

(別添1)

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

アジアをはじめとした発展途上国における

高齢化対応も含めたUHC達成を推進する施策や制度の提言に資する研究

(25BA1001)

令和7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者

国立保健医療科学院 五十嵐 久美子

令和8（2026）年 5月

目 次

I. 総括研究報告

- アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する
施策や制度の提言に資する研究 ----- 1
五十嵐久美子（国立保健医療科学院）

II. 分担研究報告

1. 日本の高齢化施策・制度の収集・分析及び高齢化施策策定に必要な考え方や
プロセスの提示に関する研究 ----- 10
五十嵐久美子（国立保健医療科学院）
2. アジア諸国における高齢化施策プロセスと現状の比較研究のための
調査票開発に関する研究 ----- 21
佐々木由理（国立保健医療科学院）
3. 高齢化指標の国際比較に関する研究 ----- 39
林玲子（国立社会保障・人口問題研究所）
4. 高齢化対策の国際動向および ASEAN における高齢者の
ミニマム・サービス・カバレッジに関する研究 ----- 50
児玉知子（国立保健医療科学院）
5. 東アジアの高齢者対策の動きと特徴に関する研究 ----- 59
小島克久（城西国際大学）
（資料）論文 FY2025 東アジアの高齢者対策の動きと特徴
6. 日本と台湾、タイにおける高齢者介護の制度および現状に関する研究
----- 84
大西丈二（国立長寿医療研究センター）
7. マレーシアにおける高齢化施策の現状と課題に関する研究 ----- 96
菖蒲川由郷（新潟大学大学院）
（資料）高齢化施策プロセス調査票_Malaysia

8. インドネシアにおける高齢者政策・制度の現状及び課題の抽出に関する研究	-----	116
藤並祐馬（日本老年学的評価研究機構）		
9. スリランカにおける高齢者の健康的な加齢を支える社会基盤：UHC の枠組みに基づく検討に関する研究	-----	129
新杉知沙（国立社会保障・人口問題研究所）		
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	142

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)
「アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や
制度の提言に資する研究」

令和 7 年度 総括研究報告書

研究代表者

五十嵐 久美子 (国立保健医療科学院)

研究分担者

林 玲子 (国立社会保障・人口問題研究所)
曾根 智史 (国立保健医療科学院)
小島 克久 (城西国際大学)
増田 研 (長崎大学)
大西 丈二 (国立長寿医療研究センター)
小野 太一 (政策研究大学院大学)
菖蒲川 由郷 (新潟大学)
藤並 祐馬 (日本老年学的評価研究機構)
児玉 知子 (国立保健医療科学院)
山口 佳小里 (国立保健医療科学院)
佐々木 由理 (国立保健医療科学院)

研究協力者

荒井 秀典 (国立長寿医療研究センター)
中村 信太郎 (国際協力機構)
大澤 絵里 (国立保健医療科学院)
新杉 知沙 (国立社会保障・人口問題研究所)
尾白 有加 (新潟大学)

研究要旨

【研究目的】本研究は、アジアをはじめとした国々における高齢化対応と UHC 達成の推進に資するため、日本および高齢化が進む国々の施策形成過程、制度設計、実装経験を収集・分析し、各国の制度構築・改訂に活用可能な考え方やプロセスを提示することを目的とした。特に、日本の国民皆保険制度、介護保険制度、地域包括ケアシステム等の経験を、制度そのものとして移転するのではなく、各制度が果たしてきた「機能」、形成過程、実装条件、残された課題として整理し、各国の財政、文化、法制度、行政体制、家族介護の位置づけ、人材資源、データ基盤等に応じて適応可能な知見として提示することを重視した。

【研究方法】本研究は、①調査票開発と各国調査、②日本の高齢化対応の知見整理、③国際機関の動向把握の 3 つの柱に沿って実施した。第一に、国際的枠組み、国際機関報告書、学術論文、改訂版 ASEAN-JAPAN Healthy & Active Ageing Index 等を参照し、高齢化施策を構成する主要領域を抽出した上で、6 領域 61 項目からなる標準化調査票を開発した。令和 7 年度は、東アジア、中国・韓国・台湾、タイ、マレーシア、インドネシア、スリラ

ンカを対象に、文献調査、政策資料・統計資料の二次分析、政府公表資料・法令・国際機関報告書のレビュー、一部の国でのキーインフォーマント・インタビューを実施した。第二に、日本の介護保険制度、地域包括ケアシステム、認知症政策、介護人材育成、予防・自立支援、データ基盤、権利保障・公平性等について、既存文献や制度資料をもとに形成過程、制度的特徴、実施上の工夫点、課題を整理した。第三に、WHO、ACAI等の国際機関の動向を把握し、AAAI等の高齢化指標、健康的高齢化、長期ケア、ミニマムサービスカバレッジに関する枠組みを整理した。

【研究結果】その結果、アジア諸国では、介護制度の未整備または整備途上、家族介護への依存、介護人材不足、保健・医療・福祉の縦割り、地域差、所得格差、統計・データ基盤の不足が共通課題として明らかとなった。一方で、台湾やタイのように、税方式を用いた普遍的制度、地域密着型長期ケア、統計指標体系の整備が進む国・地域もあり、日本とは異なる制度設計の選択肢が存在することも確認された。また、日本の経験整理からは、高齢化速度、生産年齢人口の縮小、都市化・過疎化、家族介護の変化、価値規範の変容、女性高齢者の経済的脆弱性等を踏まえ、制度整備を前倒して進める必要性が示された。さらに、慢性疾患、フレイル、認知症等への対応、PHCを基軸とした統合・包括ケア、多職種連携、地域単位のPDCA、人材確保、データ活用、本人中心ケア、権利保障・公平性が制度実装上の主要論点として整理された。

【考察・結論】本研究により、高齢化対応は医療保障制度の整備にとどまらず、介護、予防、生活支援、所得保障、住環境、社会参加、データ基盤、権利保障を含む包括的課題であることが示された。今後は、開発した調査票と各国調査結果を用いて国別・項目別比較を進め、必須項目・優先項目を明確化するとともに、日本の知見を制度名ではなく「機能」として再構成し、UHCナレッジハブ、国際会議、研修等で活用可能な教材・基礎資料・技術資料の作成につなげることが期待される。

A. 研究目的

世界では人口高齢化が急速に進行しているが、その進行度合い、制度整備の状況、社会文化的背景、財政・人材資源は国や地域によって大きく異なる。特に低中所得国を含むアジア諸国では、医療保障制度や介護制度が十分に整備されていない段階で高齢化が進行している国も多く、医療アクセス、長期ケア、所得保障、地域支援、介護人材、財政負担等をめぐる課題が顕在化しつつある。一方、日本は、国民皆保険制度、介護保険制度、地域包括ケアシステム等を通じて、高齢化への対応経験を蓄積してきたが、地域差、人材不足、介護労働の負担、財政持続可能性、介護予防や自立支援の課題も抱えている。したがって、日本の経験は、成功例としてのみならず、課題や限界を含めて、他国が高齢化対応を検討する際の重要な教訓となり得る。

本研究は、アジアをはじめとした国々における高齢化対応とUHC達成の推進に資するため、日本および高齢化が進む国々の施策形成過程、制度設計、実装経験を収集・分析し、各国の制度構築・改訂に活用可能な考え方やプロセスを提示することを目的とする。特に、日本の制度をそのまま他国に移転するのではなく、各制度が果たしてきた「機能」、政策形成過程、実装条件、残された課題を整理し、各国の財政、文化、法制度、行政体制、家族介護の位置づけ、人材資源、データ基盤等に応じて適応可能な知見として提示することを重視した。

本研究では、総括的に以下の3つの柱に基づき研究を進めた。第一に、アジア諸国にお

ける高齢化施策のプロセスと現状を比較可能な形で把握するための調査票を開発し、令和7年度は東アジア、中国・韓国・台湾、タイ、マレーシア、インドネシア、スリランカを対象に、高齢化対応のプロセス、UHC達成に向けた課題、制度整備上のニーズを把握した。第二に、日本の高齢化対応のプロセス、知見、経験を収集・分析し、高齢化施策策定に必要な基本的視点や制度実装のプロセスを整理した。第三に、WHO、ACAI等の国際機関・国際的枠組みにおける高齢化対策の動向を把握し、国際比較指標やミニマムサービスカバレッジの観点から、各国の政策形成・制度実装に資する基礎資料を得ることを目指した。研究全体としては、最終的にUHCナレッジハブ、国際会議、研修等で活用可能な教材・基礎資料の作成につなげることを目標とした。

B. 研究方法

本研究は、3つの柱に沿って実施した。

第一の柱は、調査の枠組みとなる調査票の開発と、高齢化の進行度合いが異なる国々における高齢化対応のプロセス把握、UHC達成への課題抽出、ニーズ把握である。まず、アジア諸国の高齢化施策を国際比較可能な形で把握するため、国連のマドリッド国際行動計画、WHOおよび国連の「健康な高齢化」に関する戦略、WHO、OECD、世界銀行等の高齢化関連報告書、学術論文をレビューした。さらに、Revised ASEAN-JAPAN Healthy & Active Ageing Index、改訂版 HAAI の概念枠組みを参照し、高齢化施策を構成する主要領域を抽出した。その上で、高齢化政策、社会保障制度、地域ケア分野の研究者・実務者へのヒアリングを行い、調査項目の網羅性、回答可能性、国際比較の妥当性を検討し、定量的指標と定性的評価項目を組み合わせた標準化調査票を作成した。

開発された調査票をもとに、令和7年度は、東アジア、中国・韓国・台湾、タイ、マレーシア、インドネシア、スリランカを対象として、文献調査、政策資料・統計資料の二次分析、政府公表資料・法令・国際機関報告書のレビュー、ならびに一部の国におけるキーインフォーマント・インタビューを実施した。東アジアについては、日本、韓国、台湾、中国の高齢者対策全般、医療、年金、介護の各分野について、先行研究、公表政策資料、統計を収集・分析した。台湾およびタイについては、政府統計、法令、WHO等国際機関資料を参照し、介護制度、サービス提供体制、統計指標体系を比較した。マレーシアについては、マレーシアプトラ大学老年学研究所関係者への半構造化インタビューを実施し、関係省庁、EPF、KWAP、PERKESO、WHO、ILO、OECD、世界銀行、ADB等の公開資料を参照した。インドネシアについては、政府資料・統計・法令、国際機関報告書に加え、保健省、国家開発計画省、JICA関係者等へのインタビューを実施した。スリランカについては、ACAIが開発中の高齢者のUHC達成に向けた指標の一部を用い、2019年世帯収入支出調査を再解析した。

第二の柱は、日本の高齢化対応のプロセス、知見、経験の収集・分析である。日本の介護保険制度、地域包括ケアシステム、認知症政策、介護人材育成、予防・自立支援、データ基盤、権利保障・公平性等に関する既存文献、政策資料、制度資料をもとに、日本の高齢化施策の形成過程、制度的特徴、実施上の工夫点、課題を整理した。また、各国調査結果と接続できるよう、人口動態、疾病構造、財政・人材制約、ガバナンス、財政フレーム、サービス提供体制、人材戦略、データ基盤、権利保障・公平性等の観点から、制度設計および制度実装に必要な分析枠組みを検討した。

第三の柱は、国際機関の動向把握である。ACAIによるASEAN Active Ageing Index、

AAAI の策定支援に参画し、ASEAN 諸国における指標整備の動向を把握した。また、AAAI の枠組みを南アジアおよびアフリカに適用可能とするため、スリランカ、セネガル等のデータ基盤について情報収集を行った。さらに、WHO「健康的高齢化の10年」に関する加盟国向け情報セッション、WHOの長期ケアパッケージ、ACAIの国際プロジェクト等を通じて、長期ケア政策、制度実装、ミニマムサービスカバレッジ、健康格差等に関する国際的動向を整理した。

(倫理面の配慮)

文献調査および公開資料の二次分析を中心とする研究については、個人を対象とした介入や個人情報の取得は行わなかった。インタビュー調査を実施した研究では、研究計画の承認、対象者への説明、同意取得、匿名性・機密性への配慮を行った。研究全体は、国立保健医療科学院の研究倫理審査委員会による多機関共同研究一括審査の承認を受けて実施している（承認番号：NIPH-IBRA#25013）。

C. 研究結果

1. 調査票開発および各国調査による高齢化対応のプロセス・課題・ニーズの把握

アジア諸国における高齢化施策のプロセスと現状を比較するため、6 領域 61 項目からなる標準化調査票を開発した。6 領域は、①高齢者に関わる基礎統計、②高齢者医療制度、③介護制度、④年金・所得保障制度、⑤生活保護・高齢者福祉制度、⑥高齢者を取り巻く社会・文化的環境である。この調査票は、制度的対応だけでなく、社会文化的背景や政策形成過程も把握できる点に特徴があり、アジア諸国における高齢化施策の国際比較研究の基盤となるものである。

東アジアに関する研究では、日本、韓国、台湾、中国の高齢者対策について、高齢者対策全般、医療、年金、介護の4分野から概観した。その結果、日本が先行し、韓国・台湾がこれに続き、中国は後発ながら急速に対策を進めるという大きな傾向がみられた。医療および年金については、各国・地域において皆保険・皆年金またはそれに相当する状態が達成されている。一方、介護制度については、貧困対策や福祉施策としての歴史は各国・地域でみられるものの、現在の制度像は多様であった。日本の経験は参照されているものの、そのまま取り入れられているわけではなく、各国・地域が自国の歴史、制度、財政、行政体制に応じて独自の対応を形成していることが明らかとなった。

台湾およびタイに関する比較では、両国とも税方式による普遍的制度を採用しており、日本の社会保険方式とは財源構造が異なることが確認された。台湾では、2017 年に長期照顧制度、長照 2.0 が税方式で施行され、2024 年時点でサービス利用者は約 55.8 万人、カバレッジ率は 80.2%に達していた。地域包括ケアに相当する ABC モデルも展開され、A 級、B 級、C 級の拠点整備が進んでいた。また、人口、サービス利用、施設数、人材、財務等に関する月次・年次統計が整備されていた。タイでは、2002 年にユニバーサルカバレッジ制度が導入され、全人口の約 76%を対象としていた。2016 年から地域密着型長期ケアプログラムが展開され、対象高齢者数は拡大していた。高齢者実態調査も継続的に実施され、世帯特性、就労・収入、健康状態、ADL・IADL、介護者負担等に関する多面的データが収集されていた。両国は日本とは異なる財源構造を有するが、地域包括ケアの理念、予防重視、多職種連携の推進という点では共通性がみられた。

マレーシアに関する研究では、保健医療、介護ケア、年金・所得保障、福祉、社会環境の5領域について、61項目の調査票を用いて現状と課題を整理した。マレーシアでは、公的医

療と民間医療の二層構造が存在し、自己負担割合が高く、公私間および所得・地域による医療格差が課題となっていた。年金・所得保障では、被用者積立基金の貯蓄額が退職後十分な期間を支えるには不十分な水準にあること、労働力の一定割合が制度未加入であることが課題として示された。介護ケアについては、介護保険制度が未導入で、費用負担は家族に依存しており、高齢者の多くが家族と同居していた。施設サービスについては、公的認可施設、登録ケアセンター、無登録施設が混在し、民間サービスが必要に応じてカバーしている状況であった。介護人材養成についても、標準化された国家資格が整備されていないことが課題であった。他方、保健白書、National Care Framework、National Policy for Older Persons 等を通じて制度改革の動きが進みつつあり、日本の介護保険導入前に類似する政策形成条件が生まれつつあることが示唆された。

インドネシアに関する研究では、健康保険制度は整備されている一方、介護制度は未整備であり、家族介護や自己負担への依存が大きいことが明らかとなった。1998 年以降、高齢者関連法令は整備されてきたが、当初は国レベルの法整備にとどまり、具体的施策は主に社会福祉分野から進展した。その後、保健分野の制度も整備されてきたものの、医療と福祉は省庁ごとに実施されており、地方分権のもとでサービスの統合性・均質性に課題があることが示された。現在は、国家開発計画庁を中心に統合ケア体制の構築に向けた取組が試行されている。今後は、医療・介護に加え、保健・福祉を含めた包括的なサービス提供体制の構築、地域コミュニティを活用した介護予防・在宅ケアの強化、Kader や社会福祉士等の既存人材を活用した多職種連携、人材育成、持続可能な財政基盤の確立が重要であると整理された。

スリランカに関する研究では、ACAI が開発中の高齢者の UHC 達成に向けた指標のうち、所得および生活保障、健康および生活の質、能力を生かせる環境の 3 領域に含まれる 9 指標を用い、2019 年世帯収入支出調査を再解析した。60 歳以上人口割合は 16.6%であり、高齢者就労率、公的年金受給割合、社会福祉給付、障害割合、慢性疾患を有する高齢者の未受診割合、住環境、教育水準等について分析された。安全な飲料水や衛生的なトイレなど基本的住環境は高水準で確保されていた一方、就労、年金受給、医療アクセス、障害への対応には課題が残されていた。特に、就労率、年金受給状況、教育水準において男女差がみられ、女性高齢者の社会経済的脆弱性が示唆された。

以上の各国調査から、アジア諸国では高齢化の進行度、医療保障制度、介護制度、所得保障、統計基盤、社会文化的環境が国ごとに大きく異なることが示された。共通課題としては、介護制度の未整備または整備途上、家族介護への依存、介護人材不足、保健・医療・福祉の縦割り、地域差、所得格差、統計・データ基盤の不足、制度実装を担う人材や財政基盤の脆弱性が挙げられた。一方で、台湾やタイのように税方式を用いた普遍的制度、地域密着型長期ケア、統計指標体系の整備が進む国・地域もあり、日本とは異なる制度設計の選択肢が存在することも確認された。

2. 日本の高齢化対応のプロセス・知見・経験の整理

本年度は、アジアの高齢者政策・制度設計において、中長期の人口動態・疾病構造の変化を踏まえ、制度実装を促すために必要な考え方を整理した。具体的には、各国の高齢化速度、高齢化到達年、老年従属人口比、生産年齢人口の縮小、地域間の高齢化の偏在等を把握し、高齢化の進行前から制度整備を前倒しで進める必要性を示した。また、都市化・過疎化、単身世帯の増加、家族介護の変化、価値規範の変容に加え、女性高齢者の経済的

脆弱性等を踏まえ、ジェンダーの視点を制度設計に組み込む必要性を整理した。疾病構造については、感染症中心から慢性疾患、フレイル、サルコペニア、認知症、複合慢性疾患へ移行することを踏まえ、医療・介護・予防・リハビリテーション・生活支援を一体的に設計する重要性を示した。さらに、医療・介護・年金の財政持続可能性、公的所得保障制度の成熟度、人材不足、インフォーマルケアの縮小等を重要論点として整理した。加えて、医療、介護、福祉、住宅、交通、雇用、デジタル等を連結する分野横断的ガバナンス、PHC を基軸とした統合・包括ケア、人材戦略、データ基盤・デジタル、本人中心ケア、権利保障・公平性を制度実装上の主要論点として整理した。

3. 国際機関の動向および国際比較指標・ミニマムサービスカバレッジ

国際機関の動向に関する研究では、ACAI による AAAI 策定支援、WHO「健康的高齢化の 10 年」に関する情報収集、WHO 長期ケアパッケージ等を通じて、高齢化対応に関する国際的枠組みと各国制度実装の動向を整理した。

AAAI に関する研究では、ASEAN-Japan Healthy and Active Ageing Index、HAAI をもとに、ACAI による ASEAN Active Ageing Index、AAAI の作成を支援した。また、その枠組みを南アジア、アフリカにも適用可能とするため、データ基盤の調査と高齢化指標の試算に向けた検討を行った。ACAI の AAAI 策定は進行中であり、各分野のデータ所在を確認中であるが、ASEAN5 か国については 2026 年内に一通り値が算定される見込みである。南アジアではスリランカ、アフリカではセネガルについて、統計局が実施する世帯調査データの個票を用いて AAAI 指標の値を得られることが確認された。

高齢化対策の国際動向および ASEAN における高齢者のミニマムサービスカバレッジに関する研究では、WHO および ACAI 等との連携のもと、長期ケア政策および制度の実装状況を把握するとともに、高齢者に対するミニマムサービスカバレッジの構成要素を検討した。WHO の報告からは、世界的な高齢化の進展とともに、健康寿命と平均寿命の乖離、長期ケア体制の未整備、資源不足等の課題が明らかとなった。ミニマムサービスカバレッジは、慢性疾患管理、機能回復、長期ケア・生活支援を含む包括的概念として整理された。タイの医療保障制度では、慢性疾患管理に加え、リハビリテーション、白内障手術、補助具提供等が組み込まれ、条件付き給付や質管理の仕組みが導入されていた。

また、ASEAN 地域における健康格差を把握するため、スコーピングレビューが開始され、社会経済状況や地域差等が健康格差の主要因として抽出されつつある。これにより、UHC の進展のみでは高齢者の健康格差解消には十分ではなく、所得、教育、居住地域、ジェンダー、社会参加、生活環境等の社会的決定要因を含めた多面的対応が必要であることが示唆された。

D. 考察

本研究により、アジア諸国における高齢化対応と UHC 達成に向けた制度設計には、医療保障制度の整備にとどまらず、介護、予防、リハビリテーション、生活支援、所得保障、福祉、住環境、社会参加、データ基盤、権利保障を含む包括的な視点が必要であることが示された。高齢化は、疾病構造の変化、生活機能の低下、家族介護の変容、都市化・過疎化、労働市場、財政制約、社会規範の変化と密接に関連しており、広義の UHC の中で捉える必要がある。

調査票開発と各国調査からは、6領域61項目による共通の比較枠組みが、各国の制度的対応と社会的背景を統合的に把握する上で有用であることが示された。特に、高齢化政策の「プロセス」を把握することにより、制度の有無だけでは見えない、主導省庁、中央・地方の役割分担、財源、実装主体、評価体制等の課題を明らかにできる。各国調査では、介護制度の整備途上、家族介護への依存、医療・福祉・介護の縦割り、人材不足、地域差、所得格差、データ基盤の不足が共通課題として確認された。一方で、台湾、タイ、マレーシア、インドネシア、スリランカ等では制度設計や実装段階に多様性があり、単一モデルではなく、各国の制度発展段階に応じた選択肢を提示する必要がある。

日本の経験整理からは、アジア諸国の高齢化政策・制度設計に必要な包括的枠組みとして、人口動態、疾病構造、財政・人材制約、ガバナンス、財政フレーム、PHCを基軸とした統合・包括ケア、人材戦略、データ基盤・デジタル、権利保障・公平性を整理した。今後は、各国調査で得られる課題・ニーズと本枠組みを接続し、日本の制度をそのまま移転するのではなく、制度が果たしている「機能」を各国の財政、文化、法制度、行政体制、人材資源、データ基盤等に応じて再構成する必要がある。本成果は、アジア諸国の高齢化対応とUHC達成を推進する教材、基礎資料、技術資料の作成に資するものである。

国際機関の動向整理からは、高齢化対応が医療中心から、機能維持、生活支援、長期ケア、社会参加、権利保障を含む統合的アプローチへ移行していることが確認された。WHOの健康的高齢化、長期ケアパッケージ、ACAIによるAAAI等は、各国の政策設計・評価の共通基盤となり得る。一方で、指標活用には比較可能なデータ基盤が必要であり、統計整備も重要な課題である。

今後の成果物作成では、国際的な高齢化政策潮流、アジア諸国の課題・ニーズ、日本の知見共有・施策提案を接続させ、61項目の調査結果を踏まえて優先項目を明確化する必要がある。日本の知見は、制度説明の羅列ではなく、各国の課題に対応したQA形式や事例形式で整理し、基礎資料、技術資料、PPT、冊子等として、UHCナレッジハブ、国際会議、研修等で活用可能な形に整えることが重要である。

E. 結論

本研究は、アジア諸国における高齢化対応とUHC達成の推進に資するため、①調査票開発と各国調査、②日本の高齢化対応の知見整理、③国際機関の動向把握の3つの柱に基づき実施した。

第一に、アジア諸国の高齢化施策のプロセスと現状を比較可能な形で把握するため、6領域61項目からなる標準化調査票を開発した。令和7年度の各国調査では、東アジア、台湾、タイ、マレーシア、インドネシア、スリランカを対象に、制度整備状況、政策形成過程、課題、ニーズを整理した。その結果、介護制度の整備途上、家族介護への依存、保健・医療・福祉の縦割り、人材不足、地域差、所得格差、データ基盤の不足が共通課題として明らかとなった。

第二に、日本の介護保険制度、地域包括ケアシステム、認知症政策、介護人材育成等の経験を整理し、各国の制度設計に活用可能な考え方を検討した。日本の知見は有用である一方、制度そのものを移転するのではなく、制度が果たしてきた機能、形成過程、実装条件、残された課題を分解し、各国の文脈に応じて再構成する必要がある。

第三に、WHO、ACAI等の国際機関の動向を整理し、AAAI等の高齢化指標、健康的高齢化、長期ケア、ミニマムサービスカバレッジの観点を確認した。高齢化対応は、医療中心

から、慢性疾患管理、機能回復、長期ケア、生活支援、社会参加、権利保障を含む統合的対応へと転換しつつある。

今後は、調査票と各国調査結果を用いて、国別・項目別の比較を進め、必須項目・優先項目を明確化する。その上で、日本の知見を制度名ではなく「機能」として整理し、UHCナレッジハブ、国際会議、研修等を通じた国際協力の深化に貢献することが期待される。

F.健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- Rathnayaka, Wasana; Sunethra Perera, Chandani Liyanage, Fareena Ruzaik, Reiko Hayashi and Nuskiya Hassan (2025) “Neglect, Abuse, Social Isolation, and Loneliness among Older Persons: Evidence from Case Studies in Urban, Rural and Estate Communities in Sri Lanka”, Social Policy Population Dynamics in Sri Lanka: Socio-Economic and Health Perspectives, Centre for Multidisciplinary Research and Innovation, Colombo University, Colombo University Press, Colombo, pp.227-255.

2. 学会発表

- Kumiko Igarashi, “Long-term Care in Japan- Policies and Practices”, The ASEAN+3 Regional Conference on Integration Policy in Fostering an Inclusive Aging Society through an Intergenerational Approach, The Berkeley Hotel Pratunam, Bangkok, Thailand (2025.06.11).
- Taichi Ono, “How has Japan addressed health workforce challenges in caring for an aging population, and what lessons could be relevant for other countries?”, Roundtable: What can England’s upcoming 10-year health plan learn from Japan about responding to an ageing society?, International Longevity Center, United Kingdom, Webiner, London, United Kingdom (2025.7.10)
- Taichi Ono, “Development of healthy aging policy in Japan”, The 1st APEC Healthy Aging Policy Dialogue, Xiangshan Hotel, Beijing, China (2025.7.20) • Kumiko Igarashi, “Community-Based Integrated Care System for Achieving an Inclusive Society in Japan”, Plenary 3: Effective Integrated Healthcare Models: Community Engagement, Cross-Departmental Cooperation, Enhancing Quality and Outcomes, APEC Workshop on Strategies to Enhance Integrated People-Centered Health Care, APEC Health Working Group, Taipei Marriot Hotel, Taipei (2025.09.02)
- Taichi Ono, “Maintaining Sustainability of Social Protection Schemes for the Elderly amid Population Ageing in Japan”, The 23rd ASEAN & Japan High-Level Officials Meeting on Caring Societies, Ministry of Health Labour and Welfare, Hotel Nikko Narita, Chiba, Japan (2025.10.28)
- Taichi Ono, “Challenges for Japan’s Social Security System”, Introduction to Global Health, Osaka University School of Medicine, Osaka, Japan (2025.11.8)
- Taichi Ono, “Japan's approach toward sustainable health finance”, The 2025 UHC Journey Workshop: S-A-F-E UHC financing for better health, National Health Security Office (Thailand), Best Western Chatuchak, Bangkok, Thailand (online participation) (2025.11.24)

- ・ Taichi Ono, "Understanding Health Financing in Japan", "JICA training on Health Policy Development and System Management for SDGs and Beyond - An Introduction to Japan's Achievements and Challenges", JICA-NIPH (2026.02.03)
- ・ Kumiko Igarashi, "Sustainable Universal Health Coverage: Integrating Prevention and Health Promotion into the Health Insurance System to Enhance the Value of Health in Society", Prince Mahidol Award Conference(PMAC)2026 Side Meeting, SMB230 "Reimagining health systems through social value: toward inclusive and sustainable UHC in the era of demographic transformation", Centara Grand and BCC at CentralWorld, Bangkok, Thailand (2026.01.26)
- ・ Taichi Ono, "Transitions in Japan's Health System: A Social Value-Oriented Perspective from the 1960s UHC Achievement to the Present Super-Aged Society", Prince Mahidol Award Conference(PMAC)2026 Side Meeting, SMB230 "Reimagining health systems through social value: toward inclusive and sustainable UHC in the era of demographic transformation", Centara Grand and BCC at CentralWorld, Bangkok, Thailand (2026.01.26)
- ・ 佐々木由理, 小野太一, 菖蒲川由郷, 尾白有加, 林玲子, 五十嵐久美子. (第一報) アジア・アフリカ諸国における高齢化施策プロセスと現状の比較研究のための調査票開発 (口頭). 第 40 回日本国際保健医療学会学術大会.東京. (2025.10.30).
- ・ Hayashi, Reiko, "Moderation for Theme 4 Age-friendly and enabling environments" ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI), Regional Action Plan Drafting Workshop on Active Ageing, Millenium Hilton Bangkok, Thailand (2025.9.9).
- ・ Hayashi, Reiko, "Population ageing and policy responses in Japan", International Policy Exchange on Super - Aged Society, The Office of the National Economic and Social Development Council (NESDC), United Nations Population Fund (UNFPA) Thailand Country Office, HelpAge International, and the Foundation for Older Persons' Development (FOPDEV), Online (2025.9.24).
- ・ Hayashi, Reiko, "Population ageing and policy responses in Japan and ASEAN", Country Coordinator Knowledge Exchange and Training Round Table: Advancing Active Ageing in Asia, ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI), ANA Crowne Plaza Narita, Japan (2025.10.27).
- ・ 林玲子「ケニア・クワレ県の高齢者の状況ーアジアとの比較から」第 40 回日本国際保健医療学会学術大会 シンポジウム SY2、「アフリカの高齢者：ケニア農村調査から見えてきた住まい方、つながり方、終い方」帝京大学 板橋キャンパス第 2 会場、東京都板橋区 (2025.11.1).
- ・ Tomoko Kodama. LTC framework and Minimum service coverage for older people. ASEAN IRP Research Symposium on Active Ageing, Brunei Darussalam (2025.10.08).
- ・ 大西丈二. 在宅介護サービスに関する東・東南アジアの制度について. 第 8 回日本レセプト学会国内学術大会,大阪市 (2025.10.19).

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)
「アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策」

令和 7 年度 分担研究報告書

「日本の高齢化施策・制度の収集・分析及び高齢化施策策定に必要な考え方やプロセスの提示
に関する研究」

研究代表者

五十嵐 久美子 (国立保健医療科学院)

研究分担者

小野 太一 (政策研究大学院大学)

研究要旨

【研究目的】本研究は、アジアをはじめとした国々における高齢化対応と UHC 達成の推進に資するため、日本の高齢化対応のプロセス、知見、経験を収集・分析し、各国の制度設計や施策策定に活用可能な考え方やプロセスを提示することを目的とした。特に、介護保険制度、地域包括ケアシステム、認知症政策、介護人材育成等の経験を、制度そのものではなく、各国の財政、文化、法制度、行政体制に応じて応用可能な「機能」として整理することを重視した。

【研究方法】既存文献、政策資料、制度資料等を用いて、日本の高齢化施策の形成過程、制度的特徴、実施上の工夫点を整理した。また、日本の高齢者政策の立案に関与した研究者間で議論し、整理の妥当性を検討した。さらに、各国調査結果と接続できるよう、人口動態、疾病構造、財政・人材制約、ガバナンス、財政フレーム、PHC を基軸とした統合・包括ケア、人材戦略、データ基盤、権利保障・公平性等の観点から分析枠組みを検討した。

【研究結果】本年度は、アジアの高齢者政策・制度設計において、中長期の人口動態・疾病構造の変化を踏まえ、制度実装を促すための考え方を整理した。具体的には、高齢化速度、生産年齢人口の縮小、都市化・過疎化、家族形態や価値規範の変容を踏まえ、制度整備を前倒して進める必要性を示した。また、複合慢性疾患、フレイル、認知症等への対応、健康寿命延伸に向けた予防・早期介入、医療・介護・福祉・住宅・交通・デジタルをつなぐ分野横断的ガバナンスの重要性を整理した。さらに、PHC を基軸とした統合・包括ケア、多職種連携、地域単位の PDCA、人材確保、データ活用、本人中心ケアと公平性を、制度実装上の主要論点として整理した。

【考察】本研究により、高齢化政策・制度設計では、高齢化の進行度だけでなく、人口構造、疾病構造、家族形態、財政基盤、人材資源、行政制度、社会規範を一体的に捉える必要が示された。日本の経験を共有する際には、制度の名称や仕組みを紹介するだけでは不十分であり、各制度が果たした機能、形成過程、実装条件、残された課題を分解して提示することが重要である。また、各国の制度整備状況や政策上の優先度に応じて重点項目を明確化し、日本の知見をどの領域で共有すべきかを具体化する必要がある。

【結論】本年度は、人口動態、疾病構造、財政・人材制約、ガバナンス、財政フレーム、統合・包括ケア、人材戦略、データ基盤・デジタル、権利保障・公平性を含む包括的な枠組みを整理した。今後は、各国調査で得られる課題とニーズに関する情報と本枠組みを接続し、日本の制度をそのまま移転するのではなく、制度が果たす機能を各国の文脈に応じて再構成し、教材・基礎資料・技術資料の作成につなげることが重要である。

A. 研究目的

本研究は、アジアをはじめとした国々において、高齢化対応を含めた UHC 達成に資する施策・制度の構築に向け、日本の高齢化対応のプロセス、知見、経験を収集・分析し、各国の制度設計や施策策定に活用可能な考え方やプロセスを提示することを目的とした。特に、低中所得国では医療保障制度や介護制度が十分に整備されていない場合が多く、医療アクセス、財政、人材、地域間格差等の制約の中で高齢化対応を進める必要がある。一方、日本は医療保険制度、介護保険制度、地域包括ケアシステム等を通じて高齢化社会への対応経験を蓄積してきたが、人材不足、財政負担、地域差、介護者支援の弱さ等の課題も有している。これらの経験を単なる制度紹介ではなく、各国の社会・文化・財政・制度的背景に応じて、制度構築のプロセスを含めた、活用可能な「機能」や「考え方」として整理することを目指した。

B. 研究方法

本研究では、日本の高齢化対応のプロセス、知見、経験の収集・分析、高齢化施策策定に必要な考え方やプロセスを提示するために、まずは、既存文献、政策資料、制度資料等をもとに、日本の高齢化施策の形成過程、制度的特徴、実施上の工夫点を整理した。その際、日本の高齢者政策の立案に関与した当研究班の研究者らで議論を行い、整理の妥当性について検討した。また、令和7～8年度にかけて実施される各国調査の結果と接続できるよう、アジア諸国における高齢者政策・制度設計に共通して必要となる分析枠組みを検討した。具体的には、人口動態、疾病構造、財政・人材制約、ガバナンス、財政フレーム、サービス提供体制、人材戦略、データ基盤、権利保障・公平性等の観点から、制度設計に必要な論点を整理した。

（倫理面の配慮）本研究は、主として既存文献、公開政策資料、制度資料等を用いた情報収集・整理を中心として実施し、個人を対象とした介入や個人情報の取得は行わなかった。そのため、研究対象者に対する直接的な侵襲や不利益は生じない。本調査票開発を含む研究全体は、国立保健医療科学院の研究倫理審査委員会による多機関共同研究一括審査の承認を受けて実施している（承認番号：NIPH-IBRA#25013）。

C. 研究結果

本年度は、アジアの高齢者政策・制度設計において、中長期の人口動態・疾病構造の変化を踏まえ、制度実装を促すために必要な考え方を整理した。（詳細は別添参照。）

1. 制度設計に必要な基本的視点

各国の高齢化速度、高齢化到達年、老年従属人口比、生産年齢人口の縮小率、地域間の高齢化の偏在等を把握し、高齢化が進行する前から制度整備を前倒して進める必要性を示した。また、都市化と過疎化の同時進行、単身世帯の増加、家族介護の変化、無縁化、価値規範の変容を踏まえ、家族や地域に依存した支援体制の持続可能性を検討する必要がある。

ることを整理した。加えて、男性に比して助成は、家族や地域に依存した支援体制の変化による影響を受けやすい層として、ジェンダーの視点を制度設計に組み込む必要性を整理した。

2. 疾病構造・生活機能の変化への対応

感染症中心の疾病構造から、慢性疾患、フレイル、サルコペニア、認知症、複合慢性疾患へと移行することを踏まえ、医療・介護・予防・リハビリテーション・生活支援を一体的に設計する必要性を示した。特に、健康寿命と平均寿命のギャップを縮小するため、早期介入、介護予防、重度化予防、社会参加の促進が重要であることを整理した。

3. 財政・人材制約の見通し

医療・介護・年金の長期的な財政持続可能性、歳出規模、GDP 比、財源配分、自己負担、低所得者保護、地方財政の役割を制度設計上の重要論点として位置づけた。また、医療・介護人材の需給ギャップ、介護労働の処遇、女性・若者・外国人材の労働参加、インフォーマルケアの縮小、家族介護者の負担、ジェンダー不平等を可視化する必要性を示した。公的所得保障制度、特に老齢年金等の水準や成熟度を視野に入れることが重要であると整理した。

4. 分野横断で進める政策の基本設計

医療、介護、福祉、住宅、交通、雇用、デジタル、地域づくり等を連結するガバナンスの必要性を整理した。中央政府レベルでは省庁横断的な調整機能、地域レベルでは自治体等を中心とした計画・実装・評価の責任主体を明確化し、地域単位で PDCA を制度化することが重要であるとした。加えて、保健政策と財政政策を連動させ、病院中心から地域・在宅・予防へ資源配分を転換する財政フレームや支払い制度の検討が必要であることを整理した。

5. サービス提供体制

PHC を基軸に、医療、介護、予防、リハビリテーション、生活支援を地域で統合的に提供する体制を構築し、多職種連携、ケアコーディネーション、地域ケア会議、退院支援、在宅医療・介護連携等を制度化する必要性を示した。これは、UN の高齢化対策における Integrated Care および Long-term Care の考え方とも対応するものとして整理した。

6. 人材戦略

老年学、認知症、栄養、口腔、複合慢性疾患管理、ACP、地域連携等に関する職種横断的な共通コンピテンシーの明確化、キャリアラダー、タスクシフト、介護労働の処遇改善、生産性向上、外国人材の質保証、送出し国との相互利益への配慮が必要であることを整理した。

7. データ基盤・デジタル

個人レベルの健康・医療・介護データを連結し、縦断的に把握できるデータ基盤を整備すること、評価指標の設定、地域差の把握、サービス利用状況の分析、アウトカム評価を可能にする仕組みが重要であることを示した。また、遠隔医療、デジタル機器、AI、オンライン支援等は、医療・介護人材が不足する国や地域において、サービス提供の効率化やアクセス改善に資する可能性があることを整理した。

8. 権利保障・公平性

所得、地域、ジェンダー、障害、移民、少数民族等による格差に配慮し、本人中心ケア、意思決定支援、ACP、差別禁止、介護者支援等を制度横断的に位置づける必要性を示した。これは、UN のアクションエリアである Combating Ageism および Age-friendly Environments

とも関連するものとして整理した。

9. 制度ごとの設計論点

長期ケア制度、認知症政策、地域包括ケアの制度化、介護人材育成、社会的孤立・地域共生、年金・所得保障、公的扶助・福祉制度、高齢者の社会的環境、高齢者に関する基礎統計を挙げ、上位方針から実装へつなぐためのプロセスを検討する枠組みを提示した。

10. 各国調査と日本の知見共有をつなぐ方法

各国の高齢化政策・制度について 61 項目を可能な限り網羅し、国別・項目別に比較可能な形で整理する方針を示した。その上で、各国の課題・ニーズ、制度整備の進捗、政策形成上の優先度を踏まえ、必須項目・優先度の高い項目を明確化する必要性を整理した。

11. 日本の経験を各国に転用・適応する際の留意点

制度そのものを輸出するのではなく、制度が果たしている「機能」を各国の文脈に応じて再設計する必要性を示した。各国の財政規模、文化、法制度、行政体制、地方自治のあり方、家族介護の位置づけ、人材資源、データ基盤に応じて、段階的に導入可能な方策を検討することが重要であると整理した。

D. 考察

本年度整理した枠組みから、アジア諸国における高齢化政策・制度設計では、高齢化の進行度だけでなく、人口構造、疾病構造、家族形態、財政基盤、人材資源、行政制度、社会規範を一体的に捉える必要があることが示された。高齢化対応は、医療・介護制度の整備に限定されるものではなく、予防、生活支援、所得保障、住宅、移動、地域づくり、デジタル基盤、権利保障を含む包括的な政策課題である。そのため、単一制度の導入ではなく、複数分野を連結しながら段階的に実装する視点が重要である。

特に、アジア諸国では高齢化の速度や制度整備の段階が国ごとに大きく異なるため、共通の制度モデルを一律に適用することは困難である。家族介護を中心とする国、都市化により地域の支え合いが弱体化している国、医療・介護人材が不足している国、財政制約が大きい国など、それぞれの課題に応じた制度設計が求められる。この点から、日本の経験を共有する際には、介護保険制度や地域包括ケアシステムをそのまま紹介するのではなく、それらがどのような社会的背景のもとで形成され、どのような機能を果たし、どのような課題を残しているのかを整理して示す必要がある。

また、日本の政策変遷を国際的に共有する際には、制度の年表や概要だけでなく、複数の政策選択肢の中でなぜ特定の制度が選択されたのかを示すことが重要である。例えば、介護保険制度の導入、地域包括ケアシステムの制度化、認知症施策の展開、人材育成策等について、政策形成過程、財政的制約、地方自治体の役割、専門職の関与、社会規範の変化を含めて説明することで、各国が自国の制度設計に応用しやすくなると考えられる。特に介護保険制度については、制度創設前の老人福祉制度や老人保健制度等の仕組みとその課題、複数の政策選択肢の中で社会保険方式が選択された理由、導入後に生じた財政・人材・サービス提供上の課題を含めて説明することが重要である。さらに、医療・介護制度の設計は、年金等の公的所得保障制度の水準や成熟度とも密接に関係する。高齢者本人の支払い能力や家族の扶養能力が限定的な国では、医療・介護サービスの制度設計と所得保障、自己負担、低所得者保護を切り離さずに検討する必要がある。

今後の各国調査では、61 項目を可能な限り網羅しつつも、すべての項目を同一の深度で分析するのではなく、各国の制度整備状況や政策上の優先度に応じて、重点的に検討すべ

き項目を明確化する必要がある。国別・項目別の比較一覧表を作成することで、各国の共通課題と固有課題を可視化でき、日本の知見をどの領域で共有すべきかを具体化できる。

加えて、成果物の作成にあたっては、研究報告書としての整理にとどまらず、政策担当者や実務者が活用しやすい形式が求められる。日本の経験を一方的に提示するのではなく、各国の文脈に応じた政策対話や制度設計支援につなげることが期待される。

E. 結論

本年度は、アジアの高齢者政策・制度設計において、中長期の人口動態・疾病構造の変化を踏まえた制度実装を促すための考え方を整理した。その結果、高齢化政策には、人口動態、疾病構造、財政・人材制約、ガバナンス、財政フレーム、PHC を基軸とした統合・包括ケア、人材戦略、データ基盤・デジタル、権利保障・公平性を含む包括的な視点が必要であることが示された。

また、長期ケア制度、認知症政策、地域包括ケアの制度化、介護人材育成、社会的孤立・地域共生、所得保障、福祉制度、社会的環境、基礎統計等を、上位方針から実装へつなぐための主要な設計論点として整理した。さらに、各国調査で得られる 61 項目の情報と日本の知見共有を接続し、国別・項目別の比較、優先項目の明確化、QA 形式による教材化を進める方向性を示した。

今後は、本年度整理した枠組みを用いて、各国の高齢化政策・制度の課題とニーズを比較分析し、日本の経験を各国の文脈に応じて活用可能な形に再構成することが重要である。日本の制度をそのまま移転するのではなく、制度が果たしている機能を抽出し、各国の財政、文化、法制度、行政体制、人材資源、データ基盤に応じて段階的に適応する視点が求められる。本研究の成果は、アジア諸国における高齢化対応と UHC 達成を推進するための教材、基礎資料、技術資料の作成に資するものである。

F. 引用文献

- 1 World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030. Geneva: WHO; 2020.
- 2 United Nations Department of Economic and Social Affairs. Decade of Healthy Ageing: 2021–2030.
- 3 Keating N, et al. A research framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing. European Journal of Ageing. 2022.
- 4 World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO.
- 5 World Health Organization. Integrated Care for Older People: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO; 2017.
- 6 Asian Development Bank. Aging Well in Asia: Asian Development Policy Report 2024. Manila: ADB; 2024.
- 7 United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Asia-Pacific Report on Population Ageing 2022: Trends, policies and good practices regarding older persons and population ageing. Bangkok: UNESCAP; 2022.
- 8 Williamson C. Policy Mapping on Ageing in Asia and the Pacific: Analytical Report. HelpAge International; 2015.

- 9 ASEAN Secretariat. Old Age Poverty and Active Ageing in ASEAN: Trends and Opportunities. Jakarta: ASEAN; 2024.
- 10 ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation. ASEAN Active Ageing Index (AAAI).
- 11 Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. Revised ASEAN-JAPAN Healthy & Active Ageing Index and Policy Guide for its Application. 2023.
- 12 Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. *The Lancet*. 2011;378(9797):1183–1192.
- 13 Ikegami N, Yoo BK, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *The Lancet*. 2011;378(9796):1106–1115.
- 14 Okamoto S, Komamura K. Towards universal health coverage in the context of population ageing: a narrative review on the implications from the long-term care system in Japan. *Archives of Public Health*. 2022;80:210.
- 15 Japan International Cooperation Agency. Community-based Integrated Care in Japan: Suggestions for Developing Countries from Cases in Japan. Tokyo: JICA; 2022.
- 16 Tsutsui T. Implementation process and challenges for the community-based integrated care system in Japan. *International Journal of Integrated Care*. 2014;14:e002.
- 17 Tsutsui T. The Current State and Future Development of the Long-Term Care Insurance System in Japan. *Journal of the National Institute of Public Health*. 2010;59(4).
- 18 Otaga M. Community-based inclusive society and integrated care in Japan: Concepts and challenges for practice. *Journal of the National Institute of Public Health*. 2024;73(1):32–41.

