会省、地方政府、民間が担っており、身寄りのない高齢者、障害を持つ高齢者などを対象としている。施設の利用料は収入に応じた負担が求められ、無収入者は無料であるが、たとえば経済的には余裕があるけれども身寄りのない高齢者等の場合、応分の負担が求められる[370]。

高齢者福祉のうち施設が提供するサービスは、通常の福祉サービス、日帰り用のサービス、医療が併用されるサービス、トラウマを持つ高齢者向けのサービス、職員が自宅へ訪問する在宅サービス、一定期間滞在する療養サービスが含まれる[371]。

＜施設サービス＞

一般社団法人外国人看護師・介護福祉士支援協議会が実施した第1回インドネシア看護学校視察ツアーの報

369 独立行政法人国際協力機構（JICA）・三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社「アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書各国編」Ⅱ-41.
370 独立行政法人国際協力機構（JICA）・三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社「アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書各国編」Ⅱ-41.
371 厚生労働省「2016 年　海外情勢報告」より抜粋

告（2010 年）によると、入所型の高齢者福祉施設は 278 施設（13,000 名在所）あり、内訳は国（社会省）管轄が2施設（219 名）、地方政府管轄 70 施設（5,523 名）、民間管轄 206 施設（7,370 名）となっている。施設では、シェルター、健康維持及びレクリエーションや宗教行事など社会活動を実施している。

＜コミュニティ・ベースの支援＞

通所型の支援策として、高齢者向け地域の出張検診（Posyandu）、コミュニティレベルでのディケアサービス（Pusaka）などがある。

Posyandu は、コミュニティベースで、Puskesmas と連携して実施される定期的な保健活動であり、所掌は保健省である。カデル（kader）とよばれるボランティアが担い手となって定期健診やレクリエーションなど、健康維持に対する啓発が行われている。当初は母子保健を目的に実施していた活動であるが、1994 年から高齢者に向けた社会福祉活動「Posyandu Lansia」が開始されるようになった。現在、インドネシア全土で約 86,000 の活動が展開されている[372]。

都市部の Posyandu Lansia の活動は2つの異なるプログラムから成っている。1つは、予防医学や健康教育について訓練を受けたカデルが、地域保健活動を指揮するものである。もう1つは、地域のヘルスケアセンターから巡回する医療保険従事者とカデルが、薬の配布といった疾病治療を目的とした活動を行うものである[373]。Posyandu の提供サービスについては、2011 年に内務省（Minister of Home Affairs）からガイドラインが示されている[374]。

Pusaka[375]は、高齢者向けの施設を運営する BK3S という非営利の社会福祉団体が 1974 年にジャカルタで在宅ケアをコンセプトとした施設を開設したことに端を発する。これがパイロットプロジェクトとなり、PUSAKA という名称で地域の担い手に引き継がれていった。

Pusaka は個人又は団体等誰でも設立が可能とされており、主な活動の資金源は個人、非営利団体、企業、コミュニティなど様々である。主に地域の女性によって運営されており、任意の団体と公的な団体とがあるが、最低2年間のケア活動実績を以て BK3S による認可を受けると、政府からの助成を受けたり、ホームケアのマネジメント研修やスーパービジョンを受けたりすることができる。

対象となる高齢者の基準として、60 歳以上であること、寡婦でありかつ貧困状態にあること、KTP と呼ばれる住民カードを保有しており、当該村及び関係する機関の首長から推薦されること、ケアギバー（後述）の自宅から徒歩圏内に居住していることなどが挙げられるが、あくまで優先事項であり、必ずしも全ての条件を満たしていなければ利用できないという訳では必要はない。

Pusaka では、無料で食事や基本的な医療サービス、手工芸や体操などのレクリエーションの機会、宗教活動などを提供している[376]。具体的なサービス内容として、Kim Dung Do-Le and Yulfita Raharjo “Community-Based Support for the Elderly in Indonesia:The Case of PUSAKA”(2002)には以下のような記述がある。

- ✧ 週に3～7回食事を提供する。食事をとるために、高齢者がコーディネーター（提供者）の自宅を訪問することで、運動するきっかけや他者との交流の機会を得ることも期待されている。Pusaka のなかには、高齢者自身が調理を行っているところや、クッキー等の食品の寄付を受けているところもある。
- ✧ センターに来ることができない高齢者の自宅を訪問する。

372 Regional Seminar on Long Term Care Bangkok, 7-9 June 2017 Indonesia プレゼンテーション資料より
373 合地幸子「高齢者ポスヤンドゥ・プログラムからみる都市部における高齢者ヘルス・ケアについて」（2014 年）
374 Minister of Home Affairs Decree No 19/2011 on Basic Guidelines for Social Services including for older persons at Integrated Services Post (Posyandu)
375 Pusaka の記述は Kim Dung Do-Le and Yulfita Raharjo “Community-Based Support for the Elderly in Indonesia:The Case of PUSAKA”(2002)をもとに作成（http://www.gerbanglansia.org/reports/Elderly%20Support%20in%20Indonesia.pdf）
376 厚生労働省大臣官房国際課「国際的な Active Aging（活動的な高齢化）における日本の貢献に関する検討会報告書」p.17.

- ✧ 月に1度のメディカルチェック、サプリメントや薬の処方等、健康管理を行う。
- ✧ 週に1度（通常は金曜日）に宗教や信仰に関する指導を行う。
- ✧ 年に1～2回、衣服を提供する（ラマダンや母の日などの特別な日に提供される場合が多い）。
- ✧ 浄水、換気など、居住環境の改善と機器の修理を行う。
- ✧ 少額ではあるが、起業のための運転資金を提供する。
- ✧ 死後のサポートを行う.
- ✧ センター又は自宅の外でフィットネスプログラムを提供する（通常は日曜日）。
- ✧ 年に1～2回、レクリエーションを行う。
- ✧ 収入を得るための活動づくりを目的として、手工芸や料理の講習を開催する。
- ✧ Pusaka の中には、貧困層の高齢者の子どもや孫に対して教育資金や起業のための資金の援助を行っているところもある。
- ✧ 病院や地域のヘルスセンターとの連携により、ホームケアセンターのなかには Posyandu Lansia を立ち上げて基本的なヘルスケアサービスを提供しているところもある。

#### ｲ. 高齢者ケアサービスの課題

インドネシア高齢者問題国家委員会(NCOP : National Commission for Older Persons Indonesia)によると、徐々に高齢者の人口が増加していくインドネシアにおいて、直面する 3 つの高齢者福祉における課題を指摘している。一点目は、コミュニティレベルでの支援では、資金が不足しているため、十分な高齢者の支援を行うことは困難であるとし、政府として高齢者のための予算配分を行う必要があることである。二点目は、社会福祉関連の施設のマネージャーに必要なトレーニングが不足していること、三点目は、介護者に対する教育の必要性が高まっていることである[377]。

また、UNIPA(The United Nations Population Fund, 国連人口基金)は、インドネシアでは高齢化が徐々に進むなかで喫緊の対策を必要とする課題として以下の4点を挙げている[378]。

①要介護など障害状態が起こりやすいこと
②高齢化にふさわしい居住環境の整備が求められること
③高齢期の所得保障に対する公的な保証が必要となること
④増大する健康関連サービスのニーズへ直面すること

### ８．高齢者ケアを担う人材とその教育・育成について

#### １）高齢者ケアの主な担い手

インドネシアでは、都市部においても家族の絆が強く残っており、現在も高齢者ケアのほとんどは家族や親族を中心に友人や隣人などのボランティアに任されている。加えて、中間層以上の家庭においては、家事労働者を雇用することも多く、家事労働者がケアの担い手となっている。

ケアギバーについての公的な資格制度は存在せず、高齢者福祉施設等で介護に従事しているのは、医師や看護師以外はほとんどが無資格の周辺住民である。保健医療サービスの提供に大きな役割を果たしているのは看護師であるが、看護師による介助の範囲は主に食事や要介護度の高い者の移動などが多く、排泄や入浴介助、日々のコミュニケーションは少ないとされている。

なお、教育制度を所管するのは教育省（Ministry of National Education：MONE）であるが、医療に関する内容は

377 独立行政法人国際協力機構（JICA）、三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング株式会社「アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書各国編」（2012）より
378 UNIPA(2014)Indonesia on the Threshold of Population Aging. 本記述は古川隆司「インドネシアの高齢化対策と社会福祉の現状」（2017 年）より引用。

保健省（Ministry of Health：MOH）の責任であり、同省が保健及び理工（Health polytechnic）学校を提供している。ただし、看護師の育成については、体系的な研修を通した育成は十分には行われておらず、現場実習を実施していない学校もあるなど、教育機関によってその内容や質には大きな差がみられる。

### ２）看護師（perawat）

#### ｱ. 医療従事者の不足[379]

インドネシアは、長い間慢性的な医療人材の不足、インフラの不足に悩まされてきたが、2004 年に保健省は「健康なインドネシア 2010 年計画」（Indonesia Sehat 2010）を公表し、医師の人口 10 万人対率を現状の4倍（40）、看護師も2倍（117.5）に引き上げる目標を打ち出し、医療人材とインフラの確保・拡充に向けて動き出した。2011 年のインドネシアでは人口 10 万人当り 149.24 人（看護師および助産師）となっており、東南アジア地域の平均である 153 人とほぼ同等であるが、下位中所得国平均の 178 人を下回っている。加えて、国内の就職難や労働環境の整備の遅れにより、資格保有者と実働者の数にも開きがあると言われている。

#### ｲ. 医療従事者の育成[380]

インドネシアでは従来、看護高専卒で保健省による看護師認定がなされていたが、1990 年代に世界保健機関（WHO）や世界銀行の支援プログラムによって保健高等教育機関が整備され、2002 年より正看護師は高卒後の職業教育課程（ディプロマ）3年修了者（D3）以上の者に限定されるようになった。

翻って、看護師の海外派遣は 1970 年代から始まっていたが、国内で看護師資格を取得し海外に送り出された人材が受入れ国で割り当てられる業務の内容や、労働環境・処遇等には国によって大きな差がみられるだけでなく、給与水準も他職種や現地の最低賃金等と比べて極めて低い水準となっている。さらに、90 年代後半には 9.11 テロをきっかけとして受入れ国の入管規制が強化されたことから、国内の移住労働政策が看護師等の熟練労働者の海外派遣に焦点を移していったが、送り出し国での資格の取得は言語の壁もあって非常に難関で、現地で長期就労が可能となる者はごく僅かであった。しかし、このように保健人材の国際化が進む状況下で、看護師の質的向上や国際的な基準に沿った教育制度の整備が急務となっていく。保健省は 2002 年より医師・看護師国家試験の設置に向けて関連法案を整備し、2004 年に医師業務法を制定、2006 年に医師国家資格を導入した。続いて 2007 年には助産師や歯科医、栄養士、理学療法士などの国家資格も整備し、2008 年には看護師法も策定するはずであったが、法案の国会承認が長期間見送られ、施行されたのは 2014 年であった。

図表 VII-8 看護師法 2014 年第 38 号

(LAW OF THE REPUBLIC OF INDONESIA NUMBER 38 YEAR 2014 ON NURSING ACT)[381]

（目次）


第 1 章　総則（第 1 条から第 3 条）

第 2 章　看護師の種類（第 4 条）

第 3 章　看護の高等教育（第 5 条から第 16 条）

第 4 章　登録、実施免許及び登録更新

　第 1 節　総則（第 17 条）

　第 2 節　登録（第 18 条）

　第 3 節　実施免許（第 19 条から第 27 条）


379 奥島美夏「インドネシア人看護士・介護福祉士候補の学習実態」（2010）p.298.
380 奥島美夏「インドネシア人看護士・介護福祉士候補の学習実態」（2010）pp.301-311.
381 http://www.observatorisdmkindonesia.org/wp-content/uploads/2015/01/3.-Indonesian-Nursing-Act-No.-38-year-2014.pdf

第 5 章　看護の実施

　第 1 節　　総則（第 28 条）

　職務及び権限（第 29 から第 35 条）

第 6 章　権利及び義務

　第 1 節　　看護師の権利及び義務（第 36 条から第 37 条）

　第 2 節　　患者の権利及び義務（第 38 条から第 40 条）

第 7 章　看護師の専門組織（第 41 条から第 43 条）

第 8 章　看護の研究会（第 44 条から第 46 条）

第 9 章　看護の評議会（第 47 条から第 52 条）

第 10 章　育成、スーパービジョン及びモニタリング（第 53 条から第 57 条）

第 11 章　行政処分（第 58 条）

第 12 章　経過規定（第 59 条から第 61 条）

第 13 章　終則（第 62 条から第 66 条）

同法にもとづき、現在、看護職は職業教育課程3年及び4年修了者（D3、D4）、学士（S1）、修士（S2）、博士（S3）で、1年半～2年間のインターンシップを経て正看護師として認定されている。また、2009 年からインドネシア看護師協会（PPNI）が開始した自治体ごとの看護コンピテンシー試験に合格することを、全ての保健人材に義務付けたうえで、合格証の5年ごとの更新も規定するなど、保健省は近年看護師の教育レベルの向上に向けた各種施策に積極的に取り組んでいる。なお、更新にあたっては、継続教育への参加による 25 単位の取得が必要となる[382]。そのカリキュラムや内容、運用方法はこれから整備していくところである。

### ３）ケアギバー

ケアギバーに対する公的な職業訓練や認定は行われておらず、トレーニングカリキュラムも標準化されていないが、社会省、保健省、労働移住省、ITCOA はそれぞれにトレーニングプログラムを提供してきた。また、Cita Sehat のような財団等が独自に行うトレーニングも存在する。なお、2014 年の社会省の報告資料[383]によると、労働移住省によってカリキュラムの標準化も進められている。

Cita Sehat が実施するケアギバートレーニングは、高齢者の配偶者や子ども、近隣住民などを対象としたもので、計 20 時間で構成されている。プログラム修了後は高齢者との効果的なコミュニケーションが可能になり、老化のプロセスやその影響を理解することができ、日常生活の補助だけでなく高齢者の機能評価を行うことも可能になるとされている[384]。

### ４）保健活動（Posyandu）のボランティア（Kader）[385]

インドネシアでは、村レベルの保健所において定期的な保健活動（Posyandu）が行われており、その担い手となるのがカデル（kader）とよばれる無償のボランティアである。

カデルは主婦や PKK[386]のメンバーが中心であり、栄養や妊婦や子どもの健康、家族計画、予防接種、下痢など健康に関する基礎的な事項を1週間のトレーニングを通じて学んだ後に、活動に従事する。カデルの採用や育成

[382] 25 単位に含まれる研修は、PPNI によって認証
[383] 2014 年 ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合（第 12 回）のインドネシア政府の発表資料
[384] Active Aging Consortium Asia Pacific, January-February 2017 における Cita Sehat の報告による
[385] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4808956/
[386] Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (Family Welfare Development)。各レベルでの行政官の夫人たちが自動的に会員となる全国組織の婦人会で、地元の各種の開発運動を支援している。

に加え、月1回定期的に行われる集会のアレンジは、各地域のコミュニティ開発委員会や PKK、村の首長の所掌とされている。集会については、保健所のスタッフと区レベルでの地方政府の長がその内容を検討し、スケジュールを組む。保健所のスタッフはカデルへの OJT トレーニングやスーパービジョンを行う役割ももつ。

### ５）PUSAKA（コミュニティレベルでのディケアサービス）のボランティア[387]

ボランティアの女性を中心としている。管理業務を行う社会福祉調整機関の職員のみ給与が支払われており、ヘルスケアサービスを提供するスタッフは無給である。代わりに、食事が提供されるとともに、交通費も僅かではあるが支給されている。しかし、経済危機の影響や高齢者の増加も相まって徐々にボランティアの採用が困難となり、受給のギャップを埋めるために PUSAKA のなかには少額の賃金を払って掃除をしたり高齢者の食事を作るスタッフを雇うところもある。

社会省では、HelpAge Korea による Home Care for Older People in ASEAN countries の成果として、身寄りのない高齢者に対するホームケアの担い手（ボランティア）を対象としたガイドラインを 2006 年に作成したことに続き、2009 年には NGO や福祉団体などの実施事業者のためのガイドライン、ホームケアハンドブックも作成している。そして、2011 年には既存のガイドラインを発展させ、実践ガイドラインも作成した。このガイドラインは1回 100 名程度が参加するオリエンテーションの場で配布されており、老化に伴う心身の変化や、介護の基本的考え方、高齢者の状態に応じた介護・看護の留意点等について記載している。

図表 VII-9 高齢者の介護及び社会看護（Home Care）実践ガイドライン（2011 年）

（目次）


第 1 章　序章

第 2 章　高齢者の状態

2.1　高齢者の変化

2.2　高齢者の変化に影響を与える要因

2.3　高齢者のかかりやすい疾患

第 3 章　在宅での高齢者介護及び社会看護の実施

3.1　高齢者の介護及び社会看護の理念

3.2　介護の規範

3.3　介護員の機能と役割

3.4　介護員の業務メカニズム

第 4 章　特別なケースの介護とケア

4.1　高齢者と褥瘡

4.2　卒中を患う高齢者

4.3　精神障害のある高齢者のケア介護員の機能と役割

4.4　麻痺症状のある高齢者への基礎的リハビリテーションによるケア

4.5　高齢者の間接と筋肉の看護

4.6　死期に直面する高齢者のケア

第 5 章　評価、報告及び開発


[387] Kim Dung Do-Le and Yulfita Raharjo “Community-Based Support for the Elderly in Indonesia:The Case of PUSAKA”(2002)をもとに作成（http://www.gerbanglansia.org/reports/Elderly%20Support%20in%20Indonesia.pdf）

| | |
|---|---|
| 5.1 | 評価 |
| 5.2 | 報告 |
| 5.3 | 開発 |

出所：学校法人敬心学園　日本福祉教育専門学校「国際通用性と地域性を踏まえた介護人材養成プログラムのモジュール開発プロジェクト」（2017）

### ６）家事労働者[388]

インドネシアでは、看護師資格を取得したものの国内の就職難から海外で家事労働者として働く者も多い。また、小・中卒程度の農村女性が斡旋企業等の事前研修と労働移住省国家職業資格認定庁（BNSP）の能力試験を経て、香港や台湾、マレーシアなどに送り出され、雇用主宅に住み込んで調理や掃除などの合間に幼児や高齢者の世話もする等のケースも多く存在するが、過度の長時間労働や賃金未払い、暴力や性的虐待が報告されており、その労働環境は劣悪であった。

政府は 2012 年、他の移住労働者と同様の待遇を保証されるよう「家事労働者ロードマップ 2017」を公表し、2017 年内に家事労働者の派遣を完全停止を決めている。また、インドネシア労働者のフォーマル部門化とそのための技能向上という政策方針に沿って、家事労働者を「料理人」「ハウスキーパー」「介護士」などの専門職へ昇格させることにより、最低賃金や就業時間、手当、休暇の保障を狙っている。

## ９．その他

### １）日本への介護人材送り出しを踏まえた人材育成の動向

経済連携協定（EPA）に基づくインドネシア人介護福祉士候補者の受入れは、候補者の要件を「高等教育機関（3年以上）卒業＋インドネシア政府による介護士認定」又は「インドネシアの看護学校（3年以上）卒業」としているが、公益社団法人 国際厚生事業団（JICWELS）による平成 26 年度 経済連携協定に基づく受入れ説明会での報告では、「現在、介護士認定のための研修が実施されておらず、これに前者の要件に該当する応募者はいない予定」とある。

同スキーム下では、介護福祉士候補者は日本での国家資格取得を義務付けられているうえ、待遇が他地域より劣っていることもあり、就職難にある地方の看護学校からの応募が多い。または、看護師候補の適正審査に落ちた者が介護士候補として来日するケースもある。また、国内の看護師資格保持者は男性も多いほか、女性の場合には宗教上の理由等で一定の年齢までには結婚すべきという考えも根強いことや、母国では介護の分野での求人がまだ多くはないこともあり、日本での経験が帰国後に看護・介護の分野で十分には活かされていないことが指摘されている[389]。

なお、インドネシアの看護学校や大学のなかには、日本への派遣を踏まえた動きもみられる。たとえばインドネシア教育大学では徳島健祥会福祉専門学校との学術協定に基づき同学内に健祥会のカリキュラムを基準とした介護学科が開設されているほか、バンテン州にあるイクサン・メディカル・センター（IMC）ビンタロ看護専門学校は介護士養成コース「カイゴシ／ケア・ギバー」を設置して、日本で資格取得ならず帰国した看護師・介護福祉士候補者に活躍の場を提供している[390]。

388 山田美和「東アジアにおける人の移動の法制度」（2012） pp.1-5.
389 佐々木綾子「インドネシア人介護職のキャリアパス」（2014） p.510.
390 インドネシア邦字紙「じゃかるた新聞」関口潤より

## ２）各国の支援

### ｱ. Home Care for Older People in ASEAN countries[391]

ASEAN10 ヵ国で、ボランティアベースの在宅介護プログラムを確立することを目指すもの。HAI の加盟団体「HelpAge Korea」がプロジェクト提携者に研修と支援を提供し、プロジェクト提供者はボランティアの介護者を現地で採用して、基本的な介護のスキルが提供することで、現地の状況に応じた在宅介護について実証的に調査していった。2003 年～2012 年まで3つのフェーズに分けて実施し、各国の状況に応じた在宅介護プログラムを開発したうえで、NGO や政府との協働により取組を浸透させ、国策に反映させていくことを狙いとしたもの。現地の状況に応じた在宅介護プログラムをブルネイ、カンボジア、インドネシア、ラオス、マレーシア、ミャンマー、フィリピン、シンガポール、タイ、ベトナムが参画。本プロジェクトの成果として、インドネシアでは 2006 年に Home Care のガイドラインが策定された。

HelpAge Korea からは、同国における今後の課題として以下のことが示されている。

- ✓ 今後は政府と NGO とが連携して在宅介護を推進していかなければならない。ただし、推進団体のキャパシティ不足やマンパワー不足、財源の不足等による障壁も存在する。
- ✓ 国による在宅介護のためのガイドラインの策定が求められる。しかし、高齢者問題に対する課題意識の欠如や政策推進に向けた政府のキャパシティ不足等により、策定に遅れが見られる。
- ✓ 一部地域では既にガイドラインが発出されているが、普及していない。地方では在宅介護に対する理解は浸透しておらず、予算の配当も十分ではない。
- ✓ 非感染症疾患に罹っている高齢者や、自力歩行が難しい高齢者に対するボランティアによる在宅介護が十分には行われていない。

さらに、ASEAN 諸国の高齢者が置かれている現状として、①非感染症疾患による死亡数の増加、②公的ケアや施設でのケアに対するニーズの増大、③経済成長スピードよりも早い高齢化の進展、についても言及している。

なお、同プロジェクトに引き続き、HelpAge Korea では、コミュニティレベルでのサービスモデルの開発と普及に向けて、東南アジアの 10 カ国で 2013 年～2016 年にも新たなプロジェクトを実施している

### ｲ. JICA「インドネシア看護実践能力強化プロジェクト」[392]

インドネシアの看護師の実践能力向上に向け、インドネシア政府からの協力の要請に基づいて 2012 年 10 月から 2017 年 10 月までの 5 年間の予定で、保健省保健人材開発・活用総局を筆頭カウンターパート機関として実施。看護師の継続教育システム強化に向け、以下を成果目標として取り組んでいる。

① 保健省に承認されたパイロット病院において、キャリア開発ラダーシステムが導入されること

② 対象分野の分野別院内教育研修プログラムが看護師登録の更新に必要な単位を取得できる研修として認定されるように強化されること

③ プロジェクトの経験（①及び②）がプロジェクト対象地域以外の研修機関等関係者に共有されること

なお、成果目標②に対し、日本の知見を活かせる分野として「老年看護」に対する支援が優先的に行われており、 看護師登録更新に必要な 25 単位に整合させて既存カリキュラムや教材の改善が進んでいる。老年看護についてはインドネシアで比較的新しい分野として認識されており、既存のカリキュラム等がないため、本プロジェクトの中間レビューでは、看護の方針を定めるところから開始して 2015 年 3 月に本格的なカリキュラム・教材開発作業が開始される見込みと報告されている。

以上

---

391 Home & Community Care for Older People in ASEAN Member Countries by Mr. Cho Hyunse, President of HelpAge Korea(Regional Expert Consultation on Long-term Care of Older Persons, 9-10 December 2014, Bangkok)

392 JICA「インドネシア国産業人材、看護・介護分野人材育成事業　基礎情報　収集・確認調査　ファイナルレポート」（2012）

# VIII.　タイ

## １．高齢者の状況を取り巻く状況について

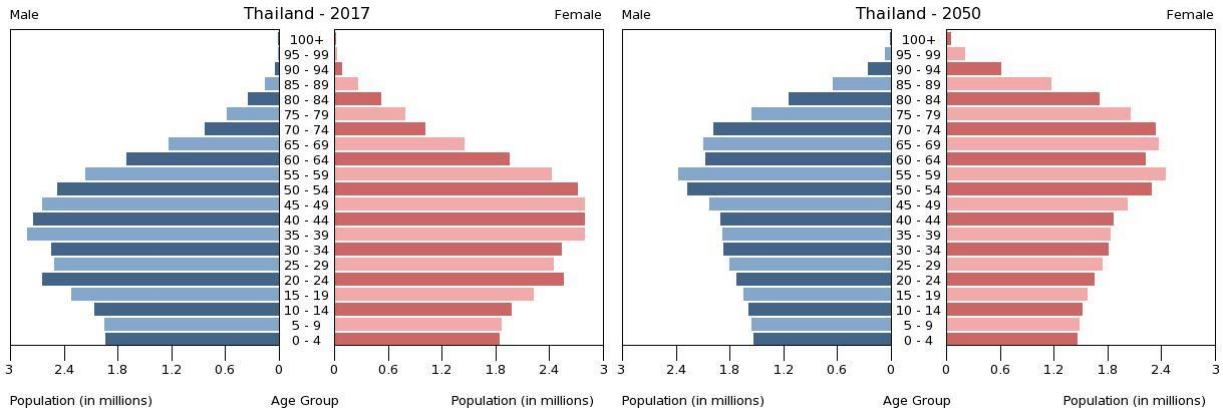
### １）基本情報[393]

| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年:約 68.0(百万人) |
| 高齢化率<br>(65 歳以上) | 2015 年:10.5% |
| 平均寿命 | 2015 年:74.9 歳(健康寿命は 66.8 歳) |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年:1.53 |

### ２）人口構成と高齢化率の変化

タイにおける 2017 年の人口に占める 65 歳以上の人口の割合は 10.6%であるが、今後、高齢者層の割合が増加し、2050 年にはその割合は 27.4%となることが予想されている(米国国勢調査局 International Database)。

図表 VIII-1 人口ピラミッド

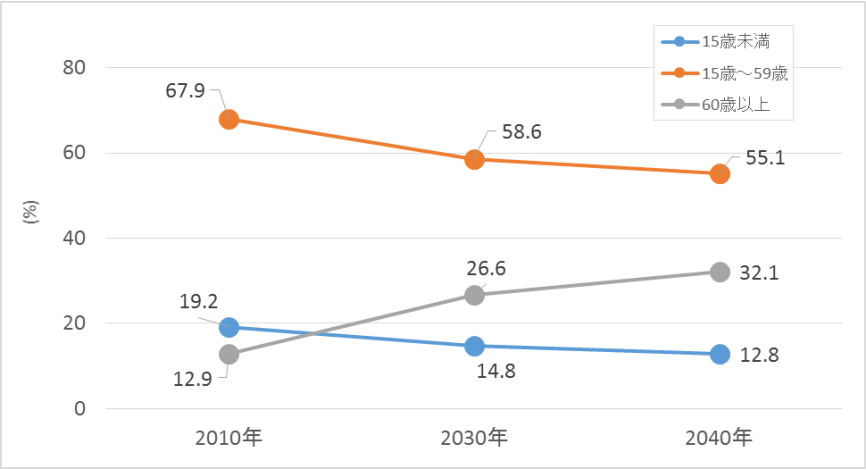



出所:米国国勢調査局 International Database[394]

高齢者の人口に占める割合が増加する一方、2010 年から 2040 年のタイの人口構成について、子供と労働年齢の人口は引き続き減少し、2019 年には高齢者の人口が子供の人口を上回ると、タイ政府発表の 2015 年高齢者状況年鑑は予想している[395]。

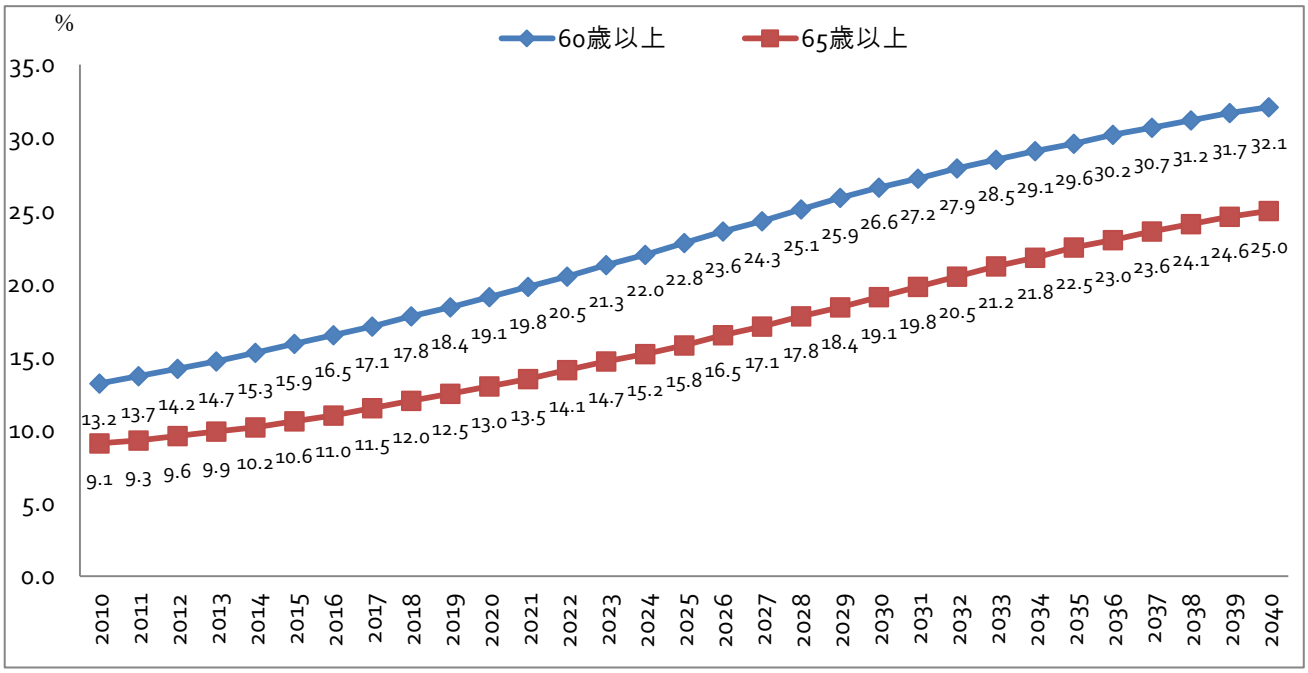
393 United Nations World Population Prospects : The 2015 Revision, WHO World Health Statistics 2016
394 https://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php
395 Situation of the Thai Elderly 2015.　p.25

図表 VIII-2 若年、就労、高齢グループ別の人口に占める割合予測(2010～2040 年)




出所:2015 年タイの高齢者の状況年鑑(Situation of the Thai Elderly 2015)を基に作成

図表 VIII-3 人口に対する高齢者(60 歳以上・65 歳以上)割合の推移予測 2010 年～2040 年




出所:National experiences from Thailand regarding long-term care of older persons[396]を基に作成

この背景には、医療や公衆衛生の発達により平均寿命が長くなり高齢者人口が増加していると同時に、出生率・妊娠率の低下により、子供の人口が減少していることによると見られる[397]。中でも女性の合計特殊出生数の減少は顕著で、50 年前には、タイの女性は平均して、1 人当たり 6 人以上の子どもを生んでいたのに対し、現在では、2 人を下回るまでに減少している(1960 年の合計特殊出生率 6.15 に対し、2011 年には 1.56 まで減少した[398])。

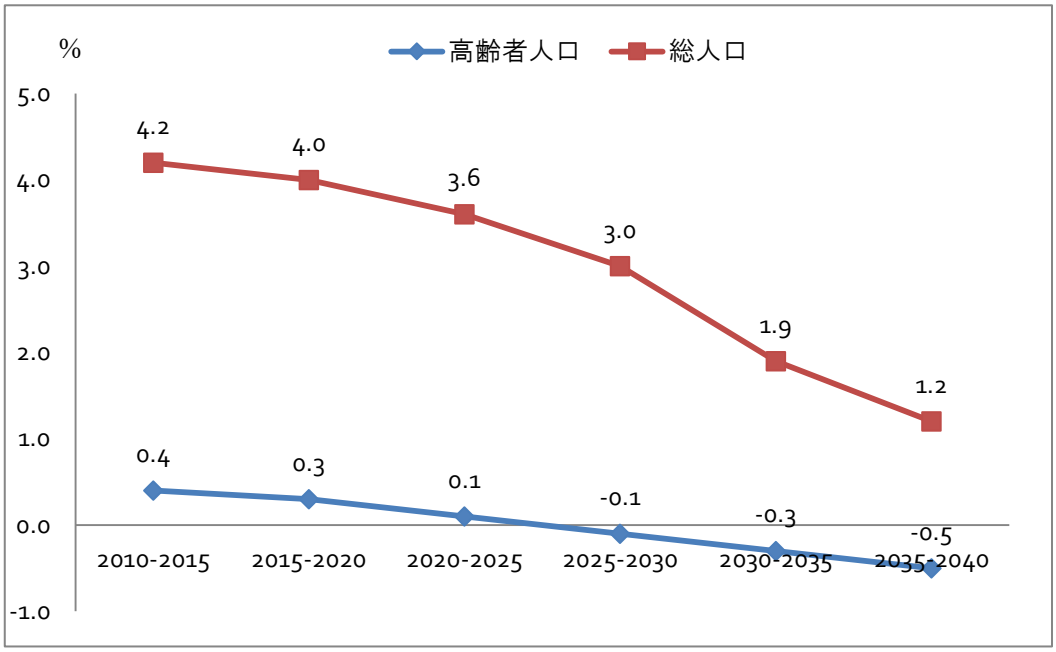
2010 年から 2040 年の人口予測によると、タイの人口増加率は引き続き低下し、2025 年から 2030 年の時期に増加率はマイナスに転じる見込みである。

