

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

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

東南アジア諸国における LTC 政策の質の評価指標の適用可能性の検討

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

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

A. 研究背景と目的

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

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

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

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

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

B. 研究方法

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

指標の枠組みを抽出・整理した。

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

C. 研究結果

1. LTCの質の政策評価における基礎となる価値観と概念

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

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

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

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

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

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

3. LTCの質の評価指標の領域

文献レビューに基づく評価指標の分類

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

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

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

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

表 各領域における具体的な指標の例
領域 代表的指標例

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

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

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

D. 考察

1. 東南アジアの状況：社会保障、文化、価値観

社会保障制度の多様性と課題

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

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

文化的価値観と LTC への影響

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

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

これらの文化的要因は、LTC 政策の形

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

2. 東南アジアにおける LTC 評価指標の課題と可能性

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

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

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

3. 日本の経験の示唆

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

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

制度設計と評価枠組みを移植する際には、機械的な適用を避けるべきである。

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

4. 今後の展望

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

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

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

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

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

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

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

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

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

社会構造、政策環境、文化的規範に即した補完・修正が不可欠である。

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

E. 結論

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

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

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

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

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

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

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

参考文献

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

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

「Healthy Ageing の取り組みに関する国際動向とその評価指標」

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

研究要旨：

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

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

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

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

A. 研究目的

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

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

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

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

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

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

B. 研究方法

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

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

<倫理的配慮>

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

C. 研究結果

(1) WHO による Healthy Ageing 定義

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

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

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

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

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

(3)「健康長寿の10年」の進捗

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

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

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

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

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

(4) Healthy Ageing に関わるその他の指標

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

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

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

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

D. 考察・結論

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

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

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

E. 引用文献

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

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

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

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

G.研究発表

学会発表

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

論文発表

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

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

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

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

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

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

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

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

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

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

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

研究分担者 山口佳小里¹、町田 宗仁²、佐々木由理²

研究代表者 児玉 知子²

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

研究要旨

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

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

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

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

A. 研究目的

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

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

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

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

B. 研究方法

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

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

1) 調査協力機関・施設

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

<タイ>

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

promotion center

- ・ Siriraj Hospital

<カンボジア>

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

2) 調査期間

2024年12月および2025年2月であった。

3) 調査項目

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

（倫理面への配慮）

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

C. 研究結果

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

1) 国の基本情報

タイとカンボジアにおいて、人口はそれぞれ

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

2) リハビリテーションのガバナンスおよび資金

① タイ

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

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

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

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

② カンボジア

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

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

3) リハビリテーション労働力

① タイ

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

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

② カンボジア

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

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

4) サービス提供

① タイ

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

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

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

② カンボジア

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

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

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

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

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

5) 情報システム

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

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

D. 考察

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

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

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

<本研究の限界>

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

E. 結論

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

<引用文献>

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

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

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

3. その他 なし

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

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

2. 学会発表

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

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし

表 1： タイの施設におけるリハビリテーション提供状況（抜粋）

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

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

表 2： カンボジアの施設におけるリハビリテーション提供状況（抜粋）

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

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

表 3：リハビリテーション提供状況に関するタイとカンボジアの比較

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

1) 基本情報はいずれも 2023 年の値[12]。

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

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

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

令和 6 年度 分担研究報告書

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

研究分担者 三浦宏子（北海道医療大学 歯学部保健衛生学分野 教授）

研究要旨

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

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

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

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

B. 研究目的

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

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

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

B. 研究方法

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

(倫理面の配慮)

