

caregivers presents a mean of 52.3 years old and a standard deviation (SD) of 15.5. Regarding the education of the caregivers represented as years of education, we that 4.3% (19 caregivers) have no education. On the other hand, 31.7% (n=141) have primary education ranging from 1 to 6 years of schooling. Combined with those that attended secondary school (52,8%) we obtain a combined figure of 84.5% (n=376). Tertiary education reaches 11% (n=49).

Regarding the coverage of health of caregivers, we observed that 84.5% (n=376) of the caregivers belongs to the national health insurance, the second biggest group is those caregivers that are uninsured with 37 caregivers (8.3%), followed with marginal numbers of those in the private health system (3.1%), military insured (0.7%) and no answers and others (3.4%).

As for the relationship with the recipient, as seen in figure 2, the caregivers are mainly children with 44% (n=196) followed by spouses and partners with 23.8 (n=106). Combined they represent 67.9% of the caregivers. Other three relations, all with 6.7% (n=30) are children in law, grandchildren and other relatives. They are followed by non-relatives (friends, neighbours, etc.) with 22 caregivers (4.9%) and sibling and siblings in law with 3.8% (n=17). Those caregivers hired to provide a private service of care 8 people (1.8%). Finally, stepchildren represent 0.9% and parents/parents in law 0.4%.

Regarding the marital status of the caregivers, more than half of the subjects (54.8%) are married, or have a partner; the following group is single 32.1% with 143 caregivers. Those caregivers divorced are 7.4% (n=33) and widowed with 5.6% (n=25).

Regarding the length of provision of their care, about half of the caregivers (52.6%) of the sample have provided care between 1 and 5 years. Of these caregivers, 17.5% did for a year or less and 35.1%. Between 6 to 10 years of provision we find 95 caregivers (21.3%). 23 caregivers (5.2%) have provided between 11 to 15 years and 25 (5.6%) between 16 to 20 years of provision. 10.8% of the caregivers (n=48) have provided care over 20 years.

Regarding hours of care a day in 6-hour brackets, 88 caregivers (19.8%) provide care for 1 to 6 hours. 132 caregivers (29.7%) provide care for 7 to 12 hours. 17 caregivers (3.8%) provide care for 13 to 18 hours. The biggest group is found for those caregivers providing between 19 to 24 hours with 205 caregivers (46.1%). The mean time of care is 15.6 hours, with an SD of 8.3.

Regarding remuneration for care, 410 caregivers (92.1%) receive no payment.

### **Characteristics of the caregivers by dimensions**

Table number 3 shows the characteristics of the caregiver by dimension of assessments performed. A detailed description follows:

Dimensions

- a) Burden of care: In our sample there are no caregivers without burden. 38.2% present a mild to moderate burden; 43.4% (n=193) have moderate to severe burden and 16.6% (n=74) present severe burden.
- b) Social support: Regarding the perceived functional social support 22.5% of our sample (n=100) feel they have a low support, while 77.5% (n=345) perceived normal support.
- c) Health related quality of life: Regarding the 8 different dimensions we find the following scores: physical functioning 82.5; role-physical 84.8; role-emotional 85.0; vitality 67.3; mental health 70.7; social functioning 81.9; bodily pain 53.2; and general health 57.2.
- d) Depression: Nearly half of the caregivers (47.4%) show a low level of depression; 24.5% (n=109) shows mild to moderate depression; and 28.1% (n=125) show major signs of depression.
- e) Harmful coping: Regarding disorders on alcohol consumption 98.4% (n=438) does not present disorders. 1.1% (5 caregivers) presents a medium risk of abuse and 2 remaining caregivers present a high level of risk and dependency respectively.
- f) Health status: on the EQ-5D-3L test, regarding mobility 83,8% present not problems; 14,4% some problems and 0,4% extreme problems. Regarding self-care 93,9% present not problems; 3,8% some problems and 0,9% extreme problems. Regarding usual activities 86,3% present not problems; 11,5% some problems and 0,9% extreme problems. Regarding pain or discomfort 52,6% present not problems; 39,6% some problems and 6,5% extreme problems. Regarding anxiety 64,9% present not problems; 27,4% some problems and 6,3% extreme problems.

#### D. 考察

Regarding the gender difference by availability of a caregiver we can see that the differences are statistically significant. Among those who need or have access the proportion of female care recipients is higher. One may argue if this difference is the result of the known poorer health conditions of older women or the statistical significance may be due to the uneven proportion of both groups in a reason of ten to one.

