

厚生労働科学研究費補助金

地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業

ASEAN等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価  
指標の開発と実証に資する研究

令和5－6年度 総合研究報告書

研究代表者 児玉 知子

令和7（2025）年 3月

## 目 次

### I. 総合研究報告書

ASEAN 等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発と実証に資する研究 (p1-15) 児玉知子

### II. 分担研究報告書

#### Part 1. <令和 5 年度分>

1. 高齢者介護サービスの質指標について－概念整理と国際動向－ (p16 - 39)  
児玉知子, 大塚賀政昭, 荒井秀典
2. アジアにおける直近の人口高齢化の状況に関する分析 (p40-44)  
林 玲子
3. 東南アジア諸国（カンボジア、タイ、フィリピン、マレーシア、ミャンマー）の高齢者介護の現状について (p45 - 59)  
佐々木由理, 山口佳小里, 町田宗仁, 尾白有加, 菖蒲川由郷, 児玉知子
4. ASEAN 諸国における高齢者における歯・口腔の健康格差と介護予防 (p60 - 69)  
三浦宏子, 山口佳小里, 児玉知子

#### Part 2. <令和 6 年度分>

1. 東南アジア諸国における LTC 政策の質の評価指標の適用可能性の検討 (p70 - 74)  
大塚賀政昭, 児玉知子
2. Healthy Ageing の取り組みに関する国際動向とその評価指標 (p75 - 83)  
佐々木由理, 山口佳小里, 尾白有加, 菖蒲川由郷, 児玉知子
3. 東南アジア諸国におけるリハビリテーションサービスの提供状況：タイ・カンボジアにおける調査 (p83 - 91)  
山口佳小里, 町田 宗仁, 佐々木由理, 児玉知子
4. タイ高齢者に対する歯科保健医療施策と口腔ケア提供体制に関する現状分析と課題の抽出 (p92 - 100)  
三浦子
5. ベトナムにおける高齢者施策の進展について (p101-114)  
林玲子
6. 介護サービスの質の評価指標の妥当性検討（マレーシア）(p115-125)  
菖蒲川由郷, 尾白有加
7. 高齢者介護サービスの質指標に関する検討－パイロットスタディおよび関連データ分析－ (p127 - 149)  
児玉知子, 菖蒲川由郷, 尾白有加, 山口佳小里, 佐々木由理, 三浦宏子, 林玲子, 荒井秀典

### III. 刊行物一覧

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）「ASEAN 等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発と実証に資する研究」  
令和 5－6 年度 総合報告書

研究代表者 児玉知子 国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 上席主任研究官  
研究分担者: 荒井秀典 国立長寿医療研究センター 理事長  
林 玲子 国立社会保障人口問題研究所 所長  
佐々木由理 国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 主任研究官  
大冢賀政昭 国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部上席主任研究官  
山口佳小里 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部主任研究官  
三浦 宏子 北海道医療大学歯学部保健衛生学講座 教授  
菖蒲川由郷 新潟大学大学院医歯学総合研究科 教授  
研究協力者: 尾白有加 同 特任助手

**研究要旨：**

**【目的】**人口高齢化は世界が直面している課題であるが、特にアジア太平洋地域では変化のペースが速く、65 歳以上人口割合は、2050 年には現在の約 2.5 倍に増加すると推定されている。東南アジア諸国 (Association of Southeast Asian Nations, 以下 ASEAN) 等においては、アクティブエイジングに関する取組が進められている一方、高齢者の増加に伴い、介護サービス (Long-term care services, 以下 LTC) へのアクセス拡大、公的 LTC 導入や整備、継続的な提供が課題となっている。本研究では、諸外国の介護の質の評価に関する既存の枠組みや指標を収集し、中・低所得国を含め、国際的に広く利用可能な評価指標の開発に資することを目的とした。

**【方法】**2 か年間に (1) 文献・報告書等レビューによる概念整理と評価指標の検討、(2) 現地インタビュー調査 (3) 関連データ収集・分析、(4) 評価指標の開発とパイロット調査を実施した。

- (1) 初年度は LTC に関する定義や概念、政策評価に関する国連機関 (WHO、OECD、国際高齢者連盟等) が発行する主要な報告書およびスコーピングレビューを含む学術文献) や European Commission、アジア開発銀行等が用いている既存の枠組みと質の評価に関してインターネットや各種データベースを用いた情報収集を実施し、現地調査班との討議を踏まえて指標候補一覧を作成した。さらに、2 年目は LTC に関する価値観、概念、評価指標の枠組みを抽出・整理し、ASEAN における適用可能性と文化的・制度的要因との関係について検討した。また、Healthy Ageing の取り組みに関する国際動向とその評価指標に関するレビューを実施した。
- (2) 初年度に現地調査 (タイ・マレーシア・ミャンマー・カンボジア・フィリピン・ベトナム) を実施し、現地での高齢者ケアの実態や指標候補に関連した情報収集を行った。また、2 年目はパイロット調査と並行して高齢者ケアが比較的進んでいるタイを中心に、評価指標領域となったリハビリテーション、口腔ケアについて情報収集を行った。
- (3) 関連データ分析として、ASEAN における高齢者割合とユニバーサル・ヘルス・

カバレッジの達成状況、Healthy Ageing の取り組みに関する国際動向とその評価指標に関するレビュー、登録に基づいた死亡・出生統計（日本、韓国、台湾、香港、フィリピン、マレーシア、シンガポール、バングラデシュ）、標本調査による出生統計（ベトナム、タイ、インドネシア、インド、ネパール）における近年の動向、WHO mortality database を用いた死因登録状況の把握、さらにリハビリテーションサービスの提供状況や WHO The Global Health Observatory データを用いた歯・口腔保健に関するシステマティックレビューを行った。

- (4) 開発された介護サービスの質の評価指標 7 領域（①高齢者の介護（長期ケア）のための資源とアクセス、②利用者・介護者の QOL（Quality of Life）、③プライマリーヘルスケアを含むサービスの統合、④認知症ケア、⑤ICT（Information and Communication Technology）の活用、⑥リハビリテーション、⑦介護予防・連携）32 指標について、タイ・マレーシア・フィリピン・カンボジア等においてパイロット調査を実施し、デルファイ法を用いたコンセンサス分析を実施し、指標の妥当性評価を行った。

## 【結果】

- (1) 文献・報告書等レビューによる概念整理と評価指標の検討、

WHO における LTC の定義や概念、OECD による保健医療のシステムパフォーマンス測定と質評価の枠組みについて明らかにし、欧米諸国を中心とした LTC の質保証および 4 つのレベル（システム、組織、専門職、利用者）の質管理について整理した。国連、WHO、国際高齢者連盟等の国際機関が示す LTC の基本的価値観—すなわち尊厳、自律性、人権尊重、生活の質の重視—は、LTC 評価の指針として国境を越えた共通性を有していた。一方、ASEAN における LTC 政策評価の実装においては、制度的成熟度、財源構造、文化的価値観に大きな差異が存在しており、特に家族ケアの役割の強さや制度的支援の限界が評価指標の運用に直接影響を及ぼす点が確認された。また、WHO は 2020 から 2030 年を「健康長寿の 10 年 (a Decade of Healthy Ageing)」とし、多くの国が高齢化政策を策定してメカニズムを確立してきている一方で、資源不足による行動制限の可能性が報告されていた。特に高齢化政策である Healthy Ageing に関する指標は複数存在し、資源が十分ではない低所得国等でも使いやすい指標が開発段階にあることが確認された。

- (2) 現地インタビュー調査

LTC 提供体制の整備状況は各国で異なっており、基本的には在宅サービスが中心であることが推察された。ただし、在宅での公的サービスが充実しているかどうかには差異があった。各国で認知症は十分に認識されていない状況であり、認知症高齢者も基本的には地域や在宅でケアしていることが窺えた。各国 LTC については、ICT (Information and Communication Technology) 利活用はなされていないか、途上の段階であった。リハビリテーションサービスについては、タイにおいて高齢化に関連して体制が充実しつつあるものの、対象を高齢者に特化して設定されたものは各国で存在していなかった。リハビリテーションの重要性は程度の違いはあるが各国で認識されており、専門職の人材育成が推進されていたが、人材不足やアクセスの課題があった。

タイにおいて、中間ケア (Intermediate Care: IMC) の導入により、特定の疾患に対



する急性期から回復期までのリハビリテーションの拡充が図られており、リハビリテーションのための資金が設定されていた。また、対象の多くが高齢者であり、三次から一次の保健医療のレベルにわたってリハビリテーションを提供する枠組みがあった。一方で地域間格差等の課題が挙げられた。カンボジアにおいては、特定の疾患や病期に焦点を当てたリハビリテーション提供は行われておらず、基本的な提供体制整備下にあった。これまで福祉系の省庁下で内戦後のニーズ等に対応するようにリハビリテーションが提供されてきたが、近年ガバナンスが保健省に移管された。

### （３）関連データ収集・分析

国連ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ・インデックス（UHCI）は、中国、タイ、シンガポールで既に上限値に達しており、ブルネイ、マレーシアにおいても高い。一方、UHCI が低い国においては、65 歳以上人口割合も低い傾向がみられた。

出生・死亡統計の分析では、2019 年まで緩やかに増加していた平均寿命は、ほとんどの国で 2020 年に増加したのち 2021 年に減少に転じ、2022 年の減少は特に大きくなっていた。年齢別にみると、多くの国で死亡率は高齢層（60 歳以上）で増加という共通した傾向がみられ、2022 年で著しかった。ASEAN 諸国での歯・口腔に関する二次データでは、3 つのタイプ（①重度歯周病有病率が高い、②無歯顎者率が高い、③どちらも低い）に分類された。システマティックレビューでは 17 件の研究（横断研究 14 件、コホート研究 4 件）が抽出され、ほとんどの研究で歯の喪失状況とフレイルとの間に有意な関連性が報告されていた。

タイ高齢者に対する歯科保健医療施策と口腔ケア提供体制に関する現状分析では、タイ保健省の口腔保健プロジェクトにおいて 8020 の達成が上位目標に掲げられていたこと、高齢者の歯の喪失に対する歯科治療について公的施策の積極的推進と、総義歯作成への支援が行われていた。在宅介護における口腔ケアや地域高齢者への口腔機能向上施策については、地域ボランティアの活用によって成果を挙げつつあるが、その質の標準化は図られておらず、明確な地域格差が存在した。また、施設介護における口腔ケアは、現時点では明確に位置付けがなく、歯科専門職や言語聴覚士の関与はほとんどなされていない。

ベトナムの高齢者に関わる政策は、2020 年に高齢者医療計画の政令が発出されており、介護は医療に含まれる形となっており、介護制度に特化しているわけではないが、既存の地域ボランティア活用など、地域包括支援制度の推進が掲げられている。アプリを用いた国民 ID システムで電子健康手帳の普及が進められており、複数の高齢者調査が実施によって知見がえられていた。

### （４）指標の開発とパイロット調査

上記（１）～（３）により、LTC で評価が必要な領域および指標について、7 領域（①高齢者の介護（長期ケア）のための資源とアクセス、②利用者・介護者の QOL（Quality of Life）、③プライマリヘルスケアを含むサービスの統合、④認知症ケア、⑤ICT（Information and Communication Technology）の活用、⑥リハビリテーション、⑦介護予防・連携）32 指標を開発し、パイロット調査を実施した。

タイ・マレーシア・フィリピン・カンボジアにおいて調査を実施した。回答データのクロンバック係数は 0.94 であり、データの信頼性は高いと判断された。ドメイン 7 つ

はいずれも合意基準を満たし、合意率は①～⑥86.2%、⑦82.8%であった。最も合意率が高かった指標は「認知症を有する人々の意思決定と倫理的課題に関する政策」(100%)であり、続いて合意率 90%以上であった指標は「認知症ケアに特化した医療・福祉施設の存在(96.5%)」「リハビリテーションを実施するための資格を有する専門職の存在(95.5%)」「長期介護を受ける高齢者への社会的処方箋(孤立予防含む)」「認知症にやさしいコミュニティを促進するための取り組み」「適切な栄養の重要性を強調する」「身体活動の促進」「長期介護を受ける高齢者向けにリハビリテーションを提供する施設の存在」「機能低下と障害(リハビリテーション)への対応を、長期介護の国家政策/計画に位置付ける」「機能低下と障害(リハビリテーション)をユニバーサル・ヘルス・カバレッジ制度に組み込むか、健康保険でカバーする」であった。調査ではドメイン①LTC Resource and Access において指標を項目に細分化して質問したが、利用可能性(availability)指標においては、「家族によるインフォーマルケア」「プライマリヘルスケアとの統合」の項目、ガバナンス指標においては「民間セクターの質管理」「フォーマルな介護者(家族を含まない)の質管理」の項目、人材(Workforce)指標においては、「インフォーマルな介護者(家族を含む)」「医療専門職(医師、看護師、理学療法士、作業療法士等)」の項目が合意基準を満たし、最終的に 32 指標のうち 29 指標(①6 指標、②2 指標、③2 指標、④3 指標、⑤6 指標、⑥5 指標、⑦5 指標)が合意基準を満たし、「LTC の概念の明確化」、「病院や医療施設からの退院時の連携」、「在宅医療への統合」の 3 指標は合意率が低かった。

### 【考察】

文献・報告書レビューからは、介護サービスの質評価について、EU ではシステム・組織・専門職・利用者レベルの評価報告がある他、欧米諸国ではケア提供者がネットワークを形成してパフォーマンスモニタリングやケアの質評価を実施していた。また、高所得国では LTC の人員配置やリハビリテーション、認知症ケアに関するエビデンスが報告されていた。医療・福祉制度が整備途上である開発国においては、WHO の枠組みで高齢者のための包括的ケア(ICOPE)が推進されており、今後の高齢者割合の増加が予想される ASEAN 各国においては、介護予防や既存のヘルスケアサービスとの統合の視点を持つことが重要と考えられた。

既存の評価指標は、制度整備の進んだ高所得国を中心に開発されてきた経緯があり、公的制度が限定的な国においては、適用の際に修正・補完が求められる。特に、非公式ケアへの依存度が高い国においては、家族介護者の負担、地域資源の利用状況、インフォーマル・セクターの貢献度など、形式的制度に収まらない側面を評価に組み込む必要がある。この点において、評価枠組みを単に輸入するのではなく、文化的・社会的価値観を反映した「文脈適応型評価指標」の開発が不可欠である。例えば、介護の社会的受容性、家族との協働度、地域住民による相互扶助の実態などを、プロセス評価において定性的指標として導入する試みは今後の課題である。

LTC に関する定義や提供体制状況は 5 か国で異なっていたが、家族によるケアや在宅ケアを中心とした体制構築、認知症への認識、ICT などの利活用、リハビリテーションサービスについては、進展の度合いの違いはあるが、いずれの国においても取り組みが進められていた。LTC サービスが必要とするすべての高齢者に行き届くためには各国ともに多くの課題があることが明らかとなった。

アジア各国では、2021 年以降の死亡率上昇は高齢者に著しく、介護に至る前に死亡してしまうケースが増えている可能性が示唆され、この変化が介護サービス提供に与える影響を適切に把握する必要がある。一方、出生率の低下により高齢者割合は高まっており、家族の無償労働だけに頼ることなく介護サービスの働き手をどのように確保するのか課題は大きい。

二次データを用いた ASEAN での歯科保健指標に関する国家間比較では、その特色を類型化することが可能であり、歯の喪失状況をはじめとする歯科口腔保健状態を把握することは、フレイルや介護予防に寄与すると同時に、今後の介護サービスの質を評価するうえでも重要な領域であることが示唆された。

リハビリテーションの提供状況については、タイやカンボジアの比較にみられるように、保健医療全体の進展状況や、高齢化等による社会的ニーズによって規定されることが推察された。各国の社会的ニーズに応じて取り組むべき優先課題を明らかにすることが肝要であり、将来的な高齢化を見据えた体制整備が重要である。また、タイにおける高齢者の歯科保健医療および要介護高齢者への口腔ケアの提供の特性について明らかにすることができた。タイにおける課題としては高齢者の口腔機能向上に対する取り組みの不足と、介護における口腔ケアの質の地域格差が示唆された。

ASEAN 諸国における介護サービスの質の評価指標のパイロット調査からは、今回開発した介護の質評価指標のドメイン 7 つすべてが合意基準を満たし、指標は ASEAN の低中所得国における家族介護中心の介護の実情を反映した結果となった。特に LTC のプライマリヘルスケアへの統合、認知症ケアやリハビリテーション、ICT 利用に関する項目は合意率が高かったが、病院や医療施設からの退院時連携や在宅医療への統合等については、高所得国では議論が進められている領域であるものの、低中所得国では、高齢者医療そのものが普及していない実情にあり、その概念の普及やモニタリングの在り方には検討を要することが示唆された。指標については、現状の高齢者ケアの主要な側面が網羅されており、一定の妥当性が確認されたが、ASEAN の LTC 提供体制や整備状況は国によって大きく異なり、今後も変化していくことが予想されるため、今後も動向を踏まえた検証が必要である。

介護に関連する施策は、タイにみられるように、UHC（ユニバーサルヘルスカバレッジ）を達成し、高齢化が進む国々で喫緊の課題となるが、これらの国々では既存の ODA に加え、東アジア・アセアン経済研究センター（Economic Research Institute for ASEAN and East Asia: ERIA）やアジア開発銀行（Asian Development Bank: ADB）を通じた支援策が行われており、これらが日本の支援としても認識されていることから、日本への期待は高いことが現地調査からも明らかになった。

本研究で提案した指標は、政策評価の領域における初期的な基礎構築の試みであり、今後は各国の具体的な事例に基づく実証的研究や、政策決定者・現場実務者との協働による実証研究が求められる。LTC の質を保障するための評価が、制度の倫理性・文化適合性・持続可能性をともに問うものであるという認識が、今後の国際的議論においても共有されるべきと考えられる。今後、ASEAN における LTC 制度の整備と並行して、評価指標の共通基盤を構築することは、地域内の政策比較、進捗管理、そして資源配分の合理化に資するものとなると考えられる。国際機関や周辺国との連携により、今後もさらに文化的感受性の高い指標の整備と、測定手法の標準化が促進されることが期待された。

## 【結論】

本研究により、ASEAN における介護サービスの現状を明らかにするとともに、その評価指標を開発した。高齢者割合の増加が予想される各国において、特に中・低所得国では、医療・福祉制度が整備途上であるため、介護予防の視点を含んだ対策が期待されることが明らかとなった。開発された介護の質評価指標のパイロットスタディでは、ドメイン7つすべてが合意基準を満たし、指標はASEANの中・低所得国における家族介護中心の介護の実情を反映した結果となった。特にLTCのプライマリヘルスケアへの統合、認知症ケアやリハビリテーション、ICT利用に関する評価は重要視されており、医療提供体側との連携や在宅医療への統合等については、その概念の普及やモニタリングの在り方に検討を要することが示唆された。

### A. 研究目的

人口高齢化は世界が直面している課題であるが、特にアジア太平洋地域では変化のペースが速く、65歳以上人口割合は、2050年には現在の約2.5倍に増加し、女性の14%、男性の11%に達すると推定されている<sup>1)</sup>。東南アジア諸国（Association of Southeast Asian Nations, 以下ASEAN）等においては、アクティブエイジングに関する取組が進められている一方、高齢者の増加に伴い、介護サービス（Long-term care services, 以下LTC）へのアクセス拡大、公的LTC導入や整備、継続的な提供が課題となっている<sup>2)</sup>。

これらの解決には、介護の質の評価を行い、LTCの費用対効果等を明らかにしつつ導入する必要があるが、LTCは社会保障を含めた国の施策や経済・社会・文化的背景にも依存する。また、在宅を含めた複数サービスの利用やインフォーマルケアの存在<sup>3)</sup>、長期療養高齢者の適切なQOL評価に関する課題<sup>4)</sup>等があり、アクセスや個別支援、意思決定、他のサービスとの統合も考慮する必要がある<sup>5)</sup>。従って国際的に広く利用可能な定義や評価指標は確立していない<sup>3,6,7)</sup>。

本研究では、諸外国の介護の質の評価に関する既存の指標や好事例の分析及び統合を行い、中・低所得国を含め、国際的に広く利用可能な評価指標を開発し、

ASEAN諸国等における高品質なLTCへのアクセス向上に貢献することを目的とする。

### B. 研究方法

以下、研究年度と分野ごとに研究方法を記載する。

#### <R5年度>

#### （１）高齢者介護サービスの質指標について－概念整理と国際動向－

LTCに関する定義や概念の整理として、国連機関（WHOやOECD）やEuropean Commission、アジア開発銀行等が用いている既存の枠組みと質の評価に関してインターネットや各種データベースを用いた情報収集を実施した。評価指標について、現地調査班との討議を踏まえて指標候補一覧を作成した。また、ASEAN諸国の高齢者ケアにおける背景要因である高齢者割合とユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成状況等を二次資料から把握した。

#### （２）アジアにおける直近の人口高齢化の状況に関する分析

日本、韓国、台湾、香港、フィリピン、マレーシア、シンガポール、バングラデシュにおける登録に基づいた死亡・出生統計、ベトナム、タイ、インドネシア、インド、ネパールにおける標本調査による出生統計を収集し、直近までの変化、つまり

コロナによる影響を含んだ動向を分析した。

### **(3) 東南アジア諸国(カンボジア、タイ、フィリピン、マレーシア、ミャンマー)の高齢者介護の現状について**

ASEAN における介護サービスの質指標を開発するため、文献調査によってあらかじめ抽出した 7 領域の評価指標について、5 か国の高齢者介護に関連するステークホルダーにインタビューを実施した。

### **(4) ASEAN 諸国における高齢者における歯・口腔の健康格差と介護予防**

ASEAN 諸国での歯・口腔の健康格差を把握するために、二次資料および二次データを用いた数値解析を行った。中高年の歯・口腔の健康状態に関する 6 項目のデータは WHO The Global Health Observatory から抽出した。アジア諸国における ASEAN 各国の歯科関連項目の国家間比較を可視化するために z スコアを用いた。併せて、高齢期の歯の喪失状況がフレイルに与える影響についてシステムティックレビューを行った。

#### **<倫理的配慮>**

本研究におけるデータ分析は、すべて公表された二次資料を用いた分析であり、個人情報取り扱いしていない。

現地調査においては、個人が特定される情報を収集するものではないが、インタビューを受ける人に対して、事前に本研究の趣旨について文書で説明し、同意を得た上で実施した。

#### **<R6 年度>**

### **(1) 東南アジア諸国における LTC 政策の質の評価指標の適用可能性の検討**

LTC の政策評価に関する国際文献レビューを主たる方法とし、特に国連、WHO、

OECD、国際高齢者連盟等が発行する主要な報告書および学術文献に基づき、LTC に関する価値観、概念、評価指標の枠組みを抽出・整理した。また、近年のスコopingレビューおよび各国の政策文書から導出された具体的な評価指標も併せて分析し、東南アジア地域における適用可能性と文化的・制度的要因との関係について考察した。

### **(2) Healthy Ageing の取り組みに関する国際動向とその評価指標**

WHO の Healthy Ageing に関するこれまでのレポートや論文をレビューし、更に国や地域の Healthy Ageing 度合いを測定するために開発された指標についてオンライン上で調べた。その際の検索キーワードとして英語では、レビューについては、「World Health Organization,」「Healthy Ageing」評価指標については、「Healthy Ageing」「index」「indicator」とし、日本語では、レビューについては「世界保健機関」「健康加齢」「健康寿命」、評価指標については、「健康加齢」「健康寿命」「インデックス」「指標」を用いた。

### **(3) 東南アジア諸国におけるリハビリテーションサービスの提供状況：タイ・カンボジアにおける調査**

タイ、カンボジアのリハビリテーションの状況について、行政資料等のレビューおよび現地調査を実施した。

なお、本研究では、リハビリテーションを、リハビリテーション専門職による専門的な医学的リハビリテーションを中心に、近隣領域を含む範囲でとらえて調査を実施した。

### **(4) タイ高齢者に対する歯科保健医療施策と口腔ケア提供体制に関する現状分析と課題の抽出**

本研究の研究デザインは、タイにおける在宅・施設介護における口腔ケアと口腔機能向上プログラムの提供状況に関する二次資料を用いたナラティブレビューである。用いた二次資料としては、タイ保健省による歯科保健医療に関する公的文書を基本とするが、タイ国内の大手メディアにおける関連記事、わが国からタイおよびタイ国内の大手メディアが報じた関連記事および JICA によるタイへの支援事業報告書なども参照した。これらのレビューによって得られた結果を踏まえて、タイにおける高齢者への歯科保健医療や口腔ケアの提供体制の現状を総合的に把握し、今後の課題を検討した。

#### （５）ベトナムにおける高齢者施策の進展について

ベトナム保健省に対し、研究班でとりまとめた介護の質チェック項目表、およびその他ベトナムで進行中の高齢者保健・介護に関する施策について聞き取りを行った。さらに、ウェブ等で関連資料を収集し、直近の情報を補足した。

#### （６）介護サービスの質の評価指標の妥当性検討（マレーシア）

開発した評価指標 7 領域から構成される：①高齢者の介護（長期ケア）のための資源とアクセス、②利用者・介護者の QOL（Quality of Life）、③プライマリーヘルスケアを含むサービスの統合、④認知症ケア、⑤ ICT（Information and Communication Technology）の活用、⑥リハビリテーション、⑦介護予防・連携。これらの指標の妥当性を確認するため、マレーシアにおいて高齢者介護に関わる多様なステークホルダー（政策立案者、実務者、老年医学専門家など）14 人へのインタビュー調査を実施した。

#### （７）高齢者介護サービスの質指標に関する検討ーパイロットスタディおよび関連データ分析ー

初年度に開発した指標を用いてパイロットスタディを実施した。質問票および各国ヒアリング（タイ、カンボジア、マレーシア、フィリピン）を実施し、デルファイ法を用いたコンセンサス分析を実施した。7つのドメイン（①LTC Resource and Access, ②QOL for uses and caregivers, ③Integration of Services(including primary health care), ④Dementia Care, ⑤ICT utilization, ⑥ Rehabilitation, ⑦ Prevention & Co-ordination）32 指標の妥当性を評価した。指標は5段階評価とし、中央値 4 以上、IQR(四分位範囲)1 以下、合意率（4,5 の割合）70%以上を合意基準とし、クロンバック係数にて信頼性評価を行った。関連データ分析では、高齢者の介護に関連した補足データとして WHO mortality database における各国の高齢者の死因登録状況について検討を加えた。

#### ＜倫理的配慮＞

本研究における二次資料を用いた分析では個人情報には取り扱っていない。現地調査においては、個人が特定される情報を収集するものではないが、インタビューを受ける人に対して、事前に本研究の趣旨について文書で説明し、同意を得た上で実施した。パイロットスタディについては、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会より承認を得た（NIPH-IBRA#24016）。

## B. 研究結果

### ＜R5 年度＞

（１）高齢者介護サービスの質指標についてー概念整理と国際動向ー  
WHO における LTC の定義や概念、

OECD による保健医療のシステムパフォーマンス測定と質評価の枠組みについて明らかにし、欧米諸国を中心とした LTC の質保証および4つのレベル(システム、組織、専門職、利用者)の質管理について整理した。コクラン・システマティックレビューからは、LTC の人員配置やリハビリテーション、認知症ケアに関するエビデンスを収集した。さらに、LTC で評価が必要な領域および指標について、Japan-ASEAN Healthy Active Aging Index (HAAI) における関連指標を確認し、今後評価が必要とされるべき7領域32指標を作成した。国連ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ・インデックス (UHCI) は、中国、タイ、シンガポールで既に上限値に達しており、ブルネイ、マレーシアにおいても高い。一方、UHCI が低い国においては、65 歳以上人口割合も低い傾向がみられた。

## **(2) アジアにおける直近の人口高齢化の状況に関する分析**

2019 年まで緩やかに増加していた平均寿命は、ほとんどの国で 2020 年に増加したのち 2021 年に減少に転じ、2022 年の減少は特に大きくなっている。年齢別にみると、多くの国で死亡率は子ども(10 歳未満)で低下、若者(10~20 歳台)で増加、中年層(30~50 歳台)で低下、高齢層(60 歳以上)で増加という共通した傾向がある。高齢層の死亡率増加は、2022 年で著しい。一方合計特殊出生率はほとんどの国で人口置換水準同等か、下回る水準となっており、低下はコロナ以降加速した。

## **(3) 東南アジア諸国(カンボジア、タイ、フィリピン、マレーシア、ミャンマー)の高齢者介護の現状について**

LTC 提供体制の整備状況は各国で異なっており、基本的には在宅サービスが中

心であることが推察された。ただし、在宅での公的サービスが充実しているかどうかには差異があった。各国で認知症は充分に認識されていない状況であり、認知症高齢者も基本的には地域や在宅でケアしていることが窺えた。各国 LTC については、ICT(Information and Communication Technology)利活用はなされていないか、途上の段階であった。リハビリテーションサービスについては、タイにおいて高齢化に関連して体制が充実しつつあるものの、対象を高齢者に特化して設定されたものは各国で存在していなかった。一方、リハビリテーションの重要性は程度の違いはあるが各国で認識されており、専門職の人材育成が推進されていたが、人材不足やアクセスの課題があった。

## **(4) ASEAN 諸国における高齢者における歯・口腔の健康格差と介護予防**

WHO The Global Health Observatory から抽出した2次データについては項目ごとに z スコアを求めたところ、3つのタイプ(①重度歯周病有病率が高い、②無歯顎者率が高い、③どちらも低い)に分類された。歯の喪失状況がフレイルに与える影響をシステマティックレビューで調べたところ、17 件の研究(横断研究 14 件、コホート研究 4 件)が抽出された。レビューの結果、ほとんどの研究で歯の喪失状況とフレイルとの間に有意な関連性を報告していた。

## **<R6 年度>**

### **(1) 東南アジア諸国における LTC 政策の質の評価指標の適用可能性の検討**

国連、WHO、国際高齢者連盟等の国際機関が示す LTC の基本的価値観一すなわち尊厳、自律性、人権尊重、生活の質の重視一は、LTC 評価の指針として国境を越えた共通性を有している。しかしながら、

東南アジア地域における LTC 政策評価の実装においては、制度的成熟度、財源構造、文化的価値観に大きな差異が存在しており、国際的な枠組みの単純な適用は困難である。特に、家族ケアの役割の強さや、制度的支援の限界が評価指標の運用に直接影響を及ぼす点が確認された。

今後、東南アジア諸国における LTC 制度の整備と並行して、評価指標の共通基盤を構築することは、地域内の政策比較、進捗管理、そして資源配分の合理化に資するものとなると考えられる。

## **（２）Healthy Ageing の取り組みに関する国際動向とその評価指標**

WHO は Healthy Ageing の定義を示し、この 10 年ほどで Healthy Ageing に関する世界戦略を打ち出してきた。そして、2020 から 2030 年を「健康長寿の 10 年（a Decade of Healthy Ageing）」とした。2023 年にはその進捗状況が報告され、多くの国が高齢化に対する政策を策定し、そのメカニズムを確立してきている一方で、資源の不足が行動を制限している可能性があると報告している。未だに、世界の高齢者の健康は、社会経済状況の違いによる格差が縮小されているとは言い難く、国によって、高齢化に向けた準備状況に差があり、世界的に Healthy Ageing 達成に向けて課題が多いことが明らかとなった。

一方で、Healthy Ageing に関する指標は、複数存在しており、資源や資金が十分ではない低所得国などでも使いやすい指標も開発されている。こうした指標を活用しながら、各国の高齢化に対する目標が具体的になり、Healthy Ageing に向けた様々な社会環境が改善されていくことが期待される。

## **（３）東南アジア諸国におけるリハビリ**

## **テーションサービスの提供状況：タイ・カンボジアにおける調査**

タイにおいて、中間ケア（Intermediate Care: IMC）の導入により、特定の疾患に対する急性期から回復期までのリハビリテーションの拡充が図られており、リハビリテーションのための資金が設定されていた。また、対象の多くが高齢者であり、三次から一次の保健医療のレベルにわたってリハビリテーションを提供する枠組みがあった。一方で地域間格差等の課題が挙げられた。カンボジアにおいては、特定の疾患や病期に焦点を当てたリハビリテーション提供は行われておらず、基本的な提供体制整備下にあった。これまで福祉系の省庁下で内戦後のニーズ等に対応するようにリハビリテーションが提供されてきたが、近年ガバナンスが保健省に移管された。

## **（４）タイ高齢者に対する歯科保健医療施策と口腔ケア提供体制に関する現状分析と課題の抽出**

タイにおける高齢者への歯科保健医療施策では、歯の喪失に対する予防や歯科治療を重点課題として掲げており、保健省の口腔保健プロジェクトにおいて 8020 の達成を上位目標に掲げていた。高齢者の歯の喪失に対する歯科治療についても公的な施策を積極的に推進し、総義歯作成に対する支援を行っていた。在宅介護における口腔ケアや地域高齢者への口腔機能向上施策については、地域ボランティアの活用によって成果を挙げつつあるが、その質の標準化は図られておらず、明確な地域格差が存在した。また、施設介護における口腔ケアは、現時点では明確に位置付けられておらず、高齢者施設への歯科専門職や言語聴覚士の関与はほとんどなされていなかった。



#### (5) ベトナムにおける高齢者施策の進展について

ベトナムの高齢者に関わる政策は、高齢者法(2009年)、高齢者対策国家行動計画2012-2020に続き、2020年には高齢者医療計画が首相決定として政令が発出されている。介護は医療の中に含まれている形で介護制度に特化しているわけではないが、保健分野、人口分野の既存の地域ボランティアの活用など、地域包括支援制度の推進が政令にも掲げられている。高齢者に特化したアプリが使われており、アプリを用いた国民IDシステムで電子健康手帳の普及が進められている。施策の評価についても、すでに複数の高齢者調査が実施されており、2011年から2019年にかけて、高齢者の健康状況が向上した知見がえられている。

#### (6) 介護サービスの質の評価指標の妥当性検討(マレーシア)

7領域にわたる指標は全体として概ね妥当と評価され、特に介護提供者のQOLの尊重やリハビリテーションの重要性は政策・実践の両面で強く支持された。一方、制度的基盤が未整備の領域では、指標の現地適合性に対する課題や具体的修正案が提示された。また、家族介護者の役割や高齢者の精神的健康も、今後の指標に加えるべき要素として言及された。

#### (7) 高齢者介護サービスの質指標に関する検討ーパイロットスタディおよび関連データ分析ー

回答データのクロンバック係数は0.94であり、データの信頼性は高いと判断された。ドメイン7つはいずれも合意基準を満たし、合意率は①～⑥86.2%、⑦82.8%であった。最も合意率が高かった指標は「認知症を有する人々の意思決定

と倫理的課題に関する政策」(100%)であり、続いて合意率90%以上であった指標は「認知症ケアに特化した医療・福祉施設の存在(96.5%)」「リハビリテーションを実施するための資格を有する専門職の存在(95.5%)」「長期介護を受ける高齢者への社会的処方箋(孤立予防含む)」「認知症にやさしいコミュニティを促進するための取り組み」「適切な栄養の重要性を強調する」「身体活動の促進」「長期介護を受ける高齢者向けにリハビリテーションを提供する施設の存在」「機能低下と障害(リハビリテーション)への対応を、長期介護の国家政策/計画に位置付ける」「機能低下と障害(リハビリテーション)をユニバーサル・ヘルス・カバレッジ制度に組み込むか、健康保険でカバーする」であった。調査ではドメイン①LTC Resource and Accessにおいて指標を項目に細分化して質問したが、利用可能性(availability)指標においては、「家族によるインフォーマルケア」「プライマリヘルスケアとの統合」の項目、ガバナンス指標においては「民間セクターの質管理」「フォーマルな介護者(家族を含まない)の質管理」の項目、人材(Workforce)指標においては、「インフォーマルな介護者(家族を含む)」「医療専門職(医師、看護師、理学療法士、作業療法士等)」の項目が合意基準を満たし、最終的に32指標のうち29指標(①6指標、②2指標、③2指標、④3指標、⑤6指標、⑥5指標、⑦5指標)が合意基準を満たし、「LTCの概念の明確化」、「病院や医療施設からの退院時の連携」、「在宅医療への統合」の3指標は合意率が低かった。

#### D.考察

##### <R5年度>

#### (1) 高齢者介護サービスの質指標についてー概念整理と国際動向ー

介護サービスの質評価について、EUでは

システム・組織・専門職・利用者レベルの評価報告がある他、欧米諸国ではケア提供者がネットワークを形成してパフォーマンスモニタリングやケアの質評価を実施していた。また、高所得国では LTC の人員配置やリハビリテーション、認知症ケアに関するエビデンスが報告されていた。医療・福祉制度が整備途上である開発国においては、WHO の枠組みで高齢者のための包括的ケア（ICOPE）が推進されており、今後の高齢者割合の増加が予想される ASEAN 各国においては、介護予防や既存のヘルスケアサービスとの統合の視点を持つことが重要と考えられた。

## （２）アジアにおける直近の人口高齢化の状況に関する分析

2021 年以降の死亡率の上昇は高齢者に著しく、介護に至る前に死亡してしまうケースも増えているのではないかと考えられる。このような変化が、介護サービス提供に与える影響を適切に把握する必要がある。一方、出生率の低下により高齢者割合は高まるが、家族の無償労働だけに頼ることなく、介護サービスの働き手をどのように確保するのか課題は大きく、コロナによる各国の高齢者を巡る状況は大きく変化していると考えられる。直近の現状に即した施策を適切に実施することが求められよう。

## （３）東南アジア諸国（カンボジア、タイ、フィリピン、マレーシア、ミャンマー）の高齢者介護の現状について

LTC に関する定義や提供体制状況は 5 か国で異なっていたが、家族によるケアや在宅ケアを中心とした体制構築、認知症への認識、ICT などの利活用、リハビリテーションサービスについては、進展の度合いの違いはあるが、いずれの国においても取り組みが進められていた。LTC

サービスが必要とするすべての高齢者に行き届くためには各国ともに多くの課題があることが明らかとなった。

## （４）ASEAN 諸国における高齢者における歯・口腔の健康格差と介護予防

二次データを用いてアジア諸国の歯科保健指標に関する ASEAN での国家間比較を行ったところ 3 つに類型化でき、その特色を可視化できた。また、フレイルと歯の喪失状況との関連性についてシステムティックレビューによって検証したところ、両者間で明らかな関連性が示された。歯の喪失状況をはじめとする歯科口腔保健状態を把握することは、フレイル対策や介護予防対策に寄与することが示唆された。

## <R6 年度>

## （１）東南アジア諸国における LTC 政策の質の評価指標の適用可能性の検討

既存の評価指標は、制度整備の進んだ高所得国を中心に開発されてきた経緯があり、公的制度が限定的な国においては、適用の際に修正・補完が求められる。特に、非公式ケアへの依存度が高い国においては、家族介護者の負担、地域資源の利用状況、インフォーマル・セクターの貢献度など、形式的制度に収まらない側面を評価に組み込む必要がある。この点において、評価枠組みを単に輸入するのではなく、文化的・社会的価値観を反映した「文脈適応型評価指標」の開発が不可欠である。例えば、介護の社会的受容性、家族との協働度、地域住民による相互扶助の実態などを、プロセス評価において定性的指標として導入する試みは今後の課題である。

## （２）Healthy Ageing の取り組みに関する国際動向とその評価指標

Healthy Ageing に関する指標は複数存

在しており、資源や資金が十分ではない低所得国などでも使いやすい指標も開発されている。こうした指標を活用しながら、各国の高齢化に対する目標が具体的になり、Healthy Ageing に向けた様々な社会環境が改善されていくことが期待される。

### **（３）東南アジア諸国におけるリハビリテーションサービスの提供状況：タイ・カンボジアにおける調査**

タイにおけるリハビリテーション強化には、国の高齢化が影響している可能性がある。タイとカンボジアの状況の比較から、保健医療全体の進展状況や、高齢化等による社会的ニーズによって、リハビリテーションの状況が規定されることが推察された。社会的ニーズに応じて取り組むべき優先課題を明らかにすることが肝要であり、将来的な高齢化を見据えた体制整備が重要である。

### **（４）タイ高齢者に対する歯科保健医療施策と口腔ケア提供体制に関する現状分析と課題の抽出**

タイにおける高齢者の歯科保健医療および要介護高齢者への口腔ケアの提供の特性について明らかにすることができた。タイにおける課題としては高齢者の口腔機能向上に対する取り組みの不足と、介護における口腔ケアの質の地域格差が示唆された。

### **（５）ベトナムにおける高齢者施策の進展について**

すでに介護施策はベトナム保健省の重要課題になっている。コロナ禍によりスマホを利用したアプリの普及が進むなど、展開が早い。日本の支援は、アジアにおいては外務省/JICA による既存の ODA に付け加え、ERIA や ADB を通した支援策

が行われており、それらは日本の支援として認識されており、日本に対する今後の期待が高い。

### **（６）介護サービスの質の評価指標の妥当性検討（マレーシア）**

ASEAN 諸国における介護サービスの質の評価指標は、高齢者ケアの主要な側面を網羅しており、マレーシアにおいて一定の妥当性が確認された。ただし、地域資源や家族介護、精神的健康など、現実には重要な要素を含める必要性があり、今後の改訂における重要な視点である。また、LTC 提供体制や整備状況は国によって大きく異なるため、今回のマレーシアでの結果が他の ASEAN 諸国にも当てはまるかについて慎重な検討が必要である。

### **（７）高齢者介護サービスの質指標に関する検討－パイロットスタディおよび関連データ分析－**

今回開発した介護の質評価指標のドメインは 7 つすべてが合意基準を満たし、指標は ASEAN の低中所得国における家族介護中心の介護の実情を反映した結果となった。特に LTC のプライマリヘルスケアへの統合、認知症ケアやリハビリテーション、ICT 利用に関する項目は合意率が高かったが、病院や医療施設からの退院時連携や在宅医療への統合等については、高所得国では議論が進められている領域であるものの、低中所得国では、高齢者医療そのものが普及していない実情にあり、その概念の普及やモニタリングの在り方には検討を要することが示唆された。

## **E. 結論**

今後、高齢者割合の増加が予想される ASEAN 各国において、特に中・低所得国では、医療・福祉制度が整備途上であ

るため、介護予防の視点を含んだ対策が期待された。コロナによる各国の高齢者を巡る状況は大きく変化していると考えられ、つねに直近の現状に即した施策を適切に行うことが必要である。

今回、現地調査を行った5か国のLTC提供体制状況は、経済社会的背景から各国で異なっている一方、家族を中心とした在宅ケアが中心に置かれている傾向がみられた。さらに、認知症の認識、ICTなどの利活用、リハビリテーションサービスについては、進展の度合いの違いがあり、必要とするすべての高齢者に行き届くサービスとなるには多くの課題がある。さらに、歯科口腔保健状況は、ASEANでの国家間で3つのタイプに類型化が可能であり、これらを把握することはフレイル対策や介護予防対策に寄与することが示唆された。

本研究により、ASEANにおける介護サービスの現状を明らかにするとともに、その評価指標を開発した。高齢者割合の増加が予想される各国において、特に中・低所得国では、医療・福祉制度が整備途上であるため、介護予防の視点を含んだ対策が期待されることが明らかとなった。開発された介護の質評価指標のパイロットスタディでは、ドメイン7つすべてが合意基準を満たし、指標はASEANの中・低所得国における家族介護中心の介護の実情を反映した結果となった。特にLTCのプライマリヘルスケアへの統合、認知症ケアやリハビリテーション、ICT利用に関する評価は重要視されており、医療提供体制との連携や在宅医療への統合等については、その概念の普及やモニタリングの在り方に検討を要することが示唆された。

## F.引用文献

1.Organisation for Economic

Co-operation and Development and WHO. 2020. Ageing. In Health at a Glance: Asia/Pacific 2020: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage. Paris.

2.ASIAN DEVELOPMENT BANK. The Road to Better Long-Term Care in Asia and the Pacific Building Systems of Care and Support for Older Persons. May 2022.

3. 西崎寿美. 介護の質の変化を反映した価格の把握手法に関する論点～諸外国の質評価の現状と有識者ヒアリングの結果～ESRI Research Note No 63.2022.

4.Donaldson C, Atkinson A, Bond J, Wright K. QALYS and long-term care for elderly people in the UK: scales for assessment of quality of life. Age Ageing. 1988;17(6):379-387.

5.筒井孝子. ケアの質評価：国際的な到達点と日本の今後．社会保障研究.2016,vol.1(1)p129-147.

6.古市 孝. 高齢者福祉における介護の質に関する一考察.介護の質に関する先行研究レビュー．人間生活文化研究. 2019;2019(29):516-521. doi: 10.9748/hcs.2019.516.

7.Bulamu NB, Kaambwa B, Ratcliffe J. Economic evaluations in community aged care: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):967. doi: 10.1186/s12913-018-3785-3. 2018/12/15.

## G.研究発表

### 学会発表

1.児玉知子. 三浦宏子. ASEAN等における高齢者の死因登録状況について-WHO Mortality Databaseより. 日本国際保健医療学会第38回東日本地方会；2024.7.6；札幌. 同抄録集. p. 17.

2. Kodama-Kawashima T. Quality long-term care for older people with neurological disorders in ASEAN countries. 第 65 回日本神経学会学術大会; 2024.5.29-6.1 東京. 同抄録集. p 563.
3. Yamaguchi K, Sambath U, Kono M, Machida M, Sasaki Y, Kodama T. Initial Analysis of the Rehabilitation Situation in Cambodia: Focusing on Workforce and Service Implementation in Phnom Penh. The 8th Asia Pacific Occupational Therapy Congress. 2024.11.9-10: Sapporo.
4. 佐々木由理, 山口佳小里, 菖蒲川由郷, 尾白有加, 町田宗仁, 児玉知子. 東南アジア諸国の高齢者介護の現状について. 第 83 回日本公衆衛生学会; 2024 年 10 月; 札幌. 同抄録集. p. 312.
5. Kodama T, Sasaki Y. Assessment of global indicators for Quality Long-term Care for older people in ASEAN countries. 第 35 回日本疫学会学術総会; 2025.2.13-14; 高知. 同抄録集. p.178.
6. Tomoko Kodama. Japan Case Study: Communication Platform for Health Promotion and Prevention(P&P) for older people. PMAC 2025 Side Meeting: SMB107 . Leveraging Technological Innovation for Health Promotion and Disease prevention: Insights from Asia-Pacific (Hybrid) , 2025.1.28. Bangkok.
7. Tomoko Kodama. Advancing ASEAN Long-Term Care: Insights from Japan's Quality Indicator Research. Ageing Asia 2025, 2024.4.8. Singapore
8. Tomoko Kodama-Kawashima. Quality long-term care for older people with neurological disorders in ASEAN countries. 第 65 回日本神経学会学術大会; 2025.5.22-24. 大阪. 同抄録集. p. 563.