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

C. 研究結果

1. 公的セクターによる在宅高齢者への歯科保健医療サービス支援策

(1) 在宅要介護高齢者への介護支援と歯科

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

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

(2) 高齢者への歯科治療支援に関する施策・制度

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

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

(3) タイ高齢者の歯科保健状況と口腔保健戦略プラン（2023-2037）

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

上ではその割合が約 78%に増加する。

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

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

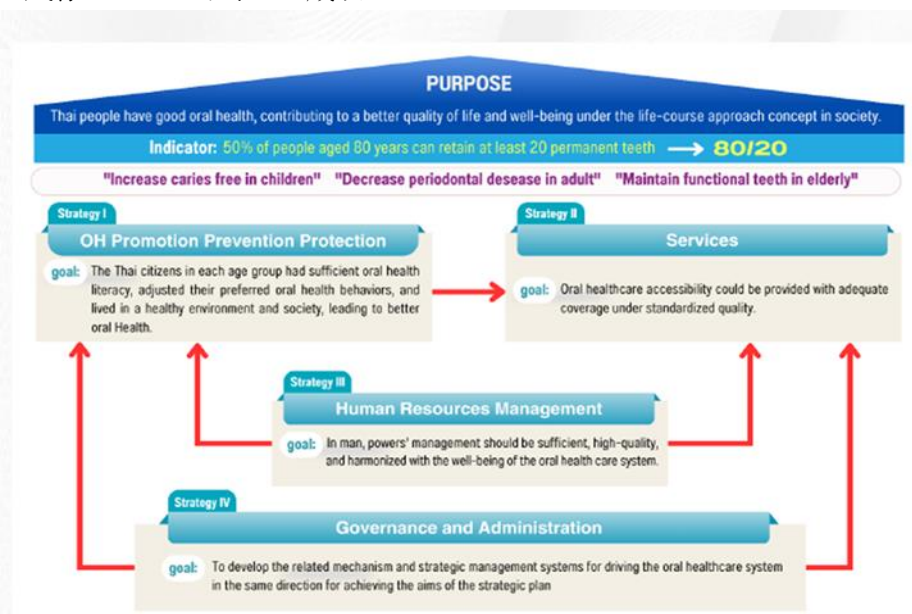


図 1 タイ口腔保健戦略プランのグランドデザイン（2023-2037）

表1 タイ口腔保健戦略プランの目標値とベンチマーク

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

(4) 王室主導の口腔保健プロジェクト

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

2. 民間セクターによる在宅要介護高齢

者への歯科保健医療支援

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

3. 在宅介護における口腔ケアの取り組み

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

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

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

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

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

4. 施設介護での口腔機能管理

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

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

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

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

5. 介護予防としての口腔体操の普及

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

図る取り組みが進んでいる。

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

D. 考察

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E. 結論

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

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

F. 引用文献

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

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

G.研究発表

1. 論文発表

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

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

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

「ベトナムにおける高齢者施策の進展について」

研究分担者 林玲子 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨：

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

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

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

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

C. 研究目的

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

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

<倫理的配慮>

B. 研究方法

ベトナム保健省に対し、研究班でとり

本研究は個人が特定される情報を収集するものではないが、インタビューを受

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

C. 研究結果

1. 介護の質評価チェックリストに基づく状況整理

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

表 1 ベトナムにおける介護の質評価

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

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

D.考察

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

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

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

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

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

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

E. 結論

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

F. 引用文献

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

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

JICA/3eee (2022) 『ベトナム国 FC 方式
による通所型予防介護サービス導入に
係る案件化調査 業務完了報告書』
[https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/10
00048045.pdf](https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/100048045.pdf)

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

[https://www.adb.org/projects/documen
ts/vie-50139-002-tacr-4](https://www.adb.org/projects/documents/vie-50139-002-tacr-4)

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

G. 研究発表

<学会発表>

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

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

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

<論文発表>

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

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

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

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

首相

番号: 1579/ QD-TTg

ベトナム社会主義共和国

独立 - 自由 - 幸福

ハノイ、2020 年 10 月 13 日

決定

2030 年までの高齢者医療計画を承認する

首相

2015 年 6 月 19 日付けの政府組織法に基づく。

2009 年 11 月 23 日付けの高齢者法に基づく。

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

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

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

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

保健大臣の要請により、

決定する：

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

I. 目的

1. 一般的な目標

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

年までのベトナムの人口戦略の成功に貢献する。

2. 具体的な目標

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

II.範囲と対象

1. 範囲

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

2. 対象者

a) 受益者：高齢者、高齢者のいる家族、高齢者を直接介護している親族。管理者および高齢者向け医療サービス提供者。革命に功績のある人、貧しい家庭やそれに近い家庭の高齢者、社会的に恵まれない人々が優先される。

b) 影響の対象：社会全体の人々。党委員会、当局および労働組合。保健および人口担当官。計画の実施に参加する組織および個人。

III. 課題と解決策

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

a) 社会経済発展に伴う高齢化の課題、特に高齢者の医療に関する課題をより深く把握し続ける。

b) あらゆるレベルの党委員会と当局が決議、計画を発行し、資金を投資する。地域の状況に適したすべての資源を動員して、計画の実施を組織し、監督し、検査し、評価する。

c) 高齢者医療の権利、義務、利益に関する人々の行動を変えるためのコミュニケーションと教育を促進し、計画の目標の実施に参加する。

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

a) 病院（小児専門病院を除く）の検査、治療、リハビリテーション、下位レベルの高齢者医療への技術支援を行う能力を強化する。

b) 家庭や地域社会の高齢者に一次医療サービスを提供し、非感染性疾患を予防するコミュニティレベルの保健ステーションの能力を強化する。

c) 定期的な健康診断サービスを提供し、高齢者によく見られる病気の検査を行い、辺鄙なコミュニティ、恵まれない地域、少数民族地域、山岳地帯、島嶼部など的高齢者に健康観察記録を作成するための総合的なコミュニケーションキャンペーンを組織する。

d) 高齢者向けのヘルスケアクラブを設立する。高齢者向けのヘルスケアコンテンツを世代

間の自助クラブやその他のタイプの高齢者向けクラブに統合する。

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

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

3. 高齢者医療従事者向け研修・専門研修

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

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

4. 高齢者医療に関する法的政策の充実

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

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

5. 研究と国際協力

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

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

6. 計画を実装するためのリソースを確保する

a) 高齢者医療に投資する財源を多様化し、徐々に投資水準を引き上げる

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

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

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

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

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

b) 計画の実施に参加するためにリソースを動員する

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

IV.実施資金

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

その中で：

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

第2条 実施組織

I. 実施期間

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

1. フェーズ 1 (2021 ～ 2025 年):

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

2. フェーズ 2 (2026 ～ 2030 年):

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

II. 実施責任

1. 保健省:

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

計画投資省、財務省および関連省庁と連携して担当する。

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

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

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

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

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

4. 労働・傷病兵・社会福祉省:

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

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

5. 文化スポーツ観光省:

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

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

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

7. ベトナム高齢者協会中央委員会:

a) 保健省および関連省庁と連携して計画を策定し、計画の実施・監督を行う。

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

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

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

9. 各省・中央直轄市の人民委員会：

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

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

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

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

第3条 本決定は署名・公布の日から施行される。

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

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

-国家主席事務局 -国会事務局 -最高人民裁判所 -最高人民検察院 -国家監査院 -ベトナム祖国戦線中央委員会 -各団体の中央機関 -政府官房（VPCP）：官房長（BTCN）、各副官房長（PCN）、首相補佐官（Trợ lý TTg）、電子情報ポータル総局長（TGD Cổng TTĐT）、各局：経済総務局（KTTH）、行政手続監査局（KSTT）、組織人事局（TCCV）、予算統計局（TKBT） -保存：文書課（VT）、文化社会局（KGVX）（2部） vt	
---	--

