
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 3 月



厚生労働省

大臣官房国際課

目次

はじめに.....	2
1. 検討会の目的と意義.....	2
2. 検討の進め方.....	2
3. 検討の対象国.....	3
第1章 Active Aging の背景と国際的な潮流.....	4
1. ASEAN 諸国における高齢化の状況.....	4
2. Active Aging の国際的な潮流.....	6
3. Active Aging における協力を推進する際の視点.....	9
第2章 ASEAN 及び日本の高齢化対策の現状とその課題.....	11
1. ASEAN 諸国の社会保障制度及び高齢化対策の現状.....	11
(1) ベトナム.....	11
(2) タイ.....	13
(3) インドネシア.....	16
(4) マレーシア.....	18
2. 日本における高齢化対策と Active Aging.....	21
(1) 高齢化対策の変遷.....	21
(2) 高齢化対策に関する今日の取組み.....	23
(3) 国内調査結果.....	27
第3章 今後の国際協力に向けた提言.....	30
1. 高齢化対策分野における日本の協力の意義.....	30
2. ASEAN 諸国における高齢化に対する国際協力のニーズと協力の方向性.....	31
3. 協力における日本のアプローチのあり方.....	36
4. 各地域における優先課題と協力のあり方.....	38
(1) ベトナム.....	38
(2) タイ.....	38
(3) インドネシア.....	39
(4) マレーシア.....	39
(5) 上記以外の ASEAN 諸国.....	40
おわりに.....	42
資料.....	44
(1) 検討会構成員(五十音順).....	44
(2) 検討会の議題.....	44
(3) 検討会の概要.....	45

はじめに

1. 検討会の目的と意義

- 世界の高齢化は急速に進行しており 2050¹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る。ASEAN 諸国においては、一部の国において、日本が過去に経験したのと同様かそれ以上の速さで高齢社会を迎えると予測されている。
- 世界で最も高齢化が進んでいる日本においては、様々な高齢化対策を行ってきた長い歴史がある。高齢化対策は、高齢者の健康や福祉、社会保障ニーズへの対応等、社会全体の仕組みの再構築を含む大きな課題であるため、早い段階から、取り組みを進めておくことが重要である。そのため、日本の取り組みは、今後高齢化が本格化する ASEAN 諸国の高齢化対策を展開する上で、参考になる。
- これまでも ASEAN 諸国に対しては、研修や技術協力を行う中で高齢化に関わる保健、福祉の分野に着手してきているが、新しい分野であるため国際協力のあり方について方針が明確にされてこなかった。
- このため、本検討会では ASEAN 諸国における高齢化への対応について、現状、課題、ニーズを明確にし、日本の経験・知見に基づいた国際協力のあり方について検討を行い、ASEAN 地域全体を俯瞰した上で具体的に各国別の国際協力の実施方法の提案を検討した。
- こうした提案を用いて ASEAN 各国と協議をすることで高齢者保健、福祉対策が具体化したり、各国政府自身による Active Aging の検討が進めば、日本の国際貢献を契機とした各国での高齢化対策が進むと考えられる。
- なお、高齢者が健康に自立した日常生活を送ることができることは重要な課題であり、日本でも ASEAN 諸国にとっても共通課題であるため、この検討会では活動的な高齢化、Active Aging²を中核的なテーマとして位置づけた。

2. 検討の進め方

- 本検討会では、国際的な潮流として提示されている Active Aging の考え方を整理するとともに、今後の日本の ASEAN 地域における国際協力の方向性を提示している。
- 具体的には ASEAN 諸国の現状と課題を分析するとともに、日本の高齢化対策の経験を整理し、国際協力で伝えることのできる知識、経験を取りまとめた。その上で ASEAN 諸国の課題と日本の有する経験とを照らし合わせ、日本の協力できる内容、方法を検討した。

¹ 本報告書では読者として ASEAN 諸国を想定しているため、西暦を用いることとした。

² 高齢者支援や活動の概念として、生産的な高齢者（productive aging）、エイジングインプレイス（Aging in Place：高齢者ケア施設などではなく住み慣れた地域で高齢期を過ごすこと）等がある。

- 国際協力においては、知識や技術を一方的に伝えるといった対応は適当ではなく、相手国が必要とする事柄に協力する考え方が重要との観点から “User-oriented”（利用者本位）で検討するようにした（図 1）。

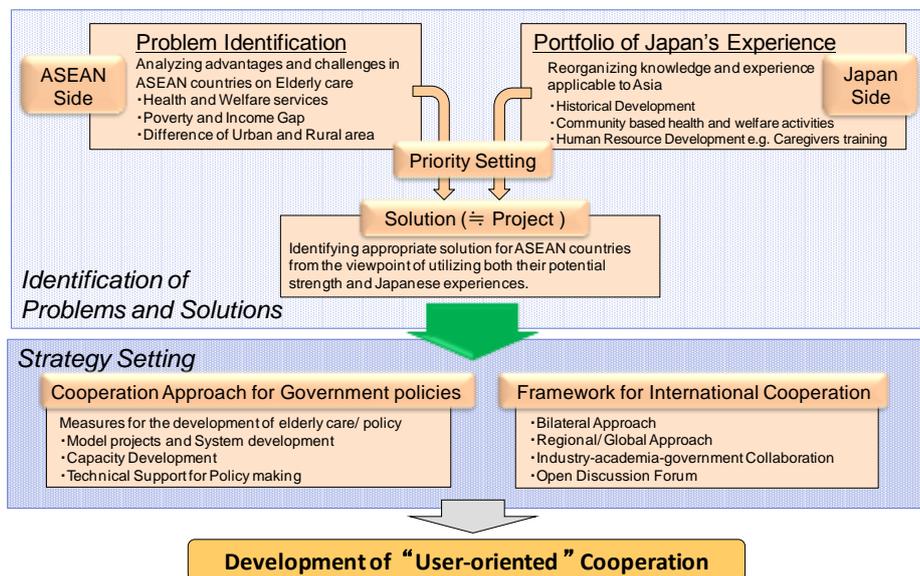


図 1：本研究会の検討アプローチ

3. 検討の対象国

- 検討会での議論の対象は、これまで国際協力の歴史が豊富で地域的にも近接し、今後経済発展と急速な高齢化が進むことが想定される ASEAN 諸国を中心とした。その中で国際協力のあり方については、ODA（政府開発援助）の対象国であり、特に高齢化の進展が中程度以上の国（図 2 青太枠）を中心に検討を行った。調査の制約のある中で、ベトナム、タイ、マレーシア、インドネシアについては、高齢化対策の国際協力のニーズを把握するため、検討会でのヒアリングや現地調査を行った。

高齢化のスピード

	Rapid Aging 2025 aging rate \geq 20% (60+) (2010→2025) 大	Moderate Aging 10% \leq 2025 aging rate < 20% (60+) (2010→2025) 中	Young 2025 aging rate < 10% (60+) (2010→2025) 小
High Income Country GDP per Capita: >15,000\$ 高	Japan(30.7%→35.8%) Singapore (14.1%→24.2%) Republic of Korea (15.5%→27.0%)	Brunei Darussalam(6.2%→15.6%)	
Middle Income Country GDP per Capita: >1,000\$ 中	Thailand (12.9%→23.1%) China(12.4%→20.0%)	Malaysia(7.8%→12.5%) Indonesia(7.6%→12.0%) Vietnam(8.9%→15.5%)	Philippines (5.9%→8.7%) Lao PDR(5.5%→7.4%)
Low Income Country GDP per Capita: <1,000\$ 低		Myanmar(7.7%→12.2%) Cambodia(7.2%→11.1%)	

ODA countries

資料：1) UN: World Population Prospects: The 2012 Revision Population Database
2) World Bank Search 2011 (Myanmar ; National Accounts Estimates of Main Aggregates, 2010, United Nations Statistics Division)

図 2：ASEAN+3 諸国の高齢化及び一人当たり GDP による分類

第1章 Active Aging の背景と国際的な潮流

1. ASEAN 諸国における高齢化の状況³

- 表 1 は、ASEAN+3（日中韓）諸国における高齢化関連の指標を表している。
- ODA 対象国の中で、2010 年時点で高齢化が進んでいる国はタイ（12.9%）、中国（12.4%）、ベトナム（8.9%）、マレーシア（7.8%）の順である。2025 年の高齢化の推計をみると、タイと中国の高齢化率は 20%以上、ベトナムは 15%を超えることが予想されている。またこれらの国々の平均余命も延びてきており、タイ、中国、ベトナム、マレーシアでは出生時平均余命が男女ともに 70 歳以上となっている。

表 1：ASEAN における高齢化関連指標

	Aging rate 1990 (60+) (%) ¹⁾	Aging rate 2010 (60+) (%) ¹⁾	Prospect of aging rate 2025 (60+)(%) ¹⁾	Prospect of aging rate 2050(60+)(%) ¹⁾	Total fertility rate ¹⁾	Life expectancy at birth ¹⁾		Labor-force participation ratio(60-64year-old) ²⁾		Per capita GDP (US\$) ³⁾	Income disparity (Richest 10% to poorest 10%) ⁴⁾
						Male	Female	Male	Female		
Japan	17.4	30.7	35.8	42.7	1.34	79.2	86.0	75.6	45.6	46,720	4.5
Republic of Korea	7.7	15.6	27.0	41.1	1.23	76.5	83.2	70.2	41.5	22,590	7.8
Singapore	8.4	14.1	24.2	35.5	1.26	78.7	83.7	67.5	35.4	51,709	17.7
Thailand	7.1	12.9	23.1	37.5	1.49	70.0	76.7	50.1(60-)	29.5(60-)	5,480	12.6
China	8.6	12.4	20.0	32.8	1.63	73.2	75.8	58.3	40.6	6,091	21.6
Brunei Darussalam	4.0	6.2	15.6	28.3	2.11	75.6	79.5	45.5	11.2	41,127	-
Vietnam	8.1	8.9	15.5	30.6	1.89	70.2	79.9	69.4	58.2	1,755	6.9
Malaysia	5.6	7.8	12.5	23.1	2.07	71.8	76.4	52.3	17.1	10,432	22.1
Myanmar	6.7	7.7	12.2	22.3	2.07	62.1	66.2	-	-	880	-
Indonesia	6.1	7.6	12.0	21.1	2.50	67.6	71.6	78.9	47.3	3,557	7.8
Cambodia	5.1	7.2	11.1	21.2	3.08	66.8	72.1	69.5	33.0	944	12.2
Philippines	4.7	5.9	8.7	13.7	3.27	64.5	71.3	79.0(55-64)	54.8(55-64)	2,587	15.5
Lao PDR	5.6	5.6	7.4	15.7	3.52	64.5	67.0	-	-	1,417	6.3

資料：1) UN: World Population Prospects: The 2012 Revision Population Database

2) Statistical data of respective countries.

3) World Bank Search 2011 (Myanmar ; National Accounts Estimates of Main Aggregates, 2010, United Nations Statistics Division)

4) Human Development Report 2007/2008: Published for the United Nations Development Programme (UNDP)

- 一方、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間とされる健康寿命（Healthy Life Expectancy）を延伸させることが重要である。健康寿命の定義は複数あり、必ずしも各国の比較は容易ではないが、各国ともに平均余命の延びだけでなく、健康寿命の延びにも注目して施策を実施することが必要である（表 2）。

³ ASEAN 諸国の「高齢者」の定義は、多くが 60 歳以上となっているため、本稿で用いた統計や記述における高齢者及び高齢化率について、特記のない場合は 60 歳以上を対象とする。

表 2: ASEAN+3 諸国の平均寿命と健康寿命(2010 年)

国名	男性							女性						
	平均寿命			健康寿命			平均寿命の延びと健康寿命の延びの差	平均寿命			健康寿命			平均寿命の延びと健康寿命の延びの差
	1990年	2010年	延び	1990年	2010年	延び		1990年	2010年	延び	1990年	2010年	延び	
日本	76.0	79.3	3.3	67.7	70.6	2.9	0.4	82.0	85.9	3.9	72.3	75.5	3.2	0.7
韓国	68.1	76.5	8.4	60.6	67.9	7.3	1.1	76.2	82.7	6.5	67.1	72.6	5.5	1.0
シンガポール	72.8	78.8	6.0	64.8	69.6	4.8	1.2	77.9	83.3	5.4	68.2	72.6	4.4	1.0
タイ	69.2	70.9	1.7	60.7	62.7	2.0	-0.3	75.7	77.5	1.8	65.7	67.8	2.1	-0.3
中国	67.3	72.9	5.6	60.1	65.5	5.4	0.2	71.5	79.0	7.5	63.5	70.4	6.9	0.6
ブルネイ	73.1	75.5	2.4	64.0	66.2	2.2	0.2	76.0	79.1	3.1	66.0	68.6	2.6	0.5
ベトナム	65.5	71.6	6.1	56.7	62.6	5.9	0.2	72.3	79.6	7.3	62.2	69.1	6.9	0.4
マレーシア	69.5	71.3	1.8	60.6	62.6	2.0	-0.2	73.7	76.5	2.8	63.6	66.4	2.8	0.0
ミャンマー	54.4	60.7	6.3	47.1	53.2	6.1	0.2	58.7	67.6	8.9	50.2	58.3	8.1	0.8
インドネシア	63.5	67.7	4.2	55.1	59.3	4.2	0.0	66.5	71.8	5.3	57.3	62.5	5.2	0.1
カンボジア	56.9	64.6	7.7	48.4	55.9	7.5	0.2	61.2	70.1	8.9	51.6	60.0	8.4	0.5
フィリピン	64.0	66.6	2.6	54.8	57.4	2.6	0.0	72.0	73.8	1.8	61.0	63.2	2.2	-0.4
ラオス	54.0	62.4	8.4	46.7	54.1	7.4	1.0	58.5	67.1	8.6	50.1	57.8	7.7	0.9
アメリカ	71.7	75.9	4.2	63.0	66.2	3.2	1.0	78.6	80.5	1.9	68.1	69.5	1.4	0.5
イギリス	72.9	77.8	4.9	63.4	67.1	3.7	1.2	78.3	81.9	3.6	67.4	70.1	2.7	0.9
ロシア	63.2	63.1	-0.1	55.5	55.4	-0.1	0.0	73.9	74.7	0.8	63.6	64.5	0.9	-0.1