Regarding the caregiver characteristics, we can see the prominent place of women as caregivers. This means that women are not only a bigger proportion of the elderly population, but also take care of most of the provision of informal care. This two elements are seen pervasively all around the world. Regarding the age of the caregivers while there is young present (15 to 25 years old) a great proportion (72.6%) are people between 26 and 65 years old, that is peak for economic activities. We may argue that many of these people declines joining the labour force in order to provide care for the recipients. To this condition it must be added the aforementioned fact that 92% of the caregivers does not receive payment for the provision.

Another element that plays an important role in their economic activities is the educational level.

There is marginal number of 4.3 who have no education at all, thus limiting their economic potential. A third of the sample only has primary education and tertiary education still remains low at 11%. Another element that may be related to their economic conditions is their affiliation to health insurance. A big proportion of the caregivers (84.5%) belong to the national insurance system, known for giving services to the poorer citizens because of their low cost and broad coverage. The provision of care is mainly managed by the nuclear family, importantly by children and followed by their partners. Together they account for about 70% of the informal care. This scenario is seen on other countries where nuclear family still plays an important role. Extended family (second and third generations) follows and could reflect the multigenerational household that are commonly found in Latin American countries. Privately hired care service just account for 1.8%. This last fact may be explained by the lack of self-sustaining resources characterized for the diminished economic situation mentioned before and the lack of government support and resources available to provide professional care at the community

Regarding the marital status of the caregiver we can see that a high number remains single (32.1%). This situation may be explained by the care provision of women at reproductive age (about a third of the sample) and for extended periods of time. When we look at the length of care we appreciate that around half (42.9%) of the caregivers has been providing care for more than 6 years, among them, around 10% over 20 years. This fact is aggravated when we look at the time spend per day where half of them (46.1%) provide care between 19 to 24 hours a day, which means an on-going and constant provision of care. Moreover, 29.7% provides care for 7 to 12 hours a day which in reality means full time jobs. These elements combined may explain not only their economic conditions but also their postponed personal life.

## E. 結論

As volunteerism is viewed as an activity necessary for Japan's super-aging society, this study indicates that financial security, better quality of life, and experiences in civic engagement are necessary to fostering volunteerism at old age. These aspects are more likely to be fostered over time, even before people reach old age. In order to create a larger cadre of older volunteers, Japanese policy must take on a life course perspective in bettering the lives of people for preparation of old age. In this regard, maintaining the current social security structure is important. Additionally, as Japanese society has become increasingly losing ties amongst each other, creating and strengthening a role for community is important. As the community plays a larger role in society, it subsequently invites community members to take part in the activities. More children and younger adults need to be involved in such activities so that they are trained to become lifelong volunteers.

## F. 健康危険情報

特記すべきことなし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

岡山第 27 回日本国際保健医療学会学術大会 “Overview of the demographic characteristics of the population and the aging society in Latin America”

## H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得、2. 実用新案登録、3. その他、特記すべきことなし

## Reference:

- [1] Chile NIOSo. Population summary 2012 Census. In: INE, ed., 2013.
- [2] Chile NIOSo. Population Projections. [serial on the Internet]. [cited May 1]; [about p.]. Available from: [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/familias/demograficas\\_vitales.php](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php).
- [3] United Nations. Dept. of Economic and Social Affairs. Population Division. *World population ageing 2009*. New York, N.Y.: United Nations, Dept. of Economic and Social Affairs, Population Division, 2010.
- [4] INTA. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. [serial on the Internet]. [cited May 20, 2013]; [about p.]. Available from: [www.senama.cl](http://www.senama.cl).
- [5] Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist* 1980; **20**: 649-55.
- [6] Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Medical care* 1988; **26**: 709-23.
- [7] McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical care* 1993; **31**: 247-63.
- [8] Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement* 1977; **1**: 385-401.
- [9] Beekman AT, Deeg DJ, Van Limbeek J, Braam AW, De Vries MZ, Van Tilburg W. Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D): results from a community-based sample of older subjects in The Netherlands. *Psychological medicine* 1997; **27**: 231-5.
- [10] Haringsma R, Engels GI, Beekman AT, Spinhoven P. The criterion validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in a sample of self-referred elders with depressive symptomatology. *International journal of geriatric psychiatry* 2004; **19**: 558-63.
- [11] Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 1993; **88**: 791-804.
- [12] Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A, Grant M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-I. *Addiction* 1993; **88**: 349-62.
- [13] EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Health Policy* 1990; **16**: 199-208.