G.研究発表

1.論文発表 なし

2.学会発表

- Kumiko Igarashi, “Long-term Care in Japan- Policies and Practices”, The ASEAN+3 Regional Conference on Integration Policy in Fostering an Inclusive Aging Society through an Intergenerational Approach, The Berkeley Hotel Pratunam, Bangkok, Thailand (2025.06.11).
- Taichi Ono, “How has Japan addressed health workforce challenges in caring for an aging population, and what lessons could be relevant for other countries?”, Roundtable: What can England's upcoming 10-year health plan learn from Japan about responding to an ageing society?, International Longevity Center, United Kingdom, Webiner, London, United Kingdom (2025.7.10)
- Taichi Ono, “Development of healthy aging policy in Japan”, The 1st APEC Healthy Aging Policy Dialogue, Xiangshan Hotel, Beijing, China (2025.7.20) • Kumiko Igarashi, “Community-Based Integrated Care System for Achieving an Inclusive Society in Japan”, Plenary 3: Effective Integrated Healthcare Models: Community Engagement, Cross-Departmental Cooperation, Enhancing Quality and Outcomes, APEC Workshop on Strategies to Enhance Integrated People-Centered Health Care, APEC Health Working Group, Taipei Marriot Hotel, Taipei (2025.09.02)
- Taichi Ono, “Maintaining Sustainability of Social Protection Schemes for the Elderly amid Population Ageing in Japan”, The 23rd ASEAN & Japan High-Level Officials Meeting on Caring Societies, Ministry of Health Labour and Welfare, Hotel Nikko Narita, Chiba, Japan (2025.10.28)

- Taichi Ono, “Challenges for Japan’s Social Security System”, Introduction to Global Health, Osaka University School of Medicine, Osaka, Japan (2025.11.8)
- Taichi Ono, “Japan's approach toward sustainable health finance”, The 2025 UHC Journey Workshop: S-A-F-E UHC financing for better health, National Health Security Office (Thailand), Best Western Chatuchak, Bangkok, Thailand (online participation) (2025.11.24)
- Taichi Ono, ” Understanding Health Financing in Japan", "JICA training on Health Policy Development and System Management for SDGs and Beyond - An Introduction to Japan’s Achievements and Challenges", JICA-NIPH (2026.02.03)
- Kumiko Igarashi, “Sustainable Universal Health Coverage: Integrating Prevention and Health Promotion into the Health Insurance System to Enhance the Value of Health in Society”, Prince Mahidol Award Conference(PMAC)2026 Side Meeting, SMB230 “Reimagining health systems through social value: toward inclusive and sustainable UHC in the era of demographic transformation”, Centara Grand and BCC at CentralWorld, Bangkok, Thailand (2026.01.26)
- Taichi Ono, “Transitions in Japan’s Health System: A Social Value-Oriented Perspective from the 1960s UHC Achievement to the Present Super-Aged Society ” , Prince Mahidol Award Conference(PMAC)2026 Side Meeting, SMB230 “Reimagining health systems through social value: toward inclusive and sustainable UHC in the era of demographic transformation”, Centara Grand and BCC at CentralWorld, Bangkok, Thailand (2026.01.26)

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

別添 「アジアの高齢者政策・制度設計において、中長期の人口動態・疾病構造の変化を踏まえた制度実装を促すための考え方」

I. 制度設計に必要な基本的視点

1. 人口動態の見通し

- ・ 高齢化政策・制度設計にあたっては、各国の高齢化速度、高齢化到達年、老年従属人口比、生産年齢人口の縮小率、地域間の高齢化の偏在を把握する必要がある。特に、高齢化が急速に進行する国では、制度整備を高齢化の進行後に行うのではなく、到達前から前倒して準備する視点が重要である。
- ・ 加えて、都市化と過疎化の同時進行、単身世帯の増加、家族介護の変化、無縁化、価値規範の変容を踏まえ、家族や地域に依存した支援体制の持続可能性を検討する必要がある。
- ・ さらに、女性は男性に比較して、平均寿命が長く、一般的に経済的に脆弱な状態に置かれがちでもあり、「家族や地域に依存した支援体制」の変化への影響を受けやすいと考えられることから、ジェンダーの視点が必要である。

2. 疾病構造・生活機能の変化への対応

- ・ 感染症中心の疾病構造から、慢性疾患、フレイル、サルコペニア、認知症、複合慢性疾患への移行を踏まえ、医療・介護・予防・リハビリテーション・生活支援を一体的に設計する必要がある。特に、健康寿命と平均寿命のギャップを縮小するためには、早期介入、介護予防、重度化予防、社会参加の促進が重要である。

3. 財政・人材制約の見通し

- ・ 高齢化政策は、医療・介護・年金の長期的な財政持続可能性と不可分である。制度設計においては、歳出規模、GDP 比、財源配分、自己負担、低所得者保護、地方財政の役割を含めて検討する必要がある。特に医療・介護制度を検討する際には、公的所得保障制度（老齢年金など）の水準や成熟度を視野に入れることが肝要である。
- ・ また、医療・介護人材の需給ギャップ、介護労働の処遇、女性・若者・外国人材の労働参加、インフォーマルケアの縮小、家族介護者への負担、ジェンダー不平等を可視化する必要がある。

4. 民間サービスの展開と公的制度が果たす役割

公的なファイナンスの制度を設計、構築する際には、既存の、特に富裕層等向けの民間サービスとの関係を整理し、国ごとの社会経済的な文脈を踏まえたアクセスの平等性の確保についても配慮すべきである。

II. 分野横断で進める政策の基本設計

1. 制度間の連結を促すガバナンス

- ・ 高齢化対応は、医療、介護、福祉、住宅、交通、雇用、デジタル、地域づくりなど複数分野にまたがる。そのため、中央政府レベルでは省庁横断的な調整機能、地域レベルでは自治体等を中心とした計画・実装・評価の責任主体を明確にする必要がある。
- ・ 地域単位では、計画策定、実装、評価、改善のPDCAを制度化し、財政インセンティブや評価指標と連動させることが重要である。官民連携、NPO、地域住民、専門職団

体等との協働枠組みも併せて検討する必要がある。

2. 財政フレームと支払い制度

- ・ 制度設計では、保健政策と財政政策を連動させ、医療・介護・予防・生活支援への資源配分をどのように行うかを明確にする必要がある。特に、病院中心から地域・在宅・予防へ資源配分を転換する仕組み、包括払い、成果評価型報酬、低所得層への自己負担上限、社会保険方式と税方式の組合せなどを検討する必要がある。
- ・ 日本の経験を共有する際には、介護保険制度がどのような選択肢の中で導入されたのか、なぜ保険方式が選択されたのか、制度導入後にどのような課題が生じたのかなどを、創設前の制度とその課題も踏まえて説明することが重要である。

3. PHC を基軸とした統合・包括ケア

- ・ 高齢化対応では、PHC を基軸に、医療、介護、予防、リハビリテーション、生活支援を地域で統合的に提供する体制が必要である。多職種連携、ケアコーディネーション、地域ケア会議、退院支援、在宅医療・介護連携等を制度化することにより、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できる環境を整備する。
- ・ この領域は、UN のアクションエリアのうち、Integrated Care および Long-term Care と対応するものとして整理できる。

4. 人材戦略

- ・ 高齢化対応には、医療・介護・福祉・地域支援を担う人材の育成、確保、定着が不可欠である。老年学、認知症、栄養、口腔、複合慢性疾患管理、ACP、地域連携等に関する職種横断的な共通コンピテンシーを明確化する必要がある。
- ・ また、キャリアラダー、タスクシフト、介護労働の処遇改善、生産性向上、外国人材の質保証、送出し国との相互利益にも留意する。

5. データ基盤・デジタル

- ・ 高齢化政策の実装と評価には、個人レベルの健康・医療・介護データを連結し、縦断的に把握できるデータ基盤が必要である。評価指標の設定、地域差の把握、サービス利用状況の分析、アウトカム評価を可能にする仕組みを整備することが重要である。
- ・ また、遠隔医療、デジタル機器、AI、オンライン支援等は、医療・介護人材が不足する国や地域において、サービス提供の効率化やアクセス改善に資する可能性がある。

6. 権利保障・公平性

- ・ 高齢化政策では、所得、資産、地域、ジェンダー、障害、移民、少数民族等による格差に配慮する必要がある。本人中心ケア、意思決定支援、ACP、差別禁止、介護者支援等を制度横断的に位置づけることが重要である。
- ・ UN のアクションエリアのうち、Combating Ageism および Age-friendly Environments と関連づけ、年齢差別の防止、社会参加、移動・住宅・地域環境の整備を含めて整理する。

III. 制度ごとの設計論点

上位方針（政策）から実装へ繋ぐためのプロセスについて整理する。

1. 長期ケア制度

2. 認知症政策

3. 地域包括ケアの制度化

4. 介護人材育成

5. 社会的孤立・地域共生
6. 年金・所得保障
7. 公的扶助・福祉制度
8. 高齢者の社会的環境
9. 高齢者に関する基礎統計

IV. 各国調査と日本の知見共有をつなぐ整理方法

各国の高齢化政策・制度については、61 項目を可能な限り網羅し、国別・項目別に比較可能な形で整理する。その上で、すべての項目を同じ深度で分析するのではなく、各国の課題・ニーズ、制度整備の進捗、政策形成上の優先度を踏まえて、必須項目・優先度の高い項目を明確化する。

特に、日本の知見共有にあたっては、単なる制度説明の羅列ではなく、各国の課題やニーズに対応した QA 形式で整理することが有効である。例えば、以下のような問いに対応する形で整理する。

- 高齢化が急速に進む国では、どの制度から優先的に整備すべきか。
- 家族介護に依存している国で、どのように公的支援を段階的に導入できるか。
- 介護保険制度を導入する前に整備すべき条件は何か。
- 地域包括ケアを各国の自治体制度に応じて導入するには何が必要か。
- 認知症施策を PHC や地域支援に組み込むにはどうすればよいか。
- 人材不足の国で、タスクシフトやデジタル技術をどう活用できるか。

V. 日本の経験を各国に転用・適応する際の留意点

- ・ 日本の経験を共有する際には、制度そのものを輸出するのではなく、制度が果たしている「機能」を各国の文脈に応じて再設計する必要がある。各国が現在展開している関連諸制度を踏まえ、財政規模や方式、価値規範も含む文化、法制度、行政体制、地方自治のあり方、家族介護の位置づけ、人材資源、データ基盤などに応じて、段階的に導入可能な方策を検討する必要がある。
- ・ また、日本の政策変遷を示す際には、単に制度の年表を示すだけでなく、複数の政策選択肢の中でなぜその方策が選択されたのか、どのような社会的背景、財政的制約、政治的判断、専門家の議論があったのかを示すことが重要である。
- ・ さらに、日本とは異なる予算制度、地方自治制度、保険制度、家族などに係る価値規範、専門職制度を有する国では、日本の制度をそのまま適用することは困難である。そのため、各国の課題に応じて、低コストで効果が期待できる介入から開始し、制度化へと段階的に展開する視点が必要である。

VII. 成果物作成に向けた今後の整理

- ・ 今後は、各国調査で得られる情報を 61 項目に基づき整理し、比較一覧表を作成する。その際、国ごとの差異や制度整備の進捗に応じて濃淡が生じることを前提としつつ、可能な限り項目を網羅する。また、第一部の国際的な高齢化政策潮流、第二部の各国の課題・ニーズ、第三部の日本の知見共有が相互に接続するよう、調査票の必須項目・優先項目を精査する。
- ・ 成果物としては、基礎資料、技術資料、PPT 資料、概要を示すポンチ絵、冊子等の形式

を検討する。また、エビデンスとして英文 Publication の活用・作成も視野に入れ、成果物のクレジットについても研究班内で検討する。

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)
「アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する
施策や制度の提言に資する研究」

令和 7 年度 分担研究報告書

「アジア諸国における高齢化施策プロセスと現状の比較研究のための調査票開発に関する研究」

研究分担者

佐々木由理	国立保健医療科学院
小野太一	政策研究大学院大学
菖蒲川由郷	新潟大学大学院
山口佳小里	国立保健医療科学院
林玲子	国立社会保障・人口問題研究所
曾根智史	国立保健医療科学院

研究代表者

五十嵐久美子	国立保健医療科学院
--------	-----------

研究協力者

中村信太郎	国際協力機構
大澤絵里	国立保健医療科学院
尾白有加	新潟大学大学院

研究要旨

【目的】世界的な人口高齢化は低・中所得国を含む多くの国に共通する重要な政策課題である。アジア諸国では高齢化の進行と制度整備の間に乖離がみられることが少なくない。本研究は、アジア諸国における高齢化施策のプロセスと現状を包括的に把握し、国際比較を可能とする標準化調査票を開発することを目的とした。

【方法】国連のマドリッド国際行動計画（MIPAA）および国際連合（UN）/世界保健機関（WHO）の「健康な高齢化」戦略などの国際的枠組みを整理した。次に、WHO、経済協力開発機構（OECD）、世界銀行が公表する高齢化関連報告書および学術論文をレビューし、高齢化施策を構成する主要領域を抽出した。あわせて、Revised ASEAN-JAPAN Healthy & Active Ageing Index（改訂版 HAAI）を参照し、その概念枠組みおよび領域構成を調査票設計の参考とした。さらに、高齢化政策、社会保障制度、地域ケア分野の研究者・実務者へのヒアリングを実施し、調査項目の網羅性、回答可能性、国際比較の妥当性を検討した。これらを踏まえ、定量的指標と定性的評価項目を組み合わせた調査票を開発した。

【結果】調査票は6領域61項目の構成となった。領域は①高齢者に関わる基礎統計、②高齢者医療制度、③介護制度、④年金・所得保障制度、⑤生活保護・高齢者福祉制度、⑥高齢者を取り巻く社会・文化的環境となった。

【結論】本調査票は、制度的対応と社会文化的背景を統合的に把握できる点に特徴があり、アジア諸国における高齢化施策の国際比較研究の基盤となりうる。

A. 研究目的

世界的な人口高齢化は、低・中所得国を含む多くの国々に共通する重要な政策課題となっている(1)(2)。アジア諸国では、急速な高齢化が進行する一方で、公的年金や介護制度が未整備、あるいは形成途上にある国が少なくない(3)。

高齢化政策の国際比較を通じて、各国の特性や課題、および成功要因を明らかにすることは、政策立案や国際協力において重要である。国際的な知見の共有や比較分析の重要性は、「高齢化に関するマドリッド国際行動計画（MIPAA）」や国際連合(UN)/世界保健機関（WHO）の「高齢者の健康な 10 年（2021-2030 年）」においても強調されている

(1)(3)。しかし、既存の国際比較研究では、個別制度や定量指標に焦点を当てた分析が多く、政策形成プロセスや社会文化的背景を含めて体系的に把握できる標準化ツールは存在しない(4)-(6)。

そこで本研究は、アジア諸国における高齢化政策のプロセスや現状について、多角的な理解と国際比較を可能にする調査票（サーベイ・インストルメント）の開発を目的とした。この調査票は、政策立案を担う政府関係者、国を跨いだ比較研究を行う研究者、そして高齢化関連枠組みの進捗をモニタリングする国際機関など、幅広いステークホルダーによって活用されることを想定して設計した。

B. 研究方法

まず、MIPAA、UN/WHO の「健康な高齢化の 10 年（2021-2030 年）」などの国際的な枠組みをレビューした(1)-(4)(7)。次に、WHO、経済協力開発機構（OECD）、世界銀行が発表した高齢化関連の報告書や学術文献を検討し、高齢化政策を構成する主要な領域（ドメイン）を特定した(6)-(8)。

加えて、アジア地域における高齢者の健康、社会参加、生活環境を評価するための包括的指標として開発された「Revised ASEAN-JAPAN Healthy & Active Ageing Index (改訂版 HAAI)」を参照し、その概念的枠組みと領域構成を調査設計の参考とした(9)(10)。さらに、日本の高齢化政策、社会保障制度、および地域ケアの専門家や実務家との協議を通じて、調査項目の網羅性、回答可能性、および国際比較の妥当性を検討した。これらのプロセスに基づき、定量的な指標と定性的な評価項目を組み合わせた調査票を開発した。

（倫理面の配慮）本報告書は、調査票開発について整理したものであり、その内容は一般に公表されている報告等の利用に基づいて実施されたものであることから、当該部分については倫理審査を要しない。一方で、本調査票開発を含む研究全体は、国立保健医療科学院の研究倫理審査委員会による多機関共同研究一括審査の承認を受けて実施している（承認番号：NIPH-IBRA#25013）。

C. 研究結果

開発した調査票は、6つの領域にわたる61項目で構成となった（Table 1）。

第1の領域には、高齢化率や平均余命などの基礎統計を含めた。第2の領域は、在宅医療や訪問サービスなど、高齢者医療に関連する制度的基盤を捉える項目で構成した。第3の領域では、長期ケアシステムの有無や整備状況、および家族介護者への支援について取り上げた。第4の領域には、年金制度の構造や適用範囲、高齢者の所得保障制度に関する設問を含めた。第5の領域は、公的扶助、高齢者福祉制度、および非政府組織（NGO）による支援を網羅した。第6の領域には、宗教的・文化的背景や、家族・地域社会における高齢者の役割など、社会環境に関連する項目を含めた。

D. 考察

【新規性】

本研究の新規性は、アジア諸国を対象として、高齢化施策を制度面のみに限定せず、政策の形成・実施プロセスや非公式支援を含む社会文化的背景までを体系的に把握可能な標準化調査票を提示した点にある。従来の指標である改訂版 HAAI は、高齢者の健康状態や生活環境といったアウトカムを中心に定量的に評価する枠組みであるが、本調査票はこれに対し、政策制度の構造に加え、その導入過程や実施主体といったプロセス情報を詳細に捉えられる点に特徴がある。さらに、既存の国際比較研究の多くは、定量指標や制度設計に主眼を置いており(11)(12)、政策プロセスや文化的要因を同一の分析枠組みで比較することは必ずしも容易ではなかった。こうした点を踏まえ、本研究は、制度・プロセス・社会文化的要因を統合的に把握し得る新たな比較分析の基盤を提示するものであると考える。

【限界】

本研究は調査票の開発段階に位置づけられており、各国における実地調査を通じた妥当性および信頼性の検証は、今後の重要な課題である。また、本調査票は主としてアジア諸国への適用を想定して設計されたものであり、社会保障制度の成熟度や非公式セクターの役割が大きく異なるアフリカ諸国等においても同様に有効に機能するかについては、さらなる実証研究を通じた検証が求められる。特に、行政統計が未整備な国や非公式制度が重要な役割を担う国においては、情報収集の困難さや回答の一貫性の確保に課題が生じる可能性がある(13)。加えて、本調査票は制度の有無や導入時期に関する設問を中心としているため、制度運用の質や実効性といった側面を十分に反映できない可能性も指摘される。これらの点は、本調査票のさらなる改良および実証的検討を通じて克服すべき課題である。

【意義】

本調査票は、高齢化政策に関する国際比較研究の基盤として位置づけられ、各国における成功要因や課題の可視化を通じて、エビデンスに基づく政策対話および国際協力の促進に資するものと考えられる。具体的には、政府関係者や政策立案者にとって、本ツールは、類似した社会・文化的背景を有する近隣諸国との政策プロセスの比較を可能にし、自国制度のギャップ把握に資する実践的なベンチマークとなり得る。

また、研究者にとっては、定量的項目と定性的項目を組み合わせた標準化された枠組みにより、単なる統計的比較にとどまらず、政策の成果や障壁の背後にある「どのように

(how)」および「なぜ (why)」といったメカニズムに関する、より踏み込んだ分析への展開が可能となる。さらに、国際開発の実務者にとっては、本ツールをプロジェクトの形成

や評価に活用することで、各国に固有のインフォーマル支援構造や制度の成熟度に即した、より適切な介入設計に寄与し得る。
このように、本調査票は、アジア地域における、よりレジリエントで文化的妥当性の高い高齢化政策の実践的発展に向けた基盤の一つとなることが示唆される。

E. 結論

本研究では、アジア諸国における高齢化政策のプロセスと現状を国際的に比較可能とするための標準化した調査票を開発した。本調査票は、制度的対応に加え、政策形成・実施プロセスおよび社会・文化的背景を統合的に捉える点に特徴があり、従来の指標では十分に把握されてこなかった側面の分析を可能とする枠組みを提示するものである。

この調査票は、今後の比較研究や政策モニタリングにおいて活用され得る基盤的ツールとして位置づけられ、各国における政策の特徴や課題の把握に資することが示唆される。今後は、アジア諸国における実証的検討を通じて妥当性および信頼性の確認を進めるとともに、その結果を踏まえ、アフリカを含む他地域への適用可能性についても段階的に検討していくことが求められる。

さらに、本調査票の有用性を高めるためには、調査項目そのものの妥当性に加え、それを用いて収集されるデータの内容や収集方法についても、継続的に検証・見直しを行っていくことが重要である。特に、各国における制度や社会状況の変化に応じて、調査項目の適切性や比較可能性が変化し得ることから、本調査票は固定的なものとしてではなく、実証研究の蓄積を通じて段階的に改訂されていくべき動的なツールとして位置づける必要がある。

F. 引用文献

1. United Nations. Madrid International Plan of Action on Ageing. New York: United Nations; 2002.
<https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation.html> (accessed 2026-02-08)
2. United Nations. World population ageing 2023: Challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries. New York: United Nations; 2023.
<https://www.un.org/development/desa/pd/content/world-population-ageing-2023> (accessed 2026-02-08)
3. United Nations General Assembly. United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030): resolution adopted by the General Assembly. New York: United Nations; 2020.
<https://digitallibrary.un.org/record/3895802?v=pdf> (accessed 2026-02-08)
4. World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-15.1> (accessed 2026-02-08)
5. Organisation for Economic Co-operation and Development. Ageing and employment policies. Paris: OECD; 2018.
<https://www.oecd.org/employment/ageing-and-employment-policies.htm> (accessed 2026-02-08)
6. World Health Organization. Progress report on the United Nations Decade of Healthy

- Ageing, 2021–2023. Geneva: World Health Organization; 2023.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240079694> (accessed 2024-04-28)
7. World Health Organization. WHO's work on the UN Decade of Healthy Ageing (2021–2030). Geneva: World Health Organization; 2024.
<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing> (accessed 2024-04-28)
 8. World Bank. World Bank support to aging countries. Washington, DC: World Bank; 2021.
<https://www.worldbank.org/en/topic/socialprotection/brief/aging> (accessed 2026-02-08)
 9. Ministry of Health, Labour and Welfare. Revised ASEAN-JAPAN Healthy & Active Ageing Index (Revised HAAI) and policy guide for its application. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare; 2022.
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/161509> (accessed 2024-04-03)
 10. Sasaki Y, Ohaku Y, Shobugawa Y, Yamaguchi K, Kodama T, Machida M. International trends in healthy ageing initiatives and their evaluation indicators. J Natl Inst Public Health. 2024;73(3):6.
<https://www.niph.go.jp/journal/data/73-3/202473030006.pdf> (accessed 2026-02-08)
 11. Chen C, Lim J, Koh J, Beard J, Rowe JW. A global analysis of adaptation to societal aging across low-, middle- and high-income countries using the Global Aging Society Index. Nat Aging. 2025;5(1):113–121.
<https://www.nature.com/articles/s43587-024-00618-7> (accessed 2026-02-08)
 12. Mohan A, Jaihind Jothikaran TA, Gudi N, A KA, Ashok L. Growing old before growing rich: a scoping review on ageing-related policy interventions from the WHO South-East Asian Region. BMJ Open. 2025;15(1):e079621.
<https://bmjopen.bmj.com/content/15/1/e079621> (accessed 2026-02-08)
 13. Hlongwane N, Ned L. Exploring the quality of life of older people in long-term care facilities in the sub-Saharan region: a scoping review. BMC Geriatr. 2025;25(1):816.
<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-025-04816-3> (accessed 2026-02-08)

G.研究発表

1.論文発表

投稿中

2.学会発表

佐々木由理, 小野太一, 菖蒲川由郷, 尾白有加, 林玲子, 五十嵐久美子. (第一報) アジア・アフリカ諸国における高齢化施策プロセスと現状の比較研究のための調査票開発 (口頭). 第 40 回日本国際保健医療学会学術大会.2025.100. 東京.

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

Table 1. A six-domain, 61-item survey instrument developed in this study

	Survey Items	Example of Survey Content
	I. Basic Statistics Related to Older Adults (Past 10 to 30 Years)	
Q1-1	Trends in the population aged 60 and above (and aged 65 and above)	Annual population trends (census, UN statistics)
Q1-2	Trends in the proportion of the population aged 60 and above (and aged 65 and above)	Annual trends in proportion of older adults (Census, UN statistics)
Q1-3	Trends in life expectancy at age 60 and at age 65	Annual trends in life expectancy of older adults
Q1-4	Trends in healthy life expectancy at age 60 and at age 65	Annual trends by household type (older adults living alone, older couples, etc.)
Q1-5	Trends in the leading causes of death among older adults (with the share of non-communicable diseases and communicable diseases)	Top three leading causes of death among older adults and changes compared with ten years ago
Q1-6	Trends in the prevalence of major chronic diseases (e.g., diabetes, hypertension, COPD) among older adults (aged 60+ or 65+)	Most common chronic conditions among older adults and annual trends in the prevalence of NCDs (e.g., diabetes, cardiovascular diseases, COPD, etc.; based on Ministry of Health data / WHO STEPS surveys)
Q1-7	Trends in ADL and IADL disability rates among older adults(aged 60+ or 65+)	Annual trends in ADL/IADL disability rates among older adults(disaggregated by age group and sex)
Q1-8	Trends in the number and proportion of older adults (aged 60+ or 65+) officially certified as having a disability	Annual trends in the number and proportion of individuals officially certified as having a disability among older adults
Q1-9	Trends in the share of medical and long-term care expenditures spent on older adults (aged 60+ or 65+)	Annual trends in the share of older adults in total health and long-term care expenditures(based on national health expenditure statistics)
Q1-10	Trends in the employment rate of older adults (aged 60+ or 65+)	Annual trends in the employment rate of older adults(disaggregated by age group, sex, and urban/rural area)
Q1-11	Trends in the rate of older adults (aged 60+ or 65+) living alone	Annual trends in the proportion of older adults living alone
Q1-12	Trends in the absolute poverty rate among older adults (aged 60+ or 65+)	Annual trends in the absolute poverty rate among older adults

Q1-13	Trends in the relative poverty rate among older adults (aged 60+ or 65+)	Annual trends in the relative poverty rate among older adults
	2.Considerations for Older Adults in the Healthcare System	
Q2-1.	Existence of policies and legal frameworks explicitly targeting older adults, their changes over time, and the year they were established	Reference to older adults in the national health policies or medical initiatives
Q2-2.	The existence of special considerations for older adults in the general healthcare system, and any changes over time	Policies such as age-based reductions in medical fees, priority service access for older patients, adjusted consultation hours, etc
Q2-3	Outpatient and inpatient services dedicated to older adults (public and private): whether they exist and how they have changed over time	Availability and evolution of geriatric healthcare services; presence and evolution of long-term/chronic care beds; development of convalescent/rehabilitation hospitals and their utilization by older adults; and whether general services are distinguished from older-adult-specific services
Q2-4	Availability of home-based medical care and visiting medical services, changes over time, and whether older adults are included as a target population	Availability and development of services provided by public health nurses or community health volunteers
Q2-5	Programs for chronic diseases, lifestyle-related diseases, and health check-ups for older adults: whether they exist and how they have changed over time	Inclusion of older adults in NCD prevention and control programs (e.g., diabetes and hypertension), and how this has evolved
Q2-6	The existence and evolution of government or municipal support for older adults' access to healthcare (such as transportation subsidies and mobile clinics)	The responses, roles, and evolution of national governments, local authorities, and NGOs in ensuring healthcare access for older adults in remote areas
Q2-7	Support systems for end-of-life care (palliative care) and for family caregiving: whether they exist and changes over time	Are there support systems for end-of-life care and family caregiving, and if so, how have they evolved over time? Are religious institutions or community resources utilized in providing such support?

Q2-8	Community-based health support activities for older adults: their existence and changes over time	Community-based initiatives for supporting the health of the older adults by public health nurses, volunteers, religious groups, and village-level efforts
Q2-9	Inclusion of geriatric care in medical personnel training: whether formal programs exist, any changes over time, and content covered	Whether geriatrics is included in health-professional education (existence and evolution of formal programs)
Q2-10	The presence and implementation year of digital transformation (DX) in medical data management, as well as the evolution of available services (not limited to older populations)	The existence of a national ID card system, year of implementation, ownership rate, the evolution of available services, and associated challenges (similar to Japan's 'My Number' health insurance card system)
Q2-11	Digital Transformation (DX) initiatives for older adults: whether they exist and any changes over time	Government initiatives to support digital inclusion among older adults (e.g., digital literacy training): existence, changes over time, and challenges
Q2-12	Introduction of and changes in support for older adults' healthcare by international development partners (e.g., JICA, WHO)	The presence of support from development partners, including international and bilateral aid partners; the actors involved; the level of support (national, local, or both); the scope of support (programs specifically targeting older adults or those incorporating older adult components within maternal and child health or community health initiatives); and the sustainability of activities beyond the completion of pilot or model projects
	3. Long-Term Care, LTC	
Q3-1	Framework and evolution of institutional responses to care for older adults (including whether systems exist, year introduced, overview of each, and interrelationships among systems)	Existence of independent long-term care systems (e.g., LTC insurance), integrated systems covering older adults and persons with disabilities, medical care systems partially covering long-term care needs, welfare schemes for poor populations including older persons, or hybrid models with multiple overlapping schemes; level of

		government (national or local) responsible
Q3-2	Background of system design and policy transitions	Background of system introduction (e.g., aging population, difficulty of family caregiving, women's labor participation, pressure from international development partners, fiscal factors, recognition of LTC)
Q3-3	Community-based support for the care of older adults: whether it exists and what it contains	Support activities by public health nurses, community health volunteers (VHVs), religious organizations; institutional positioning, sustainability, policy support
Q3-4	Policy evaluation of informal care (by family, neighbors, volunteers, etc.) and the existence and evolution of public and private support systems	The year of introduction of support measures and the existence, evolution, and current status of policy recognition toward informal care — including compensation, tax deductions, leave systems, training programs for family caregivers, psychological support, and whether the government recognizes informal care as paid labor
Q3-5	Types, development status, and evolution of public long-term care facilities (including whether they exist, year established, objectives, key characteristics, admission criteria, regional disparities, and accessibility)	Welfare facilities for low-income older adults (e.g., public care homes); facilities for those requiring intensive care; rehabilitation facilities designed for home return; and public support facilities outside formal classification
Q3-6	Types, development status, and evolution of private long-term care facilities (including whether they exist, year established, objectives, key characteristics, admission criteria, regional disparities, and accessibility)	Non-profit facilities (run by religious organizations, NGOs, foundations): actual conditions and features; for-profit facilities (e.g., paid nursing homes): business models, target groups, service content, cost burden, government subsidies
Q3-7	Training and certification systems for care workers (including both professional and non-professional): whether they exist and how they have evolved	Certification systems: existence, year introduced; national or private qualifications; classification by role (care worker, helper, nurse, etc.); existence of training systems, target

		populations, regional differences, institutional support
Q3-8	Introduction and impact of long-term care projects supported by international development partners (e.g., JICA, ADB)	International and bilateral partners' support: existence, type of support, level of support (national/local), support details (older adult-specific or inclusive), sustainability of model projects
	4. Pension and Income Security	
Q4-1	Implementation status and evolution of pension systems or income security schemes for older adults (including changes in coverage over time)	Types and introduction year: mandatory (e.g., civil servants, employees), voluntary, non-contributory (social assistance); funding system (provident fund, social insurance/security, social benefit)
Q4-2	Trends in coverage rates by scheme (the proportion of the older population covered by each system)	Coverage rates by region (urban/rural), employment status (public, private, self-employed, unemployed), gender; effectiveness trends
Q4-3	Benefit levels and eligibility criteria in pension and income security systems for older adults	Monthly pension amount, eligibility age, minimum contribution period, means testing, adequacy of benefit levels
Q4-4	Coverage status and expansion efforts for workers outside the government sector (e.g., private-sector employees, self-employed individuals)	Outreach to non-covered persons; existence of voluntary participation; design challenges and reform history
Q4-5	Changes in benefit levels and the financial sustainability of the system	Minimum benefit level changes; introduction of indexation (inflation or other indicators); pension fund sustainability
Q4-6	Policies to promote employment among older adults and actual outcomes (including post-retirement employment and non-regular employment)	Existence of policies promoting employment among older adults, trends in actual employment rate; interaction with pension system (e.g., dual receipt, benefit reduction)
Q4-7	The role of community and family support, and the existence and contents of public support measures	Reliance on family support due to gaps in the system; community-based support; support content and whether it is institutionalized
Q4-8	History of introduction and outcomes of support programs for the older	Support by international/bilateral agencies: presence, support level,

	adults by international development partners in pensions and income security	content (older-person-specific or partial inclusion), sustainability of model projects
	5. Public Assistance / Welfare System	
Q5-1	Implementation status and evolution of public assistance programs for older adults (including development of program content over time)	Year of introduction, historical development, institutional positioning (integration/separation from poverty/social assistance programs); eligibility criteria (income, asset testing, standards)
Q5-2	The relationship between welfare services for older adults and general public assistance (integration vs separation as formal systems and changes over time)	System structure: whether welfare and livelihood protection are separate or integrated (Whether older adults are included in general welfare or are covered by a separate system)
Q5-3	In-kind benefit for older adults (e.g., food, medicine, housing assistance): existence and how it has evolved	Benefit types, target population, implementing bodies, and changes; especially whether ministries other than health/welfare are involved in housing or food aid
Q5-4	Availability of welfare services for older adults (such as community centers, day services, counseling and support)	Availability and scope of social services: senior clubs, day services, case management, consultation
Q5-5	The degree of reliance on non-institutional support (e.g., family, community, religious organizations) and whether the government supports these mechanisms	Where institutional protection is weak: actual support by family, community, religious groups; indirect support by national/local governments
Q5-6	Introduction of support projects by international development partners, and NGOs	International/bilateral aid agency involvement and sustainability of model programs
	6. Social Environment of Older Adults	
Q6-1	Urban-rural disparities and institutional responses	Regional disparities in systems (welfare, pensions, healthcare) and in older adults' living conditions (income, health, housing, etc.)
Q6-2	Socioeconomic inequality and its institutional impact	Share of older adults in poverty, access disparities by income level; whether system design reflects such differences; trends based on official statistics

Q6-3	Systems and their impacts from a gender perspective	Gender differences in pension/welfare access; differences in pension coverage; support for women caregivers
Q6-4	Changes in family structure and their impact for the care of older adults	Changing family structures (e.g., increase in nuclear families or single-person households) and its effect on caregiving
Q6-5	Existence and evolution of legal frameworks on obligations to support older adults (e.g., filial responsibility laws, including introduction and amendments over time)	Legal obligations for family support: existence, legal reform history, implementation
Q6-6	Role and significance of religious or cultural relief systems and traditional support practices	Role of religious or traditional institutions in supporting older adults; linkages or complementarities with formal systems; cultural/ethical background
Q6-7	Changes in the social roles and activities of older adults within families and communities, and policy responses to these changes	Changing recognition of older adults' roles (caregiver, knowledge sharer, etc.) in policy/surveys; government responses (e.g., social participation promotion)
Q6-8	Evolution of the actors involved in health, welfare, and long-term care for older adults (including the roles of different levels of government)	Changing involvement of national, state, local governments, NGOs, religious organizations, private sector, and older persons themselves; especially government role by layer (central/state/local)
Q6-9	Laws for the protection of older adults and prevention of abuse in older adults (e.g., protection of older adults laws, abuse prevention laws): existence and how they have evolved	Public recognition of abuse against older adults as a social issue: legal frameworks, reform history, and actual response mechanisms
Q6-10	How older adults have been addressed within national human rights policy over time	Existence of comprehensive legal frameworks on older persons' rights; status of informed consent, decision-making support in healthcare/long-term care
Q6-11	Legal frameworks addressing age-based discrimination: existence and development	Anti-ageism policies, education/media campaigns, awareness training for healthcare workers, public officials, etc

Q6-12	Impact of shifting social values on institutional design and policy direction	Shifting stereotypes and social values about older adults (e.g., from dependent to active participants) and their impact on system design/reform
Q6-13	Changes in the priority placed on welfare policies for older adults	Changes in prioritization of older adults in national strategies and social protection budgets
Q6-14	International influences on domestic policy related to older adults (e.g., adoption of foreign models, impact of global policy discussions)	Influence of ILO, UN, ASEAN; impact of neighboring countries' policies; introduction of model systems proposed by international development partners

Table 1 (日本語版). 本研究で開発された、6 領域・61 項目からなる調査票

	調査項目	調査内容の例
	1. 高齢者に関わる基礎統計 (過去 10~30 年程度)	
Q1-1	60 歳/65 歳以上高齢者人口の推移	人口数の年次推移 (国勢調査・国連統計)
Q1-2	60 歳/65 歳以上高齢化率の推移	高齢者割合の年次推移 (国勢調査・国連統計)
Q1-3	60 歳/65 歳時高齢者の平均余命の推移	高齢者の平均余命の年次推移
Q1-4	60 歳/65 歳時高齢者の健康寿命の推移	高齢者の健康寿命の年次推移
Q1-5	60 歳/65 歳以上高齢者の主な死因の推移 (非感染症疾患、感染症疾患の割合)	高齢者における主要な死因の上位 3 つ、10 年前と比較した変化
Q1-6	60 歳/65 歳以上高齢者の主要な慢性疾患 (糖尿病、高血圧、COPD など) の有病率の推移	高齢者に最もよく見られる慢性疾患、高齢者の NCD (糖尿病、心疾患、COPD 等) 有病率の年次推移 (保健省/WHO STEPS 調査など)
Q1-7	60 歳/65 歳以上高齢者の ADL (Activities of Daily Living) 及び IADL (Instrumental Activities of Daily Living) の障害割合の推移	高齢者の ADL/IADL 障害率の年次推移 (年齢別、性別)
Q1-8	60 歳/65 歳以上高齢者の障害者認定者数・割合の推移	高齢者の障害者認定者数・割合の年次推移

Q1-9	医療費・介護費における60歳/65歳以上の高齢者割合の推移	医療・介護支出に占める高齢者割合の年次推移(政府保健支出統計)
Q1-10	60歳/65歳以上高齢者の就業率の推移	高齢者の就業割合の年次推移(年齢別、性別、都市・農村別)
Q1-11	60歳/65歳以上高齢者の独居率の推移	高齢者の独居率の年次推移
Q1-12	60歳/65歳以上高齢者の絶対的貧困率の推移	高齢者の絶対的貧困率の年次推移
Q1-13	60歳/65歳以上高齢者の相対的貧困率の推移	高齢者の相対的貧困率の年次推移
	2. 医療制度における高齢者への配慮	
Q2-1.	高齢者を明示的に対象とした政策・法制度の有無・変遷と策定年	国家健康政策や医療施策の中で高齢者への言及があるか
Q2-2.	一般医療制度における高齢者への特別な配慮の有無・変遷	年齢による診療費の減免、優先的アクセス、診療時間帯の工夫など
Q2-3	高齢者向け外来・入院サービスの提供及び有無・変遷(公的/私的)	高齢者向け医療(高齢者医療:老年医学会のガイド欄に含まれる医療のイメージ)サービスの提供の有無・変遷、長期療養病床や慢性期病床の有無・変遷、回復期・リハビリテーション病院の整備状況と高齢者の利用状況、一般診療と高齢者向けサービスの区別の有無・変遷
Q2-4	在宅医療・訪問診療の有無・変遷とその対象に高齢者が含まれているか	在宅診療、訪問診療の規定について確認。その人材にどのような職種が位置付けられているか(例、在宅に特化した看護師、ボランティアの関与)。その変遷。
Q2-5	高齢者の慢性疾患、生活習慣病、高齢者向け健診への対応プログラムの有無・変遷	糖尿病・高血圧管理などで高齢者を対象に含めた施策の有無・変遷
Q2-6	国や自治体による高齢者に対する医療アクセス支援(交通費補助、移動診療など)の有無・変遷	遠隔地高齢者世帯に対する医療アクセスの国、自治体、NGO等の対応、役割、変遷
Q2-7	終末期ケア(緩和ケア)や家族によるケアへの支援体制の有無・変遷	終末期ケアや家族ケアへの支援制度があるか、ある場合、どのように変遷してきたか。支援には宗教施設や地域資源が活用されているか
Q2-8	地域・コミュニティ主体の高齢者健康支援活動の有無と変遷	公衆衛生看護師、ボランティア、宗教団体、村落単位での取り組みなどの有無・変遷

Q2-9	医療人材育成における高齢者ケア教育の有無・変遷と内容	老年医学が医療職の教育に含まれているか(制度化の有無と変遷)
Q2-10	医療データ管理のDX (Digital Transformation) 化の有無と導入年、利用可能なサービス内容の変遷(高齢者に限らない)	IDカード制度の有無、導入年、保有率、サービス内容の変遷、課題(日本のマイナ保険証のようなイメージ)
Q2-11	高齢者のDX施策の有無・変遷	政府による高齢者のICT活用支援の取り組み(高齢者のICT教育など)の有無とその変遷、課題
Q2-12	国際機関・開発援助(JICA, WHO等)による高齢者医療支援の導入の有無・変遷の状況	国際機関・二国間援助機関による支援の有無と支援主体、支援対象レベル(国、地方、あるいは両方)、支援内容(高齢者に特化または母子保健や地域保健に高齢者要素を含む)、モデル事業などの終了後の継続性
	3. 介護制度	
Q3-1	高齢者介護への制度的対応の枠組みとその変遷(それぞれの有無・導入年・制度概要・制度間の関係)	独立した高齢者介護制度(例:LTC保険制度など)、障害者・高齢者等を対象とした包括的介護制度、医療制度の一部として要介護高齢者に対応しているケース、貧困者向け福祉制度の中に高齢者ケアが位置付けられているケース、その他、複数制度による部分的な対応(併存・混在状況)、各制度のレベル(国又は地方独自の取り組み)
Q3-2	制度設計・変遷の背景	制度創設の背景(例、高齢化率上昇、家族介護の困難化、女性の社会進出、外圧(国際機関・援助等)、財政的要因、LTC認知、LTC重要認識、など)
Q3-3	地域コミュニティによる高齢者ケア支援の有無とその内容	公衆衛生看護師、村落保健ボランティア(VHV)や宗教団体による介護支援活動、地域互助の仕組みなどの有無、制度的位置づけ、持続性、政策的支援など
Q3-4	インフォーマルケア(家族・近隣・ボランティア等)への政策的評価、公的・民間による支援制度の有無と変遷	支援策の導入年や非公式ケアへの政策的評価(報酬、減税、休業制度等、家族介護者への研修、心理的サポート、「インフォーマルケアは対価が伴う労働である」という政府の認識)の有無・変遷・進展状況
Q3-5	公的介護施設の類型、整備状況とその変遷(有無、整備年、目的、特徴、入所条件、地域差、アクセス)	貧困高齢者向けの福祉施設(例:養護老人ホーム的なもの)、要介護高齢者向け施設(例:特養的なもの)、在宅復帰を前提としたリハビリ・回復期施設(例:老健的なもの)、その他、類型・制度外の公的支援施設等

Q3-6	民間介護施設の類型、整備状況とその変遷(有無、整備年、目的、特徴、入所条件、地域差、アクセス)	非営利系(宗教施設、NPO、財団など)が運営する施設の実態と特徴、営利系(企業による有料老人ホーム等)の整備・ビジネスモデル・対象層、費用負担、サービス内容、政府からの補助の有無など
Q3-7	介護人材(専門職・非専門職)の育成制度と研修プログラムの有無・変遷	資格制度の有無・導入年、国家資格／民間資格、職種ごとの分類(介護士、ヘルパー、看護師など)、研修制度の有無と対象者層、地域差、制度的支援の有無
Q3-8	国際機関や外国援助機関(JICA、ADB など)による介護関連事業の導入と影響	国際機関・二国間援助機関による支援の有無と支援主体、支援対象レベル(国、地方、あるいは両方)、支援内容(高齢者に特化または母子保健や地域保健に高齢者要素を含む)、モデル事業などの終了後の継続性
	4. 年金・所得保障制度	
Q4-1	年金制度または高齢者向け所得保障制度の導入状況と対象範囲の変遷	強制加入型(公務員／被用者)・任意加入型・無拠出型(社会扶助的年金)の有無・導入年・対象範囲の変遷。あわせて制度の財政方式(貯蓄型[Provident Fund]、社会保険／社会保障型[Social Insurance／Security]、無拠出型[Social Benefit])の別も明記
Q4-2	制度別のカバー率(全高齢者人口に対する割合)の変遷	都市部／農村部、公務員／民間就労者／自営業者／無職高齢者などの内訳別のカバー率、性別ごとの違い、カバー率や制度の実効性の推移
Q4-3	年金・所得保障制度における給付水準と給付条件の内容	月額給付額、受給開始年齢、最低加入期間、所得制限の有無、給付水準の妥当性(生活保障として十分か)など
Q4-4	公務員以外(民間就労者・自営業者など)の制度へのカバー状況と拡大の取り組み	未加入者への周知・誘導策、任意加入制度の有無、制度設計上の課題と拡充の経緯
Q4-5	給付額と持続可能性の変化	最低保障額の推移、スライド導入(物価またはその他の指標)、年金基金の財政状況と持続性
Q4-6	高齢者雇用促進策および実態(定年後雇用、非正規雇用など)	公的な高齢者雇用促進政策の有無、実質的な高齢者就労率の推移、年金制度との関係(併給・減額等)
Q4-7	地域・家族による生活支援の位置づけと公的支援の有無と内容	制度不備を補うための家族依存状況、地域内での支援、介護・生活費・現物給付などの支援の内容と制度化の有無
Q4-8	国際機関・援助機関等による年金・高齢者所得保障支援の導入歴と成果	国際機関・二国間援助機関による支援の有無と支援主体、支援対象レベル(国、地方、あるいは両方)、支援内容(高齢者に特化または高齢者要素が一部、支援に含まれる)、モデル事業などの終了後の継続性

	5. 生活保護/高齢者福祉制度	
Q5-1	高齢者を対象とした公的生活扶助制度の導入状況と制度内容の変遷	導入年、制度の沿革、制度としての位置づけ(生活保護・高齢者福祉の統合／分離の有無)、対象者の条件(所得・資産調査の有無・基準)などを含む。※所得・資産調査の制度的取り扱いは本設問内で確認。
Q5-2	制度として的高齢者福祉と生活保護の関係(統合・分離)の有無と変遷	制度設計上、福祉と生活扶助が別建てで存在しているのか、あるいは統合的に運用されているのか、その制度的整理の状況(高齢者が一般生活保護制度の対象に含まれているのか、独立した福祉制度があるのか)
Q5-3	高齢者向けの現物支給(食料、医薬品、住宅支援など)の有無とその変遷	給付の内容(種類)、対象者、支給主体・所管省庁(特に住宅・食料支援などで保健・福祉省以外が関与している場合)、制度の変遷。
Q5-4	高齢者への福祉サービス(居場所、デイサービス、相談支援など)の提供状況	居場所支援(高齢者クラブ等)、デイサービス、生活相談・ケースワーク等の福祉的支援サービスの提供内容と制度化の程度。
Q5-5	非制度的支援(家族・コミュニティ・宗教団体など)への依存状況と国の支援の有無	制度的保障が不十分な場合の家族・地域・宗教団体による支援の実態、国・地方政府の間接的支援の有無と内容。
Q5-6	国際機関・NGO 等による支援プロジェクトの導入と制度化への影響	国際機関・二国間援助機関による支援の有無と支援主体、支援対象レベル(国、地方、あるいは両方)、支援内容(高齢者に特化または高齢者要素が一部、支援に含まれる)、モデル事業などの終了後の継続性
	6. 高齢者の社会環境(横断的)	
Q6-1	都市・農村間の格差の実態と制度的対応	高齢者福祉・年金・医療などの制度における地域格差(アクセス、給付水準等)、および政府統計等で把握される生活状況(収入・健康・居住など)の違い
Q6-2	経済階層間の格差と制度的影響	経済的に困窮する高齢者の割合、所得層別の制度利用状況やアクセス格差、制度設計における配慮の有無。政府統計等に基づく現状も把握
Q6-3	ジェンダー視点から見た制度と影響	女性高齢者の年金・福祉制度へのアクセス、無年金者・低年金者の性別差、ケア提供者としての女性の位置づけと支援の有無
Q6-4	家族構造の変化と高齢者ケアへの影響	核家族化・単身高齢者の増加など、家族構造の変化と、それに伴う高齢者扶養や介護の担い手の変化
Q6-5	高齢者扶養に関する法制度(子の扶養義務等)の有無と制定・改正の変遷	子など家族に対する扶養義務の法的規定の有無、その改正経緯、運用の実態

Q6-6	宗教的・文化的な救済制度・支援慣行の存在とその位置づけ	宗教団体・伝統的制度による高齢者への支援の実態と、制度との接続・補完関係。文化的・倫理的背景の理解に資する情報
Q6-7	家族内・地域社会における高齢者の社会活動・役割・位置づけの変遷と政策的反応	政策文書・社会調査等における、高齢者の社会活動への参加、社会的役割（ケアの担い手・知恵の伝達者など）の認識の変化と、それに対する政府・自治体の対応（社会参加促進施策など）
Q6-8	高齢者医療・福祉・介護等に関わる主体の変化とその役割（政府レイヤー含む）	国家／州／地方政府、NGO、宗教団体、民間セクター、高齢者本人等の関与状況の変化。特に「政府」のレイヤー（中央／州／市）別の役割分担・変遷
Q6-9	高齢者保護法、高齢者虐待防止法の有無と制定・改正の変遷	高齢者虐待の社会問題化の認識の経緯、発生した場合の法的規定の有無、その改正経緯、運用の実態、虐待発生時の対応フロー
Q6-10	国の人権政策における高齢者の位置づけの変遷	高齢者の人権に関する包括的法律の有無とその内容、医療・介護現場での意思決定支援、インフォームド・コンセント制度の整備状況
Q6-11	高齢者差別に関する制度の有無と制定・改正の変遷	高齢者差別防止を目的とした政策・教育・メディアキャンペーンの有無、医療従事者・公務員等への Ageism 啓発研修の実施状況
Q6-12	社会的価値観の変化が制度に与えた影響	高齢者に対する社会的価値観・ステレオタイプの変化（例：依存者→アクティブな存在など）と、それが制度設計・改革に及ぼした影響
Q6-13	高齢者への福祉政策の優先度変化	国家戦略や社会保障予算における高齢者支援の比重変化
Q6-14	国際的影響（他国の制度や国際議論の影響）	ILO、UN、ASEAN 等の影響、近隣国の制度が政策設計に与えた影響、国際機関からのモデル制度の導入など

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)
「アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や
制度の提言に資する研究」

令和 7 年度 分担研究報告書

「高齢化指標の国際比較に関する研究」

研究分担者

林玲子 国立社会保障・人口問題研究所
増田研 長崎大学
佐々木由理 国立保健医療科学院

研究協力者

新杉知沙 国立社会保障・人口問題研究所

研究代表者

五十嵐久美子 国立保健医療科学院

研究要旨

【目的】

ASEAN-Japan Healthy and Active Ageing Index(HAAI)を元に ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI) による ASEAN Active Ageing Index (AAAI)の作成を支援し、さらにその枠組を、南アジア、アフリカにおいて適用可能とするデータ基盤の調査と高齢化指標の試算を行うことを目的とした。

【方法】

ACAI における AAAI 策定会議への参加、スリランカコロンボ大学研究者との会議、セネガル・コートジボワールにおける高齢者対策の情報収集およびインターネット上の情報を収集することにより研究を実施した。

【結果】

ACAI の AAAI 策定は進行中であり各分野のデータの所在を確認中であるが、その状況に応じて最終的に AAAI を構成する指標が確定することとなる。南アジアではスリランカ、アフリカではセネガルについて、それぞれの統計局により実施されている世帯調査データの個票を用いて AAAI 指標の値を得られることがわかった。

【結論】

ASEAN5 各国の AAAI は 2026 年内に一通り値が算定される見込みである。来年度にはスリランカ、セネガルの高齢化指標を算定し、ASEAN と比較すると共に、これらの結果を他国に提供することで、各国の高齢化指標の算定、ひいては高齢化施策の推進につながることを期待される。

A. 研究目的

現在世界各地域で高齢化が進行中である。高齢者の割合が急速に増加中であるアジア・ラテンアメリカのみならず、アフリカにおいても全人口の増加に応じて高齢者数が急激に増加しており、アジア、ラテンアメリカ、アフリカすべてにおいて今後 20 年間に高齢者数が 2 倍になると推計されている（UN 2024）。

このようなグローバルエイジングに対し、2002 年の高齢化に対する国連マドリード国際行動計画、国連の健康な高齢化十年計画（2021-2030）など、国際的な枠組みが整備されており、それに応じた各国の対策が進んでおり、そのような計画を実施につなげ、さらにその効果を適切に評価するためのモニタリングフレームワークが必要となる。日本政府（厚生労働省）および筆者らは、2020～2022 年度に、ASEAN-Japan Healthy and Active Ageing Index(HAAI)を作成し公表した（厚生労働省 2023）。それを元に現在、ASEAN 活動的な高齢化と技術革新センター（ACAI: ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation）が ASEAN Active Ageing Index(AAAI)を策定中である。