資料：Global Burden of Disease Study 2010⁴ を基に事務局作成

- ASEAN 諸国の倍化年数⁵を推計した表 3 によると、65 歳以上の高齢者の割合が 7%~14%に到達する期間は、我が国では 25 年だったのに対し、ベトナムは 15 年、インドネシアは 17 年、ラオスは 19 年、ミャンマーは 20 年と早いペースで高齢化が進展すると見られている。

表 3：ASEAN における高齢化関連指標と倍化年数

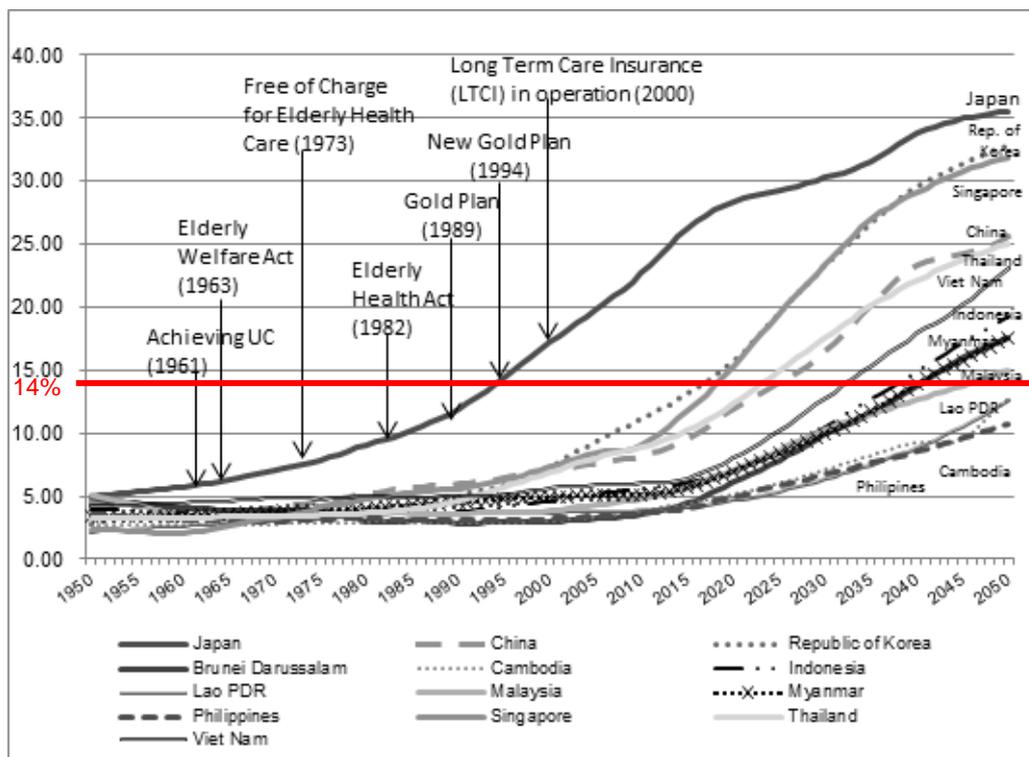
	Population (million)	Aging rate (65+) 7% Aging society	Aging rate (65+) 14% Aged society	Doubling time Number of years required for the proportion of the aged population from 7% to 14%	Aging rate (65+) 21% Super Aged society
Philippines	94.85	2032	2062	30	2088
Malaysia	28.86	2020	2046	26	2073
Japan	127.82	1970	1995	25	2008
China	1,344.13	2000	2025	25	2037
Cambodia	14.31	2030	2053	23	2068
Thailand	69.52	2001	2024	23	2038
Myanmar	48.34	2021	2041	20	2060
Singapore	5.18	1999	2019	20	2027
Lao PDR	6.29	2034	2053	19	2065
Republic of Korea	49.78	1999	2017	18	2027
Brunei Darussalam	0.41	2023	2041	18	2063
Indonesia	242.33	2021	2038	17	2056
Vietnam	87.84	2018	2033	15	2047

資料：World Bank, World Development Indicators database 及び United Nations' World Population Prospects, the 2010 revision を基に事務局作成

⁴ 日本については、厚生労働省の発表とは健康寿命の定義が異なるため、数値が異なる。

⁵ 全人口に占める 65 歳以上の高齢者の割合が 7%に到達した年から、その割合が 14%に到達するまでの年数を意味し、高齢化の進展の速さの指標として用いられる。

- このように急速な高齢化が進む ASEAN 諸国であるが、その高齢化対策は十分とは言えない状況にある。図 3 は、我が国を含む ASEAN 諸国における高齢化率の推移と、我が国の高齢化政策の実施時期とを当てはめたものである。これによると、我が国は高齢化が 14% に到達する前に、国民皆保険、老人福祉法の制定、老人医療費の無料化及び見直し、老人保健法の施行、ゴールドプラン、新ゴールドプランの実施、介護保険法等、様々な高齢化対策を講じてきたことが分かる。他方で、ASEAN 諸国においては UHC（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）⁶ の実現は、一部の国に限られており、高齢者支援関連の法整備などもまだ十分でない国も多いというのが現状である。



資料：UN, World Population Prospects, The 2010 Revision を基に事務局作成。

図 3：ASEAN 諸国における高齢化率（65 歳以上）と日本の高齢化政策

2. Active Aging の国際的な潮流

- Active Aging（活動的な高齢化）とは、国際保健機関（WHO）は「健康の維持、家族や地域社会の営みへの参加、安心できる社会づくりのためのさまざまな機会を最大限に高めるプロセス」（“Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age⁷.”）と定義している。

⁶ WHO の定義では、UHC とは、全ての人々が基礎的な保健医療サービスを、必要な時に負担可能な費用で享受できる状態。

⁷ WHO (2002) Active Aging Policy Framework
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?ua=1

- とりわけ、Active Aging の 3 つの柱として、Participation（参加）、Health（健康）、Security（安全）の視点から、高齢者の生活の質の向上のために取り組むことが示されており、本検討会でもこの枠組みで整理し検討してきた（図 4）。
- Health（健康）：環境及び行動の両面で、慢性疾患と生活機能低下のリスク要因が少なく、予防要因が多くなっている時に、人々はより長いかつ質の高い生活を送ることができ、年を重ねても健康状態を保ちながら生活を営むことができ、高額な治療やケアサービスを受ける高齢者が少ない状態を意味している⁸。ケアが必要な高齢者に対しては、年を重ねるに伴い女性と男性の権利とニーズに対応した健康・社会サービス全般へのアクセスが持てるようにする。
 - Participation（参加）：参加とは、高齢者が基本的な人間の権利、能力、ニーズや嗜好に従って、労働市場、雇用、教育、保健、社会政策・プログラムによって、社会経済的、文化的、生産的な活動に全面的に参加することをサポートする環境にあることを意味する。高齢者は、このような環境であれば年を重ねても有給無給のどちらの活動においても社会に生産的な貢献をし続けられる。
 - Security（安全）：安全とは、高齢になるに伴って生じる社会的、経済的、精神的な安全に対するニーズと高齢者の権利に対応した政策やプログラムの実施が、自立して生活ができなくなった高齢者の保護、尊厳、ケアが保証されていることを意味する。また家族やコミュニティが高齢者支援をする際にはこれらの政策やプログラムによってサポートを受ける。



資料:WHO (2002) Active Aging: Policy Framework (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf)

図 4：WHO における Active Aging の 3 本柱の概念図

- WHO では 2012 年の世界保健デーのテーマを高齢化と設定するなど、高齢化に関する国際的な機運を醸成する取り組みを行っているほか、我が国も同年 5 月に提出した、非感染性疾患（NCD：Non Communicable Diseases）対策と高齢化対策を併せて行う重要性に関する決議「活動的な高齢化を推進するための非感染性疾患対策の強化」が WHO 総会で採択された。

⁸ WHO における「健康」の概念は、単に身体的な状態のみならず、社会的に家族・地域・社会ないし国に関与することができる状態を含む。

- その他にも高齢者向けプライマリ・ヘルスケア等の保健制度の強化に資する政策立案・技術支援、高齢者の健康状態の管理や疾患の早期発見・早期治療等のための医療技術開発の推奨、保健人材の育成支援等を推進している。

- 一方、EUは2012年を「欧州 Active Aging 年（European Year for Active Aging and Solidarity between Generation 2012）」と定め、Active Aging への取組みをEU全体で推進していく方針を示している⁹。その背景には、現在の先進諸国は共通して厳しい経済・財政状況にあり、これまでの経済・社会モデルでは高齢化社会に対応することが難しいことが明らかになっている。そのため、高齢人口の増大に伴って年金、医療等の公共サービスをどのように維持していくかは各国の共通の課題となっていることがある。そしてEUのActive Aging取組みの柱として下記の3つを挙げている¹⁰。
 - 雇用：EU全体で年金受給開始年齢が引き上げられているなかで、多くの人々は退職後から年金受給までの期間に雇用が継続されるか、また新たな雇用が得られるのかどうか不安を抱いている。そのため、労働市場における高齢者の雇用の提供と雇用機会提供が必要となる。
 - 社会参加：高齢者が社会に貢献しているという認識を高め、高齢者支援をしやすい環境を作りだしていくことが重要である。
 - 自立した生活：Active Agingは、高齢者ができるだけ長く自分自身の人生を過ごしながら年を重ねていけるように高齢者の自立性を促すような支援を意味する。

- また、今回の検討対象国であるASEANでは、「ASEAN Strategic Framework on Social Welfare and Development (2011-2015)」¹¹を策定し、高齢者の関心、権利、機会均等、生活の質と水準の向上を守り、人間中心のASEANを構築するために各国に求められる優先事項を示している。

- 具体的には、高齢者の公的年金、健康と高齢化に関する関係者間の政策対話、高齢者のセルフケア・プログラムの試行、高齢者協会の推進に関するワークショップの実施、高齢者施策のキャパシティ・ビルディング、ASEAN域内の調査ネットワークの構築、介護実施者の育成などの活動を予定している。

⁹ 駐日欧州連合代表部ウェブマガジン EU MAG (<http://eumag.jp/feature/b0412/#back03>)

¹⁰ European Year for Active Aging and Solidarity between Generation 2012 ウェブサイト <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=en>

¹¹ ASEAN Strategic Framework on Social Welfare and Development (2011-2015) [http://www.asean.org/images/2012/publications/ASEAN%20Strategic%20Framework%20for%20Social%20Welfare%20and%20Development%20\(Nov\).pdf](http://www.asean.org/images/2012/publications/ASEAN%20Strategic%20Framework%20for%20Social%20Welfare%20and%20Development%20(Nov).pdf)

3. Active Aging における協力を推進する際の視点

(ア) 高齢者の定義と Active Aging

- 高齢者の定義については、ASEAN 諸国では 60 歳以上を用いることが多く、日本では老人福祉法の定める 65 歳以上を用いることが多い。いずれの定義によっても年齢での区別と健康度合とは分けて考える必要があり、日本では 75 歳までの高齢者については、おおむね良好な心身の状態であることが多く、就労を継続している場合も少なくない。日本の介護保険制度における 65-69 歳層における認定率（日常生活に対する支援や介護を必要とする人として保険給付の対象となっている人の割合）は、2.6%と低く、ほとんどの高齢者は元気な状態にあるといえる。
- Active Aging の考え方においては、高齢者は社会から支援を受ける対象であると同時に、社会や家族の支え手であり、人によっては勤労者であるなど、地域での取組みの主体として位置づけられる。

(イ) セルフケアの考え方

- Active Aging を推進する上での重要な考え方として、高齢者自身が自らの生死について尊厳をもって自らの責任で決定し、そのために、自らの健康を管理する「セルフケア」を挙げることができる。個人が健康管理に取り組むよう動機付けを行い、住民相互に学び合うセルフマネジメントのプログラムを開発していくことが重要になる。
- また、セルフケアは、高齢期になってから開始するのでは遅いとの問題意識から学生や勤労世代のうちから教育等を通じて定着させることが求められるようになってきた。こうした教育の中には、健康、社会保障、疾病予防、生活習慣など様々なものが含まれる。こうした取組みを行い、運動、栄養、休養などの生活習慣を確立することは NCD の予防を行なう上で、重要な基礎となるものである。

(ウ) Active Aging における国・地方の行政の役割

- 一方で本格的な高齢化の進展の中で、国や地方自治体の取組強化が課題になる。現時点では国では高齢化対策を担当する部門の連携が欠如していたり、地方自治体では高齢化対策の当事者意識が薄かったりしている。具体的には職員の人材開発、行財政と結びつけた対策の検討などについて、日本の経験の共有が求められる。

(エ) その他 Active Aging に関連する配慮すべき事項

- 平均余命の違いから、一般的に女性の方が男性よりも老後の期間が長い。そのため、女性の高齢者が多いことを念頭に高齢化対策を検討する必要がある。例えば、所得保障制度においては、女性の老後の生活保障が適切に行われることが課題となる。
- 家族やコミュニティ機能の違いについても、考慮する必要がある。一般に ASEAN の多くの国では地方農村部では大家族形態が多く、介護の必要が発生しても、多世代の家族や近隣コミュニティの協力の中で解決が図られることが多い。しかし、近年の経済成長によって、都市部においては、単身世帯や核家族世帯の増加、地方部においては、若年層の都市部への出稼ぎによって勤労世代の空洞化も見られる。
- ASEAN 諸国に限らず、諸外国においては宗教、文化等の違いにより、日本とは高齢化や死生に関する考え方が違う。高齢化に関する国際協力は、このような多様性を認識し、尊重しながら進めていくことが求められる。
- 日本を含む先進国で認知症が大きな課題となっており、2013年12月には英国で G8 認知症研究サミットが開催された。認知機能の低下とその予防や治療は、今後 ASEAN 諸国でも問題になると考えられる。高齢化の進展は、こうした新たな社会的課題を生み出すという前提を理解し、国際協力において情報の共有を行っていくことが求められる。