Table 1. Gender Distribution by caregiver availability

Gender	Caregiver Availability				Survey Data		p-value
	no (n=4321)		yes (n=445)		total	total percent	
	n	%	n	%	n	%	
Male	1700	39,3	151	33,9	1851	38,8	0.026
Female	2621	60,7	294	66,1	2915	61,2	
Total	4321	100	445	100	4766	9,3	

Table 2. Characteristics of the caregiver

Item	Variable	n=445	%
Sex	Male	71	16,0
	Female	374	84,0
Age	15-25	25	5,6
	26-35	34	7,6
	36-45	94	21,1
	46-55	116	26,1
	56-65	79	17,8
	66-75	65	14,6
	76-85	29	6,5
	86-95	3	0,7
	Mean (SD)	52,3	15,5
Years of Education	No education	19	4,3
	Primary (1 to 6 years)	141	31,7
	Secondary (7 to 12)	235	52,8
	Tertiary (13 to 17)	49	11,0
	No answer	1	0,2
	Mean (SD)	8,3	4,2
Health Insurance	National	376	84,5
	Private	14	3,1
	Military and police	3	0,7
	Uninsured	37	8,3
	Other	7	1,6
	Doesn't know	7	1,6
	Doesn't answer	1	0,2
Relation with the recipient	Spouse or partner	106	23,8
	Children	196	44,0
	Stepchildren	4	0,9
	Parents / Parents-in-laws	2	0,4
	Sibling / Sibling in law	17	3,8
	Children in Law	30	6,7
	Grandchildren	30	6,7

	Other relative	30	6,7
	Non relative (friend, neighbor)	22	4,9
	Private Service	8	1,8
Marital Status	Married, partner or couple	244	54,8
	Divorced	33	7,4
	Widow	25	5,6
	Single	143	32,1
Length of care provision	1 year or less	78	17,5
	2 to 5	156	35,1
	6 to 10	95	21,3
	11 to 15	23	5,2
	16 to 20	25	5,6
	over 20	48	10,8
	Doesn't Know	13	2,9
	Doesn't Answer	7	1,6
Hours of care provision	1 to 6	88	19,8
	7 to 12	132	29,7
	13 to 18	17	3,8
	19 to 24	205	46,1
	Doesn't know	3	0,7
	Mean (SD)	15,6	8,3
Payment for care	Yes	33	7,4
	No	410	92,1
	Doesn't Answer	2	0,4

Table 3. Health dimension of the caregivers by tests

Zarit Burden Index (22-i)	0-20 Little or no burden	0	0,0
	21-40 mild to moderate	170	38,2
	41-60 moderate to severe burden	193	43,4
	61-88 severe burden	74	16,6
	Missing/censored	8	1,8
	Mean (SD)	46,65	14,3
Duke-UNC-11 Functional Social Support Questionnaire	Low <32	100	22,5
	Normal ≥32	345	77,5
	Mean (SD)	39,4	10,2
MOS 36-Item Short Form Survey Instrument (SF-36) Mean (SD)	Physical Functioning	82,5	24,4
	Role-Physical	84,8	24,4
	Role-Emotional	85,0	22,8
	Vitality	67,3	21,7
	Mental Health	70,7	20,6
	Social Functioning	81,9	23,0
	Bodily pain	53,2	22,8
	General health	57,2	20,5
	Health Transition	48,7	23,4
CES-D	Less than 15	211	47,4
	15 to 21 Mild to moderate	109	24,5
	Over 21, Major depression	125	28,1
	Mean (SD)	16,6	10,3
AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test	0 to 7 Normal	438	98,4
	8 to 15 Medium level	5	1,1
	16 to 19 High level	1	0,2
	20 or above Dependence	1	0,2
	Mean (SD)	0,8	2,1
EQ-5D-3L Mobility	No problems	373	83,8
	Some problems	64	14,4
	Extreme problems	2	0,4
	No answer	6	1,3
Self-care	No problems	418	93,9
	Some problems	17	3,8
	Extreme problems	4	0,9
	No answer	6	1,3
Usual Activities	No problems	384	86,3
	Some problems	51	11,5
	Extreme problems	4	0,9
	No answer	6	1,3
Pain/Discomfort	No problems	234	52,6

	Some problems	176	39,6
	Extreme problems	29	6,5
	No answer	6	1,3
Anxiety/Depression	No problems	289	64,9
	Some problems	122	27,4
	Extreme problems	28	6,3
	No answer	6	1,3
EQ-5D-VAS n=365	Mean (SD)	70,11	23,66



