

FASID 第 244 回 BBL セミナー報告（記録要旨）

テーマ： グローバルエイジングに対する国際協力の現状と展望 ～誰一人取り残さない社会を目指して～

日時：2021 年 8 月 25 日（水）12 時 30 分～14 時 00 分

場所：Zoom ウェビナーライブ配信

講師：中村 信太郎氏 /独立行政法人国際協力機構（JICA）国際協力専門員

出席者：合計 38 名

発表要旨：

今、世界で進行している高齢化が、中・低所得国の社会の将来にどのような意味を持つのか。前半では、グローバルエイジングとはなにか。今後 30 年間で中・低所得国の人口に何が起こるのか。人口が高齢化することの社会における意味や中・低所得国はどのような課題に直面しているのかを考える。後半では、この課題についての JICA の経験、教訓に関して発表を行う。

1. グローバルエイジングとはなにか？何が課題なのか？特に中・低所得国の課題は何か？

（1）グローバルエイジング

30 年後（2050 年）には、世界の 65 歳以上の人口は、15.5 億人になると予測されている。総人口に占める割合も 9.3%（2020 年）から 15.9%（2050 年）に増えることになる。65 歳以上の人口が 7%以上の社会を高齢化社会（エイジング・ソサエティ）、14%以上を高齡社会（エイジド・ソサエティ）と定義づけられている。世界全体としては、すでに高齢化社会となっており、今後 30 年の間に高齡社会となる予測である。中所得国のみに限ると現在の高齡化率は、8.2%である。これは、日本の 1977 年の高齡化率と同等である。1978 年の厚生白書には、「家族は、福祉における含み資産」と示されており、介護は家族の問題とされていた。

現在の中・低所得国の状況を見ると当時の日本の状況が重なって見える。例えば、スリランカの高齡化率は、既に 11%を越えているが、訪問看護やデイサービスは一般的ではなく、家族が介護をしている状況である。

2050 年の高齡化率は、中所得国に限ると 16.1%である。これは、日本の 1998 年の高齡化率と同じ水準である。この頃には、高齡者ケアに対する社会の認識は様変わりしており、在宅サービスや施設サービスが急速に整備されるようになった。その 2 年後には、介護保険が始まり、高齡者のケアは、家族だけの問題ではなく社会の問題であることが認識されるようになってきた。高齡化のスピード、世帯構造の変化など、中・低所得国等でも当時の日本と同様の課題に直面することが予測される。これからの 30 年間は、高齡化の問題が家族の問題から社会の課題になると思われる。

高齢者の増加と高齢化率の上昇がともに急速に進むのは、アジアと中南米カリブ諸国である。一方、高齢化率の上昇はそれほどではないが、高齢者数が増えるのは、アフリカである。アフリカでは、30年後の高齢者数は1億4000万人を超え、現在の3倍以上になると予測されている。

高齢化率を国ごとに見ていくと、ラテンアメリカでは、チリ・キューバで特に高齢化が進む。アジア地域では、タイとスリランカの高齢化が著しい。スリランカ、タイ、ベトナムでは高齢化が政策的課題として既に認識されている。

(2) 高齢化の何が課題なのか？

1) 医療・介護

高齢期の疾病の特徴は、非感染性疾患が主体となり、複数の疾病を抱えることが特徴である。東京都健康長寿医療センターの調査では、75歳以上で病院にかかっている高齢者のうち約6割が3つ以上の慢性疾患を併発しているとの結果が出ている。身体機能について、高齢期になると運動機能、感覚機能、認知機能の低下が現れる。そのため、日常生活動作（ADL）が阻害され、閉じこもりやうつリスクが高まる。高齢期のこのような特徴を踏まえると医療サービスの提供の姿も変える必要がある。非感染性疾患に対応できる医療システムにしていかないといけない。ライフコースアプローチと地域ベースの医療及びリハビリテーションが重要なコンセプトとなる。急性期医療機関とリハビリ病院や診療所が一体となって医療を提供することが求められる。また、治療のみでなく、生活の質を維持する医療も求められる。加えて、家族をはじめとするインフォーマル介護者に対して、専門職からのサポートやそれら人々が休息できるようなレスパイトサービス¹も求められる。