第2章 ASEAN 及び日本の高齢化対策の現状とその課題

1. ASEAN 諸国の社会保障制度及び高齢化対策の現状

(1) ベトナム

(ア) 高齢者の政策・制度と現状

- ベトナムにおける高齢者政策に対応する省庁は、労働・傷病兵・社会問題省（Ministry of Labor、Invalids and Social Affairs: MOLISA）と保健省（Ministry of Health: MOH）である。
- 高齢者に関する政策・計画は、2000年「高齢者に関する政令」、2010-2020年「国家高齢者行動計画（National Action Plan on the Older People）」等がある。
- ベトナムは、65歳以上の高齢化率が7%~14%になる期間が最も短いと予測される国であり、限られた時間の中で高齢化対策を推進する必要がある。近年の経済成長は都市部中心に目覚ましいものがあるが、全国的な社会資本整備の状況には今後も相当な発展の余地があり、高齢化対策の基盤となり得る公的・民間の基礎的な医療資源や高齢者ケア施設などの社会資源、高齢者を対象とした施策は、いずれも限定的である。

(イ) 社会保障制度

- ベトナムにおいては、VSS（Vietnam Social Security）による全国民を対象とした包括的な社会保障制度が実施されているが、実態としては、公務員および一定規模以上の企業被用者（強制加入）に限定されている。
- 老齢年金は、賦課方式で運用されており、原則として男性60歳以上、女性55歳以上で保険料拠出期間が20年を超える場合に給付の対象となる。ただし、大企業の従業員でない場合は、多くの場合、企業側が保険料拠出を負担できないため、加入が進んでいない。
- 公務員以外の現役の高齢者の大半が無年金者のため、経済的支援が必要な場合は、老齢福祉年金や高齢者に対する現金給付（社会手当）が行なわれている他、ベトナム戦争による寡婦の高齢者にも現金給付が行なわれている。
- 医療保険制度はVSSが運営する全国統一の医療保険制度があり、公務員や民間企業の従業員など給与労働者を中心に制度が構築され、2020年までに国民皆保険の達成を目指している（現段階においては全人口の7割弱の加入率と推定）。
- 高齢者には、健康保険カードの給付・配布を推進している他、80歳以上は保険料が免除、90歳以上の高齢者は医療費の自己負担額が免除であり、ベトナムの90歳以上の高齢者の67%にあたる約9万人が加入している。しかしながら、各地域

の医療資源にも格差があることから、医療保険の受給資格を持っていても、十分な医療が受けられない場合がある。

(ウ) 高齢者ケア

- 現在は家族やコミュニティベースでの在宅ケアが中心となっており、公的、民間による在宅サービスは提供されていない。施設ケアに関しては、2種類の高齢者施設が存在し、1つは Nursing Room（老人ホーム）と呼ばれる MOH が所轄する施設で、医療と社会的な保護を行っている。もう1つは、社会保護センターと呼ばれる MOLISA が所轄する施設で、貧困者や家族のいない高齢者の保護を行っている。上記高齢者施設は、80歳以上の希望者であれば、地域の人民委員会に申請することで入所でき、施設での生活費は無料である。また、数は少ないものの民間施設や民間病院に併設された高齢者施設も存在する（図5）。

（左：民間高齢者施設（2人部屋）、右：民間高齢者施設内の医療ケア室）



（左及び中 1人部屋居室とモニター、右：病院併設の高齢者居住スペース）



調査団撮影

図 5: ベトナムの民間高齢者施設の様子

(エ) 高齢者の健康促進・社会参加

- 国家高齢者行動計画の中に、NCD 対策が明記されており、一部の地方で生活習慣病毎の個別プログラムが実施されている。予防や早期発見に注力していく方向性が示されているが、現状は治療に重点が置かれている。
- ベトナムにおける高齢者の社会参加の中心的な役割を果たしている機関がベトナム高齢者協会（Vietnam Association of Elderly : VAE）であり、組織率は、全高齢者の9割を超えており、特に農村部での加入率が高い。VAE の役割は、高齢者に対するケアに限定されず、高齢者の潜在能力の向上と社会への参加、健康増進、

高齢者の権利擁護に関する活動である。VAE は MOLISA と共同で、2002-2010 年の国家高齢者行動計画に基づき、高齢者のための様々なプログラム（農村雇用創、病気予防・健康増進の活動）を実施している。

- 国家高齢者行動計画において高齢者は社会に貢献可能な社会的な資源として考えられているが、高齢者の職業訓練や研究、統計の定期的な収集などはほとんど実施されていない。

(オ) Active Aging に関する特徴・課題

- ベトナムでは専門的人材による「介護」の概念が浸透しておらず、生活支援は家族が実施するものと理解されている。高齢者向けの介護施設は、貧困高齢者の利用に限定され、絶対数が不足している。民間の高齢者施設も非常に少ないが入居料が高額のため、中間層の高齢者は利用ができない。また、統一的な高齢者ケアの基準等は存在せず、施設ごとに質が異なる上、それを管理する制度も存在していないことが課題である。
- 国家計画には NCD 対策が明記されており、早期発見などにも注力していく方向性は示されているが、現状は治療（特に高血圧や糖尿病のプログラム等）に重点がおかれている。ヒアリングによると 95% 以上の高齢者が慢性疾患を抱えているが、基礎的な医療資源が乏しく、十分な継続的治療を受けることは困難なのが現状であるということだった。高齢者就労に関しては、MOLISA 職業管理局では、高齢者の社会に貢献とその役割は重要であると認識しているが、高齢者の職業訓練や研究、統計の定期的な収集などは特段の努力が求められる状況である。
- ベトナム政府からは、高齢化対策の戦略策定、モデル設定、NCD 対策、高齢者向け施設の運営、基礎調査・研究、人材育成に関する国際協力の要望が調査に際してあった。

(2) タイ

(ア) 高齢者の政策・制度と現状

- タイにおけるにおける高齢者政策に対応する省庁は、保健省（Ministry of Health: MOH）と社会開発人間安全保障省（Ministry of Social Development and Human Security: MSDHS）である。
- 高齢者に関する政策・計画は、第二次国家高齢者計画（2002-2020）があり、2009 年に第一回見直しが実施され、現在、二回目の見直しに向けて準備中である。
- タイは 2010 年の高齢化率が 12.9% と ASEAN 諸国の中でも最も早い段階で高齢化が到来した国の一つであり、高齢化対策については、短期的に具体的な支援策の全国的な普及が必要となる。基礎的な保健医療資源の展開は、ヘルスセンター

（国営の診療所）の全国的な展開や 30 パーツ医療保障制度（定額約 100 円）の自己負担で医療を受けられる仕組み）の普及などにより、大きく進展していることから、今後は、高齢者ケアの専門的サービスの開発や地域でのサービス展開の方法など、具体的なサービスの開発が焦点になる。

（イ）社会保障制度

- 公務員向けの年金制度は、公務員政府年金基金（GPF）が、民間企業の従業員に対しては、被用者社会保障制度（SSS）が準備されている。その他、退職金積立基金（TPF）、退職共済基金（RMF）などがあるが、いずれも、民間企業の従業員に対する付加年金制度であり、多くの自営業者や農家を含むインフォーマルセクターは、無保険の状況にある。新設された少額積立（NSF）の実施が遅れており、人口の 4 割以上を占めるインフォーマルセクターの老齢期の所得保障が大きな課題となっている。また、SSS でも老後生活を送るには不十分な年金額になると見込まれている。
- 公務員を対象とした公務員医療給付制度（CSMBS）、民間企業向け SSS に加え、2002 年に創設された 30 パーツ医療保障制度が、インフォーマルセクター向けをカバーし、国民皆保障を達成している。
- 高齢者は、自己負担も免除されており、慢性疾患等も給付対象となっている。一次医療が充実しているものの、医療職数には限りがあり、全国約 100 万人の保健ボランティアが基礎的な保健サービス機能の充実に貢献している。
- 高齢者の生活を支援する目的として経済状態に応じて、月額で 600～1,000THB の現金給付（無拠出手当）が実施されている。

（ウ）高齢者ケア

- タイでは国家計画において、高齢者ケアは在宅を中心に、一義的には家族とコミュニティが担い、全国に約 8 万人いる高齢者ボランティアを中心として、居宅ケアを推進する方針が打ち出されている。高齢者ボランティアはおおむね要介護者との比率において 1:15 を目安に整備を進めていく方針。ボランティアには 600THB/月の手当が給付されており、給付財源は一時的に中央政府が負担するものの、基本的に自治体財源により賄われている。介護職の研修は、既存の施設を在宅支援の拠点として位置づけ、施設が居宅ケアのための介護ボランティアの研修を担うことも検討している。保健省の設定する 6 つの基準を満たしたタンボン（地方行政組織、郡と村の間）が介護推進自治体として認証される「タンボン介護プログラム」を実施中である。各種のプログラムが試験的に展開されているが大半の事業が最初の二年間のみ中央から財政措置され、自治体に移管されるため、持続可能性に課題を抱えている。

- 施設ケアにおいては、①低所得で身寄りのない高齢者を対象にした MSDHS の管理施設である公的高齢者施設（高齢者社会福祉開発センター）（図 6）、②多くが民間病院の運営によるものであり、富裕層向けの高額な利用料の施設である療養病院（Long-Stay Hospital）、③医療を必要とする高齢者向け施設であるナーシングホーム（Nursing Home）、④ホスピス（寺）の 4 つが存在する。このうち Nursing Home については、どの省庁も一元的には施設数等の把握をしておらず、民間の Nursing Home は商務省の登録を行うなどとしている。

（左：健康器具で運動中の高齢者、右：認知症高齢者居住スペース）



調査団撮影

図 6：タイの公的高齢者施設の様子

（エ）高齢者の健康促進・社会参加

- 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、「高齢者生活向上センター」を全国の地域に整備する予定（878 か所を目標に設定）となっている。
- 政府は、高齢者の社会参加を促進するため、高齢者クラブへの参加を推奨している。ヘルスセンター等で組織化されるものなど様々であるが、参加率が低い地域も見られる。
- 高齢者雇用の促進に関しては、高齢者の自立に資する活動に対して資金的な支援を行なう Elderly Fund を設け、保健省及び社会開発人間安全保障省の共同で運営されている。また、タクシン政権自体に発足した Brain Bank による高齢者リソースの活用も行われている（登録は 2 万人以上）。
- 健康診査を全年齢層の国民に実施し、15 歳以上のすべての国民に対して高血圧、糖尿病、心筋梗塞等の疾患に関する健診を実施している。また、ボランティアを活用したスクリーニングを実施し、リスク層に対して血液検査を実施している。現在のスクリーニング実施率は、対象者の約 80%に達している。スクリーニングは、職場や学校、公共の施設など、あらゆる場所で行われており、一部の地域ではモバイル健診サービスなども実施している。



調査団撮影

図7：タイのアクティビティセンターにおける手工業製品

(オ) Active Aging に関する特徴・課題

- 高齢者ケアに対する課題としては、民間企業による居宅サービス提供はみられず、政府と連携した NGO や地域ボランティアが中心となっていること、また、コミュニティレベルでの介護技術（質の確保、向上）が挙げられる。
- インフォーマルセクター及び農村部の高齢者支援、高齢者雇用の促進等への協力の可能性がある。

(3) インドネシア

(ア) 高齢者の政策・制度と現状

- インドネシアにおける高齢者政策に対応する省庁は、国民福祉調整担当大臣府（Coordinating Ministry of People's Welfare: CMPW）、社会省（Ministry of Social Affairs: MoSA）、保健省（Ministry of Health: MOH）などである。
- 高齢者に関する政策・計画は、「高齢者福祉法 1998 年第 13 号」、「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」がある。
- インドネシアが 65 歳以上高齢化率 14%を迎えるのは、24 年後の 2038 年であるが、2021 年には高齢化率 7%に達すると推測されており、倍化年数は 17 年と、ASEAN 諸国ではベトナムについて短時間で高齢化が進むと見込まれている。

(イ) 社会保障制度

- 公務員に対しては、公務員年金(TASPEN)、公務員老齢貯蓄(THT)、軍人向け所得保障(ASABRD)が存在する。民間企業被用者向けの所得保障には、国营保険会社 PT.JAMSOSTEK が実施する企業老齢貯蓄(JHT)、労働災害保険(JKK)、死亡保障(JK)が存在する。インフォーマルセクターに対しては、MoSA が実施する社会福祉保険である ASKESOS や、労働移住省 (MoMT) が一部国庫負担し、労働者医

療保障(JAMSOSTEK)が実施するインフォーマルセクター向けの年金及びその他の所得保障制度が存在する。低所得者に対しては月額 30 万ルピアの老齢福祉手当も給付されている。

- 公務員に対しては公務員医療保険（ASKES）、民間企業被用者向けは JAMSOSTEK、貧困者層に対しては低所得者向け公的医療保障制度（JAMKESMAS）が存在する。
- JAMKESMAS の給付を受けていない貧困層及び貧困に近い層を対象にした、地方自治体による公的医療保障（JAMKESDA）も存在する。
- 2014 年を目標に、皆保険制度である国家社会保障制度が導入される予定である。

(ウ) 高齢者ケア

- 高齢者福祉施設は、MoSA、州政府、民間が運営を行い、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（図 8）。高齢化対策は「身寄りのない高齢者、障害を持つ高齢者」を主たる対象とし、利用料は、収入に応じて異なり、低所得者は無料となっている。通所型の支援策としては、コミュニティレベルでのデイサービス（Pusaka）がある。今後増加が予想される中所得者以上を対象とした施設の建設計画が民間ベースで計画されつつあるものの、現時点での施設の供給量は極めて限定されている。