[396] National experiences from Thailand regarding long-term care of older persons
http://www.asean.emb-japan.go.jp/documents/20140620_keynote1.pdf スライド 7(平成 27 年 6 月に開催された ASEAN 日本アクティブ・エイジング地域会合での資料)

[397] http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2013/dl/Thailand_CountryReport.pdf p.1

[398] 世界銀行

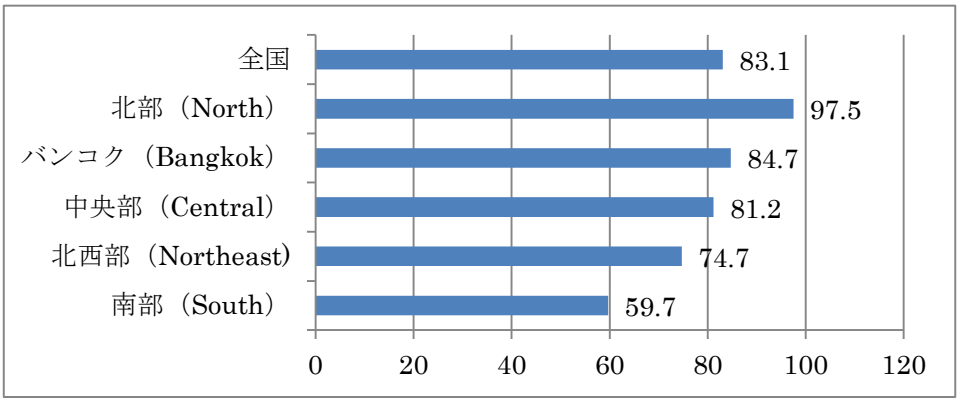
図表 VIII-4 人口の増減と高齢者人口増加率の比較(2010～2040 年)




出所:2012 年タイの高齢者の状況年鑑(Situation of the Thai Elderly 2012)[399]を基に作成

地域別では、北部地域の高齢化が進んでおり、これにバンコク(Bangkok)、中部(Central)、北西部と続いている[400]。

図表 VIII-5 2013 年地域別高齢化状況(Index of Aging[401])




出所:タイ政府「2013 年高齢者状況年鑑(Situation of the Thai Elderly 2013)」p.26 を基に作成

### ３）生活状況

#### 7. 家族構成

家族構成では、小規模化・核家族化が進んでおり、1980 年には平均的世帯人数は 5.2 人であったが、1990 年までには 4.4 人、2015 年には 3.0 人まで減少している[402]。こうした中、高齢単身・高齢夫婦世帯も増加しつつある。2015 年高齢者状況年鑑によれば、高齢単身の占める割合は 2002 年の 6%から 2014 年には 9%、高齢夫婦世帯の

399 http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation2012-EN.pdf p.14
400 タイ政府「2013 年高齢者状況年鑑 (Situation of the Thai Elderly 2013)」p.26
401 同年鑑で、「Index of Aging」は 60 歳以上の高齢者人口と 15 歳以下の若年人口の比率を指す。
402 タイ政府「2015 年高齢者状況年鑑 (Situation of the Thai Elderly 2015)」p.32

占める割合は 2002 年の 16%から 2014 年には 19% となっている[403]。

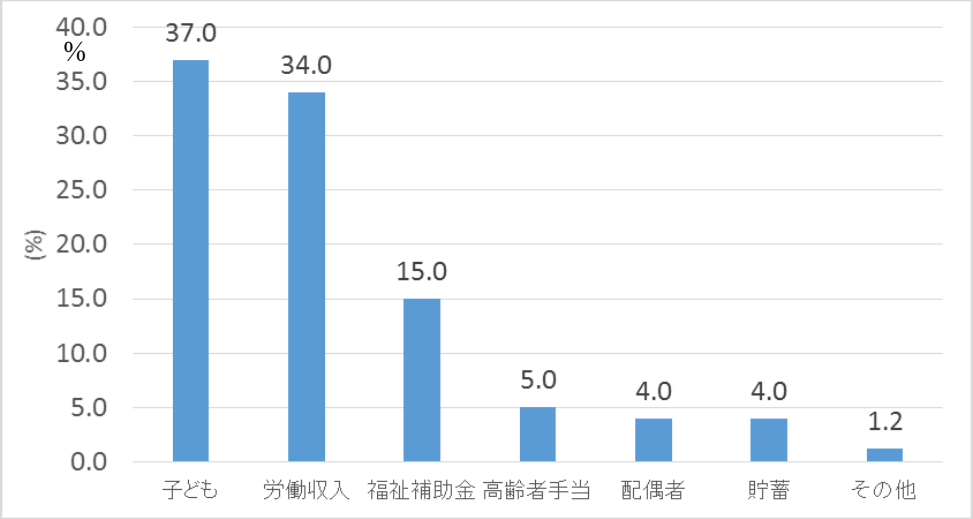
### ｲ. 経済状況

**＜収入構成＞**

2014 年に実施されたタイにおける高齢者調査（Survey of Elderly in Thailand）によれば、高齢者の 34.3%が貧困線以下の状況にあると判明している[404]。

高齢者に対する年金等の制度が十分でないなか、タイの高齢者の収入を支えるのはその子供であり、これに就労による収入が続く。しかし、高齢者の収入に占める子供からの収入割合は減少の傾向にあり、2007 年調査では 52%だったのが 2014 年には 37%となっている。そのため今日、多くの高齢者は、自分自身と家族を支えるために、退職年齢を過ぎても働く傾向が見られるようになっている。

図表 VIII-6 タイの高齢者に占める財源別割合（2011 年）




出所：タイ政府「2015 年高齢者状況年鑑（Situation of the Thai Elderly 2015）」p.30 を基に作成

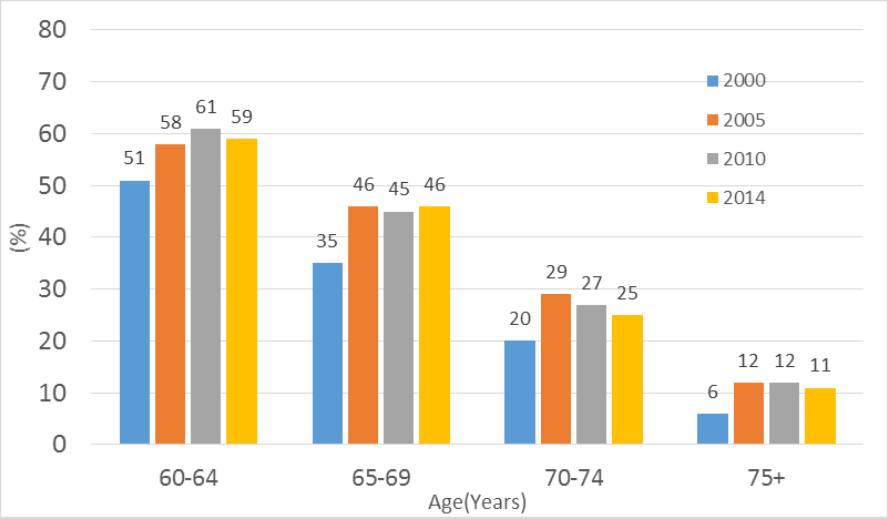
**＜労働による収入状況＞**

上述の状況を踏まえ、高齢者の収入に占める労働賃金の重要性が高まっている。次のグラフは、2000 年、2005 年、2010 年、2014 年の高齢者の年齢層別就業割合であるが、2014 年時点で、60 歳～64 歳の層で 59%、65 歳～69 歳の層で 46%、70 歳～74 歳の層で 25%、75 歳以上でも 11%が就業しており、どの年齢層も就業率はおおむね上昇傾向にあることがわかる。

403 タイ政府「2015 年高齢者状況年鑑（Situation of the Thai Elderly 2015）」p.35

404 タイ政府「2015 年高齢者状況年鑑（Situation of the Thai Elderly 2015）」p.29；なお、2002 年調査時の 46.5%と比較すると、高齢者の貧困率は減少した。

図表 VIII-7 就労を続ける高齢者の割合(2000、2005、2010、2014 年)




出所:2015 年タイの高齢者の状況年鑑(Situation of the Thai Elderly 2015)p.31

また、2005～2010 年労働力調査によると、政府、民間部門、国有企業で雇用される高齢者の平均月収は 2005 年の約 6,024 バーツ(約 18,825 円)から 2010 年の約 7,495 バーツ(約 23,421 円)へとわずかに増加していることを示している。しかし男女別に見ると、同じ 2010 年のデータでは、男性の収入平均は 8,985 バーツ(約 28,000 円)、女性の収入平均は 5,259 バーツ(約 16,434 円)で、男性の方がかなり高い。

地域別では、都市部の高齢者の収入は非都市部の高齢者の約 3 倍である(都市部 14,086 バーツ:約 44,018 円に対して 非都市部は 4,137 バーツ:約 12,928 円である)[405]。

図表 VIII-8 性別、行政区画別、地方別の高齢者の平均月収

| 性別、行政区と地域 | 平均月収 (単位:バーツ) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2005年 | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 |
| | | | | | | |
| 合計 | 6,023.50 | 6,262.80 | 6,245.90 | 6,900.20 | 6,831.40 | 7,494.50 |
| 男性 | 7,431.20 | 7,275.20 | 7,276.80 | 7,938.80 | 8,775.10 | 8,985.10 |
| 女性 | 3,750.10 | 4,715.80 | 4,640.80 | 5,326.00 | 3,961.90 | 5,258.70 |
| 行政区画 | | | | | | |
| 都市部 | 13,008.00 | 12,696.10 | 12,415.30 | 13,112.90 | 14,157.20 | 14,085.70 |
| 非都市部 | 3,241.00 | 3,714.90 | 3,722.70 | 4,278.10 | 3,485.00 | 4,136.90 |
| 地方 | | | | | | |
| バンコク | 23,561.00 | 21,554.60 | 20,783.20 | 23,780.70 | 25,919.40 | 26,259.10 |
| 中部 | 6,373.20 | 6,398.30 | 5,666.60 | 5,694.10 | 6,159.60 | 6,198.40 |
| 北部 | 2,496.20 | 2,973.30 | 3,125.70 | 3,351.00 | 3,222.70 | 4,031.70 |
| 東北部 | 3,318.50 | 3,922.20 | 4,333.10 | 4,175.70 | 3,717.10 | 4,788.80 |
| 南部 | 4,271.50 | 4,455.80 | 5,022.00 | 8,762.00 | 4,694.20 | 5,518.50 |

出所:2005～2010 年労働力調査の報告書、国家統計局(年間の平均雇用率から計算)

Report of the Labor Force Survey 2005-2010, National Statistical Office

(calculated from annual average employment rate)[406]

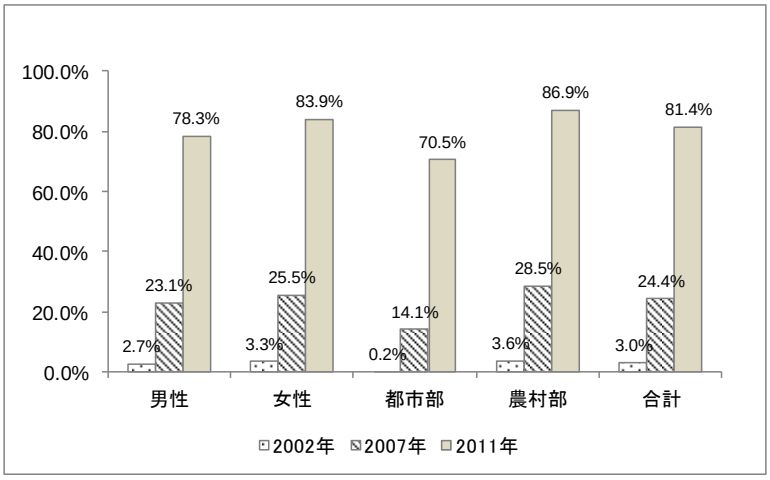
[405] Situation of the Thai Elderly 2010. P.41-42. http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation54-TH.pdf
[406] Situation of the Thai Elderly 2010. P.42. http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation54-TH.pdf

＜高齢者手当による収入＞

タイには、「高齢者手当」と呼ばれる給付制度がある。高齢者手当はタイの高齢者の生活を安定させる重要なものとなっており、報道によると、高齢者手当てを支給される高齢者の割合が、2002 年には 3%だったのに対し、2011 年には 80%以上まで伸びている。この飛躍的な伸びは、以前は家計調査を元に困窮世帯にのみ支給していた高齢者手当を、2009 年に受給制限を大きく緩和し、ほとんどの高齢者を支給対象に含めたためである。新しい制度下では、年金や、その他の政府から支給される手当を受給できない 60 歳以上の高齢者全員に対し、受給する資格が与えられている（高齢者手当の詳細は＜高齢者に対する社会保障システム＞を参照）。

受給者は、男性より女性のほうが多い。これは、男性は年金等の受給対象となるフォーマル・セクターの活動に従事している割合が高いためと推察される。さらに都市部では、高齢者手当を受ける高齢者は農村部に比べてかなり少ない傾向がある。これも、都市部の高齢者はフォーマル・セクターの活動に従事する傾向が強く、年金や他の形の収入を政府から支給されているためと思われる[407]。

図表 VIII-9 政府高齢者手当を受けた高齢者の割合（居住地別の性別、地域）2002～2011 年




出所：2002 年、2007 年および 2011 年の高齢者の調査、国家統計局 [408]

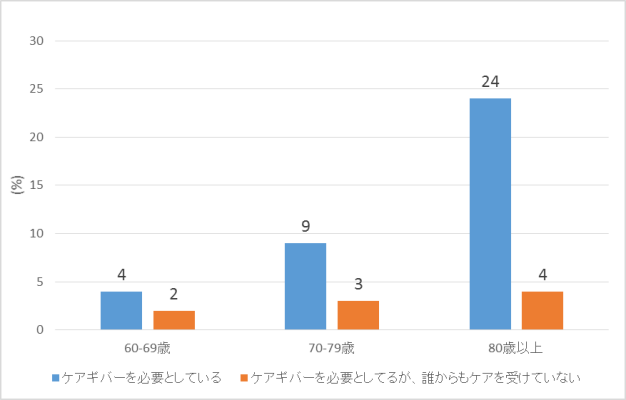
(The 2002, 2007 and 2011 Surveys of Older Persons, National Statistics Office)

## ４）健康状態

2014 年の調査によると、日常生活の支援を必要とする高齢者の割合は 80 歳以上の層で 24%となっている。また、4%が介護者を必要としているものの、誰からもケアを受けていないと回答している。

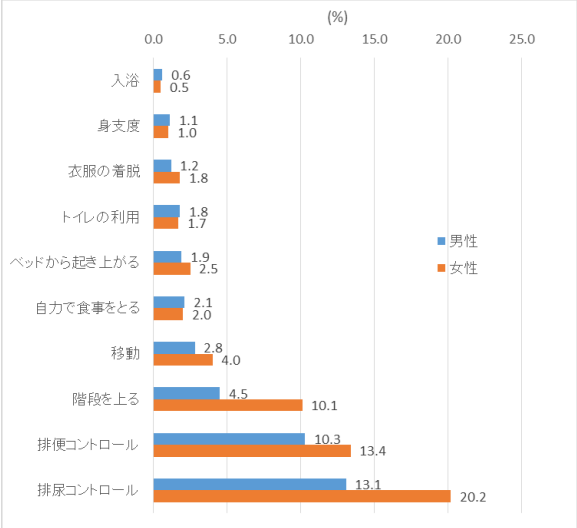
[407] Situation of the Thai Elderly 2011. P.19-20. http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation2011-EN.pdf
[408] Situation of the Thai Elderly 2011. P.20. http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation2011-EN.pdf

図表 VIII-10 日常生活における支援を必要とする高齢者の割合




出所:2015 年タイの高齢者の状況年鑑(Situation of the Thai Elderly 2015)p.35

図表 VIII-11 日常生活において行うことが困難な行為の内容




出所:2015 年タイの高齢者の状況年鑑(Situation of the Thai Elderly 2015)p.36

## 2. 介護に対する各国の意識や取組について

### 1) 関係省庁・組織等

高齢者の医療・福祉関連に携わるタイの主な政府関連省庁の役割は次の通りである。

図表 VIII-12 タイの高齢者福祉・介護サービスに関係する主な政府関連管轄部

| 関係省庁 | 業務内容 |
|---|---|
| 国家高齢者委員会<br>(National Committee on Elderly) | タイにおける国家レベルの高齢者支援メカニズムの策定や、高齢者の生活を守り、改善し、支援するための国家戦略やマスタープランを策定するための委員会で、大統領が議長を務める。2003 年に制定された高齢者法(Older Persons Act 2003)に基づき、設立された。 |
| 保健省<br>(Ministry of Public Health: MoPH) | タイ国民が健康な生活を送れるようにすることを最大の目的とする。「人々の健康増進」がキーワードであり、医療および身体的な問題の解決に従事している。タイ国民の健康増進のための各種プロジェクトを取り行っている。高齢者に関する施策としては、高齢者の健康増進、「長生き」のためのプロジェクトを検討している。高齢者の家族やボランティアなど向けの高齢者介護に関する研修カリキュラム |

| 関係省庁 | 業務内容 |
|---|---|
| | (420 時間、70 時間の各コース)を開発した[409]。 |
| 社会開発・人間の安全保障省(Ministry of Social Development and Human Security: MSDHS) | 2002 年に、タイのすべての国民に医療保障を与えるために設立された公的機関である。NHSO の主な役割は社会保障基金の運営を行うことにある。高齢者対策のみならず、健康関連のプロジェクトや計画全般を運営している。2015 年 3 月には高齢者対策の担当局(Department of Older Persons)を設置[410]。<br>保健省が開発した高齢者介護の研修カリキュラムについて、当局がその実施を所管し、2011 年には 7,590 名の家族・ボランティア、1,518 名の地方自治体職員が受講した。また 2012 年には、高齢者向けの住宅基準の策定を行った。施設介護についての基準は未整備である[411]。<br>全国にある 12 か所の公的高齢者施設(高齢者向け社会福祉開発センター: Elderly Welfare Center)を管轄している。 |
| 内務省(Ministry of Interior:MOI) | 高齢者福祉に関しては、介護を目的とした自宅の改修に対する補助金の支給制度を所管している[412]。 |
| 教育省(Ministry of Education:MOE) | 省傘下の Office of the Non-Formal and Informal Education が高齢者向けウェブサイトを開設し、全国 928 の教育機関が高齢者の興味や能力に沿った教育情報を提供。その他、Office of the Basic Education Commission など 9 部局が何らかの高齢者教育に取り組んでいる[413]。 |
| MSDHS 高齢者のためのエンパワーメント局 (The Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups: OPP) | MSDHS 傘下の部局[414]。OPP は、医療や身体的な問題ではなく、社会福祉を提供することを主な役割としており、高齢者扶助のためのいくつかの基金を運用している。例えば、後述の高齢者基金、 危機的な状況に置かれている恵まれない高齢者に対する補助金、高齢者向け葬祭助成金などである。<br>高齢者基金(Elderly Fund)の制度設立に関与している[415]。 |
| 国民医療保障局 (National Health Security Office:NHSO) | 2002 年に設立された政府独立機関で医療の全国普及など国の医療行政を所管している[416]。<br>地方自治体と協力し地方医療保障基金(Local Health Security Funds)を設立。官民問わず、医療や疾患予防の促進を目的とした活動に資金支援を行なっている。2012 年には 462 の活動に支援が提供され、その多くはボランティアによる在宅介護サービスプログラムの開発やボランティアの人材育成に関わるものであった[417]。 |

出所:http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2013/dl/Thailand_CountryReport.pdf を基に作成

### ２）関連法令・施策等政府方針

#### 7. 新憲法

同国 20 番目となる本法には、下記の規定が含まれている[418]。

409 http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation2012-EN.pdf p.76
410 2015 年タイの高齢者の状況年鑑（Situation of the Thai Elderly 2015）p.78
411 http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation2012-EN.pdf p.76
412 http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation2012-EN.pdf p.78
413 http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation2012-EN.pdf p.110
414 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/asean/kokusai/siryou/dl/h15_thailand.pdf p.2
415 http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation2012-EN.pdf p.98
416 http://www.nhso.go.th/eng/Site/ContentItems.aspx?type=MQ==
417 http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation2012-EN.pdf p.78
418 唐木啓介「タイの高齢者介護」(2016 年、「高齢者ケアビジネスの国際展開を考える」プラットフォーム会合（バンコク会場）報告資料）より。なお、本資料は憲法草案が国民投票により可決された当時のもの。その後、新国王が修正を求めて政府に案を差し戻し、修正

特に高齢者の生活のための貯蓄制度の創設やタイ国民の適切な高齢化に備えるために、長期計画を策定し、実行すること。適切な退職制度を改善するものとする。また適切に生活していくために不十分な収入しかない高齢者のための高齢者福祉改革を行うものとする。介護やネットワーク化や統合の促進も含めた高齢者の知的資本の活用を行うものとする。高齢者の介護サービスを確保する運営体制や人材管理の制度、メカニズム、手続を創設するものとする。

### ｲ. 高齢社会対策

2016 年 11 月 8 日に「高齢社会対策」が閣議決定された。以下に、その概要を整理する[419]。

○厚生年金（老齢年金）：

2018 年より従業員数が 100 人以上で、民間企業で働く 15 歳から 60 歳までの従業員に対して、公的制度である厚生年金が導入される。毎月の賃金より従業員と企業が厚生年金基金へ一定金額を納める。従業員は定年時に退職金とは別に厚生年金基金に積立した額を受け取ることができる。現在の任意加入で私的運用の退職金積立制度（Provident Fund）は老齢年金への移行となる。現在、従業員 100 人以下で退職金積立制度がない会社は現状のままである。また、100 人以上の会社では 2018 年を目処に新たな公的制度である厚生年金（老齢年金）の加入へと移行する。

○高齢者雇用：

会社は 60 歳以上の高齢者を雇用した場合、賃金を 2 倍の額で経費として計上できる。ただし、計上できるのは賃金または月給のうち 15,000 バーツまでとし、全従業員の 10％未満の人数であること。この場合、雇用する高齢者従業員は株主、取締役、経営者、事業経営者ではないこと。

○高齢者用住宅施設の建設：

高齢者の為に、医療設備があり安全・安心して居住できる住宅施設の建設案。利用者は 30 年の居住権利を有する。

○自宅を保有している高齢者の借入：

60 歳以上の高齢者で自宅を保有している者に対して、金融機関から借入をすることなく毎月の生計を営む事ができるようにする。

### ｳ. 高齢者長期アクションプラン

タイ政府は、10 年以上前から高齢化の課題を認識し、その対策を高齢者長期アクションプラン（the 1st National Long-Term Plan of Action for the Elderly ）の第 1 期（1982-2001)および第 2 期（2002-2021）、2003 年高齢者法（ACT on Older Persons 2003）、第 12 期経済社会開発計画（12th National Plan for Economic and Social Development：2017-2021）などの諸政策に反映させてきた[420]。

特に 2002 年から 2021 年の第 2 期高齢者長期アクションプラン（2009 年に改訂）では、高齢者の健康生活の促進をめざした 20 年包括的戦略プランの実施に取り組んでいる。戦略プランの政策は 2002 年の国連マドリッド国際行動計画（United Nations’ Madrid International Plan of Action on Ageing）に即して、「高齢者と開発」、「高齢に到るまでの健康と福祉の増進」、「望ましい、支援できる環境の整備」の 3 分野とし、次の 5 つの実行プランを実施中

---

が加えられた後に公布されているが、当該文に関連した修正は行われていないため、本資料から引用して掲載した。

419 http://www.tjprannarai.co.th/jp/consulting/PDF/Thai_Law_71_NOV2016.pdf

420 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Thailand_CountryReport.pdf

である。各実行プランは、所管官庁の関連計画等に沿って目標と達成度を測定する指標を定め、その指標を基準として 5 年ごとに進捗評価して、達成度を測定している[421]。

① 高齢期の所得保障（年金への加入と貯蓄の奨励）、高齢者の価値と尊厳を重視する社会意識の醸成
② 健康増進や社会参加等の促進（高齢者の病気予防策とセルフケアの普及、高齢者を支援する団体の連携強化、高齢者の雇用支援、高齢者の経験知識を活かしたコミュニティ活動への参加省令、マスメディアを活用した高齢者への情報提供、高齢者の居住環境の整備）
③ 社会的保護の充実（貧しい高齢者に対する社会福祉の充実、高齢者向けヘルスケアシステムの質の向上と医療保障制度の活用、高齢者の家族との同居の奨励と家族によるケアに対する支援、公共施設や交通機関のバリアフリー化と高齢者向け低料金等の設定、コミュニティをベースとした高齢者ケアサービスの構築、老人医療・介護施設の設置）
④ 関連システムと人材の整備（高齢化対策に向けての体制づくり、高齢者の保健・社会福祉に携わる人材育成）
⑤ 政策の検証・施策の実施（統計整備のための調査研究、政策・プログラム開発、サービスの質向上のための調査研究、モニタリング・評価のための調査研究、高齢化にかかわるデータベースの構築）[422]

これらの政策に取り組んでいる主な機関は、MSDHS、MoPH、MOI 、MOE、NHSO などの政府機関の他、大学や Health System Research Institute、Thai Health Promotion Foundation といった民間機関もあり、それぞれのアクションプランに取り入れている。

Ⅰ. Healthy Thailand Roadmap（2005～2025）[423]

タイ国民の病気の予防と健康増進のための指標をまとめたものとして、保健省から 2004 年に提案された。この提案は、保健省にかぎらず国全体のアジェンダとなり、すべての省庁に担当者が置かれている。保健省施設内に半独立の組織として設置された National Coordination Office for Healthy Thailand が全体の調整とモニタリングを行っている。Healthy Thailand の基本的考え方は以下の通り。

① コミュニティレベルでできる予防と健康増進により不必要な通院等による患者・病院双方の負担をできるだけ少なくし、
② そのうえで県レベルで対応すべき事柄を実施し、
③ その結果、国全体の健康増進を実現する。

### ３）社会保障

#### 7. 医療保険

タイの医療保険制度として、公務員向け医療給付制度、民間被用者向け社会保障制度のほか、それ以外のすべての国民を対象とする国民医療保障（Universal Coverage：UC）がある[424]。
自己負担 30 バーツ（約 95 円）で病院の診察を受けることができる国民医療保障は、全ての高齢者を対象としてお

[421] http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2013/dl/Thailand_CountryReport.pdf
[422] 5 つの実行プランの内容は独立行政法人国際協力開発機構「タイ王国要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト詳細計画策定調査報告書」（2013 年）より引用。
[423] http://open_jicareport.jica.go.jp/pdf/11871605_01.pdf
[424] 2013 年 10 月 10 日タイ保健省へのヒアリング調査; http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/15/dl/t5-10.pdf

り、誰でも利用することができる。ただし、UC を使うことができるのは登録された公立病院のみで、私立などその他の病院では全額自己負担である。UC を使うと、治療内容や入院期間に関わらず自己負担額は 30 バーツであるため、タイの公立病院は常に満床状態となっている。

UC 以外にも、高齢者の健康管理・保健医療システムの向上を図るため、タイではこれまでに様々な取組みが行われてきている。

図表 VIII-13 タイにおける高齢者健康管理・保健医療システムの変遷

| | |
|---|---|
| 1982 | 高齢者の保険制度が注目され始める<br>高齢者向けの国策（1982～2002） |
| 1986 | 高齢者向けの無料診療制度が設けられる<br>第6回国民健康保険制度の計画（1987～1991）→プライマリ・ヘルス・ケア重視<br>例えば、高血圧、糖尿病、高脂血症、不全麻痺、麻痺症等 |
| 1991 | 高齢者の医療保険のための予算配分、高齢者カードの交付 |
| 2001 | 30 バーツ制度を導入<br>30 バーツ制度は、保健省の主導により創設された国民皆医療サービスである。1 回の外来、または 1 回の入院につき定額 30 バーツ（約 100 円）で医療サービスを利用することができる制度である。30 バーツ制度は、初めて全国民に対して医療サービスを利用する権利を公的に与えた。従来の医療保障制度の枠組みから取り残されていた国民の誰もが、30 バーツを支払うことにより医療サービスを受けることができるようになった。貧困層については 30 バーツの負担すら免除されることとなっている。<br>「健康的なタイランド」施策実施<br>「健康的なタイランド」を掲げ、高齢者の健康維持をサポートする目的で各区に老人クラブを設置し、体操や健康ダイエット講座の実施などの活動を企画。 |
| 2007 | タイの保健省は高齢者のための精神保健制度を導入。高齢者に対し、精神状態に関する基礎知識を与え、うつ病や老人性痴呆症を防止するためのメディアや設備を提供[425]。 |

出所：関連資料を基に作成

### ｲ. 所得保障[426]

1982 年から 2011 年まで、タイ政府は高齢者に対する社会保障制度の構築に継続的に注力してきた[427]。現在、タイの高齢者の所得保障を支える仕組みは大きく 3 種類（①税方式、②社会保険方式、③貯蓄型）に分かれている。公務員であった者を除く 60 歳以上の高齢者すべてを支給対象とする老齢福祉手当は 2009 年から実施されているが、給付の水準は、生活の基礎的なニーズを充足するのに十分とは言えない。そのほかに、公務員には税方式の「政府年金」及び貯蓄型の「政府年金基金」があり、民間被用者には「社会保険制度」、農民や自営業者等には貯蓄型の「国民貯蓄基金」がある。

【税方式】

公務員や軍人の年金制度と、公務員を除く 60 歳以上の高齢者すべてを対象とする老齢福祉手当がある。老齢福祉手当の給付額は年齢に応じて異なり、月額 600～1,000 バーツとなっている。

【社会保険方式】

民間被用者を対象とする社会保険制度の老齢給付がある。

【貯蓄型】

国家公務員が強制加入する政府年金基金と、企業ごとに雇用者と被用者との合意により任意に設立される企業

425 Situation of the Thai Elderly 2011. P.58-63.
426 厚生労働省「2016 年　海外情勢報告」
427 Situation of the Thai Elderly. http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation2011-EN.pdf

年金がある。

また、自営業者（農民、商人、タクシードライバー、日雇い労働者等）を対象とする「国民貯蓄基金」が 2015 年から開始されている。加入対象は 15～60 歳で、年間 50 バーツ以上 13,200 バーツ以内で積立を行う。政府は、15～30 歳には年間 600 バーツ以内、積立金に対して 50%を拠出し、30～50 歳には 960 バーツ以内で加入者が拠出した額の 80%を拠出、50 歳以上には 1,200 バーツ以内で同 100%を拠出する仕組みとなっている。

### ３．高齢者向けサービスの現状について

### １）高齢者ケサービス

### ｱ. 高齢者ケアサービスの提供状況

**＜施設サービス＞**

タイにおいては家族・近隣住民、ボランティアといった人々が、インフォーマルな形で高齢者介護を支えている。また、介護施設についても公的な施設は非常に乏しい状況である。

行政管轄の高齢者社会福祉開発センター（Social Welfare Development Center for Older Persons）は、救済施設としての位置付けが強く、困難を抱える高齢者に対する緊急時対応のほか、就労に向けたトレーニングも実施している。社会開発・人間の安全保障省（Ministry of Social Development and Human Security：MSDHS）管轄施設が全国に 12 施設、自治体（郡）管轄施設が 13 施設設置されている（2015 年時点）。

公的機関によるサービスが乏しい中、民間の Nursing Home 等は既に多く存在する。所管は保健省の Department of Health Service Support であるが、現在、民間の施設サービス等を対象とする登録制度や国からのライセンス交付等の義務は課されていない[428]。医療行為が伴わなければ、ホテルやサービスアパートメントとして介護施設の運営が可能とされているため、正確な施設数は把握されていないものの、高齢者介護施設と名乗るものはバンコク市内だけでも 100 軒以上存在する[429]。一般的に利用料は高く、高齢者本人とその家族に対する金銭的な利用負担は重いが、そのようななか、バンコクの Elderly Care Nursing Home はバンコク病院の Renu Ubol 医師を中心として現地医師の共同出資により設立された介護施設であり、退院後に行き場のない高齢者が日常生活の支援を受けたり適切なケアを受けたりすることのできる、慈善的な色合いをもつ施設も存在する[430]。

早くから介護サービスに特色をもつ民間病院もある。1973 年に創設されたクルアイナムタイ病院は、創設当初より高齢者を中心とした医療サービスを行っていたが、1981 年に高齢者専門の病院（120 床）を独立させ、急性期病院（200 床）と2病院体制を採用している[431]。同病院はまた、グループ施設である高齢者専用サービスアパートメント Natural Home を運営している。同様のサービスを提供する民間の病院としては、院内に高齢者向けフロアを開設したサミティヴェート病院、医療付き老人ホームを運営するシニアヘルスケアなども挙げられるほか、今後は、タイ私立病院最大手バンコク・ドゥシット・メディカル・サービス（BDMS）[432]が 2016 年9月にホテル「スイスホテル・ナイラートパーク」などが建つ土地と建物を買収し、老化防止、認知症治療などを手がける総合医療センター「BDMS ウェルネスクリニック」として再開発する計画も発表されている[433]。

民間が中心となった高齢者サポートプログラムも多数みられる。例えば、サワンカニウェイド（Sawangkanives）は、1996 年にタイ赤十字が始めた高齢者向けコンドミニアム・プロジェクトであり、55 歳以上のタイ人を対象としたコ