## 論文発表

1. 児玉知子, 大夢賀政昭. 諸外国における介護サービスの質評価に関する動向. 保健医療科学. 2024;73(3):190-200. [https://doi.org/10.20683/jniph.73.3\\_190](https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_190)
2. 佐々木由理, 尾白有加, 菖蒲川由郷, 山口佳小里, 児玉知子, 町田宗仁. Healthy Ageing の取り組みに関する国際動向とその評価指標. 保健医療科学. 2024;73(3): 201-206. [https://doi.org/10.20683/jniph.73.3\\_201](https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_201)
3. 三浦宏子, 山口佳小里, 児玉知子. ASEAN 諸国における歯・口腔の健康格差に基づく介護予防アセスメント. 保健医療科学. 2024;73(3):207-213. [https://doi.org/10.20683/jniph.73.3\\_207](https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_207)
4. 山口佳小里, 三浦宏子, 児玉知子. リハビリテーションに関する国際動向と ASEAN 諸国の現状. 保健医療科学. 2024;73(3):214-224. [https://doi.org/10.20683/jniph.73.3\\_214](https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_214)
5. 林玲子. アジアの人口高齢化と介護制度構築における課題. 保健医療科学. 2024;73(3): 174-184. [https://doi.org/10.20683/jniph.73.3\\_174](https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_174)
6. 荒井秀典. WHO が推奨する高齢者のための包括的ケア ICOPE (Integrated Care for Older People) についてー. 保健医療科学. 2024;73(3): 185-189. [https://doi.org/10.20683/jniph.73.3\\_185](https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_185)
7. 山口佳小里, Ung SAMBATH, 河野眞, 町田宗仁, 佐々木由理, 児玉知子. カンボジアにおけるリハビリテーション提供状況: プノンペンの施設調査. 国際リハビリテーション学. 2025;7(1):1-12

## H.知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）「ASEAN 等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発と実証に資する研究」

令和 5 年度 分担報告書

「高齢者介護サービスの質指標について－概念整理と国際動向－」

研究代表者 児玉知子 国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 上席主任研究官

研究分担者 荒井 秀典 国立長寿医療研究センター 理事長

大冢賀政昭 国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部主任研究官

#### 研究要旨：

**【目的】** 東南アジア諸国（Association of Southeast Asian Nations, 以下 ASEAN）等においては、アクティブエイジングに関する取組が進められている一方、高齢者の増加に伴い、介護サービス（Long-term care services, 以下 LTC）へのアクセス拡大、公的 LTC 導入や整備、継続的な提供が課題となっている。本研究では、諸外国の介護の質の評価に関する既存の枠組みや指標を収集し、その概念整理を行い、国際動向について明らかにする。

**【方法】** LTC に関する定義や概念の整理として、国連機関（WHO や OECD）や European Commission、アジア開発銀行等が用いている既存の枠組みと質の評価に関してインターネットや各種データベースを用いた情報収集を実施した。評価指標について、現地調査班との討議を踏まえて指標候補一覧を作成した。また、ASEAN 諸国の高齢者ケアにおける背景要因である高齢者割合とユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成状況等を二次資料から把握した。

**【結果】** WHO における LTC の定義や概念、OECD による保健医療のシステムパフォーマンス測定と質評価の枠組みについて明らかにし、欧米諸国を中心とした LTC の質保証および 4 つのレベル（システム、組織、専門職、利用者）の質管理について整理した。コクラン・システマティックレビューからは、LTC の人員配置やリハビリテーション、認知症ケアに関するエビデンスを収集した。さらに、LTC で評価が必要な領域および指標について、Japan-ASEAN Healthy Active Aging Index (HAAI) における関連指標を確認し、今後評価が必要とされるべき 7 領域 32 指標を作成した。国連ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ・インデックス (UHCI) は、中国、タイ、シンガポールで既に上限値に達しており、ブルネイ、マレーシアにおいても高い。一方、UHCI が低い国においては、65 歳以上人口割合も低い傾向がみられた。

**【考察・結論】** 介護サービスの質評価について、EU ではシステム・組織・専門職・利用者レベルの評価報告がある他、欧米諸国ではケア提供者がネットワークを形成してパフォーマンスモニタリングやケアの質評価を実施していた。また、高所得国では LTC の人員配置やリハビリテーション、認知症ケアに関するエビデンスが報告されていた。医療・福祉制度が整備途上である開発国においては、WHO の枠組みで高齢者のための包括的ケア (ICOPE) が推進されており、今後の高齢者割合の増加が予想される ASEAN 各国においては、介護予防や既存のヘルスケアサービスとの統合の視点を持つことが重要と考えられた。

## A. 研究目的

人口高齢化は世界が直面している課題であるが、特にアジア太平洋地域では変化のペースが速く、65 歳以上人口割合は、2050 年には現在の約 2.5 倍に増加し、女性の 14%、男性の 11%に達すると推定されている<sup>1)</sup>。東南アジア諸国 (Association of Southeast Asian Nations, 以下 ASEAN) 等においては、アクティブエイジングに関する取組が進められている一方、高齢者の増加に伴い、介護サービス (Long-term care services, 以下 LTC) へのアクセス拡大、公的 LTC 導入や整備、継続的な提供が課題となっている<sup>2)</sup>。

これらの解決には、介護の質の評価を行い、LTC の費用対効果等を明らかにしつつ導入する必要があるが、LTC は社会保障を含めた国の施策や経済・社会・文化的背景にも依存する。また、在宅を含めた複数サービスの利用やインフォーマルケアの存在<sup>3)</sup>、長期療養高齢者の適切な QOL 評価に関する課題<sup>4)</sup>等があり、アクセスや個別支援、意思決定、他のサービスとの統合も考慮する必要がある<sup>5)</sup>。従って国際的に広く利用可能な定義や評価指標は確立していない<sup>3,6,7)</sup>。

本研究では、初年度として諸外国の介護の質の評価に関する既存の枠組みや指標を収集し、その概念整理と国際動向について明らかにする。

## B. 研究方法

初年度は、介護の質指標の開発に向けて、Long-term Care に関する定義や概念の整理、国際動向を含めた既存の指標について、WHO および OECD 報告書、Web 情報、各種データベース (PubMed, Cochrane Library Database, Web of Science, ProQuest) を用いた情報収集を実施した。データベースの検索式は

(“long-term care”) AND (“older”または Aged[MeSH]) AND (“quality indicator”) とし、選択基準は英語、対象者が集団であり、高齢者の一般的な LTC (介護場所を問わない) のものとし、除外基準として、対象者が個人であるもの、個別の臓器・疾患別の臨床指標とした。なお、“quality indicator, Healthcare[MeSH]”の検索語は個々の臨床指標が含まれたため今回の抽出には用いていない。抽出された指標候補については、現地調査班との討議を踏まえ、指標候補一覧を作成した。

また、ASEAN 諸国の高齢者ケアの背景となる高齢化率やユニバーサルヘルスカバレッジの達成状況について、United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division における各国データおよび国連 UHCI (Universal Health Coverage Index) を参照した。さらに、WHO Mortality Database より最新データにおける ASEAN 領域の G30.1 (Alzheimer's disease with late onset) 年齢階級別割合を算出した。

### <倫理的配慮>

本研究はすべて公表資料を用いた分析であり、個人情報には取り扱っていない。

## C. 研究結果

### 1. Long-term Care の概念整理

WHO では、Long-term care について、“長期ケアには、(精神的または身体的な病気や障害により) 本来の能力が著しく低下している人、またはその恐れのある人が、基本的権利と人間としての尊厳に合致したレベルの機能的能力を維持できるようにするための、個人的、社会的、医療的なサービスや支援が幅広く含まれる”と定義している<sup>8,9)</sup>。

長期介護は、家族、友人、その他の地域住民 (インフォーマル介護者とも呼ばれ

る)、または介護の専門家(フォーマル介護者とも呼ばれる)によって、長期にわたって提供される。介護の専門家による長期ケアは、機能低下を予防、軽減、またはリハビリすることを目的としており、在宅や病院、地域密着型ケアなど、さまざまな環境で提供される(図1)。

また、WHO では Health Service System Building Block の中で Long-term care に関しても言及しており<sup>10)</sup>、ガバナンスとリーダーシップ、財政、サービス提供、労働力、情報システムについて検討すべきとしている(表1)。

OECD では、保健医療の質指標の整備を実施しており、システムパフォーマンス測定のためのフレームワークとして、ヘルスケアニーズについて、

- ① Primary prevention (一次予防),
- ② Getting better (快方に向かう),
- ③ Living with illness or disability/chronic care (病気や障害とともに生きる/慢性期医療),
- ④ Coping with end of life (終末期への対応)

と時間軸に沿って分類し、それぞれに

- ・ Quality (Effectiveness (有効性)),
- ・ Safety (安全性),
- ・ Responsiveness (応需性) /patient centerdness (患者中心),
- ・ Access(アクセス),
- ・ Cost/expenditure (費用/支出)

を測定し、Efficiency (効率性) (Macro and micro-economic efficiency: マクロ経済効率とミクロ経済効率)と Equity (公平性)の達成を企図している(図2)。

LTC においては、明確な質指標は確定されていないが、リソースと活用に関する指標では、以下

- ・ 在宅・施設における正規雇用者数(人)
- ・ 正規労働者総介護状態
- ・ 教育レベル

- ・ パートタイム/フルタイム
- ・ 有期・無期
- ・ 入所介護施設のベッド数
- ・ 施設入所者(病院以外)・在宅者の数値について、モニターされている。

## 2. 諸外国における LTC の質保証

欧米における取組は、アジアや ASEAN 各国にも参考となるが、これまでにヨーロッパ10か国(オーストリア、イギリス、フィンランド、フランス、イタリア、オランダ、スロベニア、スペイン、スウェーデン、スイス)の調査では、質管理を4つのレベル(システム、組織、専門職、利用者)に分類し、16指標を用いている<sup>11)</sup>(表2)。これらの指標の評価は、高所得国においても達成度にばらつきがみられており、LTC サービスの普及と質の向上が一様でないことが明らかである。

特に法的な拘束力についての例として、ルクセンブルクでは、すべての介護提供者(インフォーマルな介護を含む)に適用されており、質の管理を行う主な機関は、独立した介護保険評価・監視局である<sup>12)</sup>。職員が満たすべき最低基準は法的に定められており、ケアの質を保証するためにモニターされている。特に、ケアされる被介護者に関する情報、提供されるケア、健康状態、典型的なケアの1週間、他の施設への異動に関する情報を提供する異動届などである。そのほか、プロセス(痛みの評価、定期的な体重測定、正式な苦情手続きの有無など)やマイナスの結果(健康上の有害事象や転倒などの事故など)を測定するための質指標も使用される<sup>12)</sup>。

## 3. Long-term Care で評価が必要な領域および指標に関する情報収集

これまで、高齢者の介護サービスの評価については、制度(介護保険制度含む)が整備されている国々では、ケアプラン



やモニタリング指標（CMS：Centers for Medicare& Medicaid Services）による普遍的なプログラムや MDS：Minimum Data Set<sup>13)</sup>、Inter RAI<sup>14)</sup>等が挙げられる。Inter RAI は、アジアでは、日本、中国、韓国、シンガポール、オーストラリア、インド等で利用）が開発されているが、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジが達成されておらず、医療・福祉制度が途上にある国々では、同様のスタンスでの評価が困難な場合が多い。従って、Long-term care の概念を構成する領域（ドメイン）を選別するため、以下の手順を踏み、現地調査班との調整を図った。

#### ・Cochrane Library Database

“Long-term care”, “older”, “quality”を検索式に 9 件の文献を抽出した<sup>15-23)</sup>。

リハビリテーションについては、長期療養高齢者に対する身体リハビリテーションと脳卒中後 1 年以上経過した在宅患者に対する治療ベースのリハビリテーションサービスに関する 2 件。また、長期入所に直面する高齢者の意思決定プロセス支援の介入、異なる施設（入所施設、亜急性期施設、拡大介護施設における人員配置モデルが患者およびスタッフの転帰に及ぼす効果、長期ケア環境における高齢者の身体拘束の予防と介入、長期介護の認知症患者の心理社会的転帰を改善のための活動、認知症患者の在宅支援に対するケースマネジメントアプローチ、機能依存型高齢者の在宅ケアと施設長期ケアの比較に関するシステマティックレビューが実施されていた。さらに、SARS-CoV-2 感染とその結果を予防するために介護施設で実施された非薬理学的対策の迅速レビューが抽出された。

#### ・PubMed

検索式より 2023 年 12 月までに publication された文献を抽出し、重要と思われる文献は hand-search にて追加し

た（Appendix 参照）。欧米諸国中心であり、ASEAN での絞り込みは検出不可であった。

#### ・Web of Science

検索式(‘long-term care’)AND(‘quality’)における論文数は 2023 年 12 月 22 日時点で 1,854 件であり、領域としては

|  |        |
|--|--------|
| Health Care Sciences Services            | 15.9%, |
| Geriatrics Gerontology                   | 12.6%, |
| Public Environmental Occupational Health | 11.2%  |
| Medicine General Internal                | 10.5%  |
| Health Policy Services                   | 9.5%   |

とヘルスケアサービスや公衆衛生、ヘルスポリシー等の分野横断的な社会医学領域が半数を占めており、以下は臨床医学や看護学等の細分類であった。

|                    |       |
|--------------------|-------|
| Gerontology        | 8.5%  |
| Oncology           | 6.3%  |
| Nursing            | 5.6 % |
| Psychiatry         | 5.2%  |
| Surgery            | 4.4%  |
| Clinical Neurology | 3.9%  |

#### ・ProQuest

過去 10 年間のデータにおける検索式 ‘long-term care’ AND ‘quality’では、学術誌394,540 件中、学術講演会論文・資料は 1,460 件と 4%程度であり、主として質的研究や個人の経験が多く、質指標に関しては PubMed 検索との重複文献を使用した。

### 4. 高齢者のための包括的ケア：Integrated care for older people (ICOPE)

2017 年 10 月、世界保健機関（WHO）は、高齢者のための包括的ケア (ICOPE)：コミュニティレベルにおける内在的能力の低下を管理するための介入に関するガイドラインを発表した<sup>24)</sup>。

このガイドラインでは、医療・介護従事者が高齢者のためのパーソン・センター

ド（個人を中心とした）包括的ケア（ICOPE）をコミュニティレベルで実行するために、エビデンスに基づく推奨を示している（表4）。

ICOPEのアプローチは、ヘルシーエイジングの鍵となる内在的能力と機能的能力の最適化に焦点を当てたものであり、その推奨は国のガイドラインの基盤となりうる。また、プライマリーケアプログラムやユニバーサル・ヘルス・カバレッジにおけるエッセンシャルケア（必要不可欠なケア）パッケージとして、要介護状態を予防するためのサービス支援にも使用することができる。

現在 ICOPE ガイドンス（ICOPE ハンドブック）は、9 言語（アラビア語、中国語、日本語<sup>25)</sup>、ポルトガル語、ロシア語、スペイン語、ベトナム語、インドネシア語、イタリア語）に翻訳されており、各国で利用されている。

使用にあたっては、携帯電話にダウンロードできるモバイルアプリが開発されており、特に開発途上国のフィールドにおいて、身体機能評価の補助（張力や視力、運動機能等の測定）が可能である他、最終的なケアプランや専門家への照会（referral）等の助言が施される。一方、使いこなせる人材育成や、機能低下が生じた高齢者の紹介先(referral)となるサービス（専門家や医療機関）が普及していない場合への対処が必要であることが課題として考えられる。

## 5 . JAPAN-ASEAN Revised Healthy Active Aging Index: HAAI と介護の質サービスの指標

昨年度改訂された HAAI では、

- ① Policy & Statistics,
- ② Income & Livelihood Security,
- ③ Health & Quality of Life,
- ④ Social Capital,

- ⑤ Capacity and Enabling Environment,
- ⑥ COVID-19

の 6 領域 45 指標が示された(表5)<sup>26)</sup>。これらのうち、14 指標で国連 SDGs 指標との関連が整理されている。また、特に、領域①Policy & Statistics -指標 2,3,8,9 および領域③Health & Quality of Life -指標 5,6,7,8,9,10,11,12 が、高齢者介護サービスと直接関連する指標であった。

本研究では、新たに 7 つのドメイン

- ① LTC Resource and Access,
- ② QOL for users and caregivers,
- ③ Integration of Services including primary health care,
- ④ Prepare for increasing care needs (Dementia care),
- ⑤ Appropriate information system and supporting life with technology (ICT utilization)
- ⑥ Dealing with functional decline and disability (Rehabilitation),
- ⑦ For Healthier Ageing (Prevention & Co-ordination)

32 指標を抽出し、質評価の Structure, Process, Outcome に分類した(表6)。

## 6. ASEAN 諸国の高齢者割合とユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成状況

ASEAN 諸国では、今後急速な高齢化を迎えることが推計されている。特に、増加のカーブは韓国、中国、タイ、シンガポールで顕著にみられる(図3)。(注：本推計は 2020 年データに基づくものであり、COVID-19 パンデミックによる影響が考慮されていない)。

国連ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ・インデックス (UHCI) は、中国、タイ、シンガポールで既に上限値 (80) を越えており、ブルネイ、マレーシアにおいても高い (図 4-1)。UHCI が最も低いラオスにおいては、65 歳以上人口割合でも最

も低い。自国の医療提供体制の充実と高齢者人口割合については、10～15%を境に一定の傾向がみられることが示唆される（図4-2）。

最新の WHO Mortality Database における ASEAN 周辺国のデータは、ブルネイ、シンガポール、タイ、マレーシア、韓国、日本、オーストラリアで確認でき、中国、ラオス、ミャンマー、ベトナムは収納されていなかった。G30.1(Alzheimer's disease with late onset) について、同 Database に収載されている各国年齢階級別人口を用いた割合では、年齢階級が上がるにつれ上昇するが、ブルネイ、シンガポール、タイでは年齢階級人口の 0.1%にも満たず、マレーシアでは報告がみられなかった。

## D. 考察

### 1. 介護サービスの質指標における諸課題

一般に質を評価する際には、Donabedian が提唱するストラクチャー・プロセス・アウトカムの分類が用いられるが<sup>27)</sup>、アウトカムが評価されにくい場合には、プロセスやストラクチャーが利用される。特に高齢者の身体・認知機能は加齢とともに低下がみられることから、サービスによる改善効果をアウトカムに設定することは難しい。

質 (Quality) はダイナミックな概念であり、様々な利害関係者が持つ多様な見解、価値観、期待、嗜好が含まれる<sup>28)</sup>。従って政策立案者、医療提供者、ケア専門家、利用者などの価値観にも影響を受ける。

国内の介護サービスでは、「利用者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする」という介護保険の理念の実現が目指されており、サービスの情報公表、サービス提供事業者の自己評価・外部評価、福祉サービスの第三者評価に加え、介護報

酬や診療報酬、施設基準等において、介護サービスの質の確保・向上が試みられてきた<sup>29)</sup>。

現状の ASEAN 各国は、UHC を達成して介護問題に直面しつつあるタイを筆頭に、今後は高齢化への課題に向き合うこととなる。公的サービス中心に展開するタイとは対照的に、フィリピンをはじめとする他の国々においては民間サービスが台頭しており、支払い可能な価格で患者本位のサービスを利用することは、医療と同様に介護においても容易でない。

### 2. 介護サービスのアウトカム評価

これまで介護の質を評価する指標として、アウトカム指標の設定は困難とされてきたが、近年英国を中心に日常生活や社会生活のケア・支援を利用する人やその介護者の QOL (生活の質) をアウトカムとして測定する社会的ケア関連 QOL 尺度ツール (ASCOT: Adult Social Care Outcomes Toolkit) が開発されている<sup>30-31)</sup>。さらに、保健省のもと ASCOF (Adult Social Care Outcomes Framework) が、人々にとって最も重要な成果をどれだけ達成しているかの進捗状況を測定し、その透明性と説明責任を強化するために、地域および全国的な客観的評価 (順位含めた) と結果の公表を行っている<sup>32)</sup>。

本研究班が開発を試みている評価指標は、中・低所得国にも広く利用可能とすることが目指されているが、ASCOT で利用されている領域 (日常生活のコントロール、個人の清潔さと快適さ・身だしなみ、食事と栄養、安全、社会参加と関与、有意義な活動、居所の清潔さと快適さ、尊厳) の項目は参考となる。

### 3. LTC における各国の課題の可視化

中・低所得国では医療・福祉制度の整備が途上であり、先行調査では、ASEAN 開

発国における共通項として、家族の中心的役割、家族外の介護者の多様性、高齢者自身も他者ケアの役割を担うことが指摘されている<sup>2)</sup>。フィリピンの Longitudinal Study of Ageing and Health in the Philippines (LSAHP)では、高齢男性の6割が配偶者のケアを受けており、高齢女性の4割は娘に介護を受けており、女性が主介護者である状況を報告している<sup>33)</sup>。このように各国個別の介護状況が可視化され、課題の共有を行うことが望まれる。

今回、WHO Mortality Database における晩発性アルツハイマー病による死亡の登録状況を確認したが、死亡登録は診断に至るまでの社会背景を表す一端ともなる(疾患の有無そのものだけでなく、診断が可能な医療施設で亡くなったか、診断の確からしさの検討を含めて判断される)。死因診断については、それまでの治療やケア、受療場所や状況等の多くの因子に左右されるため、一概に比較は不可能であるが、高齢者が最期を迎える状況の理解につながる。

また、死亡率統計は、国の保健情報システムの重要な構成要素であり、国民の健康状態を定量化し、国の健康発展を測定するために不可欠とされる。死亡原因の特定には、罹病時から、診断機器等の補助を利用した診断技術や医療情報の保管が必要とされる他、死亡時の診断・届け出方法など、自国の保健行政システムの影響を色濃く受ける。これらをモニタリングすることは、各国の保健・介護システムを理解していくうえで意義が高いと考えられた。

## E. 結論

介護サービスの質評価について、EUではシステム・組織・専門職・利用者レベルの評価報告がある他、米国ではCMS(Centers for Medicare& Medicaid

Services)による普遍的なプログラム提供とパフォーマンスモニタリング、また世界35か国以上で展開される Inter RAI のケアの質評価等がみられており、高所得国ではコラン・システムティックレビューにおいて LTC の人員配置やリハビリテーション、認知症ケアに関するエビデンスが報告されていた。また、医療・福祉制度が整備途上である開発国においては、WHO の枠組みで高齢者のための包括的ケア (ICOPE) が推進されていた。LTC の整備が途上にあり、今後の高齢者割合の増加が予想される ASEAN 各国においては、現状では介護予防の視点を含む取組みが期待される。

## F. 参考文献

1. Organisation for Economic Co-operation and Development and WHO. 2020. Ageing. In Health at a Glance: Asia/Pacific 2020: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage. Paris.
2. ASIAN DEVELOPMENT BANK. The Road to Better Long-Term Care in Asia and the Pacific Building Systems of Care and Support for Older Persons. May 2022.
3. 西崎寿美. 介護の質の変化を反映した価格の把握手法に関する論点～諸外国の質評価の現状と有識者ヒアリングの結果～ESRI Research Note No 63.2022.
4. Donaldson C, Atkinson A, Bond J, Wright K. QALYS and long-term care for elderly people in the UK: scales for assessment of quality of life. Age Ageing. 1988;17(6):379-387.
5. 筒井孝子. ケアの質評価: 国際的な到達点と日本の今後. 社会保障研究. 2016, vol.1(1)p129-147.
6. 古市 孝. 高齢者福祉における介護の質に関する一考察. 介護の質に関する先行

- 研究レビュー．人間生活文化研究．2019;2019(29):516-521. doi: 10.9748/hcs.2019.516.
7. Bulamu NB, Kaambwa B, Ratcliffe J. Economic evaluations in community aged care: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):967. doi: 10.1186/s12913-018-3785-3. 2018/12/15.
  8. Long-term care definition. <https://www.who.int/europe/activities/strengthening-long-term-care-systems>.
  9. Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care. Geneva. World Health Organization, 2021.
  10. World Health Organization 2010. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.
  11. Nies, H., Leichsenring, K., Van der Veen, R., Rodrigues, R., Gobet, P., Holdsworth, L., and Hammar, T. (2010) Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care. European Overview Paper.
  12. Mapping long-term care quality assurance practices in the EU. Summary Report. EUROPEAN COMMISSION. December 2019.
  13. 池上直己. 長期ケアのための方法論-MDS, RUG s 研究の成果と課題-. 社会保障研 33 ( 1 ) 45-59 1997.06.
  14. Quality Indicators. Inter RAI. <https://interrai.org/applications/quality-indicators/>
  15. Physical rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD004294.
  16. Therapy-based rehabilitation services for patients living at home more than one year after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD005952.
  17. Interventions to support the decision-making process for older people facing the possibility of long-term residential care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD005213.
  18. Effectiveness of staffing models in residential, subacute, extended aged care settings on patient and staff outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 6. Art. No.: CD006563.
  19. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints for older people in all long-term care settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023, Issue 7. Art. No.: CD007546.
  20. Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023, Issue 3. Art. No.: CD009812.
  21. Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 1. Art. No.: CD008345.
  22. Lindner S, Verboom B, Voss S, Movsisyan A. Non-pharmacological measures implemented in the setting of long-term care facilities to prevent SARS-CoV-2 infections and their consequences: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021,

- Issue 9. Art. No.: CD015085.
23. Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD009844.
  24. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO; 2017
  25. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>) 日本語 : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-jpn.pdf>
  26. 令和 3-4 年度厚生労働行政推進調査事業「ASEAN における活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究」(研究代表者 曾根智史) 報告書. 厚生労働省.
  27. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 2005;83(4):691-729.
  28. Spilsbury, K., C. Hewitt, L. Stirk and C. Bowman (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International journal of nursing studies* 48(6): 732-750.
  29. 介護サービスの質の評価のあり方に係る検討に向けた事業報告書. 介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業. 財団法人 日本公衆衛生協会. 平成 22 年 3 月.
  30. The Adult Social Care Outcome Toolkit (ASCOT). University of Kent. <https://www.pssru.ac.uk/ascot/>
  31. 森川美絵・中村裕美・森山葉子・白岩健 (2018)「社会的ケア関連 QOL 尺度 the Adult Social Care Outcome Toolkit (ASCOT) に日本語翻訳：言語的妥当性の検討」『保健医療科学』67 巻 3 号, pp.313-321. 日本語版 : [https://scrqol-ascot.jp/about\\_ascot.html](https://scrqol-ascot.jp/about_ascot.html).
  32. Measures from the Adult Social Care Outcomes Framework, England, 2022-23. Official statistics. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/adult-social-care-outcomes-framework-ascot/england-2022-23>.
  33. Grace T. Cruz, Christian Joy P. Cruz, Yasuhiko Saito. Ageing and Health in The Philippines. Economic Research Institute for ASEAN and East Asia (ERIA). 2019.

## G.研究発表

### 学会発表

1. Kodama T, Sasaki Y. Development of global indicators for Quality Long-term Care for the older in ASEAN countries. 第 34 回日本疫学会学術総会 ; 2024.1.31-2.2 ; 大津. 同抄録集. p.141.
2. Otaga M, Yamaguchi K, Moriyama Y, Kakinuma T. Changes in Management Initiatives in the Long-Term Care Insurance System by Municipalities in Japan: Toward the Promotion of a Community-based Integrated Care System. 3rd Asia Pacific Conference on Integrated Care (APIC3); 2023.11.13-15; Sydney, Australia. (Online) Web abstracts.
3. 児玉知子, 佐々木由理, 町田宗仁, 大冢賀政昭, 山口佳小里, 三浦宏子, 他. 高齢者介護サービスの質指標に関する国際動向と ASEAN の取組みに関する文献レビュー. 日本国際保健医療学会第 41 回西日本地方会 ; 2024.3.2 ; 高知. 同抄録集. PP-4.

論文発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

**表 1. Building block of Health System, Long-term Care**

---

|   |
|---|
| <b>Governance and leadership (ガバナンスとリーダーシップ)</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・効果的なガバナンス、調整、質管理</li> <li>・戦略的な政策枠組み、効果的な監督、連携構築</li> <li>・適切なインセンティブの提供、制度設計と説明責任への配慮</li> </ul> |
| <b>Service Delivery (サービス提供)</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・Quality, access, safety, and coverage<br/>(質、アクセス、安全性、適用範囲)</li> </ul>                            |
| <b>Workforce (労働力)</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・公式 (formal)・非公式 (informal) を問わず、十分な人的資源</li> <li>・健全な人材マネジメント、スキル、方針</li> </ul>                   |
| <b>Financing (資金調達)</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・十分な介護資金</li> <li>・財政的破綻からの保護</li> <li>・質、公平性、効率性を高める資源配分</li> </ul>                               |
| <b>Information system (情報システム)</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・タイムリーで信頼できる情報</li> <li>・健全な分析・発信・活用</li> </ul>  |

---

(出典：Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. WHO 2010. The Road to Better Long-Term Care in Asia and the Pacific Building Systems of Care and Support for Older Persons. ASIAN DEVELOPMENT BANK. May 2022.) より著者翻訳・作成

**表 2. ヨーロッパにおける Long-term Care の質保証 - 概要-**

---

|  |
|--|
| <b>System (制度) レベル</b>   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Legislation (法規制)</li> <li>2) Inspectorate (査察)</li> <li>3) Accreditation/Certification at a system level (システムレベルでの認定／認証)</li> <li>4) National standards and guidelines (国家基準とガイドライン)</li> </ol>  |
| <b>Organisational (組織) レベル</b>   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>5) Quality management systems and audits (質マネジメントシステムと監査)</li> <li>6) Benchmarking, monitoring and performance indicators (ベンチマーキング、モニタリング、パフォーマンス指標)</li> <li>7) Improvement measures and processes: towards integrated pathways (統合されたパスウェイ (経路) への改善策とプロセス)</li> </ol> |
| <b>Professional (専門職) レベル</b>  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>8) Professional profiles/new professionals/new roles (専門家プロフィール／新しい専門職／新しい役割)</li> <li>9) Improvement structures (改善体制)</li> <li>10) Professional accreditation, registration (専門家の認定、登録)</li> <li>11) Communication and information sharing (コミュニケーションと情報共有)</li> </ol>  |
| <b>User (利用者) レベル</b>  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>12) Informed consent and shared decision making (インフォームド・コンセントと意思決定の共有)</li> <li>13) Choice (選択)</li> <li>14) Client satisfaction (顧客満足)</li> <li>15) Information (情報)</li> <li>16) Quality of informal and non-formal carers (インフォーマル・ノンフォーマル介護者の質)</li> </ol>           |

---

(出典：Nies H et al. Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care. European Overview Paper 2010 より著者翻訳・作成)



表3. EU 諸国における LTC の質指標例

|        | ストラクチャー  | プロセス  | アウトカム  |
|--------|--|---|--|
| 英国     | 地方自治体(LA)が契約するモニタリング<br>(自治体によって異なる)   | LA が契約するモニタリング<br>(自治体によって異なる)、<br>全国成人社会ケア調査<br>(National Adult social care survey)<br><br>例) 個別化された介護、介護者の継続性など | 全国成人社会ケア調査 (National Adult social care survey)<br>(ASCOT 含む)<br><br>例) 社会的ケアに関連した生活の質、受けたサービスへの満足度など |
| スウェーデン | オープン比較 (全国)<br><br>新規事業者の登録・認定 (LOV) と入札仕様書 (LOU) (地方)   | オープン比較 (全国)<br><br>新規事業者の登録・認定 (LOV) と入札仕様書 (LOU) (地方)<br><br>例) 個別化介護の実施   | オープン比較 (全国)<br><br>受けたケアのさまざまな側面に対する満足度。   |
| フランス   | フランス高等保健機構 (HAS)による CPOM 契約 (目標とリソースの複数年契約: 部局および地域保健当局との契約)<br><br>保健・医療・社会事業所の業績を支援する国家機関 (ANAP)によるダッシュボード-全国) | HAS による CPOM 契約 (デパルトマンおよび地域保健当局との契約)<br><br>ANAP (ダッシュボード-全国)  | CPOM で義務付けられている内部の質モニタリング。<br><br>- 利用者満足度指標を含むことができる  |
| ポーランド  | 社会部門: 社会扶助法 (2006) (職員比率、環境、食事、清掃など)<br><br>保健部門: 国民保険基金 (2008)  | (ストラクチャー指標と同様) 社会部門: 社会扶助法 (2006) (職員比率、環境、食事、清掃など)<br><br>保健部門: 国民保険基金 (2008)                                    |  |

LA: Local Authority, ASCOT: The Adult Social Care Outcomes Toolkit

LOV (The Act on System of Choice in the Public Sector), LOU (Public Procurement Act),

HAS: Haute autorité de santé. CPOM: Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

ANAP: Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

(出典: European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Zigante, V., King, D., Quality assurance practices in long-term care in Europe – Emerging evidence on care market management, Publications Office, 2019 より著者翻訳・作成)

表 4. 高齢者のための包括的ケア（ICOPE—WHO）においてカバーされる領域

1. 認知機能低下
2. 移動能力
3. 栄養障害
4. 視覚障害
5. 聴覚障害
6. 抑うつ症状
7. 社会的ケアと支援
8. 介護者支援

（出典：ICOPE ハンドブック、プライマリケアにおけるパーソンセンタードな評価と手順に関するガイド  
 ンス <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-jpn.pdf>）

表 5. Revised Healthy and Active Ageing Index (HAAI) <sup>26)</sup>

| Domain & Indicator                          |   | SDGs indicator |
|---|---|----------------|
| <b>I. Policy &amp; statistics</b>           |   |                |
| 1   | Policy<br>-Multisectoral healthy and active ageing : yes/no               |                |
| 2   | Policy<br>-Health care including NCD : yes/no                             |                |
| 3   | Policy<br>-Long-term care system : yes/no                                 |                |
| 4   | Statistics<br>-Older population proportion and distribution : yes/no data |                |
| 5   | Statistics<br>-Vital statistics (including cause of death)                |                |
| 6   | Statistics<br>-Health / living conditions of older persons                |                |
| 7   | Statistics<br>-Health care expenditure for older persons : yes/no data    |                |
| 8   | Statistics<br>-Number of health and long-term care workers : yes/no data  |                |
| 9   | Statistics<br>- Capacity of long-term care facility : yes/no data         |                |
| 10  | Total   |                |
| <b>II. Income &amp; livelihood security</b> |   |                |
| 1   | Absolute poverty rate   | 1.2.1          |
| 2   | Relative poverty rate   | 10.2.1         |
| 3   | Financial tools   | 8.10.2         |
| 4   | Food insecurity   | 2.1.2          |

|   |   |        |
|---|---|--------|
| 5   | Employment  | 8.5.2  |
| 6   | Coverage of income security measures such as public pension or welfare benefits | 1.3.1  |
| 7   | Home ownership  | 1.4.2  |
| <b>III. Health &amp; quality of life</b>    |   |        |
| 1   | Life Expectancy at age 60   |        |
| 2   | Healthy life expectancy at age 60   |        |
| 3   | NCD mortality   | 3.4.1  |
| 4   | Suicide mortality rate among older people                                       | 3.4.2  |
| 5   | Disability/ADLs   |        |
| 6   | Disability/WG (Washington Group)  |        |
| 7   | Disability/GALI (Global Activity Limitation Index)                              |        |
| 8   | Prevalence of dementia  |        |
| 9   | Subjective, self-rated health   |        |
| 10  | Receiving long-term care  |        |
| 11  | unmet need for healthcare   |        |
| 12  | Physical exercise, including walking  |        |
| <b>IV. Social capital</b>                   |   |        |
| 1   | Loneliness / social isolation   |        |
| 2   | Engagement of social activities (community, political & religious activities)   |        |
| 3   | No communication with family or friends   |        |
| 4   | Trust in the community  |        |
| 5   | Safety in the community   | 16.1.4 |
| 6   | Care to children and/or grandchildren   |        |
| <b>V. Capacity and enabling environment</b> |   |        |
| 1   | Having a mobile phone   |        |
| 2   | Access to the Internet  | 17.8.1 |
| 3   | Living in a house with safe drinking water                                      | 6.1.1  |
| 4   | Living in a house with toilet   | 6.2.1  |
| 5   | Education (completed at least primary level)                                    |        |
| 6   | Free from physical, psychological, financial or sexual violence                 | 16.1.3 |
| <b>VI. COVID-19</b>                         |   |        |
| 1   | COVID-19 case fatality ratio  |        |
| 2   | COVID-19 vaccine coverage   |        |

表 6. Domains and indicators for assessing Long-term Care Quality (under developed)

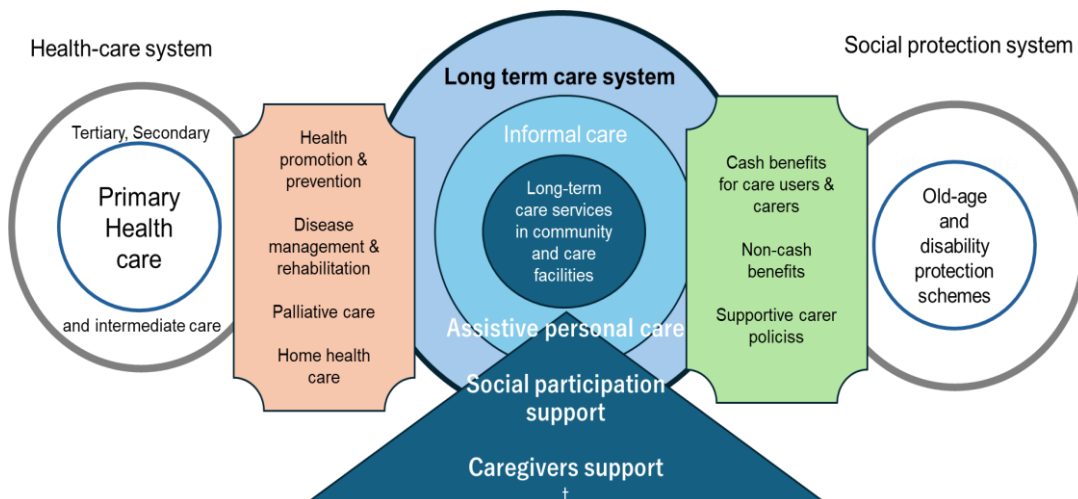
| Domain & Indicators   | Structure | Process | Outcome | SDGs /HAAI              |
|---|-----------|---------|---------|-------------------------|
| <b>I. Resource and Access</b>   |           |         |         |                         |
| ① Availability: certain types of care support for older people beside family care (e.g. primary health care, home-based, residential care)      | ✓         |         |         | HAAI. I-9<br>III-10     |
| ② Governance: Monitoring governance of care support for LTC services (public and private)   | ✓         |         |         |                         |
| ③ Workforce: adequate human resources for LTC (nurses, caregivers, family members, etc.)  | ✓         |         |         | HAAI. I-8               |
| ④ Sustainability: financial protection, compensation for caregivers   | ✓         |         |         | SDGs1.3.1<br>HAAI. II-6 |
| ⑤ Equity: equity among LTC users (regardless of demographics and socioeconomic status)  | ✓         |         |         |                         |
| <b>II. QOL for users and caregivers</b>   |           |         |         |                         |
| ① Measuring users' QOL or satisfaction (Well-being, Happiness, Self-rated Health, Social Isolation/Loneliness, and Depression, etc.)            |           |         | ✓       |                         |
| ② Measuring caregivers' QOL or satisfaction   |           |         | ✓       |                         |
| <b>III. Integration of services including primary health care</b>   |           |         |         |                         |
| ① Clear understanding of the concept about long-term care for older people among each stakeholder   | ✓         |         |         |                         |
| ② Existing continuum of care: care support after discharging from acute hospitals or medical facilities   | ✓         |         |         |                         |
| ③ System for supporting integrated care: Agency /coordinator/funding, etc. for integrated services  | ✓         |         |         |                         |
| ④ Social prescription for older individuals who do not need medical care but need support in the community (family, community volunteers, etc.) | ✓         |         |         |                         |
| ⑤ Collaboration with primary health care  | ✓         |         |         |                         |

|  |   |   |  |                         |
|--|---|---|--|-------------------------|
| ⑥ Utilization of community resources (e.g. volunteers)   | ✓ |   |  |                         |
| <b>IV. Prepare for increasing care needs (Dementia Care)</b>   |   |   |  |                         |
| ① Existence of initiatives to promote dementia-friendly communities  |   | ✓ |  |                         |
| ② Existence of healthcare and welfare facilities specializing in dementia care   | ✓ |   |  | HAAI.III-8              |
| ③ Existence of health systems, policies, and ethical considerations regarding decision-making for people with dementia   | ✓ |   |  |                         |
| <b>V. Appropriate information system and supporting life with technology (ICT utilisation)</b>   |   |   |  |                         |
| ① Improving information system for quality care: Utilization of electronic or digital devices to promote health  | ✓ |   |  |                         |
| ② Innovation to improve health: Utilization of robotics or medical devices to improve or maintain health of older people   |   | ✓ |  | SDGs17.8.1<br>HAAI.V1,2 |
| ③ Promoting digital health: Existence of agency / organization / national working group to utilize ICT   | ✓ |   |  |                         |
| ④ Finance: Digital health is budgeted for in national health or relevant national plan/strategies  | ✓ |   |  |                         |
| ⑤ Reducing care burden: Utilization of ICT or digital devices for reducing the burden of care giving   | ✓ |   |  |                         |
| ⑥ Existence of available data of Personal Health Records/Individual Care receipt Record for  | ✓ |   |  |                         |
| <b>VI. Dealing with functional decline and disability (Rehabilitation)</b>   |   |   |  |                         |
| ① Existence or positioning of rehabilitation in national health policies/plans   |   | ✓ |  |                         |
| ② Rehabilitation is included in Universal Health Coverage scheme or covered by health insurance  | ✓ |   |  |                         |
| ④ There are rehabilitation professionals   | ✓ |   |  |                         |
| ④ Existence of facilities where rehabilitation is provided (hospitals, care facilities, primary healthcare centers)  | ✓ |   |  |                         |
| ⑤ There are certain targeted population for rehabilitation (classification for providing rehabilitation, such as specific diseases, disabilities, health conditions) |   | ✓ |  |                         |

| VII. For Healthier Ageing (Prevention & Coordination)  |   |   |  |                         |
|--|---|---|--|-------------------------|
| ① Existence of initiatives for frail prevention and health promotion for the older people (including related initiative on Oral health, Nutrition and Physical Activity) |   | ✓ |  | HAAL. I-1,              |
| ② Existence of Early Screening for functional decline among older people   |   | ✓ |  | HAAL. III-5,6,7         |
| ③ Existence of Referral system for older people with functional decline (hearing/vision)   | ✓ |   |  |                         |
| ④ Measures against prejudice and discrimination towards the older people (from a human rights protection perspective, existence of legal system)                         | ✓ |   |  | SDGs16.1.3<br>HAAL. V-6 |
| ④ Appropriate immunization (Influenza, COVID, etc.) for older people   |   | ✓ |  | HAAL.VI-1,2             |

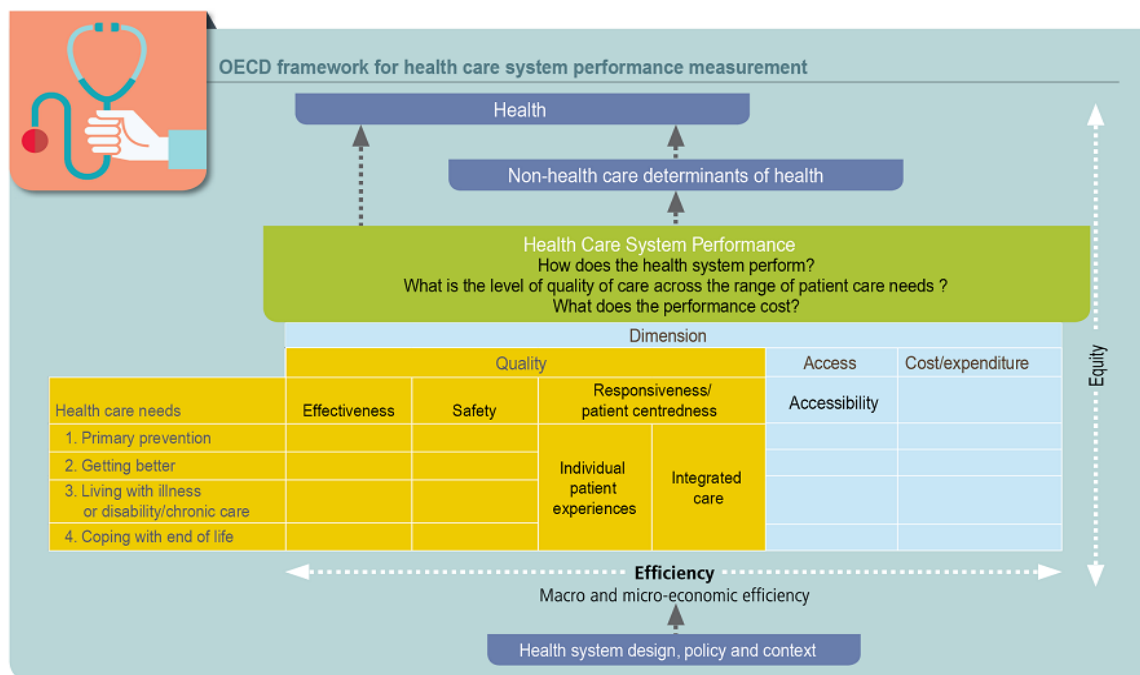
図 1. Long-term Care System の概念図

A mapping of long-term care systems – porous boundaries and community grounding



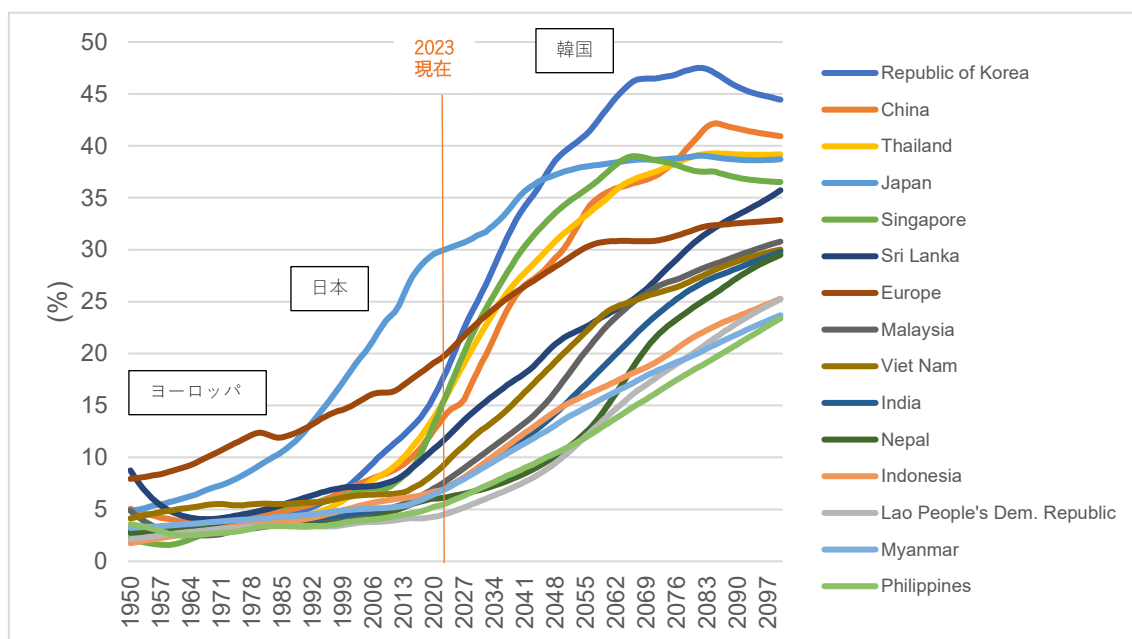
(出典 : World Health Organization. Regional Office for Europe. (2022). Rebuilding for sustainability and resilience: strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe. より著作作成)

図 2. 医療システムパフォーマンス測定のための OECD フレームワーク



(出典 : <https://www.oecd.org/health/health-care-quality-outcomes-indicators.htm>)

図 3. ASEAN および日本、韓国、中国、ヨーロッパにおける 65 歳以上人口割合推計



(Source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospects. <https://population.un.org/dataportal/> より著者作成)

図 4-1. ASEAN 等における 65 歳以上人口割合とユニバーサル・ヘルス・カバレッジ・インデックス

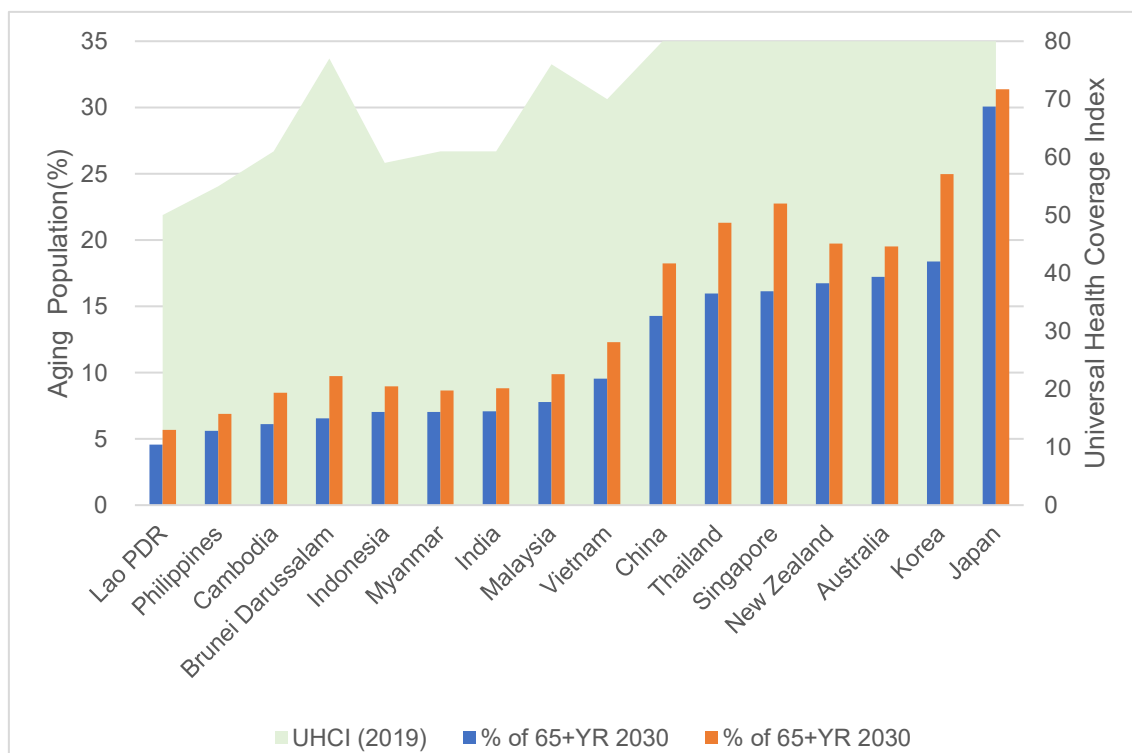




図 4-2. ASEAN 等における 65 歳以上人口割合とユニバーサル・ヘルス・カバレッジ・インデックス(再掲)

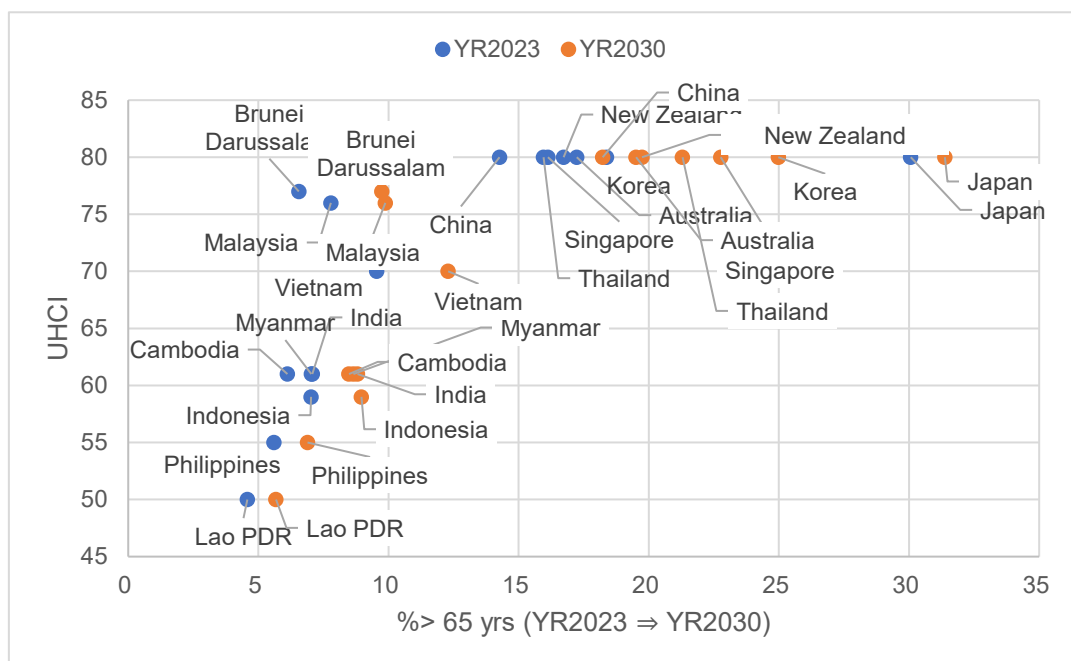
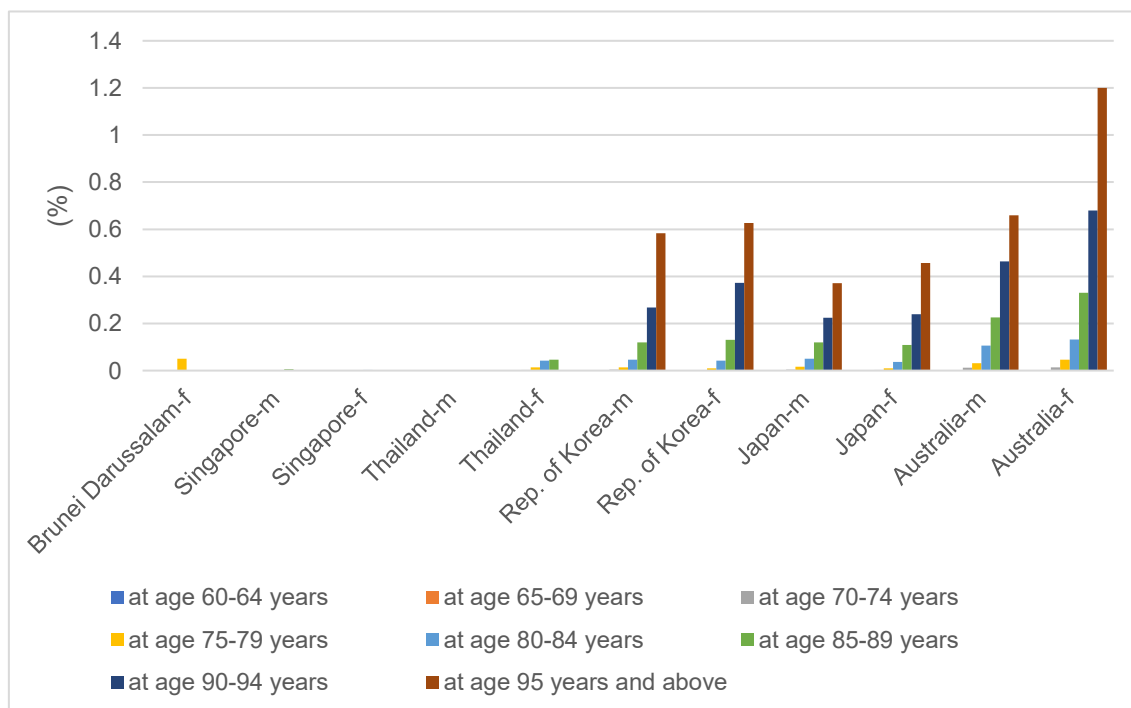