資料：調査団撮影

図 8：インドネシアのデイケアセンターにおける活動の様子

- 地域の社会福祉活動は、BK3S（ベガティガエス）と呼ばれる地域福祉団体が全国の地域ボランティアを中心に組織化されており、政府からの補助金や篤志家からの寄附などに基づき多様な活動を展開している。地域によっては高齢者向けのコミュニティレベルのホームヘルプサービスが NGO から提供されているが、家庭訪問が中心であり、日々の具体的なケアを提供するサービスではない。コミュニティレベルでのデイサービス（Pusaka）事業では、貧困高齢者を対象に、無料で通

所型のサービス（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、宗教活動等）を提供している。

（エ）高齢者の健康促進・社会参加

- MOH が実施する保健プロジェクトである Posyandu 事業では、MOH の補助金の交付と技術指導も受けながら保健所（Puskesmas）と連携してコミュニティベースでの定期的な地域保健活動も行なっている。政府は、主に 50 歳以上の中高年者を中心に、NCD 対策を推進しており地域を基盤とした予防、健康増進を主体とした取組みを進めているが、計画通りの実施は進んでいない。また高齢者施設では、医師の巡回等により疾病予防的な介入がなされているが、組織的なものではなく、今回の調査においては、治療を行っている施設は認められなかった。
- Posyandu 事業において地域の互助活動として高齢者に対するレクリエーションや小旅行などの取組みが行われている。これらの活動は、地域によって異なるものの、高齢者に対する社会参加活動として全国各地で展開されている。

（オ）Active Aging に関する特徴・課題

- 広大な面積に加え、多くの島嶼部と ASEAN で最大の人口を抱え、現在医療保障の国民皆保障化に向けた積極的な組織改変、制度改正を実施している。しかし、医療資源の偏在等に課題を抱えており、UHC に向けては税負担で運営するインフォーマルセクター部分の財政的な持続性や、社会保障制度への加入率の向上など、継続的に解決すべき多くの課題がある。
- 高齢者ケアの課題としては、都市部に比べ地方部での高齢者支援（保健医療、人材や設備へのアクセシビリティ）に格差があること、また行政による施設基準は存在するが、サービス内容に関する管理はなく、ケアのガイドライン等も存在しない点が挙げられる。

（4）マレーシア

（ア）高齢者の政策・制度と現状

- マレーシアにおける高齢者政策に対応する省庁は、女性家族地域開発省（Ministry of Women, Family & Community Development）、保健省（Ministry of Health）、首相府等である。
- 高齢者に関する政策・計画は、国家高齢者国家政策（National Policy for the Elderly）、国家高齢者行動計画（National Action and Plan for Elderly）、国家高齢者国家保健政策（National Health Policy for Older Person）などがある。

- マレーシアは ASEAN 諸国の被援助国の中では、最も経済面で成長している国の一つであり、政府は 2020 年までに高所得国化を推進する長期計画を掲げるなど中所得者層も増加している。高齢化のスピードは緩やかであり、65 歳以上高齢化率が 14%に達するのは 2046 年と時間的には余裕がある。一方で中所得者層の増加と都市化、核家族化の進展が見られるため、特に都市部においては、伝統的な地域の紐帯が今後弱体化していく懸念もあり、高齢者ケアに関する社会的な支援の必要性は、政府にも強く認識されている。

(イ) 社会保障制度

- 所得保障に関しては、公務員の社会保障制度である政府年金制度（Government Pension:GP）と民間企業の被用者に対する被用者積立基金（Employee Provident Fund：EPF）、従業員社会保障機構（Social Security Organisation：SOCSSO／Pertubuhan Keselamatan Sosial：PERKESO）に分かれている。被用者積立基金は、55 歳到達時に残高の一括引き出しが可能。2011 年現在加入者数は 1,341 万人であるが、実際に拠出しているのは半数以下となっている。
- 医療制度は英国の国営保健サービス(National Health ServiceNHS)型であり、公的医療機関において、無料又は非常に低額の自己負担で医療サービスを受けることができる。ただし、中所得層以上は自費又は民間医療保険により、民間医療機関を利用することも多い。
- 公務員は政府年金制度の医療給付により、民間医療機関も利用可能である。
- 定期収入がなく、援助する家族や身内がない 60 歳以上の在宅高齢者に対しては、月 300 リンギ（約 9,300 円）が給付される。

(ウ) 高齢者ケア

- 高齢者に対する支援は主に家族やコミュニティで実施されている。居宅ケアであるホームヘルプ・サービス（Home Help Service）は、手段的日常生活動作（Instrumental Activities of Daily Living：IADL）に関する支援が必要な軽度者に対する通院への同行・買物、寝たきりの高齢者に対する身体的なケアまで幅広いサービスを提供している。ホームヘルパーは住民ボランティアが担い、事業は女性・家族・地域社会開発省が直営、又は同省の補助を受けて NGO が運営している。利用者は全国で 1,400 人程度であり、まだ試行段階にある。
- 施設ケアは、保健省所轄の施設として、ケアセンター法によって登録された高齢者施設（Old folks home）及び民間保健医療施設サービス法によって登録された介護施設（Nursing home）がある。いずれも介護を必要とする高齢者が入所している。施設基準は Nursing homeの方が Old folks homeより厳しく、Nursing homeの数は全国で十数か所、Old folks homeは全国 200 か所弱で NGO など民間が設

置・運営している。そのほか、女性・家族・地域社会開発省が設置・運営している貧困高齢者向け施設が合わせて 11 カ所ある。

(エ) 高齢者の健康促進・社会参加

- 保健所に来所した高齢者を登録し、無料で健康診査を実施している。必要に応じ家庭訪問（有料）も実施しているが、予算や人員の制約があり、実施は限定的である。
- 高齢者の社会参加の観点からは、アクティビティセンター（PAWE）と呼ばれる比較的自立度の高い高齢者が日中余暇活動や学習活動、健康チェックなどを行う施設により、社会的なネットワーク構築や健康増進のための取組みが行われている（図 9）。PAWE は現在全国で 22 か所あり、NGO が女性家族地域社会開発省の補助金や寄付などを用いて運営を行っている。その他、保健所を拠点として地域の高齢者によるクラブ活動が行われている地域もあり、健康チェックやマッサージ、余暇活動などが実施されている。



資料：JICA

図 9：マレーシアのアクティビティセンターとその活動の様子

- 高齢者の雇用確保に関しては、以前は 55 歳であった退職年齢は、2001 年以降順次引き上げられ、現在では 60 歳となっている。また、高齢者向け雇用情報データベースの整備や一部の PAWE で実施されている経済能力向上プログラム（Economic Empowerment Program: EEP）において少額の所得を得る取組みが実施されているものの、高齢者の生活を支えられるまでの質・量的な仕組みには至っていない。

(オ) Active Aging に関する特徴・課題

- 政府は高齢者が社会や家族の中で自らの役割を果たすことを求めるとともに、経済的自立を重視。支援が必要な高齢者に対しては、家族、高齢者を含めた地域住民・ボランティアなど、地域社会に根ざした支援システムの構築を目指している。

- しかしながら、現在行われている支援システム構築への取組みは量、実施地域の点で限られている。今後統合的かつ体系的な支援システムを構築することにより、さらなる高齢者施策の成熟が想定され、具体的な戦略の策定が期待される。
- 健康増進に関しては、地域の保健所で高齢者を登録し、無料で健康診査を実施している。必要に応じ有料の家庭訪問も実施しているが、予算や人員の制約があり、実施は限定的なものにとどまっている。

2. 日本における高齢化対策と Active Aging

(1) 高齢化対策の変遷

- 第二次世界大戦以前より年金保険及び医療保険制度が運営されてきたが、農業従事者や自営業者などのいわゆるインフォーマルセクターの一部は、未加入の状況であった。日本は戦後の高度経済成長の中でインフォーマルセクターのカバレッジに関する課題を解消すべく、1961年に年金及び医療の国民皆保険を達成した。国民皆保険の整備は同時期に進められた公衆衛生対策の充実と相まって、経済成長期以降における日本の平均寿命の急激な伸びを後押ししたと受け止められている。
- 日本の皆保険制度は同時に挑戦と克服の歴史でもある。1973年には、老人医療費無料化が導入されたが、これによりその後の高齢者の増加と相まって、老人医療費は急速に増大した。1983年の老人保健法の施行によって、定額の一部負担が導入されたものの、老人医療費の伸びへの対応はその後大きな課題となった。
- また、1970年代に日本で発生したもう一つの問題は、社会的入院である。医療的なニーズが低いにも関わらず、在宅での療養環境や介護の受け入れが困難なために、病院での入院が長期化する現象が、社会問題となった。これに対応して、その後在宅の推進、ゴールドプランによる病院以外の施設整備、介護保険法の実施等で対応してきた。
- 一方 Active Aging については、日本においては Active Aging そのものの用語や方針について政府が定めたものは存在しないが、例えば「高齢社会白書」では、高齢社会対策基本法の基本理念に基づく施策の総合的推進のため、①「高齢者」の捉え方の意識改革、②老後の安心を確保するための社会保障制度の確立、③高齢者の意欲と能力の活用、④地域力の強化と安定的な地域社会の実現、⑤安全・安心な生活環境の実現、⑥若年期からの「人生 90 年時代」への備えと世代循環の実現の 6 つの基本的考え方に則り、高齢社会対策を推進する¹²、との記述があり、世界的な Active Aging の潮流とも合致している。

¹² 内閣府「平成 25 年度高齢社会白書」

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/gaiyou/s2_1.html

- 高齢者の健康増進の取組みとしては、「21世紀における第二次国民健康づくり運動（通称：健康日本21（第1次：2002-2012年、第2次：2013-2023年））」を実施している。この運動の中で、「生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージに応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、国民の健康の増進の総合的な推進を図る」ための基本的な事項を示しており、WHOのActive Agingと同様の取組みと考えられる¹³。
- 地域での高齢者支援に関しては、2012年施行の介護保険法改正及び介護報酬改定等において、地域包括ケアシステムの構築推進が掲げられ、介護保険法第5条において、地域包括ケアシステムの推進を図る趣旨の条文が加わり、地域包括ケアシステムに法的根拠が与えられたことから、地域での高齢者支援の取組みが広がっている¹⁴。

表 3: 高齢化対策に関する日本の経験
(保健・医療・介護)

制度・法律	具体的な内容	実績と課題
国民皆保険の実現: 1961	医療における社会保険の普遍化の達成。	世界で4番目に、国民皆保険を達成。
老人福祉法制定: 1963	高齢者福祉の原理が明記されるとともに、国と地方自治体における老人福祉行政の責務が明記された。高齢者福祉の原点となる法律。	核家族化の進展などによる独り暮らし高齢者の問題等が顕在化。特別養護老人ホームが創設された。2000年以降、多くのサービスの実際の適用は、介護保険法となっている。
老人医療費支給制度の開始: 1973	70歳以上の高齢者の医療費の無料化が実現する。1973年は、このほかにも、高額療養費制度の制度化、家族の割増給付の導入などが実現。	さまざまな施策が実現し、「福祉元年」とも呼ばれた。他方で、高齢者の医療費の増大が進み、その結果、国民健康保険の財政悪化につながっていく。
老人保健法: 1983	老人医療費に定額の自己負担導入（無料化の廃止）。老人医療費における保険者間の調整メカニズムが導入される（老人保健拠出金制度）	2008年の後期高齢者医療制度まで継続する老人保健拠出金制度により、被用者保険の財政負担が増大していく。
ゴールドプラン策定: 1989	在宅福祉対策を拡充するとともに、施設対策の整備も進められた。	計画策定後、予想を超えたペースで要介護者が増加したことから、1994年には、「新ゴールドプラン」によって目標量の見直しが行われた。
福祉八法改正（老人福祉法・老人保健法の改正）: 1990	都道府県、市町村単位の老人保健福祉計画の策定が始まる（1993年）。	地域毎の取組が進められることを前提に、自治体単位で在宅、施設、老人保健サービスの整備方針や目標量が明記される。
新ゴールドプラン策定: 1994 高齢社会対策基本法: 1995	在宅介護の強化が提唱され、ヘルパー17万人の養成、訪問看護ステーション5000か所などの整備目標が設定された。高齢者が自立した日常生活を営むことができるようにするため、適切な介護のサービスを受けることができる基盤の整備を推進することとされた。	高齢者介護サービスの整備目標を引き上げるとともに、新しい公的介護システムの創設を含めた総合的な高齢者介護対策の検討を推進。
ゴールドプラン21策定: 1999 介護保険法施行: 2000	ゴールドプラン21では、新たにグループホームの創設が盛り込まれた。社会保険制度としての介護保険制度が創設され、介護サービスは措置から契約に移行した。	サービスの量的拡大を積極的に推進し、ケアマネジャーといった新しい専門職も生まれた。一方、サービスの質の担保も課題となった。
高齢者虐待防止法施行: 2006	高齢者虐待に関する定義の明確化。市民、事業者等の通報義務などが明記された。	2006年に創設された地域包括支援センターが窓口として位置づけられるなど、社会的認知が広がった。
後期高齢者医療制度: 2008	75歳以上の高齢者を対象とした独立した医療保険制度の創設。従来の老人保健制度の廃止。	従来の老人保健制度から後期高齢者医療制度に移行。
高齢者住まい法改正: 2011	国土交通省・厚生労働省の共管制度としてサービス付き高齢者向け住宅制度が創設された。	高齢者を対象とした状況把握サービスや生活相談サービスを提供する。サービス付き高齢者向け住宅の供給促進を図っている。（平成25年6月末時点の登録実績: 114,315戸）
高齢社会対策大綱: 2012	高齢者の意欲と能力の活用や、支え手として高齢者の可能性が明記される。またワークライフバランスも含め若年層からの備えに触れるなど、アクティブエイジングの考え方が示されている。	大綱内の分野ごとに「数値目標」を設定し、施策の着実な推進を図る。なお、経済社会情勢の変化等を踏まえておおむね5年を目処に必要なと認めるときに、見直しを行う。

¹³ 厚生労働省 健康21ウェブサイト

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf

¹⁴ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2013）「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」（「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」査収）