本研究では、ACAI による高齢化指標 AAAI 作成を支援し、さらにその枠組を、南アジア（スリランカ）、アフリカ（セネガル）において適用可能とするデータ基盤の調査と高齢化指標の試算を行うことを目的とした。

B. 研究方法

ACAI における AAAI 策定会議への参加、スリランカコロombo大学研究者との会議、セネガル・コートジボワールにおける高齢者対策の情報収集およびインターネット上の情報を収集することにより研究を実施した。

（倫理面の配慮）

本報告は、政策・モニタリングデータに関する情報を収集し、個人情報収集せず、またインターネット上に公表されている情報を用いており、当該部分において倫理面での懸念点はない。

なお、本分担研究を含む研究プロジェクト全体としては、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会による多機関共同研究一括審査の承認（承認番号：NIPH-IBRA#25013）を得て、実施している。

C. 研究結果

1. ACAI による ASEAN Active Ageing Index (AAAI)について

ASEAN における高齢化の取り組みは、2016 年ラオスで開催された第 19 回 ASEAN+3 サミットにおいて、「活動的な高齢化に関する ASEAN+3 共同声明

(ASEAN Plus Three Statement on Active Ageing)」(ASEAN 2016)が採択されたことを契機とする。その会議中にタイは ACAI の設立を表明し、2019 年 8 月、カンボジアにおける ASEAN 保健大臣会合において ACAI 設立合意(ASEAN 2019)が締結され、2020 年 5 月にはすべての ASEAN 加盟国が合意に署名した。コロナの期間中に活動は停滞したが、2021 年 7 月に最初の理事会が開催され、2024 年 2 月にはタイ保健省に隣接するノンタブリに新築オフィスが開設、9 月には初代事務局長が任命され、2025 年に入ると、5 年戦略計画(ACAI 2025)が策定され、実質的な活動が開始された。2026 年 3 月現在、地域行動計画を策定中である。

AAAI は 5 年戦略計画のアウトカム指標として位置づけられており、2025 年から 2029 年に至る 5 年戦略計画の 1~2 年目にその枠組と初期値の収集がなされることとなっている。第一フェーズは 2025 年 8~12 月で、指標の決定を行いその内容を 2026 年 1 月にタイ・バンコクで開催された PMAC (マヒドン皇太子賞会議)にて報告した。第二フェーズは 2026 年 1 月から 7 月までであり、2026 年 1~4 月にデータソースの特定、5 月にデータの質確認、7 月までにデータ入力が予定されている。インドネシア、マレーシア、シンガポール、タイ、ベトナムの 5 カ国より国別担当専門家 (country data focal point) が指名され、各国のデータ収集・算定に当たっている。

AAAI は図 1 に示すような 6 分野 62 指標から構成されている。2022 年の HAAI をベースとし、ACAI 戦略計画の項目に沿うように、デジタル分野、高齢者蔑視、環境・気候変動、高齢者に優しい町づくりに関する指標が追加された。また並行して ASEAN 内における NTA/NTTA¹作成・活用プロジェクトが進行しており、NTA/NTTA を用いた指標も導入された。

¹ NTA (National Transfer Account:国民移転勘定)、NTTA (National Time Transfer Account: 国民時間移転勘定) は、世代間の所得と時間のやりとりを示す経済統計枠組であり、国連により国民経済計算のサテライト勘定として各国で作成が進んでいる。



図1 ASEAN Active Ageing Index (AAAI)の構成 (2026年1月時点)

出典: Man (2026)

現在、分野別の各国のデータ選択と比較作業が行われており、予定通り7月までに5カ国のAAAIが完成することが見込まれる。これまでに判明したASEAN対象5カ国における、AAAIデータの有無、可用性 (availability) を表1に示した。

2. スリランカにおける高齢化指標について

スリランカは60歳以上の高齢者割合が16.8% (2023年、UN2024による) と、他の南アジア諸国と比べ各段に高く、高齢化対策にもいち早く取り組んでいる国である。高齢者に関するデータは、2012年の人口住宅センサスを用いた高齢化に関するテーマ別報告書があり (Perera 2017)、高齢者を対象とした縦断調査SLHAS (The Sri Lanka Health and Ageing Study) が2018年より実施されているが (Rannan-Eliya 2024)、外部資金に依存しているため、そのデータはまだ公表されていない。一方スリランカ統計局 (DCS: Department of Census and Statistics) は、1980/81年から実施されている労働力調査の後継である世帯収入支出調査 (HIES: Household Income and Expenditure Survey) において、2006/07年から健康、教育、住宅等に関する調査項目を付け加え、3年毎に調査を実施しており (DCS 2022)、2019年調査の個票データ (25%サンプル) をWeb経由で登録者に提供している²。個票の利用により、公表されている報告書に含まれていない、高齢者のみを選択した指標を計算することができる。このHIES調

² <https://nada.statistics.gov.lk/index.php/catalog/476>

査個票を用いた AAAI 指標の算定は、本報告書新杉報告において示されているが、データの有無・可用性について表 1 に示した。

3. セネガルにおける高齢化指標について

アフリカ、特にサブサハラアフリカにおいては、60 歳以上高齢者の割合は 1950 年から 2023 年までの実績では 5%前後で一定であったが、2024 年以降その割合上昇に転じ、2046 年には 7%に達すると推計されている。一方、寿命が延長し、総人口が莫大に増加しているなか、高齢者数の推移を見ると、1950 年から 2023 年にかけて 60 歳以上人口は 6.6 倍に増加し、2024 年からは 20 年間で 2 倍、30 年間で 3 倍、40 年間で 4 倍と、まさに倍々ゲームのように大幅な増加が見込まれている (UN 2024)。すでにアフリカの高齢者や高齢化については日本においては一定の研究がなされており (田川他 2016、増田 2016 など)、本報告執筆者である林・増田はアフリカ高齢化に関する研究にも従事している。

データに関し、サブサハラアフリカでは母子保健に特化した人口保健調査 (DHS: Demographic and Health Survey) がアメリカ開発庁 (USAID) による支援で広く各国で実施されていたが、2025 年からの第二次トランプ政権により USAID は閉鎖され、DHS は現在、ゲイツ財団の支援により期間限定で実施されている状況で、今後の見通しがまだたないところである (Molitoris et al. 2025, Abdel Ghany et al. 2026)。そもそも DHS は女性は 49 歳まで、男性は 50 歳代までと対象者には高齢者が含まれておらず、高齢者の状況を把握することはできなかった。また、アフリカの国でも多く実施されるようになった人口の全数調査であるセンサスは、カスタマイズされた集計表や個票形式で利用できるデータポータルである IPUMS International を通じ、性・年齢別の障害率を得ることができ、そこから高齢者の状況の分析も可能となるが (林 2016)、センサスの質問内容は限られており、また近年のセンサスデータ公表には遅れがある。

サブサハラアフリカにおける高齢者に特化した調査は、ケニア・クワレ地区の HDSS (Health and Demographic Surveillance System, Kaneko 2012) をはじめ、INDEPTH Network による南アフリカ、タンザニア、ケニア、ガーナにおける HDSS サイトの高齢者調査、国連 DESA 支援によるマラウィ高齢者調査 MISA (Government of Malawi Zomba 2017)、ガーナ、南アフリカにおける WHO SAGE 調査など複数ある。

アフリカ仏語圏においては、このような高齢者に関する調査データが限られていたところ、近年、貧困・労働に付け加え、健康・教育等に関する設問も含めた世帯調査 (EHCVM: Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages) が世界銀行の支援により西アフリカ経済通貨同盟 (UEMOA) 内の 8 か国すべて (ベナン、ブルキナファソ、ギニアビサウ、コートジボワール、マリ、ニジェール、セネガル、トーゴ)

で実施され、報告書のみならず、個票データもオンラインで登録の上、利用が可能となった。そこで今年度は、現地訪問を行ったセネガルについて、直近 2021/22 の EHCVM 個票データを用い、AAAI 指標の算定可能性を確認した（表 1）

表 1 ASEAN Active Ageing Index (AAAI)のデータ可用性

No	Domain	Item	Description	内容	ASEAN	Sri Lanka	Senegal
1	1. Policy & statistics	1	Multisectoral healthy and active ageing : yes/no	健康で活動的な高齢化に関する政策の有無	○	○	○
2		2	Health Care Policy on NCDs for Older Persons	高齢者 NCD 対策の有無	○	○	○
3		3	National Policy on Older Adults' Rights	高齢者権利に関する政策の有無	△	○	○
4		4	Legal Protection Against Age Discrimination	高齢者差別に関する政策の有無	△	○	○
5		5	Long-Term Care System Policy	介護システム施策の有無	○	○	○
6		6	Climate Change/Disaster Plan Inclusive of Older Persons	高齢者を包摂する気候変動/災害対策の有無	△	○	○
7		7	Older Population Proportion and Distribution (Statistical Data)	高齢者割合・分布に関する統計の有無	○	○	○
8		8	Vital Statistics (Including Cause of Death Registration)	死因を含む人口動態統計の有無	△	○	○
9		9	Health and Living Conditions Survey of Older Persons	高齢者の健康・生活状況調査の有無	△	○	○
10		10	Health Care Expenditure for Older Persons (Data Availability)	高齢者の医療費統計の有無	△	○	○
11		11	Number of Health and Long-Term Care Workers	医療・介護人材数統計の有無	△	○	○
12		12	Capacity of Long-Term Care Facilities (Data Availability)	介護施設定員数統計の有無	△	○	○
13		13	Availability of NTA/NTTA Data	NTA/NTTA データの有無	△	-	○
14	2. Income & livelihood security	1	Absolute poverty rate (Older Persons)	絶対的貧困率	○	○	○
15		2	Relative poverty rate (Older Persons)	相対的貧困率	△	○	○
16		3	Financial tools(Access to Financial Services)	経済的手段	△	-	○
17		4	Food insecurity (Older Persons)	食料不足	△	○	○
18		5	Employment of Older Persons	高齢者就労	○	○	○
19		6	Coverage of income security measures - public pension	公的年金	○	○	○
20		7	Coverage of income security measures - welfare benefits (Social Assistance)	社会福祉給付	△	○	○
21		8	Home ownership (Older Persons)	持ち家割合	○	○	○
22		9	NTA:Share of Consumption Funded by Labor Income (60+)	NTA 指標 1	△	-	○
23		10	NTA: Ratio of Labor Income of Older Persons to that of Prime-Age Adults	NTA 指標 2	△	-	○
24		11	NTA: Proportion of Public Health Expenditure in Total Health Expenditure of 60+	NTA 指標 3	△	-	○

25		12	NTA: Proportion of Consumption of 60+ from Public and Private Transfers	NTA 指標 4	△	-	○
26		13	NTA: Public Transfer Inflows to 60+ as % of GDP per Capita	NTA 指標 5	△	-	○
27	3. Health & quality of life	1	Life Expectancy at age 60	60 歳時平均余命	○	○	○
28		2	Healthy life expectancy at age 60	60 歳時健康余命	○	○	○
29		3	NCD mortality (Premature mortality from NCDs, SDG)	非感染性疾患 (NCD) 死亡率	○	○	○
30		4	Suicide mortality (Older Persons)	高齢者自殺死亡率	△	○	○
31		5	Depressive Symptom Prevalence (in Older Persons)	高齢者のうつの割合	△	○	-
32		6	Disability Prevalence (Washington Group/ADL/GALI)	障害割合 (WG/ADL/GALI 定義)	○	○	-
33		7	Prevalence of Dementia/Cognitive Impairment	認知症有病率	△	○	-
34		8	Subjective Self-Rated Health (Positive Perception)	主観的健康観	○	○	-
35		9	Unmet Need for Long-Term Care	介護の未充足ニーズ	△	-	-
36		10	Unmet Need for Healthcare	医療の未充足ニーズ	△	○	○
37		11	Physical Exercise (Including Walking)	運動習慣 (歩行を含む)	△	○	-
38		12	Access to holistic medicine (AYUSH, Traditional, Complementary, and Integrative Medicine:TCIM)	伝統医療のアクセス	△	-	-
39		13	Health Screening for Older Persons (Annual)	毎年の健康診断受診	△	-	-
40		14	Institutional Long-Term Care (LTC) Coverage Rate	施設介護割合	△	-	-
41		15	Availability of End-of-Life/Palliative Care Services	終末期/緩和ケアの提供有無	△	-	-
42	4. Social capital	1	Loneliness / social isolation	孤独/社会的孤立	○	○	-
43		2	Availability of Social Support when Needed	必要時の社会サポートの有無	△	-	-
44		3	Communication with Family or Friends (Frequency)	家族や友人とのコミュニケーション	△	△	-
45		4	Trust in the community	地域への信頼	○	○	-
46		5	Safety in the community (Feel Safe Walking Alone)	地域の安全	△	△	-
47		6	Care to children and/or grandchildren	子や孫の世話	△	-	-
48		7	Engagement of social activities (community, political & religious activities)	社会活動への参加 (地域/政治/宗教活動)	△	-	-
49	5. Capacity and enabling environment	1	Barrier-Free Public Space Access	公共空間のバリアフリー	△	-	-
50		2	Public Transport Accessibility	公共交通へのアクセス	△	-	-
51		3	Living in a house with safe drinking water	安全な飲料水が備わった住居	○	○	○
52		4	Living in a house with sanitary toilet	衛生的なトイレの備わった住居	○	○	○
53		5	Education (completed at least primary level)	教育 (初等教育修了レベル)	○	○	○
54		6	Prevalence of Elder Abuse/Neglect/Violence	高齢者蔑視/ネグレクト/暴力の状況	△	△	-
55		7	NTTA: Average Hours/Week of Unpaid Care Received (Family Care)	NTTA 指標 1	△	-	-

56	6. Digital Inclusion	8	NTTA: Age at which NTTA Net Consumption Turns Positive (for Women)	NTTA 指標 2	△	-	-
57		9	Environmental Risk Exposure (Heat / PM2.5 / Disasters for 60+)	高齢者の環境リスク（熱、PM2.5、災害）	△	-	-
58		10	Number of Age-Friendly Cities and Communities (AFCC) and Healthy Cities	高齢者に優しいまちの数	△	○	-
59		1	Having a Mobile/Smart Phone	携帯電話保有率	○	○	○
60		2	Access to the Internet	インターネットのアクセス	○	○	○
61	6. Digital Inclusion	3	Digital Skills	デジタルスキル	△	-	-
62		4	Access to Telemedicine	遠隔医療へのアクセス	△	-	-

注: ASEAN における○は対象 5 か国すべてでデータがあるもの、△はデータがない国があるもの。スリランカ・セネガルにおける○はデータがあることが確認できているもの、△はデータがあるが再検討が必要であるもの、-はデータが未確認であるもの。

D. 考察

既存の国際保健に関するデータは、DHS（Demographic Health Survey）や MICS（Multiple Indicator Cluster Surveys）等少なからずあるものの、USAID により重点的に資金供与されていた DHS はトランプ大統領による USAID 閉鎖の影響で、ゲイツ財団による期間限定の資金による MINI-DHS として必要最低限の調査が行われているところである。また MICS は UNICEF により実施されてきたが、DHS の代替となるまでの規模を有していない。そもそも、これらの調査は母子保健・感染症対策に資するデータを得ることを目的としており、調査対象年齢は女性では 49 歳、男性では 50～55 歳を上限としており、高齢者の健康に関するデータを提供するものではなかった。

一方、米国をはじめとした高所得国を中心に高齢者を対象とした調査は中所得国にも広がってきているが、依然としてその数は限られており、また中低所得国では援助などの外部資金に依存しており、スリランカやマラウイのように持続可能な調査実施が難しいケースも生じている。またこれらの調査は高齢者を対象としていることから、全人口およびミドル層との比較はできない。

今年度の情報収集により、従来貧困度を計測するために実施されていた世帯調査に、健康や障害に関する質問項目が導入された、大規模な調査が多くの中低所得国で実施され、またそのデータは登録した上で個票の提供を受けることも可能であることが判明した。これらの調査は全年齢を対象としており、報告書には記載がない高齢者については個票を利用して指標の算定が可能である。本報告で対象としたスリランカ、セネガルはそのような世帯調査の個票を用いたものであるが、同様な調査データは南アフリカ、その他の西アフリカ仏語圏（UEMOA 諸国）で利用可能である。なお、UEMOA 諸国のデータは世界銀行のポータルに掲載されている形をとっているが、南

アフリカやスリランカはそれぞれの統計局のポータルの中に掲載されており、中所得国では国のオーナーシップがあるといえる。

これら各国が提供する調査データを利用し公表することは、これら調査の持続可能性にも貢献することになる。活発な利用が推進されるべきである。

E. 結論

今年度は、ASEAN5 カ国の AAI は ACAI によりとりまとめが進んでおり 2026 年内には一通り値が算定され AAI 指標の取捨選択を経た確定がなされる見込みである。スリランカについては、コロンボ大学の研究者と共に、AAI 同様の指標を算定し、ASEAN との比較を行うことが可能である。セネガルについても、UEMOA の他の国と合わせて世帯調査個票データを用い、AAI 指標を算出し、アジアとの比較を行うことが可能である。これらについて来年度に実施する。

F. 引用文献

- ACAI (2025) “5-Year Strategic Plan”. <https://asean-acai.org/publications/asean-centre-for-active-ageing-and-innovation-5-year-strategic-plan-toward-regional-excellence-for-active-and-inclusive-resilient-ageing-society-6979dcb284e1b9ce4d27e8d4?type=book>
- ASEAN (2016) “ASEAN Plus Three Statement on Active Ageing”. <https://asean.org/wp-content/uploads/2016/09/Final-Draft-APT-Statement-on-Active-Ageing.pdf>
- ASEAN (2020) “Agreement on the Establishment of the ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI)”. <https://agreement.asean.org/media/download/20200903034258.pdf>
- Man, Vo Hue (2026) “Evidence for Policy: ASEAN Active Ageing Index project overview, milestones, and progress”, presentation made at the Side Event of PMAC 2026 “From Evidence to Action: Advancing Regional Strategies for Active Ageing” on 28th Jan. 2026, Berkeley Hotel Pratunam, Kensington Ballroom, 5th Floor.
- 厚生労働省 (2023) 『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』 2020 - 2022 年度 厚生労働行政推進調査事業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 における活動的で健康的な高齢期の推進に関する研究」資料. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202205007A-sonota3_1.pdf
- 田川玄・慶田勝彦・花渕馨也編 (2016) 『アフリカの老人-老いの制度と力をめぐる民族誌』 九州大学出版会.
- 林玲子 (2016) 「障害率からみたサブサハラアフリカの人口高齢化-センサスデータを使って」『アフリカ研究』 2016 巻 90 号、pp.47-58.
- 増田研 (2016) 「特集にあたって アフリカの人口高齢化：西暦 2100 年を見据えた調査

- と政策策定へ向けて」『アフリカ研究』2016 巻 90 号、pp.37-46.
https://doi.org/10.11619/africa.2016.90_37
- Abdel Ghany, Jasmin; Aasli A. Nur, Kerry L. D. MacQuarrie, Joshua Wilde, Elizabeth A. Sully, Mahesh Karra, Ursula Gazeley, Ben M. John, and Livia Montana (2026) "In the wake of USAID cuts, we can create a Demographic and Health Survey Program founded on more equitable data infrastructure and stronger research integrity" PNAS, Vol.123, No.9, e2513242123. <https://doi.org/10.1073/pnas.2513242123>
- Government of Malawi Zomba, UN DESA (2017) *Aging in sub-Saharan Africa: Multiple Indicator Survey on Ageing (MISA) in Malawi*,
<https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2019/04/MISA-Survey-Report.pdf>
- Joseph Molitoris, Vladimíra Kantorová, and Patrick Gerland (2025) "Assessing the impact of the loss of the Demographic and Health Surveys on global population and family planning data and estimates and on population research", Technical Paper, Population Division, UN DESA/POP/2025/TP/No. 10.
https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesd_pd_2025_technical-paper_dhs-impact.pdf
- Kaneko, Satoshi; James K'opiyo, Ibrahim Kiche, Sheru Wanyua, Kensuke Goto, Junichi Tanaka, Mwatasa Changoma, Morris Ndemwa, Osuke Komazawa, Mohamed Karama, Kazuhiko Moji, and Masaaki Shimada (2012) "Health and Demographic Surveillance System in the Western and Coastal Areas of Kenya: An Infrastructure for Epidemiologic Studies in Africa", *Journal of Epidemiology*, 22(3), pp.276-285, doi:10.2188/jea.JE20110078
- Perera, E.L.Sunethra J. (2017) *Ageing Population of Sri Lanka: Emerging Issues, Needs and Policy Implications, Thematic Report based on Census of Population and Housing 2012 UNFPA Sri Lanka*. https://srilanka.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA%20Ageing%20Monograph%20Report_0.pdf
- Rannan-Eliya, Ravindra P; Vajira H Dissanayake, Prasadini Perera, Bilesha Perera, H M Meththananda Herath, Nilmini Wijemunige, Shanti Dalpatadu, Sarath Samarage, Anuji Gamage, Renuka Jayatissa, and Eustace Y Fernando (2024) "Cohort Profile: The Sri Lanka Health and Ageing Study (SLHAS)", *International Journal of Epidemiology*, 53(2), dyae044. <https://doi.org/10.1093/ije/dyae044>
- UN: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024) *World Population Prospects 2024*, Online Edition.
<https://population.un.org/wpp/>

G.研究発表

1. 論文発表

- Rathnayaka, Wasana; Sunethra Perera, Chandani Liyanage, Fareena Ruzaik, Reiko Hayashi and Nuskiya Hassan (2025) "Neglect, Abuse, Social Isolation, and Loneliness

among Older Persons: Evidence from Case Studies in Urban, Rural and Estate Communities in Sri Lanka”, *Social Policy Population Dynamics in Sri Lanka: Socio-Economic and Health Perspectives*, Centre for Multidisciplinary Research and Innovation, Colombo University, Colombo University Press, Colombo, pp.227-255.

2.学会発表

Hayashi, Reiko, “Moderation for Theme 4 Age-friendly and enabling environments” ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI), Regional Action Plan Drafting Workshop on Active Ageing, Millenium Hilton Bangkok, Thailand (2025.9.9)

Hayashi, Reiko, “Population ageing and policy responses in Japan”, International Policy Exchange on Super - Aged Society, The Office of the National Economic and Social Development Council (NESDC), United Nations Population Fund (UNFPA) Thailand Country Office, HelpAge International, and the Foundation for Older Persons’ Development (FOPDEV), Online (2025.9.24)

Hayashi, Reiko, “Population ageing and policy responses in Japan and ASEAN”, Country Coordinator Knowledge Exchange and Training Round Table: Advancing Active Ageing in Asia, ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI), ANA Crowne Plaza Narita, Japan (2025.10.27)

林玲子「ケニア・クワレ県の高齢者の状況－アジアとの比較から」第40回日本国際保健医療学会学術大会 シンポジウム SY2、「アフリカの高齢者：ケニア農村調査から見えてきた住まい方、つながり方、終い方」帝京大学板橋キャンパス第2会場、東京都板橋区 (2025.11.1)

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)
「アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策」
令和 7 年度 分担研究報告書

「高齢化対策の国際動向および ASEAN における高齢者のミニマム・サービス・カバレッジに関する研究」

研究分担者

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

研究協力者

TJ Robinson T. Moncatar フィリピン大学マニラ校 公衆衛生学部 保健政策・行政学科 主任・准教授

研究要旨

【目的】本研究は、WHO および ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI) 等との連携のもと、各国における長期ケア政策および制度の実装状況を把握するとともに、高齢者に対するミニマムサービスカバレッジの構成要素を明らかにし、各国におけるサービス提供の状況を比較・検討することを目的とする。

【方法】国際動向の把握のため、WHO「健康的高齢化の 10 年」に関する加盟国向け情報セッションに参加し、関連資料を整理した。また、ACAI の国際プロジェクトに参画し、政策形成および制度実装の動向について情報収集を行った。ミニマムサービスカバレッジの分析には、WHO の長期ケアパッケージ（2024）を理論枠組みとして用い、日本の高齢者総合機能評価に基づく診療・ケアガイドラインを参照した。さらに、ASEAN 地域における健康格差を把握するため、スコーピングレビューを開始した。

【結果】WHO の報告より、世界的な高齢化の進展とともに、健康寿命と平均寿命の乖離、長期ケア体制の未整備、資源不足などの課題が明らかとなった。また、ミニマムサービスカバレッジは、慢性疾患管理、機能回復、長期ケア・生活支援を含む包括的概念として整理された。タイの医療保障制度では、慢性疾患管理に加え、リハビリテーション、白内障手術、補助具提供などが組み込まれ、条件付き給付や質管理の仕組みが導入されていた。さらに、東南アジアにおけるスコーピングレビューでは約 120 編の文献を精査中であり、社会経済状況や地域差等が健康格差の主要因として抽出されつつある。

【考察】高齢者に対するサービスは、医療中心から機能維持・生活支援を含む統合的アプローチへと転換しつつある。一方で、各国における制度整備や資源配分の違いにより、サービス提供の格差が依然として存在する。タイの事例は、限られた資源の中で包括的サービスを提供するモデルとして示唆に富む。また、UHC の進展のみでは健康格差の解消には不十分であり、社会的決定要因を含む多面的対応が必要である。

【結論】本研究により、高齢者に対するミニマムサービスカバレッジは、慢性疾患管理、機能回復、長期ケア・生活支援を統合した包括的サービスとして構成されることが明らかとなった。また、各国における制度設計や資源配分の違いにより、同様の枠組みであってもサービス提供の内容や到達度に差異が生じていることが示唆された。さらに、UHC の進展下においても健康格差は依然として残存している可能性があり、制度設計に加えて社会経済的要因への対応が重要であると考えられた。

A. 研究目的

本分担研究では、WHO および ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI) 等との連携のもと、各国における長期ケア政策および制度の実装状況を把握するとともに、高齢者に対するミニマムサービスカバレッジの構成要素を明らかにし、各国の制度におけるサービス提供状況を比較・検討することを目的とする。さらに、これらの分析を通じて、研究班内の他分担研究で整理された概念およびプロセスが各国の制度的・社会的文脈においてどのように適用または適応可能であるかを検討する。

B. 研究方法

本年度は、国際動向の把握を目的として、2025 年 9 月 3 日に WHO が開催した「健康的高齢化の 10 年（2021–2030）」に関する加盟国向け情報セッションに参加し、関連資料の収集・整理を行った。また、ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI) の国際プロジェクトに専門家として参画し、地域レベルにおける政策形成および制度実装の動向について情報収集を実施した。

高齢者に対するミニマムサービスカバレッジの構成要素の分析にあたっては、WHO が 2024 年に公表した「Long-term care for older people package for universal health coverage」を理論的枠組みとして用い、同パッケージに示される介入（コアおよび拡張項目）に基づき整理した。日本の文脈においては、高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment: CGA）に基づく診療・ケアガイドライン（2024 年改訂）を参照し、フレイル、認知症、ポリファーマシー、慢性疾患管理等に対応する包括的ケアの内容を整理した。本年度はタイにおいて情報収集を行った。

加えて、フィリピン大学との連携のもと、ASEAN 地域におけるミニマムサービスカバレッジの評価に先立ち、関連文献の体系的把握を目的としたスコーピングレビューを開始した。

研究協力者：TJ Robinson T. Moncatar, RN, MPH, PhD

Chair and Associate Professor, Department of Health Policy and Administration
College of Public Health, University of the Philippines Manila.

Deputy Centre Director, SEAMEO TROPMED Regional Center for Public Health,
Hospital Administration, Environmental and Occupational Health

（倫理面の配慮）

本研究は、公開資料および既存文献の分析を中心としており、個人を特定し得る情報は扱っていない。

C. 研究結果

1. 高齢化対策の国際動向について – WHO 加盟国向け情報セッションより

WHO「健康的高齢化の 10 年（Decade of Healthy Ageing）」に関する会議では、世界的な人口高齢化の現状、健康的高齢化の概念、国際的な取り組みの進捗および今後

の方向性について包括的な説明がなされた。

まず、背景として提示された世界の人口動態は、高齢化の急速な進展を明確に示しており、2030年には世界人口の6人に1人が60歳以上となり、2050年にはその割合が5人に1人に達すると予測されている。また、平均寿命の延伸に対して健康寿命の伸びが追いついておらず、両者の差は拡大傾向にある。このことは、高齢期における疾病や機能低下とともに生活する期間が長期化していることを意味している。さらに、高齢女性が男性よりも長く不健康な状態で生活する傾向や、高齢者の約3分の2が中所得国に居住している点など、健康格差および社会経済的要因との関連も強調された。加えて、2020年時点で少なくとも1億4200万人の高齢者が基本的ニーズを満たせていない状況にあることが報告されており、高齢化は単なる人口構造の変化にとどまらず、社会保障やケア体制の持続可能性に直結する重要課題であることが示された。

次に、WHOが提唱する「健康的高齢化（Healthy Ageing）」の概念について説明がなされた。健康的高齢化とは、「高齢期のウェルビーイングを可能にする機能的能力を発展させ維持する過程」と定義されており、単なる疾病の有無ではなく、個人の身体的・精神的能力（intrinsic capacity）とそれを取り巻く環境、さらには両者の相互作用によって規定される機能的能力に焦点を当てる点に特徴がある。このアプローチは権利基盤型（rights-based）の視点を重視しており、高齢者の尊厳や社会参加の保障を含む包括的な概念として位置付けられている。

本セッションでは、「健康的高齢化の10年」を推進するための4つの主要アクション領域についても詳述された。第一に、エイジズム（年齢に基づく偏見・差別）の解消である。報告によれば、世界の約半数の人々が高齢者に対して何らかのエイジズム的態度を有しており、これは健康状態の悪化や社会的孤立、さらには死亡リスクの上昇とも関連する重要な社会的決定要因であるとされる。WHOは、エビデンスの蓄積やグローバルキャンペーンの展開、さらにはエイジズムを測定する指標の開発などを通じて、この課題に取り組んでいる。

第二に、高齢者にやさしい環境（Age-friendly environments）の整備である。WHOは、都市や地域社会の構造を高齢者にとってアクセスしやすく、参加しやすいものへと変革することを目的として、「エイジフレンドリー都市・コミュニティのグローバルネットワーク」を主導しており、60か国以上、1700を超える都市・地域が参加している。この取り組みは、住宅、交通、社会参加、医療アクセスなど多面的な環境整備を通じて高齢者の自立と社会参加を促進するものである。

第三に、統合ケア（Integrated Care）の推進である。現在、世界人口の相当数が基本的な保健医療サービスにアクセスできていない状況にあり、提供されている場合でもサービスの断片化が課題となっている。これに対し、統合ケアはライフコース全体を通じた継続的かつ包括的なサービス提供を目指すものであり、WHOは「ICOPE（Integrated Care for Older People）」モデルの普及を通じて、地域およびプライマリケアにおける実装を支援している。

第四に、長期ケア（Long-term Care）*の強化である。高齢者の約65%が日常生活において何らかの支援を必要とするとされる一方で、多くの国において長期ケア体制は十分に整備されていない。特に、家族などによるインフォーマルケアへの依存が大

きく、制度的支援の不足が顕著である。WHO は、持続可能で公平な長期ケアシステムの構築に向けて、政策枠組みの提示や各国への技術支援を進めている。（*注：Long-term care は日本および欧米諸国では「介護」の意味合いが大きいですが、ASEAN を始めとする開発途上国では概念形成が進んでいない。WHO は長期ケアを、“身体的・精神的能力の低下がある人々に対し、基本的権利と尊厳を保持しつつ機能的能力を維持することを目的とした、医療および社会的支援を含む統合的サービス”と定義している）

これらの取り組みは一定の進展を見せているものの、依然として複数の課題が残されている。特に、各国における資源不足やデータの不足、政策優先度の変動などが進捗の阻害要因として指摘された。また、長期ケア政策の整備が進んでいない国も多く、国際的な格差の是正が重要な課題となっている。

今後の方向性として、WHO は 2026 年以降の重点領域を提示している。具体的には、高齢者の人権を保障する国際的枠組みの強化、統合ケアおよび長期ケアの制度化支援、データおよび研究基盤の強化、多部門連携の推進などが挙げられる。また、2026 年には「健康の高齢化の 10 年」の中間評価が予定されており、各国に対して進捗報告が求められることとなっている。以上を踏まえると、健康の高齢化は単なる医療課題ではなく、社会保障、都市政策、労働政策などを含む多領域にまたがる包括的な課題であることが明らかである。特に、健康寿命の延伸とともに生活の質（Quality of Life）の向上を重視する視点、医療と介護の統合、そしてエイジズムの解消による社会的包摂の促進が重要である。日本のような高齢化先進国においては、これらの取り組みを国内で深化させるとともに、国際的な知見の共有と他国支援への貢献が今後ますます求められると考えられる。

2. 高齢者に対するミニマムサービスカバレッジの概念（総論）

高齢化の進展に伴い、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成においては、高齢者に対する「ミニマムサービスカバレッジ（minimum service coverage）」の明確化が重要な課題となっている。これは、高齢者が健康状態や機能レベルに応じて最低限アクセスすべき医療・介護・生活支援サービスの範囲を定義するものであり、単なる医療保障にとどまらず、生活機能の維持や生活の質（Quality of Life: QOL）の向上を含む包括的な概念である。

WHO が提示する長期ケアパッケージにおいては、高齢者に対するサービスは大きく、①慢性疾患管理、②機能回復・維持、③長期ケアおよび生活支援、の 3 つの側面から整理される。特に、心血管疾患、糖尿病などの慢性疾患に対する継続的な外来診療・薬物療法に加え、リハビリテーション、補助具（補聴器等）、視覚・口腔機能の回復支援など、日常生活機能に直結するサービスが重要な構成要素となる。

また、ミニマムサービスカバレッジの特徴として、第一に、疾病治療のみならず生活機能の維持・回復を重視する点、第二に、医療と社会的支援を統合したサービス提供を前提とする点、第三に、各国の制度や資源状況に応じて段階的に適用・拡張されるべき枠組みである点が挙げられる。さらに、サービス提供においては、事前評価（アセスメント）や適切な対象者選定、質の管理といった仕組みが不可欠である。

このように、高齢者に対するミニマムサービスカバレッジは、医療保障制度の枠を超え、長期ケアシステムの基盤として位置付けられるべきものであり、UHCの実現に向けた重要な構成要素である。

3. タイにおけるミニマムサービスカバレッジの実践例

タイにおいては、国民医療保障制度（Universal Coverage Scheme: UCS）が中心となり、高齢者を含む国民の大部分（約 7 割）を対象とした医療保障が提供されている。UCS は税財源を基盤とし、外来・入院医療に加えて慢性疾患管理や薬剤費補助を含む包括的なサービスを提供している点に特徴がある。

高齢者に対するサービス内容を見ると、まず慢性疾患管理が中核を成している。高血圧、心不全、糖尿病などに対しては、外来診療および薬剤費補助が広く提供されており、基本的に自己負担なしでアクセス可能である。これらの薬剤は国家必須医薬品リストに基づき提供され、プライマリ・ケアレベルでの継続的管理が重視されている。

さらに、機能回復および QOL 向上を目的とした医療・支援サービスもカバーされている。具体的には、脳卒中後のリハビリテーション、白内障手術、透析治療、補聴器、義歯などが対象となっており、これらは高齢者の日常生活機能の維持に直接寄与するサービスである。特に白内障手術や透析については一定の費用基準が設定されており、効率的かつ標準化されたサービス提供が図られている。

また、これらのサービス提供にあたっては、条件付き支援の仕組みが導入されている点も特徴的である。例えば、補聴器や義歯の提供には事前評価が必要であり、対象者の状態に応じた適切な給付が行われる。さらに、地域単位での目標設定や質管理制度が導入されており、サービスの均てん化と質の確保が図られている。

加えて、薬剤提供については、病院のみならず地域の薬局を活用した提供体制が整備されており、プライマリ・ケアの強化とアクセス向上が実現されている。これにより、高齢者が継続的に必要な薬剤を受け取りやすい仕組みが構築されている。

以上のように、タイの UCS におけるミニマムサービスカバレッジは、慢性疾患管理を基盤としつつ、機能回復・生活支援サービスを組み合わせた包括的な構成となっている。また、条件付き支援や質管理の導入により、限られた資源の中で効率的かつ公平なサービス提供が実現されている点は、他国にとっても示唆に富む事例である。

（文末資料①②参照）

4. スコーピングレビューの経過報告

本研究では、東南アジア地域における高齢者の健康格差の実態と関連要因を体系的に整理することを目的として、スコーピングレビューを実施している。本レビューは、急速に進行する高齢化と社会経済格差の拡大を背景に、同地域における高齢者の医療・ケアへのアクセスや利用における不平等の構造を明らかにし、政策的示唆を導出することを目的とする。

本レビューでは、健康格差（health equity）を「すべての人が最適な健康状態を達成するための公平かつ公正な機会を有する状態」と定義し、特に高齢者における医療

アクセス、サービス利用、未充足ニーズ、経済的保護、健康アウトカム等の側面に着目する。既存研究では、健康格差の概念的整理は進んでいるものの、東南アジア地域において実証的エビデンスを横断的に整理した研究は限られていることから、本レビューは地域横断的な知見の統合を試みるものである。

方法としては、PRISMA ガイドラインに準拠し、PubMed データベースにおける文献検索を行った。対象は東南アジア 11 か国における高齢者を対象とした量的・質的研究とし、医療サービス利用や未充足ニーズ、健康格差に関連する要因を報告した研究を含めた。データ抽出では、対象国、研究デザイン、対象集団、健康格差に関連する指標および関連要因等を整理し、記述的統合（narrative synthesis）により分析を行う設計とした。

現在、約 120 編の関連文献のスクリーニングおよび精読を進めており、健康格差に関連する要因として、社会経済状況、居住地域（都市・農村）、教育水準、保険制度の違い等が重要な規定要因として抽出されつつある。また、各国におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の進展にもかかわらず、サービス利用や健康アウトカムにおける格差が残存していることが示唆されている。次年度は本レビューにより、東南アジア地域における高齢者の健康格差の構造および共通課題を明らかにするとともに、今後の比較研究および指標開発、ならびに公平性を考慮した保健医療政策の強化に資する知見を提供することを目指す。

D.考察

本研究の結果から、高齢化の進展に伴い、医療中心のアプローチから、機能維持および生活支援を含む統合的なケアへの転換が国際的に求められていることが確認された。WHO は健康的高齢化を「高齢期のウェルビーイングを可能にする機能的能力を維持・発展させる過程」と定義しており、従来の疾病中心モデルから、生活機能や環境要因を含む包括的な視点への転換を提唱している¹⁾。本研究で整理されたミニマムサービスカバレッジの構成要素（慢性疾患管理、機能回復、長期ケア・生活支援）は、この概念と整合的であり、今後の高齢者ケアの基本枠組みとして位置付けられると考えられる。

また、WHO および国連が推進する「健康的高齢化の 10 年（2021-2030）」は、高齢者の生活の質の向上を目的とした多部門連携の枠組みであり、エイジズムの解消、年齢にやさしい環境の整備、統合ケアの推進、長期ケアの確立の 4 領域を中核としている²⁾。本研究で確認された各国の政策動向もこれらの方向性と一致しており、国際的な政策枠組みが各国の制度設計に影響を与えていることがうかがえる。一方で、WHO の報告では、これらの取り組みに必要な資源は多くの国で不足しており、特に低・中所得国では制度実装の遅れが課題として指摘されている³⁾。本研究においても、長期ケア体制の未整備やデータ不足といった課題が共通して確認されており、制度設計に加えて実装能力の強化が不可欠であると考えられる。

さらに、タイの UCS の事例は、限られた財源の中で包括的サービスを提供するモデルとして重要な示唆を与える。慢性疾患管理を基盤としつつ、リハビリテーションや補助具提供など生活機能に直結するサービスを組み合わせて提供している点は、

WHO が提唱する統合ケアの方向性と一致している。しかしながら、先行研究では、UHC 導入後も健康アウトカムの改善が均等ではなく、社会経済的地位による格差が残存することが報告されている。例えば、タイの高齢者を対象とした研究では、健康状態の改善が比較的富裕層に偏る傾向が示されている⁴⁾。本研究におけるスコーピングレビューの中間結果でも、社会経済状況や地域差が健康格差の主要な規定要因として抽出されており、医療アクセスの拡大のみでは健康格差の解消には不十分であることが示されている。このような結果は、健康格差が医療サービスの供給不足だけでなく、教育、所得、居住環境などの社会的決定要因に強く規定される構造的問題であることを示唆している。先行研究においても、健康格差はライフコースを通じた累積的な不利の結果として生じるとされており、高齢期においてその影響が顕在化することが指摘されている⁵⁾。したがって、UHC の推進に加えて、社会保障や地域政策を含む多部門的なアプローチが求められる。

さらに、本研究で進めているスコーピングレビューの過程から、東南アジア地域における健康格差研究は国別の分析が中心であり、地域横断的な比較や統合的評価が不足していることが明らかとなっている。この点は、政策比較や指標開発の観点から重要であり、今後は標準化された評価枠組みの構築が必要である。WHO も健康的高齢化の進捗評価に向けてデータ基盤の強化を重要課題としており⁶⁾、本研究の方向性は国際的な研究動向とも整合している。

以上より、本研究は、高齢者に対するミニマムサービスカバレッジの構造と各国における実装状況を整理するとともに、UHC の進展下においても健康格差が残存する可能性があり、制度設計に加えて社会経済的要因への対応が重要であることを示した点に意義がある。今後は、各国の制度的文脈を踏まえた比較研究を深化させるとともに、健康格差の測定指標および評価手法の確立が求められる。

E. 結論

本研究により、高齢者に対するミニマムサービスカバレッジは、慢性疾患管理、機能回復・維持、長期ケアおよび生活支援を統合した包括的サービスとして構成されることが整理された。また、各国における制度設計や資源配分の違いにより、同様の枠組みに基づきながらもサービス提供の内容や到達度に差異がみられることが示された。特に、タイの事例は、限られた資源の中で包括的サービスを提供する実践モデルとして有用な示唆を与えるものである。一方で、スコーピングレビューの進捗から、UHC の進展にもかかわらず、社会経済状況や地域差等に起因する健康格差が残存している可能性が示されている。これらの結果から、高齢者ケアの充実に向けては、医療制度の整備に加え、社会的決定要因への対応を含む多面的な政策的アプローチが重要であると考えられる。今後は、各国の制度的文脈を踏まえた比較研究を深化させるとともに、健康格差の評価指標の整備が求められる。

F.引用文献

1. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: Baseline report. Geneva: WHO; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
2. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing (2021–2030). <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
3. World Health Organization. Progress report on the UN Decade of Healthy Ageing. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240076655>
4. Kaikaw S, Punpuing S, Chamchan C, Prasartkul P. Socioeconomic inequalities in health outcomes among Thai older population in the era of Universal Health Coverage. *Int J Equity Health*. 2023;22:144.
5. Carroll C, Sworn K, Booth A, Tsuchiya A, Maden M, Rosenberg M. Equity in healthcare access and service coverage for older people: a scoping review. *Integr Healthc J*. 2022;4:e000092.
6. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: data and monitoring framework. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing/data>

G.研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

Tomoko Kodama. LTC framework and Minimum service coverage for older people. ASEAN IRP Research Symposium on Active Ageing. 8 October 2025. Brunei Darussalam.