---

428 唐木啓介「タイの高齢者介護」（2016 年、「高齢者ケアビジネスの国際展開を考える」プラットフォーム会合（バンコク会場）報告資料）

429 http://www.nippon.com/ja/features/c02812/

430 現地施設のヒアリング調査による。

431 http://www.ilcjapan.org/chojuGIJ/pdf/12_02_4.pdf

432 バンコク病院、サミティヴェート病院、ＢＮＨ病院、パヤタイ病院、パオロ・メモリアル病院などを運営するタイ私立病院最大手。

433 http://www.newsclip.be/article/2016/12/05/31415.html

ンドミニアムでは、高齢者の身体的および精神的なケアを考慮してセラピー用プール、エクササイズルーム、健康庭、図書館、祈祷室、フィジカル・セラピールームや診察室などを備えている[434]。National Housing Authorty は高齢者向け住宅デザインコンテストを開催しており、当コンテストで選ばれたデザインは 2017 年には公的施設の設計デザインとして採用されるほか、無料で他施設の設計に使用することが可能とされている[435]。また、都市部近郊では、多くの不動産開発会社が高所得者向けの高齢者タウン建設プロジェクトを進めている。Wellness City が運営する「ウェルネスシティー」はアユタヤの大型都市型高齢者施設である。入居する住宅は一軒家からコンドミニアムまで様々なグレードがあり、生活に必要なクリニックやショッピングモールなども揃う[436]。

また、非営利組織等が運営する高齢者向けシェルターとして、例えば、Princess Mother 妃殿下の庇護の下にあるタイの高齢者協議会（The Senior Citizens Council of Thailand）や、Tarnnukrao のバーンケーンシニアシェルター（Baan Khaen Senior Shelter of Tarnnukrao）、Baan Wai Tong（Hua Chiew 病院）、高齢者のためのセント・ルイス福祉センター、Camillian Social センター、高齢のイスラム教徒のための福祉協会など、基本的な最低限のニーズのケアを行う施設がある。これらの施設では、医師、看護士、施術者がチームとなり、収容された高齢者に対し一般的介護を行うが、病気の治療は特定の病棟に委ねられる。日常生活、動作、メンタルヘルス、身の回りの世話、医療支援といったサービスが 24 時間提供される。

＜通所サービス＞

国内 19 か所に設置している高齢者社会サービスセンターでは、在宅高齢者向けにデイサービス、理学療法、余暇活動などを提供している[437]。日系企業の㈱リエイが展開する「Riei nursing homeLadprao」など、民間のデイサービスも僅かではあるが存在するものの、都市部では交通渋滞が参入の障壁となっている[438]。

＜在宅サービス＞

タイにおける自宅訪問型サービスでは現状、住み込みや通いのメイドサービスが大部分を占めるほか、要介護レベルが高く支払い能力がある家庭の高齢者向けに住み込み介護士や必要に応じて医師や看護師を派遣するサービスが、先述の「Riei nursing homeLadprao」やクルアイナムタイ病院などにより提供されている[439]が、その人件費は都市部でかなり高額であり、月２万バーツ以上となっている[440]。一方で、寝たきりの高齢者を訪問する官民連携プロジェクト（Elderly Nursing Care Center）も多数みられる[441]。

コミュニティレベルでは、「アナマイ」と呼ばれる地区の保健所に所属する保健ボランティア（オーソーモー、詳細は後述）や高齢者ボランティアが高齢者宅を訪問し、健康指導や基礎的な介護を提供するといった活動も行われている。病院が地域のアナマイと連携を図り、看護師や PT、OT が保健所職員らとともに患者宅を訪問する活動も行われている（Family Care Team、詳細は後述）[442]。

＜高齢者の社会参加を促す活動＞

全国 12,000 以上のタンボンに高齢者クラブが組織されており、高齢者同士の互助を中心とした活動（話し相手、体操、メンタルケア等）が行われている。高齢者は、高齢者クラブの体操、運動といった活動を通じて健康増進に努

---

434 Situation of the Thai Elderly 2011. P.86-91. http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation2011-EN.pdf; http://www.imapac.com/wp-content/uploads/2015/06/Dr-Nart-Asean-Ageing-Society.pdf

435 2015 年タイの高齢者の状況年鑑（Situation of the Thai Elderly 2015） p.66

436 http://school.nikkei.co.jp/special/nbsasia/mission201704/

437 http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/15/dl/t5-10.pdf

438 現地施設へのヒアリング調査による。「Riei nursing homeLadprao」ではデイサービスの送迎は行っておらず、自力で通える高齢者がサービス対象となっている。

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

440唐木啓介「タイの高齢者介護」（2016 年、「高齢者ケアビジネスの国際展開を考える」プラットフォーム会合（バンコク会場）報告資料）

441 Situation of the Thai Elderly 2015. P.66.

442 本事業委員の報告による。

めるとともに、若年層への伝統文化の継承を行っている。また、高齢者クラブでの相互の活動が交流・健康状態の確認をする機会の増加にも役立っているほか、伝統工芸品を生産販売するなどの生計向上活動の場や、予防・健康増進を普及させる際のプラットフォーム（受け皿）にもなっている。タイのコミュニティにおいては、寺院が高齢者クラブや健康増進運動の活動場所を提供したり、僧侶が高齢者のメンタルケアに重要な役割を担ったりもしている[443]。そのほか、近年「高齢者学校」の取組もみられる。高齢者学校は、地域の 50 歳以上の高齢者を対象としており、授業や朝礼、遠足等の活動を行っている。授業では、簡単な計算のほか、スマートフォンや SNS の使い方について学んだりもするが、こういった活動に参加する高齢者は全体の 10 分の1程度という指摘もある。

また、高齢者の社会参加の促進を目指し、従来のマルチパーパスセンター（290 か所）に加え[444]、「高齢者生活向上センター」が全国でこれまでに 878 か所整備されている[445]。

### ｲ. 高齢者ケアサービスの課題とニーズ

以下は、コミュニティ・ケアの利用状況についての調査結果である。都市部よりも農村部の高齢者の方が地域のボランティアや保健医療従事者にアクセスしやすい状況にあり、コミュニティサービスが有効に活用されている。

図表 VIII-14 行政による支援を受けている高齢者の割合（2014 年）

| | 高齢者割合（%） | |
|---|---|---|
| | 農村部 | 都市部 |
| ボランティアによる訪問 | 45 | 30 |
| ボランティアによる在宅ケア | 40 | 26 |
| コミュニティによる支援やサービス | 48 | 31 |

出所：2015 年タイの高齢者の状況年鑑（Situation of the Thai Elderly 2015）p.36

今後も、高齢者の増加に伴い、介護を必要とする高齢者の増加が予想されている。2014 年 10 月、日本において開催された第 12 回 ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合[446]で共有されたタイのカントリーレポート[447]によれば、何らかの支援を必要とする高齢者の数は 2010 年の 499,873 人から 2020 年には 741,766 人に増加すると試算している。

図表 VIII-15 タイの自立・非自立高齢者数の見通し（2010 年・2020 年）

| 年 | 自立高齢者 | 非自立高齢者 | 合計 |
|---|---|---|---|
| 2010 | 7,139,127 | 499,873 | 7,639,000 |
| 2020 | 10,034,234 | 741,766 | 10,776,000 |

出所：第 12 回 ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合 Thailand Country Report[448]

## ４．高齢者ケアを担う人材とその教育・育成について

### １）高齢者ケアを担う人材の実態

第 12 回 ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合で共有されたタイのカントリーレポートでは、増加する高齢者ケアの対応に向けて、さらなる人的リソースが必要であるとの認識を示した。同レポートでは、必要とされる医療関連

443 http://open_jicareport.jica.go.jp/pdf/11871605_01.pdf
444 厚生労働省「国際的な Active Aging（活動的な高齢化）における日本の貢献に関する検討会報告書」2014 年. p.15.
445 Situation of the Thai Elderly 2015. P.79.，高齢者生活向上センターは、6 つの省が主導で行うプロジェクト「The State and the People Care for the Elderly」の一環として設置が進められているもの。
446 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064122.html
447 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/c-report.html
448 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Thailand_CountryReport.pdf

人材の数は次のように予想している。

図表 VIII-16 タイにおける高齢者ケアに必要とされる医療人材（2010 年、2020 年）

| 介護に従事する人の種類 | 2010 年 | 2020 年 |
|---|---|---|
| 親戚・家族 | 499,873 | 741,766 |
| 地域ボランティア | 71,410 | 105,967 |
| 急性・慢性期の介護のための看護師グループ | 6,111 | 8,620 |
| 扶養グループ | 2,499 | 3,708 |
| IPD | 16,278 | 21,552 |
| 看護師-小合計 | 23,888 | 33,880 |
| 公共介護スタッフ | 2,499 | 3,708 |
| 物理療法士 | 2,499 | 3,708 |
| 心理・社会的介護従事者 | 1,528 | 2,155 |

出所：第 12 回 ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合 Thailand Country Report[449]

現状、介護の主な担い手は家族であり、コミュニティにおいては家族・近隣住民、ボランティアといった人たちが、インフォーマルな形で地域の高齢者を支えている。民間の施設サービスや訪問介護サービスでは、看護師、ナースエイドによって行われている[450]。日本における介護福祉士等の有資格の介護士は制度上いないが、民間の介護事業者によるサービス提供については、質の確保という観点から、介護士の養成カリキュラムが複数の省で策定されており、特に民間在宅介護事業所には研修受講者を配置すべきことも定めている[451]。

主に医療関係者による医療ケアやボランティアによる支援が中心であることもあり、寝たきりや認知症などの要介護高齢者への介護については、まだ本格的な取り組みがなされていない[452]。

### ２）看護師[453]

看護師は、病院、介護施設のほか、アナマイにも常駐しており、高齢者の自宅を訪問するなど地域医療においても重要な役割を担っている。2014 年7月時点の報告によると、看護師数は高度実践看護師（Advanced Practical Nurse）2,500 人、正看護師 200,000 人、准看護師 1,000 人となっている。

看護教育カリキュラム、看護の免許制度、更新制度等を決定するのはタイ看護・助産評議会（Thailand Nursing & Midwifery Council）である。また、タイ看護協会（Nurses' Association of Thailand）は専門職の能力開発、現任教育を行い、職能団体として、国内外で認められ、国際看護師協会（ICN：International Council of Nurses）のメンバーである。

養成機関はすべて公立・私立の看護大学であり、2014 年においては合計 93 の学部が存在し、年間で約 20,000 人の看護師が養成されている。専門学校の養成プログラムは実施されていない。公立看護大学には、教育省管轄下の大学の看護学部、保健省管轄下の看護大学のほか、様々な省庁管轄の看護大学があるが、保健省管轄が最

449 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2014/dl/Thailand_CountryReport.pdf；第 11 回 ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合カントリーレポートにおいても同じ数値を掲載している。第 11 回会合カントリーレポートによれば、同数値は 2008 年のデータとのこと。http://www.mhlw.go.jp/bunya/kokusaigyomu/asean/2013/dl/Thailand_CountryReport.pdf

450 車井浩子、金子勝規「タイの高齢者介護と医療に関する考察」（2011 年）

451 独立行政法人国際協力開発機構「タイ王国要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト詳細計画策定調査報告書」（2013 年）

452 独立行政法人国際協力開発機構「タイ王国要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト詳細計画策定調査報告書」（2013 年）

453 東田 吉子、中田 覚子、竹尾 惠子「タイ国、ブラパ大学における国際看護論の実施と学習の成果」（2015 年）

も多い。教育内容はすべてタイ看護評議会が制定したカリキュラムに基づいて行われている[454]。

国家試験は、年に3回実施されており、試験問題は7領域（成人・老年、小児、母性、地域、精神、産科、看護倫理・看護に関する法律）から出題される。免許は5年毎の更新制で、更新には 50 時間の現任教育が必要とされている。

### ３）ナースエイド

病院や介護施設で高齢者のケアを担う。また、個人契約により住み込み又は通いでサービスを提供する。養成校での半年間の教育で資格を得ることができるが、カリキュラムの内容はほぼ座学であり、実習が不足していることから、修了後に個人契約で在宅サービスを行う場合など、介護に関する知識や技術を修得しないままでケアが提供されているケースもみられる。

### ４）介護士

先述のクルアイナムタイ病院には介護士養成所が設置されているほか、㈱リエイの「「Riei nursing homeLadprao」は、タイの大手財閥である SAHA グループの中核会社の一角ブティック・ニューシティー（BTNC）が創設する専門学校「Thanara Acadamy」内にて介護士養成コース「Wellness and Service Thanara School」を運営するなど、民間の介護サービス提供を念頭に置いた介護士養成の取組もみられる。

保健省では2009年に420時間の介護人材養成カリキュラムを策定している。ボランティア経験者については420時間のカリキュラムのうち専門的な 70 時間の研修（高齢者介護法、緊急時の対応、薬の与え方等）の後、介護提供者としての認定が受けられる[455]。

同様に、教育省でも 420 時間のカリキュラムが策定されているが、20 年以上前に設けられたものであり、内容は現状に適合していないとの指摘もある。一方で、新規教育機関設立時には教育省が承認を出すこととなっているため、同省のカリキュラムが採用されるケースが多い[456]。

【事例：NGO 団体によるケアギバー養成の取組[457]】

チェンマイを拠点として主に高齢者向けの活動に取り組むタイの NGO、FOPDEV（Foundation for Older Persons Development）は、病院まで通うことが難しい山間部に地域において無償で高齢者ケアを行うケアギバーの人材育成に取り組んでいる。

チェンマイ大学看護学部による講義を3ヶ月、市内の病院や高齢者施設での実務経験を積む3ヶ月の計6ヶ月間の研修となっており、研修中にかかる費用のすべては FOPDEV が奨学金として貸与する。FOPDEV は、研修修了後のケアギバーを平日は市内の富裕層の高齢者に有料で供給し、週末は FOPDEV の活動地域である山間地貧困層の高齢者に無料でケアを行う。また、同地域のコミュニティーに対して、高齢者ケアに必要な知識の普及活動も行う。

### ５）コミュニティ・レベルでのサービスの提供主体

#### ア. 保健ボランティア

30 年以上前から活動しており、日本の民生委員に似た役割を担う。タイ国内に 110 万人ほどおり、月に 600 バ

---

454 織田由紀子「タイの看護師と看護教育」（2010 年）

455 独立行政法人国際協力開発機構「タイ王国要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト詳細計画策定調査報告書」（2013 年）

456独立行政法人国際協力開発機構「タイ王国要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト詳細計画策定調査報告書」（2013 年）

457 http://www.nippon.com/ja/features/c02813/

ーツの報酬を得て1人で 10～15 家屋を受け持つ。地域住民の健康づくりを中心に活動するが、活動内容は地域によって異なる。高齢者の自宅を訪問し、健康状態の観察（バイタルチェック）や介護者を含めた療養生活への助言も行う。

保健ボランティアは、当該コミュニティ内住む者のなかから選出され、基礎的なトレーニングを受けた後に地域の健康関連部局職員 より任命され、その後7日間の健康に関するトレーニングをヘルスセンターで受けることになっている。より専門的な内容については、採用後に地域（郡レベル）の病院で 15 日間のトレーニングも提供されている。活動開始後は、定期的な会合への参加を通じて専門知識を継続的に修得する。さらに専門的な知識等に関するトレーニングについては、県の健康関連部局が中心にその運営を担っており、中央政府に委ねられる場合もある[458]。

【参考：Family Care Team[459]】

2015 年から本格的に全国で始まった Family Care Team（FCT）がタイ全土で 1 万 5000 組以上活動している。FCT では、保健ボランティアのうち選ばれた人たちをケアギバーとして養成し、近隣病院の医師やスタッフらとチームで地域の高齢者宅を回りながら、健康サービスにアクセスできない高齢者や寝たきりの高齢者に身体面・精神面の双方から必要ケアを提供している。

### ｲ. 高齢者ボランティア

社会開発・人間安全保障省の高齢者のためのエンパワーメント局（OPP/The Bureau of Empowerment for Older）が 2003 年より行っている取組として、高齢者ボランティアを活用したプログラムがある。社会開発・人間安全保障省による 18 時間のトレーニングを受けた地域住民のなかから採用され、在宅高齢者の見守りや支援を行っている。1 人のボランティアがそれぞれのコミュニティで 15 人程度を受け持ち、食事介助や運動、服薬補助などを行う。報酬はなく、保健ボランティアと兼務する者も多い[460]。

2013 年までに本プログラムを通じて 51,000 人のボランティアが養成され、800,000 人の高齢者に対してサービスが提供されているが、2014 年の調査結果では、サービスの質は個人差が大きく、老化に伴う問題に対応できるボランティアが少ないことから、地域社会の満足度は低いことが示された。このような状況を受けて、保健省では 2016 年より新たなボランティア養成の動きも始まっている[461]。

なお、上記のようなボランティアは、コミュニティ・ケアの担い手として重要な役割を担っているものの、高齢者ケアのニーズが急激に増加するなかで人材の不足が課題とされているほか、適切なケア提供に向けたトレーニング・教育やモチベーション維持のための取組の必要性も指摘されている[462]。

## ６）家事サービス

タイの高所得者層の間では、家事労働者を雇ってケアを受けるケースも多くみられる。タイで家事労働を担うのは、国内全人口の 5.6%に相当する 372 万人に上る[463]といわれるミャンマー、ラオス、カンボジア出身の外国人労働者である。看護師などの有資格者によるサービスも存在するが、資格をもたない労働者が自己流で介護を行っ

458 http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B0404.pdf
459 Situation of the Thail Elderly 2015 p.80
460 本事業委員の報告による。
461 http://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.16.187526.pdf?ua=1
462 Situation of the Thail Elderly 2015 p.55
463 United Nations, Department of Economic and Social Affairs,“Trends in International Migrant Stock”,2013

ているケースが大半を占めていると思われる[464]。2005 年に Foundation for Child Development(FCD)と Thammasat University が 2005 年に行った調査[465]では、登録会社で家事労働者に対する情報提供やトレーニングを実施しているところも一部存在するものの、大半が特別な訓練等を行わず派遣しているという報告もみられる。

## ５．その他

### １）日本への介護人材送り出しの状況

**＜経済連携協定（EPA）に基づく人材の送り出し＞**

日タイ EPA については、2007 年 4 月 3 日に首脳間で署名に至り、2007 年 11 月に発効している。同協定のもと、人の移動分野では、タイ人スパ・セラピスト及び介護福祉士の日本への受入並びに日本人のタイにおける滞在及び労働許可の取得に係る条件の緩和について検討するため現在協議中である[466]。

＜技能実習生の送り出しを見据えた人材育成の動向＞

2017 年 1 月の報道記事によると、日本の介護現場で外国人労働者の受け入れ促進を目指す法案が成立されたことを受け、タイ労働省において、日本で働く介護福祉士の養成コース開設を計画している[467]。

### ２）各国の支援

**＜要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト（LTOP）[468]＞**

今後高齢化が急速に進むタイにおいて、「高齢者介護」に焦点をあてた JICA のプロジェクト「要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト（LTOP）」が 2013 年1月～2017 年8月に実施された。

同プロジェクトは、2007 年～2011 年に実施した「コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合型モデル形成プロジェクト（CTOP）」の成果であるコミュニティベースの統合型サービスを活かしつつ、要介護高齢者を対象とし、財政的にも持続可能な介護制度を提案するものである。チェンライ、コンケーン、ノンタブリ、スラタニ、ナコンラチャシマ、バンコクの6地域をパイロットサイトとし、これら地域においてモデル・サービスの開発と実施、ケア・ワーカーとケア・コーディネータの養成プログラムの開発が行われた。同プロジェクトの成果として、2016 年 12 月、コンケーン・サイトに、新しい要援護者デイケア・センターがオープンした。同施設には、身体機能向上のためのリハビリ機器類が配置されているほか、バリアフリーのトイレも設置されている。また、ショートステイの受け入れも視野に入れていることから、要援護高齢者等が滞在できるスペースも準備されている[469]。

**＜タイ、チョンブリ県における町ぐるみ高齢者ケア・包括プロジェクト（草の根技術協力（地域活性化特別枠）事業）＞**

学校法人佐久学園　佐久大学（長野県佐久市）が、佐久市との地域包括連携協定の中で 2016 年 1 月より開始しているプロジェクトであり、サンクス町（住民登録者約5万人）における公的な高齢者ケアのサービスの改善を目指す。佐久市のこれまでの地域高齢者対策「地域包括ケアー世界最高健康都市構想」を参考にしつつ、タイ、サンクス町の既存のお寺を中心とする伝統的な集会、家族による高齢者ケアを尊重し、地域で高齢者をケアするシステムづくり、在宅看護、ヘルスボランティアによる在宅ケアを促進する活動を展開している[470]。同事業で「活動及び期待

---

464 本事業委員の報告による。
465 ：Form and Service Condition of Agencies Providing Domestic Workers, 2005 (in Thai) (http://www.burmalibrary.org/docs09/wcms_120274.pdf)
466 経済産業省 HP（http://www.meti.go.jp/policy/trade_policy/epa/epa/th/）
467 https://www.nna.jp/news/show/1554387
468 https://www.jica.go.jp/project/thailand/015/outline/ku57pq00001nivfz-att/LTOP_project_summary.pdf
469 https://www.jica.go.jp/project/thailand/015/news/20170206_03.html
470 http://www.saku.ac.jp/news/2017/07/24/JICA201705.pdf

されるアウトプット」として公表している内容は以下の通り[471]。

〈アウトプット〉

1.サンスク町高齢者ケア強化方針の下、「高齢者保健医療・介護推進委員会」が設置される。

2.既存の「地域保健委員会」が体系的に活動できるように再構築される。

3.在宅ケアを推進するためのシステムづくり、及び活動を実施する。

4.既存のお寺単位の介護予防活動が人々の健康状態にあったプログラムに改編され高齢者が支え、支え合う活動を基本にきめ細かなプログラムが実施される。

5.佐久市で研修を受け、帰国した人たちが地域のキーパーソンとなり、活動の継続と発展に寄与する。

〈活動〉

1.1「高齢者保健医療・介護推進委員会」が設置され、政策レベルへ進言する。

1.2 上記の委員会を年に 4 回開催し、高齢者政策について市と意見交換する。

2.1 各ブロックの地域保健委員会が活動をまとめ、課題を代表委員会へ持ち寄る。

2.2 既存の 26 ブロックの地域保健委員会の代表が協議し、活動の再編を行う。

3.1 ヘルスセンターが保存する家族健康帳を元に、看護師、保健師、地域のヘルスボランティアで訪問介護の内容を協議する。

3.2 高齢者の独居世帯、認知症、ねたきりの世帯を訪問し、介護、看護にわけて要望をまとめる。

4.1 高齢者サポーターを育成し、ヘルスボランティアと協力できる体制をつくる。

4.2 地域のクリニックと連携を取り、月に 1 度、看護師、理学療法士による指導による地域健康プログラムを各ブロックで企画する。

5.本邦研修を年に 2 回、看護グループ、介護グループにわけて 2 週間ずつ行う。

以上

[471] https://www.jica.go.jp/partner/kusanone/tokubetsu/tha_03.html

# IX. 中国

## １．高齢者を取り巻く状況について

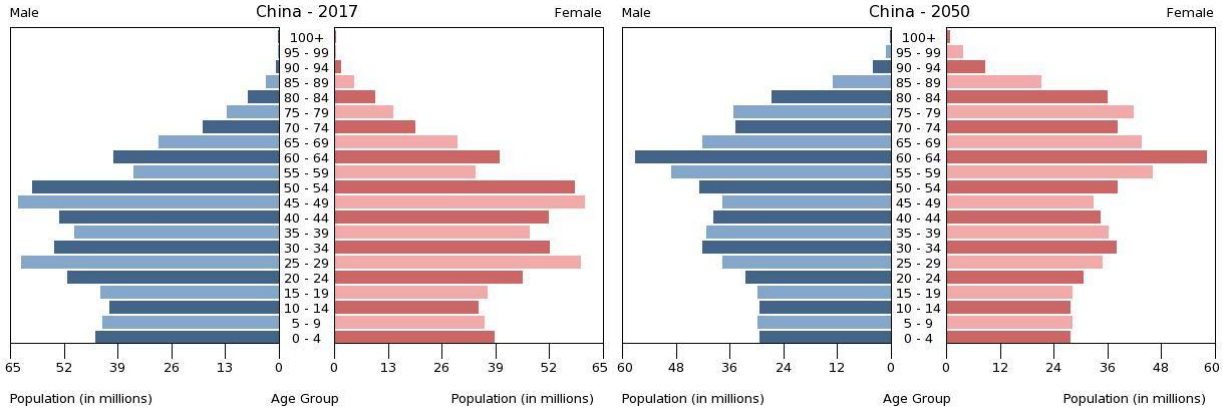
### １）基本情報[472]

| | |
|---|---|
| 人口 | 2015 年:1,376(百万人) |
| 高齢化率<br>(65 歳以上) | 2015 年:9.6% |
| 平均寿命 | 2015 年:76.1 歳(健康寿命は 68.5 歳) |
| 合計特殊出生率 | 2010-2015 年:1.55 |

### ２）人口構成と高齢化率の変化

中国における 2017 年の人口に占める 65 歳以上の人口の割合は 10.8%であるが、今後、高齢者層の割合が増加し、2050 年にはその割合は 26.7%となることが予想されている(米国国勢調査局 International Database[473])。この急速な高齢化の背景には、高い経済成長に伴い生活環境や医療などが改善された結果、平均寿命が延びたことに加え、都市化の進行、「一人っ子政策」による出生率の低下などが挙げられている[474]。

図表 IX-1 人口ピラミッド(2017 年、2050 年)




出所:米国国勢調査局 International Database[475]

2011 年 11 月 28 日、全国老齢工作委員会が主催した『老齢工作座談会』において、中国の 60 歳以上の高齢者数は“第 12 次 5 ヶ年計画”によると 1.78 億人から約 2.21 億人に増加し、総人口に占める割合も 13.3%から 16%にまで上昇する見込みであると報告された。

関連機構の最新推測によると、60 歳及びそれ以上の中国高齢者数の推移にあたっては、主に 2011～2022 年、2023～2034 年、2035～2054 年と 2055 年以降という四つの段階に分けられ、各段階の進展状況は下表のようになると推測される。

増加傾向は 2054 年にピークを迎え(4.72 億人)、以降高齢者数は減少するとみられる。

472 United Nations World Population Prospects：The 2015 Revision, WHO World Health Statistics 2016
473 2010 年に国勢調査(人口普查)および全国都市・地方高齢者生活環境調査(城乡老年人生活状况抽样调查)実施済み。次回の国勢調査は 2020 年、高齢者生活環境調査は 2015 年から開始予定のため、高齢者が置かれる社会的現状に関する全国レベルのデータは不足しており、調査には各地方省・市レベルのデータが参考資料になると思われる。
474 https://www.jetro.go.jp/jfile/report/07001397/ChinaKoreishaRev.pdf p.2
475 https://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php

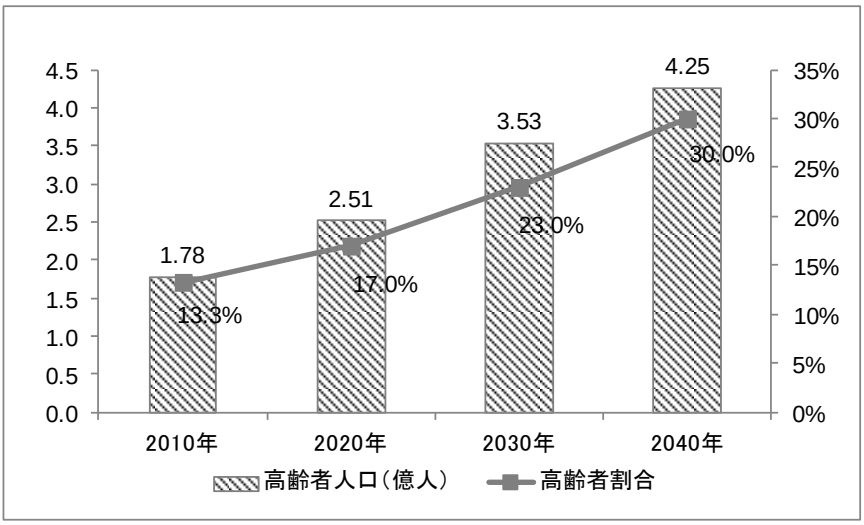
図表 IX-2 2010～2055 年における中国高齢者数の推移状況

| | 主な特徴 | 年間平均増加人数 |
|---|---|---|
| 2011～2022年 | 加速発展段階 | 約730万人 |
| 2023～2034年 | 快速発展段階 | 約1,100万人 |
| 2035～2054年 | ピーク段階 | 約336万人 |
| 2055年～ | 低減段階へ転落 | ― |

出所：全国老齢工作委員会の 2011 年工作座談会にて公表したデータ[476]

高齢化社会の国際判断基準：
60 歳以上の高齢者割合＞10％　or　65 歳以上の高齢者比率＞7％
日本の行政では一般的に 65 歳以上 75 歳未満を前期高齢者、75 歳以上を後期高齢者と区分している。

図表 IX-3 2010～2040 年中国高齢者人口の推移[477]




出所：中国人口老齢化国際比較研究報告　中国人民大学人口研究所（2011 年）

### ３）生活状況

#### 7.　地域分布

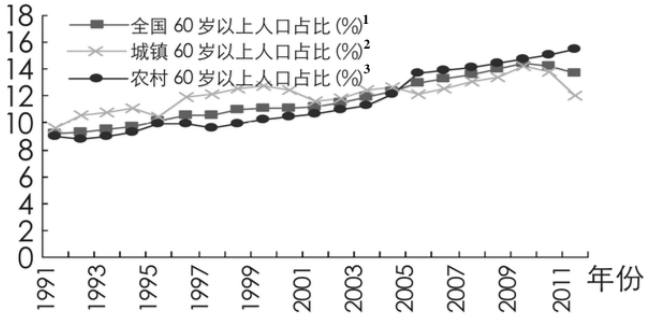
United Nations World Urbanization Prospects: The 2014 Revision によると、2014 年時点で都市化率は 54.4%とされている。

下表は都市部と地方における高齢化率の変化を示している[478]。従来、都市人口全体に占める高齢者の割合が高い傾向にあったのが、2005 年頃に逆転し、農村地帯の割合の方が若干多くなった。さらに 2010 年以降は農村部の人口に占める高齢者の割合は増加し続けているのに対し、都市人口に占める高齢者の割合は減少しているため、差が開いている。

476 http://politics.people.com.cn/GB/1026/16437687.html
477 2011 年度版「中国人口老齢化国際比較研究報告」中国人民大学人口研究所
478 http://www.cncaprc.gov.cn/contents/7/4898.html ; Weiqi Liu. Status of Urban ad rural aging population inversion and its interaction with urbanization. Research of Agricultural Modernization. 2014 2(35): 134-139. (中国人口老龄化城乡倒置现状及其与城市化的相互影响，刘维奇)

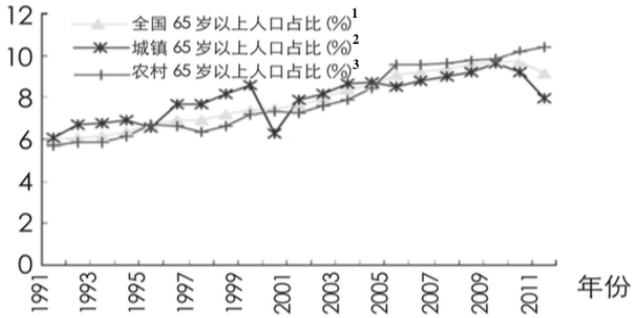
図表 IX-4 都市部及び地方における高齢者比率

＜60 歳以上＞




1. 全国の 60 歳以上比率、2. 都市部の 60 歳以上比率
3. 地方の 60 歳以上比率

＜65 歳以上＞




1. 全国の 65 歳以上比率、2. 都市部の 65 歳以上比率
3. 地方の 65 歳以上比率

出所:Weiqi Liu. Status of Urban ad rural aging population inversion and its interaction with urbanization. Research of Agricultural Modernization. 2014 2(35): 134-139.(中国人口老龄化城乡倒置现状及其与城市化的相互影响, 刘维奇)

### ｲ. 家族構成

下表は高齢者世帯の家族構成の種別割合の推移を示している。高齢者世帯の大部分(85%～90%前後)は核家族または直系家族であることに大きな変化はないが、核家族が増え、直系家族が減る傾向にある。また、全体に占める割合としては小さいが、複合家族と兄弟姉妹家族の割合は 1982 年から 2010 年にかけて半分近くに減少している。単身家族は 1990 年、2000 年時点では減少傾向が見られたが、2010 年では 1982 年時点と同程度の 12%台半ばとなっている。

図表 IX-5 高齢者世帯の家族構成(65 歳以上世帯の全国調査)

| 家族構成 (%) | 年 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 2010 | 2000 | 1990 | 1982 |
| 核家族 [1] | 35.87 | 33.16 | 29.13 | 27.05 |
| 直系家族 [2] | 49.85 | 56.06 | 59.02 | 58.58 |
| 複合家族 [3] | 0.79 | 0.84 | 1.63 | 1.37 |
| 単身家族 [4] | 12.46 | 9.61 | 9.88 | 12.44 |
| 兄弟姉妹家族 [5] | 0.17 | 0.13 | 0.26 | 0.32 |
| その他 | 0.86 | 0.22 | 0.08 | 0.24 |

1. 核家族:夫婦(またはどちらか片方)とその未婚の子供
2. 直系家族:夫婦(またはどちらか片方)と既婚の子供 1 人。孫も含む。
3. 複合家族:夫婦(またはどちらか片方)と既婚の子供複数。
4. 単身家族:夫婦どちらか片方のみ。
5. 兄弟姉妹家族:未婚の兄弟姉妹で同居。