（所得保障と社会参加）

制度・法律	具体的な内容	実績と課題
労働者年金保険法:1942	労働者年金の支給開始年齢を男性55歳と定める。	女性は適用除外であった。
厚生年金保険法改正:1944	老齢厚生年金の支給開始年齢を男女とも55歳と定める。	女性が適用となる。
厚生年金保険法改正:1954	老齢厚生年金の支給開始年齢の引き上げが行われる。男性55歳→60歳、女性55歳のままとする。	男性は1957年から16年かけて段階的に引き上げ。
老人福祉法:1983	老人クラブの法制化により公的助成が行われるようになる。	全国で老人クラブが広がり、高齢化の進展に伴い拡大、健康づくり、介護予防、奉仕活動などの各種活動を通じて地域の老人福祉の向上に寄与している。また、高齢化が進む中で老人クラブなどを通じて、高齢者の社会参加の推進が求められる。
敬老の日制定:1985	兵庫県多可郡野間谷村における取組「としよりの日」の広がりに伴い、全国的に制度化され、9月15日を敬老の日とした。	ハッピーマンデー制度の導入により、現在は9月第3月曜日を敬老の日、9月15日を老人の日としている。
改正中高年齢者雇用促進法:1978	企業全体における55歳以上の高齢者を6%と設定し、その達成を努力義務とした。	
国の補助事業としてシルバー人材センター事業の開始:1980	シルバー人材センター事業を実施する団体への国庫補助を開始。	全国の市町村に取り組みが展開されていく。
厚生年金保険法改正:1985	老齢厚生年金の支給開始年齢の引き上げが行われる。男性60歳→65歳、女性55歳→60歳となる。	男性には、特別支給の老齢厚生年金を60歳→65歳まで支給。女性は1987年から12年かけて段階的に引き上げ。
高齢者雇用安定法:1988	中高法を改正し、題名を「高齢者等の雇用の安定等に関する法律」（高齢者雇用安定法）に、シルバー人材センターの法制化、60歳定年制の努力義務化。	高齢者の雇用就業対策に関する総合的な法律に根本改正
全国健康福祉祭(わんりんピック)の開催:1988	60歳以上の中高年齢者を対象としたスポーツ・文化の交流祭。	第一回のひょうご大会以降、2012年までに25回開催されている。
ゴールドプラン:1989	高齢者の生きがい・健康づくりを応援するために、明るい長寿社会推進機構が設置される。(現在、47都道府県に設置)	社会福祉協議会や老人クラブ等の福祉団体、保健・医療関係団体、経済界、行政機関など、幅広い関係団体の参加・協力を得て、各団体等の活動を活かしながら組織的に推進。
改正高齢者雇用安定法:1990	定年到達者が希望する場合の定年後の再雇用が努力義務として明示される。	
厚生年金保険法改正:1994	老齢厚生年金(定額部分)の支給開始年齢の引き上げが行われる。男女ともに60→65歳となる。	男性は2001年から12年かけて、女性は、2006年から12年で段階的に引き上げ。
改正高齢者雇用安定法:1994	60歳定年制の義務化(1998年施行)、継続雇用制度の導入等に関する計画の作成指示、計画の変更、適正実施勧告	
改正高齢者雇用安定法:2000	定年の引き上げ等による65歳までの高齢者雇用確保措置導入の努力義務化	
厚生年金保険法改正:2000	老齢厚生年金(報酬比例部分)の支給開始年齢の引き上げが行われる。男女ともに60→65歳となる。	男性は2013年から12年かけて、女性は、2018年から12年で段階的に引き上げ。
改正高齢者雇用安定法:2004	定年の引き上げ等による65歳までの高齢者雇用確保措置導入の法的義務化	
改正高齢者雇用安定法:2012	継続雇用制度の対象者を予定できる仕組みの廃止。	

資料：事務局作成

(2) 高齢化対策に関する今日の取組み

(ア) 社会保障制度

- 我が国の社会保障制度の特徴は、①すべての国民の年金、医療、介護をカバーしていること、②社会保険方式に公費を投入し、保険料と税の組み合わせによる財政運営していること③国・都道府県・市町村が責任・役割を分担・連携していること等があげられる。
- 国民皆保険制度では、全ての国民は病気等の際に、保険証1枚で一定の自己負担により必要な医療サービスを受けることができる。この制度には①国民全員を公的保険で保障②医療機関を自由に選べる③安い医療費で高度な医療④社会保険方式を基本としつつ、公費の投入をしているといった特徴がある。そして療養に要する費用が著しく高額になった場合には、自己負担限度を超える部分を償還払いする高額療養費制度も整備されている。
- 医療費は年々増加しており、国民医療費の国内総生産に対する比率は昭和30年代の2%台から平成22年は7.81%と上昇している。医療費の増加に対応するため、医療保険の被用者負担割合の増加や医療提供体制の見直し、生活習慣病対策など、将来の持続可能性を重視した制度の見直しが図られている。

- 老後の所得保障を行う社会的な仕組みとして公的年金制度がある。公的年金制度は、現役世代の保険料負担により、その時々の高齢世代の年金給付をまかなう世代間扶養の仕組みによって運営されており、賃金や物価の伸びなどに応じてスライドした年金を終身にわたって受けることができるという特長を有している。また、少子高齢化の進展等の背景から、2004年の年金制度改正においては、現役世代が負担する保険料の上昇をできる限り抑制しつつ上限を固定し、その得られた財源の範囲内で給付を自動調整する仕組み（マクロ経済スライド）により、長期的な給付と負担の均衡を図ることとした。さらに、2012年の一体改革では、本来の年金額の水準よりも高い水準（特例水準）の解消を通じたマクロ経済スライドの発動条件を整えることや、基礎年金国庫負担割合2分の1を恒久化することなどにより、この年金財政のフレームが完成をみたところである。
- また高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など介護ニーズが増加したこと、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化したことから、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みが求められ、介護保険が創設され、2000年から介護保険法が施行された。介護保険では、自立支援の考え方が法律上も明確に規定された上で、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに関する給付を行い、家族等の介護者の負担軽減を図っている。要介護認定者が増えるに従い、介護保険の総費用は年々増加しており、これに伴い保険料も増加している。負担の在り方、制度運営の見直しに加え、サービスの質の確保・向上等の改革を行っている。

(イ) NCD 対策(非感染性疾患対策)

- 日本では、かつては結核等の感染性疾患が死因の上位を占めていたが、衛生状況の改善により死亡率は減少し、戦後、高度経済成長期にともない脳卒中やがん、心臓病などの疾患による死亡率が増大し、NCD 対策が展開されてきた。脳卒中については死亡率が低下する等、一定の成果を収めた。高齢者については、老人保健事業によって、各地域でも検診が展開され、高齢者を多く擁する国民健康保険では、ヘルスアップ事業などの健康増進を含む取組みを実施することで、地域レベルでの NCD 対策が進められてきた。
- 2000年からは、健康日本 21（21 世紀における国民健康づくり運動）が展開され、その後、2002年には健康増進法が制定された。健康日本 21 では、従来の健康診査などの二次予防に留まることなく、食生活や生活習慣の改善などの一次予防に重点が置かれてきた。2012年には評価が行われ、2013年より健康日本 21（第 2 次）では、NCD の発症予防と重症化予防の徹底が基本的な方向として示され、がん、循環器疾患、糖尿病及び慢性閉塞性肺疾患（COPD）に対処するため、一次予防に重点を置いた対策及び合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に重点を置いた対策が推進されている。

- 2012年には「認知症施策推進5ヵ年計画」（通称オレンジプラン）が策定され、各市区町村が主体となり、認知症ケアパスを作成し、認知症の高齢者を早期に発見し適切な医療や介護のケアを開始することや、認知症の高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けていけることなどを目指している。

(ウ) 高齢者関連施設の整備と質の確保

- 1960年代以降、高度経済成長の中で、老人福祉法や老人保健法、ゴールドプランなど通じて、歴史的に高齢者施設の建設を拡大してきた歴史がある。その結果、現在も高齢者施設数は、先進諸国においても対高齢者数において、高い水準にある。しかし、高齢者の要望ができるだけ自宅に住み続けたいとの意見が強く、また施設整備には財政的な持続可能性の問題があるとの考えから、入所施設の増築よりは在宅ケア中心のサービスの充実を図る方向性になっている。
- 一方で、高齢者施設の質の確保を図っており、人員の配置基準や施設の構造基準を設けて規制している。また2006年には高齢者虐待防止法が施行され、これに基づき入所者等の人権侵害の通報とその対応の仕組みが設けられている。

(エ) 在宅サービスの展開と地域資源の拡充—地域包括ケアシステムの展開

- 2000年には、社会的入院の解消や、家族の介護負担の軽減（介護の社会化）の観点から、社会保険方式による介護保険が導入された。制度導入当初215万人程度であった利用者も、現在は500万人を越えるなど、財政的な負担も増大している。今後は、さらに増加する高齢者に対応するため、特に居宅サービスの効果的・効率的な提供体制の構築が課題となっている。
- こうした中、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、地域包括ケアシステムと呼ばれる統合的なケアを提供するための仕組みづくりが地域単位で推進されており、医療と介護の連携をはじめとした地域連携システムが構築されつつある（図10）。

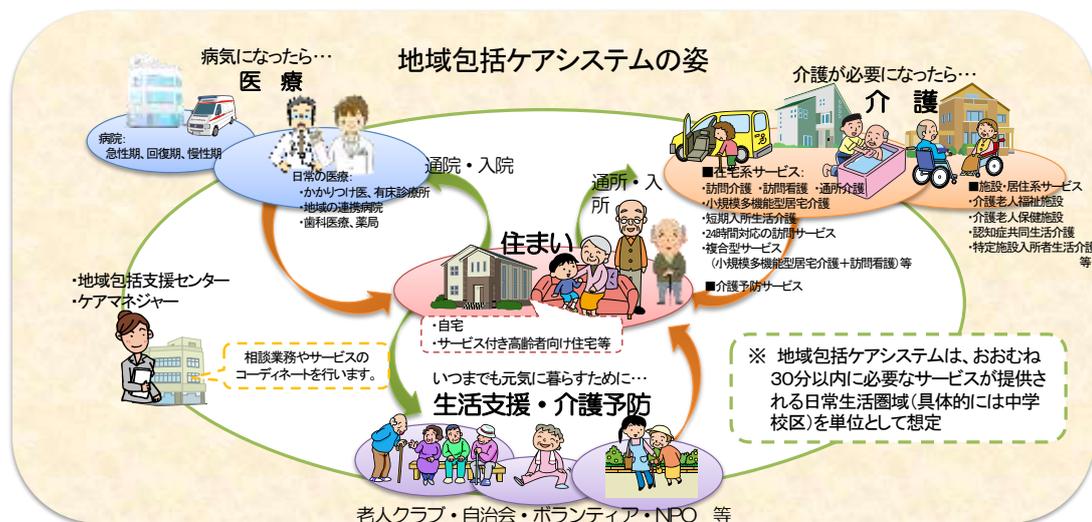


図 10: 地域包括ケアシステムの姿

- 介護保険法第 2 条 4 項においては、居宅優先の原則が明示されるなど、質の高い施設サービスを提供する一方で、居宅サービスの推進にも重点を置いてきた。
- 日本の地域レベルにおける居宅サービスは、長年にわたり小規模事業者の比率が都市の人口規模に関わらず高く、こうした状況が地域における統合的なケア（地域包括ケア）の阻害要因の一つとなっており、事業者間、専門職間の連携の必要性を一層高めている。近年は、医療と介護の連携、多職種連携などが、地域の大きな課題となっており、各地域において、その特性にあった方策が模索されている。
- また、日本では、住民の互助など、日本が高度経済成長と都市化の歴史の中で弱まってきた支え合いの機能を積極的に見直す議論が行なわれている。

(オ) 高齢者の社会参加

- 高齢者の社会参加を促進する活動は、古くから老人クラブなどを中心に地域での取組みが展開されてきた。近年は、高齢者の価値観の多様化や、インターネットをはじめ物理的な地域に限定されない社会参加が増加している。また高齢化が進む中で老人クラブなどを通じて高齢者の社会参加が求められる。
- また、日本では、高年齢者が働くことを通じて生きがいを得ると共に、地域社会の活性化に貢献する組織としてシルバー人材センターが設けられている。高齢者が軽易な作業を請け負う仕組みを実施してきた。
- さらに、近年は、各地域において、自発的な高齢者の社会参加活動も先進的な取組みがみられる。例えば公的な資金等を受けずに、高齢者自らが地域の問題解決にあたり、高齢者によるビジネスを展開するケースなどがみられる。

（カ） その他

- 国民生活基礎調査を含め、日本においては、国勢調査以外にも、高齢者の生活の状況を把握するための社会統計が整備されてきた。また近年においては、地域レベルの高齢者施策をより精緻に立案するため、基本チェックリストや、これを活用した日常生活圏域ニーズ調査が開発されている。
- 全国の高齢者に関する指標については、日常生活自立度をはじめ、介護保険を機に導入された評価システムとして、要介護認定制度が開発、運用されている。こうした高齢者の分類指標を用いることによって、科学的な政策立案のためのデータが経年的に収集されている。

（3） 国内調査結果

- 本調査では、ASEAN 諸国への Active Aging の支援の際に参考となる日本国内取組みに関して全国 4 地域の事例調査を実施した。以下、各自治体の取組みと、ASEAN 諸国にとって参考となる良い取組事例とポイントを整理した。
- これらの日本国内の取組みにおいて、共通したポイントとしては、「地域における多職種・多主体の連携による多層的なアプローチ」、「地域住民及び高齢者自身の参加」、「自治体の創意工夫」が挙げられる。

（ア） 千葉県柏市

■ 行政と医師会が連携した在宅医療・介護の体制作り

- 在宅医療・介護を高齢者支援の中心であると行政が捉え、市町村と医師会が連携し、在宅医療の推進と医療・介護連携体制の構築をしている。地域の各専門職が「顔の見える関係」をつくるための連絡会議を実施している。また、高齢者向けの住まいと 24 時間対応の在宅医療・介護を組み合わせたモデル拠点を構築しており、高齢者住宅に在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等併設し、サービス提供を行っている。