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

資料①

タイUHC（UCS） 高齢者医療・支援サービスサマリー

領域	対象サービス	支払い・補助概要	単位・費用目安（バーツ）	備考
心血管疾患	虚血性心疾患、心不全、高血圧管理	外来診療、薬剤費補助	薬価基準に準拠	高血圧・心不全の定期管理、生活習慣指導含む
脳卒中	急性期治療、リハビリ	入院・リハビリ費用補助	個別設定	早期診断・リハビリ推進対象、高齢者は優先評価
糖尿病	診断、血糖管理、合併症管理	外来診療、血糖測定、薬剤費補助（インスリン含む）	個別設定	定期スクリーニング、合併症管理
がん	手術、化学療法、放射線治療	入院治療費補助、薬剤・放射線治療費含む	個別設定	高齢者は副作用リスク管理が重点
透析（腎不全）	PD、HD、APD、腎移植	薬剤・医療機器・治療費含む	PD: 15,000/月、APD: 18,000/月	赤血球刺激薬支給、効率・質向上インセンティブあり
白内障手術	白内障手術＋眼内レンズ	合併症なし: 5,000～7,000/眼、合併症あり: 9,000/眼	レンズ費用: 折りたたみ 2,800/個、硬性 700/個	高齢者優先、地域目標・品質管理制度あり
補聴器	人工耳小骨、人工耳、人工内耳、鼻補綴	実費上限またはネットワーク経由支援	人工耳小骨: 2,700～4,500/個、人工耳: 10,800/片耳、人工内耳: 支援	高齢者の難聴補助、条件付きリハビリ・評価含む
義歯	総義歯、部分義歯、歯科インプラント	5年ごと1人1セットまで。材料費・印象費込み	総義歯片側: 2,400/個、上下セット: 4,400/セット、部分義歯1-5歯: 1,300/個、5歯以上: 1,500/個、インプラントセット: 支援	咀嚼機能回復が主目的、高齢者中心

慢性疾患管理が中心：心血管疾患、糖尿病、高血圧など、外来・薬剤・生活指導の補助が充実。
機能回復・QOL向上：透析、白内障手術、義歯、補聴器など、生活の質に直結する医療・支援が補助対象。
条件付き支援：補聴器や人工内耳、義歯などは使用条件や事前承認が必要。
地域・効率・質管理：白内障手術、透析、補聴器などは地域目標設定や品質評価制度あり。

（出典：Fee schedule of UHC in Thailandより著者作成）

資料②

薬剤費補助の概要（UCS）

疾患・対象	内容	備考
高血圧	降圧薬（ACE阻害薬、ARB、カルシウム拮抗薬、利尿薬など）の費用補助	外来診療で処方される薬剤が対象。自己負担は基本的になし
心不全・虚血性心疾患	利尿薬、β遮断薬、抗血小板薬、スタチンなどの補助	併存疾患が多い高齢者も対象
糖尿病	経口血糖降下薬、インスリンなどの費用補助	血糖測定用品（試験紙）も含む場合あり
腎不全透析患者	赤血球刺激薬、透析関連薬剤	赤血球刺激薬は定期支給（例：4,000単位/2回/週）
白内障手術・義歯・補聴器	手術関連薬、抗菌薬、麻酔薬など	一般的な手術関連薬費用は治療費に含む

- UCSでは慢性疾患管理のための薬剤は基本的に自己負担なしで提供。（右のThailand: National List of Essential Medicinesに記載があれば無料）
- 特に糖尿病（インスリン含）・高血圧・心血管疾患は高齢者に多く、薬剤費補助は生活の維持に直結。認知症治療薬（塩酸ドネペジルもあり）
- 通常病院・保健センター・薬局で提供され、薬の種類や量は医師の判断に基づく。
- UCS加入者は薬局と提携して、16種類の一般的な病気に対する薬を薬局で無料で受け取れる。これは「外来薬剤」を指す。（Strengthen primary care through pharmacies：NHSO）
- UCS登録者は、病院受診後に近所の薬局で薬を受け取ることができる制度あり。（UCS medicine delivery initiative：NHSO）



Thailand: National List of Essential Medicines (NLEM) 2021 (Thai)

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)
「アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する
施策や制度の提言に資する研究」

令和 7 年度 分担研究報告書

「東アジアの高齢者対策の動きと特徴」

研究分担者

小島克久 (城西国際大学)

研究要旨

【目的】

本研究は、東アジア（日本、韓国、台湾、中国）の高齢者対策がどのように進められたかを分野別に概観するとともに、その方向や内容はわが国と同じか否かも検証することを目的として進めた。

【方法】

本研究では、東アジアの高齢者対策に関する先行研究、公表された政策資料、統計を収集、分析という、文献研究、政策資料・統計の二次分析という方法を採用した。

(倫理面の配慮)

本研究は、文献研究、公表資料の二次分析にあたる。アンケート調査は実施していない。ただし、研究にあたっては、「城西国際大学における公正な研究活動の推進に関する規程」などの分担研究者の所属機関の規定を遵守した。

【結果】

東アジアの①高齢者対策全般、②医療、③年金、④介護の 4 つを取り上げてその経緯と、②～④については現在の制度イメージを概観した。その結果、どの分野でも各国・地域それぞれの動きが見られた。これらの分野に共通するパターンとして、日本で対策が先行し、韓国、台湾がこれに続く。中国は後発で急速に対策を進める。その結果、医療、年金では皆保険・皆年金の達成またはこれに相当する状態を達成している。介護制度は貧困対策の一環の時代を含めるとすべての国と地域の歴史は長い。しかし上記のパターンは当てはまる。しかし、②から④の分野の現在の制度イメージは多様である。

つまり、東アジアの高齢者対策は、1) 各国・地域がそれぞれの経緯がある、2) その結果構築された制度も多様である、である。高齢者対策で日本が先行し、東アジアの国や地域が日本の経験を参照しても、そのまま取り入れている訳ではない。これが医療などで多様な制度イメージになっている。そのため、日本を参考にする面、独自の対応をする面の両方があるといえよう。

【結論】

日本の高齢者対策の経験として、日本の経験で伝えられる部分とそうでない部分があると考えられる。また、伝えられる部分でもカスタマイズする必要、日本が経験しなかった政策もオプションとして盛り込むことも東南アジアなどにとって有用であろう。

※詳細は次ページおよび別添の論文を参照。

A. 研究目的

高齢化の進行は世界的に進んでいるが、その進行度合いは地域により異なる。例えば、低中所得国の多い地域では、十分な医療保障制度や介護制度が整備されていない場合が多い。また、年金制度も十分ではない。一方で、わが国を含む東アジアは経済成長を遂げた地域であるとともに、医療、年金、介護制度などを通じた高齢者対策が進められている。しかし、東アジアの中でもその進行度合いや内容に違いがあり、わが国を先行事例とすると、韓国や台湾は後続事例、中国は後発事例と考えることができる。これらの国や地域では、わが国の経験を参考にする一方で、独自の動きも見られる。

このような問題意識のもと、本研究では東アジアの高齢者対策がどのように進められたかを分野別に概観するとともに、その方向や内容はわが国と同じか否かも検証することを目的とする。さらに、ここから得られる東南アジア、南アジアなどにわが国の高齢者対策の経験を伝える上で留意すべき政策的示唆も考察する。

B. 研究方法

本研究は、東アジア（日本、韓国、台湾、中国）の高齢者対策全般、医療、年金、介護制度を対象にした先行研究の収集を行った。その上で研究方法として、日本、中国、韓国、台湾に関する、高齢者対策全般、医療、年金、介護の分野に関する研究成果の活用、本研究事業などで進めたこれらの国や地域の政策資料、統計の収集、分析という、文献研究、政策資料・統計の二次分析という方法を採用した。特に後者については、中国、韓国、台湾の政策当局の公表資料や統計の収集、OECDなどの国際機関で中国や韓国の統計が収録されている資料を収集した。

（倫理面の配慮）

本研究は、日本、中国、韓国、台湾の高齢者対策に関する研究成果、公表された政策資料や統計を用いた研究という、文献研究、公表資料の二次分析にあたる。そのため、アンケート調査は実施していない。ただし、研究にあたっては、「城西国際大学における公正な研究活動の推進に関する規程」などの分担研究者の所属機関の規定を遵守した。

C. 研究結果

本研究の研究結果をまとめると以下のとおりである。

東アジアの高齢者対策について、①高齢者対策全般、②医療、③年金、④介護の4つを取り上げ、その経緯と、②～④については現在の制度イメージを概観した。どの分野でも各国・地域それぞれの動きが見られた。①の高齢者対策全般では、日本が最も対策が先行し、韓国、台湾がこれに続く。中国は1980年代からさまざまな動きが見られ、例えば老人権益保障法の制定は1990年代半ばであり、決して対策が遅れている訳ではなかった。

②の医療保険制度では、日本が1961年に皆保険達成で先行し、韓国が1989年、台湾が1995年に皆保険達成で後続グループにある。これらの国や地域では、現在の医療保険加入者数の人口カバレッジは100%に近い。中国は1990年代以降に医療保険制度が

整備され、人口のカバレッジでは皆保険の状態である。保健医療支出の公共部門負担割合をみると、②現在の日本は90%程度、韓国、台湾、中国は60%程度と、先行グループの日本、後続グループの韓国、台湾、中国となる。制度イメージも職業と年齢に応じた異なる医療保険に加入する日本、ひとつの医療保険で皆保険を支える韓国と台湾、地域と職業で医療保険が分かれている中国と多様である。

③の年金制度では、日本が1961年に皆年金達成で先行し、韓国が1988年、台湾が2008年に皆年金達成で続く。中国は1990年代以降に年金制度が整備された。将来の年金受給世代であり、現在保険料を負担する年金保険加入者数の15～64歳の人口に対する比で見ると、現在の日本と台湾は80%程度、韓国は60%台である。中国は100%を超える。つまり、年金制度の対象となる人はおおむねカバーできていると考えられる。制度イメージも全国民に共通の基礎年金を持ちつつ、職業による加入する年金制度が異なる日本、職業により制度が分かれ、税財源の基礎年金がある韓国、税財源の福祉手当を基層として職業別の年金制度がある台湾、地域と職業で年金制度が分かれている中国と多様である。

④の介護制度は、すべての国と地域で貧困対策の一環としての時期を含めると長い歴史がある。一方で、高齢者福祉、介護（保険）制度の創設で言うと、日本がそれぞれ1963年と2000年で先行し、韓国がそれぞれ1981年と2008年、台湾がそれぞれ1980年と2007年で後続する。中国は2016年に介護保険パイロット事業が実施されるなど後発に位置する。制度イメージも高齢者に重点が置かれた介護保険を持つ日本、全国民が加入するが給付は高齢者がほとんどである韓国、高齢者だけでなく若年障害者などもひとつの介護制度で対応する台湾、実施都市により制度内容が多様な介護保険パイロット事業を行う中国と、介護制度でも多様な制度イメージである。

D.考察

上記の結果から考えられることとして、東アジアの高齢者対策は、1) 各国・地域がそれぞれの経緯がある、2) その結果構築された制度も多様である、である。高齢者対策で日本が先行し、東アジアの国や地域が日本の経験を参照しても、そのまま取り入れている訳ではない。介護保険を例にすると、韓国は日本の経験を参照し、社会保険方式の介護制度を導入した。しかし、保険者は国民健康保険公団という政府系の医療保険者であり、国営保険である（日本では市町村が保険者という地域保険）。台湾も日本の経験を参照し、多様な介護サービス提供、特に訪問介護、福祉用具や住宅改修、地域密着ケアの仕組みは日本を参考にした。一方で、財源は税財源であり、要介護認定の仕組みは台湾独自の仕組みである。つまり、経済が発展し、急速に高齢化が進み地理的に近接している東アジアの国や地域では、日本のような先行ケースを参照しても、日本を参考にする面、独自の対応をする面の両方があるといえよう。

E.結論

本研究の結論として、CとDからまとめられることは以下のとおりである。

高齢者対策を概観すると、東アジアの中でも各国・地域それぞれの経緯と制度の姿がある。つまり、東アジアの高齢者対策は、各国・地域による多様性がある。日本が先行し、韓国、台湾が後続、中国が後発という構図を描くことができるが、日本を参

考に類似の仕組みになった、そうでない仕組みを採用したなど、日本の経験で伝えられる部分とそうでない部分があると考えられる。例えば、日本は医療、年金、介護などで社会保険方式の制度を構築してきた。特に都道府県や市町村という地方自治体の単位で制度を運営する地域保険の仕組みの経験が豊かである。この方式を機能させるには、ある程度の広さの国土があり、人口などで地域差が存在する、地方自治体の行政の仕組みや組織が整っている、国、都道府県、市町村という国と地方の連携関係が強固であるという条件が整っている必要がある。韓国はソウルをはじめ多様な地域から構成されるが、国土は日本よりも小さく、介護保険では国民健康保険公団という医療保険の政府の組織、人材を活用する方が効率的な制度運営ができる。そのため、韓国で介護保険を検討する際には、日本の経験を参考にしたが、最終的には韓国の事情も踏まえた制度になった。つまり、日本の経験がそのまま伝える、活用できるかは、その国や地域の社会経済的な条件をよく検討した上で判断する必要がある。また、日本の仕組みを現地の実情に合わせたカスタマイズも必要であろう。

日本と異なる制度内容を選んだとしても、日本の経験を参照した検討した結果である場合もあり得る。日本の経験がどのような条件で成り立つのか、成り立たない場合はどんな仕組みがよいのかというオプションも日本側から提示できることも重要かと思われる。

東南アジアなどの他の国や地域は、東アジア以上に人口、社会経済、高齢者対策などの社会保障制度の経験の多様性が大きいと考えられる。そのため、日本の経験を伝える際には、日本の仕組みがふさわしいのか、それ以外の仕組みがふさわしいのかという幅広い政策オプションが提示できることが望ましいと考えられる。

※本研究のさらに詳細な内容は別添論文を参照

F.引用文献

1. 広井良典・駒村康平（編著）（2003）『アジアの社会保障』東京大学出版会.
2. 増田雅暢（編著）（2008）『世界の介護保障』法律文化社.
3. 加藤智章・西田和弘（編著）（2013）『世界の医療保障』法律文化社.
4. 増田雅暢・金貞任（編著）（2015）『アジアの社会保障』法律文化社.
5. 増田雅暢・小島克久・李忻（2021）『よくわかる社会保障論』法律文化社.
6. 金成垣・金圓景・呉世雄編（2025）『現代韓国の福祉事情 キャッチアップか、新しい制度か』法律文化社.
7. 林玲子（2023）「日中韓少子高齢化施策の推移と実態－比較の視座から－」『人口問題研究』第79巻第4号、pp.280-304. <https://doi.org/10.50870/0002000188>（2026年4月7日確認）
8. 小島克久（2019）「外国人人口を含む人口統計で検証する台湾のUHC」『人口問題研究』第75巻第4号、pp.305-323.
<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19750403.pdf>（2026年4月4日確認）
9. 守泉理恵（2023）「韓国の少子化の進展と第4次低出産・高齢社会基本計画にみる少子化対策」『社会保障研究』第8巻2号、pp.119-130.

<https://doi.org/10.50870/0002000133> (2026 年 4 月 7 日確認)

10. 余乾生 (2023)「中国の老人權益保障法について」『社会保障研究』第 8 卷 2 号、pp.245-248. <https://doi.org/10.50870/0002000143> (2026 年 4 月 7 日確認)
11. 上村泰裕 (編著) (2020)『新世界の社会福祉 7 東アジア 中国／韓国／台湾』旬報社.
12. 万琳静・小島克久 (2022)「介護保険パイロット事業等からみる中国の高齢者介護制度」『社会保障研究』第 6 卷 4 号、pp.454-468.
<https://doi.org/10.50870/000000302> (2026 年 4 月 10 日確認)

G.研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

別添

東アジアの高齢者対策の動きと特徴

小島 克久（城西国際大学）

I. はじめに（研究目的）

高齢化の進行は世界的に進んでいるが、その進行度合いは地域により異なる。例えば、低所得国の多い地域では、十分な医療保障制度や介護制度が整備されていない場合が多い。また、年金制度も十分ではない。一方で、わが国を含む東アジアは経済成長を遂げた地域であるとともに、医療、年金、介護制度などを通じた高齢者対策が進められている。しかし、東アジアの中でもその進行度合いや内容に違いがあり、わが国を先行事例とすると、韓国や台湾は後続事例、中国は後発事例と考えることができる。これらの国や地域では、わが国の経験を参考にする一方で、独自の動きも見られる。

このような問題意識のもと、本研究では東アジアの高齢者対策がどのように進められたかを分野別に概観するとともに、その方向や内容はわが国と同じか否かも検証することを目的とする。さらに、ここから得られる東南アジア、南アジアなどにわが国の高齢者対策の経験を伝える上で留意すべき政策的示唆も考察する。

II. 先行研究と研究方法

（1）先行研究

東アジアの社会保障についての研究は、近年蓄積が進みつつある。医療、介護を中心に各国・地域別の研究が多いが、本研究では東アジア全体を見据えた先行研究についてまとめる。まず、広井・駒村（2003）では、日本、中国、韓国、台湾の他、シンガポール、マレーシア、インドネシア、フィリピン、タイ、ベトナム、カンボジアを対象として、医療、年金などの社会保障制度を幅広くとりあげている。介護制度に限るが、欧米諸国との比較でアジアの介護制度を取り上げたものとして、増田（2008）がある。具体的には、日本、中国、韓国、台湾、シンガポールの介護制度を取り上げている。加藤・西田（2013）ではアジアを含む医療制度を取り上げており、ここでも日本、中国、韓国、台湾、シンガポールをアジアから取り上げている。増田・金（2015）では、介護制度を含めた社会保障制度について、日本、中国、韓国、台湾、タイを取り上げている。

わが国を含む東アジアの人口、社会保障の詳細を検討した研究のひとつとして、厚生労働科学研究『日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究』（2020年度～2022年度、研究代表者：林玲子）がある¹。この研究では、東アジアの少子高齢化に着目して、日本、中国、韓国の人口動向を踏まえ、人口を左右させる施策の推移、近年の施策についてその施策の構成要素を明らかにしている。この研究の成果は、国立社会保障・人口問題研究所『人口問題研究』（第79巻第4号、2023年12月刊）での特集「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」などで、例えば林（2023）などで発信されている²。金・金・呉（編著）（2025）は、現代韓国の社会福祉事情を取り上げているが、その最初の章で、韓国の福祉制度の発展経路はわが国と異なり、わが国とは別の福祉制度を持つ国

¹ この研究の詳細は、厚生労働科学研究成果データベースから以下を参照。

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究 <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/161500>（2026年4月4日確認）

² この特集の詳細と掲載論文は以下を参照。国立社会保障・人口問題研究所『人口問題研究』第79巻 第4号（2023年12月刊）

<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/sakuin/jinko/327.html>（2026年4月4日確認）。なお、増田・小島・李（2021）では、この厚生労働科研の成果も参照しつつ、東アジアの社会保障制度の概要をまとめている。

として後発諸国の福祉発展経路のモデルを明示している、韓国をモデルにしているが、中国などの他の東アジアや東南アジアなどへの示唆を含む検討結果を示している。

本研究課題に関する UHC の視点では、国立社会保障・人口問題研究所『人口問題研究』第 78 巻第 2 号（2022 年 6 月刊）では、その特集「東アジア，ASEAN 諸国における UHC に資する人口統計システムの整備・改善に関する総合的研究」では、人口政策や人口統計制度に重点を置いた研究論文が掲載されている³。また、小島（2019）では台湾に限るが外国人人口を含めた UHC の達成状況を検討している。

このように、東アジア全体を見据えた社会保障制度の研究が蓄積されつつある。しかし、本研究課題が目指す UHC と高齢者対策に焦点を置いた成果のまとめ方としては、わが国が世界に広く政策的示唆をまとめるには、これらの研究成果や新しい政策の動きの分析を加えた再検討が必要であり、本研究はまさにこれを目的としている。

（2）研究方法と倫理的配慮

本稿での分析は、以下の方法で行った。まず、対象となる国や地域として、東アジアから日本、中国、韓国、台湾をとりあげた。日本は、東アジアはもとより、世界の高齢者対策のトップランナーであり東アジアでの先行事例となる。韓国と台湾は日本に続く形で経済成長と遂げたほか、少子高齢化は日本より早いテンポで進んでおり、特に少子化については、合計特殊出生率はわが国を下回る水準にある。そのような中、わが国の経験を参照しつつ医療、年金、介護制度を構築しており、日本の後続事例と位置づけることができる。中国は、後発事例として、欧米諸国、日本や韓国の経験を参照しつつ、中国の実情に基づいた社会保障制度を構築している。人口高齢化に加え、近年では少子化も急速に進んでいる。つまり、東アジアの高齢者対策として、先行事例の日本、後続事例の韓国、台湾、後発事例の中国と比較することで、日本との共通点や相違点の有無を確認できる。その結果から、日本の経験が、経済水準が高い東アジアの中で伝わっているかについて考察できる。

次に高齢者施策の分野として、①高齢者対策全般、②医療、③年金、④介護の 4 つを取り上げる。①は、国や地域全体としての高齢者対策の動きを概観できる。②から④は高齢者対策として代表的な政策ニーズと言える分野である。これらについて、いつごろから制度ができたか、国民や住民全員が対象者になっているか、実際に公的な制度でのカバー状況はどうなっているかを検討できる。UHC は保健医療制度を前提としているが、年金、介護を含めることで高齢者対策がユニバーサルなものか否かを検討できる。

そして研究方法として、日本、中国、韓国、台湾に関する上記をはじめとする研究成果の活用、本研究事業などで進めたこれらの国や地域の政策資料、統計の収集、分析という、文献研究、政策資料・統計の二次分析という方法を採用した。後者については、中国、韓国、台湾の政策当局の公表資料や統計の収集、OECD などの国際機関で中国や韓国の統計が収録されている資料を収集した。

（倫理的配慮）

本研究は、日本、中国、韓国、台湾の高齢者対策に関係する研究成果の活用、これらの国の政府や地域の当局が公表した政策資料や統計を用いた研究であり、文献研究、公表資料の二次分析にあたる。そのため、アンケート調査は実施していない。その結果、個票データ利用の上で懸念される、個人情報流出、毀損などを含む倫理上の問題は発生しなかった。ただし、研究にあたっては、「城西国際大学における公正な研究活動の推進に関する規程」などの分担研究者の所属機関の規定を遵守した。

³ この特集の詳細と掲載論文は以下を参照。国立社会保障・人口問題研究所『人口問題研究』第 78 巻 第 2 号（2022 年 6 月刊）

<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/sakuin/jinko/321.html>（2026 年 4 月 4 日確認）。

Ⅲ. 東アジアの高齢者対策

(1) 高齢者対策全般

高齢者対策は、医療、年金など多岐にわたる。そのため、各分野の政策がそれぞれの役割を果たす、政策ニーズに対応していないという隙間、または異なる政策で同じ政策ニーズに対応しているという重複が生じるのを防ぐには、高齢者対策全般を見通した政策が必要になる。表 1 では東アジアにおける高齢者対策全般の政策の動きを 1960 年代から 10 年ごとにまとめた。あわせて各年代の高齢化率の動きもまとめた。

まず日本の高齢者対策全般の動きは 1970 年代に始まる。具体的には 1973 年の老人対策本部の設置である。この時期の高齢化率は 7～8%台で、1970 年の 7.1%から 1979 年の 8.9%へと推移しており、いわゆる「高齢化社会」に入った時期である。1980 年代に入ると、1985 年の長寿社会対策関係閣僚会議の設置、「老人福祉の在り方について」の策定、1986 年の長寿社会対策大綱の策定へと続いている。この年代の高齢化率は、1980 年の 9.1%から 1989 年の 11.6%へと推移している。これらの対策は政府として進めたものであるが、高齢者対策全般の法律に基づくものではなかった。

1990 年代に入り、高齢化率は 1990 年の 12.1%から 1999 年の 16.7%へと推移し、いわゆる「高齢社会」の時代に入った。この時期には、高齢者対策全般の法整備とこれに基づく政策プランの策定が行われた。具体的には 1995 年の高齢社会対策基本法の制定と、1996 年の高齢社会対策大綱の策定である。この法律は高齢社会対策の基本的な方針と政策を推進する体制などについて定めたものである。そして、高齢社会対策大綱はこの法律に基づいて策定される。高齢者対策は時代に応じた政策ニーズがあるため、この大綱は定期的な見直しが行われる。実際に高齢社会対策大綱の改訂は、2001 年、2012 年、2018 年、2024 年に行われている。このように日本の高齢者対策全般に係る政策は、1970 年代から 1990 年代にかけて進められ、特に法律の制定やこれに基づく大綱の策定は 1990 年代に行われている。

次に韓国の高齢者対策全般の動きは 2000 年代に始まる。2005 年の低出産・高齢社会対策基本法の制定である。この法律は高齢者対策だけでなく、少子化対策の基本法でもある。この法律に基づく政策プランである第 1 次低出産・高齢社会基本計画も同年に策定されている。この時期の高齢化率は、2000 年の 7.2%から 2009 年の 10.5%へと推移しており、いわゆる「高齢化社会」に入った時期に、高齢者対策の基本的な法律と政策プランが整備された。なお、低出産・高齢社会基本計画は 5 年ごとに見直すこととされており、2010 年代では 2010 年と 2015 年に、2020 年代では 2020 年に計画が改訂されている⁴。これらの時期の高齢化率は、2010 年代では 2010 年の 10.8%から 2019 年の 14.9%へと推移しており、「高齢社会」に到達している。2020 年代では 2020 年の 15.7%から 2024 年の 19.2%へと推移している。このように韓国の高齢者対策全般に係る政策は、2000 年代に法律やこれに基づく政策プランが整備され、その後政策プランが改訂されている。

⁴ 少子化への言及が中心であるが、低出産・高齢社会基本計画については守泉（2023）を参照。

表1 高齢者対策（全般）の動き

年代	日本		韓国		中国		〔台湾〕	
	動き	高齢化率	動き	高齢化率	動き	高齢化率	動き	高齢化率
1960年代		5.7% (1960) -6.9% (1969)		2.9% (1960) -3.0% (1969)		4.0% (1960) -3.7% (1969)	1963年 人口施策綱領	2.5% (1960) -2.8% (1969)
1970年代	1973年 老人対策本部	7.1% (1970) -8.9% (1979)		3.1% (1970) -3.7% (1979)		3.7% (1970) -4.3% (1979)		2.9% (1970) -4.2% (1979)
1980年代	1985年 長寿社会対策関係閣僚会議 老人福祉の在り方について 1986年 長寿社会対策大綱	9.1% (1980) -11.6% (1989)		3.8% (1980) -4.8% (1989)	1983年 中国老齡問題全国委員会	4.4% (1980) -5.2% (1989)		4.3% (1980) -6.0% (1989)
1990年代	1995年 高齢社会対策基本法 1996年 高齢社会対策大綱	12.1% (1990) -16.7% (1999)		5.1% (1990) -6.9% (1999)	1996年 老人權益保障法 1999年 全国老齡工作委員会	5.3% (1990) -6.8% (1999)		6.2% (1990) -8.4% (1999)
2000年代	2001年 高齢社会対策大綱改訂	17.4% (2000) -22.8% (2009)	2005年 低出産・高齢社会対策基本法 第1次低出産・高齢社会基本計画	7.2% (2000) -10.5% (2009)		7.0% (2000) -8.5% (2009)	2006年 人口施策綱領改正	8.6% (2000) -10.6% (2009)
2010年代	2012年 高齢社会対策大綱改訂 2018年 高齢社会対策大綱改訂	23.0% (2010) -28.3% (2019)	2010年 第2次低出産・高齢社会基本計画 2015年 第3次低出産・高齢社会基本計画	10.8% (2010) -14.9% (2019)	2013年 老人權益保障法改正	8.7% (2010) -12.1% (2019)	2011年 人口施策綱領改正	10.7% (2010) -15.3% (2019)
2020年代	2024年 高齢社会対策大綱改訂	28.6% (2020) -29.3% (2024)	2020年 第4次低出産・高齢社会基本計画	15.7% (2020) -19.2% (2024)		12.6% (2020) -14.7% (2024)		16.1% (2020) -19.2% (2024)

出所：厚生労働科学研究「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」（2020年度～2022年度、研究代表者：林玲子）の資料をもとに加筆して作成。高齢化率は日本は総務省統計局『国勢調査』『人口推計』、韓国は国家データ庁資料、中国はU.N "World Population Prospects 2024 revision"、台湾は国家發展委員会『人口推估』（2022年、2024年）による。

一方、中国の高齢者対策全般の動きは1980年代に始まる。1980年代の中国の高齢化率は1980年で4.4%、1989年で5.2%に過ぎなかった。しかし、1982年に中国老齡問題全国委員会が設置されている。また1990年代に入ると、1996年に老人權益保障法が制定された。この法律は高齢者対策の基本的な法法律と位置付けられる⁵。1999年には全国老齡工作委員会が設置されている。この時期の高齢化率は、1990年で5.3%、1999年で6.8%であった。2010年代である2013年に老人權益保障法が改正され、現在に至っている。このように中国の高齢者対策全般に係る政策は、高齢化率が低い時期に動きがあったといえる。

さらに台湾の高齢者対策全般の動きは2000年代に始まる。2006年に改正された人口政策綱領がこれにあてはまる。この綱領は1963年に定められたが、このときの綱領の内容は、人口の規模の維持、産業の発展などに関係する内容が中心であった。2006年の改正で高齢化や少子化に対応する計画となった。2000年代の高齢化率は、2000年の8.6%から2009年の10.6%へと推移しており、いわゆる「高齢化社会」に入った後の時期に該当する。2010年代の2011年にこの綱領は改正されている。2010年代の高齢化率は、2010年の10.7%から2019年の15.3%へと推移しており、「高齢社会」に到達した時期である。そして現在へと至っている。このように台湾の高齢者対策全般に係る政策は、2000年代に整備されている、時期的には韓国に類似している。

（2）医療保険制度

a) 医療保険制度の創設と皆保険の達成

医療保険制度（国や地域によっては税方式での医療制度）の整備は、高齢者に限らず

⁵ 老人權益保障法については、余（2023）を参照。

人々の健康を守るために不可欠である。UHC が達成されることはこの目的がより確実に達成される。その便益は、特に子どもや高齢者に対して大きい。つまり、医療保険制度の整備は、高齢者対策として非常に重要である。そこで、表 2 では東アジアにおける高齢者対策としての医療制度、特に医療保険制度の創設、そして UHC にあたる皆保険の達成の状況についてまとめた。この表の最下部には日本、韓国、中国、台湾の現在の医療保険制度のイメージ図をまとめた⁶。

まず日本の医療保険制度の整備は 1920 年代にまでさかのぼることができる。実施は 1927 年であったが、1922 年に工場労働者などを対象とした健康保険法が制定された。1930 年代になると、農林漁業時従事者などを対象とした国民健康保険が任意加入の形で実施された。また、販売、金融、保険などのホワイトカラーを対象とする職員健康保険法、船舶の乗組員を対象とした船員保険法が制定された（実施は 1940 年）。前者は 1942 年に健康保険に統合された。後者は医療、年金などの社会保険の給付を一つの制度で行う総合保険であり、現在も制度が続いている。

第二次世界大戦後になると、皆保険への動きがあった。1958 年には国民健康保険法が改正され、実施も任意であった制度が全国の市町村で実施、加入も強制となった。この改正法の内容は 1961 年に全国で実施され、すでに存在した勤め人向けの健康保険と合わせて皆保険が達成された。つまり職業についていない者が多くなる高齢者も医療保険制度でカバーされたことになる。1970 年代以降は高齢化に対応した制度創設や改革が行われた。まず、1973 年の老人医療費無料化では、高齢者の医療費の自己負担を税財源で補助する仕組みが国の制度として全国で実施された。その後の高齢化、医療費の増加、特に高齢者が多い国民健康保険での負担増加に対応するために、1982 年に老人健康保健法が制定され、（原則 70 歳以上の）高齢者の医療費を医療保険間で負担しあう仕組みとしての老健制度が導入され（実施は 1983 年）、税財源からの補助もその中で導入された。老健制度は高齢者の医療費を社会全体で支える仕組みとして長年機能してきた（対象者は原則 75 歳に引き上げられた）。しかし、制度の複雑さもあり、高齢者の医療費の負担について世代間の支えあい、公費負担（社会インフラとしての支え）、高齢者自身の負担も明確にした制度として、2008 年に（原則 75 歳以上を対象）後期高齢者医療制度が実施された。

⁶ 東アジアの医療を含む社会保障制度の沿革は増田・金（2015）を参照。医療保険制度の全体像は、増田・小島・李（2021）参照。

表2 医療制度の動き（制度創設等）と現在の制度イメージ

年代	日本	韓国	中国	〔台湾〕
1920年代	1922年 健康保険法（実施は1927年）			
1930年代	1938年 国民健康保険法（任意加入） 職員健康保険法（1942年に健康保険に統合） 1939年 船員保険法			
1940年代	1940年 船員保険実施			
1950年代	1958年 国民健康保険法改正（全国で実施、強制加入）		1951年 労働保険条例	1950年 労工保険 軍人保険 1958年 公務人員保険
1960年代	1961年 国民健康保険全国で実施【皆保険】			
1970年代	1973年 老人医療費無料化 老人健康保健法（老健制度の実施は1983年）	1977年 国民健康保険		
1980年代	1982年 老人健康保健法（老健制度の実施は1983年）	1989年 地域医療保険【皆保険】		1980年 私立学校教職員保険 1989年 農民健康保険
1990年代			1996年 従業員医療保障制度 1998年 都市従業員基本医療保険	1995年 全民健康保険（すべての社会保険の医療保険部分を統合し、全住民が加入）【皆保険】
2000年代	2008年 後期高齢者医療制度（老健制度の廃止）	2000年 国民健康保険（すべての医療保険を統合） 2003年 医療財政の統合	2003年 新型農村合作医療制度 *a 2007年 都市住民基本医療保険 *b	
2010年代			2016年 都市・農村住民基本医療保険（*aと*bを統合した制度）	2011年 全民健康保険法改正（二大健保）
2020年代				
現在の制度イメージ				

出所：厚生労働科学研究「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」（2020年度～2022年度、研究代表者：林玲子）の資料をもとに、増田・金（2015）、増田・小島・李（2021）などをもとに加筆して作成。皆保険の達成は、制度上すべての国民や住民が医療制度でカバーされた時点を指す。

その他に医療保険制度の改革は多く行われたが、制度創設に限って言えば1970年代は高齢化に対応した施策が実施されてきた。

その結果、現在の日本の医療制度を表の下部のイメージ図で見ると、原則75歳以上の者を対象とする後期高齢者医療制度があり、会社などに雇用されている者とその家族は健康保険、自営業者などは国民健康保険、公務員などは共済組合がある。つまり、年齢と職業

に応じた医療保険制度に加入することで、高齢者を含めたすべての者を医療保険でカバーする皆保険の体制が保たれている。なお、生活に困窮した者には医療保険ではなく、生活保護で対応する。

次に韓国の医療保険制度の整備の大きな動きは 1970 年代から始まる。1977 年に国民健康保険が創設されるが、自営業者などの地域住民は加入対象者ではなかった。その後、1989 年に彼らを対象とした地域医療保険が実施されることで、制度上は皆保険が達成された。しかし、保険者が多いなどの医療保険財政の上での課題に直面した。韓国政府は医療保険者を統合することでこれに対応した。2000 年にすべての医療保険が国民健康保険に統合された。医療財政面での統合は 2003 年であるが、韓国では単一の医療保険制度で高齢者を含むすべての人々をカバーするという制度となった。その制度イメージは表 2 の下の図のとおりであるが、日本と同様に生活に困窮した者には、医療扶助という日本の生活保護制度にある医療扶助に相当する仕組みで対応するが、そのほかの者は年齢、職業に関係なく国民健康保険でカバーする。

中国の医療保険制度の整備は 1990 年代以降に急速に進む。1951 年に労働保険条例が制定されるが、医療保険としての制度は 1990 年代から整備が始まる。具体的には 1996 年に従業員医療制度が創設されるが、現在も存在する制度としては、1998 年に都市の雇用者を対象とする都市従業員基本医療保険が創設される。自営業者や農民を対象とする医療保険制度は 2000 年代に創設された。具体的には 2003 年創設の新型農村合作医療制度、2007 年創設の都市住民基本医療保険である。それぞれ、農村、都市の住民が対象となる。ここで言う住民とは雇用者以外の者を指す。2010 年代に入った 2016 年には、新型農村合作医療制度と都市住民基本医療保険が統合された。これが、都市・農村住民基本医療保険であり、現在に至っている。現在の中国の医療保険制度のイメージは表の下部の通りであるが、都市、農村という居住地域、従業員か否かという職域によって加入すべき医療保険が異なる。しかもこれらの医療保険は北京市や浙江省といった地域別に運営されている。さらに、公務員には別制度で医療保障が行われている。中国は、このような複雑に分かれた制度で皆保険を目指している。

さらに台湾の医療保険は 1950 年代にまでさかのぼることができる⁷。台湾の社会保険は総合保険（医療、年金などを一つの制度から給付）で始まった。1950 年の劳工保険、軍人保険ではそれぞれ、企業に雇用される者、軍人が対象の制度であった。特に劳工保険は大企業の雇用者が中心であった。1958 年に公務員を対象とした公務人員保険（公務員を対象とした総合保険）が創設された。つまり、公務員や軍人、大企業の雇用者を優先した社会保険制度の構築であった。その後 1980 年代に入るとこれらの制度の対象でない者をカバーする社会保険や医療保険が創設される。表にあげた主なものとして、1980 年に創設された私立学校教職員保険（私学教職員が対象の総合保険）、1989 年の農民健康保険（年金も給付）がある。その結果、1950 年代に創設された総合保険や、そのほかの社会保険制度、医療保険制度が乱立し、制度が複雑になった。また、医療保険制度の対象でない自営業者などが加入しやすい制度に入るなどの問題が発生した。このような状況に対して、台湾でも医療保険の統合が行われた。劳工保険などの総合保険からは医療給付部分、それ以外の医療保険を統合する形で、1995 年に全民健康保険が創設された。2011 年に「二台健保」と呼ばれる全民健康保険法の改正が行われ現在に至っている。表の下部にまとめた台湾の医療保険の制度イメージでは、全住民を全民健康保険でカバーする形になっている。韓国と類似するが、日本の生活保護に相当する社会救助の受給者もこの医療保険に加入する点が異なる。

b) 東アジアの UHC の達成度（医療保険人口カバー率と公共部門負担率）

上記より東アジアの各国・地域では、それぞれ医療保険制度の創設の経緯があり、皆保

⁷ 台湾の社会保険制度の沿革は、広井・駒村（2003）を参照。

険を達成、これを目指してきている。実際に東アジアの UHC 達成の程度を、医療保険人口カバー率と保健医療支出の公共部門負担割合を、日本、韓国、中国、台湾について、利用可能な統計データを用いて算定し、図1のようにまとめた⁸。図の横軸は医療保険人口カバー率であり、つまり医療保険に加入している人口を総人口で割った数値である。この数値は各国・地域が公表する公的統計を用いて算定した。縦軸は保健医療支出の公共部門負担割合であり、台湾以外は OECD の”Health Statistics”、台湾はの統計を用いた。つまり、OECD の基準で把握された保健医療支出のうち、社会保険などの公的な制度から支出される費用の割合を算定した。この図の年次は、利用可能な統計が利用できる年次、東アジアの比較を一覧できることを考慮して決定した。そのため、国や地域によって年次が異なるが、おおむね 1980 年から 2000 年が起点年であり、終点は 2021 年から 2024 年の間である。両者の組み合わせた時系列データのグラフを作成したので、右上に行くほど、医療保険による人口のカバレッジ、医療費の公共部門の負担の程度が上がることを意味する。

図1からわかることとして、日本は 1980 年から 2023 年にかけて、医療保険人口カバー率はほぼ 100%であり、保健医療支出の公共部門負担割合も 1980 年の 71.3%から変動を持ちつつも上昇し、2022 年に 86.0%に達している。韓国では、医療保険人口カバー率は 1980 年には 24.2%に過ぎなかったが、1985 年に 44.1%、皆保険達成直後の 1990 年には 93.7%に達した。その後は若干の変動を持ちつつ上昇し、2024 年には 99.4%に達している。保健医療支出の公共部門負担割合も 1980 年の 20.1%から 1990 年には 40.3%に達した。その後も変動を持ちつつも上昇し、2024 年に 60.0%に達している。台湾は 1991 年の医療保険人口カバー率は 49.3%であったが、全民健康保険が実施された 1995 年には 88.6%に達している。その後もこの割合は変動を持ちながらも上昇し、2023 年には 98.1%に達している。保健医療支出の公共部門負担割合を見ると、1991 年で 47.5%であったが、全民健康保険実施の 1995 年には 71.7%と大きく上昇した。その後低下したものの、2023 年では 58.0%となっている。中国は UHC の達成に向け短期間でこれらの数値が大きく上昇している。医療保険人口カバー率は 2000 年で 3.0%であったが、2015 年は 48.1%となり、その後も急速に上昇し 2021 年には 96.1%に達している⁹。保健医療支出の公共部門負担割合は、2000 年の 22.0%から 2015 年の 60.2%まで大きく上昇し、その後は 50%代後半で推移し、2021 年には 54.1%となっている。

このように、医療保険人口カバー率と保健医療支出の公共部門負担割合の組み合わせを時系列データで東アジアの UHC の達成を検証すると日本が人口のカバレッジ、保健医療支出の公的な負担の両方で 1980 年の段階で UHC の達成の程度が高い。韓国、台湾は皆保険の達成により、人口のカバレッジでは日本に近い水準に至ったが、保健医療支出の公的な負担でも 60%程度の水準であり、UHC 達成の程度では日本に次ぐ。中国は近年、医療保険の人口カバレッジを急速に高め、現在では日本に近い水準に至っている。保健医療支出の公的負担も現在では 60%付近にあり、韓国に近い水準にある。このように、人口カバレッジ、保健医療支出の公的負担の水準で UHC の達成度を検討すると、日本が先行し、韓国、台湾、中国がこれに続く形となっている。

⁸ UHC とは、WHO の定義によると「経済的な困難に見舞われることなしに、質の高い医療サービスにすべての住民がアクセスできる状態」である。その要素として、①医療保険制度がカバーする対象者の人口に占める割合、②医療保険が給付する医療サービスの種類、③医療保険が給付する医療費の程度（自己負担の割合）、の 3 つがある。本研究では、公的統計による把握が容易な①と②に着目して UHC の達成度を検討した。UHC の定義は以下を参照。https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1（2026 年 4 月 8 日確認）

⁹ 都市・農村住民基本医療保険の被保険者数の伸びが顕著であり、2016 年の 4 億 4860 万人から 2021 年には 10 億 1676 万人へと急増している（中国国家统计局『中国統計年鑑 2025』による）。

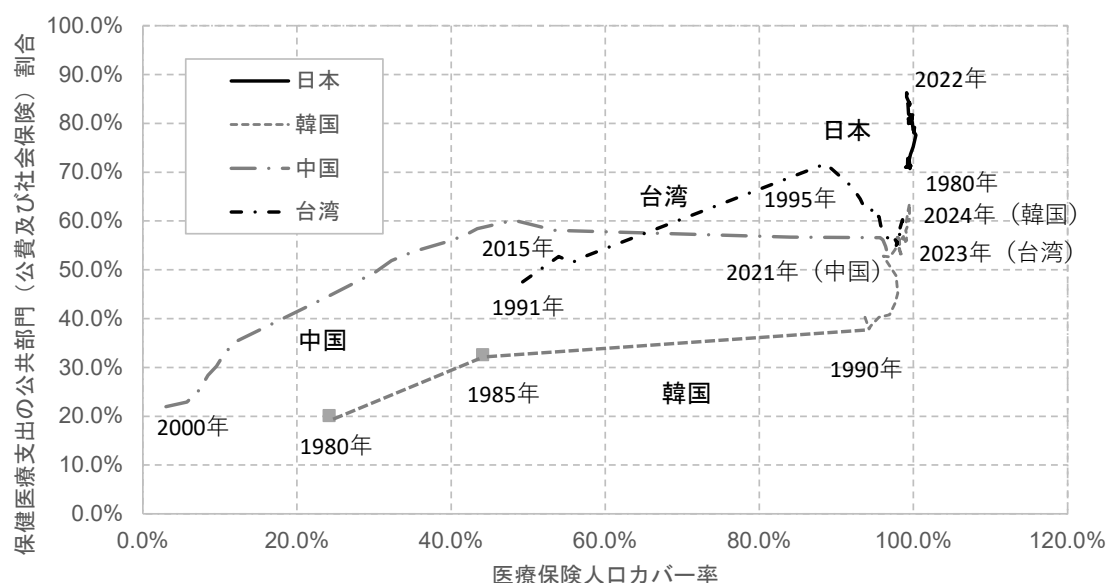


図1 東アジアにおける医療保険人口カバー率と保健医療支出の公共部門割合

出所：医療保険人口カバー率は各国・地域の公的統計から算定。保健医療支出の公共部門負担割合は、日本、韓国、中国はOECD “Health Statistics”、台湾は衛生福利部「中華民國112年國民醫療保健支出」をもとに算定。

注：韓国の1990年以前は1980年、1985年のみ。

(3) 年金制度によるカバレッジ

a) 年金保険制度の創設と皆年金

年金保険制度は、高齢、遺族、障害といった場合にその基本的な生活を保障するための仕組みである。就労する現役世代に年金保険に加入して保険料を納め、保険料を一定期間以上納める、高齢に達するなどの条件を満たしたときに、年金を受け取る権利が発生する。つまり、年金制度は社会保険方式をとる限り、世代間の支えあいである。そのため、現役世代の年齢から公的年金制度にカバーされることが、高齢期などにおける所得保障を公的に行うことが可能である。そこで、表3では東アジアにおける高齢者対策としての年金制度の創設、大きな改革についてまとめた。そして、この表の最下部には日本、韓国、中国、台湾の現在の年金制度のイメージ図をまとめた¹⁰。

まず日本の年金制度の源流ともいえる制度は1870～1880年代にさかのぼることができる。1875年の陸軍、海軍の恩給制度、1880年の官吏恩給制度である。ただしこれらは、軍人や官僚の国への貢献に対して支払われる性格のものであり、給付と負担の関係で成り立つ年金保険とは異なる。恩給制度は1923年の恩給法、1924年の私立中等学校恩給の制度につながる。社会保険としての年金制度は、1940年の船員保険、1942年の労働者年金、1944年の厚生年金の制度創設がその起源となる。特に、1942年創設の労働者年金は工場などの男性労働者を対象としたものであり、1944年にホワイトカラーや女性の雇用者も対象とした厚生年金に改組される。つまり、高齢期の所得保障の年金制度は第2次世界大戦前から整備されていた。

第2次世界大戦後の年金制度の整備としての特に大きな出来事は、1961年の国民年金の創設である。企業などに雇用される者は厚生年金に加入するが、農林漁業従事者、自営業者などには公的年金制度が存在しなかった。国民年金が創設されることで、自営業者など

¹⁰ 東アジアの年金制度についても、前掲6の増田・金（2015）、増田・小島・李（2021）を参照。

が公的年金でカバーされることになった。つまり、1961年に日本では、職業に応じて厚生年金、国民年金のどちらかに必ず加入するという皆年金が制度上達成された。皆年金が達成されても、年金支給水準が十分でないといった課題があった。これに対しては例えば1973年に年金額を物価上昇率にあわせて改定する物価スライド制が導入された。また、職業により加入する年金制度が異なるという状態にあったが、1986年の年金制度改正で国民年金が基礎年金として位置づけられ、厚生年金加入者も国民年金第2号被保険者として基礎年金に加入するという、全国民共通の制度ができた。その後、1989年には年金の完全物価スライド制の導入、1994年や2000年の年金制度改正での年金支給開始年齢の引き上げ、2012年の年金制度改正での被用者年金の一元化（公務員の共済組合（年金給付）を厚生年金に統合）、年金受給資格期間の短縮（25年から10年へ）が行われた。また2016年には短時間労働者の厚生年金適用拡大が行われた。他にも多くの改革が行われたが、高齢化の中で皆年金の体制を維持し、制度を持続可能にする努力が続けられてきた。現在の制度イメージを表の下部のイメージで見ると、全国民共通の国民年金が基礎年金としてあり、官民の雇用者は報酬比例部分としての厚生年金がある。他に企業年金、個人年金があるが、公的年金制度としては2階建ての制度で全国民をカバーし、高齢期などの暮らしを支えている。

次に韓国の公的年金制度は1960年代から整備が始まった。1960年の公務員年金、1963年の軍人年金の創設である。その後の1975年に私立学校教職員年金が創設されたが、自営業者などは年金制度の対象外であった。1988年に国民年金が創設され、自営業者などもこの制度でカバーされることになった。この時点で韓国では皆年金が制度上達成された。その後の韓国では、年金制度の改正が行われ、高齢者などの所得保障制度としての持続可能な年金制度構築の努力が続けられている。特に、年金が少ない、年金がないために低所得である高齢者を対象とした仕組みとして基礎年金が2014年に導入され、税財源で基礎年金が支給されている。現在の制度のイメージ図を表の下で見ると、韓国の年金制度は職業などの立場により制度が分かれる形になっている。民間の勤め人、自営業者は国民年金でカバーされる。

表3 年金制度の動き（制度創設等）と現在の制度イメージ

年代	日本	韓国	中国	〔台湾〕
1870～ 1910年代 1920～ 1930年代	1875年 陸軍、海軍恩給制度 1880年 官吏恩給制度 1923年 恩給法			
	1924年 私立中等学校恩給 1940年 船員保険 1942年 労働者年金 1944年 厚生年金			
1950年代			1951年 労働保険条例	1950年 労工保険、軍人保険 1958年 公務人員保険
1960年代	1961年 国民年金【皆年金】	1960年 公務員年金 1963年 軍人年金		
1970年代	1973年 年金額の物価スライド制導入	1975年 私立学校教員年金		
1980年代	1986年 1986年年金改革（基礎年金創設など） 1989年 完全物価スライド制の導入	1988年 国民年金【皆年金】		1980年 私立学校教職員保険 1989年 農民健康保険
1990年代	1994年 年金制度改正（厚生年金定額部分の支給開始年齢引き上げなど）		1997年 都市職工基本養老保険	1994年 中低收入老人生活津貼
2000年代	2000年 年金制度改正（厚生年金報酬比例部分の支給開始年齢引き上げなど）		2009年 農村住民基本養老保険*a	2002年 敬老福利生活津貼 2008年 国民年金【皆年金】
2010年代	2012年 年金制度改正（老齢年金の受給資格期間短縮、被用者年金一元化など） 年金制度改正（短時間労働者への厚生年金適用拡大の推進など） 2016年	2014年 基礎年金導入（低所得高齢者を対象とする税財源の仕組み）	2011年 都市住民基本養老保険*b 2014年 都市・農村住民基本養老保険（*aと*bを統合） 2015年 公務員の年金を都市職工基本養老保険に統合	
2020年代				
現在の制度イメージ	1961年に皆年金を達成 制度階層 〔勤め人・公務員〕 厚生年金 国民年金（基礎年金） 〔自営業者等〕 地域・職域	1988年に皆年金を達成 制度階層 国民年金（勤め人・自営業者） 基礎年金（低所得） 特別職域年金（公務員・教職員等） 専業主婦（夫）など 地域・職域	職域別の年金保険 制度階層 都市職工基本養老保険 都市・農村住民基本養老保険 公務員年金 地域・職域	2008年に皆年金を達成 制度階層 国民年金 （民間勤め人等） 労工保険 公教人員保険 軍人保険 農民健康保険 各種高齢者手当（低所得者を対象） 地域・職域

出所：厚生労働科学研究「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」（2020年度～2022年度、研究代表者：林玲子）の資料をもとに、増田・金（2015）、増田・小島・李（2021）などをもとに加筆して作成。

一方で公務員、教職員などは特殊職域年金と呼ばれる別の制度でカバーされる。公共部門、民間部門で年金制度が分かれる仕組みであるが、年金制度の整備が日本よりも遅かったことなどを背景に、低所得（年金がないまたは少ない）高齢者が多い。彼らに対する税財源での年金制度として「基礎年金」がある。このように、年金保険制度が分立し、税財源での制度が混在する点では韓国の年金制度は日本よりも複雑である。

中国の年金保険制度の整備は医療保険と同じように、1990年代以降に急速に進む。1951年に労働保険条例が制定されるが、年金保険（正式名称は養老保険）としての制度構築は

1990年代から始まる。例えば、1997年に都市職工基本養老保険が創設され、都市部の労働者（雇用者）を対象とする年金制度ができた。その後、2009年に農村住民基本養老保険が創設され、農村に住む農民などの雇用者以外の者を対象とした年金制度ができた。都市部の労働者以外（自営業者等）を対象とする年金制度は、2011年に都市住民基本養老保険が創設されることで整備された。その後医療保険と同様に、雇用者以外の「住民」を対象とする年金制度は統合される。具体的には2014年に都市住民基本養老保険と農村住民基本養老保険が統合され、都市・農村住民基本養老保険が創設された。翌年の2015年には公務員の年金が都市職工基本養老保険に統合されている。現在の中国の年金制度のイメージは表の下部の通りであるが、都市の雇用者、都市、農村の住民（雇用者以外の者）で制度が大きく分かれている。しかし、医療保険と同様に、年金制度も北京市や広東省といった地域別に分かれている。そのため、中国の年金制度も、地域と職域で細かく分かれた制度で、皆年金を目指している。

さらに台湾の年金制度は、医療保険と同じように1950年代にまでさかのぼることができる。これは台湾の社会保障制度が総合保険で整備され始めたことによる¹¹。1950年創設の劳工保険、軍人保険、1958年創設の公務人員保険で、大企業を中心とした雇用者、軍人、公務員が年金制度でカバーされた。その後1980年代に入ると、医療保険の整備と同様にこれらの制度の対象でない者をカバーする年金制度（年金給付を行う総合保険）が創設される。例えば、1980年創設の私立学校教職員保険、1989年創設の農民健康保険が該当する。しかし、医療保険のように制度を統一することはなかった。つまり、年金制度¹²が複数存在する一方で、自営業者などを対象とした年金制度が存在しないという状態であった。年金がなく、そのほかの収入もないか少ないために低所得である高齢者を対象とした福祉手当が年金制度を補完していく。具体例として、1994年に創設された中低收入老人生活津貼（中低所得高齢者生活手当）、21002年に創設され、後述する国民年金の実施までの制度として機能した敬老福利生活津貼（敬老福祉生活手当）が該当する。これらは税財源の福祉手当として無年金高齢者を中心とした、低所得の高齢者の暮らしを支える制度となり現在に至る。そして、従来の年金保険の対象でない自営業者などを対象とした年金制度として、2008年に国民年金が創設された。この時点で台湾の皆年金が制度上達成された。年金制度改革は台湾でも重要な課題であり、皆年金実現後も制度改革が続いている。表の下部にまとめた台湾の現在の年金制度のイメージでは、低所得の高齢者を対象とした税財源での各種の福祉手当が基盤として（台湾当局の表現では第0層）存在する。その上部に職業別に年金制度が分かれている。具体的には、国民年金（自営業者など）、劳工保険（民間の雇用者）、公共人員保険（公務員や公立・私立の教職員）、軍人保険、農民健康保険（農業団体に加入している農民など）である。これらが高齢期の所得保障の第1層として存在する。この図にはないが、退職金制度、企業年金や個人年金がこれらのさらに上層に位置付けられている。このように台湾の年金制度は職業別に分立した制度であり、これに税財源の福祉手当が加わるという韓国に類似した複雑な仕組みである。

b) 東アジアの皆年金の達成度（年金制度被保険者の人口カバー率）

年金制度についても、東アジアの各国・地域にはそれぞれ制度創設などの経緯があり、現在の制度イメージもそれぞれの特徴がある。ただし共通することとしては、すべての人々を年金制度でカバーする、その状態を持続させる努力がなされてきたことであろう。東アジアにおける年金制度のカバレッジを、年金加入者（保険料を支払う側）の人口カバー率でみてみよう。年金受給者の側で見ない理由は、①年金制度が整っていない時代の高

¹¹ 前掲7の広井・駒村（2003）を参照。

¹² 1995年に全民健康保険が創設されると、医療、年金などの給付を行っていた総合保険である、劳工保険などは、年金、労働関係の給付などに特化していく。農民健康保険は現在も存続するが、年金給付が主体の制度として機能している。