受付場所：

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

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

「介護サービスの質の評価指標の妥当性検討（マレーシア）」

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

研究要旨：

【目的】

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

【方法】

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

【結果】

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

【考察・結論】

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

A. 研究目的

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

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

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

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

B. 研究方法

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

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

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

<倫理的配慮>

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

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

C. 研究結果

参加者の内訳は下記のとおり。

インタビュー参加者の内訳

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

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

I. 高齢者の介護（長期ケア）のための資源とアクセス

①利用可能性	
妥当性	概ね妥当
内容の適合性	既存の指標だけでは、地域資源（特にインフォーマルな資源）が含まれていないため、LTCの実態が十分に反映されていない可能性がある。
具体的意見	・地域のリハビリテーションセンターも評価対象に加えるべき ・地域に根ざしたケア（例：地域のNGOが運営するケアセンターなど）も指標に含めるべき
②ガバナンスと品質保証	
妥当性	妥当
内容の適合性	指標としては重要であるが、品質保証の仕組みは未整備であり、特に職業としての介護者の認証制度やインフォーマル介護者の標準化された研修は現時点では存在しない。
具体的意見	特になし
③人的資源	
妥当性	概ね妥当
内容の適合性	職業として介護を提供しているが資格を持たない介護者によるサービスは指標に含めるかどうか検討が必要。
具体的意見	職業として介護を提供しているが資格を持たない介護者は質の担保ができないため、LTCの質の評価指標に含めて良いか検討すべき

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

II. 利用者・介護者の QOL (Quality of Life)

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

III. プライマリーヘルスケアを含むサービスの統合

妥当性	概ね妥当
内容の適合性	在宅支援やボランティアの存在など社会的処方や地域資源を活用した実践例はあるが、限定的であり、制度としての統合は未整備。対象者間で理解や重要性の認識に差がある。
具体的意見	・地域資源を活用したサービスの統合は LTC を考えるうえで重要 ・現在限定的な実施だが、今後拡充していきたい（保健省関係者・介護提供者） ・サービスの統合は重要だが、実際には実施されていない。地域住民同士のつながりによる助け合いは行われており、これを指標に加えるべきではないか（擁護団体・NGO/NPO）

IV. 認知症ケア

妥当性	妥当
内容の適合性	認知症にやさしい地域づくりに係る活動は保健省レベルで一部始動しているが、施設面では整備が限定的である。
具体的意見	・保健省内で、認知症にやさしい地域づくりを推進するためのプラットフォームを立ち上げた。抑えるべきポイントは一致している（保健省関係者） ・認知症に関する政策はわからないが、指標に書かれている内容は重要である（保健省関係者以外）

V. ICT（Information and Communication Technology）の活用

妥当性	概ね妥当
内容の適合性	高齢者介護の実際と概ね適合している。技術革新に期待はあるものの、現場では ICT は補完的なツールとして認識されている。
具体的意見	・ 認知症高齢者の見守りや、移動困難者への支援に ICT は有効。 ・ ロボットや医療機器は介護を支援する手段として有効だが、人によるケアがあってこそ ICT が力を発揮する。 ・ 科学技術省や保健省において、高齢者向け ICT の推進を検討している部局が存在。

VI. リハビリテーション

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

VII. 介護予防・連携

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

【7 領域にわたる介護の質の評価指標の妥当性】

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

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

D. 考察

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

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

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

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

I. LTC リソースとアクセス

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

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

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

II. 利用者・介護者の QOL

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

III. プライマリーヘルスケアを含むサービスの統合

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

度設計における方向性を示す結果となった。

IV. 認知症ケア

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

V. ICT の活用

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

VI. リハビリテーション

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

VII. 介護予防・連携

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

E.結論

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

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

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

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

F.引用文献

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

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

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

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

G.研究発表

学会発表

なし

論文発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

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

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

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

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

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

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

令和 6 年度 分担報告書

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

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

研究分担者 荒井 秀典 国立長寿医療研究センター 理事長

林 玲子 国立社会保障人口問題研究所 所長

佐々木 由理 国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部主任研究官

大冢賀 政昭 国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部上席主任研究官

山口 佳小里 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部主任研究官

三浦 宏子 北海道医療大学歯学部保健衛生学講座 教授

菖蒲川由郷 新潟大学大学院医歯学総合研究科 教授

研究協力者 尾白 有加 新潟大学大学院医歯学総合研究科

研究要旨：

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

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

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

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

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

D. 研究目的

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

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

いない^{3,6,7)}。

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

E. 研究方法

I. パイロットスタディ

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

1) 研究デザイン：横断研究

2) 調査実施期間：

2024 年 10 月～2025 年 3 月

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

協力機関：

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

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

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

その他:

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

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

調査内容:

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

分析方法: 7 つのドメイン 32 指標について

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

II. 関連データ分析

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

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

これら I.II の統計学的分析には Stata.18 を用いた。

<倫理的配慮>

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

二次データについては、すべて公表資料を

用いた分析であり、個人情報には取り扱っていない。

C. 研究結果

1. パイロットスタディ（指標の検証）

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

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

調査では介護サービスの質評価について 32

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

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

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

II. 関連データ分析

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

◇シンガポール・韓国

◇オーストラリア・タイ

◇ブルネイ・マレーシア・フィリピン

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

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

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

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

〔注：ICD-11では、脳血管疾患は神経系疾患に含まれる〕。

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

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

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

D.考察

1.介護サービスの質指標における諸課題

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

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

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

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

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

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

2. LTC における各国の課題

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

謝辞

本研究に協力頂いた機関およびすべての協力者に深謝いたします。

E. 結論

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

F. 引用文献

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

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

G.研究発表 学会発表

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

- global indicators for Quality Long-term Care for older people in ASEAN countries. 第35回日本疫学会学術総会; 2025.2.13-14; 高知. 同抄録集. p.178.
6. Tomoko Kodama. Japan Case Study: Communication Platform for Health Promotion and Prevention(P&P) for older people. PMAC 2025 Side Meeting: SMB107 . Leveraging Technological Innovation for Health Promotion and Disease prevention: Insights from Asia-Pacific (Hybrid) , 2025.1.28. Bangkok
 7. Tomoko Kodama. Advancing ASEAN Long-Term Care: Insights from Japan's Quality Indicator Research. Ageing Age 2025, 2025.4.8. Singapore.
 8. Kodama-Kawashima T. Registration of causes of death related to Alzheimer's disease – from the WHO mortality database. 第66回日本神経学会学術大会; 2025.5.21-24. 大阪. 同抄録集. p. 552.
- ASEAN 諸国の現状. 保健医療科学. 2024;73(3):214-224.
https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_214
5. 荒井秀典. WHO が推奨する高齢者のための包括的ケア—ICOPE (Integrated Care for Older People) について—. 保健医療科学. 2024;73(3): 185-189 .
https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_185
 7. 山口佳小里, Ung SAMBATH, 河野眞, 町田宗仁, 佐々木由理, 児玉知子. カンボジアにおけるリハビリテーション提供状況: プノンペンの施設調査. 国際リハビリテーション学. 2025;7(1):1-12
 8. Yuri Sasaki, Kaori Yamaguchi, Yugo Shobugawa, Yuka Ohaku, Munehito Machida1, Masaaki Otaga, Hiroko Miura, Reiko Hayashi, Hidenori Arai, Tomoko Kodama. Availability and Quality of Long-Term Care Services for Older Adults in Five Southeast Asian Countries. Geriatrics & Gerontology International. (under revised)

論文発表

1. 児玉知子, 大塚賀政昭. 諸外国における介護サービスの質評価に関する動向. 保健医療科学. 2024;73(3):190-200.
https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_190
2. 佐々木由理, 尾白有加, 菖蒲川由郷, 山口佳小里, 児玉知子, 町田宗仁. Healthy Ageing の取り組みに関する国際動向とその評価指標. 保健医療科学. 2024;73(3): 201-206 .
https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_201
3. 三浦宏子, 山口佳小里, 児玉知子. ASEAN 諸国における歯・口腔の健康格差に基づく介護予防アセスメント. 保健医療科学. 2024;73(3):207-213.
https://doi.org/10.20683/jniph.73.3_207
4. 山口佳小里, 三浦宏子, 児玉知子. リハビリテーションに関する国際動向と

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1 . Consensus Analysis for assessing Indicators of Long-term Care Quality for Older People

Domains	Mean	Median	IQR	% of (4/5)	Agreement	
I. Resource and Access	4.45	5	1	86.2	✓	
II. QOL for users and caregivers	4.52	5	1	86.2	✓	
III. Integration of services including primary health care	4.45	5	1	86.2	✓	
IV. Prepare for increasing care needs (Dementia Care)	4.31	5	1	86.2	✓	
V. Appropriate information system and supporting life with technology (ICT utilisation)	4.34	5	1	86.2	✓	
VI. Dealing with functional decline and disability (Rehabilitation)	4.41	5	1	86.2	✓	
VII. For Healthier Ageing (Prevention & Coordination)	4.41	5	1	82.8	✓	
I. Resource and Access						
① Availability: certain types of care support for older people beside family care (e.g. primary health care, home-based, residential care)						HAAL I-9 III-10
* Family-based home care (informal care)	3.96	4	1	76.0	✓	
* Home care by formal caregiver (not family members)	4.08	4	1.5	75.0		¶
* Residential care in facility	3.68	4	1	68.0		
* Integrated with primary health care	3.80	4	2	76.0	✓	
② Governance: Monitoring governance of care support for LTC services (public and private)						
* Quality control in Public Sector	3.80	4	2	72.0		
* Quality control in Private Sector	3.84	4	1	76.0	✓	
* Quality management of formal caregivers (not including family members)	3.88	4	0	80.0	✓	¶
* Quality management or skill-up training of informal caregivers, including family members	3.64	4	1	68.0		

③ Workforce: adequate human resources for LTC (nurses, caregivers, family members, etc.)						HAAI. I-8
* Informal carers (including family members)	4.12	4	1	76.0	✓	¶
* Formal carers without qualification	3.40	4	1	52.0		
* Qualified formal carers	4.16	5	2	72.0		
* Social workers	3.88	4	1.5	75.0		
* Healthcare professionals (physicians, nurses, physical therapists, occupational therapists, etc)	4.16	5	1	76.0	✓	
* Specialty in geriatrics (geriatricians)	3.92	4	2	72.0		¶
④ Sustainability: financial protection, compensation for caregivers						SDGs1.3.1 HAAI. II-6
* Financial protection	4.24	5	1	80.0	✓	
* Compensation for caregivers	4.00	4	2	72.0		
* Respite care system for family caregivers (Respite care provides short-term relief for primary caregivers)	3.84	4	2	68.0		¶
* Mutual support within community	4.24	4	1	88.0	✓	¶
⑤ Equity: equity among LTC users (regardless of demographics and socioeconomic status)						
* Equity in gender	4.24	5	1	80.0	✓	¶
* Equity in people with disability	4.32	5	1	76.0	✓	¶
* Equity in areas geographically remote from accessible services	4.24	5	1	76.0	✓	¶
⑥ Others						
* Respecting dignity (It is important to respect what the person wants to do)	4.28	4	1	88.0	✓	
* Social Security (It is essential to have a mechanism of securing the life of older people)	4.52	5	1	96.0	✓	
* Eliminating discrimination (It is necessary to eliminate discrimination for the aged) ← VII-⑥	4.32	5	1	84.0	✓	SDGs16.1.3 HAAI. V-6
II. QOL for users and caregivers						
Users' QOL or satisfaction (Maximizing users' QOL or satisfaction is important)	4.56	5	1	92.0	✓	