図 5. WHO Mortality Database における G30.1(Alzheimer's disease with late onset) 年齢階級別割合\* (男女別) (% of G30.1 at each age-group population)



\*年齢階級人口は各国の自国人口データを使用

f-female, m-male

## Appendix:

(\* added by hand-search)

| Publication Year | Title  | First Author     | Journal/Book           |
|------------------|--|------------------|------------------------|
| *2023            | Developing quality measures for non-pharmacological prevention and rehabilitation in primary health care for chronic condition and rehabilitation in primary health care for chronic conditions: a consensus study | Svendsen ML      | Int J Qual Health Care |
| *2023            | Toward developing care outcome quality indicators for home care for older people: A prospective cohort study in Japan  | Eltaybani S      | Geriatr & Gelon Int    |
| 2023             | Long-Term Care Resident Health and Quality of Care During the COVID-19 Pandemic: A Synthesis Analysis of Canadian Institute for Health Information Data Tables   | Turcotte LA      | Health Serv Insights   |
| 2023             | Quality of Municipal Long-Term Care in Different Models of Care: A Cross-Sectional Study From Norway   | Rostad HM        | Health Serv Insights   |
| 2023             | Intergenerational live-in student programmes for meaningful engagement: Creating cohesive and supportive collectives in aged-care facilities   | Lai TWR          | Aust Occup Ther J      |
| 2023             | Organizational and Resident Characteristics of Nursing Homes Associated with Partial and Complete Implementation of the Preferences for Everyday Living Inventory  | Madrigal C       | Innov Aging            |
| 2023             | Place of death from dementia as an underlying cause during the COVID-19 pandemic in Japan: a cross-sectional study from national death certificates  | Nakanishi M      | Palliat Care Soc Pract |
| 2022             | Measuring the quality of life of long-term care service users in Japan: a cross-sectional questionnaire study  | Hara K           | BMC Geriatr            |
| *2022            | Quality indicators for the care of older adults with disabilities in long-term care facilities based on Maslow's hierarchy of needs  | Zhang T          | Int J Nurs Sci         |
| 2022             | Optimizing the InterRAI Assessment Tool in Care Planning Processes for Long-Term Residents: A Scoping Review   | Iduye S          | Clin Nurs Res          |
| 2022             | Factors associated with increased Emergency Department transfer in older long-term care residents: a systematic review   | Marincowitz C    | Lancet Healthy Longev  |
| 2022             | The Quality Index for Nutrition in Nursing Homes (QUINN). A new tool for evaluating diet quality in long-term care homes   | Hernández-Ruiz Á | Nutr Hosp              |

|       |  |                    |                                 |
|-------|--|--------------------|---------------------------------|
| 2021  | Quality and Safety in Long-Term Care in Ontario: The Impact of Language Discordance  | Batista R          | J Am Med Dir Assoc              |
| 2021  | Cultural Adaptation and Validation of the Quality of Dying in Long-Term Care Scale (QoD-LTC) for Spanish Nursing Homes                         | Puente-Fernández D | Int J Environ Res Public Health |
| 2021  | Contribution of facility level factors to variation in antibiotic use in long-term care facilities: a national cohort study                    | Sluggett JK        | J Antimicrob Chemother          |
| 2021  | Restraint use as a quality indicator for the hospital setting: a secondary data analysis   | Thomann S          | Swiss Med Wkly                  |
| 2021  | Effectiveness of a Technology-Enhanced Integrated Care Model for Frail Older People: A Stepped-Wedge Cluster Randomized Trial in Nursing Homes | Kim H              | Gerontologist                   |
| *2021 | Public Reporting of Performance Indicators in Long-Term Care in Canada: Does it Make a Difference?   | Poldrugovac M      | Canadian Journal on Aging       |
| 2020  | Medicaid Long-term Care Policies and Rates of Nursing Home Successful Discharge to Community   | Xu H               | J Am Med Dir Assoc              |
| 2020  | The Seniors Quality Leap Initiative (SQLI): An International Collaborative to Improve Quality in Long-Term Care                                | Hirdes JP          | J Am Med Dir Assoc              |
| 2020  | Optimizing Prescribing of Antipsychotics in Long-Term Care (OPAL): A Stepped-Wedge Trial   | Kirkham J          | J Am Med Dir Assoc              |
| 2020  | Quality indicators for community dementia care: a systematic review  | Dequanter S        | Eur J Public Health             |
| 2020  | A Canadian Cohort Study to Evaluate the Outcomes Associated with a Multicenter Initiative to Reduce Antipsychotic Use in Long-Term Care Homes  | Hirdes JP          | J Am Med Dir Assoc              |
| 2020  | Assessing Nursing Homes Quality Indicators' Between-Provider Variability and Reliability: A Cross-Sectional Study Using ICCs and Rankability   | Favez L            | Int J Environ Res Public Health |
| 2020  | Quality Indicators as Predictors of Future Inspection Performance in Ontario Nursing Homes   | Mashouri P         | J Am Med Dir Assoc              |
| *2020 | Quality Assurance in Long-Term Care Development of Quality Indicators in Japan   | Igarashi A         | Gerontology & Ger Med           |
| 2019  | Developing risk-adjusted quality indicators for pressure ulcers in long-term care hospitals in the Republic of Korea                           | Lee YJ             | Int Wound J                     |
| *2019 | Care Arrangements of Older Adults: What They Prefer, What They Have, and Implications for Quality of Life                                      | Kasper JD          | Gerontologist                   |
| *2019 | Assessing Quality for People Living with Dementia in Residential Long-Term Care: Trends and Challenges   | McConnell ES       | Gerontology & Ger Med           |
| 2018  | Quality of care in long-term care departments in mental health facilities across the Czech Republic  | Kalisova L         | Eur J Public Health             |

|       |   |                     |                          |
|-------|---|---------------------|--------------------------|
| 2018  | The use of preventable hospitalization for monitoring the performance of local health authorities in long-term care   | Arandelovic A       | Health Policy            |
| 2017  | Changes in place of death among people with dementia in Finland between 1998 and 2013: A register study   | Masuchi Y           | Alzheimers Dement (Amst) |
| 2016  | Quality of care and its determinants in longer term mental health facilities across Europe; a cross-sectional analysis  | Killaspy H          | BMC Psychiatry           |
| 2016  | Living conditions and quality of care in residential units for people with long-term mental illness in Portugal- a cross-sectional study  | Cardoso G           | BMC Psychiatry           |
| 2016  | Exploring the Effect of Educating Certified Nursing Assistants on Pressure Ulcer Knowledge and Incidence in a Nursing Home Setting  | Wogamon CL          | Ostomy Wound Manage      |
| 2016  | Hospital Readmissions in a Community-based Sample of Homeless Adults: a Matched-cohort Study  | Saab D              | J Gen Intern Med         |
| 2015  | Predictive and concurrent validity of the Braden scale in long-term care: a meta-analysis   | Wilchesky M         | Wound Repair Regen       |
| 2015  | Influenza vaccination rates and beliefs about vaccination among nursing home employees  | Daugherty JD        | Am J Infect Control      |
| *2015 | Scoping review of physical rehabilitation interventions in long-term care: protocol for tools, models of delivery, outcome and quality indicators                                   | McArthur C          | BMJ Open                 |
| 2014  | Relationship between structural characteristics and outcome quality indicators at health care facilities for the elderly requiring long-term care in Japan from a nationwide survey | Sandoval Garrido FA | Geriatr Gerontol Int     |
| 2014  | When do people with dementia die peacefully? An analysis of data collected prospectively in long-term care settings   | De Roo ML           | Palliat Med              |
| 2014  | Antipsychotic medication use in nursing homes: a proposed measure of quality  | Lucas JA            | Int J Geriatr Psychiatry |
| 2013  | The calculation of quality indicators for long term care facilities in 8 countries (SHELTER project)  | Frijters DH         | BMC Health Serv Res      |
| 2012  | Quality of longer term mental health facilities in Europe: validation of the quality indicator for rehabilitative care against service users' views                                 | Killaspy H          | PLoS One                 |
| 2012  | Quality of care in Icelandic nursing homes measured with Minimum Data Set quality indicators: retrospective analysis of nursing home data over 7 years                              | Hjaltadóttir I      | Int J Nurs Stud          |
| 2012  | Data for improvement and clinical excellence: protocol for an audit with feedback intervention in home care and supportive living   | Fraser KD           | Implement Sci            |

|       |  |                |                        |
|-------|--|----------------|------------------------|
| 2012  | Aged Residential Care Health Utilisation Study (ARCHUS): a randomised controlled trial to reduce acute hospitalisations from residential aged care | Foster SJ      | BMC Geriatr            |
| *2012 | Patients' experiences of the quality of long-term care among the elderly: comparing scores over time   | Zuidgeest M    | BMC Health Serv Res    |
| 2011  | Physician intervention for medication reduction in a nursing home: the polypharmacy outcomes project   | Tamura BK      | J Am Med Dir Assoc     |
| 2010  | Influenza immunization coverage among residents of long-term care facilities certified by CMS, 2005-2006: the newest MDs quality indicator         | Bardenheier BH | J Am Med Dir Assoc     |
| 2010  | What is nursing home quality and how is it measured?   | Castle NG      | Gerontologist          |
| 2009  | Identifying potentially avoidable hospital admissions from canadian long-term care facilities  | Walker JD      | Med Care               |
| 2009  | Prognostic value of the quality indicator "concurrent use of three or more psychotropic drugs" among residents of long-term-care facilities        | Bell JS        | Eur J Clin Pharmacol   |
| 2008  | Initiating and sustaining a standardized pain management program in long-term care facilities  | Keeney CE      | J Am Med Dir Assoc     |
| 2007  | Nurses' and nursing assistants' recognition of depression in elderly who depend on long-term care  | Brühl KG       | J Am Med Dir Assoc     |
| 2006  | Fall and injury prevention   | Currie LM      | Annu Rev Nurs Res      |
| 2006  | Monitoring symptoms in patients with advanced illness in long-term care: A pilot study   | Brechtl JR     | J Pain Symptom Manage  |
| 2004  | Nursing home quality and pressure ulcer prevention and management practices  | Wipke-Tevis DD | J Am Geriatr Soc       |
| 2002  | Challenging the quality of the quality indicator, "depression without treatment"   | Zisselman MH   | J Am Med Dir Assoc     |
| 2002  | Direct care workers--number one quality indicator in long-term care. A consumer's perspective  | Teal C         | N C Med J              |
| 2002  | Understanding the continuum of palliative care for patients and their caregivers   | Yurk R         | J Pain Symptom Manage  |
| 2000  | Making the most of quality indicator information   | Heeschen SJ    | Geriatr Nurs           |
| 1999  | Functional status outcomes for assessment of quality in long-term care   | Rosen AK       | Int J Qual Health Care |
| 1996  | Applying performance measures to long-term care  | Fitzgerald RP  | Jt Comm J Qual Improv  |

厚生労働科学研究費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
「ASEAN 等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発と  
実証に資する研究」  
令和 5 年度 分担報告書

「アジアにおける直近の人口高齢化の状況に関する分析」  
研究分担者 林玲子 国立社会保障・人口問題研究所

**研究要旨：**

【目的】 高まる介護サービス需要にどのように対応するか、その量・質をどのように確保するのかは、右肩上がりに上昇する寿命に伴い増加する高齢者数、介護ニーズを前提としたものであった。しかしながら新型コロナウイルス感染症の影響により、2020 年以降、そのような状況が攪乱されている。本研究では直近のコロナによる人口高齢化（死亡率・出生率）の変化を各国統計担当部局による統計に基づき把握することを目的とした。

【方法】 日本、韓国、台湾、香港、フィリピン、マレーシア、シンガポール、バングラデシュにおける登録に基づいた死亡・出生統計、ベトナム、タイ、インドネシア、インド、ネパールにおける標本調査による出生統計を収集し、直近までの変化、つまりコロナによる影響を含んだ動向を分析した。

【結果】 2019 年まで緩やかに増加していた平均寿命は、ほとんどの国で 2020 年に増加したのち 2021 年に減少に転じ、2022 年の減少は特に大きくなっている。年齢別にみると、多くの国で死亡率は子ども（10 歳未満）で低下、若者（10～20 歳台）で増加、中年層（30～50 歳台）で低下、高齢層（60 歳以上）で増加という共通した傾向がある。高齢層の死亡率増加は、2022 年で著しい。一方合計特殊出生率はほとんどの国で人口置換水準同等か、下回る水準となっており、低下はコロナ以降加速した。

【考察・結論】 2021 年以降の死亡率の上昇は高齢者に著しく、介護に至る前に死亡してしまうケースも増えているのではないかと考えられる。このような変化が、介護サービス提供に与える影響を適切に把握する必要がある。一方、出生率の低下により高齢者割合は高まるが、家族の無償労働だけに頼ることなく、介護サービスの働き手をどのように確保するのか課題は大きく、コロナによる各国の高齢者を巡る状況は大きく変化していると考えられる。直近の現状に即した施策を適切に実施することが求められよう。

**B. 研究目的**

本研究は、世界に広がる人口高齢化で高まる介護サービスニーズにどのように対応するか、その量・質をどのように確保するのかをアジア各国を対象に調査・研究するものである。そのような介護ニーズは、右肩上がりに上昇する寿命に伴い

増加する高齢者数、介護ニーズを前提としたものであった。しかしながら新型コロナウイルス感染症（以下「コロナ」とする）の影響により、2020 年以降、そのような状況が攪乱されている。

人口高齢化の指標を国際比較するには通常、国連人口部による World

Population Prospects が用いられるが、最新の公表は 2022 年 7 月に公表された 2022 年版である。各国の実績値の公表が翌年以降に出ることを考慮すると、この推計値は 2020 年頃までの実績のみ反映されたものであると考えられ、その値はコロナにより 2020 年に多大な死亡の増加があった欧米における動向を色濃く反映したものとなっている。

しかしながら、アジアでは 2020 年の死亡水準の低下（林 2022）、その後は増加の傾向があり、欧米とは状況が異なっている。アジアでは近年、日本における人口動態統計のような、登録に基づいた人口統計が整備されている国が増えてきており、またその結果はウェブにて公開されるようになってきている。本稿ではアジア各国統計担当部局が公表する 2020 年以降の死亡率、出生率の状況を 2019 年以前と比較し、介護サービスの基本となる人口高齢化の足元の状況を把握することを目的とした。

## B. 研究方法

現時点で、登録に基づいた人口統計が整備されているアジアの国は、日本、韓国、台湾、香港、フィリピン、マレーシア、シンガポール、バングラデシュであり、さらにベトナム、タイ、インドネシア、インド、ネパールでは標本調査により合計特殊出生率を算出・公表している。それらの統計担当部局が公表した値を用い、死亡・出生の状況の直近までの変化、つまりコロナによる影響を含んだ動向を分析した。

### <倫理的配慮>

本調査分析は、各国政府統計担当部局の公表資料に基づくものである。

## C. 研究結果

### 1. 平均寿命の変化

死亡率の指標としての 0 歳時平均余命（平均寿命）は、年齢別死亡率に基づいて算出されて、高齢者が増加するという、人口年齢構造の影響が調整されているため、死亡水準を把握する適切な指標である。各国統計部局が公表した平均寿命の推移を図 1 に示した。これは、登録に基づく死亡統計がある国の実績値であり、数式などの当てはめによる推計値ではない。これを見ると、2019 年まで緩やかに増加していた平均寿命は、ほとんどの国で 2020 年に増加したのち 2021 年に減少に転じている。2022 年の減少は特に大きくなっている。2023 年の統計が暫定値で出ている香港やマレーシアでは、反転して増加しているが、その値はコロナ前と同水準に留まっている。

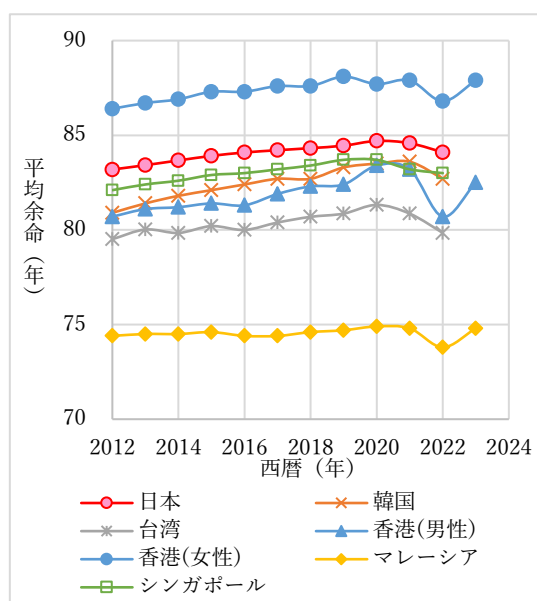


図 1 平均寿命の推移

出典：人口動態統計（厚生労働省、日本）、Vital Statistics（韓国統計庁）、簡易生命表（中華民国内政部、台湾）、Vital Events（政府統計處人口統計組、香港）、Abridged Life Table（Department of Statistics Malaysia）、Life Expectancy（Singapore Department of Statistics）

フィリピンでは公式の生命表が Web に掲載されていないが、登録に基づいた死

亡数が公表されており（図 2）、2020 年に若干減少した死亡数が 2021 年で大きく上昇し、その後 2022 年以降減少に転じ、2023 年はコロナ前の死亡数を下回っている。この傾向は図 1 で示した多くの国と同様である。

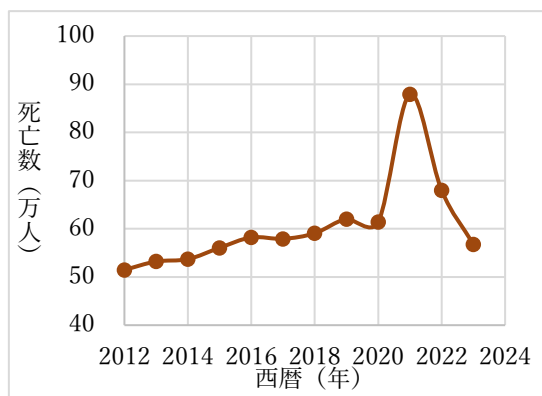
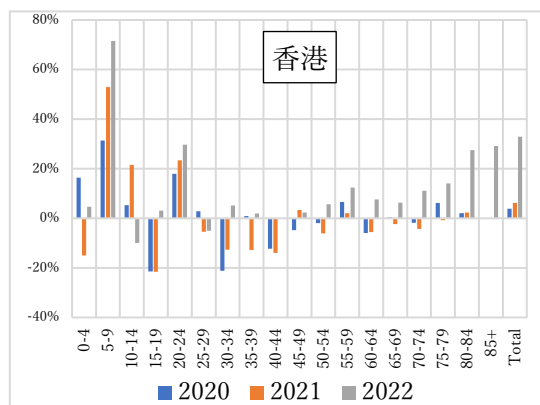
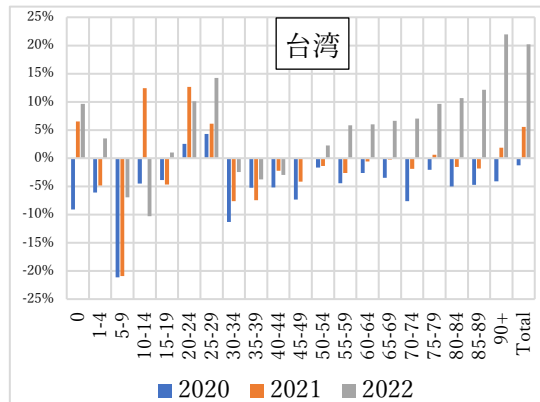
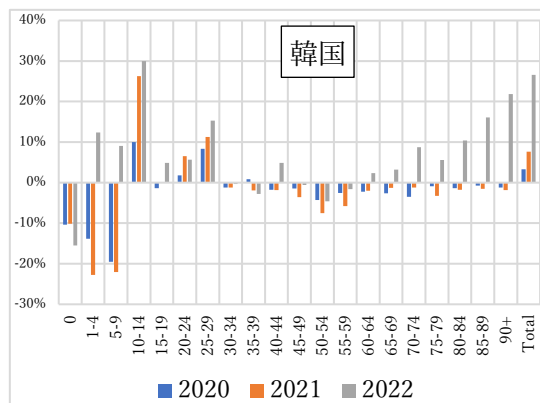
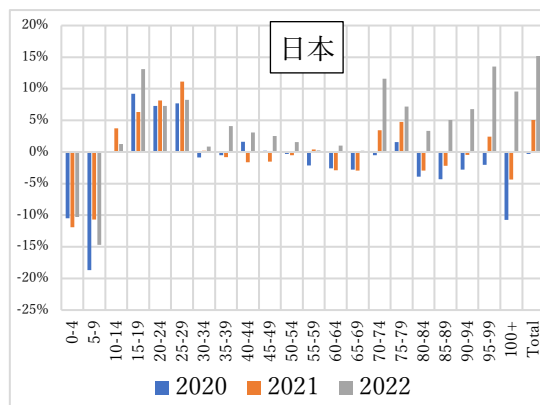


図 2 死亡数 (フィリピン)

出典: Vital Statistics (Philippines Statistics Authority)

## 2.年齢別の死亡動向の変化

図 1、図 2 で見た死亡水準の変化がどの年齢層で生じているのかを 2019 年と比べた 2020、2021、2022 年における年齢別死亡率の変化率として示したものが図 3 である。これをみると、2021 年のフィリピン・マレーシアではコロナに直接的に起因すると思われる大きな死亡率増加が子供を除く広い年齢層で生じているが、日本、韓国、台湾、香港、シンガポールでは、2019 年と比べた 2021、2022 年の死亡率はおおむね、子ども (10 歳未満) の低下、若者 (10～20 歳台) の増加、中年層 (30～50 歳台) の低下、高齢層 (60 歳以上) の増加という共通した傾向がある。高齢層の増加は、2022 年で著しい。





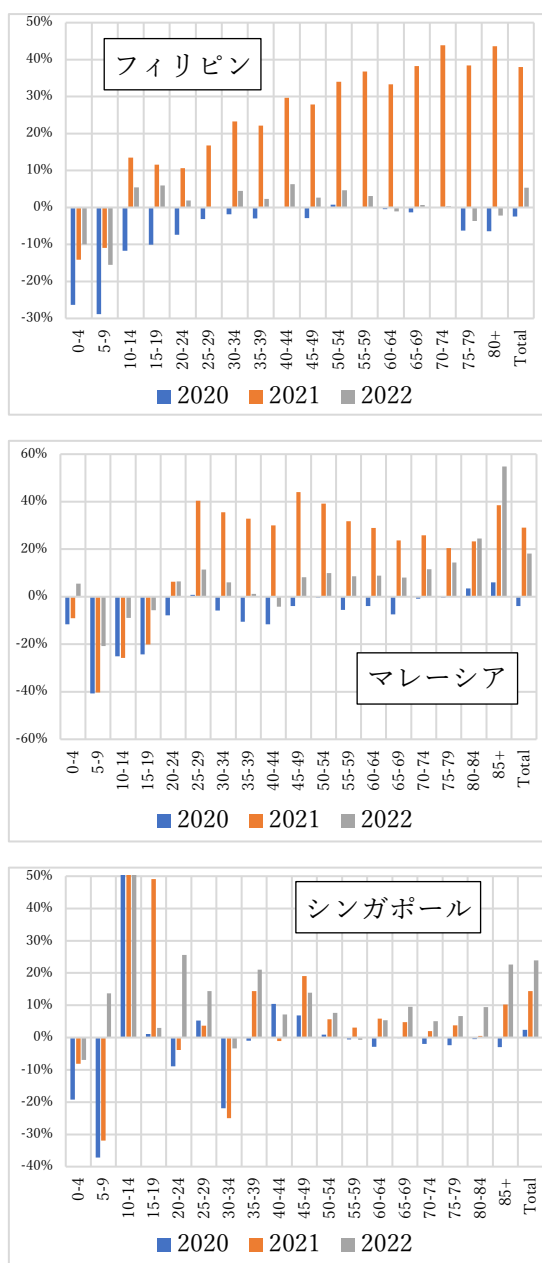


図 3 年齢別死亡率の変化（対 2019 年）

出典: 図 1 と同じ

注: シンガポールの 10-14 歳は、2019 年に 9 人死亡のところ、2020 年に 21 人(対 2019 年 135%増)、2021 年に 23 人(同 166%)、2022 年に 38 人(同 334%)と増加。

## 2. 出生の状況

前項で見た、登録に基づいた死亡統計がある国では同様に出生統計があり、それにより合計特殊出生率を得ることができる。さらに出生については DHS や

MICS、国独自の標本調査により、合計特殊出生率を得ることができ、死亡統計よりもデータが多い。東アジア、東南アジア、南アジアのそれらの実測値に基づいた近年の合計特殊出生率の推移を図 4 に示した。

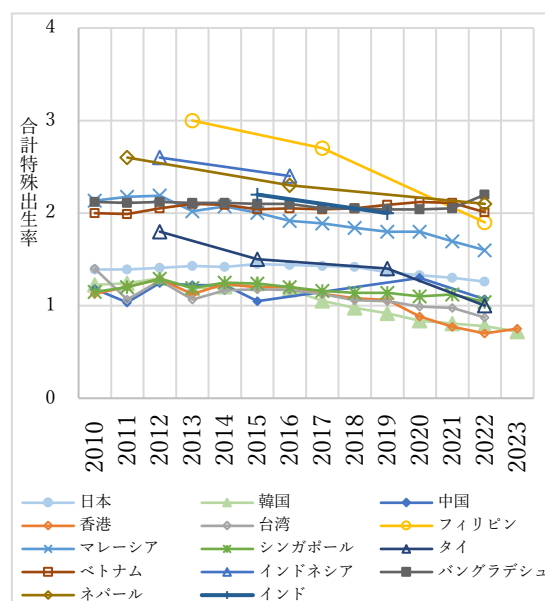


図 4 合計特殊出生率の推移

出典: 人口動態統計（厚生労働省、日本）、Vital Statistics(韓国統計庁)、統計年鑑（中華民国統計資訊網、台湾）、Vital Events（政府統計處人口統計組、香港）、NDHS(Philippine Statistics Authority), Vital Statistics（Department of Statistics Malaysia）、Births and Fertility（Singapore Department of Statistics）、Time-point Population Change and Family Planning Survey（General Statistics Office, Vietnam）、MICS（National Statistics Office of Thailand）、IDHS（Statistics Indonesia, BkbbN and MOH）、SVRS（Bangladesh Bureau of Statistics）、NDHS（Ministry of Health and Population, Nepal）、NFHS（MHFW and IIPS, India）、

アジアにおいても近年急速に出生率が低下しており、特にコロナ以降の低下は著しく、以前は高い水準であったフィリピンですら、2022 年には 1.9 となったほどである。データのあるこれらの国ではほとんどすべてが直近では人口置換水準と同等か下回る水準となっている。バングラデシュでは 2022 年に、香港では 2023

年に反転して上昇しており、出生率低下はコロナにより短期的なものであった可能性もあるが、反転上昇が今後も続くのか、またその他の国も同様かはまだ不明である。

#### D.考察

2021 年以降の死亡率の上昇は、高齢者に著しく、介護に至る前に死亡してしまうケースも増えているのではないかと考えられる。このような変化が、介護サービス提供に与える影響を考慮する必要がある。

人口の高齢化は、寿命の延伸のみならず、出生率の低下による若年人口の減少の影響を大きく受ける。近年のアジアにおける出生率の低下のスピードは速く、日本の水準をはるかに下回る国も多い。さらに、東アジア、タイやスリランカでも人口減少が始まっている。このような中、家族の無償労働だけに頼ることなく、介護サービスの働き手をどのように確保するのか、日本で長年取り組んできた課題がアジアでは一気に噴出しているといっていよう。

#### E.結論

コロナによる各国の高齢者を巡る状況は大きく変化していると考えられる。それがコロナ以前にいつどのように戻るのか、戻らないのかはいまだ不明であり、直近の現状に即した施策を適切に行うことが必要である。

#### F.引用文献

林玲子 (2022)「新型コロナ感染症流行と 2020 年のアジアにおける死亡減少」『人口問題研究』第 78 巻第 4 号、pp.493-508.

#### G.研究発表

#### 学会発表

Reiko Hayashi, “Opportunities and challenges of the care economy and the workforce: An Asian perspective”, The 7th Global Symposium on Low Fertility and Population Ageing, The Trilateral Cooperation Secretariat, Seoul, The Republic of Korea (2023.12.1)

Reiko Hayashi, ”Facility population in Japan: how to capture and how it evolved”, The Conference and Training Workshop on the Future of Households in Asia, The Centre for Family and Population Research (CFPR), National University of Singapore (2024.1.11)

林玲子「アジアにおける少子高齢化と医療・介護を巡る課題」第 42 回日本国際保健医療学会西日本地方会、高知工科大学永国寺キャンパス地域連携棟 (2024.3.2)

#### 論文発表

なし

#### H.知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）「ASEAN 等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発と実証に資する研究」  
令和 5 年度 分担報告書

「東南アジア諸国（カンボジア、タイ、フィリピン、マレーシア、ミャンマー）の高齢者介護の現状について」

研究分担者 佐々木由理 国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 主任研究官  
山口佳小里 同 医療・福祉サービス研究部 主任研究官  
町田宗仁 同 公衆衛生政策研究部 部長  
菖蒲川由郷 新潟大学大学院医歯学総合研究科 教授  
研究協力者 尾白有加 同 特任助手  
研究代表者 児玉知子 国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 上席主任研究官

**研究要旨：**

【目的】人口の高齢化の進行に伴い、東南アジアの各国政府では介護サービス（Long-term care service、以下 LTC）の需要や、高齢者のニーズに対応する効果的政策の必要性が高まっている。本研究では、東南アジア 5 か国（カンボジア、タイ、フィリピン、マレーシア、ミャンマー）における LTC の現状と介護の質に関する認識を明らかにすることを目的とした。

【方法】ASEAN における介護サービスの質指標を開発するため、文献調査によってあらかじめ抽出した 7 領域の評価指標について、5 か国の高齢者介護に関連するステークホルダーにインタビューを実施した。

【結果】LTC 提供体制の整備状況は各国で異なっており、基本的には在宅サービスが中心であることが推察された。ただし、在宅での公的サービスが充実しているかどうかには差異があった。各国で認知症は十分に認識されていない状況であり、認知症高齢者も基本的には地域や在宅でケアしていることが窺えた。各国 LTC については、ICT(Information and Communication Technology)利活用はなされていないか、途上の段階であった。リハビリテーションサービスについては、タイにおいて高齢化に関連して体制が充実しつつあるものの、対象を高齢者に特化して設定されたものは各国で存在していなかった。一方、リハビリテーションの重要性は程度の違いはあるが各国で認識されており、専門職の人材育成が推進されていたが、人材不足やアクセスの課題があった。

【考察・結論】LTC に関する定義や提供体制状況は 5 か国で異なっていたが、家族によるケアや在宅ケアを中心とした体制構築、認知症への認識、ICT などの利活用、リハビリテーションサービスについては、進展の度合いの違いはあるが、いずれの国においても取り組みが進められていた。LTC サービスが必要とするすべての高齢者に行き届くためには各国ともに多くの課題があることが明らかとなった。

**C. 研究目的**

世界の高齢化は急速に進行している。  
東南アジア諸国でも過去 20 年間で人口

構造は高齢化へとシフトしており、65 歳以上の高齢者の割合は、1990 年の 4.8% から 2024 年には 9.8% に増加している

[1]。この人口動態の変化は、東南アジア諸国のほぼすべての国に及んでおり、高齢者ケアが課題となっている。ほとんどの国で人口の高齢化の進行度が高齢者ケア政策やサービスの発展の進行度を上回っており、各国で介護サービス

(Long-term care service、以下 LTC) の需要を含めて、高齢者のニーズに対応するための効果的な政策やプログラム策定の必要性が高まっている[2]。

LTC とは「本質的な能力を継続的に著しく喪失している人、または、そのおそれのある人が、基本的見地、基本的自由、人間としての尊厳に合致した機能的能力のレベルを維持できるように様々な環境において介護者や介護福祉士によって提供される活動」とされている[3]。

近年、LTC は医療や福祉と同様の社会保障制度の領域であるという認識が確立されつつあり、先進諸国では LTC に関わる政策、LTC へのアクセス、保障の範囲、質の維持に関する公的予算などの整備がなされつつある[4]。

一方で、多くの東南アジア諸国に含まれる中低所得国では、これらの体制整備が十分に行き届いておらず、介護・支援ニーズに対応できていないのが現状である。これには、高齢者に対するインフォーマルな家族介護システムの弱体化、家族によるサポートを十分に享受するのが困難な高齢者（虚弱、障害を有する者を含む）へのフォーマルな長期介護の必要性の増大などが影響している[5]。

体制整備にあたっては、LTC を扱う行政レベルの複雑さや提供システムの構造、多様な権利関係、資金提供のレベルなど、各国の文化的・政治的・社会経済的な背景や傾向に依存する部分があり、発展の仕方は多様である。しかし、LTC の根底にある基準や原則は、多様性の枠を超えて普遍的なものでなければならな

いと考えられている[6]。また、LTC は、さまざまなサービス提供者、供給源の種類、レベルにまたがっているため、その質を定義、測定、評価することは、政策策定者、サービス利用者や提供者のすべてが共通して関心を持っている領域であると言える[4]。

そこで、本稿では、まず、ASEAN における介護の質指標を開発するため、文献調査によってあらかじめ抽出した 7 領域の評価指標について、東南アジア 5 か国（カンボジア、タイ、フィリピン、マレーシア、ミャンマー）のステークホルダーにインタビューを実施し、LTC の現状やその質に関する認識を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 介護の質評価指標の開発

2017 年にマニラで開催された第 3 回 ASEAN-日本アクティブ・エイジング地域会議（3rd ASEAN-Japan Active Ageing Regional Conference）を経て、ASEAN における高齢化の指標となりうる「ASEAN-JAPAN Healthy & Active Ageing Index (HAAI)」が提唱された。そこで、これまでに提案され、利用されてきたアクティブ・エイジングに関する研究や指標 [European Active Ageing Index (UNECE/EU 2019), Asian Active Ageing Index (Zaidi and Um 2019a, Zaidi and Um 2019b), New Global AgeWatch Index (HelpAge International 2015)]、および、国連による「健康な高齢化の 10 年」(UN Decade of Healthy Ageing) の概念や枠組み、「持続可能な開発目標」(UN Sustainable Development Goals) の概念や枠組みを参照し、これらの指標などの開発担当者と議論した上で、6 領域 43 指標からなる改訂版 ASEAN-JAPAN HAAI が開発された[7]。本研究での指標開発に

当たっては、この改訂版 ASEAN-JAPAN HAAI、および、WHO によって開発された LTC・システム強化のための主要なアクション・ポイントのチェックリスト項目を参考にした [6]。更に、指標の領域については、Cochrane データベースの systematic reviews より、“Long-term care” “older” “quality” の検索キーワードおよび Mesh 機能を用いて抽出された 14 件のレビュー論文のうち、本研究に関わる 9 件のレビューを参考にした。その後、東南アジア諸国の社会的背景などから重要と思われるポイントを高齢者研究の専門家らと議論し、指標項目を抽出した。

これらの過程を経て抽出されたのは、①LCT リソースとアクセス、②利用者・介護者の QOL (Quality of Life)、③サービスの統合、④認知症ケア、⑤ ICT (Information & communication technology)、⑥リハビリテーション、⑦介護予防・その他、の 7 領域となった。

## 2. 対象 5 か国の高齢者介護に関連したステークホルダーへのインタビュー

2023 年 11 月から 2024 年 2 月にかけて、各国それぞれ約 1 週間で、保健省、社会省および高齢者福祉に関連する省、高齢者支援を専門とする国際 NPO(Non Profit Organization)、高齢者医療を提供する医療機関・施設、高齢者の医療・介護を専門とする研究者など、各国の高齢者医療・介護・福祉の関係者に対して、上記の 7 領域の現状について、インタビューを実施し、回答を得た。

### <調査協力機関>

タイ：Ministry of Social Development and Human Security, Department of Older Person, Ministry of Health National Health Security Office, Bang Pa-in hospital, Siriraj Hospital

カンボジア：Ministry of Health, Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation, HelpAge (Phnom Penh site), Calmette hospital, Physiocam clinic, National Physical Rehabilitation Centre, Phnom Penh

マレーシア：Department of Public Health Medicine, Faculty of Medicine, The National University of Malaysia; Batang Padang District Health Office (DHO) in Tapah, Perak state; Muallim District Health Office (DHO), Perak state; Muallim District Office (DO), Perak state; Elderly Pondok Institution; Pusat Aktiviti Warga Emas (PAWE); and Docmove Homecare Centre

ミャンマー：University of Medicine 1 Yangon; HelpAge International Myanmar; Japan International Cooperation Agency, Myanmar office; The World Bank, Yangon; “See-Zar-Yeik” East dagon, Yangon, Myanmar; PATH; Yangon General Hospital; and University of Public Health

フィリピン：PhilHealth Insurance Corporation, Ministry of Health, National Commission for Senior Citizens (NCSC), UP Population Institute (Prof. Grace T Cruz), NPO: CHEERS & Global Village Care Centre (Quezon City)

### <倫理的配慮>

本年度の研究は個人が特定される情報を収集するものではないが、インタビューを受ける人に対して、事前に本研究の趣旨について文書で説明し、同意を得た上で実施した。

## C. 研究結果

以下は、各国の基礎情報(表 1)および介護の質に関する 7 領域(①LCT リソー

スやアクセス、②利用者・介護者の QOL、③サービスの統合、④認知症ケア、⑤ICT、⑥リハビリテーション、⑦介護予防・その他)についての国ごとの結果である。

## 1. 各国の基礎情報 (表1)

対象国中、人口規模は 1,000 万人台のカンボジアから 1 億人を超えるフィリピンまで、幅があった (表1)。タイ、マレーシアは出生時平均余命がその他の国より長く、65 歳以上の高齢者割合が高い傾向にあった。特にタイは、65 歳以上の高齢者割合が 15.2%となっており、5 か国中では唯一、10%を超えていた。また、両国(タイ、マレーシア)は 1 人当たり GDP が高く、その他の国より高かった。

### 1) カンボジア

#### ①LCT リソースとアクセス

国家高齢化政策 2017-2030 に基づき、保健省ならびに社会省高齢者福祉局が主として政策を策定・実施してきたが、LTC に関わる計画は未実施であり、LCT のシステムとして確立されたものはない。現在、非感染症疾患、高齢化、リハビリテーションを包括したプログラムが国家政策に位置付けられている。LTC について社会省高齢者福祉局との連携の下で高齢者協会 (Older People Association, OPA) が積極的に活動をしており、UNDP (United Nations Development Programme) の支援を受けて、国立高齢者ケアセンターで、地方政府 (26 州) 職員向けに介護人材のトレーニングを実施している。高齢者への接し方、トイレ、食事、入浴、移乗の介助についての研修を 2 日から 5 日間で実施している。Help Age International (HelpAge) などの NPO の支援も受けている。保健省の下では WHO の支援を受けながら ICOPE (Integrated Care for Older People) プロジェクトを 3 つのパ

イロット州で 2022 年から開始し、ヘルスセンターの看護師等を対象とした研修を実施している。ICOPE の 6 領域に、カンボジアで独自に口腔機能を加えている。

高齢者ケアに関して、サービスとしての介護は始められる段階ではなく、介護必要度の評価や施設介護サービスも整備されていない。文化的価値観に基づき、家族ケア、コミュニティケア (寺など含む) が行われている。“介護”という概念が社会で認識されていない。

ヘルスチェックなどの公費負担はないが、Equity card という医療の公費補助が受けられるカードが存在する。これは、①妊産婦と 2 歳以下の子ども、②障害を有する者、高齢者が対象となっている。しかし、必要書類の準備や事務手続きの煩雑さ等により、カードを入手できていないことがほとんどである。またカード申請には、長期間の審査を必要とする。貧困層を対象とした支援制度があり、その中で年 3 回の医療支援を受ける機会があるが、子に収入がある場合、世帯が異なっても制度の対象にはならない。

カンボジアには、多くの援助団体や NPO が活動しており、例えば HelpAge によって高齢者の地域活動を支えるための支援があり、交流の機会、運動や他の活動の機会が提供されている。HelpAge 職員ならびに OPA の担当者 (地域の高齢者) が運営に携わっている。

#### ②利用者・介護者の QOL

不明。

#### ③サービスの統合

脆弱層の支援の必要性は行政において認識されているが、LTC の定義はこれから形成する段階である。現在は、被雇用労働者を対象とした医療、労災、年金に関しての国家社会保障基金 (The National

Social Security Fund, NSSF; カバー率 15%) と貧困層を対象とした医療に関しての健康公正基金 (The Health Equity Fund, HEF; カバー率 15%) といった 2 つの社会保障制度が存在している。NSSF は労働省が管轄していたものが独立して、インフォーマルセクターの被雇用者も対象に含まれるようになったが、60 歳以上が対象となっており、加入は自由意思に基づいている。基本的には、高齢者がカバーされていない状況である。

障害者 ID カードは高齢者も申請が可能となっており、認められれば要介護高齢者として定められたサービスを受けることができるが、医療へのアクセスさえ不十分な状況であり、介護サービスを期待できる状況ではない。

#### ④認知症ケア

認知症は保健省の管轄となっている。障害として認められてはいるが、社会的問題とは認識されておらず、家族によるホームケアが基本とされている。

#### ⑤ICT

遠隔医療 (telemedicine) のシステム導入が検討初期段階にあり、これを LCT のガイドラインに盛り込むことも検討されている。

健康情報システム (Health Information System, HIS) は公的機関ではヘルスセンター (Health Centre, HC) レベルまで導入されており、Web を介して疾患ベースの年次レポートが中央政府に提出されるが、対象は非感染症疾患 (Non-communicable diseases, NCDs) などに限定されており、データの妥当性・信頼性において課題がある。また、現在、裕福層に限らず、多くの高齢者がスマートフォンを所持・利用しており、情報入手の手段として活用が期待される。

#### ⑥リハビリテーション

2017 年にリハビリテーションの所管が社会問題・退役軍人・青少年リハビリテーション省 (Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation, MoSVY) の障害局 (Department of Disability) から保健省に移管された。

理学療法士 (Physical Therapist, PT) と義肢装具士 (Physical Orthotist, PO) が国内で養成されている。リハビリテーション看護師の訓練もあるが、リハビリテーション医師は存在しない。PT, PO の養成は大学学部レベルであり、資格制度は存在しておらず、卒業することで PT, PO として勤めることができる。

リハビリテーションの対象は、脳梗塞等の脳血管疾患、腰痛を始めとする筋骨格系の疾患や、小児においては脳性麻痺やポリオなどがあり、NSSF および HEF で提供されるサービスに含まれている。しかし、専門職の不足やシステムの未整備により、十分には提供されていない。プノンペンにある国立病院にはプノンペン以外の地域からもリハビリテーションを希望する患者が受診する。各地域の公立病院においては、PT を有さない病院もあり、地域に戻った後、リハビリテーションを受けられるとは限らない。PT は主に病院やリハビリテーションセンターで訓練等を実施し、PO は主にリハビリテーションセンターに勤務し、車椅子や義肢・装具の製造、提供を行っている。高齢者への車椅子の提供もある。リハビリテーションを提供する民間の病院やクリニックもあるが、公的保険の対象外で主に富裕層が対象である。高齢者へのリハビリテーションの必要性・重要性は社会において十分認識されていない可能性がある。

#### ⑦介護予防・その他

不明。

## 2) タイ

### ①LCT リソースとアクセス

主に、保健省ならびに社会開発・人間安全保障省の高齢者事業局が高齢者関連のガバナンスを行っている。高齢者に関する国家計画があり、現在はフェーズ 3 となっている（フェーズ 1:1982-2001; フェーズ 2:2002-2022）。LTC ファンドが設けられ、公的サービスとして在宅介護が受けられる。公的には自宅での在宅介護を中心とした政策が進められているが、富裕層向けの民間の施設介護サービスもある。

高齢者ケアに特化した「地域ケアボランティア」は 18 時間の基礎トレーニングのコースを受講することで養成されている。更に 70 時間の中級コース、420 時間の上級コースがある。現在、約 6 万人の訓練を受けたケアボランティアが地域に存在する。基礎トレーニングでは、食事の提供、福祉、応急措置等について学ぶ。実際にケアに従事するボランティアには 6000 バーツ/年が支払われる。

### ②利用者・介護者の QOL

上記のボランティア養成のためのトレーニングには、自身のコンディショニング（ストレスマネジメントなど）も含まれている。介護者の負担・負荷については Thai Health Foundation が、Zarit 介護負担尺度を用いてフォローアップ調査を実施している。

2022 年には、"A study of empowerment satisfaction of care giver taking care of dependent person under long term care managed by Local Government Authority and service unit(地方自治体およびサービス機関で要介護の被扶養者を介護する人のエンパワメント満足度に関する研究)" が公表され、介護者の報酬、地方自治体による介護者雇用、離職防止、介護者の活動

の必需品などについて言及されている。

### ③サービスの統合

プライマリケアにおける高齢者ケアについて、高齢者法 (Act on the Elderly, B.E. 2546: 2003, A.D. section 11) に規定されている。予算確保、医療・ヘルスケアへのアクセスの確保、介護が必要な高齢者へのスタッフの配置や施設（ヘルスプロモーション病院、公立病院など）の整備を行っている。また、12 の県に高齢者社会福祉開発センター (Social Welfare Development Centers for Older Persons, SWDCOP) が設置されており、予防（健診）、治療、身体的・精神的健康増進（活動の提供）、栄養、リハビリテーション等の包括的なサービスが提供されている。

タイでは高齢者ケア政策としてコミュニティケアを進めており、LTC に関して地域のボランティアが在宅での見守りなどを支えている。急性期、亜急性期を経た後のフェーズに当たる地域でのケアが LTC に該当する。後述のファンドを資金としており、それぞれに適応基準が定められている。

資金については、地域医療保障基金 (Local Health Security Fund、LHF) の中に 1) コミュニティ健康安全基金 (Community Health Security Fund)(2006～)、2) LTC 基金 (2016～)、3) 州リハビリテーション基金 (Provincial Rehabilitation Fund: 2011～。マッピングファンド) がある。LTC 基金は非自立の高齢者 (Barthel Index が 11 点以下) が対象となる。州リハビリテーション基金は高齢者だけでなく、障害、亜急性期患者、要介護者のうち基準を満たす者が対象となる。基金ソースは国民皆保険制度となっており、LTC 基金、州リハビリテーション基金が保管している。一人当たり 6000 バーツ/年がサービス提供に対して LTC に支払われる。



そして、LTC は既存の国民皆保険である 1)ユニバーサルカバレッジスキーム (Universal Coverage Scheme, UCS・日本の国民健康保険制度に相当)、2)企業の従業員向け保険、3)公務員向け保険でカバーされる。保険により給付サービスは異なっている。

#### ④認知症ケア

認知症は、内科、精神科が診ることになっている。一般に認識はされているが、社会問題化に至っていない。国は、発症予防・認知機能低下予防を含む質の高いケアのシステムを構築中である。例えば、認知症の評価とスクリーニング、研修会を通した認知症予防・ケアのための能力開発、認知症予防のための活動(メンタルケア、ADL、環境調整、身体活動)に取り組んでいる。しかし、アセスメント方法の検討等が課題となっている。

#### ⑤ICT

健診セット、健診機器、歩行マシン、歩行器、脳リハビリテーション、リフター、GSP (Global Positioning System) トラッカー、センサー、Nirun システム\*などの活用を進めている。

\*Nirun システム:高齢者介護施設向けのスマート健康管理システムで、介護の負担を軽減し、高齢者がより良い医療サービスを受けられるように設計されており、健康状態の改善につながる。

#### ⑥リハビリテーション

自国内で PT, OT, ST 等が養成されている。他国と同様、PT 数が最も多い。リハビリテーションの資金に関しては、UCS 下での適応で支払われるものと、州リハビリテーションファンドで提供されるものがある。急性期や中間ケアにおけるリハビリテーションが全国的に導入さ

れている。また、高齢者事業局管轄でリハビリテーションセンターが全県に創設され、ここではリハビリテーション(広義)として、1)生活困窮者への経済的支援、2)住環境整備のための支援、3)PT 等リハビリテーション専門職や訓練された従事者によるリハビリテーションの提供を実施している。

UCS 下で提供されるリハビリテーションは、1)PT, OT, ST により提供される、特定の疾患(脳卒中、脳外傷、脊髄損傷、股関節骨折)に対する集中的な中間ケア(最大6か月)、2)身体障害ならびに移動能力障害を有する者に対する自立訓練、3)視覚障害者に対するオリエンテーションと移動訓練である。その他にも、他の疾患への理学療法、作業療法、言語療法や福祉機器の支給がある。

Provincial Rehabilitation Fund[州行政組織 Local Administrative Organization, LAOs) がマネジメント]は、マッチングファンドであり、2022 年時点で 58 の県で導入されている。適応基準が明確で、障害、高齢、亜急性期患者、要介護者で、バーセルインデックス (Barthel Index, BI) スコア 15 点以下が中間ケア (intermediate care) 導入の基準となっている。病院でのリハビリテーションの待機時間等を解消し、リハビリテーションへのアクセスを確保するために創設された。UCS 下のサービスとして)、1)家または地域での理学療法、作業療法、2)視覚障害者へのオリエンテーションと移動訓練、3)要介護者への自立生活のための環境調整、4)福祉用具(車椅子、ウォーカー、杖など9アイテム)、5)大人用オムツの支給がある。

#### ⑦介護予防・その他

29,359 か所の高齢者クラブと 2,456 か所の高齢者学校がある(2023 年 12 月時点)。高齢者学校では、アクティブ・エイ

ジングに関する教育的なプログラムもある。内容は地域によって様々であるが、栄養、予防、医療、認知症、お金・貯金、安全な生活、適切な住居、終活、などである。メディアリテラシーの講義や、身体活動を行っているところもある。

### 3) フィリピン

#### ①LCT リソースとアクセス

正式な公的 LTC はなく家族、親族、自己負担による看護師からのケアがほとんどとなっている。一方、民間の LTC は施設ケアも在宅ケアも充実している。

PhilHealth (Philippine-Health Insurance Corporation) による医療保険は 60 歳以上高齢者の 98% が加入している。

LTC の施設について、社会福祉開発省 (Department of Social Welfare and Development) の統計 (2019 年) によると、33 の老人ホームのうち、政府所有施設が 4、教会主導の在宅介護施設を含む公認の非政府組織 (No-governmental Organization, NGO) や民間施設が 29 となっている。

保健省 (Department of Health, DOH) は、特定の病院内に高齢者保健施設を設置し、高齢者保健センターの医療・看護スタッフの能力開発の資金を割り当てている。患者一人当たりの年間平均費用は、ナーシングホームで 984,918 フィリピンペソ (約 261 万円、2024 年 3 月時点レート)、介護施設で 504,918 フィリピンペソ (約 134 万円) となっている。

在宅ケアについては、正式な制度はなく、政府による優遇措置として、月額 500 フィリピンペソ (約 1,300 円) が支給される仕組みがあるのみとなっている。ショートステイは、民間でのみ存在し、デイケアセンターはセブ島で導入予定となっている。訪問サービスについては、PhilHealth によって、医療や緩和ケアの

一環として提供されている。

公的なサービスで、アシスタント・メディカル・オフィサーが無料または有料で訪問する制度が存在する。その他民間による地方の介護施設例では、短期介護サービスの 1 つとして脳卒中患者のリハビリテーションを行っているところや、外国人高齢者の緩和ケアを提供している施設もある。