齢者がいること、②年金加入者はやがて年金を受け取る側に回るため、高齢期などの備えとして年金制度に守られている人の割合を見る方がよいこと、によるものである。図 2 では、公的年金制度によるカバレッジを、公的年金制度加入者数を 15～64 歳人口で割った算定した数値で、日本、韓国、中国、台湾についてまとめた。図の横軸は年次であるが、縦軸は公的年金制度に加入している者の数を、15～64 歳人口で割ったものである。公的年金制度への加入は、例えば日本の国民年金が原則として 20 歳から 60 歳までとしているように、15～64 歳人口と厳密に一致しない。しかし、生産年齢人口とされるこの年齢階級の人口を現役世代の人口とみなして分母にした。そのため算定した数値が 100%を超えることがあり得る。年次は 2000 年から 2024 年で統一した。グラフが右上に行くほど、公的年金制度による人口カバレッジが大きくなることを意味する。そして、なお、数値の算定は各国・地域が公表する公的統計を用いた。

図 2 からわかることとして、日本は 2000 年から 2024 年にかけて、公的年金制度の人口カバレッジは 80%台で推移している。具体的には、2000 年の 81.6%から 2024 年の 91.6%へと推移している。分母となる 15～64 歳人口の中には、年金制度の対象でない年齢（例、15～19 歳の学生・生徒等雇用されていない者）があるため、これを考慮すると就労しているものはほぼ公的年金制度でカバーされていると考えられる。韓国の公的根金制度の人口カバレッジは、日本よりも低く、2000 年で 51.9%であり、その後は少しずつ上昇するが、2024 年では 65.0%にとどまる。日本と同じように若年層で年金制度の対象とならない者がいることが考えられるが、年金制度でカバーされない人口の存在が示唆される。台湾では、公的年金制度の人口カバレッジは、2000 年から 2007 年にかけては 50%台であり、2000 年の 54.6%、2007 年の 56.6%と韓国とあまり変わらない水準であった。2008 年に国民年金が実施されると、この数値は上昇し、2008 年に 81.4%に達した。その後は 80%台で推移し 2024 年には 86.6%となっている。国民年金創設後の 2008 年以降は、日本に近い水準である。15～64 歳人口の中に年金制度の対象でない年齢の者がいることを考えると、年金に加入すべき者はおおむねカバーされているように考えられる。年金加入者が大きく伸びたのは中国である。中国の公的年金制度の人口カバレッジは、2000 年で 15.3%、2009 年で 24.2%であった。しかしこの年に農村住民基本養老保険が創設され、2011 年に都市住民基本養老保険が創設されたことで、この数値は大きく上昇した。具体的には 2012 年に 78.2%に達しており、2009 年から 50%ポイント以上の上昇である。その後もこの数値は上昇し、2024 年では 111.1%となっている。15～64 歳の人口と年金制度加入対象者の年齢に大きなずれがあることなどが考えられる。しかし、中国で公的年金加入者が大きく増えたと考えすることはできる。

このように、公的年金制度への人口カバレッジは、日本と台湾で 80～90%で年金加入対象者がほぼカバーされていると考えられ、韓国がそれに次ぐ状態である。中国は独特の変化を見せており、年金加入者数でみれば公的年金制度のカバレッジが急速に進んでいると考えられる。

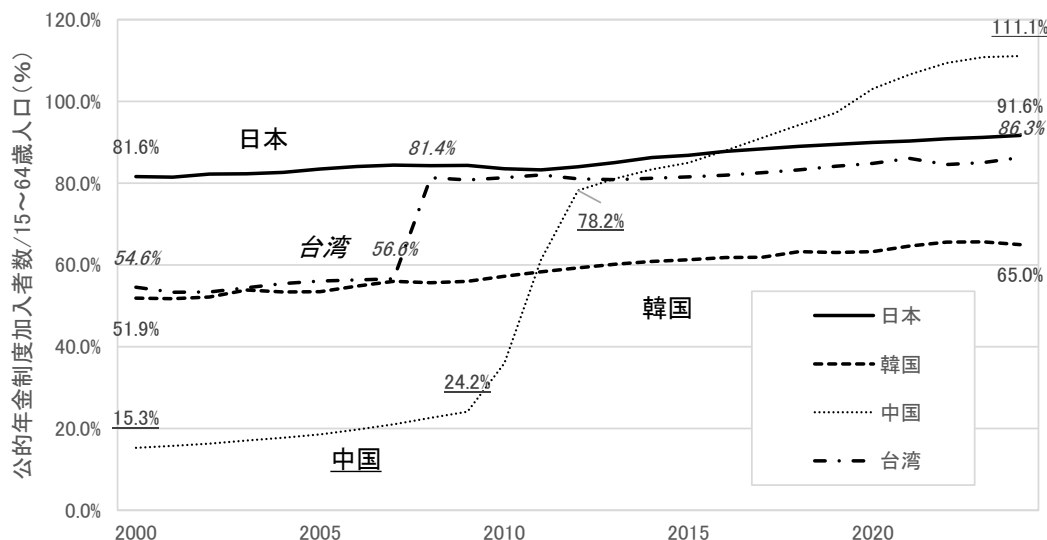


図2 東アジアにおける公的年金制度のカバレッジ
(加入者数の15～64歳人口比)

出所：日本は総務省統計局『人口推計』、厚生労働省資料、韓国は国家データ庁資料、公務員年金、軍人年金および私学年金の統計、中国は国家統計局データ、台湾は内政部、労働部勞工保険局、台湾銀行データによる。

注：各国・地域とも主要な制度の加入者数。韓国の1991年～2014年は軍人年金加入者数を含む。

(4) 介護

介護制度（または介護保険制度）は、高齢化と社会の変化に伴って整備されたため、医療や年金よりも歴史が浅い制度のように考えられる。しかし、高齢者福祉、困窮した高齢者への支援であるいわゆる貧困対策の一環としての歴史までを考えると、ある程度長い歴史をたどることができる。そこで、表4では、東アジアにおける高齢者対策としての介護制度の動きを、貧困対策の一環の時期、高齢者福祉制度の時期、独立した介護制度（介護保険制度）の創設までの見通す形でまとめた¹³。

まず日本の介護制度は、1929年の救護法にまでさかのぼることができる。救護法は現在の生活保護につながる貧困対策の制度である。この法律で、生活に困窮した高齢者、障害などで保護を必要とする者のための施設として「救護施設」が規定され、特に高齢者介護については現在の養護老人ホームにあたる養老院が含まれていた。こうした救護施設は第2次世界大戦後に制定された（旧）生活保護法（1946年）、（新）生活保護法に引き継がれた。つまり、高齢者介護は生活に困窮した者を保護するための貧困対策として展開された。

高齢者介護が高齢者福祉として独立した政策分野になるのは、1963年に老人福祉法が制定されることによる。このときに特別養護老人ホームが制度化された。またその前年の1962年には訪問介護事業が制度化される。高齢者福祉が独立した政策分野になるが、介護の面ではサービスや予算が十分でなかった、高齢者の介護は家庭で行うべきものという意識が強く、高齢者介護サービスの充実は1970年代以降になる¹⁴。1970年代に入ると、特別養護老人ホームなどの高齢者介護施設が整備された。1970年の社会福祉施設緊急整備5カ年計画によるものである。また、1978年にはショートステイ、1979年にはデイサービスが制度化された。1980年代に入ると、介護施設に加え、居宅、通所の介護サービスの整備が

¹³ 東アジアの介護を含む社会保障制度の沿革は前掲6の増田・金（2015）、増田・小島・李（2021）を参照。

¹⁴ こうした背景は厚生省『平成12年版厚生白書』が詳しい。

行政プランをもとに進められた。1986 年の老人福祉法改正の他、1989 年のゴールドプラン、1994 年の新ゴールドプラン、1999 年のゴールドプラン 21 により、介護サービス提供体制の整備が続けられた。一方、高齢者介護ニーズは税財源による高齢者福祉、社会保険による医療制度の両方にまたがる。そのため、医療、社会福祉の両方のニーズに対応し、安定した介護費用の確保を社会全体で進める必要から、新たな介護制度が検討され、1997 年に介護保険法が制定され、2000 年に実施された。

その後は介護保険を中心とした介護制度が展開され、特に介護保険法の複数回の改正を通じて、介護予防サービスの創設、地域包括ケアの推進などが進められている。

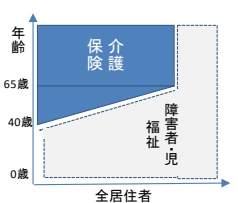
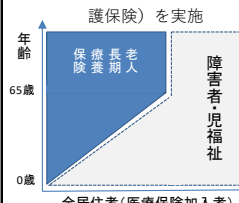
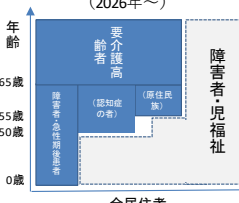
その結果、現在の日本の介護制度を表 4 の下部のイメージ図で見ると、40 歳以上の者を対象とする介護保険があり、特に 65 歳以上の者の介護ニーズに対応している。その他の年齢や介護保険に該当しない介護サービスは障害者・児福祉で対応する。つまり、日本の介護制度は高齢者を中心としている。

次に韓国の介護制度の動きをみると、貧困対策の一環の時期がある。第 2 次世界大戦中の 1944 年制定の朝鮮救護令（日本本土の救護法に相当）、第 2 次世界大戦後の 1961 年の生活保護法がある。高齢者福祉が独立した政策分野になったのは、1981 年の老人福祉法の制定である。この法律は日本より 18 年後の制定である。その後、この法律は 1997 年に改正されるが、介護保険の創設は 2000 年代になる。具体的には 2008 年に老人長期療養保険（介護保険）が創設された。これは日本より 8 年後である。その後は老人長期療養保険を中心とした介護制度であるが、老人福祉館などの老人福祉法によるサービスも活用される形で展開される。医療、介護の連携についても日本と変わらないペースで進められ、特に 2023 年からモデル事業として行われていた、医療・療養・介護などの統合支援制度が 2026 年から実施されている。韓国の介護制度のイメージは表 4 の下の図のとおりであるが、老人長期療養保険は 0 歳からの加入であるが、介護給付は 65 歳以上の者がほとんどである。国民健康保険に加入する者をすべて被保険者にする仕組み（64 歳以下の者は介護保険料徴収できるという位置づけ）であるため、このような制度イメージとなる。

韓国と同じような時期に、高齢者福祉、介護制度の構築を進めているのが台湾である。台湾でも貧困対策の一環として介護を含む高齢者福祉が行われていた時期があった。具体的には、第 2 次世界大戦前の 1904 年に台北仁濟院、台湾慈恵院および澎湖普濟院規則が発出された。これは当時台湾を治めていた台湾総督府によるものであるが、清代に起源をもつ福祉施設に関する規定である。生活に困窮した、ケアが必要な高齢者などを対象とした施設である。1921 年に台湾総督府は依命通達を出し、社会の安定を目指した統治方針を打ち出した。高齢者福祉に関係する内容として救護施設の充実などが示された¹⁵。

¹⁵ 第 2 次世界大戦前的高齢者福祉を含む台湾の社会福祉の歴史は、上村（編著）（2020）を参照。

表4 介護制度の動き（制度創設等）と現在の制度イメージ

年代	日本	韓国	中国	〔台湾〕
1900～ 1910年代				1904年 台北仁済院、台湾慈恵院 および澎湖普済院規則
1920～ 1930年代	1929年 救護法		1928年 各地方救済院規定	1921年 依命通達
1940年代	1946年 (旧)生活保護法	1944年 朝鮮救護令	1943年 社会救済法 1949年 民政救済	
1950年代	1950年 (新)生活保護法		1950年 「単位」「人民公社」による 生活保障 代～ 救済院、生産教養院の設置 1956年 五保制度	
1960年代	1962年 訪問介護事業 1963年 老人福祉法	1961年 生活保護法	1961年 社会福利院	
1970年代	1970年 社会福祉施設緊急整備5カ年 計画 1978年 ショートステイ 1979年 デイサービス			
1980年代	1986年 老人福祉法改正 1989年 ゴールドプラン	1981年 老人福祉法	1980年 「人民公社」解体（改革・開 代～ 放）	1980年 老人福利法
1990年代	1994年 新ゴールドプラン 1997年 介護保険法制定 1999年 ゴールドプラン21	1997年 老人福祉法改正	1993年 コミュニティサービス事業の 発展を求める意見 1994年 農村五保供養工作条例	1997年 老人福利法改正 1998年 加齢老人安養服務方案 老人長期照顧三年計画
2000年代	2000年 介護保険実施 介護保険法改正（介護予防事 業、地域密着サービスの創設 など） 2005年	2008年 老人長期療養保険（介護保 険）実施	2001年 星光計画	2002年 照顧服務福利及産業發展 方案 2007年 長期照顧十年計画
2010年代	2011年 介護保険法改正（地域包括ケ アシステムの推進など） 2018年 介護保険法改正（介護医療院 の創設など）		2013年 養老サービス事業の発展の加 速に関する若干の意見 2016年 介護保険パイロット事業	2017年 長期照顧十年計画2.0
2020年代		医療・療養・介護などの統 合支援制度実施（2023年 からモデル事業） 2026年	2020年 介護保険パイロット事業拡大 国家医療保障局「国家介護保 険サービス目録（試行実施 用）」 2025年 民政部・財政部「中等度要 介護高齢者の介護サービス利用 補助に関する通知」	2026年 長期照顧十年計画3.0
現在の制 度イメ ージ	2000年に介護保険を実施 	2008年に「老人長期療養保険」（介 護保険）を実施 	29都市で介護保険モデル事業（都 市従業員基本医療保険の仕組みを 活用など多様な仕組み）	税方式の制度。長期照顧十年計3.0 （2026年～） 

出所：厚生労働科学研究「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」（2020年度～2022年度、研究代表者：林玲子）の資料をもとに、増田・金（2015）、増田・小島・李（2021）などをもとに加筆して作成。

第2次世界大戦後は高齢者福祉に関する目立った動きは見られなかったが、1980年に老人福利法が制定され、高齢者福祉の対象者の年齢（70歳以上）、高齢者福祉の枠組みが定められた。この法律の制定は韓国とほぼ同じであり、1980年代に高齢者福祉が独立した政策分野になった。1997年に老人福利法が改正され、高齢者福祉の対象となる年齢の引き下

げ（70 歳から 65 歳に）、高齢者福祉サービスの明確化などが行われた。

高齢者介護に関する施策の動きは 1990 年代終わりから進み始めた。1998 年の加強老人安養服務方案、老人長期照護三年計画では、2002 年の照顧服務福利及産業發展方案在宅などの高齢者介護サービスの充実が進められた。台湾の高齢者や障害者の介護サービス提供の政策プランとしては、2007 年に「長期照顧十年計画」が策定された。この計画では、高齢者や中高年の認知症患者などを対象に、要介護認定を経て介護が必要とされた人に、施設、在宅、通所の介護サービスを提供するというものである。財源は公費（税財源）でまかなうが、日本の介護保険のような要介護認定（基準は台湾独自開発のもの）、自己負担もある。この計画の実施により、介護サービスの提供、利用が増えたが、2017 年に後継の計画である「長期照顧十年計画 2.0」が策定、実施された。この計画では前の計画を引き継ぎつつ、地域密着のケアサービスの充実（介護事業所間の連携）、家族介護者支援の充実などが盛り込まれた。この計画により、介護サービス、特に地域密着の介護サービスが増加し、介護サービスの利用、費用も大きく増加した。2026 年からはさらに後継の計画である「長期照顧十年計画 3.0」が実施されている。この計画では、医療との連携、リハビリの重視、ICT 技術の活用など、これまでの計画をさらに充実させる方向となっている。

台湾の介護制度のイメージは表 4 の下部にまとめたとおりである。税財源の制度であるが、65 歳以上の要介護者を中心に、0 歳から 64 歳までの障害者（児）、急性期後の患者、50 歳以上の認知症患者、55 歳以上の原住民族の住民も長期照顧十年計画 3.0 でカバーしている。つまり、高齢者だけでなく若年障害者なども対象とする点では、日本や韓国よりも対象者の幅が広い。ただし、この計画の対象でない支援ニーズについては、障害者福祉で対応する。

中国の介護制度も貧困対策の一環の時代、計画経済下での生活保障、改革開放以降の高齢社会福祉の推進、介護保険パイロット事業の実施と大きな変化を経験している。まず、第 2 次世界大戦前の 1928 年の各地方救済院規定、1943 年の社会救済法といった貧困対策の規定で、生活に困窮してケアが必要な高齢者に対応していた。1949 年に今の中国になったが、この年には民政救済という制定されるが、1950 年代以降は「単位」（職場）、「人民公社」（農村）による、集団での生活保障となった。1956 年には五保制度ができ、身寄りがいない人（高齢者など）が社会的な保護の対象とされた。1961 年には社会福利院が創設され、生活に困窮した福祉施設として現在も存在する。

1980 年代以降は改革・解放が進み、人民公社の解体、国営企業の民営化など、職場や農村地域での生活保障の仕組みがなくなる。その一方で 1990 年代以降、介護などの高齢者福祉構築への動きが始まる。例えば、1993 年には「コミュニティサービス事業の発展を求める意見」が発出され、2001 年には「星光計画」の下で介護サービスの整備が進められる。2013 年には「養老サービス事業の発展の加速に関する若干の意見」が発出された。その 3 年後の 2016 年には「介護保険パイロット事業」が開始された。中国の都市の中から 15 都市（その後 29 都市に拡大）を指定して、各都市に政府の方針に基づく介護保険のパイロット事業が実施された。2020 年代の全国的な実施を目指していたが、パイロット事業はその後も続き、2020 年に対象地域が 29 都市に拡大され、現在に至っている。なお 2025 年には、国家医療保障局「国家介護保険サービス目録（試行実施用）」、民政部・財政部「中等度要介護高齢者の介護サービス利用補助に関する通知」が発出された。前者は介護保険の全国的な実施を見通した、公的介護制度での介護サービス項目の明確化を指示した。後者では介護サービス利用の促進を目指し、介護サービスの自己負担への補助を行うものである。中国の介護制度は、全国共通のイメージを描くことは困難である。それは、介護保険がパイロット事業段階であり、その内容には都市による違いが大きいためである。中国の介護保険パイロット事業から、その特徴をまとめると「都市従業員基本医療保険の仕組みを活用するなどの多様な仕組み」ということができる¹⁶。

¹⁶ 中国の介護保険パイロット事業の詳細は、万・小島（2022）参照。

IV. 考察

東アジアの高齢者対策について、①高齢者対策全般、②医療、③年金、④介護の4つを取り上げ、その経緯と、②～④については現在の制度イメージを概観した。どの分野でも各国・地域それぞれの動きが見られた。①の高齢者対策全般では、日本が最も対策が先行し、韓国、台湾がこれに続く。中国は1980年代からさまざまな動きが見られ、例えば老人権益保障法の制定は1990年代半ばであり、決して対策が遅れている訳ではなかった。

②の医療保険制度では、日本が1961年に皆保険達成で先行し、韓国が1989年、台湾が1995年に皆保険達成で後続グループにある。これらの国や地域では、現在の医療保険加入者数の人口カバレッジは100%に近い。中国は1990年代以降に医療保険制度が整備され、人口のカバレッジでは皆保険の状態である。保健医療支出の公共部門負担割合をみると、②現在の日本は90%程度、韓国、台湾、中国は60%程度と、先行グループの日本、後続グループの韓国、台湾、中国となる。制度イメージも職業と年齢に応じた異なる医療保険に加入する日本、ひとつの医療保険で皆保険を支える韓国と台湾、地域と職業で医療保険が分かれている中国と多様である。

③の年金制度では、日本が1961年に皆年金達成で先行し、韓国が1988年、台湾が2008年に皆年金達成で続く。中国は1990年代以降に年金制度が整備された。将来の年金受給世代であり、現在保険料を負担する年金保険加入者数の15～64歳の人口に対する比で見ると、現在の日本と台湾は80%程度、韓国は60%台である。中国は100%を超える。つまり、年金制度の対象となる人はおおむねカバーできていると考えられる。制度イメージも全国民に共通の基礎年金を持ちつつ、職業による加入する年金制度が異なる日本、職業により制度が分かれ、税財源の基礎年金がある韓国、税財源の福祉手当を基層として職業別の年金制度がある台湾、地域と職業で年金制度が分かれている中国と多様である。

④の介護制度は、すべての国と地域で貧困対策の一環としての時期を含めると長い歴史がある。一方で、高齢者福祉、介護（保険）制度の創設で言うと、日本がそれぞれ1963年と2000年で先行し、韓国がそれぞれ1981年と2008年、台湾がそれぞれ1980年と2007年で後続する。中国は2016年に介護保険パイロット事業が実施されるなど後発に位置する。制度イメージも高齢者に重点が置かれた介護保険を持つ日本、全国民が加入するが給付は高齢者がほとんどである韓国、高齢者だけでなく若年障害者などもひとつの介護制度で対応する台湾、実施都市により制度内容が多様な介護保険パイロット事業を行う中国と、介護制度でも多様な制度イメージである。

ここからわかることとして、東アジアの高齢者対策は、1) 各国・地域がそれぞれの経緯がある、2) その結果構築された制度も多様である、である。高齢者対策で日本が先行し、東アジアの国や地域が日本の経験を参照しても、そのまま取り入れている訳ではない。介護保険を例にすると、韓国は日本の経験を参照し、社会保険方式の介護制度を導入した。しかし、保険者は国民健康保険公団という政府系の医療保険者であり、国営保険である（日本では市町村が保険者という地域保険）。台湾も日本の経験を参照し、多様な介護サービス提供、特に訪問介護、福祉用具や住宅改修、地域密着ケアの仕組みは日本を参考にした。一方で、財源は税財源であり、要介護認定の仕組みは台湾独自の仕組みである。つまり、経済が発展し、急速に高齢化が進み地理的に近接している東アジアの国や地域では、日本のような先行ケースを参照しても、日本を参考にする面、独自の対応をする面の両方があるといえよう。

V. 結論

上記の考察から結論としてまとめられることは以下の通りである。

高齢者対策を概観すると、東アジアの中でも各国・地域それぞれの経緯と制度の姿がある。つまり、東アジアの高齢者対策は、各国・地域による多様性がある。日本が先行し、韓国、台湾が後続、中国が後発という構図を描くことができるが、日本を参考に類似の仕組みになった、そうでない仕組みを採用したなど、日本の経験で伝えられる部分とそうでない部分があると考えられる。例えば、日本は医療、年金、介護などで社会保険方式の制度を構築してきた。特に都道府県や市町村という地方自治体の単位で制度を運営する地域保険の仕組みの経験が豊かである。この方式を機能させるには、ある程度の広さの国土があり、人口などで地域差が存在する、地方自治体の行政の仕組みや組織が整っている、国、都道府県、市町村という国と地方の連携関係が強固であるという条件が整っている必要がある。韓国はソウルをはじめ多様な地域から構成されるが、国土は日本よりも小さく、介護保険では国民健康保険公団という医療保険の政府の組織、人材を活用する方が効率的な制度運営ができる。そのため、韓国で介護保険を検討する際には、日本の経験を参考にしたが、最終的には韓国の事情も踏まえた制度になった。つまり、日本の経験がそのまま伝える、活用できるかは、その国や地域の社会経済的な条件をよく検討した上で判断する必要がある。また、日本の仕組みを現地の実情に合わせたカスタマイズも必要であろう。

日本と異なる制度内容を選んだとしても、日本の経験を参照した検討した結果である場合もあり得る。日本の経験がどのような条件で成り立つのか、成り立たない場合はどんな仕組みがよいのかというオプションも日本側から提示できることも重要かと思われる。

東南アジアなどの他の国や地域は、東アジア以上に人口、社会経済、高齢者対策などの社会保障制度の経験の多様性が大きいと考えられる。そのため、日本の経験を伝える際には、日本の仕組みがふさわしいのか、それ以外の仕組みがふさわしいのかという幅広い政策オプションが提示できることが望ましいと考えられる。

付記・謝辞

本論文は、これまでの研究成果とあわせて本研究事業の成果公表活動の一環として執筆した。ご協力いただいた方々には、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

参考文献

- 広井良典・駒村康平（編著）（2003）『アジアの社会保障』東京大学出版会。
増田雅暢（編著）（2008）『世界の介護保障』法律文化社。
加藤智章・西田和弘（編著）（2013）『世界の医療保障』法律文化社。
増田雅暢・金貞任（編著）（2015）『アジアの社会保障』法律文化社。
増田雅暢・小島克久・李忻（2021）『よくわかる社会保障論』法律文化社。
金成垣・金圓景・呉世雄編（2025）『現代韓国の福祉事情 キャッチアップか、新しい制度か』法律文化社。
林玲子（2023）「日中韓少子高齢化施策の推移と実態－比較の視座から－」『人口問題研究』第 79 巻第 4 号、pp.280-304. <https://doi.org/10.50870/0002000188>（2026 年 4 月 7 日確認）
小島克久（2019）「外国人人口を含む人口統計で検証する台湾の UHC」『人口問題研究』第 75 巻第 4 号、pp.305-323. <https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19750403.pdf>（2026 年 4 月 4 日確認）
守泉理恵（2023）「韓国の少子化の進展と第 4 次低出産・高齢社会基本計画にみる少子化対策」『社会保障研究』第 8 巻 2 号、pp.119-130. <https://doi.org/10.50870/0002000133>（2026 年 4 月 7 日確認）
余乾生（2023）「中国の老人権益保障法について」『社会保障研究』第 8 巻 2 号、pp.245-

248. <https://doi.org/10.50870/0002000143> (2026 年 4 月 7 日確認)
上村泰裕 (編著) (2020) 『新世界の社会福祉 7 東アジア 中国／韓国／台湾』旬報社.
万琳静・小島克久 (2022) 「介護保険パイロット事業等からみる中国の高齢者介護制度」
『社会保障研究』第 6 卷 4 号、pp.454-468. <https://doi.org/10.50870/00000302> (2026
年 4 月 10 日確認)

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)
「アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や制度の提言に資する研究」

令和 7 年度 分担研究報告書

「日本と台湾、タイにおける高齢者介護の制度および現状に関する研究」

研究分担者

大西 丈二 国立長寿医療研究センター 老年内科部

研究協力者

荒井 秀典 国立長寿医療研究センター

研究要旨

【目的】本研究は、アジアにおける高齢化対応も含めたユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）達成を推進する施策や制度の提言に資するため、日本と台湾、タイにおける高齢者介護制度の現状を比較し、各国の制度設計、サービス提供体制、および統計指標体系の特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】各国の政府公表資料・統計・法令、WHO 等国際機関の報告書を参照し、2023～2025 年時点の最新データを用いて分析した。台湾については衛生福利部統計處「長期十年計畫 2.0 相關統計表」、タイについては National Statistical Office「Survey of Older Persons in Thailand (SOPT)」を主要データソースとした。

【結果】台湾の長期照顧制度は 2017 年に長照 2.0 として税方式で施行され、2024 年現在、サービス利用者は約 55.8 万人、カバレッジ率は 80.2%に達している。地域包括ケアシステムとして ABC モデル（A 級 774、B 級 9,419、C 級 4,718 拠点）を展開し、介護サービス従事者は約 10 万人である。統計指標は月次・年次で人口、サービス利用、施設数、人材、財務等 80 項目以上を公表している。タイは 2002 年にユニバーサルカバレッジ制度（UCS）を導入し、全人口の約 76%を対象としている。2016 年から地域密着型長期ケアプログラムを展開し、対象高齢者は 2016 年の 8 万人から 2019 年には 22 万人に拡大した。高齢者実態調査（SOPT）を 3 年ごとに実施し、世帯特性、就労・収入、健康状態、ADL・IADL、介護者負担等 90 項目以上を調査している。

【結論】台湾とタイはいずれも税方式による普遍的制度を採用し、日本の社会保険方式とは財源構造が異なる。しかし、地域包括ケアの理念、予防重視、多職種連携の推進という点では共通しており、アジア諸国における UHC 達成に向けた示唆を得ることができた。

A. 研究目的

本研究ではまず、東・東南アジアの高齢者介護の制度概要を知るため、各国政府・公的機関のウェブサイトおよび公開資料を調査した（韓国 文献1-4, 台湾 文献5-13, タイ 文献14-16, シンガポール 文献19-25, フィリピン文献26-29）。

各国の概要を踏まえた上で、今年度研究においては、特に台湾とタイに調べるを絞り、日本を合わせた3カ国について、高齢者介護制度の概要、介護サービスの種類、介護人材の養成・資格制度、公的介護サービス提供事業所の実態、および公表データの情報源と提供実績を整理・比較分析し、UHC政策への示唆を得ることを目的とした。

B. 研究方法

分析にあたっては、各国の政府公表資料・統計・法令のほか、PubMed・医中誌等に収録された学術論文、WHO等国際機関の報告書を参照した。データは原則として2023～2025年時点の最新値を用いたが、時系列的文脈が必要な箇所では遡及データも引用した。

（倫理面の配慮）

本研究は主として各国政府公開資料・統計資料・文献を用いた制度比較研究であり、個人情報には取り扱っていない。なお、本研究班全体として実施される関連調査については、代表機関において倫理審査承認を受けている。

C. 研究結果

I. 制度について

1. 高齢者介護制度の概要

（1）日本

日本は2000年に公的介護保険制度を創設し、アジアで最も早く整備された公的介護制度の先進事例である。介護保険制度は40歳以上を被保険者とする社会保険方式を採用しており、65歳以上（第1号被保険者）は要介護・要支援状態になった場合に、40～64歳（第2号被保険者）は特定疾病（16疾病）に起因する場合に給付を受けられる。財源は保険料（第1号27%・第2号27%、令和6-8年度の人口比に基づく）と公費（国25%・都道府県・市町村各12.5%）によって賄われる。

（2）台湾

台湾の長期照顧（長照）制度は、社会保険方式ではなく税方式を財源とする現物給付サービス体系として構築されている。制度の歴史的経緯として、1998年から高齢者ケア強化プロジェクト、2007年に「国家10年長期照顧計画1.0（長照1.0）」が策定され、低所得高齢者・障害者を中心に居宅サービスが提供された。

2017年に「国家10年長期照顧計画2.0（長照2.0）」が施行され、対象者の大幅な拡大（65歳以上障害者、55歳以上の先住民族、50歳以上の認知症者、障害者手帳保有者等）と財源の拡充が図られた。財源は「長照基金」として、遺産税・贈与税・タバコ税等の税収から安定的に確保されている。2024年度予算は約570億台湾元（約2,500億円）規模となっている。

さらに2026年には「長照3.0」が施行予定であり、在宅でのケアをより充実させ、家族介護者への支援強化、重篤疾患患者の在宅移行支援、外国籍永住者への適用拡大等が計画されている。台湾では社会保険方式の長期照顧保険も過去に検討されたが、国民健康保険（全民健保）の成功体験から税方式が選択され、現在の制度に至っている。

（3）タイ

タイの医療・福祉制度の特徴は、医療と介護が制度的に分離されておらず、すべて税方

式で賄われている点にある。タイ国民は主に①国民医療保障制度（UCS: Universal Coverage Scheme）、②社会保険制度（SSS: Social Security Scheme）、③公務員医療給付制度（CSMB S）の3つの医療保障制度のいずれかに属しており、UCSは全人口の約76%を対象としている。UCSの管理・運営は国家医療保障機構（National Health Security Office：NHSO）が担っている。

介護については、UCSの下で施設入所ケアは原則カバーされておらず、在宅・地域ベースのケアが中心となっている。2016年にNHSOが「地域密着型長期ケアプログラム（Community-Based Long-Term Care Program）」を本格導入し、全国の行政組織（sub-district, Tambon; 市町村）単位でケアを展開している。このプログラムはJICA（国際協力機構）の技術支援（CTOP、LTOP、S-TOPプロジェクト）によって制度設計の基盤が整備され、日本の地域包括ケアを参考とした考え方も取り入れられている。

タイの要介護高齢者は日常生活動作（ADL）指標であるBarthel Indexに基づき、「活動的（ADL 12以上）」、「外出困難（homebound：ADL 5～11）」、「寝たきり（bedridden：ADL 0～4）」の3段階に分類される。NHSOのデータでは全国で約100万人が外出困難または寝たきり状態にあるとされ、増加傾向にある。

2023～2037年を対象とした「第3次国家高齢者計画」が運用されており、高齢化への準備、高齢者の生活の質の平等な向上、行政システムの改革、技術開発に関する4つのサブプランが盛り込まれている。

財源方式等3か国の制度概要を表1に示す。

表1. 公的介護サービスの財源

項目	日本	台湾	タイ
財源方式	社会保険（保険料+公費）	目的税（長照基金）	税財源（UCS）
被保険者/対象者	40歳以上	要支援・要介護認定者	UCS登録者全員
自己負担	1～3割	所得連動型	施設型は自己負担
認定方式	要介護認定（7段階）	ADL・CPS（Cognitive Performance Scale）評価	Barthel Index（3段階）
制度開始年	2000	2007（2.0：2017）	2016（CLTC）

2. 介護サービスの種類

（1）日本

日本の介護保険サービスは、利用者の生活環境・ニーズに応じて居宅サービス、居宅介護支援、介護保険施設、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス、介護予防支援の7つに分けられる。

居宅サービスには訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売の12のサービスがある。たとえば訪問介護は介護福祉士等による入浴、排泄、食事等の介護など、日常生活に必要なサービスである。訪問介護を利用できるのは、居宅で生活する「要介護」と認定された人である。

介護保険施設とは指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院である。介護

老人福祉施設（特別養護老人ホーム：特養）では施設サービス計画に基づいて入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービス、機能訓練、健康管理及び療養上のサービスを提供する。また、指定介護老人福祉施設を利用できるのは「要介護」と認定された人である。介護老人保健施設（老健）では計画に基づいた看護、医学的な管理の必要となる介護、機能訓練、そのほかの必要な医療、日常生活上のサービスを提供する。老健を利用できるのは「要介護」と認定され症状が安定している人である。

地域密着型サービスは、原則としてサービスを提供する事業者のある市町村に住む人が対象である。定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護の10のサービスがある。

（2）台湾

衛生福利部公表資料によれば、長照2.0では、A・B・C三層構造の地域包括ケアシステムが導入された。開始初期の2018年時点では、A級472か所、B級2,922か所、C級1,603か所であったが、その後段階的に拡充され、2024年にはA級774、B級9,419、C級4,718拠点へ増加している。

【A級（社区整合型服務中心：統合地域サービスセンター）】各行政区（郷鎮市区）に少なくとも1か所設置され、ケアマネジメント、サービス調整、家族支援、資源連携を担う中核機関。

【B級（複合型服務中心：複合サービスセンター）】居宅サービス事業所、日中活動系サービス（日照中心：デイケアセンター、小規模多機能、グループホーム、家庭托顧）を含む直接サービス提供機関。全国に2,922か所（2018年）。日照中心（デイケアセンター）は2019年に約400か所だったものが2024年末には730か所に増加し、全国中学校区の89.5%をカバーするに至っている。

【C級（巷弄長照站：コミュニティケアステーション）】最も身近なコミュニティに設置され、健康・準要支援状態の高齢者を主な対象として、共食・交流・健康増進活動を提供する。

サービス類型としては、居宅サービス（訪問介護・訪問看護等）、地域サービス（日中活動系・小規模多機能等）、住宅型サービス（機構住宿型）に大別される。2024年時点で全台湾の長照サービス提供単位（service provider units）は4,033か所に達し、居宅サービスが2,235か所（55.4%）と最多で、次いで地域密着型が1,676か所（41.6%）、施設型が122か所（3.0%）となっている。

また台湾は2017年に認知症専門の「失智症照顧服務」を整備し、350か所の失智症支援センター・73か所の統合失智症ケアセンターを設置、認知症ケアに力を入れている。

（3）タイ

タイの公的介護サービスは、家族・コミュニティによる非公式ケアを補完する形で整備されており、主として在宅・地域ベースのサービスが中心である。施設ケアは高額なため、高所得層以外は利用しにくい状況にある。

LTCプログラムで提供される在宅ケア（Home Care）の対象は外出困難（homebound）または寝たきり（bedridden）の高齢者、障害者、慢性疾患患者である³⁰。NHSOのデータでは全国で約100万人が外出困難または寝たきり状態にあるとされ、増加傾向にある³¹。外出困難または寝たきりの高齢者に対しては、地域保健ボランティア（VHV）のうち訓練されたケアギバー（caregiver）が定期的に訪問し健康チェックや薬の管理、病院への送迎などを行う。

ケアギバーは健康問題などを病院に報告する地域全体で高齢者の健康を支えるしくみと

しても機能している。

このLTCプログラムの資金はNHSOが配分する対象者1人あたり年間6,000バーツと地方自治体からの出資で賄われる。

急性期病院においては家族が直接ケアを担う慣行が根強く、食事・体位交換・排泄介助等を家族が行う場合が多い。施設型ケアはUCSの給付対象外であるため、民間営利施設は高所得層に限られ、地域における公的な施設型資源はLAOやコミュニティ主導の限定的なものに留まっており、政府の財政支援は限定的である。

要介護高齢者の介護給付パッケージ (benefits package) には、在宅介護や地域密着型介護、および医療用機器・用具が含まれる。給付内容は、個々のニーズや必要なサービスの頻度などにより多少異なり、以下4グループが設定されている。

- ①ある程度は自力で動くことができるが、食事やトイレの介助が必要になる場合がある
- ②①に加え、知的障害がある
- ③自力で動くことができず食事や排泄の介助が必要な状態、あるいは重篤な病気である
- ④③に加え、終末期である

3. 介護の担い手

(1) 日本

日本の介護人材の中核は「介護福祉士」である。介護福祉士は「社会福祉士及び介護福祉士法」(1987年制定)に基づく国家資格であり、福祉系大学・専門学校(介護福祉士養成課程)で所定の課程を修了するか、実務経験3年以上かつ実務者研修修了後に国家試験に合格することで取得できる。2023年度末時点で登録者数は累計約190万人に達している。

介護福祉士のほかに、訪問介護員(ホームヘルパー)として活動するための「介護職員初任者研修」(旧ホームヘルパー2級に相当、130時間)、介護福祉士への上位資格に繋がる「実務者研修」(450時間)の資格体系がある。さらに2019年度から「介護福祉士等による痰の吸引等研修」の制度化により、一定の医療的ケアが介護職でも実施可能となった。

ケアプランを作成し管理する「介護支援専門員(ケアマネジャー)」は、介護福祉士など一定の背景資格を有し、かつ5年以上の実務経験を持つ者が都道府県の試験・研修を経て取得できる資格である。ケアプランは本人・家族が作成する「セルフプラン」も制度上認められているが、その割合は0.1%未満とわずかな率である。

2023年度の介護労働者数は約215万人であるが、深刻な人手不足が続いており、2040年度には約280万人の需要に対して約69万人が不足すると推計されている。外国人介護人材の受け入れ制度として、EPA(経済連携協定)介護福祉士候補者、在留資格「介護」、技能実習制度(2024年廃止・育成就労制度へ移行)、特定技能1号の複数経路が整備されている。

(2) 台湾

台湾の介護人材の基礎資格は「照顧服務員(Care Worker)」である。照顧服務員は50時間の学科(核心課程)と40時間以上の実習から成る訓練課程を修了し、衛生福利部(MOHW)発行の「長照小卡(長期照護職員証)」を取得することで従事できる。さらに技能士試験(照顧服務員単一級技術士技能検定)に合格することで、国家資格としての専門性が証明され、処遇改善(待遇面での加算等)の要件を満たすことができる。

長照2.0開始当初(2017年)の本国籍照顧服務員は25,194人だったが、2022年に95,580人(約279%増)と急増した。しかしその後は増加が鈍化し、2024年末時点で100,421人にとどまっている。2026年の長照3.0施行時には要介護認定者が約90万人に達すると見込まれ、深刻な人材不足が課題となっている。

台湾のもう一つの特徴は外国人介護労働者(外籍看護工・移工)の大規模活用である。1992年から「外籍看護工」として東南アジア(フィリピン・インドネシア等)からの外国人

家庭内介護労働者の受け入れが認められており、2021年時点で約225,423人の移工が介護分野に従事している（本国籍介護労働者74,601人の約3倍）。ただし訪問介護サービスへの外国人就労は現在認められていない（施設・家庭内のみ）。

ケアマネジメントを担う職種として「照顧管理専員（Care Manager）」がある。照顧管理専員は各地方政府の長照管理センター（A級）に配置され、利用者のニーズ評価（ケアプランの前段階）、サービス調整、個別化ケア計画の策定等を担う。社会工作者（ソーシャルワーカー）・護理師（看護師）・職能治療師（作業療法士）等の専門職が担当することが多い。

（3）タイ

タイでは、急性期病院においても食事・更衣・排泄介助等の日常的生活援助は家族が担う慣行が根強く残っている。これは病院のスタッフ不足と文化的背景（家族ケアの重視）を反映している。自宅での介護も家族が主体となっており、特に農村部においては公的介護以外が大部分を担っている。

公的介護制度において重要な役割を果たす担い手が地域の地域健康ボランティア（Village Health Volunteers：VHV）である。VHVはタイの一次医療の根幹を担う存在として1960年代から活動を続けており、全国に約100万人が活動している（約10～15世帯に1人のVHV）。

2018年度に研修を終了したケアマネジャー（CM: care manager）は5,990名であり、累計で12,843名となった。ケアギバー（caregiver）は27,707名が養成され、合計で77,853名となった。これは要介護高齢者3名に対して約1名のケアギバーが配置されていることになる。

ケアギバーは要介護の高齢者に対し日常生活の支援、居住環境の安全確認、食事の準備、緊急時の通院・通所施設への紹介を行う。5～10人のケアギバーは1人のケアマネジャーの監督下にあり、協力して35～40人の要介護高齢者のケアにあたる。

ケアマネジャーは医学、看護学、および／または公衆衛生の訓練を受け、高齢者ケアの経験があり、保健省（DOH: Department of Health）の研修を修了している。ケアギバーの監督・連携だけでなく、医療サービスとの調整も行い、ケアプランを作成してケアプランに基づいた予算支援を手配するという、長期ケア（LTC）における中心的な役割を担う。

家族介護ボランティア（FCV: family care volunteer）は高齢者介護の研修を18時間受けた15歳以上の家族である。世帯に少なくとも1名が配置され、要介護の高齢者に対する簡便な介護や支援、および他の家族と基本的な介護に関する知識を共有することである。これにより、家庭内での介護支援体制を補完し、VHVネットワークと連携する。

タイの専門職介護人材はまだ少数であり、看護師・理学療法士・作業療法士等は主に病院や一次医療施設に配置され、地域ベースの長期介護専門職としての職域はまだ発展途上にある。専門的人材の不足は特に農村部にてケアの確保において課題となっている。

4. 公的介護サービスを提供する事業所

（1）日本

日本の介護保険サービスは、利用者の生活環境・ニーズに応じて居宅サービス、居宅介護支援、介護保険施設、介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス、介護予防支援の7つに分けられる。

居宅サービスには訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売の12のサービスがある。たとえば訪問介護は介護福祉士等による入浴、排泄、食事等の介護など、日常生活に必要なサービスである。訪問介護を利用できるのは、居宅で生活する「要介護」と認定された人である。

介護保険施設には指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院がある。介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム：特養）では施設サービス計画に基づいて入浴、排泄、食事などの介護、そのほかの日常生活を送るうえで必要となるサービス、機能訓練、健康管理及び療養上のサービスを提供する。また、指定介護老人福祉施設を利用できるのは「要介護」と認定された人である。介護老人保健施設（老健）では計画に基づいた看護、医学的な管理の必要となる介護、機能訓練、そのほかの必要な医療、日常生活上のサービスを提供する。老健を利用できるのは「要介護」と認定され症状が安定している人である。

地域密着型サービスは原則としてサービスを提供する事業者のある市町村に住む人が対象である。定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護の10のサービスがある。

2023年度末時点の介護保険事業所数は、訪問介護約38,000か所、通所介護約44,000か所、認知症グループホーム約14,000か所、特別養護老人ホーム約10,900か所、介護老人保健施設約4,300か所、介護医療院約762か所等となっている。居宅介護支援事業所は約39,000か所あり、全国にケアマネジャーが配置されている。

（2）台湾

台湾では「長期照顧服務法」（長照服務法、2015年制定、2017年全面施行）に基づき、長照サービスを提供するためには衛生福利部または地方政府の許可・登録が必要である。

サービス類型ごとの事業所類型として、「居家式（居宅型）」「社区式（地域密着型）」「機構住宿式（施設型）」「家庭托顧式（家庭内ケア型）」が法定されている。居宅型事業所には居家照顧服務（訪問介護）・居家護理（訪問看護）・居家復健（訪問リハビリ）等が含まれる。地域密着型には日照中心（デイケアセンター）・小規模多機能・失智症団体家屋（認知症グループホーム）・家庭托顧等が含まれる。施設型には老人養護中心・長期照顧機構（養護型・失智照顧型・身障照顧型）・護理之家（介護療養型施設）等が含まれる。

2024年末時点の全国サービス提供単位数は4,033か所であり、居宅型2,235か所（55.4%）、地域密着型1,676か所（41.6%）、施設型122か所（3.0%）となっている。

長照サービスの利用申請・ニーズ評価・ケア計画策定は、各地方政府に設置された「照顧管理中心（ケアマネジメントセンター）」が担っており、「照顧管理専員」がワンストップで利用者支援を行う体制となっている。

（3）タイ

タイでは「サービス提供事業所」という概念は日本・台湾ほど明確に制度化されていない。地域密着型LTCプログラムの実施主体は地方自治体（LAO: Local Administrative Organization）であり、NHSOから予算を受けて地域のケアを管理・調整する。LAOは必ずしも独立した「事業所」として機能するのではなく、地域の医療施設（保健センター・コミュニティ病院）とLAOが連携してケアを提供する体制がとられている。

ケア施設としてはコミュニティ・ナースングホーム（Community nursing home）、高齢者デイケアセンター（Elderly day care center）、レスパイトケアセンター（Respite care center）、生活の質開発センター（Quality of Life Development Center）、民間ナースングホーム（Private nursing home）があり、標準化が進められている。

質の監督・認証は保健省（MOPH: Ministry of Public Health）傘下の保健サービス支援局（DHSS: Department of Health Service Support）が担うが、提供者が登録する監督機関は提供するサービスの内容・主体によって分散しており、統一的な管理が課題となっている。

登録されている老人ケア事業数は2025年6月現在 2,331か所で、ホームケア事業者は1,475、

介護施設 810か所、デイケアセンター46か所となっている（Thai Department of Business Development. <https://www.dbd.go.th> による）。

NHSOとMOPHは介護に関わる高齢者情報を共有するデータシステムを構築しており、L AOが収集した要介護高齢者の情報がデータベースに集約され、政策立案に活用されている。

Ⅱ. 公的サービス提供状況について

1. 公表データの情報源

（1）日本

日本では介護保険制度の運営に関わる統計・情報が多数の公的機関から体系的に公表されている。主要な情報源は以下の通りである。

【介護サービス情報公表システム（介護情報ネット）】厚生労働省が運営するオンラインデータベースであり、全国の介護保険事業所・施設のサービス内容、職員配置、利用定員、利用料金等の詳細情報が公表されている。利用者・家族が事業所を比較・選択するためのシステムとして機能すると同時に、研究目的の集計分析にも活用されている。

【介護保険事業所実態調査（旧：介護サービス施設・事業所調査）】厚生労働省が毎年実施する全数調査であり、事業所・施設数、定員・利用者数、職員数・配置状況等が集計・公表されている。

【介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）】厚生労働省が毎年実施し、要介護度別・サービス類型別の給付費・利用者数等を集計・公表している。

【地域包括ケア「見える化」システム】厚生労働省が開発・運営するウェブシステムであり、介護保険事業状況報告、地域別介護サービス量・認定状況・サービス見込量等をインタラクティブに可視化できる。市区町村・都道府県別の比較分析に活用されている。

【介護保険事業状況報告】厚生労働省が毎月公表するフロー統計であり、認定者数・受給者数・給付費等の速報値が確認できる。

【国民生活基礎調査】厚生労働省が3年ごとに実施する大規模社会調査で、要介護者の状況・介護の内容・主な介護者の属性等が把握できる。

（2）台湾

台湾では衛生福利部（MOHW）が長照データの中心的管理・公表機関であり、以下の情報源が活用されている。

【衛生福利部統計専区（高齢及び長期照顧統計専区）】MOHWが運営するポータルサイトであり、長照サービス利用者数・事業所数・サービス量・費用等の統計データが定期公表されている。年次統計のほか、月次報告も公開されている。

【長照管理系統（Care Management System）】MOHWが開発・運営する長照ケアマネジメント情報システムであり、照顧管理専員による評価・ケアプラン・サービス利用の全データを集積する。2018年1月～11月には新規利用申請者が前年比70.9%増（71,777人→180,660人）となったことが同システムで確認された。政策評価・リソース計画に活用されている。

【長照執行情報平台（Long-Term Care Information Platform）】長照2.0の進捗状況・A/B/C型拠点数・サービス利用者数等をリアルタイムで確認できるダッシュボード型システム。

【長照機構評鑑結果】地方政府が定期的実施する長照サービス機関への実地評価（評鑑）結果が公表されており、第三者評価による質モニタリングに活用されている。2023～2024年の日照中心26か所の評鑑結果では、評価スコアは73.6～96.6点（100点満点）の幅があった。

（3）タイ

タイでは日本・台湾と比較してLTC統計の整備は発展途上にあるが、以下の情報源が主

要なデータ取得元となっている。

【NHSO年次報告・データベース】NHSOが地域密着型LTCプログラムの実施状況（参加LAO数・ケア対象高齢者数・ケアギバー数・支出額等）を年次公表している。2016年（80,826人）→2017年→2019年（219,518人）と急増した経緯が確認できる。

【タイ高齢者実態調査（Survey of Older Persons in Thailand：SOPT）】チュラロンコン大学・マヒドン大学等が国家統計局と協力して実施する高齢者調査であり、生活状況・健康状態・就労・社会参加・ケアニーズ等を把握するための基礎統計として機能している。