## 国際協力分野における研究ネットワーク構築の試み

研究分担者 山本秀樹 帝京大学 公衆衛生大学院 教授

### 研究要旨

わが国の国際保健医療協力の分野において、高齢化対策は国際協力の対象として認識されておらず、その経験も十分でない。世界で最も高齢者人口割合が高いわが国は高齢者対策においてリーダーシップを取る必要がある。わが国の国際保健医療協力の専門家が集まる、日本国際保健医療学会の学術総会において本研究班の班員が中心に研究集会を開催した。

国際社会において、MDGs(国連ミレニアム開発目標)の達成期限後の2015年以降の課題(Post MDGs)としてAgeingが大きくとりあげられる可能性も高い。高齢者対策には、各国の実情に応じた(社会・経済・文化等)対策が必要で、画一的な対策では対応できない。わが国の高齢者対策の研究知見を伝えるための国際・学際研究ネットワークを構築する意義は高いと考えられた。

### 目的・方法

発展途上国においても、MDGs(国連ミレニアム開発目標)対策が推進され、感染症が制圧され、乳児死亡率が低下し、平均寿命が進展し、その結果高齢者の増加が進みつつある。MDGsの達成期限(2000年-2015年)の終了後の課題(Post MDGs：現在国連にて策定中)としてNCD(Non Communicable Diseases：非感染性疾患)対策、さらにAgeingが地球規模の課題として取り上げられる可能性が高い。しかしながら、国際保健医療協力の分野では、発展途上国における高齢化の課題は、未だに重要性が十分に認識されておらず、また経験を有する専門家も少ない。

そこで、国際保健医療協力の分野において、発展途上国における高齢化の課題について理解を深め、グローバルエイジングに関する研究を推進することを目的として、日本国際保健医療学会の第28回学術総会(岡山)において自由集会報告を平成24年11月4日に開催したので概要を報告する。

### 結果

はじめに、この本研究班の主任研究者である筑波大学田宮教授と集会の主催者である山本よりこの本研究集会の趣旨説明が行われた。

次に、厚生労働省大臣官房国際課 国際協力室 坂本晴香 主査より、WHO の最新の動向と我が国の方針の説明があった。現在、先進国はもとより新興国・発展途上国でも MDGs (Millennium Development Goals) 対策が奏功し、乳幼児死亡率の低下、少子化が進み、人口構成の高齢化が進んでいる。世界全体で高齢者が増加することに伴い、NCD による死亡や健康障害を防止することが必要である。少子高齢化が世界で最も進展している我が国は、2012 年の 5 月にジュネーブで開催された第 65 回 WHO 総会(参加国 194 国)において、「発展途上国を含む世界レベルで NCD 対策および高齢化対策にいつそう取り組むべきである」という決議を提案し、総会において採択された。これまでの、WHO の歴史において日本政府が決議を提案したことは極めて異例であり、高齢化対策に関する国際社会への強いメッセージであることが示されている。

UNFPA 東京事務所の佐崎淳子所長より、UNFPA(国連人口基金：本部ニューヨーク)は国際高齢者デーである 10 月 1 日に Help Age International と共同で作成した報告書「Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge」の発行にあわせて、国連大学(東京)において 2012 年 10 月 1 日に UNFPA 事務局長のババトウンデ・オショティメイン氏を招き、公開シンポジウム「21 世紀の高齢化：祝福すべき成果と直面する課題」を開催したことが報告された。我が国では高齢化というとネガティブなイメージが強いが、UNFPA オショティメイン事務局長の「高齢化は祝福すべき事であり、それを日本から発信したかった」というメッセージは Global Ageing の対策・研究ネットワークを形成することの必要性を裏付けるものであった。

翌 10 月 2 日には、国立社会保障・人口問題研究所にて UNFPA(国連人口基金)東京事務所と公益財団法人ジョイセフ(JOICFP：明石康 会長)との共催で海外の人口問題の専門家を集めて「専門家会議” Round Table Seminar on Global Population Ageing”」が行われた。この会議の概要(我が国、中国・韓国などの東アジアの報告や Help Age International の実施するアジア地区のプロジェクトを含めた世界的動向)およびアフリカ諸国の高齢化の進展状況について、同会議を主催した国立社会保障・人口問題研究所の林玲子部長より報告があった。

高齢者問題において社会・文化的視点が欠かせない。人類学研究者の視点から長崎大学増田研 准教授からエチオピアでの過去のフィールド調査の知見や本研究班で野口真理子 京都大学大学院生が本研究班で実施予定のフィールド調査の計画について報告が行われた。