介護人材の平均給与額は午前 7 時から午後 7 時までの勤務で、民間の介護士は 1,000 フィリピンペソ (約 2,650 円)、理学療法士は 1,100 フィリピンペソ (約 3,000 円)、看護師が 1,500 フィリピンペソ (約 4,000 円)、医師は 5,500 フィリピンペソ (約 15,000 円) が平均日給となる。

主な介護人材としては、医師 / 老年病専門医 / 臨床神経科専門医 (特に認知症専門医)、看護師、看護助手、介護者 (インフォーマル介護者 / 有償介護者)、家族となっているが、ケアを提供するのは配偶者が最も多いといった報告がある (LSAHP 調査)。男性の約 10 人に 6 人が配偶者を主な介護者としているが、女性は約 38% が娘を主な介護者としている。ただし、未だに介護期間、疾患などによって定義された LTC の具体的な定義は存在しない。

#### ②利用者・介護者の QOL

利用者、介護者の QOL の調査は存在している [Longitudinal Study of Ageing and Health in the Philippines (LSAHP)] [8]。主観的健康感、診断結果、口腔機能、睡眠、痛み、転倒、失禁、抑うつ状態、健康リスク行動 (喫煙、飲酒)、ADL (Activities of Daily Living、日常生活活動)、IADL (Instrumental Activities of Daily Living、手段的日常生活活動)、孤独感、社会的孤立感、生活満足度、認知機能低下などのデータがある。

### ③サービスの統合

LTC の定義は、利用者や施設によって異なっており、正式なものは存在しない。高齢者が、急性期医療サービスを受けた後のフォローアップサービスもほとんど存在しない。

政府は、高齢者の貧困を抑制するための社会保護プログラムを開始している。このプログラムには、PhilHealth の適用と、困窮している高齢者に毎月 500 フィリピンペソ（約 1300 円）の年金を支給することが含まれている。2018 年には戦争退役軍人の年金が増額されたり、2016 年百寿者法では、百寿者には少なくとも 100,000 フィリピンペソ（約 27 万円）の現金が贈られることになった。

PhilHealth がプライマリヘルスケアと連携している。しかし、正式なコミュニティ・ボランティアはいない。家族、親族、有償介護者などが高齢者のケアをするのが基本となっている。LTC を提供するのには、男性高齢者では配偶者と娘、女性高齢者では娘が最も多くなっており、認知症になったり、寝たきりになったり、体が不自由になったりした場合、誰から介護を受けたいかという質問に対しては、娘、配偶者、息子を挙げる高齢者が最も多かった。フィリピンでは LTC の提供は依然として家族の女性の責任という文化が残っている。

### ④認知症ケア

認知症にやさしい街などの普及啓発の取り組みは存在している。また認知症に特化した外来施設を持つ私立の 3 次医療施設が 1 施設、私立の介護施設が 1 施設存在しているが、専門医や作業療法士の数が少ない。学会組織などが認知症患者への特定ケアを推進している。

### ⑤ICT

一部の民間医療機関では、PHR(Personal Health Record)や健康状態のモニタリングなどのために、高齢者だけでなく、亜急性期や慢性期の患者をケアするために ICT 化を積極的に推進している。しかし、ロボットや機械はまだ導入されていない。現時点では ICT 化に関する正式な規制がない。

高齢者の IT（Information and Technology）利用率は低く、高齢者の 10 人に 3 人が携帯電話、3%がタブレット、1%がノートパソコンを所有しているとされる。利用用途は友人や家族との電話（94%）、チャットやメッセージ（22%）、音声通話やビデオ通話（18%）、電子メールの送受信（18%）、映画やテレビの視聴や音楽の鑑賞（16%）などとなっている。

### ⑥リハビリテーション

PT, OT 等が自国で養成されており、PT はある程度の人数を有す（理学療法士の数 33,710 人登録、2021 年 11 月 21 日時点）が、ほとんどが民間病院でのサービス提供となっている。リハビリテーションは PhilHealth によって脳血管疾患や障害もある程度のカバーはされているが、十分ではない。リハビリテーションの対象者は、主として脳血管障害の急性期である。

### ⑦介護予防・その他

2018 LSAHP はフィリピンで実施された初の全国代表的高齢化縦断研究である（2 回目調査中、2024 年 2 月現在）。また、高齢者の権利を保障する包括的な法律として、2010 年に拡大高齢者法というものが存在しており、医薬品、食料品、その他の支出項目の購入に 20%の割引が適用され、さらに付加価値税（value-added tax, VAT）の支払いも免除される。2017

年に TRAIN(Tax Reform for Acceleration and Inclusion)法が制定され、2019 年 1 月より高齢者に最も多い 3 つの疾患である糖尿病、高コレステロール、高血圧の治療薬に対する VAT の免除が拡大されている。国民皆保険法でも、高齢者を含む全てのフィリピン人に対して、良質で安価な医療サービスへの公平なアクセスを保証することとなっており、地方であっても、無料診察や検査が受けられる PhilHealth の保険に加入することができる。高齢者の栄養を維持するための制度も存在している。

#### 4. マレーシア

##### ①LCT リソースとアクセス

国の the National Policy for Older Persons, 2011 に基づき、在宅、ショートステイ、デイケアサービス、訪問サービス、オンライン診療といったサービスが存在している。LTC については施設介護（看護ケアを提供する病院への入院、老人ホーム）、地域ケア（デイケアやホスピス）、インフォーマルケア（訪問看護師、PT、医師のサポートを受けながら家族や友人による在宅ケア）がある。

LTC サービスは、医師、看護師、看護助手、介護士、ボランティアなどが担っている。介護者への支援とサービス適用を目的に 2012 年に全国介護者協会（the National Association of Caregivers）が設立された。同協会では、介護者と被介護者である高齢者双方の幸福の向上を目的に、研修、教育、カウンセリングなどのサービスを提供している。政府は高齢者の介護を担う、低所得の介護者には経済的支援を提供している。

公的施設でLTCを受ける人というのは、60 歳以上、ADL が自立し、感染症等の伝染性の疾患に罹患していない、住む場所と身寄りがない、収入がないといった条

件を満たす人が利用できる。一方、民間施設は、原則的に LTC を必要としていて、料金を支払うことができれば利用することができ、サービスの内容や料金は施設により異なる。

##### ②利用者・介護者の QOL

National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2018 等の全国調査により、高齢者全般の状況を評価している。

##### ③サービスの統合

LTC の財源は、国民年金、従業員積立基金（employees Provident Fund, EPF）、民間保険となっているが、政府は低所得の高齢者に対しては、経済的支援を提供している。

急性期医療サービスを受けた病院を退院後は、基本的には高齢者介護施設に送られることもあるが、自分の身の回りのことができず、自宅で生活できない程度まで ADL が低下していて、自宅にケアをする人がいない場合、退院できる程度に回復するまで入院することもある。医療は要さないが、生活上のサポートを要する高齢者は、介護士や家事ヘルパーからケアを受けて、自宅で生活している。それができない場合は、民間の居宅施設利用することもある。公立の居宅施設は、親族や身寄りがない等の基準を満たす場合にのみ利用することができる。経済的な理由でケアをする余裕がない場合は、政府が金銭的に援助し、高齢者のケアをサポートする。

##### ④認知症ケア

認知症は基本的には臨床的な評価（患者や介護者からの病歴聴取、身体、認知、精神状態、機能の評価）によって診断される。保健省は、認知症国家行動計画 2021 – 2030 （ National Action Plan for

Dementia 2021-2030) を開始している。

#### ⑤ICT

介護ロボットやセンサー技術の利活用は、まだ一般的ではない。しかし、パイロットプロジェクトや研究プロジェクトとして導入する民間企業や大学の取り組みはある。

#### ⑥リハビリテーション

国内で養成しているリハビリテーション専門職は、老年リハビリテーション専門医、理学療法士があり、脳卒中、骨折治療後、外科手術後などがリハビリテーションの対象者とされる。

#### ⑦介護予防・その他

高齢者へのヘルスプロモーションとして、認知症/アルツハイマー病スクリーニング、徴候症状などに関する健康教育がなされている。しかし、特定の健康教育プログラムは公的に提供されているわけではない。機能低下時の早期スクリーニングとして、高齢者検診プログラム (The Senior Health Screening Program, EHSP) が提供されており、その主な目的は、慢性疾患の早期診断と治療促進となっている。高齢者への偏見・差別についての法整備はまだなされていない。また栄養関連の取り組みについては、高齢者を対象としたものはないが、「マレーシアの栄養に関する国家行動計画Ⅲ2016-2025」に組み込まれている。

### 6. ミャンマー

#### ①LCT リソースとアクセス

高齢者居宅施設 "Home for Age"、ショートステイ、デイケアサービスが存在する。"Home for Age"は、地域コミュニティが運営している場合がほとんどで、地域の寄附によって成り立っている。民間施

設は様々あり、利用料も一定ではない。施設運営について、政府からの補助はない。デイケアサービスは社会福祉省によるもので、ヤンゴンに1施設あるのみである。訪問系のサービスは原則的に存在せず、家族や地域で高齢者のケアを担っているのが現状である。LTC を担う人材は、医師、看護師、看護助手、介護士、ボランティア、家族である。LTC を受けられるのは、70 歳以上、大きな疾患をもっていない、身寄りがなく介護者のサポートがないといった条件を満たす場合である。

#### ②利用者・介護者の QOL

Population and Housing Census 2014 (国勢調査) や高齢者の Disability の評価も含んでいる Inter-censal Survey 2019 があるが、全国的に高齢のケア利用者・介護者の QOL を評価した調査は存在しない。JAGES in Myanmar 2018 ではヤンゴン地域とバゴー地域に限られるが、地域高齢者の包括的な縦断評価を行っている。

#### ③サービスの統合

LTC の財源については不明。

急性期医療サービスを受けた病院を退院後は、原則的に自宅退院する。家族からのサポートが受けられない場合や家がない場合、地域コミュニティや民間の居宅施設が受け皿となる。医療は要さないが、サポートを要する高齢者は、家族や親族が家でケアをするのが原則であるが、身寄りがいない場合は地域の施設で生活する。

#### ④認知症ケア

認知症予防の政策は存在しておらず、認知症に特化した病院は未だない。神経科医や老年科医が患者を診察している。診断方法には、認知機能検査と IADL 検査が用いられる。必要に応じて、認知症行動・心理症状の診断 (Behavioral and

Psychological Symptoms of Dementia, BPSD) を行うこともある。

#### ⑤ICT

介護ロボットやセンサー技術の利活用はない。

#### ⑥リハビリテーション

国内で養成しているリハビリテーション専門職としては、PT がいる。リハビリテーションサービスは都市の病院や地域の拠点病院で提供されている。リウマチ科、整形外科、神経内科にかかる患者がリハビリテーションの対象である。

#### ⑦介護予防・その他

介護予防のためのスクリーニングツール（ICOPE や米国の簡易版高齢者スクリーニング）は医療現場では使用されていない。

高齢者への偏見・差別への対策として、社会福祉省の高齢者に対する偏見を抑制する法律が存在する。また栄養関連の取組みについては、高齢者の栄養を維持するシステムも存在する。

### D. 考察

#### ●LTC 提供体制

LTC 提供体制の整備状況は各国で異なっていることが推察された。各国の基礎情報から、65 歳以上の高齢者割合および経済水準が比較的高いタイやマレーシアは、高齢化に対する国家計画や法律などで高齢者ケアに対する規程がされているなど、包括的な LTC の提供体制が公的にも整備されつつあった。一方、フィリピン、カンボジア、ミャンマーは公的な LTC はほとんど確立されていなかった。この要因として、3 か国は高齢化が進行しているとはいえ、65 歳以上高齢者割合は 5～6% 台であり、高齢化に対するイメージや危

機感を持ちづらい状況にある可能性が考えられた。更に、これらの 3 か国は経済水準が低く、LTC に費やすハード面およびソフト面のインフラを整備する余裕がないことも影響していると思われる。ただし、フィリピンは 98% もの高齢者が加入する公的医療保険は存在していた。更に、民間サービスについては施設も在宅サービスもかなり充実しており、介護という概念がまだ社会的に認識されていないカンボジア、ミャンマーに比べると、進んでいると言えるだろう。

#### ●在宅サービスが中心

各国とも、基本的には在宅サービスが中心であることが推察された。ただし、在宅での公的サービスが充実しているかどうかの違いがあった。それは上記の LTC サービス提供体制の進展状況とほぼ比例しているように思われたが、いずれの国においても、在宅ケアの中心にあるのは、地域や家族によるケアであると考えられた。各国、民間の在宅サービスは存在しているが、多くが富裕層向けとなっており、LTC を必要とするすべての高齢者がサービス享受できている状況ではない。核家族化、出生率の低下、若年者の進学率の上昇、就労などによる大都市への人口流出などにより、家族や親類の在宅ケアを担える若者が減少し、家族介護システムが弱体化しつつある各国で、今後、公的な施設サービスと共に、公的な在宅サービスを充実させていくことも、必要であると考えられた。

#### ●認知症の社会的認識

各国で認知症はあまり認識されていない状況であり、社会的問題とはなっていない。認知症高齢者も基本的には地域や在宅でケアしていることが窺えた。

## ●ICT や IT 利活用

各国 LTC に関しての ICT 利活用はなされていないか、途上の段階であった。LTC に特化したシステム導入を開始しているのはタイのみであったが、ICT の導入を試みても、特に地方のデータの信頼性が担保されていないといった課題もあった。一方、国としては ICT の活用が進んでいなくても、一部の民間医療機関が LTC に関わる ICT を推進しているケースはあった。これらがどの程度の期間を経て、国全体をカバーできるようになるかはわからない。

また、現在の高齢者のスマートフォン普及状況などを今後活用しようとする国（カンボジア）もあれば、高齢者で IT 関連の利用が低いとする国（フィリピン）もあり、国によって、今後の LTC における ICT や IT 利活用の展開方法も異なってくる可能性もあると考えられる。

## ●リハビリテーションサービス

リハビリテーションサービスについても、タイにおいて高齢化に関連して体制が充実してきた様子はみられるものの、対象を高齢者に特化して設定されたものは各国で存在していなかった。筋骨格系、神経系患者の取り扱いの延長線上に高齢者へのサービスがあるといったのが現状ではあった。一方、リハビリテーションの重要性は程度の違いはあるものの各国が認識しており、専門職の人材育成の推進はされていた。ただし、どの国も人材が十分とは言えず、リハビリテーション専門医師を始め、いくつかの専門職が存在していない国があった。また、リハビリテーションは継続的に受ける必要がある場合が多いが、特に地方においては、リハビリテーションを受けるためのアクセスにも課題を残していることが明らかとなった。

## <本研究の限界>

本研究は、各国の LTC に関わるステークホルダー数名へのインタビューの結果であり、いずれの国でも介護の質に関する 7 領域を尋ねたものの、ステークホルダーが多様であり、必ずしも同様の角度から回答を得られたわけではない。よって各国で領域ごとに得られた情報には偏りがある可能性があり、各国の現状を一概に比較をすることはできなかった。そのため、本研究では、インタビューで得られた情報の中で、比較可能と考えられたものをピックアップし、各国の基礎情報に基づいて、各国の状況を検証するに留まっている。また、国の情勢によっては、ステークホルダーへのコンタクトが困難であったり、情報の開示ができないなどの理由で、求める情報を得られないといった場合もあった。そのため、本研究は、各国の介護の質の現状のすべてを網羅できたわけではない。そのような状況ではあったが、本研究により、これまで評価されてこなかった東南アジア諸国の介護の質の現状を評価し、課題抽出の手がかりを掴めたと考えられ、本研究の目的は達成されたと考える。

## E.結論

LTC 提供体制状況は 5 か国で異なっており、各国の経済基盤や 65 歳以上の高齢者割合が影響している可能性が考えられた。一方で、家族を中心とした在宅ケアが中心に置かれている傾向、認知症への認識、ICT などの利活用、リハビリテーションサービスについては、進展の度合いの違いはあるが、いずれの国も途上であり、LTC サービスが、必要とするすべての高齢者に行き届くサービスとなるには多くの課題があることが明らかとなった。

## F.引用文献

1. Demographic Changes in Asia and the Pacific. The Economic and Social Commission for Asia and the Pacific; 2024 [cited 2024 April 3]; Available from: <https://www.population-trends-asiapacific.org/data/sea>.
2. The Road to Better Long-Term Care in Asia and the Pacific: Building Systems of Care and Support for Older Persons. Asian Development Bank; 2022 [cited 2024 April 3]; Available from: <https://www.adb.org/publications/better-long-term-care-asia-pacific>.
3. World report on ageing and health. World Health Organization; 2015 [cited 2024 April 3]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>.
4. 筒井孝子. ケアの質評価: 国際的な到達点と日本の今後 (特集 ケアの社会政策). 社会保障研究. 2016;1(1):p.129-p.47.
5. Feng Z. Global Convergence: Aging and Long-Term Care Policy Challenges in the Developing World. Journal of aging & social policy. 2019 Jul-Sep;31(4):291-7.
6. Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care. World Health Organization; 2021 [cited 2024 April 3]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038844>.
7. Revised ASEAN-JAPAN Healthy & Active Ageing Index (Revised HAAI) and Policy Guide for its Application. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan; 2022 [cited 2024 April 3]; Available from: <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/161509>.

8. ERIA DRaDF. Ageing and Health in The Philippines. Grace T. Cruz CJPC, Yasuhiko Saito, editor 2019.

## G.研究発表

学会発表

なし

論文発表

なし

## H.知的財産権の出願・登録状況



表 1. 対象国および日本（参考）の基礎情報

|                               | カンボジア      | タイ         | フィリピン       | マレーシア      | ミャンマー      | 日本（参考）      |
|-------------------------------|------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|
| 人口(2022 年)                    | 16,767,842 | 71,690,030 | 115,559,009 | 33,938,221 | 54,179,306 | 125,124,989 |
| 出生時平均余命（2021 年）               | 70         | 79         | 69          | 75         | 66         | 84          |
| 合計特殊出生率（2021 年）               | 2.3        | 2.3        | 2.7         | 1.8        | 2.2        | 1.3         |
| 65 歳以上高齢者割合(2022 年)           | 5.8        | 15.2       | 5.4         | 7.5        | 6.8        | 29.9        |
| GDP per capita (US\$)(2022 年) | 1,759      | 6,910      | 3,499       | 11,993     | 1,149      | 34,017      |

Source: The World Bank <https://data.worldbank.org/>

厚生労働科学研究費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
「ASEAN 等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発と  
実証に資する研究」  
令和 5 年度 分担報告書

ASEAN 諸国における高齢者における歯・口腔の健康格差と介護予防

研究分担者 三浦 宏子 北海道医療大学歯学部 保健衛生学分野 教授  
研究分担者 山口 佳小里 国立保健医療科学院 医療福祉サービス研究部 主任研究官  
研究代表者 児玉 知子 国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 上席主任研究官

**研究要旨：**

【目的】高齢期における歯・口腔の健康状態は全身の健康と密接に関連することが報告されており、歯科保健プログラムは高齢期の介護予防に大きな影響を与えると考えられる。本研究では、ASEAN 諸国での中高年に対する歯・口腔に関する課題を可視化したうえで、高齢者介護サービスの質向上のための評価指標に組み入れるべき歯科指標について検討する。

【方法】ASEAN 諸国での歯・口腔の健康格差を把握するために、二次資料および二次データを用いた数値解析を行った。中高年の歯・口腔の健康状態に関する 6 項目のデータは WHO The Global Health Observatory から抽出した。アジア諸国における ASEAN 各国の歯科関連項目の国家間比較を可視化するために z スコアを用いた。併せて、高齢期の歯の喪失状況がフレイルに与える影響についてシステマティックレビューを行った。

【結果】WHO The Global Health Observatory から抽出した 2 次データについては項目ごとに z スコアを求めたところ、3 つのタイプ（①重度歯周病有病率が高い、②無歯顎者率が高い、③どちらも低い）に分類された。歯の喪失状況がフレイルに与える影響をシステマティックレビューで調べたところ、17 件の研究（横断研究 14 件、コホート研究 4 件）が抽出された。レビューの結果、ほとんどの研究で歯の喪失状況とフレイルとの間に有意な関連性を報告していた。

【考察・結論】二次データを用いてアジア諸国の歯科保健指標に関する ASEAN での国家間比較を行ったところ 3 つに類型化でき、その特色を可視化できた。また、フレイルと歯の喪失状況との関連性についてシステマティックレビューによって検証したところ、両者間で明らかな関連性が示された。歯の喪失状況をはじめとする歯科口腔保健状態を把握することは、フレイル対策や介護予防対策に寄与することが示唆された。

**D. 研究目的**

加齢による生理的老化や歯科疾患による病的老化の進展により、歯の喪失や口腔機能の低下が生じる。また、歯の喪失

や口腔機能の低下は歯・口腔の健康を損なうだけでなく、全身の健康状態にも大きな影響を与えることが多くの研究論文

で明らかになっている<sup>1)</sup>。オーラルフレイルについても社会的フレイルや身体的フレイルとの関連性を示す研究が報告されており<sup>2)</sup>、歯・口腔の健康状態の把握はフレイルリスクの評価にも役立つものと考えられる。

本研究班で開発を目指す高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発において、介護予防は主要項目のうちの一つであることを踏まえると、歯科保健医療に関連する項目の導入を検討することは、高齢化がさらに進展する ASEAN 諸国での介護サービスの質を評価するうえで有用性が高いものと考えられる。そこで、本研究では、二次データによる定量分析とシステマティックレビューを組み合わせた複合分析を行うことによって、ASEAN 諸国での中高年に対する歯・口腔に関する課題を可視化したうえで、高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標に組み入れるべき歯科指標について検討する。

## B. 研究方法

本研究は2つの分野から構成される。二次データを用いた ASEAN 諸国の中高年者への歯科保健医療の特性把握のための定量分析と、歯の喪失状況とフレイルとの関連性に関するエビデンスを得るためのシステマティックレビューを行った。

### 1. ASEAN 諸国の歯科状況の可視化分析

#### (1) 使用した二次データ

WHO の The global health observation に収載されている歯科指標のうち、中高年での歯科課題に強く関連する6指標(表1)の値を用いた。この6指標について、WHO 南東アジア地域事務局(SEARO)および西太平洋地域事務局(WPRO)の全加盟国について掲載さ

れている最新年のデータを収集し、リスト化した。

#### (2) 分析方法

SEARO と WPRO の全加盟国における ASEAN 諸国の歯科指標の位置づけを一覧的に可視化するために z スコアを算出した。z スコアは平均が 0、標準偏差(SD)が 1 になるように変換した得点であり、平均値や標準偏差が異なる様々な分布に共通の指標として使い、分布同士を比較できる。本研究では正の値で高い程、相対的に状況が悪いと判断される。

### 2. 歯の喪失状況とフレイルとの関連性についてのシステマティックレビュー

#### (1) 文献検索と対象論文の抽出

条件対象となる研究の選定には PICO モデルを使用した。包含基準は、集団(P;「ヒト成人」)、介入・曝露(I;「残存歯がフレイルに及ぼす影響」)、比較(C;「残存歯数の違い、喪失歯数または無歯顎者率」)、結果(O;「フレイル」)によって定義した。文献検索にあたっては、PubMed、Scopus、CINAHL の各データベースを用いて、検索式として(“number” AND “teeth”) AND “frailty” または (“tooth” AND “loss”) AND “frailty” および “edentulism” AND “frailty” とした。包含基準は①英語論文、②2008年から2022年の間に発表、③中高年者(年齢40歳以上)を対象、④定量的評価を用いたものとした。一方、除外基準は、①口腔・顎顔面外科手術または放射線治療を受けた被験者、および②記述的研究やレビューとした。

#### (2) 抽出された研究の吟味

前項(1)によって抽出された論文の抄録をもとに筆者らが関連研究を絞りこんだ。これらの絞り込みがなされた研究論文について、本文を吟味し、さらに絞り込みを進めた。

## <倫理的配慮>

本研究は、すべて公開されている二次

データ・資料を用いた分析によるものであり、個人情報は一切取り扱っていない。

表 1 歯科保健医療に関する指標

|   |   |
|---|---|
| ① | Prevalence of severe periodontal disease in people 15+ years (15 歳以上の者における重度歯周病有病率) |
| ② | Prevalence of edentulism in people 20+ years (20 歳以上の者における無歯顎者率)                    |
| ③ | Prevalence of edentulism in people 60+ years (60 歳以上の者における無歯顎者率)                    |
| ④ | Per capita expenditure on dental healthcare (US\$) (一人当たりの歯科医療費)                    |
| ⑤ | Dentists (per 10 000 population) 歯科医 (/人口 1 万人)                                     |
| ⑥ | Dental prosthetic technicians (per 10 000 population) 歯科技工士 (/人口 1 万人)              |

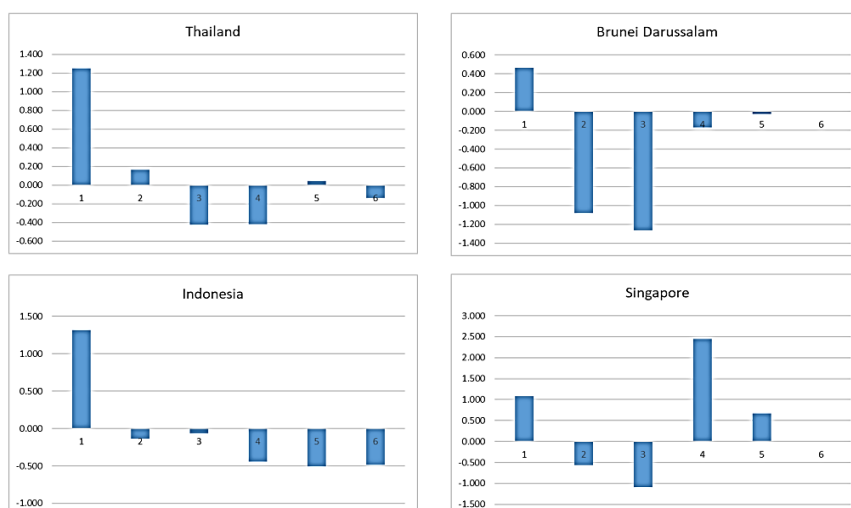
## C. 研究結果

### 1. ASEAN 諸国の歯科保健医療状況の可視化

図 1～3 に z スコアを用いた ASEAN 諸国の歯科保健医療状況を示す。特に着目した指標は中高年の歯科課題と直結している「重度歯周病有病率」と「60 歳以上の者における無歯顎者率」の 2 つである。図 1 には、無歯顎者率は低いが、重度歯周病有病率が相対的に高値を示す国々の結果を示す。タイ、ブルネイ、インドネ

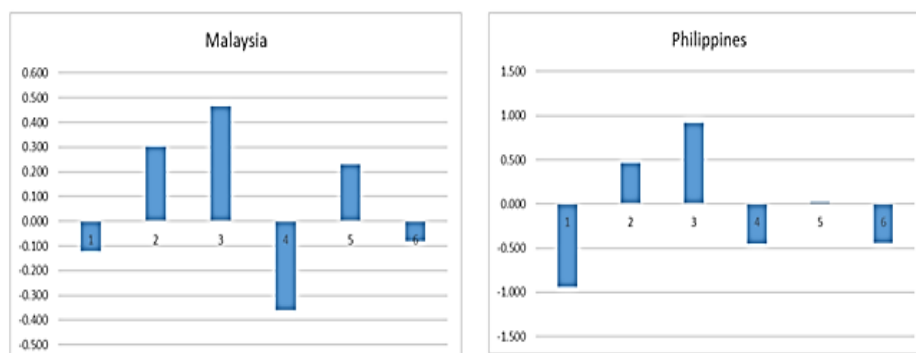
シア、シンガポールの 4 か国が該当した。図 2 には重度歯周病有病率は低いが無歯顎者率が相対的に高値を示す国々の結果を示す。マレーシアとフィリピンが該当した。図 3 には、重度歯周病有病率も無歯顎者率を含め、すべての項目で相対的に低値であった国々の結果を示す。ミャンマー、カンボジア、ラオスの 3 か国が該当した。なお、ベトナムは未収載の項目が多かったため、参考結果にとどめる。

図 1 重度歯周病有病率が高いグループ



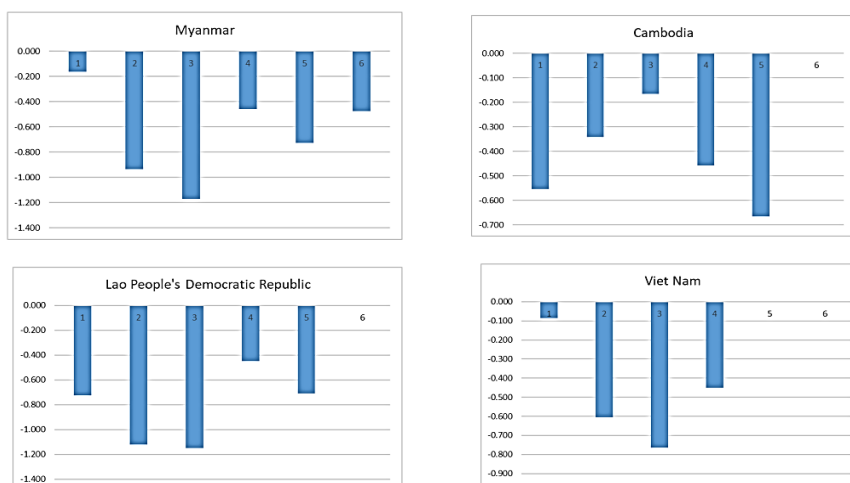
※図中の横軸の番号は表 1 の指標番号に対応する。

図 2 60 歳以上の無歯顎者率が高いグループ



※図中の横軸の番号は表 1 の指標番号に対応する。

図 3 いずれの歯科指標も低いグループ



※図中の横軸の番号は表 1 の指標番号に対応する。

※※ベトナム: 欠損データが多いので参考にとどめる。

## 2. 歯の喪失状況とフレイルとの関連性についてのシステマティックレビュー

### (1) 文献抽出の過程

最初の文献検索の段階で 196 件の論文が抽出された。重複を除いた 155 件の論文について、論文タイトルと抄録によるスクリーニングの結果、133 件の論文が除外された。関連する可能性がある 22 件の論文のうち、4 件はフレイル評価の妥当性について疑義があり、1 件は残存歯に関する情報が不足していたため除外した。最

終的に 17 件の論文（横断研究 14 件、縦断研究 4 件）を今回のシステマティックレビューの対象論文とした（表 2）。

この 17 件の論文の対象者の年齢は 60 歳以上であったが、2 つの研究では 40–59 歳の年代が含まれていた。ほとんどの研究において、Frailty Index (FI) もしくは Frailty Phenotype (FP) のいずれか、もしくは両方を用いてフレイルを評価していた。現在歯数については 15 件の研究で評価されたが、欠損歯数は 2 件の研究での

み評価された。また、6件の研究では解析に連続変数が使用されたが、11件の研究ではカテゴリー化された値が使用された。

## (2) 残存歯数等とフレイルとの関連性

14件の横断研究中、13件において、歯数が少ないグループは歯数が多いグループよりフレイルを有する者の割合が有意に高いことを示していた。1件については、

両者間に有意な関連性は認められなかった（表2）。

## (3) 残存歯数/喪失歯数とフレイルとの関連性

4件のすべての縦断研究で、観察期間中、歯の喪失が多い人ほどフレイルの発生率が高いことが報告されていた（表2）。

表2 歯の喪失状況とフレイルとの関連性に関する論文の抽出結果

### (1)横断研究

| 著者                             | 研究サンプル                    | 歯の喪失／歯の本数                         | フレイル評価  | 主な結果  |
|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---|---|
| Zhang <i>et al.</i> (2022)     | 65 歳以上の高齢者施設入居者 365 人（中国） | 残存歯数 $\geq 21$ 歯<br>1-20 歯<br>0 本 | 自己評価健康状態、自己評価不安尺度、Center for Epidemiological Studies-Depression、ADL と IADL を含む Frailty index、日常生活動作におけるパフォーマンス。 | 歯の本数はフレイルと有意な関連を示した。<br>歯数 1～20 本：OR 0.39、95%CI 0.17-0.88、歯数 21 本：OR 0.20 95%CI 0.07-0.57 |
| Kim <i>et al.</i> (2022)       | 50 歳以上の地域居住者 16295 人（韓国）  | 残存歯数<br>すべての追加歯                   | Frailty Phenotype<br>Frailty Index  | 歯が 1 本増えるごとにフレイルリスクは低下した（95 % CI、0.969-0.992；FP）、0.989 (95% CI、0.983-0.996；FI)。           |
| Zhang J and Xu L (2022)        | 100 歳以上の地域居住者 1043 人（中国）  | 残存歯数 $\geq 21$ 歯<br>0～20 歯        | Frailty Index   | 歯の本数はフレイルと有意な関連を示した。  |
| Diaz-Toro <i>et al.</i> (2022) | 40 歳以上の地域住民 3036 人（チリ）    | 残存歯数 $\geq 21$ 歯<br>0～20 歯        | Frailty Index   | 歯の本数はフレイルと有意な関連を示した。<br>0～20 歯：OR 1.94 95%CI 1.18～3.20                                    |
| Hakeem <i>et al.</i> (2021)    | 60 歳以上の地域住民 3630 人（米国）    | 残存歯数                              | Frailty Index   | 歯の本数はフレイルと有意な関連を示した。OR 0.99、95%CI 0.98-0.99   |

横断研究 続き 1

| 著者                               | 研究サンプル   | 歯の喪失／歯の本数                                 | フレイル評価                                    | 主な結果  |
|----------------------------------|--|---|---|---|
| Albani <i>et al.</i> (2021)      | 85 歳以上の地域住民 853 人（英国）<br>85 歳以上の地域住民 542 人（日本） | 残存歯数<br>≥21 歯<br>1-20 歯<br>0 本            | Frailty Phenotype                         | 歯の本数はフレイルと有意な関連を示さなかった。<br>英国：1～20 本で OR 1.39 95 % CI 0.72-3.65、0 本で OR 1.85 95 % CI 0.97-3.51<br>日本：1～20 本で OR 1.30 95 % CI 0.74-2.30、0 本で OR 1.24 95 % CI 0.66-2.33 |
| Ogawa <i>et al.</i> (2021)       | 心臓病患者 473 人（日本）                                | 残存歯数                                      | Short Physical Performance Battery (SPPB) | 重回帰分析では、交絡因子を調整した後、歯の数が身体的フレイルと独立して関連していることが示された。   |
| Chalittikul <i>et al.</i> (2020) | 114602 65 歳以上の地域住民（米国）                         | 欠損歯数<br>0 本<br>歯 1～5 本<br>6 本以上の歯<br>無歯顎  | 階段の昇り降り、歩行、着替え、入浴の困難性                     | 歯の喪失歯数はフレイルと有意な関連を示した。<br>1～5 歯：OR 1.02 95%、CI 0.94 -1.12<br>6 歯以上：OR 1.35、95%CI 1.23-1.48<br>無歯顎：OR 1.36、95%CI 1.22-1.52   |
| Zhang <i>et al.</i> (2020)       | 60 歳以上の地域住民 4037 人（中国）                         | 残存歯数<br>≥21 歯<br>0～20 歯                   | Frailty Phenotype                         | 歯の本数と義歯の装着状況はフレイルと有意な関連を示した。<br>0-20 歯で義歯ありの場合：OR 2.25、95%CI 1.58-3.21、<br>0-20 歯で義歯なし：OR 2.89、95%CI 1.89-4.42  |
| Gu <i>et al.</i> (2019)          | 65 歳以上の地域住民 3635 人（中国）                         | 残存歯数<br>≥21 歯<br>11～20 本<br>1-10 歯<br>0 本 | Frailty Index                             | 歯の本数はフレイルと有意な関連を示した。<br>11～20 歯：OR 1.82、95%CI 1.34～2.47<br>1～10 歯 OR 3.42、95%CI 2.62～4.46<br>0 歯：OR 4.76、95%CI 3.66～3.97  |

## 横断研究 続き 2

| 著者                                 | 調査対象                              | 歯の喪失／歯の本数                                 | フレイル評価               | 主な結果  |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|----------------------|---|
| Ramsey <i>et al.</i> (2018)        | 71～92 歳の男性<br>1622 人（英国）          | 残存歯数<br>≥21 歯<br>1-20 歯<br>0 本            | Frailty<br>Phenotype | 無歯顎はフレイルと<br>有意な関連を示した。<br>歯 1～20 本 OR 1.15<br>95%CI 0.83-1.61、歯<br>0 本 OR 2.16 95%CI<br>1.51-3.08  |
| Hoeksema<br><i>et al.</i> (2017)   | 75 歳以上の地域<br>住民 1026 人（オ<br>ランダ人） | 残存歯<br>インプラント<br>無歯顎                      | Frailty Index        | 無歯顎の高齢者は、残<br>存者よりもフレイル<br>有病率が有意に高か<br>った（ $p=0.002$ ）。  |
| Watanabe<br><i>et al.</i> (2017)   | 65 歳以上の地域<br>住民 5104 人（日<br>本）    | 残存歯数                                      | Frailty<br>Phenotype | 重回帰分析では、歯の<br>本数とフレイルとの<br>間に有意な関連は認<br>められなかった。  |
| de Andrade<br><i>et al.</i> (2013) | 75 歳以上の地域<br>居住者 1374 人<br>（ブラジル） | 残存歯数<br>≥21 歯<br>11～20 本<br>1-10 歯<br>0 本 | Frailty<br>Phenotype | 残存歯数はフレイル<br>と有意な関連を示し<br>た<br>1～10 歯： OR 0.86、<br>95%CI 0.41-1.82<br>11～20 歯： OR 0.32、<br>95%CI 0.09-1.17<br>21h 歯以上： OR<br>0.25、95%CI 0.07-<br>0.57 |



## (2)縦断研究

| 著者                            | 調査対象   | 研究期間 | 歯の喪失／<br>歯の本数                           | フレイル評<br>価                       | 主な結果   |
|-------------------------------|--|------|---|----------------------------------|--|
| Kimble et al. (2023)          | 71～92 歳の男<br>性 1722 人（英<br>国）<br>71～80 歳の男<br>女 2988 人（米<br>国） | 8 年  | 残存歯数<br>≥21 歯<br>1-20 歯<br>0 本          | Frailty<br>Phenotype<br>と Gil 指数 | 英国<br>1～20 本：歯 OR<br>1.79、95%CI 1.04<br>～3.04<br>0 歯：OR 2.26<br>95%CI 1.11～4.60<br>US<br>1-20 歯：OR 1.25、<br>95%CI 0.63-2.45<br>0 歯：OR 2.03、<br>95%CI 0.73-5.63 |
| Ramsey et al. (2018)          | 71～92 歳の男<br>性 1054 人（英<br>国）                                  | 3 年  | 残存歯数<br>カテゴリー<br>≥21 歯<br>1-20 歯<br>0 歯 | Frailty<br>Phenotype             | フレイル発症リス<br>クは無歯顎の方が<br>高かった。<br>OR 1.90 95%CI<br>1.03-3.52  |
| Iwasaki et al. (2018)         | 332 共同住宅<br>居住者（日本）  | 5 年  | 機能的歯列<br>≥9 対の咬合<br>歯および 20<br>歯以上      | Frailty<br>Phenotype             | ≥9 対以上の咬合お<br>よび 20 歯以上：ハ<br>ザード比 0.50、<br>95%CI: 0.25-0.98  |
| Castrejón-Pérez et al. (2012) | 70 歳以上の<br>237 共同住宅<br>居住者（メキシ<br>コ）                           | 3 年  | 調査期間中<br>の歯の喪失<br>数                     | Frailty<br>Phenotype             | 喪失歯が 1 本増え<br>るごとの相対危険<br>度＝0.90；95%CI<br>＝1.02-1.10   |

## D.考察

### 1. ASEAN 諸国での歯科保健医療の状況分析

本研究の結果より、歯科保健医療指標について ASEAN 諸国の特性について類型化を行うことができた。重度歯周病は糖尿病との相互関連性も指摘されており<sup>3)</sup>、全身の健康とも強くかかわるものである。また、60 歳以上の無歯顎者率は、歯の喪失が著しく進展した結果である。無歯顎の状態は咀嚼能力の低下に直接的に関与し、食物摂取や高齢者の栄養状況にも大きな影響を与える<sup>4)</sup>。今回の分析結果では、重度歯周病有病率と無歯顎者率の両方が相対的に低値であったグループに該当したカンボジア、ラオス、ミャンマー

は低中所得国であり、この両指標だけでなく、今回評価した指標のほとんどが相対的に低値であったことから、中高年での主要な歯科課題は大きな問題となっていないことが示唆された。これらの三か国では歯科保健医療の提供体制は脆弱であり、これらの歯科課題が顕在化する前に提供体制を整備することが強く求められる。一方、それ以外の多くの ASEAN 諸国では、重度歯周病有病率か無歯顎者率のどちらかが相対的に高値となっており、中年期での健康づくりプログラムや高齢期での介護予防プログラムにおいて、歯・口腔の健康づくりに関する取り組みを加えることは意義あるものと考えられる。特に、WPRO と SEARO 加盟国では無歯

顎者率が増えているとの指摘もあり<sup>5)、6)</sup>、フレイルリスクにも関与する歯科保健指標として歯の喪失状況は有用性が高いことが示唆された。

## 2. 歯の喪失状況とフレイル対策および介護予防

歯の喪失状況とフレイルとの関連性について、システマティックレビューを行ったところ、抽出された研究の大部分で両者間での有意な関連性を報告しており、高齢期のフレイルに歯の喪失状況が密接に関与しているエビデンスを得ることができた。自分の歯が20歯以上ある場合は、食品摂取が円滑に進み、フレイルリスクが低減すると考えられる。自分の歯を維持するための口腔ケアの実施状況（頻度および具体的な方法）の把握は、介護予防の見地から介護の質の評価に役立つことが示唆された。

歯科専門職による継続的な口腔衛生管理と口腔機能管理は、高齢期の誤嚥性肺炎への高い予防効果が報告されている<sup>7)</sup>。また、わが国において、現在では介護保険施設や在宅で介護職や家族が実施する口腔ケアは広く提供されるようになった。これらのわが国の取り組み事例や体制づくりは、ASEAN 諸国において口腔ケアサービスを提供する際に役立つものであると考えられる。

## 3. 今後の課題

今回の研究では、ASEAN 諸国における摂食嚥下リハビリテーションサービスについて直接分析することができなかった。摂食嚥下リハビリテーションは歯科とリハビリテーションおよび栄養の専門職が連携して進めることが望ましい。摂食嚥下リハビリテーションは食物を咀嚼・嚥下する一連の「食べる力」と「食の喜び」を回復するものであるため、その提供の

有無は介護の質に大きな影響を与えるものと考えられる。2024 年度の研究では、ASEAN を含むアジア諸国での摂食嚥下リハビリテーションサービスに着目した分析に取り組んでいきたい。

## E. 結論

二次データを用いてアジア諸国の歯科保健指標に関する ASEAN での国家間比較を行ったところ 3 つのタイプに類型化でき、その特色を可視化できた。また、フレイルと歯の喪失状況との関連性についてシステマティックレビューによって検証したところ、両者間で明確な関連性が示された。歯の喪失状況をはじめとする歯科口腔保健状況を把握することはフレイル対策や介護予防対策に寄与することが示唆された。

## F. 参考文献

- 1) Gerritsen AE, et al. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 5: 126.
- 2) Iwasaki M, et al. Prevalence of oral frailty and its association with dietary variety, social engagement, and physical frailty: Results from the oral frailty 5-item checklist. *Geriatrics Gerontol Int* 2024; 24:371-377.
- 3) 日本歯周病学会. 糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン改訂第 3 版. 2023.
- 4) Motokawa K, et al. Relationship between chewing ability and nutritional status in Japanese older adults: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(3):1216.
- 5) World Health Organization. Global oral health status report.

- Regional summary of the Western Pacific Region. 2023.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240070868>
- 6) World Health Organization. Global oral health status report. Regional summary of the South-East Asia Region. 2023.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240070844>
- 7) Tada A, Miura H. Prevention of aspiration pneumonia (AP) with oral care. Arch Gerontol Geriatr 2012; 55(1):16-21.

## **G.研究発表**

### **学会発表**

三浦宏子. アクティブエイジングに寄与する地域歯科保健. 日本国際保健医療学会第38回東日本地方会(札幌), 2024年7月.