【保健省（MOPH）統計報告】タイ保健省が病院・保健センターにおける高齢者医療・ケアサービスの提供状況を集計・公表している。ただし、社会福祉省・地方行政省管轄のケアとの統合的把握は課題として残っている。

【ADB・世銀等国際機関報告書】アジア開発銀行（ADB）のCountry Diagnostic Study on Long-Term Care in Thailand（2020年）や世界銀行のCaring for Thailand's Aging Population（2021年）等が、タイのLTCに関する包括的な制度・統計情報を提供している。

2. 公表されている項目

（1）日本

厚生労働省によって「地域包括ケア見える化システム」が構築されており、表2（巻末）の指標等が公表されている。

（2）台湾

長期照顧統計で公表されている内容を表3（巻末）に示す。

（3）タイ

タイ高齢者実態調査（Survey of Older Persons in Thailand：SOPT）が3年毎に行われており、その結果として公表されている内容を表4（巻末）に示す。

3. 介護サービス利用の概況

（1）日本

居宅サービス受給者は要介護認定者の約半数（約350万人）が利用しており、特に訪問介護・通所介護の利用率が高い。施設サービス利用者は約96万人。地域密着型サービス利用者は約100万人程度である。

介護給付費は制度創設（2000年度）以降一貫して増加を続けており、2022年度には約11.7兆円（国民医療費の約3分の1に相当）に達している。今後も高齢者人口の増加・認定率の上昇に伴い増加が見込まれ、制度の持続可能性が政策課題となっている。

表5. 介護制度利用概況（日本）

項目	数値
要介護（要支援含む）認定者数	約706万人
介護給付費総額（2022年度）	約11.7兆円
訪問介護事業所数	約38,000か所
通所介護事業所数	約44,000か所
特別養護老人ホーム施設数	約10,900か所
介護老人保健施設数	約4,300か所
介護医療院施設数	約762か所
認知症グループホーム数	約14,000か所

居宅介護支援事業所数	約39,000か所
介護職員数（介護保険施設・事業所）	約215万人

（２）台湾

長照2.0の施行（2017年）から長照サービスの新規申請者は急増し、2018年1～11月の新規申請者数は前年比70.9%増（71,777人→180,660人）となった。長照基金の財源として遺産税・贈与税の税率引き上げが行われ、安定した財源確保が図られている。

2026年の長照3.0施行時には要介護認定対象者が約91万人に達すると推計されている（2035年には114万人超の予測）。

表 6. 介護制度利用概況（台湾）

項目	数値（2024年末）
長照認定対象者数（推定）	約55.8万人
長照サービス利用対象者（目標）	87%カバー（4年以内）
全長照サービス提供単位数	4,033か所
うち居宅型	2,235か所（55.4%）
うち地域密着型	1,676か所（41.6%）
うち施設型	122か所（3.0%）
日照中心（デイケアセンター）数	730か所（中学校区の89.5%をカバー）
本国籍照顧服務員（照服員）数	100,421人
外籍看護工（移工）数（2021年）	約225,000人
長照予算規模（2024年度）	約570億台湾元

（３）タイ

タイの地域密着型LTCプログラムの提供実績は以下の通りである。タイのLTCプログラムは2016年の開始以降急速に拡大し、NHISOの予算は2016年の6億バーツから2018年には約11.6億バーツへと倍増した。しかしながら推定で約100万人に上る要介護高齢者のうち、公的LTCプログラムで実際にサービスを受けているのは2019年時点で219,518人にすぎず、カバレッジは20%強にとどまっている。施設ケアのUCS適用外という制度上の制約から、家族ケアとボランティアへの依存度が依然として極めて高い状況が続いている。

表 7. 介護制度利用概況（タイ）

項目	数値
LTCケア対象高齢者数（2016年）	80,826人
LTCケア対象高齢者数（2019年）	219,518人
推定要介護高齢者（半寝たきり・寝たきり）	約100万人
LTCプログラム予算（2016年）	6億バーツ（対象1,000タンボン）
LTCプログラム予算（2018年）	11.59億バーツ
ケアギバー（2016年訓練後）	全国展開中
VHV（地域保健ボランティア）総数	約100万人
在宅訪問率（UdonthaniプロジェクトのLTC高齢者）	81%（2016年）→93%（2017年）

4. 介護サービスの実績概況

台湾、タイにおけるサービスの提供実績値はWEBから情報を得ることができていないが、現地調査やカウンターパートへの直接ヒアリングを通じた、データ（受給実績の詳細等）の収集プロセスをすでに進めている。

D. 考察

本研究にて高齢者介護について、台湾およびタイの制度と現状について調べ、日本の制度との比較検討を行った。本年度は制度・統計体系の比較整理を中心に実施したが、これらの詳細については両国の研究者や公的機関担当者との情報・意見交換を要し、概要を踏まえた上での議論が必要である。次年度は、まだ収集に至らなかった高齢者の状態像および介護サービス提供・受給の実データを収集する予定である。

高齢者の状態像および介護サービス提供・受給のデータ収集を進めるにあたっては、WHOが2017年にガイドラインとして公表したICOPE (Integrated care for older people) が概念的には有用であり、それとの対応についても検討する。また、日本で構築された科学的介護情報システム (LIFE) との対応についても整理が望まれる。WHOはまた、ICDを第11版に更新し、日本では2027年度の実装が予定されているところだが、ヘルスケアの標準規格はHL7-FHIRが普及しており、各種の整理はこれらに準拠した形で進める必要がある。今年度事業の中での調べにおいて、それぞれの国で地域差も主要な課題となっており、特に都市部と農村部との相違について、研究を進める必要があると思われる。

E. 結論

本研究にて高齢者介護について、台湾およびタイの制度と現状について調べ、日本の制度との比較検討を行った。台湾とタイはいずれも税方式による普遍的制度を採用し、日本の社会保険方式とは財源構造が異なる。しかし、地域包括ケアの理念、予防重視、多職種連携の推進という点では共通しており、アジア諸国におけるUHC達成に向けた示唆を得ることができた。

F. 引用文献

1. Long-Term Care System in Korea (PMC) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7533195/> (2025/10/18 アクセス)
2. Role of Healthcare in Korean Long-Term Care Insurance (PMC) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3360173/> (同上)
3. Health and Long-Term Care Systems for Older People in the Republic of Korea <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2017.1345052> (同上)
4. Equity of access under Korean national long-term care insurance (PMC) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4570704/> (同上)
5. National Ten-year Long-term Care Plan 2.0 <https://www.mohw.gov.tw/cp-4344-46546-2.html> (同上)
6. Long-term Care Plan 2.0 <https://english.ey.gov.tw/News3/9E5540D592A5FECDD/332a78c0-0c8e-4064-bd71-8c22477dae75> (同上)
7. Department of Long-Term Care (MOHW) <https://www.mohw.gov.tw/cp-3779-44499-2.html> (同上)
8. Department of Health, Taipei City Government <https://english.doh.gov.taipei/cp.aspx?n=64E43555801A6402> (同上)
9. Policies and Transformation of Long-Term Care System in Taiwan (PMC) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7533198/> (同上)
10. Current Status of Long-term Care in Taiwan (PMC) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7500391/> (同上)
11. LTC 2.0: The 2017 reform of home- and community-based long-term care <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019301885> (同上)
12. Home healthcare services in Taiwan (PMC) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2955015/> (同上)
13. Home healthcare services in Taiwan (BMC) <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/article>

- s/10.1186/1472-6963-10-274 (同上)
14. Healthcare and medical services in Thailand (UK Gov) <https://www.gov.uk/guidance/healthcare-and-medical-services-in-thailand> (同上)
 15. Long-term care (LTC) policy in Thailand (PMC) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10297730/> (同上)
 16. Estimating Long-Term Care Costs among Thai Elderly (PMC) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5822901/> (同上)
 17. Financial Schemes for Caregivers and Seniors (HealthHub) <https://www.healthhub.sg/support-and-tools/costs-and-financing/financial-schemes-caregivers-seniors> (同上)
 18. MediSave Care、ElderFund、MediSave Care <https://www.aic.sg/financial-assistance/medisave-care/> (同上)
 19. ElderFund Singapore <https://www.aic.sg/financial-assistance/elderfund/> (同上)
 20. Subsidies for Residential Long-Term Care Services (MOH) <https://www.moh.gov.sg/managing-expenses/schemes-and-subsidies/subsidies-for-residential-long-term-care-services> (同上)
 21. Home Care Services (AIC) <https://www.aic.sg/care-services/care-at-home/> (同上)
 22. Home Care Services (NTUC Health) <https://ntuhealth.sg/elderly-care/services/home-care/home-care-services> (同上)
 23. Financing Long-Term Services and Supports: Ideas From Singapore (PMC) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5461396/> (同上)
 24. Home Care Support Services for Senior Citizen (DSWD) <https://stb.dswd.gov.ph/home-care/> (同上)
 25. What are the rights and privileges of Senior Citizens (NCSC) <https://www.ncsc.gov.ph/post/what-are-the-rights-and-privileges-of-senior-citizens> (同上)
 26. Senior citizens body, PhilHealth (PNA) <https://www.pna.gov.ph/articles/1230781> (同上)
 27. Are Filipinos Ready for Long-term Care? (PMC) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11936774/> (同上)
 28. Caring Behavior of Filipinos (PMC) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11413454/> (同上)
 29. Empowering Older Filipinos (ASEAN Magazine) <https://theaseanmagazine.asean.org/article/empowering-older-filipinos-through-pension-care-and-community-support/> (同上)
 30. Khongboon P, et al. Risk Factors for Six Types of Disability among the Older People in Thailand in 2002, 2007, and 2011. J Aging Res. 2016.
 31. Suriyanrattakorn S., et al. Long-term care (LTC) policy in Thailand on the homebound and bedridden elderly happiness Health Policy Open. 2021

G.研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

大西丈二. 在宅介護サービスに関する東・東南アジアの制度について. 第8回日本レセプト学会国内学術大会.2025/10/19 大阪市

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）「アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や制度の提言に資する研究」（課題番号：25BA1001）

令和 7 年度 分担研究報告書

マレーシアにおける高齢化施策の現状と課題

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 特任助教

研究要旨：

【目的】2021 年に高齢化社会に到達したマレーシアの保健医療・介護ケア・年金所得保障・福祉・社会環境の 5 領域における施策の現状と課題について、調査票 61 項目の検索と整理を通じて ASEAN 比較資料および日本の UHC と介護保険制度の経験に基づく政策提言の根拠資料を構築する。

【方法】2026 年 2 月 9 日にマレーシアプトラ大学老年学研究所（MyAgeing）の Rahimah Ibrahim 所長および Chai Sen Tyng 上席研究員に各約 2 時間の半構造化形式によるキーインフォーマント・インタビューを実施し、マレーシア各省庁・EPF・KWAP・PERKESO、WHO・ILO・OECD・世銀・ADB 等の公開資料を参照した。

【結果】保健医療は公的医療と民間医療の二層構造で運用されており、自己負担率 38.8%と高く、公と民の医療格差も存在している。年金・所得保障では被用者積立基金（EPF）の 54 歳時貯蓄額の中央値が約 RM10 万と退職後 5 年で枯渇する水準である。しかも、労働力の約 40%は未加入である。介護ケアは介護保険未導入で費用は家族負担、高齢者の約 70%が家族同居である。保健省認可ナースングホームは 2024 年 18 施設、Care Centres Act 登録 400 超に加え無登録も多数あり必要に応じて民間サービスがカバーしている現状である。介護人材養成も標準化された国家資格もない。社会扶助も多省庁の複数の制度に分散している。他方、政府の動きとして 2023 年保健白書、2026 年 1 月 Base MHIT 白書公表、Plan of Action 改訂、National Care Framework、NPOP 2026～2030 等で改革は徐々に前進している。

【考察・結論】高齢化施策は、多省庁・189 プログラムへの分散、介護保険制度の未整備と家族介護依存、介護労働の標準化遅れ、公私二層医療の所得・地域格差という構造的課題を抱える。一方、MPPWEN 諮問機構と RMK13 での主流化により、日本の介護保険導入前夜（1994～2000 年）に類似する条件が形成されつつあり、日本の制度設計経験の共有が重要となる。介護人材標準化、施設規制強化、在宅医療拡充、社会扶助統合、全ての労働者へのカバレッジ拡大が短～中期の優先課題と考えられる。

A. 研究目的

本研究の目的は、マレーシアにおける高齢化施策（保健医療、介護ケア、所得保障、福祉、社会環境）の現状と歴史的経緯を、一次情報（現地インタビュー）と二次情報（公開政策文書・統計）から整理することである。同時に、本研究班が検討する高齢化施策評価調査票（全6領域61項目）を用いてマレーシア国の情報を整理し、ASEAN 諸国横断比較のためのマレーシア国別基礎資料を構築することで、日本のUHC（Universal Health Coverage：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）および介護保険制度の経験を踏まえた政策提言の根拠を提供することを目指した。

B. 研究方法

(1) 現地インタビュー：2026年2月9日にマレーシア・プトラ大学老年学研究所（Malaysia Research Institute of Ageing, Universiti Putra Malaysia, 通称 MyAgeing）を訪問し、Rahimah Ibrahim 所長ならびに Chai Sen Tyng 上席研究員に対して、半構造化形式によるキーインフォーマント・インタビューを実施した。インタビューはそれぞれ約2時間程度、英語で行い、事前に作成した調査票（全61項目、6領域：基礎統計／保健医療／介護ケア／年金・所得保障／福祉／社会環境）に概ね沿う形で実施した。

(2) 二次資料収集：以下の組織が公開する政策文書・統計を参照した。

マレーシア保健省（Ministry of Health, Malaysia）が公開している保健白書（Health White Paper for Malaysia）、国民健康・疾病調査（National Health and Morbidity Survey：NHMS）、国家認知症行動計画（National Dementia Action Plan 2023–2030）。

女性家族地域社会開発省（Ministry of Women, Family and Community Development）が公開している国家高齢者政策（National Policy for Older Persons、2011年改訂）、同行動計画（National Plan of Action for Older Persons、2024年改訂）、国家ケア枠組み（National Care Framework 2025）。

マレーシア経済省（Ministry of Economy, Malaysia）が公開している第13次マレーシア計画（13th Malaysia Plan：RMK13）。

マレーシア統計局（Department of Statistics Malaysia：DOSM）が公開している人口統計（Population and Demographic Statistics）および家計所得・支出・基本生活調査（Household Income, Expenditure and Basic Amenities Survey：HIES）。

被用者積立基金（Employees Provident Fund：EPF／KWSP）、退職基金公社（Retirement Fund Incorporated：KWAP）、社会保障機構（Social Security Organisation：PERKESO／SOCSO）が公開している各年次報告書（Annual Report）。

世界保健機関（World Health Organization：WHO）が公開している Global Health Observatory（GHO）データベース、国際労働機関（International Labour

Organization : ILO) の世界社会保護報告書 (World Social Protection Report)、経済協力開発機構 (Organisation for Economic Co-operation and Development : OECD) の Pensions at a Glance Asia/Pacific 2024、世界銀行 (World Bank) の社会保護指標アトラス (Atlas of Social Protection Indicators of Resilience and Equity : ASPIRE)、アジア開発銀行 (Asian Development Bank : ADB) の社会保護指数 (Social Protection Index)。

(3) 情報整理：インタビュー結果と二次資料を調査票 61 項目に対応付け、日本語・英語両言語で回答・出典・URL を併記した別添 Annex を作成した。

倫理的配慮

本研究は、「人を対象とする生命科学・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による多機関共同研究一括審査の承認を受けて実施した (承認番号 : NIPH-IBRA#25013)。インタビュー対象者には、事前に研究目的・参加の任意性・データの取扱・個人情報の保護について説明文書を用いて説明し、書面による同意を取得した上で実施した。

C. 研究結果

以下、6 領域ごとに主要な知見を示す。全 61 項目の詳細は別添 Annex (日本語版・英語版) に整理した。なお本文中の通貨換算は、参考として 2026 年 4 月時点のマレーシア・リンギット (RM) 対日本円の概ねの相場 (1RM ≒ 35.5 円) を用いた。

1. 基礎統計 (Q1-1~Q1-13 に対応)

マレーシアの総人口は 2024 年時点で約 3,400 万人、60 歳以上人口比率は約 11.6%、65 歳以上人口比率は約 7.7% である (DOSM 2024 年人口推計)。2020 年に高齢化社会 (65 歳以上人口比率 7.0%) に到達し、2030~2035 年に高齢社会 (同 14.0%) 到達が見込まれる。出生時平均余命は 2023 年時点で男性 73.0 歳、女性 78.0 歳、60 歳時平均余命は男性約 19.0 年、女性約 21.0 年 (WHO Global Health Observatory)。60 歳以上の NCD (Non-Communicable Diseases : 非感染性疾患) 有病率は、高血圧約 70.0%、糖尿病約 40.0%、脂質異常症約 60.0% (NHMS 2018 年 Older Persons / NHMS 2023 年) であり、主要死因は虚血性心疾患・脳血管疾患など NCD が中心である。保健支出 (総保健支出、Total Expenditure on Health : TEH) は 2022 年で RM790 億、対 GDP 比 4.4% であり (Malaysia National Health Accounts: Health Expenditure Report 2011-2022)、自己負担 (Out-of-Pocket : OOP) 比率は約 38.8%、公的支出比率は約 52.0% と、同所得水準国と比較して公的医療費割合がやや低い。

2. 保健医療 (Q2-1~Q2-12 に対応)

(1) 医療提供体制 (図 1 参照) : マレーシアの公的医療体制は、(i) 一次医療として保健省 (Ministry of Health, Malaysia : MOH) が直営する保健クリニック (Klinik Kesihatan、全国約 1,100 か所) と村落保健所 (Klinik Desa、約 2,800 か所)、(ii) 二次医療として州立病院・郡立病院、(iii) 三次医療として大学病院・専門病院から

構成される三層構造である。本報告書で「マレーシア保健省クリニック」または「保健省直営クリニック」と呼称する施設は、保健省が直接管轄し、保健省雇用の医師・看護師・公衆衛生官が配置されている公立クリニック（Klinik Kesihatan）を指す。住民登録があれば誰でも受診可能で、受診費用は一般成人外来登録料が約 1RM（約 36 円）と極めて低額である。これに加えて、民間部門には私立病院・専門クリニックが存在し、自己負担あるいは任意の民間医療保険・タカフル（Takaful、イスラム法に準拠した相互扶助型保険）で支払う。

（2）高齢者の医療アクセス：60 歳以上の高齢者は公立医療施設では実質無料～極少額負担であり、公務員年金受給者は完全免除される。各保健クリニックでは曜日を限定して高齢者向け健康診断（高血圧・糖尿病・脂質異常症等の NCD スクリーニング）と総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment：CGA）を実施しており、高齢者集住地区では検診キャパシティが逼迫している。慢性疾患の継続服薬は公立クリニックで原則無料配布され、家族による代理受取も認められている。三次医療では老年科専門医外来が設置されているが、専門医は Perlis（北部）、Kelantan・Terengganu（東海岸）の 3 州には 2024 年時点で配置されておらず、専門医療への地理的アクセス格差が顕著である。一方、私立病院は高水準の設備・サービスを提供するが費用は公立の数倍～十数倍であり、任意医療保険未加入者は自己負担となる。

（3）国民皆保険に関する議論：マレーシアでは 2000 年代初頭から国民皆医療保険制度（National Health Insurance：NHI）の導入論議が繰り返されてきた。2009 年頃には Najib 政権下で「1Care for 1Malaysia」構想が公表されたが、（a）既存の高度低額の公立医療が損なわれることへの公衆の懸念、（b）強制保険料負担への抵抗、（c）医師会・公務員労組・宗教団体等の利害調整困難、により実装には至らず議論が事実上凍結した。

（4）保健白書（Health White Paper 2023）と Base MHIT プラン（2026 年 1 月白書公表）：近年の議論再開は、①COVID-19 パンデミックで公立病院の容量逼迫が顕在化し医療資源配分の脆弱性が露呈したこと、②高齢化進展に伴う慢性疾患負担の急増、③民間医療保険料の急騰（2023～2024 年に最大 40～70%の保険料引上げ問題、いわゆる「medical inflation」が社会問題化）、④Anwar 政権下の MADANI 政策における社会保護強化方針、を背景としている。これを受けて、マレーシア保健省（Ministry of Health, Malaysia）、マレーシア財務省（Ministry of Finance, Malaysia）、マレーシア中央銀行（Bank Negara Malaysia：BNM）の三者が協働して 2023 年に保健白書（Health White Paper for Malaysia）を公表し、MHIT（Medical and Health Insurance/Takaful：医療・健康保険／タカフル）の基本プラン（Base MHIT）に関する白書を 2026 年 1 月 22 日に公表した。マレーシア財務省（MOF）および中央銀行（BNM）の発表によれば、本プランの実装はパイロット実施が 2026 年下半年期、全面展開が 2027 年初頭に予定されており、2026 年 1 月時点で全面開始されたものではない。MHIT は民間医療保険・タカフル商品の標準化と保険料の透明化を狙うものであり、国民皆保険化への直接的な道筋ではないが、医療保険市場の制度化が緒に就いた段階である（図 2 参照）。

(5) 在宅医療 (Domiciliary Care) : 保健省直営の保健クリニックに配置された地域看護師 (Public Health Nurse、保健省雇用の公衆衛生看護師) が、退院後フォローを要する高齢者・遠隔地住民の自宅を訪問する制度である。利用対象は、退院直後の医学的フォロー、慢性疾患管理、創傷ケア、寝たきり患者など、保健クリニック医師が訪問の必要を認めた症例に限られ、申込みではなく医師指示に基づく公的サービスとして提供される。訪問頻度は資源次第で限定的であり、創傷処置の場合でも 2~3 週間に 1 回程度にとどまるため十分な頻度とは言えない。これを超える頻回ケアや創傷の連日換包等が必要な場合は、家族が私的に看護師・パーソナルケアアシスタントを雇用するか、私立病院の訪問看護を別途契約する必要がある、自己負担が大きい。介護保険不在のため、必要なサービスは家族の自己負担で私的調達される構造である。

(6) 公立クリニックの介護者教育機能 : 1,100 超の公立クリニックでは、早期フレイル検出と並行して、家族介護者向けの技能訓練プログラム (看護、リハビリテーション運動、転倒予防、認知症ケア等) を実施している。これは在宅介護家族への間接的な公的支援として機能している。

(7) 高齢者向け移送支援プログラム (Unit Penyayang Warga Emas : UPWE) : UPWE は、女性家族地域社会開発省 (KPWKM) / 社会福祉局 (JKM) が支援し、NGO・民間福祉団体とのスマート・パートナーシップを通じて実施される、地域在住の高齢者向けの移送支援プログラムである。実施主体となる民間福祉団体は Majlis Pusat Kebajikan SeMalaysia (MPKSM、マレーシア中央福祉評議会) であり、9 台の UPWE 車両は半島マレーシアの一部の PAWE、Rumah Sejahtera (福祉ホーム)、MPKSM 事務所等の拠点に配置されている。本プログラムは内務省の所管サービスでも、JKM が単独で直接運営するサービスでもない点に留意を要する。規模は限定的であり、これを補完するため、St. John Ambulance、Red Crescent Society (マレーシア赤新月社)、Penang 等の地域 NGO が寄付ベースで非緊急搬送・緊急搬送を提供している。

(8) 緩和ケア・電子カルテ : 緩和ケア (Palliative Care) は Hospis Malaysia 等の非営利組織 (NGO) が中心であり、公立病院の専門部門は限定的で長期的には家庭対応・支援要請が一般的である。電子カルテ (Electronic Health Records : EHR) は、Telemedicine Act 1997 以来政策上は導入推進されているものの、2023 年時点で公立病院 4.0%、公立クリニック 7.0%にとどまる一方、民間部門は約 40.0%で電子処方も普及しており、官民格差が大きい。

(9) MySejahtera アプリ : MySejahtera は 2020 年 4 月にマレーシア政府が COVID-19 (Coronavirus Disease 2019 : 新型コロナウイルス感染症) パンデミック対応として開発・配布したスマートフォン公式アプリである。主な機能は、(a) 公共空間における接触追跡 (QR コードチェックイン)、(b) ワクチン接種証明、(c) 健康自己評価、(d) 公立医療施設のオンライン予約、(e) 保健省からのプッシュ通知である。COVID 期は公共施設・店舗入場時のチェックインが事実上義務化されていた。現在も公立クリニックの予約等で活用されているが、高齢者のスマートフォン保有・操作習熟は限定的であり、デジタル包摂は大学・NGO による個別研修にとどまっている。

3. 介護ケア（Q3-1～Q3-8 に対応）

（1）財政基盤：マレーシアには介護保険制度は存在せず、介護費用はほぼ全額が家族の自己負担で賄われている。介護ケアの連続体（軽度から重度まで）の中で、軽度・中等度の領域は民間サービスや家族介護に依存し、公的セクターは困窮層に限定された施設介護のみという「公的には未整備に等しく、民間に依存する」構造となっている（図3参照）。

（2）公的施設・民間施設・無登録施設（図4参照）：介護ケア施設は所管別に4類型に整理される。①女性家族地域社会開発省／社会福祉局（Jabatan Kebajikan Masyarakat：JKM）所管の公的施設として、Rumah Seri Kenangan（RSK、マレー語で「思い出の家」、自立可能な困窮高齢者向け公的居住施設、入所にはADL自立が条件で施設はシェルター機能中心）、Rumah Ehsan（RE、マレー語で「慈善の家」、慢性疾患を抱える困窮高齢者向け、入所者は2024年時点で全国合計300名未満）、Welfare Homes（1952年Selangor州設立のCentral Council for Welfare Servicesが運営、1991年JKM移管）。②女性家族地域社会開発省規制下のCare Centres Act 1993（介護センター法）に基づく登録民間／NGO施設は2024年時点で400施設超、ADL補助のパーソナルケアを提供する。③マレーシア保健省所管のPrivate Healthcare Facilities and Services Act 1998（PHFSA）に基づくライセンス付ナーシングホームは18施設のみで、登録看護師（Registered Nurse）が常駐し服薬管理・創傷ケア・経管栄養等の医学的処置を提供する。マレーシアで医療的介護を合法的に提供できる唯一のカテゴリーである。④無登録施設（規制外）として、小規模私営介護施設（民家改装型）、宗教系コミュニティ施設（イスラム宗教学習所Pondok、仏教寺院、キリスト教会系シェルターが高齢者を受け入れるケース）、家族経営型ボーディングホームが多数存在し、行政の品質監督外にある。

（3）コミュニティ拠点（PAWE）：女性家族地域社会開発省／JKM所管のPusat Aktiviti Warga Emas（PAWE、高齢者活動センター）が全国で約200か所運営されている（2024年時点）。各国会選挙区に1か所を目指して整備が進められており、Penang州のPAWEはインタビュー対象者によると「セカンドホーム」と評される地域参加の拠点となっている。デイサービス型で、生涯学習・健康増進・社会参加・友人づくりの場を提供し、孤立防止に寄与する。一方、政府補助は従前のセンターあたり年RM50,000（約177万円相当、2026年4月時点換算）から近年RM20,000（約71万円相当）に縮小されており、持続可能性が大きな課題となっている。

（4）コミュニティベースの非公式支援：PAWE以外にも、地域ボランティアが独居フレイル高齢者を訪問する「Home Help」プログラム、モスク・教会・寺院での社会活動・ピアサポート、National Council of Senior Citizens Organizations Malaysia（NACSCOM）配下のシニアシチズンクラブ等が機能している。NPOPは「コミュニティ・家族ベースのケア」を支援の柱の一つとして明示している。

（5）家族介護への依存と介護者支援：2014年時点で約70.0%の高齢者が子・拡大家族と同居しており、家族介護がケアの中核を担っている。これに対し、女性家族地域社会開発省／JKMは、寝たきりまたは障害を有する家族の介護者を対象に、月額RM500（約17,800円相当）の「介護者手当（Allowance for Caregivers of Bedridden

or Disabled family members) 」を支給している。当該制度は障害者向けに開始された経緯があるが、結果的に高齢者介護を担う家族にも適用され、Budget 2023～2025 の文脈で BWE 引上げと並行して位置付けられている。

(6) 介護人材の養成：養成期間は、短期では女性家族地域社会開発省/JKM 主催のホームヘルパー2日間入門研修、民間事業者の数週間～数ヶ月の入門コースが存在し、長期では人的資源省 (Ministry of Human Resources) 所管の National Occupational Skill Standard (NOSS) に基づく介護関連2年制ディプロマプログラム、看護専門学校・大学の老年看護ディプロマ等が存在する。これらは相互に標準化されておらず、国家統一の介護資格制度は2024年時点で存在しない。看護師については ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Nursing Services (看護サービスに関する ASEAN 相互認証取極) に準拠した登録看護師 (Registered Nurse) 資格があるが、これは介護士資格ではない。

(7) 海外との合弁認証例：一部の民間事業者は、オーストラリアの Aged Care Quality Standards (高齢者ケア品質基準) に準拠した訓練プログラムを提供する豪企業との合弁、あるいは日本の介護福祉士国家資格カリキュラムに準拠したプログラム (日本の介護施設への送り出しを目的とする) 等を運営しているが、これらはマレーシア政府の公式資格ではなく、各事業者独自の認証にとどまる。

(8) 課題：Rahimah 所長は「介護セクターは低賃金・過重労働・虐待リスクが高い」と指摘し、日本・韓国の介護保険制度導入の経緯を学ぶ必要性を強調した。

4. 年金・所得保障 (Q4-1～Q4-8 に対応)

(1) 多層構造の概要 (図5参照)：マレーシアの公的年金・所得保障は、(i) 公務員向け非拠出型確定給付年金、(ii) 民間被用者向け確定拠出型積立基金、(iii) 社会保険、(iv) 非拠出型現金給付、(v) 宗教慈善、の5本柱で構成される多層構造である。世界銀行が提唱する社会保護の柱を参照しつつ、マレーシアでは独自の「公務員年金・EPF・基礎医療保険・ZAKAT」を中心に構成されている。

(2) KWAP (Kumpulan Wang Persaraan/Retirement Fund Incorporated：退職基金公社)：公務員向けの非拠出型確定給付年金制度を運営する政府機関である。「非拠出型」とは、公務員自身は保険料を拠出せず、退職時に給与水準と勤続年数に応じた年金を国が支払う方式を指す。給付額は典型的には30年勤続で最終給与の約60.0%が年金として保証される。2023年時点の年金支給額は年間約RM340億 (約1兆2,000億円相当)、受給者は約79～90万名で、これは政府支出の約1割に相当する大きな財政負担となっている。給付設計には課題があり、2018年以降は基金部分が年金支払いの財源として部分的に取り崩されている。なおKWAP自体は基金運用機関であり、その2023年末の基金規模は約RM169.8B (約6兆円相当)、2023年の運用利回りは8.2%であった。

(3) EPF/KWSP (Employees Provident Fund/Kumpulan Wang Simpanan Pekerja：被用者積立基金)：民間被用者向けの確定拠出型積立基金である。労働者約1,500万人のうち、加入者は約800～900万人にとどまる。拠出率は従業員11.0%、事業主

12.0%（給与帯により一部 13.0%）、上限（拠出天井）はない。退職給付は 55 歳時に一括引出が可能であり、法定退職年齢は 60 歳である。54 歳時点の平均貯蓄額は 2000 年の RM75,000 から 2020 年に RM240,000 へ増加しているが分布は歪んでおり、中央値は RM100,000 程度にとどまる。これは退職後の生活費として 5 年程度で枯渇する水準であり、老後所得の大きなギャップとなっている。さらに、医療受療目的の前倒し引き出しがかなりの規模で発生しており、これが医療費支出に占める OOP（Out-of-Pocket）38.8%の高さと関連している。2023 年配当率は普通口座 5.5%、チャリア口座 5.4%であった。

(4) PERKESO/SOCSO（Pertubuhan Keselamatan Sosial/Social Security Organisation：社会保障機構）：雇用者・被用者拠出による社会保険を運営する政府機関である。主要給付は、労災・職業傷病補償、障害年金、遺族年金、雇用保険（Employment Insurance Scheme：EIS、2018 年導入）であり、老齢年金は基本対象外である。

(5) BWE（Bantuan Warga Emas：高齢者扶助金）：女性家族地域社会開発省の社会福祉局（JKM）が管理する非拠出型現金給付。BWE は 1982 年に導入され、新興国の中では比較的早期に整備された非拠出型の社会的年金（social pension）である。月額給付は従来 RM500 であったが、Budget 2025 で引上げが公表され、2025 年より現行の RM600（約 21,300 円相当）となった。月額 RM600 の給付水準は 2024 年の GDP per capita 比で約 13%相当にとどまり、最低限度の老後所得を単独で保障する水準ではない。公的支出規模は対 GDP 比約 0.05%であり、国際的水準（OECD および他の新興国における同種制度）と比較して極めて低い。受給対象は、マレーシアに居住する 60 歳以上のマレーシア国民で、現行の絶対的貧困線（PGK：Garis Kemiskinan）に基づく世帯所得または一人当たり所得の基準を満たす者である。子のいない高齢者については、PGK 基準を超える所得を有する親族・後見人と同居または同人に扶養されている場合でも対象となりうる。また施設入所は自動的な除外事由ではなく、有料のデイケア・入所施設の利用者は、当該施設が JKМ の補助金（Geran Rangsum）を受けず有料でサービスを提供している場合は対象となりうる。一方、JKM 直営施設の入所者、および Geran Rangsum の支援を受ける無料のデイ／入所施設の利用者は対象外である。2023 年時点で約 14~15 万人が受給している。しかし、受給者数は人口の約 4%にとどまっており、近年その水準で頭打ち（plateau）となっている対象範囲の狭さは、貧困高齢者の大半が本制度の保護を受けられていない状況を生んでおり、BWE の最大の制度的課題と位置付けられる。

(6) ZAKAT（イスラム宗教税）：5 本柱の一つを構成し、州ごとのイスラム当局が徴収・配分する。連邦税からの所得控除対象であり、税収減の一因にもなっている。料率・算定・給付基準は州ごとに不統一（例：Selangor 州は Zakat Selangor が運営）で、受益はイスラム教徒の 8 類型（貧困者・困窮者・徴収従事者・改宗者・奴隷・債務者・神の道のため・旅人）に限定される。多くの州で定期的な現金給付プログラムが乏しく単発支出中心であり、透明性・説明責任に課題が指摘される。

(7) 非正規・インフォーマルセクター：マレーシアの労働力人口の約 40.0%はインフォーマルセクター（自営業・ギグエコノミー労働者・家事労働者等）に属するとさ

れ（2023 年 DOSM 労働力調査）、雇用者拠出が無いため EPF・SOCSO 制度から事実上排除されている。2018 年以降、自営業者向け任意拠出スキームとして EPF i-Saraan（政府マッチング拠出付き）、PERKESO Self-Employment Social Security Scheme（SKSPS）が導入されたが、登録率は低水準にとどまっている。EPF 全体のカバレッジは労働人口の約 52.0%にとどまる。

5. 福祉（Q5-1～Q5-6 に対応）

（1）公的扶助の中核：高齢者向け公的扶助の中核は、女性家族地域社会開発省の社会福祉局（Jabatan Kebajikan Masyarakat：JKM、Department of Social Welfare）が管理する BWE（Bantuan Warga Emas、月額 RM600、約 21,300 円相当）である。これに加えて、保健省が運営する MADANI Medical Scheme および PEKA B40、財務省が運営する STR（Sumbangan Tunai Rahmah：連邦現金給付）が併存する。

高齢者の所得保障という観点からは、（i）財務省所管の STR（年齢を問わず B40 世帯を対象とする一般現金給付。給付水準は月額 RM600 で、高齢者の約 60%が受給対象に該当する）と、（ii）JKM 所管の BWE（高齢者を特化対象とする非拠出型の社会的年金）が、並列的な二層構造で運用されている点が特徴である。両者は単一の所得保障制度として統合されておらず、別個の制度として並行運用されている。世界銀行（Social Assistance in Malaysia: Diagnostic Note, 2026）の試算によれば、BWE と STR を合算した給付額は、最下位 10%の高齢者を除いては給付前所得（pre-transfer income）の 10%未満にとどまり、現行の所得保障パッケージは最貧困層の最低生活保障には一定程度寄与するものの、高齢期の所得適切性（old-age income adequacy）への寄与は全体として限定的である。

（2）所得階層区分：マレーシアでは世帯所得を 3 階層に区分し、社会保障給付の対象指定に用いている。「B40」（Bottom 40%：下位 40%）は 2022 年 DOSM 家計所得・支出調査（HIES）時点で世帯月所得 RM5,250 以下の世帯、「M40」（Middle 40%）は RM5,250～11,820、「T20」（Top 20%）は RM11,820 以上である。各種補助制度は B40 を優先対象としている。

（3）MADANI Medical Scheme：Anwar 政権の「MADANI 政策」（包摂・社会連帯を掲げる包括政策）下で 2024 年に導入された制度で、B40 世帯向けに私立クリニック（民間家庭医）受診を年最大 RM150（約 5,300 円相当）まで政府が補助する。これにより公立クリニックの混雑緩和と私立医療へのアクセス拡大を狙う。

（4）PEKA B40：「Peduli Kesihatan untuk Kumpulan B40」（B40 向け健康ケア）の略で、2019 年導入の 40 歳以上 B40 向け健診・薬剤補助スキーム。年最大 RM500（約 17,800 円相当）の健康診断・スクリーニング・治療補助を提供する。

（5）社会扶助（SA）の断片化（図 6 参照）：社会扶助プログラム数は 2006 年に 10、2012 年に 94、2020 年に 136、現在は 189 へと急速に拡大しており、26 省庁にわたって運用されている。総支出は増えているものの、プログラム数の増加に伴い 1 プログラムあたりの平均予算は減少しており、小規模化が進んでいる。財務省（Ministry of Finance）所管の STR（Sumbangan Tunai Rahmah）は単一プログラム

でありながら社会扶助支出の最大シェアを占め、2022 年時点で STR 単独の支出は JKM が運営する 32 の福祉プログラム合計の 3 倍超に達した。一方、JKM の 32 プログラム（高齢者・障害者・児童・最貧困世帯対象）は社会扶助支出全体の約 22.0%にとどまる。世界銀行が指摘する通り、これは縦割りによる重複・カバレッジ漏れと給付一人あたりの希薄化を生んでいる。加えて、JKM 配下のプログラム群には高齢者を直接対象とする給付（BWE 等）が含まれることから、上記の断片化・小規模化・給付の希薄化は高齢者所得保障の実効性そのものを制約しており、189 プログラムの統合・合理化は、高齢者福祉の観点からも重要な政策課題である。

（6）中央諮問機関（MPPWEN／図 7 参照）：MPPWEN（Majlis Penasihat dan Perundingan Warga Emas Negara、英語名：National Advisory and Consultative Council for Older Persons：NACCOP、国家高齢者諮問・協議評議会）は 1996 年に設置された高齢者政策に関する助言機関である。中央レベルでは、議長を女性・家族・社会開発大臣、委員長を女性・家族・社会開発省事務次官、事務局を社会福祉局（本部）が務め、保健・社会レクリエーション・教育／宗教の 3 技術委員会を擁する。州レベルでも同様の委員会が設置されており、議長は州政府副事務次官または州行政評議員、事務局は州社会福祉局が担う。さらに、コミュニティ・NGO・民間セクターと連携する仕組みが組み込まれている。実施権限は持たない助言機関であるが、政策形成への影響力を有する。

（7）民間・宗教・NGO の役割：1952 年 Selangor 州で設立された Central Council for Welfare Services は、歴史的に RSK の運営母体としての役割を果たしてきた。宗教慈善（Zakat、Baitulmal、教会系）、CSR（Corporate Social Responsibility：企業の社会的責任）、NGO（HelpAge Malaysia、Alzheimer's Disease Foundation Malaysia、Malaysian Healthy Ageing Society、NACSCOM 等）の役割が相対的に大きく、公的支出の不足を補完している。

6. 社会環境（Q6-1～Q6-14 に対応）

（1）国家高齢者政策（NPOP 2026-2030）の枠組み：第 13 次マレーシア計画（RMK13、Rancangan Malaysia Ke-13、2026～2030 年）に基づき、女性家族地域社会開発省は National Policy for Older Persons 2026-2030 を公表した。当政策は「高齢者が幸福で充実した生活を送る社会」を目指し、高齢者像として（i）健康、（ii）前向き・精神的充実、（iii）活動的、（iv）生産的、（v）支援的・支え合い、の 5 次元を提示する。行動計画は 6 本柱（①推進・アドボカシー、②生涯学習、③安全と保護、④ガバナンスと責任の共有、⑤世代間参加と統合、⑥研究と開発）から構成される（図 8 参照）。

（2）地理的格差：都市部では私的介護ケア・私立医療が集中する一方、地方では公的サービスと地域 NGO への依存度が高く、地理的格差が顕著である。前述のとおり老年医学専門医は Perlis（北部）、Kelantan・Terengganu（東海岸）の 3 州で不在である。

（3）ジェンダー格差と虐待リスク：家族介護・介護労働ともに女性が過半を占める。介護セクターでは女性比率が高く（保健・社会活動セクターで約 70.0%、DOSM 労働

力調査 2023)、低賃金・キャリアパス不在が指摘されている。虐待リスクが生じる構造的要因としては、(i) 介護労働者の標準化された資格・登録制度が無いいため雇用主による不適切処遇が発生しやすいこと、(ii) 過重労働・低賃金・キャリアパス不在による高離職率と人材の質確保困難、(iii) インドネシア・フィリピン・ミャンマー等からの移民労働者が多く、語学・文化障壁および雇用主による身分証保管・賃金未払い等の搾取が報告されていること (Women's Aid Organisation Malaysia 2024 年調査)、(iv) 入所施設の登録未整備による当局の定期査察機能不全、が挙げられる。

(4) EPF 残高のジェンダー差：女性高齢者は労働市場参加率の低さ・賃金格差・キャリア中断 (出産・介護等) により EPF 累積貯蓄が男性より少額である。EPF 統計 (2022 年) によれば、男性活動的加入者の中央値貯蓄は約 RM35,000、女性は約 RM21,000 で、男性比約 60.0%にとどまる (図 9 参照)。これにより女性高齢者は相対的貧困リスクが男性より高い。

(5) 親扶養義務の法的枠組み：Destitute Persons Act 1977 (マレー語：Akta Orang-orang Papa 1977、困窮者保護法) は、路上生活者・無宿者・乞食を保護し、JKM 管轄の公的シェルター (Desa Bina Diri 等) に収容する根拠法である。同法第 2 条では「destitute person (困窮者)」を定義し、扶養義務 (家族による扶養責任) にも言及するが、米国・シンガポールの Maintenance of Parents Act 等のような家族扶養を裁判所命令で強制する手続きは規定されていない。実務上は宗教的・文化的道德規範に依拠する。

(6) 高齢者虐待の法的対応：マレーシアには高齢者虐待を直接規定する単独法 (米国の Elder Justice Act 等に相当する高齢者虐待専用法) は存在しない。既存の関連法律として、刑法 (Penal Code、暴行罪・遺棄罪等)、Domestic Violence Act 1994 (家庭内暴力防止法)、Care Centres Act 1993 (施設内虐待への対応)、Mental Health Act 2001 (認知症患者の保護) があり、これらにより部分的に対応されているが、包括的法的対応は不十分である。Domestic Violence Act 1994 (マレー語：Akta Keganasan Rumah Tangga 1994) は、配偶者・前配偶者・子・両親・親族間での身体的・精神的・性的・経済的暴力を対象とし、保護命令、緊急シェルター、警察介入の根拠を提供する。2017 年改正で精神的虐待・経済的虐待が対象に追加された。高齢者虐待は同法の親族暴力規定で間接的にカバーされている。

(7) 政策の主流化：第 13 次マレーシア計画 (RMK13) および保健白書 (Health White Paper 2023) に高齢者テーマが主流化され、観光省と ASEAN ATRA (ASEAN Tourism Research Association：ASEAN 観光研究協会) の協働で silver tourism (高齢者向け観光、医療観光・ロングステイ等) の推進も開始されているが、予算配分は人口動態上の重みに比して低水準にとどまる。

D. 考察

マレーシアの高齢化施策の特徴は、①制度が複数の省庁に分散している (縦割り。社会扶助プログラム数は 2006 年 10→現在 189 へ急増し 26 省庁にわたる)、②介護ケア財政が未整備のため家族介護に依存している (2014 年時点で約 70%の高齢者が子・拡大家族と同居)、③介護労働の標準化・資格化の遅れ、④公私二層の医療シス

テムに起因する所得階層間・地域間格差、の4点に集約される。本研究のインタビューの整理から、これらは単独の技術的課題ではなく、政治的意思形成と公衆の理解形成の両面での停滞に根ざす構造的課題であることが示唆された。

他方、2026年1月のBase MHIT (Medical and Health Insurance/Takaful：医療・健康保険／タカフル) プラン白書の公表（パイロット実施は2026年下半期、全面展開は2027年初頭を予定）、2024年のPlan of Action for Older Persons改訂、2025年のNational Care Framework公表、National Policy for Older Persons 2026–2030（5次元・6本柱）の整備、2025年のBWE引上げ（RM500→RM600、Budget 2025で公表）と介護者手当（RM500/月）の運用拡大など、制度改革の動きは確実に前進しつつある。MPPWEN (Majlis Penasihat dan Perundingan Warga Emas Negara：国家高齢者諮問・協議評議会) による中央・州の政策調整機構も整備されており、日本がかつて経験した2000年介護保険制度導入前夜（1994～2000年）に類似する構造的・政治的条件が形成されつつある。Rahimah 所長が指摘するように、介護保険導入には「きっかけ」となる出来事が必要であり、日本における1994～2000年の制度設計プロセスの経験を体系的に共有することには大きな意義がある。

日本における2000年介護保険制度導入前夜の状況を振り返ると、(a) 1994年の高齢社会福祉ビジョン懇談会報告において「家族介護依存」から「社会的介護」への転換の必要性が提言され、(b) 1995年に高齢社会対策基本法が施行されて高齢化が国家政策の中心課題と位置付けられ、(c) 1996年に厚生省高齢者介護対策本部が「介護保険制度の創設について」を公表し制度設計の基本方針を提示、(d) 1997年12月に介護保険法が成立し保険料・給付・要介護認定の枠組みが確定、(e) 2000年4月に制度施行に至った。当時の社会的・政治的背景としては、1995年阪神淡路大震災以後の「高齢者孤立死」社会問題化、「老老介護」「介護離職」等の用語の世論焦点化、健康保険組合・財界の介護保険費用負担への抵抗、厚生省・政治家・学識者・市民団体の数年越しの合意形成努力があった。

1994～2000年の制度設計プロセスの具体的経験としては、(i) 老人保健法（1982年）下での施設給付偏重の弊害認識と在宅介護重視への転換、(ii) ドイツ介護保険制度（1995年導入）視察団の派遣と知見の体系的収集、(iii) コンピュータによる一次判定と訪問調査・主治医意見書による二次判定を組み合わせた要介護認定基準の作成、(iv) ケアマネジメント概念の導入とケアマネージャー（介護支援専門員）資格の新設、(v) 市町村を保険者とする地方分権型運営の採用、(vi) 第1号被保険者（65歳以上）と第2号被保険者（40～64歳）の二層構造による財源設計、(vii) 利用者1割負担、指定事業者制、介護報酬単価設定、が挙げられる。これらは、介護保険制度の導入には政治的決断のみならず、評価ツール・資格制度・財源モデル・地方自治体実施体制の総合的設計を要することを示しており、マレーシアにおいて将来介護保険制度を構築する場合、これら一連の経験を体系的に共有することは大きな価値を持つ。

介護人材の標準化、施設ライセンス制度の厳格化、在宅医療 (Domiciliary Care) の量的・質的拡充、電子健康記録 (EHR) の公的セクターでの普及、社会扶助プログラムの統合・合理化 (189プログラム→集約)、およびインフォーマルセクター労働者の

年金・社会保障カバレッジ拡大が、短～中期的に優先すべき論点となる。加えて、PAWE（高齢者活動センター）の持続可能な財源モデル（利用者負担・コミュニティ拠出・自治体補助の組合せ）の検討は、日本の地域包括ケア・通いの場政策の経験が直接的に参考になり得る分野である。

本研究の限界として、インタビュー対象が UPM（Universiti Putra Malaysia：マレーシア・プトラ大学）老年学研究所の 2 名に限定されており、政府実務者・民間事業者・利用者当事者の視点が十分に取り込まれていない点が挙げられる。令和 8 年度以降、追加インタビューおよび定量的データの収集を通じて、本報告を更新していく必要がある。

E. 結論

マレーシアは高齢化社会から高齢社会への移行期にあり、National Policy for Older Persons 2026–2030、保健白書（2023）、Base MHIT（2026 年 1 月白書公表）など制度設計の萌芽は見られるものの、介護ケア財政・介護人材・社会保障の統合性において大きな制度的ギャップを抱える。日本の介護保険制度導入プロセスおよび UHC 達成経験を参照した段階的な制度構築支援と、ASEAN 諸国との横断比較可能な評価指標の整備が、今後のアジア太平洋地域の持続可能な介護ケア構築に資すると考えられる。本研究で作成したマレーシア国版高齢化施策プロセス調査票（全 61 項目、日英）は、本研究班の比較分析基盤として活用可能である。

F. 参考文献

1. Ministry of Health, Malaysia. Health White Paper for Malaysia. Putrajaya: MOH; 2023.
[https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Penerbitan%20Utama/HEALTH%20WHITE%20PAPER/Kertas_Putih_Kesehatan_\(ENG\).pdf](https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Penerbitan%20Utama/HEALTH%20WHITE%20PAPER/Kertas_Putih_Kesehatan_(ENG).pdf)
2. Ministry of Health, Malaysia. Health Facts 2024. Putrajaya: MOH; 2025.
https://www.moh.gov.my/images/04-penerbitan/health-facts/Health_Facts_2024_updt_23012025.pdf
3. Bank Negara Malaysia / Ministry of Health, Malaysia / Ministry of Finance. White Paper on Base MHIT (Medical and Health Insurance/Takafu) Plan 2026. Kuala Lumpur: BNM; 2026. <https://www.bnm.gov.my/mhit/baseplanwp>
4. Ministry of Health, Malaysia. Malaysia National Health Accounts: Health Expenditure Report 2011–2022. Putrajaya: MOH; 2024.
<https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Penerbitan%20Utama/MNHA/>
5. Institute for Public Health, Ministry of Health Malaysia. National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2018: Elderly Health Volume 2. Kuala Lumpur: IPH; 2019.
<https://iku.gov.my/images/IKU/Document/REPORT/NHMS2018/NHMS2018ElderlyHealthVolume2.pdf>

6. Institute for Public Health, Ministry of Health Malaysia. NHMS 2023: Non-communicable Diseases and Healthcare Demand. Kuala Lumpur: IPH; 2024. <https://iku.nih.gov.my/images/nhms2023/report-nhms-2023.pdf>
7. Ministry of Health, Malaysia. National Dementia Action Plan 2023–2030. Putrajaya: MOH; 2024.
8. Ministry of Women, Family and Community Development, Malaysia. National Policy for Older Persons 2026–2030. Putrajaya: KPWKM; 2026.
9. Ministry of Women, Family and Community Development, Malaysia. National Plan of Action for Older Persons (Revised). Putrajaya: KPWKM; 2024.
10. Ministry of Women, Family and Community Development, Malaysia. National Care Framework (Kerangka Penjagaan Negara). Putrajaya: KPWKM; 2025.
11. Ministry of Economy, Malaysia. 13th Malaysia Plan (RMK13) 2026–2030. Putrajaya: MOE; 2025. <https://www.ekonomi.gov.my/>
12. Department of Statistics Malaysia (DOSM). Population & Demographic Statistics; Household Income, Expenditure and Basic Amenities Survey (HIES) 2022; Population Projections (Revised) Malaysia 2020–2040. <https://www.dosm.gov.my/> ; <https://open.dosm.gov.my/>
13. Employees Provident Fund (KWSP). Annual Report 2023; EPF Member Statistics 2022. Kuala Lumpur: EPF; 2024. <https://www.kwsp.gov.my/en/corporate/news-highlights/publications>
14. KWAP (Retirement Fund Incorporated). Integrated Annual Report 2023; Sustainability Report 2023. <https://www.kwap.gov.my/AR2023/> ; https://www.kwap.gov.my/documents/publications/others/KWAP_SR2023.pdf
15. PERKESO (Social Security Organisation). Annual Report 2023. <https://www.perkeso.gov.my/en/about-us/media-centre/annual-report.html>
16. World Health Organization. Country Cooperation Strategy: Malaysia 2022–2025. Geneva: WHO; 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/ccs-malaysia>
17. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) Database. <https://www.who.int/data/gho>
18. International Labour Organization. World Social Protection Report 2024–26: Universal social protection for climate action and a just transition. Geneva: ILO; 2024. https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-09/WSPR_2024_EN_WEB_1.pdf
19. Organisation for Economic Co-operation and Development. Pensions at a Glance Asia/Pacific 2024. Paris: OECD Publishing; 2024.