続いて、本研究班の主任研究者である筑波大学田宮菜奈子 教授より、本研究班の中核機関である筑波大学で実施中の研究概要の報告と、それらの成果を如何に日本から発信すべきであるかという以下の基本方針の説明が行われた。

1) 各国の特性の尊重(それぞれの国の社会・文化・制度を調査し、高い QOL を目指すバランスの取れた高齢者医療・介護制度の構築に繋がるための研究)、2) 経験の共有(わが国の高齢者介護を巡る価値観・社会規範の変化、介護保険制度に代表される制度の良い点・課題を含めて、海外諸国に伝える)を行う。

独立行政法人 産業技術総合研究所 松本吉央部長より筑波大学と同研究所が共同研究を準備中である介護支援ロボット技術や海外(オーストラリア)におけるロボット技術を利用したリフトを利用することとロボット利用についての法制度化の問題について、我が国の科学技術を活用した高齢化対策を如何に共有化するかという視点で報告が行われた。

## 考察・結論

自由集会は学会最終日の夕方であったにもかかわらず、多数の参加者があり(約 40 人)活発な質疑応答が行われた。

岡山市の公民館を退職した後に在宅介護事業を起業した女性の事例では、地域の実情をよく理解した事業者の必要性があること。被災地である石巻市において仮設住宅の住民を主に診療している医師のからの質問があり、高齢化が進展している被災地の診療の経験を世界に伝えるべきであるという提言もあった。我が国の経験を国際協力に生かすことの必要性も高い。

高齢化対策には、各国の事情に応じた対策が必要であり、自然科学としての医学以外の諸問題(家族制度、地域社会、労働政策、高齢化と死生観、保健医療システム、介護制度等)があり、国により事情が異なる。現場の経験を海外協力に行かす上でも、国際保健医療学の分野において、高齢化の問題について研究者間で国際的かつ学際的ネットワーク形成を行うことの意義が改めて確認された。

翌年度の第 29 回総会(2013 年 11 月 2 日-4 日:沖縄県・名護市にて開催)でも Global Ageing に関する研究集会を実施し、このネットワークを発展させることを行う予定である。

## 研究発表

なし

## 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

第 28 回日本国際保健医療学会学術総会  
自由集会「Global Aging」プログラム

日時：平成 24 年 11 月 4 日(日) 16:00~18:00

岡山大学 津島キャンパス (薬学部棟)

世話人：山本秀樹、田宮菜奈子

1. 開会の言葉・自由集会の意義 帝京大学 山本秀樹
2. WHO における高齢化への取組 (WHO 会議報告) 厚生労働省 坂元晴香
3. 国立社会保障・人口問題研究所/UNFPA/ジョイセフによる「世界の人口高齢化」セミナーの報告
  - 1) UNFPA (国連人口基金) の立場から UNFPA 東京事務所 佐崎淳子
  - 2) 国立社会保障・人口問題研究所の立場から 国立社会保障・人口問題研究所 林玲子
4. 来るべき高齢化社会：アフリカにおける見通しと人類学的アプローチ
  - 1) 長崎大学 増田研
  - 2) 京都大学 野口真理子
5. 研究班経過報告 - 日本から何を発信すべきか 筑波大学 田宮菜奈子
  - 筑波チーム報告
    - 1) ロボット技術発信の可能性 産業技術総合研究所 松本吉央
    - 2) アジア諸国の現状 筑波大学 宮下裕美子
    - 3) ラテンアメリカ諸国の現状 筑波大学 サンドバル・フェリペ
6. 質疑応答

筑波大学におけるGlobal 30 特別講義  
Borderless Challenge towards a Global Aging by Young Power

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授  
研究協力者 宮下裕美子 筑波大学医学医療系 研究員  
研究分担者 本澤巳代子 筑波大学人文社会系 教授

研究要旨

若者の新しい発想を尊重したエイジング教育を展開することを目的として、筑波大学の留学生等を対象に、本研究班による学内外の学際研究ネットワークを活用した集中講義を行った。

様々な専攻のアジア、アフリカの学生12名（日本、中国、ベトナム（2名）、タイ、インドネシア、バングラデシュ、パキスタン、モロッコ、ケニア、ウガンダ、ナイジェリア）が受講し、高齢化が進展する将来の介護の在り方について、家族、地域、そして宗教が介護に果たす役割を中心に、議論を行った。