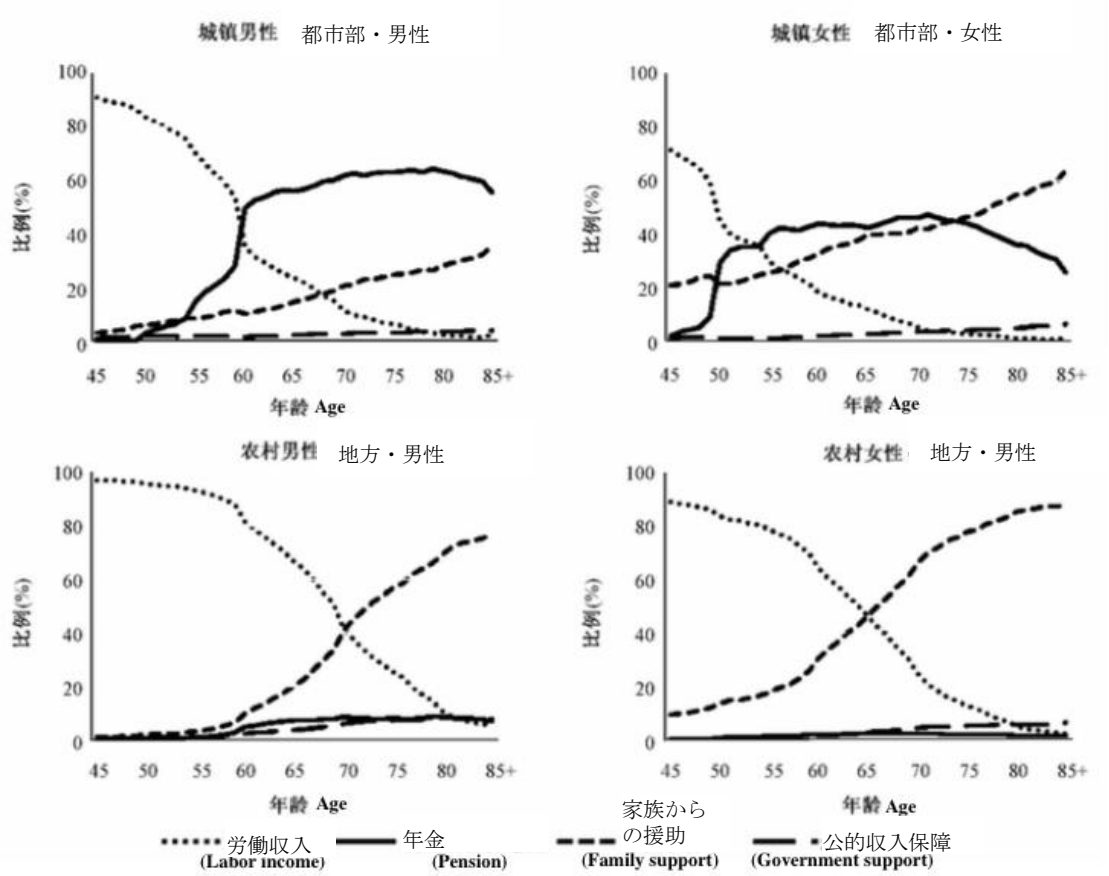
出所:Yuesheng Wang. China urban and rural elderly family structure of seniors - an analysis based on the 6th census (2010) data. Chinese Journal of Population Science, 2014,1: 20-32.(中国城乡老年人居住的家庭类型研究—基于第六次人口普查数据的分析, 王跃生)

### ｳ. 経済状況

高齢者の収入と収入源は、都市部と農村部で大きく異なる。まず、収入の金額については、都市部の高齢者の方が農村部の高齢者よりも多くの収入を得ており、大きな格差があることがわかる。また、収入源については、次ページの図に示すように、都市部の高齢者が 50 歳～60 歳と比較的若い内からその収入の多くを養老金(年金)で賄

うようになるのに対し、農村部の高齢者は 65 歳～70 歳前後まで労働による収入が一番大きな割合を占めている。また、農村部の高齢者は、労働による収入が少なくなると、家族による支援が一番大きな収入源となり、養老金が占める割合は非常に低いままとなっている[479]。

図表 IX-6 性別及び地域（地方、都市部）別に見た成人の収入源比較




出所：Peng Du, Lili Xie. Chinese Elderly's Main Economic Resources and Cohort Change. Population & Economics. 2014, 6: 3-11.（中国老年人主要生活来源的队列分析，杜鹏 & 谢立黎）

### ４）健康状態

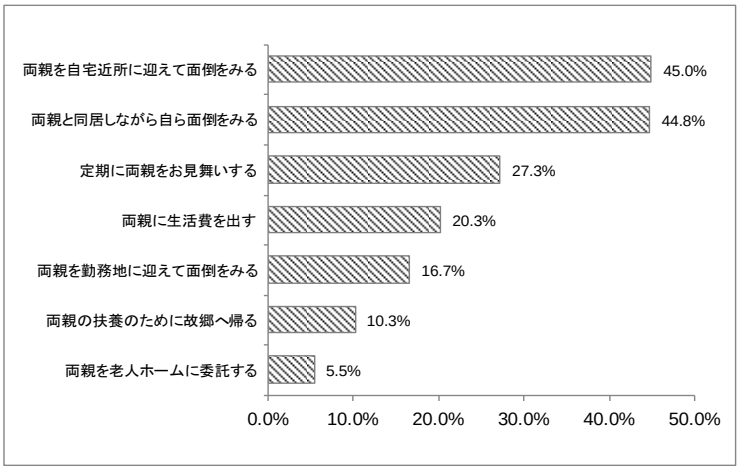
#### 7. 介護ニーズ

高齢者介護の担い手やその状況について、介護の担い手である若者世代の、両親の扶養に対する考えを中国青年報の社会調査センターがネット調査機構（題客調査網と民意中国網）と共同で行ったインターネットアンケート調査（2012 年 11 月・回答数 8,476 人[480]）にて整理する。

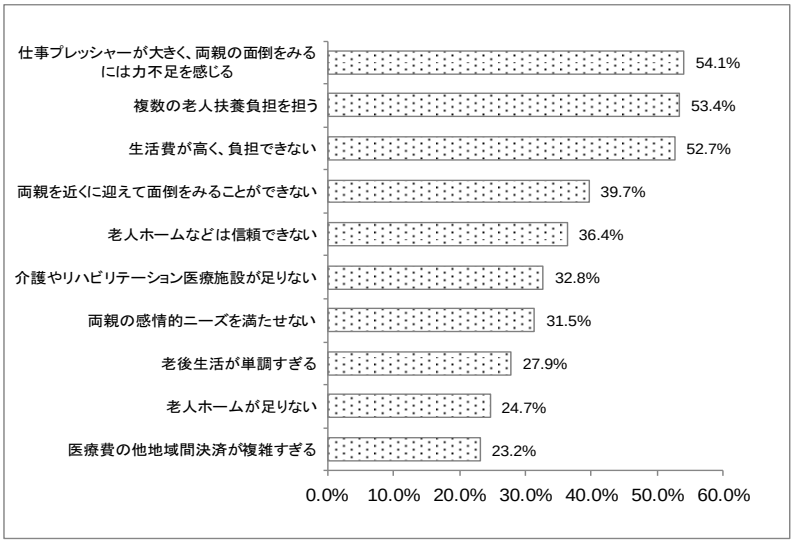
[479] Xiaoqiang Zhao, Yuansheng Bai, Junping Li. Analysis on the consumption status of the rural elderly in Pingyao County. Journal of Shanxi Agricultural University. 2013, 12(9): 912-917.（平遥县农村老年人消费状况研究，赵晓强，白元生，李俊平）、Peng Du, Lili Xie. Chinese Elderly's Main Economic Resources and Cohort Change. Population & Economics. 2014, 6: 3-11.（中国老年人主要生活来源的队列分析，杜鹏 & 谢立黎）、http://www.cncaprc.gov.cn/contents/7/4898/.html

[480] http://zqb.cyol.com/html/2012-11/13/nw.D110000zgqnb_20121113_2-07.htm

図表 IX-7 ご両親の今後の扶養方法について




図表 IX-8 現在の養老問題に対してどう思うか？




出所:http://zqb.cyol.com/html/2012-11/13/nw.D110000zgqnb_20121113_2-07.htm

アンケート調査結果によると、自分の親を老人ホームに任せたいと思っている割合はわずか 5.5%である。両親の今後の扶養方法については、日本とは異なり、両親と同居しながら自ら面倒をみるか、両親を自宅近所に迎えて面倒をみる方法が主に考えられている。

一方、仕事のプレッシャーが大きく、両親の面倒を見るには力不足を感じたり、複数の老人扶養負担があったりと、老人ホームへの潜在的なニーズは存在するかのようにも見える。ただし、両親の感情的ニーズを満たせないのではないかという文化的・風習的な老人ホームへの抵抗感が老人ホームへの入居を妨げている可能性が考えられる。

一方、高齢者自身の考え方として、2016 年 10 月に公表された「第4回中国城郷高齢者生活状況サンプル調査[481]」結果によると、要介護高齢者（全介護・半介護）の高齢者は 4,063 万人（全高齢者人口の 18.3%）に達し、介護サービスが必要と認識する高齢者は 15.3%と 2000 年調査時点の 6.6%から大幅に増加している[482]。

481「中国城郷高齢者生活状況サンプル調査」は、民政部などが高齢者の生活状況などの把握を目的に 5 年毎に実施するもの。
482 https://www5.jetro.go.jp/newsletter/sid/2016/161115Vol.31.pdf

図表 IX-9 在宅サービスニーズ(2015 年)

| 項目 | 割合(%) |
|---|---|
| 訪問看護 | 38.1 |
| 訪問家事 | 12.1 |
| リハビリケア | 11.3 |
| 心理ケア | 10.6 |
| 健康教育 | 10.3 |
| デイケアサービス | 9.4 |
| 食事提供サービス | 8.5 |
| 入浴補助 | 4.5 |
| 器具・用品レンタル | 3.7 |

出所:ジェトロ高齢者産業ニューズレター2016 年 11 月 15 日号(第 31 号)

## 2. 介護に対する各国の意識や取組について

### 1) 関係省庁・組織等

中国で社会福祉を所管する公的部門には次のような組織・機関等がある[483]。

図表 IX-10 中国中央政府における主な社会福祉関連管轄部門

| 組織名(参加機関) | 業務内容等 |
|---|---|
| 全国老齢工作委員会<br>(中央組織部、中央宣伝部、中央直属機関工作委員会、中央国家機関工作委員会、外交部、国家発展・改革委員会、教育部、国家民族事務委員会、公安部、民生部、司法部、財政部、人力資源・社会保障部、住宅・城郷・社会保障部など計 28 部門) | 1. 高齢者事業の発展戦略、重大政策を策定、計画の実施を推進。<br>2. 関連部門の連携を推進し、高齢者の合法的権利を保護。<br>3. 高齢者事業を総合的に管理、高齢者の活動を支援。<br>4. 各省・直轄市など地方政府の高齢者事業を管理・監督。<br>5. 国連や国際的交流イベントを実施。<br><br>※1999 年、国務院直属の委員会として発足。従前の各事業体や企業にまかせていた中国の社会福祉について、一括管理。全国の省、自治区、直轄市、市、県、区、鎮、街道の各クラスの老齢工作委員会およびその事務機構を設立。中央―地方のネットワーク構築。 |
| 全国老齢工作委員会弁公室 | 1. 全国老齢工作委員会の決定事項を実施。<br>2. 高齢者事業発展計画、政策の実施方法の策定。<br>3. 全国老齢工作委員会の決定事項の実施状況を監督・検査。<br>4. 全国老齢工作委員会メンバーの連絡、連携を促進。<br>5. 高齢者関連の調査研究を行う。<br>6. 全国老齢工作委員会その他の業務。<br><br>※2005 年発足。全国老齢工作委員会の事務局として民生部内で、高齢者事業運営上の諸事務を行う。 |
| 民生部 | 1. 養老施設、デイサービス関連機構、企業の管理、監督、検査を行う。<br>2. 社会福祉事業の発展計画を策定。<br>3. 貧困高齢者救助政策の制定、実施。<br>4. 福祉施設の標準、社会福祉関連資格基準の制定。<br>5. 福祉宝くじ、福利基金の管理、発展計画の制定。<br>6. 社会団体の管理など。 |

483 https://www.jetro.go.jp/jfile/report/07001397/ChinaKoreishaRev.pdf p.12-p.15

| 組織名（参加機関） | 業務内容等 |
|---|---|
| 中国障害者連合会 | 1. 中央政府障害者事業関連予算、障害者就職税金、民間寄付金の管理<br>2. 全国 4 万 3,000 の障害者組織、リハビリセンターの運営管理。<br>3. 障害者関連法律・提案・補助制度の作成。<br>4. 福祉用具の規格審査、標準制定、税務調整。<br>5. 補助具の政府購買・配布など。<br><br>※中国では高齢者向け福祉機器は、一般的に障害者用品として分類されており、当連合会およびその関連部門が福祉機器に関する政策、制度の制定、税務調整、福祉用具の規格審査などを実施。 |
| 国家衛生・計画生育委員会 | 1. 健康に関する法律、規制、政策を制定。<br>2. 医療に関わる技術的規定と健康標準を定め、その施行を監督。<br>3. 地域の健康計画を策定、国家全体の計画実施を監督、医療資源の分配を調整。<br>4. 医療従事者および医療従事者向け倫理規定、医療機関の職員配置基準、医療従事者の認可基準の起草・施行。<br>5. 政府、NGO の医療協力を促進し、他国の医療機関との協力や援助を実施。WHO や国際組織との協力を調整。<br>6. 感染症が流行した場合に地方行政機関、関係機関を援助。<br><br>※2013 年に組織改編により衛生部と国家人口計画生育委員会が統合。 |
| 国家食品薬品監督管理総局 | 1. 薬品、医療機器、化粧に関する政策、法規、標準、品質管理基準を制定。<br>2. 薬品、医療機器の登録管理、審査許可を実施。<br>3. 消費分野における食品安全の管理監督。<br>4. 健康用品の市場流通基準の制定、審査、許認可。<br><br>※2013 年の組織改編により国家食品薬品監督管理局と国務院食品安全委員会弁務室が廃止され、食品薬品の安全業務、また国家品質管理管理検査検疫総局と国家工商行政管理総局の食品安全業務がここに集約。 |
| 中国社会福利協会 | 1. 業界の交流促進、調査研究、民生部の委託で一部の介護従業員育成事業を実施。<br><br>※民生部の外郭団体で民生部社会福利中心が事務局。 |

出所：中国高齢者産業調査報告書（2013 年 3 月・日本貿易振興会）を基に作成

### ２）関連法令・施策等

#### 7. 十三五高齢者事業計画

中国政府が 2016 年 3 月 17 日に公表した「中華人民共和国国民経済と社会発展第十三次五ヶ年計画要綱」に基づき、2017 年 2 月に高齢者の養老サービスシステム構築に焦点を当てた「中国十三五高齢事業発展および養老体系建設計画」が公表された。以下に、その要点を整理する[484]。

- 膨大な高齢者人口を抱える一方、高齢者に対する社会保障制度が整備されていない状況において、「在宅養老」を基盤として、社区を拠り所に、施設を補完としながら、医療と養老が融和した（”医養結合”）養老体系を構築する。
- 政府が運李する養老施設のベッド数は養老ベッド全体数量の 50%以下とし、民間資本の養老事業への参入を目指すともに、既存施設の民営化や公設民営モデルの導入を推奨する。一方で、要介護高齢者向けのベッド数は全体の 30%以上とし、養老施設における介護機能の強化を目指す。
- “医養結合”の推進に向け、養老施設での医療サービスの展開を促進する。医療サービスを提供する

[484] 株式会社日本総合研究所オピニオン（https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=31636）

養老施設を医療保険適用機関として優先的に認定するとともに、施設内でのリハビリ設備・機器の整備等、特定の要件を満たす場合には治療用リハビリ設備・機器の利用を医療保険給付の適用対象とする方針を示している。また、資格を有する医師、専門人員の養老施設での多拠点での就業を推奨している。

- 公的介護保険制度の構築を目指す。2016 年 7 月に中国人力資源・社会保障部が公表した「長期介護保険制度試行展開の指導意見」によると、上海、広州、成都等の 15 都市で介護保険制度を試行し、試行結果を基に 2020 年までに中国全土で介護保険制度の骨子を確立するこことされている。

### ｲ. 健康中国 2030[485]

中国国務院は 2016 年 8 月 26 日付けで、「健康中国 2030 計画概要」(以下、「健康中国 2030」)を発表した。本計画は「協力・共有、全国民の健康」を基本方針としたもので、医療産業、医薬産業、健康食品産業、健康管理サービス業(健康診断、コンサルティング、リハビリ等)、養老産業をヘルスケア関連の今後の重点産業するほか、ヘルスケア分野におけるビックデータ活用、スポーツ産業の発展も国民の健康水準向上の一環として挙げている。

### ｳ. 「スマート健康養老産業発展行動計画 (2017-2020 年)」[486]

工業信息化部、民政部、国家衛生計生委員会が 2017 年 2 月 6 日に発表した「スマート健康養老産業発展行動計画(2017-2020 年)」では、IoT、クラウド、ビッグデータなどを活用し、個人、家庭、社区、施設における健康養老サービスのスマート化を推進していくとしている。2020 年までの目標として、100 か所以上のスマート健康養老応用モデル基地の設立、100 社以上の業界リーディング企業の育成、50 項目の関連製品・サービスの標準を制定することとしている。

### ｴ. その他の関連法令

2013 年 7 月以降、「養老」関連の法律が改正されたり、新規に施行されたりしている。以下に、中国における主な養老関連法等の概要をまとめる[487]。

図表 IX-11 中国中央政府が発表した近年の主な養老関連法・奨励意見書など

| 分類 | 名称 | 内容 |
|---|---|---|
| 基礎法令 | 高齢者権益保障法<br>(老年人权益保障法[488]) | 高齢者の基本的な権益を保障し、高齢者事業を発展させ、国内の敬老意識、高齢者扶養・扶助の美徳を向上させるための法律。改定版で新しく加えられた条項にて、政府が率先して、高齢者向け社会サービスや居住空間の充実化を図ることを定めている(1996 年可決、2009 年改正、2012 年改正版を 2013 年 7 月施行)。 |
| | 社会保険法<br>(社会保险法[489]) | 中国国民が社会保険に加入しその待遇を享受する合法的な権利を保護するため、国が社会保険制度を規範化することを定めた法律。規範化する基本的な 5 種類の保険制度[490]の 1 つに基本養老保険(年金制度)を含み、法定退職後の養老金受給条件に関する規定などを定めている(2010 年可決、2011 年施行)。 |

485 BTMU(China)経済週報 (2016 年 11 月 10 日第 324 期)
(https://reports.btmuc.com/File/pdf_file/info001/info001_20161110_001.pdf)
486 https://www5.jetro.go.jp/newsletter/sid/2017/170315Vol.pdf
487 このほか、地方政府が中央政府の政策などを具体化した政策に取り組んでいる。「中国高齢者産業調査報告書 (2013 年 3 月・日本貿易振興会)」25 ページ以降などに主な取り組み例が整理されている。
488 (原文) http://www.nhfpc.gov.cn/jtfzs/s3580e/201307/6de2e73ecd1b4cdb8530c468d431cfba.shtml
489 (原文) http://www.gov.cn/flfg/2010-10/28/content_1732964.htm
490 基本養老保険の他、基本医療保険、労働災害保険、失業保険、出産保険を含む。

| 分類 | 名称 | 内容 |
|---|---|---|
| 基準・規則法令 | 農村敬老院施設管理暫定弁法<br>（农村敬老院管理暫行办法[491]） | 農村部における集団農業従事者の扶養を目的とする五保制度において、扶養事業に対する管理を強化し、「敬老院施設」整備事業の発展を目指す法律。施設の扶養対象の条件、内部管理の仕組み、財産管理の責任の明示などを定めている（1997 年施行）。 |
| | 養老機構設立許可弁法<br>（养老机构设立许可办法[492]） | 上記「高齢者権益保障法」の下、養老機構[493]の開設許可を標準化し、養老機構の健全なる発展を促進することを目的とする。養老機構の開設許可に必要な、申請、受理、審査、決定、監督・検査といったプロセスを標準的に定め、国レベルの担当政府機関として国務院の民政部門を指定している（2013 年 6 月可決、同 7 月施行）。 |
| | 養老機構管理弁法<br>（养老机构管理办法[494]） | 上記「高齢者権益保障法」の下、「養老機構設立許可弁法」の規定に従って許可を受けた養老機構について、そのサービス内容、内部管理、監督検査、法的責任などについて詳細に規定している。国レベルの担当政府機関は国務院の民政部門を指定し、養老機構やその管理を担当する政府職員による違反があった場合の罰則も定めている（2013 年 6 月可決、同 7 月施行） |
| 奨励・実施意見書 | 高齢者向け在宅サービスの推進に関する意見<br>（关于全面推进居家养老服务工作的意见[495]） | 高齢者向け在宅サービスの発展を推進するための政府の取り組み（投資強化・資源配分、優遇措置の実施、人材・団体育成、管理体制の整備など）を強化することを記した意見書。全国老齢工作委員会弁公室および関連省庁が連盟で発表した（2008 年発行）。 |
| | 民間資本の介護サービス分野への参入を奨励、誘導に関する実施意見<br>（关于鼓励和引导民间资本进入养老服务领域的实施意见[496]） | 自宅で生活する高齢者向けのサービス（在宅介護、デイサービス、緊急連絡、社会参加支援など）や住宅型の高齢者福祉施設運営事業への民間資本の参入に対して、政府が資金・業務の両面で支援することを定めた民生部の意見書（2012 年発行）。 |
| | 養老・健康サービス業の発展促進に関する国務院の若干意見<br>（关于加快发展养老服务业的若干意见[497]および关于促进健康服务业发展的若干意见[498]） | 国務院から地方政府に対して、養老および健康サービスの一層の発展を指示する意見書。特に、養老サービスに対する土地の供給と税制優遇政策について言及しており、営利目的の養老機構に対して、建設用地を優先的に供給すること、行政費用の半減、内資・外資に同等の税制優遇措置を与えること等が規定されている。具体的な施策の内容は今後制定される規定によることになる（2013 年発行）。 |
| | 高齢者介護サービス評価実施推進に関する指導意見書<br>（関于推進養老服務評価工作的指導意見[499]） | 民政部は同意見書を発表。全国統一基準を設け、高齢者介護サービスの評価調査を実施することに言及。同制度により、高齢者の自らの意思で身体的機能及び精神的状態の能力評価調査を受け、その結果を踏まえて、高齢者の介護ニーズおよび補助金の受給資格評価を実施する。 |
| | 健康・養老サービスプロジェクトの建設加速に関する通知<br>（关于加快推进健康与养老服务工程建设的通知[500]） | 上記 2013 年の国務院の方針を踏まえ、養老サービスおよび健康サービス業の発展目標をより具体的に示した通知。国家発展改革委員会が発表した。2015 年と 2020 年の 2 段階に分け、人口千人あたりの医療施設の病床数、高齢者千人あたりの介護施設の病床 |

491 （原文）http://www.gov.cn/ztzl/2005-12/31/content_143926.htm
492 （原文）http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/201306/20130600480075.shtml
493 高齢者に対してグループステイと介護サービスを提供する施設を指す。
494 （原文）http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/201306/20130600480076.shtml
495 （原文）http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/200802/20080200011957.shtml
496 （原文）http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/201209/20120900353635.shtml
497 （原文）http://www.gov.cn/zwgk/2013-09/13/content_2487704.htm
498 （原文）http://www.gov.cn/zwgk/2013-10/14/content_2506399.htm
499 http://epaper.jinghua.cn/html/2013-08/03/content_15335.htm
500 （原文）http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/201409/20140900701503.shtml

| 分類 | 名称 | 内容 |
|---|---|---|
| | | 数、人口一人あたりの運動場の面積の目標[501]を設定している(2014年発行)。 |
| | 養老サービス業人材育成の推進を加速することに関する意見[502] | 教育部を中心として9部門が連名で発表。今後の人材育成の方向性を示すものとして、養老サービス関連専門教育のシステム構築推進加速、全面的な養老サービス専門教育水準加速、養老サービス従事者の継続的な教育強化を謳っている。(2014 年発行)。 |
| | 医療衛生と養老サービスの調和に関する意見[503] | 中国国務院をはじめとする9つの行政機関が共同で発表。医療と養老サービスを連携する重要性を強調し、2017 年と 2020 年の二段階の目標を掲げている。2017 年までに、80%以上の医療機関が高齢者向けの受付窓口を開設して高齢者向けサービスを、50%以上の養老施設が利用者に対して医療衛生サービスを提供しなければならないとしており、2020 年までには、全ての養老施設において、利用者に対しての医療衛生サービスを提供しなければならないとしている。(2015 年発行) |
| | 養老サービス市場の全面的開放と養老サービスの質的向上に関する若干の意見[504] | 高齢者介護サービスの質的向上と多様化のための対策として、養老サービス市場の全面的開放(参入条件の更なる緩和、市場環境の最適化)、在宅・コミュニティ介護サービスの大幅改善による高齢者の生活水準の向上、良質な高齢者介護サービス供給体制の構築を示したもの。これらの対策の実施促進のための保障措置も打ち出している(2016 年発行)。 |
| | 長期介護保険制度試行展開の指導意見[505] | 介護保険制度の構築に関する指導意見。上海、広州、成都を含む 15 都市で介護保険を試行し、試行結果を基に 2020 年までに中国全土で介護保険制度の骨子を確立する計画を発表。(2016 年発行) |
| | 商業養老保険の促進に関する意見[506] | 2020 年までに、多形態製品、比較的広い領域にわたるサービス提供及び専門性と適切な利益を確保ができる健全経営の商業養老保険体系を構築する方針を規定。企業向けの企業年金製品の開発を重点的に促進しながら、個人の商業保険購買意欲を高めるため、「個人税金繰延型商業養老保険」の試行も 2017 年中に実施することが正式に公表された(2017 年発行)。 |
| | 養老院におけるサービス品質建設の特別行動展開に関する通知[507] | 2017 年末までに全国統一のサービス品質基準及び評価体系の雛型を設け、50%以上の養老院において各施設で医療衛生サービスを提供すること、2020 年末までに既述サービス品質基準及び評価体系を構築し、全ての養老院において医療衛生サービスを提供することを目標としたもの(2017 年発行)。 |
| | 高齢者ケアサービス項目の制定及び実施に関する意見[508] | 今後の重点業務として、高齢者に対するセーフティーネットの構築(低所得や要介護高齢者に対する補助制度など)、在宅サービスの発展(高齢者の生活利便化、在宅サービス専門企業に対する奨励・支援など)、高齢者向け居住社区の推進(公共施設のバリアフリー化、補助器具の配布、住宅リフォーム等)、「医養結合」の推進、長期介護保険制度の推進、医療保険のポータブル化など 20 項目を挙げたもの。 |
| | 政府・社会資本の協力モデル運用による養老サービス業の | 財政部、民政部、人力資源社会保障部が発表。PPP モデルによって養老サービス産業の発展を奨励することを目的としている。意見 |

501 それぞれ、2015 年は 4.97 床、30 床、1.5 ㎡、2020 年は 6 床、35～40 床、1.8 ㎡に設定。
502 JC ECONOMIC JOURNAL 2014.08
503 日刊華鐘通信 No.3717 (http://www.shcs.jp/shcsAdmin/upload/1469526983044.pdf)
504 みずほ銀行中国政策ブリーフィング(https://www.mizuhobank.co.jp/corporate/world/info/cndb/economics/briefing/pdf/R216-0074-XF-0105.pdf)
505 http://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2017/02/china_04.html
506 株式会社日本総合研究所オピニオン(https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=31636)
507 https://www5.jetro.go.jp/newsletter/sid/2017/170415vol.36.pdf
508 https://www5.jetro.go.jp/newsletter/sid/2017/170715vol39.pdf

| 分類 | 名称 | 内容 |
|---|---|---|
| | 発展に関する実施意見[509] | では、既存の公営養老施設を社会資本（民間企業など）による運営管理にすることを奨励し、また、政府機関等が保有するレジャー施設、研修センター、宿泊施設、療養施設などは、PPP を通じて社会資本による運営に転換していくとしている。 |

出所：中国高齢者産業調査報告書（2013 年 3 月・日本貿易振興会[510]）、JICA 資料[511]等を基に作成

### ３）社会保障[512]

#### 7. 医療保険

現代の中国における医療保険制度は、「都市労働者基本医療保険」、「都市住民基本医療保険」、「新型農村合作医療制度」の 3 つの基本医療保険制度を柱に、公的扶助制度である「医療救助制度」と、基本医療保険だけでは賄いきれない医療費支払いを支援する「大病保険」で補完する体制となっている[513]。これに加え、雇用主や個人が自主的に加入する民間の保険プランも存在する。なお、3 つの基本医療保険制度については、2010 年に成立した社会保険法が扱う 5 種類の基本的な社会保険の 1 つに指定されており、同法によってそれぞれの制度を所管する組織などが定められている[514]。

こうした体制は、2002 年以降に胡錦濤政権が進めてきた医療改革の中で、2007 年までに確立されたものである[515]。1980 年代から 1990 年代にかけて、中国に市場経済を導入した改革開放政策に伴い医療システムを急速に市場化した結果、特に都市部と農村地域の間などで深刻化した大きな医療格差を解消するために導入されてきた背景がある。

この医療保険体制が確立されたことにより、公的な医療保険制度への加入者の数は劇的に増加しており、一連の医療改革によって、ほぼ全ての国民が保険に加入している状態となった[516]。今後の課題としては、公立医療機関の収入体系・インセンティブの改革、依然として残る農村部・都市部間の格差の解消、各制度・地域を担当する政府機関や医療機関間での基準の確立などが必要であると指摘されている。

【事例：上海市、中国における初の住民医療皆保険制度の実施】
2016 年 1 月 1 日より、上海市が新たな保険制度を実施し、医療保険対象の範囲、保険資金調達方法、給付レベル、サービスの取扱い等の 4 つを統一した。この保険制度は加入条件を緩和しており、上海従業者医療保険に参加してない上海の市民も含め、戸籍と関係なく全都市住民が医療保険に加入することができる。農村出身者や経済的に困難な者に対しては保険料の補助や給付があり、全ての人が統一された医療サービスを受けることが可能になるとされている。

なお、民間保険会社が提供する医療保険については、生命保険会社により運営されることがほとんどであり、医療保険を専門とする保険会社は中国人民健康保険など数社のみである。また、保険会社の提供する保険商品の種類も限定されており、その多くは重大疾病保険や入院費保障型/定額給付型の健康保険に集中している[517]。しかし今後の高齢化の進展に伴う需要の大幅な増大を見込み、保険基金の投資範囲拡大、保険料の減税など一連

509 https://www5.jetro.go.jp/newsletter/sid/2017/170915vol41.pdf
510 （原文）https://www.jetro.go.jp/jfile/report/07001397/ChinaKoreishaRev.pdf
511 http://www.jica.go.jp/china/office/others/issues/shiryou.html
512 http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/15/dl/t4-02.pdf; http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/sakuin/kaigai/189.html
513 http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/20011205.pdf
514 （参照：第 3 章 基本医療保険）http://www.jetro.go.jp/world/asia/cn/law/pdf/labor_15_rev.pdf
515 http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/20011205.pdf
516 http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/20011205.pdf
517株式会社日本総合研究所オピニオン（https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=31636）

の促進策を打ち出すほか、当局でも企業向けの企業年金製品の開発を重点的に促進しながら、個人の商業保険購買意欲を高めるための「個人税金繰延型商業養老保険」の 2017 年度中の試行も公表しているなか、2016 年8月には医療保険会社3社の設立も新たに認可されており、今後ますます多くの資本の参入が予測される[518]。

### イ. 介護保険

2016 年 7 月に、中国人力資源・社会保障部は「長期介護保険制度試行展開の指導意見」において、高齢化社会に対応するための対策の一つとして公的介護保険制度を構築する旨を公表した。制度構築計画に係る内容は以下の通りである[519]。

- 上海市、寧波市、長春市、承得市、南通市、蘇州市、青島市、広州市、重慶市、成都市などを試験的実施都市として指定。吉林省と山東省は重点省と指定。
- 今後1～2年間試験的に実施し、その後の状況をみながら、十三五高齢者事業計画（2016～2020 年）までに各地域の状況に応じた制度を設計し、各拠点での実施状況を踏まえて全国での制度導入を目指す。

これを受け、上海市では 2017 年1月より、上海版介護保険「長期照護保険制度」の実施を発表した。以下に上海市で試行中の介護保険の概要を示す。

**図表 IX-12 上海市の長期照護保健制度の概要**

<table>
<tr><td>財源</td><td>現有の医療保険から一定割合を確保</td></tr>
<tr><td>利用対象</td><td>60 歳以上<br>都市従業員基本医療保険と基本年金保険加入者及び都市住民基本医療保険の加入者</td></tr>
<tr><td>認定基準</td><td>「高齢者介護統一認定システム」に準ずる</td></tr>
<tr><td>適用範囲と自己負担率</td><td>適用範囲：施設、在宅、コミュニティ病院、高齢者長期療養病院においての介護サービス及び一部の医療サービス<br>自己負担率：在宅 10%、施設 15%<br><br>【在宅の場合】※介護サービスの内容について 42 の規定項目あり（うち生活介護 27 項目、医療サービス 15 項目）
<table>
<tr><th>要介護度</th><th>訪問介護時間</th><th>自己負担率</th></tr>
<tr><td>軽度もしくは要介護2級</td><td>週3時間以内</td><td rowspan="3">1割</td></tr>
<tr><td>中度もしくは要介護3、4級</td><td>週5時間以内</td></tr>
<tr><td>重度もしくは要介護5、6級</td><td>週7時間以内</td></tr>
</table>
<br>【施設の場合】※支給範囲は「介護サービス費用」に限定。介護サービス費用を規定し、規定額の 85%を支給。
<table>
<tr><th>要介護度</th><th>規定額</th><th>自己負担率</th></tr>
<tr><td>軽度もしくは要介護2、3級</td><td>20 元／日<br>600 元／月</td><td rowspan="3">規定内サービスの 1.5 割<br>＋規定外サービス費</td></tr>
<tr><td>中度もしくは要介護4級</td><td>25 元／日<br>750 元／月</td></tr>
<tr><td>重度もしくは要介護5、6級</td><td>30 元／日</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

518 https://reports.btmuc.com/File/pdf_file/info001/info001_20161110_001.pdf
519 王青「上海版介護保険制度について～そのポイントと背景を表裏から解説します～」（平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 高齢者ケアビジネスの国際展開を考える プラットフォーム会合 報告資料）