## **H.知的財産権の出願・登録状況**

該当なし

厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野  
地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究

「ASEAN 等における高齢者介護サービスの質向上のための  
国際的評価指標の開発と実証に資する研究」  
令和6年度 分担研究報告書

東南アジア諸国における LTC 政策の質の評価指標の適用可能性の検討

研究分担者 大冢賀 政昭（国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部）  
研究代表者 児玉知子（国立保健医療科学院公衆衛生政策研究部）

**研究要旨** 本研究は、急速に高齢化が進行する東南アジア諸国における長期ケア（LTC）政策の質の評価指標について、国際的な知見を踏まえて検討するものである。国連や WHO などの国際機関が強調する人権尊重、尊厳、自律性といった価値観を基盤とし、LTC の質に関する概念や評価指標を構造・プロセス・アウトカム・利用者中心・システムレベルの 5 領域に分類して整理した。さらに、東南アジア地域の社会保障制度の多様性、文化的価値観（家族責任、孝行、在宅志向など）との整合性を考慮し、既存の国際指標の適応可能性と限界を明らかにした。本研究は、文化的・制度的文脈を踏まえた LTC 政策評価フレームワークの開発に向けた基礎的知見を提供するものであり、今後の地域固有の評価指標構築に資するものである。

#### A. 研究背景と目的

世界的な高齢化の進展は、長期ケア（LTC）サービスの需要を増大させている。質の高いケア、効率的な資源配分、高齢者の進化するニーズへの対応を保证するためには、効果的な政策評価が不可欠である。急速な高齢化は世界中で進行しており、ASEAN 地域も例外ではない。ケアニーズの複雑性が増す中で、LTC のための強固な政策評価フレームワークの開発と実施に重点的に取り組む必要がある。これは単なる学術的課題にとどまらず、増加し続ける高齢者層のウェルビーイングを確保するために喫緊の課題となっている。

人口動態の変化（高齢化）は LTC の需要増加につながり、需要の増大は既存のシステムに負荷をかける。したがって、政策評価は、こうした需要に効果的に対応し、質の高さを確保するためにシステムを最適化する上で不可欠である。とりわけ、東南アジアは急速な人口高齢化を経験しており、一部の国では日本よりも速いペースで進行している。

多くの ASEAN 諸国は、包括的な LTC システムの開発においてまだ初期段階にあり、その課題として、資金調達の遅れ、

関連法規の不足、訓練された人材の不足などが挙げられる。先進国と同様の人口動態の圧力に直面しながらも、東南アジア諸国は、その多くが中所得発展途上国であるという独自の社会経済的背景を有しており、LTC 政策とその評価においては、それぞれの状況に適したアプローチが求められる。単に西側のモデルを採用するだけでは、実現可能性に乏しい、あるいは文化的に適切でない場合もある。

本研究の目的は、LTC の質に関する政策評価指標について、国内外の研究、特に国連や WHO などの国際機関が発行する報告書に焦点を当て、そのレビューを通して、共通する価値観、概念、評価指標の領域を特定し、それらを東南アジアの状況に適用する際の留意点と課題を分析し、政策評価への適応可能性を考察することである。

#### B. 研究方法

本研究は、LTC の政策評価に関する国際文献レビューを主たる方法とし、特に国連、WHO、OECD、国際高齢者連盟等が発行する主要な報告書および学術文献に基づき、LTC に関する価値観、概念、評価

指標の枠組みを抽出・整理した。

また、近年のスコーピングレビューおよび各国の政策文書から導出された具体的な評価指標も併せて分析し、東南アジア地域における適用可能性と文化的・制度的要因との関係について考察した。

## C. 研究結果

### 1. LTCの質の政策評価における基礎となる価値観と概念

国連は、ケアを必要とする高齢者のウェルビーイング、尊厳、権利の促進を LTC システムの主要な目的として強調している。WHO もまた、LTC を必要とする個人の尊厳と権利を尊重し、その人を中心としたケアの提供を重視している。欧州社会権の柱においても、質の高い、手頃な価格の LTC サービスを受ける権利が明確に示されている。国際高齢者連盟は、機能的能力の最適化と、権利と選択の尊重を LTC システムの優先事項として掲げている。

これら国際機関に共通するテーマは、LTC における人権に基づく価値観の中心性であり、高齢者の尊厳、敬意、自律性、そしてその人を中心としたケアの必要性を強調している。これらの価値観は、LTC 政策を策定・評価する上での倫理的指針となるべきである。

### 2. LTCにおける質の概念(機能的能力、ウェルビーイング、安全、アクセス等)の整理

LTC における質の概念は多次元的であり、単なる臨床的アウトカムにとどまらず、個人の全体的なウェルビーイングと機能的自立を包含している。機能的能力は中核的概念であり、LTC の目的はそれを維持・改善することにある。ウェルビーイングには身体的、精神的、社会的側面が含まれ、安全には危害、虐待、ネグレクトの防止が含まれる。アクセスは、必要なサービスの利用可能性と手頃な価格の確保を意味する。

質の高いケアは、ドナベディアンモデルにおける構造・プロセス・アウトカムの観点から評価されることが多く、システムレベルでのパフォーマンス(例:カバレッジ、持続可能性)と、ケアを受ける人の経験お

よび生活の質に関連するアウトカムの両方を考慮する必要がある。したがって、政策評価には、これら相互に関連する側面を反映する幅広い指標が求められる。

## 3. LTCの質の評価指標の領域

### 文献レビューに基づく評価指標の分類

LTC の質の評価においては、ドナベディアンモデルの構造・プロセス・アウトカムモデルが国際的に広く受け入れられている。

加えて、近年のフレームワークでは、利用者中心のアウトカムやシステムレベルのパフォーマンス(カバレッジ、持続可能性等)といった側面も重視されている。

韓国の国家フレームワークでは、「カバレッジ」「ケアの質」「生活の質」「制度の持続可能性」といった指標領域が採用されており、スコーピングレビューでは、事故、感情・行動パターン、臨床的管理、認知機能、排泄、感染管理、栄養、身体機能、精神薬の使用、生活の質、スキンケア、職員配置、施設特性など 20 の領域が特定されている。

これらの知見は、LTC 評価においてアウトカムの多様性を反映する枠組みが必要であることを示している。

表 各領域における具体的な指標の例  
領域 代表的指標例

|         |  |
|---------|--|
| 構造      | スタッフ対利用者比率、訓練時間、施設設計、特殊設備の利用可能性                          |
| プロセス    | 感染管理遵守率、投薬ミスの件数、ケアプランの質、拘束具使用頻度                          |
| アウトカム   | 褥瘡発生率、転倒件数、入院率、死亡率、機能低下、疼痛スコア                            |
| 利用者中心   | ウェルビーイング度(EQ-5D等)、満足度調査、社会的関与の度合い、日常生活における自律性            |
| システムレベル | 高齢者人口に占める LTC カバレッジ率、GDP 比における公的 LTC 支出、サービス待機時間、介護者負担指標 |

これらの指標は、エビデンスに基づいて選定される必要があり、LTC における基本的価値観と整合することが求められる。客観的指標(例:入院率)と主観的指標(例:満足度)の双方を組み合わせることで、ケアの質をより包括的に把握することが可能となる。

このような整理により、関係者間の共通理解が促進され、東南アジア諸国の状況に適応可能な評価フレームワークの設計に資することが期待される。

## D. 考察

### 1. 東南アジアの状況：社会保障、文化、価値観

#### 社会保障制度の多様性と課題

ASEAN 諸国の社会保障制度は多様であり、LTC を明示的にカバーする制度は依然として限られている。多くの国では、年金制度が未整備または限定的であり、LTC への公的支出も非常に低い傾向にある。例えば、積立型年金制度を採用する国もあれば、社会保険方式を採る国も存在している。結果として、制度的・財政的な制約は、LTC 政策評価指標の実行可能性や有効性に直接的な影響を及ぼしている。

このような社会保障の異質性は、評価指標の比較や国際的なベンチマーキングを困難にしている。したがって、各国の制度的文脈を十分に踏まえたうえで、段階的・適応的な指標の導入が必要である。

#### 文化的価値観と LTC への影響

東南アジア地域においては、「孝行」や家族責任といった文化的価値観が強く根付いており、LTC の期待と実態に大きな影響を及ぼしている。高齢者ケアは伝統的に家族が担うものとされ、特に女性が非公式ケア提供者として中心的役割を果たしている。

また、家族や地域社会による在宅ケアが重視されており、施設ケアの利用は限定的である。コミュニケーションは上下関係を重んじる傾向があり、高齢者の意向を明確に聴取する文化が必ずしも強くはない。死や終末期に関する話題が忌避される文化的背景も一部に存在する。

これらの文化的要因は、LTC 政策の形

成やその評価に影響を与えるため、政策評価指標の設計にあたっては、施設中心のアプローチに偏らず、非公式ケアや地域支援の側面も評価に取り込む必要がある。

### 2. 東南アジアにおける LTC 評価指標の課題と可能性

本研究の文献レビューを通じて、東南アジア諸国における LTC 政策の評価に関して、制度的・文化的背景の多様性が評価枠組みの適用における主要な制約であることが明らかとなった。他方で、評価指標の枠組み自体は国際的に一定の共通性を持ちつつあり、ローカライズを前提とした導入が可能であることも示唆された。

一方、既存の評価指標は、制度整備の進んだ高所得国を中心に開発されてきた経緯があり、公的制度が限定的な国においては、適用の際に修正・補完が求められる。特に、非公式ケアへの依存度が高い国においては、家族介護者の負担、地域資源の利用状況、インフォーマル・セクターの貢献度など、形式的制度に収まらない側面を評価に組み込む必要がある。

この点において、評価枠組みを単に輸入するのではなく、文化的・社会的価値観を反映した「文脈適応型評価指標」の開発が不可欠である。例えば、介護の社会的受容性、家族との協働度、地域住民による相互扶助の実態などを、プロセス評価において定性的指標として導入する試みは今後の課題である。

### 3. 日本の経験の示唆

日本における LTC 制度は、介護保険制度導入以降、20 年以上にわたり公的制度として機能しており、評価指標の整備も進んでいる。特に、厚生労働省や国立保健医療科学院が開発・運用してきた評価指標群は、アウトカム・プロセス・構造の各領域を包含しつつ、データベース連携や科学的介護情報システム(LIFE)の導入により、実用性とエビデンス性を高めてきた。

これらの知見は、東南アジア諸国において LTC 制度を整備・評価していく際の参照モデルとなり得る。ただし、日本と東南アジアでは社会的連帯の原理、公私の役割分担、介護観の文化的前提が異なるため、

制度設計と評価枠組みを移植する際には、機械的な適用を避けるべきである。

むしろ、日本の経験は、「制度の成熟度に応じて評価指標を段階的に整備する」「定量指標と定性指標を併用する」「現場の実装可能性を常に考慮する」といった原則において、重要な教訓を提供するものである。

#### 4. 今後の展望

本研究では、東南アジア諸国における LTC 政策の質の評価指標の適用可能性の検討を行ったが、今後の取り組むべき課題として以下のようなことがあげられる。

- ・**定量評価と定性評価の統合**: 介護の質や家族の満足度といった主観的・文化的要素を、科学的な評価にどう組み込むか。

- ・**評価システムの運用可能性**: 指標が現場で実装され、定常的にデータが収集・活用される仕組みの構築。

- ・**制度発展段階に応じた評価枠組みの構築**: 初期段階の国においては、制度の有無や支出の割合、サービスの有無といったベーシックな指標から段階的に高度化していく戦略。

- ・**国際比較の枠組みの精緻化**: OECD 等の指標を活用しつつ、各国の特性に応じた評価方法の併存。

東南アジアの LTC 評価においては、標準化と多様性の調和が求められている。国際枠組みに準拠しつつも、地域固有の制度的・文化的文脈を踏まえた柔軟な設計と運用が今後の政策立案に不可欠である。

また、東南アジアの LTC 評価指標の精緻化を図る上で、今後の取り組むべき課題として以下のようなことがあげられる。

- ・**価値に根差した評価指標の構築**: LTC 評価は、単なるパフォーマンス評価ではなく、高齢者の尊厳とウェルビーイングを保障するための手段として、人権に基づいた価値観の可視化を目的とすべきである。

- ・**文脈適応型の評価設計**: 制度や文化の異なる国々においては、国際的に認知された指標群を骨格としつつも、それぞれの国の

社会構造、政策環境、文化的規範に即した補完・修正が不可欠である。

- ・**段階的かつ包括的なアプローチ**: 評価指標の設計にあたっては、制度整備の進展段階を考慮しつつ、構造・プロセス・アウトカムのバランスを取り、かつ定量・定性の両側面を統合的に捉える必要がある。

#### E. 結論

本研究では、LTC 政策の評価指標に関する国際的な知見を整理し、特に東南アジア諸国における適応可能性について考察を行った。国連、WHO、国際高齢者連盟等の国際機関が示す LTC の基本的価値観—すなわち尊厳、自律性、人権尊重、生活の質の重視—は、LTC 評価の指針として国境を越えた共通性を有している。

しかしながら、東南アジア地域における LTC 政策評価の実装においては、制度的成熟度、財源構造、文化的価値観に大きな差異が存在しており、国際的な枠組みの単純な適用は困難である。

特に、家族ケアの役割の強さや、制度的支援の限界が評価指標の運用に直接影響を及ぼす点が確認された。

今後、東南アジア諸国における LTC 制度の整備と並行して、評価指標の共通基盤を構築することは、地域内の政策比較、進捗管理、そして資源配分の合理化に資するものとなると考えられる。

また、国際機関や周辺国との連携により、文化的に感受性の高い指標の開発と、測定手法の標準化が促進されることが期待される。

本研究課題で提案した指標は、政策評価の領域における初期的な基礎構築の試みであり、今後は、各国の具体的な事例に基づく実証的研究や、政策決定者・現場実務者との協働による実装研究が求められる。

LTC の質を保障するための評価とは、単なる数値化ではなく、制度の倫理性・文化適合性・持続可能性をともに問うものであるという認識が、今後の国際的議論においても共有されるべきであると考えられる。

#### 参考文献

1. United Nations. (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs.
  2. World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. Geneva: WHO.
  3. World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: WHO.
  4. World Health Organization. (2021). *Long-term care for older people: Policy brief*. Geneva: WHO.
  5. International Federation on Ageing (IFA). (2020). *Functional ability and long-term care: The global ageing imperative*. Toronto: IFA.
  6. European Commission. (2017). *European Pillar of Social Rights*. Brussels: European Union.
  7. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
  8. Lee, J., Kim, H., & Shin, J. (2021). Developing a long-term care system performance assessment framework for South Korea. *Health Policy*, 125(2), 237–245.
  9. Wysocki, A., Kane, R. L., Dowd, B., Golberstein, E., Lum, T., & Shippee, T. (2015). A systematic review of long-term care home quality indicators in OECD countries: Are they fit for use in a performance monitoring system? *Health Policy*, 119(8), 987–1001.
  10. Comas-Herrera, A., & Fernandez, J. L. (2020). *Long-term care for older people: A global perspective*. In: Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance.
  11. OECD. (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing.
  12. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP). (2022). *Addressing long-term care needs in Asia and the Pacific*. Bangkok: UNESCAP.
  13. HelpAge International. (2019). *Long-term care systems in ASEAN: Development and challenges*. London: HelpAge International.
  14. United Nations Population Fund (UNFPA) & HelpAge International. (2017). *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*. New York: UNFPA.
  15. Fukui, M., & Fukuda, H. (2020). Cultural dimensions and long-term care in Asia: A comparative perspective. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(2), 137–153.
- F. 健康危険情報  
なし
- G. 研究発表  
学会発表
- 論文発表
1. 児玉知子, 大夢賀政昭. 諸外国における介護サービスの質評価に関する動向. 保健医療科学. 2024;73(3):190-200. [https://doi.org/10.20683/jniph.73.3\\_190](https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_190)
- H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし



厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）「ASEAN 等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発と実証に資する研究」  
令和 6 年度 分担報告書

「Healthy Ageing の取り組みに関する国際動向とその評価指標」

研究分担者 佐々木由理 国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 主任研究官  
山口佳小里 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官  
菖蒲川由郷 新潟大学大学院医歯学総合研究科 教授  
研究協力者 尾白有加 新潟大学大学院医歯学総合研究科 特任助手  
研究代表者 児玉知子 国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 上席主任研究官

**研究要旨：**

【目的】世界の高齢化に伴い、総合的な社会の変革、高齢者に対するイメージや認識の転換などが求められる中、Healthy Ageing がキーワードであるといえる。そこで、本研究では、Healthy Ageing の取り組みに関する国際動向や評価指標を概観することを目的とした。

【方法】World Health Organization (WHO)の Healthy Ageing に関するこれまでのレポートや論文をレビューし、更に、国や地域の Healthy Ageing 度合いを測定するために開発された指標についてオンライン上で調べた。

【結果・考察】WHO は Healthy Ageing の定義を示し、この 10 年ほどで Healthy Ageing に関する世界戦略を打ち出してきた。そして、2020 から 2030 年を「健康長寿の 10 年 (a Decade of Healthy Ageing)」とした。2023 年にはその進捗状況が報告され、多くの国が高齢化に対する政策を策定し、そのメカニズムを確立してきている一方で、資源の不足が行動を制限している可能性がある」と報告している。未だに、世界の高齢者の健康は、社会経済状況の違いによる格差が縮小されているとは言い難く、国によって、高齢化に向けた準備状況に差があり、世界的に Healthy Ageing 達成に向けて課題が多いことが明らかとなった。

一方で、Healthy Ageing に関する指標は、複数存在しており、資源や資金が十分ではない低所得国などでも使いやすい指標も開発されている。こうした指標を活用しながら、各国の高齢化に対する目標が具体的になり、Healthy Ageing に向けた様々な社会環境が改善されていくことが期待される。

**A. 研究目的**

人口の高齢化は、世界的に最も重要な医学的・社会人口統計学的問題である。2022 年の時点で高齢化率が 21%以上の超高齢社会に入っている国は日本を含め 10 か国以上となっている(1)。今後は、低所得国においても急速に高齢化が進展

することが懸念されている。世界保健機構 (World Health Organization, WHO) は、2050 年までに 20 億人以上が 60 歳以上に達し、2015 年から 2050 年の間に、世界の 60 歳以上の人口割合は 12% から 22%と 2 倍近くの割合になると推定している(2)。

高齢者人口の増加により、既に世界の中には、非感染性疾患や慢性疾患の負担の増大に伴う医療費の増加、年金費用の増加、労働人口に占める国民の割合の減少、に直面し始め、保健・社会システムの変革の必要性を迫られている。急速な高齢化の主な要因は、ここ数十年の出生率の低下であり、さらに寿命の伸びが拍車をかけている。この高齢化の進展に伴って、挙げられる課題の1つに高齢者の健康問題がある。

しかし、この健康問題は単一のものではなく、複数の問題が併存していると考え必要がある。「機能的能力（自身が重要だと考えることを実行でき、望ましい状態を可能にする能力）」、「内在的能力（個人の身体的、精神的能力をあわせた能力）」、「外因性の環境」の3つが相互に作用して健康状態を決めるとの報告もされている(3, 4)。

更に、高齢化の進展に対応するため、多くの国が定年退職年齢を引き上げ、年金給付を削減し、高齢者介護への支出を増やしている(5)。つまり、医療面にとどまらない総合的な社会の変化、そして、高齢化や高齢者に対するネガティブなイメージの払拭、更に、高齢化を危機ではなくチャンスとして活用するような転換が必要であるといえる。この変革・転換のキーワードになるのが Healthy Ageing である。

そこで、本研究では、Healthy Ageing の取り組みに関する国際動向や評価指標を概観することを目的とした。

## B. 研究方法

WHO の Healthy Ageing に関するこれまでのレポートや論文をレビューし、更に国や地域の Healthy Ageing 度合いを測定するために開発された指標についてオンライン上で調べた。その際の検索キー

ワードとして英語では、レビューについては、「World Health Organization,」「Healthy Ageing」評価指標については、「Healthy Ageing」「index」「indicator」とし、日本語では、レビューについては「世界保健機関」「健康加齢」「健康寿命」、評価指標については、「健康加齢」「健康寿命」「インデックス」「指標」を用いた。

## <倫理的配慮>

公表されている既存の文献に沿った研究であるため、倫理的配慮を要しないが、個人や集団の特性を表現する場合には十分な配慮を行った。

## C. 研究結果

### (1) WHO による Healthy Ageing 定義

WHO は Healthy Ageing の定義を示し、Healthy Ageing に関する世界戦略を打ち出してきた。そして、Healthy Ageing を「高齢であっても満足できる生活状態を可能にする機能的能力を発達させ、維持するプロセス」と定義した(6)。病気や虚弱ではないことだけでなく、人々が生涯を通じて、その人らしく、その人が大切にしていることができるような環境と機会を作り出すことに着目している(7)。

### (2) WHO の Healthy Ageing に向けたこれまでの主なレポート

WHO は 2015 年に初めて、高齢化と健康に関するワールド・レポートを発表し、高齢者の多様性への対応、高齢者の幸福や住み慣れた環境での機能性、保健・社会システムの抜本的な改革、社会での高齢者の捉え方、介護システム策定、高齢者にやさしい街づくりの推進等、医療面にとどまらない、高齢者の権利や社会変化にも着目した、高齢化対策の指針を示した(8)。その後、2016 年の世界保健会合 (the World Health Assembly) では、「高齢化と

健康に関する世界戦略と行動計画（Global strategy and action plan on ageing and health 2016-2020」が採択され、2020年までに①すべての人の機能的な能力を最大限に引き出すために5年間でエビデンスに基づく行動を起こすこと、②2020年から2030年を「健康長寿の10年（a Decade of Healthy Ageing）」とし、必要なパートナーシップを確立することの2つの目標が掲げられた(9, 10)。

この計画が必要になった背景には、世界的な高齢化の進行に加えて、高齢者の健康に社会経済的な不平等により大きな格差が生じていること、高齢化予測はできていても、その準備状況が国によって大きな差があることを挙げている(11)。WHOは、この行動計画の中で、各国の計画と行動の支援、より良い世界規模のデータ収集とHealthy Ageingに関する研究の促進、高齢者のニーズに合わせた保健システムの整備、長期的な統合ケアに必要な基盤の構築と人材の確保、高齢者差別をなくすための世界的キャンペーンの実施、高齢者にやさしい街づくりとコミュニティのための世界的ネットワークの強化を、主な優先課題として設定している。これは、2015年当初のレポートの内容をアップデートしたものとなっている。

### (3)「健康長寿の10年」の進捗

上記の「健康長寿の10年」の測定、モニタリング、評価を行う技術諮問グループが設立され、エビデンスのレビューを行い、勧告を行っている。この技術諮問グループは、表1に示した「健康長寿の10年」実施の進捗状況を示す指標に基づいて評価を行うものとしている。2023年には、初めて「健康長寿の10年」の進捗状況が報告された(12)。なお、その報告書での進捗状況とは「10年の4つの行動分野（年齢に基づく差別に反対する法律の制

定、高齢者の支援製品へのアクセスを支援する法律の制定、年齢に優しい都市とコミュニティのための国家プログラムの制定、医療・社会的ケアのニーズの包括的評価に関する国家政策の制定）の実施を支援する政策、戦略、行動計画、プログラム、データを有する国の割合がベースラインから増加したこと」と定義されている。

そして、「健康長寿の10年」の第1フェーズ（2020年から2022年）においては、上記の4つの行動分野で実施状況が20%を超え、進展が見られたとしている。加盟国は、第1フェーズで新たな政策、戦略、枠組みを策定し、新たなメカニズムを確立し、Healthy Ageingに関するデータ収集を強化してきた。

また、幅広いステークホルダーがパートナーシップを形成し、関わりの変化を提唱してきた。更に、高齢者自身も一緒に声を挙げ始めた。一方、4つの行動領域それぞれで、「行動するためにどのような政治的支援や資源を得たか？」について各国に尋ねたところ、「資源が十分であった。」、あるいは「相当なものであった。」と回答した国は3分の1以下であり、「資源が提供されなかった」と回答した国もあった。このように、多くの国が政策を策定し、そのメカニズムを確立している

一方で、資源の不足が行動を制限している可能性があるとして報告している。また、低所得国において、Healthy Ageingの枠組みについて適用のエビデンスがない国も多い。Healthy Ageingに関するプログラムを効果的に実施するためには、国家能力と、年齢別に分類されたデータによる進捗状況の綿密なモニタリングの必要性も指摘されている(13)。

#### (4) Healthy Ageing に関わるその他の指標

上記と共に、これまでに国際機関や国際 NGO (Non-governmental Organization) 等が提案し、利用されてきた Healthy Ageing に関わる主な指標には、下記の 3 つが存在した。それらは、国連欧州経済委員会による Active Ageing Index (14), HelpAge International による Global AgeWatch Index (15), Hartford Foundation による John A. Hartford Foundation Aging Society Index (16) である。また、地域を限定すれば、2017 年にマニラで開催された第 3 回 ASEAN-日本アクティブ・エイジング地域会議 (3rd ASEAN-Japan Active Ageing Regional Conference) を経て、ASEAN における高齢化の指標となりうる「ASEAN-JAPAN Healthy & Active Ageing Index (HAAI)」が提唱されている。その後、HAAI では上記の 3 指標や「健康長寿の 10 年」の概念や枠組み、更に、「持続可能な開発目標」

(UN Sustainable Development Goals) の概念や枠組みを参照し、これらの指標などの開発担当者と議論した上で、6 領域 43 指標からなる改訂版 ASEAN-JAPAN HAAI が開発された(17)。この改訂版では、これまでの指標に組み入れられていなかった、介護保険サービス関連、要介護や認知症の高齢者割合、COVID-19 に関わる指標なども組み入れられた (表 2)。

また、HAAI 改訂版の特徴として、6 領域 43 指標のデータの入手可能性を考慮している点にある。比較対象として選んだすべての国のデータが、入手可能であることは非常に稀である。こうした状況に対処し、入手できるデータを有効に活用するために、入手可能なデータのみによる比較を可能にする方法 (得られた数値

の平均値と標準偏差から算出される偏差値 (T-score) に変換) を採用している(17)。このため、データが十分に揃わない国々 (低所得国等) においても比較利用がしやすくなっている。

#### D. 考察・結論

Healthy Ageing についての世界戦略が打ち出されたのは、ここ 10 年ほどである。2020 からの「健康長寿の 10 年 (a Decade of Healthy Ageing)」の評価指標には、年齢による差別の是正などを盛り込み、各国の社会全体の変革に関わる視点がある。また、エビデンスに基づいたプログラムや政策の進捗状況を評価するために、各国の Healthy Ageing に関わる代表データの収集、調査の有無も含まれている。しかし、世界の高齢者の健康について、社会経済状況の違いによる格差が縮小されているとは言い難く、国によって、高齢化に向けた準備状況に差があることも明らかであり、世界的な Healthy Ageing 達成に向けて未だに課題が多い。

一方で、Healthy Ageing に関する指標は、複数存在しており、既存の指標のメリットを活かし、資源や資金が十分ではない低所得国などでも使いやすい指標も開発されてきている。こうした指標を活用しながら、各国の高齢化に対する目標が具体的になり、Healthy Ageing に向けた様々な社会環境が改善されていくことが期待される。

また、日本としては高齢社会の先進国として、高齢化政策、Healthy Ageing や介護予防に関する活動などのエビデンスを国際社会に発信し、高齢化対策についての世界的な指針作成に関わることが求められていると考える。これは日本の国際協力の柱となり得る分野であろう。

#### E. 引用文献

1. Population ages 65 and above (% of total population): THE WORLD BANK; 2022 [Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>].
2. Ageing and health: World Health Organization; 2024 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>].
3. Cesari M, Araujo de Carvalho I, Amuthavalli Thiagarajan J, Cooper C, Martin FC, Reginster JY, et al. Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences. 2018;73(12):1653-60.
4. [開催報告]超高齢化社会の鍵を握る「健康寿命」の行方を問う シンポジウム「グローバル高齢化時代と健康寿命の未来～現在地とこれから～」: 慶應義塾大学 グローバルリサーチインスティテュート; 2022 [Available from: <https://www.kgri.keio.ac.jp/news-event/123318.html>].
5. Countries With The Largest Aging Population In The World: WorldAtlas; 2017 [Available from: <https://www.worldatlas.com/articles/countries-with-the-largest-aging-population-in-the-world.html>].
6. Michel JP, Sadana R. "Healthy Aging" Concepts and Measures. Journal of the American Medical Directors Association. 2017;18(6):460-4.
7. Healthy ageing and functional ability: World Health Organization; 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>].
8. World report on ageing and health: World Health Organization; 2015 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>].
9. The Global strategy and action plan on ageing and health: World Health Organization; [Available from: <http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>].
10. 近藤尚己, 齋藤順子. Healthy Ageing 戦略への日本の貢献可能性と課題の整理. 2017.
11. WHO's work on the UN Decade of Healthy Ageing (2021–2030): World Health Organization; 2024 [Available from: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>].
12. Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021-2023: World Health Organization; 2023 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240079694>].
13. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. Maturitas. 2020;139:6-11.
14. Active Ageing Index: United Nations Economic Commission for Europe; [Available from: <https://unece.org/population/active-ageing-index#:~:text=The%20Active%20Ageing%20Index%20is,their%20capacity%20to%20age%20actively>].
15. Global AgeWatch Insights: HelpAge International; [Available from: <https://www.helpage.org/global-age-watch-insights>].

<http://www.globalagewatch.org/>.

16.The John A. Hartford Foundation State Aging Index: The John A. Hartford Foundation [Available from: <https://www.johnahartford.org/grants-strategy/the-john-a-hartford-foundation-state-aging-index>.

17.Revised ASEAN-JAPAN Healthy & Active Ageing Index (Revised HAAI) and Policy Guide for its Application: Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan; 2022 [Available from: <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/161509>.

## **G.研究発表**

### **学会発表**

佐々木由理、山口佳小里、菖蒲川由郷、尾白有加、町田宗仁、児玉知子. 東南アジア諸国の高齢者介護の現状について. 第 83 回日本公衆衛生学会総会 ; 2024.10.28-31; 北海道.

### **論文発表**

佐々木由理, 尾白有加, 菖蒲川由郷, 山口佳小里, 児玉知子, 町田宗仁 .Healthy Ageing の取り組みに関する国際動向とその評価指標.保健医療科学 73(3) 201-206. 2024 年 8 月.

## **H.知的財産権の出願・登録状況**

なし

表 1. 「Decade of Healthy Ageing (健康長寿の 10 年)」の実施について各国をモニターするための進捗状況評価指標

---

|    |  |
|----|--|
| 1  | 高齢化と健康に関するフォーカルポイントの存在                                     |
| 2  | 健全な高齢化に沿った国の政策、戦略、計画                                       |
| 3  | 高齢化と健康に関する国のマルチステークホルダーフォーラムまたは委員会                         |
| 4  | 年齢に基づく差別に反対する国の法律と戦略の施行                                    |
| 5  | 高齢者が支援機器を利用できるようにするための法律または規制                              |
| 6  | WHO の「高齢者にやさしい都市とコミュニティのための世界的ネットワークの強化」の活動を支援するための国のプログラム |
| 7  | 高齢者の保健および社会的ケアのニーズの包括的評価を支援するための国家政策                       |
| 8  | 高齢者の長期ケアを支援するための国家政策                                       |
| 9  | 高齢者の健康状態およびニーズに関する横断的データを用いた全国的な人口調査                       |
| 10 | 高齢者の健康状態およびニーズに関する縦断的データを提供する全国的な代表人口調査                    |

---

WHO の進捗報告書 (Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021-2023) に記載された評価指標を筆者が日本語訳

表 2. 改訂版 ASEAN-JAPAN Healthy & Active Ageing Index (HAAI) の領域と指標

| 領域                    | 指標  |
|-----------------------|---|
| 1.政策・統計 (10 指標)       |   |
|                       | 1) 政策：他部門に及ぶ健康およびアクティブ・エイジング                      |
|                       | 2) 政策：ヘルスケア（非感染性疾患 NCD を含む）                       |
|                       | 3) 政策：介護制度  |
|                       | 4) 統計：高齢者の割合および分布                                 |
|                       | 5) 統計：人口動態統計（死因統計を含む）                             |
|                       | 6) 統計：高齢者の健康および生活状況                               |
|                       | 7) 統計：高齢者の医療費                                     |
|                       | 8) 統計：医療・介護従事者数                                   |
|                       | 9) 統計：介護施設定員                                      |
|                       | 10) 政策と統計に関する総合ポイント                               |
| 2. 所得および生活保障 (7 指標)   |   |
|                       | 1) 絶対的貧困率   |
|                       | 2) 相対的貧困率   |
|                       | 3) 経済的手段  |
|                       | 4) 食料不足   |
|                       | 5) 就労   |
|                       | 6) 公的年金や福祉給付などの所得保障のカバレッジ                         |
|                       | 7) 持ち家  |
| 3. 健康および生活の質 (12 指標)  |   |
|                       | 1) 60 歳時平均余命                                      |
|                       | 2) 60 歳時健康余命                                      |
|                       | 3) 非感染性疾患(Non-Communicable Diseases, NCDs) 死亡率    |
|                       | 4) 高齢者の自殺死亡率                                      |
|                       | 5) 障害：日常生活活動(Activities of Daily Living, ADL)     |
|                       | 6) 障害: ワシントングループ (Washington Group)               |
|                       | 7) 障害：Global Activity Limitation Indicator (GALI) |
|                       | 8) 認知症有病率   |
|                       | 9) 主観的健康感   |
|                       | 10) 要介護   |
|                       | 11) 医療におけるアンメット・ニーズ                               |
|                       | 12) 運動習慣（歩行を含む）                                   |
| 4. ソーシャル・キャピタル (6 指標) |   |
|                       | 1) 孤独/社会的孤立                                       |
|                       | 2) 社会活動への参加（地域活動、政治活動、宗教活動）                       |
|                       | 3) 家族や友人とのコミュニケーション                               |



|                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
|                    | 4) 地域への信頼                 |
|                    | 5) 地域の安全                  |
|                    | 6) 子や孫の世話                 |
| 5.能力を活かせる環境（6 指標）  |                           |
|                    | 1) 携帯電話の保有                |
|                    | 2) インターネットへのアクセス          |
|                    | 3) 安全な飲料水が備わった住居          |
|                    | 4) トイレの備わった住居             |
|                    | 5) 教育（初等教育修了レベル）          |
|                    | 6) 身体的、心理的、経済的、性的な暴力からの解放 |
| 6. COVID-19 (2 指標) |                           |
|                    | 1) COVID-19 致命率           |
|                    | 2) COVID-19 ワクチン接種率       |

「Revised ASEAN-JAPAN Healthy & Active Ageing Index (Revised HAAI) and Policy Guide for its Application」の日本語版「Revised ASEAN-JAPAN Healthy & Active Ageing Index（改訂版 HAAI）とその活用に関するポリシーガイド」に基づいて筆者が作成

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）  
「ASEAN 等における高齢者介護サービスの質向上のための  
国際的評価指標の開発と実証に資する研究」  
令和 6 年度 分担報告書

東南アジア諸国におけるリハビリテーションサービスの提供状況  
：タイ・カンボジアにおける調査

研究分担者 山口佳小里<sup>1</sup>、町田 宗仁<sup>2</sup>、佐々木由理<sup>2</sup>

研究代表者 児玉 知子<sup>2</sup>

1. 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部
2. 国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部

### 研究要旨

【目的】世界的な人口の高齢化の進行に伴い、高齢者ケアの重要性が高まっている。リハビリテーションに関しても、将来的にさらにニーズが増大すると予測されている。本研究では、東南アジアにおいて高齢化および経済状況の異なる 2 か国（カンボジア、タイ）におけるリハビリテーション—特に医学的リハビリテーションの現状を明らかにすることを目的とした。

【方法】タイ、カンボジアのリハビリテーションの状況について、行政資料等のレビューおよび現地調査を実施した。現地調査では、関連施設の訪問および行政を含むステークホルダーへのインタビューを実施した。インタビューでは、リハビリテーションの状況調査のための標準化されたツールを参考に、ガバナンス、資金、労働力、サービス提供、情報システムについて情報を収集した。

【結果】タイにおいて、中間ケア（Intermediate Care: IMC）の導入により、特定の疾患に対する急性期から回復期までのリハビリテーションの拡充が図られており、リハビリテーションのための資金が設定されていた。また、対象の多くが高齢者であり、三次から一次の保健医療のレベルにわたってリハビリテーションを提供する枠組みがあった。一方で地域間格差等の課題が挙げられた。カンボジアにおいては、特定の疾患や病期に焦点を当てたリハビリテーション提供は行われておらず、基本的な提供体制整備下にあった。これまで福祉系の省庁下で内戦後のニーズ等に対応するようにリハビリテーションが提供されてきたが、近年ガバナンスが保健省に移管された。

【考察・結論】タイにおけるリハビリテーション強化には、国の高齢化が影響している可能性がある。タイとカンボジアの状況の比較から、保健医療全体の進展状況や、高齢化等による社会的ニーズによって、リハビリテーションの状況が規定されることが推察された。社会的ニーズに応じて取り組むべき優先課題を明らかにすることが肝要であり、将来的な高齢化を見据えた体制整備が重要である。

### A. 研究目的

世界的な高齢化が進む中[1]、高齢者ケアの重要性が高まりつつある。リハビリテーションに関しても、高齢社会への人口学的移行ならびに感染性疾患から非感染性疾患への疫学的移行に伴い、世界的にニーズが増大している[2]。今日では、リハビリテーションは、障害のある

児・者のためだけのサービスだけでなく、誰もが人生のある段階において必要とする可能性があるサービスとして捉えられ、WHO は各国における将来的なリハビリテーションニーズの増大に対処すべく、リハビリテーション提供体制強化のためのイニシアティブ“Rehabilitation 2030”を進めている[3, 4]。日本

においても、リハビリテーションは高齢化の進展に伴い、労働力およびサービス提供が大幅に拡大してきた歴史がある[5-7]。WHO の UN decade of Healthy Ageing に関する取り組みにおいても、リハビリテーションは領域横断的な重要課題として挙げられている[8]。

東南アジア諸国においても近年高齢化が進んでおり[1]、これに伴いリハビリテーションニーズも増大している[9]。そこで、本研究では、東南アジアにおいて高齢化および経済状況の異なる2か国（カンボジア、タイ）におけるリハビリテーションの現状を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

タイ、カンボジアのリハビリテーションの状況について、行政資料等のレビューおよび現地調査を実施した。

なお、本研究では、リハビリテーションを、リハビリテーション専門職による専門的な医学的リハビリテーションを中心に、近隣領域を含む範囲でとらえて調査を実施した。

### 1) 調査協力機関・施設

現地調査では、関連施設の訪問およびステークホルダーへのインタビューを実施した。タイ、カンボジアそれぞれの対象機関・施設を下記に記す。タイにおいては、保健省、社会開発・人間安全保障省の他、バンコク近隣州内の保健医療機関を対象とした。カンボジアに関しては、保健省、社会問題・退役軍人・青少年リハビリテーション省に加えて、プノンペン内の国立、民間の機関および国際 NGO を対象とした。

<タイ>

- ・ Ministry of Public Health (MoPH), Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute
- ・ MoPH, National Health Security Office
- ・ Ministry of Social Development and Human Security, Department of Older Person
- ・ MoPH, Institute of Geriatric Medicine
- ・ Bang Pa-in hospital (provincial hospital)
- ・ Dontum Hospital (provincial hospital)
- ・ Napalai Hospital (district hospital)
- ・ Don Yai Hom, sub-district health

promotion center

- ・ Siriraj Hospital

<カンボジア>

- ・ Ministry of Health (MoH)
- ・ Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation (MoSVY)
- ・ HelpAge (Phnom Penh site)
- ・ Calmette hospital (National hospital)
- ・ Physiocam clinic (Private clinic)
- ・ National Physical Rehabilitation Centre, Phnom Penh

### 2) 調査期間

2024 年 12 月および 2025 年 2 月であった。

### 3) 調査項目

インタビューでは、リハビリテーション状況分析のためのツールとして WHO が開発した標準化されたツールである Template for rehabilitation information collection: TRIC（リハビリテーション情報収集のためのテンプレート）[10]、Guidance on the analysis and use of routine health information systems: rehabilitation module（ルーチン・ヘルス・インフォメーション・システム・リハビリテーション・モジュールマニュアル）[11]を参考とした。行政を対象としたインタビューでは、このうちガバナンス、資金、労働力（専門職養成）を中心に聴取し、保健医療機関・施設では、施設から収集できる情報として、労働力（従事者数）、サービス提供を中心に聴取した。

（倫理面への配慮）

本研究は個人が特定される情報を収集するものではないが、インタビュー対象者に、本研究の趣旨について事前に文書で説明し、同意を得た上で実施した。

## C. 研究結果

各国の状況について、下記に示す項目ごとに整理する。また、タイおよびカンボジアの各施設におけるリハビリテーション提供状況について、表 1～3 に示す。

### 1) 国の基本情報

タイとカンボジアにおいて、人口はそれぞれ

71.7 百万人および 17.4 百万人、出生時平均余命は 76 歳および 71 歳、合計特殊出生率は 1.2 および 2.6、65 歳以上高齢者割合は 15% および 6% で、一人当たり GDP は 7.2 千 US ドルおよび 2.4 千 US ドル（いずれも 2023 年の値）であった[12]。

## 2) リハビリテーションのガバナンスおよび資金

### ① タイ

リハビリテーションのサービス提供に関しては、他の医療サービスと同様に、保健省 (Ministry of Public Health: MoPH) が管轄している。リハビリテーションに関する国の高次専門医療機関に位置づけられる Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute も保健省の管轄下にあり、国レベルの調査や、国内の従事者の研修、州や郡病院のリハビリテーション提供を支援する役割を担っている。

資金に関して、最も多くの国民をカバーしている国民医療保障制度 (Universal Coverage Scheme: UCS) において、リハビリテーションは、中央払い戻し制度 (Central reimbursement system) およびマッチングファンドである州リハビリテーション資金 (Provincial Rehabilitation Fund) の 2 つでカバーされている。いずれにおいても、自立支援のためのリハビリテーションサービス（理学療法、作業療法、言語療法、視覚障害支援、支援機器の提供など）が提供される。特に、2017 年に導入された中間ケア (Intermediate Care: IMC policy) により、脳卒中、頭部外傷、脊髄損傷、股関節骨折でバーセルインデックス (Barthel Index, BI) スコア 15 点以下の患者に対して最長 6 カ月間（受傷からではなくサービス開始から 6 カ月間）のリハビリテーションが実施できるようになり、多くの高齢患者に対してサービスが提供されている。なお、障害保険でもリハビリテーションはカバーされている。

州リハビリテーション資金 (Provincial Rehabilitation Fund) は、病院でのリハビリテーションの待機時間等を解消し、リハビリテーションへのアクセスを確保するために創設され、2022 年時点で 58 の県で導入されている。州リハビリテーション基金では、理学療法士や作業療法士による訓練、支援機器の提供に加えて、中央払い戻し制度におけるリハビリテーションと異なり、大人用オムツの支給もカバーしている。

リハビリテーション提供のための制度は整いつつあるものの、地域間格差があり、州や郡での資源不足が課題である。

### ② カンボジア

カンボジアにおいてはリハビリテーションの所管が 2017 年に社会問題・退役軍人・青少年リハビリテーション省 (Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation, MoSVY) の障害局 (Department of Disability) から保健省に移管され、現在移行中である。

資金に関しては、カンボジアの公的医療保険制度として、公務員および正規雇用労働者を対象とした National Social Security Fund (NSSF) と、貧困層を対象とした Health Equity Fund (HEF) があり、公立の医療機関を受診する際に適応される。リハビリテーションサービスもこれらでカバーされている（入院治療費、外来治療費に包括される）。ただし、経済的課題、制度の未成熟さ、保険料徴収システムが未確立であること等により十分普及しておらず、国民全体におけるカバー率はそれぞれ 24.8% と 16.8% に留まり [13]、これがリハビリテーションを含む医療へのアクセスを困難にしている [14]。

## 3) リハビリテーション労働力

### ① タイ

自国内で理学療法士 (Physical Therapist, PT)、作業療法士 (Occupational Therapist: OT)、言語聴覚士 (Speech Language Therapist: ST)、義肢装具士 (Prosthetist and Orthotist, PO) が養成されている。他国と同様、PT 数が最も多い。また、これらの職種は大学学部レベルで養成された後、国家試験を通過することで資格を取得することができる。また、リハビリテーション専門医、リハビリテーション看護師が存在する。これらの職種が国内で養成されているものの、特に PT 以外の職種において圧倒的に数が不足している点、また専門職の多くがバンコクに集中している点などが課題となっている。

なお、MoPH に所属する専門職の数は、PT が 3,282 人、OT が 281 人、リハビリテーション看護師が 302 人である (2025.2 時点)。

### ② カンボジア

PT と PO が国内で養成されている。リハビリテーション医師は存在しない。PT, PO の養成は大学学部レベルであり、資格制度は存在しておら

ず、卒業することでPT、POとして勤めることができる。ただし、国立の機関・施設で勤務する場合には、別途試験を受ける必要がある。なお、PTは公立・民間の病院やクリニック、リハビリテーションセンターに配属されて理学療法を中心としたサービスを提供する一方、POは主にリハビリテーションセンターに勤務し、車椅子や義肢・装具の製造、提供を行っている。高齢者への車椅子の提供もある。

#### 4) サービス提供

##### ① タイ

タイにおいては全ての三次医療機関にリハビリテーション部門があり、すべての二次医療機関に理学療法部門がある。さらに、州病院にリハビリテーション専門医を配置し、州内全体のリハビリテーション提供をサポートする体制が整備されている。ただし、専門医およびリハビリテーション専門職はバンコクに集中している。

バンコク周辺においては、州病院や郡病院など地域の医療機関においても、IMCが普及している。患者は、州病院等で急性期の治療を受けた後、リハビリテーション提供可能な州病院で、IMCの制度下で回復期のリハビリテーションを受ける。さらに、回復期～慢性期のリハビリテーションを郡病院で受ける。急性期～回復期に必要な高度なリハビリテーションは州病院で、慢性期のリハビリテーションは郡病院で提供され、リハビリテーション専門職の数や種類なども郡病院より州病院、さらに国立の病院においてより充実している。IMCの導入により、リハビリテーションの普及が進んでいる。一方、前述の通りIMCの制度下では条件を満たす患者に対して、6カ月間、最大20回のリハビリテーションが提供可能とされているが、従事者の不足により、最大限の提供は実現していない状況がある。

IMC導入により、脳卒中、頭部外傷、脊髄損傷へのリハビリテーションの充実が図られた一方、今日では、認知症対策が進められており、全国の各地域におけるスクリーニング実施体制を整備するため、ヘルスボランティアの配置等を進めている。

##### ② カンボジア

リハビリテーションの対象は、脳梗塞等の脳血管疾患、腰痛を始めとする筋骨格系の疾患や、小児においては脳性麻痺やポリオなどがある。プノ

ンペンにある国立病院にはプノンペン以外の地域からもリハビリテーションを希望する患者が受診する。各地域の公立病院へ、あるいは地域の病院からのリファラルシステムが存在するが、十分機能しているとは言えず、患者が地域に戻った後、リハビリテーションを受けられるとは限らない。

リハビリテーションを実施する病期に関して、国立の病院では急性期を中心に、国立リハビリテーションセンターや民間のクリニックでは回復期を中心に提供されていた。ただし、急性期医療そのものが十分整備されておらず、国立の病院においても、急性期の脳卒中患者を対象としたリハビリテーションはほとんど行われていなかった。

カンボジアにおける1970年代の内戦を含む紛争に対して、これまでに多くの国際NGOが支援し、傷痍軍人等に対するリハビリテーションが行われてきた歴史がある。しかし、今日NGOの撤退が相次ぎ、特にリハビリテーションセンターにおいて、従事者等の不足により、入所をベースとしたリハビリテーション、訪問リハビリテーション、地域に根差したリハビリテーション（community-based rehabilitation: CBR）の終了など、リハビリテーション提供が縮小している現状もある。

なお、高齢者に対するリハビリテーションは、民間クリニックでは比較的多く提供されていた一方、特に国立の病院・センターで十分実施されておらず、その必要性・重要性の認識もされていなかった。

#### 5) 情報システム

タイにおいては、公立の病院において電子カルテの導入も進んでいる。また、州病院ではリハビリテーション実施に関する情報を毎年州に提出している。

カンボジアにおいてはリハビリテーションに関して行政（国・地方）が情報を収集するシステムはない。

#### D. 考察

タイにおいて、高齢者に特化したリハビリテーションサービスはなかったものの、IMCの導入により、特定の疾患に対して急性期から回復期までのリハビリテーションの拡充が図られており、対象の多くが高齢者であった。また、三次から一次

の保健医療のレベルにわたってリハビリテーションを提供する枠組みがあった。日本のリハビリテーションに関する制度の変遷および背景を鑑みると[6,7]、こうしたタイのリハビリテーション提供拡大においても、国の高齢化が一定程度影響を与えている可能性がある。今後の課題としては、地域間格差の是正や、不足する労働力への対応等が挙げられる。また、現在のリハビリテーション提供体制を実現している前提として、保健医療体制整備や、医療保障制度の発展があると考えられる。

一方、カンボジアにおいては、社会保障制度や医療体制整備等と併せて、リハビリテーション提供体制の整備の今後進められるものと考えられる。これまでのカンボジアにおけるリハビリテーションは、福祉系の省庁の管轄下で、国際 NGO 等の支援も得ながら、特に内戦・内乱後の社会的ニーズに焦点を当てたものであったと推察される。それが、ガバナンスの保健省への移管にも見られるように、今後は高齢化や非感染性疾患増加により生じるニーズへの対応を含むものとして展開される可能性がある。そのために取り組むべきリハビリテーション優先課題はなんであるか、明らかにすることが肝要である。

#### <本研究の限界>

本研究では、施設調査およびインタビュー調査において、限られた地域の限られた施設を対象としており、調査結果が全国の状態を表してはいない点に留意する必要がある。このような限界はあるものの、これまで十分に明らかにされていないタイおよびカンボジアのリハビリテーションの現状を一定程度明らかにしたことで、今後の課題抽出に向けた知見を提供できたと考える。

#### E. 結論

本研究は、東南アジアにおいて経済や人口構造などの状況の異なる2か国であるタイとカンボジアに着目し、施設訪問およびインタビューを通して、リハビリテーションの提供状況について調査した。保健医療全体の進展状況や、高齢化等による社会的ニーズによって、リハビリテーションの状況が規定されることが推察された。今後ニーズに応じて取り組むべき課題を明らかにすることが肝要である。

#### <引用文献>

1. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Demographic Changes in Asia and the Pacific. The Economic and Social Commission for Asia and the Pacific; 2024. <https://www.population-trends-asiapacific.org/data/sea>.
2. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, et al. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021 Dec 19;396(10267):2006-2017.
3. Jody-Anne Mills. Rehabilitation 2030: The vision and the implementation. *国際リハビリテーション学*. 2023;6(1):1-12
4. WHO. Rehabilitation 2030 initiative. 2017. <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>
5. 山口佳小里, 三浦宏子, 児玉知子. リハビリテーションに関する国際動向と ASEAN 諸国の現状. *保健医療科学*. 2024;73(3): 214-224
6. Yamaguchi K, Nakanishi Y, Tangcharoensathien V, et al.. Rehabilitation services and related health databases, Japan. *Bull World Health Organ*. 2022 Nov 1;100(11):699-708.
7. Yamaguchi K, Makihara Y, Kono M. Rehabilitation professionals for the aging society in Japan: their scopes of work and related health policies and systems. *Hoken Iryou Kagaku*. 2022;71(1):35-44.
8. WHO. WHO's work on the UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030). <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing#:~:text=The%20United%20Nations%20Decade%20of,communities%20in%20which%20they%20live>
9. WHO. WHO Rehabilitation Need Estimator. <https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/>
10. WHO. Template for rehabilitation information collection. 2019. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330956/9789241516013-eng.pdf?sequence=1>.
11. WHO. Guidance on the analysis and use of routine health information systems: rehabilitation module. 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354390/9789240050242-eng.pdf?sequence=1>.
12. World Bank. World Bank Open Data.

<https://data.worldbank.org/>

13. Kolesar RJ, Pheakdey S, Jacobs B, Chan N, Yok S, et al. Expanding social health protection in Cambodia: An assessment of the current coverage potential and gaps, and social equity considerations. International Social Security Review. 2020;73: 35-63
14. Kwon S, Keo L. Social health protection in Cambodia: Challenges of policy design and implementation. International Social Security Review. 72(2):97-111.
15. Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, Suwanwela W, Supangul S, Panichkriangkrai W, et al. Defining the Benefit Package of Thailand Universal Coverage Scheme: From Pragmatism to Sophistication. Int J Health Policy Manag. 2020 Apr 1;9(4):133-137.

### 3. その他 なし

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 山口佳小里, 三浦宏子, 児玉知子. リハビリテーションに関する国際動向と ASEAN 諸国の現状. 保健医療科学. 2024;73(3): 214-224
- 2) 山口佳小里, Ung SAMBATH, 河野眞, 町田宗仁, 佐々木由理, 児玉知子. カンボジアにおけるリハビリテーション提供状況: プノンペンの施設調査. 国際リハビリテーション学. 2025;7(1):1-12

### 2. 学会発表

- 1) Yamaguchi K, Sambath U, Kono M, Machida M, Sasaki Y, Kodama T. Initial Analysis of the Rehabilitation Situation in Cambodia: Focusing on Workforce and Service Implementation in Phnom Penh. The 8th Asia Pacific Occupational Therapy Congress 2024 (APOTC2024), 2024.11.6-9, Sapporo, Japan.