高齢者介護の問題は、出身地域、学術的背景にかかわらず、将来自分が担い手にも受け手にもなるという身近な話題として全ての学生に捉えられており、普遍的、学際的テーマであることが改めて認識された。多様な国・専門性の学生同士の学び合いにより、高齢化先進国である日本の学際的な教員陣および高齢者施設見学を加えることにより、質の高い日本発の国際的・学際的な相互学習の提供が可能であり、継続して取り組みたいと考えている。

A. 目的

世界一の高齢国である日本の経験に学びたいという世界各国のニーズがある一方で、それに応えるには、縦割りの学問体系の日本からは、学際的な実証研究が出にくい、次世代を担う若い力からの発信が弱い、といった課題がある。

そこで、文部科学省事業「国際化拠点整備事業」である「グローバル30(G30)」に採択されている強みを活かし、筑波大学における様々な専門分野の留学生を集め、各国高齢化対策についての発表と議論を中心とした学際的特別講義を企画した。

本研究班による学内外の学際研究ネットワークを活用し、第一線の研究成果の共有を行いつつ、既存の学者ではなし得ない、柔軟な発想に基づく地球規模の高齢対策への提言を引き出せるよう、若者の新しい発想を尊重する教育を展開することを目的とした。

B. 方法

1) 講義の枠組みと体制： 日本、介護先進国ドイツ、途上国（アジア、アフリカ）の3地域を横糸に、①医療・介護学②福祉学③経済学④法政治学⑤人類学の各学

問を縦系にした学際的問題提示と有機的討論を目指した。

その実現に、医療/田宮菜奈子と法政治学/本澤己代子を中心に、本厚労科研の分担研究者または研究協力者である公衆衛生学/山本（帝京大学公衆衛生大学院）福祉/陳（関西学院大学）、経済学/野口（早稲田大学）、ギルマ（筑波大学）、人類学/増田研（長崎大学）を迎えた学際チームを編成した。

また、筑波大学研究員の宮下、付および博士課程学生のサンドバールが講義の企画に加わり、学生の連絡窓口を宮下が、集中講義でのファシリテーターをサンドバールが務めた。

2) 学生：全学ポスター掲示および担当教官他のネットワークにより、英語で積極的に参加できることという条件だけ付し、全ての国籍、専攻の学部生・院生の募集を行った。（別紙1）

3) 講義日程：2月7日のオリエンテーションで事前課題を与え、2月22日の中間チェックを経て、3月11日～13日までの3日間集中講義を行った。（別紙2）

○事前課題：3点用意した。まず、各国の高齢化と高齢者介護の現状、国家の政策（現行政策と計画）について調べたうえで、学生自身の見解として、当該政策に対する評価、望ましい介護のあり方を加えた一覧をまとめるよう指示した（別紙3）。同時に、世界青年意識調査<sup>1)</sup>を一部参考に、介護や加齢、死についての意識（別紙4）を回答させた。最後に、これらの課題を基に、各国の高齢化と介護についてのプレゼン資料の作成を指示

した。

○講義1日目：まず、アイスブレイクとして、ワールドカフェ形式で、上記の事前課題より、①長生きの幸せな点と悲しい点、②年老いた親の扶養、③自分自身の老後、④理想的な死の迎え方、についての議論を行わせた。

さらに、各国の高齢化と介護にかかわる1人10分のプレゼンと質疑応答を行った。最後に、学生を3地域に分け、教員を加えて、介護の在り方についてのグループディスカッションを行った。

○講義2日目：前日のグループディスカッション内容を共有後、各教員から日本の介護保険制度等にかかわり、以下の講義を行った。

- ・ Difference of Life Expectancy by prefecture in Japan（山本）
- ・ Aging approaching Africa, Anthropology approaching Aging（増田）
- ・ The economics of Population Aging（ギルマ）
- ・ 社会保障制度の展開（本澤）
- ・ Long term care insurance program in Japan（陳）
- ・ Service offered by the LTCI（田宮）

さらに、筑波記念病院の協力を得て、療養病床、回復期リハビリ病床、老人保健施設の見学を行った。

○講義3日目：今後の介護の在り方について、家族等によるインフォーマルケアと公的サービス（フォーマルケア）のバランス、家族介護者の公的支援の在り方などの視点を含めた政策提言を、国ご

とにまとめ、発表（各5分）を行った。さらに、質疑応答および講師陣からのコメントを行った。

○G30 国際シンポジウム： 特別講義に続き、シンポジウム「日独韓における介護保険の現状と課題」を開催した。講義では介護先進国の事例に触れる時間が十分にとれなかったところ、本シンポジウムによって、日本が手本にしたドイツ介護保険制度、および日独を研究して2008年に介護保険制度を創設した韓国との比較を通し、3か国、特に日本の介護保険制度の特徴と課題について、より深く学ぶことを可能にした。