■ 介護予防への幅広く多面的な取組み

- 柏市の介護予防の取組みは幅広く、身体の健康を保持するためのサポート、健康維持のための医療・栄養面でのサポート、仲間づくりや生きがいなど精神面でのサポート等、多面的な介護予防へのアプローチを推進している。
- 高齢者を（自然に）外に引き出す工夫、地域の担い手として活躍できる環境整備の必要性からセカンドライフ就労として「生きがい就労」事業を実施しており、経験や技能、知識を生かした「ゆるやかな」働き方を志向している。

（イ）山梨県北杜市

■行政を中心とした関連機関の連携

- 行政が「高齢者の自立」を前面に押し出し、高齢者の自立を促す体制づくりに力点を置きながら、関連組織・機関・地域住民・市民組織との連携をとり、高齢者支援の取組みを協働しながら推進している。
- 地域の人材のネットワークを活かし、高齢者の寄り合い場所を構築しており、送迎サービス付きの通所型の高齢者支援活動を実施している。ここでは、食事の提供（昼食）、買い物の支援、手工芸、体操等を通じ、高齢者の社交場としての機能を持つとともに、高齢者の健康増進に貢献している。また、地域のボランティアの参加の促進を図るため「元気よぼう手帳」を活用し、介護支援ボランティア事業を推進している。

■明確で詳細な計画と実施体制

- 同市は要介護等の状態になっても、可能な限り住み慣れた自宅又は地域で生活できるようにすること、いわゆる Aging in Place の実施を重視している。地域密着型のサービスによる介護予防は、2006年度からの「ほくとゆうゆうふれあい計画」に様々な施策が示され、高齢者福祉や介護サービスの基盤整備、地域と行政の協働による事業実施、介護予防を強化した、地域包括ケア体制の整備と体制づくりを推進している。その結果、高齢化率は 32.1%（2013年4月1日時点）と高いものの要介護認定率は 11.3%（2012年末）と低く抑えられている。
- 特に、「予防」への取組みに関しては、中長期介護予防プログラムにおいて、5つのステップを設け、それぞれのステップごとにきめ細かなプロジェクトが付随する明確な取組みとなっている。

（ウ）東京都品川区

■行政を中心とした関連機関の連携

- 前述の山梨県北杜市と同様、行政が強いリーダーシップを発揮し、高齢者支援に対する支援体制と運営を行っている。品川区では関連機関や市民組織の参加も促し、市民一体となった取組みを行っている。

■「参加」を重視した高齢者支援

- 品川区は、高齢者の社会「参加」のためのプロジェクトを多数実施しており、品川シルバー大学を始め、市民団体の自主的なグループが、現在 700 以上区に登録されている。活動内容は、ダンス、書道・篆刻、写真、彫刻、コーラス、楽器演奏、民謡、健康体操、ボランティア活動など多岐に亘り、高齢者福祉や健康増進に貢献している。このような団体は、区のグループ活動団体として登録すれば、区民集会所や区内 15 か所に設置されたシルバーセンター等を無料で活用でき、一部はマッサージサービスや入浴サービスも実施している。

- 上記の団体以外にも、60歳以上の区民が町会・自治会を単位として結成した自主的なグループである「高齢者クラブ」が区内に100以上、会員数は1万2千人が参加している。このクラブでは、趣味の活動や地域に役立つ活動をすることで、高齢期を豊かに明るく生活することを目指している。地域のボランティア活動への積極的な参加、交流を促進するなど、高齢者が社会で孤立しないような工夫を行っている。
- また、少子化の影響から小学校の空教室を利用し、高齢者の憩いの場だけでなく、児童と高齢者のふれあいの場として活用する事例も見られる。

（エ） 滋賀県東近江市

■医療・介護課題の解決を目指し、医療・介護職間の「顔の見える関係」を構築

- 地域の伝統的な考え方である「^{さんぼう}三方よし」の考え方を引き継ぎ、患者よし、機関よし、地域よしの三方よしの視点から、医療・介護専門職、行政職員等による勉強会を行い、関係職間の「顔の見える関係」を作りだしている。医療・介護の関係者が連携を密にし、定期的な情報交換を継続的に行うことにより、各分野の現状や課題を理解するだけでなく、それぞれの専門的な知見から課題や問題に対する対処方法へのアイデアが出されるという点がグッドプラクティスとして挙げられる。このような連携体制を構築するには、関係者・組織をコーディネートする役割の機関・担当者を明確に決めておくことが重要になる。

■地域住民有志が企画した、福祉を含む農業・環境地域循環社会モデルを行政が支援

- 愛東地区では、高齢者向けデイサービス、訪問看護、居宅介護支援事業所、障害者の作業所を併設したカフェ、地元産の野菜を使ったレストランなどで構成される「あいとうふくしモール」を、行政が支援し構築した。食品、木工品を製作・販売し、お金が地域循環する仕組みも生み出している。

■古民家活用福祉拠点を中心に広がる高齢者の活動ネットワーク

- 能登川地区には、古民家を活用した小規模多機能型居宅介護施設やグループホーム等が古い町並みに溶け込むように立地している。同地域内には高齢者の生きがいづくり等の活動拠点となる施設が設置されており、近隣の老人大学卒業生の協力も得ながら地域高齢者の活動を支援している。高齢者を中心としたボランティア組織の協力などもありこの施設を中心に地域で高齢者の自立とケアを支える体制が構築されている。

第3章 今後の国際協力に向けた提言

1. 高齢化対策分野における日本の協力の意義

- 日本は 1970 年代以降、高齢化に対応するため、数多くの施策を展開し現在の社会保障システムを構築してきた。社会保障費に占める高齢者向け給付の割合は、2011 年度においては 48.2% を占め、対 GDP 比で 14.9% に達するなど、高齢者のための社会保障は、社会システムの中で大きな位置づけとなっている¹⁵。しかし、日本における高齢化対策は、第 2 章で指摘したとおり挑戦と克服を通じて現在の仕組みに至っており、今後さらに進展する高齢化に対応するため、現在も持続可能な社会的な仕組みの構築に努力を積み重ねている。
- 一方、ASEAN 諸国の中には、日本以上のスピードで高齢化が進む国々も含まれており、効果的で効率的な社会制度を短期間で構築することが求められている。過去に例をみない高度経済成長期に社会保障制度を構築する好機に恵まれた日本とは違い、ASEAN 諸国は、著しい成長を遂げつつも、社会的な体制整備が十分になされる前に、財政的な制約を受けながら、日本と同水準またはそれ以上の緊急性をもって高齢化に対応していくことになる。
- ASEAN 諸国は、日本が過去の高齢化対策の発展の際に経験してきたことや、サービスの充実と財政規律のバランスの確保について十分に分析することが求められる。ここから得られる教訓をもとに、より短期間に効果的な仕組みを構築することが期待される。

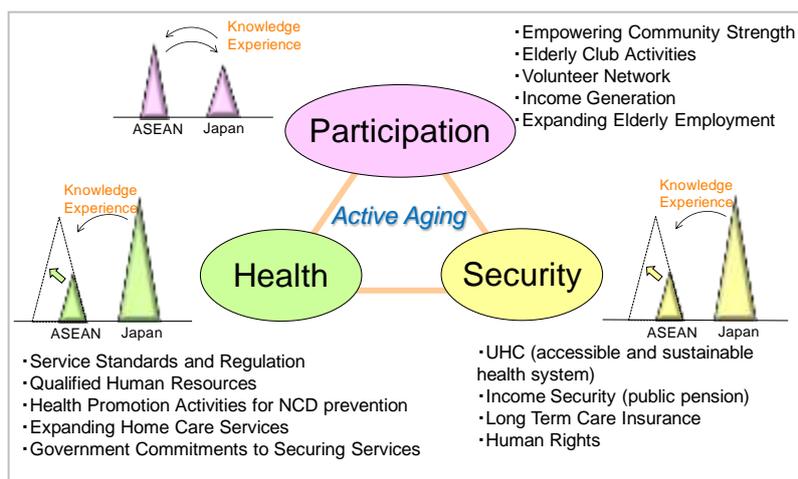


図 11：学びあいとしての高齢化対策における国際協力

¹⁵ 国立社会保障人口問題研究所「社会保障費用統計（平成 23 年度）」
<http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h23/1/3.kyuufuhi.pdf>

- 社会保障制度や専門職としての高齢者介護サービス、NCD 対策などのフォーマルサービスの開発については、日本は長年の経験を有しているが、他方で、地域の互助の仕組みについては、経済成長の中で、その機能を低下させてきたといえる。こうした地域の役割については、むしろ ASEAN 諸国に様々な取組事例があり、日本側が学ぶことも少なくない。高齢化対策に関する国際協力は、一方的な技術移転ではなく、日本側も共に学ぶという態度が重要である（図 11）。

2. ASEAN 諸国における高齢化に対する国際協力のニーズと協力の方向性

(ア) 高齢化対策に関する中長期的な国家戦略の策定

- 人口の高齢化において、もっとも重要な点は、人口構造の変化のスピードである。高齢化が急速に進むことで、社会保障システムに限らず、雇用、産業構造、ライフスタイルなども含めた社会を支える多様なシステムの変更や改善が必要となる。ODA を受け取る ASEAN 諸国の中で、今後 20 年間に人口構造の大きな変化を迎えるタイやベトナムは高齢化対策が急がれる第一集団であり、短期間で高齢化が進むため国家レベルでの社会システムの構築が急がれる。さらに、続いてマレーシア、インドネシア、ミャンマー、カンボジアが高齢社会に転換していく。フィリピンやラオスは、比較的時間をかけて高齢化が進む。
- 高齢化を目前に、各国は、国家レベルでの高齢化対策のための長期計画や戦略を策定しており、今後取組まれるべき方向性を示すものであるが、現段階において全国に普遍的に展開しているサービスや仕組みはほとんど見られず、継続的に予算措置が行なわれているものも限定的な状況である。
- 特に、ASEAN 諸国の政府においては、保健分野を担当する省庁と、福祉分野を担当する省庁が分立している場合が多い。高齢化対策の長期計画や国家委員会などは、福祉担当省庁が担当している場合が多いが、福祉担当省庁は社会的に孤立している高齢者に焦点を当てる傾向が強く、実務的にも普遍的なサービス提供を行なう施策を担当していない。他方、保健分野を担当する省庁は、高齢期の心身の状況や医療問題、身体的な障害、認知症等に関する知見は蓄積されているものの、省の任務は、基礎的な医療資源の整備を中核としていることが多く、高齢者を焦点とした取組みが進みにくい傾向がある。
- 保健分野を見据えた高齢化対策に関する持続可能で効果的な戦略の策定は重要な課題であり、現状では高齢化対策の担当が分立している複数省庁間を機能的に橋渡しするような取組みや仕組みを支援する必要性が、今後ますます高まると考えられる。
- なお社会制度整備等に関する支援については、先方の社会の仕組みに整合したものが実施されるべきであるため、先方政府側の支援に対するオーナーシップが重

要であり、高齢化対策も例外ではない。そのため日本側の協力は、先方政府の主体的な取り組みや要請を十分に受け止めて支援することが求められる。

(イ) 社会保障制度の整備

- ASEAN 各国は、1997 年の通貨危機以来、それぞれの発展段階に応じて、社会保障制度の整備を推進してきた。
- 老齢期の所得保障については、老齢年金制度として多くの国で制度の導入が進められており、その対象が、公務員から民間企業の被用者に拡大される国が相次いでいるが、現状では大規模事業所の被用者に限定されており、中小企業や個人事業主などは、多くの場合未加入になっている。そのため皆年金制度の理解促進や仕組み作りについて支援することが考えられる。
- また医療保障に関しては、UHC（医療保障の普遍化）に向けた取り組みが各国で進められている。こちらについても農業従事者や家族従業者等のインフォーマルセクターに対する医療給付を財政的に持続可能な方法でどのように実現するかが、多くの ASEAN 諸国共通の課題となっている。また仮に財政システムとしての医療保障制度を構築しても、基礎的な医療資源が地域に普遍的に展開されていない状況では実効性は乏しく、国民生活の質の向上を望むことはできない。医療のインフラ整備を推進しつつ、その財政的な裏づけとして医療保障制度の開発への支援が求められる。

(ウ) NCD 対策

- ASEAN 諸国では、すでに多くの国において、経済成長にともなう食生活の変化などを要因とした疾病構造の変化によって、主たる死因が感染症から生活習慣病に変化し、NCD 対策は大きな課題となっている。ASEAN 諸国では NCD の増加が医療費に与える影響についても関心が高く、NCD に対応するための医療提供体制や予防・健康増進のための社会基盤の整備が、NCD による負担を軽減する上で重要なテーマとなる。
- こうした取り組みの重要性は、各国の保健分野の担当省庁で意識されている。喫煙場所の制限といったタバコ対策などについては対策が始められているが、さらに教育や栄養などの分野でも取り組む余地がある。このようなポピュレーション・アプローチの更なる施策の充実を図るとともに、二次予防の観点から、日本において効果をあげた健康診断等のノウハウを提供し途上国各国において展開するなど、日本の過去の経験から NCD 対策の必要性を伝達することも、有効な協力になると考えられる。
- Active Aging 推進の観点からは、健康に生活できる期間（健康寿命）の延伸が重要であり、生活習慣の改善指導を含めた NCD 対策は重要な役割を占める。