Carers' QOL or satisfaction (Quality of life for family members who have always been carers is important)	4.48	5	1	92.0	✓	¶
III. Integration of services including primary health care						
① There is a clear understanding of the concept about long-term care for older people among each stakeholder	3.17	3	2	41.4		
② Existing continuum of care: care support after discharging from acute hospitals or medical facilities	3.31	4	2	55.2		
③ Existence of integrated care between home-based care and primary health care.	3.14	3	2	41.4		
④ Existence a coordinating system for supporting integrated care services: Agency / coordinator/ social worker / funding, etc.	3.10	3	2	48.3		
⑤ Social prescription for older individuals who do not need medical care but need support in the community (family, community volunteers, etc.)	4.45	5	1	93.1	✓	¶
⑥ Collaboration with primary health care → I-①-4	4.45	5	1	93.1	✓	
⑦ Utilization of community resources (e.g. volunteers)	3.89	4	1.5	75.0		
IV. Prepare for increasing care needs (Dementia Care)						
① Existence of initiatives to promote dementia-friendly communities	4.52	5	1	93.1	✓	
② Existence of healthcare and welfare facilities specializing in dementia care	4.72	5	0	96.5	✓	HAAL.III-8
③ Existence of health systems, policies, and ethical considerations regarding decision-making for people with dementia	4.72	5	1	100.0	✓	
V. Appropriate information system and supporting life with technology (ICT utilisation)						
① Improving information system for quality care: Utilization of electronic or digital devices to promote health	4.36	4	1	89.3	✓	
② Innovation to improve health: Utilization of robotics or medical devices to improve or maintain health of older people	4.07	4	1	82.8	✓	SDGs17.8.1 HAAL.V1,2
③ Promoting digital health: Existence of agency / organization / national working group to utilize ICT	3.97	4	1	75.9	✓	
④ Finance: Digital health is budgeted for in national health or relevant national plan/strategies	4.17	4	1	75.9	✓	
⑤ Reducing care burden: Utilization of ICT or digital devices for reducing the burden of care giving	4.14	4	1	79.3	✓	
⑥ Existence of available data of Personal Health Records/Individual Care receipt Record for	4.10	4	1	86.2	✓	
VI. Dealing with functional decline and disability (Rehabilitation)						

① Rehabilitation, dealing with functional decline and disability is essential to quality long-term care.	4.41	5	1	86.2	✓	
② Dealing with functional decline and disability (Rehabilitation) should be positioned in national policies/plans of long-term care	4.55	5	1	89.7	✓	
③ Dealing with functional decline and disability (Rehabilitation) should be included in Universal Health Coverage scheme or covered by health insurance	4.55	5	1	89.7	✓	
④ Existence of certain qualified professionals for implementing rehabilitation	3.90	4	0	95.5	✓	
⑤ Existence of facilities where rehabilitation is provided for older people in long-term care	3.82	4	0	90.9	✓	
VII. For Healthier Ageing (Prevention & Coordination)						
① Existence of initiatives for frail prevention and health promotion for the older people (including related initiative on Oral health, Nutrition and Physical Activity)	4.41	5	1	86.2	✓	HAAI. I-1,
* It is necessary to prevent Oral Frailty	4.34	5	1	86.2	✓	
* It should be emphasized the importance of adequate Nutrition	4.66	5	1	93.1	✓	
* It is necessary to promote Physical Activity	4.66	5	1	93.1	✓	
* It is necessary to understand the social determinants of health	4.13	4	1	86.7	✓	
② Existence of Early Screening for functional decline among older people	4.38	5	1	86.7	✓	HAAI. III-5,6,7
③ Existence of Referral system for older people with functional decline (hearing/vision)	4.41	5	1	86.2	✓	
④ Measures against prejudice and discrimination towards the older people (from a human rights protection perspective, existence of legal system) → I-⑥	4.32	5	1	84.0	✓	SDGs16.1.3 HAAI. V-6
⑤ Appropriate immunization (Influenza, COVID, etc.) for older people	4.34	5	1	86.2	✓	HAAI. VI-1,2

(IQR: Interquartile range, *: 細分化した項目)

¶: 政策立案者とそれ以外の職種において、 χ^2 二乗検定で $p < 0.05$ であった項目.