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 900 元／月 | |

出所：王青「上海版介護保険制度について～そのポイントと背景を表裏から解説します～」（平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 高齢者ケアビジネスの国際展開を考える プラットフォーム会合 報告資料）、株式会社日本総合研究所オピニオン（https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=31636）をもとに作成

## ３．高齢者向けサービスの現状について

### １）高齢者ケアサービス

### ア．高齢者ケアサービスの提供状況

＜施設サービス、通所サービス＞

『高齢者社会福祉施設基本規範』では、中国における高齢者福祉施設の分類は下記のとおりされている。

**図表 IX-13 中国における主な施設サービス**

| | | |
|---|---|---|
| 養老院／老人院（Homes for the Aged） | 介護不要の高齢者あるいは要介護と要養護の高齢者が快適な晩年を過ごすことを目的として作られた老人福祉施設。日常生活に必要な施設、アミューズメント、リハビリ施設、医療施設などの多くのサービス施設が備えられている。 | 入所型 |
| 老年公寓（Hostels for the Elderly） | 高齢者が生活しやすいように設計された集団住宅やマンション。内部は高齢者の心身の特徴に合わせた構造になっていて、食堂・アミューズメント・医務室など多くのサービス施設を備えている。 | 居住型 |
| 護老院（Homes for the Device-aided for Elderly） | 要介助高齢者だけの福祉施設。生活居室、アミューズメント、リハビリ施設、医務室など多くのサービス施設がある。 | 入所型 |
| 養護院（Nursing Homes） | 要介護高齢者が快適に晩年を過ごすためにつくられた社会介護老人福祉機構。日常生活、アミューズメント、リハビリ、健康管理および療養上の世話を行う多機能的な施設。 | 入所型 |
| 敬老院（Homes for the Elderly in the Rural Areas） | 農村の郷・鎮で村の設けた「三無者[520]」「五保戸[521]」及びホームレスの高齢者が、快適に晩年を過ごすための社会老人養護施設。居室、アミューズメント、リハビリ施設、医療施設など多岐に渡るサービス施設がある。 | 入所型 |
| 老年社会福利院（Social Welfare Institutes for the Aged） | 国家が出資・運営する、「三無者」と要介護かつ要特別養護高齢者を総合的に受け入れる高齢者向け施設。中には日常生活、アミューズメント、リハビリ、医療施設などのサービス施設がある。 | 入所型 |
| 託老所（Nursery for the Elderly） | 地域の全ての高齢者に対して短期間のお世話をするコミュニティの施設。日常生活、アミューズメント、リハビリ、医療健康管理など多くのサービスを提供し、日託／全託／臨時託での利用が可能。 | 通所型 |
| 老年人服務中心（Center of Service for the Elderly） | コミュニティ・サービスの場所として、地域の全ての高齢者のために各種総合サービスを提供し、在宅訪問サービスも行う。センターにはアミューズメント、リハビリ、医療施設などのサービス施設が揃っている。 | 通所型 |
| 老年護理医院（Nursing Hospital for the Aged） | 日本における老人福祉施設や特別養護老人ホームに近い機能を有する。家庭内で介護を受けられない高齢者が治療を受け、最期を看取ってもらえる施設。 | 入所型 |

出所：各種資料（自治体国際化協会「中国における高齢者福祉」2009 年、等）をもとに作成

[520] 法定の扶養義務者がおらず、あるいは扶養義務者が扶養能力、労働能力、所得源泉を持たない者
[521] 生活保護者

施設サービス設置主体と運営主体による分類は、「公設公営」「公設民営」「民設民営」の3種類がある。中国民政省によると、介護施設のベッド数は5年間で倍増し、2015 年には全国で 669 万床に達した。しかし、政府系の中国老齢科研センターが中国 12 都市で 257 施設を調べたところ、空きベッド率は 48%となっている 一方で、かなりの数の高齢者が施設入所待ちという矛盾した状況が続いている。

＜在宅サービス＞

既述のとおり、政府は「在宅養老」を今後の養老の基盤として推奨している。在宅サービスは、地方政府が出資・補助するものと民間企業が提供するサービスとに分けられる[522]。

前者は、社区サービスセンターが登録されたホームヘルパーや介護従業員を家庭に派遣し、排泄、食事、掃除や洗濯など日常生活上の世話、病院の付き添い等の介護サービスを提供する。月に2回、1回あたり2時間前後の利用が多く、サービス料は1時間あたり 10～15 元前後である。利用者は、自立で生活できない高齢者、「空巣老人[523]」や障害を持つ高齢者が多く、低所得者が大半を占める。

民間企業が提供する在宅介護、訪問介護サービスは主に家政サービス業者を中心に行われている。サービス内容は清掃、排泄、食事、その他日常生活上の世話などで、サービス料は比較的に高く、高所得者を対象としたものといえる。住み込みでの介護サービスを提供する事業者も多い。

【参考:社区養老について】

自治体国際化協会「中国における高齢者福祉」(2009 年)によると、「社区」とは「コミュニティ」であり、当該区域を管轄する行政の末端機関である「街道弁事処」がコミュニティ施設(一般的に「社区サービスセンター」と呼ばれる)を建設、さらに社区内の「居民委員会」がそこで行われるサービスを補完するかたちで様々なサービスを提供している。

社区サービスについては、「全国の都市社区建設の推進に関する意見」「社区サービス活動の強化・改善に関する意見」等一連の政策を通じて積極的にサービス強化に努めてきた。そして、2011 年国務院弁公庁「社会養老服務体系建設規劃(2011～2015 年」では、在宅養老－社区養老－施設養老という3つのカテゴリーで構成される中国の社会養老サービス体系構築に向けた具体的な内容が示された。

社区養老においては、訪問サービス、指定場所でのサービス、巡回サービス等の方式により、高齢者に対手、生活介護、家事サービス、緊急救援及びその他の無料又は低単価でのサービス項目を提供しており、高齢者の在宅支援を推進する環境の整備に努めている。ほかに、高齢者に対する文化娯楽サービスや高齢者同士の結婚相手を紹介するサービス等も行うとされている[524]。老齢工作委員会が掲げる高齢者に対する社区サービス(社区服務)の内容は以下のように分類されている[525]。

(ア)食事…社区の老人院や活動センターによる食事提供サービス。地域により宅配も行う。実費のみを徴収する。

(イ)医療…高齢者を優先・厚遇し、必要な場合は看護師の派遣や薬剤の宅配を行う社区医療室が行うサービス。

(ウ)教育…老人大学、趣味の講座、訓練クラスなどを開き、保健衛生、家庭園芸、気功、太極拳、書画、料理、家電の使用方法などを教える。一般に少人数クラスは無料、受講生が多い場合は実費を徴収する場合

522 日本貿易振興機構「中国高齢者産業調査報告書」(2013 年 3 月)
523 子どもが仕事や独立等でいなくなり、老人だけが残される状態
524 自治体国際化協会「中国における高齢者福祉」(2009 年)
525 城本るみ「中国の高齢者福祉施設の運営～上海市における社会福利院の事例」(http://repository.ul.hirosaki-u.ac.jp/dspace/html/10129/897/AA11349190_14_39.pdf)

もある。

（エ）娯楽…活動センターや活動室をつくり、図書閲覧、囲碁将棋、健康体操、演劇などの活動を行う。無料もしくは低料金で提供される。

（オ）仲介…低料金でヘルパーを紹介したり、結婚・再就職などの相談に応じる。

（カ）法律相談…高齢者虐待問題や紛糾調停などを行う。必要な場合は専門機関を紹介し、書類作成等も行う。経済的に問題がある場合は、必要経費の減免措置も行う。

（キ）グループ援助…居住地の居民委員会や近隣住民、小中学生を中心とするワークグループが地域の孤老の生活援助を行う活動。「送温暖」活動の一種。

（ク）社会ボランティア…ボランティアが高齢者宅の掃除手伝い、買物、話し相手になるなどの活動を行う。学生、人民解放軍、警官、医療従事者、居民委員会委員などで構成される。

（ケ）老人互助活動…地域の老人協会、老人互助組など、地域の低年齢老人が高齢老人をボランティアで援助する活動。

（コ）心理ケア…高齢者の孤独を緩和し、安定した人間関係を円滑に運べるようサポートする活動。一般にボランティアによる無料サービスで、高齢者の話し相手をつとめ、各種交流を行う。

（サ）健康相談…高齢者が心身ともに健康で過ごせるよう、特に人間関係を円滑に運べるようサポートする活動。心理ケア専門家や医療従事者が無料あるいは低料金で相談にのる。

（シ）個人サービス…専門的知識を必要とする各種サービスを提供する。例えば翻訳や専門分野における代行・委託など。

以下は、北京市における「社区サービスセンター」が提供するサービスである[526]。

【事例：SCH 街道社区サービスセンター】

●サービスを開発するための既存サービス利用のデータ集計・管理：街道管内 25 社区の、社区別/提供サービス別利用ケースデータ収集

●配食サービス：街道管内の一人暮らし高齢者、夫婦世帯高齢者、最低生活保障受給高齢者、生活困難者、障害者を主な利用対象とした配食サービス事業

●居宅高齢者向けの巡回：一人暮らし高齢者の定期的な自宅訪問を行ったうえでの、「社区サービスセンター」と居民委員会、「社区衛生サービスセンター」と警察等との情報共有

●「居宅養老サービスセンター」しての管内各社区の居宅養老サービス供給の実施、調整、指導、監督、強化

【事例：北京市朝陽区YYC街道「社区サービスセンター」家政部】

●高齢者介護

●地域の住民の生活不便を解消するサービス（選択、クリーニング、調理、掃除等）

●地域で暮らす高齢者と障害者に対して発行する「北京市市民居宅養老（障害者扶助）券[527]」の封入と各社区サービスステーションへの配布

**＜高齢者の社会参加を促す取組＞**

中国人民共和国教育法では高齢者が継続して教育を受ける権利を保証するとととともに、地方政府に対し、老人

526 羅佳「中国大都市部における高齢者向けコミュニティ・ベースド・サービスへの転換をめぐる課題」（「中京大学現代社会学部紀要」第９巻第２号抜刷、2015 年９月、PP.143-170）

527 「北京市市民居宅養老（障害者扶助）法」に基づいて定められた給付施策。家政サービスや食事サービスなどの生活の不便を解消するサービスに利用できる。

教育に対する指導を強化し、規格を統一しなければならないことを規定している。

高齢者の「老有所為（社会参加・生きがい）」「老有所学（生涯学習）」「老有所楽（趣味娯楽）」の場と位置付けられるものとして、老年大学・老年学校がある。政府が運営するもので、料理、写真、絵画、ダンス、PC などの生涯学習の機会が提供されており、全国の都心部から農村まで普及している。2012 年時点の報告[528]によると、老年大学や老年学校のほかに、居民委員会/村民委員会の設置する 4,144 か所の老年教室も置かれ、18.37 満人の高齢者が受講している。テレビ老年大学も 4,268 か所あって、21.76 万人が受講しているとのことである。

また、中国政府は省地級各都市に設備・機能を完備した総合的高齢者活動センターの建設、県級都市に高齢者文化活動センター、郷級行政区に高齢者活動ステーション、末端組織の村民委員会に高齢者活動ルームの設置を推進している[529]。これらは高齢者が集い様々な活動を行う場であり、娯楽室、運動用スペースのほか、子ども向けの図書室も備えるなど、地域住民が広く利用できる場となっている[530]。上述と同様の報告によると、上海でこのような高齢者向けの活動センターは 6,062 か所存在する。

## ４．高齢者ケアを担う人材とその教育・育成について

### １）高齢者ケアの主な担い手

「高齢者者社会福祉施設基本規範」において、高齢者福祉施設職員に対して以下のように定められている[531]。

- 高齢者福祉施設の代表者は関係専門短大卒以上の学歴を有し、国家の法律法規を模範的に遵守し、仕事の基本知識と専門技能を掌握していなければならない。また、ソーシャルワーク（社会工作）に関する専門知識の研修を受けていなければならない。
- 高齢者福祉施設は 1 名の短大卒以上の学歴を有し、「社会工作」に関する専門課程を卒業した専門のソーシャルワーカー（社会工作者）と専門のリハビリ療法士を有していなければならない。
- 老人介護サービス施設は 1 名の医師と相応数の看護師を有していなければならない。看護師とその他スタッフはサービス対象が満足し、原則として本規範に規定されたサービス項目[532]を提供できる数を要していなければならない。
- 各専門職員は関連部門が公布する職業資格証明書又は国家が承認する関連した専門短大以上の学歴を有していなければならない。専門技術サービスを有していない職員は事前に研修を受け、育成訓練後に省レベル以上の主管機関から発行された証明を持って職務につかなければならない。

在宅サービスを提供するホームヘルパーや介護従業員については、地域住民を雇用してサービスを提供する地域もあるが、最近では民間の家政会社と契約しサービスを委託する地域が増えている[533]。

社区養老については、政策レベルでは多様なボランティア活動及び高齢者互助活動の展開のほか、様々な人を高齢者向けサービスに動員することが提起されているが、これらがだれを主体とするかや、その者らの動員方法、提供の方式などについては明記されていない[534]。

---

528 小川全夫・馬利中「上海市における地域福祉事情 ： 官設民営の「健康福祉コンビニステーション」（2013 年、海外事情研究第 40 巻第 2 号）

529 自治体国際化協会「中国における高齢者福祉」（2009 年）

530 http://code-jp.org/sichuan/project_detail1.html

531 https://www.jica.go.jp/china/office/others/pr/ku57pq0000226d5k-att/kijun_01.pdf

532 高齢者社会福祉施設基本規範では、高齢者福祉施設のサービス項目として、「食事」「ケア」「リハビリ」「心理」について明記している。

533 日本貿易振興機構「中国高齢者産業調査報告書」（2013 年３月）

534 陳燕「中国都市部における社区を基盤とした高齢者支援システムのあり方に関する研究－大連をフィールドとした高齢者ニーズとサービスの実態調査を通して－」（2015 年）

### ２）高齢者ケアを担う人材の実態

中国民政部の「全国民生人材中長期発展計画 2010-2020」では、2020 年に全国で 600 万人の介護従事者を確保することを目標としている。しかし、重労働の仕事で賃金も高いとは言えない状態のため、介護従事者の離職率は慢性的に高い状態にある。2013 年 9 月に「第 9 回全国介護施設院長フォーラム」で発表された『全国介護従事者賃金指数』によると、介護施設における介護従事者の平均賃金は月 2272 元である（統計局によれば、2012 年都市部民間企業従業員の平均賃金は月 2396 元）[535]。

中国における介護人材の資格制度としては、2000 年に制定された「養老護理員国家職業基準」および「家政服務員国家職業基準」がある。

### ３）養老護理員

養老護理員は、「養老護理員国家職業標準」において、「養老護理員を高齢者の生活に対する世話、ケアをする者」と定義されており、介護施設や高齢者の自宅訪問により介護サービスを提供している。人材の養成は、短期大学、職業技術高校、短期養成、現場経験の4つのルートで行われている[536]。

#### ｱ. 養老護理員数の圧倒的不足[537]と解消に向けた政府の取り組み

2015 年初期の時点において、有資格の介護従事者は5万人とされている。2014 年、85 回の介護資格試験が実施され 1 万 5,959 人が合格。資格試験実施センターは 14 か所から 32 か所に増え、中国全土をカバーするようになった。一方、遠隔研修プログラムの実施はまだ試験段階で、広東省が省として初めてオンラインの介護従事者資格試験を実施している。

こういった状況に対応するため、2013 年、民生部は 2 段階に分けた「高齢者介護の従事者向け遠隔研修プラン（distance elderly care taker training plan ：民政部办公厅关于开展全国养老护理员远程培训工作的通知）」を発表。第 1 段階は、同年 12 月に 15 の省で教育プログラムを試行。第 2 段階として、その試行結果をもとに、翌 2014 年後半を目処に遠隔研修プログラムに拡大するとしている。また、四川省教育部からは、2015 年に「無料高齢者介護研修プラン（Free elderly care training plan：免费养老护理员培养计划）」を実施して高齢者介護の普及、促進をするべきといった提起が出されている。

現在、地方政府はいくつかの補助金制度を実施し、教育を受けた有資格の介護従事者の増加に取り組んでいる。失業者を対象に一般研修を受講すると資格に応じて 600 元～1,200 元、従業員向けに上級研修を受講すると 1,600 元～2,500 元の幅で補助金を支給している。また、専門職をめざす介護教育を実施する教育機関なども補助金の対象としている。

#### ｲ. 養老護理員増員に向けての課題

養老護理員不足の要因として挙げられるのは、養老護理員の仕事は体力を要すること、平均収入が比較的低いことである。病院の介護員、看護婦の平均月収が 4,000～5,000 元なのに対して、老人ホームの養老護理員の平均月収は約 2,000 元である。

現在、養老護理員の平均年齢は高く、低学歴者がメインであり、退職した 40、50 代の女性が主力となっている。優秀な人材、若者の募集は非常に困難で、離職率も高い。これらを改善していくことが課題である。

---

535 http://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2013_10/china_01.html
536 陳 引弟・許 福子「中国大都市における介護職養成の実習教育の実態と課題に関する研究」（2013 年） p.108.
537 http://www.xmhrss.gov.cn/ldhshbzjxxgk/xxgkml/201505/t20150519_217568.htm
http://www.tianjinwe.com/tianjin/ms/qjtj/201503/t20150321_801215.html

### ｳ. 養老護理員資格の認定制度

中国における養老護理員資格の認定には、民政部と人力資源および社会保障部（人力資源和社会保障部：人保部）の 2 つが並行しており、かつ 2 つとも同等の効力を備えている。現在、全国ほとんどの省には養老護理員教育機構と資格認証センターがある。そのうち、全国民政システムには 100 社以上の教育機構があり、人保システムには全国各地に教育機構がある。教育用教材は、労働部に審査、認可されたものが利用されている。

養老護理員の資格を取得するには、養老護理員国家職業資格トレーニング教程（中国労働社会保障出版社）に沿って、該当する資格の講座を養老護理員教育機構または資格認証センターで受講する。取得には、資格の種類毎にそれぞれの教育時間があり、受講して試験に合格すると、初級・中級・高級・技師という四級の養老護理員資格証明書を得られる。

なお、資格試験および護理員資格証明書の発行は、民政部と人力資源和社会保障部の両者が行っている[538]。養老護理員認定の根拠は、次に概要を示す「国家職業標準」および人力資源和社会保障部が編集した「培訓教程（養成教程）」による。卒業証書は、各職業訓練学校などにより発行される。高齢者介護職員（初級、中級、高級、技師）の国家職業基準は下記の通り定められている[539]。

資格要件は 2002 年版から 2011 年版に更新される際、指導教員の資格に若干の変更が加えられ、ガイドラインに特定の技術要件がいくつか追加された。また、一般高齢者の精神衛生や処置方法、看護記録記載方法、高齢者保護方法、護身法、サービスマナーなどについての必修コースも追加された[540]。

＜職業概況（抜粋）＞

① 職業名称：養老護理員（高齢者介護職員）

② 職業定義：高齢者の生活の世話、介護サービスを行う職員

③ 職業レベル：以下、4 つのレベルがある。

- 初級 国家職業資格 5 級に相当
- 中級 国家職業資格 4 級に相当
- 高級 国家職業資格 3 級に相当
- 技師 国家職業資格 2 級に相当

④ 職業環境：室内（常温）で行われる。

⑤ 職業能力の特徴：一定の学習能力・計算能力があること、手指・手足が問題なく動くこと、表現能力と知覚能力が比較的強いこと、空間感覚と色彩感覚があること、

⑥ 基本教養レベル：中学卒業程度

⑦ 求められる研修：

全日制職業訓練学校であれば、その育成目標とカリキュラムにより確定する。資格獲得（昇級）に際し、初級であれば少なくとも 180 時間以上、中級であれば 150 時間以上、高級であれば 120 時間以上、技師であれば 90 時間以上の研修時間を要する。

---

538 中国民政部へのヒアリングによる。

539 中華人民共和国民政部　養老護理員国家職業標準：http://fss.mca.gov.cn/article/ywbz/200712/20071200005097.shtml;
中華人民共和国民政部　養老護理員国家職業技能検定申請条件：
http://www.chinayanglao.org/; http://www.clair.or.jp/j/forum/c_report/pdf/338.pdf

540 http://www.chinanews.com/jk/2015/03-09/7113703.shtml；
http://www.zytzb.gov.cn/tzb2010/jcjyxd/201506/84021c28fd7e4c8592aa47f7c4cd443a.shtml；
http://jnjd.mca.gov.cn/article/zyjd/zcwj/201312/20131200557366.shtml；
http://jnjd.mca.gov.cn/article/zyjd/bgswj/201502/20150200769336.shtml；
http://www.sdmz.gov.cn/articles/ch00237/201210/376eaf1e-2b1b-47ed-b121-03bc24186160.htm

⑧　受験基準

受験対象:　養老護理員に従事している又は従事する予定の本職業職員

申請条件(以下の条件のいずれかを備えている者):

初級
- 本職業の初級正規研修の規定研修時間数に達し、終了証明書を取得していること。
- 2 年以上継続して本職業の見習いを行った者。
- 本職業における職業研修(アプレンティスシップ)期間を修了した者。

中級
- 本職業の初級職業資格証明書を取得した後、3 年以上継続して本職業に従事し、本職業の中級正規研修の規定研修時間数に達し、終了証明書を取得していること。
- 本職業の初級職業資格証明書を取得した後、5 年以上継続して本職業に従事していること。
- 7 年以上継続して本職業に従事していること。
- 人力資源・社会保障行政部門から審査認定を受けた、中級技能取得を育成目標にする中等以上の職業学校の本職業(専門)卒業証書を取得していること。

高級
- 本職業の中級職業資格証明書を取得した後、4 年以上継続して本職業に従事し、本職業の高級正規研修の規定研修時間数に達し、終了証明書を取得していること。
- 本職業の中級職業資格証明書を取得した後、7 年以上継続して本職業に従事していること。
- 高級技工学校又は人力資源・社会保障行政部門から審査認定を受けた、高級技能取得を育成目標にする高等以上の職業学校の本職業あるいは関連分野専門の卒業証書を取得していること。
- 本職業の中級職業資格を取得し、高齢者介護または関連分野を専攻して大学以上を卒業し、継続して 2 年以上の実務経験を有すること。

技師
- 本職業の高級職業資格証明書を取得した後、5 年以上継続して本職業に従事し、本職業の高級正規研修の規定研修時間数に達し、終了証明書を取得していること。
- 本職業の高級職業資格証明書を取得した後、8 年以上継続して本職業に従事していること。
- 本職業の高級職業資格証明書を取得した高級技工学校の本職業専門の卒業生で、2 年以上継続して本職業に従事していること。

試験方法:　筆記試験(試験時間 90 分)と実技試験(試験時間 90～120 分)がある。筆記試験は教科書持ち込み不可。実技試験は実際の介護の現場あるいは模擬的な現場を用いて作られた課題が出題される。筆記試験と実技試験は各 100 点満点で、どちらも 60 点以上に達した者が合格となる。技師に対しては総合審査も実施される。

図表 IX-14 介護職員に求められる知識

| 分野 | 具体的内容 | 初級 | 中級 | 高級 | 技師 |
|---|---|---|---|---|---|
| 生活介護 | 衛生Ⅰ（清拭、衣服着脱、口腔ケア、洗髪、入浴介助等） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 衛生Ⅱ（褥創ケア、虱滅菌等） | | ○ | ○ | ○ |
| | 睡眠Ⅰ（体位交換等） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 睡眠Ⅱ（睡眠障害ケア） | | ○ | ○ | ○ |
| | 食事Ⅰ（食事介助等） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 食事Ⅱ（経管栄養の際に医療関係者をサポートする） | | ○ | ○ | ○ |
| | 排泄（排泄介助、パウチ交換、浣腸、採尿・採便等） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 安全・保護（車いす・歩行器操作、移動介助等） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 介護技術 | 投薬Ⅰ（服薬の際に医療関係者をサポートする） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 投薬Ⅱ（褥創処理の際に医療関係者をサポートする） | | ○ | ○ | ○ |
| | 観察Ⅰ（健康状態チェック、水分補給量の測定等） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 観察Ⅱ（体温・脈拍・血圧・呼吸の測定等） | | ○ | ○ | ○ |
| | 消毒 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 体温管理（湯たんぽ、氷嚢の使用等） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 介護記録 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 臨終看護（臨終直後の遺体の処理と消毒） | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 救急措置Ⅰ（外傷出血、火傷、誤嚥、転倒骨折等） | | ○ | ○ | ○ |
| | 救急措置Ⅱ（人工呼吸、心臓マッサージ、止血等） | | | ○ | ○ |
| | 疾病対応（高血圧、動脈硬化、脳卒中、パーキンソン病、糖尿病等） | | ○ | ○ | ○ |
| | 危篤状態における介護 | | | ○ | ○ |
| | 健康に関する教育（感染症予防、生活習慣等） | | | ○ | ○ |
| | 環境整備（環境改善計画の作成等） | | | | ○ |
| | ケアプラン（ケアプランの作成と実施の検討） | | | | ○ |
| | 技術のレベルアップ | | | | ○ |
| リハビリ | 四肢のリハビリ（作業療法等の医療関係者をサポートする） | | ○ | ○ | ○ |
| | リハビリ訓練（個人リハビリ、グループリハビリ等） | | | ○ | ○ |
| | 余暇活動Ⅰ | | ○ | ○ | ○ |
| | 余暇活動Ⅱ（レクリエーション活動・行事の開催） | | | ○ | ○ |
| 心理的介護 | コミュニケーションⅠ（心理的ケア） | | ○ | ○ | ○ |
| | コミュニケーションⅡ（情緒的交流、悩み不安の緩和等） | | | ○ | ○ |
| | 心理的健康（心理的健康に関する保健指導） | | | ○ | ○ |
| 研修指導 | 初級介護職員への基礎研修指導 | | | ○ | ○ |
| | 介護職員研修の計画立案 | | | | ○ |
| | 初級介護職員への実技指導 | | | ○ | ○ |
| | 介護職員の実技に関する指導 | | | | ○ |
| 管理 | 組織の管理（人事管理、労務管理等） | | | | ○ |
| | 介護の質に関する管理（諸規定の実施、事務設備の管理） | | | | ○ |

出所：石田路子「中国における高齢者介護サービスの現状と課題」

資格認定の費用は、養老護理員養成の学校によっても、取得する養老護理員の級別によっても異なる。

ある養老護理員の学校では、トレーニング受講費用は自己負担で、980 元～2,350 元、受験費用は登録費 20 元とのことであった。

また、北京美好世家国際管理顧問有限公司では、学費は 4,200 元で、そのなかに宿泊費 600 元、教材費・試験費・消耗材などを含む。受講の期間は 15 日間で、修了すると人力資源和社会保障部の資格証明書が発行される。同社の責任者の説明によると、全国各地で護理員養成トレーニングをしているクラスはいずれも初級だけであると言う。

費用は、基本的に受講者負担である。社会からの援助もあるが、金銭の形ではない。同企業のトレーニングにおいては、北京市婦人幹部学院が学校の場所を提供している。

受講資格は特になく、中卒でも小卒でも構わない。教材は各地で編成したものだが、労働部門に認可されている。なお、同企業は私立である。

【事例：高等職業学校における「高齢者サービスと管理専攻（老年服務与管理」の設置[541]）

養老護理員資格所有者の増加に向けて大きな意味を持つと考えられるのが、2004 年教育部制定の「普通高等学校高等職業・高等専科教育における指導的専攻目録」にもある高齢者介護に関する唯一の専攻「老年服務与管理専攻」である。2014 年 7 月現在、本専攻課程の設置校は全 17 校とされている。設置校の授業カリキュラムのなかには日本で出版されている「介護福祉専攻」系列の教科書を翻訳して教科書として使用し、日本の高齢者施設を実習先とするところもある。高齢者の生活介護、心身の健康管理、レクリエーション、施設管理、栄養と食事等の知識を修得するための科目の設置が多くみられ、人間の尊厳と権利、認知症、介護予防、障害等に関する科目は不足しているとされている。

### ４）家政服務員

家政服務員は日本のホームヘルパーに相当する資格である。初級・中級・高級の三段階に分かれており[542]、それぞれの段階に応じて教育内容や研修時間が定められている。家政服務員は、高齢者向けのサービスとして高齢者の外出同行・日常介護サービスを提供するほか、清掃・家事などの家政サービス、産婦や新生児の介護、児童の教育サポート、ペット養育など多岐に亘る対象に対してサービスを提供している。地方からの出稼ぎ率の高い職業となっており、家政服務員従事者のうち約 75％が高齢者介護に従事している。国家職業技能検定を受験するための講義として、高齢者の世話は必修科目であり、試験においても必要科目とされている[543]。

【参考：北京市、「養老サービス人材の育成強化に関する意見」発表[544]】

北京市民政局が 2016 年 12 月に発表した「養老サービス人材の育成強化に関する意見」では、今後、養老サービス人材の待遇条件を向上させるとしている。養老施設に就職する大学生等に対しては入職手当を支給するほか、養老施設に勤務する介護人材に対しては職務手当を支給するとしている。

また、今後、養老サービス人材の登録制度を設ける。職歴、就業年数、サービス評価、研修参加実績、処罰の情報などを統一的に管理し、評価システムを構築。今後、職務評価、等級付け、昇給などの根拠データとして活用するとしている。

---

541 清水由賀「中国における介護人材の育成に関する一考察－超高齢社会の到来に向けて－」（2015 年 3 月、ソシオサイエンス Vol.21）
542 https://www.jetro.go.jp/jfile/report/07001397/ChinaKoreishaRev.pdf
543 張秀敏、中山徹「家政会社による高齢者向け在宅サービスに関する研究―中国・長春市を事例として―」（2012 年）p.238.
544 https://www5.jetro.go.jp/newsletter/sid/2016/170215vol.34.pdf

### ５）ボランティア

全国で「金暉助老」という高齢者向けサービスのボランティア活動が展開されている。青少年や地域の人々を組織し、高齢者に生活介護、医療保健、法律援助など多方面のサービスを提供している。

## ５．その他

### １）日本への介護人材送り出し状況

下記は、関連性の見られる記事からの抜粋である。

参考記事:

- nms ホールディングスは 25 日、100％子会社の日本技能教育機構(JATEO)が「日中介護技能実習プログラム」に参画し、中国にて現場研修が実施されたことを発表した。「日中介護技能実習プログラム」は、介護分野における中国人技能実習生の育成を目的に、日本の社会福祉法人や医療法人、中国現地の学校や人材送り出し機関等で構成されている。日本の介護技術習得を目的とした現場研修を実施するなど、介護人材育成への取り組みを進めている[545]。
- 株式会社京進は、中国国営企業「中国中軽国際控股公司」（中軽グループ）と業務提携し、日本に派遣される介護分野の技能実習生を対象として、中国における日本語教育を支援することを発表。同社は、中国からの介護分野の技能実習候補生に対して、高度な日本語スキルと介護現場で使える実践的な日本語知識を身につけてもらうため、2017 年中に、北京において日本語教育を開始する。2017 年の初年度は 500 名程度の候補者の日本語教育を目指しており、2018 年には 1000 名、将来的に 1 万人規模での日本語教育実施を目指す。[546]

### ２）各国の支援

**＜日中高齢化対策戦略技術プロジェクト[547]＞**

JICA は、2012 年開始の陝西工運学院を拠点とした「陝西省における介護人材育成支援事業」、中国社会科学院に委託した「高齢化問題に関する情報収集・確認調査」等、介護福祉分野における対中協力事業を開始し、一定の成果を挙げてきた。「日中高齢化対策戦略技術プロジェクト」は、日中間の介護福祉サービス関連政策に関する多層的なネットワークの形成を通じて、中国民政部及び協力地区における介護福祉サービス関連政策及び介護福祉人材育成システム構築に関する能力の向上を目的としたものであり、中国政府からの要請を受けて 2016 年5月より始動している。同プロジェクトの目的、成果、活動として公表されている内容は以下の通り。

＜目標＞

上位目標:

誰もが等しく基本的な介護福祉サービスを受けられるような高齢者福祉のための制度設計、基準作成、介護福祉人材育成体制構築、産業発展環境整備が行われる。

プロジェクト目標:

日中間の介護福祉サービス関連政策に関する多層的なネットワークの形成を通じて、中国民政部及び協力地区における介護福祉サービス関連政策及び介護福祉人材育成システム構築に関する能力が向上する。

＜成果＞

545 http://www.mag2.com/p/money/323820
546 http://www.kyoshin.co.jp/group/news/news/3610/
547 https://www.jica.go.jp/project/china/015/outline/index.html

1. 日本の高齢化対策法令・制度構築の経験の共有を通じ、中国中央レベル及び地方レベルの介護福祉サービスが分析されかつ提言がなされる。
2. モデル施設において、介護福祉サービスに関する拠点訓練施設としての能力が向上する。
3. 日中の経験の相互共有のネットワークが強化される。

＜活動＞

【成果 1 に関する活動】

1-1：日本側は、日本の介護福祉サービス関連政策に関する経験・教訓を、中国側高齢化対策関連行政官に共有。

1-2：中国側は、中国の中央レベル及び協力地区の介護福祉サービス関連法令・制度整備における課題を抽出し、日本の経験を参考に対応策を分析する。

【成果 2 に関する活動】

2-1：日本側は、介護福祉サービス管理及び介護福祉技術に関する日本の経験・教訓をプロジェクト実施施設に共有。

2-2：中国側は、モデル施設において、上記に関する対象地域普及のための資料・研修教材等を、日本側から提供された資料に基づき作成し、普及活動（セミナー、研修）を実施。

【成果 3 に関する活動】

3-1：日中両国の介護福祉分野における法律・政策の最新動向及び最新の介護福祉サービス管理と介護技術等の情報を共有するセミナーを日中双方で定期的に実施。

3-2：介護福祉サービス関連イベント等に共同参加等。

以上

資料２　現地調査記録

## モンゴル現地調査記録（労働・社会保障省）

| | | |
|---|---|---|
| 日　時 | | 2017 年 9 月 19 日（火）10：00～11：30 |
| 場　所 | | 労働・社会保障省の会議室 |
| 参加者 | 先方 | MAICHIMEG Badarch（Specialist in charge of targeted group,social welfare service for elderly and stationary care service）<br>SOCIAL PROTECTION POLICY IMPLEMENTATION AND COORDINATION DEPARTMENT |
| | 当方 | インテリジェンスバリューコーポレーション㈱：浅川<br>みずほ情報総研㈱：田中文隆 |