## H. 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





表 1： タイの施設におけるリハビリテーション提供状況（抜粋）

|      | 国立リハビリテーション病院  | 州病院   | 郡病院                       |
|------|--|---|---------------------------|
| 管轄   | Ministry of Public Health                                    | Ministry of Public Health                                   | Ministry of Public Health |
| 従事者数 | (人)  |   |                           |
| -医師  | 13   | 6（うち 4 は州の GP）  | 1                         |
| -看護師 | 40   | 100   | -                         |
| - PT | 46   | 6   | 6                         |
| - OT | 29   | 1   | 0                         |
| - ST | 7  | 0   | 0                         |
| - PO | 15   | 2   | 0                         |
| - SW | 2  | 0   | 0                         |
| 提供枠組 | IMC など<br>(入院・外来)  | IMC<br>(入院・外来)  | IMC<br>(入院・外来・訪問)         |
| 提供期間 | ～ 6 か月   | ～3 or 6 か月  | ～2 or 6 か月                |
| 対象病期 | 急性期～回復期  | 急性期～慢性期   | ほとんど慢性期                   |
| 対象年齢 | 全年齢  | 全年齢   | 多くが高齢者                    |
| 対象疾患 | 【外来】<br>脳損傷・疼痛（最多）<br>脊髄損傷、脳性麻痺、<br>切断<br>【入院】<br>主に脳損傷・脊髄損傷 | 筋骨格系疾患（腰痛）<br>神経疾患（脳卒中）<br>呼吸器疾患・心疾患・糖尿<br>病・<br>腎疾患・フレイルなど | 慢性の腰痛が多い                  |

調査対象施設における状況を示す。ただしタイ全国状況を表してはいない。GP: General Practitioner、PT: 理学療法士、OT: 作業療法士、ST: 言語聴覚士、PO: 義肢装具士、SW: 社旗福祉士

表 2： カンボジアの施設におけるリハビリテーション提供状況（抜粋）

|       | 国立病院<br>リハビリテーション部門                                  | 国立リハビリテーション<br>センター                                 | 民間リハビリテーション<br>クリニック  |
|-------|--|---|---|
| 管轄    | Ministry of Health                                   | Ministry of Health<br>(2017 以降)                     | —   |
| 従事者数  | (人)  |   |   |
| - 医師  | (データなし)  | 0   | 5   |
| - 看護師 | (データなし)  | 0   | 30  |
| - PT  | 16   | 4   | 9   |
| - PO  | 0  | 2 (助手 7)  | 0   |
| 提供期間  | 約 1 週間   | 6 カ月程度  | 数週間～数カ月   |
| 対象病期  | 急性期～回復期  | 主に回復期   | 主に回復期   |
| 対象年齢  | 15 歳以上   | 全年齢   | 全年齢   |
| 対象疾患  | ・ 筋骨格系障害（腰痛等）<br>・ 神経疾患<br>・ 心疾患<br>・ その他（糖尿病による切断等） | ・ 筋骨格系障害<br>・ 神経疾患<br>・ 感覚障害<br>・ その他（糖尿病による切<br>断） | ・ 筋骨格系障害<br>・ 神経疾患（脳卒中等）<br>・ 慢性呼吸器疾患<br>・ 心疾患<br>・ その他（フレイル） |

調査対象施設における状況を示す。ただしカンボジアおよびプノンペンの状況を代表するものではない。PT: 理学療法士、PO: 義肢装具

表 3：リハビリテーション提供状況に関するタイとカンボジアの比較

|                          | タイ  | カンボジア  |
|--------------------------|---|--|
| <b>基本情報<sup>1)</sup></b> |   |  |
| 人口                       | 71.7 百万人  | 17.4 百万人   |
| 出生時平均余命                  | 76 歳  | 71 歳   |
| 合計特殊出生率                  | 1.2   | 2.6  |
| 65 歳以上高齢者割合              | 15%   | 6%   |
| 一人当たり GDP                | 7.2 千 US ドル   | 2.4 千 US ドル  |
| <b>ガバナンス</b>             |   |  |
|                          | 保健省 (Ministry of Public Health)   | 保健省 (Ministry of Health)<br>※2017 年までは社会問題・退役軍人・青少年リハビリテーション省・障害局 (Department of Disability, Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation, MoSVY) |
| <b>資金</b>                |   |  |
|                          | ・各種医療保障制度 <sup>2)</sup> および障害保険でカバーされる。なお各種制度でほぼ全国民をカバー<br>・リハビリテーションのための資金がある (中央払い戻し制度におけるリハビリテーションおよび州リハビリテーション資金)   | ・医療制度・社会保障制度 <sup>3)</sup> でカバーされるが、制度による国民のカバー率は合計 40%程度<br>・リハビリテーションのための資金の設定はない  |
| <b>労働力</b>               |   |  |
|                          | ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士を国内で養成。いずれも国家試験のある国家資格。リハビリテーション専門医、リハビリテーション看護師もいる。<br>・特に理学療法士以外の職種の量的な不足が顕著。またバンコクなど都市部に偏在   | ・理学療法士、義肢装具士を国内で養成。国家試験はなく養成校卒業で資格が得られる。<br>・特に理学療法士以外の職種の量的な不足が顕著。またバンコクなど都市部に偏在  |
| <b>サービス提供</b>            |   |  |
|                          | ・中間ケア (Intermediate Care: IMC policy, 2017) により、脳卒中、頭部外傷、脊髄損傷、股関節骨折を中心に急性期～回復期のリハビリテーション提供が拡大。多くの高齢者を含む患者に三次から一次医療のレベルでリハビリテーションが提供されている。ただし資源不足や地域間格差の課題がある。 | ・特定の病期、疾患に焦点を当てたりリハビリテーション提供の仕組みはない。高齢者へのリハビリテーション提供も多くはない。  |

1) 基本情報はいずれも 2023 年の値[12]。

2) Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS)：公務員医療給付制度、Social Security Scheme (SSS)：社会保障制度 (被用者健康保険)、Universal Coverage Scheme (UCS)：ユニバーサル・カバレッジ制度 (国民健康保障制度) から成る。カバー率はそれぞれ 7%、18%、71%でほぼ全国民をカバーしている。[15]

3) 公務員および正規雇用労働者を対象とした National Social Security Fund (NSSF) と、貧困層を対象とした Health Equity Fund (HEF)。カバー率はそれぞれ全国民の 24.8%と 16.8%。[13]

厚生労働科学研究費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
「ASEAN 等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発と  
実証に資する研究」

令和 6 年度 分担研究報告書

タイ高齢者に対する歯科保健医療施策と口腔ケア提供体制に関する  
現状分析と課題の抽出

研究分担者 三浦宏子（北海道医療大学 歯学部保健衛生学分野 教授）

**研究要旨**

【目的】ASEAN 諸国において、近年高齢化が急速に進展しているタイに焦点を絞り、高齢者への歯科保健医療対策や口腔ケアについて二次資料を中心とした定性的な分析を行い、タイにおける在宅介護・施設介護・介護予防における口腔ケアサービスを推進させるための課題分析を行う。

【方法】タイの保健省、国家健康保障局、社会開発人間安全保障省などの公的資料を用いたナラティブレビューを行い、タイにおける在宅・施設介護における口腔ケアサービスと口腔機能向上プログラムの提供状況に関する定性的分析を行った。

【結果】タイにおける高齢者への歯科保健医療施策では、歯の喪失に対する予防や歯科治療を重点課題として掲げており、保健省の口腔保健プロジェクトにおいて 8020 の達成を上位目標に掲げていた。高齢者の歯の喪失に対する歯科治療についても公的な施策を積極的に推進し、総義歯作成に対する支援を行っていた。在宅介護における口腔ケアや地域高齢者への口腔機能向上施策については、地域ボランティアの活用によって成果を挙げつつあるが、その質の標準化は図られておらず、明確な地域格差が存在した。また、施設介護における口腔ケアは、現時点では明確に位置付けられておらず、高齢者施設への歯科専門職や言語聴覚士の関与はほとんどなされていなかった。

【結論】タイにおける高齢者の歯科保健医療および要介護高齢者への口腔ケアの提供の特性について明らかにすることができた。タイにおける課題としては高齢者の口腔機能向上に対する取り組みの不足と、介護における口腔ケアの質の地域格差が示唆された。

**B. 研究目的**

2023 年度の分担研究では、歯の喪失状況とフレイルとの関連性について、システマティックレビューを行い、現在歯数が 20 歯を超える高齢者ではフレイルリスクが低いことを明らかにした。ASEAN 諸国の中老年に対する介護予防施策を推進するうえで、歯の喪失状況は

重要な影響要因のひとつと考えられる。その一方、ASEAN 諸国の高齢化率にはバラツキがあり、歯科医療提供体制についても大きな違いがある。そこで、2024 年度の研究では、高齢化率が高く、かつ歯科保健医療に関して提供基盤を有するタイに焦点を絞り、高齢者への歯科保健医療や口腔ケアに関する対策・施策に

ついて二次資料を中心とした定性的な分析を行い、タイにおける在宅介護・施設介護・介護予防における口腔ケア対策を推進させるための課題分析を行う。

## B. 研究方法

本研究の研究デザインは、タイにおける在宅・施設介護における口腔ケアと口腔機能向上プログラムの提供状況に関する二次資料を用いたナラティブレビューである。用いた二次資料としては、タイ保健省による歯科保健医療に関する公的文書を基本とするが、タイ国内の大手メディアにおける関連記事、わが国からタイおよびタイ国内の大手メディアが報じた関連記事およびJICAによるタイへの支援事業報告書なども参照した。これらのレビューによって得られた結果を踏まえて、タイにおける高齢者への歯科保健医療や口腔ケアの提供体制の現状を総合的に把握し、今後の課題を検討した。

（倫理面の配慮）

本研究は、公表されている公的文書や事業報告書および学術論文等の二次資料を用いるため、個人情報を取り扱わない。

## C. 研究結果

### 1. 公的セクターによる在宅高齢者への歯科保健医療サービス支援策

#### （1）在宅要介護高齢者への介護支援と歯科

タイは近年急速に高齢化が進み、2023年時点で人口の約18%（約1,200万人）が60歳以上である。高齢者の多くは、施設ではなく在宅にて介護サービスを受けている<sup>1</sup>。そのため、タイ政府による介護サービス支援策の多くは、地域に根ざした高齢者ケア制度の整備等、在宅介護を支援するものとなっている。2010

年にタイ保健省は地域包括ケアのパイロット事業を開始し、在宅要介護高齢者を対象とした訪問ケアを提供しはじめた<sup>2</sup>。その後、わが国の地域包括ケアシステムも参考にし、JICAの協力も得て2016年に正式に在宅介護支援サービス導入を決定し、全国のサブディストリクトで在宅介護制度の整備が進められている。2018年には各サブディストリクトにつき2名の介護人材を訓練・配置し、従来の地域ボランティアに代えて、専門的な在宅介護サービスを提供する方針が打ち出された。これらの対策により、地域ボランティア約5万1千人が延べ80万人の高齢者を支えてきた実績を有しており、その活動のひとつとして在宅高齢者への口腔ケア支援サービスが位置づけられている。

#### （2）高齢者への歯科治療支援に関する施策・制度

タイ政府はユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）制度のもとで、高齢者を含む全国民に歯科医療サービスを提供している。外来診療や入院の際に30バーツ（約120円）の自己負担で治療を受けることができる30バーツ医療制度（ゴールドカード制度）では、齲蝕（むし歯）治療や歯石除去および抜歯などの基本的歯科治療がカバーされる枠組みが整備されている<sup>3</sup>。また、2024年には、タイ政府はUHC加入者向けに年間3回までの無料歯科検診を実施するパイロット事業を半数弱の45県で試行開始し、身分証明書提示のみで地域の歯科診療所で受診可能な制度を構築し、今後、タイ全土に展開する計画である<sup>4</sup>。この取り組みにより、在宅要高齢者の歯科受診機会の拡大も図られている。この制度の実効性を高めるために、政府は民間歯科診療所の協力を得るなどの工夫を図っ

ている。2024 年のパイロット事業では 106 か所の歯科診療所が参加し、延べ約 15,000 件の歯科サービスを提供した。これまで公的医療機関における歯科医師不足が指摘されてきたところであったが、2024 年のパイロット事業において保健省と歯科医師会の連携がスタートし、公的資源だけではなく民間資源も統合した歯科サービス網の構築を図りつつある。

### (3) タイ高齢者の歯科保健状況と口腔保健戦略プラン（2023-2037）

高齢者の歯の喪失は、栄養摂取状況や QOL に大きな影響を与えることもあり、タイの口腔保健国家戦略では、特に歯の喪失状況に着目した対策を重視している。2017 年の保健省調査ではタイ高齢者の 8.7%が全ての歯を失っており、60～74 歳の残存歯数は平均 18 本、80 歳以上では平均 10 本に減少することが報告されている。60～74 歳の約 60%は 20 本未満の歯しか残存しておらず、80 歳以

上ではその割合が約 78%に増加する。

このためタイ政府は義歯による歯科治療の普及支援に力を入れており、医療保険の給付対象に義歯を含めている。また、口腔保健戦略プラン（2023-2037）<sup>5</sup>では、80 歳で 20 歯以上を有している高齢者の割合を 50%とする目標値が掲げられている（図 1）。ベースライン値（2017 年データ）は 22.4%であるが、2027 年には 32.0%、2032 年には 40.0%、終了年の 2037 年には 50.0%に到達することを目指している（表 1）。

国家健康保障局（NHSO）は「高齢タイ人の健康元年」と位置づけた 2023 年に、約 7 万 2 千個の義歯と 7,200 本のインプラント提供を目標とする新規予算を計上する一方、公立病院を通じて高齢者への義歯の無償提供を全国で実施している。地方では、高齢者への歯科医療提供体制は脆弱であるため、NHSO の取り組みは地域在住高齢者に受け入れられている<sup>6</sup>。

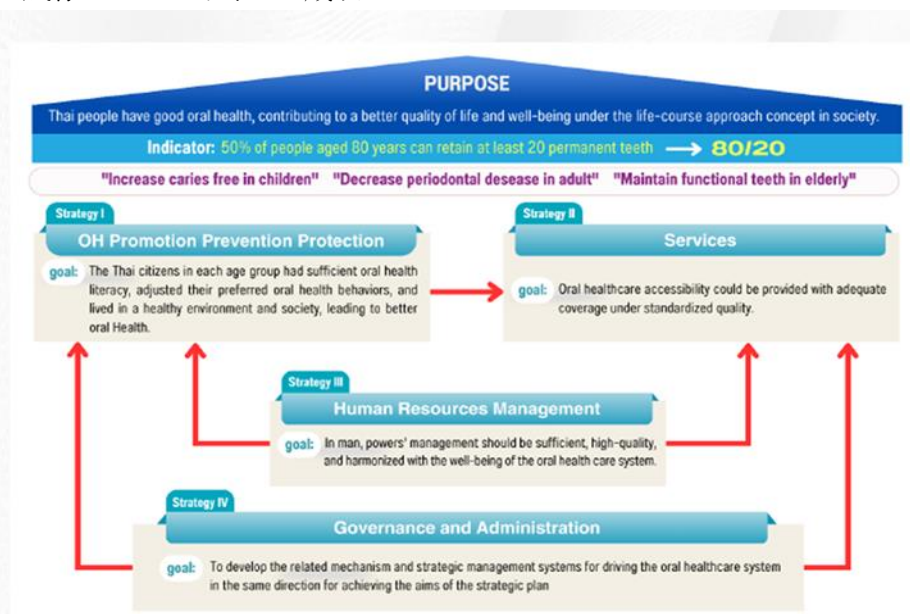


図 1 タイ口腔保健戦略プランのグランドデザイン（2023-2037）

表1 タイ口腔保健戦略プランの目標値とベンチマーク

| Lagging Indicator   |                 |      |      |      |
|---|-----------------|------|------|------|
| Indicators  | Baseline (2017) | 2027 | 2032 | 2037 |
| Percentages of functional tooth Maintenance ≥ 20 teeth at the age of 80+ (80:20)                              | 22.4            | 32.0 | 40.0 | 50.0 |
| Leading indicators  |                 |      |      |      |
| Indicators  | Baseline (2017) | 2027 | 2032 | 2037 |
| 1. Increase number of children with good teeth (oral health)  |                 |      |      |      |
| 1.1 % Caries free in early childhood  | 47.1            | 65.0 | 70.0 | 80.0 |
| 1.2 % Cavity free in permanent teeth among school-aged children   | 66.7            | 80.0 | 85.0 | 90.0 |
| 2. The numbers of gingivitis in teenagers and periodontal disease in the working age group could be decreased |                 |      |      |      |
| 2.1 % of Gingivitis in teenagers  | 69.9            | 55.0 | 50.0 | 45.0 |
| 2.2 % Periodontal disease at the age of 35-44 years   | 25.9            | 15.0 | 10.0 | 5.0  |
| 3. Permanent tooth maintenance in older adults  |                 |      |      |      |
| 3.1 % Maintain Functional Teeth at least 20, age 60-74  | 56.1            | 65.0 | 70.0 | 80.0 |

#### (4) 王室主導の口腔保健プロジェクト

前項で記載した政府による口腔保健プロジェクト以外に、王室主導の口腔保健プロジェクトも展開されている。故プミポン国王は 2003 年のスピーチで高齢者の歯の喪失に強い懸念を示し、関係機関に対応を促した。これを契機に「ロイヤル義歯プロジェクト」が発足し、2005～2022 年の間に延べ 72 万名以上の高齢者に対して、総義歯やインプラント治療を提供した<sup>7</sup>。現在もラーマ 10 世現国王の下でこの事業は継続され、NHSO と歯科イノベーション財団（王室後援財団）などが協働して高齢者への歯科治療支援を行っている。これらの政府および王室の支援策により、高齢者が在宅で生活しながら必要な歯科治療や口腔ケアを受けられる体制が少しずつ強化されている。

#### 2. 民間セクターによる在宅要介護高齢

#### 者への歯科保健医療支援

公的支援を補完する形で、タイの民間セクターや大学、NGO も要介護高齢者への歯科サービス提供に貢献している。一例として、チェンマイ大学歯学部と王室が後援する歯科イノベーション財団は、山岳少数民族が暮らす僻地の村々へ移動歯科診療車を派遣し、齲蝕治療や歯科検診および口腔衛生指導を実施している<sup>8</sup>。交通アクセスが困難な山間部でも 1,333 人に歯科治療を提供した実績が報告されており、都市部と地方の格差是正に寄与している。このプロジェクトは「すべての国民が基本的医療を享受できるべき」という故プミポン国王の理念に触発されたものであり、現在も王室支援の下で継続されている。こうした訪問歯科・移動クリニックは、通院困難な在宅高齢者や障害者に直接歯科サービスを届ける有効な手段として評価されている。

### 3. 在宅介護における口腔ケアの取り組み

タイの高齢者介護は主に自宅で家族が担っており、政府も在宅介護を支える施策を推進している。2016 年以降、国民皆保険を管轄する NHSO は「Tambon (= 地方行政区画) 介護プログラム」を開始し、地域で包括的に高齢者を支える体制づくりを進めている。このプログラムでは、高齢者の基本情報整備や高齢者クラブの設置、介護ボランティアの配置など 6 項目の基準を満たした Tambon に介護推進自治体として認証と予算支援が行われる。の基準の一つとして、ヘルスセンターにおける口腔ケアプログラムの実施が含まれており、地域保健の現場で高齢者への口腔ケア支援が組み込まれている<sup>9</sup>。

具体的な在宅での口腔ケア支援としては、地域の保健ボランティア (CHVs) や訪問介護員による高齢者宅への指導・支援がある。保健省の指導の下、訓練を受けた地域のヘルスボランティアが要介護高齢者の家庭を訪問し、家族介護者に対して介護方法の助言を行う仕組みが整備されている。この中には食事や清潔のケアとともに、口腔衛生の管理方法についての指導も含まれている。

また、タイ政府は高齢者のオーラルヘルスケアの啓発と自助努力にも力を入れており、コミュニティで高齢者自身が集う「高齢者クラブ」を口腔保健の推進拠点として活用している。2006 年に「高齢者のための口腔保健計画 (National Oral Health Plan for Senior Citizens)」が策定され、高齢者自身による口腔ケアの促進と高齢者の口腔健康改善が重要戦略として掲げられた。この戦略のもと、各地の既存の高齢者クラブに口腔保健活動を取り入れた「お口の健康クラブ (Oral health-promoting

elderly clubs)」が 2006 年から開始され、初年度 7 か所だったクラブは現在では全国で 8,000 か所以上に拡大し、およそ 200 万人の高齢者が参加している<sup>10</sup>。クラブでは歯科保健スタッフやボランティアが中心となり、昼食後・就寝前の歯磨き励行、フロスや義歯用ブラシの使用指導、禁煙の啓発、口腔体操の実践、歯科受診の勧奨など様々な健康活動が行われている。その結果、クラブ参加者の方が非参加者よりも昼食後・就寝前の歯磨きやフロス使用など 6 つの口腔保健行動の実践率が有意に高く、咬合できる歯が残存している割合も高いことが報告されている。

その一方、高齢者クラブでの口腔ケア活動は各地域の自主性に委ねられ、統一された指針は設けられていない。そのため活動内容や効果には地域差もあり、特に高齢男性の喫煙習慣など改善が難しい課題も残っている。また、在宅療養中で外出困難な高齢者はクラブ活動に参加しづらく、要介護高齢者へのアプローチが今後の課題である。

### 4. 施設介護での口腔機能管理

タイでは従来、高齢者介護施設の数はいくつか、大多数の高齢者は家庭で介護されてきた。そのため、口腔ケアについても在宅介護での取り組みが先行している (表 2)。社会開発人間安全保障省 (MSDHS) による公的な高齢者入所施設は全国で十数箇所 (入所者数およそ 2,300 名) に過ぎず、それ以外に地方自治体や民間企業・団体が運営する小規模施設が点在している状況である。こうした介護施設における口腔ケアの実施状況を見ると、まだ本格的な体制整備には至っていない<sup>11</sup>。タイの介護施設では入所者の口腔衛生状態のアセスメントは行われておらず、施設に歯科医師が訪問



する仕組みも整っていない。介護職員が日常的なケアの中で必要に応じて入所者の歯磨きを手伝う程度で、専門的な口腔チェックや歯科治療は施設外の医療機関受診に委ねられている。タイの介護施設では、自立できる高齢者は自分で口腔ケアを行い、要介助者には介護士が丁寧に歯磨き介助を行っているため、大きな問題は顕在化していないという側面もある。専門職による定期チェックがないままでは、見えにくい口腔機能低下や誤嚥リスクの高まりを見逃す可能性もあり、施設介護における口腔ケア体制の強化が課題である。こうした課題に対応

すべく、タイでも徐々に施設での口腔衛生管理の取り組みが始まっている。2024年には、日系企業とタイ保健省・大学が連携した介護施設での口腔ケアモデル事業がスタートし、バンコク都内および近郊の公立・民間あわせて3つの高齢者介護施設を対象に、日本式の口腔ケア手法を導入する試みが行われている<sup>12</sup>。しかし、こうした取り組みはまだ限定的であり、全国的な制度としての定着には至っていない。今後、介護施設への歯科専門職の訪問制度の確立や、介護職員向けの体系的な口腔ケア研修の導入が求められる。

| 項目        | 在宅介護                         | 施設介護                       |
|-----------|------------------------------|----------------------------|
| 主な提供者     | 家族介護者、地域ボランティア、訪問介護員         | 介護施設スタッフ                   |
| サービス内容    | 歯磨き指導、義歯管理方法、訪問歯科相談          | 基本的な歯磨き指導、義歯管理方法           |
| 介護サービスの課題 | 家族の負担大、指導内容の質のばらつき、訪問歯科医療の不足 | 口腔機能評価の不足、歯科専門職の関与が限定的     |
| 介護予防サービス  | 高齢者クラブでの口腔体操                 | 原則実施なし（一部の施設で口腔体操を行うことがある） |

## 5. 介護予防としての口腔体操の普及

日本で考案された口腔体操はタイの高齢者にも応用されている。その一例が、ライオン株式会社（タイ法人）が推進している「健口美（けんこうび）体操」である。これは、わが国の口腔体操を基盤としており、口腔周囲筋を動かし唾液の分泌を促すエクササイズプログラムで、タイの高齢者クラブなどで紹介・実践されている。参加者がこの口腔体操を6か月間続けたところ、喉のつかえ感や口腔乾燥が改善する効果が報告されている<sup>13</sup>。このように民間企業と行政・地域団体が協働して高齢者の口腔機能向上を

図る取り組みが進んでいる。

また、日本の介護分野の技術協力プロジェクトを通じて、タイ人の介護・医療従事者が日本で高齢者向けの口腔リハビリを学び持ち帰るケースもある。2019年には JICA の地域包括ケアプロジェクト研修で訪日したタイのリハビリ専門職らが、長野県佐久市で歯科衛生士指導の口腔体操やタオルを使った嚥下体操を体験し、帰国後に自施設の高齢患者に早速応用したとの報告がある<sup>14</sup>。

## D. 考察



タイの在宅歯科保健サービスは、政府と民間の協働によって徐々に強化されている。ボランティアによる訪問介護ネットワークは高齢者の生活の質向上に一定の成果を上げており、大規模な地域介護ボランティア網の展開が可能であることが示されている。一方で、都市と地方、富裕層と貧困層の間には依然ギャップがあり、医療資源の偏在や公的サービスから漏れる高齢者も存在することは大きな課題であると考えられる。政府は地域行政や大学、民間クリニックとのオール・セクター協働による包括的歯科サービス網の構築を今後の課題として挙げている。具体的には、地域の保健病院の医師や歯科医がチームを組んで定期的に在宅患者を訪問し口腔ケア指導や必要な治療を提供する「ファミリーケアチーム」の拡充や、遠隔歯科相談の導入、介護者への口腔ケア研修の強化などが求められる。

タイ保健当局も歯の喪失状況の改善を重く見ており、高齢期の重篤な歯科疾患を予防するには若年期からの継続的な歯科保健教育・介入が必要だと強調している。今後、高齢化のさらなる進展に伴い、高齢者が住み慣れた地域や自宅で安心して口腔の健康を維持できる体制へと進化していくことが期待されている。

また、タイでの在宅・施設双方で高齢者の口腔ケアと機能訓練への取り組みに関する課題もされている。政策・制度面の課題としては、在宅介護支援策として口腔ケアプログラムが導入され始めたが、全国的に均一なサービス提供には至っていない。地域によってボランティアや専門職の配置状況、高齢者クラブ活動の活発さに差があり、地域格差の縮小が課題である。介護施

設でも、口腔ケアの重要性は認識されつつあるものの、制度的な歯科支援の仕組み（施設訪問歯科や定期アセスメント制度）が未整備であるため、今後の制度化が求められる。

人材・専門性の課題として、口腔ケアを担う人材の育成も重要である。現状では、専門的な歯科衛生士や言語聴覚士の介入は限定的である。今後は、歯科医師・歯科衛生士の地域介護への参加や、介護職への口腔ケア研修の義務化など、人材育成と適材配置を視野に入れる必要がある。

実践上の課題としては、現場ではケアの質のばらつきがあり、高齢者クラブの活動内容は統一されていない。そのため、効果的なプログラムとそうでないものが混在している可能性がある。施設では歯磨き中心のケアに留まり、口腔機能そのものを維持向上させるアプローチ（口腔リハビリや摂食嚥下療法等）は十分に取り入れられていない。こうした点を改善するには、科学的根拠に基づく標準的な口腔ケアプログラムを開発し、全国の現場で実践できるように実施体制を整える必要がある。

経済・アクセスの課題として、地域によっては歯科医療機関への物理的アクセスが悪く、定期的な口腔チェックや専門的リハビリを受けにくい高齢者もいる。移動歯科診療車の導入や遠隔での口腔ケア指導など、新たなテクノロジーやサービス形態のさらなる活用も検討する必要がある。

今後の展望としては、高齢者介護施策の中に口腔ケアを明確に位置づけ、在宅から施設までシームレスに歯科専門職が関与できる体制を構築することが望まれる。また、日本を含む他国の先進事例を参考に、タイの文化や生活

様式に合った形で口腔機能向上プログラムを開発・普及させることも重要である。現在進行中のモデル事業や企業の社会貢献活動など、いくつかの成果が出始めているものもある。それらの成果をエビデンスとして国内に展開し、「高齢になっても自分の口で食べる・話す」を支える仕組みをタイ社会に根付かせることが今後の目標と言える。

## E. 結論

タイにおける高齢者への歯科保健医療施策では、歯の喪失に対する予防や歯科治療を重点課題として掲げており、保健省の口腔保健プロジェクトにおいて8020の達成を上位目標に掲げていた。高齢者の歯の喪失に対する歯科治療についても公的な施策を行い、総義歯作成に対する支援を行っていた。

在宅介護における口腔ケアや地域高齢者への口腔機能向上施策については、地域ボランティアの活用によって成果を挙げつつあるが、その質の標準化は図られておらず、明確な地域格差が存在する。また、施設介護における口腔ケアは、現時点では明確に位置付けられておらず、高齢者施設への歯科専門職の関与はほとんどなされていなかった。

## F. 引用文献

- 1) National Health Security Office. New health benefits for the elderly. 2023  
<https://eng.nhso.go.th/view/1/DescriptionNews/New-health-benefits-for-the-elderly/492/EN-US>
- 2) Chanprasert P. Long-term Care Policy and Implementation in Thailand. 2021  
[a/Books/2021-Coping-with-Rapid-Population-Ageing-Asia/10\\_Part1-Ch-6-Long-term-Care-Thailand.pdf](https://www.eria.org/uploads/medi)
- 3) National Health Security Office. Free dentures provided to elderly people. 2022  
<https://eng.nhso.go.th/view/1/DescriptionNews/Free-dentures-provided-to-elderly-people/449/EN-US>
- 4) Bangkok Post. Free dental care for gold card holders expands: govt. 2024  
<https://www.bangkokpost.com/thailand/general/2794599/free-dental-care-for-gold-card-holders-expands-govt>
- 5) Ministry of Public Health. Strategic plan for oral health in Thailand (2023-2037) 2023.  
<https://dental.anamai.moph.go.th/download>
- 6) National Health Security Office. New health benefits for the elderly. 2023  
<https://eng.nhso.go.th/view/1/DescriptionNews/New-health-benefits-for-the-elderly/492/EN-US>
- 7) National Health Security Office. Elderly to access dental implants in commemoration of the King Rama X 2023  
<https://eng.nhso.go.th/view/1/DescriptionNews/Elderly-to-access-dental-implants-in-commemoration-of-the-King-Rama-X/521/EN-US>
- 8) The Nation Thailand. Mobile clinic delivers dental care to villages in the mountainous North. 2023  
<https://www.nationthailand.com/th>

- ailand/general/40025605
- 9) 国際協力機構 2013 タイ王国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詳細計画策定調査報告書  
<https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/12148417.pdf>
- 10) Wararat W. 2021 The outcomes of oral health promoting elderly clubs in Thailand. Journal of community medicine and public health reports. 2021 2(12)  
[https://www.acquaintpublications.com/article/the\\_outcomes\\_of\\_oral\\_health\\_promoting\\_elderly\\_clubs\\_in\\_thailand](https://www.acquaintpublications.com/article/the_outcomes_of_oral_health_promoting_elderly_clubs_in_thailand)
- 11) 経済産業省. タイにおける日本式介護運営の強み調査と事業モデル確立に向けた実証事業報告書 2022  
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/iryou/downloadfiles/pdf/r3fy\\_hojyo\\_ishii\\_kai.pdf](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryou/downloadfiles/pdf/r3fy_hojyo_ishii_kai.pdf)
- 12) 佐々木光一郎. 日経企業が切り拓くタイの社会課題解決: 日本式口腔ケアが切り開く健康寿命の延伸. The ThaiBiz 2024 <https://th-biz.com/jica-202412/>
- 13) ライオン株式会社 (タイ現地法人). オーラルヘルスケア  
<https://www.lion.co.jp/ja/sustainability/community/overseas/thailand/>
- 14) 佐久大学社会連携・研究支援センター. JICA タイ高齢者のための地域包括ケアサービス開発プロジェクト (S-TOP) 実施. 2019  
<https://saku.ac.jp/iec/2019/01/28/20190121-0125/>

## G.研究発表

### 1. 論文発表

- ①三浦宏子, 山口佳小里, 児玉知子. ASEAN 諸国における歯・口腔の健康格差に基づく介護予防アセスメント. 保健医療科学 2024 73: 207-213.
- ②山口佳小里, 三浦宏子, 児玉知子. リハビリテーションに関する国際動向と ASEAN 諸国の現状. 保健医療科学 2024 73:214-224.

## H.知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
「ASEAN 等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発と  
実証に資する研究」  
令和 6 年度 分担報告書

「ベトナムにおける高齢者施策の進展について」

研究分担者 林玲子 国立社会保障・人口問題研究所

**研究要旨：**

【目的】本研究では、ASEAN 等アジア諸国における高齢者介護サービスについて比較分析をしているところであるが、本稿では令和 6 年 8 月に実施したベトナム訪問調査および関連文献の分析を通じ、ベトナムにおける高齢者介護施策の現状について明らかにするものである。

【方法】ベトナム保健省に対し、研究班でとりまとめた介護の質チェック項目表、およびその他ベトナムで進行中の高齢者保健・介護に関する施策について聞き取りを行った。さらに、ウェブ等で関連資料を収集し、直近の情報を補足した。

【結果】ベトナムの高齢者に関わる政策は、高齢者法（2009 年）、高齢者対策国家行動計画 2012-2020 に続き、2020 年には高齢者医療計画が首相決定として政令が発出されている。介護は医療の中に含まれている形で介護制度に特化しているわけではないが、保健分野、人口分野の既存の地域ボランティアの活用など、地域包括支援制度の推進が政令にも掲げられている。高齢者に特化したアプリが使われており、アプリを用いた国民 ID システムで電子健康手帳の普及が進められている。施策の評価についても、すでに複数の高齢者調査が実施されており、2011 年から 2019 年にかけて、高齢者の健康状況が向上した知見がえられている。

【結論】すでに介護施策はベトナム保健省の重要課題になっている。コロナ禍によりスマホを利用したアプリの普及が進むなど、展開が早い。日本の支援は、アジアにおいては外務省/JICA による既存の ODA に付け加え、ERIA や ADB を通した支援策が行われており、それらは日本の支援として認識されており、日本に対する今後の期待が高い。

**C. 研究目的**

本研究では、ASEAN 等アジア諸国における高齢者介護サービスについて比較分析をしており、そのなかで本稿ではベトナムについての現状を明らかにすることを目的としている。

まとめた介護の質チェック項目表、およびその他ベトナムで進行中の高齢者保健・介護に関する施策について聞き取りを行った。さらに、ウェブ等で関連資料を収集し、直近の情報を補足した。

**<倫理的配慮>**

**B. 研究方法**

ベトナム保健省に対し、研究班でとり

本研究は個人が特定される情報を収集するものではないが、インタビューを受

ける人に対して、事前に本研究の趣旨について口頭で説明し、同意を得た上で実施した。調査分析は、ベトナム政府ホームページなどに掲載された公表資料を用いて行った。

## C. 研究結果

### 1. 介護の質評価チェックリストに基づく状況整理

研究班作成の介護の質に関するチェックリストに関し、ベトナム保健省、研究者に聞き取りを行い、公表資料で補足した結果を以下に示す。

表 1 ベトナムにおける介護の質評価

| Domain 分野  | Indicator 指標  |
|--|---|
| ① Resource and Access<br>介護のリソースやアクセス  | ① Types of LTC services (e.g., home-based, day or short stay type, residential care)LTC サービスの種類(訪問型、デイ・ショートなどの通所型、居宅型など)→現状で高齢者医療の中に介護が含まれる   |
|  | ② Facilities providing LTC services (types, human resources, public or private, size, number, fees, actual number of users, etc.)LTC サービスを提供する施設(種類、人材、公的 or 民間、規模、数、利用料金、実際の利用者数など)→施設は社会福祉のための施設、さらに私立の施設が若干ある。デイケアセンターが必要とされている。                 |
|  | ③ Human resources for LTC (nurses, caregivers, family members, etc.)介護人材(看護師、介護士、家族など)→介護を担うヘルパーの養成ニーズがある。基礎自治体(commune)には health volunteer, population volunteer がおり、それらの人材を活用することも考えられる。  |
|  | ④ Compensation for caregivers 介護人材の待遇・手当→公的なものは不詳。  |
|  | ⑤ Demographics and socioeconomic status of LTC users (recipients) LTC を受けている人の属性や社会経済的地位に関する情報→高齢者標本調査 (VNAS2011, LSAHV2018 (Vu 2020), SHI&OP (Long 2020), PCFPS2021 (GSO 2022))がある。  |
| ② QOL for users and caregivers<br>利用者・介護者の QOL                                 | ① Existence of data/survey measuring users' Happiness, Self-rated Health, Social Isolation/Loneliness, and Depression (yes/no)→上記高齢者標本調査に含まれている   |
|  | ② Existence of caregivers' data/survey measuring Physical capacity, Psychological state, Social relations, and Environment (yes/no) →上記高齢者標本調査に含まれている   |
| ③ Integration of services including primary health care<br>プライマリケアを含めたサービス間の統合 | ① Definition of long-term care→2020 年の政府決定(1579/QD-TTg, Annex 参照のこと)により高齢者医療を推進。実施報告書は 2025 年に公表予定。   |
|  | ② Medical/health service providers in the community after discharging from acute hospitals(health personnel or non-health personnel)→地域、家族で支援。例:脳卒中の後には地域で、家族、医者、地域ボランティア(community health worker, population worker)がケアをする。ボランティアには月々の手当てが支払われている。 |
|  | ③ Funding sources for LTC (taxes, health insurance, 100% out-of-pocket payment, etc.)→介護システムは未分化であり、財源は特でない   |
|  | ④ People who support older individuals who do not need medical care but need support in the community (family, community volunteers, etc.)→上記高齢者標本調査に含まれている   |
|  | ⑤ Collaboration with primary health care (yes/no)→すでに地域にあるプライマリヘルスケアの体系を元に介護提供を計画している   |
|  | ⑥ Utilization of community volunteers (yes/no)→yes  |
| ④ Dementia care  | ① Initiatives to promote dementia-friendly communities→対応が必要とされており、family volunteer health station で対応。家族が働いているときに預   |

|   |   |
|---|---|
| 認知症ケア   | <p>かつてくれるデイケアセンターの支援がほしい。米国の支援による認知症支援ネットワークが 2019 年から 2024 年までプロジェクトを行った(<a href="https://sasuttritue.vn/gioi-thieu">https://sasuttritue.vn/gioi-thieu</a>)</p>  |
|   | <p>② Existence of healthcare and welfare facilities specializing in dementia care (yes/no)→中央老年病院(ハノイ, <a href="https://benhvienlaokhoa.vn/">https://benhvienlaokhoa.vn/</a>が、国内の医療従事者を対象にセミナーを開催するなどしている)</p>  |
|   | <p>③ Health systems, policies, and ethical considerations regarding decision-making for people with dementia→高齢者協会のパイロットプロジェクトがある(内容未詳)</p>   |
| ⑤ ICT 利活用                                       | <p>① Utilisation of electronic devices for care provision→コロナ対策用に始まった健康アプリを高齢化用に特化させた S-Health App がある。(YouTube に説明画像があり(<a href="https://www.youtube.com/watch?v=beJwpkNh2ws">https://www.youtube.com/watch?v=beJwpkNh2ws</a>), Google Play でダウンロード可能 <a href="https://play.google.com/store/apps/details?id=viethoang.truong.com.nguoi.caotui">https://play.google.com/store/apps/details?id=viethoang.truong.com.nguoi.caotui</a>)</p> |
|   | <p>② Utilization of robotics or medical devices for caregiving (frequency, contents etc.)→不詳</p>  |
|   | <p>③ Does the country have a separate department / agency / national working group for digital health? →保健省科学技術訓練局が保健省、公安省、社会保障省との調整を行い、VNeID 電子手帳のパイロット導入を実施</p>   |
|   | <p>④ Is digital health included and budgeted for in national health or relevant national strategies and/or plan(s)? →VNeID 電子健康手帳</p>   |
|   | <p>⑤ Utilization of the Internet of Things (IoT) (yes/no)→S-Health の中に該当するものがある可能性</p>  |
|   | <p>⑥ Availability of data for Personal Health Records/Individual Carereceival Record (yes/no)→VNeID(電子身分証明アプリ)が従来の IC チップ付き身分証明書に変わり、各種行政手続が可能となった(2022 年 10 月 20 日施行。No 59/2022/NĐ-CP)。ベトナム国民およびベトナムに入国する 14 歳以上の外国人も対象。顔写真・指紋情報が含まれる。</p>   |
| ⑥ Rehabilitation<br>リハビリテーション                   | <p>① Positioning of rehabilitation in national policies (existence of a national plan for rehabilitation)→高齢者に特化しているわけではないが、医療施設(リハビリ課)・地域で、実施され、健康保険でカバーされる</p>  |
|   | <p>② Inclusion in UHC or coverage by insurance (yes/no)→福祉の一環ではあるが、健康保険適用範囲内</p>  |
|   | <p>③ Types of rehabilitation professionals trained within Vietnam(breakdown)</p>  |
|   | <p>④ Facilities where rehabilitation is provided (hospitals, care facilities, primary healthcare centers), level of care (primary, secondary, tertiary), and stage of care (acute~recovery, chronic)</p>  |
|   | <p>⑤ Target population for rehabilitation (age groups, specific diseases, disabilities, health conditions)</p>  |
| ⑦Care prevention, Coordination etc.<br>介護予防、連携等 | <p>① Initiatives for frail prevention and health promotion for the older people→S-Health を使い、体操などフレイル予防プログラムを 5 省で日本の支援により実施中であり、これを拡大したい。JICA 支援日本企業による「FC 方式による通所型介護予防サービス」導入調査がある(JICA/3eee 2022)</p>  |
|   | <p>② Early screening for functional decline</p>   |
|   | <p>③ Referral system for functional decline</p>   |
|   | <p>④ Measures against prejudice and discrimination towards the older people (from a human rights protection perspective, existence of legal system (yes/no))</p>  |
|   | <p>⑤ Nutrition-related public activity for older people</p>   |

## D.考察

2020 年に首相決定として公布された「2030 年に向けた高齢者医療計画」は、

2009 年の高齢者法、高齢者対策国家行動計画 2012-2020 に続き、首相決定として 2020 年に公布されたものであり、その内

容は Annex に示した通り、60 歳以上を高年齢者とし、2030 年までに高齢者が医療、ケア、老人クラブなどへのアクセスが確保できるよう数値目標が掲げられている。高齢者医療・介護に関する具体的な政策が進展することと見込まれる。

センサスや人口動態標本調査など既存の統計調査結果を用い、高齢者に特化した報告や、高齢者に対する標本調査が多く実施されるようになっており、それらを活用した高齢者の状況把握が可能である。特に 2011 年と 2019 年調査の比較においては、高齢者の健康状況が向上したという知見が得られており、高齢化施策の一定の成果があったと考えられる。

VNeID といったモバイル端末を用いたアプリ型国民 ID システムが急速に進展し、保健分野でも電子健康手帳と連携するようになっている。今後それらで得られた情報がどのように政策に用いられるのか期待される。

日本の支援は、アジアにおいては外務省/JICA による既存の ODA 以外に、ERIA や ADB を通した支援策が行われており、それらは日本の支援として認識されており、日本に対する期待は高い。

## E. 結論

ベトナムの高齢者対策は大きく進展していると考えられるが、日本に対する支援の期待も高い。ベトナムにおける施策の推移を迅速かつ適切に把握しつつニーズに応えることが望まれる。

## F. 引用文献

General Statistics Office of Viet Nam  
(2022) *Older Persons in Viet Nam: An analysis of the Population Change and Family Planning Survey 2021*,  
<https://vietnam.unfpa.org/en/publications/older-persons-viet-nam-analysis->

[population-change-and-family-planning-survey-2021](https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/100048045.pdf)

JICA/3eee (2022) 『ベトナム国 FC 方式による通所型予防介護サービス導入に係る案件化調査 業務完了報告書』  
<https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/100048045.pdf>

Long, Giang Thanh; Nguyen Truong Nam, Vu Thi Thu Thuy (2021) *Report: Survey on the Adaptive Social Health Insurance Strategy and Policy to Aging Population in Vietnam*, Asian Development Bank (ADB) Technical Assistance Consultant's Report, Project Number: 50139-002.

<https://www.adb.org/projects/documents/vie-50139-002-tacr-4>

Vu, Nguyen Cong; Mai Thi Tran, Linh Thuy Dang, Choy-Lye Chei, Yasuhiko Saito (ed.) (2020) *Ageing and Health in Viet Nam (Report of 2018 Longitudinal Study of Ageing and Health in Viet Nam (LSAHV))* Economic Research Institute for ASEAN and East Asia (ERIA).  
<https://www.eria.org/publications/ageing-and-health-in-viet-nam/>

## G. 研究発表

### <学会発表>

林玲子「2022 年からの死亡増加は突然死の増加によるのか」第 76 回日本人口学会大会企画セッション 2「新型コロナウイルス感染症に関連する死亡分析」2024 年 6 月 8 日 (土) 9:00-12:00  
中央大学多摩キャンパス

HAYASHI, Reiko "How the population policy evolved during the 20th century in Japan: From pronatalist policy to family planning then social development", International Symposium on International Social

Work, August 9th 2024 13:45-14:30,  
Yeongju City Hall, Republic of Korea  
HAYASHI, Reiko “Policy responses to low  
fertility in Japan”, Ministry of  
Health / Viet Nam Population  
Authority (VNPA), International  
Workshop on Policy consultation and  
solutions to prevent the trend of low  
fertility, 28th August 2024, Melia Hotel,  
Hanoi, Viet Nam  
HAYASHI, Reiko “Population change and  
health systems: The case of Japan”,  
Population Division, United Nations  
Department of Economic and Social  
Affairs, Expert Group Meeting, 17th  
October 2024, Online (Teams)

**<論文発表>**

林玲子 (2024) 「アジアの人口高齢化と介  
護制度構築における課題」『保健医療科  
学』73 卷 3 号 pp.174-184

**H.知的財産権の出願・登録状況**

なし



**Annex 2030 年までの高齢者医療計画に関する政令（1579/QD-TTg）**  
**日本語版（仮訳、機械翻訳）**

ベトナム語本文は <https://vanban.chinhphu.vn/default.aspx?pageid=27160&docid=201275>

\*\*\*\*\*

首相

-----

番号: 1579/QD-TTg

ベトナム社会主義共和国

独立 - 自由 - 幸福

-----

ハノイ、2020 年 10 月 13 日

決定

2030 年までの高齢者医療計画を承認する

首相

2015 年 6 月 19 日付けの政府組織法に基づく。

2009 年 11 月 23 日付けの高齢者法に基づく。

2009 年 11 月 23 日付けの健康診断及び医療に関する法律に基づく。

新たな状況における人口活動に関する第 12 期党中央委員会第 6 回会議の 2017 年 10 月 25 日付決議第 21/NQ-TW に従い、

2017 年 12 月 31 日付け政府決議第 137 号/NQ-CP に従い、人口事業に関する第 6 回会議党中央委員会第 12 期の 2017 年 10 月 25 日付け決議第 21-NQ/TW を実施するための政府の行動計画を公布する。

2030 年までのベトナム人口戦略を承認する首相の 2019 年 11 月 22 日付け決定第 1679/QD-TTg に従い、

保健大臣の要請により、

決定する：

第 1 条 以下の内容を含む 2030 年までの高齢者医療計画（以下、「計画」という）の承認：

I. 目的

1. 一般的な目標

高齢者（60 歳以上）の健康を配慮し改善することは、人口高齢化への適応を確実にし、2030

年までのベトナムの人口戦略の成功に貢献する。

## 2. 具体的な目標

- a) あらゆるレベルの党委員会と政府全体が、2025 年までに高齢者医療に関する決議、計画、予算投資を実施し、それを 2030 年まで維持する。
- b) 高齢者や高齢者を直接介護する親族は高齢化に関する情報を知っており、高齢者の医療受給は 2025 年までに 70%、2030 年までに 85%に達する。
- c) 年に 1 回以上の定期健康診断の受診率が 70%に達し、健康管理の記録を持っている高齢者が 2025 年までに 95%、2030 年までに 100%に達する。
- c) 2025 年に 70% 、2030 年までに 90%の高齢者の非感染性疾患（がん、心血管疾患、高血圧、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、認知症など）が発見、治療、管理できるようになる。
- d) セルフケアができる高齢者に知識とセルフケアのスキルを提供し、2025 年までにその割合が 50%、2030 年までに 90%に達するようにする。
- d) 自分自身の世話をすることができない高齢者の 100% が、2025 年までに家族や地域社会から医療を受け、2030 年まで維持される。
- e) 2025 年までに世代間自助クラブやその他の健康関連コンテンツを備えた高齢者向けのクラブが 80%、2030 年までに 100%に達する。
- g) 少なくとも 1 つの老人保健クラブと、少なくとも 1 つの老人保健に参加するボランティアチームを持つコミュニティ、区、町の数、2025 年までに 50% 、2030 年までに 90%に達する。
- h) 高齢者向けデイケアセンターのモデルを試験的に開発し地区の数は、2025 年までに 20%に 2030 年までに 50%に達する。
- i) 高齢者の医療業務を遂行するための社会介護センターモデルを備えた省および中央直轄市の数は、2025 年までに 25%、2030 年までに 100%に達する。
- k) 2025 年までに病気の高齢者の 100% が検査および治療を受け、2030 年まで維持される。
- l) 孤独で重篤な病気のため、診察・治療施設に通うことができない高齢者が居住地で診察・治療を受ける割合は 2025 年までに 70%に、2030 年までに 100%達する。
- m) 病院は、老人科を備えた小児専門病院や地域病院を除き、高齢者患者を治療するために多数の病床を確保しており、2025 年までにその割合が 70%に、2030 年までに 100%に達する。
- n) 高齢者に優しい環境の基準を満たすコミュニティ、区、町の数、2025 年までに少なくとも 20%に、2030 年までに 50%に達する。

## II.範囲と対象

## 1. 範囲

この計画は全国的に展開される。特に、全国平均よりも高齢者の割合が高い省、市、地域、さらに僻地、遠隔地、困難な地域、少数民族地域、山岳地帯、島嶼部に重点的に展開される。

## 2. 対象者

- a) 受益者：高齢者、高齢者のいる家族、高齢者を直接介護している親族。管理者および高齢者向け医療サービス提供者。革命に功績のある人、貧しい家庭やそれに近い家庭の高齢者、社会的に恵まれない人々が優先される。
- b) 影響の対象：社会全体の人々。党委員会、当局および労働組合。保健および人口担当官。計画の実施に参加する組織および個人。

## III. 課題と解決策

1. 高齢者医療に関するあらゆるレベルの党委員会と当局のリーダーシップと指示を強化する。支持的な社会環境を創出し、高齢者の医療に参加するための行動変容の宣伝と擁護を促進する

- a) 社会経済発展に伴う高齢化の課題、特に高齢者の医療に関する課題をより深く把握し続ける。
- b) あらゆるレベルの党委員会と当局が決議、計画を発行し、資金を投資する。地域の状況に適したすべての資源を動員して、計画の実施を組織し、監督し、検査し、評価する。
- c) 高齢者医療の権利、義務、利益に関する人々の行動を変えるためのコミュニケーションと教育を促進し、計画の目標の実施に参加する。

2. プライマリヘルスケアサービス、非感染性疾患の予防、高齢者向けの健康診断と治療を提供するシステムを強化し、発展させる。高齢者向けの長期的な医療モデルを徐々に構築する。

- a) 病院（小児専門病院を除く）の検査、治療、リハビリテーション、下位レベルの高齢者医療への技術支援を行う能力を強化する。
- b) 家庭や地域社会の高齢者に一次医療サービスを提供し、非感染性疾患を予防するコミュニティレベルの保健ステーションの能力を強化する。
- c) 定期的な健康診断サービスを提供し、高齢者によく見られる病気の検査を行い、辺鄙なコミュニティ、恵まれない地域、少数民族地域、山岳地帯、島嶼部など的高齢者に健康観察記録を作成するための総合的なコミュニケーションキャンペーンを組織する。
- d) 高齢者向けのヘルスケアクラブを設立する。高齢者向けのヘルスケアコンテンツを世代

間の自助クラブやその他のタイプの高齢者向けクラブに統合する。

d) 活動に参加するボランティアのネットワークを構築し発展させ、高齢者の在宅における慢性疾患や非感染性疾患の監視、医療支援、管理を行う。

e) 以下のモデルの構築と展開: デイヘルスケアセンター、高齢者に優しいコミュニティ・区・町、適切な形態の老人ホーム、高齢者の健康管理の社会化に向けた取り組み、ソーシャルネットワークやインターネットなどの情報技術を活用した高齢者向けヘルスケアサービス

### 3. 高齢者医療従事者向け研修・専門研修

a) 中央老人病院、小児専門病院を除く病院、地区医療センター、コミュニティレベルの保健ステーション、人口担当官とボランティアなど、あらゆるレベルの高齢者医療に従事する人々に対する研修と専門研修を行う

b) 全国の医学部学部生および大学院生向けの研修プログラムに高齢者向けの内容を導入する。

### 4. 高齢者医療に関する法的政策の充実

a) 政策と法律を策定および改善し、高齢者の健康管理に関する専門的かつ技術的な指導を提供する。

b) 統計指標とモニタリングのシステム構築: 高齢者の健康管理を管理するための情報と電子データベースを整備する。

### 5. 研究と国際協力

a) 科学的研究を推進し、高齢者向けの医療目標を実施するための政策計画と措置を提供するためのエビデンスを提供する。科学的成果の応用と、高齢者のリハビリテーションと医療における高度な医学および生物学的技術の移転を強化する。

b) 優先課題に関する経験を共有するための国際協力、専門知識、技術、トレーニング、科学研究、技術移転、合併事業とのパートナーシップを強化する。国際的な資金や支援を動員し、計画の目的を迅速かつ効果的に達成する。

### 6. 計画を実装するためのリソースを確保する

a) 高齢者医療に投資する財源を多様化し、徐々に投資水準を引き上げる

- 計画の包括的な実施の要件を満たす十分なリソースを確保する。計画を実施するための資金は通常のタスクに組み込まれる。社会経済開発計画および政府機関、単位、省庁、支部および地方自治体の計画、ローカルの実装に統合され、他のプログラムやプロジェクトにも統

合される。個人、企業、コミュニティ、サービスユーザーからの寄付を動員する。国際機関、政府および非政府組織、外国人の支援、移転、技術を活用する。

- 補助金の範囲、対象、水準を削減し、サービスを利用する顧客の拠出金と自己負担額を増やすためのロードマップを作成する。社会経済的に発展した都市部から全国の他の地域に徐々に拡大する方向で、民間部門の市場シェアを徐々に拡大する。企業、団体、個人が高齢者向けの医療分野に投資することを奨励する政策を策定する。同時に、健全な競争を促進し、非公共部門を含むサービスプロバイダーの質を向上させる。

- 計画の実施に参加するために居住コミュニティ、個人、組織の参加を動員する。高齢者向けに適切な医療サービスに投資し、提供する。サービスプロバイダーの権利と義務を明確に定義する。営利を目的としない医療施設や高齢者施設は、法律の規定に基づき税金が減免される。

- 高齢者医療に関するプログラムやプロジェクトを公共投資プログラムやプロジェクトに組み込む。人々の寄付に基づいて退職基金の設立を検討し、試験的に実施し、すべての人が老後のケアを受けられるようにする。

b) 計画の実施に参加するためにリソースを動員する

健康と人口のネットワーク、高齢者や老人協会の会員を含む、中央から草の根レベルまでの部門や組織の職員やメンバーが、割り当てられた役割や任務に従って計画の活動の実施に参加する。

#### IV.実施資金

計画を実施するための資金は、現行の予算配分および各時期の予算調整能力に基づき国家予算で確保され、国家予算法の規定に従って計画を実施する担当機関および部門の支出予算に組み込まれるほか、他の法的資金源からも確保される。また国家の重要プログラム、その他のプログラムやプロジェクトに組み込まれ、農村地域、少数民族地域、山岳地域を含む。