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/12/pensions-at-a-glance-asia-pacific-2024_fcc7bc58/d4146d12-en.pdf

20. World Bank. A Vision for Social Protection in Malaysia. Kuala Lumpur: World Bank; 2023.

21. World Bank. Social Assistance in Malaysia: Diagnostic Note. Kuala Lumpur: World Bank; 2026.

22. World Bank. Atlas of Social Protection Indicators of Resilience and Equity (ASPIRE). <https://www.worldbank.org/en/data/datatopics/aspire>

23. Asian Development Bank. The Social Protection Indicator for Asia: Tracking Developments in Social Protection. Manila: ADB; 2019.
<https://www.adb.org/sites/default/files/publication/516586/spi-asia-2019.pdf>

24. Asian Development Bank. The Road to Better Long-Term Care in Asia and the Pacific: Building Systems of Care and Support for Older Persons. Manila: ADB; 2024.

25. Sooryanarayana R, et al. The Malaysian National Health and Morbidity Survey 2018: Older Persons' Health in Malaysia. Geriatr Gerontol Int. 2020.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ggi.14112>

26. Distribution of geriatricians according to the states of Malaysia. Geriatrics 2018;3(4):80. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3040080>

27. Wan Aliaa Wan Sulaiman. Policies on the Health of Older Adults in Malaysia. Duke-NUS Medical School. [https://www.duke-nus.edu.sg/docs/librariesprovider3/education-docs/1\)-policies-on-the-health-of-older-adults-\(malaysia\)-by-dr-wan-aliaa-wan-sulaiman.pdf](https://www.duke-nus.edu.sg/docs/librariesprovider3/education-docs/1)-policies-on-the-health-of-older-adults-(malaysia)-by-dr-wan-aliaa-wan-sulaiman.pdf)

28. Rokiah K. Domiciliary Care (PPD). Peoples Health Forum.
<https://peopleshealthforum.com/wp-content/uploads/2020/09/ppd-domiciliary-dr-rokiah-003.pdf>

29. Zakat Selangor. <https://www.zakatselangor.com.my/en/home-page/>

30. The Edge Malaysia. KWAP and civil service pension financing analysis.
<https://theedgemaalaysia.com/node/735415>

(図)

図 1. マレーシアの医療提供体制と高齢者アクセス経路

図 2. Base MHIT（医療・健康保険／タカフル）の枠組みと公的医療制度改革の位置付け（2026 年 1 月白書公表）

図 3. マレーシアの介護ケア連続体（軽度～重度のスペクトラムにおける公的・民間・無登録の役割分担。「公的未整備、民間依存」の構造）

図 4. マレーシアの介護ケア施設類型・所管・規模・役割（2024 年時点）

図 5. マレーシアの社会保障の柱（世界銀行枠組み）

図 6. 社会扶助の断片化 — 26 省庁・189 プログラム

図 7. 国家高齢者諮問・協議会（MPPWEN）の組織構造

図 8. 国家高齢者政策（NPOP2026-2030）---5 次元の高齢者像と 6 本柱

図 9. EPF 加入者の性別貯蓄額の中央値

G. 研究発表

学会発表

なし

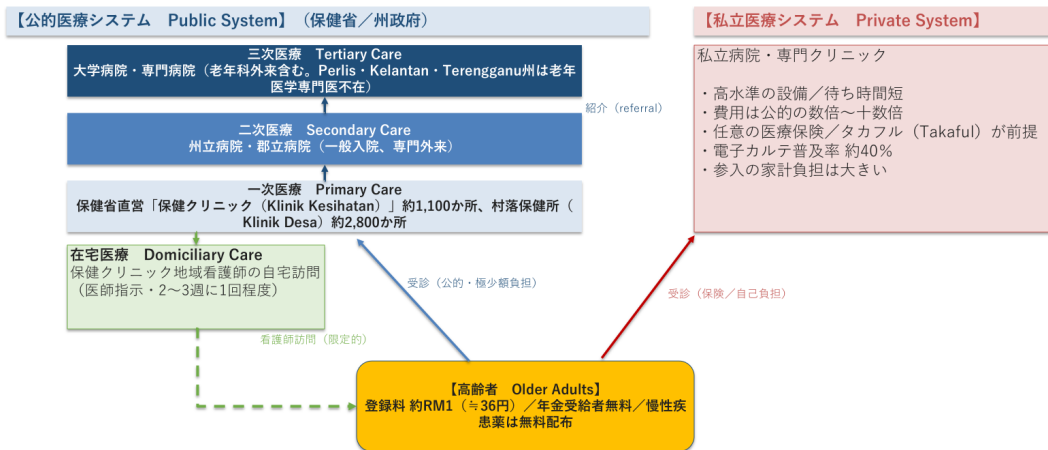
論文発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

図1. マレーシアの医療提供体制と高齢者アクセス経路



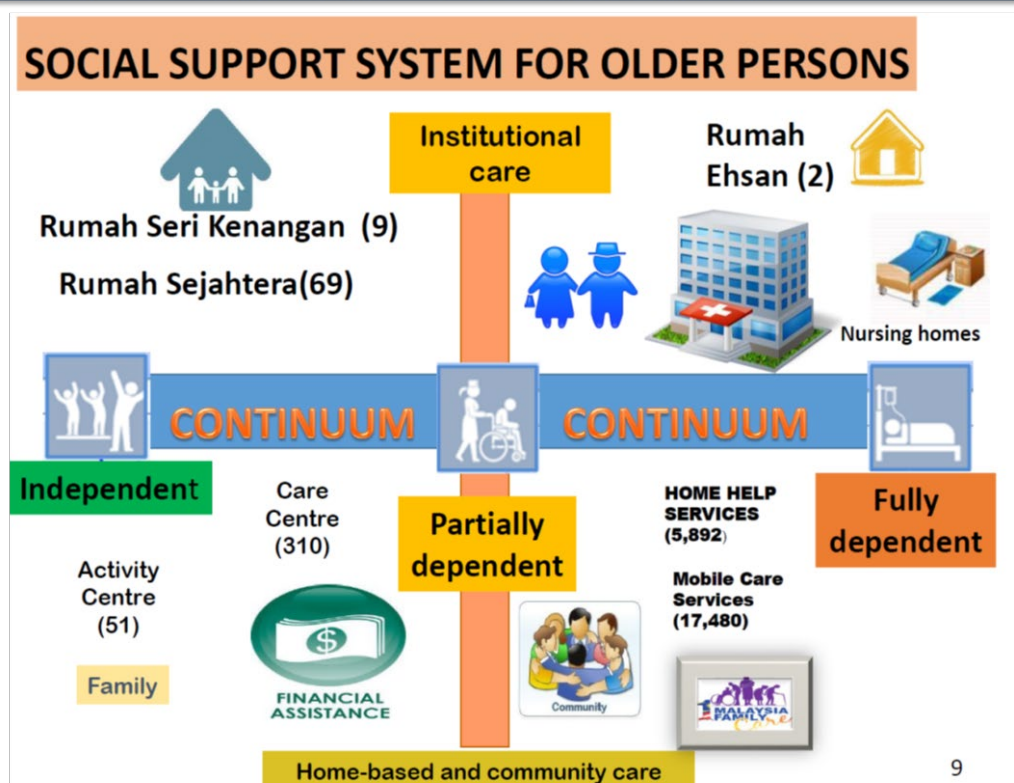
出典：葛蒲川作成。マレーシア保健省ホームページ（<https://www.moh.gov.my/>）、Malaysia National Health Accounts、Rahimah Ibrahim所長へのインタビュー（2026年2月9日、UPM）に基づく。

図2. Base MHIT（医療・健康保険／タカフル）— 公的医療制度改革の枠組み



出典：原典：Bank Negara Malaysia, White Paper on Base MHIT Plan（<https://www.bnm.gov.my/mhit/baseplanwp/>）。マレーシア保健省・財務省・中央銀行の三省協働。2026年1月開始。

図3. マレーシアの介護ケア連続体 — 「公的未整備、民間依存」の構造



出典：原典：Ministry of Women, Family and Community Development, および介護保険未導入国の介護ケア連続体に関する整理。

図4. マレーシアの介護ケア施設類型・所管・規模・役割（2024年時点）

所管（階層）	施設名・略称	法的根拠	規模（2024年）	役割・特徴
女性家族地域社会開発省（MWFC/KPWKM） ↳社会福祉局（JKM）	RSK Rumah Seri Kenangan	社会福祉政策（行政施策）	少数 （数施設）	自立可能な困窮高齢者向け公的居住施設。入所には基本的にADL（日常生活動作）自立が条件。実態は介護施設というよりシェルター。看護師1〜2名・理学療法士／作業療法士は保健省からの派遣で配置。
女性家族地域社会開発省 ↳社会福祉局（JKM）	RE Rumah Ehsan	社会福祉政策（行政施策）	入所者 全国＜300名	慢性疾患を抱える困窮高齢者向け公的居住施設。RSKよりも医療的ケア比重が高い。同様にJKMが運営。
女性家族地域社会開発省 ↳社会福祉局（JKM）	Welfare Homes （旧Central Council 運営、1991年JKM移管）	社会福祉政策	一定数	路上生活者・身寄りなしの困窮者向けシェルター。1952年設立のCentral Council for Welfare Servicesが運営、1991年に福祉局移管。
女性家族地域社会開発省 ↳社会福祉局（JKM）規制	Care Centres （民間／NGO運営）	Care Centres Act 1993 （介護センター法）	400施設超	パーソナルケア（食事・入浴・排泄等のADL補助）を提供する居住型介護施設。民間／NGO運営、JKMが登録・規制。質のばらつきが大きい。
女性家族地域社会開発省 ↳社会福祉局（JKM）	PAWE（Pusat Aktiviti Warga Emas （高齢者活動センター）	社会福祉政策（行政施策、国会選挙区配置構想）	約200か所	コミュニティ拠点（デイサービス型）。生涯学習・健康増進・社会参加の場を提供する非入所型施設。在宅高齢者対象。週4日程度開設。政府補助はかつて年RM50,000（約177万円）→近年RM20,000（約71万円）に縮小。
マレーシア保健省（MOH）	ライセンス付ナースホーム （Licensed Nursing Home）	Private Healthcare Facilities & Services Act 1998（PHFSA）	18施設のみ	看護師（Registered Nurse）が常駐し、服薬管理・創傷ケア・経管栄養等の医学的処置を提供する民間営利／NGO運営施設。PHFSA 1998に基づき保健省が品質基準・人員配置・設備を監督。マレーシアで「医療的介護」を合法的に提供できる唯一のカテゴリ。
未登録／規制外 （実態としてMWFCD／MOHいずれの監督下にも入っていない）	小規模私営介護施設	無登録 （Care Centres Actを取得せず運営）	多数 （実数不明）	民家を改築した小規模ホーム。ADL補助の介護を提供するが、ライセンスを取得せず運営。火災・衛生・職員配置基準等は未審査で、ケアの質・安全性に懸念。
未登録／規制外	宗教系コミュニティ施設（Pondok等）	宗教団体運営（行政規制対象外）	多数 （実数不明）	Pondok（イスラム宗教学習所）が高齢者居住も兼ねるケース、仏教寺院・キリスト教会系シェルターが高齢者を受け入れるケース。本来の目的は宗教学習・教養で、介護機能は副次的。
未登録／規制外	家族経営型ボーディングホーム	個人事業（規制対象外）	推計困難	親族・近縁ベースで数名の高齢者を受け入れる非公式ケア。家族介護の延長として運営され、行政の把握外。

出典：葛蒲川作成。Rahimah Ibrahim所長／Chai Sen Tyng上席研究員へのインタビュー（2026年2月9日、UPM）、Malaysia CARE Action Plan 2026-2030（女性家族地域社会開発省、2025年）、Care Centres Act 1993、Private Healthcare Facilities and Services Act 1998（PHFSA）、JKM PAWE Directoryに基づく。

図5. マレーシアの社会保障の柱（世界銀行枠組み）

- *Zero Pillar* – non-contributory social assistance financed by the state, fiscal conditions permitting
- *First Pillar* – mandatory with contributions linked to earnings and objective of replacing some portion of lifetime pre-retirement income.
- *Second Pillar* – mandatory defined contribution plan with independent investment management
- *Third Pillar* – voluntary taking many forms (e.g. individual savings; employer sponsored; defined benefit or defined contribution)
- *Fourth Pillar* – informal support (such as family), other formal social programs (such as health care or housing), and other individual assets (such as home ownership and reverse mortgages).

・所得保障（BWE等）／公務員年金（KWAP）／従業員積立基金（EPF）／基礎医療保険（Base MHIT、2026年～）／ザカート（ZAKAT）。
 ・各柱は省庁・対象集団・財源が異なり、相互に統合されていない縦割り構造。

出典：World Bank, Conceptual Note on Social Protection in Malaysia. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/389011468314712045/pdf/457280BRI0Box31Concept1Sept20081.pdf.pdf>

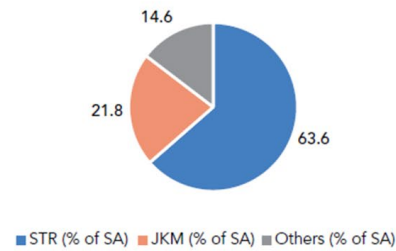
図6. 社会扶助（Social Assistance）の断片化 — 26省庁・189プログラム

SA programs spending 2022



Source: MOF (2023), JKM (2023), and authors' calculation

STR, JKM, and other programs spending as % of total SA spending, 2022

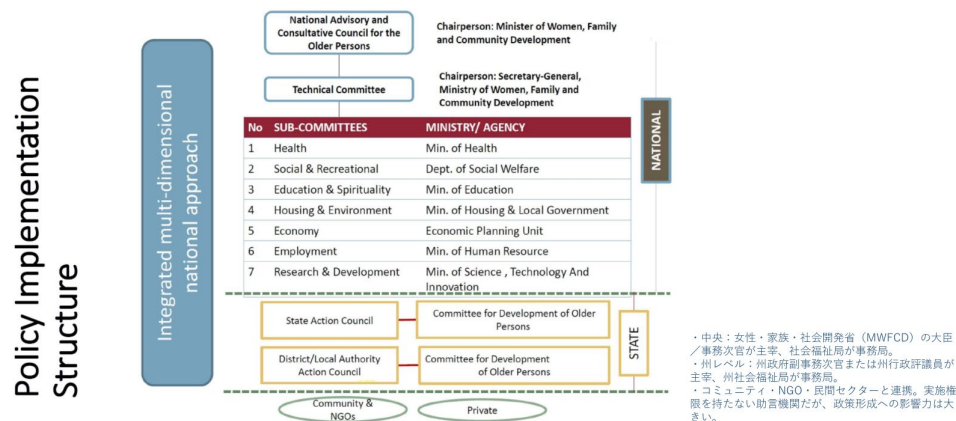


Source: MOF (2023), JKM (2023), and authors' calculation

- ・MoF（財務省）所管はSTR（Sumbangan Tunai Rahmah）の単一プログラムだが、社会扶助支出全体の最大シェア。
- ・2022年、STR単独支出はJKM 32福祉プログラム合計の3倍超。JKM全体は社会扶助支出の約22.0%にとどまる。
- ・プログラム数増加に伴いプログラム当たり平均予算は希薄化、給付の重複・カバレッジ漏れも発生。

出典：World Bank, Social Assistance in Malaysia: Diagnostic Note (2026)。プログラム数推移：2006年10 → 2012年94 → 2020年136 → 現在189。

図7. 国家高齢者諮問・協議会（MPPWEN）の組織構造



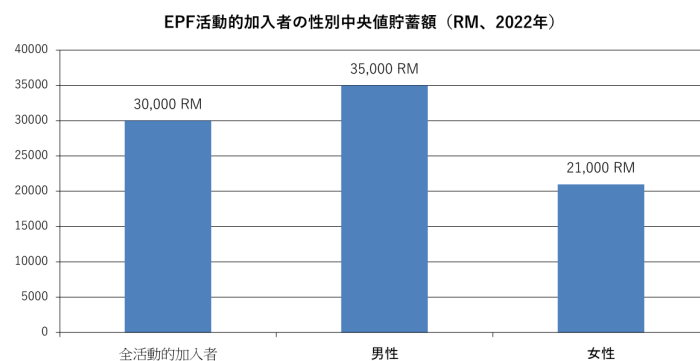
出典：MPPWEN: Majlis Perundingan Pesara dan Warga Emas Negara. 中央レベル＝議長：女性・家族・社会開発大臣／委員長：同省事務次官／事務局：社会福祉局（本部）。州レベル＝議長：州政府副事務次官または州行政評議員／事務局：州社会福祉局。

図8. 国家高齢者政策（NPOP 2026–2030）— 5次元の高齢者像と6本柱



出典：原典：Ministry of Women, Family and Community Development, National Policy for Older Persons 2026–2030, RMK13（第13次マレーシア計画）に基づく改訂版。

図9. EPF加入者の性別貯蓄額の中央値（推計、2022年）



※ 女性の中央値貯蓄は男性比約60%。労働市場参加率の低さ・賃金格差・キャリア中断（出産・介護等）により女性高齢者の相対的貧困リスクが高い。

出典：高瀬川作成。EPF Member Statistics 2022 (<https://www.kwsp.gov.my/>)、World Bank "A Vision for Social Protection in Malaysia" (2023)、OECD Pensions at a Glance Asia/Pacific 2024 (<https://www.oecd.org/>) の記述に基づく推計値。

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)
「アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や
制度の提言に資する研究」

令和 7 年度 分担研究報告書

「インドネシアにおける高齢者政策・制度の現状及び課題の抽出に関する研究」

研究分担者

藤並 祐馬	日本老年学的評価研究機構
林 玲子	国立社会保障・人口問題研究所
小野 太一	政策研究大学院大学

研究代表者

五十嵐 久美子 国立保健医療科学院

研究要旨

【目的】

本報告は、インドネシアにおける高齢者政策・制度の現状と課題、ギャップ及びニーズ等を整理し、UHC政策への示唆を得ることを目的とする。インドネシアでは高齢化の進展が見込まれる一方、健康保険制度は整備されているものの、介護制度は未整備である。この状況を踏まえ、日本の知見の活用可能性についても検討する。

【方法】

分析にあたっては、インドネシアの政府公表資料・統計・法令のほか、WHO等国际機関の報告書を参照した。

文献に加え、インドネシア保健省、国家開発計画省及びインドネシアで介護人材育成の技術協力プロジェクトを実施しているJICAインドネシア事務所担当者並びにプロジェクト専門家へのインタビューを実施した。インタビューでは、「基礎統計」「医療制度」「介護制度」「年金・所得保障」「福祉制度」「社会環境」の6領域について整理し、制度の特徴と課題を分析した。

倫理面では、研究計画の承認を得るとともに、対象者の同意を取得した。
(倫理面への配慮)

【結果】

インドネシアでは、1998 年以降、高齢者関連法令が整備されてきたが、当初は国レベルの法整備にとどまり、具体的施策は主に社会福祉分野から進展した。その後、保健分野の制度も整備されたが、医療と福祉は省庁ごとに実施されている。

社会保障では、全国民を対象とした健康保険制度が導入されている一方、介護に関する公的制度は存在せず、家族介護への依存が大きい。

また、地方分権のもとで各省庁が個別に施策を実施しており、サービスの統合性に課題がある。現在は、国家開発計画庁（BAPPNEAS）を中心に統合ケア体制の構築に向け

た取り組みが試行されている。

【結論】

インドネシアでは、健康保険は整備されているが、介護は家族や自己負担に依存している。また、行政の縦割り構造と地方分権により、サービスの統合性・均質性にも課題がある。今後は、医療・介護に加え、保健・福祉を含めた包括的なサービス提供体制の構築が重要である。その際、日本の地域包括ケアシステムやポピュレーションアプローチは有用な示唆を与える。特に、①地域コミュニティを活用した介護予防・在宅ケアの強化、②Kader、社会福祉士などすでに活躍している人材の活用（他職種連携と人材育成）、③持続可能な財政基盤の確立が重要である。

本研究は、インドネシアにおけるUHCの深化と国際協力の検討に資するものである。

A. 研究目的

本報告は、インドネシアを対象に、高齢者政策・制度の現状及び同国が高齢者政策・制度で抱える課題、ギャップ、ニーズ等を整理し、UHC政策への示唆を得ることを目的とする。

インドネシアでは、60歳以上を高齢者と定義し統計をとっているが、高齢者が全人口に占める割合は2015年の8.43%から2023年には11.75%へと伸びており¹、高齢社会入りが見えてきている状況である。一方で、2014年に新しい社会保障制度が導入され、高齢者を含む保険制度は導入されているものの、高齢者介護のための制度は整備途上である。このことを踏まえ、インドネシアにおける高齢者政策・制度の現状を整理するとともに、現在抱えている課題やギャップ、ニーズなどをまとめることで、日本のどのような知見を活用することができるかを整理することを目的とする。

B. 研究方法

分析にあたっては、インドネシアの政府公表資料・統計・法令のほか、WHO等国际機関の報告書を参照した。

文献に加え、インドネシア保健省、国家開発計画省及びインドネシアで介護人材育成の技術協力プロジェクトを実施しているJICAインドネシア事務所担当者並びにプロジェクト専門家へのインタビューを実施した。

インタビューは半構造化形式で実施し、「0. 高齢者に関わる基礎統計」「1. 医療制度における高齢者への配慮」「2. 介護制度」「3. 年金・所得保障制度」「4. 生活保護/高齢者福祉制度」「5. 高齢者の社会環境(横断的)」の6領域について、計62項目の質問を設定した。収集した情報は領域ごとに整理し、制度の特徴及び課題について分析を行なった。

(倫理面への配慮)

代表機関によって多機関共同研究一括審査で承認をうけた課題のもと実施した。

本研究において実施したインタビュー調査については、対象者に対して研究の目的・方法・結果の利用方法等について十分に説明を行い、文書による同意(インフォームド・コンセント)を取得した上で実施した。

C. 研究結果

1. インドネシアにおける高齢者に関する法令制定の変遷

インドネシアにおいて、高齢者に関連する法令を表1の通りまとめた。1998年に「高齢者の福祉に関する1998年インドネシア法第13号」が制定されたのを皮切りに、1999年に「人

権に関する1999年インドネシア法第39号」で、高齢者の人権に関しても記載された。続いて、2004年に「高齢者の社会保障向上に向けた取り組みに関する2004年政府令第43号」と「国家高齢者委員会に関する2004年大統領決定第52号」が制定された。この時点では、国レベルの法令の制定はあるものの、それらを具体化するべき省令については、高齢者に特化したものは見当たらない。

その後、2009年に「社会福祉に関する2009年インドネシア法第11号」と、2011年に「貧困対策に関する2011年インドネシア法第13号」が制定され、2012年に、「高齢者への社会サービスの指針に関する2012年社会大臣令第19号」が制定されたことで、具体的な高齢者対策への政策が制定された。また保健分野においては、2014年に「病院における高齢者医療に関する2014年保健大臣例第79号」が制定されたのを始めに、2015年には「保健所における高齢者への保健サービスに関する2015年保健大臣例第67号」が制定され、保健施設における高齢者への対応が規定された。また、2016年には「国家高齢者健康計画2016-2019に関する2016年保健大臣令第25号」が制定され、高齢者の健康維持に関する計画も具体化された。

その後、2009年に制定されたインドネシア法の改正法である「ソーシャルワーカーに関する2019年インドネシア法第14号」が制定され、「社会福祉に関する2009年インドネシア法第11号」において社会福祉に関する専門職が規定されていたが、さらにその内容を整理する形で「ソーシャルワーカー」が国家資格として整理されるとともに、2020年にはそれまでに制定されていた高齢者や障害者などの社会復帰に関する省令を統合する形で「社会リハビリに関する2020年社会大臣令第16号」が制定され、社会福祉分野における高齢者対策が強化されていった。

これら一連の流れを見ていくと、1998年にインドネシア法において高齢者が定義され、「高齢者」が意識されていたものの、実際に高齢者対策が具体化するまでにはしばらくの時間が必要であり、2012年の社会省及び2014年の保健省における大臣令の制定によって、具体的な高齢者施策が動き出したことが見える。また社会省が管轄する社会福祉に関する法令の方が先に制定されていることから、まずは社会福祉面における高齢者対策が先行して実施され、その後、保健分野における高齢者対策が実施された流れが見られる。

これら法令を、保健・社会・人権の分野ごとにまとめたのが、以下の表であるが、ここからも、これまでのインドネシアの高齢者対策は、社会福祉を重点的に行ってきたことが伺える。

そして、対策を行う体制としては、そもそも省庁が分かれていることからわかるように、社会福祉分野は社会省、保健分野は保健省と言うように、縦割りの形で実施されていることが伺える。

なお、法令をインタビューにおける5領域（統計に関する領域を除く）に分けると表3のようになる。

表 1 インドネシアの高齢者に関する法令（年代順）

	インドネシア法	政府令	大統領令	大統領決定	省令（社会省）	省令（保健省）
1998	高齢者の福祉に関する インドネシア法第13号					
1999	人権に関するインドネシア法第39号					
2004		高齢者の社会保障向上に向けた 取り組みに関する政府令第43号		国家高齢者委員会に関する 大統領決定第52号		
2009	社会福祉に関するインドネシア法第11号 （2019年インドネシア法第14号で 改正される）					
2011	貧困対策に関するインドネシア法第13号					
2012					高齢者への社会サービスの 指針に関する 社会大臣令第19号 （2020年社会大臣令第16号で 改正される）	
2014						病院における高齢者医療に関する 保健大臣令第79号
2015						保健所における高齢者への 保健サービスに関する 保健大臣令第67号
2016						国家高齢者健康計画2016-2019 に関する保健大臣令第25号
2018					高齢者の社会的リハビリスタンダード に関する社会大臣令第5号 （2020年社会大臣令第16号で 改正される）	
2019	ソーシャルワーカーに関する インドネシア法第14号 （2009年法第11号の改正）					
2020					社会リハビリに関する 社会大臣令第16号 （2012年社会大臣令第19号、 2018年社会大臣令第5号などを 統合して改正）	
2021			国家高齢化戦略に関する 大統領令第88号			

表2 インドネシアの高齢者に関する法令（領域別）

	保健	社会	労働	人権
インドネシア法	1998年高齢者の福祉に関するインドネシア法第13号 高齢者の年齢を60歳と規定し、「高齢者」「要介護高齢者」の区分を設定、それぞれの区分に応じて提供される支援を定義、高齢者の社会福祉は政府、住民、家族によって向上させると規定。			
		1974年社会福祉に関するインドネシア法第6号 (2009年社会福祉に関するインドネシア法第11号で改正) 「社会福祉」を定義し、社会保障の内容を示す。対象は、貧困者、孤児・放置された子供、見捨てられた高齢者、身体障害者、知的障害者、および慢性疾患の元患者。「ソーシャルワーカー」「プロフェッショナルソーシャルワーカー」を規定 2019年ソーシャルワーカーに関するインドネシア法第14号で改正 2009年インドネシア法を改正、2009年インドネシア法で定められた「ソーシャルワーカー」の役割を再定義。ソーシャルワーカーに能力試験への合格、登録証（STR）の取得などを義務付けた。		1999年人権に関するインドネシア法第39号 障がい者、高齢者、妊産婦、子どもに対して特別な配慮を受ける権利があると規定
		2011年貧困対策に関するインドネシア法第13号 貧困者に最低限必要な基本的なニーズを満たすことを目的に制定、基本理念は、人権、社会的平等、非差別、福祉、連帯、能力開発。貧困者にも自助の努力をすることを求めている。貧困対策には、自己の能力開発、衣・食・住支援、保健、教育、労働へのアクセス、法的支援、社会的支援が含まれる。		
政府令	2004年高齢者の社会保障向上に向けた取り組みに関する政府令第43号（1998年インドネシア法第13号を受けて制定） 要介護高齢者への保健サービス費用の軽減、産業界に就労の条件を満たす高齢者にはできる限り就労の機会を提供することを要請、高齢者専用シート、高齢者専用窓口、高齢者観光カード、高齢者優先対応の呼びかけ、などを求める。			
大統領令	2021年国家高齢化戦略に関する大統領令第88号 高齢者の自立、福祉を関係セクターの調整などを通じて実現するための国家戦略を規定、戦略では、「社会保障、収入保障、個人の能力、の向上」「高齢者の健康と生活の質の向上」「高齢者にやさしい社会・環境の開発」「高齢者プログラムの実施能力の向上」「高齢者の権利に対する敬意、保護、充足」を実現するための戦略について定めている。			
大統領決定	2004年国家高齢者委員会に関する大統領決定第52号 KOMNAS Lansiaを高齢者施策立案に関する助言等を行う機関として設立。政府と住民の橋渡し役を担う独立組織として定義、大統領への助言を行う。政府、住民代表からなる最大25名の組織。委員長は2名で、1名は社会福祉を担当する大臣、もう1名は民間出身者。副委員長も2名で、1名は高齢者の福祉を担当する省の総局長、もう1名は民間出身者。政府出身者は、住民福祉、保健、社会、家族計画、労働、教育、宗教、農村・地域インフラ、女性の開発、文化・観光、交通、内務に関する大臣・総局長で、民間出身者は高齢者の福祉に関連する活動を行っている民間団体、高等教育機関、産業出身者。委員会は、最低3ヶ月に1回開かれ、州、県／市においても高齢者対策委員会を設置できる。			
省令	2014年病院における高齢者医療に関する保健大臣令第79号 ・ファシリティー、人材、手順など病院における高齢者対応の基準を定める。	2012年高齢者への社会サービスの指針に関する社会大臣令第19号 高齢者の社会的リハビリとその実施の指針、その他の分野のリハビリと統合されて2020年社会大臣令第16号として改正される。		
	2015年PUSKESMASにおける高齢者への保健サービスに関する保健大臣令第67号 Puskesmasにおいて、高齢者にどのように保健サービスを提供すべきかを定めた。健康増進、予防、治療、リハビリを行うことが期待されている。その役割の中で、高齢者にどのように対応すべきかを規定。	2018年高齢者の社会的リハビリのスタンダードに関する社会大臣令第5号 「社会的リハビリ」を、個人が地域社会の中で適切に社会機能を果たすことができるよう機構回復及び開発を行う過程をいう、と定義。「見捨てられた高齢者」を何らかの理由により基本的な生活ニーズを満たすことができず、その生活が他者からの援助に依存している者、と定義。3つの理念を掲げ、対象として4つのカテゴリーを示している。社会的リハビリはソーシャルワーカーによって提供されるとしている。		
	2016年国家高齢者健康計画2016-2019に関する保健大臣令第25号 高齢者の健康向上に向けた2016-2019年の国家戦略。ミッションは、1) 家族から地域、保健施設までライフコースアプローチの観点を持ち、総合的で統合的な保健サービスを実現する。2) 元気で自立し活動的、生産的な高齢期間を伸ばすことが重要であることを家族、地域で共有する、としている。目的は、目的は高齢者の健康度を上げ、健康で自立し、活動的で家族や地域にとって生産的であるようにすることとしている。慢性疾患はその対応に時間も費用もかかることから、健康増進と予防が重要であると強調している。 ・現時点で国民保険に介護保険の制度はないが、介護保険の制度を充実させる必要があるとして5つの戦略を挙げている。	2020年社会リハビリに関する社会大臣令第16号 2012年社会大臣令第19号の改正 ・高齢者社会サービス指針に関する社会大臣令、高齢者福祉組織を経由して提供される社会支援に関する社会大臣令、麻薬中毒者及び麻薬被害者の社会復帰に関する指針に関する社会大臣令など、12の関連社会大臣令を統合して改正。社会復帰プログラムの対象として7項目、支援として7項目を挙げている。		

表3 インドネシアの高齢者に関する法令（インタビュー質問領域別）

年金・所得保障制度	医療制度における高齢者への配慮	生活保護/高齢者福祉制度	高齢者の社会環境（横断的）	介護制度
		高齢者の福祉に関する 1998年インドネシア法第13号		
			人権に関する1999年インドネシア法第39号	
			国家高齢者委員会に関する 2004年大統領決定第52号	高齢者の社会保障向上に向けた取り組みに 関する2004年政府令第43号
	社会福祉に関する2009年インドネシア法第11号 （2019年インドネシア法第14号で改正される）			
	病院における高齢者医療に関する 2014年保健大臣令第79号	貧困対策に関する2011年インドネシア法第13号		
	保健所における高齢者への 保健サービスに関する 2015年保健大臣令第67号	高齢者への社会サービスの指針に関する 2012年社会大臣令第19号 （2020年社会大臣令第16号で改正される）		
	国家高齢者健康計画2016-2019に関する 2016年保健大臣令第25号	高齢者の社会的リハビリスタンダードに関する 2018年社会大臣令第5号 （2020年社会大臣令第16号で改正される）		
		社会リハビリに関する2019年社会大臣令第16号 （2012年社会大臣令第19号、 2018年社会大臣令第5号などを統合して改正		
		ソーシャルワーカーに関する 2019年インドネシア法第14号 （2009年法第11号の改正）		
国家高齢化戦略に関する2021年大統領令第88号				

2. 社会保障制度

インドネシアでは、それまで労働者、軍警察、公務員、雇用者、自営業者、低所得者と対象によって異なる社会保障を提供していたものを統合し、2014年に新しい社会保障制度を導入した²。新しい社会保障制度では、すべての対象者に対して1つの制度のもとで社会保障を提供し、健康保険を提供する健康保険実施機関（BPJS Kesehatan）と労働保険を実施する労働保険実施機関（BPJS Ketenagakerjaan）が設立され、それぞれ健康保険と労働保険を提供している。

(1) 健康保険

健康保険では、保険料が給与所得者と自営業者などそれ以外とで異なるシステムとなっている³。給与所得者（公務員含む）の場合、保険料は給与の5%とし、4%を雇用者が、1%を本人が負担することとなっている。また、収入が低いなどの理由によって保険料を負担できない個人に対しては保険料を全額政府が支払うことで、すべての国民への健康保険の提供を行っている。

一方で自営業者などは、入院の際にどの3つに分けられた病室のクラスのどのクラスを希望するかで保険料が変わり、クラスI（2～4名室）の場合42,000ルピア/月、クラスII（3～5名室）の場合100,000ルピア/月、クラスIII（4～6名室）の場合は150,000ルピア/月となっている。なおこのクラス分けについては、「健康保険に関する2018年大統領令第82号の第3改訂に関する2024年大統領令第59号」において、「標準入院クラス」が導入され、「標準入院クラス」の基準が規定され、「標準入院クラス」へ移行することとその実施期限が定められた。同改正大統領令では、活用方法や費用、保険料などについては評価を行い、2025年7月1日までにそれらを定めるとされている。しかしながら本稿執筆時点（2026年4月30日）においても、BPJS Kesehatanのホームページでは、依然としてクラス別の保険料の案内が掲載されており、また同ホームページのページ内検索で「標準入院クラス(Kelas Rawat Inap Standar)」と入力し検索しても該当する記載は確認されず、制度の具体的内容はなお明らかでない。

健康保険の適用を受けるには、登録された医療機関のうち一次医療機関として登録された医療機関で受診する必要がある、一次医療機関での診断結果によって二次医療機関へと紹介を受ける形をとっている。このシステムに沿っている限り、原則医療費等は無料となっている⁴。

一次医療の対象となっているのが、プスkesmas（公的な地域保健機関）、クリニック、クラスDの病院、薬局、ラボとなっており、外来ではアドミニフィー（登録料や紹介状作成量など）、健康増進、予防、定期予防接種、家族計画、健康診断、慢性疾患治療が、入院では出産を含む入院が健康保険の対象となっている。

2次医療は、クラスD以外の病院が対象で、それら病院での診察や救急対応、専門医による措置、リハビリ、輸血、ICU・ICCU・NICU・PICUなどでの措置等が対象になっている⁵。

(2) 労働保険

労働保険は老齢保障（退職一時金）、労災、死亡、年金、失業の5つから構成されている⁶。保険料は、給与所得者の場合、老齢保障が給与の5.7%（うち、被雇用者2%、雇用者3.7%）、労災が職業のリスクによってことなり、最もリスクが低い場合の0.24%から最もリスクが高い場合の1.74%（全て雇用者負担）、死亡が月額給与の0.3%（全額雇用者負担）、年金が給与の3%（被雇用者1%、雇用者2%）、失業が給与の0.36%（うち、0.22%が政府負担、0.14%が他の保険からの再分配）となっている⁷。また、自営業者等は、老齢保障が収入の多寡によって24,000ルピア/月から36,000ルピア/月、労災も収入の多寡により10,000ルピア/月から18,000ルピア/月、死亡が6,800ルピア/月となっている⁸。

なお公務員及び軍・警察関係者用の労働保険については、保険実施機関が実施する労働保険には参加しておらず、それぞれ別の労働保険が提供されている。

退職金は、支払われた保険料+保険実施機関が運用した利益から支払われる。56歳を超えると退職金を受け取ることができる。

労災については、就労できない期間の収入保障があるとともに、死亡や障害が残った場合の保険金、死亡した際の埋葬費用なども支給対象になっている。

死亡保険は、労働以外の理由で本人が死亡した際に支払われるものとなっている。労災及び死亡保険の特徴として、子の学費が支給対象になっていることで、大学まで学費の援助が受けられるとなっている。

年金は、定年退職後、毎月受け取れるものとなっており、本人が死亡後、配偶者が残っている場合は配偶者が死亡するまで受け取れるとなっている。また子が残っている場合は子が23歳になるまでか、就労するか、結婚するまでもらえることになっている。年金額は、それまでの掛け金と運用益から支払われ、それまでの掛け金によって受け取れる金額が変わる。2025年の場合、最低で399,700ルピア/月、最高で4,792,300ルピア/月となっている。2025年の最低賃金がジャカルタで約5,400,000ルピア/月、最も低い中部ジャワ州で約2,170,000ルピア/月となっている⁹。このため、ジャカルタでは最も高い年金を受け取ったとしても、最低賃金よりも低い収入となる状況である。

なお、当初はBPJS開始前に軍・警察関係者の労働保険を担っていたASABRI（国軍・警察社会保険）と公務員の労働保険を担っていたTASPEN（公務員老年・定年保険）も2029年までにBPJSに統合される予定であった²が、2021年に憲法裁判所によって出された判決（No. 72/PUU-XVII/2019及びNo. 6/PUU-XVIII/2020）では、ASABRIとTASPENの独立した運営を継続することが認められるとされた。例えば、ASABRIをBPJSに統合することは合憲かどうかが争われた裁判では、公務員や軍・警察関係者が新制度に参加することで、それまで得られていた保障よりも低い保障を受けること（職種に応じた手厚い保護を失うこと）となり、これは憲法の定める権利を侵害することになるとともに、新制度への移行を認めないことが申立人（公務員や軍・警察退職者）の公平性を保つとの判断が示された。また、新制度による「公平性」を目指すことの意義は認めるものの、それは必ずしも全ての国民に同じ水準の制度を提供することを意味するのではなく、憲法では国民の機会及び利益の平等を達成するために特別な取り扱いを認めている（不利な状況にある者に特別な待遇を与えることなど）ことから、軍・警察はその生命に対するリスクが高いことなどを考慮すると、そのリスクに応じて制度が提供されることは容認されると指摘している（「憲法裁判所判決 Nomor 6/PUU-XVIII/2020」）。

(3) 社会保障の財政

a. 健康保険

健康保険の財政については、健康保険を運営する健康保険運営機構（BPJS Kesehatan: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan）が毎年公表している財務報告によると、健康保険基金の2024年度の当期収支は、7兆ルピア強の不足（赤字）となっている。一方で、関係団体を含む連結ベースでは、300億ルピア弱の剰余（黒字）となっている¹⁰。

なお、BPJS Kesehatanのホームページによると、保険加入者の約半数（42.7%）が保険料を政府が補助する加入者となっており、保険料収入の相当部分は政府負担によって賄われている¹¹。

b. 労働保険

労働保険の財政に関しては、労働保険を運営する労働保険運営機構（BPJS Ketenagakerjaan: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan）のホームページにおいて、各制度の保険基金の収支が公表されている。その報告によると、2024年には、労災及び死亡の基金で約6.75兆ルピア、失業保険で約3.4兆ルピア、老齢保障（退職一時金）及び年金

で約37.2兆ルピアの剰余が計上されている¹²。

3. 高齢者対策の体制

インドネシアでは、国家開発の計画を国家開発計画省(Kementerian PPN/BAPPENAS)が担っており、5年間の中期計画と20年間の長期計画を策定している。例えば直近では、「2020-2024年の中期計画」では、現在は人口ボーナス期にあるものの、高齢化が急速に進んでおり、生後1000日から高齢期に至るまでライフサイクルに沿った人間開発が必要であることを示し、現在実施中の2025-2029年中期計画では、ライフサイクルの視点とともに「脆弱な集団」への寄り添いを基本とした支援（アフーマティブ・アプローチ）を行う必要があるとの方向性を示すなどしている。またそれらの計画では各分野の目標値なども定めており、高齢者に関連する指標としては、2025-2029年中期計画では「高齢者にやさしいPUSKESMAS（保健所）の割合を2024年の69%から25年に70%、29年に90%とする」「Geriatric Serviceを提供する病院の割合を2023年の11.01%から25年には20%、29年には50%にする」などである。

こうした国家計画を踏まえて各省庁が対策を実施するが、前述の通り、インドネシアでは社会省、保健省、労働省などの省庁が独立しており、高齢者対策に関しても、それぞれの省がそれぞれの権限に応じて実施している。

また、インドネシアでは地方分権が進んでおり、中央が法令や基準づくり及び人材育成を担い、実際の運用は地方政府が行なっている。省によっては地方に出先機関を持つものもあるが（例えば、保健省のラボ）、基本的には制度・基準づくりは中央、制度の実施は地方、という棲み分けがなされている（保健省へのインタビュー、2025年10月実施）。

(1) BAPPENAS

前述の通り、BAPPENASは国家計画の策定等を担っている。BAPPENASへのインタビュー（2025年10月実施）では、現在の中期計画ではUHCに力を入れており、費用の心配なく医療を受けられる体制を作りたいとのことであった。

健康については健康保険制度で対応ができるものの、介護については保障がなく、介護が必要な場合は全額自己負担か、家族が介護を行なっているのが現状であり、今後の高齢化を見据えると、介護保険制度の必要性を感じているとのことであった。このため、現在介護保険制度についての研究を続けているとのことであった。包括的な介護の必要性も感じており、現在、アジア開発銀行（ADB）からの支援を受けて、バリ州とジョクジャカルタ特別州のパイロット地域で包括的な介護制度の実施を試みているところであるとのことであった。

Active Ageingも重要なテーマの一つであるとのこと、現在インドネシアでの定年は58歳であるが、その後、多くの高齢者が働いていない状況であり、高齢者の就労も含めて、いかに高齢者が社会で活躍し続けられるかも重要なテーマであるとのことであった。

社会保障に関しては、保険料支払い義務のある層の約20%が保険料を支払っていない状況であり、持続的な社会保障制度のためにも解決すべき課題の一つであるとのことであった。

(2) 保健省

保健省は、高齢者の健康について対策を行なっている。表1でも見たように、病院やPUSKESMASにおいて、高齢者がサービスを受けやすいよう、高齢者にやさしい施設の基準や、高齢者が患者として医療施設にきた場合の対応の基準などを作成している。

保健省へのインタビューでは、高齢者の健康に問題が出た場合には、前述のBPJS Kesehatanの流れに乗って保健サービスを提供する。また、健康増進や予防も保健省の管轄であり、各県/市に設置されているPUSKESMASが家族や地域の様々な組織と連携しつつ健康増進や予

防を提供する体制となっているとのことであった。

また、Kaderと呼ばれる地域の保健ボランティア制度があり、PUSKESMASはこのKaderと協力しながら地域における保健活動、簡易的な健康診断や体操や趣味活動などの地域活動の提供などを行なっているとのことであった。

なお、高齢者の「要介護状態」の判定については法令等で定められたものはないものの、WHOのICOPEに記載されている判定基準を用いて2024年度から介護の必要性の判定を行なっているとのことであった。

保健省が管轄する介護に関する施設は現状ないものの、他省が管轄する高齢者施設との連携の重要性は感じているとのことで、保健省の管轄であるPUSKESMASと社会省などが管轄する高齢者施設との連携を促すような省令を現在準備しているとのことであった。

(3) 社会省

社会省は、福祉に関する施策を管轄しており、貧困者対策等を中心に高齢者対策を行なっている。社会省はSentraと呼ばれる出先機関を有しており、Sentraを通じた直接的な支援も実施している¹³。

社会省が実施している高齢者対策としては、2025年社会大臣決定第79号（高齢者に特化はしておらず、経済的な困難な家庭への支援）では、経済統計データから世帯を10等分（最も貧困が1）し、1-4グループに対しては資金援助、1-5グループには食糧支援などを行うとしている。こうした支援の拠点の一つとして、Sentraが活用されている。

また、社会省は貧困や虐待などから高齢者を守るための施設（Panti Sosialなど）を管轄している。

こうした社会福祉に関する活動に関しては、社会福祉活動を行う組織・団体を認定する制度やボランティアの活用などがあり、また「ソーシャルワーカー」を国家資格として制定しており、ソーシャルワーカーがこれら活動に関与している。

(4) 環境省

前述の通り、保健省では高齢者施設の管轄を行っておらず、また社会省では福祉を目的とした高齢者施設のみを管轄している。このため、いわゆる「老人ホーム」やデイケアなどの施設に関しては私立の施設が主となっている。これらの高齢者施設はビジネスとして運営されており、また「観光」の側面から管理が行われている（保健省のインタビューでは、医療ツーリズムの文脈であるとの発言があった）。

こうした観光における施設の許認可はこれまで一律に行われていたものの、2025年の観光大臣令によって、それぞれのビジネスのリスクに応じて許認可の基準等が定められることとなり、「観光分野リスクベースによる事業許可における事業活動基準、監督実施手順、行政的罰則に関する2025年観光大臣令」で、施設の基準などが制定された。

なお、同大臣令によると、この大臣令の対象となる施設は「高齢者の必要性に応じて保健施設や設備が備わっている宿泊、居住関連の事業」となっている。また、リスクは低めの中程度（中低リスク）とされている。

(5) 人口・家族開発省

国家人口・家族計画庁（BKKBN: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana）が、2024年の省庁改編により省に格上げされ、人口・家族開発省（Kemendukbangga: Kementerian Pendudukan dan Pembangunan Keluarga）となった。BKKBN時代は、人口管理及び家族計画を主な役割（「省ではない政府機関の設置、任務、機能、権限、組織構成及び業務手順に関する2001年大統領決定第103号の第7次改正に関する2013年大統領令第3号」）とし、保健大臣を通じて大統領に報告を行う機関とされていた（「国家人口・家族計画庁における協力方法に関する2023年国家人口・家族計画庁長官令第5号」）。