図1. 各国における 60 歳/65 歳以上の男女別人口割合

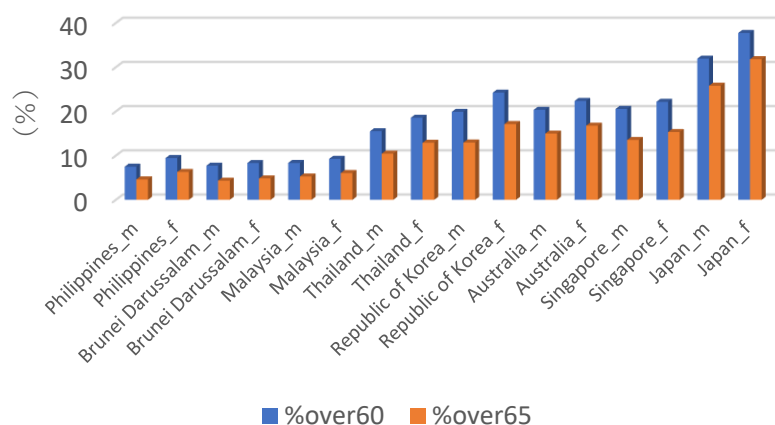
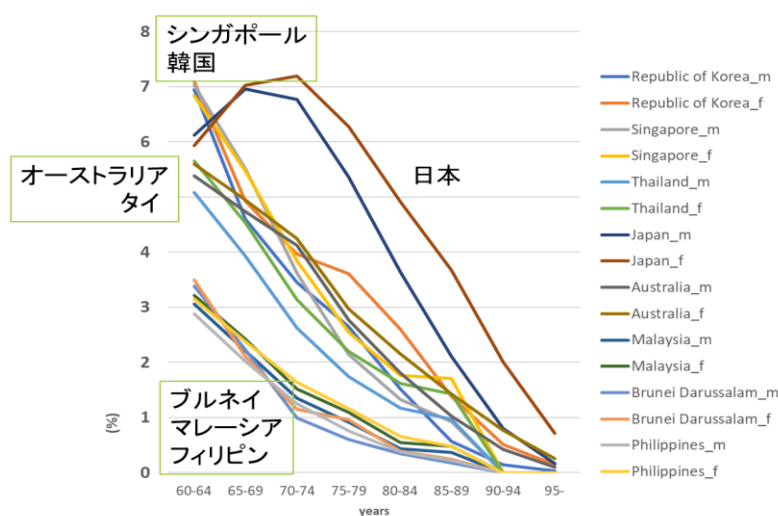


図2. 60 歳以上（5 歳階級・男女別）の各国全人口に占める割合



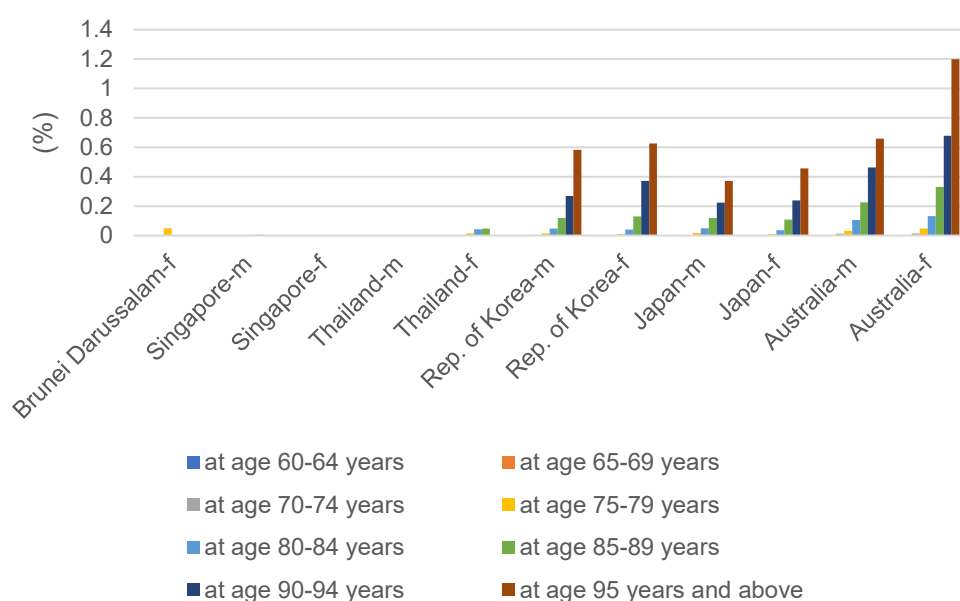
付表1. 頻度の高い死因コード（ICD-10） 男性（60 歳以上）

	第1位	第2位
ブルネイ	急性心筋梗塞、詳細不明 I219	悪性新生物（気管支又は肺，部位不明） C349
マレーシア	肺炎（病原体不詳） J18	急性心筋梗塞 I21
フィリピン	急性心筋梗塞 I21	肺炎（病原体不詳） J18
日本	肺炎（詳細不明） J189	悪性新生物（気管支又は肺，部位不明） C349
韓国	肺炎（詳細不明） J189	悪性新生物（上葉、気管支または肺） C341
シンガポール	肺炎（詳細不明） J189	慢性虚血性心疾患（詳細不明） I259
タイ	診断名不明確及び原因不明の死亡 R99	肺炎（詳細不明） J189
オーストラリア	悪性新生物（気管支又は肺，部位不明） C349	前立腺の悪性新生物 C61

付表2. 頻度の高い死因コード（ICD-10） 女性（60 歳以上）

	第1位		第2位	
ブルネイ	悪性新生物(気管支又は肺, 部位不明)	C349	本態性(一次)高血圧	I10
マレーシア	肺炎 (病原体不詳)	J18	その他の急性虚血性心疾患	I24
フィリピン	肺炎 (病原体不詳)	J18	急性心筋梗塞	I21
日本	加齢による身体衰弱(老衰)	R54	心不全、(詳細不明)	I509
韓国	肺炎 (詳細不明)	J189	加齢による身体衰弱(老衰)	R54
シンガポール	肺炎 (詳細不明)	J189	慢性虚血性心疾患、(詳細不明)	I259
タイ	診断名不明確及び原因不明の死亡	R99	加齢による身体衰弱(老衰)	R54
オーストラリア	認知症 (詳細不明)	F03	悪性新生物(気管支又は肺, 部位不明)	C349