※MAICHIMEG Badarch氏は、同省の社会保障局において、高齢者、特別要介護者へのケアサービスや法制度・施策の整備、高齢者ケアセンターの基準策定・認定・検査等を担当している。

**【モンゴルにおける高齢者の現状】**

- モンゴルでは、社会保障法、高齢者法、障害者の権利保護に関する法律にもとづいて高齢者向けの各種サービスを実施している。高齢者は年金を受給しているほか、社会保障基金による様々な援助、優遇サービスを享受している。
- 年金受給開始年齢は、男性60歳、女性55歳である。2017年度は26万人が年金を受給している。
- 常時介護が必要であると認定されながらも、家族によるケアを受けている高齢者は3万人程度いる。彼らには国による給付金が支払われており、常時介護が必要な高齢者には、2万トゥグルグ／月（日本円で約1000円）、常時介護が必要な高齢者の家族には、6万4千トゥグルグ／月を支払っている。
- 一方で、常時介護が必要な高齢者のうち、ケア施設に入居しているのは、400人程度である。認知症を患っている人もいる（数は社会保障局にて把握していない）。すなわち、ほとんど家族がケアをしている状況である（モンゴルでは、施設に入れる=家族を見捨てるという考え方が根強い）。

**【高齢者ケアサービスについて】**

（公的な医療サービス）

- 労働・社会保障省とファミリーヘルスセンター（保健省管轄で地域の医療を担う場所であり、各郡・各区に設置。）は、常時介護が必要な高齢者（常時介護が必要という認定を受け、家族がケアを担っている約3万人の高齢者）のデータを所持している（名前、住所）。
- 区の社会保障担当者は、家族内で誰がケアを担っているかを確認し、主な担い手と公的サービスに関する契約を交わす。
- ファミリーヘルスケアセンターに配置されている医師や看護師は、医療サービスの一環として、常時介護が必要な高齢者の自宅を訪問する。

（公的な施設サービス）

- 現在、労働・社会保障省が管轄しているケア施設は以下の通りである。

| 分類 | 設置数 | 入居者数 | 予算 | その他 |
|---|---|---|---|---|
| 国家ケア施設（高齢者介護開発センター） | 1か所 | 129人 | 国家予算 | ・1階に自立して生活できる方、2階に要介護度が中度の方、3階に重度（寝たきり）の方が入居している<br>・組織や職員数等は労働大臣の承認により決定 |
| 地方ケア施設 | 7か所（県単位） | 15～20人<br>※1か所のみ55人が入居。 | ・地方予算<br>・国家予算<br>※地方予算で運営される施設もあれば、国家予算で運営される施設もある。 | ・国家ケア施設を利用できない地方の高齢者が入居<br>・組織体制は地方自治体が決定 |

- ケア施設への入居条件は、①身寄りがないこと、②世話をする子どもがいないこと、③自力で生活できないこと、であり、家族がいる高齢者は基本的に入居できない。
- 女性は55歳以上、男性は60歳以上（共に年金受給開始年齢）で入居できることになっているが、実際には上記の年齢以下の者も入居している。
- また、高齢者に加え、障害者も入居している（モンゴルの社会保障では、高齢者と障害者の区別が明確になされていない）。
- ケア施設では、食事や衛生面などのケアやリハビリテーションが24時間体制で提供されている。

（民間の施設サービス）

- ウランバートル市内には、民間の高齢者ケア施設が3か所存在し、国の助成を受けて運営している。

（施設サービスの基準に関する国の規定）

- 利用料は高齢者が受給している年金から支払われる。年金の7割を施設が受け取り、残り3割を高齢者本人に渡すこととなっており、地元へ帰る際の旅費、治療等に利用される。
- ケア施設の基準として、以下の事項を定めている（2008年に規定し、2016年改訂）。
  - ①組織体制、②管理体制、③予算、④衛生基準、⑤サービス基準、⑥人材基準、⑦調理場に関する基準
- 上記基準のうち、①組織体制については、総務、会計、医療、保健、リハビリ、介護、看護、高齢者の健康維持等に関する取組の企画開発、情報提供、調理場、掃除・サービスに関連した組織体制を整備しておかなければならないとしている。
- また、②人材基準として、施設の運営上必要とされる職種と、入居者に対する必要人数を以下の通り定めている。
  - ㋐医師、㋑看護師、㋒精神アドバイザー、㋓保健師（医療サービスを提供する職員）、㋔社会保障士（社会保障に関するサービスを提供する行政の職員）、㋕調理師、㋖サポートスタッフ（主に、食事の提供、おむつ替え、シャワーなどの実際の介護を担っている）、㋗運転手

| 職種 | 人数 |
|---|---|
| ㋐医師 | 1施設につき1人以上<br>（入居者25人以下の施設では、常勤ではなく契約でも可） |

| | |
|---|---|
| ㋑看護師 | – |
| ㋒精神アドバイザー | 入居者50人に1人以上 |
| ㋓保健師 | 入居者30人に1人以上 |
| ㋔社会保障士 | 入居者30人に1人以上 |
| ㋕調理師 | 入居者30人にそれぞれ1人以上 |
| ㋖サポートスタッフ | 1施設につき4人以上 |
| ㋗運転手 | 1施設につき1人以上 |

- ただし、ケアの現場で働きたい人材は少なく、地方のケア施設では上記条件を満たしていない施設もある。
- 国内の施設数と職員数に関する調査結果をみると、職員の負担は非常に重いことがわかる。精神的・肉体的に負荷の高い仕事であることから、ケア施設における離職率は高く、人材も集まり難い（特にサポートスタッフの業務の負担は重い）。

（その他の高齢者ケア施設について）

- ケア施設以外の（比較的健康な）高齢者向けサービスとして、民間運営の療養所がある。
- 社会保障法の定めにより、高齢者は優待価格で、労働・社会保障省の認定を受けた民間運営の療養所（2017年は20か所認定）を利用することができる（年間10日間）。
- 療養所は、高齢者同士の交流の場として、時間を楽しく過ごしてもらうことを主な目的とした施設である。ただし、医師や看護師を配置しており、交流を主とした傍らで簡単なリハビリテーションや血圧検査、薬の処方、マッサージが提供されるという形態になっている。
- 民間の療養所とは別に、保健省管轄の国営の温泉療養所が全国に2～3か所ある。こちらは医療機関の判断により紹介状を持参して利用するものであり、民間の療養所よりも、医療を中心としたサービスが提供されている。

（民間の住み込みサービスについて）

- 民間の住み込みサービスについて、法律上の規定はない。
- 労働・社会保障省管轄ではそのようなサービスは存在せず、民間が独自で行っているサービスに区分される。

**【高齢者ケアに関する教育について】**

（施設に対して）

- 保健師、社会保障士、医師、看護師は専門の資格を有する者（ただし、大学で専門課程を修了した者であり、高齢者関連の専門教育を受けているわけではない。）であるが、サポートスタッフは専門の教育を受けていない無資格者が従事している。
- また、2015年には世界銀行の予算を受けて、ケアに関する研修プログラムを作成した。プログラムは、サービス提供方法に関するガイドラインであり、医師、看護師、保健師等、それぞれの職員の任務やケース別の対応方法を解説したものである。マニュアルとして施設に配布しており、同プログラムに基づき、各施設で研修を行うこととしている。作成時には、施設代表者に対して、当該プログラムの内容に関する研修も実施した。
- 保健省が管轄する国家ジェロントロジーセンターでも、ウランバートル市内各区の公立病院に勤務する医師向けに高齢者専門医養成研修を実施している。しかし、ケア施設の管轄は、労働・社会保障省であるため、専門教育を受けた高齢者専門医が介護の現場で働くことはない。管轄する省が異なることから、国家ジェロントロジーセンターとの連携が進んでいない。

（ケアを担う家族に対して）

- 常時介護が必要な高齢者の家族（自宅でケアを担当している家族）に対して、研修を実施している。

- 研修のコーディネーターは労働・社会保障省であり、講師は、医師やナース、ジェロントロジーセンターの副センター長である（詳細はジェロントロジーセンターのヒアリングメモに記載）。
- また、ケアを担う家族向けのマニュアルも作成している。

【今後の高齢者ケアについて】

- 2017年7月に改正高齢者法が施行された。この改正法では、各ホロー（地区）に地方の予算でシニアハウス（多目的施設）を設立することが定められた。
- シニアハウスは、いわゆる通所施設であるが、医療・介護サービスではなく、高齢者向けにリクリエーションや健康に関する情報を提供する施設である。高齢者の健康維持と自立的な生活、社会参加を促進することを目的としている。そのため、医師や看護師はおらず、利用対象も健康な高齢者である。
- さらに、今後は民間のケア施設（教会、NGO、民間事業者）を増やしていきたいと考えており、国による補助の拡充として、民間事業者の経費の一部を労働・社会保障省が負担する決定がなされた。
- 改正法では、ボランティアや医療機関関係者が、常時介護が必要な高齢者の自宅を訪問し、ケアを提供するという規定も入っており、具体的な仕組みや方法（ガイドライン含む）の検討も始まった。管轄は保健省である。

【介護分野における日本での実習について】

- 日本で実習生として学んだ人材が働く場所は、モンゴル国内でこれからますます増えるであろう（療養所やシニアハウス、施設等）。
- 現状、サポートスタッフは無資格で業務に従事しており、個人的には彼らが日本で実習を受けて知識と技術を身に付けることを望んでいる。
- 一方で、ケアに関わる職員の賃金が低いことや、公的機関の場合は責任者の異動という課題があり、現在でも離職率が高く、人材が集まりにくい状況にある。

以上

# モンゴル現地調査記録（国家ジェロントロジーセンター）

| | | |
|---|---|---|
| 日　時 | | 2017 年 9 月 19 日（火）14：00～16：00 |
| 場　所 | | 国家ジェロントロジーセンター　センター長室 |
| 参加者 | 先方 | センター長<br>Dashravdan SARANGEREL(副センター長)<br>Mongolian National Gerontology Center |
| | 当方 | インテリジェンスバリューコーポレーション㈱：浅川<br>みずほ情報総研㈱：田中文隆 |

【国家ジェロントロジーセンターについて】

- 本施設は、保健省の付属機関。高齢化、高齢による病気の研究、予防、診療、リハビリ、看護ケアサービスを提供し、保健機関に対する助言・職員の育成を担当する。また、高齢者向けの専門医の講習等を行っている。モンゴルにおいて、唯一高齢者向けの医療・介護サービスに係る教育を提供している。

【高齢者の状況について】

- 以前は家族全員（親族含む）で高齢者をケアしていたが、伝統的な遊牧生活から定住生活へと生活形態がシフトし、高齢者ケアの担い手が子どもたちのみになってしまったため、子どもたちは仕事と介護の両立という問題に直面している。法制度の整備が求められる課題である。
- 高齢者は年金のみに頼って生活しているため、その多くが貧困状態にある。
- 高齢者の要介護度を5つの区分（4．5は要介護度が高い）で認定している（認定については後述）。2016 年1月、ウランバートルの全9自治体において要介護高齢者（4．5※）の高齢者数を調査したところ、7,265 人の要介護高齢者が家族のケアを受けていることがわかった。
  ※5は重度の末期がん患者。4は病気を患って自力で生活することができず、治癒の見込みが少ない状態。

【国の高齢者ケア施策について】

- モンゴルでは、今後高齢者ケア、医療サービスの発展が求められていく状況にある。日本のような経験豊かな国を参考にして、正しい方向に進む必要がある。
- 上記の背景には、①伝統的な遊牧生活から定住生活に移行している、②生涯寿命が伸びている、③保健サービスと連携した高齢者向けケア施策の検討（機関の設置を含む）と環境の整備（人材育成を含む）が求められている、という状況がある。
- 高齢者関連の法律として高齢者法、社会保障法があるが、互いの連携については明記されておらず、保健サービスと介護サービスの連携がとられていない。高齢者の失業問題や、保険が効果的に運用されていないことも、高齢者の抱える問題の要因であろう。専門機関として制度整備のアドバイスを行うべきと認識している。
- 今年、高齢者法を改正したが、予算面の問題もあり、実務面の整備はまだ不十分である。
- 高齢者に対して国が給付する手当は、高齢者の生活を賄うには十分でない。ただし、この状態は今後急速に改善されていくと期待している。
- まさにこれから人材育成に注力していかなければならない。高齢者法の改正に加え、医療サービス提供関連法令において、看護・介護の規定がある。同法に基づいて看護・介護サービス実践マニュアルを策定している

ところである。

【高齢者ケアの状況について】

- 国として高齢者の健康維持を目標に掲げてはいるが、国の経済状況や、それに伴う高齢者層の貧困問題もあって、公的ケアを利用できず、家族が介護を担うケースが大半という状況にある。
- 高齢者の利用可能な施設として、療養所を国が認定し、補助している。専門人材による専門サービスは行われていないが、食事、リハビリ、休息場所を提供している。
- 健康な高齢者に対するボランティアも存在する。地区の高齢者機関で働く者もいれば、赤十字のボランティアもいる。リタイア後の年金生活の高齢者が多く、自分の健康のために従事している。インセンティブはない。
- 専門グループによる家庭訪問のサービスがある。要介護度4・5の人の自宅を同グループで週2回訪問し、ケアを提供している。
- グループはホロー（地区[548]）単位で組成され、ホローのヘルスケアセンターに属する医師、保健師、当センターの専門医が含まれる。要介護度の認定も、同グループが行う。マッサージ、リハビリ、衛生管理、医療、介護など包括的にサービス提供を担う。訪問ケアの対象となる高齢者はゲルに住む貧困層が主であり、彼は衛生管理の不十分な環境下で生活しているため、衛生管理も求められる。
- グループは専門サービスを提供するため、ボランティアは含まれない。
- 個人でケア人材を雇うケースはあるが、民間の人材派遣会社等は存在しない。
- Bagh feldsher は Bagh（地域の単位：国>郡>村>Bagh）につく医師をいう。

【国家ジェロントロジーセンターにおける人材育成の取組について】

- 当センターでは、①⑤医師資格保有者に対する、高齢者専門医となる研修、②高齢者向けの研修、③ボランティア向けの研修、④高齢者の家族向けの研修を行っている。

| 種類 | 対象 | 内容 |
|---|---|---|
| ①医師へのセミナー（高齢者専門医の養成） | 医師 | 研修機関は1年<br>高齢者がかかりやすい病気とその治療方法など |
| ②高齢者自身向けの研修 | 健康な高齢者 | 健康維持等に関する情報提供 |
| ③ボランティアのための研修 | 健康な高齢者<br>※ボランティアとして、地区（ホロー）の高齢者協会で働きたい人 | 今後の生活をどのように過ごしていけばよいのか、健康を維持するための過ごし方など |
| ④高齢者の家族に対する研修 | 高齢者のケアを担う家族 | ケアが必要な高齢者への食事の与え方、衛生面の管理方法など |
| ⑤高齢者専門医・看護師育成のためのプログラム（1 年間）の提供 | 医師・看護師 | 高齢者がかかりやすい病気とその治療方法、認知症やうつ病、高齢者の自立性など |

- ①に関連して、高齢者専門医、高齢者専門看護師は、分野は限定せず、高齢者に関連した全ての知識・技術を修得する。要介護度の認定（先述の5区分）をはじめとして、病気・治療に関するすべての対応をおこなう者を養成する。なお、看護師の養成課程には介護に関する内容も含まれている。
- ③は、他機関と一緒に実施する。高齢者のこれからの生活のあり方を学びたい人を中心に、参加者は非常に

548 モンゴルは行政上、21 のアイマク（県）と首都（ウランバートル）に分かれ、アイマクはさらにソム（郡）に、ソムはバグ（郷）に、首都はドゥーレグ（区）に、ドゥーレグはホロー（街）にそれぞれ区分される。1 ホローに 15,000～16,000 世帯が居住。

多い。地区の高齢者機関や赤十字のボランティアのなかから区とホローの高齢者機関が参加希望者を募ったうえで、当センターが医師を派遣して研修を実施する。希望すれば誰でも参加可能であり、医師など専門分野の知識をもつ者が含まれる場合もある。

- ④について、先述の専門グループによる訪問サービスをすべての高齢者に届けることはできないため、その家族に対する食事指導、衛生指導などの研修を行っている。
- 一方で、家族は自宅に残る高齢者のことが気がかりで研修に十分な時間を費やすことができない。限られた時間で教育することは難しいため、現在当センターでは家庭によるケアに関するマニュアルを策定しているところである。
- ケアを必要とする高齢者は貧困層が多いため、家庭訪問して状況判断し薬を処方しても、購入できないという状況がある。そのため、当センターでは民間事業者の協力を得て高齢者向け支援を拡充している。ただし、民間事業者による支援はボランティアの単発であるため、できることは限られる。
- そのほか、国立の介護施設職員に対する研修や、バトゲレルト・イレードゥイ NGO での研修も行っている。
- バトゲレルト・イレードゥイ NGO 向けの研修は、センター長自らが講師を務めた。WHOの今年のスローガンが「高齢者のうつ」であったため、同テーマで講演を行った。同施設の運営者はボランティアで活動を始めた人であり、施設には保健師が一人いるが、残りのスタッフは無資格者である。
- 施設とセンターの連携についていうと、必要に応じて高齢者専門機関として対応することは可能だが、法制度の（施設は労働・社会保障省管轄、当センターは保健省管轄）の都合もあり、連携が不十分という状況である。一体化したサービスの提供に向か所管を統一化できるようセンターとして保健省に要求しているところだ。

【今後の高齢者ケアについて】

- 今後は、高齢者専門機関として、日本の経験と実践を学び、モンゴルの高齢者ケア人材に伝えることが重要と認識している。
- 来月から当センターの職員2人を日本の老年学課程を設置する大学に派遣する。

【技能実習生として来日する人材について】

- 技能実習生として日本で学びたい人材は多いと思う。看護師は失業率高く賃金も低いため、良い条件であれば行きたい人は多いだろう。彼らのなかから人柄や専門知識等、介護の仕事への適性を見きわめ、選出していくことになるだろう。
- 要件のハードルを高くし、適切な人を選別して送ることが重要だ。モンゴルから韓国に送り出す人材の要件のハードルは非常に低く、誰でもいける状態にあるのがかえって良くないと言う状況がある。送り出し機関ではなく当センターのような専門機関で人材を養成してから派遣するなどの仕組みを設けるべきだろう。
- 現在、技能実習生の帰国後の活躍の場は限られている。日本で学んだ人が帰国後に民間の介護施設を開設し、より多くの高齢者に介護を届けることが望ましい。

【その他】

- JICA のほか、中国や韓国から介護人材の教育に関して協力するという提案が示されている。（まだ具体的な話は進んでいないと思われる）

以上

## モンゴル現地調査記録（バチカン教会テレザ高齢者ケアセンター）

| | | |
|---|---|---|
| 日　時 | | 2017 年 9 月 20 日（水）10：00～12：00 |
| 場　所 | | バチカン教会テレザ高齢者ケアセンター |
| 参加者 | 先方 | 施設長 |
| | 当方 | インテリジェンスバリューコーポレーション㈱：浅川<br>みずほ情報総研㈱：田中文隆 |

【施設概要について】

- 当施設は高齢者専門施設であるが、若年者であっても、収入がない者であっても[549]、帰る場所がない人は受入れる。
- ケアセンターのみならず、各種の援助を行っている。住むところのいない人、頼る人がいない人たちに直接アウトリーチし、受け入れる場合もあれば、ホロー等の公的機関を通じて入所する人、自ら入居を希望する人もいる。施設だけでなく援助を必要とする人に各種支援を提供している。
- 世界134カ国にあるテレザという施設のモンゴル支店という位置づけである。国からの補助は全くない。マザー・テレサという親協会から事業費として援助がある[550]

施設の外観

施設の外の様子①

施設の外の様子②

【利用者について】

- 施設は規模の都合上2つにわけており、入居者の性別でわかれている。（調査対象施設は女性向け施設）
- 入居者は現在 13 名。年齢は 38 歳～93 歳の高齢者、障害者。4名は健康だが、残りは脳卒中等を患っており身体が動かない状態。うち、要介護度の高い（寝たきり）高齢者が3名。認知症を患う人も5名。
- がん患者もおり、ここで最期を迎える人もいる。その場合には、施設で葬儀を行う。

549 他の国家ケアセンターは入居者を年金受給者に限定。
550 134 ヶ国にあるのは教会であり、他国では信者による奉仕活動としてのケアサービスは行われているが、施設を設けて人を雇っているのはモンゴルのみ。

- 症状が重く痛みが強い場合には病院に入れる。当施設は施設というよりむしろ自宅での生活に近い位置付けでの運営を重視しているので、痛みを感じながらここで生活することは難しい。本人が希望するならば施設に戻る場合もある。

入居者の様子

**【スタッフの役割と育成について】**

（スタッフの配置と役割について）

- スタッフは全 21 名。センター長（ヒアリング調査協力者）は2つの施設の運営を兼任しており、各施設に職員がそれぞれ 10 名の体制である。
- 社会保障士が各施設1名。調理士が手伝いを含めて男性向け施設に3名（ホームレスが食事を提供するため）、女性向け施設に2名、介護スタッフがそれぞれ3名、4名。そのほか外国人[551]のシスターが4名おり、掃除やシャワーの手伝いを行っている。
- 当施設は寄付で成り立っている教会であり、給与所得者の家庭向けの支援（食料、文房具、教育指導、家賃補助の援助等）をおこなっている。支援の一環として、給与所得者の配偶者（女性）に仕事を与えるという意味合いから、当施設でスタッフとして働いてもらっている。
- 社会保障士は大学で社会全体の問題解決に関する知識を学んだ者が従事することができる（卒業＝資格保有者）。シスターも社会保障士の資格を有している。
- 社会保障士の役割は、寝たきりの人の自力での生活、認知症の症状の緩和等の「発達プラン」を作成することである。まず利用者を提携病院に連れていき、医師の診断に基づいてリハビリを始めとした健康に関するプランを作成する。次のステップとして、当施設での生活に慣れるための働きかけを行う。そこから徐々に、利用者の精神面のケアにも目を向けていく。モンゴルは伝統的に子どもが親の世話をするという考え方が根強いが、当施設の利用者は身寄りのない孤立した人が多く、精神面のケアの重要性は高い。
- 開所して5年ほどたつが、健康状態があまり改善されない人もいれば、大きく改善された人もいる。まずは身体面の改善に注力し、そのあと徐々に心身双方にとってより良い状態を目指して計画を組み立てる。

（スタッフの育成について）

- 採用者に対する指導は社会保障士とマネージャーが行うが、当施設は公的な施設ではなく、家族・生活の場所と捉えていることもあり、スタッフの教育基準等について定めたものはない。家庭で自分の母をどのようにケアするかといった観点でケアを考え、利用者と接している。
- マネージャーと社会保障士は、国が主催する研修に参加することもある。研修の内容はケアの実践よりも国の高齢者施策を周知するためのものだが、国としての介護関連施策の方向性を把握したり、参加している他の事業者の話を聞くことにより、当施設の事業改善に役立てたいという思いで参加している。そこで学んだ内容については、職員に伝えている。

**【施設ケアにおける課題について】**

- 利用者が病気を患った時の対応に最も苦慮している。施設内での感染、病院の混雑、公的手続きの負担が重いこと等だ。
- 国の施設であれば他機関等との連携もあり諸手続きの省略が可能となるが、当施設の利用者は身寄りがなく、身分証明書も持たないどころか氏名も年齢もわからないという状況の場合もある。彼らの住所の登録、証明書

[551] 労働法の定めにより、外国人の労働人材数に関する規制により、外国人１人に対してモンゴル人が４人いなければならない。

の発行、親族の確認など、公的手続きにおける負荷が非常に高い。また、当人の情報を把握するためには裁判所の確認をとるという対応も必要になる。

**【その他】**

（高齢者法の改正について）

- 高齢者法改正に際し、国が実施した3年間の調査（現場視察、インタビュー）に応じ、提案も行った。今回の改正は調査にもとづいて現場の声を踏まえた内容となっていると考えている。
- 人権に関する法律はあったが、高齢者に特化したものはこれまでなかった。この法律は改正法というよりも高齢者ケアの規定を盛り込んだ新しい法律と捉えている。

（介護分野における日本での実習について）

- 研修自体は歓迎するが、職員は低所得者層の者ばかりであり、日本で研修を受けるための十分なお金はない。また、教会として受講させるための金銭援助を行うことも難しい。

**【スタッフと利用者の一日の生活について】**

①介護士の1日の業務の流れ

※一人の介護士が24時間働いて3日休む。1日に介護士1人が勤務し、シスターやマネージャーがサポート。

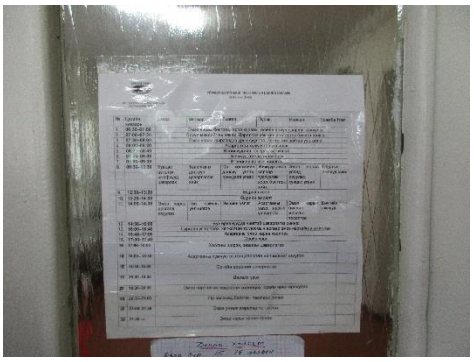
| 時間 | 業務 |
|---|---|
| 6:30－7:00 | ベッドの片付け<br>洗顔 |
| 7:00－7:30 | 健康状態のチェック（血圧測定など） |
| 7:30－8:00 | 朝食 |
| 8:00－8:30 | ケアサービス:<br>口腔ケア、着替え、身だしなみを整えるなどの衛生面のケア |
| 8:30－8:40 | 掃除（スタッフ中心だが、健康な利用者は交代で手伝う）<br>※モンゴルには「人は加齢では亡くならない。運動しないから亡くなる。」ということわざがあり、身体を動かすのは重要と考えていることから、できるだけ自主的に身体を動かすよう、声掛けしている。 |
| 8:40－9:00 | シフト交代（⇒申し送り、引き継ぎなど） |
| 9:00－9:30 | 体操（全員） |
| 9:30－12:30 | 月）服の片付け　火）家具の下の掃除<br>水）寝具の交換、洗濯　木）調理（この日は調理士が休暇のため）<br>金）シャワー、衣服の交換　土・日）フリータイム（発達プランに応じた創作活動）<br>※シャワーは希望に応じて他の曜日にも対応。 |
| 12:30－13:20 | 昼食 |
| 13:20－14:00 | （利用者は午睡） |
| 14:00－14:30 | 月）リハビリセンター（外部機関）通所に同行。<br>火）髪の毛を整えるなど、美容サービス<br>水）医師による診察<br>木）ケアサービス（寝たきりの人の体にクリームを塗る、マッサージなど）<br>金）利用者同士による互いのマッサージ |

| | |
|---|---|
| | 土日）読書（ただし、当施設には読み書きのできない人もおり、勉強の日といえる） |
| 14:30－16:00 | 掃除 |
| 16:00－16:40 | 記憶力改善に向けたトレーニング（詩を覚えたり、歌を歌ったり。各週で取組内容は決まっている。） |
| 16:40－17:00 | 要介護度の高い利用者の食事介助 |
| 17:00－17:40 | 夕食 |
| 18:00－18:30 | 個別相談や個別的なケアの対応 |
| 19:00－19:30 | 健康状態のチェック（血圧測定など） |
| 19:30－20:30 | 利用者同士の交流（テレビを見る、会話を楽しむなど） |
| 20:30－21:00 | 就寝準備（おむつの交換を含む） |
| 21:00－21:30 | 服薬、ベッドへの移動。 |
| 21:30－ | 就寝 |

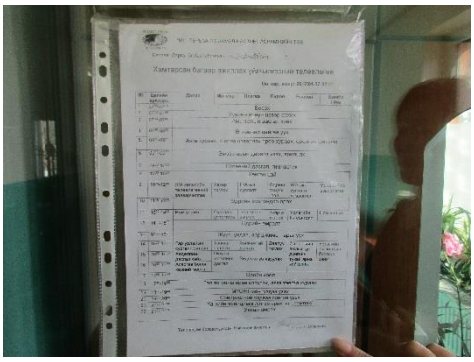
②社会保障士と利用者の1日の流れ

| 時間 | 業務 |
|---|---|
| 7:00 | 起床 |
| 7:10－7:30 | 衛生面でのケア |
| 7:30－7:40 | 呼吸のトレーニング |
| 7:40－8:30 | 朝食 |
| 8:30－9:00 | 食器洗い、テーブルの片付け<br>ベッドの片付け、部屋の掃除 |
| 9:00－9:30 | 健康状態のチェック、面談 |
| 9:30－10:00 | 朝の体操 |
| 10:00－10:20 | ティータイム |
| 10:20－12:00 | 月）社会保障士との発達プランに基づく指導<br>火）カードゲーム<br>水）社会保障士による研修<br>木）日記をつける<br>金）社会保障士による面接<br>土日）大掃除 |
| 11:00－12:00 | 昼食 |
| 12:00－14:00 | 月）読書<br>火）記憶力（の維持等に関する）トレーニング<br>水）美術、勉強<br>木）記憶力（の維持等に関する）トレーニング、民族の言葉、伝統的な教え<br>金）アートイベント<br>土日）読書 |
| 14:00－15:00 | 休憩 |
| 15:00－15:20 | ティータイム |

| | |
|---|---|
| 15:20－16:00 | 月）創作活動<br>火）言葉のゲーム<br>水）音楽体操<br>木）チェス<br>金）一週間の振り返り　※～17:00<br>土日）ダンス、歌、パフォーマンス　※～17:00 |
| 16:00－16:30 | 月）体操<br>火）脳の能力向上のためのリハビリ　※～17:00<br>水木）ビデオクラブ |
| 16:30－17:00 | 月）ケア、足のマッサージ |
| 17:00－17:40 | 夕食 |
| 17:40－18:00 | 台所の掃除、食器洗い |
| 18:00－19:00 | ニュースを観る |
| 19:00－20:00 | 自分の観たい番組をみる |
| 20:00－21:00 | お話会（物語を語る、言葉を覚えるなど） |
| 21:00―21:30 | 就寝 |



介護士の一日の業務の流れ



社会保障士と利用者の１日の流れ

入居者の部屋

トイレの奥にはシャワールームを設置

調理場

滅菌機能付きの食器乾燥機

エクササイズの様子

以上

# モンゴル現地調査記録（バトゲレルト・イレードゥイ NGO）

| | | |
|---|---|---|
| 日　時 | | 2017 年 9 月 20 日（水）14：00～16：00 |
| 場　所 | | バトゲレルト・イレードゥイ NGO |
| 参加者 | 先方 | 施設長 |
| | 当方 | インテリジェンスバリューコーポレーション㈱：浅川<br>みずほ情報総研㈱：田中文隆 |

【施設概要について】

- モンゴルで最初の民間による障害者向け施設として、2011 年に開所した。
- 同施設では、利用者の希望を最も重視している。利用者による会（連合）が組織されており（利用者のなかから5名が同組織の代表を担っている）、利用者の要望は利用者組織を通じてスタッフのもとに届き、都度解決していく仕組みとなっている。
- 同施設はウランバートル市内の保健センター、精神病センターと契約している。利用者はこれらのセンターで医師の診察を受けたり、状況によっては入院したりすることが可能。
- 平日はケアのみで他のことを行う余裕がないため、責任者と社会保障士は週末に利用者に対する精神面のアドバイス（どのように生活のしづらさを乗り越えるか）を行うことが習慣化している。
- 利用者の身体の状況によっては、保健センターと協力して症状改善のための活動も実施する。活動を通じて、利用者の状態が改善されているケースもある。
- 施設での生活は、利用者が自力で行うことを重視している。

【利用者について】

- 行政機関による介護の認定を受けた人が、紹介を通じて同施設に入所する。
- 本日時点で利用者は 38 名（男性 26 名、男性 12 名）。脳卒中、精神病（重篤者含む）、視覚障害のある人、自力で生活できない人、筋ジストロフィー、言語障害のある人など、20～75 歳までの人たちが当施設で 24 時間生活している。
- 利用者のうち1割は、食事・排泄などいずれかの生活行為において介護を必要としている。残りの9割は常時介護が必要な状態である。
- 家族は介護に疲れて障害者、高齢者を施設に送り出す。自ら家を出てしまい、ケアを任せる相手がいないというケースもある。利用者をみていると、家族を恋しく思っている様子が伝わってくる。

【スタッフの役割と育成について】

（スタッフの配置と役割）

- 指導員1名、セキュリティ技術員2名、契約の看護師1名（以前は常勤であったが、怪我により契約に変更）、調理士は調理補助含めて2名、社会保障士1名、施設責任者1名、介護スタッフ1名、介護サポート職員1名。
- スタッフは全員による交代制であり、2人体制で24時間ケアを行う。（ただし、社会保障士は小さい子どもがいるので宿泊は不可。）
- 介護スタッフや介護サポート職員だけでなく、責任者や社会保障士も含め、全員体制でケアを行っている。同施設の労働条件は他の職に比べて過酷であり、人材の確保が難しい。ステイタスは関係なく誰でも現場に入

って介護に従事する。

- スタッフには3ヶ月に1回健康診断を受けさせており、調理士が不在の場合にも他のスタッフが調理できる体制を整えている。
- 介護スタッフは衛生管理、介助全般の主担当である。サポート職員は移乗・移動、シャワーなど、介護スタッフが一人でできないことをサポートする。例えば利用者が医療機関を受診する際には、サポート職員も同行し、移乗の支援を行う。
- 介護サポート職員は無資格であり、賃金が低いこともあり、モチベーションやケアの水準といった面では介護スタッフに比べ劣っている。
- さらに、入居者のうち健康状態の良い人2名（30 代・40 代の入居者）にも手伝いに従事してもらっている。同施設と社会保険庁（労働・社会保障省管轄）の契約規定には、入居者の健康状態改善のために、日常業務の手伝いをさせるという定めがある。健康な入居者には掃除、洗濯、薪づくり、調理等の手伝いをしてもらい、賃金（25 万トゥグルグ／月）を支払って、そのお金で定期的に地方の家族や知り合いのもとに帰らせている。