高齢化の中で、中・低所得国にどのような課題があるのか。日本と比較して困難な点としては、医療資源が十分でないことである。特にリハビリテーション職は不足し、病床数も不足している。また、医療への物理的アクセスも限られている。リハビリや退院後のフォローも十分ではない。一方、アドバンテージとしては、公的部門中心の医療が提供されていることが挙げられる。介護について、中・低所得国でも伝統的に家族が介護を担ってきたが、世帯規模は縮小し続けており、家族だけでは高齢者の生活が支えられず外部からの支援が必要になるケースが増えるものと思われる。

2) 高齢化と社会保障

個人レベルの課題には、貧困と社会的孤立が挙げられる。特に中・低所得国では、拠出制年金は被雇用者が対象であることが多い。非拠出制年金（税財源による年金）の水準は一般には十分ではない。もう一つの問題は、社会的孤立である。退職して社会的なつながりがなくなる。運動・感覚機能の低下により、閉じこもりがちになりうつリスクが高まる。認知症の発症リスクと社会的なつながりとの関連性を示す研究結果も出ている。制度のレベルで見た課題としては、医療や介護、

¹レスパイトサービス：介護にあたる家族が一時的に介護から解放されるよう、代理の機関や公的サービスなどが一時的に介護等をおこなうことで、家族や本人がリフレッシュできる期間を作るさまざまな支援サービスのこと。

所得保障の需要が増大することである。それにより、制度の持続性が問題となること、税制を含む公的財政へも大きな課題となる。

中・低所得国の制度的課題の一つとしてユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）が挙げられる。また、所得保障は医療に比べて遅れている。世界のほとんどの国に年金制度があるが、国際労働機関（ILO）の報告によれば、アジア太平洋地域で、年金によってカバーされている高齢者は、55%に過ぎないといわれている。税財源に基づく年金の場合、年金支給額は十分ではない（例：タイでは、高齢者年金は貧困ラインの約 30%の額）ため、社会保険プログラムの費用をどのように調達するかが課題となっている。税財源のプログラムでは、政府予算の中で優先順位を高める必要がある。長寿化の下で、費用は増大するため費用をコントロールしつつどのように財源を確保するかは今後も続く課題である。

3) 高齢化と都市・コミュニティ

高齢化が都市やコミュニティにもたらす意義として以下の4つを取り上げる。

- ① 都市のデザイン：道路や公共施設、交通機関へのアクセシビリティを改善するだけでなく、高齢者の利用する施設や居場所が便利などところにあること、情報が高齢者にもわかりやすいように提供されること、都市のデザイン策定時に高齢者自身が参画できることが重要である。
- ② 住宅：運動・認知機能が低下しても住み慣れたコミュニティに住み続けること、尊厳ある暮らしができる住居があること、機能低下をサポートする環境を持った住宅があることが重要である。
- ③ 社会的包摂：就労を通じたつながりがなくなり閉じこもりのリスクが高まるため、社会に参加する権利を保障するために地域ごとの決定プロセスに高齢者が参加しやすい配慮をすることが必要である。あるいは就労や市民参加の機会を作るといった取り組みが必要になる。
- ④ エイジズム²の打破：エイジズムは制度的・構造的問題でもある。世界保健機関（WHO）の報告では、エイジズムの結果として、世界で 630 万人の高齢者がうつになっているといわれている。エイジズムは、高齢者の自尊心の低下、参加機会の縮小につながるだけでなく、社会全体としても高齢者の活躍の場を狭めることで社会的損失となる。