図 5. G30.1(Alzheimer's disease with late onset) 年齢階級別割合* (男女別)
(% of G30.1 at each age-group population) (R5 報告書再掲)



*年齢階級人口は各国の自国人口データを使用, (f-female, m-male)

付表 3. ASEAN において最も頻繁に記録された脳血管疾患 (I60-I69) (日本、韓国、オーストラリアは参照)

Country	year	male	female
Brunei Darussalam	2017	I64	I64
Japan	2021	I639	I639
Malaysia	2020	I64	I64
Philippines	2019	I64	I64
Republic of Korea	2021	I639	I639
Singapore	2022	I64	I64
Thailand	2019	I619	I619
Australia	2022	I64	I64

I619 : Nontraumatic intracerebral hemorrhage, unspecified (非外傷性脳内出血、詳細不明)
I639 : Cerebral infarction, unspecified (脳梗塞、詳細不明)
I64 : Family history of stroke (脳卒中の家族歴)

付表 4. ASEAN において最も頻繁に記録された神経系疾患 (G00-G98) (日本、韓国、オーストラリアは参照)

Country	year	male	Female
Brunei Darussalam	2019	G20	G20
Japan	2021	G20	G301
	2021	G301	G20
Malaysia	2020	G93	G93
	2020	G04	G04
Philippines	2019	G93	G93
	2019	G80	G30
Republic of Korea	2021	G20	G309
	2021	G309	G20
Singapore	2022	G20	G20
	2022	G122	G122
Thailand	2019	G319	G319
	2019	G311	G311
Australia	2019	G20	G301
	2019	G301	G309

G04 Encephalitis, myelitis and encephalomyelitis
G122 Motor neuron disease
G20 Parkinson's disease
G301 Alzheimer's disease with late onset
G309 Alzheimer's disease, unspecified
G311 Senile degeneration of brain, not elsewhere classified
G319 Degenerative disease of nervous system, unspecified
G80 Cerebral palsy

(注：同年のデータは上段が頻度第1位、下段が頻度第2位)

付表 5. Indicators related with revised ASEAN-Japan Healthy & Active Ageing Indicators (HAAI)[§], WHO Database[¶], and publicly opened national representative LTC-relevant data among ASEAN regions

VARIABLE	MEAN	STD. DEV.	MIN	MAX
Total (Policy & Statistics) Ψ	6.41	1.41	4.80	9.00
Absolute poverty rate	0.12	0.03	0.09	0.16
Relative poverty rate	0.22	0.06	0.17	0.30
Employment	0.30	0.12	0.14	0.46
NCD mortality	19.40	6.39	8.30	24.90
Suicide mortality rate among older people	11.57	7.21	2.94	22.04
Disability/ADLs	0.16	0.05	0.08	0.23
Subjective, self-rated health	0.46	0.27	0.22	0.82
Physical exercise, including walking	0.48	0.21	0.26	0.83
Engagement of social activities (community, political & religious activities)	0.38	0.25	0.10	0.81
No communication with family or friends	0.20	0.15	0.02	0.43
Access to the Internet	0.24	0.25	0.05	0.61
Living in a house with safe drinking water	0.84	0.13	0.64	0.99
Living in a house with toilet	0.90	0.08	0.80	0.98
Education (completed at least primary level)	0.72	0.20	0.50	1.00

§: https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202205007A-sonota3_2.pdf

¶: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-age-60>

Ψ : Policy & Statistics: "Policy-Multisectoral healthy and active ageing : yes/no", "Policy-Health care including NCD : yes/no", "Policy-Long-term care system : yes/no", "Statistics-Older population proportion and distribution : yes/no data", "Statistics-Vital statistics (including cause of death)", "Statistics-Health / living conditions of older persons", "Statistics-Health care expenditure for older persons : yes/no data", "Statistics-Number of health and long-term care workers : yes/no data", "Statistics- Capacity of long-term care facility : yes/no data "

付表 6. Life Expectancy at age 60 and Healthy life expectancy at age 60

available data: ASEAN countries (n=7) *	Mean	Std. dev.	Min	Max
Life Expectancy at age 60	20.40	3.30	17.77	26.35
Healthy life expectancy at age 60	15.44	2.70	13.35	20.39
Difference between LE and HLE	4.97	0.60	4.36	5.96

*Japan, Indonesia, Thailand, Myanmar, Malaysia, Vietnam, Philippines

付表 7. Bayesian linear regression on LE and HLE

	Mean	Std. dev.	MCSE	Median	[95% cred. interval]		acceptance rate	Efficiency average
Policy & statistic								
vs HLE	1.516	0.633	0.019	0.522	1.236	2.817	0.408	0.082
vs LE	1.837	0.799	0.026	1.807	0.233	3.512	0.382	0.076
vs Difference(LE -HLE)	0.315	0.157	0.005	0.317	-0.010	3.628	0.410	0.072
vs Relative poverty rate	-0.012	0.043	0.001	-0.012	-0.106	0.071	0.479	0.062
vs Employment	-0.027	0.049	0.001	-0.027	-0.126	0.075	0.422	0.087
LE vs NCD mortality	-0.506	0.056	0.002	-0.507	-0.619	-0.390	0.268	0.054
HLE vs NCD mortality	-0.415	0.050	0.001	-0.415	-0.514	-0.312	0.411	0.092

MCSE: Monte Carlo standard errors

Bayesian linear regression: MCMC iterations = 12,500

Random-walk Metropolis–Hastings sampling, Burn-in = 2,500

MCMC (Markov chain Monte Carlo) sample size = 10,000

(used Stata 18.0)