尚、本シンポジウムは、日英同時通訳付きで、特別講義に参加の留学生のほか、学内外の日本の学生、研究者の参加を広く募って開催された。

○事後レポート： 発表した政策提言および講義で学んだこと、施設見学の感想などをレポートにまとめさせた。

### C. 結果

アジア、アフリカの学生12名（日本、中国、ベトナム（2名）、タイ、インドネシア、バングラデシュ、パキスタン、モロッコ、ケニア、ウガンダ、ナイジェリア）が受講した。うち学部生が5名、修士課程学生が6名、博士課程学生が1名であり、専攻は公衆衛生、社会・国際学から、都市工学、環境科学、経営学、物理、ヒューマンバイオロジーと、多様性に富んだ（別紙5）。

わが国と比べればこれら各国の高齢化率はまだ低く、また、公的介護サービスの提供には税収が乏しい経済状況の中

で、家族介護がほぼ100%を担っている現状があり、家族、地域、そして宗教が介護に果たす役割と、公的介護サービス導入にあたる資金源についての議論が中心になった。

たとえば、ベトナムでは僧侶が介護要員となり、タイでは寺院を場とした高齢者クラブ活動が行われていることが報告され、また、理想的な死の迎え方として、在宅で僧侶にお経をあげてもらいながら、家族に看取られて亡くなることが挙げられた。またイスラム諸国では Zakat と呼ばれる困窮者を助けるための義務的な寄付金（喜捨）制度があり、これを高齢者介護の費用に充てることが提案されるなど、宗教が地域と一体化して、高齢者介護においても大きな役割を果たすことが確認された。

一方で、各国の高齢化問題はまだ顕著となっておらず、また、20代・30代の学生にとっては親の介護もまだ遠い話で、今後、少子高齢化と都市化の進展でどのような問題が起きるのか、どのような公的介護サービスが在りうるのか、その想像は具体性に欠ける面もあった。この点に対し、本澤、田宮ほか講師陣によるレクチャーにより、高齢化先進国の日本の知見、各国で高齢化政策を進めるうえで重要な多角的な観点を各国学生に伝えたと、多くの質問があがり、日本から学びたいというニーズの大きさが伺えた。

また、子が親を介護するのは当然の責任であり、施設に老親を預けるなどネグレクトだ、という意見が大勢を占めていた中、施設見学において、きめ細やかなケア、ケア提供者の高い専門技術とプロ意識、清潔で明るい施設などに、学生たちは一様に感銘を受け、このような質の高いサ

ービスを自国でも叶えたい、という意見に繋がるなど、貴重な学習経験になった。

以上の学びを経て、講義最終日には、各国の文化・伝統等に照らして望ましい今後の高齢者介護の在り方について、各人が考察をまとめ、プレゼンを行うに至り、当初の学習目標が達成された。

#### D. 考察

高齢者介護の問題は、出身地域、学術的背景にかかわらず、将来自分が担い手にも受け手にもなるという身近な話題として全ての学生に捉えられており、普遍的、学際的テーマであることが改めて認識された。

集中講義3日間を通し、学生のモチベーションの高さと主体的な取り組みは我々の当初の期待以上であり、学生の事後レポートにおいても、多様な国・専門性の学生同士の学び合いと、学際的な日本の教員陣と施設見学からの学びに対する満足度の高さが表出されていた。

我々教員陣も、各国の貴重な生の情報を得るとともに、宗教や死生観も含めて介護の在り方を検討する重要性を改めて認識し、また、家族や地域による介護を支えるための各国の取り組みから、われわれ日本が学ぶべき点について考える機会となった。

#### E. 結論

エイジングという普遍的、学際的テーマによって、日本発の国際的・学際的な相互学習が、非常に充実した形で行えたことに、大きな成果の手応えを感じた。来年度以降も継続して取り組みたいと考えている。

尚、翌3月14日に行ったG30国際シ

ンポジウム「日独韓における介護保険の現状と課題」において、この集中講義の成果の発表を行った。また、本シンポジウムと併せて、学生の発表資料などの成果物を冊子としてまとめ、さらに一部ビデオ撮影を含めて、筑波大学のe-learning教材を作成し、国際的・学際的な学習モデルとしての発信を試みている。

#### F. 健康危険情報

特記すべき事項なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

特記すべき事項なし

#### Reference

- 1) 内閣府政策統括官（共生社会政策担当）.第8回世界青年意識調査.2009 <http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/worldyouth8/html/3-4.html>（2013年4月アクセス）