（スタッフの育成）

- スタッフは、社会保険庁が県・区単位で開催している研修に毎回参加している。参加については、社会保険庁との契約で規定されている。
- 研修は3年～5年周期で開催され、期間は2週間。内容は、ケアに携わる者としての姿勢など、福祉の仕事に対する考え方を学ぶものである。参加対象は各県、各区の保健師、施設の保健師などとされている。
- 研修の内容は、高齢者も含め、障害のある人とのコミュニケーションについて。障害に対する理解を深め、本人の状態に合ったケアのあり方を重点的に学ぶ内容となっている。国家高齢者センターへの見学の機会もあった。研修に参加したことにより、福祉の仕事に対するモチベーションが向上し、利用者本人の目線でケアを行うという考え方も身につく。
- さらに、モンゴル国内の福祉関連の法制度や施策の動向について学ぶ機会や、演習や事例検討の機会もある。
- 研修には、調理士、看護師、指導員、責任者も含めスタッフ全員が参加している。全員員が参加することにより、同じ考え方を学んだスタッフがチームを組んでケアに従事することができる。また、同研修には公的機関の保健師や海外の施設関係者も参加しているため、互いの経験を共有したうえで、自分たちの日々の業務を振り返る機会にもなる。3～5年ではなくより頻繁に開催してほしい。

社会保険庁が実施する研修の受講証明書

- 社会保障士や指導員は、介護だけでなく、調理の研修や語学研修にも送り出している。調理の研修は病院向けの食事を作るためのものであり、調理士不在時に誰でも代わりになれるようにという狙いから、今年は社会保障士を参加させた。
- 上記の研修のほか、スイスの介護関連大学の学長を毎年同施設に招き、介護サポート職員を対象として褥瘡への対処法に関するトレーニングを行っている。
- トレーニングでは、学長自らがケアの見本をみせたうえで、実践を通じて指導してくれる。以前の同施設での褥瘡ケアは薬をつけるのみであったが、学長の指導は精製水と石鹸で患部を洗い、保護するというものであった。
- 学長の話によると、スイスでは要介護者5人に対して介護士1名で介護を行っているがモンゴルではまだそのような体制は実現できていない。また、介護士は大学で専門教育を受けて現場で働いているが、モンゴルでは

専門外の人が働いているという状況である。

- アメリカのボランティアグループによるトレーニングも実施したが、彼らも褥瘡ケアを行う際にはまずは綺麗にしてクリームを塗るのが大事と仰っていた。
- 上記のような実践を学んだことにより、以前は褥瘡ケアを怖がっていたスタッフも自分でできるようになり、対象者の状態も大きく改善されるようになった。
- 同様に、トレーニングを通じて寝たきりの人の移乗や、言語障害のある人に対する指導の方法等も学び、施設利用者の状態の改善に寄与している。例えば、利用者の1人である高齢者は、施設入所時に凍傷で病院に連れて行ったところ、指を切断しないといけないと言われた。足が腫れあがっていたため1週間は様子をみるということで施設に戻り、その間スイスの指導に倣って対処をしたところ、状態が大きく改善されて切断せずに済み、今では完全に治っている。
- 職場内の取り組みとして、職員会議を月2回開催し、全員が参加している。会議は職員同士による情報共有の場として重要視しており、事業計画・業務計画やケアの体制等に関わる改善事項、イベント開催、祝日の過ごし方等について協議する。また、施設の規則を破った入居者に対する対応についても話し合うほか、ケアの質向上のための教育を会議の場で行ったり、利用者に対する適切な介護用品の選定がなされているかといった評価を行ったりすることもある。会議を通じて評価し、専門医に相談するという流れである。

**【施設ケアにおける課題について】**

- モンゴルの法制度では、高齢者が受け取る年金のうちの 70%を施設利用料として施設が徴収し、30%を本人に渡すことになっているが、70%の年金は本人の医療費も賄えない状況だ。国から施設に対する助成金も出ているが、それは事業予算全体の3割にも満たない。
- 介護スタッフは、同施設の規模では5－6名が基準とされているが、実情は人材確保が困難である。原因は賃金が低いことにある。同施設はNGOによる運営のため、国から助成金をもらっているが十分ではない。
- 賃金は、介護スタッフが 300～350 万トゥグルグ／月、介護サポート職員は 25 万トゥグルグ／月。他職種と比べて低く、生活のためというよりは善意のためでないと働けない。他の職員も同様の状況であり、例えば、社会保障士は勤続5年であるが、給与は 400 万トゥグルグ／月。

**【その他】**

（今後の施設運営の方針について）

- 同施設は重度障害を受入れる国内唯一の施設である。最近、国家高齢者センター3Fに重度の人を受入れるフロアが開設されているが、実状は重度の人は皆同施設へ送られており、体制の整備が追い付いていない。同施設の職員は善意を持ったモチベーションの高い人ばかりであり、介護スタッフのみならず、社会保障士、指導員、調理士、技術員など、皆が若いうちに日本で学び、質の高い知識・技術を身に付けてほしい。
- 将来的には精神病や高齢者向けの病院を併設した、より大きな施設を開きたい。そして、自力で生活が可能な人は日中に施設内で簡単な仕事に従事し、夜は食事をとって寝るという体制をつくりたい。

【スタッフと利用者の一日の生活について】

| 時間 | 業務 |
|---|---|
| 7:00 | 起床　⇒手足を動かす体操 |
| 7:00～7:30 | 洗顔、ベッドを整える<br>介護士による指導のものと、できるだけ自力で行うようにしている。 |
| 7:30～8:00 | 朝食:パン、バター／ジャム、レバーのパテ<br>⇒口腔ケア(塩水でのうがい) |
| 8:00～11:00 | レクリエーション:利用者同士の交流、テレビ、ラジオ、読書<br>社会保障士の指導のもとで行う。 |
| 11:00～12:00 | ティータイム:果物のジュース、お茶、乳製品(冬季)など |
| 11:30～13:30 | フリータイム<br>社会保障士の指導のもと、ゲーム、会話を楽しむ。 |
| 13:30～14:00 | 昼食:スープ、シェアする料理 |
| 14:00～17:00 | 手を動かし、脳を刺激する作業に従事<br>手作り・趣味のものを作る、ゲームをするなど。 |
| 16:00 | 軽食:ヨーグルト、ミルク |
| 17:30 | 身の廻りの整理整頓、掃除<br>できるだけ自力で行うよう指導する。 |
| 19:00 | 夕食:スープがメイン<br>⇒口腔ケア(塩水でのうがい) |
| 19:00～21:00 | フリータイム |
| 20:30～22:00 | 自主的なリハビリ<br>介護スタッフとセキュリティ技術員が指導する。 |

利用者組織の代表（５名）の部屋

洗面所の様子

調理場の様子

滅菌機能付きの食器乾燥機を利用している

食堂のテーブルとイス

リハビリに使用する手遊びの道具

以上

# ミャンマー現地調査記録（See Zar Yeik）

| 日　時 | | 2017 年 10 月 9 日（月）09：00～11：00 |
|---|---|---|
| 場　所 | | シーザーイェック（See Zar Yeik） |
| 参加者 | 先方 | Ms. Khin Ma Ma - 副会長 |
| | 当方 | みずほ情報総研㈱：福田、飯村 |

【施設概要について】

- 介助が必要な高齢者や医療的ニーズの高い高齢者を受け入れる施設。
- シーザーイェックとは「twilight villa」という意味。
- 病気の高齢者を受入れる施設が存在しないことに問題意識を持った FFSS[552]の事務総長である Than Myint Aung が、2010 年に設立した。同施設が開所に至るまでの経緯は、以下の通り。

  - 2008 年、国内のある貧困地域で、63 歳の女性が亡くなった。彼女は、目が見えず歩くこともできない 87 歳の母親と二人暮らしであり、残された母親は身寄りがなくなってしまった。
  - 同施設の設立者は、FFSS の秘書として亡くなった娘を引き取るため、この地域のもとを訪れた。すると、近隣の人から「母親も一緒に連れて行ってほしい」と言われ、高齢者施設に電話し確認したところ、当時の施設は自力で生活できる高齢者しか受入れていないことを知った。彼女は身寄りのない方、介助が必要な人向けの高齢者施設が必要だと実感し、設立に向けた活動を開始した。
  - その後、活動の一環として、女性向けの雑誌において、病気の高齢者を受入れる施設の必要性を説くコラムを掲載したところ、全国から寄付が集まるようになった。
  - 2010 年4月2日、一階建て、12 名定員の施設として開所。開所時の入居者は8名（男性1人、女性7名）、ナースエイドは 20 名。

- 運営費用は主に寄付金で賄われている。社会福祉省から食事代として支払われる 26 万円／年の補助を除いては、人件費（スタッフ 90 名以上）を含め、全て寄付で賄っている。
- 同施設入居者は病気を患っていることもあり、食事の量は多くないため、食費は十分に賄えているが、薬やスタッフの給与に充てる費用は不足している。

【利用者について】

- 現在の利用者は 123 名。そのうち、男性は 34 名である。
- 自力で歩ける利用者は 10 名程度であり、残りは車椅子を利用したり寝たきりの高齢者である。
- 利用者のうち 14 名は認知症を発症している。この 14 名に対しては認知症の専門医が1ヶ月に2回ボランティアとして同施設を訪れ、様子を観察している。

【利用条件について】

- 利用者の要件は、以下の通りとしているが、状況に応じて柔軟に対応している。例えば②に診断書等は必要としないほか、子どもが病気の親の面倒をみることができない場合には入居を認めている。

552 Free Funeral ：経済的困窮等や家族がいないことにより火葬できない遺体を引き取り、無料で火葬するボランティア団体。

① 70 歳以上
② 病気などを患い、自力で生活ができない人
③ 身寄りのない人。

- 開所当時は本人の申し込みによる入居を想定していたが、病院からの依頼で受け入れたり（入院費が賄えない等の理由で、入院後に家族が失踪し、引取先がなくなるケースが多い）、路上で倒れている人へ施設側からアプローチしたり、ゴミ捨て場に捨てられた高齢者を受入れたりもしている。
- 現在、自ら申し込んで入居した人が 107 名。申し込み後にスタッフが訪問し、身体の状態や生活能力をアセスメントしてから入居の優先順位を決定する。
- ミャンマー全国から入居希望者が集まる。病気の高齢者を受入れる施設は現在同施設を含め国内に2箇所しか存在しない。もう一つの施設は、国内企業が日系企業と協力して設立したもので、2016 年にネピドーで開所した 20～30 人を受入れる施設である。

**【スタッフの役割と育成について】**

（スタッフの役割について）

- 同施設のスタッフ構成は以下の通り。

| 職種 | 人数 | 概要 |
|---|---|---|
| ナースエイド | 53 名 | 施設で寝泊まりしながら8時間、3交代制で勤務。<br>注射、たんの吸引などの医療行為のほか、ICUの末期がん患者に対する緩和ケアなど、通常の病院であれば医師・看護師の行う業務も含めて、入居者のケア全般に対応。<br>ICU の掃除も担当。<br>なお、ナースエイドのうち、6名は男性であり、男性入居者を担当している。 |
| Health Assistant[553] | 2名 | 医療行為の提供及び ICU 患者の対応。 |
| 清掃担当 | ― | ICU 以外の施設の清掃を担当。 |

- 同施設の入居者は医療的ケアが必要であることから、施設内に病院を開設予定である。また、100 人以上が入所待ちのため、入居スペースを拡張することも検討している。

（ナースエイドの採用について）

- 同施設の賃金水準は低く、都市部の人材を雇ってもすぐに他の施設に移ってしまう可能性が高い。そのため、ナースエイドの採用は、有資格者を雇うのではなく、知り合いの紹介を活用しながら、地方に住む少数民族のなかから、高卒者で適正があると思われる者をまず雇う。そして、採用後に、ヤンゴンの養成学校で半年間を受講させてから、施設で働いてもらう。
- 通学にかかる学費は施設が負担する。また、通学中の生活は同施設が住居も含めて施設が保障する。

（ナースエイドの育成について）

- 受講修了後間もない時期は、実務には慣れていない。そのため、受講修了後半年間は、他の病院から

[553]医者がいない地域で医療行為を行う者。先方は「physician」と表現しているが、医師免許の有無や関連する国家資格の有無は不明。

「Sister」「Staff Nurse」[554]の看護師を2名雇い、当該看護師がOJTを実施している。

- ケアの心構えについては、「同施設での暮らしが高齢者にとっての生活であり、周りの人が家族と思えるように」ということを説明してから働かせるようにしている。

【施設ケアにおける課題について】

- 同施設は、生活と医療の両者の機能を有している。現状のナースエイドについて、技術面でこれ以上望むものはないが、精神面では、もっと家族のような気持ちをもった、温かいケアの提供ができるようになることを望んでいる。

【その他】

- 現在、ミャンマーでは 11 人に1人が高齢者といわれている。以前は、子ども・若年者の数も多かったが、近年、彼らが海外に働きに出て、年配者が残るという状況が生まれた。また、女性の社会進出等により出生率も低下した。2020～2025 年ごろには高齢化の課題がより深刻化しているだろう。このような問題意識のもと、社会福祉省の下に、民間の社会福祉関連団体・NGO団体も含めてエイジングネットワークが組織化された。
- 高齢者の社会保障施策としては、90 歳以上の全国の高齢者向けに約1万円／月が年金として支払われている（支払いは3ヶ月に1回）。
- 2016 年 12 月 31 日には、高齢者に関する法律が制定された。現在は、同法にもとづいてナショナルエイジングコミッティーが作られ、具体的な施策の方針に関するドラフトが作成されている。今後はさらに、方針にもとづいて具体的なアクションプランが策定されることになる。2018 年頃にはアクションプランが公表されることを期待している。

554 ミャンマーの看護師は、職位の高い順から「Matron」「Sister」「Staff Nurse」「Trainer Nurse」の４つに分かれている。

【スタッフと利用者の一日の生活について】

ICU 担当の Health Assisutant。勤務時間は8時～20 時。夜中の呼び出しにも対応。

| 時間 | 業務 |
|---|---|
| 5:00 | おむつ交換 |
| 6:30 | 朝食 |
| 7:00 | 昼食以降について、誰が何を食べるのかをリストにまとめ、厨房に渡す。 |
| 8:00～9:00 | フロアの掃除 |
| 9:00～10:00 | 褥瘡など傷の手当や体位交換 |
| 10:00～11:00 | 医師の回診。前日に記入したカルテ（入居者の様子）を医師に伝える。<br>回診後は、処方する薬をメモし、処方手続きを行う。 |
| 11:00～12:00 | 昼食：流動食などが中心。複数人を担当し、介助する。 |
| 12:00～14:00 | 体位交換や洗濯物、医療器具の消毒等、様子を見ながら随時対応する。 |
| 14:00～15:00 | ティータイム：お茶や簡単なお菓子など。入居者の状況に応じて与える。 |
| 15:00～16:00 | おむつ交換 |
| 16:00～17:00 | フロアの掃除 |
| 17:00～18:00 | バイタルをチェックし、カルテに記載する。また、投薬も行う。 |
| 19:00～20:00 | 医師の回診。カルテへの追記。 |
| 20:00 | 引き継ぎ用の書類を作成する |
| 21:00 | おむつ交換 |

医師が回診している様子

重症患者はリクライニング機能付きベッドを使用

寄付者リスト。毎日寄付者が訪れる。

開設者の等身大パネル

以上

# ミャンマー現地調査記録（Day Care Center for the Aged）

| 日　時 | | 2017 年 10 月 9 日（月）13:00-15:00 |
|---|---|---|
| 場　所 | | Day Care Center for the Aged |
| 参加者 | 先方 | Ms.Wai Wai Phyo Hlaing - 副所長 |
| | 当方 | みずほ情報総研㈱：福田、飯村 |

【施設概要について】

- 社会福祉省管轄の国営高齢者向けデイケアセンター。デイケアセンターはミャンマーで唯一である。
- 「高齢者の生活を守る」という理念のもとで社会福祉省が 2013 年 11 月 20 日に開所した。開所にあたっては、社会福祉省が市役所等でデイケアセンターに関する情報を開示し、利用を促した。開所直後の利用登録者は 30 名程度であったが、その後増加の一途と辿っている。
- 開所日は月曜日から金曜日の 9 時半～16 時半であるが、利用者の多くは朝7時半には来所し、15 時半頃には帰宅している。
- 利用者は同施設で昼食やおやつを食べることができる。食事代を含め、利用料は全て無料である。

【利用者について】

- 利用対象は、70 歳以上で自力歩行が可能な高齢者である。これまで利用者は自力か家族による送迎で来所していたが（一部バス送迎あり）、昨年からバスによる送迎サービスを拡大した。そのため、家族による送迎が難しい高齢者や遠方の高齢者の登録が増え、登録者は 2016 年の 112 名から 290 名まで増加した。なお、1 日の施設利用者は 70～80 名程度である。

【スタッフの役割について】

- 同施設のスタッフ構成は以下の通り。
- なお、同施設は国営施設であることから当該スタッフは全員公務員という扱いであり、配置転換によって保育所等の他の施設に異動することもある。

| 職種 | 人数 | 概要 |
|---|---|---|
| 医師 | 2名 | 利用者の体調の管理を行う。必要に応じて医療行為を行い、近隣の病院に搬送することもある。<br>また、同施設で実施しているケアギバー育成トレーニングの管理（受講者の募集や科目の検討等）も行っている。 |
| ケアギバー | 6名 | 利用者の食事の介助や利用者のアクティビティ[555]の見守りを行う。<br>なお、同センターで実施している「ケアギバートレーニング」を修了している。 |
| その他事務 | 13名 | 事務作業や調理、施設内の清掃を担当する。<br>また、ケアギバーの育成（詳細は後述。）を企画運営するのも当該スタッフである。 |

[555] 同センターでは、高齢者は読書やインターネット、カラオケ、チェス等をして時間を過ごす。また、１週間に２回は利用者が一同に会して歌や踊り等の活動を行っている。

【ケアギバートレーニング】

（概要）

- 同施設では、2015 年9月より、ケアギバーのトレーニングを開始した。
- このトレーニングは、1回あたり2ヶ月、同施設の敷地内のトレーニングセンターで実施している。
- タイの NGO「HelpAge International[556]」が策定した高齢者ケアを担う人材育成のためのカリキュラムは3ヶ月であったが、それを参考にしつつ、同施設では2ヶ月のプログラムを作成した。
- 具体的な科目は「HelpAge International」のプログラムを参考にしつつも、チェンマイ大学教授のケイティ・チョー氏とともに整備した。科目の一例は以下の通り。
  - ✧ 心理学
  - ✧ 西洋医学
  - ✧ ヨガ・太極拳（褥瘡予防）
  - ✧ 漢方
  - ✧ 高齢者とのコミュニケーションの取り方
  - ✧ 高齢者のメンタルケア
  - ✧ 高齢者ケアの方法（体位交換やおむつの交換等）
- 上記プログラムの講師は、医師や看護師、ヤンゴン大学教授（心理学や東洋医学の専門家等）の他に、フリーランスの専門コンサルタントやミャンマー赤十字社のスタッフ、関連省庁のスタッフが務めている。
- 2ヶ月のトレーニングのうち、72時間は実際に高齢者と触れ合う実習形式を採っている。高齢者とのコミュニケーションを学ぶ際には、同施設にて実習を行うことが多い。おむつの交換の実習は、医療的ケアが必要な高齢者を対象とした老人ホーム「See Zar Yeik」にて実習を行っている。
- これまでに4回トレーニングを実施した。受講者は1回あたり 20～30 名程度である。現在は5回目のトレーニングを実施しているが、参加者は16名である。

（受講料について）

- 受講料は1人あたり 50,000 チャット（約 5,000 円）である。受講料としては非常に安価であり、同施設に利益はほとんど生じていない。
- 農村部等から受講する者に対しては、有料で宿泊先を紹介しているため、ミャンマー全土から受講者が集まる[557]。

（受講者について）

- 受講者は第1回が 29 名（大半が同センターで働く公務員）、第2回が 19 名（デイケアセンターのスタッフが2名、多くは他の老人ホームのボランティア）、第3回が 39 名（公務員数名、ヤンゴン内の他区から就労を目的として来た者、他の老人ホームのボランティア等）、第4回が 28 名であった。現在第5回目を実施しており、16 人が受講している。
- 本トレーニングは、老人ホームのナースエイドが派遣され受講する場合と、地域のコミュニティや老人ホームでボランティアに携わる人が、自己研鑽のために受講する場合がある。彼らの学力レベルは、中学校を卒業してすぐの者から大卒者まで様々である。また、高齢者ケアに関する基礎知識、ナースエイドの資格の有無にも大

556 世界の貧困高齢者の QOL 向上を目指して活動しているタイの NGO。

557 ただし、現在実施している５回目のトレーニングでは、宿泊先の紹介が難しかったため、ヤンゴン市在住者のみを対象とした。受講人数がこれまでより少なくなっているのは、対象者を狭めたためである。

きなばらつきが見られる。

（トレーニングを実施する上での工夫）

- 上述の通り、受講者の属性にはばらつきがみられるため、たとえば、受講者に中卒者がいた場合、様子をみながらゆっくり講義を行うなど、配慮している。また、トレーニング最終日には理解度を確認する最終テストを実施するが、一定水準に達しなかった受講者には追試を行う仕組みとしている（ただし、これまで追試となった受講者はいない）。一方で、成績優秀者には修了時にプレゼントを渡している。
- また、高齢者ケアに真に必要な内容を教えることができるように、トレーニングの各回終了後には、講師と同施設の医師で、追加する／削除する科目を検討している。たとえば、「漢方薬に関する科目」は、この検討を経て追加したが、「洪水や災害時の対策」は削除した。

（トレーニング修了後の進路）

- 老人ホームから派遣された受講者は、トレーニング修了後に勤務先の老人ホームに戻る。
- 受講者の中には、地域のコミュニティや老人ホームでボランティアとして高齢者ケアに当たっていた人もいる。同センターでは、そのようなボランティアが、職業を得ることができるよう、在宅ケアを必要としている高齢者やケアギバーとして勤務が可能な老人ホームを紹介することもある。

**【ケアギバー育成に関する課題】**

- 高齢者に対して医療行為の補助を行うことがナースエイドの業務の大きな目的であるが、ケアギバーの業務の目的は、高齢者のメンタル面に配慮してコミュニケーションを取り、高齢者の日常生活を支援することにある。
- たとえ教育水準が低い者であってもしっかりとトレーニングを受講すれば、ケアギバーとして必要なスキルや知識を習得出来る。したがって、ケアギバーのニーズが高まることで、そのような者が安定した職業に就け、活躍できるようになると同施設では考えている。
- しかしながらケアギバーの育成は始まったばかりであり、国内でも認知度はまだ低い。そのため、同施設は政府に対してケアギバーの認知度向上に向けた取組を行うよう、促しているところである。

**【その他】**

- 高齢者は家族や親戚等が中心となって世話をするという考え方が主流だったが、高齢者の増加や核家族化の進行により、家族中心の介護が成り立たなくなっていきている。
- その一方で、子どもがいるのに高齢者がデイケアを利用することに対して「かわいそう」という意見も未だにある。

【スタッフ（ケアギバー）と利用者の一日の生活について】

- 勤務時間は9時 30 分～16 時 30 分。

| 時間 | 業務 | 利用者の1日 |
|---|---|---|
| 8:00 | 【シフト制】来所した高齢者の身分証明書と同施設の ID のカードを交換する | |
| 9:30 | 出勤。<br>事務作業の後、朝食（牛乳とお菓子）の配膳。基本的には高齢者が自力で食べる。 | 来所（ただし、ほとんどの高齢者は9時 30 分以前に来所する）、朝食。 |
| 10:00 | 血圧検査を行い、必要であれば、医師による投薬を補助。<br>【木曜日のみ】ボランティアとともに利用者の体を拭く。 | 自由時間<br>（瞑想、読書、インターネット、チェス、カラオケ等） |
| 11:00 | 事務作業、高齢者の活動の見回り。 | |
| 11:30～12:00 | 昼食の配膳 | 昼食 |
| 12:00～13:00 | 昼休み | 自由時間 |
| 14:00 | 昼寝や高齢者の活動の見回り。 | |
| 15:00 | グループ活動※の補助、ティータイムの補助 | グループ活動、ティータイム |
| 15:30 | 利用者のお見送りフロアの掃除 | 帰宅 |
| 15:30～16:30 | 忘れ物確認、施設片付けの後、退勤 | |

※同施設では週に3回、利用者全員が集まって歌を歌ったり体操を行っている。

以上

# ミャンマー現地調査記録（ヤンゴン社会福祉局）

| 日　時 | | 2017 年 10 月 9 日（月）15：30－17：00 |
|---|---|---|
| 場　所 | | ヤンゴン社会福祉局<br>（Ministry of Social Welfare, Relief and Resettlement, YANGON） |
| 参加者 | 先方 | Mr. Myo Sat Aung - ヤンゴン社会福祉局長 |
| | 当方 | みずほ情報総研㈱：福田、飯村 |

**【ヤンゴン社会福祉局について】**

- ネピドーにある社会福祉省社会福祉局の下部組織であり、ヤンゴン管区における社会福祉事業を管轄している。
- 職員数は33名。
- 主な業務は以下の通り。
  ①ヤンゴン管区の高齢者に対する年金・一時金等の支払い
  ②ヤンゴン市内にある高齢者施設の支援
  ③高齢者による自助グループ（Older People Self Help Groups）の認可、支援

**①ヤンゴン管区の高齢者に対する年金・一時金等の支払い**

- ✓ 年金として、90 歳以上の高齢者に対して月１万チャット支払っている。
- ✓ ヤンゴン管区において対象となる高齢者の数は、2017 年6月時点で 4,419 名であったが、9月には 5,424 名に増加した。
- ✓ その他、一時金として、2017 年 10 月1日の老人の日には、97歳以上の高齢者に対して3万チャットを支給した。

**②ヤンゴン市内にある高齢者施設の支援**

- ✓ ヤンゴン管区内には 12 の高齢者施設があり、それらの施設の定期的な視察も実施している。
- ✓ ヤンゴン管区内には4つの地区があり、それぞれに高齢者や子ども等の福祉全般を担当するケースマネージャーが配置されている。各地区のケースマネージャーとともに、1ヵ月に1回程度、同局の職員3名程度が視察を行う。
- ✓ 視察したうえで、必要に応じて医師をボランティアで派遣したり、子どもとの交流の機会を設定したりしている。
- ✓ ヤンゴン市内の高齢者施設に対して、年に1回資金援助を行っている。1施設当たりの年間の補助金額は以下（ⅰ）～（ⅲ）の通り。施設によって3段階でランク付け[558]を行い、最高ランクの施設には（ⅰ）～（ⅲ）全てを、2番目のランクには（ⅰ）（ⅱ）、1番下のランクには（ⅰ）のみを支給している。
  （ⅰ）米代 54,000 チャット（約 5,400 円）／入居者1人当たり
  （ⅱ）食事代 73,000 チャット（約 7,300 円）と洋服代 20,000 チャット（約 2,000 円）／入居者1人当たり
  （ⅲ）責任者の給料 360,000 チャット（約 36,000 円）
- ✓ また、ミャンマーでは、寄付文化が根付いており、同局に対して、高齢者施設に対する寄付が送られるこ

[558] 誰がどのような基準でランク付けを行っているのかは不明。

とがある。そのような場合に、どの施設に寄付金を渡すのかを調整することも同局の役割である。

③高齢者による自助グループ（Older People Self Help Groups）の認可、支援

- ✓ ミャンマーには高齢者による自助グループ（Older People Self Help Groups、以降 OPSHG と表記。）がある。同グループでは、自宅で生活する元気な高齢者が近隣の高齢者宅を訪問し、高齢者同士でコミュニケーションを取ることを通じて、高齢者の孤立を防いでいる。同局では、それらグループの認可を行っている。
- ✓ 現在ヤンゴン管区内において、認可を受けていないインフォーマル OPSHG が 15 ある。認可外のグループと同局とは、正式なかたちでのつながりはないが、要望や必要がある場合には、デイケアセンターの public relation corner で、シャワー、爪切り、洗髪の支援を無償で行っている。

【OPSHG の担い手について】

- OPSHG に参加しているのは、その地区に在住の「元気な高齢者」であり、活動は全てボランティアである。ボランティアはコミュニティリーダー（村長や村長が任命した者）が指名したり、管理している。
- 4つの地区に配置しているケースマネージャーが、OPSHG で高齢者ケアを行っている者を訪問し、高齢者に対する接し方等を伝えることがある。
- しかしながら、当該ボランティアに対する研修プログラムは整備していない。

【今後の高齢者ケアに対するニーズについて】

- ミャンマーの高齢者は、親戚、家族とともに、自分が生まれた地域で人生を全うしたいと考える傾向が強い。子どもが都市部で生活している場合にも、田舎の静かな場所で離れて暮らすことを選ぶ親も多い。
- そのため、特に農村部では、OPSHG を中心としたコミュニティシステムで高齢者を支えるシステムが発展する可能性がある。

以上

# ミャンマー現地調査記録（社会福祉・救済復興省）

| | | |
|---|---|---|
| 日　時 | | 2017 年 10 月 10 日（火）13：30－14：30 |
| 場　所 | | 社会福祉・救済復興省<br>（Ministry of Social Welfare , Relief and Resettlement） |
| 参加者 | 先方 | Dr. San San Aye - Director General |
| | 当方 | みずほ情報総研㈱：福田、飯村 |

【National Social Protection Strategic Plan について】

- 2014 年に策定した、National Social Protection Strategic Plan では、社会福祉の向上に向けて2方面のアプローチを掲げている。①ライフサイクルに対応したアプローチ、②すべての国民に対応したアプローチである。
- 同計画には、8つのフラッグシッププログラムが盛り込まれており、うち高齢者向けには「年金」「Older People Self Help Groups（以降、OPSHG と表記。）」の2つのプログラムを実施している。
- 「年金」について、2015-2016 年には、90 歳以上の高齢者に対して一時金として支払いを行った。2017 年以降は月々の継続的な支払いを開始予定である。
- 「OPSHG」は、現状 130 の村で取組が行われている。ミャンマー国内には 65,000 の村があり、今後も拡大ささせていきたいと考えている（OPSHG については後述。）。

【ケアギバーの養成について】

- 上述の通り、National Social Protection Strategic Plan には OPSHG がフラッグシッププログラムとして掲げられている。その一方で、ケアを必要とする人向けのサービス整備が不要という訳ではない。だからこそ、同省の主導により、デイケアセンターでケアギバートレーニングを行っている。元気な高齢者が OPSHG で活躍する一方で、今後の高齢化に向けてケアギバーの養成も重要であると考えている。
- 同国のケアギバー養成体系は2種類あり、1つは6ヵ月～3歳の子ども向けのケアギバー養成、もう1つが高齢者向けのケアギバー養成である。

（高齢者向けのケアギバー養成プログラムについて）

- 高齢者向けケアギバー養成プログラムは 1.5 カ月であり、1ヵ月は理論などに関する講義、残りの半月は同省が運営するデイケアセンターでの実習で構成されている。若年雇用者を確保するために、あえて短く設定し、現場で必要なスキルは OJT を通して習得することを期待している。
- カリキュラムの策定は、社会福祉・救済復興省を中心に SIF（Singapore International Foundation, 2004 年以降社会福祉・救済復興省と協力して子どもに対するケアの水準向上に向けて取り組んできた NPO 法人）や保健省を含む関連団体・機関でチームを組織して行った。
- 科目には、心理学、基本的な看護学の知識、身体療法、東洋医学（漢方）等が含まれているが詳細は不明。

【Older People Self Help Group （OPSHG）について】

- OPSHG は農村地域を中心とした取組で、参加者は全てボランティア。
- OPSHG の推進は、タイの NPO 法人である、HelpAge International（以降、HA と表記。）との協働により行われている。HA から、OPSHG を整備するために1つの村につき 5,000 ドルが補助されている。うち 3,000 ドルは、OPSHG の管理・マネジメントスタッフ向けに、社会福祉省及び HA のスタッフが教育を行うために活用される。1,000ドルは、マイクロクレジットローンなど会計に充てられる。残りの 1,000ドルは社会的活動に充てられるが、用途は高齢者向けの活動が中心となっており、医療サービス等に利用される。
- OPSHG のボランティアは、コミュニティリーダー（村長や村長が任命した者）を中心に地域のボランティアを集めて組織している。ボランティアに対する教育は実施していない。

【在宅ケアの拡大について】

- ミャンマーは日本に比べると貧しい国であり、日本のように高齢者施設の整備を行えるだけの経済的な余裕はない。ヤンゴンの Day Care Center for the Aged は、病院と連携しており、必要に応じて利用者を病院に移送し入院させている。このように、施設に入居することを前提とせずとも、高齢者を支える仕組みが国内で整うと良いと考える。
- その一方で、ミャンマーでは家族との暮らしが伝統的であり、デイケアセンターが増えたとしてもそこに行かない選択をする人も多い。これを踏まえると、高齢者がこれまでしてきた暮らしを続けるという観点で、今後在宅ケアのニーズは増えるかもしれない。

【技能実習制度を活用した技術移転について】

- ミャンマーではまだ若年者の数が多いため、高齢者の問題よりも若者の雇用の確保に対する課題意識の方が強い。しかし、2020-2025 年頃にはアジア各国と同様に高齢化が進むことが予測される。その時に向け、高齢者ケアの体制や高齢者向けの施策を計画し、整備しなければならない。
- 日本の介護技術は明確かつ有能であり、介護サービスの仕組みにも個人的には賛同できる。しかし、それらをミャンマーでどう複製していくかという点については、慎重に検討する必要がある。
- ミャンマーからどのような人材を送り出すかについては、制度の概要をより詳しく理解した後に検討したい。来日後、現場で働くまでの生活保障についても考えないといけない。
- 学位や資格の付与なら良いが、技能実習制度は研修のみである。それをミャンマーとしてどのように活用していくかという点については、検討が必要と考える。
- 今、国内には Home for the Aged が 82 しかない。そこには既にケアギバーがいるため、技能実習生の帰国後の活躍の場を確保しなければいけない。
- OPSHG の拡大は、利益の増加だけを狙ったものではない。若年者の雇用の拡大やボランティアの場を広げるためのものだ。現状、3割の高齢者がケアサービスを活用する一方で、残りの高齢者は地域で世話している。我々は、OPSHG にもプロのケアギバーがいればよいと考えている。OPSHG がもっと拡大すれば、そこが技能実習生の受入れの場となる可能性は考えられる。