2. 高齢化に関し JICA はどのように協力してきたのか？導き出された教訓は？

(1) タイでの技術協力プロジェクト

2007 年よりタイでの高齢化に関するプロジェクトが開始されている。

- CTOP プロジェクト（2007-2011）：コミュニティで保健医療と社会サービスの連携
- LTOP プロジェクト（2013-2017）：身体・認知機能が低下した高齢者への介護サービス
- S-TOP プロジェクト（2017-2022）：急性期から回復期、慢性期まで切れ目のないサービス

² エイジズム：高年齢であることを理由に一つの型に当てはめて考えたり、差別したり、それを助長するような制度を作ったり、維持したりすること。

これらのプロジェクトの実施においては、段階的なアプローチが取られた。CTOP プロジェクトでは、コミュニティで保健医療と福祉サービスの連携を強めることを目的にタイ保健省と社会開発人間安全保障省をカウンターパートとして実施した。地域ベースのアプローチにより、各地域で高齢者に関する課題を把握し、地域の人々が優先課題とそれに向けた取り組みを考え実施に移した。CTOP プロジェクトを通じて、地域には介護や支援を必要とする高齢者が多くいることが分かった。そこで、これら的高齢者に地域で必要なサービスが提供されることを目的とするプロジェクト（LTOP プロジェクト）を実施した。

LTOP プロジェクトでは、地域ベースのアプローチに加えてケアマネジメントを取り入れた。LTOP プロジェクトの持続性の鍵となる 3 点は、「実際のサービス」、「サービスを提供する人材」、「お金」である。「実際のサービス」は既存プログラムを活用した。プロジェクトでは「実際のサービス」が必要な人にスムーズに提供されるようケアマネジメントに力を入れた。「サービスを提供する人材」について、郡病院の看護師や自治体職員がケアマネジャーの役割を担った。発生した経費（「お金」）はボランティアの研修費、サービス提供に係る実費程度である。プロジェクト実施中にタイ政府は、5 億バーツ（約 20 億円弱）の予算を組んで、順次全国的にこのサービスが提供されるようケアマネジャーの育成やサービス提供に必要な経費を賄うこととした。また、ボランティアに対して少額の報酬を支払えるようになってきた。プロジェクト期間中にサービスを受けた高齢者の ADL の変化を調査した結果、約 65% の高齢者の ADL が向上したことが確認された。

S-TOP プロジェクトでは、リハビリの充実や退院後のフォロー、急性期から維持期へとサービスが切れ目なく提供されることを目的に実施している。

（2）プロジェクトからの教訓

現在、CTOP と LTOP プロジェクトに焦点を当てて、プロジェクト研究を行っている。研究で明確になったのは、政策選択の経路依存性とタイ政府の戦略性である。タイの場合、サービス、政策、政策実施の側面、それぞれに重要な前提があった。サービスにおいては、公的部門中心の医療提供体制や政府主導のボランティアプログラムが挙げられる。政策においては、2002 年の「第二次高齢者国家計画」にてコミュニティベースのアプローチを基本とすることが定められた。その際に保健サービスと社会サービスの連携が重要であることが定められ、保健省としてタイ国内の取り組み事例の研究を進めたり、高齢者長期ケア戦略計画を作成したりした。政策実施においては、国民一人一人に割り当てられた ID とコンピュータ化された住民登録システム、UHC、そして特定の保健医療課題ごとに地域ごとの基金を作る政策ツールがあった。CTOP と LTOP プロジェクトもこの流れの中で実施された。コミュニティベースで、保健医療と福祉を連携させるというアプローチは、プロジェクト独自のアイデアではなくタイ政府の戦略の中にあった。LTOP で導入されたケアマネジメントを実施する人材は、UHC の財政システムの中で費用が賄われ、サービス提供にかかる費用は、新たに設置された長期ケア基金から支出されている。いわばタイ政府にとって、CTOP、LTOP はこのようなシステムの実施可能性と効果を確認する意味があったといえる。