## Faculties

### ➤ Coordinators

- Prof. Nanako TAMIYA, Dept. of Health Services Research, Faculty of Medicine, University of Tsukuba
- Prof. Miyoko MOTOZAWA, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Tsukuba

### ➤ Special Lecturer

- Prof. Bernd Baron von MAYDELL, Emeritus Director of Max Planck Institute for International Social Law, Germany

### ➤ Guest speakers (Subject to change)

- Prof. Hideki YAMAMOTO, Graduate School of Public Health, Teikyo University
  - Prof. Haruko NOGUCHI, Faculty of Political Science and Economics, Waseda University
  - Associate Prof. Li-Mei CHEN, School of Human Welfare Studies, Kwansai Gakuin University
  - Associate Prof. Ken MASUDA, Graduate school of International Health Development, Nagasaki University
  - Associate Prof. Abu Girma MOGES, College of International Studies, University of Tsukuba
- ...and more from various fields

## Enrollment

### ➤ Requirements

- Credited students (Undergraduate, Masters, PhD) (Other students can be considered)
- Any background
- Any country including Japan
- Great interest and enthusiasm for global aging
- With enough ability to write and discuss in English
- Active participation and a 10min. presentation required

### ➤ Application

- Please provide the following required information using the contact from [www.qrs.ly/os2nucm](http://www.qrs.ly/os2nucm) by Jan.25 (Fri).
- Selection of applicants may take place and the results communicated by the end of January.

#### ❖ Required information

- |            |                   |                          |
|------------|-------------------|--------------------------|
| 1. Name    | 2. E-mail address | 3. Affiliation           |
| 4. Country | 5. Telephone No.  | 6. Reason to participate |

### ➤ Contact

(Ms.) Yumiko MIYASHITA, Dept. of Health Services Research, Faculty of Medicine  
Tel/Fax: 029-853-8849, E-mail: xxx.xxxxx@xxxxx.xxx

## Borderless Challenge toward a Global Aging by Young Power

### Schedule

**Mar. 11 (Mon)** @ Room 115, Laboratory of Advanced Research D

9:30-10:00

10:00-11:30 Ice break (World Café)

Lunch with everyone bringing some food

13:00-16:00 Presentations of the pre-assignments by each country  
(10 min. Presentation + 5min. Qs and As, each)

16:15-18:00 Group Discussion (Southeast Asia / East & South Asia / Africa)

-on “The way of caregiving”

✓ Balance of informal care and formal care

✓ How to support informal caregivers in policy?

-as a step toward the presentation on policy proposals by country in the open seminar on Mar.13

**Mar. 12 (Tue)** @ Room 115, Laboratory of Advanced Research D

9:30-10:30 Presentations of the group discussion

10:30-11:10 Comments by faculties from different disciplines

- Prof. Haruko NOGUCHI, Faculty of Political Science and Economics, Waseda University
- Associate Prof. Ken MASUDA, Graduate school of International Health Development, Nagasaki University
- Associate Prof. Abu Girma MOGES, College of International Studies, University of Tsukuba
- Prof. Hideki YAMAMOTO, Graduate School of Public Health, Teikyo University

11:10-12:30 Lectures by faculties from different disciplines

- Prof. Miyoko MOTOZAWA, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Tsukuba  
-Legal system of social security
- Associate Prof. Li-Mei CHEN, School of Human Welfare Studies, Kwansai Gakuin University  
-Long-term care insurance (LTCI) system in Japan
- Prof. Nanako TAMIYA, Dept. of Health Services Research, Faculty of Medicine, University of Tsukuba  
-Medical treatment and nursing, LTCI facilities and services in Japan

Lunch

13:30 Leaving Laboratory of Advanced Research D

14:00-16:00 Field trip (Tsukuba memorial hospital)

-Services provided under LTCI, e.g., Health service facility for the elderly requiring care, day service, home-visit nursing

-Sanatorium ward

16:30-18:00 Feedback of the field trip

**Mar. 13 (Wed)** @ Room 116, Laboratory of Advanced Research D

9:30-12:00 Preparation for the presentation by country

-Policy proposals for the way of caregiving in each country

Lunch

« Open seminar »

13:00-14:20 Presentation by country

-Session 1: Asian countries: 5 min. x 7 countries + 10 min. Qs and As

-Session 2: African countries: 5 min. x 4 countries + 10 min. Qs and As

14:20-15:00 Overall discussion