2004年に新政権が誕生すると省庁再編が行われ、人口・家族開発省に格上げされ、「人口管理及び家族計画」に加えて、「人口管理及び家族開発」がその役割に追加された。高齢者分野に関しては、SIDAYA (Lanjut Usia Berdaya) と呼ばれるプログラムを実施しており、高齢者の健康と安全（ハード面だけでなく精神面でも）を実現し、その意欲と能力に応じて活動への参加が可能となることを目的に、高齢者のエンパワーメントを行うプログラムとなっている。活動は、地域、家族ベースで実施され、精神、身体、感情、社会、双方向コミュニケーション、ボケーショナル、環境の7つの領域において高齢者の生活の質が向上する活動を実施するとなっている。具体的には、健康診断、家族ベースの介護、高齢者のための地域活動、高齢者の起業、などが挙げられている¹⁴。

(6) その他

「労働に関する2003年インドネシア法第13号」において、国家専門職認定機関（BNSP: Badan Nasional Sertifikasi Profesi）が設立され、インドネシアにおける専門職の基準と基準を満たしている試験を導入することとなった。これを受け介護分野では、Senior Livingの経営者、Caregiver、高齢者訪問看護、デイケアの経営者などによって設立されたインドネシアSenior Living協会によってCaregiver専門認定機関（LSP: Lembaga Sertifikasi Profesi）が設立され、LSPが介護職の基準を定め、認定試験を実施している¹⁵。

D.考察

本研究から、インドネシアにおける高齢者対策は、高齢者を対象として法令の整備は進んでいるものの、法令及び対策の実施は医療と介護が縦割りで行われていることが明らかとなった。

制度面では、1998年以降、高齢者に関する法整備が段階的に進展してきたが、その多くは社会福祉を中心としたものであり、医療・介護を統合した包括的なケアシステムは一部の地域で試験的に導入されるにとどまっている。特に介護については公的保障制度が存在せず、家族介護や自己負担に依存している点は大きな課題であると言える。この事は、今後の高齢化の進展に伴い、家族負担の増大やケアの質の格差を招く可能性も懸念される。

また行政体制においては、社会省・保健省等の縦割り構造であり、各省庁が実施するサービス間の連携が意識され、実施され始めているものの、まだ充分ではない。地方分権が進められており、制度の実施主体が地方政府に委ねられていることも、地域間格差やサービスのばらつきを生む要因となりかねない。

財政面では、保険料未納問題が存在すること、健康保険においては40%以上が実質的に政府から支出となっているなど、今後新たに介護保険制度を導入する場合も同様の課題が発生する可能性がある。このため、財政基盤の強化と制度設計の慎重な検討が重要である。

一方で、地域保健ボランティア(Kader)を活用した予防・健康増進活動や、国家計画におけるライフコース・アプローチの実施、社会福祉面におけるソーシャルワーカーの導入など、地域資源を生かした取り組みも行われており、こうしたすでにある資源を活用することで、より良い介護の提供に資する可能性がある。

以上より、インドネシアにおける高齢者ケアは、介護制度の導入期にあると位置づけられ、今後は医療・介護・福祉が連携した制度設計と、それらを支える人材・財政基盤の整備が重要な課題となる。

なお、健康保険については単一制度への統合が進んでいるが、労働保険に関しては公務員向けのTASPENと軍・警察関係者向けのASABRIを統合することは違憲だとする憲法裁判所の判決が出されており、その行方が注目される。BPJSが掲げる理念である助け合いの精神から全ての国民が同じ制度のもとで平等に同じ保障を受けられることを「公平」とするのか、その職業のリスクなどを考慮して分配に差をつけることを「公平」とするのか、「公平」の解釈の問題が生じていると思われる。当初の予定でもTASPENとASABRIの統合は2029

年までとなっており、本報告書執筆時点の2026年はまだ統合の途上であるが、今後、この憲法裁判所の判断により労働保険がどのようになるか、注視が必要であると思われる。

E. 結論

本研究では、インドネシアにおける高齢者政策・制度の現状と課題を整理し、今後の制度構築に向けた示唆を得た。

インドネシアでは、社会保障制度として、健康保険は全国民を対象に整備されているものの、介護に関しては公的制度が存在せず、家族や自己負担に依存している状況である。また、行政体制の縦割り構造や地方分権の影響により、サービス提供の統合性や均質性にも課題がある。

今後は切れ目のないサービスを提供するためにも、医療と介護のみならず、保健・福祉以外の高齢者のニーズを満たすサービスを含めた包括的なシステムの構築が重要であると考えられる。その際、日本の地域包括ケアシステムや、ポピュレーションアプローチの知見は有用であり、インドネシアの財政状況、家族構造、地域制度を踏まえた制度設計を行う際の参考になるものと思われる。

特に、①地域コミュニティを活用した介護予防・在宅ケアの強化、②Kader、社会福祉士などすでに活躍している人材の活用（他職種連携と人材育成）、③持続可能な財政基盤の確立が重要なカギとなる。

本研究の成果は、インドネシアにおけるUHCの深化に向けた政策検討に資するとともに、日本を含む他国との国際協力の方方向性を示すものと考えられる。

F. 引用文献

1. BPJS, *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2024 Volume 21, 2024, 2024*
2. 藤並祐馬、五十嵐久美子、*法律で見るインドネシアの新社会保障制度*, 国際保健医療 30 (2) 103-114, 2015
3. BPJS Kesehatan, *Iuran*, <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/#/jaminan-kesehatan-iuran>, 2026 年 4 月 17 日アクセス
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Jaminan Kesehatan Nasional*, <https://ayosehat.kemkes.go.id/?p=5799>, 2026 年 4 月 17 日アクセス
5. BPJS Kesehatan, *Manfaat*, <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/#/jaminan-kesehatan-manfaat>, 2026 年 4 月 17 日アクセス
6. BPJS Ketenagakerjaan, *Manfaat Penerima Upah*, <https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/penerima-upah.html>, 2026 年 4 月 17 日アクセス
7. BPJS Ketenagakerjaan, *Berapa Besar Iuran JHT, JKK, JKM, JP dan JKP?*, <https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/artikel/18913/artikel-berapa-besaran-iuran-jht,-jkk,-jkm,-jp-dan-jkp>, 2026 年 4 月 30 日アクセス
8. BPJS Ketenagakerjaan, *Besaran Iuran BPJS Ketenagakerjaan untuk Peserta Bukan Penerima Upah BPU*, <https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/artikel/18963/artikel-besaran-iuran-bpjs-ketenagakerjaan-untuk-peserta-bukan-penerima-upah-bpu.bpjs>, 2026 年 4 月 30 日アクセス
9. Kompas.com, *Resmi, Ini Daftar UMP 2025 di seluruh Provinsi Indonesia*,

<https://money.kompas.com/read/2025/01/02/233342726/resmi-ini-daftar-ump-2025-di-seluruh-provinsi-indonesia>, 2026 年 4 月 11 日アクセス

10. BPJS Kesehatan, LAPORAN PENGELOLAAN PROGRAM TAHUN 2024 DAN LAPORAN KEUANGAN TAHUN 2024 (AUDITAN),
<https://webbpsj.azurewebsites.net/uploads/information/04072025044926-144f0ee1-1967-468d-b2fe-b65cb5250a4d.pdf>, 2026 年 4 月 17 日アクセス
11. BPJS Kesehatan, *Data JKN*, <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/#/>, 2026 年 4 月 17 日アクセス
12. BPJS Ketenagakerjaan, Laporan Keuangan Dana Program Jaminan Sosial Ketenagakerjaan (JKK, JKM, JHT, JP dan JKP) Tahun 2024 (Audited),
https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/assets/uploads/laporan_keuangan/LK_LP_P_2024_BPJS_Ketenagakerjaan.pdf, 2026 年 4 月 17 日アクセス
13. Kementerian Sosial, Sentra, <https://kemensos.go.id/upt/sentra>, 2026 年 4 月 11 日アクセス
14. Kementerian Pendudukan dan Pembangunan Keluarga, *Tentang Lansia Berdaya*,
<https://sidaya.kemendukbangga.go.id/tentang-kami/profil>, 2026 年 4 月 21 日アクセス
15. Lembaga Sertifikasi Profesi Caregiver, *Tentang Kami*,
<https://lspcaregiver.com/tentang-kami/>, 2026 年 4 月 17 日アクセス

G.研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

以上

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)
「アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や
制度の提言に資する研究」

令和 7 年度 分担研究報告書

「スリランカにおける高齢者の健康的な加齢を支える社会基盤：UHC の枠組みに基づく
検討」

研究協力者 新杉知沙 国立社会保障・人口問題研究所

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】スリランカでは、急速な高齢化が進行する一方で、高齢者の健康的な加齢を支える社会基盤の整備は途上段階にあり、包括的な実態把握は十分に行われていない。そこでユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage, UHC）の枠組みを踏まえ、高齢者の健康および生活状況の現状を明らかにすることを目的とした。

【方法】ASEAN 活動的な高齢化と技術革新センター（ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation, ACAI）が開発中の「高齢者の UHC 達成に向けた指標」のうち、「2. 所得および生活保障」、「3. 健康および生活の質」、「5. 能力を生かせる環境」の3つの領域に含まれる9つの指標を用い、スリランカ政府統計である2019年世帯収入支出調査（Household Income and Expenditure Survey, HIES）を再解析した。また、世界保健機関（World Health Organization, WHO）の公開情報も参照した。

【結果】60歳以上の高齢者の割合は16.6%（男15.4%、女17.7%）であった。高齢者就労率は29.9%で、男性47.6%、女性15.6%と大きな男女差がみられた。公的年金受給者の割合は12.7%、その他の年金受給者の割合は1.5%であった。社会福祉給付の受給割合は45.7%であった。WG定義の障害割合（WG定義）は16.9%であり、特に「階段上下」に困難を抱える割合が高かった。一方、GALI定義の障害割合（GALI定義）は49.8%であった。慢性疾患を有する高齢者のうち、医療機関を受診していない者の割合（医療の未充足ニーズ）は15.2%であった。住環境については、安全な飲料水が備わった住居に居住する高齢者の割合は91.7%、衛生的なトイレの備わった住居は98.1%と高水準であった。初等教育以上を修了した高齢者の割合は64.4%で、男性69.4%、女性60.1%と男女差が認められ、男性の方が女性よりも約10ポイント高い水準にあることが明らかとなった。高齢者に優しいまちの数は1つ（Wellawaya）であった。

【結論】スリランカの高齢者は、安全な飲料水や衛生設備といった基本的な住環境は概ね確保されている一方で、就労、年金受給、医療アクセス、障害への対応といった側面では依然として課題が残されていることが明らかとなった。特に就労率や年金受給状況、教育水準において顕著な男女格差がみられ、女性高齢者の社会経済的脆弱性が示唆された。UHCの視点から、高齢者の健康的な加齢を支える社会基盤整備のさらなる推進が求められる。

A. 研究目的

スリランカでは高齢化が急速に進行しており、国連の推計によれば高齢者人口（60歳以上）は 2050 年に全人口の 26%(1)に達すると見込まれている。このような人口構造の急激な変化に対し、健康な高齢化（Healthy Ageing）を支える社会基盤の整備は依然として途上段階にあり、健康、生活、社会環境を含めた包括的な実態把握は十分に行われていない。このような背景を踏まえ、本研究では、「誰もが必要なときに、必要な医療に公平にアクセスでき、過度な経済的負担を負わずに利用できる仕組み」、すなわちユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage, UHC）の理念を踏まえ、スリランカにおける高齢者の健康および生活実態の現状を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

本研究では、ASEAN 活動的な高齢化と技術革新センター（ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation, ACAI）が開発を進めている、高齢者における UHC の達成状況をモニタリングするための指標（ASEAN Active Ageing Index, AAAI）(2)を分析枠組みとして用いた。AAAI は、Revised ASEAN-JAPAN Healthy & Active Ageing Index（改訂版 HAAI）(3)をさらに発展させた分析枠組みであり、6つの領域から構成され、各領域の下に複数の指標が設定されているが、本研究では分析目的及び利用可能なデータとの対応可能性を考慮し、「2. 所得および生活保障」、「3. 健康および生活の質」、「5. 能力を生かせる環境」の3つの領域に含まれる指標の一部を抽出して検討を行った。

具体的には、「2. 所得および生活保障」からは3指標（2.5 高齢者就労、2.6 公的年金、2.7 社会福祉給付）、「3. 健康および生活の質」からは2指標（3.6 障害割合: ワシントン・グループ（WG）および 3.6 障害割合: Global Activity Limitation Instrument (GALI)、3.10 医療の未充足ニーズ）、「5. 能力を生かせる環境」からは4指標（5.3 安全な飲料水が備わった住居、5.4 衛生的なトイレの備わった住居、5.5 教育（初等教育修了レベル）、5.10 高齢者に優しいまちの数）の計9指標について検討を行った。

分析には、スリランカ政府が実施した 2019 年世帯収入支出調査（Household Income and Expenditure Survey, HIES）の個票データ(4)を用いた。分析対象は公表データのうち（n=19,848）、60 歳以上の高齢者とし、調査設計に基づく重み付けを考慮した上で、各指標に対応する調査項目を抽出し、欠損値や不詳を除いて、割合を算出した。

なお、5.10 高齢者に優しいまちの数については、他の指標とは異なり、世界保健機関（World Health Organization, WHO）の公開情報を参照した。

（倫理面の配慮）

本分析は、スリランカ政府統計局の公表データに基づくものである。

C. 研究結果

分析の結果、60 歳以上の高齢者の割合は 16.6%であった。性別にみると、男性 15.4%、女性 17.7%であり、女性高齢者の割合がやや高い傾向がみられた。各指標の算出結果については、表 1 にまとめて示した。

表1 スリランカの高齢者における UHC 関連指標 (AAAI) の状況 (主に 2019 年)

AAAI Description	AAAI (内容)	値
2. Income & Livelihood Security	2. 所得および生活保障	
2.5 Employment of Older Persons	2.5 高齢者就労	29.9%
2.6 Coverage of income security measures – public pension	2.6 公的年金	12.7%
2.7 Coverage of income security measures – welfare benefits (Social Assistance)	2.7 社会福祉給付	45.7%
3. Health & Quality of Life	3. 健康および生活の質	
3.6 Disability Prevalence (Washington Group)	3.6 障害割合 (WG 定義)	16.9%
3.6 Disability Prevalence (GALI)	3.6 障害割合 (GALI 定義)	49.8%
3.10 Unmet Need for Healthcare	3.10 医療の未充足ニーズ	15.2%
5. Capacity and Enabling Environment	5. 能力を生かせる環境	
5.3 Living in a house with safe drinking water	5.3 安全な飲料水が備わった住居	91.7%
5.4 Living in a house with sanitary toilet	5.4 衛生的なトイレの備わった住居	98.1%
5.5 Education (completed at least primary level)	5.5 教育 (初等教育修了レベル)	64.4%
5.10 Number of Age-Friendly Cities and Communities (AFCC) and Healthy Cities	5.10 高齢者に優しいまちの数	1*

注* 指標 5.10「高齢者に優しいまちの数」は、WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities または WHO Healthy Cities Alliance に公式に参加している自治体数を示すものであり、2019 年 HIES から算出した他の指標とは算出方法およびデータソースが異なる。

2.5 高齢者就労

高齢者の就労率は、HIES 質問票の Section 1 に含まれる設問「Col. 15. Did you involve in an economic activity? / Have you had an economic activity during last week? (先週、経済活動に従事しましたか?)」に基づいて算出した。本設問に対する回答選択肢は、「1 はい (Yes-1)」または「2 いいえ (No-2)」であり、本分析では「1 はい」と回答した者の割合を就労率と定義した。

その結果、高齢者の就労率は 29.9%であり、性別にみると男性 47.6%、女性 15.6%であった（図 1）。男性では半数近くが経済活動に従事している一方、女性では約 7 人に 1 人とどまっており、就労率は顕著な男女差が認められた。

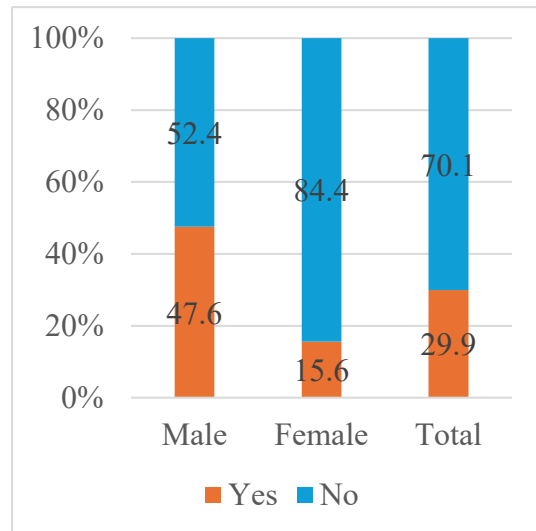


図 1 性別の高齢者の就労率

2.6 公的年金

公的年金の加入率は、HIES 質問票の Section 1 に含まれる設問「Col. 14. Main activity usually engaged in.（主に従事している活動）」への回答¹を用いて把握した。本設問の回答は、「公的年金受給者（Public Pension）」、「その他の年金受給者（Other Pension）」、「年金を受給していない（None）」、「無回答・欠損値（Missing）」の 4 区分に分類した。

このうち、公的年金受給者については、「2 Retired (Obtaining government /semi government pension payment and currently engaged in economic activity)（退職者（政府／準政府の年金を受給しており、現在経済活動に従事している））」または「4 Retied (Obtaining government/semi government pension payment and currently not engaged in economic activity)（退職者（政府／準政府の年金を受給しており、現在経済活動に従事していない））」と回答した者の割合を合計して算出した。また、その他の年金受給者については、「6 Received other pension payments（その他の年金を受給している）」と回答した割合と、これら以外の選択肢を回答した者を「年金を受給していない」と定義した。

¹ 回答選択肢：Economically Active（経済活動従事者）－1 Engaged in economic activity（1. 経済活動に従事している）、2 Retired (Obtaining government /semi government pension payment and currently engaged in economic activity)（2. 退職者（政府／準政府の年金を受給しており、現在経済活動に従事している））、3 Seeking for and available to work（3. 仕事を探しており、就業可能である）、Economically Inactive（非経済活動従事者）－4 Retied (Obtaining government/semi government pension payment and currently not engaged in economic activity)（4. 退職者（政府／準政府の年金を受給しており、現在経済活動に従事していない））、5 Retied from private/semi government sector and not obtain any pension payment（5. 民間／準政府部門を退職しており、年金を受給していない）、6 Received other pension payments（6. その他の年金を受給している）、7 Household activities（7. 家事）、8 Student（8. 学生）、9 Too old/Disable/unable to work（9. 超高齢／障害／就労不能）、99 Other（99. その他）

その結果、公的年金受給者の割合は12.7%であり、性別にみると男性16.1%、女性10.0%であった（図2）。一方、その他の年金受給者の割合は1.5%で、男性1.8%、女性1.2%であった。このように、公的年金受給状況にはやや男女差がみられ、男性の方が受給率が高い傾向にあった。

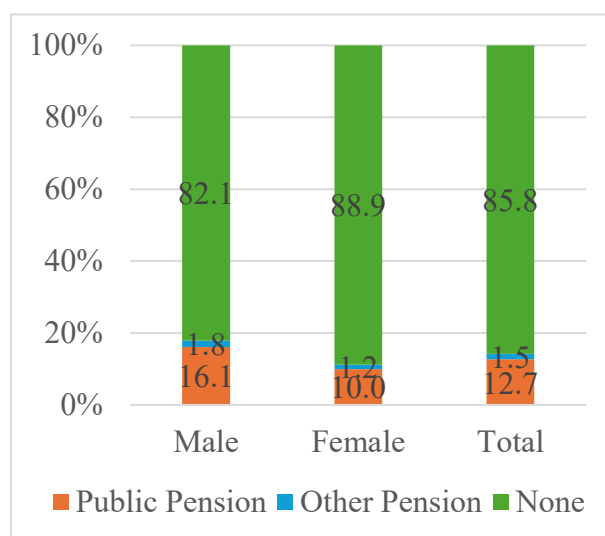


図2 性別の高齢者の年金加入率

2.7 社会福祉給付

社会福祉給付(5)は、HIES 質問票の Section 5.5.1 において、「Income from other cash receipt within last calendar month/ Average monthly（直近1ヶ月間におけるその他の現金受取による収入（月平均））」に関する設問があり、年金給付（Pension payments）、障害者給付（Disability payments）、サムルディ給付（Samurdhi payments）²、高齢者給付（Elderly payments）、結核・腎臓病患者給付（Tuberculosis/kidney diseases payments）³の受給状況が把握されている。

高齢者において、年金給付の受給割合は16.8%であった。また、障害者給付の受給割合は0.6%、サムルディ給付が21.0%と最も高く、次いで高齢者給付が11.7%、結核・腎臓病患者給付が0.8%であった（図3）。さらに、これらの社会福祉給付のいずれかを受給していた割合は45.7%、何も受給していない割合は54.3%であった。

² サムルディ・プログラム（Samurdhi Programme、Samurdhi は「繁栄」の意）は、低所得・貧困世帯を対象とした社会扶助制度。

³ 結核・腎臓病患者給付は、慢性腎臓病（特に農村部にみられる原因不明の慢性腎臓病 Chronic Kidney Diseases of unknown aetiology, CKDu）および結核患者を対象とした、疾病特化型社会扶助制度。

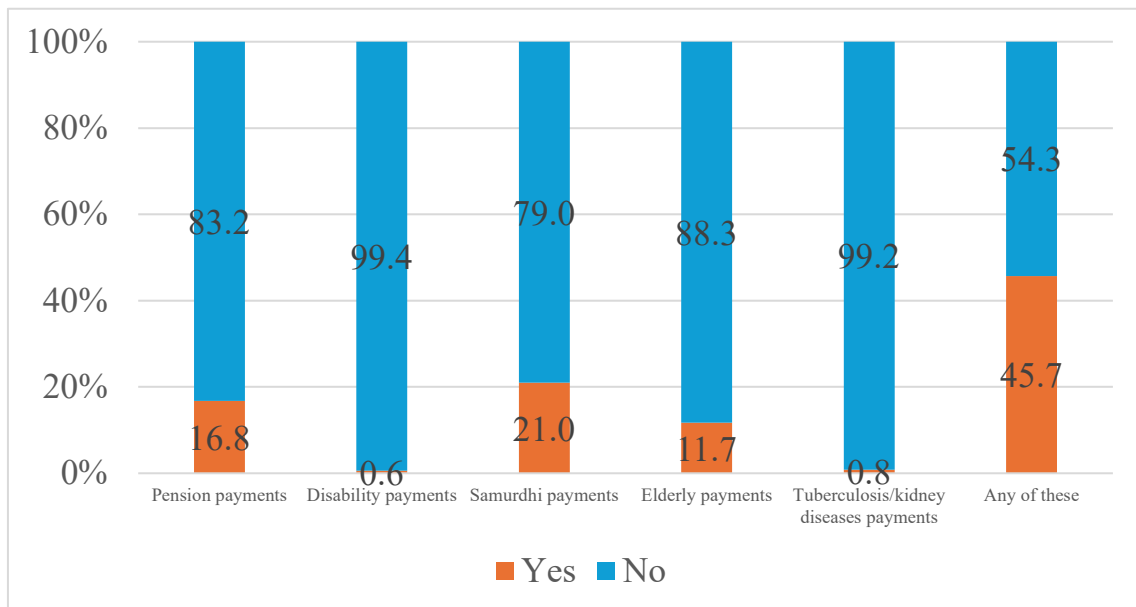


図3 高齢者の各種社会福祉給付の受給割合
注: “Any of these”は、いずれかの社会福祉給付を受けた人の割合

3.6 障害割合 (WG 定義)

ワシントン・グループ式設問による障害割合は、先行文献(6-8)を参照し、HIES 質問票の Section 3B に含まれる設問を用いて算出した。本設問は、「見る seeing⁴」、「聞く hearing⁵」、「階段上下 mobility⁶」、「記憶 cognition⁷」、「身の回りの所作 selfcare⁸」、「話の理解 communication⁹」の6つの機能について、それぞれ苦勞の有無を尋ねている。回答選択肢は、「1 苦勞はありません (1 No Difficulty)」「2 多少苦勞します (2 Some Difficulty)」「3 とても苦勞します (3 A lot of Difficulty)」「4 全く出来ません／不可能です (4 Cannot do at all / Unable to do)」の4区分であり、本分析では、ワシントン・グループの定義に従い、いずれかの設問について3または4と回答した場合を「障害あり

⁴ Col. 4. Do you have difficulty seeing? (Even when wearing glasses) (眼鏡を使用しても、見えにくいといった苦勞はありますか。)

⁵ Col. 6. Do you have difficulty hearing? (Even when using hearing aids) (補聴器を使用しても、聞き取りにくいといった苦勞はありますか。)

⁶ Col. 7. Do you have difficulty walking a short distance or walking up or down 12 steps? (短い距離を歩いたり、12段の階段を上り下りするのが難しいといった苦勞はありますか。)

⁷ Col. 10. Do you have difficulty remembering or concentrating? (思い出したり集中したりするのが難しいといった苦勞はありますか。)

⁸ Col. 11. Do you have difficulty with self-care, such as washing all over or dressing? (身体を洗ったり衣服を着るような身の回りのことをするのが難しいといった苦勞はありますか。)

⁹ Col. 12 Using usual language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood? (通常の言語をつかったコミュニケーション (たとえば、人の話を理解したり、人に話を理解させることなど) が難しいといった苦勞はありますか。)

(with disability)」とした。

6つの機能別にみると、障害ありの割合は、「見る」3.7%、「聞く」2.4%、「階段上下」13.1%、「記憶」2.5%、「身の回りの所作」3.7%、「話の理解」1.6%であった（図4）。6つの機能のうち、「階段上下」に関して苦勞がみられた割合が最も高かった。

さらに、ワシントン・グループ式による障害割合は、6つの機能のいずれか一つでも「障害あり」と回答した者の割合として定義され、本分析における高齢者の障害割合（WG定義）は16.9%であった。

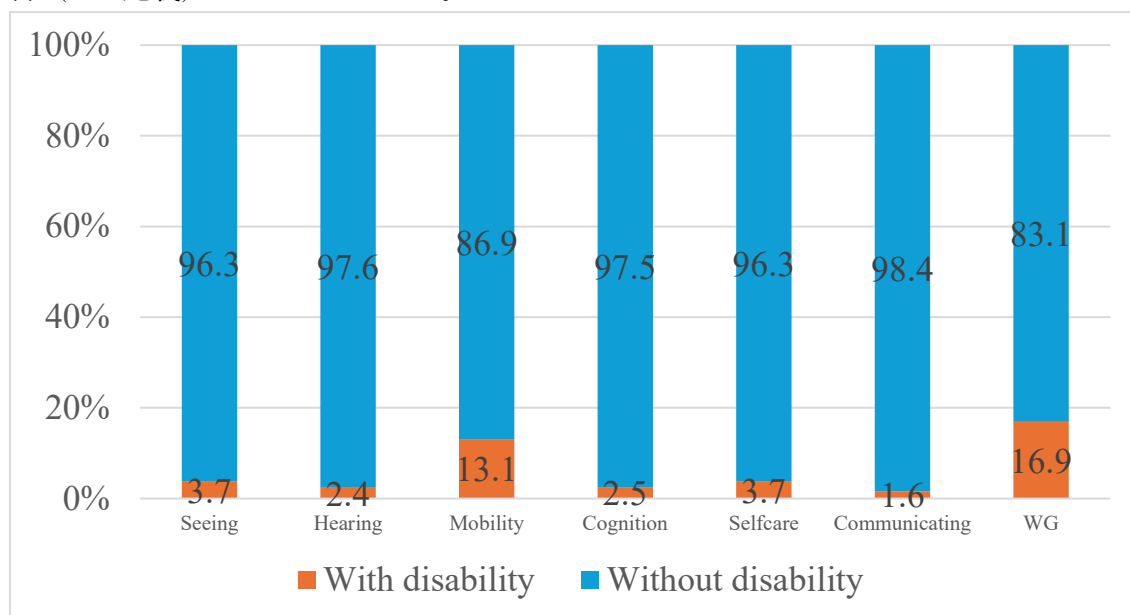


図4 高齢者の障害割合（WG定義）

3.6 障害割合（GALI定義）

GALI指標による障害割合は、先行文献(9, 10)を参照し、HIES質問票のSection 3Aに含まれる二つの設問を用いて算出した。HIESには、GALIで用いられる「健康問題により日常の一般的な活動に支障があるか」を直接測定する設問が含まれていないため、慢性疾患の有無および罹患期間に着目し、GALIに概念的に近い指標の算出を試みた。

具体的には、「Col. 13. Do you suffer from Chronic illness? (慢性疾患をお持ちですか)」に対し回答を得られた者のうち、「Col. 16. How long have you been suffering from your illness / Disability. (あなたは病気や障害をどのくらいの期間患っていますか。)」において、罹患期間が6ヶ月以上の場合を「長期健康問題あり (With long-term health problems)」と定義した。

その結果、高齢者において長期健康問題ありの割合は 49.8%であり、性別にみると男性 44.8%、女性 53.8%であった（図 5）。

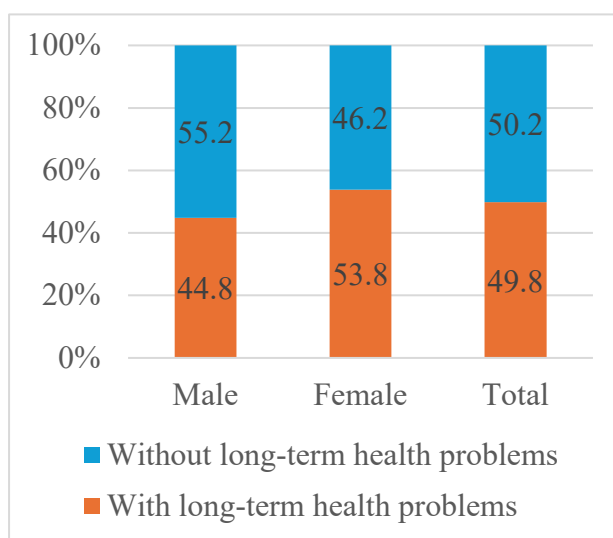


図 5 性別の高齢者の障害割合（GALI 定義）

3.10 医療の未充足ニーズ

医療の未充足ニーズは、HIES 質問票の Section 3A に含まれる 3つの設問を用いて算出した。具体的には、「Col. 13. Do you suffer from Chronic illness?（慢性疾患をお持ちですか）」に対し、「1 はい（1 Yes）」と回答した者を慢性疾患を有する者と定義した。その上で、これらの者のうち、「Col. 3. Did you visit Government Hospital or Medical/Health Centre?（公立の病院または保健医療センターを受診しましたか）」および「Col. 6. Did you visit Private Hospital or Medical/Health Centre?（民間（私立）の病院または保健医療センターを受診しましたか）」の両設問に対して、いずれも「2 いいえ（2 No）」と回答した者の割合を、医療の未充足ニーズありと定義した。

その結果、慢性疾患を有する高齢者のうち、公立・私立いずれの医療機関にも受診しなかった者の割合、すなわち医療の未充足ニーズのある者の割合は 15.2%であった（図 6）。性別にみると、男性 13.1%、女性 16.9%であり、女性の方が医療の未充足ニーズのある者の割合がやや高い傾向がみられた。

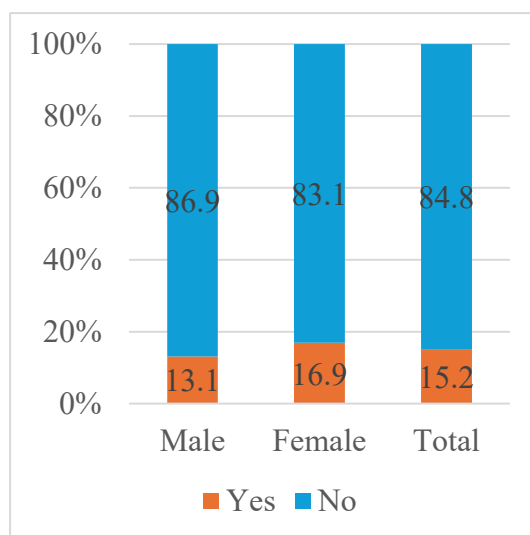


図 6 性別の高齢者の医療の未充足ニーズ

5.3 安全な飲料水が備わった住居

安全な飲料水が備わった住居は、HIES 質問票の Section 8 に含まれる設問「Col. 6a. Main source of drinking water（飲料水の主な供給源）」に基づいて設定した。本設問では、飲料水の供給源は「地下水」「水道水」「その他」の3区分に分類され、それぞれに複数の回答選択肢¹⁰が設けられている。本分析では、国連の Sustainable Development Goal（SDG）指標に関する解説(11)を参照し、各回答を「安全に管理された水（Safe water）」または「安全に管理されていない水（Unsafe water）」の2区分に再分類した。

「安全に管理された水」として分類されたのは、「1 保護された井戸（Protected well）」、「3 掘り抜き井戸（Tube well）」、「4 水道水（国家水道・下水道局）（Tap water (National water supply and drainage board)）」、「5 水道水（コミュニティ主体の給水・管理組織）（Tap water (Community based water supply and management organizations)）」、「6 水道水（地方自治体）（Tap water (Local government institutions)）」、「7 水道水（民間給水事業者）（Tap water (Private water projects)）」、「10 ボトル入り飲料水（Bottled water）」、「11 給水車による水（Bowser）」、「12 ろ過処理水（Filter Water）」であった。飲料水の主な供給源は世帯毎に回答されているが、そのような飲料水を確保できる世帯に住む高齢者をカウントした。

その結果、住居に安全に管理された飲料水がある高齢者の割合は 91.7%であり、性別にみると男性 92.0%、女性 91.5%であった（図7）。男女差はほとんどみられず、いずれも高い水準を示している。

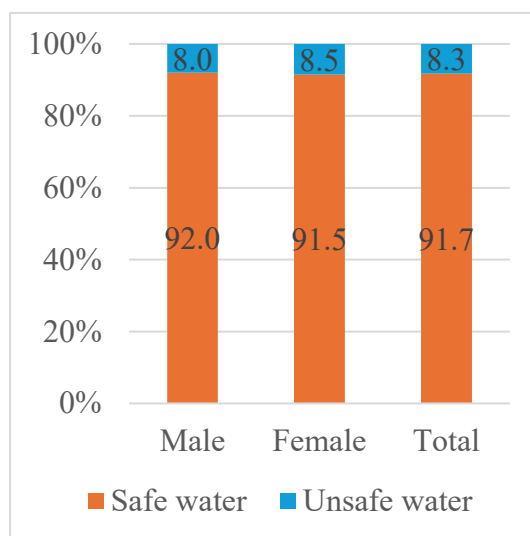


図7 性別の高齢者における安全な飲料水が備わった住居

¹⁰ 回答選択肢：Ground water（地下水）：1 Protected well（保護された井戸）、2 Unprotected well（保護されていない井戸）、3 Tube well（掘り抜き井戸）、Tap water（水道水）：4 Tap water (National water supply and drainage board)（水道水（国家水道・下水道局））、5 Tap water (Community based water supply and management organizations)（水道水（コミュニティ主体の給水・管理組織））、6 Tap water (Local government institutions)（水道水（地方自治体））、7 Tap water (Private water projects)（水道水（民間給水事業者））、Other（その他）：8 River/Tank/Streams（河川・貯水池・小川の水）、9 Rain water（雨水）、10 Bottled water（ボトル入り飲料水）、11 Bowser（給水車による水）、12 Filter Water（ろ過処理水）、99 Other (Specify)（その他（具体的に記載））

5.4 衛生的なトイレの備わった住居

衛生的なトイレの備わった住居は、HIES 質問票の Section 8 に含まれる設問「Col. 7a. Availability of toilet (トイレの有無)」に基づいて設定した。本設問においては、回答選択肢¹¹のうち、「衛生的なトイレあり (Improved toilet)」に該当するものを、「1 世帯専用トイレ (Exclusive for the household)」または「2 他世帯と共用のトイレ (Sharing with another household)」と回答した世帯と定義した。

その結果、衛生的なトイレの備わった住居に居住する高齢者の割合は 98.1%であり、性別にみると男性 98.3%、女性 97.9%と、男女ともに極めて高い水準にあった(図8)。

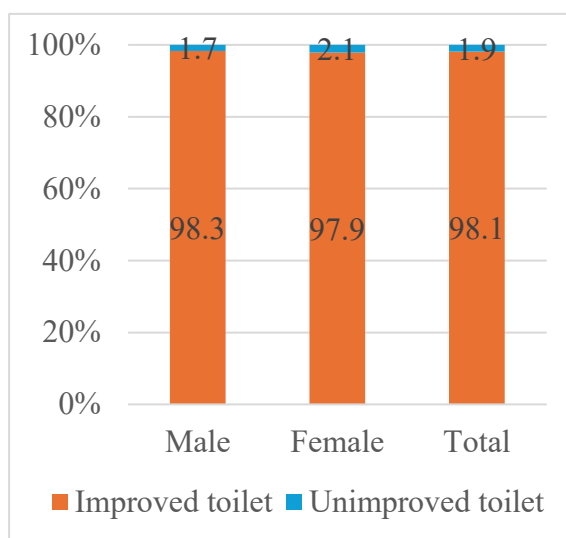


図8 性別の高齢者における衛生的なトイレの備わった住居

5.5 教育 (初等教育修了レベル)

教育 (初等教育修了レベル) は、HIES 質問票の Section1 に含まれる設問「Col. 13. Level of education (5 years and over) (教育水準 (5 歳以上))」に基づいて設定した。本設問では、HIES2019 報告書(12)を参照し、回答選択肢¹²のうち「初等教育以上を修了」とみなされる項目、すなわち第 6~10 学年修了 (Passed Grade 6-10)、G.C.E. (O/L)修了 (Passed GCE O/L)、G.C.E. (A/L)修了 (Passed GCE A/L)、ならびに学士号取得以上 (Passed degree & above) を合算して、その割合を算出した。

¹¹ 回答選択肢：Within unit/Within premises (住居内／敷地内)：1 Exclusive for the household (世帯専用トイレ)、2 Sharing with another household (他世帯と共用のトイレ)、Other (その他)：3 No toilet to housing unit but sharing with another housing unit (住居内にトイレはないが、他の住居と共有している)、4 Public toilet (公衆トイレ)、5 Not using toilets (トイレを使用していない)

¹² 回答選択肢 0 Studying /Studied Grade 1 (在学中／第 1 学年在学)、1 Passed Grade 1 (第 1 学年修了)、2 Passed Grade 2 (第 2 学年修了)、3 Passed Grade 3 (第 3 学年修了)、4 Passed Grade 4 (第 4 学年修了)、5 Passed Grade 5 (第 5 学年修了)、6 Passed Grade 6 (第 6 学年修了)、7 Passed Grade 7 (第 7 学年修了)、8 Passed Grade 8 (第 8 学年修了)、9 Passed Grade 9 (第 9 学年修了)、10 Passed Grade 10 (第 10 学年修了)、11 Passed G.C.E (O/L) or equivalent (G.C.E. (O/L)修了または同等資格取得)、12 Passed Grade 12 (第 12 学年修了)、13 Passed G.C.E (AL) or equivalent (G.C.E. (A/L)修了または同等資格取得)、14 Passed GAQ/GSQ (GAQ／GSQ 修了)、15 Passed Degree (学士号取得)、16 Passed post Graduate Degree / Diploma (大学院学位または大学院ディプロマ取得)、17 PHD (博士号取得)、18 Special Education learning/learnt (特別支援教育を受講／修了)、19 No Schooling (就学経験なし)

その結果、初等教育以上を修了した高齢者の割合は 64.4%であった（図 9）。性別にみると、男性 69.4%、女性 60.1%であり、男女差が認められ、男性の方が女性よりも約 10 ポイント高い水準にあることが明らかとなった。

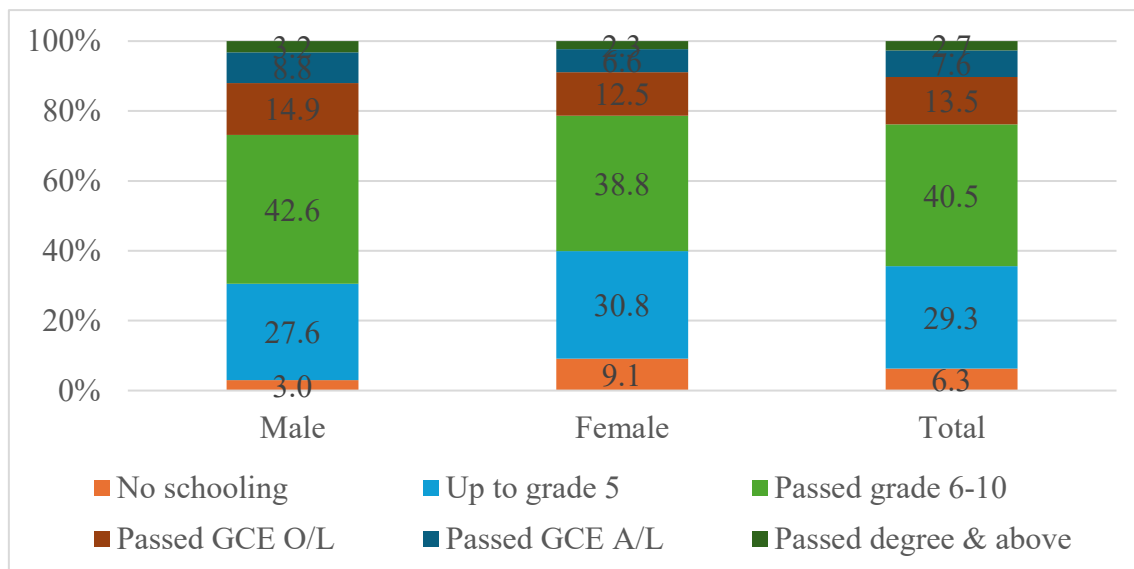


図 9 性別の高齢者の教育（初等教育修了レベル）

5.10 高齢者に優しいまちの数

高齢者に優しいまちの数は 1 つ（Wellawaya）(13)であった（図 10）。なお、本指標は、2019 年世帯収入支出調査（HIES）から算出した他の指標とは異なり、WHO の公開情報を参照した。



図 10 WHO 高齢者に優しい都市ネットワークまたは健康都市同盟に参加している自治体（一部抜粋）

D.考察

本分析の結果、スリランカの高齢者において、安全な飲料水や衛生的なトイレといった住環境の生活基盤は全体として良好であり、これらの指標に関して顕著な男女差は認められなかった。一方、社会経済的側面については、約半数の高齢者が何らかの社会福祉給付を受給していたものの、教育水準、就労率、公的年金受給率において明確な男女差が認められた。特に女性高齢者では、就労率および年金受給率が低い水準にとどまっており、経済的に不安定な状況にある可能性が示唆された。

健康面では、ワシントン・グループ（WG）式設問による障害割合が一定程度みられ、特に「階段の上り下り」に困難を抱える割合が高かった。移動能力の低下が日常生活に影響を及ぼしている状況がうかがえる。また、GALI 指標による障害割合として、約半数の高齢者に長期的な健康問題が認められた。さらに、慢性疾患を有する高齢者のうち医療機関を受診していない者が一定割合存在し、医療の未充足ニーズは約 15% に達していた。なかでも女性でその割合が高かったことは、医療サービスへのアクセスや利用において、依然として課題が残されていることを示している。

さらに、高齢者に優しいまちに関する取り組みについては、WHO の高齢者に優しい都市ネットワーク等に参加している自治体が 1 都市にとどまっていることから、地域レベルで高齢者の健康、生活、社会環境を包括的に支える施策は限定的であることが示唆された。

E.結論

本研究により、スリランカの高齢者は住環境などの基本的な生活インフラは概ね整備されている一方で、就労、所得保障、医療アクセス、地域における支援体制といった側面では課題が残されていることが明らかとなった。特に、就労率や公的年金受給率にみられる男女格差は、女性高齢者の社会経済的脆弱性を示唆している。健康的な加齢の実現に向けては、UHC の理念に基づき、医療的支援の強化に加えて、所得保障や地域レベルの高齢者支援を含む、包括的な社会基盤の強化が求められる。

F.引用文献

1. WHO South-East Asia Region. Facts and Figures Healthy Ageing Sri Lanka. [Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/ageing-and-health/facts-sheets-2024/sri-lanka---facts-and-figures---healthy-ageing.pdf?sfvrsn=bd8d5518_2.
2. ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation (ACAI). Guidebook to ASEAN Active Ageing Index (AAAI).
3. 厚生労働行政推進調査事業費補助金「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」研究班. 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 2023 [Available from: https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202205007A-sonota3_1.pdf.
4. Department of Census and Statistics, National Policies and Economic Affairs. Household Income and Expenditure Survey 2019 [Available from: <https://nada.statistics.gov.lk/index.php/catalog/476/study-description>.
5. Welfare Benefits Board, Sri Lanka. Welfare Benefit Schemes Proposed by Government [Available from: <https://www.wbb.gov.lk/Programes>.
6. 統計委員会（人口・社会統計部会）. 国際的な障害者統計の整備に関するワシントングループによる指標 [Available from: https://www.soumu.go.jp/main_content/000753629.pdf.

7. 厚生労働省. 国民生活基礎調査 [Available from: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html>].
8. 林玲子. 2022 年国民生活基礎調査による障害率の分析：ワシントン・グループ定義障害率とその他の指標との比較. 国立社会保障・人口問題研究所. 2024:69-80.
9. eurostat. Glossary: Activity limitation [Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Activity_limitation].
10. 野村総合研究所. 令和元年度障害者統計の充実に係る調査研究事業報告書 [Available from: <https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/r01toukei/pdf-index.html>].
11. United Nations. SDG Indicators Metadata repository [Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>].
12. Department of Census and Statistics, Sri Lanka. Household Income and Expenditure Survey 2019 Final Report [Available from: <https://www.statistics.gov.lk/IncomeAndExpenditure/StaticalInformation/HouseholdIncomeandExpenditureSurvey2019FinalReport>].
13. World Health Organization. About Global Network for Age-friendly Cities and Communities [Available from: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/>].

G.研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
Rathnayaka, Wasana; Sunethra Perera, Chandani Liyanage, Fareena Ruzaik, Reiko Hayashi and Nuskiya Hassan	Neglect, Abuse, Social Isolation, and Loneliness among Older Persons: Evidence from Case Studies in Urban, Rural and Estate Communities in Sri Lanka	University of Colombo, the United Nations Population Fund(UNFPA)or the Government of Japan	Social Policy Population Dynamics in Sri Lanka: Socio-Economic and Health Perspectives	Centre for Multidisciplinary Research and Innovation,Colombo University,Colombo University Press,	Colombo	2025	pp.227- 255

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
該当なし					

令和 8 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
 (国立保健医療科学院長)

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 浅沼 一成

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 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
- 研究課題名 アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や制度の提言に資する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 統括研究官
(氏名・フリガナ) 五十嵐 久美子・イガラシ クミコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立保健医療科学院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関における COI の管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関における COI 委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係る COI についての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係る COI についての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8年 4月 10日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 林 玲子

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や制度の提言に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国立社会保障・人口問題研究所 所長
(氏名・フリガナ) 林 玲子 ハヤシ レイコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 浅沼 一成

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 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
- 研究課題名 アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や制度の提言に資する研究
- 研究者名 (所属部署・職名)
(氏名・フリガナ) 曾根 智史・ソネ トモフミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立保健医療科学院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

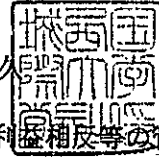
令和8年4月8日

厚生労働大臣 殿

機関名 城西国際大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 水田 博久



次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 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
- 研究課題名 アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や制度の提言に資する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 健康科学部福祉総合学科 教授
(氏名・フリガナ) 小島 克久・コジマ カツヒサ
- 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立保健医療科学院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

機関名 国立大学法人長崎大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 永安 武

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や制度の提言に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 熱帯医学・グローバルヘルス研究科・教授
(氏名・フリガナ) 増田 研・マスダ ケン

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立保健医療科学院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☐ 無 ☒ (無の場合はその理由: 利益相反が生じないため)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

機関名 国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 荒井 秀典

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や制度の提言に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 老年内科部・医長
- (氏名・フリガナ) 大西 丈二・オオニシ ジョウジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立保健医療科学院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026 年 4 月 8 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 政策研究大学院大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 大田 弘子

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や
制度の提言に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 政策研究大学院大学・政策研究科・教授
(氏名・フリガナ) 小野 太一・オノ タイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8年 3月 23日

厚生労働大臣

—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿

—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立大学法人新潟大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 染矢 俊幸

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 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
- 研究課題名 アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や制度の提言に資する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医歯学総合研究科・特任教授
(氏名・フリガナ) 菖蒲川 由郷 (ショウブガワ ユウゴウ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立保健医療科学院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 (一社) 日本老年学的評価研究機構

所属研究機関長 職 名 代表理事
氏 名 尾島 俊之

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や制度の提言に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 事務局長
(氏名・フリガナ) 藤並 祐馬 (フジナミ ユウマ)
4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立保健医療科学院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

- (※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
- (※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☐ 無 ☒ (無の場合はその理由: 本研究では、報告すべき事項に該当するものがないため。)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 浅沼 一成

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や制度の提言に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 公衆衛生政策研究部・上席主任研究官
(氏名・フリガナ) 児玉 知子・コダマ トモコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立保健医療科学院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 浅沼 一成

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 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
- 研究課題名 アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や制度の提言に資する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 医療・福祉サービス研究部・主任研究官
(氏名・フリガナ) 山口 佳小里・ヤマグチ カオリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	国立保健医療科学院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関における COI の管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関における COI 委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係る COI についての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係る COI についての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 31 日

厚生労働大臣

(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿

(国立保健医療科学院長)

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 浅沼 一成

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 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
- 研究課題名 アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や制度の提言に資する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 公衆衛生政策研究部・上席主任研究官
(氏名・フリガナ) 佐々木 由理・ササキ ユリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立保健医療科学院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること。 (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。