このことは、プロジェクトにとってどのような意味があったのか。日本の取り組みをそのままタイで実施するのではなく、タイの文脈に合わせて日本の取り組みをアレンジすることにつながった。日本とタイのケアマネジメントでは多くの点で異なる。日本ではケアマネジメントは介護保険の仕組みの一部であり、サービスの主たる部分は事業者によるフォーマルなサービスである。住民によるインフォーマルな支援だけでケアプランを作っても、そのケアプランには介護保険上金銭は支払われない。対して、タイのケアマネジメントは、インフォーマルな支援、すなわち保健ボランティアなどによる居宅訪問、家事支援が重要な部分である。この点で、タイのケアマネジメントはより包括的であり、ケアマネジメント本来の在り方に近いといえる。高齢者に対する支援も日本の場合には民間事業者がビジネスベースで行うものが大きな部分を占めるが、タイの場合には、公的部門や住民ボランティアによるものが主体である。

1) JICA に対する教訓

プロジェクト・デザインに当たり、保健医療と社会サービスの状況を研究することが挙げられる。反省に基づく教訓として、LTOP では、保健ボランティアがケア提供者として介護に従事する際に市町村から少額の報酬を支払おうとしたところ、会計検査院から指摘される懸念があったため支払うことができなかった。高齢者ケアが規則上、市町村の業務として明確に位置付けられていなかったためである。これは、プロジェクト開始後明らかになったものであり、プロジェクト終了後の2018年に規則が改訂されたことで解決された。プロジェクト・デザインの段階から、市町村の権限について検証していれば、このような事態はスムーズに対処できたと考えられる。

2) 他の中・低所得国への教訓

①高齢化に戦略的に取り組むこと、②プロジェクト成果を指標に組み込むこと、③他国の経験を自国の文脈に合わせアレンジすること、④諸省庁、インフォーマルな部門と協働すること、⑤複数の協力を組み入れることが挙げられる。タイの場合は、ボランティア、民間企業、地方自治体、NGO等、多様なアクターとの協働を行った。

(3) 日本に求められる支援は？

日本が高齢化について協力する意味は、以下の3つ挙げられる。

1) 先達としての日本：日本は、高齢化が進んでいる中・低所得国より20~30年前に急速な高齢化を経験した。これらの経験を伝えることにより、中・低所得国がこれからの高齢化社会により良く備えることができると思う。

2) 近未来としての日本：JICAでは、中・低所得国の政府職員などを対象として高齢化課題別研修を実施している。日本をみることでこれから20~30年後に自分たちの社会がどうなるのかを考えることができる。また、日本の民間企業が持っている技術には、中・低所得国の課題に応えることができるものがたくさんある。それを現地の状況に合わせて紹介するのも日本ができる貢献である。

3) 課題に直面する日本：介護保険導入後、高齢者の生活を支えるにあたりフォーマルサービスの果たす役割は、限定的であることからインフォーマルな支援がとても重要であることが分かった。そこで、地域包括ケアの取り組みを進めている。中・低所得国では、コミュニティベースで高齢化

への対応を進めることを強調している。コミュニティ住民の相互支援という観点から、中・低所得国に学ぶヒントはたくさんあり、中・低所得国と協力することで、日本の高齢社会の課題解決に役立つ新たな価値が生まれることを期待している。

QA セッション

Q1 中・低所得国での医療資源に関して、特に農村部などの辺境地だと医療人材がなかなか育たない、田舎に行きたくないというネガティブサイクルが回ってしまいます。日本での離島医療、遠隔地医療にも通じる話ですが、途上国で医療資源をまんべんなく配分する方策について、なにか取り組み事例はあるでしょうか？

A1 タイは比較的しっかり取り組んでいると思われる。公務員の場合、医師はまず僻地に配属されそこで何年か経験を積んだ後、中央や地方の中心的な都市に配属されるという人事サイクルがある。したがって、タイの保健省の人々は農村部の状況が分かっている印象を受ける。

Q2 アフリカ、南米、中東で、高齢化問題に積極的に取り組んでいる国はありますか？また、ドナー側（北欧など）に関して、日本以外に積極的に取り組んでいる国はあるでしょうか。