その中で：

- a) 中央予算は、国家予算法および関連するガイドラインの規定に従って、中央レベルで計画の実施任務を担う各機関・部門の年間国家予算に計上される（高齢者の診察・健康管理サービスを組み込んだ広報キャンペーンの実施、各種介入、パイロットモデルの実施など）。
- b) 計画の任務と活動を実行するための地方予算。
- c) 国際支援リソースはドナーの優先目標の実施に重点を置く。
- d) その他の法的な資金は、経済的、社会的組織および個人が計画の実施に参加するための主要な資源である。

## 第2条 実施組織

### I. 実施期間

この計画は 2021 年から 2030 年まで実施され、次の 2 段階に分かれる。

#### 1. フェーズ 1 (2021 ～ 2025 年):

- コミュニケーション活動を強化し、高齢者が自分自身の健康に気を配るように指導する。コミュニケーションレベルの保健ステーションの能力を向上させる。高齢者向けの定期健康診断を実施する。定期的な健康診断サービスを提供し、いくつかの一般的な病気を検査し、高齢者の健康観察記録を作成するための統合的なコミュニケーションキャンペーンを組織する。高齢者向けヘルスケアクラブの活動を構築および維持し、高齢者向けヘルスケアコンテンツを世代間クラブやその他のタイプの高齢者向けクラブに統合する。ボランティアのネットワークを構築し、高齢者ケアに参加させる。高齢者向けのデイケア施設を建設、施行、拡大する。社会化された方法で高齢者向けの健康管理の内容を備えた老人ホームモデルを組織し、展開する。
- 総合病院及び専門病院（小児病院を除く）における老人クリニック、老人科、高齢者を治療する病床の診療能力を強化する。
- 高齢者に優しい一連のコミュニケーションレベルの基準を開発し、モデルを展開する。高齢者の健康管理に情報技術を応用するサービスモデルの構築と実装（ソーシャルネットワーク、インターネットなど）。
- 資料およびトレーニング プログラムを作成し、トレーニングとコーチングを組織する。専門的および技術的基準の作成、統計指標システムの構築、初期評価の実施ならびに高齢者の健康管理の相談、管理、モニタリングにおける IT 技術の応用研究を行う。

#### 2. フェーズ 2 (2026 ～ 2030 年):

- フェーズ 1 の実施結果を評価する。
- 効果的に実施されたプログラム活動を選択し強化するとともに、効果が十分でなかった活動について追加の解決策を講じる。
- フェーズ 1 で成功したモデルを拡大・普及させる。
- モデルの拡大に関連する法的規范文書を整備する。

### II. 実施責任

#### 1. 保健省:

- a) 全国規模で計画を組織し実施するための計画を策定し、人材と施設を手配するために、

計画投資省、財務省および関連省庁と連携して担当する。

b) 計画の実施状況を点検・監視し、中間総括および最終総括を行い、規定に従って定期報告を行う。

c) 高齢者向けデイケアセンターの研究、建設、運営する。定期的な健康診断サービスを提供し、高齢者によく見られる疾患のスクリーニングを行うための総合的な広報キャンペーンを組織する。高齢者の健康ケアに関するプロジェクトを中期および年間の公共投資プログラム・プロジェクトに組み込み、計画投資省および財務省に提出して政府に報告する。

d) 省および中央直轄市の人民委員会に対し、計画を組織し実施するよう指示する。

2. 財務省は、国家予算法の規定に従い、年間予算見積りにおいて省庁および中央機関の計画を実施するための資金を配分する責任を負う。

3. 計画投資省は、計画を実施するための資金源を統括し、財務省と調整するものとする。保健省および地方自治体の高齢者医療に関する公共投資プロジェクトを、中期および年間の公共投資計画において政府および首相に提出する。

4. 労働・傷病兵・社会福祉省:

a) 高齢者医療計画を組織し、実施するために保健省と連携して主宰する。計画の内容を、高齢者のケアと高齢者の役割の発揮に関する他のプログラムやプロジェクトに統合する。

b) 保健省および関連省庁と連携して、社会化された医療内容を備えた老人ホームを設立し、高齢者に優しい環境を構築する。

5. 文化スポーツ観光省:

a) 計画の任務と活動を組織し実施するために保健省を主宰し、調整する。高齢者医療計画の内容を他の関連プログラムやプロジェクトに統合する。

b) 保健省および関連省庁と連携し、高齢者向けの文化・芸術・スポーツ・体操活動の実施を指導し、高齢者向けのスポーツ大会を指導・開催し、高齢者に優しい環境を整備する。

6. 農業農村開発省は、保健省および関連省庁と連携して、本計画の活動を新農村建設に関するプログラム・プロジェクトやその他の関連プログラム・プロジェクトに組み込む。

7. ベトナム高齢者協会中央委員会:

a) 保健省および関連省庁と連携して計画を策定し、計画の実施・監督を行う。

b) 高齢者健康ケアプログラムの活動を、相互扶助の多世代クラブの普及プログラムおよび高齢者ケアに関する他のプログラム・プロジェクトに組み込む。

c) 地方政府、高齢者協会および各地方団体と連携し、地方の実情に合った計画を策定し、資源動員および計画実施の支援を行う。

8. 各省、政府直属の機関、中央行政機関は、割り当てられた職能・権限・任務に基づき、計画の任務を効果的に実行し、計画内容を各省庁・機関の計画に組み込むよう指導する。

9. 各省・中央直轄市の人民委員会：

a) 保健省の指導および現行規定に基づき、省・市の高齢者健康ケア計画／プログラムを策定し、権限ある機関に提出または自らの権限で発令し、実施を組織する。

b) 国家予算法の規定に従い、毎年予算見積りの中で、地方の特有条件に応じて計画および活動のための人員、設備、資金を確保する。

c) 計画を他の提案・プロジェクトと効果的に組み合わせ、定期的に点検・監督し、実施結果を規定に従って報告する。

10. ベトナム祖国戦線中央委員会、ベトナム労働総連合、ベトナム婦人連合会中央委員会、ベトナム農民協会中央委員会および祖国戦線の他の加盟団体、社会組織は、それぞれの職能・任務の範囲内で、計画の実施に参加し、自らの組織内での広報・啓発活動を強化し、政策・法律の策定および高齢者健康ケアの実施監督に参加することを求める。

第3条 本決定は署名・公布の日から施行される。

第4条 各大臣、政府直属機関長、省・中央直轄市の人民委員会委員長および関連組織・個人は、本決定の実施責任を負う。

|   |                   |
|---|-------------------|
| 送付先：<br>-共産党中央書記局<br>-首相および政府副首相<br>-各省および省相当機関<br>-中央直轄省・市の人民委員会（UBND）<br>-共産党中央事務局<br>-書記長事務局 | 首相<br>グエン・スアン・フック |
|---|-------------------|



|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-国家主席事務局</li> <li>-国会事務局</li> <li>-最高人民裁判所</li> <li>-最高人民検察院</li> <li>-国家監査院</li> <li>-ベトナム祖国戦線中央委員会</li> <li>-各団体の中央機関</li> <li>-政府官房（VPCP）：官房長（BTCN）、各副官房長（PCN）、首相補佐官（Trợ lý TTg）、電子情報ポータル総局長（TGD Cổng TTĐT）、各局：経済総務局（KTTH）、行政手続監査局（KSTT）、組織人事局（TCCV）、予算統計局（TKBT）</li> <li>-保存：文書課（VT）、文化社会局（KGVX）（2部） vt</li> </ul> |  |
|---|--|

受付場所：

- 党中央委員会事務局;
- 首相、副首相。
- 省庁および省庁レベルの機関。
- 省および中央直轄市の人民委員会。
- 党中央事務局;
- 書記長室;
- 大統領府;
- 国会事務局;
- 最高人民法院。
- 最高人民検察院。
- 州監査;
- ベトナム祖国戦線中央委員会。
- 労働組合の中央機関。
- 政府機関: BTCN、PCN、大統領補佐官、電子情報ポータルのゼネラルディレクター、部門: KTTH、KSTT、TCCV、TKBT。
- 格納: VT、KGVX (2) vt.

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）「ASEAN 等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発と実証に資する研究」  
令和 6 年度 分担報告書

「介護サービスの質の評価指標の妥当性検討（マレーシア）」

研究代表者 児玉知子 国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 上席主任研究官  
研究分担者 菖蒲川由郷 新潟大学大学院医歯学総合研究科 特任教授  
研究協力者 尾白有加 新潟大学大学院医歯学総合研究科 特任助手

**研究要旨：**

**【目的】**

人口の高齢化が進行している ASEAN 各国では、介護サービス（Long-Term Care : LTC）の需要や、それに伴う高齢者のニーズに対応するための効果的な政策の必要性が高まっている。本研究では、令和 5 年度に本研究班が開発した、「ASEAN 諸国における介護サービスの質の評価指標」の妥当性をマレーシア国のステークホルダーを対象としたインタビューにより確認することを目的とした。

**【方法】**

開発した評価指標は 7 領域から構成される：①高齢者の介護（長期ケア）のための資源とアクセス、②利用者・介護者の QOL（Quality of Life）、③プライマリーヘルスケアを含むサービスの統合、④認知症ケア、⑤ICT（Information and Communication Technology）の活用、⑥リハビリテーション、⑦介護予防・連携。これらの指標の妥当性を確認するため、マレーシアにおいて高齢者介護に関わる多様なステークホルダー（政策立案者、実務者、老年医学専門家など）14 人へのインタビュー調査を実施した。

**【結果】**

7 領域にわたる指標は全体として概ね妥当と評価され、特に介護提供者の QOL の尊重やリハビリテーションの重要性は政策・実践の両面で強く支持された。一方、制度的基盤が未整備の領域では、指標の現地適合性に対する課題や具体的修正案が提示された。また、家族介護者の役割や高齢者の精神的健康も、今後の指標に加えるべき要素として言及された。

**【考察・結論】**

ASEAN 諸国における介護サービスの質の評価指標は、高齢者ケアの主要な側面を網羅しており、マレーシアにおいて一定の妥当性が確認された。ただし、地域資源や家族介護、精神的健康など、現実には重要な要素を含める必要性があり、今後の改訂における重要な視点である。また、LTC 提供体制や整備状況は国によって大きく異なるため、今回のマレーシアでの結果が他の ASEAN 諸国にも当てはまるかについては慎重な検討が必要である。

## A. 研究目的

人口の高齢化が急速に進行している ASEAN 各国では、介護サービス（Long-Term Care：LTC）の需要が年々高まっており、それに伴って高齢者の多様なニーズに対応するための制度整備や政策的対応の必要性が強く認識されるようになっている[1]。特に、都市化や核家族化の進行により、従来の家族中心の介護体制が維持困難になりつつあり、質の高い介護サービスの提供体制の構築が喫緊の課題とされている[2]。

ASEAN 諸国の多くでは、制度的な LTC の整備が始まったばかりであり、国によって介護サービスの枠組みや提供内容、制度と保障のあり方に大きなばらつきが見られる。こうした中で、各国の状況を適切に比較・評価し、政策立案に資するための共通評価枠組みを構築することが望ましい。

本研究では、令和 5 年度に本研究班が開発した「ASEAN 諸国における介護サービスの質の評価指標」[3]の妥当性を検証することを目的とした。この評価指標は、各国における LTC の質を構造・プロセス・結果の 3 側面から捉え、国際的に比較可能な形で評価を可能にすることを目指している。一般に、質を評価する際には、Donabedian が提唱した「構造（Structure）・プロセス（Process）・結果（Outcome）」の枠組みが広く用いられており、本指標もこの理論的枠組みに基づいて設計されている[4][5]。

評価指標の妥当性を検証することで、ASEAN 諸国における LTC 政策の基盤強化や、将来的にはアジア地域における高齢者ケアの質向上に資する知見を提供することが期待される。

## B. 研究方法

本研究班で開発した評価指標は、介護サービスの質を包括的に捉えるために、以下の 7 つの領域から構成される：I. 高齢者の介護（長期ケア）のための資源とアクセス、II. 利用者・介護者の QOL（Quality of Life）、III. プライマリーヘルスケアを含むサービスの統合、IV. 認知症ケア、V. ICT（Information and Communication Technology）の活用、VI. リハビリテーション、VII. 介護予防・連携。これらの領域は、LTC に関連する国際的な議論や政策文書、ならびに先行研究のレビューに基づいて設定され、ASEAN5 各国（カンボジア、タイ、フィリピン、マレーシア、ミャンマー）におけるフィールド調査を経て、全 33 項目の評価指標が開発された（表 1）。指標の妥当性を検討するために、マレーシアにおいて高齢者介護に関わる多様なステークホルダー（政策立案者、研究者、老年医学専門家、介護提供者、擁護団体・NGO/NPO）を対象に、半構造化インタビューを実施した。

インタビュー対象者はマレーシアプトラ大学（Universiti Putra Malaysia）の老年学研究所（Malaysia Research Institute of Ageing: My Ageing）を通じて研究協力を依頼した。インタビューは 2024 年 12 月 12 日から 13 日の 2 日間、マレーシアプトラ大学にて実施した。

インタビューでは、各指標について、現地での実装可能性、現場の実情との整合性、情報収集の実現可能性に焦点を絞り、定性的な意見を収集した。あわせて、7 領域にわたる指標全体の妥当性についての総合的な意見も得た。

### <倫理的配慮>

本研究は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠し、国立保健医療科学院の研究倫理審査委員会（承認番号：NIPH-IBRA#24016）および、新潟大学倫理審査委員会（承認番号：2024-2273）の審査・承認を受けて実施した。調査対象者には、インタビュー実施前に、本研究の目的、参加の任意性、データの匿名性および個人情報の保護について、説明文書を用いて口頭で説明を行い、文書による同意を取得したうえで、同意が得られた方に対してインタビューを実施した。

インタビューから得られた意見を以下に、指標の7つの領域ごとに①妥当性、②現地の文脈に合わせた内容になっているか（内容の適合性）、③具体的な意見、の観点から整理する。

### C. 研究結果

参加者の内訳は下記のとおり。

#### インタビュー参加者の内訳

|              |    |
|--------------|----|
| 政策立案者*       | 2人 |
| 研究者          | 2人 |
| 老年医学専門家      | 1人 |
| 介護提供者        | 3人 |
| 擁護団体・NGO/NPO | 6人 |

\*政策立案者：マレーシア女性・家族・地域社会開発省（Ministry of Women, Family and Community Development）；マレーシア保健省 家族健康開発部（Family Health Development Division (BPKK), Ministry of Health, Malaysia)

### I. 高齢者の介護（長期ケア）のための資源とアクセス

| ①利用可能性      |  |
|-------------|--|
| 妥当性         | 概ね妥当   |
| 内容の適合性      | 既存の指標だけでは、地域資源（特にインフォーマルな資源）が含まれていないため、LTCの実態が十分に反映されていない可能性がある。   |
| 具体的意見       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域のリハビリテーションセンターも評価対象に加えるべき</li> <li>・地域に根ざしたケア（例：地域のNGOが運営するケアセンターなど）も指標に含めるべき</li> </ul> |
| ②ガバナンスと品質保証 |  |
| 妥当性         | 妥当   |
| 内容の適合性      | 指標としては重要であるが、品質保証の仕組みは未整備であり、特に職業としての介護者の認証制度やインフォーマル介護者の標準化された研修は現時点では存在しない。  |
| 具体的意見       | 特になし   |
| ③人的資源       |  |
| 妥当性         | 概ね妥当   |
| 内容の適合性      | 職業として介護を提供しているが資格を持たない介護者によるサービスは指標に含めるかどうか検討が必要。  |
| 具体的意見       | 職業として介護を提供しているが資格を持たない介護者は質の担保ができないため、LTCの質の評価指標に含めて良いか検討すべき   |

|        |   |
|--------|---|
| ④持続可能性 |   |
| 妥当性    | 妥当  |
| 内容の適合性 | 指標としては重要であるが、家族介護者のためのレスパイトケア制度は存在しない。  |
| 具体的意見  | 特になし  |
| ⑤公平性   |   |
| 妥当性    | 妥当  |
| 内容の適合性 | 適合  |
| 具体的意見  | 多民族国家であるマレーシアには、「multigender programme」といった、公平性に配慮したプログラムが存在していることから、公平性の観点は非常に重要 |

## II. 利用者・介護者の QOL (Quality of Life)

|        |   |
|--------|---|
| 妥当性    | 妥当  |
| 内容の適合性 | 「尊厳の尊重」は、自ら意思決定することの重要性や QOL 向上と関連しており、内容面でも適合している。 |
| 具体的意見  | 利用者・介護者の QOL を評価するうえで、自分で意思決定する指標は重要                |

## III. プライマリーヘルスケアを含むサービスの統合

|        |   |
|--------|---|
| 妥当性    | 概ね妥当  |
| 内容の適合性 | 在宅支援やボランティアの存在など社会的処方や地域資源を活用した実践例はあるが、限定的であり、制度としての統合は未整備。対象者間で理解や重要性の認識に差がある。   |
| 具体的意見  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域資源を活用したサービスの統合は LTC を考えるうえで重要</li> <li>・現在限定的な実施だが、今後拡充していきたい（保健省関係者・介護提供者）</li> <li>・サービスの統合は重要だが、実際には実施されていない。地域住民同士のつながりによる助け合いは行われており、これを指標に加えるべきではないか（擁護団体・NGO/NPO）</li> </ul> |

## IV. 認知症ケア

|        |  |
|--------|--|
| 妥当性    | 妥当   |
| 内容の適合性 | 認知症にやさしい地域づくりに係る活動は保健省レベルで一部始動しているが、施設面では整備が限定的である。  |
| 具体的意見  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健省内で、認知症にやさしい地域づくりを推進するためのプラットフォームを立ち上げた。抑えるべきポイントは一致している（保健省関係者）</li> <li>・認知症に関する政策はわからないが、指標に書かれている内容は重要である（保健省関係者以外）</li> </ul> |

## V. ICT（Information and Communication Technology）の活用

|        |   |
|--------|---|
| 妥当性    | 概ね妥当  |
| 内容の適合性 | 高齢者介護の実際と概ね適合している。技術革新に期待はあるものの、現場では ICT は補完的なツールとして認識されている。  |
| 具体的意見  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症高齢者の見守りや、移動困難者への支援に ICT は有効。</li> <li>・ ロボットや医療機器は介護を支援する手段として有効だが、人によるケアがあってこそ ICT が力を発揮する。</li> <li>・ 科学技術省や保健省において、高齢者向け ICT の推進を検討している部局が存在。</li> </ul> |

## VI. リハビリテーション

|        |   |
|--------|---|
| 妥当性    | 妥当  |
| 内容の適合性 | 高齢者介護の実態と概ね一致しており、リハビリテーションは介護の質を担保するうえで重要な位置づけとされている。政策レベルから現場レベルまで、共通した認識が持たれている。国家の行動計画（The Dementia Action Plan 2023–2030 [6]）にもリハビリの要素が組み込まれている。 |
| 具体的意見  | 特になし  |

## VII. 介護予防・連携

|        |   |
|--------|---|
| 妥当性    | 概ね妥当  |
| 内容の適合性 | 指標の重要性は理解されているが、マレーシアでは早期スクリーニングや高齢者に対するワクチン接種が義務化されていない。 |
| 具体的意見  | 特になし  |

### 【7 領域にわたる介護の質の評価指標の妥当性】

インタビューの結果、7 領域にわたる介護の質の指標について、全体的に妥当であるとの回答を得た。指標が高齢者ケアの重要な側面を幅広くカバーしている点が評価された。一方で、今後の改善に向けて以下のような意見が聞かれた：

- ・ 介護を支える家族の役割や、家族が負担する経済的側面も重要であり、指標に反映すべきではないか。
- ・ 領域「VI. 認知症ケア」について、高齢者に多い他の精神的な問題（例：うつ、不安など）も重要であり、そうした課題も指標に含めることを検討すべきではないか。

## D. 考察

本研究では、マレーシアにおける介護サービスの質を評価する指標の妥当性を、多様なステークホルダーに対するインタビューを通じて検証した。その結果、7つの領域にわたる指標は全体として妥当と

評価され、指標が高齢者ケアの主要な側面をバランスよくカバーしている点が肯定的に受け止められた。

とりわけ、「利用者・介護者の QOL」や「リハビリテーション」に関しては、内容の適合性も含めて高く評価された。一方

で、「プライマリーヘルスケアを含むサービスの統合」や「ICT の活用」など、制度的整備が十分ではない領域では、内容の適合性に関する課題が示された。各領域の特徴を以下に示す。

### I. LTC リソースとアクセス

「利用可能性」については、既存指標が国家レベルの資源に偏っており、地域に根ざしたケア（例：地域の NGO が運営するセンターなど）への視点が不足しているとされた。

マレーシアは、日本のように介護福祉士や介護職員初任者研修を受けて資格を得るホームヘルパーなどの資格制度がないため、マレーシアには資格を持つ介護者（qualified formal carers）が存在しないという点が指摘された。

対象者全員が、介護者の資格制度の必要性と重要性を強調した。しかし、資格を持たない介護者については、質の担保ができないため、指標に含めない方が良いという意見が挙がった。人的資源の面においては、マレーシアにおける資格制度の未整備が課題とされ、「資格を持たない介護者によるサービス」をどう扱うかは今後の検討課題である。

### II. 利用者・介護者の QOL

「意思決定の尊重」が QOL 向上に直結するとの意見が多く、内容の適合性・妥当性ともに強い同意を得た。アジアにおいても、本人主体のケアのあり方が重要視されていることを示唆する。

### III. プライマリーヘルスケアを含むサービスの統合

現状では在宅支援や地域資源の活用が限定的であり、制度的な統合は未整備である。しかし、複数のステークホルダーからその重要性が強調されており、今後の制

度設計における方向性を示す結果となった。

### IV. 認知症ケア

指標の妥当性は高いとされたが、現場の整備状況は限定的である。保健省による「認知症にやさしい地域づくり」への取り組みは、今後の制度展開に向けた基盤となる可能性がある。また、うつ等の精神的健康課題も指標に含めるべきという意見は、指標のさらなる包括性向上への示唆となる。

### V. ICT の活用

ICT は、見守り支援や移動困難者への対応において、高齢者介護を補完する有用な手段として認識されている。一方で、「人の手によるケア」の重要性も繰り返し強調されており、人間中心のケアを支える補助的な役割として ICT を位置づけることが重要と考えられた。

### VI. リハビリテーション

指標の妥当性・適合性ともに高く、国家政策レベルでもリハビリの重要性が認識されている。リハビリテーションに関わる有資格の専門職には、リハビリテーション医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が存在する。理学療法士は、大学で専門課程を修了したのち、国家の法制度に基づいて登録されることで資格が与えられる。マレーシアでは、有資格の専門職による体制整備が進んでおり、他 ASEAN 各国にとっても参考となる可能性のある領域である。

### VII. 介護予防・連携

早期スクリーニングや予防的介入の制度は未整備であるが、指標の重要性は認識されていた。制度的な後押しと住民レベルの理解促進が今後の鍵となる。

## E.結論

本研究により、マレーシアにおいて、介護サービスの質を多面的に評価する本指標は概ね妥当であり、各領域の指標が現場のニーズや制度的課題を的確に捉えていることが確認された。特に、リハビリテーションおよび、利用者・介護者の QOL に関する指標は高く評価され、既存の政策との整合性も示された。

一方で、制度整備が遅れている領域（プライマリーヘルスケアを含むサービスの統合、ICT の活用、介護予防）においては、指標の運用可能性や実現性に関する慎重な検討が必要であることも明らかとなった。また、地域性や文化的背景を踏まえた柔軟な運用、ならびに家族や地域社会の役割を評価に組み込むことの重要性も指摘された。

本研究は、マレーシアのステークホルダーを対象としたインタビューに基づく検討結果を示したものであり、この結果が LTC 提供体制や整備状況が大きく異なる他の ASEAN 諸国にも当てはまるかについては、慎重な検討が必要である。

今後、本指標を各国の制度・文化・資源状況に応じて適用・補完しながら活用していくことで、ASEAN 地域における持続可能で包括的な介護サービスの質向上に資することが期待される。

## F.引用文献

1. The Road to Better Long-Term Care in Asia and the Pacific: Building Systems of Care and Support for Older Persons. Asian Development Bank; 2022.  
<https://www.adb.org/publications/better-long-term-care-asia-pacific>.
2. Addressing the challenges of population ageing in Asia and the Pacific : implementation of the

Madrid international plan of action of ageing. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific; 2017.

<https://www.unescap.org/publications/addressing-challenges-population-ageing-asia-and-pacific-implementation-madrid>.

3. 厚生労働科学研究費補助金. ASEAN 等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発と実証に資する研究」令和 5 年度総括・分担研究報告書. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/167707>
4. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005;83(4):691-729.
5. 児玉知子, 大野賀政昭諸. 外国における介護サービスの質評価に関する動向. *保健医療科学* 2024 年 73 巻 3 号 p. 190-200.
6. The Dementia Action Plan 2023-2030. Ministry of Health Malaysia; 2024.  
[https://www2.moh.gov.my/moh/modules\\_resources/bookshelf/Buku\\_A4\\_THE\\_DEMENTIA\\_MEI\\_ebook/Buku\\_A4\\_THE\\_DEMENTIA\\_MEI\\_ebook.pdf](https://www2.moh.gov.my/moh/modules_resources/bookshelf/Buku_A4_THE_DEMENTIA_MEI_ebook/Buku_A4_THE_DEMENTIA_MEI_ebook.pdf)

## G.研究発表

### 学会発表

なし

### 論文発表

なし

## H.知的財産権の出願・登録状況

なし



表 1. ASEAN 諸国における介護サービスの質の評価指標 (Domains and indicators for assessing Long-term Care Quality)

| 【和】<br>領域と指標  | 【英】<br>Domain & Indicators   |
|---|--|
| I. 高齢者の介護（長期ケア）のための資源とアクセス  | I. Resource and Access for long-term care of older people  |
| ①利用可能性<br>1) 家族による介護<br>2) 家族以外の正式な介護者による訪問介護<br>3) 施設での居住ケア<br>4) プライマリーヘルスケアにおける統合ケア<br>②ガバナンスと品質保証<br>1) 公共部門における品質管理<br>2) 民間セクターにおける品質管理<br>3) 職業としての介護者（家族は含まない）の品質管理<br>4) 家族を含むインフォーマル介護者の品質管理またはスキルアップ研修<br>③人的資源<br>1) インフォーマル介護者（家族を含む）<br>2) 資格を持たない介護者<br>3) 資格を持つ介護者<br>4) ソーシャルワーカー<br>5) 医療専門家（医師、看護師、理学療法士、作業療法士など）<br>6) 老年医学の専門家（老年病専門医） | ①Availability<br>1) Family-based home care<br>2) Home care by formal caregiver (not family members)<br>3) Residential care in facility<br>4) Integrated care in primary health care<br>②Governance and Quality assurance<br>1) Quality control in Public Sector<br>2) Quality control in Private Sector<br>3) Quality management of formal caregivers (not included family members)<br>4) Quality management or skill-up training of informal caregivers, including family members<br>③Human Resources<br>1) Informal cares (including family members)<br>2) Formal carers without qualification<br>3) Qualified formal carers<br>4) Social workers<br>5) Healthcare professionals (physicians, nurses, physical therapists, occupational therapists, etc) |

|  |  |
|--|--|
| ④持続可能性<br>1) 経済的保護<br>2) 介護者への補償<br>3) 家族介護者のためのレスパイトケア制度<br>4) 地域社会における相互支援<br>⑤公平性<br>1) ジェンダーの公平性<br>2) 障害者の公平性<br>3) 地理的にアクセス可能なサービスから離れた地域における公平性 | 6) Specialty in geriatrics (geriatricians)<br>④Sustainability<br>1) Financial protection<br>2) Compensation for caregivers<br>3) Respite care system for family caregivers<br>4) Mutual support within community<br>⑤Equity<br>1) Equity in gender<br>2) Equity in people with disability<br>3) Equity in areas geographically remote from accessible services |
| II. 利用者・介護者の QOL (Quality of Life)   | II. Quality of Life (QOL) for users and caregivers   |
| ①尊厳の尊重<br>②社会保障<br>③差別の撤廃<br>④利用者の QOL や満足度<br>⑤介護者の QOL や満足度  | ①Respecting dignity<br>②Social Security<br>③Eliminating discrimination<br>④Users' QOL or satisfaction<br>⑤Caregivers' QOL or satisfaction  |
| III. プライマリーヘルスケアと社会的処方を含むサービスの統合   | III. Integration of services including primary health care   |
| ① 各ステークホルダーによる高齢者介護の概念の明確な理解<br>②継続的なケア：急性期病院や医療機関からプライマリーヘルスケアへの退院後の介護支援など  | ① Clear understanding of the concept about long-term care for older people among each stakeholder<br>② Existing continuum of care: such as care support after discharging from acute hospitals or medical facilities to primary health care  |

|  |   |
|--|---|
| ③在宅ケアとプライマリーヘルスケアの統合ケア                               | ③Integrated care between home-based care and primary health care  |
| ④ 統合ケアを支援するための調整システム（例：支援機関、コーディネーター、ソーシャルワーカー、資金など） | ④Co-ordinating system for supporting integrated care services: Agency / coordinator/ social worker / funding, etc             |
| ⑤ 高齢者を支える地域資源（例：ボランティア、近隣住民、自助グループ、宗教団体、慈善団体など）      | ⑤Community resources supporting older people (e.g. volunteers, neighbors, self-help group, religious group, charity, etc)     |
| ⑥社会的処方   | ⑥Social prescription  |
| IV. 認知症ケア  | IV. Dementia Care   |
| ①自分の住んでいる地域における認知症にやさしいまちづくりの取り組み                    | ①Initiatives to promote dementia-friendly communities in my area  |
| ②認知症ケアに特化した医療・福祉施設                                   | ②Healthcare and welfare facilities specializing in dementia care  |
| ③認知症の人の意思決定に関する方針や倫理的配慮                              | ③Policies and ethical considerations regarding decision-making for people with dementia                                       |
| V. 介護における適切な情報システムと技術による生活支援（ICT活用）                  | V. Appropriate information system and supporting life with technology (ICT utilisation) in long-term care                     |
| ①介護を受ける高齢者の健康増進・維持のために、ロボットや医療機器などの ICT の革新          | ①Innovation of ICT, such as robotics or medical devices, to improve or maintain health of older people in long-term care      |
| ②高齢者介護における ICT 活用のための機関・組織・国のワーキンググループ               | ②Agency / organization / national working group to utilize ICT in long-term care for older people                             |
| ③国民保健や関連する国家計画・戦略におけるデジタルヘルス                         | ③ Digital health in national health or relevant national plan/strategies is applicable for long-term care                     |
| ④ICT の活用による介護負担の軽減                                   | ④Reduction of the caregiving burden through ICT utilization   |
| ⑤ICT の活用による、介護における個人カルテ・個別介護記録のデータ活用                 | ⑤Availability of data of Personal Health Records / Individual Care Receiving Record in long-term care through ICT utilization |

|  |  |
|--|--|
| VI. 機能低下や障害への対応（リハビリテーション）   | VI. Dealing with functional decline and disability (Rehabilitation)  |
| ①質の高い介護におけるリハビリテーションの合意形成<br>②国の保健政策・計画におけるリハビリテーションの位置づけ<br>③ユニバーサル・ヘルス・カバレッジまたは健康保険におけるリハビリテーションの包含<br>④リハビリテーションを実施する専門職<br>⑤長期療養している高齢者に対する、リハビリテーションを実施している施設 | ①Consensus of the rehabilitation in the quality long-term care<br>②Existence or positioning of rehabilitation in national health policies/plans<br>③Rehabilitation is included in Universal Health Coverage scheme or covered by health insurance<br>④Certain qualified professionals for implementing rehabilitation<br>⑤Facilities where rehabilitation is provided for older people in long-term care     |
| VII. 介護におけるより健康的な老いのために（予防と調整）   | VII. For Healthier Ageing (Prevention & Coordination) in long-term care  |
| ①高齢者のフレイル予防・健康づくりの取り組み<br>1) オーラルフレイル予防<br>2) 適切な栄養<br>3) 身体活動の促進<br>②高齢者の機能低下の早期スクリーニングの実施<br>③機能低下（聴力・視力）の紹介体制の整備<br>④高齢者への適切な予防接種（インフルエンザ、COVID 等）              | ①Initiatives for Frail Prevention and health promotion for older people<br>1) Prevention of oral frailty<br>2) Emphasis on adequate nutrition<br>3) Promotion of physical activity<br>②Conducting of early screening for functional decline among older people<br>③Developing referral system for functional decline (hearing/vision)<br>④Appropriate immunization (Influenza, COVID, etc.) for older people |

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）「ASEAN 等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発と実証に資する研究」

令和 6 年度 分担報告書

「高齢者介護サービスの質指標に関する検討－パイロットスタディ  
および関連データ分析－」

研究代表者 児玉知子 国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 上席主任研究官

研究分担者 荒井 秀典 国立長寿医療研究センター 理事長

林 玲子 国立社会保障人口問題研究所 所長

佐々木 由理 国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部主任研究官

大冢賀 政昭 国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部上席主任研究官

山口 佳小里 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部主任研究官

三浦 宏子 北海道医療大学歯学部保健衛生学講座 教授

菖蒲川由郷 新潟大学大学院医歯学総合研究科 教授

研究協力者 尾白 有加 新潟大学大学院医歯学総合研究科

**研究要旨：**

【目的】東南アジア諸国（Association of Southeast Asian Nations, 以下 ASEAN）等においては、アクティブエイジングに関する取組が進められている一方、高齢者の増加に伴い、介護サービス（Long-term care services, 以下 LTC）へのアクセス拡大、公的 LTC 導入や整備、継続的な提供が課題となっている。本研究では、初年度に得られた ASEAN における介護の質評価指標案におけるパイロットスタディを実施し、指標の妥当性・信頼性を評価する。

【方法】初年度に開発した指標を用いてパイロットスタディを実施した。質問票および各国ヒアリング（タイ、カンボジア、マレーシア、フィリピン）を実施し、デルファイ法を用いたコンセンサス分析を実施した。7つのドメイン（①LTC Resource and Access, ②QOL for uses and caregivers, ③Integration of Services(including primary health care), ④Dementia Care, ⑤ICT utilization, ⑥Rehabilitation, ⑦Prevention & Co-ordination）32 指標の妥当性を評価した。指標は5段階評価とし、中央値4以上、IQR（四分位範囲）1以下、合意率（4,5 の割合）70%以上を合意基準とし、クロンバック係数にて信頼性評価を行った。関連データ分析では、高齢者の介護に関連した補足データとして WHO mortality database における各国の高齢者の死因登録状況について検討を加えた。

【結果】回答データのクロンバック係数は 0.94 であり、データの信頼性は高いと判断された。ドメイン7つはいずれも合意基準を満たし、合意率は①～⑥86.2%、⑦82.8%であった。最も合意率が高かった指標は「認知症を有する人々の意思決定と倫理的課題に関する政策」（100%）であり、続いて合意率 90%以上であった指標は「認知症ケアに特化した医療・福祉施設の存在(96.5%)」「リハビリテーションを実施するための資格を有する専門職の存在（95.5%）」「長期介護を受ける高齢者への社会的処方箋（孤立予防含む）」「認知症にやさしいコミュニティを促進するための取り組み」「適切な栄養の重要性を強調する」「身体活動の促進」「長期介護を受ける高齢者向けにリハビリテーションを提供する施設の存在」「機能低下と障害（リハビリテーション）への対応を、長期介護の国家政策/計画に位置付ける」「機能低下と障害（リハビリテーション）をユニバーサル・ヘルス・カバレッジ制度に組み込むか、健康保険でカバーする」であった。調査ではドメイン①LTC Resource and Access におい

て指標を項目に細分化して質問したが、利用可能性（availability）指標においては、「家族によるインフォーマルケア」「プライマリヘルスケアとの統合」の項目、ガバナンス指標においては「民間セクターの質管理」「フォーマルな介護者（家族を含まない）の質管理」の項目、人材（Workforce）指標においては、「インフォーマルな介護者（家族を含む）」「医療専門職（医師、看護師、理学療法士、作業療法士等）」の項目が合意基準を満たし、最終的に 32 指標のうち 29 指標（①6 指標、②2 指標、③2 指標、④3 指標、⑤6 指標、⑥5 指標、⑦5 指標）が合意基準を満たし、「LTC の概念の明確化」、「病院や医療施設からの退院時の連携」、「在宅医療への統合」の 3 指標は合意率が低かった。

**【考察・結論】**今回開発した介護の質評価指標のドメインは 7 つすべてが合意基準を満たし、指標は ASEAN の低中所得国における家族介護中心の介護の実情を反映した結果となった。特に LTC のプライマリヘルスケアへの統合、認知症ケアやリハビリテーション、ICT 利用に関する項目は合意率が高かったが、病院や医療施設からの退院時連携や在宅医療への統合等については、高所得国では議論が進められている領域であるものの、低中所得国では、高齢者医療そのものが普及していない実情にあり、その概念の普及やモニタリングの在り方には検討を要することが示唆された。

## D. 研究目的

人口高齢化は世界が直面している課題であるが、特にアジア太平洋地域では変化のペースが速く、65 歳以上人口割合は、2050 年には現在の約 2.5 倍に増加し、女性の 14%、男性の 11%に達すると推定されている<sup>1)</sup>。東南アジア諸国（Association of Southeast Asian Nations, 以下 ASEAN）等においては、アクティブエイジングに関する取組が進められている一方、高齢者の増加に伴い、介護サービス（Long-term care services, 以下 LTC）へのアクセス拡大、公的 LTC 導入や整備、継続的な提供が課題となっている<sup>2)</sup>。

これらの解決には、介護の質の評価を行い、LTC の費用対効果等を明らかにしつつ導入する必要があるが、LTC は社会保障を含めた国の施策や経済・社会・文化的背景にも依存する。また、在宅を含めた複数サービスの利用やインフォーマルケアの存在<sup>3)</sup>、長期療養高齢者の適切な QOL 評価に関する課題<sup>4)</sup>等があり、アクセスや個別支援、意思決定、他のサービスとの統合も考慮する必要がある<sup>5)</sup>。従って国際的に広く利用可能な定義や評価指標は確立して

いない<sup>3,6,7)</sup>。

本研究では、初年度として諸外国の介護の質の評価に関する既存の枠組みや指標を収集し、その概念整理と国際動向について明らかにする。

## E. 研究方法

### I. パイロットスタディ

本年度は、昨年度開発された介護の質指標について、質問票を作成してパイロットスタディを実施した。

1) 研究デザイン：横断研究

2) 調査実施期間：

2024 年 10 月～2025 年 3 月

3) 調査対象：マレーシア、タイ、フィリピン、カンボジアにおける政策立案者、行政担当者、研究者、老年医学専門家、介護提供者、医療従事者、擁護団体、NGO/NPO 代表者とした。

協力機関：

マレーシア：Universiti Putra Malaysia, Malaysia Research Institute of Ageing: My Ageing.

タイ：Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, National Health Security Office (NHSO), Bangkok, Bang-Pa In Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, Ministry of Social Development and Human Security (Ministry of Older Persons), ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI)

フィリピン: PhilHealth Insurance Corporation, Institute of Aging, National Institute of Health, University of Philippines Manila (Prof. Vegas & AP Garcia), the Asian Development Bank.  
カンボジア: HelpAge Cambodia, Department of Welfare of Older Person Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation.

その他:

Ageing Asia (シンガポール民間団体).  
The Asian Development Bank (インドネシア担当).

4) 調査方法: 対象者に書面もしくは Web による研究説明を行い同意書を配布した。説明は研究組織メンバーによって対面で行われ、調査票は直接紙媒体で回収、もしくは Microsoft Office 365 Forms による Web 回答とした。

調査内容:

各国の介護状況についてヒアリングを実施した。アンケート調査では、(I)資源とアクセス、(II)利用者と介護者の QOL、(III)プライマリヘルスケアを含むサービスの統合、(IV)認知症ケア、(V)ICT の利用、(VI)リハビリテーション、(VII)予防と調整 (感染症対策や予防接種を含む) など、高齢者の質の高い長期ケアの領域と項目について 5 段階評価の選択式とし、各ドメインに関する意見に自由記載欄を設けた。

分析方法: 7 つのドメイン 32 指標について

デルファイ法を用いたコンセンサス分析を実施した。各指標は 5 段階評価とし、中央値・平均、合意率、四分位範囲 (IQR) を算出した。中央値 4 以上、IQR (四分位範囲) 1 以下、合意率 (4,5 と回答した割合) が 70% 以上を指標としての合意基準とした。(なお、マレーシアについては別途、分担報告「介護サービスの質の評価指標の妥当性検討 (マレーシア)」参照)

## II. 関連データ分析

ASEAN において高齢者の介護状況や必要度を間接的に推定するには、各国の死因情報も参考となる。WHO Mortality Database より最新データにおける ASEAN 領域における頻度の高い疾患名について調査した。WHO Mortality Database の ICD-10 でコードされた二次データを用い、ASEAN および周辺国でデータが報告されていたブルネイ、日本、マレーシア、フィリピン、韓国、シンガポール、タイ、オーストラリアにおける 60 歳以上人口の頻度の高い死因を男女別に明らかにした。死因データは新型コロナウイルス感染症蔓延前の 2019 年とし、人口データは各国 2019 年に最も近いデータを使用した。(ブルネイ 2018、マレーシア 2014、その他は 2019 年)

さらに、ASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators (HAAI), WHO Database, ASEAN 地域で公開されている国別の LTC 関連データを使用し、ベイジアン回帰モデルを用いて、60 歳時の HLE (健康寿命) と LE (平均寿命) の関係を推定した。

これら I.II の統計学的分析には Stata.18 を用いた。

### <倫理的配慮>

パイロット調査については、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会より承認を得た (NIPH-IBRA#24016)。

二次データについては、すべて公表資料を

用いた分析であり、個人情報には取り扱っていない。

## C. 研究結果

### 1. パイロットスタディ（指標の検証）

タイ、カンボジア、フィリピン、マレーシアにて実施した。データ入力には 29 件（マレーシア 14 名、フィリピン 7 名、タイ 4 名、カンボジア 2 名、インドネシア、シンガポール各 1 名）（注：タイでは政策担当組織から代表で 1 データの提出）であった。回答者の内訳は政策立案者 8 名、ケア提供者 7 名、行政 6 名、研究者 4 名、医療従事者（専門職）5 名、アドボカシーグループ 5 名、NGO 6 名であった（重複あり）。

(I) 資源とアクセス、(II) 利用者と介護者の QOL、(III) プライマリヘルスケアを含むサービスの統合、(IV) 認知症ケア、(V) ICT の利用、(VI) リハビリテーション、(VII) 予防と調整（感染症対策や予防接種を含む）のドメイン 7 つはいずれも合意基準を満たし、合意率は (I) ～ (VI) 86.2%、(VII) 82.8% であった。最も合意率が高かった指標は「認知症を有する人々の意思決定に関する政策と倫理的考慮」(100%) であり、続いて「認知症ケアに特化した医療・福祉施設の存在」「リハビリテーションを実施するための資格を有する専門職の存在」「長期介護を受ける高齢者への社会的処方箋（孤立予防含む）」「認知症にやさしいコミュニティを促進するための取り組み」「適切な栄養の重要性を強調する」「身体活動の促進」「長期介護を受ける高齢者向けにリハビリテーションを提供する施設の存在」「機能低下と障害（リハビリテーション）への対応を、長期介護の国家政策/計画に位置付ける」「機能低下と障害（リハビリテーション）をユニバーサル・ヘルス・カバレッジ制度に組み込むか、健康保険でカバーする」が合意率 90% 以上であった。

調査では介護サービスの質評価について 32

指標を細分化して質問したが、項目として「家族以外の専門職による在宅介護」「介護施設でのケア」「公的セクターの品質管理」「家族を含む介護者へのスキルアップを含めた質管理」「資格を有するフォーマルな介護者の関与」「資格を有さないフォーマルな介護者の関与」「ソーシャルワーカーの関与」「老年医学専門家の関与」「介護者への報酬」「家族介護者向けのレスパイトケアシステム」については、合意基準を満たさなかった。

政策立案者とそれ以外の職種で比較した場合、合意基準を満たさなかった「家族以外の専門職による在宅介護」( $\chi^2=8.87$ ,  $p=0.031$ )において政策立案者以外との差を認めた（政策立案者以外では、家族以外の専門職による在宅介護を高く評価していた）。また、「民間セクターの品質管理」( $\chi^2=9.85$ ,  $p=0.043$ )、「(家族を含めた) インフォーマル介護者の関与」( $\chi^2=7.84$ ,  $p=0.02$ )「老年医学専門家の関与」( $\chi^2=12.75$ ,  $p=0.013$ )、「介護者へのレスパイトケア」( $\chi^2=13.84$ ,  $p=0.008$ )、「コミュニティ内での互助 (mutual support)」( $\chi^2=13.97$ ,  $p=0.007$ )についても政策担当者以外が高く評価していた。その他、「性別における公平性(equity)」( $\chi^2=10.75$ ,  $p=0.013$ )、「障害をもつ人における公平性」( $\chi^2=10.06$ ,  $p=0.018$ )、「地理的なアクセスにおける公平性」( $\chi^2=18.2$ ,  $p=0.001$ )、「介護者における QOL の尊重」( $\chi^2=11.19$ ,  $p=0.025$ )、「社会的処方箋の必要性」( $\chi^2=8.15$ ,  $p=0.043$ )において差がみられた。

回答データの Scale reliability coefficient: (尺度信頼性係数: クロンバッハ  $\alpha$ ) は全項目で 0.94 と高い値を示し、合意基準を満たした項目では係数値 0.95 とさらに高い値を示した。

## II. 関連データ分析



分析対象国（ASEAN:タイ、ブルネイ、マレーシア・フィリピン、シンガポール、参照国：韓国、オーストラリア、日本）では、各国ともに女性の方が高齢化の割合が高く、60歳以上割合と65歳以上割合は高齢化率が高いほど差が大きい（図1）。また、各国の60歳以降の人口割合変化には以下の国別に類似性がみられた（図2）。

◇シンガポール・韓国

◇オーストラリア・タイ

◇ブルネイ・マレーシア・フィリピン

60歳以上の男性で最も頻度が高かったのは肺炎（病原体不詳・詳細不明）のコーディングであった。ブルネイ・フィリピン・マレーシアで急性心筋梗塞のコーディング頻度が高く、オーストラリア・ブルネイ・日本・韓国で呼吸器系の悪性新生物のコーディング頻度が高かった（付表1）。

60歳以上の女性で頻度が高かったのは肺炎（病原体不詳・詳細不明）と加齢による身体衰弱（老衰）であった。ブルネイ・オーストラリアでは認知症の頻度が最も高く、次いで呼吸器系の悪性新生物であった。フィリピンで急性心筋梗塞の頻度が高く、日本、マレーシア、シンガポールでは循環器系心疾患の頻度が高かった（付表2）。

これらをまとめると、肺炎は男女ともに頻度が高く、加齢による身体衰弱（老衰）は女性に高かった。タイでは統計報告があるものの、認知症のコーディングはオーストラリアのみであった。

また、脳血管障害や神経変性疾患等は高齢者の要介護状況をきたしやすい。今回WHO mortality database ICD-10コードのデータが存在する国はASEANで5カ国のみであった（ブルネイ・ダルサラーム、マレーシア、フィリピン、シンガポール、タイ）。

〔注：ICD-11では、脳血管疾患は神経系疾患に含まれる〕。

脳血管障害は救急を含めた医療やリハビリテーション体制によって障害度が左右され

る。日本や韓国ではI639（脳梗塞、詳細不明）の頻度が最も高いが、他のASEAN各国においては、I64（脳卒中の家族歴）の頻度が高かった（付表3）。また、要介護度の高い神経変性疾患は、マレーシア、フィリピンではG93（その他脳障害）と記録されており、日本やオーストラリア、韓国、シンガポール等において頻度の高いパーキンソン病の頻度が高い状況と異なっている（付表4）。

Revised ASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators (HAAI), WHO Database, ASEAN地域で公開されている国別のLTC関連データを使用し、60歳時のHLE（健康寿命）とLE（寿命）の関係検討したところ、HLEは、WHO加盟国において、高所得国では低所得国よりも4.97年長く、すべての経済状況において女性の方が男性よりも長かった。また、ASEAN地域（日本を含む）では、60歳時のLEとHLEは、HAAIの「政策と統計のスコア(以下、スコア)」が正の影響を与える可能性を示した（事後平均1.84 [95%信用区間 credible interval 0.23, 3.51], 1.52 [0.24, 2.82]）。HLEとLEの差、相対的貧困率、雇用状況によるスコアへの影響は認めなかった。非伝染性疾患（NCD）の死亡率は、LEとHLEに対して負の影響を与えることが示唆された（事後平均 -0.51 [-0.62, -0.39], -0.41 [-0.51, -0.31]）。ただし、社会的活動への参加や健康状態の自己評価など、他の社会的要因への影響は示されなかった（付表4-6）。

## D.考察

### 1.介護サービスの質指標における諸課題

一般に質を評価する際には、Donabedianが提唱するストラクチャー・プロセス・アウトカムの分類が用いられるが、アウトカムが評価されにくい場合には、プロセスやストラクチャーが利用される。特に高齢者の

身体・認知機能は加齢とともに低下がみられることから、サービスによる改善効果をアウトカムに設定することは難しい。

質 (Quality) はダイナミックな概念であり、様々な利害関係者が持つ多様な見解、価値観、期待、嗜好が含まれる。従って政策立案者、医療提供者、ケア専門家、利用者などの価値観にも影響を受ける。

今回のパイロットスタディでは政策立案者とそれ以外の属性（行政担当者、研究者、老年医学専門家、介護提供者、医療従事者、擁護団体、NGO/NPO 代表者）では回答の傾向が異なっていた。特に、「家族以外の専門職による在宅介護」「民間セクターの品質管理」「家族を含むインフォーマルケア」「老年内科専門職の関与」「家族のレスパイトケア」「コミュニティにおける共助」「公平性（性別・障害・地理的アクセス）」「介護者のQOL」「社会的処方箋」においては、いずれも統計学的な差をもって政策立案者以外のケア提供者や医療従事者、NGO/NPO 等がこれらを高く評価していたことは注目に値する。

また、ガバナンスについては、LTC 制度が整備されていない国においては今後の課題となるが、特に民間セクターの質管理について合意がみられた。高所得国においては InterRAI のように 20 か国の研究者が国際基準のアセスメントツールを開発しているが、当然ながらイベント発生者の割合は利用者の疾患や障害、重症度によるためリスク調整が必須である。低-中所得国においては、保健インフラが整備途上にあるため、リスク因子の把握が困難である。このことは、死因登録状況からみても明らかである。本パイロット調査では、マレーシアにおいては対面での回答記入の方法を取り、各ステークホルダーからバランスよく回答を得られたが、他の対象国においては、面談後の無記名 Web 調査としたため、想定より回答が少なかった点が研究の限界であった。

現地での対面のヒアリングや施設訪問により、当該国の課題を共有することが可能であった。フィリピンでは、海外の慈善団体が福祉目的で身寄りのない高齢者を無償で保護しているが、ADL 維持のためのトレーニングやスタッフの介護スキルの習得、食事、排泄、精神状態の観察や緊急時の医療面での対応（関連施設の医師が往診）がなされている例もみられた。