以上

## ミャンマー現地調査記録（保健・スポーツ省健康人材育成部）

| | | |
|---|---|---|
| 日　時 | | 2017 年 10 月 10 日（火）15:00-16:00 |
| 場　所 | | 保健・スポーツ省 |
| 参加者 | 先方 | Dr.Tin Tin Lay - Director General<br>他５名 |
| | 当方 | みずほ情報総研㈱：福田、飯村 |

**【所管】**

- ミャンマーでは、「National Qualification Framework」を整備し、職業に必要な学位や資格を Lv1～Lv9 に振り分けている。同省では、それらのうち、「医師」「薬剤師」「看護師」「助産師」（いずれも Lv5 以上に相当）の人材育成を所管している。なお、看護師と助産師については、大学や専門学校等に diploma course を整備している。

**【ナースエイドの育成について】**

- ナースエイドは、国公立・民間病院で看護師の業務を補助する「看護助手」としての職業である。ナースエイドの合計数は把握していないが、毎年 2,000～3,000 人のペースで新規のナースエイドが誕生している。ナースエイドには医師や看護師のような国家資格は存在せず、民間病院等が独自に整備している研修（半年程度）を受講すると資格が付与されている。なお、ナースエイドの育成に関する共通のカリキュラムはなく、ナースエイドの資格も、各病院等が独自に設定しているものである。そのため、ナースエイドのレベルには大きなばらつきがあることが問題となっている。
- そこで、同省の Department of Medical Service が中心となり、国立総合病院と州立病院で、ナースエイドを対象に9ヶ月間の研修を実施した。この研修には全国から約 2,800 名が参加し、そのうち約 1,000 人が国公立病院に就職した。
- ナースエイドの職業上の地位は高くなく、賃金は看護師よりも低い。そのため、ナースエイドになってもすぐに離職してしまうケースも多い。また、同じナースエイドの仕事であっても、海外の方がミャンマーよりも賃金水準が良いため、人材が海外に流出する恐れがある。

**【ケアギバーの育成カリキュラムについて】**

（育成カリキュラムの策定）

- ケアギバーは、主に公立病院にて、高齢者ケアに携わることを期待して作られる新たな資格である。
- 現在、社会福祉省を中心として、ケアギバーの育成カリキュラム[559]の策定に乗り出した。労働省や同省も必要に応じて、カリキュラム策定に関わった。研修内容はミャンマーの看護師教育の内容を参考としている（詳細は後述）。将来的には、「technical advocational training course」に統合することを計画している[560]。
- また、同省では、医科大学や看護大学の講師を、ケアギバー育成研修の講師として派遣している。
- 従来の育成過程では、高卒資格がなくても、同研修を受講することが可能であったが、今後は高卒資格を必須とすることも検討している。

（育成カリキュラムの内容）

559 デイケアセンターで実施しているケアギバーとは別の資格である。
560 資格統合にあたって日本の介護事業者の支援を受けている。

- ミャンマーの看護師は大学で3年間の専門教育を受けることが必須とされている。この専門教育の科目（コース）には「Elderly Care Course」「Mental Health Nursing Course」が含まれている。ケアギバーの研修で学ぶ内容はこれらのコースの内容とほぼ同じである。このカリキュラムの策定にあたっては、WHO 等も参考にしているというが、詳細は不明とのことだった。
- 「Elderly Care Course」では、高齢者ケアに必要な技術（清拭の方法、おむつ交換の方法、体位交換の方法等）を学ぶだけではなく、高齢者が気持ちよく過ごせるにはどのような介助方法が望ましいか、という考え方を伝えている。また、リハビリテーションについても教えている。
- 「Mental Health Nursing Course」には、認知症の高齢者に対するケアの方法の紹介が含まれている。
- ケアギバーを育成する際には、ただ高齢者を介助するのではなく、「高齢者の過ごしやすさを念頭に置く」ことの重要性を伝えるようにしている。この考え方は、日本の介護と大きな違いがないのではと考えている。

**【技能実習生の候補者[561]について】**

- 現在ミャンマーでは、ナースエイドの研修に約 3,000 人が参加している。しかしながら、その勤務先である病院には人材の空きがなく、3,000 人全員が研修終了後すぐに就職することができない。そのため、ナースエイドの研修を受講した者の一部が技能実習生として日本で介護のスキルを習得して帰国すれば、老人ホームや病院等で勤務することができるかもしれない。
- ケアギバーも技能実習生の候補者として考えられるだろう。

以上

[561] 技能実習制度については認知度が低く、ヒアリングに対応頂いた６人全員が同制度を知らなかった。そのため、以下は、制度の概要を弊社より説明し、「担当者個人の意見」として伺ったものである。

## ベトナム現地調査記録（保健省人口・家族計画化総局）

| | | |
|---|---|---|
| 日　時 | | 2017 年 10 月 12 日（木）09：00～11：00 |
| 場　所 | | 保健省人口・家族計画化総局 |
| 参加者 | 先方 | Lê Cảnh Nhạc - 副総局長<br>Nguyễn Xuân Trường - 機構・人口室部長<br>Nguyễn Minh Hồng - データ・情報研究センター副社長<br>Bùi Kim Anh - 機構・人口室部門<br>Công Thu Hà - 国際対応部門 |
| | 当方 | みずほ情報総研㈱：福田、飯村 |

**【高齢者ケアの担い手について】**

- 「若い時は両親に頼って、年をとったら子どもに頼る」ということわざもある通り、ベトナムでは家族が高齢者の介護を担うことが基本とされている。
- 農村部の高齢者は家族と暮らすことが一般的だが、都市部は変わりつつある。今後、身寄りがなく施設への入居を希望する高齢者の数は増えるだろう。

**【高齢化対策について】**

- 同国ではまだ社会福祉制度の整備が十分には進んでいない。一方で、高齢化のスピードは非常に速く、高齢者ケアサービスの整備等の対応に苦慮している。
- 高齢化への対応に向け、同局では以下のことを目標として取り組んでいる。
  ①コミュニティの中で高齢者の健康を管理すること
  ②高齢化に対応できる社会をつくること
  ③高齢者健康ケアセンターを各地に設置すること

**【高齢者関連省庁・機関とその役割について】**

- 高齢者関連省庁・機関の中心的役割を担うのは同局であるが、そのほか、ベトナム高齢化委員会、ベトナム高齢者協会が政府機関として存在する。
- ベトナム高齢化委員会（VACA）は副首相を委員長とする機関で、高齢者関連の取組について各官庁に対して指導を行う役割を担う。
- ベトナム高齢者協会（VAE）は高齢者の生活向上のための取組を推進する機関であり、高齢者関連施策について政府に提言も行う。
- 労働省は「高齢者福祉施策の企画立案」、同局は「高齢者の健康増進に関する取組の推進」及び「医師や医療スタッフの教育」を、それぞれの所管としている。それぞれの役割については、高齢者法第 29 条に規定されている。さらに具体的な保健省の役割として、35 の通達[562]がある。

**【2017-2025 年 高齢者健康ケアプロジェクトについて】**

- 2016 年、同局が保健省に高齢者ケアに関するプロジェクトを提案した。今後、同局の傘下に、高齢者ケアを所

[562] TT.35.2011.TT.BYT　http://moh.gov.vn/LegalDoc/Pages/Document_V2.aspx?ItemID=491

管する新しい機関（高齢者健康ケアセンター）を設置する予定である。

- 高齢者健康ケアプロジェクトは保健省が主導しており、2017～2025 年の期間内にできるだけ早く完遂させたい。省内の各局でそれぞれ担当を決めており、他機関とも協力しながら取組を遂行する予定である。各取組の具体的な実行期限などは決まっていない。
- 同プロジェクトの内容について、以下の点について伺った。

≪「高齢者健康ケア人材」養成について≫

✓ 現状、国内の病院に、高齢者ケアを専門的に行う診療科が設置されており、そこの医師や医療スタッフが高齢者ケアを行っている。今後、各地の病院にこのような診療科を設置し、ケア人材に養成していくことを考えている。ただし、プロジェクトの対象となる人材、養成プログラムの内容等の詳細については今後検討する予定。

✓ 養成プログラムは、WHO や UNFPA から提供された資料を参考にしながら、医師や専門家の意見をもとに作成していく。

✓ ある民間プロジェクトにおいて、育成プログラムに基づく短期のトレーニングも実施されている。国内にある高齢者向けの病院において、フランスの機関と協力しながら、医師や医療スタッフに対して高齢者ケアのトレーニングを実施している。

≪コミュニティで在宅高齢者のケアを担うボランティアグループの養成について≫

✓ 人口総局の下部組織として各地方に支局、各県にセンターがあり、各村には同局傘下の職員が配置されている。これらのスタッフが定年後の医療人材等を採用し、ボランティアグループを組織している。

✓ 2011 年より既に 300 程度の村に同様のボランティアが組織されており、地域住民の健康管理を担っている。この取組を高齢者ケアに特化した取組として発展させ、全国に普及させるために同プロジェクトに盛り込んだ。

✓ ボランティアの要件は各地方の状況に応じて設定されている。

✓ 毎年、同局から人口総局から各地方に対して、ボランティアのトレーニングに関する資料（高齢者ケアに関する内容を含む）を配布している。同資料を活用して職員がボランティアに対してトレーニングを行っている。

✓ ボランティアによるコミュニティケアの推進は、タイを始めとしたベトナムに近い国々のモデルを参考にしたもの。HelpAge International の支援もある。

≪高齢者ケアサービスセンターやデイケアセンターの社会化モデル実験構築について≫

✓ この条項は、デイケアセンターや高齢者施設をパイロットスタディとして作ることを意味している。

✓ 国内には民間が運営する高齢者ケア施設がある（所管は労働省）が、量・質ともに十分ではない。サービスの質を向上させ、様々なニーズへ対応していくために、日本のデイケアセンターを参考にしながら、同様のサービスモデルを実施してみたいという思いで計画に盛り込んだ。

✓ 施設の設立・運営にかかる資金を国が負担することはできない。免税措置等の施策を通じて援助しながら、民間の投資家による施設設立を促したい。

✓ JICA のプロジェクト[563]で日本の社会福祉法人による支援のもと、2017 年 11 月にはハノイの SongHung にボランティアチームを作る計画が進んでいる。同法人が、高齢者の健康維持のためのエクササイズの指導を行う。施設スタッフは、同法人が運営する日本の施設で訓練も受ける予定。訓練の内容は①管理（高齢者ケアのモデルを学ぶ）、②エクササイズの2種類とのこと。日本で学んだスタッフは、帰国後スタッフリーダーに登用されることが予測される。

[563] https://www.jica.go.jp/chugoku/enterprise/kusanone/jisseki.html

【その他】

- 労働省としては、民間の高齢者施設を増やしたい様子。
- 民間の老人ホームの新規設立は投資局の所管であり、保健省は管轄していない。
- 日本で介護を学んだ技能実習生が帰国後に活躍する場はある。海外で技術を学んだ後に国内の施設で働いている者も既にいる。

以上

# ベトナム現地調査記録（Bach Nien Thien Duc 介護センター）

| | | |
|---|---|---|
| 日　時 | | 2017 年 10 月 12 日（木）14：00～15：45 |
| 場　所 | | Bach Nien Thien Duc 介護センター |
| 参加者 | 先方 | Nguyễn Tuấn Ngọc - 社長<br>Ms. Lan - センター管理者<br>Ms. Luyến - スタッフ |
| | 当方 | みずほ情報総研㈱：福田、飯村 |

【施設の概要について】

- 民間の高齢者施設。日本との提携実績がある。EPA 介護福祉士候補者の実習を請け負っている。
- 行政機関や関連団体等による視察、アジア諸国からの物品支援等も多く受入れているほか、人材育成の取組等において日本を含むアジア・欧米諸国との交流も盛ん。
- ハノイ市内に3つのセンターを所有。
- 第1センターは 2009 年4月開所。敷地面積は 2500 平方メートル。施設内には高齢者が生活する部屋 26 室のほか、ホール、包括ケアルーム（3つ）、リハビリルームも有する。
- 第2センターはハノイ空港の近くにあり、2011 年6月開所。5ヘクタールの敷地内にホール、大部屋（2つ）、リハビリルームを有し、外には池、プール、テニスコート、庭も整備されている。
- 第3センターは 2013 年7月に開所。式面積は 3000 平方メートル。施設内には高齢者が生活する部屋 10 室のほか、ホール（2つ）、リハビリルーム、包括ケアルームを有する。
- 施設の利用者数は 285 名（2016 年）。うち男性が 125 人、女性 160 名。
- 7割が虚弱な状態で、認知症を患っている高齢者も2割存在する。高血圧、心臓疾患、睡眠障害、排泄障害を抱える方の割合が高い。

【EPA 候補者向けの研修について】

- EPA 候補者の要件は大学や短大の介護学部を卒業した者であり、高齢者ケアに関する基本的な知識を有している。
- 同センターは EPA の送り出しプログラムを設置している ARC 日本語学校と提携しており、同学校のプログラムの一環として候補生への研修を行っている。研修期間は一日。一日あたり 20 人程度を受け入れる。

- 研修の流れは次の通り。

≪研修の流れ≫

午前　同センターのルールを説明（15 分程度）

- ✓ 業務中に携帯電話は使用しない
- ✓ 高齢者からの問いかけには必ず答える
- ● わからない場合にはセンター職員に相談する

⇩

高齢者とのコミュニケーション、マッサージ（20 人を2チームに分けて実施）

⇩

午後　食事、シャワー、排泄、移動・移乗の介助の実習

- 1日のトレーニングですべての介助方法の訓練はできないが、候補者はもともと看護課程修了者であり基本的な介助（入浴、排泄など）は学校で学んでいる。同施設では、おむつの交換など、学校での実習では十分に経験できないことに重点を置いて実習を行うようにしている。

**【職員について】**

- 同センター職員数は 75 名。職員以外に「介護者」という位置づけの者が 18 名。
- 人材の募集経路は WEB 又は職員からの紹介。

| 職種 | 人数 | 仕事内容等 |
|---|---|---|
| 看護師 | 40 名 | 中級看護師（2年制の中級医療学校卒業者）。<br>同施設における高齢者ケアの主な担い手。<br>看護師1人につき4人の高齢者を担当。<br>注射や薬の処方等の医療行為も提供。<br>給与水準は約 300ドル／月。 |
| その他職員 | 35 名 | 警備員、ドライバー、調理士等。 |
| （職員以外の）介護者 | 18 名 | 農村出身の女性。30 歳以上の、既婚者が多い。<br>HOLY ではなく、高齢者の「介助者」という位置づけ。<br>清掃を含め、高齢者ケアのサポートを担う。<br>（フィリピンで同様の人材育成が行われており、参考にしたもの。） |

**【職員の育成について】**

- 看護師に対して、入職後 10 日間トレーニングを行う。その後は現場で OJT により知識や技術を習得する。
- 10 日間のトレーニング中に3回程度の講義を受ける（高齢者への態度と話し方、笑顔、高齢者と喧嘩や議論をしない、高齢者が正しいなど、センター長がこれまでに経験したこと、経験を通じて考えたことを説明）。
- 農村女性は、1～2ヶ月の OJT を含むトレーニングを通じて育成している。講義よりも実践を通じて育成する。

【人材に関する課題】

- 看護の専門学校卒業者は夢や希望を抱いており、彼女たちは高齢者ケアを業と捉えていない傾向が強い。そういった面では、農村女性の方が育成しやすい。
- 管理部門の整備が課題。人材が不足しているほか、システムも整っていない。日本の IT 企業から話があり、3ヶ月後くらいに、システムを提供してもらう予定。
- 会計部門の人材は若年者が多く、コミュニケーションや手続きの過程で高齢者やその家族とトラブルになり離職するケースも多い。
- そのほか、以下のような課題も挙げられる。高齢者ケアに対する国民の意識の改善、ケアに従事する人材の処遇の改善が最重要課題だ。現在、戦争従事者の処遇に関する施策はあるが、同様のかたちで、長期労働者向けの優遇施策などがあるとよい。
  - 労働環境等により人材が定着しない。例えば、トレーニング時には仕事の時間のなかに携帯電話を使ってはいけないということも説明するが、これまでに、そのことを知って1割のスタッフが離職した。
  - 高齢者ケアは処遇よりも志が大切な仕事。同じ水準の給与がもらえるなら他の仕事の方がストレスが少ないと考える者が多く、人材確保が難しい。
  - さらに、同様の職種ならばベトナムよりも海外で働く方が給与が高く、海外に人材が流れてしまう。

【今後の施設運営について】

- 日本と同水準のケアを提供するべく、センターの規模を拡大する予定。また、デイケアセンター、リハビリセンター建設も計画している。
- ソフト面では、高齢者ケアに対するニーズの増加に対応するべく、看護と介護の教育に注力していく。

【日本の介護の考え方について】

- 日本の仕事に対する細かさは、ベトナムでは受け入れられにくい。日本のルールを参考に、仕事中の携帯電話の使用を禁止しているが、これはベトナムでは厳しいルールで、それを理由に退職する者もいる。
- 自立支援という日本的な介護の考え方には賛同する。同施設でも採用している。
- ただし、衣食住の文化の違いも大きいため、ベトナム人の介護は（日本人ではなく）ベトナム人が行うのが望ましい。

【日本に対する期待】

（技能実習制度について）

- 帰国後はぜひ同施設で働いてほしい。
- EPAにより日本で学んだ者も、実際のところ、帰国後に介護の現場に就く者は少ない。派遣会社や外資のクリニックで働くケースが多い。そういったところでの給与は 1000－1500 ドル／月。たとえ同介護センターが 1000 ドル／月支払ったとしても、労働環境等の事情により同施設での就業を考える者は少ない。

（ベトナムの高齢者ケアに対する支援について）

- 高齢者ケア及びリハビリの教育を担う機関をベトナムに設立してほしい。また、介護予防についての知識も共有したい。
- ベトナム語に翻訳した日本のテキストがあると良い。同施設では7年間日本人の高齢者を利用者として受入れており、その方に必要に応じて日本語のテキストをベトナム語に翻訳していただいている。そのほか、イラストの多い日本語のテキストを、そのまま使用している（日本語は分からないが、イラストが分かりやすい）。

【スタッフの1日の業務の流れについて】

- バイタルチェックは毎日実施。食事は食べやすい固さのご飯のほか、スープ、お粥などを提供する。
- 高齢者は施設の生活のなかで体操、ゲーム、絵を描く、歌を歌うといった活動のほか、寒い時期には足湯につかることもある。また、季節に応じた文化的・宗教的な行事も開催している。

昼シフトの場合

| 時刻 | お仕事 |
|---|---|
| 0:00 | |
| 1:00 | |
| 2:00 | |
| 3:00 | |
| 4:00 | |
| 5:00 | |
| 6:00 | |
| 7:00 | 昼シフトの開始<br>夜シフトからの引き継ぎ<br>高齢者の朝ごはん介助 |
| 8:00 | 高齢者の部屋掃除 |
| 9:00 | 高齢者の入浴介助または身体清拭 |
| 10:00 | 高齢者のレクリエーション時間 |
| 11:00 | 昼ごはんの介助 |
| 12:00 | ↑ 高齢者の昼寝の観察<br>(勤務時間中に) |
| 13:00 | ↓ |
| 14:00 | おやつの介助 |
| 15:00 | 高齢者のリラックス・自由時間 |
| 16:00 | 晩御飯の介助準備 |
| 17:00 | 晩御飯の介助 |
| 18:00 | 高齢者のオムツ交換・着替えの介助 |
| 19:00 | 仕事の終了 |
| 20:00 | |
| 21:00 | |
| 22:00 | |
| 23:00 | |
| 24:00 | |

夜シフトの場合

| 時刻 | お仕事 |
|---|---|
| 0:00 | ↑ 高齢者の睡眠観察 |
| 1:00 | ↓ |
| 2:00 | 高齢者への経鼻経管栄養 |
| 3:00 | ↑ 高齢者の睡眠観察 |
| 4:00 | ↓ |
| 5:00 | 高齢者を起こす |
| 6:00 | 着替えまたはオムツ交換 |
| 7:00 | 高齢者の朝ごはんの準備<br>7:30 高齢者の朝ごはん介助 |
| 8:00 | |
| 9:00 | |
| 10:00 | |
| 11:00 | |
| 12:00 | |
| 13:00 | |
| 14:00 | |
| 15:00 | |
| 16:00 | |
| 17:00 | |
| 18:00 | |
| 19:00 | 夜シフトの開始<br>昼シフトからの引き継ぎ |
| 20:00 | 高齢者の自由タイム |
| 21:00 | 高齢者への経鼻経管栄養 |
| 22:00 | ↑ 高齢者の睡眠観察 |
| 23:00 | |
| 24:00 | ↓ |

以上

# ベトナム現地調査記録（中央老年病院）

| | | |
|---|---|---|
| 日　時 | | 2017 年 10 月 12 日（木）17：30～18：30 |
| 場　所 | | 中央老年病院 |
| 参加者 | 先方 | Nguyễn Trung Anh - 副院長<br>Trần Thị Hương Trà - 看護部長<br>Trần Văn Lực - 総合計画部長 |
| | 当方 | みずほ情報総研㈱：福田、飯村 |

【施設の概要について】

- 入院患者は 300～350 名。外来患者は 1 日に 400～500 名に上る。9 月に新しい診療サービスセンターを開設した。料金は高いが、1 日で外来患者 300 人程度に対応できる。
- 患者はほぼ 75 歳以上。90 歳を超える人もいる。
- 複数の病気に罹患していて、状態が悪くなった人が入院している。全体的に、日常生活に介助の必要な患者が多く、家族・親戚による支援を要する。
- いつでも家族が対応できるわけではないため、介助を担当するスタッフがいるが、これらスタッフに対して特別な教育訓練を行っているわけではない。
- 同病院以外にこのような高齢者を受け入れている施設には、老人ホームがある。しかし老人ホームでは医療的ケアは不十分だと認識している。

【職員について】

- 同病院の職員数は 391 名。うち、医師が 75 名（うち教授 5 名、博士 3 名、修士 31 名）、薬剤師 14 名、看護師と介護スタッフ合わせて 178 名（うち大卒 13 名、短大卒 26 名、専門学校卒 131 名）、残りはその他のスタッフ（エンジニアやバックオフィス勤務のスタッフ等）。
- このうち、看護師＋介護スタッフはまだまだ少ないと感じている。何倍も必要である。
- 現在勤務するスタッフは、ハノイもしくはハノイ近郊の出身。遠方の出身者はあまりいない。
- スタッフの募集は、病院のウェブサイトでの求人募集案内やメディア広告等を活用している。募集要件を公開し、履歴書を送ってもらって書類選考を行う。
- 採用したスタッフの教育訓練は職種や役割によって異なるが、看護師・介護スタッフに対しては、入職後 3～6 カ月間、初期訓練を行う（期間は入職前の試験（筆記試験・実技試験）の成績によって異なる）。初期訓練の内容は、①高齢者ケアとはどうあるべきか、という理念の説明、②高齢者に特徴的な疾患（高血圧、糖尿病、認知症）の説明、③基本的な実習。この初期訓練終了後に試験を受け、合格しなければ雇用されない。
- 初期訓練のほか、毎年 2～3 回、定期的に研修を行っている。
- 看護師+介護スタッフには大卒者もいるが、学歴によって仕事内容は変わらない。教育内容も同じだが、期間が異なる。大卒の看護師の方が、スキルが高く知識もあるため、仕事がよくできて他のスタッフに対する指導的役割を担っていることが多い。
- 教育訓練のカリキュラムは、必要に応じて海外の資料を参照することもあるが、基本的には病院が独自に作成している。ベトナムでは、以前看護師の仕事は医師の手伝い、という考え方があった。現在は医師と協力して患者のケアを行う職務であるという風に認識が変わってきており、同病院では看護師向けの教育訓練を行うよ

うになった。

【人材育成に関する課題】

- 同病院はベトナムにおけるトップクラスの病院であり、トップレベルの医師が在籍しているため、特にスタッフ育成に関する課題は感じていない。
- ただ、2015 年に保健省から出された 26 の通達によって、2021 年から各病院は専門学校を卒業した看護師を雇用できなくなると定められた[564]。専門学校卒の看護師は、大学・短大に進んで初めて病院で働くことができるようになる。この点は対応しなければならない課題を認識している。

【ベトナムにおける高齢者ケアについて】

- 現在も老人ホーム等があるが、一般的な身の回りのケアを行っており、専門的な介護としてのケアを行うことはできていないと認識している。
- 同病院ではこの問題意識から、より専門的なケアとして、医療寄りのケアを行っている。
- ベトナムでは高齢化のスピードがとても速いため、これからニーズは高まってくると思う。
- ただ、政府は民間の老人ホームに対して国有地の安価での貸与や税の減免といった優遇措置を十分に行っていないため、経済的理由から拡大は難しい。そのため在宅ケアを支援する人材を育成した方がいいと思う。

【日本に対する期待】

（技能実習制度について）

- 日本で介護の技術を学んだ人材が帰国したら、ぜひ同病院で雇用したいと思う。
- 同病院で受け入れられない場合は、他の民間老人ホーム等の仕事を紹介したい。

（ベトナムの高齢者ケアに対する支援について）

- 日本は高齢者介護の分野で経験豊富だ。その経験を活用して「ケアのガイドライン」のようなものを作成してほしい。そのような資料があれば大変ありがたい。

【スタッフの１日の業務の流れについて（ICU に勤務する看護師の場合）】[565]

- まず、看護部長及び医師との会議。その後、前のシフトの看護師から申し送りを受ける。
- その後、入院患者の口腔ケアや吸入器の準備、ベッドシーツの準備等、医師の医療行為の準備等をする。
- 食事の用意、食事（注射器で栄養を注入）。
- 医師からの指示に従い、投薬や手術準備等行う。
- 患者の見守りも行い、異変があれば医師に報告する。
- 患者の身体清拭や排せつサポートも行う。行った仕事は「看護師票」に記録する。
- 患者や家族に、容体について説明する。
- シフト終了時には、次のシフトの看護師に申し送りを行う。

以上

564 26.2015.TTLT.BYT.BNV
http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&mode=detail&document_id=182520&category_id=0
565 スタッフへのインタビューは叶わなかったため、看護部長により、一日の看護師業務の説明が行われた。

# ベトナム現地調査記録（ベトナム高齢者協会）

| | | |
|---|---|---|
| 日　時 | | 2017 年 10 月 13 日（金）14：00～16：00 |
| 場　所 | | ベトナム高齢者協会 |
| 参加者 | 先方 | Ngo Thi Men - 国際部部長<br>Pham Tuyet Nhung - 国際部副部長 |
| | 当方 | みずほ情報総研㈱：福田、飯村 |

【ベトナム高齢者協会について】

- ベトナム高齢者協会（VAE）はベトナムの高齢者の代表機関。協会加盟者は全国で 800 万人。全国の村まで代表機関を配置しており、高齢者の意見や希望を集めることができる。その意見を反映し、官庁（保健省、労働省、内務省等）へ政策提言を行う。
- 高齢者協会には 5 つの責任がある。
  - ✓ 高齢者の権利を守る
  - ✓ 高齢者の利益を守る
  - ✓ 高齢者の意見や希望を研究し、各官庁に提出する
  - ✓ 各官庁と連携し、新しい政策を作成する
  - ✓ 様々な高齢者関連のイベントや国際セミナーに参加する
- 高齢者クラブには二種類ある。一つは一般的な高齢者クラブで、趣味の活動を行う高齢者の集まり。文芸やペットのクラブ等、全国に 7 万のクラブがある。
- もう一つは世代間自助クラブ[566]（Intergenerational Self Help Group; ISHG）で、全国に 1450 ある。希望すれば誰でも参加することができ、現在このクラブで活動する人の 7 割が 55 歳以上だが、55 歳未満の人も 3 割いる。6～7 割は女性。世代間自助クラブの中には元気な高齢者を中心としたボランティアグループがあり、病気等の高齢者の家を訪問して身の回りの世話の手伝い等を行っている。
- 一つのコミュニティに 60～70 名の世代間自助クラブメンバーがいて、そのうち 5 名程度がボランティアメンバーである。ボランティアメンバーには報酬はなく、その地域の、定年退職後の医療従事者がボランティアメンバーになることが多い。ボランティアメンバーに対して、高齢者協会から情報提供をすることもある。研修等は行っていない。
- 世代間自助クラブによる助け合いはとても効果が高いことが分かったため、政府に「今後世代間自助クラブを増やしたい」という提案をし、政府も合意済みである。政府は 2020 年までに世代間自助クラブを 5,000 まで増やすという目標を立てた。

【ベトナムにおける高齢者ケアについて】

- 高齢者ケアは子供と親戚が担っている。ただ農村出身者は都市に出稼ぎに行くことが多く、農村に残った高齢者の世話をする人がいないというケースも発生している。
- 都市部では、家族でケアできない場合は、①メイドを雇い自宅でケアしてもらう、②老人ホームや高齢者ケアセンターに入居する、という 2 つの選択肢がある。
- 高齢者ケアを行う人材に対するニーズは非常に大きいが、現状は十分にそのニーズに対応しきれていない。

[566] 世代間自助クラブは、保健省が推進しているコミュニティ（全国に 300 程度ある）とは別のプログラムであるとのこと。

- ベトナムの高齢者ケアを発展させる上で、問題が 2 つある。一つは政府の問題で、民間の有料老人ホームに対する経済的な支援策がまだないこと。政府からの支援がないため利用料が非常に高く、支払えない高齢者が多い。支払えない高齢者は、安く質の低い施設に入居している。高齢者協会ついては、各官庁に民間有料老人ホームへの支援策を提案している（税の減免、国有地を安く貸し出す等）。
- 二つ目は、ベトナムの伝統的な考え方に起因する問題で、高齢者本人も家族と一緒に住みたいと思っていること。施設入居が進まない。
- 高齢者協会としては、高齢者ケアはコミュニティにおいて行ってもらいたいと考えている。コミュニティでボランティアチームを作り、各地方に在宅での高齢者ケアサービスを構築する。このようなサービスをこれから増やしていきたいと考えている。既に、毎日ではなく週に数回、高齢者のおむつ交換や身体を洗うために訪問する民間のサービスがある（民間サービス、費用は高い）。
- 日本のデイケアサービスも学んだが、ベトナムでは渋滞がひどく、送迎が難しいため断念した。
- ベトナムでは認知症に対するケアは十分ではない。高齢者への虐待の問題は、あまり深刻なケースはないと考えている。一部のケースで、高齢者の権利が侵害されている、ケアを行うスタッフの態度が良くない、といった声はあるが、深刻ではない。

【高齢者ケアを担う人材について】

- 家族で高齢者ケアを行う場合は、子供、特に女性が担当することが多い。ベトナムにおいて伝統的に女性が子供の世話、家事等を行っている。息子の両親のケアは、ほとんどの場合、息子の妻が担当する。10 年ほど前の調査では、高齢者ケアを行う人の 7 割が女性というデータがある。男性も行っているが、おむつ替えや身体を洗うことは女性が担当している。富裕層はメイドを雇っている。
- 家族以外では、病院や老人ホームで働く看護・介護スタッフがいる。一般の給与水準に比べ、高齢者ケアを担う人材の給与、看護師の給与は高い。メイドの給与も高い[567]。しかし給与が良くても、大変な仕事であり、高齢者の家族とトラブルになることもあるため、すぐに辞めてしまう人が多い。
- 高齢者のケアに求められるスキルの水準は高く、その水準を満たせる人材を探すことはとても大変である。そのため、現在この職業に就くほとんどの人は専門的教育を受けたプロではなく、彼らを管理する機関もない。
- 高齢者ケアを担う人材の育成は、保健省の高齢者健康ケアプロジェクトでも重視されていて、とても大切なことだと考える。高齢者協会としては、この人材育成は大学や民間老人ホームだけではなく、コミュニティでも行う必要があると思う。既に高齢者ケアを担っている実務者への教育訓練も必要である。

【2017-2025 高齢者健康ケアプロジェクトについて】

- このプロジェクトについては、高齢者協会として時々政府に意見を聞かれることがあるのみ。今後このプロジェクトにどのように関与するかはまだ決まっていない。
- ケア人材の育成はとても重要だが、ベトナムでは教育を重視していない。ハノイの有名大学でも老年学科がなかったり、あっても他の学部に比べて小規模だったりする。看護師たちの中には日本のみならずドイツや台湾に派遣され、技術を学んでいる者もいる。

【日本への期待】

- 日本はベトナムにとって、高齢者ケア問題における「鏡」だと思っている。日本は経験豊富であるため、ベトナム政府やベトナム国民に、高齢者のための保険や収入の保障等が必要だという認識を持つよう啓発してほし

567 TIENDUC 介護センター所長の発言とは矛盾するが、確認したところ VAE としては高齢者ケア人材の給与水準は「高い」という認識で間違いないとのことから、そのまま掲載する。

い。

- また高齢者の考え方も変えてほしい（全てを子供に任せるのではなく、自分のお金で自活する等）。
- 日本では高齢者の労働に対する貢献を重要視している。ベトナムでセミナー等の活動を行って、この点についてもベトナムの人々に周知してほしい。
- 日本で介護の知識・技術を身に付けた技能実習生が、ベトナムに帰国して活躍してくれたらとても良いことだと思う。

以上

厚生労働省　平成29年度生活困窮者就労準備支援事業費等補助金　社会福祉推進事業

外国人介護人材の適切な受入に資する
海外での介護サービス等の実態等に関する調査研究事業

平成 30 年３月

インテリジェンスバリューコーポレーション株式会社

〒101-0047　東京都千代田区内神田１丁目１７番６号　鹿島ビル3F
電話：050-3530-6246