参考資料 1. ヨーロッパにおける Long-term Care の質保証（各国評価例）

		オーストリア	イギリス	フィンランド	フランス	イタリア	オランダ	スロベニア	スペイン	スウェーデン	スイス
システム	1. 法規制	**	**	**	**	*	**	*	***	*	*
	2. 査察	*	**	**	*		**	**	-		**
	3. システムレベルでの認定／認証	**	***	*	*	***	**	*	*		*
	4. 国家基準とガイドライン	**	***	**	**	*	***	*		**	*
組織	5. 質マネジメントシステムと監査	***	**	**	**	*	**	*	*		**
	6. ベンチマーキング、モニタリング、パフォーマンス指標	*	*	***	-	*	**		*	***	**
	7. 統合されたパスウェイ（経路）への改善策とプロセス	**	**	***	**	*	***	*	*	**	
専門職	8. 専門家プロフィール（特徴・設定）／新しい専門職・役割	**	**	*	**	*	***	*	*	*	**
	9. 改善の体制	*	**	***	**	***	**		**	*	
	10. 専門家の認定、登録	**	**	***	*	*	**		*	**	**
	11. コミュニケーションと情報共有	-	*	***	-	*	***		*	**	**
利用者	12. インフォームド・コンセントと意思決定の共有	*	***	**	*	*	***		-	**	
	13. 選択	*	**	***	**	*	**		*	*	
	14. 顧客（利用者）満足	*	**	**	*	*	***	**	-	**	
	15. 情報	*	**	**	**	*	***		*	**	
	16. インフォーマル・ノンフォーマル（特定の資格を持たない*）介護者の質	**	*	**	**	**	*	-	-	**	-

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

-, *, **, ***は、各国内での重視度／重要度／発展度の推定値を示す。 - は、この要素が存在することを示す広範な証拠がない／ほとんどない。

***は、国内でこの要素に高い優先順位が与えられている。空欄＝状況不明、WP4に参加していないため報告書がない、または入手可能な報告書に情報がない。

参考資料 2. EU 諸国における LTC の質指標例

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

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

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

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

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

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

参考資料 3. 高齢者介護におけるケアの質- 指標例

領域	アウトカム項目
I 尊厳の維持	1 社会的交流の確保 2 社会的孤立の防止 3 望ましい生き方の実現 4 希望する介護の実現 5 活動制限の解消 6 クライエント報告による生活満足度(a) 7 代理評価による QOL(b)
II 症状と病状の悪化を最小限に抑える	8 病気の悪化防止 9 入院の予防 10 尿路感染予防 11 呼吸器感染予防 12 褥瘡予防 13 呼吸困難への対応 14 痛みへの対応
III 栄養状態の維持	15 栄養状態の維持 16 脱水の予防
IV 排泄の維持	17 排尿・排便障害の予防
V 身体活動の促進	18 外傷による転倒の予防 19 日常生活の維持 20 ベッド外活動の維持
VI 睡眠の確保	21 生活に支障のない良眠の確保
VII 認知機能の低下による障害の最小化	22 認知機能の低下による障害の最小化
VIII 家族の健康維持	23 家族の幸福の追求 24 家族が報告した安心感(a)

(Igarashi A, Eltaybani S, Takaoka M, Noguchi-Watanabe M, Yamamoto-Mitani N. Quality assurance in Long-Term Care and development of quality indicators in Japan. Gerontol Geriatr Med. 2020;6:2333721420975320. doi: 10.1177/2333721420975320 より著者翻訳・作成 (一部改変))

参考資料 4. ケア の 場所 による 質 指標 例 ― 在宅 および 地域, または 施設 ―

在宅および地域におけるケアの質指標[20]	施設におけるケアの質指標[21]	
機能的 HC-QI	<有病率>	精神機能
ADL		行動問題
リハビリの可能性と治療なし		うつ状態
自宅での歩行障害		健康問題
移動が困難で、補助器具がない		排尿・排便機能
認知機能および改善/低下		尿路感染
コミュニケーション困難の有無		感染有病率
コミュニケーションの改善/悪化		経管栄養
臨床的 HC-QI		BMI 低下
排尿障害（尿失禁）		不適切な疼痛管理
転倒		褥瘡
体重減少		火傷、皮膚裂傷等
不十分な食事		治療・処置
脱水		活動性の低下
医師による服薬確認なし		抗精神病薬
せん妄		抗うつ薬
怪我（事故）		インフルエンザ予防接種
皮膚潰瘍		留置カテーテル
否定的な気分や気分の改善/悪化		身体拘束
痛みの改善		身体機能
日常的な疼痛		ADL 改善後の低下
痛みの不十分なコントロール		ADL 改善
社会的 HC-QI		晩期の ADL 低下
介護者の苦痛		運動機能の悪化
孤独で悩んでいる		転倒増加
以前していた外出をしない	<発症率>	精神機能
社会参加と社会への関与		認知機能の低下
日常生活のコントロール		コミュニケーション能力の低下
個人の清潔さと快適さ		せん妄の発症または持続
居住場所の清潔さと快適さ		行動問題の減少
食事と飲み物		健康問題
安全性		排便状態の悪化
ネグレクトまたは虐待		排尿状態の悪化
就労		体重減少
尊厳		痛みの悪化

質指標の利用例		褥瘡の悪化
インフルエンザ予防接種		治療処置
病院の救急部、救急医療		新しい留置カテーテル

(Foong HY, Siette J, Jorgensen M. Quality indicators for home- and community-based aged care: A critical literature review to inform policy directions. *Australas J Ageing*. 2022;41(3):383-395. doi: 10.1111/ajag.13103. 2022/07/06 より著者翻訳・一部改変)