## 2. LTC における各国の課題

本研究の二次データで WHO mortality database の登録状況について比較したが、ASEAN において UHC が発達途上にある国々では、高齢者への医療提供における状況が異なっているため、死亡の登録状況は、診断に至るまでの社会背景を表す一端ともなり、高齢者が最期を迎える状況の理解につながる。

また、死亡統計は、国の保健情報システムの重要な構成要素であり、国民の健康状態を定量化し、国の健康発展を測定するために不可欠とされる。死亡原因の特定には、罹病時から、診断機器等の補助を利用した診断技術や医療情報の保管が必要とされる他、死亡時の診断・届け出方法など、自国の保健行政システムの影響を色濃く受ける。現在の ASEAN 各国においては、急性期から亜急性期・慢性期への一貫した治療とリハビリテーションの充実が課題となること、現地調査からも明らかとなった。特にタイにおいては、別途分担報告にもあるように、中間ケア (Intermediate Care) によって、急性期から慢性期の自宅療養へのスムーズな移行が患者の介護度を改善することが期待されている。さらに、今後は医療レベルの向上により、脳血管障害等による障害を抱える高齢者の増加も予想される。そのための受け皿の確保も必要である。近年、ASEAN 各国においては、高齢者の現況に関する様々な類似の疫学調査が実施されつつ

ある<sup>8-15)</sup>。調査項目には共通のものがみられているものの、年齢区分や障害レベル区分に差異がみられており、今後はより統一された調査項目の普及が期待される。

また、今回のパイロット調査では、「認知症を有する人々の意思決定と倫理的課題に関する政策」や認知症に対応する指標への合意率が高かった。世界保健機関（WHO）の「認知症に対する公衆衛生対応に関するグローバル行動計画」は、2025年までに加盟国の75%が認知症対策の国家計画を策定することを目標としていたが、この目標は達成されず、2024年時点で認知症対策計画を策定した国は26%に留まっている<sup>16)</sup>。今後のASEANにおける行動計画の進展が期待される。

シンガポールについて、今回は詳細な報告はしていないが、高齢者医療についてはThe Community Health Assist Scheme (CHAS)によって慢性疾患を含む一般医療や歯科治療サービスが提供されているほか、AIC (Agency for Integrated Care) が2018年から高齢者ケアサービスの提供を調整する唯一の機関として指定され、保健と社会の両分野におけるサービス開発と能力向上を促進する役割を担っている<sup>17)</sup>。

高齢社会において、「平均寿命 (Life Expectancy) と健康寿命 (Healthy Life Expectancy: HLE) の差」は、不健康な期間や介護ニーズの指標としてしばしば用いられるが、それが介護の「質」を的確に反映しているとは限らない。介護期間の延伸は必ずしも介護の質の低下を意味せず、また短縮も一概に質の向上とは言えない。

河野・和田は、高齢化の進行に伴い要介護者数が増加すると推計し<sup>18)</sup>、河野は健康寿命と不健康期間の算定に関して「要介護寿命」や「平均要介護期間」といった新たな指標を提案しているが、これらは介護を受ける中でどのような生活の質が維持されているかといった質的側面に関する情報は含ま

れていない<sup>19)</sup>。Tamiya et al.の研究では、要介護状態での平均余命が年々延びていることが明らかにされたが<sup>20)</sup>、これが望ましい「介護の質」向上による生活の延伸なのか、それとも介護を要する状態が長期化しているだけなのかの問いが残る。

国際的にも同様の傾向が報告されており、204か国を対象とした研究では、平均寿命と健康寿命の差が国ごとに大きく異なり、女性の方が不健康期間が長いことが示されており<sup>21)</sup>、187か国における健康寿命の推定では、多くの国で死亡率は低下している一方、生活の質を損なう慢性疾患や障害の影響により、不健康期間はむしろ拡大していることが報告されている<sup>22)</sup>。これらの知見は、長寿社会における「生きる長さ」と「健康の質」の乖離に注目し、単なる寿命の延伸ではなく、健康寿命の延伸を目指す政策の必要性を支持するものである。

これに対し福本らは、地域ごとの平均自立期間に加えて、教育水準や認知症サポーター数などが要介護期間と関連すること等を示しており<sup>23)</sup>、介護が地域の社会資源や人的支援体制と密接に関連しており、それらが介護の質に影響を与えている可能性を示唆している。

今回の分析では、ASEANにおける高齢者への政策が平均寿命や健康寿命に正の影響を、また非感染性疾患が負の影響を与えることが示唆されたが、LEとHLEの差（すなわち介護期間）への影響を与える因子はデータ上示されなかった。今後は、介護の質を評価する上で、実際の介護期間と高齢者のQOLや疾病罹患状況、生活環境、社会経済学的因子、介護に投入された人的・経済的資源等のデータがさらに精緻に各国で整備されていくことが期待される。

## 謝辞

本研究に協力頂いた機関およびすべての協力者に深謝いたします。

## E. 結論

開発された介護の質評価指標のパイロットスタディでは、ドメイン7つすべてが合意基準を満たし、指標は ASEAN の低中所得国における家族介護中心の介護の実情を反映した結果となった。特に LTC のプライマリヘルスケアへの統合、認知症ケアやリハビリテーション、ICT 利用に関する項目は合意率が高かったが、病院や医療施設からの退院時連携や在宅医療への統合等については、高所得国では既に議論が進められている領域であるものの、低中所得国では、高齢者医療そのものが普及していない実情にあり、その概念の普及やモニタリングの在り方には検討を要することが示唆された。

## F. 引用文献

1. Organisation for Economic Co-operation and Development and WHO. 2020. Ageing. In Health at a Glance: Asia/Pacific 2020: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage. Paris.
2. ASIAN DEVELOPMENT BANK. The Road to Better Long-Term Care in Asia and the Pacific Building Systems of Care and Support for Older Persons. May 2022.
3. 西崎寿美. 介護の質の変化を反映した価格の把握手法に関する論点～諸外国の質評価の現状と有識者ヒアリングの結果～ ESRI Research Note No 63.2022.
4. Donaldson C, Atkinson A, Bond J, Wright K. QALYS and long-term care for elderly people in the UK: scales for assessment of quality of life. Age Ageing. 1988;17(6):379-387.
5. 筒井孝子. ケアの質評価：国際的な到達点と日本の今後. 社会保障研究. 2016, vol.1(1) p129-147.
6. 古市 孝. 高齢者福祉における介護の質に関する一考察. 介護の質に関する先行研究レビュー. 人間生活文化研究. 2019;2019(29):516-521. doi: 10.9748/hcs.2019.516.
7. Bulamu NB, Kaambwa B, Ratcliffe J. Economic evaluations in community aged care: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):967. doi: 10.1186/s12913-018-3785-3. 2018/12/15.
8. Country Diagnostic Study on Long-Term Care in Thailand. December 2020. Asian Development Bank. <https://www.adb.org/publications/thailand-country-diagnostic-study-long-term-care>
9. Malaysia Ageing and Retirement Survey Wave 2 (2021–2022): Survey Report. August 2023. Asian Development Bank. <https://www.adb.org/publications/malaysia-a-ageing-retirement-survey-wave-2-report>
10. Indonesia Longitudinal Aging Survey 2023. September 2024. Asian Development Bank. <https://www.adb.org/publications/indonesia-longitudinal-aging-survey-2023>
11. The Road to Better Long-Term Care in Asia and the Pacific: Building Systems of Care and Support for Older Persons. May 2022. Asian Development Bank. <https://www.adb.org/publications/better-long-term-care-asia-pacific>.
12. Strengthening Developing Member Countries' Capacity in Elderly Care: Technical Assistance Completion Report. Jun 2022. <https://www.adb.org/sites/default/files/project-documents/49277/49277-001-tcr-en.pdf>
13. Strengthening Developing Member Countries' Capacity in Elderly Care: Projecting the Need for and Cost of Long-Term Care for Older People Technical Assistance Consultant's Report Mar

2021.  
<https://www.adb.org/projects/documents/reg-49277-001-tacr-2>
14. Strengthening Developing Member Countries' Capacity in Elderly Care: Estimated Need for Long Term Care and Disability among those Older than 60 Years of Age in Indonesia Technical Assistance Consultant's Report.  
<https://www.adb.org/projects/documents/i-no-49277-001-tacr>
15. Ageing and Health in Viet Nam. 28 December 2020.  
<https://www.eria.org/publications/ageing-and-health-in-viet-nam/>
16. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. WHO. 11 December 2024. Report by the Director-General  
[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB156/B156\\_36-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_36-en.pdf)
17. Agency for Integrated Care. Singapore.  
<https://www.aic.sg/>
- 18.河野順一・和田伸也. 健康寿命および要介護者数の将来推計. 生活経済学研究, 2019. 49, 91–106. ←
19. 河野順一. 健康寿命と不健康な期間の算定に関する考察：平均要介護期間と要介護寿命の提案. 生活経済学研究, 2018. 48, 15–30. ←
20. Tamiya, N., et al. Trends in life expectancy with care needs based on long-term care insurance data in Japan. *Journal of Epidemiology*, 2012; 22(3), 238–243.
21. Li, X., Zhang, L., & Chen, M. (2024). Does living longer mean living healthier? A comprehensive analysis of 204 countries and regions from 1990 to 2019. *BMC Public Health*, 24, 20894.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-20894-y>
22. Salomon, J. A., Wang, H., Freeman, M. K., Vos, T., Flaxman, A. D., Lopez, A. D., & Murray, C. J. L. (2012). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2144–2162.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61690-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61690-0)
23. 福本匡洋・岡田浩・高橋賢一 ほか. 要介護データを用いた二次医療圏レベルの健康寿命（平均自立期間）の算出および関連要因の探索. 日本医療・病院管理学会誌, 2020; 57(1), 19–26. ←

## G.研究発表 学会発表

1. Kodama-Kawashima T. Quality long-term care for older people with neurological disorders in ASEAN countries. 第 65 回日本神経学会学術大会；2024.5.29-6.1 東京. 同抄録集. p. 563.
2. 児玉知子, 三浦宏子. ASEAN 等における高齢者の死因登録状況について - WHO Mortality Database より. 日本国際保健医療学会第 38 回東日本地方会；2024.7.6；札幌. 同抄録集. p. 17.
3. Yamaguchi K, Sambath U, Kono M, Machida M, Sasaki Y, Kodama T. Initial Analysis of the Rehabilitation Situation in Cambodia: Focusing on Workforce and Service Implementation in Phnom Penh. The 8th Asia Pacific Occupational Therapy Congress. 2024.11.9-10: Sapporo.
4. 佐々木由理, 山口佳小里, 菖蒲川由郷, 尾白有加, 町田宗仁, 児玉知子. 東南アジア諸国の高齢者介護の現状について. 第 83 回日本公衆衛生学会；2024 年 10 月；札幌. 同抄録集. p. 312.
5. Kodama T, Sasaki Y. Assessment of

- global indicators for Quality Long-term Care for older people in ASEAN countries. 第35回日本疫学会学術総会; 2025.2.13-14; 高知. 同抄録集. p.178.
6. Tomoko Kodama. Japan Case Study: Communication Platform for Health Promotion and Prevention(P&P) for older people. PMAC 2025 Side Meeting: SMB107 . Leveraging Technological Innovation for Health Promotion and Disease prevention: Insights from Asia-Pacific (Hybrid) , 2025.1.28. Bangkok
  7. Tomoko Kodama. Advancing ASEAN Long-Term Care: Insights from Japan's Quality Indicator Research. Ageing Age 2025, 2025.4.8. Singapore.
  8. Kodama-Kawashima T. Registration of causes of death related to Alzheimer's disease – from the WHO mortality database. 第66回日本神経学会学術大会; 2025.5.21-24. 大阪. 同抄録集. p. 552.
- ASEAN 諸国の現状. 保健医療科学. 2024;73(3):214-224.  
[https://doi.org/10.20683/jniph.73.3\\_214](https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_214)
5. 荒井秀典. WHO が推奨する高齢者のための包括的ケア—ICOPE (Integrated Care for Older People) について—. 保健医療科学. 2024;73(3): 185-189 .  
[https://doi.org/10.20683/jniph.73.3\\_185](https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_185)
  7. 山口佳小里, Ung SAMBATH, 河野眞, 町田宗仁, 佐々木由理, 児玉知子. カンボジアにおけるリハビリテーション提供状況: プノンペンの施設調査. 国際リハビリテーション学. 2025;7(1):1-12
  8. Yuri Sasaki, Kaori Yamaguchi, Yugo Shobugawa, Yuka Ohaku, Munehito Machida1, Masaaki Otaga, Hiroko Miura, Reiko Hayashi, Hidenori Arai, Tomoko Kodama. Availability and Quality of Long-Term Care Services for Older Adults in Five Southeast Asian Countries. Geriatrics & Gerontology International. (under revised)

## 論文発表

1. 児玉知子, 大塚賀政昭. 諸外国における介護サービスの質評価に関する動向. 保健医療科学. 2024;73(3):190-200.  
[https://doi.org/10.20683/jniph.73.3\\_190](https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_190)
2. 佐々木由理, 尾白有加, 菖蒲川由郷, 山口佳小里, 児玉知子, 町田宗仁. Healthy Ageing の取り組みに関する国際動向とその評価指標. 保健医療科学. 2024;73(3): 201-206 .  
[https://doi.org/10.20683/jniph.73.3\\_201](https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_201)
3. 三浦宏子, 山口佳小里, 児玉知子. ASEAN 諸国における歯・口腔の健康格差に基づく介護予防アセスメント. 保健医療科学. 2024;73(3):207-213.  
[https://doi.org/10.20683/jniph.73.3\\_207](https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_207)
4. 山口佳小里, 三浦宏子, 児玉知子. リハビリテーションに関する国際動向と

## H.知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1 . Consensus Analysis for assessing Indicators of Long-term Care Quality for Older People

| Domains  | Mean | Median | IQR | % of (4/5) | Agreement |                     |
|--|------|--------|-----|------------|-----------|---------------------|
| <b>I. Resource and Access</b>  | 4.45 | 5      | 1   | 86.2       | ✓         |                     |
| <b>II. QOL for users and caregivers</b>  | 4.52 | 5      | 1   | 86.2       | ✓         |                     |
| <b>III. Integration of services including primary health care</b>  | 4.45 | 5      | 1   | 86.2       | ✓         |                     |
| <b>IV. Prepare for increasing care needs (Dementia Care)</b>   | 4.31 | 5      | 1   | 86.2       | ✓         |                     |
| <b>V. Appropriate information system and supporting life with technology (ICT utilisation)</b>   | 4.34 | 5      | 1   | 86.2       | ✓         |                     |
| <b>VI. Dealing with functional decline and disability (Rehabilitation)</b>   | 4.41 | 5      | 1   | 86.2       | ✓         |                     |
| <b>VII. For Healthier Ageing (Prevention &amp; Coordination)</b>   | 4.41 | 5      | 1   | 82.8       | ✓         |                     |
|  |      |        |     |            |           |                     |
| <b>I. Resource and Access</b>  |      |        |     |            |           |                     |
| ① Availability: certain types of care support for older people beside family care (e.g. primary health care, home-based, residential care) |      |        |     |            |           | HAAI. I-9<br>III-10 |
| * Family-based home care (informal care)   | 3.96 | 4      | 1   | 76.0       | ✓         |                     |
| * Home care by formal caregiver (not family members)   | 4.08 | 4      | 1.5 | 75.0       |           | ¶                   |
| * Residential care in facility   | 3.68 | 4      | 1   | 68.0       |           |                     |
| * Integrated with primary health care  | 3.80 | 4      | 2   | 76.0       | ✓         |                     |
| ② Governance: Monitoring governance of care support for LTC services (public and private)  |      |        |     |            |           |                     |
| * Quality control in Public Sector   | 3.80 | 4      | 2   | 72.0       |           |                     |
| * Quality control in Private Sector  | 3.84 | 4      | 1   | 76.0       | ✓         |                     |
| * Quality management of formal caregivers (not including family members)   | 3.88 | 4      | 0   | 80.0       | ✓         | ¶                   |
| * Quality management or skill-up training of informal caregivers, including family members   | 3.64 | 4      | 1   | 68.0       |           |                     |

|  |      |   |     |      |   |                         |
|--|------|---|-----|------|---|-------------------------|
| ③ Workforce: adequate human resources for LTC (nurses, caregivers, family members, etc.)                     |      |   |     |      |   | HAAI. I-8               |
| * Informal carers (including family members)   | 4.12 | 4 | 1   | 76.0 | ✓ | ¶                       |
| * Formal carers without qualification  | 3.40 | 4 | 1   | 52.0 |   |                         |
| * Qualified formal carers  | 4.16 | 5 | 2   | 72.0 |   |                         |
| * Social workers   | 3.88 | 4 | 1.5 | 75.0 |   |                         |
| * Healthcare professionals (physicians, nurses, physical therapists, occupational therapists, etc)           | 4.16 | 5 | 1   | 76.0 | ✓ |                         |
| * Specialty in geriatrics (geriatricians)  | 3.92 | 4 | 2   | 72.0 |   | ¶                       |
| ④ Sustainability: financial protection, compensation for caregivers  |      |   |     |      |   | SDGs1.3.1<br>HAAI. II-6 |
| * Financial protection   | 4.24 | 5 | 1   | 80.0 | ✓ |                         |
| * Compensation for caregivers  | 4.00 | 4 | 2   | 72.0 |   |                         |
| * Respite care system for family caregivers (Respite care provides short-term relief for primary caregivers) | 3.84 | 4 | 2   | 68.0 |   | ¶                       |
| * Mutual support within community  | 4.24 | 4 | 1   | 88.0 | ✓ | ¶                       |
| ⑤ Equity: equity among LTC users (regardless of demographics and socioeconomic status)                       |      |   |     |      |   |                         |
| * Equity in gender   | 4.24 | 5 | 1   | 80.0 | ✓ | ¶                       |
| * Equity in people with disability   | 4.32 | 5 | 1   | 76.0 | ✓ | ¶                       |
| * Equity in areas geographically remote from accessible services   | 4.24 | 5 | 1   | 76.0 | ✓ | ¶                       |
| ⑥ Others   |      |   |     |      |   |                         |
| * Respecting dignity (It is important to respect what the person wants to do)                                | 4.28 | 4 | 1   | 88.0 | ✓ |                         |
| * Social Security (It is essential to have a mechanism of securing the life of older people)                 | 4.52 | 5 | 1   | 96.0 | ✓ |                         |
| * Eliminating discrimination (It is necessary to eliminate discrimination for the aged) ← VII-⑥              | 4.32 | 5 | 1   | 84.0 | ✓ | SDGs16.1.3<br>HAAI. V-6 |
| <b>II. QOL for users and caregivers</b>  |      |   |     |      |   |                         |
| Users' QOL or satisfaction (Maximizing users' QOL or satisfaction is important)                              | 4.56 | 5 | 1   | 92.0 | ✓ |                         |



|   |      |   |     |       |   |                         |
|---|------|---|-----|-------|---|-------------------------|
| Carers' QOL or satisfaction (Quality of life for family members who have always been carers is important)                                       | 4.48 | 5 | 1   | 92.0  | ✓ | ¶                       |
| <b>III. Integration of services including primary health care</b>   |      |   |     |       |   |                         |
| ① There is a clear understanding of the concept about long-term care for older people among each stakeholder                                    | 3.17 | 3 | 2   | 41.4  |   |                         |
| ② Existing continuum of care: care support after discharging from acute hospitals or medical facilities   | 3.31 | 4 | 2   | 55.2  |   |                         |
| ③ Existence of integrated care between home-based care and primary health care.   | 3.14 | 3 | 2   | 41.4  |   |                         |
| ④ Existence a coordinating system for supporting integrated care services: Agency / coordinator/ social worker / funding, etc.                  | 3.10 | 3 | 2   | 48.3  |   |                         |
| ⑤ Social prescription for older individuals who do not need medical care but need support in the community (family, community volunteers, etc.) | 4.45 | 5 | 1   | 93.1  | ✓ | ¶                       |
| ⑥ Collaboration with primary health care → I-①-4  | 4.45 | 5 | 1   | 93.1  | ✓ |                         |
| ⑦ Utilization of community resources (e.g. volunteers)  | 3.89 | 4 | 1.5 | 75.0  |   |                         |
| <b>IV. Prepare for increasing care needs (Dementia Care)</b>  |      |   |     |       |   |                         |
| ① Existence of initiatives to promote dementia-friendly communities   | 4.52 | 5 | 1   | 93.1  | ✓ |                         |
| ② Existence of healthcare and welfare facilities specializing in dementia care  | 4.72 | 5 | 0   | 96.5  | ✓ | HAAL.III-8              |
| ③ Existence of health systems, policies, and ethical considerations regarding decision-making for people with dementia                          | 4.72 | 5 | 1   | 100.0 | ✓ |                         |
| <b>V. Appropriate information system and supporting life with technology (ICT utilisation)</b>  |      |   |     |       |   |                         |
| ① Improving information system for quality care: Utilization of electronic or digital devices to promote health                                 | 4.36 | 4 | 1   | 89.3  | ✓ |                         |
| ② Innovation to improve health: Utilization of robotics or medical devices to improve or maintain health of older people                        | 4.07 | 4 | 1   | 82.8  | ✓ | SDGs17.8.1<br>HAAL.V1,2 |
| ③ Promoting digital health: Existence of agency / organization / national working group to utilize ICT  | 3.97 | 4 | 1   | 75.9  | ✓ |                         |
| ④ Finance: Digital health is budgeted for in national health or relevant national plan/strategies   | 4.17 | 4 | 1   | 75.9  | ✓ |                         |
| ⑤ Reducing care burden: Utilization of ICT or digital devices for reducing the burden of care giving  | 4.14 | 4 | 1   | 79.3  | ✓ |                         |
| ⑥ Existence of available data of Personal Health Records/Individual Care receipt Record for   | 4.10 | 4 | 1   | 86.2  | ✓ |                         |
| <b>VI. Dealing with functional decline and disability (Rehabilitation)</b>  |      |   |     |       |   |                         |

|  |      |   |   |      |   |                         |
|--|------|---|---|------|---|-------------------------|
| ① Rehabilitation, dealing with functional decline and disability is essential to quality long-term care.   | 4.41 | 5 | 1 | 86.2 | ✓ |                         |
| ② Dealing with functional decline and disability (Rehabilitation) should be positioned in national policies/plans of long-term care                                      | 4.55 | 5 | 1 | 89.7 | ✓ |                         |
| ③ Dealing with functional decline and disability (Rehabilitation) should be included in Universal Health Coverage scheme or covered by health insurance                  | 4.55 | 5 | 1 | 89.7 | ✓ |                         |
| ④ Existence of certain qualified professionals for implementing rehabilitation   | 3.90 | 4 | 0 | 95.5 | ✓ |                         |
| ⑤ Existence of facilities where rehabilitation is provided for older people in long-term care  | 3.82 | 4 | 0 | 90.9 | ✓ |                         |
| <b>VII. For Healthier Ageing (Prevention &amp; Coordination)</b>   |      |   |   |      |   |                         |
| ① Existence of initiatives for frail prevention and health promotion for the older people (including related initiative on Oral health, Nutrition and Physical Activity) | 4.41 | 5 | 1 | 86.2 | ✓ | HAAI. I-1,              |
| * It is necessary to prevent Oral Frailty  | 4.34 | 5 | 1 | 86.2 | ✓ |                         |
| * It should be emphasized the importance of adequate Nutrition   | 4.66 | 5 | 1 | 93.1 | ✓ |                         |
| * It is necessary to promote Physical Activity   | 4.66 | 5 | 1 | 93.1 | ✓ |                         |
| * It is necessary to understand the social determinants of health  | 4.13 | 4 | 1 | 86.7 | ✓ |                         |
| ② Existence of Early Screening for functional decline among older people   | 4.38 | 5 | 1 | 86.7 | ✓ | HAAI. III-5,6,7         |
| ③ Existence of Referral system for older people with functional decline (hearing/vision)   | 4.41 | 5 | 1 | 86.2 | ✓ |                         |
| ④ Measures against prejudice and discrimination towards the older people (from a human rights protection perspective, existence of legal system) → I-⑥                   | 4.32 | 5 | 1 | 84.0 | ✓ | SDGs16.1.3<br>HAAI. V-6 |
| ⑤ Appropriate immunization (Influenza, COVID, etc.) for older people   | 4.34 | 5 | 1 | 86.2 | ✓ | HAAI. VI-1,2            |

(IQR: Interquartile range, \*: 細分化した項目)

¶: 政策立案者とそれ以外の職種において、 $\chi^2$  二乗検定で  $p < 0.05$  であった項目.

図1. 各国における 60 歳/65 歳以上の男女別人口割合

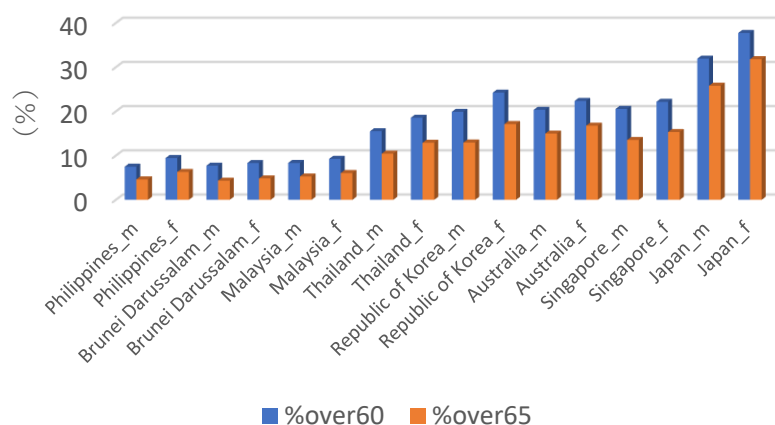
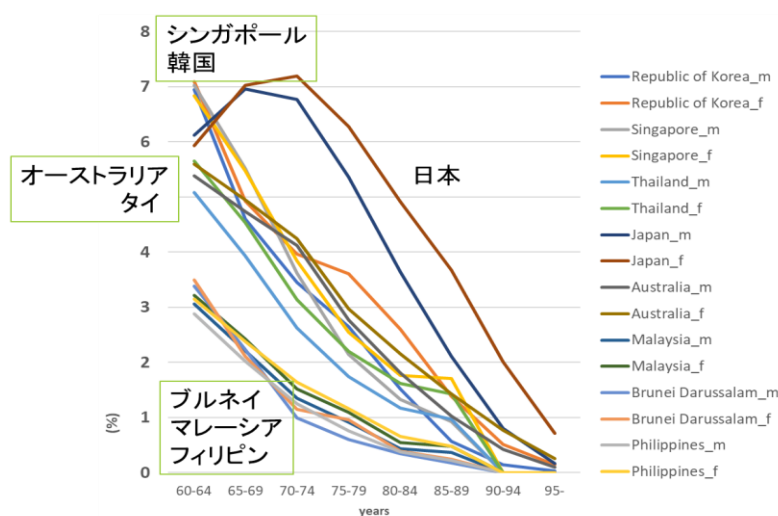


図2. 60 歳以上（5 歳階級・男女別）の各国全人口に占める割合



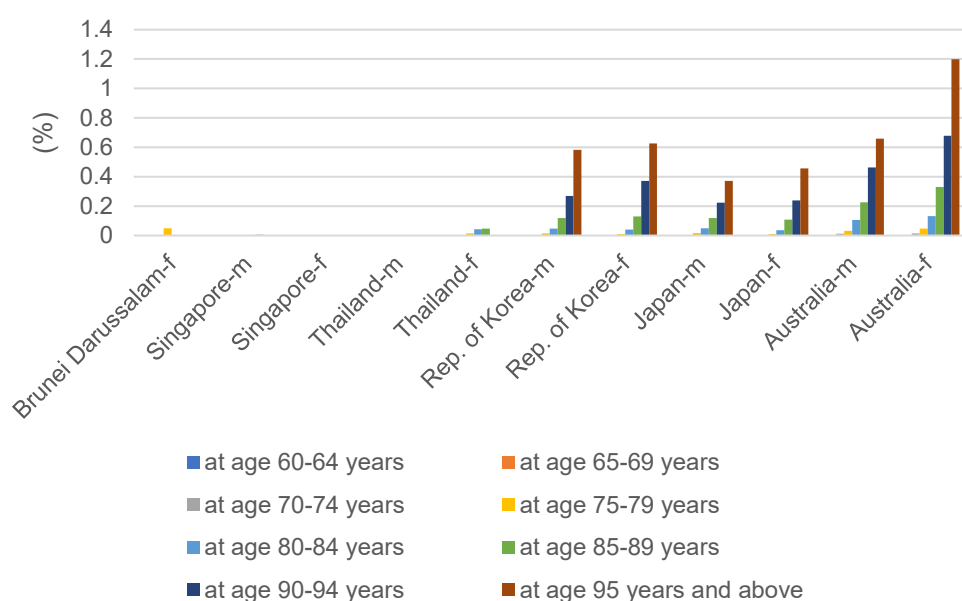
付表1. 頻度の高い死因コード (ICD-10) 男性 (60 歳以上)

|         | 第1位                      | 第2位                      |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| ブルネイ    | 急性心筋梗塞、詳細不明 I219         | 悪性新生物(気管支又は肺, 部位不明) C349 |
| マレーシア   | 肺炎 (病原体不詳) J18           | 急性心筋梗塞 I21               |
| フィリピン   | 急性心筋梗塞 I21               | 肺炎 (病原体不詳) J18           |
| 日本      | 肺炎 (詳細不明) J189           | 悪性新生物(気管支又は肺, 部位不明) C349 |
| 韓国      | 肺炎 (詳細不明) J189           | 悪性新生物(上葉、気管支または肺) C341   |
| シンガポール  | 肺炎 (詳細不明) J189           | 慢性虚血性心疾患(詳細不明) I259      |
| タイ      | 診断名不明確及び原因不明の死亡 R99      | 肺炎 (詳細不明) J189           |
| オーストラリア | 悪性新生物(気管支又は肺, 部位不明) C349 | 前立腺の悪性新生物 C61            |

付表2. 頻度の高い死因コード (ICD-10) 女性 (60 歳以上)

|         | 第1位                 |      | 第2位                 |      |
|---------|---------------------|------|---------------------|------|
| ブルネイ    | 悪性新生物(気管支又は肺, 部位不明) | C349 | 本態性(一次)高血圧          | I10  |
| マレーシア   | 肺炎 (病原体不詳)          | J18  | その他の急性虚血性心疾患        | I24  |
| フィリピン   | 肺炎 (病原体不詳)          | J18  | 急性心筋梗塞              | I21  |
| 日本      | 加齢による身体衰弱(老衰)       | R54  | 心不全、(詳細不明)          | I509 |
| 韓国      | 肺炎 (詳細不明)           | J189 | 加齢による身体衰弱(老衰)       | R54  |
| シンガポール  | 肺炎 (詳細不明)           | J189 | 慢性虚血性心疾患、(詳細不明)     | I259 |
| タイ      | 診断名不明確及び原因不明の死亡     | R99  | 加齢による身体衰弱(老衰)       | R54  |
| オーストラリア | 認知症 (詳細不明)          | F03  | 悪性新生物(気管支又は肺, 部位不明) | C349 |

図 5. G30.1(Alzheimer's disease with late onset) 年齢階級別割合\* (男女別)  
(% of G30.1 at each age-group population) (R5 報告書再掲)



\*年齢階級人口は各国の自国人口データを使用, (f-female, m-male)

付表 3. ASEAN において最も頻繁に記録された脳血管疾患 (I60-I69) (日本、韓国、オーストラリアは参照)

| Country           | year | male | female |
|-------------------|------|------|--------|
| Brunei Darussalam | 2017 | I64  | I64    |
| Japan             | 2021 | I639 | I639   |
| Malaysia          | 2020 | I64  | I64    |
| Philippines       | 2019 | I64  | I64    |
| Republic of Korea | 2021 | I639 | I639   |
| Singapore         | 2022 | I64  | I64    |
| Thailand          | 2019 | I619 | I619   |
| Australia         | 2022 | I64  | I64    |

I619 : Nontraumatic intracerebral hemorrhage, unspecified (非外傷性脳内出血、詳細不明)  
I639 : Cerebral infarction, unspecified (脳梗塞、詳細不明)  
I64 : Family history of stroke (脳卒中の家族歴)

付表 4. ASEAN において最も頻繁に記録された神経系疾患 (G00-G98) (日本、韓国、オーストラリアは参照)

| Country           | year | male | Female |
|-------------------|------|------|--------|
| Brunei Darussalam | 2019 | G20  | G20    |
| Japan             | 2021 | G20  | G301   |
|                   | 2021 | G301 | G20    |
| Malaysia          | 2020 | G93  | G93    |
|                   | 2020 | G04  | G04    |
| Philippines       | 2019 | G93  | G93    |
|                   | 2019 | G80  | G30    |
| Republic of Korea | 2021 | G20  | G309   |
|                   | 2021 | G309 | G20    |
| Singapore         | 2022 | G20  | G20    |
|                   | 2022 | G122 | G122   |
| Thailand          | 2019 | G319 | G319   |
|                   | 2019 | G311 | G311   |
| Australia         | 2019 | G20  | G301   |
|                   | 2019 | G301 | G309   |

G04 Encephalitis, myelitis and encephalomyelitis  
G122 Motor neuron disease  
G20 Parkinson's disease  
G301 Alzheimer's disease with late onset  
G309 Alzheimer's disease, unspecified  
G311 Senile degeneration of brain, not elsewhere classified  
G319 Degenerative disease of nervous system, unspecified  
G80 Cerebral palsy

(注：同年のデータは上段が頻度第1位、下段が頻度第2位)

付表 5. Indicators related with revised ASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators (HAAI)<sup>§</sup>, WHO Database<sup>¶</sup>, and publicly opened national representative LTC-relevant data among ASEAN regions

| VARIABLE  | MEAN  | STD. DEV. | MIN  | MAX   |
|---|-------|-----------|------|-------|
| Total (Policy & Statistics) $\Psi$  | 6.41  | 1.41      | 4.80 | 9.00  |
| Absolute poverty rate   | 0.12  | 0.03      | 0.09 | 0.16  |
| Relative poverty rate   | 0.22  | 0.06      | 0.17 | 0.30  |
| Employment  | 0.30  | 0.12      | 0.14 | 0.46  |
| NCD mortality   | 19.40 | 6.39      | 8.30 | 24.90 |
| Suicide mortality rate among older people                                     | 11.57 | 7.21      | 2.94 | 22.04 |
| Disability/ADLs   | 0.16  | 0.05      | 0.08 | 0.23  |
| Subjective, self-rated health   | 0.46  | 0.27      | 0.22 | 0.82  |
| Physical exercise, including walking  | 0.48  | 0.21      | 0.26 | 0.83  |
| Engagement of social activities (community, political & religious activities) | 0.38  | 0.25      | 0.10 | 0.81  |
| No communication with family or friends                                       | 0.20  | 0.15      | 0.02 | 0.43  |
| Access to the Internet  | 0.24  | 0.25      | 0.05 | 0.61  |
| Living in a house with safe drinking water                                    | 0.84  | 0.13      | 0.64 | 0.99  |
| Living in a house with toilet   | 0.90  | 0.08      | 0.80 | 0.98  |
| Education (completed at least primary level)                                  | 0.72  | 0.20      | 0.50 | 1.00  |

§: [https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/202205007A-sonota3\\_2.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202205007A-sonota3_2.pdf)

¶: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-age-60>

$\Psi$ : Policy & Statistics: "Policy-Multisectoral healthy and active ageing : yes/no", "Policy-Health care including NCD : yes/no", "Policy-Long-term care system : yes/no", "Statistics-Older population proportion and distribution : yes/no data", "Statistics-Vital statistics (including cause of death)", "Statistics-Health / living conditions of older persons", "Statistics-Health care expenditure for older persons : yes/no data", "Statistics-Number of health and long-term care workers : yes/no data", "Statistics- Capacity of long-term care facility : yes/no data "

付表 6. Life Expectancy at age 60 and Healthy life expectancy at age 60

| available data: ASEAN countries (n=7) * | Mean  | Std. dev. | Min   | Max   |
|---|-------|-----------|-------|-------|
| Life Expectancy at age 60               | 20.40 | 3.30      | 17.77 | 26.35 |
| Healthy life expectancy at age 60       | 15.44 | 2.70      | 13.35 | 20.39 |
| Difference between LE and HLE           | 4.97  | 0.60      | 4.36  | 5.96  |

\*Japan, Indonesia, Thailand, Myanmar, Malaysia, Vietnam, Philippines

付表 7. Bayesian linear regression on LE and HLE

|                          | Mean   | Std. dev. | MCSE  | Median | [95% cred. interval] |        | acceptance<br>rate | Efficiency<br>average |
|--------------------------|--------|-----------|-------|--------|----------------------|--------|--------------------|-----------------------|
| Policy & statistic       |        |           |       |        |                      |        |                    |                       |
| vs HLE                   | 1.516  | 0.633     | 0.019 | 0.522  | 1.236                | 2.817  | 0.408              | 0.082                 |
| vs LE                    | 1.837  | 0.799     | 0.026 | 1.807  | 0.233                | 3.512  | 0.382              | 0.076                 |
| vs Difference(LE -HLE )  | 0.315  | 0.157     | 0.005 | 0.317  | -0.010               | 3.628  | 0.410              | 0.072                 |
| vs Relative poverty rate | -0.012 | 0.043     | 0.001 | -0.012 | -0.106               | 0.071  | 0.479              | 0.062                 |
| vs Employment            | -0.027 | 0.049     | 0.001 | -0.027 | -0.126               | 0.075  | 0.422              | 0.087                 |
| LE vs NCD mortality      | -0.506 | 0.056     | 0.002 | -0.507 | -0.619               | -0.390 | 0.268              | 0.054                 |
| HLE vs NCD mortality     | -0.415 | 0.050     | 0.001 | -0.415 | -0.514               | -0.312 | 0.411              | 0.092                 |

MCSE: Monte Carlo standard errors

Bayesian linear regression: MCMC iterations = 12,500

Random-walk Metropolis–Hastings sampling, Burn-in = 2,500

MCMC (Markov chain Monte Carlo) sample size = 10,000

(used Stata 18.0)

参考資料 1. ヨーロッパにおける Long-term Care の質保証（各国評価例）

|      |                                       | オーストリア | イギリス | フィンランド | フランス | イタリア | オランダ | スロベニア | スペイン | スウェーデン | スイス |
|------|---------------------------------------|--------|------|--------|------|------|------|-------|------|--------|-----|
| システム | 1. 法規制                                | **     | **   | **     | **   | *    | **   | *     | ***  | *      | *   |
|      | 2. 査察                                 | *      | **   | **     | *    |      | **   | **    | -    |        | **  |
|      | 3. システムレベルでの認定／認証                     | **     | ***  | *      | *    | ***  | **   | *     | *    |        | *   |
|      | 4. 国家基準とガイドライン                        | **     | ***  | **     | **   | *    | ***  | *     |      | **     | *   |
| 組織   | 5. 質マネジメントシステムと監査                     | ***    | **   | **     | **   | *    | **   | *     | *    |        | **  |
|      | 6. ベンチマーキング、モニタリング、パフォーマンス指標          | *      | *    | ***    | -    | *    | **   |       | *    | ***    | **  |
|      | 7. 統合されたパスウェイ（経路）への改善策とプロセス           | **     | **   | ***    | **   | *    | ***  | *     | *    | **     |     |
| 専門職  | 8. 専門家プロフィール（特徴・設定）／新しい専門職・役割         | **     | **   | *      | **   | *    | ***  | *     | *    | *      | **  |
|      | 9. 改善の体制                              | *      | **   | ***    | **   | ***  | **   |       | **   | *      |     |
|      | 10. 専門家の認定、登録                         | **     | **   | ***    | *    | *    | **   |       | *    | **     | **  |
|      | 11. コミュニケーションと情報共有                    | -      | *    | ***    | -    | *    | ***  |       | *    | **     | **  |
| 利用者  | 12. インフォームド・コンセントと意思決定の共有             | *      | ***  | **     | *    | *    | ***  |       | -    | **     |     |
|      | 13. 選択                                | *      | **   | ***    | **   | *    | **   |       | *    | *      |     |
|      | 14. 顧客（利用者）満足                         | *      | **   | **     | *    | *    | ***  | **    | -    | **     |     |
|      | 15. 情報                                | *      | **   | **     | **   | *    | ***  |       | *    | **     |     |
|      | 16. インフォーマル・ノンフォーマル（特定の資格を持たない*）介護者の質 | **     | *    | **     | **   | **   | *    | -     | -    | **     | -   |

（出典：Nies H et al. Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care. European Overview Paper 2010 より著者ら翻訳・作成）

-, \*, \*\*, \*\*\*は、各国内での重視度／重要度／発展度の推定値を示す。 - は、この要素が存在することを示す広範な証拠がない／ほとんどない。

\*\*\*は、国内でこの要素に高い優先順位が与えられている。空欄＝状況不明、WP4に参加していないため報告書がない、または入手可能な報告書に情報がない。

## 参考資料 2. EU 諸国における LTC の質指標例

|        | ストラクチャー   | プロセス  | アウトカム  |
|--------|---|---|--|
| 英国     | 地方自治体(LA)が契約するモニタリング<br>(自治体によって異なる)  | LA が契約するモニタリング<br>(自治体によって異なる)、<br>全国成人社会ケア調査<br>(National Adult social care survey)<br><br>例) 個別化された介護、介護者の継続性など | 全国成人社会ケア調査<br>(National Adult social care survey) (ASCOT 含む)<br><br>例) 社会的ケアに関連した生活の質、受けたサービスへの満足度など |
| スウェーデン | オープン比較 (全国)<br><br>新規事業者の登録・認定 (LOV) と入札仕様書 (LOU) (地方)  | オープン比較 (全国)<br><br>新規事業者の登録・認定 (LOV) と入札仕様書 (LOU) (地方)<br><br>例) 個別化介護の実施   | オープン比較 (全国)<br><br>受けたケアのさまざまな側面に対する満足度。   |
| フランス   | フランス高等保健機構 (HAS) による CPOM 契約 (目標とリソースの複数年契約: 部局および地域保健当局との契約)<br><br>保健・医療・社会事業所の業績を支援する国家機関 (ANAP) によるダッシュボード-全国 | HAS による CPOM 契約 (デパルتمانおよび地域保健当局との契約)<br><br>ANAP (ダッシュボード-全国)   | CPOM で義務付けられている内部の質モニタリング。<br><br>- 利用者満足度指標を含むことができる  |
| ポーランド  | 社会部門: 社会扶助法 (2006) (職員比率、環境、食事、清掃など)<br><br>保健部門: 国民保険基金 (2008)   | (ストラクチャー指標と同様) 社会部門: 社会扶助法 (2006) (職員比率、環境、食事、清掃など)<br><br>保健部門: 国民保険基金 (2008)                                    |  |

LA: Local Authority, ASCOT: The Adult Social Care Outcomes Toolkit

LOV (The Act on System of Choice in the Public Sector), LOU (Public Procurement Act),

HAS: Haute autorité de santé. CPOM: Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

ANAP: Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

(出典: European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Zigante, V., King, D., Quality assurance practices in long-term care in Europe – Emerging evidence on care market management, Publications Office, 2019 より著者翻訳・作成)



参考資料 3. 高齢者介護におけるケアの質- 指標例

| 領域                          | アウトカム項目   |
|-----------------------------|---|
| <b>I 尊厳の維持</b>              | 1 社会的交流の確保<br>2 社会的孤立の防止<br>3 望ましい生き方の実現<br>4 希望する介護の実現<br>5 活動制限の解消<br>6 クライアント報告による生活満足度(a)<br>7 代理評価による QOL(b) |
| <b>II 症状と病状の悪化を最小限に抑える</b>  | 8 病気の悪化防止<br>9 入院の予防<br>10 尿路感染予防<br>11 呼吸器感染予防<br>12 褥瘡予防<br>13 呼吸困難への対応<br>14 痛みへの対応                            |
| <b>III 栄養状態の維持</b>          | 15 栄養状態の維持<br>16 脱水の予防  |
| <b>IV 排泄の維持</b>             | 17 排尿・排便障害の予防   |
| <b>V 身体活動の促進</b>            | 18 外傷による転倒の予防<br>19 日常生活の維持<br>20 ベッド外活動の維持   |
| <b>VI 睡眠の確保</b>             | 21 生活に支障のない良眠の確保  |
| <b>VII 認知機能の低下による障害の最小化</b> | 22 認知機能の低下による障害の最小化   |
| <b>VIII 家族の健康維持</b>         | 23 家族の幸福の追求<br>24 家族が報告した安心感(a)   |

(Igarashi A, Eltaybani S, Takaoka M, Noguchi-Watanabe M, Yamamoto-Mitani N. Quality assurance in Long-Term Care and development of quality indicators in Japan. Gerontol Geriatr Med. 2020;6:2333721420975320. doi: 10.1177/2333721420975320 より著者翻訳・作成 (一部改変))

参考資料 4. ケア の 場所 による 質 指標 例 ― 在宅 および 地域, または 施設 ―

| 在宅および地域におけるケアの質指標[20] | 施設におけるケアの質指標[21] |                |
|-----------------------|------------------|----------------|
| <b>機能的 HC-QI</b>      | <有病率>            | <b>精神機能</b>    |
| ADL                   |                  | 行動問題           |
| リハビリの可能性と治療なし         |                  | うつ状態           |
| 自宅での歩行障害              |                  | <b>健康問題</b>    |
| 移動が困難で、補助器具がない        |                  | 排尿・排便機能        |
| 認知機能および改善/低下          |                  | 尿路感染           |
| コミュニケーション困難の有無        |                  | 感染有病率          |
| コミュニケーションの改善/悪化       |                  | 経管栄養           |
| <b>臨床的 HC-QI</b>      |                  | BMI 低下         |
| 排尿障害（尿失禁）             |                  | 不適切な疼痛管理       |
| 転倒                    |                  | 褥瘡             |
| 体重減少                  |                  | 火傷、皮膚裂傷等       |
| 不十分な食事                |                  | <b>治療・処置</b>   |
| 脱水                    |                  | 活動性の低下         |
| 医師による服薬確認なし           |                  | 抗精神病薬          |
| せん妄                   |                  | 抗うつ薬           |
| 怪我（事故）                |                  | インフルエンザ予防接種    |
| 皮膚潰瘍                  |                  | 留置カテーテル        |
| 否定的な気分や気分の改善/悪化       |                  | 身体拘束           |
| 痛みの改善                 |                  | <b>身体機能</b>    |
| 日常的な疼痛                |                  | ADL 改善後の低下     |
| 痛みの不十分なコントロール         |                  | ADL 改善         |
| <b>社会的 HC-QI</b>      |                  | 晩期の ADL 低下     |
| 介護者の苦痛                |                  | 運動機能の悪化        |
| 孤独で悩んでいる              |                  | 転倒増加           |
| 以前していた外出をしない          | <発症率>            | <b>精神機能</b>    |
| 社会参加と社会への関与           |                  | 認知機能の低下        |
| 日常生活のコントロール           |                  | コミュニケーション能力の低下 |
| 個人の清潔さと快適さ            |                  | せん妄の発症または持続    |
| 居住場所の清潔さと快適さ          |                  | 行動問題の減少        |
| 食事と飲み物                |                  | <b>健康問題</b>    |
| 安全性                   |                  | 排便状態の悪化        |
| ネグレクトまたは虐待            |                  | 排尿状態の悪化        |
| 就労                    |                  | 体重減少           |
| 尊厳                    |                  | 痛みの悪化          |

|             |  |            |
|-------------|--|------------|
| 質指標の利用例     |  | 褥瘡の悪化      |
| インフルエンザ予防接種 |  | 治療処置       |
| 病院の救急部、救急医療 |  | 新しい留置カテーテル |

(Foong HY, Siette J, Jorgensen M. Quality indicators for home- and community-based aged care: A critical literature review to inform policy directions. Australas J Ageing. 2022;41(3):383-395. doi: 10.1111/ajag.13103. 2022/07/06 より著者翻訳・一部改変)

## 研究成果の刊行に関する一覧表

### 書籍

刊行なし

### 雑誌

1. 林玲子. アジアの人口高齢化と介護制度構築における課題, 保健医療科学. 2024;73(3):174-184.
2. 荒井秀典. WHO が推奨する高齢者のための包括的ケアICOPE (Integrated Care for Older People) についてー 保健医療科学. 2024;73(3):185-189
3. 児玉知子, 大塚賀政昭. 諸外国における介護サービスの質評価に関する動向. 保健医療科学. 2024;73(3):190-200.
4. 佐々木由理, 尾白有加, 菖蒲川由郷, 山口佳小里, 児玉知子, 町田宗仁. Healthy Ageing の取り組みに関する国際動向とその評価指標. 保健医療科学. 2024;73(3): 201-206.
5. 三浦宏子, 山口佳小里, 児玉知子. ASEAN 諸国における歯・口腔の健康格差に基づく介護予防アセスメント. 保健医療科学. 2024;73(3):207-213.
6. 山口佳小里, 三浦宏子, 児玉知子. リハビリテーションに関する国際動向と ASEAN 諸国の現状. 保健医療科学. 2024;73(3):214-224.
7. 山口佳小里, Ung SAMBATH, 河野眞, 町田宗仁, 佐々木由理, 児玉知子. カンボジアにおけるリハビリテーション提供状況: プノンペンの施設調査. 国際リハビリテーション学. 2025;7(1):1-12.

国立保健医療科学院  
研究倫理審査結果通知書

令和 6年 10月 1日

研究責任者（多機関共同研究一括審査の場合は研究代表者）  
国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部  
上席主任研究官 児玉 知子 殿

研究倫理審査委員会委員長

受付番号 878  
課 題 名 ASEAN等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発と  
実証に資する研究

上記研究計画等については、下記のとおり裁定した。

|                      |  |
|----------------------|--|
| 判<br>定               | <div>承認（承認番号 NIPH-IBRA#24016）</div> <div>変更の勧告（要再申請）</div> <div>不承認</div> <div>非該当（照会番号NIPH-TRN#）</div>  |
| 勧告<br>ある<br>いは<br>理由 |  |
| 備<br>考               | <div>〔多機関共同研究一括審査の場合は、以下に審査対象機関を記載する。〕</div> <div>国立保健医療科学院</div> <div>国立長寿医療研究センター</div> <div>国立社会保障人口問題研究所</div> <div>北海道医療大学</div> <div>新潟大学大学院医歯学総合研究科</div> |

（※多機関共同研究一括審査の場合は、研究代表者は研究を開始するにあたり、すべての審査対象機関の研究実施許可が取得されていることを確認すること。）





様式10（院長→研究責任者（多機関共同研究一括審査の場合は研究代表者）

## 研究実施の許可通知書

令和 6年 10月 1日

研究責任者（多機関共同研究一括審査の場合は研究代表者）

国立保健医療科学院

公衆衛生政策研究部

上席主任研究官 児玉 知子 殿

国立保健医療科学院長



承認番号 NIPH-IBRA#24016

課 題 名 ASEAN 等における高齢者介護サービスの質向上のための国際的評価指標の開発と実証に資する研究

上記研究課題の実施については、研究倫理審査委員会の意見等に基づき、下記のとおり裁定した。

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 判定                         | <input checked="" type="checkbox"/> 許可<br><input type="checkbox"/> 不許可 |
| (研究実施許可の条件、研究実施に当たっての留意事項) |  |
| (不許可の理由)                   |  |