A2 網羅的な回答はできないが、ここに挙げられた国の中ではチリは、組織的に対策を始めている。すでに高齢者サービス庁を設けて、それぞれの州に支所を置いて取り組みを始めている。WHO が推進している「エイジ・フレンドリー・シティ」のイニシアティブに複数の市がエントリーし高齢化対策の計画を作り始めている。ドナー側では、韓国が、ヘルプ・エイジ・インターナショナルがベトナムで実施しているイニシアティブに協力している。

Q3 高齢化対策について、中所得国内の国家予算の捻出の難しさのお話がありました。高齢化の分野は、（開発の問題と認識されることが少なく）海外のドナーのお金も付きづらい印象を日々感じています。日本の開発大綱の中にも「高齢者」についての記述はあっても、「高齢化」に対しては記述がなかったかと思います。日本政府・JICA としての高齢化に対するスタンスとこれからの動向（バイ・マルチでどんな支援をしていくか）をご教示いただければと存じます。

A3 高齢者と高齢化を分けて考えていच्छることにハッとした。高齢化という観点では、正面からは答えていないかもしれない。「アジア健康構想」の中で、高齢化に関して介護人材の循環という考え方で、アジアの国々の人々を日本に招き介護技術を学んでもらい将来的に国に帰って介護に従事していくという考え方が入っている。これは日本ができる支援の分野であると思われるが、そのためには彼らの国で介護という分野ができること、プロフェッショナルな介護を根付かせていくことが必要であると思われる。JICA としてタイで行ってきた協力を他国で行うことは、他国で介護という分野を根付かせる上で貢献できるのではないかと思われる。高齢化は、これからの高齢化の度合いとインパクトの大きさを考えると重要な課題だと思われる。マルチについては、情報は持っていないのでここでの回答は控える。

Q4 教訓として「プロジェクト成果を指標に組み込む」とありましたが、具体的にはどのような成果・指標を組み込むのが良いと思われますか？

A4 プロジェクトによる。CTOP から LTOP への流れでは、保健省が地方自治体に対する補助金を配分するにあたって、連携の取り組みがあることを条件の一つとして加える。また、長期ケアサービスを提供する基礎自治体の比率を X%以上にするといった指標をタイ保健省の重要業績評価指標（KPI）に組み込んでいる。その国の役所の KPI に指標を組み込むと自立発展的な取り組みが進んでいくものと思われる。

Q5 パイロットサイトでの聞き取り調査における設問の設定や調査方法に関して、なにか苦労したことやうまくいったこと等があればお教え願います。

A5 その地域の高齢者全てに聞くことが重要と聞いている。タイのプロジェクトでは、地元の学生をトレーニングして、現地の言葉で聞くという方法をとった。

Q6 タイへの協力では、両国の政策レベル実務者間でのナレッジ共有や伴走による学びが多くあったと思います。プロジェクトからの学びが、日本の政策・制度に何か変化をもたらした事例などがあれば教えてください

A6 現段階での変化、という点ではなかなか難しい。プロジェクトの学びで、制度・政策が変化するというのは、いくつもの経路を経ないとつながらない。これは課題と考えている。

Q7 現在、コロナで民間医療機関の協力が得られにくいという課題が良く指摘されますが、それは「病院より地域の医療施設を」という高齢化社会に対応した方針の結果ということでしょうか。現在の、コロナの緊急事態が収束した後は、多少の調整はあっても、従来の基本方針は継続されると思われるですか。

A7 日本の医療制度において、ある程度病床稼働率を前提とした診療報酬等の仕組みになっており、すでに一杯一杯で非感染性疾患（NCD）に対応しているところにさらにコロナによる医療需要がオンされている状況。日本では、他国に比べ民間病院が多く、それぞれ方針があり政府が号令をかけて右へ倣えでできる状況でもない。中小の病院が多いことから、コロナ患者を受け入れたいと思っても設備や人員の問題がある。突然の感染症に対応できるような日頃からの備えが必要であるという共通認識は皆が持っているため、そこは重要な課題となると考える。

以上