(エ) 高齢者関連施設の整備と規制

- ASEAN 諸国における高齢者関連施設は、現状、生活困窮者向けの社会保護施設、富裕層を対象とした高級老人ホーム、中間層向けの老人ホームの3つのカテゴリに分類することが可能である。
- 生活困窮者向けの社会保護施設は、ASEAN 諸国のほとんどの国において、公的な施設として整備されているが、量的には少数であり、入所対象者を高齢者に限定せず、障害者や若年層のホームレスなど、社会的に孤立しているあらゆる層が対象になっている。そのためこのような施設に入所する高齢者は、経済的に困窮し、住む場所を失っている者に限定されている。各国ともに、こうした生活困窮者向け施設の新規建設については消極的である。
- 別のカテゴリとして、富裕層を対象とした高齢者施設と、中所得者層を対象とした高齢者施設などの建設が民間資本により相次いでいる。近年の経済成長による中所得者層の増加により、様々な形態の施設が開発されている。今後もこうした民間の高齢者施設の増加が各国で見込まれる。
- 施設整備を進めていく上で、在宅ケアと施設によるサービスをどのようなバランスで活用するかを含めた、高齢者介護に関するグランドデザインやロードマップを作成していくことは急務である。
- また民間施設のサービスの質を確保するために登録制度や許認可制度、整備基準等を用意している国もあるが、各国とも基準の内容はケアの質を担保する観点から実効性のある水準に設定されているとはいえ、基準に対応していない施設も多いとみられている。政府が、民間高齢者施設のサービスの内容や質にどの程度まで関与するかは、各国政府の考え方によって多様であるが、中所得者層を対象とした高齢者施設のサービスの質に対しては一定の最低基準の設定、民間施設への適用などを検討していく必要がある。とくに、登録されていない施設や許認可を得てない施設の場合、ケア内容や提供量だけでなく、身体拘束やプライバシーなどの高齢者の人権確保も課題である。
- 日本でも過去、同様の問題を抱えながら、サービス提供が改善され、ルール化が進められてきた経験を有している。今後、制度設計やサービスの最低基準づくりの支援を実施することにより、事業者に対するサービスの質の確保・向上に結びつけることも可能と考えられる。

(オ) 在宅サービスの展開と地域資源の拡充

- ASEAN 諸国では、基本的には在宅ケアを原則とする考え方を中心に据えており、それをいかにして地域の中で構築していくかが、多くの国での政府の検討課題となっている。

- 実際のところ介護に対する在宅サービスの供給は限定的で、民間サービスについても、マレーシアの一部地域などで富裕層を対象としたモバイル看護サービスが提供されている以外は、いわゆるメイド（家政婦）のサービスとして実施されているのが実情である。
- 財政的な制約が多い中、地域の公的医療機関等の専門職の協力を得ながら、ボランティアや NGO を活用した地域資源の発掘することが、多くの国の在宅ケア体制構築の基本戦略となっている。また、家族機能が強く残っていることから、特に地方部においては、公的サービスよりも家族を支援することや、ボランティアに対して技術的な支援を行うことが、取組みの中心となっている。
- ただ今後、本格的な在宅サービス需要の高まりが進む中で、家族やコミュニティに依存する仕組みには限界がある。この分野については既にタイの JICA プロジェクト「要介護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト（LTOP）」が進められている。当該プロジェクトでの経験は、介護の外部サービス化を進め、家族等の負担を軽減する観点からも注目に値し、今後、他の ASEAN 諸国での活用も期待される。

(カ) 高齢者の社会参加

- 日本では年齢に関わりなく働き、社会活動に参加できる社会づくりが進められている。年齢による一律の定年の考え方を改め、高齢者就労の推進につながるよう法律に基づきシルバー人材センター等の仕組みを設けている。また各自治体では、高齢者の社会参加を促進し、高齢者の有する技能、知識を引き出すことができるように、高齢者の集う場の提供を行っている。また地域包括支援センター等では高齢者の自立の推進を促す介護機器の展示や相談を行っている。今後 ASEAN 諸国で高齢化が進展する中で、こうした取組みを共有することが期待される。
- 他方で、日本では社会保障制度の充実に伴い、サービスの外部化進み、地域の支える力が弱体化したとの反省がある。このため、近年、地域包括ケアシステムの構築を進める中で、地域住民の互助機能の見直しが進められている。

(キ) 人材育成及びエンパワメント

- ASEAN 諸国にとって、高齢化対策は新しい政策分野であり、その担当省庁は、多岐にわたっている。また、高齢化対策という概念そのものも未整理であり、高齢化対策に関する知見を有する専門家も少ない。今後、中長期的な高齢化対策を推進するためには、行政職員の能力向上や学術交流等を積極的に推進し、高齢化対策に関する情報・知見の蓄積を進めていくことが必要である。
- また、現場レベルでは、各国とも専門性の高い人材の養成も課題となっている。これらの国で介護を担うのは、家族以外では、メイド（家政婦）やボランティア

が中心であり、現段階において、介護分野の人材の専門性、介護現場で果たす役割、スキルの向上に関する議論は、医師、看護師を除き不十分である。そのため、介護人材の役割を整備し、技術の専門性を高め、ケアの質を向上させていくためには、政策対話、研修やセミナーなどのプログラムを提供していくことも必要である。

- さらに、地域を主体とした取組みを発展させるには、地域住民やその地域に住む高齢者が自らの選択で地域づくりを推進する必要がある。そのため現状は地域での自然発生的な活動に任されていることが多いが、今後の支援としてはコミュニティでの自己決定ができるような意識啓発が考えられる。

(ク) 高齢化に関する社会統計等の整備

- ASEAN 諸国に共通している点は、高齢者に関する社会統計が極めて乏しい点である。人口統計については、国勢調査により把握されているが、高齢者の心身の状態や生活に関する全国的な統計については、一部の学術機関による調査を除き、全国レベルのデータが存在しないことから、継続的なデータ収集の方法などについて協力の可能性があると考えられる。またデータがある場合には研究・分析を進めていく協力が考えられる。
- そして、根拠に基づいた科学的な議論を行えるように「高齢者の自立度に関する全国統一の基準」や「ケアを必要とする高齢者の全国的な把握」「高齢者ケアの範囲や内容」「健康に関する指標の確立」等に協力することが考えられる。

表 4：ASEAN 諸国における課題と日本の貢献可能分野

	アセアン諸国における課題	日本の貢献可能分野	
Health	施設サービス	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 中間層向けサービスの質の確保 ✓ 施設サービスの標準化 ✓ 施設サービスの地域展開 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 多種多様な施設系サービスの開発 ✓ 介護保険三施設に見られる標準化(施設基準)/身体拘束ゼロ/高齢者虐待防止などの経験 ✓ 地域包括ケアシステムにおける施設役割
	居宅サービス	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 居宅サービスの開発にかかる戦略的ロードマップの策定 ✓ 個別の居宅サービスにかかる技術面での開発・改善 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ゴールドプランなど、過去のサービス開発の歴史 ✓ 各種の居宅サービスの開発と職員の育成 ✓ 地域包括ケアシステムの構築
	NCD対策	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 取組みは限定的であり、具体的な介入方法の研究開発などが必要。 ✓ 取組み手法や統計データの活用など 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 老人保健制度以来の健診制度や生活習慣の改善における取組み。
Participation	社会参加	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 既存の社会資本を活用した取組みの推進 ✓ 高齢者クラブに参加することが難しい脆弱層の把握 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 小地域で展開される住民活動 ✓ 基本チェックリスト等による脆弱層(リスク層の把握) ✓ 地域包括ケアシステムにおける各地域の取組み
	就労・生きがい対策	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 地域の介護力確保のため、高齢者の積極的な参加を推進する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ シルバー人材センターによる高齢者就労 ✓ 高齢者を活用した地域の取組み ✓ 定年制度の引き上げ
Security	医療保障	<ul style="list-style-type: none"> ✓ インフォーマルセクターへの拡大 ✓ 財政的な持続可能性の確保 ✓ 基礎的医療の整備 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 国民皆保険制度の構築・運営 ✓ 老人保健制度をはじめ、持続可能に様々な改革 ✓ 充実した医療体制とフリーアクセス
	老齢所得保障	<ul style="list-style-type: none"> ✓ カバー率の向上 ✓ 受給率低く、老齢福祉年金等の費用管理 ✓ 貯蓄率の改善 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 国民皆年金 ✓ 生活保護・老齢福祉年金など普遍的な老齢所得保障 ✓ 充実した金融商品、貯蓄プログラム

3. 協力における日本のアプローチのあり方

(ア) 多層的なアプローチ

- 現在、日本は、ASEAN+3 保健大臣会合／高級事務レベル会合、ASEAN+3 社会福祉大臣会合／高級事務レベル会合など、行政レベルでの定期的な会合に参加しているほか、毎年、ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合を開催している。昨年12月のハイレベル会合は、Active Aging をテーマに開催している。高齢化対策は、各国における中長期的な継続的取組みが必要であり、こうした ASEAN 全体の政策対話の場を継続的に確保することが重要である。
- また、こうした定期的な政策対話に加え、数年にわたる技術協力プロジェクトも実施されつつある。タイでは JICA による「コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスモデルの形成プロジェクト (CTOP)」から「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)」に続く技術協力プロジェクトを推進している。CTOP では、地域資源の発見と保健医療及び福祉サービスの連携を通じた地域の仕組みづくりを支援し、現在進められている LTOP ではケアマネジメント等の介護の専門サービスの開発を行なっている。今後はマレーシアとの間で、今後高齢化に関する経験を共有するプロジェクトを実施予定である。
- JICA がこれまで社会保険行政研修・社会福祉行政研修として実施してきた日本研修は日本の経験を ASEAN 諸国の行政官に伝達するとともに、日本側が ASEAN 諸国の経験を学ぶ貴重な場となってきた。今後はそれぞれ UHC、高齢化に焦点を当てた個別の研修となるため、さらに具体的な経験の共有が期待できる。
- 民間企業等による高齢化支援も、今後の可能性が期待されるアプローチの一つである。具体的な高齢化対策の多くは地域ベースの小地域で実行されるため、地域レベルで活動を行なう草の根活動なども有効なアプローチである。こうした取組みは NGO などの非営利団体の活動も期待される。また、近年、医療・介護機器関係や介護サービス事業所については、アジアへの展開を推進する方向を模索する企業も現れている。日本でも介護・医療サービスは主に民間主体によって提供されており、企業を含む民間セクターの柔軟な発想と技術力により現地のニーズに合った製品やサービスを提供することで、ASEAN 諸国の高齢化対応に貢献することも期待されている。
- 高齢化対策では、こうした政策協議、技術協力プロジェクト、研修、民間協力という4つの柱が同時並行的に推進されており、今後も、各レベルにおける多層的な取組みが並行して実施されていくことが重要である（表5）。
- また、第1章で述べたとおり、高齢化については国際的な枠組みにおいても多くの検討がなされてきている。そのため、支援や協議の枠組みとしては、2国間だけでなく、国際機関（WHO、OECD 等）への貢献を通じた協力や国際枠組（ASEAN、日中韓等）への積極的な参加を進めることが期待される。

表 5：国際協力におけるアプローチ

Assistance Schemes 協力手法	Targeted Countries 対象	Examples 具体例
Policy Dialogues 政策対話	ASEAN countries	<ul style="list-style-type: none"> Policy Dialogues among ASEAN countries (e.g. ASEAN & Japan High Level Official Meetings, the ASEAN Plus Three Meeting for Social Welfare and Development (AMMSWD+3) ASEAN関係会議（日ASEANハイレベル会合、ASEAN+3社会福祉大臣会合等）を活用した政策対話 Policy Dialogue at High Level Officials ハイレベルの往訪による政策対話 Policy Dialogues at the international Meetings such as WHO WHO等国際会議の場における政策対話
Projects プロジェクト	ODA countries in ASEAN region	<ul style="list-style-type: none"> Technical Assistance of JICA projects JICAの枠組みを活用した技術協力プロジェクト Dispatching Specialists based on country's requests 各国の要請に応じて専門家派遣
Trainings and Seminars 研修	ODA countries in ASEAN region	<ul style="list-style-type: none"> Trainings and Seminars of JICA projects JICAの枠組みを活用した課題別研修 Trainings and Seminars utilizing WHO scheme WHOの枠組みを活用した支援 <p>Trainings and Seminars with the partnerships among national research centers (e.g. National Institute of Public Health, The National Institute of Infectious Diseases, National Center for Global Health and Medicine) 国立保健医療科学院、国立感染症研究所、国立国際医療研究センター等との連携による支援（現在、国立保健医療科学院ではアジア諸国に対してNCDに関する研修を実施している</p>
Private Partnerships 民間協力	ASEAN countries	<ul style="list-style-type: none"> Promotion of Private Partnerships among companies, NGOs/CSOs, Japanese Elderly Volunteers and so on in terms of human and goods resource provision 民間の法人、企業、NGO、ボランティア等による日本の高齢者サービスや人材、機器、物品等の海外展開

(イ) ASEAN の高齢化対策関連のネットワーク形成

- 高齢化対策は、日本側からの一方的な情報・技術の提供ではなく、ASEAN 諸国内での相互の情報交換による双方向の活動が重要である。また、こうした ASEAN 諸国間での議論から、日本が現在直面している課題に関して、解決のヒントを得ることも想定される。本検討会でも、海外の高齢化対策の担当者をタイ及びマレーシアから招聘し、意見交換を実施した。こうした双方向のやりとりを活性化するため、ASEAN 地域内における高齢化対策の有識者ネットワークを形成することも重要なアプローチである。
- ASEAN 諸国間での高齢化対策の情報交換と協議を活性化させるため、高齢化の先進国である日本の提案により、例えば ASEAN 諸国における高齢化対策の定期的な政策協議の場を設定し、有識者の交流を行なうことも想定される。

(ウ) 日本側の伝達に必要なとされる知見の再整理

- 今後、高齢化分野における国際協力の機会が増加するにあわせ、日本側も効果的な国際協力を実現するための体制整備を推進する必要がある。特に、高齢化対策では協力対象国の文化や社会経済状況にあわせた協力を実施する必要があることから、単に日本の経験を伝達するのではなく、相手国にあわせ伝達の方法や内容を再整理する必要がある。我が国の高齢化対応に関する施策を活用した国際協力を進めるには、体系的に整理され英語化された情報が不可欠と考えられるが、現時点で必ずしも豊富とは言えず、このような資料の蓄積は課題の一つといえるだろう。

- そして、国際協力を進めるためには、日本国内の人材育成及び人材の発掘が重要である。これまでの我が国の経験を ASEAN 諸国の中央政府や自治体など様々なレベルで伝達していくとともに、被援助国の立場や実情を十分に理解した上での技術協力を進められる人材が求められる。現在、ASEAN 諸国の高齢化対策の国際協力が可能な国内専門家は多くないものの、高齢化対策に関する経験は国内で蓄積されている。こうした人材が、ASEAN 諸国の実情にあわせた協力を行なえるよう、支援していくことも重要である。

4. 各地域における優先課題と協力のあり方

(1) ベトナム

- ベトナムは、高齢化の進展速度が ASEAN 諸国で最も早く、高齢化率が 7%に到達した後、約 15 年で高齢化率 14%を超える。したがって、短期間に高齢化への対応を検討する必要がある。
- ベトナム政府からは、今回の調査において高齢化対策の戦略策定、モデル設定、NCD 対策、高齢者向け施設の運営、基礎調査・研究、人材育成など多岐にわたる国際協力に関する強い要望が提示されている。
- 特に、高齢者に関する施設については、民間や NGO による新規建設が増加している。そのため、質の確保や規制のあり方について、政府側も問題関心を持っており、施設基準等の設定に関する協力も有力なテーマの一つといえる。
- また、現段階においては、個別の施策の検討を行なうことに加え、高齢化が進展した場合の具体的な社会問題を客観的に予測し、その課題解決のための長期的なグランドデザインを早急に検討することも重要なテーマである。
- さらに、ベトナムは、医療保障の普遍化プログラムも同時に進行している。UHC 及び高齢化対策に関する具体的な取組みの立案のためにも、基礎的な医療資源の整備を進めるとともに、日本の過去の経験や施策の歴史、高齢化が社会に与える影響など、基礎的な情報の提供を行なうことが重要である。今後は、専門職、行政職員等の人材育成や、学術研究者への情報提供・共同研究などの機会を提供することが、短期的にも中長期的にも有効と考えられる。

(2) タイ

- 高齢化が急速に進むタイでは、短期的に具体的な支援策の全国的な普及が必要となる。基礎的な保健医療資源は、ヘルスセンターの全国的な展開や 30 パーツ医療保障制度の普及などにより、大きく進展していることから、今後は、高齢者ケアの専門的サービスの開発や地域でのサービス展開の方法など、具体的なサービスの開発が焦点になる。

- 2007年以降、前述の通り JICA による技術協力プロジェクトが実施されており、地域を基盤とした保健医療福祉を統合したサービスモデルの開発（CTOP）が進められたほか、2013年からは専門サービスとしてのホームヘルプサービスやデイサービス、ケアマネジメントの開発が進められている（LTOP）。LTOP ではサービス効果やコストの分析、エビデンスの収集、政策対話も行うこととされており、専門サービスの普及とともに、国の政策レベルで高齢者支援の仕組み作りにつながることを期待される。
- こうした協力枠組みも通じ、専門サービスとボランティアを組み合わせる上で、全国的な高齢者支援の仕組みをどのように計画的かつ財政的に推進していくのか、またどのように制度化していくのかといった課題について、今後協力、支援していくことが考えられる。
- また、ASEAN 諸国の中で既に先進的な取組みを進めるタイについては、UHC などのテーマで、すでに周辺国への技術指導を展開しているが、今後、さらにテーマを広げて展開することが期待される。

(3) インドネシア

- インドネシアでは高齢化の進展にあわせて、様々な専門サービスの需要が増加することが予測されているが、高齢者施設やサービスを提供するために必要な専門性を持つ人材の育成が十分になされていない。高齢者福祉分野のニーズの把握と、高齢者福祉分野の人材育成への支援へ取組みが重要と考えられる。統一化された国レベルでの高齢者ケアの基準作り、ケアの質の確保に向けた基準作りも優先課題である。
- インドネシアは、島嶼部が多く、地域的な文化・民族・社会構造の違いも大きいことから、それぞれの地域にあった取組みが推進されることが重要である。そのため、中央省庁だけでなく、地方の行政官の能力向上も重要なテーマとなる。
- インドネシアは、ASEAN 諸国の中で人口規模が最も大きく、かつ日本以上の速度で高齢化が進むことが予測されている。こうした中、UHC を含む社会保障制度の構築を目指しており、持続可能な社会保障制度のあり方について研修等を通じて日本から協力することが可能と思われる。高齢化対策としては、他の ASEAN 諸国と同様に、基礎的な情報交換と相互協力を推進するほか、社会統計の整備、介護サービスの質の確保に向けたガイドラインの作成などについては技術協力プロジェクトを通じた協力が考えられる。

(4) マレーシア

- マレーシア政府は、高齢者が社会や家族の中で自らの役割を果たすことを求めるとともに、経済的自立を重視しており、民間資本の活用にも重点を置くなど、行

政の役割については、直接的なサービスの提供者としてよりも、規制の主体と捕らえている。したがって、支援が必要な高齢者に対しては、家族、高齢者を含めた地域住民・ボランティアなど、地域社会に根ざした支援システムの構築を目指す方向である。

- しかしながら、現在行われている取組みは量、実施地域の点で限られているとともに、統合的、体系的に行われているとは言えず、システム構築に向けての具体的な戦略が必要な段階となっている。また、民間の高齢者施設が増加傾向にあり、これらの施設の質の確保のための規制のあり方なども重点課題といえる。
- また、在宅サービスなどは基本的な方向性は日本の地域包括ケアシステムの考え方と共通しており、日本からは、地域での介護予防や社会参加、所得創出活動の取組みを共有するなどの協力が可能であると考えられる。

(5) 上記以外の ASEAN 諸国

- シンガポール、ブルネイは、ODA の援助対象国となっていないが、各々高齢化への取組みは重要で、政策協議を行うことで、日本の経験、知識の共有や意見交換をすることが有効と考えられる。とりわけ、これらの高所得国では、中所得者層以上の介護需要の増大が見込まれることから、日本の開発してきた介護サービスや福祉用具・機器、介護人材育成について情報を提供するとともに、その活用を働きかけることが考えられる。
- フィリピンは、ASEAN 諸国の中では、高齢化の速度が最も遅く、また、高齢化率 14%を迎えるタイミングも 2062 年頃と予測されており、ASEAN 諸国の中で最も遅い。したがって、高齢化対応全般は、当面の優先課題ではない。むしろ地方分権化が早い段階から推進され、島嶼部での基礎的医療の地域間格差が大きく、また医療保障制度についても地域間格差の是正や給付内容の充実を通じて将来の高齢化の基盤づくりを優先することが考えられる。加えて、フィリピンは、日本と同様、台風などの自然災害の多い国であり、災害時の高齢者支援や福祉的対応などについて、日本の東日本大震災などの被災と復興の経験を共有する形での協力の可能性がある。
- ミャンマー、ラオス、カンボジアも、ASEAN 諸国の中で比較的高齢化のスピードが遅く、また一人あたり GDP も低い国々である。今後の優先課題としては、基礎的な保健医療資源の整備や将来的な UHC の確立に向けた取組みへの協力が優先される。UHC への協力を進める中で、高齢化対策（NCD 対策等）が進展することが期待されることから、日本で実施されている UHC 関連の研修などへの積極的な招聘が考えられる。また、周辺国であるタイは、既に 2002 年に医療における UHC を実現させており、タイの協力を得た支援も可能と考えられる。



図 12：Active Aging に向けた日本の貢献：今後のイメージ

おわりに

- 本検討会は、2013年6月に開始して以来、4回にわたり高齢化分野における国際協力のあり方について検討してきた。この間、ASEAN 諸国への現地調査を実施したが、ASEAN 諸国での高齢化対策への関心の高まりが確認できた。2013年9月の「ASEAN+3 社会福祉大臣会合」（カンボジア、シェムリアップ）では、高齢者を含むすべての人への社会福祉を推進するため、ASEAN+3 の社会福祉分野における協力強化の重要性や、地域へ密着したアプローチの必要性について宣言が盛り込まれた。これを皮切りに11月には「ASEAN 地域における高齢化に係る国際協力に関するセミナー」（インドネシア、ジャカルタ）を実施し、ASEAN 各国から70名以上の参加があった。12月には Active Aging をテーマに「ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合」（東京）を開催し、80名以上の行政官の参加があった。また、同月には、日 ASEAN 特別首脳会議（日本、東京）において、今後、ASEAN 地域において高齢化をテーマとした協力を強化していくことを確認した。こうした経過を経て、本報告書を取りまとめるに至った。
- 2014年度は、「ASEAN 日本社会保障ハイレベル会合」に加えて、新たに「ASEAN 日本 Active Aging 地域会合（仮称）」を6月に開催することを計画している。また ASEAN 側の動きとして 2014年には ASEAN+3 保健大臣会合の開催が予定されている。これらの機会を重ねることにより、ASEAN 地域における Active Aging に向けた取組みに日本が積極的に支援していくことが期待される。
- 「国際的な Active Aging における日本の貢献」が具体化されるためには、本報告書の活用が必要である。
- 本報告書は日本国内の政府、研究機関、学術機関、国際協力機構の関係者、報道機関、高齢化に関わる団体や事業者、更には高齢化や国際協力に関心を寄せる人々と共有することで、今後の高齢化対策での国際協力が進展することが期待される。
- また、英語版を作成し ASEAN 各国、国際機関の関係者とも報告書の内容を共有することで、今後の高齢化対策の方向性を考える契機となり、ひいては我が国との具体的な国際協力の協働が進展することが期待される。
- 本検討会の当初の目的は、本報告書を取りまとめることにあったが、報告書を取りまとめることは国際協力の到達点ではなく、出発点であるとの考え方から、今後は報告書の内容の具体化、進展状況について情報共有を行い、必要に応じて追加的な提案を行うこととしたい。

表 6：2013 年度・2014 年度における日本の社会保障・高齢化対策分野の国際協力

Japan	ASEAN
	Thailand 2007-2011 CTOP : Prevention, Promotion 2013-2017 LTOP : Long-term care
2013年6月～ 国際的なActive Agingにおける日本の貢献に関する検討会 7月 Thailand, Malaysia 発表	
	8-9月 Vietnam, Thailand, Indonesia訪問
11月 JICA課題別研修「アジア地域におけるユニバーサルヘルスカバレッジ達成のための社会保険制度強化」	11月 ASEAN-Japan Seminar The regional Cooperation for the Aging Society (インドネシア)
12月 ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合 日・ASEAN特別首脳会議	
2014年	4月 JICA社会保障分野(高齢化、UHC)セミナー(ベトナム)
	6月 ASEAN-Japan Regional Conference on Active Aging (インドネシア) ASEAN+3保健高級事務レベル会合(タイ)
9月 JICA課題別研修「アジア地域における高齢化への政策対応強化」	9月 ASEAN+3保健大臣会合(ベトナム)
10月 ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合	10-12月 ASEAN+3社会福祉高級事務レベル会合(ラオス)
11月 JICA課題別研修「アジア地域におけるユニバーサルヘルスカバレッジ達成のための社会保険制度強化」	

資料

(1) 検討会構成員(五十音順)

検討会の座長と構成員は以下の通りとなっている。

座長	尾身 茂	独立行政法人	年金・健康保険福祉施設整理機構	理事長
構成員	江口隆裕	神奈川大学法学部	教授／筑波大学	名誉教授
	大泉啓一郎	株式会社	日本総合研究所	上席主任研究員
	萱島信子	独立行政法人	国際協力機構人間開発部	部長
	鈴木隆雄	独立行政法人	国立長寿医療研究センター	研究所長
	曾根智史	国立保健医療科学院	企画調整主幹	
	林 玲子	国立社会保障・人口問題研究所	国際関係部	部長
	堀田聡子	独立行政法人	労働政策研究・研修機構	研究員

事務局	厚生労働省大臣官房国際課			
	堀江 裕	国際課長		
	林 雅彦	統括調整官		
	山内和志	国際協力室長		
	荒木康弘	国際課	課長補佐	
	杉田 塩	国際協力専門官		
	松浦洋平	国際協力室	協力企画係長	

オブザーバ 吉田一生 厚生労働省老健局総務課 企画官

事務局支援／現地調査

岩名礼介	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社	経済社会政策部	主任研究員
		武井 泉	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

(2) 検討会の議題

- (ア) アジアをはじめとする開発途上国における高齢化施策の現状の整理
- (イ) 高齢者保健福祉分野における国際協力の在り方の検討
- (ウ) その他

(3) 検討会の概要

開催日	議題等	備考
第1回検討会 2013年6月14日	1. アジア諸国における高齢化と施策の現状について 2. アジア諸国での高齢化に関するニーズと対応について 3. その他	
第2回検討会 2013年7月19日	1. 高齢者保健・福祉分野における国際協力のあり方について 2. 国内、海外調査について 3. その他	ヒアリング ・ タイ王国保健省 Dr.Chanvit Tharathep 事務次官補 ・ マレーシア女性・家族・地域開発省社会福祉局高齢者・家族課 Ms. Ruhaini binti Zawawi 課長
国内調査	アジア諸国の制度構築・整備に活用できる取組みを調査する	7月千葉県柏市、山梨県北杜市、東京都品川区 8月滋賀県東近江市
海外調査	高齢者保健・福祉分野の現状や知見・経験・協力ニーズを調査する	8月ベトナム、タイ 9月インドネシア
第3回検討会 2013年10月30日	1. 海外・国内調査結果について 2. 高齢者保健・福祉分野における国際協力のあり方について 3. その他	
(関連イベント) 2013年12月3～5日 第11回 ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合	テーマ：Active Aging 主な議題： ・ Active Aging を実現する基盤となるユニバーサル・ヘルス・カバレッジと高齢者のための保健医療福祉サービス ・ 高齢者を支えるコミュニティ ・ 高齢者の社会参加と社会貢献 ・ Active Aging の取組みで視察（日本）から学ぶこと ・ 行政の役割 ・ 高齢化に関するこれからの ASEAN の協力と連携	
第4回検討会 2014年2月18日	1. 国際的な Active Aging における日本の貢献に関する検討会報告書案について 2. その他	